

보건의료환경 변화와 일자리 창출방안

*Changes in Health Care Environment and Ways to
Create Jobs*



오영호 한국보건사회연구원 연구위원

보건의료산업은 노동집약적인 산업이라고 한다. 산업에서 인력이 차지하는 비중이 70~80%에 달하기 때문이다. 바로 이러한 이유 때문에 일본을 비롯한 여러 국가에서 경제위기를 극복하고, 경제성장을 지속하기 위한 방안 중의 하나로 보건의료서비스 분야의 고용을 증대하는 노력이 있었다. 우리나라도 2008년부터 시작된 경제위기를 극복하기 위한 방안의 일환으로 보건의료부분에서 일자리 창출방안을 모색하고 있다. 그러나 보건의료부분은 일반 서비스 산업과 다른 특징이 있다. 보건의료서비스 분야는 정보의 비대칭성, 공급자 유인수요 그리고 공공성이 강하게 요구되는 의료서비스라는 등의 특징으로 시장경쟁원리가 잘 작동되지 않는다. 이로 인하여 보건의료인력의 수급불균형은 국가의료시스템의 비효율성을 초래할 수 있다. 즉, 의료인력이 공급과잉될 경우 공급자 유인수요(supplier-induced demand)로 불필요한 의료이용을 창출하여 국민의료비를 증가시키며, 반면 의료인력 공급이 부족할 경우 의료이용의 접근성 문제를 야기시킨다. 따라서 보건의료인력 일자리 창출방안을 모색할 때 이러한 점을 간과해서는 안 될 것이다. 보건의료분야의 일자리 창출방안을 모색하기 위해서는 보건의료인력에 대한 정확한 수급전망이 전제되어야 한다. 보건의료산업의 특성상 시장기능에 의해 보건의료인력 수급불균형이 잘 해소되지 않기 때문에 현재와 미래의 수급불균형을 해결하기 위해서는 정확한 의료인력 수급실태 파악과 전망이 필요하다. 이러한 수급전망을 토대로 유휴인력을 해소하고, 공급을 조정하며, 그리고 보건의료환경의 변화에 적극 대응할 수 있는 새로운 서비스 및 직종을 창출하는 방안을 모색해야 한다. 본고에서는 보건의료환경의 변화에 따라 우리나라 보건의료인력수급이 어떻게 변화해 갈 것인지를 전망해보고 보건의료인력의 수급불균형 해소방안을 제시하고자 한다. 이러한 방안은 궁극적으로 보건의료부분의 일자리 창출로 이어질 것으로 기대된다.

1. 보건의료 환경의 변화

1) 인구학적 변화에 따른 의료 이용량 증대 : 인구의 급속한 노령화

우리나라는 2010년 현재, 65세 이상 고령인구 구성비가 11%를 차지하고 있는 엄연한 고령사회이다. 고령화 추세는 점점 빠르게 진행되어

통계청의 장래인구추계에 따르면 2030년에 고령인구 구성비가 24.3%에 이를 것이라 한다. 기대수명 역시 2010년 현재 79.6세이며, 2030년에는 83.1세로 점점 길어지고 있다.

그런데 고령인구의 비중 증가는 통상적으로 의료이용량의 증대와 의료비 지출의 증대를 초래한다. 통계청의 <연령별 성별 의료기관 요양급여실적>을 살펴보면, 입원의 경우 0~14세와

15~64세의 의료이용량 감소 추세와 달리 65세 이상에서는 2001년 22.6%에서 2007년 38.4%로 15.9%의 큰 폭 상승을 보였음을 알 수 있다. 또한 2001년 대비 2007년 65세 이상 연령대의 의료이용량은 3배 정도 증가하였다는데, 이는 같은 기간 0~14세(1.5배)와 15~64세(1.4배)의 증가폭에 비해 큰 폭으로 증가했음을 보여준다. 외래의 경우, 0~14세의 9.2% 감소 추세나 15~64세의 2.3% 소폭 상승 추세와 달리 65세 이상은 2001년 13.9%에서 2007년 20.9%로 7% 상승하였다. 또한 2001년 대비 2007년의 의료이용량 역시 65세 이상이 약 2배 정도 증가하였고, 이는 0~14세의 0.8배, 15~64세의 1.3배보다 큰 폭의 증가임을 알 수 있다. 즉, 고령인구의 비중이 증가할수록 외래 및 입원 등 의료이용량이 65세 이상에서 크게 증가하는 추세를 보여주고 있다.

그리고 고령인구의 의료이용량 증가는 노인인구의 의료진료비 증대를 초래한다. 2009년

상반기 건강보험 가입 노인인구는 4,733천명으로 건강보험 인구의 9.8% 점유하고 있다. 이들의 자료를 바탕으로 노인진료비를 살펴보면, 1인당 월평균 진료비가 2009년 상반기 현재 212,384원으로 2002년 대비 2.3배 이상 증가하였다. 이와 같은 노인인구의 의료이용량 및 진료비 증가 원인은 고령화에 따른 만성퇴행성 질환자가 증가하고 있기 때문이다. 따라서 향후 우리나라는 노령화가 가속화됨에 따라 최근 노인인구의 의료이용량 증가추세를 감안할 때 노인인구의 의료이용량이 더욱 증가될 것으로 전망된다.

2) 사회경제 발전 및 라이프스타일의 변화에 따른 의료 수요의 다양화

소득수준의 향상 및 교육 수준의 향상은 통상적으로 급성 질환의 치료보다 예방적 보건과 전반적인 건강관리에 더 많은 관심을 기울이게

표 1. 연령계층별 인구 및 구성비 추이

(단위: 천명, %)

연령별(전국)	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	
총인구	0~14세	10,974	10,537	9,911	9,241	7,907	6,733	6,118	5,778	5,525
	15~64세	29,701	31,900	33,702	34,530	35,611	36,163	35,506	33,562	31,299
	65세 이상	2,195	2,657	3,395	4,367	5,357	6,381	7,701	9,768	11,811
	소계	42,869	45,093	47,008	48,138	48,875	49,277	49,326	49,108	48,635
구성비	0~14세	25.6	23.4	21.1	19.2	16.2	13.7	12.4	11.8	11.4
	15~64세	69.3	70.7	71.7	71.7	72.9	73.4	72.0	68.3	64.4
	65세 이상	5.1	5.9	7.2	9.1	11.0	12.9	15.6	19.9	24.3
	소계	100	100	100	100	100	100	100	100	100
기대수명	71.28	73.53	76.02	78.63	79.6	80.55	81.45	82.31	83.13	

자료: 통계청, 장래인구추계

표 2. 연령별 의료이용량(내원일수) 및 구성비

(단위: 천일, %)

연령구간 및 의료이용		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
0~14세	입원	내원일수	4,325	4,253	4,616	4,567	4,474	5,840	6,519
		구성비	10.1	9.3	9.0	8.6	8.0	9.2	8.7
	외래	내원일수	156,987	157,266	145,942	142,249	136,935	139,244	132,948
		구성비	27.9	25.7	23.2	22.0	20.5	20.0	18.7
15~64세	입원	내원일수	28,908	29,944	32,362	32,877	33,675	35,979	39,567
		구성비	67.4	65.5	63.4	61.9	60.0	56.7	52.9
	외래	내원일수	327,332	361,675	379,635	390,505	406,233	422,180	431,041
		구성비	58.2	59.2	60.4	60.5	60.8	60.6	60.5
65세 이상	입원	내원일수	9,681	11,495	14,068	15,674	17,942	21,643	28,751
		구성비	22.6	25.2	27.6	29.5	32.0	34.1	38.4
	외래	내원일수	78,280	91,844	103,047	113,193	124,654	135,492	148,598
		구성비	13.9	15.0	16.4	17.5	18.7	19.4	20.9
계	입원	내원일수	42,915	45,693	51,046	53,119	56,092	63,463	74,838
		구성비	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	외래	내원일수	562,600	610,786	628,625	645,948	667,823	696,917	712,589
		구성비	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 통계청, 연령별 성별 의료기관 요양급여실적

표 3. 노인인구 및 진료비 추이

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009.6
적용인구(천명)	46,659	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820	48,160	48,431
노인인구(천명)	3,345	3,541	3,748	3,919	4,073	4,387	4,600	4,733
비율 (%)	7.2	7.5	7.9	8.3	8.6	9.2	9.6	9.8
총진료비(억원)	188,317	207,420	225,060	248,615	284,103	323,892	348,457	190,411
노인진료비(억원)	36,357	44,008	51,364	60,731	73,504	91,189	104,310	60,308
비율 (%)	19.3	21.2	22.8	24.4	25.9	28.2	29.9	31.7
노인월진료비(원)	90,575	103,568	114,203	129,124	150,400	173,217	188,985	212,384

자료: 국민건강보험공단, 2009년 상반기 건강보험주요지표

한다.¹⁾ 이에 따라 건강관리서비스에 대한 수요가 증가하고 건강관리서비스시장 활성화의 필요성이 최근 증대되고 있다. 그러나 한국은 건강관리서비스에 대한 건강보험법, 의료법 등의 규제로 인해 민간 건강관리서비스의 시장화가 미흡한 실정이다. 현행 의료법상 민간회사가 건강관리서비스(영양, 운동상담 등)를 제공하면 무면허 의료행위로 처벌되고, 의료기관의 경우에는 임의비급여로 분류되어 비용을 받을 수 없다.

또한 현대의 라이프스타일 변화는 만성질환 및 복합병(complex disease)의 증대를 낳고 있으며, 이에 따라 급성질환 치료보다는 만성질환 치료 및 치료의 지속성 확보에 관심이 모아지고 있다. 이러한 변화는 장기요양서비스 및 관련 보건 직종(Allied Health)²⁾에 대한 관심을 증대시키는 경향이 있다. 특히 가족구조의 변화 등으로 인해 가족 내 환자 및 노인부양기능이 약화되고 있다. 고령화와 그에 따른 만성퇴행성 질환의 증가는 간병인에 대한 수요는 물론 장기요양서비스, 가정간호서비스 등에 대한 수요를 증대시키고 있으며³⁾, 그와 관련된 제반 사업들(예: 가사지원도우미)에 대한 수요도 요구되고 있는 실정이다. 2005년 병원급 이상 의료기관 입원

환자가 간병인 이용비용으로 지출한 비용부담액은 5,800~8,500 억원에 이르는 것으로 추정되고 있으며, 미국의 경우 가정간호보조원(Home Health Aides)이 2006년 기준으로 인구 10만명당 212명으로 보건관련 직업군⁴⁾의 큰 부분(3.6%)을 차지하고 있다.⁵⁾ 요컨대, 인구증가 및 고령화 사회 도래, 경제수준의 증가, 교육수준 증가, 질병구조의 변화 등은 예방, 재활, 영양, 건강증진 등에 대한 수요를 다양화시킬 것으로 보이며, 특히 예방적 의료에 대한 수요를 증대시킬 것으로 보인다.

2. 보건의료인력 공급현황

그 동안 우리나라의 보건의료인력은 1985년 이후 의료시설의 증가와 더불어 급속한 증가 추세를 보이고 있다. 의사의 경우 1985년에 29,596명에서 2007년 95,179명으로 3.2배가 증가하였으며, 치과의사는 1985년 5,436명에서 2007년 23,855명으로 4.4배 증가하였고, 한의사는 3,015명에서 17,844명으로 5.8배 증가하였으며, 간호사는 59,104명에서 238,174명으로 4.1배 증가하였다. 의료기사인력 중 주요인력의 하

1) WHO, *Primary Health Care : Now More Than Ever*, 2008.

2) 관련 보건 직종(alliedhealthworkforce)에는 청각학(audiology), 생물의학(biomedicalengineering), 핵의학공학(nuclearmedicinetechology), 약학(pharmacy), 물리치료요법(physiotherapy), 방사화학(radiochemistry), 방사선치료(radiationtherapy), 사회복지(socialwork) 업무 등이 포함된다.

3) 2008년 7월 장기요양보험제도를 도입하자 2008년 12월 말까지 약 반년동안 장기요양시설이 전국적으로 9,400곳 신설되었고, 이곳에서 장기요양서비스를 담당할 요양보호사(사회복지사, 간호사 등) 6만7,000명을 배출한 바 있다.(청년기사, 2009.3.31. 기사, "노인장기요양보험은 새 일자리 화수분")

4) US health workforce = Health Professionals working in health service settings + Health Professionals working in other settings + Other workers in health service settings

5) The New York Center for Health Workforce Studies, *The United States Health Workforce Profile*, 2006.

나인 임상병리사, 방사선사와 물리치료사는 1985년에 비해 각각 4.72배, 6.76배와 12.85배 씩 증가하였다. 그러나 주요 의료인력을 OECD 국가와 비교하여 보면, 우리나라는 2007년 한 의사를 포함한 의사수가 인구 1,000명당 1.74명으로 OECD 평균 의사 수인 3.1명의 56% 수준이고, 치과의사는 0.39명으로 OECD 평균인 0.62명의 63%수준이었다. 간호사도 2.08명으로 그리스를 제외한 모든 OECD 국가보다 낮은 것으로 나타났으며, OECD의 평균인 6.69명의

31%수준으로 평가된다. 특히, 우리나라의 보건 의료인력은 양적인 수급뿐만 아니라 지역간 불균형 문제와 의료인력간 상대적인 불균형 분포의 문제가 논란이 되고 있다. 또한 건강문제의 만성질환화 등 다양화되고 증가하고 있는 의료 문제에 적절히 대응하지 못하는 점이 지적되고 있다.

보건 의료인력의 지리적 분포의 문제는 의료 이용의 접근성과 관련된 중요한 과제 중의 하나이며, 결국 의료인력의 활용성과도 연관이 된

표 4. 보건의료인력 공급현황

(단위: 개소, 명, %)

보건인력종별	면허등록 인력(A)	가용인력(B)	활동인력(C)	비활동인력 (D=B-C)	(C/B)	(D/B)
의사	95,179	85,703	77,599	8,104	90.5	9.5
한 의사	17,844	15,814	13,768	2,046	87.1	12.9
치과의사	23,855	22,127	19,526	2,601	88.2	11.8
간호사	238,174	222,822	141,759	81,063	63.6	36.4
조산사	9,147	7,230	2,785	4,445	38.5	61.5
약사	59,925	52,635	29,874	22,761	56.8	43.2
물리치료사	31,079	30,472	22,110	8,362	72.6	27.4
임상병리사	40,197	38,670	22,672	15,998	58.6	41.4
방사선사	25,485	24,678	19,215	5,463	77.9	22.1
작업치료사	2,842	2,809	2,147	662	76.4	23.6
치과기공사	23,321	22,367	10,368	11,999	46.4	53.6
치과위생사	34,396	34,058	20,793	13,265	61.1	38.9
의무기록사	12,545	12,419	7,076	5,343	57.0	43.0
응급구조사1급	6,845	6,797	4,953	1,844	72.9	27.1
응급구조사2급	6,240	6,193	5,763	430	93.1	6.9
안경사	29,266	28,534	16,688	11,846	59.1	41.5
합계	656,340	613,328	408,358	204,970	66.6	33.4

주: 가용인력 = 면허등록자 - (사망자+해외이주자)

활동인력 = 보건분야 + 복지분야 + 비보건의료계 분야 양성기관수와 입학정원은 2008년 또는 2009년 기준임.

면허등록인력, 가용인력과 활동인력은 2007년 12월 기준임.

중요한 문제이다. 왜냐하면 의료인력의 지리적 불균형, 직종간 불균형 등으로 인해 의료인력의 활용성이 낮을 수 있기 때문이다. 2008년 한국 보건사회연구원의 연구결과에 의하면, 전체의 사의 지역간 불균형 지수는 다소 개선되었지만, 기본적인 보건의료서비스를 제공하는 일차진료의사와 치과 의사의 불균형 지니계수는 다소 증가하여 지역간 불균형 상태가 개선되지 않은 것으로 나타났다. 공중보건의사를 포함한 인구 10만명당 의사수의 경우, 경북이 110.8로 가장 적었고 서울이 205.5명으로 가장 많았는데, 이는 경북의 1.86배에 해당한다. 치과의사수는 서울이 57.2명으로 가장 많고 충북이 26.4명으로 가장 적은 것으로 나타나 2배 이상 차이가 났다. 의학(치의학)전문대학원 도입에 따라 향후 공중보건의사 수급차질이 예상되어 농어촌 등 취약 지역의 공공의료 접근도는 더욱 낮아질 것으로 예상되고 있다. 선진국에서는 취약지역에 대한 공공의료 접근도를 높이기 위한 방안으로 원격지 의사의 감독 하에 의료행위를 행할 수 있는 지원 인력(support workforce)의 활성화를 도모하고 있는 실정이다. 일례로 미국은 알래스카 지역의 치과위생조무사(Dental Health Aide Therapist) 모델을 개발하고 있다.

보건의료인력의 활용도 측면에서도 2007년

의사인력의 활동비율은 90% 수준인 반면, 간호사 및 약사는 63%와 57%수준이었고, 응급구조사를 제외한 나머지 보건의료인력의 경우도 활동비율이 낮은 수준이다. 이러한 보건의료인력의 낮은 취업률과 높은 이직율은 타 분야에 비하여 보건의료인력의 전문성과 숙련요구도로 인하여 전직(轉職) 등이 쉽지 않은 형편과 더불어 결국 적지 않은 사회적 교육비용으로 발생하고, 이는 국가 경쟁력의 저하를 초래할 수 있다. 특히 여성 보건의료인력의 이직률이 비교적 높아 활용률이 낮은 편인데, 이는 여성의 경우 결혼 및 자녀양육 문제, 야간근무 등으로 인한 근무조건과 업무과다 등이 이직의 요인으로 꼽히고 있다. 높은 이직은 결국 서비스 제공능력 숙련성을 저하시켜 보건의료의 질을 저하시키는 요인이 될 수 있다.

우리나라와 미국의 보건의료인력 직종을 비교하여 보면 우리나라 보건의료인력 직종이 미국에 비해 세분화되어 있지 않음을 알 수 있다. 우리나라의 보건의료부문 직종은 고용직업분류(KECO)의 소분류에 따라 22개의 보건의료인력직종⁶⁾이 있는 반면, 미국의 경우, 노동통계국(Bureau of Labor Statistics)의 표준산업분류체계(Standard Industrial Classification System)에 따라 28개 이상의 보건의료직종⁷⁾으로 구성되어 있

6) 의사(의사, 치과의사, 한의사), 약사, 간호사(간호사, 간호조무사, 조산사 및 치과위생사), 치료사(물리치료사, 작업치료사, 임상심리사, 기타치료사), 의료장비 및 기관관련 기술 종사자(방사선사, 임상병리사, 치과기공사, 안경사, 의지보조기기사), 의료 및 보건서비스 관련 종사자(의무기록사, 응급구조사, 영양사, 안마사, 위생사)

7) Physician(의사), Pharmacy(약사), Dentistry(치과의사), Nursing(간호사: Registered Nurses(RNs), Licensed Practical Nurses(LPNs), Nurse Practitioners(NPs)), Dental hygienists(치과 위생사), Dental assistants(치과 보조원), Physician assistants(PAs: 의사 보조사), Optometrists & Opticians(검안사), Chiropractors(척추지압사), Podiatrists(발지압사), Physical therapy(물리치료사), Occupational therapy(작업치료사), Respiratory therapy(호흡치료사), Speech-language pathologists and audiologists(언어치료사 및 청능사), Emergency medical technicians and paramedics(응급의료기사)

다.⁸⁾ 즉, 미국은 지원인력(support workforce: 의 사보조사, 치과보조사, 검안사)과 간호인력(가 정간호보조원) 그리고 치료사(호흡치료사) 및 의료장비기사(핵의학기사) 등에서 좀 더 전문적 이고 세분화된 직종을 창출하고 있음을 알 수 있다. 반면 우리나라는 아직 전통적인 의료서비 스 직종에 대한 관심이 높은 편이며 이에 따라 정책의 초점이 전통적인 의료서비스 직종의 인 력 수요·공급 문제에 초점을 맞추고 있어, 보 건의료환경변화에 대비한 새로운 직종 창출이 더딘 편이며, 또한 보건의료부문의 고용수준이 낮은 이유 중의 하나이기도 하다. 새로운 보건 의료인력직종의 창출과 인력 세분화 현상은 최 근 의료환경 변화 즉, 인구증가 및 고령화 사회 도래, 경제수준의 증가, 교육 수준 증가, 질병구 조의 변화에 기인한다. 그런 이유로 질병의 예 방, 재활, 요양, 건강증진 등에 대한 수요가 다양 화되고 있으며, 그에 따른 다양한 의료서비스에 대한 욕구 증대 등에 대해 적절한 대응을 할 필 요성이 제기되고 있다.

3. 대응방안

보건의료환경의 변화에 적절하게 대응하기 위해서는 현재의 보건의료인력의 실태 파악과 수급전망을 통하여 보건의료인력을 적정하게 양성하고 적재적소에 배분하는 것이 필요하다.

더 나아가 새로운 의료서비스 수요 요구를 충족 시키기 위해 신규의료 서비스 시장을 개척하고 제도화하며 필요한 신규 의료 직종을 창출해야 한다. 이러한 대응 노력은 크게 세 가지로 나뉘 추진할 수 있다. 첫째, 보건의료인력의 공급 측 면에서 유휴 보건의료 인력의 활성화(노동시장 유인) 방안과 미래의 필요 인력수 및 적정 인력 수 추계에 따른 공급 조정과 같은 대응방안을 마련하는 것이다. 둘째, 보건의료인력의 수요 측면에서 다양화되고 증가되고 있는 의료서비 스 수요 요구를 충족시키기 위해 신규 의료서비 스 시장 창출 및 그에 필요한 신규 직종을 창출 하는 방안을 마련하는 것이다. 셋째, 보건의료 환경 및 보건의료인력과 관련된 법적·제도적 차원에서 개선책이나 신규 제정과 같은 방안을 마련하는 것이다.

1) 보건의료인력의 공급 측면에서 대응방안

유휴 보건의료 인력을 노동시장으로 유인하 기 위한 방안으로 먼저, 유휴기간 동안 정체된 혹은 퇴보된 기술의 수준을 끌어올리기 위한 교 육과 훈련 지원 프로그램을 마련하여 직업 능력 을 향상시켜 직업현장에 유연하게 적응시키는 방안이 있을 수 있다. 또한 유휴인력들의 대다 수가 여성이라는 점을 감안하여, 여성의 일자리 복귀를 위한 지원 방안(육아 보육 시설, 근무형 태 및 근무시간의 다양화 등)을 마련하여 여성

및 긴급의료원), Medical records and health information technicians(의무기록사), Nuclear medicine technologists(핵 의학기사), Radiologic technologists(방사선 기사), Home Health Aides(가정간호보조원), Nursing aides, Orderlies, and Attendants(간호조무사, 병원 잡역부, 간병인)

8) New York Center for Health Workforce Studies, 2006, *The United States Health Workforce Profile 2006* 참조.

들을 일자리로 유인하는 방안이 있을 수 있다. 이는 현재 활동인력들의 은퇴시기를 늦추어 의료 인력의 활용도를 높이는 효과도 함께 가져올 것으로 기대된다. 그리고 무엇보다도 유휴인력들과 일자리의 효율적인 연계를 위한 네트워크 혹은 모니터링 시스템 구축이 요구된다. 의료기관(병원, 요양기관 등)뿐 아니라 학교나 보험회사 등 비의료기관의 수요를 조사하고 이를 유휴인력들과 연계시키는 방안도 마련할 수 있을 것이다.

한편 보건의료인력의 중장기적인 수급전망을 통하여 수급불균형을 해소하는 방안이다. 공급부족이 전망되면 인력양성을 확대하고, 공급과잉이 전망되면, 과잉 공급된 인력을 효율적으로 활용하는 방안을 모색해야한다. 이를 위하여 주기적인 보건의료인력 수요 공급 추계 및 전문가가 참여하는 ‘분야별 전문가 위원회’를 구성하여 보건의료인력 적정 소요량을 판단한 뒤, 이를 바탕으로 보건의료인력을 교육하는 기관의 입학 정원을 조정하고 보건의료인력 면허(자격) 시험제도를 통해 적정수의 보건의료인력을 공급하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 또한 지역 불균형 문제와 전문과목간 불균형 문제를 해결하기 위한 방안(인센티브제 도입, 지역민의 의료 교육 혹은 훈련 지원 프로그램 마련 등)을 마련하는 것에도 유의해야 할 것이다.

2) 보건의료인력의 수요 측면에서 대응방안: 신규 의료서비스 시장 및 관련 직종 창출

고령화 사회에서 고령인구에 대한 의료 서비스 시장이 확대될 전망이며, 이들의 수요 요구,

특히 간병에 대한 수요 증대를 충족시키는 방안 마련이 중요해지고 있다. 간병서비스 필요 환자 비율은 요양병원이 91.4%, 종합병원이 54.2%, 종합전문병원이 48.3% 등, 간병 수요는 크다. 그런데 현재는 환자와 간병인 관계가 대부분 1:1 사적 구입형태로 이루어지고 있어, 관련 비용부담이 가중되고 있다. 더구나 간병인력 양성, 관리 체계 미비로 서비스 질 저하가 우려되고 있다. 이에 보건복지가족부는 2007년 시범사업에 이어, 2010년 4월부터 10월까지 간병서비스 시범사업을 실시하며, 이를 통해 표준 간병서비스 개발 및 가격산정 기준 마련, 공동간병인제 등 효율화 방안을 마련하고, 단계적으로 제도화 방안을 추진하고 있다. 간병서비스의 제도화는 간병서비스의 질을 제고하고, 고용안정성을 향상시킴으로써 간병인력의 공급유인 요인을 발생시키는 한편, 환자 가족의 간병부담완화로 간병의 사회적 비용 부담이 완화될 것으로 기대되고 있다.

고령화와 만성질환 증대, 그리고 소득수준 및 교육수준의 증대로 인해 건강에 대한 전반적인 관심이 증대하고 관련 서비스 수요도 증가 및 다변화하고 있다. 이에 따라 사전예방적 건강관리체계 구축 및 전반적인 건강관리서비스 시장 활성화 요구가 증대하고 있다. 건강관리 서비스란 개인별 건강상태 측정, 각종 영양·운동 상담 및 프로그램·서비스, U-Health 기기를 활용한 건강 모니터링 등을 통하여 생활습관을 개선하는 것을 목표로 하는 건강증진·만성질환 예방 서비스이다. 2009년 보건산업진흥원의 발표에 따르면, 의사, 간호사, 영양사, 운동 전문인력 등 관련 인력 총 고용전망은 2013년 45천명

에 달할 것이다. 또한 U-Health 산업은 고부가 가치 미래 신성장 산업으로 기대되고 있는 부문이다. 그러나 현재 한국의 의료법은 의료인-환자간 원격의료를 허용하지 않고 있으며 건강보험 수가가 적용되지 않는 등, 법제도 기반이 미비하고 관련 인프라가 부족하여 산업 성장이 지연되고 있는 실정이다. U-Health 산업의 성장을 위한 법제도를 개선하고, U-Health 관련 인프라 및 전문인력을 갖춘 것이 필요한 시점이다. 그 밖에 완화의료서비스, 양한방 융합서비스 등의 신규 서비스 시장 창출이 고려될 수 있으며, 그에 따른 관련 직종의 창출이 기대된다.

그 밖에도 의료수요의 다양화 및 증대에 적극적으로 대응하기 위해 기존의 전통적인 의료인력 양성뿐만 아니라 그들을 보조하는 직종들을 창출하고 그 종사자들을 기존 교육 기관보다 짧은 기간에 양성하는 방안이 마련될 필요가 있다. 예를 들어, 미국과 오스트리아 등지는 PAs(Physician Assistants, 의사 보조사), NPs(Nurse Practitioners, 전문간호사), 치과보조사(Dental Assistants) 등을 두어 의사와 치과의를 보조하고 있다. 특히, 미국의 경우 2006년 보고서⁹⁾를 기준으로 할 때 지난 10여년 동안 PAs 학위수여자는 1700%, 치과보조사 학위수여자는 240% 증가 추세를 보여, 이들에 대한 수요가 급증하고 있음을 미루어 짐작할 수 있다. 따라서 선진국의 의료서비스 관련 직종과 한국의 의료서비스 관련 직종을 비교 분석한 뒤, 한국에

도입될 필요가 있다고 판단되는 직종을 도출하고 그 양성 방안을 마련하는 것도 의료서비스 수요의 다양화 요구에 부응하고 의료서비스 전달의 효율성을 달성하면서 일자리를 창출하는 방법이 될 것이다.

3) 법과 제도 개선 및 인프라 구축

의료인력의 공급 측면과 수요 측면의 방안들이 효율적이기 위해서는 관련 법과 제도를 개선하고 인프라를 구축할 필요가 있다.

먼저 의료인력의 수요에 영향을 미치는 분야별 인력기준 및 수가제도 개선 및 신설 등 법적·제도적 개선책을 고려해야 한다. 병원약사 인력기준 개선¹⁰⁾과 같이 병원 내 인력 미달 분야의 인력기준을 개선함으로써 해당 분야의 추가 고용 효과를 기대할 수 있다. 시간제 간호사나 야간전담근무 간호사에 대한 간호등급 계산의 간호인력으로 인정하는 기준의 완화 및 이들이 대부분 여성이라는 점을 감안하여 유휴인력의 활성화 방안을 적극 검토하는 것도 간호인력의 취업을 촉진시키는 요인이 될 것이다. 또한 최근 수도권 대형병원 신증설 및 노인장기요양보험제도 등 신규정책 도입으로 간호인력 부족이 심화되고 있는 상황에 대응하기 위해, 간호조무사 인력기준 신설이 논의되고 있는데 이 또한 적극적으로 검토해 볼 필요가 있다. 그 밖에 환자수 대비 의사수에 따른 입원료 차등제나, 환

9) the New York Center for Health Workforce Studies, 2006, *The United States Health Workforce Profile*, 2006.

10) 2010년 1월 31일 의료법시행규칙이 개정되어, '연평균 1일 조제수' 기준이던 인력기준이 '1일 연평균 입원환자 수 및 원내조제 처방전 수' 등으로 변경됨. 이는 기존 기준의 조제수 개념이 모호하고, 다양한 임상 약제 업무의 비중이 증가하는 폐단을 개선하기 위한 조치로, 이 개정에 따라 2014년까지 현재 병원약사 인력미달 병원의 약사 추가고용 효과가 기대되고 있음.

자수 대비 간호인력 수에 따른 입원료 차등제, 혹은 기타인력(약사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사, 의무기록사 등)의 고용에 대한 인센티브 지급 등 건강보험 급여체계를 의료인력 고용에 친화적으로 개선하는 방안도 고려할 수 있다. 물론 이러한 법과 제도적 개선은 의료적 타당성 및 인력수급 현황을 두루 고려해 인력고용을 통해 의료서비스의 질이 향상될 수 있는 방향으로 검토되어야 할 것이다.

다음으로 좀 더 정교한 인력수급전망을 위한 툴(tool) 개발과 안정적이고 지속적인 수급전망을 위한 제도적 여건 마련이 필요하다. 변화하는 의료환경에 적절하게 대응하고 의료서비스의 효율성을 높이기 위해서는 의료환경 현황 분석 및 미래의 의료환경 전망 등을 통한 미래 의료서비스 수요를 지속적으로 파악하고 이에 맞춰 의료인력 직종을 재구성 및 신규의료직종 창출할 수 있어야 한다. 이를 위한 툴(tool)을 개발하고 관련 제도적 여건을 마련하는 것은 장기적

으로 보건의료인력의 수급 균형을 위해 필요한 장치일 것이다. 또한 정기적으로 관련 부처와 시민단체 및 의료기관의 협의를 통해 법과 제도 및 규범을 시대의 변화에 맞게 변화시키는 프로세스도 함께 마련하여야 한다.

그 밖에 의료서비스 시장의 질적 향상을 통한 의료서비스 수요 확대 및 수익성 창출을 위해 첨단 의료 인프라 확충 노력이 필요하다. 보건 의료부문은 노동집약적 산업의 특성을 지니지만, 또한 고도의 부가가치 생산 및 의료인력의 전반적인 생산성 향상에 기술의 향상에 의해 좌우된다. 따라서 임상시험 분야 인프라 확충 및 보건의료산업(제약, 의료기기) 전문인력 양성 노력이 필요하다. 마지막으로 의료서비스 취약 계층 및 지역에 대한 대책 마련을 통한 의료자원의 공공성 확충을 통해, 의료서비스 분야의 시장화를 둘러싼 사회적 갈등 해소 방안을 마련하여, 보건의료 부문의 일자리 창출에 내실을 기할 수 있을 것이다. **보건복지**