

선진복지사회연구회 2020.9.24

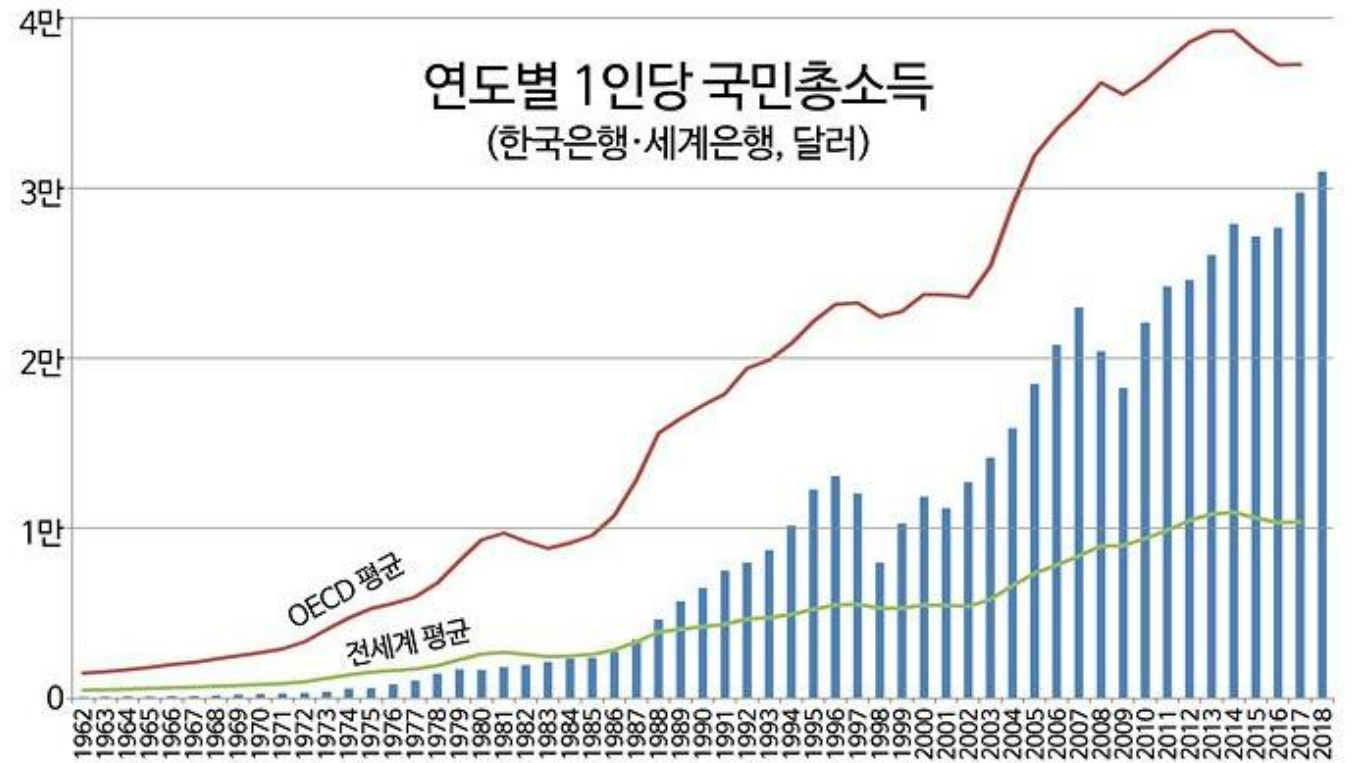
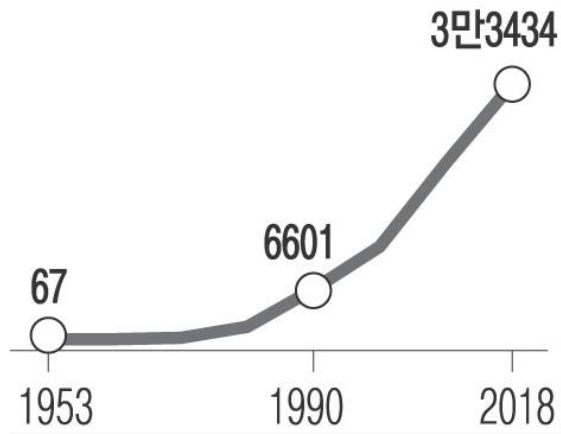
With 코로나시대의 보건의료 인력정책 -국민중심 접근

이기효

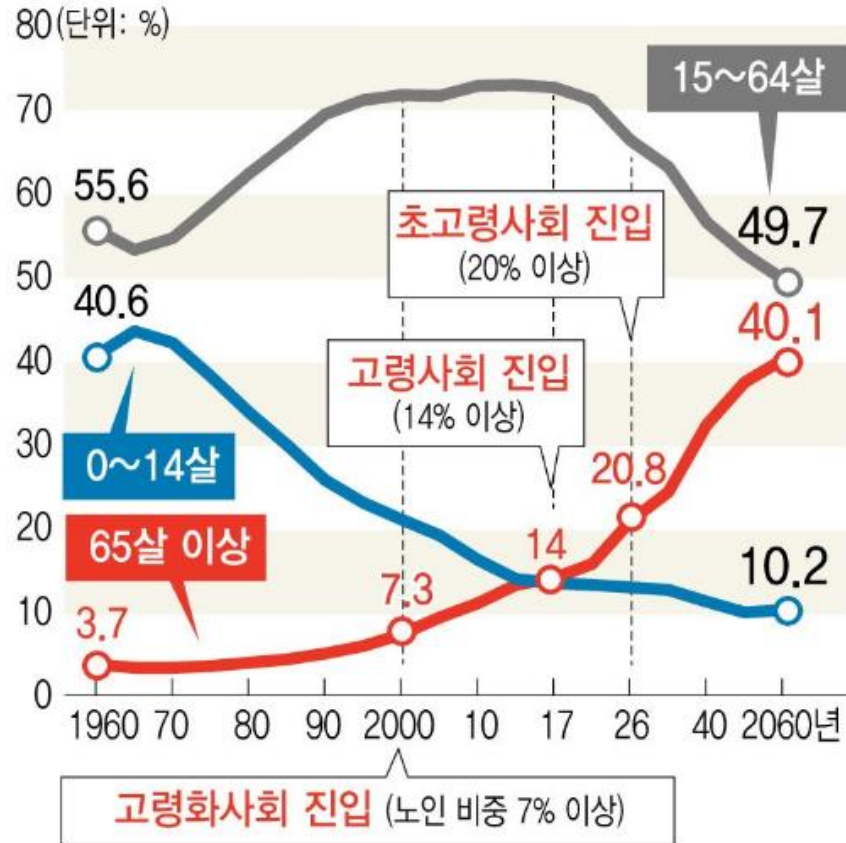
인제대학교 보건대학원

1. With 코로나 시대 보건의료환경

소득 수준의 증가는 보건의료 수요 확대의 가장 강력한 동인이다



급속한 고령화는 노인의료 수요의 폭증을 유발하고, 보건복지서비스의 다양화를 요구한다



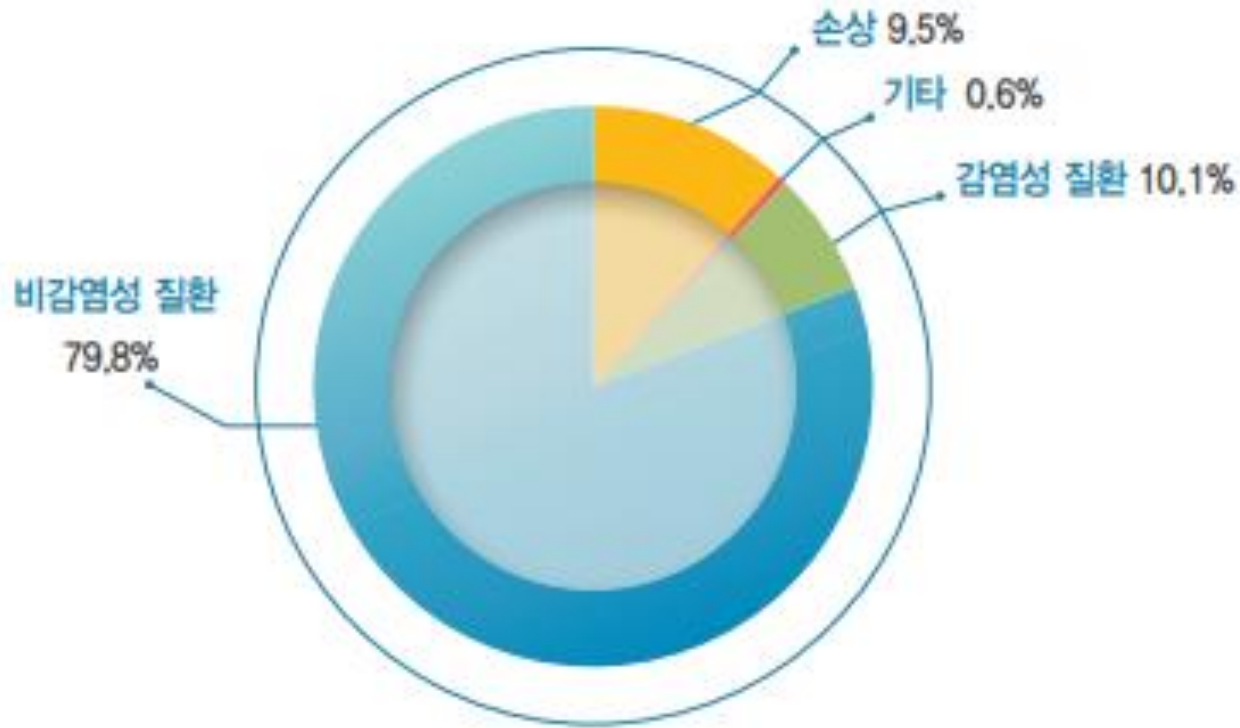
자료: 통계청, 건강보험공단

	고령화	고령	초고령	소요연수(고령화▶고령▶초고령)
한국	2000	2018	2026	26년
일본	1970	1994	2006	36년
프랑스	1864	1979	2018	고령화▶고령▶초고령 154년
독일	1932	1972	2009	77년
이탈리아	1927	1988	2006	79년
미국	1942	2015	2036	94년

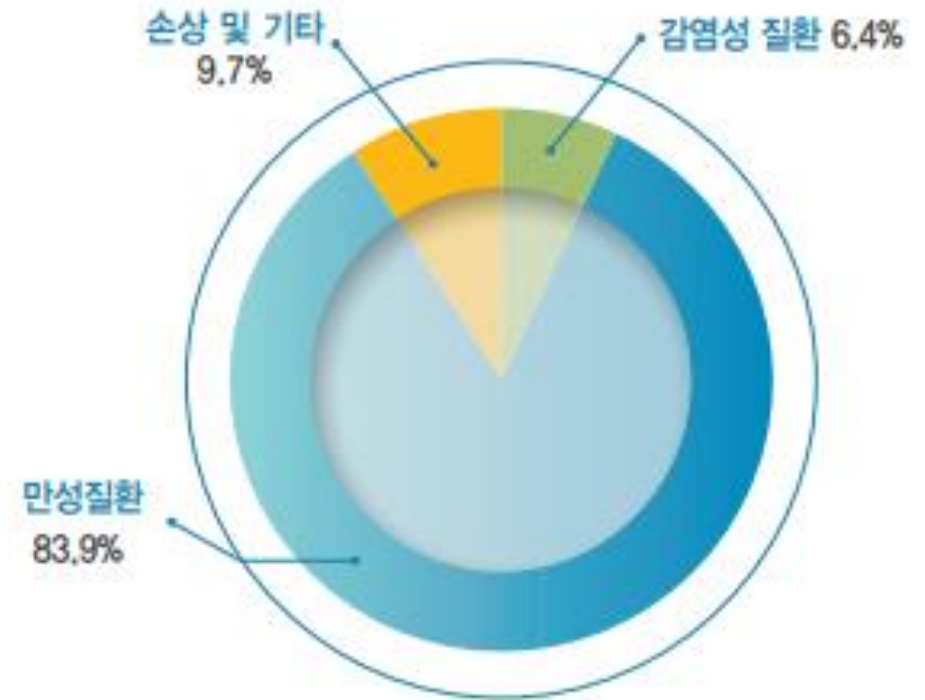


건강보험 진료비 중
65세 이상 노인 진료비
추이

막대한 만성질환 질병 부담에 대응하기 위한 보건서비스 재편이 요구된다



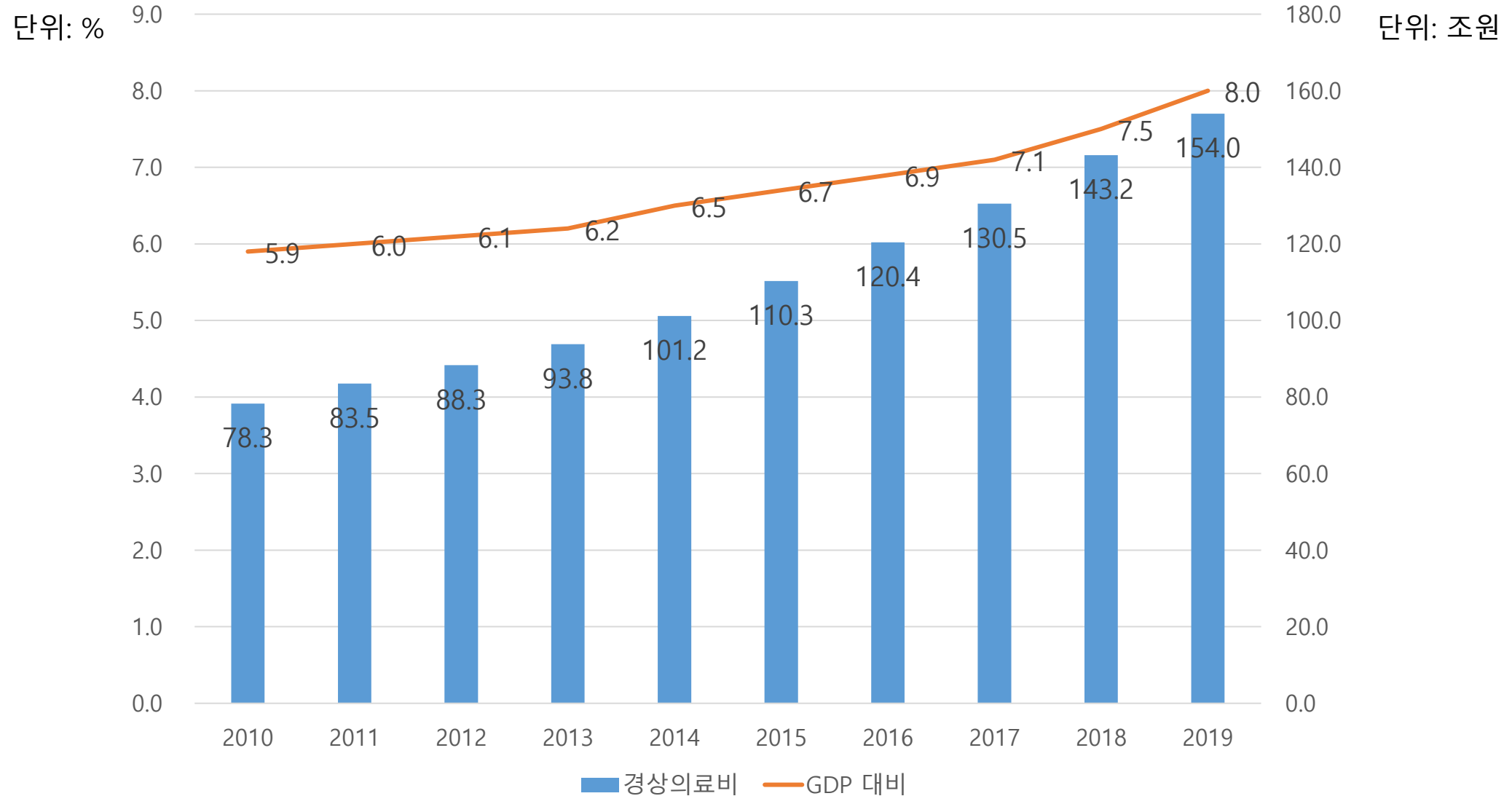
사망원인 구성비(2017)



건강보험 진료비 구성비(2017)

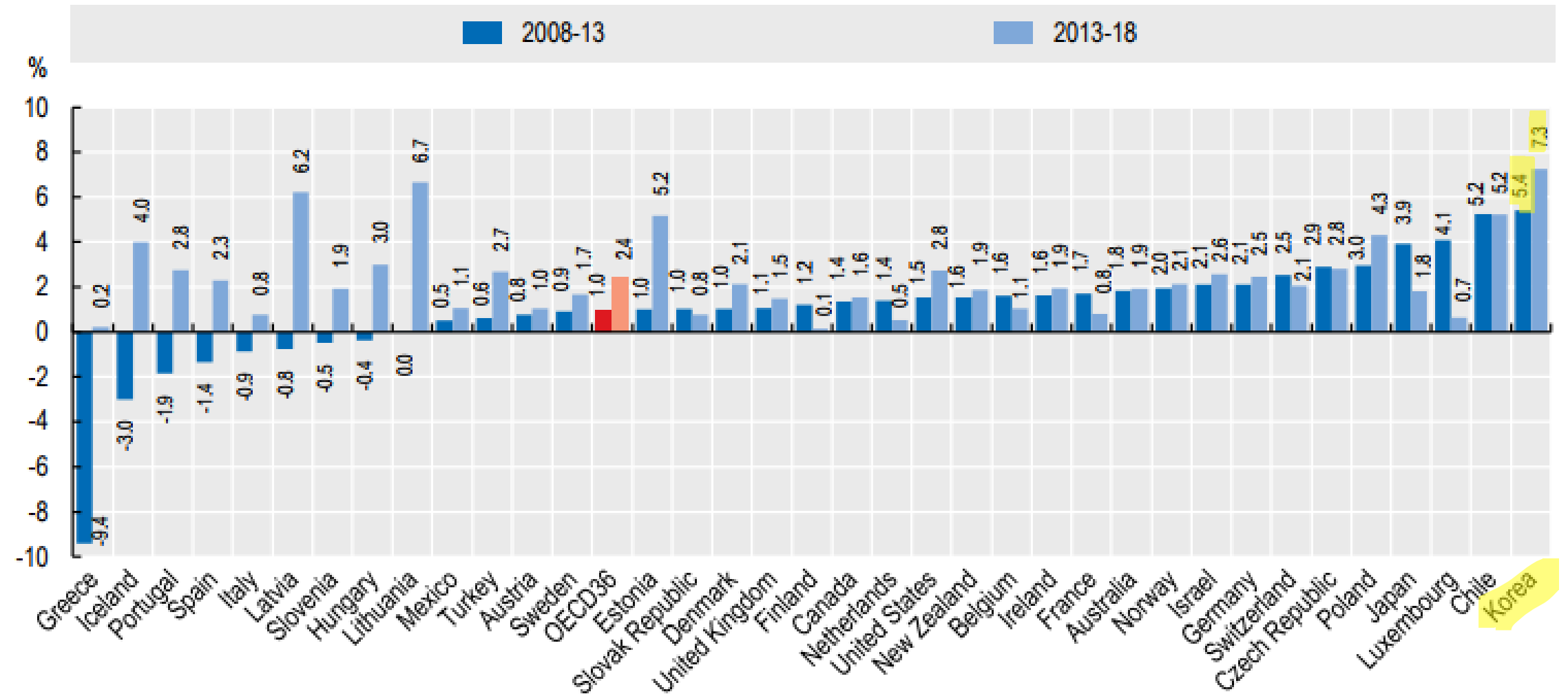
자료: 질병관리본부, 2019 만성질환 현황과 이슈

보건 수요의 확대에 따라 보건의료비는 최근 10년간 2배 이상 급증했고,
GDP 대비 비중도 지속적으로 증가하고 있다



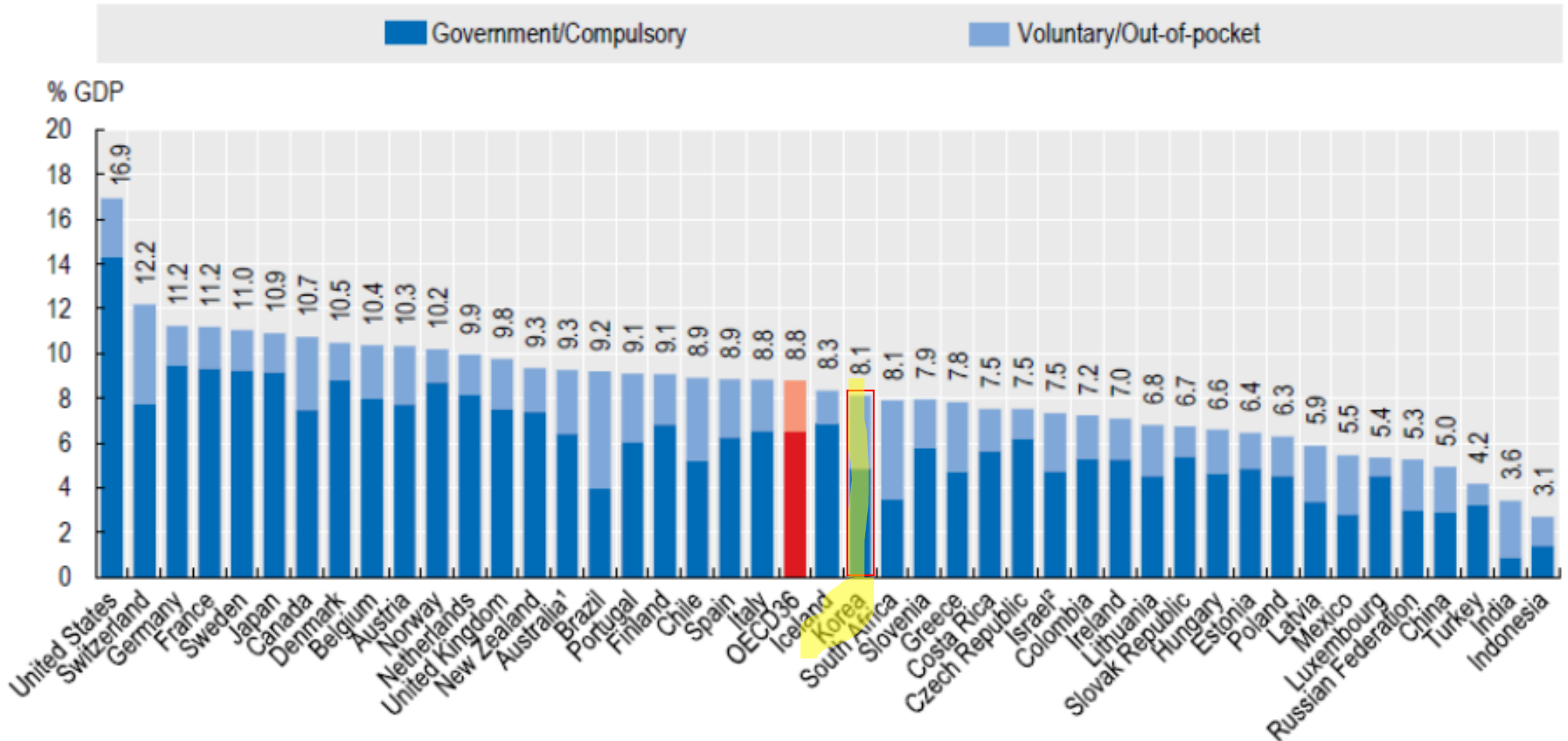
출처: 보건복지부 『2017년 국민보건계정』, OECD Health Statistics 2019

최근 10년간 1인당 보건의료비 지출의 연간 증가율은 OECD 국가 중 가장 높은 증가율로, 보건의료비 지출 폭증현상을 명확하게 보여주고 있다.



GDP대비 보건의료비 지출은 OECD 국가 중 하위 수준에서 중위 수준에 근접하였고, 머지않아 선두 수준에 도달할 전망이다

Health expenditure as a share of GDP, 2018 (or nearest year)



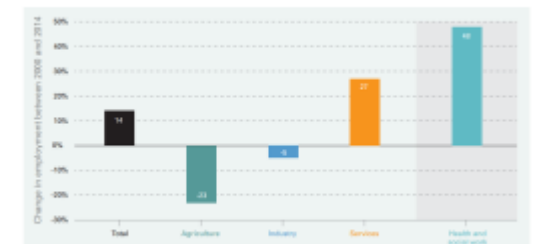
2. With 코로나 시대 보건의료 인력정책의 방향과 목표

보건인력 투자의 사회경제적 중요성을 인식해야 한다

- 경제 성장과 발전은 건강한 인구에 달려 있음
 - 2000~2011년 중저소득 국가에서 경제성장률의 약 4분의 1은 건강증진의 가치에서 유래
 - 건강에 대한 투자 수익률은 9 대 1로 추정
 - 기대수명 1년 연장은 1인당 GDP를 약 4% 증가시킴
- 보건 서비스, 재화, 자본재 생산을 통한 경제 성장
 - 보건 부문에서 지출되는 1달러는 경제성장에 0.77달러의 추가 기여
- 접근성 개선 등 불평등 감소를 통한 사회 보호
- 정치적 안정을 통한 사회 통합
- 생명공학, 정보기술 등의 혁신 및 다각화를 통한 경제성장
- 감염병/재난 대비를 통한 보건 안보
- 일자리 창출의 핵심 분야 : 지속적 일자리 증가

출처 : World Health Organization(2016), Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth.

OECD 평균 부문별 고용 성장, 2000~2014



James C. Health and inclusive growth: changing the dialogue. In: Buchan, J., Chilton, I., Campbell, I., editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization, 2016. [Forthcoming]

OECD 평균 부문별 고용 성장, 2000~2014

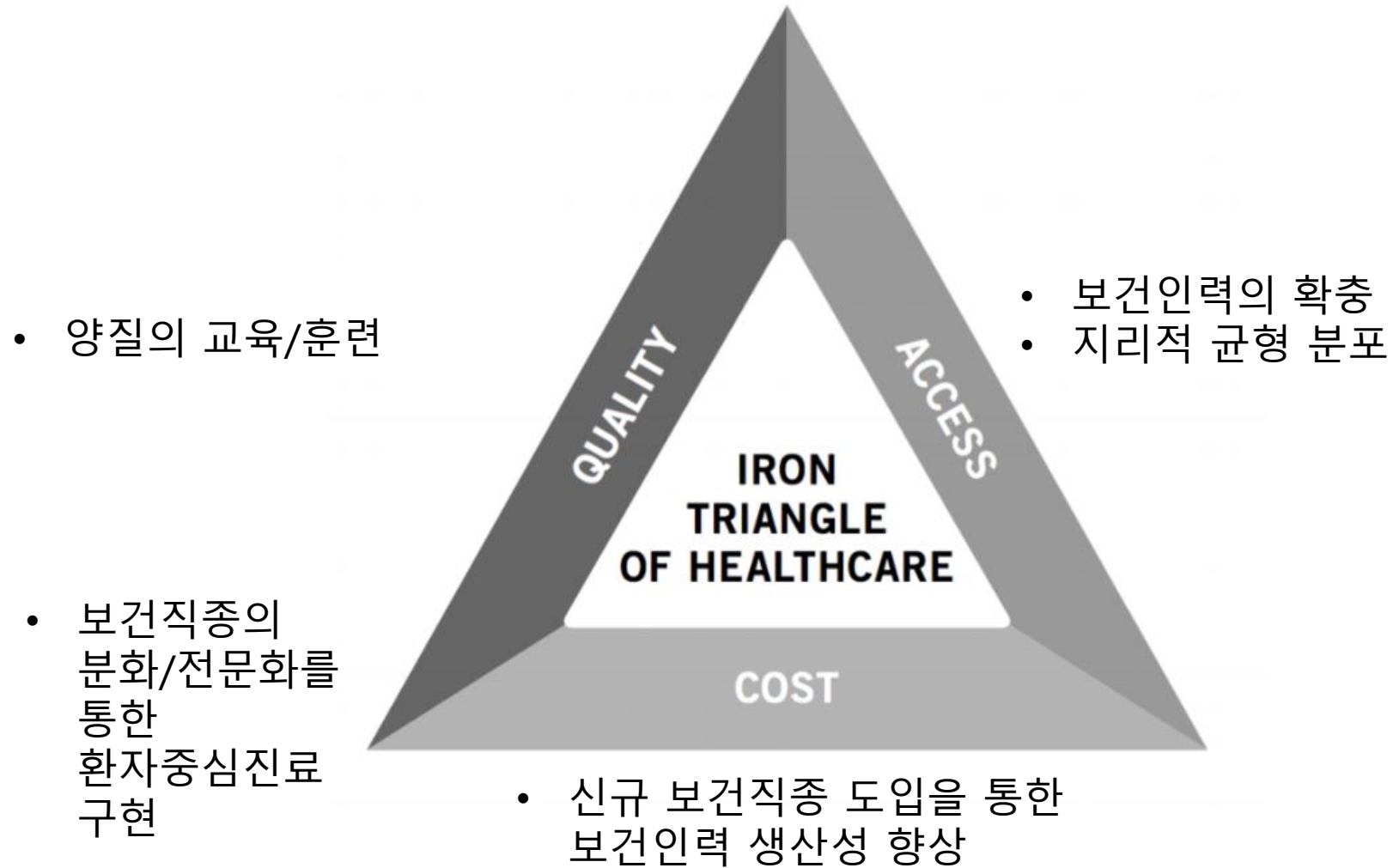


James C. Health and inclusive growth: changing the dialogue. In: Buchan J, Dhillon I, Campbell J, editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2016 [Forthcoming].

보건부문 일자리 수를 늘려야 한다

- OECD 국가의 보건 및 사회 복지 종사자는 전체의 약 11%
- 노르웨이 통계청의 추정에 따르면 2060년까지 노르웨이 노동력의 38%가 보건 분야에서 일할 수 있을 것
- 전 세계적으로 보건인력 1명은 2명의 다른 인력에 의해 지원됨(예, 보험, 금융, 청소 및 식품 서비스, 정보 기술 및 교통 서비스 등)
- 여성 고용 향상의 최적지 : 123개국 표본에서 여성은 보건 및 사회 분야 고용의 67%를 차지(전체 고용의 41%에 비해 큼)
- 청년 일자리 창출 필요
- 보건의료비 지출에 비례하여, 그 이상의 일자리가 늘어나야 보건 지출 급증의 사회경제적 부작용을 완화시킬 수 있음
- 4차산업혁명이 가속화 할 고용 없는 성장의 완충

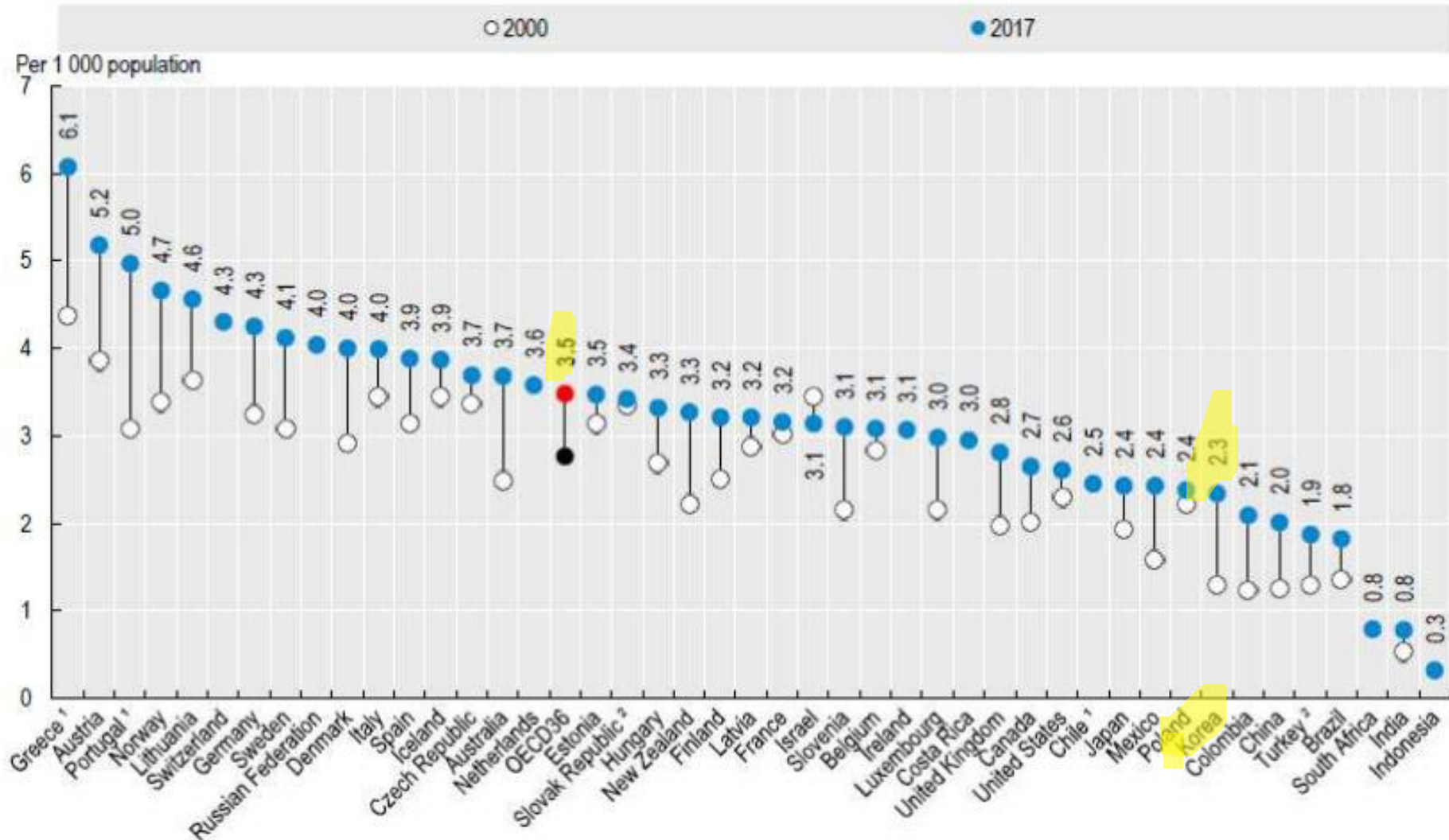
보건인력 정책의 목표도 Iron Triangle의 균형에 맞춰야 한다



3. 접근성 향상을 위한 보건인력 정책 : 의사의 수와 지역별 분포

인구당 의사 수는 최근 17년간 증가하였지만, 아직도 OECD 평균의 66%에 불과하다.

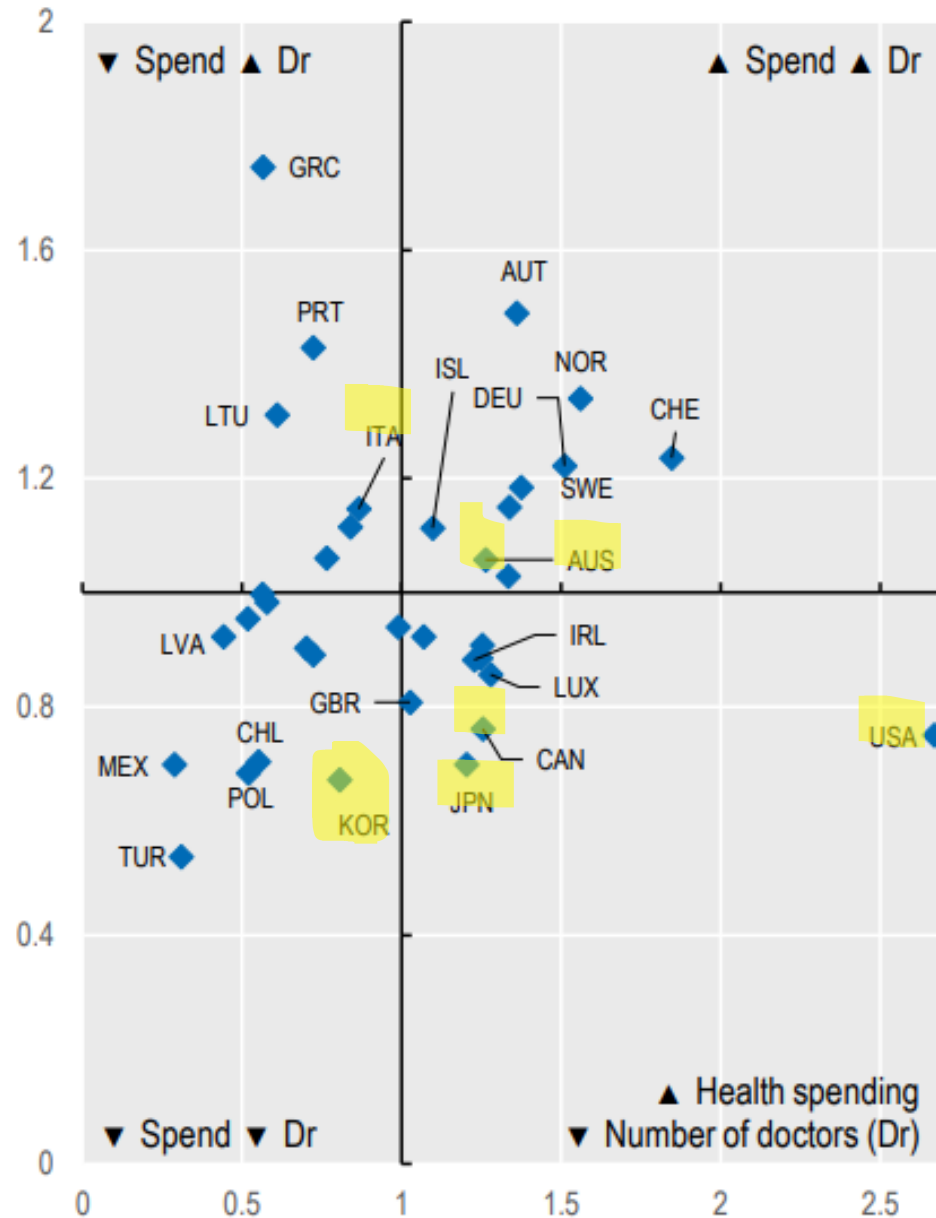
Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2017 (or nearest year)



왜 의사를 늘려야 하나?

- 의료서비스의 질 향상 : 의사-환자 상호작용의 극심한 시간 제한 극복, 환자중심진료를 위한 여력 필요
- 과중한 업무부담과 노동강도로 의사의 과로와 스트레스, 그리고 소진(burn-out)을 유발
- 감염내과, 소아외과, 중증외상, 역학조사관 등 반드시 필요한 특수·전문분야에 적절한 인력 충원이 불가능
- 의사 부족으로 인한 공공연한 무면허 의료행위(불법 PA의 문제)
- 일자리 파급 효과가 가장 강력하여 보건부문 일자리 늘리기의 핵심
- 제약, 의공학, 정보기술(IT)·생명공학(BT) 등 의사의 전문성을 요구하는 고부가가치 신산업의 육성을 위한 인적 인프라 구축
- 고령화, 보장성 강화, 감염병 대유행 등 의료서비스 수요 폭증 대비
- 의사 고령화(65세 이상 활동의사 비중 2012년 5.2%에서 2019년 8.1%로 증가) 대비

의사 수가 늘어나면 보건의료비 지출이 증가할까? 인과관계가 성립되지 않는다. 보건정책이 관건이다



- 보수지불제도 개혁
- 진료전달체계 개선
- 보장성 확대와 비급여 관리의 강화
- 1차의료 강화
- Team based care
-

출처 : OECD Health at a Glance 2019

얼마나 늘려야 하나?

- 인구 5000만명 기준으로 환산하면 OECD 평균에 비해 현재 의사 5만명이 부족
- OECD 국가의 40년간 데이터를 활용해 분석한 결과, 2018년 현재 15~20%가량 부족한 상황이므로, 의대 입학정원을 현 3,058명에서 3,600명으로 증원해야 함(정형선, 2018)
- 의대 졸업자 수가 인구 10만명당 약 6명으로 OECD 평균 14명의 1/2에 못 미치는 상황이며, OECD 평균을 대한민국 인구(5200만명)에 적용하면 의대 입학 정원은 7000명, 생산성 등을 고려하더라도 최소 4,000명은 되어야 함(정형선, 2020)
- 연구개발 등 비임상 분야 확대, 의사 노동시간 감소, 여성의사 비율 증가, 인구고령화와 신종 감염병 확대 등의 상황을 반영하여 의대 입학정원을 5,000명으로 늘려야함(김진현, 2020)
- 고령화와 인구수 감소, 의료이용 증가를 모두 고려하여 추계할 경우 의대 입학정원을 1500명 늘려 약 4,500명으로 해야 적정 공급 가능(홍윤철 등, 2020)

최근의 의사 수 확충 정책, 평가와 전망

- 정부의 해묵은 과제 해결 시도 자체는 높게 평가되어야 하며, 정책 추진 동력 상실을 경계할 필요가 있음
- 다소 미흡하거나 정제되지 않은 내용이 포함되어 정책 취지 훼손을 초래
 - 연간 400명, 10년간 4,000명 증원, 충분한가?
 - 지역의사제 : 10년 지역 근무의 충분성, 일반 의사와의 차별과 과도한 법적 강제 논란
 - 공공의대 학생선발 방식 논란
- 충분히 예견할 수 있었음에도 지역 단체의 반발에 부딪치자, 국민 앞에서 한 정책 추진 약속을 어긴 것은 물론, 앞으로 의대 정원 확충 등 주요 보건정책 논의 파트너를 일개 지역단체인 의협으로 국한시킴으로써 건강보험 가입자, 소비자 등 다른 이해 당사자를 배제한 결말에 이른 것은 전략 부재에 의한 참담한 정책 실패로 볼 수 밖에 없음
- 가능한 빠른 시일내에 지역단체와 정부, 시민사회, 전문가가 골고루 참여하는 협의체를 운영하여 전향적 결론을 도출하는 것이 바람직함
 - 의사 국시 문제는 국민 다수가 수긍할 만한 가시적인 조치 하에 정부가 대승적 결론을 도출하는 것이 바람직
 - 대다수 국민의 이익이 훼손되지 않는 범위 내에서 패키지 딜을 시도하는 방안을 검토

지역별 분포의 불균형

[시도별 인구천명당 활동의사 수]

(단위: 명, %)

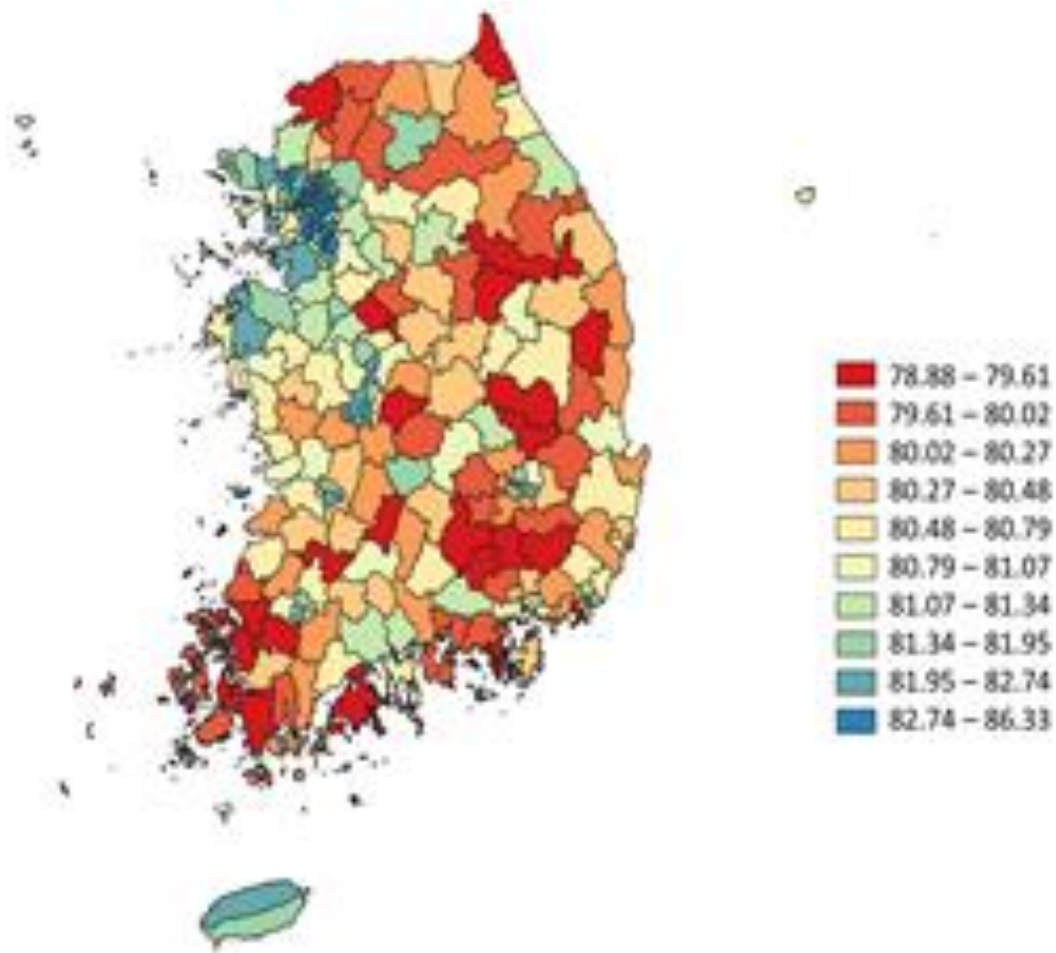
시도	활동의사 수	인구	인구 천명당 활동의사 수
서울	30,359	9,729,107	3.1
부산	8,008	3,413,841	2.4
대구	5,908	2,438,031	2.4
인천	5,071	2,957,026	1.7
광주	3,658	1,456,468	2.5
대전	3,726	1,474,870	2.5
울산	1,754	1,148,019	1.5
세종	302	340,575	0.9
경기	21,210	13,239,666	1.6
강원	2,719	1,541,502	1.8
충북	2,529	1,600,007	1.6
충남	3,198	2,123,709	1.5
전북	3,689	1,818,917	2.0
전남	3,128	1,868,745	1.7
경북	3,662	2,665,836	1.4
경남	5,532	3,362,553	1.6
제주	1,175	670,989	1.8
전국	105,628	51,849,861	2.0

주: 1. 2019년말 기준, 행정구역별 인구수는 주민등록인구 기준

2. 활동의사 수는 「국민건강보험법」 제43조에 의한 요양기관 현황신고 기준

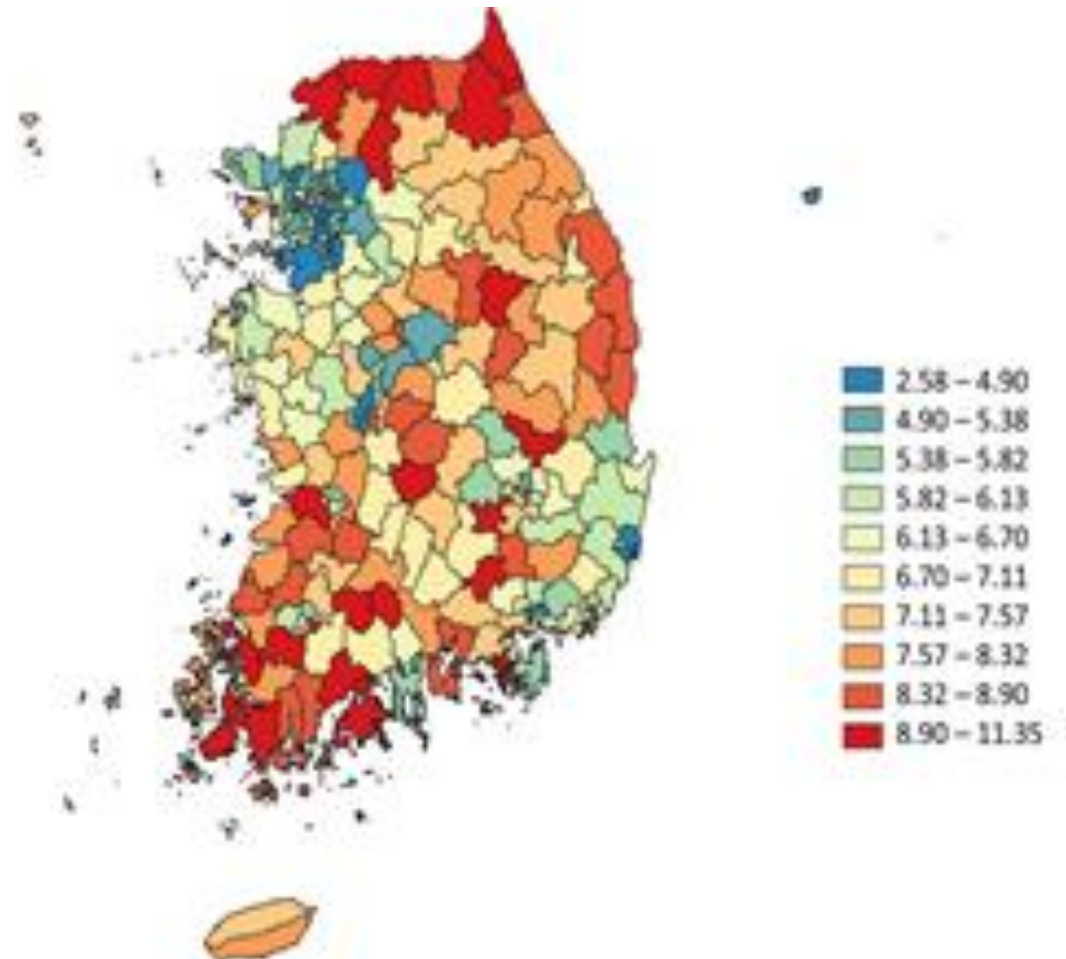
자료: 건강보험심사평가원(활동의사 수), 통계청(행정구역별 인구수)

지역 분포 불균형은 지역주민 건강수준 격차 유발의 한 원인이다.



시군구별 기대수명, 2010~2015

출처: 통계청. 한국의 사회동향 2019



시군구별 소득 5분위에 따른 기대수명 격차, 2010~2015

지역 불균형 분포 해소 방안 1

- 지역의사제
 - 무엇보다 지속가능성이 우려되므로 지속가능성 제고를 위한 근무조건 개선 등의 보완방안 마련도 필요할 것임
 - 의사의 대도시 선호 이유는 단순한 소득의 문제가 아니라 주거, 교육, 육아, 여가 등 다양한 생활 인프라 때문이며, 대도시 의사들은 가능한 도시를 벗어나지 않으려고 하고, 지방 의사들은 경제적 여유를 갖추는 대로 더 나은 생활 인프라를 찾아 대도시로 이동하려는 경향
- 의사 지역불균형 지표 도입과 시도별 의사수급계획 수립 및 실행
 - 기존 인구10만명당 의사 수 대신 지역별 의료수요, 인구 전망, 환자 유출입, 격오지 등 지리적 조건을 모두 고려한 의사 지역불균형 지표를 도입
 - 의사 지역불균형 지표를 기준으로 시도 광역자치단체 내에서 의사부족지역을 판별하고, 시도 단위의 의사수급계획을 수립하여 실행함
 - 산과, 소아외과, 응급의학 등 의사부족이 특히 심각한 진료과에 대해서는 진료과별 의사 지역불균형 지표를 산출, 활용하여 수급계획 수립 실행
- 의사부족지역에 대한 의사 확충 수단
 - 공공의료기관 확충 또는 광역자치단체내 대형 공공의료기관 소속 의사의 파견
 - 건강보험 수가 가산

지역 불균형 분포 해소 방안 2

- 의사부족지역에 대해 원격(비대면)진료와 홈케어(이동진료) 등 새로운 공공의료 서비스전달 시스템 구축
- 의사부족지역에 대해 미국 및 유럽식 Nurse Practitioner(NP) 제도 도입
- 의사 수의 대폭 확충

4. 신규 보건직종 도입(/보건직종의 분화)과
보건인력 생산성 향상/환자중심진료 구현

신규 보건직종 도입(/분화)가 필요하다

- 인구 고령화, 의과학 기술의 발전, 질병 패턴의 변화, 그리고 보건의료 재정 및 서비스 전달체계의 변화에 부응하여 보건인적자원 구성의 효율화 혁신이 요구됨
- 한편으로는, 국민의 변화하는 다양한 보건 요구를 적절하게 충족시킬 수 있도록 필요 기술을 보유한 직종이 효과적으로 구성(skill mix)되어 협업하는 Team based care approach 구현이 요구됨
- 이를 위해서는 의사 및 간호사 등 기존 보건전문직의 업무를 전문성에 기초하여 분담하도록 고안된 신규 직종 인력의 도입이 요구됨
- 한국의 경우 한국의 기존 보건인력 종별이 장기간 큰 변화 없이 단조롭게 구성되어, 주요 선진국에 비하면 직종 분화가 매우 미진하고 팀 접근의 활용이 어려운 구조임

한국 보건의료인력의 종별

근거법	보건의료인력의 종별
의료법	의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사로 구성된 의료인 한치의료인(한치지사, 한치치과의사, 한치한의원) 간호조무사, 의료유사(임상·영양사, 침사, 구사) 및 연약사
의료기사 등에 관한 법률	의료기사 등(의료기사 (임상·영상·방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사 및 치과위생사), 의료기록사 및 안경사)
응급의료에 관한 법률	응급구조사
농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법	공중보건원(의사, 치과의사, 한의사)와 보건진료원
약사법	약사와 한약사
위생사에 관한 법률	위생사
식품위생법	조리사와 영양사
국민건강증진법	보건교육사

한국 보건의료인력의 종별

근거법률	보건인력의 종별
의료법	의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사로 구성된 의료인 한지의료인(한지의사, 한지치과의사, 한지한의사) 간호조무사, 의료유사업자(접골사, 침사, 구사) 및 안마사
의료기사 등에 관한 법률	의료기사 등(의료기사 [임상병리사·방사선사·물리치료사·작업치료사·치과기공사 및 치과위생사]·의무기록사 및 안경사)
응급의료에 관한 법률	응급구조사
농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법	공중보건 의사(의사, 치과의사, 한의사)와 보건진료원
약사법	약사와 한약사
위생사에 관한 법률	위생사
식품위생법	조리사와 영양사
국민건강증진법	보건교육사

신규 보건직종 도입의 기대효과

- 환자 중심의 전문 서비스 제공으로 보건의료서비스의 질 향상
- 보건인적자원의 생산성 향상
- 양질의 일자리 창출
- 국민의료비 지출 확대의 사회적 타당성 확보 : 급속한 고령화 및 건강보장 확대로 국민의료비 급증이 예상되는데, 지출 확대에 비례하여 신규 일자리가 확대되어야 일자리 도입을 통한 소득재분배와 국민경제의 선순환에 이바지할 수 있음. 신규 고용 없는 의료비 팽창은 사회경제적 재앙을 초래
- 사회 균형 발전을 위한 디딤돌 : 보건인력 고용 확대는 궁극적으로 지역별 건강불평등 해소, 사회양극화 극복, 사회 균형발전에 이바지
- 의사 및 간호사 등 기존 보건전문직의 업무를 분담하게 되면 기존 보건전문직 수의 과도한 확대 압력을 완충시키는 효과가 기대됨

비공식 PA의 무면허의료 관행이 횡행하고 있다

- 미국의 APRN 및 PA와 같은 공식적 전문직종이 법적, 제도적으로 존재하지 않음에도 현실적 필요성 때문에 유사한 기능을 수행하는 불법 인력이 존재
 - 2018년 병원간호사회 조사 결과에 의하면, 전국 의료기관에서 근무하는 PA는 3,353명
 - 간호사인 PA가 혈액내과에서 의사 대신 골막천자를 하고, 심장내과에서 심초음파 검사를 하거나, 외과수술에서의 봉합을 전담하는 등의 면허 밖 의료행위를 수행

비공식 PA의 문제는 법과 현실이 불일치하는 한국 의료의 대표적인 치부이자 후진적 관행

- 환자는 표준 역량이 검증되지 않은 인력에 의해 제공되는 서비스를 받게 됨으로써 안전과 질 보장을 위협받고 있음
- PA 역할을 수행하고 있는 간호사의 경우 원치 않는 불법행위를 수행하고 있다는 불안감과 자괴감을 호소
- 전공의의 경우 적절한 임상 훈련을 받을 기회가 위협받을 가능성이 크다는 호소
- 의사 입장에서는 과중한 업무 부담을 효과적으로 해소할 수 있는 방안임에도 불법의 틀을 벗어나지 못함
- 병원 입장에서는 팀 기반 의료를 합법적 토대 위에서 구현함으로써 의료서비스의 질과 효율성을 향상할 기회를 상실하며, 불분명한 책임 소재로 인한 의료사고의 불확실성에 직면
- 국가 전체적으로는 고령화, 건강보험 보장성 강화 등 요인으로 급증하는 의료 요구 증가에 직면하여 극심한 의사 인력 부족 현상의 대응과 보건의료 인적자원의 효과적이고 효율적인 활용에 어려움

PA를 공식화 해야 한다

- 의사의 고유 업무 중에서 상대적으로 단순하고 정형적인 일부 업무를 APRN 및 PA 등 비의사 임상가에게 위임하고, 의사가 이들과 협업하여 팀 기반 의료서비스를 제공하도록 하는 것이 인적자원을 효율적으로 활용하면서도 의료서비스의 질과 생산성을 향상시키는 방안
- 미국과 유럽 주요 선진국에서 이미 정착된 협업 구조임
 - 의사가 부족한 상황에서 의료수요 증가에 대응하기 위한 효율적인 방식이며, 의사가 부족하지 않더라도 인력 운용의 효율성 측면에서 필요한 직종임
 - 의사의 위임 하에 의사 직무의 일부를 수행하도록 직능범위가 허용됨
 - 의사를 중심으로 한 팀 기반 의료 제공 모델이 계속 발전하여 일반화 되어 감에 따라 PA 수요는 늘어나고 있음
 - PA가 양질의 의료 서비스를 제공하고, 환자 만족도는 매우 높다고 보고하는 연구 결과가 많음

진료협력사 도입 방안(안)

- 적절한 명칭의 부여 : Physician Assistant가 아닌 진료협력사
- 의사가 위임하는 의료 업무를 고유 직능으로 하는 진료협력사 직종을 신설
- 양성은 광범위한 일반의 의학 교육(generalist medical education)을 포함하는 대학원 석사과정에서 교육
- 대학원 졸업 후 국가시험을 거쳐 보건복지부 장관 면허를 부여
- 기존 전문간호사에게 필요한 추가 교육 이수와 시험을 조건으로 진료협력사 면허를 부여하는 방안 고려
- 의사와의 협업을 전제로 직능을 부여하고, 진료협력사 정원에 연동하여 의사 수급계획을 수립하도록 함으로써 의사 직역단체의 수용성을 높일 필요가 있음
- 병원협회, 의사협회, 간호사협회 등 전문 직역단체와 의료소비자 및 노동자 단체, 공익을 대표하는 전문가, 그리고 관련 정부 부처가 참여하는 추진 회의체를 구축하여 다양한 이해관계를 조정, 통합하되, 국민 및 환자의 이익에 초점을 맞춘 대안이 도출되도록 논의함

신규 직종 도입을 위한 검토

- 식별 기준

- 한국에 공식 국가자격으로 존재하지 않는 직종
- 현실적 필요성으로 인해 이미 유사 직능이 존재하나 법적 근거가 없거나 실정법 위반인 직종
- 인구,사회,경제적 환경 변화에 따라 수요 증가가 예측되는 직종
- 특히, 급속한 인구 고령화에 대응하기 위한 노인보건 직종 우선 고려
- 기존 직종과의 갈등 소지가 적은 직종 우선 고려

- 도입 검토 가능 직종(예)

- 검안사(Optometrists)
- 청능사(Audiologists)
- 운동훈련사(Athletic Trainers)
- 호흡치료사(Respiratory Therapists)

5. 결어 : 국민중심의 보건의료인력정책을 위하여

- 보건의료인력정책 수립 및 실행을 위한 거버넌스 구축
 - 보건의료인력지원법상 보건의료인력정책심의위원회 산하 특위로 '(가칭)보건의료인력수급기획협의체'를 설치하여 국가 단위의 인력수급계획 수립. 직역단체 및 가입자 단체, 보험자, 정부, 전문가의 참여
 - 광역자치단체 수준에서는 지역보건의료심의위원회에서 의사인력부족 지역에 대한 의사수급계획 수립
- 다양한 이해관계자가 참여한 협의체에서 장기간의 숙의 과정을 거치되, 대다수 국민 이익을 중심으로 정책 및 계획이 도출되도록 민주적이고 개방적인 의사결정 구조가 보장되어야 할 것임

♥
♥
7동사합니라.

