

Analysis of Factors and Tendency in Size Change on the Regional Public Hospitals

- Focused on the Change in the Number of Beds and the Total Floor Area

지방의료원 규모 변화의 요인 및 경향 분석

- 병상 수 및 연면적 변화를 중심으로

Son, Jihye* 손지혜 | Chai, Choul Gyun** 채철균

Abstract

Purpose: Regional public hospitals have implemented functional reinforcement projects, and the facilities to accommodate them have increased in size. Nevertheless users in hospital are concerned about space shortage and area imbalances. Therefore I will trace the factors and trends that influence the size, and derive the relationship between these and the uses' critical opinion. **Methods:** Among the indicators for determining the size of medical facilities, the number of beds and total floor area are the essential indicators that directly affect the composition of space and allocation of area inside the medical facility. The purpose of this study is to investigate the change and the factors of change on the these two indicators in regional public hospitals and analyze the trend of changes. **Results:** In accordance with support undertaking, regional public hospitals have been increased the number of chronic-based beds and expanded additional facilities such as O.P.D specialized centers, emergency centers and funeral homes for reflecting the needs of the regions and times. However, as a result of analyzing the area, regional public hospitals are growing in size mainly on the ward and O.P.D is only expanded the scope of functional reinforcement division but total area level of O.P.D is lower than the recent level. In addition, the levels of D&T, Supply, mechanical/electrical equipment area related to medical support and control environment quality are very low. This is because the functional reinforcement projects have been done without concerning diagnose the whole facility. **Implications:** If functional reinforcement projects are conducted, to cope with problems of space shortage and imbalance of area, it is judged that an architectural planning that comprehensively analyzes existing facilities and related departments should be included.

Keywords: Regional Public Hospital, the Number of Beds and the Total Floor Area Change, Imbalance of the Department Area.

주 제 어: 지방의료원, 병상 수 및 연면적 변화, 부문별 면적 불균형

1. Introduction

1.1 Background and Objective

지방의료원은 지역 주민의 건강증진과 지역보건의료 발전에 이바지하는 목적으로 의료사업 수행을 위해 설립된 기관이다.¹⁾ 지방의료원은 국가 관리하에 있는 공공병원으로서 정부 정책에 따라 지역사회의 공공 보건의료환경 및 취약 의료부분의 보건 체계망 구축, 국가 재난 상황에 지속적인 대응,

1) 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제 1조, 2조

* Member, Researcher, Ph.D, Hospital Architectural Lab., Hanyang University ERICA (Primary author: gosjh322@hanyang.ac.kr)

** President, Professor, Dr. -Ing., Department of Architecture, Kwangwoon University (Corresponding author: chai@kw.ac.kr)

기능보강 사업, 지역거점 의료서비스사업 등에 대응할 수 있는 의료계획을 수립해왔다. 지방의료원의 규모는 새로운 의료정책을 반영한 계획에 대응하기 위해 지속적인 증축을 통해 성장해왔다.

그러나 시설의 증개축을 진행한 의료원 임에도 불구하고, 시설 담당자들은 인터뷰 과정에서 공간 부족과 부문들 사이의 면적 차이에 관하여 지속적으로 문제를 제기하고 있었으며, 이 같은 문제의식은 특정 의료원의 관계자에 국한된 것이 아니라 다수의 중론이었다. 이와 같은 현상은 의료시설의 규모 변화과정에서 반영되지 못하는 부분들이 존재하기 때문에 발생한다고 판단하였다.

본 연구는 지방의료원들의 규모에 영향을 미치는 요인과 경향을 시계열의 관점에서 추적하고, 이 요인과 경향이 공간 부족과 면적 불균형에 영향을 미치는지 관계성을 도출하여 향후 의료시설 건축계획의 규모를 설정하는 과정에서 필요한 고려사항을 제시하고자 한다.

1.2 Methods of Research

의료시설 규모를 판단할 수 있는 지표들 가운데 병상 수와 연면적은 건축계획에서 규모를 이해하는 필수 지표들이며, 의료시설 내부 공간 구성과 면적 배분에 직접적인 영향을 미치기 때문에 본 연구는 병상 수와 연면적을 분석하여 규모의 변화와 그 경향성을 알아보고자 한다. 연구는 연도별 병상 수와 연면적 수치를 조사하고, 수치들이 변한 시점에 그 변화에 영향을 미친 요인들을 추적하여 그 요인들이 보이는 경향을 분석하였다. 그리고 지방의료원 중 최근 신축이전한 사례들과 지속적으로 규모가 성장한 사례들을 비교 분석하여 현재 부문별 규모를 비교하여, 앞서 분석한 지방의료원 규모의 변화와 경향이 공간 불균형에 영향을 미치는지 규명하고자 한다.

조사대상 지방의료원의 선정기준은 다음과 같다.

1) 지방의료원 중 건축물대장 발급이 제한되어 연면적 검토를 수행할 수 없는 병원들이 있다. 연면적은 조사의 기초가 되는 자료이기 때문에 건축물대장에서 연면적 상세 내용을 확인할 수 있는 의료원을 본 연구의 조사대상으로 선정한다.

2) 현재 기존 주요 건물을 철거하고, 신축하고 있는 의료원은 평시 운영 상태라고 판단하기 어렵다. 이에 해당하는 의료원은 조사대상에서 제외한다.

3) 지방의료원들은 2010년부터 해마다 사업계획서를 공시하고 있다.²⁾ 그러나 일부 지방의료원은 사업계획서를 공시하지 않아 사업계획서가 있는 지방의료원과 동일한 조건에서 시설 개선사항들을 검토할 수가 없었다. 이에 사업계획서를 공시하지 않은 지방의료원은 조사대상에서 제외한다.

2) 보건복지부에서 운영하는 “지역거점공공병원 알리미 서비스(<https://rhs.mohw.go.kr/>)”에는 해마다 지방의료원 사업계획이 공시되고 있다.

이 기준을 바탕으로 총 34개 지방의료원 중 23개의 지방의료원을 조사대상으로 선정하였다. 조사대상의 개요는 [Table 1]과 같다.

[Table 1] Summary of Case Hospitals

No.	Hospital	Opening ¹⁾	Relocation & New Construction	Beds ²⁾
1	SS_1	1982	2011	623
2	BS	1983	2001	555
3	DG	1983	-	496
4	IC	1985	1997	295
5	SW	1988	1993	170
6	UJB	1983	-	212
7	WJ	1993	-	241
8	GN	1983	1987	137
9	YW	1982	-	202
10	SC	1983	-	152
11	CJ_1	1983	1993	652
12	CJ_2	1983	2012	292
13	CA	1983	2012	291
14	HS	1983	2002	442
15	SS_2	1983	1989	225
16	GS	1983	2002	413
17	NW	1984	2001	262
18	MP	1984	-	263
19	PH	1982	-	297
20	AD	1983	-	230
21	GC	1983	-	296
22	UJ	2003	-	148
23	SGP	1982	2013	288

1) Opening is based on the time when corporation switching from province to local corporation.

2) Data base: Health Insurance Review & Assessment Service (Baseline date: 2019.06)

1.3 Research Flow Chart

본 연구 진행과 분석 방법은 Table 2와 같다.

[Table 2] Research Flow Chart & Analysis Framework

Research Flow	Analysis Framework
1. Introduction	
<ul style="list-style-type: none"> Background & Objective Methods of Research Research Flow Chart & Analysis Framework 	-
2. Literature review	
<ul style="list-style-type: none"> Support Undertaking on Regional Public Hospitals 	<ul style="list-style-type: none"> Literature Review
3. Changing of the Number of Beds on Regional Public Hospitals	
<ul style="list-style-type: none"> Change & Factors for Change in the Number of Beds on Regional Public Hospitals 	<ul style="list-style-type: none"> Literature Investigation Research

Research Flow	Analysis Framework
• Trends in the Number of Beds on Regional Public Hospitals	• Time Series Analysis
4. Changing of the Total Floor Area on Regional Public Hospitals	
• Change & Factors for Change in the Total Floor Area on Regional Public Hospitals • Trends in the Total Floor Area on Regional Public Hospitals	• Literature Investigation Research • Time Series Analysis
5. Problems of Changing Size on Regional Public Hospitals	
• Assessment of Department Area on Regional Public Hospitals which have been Remodeled	
6. Result & Discussion	

2. Support Undertaking on Regional Public Hospitals

우리나라는 공공보건 정책을 수행하기 위해 1910년부터 자혜병원을 설립하고, 이후 1925년 시·도립병원으로 명칭이 변경되어 운영되었다(보건복지부, 2019). 그러나 1977년 단계별 의료보호제도가 도입되고, 국민건강보험제도가 확대 운영되는 과정에서 새로운 민간의료시설들이 늘어났고, 시·도립병원은 민간의료시설의 의료서비스에 비해 뒤떨어지고, 저소득층이 이용하는 병원으로 인식되면서 경쟁력이 약화 되었다.

정부는 시·도립병원의 약화된 경쟁력 강화, 공공병원 책임 경영, 공공의료서비스의 개선, 비시장성 의료분야인 특수질병(정신과, 결핵 등)에 대응하는 시설 도입에 관한 육성정책을 추진하였다. 1차 지방의료원 육성정책은 1980년대 시행되었으며, 정책과제는 시·도립병원을 지방공사법인으로 변경³⁾, 병상 규모 확대, 대학병원 의료 인력 파견, 노후시설 및 장비 교체 등이었다. 그러나 지방의료원은 민간 의료시설과의 경쟁력에서 여전히 밀렸으며, 폐원하는 의료원까지 생겼다.

이후 2005년 “공공보건의료 확충 종합대책”을 수립하면서 2차 지방의료원 육성정책을 시행하였다. 당시 정부는 공공보건의료체계 강화, 재난 및 위기 상황 시 의료 부문 대처, 응급의료체계 강화, 고령화와 만성질병 대비, 장애인 보건의료 보장 등의 업무를 수행할 수 있는 중심 의료시설로서 지방의료원의 역할을 강조하였다. 이를 위해 정부는 2005년 “지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률”을 제정하고, 지역거점 공공병원에 국비를 지원하게 되었다. 이때 지방의료원의 소관 부

3) 기존 시·도립병원은 실제로 공무원이 예산, 의료 기획, 운영 등 의료시설의 전반을 관리하는데 있어서 전문성이 낮았다(보건복지부, 2011: 42). 이 문제를 해결하고자 1982년부터 시·도립병원이 지방공사 소관으로 법인을 변경하는 작업이 진행되었다.

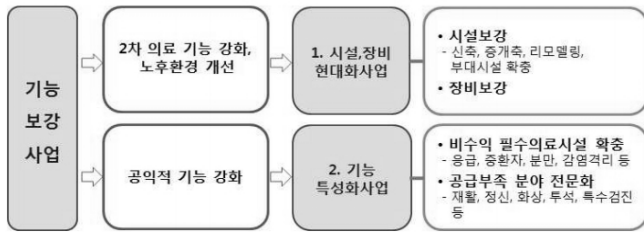
처가 기존의 안전행정부에서 보건복지부로 이관되고, 지방의료원이 지역거점 공공병원에 포함되면서 의료시설 육성대상이 되어 지방자치단체와 보건복지부의 지원을 받기 시작하였다. 육성정책의 주요 내용은 첫째, 공공보건의료체계를 개편하여 지방의료원의 역할을 규명하고, 그에 따른 시설 및 장비, 인력, 경영 등을 개선하는 방안들을 제시, 둘째, 저출산·고령화 사회를 고려하여 급성기 병상을 요양 병상으로 전환하는 방안 추진, 셋째, 예방중심의 질병 관리 시스템을 구축하기 위해 건강증진 및 질병 예방 사업 추진, 넷째, 전염병, 테러와 같은 국가 위기 상황 발생 시 대응할 수 있는 시스템 구축이다(보건복지부, 2011; 71-73).

최근 정부는 지방의료원 육성을 위해 지역거점공공병원으로서 공익적 의료서비스를 제공하고, 지역의 특성을 반영한 필수 의료시설 계획을 지원하는 기능보강사업⁴⁾을 추진하고 있다. 기능보강사업은 의료기관으로서 지방의료원의 기능 강화 및 환경 개선사업과 공익 목적의 기능 특성화 사업으로 나뉘어 있다(Figure 1(보건복지부, 2016; 8)). 기능 강화 및 환경 개선 사업은 기존의 육성정책과 마찬가지로 시설보강사업과 장비보강사업을 중심으로 진행되고 있다. 그러나 공익 목적의 기능 특성화 사업은 지역거점공공병원 모델을 구축하고, 의료법 필수 시설기준 강화와 지역별 수요 공급에 따라 요구되는 특성화 기능들을 수행할 수 있는 의료시설 계획⁵⁾에 초점이 맞춰져 있다. 이는 기존에 지방의료원 시설의 규모를 일괄적으로 시스템화하려던 육성정책(보건복지부, 2011; 95)과 달리 각각의 의료원 의료계획과 운영 방침을 반영한 정책이 진행되고 있음을 알 수 있었다.

이같이 지방거점 공공병원 육성정책이 시행되면서 지방의료원은 내부적으로 새로운 의료사업을 진행하기 위한 운영계획을 수립하고, 운영계획을 수행할 수 있는 시설 구축을 위해 자연스럽게 증개축 및 신축이전으로 규모를 변화시켜왔다. 그러나 지방의료원 규모가 확장되었음에도 불구하고 이용자들은 공간 부족과 면적 불균형 발생에 대해 끊임없이 문제를 제기하는 상황이다. 이는 지방의료원 시설계획 과정에서 미처 고려하지 못한 사항들이 있다는 것을 의미한다고 본다. 이 문제를 해결하기 위해 지방의료원의 규모 변화의 요인과 경향을 분석하고, 육성정책이 의료시설계획 과정에서 어떻게 반영되었는지 과정을 추적하여 앞서 제기된 문제들과의 관계성을 도출하는 연구가 필요하다고 판단되며, 그 관계성이 건축계획 단계에서 고려되어야 한다고 본다.

4) 지방의료원 기능보강사업은 공공보건의료에 관한 법률 제 6조, 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제 17조, 대한적십자사 조직법 제 22조를 근거로 진행되고 있다(NMC, 2019).

5) 최근 진행되고 있는 육성화 정책인 기능 특성화 사업은 공공보건의료 계획에 기초하여 확대가 필요한 감염역리, 호스피스 기능을 강화하고, 지역의 요구가 있으나 지방의료원에 도입되지 않은 분야들의 기능 강화를 목표로 하고 있다(보건복지부, 2016; 20).



[Figure 1] Classification of Support Undertaking on Regional Public Hospitals

3. Changing of the Number of Beds on Regional Public Hospitals

현재 국내 의료시설의 규모를 평가하는 방법들 가운데 일반적으로 상용화되는 지표는 병상 당 면적이며, 병상 규모는 의료시설이 수행할 수 있는 의료 행위 수준과 범위 및 운영 방향에 영향을 주는 지표이기 때문에 병상 수는 의료시설 건축계획에서 중요한 지표라고 판단할 수 있다.⁶⁾ 더불어 입원환자들의 특성에 따라 시설의 요구사항들이 달라지기 때문에 병원의 운영상 계획되는 병상들의 성격들을 파악하는 것이 시설계획을 위해 필요하다.⁷⁾

이 같은 배경에서 지방의료원 규모 변화의 요인과 경향을 분석하는 지표로 병상 수를 선정하고, 시계열적 관점에서 병상 수 변화와 변화 요인을 분석하고자 한다.

3.1 Change and Factors for Change in the Number of Beds on Regional Public Hospitals

논문 기술(記述)의 편의를 위해 기존 시립병원이 지방의료원으로 설립인가를 전환한 경우, 그 시점을 개원 시기로 기재하고 그 시점부터 병상 수를 조사하였다. 병상 수는 대한병원 협회에서 매년 발간하는 「전국병원명부」와 2010년부터 각 지방의료원이 작성한 사업계획서⁸⁾를 바탕으로 허가 병상 수를 조사하였다. 그러나 90년 이전의 허가병상 수가 기재된 문서가 부재(不在)하여 그 시기의 허가 병상 수는 각 병원 홈페이지

6) 조준영은 병상 규모에 따라 의료시설의 역할과 성격이 달라지고 이는 운영을 위한 인력 및 장비의 규모에 영향을 미치고 있음을 규명하며, 병상 수와 설립 주체가 시설의 규모를 결정하는 요소라고 보았다.(Cho et al., 2017: 35)

7) 일반적으로 입원환자들은 질병군, 치료방식에 따라 일반 급성기, 아급성기, 만성기 환자로 분류되어 관리되며, 이 환자들의 재원 기간은 각기 다르다. 급성기 환자들은 직접적인 치료를 통해 빠른 일상 복귀가 목표기 때문에 치료시설들이 주요 계획의 대상이라면 아급성기, 만성기 환자들은 재활 및 요양을 통한 회복이 중요하기 때문에 치료시설 뿐만 아니라 재활시설들이 주요 계획에 포함된다. 이처럼 입원환자의 특성에 따라 의료시설의 운영 방향과 시설계획이 달라지기 때문에 병상 수 분석 시, 병상의 특성을 파악하는 것이 중요하다.

8) 지방거점공공병원알리미(<http://rhs.mohw.go.kr/>, 2019)에서는 지방의료원의 기관별 공시자료를 제공하며, 이에 각 의료원의 사업계획서가 포함되어 있다.

이지의 연혁을 통해 추적하였다. 병상 수가 변한 요인을 분석하기 위해 각 의료원의 홈페이지, 연도별 사업계획서, 시설 공사 발주 내역을 추적 조사하였다. 각 의료원의 병상 수 변화와 변화 요인을 조사한 내용은 다음과 같다(Table 3, Table 4).

SS_1은 1982년부터 1997년까지 병상 수가 증가하였으며, 이후 500병상 수준으로 운영되었다. 이후 2011년 신축이전을 통해 600병상으로 운영되었다.

BS는 1983년부터 2000년까지 병상 수가 증가하여 500병상 수준으로 운영되었다. 2003년 60병상의 노인병동을 설치하지만 전체 허가병상 수에 영향이 없었다. 이는 일반 병상 수가 줄고, 노인 병상이 대체된 것으로 판단된다. 2009년 호스피스 및 완화의료병동 설치로 병상 수가 일시적으로 증가하였다. 2012년 증축으로 560병상 수준으로 운영되고 있으며, 2016년 병동 리모델링으로 허가병상 수가 일시적으로 줄었다.

DG는 2000년까지 일반 병상 수가 증가하였다. 2007년 재활, 호스피스, 소아청소년과 병상 수를 70병상 증설하였고, 2012년 리모델링으로 병상 수가 일시적으로 감소하였다.

IC는 1985년부터 1997년까지 병상이 증가하여 400병상 규모로 운영되었으나, 2005년 이후 병상 수가 줄고 있는 추세이다. 2010년 허가병상 수가 급감한 이유는 병동부 리모델링으로 인한 일시적 현상이며, 2016년 간호간병통합서비스를 운영하면서 허가병상 수가 소폭 감소하였다.

SW는 1988년 100병상 규모로 운영되었으며, 1992년 신축이전을 통해 132병상으로 허가병상 수가 증설되었다. 2000년 호스피스를 운영하면서 142병상으로 운영하였고, 2010년 격리병동 구축사업으로 병상 수가 일시적으로 줄었다. 2015년 MERS로 격리병동의 필요성이 요구되면서, 2016년 격리병동을 리모델링으로 허가병상 수가 소폭 감소하였으나 2017년 허가병상 수가 186병상까지 증가하였다.

UJB는 1983년 80병상에서 1993년 증축으로 약 180병상이 증가하고, 이 병상에는 정신과 70병상이 포함되어 있다. 2011년 병동부 개선사업의 일환으로 47병상이 증가하였다.(경기도 의정부병원, 2010: 34) 그러나 2011년 이후 병상 가동률 저하와 병동부 6인실의 4인실 전환 리모델링을 통해 병상이 축소되고, (경기도 의정부병원 2012년도 경영계획서, 2011: 63) 2018년 이후 212병상 수준으로 운영되고 있다.

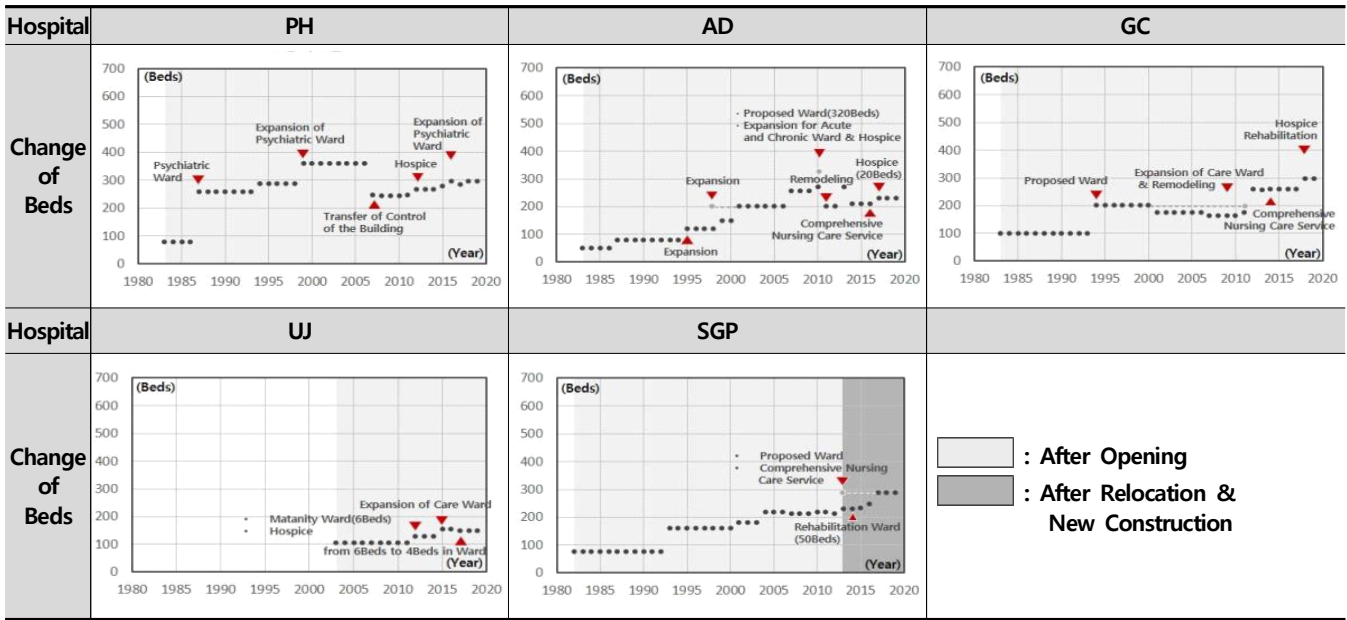
WJ는 1983년 80병상에서 병상 수 증가로 1993년 300병상 수준으로 운영되었다. 그러나 1997년 허가병상 수를 250병상으로 낮추고, 2010년 간호간병통합서비스 운영을 위해 병실 내 병상 수를 줄이면서 허가병상 수가 줄었다. 2019년 허가병상 수를 240으로 조정하였다.

GN은 1987년 80병상 수준으로 신축이전하였으며, 1992년, 1998년 두 차례 증축으로 132병상 수준으로 운영되었다. 2003년부터 110병상으로 운영되었으며, 2015년 25개 음압격리병상을 설치하면서 137병상으로 운영되고 있다.

[Table 3] Change of the Number of Beds_1

Hospital	SS_1	BS	DG
Change of Beds			
Hospital	IC	SW	UJB
Change of Beds			
Hospital	WJ	GN	YW
Change of Beds			
Hospital	SC	CJ_1	CJ_2
Change of Beds			
Hospital	CA	HS	SS_2
Change of Beds			
Hospital	GS	NW	MP
Change of Beds			

[Table 4] Change of the Number of Beds_2



YW은 1981년 80병상을 시작으로 1999년 150병상 수준으로 일반 병상을 운영하였다. 2006년 128병상 수준의 진폐병동을 설치하였다. 2011년 진폐 120병상, 일반 90병상을 허가 병상 수로 정하였다. 이후 210병상 내외 수준으로 운영되고 있다.

SC는 1983년 88병상에서 1992년까지 130병상 수준으로 증가하고, 이후 병상 수를 유지하였다. 2010년 산과병동을 설치했지만 허가병상 변동은 없었다. 2016년 병상 수가 23병상이 늘어 현재 152병상으로 운영되고 있다.

CJ_1은 1993년 이전 신축 이후 200병상 수준으로 운영되었다. 2001년 정신요양병원 인수로 정신과 병동을 설치하면서 400병상 규모로 허가병상 수가 늘었다. 2009년 급성기 병상 추가, 2012년 호스피스 설치, 2014년 재활병동 및 정신과 병동 증축으로 병상 수가 늘었다. 2013년 간호간병통합서비스 운영으로 일시적 병상 수가 감소하였다.

CJ_2는 1993년 이후 2000년까지 200병상까지 병상 수가 증가하고, 2012년 신축이전 후, 300병상 규모로 운영되고 있다.

CA는 1983년 80병상에서 1991년 160병상 수준으로 증축을 하였다. 1998년 정신과 60병상을 설치했으나, 병상 수가 증가하지 않았다. 이는 기존 일반병상이 정신과 병상으로 전환되었다고 판단된다. 2004년 정신과 병동이 폐쇄되고, 노인 병동을 운영하였으며, 이후 병상 수가 감소하였다. 2012년 300병상 규모로 병원을 신축이전하였으나, 초기 205병상으로 개원하고, 증축을 통해 2018년 계획 병상 수 300병상에 도달하였다.

HS는 1989년 증축으로 일반병상 수가 증가하였다. 1991년 증축으로 병상 수가 일시적으로 감소하였으나 1993년 정신과 병동 증축으로 357병상으로 증가하였다. 2002년 이전 신축을

통해 400병상 규모가 되었으며, 2016년 재활 80병상, 모자보 건센터 39병상이 증설로 약 500병상 규모가 되었다. 이후 허가병상 수 감소로 최근 450병상 수준이다.

SS_2는 1992년 병동부 증축을 통해 약 200병상 수준으로 운영되었다. 2015년 증축으로 일반병상을 30병상을 증설로 243 병상을 운영하였으나 현재 증설한 병상은 미운영되고 있으며, 2018년 이후 병상 증설 이전 수준의 병상 수로 운영되고 있다.

GS는 1983년 100병상에서 1992년까지 340병상까지 증가하였다. 1996년 병동 1개소를 폐쇄하면서 병상 수를 감축하였다. 이후 2002년 이전 신축을 통해 430병상 수준으로 개원하였으나 이듬해인 2003년 400병상으로 조정되었다. 2007년 증축 없이 재활병동 개설로 430병상을 운영한 것은 기존 30병상을 재활병동으로 운영한 것으로 판단된다. 2013년 한방 병원을 폐쇄하면서 406병상으로 병상 수를 조정하고, 2015년 이후 410병상 내외로 운영되고 있다.

NW는 2000년 이전 일반병상이 증가하고, 2001년 400병상 규모로 이전 신축을 하였다. 그러나 2005년 이후 병상 수가 줄어들어 현재 262병상으로 운영되고 있다.

MP는 1983년 80병상에서 1992년 증축으로 허가병상을 200병상으로 조정하였다. 그러나 이듬해 1993년 120병상으로 허가병상 수가 변경되었다. 2007년 180병상으로 허가병상 수가 늘어났다. 2011년 본관 리모델링으로 일반병상 수가 일시적으로 줄어들고, 150병상 규모의 재활병동이 설치되었다. 2014년 본관 리모델링으로 일반 병동부가 재가동되면서 300병상으로 운영되고 있다.

PH는 1983년 80병상에서 1987년 정신병동 180병상 증설로 260병상이 되고, 1993년 일반병상이 약 30병상 증가,

1999년 별관동 증축으로 허가병상 수가 359병상이 되었다. 2006년 별관이 경북도립포항노인전문요양병원으로 이관되면서 2007년 247병상으로 조정되고, 이후 200병상 증반으로 운영되었다. 2012년 증축 없이 호스피스 병상을 설치하고, 2016년 정신병동 증축으로 300병상 수준을 유지하고 있다.

AD는 1983년 50병상에서 1987년 개축, 1994년 별관 증축, 1998년 증축으로 허가병상 수가 200병상 수준으로 계획되었지만 2001년이 되어 목표 병상 수에 도달하였다. 2009년 160병상 규모의 급성기 및 노인 만성질환과 호스피스⁹⁾를 위한 신관을 증축을 통해 허가병상 수가 320병상으로 증설되었다. 2011, 2012년 리모델링으로 병상 수가 줄었다가 2013년 회복되었다. 그러나 2014년부터 지역거점 호스피스 완화의료센터 설치를 위해 병동부 1개소를 리모델링하면서(안동의료원, 2014: 5) 허가병상 수가 210병상으로 줄어들었으나, 2017년 호스피스 완공 이후 병상 증설로 현재 230병상으로 운영되고 있다.

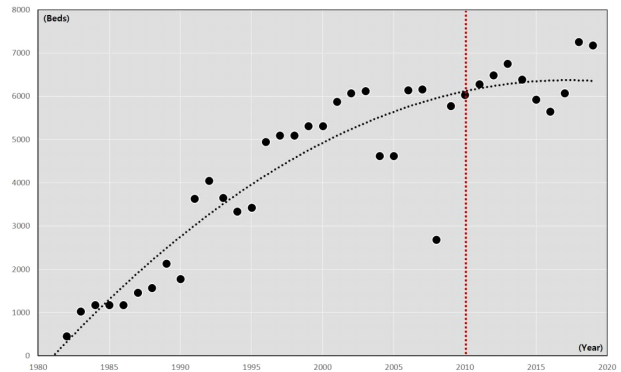
GC는 1983년 100병상에서 1994년 200병상으로 늘어났으며, 이후 2008년까지 160병상에서 200병상 사이의 수준을 유지하였다. 2009년 노인요양병동(신관) 신축 및 본관 병동 리모델링(KHIDI, 2009: 9), 2012년 본관병동 리모델링 완료를 통해 260병상 수준에 도달하였다. 2018년 기능보강 국고지원사업의 일환으로 호스피스 병동 및 재활센터 증축을 통해 호스피스 10병상, 재활 16병상을 증설하였다.(김천의료원, 2017: 2, 9-10)

UJ는 2003년 105병상으로 개원 이후, 2012년 산부인과 병상, 호스피스 설치(2012년도 울진군의료원 사업계획서: 10) 및 2015년 기능보강 국고지원사업으로 요양병동 35병상 증설로 허가병상 수가 늘어났다. 2017년 6인병실의 4인실화되면서 병상 수가 소폭 감소하였다.(울진군의료원, 2015: 12)

SGP는 1982년 75병상에서 2004년 220병상 수준까지 증가하였다. 2013년 300병상 규모로 이전 신축하였으나 초기에 230병상 내외로 운영되고, 2014년 50병상 규모의 재활병동을 설치하였으나 허가병상 수는 큰 변화가 없었다. 이는 일반병상 수를 줄인 것을 의미한다고 판단되며, 2017년을 기점으로 초기 계획 병상 수준으로 운영되었다.

3.2 Trends in the Number of Beds on Regional Public Hospitals

앞선 지방의료원의 연도별 허가병상 수를 기초로 연도별 지방의료원의 총 병상 수를 살펴본 결과 1980년 이래로 병상 수가 지속적으로 증가하고 있었다. 다만, 다항식 추세선을 기준으로 분석하면 2010년 이후 허가병상 수 증가세가 주춤한 것으로 나타났다(Figure 2).



[Figure 2] Total Number of Beds by Year

조사대상의 허가병상 수 증가세를 세분화하여 살펴보면 병상 수가 늘어나는 사례는 SS_1, BS, DG, SW, GN, YW, SC, CJ_1, CJ_2, CA, HS, SS_2, GS, MP, GC, UJ, SGP였다. 이와 반대로 병상 수가 감소하는 사례는 IC, UJB, WJ, NW, PH, AD였다. 병상 수 증감에 따라 감소하는 사례, 증가하는 사례로 구분하고, 해당하는 의료원들의 연도별 병상 수 총합을 구한 뒤, 병상 수가 추가된 요인들을 해당 연도에 표시하였다. 의료원 명칭 아래에 표시된 화살표는 각 의료원의 허가 병상 수가 최대였을 당시의 연도를 표시한 것이다(Table 5).

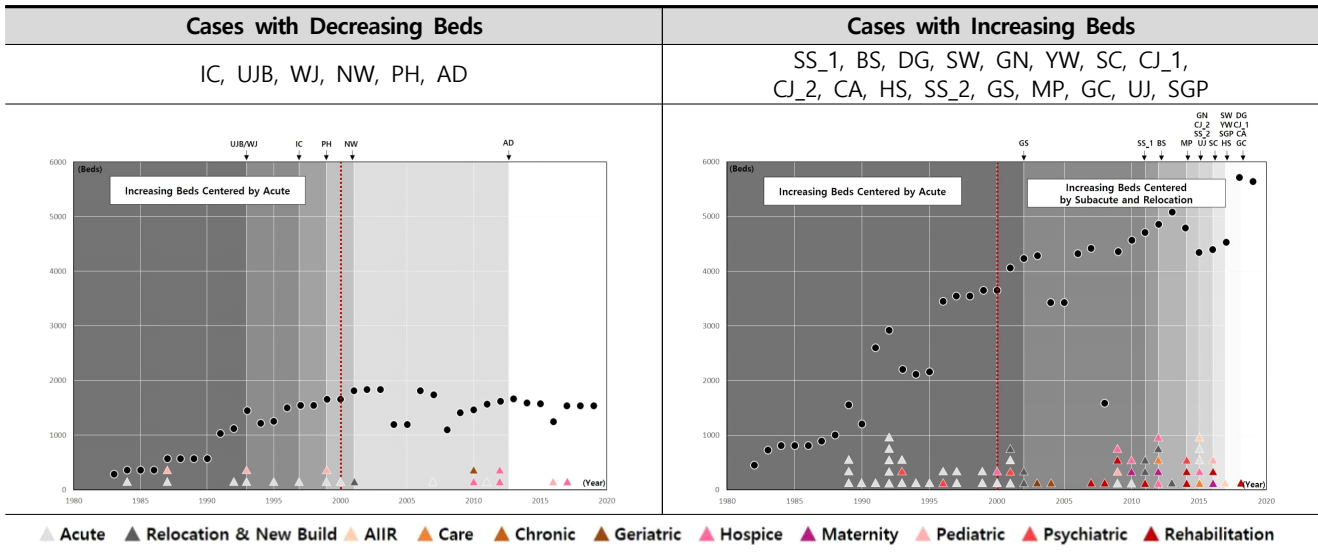
그리고 그래프에서 병상 수가 증가한 시점에 늘어난 병상의 종류와 증가 요인을 표시하였다. 지난 40여년 간 병상 증가와 관련 있는 병상의 종류는 일반병동(급성기), 감염병동, 요양병동, 만성기병동, 노인병동, 호스피스, 산과병동, 소아병동, 정신병동, 재활병동이었으며, 이 병상들을 구분하여 표에 표시하였다.

연도별 총 허가병상 수가 감소하는 사례를 살펴보면 2000년 이전까지는 병상 수가 증가하였으나, 2000년 초반부터 감소하다가 최근 정체되는 경향을 보인다. 병상 수에 미친 요인들을 보면 2000년 이전에는 간혹 정신과 병상이 설치되고 있지만 전반적으로 일반병상 수의 증가가 전체 허가병상 수 증가로 이어지고 있음을 알 수 있었다. 2000년 이후 호스피스와 요양병상 수가 늘었지만 총량은 미비하였다.

연도별 총 허가병상 수가 증가하는 사례는 감소하는 사례들과 마찬가지로 2000년 이전에는 일반병상 수 증가가 전체 허가병상 수 증가에 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. 2000년 이후 일반병상 수 증가 사례가 있으나 전체 허가병상 수 증가에 영향을 미치는 주요인은 첫째, 정신과 병동, 재활병동, 호스피스와 같은 만성기 병상 수의 증가이고, 둘째, 신축이전 사업이 허가병상 수를 증가시키는 요인이었다. 2000년 이후 지방의료원들의 신축이전 사업들이 다수 진행되었으며 조사대상 중 7개 사례에서도 신축이전하는데 이 과정에서 모든 사례들이 기존 시설보다 더 많은 병상 수를 계획하면서 전체적으로 총 허가병상 수가 증가하기 때문이다.

9) [http://amc.or.kr/adboard/index.php?doc=program/board.php&bo_table=amc_nwes&wr_id=72\(2019.08.26.\)](http://amc.or.kr/adboard/index.php?doc=program/board.php&bo_table=amc_nwes&wr_id=72(2019.08.26.))

[Table 5] Tendency of Change the Number of Beds



4. Changing of the Total Floor Area on Regional Public Hospitals

의료계획을 실행하기 위해서는 행위를 담을 수 있는 시설의 크기 즉, 연면적에 따라 병원에서 제공할 수 있는 의료 행위 및 서비스의 범위, 환자의 생활 환경 및 업무 환경의 수준이 달라지기 때문에 의료시설의 연면적을 설정하는 것이 시설계획에 있어서 매우 중요하다.

이 같은 의료시설 연면적은 새로운 의료 기술의 개발, 의료 수요자 변화, 삶의 질 향상 등에 대응하기 위해 증개축 및 리모델링을 통해 지속적으로 변하는 특성이 있다.¹⁰⁾ 따라서 의료시설 연면적 변화는 다양한 사회적 변화와 요구가 반영된 결과로 판단할 수 있다. 이에 지방의료원 연면적의 변화를 추적하는 것은 규모 변화의 요인과 경향 파악을 위해 필요하다고 판단하고, 조사를 진행하였다. 여기서 연면적의 범위는 주차장, 기술사, 교육시설 등을 제외한 의료시설 면적(장례식장 포함)을 기준으로 하였다.

건축물 연면적 변화는 건축물대장을 통해 조사하였다. 의료원의 공사 내역은 건축물대장의 '변동내용 및 원인'에 기재되기 때문에 연면적 추적이 가능하다. 다만 2002년 수기로 작성된 건축물대장이 AIS 시스템으로 변경¹¹⁾되는 과정에서 2000년 이전의 건물 변경내용이 다수 누락이 되었는데, 본 연구의 조사대상 중 2000년 이전 개원한 지방의료원 일부도 이

10) 김광문은 “대체로 15-20년이 경과한 병원은 총체적으로 개·보수, 리모델링을 하지 않는 경우 제대로 된 사회적 기능을 수행하기 어렵다고 한다.”며, 병원의 과제는 성장과 변화에 대응하는 것이라고 기술하였다(Kim, 2001: 106).

11) 통계청에서는 1985년 정책 수립의 기초자료로 활용하기 위해 건축물에 대한 용도별, 층수에 관한 현황들이 수집된 건축물대장을 개발하였다. 건축물대장은 2002년 이후 「인터넷 건축행정시스템 세종터」에서 열람이 가능하도록 변경되었다.(Statistics Korea, 2016: 1-2)

에 해당되었다. 이 같은 이유로 2000년 이전의 연면적 추적은 제한적으로 진행되었다.

연면적 변화 요인들은 건축물대장에 기재되어 있는 용도를 통해 정리하고, 건축물대장에 용도고 기재되어 있지 않은 경우, 병원 홈페이지 연혁을 바탕으로 연면적 변화 요인들을 추적하였다.

4.1 Change and Factors for Change in the Total Floor Area on Regional Public Hospitals

연면적 변화와 요인을 조사한 결과는 Table 6, 7과 같다.

SS_1은 2011년 600병상 규모로 신축이전하였으며 연결통로 설치 이외에는 연면적 변화와 관련된 추가 의료시설은 없었다.

BS는 2001년 신축 이전을 하였으며, 2011년 증축으로 건강증진센터 및 소화기센터를, 2019년 증축으로 재활센터를 설치하였다.

DG는 1991년 이후부터 연면적 추적이 가능하였다. 그 결과 2007년 증축으로 재활센터 및 호스피스를 포함한 노인질환 전문센터가 설치되었다. 이는 기존 시설의 연면적 만큼 늘어나는 큰 규모의 증축이었다. 이후 2008년 장례식장을 증축하였다.

IC는 1997년 이후, 2008년까지 500m² 내외 소규모의 증축이 진행되었으며, 2009년 본관 증축, 2012년 증축으로 건강증진센터 설치, 2014년부터 2017년까지 본관과 장례식장 증축이 있었다.

SW는 1993년 신축이전하고, 이후 2005년 소규모 증축으로 관리부를 늘리고, 2010년 증축으로 건강증진센터와 응급의료센터를 설치하고, 2017년 증축을 통해 격리병동과 진단검사의학부를 확장했다.

[Table 6] Change of the Total Floor Area_1

Hospital	SS_1	BS	DG
Change of the Total Floor Area			
Hospital	IC	SW	UJB
Change of the Total Floor Area			
Hospital	WJ	GN	YW
Change of the Total Floor Area			
Hospital	SC	CJ_1	CJ_2
Change of the Total Floor Area			
Hospital	CA	HS	SS_2
Change of the Total Floor Area			
Hospital	GS	NW	MP
Change of the Total Floor Area			

[Table 7] Change of the Total Floor Area_2

Hospital	PH	AD	GC
Change of the Total Floor Area			
			<p>■ : Operation Time after Switching Corporation (In case of relocation and new construction, the operation time of the regional public hospital is indicated from the time of switching.)</p>

UJB는 2002년 이후 50m² 내외 소규모 증축 외 연면적 변화가 없었다.

WJ는 2003년 증축으로 식당 면적이 늘어났으며, 2017년 증축으로 건강검진센터 확장 이전, 장례식장 확장이 이루어졌다.

GN은 1997년 병동부가 증축되었으며, 2014년 증축 이후 건강검진센터와 인공신장실이 개설되었다.

YW은 2006년 진폐병동 설치와 장례식장 확장으로 대규모 증축을 하였다.

SC는 1993년 본관과 장례식장을 증축하고, 2007년 한방병동 설치를 위해 증축하였다.

CJ_1은 2005년 장례식장 신축을 위한 증축이 이루어지고, 2007년 본관과 급성기 병동부 증축이 진행되었다. 2011년 본관 증축이 다시 한번 진행되고, 이 시기 호스피스가 설치되었다. 2014년 대규모 증축으로 정신과 병동과 재활전문센터 및 재활병동이 설치되고, 2017년 증축으로 심혈관센터와 인공신장실이 설치되었다.

CJ_2는 2012년 신축이전 이후, 연면적 변화는 없었다.

CA는 2012년 신축이전, 2018년 증축을 하는데, 이는 2012년 신축이전 시, 300병상 규모로 계획하였으나 병동부 100병상을 제외한 시설을 먼저 건설하고, 2018년 남은 병동부를 증축한 것이다.

HS는 2002년 신축이전하고, 2005년 증축으로 지역응급의료센터가 지정되고, 2009년 본관 증축이 이루어졌다. 2012년 증축과 함께 정신건강의학 및 정신과병동과 심혈관센터가 개설되었다. 2016년 대증축으로 모자보건센터와 재활병동을 포함한 재활전문센터가 설치되었다.

SS_2는 1995년 본관 증축, 2002년 장례식장 설치로 소규모 증축을 진행하였고, 2005년 외래진료부와 관리부를 증축하였다.

2015년 응급의료센터와 30병상 규모의 병동부를 증축하였다.

GS는 2002년 신축이전 후, 2011년 증축으로 인공신장센터를 설치하고, 2016년 증축으로 장례식장이 설치되었다.

NW는 2001년 신축이전 후, 2007년 장례식장 설치를 위한 차례 증축이 진행되었다.

MP는 2005년 본관과 병동부를 증축하고, 2011년 재활요양병동 설치를 위한 대증축, 2014년 본관 재증축을 진행하였다.

PH는 1999년 정신병동인 별관을 증축하였으나, 2004년 본관의 일부 철거, 2006년 장례식장 철거 및 본관 일부가 포함 노인요양병원 개설로 포항시에 이관되면서 연면적이 크게 줄어들었다. 이에 2006년 전체 연면적은 줄었지만 반면, 새로운 장례식장은 설치되었다.

AD는 2009년 급성 및 만성기 병동부를 위한 별관을 증축, 2012년 본관 증축, 2016년 건강검진센터 신축으로 연면적이 증가하였다.

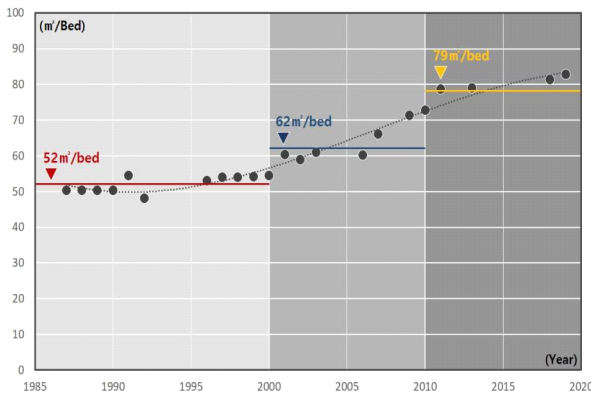
GC는 2009년 노인요양병동 설치를 위해 신관을 증축하였다. 2013년 기존 장례식장을 철거하고, 신축하면서 전체적으로는 연면적이 증가하였다. 2018년 증축을 통해 심뇌혈관 센터, 재활치료 병동 및 센터, 호스피스가 설치되고, 장례식장 면적이 늘었다.

UJ는 2010년 장례식장을 신축하고, 2012년 증축으로 산부인과 병동이 개설되고, 2015년 본관이 증축되었다. 2017년부터 2018년까지 건강검진센터 신축과 감염병 안심응급실 증축이 진행되었다.

SGP는 2013년 신축이전 이후, 연면적에 큰 변화가 없다.

4.2 Trends in the Total Floor Area on Regional Public Hospitals

지방의료원 연면적 변화의 경향을 분석하기에 앞서 조사대상 의료원의 연도별 총 병상 수와 연면적을 통해 병상당 연면적을 산정하고, 연도별로 병상당 연면적의 평균을 정리하였다. 각 사례들의 병상 규모에 따라 병상당 연면적이 차이가 나지만 전반적인 연면적 변화의 추세를 살펴보기 위한 과정이기 때문에 평균값으로 분석하는 방법이 적용가능하다고 판단하였다. 그 결과, 병상당 연면적은 점점 증가하는 경향을 보였으며, 연도별 평균을 보면 2000년 이전에는 52m²/bed, 2000년부터 2010년 사이는 62m²/bed, 2010년 이후에는 79m²/bed로 나타났다(Figure 3).



[Figure 3] Total Floor Area per Bed of Regional Public Hospitals Every Year

[Table 8] Expansion Factors and Frequency

Department	Expansion Factors	Year												Total					
		1990-1999				2000-2009				2010-2019									
All-Round Dept.	Main Building			1	1			2		1	2	1	1	1	1	1	1	13	13
Ward	Acute Ward			1				2								1	1	6	17
	AIIR																1	1	
	Chinese Medical							1										1	
	Chronic Ward																	0	
	Hospice & Geriatric							1			1							2	
	Maternal											1						1	
	Rehabilitation											1					1	2	
	Pneumoconiosis							1										1	
	Psychiatric				1								1				1	3	
O.P.D & Center	Cardiovascular Center											1				1	1	3	28
	Emergency Medical							1			1	1			1		1	5	
	Dialysis Center											1			1		1	3	
	Gastroenterology Center											1						1	
	Health-Promoting Center											1	2		1	1	1	7	
	Maternal-Child Healthcare														1			1	
	O.P.D							1										1	
	Psychiatric Center											1						1	
	Rehabilitation Center								1			1		1	1		1	6	
D & T	Laboratory Medicine							1								1		2	2
Executive	Executive Dept.							1										1	1
Supply	Cafeteria							1								1		2	2
Additional	Funeral Homes			1				1	1	2	1	1	1		1	1	2	14	14

앞서 3장에서 지방의료원 연도별 병상 수가 증가하는 추세임을 알 수 있었다. 병상 수가 증가함에도 병상당 연면적이 늘어났다는 것은 병동부 외 다른 부문의 면적이 동반하여 증가하고 있음을 의미하는 것이다. 이에 4.1에서 기재한 증개축 변화 요인들을 의료시설 부문¹²⁾에 따라 구분하고, 증개축이 일어난 연도별로 부문 및 부서별 요인의 횟수를 Table 8과 같이 정리하고, 어느 부문들이 증개축에 영향을 미쳤는지 분석하였다. 연면적 증가로 이어지는 증축 요인 추적은 1990년부터 가능하였다.

조사 결과 증축 요인별로는 장례식장 증축 횟수가 14회로 가장 많았으며 본관 13회, 건강증진센터 7회, 재활전문센터 6회, 급성기 병동부 6회, 응급의료센터 5회 순으로 나타났다. 부문별로 외래부 증축 횟수가 28회로 압도적으로 높았으며, 다음은 병동부 17회, 부대시설 14회, 본관 13회 순이었으며, 타 부문의 증축 비중은 높지 않았다. 본관 증축이 의료시설 특정 부문이 아니라 의료시설 전체 부문에 영향을 미친다고 판단하고 본관 증축을 제외하면, 외래부, 병동부, 부대시설을 중심으로 증축이 진행되었다. 이를 통해 지난 20-30년간 지방의료원의 연면적 증가에 영향을 미친 부문은 외래부, 병동부, 부대시설임을 알 수 있었다.

5. Problems of Changing Size on Regional Public Hospitals

지방의료원의 규모는 만성기 병상 수 확대와 신축이전을 통한 병상 수 증가와 외래부, 병동부, 장례식장 위주의 증축을 통해 증가하였다. 규모에 영향을 미치는 두 요인이 증가함에도

12) 한국의료복지건축학회에서 작성된 연구보고서 의료시설의 부문을 분류를 기준으로 함

불구하고, 배경에서 언급한 바와 같이 사용자들은 공간 부족을 문제 제기하였다.

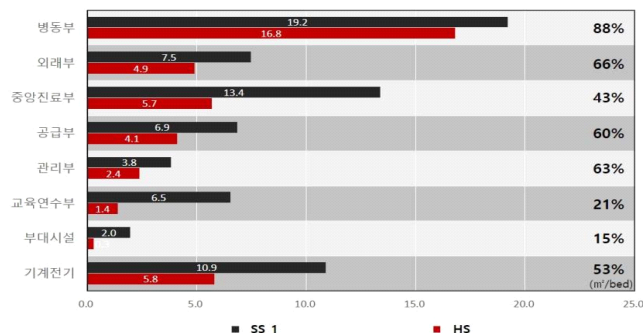
이에 병상 수와 연면적이 증가한 증축 사례들과 최근 의료환경의 경향이 반영된 신축이전 사례들의 부문별 면적 구성, 공용면적의 수준을 비교하여 의료시설 내부적으로 부문별 규모를 분배하는 과정에서 문제점이 있는지 진단해보았다. 부문별 면적 구성은 병상당 순면적을 통해 분석하였다. 병상당 순면적은 2019년을 기준으로 면적을 산정하고, 병상 수는 계획 병상 수를 적용하였다.¹³⁾ 조사대상 의료원은 500병상 규모와 300병상 규모로 구분하여 부문별 병상당 순면적¹⁴⁾을 비교하였다(Table 9).

[Table 9] Case Hospitals for Comparison

Comparison	Hospital	Case	Beds	Opening*
About 500Beds Cases	SS_1	Relocation	600	2011
	HS	Expansion	492	2002
About 300Beds Cases	CJ_2	Relocation	292	2012
	CA	Relocation	291	2012
	SS_2	Expansion	242	1989
	YW	Expansion	215	1982

* Opening date is based on relocation & new construction.

500병상 내외 규모 의료원의 부문별 병상당 면적의 비교 분석을 위해 신축이전 사례로 SS_1, 증축 사례는 HS로 선정하였다. 비교 결과(Figure 4), HS의 병동부는 신축이전 사례 병상당 순면적의 88%로 큰 차이가 없었다. 그러나 외래부, 공급부는 약 60%, 중앙진료부는 43%, 기계/전기는 53%로 최근 부문별 병상당 면적 수준과 비교할 때, 매우 열악한 상태였다. HS병원은 정신과, 재활, 모자보건 기능 강화로 이 부분들의 병상과 외래 센터 및 심혈관센터의 규모를 늘릴 뿐, 실제 이 기능들을 지원할 수 있는 중앙진료부와 공급부문 및 환경의 운영과 질을 조절하는 기계/전기 부문은 규모 증가 시 고려되지 않았음을 알 수 있다.

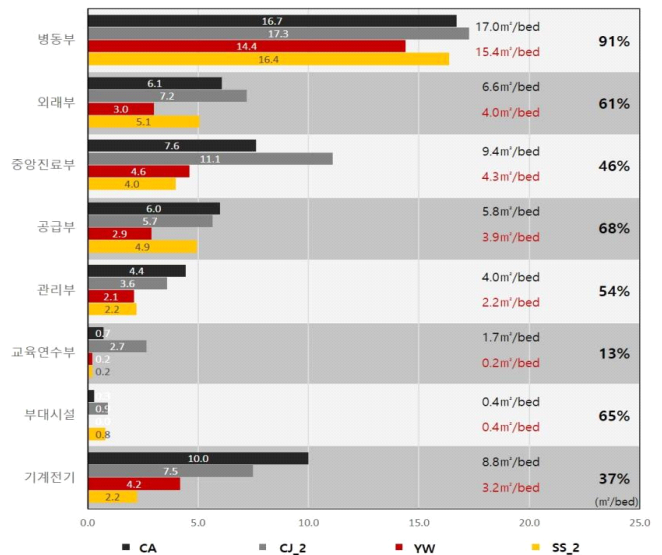


[Figure 4] Total Floor Area per Bed(about 500Beds Cases)

13) 계획 병상 수 추적이 어려운 시설은 병상 수가 최대인 시점을 적용하였다.

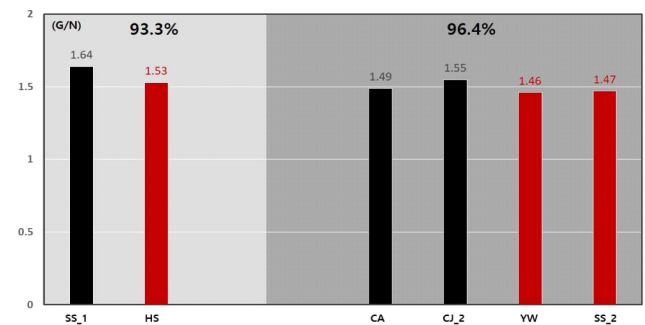
14) 장래식장 면적은 의료계획에 따라 결정되기보다 의료시설의 수익사업 계획에 따라 달라지기 때문에 부문별 면적 비교에서 제외하였다.

300병상 내외 규모 의료원의 비교 분석을 위해 신축이전은 CA, CJ_2, 증축은 YW, SS_2를 사례를 선정하였다. 신축이전 사례 평균과 증축 사례 평균을 비교한 결과(Figure 5), 500병상 규모의 신축이전과 증축 사례 분석 내용과 유사한 데이터가 나왔다. 증축 사례 병동부 병상당 순면적은 최근 병동부 면적의 91% 수준으로 유사했으나, 신축이전 사례 병상당 순면적과 비교하여 증축 사례는 외래부는 61%, 공급부는 68%로 중반 수준이고, 중앙진료부는 46%로 낮았다. 기계/전기 부문은 최근 수준의 37%로 500병상 사례 비교 수치보다 더 낮았다.



[Figure 5] Total Floor Area per Bed(about 300Beds Cases)

규모에 따라 신축이전과 증축 사례의 공용면적비(G/N)를 분석한 결과, 500병상 규모의 증축 사례 공용면적비가 신축이전 사례의 93.3% 수준이었으며, 300병상 규모는 증축 사례의 공용면적비가 신축이전 사례의 96.4% 수준으로 유사했다(Figure 6).



[Figure 6] Comparison of G/N Ratio

지방의료원의 부문별 병상당 면적을 분석한 결과, 지방의료원은 병동부 위주로 규모가 증가하였다. 외래부는 증축 빈도수는 가장 높지만 증축사례와 신축이전 사례의 면적 수준 차이가 크지 않은 것으로 보아, 기능보강에 해당하는 시설 이

외 면적은 증가하지 않았음을 알 수 있었다. 진단 및 치료 기능을 수행하는 중앙진료부와 의료 지원부서인 공급부, 의료시설의 기술적 운영과 내부 환경의 질과 관련이 있는 기계/전기 부문에 대한 면적 증가는 미비하였다. 병상이 만성기 병상으로 변하는 과정에서 수술부, 치료 기능의 규모 조정으로 중앙진료부의 병상 당 순면적이 낮을 수 있지만 그럼에도 불구하고 최근 수준의 50%를 하회하는 것은 증축 시 고려되었다고 판단하기 어렵다. 공용면적비(G/N)는 신축이전 사례와 증축 사례에 큰 차이가 없었다. 증축과정에서 공용공간 보다는 최근 신축이전하는 지방의료원의 공용면적비 수준이 민간 의료시설에 비해 높지 않다고 판단된다.

결론적으로 의료시설의 기능강화를 위한 증축이 오히려 내부 공간의 불균형을 초래하는 하나의 요인이라고 판단된다. 의료시설에 새로운 기능이 제안되거나 기존 시설의 기능이 보강될 때, 시설의 전체적인 규모와 부문들의 면적 수준을 최근 시설 수준과 비교하여 진단하는 종합시설계획이 필요하다고 사료된다. 일반적으로 기능강화사업들이 의료기능에 집중되는 경향이 있는데 종합시설계획에서 의료기능을 지원하는 지원부서들의 면적 수준 또한 향상시킬 수 있는 방안들이 제시되어야 한다고 본다. 이와 같은 종합시설계획은 면적 불균형으로 인해 발생하는 사용자들의 공간 부족에 대한 문제제기에 대응할 수 있는 방안이라고 사료된다.

6. Result & Discussion

본 연구 결과는 다음과 같다.

1) 지방의료원 연도별 병상 수 변화의 요인과 경향은 병상 수 증가 사례와 감소 사례로 나누어 분석할 수 있었다. 두 사례 모두 2000년 이전까지는 병상 수가 증가하는 추세였으며, 대부분 급성기 위주의 일반병상 수가 증가하고, 일부 소수의 정신·요양병동 및 호스피스 병상 증가가 있었다. 그러나 2000년 이후 병상 수가 증가하는 지방의료원과 감소하는 의료원으로 확연하게 구분되는 경향을 보였다. 병상 수가 감소하는 의료원은 급성기 병상 수를 축소하거나, 정신병동과 호스피스 병상을 설치하는 기능보강사업을 진행하였음에도 불구하고, 기존 일반병상 수를 줄이면서 사업을 진행하기 때문에 전체 병상 수는 증가하지 않았다. 병상 수가 증가하는 병원은 두 가지 방식으로 병상 수가 증가하였는데 첫째, 지방의료원 기능보강사업에 속해있는 정신·재활·요양과 같은 만성기 질환의 병상과 호스피스 위주의 병상 수가 증가하였고, 둘째, 신축이전 과정에서 기존 보다 늘어난 병상 수로 새로운 시설을 계획하였다.

2) 지방의료원 증축 횟수가 가장 많은 부문은 건강증진센터, 재활전문센터, 응급의료센터 설치가 잦은 외래부였다. 그리고 만성기 병상 증설을 위한 병동부 증축 횟수가 많았으며,

장례식장 증축 및 신설 횟수가 뒤를 이었다. 증축에 따른 규모 변화를 연도별 병상당 연면적 평균을 통해 분석한 결과 시기별로 2000년 이전 52m²/bed, 2000-2010년 사이는 62m²/bed, 2010년 이후 79m²/bed로 병상당 연면적이 증가세를 보인다.

3) 최근 의료시설 기준으로 판단할 수 있는 신축이전 사례와 병상 수와 연면적이 늘어난 증축 사례의 부문별 병상당 순면적을 비교하여 증축 사례의 면적 수준을 검토하였다. 그 결과 규모에 따라 병동부는 최근 병상당 면적의 80-90% 수준으로 계획되어 큰 차이가 없지만 외래부와 공급부의 병상당 순면적은 60-70%, 중앙진료부의 병상당 순면적은 40-50% 수준으로 뒤떨어지고 있었다. 또한 의료시설 지원 및 환경의 질과 밀접한 연관 있는 기계전기실은 최근 500병상 규모의 53%, 300병상 규모의 37%로 최근 수준에 못 미치고 있었다.

육성정책에 따라 지방의료원은 시대와 지역의 요구를 반영하여 만성기 위주의 병상 수를 늘리고 외래 특성화 센터 및 응급의료와 같은 공공보건의료의 기능을 강화하기 위해 규모가 증가하였다. 하지만 병동부 위주로 규모가 성장하였으며, 최근 시설 수준과 비교하여 기능보강에 해당하는 부서 이외에는 부문의 면적이 증가하고 있지 않았다. 이는 기능보강사업 과정에서 중앙진료부, 공급부, 기계전기와 같이 치료, 진단 및 의료 지원 부문이 반영되지 못함을 의미한다고 판단된다. 하나의 의료기능을 수행하기 위해 그를 지원할 수 있는 다양한 부문들의 공간들이 필요함에도 불구하고 시설 계획단계에서 반영되지 않아 면적의 불균형을 초래하는 것으로 판단된다. 이 같은 현상이 이용자들이 공간을 부족하다고 판단하는데 영향을 미친다고 사료된다. 향후 기능보강사업이 진행될 경우 새로 도입되는 의료기능에만 초점을 맞추는 것이 아니라 의료지원부서의 규모에 대한 검토가 반드시 수행되어야 한다고 사료된다. 이를 위해 기능보강사업이 기존 시설과 관련 부서의 규모에 어떤 영향을 미치는지 판단할 수 있는 종합시설계획 수립이 선행되어야 한다고 사료된다.

Acknowledgements: This work was supported by the of Ministry Education of the Republic of Korea and the Research National Foundation of Korea (NRF-2018S1A3A2074955)

References

- Cho, Jun Young; Yang, Nae Won, 2017, "Analysis of Medical Resources according to Number of Beds in Korea General Hospitals", KIHA, 23(2), pp.27-35
- KHIDI, 2009, "2008년 지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구-김천의료원-", p.9
- Kim, Kwang Moon, 2001, "Life-Cycle and Remodeling of Hospital Architecture", KIHA, 7(1), pp.106-111

NMC, 2019, "지역거점공공병원 기능보강사업 지원",
<https://www.ppm.or.kr/contents/contentsView.do?jsessionid=1BF51A29B97B71C1205C27802389AAA4?MENUID=A01020201>, NMC.

경기도 의정부병원, 2011, "경기도 의정부병원 12년도 경영계획서", p.63

경기도 의정부병원, 2010, "경기도 의정부병원 11년도 경영계획서", p.34

김천의료원, 2017, "2018년김천의료원 사업계획서", pp.2, 9-10

보건복지부; KHIDI, 2011 경제발전경험모듈화사업: 지역거점 공공현대화 사업, 2012, file:///C:/Users/SJH/Downloads/17_K_Modernization%20of%20Public%20District%20General%20Hospitals.pdf, 2019.09.05.

보건복지부, 2016, "2017년 지역거점공공병원 기능보강사업 안내", file:///C:/Users/SJH/Downloads/2017%EB%85%84+%EC%A7%80%EC%97%AD%EA%B1%B0%EC%A0%90%EA%B3%B5%EA%B3%B5%EB%B3%91%EC%9B%90+%EA%B8%B0%EB%8A%A5%EB%B3%B4%EA%B0%95%EC%82%AC%EC%97%85+%EC%95%88%EB%82%B4.pdf, 2019.09.06.

보건복지부, 2019(최종 수정일), 지방의료원 육성, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06300202&AGE=2&topTitle=지방의료원%20육성, 2019.09.15.

안동의료원, 2014, "2015년도 안동의료원 사업계획서", p.5

울진군의료원, 2015, "2016년 울진군의료원 사업운영계획서", p.12

접수 : 2019년 10월 10일
 1차 심사완료 : 2019년 11월 12일
 게재확정일자 : 2019년 11월 12일
 3인 익명 심사 필