2006년도 보건의료자원실태조사

– 주요 조사결과와 정책적 함의 –

The 2006 Survey on National Health Care Resources: Results and Policy Implications

오영호 한국보건사회연구원 연구위원

「2006년 국민보건의료실태조사」는 21세기 새로운 보건의료수요 변화에 대응하기 위한 종합적이고 체계적인 보건의료정책의 수립 및 시행체계를 마련하고 국민의 건강권을 보장하기 위해 2000년 제정·공포된 보건의료기본법 제55조에 근거하고 있으며, 2001년에 이어 두 번째로 이루어진 조사이다. 본 조사의 목적은 국민의료비 적정관리와 의료이용 접근성 제고를 위한 보건의료자원에 대한 적정 수급관리를 가능하게 하고, 보건의료정책수립을 위한 기초정보를 제공하며, 보건의료분야 지식기반의 초석을 달성하고자 하는 것이다. 이를 위하여 보건의료자원조사관리시스템을 구축하여 2006년 6월말 현재 국내의 모든 보건의료기관을 대상으로 2006년 10월부터 2007년 3월말까지 online형태로 조사를 수행하였다. 조사결과 2006년 6월말 우리나라 보건의료기관은 약국을 포함하여 총 73,595개로 조사되었다. 본고는 지면의 제약상 보건의료시설, 보건의료인력 및 보건의료장비와 관련된 조사의 주요결과만 소개하고자 한다. 또한 조사결과에 기초하여 향후 보건의료자원정책의 방향으로 보건의료자원의 모니터링 시스템 확립, 장기요양시설 적정수급, 보건의료장비 적정공급을 위한 건강보험급여정책변화와 보건의료자원조사관리 시스템의 지속적인 운영 등을 제시하였다.

1. 들어가는 말

보건의료자원은 국가 보건의료체계의 하부구조를 이루는 가장 중요한 요소로 정확한 보건의료 수요와 현실을 파악하고 보건의료 공급능력을 조사하여 보건의료정책 수립을 뒷받침할 통계가 필요하다. 따라서 국민보건의료실태조사를 통해 지역별로 세분화된 통계자료를 생산하여 지역보건의료계획수립에 활용할 수 있는 기초자료를 제공할 필요성이 있다. 한편 보건의료자원의 수급 불균형은 보건의료시장 특성상 심각한 문제를 초래하며, 특히 과잉공급은 의사 등 공급유인수요(supplier induced demand) 및 과다경쟁을 창출하여 국민의료비 증가 등 사회적 비용을 유발하며, 과소공급은 의료시장의 경쟁저하 및 의료이용의 접근성 저하를 초래하므로 적정수준의 관리를 위한 보건의료자원에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다. 따라서 정부에서 추구하고 있는 국민의료비 적정수준관리와 지역보건의료계획 수립 및 보건의료정책의 과학화를 달성하기 위한 일환으로 2000년 개정된 보건의료기본법 제55조 및 시행령 제41조에는 보건복지부장관은 보건의료자원조사를 주기적으로 실시토록 규정되어 있으며, 2006년 조사는 2001년 조사에 이어 두 번째로 보건의료자원에 대한 실태파악을 위하여 조사를 수행하였다. 본 조사는 2006년 6월 31일 현재 국내에 존재하는 보건의료기관 및 약국 전체를 대상[1]으로 하여 우편설문조사대신 보건의료자원조사관리시스템을 구축하여 on-line으로 전수조사 하였다. 조사기간은 2006년 10월부터 2006년 11월까지 본조사를 수행하였으며, 조사자료의 정확성과 신뢰성을 제고하기 위하여 2007년 3월까지 보완조사와 추후조사(follow-up)를 수행하였다. 2006년도 보건의료자원실태조사결과 우리나라 보건의료기관은 약국을 포함하여 총 73,595개로 조사되었다.

본 고에서는 2006년도 보건의료자원실태조사의 주요 결과 중 지면의 제약상 보건의료시설, 보건의료인력 및 보건의료장비에 대한 주요 결과만을 소개하고, 그에 기초하여 향후 보건의료자원의 정책방향을 제시해보고자 한다.

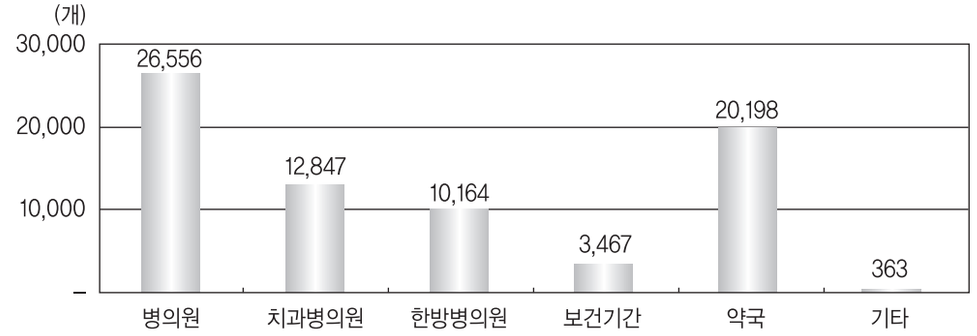
2. 보건의료시설현황

1) 보건의료기관분포 현황

2006년 6월 30일 기준 우리나라의 약국을 포함한 보건의료기관은 73,595개로 조사되었으며, 이 중 병의원 26,556개와 약국 20,198개가 가장 많은 수를 차지하고 있으며, 다음으로는 치과병의원 12,847개, 한방병의원 10,164개(13.8%), 보건기관 3,467개 순으로 나타났다.

인구 10만명당 보건의료기관의 수는 152.4개이며 병의원은 55.0개, 치과병의원은 26.6개, 한

그림 1. 보건의료기관종별 분포



1) 의료법 제3조에 규정하고 있는 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원 등 전국의 의료기관(공공보건의료에 관한 법률 제2조제2호에 의한 기관 포함)
지역보건법에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 보건진료소
약사법 제16조에 의한 전국의 약국

방병의원는 21.0개, 보건기관은 7.2개로 조사되었다. 지역별로 보면 대부분의 보건의료기관은 서울과 경기도에 각각 25.2%, 19.0%로 수도권에 집중되어 있다. 인구 10만명당 보건의료기관은 서울이 187개로 전국에서 가장 많았으며, 인천은 128개로 가장 낮은 것으로 조사되었다.

지역별 병의원의 분포는 서울 6,639개, 경기도 5,204개, 부산 2,107개의 순으로 주로 수도권에 집중되어 있는 것으로 나타났다. 치과병의원도 마찬가지로 서울 3,974개, 경기도 2,709개의 순으로 나타났다. 보건소와 보건지소, 보건진료소 등 보건기관은 전남 600개로 가장 많았고, 이어서 경북 554개의 순이며, 다음으로는 충남 410개, 경남 402개의 순으로 나타났다.

지역별 병의원 분포가 서울과 경기지역이 많은 비중을 차지하였던 것과는 달리, 인구 10만명당 병의원 수는 대전이 66.6개로 가장 많았고 가장 낮은 지역은 경북으로 45.1개로 조사되었다. 치과병의원의 경우는 인구 10만명당 서울이 39.7개로 가장 많았고, 가장 낮은 지역은 충북과 전남으로 각각 17.4와 17.7개로 나타났다. 한방병의원의 경우 서울이 28.1개로 가장 많았고 가장 낮은 지역은 14.4개인 전남으로 나타났다.

그림 2. 인구 10만명당 보건의료기관현황

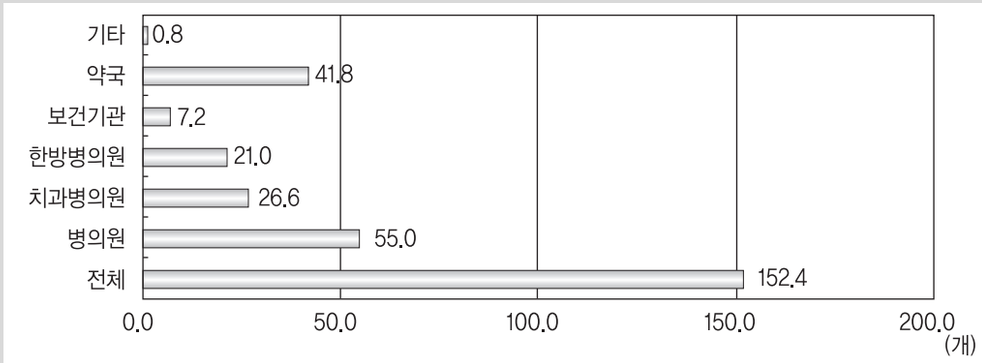
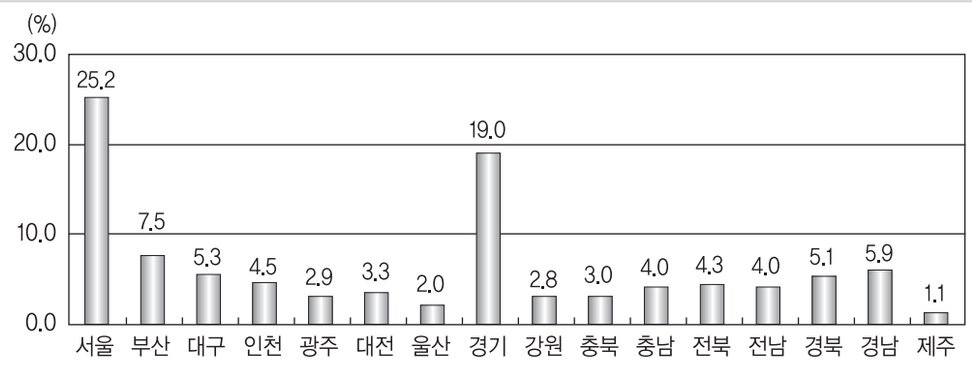


그림 3. 지역별 보건의료기관 분포



2) 진료과 분포

병의원에 개설된 진료과 종류는 26개로 총 114,126개이며, 그 중 내과가 18,846개로 16.5%를 차지하여 가장 많았으며, 다음으로 소아과가 14,031개(12.3%)로 두 번째로 많았다. 지역별 진료과 현황을 보면, 우선 내과는 총 18,846 개중 서울 3,567개인 18.93%와 경기지역 3,558개인 18.88%로 가장 높은 비율을 나타냈으며 제주도는 214개로 전체 내과 중 1.14%를 차지하였다. 소아과는 총 14,031개로 12.3%를 차지하였고, 지역별로는 경기가 21.74%로 가장 많으며 다음으로 서울지역이 20.50%를 차지하였다. 성형외과의 경우 서울이 33.19%로 가장 많고 경기 18.79%로, 서울과 경기지역을 합치면 51.98%로 대부분의 성형외과가 서울 및 경기에 집중분포 되어 있다.

인구 10만명당 진료과를 살펴보면 내과는 39.0개로 가장 많으며, 소아과 29.1개, 피부과 22.9개, 이비인후과 19.0개, 외과 17.4개, 정형외과 17.3개, 비뇨기과 15.7개 순으로 나타났다. 치과병의원의 진료과는 구강안면외과를 포함하여 11개로 총수는 116,389개로 나타났고, 서울에 35,857개의 진료과가 설치되어 전체 진료과 중 30.8%를 차지하고 있으며, 다음으로 경기지역은 25,569개로 22.0%를 차지하고 있다. 한방 병의원의 진료과는 한방내과, 한방 부인과를 포함하여 총 10개 진료과가 있으며, 가장 많이 설치된 진료과는 한방내과로 총 10,297개, 11.80%를 차지하고 있다.

그림 4. 지역별 인구 10만명당 보건의료기관 현황

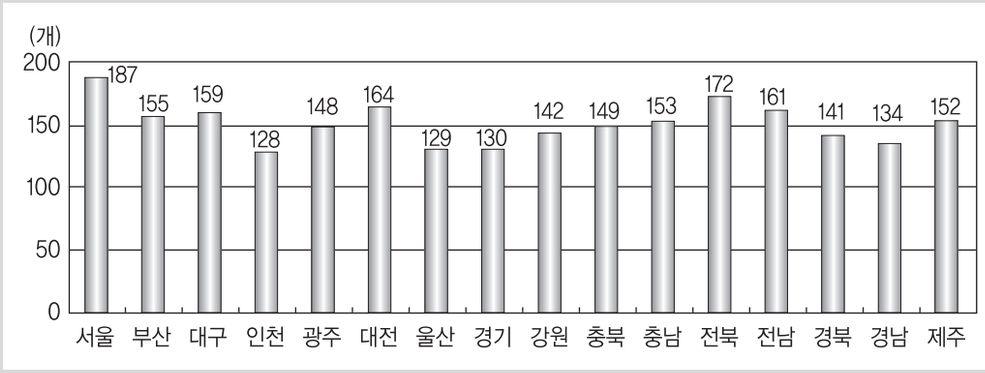


표 1. 병의원 개설 진료과 분포

(단위: 개, %)

순위	진료과	합계	비율	순위	진료과	합계	비율
1	내과	18,846	16.5	14	신경과	2,708	2.4
2	소아과	14,031	12.3	15	마취통증의학과	2,645	2.3
3	피부과	11,047	9.7	16	성형외과	2,374	2.1
4	이비인후과	9,153	8.0	17	정신과	1,854	1.6
5	외과	8,402	7.4	18	진단검사의학과	1,728	1.5
6	정형외과	8,345	7.3	19	흉부외과	712	0.6
7	비뇨기과	7,601	6.7	20	병리과	614	0.5
8	가정의학과	4,850	4.2	21	결핵과	289	0.3
9	신경외과	4,283	3.8	22	응급의학과	277	0.2
10	산부인과	3,809	3.3	23	산업의학과	184	0.2
11	진단방사선과	3,377	3.0	24	예방의학과	178	0.2
12	재활의학과	3,366	2.9	25	방사선종양학과	97	0.1
13	안과	3,269	2.9	26	핵의학과	86	0.1

3) 병상분포

2006년 6월 우리나라의의 총 병상수는 425,388병상으로 이중 급성병상수[2]는 298,277병상과 장기요양병상[3]은 30,183병상으로 조사되었다. 병상유형별로는 일반병상수가 72.9%로 가장 많으며 물리치료병상수 13.5%, 중환자병상수 3.1%, 신생아병상수 2.3%, 응급병상수 2.3%를 차지하고 있으며 나머지는 2% 미만으로 나타났다. 전체 병상의 수는 경기와 서울에 가장 많이 분포되어 있지만 인구대비 병상의 보유를 보면 전남(1,281개)과 전북(1,272개)이 가장 많이 보유한 것으로 나타났다. 서울의 경우 인구대비 661개, 경기 708개로 전남과 전북지역 병상의 절반에 해당하는 보유율을 보이고 있으며 인구대비 병상이 가장 낮은 지역은 제주지역으로 585개로 조사되었다.

3. 보건의료인력 현황

2006년 6월 30일 기준으로 우리나라의 보건의료기관에 활동하는 보건의료인력으로 의사는 71,754명이고, 치과의사는 18,654명, 한의사수는 13,311명이었으며, 간호직의 경우는 간호사가 93,989명, 조산사 1,335명, 간호조무사 95,060

2) 급성병상은 정신병원과 재활병원 그리고 요양병원을 제외한 병의원, 치과병의원, 한방병의원과 조산원의 병상으로 응급병상, 분만병상, 물리치료병상은 제외되었음.

3) 장기요양병상은 요양병원의 병상으로 한정하였으며, 요양병원의 병상에서 응급병상과 물리치료병상, 낮 병상 등은 제외하였음.

그림 5. 지역별 병상수 분포

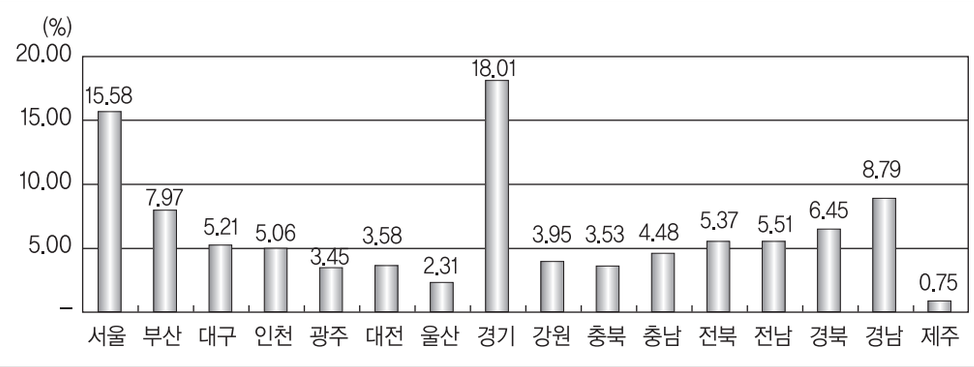


그림 6. 지역별 10만명당 병상수 분포

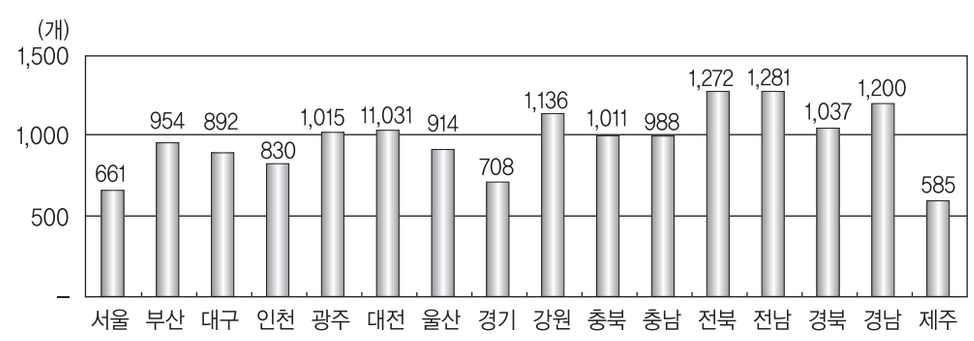
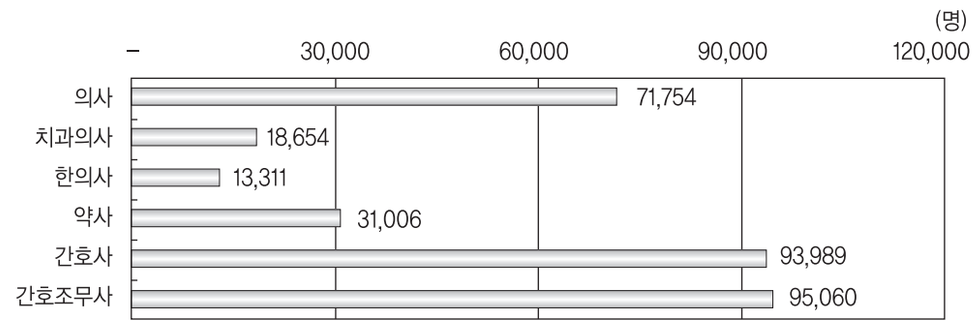


그림 7. 보건의료인력 현황



명이었으며, 약사는 병원에 근무하는 약사와 개업한 약사를 합하여 31,006명으로 조사되었다.

인구 10만명당 인력을 살펴보면, 의사 148.6명, 치과의사 38.6명, 한의사 27.6명으로 조사되었다. 지역별로 보면 인구 10만명당 의사는 서울이 205.5명으로 가장 많았으며, 다음은 대전 185.6, 광주 181.5명 순으로 나타났으며, 가장 적은 지역은 경북과 울산으로 각각 110.8명과 113.2명으로 조사되었다.

한의사의 경우도 서울과 대전이 각각 37.4명과 32.4명으로 가장 많은 것으로 조사되었다. 치과의사의 경우는 서울이 57.2명으로 가장 많고 충북이 26.4명으로 가장 적은 것으로 조사되었다. 인구 10만 명당 지원보건의료인력은 간호사 194.6명, 약사(병원약사와 개업약사 포함) 64.2명, 간호조무사 196.8명, 임상병리사 30.9명, 방사선사 28.8명, 물리치료사 35.0명, 작업치료사 1.4명, 치과기공사와 치과위생사가 각각 4.3명

그림 8. 인구 10만명당 보건의료인력 현황

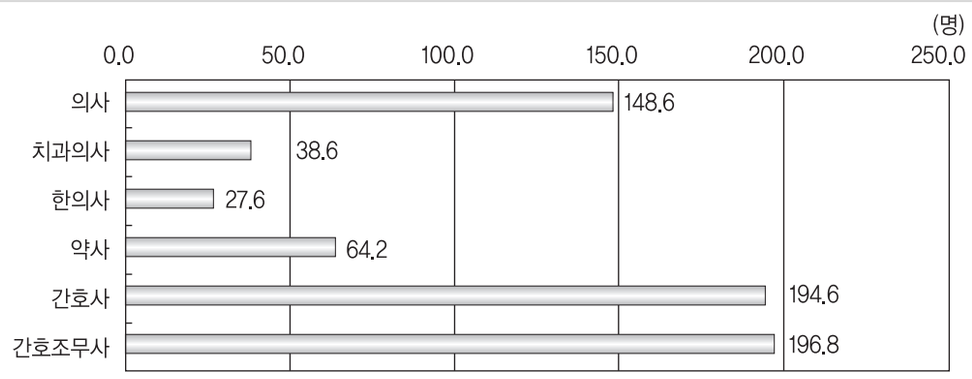


그림 9. 지역별 인구 10만명당 한의사인력 현황

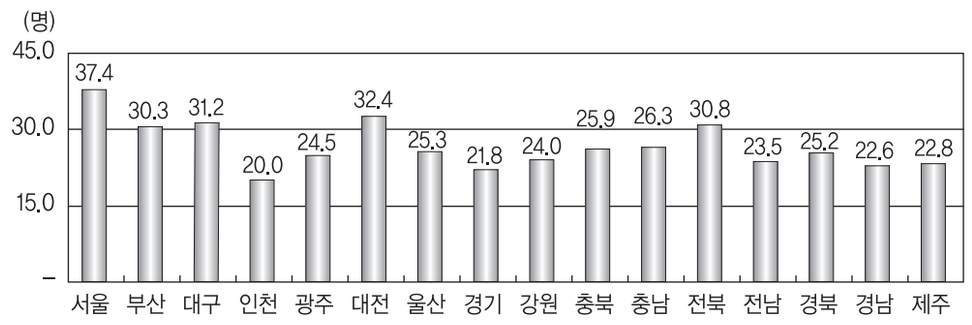
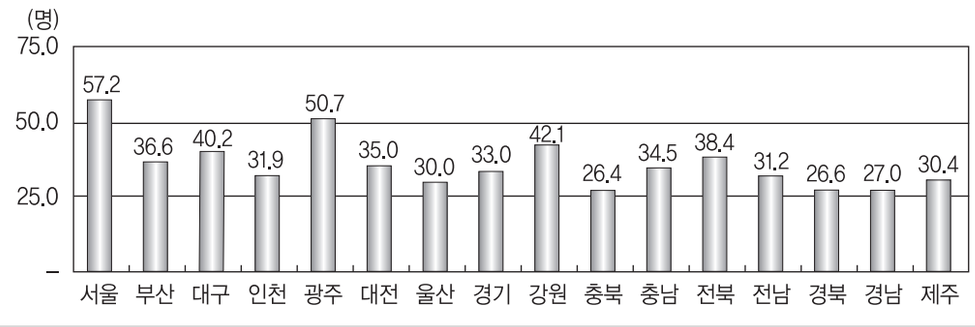


그림 10. 지역별 인구 10만명당 치과의사인력 현황



과 35.0명으로 조사되었다. 지역별로 보면 간호사의 경우 광주가 268.8명으로 가장 많았고, 경기도는 139.4명으로 가장 적었다. 간호조무사의 경우는 부산이 252.8명으로 가장 많았고 제주도가 136.4명으로 가장 적었다.

1) 의료인력의 불균형 분석

2000년과 2006년의 우리나라 주요 의료인력인 의사, 일차진료의사, 산부인과 전문의, 한의사, 치과의사를 중심으로 분포상태의 변화를 정도를 알아보기 위해 지니계수를 산출하였을 때, 전반적으로는 지역간 불균형이 개선된 것으로 나타났다.

지니계수의 변화율을 살펴보면, 의사인력의 경우, 2000년에 비해 2006년의 지니계수가 13.07% 감소하였고, 산부인과 전문의는 28.72%, 한의사는 25.04%가 감소하여 지역간 불균형이 개선되었음을 보여주고 있다.

반면 일차진료의사와 치과의사는 같은 기간 동안 불균형의 정도가 다소간 악화된 것으로 나타나고 있는데, 일차진료의사의 경우 지니계수의 변화율이 2.75%, 치과의사는 1.56%가 증가하였다.

표 2. 연도별 의료인력의 지니계수(시군구 단위)

연도	의사	일차 진료 의사 인력	산부인과 전문의	한의사	치과의사
2006년(A)	0.3393	0.3515	0.3338	0.1988	0.2477
2000년(C)	0.3903	0.3421	0.4683	0.2652	0.2439
변화율(%) '00~'05년	-13.07	2.75	-28.72	-25.04	1.56

주: 일차진료의사인력은 일반의 뿐만 아니라 가정의학과, 내과, 소아과, 산부인과, 외과 전문의를 포함 함.

4. 고가의료장비 현황

우리나라의 고가의료장비 중 CT는 1990년 2백62대에서 2006년 6월말 기준 1,672대로 6.4배 증가하였으며, 2000년 1,216대에 비하여도 1.37배 증가하였다. 1990년 전국 병·의원중 17곳에서만 설치 운영하던 고가진단장비인 MRI가 2006년 6월 말에는 651대로 10년여만에 38.3배나 증가하였으며, 2000년 315대에 비하여 2배이상 증가하였다. 2006년 말 그 외 고가의료장비로는 초음파 영상진단기가 15,804대, 체외충격파쇄석기 486대, 혈관조영장치(single과 bi-plnae 포함) 350대, 디지털방사선촬영장치 1,221대, 양전자단층촬영기(PET) 61대, Mammography 1,670대, Radiation Therapy Equipment 263대로 나타나 우리나라 고가의료장비는 총량적으로 증가하였다.

그러나 이러한 총량적인 증가에도 불구하고 지역 간 고가의료장비의 불균형은 심한 것으로 나타났는데, CT를 제외한 나머지 고가의료장비들은 거의 40%이상이 서울과 경기지역에 집중되어 있는 것으로 조사되었다. 우리나라 초음파 영상진단기는 총 15,804대로, 서울과 경기가 각각 3,701대와 3,074대로 가장 많이 보유하고 있으며, 전신용과 두부용을 합친 CT scanner도 경기도와 서울이 각각 308대와 279대로 가장 많이 보유하고 있으며, M.R.I.는 전국에 651대가 설치되어 있으며 서울 168대, 경기 129대가 설치되어 전체 M.R.I장비 중 45.63%가 서울과 경기에 밀집되어 있었다.

그림 11. 국내 고가장비 보유현황

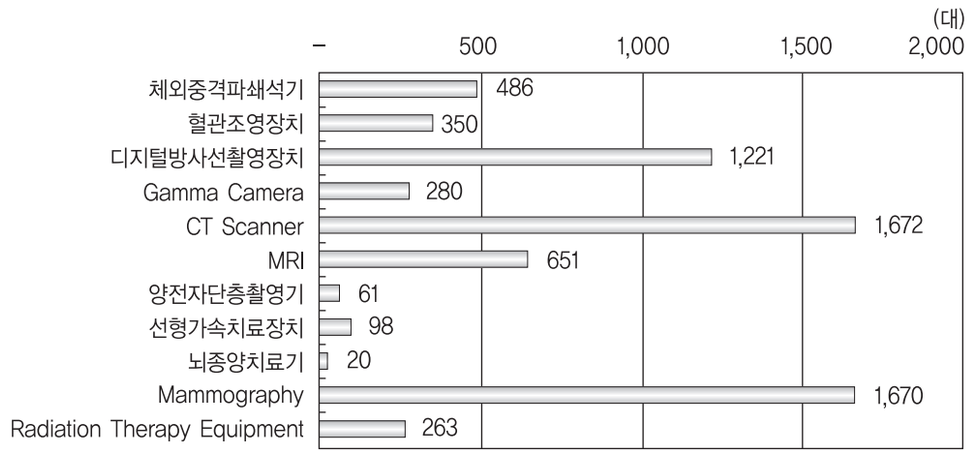


그림 12. 지역별 CT Scanner 현황

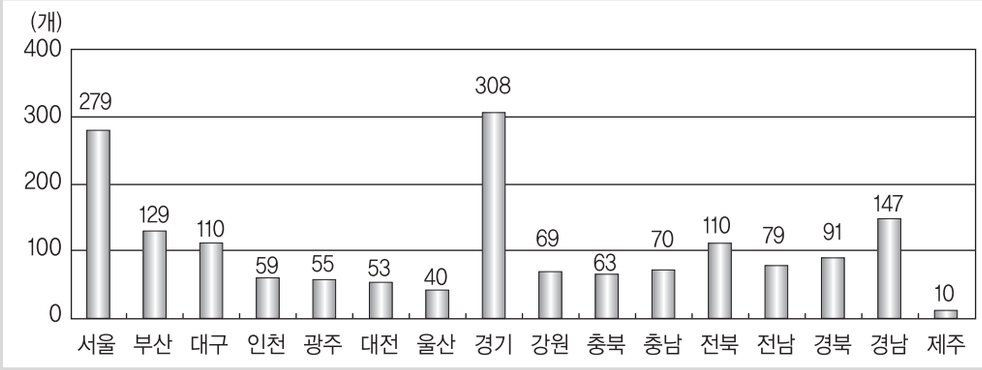
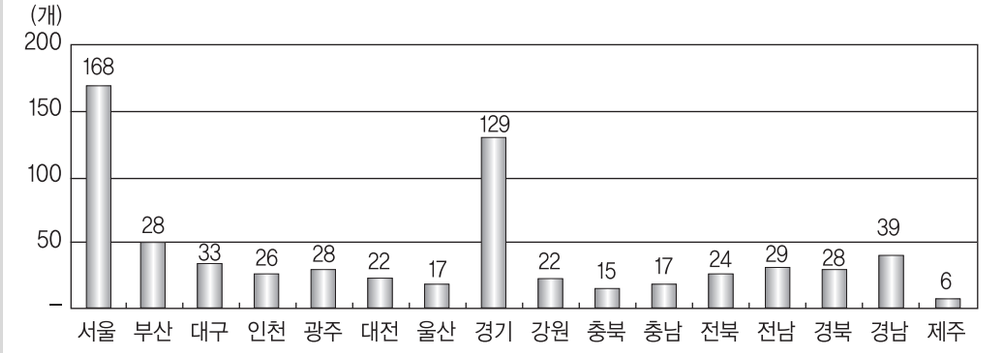


그림 13. 지역별 MRI장비 현황



Mammography는 전국에 1,670대가 설치되어 있고, 이 중 서울과 경기지역에 각각 336대, 327대가 설치되어있으며, Radiation Therapy Equipment는 총 263대중 서울이 81대로 약 30%를 보유하고 있고 경기지역이 48대로 약 20%를 보유하고 있다.

인구 10만명당 고가의료장비를 보면, 초음파 영상진단기는 32.7대, CT가 3.46대, Mammography가 3.46대, 디지털방사선촬영장치 2.53대, MRI 1.35대로 조사되었다.

지역별로 보면 CT의 인구 10만명당 보유대수는 전북이 6.12대로 가장 많고 제주가 1.84대로 가장 적었다. M.R.I는 인구 10만 보유대수가 전남 광주에서 1.94대로 가장 많았으며, 반면 충남은 0.88로 가장 적은 것으로 조사되었다. Mammography의 경우도 전남 광주에서 인구

그림 14. 지역별 Mannography 현황

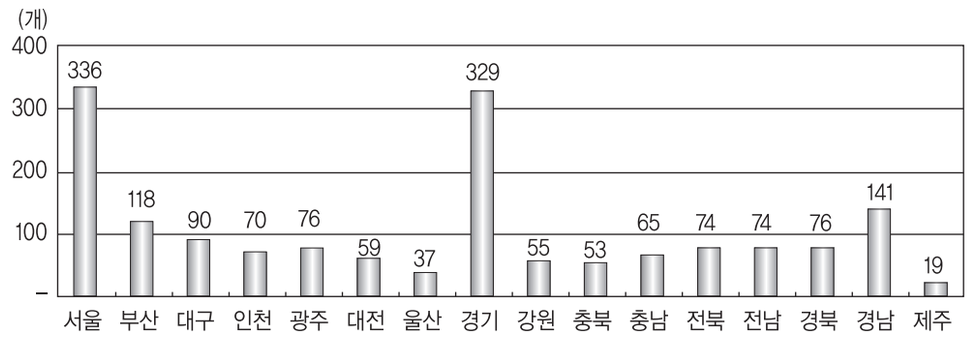
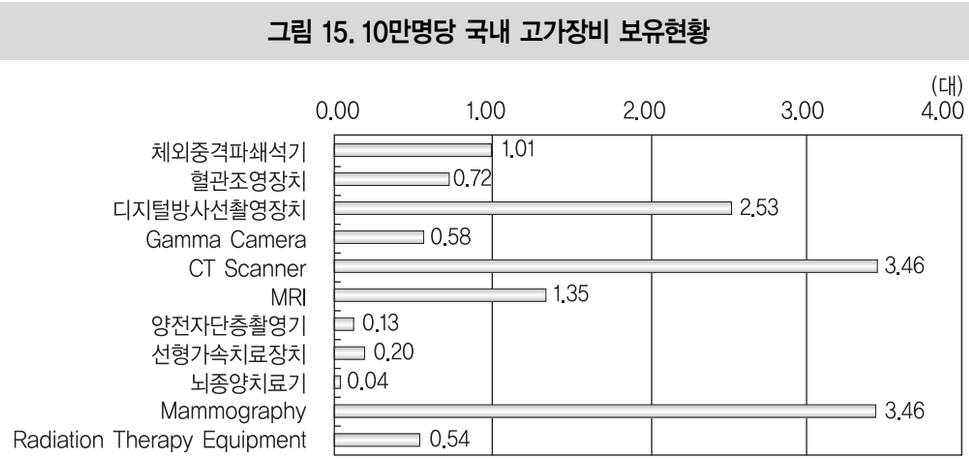


그림 15. 10만명당 국내 고가장비 보유현황



10만 명당 5.27대로 가장 높았으며, 반면 인천이 2.70로 가장 낮은 것으로 조사되었다. Radiation Therapy Equipment는 인구 10만 명당 전북지역이 0.89대로 가장 많이 보유하고 있고 반면 경북이 0.23대로 가장 적은 것으로 조사되었다. 체외충격파쇄석기는 전남광주가 1.52대로 가장 많이 보유하였고, 인천이 0.65대로 가장 적게 보유하고 있다.

그림 16. 지역별 인구 10만명당 CT Scanner

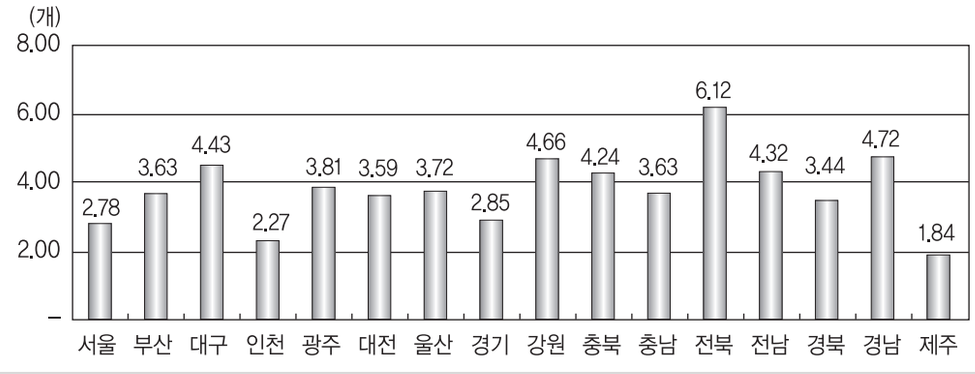
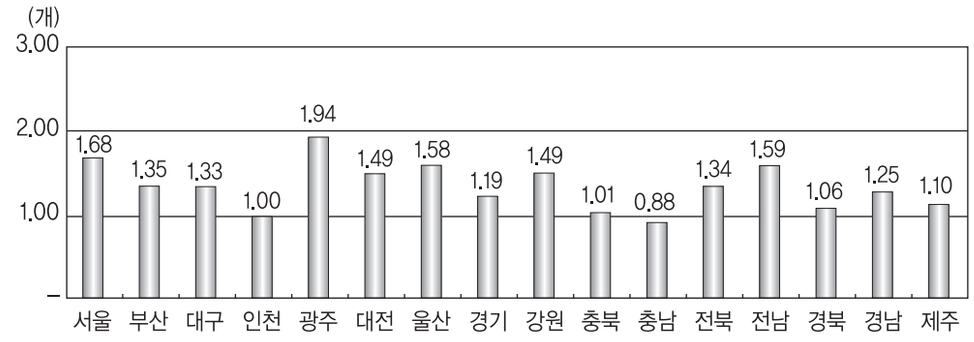


그림 17. 지역별 인구 10만명당 M.R.I장비

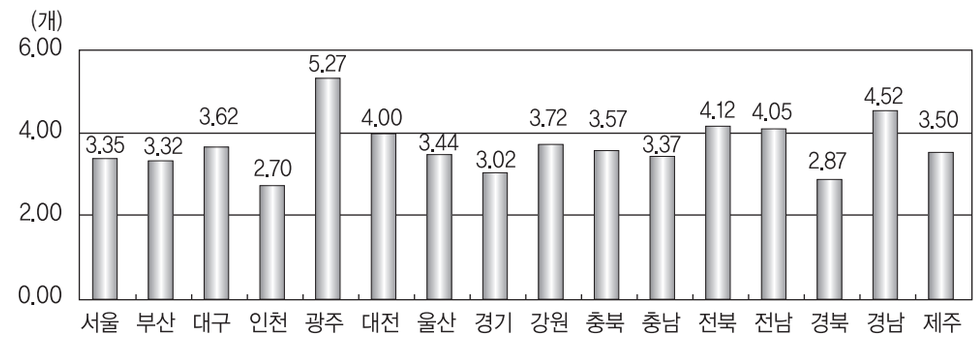


5. 정책건의

1) 보건의료자원의 불균형해소를 위한 감시체계(surveillance system) 확립

의료자원의 배분정책이란 모든 지역의 주민들이 골고루 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 의료자원을 효율적이고 공평하게 배분하기 위한 일련의 정책을 말한다. 의료자원 배분정책에는 의료인력, 시설, 장비 및 기술의 생산, 관리, 배분, 평가정책들을 포함한다. 이 중 의료시설의 불균등은 의료이용의 불균등으로 이어지게 되고 뿐만 아니라 보건의료자원공급이 부족한 지역은 의료이용시 간접비용이 과대하게 발생하고 의료혜택도 덜 누리게 되어 건강 및 경제적 손실이 클 수밖에 없다.

그림 18. 지역별 인구 10만명당 Mannography



본 실태조사 결과에 의하면, 우리나라 보건의료시설은 총량적인 증가에도 불구하고 지역적 분포측면에서 지역간 불균형문제는 여전히 남아있는 것으로 나타났다. 기본적인 의료수요인 인구수를 고려한 16개 시도별 인구 10만명당 병의원 분포는 최대인 대전의 66.6개에서 최소인 경북의 45.1개로 편차가 심하고, 치과병의원의 경우도 서울이 39.7개로 가장 많았고, 가장 낮은 지역은 충북 17.4개로 편차가 심한 것으로 나타났다. 주요 보건의료인력 중 하나인 의사의 경우 지역별로 살펴보면, 인구 10만명당 의사수가 적은 지역은 경북지역으로 110.8명이며, 반면 많은 지역은 서울로 205.5명으로 1.85배나 차이가 났으며, 치과의사의 경우도 최대인 서울의 57.2명에서 최소인 충북의 26.4명으로 2배 이상 차이가 나는 것으로 조사되었다.

고가의료장비는 전반적으로 OECD국가들의 평균을 상회하고 있으며, 총량적인 증가에도 불구하고 지역간 불균형을 보이고 있다. 인구 10만 명당 전신용 CT의 경우 적게는 제주의 1.84대에서 많게는 전북의 6.12대로 3배 이상이나 차이가 나고 있으며, 인구 10만 명당 MRI도 적게는 충남이 0.88대에서 많게는 전남 광주가 1.94대로 2배이상 차이가 났다.

따라서 의료자원의 지역간 격차를 해소하기 위한 단기적인 정책과제로는 우선, 각 의료자원별로 규모의 경제효과를 극대화 할 수 있는 지역의 규모를 설정하여야 한다. 또한 의료취약지역에 대한 의료자원 확충정책이나 접근성 향상 정책을 지속적으로 추진해나가야 한다. 의료자원 확충을 위한 정부의 지원은 구체적인 의료자원공급추계를 통해 장기적인 안목에서 진행되어야 할 것이다. 의료자원추계과정에서는 지역별 의료수요에 대한 체계적인 조사가 선행되어야 하고 지속적으로 모니터링 되어야 한다. 이러한 지역보건의료수요파악은 일회성으로 이루어져서는 안되며 지속적인 감시체계가 확보되어야 한다. 향후 자원배분을 위한 수요의 파악은 신체건강, 정신건강, 공중보건, 장애자 및 노인 등과 같은 다양한 영역을 모두 포괄하는 것이어야 하며, 이러한 수요파악을 통하여 단기적으로는 지역별 의료자원의 최저기준(national minimum)또는 국가표준(national standard)등의 정책목표를 설정하여 운영하여야 한다.

2) 장기요양의료시설 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, 급성기 질환 병상은 과잉인 반면 장기요양 병상은 부족한 상태이다.

본 실태조사결과 2006년 우리나라의 급성병상수[4]는 인구 1,000명당 6.2병상으로 OECD 국가(2004년 기준)와 비교하면, OECD국가의 평균인 4.3병상보다 1.44배 많았지만, 장기요양병상의 경우 우리나라의 장기요양병상[5]은 인구 1,000명당 0.6병상(2006년 기준)으로 OECD국가의 평균인 7.4병상에 크게 못 미치는 것으로 나타났으며, OECD국가의 병상공급추세를 보면 장기요양병상을 제외하면 병상규모가 감소추세에 있으나 우리나라는 증가하는 경향을 보이고 있다. 따라서 장기요양병상의 부족과 급성치료 중심의 기관 편중으로 노인 및 만성퇴행성 질환자를 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(문옥륜, 1995). 미국, 일본 등 주요 국가에서는 일반 급성병원의 병상수가 감소하고 장기적 보호를 목적으로 하는 간호양로원이나 노인전문병원 및 노인보건시설 등은 증가하고 있다. 따라서 한국의 병상수급정책에 대한 재검토가 요구되며 동시에 새로운 보건의료 수요에 대응하는 대책 마련이 필요하다. 앞으로 요양병원 외에 간호양로원, 말기환자를 위한 호스피스 시설 등 각종 중간시설을 확대해 나가도록 해야 할 것이다.

3) 보건의료장비 적정공급을 위한 건강보험 급여정책 변화

고가의료장비 중 대표적인 5개인 방사선치료장비(radiation therapy equipment)를 제외한 CT Scanner, MRI, 체외파충격쇄석기, 단층촬영장치(mammographs)는 우리나라의 인구 100만명당 보유대수가 OECD 국가들의 평균보다 높

4) 급성병상은 정신병원과 재활병원 그리고 요양병원을 제외한 병의원, 치과병의원, 한방병의원과 조산원의 병상으로 응급병상, 분만병상, 물리치료병상은 제외되었음.
5) 장기요양병상은 요양병원만을 대상으로 하였으며, 요양병원의 병상 중 응급병상, 물리치료병상 등은 제외되었음.

은 것으로 나타났다. 고가의료장비의 과잉공급 현상은 공급자 유인수요는 더욱 심각해 질 것이며, 이로 인한 의료비 부담도 가중될 개연성이 크다.

이러한 공급과잉현상에 대해 의료전달체계가 확립되어 있지 않고, 의사결정이 분권화되어 있는 민간의료공급자 중심 체계에서 고가장비의 도입과 사용을 제한한다는 것은 제도적으로 한계가 있을 수밖에 없다. 고가의료장비의 보유 자체를 무리하게 억제하게 되면 고가의료장비 자체가 이권으로 작용하거나 기존의 보유기관이 기득권을 누리게 될 우려가 있다. 따라서 고가의료장비는 건강보험 급여정책과 연계시켜 자연스럽게 통제하는 것이 적절하다고 판단된다. 즉, 고가의료장비에 대한 정책방향은 가격조절을 통해 공급을 통제하는 방법과 수량자체를 조절하는 방법을 적절히 병행하는 것이 필요하다.

4) 보건의료자원조사 · 관리 시스템 구축 및 운영

보건의료자원은 국가 보건의료체계의 하부구조를 이루는 가장 중요한 요소로 정확한 보건의료 수요와 현실을 파악하고 보건의료 공급능력을 조사하여 보건의료정책 수립을 뒷받침할 통계가 필요하다. 이러한 정책 기초자료 생산 및 활용도 제고를 위한 일환으로 정기적인 보건의료자원실태조사를 통한 신뢰성 있는 통계를 생산하여 보건의료정책수립의 기초자료로 활용하고, 국제통계의 신뢰성 확보를 위해서는 조사시스템 구축과 조사결과에 대한 DB를 구축하여 활용도 제고할 필요성이 있다.

이에 따라 보건의료정책의 과학화의 일환으로 2000년 개정된 보건의료기본법 제55조 및 시행령 제41조는 보건복지부장관은 보건의료자원조사를 5년마다 주기적으로 실시토록 규정되어 있다.

그러나 이러한 조사는 5년 주기로 실시되기 때문에 급변하는 보건의료자원실태의 현재상태를 파악하기 어렵고, 또한 매년 OECD 등 국제기구에서 요구하는 보건의료자원통계요구에 적절히 대응하지 못하고 있다. 뿐만 아니라 한편 보건의료자원의 수급 불균형은 보건의료시장 특성상 심각한 문제를 초래하며, 특히 과잉공급은 의사 등 공급유인수요(supplier induced demand) 및 과다경쟁을 창출하여 국민의료비 증가 등 사회적 비용을 유발하며, 과소공급은 의료시장의 경쟁저하 및 의료이용의 접근성 저하를 초래하므로 적정수준의 관리를 위한 보건의료자원에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다.

따라서 정부에서 추구하고 있는 국민의료비 적정수준관리와 국민의 의료이용접근도 향상 및 보건의료정책의 과학화를 달성하기 위해서는 보건의료자원 모니터링 시스템이 구축 · 확립되어 매년 보건의료자원에 대한 실시간 모니터링이 이루어져야 한다. 보건복지