

【 주간이슈 】

자동차보험 위장환자 유발요인 및 대응방안

송윤아 부연구위원

- 자동차보험 환자는 대부분 경상환자임에도 불구하고 입원율과 입원환자의 부재율이 높아 불필요한 입원 가능성을 시사함.
 - 우리나라 자동차보험 환자의 입원율은 평균 70.4%로 일본보다 8배나 높으며, 상해 급수 8급 이상의 경상환자가 입원환자의 70% 이상을 차지함.
 - 동병상명의 건강보험 환자에 비해 높은 자동차보험 환자의 입원율과 입원환자의 높은 부재율은 교통사고 경상자와 소규모병상 의료기관을 중심으로 불필요한 입원 가능성을 보여줌.
- 자동차보험 환자의 불필요한 입원과 장기입원 등 과잉진료는 의료서비스 관련자들의 도덕적 해이, 불합리한 입원료 체감율과 통합심사평가기구의 부재, 병상의 과잉공급 등에 기인한 것으로 사료됨.
 - 현재 자동차보험에 적용되는 50일의 입원료 체감율 미적용기간은 평균입원일수와 진료강도의 지속성을 제대로 반영하지 않음.
 - 자동차보험의 경우 심사체계가 각 보험회사에 분산되어 있어 동병상명에 대해서 보험회사별로 다른 진료비가 청구되더라도 이를 적발할 수 없음.
 - 실효성 있는 병상공급 관리정책의 부재와 병상의 과잉공급에 의한 병상이용률 감소는 입원의 적정성 문제와 평균입원일수 증가를 유발
- 자동차보험 환자에 행해지는 과잉진료를 억제하기 위해서는 실효성 있는 의료기관 평가인증제도의 정착, 입원료 체감율의 합리적 조정, 보험회사간 심사평가기구의 일원화, 실효성 있는 병상공급 관리정책의 집행 등을 들 수 있음.
 - 진료기능 및 과정을 중시하고 의원급에까지 확대적용되는 의료기관평가 인증제도의 성공적인 정착이 필요함.
 - 상해 및 질병을 진료강도의 지속성에 따라 분류하여 이에 근거하여 입원료 체감율을 적용하고 보험회사간 심사평가기구를 조속히 일원화할 필요가 있음.
 - 소규모병상 의료기관을 적정수준으로 통제하지 못한 결과 의료전달체계가 왜곡된 것으로 나타남에 따라 영세병상 의료기관에 대해 허용병상수 및 급여기간 제한을 검토할 필요가 있음.

1. 서론

- 자동차보험 환자의 95% 이상이 경상환자임에도 불구하고 입원율은 약 70%로 매우 높아 불필요한 입원가능성에 대한 논란이 제기됨.
 - 상해급수는 상해의 구분과 보험금 등의 한도금액에 따라 1~14급으로 구분되어 있으며 일반적으로 좌상(타박상), 염좌(삔임) 등을 포함한 8급 이상 환자는 경상환자로 분류됨.
 - 이러한 경상환자가 자동차보험 환자의 95%를 차지하며 입원환자의 약 70%를 형성함.
- 자동차보험 의료제도는 본질적으로 배상책임보험의 특수성에 기인한 피해자의 도덕적 해이 가능성을 내포하고 있음.
 - 배상책임보험의 특성상 피해자는 치료비에 대한 본인부담이 없고 휴업손해액 등 보전으로 불필요한 입원 또는 장기입원의 유인이 있음.
 - 실제로 동병상명의 건강보험 환자에 비해 높은 자동차보험 환자의 입원율과 입원환자의 높은 부재율은 자동차보험 환자의 불필요한 입원 가능성을 시사함.
- 자동차보험 환자에 대한 과잉진료는 지급보험금에 영향을 미침으로써 손해보험회사의 자동차보험 실적손해를 및 영업수지를 악화시킴.
 - 동일한 수준의 상해를 입은 경우 입원치료를 받은 환자와 통원치료를 받은 환자의 평균치료비는 매우 큰 차이를 보임¹⁾.
 - 통원치료가 가능한 좌상 등 경미한 상해에 해당하는 피해자가 입원한 경우의 치료비는 통원한 경우의 치료비에 비하여 7~13배의 차이를 보임.
- 이에 본고에서는 자동차보험 환자 입원실태를 통해 위장환자 존재 가능성 및 양상을 살펴보고 이러한 현상을 촉진하는 요인을 검토한 후 위장환자에 대한 대응방안을 제시하고자 함.

1) 보험개발원, 「자동차보험 의료비 지급 적정화 방안」, 『CEO Report 2006-07』, 2006.

2. 자동차보험 환자 입원실태

가. 자동차보험 환자의 입원현황

□ 8~14급 상해의 경상환자가 자동차보험 환자의 대부분을 차지하며 비중도 높아지는 추세임.

- FY2003~2007 기간 동안 사망자 및 중상환자는 감소한 반면 자동차보험 환자의 95% 이상을 차지하는 경상환자는 연평균 7.3% 증가하고 그 비중도 연평균 0.3% 높아지는 추세임.

<표 1> 자동차보험 피해자 발생추이

(단위: 명, %)

구분		FY2003	FY2004	FY2005	FY2006	FY2007	연평균 증가율
사망		4,509 (0.4)	3,944 (0.4)	4,047 (0.3)	3,995 (0.3)	3,931 (0.3)	-3.4
부상	중상 (1~7급)	48,755 (4.7)	45,018 (4.3)	46,264 (3.9)	45,658 (3.6)	47,680 (3.5)	-0.6
	경상 (8~14급)	989,855 (94.9)	991,643 (95.3)	1,145,626 (95.8)	1,236,591 (96.1)	1,313,943 (96.2)	7.3
합계		1,043,119 (100.0)	1,040,605 (100.0)	1,195,937 (100.0)	1,286,244 (100.0)	1,365,554 (100.0)	7.0

주: 괄호안은 비중을 나타냄

자료: 손해보험협회, 『교통사고 환자의 입원을 개선 관련』, 2009.

□ 자동차보험 환자의 입원율은 FY2003 이후 감소하고 있으나 FY2001~2007 기간 동안 평균 70.4%로, 이는 일본과 비교하여 8배나 높은 수치임.

- 일본의 자동차보험 입원율이 현저히 낮은 것은 의료서비스 관계자들의 모범시민 의식, 보험회사간 손해사정기구의 일원화, 엄격한 보험금청구요건, 교통사고의 경찰신고 의무화, 실효성 있는 의료기관평가제도 시행, 입원관련 규정, 상대적으로 낮은 교통사고 치명성 등에 기인한 것으로 사료됨.
- 특히 일본에서는 ‘보행이 가능한 환자는 입원시키지 않는다’라는 인식이 의사들에게 보편화되어 있으며, 환자들의 경우도 직장인이든 자영업자든 휴업으로 인한 사회적 불이익에 대한 우려 등으로 인해 가능하면 입원을 하지 않는 경향임.
- 또한 경미한 사고로 입원한 경우에는 보험회사가 의사에게 입원 필요성에 대해 강하게 추궁하거나 의사회에 이의를 제기하여 해당 병원에 시정을 요구토록 하는 등 불필요한 입원에 대해 강하게 대처하고 있음.

<표 2> 우리나라와 일본의 교통사고 환자 입원을 비교

(단위: %)

구분	FY2001	FY2002	FY2003	FY2004	FY2005	FY2006	FY2007	평균
한국A	72.5	72.2	73.9	71.9	70.8	68.0	63.5	70.4
일본B	10.2	9.6	9.1	8.5	7.9	7.4	6.9	8.5
A/B	7.1배	7.5배	8.1배	8.5배	9.0배	9.2배	9.2배	8.2배

주: 입원율= 입원환자수/(외래환자수+입원환자수)

자료: 1) 보험개발원, 『자동차보험통계』, 2009.

2) 일본 손해보험요율산출기구, 『자동차보험개황』, 2009.

□ 상해급수별 입원율을 살펴보면 상해급수 9급 피해자가 자동차보험 입원환자의 절반 이상을 차지하고 있으며, 9급 피해자의 75%이상이 입원환자임.

○ 자동차보험 환자를 부상형태별로 살펴보면 경미한 상해인 좌상, 염좌는 다소 감소하는 경향을 보이거나(FY2003: 91.2% → FY2007: 87.2%), 여전히 90%내외로 대부분을 차지함.

<표 3> 자동차보험 경상환자 입원비중 및 입원을 추이

(단위: %)

상해등급	입원구성비(입원율)				
	FY2003	FY2004	FY2005	FY2006	FY2007
8급	25.6 (87.6)	25.7 (86.5)	24.8 (86.5)	23.1 (86.7)	20.8 (87.6)
9급	56.1 (77.0)	55.8 (75.4)	56.3 (76.0)	54.6 (76.2)	49.4 (77.3)
전체	100.0 (73.9)	100.0 (71.9)	100.0 (70.8)	100.0 (68.6)	100.0 (63.5)

주: 괄호안은 해당 상해등급 환자 중 입원한 환자의 비중을 나타냄.

자료: 손해보험협회, 『교통사고 환자의 입원율 개선 관련』, 2009.

□ 의료기관 종별 자동차보험 환자 입원율을 살펴보면 주로 외래환자를 진료하도록 되어 있는 의원급의 입원율은 평균 72.8%(FY2001~2007)로 병원급 이상보다 높은 현상을 보임.

○ 의료법에 따르면 의원은 진료에 지장이 없는 시설을 갖추고 주로 외래환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관을 의미함.

○ 종합전문병원과 종합병원의 자동차보험 환자 입원율은 각각 평균 53%, 58%이고 병원과 의원의 경우 각각 평균 68.5%, 72.8%로 소규모병상 의료기관일수록 입원율이 높음.

<표 4> 의료기관 종별 자동차보험 환자 입원을 추이

(단위: %)

구분	FY2003	FY2004	FY2005	FY2006	FY2007	평균
종합전문병원	56.1	53.9	51.9	52.6	50.3	53.0
종합병원	58.7	59.4	58.2	57.5	56.2	58.0
병원	71.1	70.0	69.5	67.1	64.7	68.5
의원	78.1	75.5	74.3	70.9	65.0	72.8

주: 1) 종합전문병원은 종합병원 중에서 보건복지가족부장관이 종합전문요양기관으로 인정한 의료기관, 종합병원은 입원환자 100인 이상을 수용할 수 있는 시설과 9개 이상의 진료과목이 설치된 의료기관, 병원은 입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설된 의료기관, 의원은 진료에 지장이 없는 시설을 갖추고 주로 외래환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관을 의미함.

2) 의원 입원율 = 의원 입원환자수 / (의원 입원환자수 + 의원 외래환자수)

자료: 손해보험협회, 『교통사고 환자의 입원을 개선 관련』, 2009.

나. 위장환자의 존재가능성

<동병상명의 건보환자에 비해 높은 자보환자의 입원율>

□ 주요 상해 및 질병에 대해서 자동차보험 환자의 입원율은 동병상명의 건강보험 환자의 입원율보다 평균 5.8배(2007년 기준) 높음.

<표 5> 급여종류별 환자당 입원율 비교(2007년)

구분	건강보험	자동차보험	자보/건보(배)
넓적다리뼈의 골절	57.3%	93.2%	1.6
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	7.0%	70.4%	10.1
뇌진탕	8.4%	88.3%	10.5
머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	7.7%	90.8%	11.8
허리뼈 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	3.0%	76.0%	25.3
목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	2.4%	79.2%	33
평균	14.3%	83.0%	5.8

자료: 국민권익위원회, 『요양급여 운영체계 제도개선(안)』, 2009.

○ 목부위와 허리뼈의 관절 및 인대 탈구에 대해서 자동차보험 환자의 입원율은 건강보험 환자보다 각각 33배, 25배 높음.

- 급여종류에 상관없이 입원율이 높은 넓적다리뼈 골절에 대해서 자동차보험 환자의 입원율은 93.2%로 건강보험의 1.6배임.

□ 자동차보험 환자의 입원율이 동병상명의 건강보험 환자의 입원율보다 높은 현상은 자동차보험 환자에 대한 과잉진료 가능성을 시사함.

- 가해자가 있는 자보험자의 경우 진료비에 대한 자기부담이 없을 뿐 아니라 입원을 하면 보상금협상에서 유리할 수 있기 때문에 입원을 선호할 개연성이 있음.
- 의료기관의 입장에서는 자동차보험 환자의 경우 건강보험 환자에 비해 종별가산율과 입원료 체감률이 건강보험과 비교하여 유리하게 작용하고 있기 때문에 자동차보험 환자의 입원을 선호할 개연성이 있음.

<입원환자의 높은 부재율>

□ 자동차보험 입원환자의 부재율은 평균 17.2%(FY2000~2007)로 소규모 병·의원을 중심으로 통원이 가능한 환자에 대하여 불필요한 입원이 이뤄지고 있을 가능성을 보여줌.

<표 6> 자동차보험 입원환자의 부재율 추이

(단위: 명, %)

회계연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	평균
대상환자(A)	10,440	9,738	11,235	17,760	6,680	15,052	17,692	8,285	96,882
부재환자(B)	2,057	1,748	2,249	3,335	721	2,407	2,930	1,212	16,659
부재율(B/A)	19.7	18.0	20.0	18.8	10.8	16.0	16.6	14.6	17.2

주: 1) 손해보험협회와 손해보험회사는 주로 병·의원을 중심으로 매해 자동차보험 환자의 입원실태를 점검하여 부재율을 발표하고 있음.

2) 부재환자는 의료기관 승인 외박·외출 환자와 무단 외박·외출 환자를 포함함.

자료: 손해보험협회

- 자동차손해배상보장법(이하 자배법) 제13조는 교통사고 입원환자가 입원치료목적을 벗어나 외출·외박을 할 경우 의료기관의 허락을 얻어야 하며 의료기관으로 하여금 그 사실을 진료기록부에 기재하도록 규정하고 있음.
 - 자배법 제13조는 교통사고로 입원한 환자 가운데 병실을 비우는 위장환자를 줄이기 위해 2007년 개정된 자배법에 추가됨.
- FY2007 자동차보험 환자의 부재율은 14.6%이며 부재환자 중 무단외출 환자는 41.8%를 차지함.

- 입원환자의 외박·외출이 입원치료목적에 반드시 위배된다고 할 수는 없으나 무단외출을 포함한 10%이상의 부재율은 불필요한 입원의 가능성을 시사함.

3. 위장환자 유발요인

가. 의료서비스 관련자들의 도덕적 해이

□ 위장환자의 존재는 불필요한 입원 등 과잉진료가 사기적 행위라는 사회적 인식이 미흡한 것에서 기인함

- 실제로 보험소비자를 대상으로 실시한 설문조사에 따르면 약 50%의 응답자가 불필요한 입원 등이 사기적 행위임을 인식하지 못하고 있음.²⁾
- 배상책임보험의 특성상 피해자는 본인부담 없이 입원진료를 받을 수 있을 뿐 아니라 휴업손해 등의 보험금도 증가하기 때문에 불필요한 입원의 경제적 유인에 반응할 가능성이 있음.
- 의료기관의 경우 적절하지 못한 입원과 장기입원으로 병상이용률을 제고함으로써 수익성이 개선될 수 있기 때문에 과잉진료의 경제적 유인에 반응할 가능성이 있음.

나. 불합리한 입원료 체감율과 통합심사평가기구의 부재

□ 자동차보험의 경우 입원료 체감율이 진료강도의 변화를 제대로 반영하지 못하고 있어 입원치료와 장기입원을 유도할 가능성이 있음.

- 입원초기(급성기)에 비하여 입원이 장기화될수록 환자관리에 투입되는 의료행위의 양이 줄어들기 때문에 의료서비스의 원가 등을 고려하여 의료기관 및 급여종별 입원료 체감율이 적용되고 있음.
- 자동차보험의 경우 종합전문병원과 종합병원에 대해서는 입원료 체감율을 적용하지 않으며 병·의원에는 50일의 입원료 체감율 미적용기간을 설정하고 있음.
 - 반면 건강보험의 경우 의료기관 종류에 상관없이 15일의 입원료 체감율 미적용 기간이 있음.
- 그러나 자동차보험 환자의 평균입원일수(FY2000~2007)는 32.4일로 대부분 33일 이내로 퇴원하며 통상 입원환자의 진료강도는 입원일수가 증가할수록 감소한다는

2) 송윤아, 『보험사기 영향요인과 방지방안』, 보험연구원, 2010.

- 점을 감안할 때 자동차보험에 적용되는 50일의 체감율 미적용기간은 불합리함.
- 인제대학교 보건정보과학연구소(2003)에 따르면 2000년 기준 입원일수가 50일을 초과하는 자동차보험 환자의 진료비는 총 진료비 기준으로 10%에도 미치지 못하며 입원 8일째 이후부터는 진료투입량이 급격하게 감소함³⁾.

<표 7> 급여종류별 입원환자 평균입원일수 추이

(단위: 일)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	평균
자동차보험	30.9	28.1	25.8	23.6	24.3	30.4	30.2	33.6	32.4
건강보험	27.1	28.8	27.9	27.2	23.0	34.5	40.1	31.3	34.3
산재보험	68.0	82.3	82.7	79.3	82.6	103.7	11.6	79.6	84.3

주 : 급여종류별 평균입원일수는 병원급 이상 의료기관의 자료임.
자료 : 한국보건산업진흥원, 『병원경영분석』, 각연도.

□ 자동차보험의 경우 건강보험을 준용하여 진료비의 심사가 이루어지고 있으나 심사체계가 각 보험회사에 분산되어 있기 때문에 동병상명에 대해서 보험회사별로 다른 진료비가 청구되더라도 이를 적발할 수 없음⁴⁾.

- 건강보험과 자동차보험간 진료수가가 일원화되어 있는 독일, 오스트리아 등에서는 건강보험과 자동차보험의 심사체계가 동일하며 보험회사간 심사체계가 일원화되어 있음.
- 반면 미국의 경우 건강보험과 자동차보험간 진료수가가 일원화되어 있지만 심사체계는 보험회사를 중심으로 다원화되어 있음.

다. 병상의 과잉공급

□ 병상자원의 공급이 입원율과 평균입원일수의 증가를 초래한다는 실증연구가 다수 있음⁵⁾.

- 1961년, 미국의 Roemer는 의료보험 적용을 받는 지역주민에서는 인구당 병상수와 입원율과 인구당 입원일수 간에 양의 상관관계가 있다는 사실을 밝혔으며, 이는 “A bed built is a bed filled(공급자유발수요)”라는 Roemers' Law로 일반적으로 표현되고 있음.

3) 인제대학교 보건정보과학연구소, 『자동차보험 진료수가 기준 개선연구』, 2003.

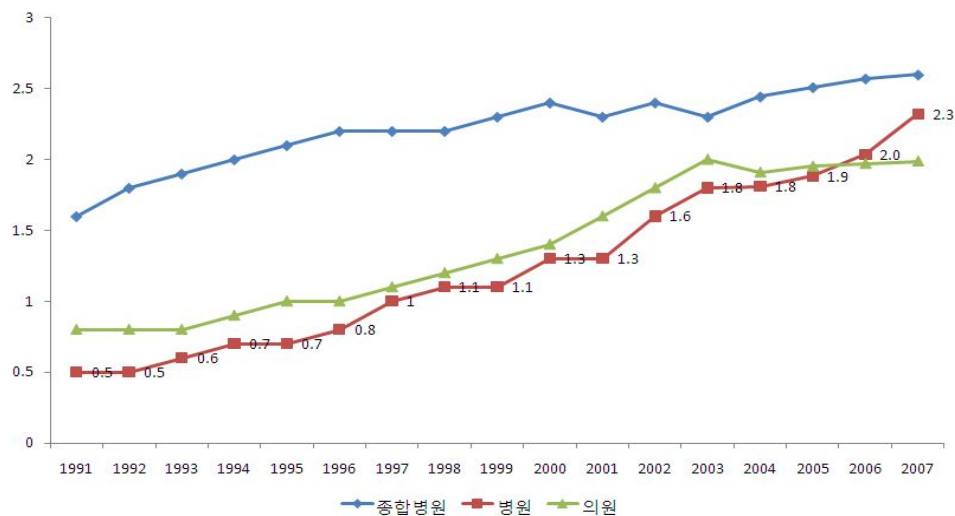
4) 조용운·서대교·김미화, 『보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안』, 보험연구원, 2010.

5) Roemer M., "Bed supply and utilization : A national experiment," *Hospitals*, 35: 35.42, 1961.

○ 병상의 과잉공급 → 병상이용률 하락 → 의료기관의 수익성 제고 방안으로 (불필요한) 입원율과 입원일수 증대 → 병상이용률 증가 → 의료비 증가

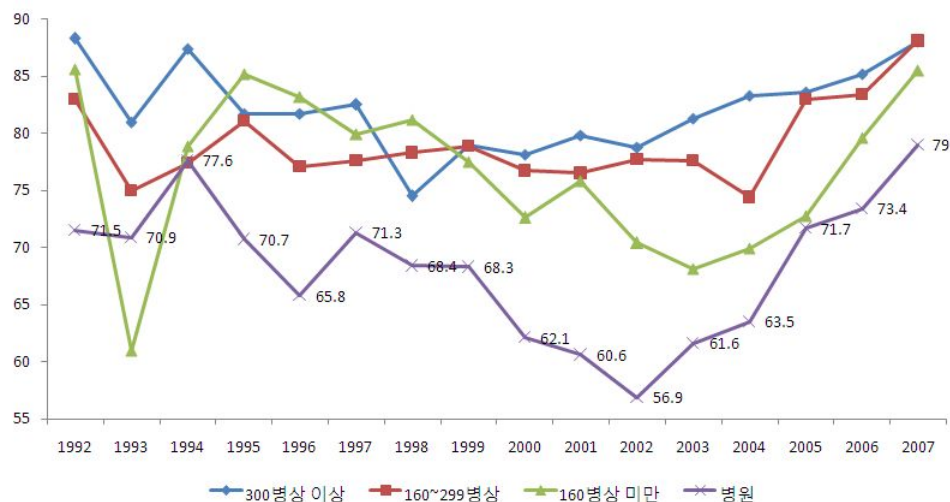
□ 우리나라의 경우 1990년 이후 병상공급 증가에 의한 병상이용률 감소는 입원의 적정성 문제와 평균입원일수 증가를 유발

<그림 1> 의료기관 종별 인구 1,000명당 병상수 추이



자료 : 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2010.

<그림 2> 의료기관 종별 병상이용률 추이



주: 병상이용률=(병원 1일 평균 재원환자수/병상수)*100

자료: 한국보건산업진흥원, 『병원경영분석』, 각연도.

- 한국보건산업진흥원의 추계에 따르면 2008년 병상수요량은 203,470병상으로 전국적으로 24,141병상이 과잉 공급된 것으로 파악됨(공급량은 227,611병상).⁶⁾
- 1991년부터 2007 사이 기간 동안 의료기관 종별 인구 천명당 병상수 추이를 살펴보면 종합병원, 병원, 의원이 각각 매해 평균 3.1%, 10.1%, 2.9%씩 증가함.
- 병상이용률은 1990년 이후 전반적으로 감소하다가 2000대 들어서면서 증가하는 추세를 보이는데, 특히 병원과 160병상 미만 종합병원의 병상이용률 증감 변동폭이 큼.
- 이로부터 의료기관간 과도한 경쟁으로 인해 소규모병상 의료기관을 중심으로 병상이용률 및 수익성 회복을 위해 부적절한 입원과 장기입원 등이 이루어졌을 것으로 유추됨.

4. 위장환자 대응방안

가. 실효성 있는 의료기관 평가인증제도의 정착

□ 의료기관평가 인증제 도입관련 ‘의료법 개정안’이 2010년 6월 29일 국회본회의를 통과함으로써 의료기관 평가대상이 중소병원 및 의원급 의료기관에까지 확대되며 평가기준이 의료시설 중심에서 벗어나 진료기능과 과정 중심으로 전환됨.

- 2002년 의료법을 개정해 의료기관 평가제도의 법적 근거를 마련한 후 2004년부터 2008년까지 2차례에 걸쳐 437개 의료기관에 대한 평가를 시행하였음.
- 그러나 의료기관 평가제도의 실효성과 종합병원 위주 평가로 인한 사각지대 발생에 대해 논란이 일자 2009년 9월 의료기관평가 인증제도 도입을 위한 추진위원회가 구성되었음.
- 의료기관평가 인증제도는 1차적으로 3차 의료기관 90여개 병원을 대상으로 올해 말부터 시작해 내년 상반기까지 평가를 진행하도록 되어 있음.
- 조사방법은 인증기준과 관련된 의료기관의 각종 규정과 의무기록 등을 검토하고 환자의 입원에서부터 퇴원에 이르기까지 진료과정을 따라 서비스 제공여부 및 그 내용을 확인하는 추적조사 기법을 채택함.

□ 의료기관평가 인증제가 진료기능 및 과정을 중시하고 의원급에까지 확대 적용되어 과잉진료 등 부적절한 의료서비스 공급을 효과적으로 억제할 수 있을 것으로 기대됨에 따라 동 제도가 조속히 정착될 수 있도록 하여야 함.

6) 한국보건산업진흥원, 『병상자원관리방안연구』, 2009.

나. 입원료 체감율의 합리적 조정과 보험회사간 심사평가기구 일원화

□ 자동차보험 환자의 평균 입원일수와 진료강도의 지속성 여부 등을 고려하여 자동차보험에 적용되는 입원료 체감율을 합리적으로 조정할 필요가 있음.

○ 상해·질병을 진료강도의 지속성에 따라 분류하고 그 분류에 따라 입원료 체감율을 적용하는 것이 바람직함.

□ 특정 기관을 중심으로 보험회사간 일원화된 심사창구를 마련함으로써 자동차보험 환자의 진료비에 대해 전문적이고 일관성 있는 심사를 수행하여 과잉진료행위를 근절할 필요가 있음.

○ 현재 자동차보험의 경우 각각의 보험회사가 진료비를 개별적으로 심사하기 때문에 심사의 일관성을 확보하기 어려움.

○ 보험회사간 심사평가기구의 일원화를 위해 별도의 민영 통합심사평가기구를 설립하거나 국민건강심사평가원과 자율적으로 심사·평가·조사업무의 위탁계약을 체결하는 방안을 고려할 수 있음.

다. 실효성 있는 병상공급 관리정책의 집행

□ 규모의 경제에 도달하지 못하는 소규모병상 의료기관이 다수를 차지하는 시장구조 하에서 양적인 병상공급의 성장은 과잉진료를 유발하는 원인이 되고 있다는 점을 감안할 때 효과적인 병상공급 관리정책의 집행이 요구됨.

○ 1985년 지역별 의료기관 개설허가 제한 등에 관한 규칙이 의료법의 자유로운 경쟁을 제한한다는 이유로 2000년 8월 폐지된 이후 병상증가를 억제하기 위해 가시적으로 실행되고 있는 정책이 없는 실정임.

○ 우리나라는 병상의 절대적 부족을 타개하기 위한 노력과 의료보험의 도입과 전 국민 의료보험의 완성으로 인한 의료수요의 폭발적 증가에 대비하기 위해 1997년까지 병상자원 확충정책을 실시해왔음.

○ 특히 급성기 병상위주의 병상자원 총량이 급격히 증가하였는데, 1995년 인구 천 명당 급성기 병상수는 3.8개로 OECD회원국 평균(4.7개)보다 낮은 수준이었으나 2007년에는 7.1개로 OECD회원국 평균(3.8개)보다 높은 수준이며 동 기간 OECD회원국 중에서 유일하게 급성기 병상수가 증가하였음.

- 병상의 과잉공급은 과도한 경쟁에 처한 소규모병상 의료기관을 중심으로 불필요한 입원 등 과잉진료의 남발을 유도하여 손해보험회사의 손해율 악화와 나아가 전국민 의료비상승을 초래할 것임(Roemer's Law).

<표 8> 병상자원관리정책의 단계별 구분

구분	병상자원관리정책의 단계	연도	정책의 주요 계기
1단계	보건부문 기반 조성기	1977년 이전	1~3차 경제개발계획
2단계	병상확충기 전기	1977~1989년	4차 경제개발계획과 의료보험도입
3단계	병상확충기 후기	1989~1997년	전국민의료보험 실시
4단계	병상자원 정비기	1997년 이후	급성기병상의 공급과잉과 장기요양병상의 부족 제기로 수급적정화 필요성 대두

자료: 이진용, 『우리나라 병상자원정책의 현황과 문제점』, 2003.

<표 9> OECD회원국의 병상수와 입원일수

구분	인구 1,000명당 급성기 병상수(개)		급성기 평균입원일수(일)	
	1995년	2007년	1995년	2007년
한국	3.8	7.1	10.8	7.8
일본	12.0	8.2	33.2	19.0
미국	3.4	2.7	6.5	5.5
캐나다	3.9	2.7	7.2	7.3
OECD평균	4.7	3.8	8.7	6.5

자료: OECD Health at a glance 2009.

□ 특히 의원 입원의 경우 상해급수가 높은 자동차보험 환자의 입원율이 높은 등 영세병상을 적정수준으로 통제하지 못한 결과 의료전달체계가 왜곡되는 것으로 나타남에 따라 이에 대한 통제가 필요함.

- 일본의 경우 의료법에 의원급의 병상수는 19병상까지로 제한하고 있으며 급성기병상에 대해서는 진료를 받을 수 있는 기간을 48시간 이내로 제한하고 보험급여를 48시간까지만 지급하고 있음.
- 우리나라의 경우 의원급 병상수는 29병상까지 허용하고 있고 급성기 병상에 대한 급여 제한이 없는 것은 문제점으로 허용 병상수 및 급여기간 제한을 검토할 필요가 있음. KiRi