

Suggestion for Planning Process and Design Guidelines in Healthcare Facility

병원설계의 기획 및 설계기준에 관한 제언

Park, Wonbae 박원배 (정림건축)

우리나라의 병원건축은 지난 수십년간 선배 교수 및 설계자들의 노력에 힘입어 오늘날 선진국 못지 않은 높은 수준으로 발전하여 왔고, 이제는 국내뿐만 아니라 해외에도 그 시장을 넓혀가고 있는 추세이다. 하지만 전세계적으로 의료환경과 기술의 변화는 가속화하고 있고, 우리 역시 미래의 변화에 대응하기 위해서는 우리 선배들의 초석을 바탕으로 병원설계의 이론 및 실무적용을 위한 방법론은 계속 발전되어야 한다고 생각한다.

병원설계는 그 전문성과 복잡성으로 말미암아 여전히 해외 선진국에서부터 비롯된 주요 개념과 방법론들을 차용해오고 있는 것이 현실이다. 그간은 주로 미국을 중심으로, 일본과 유럽 등지의 설계 철학, 방법론 그리고 설계기준들이 소개되어 왔지만, 이러한 개념들이 우리의 현실에 적응하는 데에는 시간도 필요하고, 새로운 투자가 필요하고, 또 제대로 적용되는 지 여부에 대한 검증도 필요하기 때문에 항상 뒤처질 수밖에 없다.

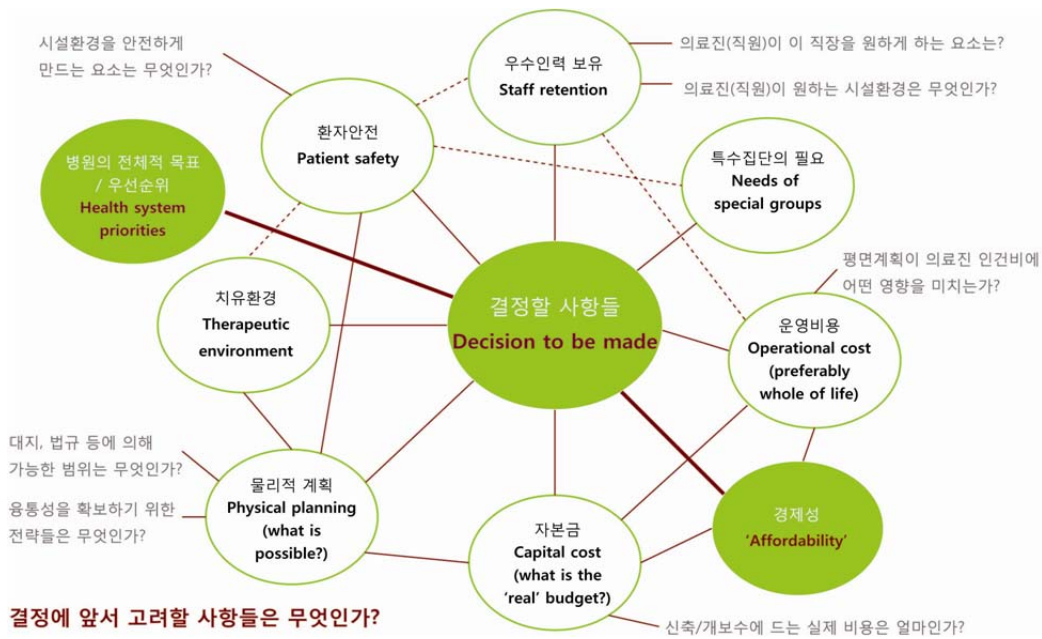
여기서는, 그간의 병원설계 실무를 통해서 느꼈던 점 중 기획과정에서의 문제점을 중심으로 우리나라 병원설계가 더 한층 발전하기 위한 제언을 하고자 한다.

1. 병원설계의 기획 프로세스

“프로그램(설계지침서)이란 전임자들에 의해 작성된, 낡은 데이터와 곧 구식이 될 기술을 근간으로 만들어진 기획의 결과물”이란 말이 있다. 그럼에도 불구하고, 그간 여러 프로젝트를 수행하면서 절실하게 느끼는 점 하나는, 설계착수 이전에 제대로 작성된 설계지침서의 필요성이다.

매 프로젝트마다 설계지침서들을 받아보면, 건축주가 의도하여 설계에 반영되어야 할 모든 요소가 구체적이고 명확하게 수록되어 있어야 함에도 불구하고, 형식적이거나 내용이 부실한 경우가 대부분이라 설계수행 과정에서 프로그램의 내용이 대부분 폐기되고 수정된다. 병원건축 특성상 변경이 많

다는 것을 고려하더라도 결국은 전문성과 신뢰성이 확보되지 않은 지침서 내용으로 인해 불필요한 설계변경이 수시로 발생하게 된다.



[그림 1] 병원 기획 시 결정해야 할 요소

설계자에게 주어지는 설계지침서라는 것은 원칙적으로는 건축주나 발주처에 의한 '기획' 단계의 결과물이다. 즉, 설계과정의 결과물이 설계자의 책임이라면, 기획과정의 결과물은 원칙적으로는 건축주의 의도를 담아내야 하므로 건축주(발주처)의 몫인 셈이다. 이렇게 작성된 설계지침서에는 기본적으로 세 가지 내용이 포함된다. 첫 번째는 프로젝트의 개요, 목적, 설계기준 등을 포함하는 기본지침(guidelines)이고, 두 번째는 그 병원의 각과별 운영계획(operational program), 그리고 세 번째는 실별면적표(space program) 등이다.

이러한 결과물이 나오기 위해서는 그 시설의 비전이나 목표, 진료 및 운영계획, 인력수급계획, 전반적인 예산 및 일정계획 등이 먼저 결정되어야 하는데, 이들은 건축주 스스로가, 또는 자체 내에 그러한 인력조직이 없을 때에는 전문 컨설턴트를 채용하여, 판단하고 결정해야 할 사항들이다. 이 과정에서 설계자가 대신해 줄 역할은 별로 없고, 시설기준이나 장비와 관련된 하드웨어적 요소들은 그 이후에나 결정될 일이다.

그런데 건축에 대해 비전문가인 건축주들은 설계자들이 프로그램을 만들 수 있다고 오해하는 경우가 많다(외국의 병원설계 전문업체들은 이러한 전문인력을 자체 내에 가지고 있다). 즉, 설계자들이 기획단계에서 원활한 설계진행을 위해 종종 건축주에게 '임시' 프로그램을 제공하기도 하는데, 병상수 등에 따라 연면적을 정하고, 기존 병원들 사례에 의한 부서별 면적비를 적용하여 나누고, 마찬가지로 부서별로 실별면적표를 작성하는, 소위 'break-down' 방식의 프로그램이 이에 해당된다.

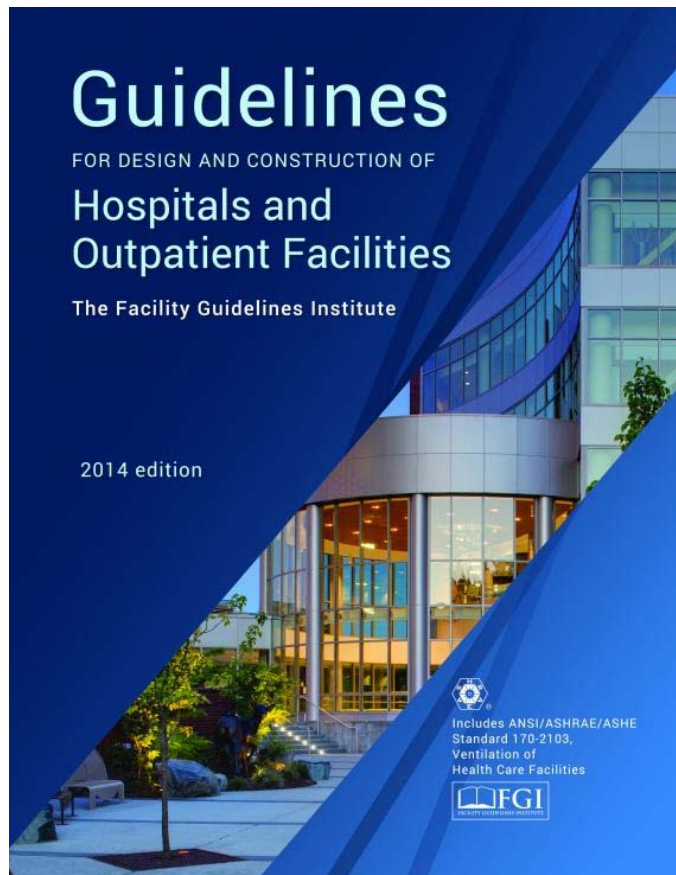
그러나 이러한 종류의 프로그램은 순전히 규모검토용이고 진정한 프로그램이라 부르기 힘들다. 제대로 작성된 프로그램이란 건축주의 '요구사항'에서 출발하여 운영방침이 반영된 'add-up' 방식의 프로그램이어야 한다. 그럼에도 불구하고 설계자 역시 수주하고자 하는 의욕으로 인해 그 오해를 바로잡기보다는 그 업무를 대행하고자 하기 때문이다. 결국 설계자는 전문 컨설턴트와 협업하여 기획을 대행하게 되는데, 여전히 설계 용역비 내에서 비용을 써야 하므로 결과물의 품질에는 문제가 생길 소지가 있다.

여기서 더 큰 문제는 책임소재로서, 설계자가 기획업무를 대행하여 진행한 경우 기획의 결과물에 대해 건축주가 아닌 설계자가 책임을 져야 한다는 문제가 그것이다. 건축주나 설계자가 기획단계의 중요성을 간과하고 불완전한 설계지침을 가지고 설계에 임하는 경우 오히려 설계기간 중의 프로그램 변경 등 불필요한 설계기간 연장이 발생하고 그 책임을 놓고 건축주와의 분쟁으로까지 이어지는 경우까지 발생하는 것이다.

따라서 (일반 건물에 있어서도 마찬가지이지만) 설계자는 병원설계 기획단계를 위해 필요한 기간과 업무 내용 등에 대해 건축주가 명확히 이해하도록 노력해야 하고, 혹 건축주가 이를 충분히 인지하지 못하고 있었다면 이를 설득해야 한다. 또한 자체 내에서 할 수 있는 업무와 그렇지 못한 항목에 대해서 건축주에게 명확히 고지할 필요가 있다. 병원 내 자체 기획인력이나 조직이 없어서 전문 컨설턴트가 필요한 경우, 건축주 - 컨설턴트 - 설계자의 업무범위를 명확하게 정해야 한다.

설계자가 기획과정에 참여하는 경우 건축주에 협조할 수 있는 부분은 여전히 많다. 오히려 가능만 하다면, 기획과정에서 건축주와 설계자가 충분한 커뮤니케이션을 갖는 게 ‘참여설계(participatory design)’라는 측면에서 바람직하기까지 하다. 대지분석이나 마스터플랜 등 대지와 관련되거나 규모검토, 시설기준 등 하드웨어와 관련되어 품질 높은 기획결과물을 만드는데 일조할 수 있고, 기존 건물이나 타 병원 사례 같은 다양한 정보를 제공해줄 수 있기 때문이다. 따라서 설계자가 기획단계에 참여하는 경우, 그 역할과 책임소재를 분명히 하여 오해와 업무상의 리스크를 최소화하여야 한다.

2. 병원설계 가이드라인



[그림 2] FGI(Facility Guidelines Institute) 병원 및 외래진료 시설의 설계와 시공을 위한 가이드라인

미국에는 'FGI(Facility Guidelines Institute) 가이드라인'이란 이름의 의료시설 설계 및 시공에 대한 지침서가 있다. FGI는 비영리 기관으로서 처음에는 정부의 보조 아래 병원시설 기준을 집대성한 이래, 이후 AIA(미건축사협회) 지원을 받아 지난 수십년간 이 지침서를 개정, 보완해오고 있다. 이 지침들은 병원시설의 설계 및 시공을 위한 레퍼런스로서 미국뿐만 아니라 해외 프로젝트에 있어서도 채택되는 사례가 있을 정도이다.

우리나라에도 병원 건립 프로젝트마다 건축주로부터 제공되는 설계지침서가 있지만 아직까지 미국의 FGI 가이드라인에 필적하는 표준적인 설계기준이 없다. 이에 따라 설계지침서들의 내용을 보면 제 각각이면서도 서로 유사한 내용들의 짜깁기가 많고, 설계기준과 실제 운영계획이나 실별면적표 내용 등과는 상반되는 경우까지 있게 된다. 또한 의료원 같은 공공병원이나 군병원의 경우는 그나마 표준적인 지침서가 나오고 있으나, 아쉬운 점은 프로젝트 종료 이후 의견으로 제시되는 향후의 개선 사항들에 대한 반영이 더딘 편이다.

한편 미국의 JCI(Joint Commission International) 인증이나 이와 유사한 우리나라의 '의료기관 인증평가'란 게 있지만, 이는 주로 운영과 진료절차와 관련된 요소가 주이고 건축과 관련된 시설기준 부분은 극히 일부에 불과하다. 현재까지 나온 병원 각 부서별 인증평가의 내용을 보면 각 부서별로 보아서는 그 부서의 높은 시설기준을 확보한다는 측면도 있지만, 각 과별 형평성이 부족해 보이고 경우에 따라선 면적확보 차원에서 프로그램이 부풀려지는 경향도 없지 않다.

FGI 같은 보편적 지침이 한시바빠 만들어져야 할 필요성을 느끼게 되는 이유는, 설계단계에서부터 부서의 레이아웃이나 설비 같은 하드웨어가 인증기준들을 뒷받침해야 할 텐데, 인증평가 기준들이 점점 엄격하게 만들어지는 추세에 비해 건축 분야에서는 이에 발 빠르게 대응하는 체계적이고 보편적인 기준이 아직까지 확립되어 있지 않기 때문이다. 의료시설과 관련되어 건축분야(학계나 설계사무소 등)와 의료분야(의료행정가나 병원 실무진 등)와의 커뮤니케이션이 부족한 것이 그 제일 큰 이유로 생각된다.

미국 최대의 보험그룹사의 하나인 Kaiser Permanente에서는 자신들이 짓는 병원들의 설계에 있어 'Template Hospital'이란 표준을 만들어 적용시켜오고 있다. 통일화된 병원시설의 계획 및 설계기준을 적용시킴으로써, 전반적인 품질향상을 확보하고 신속하고 효율적인 설계를 마련하기 위함이다. 반면에, 표준 또는 기준이란 것에 대해 우려를 나타내는 일부 목소리도 있다. 지나치게 상쇄하거나 엄격한 기준이 만들어짐으로 인해 디자인에 있어서 창의성이 위축되지 않을까 하는 우려이다.

그러나 Kaiser의 'Template Hospital' 개념에서도 볼 수 있듯이, 제대로 만들어진 '표준'이란 특수성과 예외를 인정하지 않는 획일적인 잣대가 아니라 지역여건이나 특정 병원의 특수성에 적응하고, 새로운 기술이나 변화에 재빠르게 적응할 수 있는 융통성을 시스템적으로 갖춘 것이라야 한다. 토요타의 생산방식에서 유래된 'LEAN 프로세스'에 기반을 둔 이러한 설계방식은, 하나의 표준이 완성된 이후라도 그것이 일회성으로 끝나는 것이 아니라 실행-평가-개선작업이 순환되는 지속가능한 시스템이어야 하는 것이다. 또한 잘 만들어진 표준이 있음으로 설계자들은 소모적인 반복작업을 최소화하고, 오류를 줄이며, 오히려 창의적인 작업에 투자할 수 있는 시간을 더 확보할 수 있게 된다.

건축분야에 있어 표준적인 설계지침을 만든다는 것은 하루아침에 이루어질 수 있는 일이 아니란 생각이 든다. 그 내용 자체도 이론과 실무 내용에 부합되는 실질적인 것이어야 하고, 건축학계나 설계사무소와 같은 건축분야뿐만 아니라 의료분야까지 아우르는 것이어야 할 것이다. 또한 일단 만들어진 설계지침서가 일반적인 표준으로서 실제 프로젝트에 채택되기 위해서는 공정성과 공공성을 확보해야 하는데, 이를 위해서는 FGI 가이드라인의 예에서 보듯이 의료분야와 정부의 지원과 보조가 뒷받침되어야 한다.

3. 맺음말: 근거중심적 설계(Evidence-based Design)를 위하여

이상과 같은 제언들은 그간 실무에 종사하며 느꼈던 스스로의 반성에서 비롯된 것이다. 최근 해외 병원수출과 관련되어 해외 병원 프로젝트들을 몇몇 수행하는 과정에서, 해당국에서 한국 병원의 설계 가이드라인이 무엇이나는 질문을 받았을 때 명확하고 자신 있게 내놓을만한 대답이 없었다. 우리나라의 병원시설 수준이 미국이나 유럽 못지 않은 높은 수준이라는 막연한 대답 외에는 공식적이고도 구체적인 가이드라인의 부재를 통감할 수밖에 없는 상황인 것이다.

우리나라의 의료기술과 의료시스템의 효율성이 세계적으로 인정받아 최근에 많은 나라에 한국식 병원을 수출하고 있는 이때, 우리나라의 병원설계 방법론이나 기술도 이에 발맞추어 성장하려면 그간의 관행에서 벗어나 한걸음 더 나아가기 위한 노력이 필요하다고 본다. 그리고 그 첫걸음은 기본으로 돌아가 설계단계의 기초라 할 수 있는 기획단계 및 설계기준을 확립할 필요가 있다고 생각한다.

최근 우리나라에도 '근거중심적 설계(Evidence-based Design)' 방법론에 대한 논의가 활발히 진행되고 있다. 그런데, 실제 설계에 있어 이를 적용코자 해도 우리의 기준이 전무한 지라 '근거'가 되기 위한 객관성을 담보할 수 없다. 공식화, 객관화가 되지 않는다면 여전히 이들은 '전문가적 판단(professional judgment)'에 머무를 수밖에 없기 때문이다. 해외에서 만들어진 자료를 무비판적으로 수용하고 채택하는 식의 설계는 단순히 마케팅에 지나지 않는다. 이제 우리 실정과 조건에 맞는 설계 방법론과 기준을 설정할 때가 아닌가 하는 생각이 든다. 그리고 이러한 기준(초석)의 바탕 위에 모아지는 근거들이야말로 진정한 '근거중심적 설계'로 나아가는 밑거름이라고 생각한다.