
토론회:
**With 코로나시대의
보건의료 인력정책**

홍선미(한신대)

1. 보건의료 인력정책 관련한 발제자의 문제의식과 방향성에 공감

※ OECD국가중 가장 높은 보건의료비 연간증가율 제시

■ With 코로나시대의 상황변화 이외에도, 인구구조변화에 따른 보건의료를 포함한 사회서비스 수요의 폭발적 증가로 인한 미래사회의 부담 대비 필요

※ 2017.8월 고령사회진입(14%), 2026년 초고령사회 진입예상(20%)
노인 '26년 1,111만명, 치매환자 ' 24년 100만명

※ 등록장애인 중 노인장애인 증가(' 11년 38.0% ⇨ 17년 45.2%)
노인장애인 1인당 외래진료비(연 평균) 전체 노인의 1.5배

구분	2016	2025
노인진료비(건강보험지출 비중)	25.2조원(38.7%)	55조원(49.3%)
노인 의료급여비(의료급여지출 비중)	2조원(46.6%)	6.2조원(61.1%)
노인장기요양보험 지출	4.2조원	9.9조원

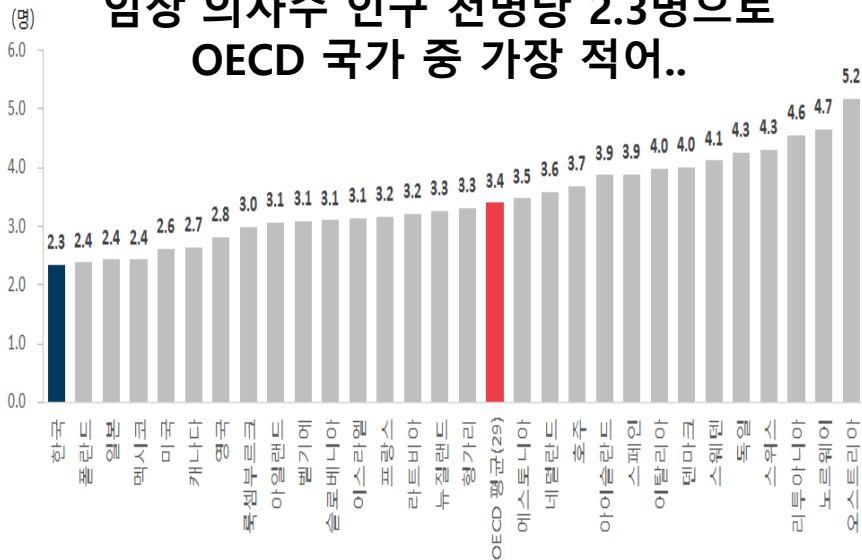
토론문: With 코로나시대의 보건의료 인력정책

2. 보건의료 일자리 수를 늘려야 한다는 발제자의 입장에 동의

※ OECD 평균 부문별 고용성장에서 보건 및 복지부문 일자리 가장 높은 증가율
OECD 평균 66%에 그치는 국내 인구 천명당 임상 의사수

■ 현 상황 및 미래수요 대비 보건의료인력 확충 필요. 그러나 같은나라 다른입장들..

보건복지부[2019.7.19일자 보도자료]
OECD 통계로 보는 한국의 보건의료
임상 의사수 인구 천명당 2.3명으로
OECD 국가 중 가장 적어..



대한의사협회[2020년도 의과대학입학정원 의견서]
"의사 공급 과잉, 의대 입학정원 축소해야"



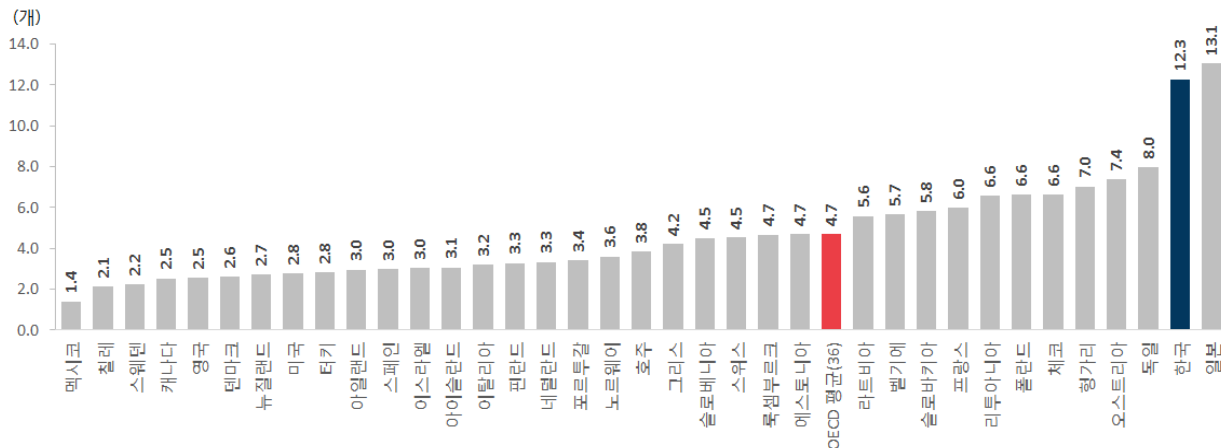
주 1) OECD Health Data 인구1천명당 활동의사 수를 활용하여 의료정책연구소에서 가공하였음
2) 2013년 이후의 수치는 연평균증가율(2009~2013년 기준)을 적용하여 단순 추정함 값임
3) 다른 조건들을 고려하지 않고 연평균증가율만으로 단순 추정한 값이므로 실제 추세와는 상이할 수 있음
4) 연평균 증가율(Compound Annual Growth Rate: CAGR) : 특정기간에 대한 연간 복리 평균성장률

3. 의사가 늘어야 하는 이유의 타당성

※ 의료인력 부족으로 인한 과로와 의료의 질 문제
지역쇐림 현상으로 인한 낙후지역의 의료 및 건강수준 격차

■ 낮은 임상 의사수에 비해 인구 천명당 병상수와 1인당 외래진료횟수를 고려할 때, 환자대비 의료인력의 진료투입과 밀도가 낮을 수 밖에 없는 상황 직시

※ 2017년 인구 천명당 병상수 12.3개로 일본(13.1개)이 두 번째(OECD 평균(4.7개)의 약 3배)
전체 의료기관 대비 공공의료기관 비율 5.8%. OECD평균(53.5%) 비해 9.2배 낮은 수치
전체 병상수 대비 공공의료기관 병상수 비율 10.5%. OECD 평균(74.6%) 비해 7.1배 낮은 수치

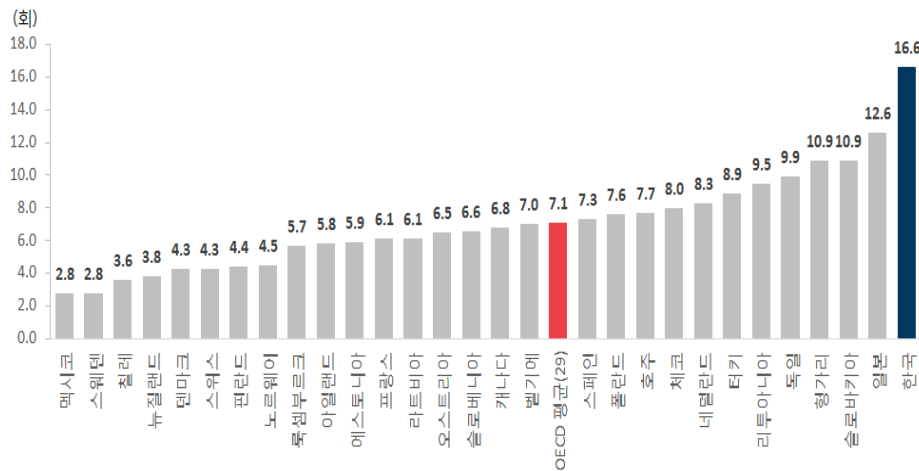


3. 의사가 늘어야 하는 이유의 타당성

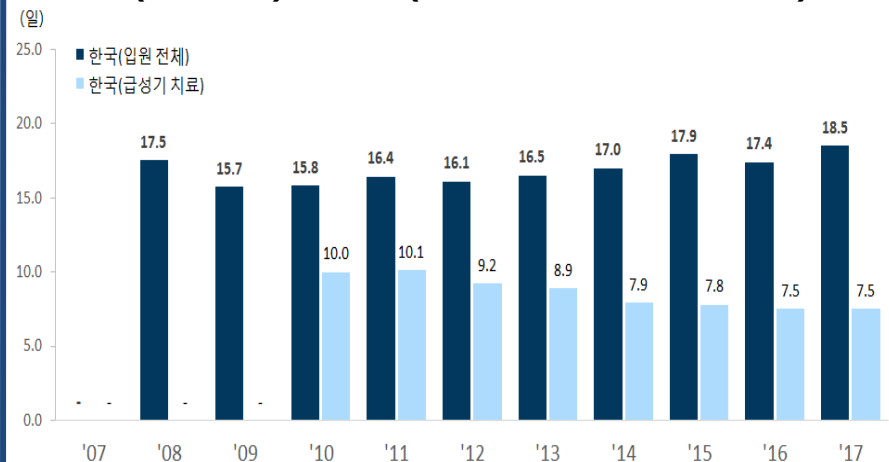
※ 의료인력 부족으로 인한 과로와 의료의 질 문제
지역쇠퇴 현상으로 인한 낙후지역의 의료 및 건강수준 격차

■ 낮은 임상 의사수에 비해 인구 천명당 병상수와 1인당 외래진료횟수를 고려할 때, 환자대비 의료인력의 진료투입과 밀도가 낮을 수 밖에 없는 상황

※ 2017년 우리나라 국민 1인당 외래진료횟수 연간 16.6회. OECD 국가 중 가장 많고, 회원국 평균(7.1회)보다 2.3배 높은 수준



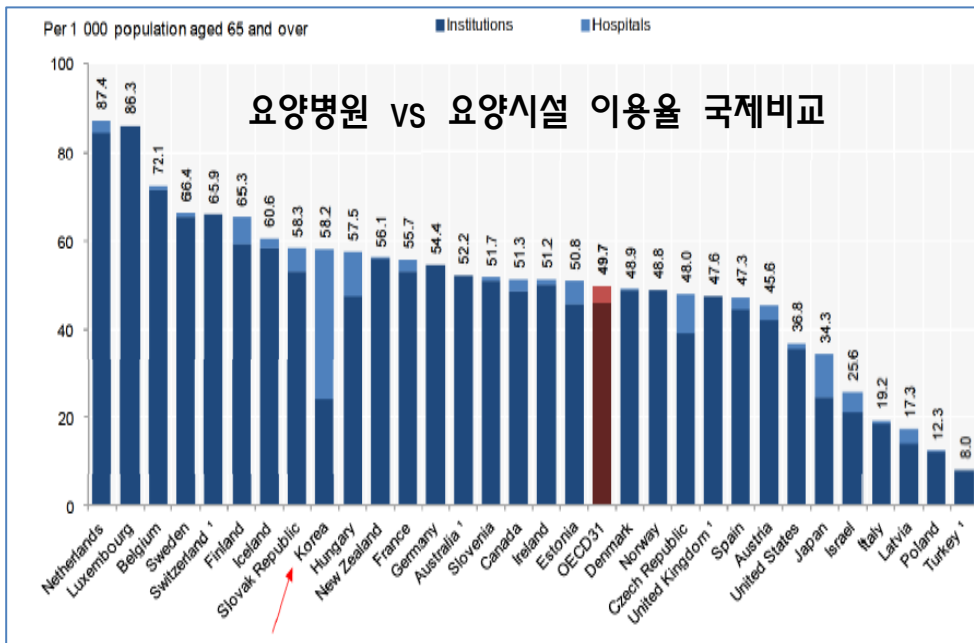
※ 2017년 우리나라 전체 입원 환자 1인당 평균재원일수는 18.5일. OECD 국가 중 일본(28.2일) 다음 (※ OECD 평균:8.2일)



4. 어떠한 인력을 어떻게 늘려야하는가?

※ 신규보건직종 도입 및 분화, 보건인력 생산성 향상

■ 추가적으로, 병원 및 시설중심 보건의료체계의 고비용 지출구조 개선을 위해 지역중심 커뮤니티케어로 전환하고 이를 구현하기 인력 확충



출처: OECD Health Statistics (2017)



- 최근5년 천명당 병상증가율 연평균 3.7% 급성기 치료 병상 0.4% 증가 대비 장기요양병상 9.5% 증가(전체의 35.6%)
- 65세 이상 인구 천명당 요양병원 병상수 341개(OECD 평균 3.5개)

토론문: With 코로나시대의 보건의료 인력정책

4. 어떠한 인력을 어떻게 늘려야하는가?

※ 신규보건직종 도입 및 분화, 보건인력 생산성 향상

■ 건강권 및 보건의료 공공성 강화 위한 공공 및 일차 의료전달체계 인력 확충

- ⇒ 지역 공공의료인프라 확충 및 일차의료 전달체계강화로 지역보건의료인력 확대
- ⇒ 주민건강생활지원센터 확충
- ⇒ 서울시 보건소의 건강돌봄팀 (마을의사, 약사, 간호사, 의료사회복지사, 방문간호사, 물리치료사, 정신건강전문요원 등)
- ⇒ 지역장애인보건의료센터, 장애인 주치의, 마음건강주치의 시범사업 등



4. 어떠한 인력을 어떻게 늘려야하는가?

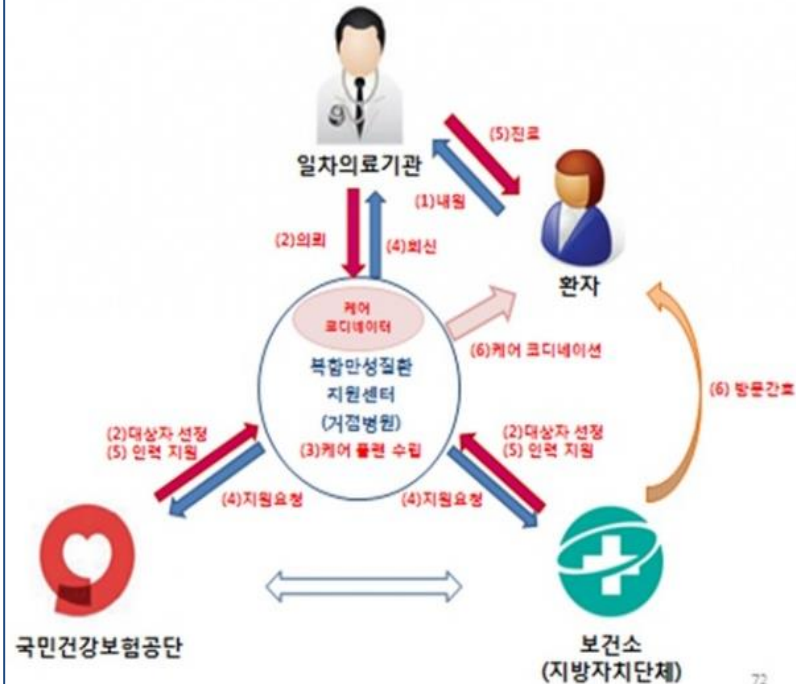
※ 신규보건직종 도입 및 분화, 보건인력 생산성 향상

■ 지역중심 커뮤니티케어 전환을 위한 지역내 탈시설.탈원 기능 지원 인력 확충

의사의 노동 부담 완화와 과도한 의존 탈피하고,
방문형 보건의료.요양.재활.돌봄.주거를 통합적으로 지원
하기 위한 다직종 보건의료복지인력 확충 및 업무분담,
다학제적 지역사회 보건의료 협업체계 구축

⇒ 케어코디네이션을 위한 사례관리와 지역사회내
예방 및 건강증진사업, 퇴원후 재가복귀 지원 위한
전문요양 및 집중재활, 가정형 호스피스, 사회적
입원자 감소위한 퇴원지원 및 지역연계실 운영 인력

⇒ 일본 지역포괄지원센터에는 재가의료연계거점인
재택요양지원병원, 재택요양지원진료소, 방문간호
스테이션등의 다직종 협동 재택의료지원허브 구축



4. 어떠한 인력을 어떻게 늘려야하는가?

※ 신규보건직종 도입 및 분화, 보건인력 생산성 향상

■ 코로나블루에 대응하는 심리방역 및 주민 마음건강돌봄 정신의료인력 확충

정신건강의 중요성 인식에 따른 감염병 심리방역 지침 제시

국민 10명중 4명(42.5%)이 우울감 이상, 중등도 이상 우울 위험군 17.5%로 급상승

⇒ 코로나19 확진자와 가족의 심리적 안정, 일상생활 복귀 지원을 위한 전화·대면상담, 정신건강평가, 고위험군 선별 및 치료연계를 지원하기 위한 심리지원 인력 확충

포괄적인 공공 정신의료체계 구축을 위한 투입 필요

⇒ 정신건강복지센터의 정신질환자 발굴 및 사례관리, 퇴원자 및 지역거주 정신질환자에 대한 건강관리 등 공공정신의료 기능활성화 및 일차정신의료서비스 전달체계 강화

지역내 위기사건에 대응하기 위한 응급위기대응 정신의료서비스 확대

⇒ 비정신과 동네의원방문환자의 정신과적 문제 스크리닝과 위험군 정신건강의학과에 연계 기초정신건강복지센터 등에 정신과전문의 배치하여 지역정신건강 문제발견 및 개입강화

5. 국가보건의료정책의 우선순위는 무엇이 되어야 하는가?

※ 보건의료인력 정책수립 및 실행을 위한 거버넌스 구축,
국민중심 정책추진과 의사결정구조의 보장

■ 문재인정부의 국정목표 ‘내 삶을 책임지는 국가’에 따른 국정전략
‘모두가 누리는 포용적 복지국가’ 및 ‘국민안전과 생명을 지키는 안심사회’

⇒ 의료공공성 강화를 통한 포용적 복지국가 구현을 위해
공공의료기관 확충 및 지역사회 중심 의료체계 강화, 지역간 의료서비스 격차 해소해야

이와 같은 국민의 건강권 보장을 위한 국민중심의 보건의료정책 추진을 위해
취약지 의료진 배치 및 파견지원확대를 위한 보건의료 부문 일자리 창출

■ 시장과잉과 공공사회정책 미흡으로 발생할 미래사회의 위험에
적극적으로 대응하면서 국민의 삶의 질과 국가경쟁력 향상

⇒ 국민의 건강생활보장을 위한 일정수준 이상의 공공보건의료 서비스 공급자 확대를 통해
고령화 비용합리화, 지역사회보호중심의 시스템 구축해야