

보건의료 전문직종에서의 일자리 창출



Job Creation for Health Care Professionals

정형선 | 연세대학교 보건행정학과 교수

2015년 보건의료 분야 일자리는 모두 98만 2천여 개로 서비스업이 88만 9천여 개, 제조업 일자리가 9만 3천 개이다. 병원 48만, 의원 약 36만, 의료기기제조업 5만 3천, 의약품제조업 2만 6천 개 등이다. 전체 일자리에서 차지하는 보건의료 분야 일자리의 비중은 한국이 경제협력개발기구(OECD) 평균에 훨씬 못 미친다. 임상 의사 수는 OECD 평균의 절반을 조금 넘고 임상 간호사 수도 3분의 2 수준이다. 물리치료사 등 의료기사도 모자란다. 이는 앞으로 보건의료 일자리가 늘어날 여지가 큼을 보여 준다.

이와 관련한 정책 제언은 다음과 같다. 첫째, '건강관리서비스'가 민영보험의 대상이 아님을 분명히 선언하고 스마트헬스케어를 적극 수용해 양질의 일자리 수요를 창출해야 한다. 둘째, 보건의료 전문인력 간의 경계를 허물고 협력적 관계를 갖추어야 하며, 특히 '보호자 없는 병원'의 확대에 간호인력뿐만 아니라 간병인력도 적극 활용할 수 있도록 일자리 확대의 장애 요인을 제거해야 한다.

1. 들어가며

국민소득의 증가와 인구고령화에 따라 보건의료 서비스에 대한 요구가 급팽창하고 있다. 보건의료 서비스는 노동집약적인 만큼 이 분야의 수요가 커지게 되면 전체 일자리에서 차지하는 보

건의료 일자리의 비중이 커지게 된다. 보건의료 분야의 일자리는 전통적으로 전문직이 중심이 되는 양질의 일자리에 속한다. 또한 보건의료 전문직종은 그 인력의 제공 수준이 공공정책에 의해 결정되고, 제공되는 서비스의 내용이 공공의 규제를 강하게 받는다. 면허제도나 자격증제도

가 있고 이에 따른 독점권이 부여되기도 한다. 보건 의료는 국민의 안전과 건강 향상에 기여하는 것이 일차적인 목표이고 절대적인 가치다. 하지만 이러한 가치의 실현에 지장이 없는 범위에서라면 산업적인 측면을 장려하지 않을 이유가 없다. 보건 의료 산업은 부가가치와 고용 유발 효과가 크기 때문에 경제 활성화에도 중요한 역할을 하게 된다. 작금의 저성장 국면에서 그 중요성이 더욱 커지고 있다.

문재인 정부에서는 특히 ‘공공 부문’의 일자리가 강조되고 있다. 공공 부문이 보건 의료 서비스 제공을 상당 부분 직접 담당하는 서구 국가들과 달리 우리나라는 이를 대부분 민간에 맡겨 놓고 있기 때문에 우리의 보건 의료 일자리는 대부분 민간 부문의 일자리다. 하지만 보건 의료 서비스의 수요는 건강보험 등 공공 재원을 기반으로 한다는 점에서 민간의 일자리임에도 공공성을 내포한다. 본고에서는 공공 부문이나 민간 부문을 구분하지 않고 전체 보건 의료 전문인력의 일자리에 관해 논한다.

2. 보건 의료 전문인력의 일자리 현황

가. 보건 의료 분야의 일자리

정부는 2011년부터 ‘보건 복지 관련 산업 일자리 통계조사’를 실시하여 보건 복지 관련 산업의 고용 동향을 파악하고 있다. 한국표준산업분류(8개 대분류, 22개 소분류, 57개 세세분류)에 제시된 보건 복지 관련 사업체 분류에 따라 성, 연령,

일자리 유형, 종사자 규모별 현황을 조사한다. 2015년 조사에서는 분류별 일자리 변화의 원인을 파악하기 위한 세부 분석도 추가되었다. 이 조사에 의하면 보건 복지 분야의 일자리 수는 2015년 말 현재 약 250만 개로, 상용근로자 일자리 185만 개, 자영업자 일자리 38만 개, 임시 및 일용근로자 일자리 15만 개 등으로 구성되어 있다. 종사자 구성을 보면 여성이 180만 명, 남성이 70만 명으로 보건 복지 분야는 여성이 다수를 점하고 있음이 확인된다. 연령 구간별로는 30~40대가 125만 명이고, 50~64세가 70만 명이다. 학력 수준은 여타 산업보다 높은 편이다. 특히 취업자의 31.6%가 전문대 졸업 이상으로 여타 산업의 13.2%보다 훨씬 높다.

〈표 1〉에서는 보건 복지 분야 중 보건 의료 분야 일자리를 구분해서 정리했다. 2015년 말 현재 보건 의료 분야 일자리는 모두 98만 2천여 개인데, 그중 서비스업이 88만 9천여 개이고 제조업이 9만 3천 개이다. 보건 의료 분야에 서비스업 일자리가 압도적으로 많음이 확인된다. 서비스업 일자리 중에서는 병원 일자리가 48만 개로 가장 많고 의원 일자리도 36만 개에 달한다. 그 밖에 공중보건 의료업 일자리 약 3만 개, 기타 보건업 일자리 2만 개가 서비스업 일자리에 해당한다. 보건 의료 분야 제조업은 의료용 기기 제조업이 5만 3천 개로 가장 많고 의약품 제조업은 2만 6천 개로 절반 수준이다. 그 밖에 1만 3천 개가 기초 의약품 및 생물학적 제제 제조업, 의료용품 및 기타 의약 관련 제품 제조업에 속한다.

전년 대비 증가율을 보면, 전체 일자리는

2012년 7.9%에서 2015년 4.8%로 둔화되고 있다. 이 중 서비스업 일자리의 증가율은 2012년 7.4%에서 2015년 4.4%로 변화하여 전체 보건의료분야 일자리의 변화와 비슷하다. 제조업은 2012년 13.8%에서 2015년 8.5%로 변화하여 증가율이 둔

화되는 추세는 비슷하지만 서비스업보다는 증가율 수준이 전반적으로 높다. 보건의료 분야에서는 서비스업이 압도적이기 때문에 서비스업의 변화 수준이 전체 보건의료 분야 일자리 수의 변화를 어느 정도 결정하고 있음이 확인된다.

표 1. 보건의료 분야 일자리 현황

(단위: 천 명)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
보건복지 분야 일자리 총계	2,092	2,207	2,307	2,390	2,497
(그중) 보건의료 분야 일자리 소계	806	870	902	937	982
(전년 대비 증가율)		7.9%	3.6%	3.9%	4.8%
보건업 및 사회복지 서비스업	1,252	1,341	1,422	1,491	1,554
보건의료 서비스업 일자리 소계	741	796	820	851	889
(전년 대비 증가율)		7.4%	3.1%	3.8%	4.4%
병원	393	431	440	458	480
의원	306	321	335	347	361
공중보건의료업	30	29	29	29	29
기타 보건업	12	14	16	17	20
복지 분야 서비스업	511	545	602	640	665
제조업	108	116	127	138	148
보건의료 제조업 일자리 소계	65	74	82	86	93
(전년 대비 증가율)		13.8%	9.6%	5.0%	8.5%
의료용 기기	34	41	45	49	53
의약품	24	25	26	25	26
기초 의약품 및 생물학적 제제	4	5	5	7	7
의료용품 및 기타 의약 관련 제품	4	5	5	5	6
기타 제조업	43	42	46	52	55
기타 보건복지 분야	733	749	757	761	795

자료: 보건복지부(2016). 보건복지통계연보 원자료를 이용하여 재구성.

〈표 1〉에서의 일자리 수 또는 종사자 수에는 보건의료인력 이외의 행정인력이나 사무직 등도 포함되어 있다. 〈표 2〉에서는 병원과 의원 등 의료기관에서 행정인력이나 사무직 등이 제외된 ‘보건의료전문직’만의 일자리를 정리해 보았다. 전체 의료기관의 일자리는 2015년 말 현재 54만 5천여 개다. 간호사 일자리가 약 15만 3천 개, 간호조무사 일자리가 약 14만 2천 개로 가장 많고 다음이 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치

료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사) 일자리 10만 6천여 개다. 의사가 9만 3천, 치과 의사 2만 3천, 한의사 1만 8천, 약사 5천, 의무기록사 일자리가 4천 개 정도다.

의료기관의 전체 일자리는 지난 10년간 연평균 4.8% 증가했다. 의료기사 증가율이 6.0%로 가장 컸고 다음이 간호사로 5.8%였다. 약사의 증가율도 5.4%로 높은 편에 속한다. 조산사는 계속 줄어들고 있다.

표 2. 병원과 의원의 보건의료인력 일자리 수

(단위: 개)

구분	총계	의사	치과 의사	한의사	조산사	간호사	간호 조무사	의료 기사	의무 기록사	약사
2005년	335,276	63,411	16,782	11,915	1,200	86,299	90,465	59,704	2,707	2,793
2010년	424,309	79,966	20,283	15,235	1,048	110,803	109,610	80,535	3,157	3,672
2015년	545,083	92,919	23,183	18,256	856	152,865	142,029	106,279	3,986	4,710
연평균 증가율	4.8%	3.9%	3.4%	4.6%	-3.2%	5.8%	4.1%	6.0%	3.9%	5.4%

자료: 보건복지부(2016). 보건복지통계연보 원자료를 이용하여 분석.

나. 보건의료 전문인력의 제공과 활동 수준

1) 의사, 한의사

2015년 현재 우리나라의 전체 면허등록 의사는 11만 6046명이고, 면허등록 한의사는 2만 3245명이다. 〈표 3〉에서 보듯이 2015년 임상 의사는 9만 5076명으로 인구 천 명 대비 1.86명,

임상 한의사는 1만 9246명으로 인구 천 명 대비 0.38명이다. 10년 전인 2005년에는 인구 천 명 대비 임상 의사는 1.36명, 임상 한의사는 0.27명이었다. 전체적으로 보면 임상 의사 수는 1990년대에 높은 증가율을 보였고 이러한 경향이 2000년대 초기까지 계속되다가 2004년 이후 둔화되고 있음을 알 수 있다.

표 3. 임상 의사와 임상 한의사 수의 변화

(단위: 명, %)

연도	합계			임상 의사			임상 한의사		
	현원	전년 대비 증가율	인구 천 명 대비	현원	전년 대비 증가율	인구 천 명 대비	현원	전년 대비 증가율	인구 천 명 대비
2005년	78,342	4.1%	1.63	65,534	3.7%	1.36	12,808	6.4%	0.27
2006년	81,666	4.2%	1.69	68,143	4.0%	1.41	13,523	5.6%	0.28
2007년	84,464	3.4%	1.73	70,355	3.2%	1.45	14,109	4.3%	0.29
2008년	90,532	7.2%	1.85	75,714	7.6%	1.54	14,818	5.0%	0.30
2009년	94,672	4.6%	1.92	79,046	4.4%	1.60	15,626	5.5%	0.32
2010년	98,293	3.8%	1.98	82,137	3.9%	1.66	16,156	3.4%	0.33
2011년	101,370	3.1%	2.03	84,544	2.9%	1.69	16,826	4.1%	0.34
2012년	104,114	2.7%	2.07	86,761	2.6%	1.73	17,353	3.1%	0.35
2013년	108,909	4.6%	2.16	90,710	4.6%	1.80	18,199	4.9%	0.36
2014년	111,694	2.6%	2.20	92,927	2.4%	1.83	18,767	3.1%	0.37
2015년	114,322	2.4%	2.24	95,076	2.3%	1.86	19,246	2.6%	0.38

자료: 보건복지통계연보(2016) 및 건강보험심사평가원 요양기관 현황 자료(2016)를 재구성.

2) 간호사

2015년 현재 면허등록 간호사는 약 33만 9천 명이고 간호조무사 자격증 소지자는 약 63만 9천 명으로 간호조무사 수가 2배에 가깝다.

면허등록 간호사는 2006년 약 22만 4천 명에서 2015년 약 33만 9천 명으로 1.5배가 되었으며, 간호조무사 자격증 소지자는 34만 8천여 명에서 약 63만 9천 명으로 1.8배가 되었다.

표 4. 간호인력 면허·자격 소지자

(단위: 명)

연도	소계			간호사			간호조무사		
	소지자	2006 =1.0	인구 천 명당	소지자	2006 =1.0	인구 천 명당	소지자	2006 =1.0	인구 천 명당
2006년	572,141	1.0	11.8	223,781	1.0	4.6	348,360	1.0	7.2
2010년	738,722	1.3	14.9	270,274	1.2	5.5	468,448	1.3	9.5
2015년	977,251	1.7	19.2	338,629	1.5	6.6	638,622	1.8	12.5

자료: 보건복지통계연보(2016) 재구성.

반면에 2015년 기준 임상 현장에 종사하고 있는 간호사는 15만 8천여 명, 간호조무사는 약 14만 5천 명으로 간호사가 약간 더 많다. 임상 종사 간호사 수는 2006년 9만 6천여 명에서 2015년 15만 8천여 명으로 1.6배가 되었으며, 간호조무사는 9만 6천여 명에서 약 14만 5천 명으로 1.5배가 되었다. 지난 10년간 간호조무사 자격증 소

지자가 면허등록 간호사보다 더 빠르게 증가하였지만 임상 현장에 종사하는 인력은 간호사가 간호조무사보다 더 빠르게 증가했다. 그 결과, 10년 전에는 간호조무사의 일자리가 간호사의 일자리보다 많았으나 지금은 간호사의 일자리가 간호조무사의 일자리보다 더 많아졌다.

표 5. 임상 종사 간호인력

(단위: 명)

연도	소계			간호사			간호조무사		
	종사자	2006 =1.0	인구 천 명당	종사자	2006 =1.0	인구 천 명당	종사자	2006 =1.0	인구 천 명당
2006년	192,753	1.0	4.0	96,327	1.0	2.0	96,426	1.0	2.0
2010년	228,614	1.2	4.6	116,071	1.2	2.3	112,543	1.2	2.3
2015년	303,133	1.6	5.9	158,247	1.6	3.1	144,886	1.5	2.8

자료: 보건복지통계연보(2016) 재구성.

3) 의료기사 등

의료기사 등에 관한 법률에서 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사), 의무기록사 및 안경사의 면허등록 현황은 <표 6>과 같다. 이들 전체 인력 중 2015년 면허등록자는 약 31만 7천 명으로 최근 10년간 연평균 6.4%의 증가율

을 보이고 있다. 치과위생사가 약 6만 6천 명으로 가장 많고 물리치료사와 임상병리사가 각각 5만 명대, 안경사와 방사선사가 각각 4만 명대이며 의무기록사가 2만여 명, 작업치료사가 1만 명 수준이다. 작업치료사는 지난 10년간 연평균 24%의 높은 증가율을 보였다.

표 6. 의료기사 등의 면허등록자 수

(단위: 명)

연도	총계		임상병리사		방사선사		물리치료사		작업치료사		치과기공사		치과위생사		의무기록사		안경사	
	면허인력	증가율	면허인력	증가율	면허인력	증가율	면허인력	증가율	면허인력	증가율	면허인력	증가율	면허인력	증가율	면허인력	증가율	면허인력	증가율
2005년	171,160	7.4%	36,609	3.9%	22,237	7.4%	25,498	10.8%	1,643	43.7%	20,202	6.6%	28,153	9.9%	10,818	6.7%	26,000	5.5%
2010년	236,117	6.3%	43,348	2.7%	29,885	5.7%	38,247	8.8%	5,390	22.8%	26,872	4.9%	43,733	8.3%	15,424	6.8%	33,218	4.9%
2015년	316,957	5.8%	52,081	4.2%	38,592	6.2%	55,000	6.9%	11,378	13.2%	32,526	3.1%	65,787	7.6%	21,679	4.9%	39,914	3.7%
연평균 증가율	6.4%		3.6%		5.8%		8.3%		23.6%		5.0%		9.0%		7.2%		4.5%	

자료: 보건복지부(2016). 보건복지통계연보 원자료를 이용하여 분석.

3. 보건의료 전문인력의 일자리 미래 환경 예측

가. 국내 환경의 변화

국민소득의 증가로 ‘삶의 질’에 대한 요구가 커지고 양질의 보건의료에 대한 기대 수준도 높아지고 있다. 보건의료는 거시적 수준의 소득탄력도가 1을 넘는 것으로 알려져 있다.¹⁾ 즉 국민소득이 증가하는 속도보다 국민의료비의 증가 속도가 더 빠르다. 한편으로 인구의 고령화는 보건의료에 대한 수요의 증가를 가져온다. 고령인구는 복합 만성질환을 지니고 살게 되기 때문에 보건의료서비스 없이는 대부분 생존과 생활이 어렵다. 고령화로 이들의 인구층이 두꺼워진다는 것은 그만큼 이들에게 보건의료서비스가 더 많이 필요해짐을 의미한다. 즉, 국민소득의 증가와 급속한 인구고령화라는 두 요소는 서로 상승작용을 하면서 우리 사회에서 보건의료에 대한 수요를 확대할 것이다.

보건의료서비스는 노동집약적이므로 보건의료서비스 수요의 증가는 그 이상의 일자리 수요 증가로 이어진다. 소득이 늘고 인구고령화가 급속히 진행되고 있는 우리 사회는 보건의료 일자리가 급격히 늘어나야만 하는 환경에 처해 있는 것이다. 전체 일자리에서 보건의료 일자리가 차지하는 비중도 커질 것이다. 더욱이 보건의료 분야의 일자리는 전문직이 중심이 되는 양질의 일자리에 해당한다.

보건의료 전문직종은 인력 제공 수준이 공공 정책에 의해 결정되고 제공되는 서비스의 내용이 공공의 규제를 강하게 받는다는 점도 보건의료인력 일자리 환경 분석에서 고려해야 할 점이다. 의사, 간호사, 약사 등은 철저한 면허제도에 있고 명칭과 업무에 대한 독점 특권이 부여된다. 보건의료는 국민의 안전에 직결되기 때문에 이러한 규제가 정당화되어 왔다. 하지만 기술의 발전으로 이러한 가치의 실현이 반드시 강한 기

1) 경제학적 ‘사치재(luxury good)’에 속한다.

존의 규제에 의해서만 이루어지지 않을 수 있게 된다. 보건 의료 서비스 제공을 위한 각종 의약품, 의료기기, 치료 재료 등은 산업적인 측면도 중요하며, 보건 의료 산업은 부가가치와 고용 유발 효과가 크기 때문에 경제 활성화에도 중요하다. 이러한 산업 환경의 변화도 일자리의 고도화와 확대에 기여할 것이다.

나. 국제 비교를 통한 시사점²⁾

각 선진국의 현황이나 OECD 회원국의 평균 자체가 그대로 우리의 지향할 바로 해석되어서는 곤란하다. 하지만 우리의 현황이 국제적 표준에서 벗어난 경우에는 왜 그러한 상황이 되었는지, 그 의미가 무엇인지 확인해 볼 필요는 있다. 본고에서 보건 의료 인력의 국제 비교 분석을 하고 있는 것은 이를 통해 미래 환경 변화에 대한 부분적인 단서를 찾을 수도 있다는 점 때문이다.

우리나라의 보건 의료 일자리 수는 국제 기준으로 볼 때 아주 적다. 보건 복지 분야 일자리가 전체 일자리에서 차지하는 비중은 6.8%로, OECD 35개 회원국의 평균인 10.1%에 훨씬 못 미치며 핀란드나 네덜란드와 같은 스칸디나비아 국가들(15~20%)의 3분의 1 수준이다. 이는 역으로 우리나라에서 보건 의료 인력의 일자리가 앞으로 더 늘어날 여지가 있음을 시사한다.

OECD 회원국의 사례를 보면, 대부분의 국가에서 보건 복지 일자리가 증가해 왔다. 2000~

2015년 사이에 보건 의료 인력은 42% 늘었고 전체 고용 인력에서 보건 의료 인력이 차지하는 비중은 1.7%포인트 늘었다. 이는 같은 기간 동안 1차, 2차 산업은 비중이 감소(같은 기간 각각 -22%, -6%)했고 서비스업은 비중이 증가(23%)한 것과 맥을 같이한다. 같은 서비스업 중에서도 보건 복지 서비스 일자리의 증가율이 특히 높다. 한국은 보건 복지 인력의 전체 인력에서의 점유율이 과거에 OECD 평균보다 훨씬 낮았던 만큼 현재 OECD 평균 증가율보다 높은 증가율을 보이고 있다(점유율 4.2%포인트 증가).

1) 의사

우리나라의 2015년 인구 천 명당 임상 의사 수 2.24명은 OECD 회원국 평균 3.4명의 3분의 2 수준이고 터키, 칠레 등과 함께 임상 의사 수가 가장 적은 국가군에 속한다. 더욱이 이는 임상 한 의사를 포함한 수치이므로 이를 제외한 1.86명은 OECD 회원국 평균의 절반에 가깝다. OECD 비회원국 중 인도네시아, 인도는 인구 천 명당 임상 의사 수가 1명이 안 되고 중국은 1.8명이다.

의사 수는 거의 모든 OECD 회원국에서 증가하고 있다. 절대적인 수나 인구 대비 비율 모두 그렇다. 특히 한국, 멕시코, 영국과 같이 의사 수가 평균 이하인 국가들은 공통적으로 증가율이 높다. 국제적인 경향을 보면 의사 인력이 늘고 있다는 점, 입학 정원이 정해지고 10년 가까운 교

2) 본고의 국제 비교에서는 'OECD(2017, forthcoming), Health at a Glance 2017, OECD, Paris'를 참고하고 있다.

육 기간을 요하기 때문에 인력 배출이 경기의 영향을 받지 않는다는 점, 특히 갈수록 일반의(GP)가 부족하고 지방의 의사가 부족하다는 점이 공통적인 특징이다.

대부분의 OECD 회원국은 2000년대 들어 의사에 대한 수요 증가와 공급 부족을 예상하고 의대 입학 정원을 늘리는 정책을 펼쳐 왔다. 그 결과 OECD 평균 인구 십만 명당 의대 졸업자 수가 2000년 8.3명에서 2015년에는 12.1명이 되었다. 아일랜드는 23.7명, 덴마크는 19.5명에 달한다. 호주는 지난 15년간 의대 정원을 2.7배 늘렸다. 반면에 한국은 인구 십만 명당 의대 졸업자 수가 2005년 9.1명(한의대 제외 시 7.2명)에서 7.9명(한의대 제외 시 6.4명)으로 급격히 줄었다. 현재 미국(7.5명), 일본(6.4명), 이스라엘(5.5명)과 함께 최하위 그룹에 속한다. 미국은 캐리비안 국가 등에서 의대를 마치고 미국에 돌아와 임상을 하는 경우가 많다. 이스라엘은 외국에서 교육받은 의사 수가 많은 나라로, 이들 중 3분의 1이 이스라엘에서 태어났지만 외국 유학으로 의사가 되었다. 외국으로부터의 의사인력 유입이 거의 없는 한국이나 일본과는 상황이 다르다. 일본도 2008년 이후 의대 정원을 대폭 늘려 왔기 때문에 의대 졸업자 수가 이제 막 늘어나고 있는 시점이다.

2) 간호사

한국은 2015년 기준 인구 천 명당 5.9명의 간호인력이 임상에 종사하고 있는데, 이는 OECD

평균 9.0명보다 훨씬 낮고 일본 11.0명의 절반 수준이다. 스위스, 노르웨이, 덴마크, 아이슬란드, 핀란드와 같은 국가는 2015년 현재 인구 천 명당 14명이 넘는 간호인력이 임상에 임하고 있다. 스칸디나비아 국가들이 임상 현장에 풍부한 간호인력을 투입하는 것이 확인된다. OECD 35개 회원국 중에서 우리나라보다 임상 간호인력 수가 적은 국가는 터키(2.0명), 칠레(2.1명), 멕시코(2.8명), 그리스(3.2명), 이스라엘(4.9명) 등 10개국이다. OECD 비회원국인 인도네시아, 남아프리카공화국, 인도, 브라질, 중국과 같이 상대적 중저소득 국가들은 대체로 임상 종사 간호인력 수가 적다.

OECD 국가의 간호인력 현황과 과거 추이를 보면 우리나라보다 간호인력 수가 많은 대부분의 국가도 거의 예외 없이 인력을 늘려 왔다. 그 결과 OECD 평균이 2000년 7.3명에서 2015년 9.0명으로 올라갔다. 2000년에 이미 간호인력 비율이 높았던 스위스, 덴마크, 핀란드 같은 나라에서도 최근까지 크게 증가하는 추세가 계속되었다. 한국도 간호인력을 확충하기 위한 노력을 계속했고, 그 결과 2000년 4명 미만에서 2015년 6명에 가까워졌으며 최근에는 국가별 순위가 많이 올라갔다.

2015년 인구 십만 명당 간호 졸업생 수는 OECD 평균 45명이다. 이는 2003년 평균 40명에서 5명 증가한 것이다. 한국은 109명으로 OECD 회원국 중에서 가장 높다. 한국의 수치에

는 간호사만이 아니고 간호조무사 배출 인력도 포함되어 있다.³⁾ 다음으로 스위스, 덴마크가 간호 졸업생 수가 많은 국가에 속한다. 반면에 멕시코, 룩셈부르크, 체코는 간호 졸업생 수가 적은 국가다. 간호사 수가 적은 국가가 증가율은 높은 경향을 보이는데, 멕시코는 지난 15년간 졸업생 수가 8배 증가했고 이탈리아는 4배 증가했다.

우리나라는 그간 간호사 인력 배출을 위해 상당한 노력을 기울여 왔으나 임상에 임하는 간호사의 부족 문제는 갈수록 심각한 수준이다. 보호자 없는 병원 환경을 조성하기 위해서는 많은 간호인력과 간병인력이 필요하다. 건강보험 보장성을 획기적으로 높이겠다는 소위 ‘문재인케어’에서도 현 정부의 임기 중에 보호자 없는 병상 10만 개를 제공하겠다고 했다. 이를 위해서는 간호사, 간호조무사, 요양보호사, 간병인의 대량 투입이 불가피하다. 이는 그만큼 이들 분야의 일자리 수요가 급증하고 있음을 의미한다. 간호인력의 지속적인 확대 배출, 근무 여건 개선을 통한 간호인력의 이탈 방지와 재취업 유인 등이 절실하다. 사회적 노력을 통해 간호인력 일자리가 확대될 여지는 그만큼 크다. 간호인력의 확충은 비단 일자리 증가 차원에 머물지 않고 국민에게 양

질의 의료서비스를 제공하기 위한 기반이 된다는 점에서 더욱더 사회적 노력을 기울여야 한다.

3) 의료기사 등

여기서는 OECD 통계에서 국제 비교를 위한 자료를 얻을 수 있는 임상 현장에 종사하는 물리치료사(physiotherapist)인력을 통해 단편적이지만 유사 의료인력에 대한 국제 비교를 해 본다. 2015년 우리나라의 인구 천 명당 물리치료사 수는 0.6명이다. OECD 국가 평균인 1.0명의 절반 수준이다. 보건 의료 전문인력을 풍부하게 제공하는 스칸디나비아 국가 중 하나인 노르웨이가 2.4명, 독일이 2.2명으로 가장 많고 영국이 0.4명으로 가장 적다. 캐나다와 미국은 한국과 비슷한 수준이다. 다만, 이 통계는 국가마다 산출 기준이나 포함 범위가 일정치 않아 액면 그대로 보기보다는 전체적인 추이를 보는 정도로 활용될 수 있다.

간호사와 마찬가지로 임상 현장에서 물리치료사 등 유사 의료인력이 부족한 점은 양질의 의료 제공에 장애 요인으로 작용한다. 이들 인력의 지속적인 확대 배출, 근무 여건 개선을 통해 이들 인력의 취업과 재취업을 장려해야 한다. 각 선진

3) 국가 간의 분류 차이로 국제통계 수집에 가장 애를 먹고 있는 지표 중 하나가 ‘간호인력(nurse)’이다. 국가마다 간호인력의 등급 구분이 다르고 분류 기준이 다르기 때문이다. 많은 논의가 있었고 국제기구의 공식적인 정의에도 변화가 있어 왔지만, 현재 OECD 통계에서 취하는 분류 기준은 대체로 ‘nurse’를 폭넓게 정의하고 다양한 수준의 인력을 포괄하는 경향을 보인다. 우선은 ‘nurse’를 ‘professional nurses’와 ‘associate professional nurses’로 구분하고, ‘professional nurses’를 ‘높은 교육(higher level of education)을 받고 높은 수준의 업무(higher level tasks)를 수행하는 자’로, ‘associate professional nurses’를 ‘nurse로 인정 또는 등록(recognised and registered as nurses)되나 낮은 수준의 교육을 받은 자’로 규정하고 있다. 이러한 동어반복적인 정의는 국가마다 상황, 용어가 다른 현실 때문에 이들을 수용하기 위해 국제기구로서 불가피하게 취한 입장인 것이다. OECD는 또한 간호보조인력(health care assistants or nursing aids)을 “nurse로 인정되지 않는 그룹을 지칭하며 이는 ‘nurse’ 통계에 포함하지 않는다”고 설명함으로써 또다시 동어반복적인 정의와 구분을 제시하고 있다.

국의 인력 투입 사례에 비추어 볼 때, 그리고 양 으로 이 분야의 일자리는 크게 늘어날 것이다. 질의 의료에 대한 국민의 수요에 비추어 볼 때 앞

표 7. OECD 국가의 인구 천 명당 물리치료사

(단위: 명)

연도	한국	호주	캐나다	프랑스	독일	네덜란드	뉴질랜드	노르웨이	영국	미국	OECD평균
2010년	0.5	0.9	0.5	1.1	1.8	1.8	1.0	2.2	0.4	0.6	0.9
2015년	0.6	0.9	0.6	1.3	2.2	1.7	1.0	2.4	0.4	0.7	1.0

자료: OECD.Stat. 2017. 8. 5. 인출.

4. 쟁점과 정책과제

가. 건강관리서비스와 스마트헬스케어

본고의 주제인 보건의료 전문직종의 일자리는 보건복지부의 주된 업무 대상인 “국정과제 17. ‘사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충’”에서는 별로 다루어지지 않고 오히려 “국정과제 20. ‘좋은 일자리 창출을 위한 서비스 산업 혁신’”의 하나로 다루어지고 있는 인상을 준다. 이 과제는 기획재정부의 소관 사항으로 되어 있는데, 기획재정부 측에서는 보건의료 분야에 너무 많은 규제가 있어서 보건의료 산업뿐만 아니라 전체 서비스 산업의 발전이 더디고 일자리 창출이 막혀 있다고 보는 경향이 있다. 이에 따라 ‘건강관리서비스’를 민영보험에 맡기고 원격의료 등을 활성화해서 이를 뒷받침해야 한다고 여길 것이다. 하지만 ‘건강관리서비스의 활성화’는 ‘양날의 칼’과 같은 측면이 있다. 전체 국민 또는 노인층

을 대상으로 한 건강관리서비스는 공보험이 중심이 되어 체계적으로 시행하게 되면 아주 비용효과적인 보건의료제도를 만들기 위한 기반이 되는 반면, 건강관리서비스가 상업화되고 민영보험의 주된 영역으로 방치되면 기존의 공보험체계를 무너뜨리는 판도라의 상자가 될 수도 있다.

건강관리서비스는 고령화사회에서 중요성을 더하고 있다. 건강관리서비스는 앞으로 많은 보건의료 분야 일자리를 창출하게 된다. 의사 중심의 치료서비스를 넘어서서 간호인력, 물리치료사, 작업치료사, 의료기사 등 다양한 보건의료인력과 관계된다. 전 국민을 대상으로 하여 오랜 기간 진행돼 온 국가건강검진사업이 축적해 온 국민 개개인의 건강 정보를 기반으로 공보험이 건강관리서비스를 책임지고 수행할 때 건전한 일자리가 확보될 수 있다. 하지만 주의할 점은 건강관리서비스는 국민의 건강 확보, 증진에 목표를 둔 사업이지 상업적인 판매의 대상이 아니라는 사실이다. 따라서 문재인 정부는 건강관리서

비스가 공보험에서 다루어야 할 영역이고 민영 보험의 대상이 아님을 분명히 선언해야 한다. 그러한 환경이 만들어진다면 스마트헬스케어와 원격의료 정보 제공을 통한 보건 의료의 혁신을 두려워할 필요가 없다. 하이테크의 발전은 공보험에서 적극적으로 활용할 수 있도록 해야 하며, 의료 제공 체계는 이를 위한 장애를 제거해야 한다. 의료인과 환자 사이의 의료 정보 교환을 금지해서는 4차 산업혁명을 보건 의료에 접목할 수 없다. ‘스마트헬스케어’와 ‘민영화’를 혼동해서는 안 된다. 스마트헬스케어를 의료 현장에 적극 도입할 수 있는 환경을 만들어야 한다.

나. 보건 의료 전문인력 간의 경계 허물기

우리의 의료제도에서 의사와 한의사 간의 분쟁(양·한방 일원화, 의료기기 사용 등), 의사와 간호사 간의 분쟁(간호임상, 방문간호, 보조의사(PA) 인정 등), 의사와 약사 간의 분쟁(의약분업과 대체조제 등), 의사와 물리치료사·작업치료사 간의 분쟁(개설권, 감독권, 처방권 등), 치과 의사와 치과기공사 간의 분쟁(개설권, 감독권, 처방권 등), 한의사와 약사 간의 분쟁(한약 조제 등), 간호사와 간호조무사와 영양보호사 간의 분쟁(간호간병 등) 등과 같은 직역 간의 분쟁은 가히 전방위적이다. 특히 직업전선에 있는 회원들의 이해타산적 요구와 회원의 회비 및 표심에 의존하는 직역단체의 적극적인 정책 개입이 맞물리면서 직역 간의 분쟁은 점점 더 노골적으로 전개되고 있다.

올해 초(2017년 1월 17일) 프랑스 파리의 OECD 본부에서는 ‘차세대 보건 개혁(The Next Generation of Health Reforms)’을 주제로 한 보건 장관 회의가 열렸고, 분임 세션에서는 ‘보건 전문가 역할의 개혁’이 논의되었다. 현대 의료에서는 전문성을 이유로 의료 제공 인력들이 질병이나 전문 과목별로 분화되어 종사하다 보니 제공되는 서비스가 곡식 저장 창고 사일로(silo)와 같이 외부와 절연되고 경직되어 있다는 문제의 식화에, 의료인력 간의 경계를 허물고 협력적 관계 속에서 치료서비스가 제공되어야 함이 강조되었다. 영역 간의 경직성과 갈등은 우리나라에만 국한되지 않는 각국 공통의 관심사이며 같이 풀어 나가야 할 과제다.

보건 의료 서비스와 돌봄·요양 서비스가 일련의 연속적인 과정에 속하기 때문에 이를 제공하는 인력 간에는 어느 정도 인력의 전문성과 서비스 내용의 중복이 있을 수 있고 상호 대체, 보완 관계가 성립된다. 의사와 간호사, 간호사와 간호조무사, 간호조무사와 영양보호사 등의 업무가 완벽하게 구분되지 않는 접경 지역은 반드시 있게 마련인데, 이는 직역 간의 갈등을 유발하기도 하지만 활용 여하에 따라서는 더욱 효율적인 제공 체계를 만들 여지를 제공하기도 한다.

우리나라는 의사 1인당 2.7명의 간호인력이 임상에 임하고 있다. 이는 OECD 평균인 2.8명과 비슷한 수준이다. 즉, 우리나라의 임상 의사와 임상 간호사 수는 모두 OECD 평균의 3분의 2 수준인 것이다. 반면에 일본은 핀란드, 덴마크와 함께 임상 의사 1인당 임상 간호사가 4.6명으로

가장 많다. OECD 통계를 보면 이 비율은 인구고령화가 진행되는 국가일수록 그리고 고소득 국가일수록 높은 경향을 보인다. 미국, 캐나다, 영국 등에서는 의사의 부족을 간호인력으로 보충하고자 하는 시도가 계속되고 있는데, 실제로 이들 국가는 업무에 따라서는 간호인력이 의사보다 더 양질의 서비스를 제공하고 환자의 대기 시간을 효과적으로 줄이며 환자의 만족도를 높이고 있음을 경험하면서 업무 범위와 면허 범위의 장벽을 줄이고 재규정하기 위한 새로운 입법을 논의하고 있다.⁴⁾

만성질환자와 노인에 대한 돌봄 수요, 통합의료 요구 등이 커지면서 간호인력과 물리치료사·작업치료사인력 등 유사 의료인력의 역할은 갈수록 강조되고 있다. 앞서 우리나라 보건의료 전문인력의 현황 분석에서도 보았듯이 전체 보건의료인력 중에서 이들 직종이 차지하는 비중도 커지고 있다. 인력 부족과 이를 해결하기 위한 확충 방안은 우리나라뿐 아니라 모든 OECD 회원국 공통의 관심사다. 신규 인력의 유입과 기존 인력의 유지가 동시에 강조된다.⁵⁾

문재인 정부에서는 간호간병 통합 서비스를 통한 ‘보호자 없는 병원’의 실현을 과제로 계승하고 있다. 이 또한 직역 간 벽 허물기가 수반되지 않는 한 달성하기 어렵다. 현재의 부족한 간호인력만으로는 보호자 없는 병원을 실현할 수 없

다. 간병인, 요양보호사 등을 제도권 내에 수용해서 유연한 제공체제를 갖추어야 한다. 이들 인력을 잘 활용하되 환자의 안정을 위해 간호인력의 지휘 감독을 받도록 하면 된다. 이들 인력을 활용하지 않는 한 보호자 없는 병원은 ‘간호인력의 부족’을 이유로 간호간병 통합 서비스를 제공하지 못하는 자체 모순에 빠지게 된다.

5. 나가며

2015년 현재 보건의료 분야 일자리는 모두 98만 2천여 개로, 병원 48만, 의원 약 36만, 의료기기제조업 5만 3천, 의약품제조업 2만 6천 개 등이다. 전체 일자리에서 차지하는 보건의료 분야 일자리의 비중은 한국이 OECD 평균에 훨씬 못미친다. 임상 의사 수는 OECD 평균의 절반을 조금 넘고 임상 간호사 수도 3분의 2 수준이다. 물리치료사 등 의료기사도 모자란다. 이는 역으로 우리나라에서 앞으로 보건의료 일자리가 늘어날 여지가 큼을 보여 준다.

국민소득의 증가와 급속한 인구고령화는 양질의 보건의료서비스에 대한 확충 요구로 이어지며 이는 보건의료 일자리 수요의 확대를 가져올 것이다. 보호자 없는 병원의 확대는 더욱더 많은 간호 및 간병 인력 일자리를 요구한다. 이러한 변화에 대응한 우리 보건의료제도의 과제 중에

4) Delamaire, M.-L. and G. Lafortune(2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Paper, No. 54, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>

5) OECD(2016). Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places, OECD Publishing.

서 첫째, 건강관리서비스가 민영보험의 대상이 아님을 분명히 선언하고 스마트헬스케어를 적극 수용해 양질의 일자리 수요를 창출해야 한다는 점, 둘째, 보건의료 전문인력 간의 경계를 허물고 협력적 관계를 갖추어야 하며, 특히 보호자 없는 병원의 확대에 간병인력을 적극 활용할 수 있도록 일자리 확대의 장애 요인을 제거해야 한다는 점을 강조하고 싶다. ■