

# 보건분야 일자리 창출과 국민건강 증진

## ① 보건의료인력 수급정책 실패의 원인

---

2010.04.08 | 이은경 이상동\_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

---

### 목 차

1. 보건의료분야 고용문제의 중요성
2. 보건의료부문 고용현황과 문제점
  - 1) 의사
  - 2) 간호사
  - 3) 간병인력
3. 보건의료부문 고용 문제점의 원인



<http://saesayon.org>

## 요약

이 글은 사회서비스의 확대는 우리 사회가 처해있는 저성장, 충족되지 못한 복지 수요, 일자리 부족, 여성의 경제활동 제약과 출산율 저하라고 하는 구조적, 사회경제적 문제에 대한 해법이라는 전제하에 사회서비스영역의 핵심 분야인 보건의료부분의 고용문제를 다루고자 기획되었다. 먼저 보건의료분야의 고용의 중요성을 일자리 창출과 보건의료의 질 향상을 통한 국민건강 수준의 상승, 보건의료 환경 변화에 대한 필수적 대응이라는 세 측면에서 고찰하였다. 복지재정의 압박이 커가는 가운데 선진국에서는 소득보장이라는 소극적 지출보다는 인적자본에 투자하는 적극적 지출을 늘리기 시작했는데, 그 핵심이 바로 보육, 교육, 적극적 노동시장정책 등 사회서비스 부문이었다. 사회투자지출은 선제적, 예방적 투자이며 생산적 지출의 성격을 갖는다는 점에서 우리 사회의 복지지출 재조정에서도 사회서비스에 우선적으로 주목해야할 필요성이 있다.

다음으로 우리 사회 보건의료인력의 현황을 의사, 간호인력, 간병 요양 인력의 영역으로 나누어 살펴보았다. 의사의 경우에는 인력수급의 지역간 불균형과 지나친 전문화, 그로인한 의료의 편중과 질저하 등이 문제로 지적되었다. 간호인력의 경우에는 고용인력의 절대부족과 지역적·영역별 불균형과 그로인한 중소병원의 인력난, 유희인력의 문제와 숙련인력의 부족등이 문제로 지적되었다. 간병인력의 경우, 공적 체계내로 들어오지 못하고 개인 부담인 점, 공적 책임의 부재, 열악한 고용조건으로 인한 어려움 등이 지적되었다.

마지막으로 한국 보건의료인력의 문제점을 각 업종별로 짚어본 후, 문제의 원인을 보건의료시스템 자체의 문제점으로 영리에 기반한 민간의료체계, 정부 정책의 한계-정부의 보건의료인력 수급 정책의 실패, 열악한 고용조건으로 인한 이직과 취업포기 등 보건의료부문 노동시장의 고용조건 측면에서 고찰해 보았다.

의료-간병 인력의 문제는 지나치게 영리화되어있고 민간에 맡겨진 한국의료의 고질적 병폐에서 기인하고 있다. 보건의료부문의 질적 변화가 요구되고 의료서비스 영역의 고용확대가 무엇보다 중요한 시점에서 올바른 의료-간병인력의 양성과 운영은 핵심적 정책과제이다. 다음 보고서에서는 보건의료부문 고용의 정책대안을 중심으로 고찰해 볼 것이다.

본문

상황 1. 서울은 '과잉공급' 지방은 '인력난'..."입학정원 확대로 해결 안돼"

최근 4년간 간호대 졸업생의 55% 가량이 수도권 지역으로 취업한 것으로 나타났다. 작년 10월 23일 민주당 최영희 의원이 교육과학기술부로부터 제출받은 '2006~2009년 지역별 간호사 취업현황' 자료에 따르면 지난 4년간 간호사의 54.9%가 서울·경기·인천 지역으로 취업했다. 간호대를 졸업한 후 수도권에 취업하는 간호사 비율은 2006년 52.7%, 2007년 54.9%, 2008년 57.7%, 2009년 54.4%로 집계됐다. 이처럼 간호사들이 수도권에 집중되면서 광주는 887명의 간호사가 부족한 반면 서울은 3,696명의 간호사가 과잉공급된 상태다.

청년 의사 2009/10/23

상황 2. 정부 사회서비스업 정책, 고용 늘었지만 ·상당수 최저임금 미만 '고통'

10년 넘게 작은 식당을 운영해왔던 주모씨(58·여)는 지난해 경기가 나빠지면서 가게 문을 닫고 실업자 신세가 됐다. 이렇다 할 기술이 없는 그를 받아준 곳은 사회서비스 일자리인 요양보호사였다.

실제로 사회서비스업 일자리는 경기불황으로 급작스러운 생활고를 겪게 된 비취업자들을 일부 흡수하는 데 효과를 거둔 것으로 평가된다. 하지만 주씨의 사례처럼 사회서비스 일자리의 상당수가 최저임금에도 미치지 못하는, 질 낮은 것이다. 주씨는 두 군데의 재가센터를 돌며 노인요양보호사로 하루 8시간씩 일하고 있지만 한 달에 손에 쥐는 돈은 100만원도 안된다. 전국요양보호사협회 정금자 회장은 “정부가 노인요양보호를 위해 환자에게 지원하는 돈은 재가센터가 운영비 명목으로 절반 이상 떼어가고, 정작 보호사들은 요양은 물론 빨래부터 김장까지 온갖 허드렛일에 내몰리면서도 저임금에 시달리고 있다”고 말했다.

경향 뉴스 2010/02/03

위의 상황은 우리 사회 보건복지 부분의 고용 실태를 단적으로 보여주는 예들이다. 인구고령화와 사회관계의 변화로 인한 보건복지 수요의 증대와 고용없는 성장이라는 경제 변화의 시기에, 대부분의 사회에서는 사회서비스 분야에 대한 투자를 확대함으로써 고용을 창출하고 경제 성장의 돌파구로 삼았다. 우리나라 역시 인구고령화의 초입과 실업률의 지속적 증가, 성장동력의 부재 등의 문제로 고민하고 있고 정부를 비롯한 각계 각층에서 사회서비스 분야의 일자리 확충정책을 앞다퉈 제출하고 있다. 특히 올해 1월 실업률이 5%로 10년 만에 최고치를 기록하고 실업자 수도 2001년 이후 처음으로 백만 명이 넘는 상황에서 사회서비스 분야의 고용문제는 우리사회의 핵심 과제로 떠오르고 있다. 하지만 정부에서 발표하는 일자리 창출정책의 실효성에 대한 의문이 제기되고 있다. 앞의 기사에서 보듯이 공공부문의 일자리는 일용직, 아르바이트 수준으로 제공되고 있고 그나마 지속성이 부족해 올 1월 실업률이 급격히 상승한 것도 공공근로 등이 종결되었기 때문으로 분석할 수 있다.

이 글은 사회서비스의 확대는 우리 사회가 처해있는 저성장, 충족되지 못한 복지수요, 일자리 부족, 여성의 경제활동 제약과 출산율 저하라고 하는 구조적, 사회경제적 문제에 대한 해법이라는 전제하에 사회서비스영역의 핵심 분야인 보건의료부분의 고용문제를 다루고자 기획되었다. 1부에서는 먼저 보건의료분야의 고용의 중요성을 일자리 창출과 보건의료의 질향상을 통한 국민건강 수준의 상승이라는 두 측면에서 고찰하고 우리 사회 보건의료인력의 현황을 의사, 간호인력, 간병 요양 인력의 영역으로 나누어 살펴볼 것이다. 다음으로 한국 보건의료인력의 문제점을 각 업종별로 짚어본 후, 문제의 원인을 의료시스템, 정부 정책, 노동시장의 고용조건 등의 측면에서 고찰해보고자 한다. 다음에 연재될 2부에서는 보건의료인력 부분의 고용을 활성화하기 위한 정책을 공공부문 확대, 정부 정책 방향, 병의원 시스템의 개혁 등의 측면에서 살펴볼 것이다.

## 1. 보건의료 분야 고용 문제의 중요성

복지재정의 압박이 커가는 가운데 선진국에서는 소득보장이라는 소극적 지출보다는 인적자본에 투자하는 적극적 지출을 늘리기 시작했는데, 그 핵심이 바로 보육, 교육, 적극적 노동시장정책 등 사회서비스 부문이었다. 사회투자지출은 선제적, 예방적 투자이며 생산적 지출의 성격을 갖는다는 점에서 우리 사회의 복지지출 재조정에서도 사회서비스에 우선적으로 주목해야할 필요성이 있다.

## 1) 일자리 창출효과

보건의료산업<sup>1)</sup>이란 국민의 건강 등 생명 현상과 관련된 제품과 서비스를 제공하는 산업으로 의료서비스 산업과 보건산업 영역, 생명과학 등을 포괄하고 있다. 의료서비스는 주로 병원에서 이루어지는 의료서비스를 일컫는데, 공급자인 (의치한)병원, 요양병원, 보건소와 약국, 그리고 기타 의료기관(조산원, 호스피스, 산후조리원 등)이 주 공급기관이다. 보건산업 영역은 의약품 제약산업, 의료기기 산업, 화장품 산업, 보건의료 BT 등을 포괄하는데 본고에서는 주로 보건의료서비스 영역에 한정해 고용문제를 살펴볼 것이다. 의료서비스산업은 보건의료산업에서 핵심적 영역으로 의료의 공급주체이면서 의약기술의 연구·개발 기관이고 의약품과 신의약기술·정보의 소비주체로서 의료산업을 선도하는 산업으로 보건의료산업 가치사슬(Value Chain)의 중심이기 때문이다. 또한 우리나라의 보건의료산업은 의료서비스를 중심으로 발전되어 있고 제약이나 의료기기 산업 등 기타 산업은 발전 단계에 도달하지 못한 것도 보건의료서비스를 중심으로 보건의료분야 일자리 창출을 고려하게 된 이유이다.

보건의료서비스 산업은 1인당 부가가치가 제조업의 1.8배에 이르는 고부가가치 산업이다. 2007년 국내 의료서비스산업의 명목부가가치는 25조 원을 기록하였고, 실질부가가치 기준으로 2001~2007년 중 연평균 4.8%씩 성장하여 명목 GDP의 3.2% 수준을 기록하였다. 하지만 이는 주요 선진국의 의료서비스산업이 자국 GDP에서 차지하는 비중은 약 5~6% 임에 반해 아직 상당히 낮은 수준이다. 반면 의료서비스 산업의 성장률은 매우 높아 2001~2007년 중 성장률(4.8%)은 전체 경제성장률(4.7%) 및 서비스업 성장률(4.1%)보다 높다. 특히, 민간 의료기관의 빠른 성장세로 경제성장률에 대한 의료서비스산업의 기여율이 2001~2007년 중 2.2%로 1996~2000년 중의 0.5%에 비해 1.6%p 상승하고 있다.

의료서비스 산업의 성장은 제조업의 성장과는 달리 고용창출을 동반하고 있다. 아

1) 의료서비스 산업 : 병원(양방·한방·치과 병원)·의원·공중보건의료업(보건소, 보건지소)·기타 보건업(조산원, 유사의료업 등)  
 - 의약품산업체: 제약회사, 한약(재)생산·유통업체, 의약품 유통업체, 약국  
 - 의료기기·재료산업체: 의료기기·재료 제조·판매회사  
 - 의료기술 연구기관: 의약학 및 생명과학의 지식·기술·정보의 연구개발 기업 및 연구소  
 -화장품산업  
 -식품산업

래는 의료서비스 산업을 포함한 주요 산업들의 고용유발계수를 나타낸 것이다. 고용유발계수는 해당 산업의 생산액 10억 원 당 피용자 수를 의미한다. 의료서비스 산업의 고용유발계수(생산액 10억원 당 투입 피용자 수)는 15.9명으로, 전체산업 평균 11.7명이나 제조업의 9.0명보다 월등히 높다.

표 1. 주요 산업의 고용유발계수 비교

산업연관표 분류	농림어 광업	제조업	SOC 산업	사회 서비스	공공 행정 국방	교육	의료 보건	사회 복지	위생	문화	가사	기타 서비스	전산업
명/10억원	7.72	8.97	14.08	17.79	14.92	22.05	15.92	24.02	20.11	13.25	16.06	13.37	11.74
전산업=1.00	0.66	0.76	1.20	1.52	1.27	1.88	1.36	2.05	1.71	1.13	1.37	1.14	1.00

주: 2003년 산업연관표에서 산출

이처럼 의료서비스 산업은 높은 성장세와 뛰어난 고용창출효과에 힘입어 최근 취업자 수를 지속적으로 늘려 나가고 있다. 실제로 최근 세계적 경제침체로 다른 산업들의 고용 부진이 지속되고 있음에도 불구하고 보건의료산업 분야의 취업자수는 623,000명('08.6월)으로 전년 대비 59,000명 증가하였다.

지금까지의 내용은 현재 시점에서의 고용창출 효과라 할 수 있다. 하지만 의료서비스 산업의 일자리 창출에 있어서 관심이 집중되는 보다 근본적인 이유는 미래 시점에서의 고용창출 잠재력이라 할 수 있다. 의료서비스 산업의 고용창출 잠재력이 높게 평가되는 이유는 무엇보다 전체 고용에서 차지하는 비중이 턱없이 낮은 데 있다. 다시 말해서 우리나라의 보건의료서비스 산업은 외국의 경우와 비교했을 때 향후 대규모의 고용 확대가 기대되는 것이다. 외국의 경우 보건의료서비스 산업은 단일산업으로는 고용규모가 가장 큰 부문(고용비중: 미국 7.6%, 영국 6.7%, 프랑스 7.5%)임에 반해 한국은 현재 약 3% 수준에 불과하다. 또한 서구 국가에 비해 음식숙박업의 비중이 상대적으로 높은 반면 보건복지 등 사회서비스업 비중은 매우 낮은 편이다. 개인서비스업에 치중한 서비스 산업을 사회서비스업에서의 일자리 창출로 전환이 기대되는 지점이다.

<표 2> 국가별 주요 서비스업 유형별 취업자 비교

	(단위, %)			
	미국	일본	독일	한국
교육	13.3	4.8	3.8	7.2
보건복지		9.8	11.9	3.0
음식숙박	6.6	4.7	2.8	8.9

주 : 미국은 2005년, 일본, 독일, 한국은 2006년 실측치.  
 자료: 주무현(2008) “주요 국가의 직업구조와 일자리 창출방안”

실제로 2006년 현재 우리나라의 전체 고용인구 중 보건의료 관련직은 2.5%에 불과하다. 이 수치는 미국(7.6%)과 독일(7.5%)의 1/3 수준이다. 만약 2012년까지 보건의료관련직의 비중을 5.0%(총 132만개 일자리)로 향상시키는 것을 목표로 할 경우 주무현(2008)에 따르면 총 2012년 추정 인력 72만에 추가로 60만개의 일자리 창출이 필요한 것으로 보고되고 있다.

<표 3> ‘선진국형’ 직업별 고용구조로의 개편시 고용창출 기대효과 (단위, 만명, %)

	시나리오1(적극 추진)					시나리오2(소극 추진)				
	목표비중	2012년 전망치(A)	정책효과(B)	(A+B)	정책효과합계	목표비중	2012년 전망치(A)	정책효과(B)	A+B	정책효과합계
관리 경영 금융 사무 직	20.0	444	84(b1)	528	160 (b1+ b2 + b3)	19.0	444	58(b1)	502	95 (b1+ b2 + b3)
보건의료 관련직	5.0	72	60(b2)	132		4.0	72	34(b2)	106	
사회복지 관련직	3.0	63	16(b3)	79		2.5	63	3(b3)	66	

주 1) 2012년 전망치(A)는 경제성장 전망에 따른 인력수요 및 취업자 전망 추정치.

주 2) 정책효과(B)는 정부가 해당 직업의 일자리 목표비중 달성위해 정책 추진할 경우 기대되는 일자리 증가규모 의미.

## 2) 보건의료 질 개선을 위한 핵심과제

국민소득이 높아지고 선진국 의료서비스에 대한 접촉면이 넓어짐에 따라 의료서비스의 질에 대한 국민들의 요구가 점차 높아지고 있다. 특히 경제 수준 향상에 따라 건강 욕구가 지속적으로 확대되고 질적으로 다양화되며, 각종 서비스에 대한 권리의식이 강화되고 있다. 그에 따라 이전에는 보건의료에 대한 국민의 요구가 서비스

제공과 같은 1차적인 수준에 머물렀다면, 시간에 지남에 따라 다양한 서비스를 요구하는 경향이 증가하고 있다.

미국의 National Healthcare Quality Report에서는 의료의 질을 효과(effectiveness), 안전성(safety), 적시성(timeliness), 환자중심성(patient centeredness)의 4가지 구성 요소로 구분하고(Confrey, 1973), 보건의료 요구의 유형에 따라 각 구성 요소의 충족 정도를 계량화하고 있다. 보건의료의 질을 구성하는데 있어서 또한 서구 국가에서는 보건의료 인력의 문제를 수(數), 형태, 지역뿐 아니라 ‘언제, 어떻게 양성할 것인가’와 ‘어떻게 관리되어야 할 것인가’를 포함하는 매우 포괄적인 개념으로 확장하고 있다.

한국보건사회연구원이 2006년 병원급 이상 의료기관 216개를 대상으로 실시한 조사 결과, 입원환자 중 간호사 이외 별도의 인력에 의한 간병이 필요한 환자 38.5%, 15.8%는 개인 부담으로 유료 간병인 이용, 22.7%는 가족이 간병하거나 간병을 포기<sup>2)</sup>하고 있는 것으로 나타났고 박성희의 2003년 <입원환자 간호관리료 차등제에 따른 직접간호활동 및 환자결과 비교>에 따르면 간호 2등급은 환자사망률이 1.3%인 반면, 5등급은 1.7%로 조사되었다. 이상의 내용을 볼 때 의료의 질을 향상하는데 의료인력의 문제는 가장 핵심적인 내용이라고 할 수 있다.

### 3) 변화된 보건의료환경

경제수준 향상, 인구 고령화, 그로 인한 질병양상의 변화로 보건의료 환경은 변화하고 있다. 질병구조의 다양화와 건강위험요인의 증가로 장기요양서비스 등 보건의료 서비스에 대한 요구가 다양화되고 있으며 수요도 증가하고 있다. 또한 지역과 계층간 건강불균형과 의료공급의 양극화가 심해지고 이는 고령화가 진전될수록 큰 문제로 대두될 전망이다. 반면 의료비에 대한 재정압박은 갈수록 심해질 것으로 예측되는 가운데 보건의료 서비스 공급체계 전반의 효율화와 공공성 확대의 필요성은 어느 때보다 중요해 지고 있다. 특히 의료인력은 양성과 배출에 많은 시간과 재원이 요구되어 장기적인 육성정책이 필요하고, 이를 통한 적절한 인력의 유지가 의료공급의 주요한 결정요인이다. 의료인력의 과다한 공급은 경쟁을 통한 유인수요(induced demand)를 창출하고, 국민의료비를 증가시키는 반면 의료인력의 부족은 의료이용의 접근성을 저하시키는 문제를 야기한다. 때문에 보건의료인력의 적정 수

2) 보건복지부, 의료기관 간병인 실태와 운영방안, 2006



급의 문제는 의료의 문제를 넘어 사회전반의 문제로 확대될 필요가 있다.

## 2. 보건의료부분 고용현황과 문제점

보건의료인력의 범위는 다음과 같다.

- 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사(의료법 제2조)
- 간호조무사 (의료법 제58조)
- 약사, 한약사 (약사법 제3조 및 제3조의 2)
- 의료기사, 의무기록사, 안경사 (의료기사 등에 관한 법률 제2조)
- 응급구조사 (응급의료에 관한 법률 제36조)

2008년 현재 의료인력 면허등록 기준으로 의사 95,088명, 치과의사 23,912명, 한의사 17, 541명, 간호사 246,840명, 약사 5만 8,363명이다. 이중 실제 의료현장에서 일하고 있는 활동 의료인은 의사 75,714명(76%), 치과의사 19,751명(82.5%), 한의사 14,818명(84.4%), 약사 31,635명(54.2%), 간호사 107,343명(43.4%)이다.

[표 4] 의료인력 고용 현황

국가명	천명당 활동의사수	천명당 활동간호사수	병상당 간호사수
한국	1.7	4.2	0.33
프랑스	3.4	7.7	0.58
독일	3.5	9.9	0.77
노르웨이	3.9	31.9	1.75
미국	2.4	10.6	1.56
일본	2.1	9.4	
평균	3.1	9.6	

자료: OECD 보건통계, 2009(2007년 자료임)

보건의료분야의 인력은 충분히 공급되고, 잘 훈련되고, 적절히 분포되고, 그리고 효율적으로 활용되어야 한다. 하지만 현재 우리나라 보건의료인력은 수적 불균형, 질적 불균형, 분포의 불균형이 지적되고 있으며 특히 지역간 의료인력의 불균형이 문제가 되고 있다.

<표 5> 미국과 한국 급성기 병상 인력 비교(2007)

(단위: 개, 명)

구분	한국	미국
급성 병상수	259,925	815,117
의사수 (FTE) (전문의, 전공의, 치과의)	36,133	185,941
100병상당 의사수	13.9	22.9
간호사수(FTE)	72,761	1,114,988
100병상당 간호사수	27.9	136.7

Source) 한국 - 건강보험공단 요양기관현황자료, 2007. 6

미국 2007 Hospital Statistics, AHA, 2007

## 1) 의사

의사 인력 공급에 관해서는 상당한 논란이 존재한다. 의사들은 의사수가 지나치게 많아 생존권에 위협이 된다고 하며 의대 정원감축을 주장하고 있는 반면, 객관적인 국제 비교에서는 인구당 의사수가 매우 낮은 것으로 조사되고 있고 3시간 대기, 3분진료로 표현될 만큼 병원에서 의사를 만나기도 어려운 것이 사실이다. 일각에서는 의대 정원을 획기적으로 증가시켜 의료인의 독점공급을 막아야 한다고 주장하기도 한다. 의사수에 대한 분석은 다양한 측면이 있을 수 있으나 우리나라의 의사인력 공급에서 핵심적 문제는 숫자의 문제가 아니라 적정한 공급과 질관리라고 할 수 있다. 먼저 객관적 지표를 통해 현 의료이용량에 기초한 수요추계 결과를 보면 의사인력은 공급과잉으로 나타나지만, 대부분의 OECD국가들에 비해 인구당 의사수는 낮은 수준이다. 하지만 현 공급수준 하에서 인구당 의사수는 조만간 선진국 수준에 도달될 것으로 전망되고 있다.

### (1) 인력 수급의 지역간 불균형

일반적으로 보건의료인력 공급의 불균형은 크게 직종·전공분야 불균형/ 지역간 불균형/ 제도적 불균형과 서비스 불균형/ 공공·민간 불균형 등이 문제가 된다. 우리 사회 의사인력 공급에서는 이상의 불균형이 모두 나타나고 있다. 먼저 지역별 불균형이 심각하다. 인구 천명당 활동의사의 수는 2008년 현재 1.7명으로 조사되고 있는데 이는 OECD 평균 3.1명, 미국 2.4명에 비해 상당히 낮은 편이다. 반면 서울지역은 2.56명으로(천명당) OECD평균보다는 낮지만 기타 지역에 비해 월등히 높은 것으로 나타났다.

의사인력에서 더 큰 문제는 병상당 의사수의 절대 부족과 지역적 편차이다. 병상당 의사수는 전국 평균 0.14명으로 OECD평균인 명에 비해 매우 부족한 수준이다. 더구나 최고지역인 서울(0.29명)과 최저지역인 전남·경북·경남(각각 0.06명) 사이에서는 4배 이상의 격차가 나고 있다.<sup>3)</sup> 이는 우리나라 병상이 지나치게 과잉공급되어 있기 때문에 병상을 커버하는 의사 수가 상대적으로 부족해 지는 결과를 초래한 것이다. 병상당 의사수는 급성기 병상위주의 우리 사회 의료제공시스템의 현실에서 실제 병의원에서 제공되는 의료서비스의 질을 직접적으로 반영하고 있다는 점에서 의의가 있다. 또한 인구 10만명당 활동의사수도 '08년 기준으로 가장 적은 지역인 경북의 경우 95.2명으로 가장 많은 지역인 서울(216.6명)의 약 44%에 불과한 것으로 나타나 수도권의 공급과잉과 지방의 공급부족으로 인한 지역간 불균형이 큰 문제로 대두되고 있다.

지역 간 불균형 문제는 의료이용의 형평성 측면에서 반드시 해소해야할 과제이나 우리나라와 같이 민간주도의 자유로운 병의원 개설이 허용되고 있고 의료공급의 대부분이 민간주도인 영리적 체계 하에서는 그 대책마련이 쉽지 않은 것이 현실이다. 특히 의료전달체계가 무너진 상황에서 수도권 대형병원으로 환자가 집중되는 현상<sup>4)</sup>이 심화되면서 지역별 의사인력의 편차는 더욱 커지고 있다. 이는 분만병원이 없는 지역이 27개 시군에 이르는 등 농어촌 지역 필수의료 인프라의 붕괴로 이어지고 있다.

다음으로 대다수가 민간영리의료기관에 근무하고 수익이 높은 진료과를 우선적으로 선택하게 되면서 응급의료 등 필수적 공공의료 담당 인력의 부족이 심각해지고 있다. 대표적으로 우리나라의 응급실 예방가능사망률은 39.6%로서 선진국의 10%대 수준에 비하여 매우 높은 편이다. 이는 시장성이 없는 응급의료분야의 민간투자기피와 인력부족이 원인으로 43개 군에 응급기관이 부재하고 93개 시군에 응급의료 전문의가 없는 형편이다.

## (2) 지나친 전문화

3) 2008년 병원경영연구원에 따르면 100병상을 기준으로 특별시 40.9명, 광역시 24.0명, 중소도시 20.6명, 농어촌지역 10.2명으로 지역별로 병원의사수의 불균형을 보이는 것으로 조사되었다.

4) 서울소재지역 종합전문요양기관 20곳의 관외수입(타 지역 환자들로 인한 수입)이 2006년 63.6%(1조 1,879억원), 2007년 59.6%(1조 2,977억원), 2008년 59.6%(1조 4,959억원)로 집중되고 있다.

면허등록의사에서 전문의가 차지하는 비율이 계속적으로 증가하고 있는 것으로 나타나 '95년 면허등록의사 중 전문의는 56.0% 수준이었으나 '08년 면허등록의사 95088명 중 66821명(70.0%)이 전문의로 계속적으로 증가하고 있다. 특히 활동의사 중 전문의 비율은 더욱 높아져 2008년 현재 전체 활동의사 75,714명 중 56,505명이 전문의이고 전문의 수련과정을 밟고 있는 사람이 14,022명으로 전체 %에 달하고 있다. 이러한 지나친 전문의 배출과 진료과목의 편중은 많은 문제를 야기하고 있다. 전문의 중에서도 일차진료의사라 할 수 있는 가정의학전문의는 전체 의사의 5.5%, 전문의의 8.1%에 불과하고 특정 분야의 분과전문의가 전체의 %에 달하고 있다.

이러한 문제의 원인은 기본적으로 의사 면허 취득 후 수련과정이 제대로 조직되지 못한 상황에서 무조건 병원중심의 수련체계를 수립해온 역사적 배경에 근거한다. 의사면허 취득 후 의료전달체계에 필요한 적정 인력이 어떤 과정을 통해 수련받아야 할 것인가에 대한 연구와 대안마련 없이 급성기 치료 중심의 병원에서 수련을 받다보니 실제 의료시스템에서 필요한 수요보다 훨씬 많은 수가 분과전문을 취득하게 된 것이다. 외국의 경우 대부분을 차지하는 일차의사는 적절한 시스템하에서 3-4년의 수련기간을 거치고 일차의료에 맞는 내용을 학습하게 되는 반면, 우리나라의 의사들은 무조건 병원에서의 세부분과의 수련을 강요받게 되면서 장기간의 고된 수련기간을 감내해야 함에도 불구하고 실제 임상진료와 수련내용은 일치하지 않는 심각한 비효율의 문제를 야기하고 있다. 이는 다시 의사인력 양성비용의 증가로 이어져 의사들의 경제적 요구수준이 높아지고 치료중심의 고가진료를 선호하게 되는 악순환으로 이어지고 있다.

특히 의료수요에 기초하지 않고 병원의 전공의 수요에 맞춰 전문의 인력의 수가 결정되기 때문에 1차 의료 이외의 전문과목에서의 수요가 큰 병원의 이해를 반영해 분과전문과목 위주의 수련이 되고 있고 반드시 필요한 일차의료나 응급의료 등의 전문의는 턱없이 부족한 상황이 되고 있다. 또한 수련후 임상에서 경제적 이득을 많이 취할 수 있는 분과에 지원자가 몰리게 되면서 이런 경향은 심화되고 있다.

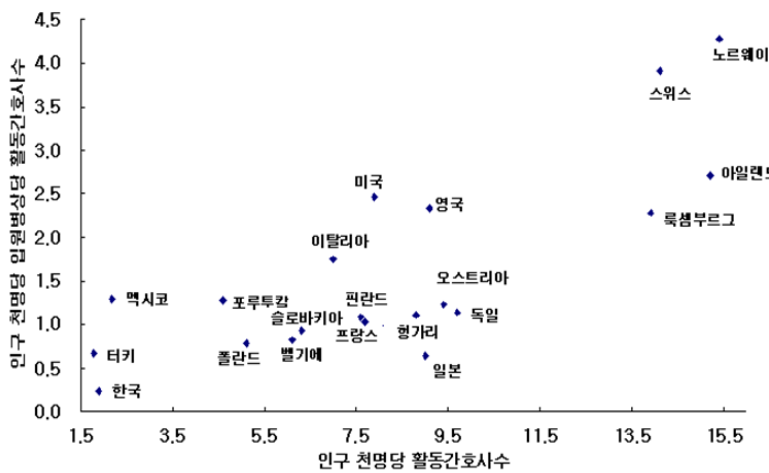
## 2) 간호인력

(1) 간호인력의 절대부족

2009년 현재 의료기관에 근무하는 간호사수의 경우 110,931명, 간호조무사는 108,744명이다. 반면 2008년도 말까지 누적간호사 수는 249천명 수준으로 나타나 실제 활동하는 간호사는 46%에 불과하다. 인구 천명당 활동 간호사수를 보면 우리나라는 2007년 기준으로 4.2명에 불과해 OECD평균 9.6명의 절반에도 미치지 못하고 있고 급성기 병상당 간호사수는 OECD 평균이 1.00명, 우리나라는 0.33명으로 보고된 바 있다. 미국과 비교해보아도 100병상당 간호사수가 한국이 27.9명, 미국 136.7명으로 나타나 우리나라 병상당 간호사의 수는 매우 부족함을 알 수 있다. 국가의 공급 간호사 수와 생산성은 의료서비스의 질에 영향을 미치는 주요요소로서 이는 환자서비스 질과 직결되어 있다.

특히 병상신증설요인으로 인한 간호인력증가, 노인장기보훈제도의 시행요인, 보건교사 배치 의무화 및 종합전문요양기관의 인증제 등의 요인으로 인해 간호인력의 수요증대의 필요성이 커질 것으로 예측되고 있는데 2009년 병원경영연구원의 연구에 따르면 의료법기준으로는 12.2천명, 현행 병원경영통계기준(100병상 간호사 인력 33.8명)으로는 12.4천명의 신규수요가 발생할 것으로 예측하고 있다.

<표 6> 인구 천명당 활동 간호사수 국제 비교

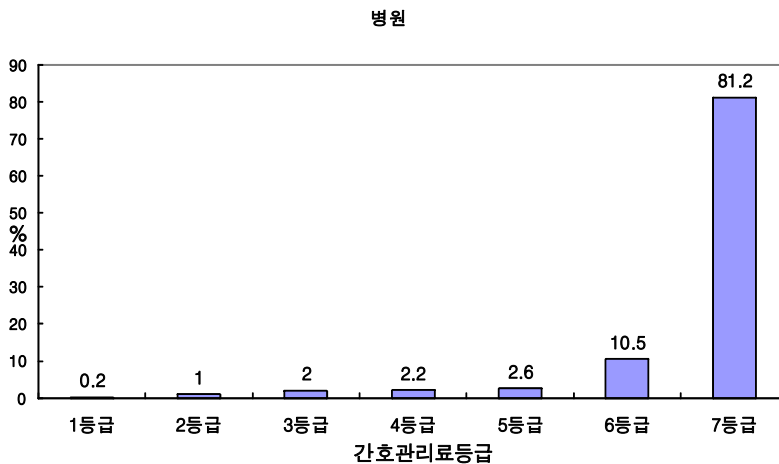


source : OECD health data, 2008

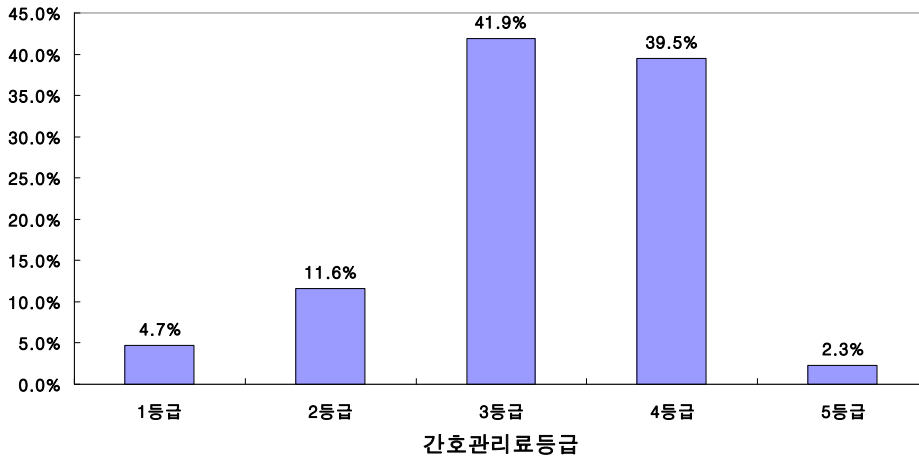
(2) 지역적 불균등과 중소병원 인력난

우리나라의 간호인력은 매우 불균등하게 배치되어 있다. 특히 지역별 편차가 심하여, 가장 적은 지역인 충남의 경우 인구 10만 명당 활동 간호사수가 113.7명으로 가장 많은 지역인 광주(280.9명)의 약 40%에 불과하고 병상당 간호사수 역시 전국 평균 0.27명이나 최고지역인 서울(0.46명)과 최저지역인 경남(각각 0.15명) 사이에서는 3배 이상의 격차를 보이고 있다. 의료부문은 시간을 지체할 수 없는 경우가 많은 대인서비스이고 또한 의료자원의 부족은 주민들의 의료이용 접근도를 저하시키기 때문에 공간적·시간적 접근성은 특히 중요한 의미를 지닌다.

병상당 간호인력 역시 매우 큰 차이를 보이고 있는데 최근 수도권의 대형병원들의 병상 신·증설에 따른 지방병원의 간호사들의 높은 이직현상으로 지역별, 병원 규모별로 몇 배까지도 차이를 보이고 있다. 이런 현상은 지방 중소병원에서 더 심각하여 중소병원의 간호인력은 대형병원의 1/2~1/4수준이다. 지방 중소병원의 간호사 1인당 병상수는 14.8~18.3병상, 근무당 담당 환자 수는 40~60명 수준으로 대도시 병원의 1인당 병상수 10병상에 비해 2배 가까운 차이가 나고 있다. 그러다 보니 병원급 의료기관과 군지역 병원의 간호인력 1/3 간호조무사로 대체되고 있고 의료기관 평가에서도 중소병원 55%가 간호등급 신청을 아예 포기하거나 신청병원도 61%가 6등급 이하인 상황이다. 이런 간호인력의 불균등한 배치와 인력난은 의료수준의 심각한 질저하의 결과를 낳고 있다.



종합전문요양병원의 간호인력등급



또한 중소병원은 간호인력을 구하지 못해 인력난에 시달리고 심지어 병동을 폐쇄하거나 수준 미달의 인력을 고용하게 되는 경우가 많아지고 있는데 중소병원의 45.7%가 간호인력 구인난으로 병동을 축소하거나 폐쇄한 경험이 있다고 한다. 이는 다시 지방 중소병원 의료의 질을 저하시켜 의료의 공백을 초래하게 되고 고스란히 환자의 부담으로 돌아가 보호자가 간호사의 일을 해야 하는 경우까지 생기고 있다.

<표 7> 중소병원의 병상 수 대비 간호사 비율

구분	전체병원		요양병원		일반병원		종합병원		대도시병원		중소도시병원		군지역병원	
	n	평균	n	평균	n	평균	n	평균	n	평균	n	평균	n	평균
2007년 5월	196	14.8:1	43	18.8:1	99	18.3:1	44	4.7:1	69	10.0:1	87	18.6:1	36	13.9:1

\*주: 기타병원은 분석을 제외하였음

자료 : 한국보건산업진흥원·대한중소병원협회, 간호인력 수급 및 간호관리료 차등제에 대한 실태조사, 2008

### (3) 유희인력의 문제와 숙련인력의 부족

문제는 이러한 인력난과 간호인력의 부족이 실제 간호인력이 부족해서 발생하는 것이 아니라는 점이다. 간호사의 이직율과 취업포기도 많이 발생하고 있어 2006년 조사에 따르면 이직율은 15.8%에 이르고 면허소지자가 23만 명인데 반해 활동간호사는 63.2%인 13만 명, 그중 의료기관에 종사하는 사람은 76%에 불과하다. 유희간호사 중 70%가 재취업을 원하지만 그 중 소수만이 취업에 성공하고 있다. 특히

간호사 이직율은 간호관리료 등급이 낮을수록 높아지는 것으로 조사되고 있는데 7등급 기관이 31.8%로 가장 높고, 2등급 23.4%, 3등급 19.4%, 4등급 17.8%, 5등급 21.2%, 6등급 25.2%로 병상당 적정 간호인력이 확보되지 않은 열악한 병원일수록 실제 근무시간의 법정 근로시간 초과, 간호업무량 증가 등 노동강도 상승과 함께 간호사의 이직이 증가하는 악순환이 반복됨을 알 수 있다.<sup>5)</sup>

이렇게 간호인력의 근무조건과 임금수준이 열악하고 병원에서도 임금부담의 이유로 숙련 인력의 채용보다 순환이 빠른 새로운 인력 채용을 선호하는 관계로 의료기관 내 숙련된 간호인력이 부족해지고 있다. 이는 의료기관의 질관리와 환자의 만족도에 큰 영향을 미치게 되고 의료사고 등의 문제를 야기하게 된다.

이는 높은 노동강도→낮은 근속연수와 높은 이직률→잡은 신규채용으로 인한 업무 미숙→환자에 대한 의료서비스 질저하→환자 생명을 위협하는 의료사고(이주호, 2008)로 이어지는 의료 질 저하의 결과와 낮은 서비스 질→환자 외면→수지 악화→서비스 질 저하(이상영, 2008)로 이어지는 중소병원 수익난의 결과 등의 악순환을 초래하게 된다.

<표 8> 우리나라 비의사 의료인력규모

구분		간호사	간호조무사	약사	의료기사	의무기록사	합계
면허(자격)등록	인원	244,274	382,722	57,176	154,172	12,448	850,792
활동인원	인원	139,367	104,522	36,715	86,781	3,281	370,666
	비율	57.1	27.3	64.2	56.3	26.4	43.6
유휴인력	인원	104,907	278,200	20,461	67,391	9,167	480,126
	비율	42.9	72.7	35.8	43.7	73.6	56.4

주 1) 간호사에 조산사 포함.

주 2) 의료기사 - 임상병리·심리사, 방사선사 물리·작업치료사, 치과기공사, 치위생사

주 3) 영양사, 안경사, 응급구조사 등 일부 직종은 제외

자료 : 보건복지가족부, 2008 보건복지통계, 2008년 / 한국고용정보원, 2007 한국직업전망, 2007

### 3) 간병인력<sup>6)</sup>

5) 김명애 등, 중소병원 간호활성화를 위한 현황조사 연구, 임상간호연구, 2009년 4월

6) 간병인력외에서 장기요양보험이 도입되면서 요양보호사를 포함한 요양인력도 보건의료서비스 고용



## (1) 인력현황

핵가족화, 여성의 사회진출 확대 그리고 생활양식 및 의식구조의 변화로 가족기능은 축소되고 있는데 반해, 인구 고령화로 인한 만성질환자는 늘어나고 있다. 이로 인해 종래에는 가족 특히 여성이 담당하던 간병활동을 담당하는 '간병인'이라는 새로운 직종이 1980년대 들어 나타나기 시작했다. 간병인이란 소위 일반인으로서, 의료관련 법령에는 그 역할이나 임무가 규정되어 있지 않고 신분보장이 안 되어 있는 상태에서 환자의 보호자 역할을 하면서 환자를 돕고 보수를 받는 사람을 말한다.

간병이라는 용어는 사전적으로는 '병자나 다친 사람의 곁에서 그를 보살피며 바라지를 하여 주는 것'을 의미하며, 국내문헌에서는 돌봄, 환자도우미, 수발, 간호 등의 용어가 함께 사용되고 있다. 병원 입원환자에 대한 서비스는 국가의 면허 또는 자격을 취득한 자가 아니면 수행할 수 없도록 규정되어 있음에도 불구하고, 현재 많은 간병인들이 환자 개인의 일시적·일일 고용계약에 의해 환자에게 간병 또는 일상생활에 관련된 제반 서비스를 제공하고 있다. 실제로 우리나라에는 다양한 종류의 간병·요양 노동자가 다양한 제도 속에 편입되어 있다. 병원근무 간병노동자, 산재보험 간병급여하의 간병노동자, 장애인 간병노동자, 노인장기요양보험제도의 요양시설근무자 및 재가요양보호사 등은 다양한 제도에 편입되어 있고 상이한 조직 속에서 일을 하고 있다.

이러한 특성 때문에 우리나라에서 정확한 간병인력의 규모를 파악하는 일은 쉽지 않다. 의료기관 간병인의 실태를 조사한 황나미(2006)는 유료 간병인의 규모를 약 3만 명으로 추정하였다. 2009년 말 보건복지부는 대통령 업무보고에서 현재 3만명 규모의 간병인력을 2010년 중에 1만 여명 늘린다는 계획을 발표했는데, 이로 보아 정부도 황나미(2006)의 추정치에 근거해서 정책을 수립하고 있는 것으로 보인다. 하지만 정부 사회적 일자리 사업관련 간병도우미와 노인복지시설 등에서 일하는 간병노동자와 대기 중인 간병인력, 비공식적으로 가사 서비스의 일부로 취급되어 간병 노동을 제공하는 간병노동자 등을 고려하면 훨씬 더 큰 규모의 간병인력이 존재할 것으로 보인다(임준, 2007).

의 핵심적 영역으로 부각되고 있다. 하지만 본 보고서에서는 요양인력은 다음에 다루고자 한다.

<표 9> 의료기관종별 유료 활동간병인력 추정(2005년)

구분*	표본병원 수	전체 병원수	1일 1개소 활동간병인수			전체1일평균 활동 간병인수
			평균 (표준편차 )	최소	최대	
종합전문 요양기관	13	42	78(65.4)	6	190	3,276
종합병원	29	249	31(24.1)	1	100	7,719
요양병원	17	203	32(30.3)	1	90	6,496
병원	11	955	14(10.8)	1	40	13,370
<b>계</b>	<b>70</b>	<b>1,449</b>	-	-	-	<b>30,861</b>

\* 주: 집단 간 활동간병인수 평균값이 유의한 차이가 큰 의료기관종별 변수 적용

출처: 황나미 등(2006), 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안, 여성가족부

실제로 병원급 이상의 의료기관에서 필요로 하는 간병인력의 수요는 현재 활동 중인 간병인력을 훨씬 뛰어넘는다. 아래 표는 2006년 보건사회연구원의 조사결과로써 현재 총 간병인력 수요는 187,938명에 달한다. 의료기관의 수요치와 실제 활동 간병인력 규모 사이의 커다란 격차가 어떤 함의를 가지는지에 대해서는 향후 면밀한 조사가 필요하다.

<표 10> 병원급 이상 의료기관 가동병상 규모에 따른 총 간병인력 수요 추계  
(단위: 개소, 명)

병상구분	기관당 평균 간병인력 수요	전체기관수(Num)*	전체 간병인력 수요(Caregivers)
30~99 병상	57	749	42,693
100~299 병상	119	575	68,425
300~499 병상	313	107	33,491
500~699 병상	297	65	19,305
700 병상 이상	429	56	24,024
<b>전체</b>		<b>1,552</b>	<b>187,938</b>

\*주: 2005년 4/4분기 요양급여 신청 병원급 이상 기관수 적용(정신·결핵·한센병원 등 특수병원 포함)

출처: 황나미 등(2006), 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안, 여성가족부

활동 간병인력 규모와 간병인력 수요 규모 사이에 존재하는 커다란 간극을 단순히 인력 배출이 부족한 것으로 판단할 수는 없다. 현재 간병 인력은 ‘노인복지법’, ‘국민기초생활보장법’, ‘산재보험법’, ‘대한적십자법’ 등에 따라 양성되는 간병 인력과 이와 유사한 업무와 교육내용을 갖는 간병인, 케어복지사 등 민간자격제도로 양성되는 인력으로 다원화되어 있고 그 규모도 최근 폭발적으로 증가하고 있기 때문이다. 한국보건사회연구원의 2006년도 조사에 의하면 간병인 교육기관의 교육생

배출인원은 전국에 약 247,236명에 이르는 것으로 알려져 있다(임준 외, 2007). 이와 같이 다양한 배출인원 규모는 위의 표에서 확인한 수요 규모를 능가하는 수준이다.

## (2) 문제점

간병 수요가 폭증함에 따라 다양한 형태로 인력공급이 이루어지고 있으며 그 형태는 이른바 ‘틈새 시장사업’을 노린 다양한 단체의 양성·활용이 중요한 통로가 되고 있다. 앞으로 가족, 특히 여성에 의해 제공되었던 간병을 기대하기 어려워 사회적 요구가 더욱 높아질 것으로 예상된다. 우후죽순처럼 번지는 간병인력 수급 채널의 다양화에도 불구하고 그동안 간병인력 양성에 대한 정책적 접근은 매우 일천한 수준에 머물러 있다. 그동안에는 의료의 질적 서비스 제고를 위해 건강보험 수가체계를 개선하여 간호서비스를 향상시키고자 노력하여 왔지만 여전히 환자가족이나 환자 개인 고용에 의한 유료간병인이 의료기관에 상주하여 가족간 갈등을 초래하고 환자 비용부담을 가져오고 있는 것이 현실이다.

또한 제도권 밖의 인력이 의료기관에 상주하여 질환을 가진 환자를 돌봄으로써 발생가능한 감염 및 안전사고나 위험에 대해서는 어떤 제도적 장치가 구축되어 있지 않는 바, 종래의 가족 특히 여성의존에서부터 사회문제로 공식화하여 공적책임에 의한 체계(system)내에서 간병서비스의 사회화가 요구된다고 하겠다. 2008년 7월부터는 노인수발보험(장기요양)제도를 통해 일상생활의 장애로 인해 필요한 간병서비스를 시설 및 가정에 제공하고자 현재 시범 사업 중에 있으므로 간병서비스의 지속성을 유지하기 위해서는 의료기관 간병서비스에 대해서도 고려하여야 할 시점에 이미 도달하였다. 가족 복지 제도화의 목표가 가족의 삶의 질 향상임을 주지할 때, 저출산·고령화 시대의 입원 환자에 대해서는 간병서비스가 경제적 부담능력과 무관하게 간호서비스 전달체계 내에서 그 대안이 모색되어 총체적인 돌봄(holistic care)의 형태로 접근되어야 할 것이다.

뿐만 아니라 간병인력에 대한 고용정책은 해당 노동자의 노동권과 건강권 차원도 고려되어야 한다. 정책 사각지대에서 간병인력이 급증하면서 노동권의 상태가 매우 열악해지고 있기 때문이다. 돌봄노동으로서의 간병노동은 여성의 비공식적 노동으로서의 전형적인 모습을 가지고 있다. 병원간병인의 경우 절대적으로 필수불가결한 업무를 병원 내에서 수행함에도 불구하고, 의료질서 속에서 '간병'이라는 영역이 공

식적으로 인정받지 못하고 있으며, 매우 모호한 개념으로 자리한다. 한편, 간병노동자는 정확한 규모조차 파악되지 못하고 있으며, 다수의 간병노동자들이 노동법적인 지위를 갖지 못함에 따라 노동시간과 임금에 대한 보편적 기준이 적용되지 못하고 있다. 병원에서 일하는 간병노동자들의 경우 병원자본의 이윤추구 과정에서 인권을 부정당하고 낮은 임금과 장시간 노동으로 심각한 착취를 당하고 있는 경우가 다수 발견된다. 재가서비스를 제공하는 요양보호사의 경우에도 투입되는 노동시간에 비하면 상대적인 저임금상태에 있었으며, 환자와 그 가족들의 요양보호사의 노동에 대한 인식이 불분명하여, 요양보호사의 업무가 마치 '과출부' 업무와 유사하게 인식되고 있는 것이 중요한 문제로 발견된다.

### 3. 보건의료 인력현황 문제의 원인

#### 1) 영리에 기반한 민간 의료체계

우리나라 의료는 민간의료기관이 압도적 우위를 차지하고 있으며 영리에 기반해 운영되는 특징을 지닌다. 그 결과 1, 2, 3차 의료기관의 분화가 제대로 이루어지지 못하고 대형종합병원과 동네병원이 같은 환자를 두고 경쟁하는 구조가 고착화되었다. 군비경쟁에 비견될 만한 이러한 병원간 무한경쟁은 값비싼 의료기기와 병상의 신증축, 유명 의사의 초빙과 막대한 홍보마케팅비용 등의 고비용의 투자를 요구하게 된다.

이런 경쟁 속에서 간호인력 수급환경은 몇 가지 경로를 밟게 된다. 첫째는 근로조건과 주변 환경 혜택이 월등한 수도권 대형병원으로의 인력 집중이다. 수도권 대형병원과 지방 중소병원의 임금격차가 2배 가까이 나는 상황에서 지방병원의 인력난은 필연적인 결과이다.

두번째로는 심한 경쟁으로 인해 고비용의 투자가 필수적인 상황에서 병원이 수익을 내기 위한 유일한 방법으로 병원의 운영비의 가장 큰 비중을 차지하는 인건비의 삭감과 일자리 줄이기를 선택하게 된다. 일자리를 줄이고 노동강도를 높이며 임금을 최소화하는 방향으로 인건비를 줄이는 것이 병원들이 무한경쟁에서 살아남을 수 있는 비결인 것이다. 이는 병원 신경영 도입과 인력감축으로 현실화되고 있는데 인력감축은 채용 축소, 이직시 결원을 충원하지 않기, 구조조정에 의한 인원축소 등으로 나타나고 있다. 그 외에 식당, 청소 등 비 의료분야를 중심으로 한 외주용역과

비정규직의 확대<sup>7)</sup>, 부서 재배치와 통폐합 등을 활용하여 인건비를 줄이고 있다.

세번째로 이러한 의료기관의 경쟁은 병상수를 늘리고 있고 입원일수와 외래건수 등 의료이용을 증가시키고 있다. 우리나라의 급성기 병상수는 세계 최고수준이다. 2006년 현재 6.8병상으로 일본(8.2병상)을 제외하고는 가장 많은 급성병상을 보유하고 있다. 또한 우리나라의 급성기 병상수는 매년 지속적으로 증가하고 있어, 주요 외국의 경우 지속적으로 감소추세에 있는 것과 반대의 현상을 보이고 있다. 장기요양병상도 2005년까지만 해도 절대적으로 부족한 수준이었으나 정부의 지원정책에 힘입어 폭발적인 증가추세를 보여 OECD평균을 훌쩍 넘기고 있다. 이러한 병상수의 증가와 이에 따른 입원일수, 외래이용건수 등 의료이용의 증가는 필연적으로 병의원 종사인력의 부족현상을 가져오게 된다. 특히 수익을 내기 위해 재원일수를 줄이고 중증도의 환자위주로 병실을 채우고, 노동강도를 높이는 방향으로 병원을 경영하는 전략을 택하게 되면서 대부분의 노동자들이 장기 근무를 포기하고 쉽게 이직이나 취업포기를 선택하게 하는 원인이 되고 있다.

## 2) 정부의 보건의료인력 수급 정책의 실패

정부의 보건의료인력 수급정책은 주로 의료인력의 관리, 수요와 공급 등 소요량 예측을 중심으로 진행되어 왔다. 하지만 종합적인 보건의료 인력계획을 수립하지 못하고 주로 의사인력의 수급정책에만 초점을 맞춰왔고<sup>8)</sup> 그 결과 비의사 인력인 간호 인력의 문제와 지역별 불균형 등의 문제가 심각하게 대두되고 있다. 의료서비스의 질은 의사인력도 중요한 역할을 하지만 간호간병인력의 질과 수준이 매우 결정적이다. 하지만 간호사 등 여타 직종은 보건의료인력 계획 내에서 상대적으로 소홀하게 취급받아왔다. 이는 고용조건이 취약해서 많은 간호인력들이 취업을 포기하면서 간호인력난이 심해지자 비전문가의 간호인력 활용정책, 더 많은 인력 배출, 외국인 간호인력의 유입 등을 통해 취약한 고용구조는 유지한 채 저임금의 인력공급만을 피하는 일련의 흐름에서도 명확히 드러난다.

현재까지 정부에서 검토하고 있는 것을 알려진 간호인력 대책을 보면 수가인상을

7) 대한병원협회 1,600여개 회원병원에 대한 조사결과 병원계의 총 근로자수 대비 비정규직 활용비율은 16.4%인 것으로 나타났다.

8) 보건의료인력의 불균형을 해소하기 위해 제4차 경제개발 5개년 계획에서부터 의료인력을 포함한 의료자원의 지역간 불균형해소를 위한 정책방향을 세워 의과대학생에 대한 장학제도실시, 전문의 정원조정 등 여러 정책을 실시하였고, 1989년 전국민의료보험제도의 도입 후에는 의과대학의 신증설을 허가하였음(보건의료자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 2008)

통한 병원의 고용확대를 유도하는 방안, 인력등급제를 통한 병원의 수익보전을 통해 고용확대를 유도하는 방안, 대학 정원을 확대하여 공급을 늘리는 방안, 외국 간호인력 및 비자격자의 간호 인력 활용 방안 등이 있다. 하지만 수가인상을 통한 고용확대는 의료인력시장이 수요독점적 시장으로 병원이 의료인력의 수요독점자이기 때문에 수가인상으로 인한 수익은 병원에 집중될 것이고 수가와 고용확대 사이에 제도적 연결고리가 없기 때문에 인력고용효과가 미흡할 것으로 보인다.

또한 인력등급제는 병원수익에 직접적 영향을 미치기 때문에 수익증대 위해 의료인력을 추가고용할 가능성이 높다. 인력수요가 증가하면 임금이 상승되고 고용이 증가하는 효과를 얻을 수 있다. 하지만 등급 세분화, 인센티브 및 별책 확대, 중소병원에 대한 보완대책 등이 미흡하여 중소병원의 인력난이 가중되는 원인이 되고 있다.

또 일각에서는 인력공급을 확대해야 한다는 주장을 하기도 한다. 대한병원협회를 중심으로 한 병원장들의 주장이 대표적인데 간호대학 정원 조정, 간호조무사나 응급구조사 등의 간호사 대체 방안, 중국·필리핀 등에서 간호사 수입, 파트타임이나 계약직 등 비정규직 간호사 확대 등의 주장이 대표적이다. 이는 간호사의 인력공급이 부족해서 인력난이 발생하고 있다는 단순한 시각에서 출발하여 인력공급을 확대해서 저임금의 유연한 고용조건을 유지할 수 있는 토대를 구축하겠다는 것에 불과하다. 하지만 이런 방식의 접근은 간호간병인력 부족 문제를 해결할 수 있는 방안이 되지 못한다.

지방병원의 인력난은 졸업생 수의 부족이 아니라 병원의 저임금과 열악한 고용환경이 원인이다. 의사의 취업률은 99%인데 반해 간호사, 의료기사 등의 취업률이 50% 수준인 고용상황에는 임금수준(실업의 기회비용)과 고용조건이 결정적 영향을 미치게 된다. 이런 상황에서 인력의 공급만 증가하게 되면 고용시장에서 저임금과 열악한 노동환경이 유지될 것이다. 그렇게 되면 취업희망자는 여전히 부족할 것이므로 인력부족의 해법이 될 수 없다.

### 3) 열악한 고용조건으로 인한 이직과 취업포기

임금수준은 지방과 도시 간호사의 임금은 2배에 가까운 차이가 나고 있어 임금차이와 근로조건이 원인으로 꼽히고 있다. 여기에는 무분별한 경쟁적 병원 신증설과 도

시집중으로 인력수요가 급증하는데도 불구하고 저임금을 통한 수익창출이라는 구조가 지속되기 때문이다. 40시간 초과하는 장시간노동도 매우 일상적이어서 2008년 보건의료노조 설문조사(1만 1,394명) 결과<sup>9)</sup>, 간호사의 평균 주당 근로시간은 46.7시간인 것으로 조사될 정도이다.

그러다 보니 산업재해에 시달리는 병원노동자의 수가 증가하고 있다. 설문조사 결과 응답자 중 40.7%가 근골격계 증상을 보이는 것으로 조사되었고 또한 3교대 근무자의 79.3%가 불규칙적인 근무로 인해 수면상태가 나쁘다고 조사되었다.

그러다 보니 신규인력의 공급은 부족한 반면 이직률의은 갈수록 증가하고 있어 병원간호사회가 2006년 150병상 이상 병원 189개를 대상으로 실시한 조사 결과<sup>10)</sup> 간호사 이직율은 15.8%로 조사되었다. 특히 200병상 미만 병원의 이직률이 17.4%, 200~399병상 병원의 이직률이 21.5%로 나타나 중소병원의 이직률이 심각한 것을 알 수 있다.<sup>11)</sup>

그러다 보니 자격증은 있으나 활동하지 않는 이른바 유휴인력의 규모가 매우 커서 2006년 기준 간호사 면허소지자는 225,385명이며 이중 가용 간호사는 204,785 명인데 반해 활동간호사는 129,423명으로 가용간호사 기준으로 63.2%의 취업률을 나타내고 있고 유휴간호사 인력이 75,362명에 이르고 있다.

지금까지 보건의료부문 고용의 활성화를 위한 정책대안을 마련하기 위해 고용의 현황과 문제점을 짚어보고 문제의 원인을 고찰해 보았다. 의료-간병 인력의 문제는 지나치게 영리화되어있고 민간에 맡겨진 한국의료의 고질적 병폐에서 기인하고 있다. 보건의료부문의 질적 변화가 요구되고 의료서비스 영역의 고용확대가 무엇보다 중요한 시점에서 올바른 의료-간병인력의 양성과 운영은 핵심적 정책과제이다. 다음 보고서에서는 보건의료부문 고용의 정책대안을 중심으로 고찰해 볼 것이다.



9) 보건의료노조, 2008년 보건의료노동자 실태(노동조건 및 의식) 조사보고서

10) 병원간호사회, 2008년 병원간호사회 연구결과 발표회, 2008

11) 200병상 미만 17.4%, 200~399병상 21.5%, 400~599병상 15.0%, 600~799병상 10.0%, 800~999병상 9.40%, 1,000병상 이상 10.0%