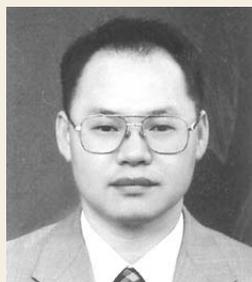


Special

보건의료인력 및 병상수급 현황과 정책과제



글·오영호 |
한국보건사회연구원 부연구위원

I. 들어가는 말

의료자원의 배분정책이란 모든 지역의 주민들이 골고루 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 의료자원을 효율적이고 공평하게 배분하기 위한 일련의 정책을 말한다. 이러한 의료자원 배분정책 중의 중요한 정책으로 의료인력과 병상의 배분정책을 들 수 있다. 그동안 우리나라는 보건의료자원의 불균형을 해소하기 위해 공중보건의 및 보건진료원제도 도입, 의과대학 증설 등 여러 보건정책들을 실시하였다. 그 결과 의료인력공급이 양적으로 팽창하였고, 전국민의료보험의 확대실시에 따른 병상확충정책으로 병상이 대폭 증가하였다. 그러나 보건의료인력과 관련하여 양적인 수급의 불균형 문제, 질적인 문제, 지역간 불균형 문제와 더불어 의료인력간 상대적인 불균형 분포의 문제가 논란이 되고 있으며, 건강문제의 만성질환화 등 다양화되고 증가하고 있는 의료문제에 적절히 대응하지 못하는 점이 지적되고 있다. 병상과 관련하여서는 병상의 과잉공급, 지역적 불균형 현상, 병상 유형별 수급의 불균형 등 문제, 그리고 병상자원의 활용문제 등 보건의료인력의 문제와 마찬가지로 양적인

문제, 질적인 문제, 분포의 문제와 자원 활용의 문제 등이 논란이 되고 있다. 앞으로는 보건 의료자원 배분의 합리화와 효율화, 그리고 분포의 형평성 문제를 특히 중요하게 고려하여야 할 것이며, 또한 시대적 요구에 맞도록 보건의료자원 공급체계를 개선하고 그 틀 안에서 자원의 효율적 활용을 도모하는 것이 중요한 과제가 될 것이다. 따라서 본고에서는 보건의료 인력과 병상의 현황과 문제점을 파악하여 이러한 검토 결과를 바탕으로 자원배분의 효율성과 형평성을 제고할 수 있는 정책적인 시사점을 찾고자 한다.

II. 보건의료인력 현황과 문제점

1. 보건의료인력 규모의 급속한 증가

〈표1〉에서 보면 우리나라 보건의료인력은 1985년 이후 의료시설의 증가와 더불어 급속한 증가 추세를 보이고 있다. 의사의 경우 1985년에 29,596명에서 2002년 78,609명으로 2.45배가 증가하였으며, 치과의사는 1985년 5,436명에서 2002년 19,672명으로 3.32배 증가하였고, 한의사는 3,015명에서 13,573명으로 4.03배 증가하였으며, 간호사는 59,104명에서 181,800명으로 2.71배 증가하였다. 의료기사인력 중 주요인력의 하나인 임상병리사, 방사선사와 물리치료사는 1985년에 비해 2002년에는 각각 3.46배, 4.11배와 6.23배씩 증가하였다.

주요 의료인력을 OECD의 주요국가와 비교하여 보면, 한의사를 포함한 의사 1인당 인구수(2003년)는 608명으로 미국 365명(1999년), 일본 517명(2000년), 영국 499명(2000년) 등으로 선진국보다는 낮은 수준이며, 치과의사의 경우도 우리나라의 치과의사 1인당 인구수는 2,666명으로 주요 선진국인 미국 1,694명(1999년), 일본 1,436명(2000년), 영국 2,330명(2000년) 등 보다 낮은 수준으로 나타났다. 이러한 경향은 간호사에서도 나타나는데 우리나라 간호사 1인당 인구수는 465명(2003년)으로 미국 123명(1999년), 일본 129명(2000년), 영국 114명(2000년), 캐나다 102명(2001년), 프랑스 139명(2002년)보다 많아 주요 선진국과 비교시 간호사 수가 가장 낮은 수준이었다.

〈표1〉 연도별 보건의료인력 변화 추이

구 분	년 도					증가률 (B/A)
	1985(A)	1990	1996	2000	2002(B)	
의사	29,596	42,554	59,399	72,497	78,609	2.45
치과의사	5,436	9,619	14,371	18,035	19,672	3.32
한의사	3,015	5,792	9,299	12,137	13,573	4.03
약사	29,866	37,118	44,577	49,638	53,168	1.66
간호사	59,104	89,032	127,145	160,299	181,800	2.71
임상병리사	8,586	16,220	23,310	29,714	32,468	3.46
방사선사	3,994	8,194	12,114	16,433	18,417	4.11
물리치료사	2,553	6,281	10,611	15,893	19,240	6.23
치과위생사	2,675	6,310	11,277	17,104	21,371	6.39
간호조무사	106,340	135,714	197,788	-	-	-
의무기록사	396	2,123	5,349	7,648	8,819	19.31
안경사	-	10,260	15,946	20,224	24,010	2.34*
영양사	21731	39,459	64,871	81,970	88,895	3.77
응급구조사1급	-	347	935	3,790	4,678	13.48*
응급구조사2급	-	363	880	2,704	3,874	10.67*

자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보 1985~2003년

*: 1990년 대비

〈표2〉 주요보건의료인력의 국제비교

국 가	의사 (한의사 포함) 1인당 인구	치과의사인당 인구	간호사인당 인구	비교년도
한 국	608	2,666	465	2003
미 국	365	1,694	123	1999
일 본	517	1,436	129	2000
영 국	499	2,330	114	2000
캐나다	477	1,764	102	2001
프랑스	298	1,462	139	2002

자료원: OECD Health Data 2003

그러나 우리나라 보건의료인력의 신규배출 규모를 보면 2003년 의과대학 입학정원은 3,097명, 간호대학(3,4년제 대학전수 포함) 입학정원 2,843명이며, 1980년 대비 정원수 증가

올은 의과대학 1.48배, 간호대학 2.33배로 크게 증가한 것으로 나타나 현재의 우리나라와 외국의 의과대학 정원정책이 지속될 경우 이러한 차이는 보건의료인력의 종류에 따라 다르게 나타나지만 전반적으로 다소 줄어들 것으로 예상된다.¹⁾

〈표3〉 의과대학 및 간호대학 입학 정원 변화 추이

구 분	년 도						증가률 (C/A)		
	1980(A)	1985	1990	1996	2000	2003(C)			
의과대학	대 학 수	19	26	31	37	41	41	2.16	
	입학정원	2,090	3,074*	2,896	3,111	3,133	3,097	3,097	1.48
간호대학	대 학 수	54	60	62	99	163	112	112	2.07
	입학정원	4,700	6,467	6,630	10,240	12,375	10,973	10,973	2.33

자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보 1980~2003년

주) 의과대학은 의예과 중심이며, 간호대학은 3년제와 4년제 포함된 정원임.

*: 85년은 졸업정원제에 의한 확대정원이 포함된 정원임.

한편 의사인력의 경우는 의사수의 증가 추세보다 전문의의 증가 추세가 더 두드러져, 전체 의사 중에서 전문의가 차지하는 비중은 1975년에 34.8%에서 2003년도에는 69.8%로 2배 이상 증가하였다. 의사국가고시합격자수 대비 전문의 수도 1975년에는 56.3%였으나, 2001년도에는 90.1%에 달하는 것으로 나타났다. 이는 의사국가고시를 합격한 후 전문의를 취득하기까지 약 5년의 기간이 소요된다는 점을 감안하면, 대부분의 의사들이 전문의 자격을 취득하고 있음을 알 수 있다. 또한 각 전문과목별 전문의시험 합격자 수를 살펴보면, 전문의를 가장 많이 배출하는 전문과목은 내과로서 2001년에 배출된 전체 전문의 중 18.8%를 차지하였고, 그 다음으로는 정형외과로서 2001년에 배출된 전체 전문의 중 8.5%를 차지하였다. 내과 이외에 1차 의료를 담당하는 가정의학과와 소아과는 2001년도에 배출된 전체 전문의 중 각각 5.6%와 6.1%를 차지하여 정형외과, 산부인과, 이비인후과 진단방사선과 등에 비하여 배출되는 비중이 상대적으로 적었다. 미국과 비교하여 보면, 내과, 가정의학과, 소아

1) 최근의 연구결과에 의하면 의사인력의 경우 중위치의 생산성을 기준(1일 환자진료량 38.3명)할 때, 가용의사기준에서는 2018년까지 공급과잉이 예상되지만, 취업의사 기준에서는 전반적인 초과수요가 발생한다고 나타났다. 치과의사인력은 치과 의사 1인당 1일 환자진료량을 16.7명, 15.1명으로 가정할 경우 모두 공급과잉이 지속되는 것으로 나타났고, 한의사의 경우는 2015년까지 지속적인 공급과잉을 보일 것으로 전망되나, 점차적으로 그 폭은 감소할 것으로 전망하고 있고, 간호사의 경우는 2018년까지 지속적으로 공급이 부족할 것으로 나타났다(2004, 한국보건사회연구원).

과 등 주요 3개과의 전문의 비율이 53.6%에 달하지만, 우리나라의 경우에는 30.5%에 불과한 실정이다. 반면, 산부인과, 일반외과, 정형외과, 이비인후과, 신경외과, 흉부외과 등 대다수의 전문의 비율은 미국에 비하여 상당히 높은 비중을 차지하고 있다(오영호 외, 2004).

〈표4〉 주요국가의 전문의대 일반의 비율

구분	한국(2003)	일본(1992)	미국(1988)	독일(1988)	호주(1991)
전문의	69.8	99.2*	84.3	33	34.4
일반의	21.2	0.6	15.7**	67	65.6***

자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보 2003년

주: *) 일본의 경우는 전문의 훈련과정은 없으나 대부분의 의과대학 졸업생들이 의사면허를 취득한 후 의과대학에서 해당 과목에 대한 2년 이상의 훈련과정을 거침

***) 가정의를 포함

***) 일반의의 경우도 대부분이 졸업 수 2년 또는 그 이상의 병원에서의 훈련과정을 거친 후 대학의 감독하에 일반의로서의 진료과정에 대한 훈련과정을 다시 거침

2. 보건의료인력의 지역간 분포의 불균형

인구 10만명당 지역별로 보건의료인력분포를 살펴보면, 지역간 불균형이 나타났는데 대도시 지역에 활동하는 의사인력의 경우, 인천과 울산지역은 전체 평균인 117.50명에 훨씬 미치지 못하는 95.63명과 82.02명이었으며, 반면 서울이 175.69명으로 대도시 간 크기는 2.14배나 차이가 났다. 대도시를 제외한 지역의 경우 모두 전체평균에 크게 미치지 못하였다. 의사, 약사, 간호사, 간호보조원, 임상병리사, 안경사, 영양의 인구 당 비율은 서울이 가장 높게 나타났으며, 조산사와 간호조무사의 인구당 비율은 부산지역이 가장 높았고, 방사선사, 작업치료사, 치과기공사와 의무기록사의 인구당 비율은 대전지역에서 가장 높게 나타났다. 한의사, 치과 의사, 치과위생사의 인구당 비율은 대구지역에서 가장 높았으며, 물리치료사의 경우는 충북지역이, 조리사와 사회복지사의 경우는 경남지역이, 자원봉사자의 인구당 비율은 울산지역에서 가장 높게 나타났다.

〈표 5〉 지역별 인구 10만명당 보건의료인력 분포현황

(단위: 명)

	의사	치과 의사	한의사	약사	간호사	조산사	간호 조무사	간호 보조원	임상 병리사	방사선 사	물리 치료사
서울	175.69	42.98	25.28	10.08	202.70	2.66	152.81	51.85	35.08	27.97	18.54
부산	130.55	28.99	20.97	6.91	154.25	7.07	194.46	32.43	27.41	22.47	18.07
대구	135.77	32.73	26.08	6.33	160.53	2.42	145.45	23.95	32.65	25.20	20.44
인천	95.63	25.74	16.65	3.92	130.26	1.78	148.72	29.17	20.04	20.81	21.78
광주	155.68	43.02	13.60	6.58	178.22	3.40	164.99	12.27	32.38	24.99	21.07
대전	146.62	27.77	20.61	6.07	174.10	0.88	171.32	37.20	31.35	28.50	27.85
울산	82.02	22.38	16.46	2.37	127.76	2.37	128.64	36.38	21.39	18.83	19.42
경기	85.45	25.20	14.25	4.01	111.60	2.88	141.55	26.22	17.95	18.14	18.42
강원	109.88	30.06	17.48	4.44	181.30	2.49	151.04	20.38	22.60	21.32	24.14
충북	95.19	21.62	17.11	3.82	128.53	1.77	172.31	18.48	21.48	19.71	28.77
충남	92.99	27.42	15.39	2.87	115.59	1.25	168.75	29.10	22.98	21.24	28.23
전북	108.00	32.69	19.94	4.50	106.63	0.74	169.89	23.43	33.22	22.58	27.87
전남	85.10	25.90	10.62	3.56	176.96	4.46	158.73	14.58	26.15	17.48	29.15
경북	78.35	23.01	17.28	2.31	145.14	2.83	114.13	27.93	20.33	17.43	21.17
경남	87.59	23.27	15.41	3.96	136.81	4.33	148.53	25.78	23.67	20.25	18.87
제주	89.23	27.67	13.64	1.75	196.78	3.31	109.11	14.22	30.78	22.60	25.33
합계	117.50	30.53	18.70	5.59	152.44	2.99	152.79	31.39	26.27	22.21	21.11

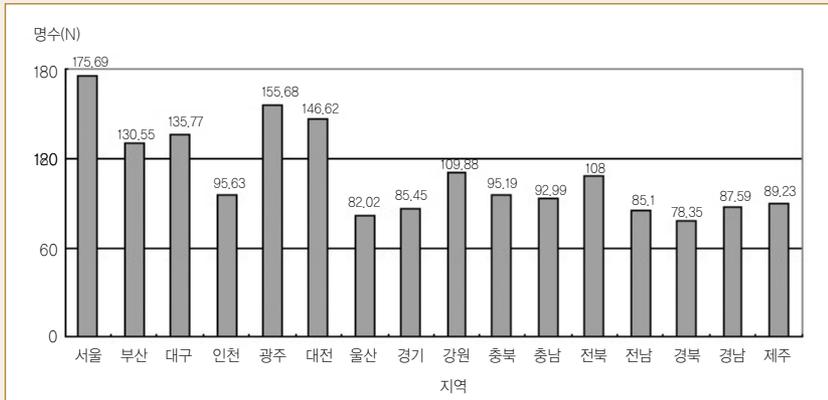
자료: 한국보건사회연구원, 2001년 보건의료자원조사 결과

〈표 5〉 지역별 인구 10만명당 보건의료인력 분포현황

(단위: 명)

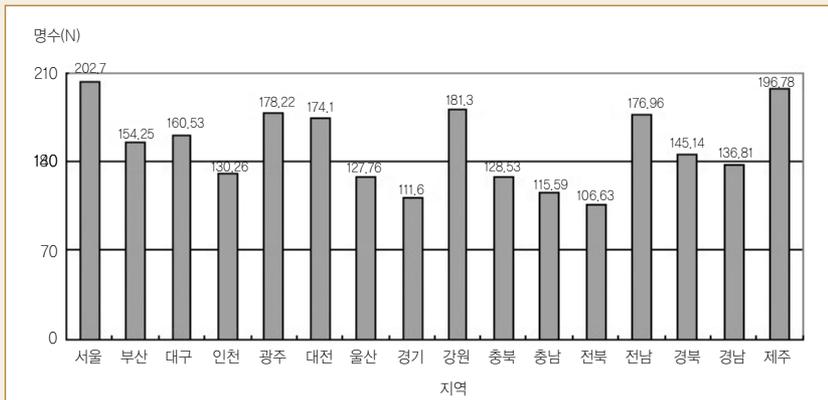
	작업 치료사	치과 기공사	치과 위생사	의무 기록사	안경사	영양사	조리사	사회 복지사	임상 및 기타	자원 봉사자
서울	0.80	3.29	25.99	5.88	1.52	3.71	6.12	1.36	219.57	2.32
부산	0.49	3.33	8.30	5.84	1.42	3.36	4.29	2.43	186.08	7.86
대구	0.60	5.48	27.57	6.61	0.28	3.06	5.81	1.65	149.12	0.73
인천	0.40	1.45	10.34	4.12	0.77	2.42	4.36	1.25	134.30	1.01
광주	0.59	3.47	42.13	5.47	1.55	3.03	3.99	2.37	138.60	0.00
대전	0.88	4.75	30.04	11.69	1.10	3.14	4.24	1.53	176.87	0.29
울산	0.10	2.66	11.53	4.04	0.49	3.25	3.94	1.28	156.84	18.73
경기	0.45	2.32	17.63	3.22	0.58	2.48	4.19	1.32	116.62	6.38
강원	0.54	2.08	24.81	5.45	0.40	3.43	4.10	2.02	208.67	9.08
충북	0.07	1.23	19.16	5.73	0.34	2.52	3.75	1.23	153.9	13.09
충남	0.16	4.17	17.99	5.58	0.27	2.76	4.88	1.95	146.1	2.33
전북	0.16	3.01	31.52	8.99	0.37	3.07	5.02	1.38	160.74	2.70
전남	0.25	1.25	22.84	3.66	0.40	3.41	6.11	1.90	134.89	0.65
경북	0.04	4.44	18.06	5.10	0.40	2.72	2.97	1.58	138.98	0.73
경남	0.34	1.88	30.99	5.17	0.37	3.69	7.82	3.49	153.37	0.34
제주	0.78	3.31	28.64	6.23	0.39	2.14	2.14	2.14	132.88	18.12
합계	0.47	2.97	21.88	5.34	0.81	3.09	4.97	1.71	162.03	4.09

그림 1. 지역별 인구 10만명당 의사 분포현황



자료: 한국보건사회연구원, 2001년 보건의료자원조사 결과

그림 2. 지역별 인구 10만명당 간호사 분포현황



자료: 한국보건사회연구원, 2001년 보건의료자원조사 결과

3. 보건의료인력 활용도 미흡

2002년 우리나라 종합병원, 병원 그리고 의원에 종사하는 보건의료인력의 비율을 살펴보면, 간호사는 면허보유자 181,800명인데 반하여 취업자수는 64,694명으로 취업률이 35.6%에 불과한 것으로 나타났다. 보건소, 학교, 연구소, 약국 등에 종사하는 간호사 비율이 대략

13% 내외인 점을 감안하더라도 50%에도 미치지 못하고 있으며, 의료기사 중에서는 작업치료사가 69.0%로 가장 높고, 다음이 방사선사와 물리치료사로 각각 62.3%와 47.6%순으로 나타났으며, 작업치료를 제외한 대부분의 인력의 취업률이 낮았다.

〈표 6〉 보건의료인력의 취업률(2002년)

구분	간호사	치위생사	임상병리사	방사선사	물리치료사	작업치료사
면허보유자	181,800	21,371	32,468	18,417	19,240	596
병원 및 의원	64,694	9,576	11,745	11,477	9,149	411
취업률(%)	35.6	44.8	36.2	62.3	47.6	69

자료원: 보건복지부, 내부자료

주) 종합병원, 병원, 의원에 종사하는 보건의료 인력 수

III. 병상수급의 현황과 문제점

1. 병상수의 지속적인 증가

그간 우리나라는 소득수준의 증대, 의료보험의 확대 등 의료 환경의 변화에 대응하기 위하여 보건의료시설의 공급량 증대 및 지역간 편재현상 완화에 중점을 둔 결과 보건의료시설 총량 규모는 급속히 팽창하여, 보건의료시설은 2002년 현재 32,584개소로 1980년 9,081개소에 비해 약 3.6배로 증가하였으며, 의료기관수의 증가에 따라 병상수도 1980년의 65,041병상에서 316,089병상으로 늘어나 4.9배 증가하였다. 자료구득이 가능한 1983년부터의 건강보험 내원일수 및 총병상수 증가추이를 비교하면 총병상수의 연평균 증가율이 10.6%로 내원일수 증가율 7.2%를 앞지르는 것으로 나타나고 있다.

<표 7> 연도별 의료기관종별 기관수 및 병상수 추이

연도	병의원			특수병원			한방병원		계		병상수 계
	종합	병원	의원	결핵	나	정신	병원	한의원	병원이상	의원	
1980	82	240	6,344	4	1		11	2,317	420	8,661	65,041
1985	183	317	8,069	4	1	8	17	2,774	530	10,843	99,950
1990	228	328	10,935	5	1	26	33	4,261	621	15,196	134,176
1991	231	326	11,746	5	1	29	41	4,497	633	16,243	144,025
1992	236	337	12,355	5	1	31	52	4,849	662	17,204	151,887
1993	242	360	12,966	5	1	35	54	5,250	697	18,216	164,588
1994	252	380	13,647	4	1	35	64	5,553	736	19,200	182,159
1995	266	398	14,343	4	1	37	69	5,928	775	20,271	196,232
1996	271	421	15,002	4	1	45	81	6,172	823	21,174	209,303
1998	255	517	17,041	2	1	42	107	6,590	924	23,631	236,387
1999	277	517	18,507	3	1	76	128	6,834	1,002	25,341	259,001
2000	285	581	19,472	3	1	79	136	7,276	1,085	26,748	287,040
2001	268	599	20,819	2	1	70	131	7,499	1,071	28,318	288,952
2002	284	691	23,292	2	1	75	135	8,097	1,188	31,396	316,089

자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보 1980~2003년

2. 지역별 병상공급의 불균형

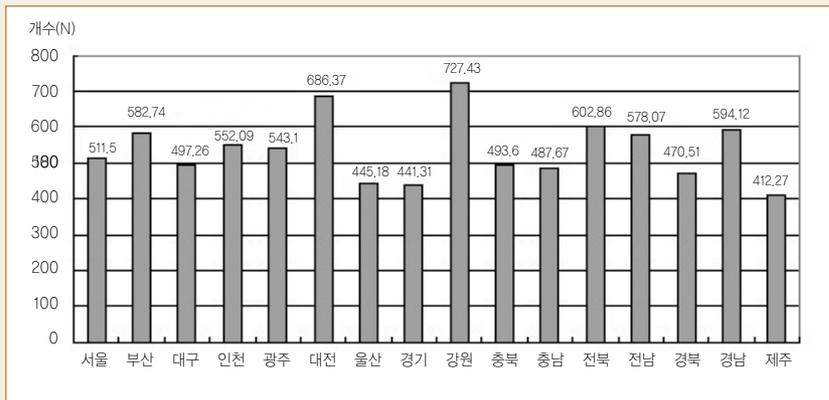
우리나라의 병상은 총량적인 증가에도 불구하고 지역간 분포측면에서 불균형의 문제가 여전히 상존하고 있다. 2000년을 기준으로 한 병상공급의 시·군별 분포를 보면 인구당 병상수가 시지역이 군지역보다 2배나 많은 것으로 나타났다(이신호 외, 2004). 다음으로 시도간 병상수를 살펴보면 인구 10만명당 병상수는 병의원이 523.43병상이고, 치과병원은 0.41병상, 한방병원은 24.49병상, 보건기관은 0.92병상, 특수병원은 55.59병상, 기타는 3.89병상으로 병의원에서의 병상수가 가장 많은 것으로 나타났다.

병의원 가운데 인구 10만명당 병상수가 제일 많은 지역은 강원도로 727.43병상이었고, 그 다음이 대전 686.37병상, 경남 594.12병상이었다. 반면에 가장 적은 지역은 제주도로 412.27병상이었다. 치과병원의 경우는 대전에서 1.97병상으로 가장 많았고 그 다음은 전북이 1.75병상, 강원도가 0.81병상이었다. 한방병원에서는 대구가 46.52병상으로 가장 많았고, 광주 43.69병상, 부산 42.94병상으로 그 다음이었다. 가장 적게 나타난 지역은 13.09

병상으로 경남이었다. 보건기관의 경우 강원도 4.30병상, 전남 3.91병상, 전북 3.44병상으로 강원도와 전라도에서 높게 나타났다.

특수 병원은 전남지역이 인구 10만명당 196.10개소로 다른 지역보다 더 많은 병상수를 가지고 있었으며 그 다음은 충북이 142.92병상, 부산 128.72병상이었다. 기타 의료기관에서의 병상수를 비교하면 충북의 경우 인구 10만명당 16.23병상으로 가장 많았고, 충남 15.61병상으로 높은 반면, 서울이 0.11개소로 가장 적었다(오영호, 2003).

〈그림 3〉 지역별 인구 10만명당 병의원 병상수 분포



자료: 한국보건사회연구원, 2001년 보건의료자원조사 결과

3. 유형별 병상공급의 불균형

우리나라의 의료기관과 병상수는 크게 증가하고 있지만, 요양 및 만성질환시설의 개념이 없이 급성기 질환 위주로 공급되어, 급성기 질환 병상은 과잉인 반면 장기요양 병상은 부족한 상태이다.

1980년에서 2000년대까지 종합병원은 82개에서 287개로(350%), 병원은 240개에서 584개로(243%)로, 의원은 6,344개에서 19,095개로 증가(301%)하여 종합병원의 병상증가율이 다른 의료기관의 증가율에 비해 압도적으로 높았으며, 병상의 대부분이 급성질환 중심으로

증가하고 있다(오영호, 2002). 그러나 1998년 병원급 이상의 의료기관 입원 환자 1,965,107명 중에서 재원일수가 30일 이상인 경우는 146,912명으로 전체 입원환자 중 7.5%였고, 재원일수가 30일 이상이거나 아급성(subacute)질환으로 재원일수가 15일 이상인 경우는 344,405명으로 전체 입원환자 중 17.5%로 이는 급성 단기병원에서 치료를 받고 있는 상당수의 환자는 장기요양서비스로 대체되어야 함을 의미한다(오영호, 1999).

병상을 세분화하여 보면 인구 1000명당 병상공급은 급성병상 5.2병상, 정신병상 0.9병상, 장기요양병상 0.12병상²⁾ 수준으로 OECD 국가의 중앙값인 급성병상 3.1병상, 정신병상 0.7병상, 장기요양병상 4.0병상에 비하여 급성병상은 공급과잉, 장기요양병상은 공급부족으로 나타났다. 또한 대부분의 나라에서 장기요양병상을 제외하고 최근 병상규모가 감소추세에 있으나 우리나라의 경우 증가하는 경향을 보이고 있다(이신호 외, 2004).

4. 병상 활용의 미흡

우리나라 병원급 이상 급성병상 이용률은 67.2%로 OECD국가 중앙값인 74.5%에 비하여 낮은 편으로, 총 병상수 증가에 반한 병상이용률의 저하현상은 병상자원의 효율적 활용 측면에서 바람직하지 않은 것으로 나타났다. 더구나 의원급 의료기관의 입원진료량은 연간 6,550,551일로 전체 건강보험전체 입원이용의 15.3%를 차지하였으며, 건강보험의 비중을 60%로 가정하였을 때, 병상이용률은 38.9%수준으로 약 47천여병상이 비활용 병상으로 추정된다.

평균재원일수는 11.0일로 1980년에 대비하여 증가한 것으로 나타나나, OECD 국가의 경우 중앙값 기준 6.3일로 1980년의 10.1일에 비하여 크게 감소하였다³⁾(이신호 외, 2004). 또한

- 2) 장기요양병상은 공식적인 현황자료가 없는 실정으로, 2002년 11월을 기준으로 정부지원 노인전문병원 및 국공립 치매요양병원 그리고 일부 민간의료기관의 기능전환 등에 의한 치매요양병원, 노인전문병원, 민간운영 요양병원 등을 합하여 약 5,753병상(인구천명당 약 0.12병상) 규모에 이르는 것으로 파악됨
- 3) 우리나라의 평균재원일수는 1999년 이후 감소추세로 변화하였으며, 향후 의료기술의 발전과 day surgery 증가 등 진료양상의 변화로 단축이 예상되며 이에 따라 병상수요도 지속적인 감소가 예측된다. 더구나 재원일수 단축의 폭이 인구노령화로 인한 의료이용량의 증가를 앞지를 것으로 예상됨으로써 이로 인한 병상과잉 공급현상은 심화될 것으로 전망된다. 이러한 현상은 미국에서 이미 나타나고 있는데, 미국의 경우 급성병상수가 1980년 인구 1000명당 4.4병상에서 2000년 3.0병상으로 감소하였다.

장기요양병상이 부족함으로써 미충족 필요(unmet needs)가 발생하고 있으며, 장기요양대상자들이 급성병상을 이용함으로써 높은 의료비 지출을 야기하고 있다.

IV. 정책과제

본고에서는 지금까지 보건의료인력과 병상의 양, 분포, 취업률 등 여러 측면의 현황과 문제점을 살펴보았으며, 이러한 결과에 근거하여 보건의료인력과 병상관련 정책과제를 제시하고자 한다.

1. 보건의료자원의 적정수급과 지역적 불균형 해소를 위한 모니터링체계 구축

최근 우리나라의 보건의료자원은 정부의 공급확대정책에 힘입어 지속적으로 증가하였으며, 이러한 총량적인 증가에도 불구하고 여전히 OECD국가들과 비교하여 볼 때 낮은 수준이지만 향후 의사인력 등 신규배출규모 등을 감안하면 공급이 수요를 초과하는 등 수급의 불균형이 예상되며, 또한 지역적 분포측면에서도 지역 간 불균형문제는 여전히 남아있는 것으로 나타났다.

주요 보건의료인력 중 하나인 의사의 경우 16개 지역별로 살펴보면, 인구 10만명당 의사수가 적은 지역은 경북지역으로 78.35명이며, 반면 많은 지역은 서울로 175.69명으로 2.24배나 차이가 났으며, 대도시 지역 내에서도 울산지역은 82.02명으로 서울과 비교하여 볼 때 2.14배나 차이가 났다. 병상의 경우도 예외는 아니어서, 병상수도 인구 10만명당 최저치인 제주 412개소에서 최대인 강원 727개소로 상대적인 편차가 심하다.

이러한 보건의료자원 부족과 불균등은 의료이용의 제한으로 이어지게 되고, 뿐만 아니라 보건의료자원이 상대적으로 부족한 지역은 의료이용시 간접비용이 과대하게 발생하고 의료혜택도 덜 누리게 되어 건강 및 경제적 손실이 클 수밖에 없다. 따라서 합리적인 자원수급정책을 통해 미충족 의료와 지역간 의료이용의 격차를 해소하기 위해서는 우선적으로 총량적인 의료수요와 지역의 보건의료수요를 정확히 파악하는 것이 필요하다. 이러한 지역보건의료 수요파악은 일회성으로 이루어져서는 안되며 지속적인 감시체계가 확보되어야 한다.

2. 장기요양병상 확충

우리나라는 의료기술의 발전 등으로 급성의료체계는 대체적으로 잘 정립되어 있는 반면, 점차 수명의 연장에 따른 노령화, 만성질환자의 증가, 사고 등으로 인한 재활환자의 증가 등의 문제해결을 위한 장기요양의료체계(Long-term Care System)는 제대로 정립되어 있지 않다. 즉, 현재까지의 의료시설은 요양 및 만성질환시설의 개념이 없이 급성기질환 위주로 공급되어, 급성기질환 병상은 과잉인 반면 장기요양 병상은 부족한 상태이다.

우리나라는 지난 20여년간 종합병원의 증가율이 다른 의료기관의 증가율에 비해 압도적으로 높았으며, 이러한 경향은 우리나라 의료기관이 대형의료기관 위주로 재편되는 경향을 잘 보여주는 것이다.

뿐만 아니라 더욱 문제가 되는 것은 병상의 대부분이 급성질환 중심이라는 점이다. 급성질환 서비스 이외 대체서비스의 부재는 불필요한 병원장기입원을 초래하며, 결국은 의료비의 증대를 야기시키고 있다. 즉, 급성치료 중심의 기관 편중으로 노인 및 만성퇴행성질환자를 위한 전문 보건의료시설 부족을 초래하고 있으며, 이로 인해 3차 진료기관을 포함한 종합병원의 병상이 이러한 장기요양 서비스를 위해 사용되고 있어 의료자원의 효율적인 활용을 저해하고 있는 실정이다. 미국, 일본 등 주요 국가에서는 일반 급성병원의 병상수가 감소하고 장기적 보호를 목적으로 하는 간호양로원이나 노인전문병원 및 노인보건시설 등이 증가하고 있다.

반면, 우리나라는 장기보호 서비스를 제공할 수 있는 시설과 병상이 부족하다. 따라서 우리나라 병상 수급정책에 대한 재검토가 요구되며, 동시에 새로운 보건의료 수요에 대응하는 대책 마련이 필요하다. 이러한 점에서 의료기관 종별에 요양병원이 신설되고, 중소병원을 요양병원으로 전환시키려는 방안이 바람직한 것으로 보인다. 앞으로 요양병원 외에 간호양로원, 말기환자를 위한 호스피스 시설 등 각종 중간시설을 확대해 나가며, 특히 노인복지법에 규정된 유료시설을 통해 중산층의 수요가 충족되도록 서비스 시설을 확대해 나가야 할 것이다. 더 나아가 가정간호, 주간보호, 단기보호 등의 복지서비스와의 연계를 통해 만성퇴행성질환자의 지역사회내의 보호가 순조로이 이루어지도록 해야 한다.

3. 보건의료자원의 적정수급을 위한 합리적인 배분 원칙과 지역별 최저기준 설정

보건의료자원의 적정수급을 위한 수요의 파악은 신체건강, 정신건강, 공중보건, 장애자 및 노인 등과 같은 다양한 영역을 모두 포괄하는 것이어야 하며, 자원수급정책을 수립하기 위해서는 기존의 보건자원에 대한 평가가 필요하다. 보건자원의 평가에는 자원의 양, 질, 분포, 효율성, 적합성, 통합성 등을 고려하여야 하며, 이러한 요인들의 고려는 지속적인 감시체계를 통하여 가능하다.

이러한 수요 및 공급현황 파악을 기초로 우리나라 실정에 맞는 합리적인 보건자원배분원칙과 공식을 만들어 내는 것이 필요하다. 따라서 보건의료자원 수급배분정책은 수요 및 공급현황 파악을 기초로, 우리나라 실정에 맞도록 보건의료자원체계의 구조, 의료이용 양상, 의료비 등의 변화를 고려하는 합리적인 적정배분원칙과 공식을 만들어 내고 이에 의한 자원을 합리적으로 배분하여야 한다. 뿐만 아니라 단기적으로는 지역별 보건의료인력의 최저기준(national minimum) 또는 국가표준(national standard)등의 정책목표를 설정하여 운영하여야 한다.

4. 의사인력의 전문의 구조완화 방안 모색

의료이용의 지역간 격차를 해소하기 위한 인력정책 중 중요한 것은 의사수를 늘리는 것보다는 의사인력 구조를 바꾸는 일이다. 현재 의과대학 졸업생의 90% 이상이 전문의 과정 수련을 희망하고 있다. 또한 전문의의 수련과정인 레지던트의 정원은 의료수요를 고려한 의료인력의 적정구성에 기초하여 책정되지 않고 병원의 경영적 입장에서 수련병원이 값싼 전공의 인력을 활용하는 틀로 짜여져 있다. 이러한 상황에서 졸업생 거의 전원이 전공의 과정을 밟도록 정원이 맞추어지고 있다.

의과대학 역시 '유능한 일차 의료의사를 양성한다'는 기본목표에도 불구하고 '전문의 과정 진입에 적합한 의사교육'이라는 파행적 교육과정을 진행하고 있다. 이러한 전문의 양성정책과 의과대학교육은 불필요한 전문화를 낳고 있다. 구체적으로 전체 의사에서 전문의가 차지하는 비율이 66.8%로 나타났고, 인턴과정 4.7%와 레지던트 과정에 있는 의사 19.5%를

합하면 90% 이상이 전문의들이다. 문제는 의료인력의 전문화는 대도시로 의사들이 집중하는 중요한 요인의 하나로 작용한다. 따라서 의사인력 구조를 현재의 전문의 중심구조에서 일차의료인력 중심으로 전환하는 구조조정을 필요로 한다.

또한 의학교육과정은 지역사회에서 유능한 일차의료인으로 역할을 수행할 수 있도록 개편되어야 하며, 포괄적이고 전인적인 일차진료의 질을 확보하도록 일차의료관련 보험수가 신설 및 진료과목간 불균형 지불보수체계를 개선하도록 해야 한다.  2005

※ 알 림 ※

대한병원협회지 PDF 서비스 오픈

병원경영관리 전문학술지인 대한병원협회지 PDF 서비스가 오픈되었습니다. 과월호에 한해 대한병원협회 웹사이트(www.kha.or.kr)에 게시하고 있사오니 자료 활용에 도움이 되시길 바랍니다.

▶ PDF 서비스 이용

인터넷 www.kha.or.kr 접속 → 우측 상단에 '협회출판간행물' 클릭

→  서비스 중인 협회지 클릭 → 다운로드

문의 : 대한병원협회 홍보학술부(Tel : 02-711-3949, 718-7531(Ext 164, 154)