

진료지원인력의 정의와 범위에 대한 국제 동향 고찰 및 시사점

A Review and Implication of International Trends for the Definition and Scope
of Physician Assistant

윤석준(고려대 의대 예방의학교실 교수, 보건대학원장)
Yoon, Seok-Jun(Korea University College of
Medicine & Graduate School of
Public Health)

진료지원인력은 의료기관에서 질적으로 향상된 의료서비스를 제공하고 진료의사 부족 문제를 해소하기 위해 운영하는 인력으로 정의된다. 진료지원인력의 업무 범위에 따른 사회의 갈등은 우리나라의 '의료인력 양성 과정'과 '병상 수 증가' 등과 같은 중첩적인 이유에서 비롯된다. 미국, 영국, 캐나다 같은 주요 선진국에서는 이미 오래전부터 별도의 진료지원인력 양성 과정을 운영해 왔다. 이들 국가는 진료지원인력이 의사 부족 사태에서 비롯됐다는 공통점이 있지만, 우리나라와는 달리 오랜 기간의 고민과 합의를 통해 국가 단위의 의료자원 정책과 반응했다는 차이점이 있다. 인력과 시설로 대표되는 의료자원 정책의 중장기 전략을 수립하는 것이 근본적인 해결책으로 사료된다.

1. 들어가며

진료지원인력은 일반적으로 의료기관에서 질적으로 향상된 의료서비스를 제공하고 진료의사 부족 문제를 해소하기 위해 운영하는 인력으로 정의된다(설미이 외, 2017). 미국, 영국, 캐나다 같은 주요 선진국에서는 이미 오래전에 별도의 인력 양성 과정을 마련하여 보편적으로 제공하는 인력이기도 하다. 하지만 우리나라에서는 명칭이나 역할 등이 다양하게 운영되고 있다. 업무 범위의 경계 또한 상당히 모호하다. 그러다 보니 의료진 사이의 불필요한 갈등을 불러일으키고 있다. 예를 들어 PA(Physician Assistant), SA(Surgeon Assistant), 진료보조인력, 임상전담간호사 등 그 명칭도 다양하다(이백휴, 김한나, 이얼, 2011). 필자는 이 글에서 '진료지원

인력'이라는 용어를 사용하고자 한다. 이는 간호사가 진료지원 업무의 대부분을 차지하지만 응급구조사, 임상병리사 등 다른 면허체계에 놓인 인력도 적지 않아 임상전담간호사와 같은 용어는 적절하지 않고, '보조'의 의미 또한 다른 논란을 불러일으킬 수 있기 때문이다. 2021년 국정감사 자료에 따르면 10개 국립대학교 병원의 진료지원인력^(PA)은 2019년 797명에서 2021년 1,091명으로 계속 증가하고 있다(정경희 국회의원실, 2021). 벌써 우리나라 진료 현장에 1만 명 이상의 진료지원인력이 자리잡고 있다는 일부 단체의 주장도 있다(전국보건의료산업노동조합, 2021). 근본적으로 진료지원인력은 의료 현장, 특히 병원에 의사 인력이 부족한 데서 비롯된다는 지적이 어느 정도 설득력을 발휘하고 있다. 하지만 필자는 진료지원인력의 업무 범위에 따른 우리 사회의 갈등에는 더 중첩적인 이유가 있다고 판단한다. 중첩적이라는 것은 단지 양적인 차원의 문제가 아니라는 것이다. 의료인력 양성 과정 자체도 문제지만 각 전문직역 간의 업무 영역이 기계적으로 구성되어 있는 것도 문제이다. 「의료법」 2조에 등장하는 '의사의 지도 하에 시행하는 진료의 보조'라는 문구에서 '지도', 즉 '감독·지시'의 범위가 어디까지인지를 놓고도 의료 현장에서는 혼란이 벌어지고 있다. 근본적으로는 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중에서 병상 수가 가장 과잉인 우리나라의 현재 상황(OECD, 2021)이 문제라고 본다.¹⁾

미국은 예외라 하더라도 대표적으로 진료지원인력이 양성화되어 있는 영국과 캐나다는 주치의제도와 함께 의료전달체계가 비교적 제대로 자리잡은 국가이다. 이러한 국가에서 진료지원인력 문제는 예측 가능하다. 왜냐하면 새로운 병상을 늘리려 할 때 의료전달체계를 비롯한 시스템 전체가 동시에 움직일 수 있기 때문이다. 병상 수를 늘리면 의료 시스템이 반응한다는 의미이다. 캐나다는 스웨덴과 함께 의료 시스템의 지역화가 가장 잘 이루어진 국가로 알려져 있다. 물론 캐나다나 스웨덴 모두 국토의 상당 부분이 인구밀도가 낮아 불가피한 선택이기도 했을 것이다. 인구밀도가 낮은 지역에 적절한 의료인력을 공급하는 것은 국영의료제도(National Health Service [NHS])를 채택한 국가에서도 어려운 숙제일 것이다. 이러한 문제를 해결하고자 할 때, 단순히 의사 인력만을 채우는 것보다 관련 진료지원인력을 양성화하는 문제는

1) 2019년 우리나라의 인구 1,000명당 병상 수는 2위(12.47개)로, 1위인 일본(12.87개)과 근소한 차이를 보이고 3위인 러시아(8.07개)와는 큰 차이를 보인다. OECD 회원국들의 평균 인구 1,000명당 병상 수는 4.47개이다. 또한 2009년 이래로 2019년에는 거의 대부분의 OECD 회원국에서 병상 수가 감소한 것과 대조적으로 우리나라는 2009년 대비 병상 수가 52%나 증가했다(OECD, 2021).

오랜 숙제이기도 하고 자연스럽게 업무 영역이 구분되는 일이기도 하다. 국영의료제도를 구성하고 있는 국가뿐 아니라 동아시아의 싱가포르나 대부분의 유럽 국가들처럼 해당 인력(특히 간호사)이 부족하면 외국의 인력을 유입하는 정책이 또 다른 해결책이 될 수 있다. 이렇듯 의료인력 수급에 대해 오랜 기간 고민해 온 나라들에서는 진료지원인력 또는 보조인력의 문제가 국가 단위의 정책 방향과 맞물려 시스템이 반응하게 된다.

그런데 대한민국의 상황은 어떠한가? 오랜 기간 (특히 의사 인력의 경우) 대학 입학 정원이 일정 한도로 묶여 있는 상황에서 병상 수가 기하급수적으로 늘어나는 현상이 발생했다. 이는 거시적으로 볼 때 인력 정책과 시설 등의 병상자원 정책 간 불일치에서 비롯된 것이기 때문에 적절한 정책의 적시 개입이 필요한 일이었다. 하지만 대한민국의 보건의료 정책에서 의료자원 정책은 ‘의료기관인증평가’와 같이 일부 질적 수준의 개입은 있었지만 거시적인 차원의 병상 수급 조절이나 인력의 양적 수준에 대한 개입은 없었다. 간호사 인력에 대해서는 10여 년 전부터 간호대학 정원을 늘려서, 일정 시간이 지나면 인구 10만 명당 간호사 수가 OECD 평균을 넘어설 것이다. 하지만 전문화를 지향하는 간호 교육과정은 실제 의료 현장에서 필요로 하는 신체 의존도가 높은 환자 돌봄을 포함한 다양한 의료 수요에 대응하지 못하고 있다.

미국의 상황은 어떠한가? 다수가 인지하고 있는 것처럼 미국은 독특하게도 의료 공급 구조나 가격 구조가 시장경제 논리에 입각해 있다. 예를 들어, 민간 의료보험회사들은 지역(주로 세분화된 우편번호 기준)에 따라 의료행위의 평균 관행가격 모음 자료를 의료 제공자에게 제시하고 있다. 관행가격이 특별한 기준에 의해 형성되기보다는 그 지역 주민들의 소득 수준에 따른 지불 능력 등 시장의 논리가 개입하는 것이다. 하지만 인력 양성은 경우가 다르다. 일찍이 1980년대 초부터 미국 임상전문학회들은 20년 또는 30년 후 해당 전문의에 대한 수요·공급 추계 예측 연구(GMENAC, 1980)를 하면서 여러 경로로 인력 수급에 대비해 왔다.²⁾ 간호사 인력은 잘 알려진 것처럼 외국인에게도 면허시험 응시 기회를 열어 놓고 있으며 인력 부족 문제에 탄력적으로 대응하고 있다. 그럼에도 불구하고 의료 현장에 부족한 인력에 대해서는 별도의 공식화된 인력 양성 과정을 통해 진료지원인력인 PA를 양성하고 있다. 상대적

2) 1980년대 초반 미국의 GMENAC(Graduate Medical Education National Advisory Committee)에서 이 방법이 사용되었으며, 필요량에 대한 전문가의 의견을 반영하여 필요한 의사 수를 추계하는 방법이다(김양균, 2013).

으로 탄력적인 공간을 창출하며 진료지원인력 문제에 대처하고 있는 것이다.

일본에서는 전통적으로 의사 집단이 사회에서 존경받아 왔다. 그도 그럴 것이 1868년 무혈혁명인 메이지유신 이후 제2차 세계대전의 패전국 경험을 이어 갔음에도 불구하고 일본 사회에서 주류를 형성하는 집단은 거의 변화가 없었다. 지금도 일본의 유력 정치인의 상당수는 거슬러 올라가면 선조들이 메이지유신 혁명이 집안이다(이상훈, 2008). 막부로 상징되는 권력 최고위층은 변화가 있었지만 지배 구조는 큰 변화 없이 현재에 이른다.³⁾ 상대적으로 안정된 계층 구조하에 의료인이 놓여 있고, 그 정점에 의사 집단이 있다. 이러한 상황은 오랜 기간 일본의사회장을 역임한 다케미 다로가 집권 자민당의 유력 정치인으로 역할을 한 데서도 확인할 수 있다. 일본의 보건의료와 관련해 영어로 기술된 책을 읽다 보면 가장 자주 등장하는 단어가 동료 압력(peer pressure)이다. 소위 이지메(イジメ) 문화로 불리는 ‘왕따’ 문화가 가장 크게 남아 있는 일본 사회와 맥을 같이한다. 구체적인 법적 규정이 없어도 동료들의 압력에 의해 지나치게 양적으로 많거나 비도덕적인 의료 공급은 좀처럼 일어나지 않는다는 의미일 것이다. 일종의 전문가 집단의 자율시장질서가 형성되어 있는 셈이다. 이 상황에서 상대적으로 간호사 등 다른 의료인력과는 협력과 공생의 문화가 우세하게 자리잡게 된다.

대만 역시 일본과 마찬가지로 의료 공급에서 민간이 다수를 차지하고 있다. 하지만 대한민국보다 뒤늦게 전국민건강보험제도가 출범했음에도 불구하고 보수지불제도에서 공공이 다수인 서유럽 선진국에서 보게 되는 총액계약제가 도입되어 있다(박지은, 김계현, 2018).⁴⁾ 필자는 대만 전민건강보험제도 운영에 관여한 경험이 있는 관계자들과 여러 차례 인터뷰를 한 적이 있다. 어떤 경로로 민간 공급자들과 총액계약제 도입에 합의할 수 있었는가 하는 것이 주요 질문이었다. 그 대답은 의외로 간단했다. “끊임없는 협상에 의해 가능했고, 지금도 협상하고 있다”이다. 이 점도 대한민국의 상황과는 많은 차이가 있다. 직역 간 그리고 민간 공급자 단체와 정부 간에 대결 구도가 조성되어 있는 대한민국과 달리 대만에서는 정부와 보험사의 역할에 ‘신뢰’라는 일종의 사회적 자산이 나름대로 충분히 쌓여 있다는 점이다. 이러한

3) “일본 정치에서 ‘삼반(三半)’이라는 단어가 있다. 정치계에서 잘나가는 사람은 세 가지 ‘반’을 가지고 있어야 한다는 의미다. 첫째는 ‘지반’이라 하여 선거구를 말한다. 둘째는 ‘간반’이라 하여 지명도를 말한다. 셋째는 ‘가반’이라 하여 자금을 말한다.”(이진천, 2021)

4) 대만은 전민건강보험제도를 도입한(1995년) 후, 1998년 치과 부문을 대상으로 한 총액 계약제를 시작으로 1999년 중의, 2001년 의원, 2002년 병원에 이르기까지 총액계약제를 확대·시행하고 있다.

정책 환경에서 진료지원인력 문제는 협의 과정을 통해 충분히 조정할 수 있는 영역일 것이다.

지금까지 진료지원인력이 합법적으로 공급되고 있는 영국, 캐나다, 미국의 사례와 민간 공급자가 다수인 동아시아의 일본, 대만의 정책 환경을 살펴보았다. 우리나라의 의료 공급 현장은 더 정교한 정책 디자인이 필요한 상태이다.

2. 주요국의 진료지원인력 현황

미국 진료지원인력협회인 AAPA(American Academy of Physician Assistants)에서는 진료지원인력(PA)을 의사의 감독하에 질병을 진단하고 치료 계획을 기획하여 약물 처방을 포함한 의료서비스를 제공하는 사람으로 규정하고 있다. 이를 위해 일정 시간의 교육과 인증을 토대로 다양한 분야에서 의료서비스를 제공하고 있다. 미국에서도 이러한 PA의 태동은 의사 부족 사태에서 비롯된 것으로 알려져 있다(AAPA, 2019). 주마다 차이가 있지만 1960년대에 일차 진료의사가 부족하여 지역적으로 불균형하게 분포된 것이 그 출발로 알려져 있다. 근대적인 교육과정의 시작은 1965년 베트남전쟁에 참여한 후 제대한 군 위생병들을 대상으로 듀크 대학병원에서 PA 교육과정을 개설하면서 발전해 왔다(AAPA, 2019). 이러한 PA의 역할과 업무 범위는 주마다 차이가 있다. 하지만 의사의 감독하에 지정된 업무를 위임받아 수행한다는 점은 공통 사항이다. 미국에는 2020년 현재 14만 8,560명의 PA가 활동하고 있는 것으로 알려져 있다(National Commission on Certification of PAs, Inc. [NCCPA], 2021).

활동하는 곳은 제한되어 있지 않으며 공공 의료제공시설인 재향군인병원(Veterans Affairs Hospitals), 요양원, 보건소, 교정시설을 포함하여 민간 병원에서도 광범위하게 근무하며 의료서비스를 제공하고 있다. 진료과 가운데에는 외과와 가정의학과, 응급의학과 분야에 많이 분포하고 있고 배출된 PA 가운데 종합병원급에서 2만 명가량 근무하고 있으며, 일차의료기관에도 광범위하게 분포하고 있다(NCCPA, 2021).

2021년 기준으로 미국의 PA 교육 프로그램은 화학, 생리학, 해부학, 미생물학, 생물학, 행동과학 등의 기초 과목을 최소 2년 이상 이수한 이후 등록할 수 있다. 대부분의 PA 교육 프로그램은 임상실무교육 위주로 구성되며 평균 3,000시간 이상 직접 환자를 돌보는 경험이 필요하다. PA 교육과정은 대부분 석사학위과정으로 구성되며 PA 교육인증평가위원회(Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant [ARC-PA])가 교육 프로그램을 인증하며 전

체적인 프로그램의 질 관리를 담보하고 있다. 이러한 ARC-PA는 미국의사협회 등 의사 단체들과도 협력해 평가 기준을 마련하고 프로그램을 개발하고 있다. 공인 PA 자격증을 취득하기 위해서는 ARC-PA 및 PA 교육협회(Physician Assistant Education Association [PAEA])가 인증한 교육 프로그램을 이수하고 PA 국가시험원(NCCPA)이 관리하는 국가시험을 통과해야 한다. 자격을 취득한 후에도 2년 또는 3년마다 일정 시간 관련 교육을 이수해야 하며, 재인증을 위해 10년마다 인증시험도 통과해야 한다. 뉴욕주의 사례를 보면 PA의 업무 범위를 다음과 같이 규정하고 있다(Education Law, 2014). “PA는 의사의 감독하에 주어진 의료행위를 수행할 수 있으며, 실무 수준에서 결정되는 권한에 의한 약물 처방이 가능하다.”이렇듯 의사의 감독하에 제한된 업무 범위이지만 미국의 PA는 약물 처방도 가능하고 종합병원 수술실을 포함한 광범위한 진료 영역에서 활동하고 있다. 일차의료기관 및 의사 수가 부족한 지역에서 PA가 활동하기 시작한 것이 그 출발로 파악된다. 하지만 초기부터 엄격한 인력 양성 교육과정을 수립하고 질 관리를 위해 주기적으로 재평가 과정을 거치는 등 공식적으로 인정받는 의료인력으로 성장해 왔다. 필자의 판단으로는 미국에서 PA가 공식 인력으로 자리잡기까지는 미국 의료체제와 밀접한 관계가 있었을 것으로 사료된다. 세계에서 가장 비싼 의료비를 지출하면서 국토가 광범위한 조건에서 의사나 간호사 같은 주요 의료인력의 부족 사태를 1960년대부터 경험해 온 미국의 의료체제에서는 어찌 보면 당연한 선택일 수도 있다.

영국의 경우 상대적으로 노동조합의 전통이 강한 유럽 사회에서 전공의 근무시간을 줄이면서 발생한 진료 공백과 지방의 의사 부족 사태 등이 겹치면서 진료지원인력으로서 PA의 필요성이 대두되었다(Woodin et al., 2005). 앞서 미국 사례에서 보았듯이 1960년대부터 시작된 미국의 PA 제도는 대서양을 건너 영국 의료계에도 영향을 주기 시작했다. 영국에서 PA 제도가 본격적으로 활용된 시점은 2002년 정도로 알려져 있으며, PA는 농촌 지역 등 의사 인력이 부족한 지역의 일차의료기관에서 주로 활동해 왔다(Straughton & Chase, 2021). 2006년 의과대학들이 협력해 PA를 위한 교육 프로그램을 개발하였고 시범사업을 거쳐 2007년부터 공식 PA 자격을 부여하기 시작한 것으로 알려져 있다. 2014년에는 다른 의료보조인력과 명확히 구분하기 위하여 ‘Physician Assistant’에서 ‘Physician Associate’로 명칭을 변경한 바 있다. 미국의 진료지원인력이 종합병원 등 광범위한 의료기관에서 활동하는 것에 비해 영국의 진료지원인력은 일차의료기관과 중소병원에서 주로 활동하는 것으로 알려

져 있다. 또한 상대적으로 독립성이 강한 미국의 PA와 달리 영국의 경우 의료팀의 일원으로 역할을 하며 업무 범위에 대해 특정 의사와 좀 더 구체적으로 지시·감독 범위에 놓여 있는 것으로 판단된다.

표 1. 국외 진료지원인력 제도 비교

	미국	영국	캐나다
정의	의사의 감독하에 질병을 진단하고 치료 계획을 기획하여 약물 처방을 포함한 의료서비스를 제공하는 사람으로 규정(AAPA)	의료 전문가로, 의사와 함께 일하고 다학제 팀의 필수적인 부분으로 의료 서비스를 제공(FPA)	PA는 의료 모델에 대해 교육을 받은 고도로 숙련된 의료 전문가(CAPA)
역사	1960년대 듀크 대학병원에서 PA 교육과정을 개설하며 발전	2002년 정도부터 활성화, 2007년부터 공식 PA 자격 부여	1900년대 초부터 군의관과 유사한 형태로 PA가 역할
규모	148,560명 (AAPA, 2020년)	2,500여 명 추산 (영국 의사협회, 2021년)	800여 명 추산 (CAPA, 2019년)
주요 역할 및 업무 권한	<ul style="list-style-type: none"> · 신체검사 · 과거력 평가 및 진단 · 특정 치료 조치 실행 · 규제된 약물 처방 및 투여 	<ul style="list-style-type: none"> · 신체검사 · 과거력 평가 및 진단·치료법 계획 · 기본 조치 시행 	<ul style="list-style-type: none"> · 이력 청취, 신체검사 · 진단 및 치료 개입 · 수술 보조 · 약물 처방 가능
교육 프로그램 및 재인증	<ul style="list-style-type: none"> · 교육: 2021년 7월 기준, 277개 이상의 PA 프로그램 · 석사학위과정 · 교육 기간: 2~3년 · 재인증: 2년간 100시간 	<ul style="list-style-type: none"> · 교육: 31개의 대학 프로그램, 2년 과정, 90주, 3,200시간 이수 · 석사학위과정 · 재인증: 5년 이후 · CPD(Continuing Professional Development)⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> · 교육: 2년 과정, 4개의 공인 프로그램(석사 1/학사 3) · 재인증: CAPA 자격 갱신을 위해 지속적으로 CPD를 통해 요구되는 교육 학점
국가 인증시험	미국진료지원인력 국가 인증 시험 (Physician Assistant National Certifying Exam [PANCE])	영국 진료지원인력 국가 시험 (Physician Associate National Examination [PANE])	캐나다 진료지원인력 인증 위원회 주관 인증시험 (The Physician Assistant Certification Council of Canada, PA Certification Exam [PACCC CERT Exam])
PA 협회	미국 진료지원인력 협회 (American Academy of Physician Assistants [AAPA])	영국 진료지원인력 협회 (The Faculty of Physician Associates [FPA])	캐나다 진료지원인력 협회 (Canadian Academy / Association of Physician Assistants [CAPA])

자료: 윤석준(2021)의 내용을 일부 수정함.

5) CPD과정은 연간 50시간 이상 수료를 요구함.

캐나다의 경우 광활한 국토에 인구가 산재한 특성 등에 따라 1900년대 초부터 군의관과 유사한 형태로 PA가 역할을 하기 시작했으며, 본격적으로는 1991년 현재의 PA라는 명칭이 부여되며 공식화된 것으로 알려져 있다(CAPA, 2021). 2003년 캐나다의사협회는 PA를 고유한 의료 전문가로 인정한 바 있으며 2005년 공식 PA 자격시험이 시작되면서 구체화되었다. 미국과 유사하게 거의 모든 임상 환경에서 의료서비스를 제공하고 있으며, 군 의료인력으로도 활용되어 해군 등에서는 해외 활동도 하고 있다. 매니토바주나 온타리오주에서 초기부터 자체 프로그램 및 규정을 준비해 가기 시작했다. 미국의 영향 등으로 인해 엄격한 교육 과정과 자격시험 등이 치러지면서 관련 인력의 질적 수준이 관리되고 있다. 이러한 캐나다의 PA 제도는 당연히 이웃 나라인 미국의 영향을 많이 받은 것으로 판단된다. 특히 인구가 주로 미국-캐나다 국경에 분포되어 있고 북쪽 지역으로 갈수록 추운 기후 때문에 인구가 산재되어 있는 지역적 특성으로 인해 의사 인력의 공급이 원활하지 않은 점 등이 캐나다 PA 프로그램 발전에 큰 영향을 미친 것으로 판단된다.

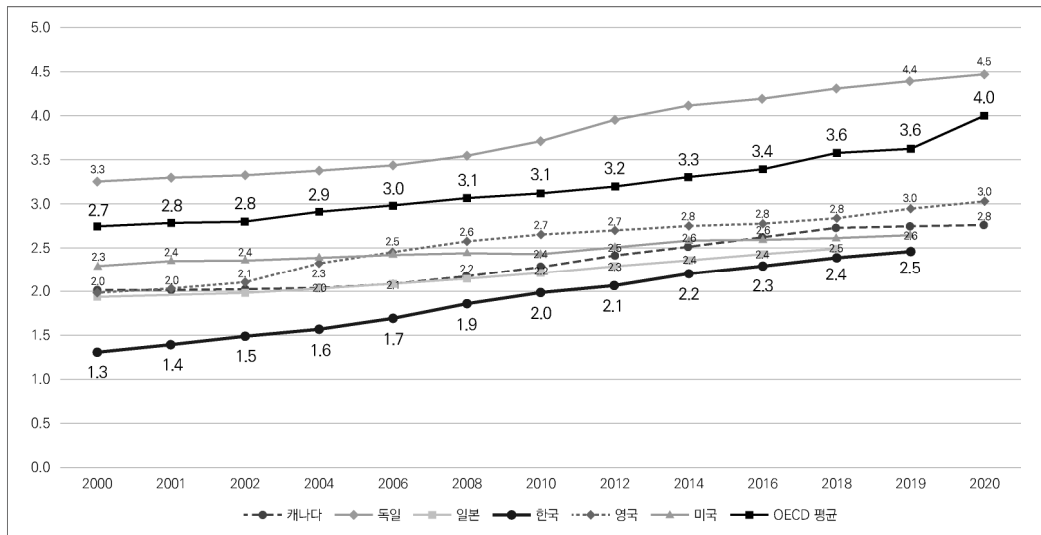
3. 시사점

[그림 1]~[그림 3]에서는 우리나라 병상 수 증가 곡선과 의료인력 증가 곡선의 기울기를 비교해 볼 수 있다. 우리나라 의료 공급의 주체는 90% 이상이 민간 부문이다. 병상 수 수급 조절 기능은 정책적으로 사실상 존재하지 않는다. 의료전달체계도 유명무실하다. 이런 공급체계에서 투자할 자본 여유가 있는 병원급 이상 의료기관은 수도권 신도시를 중심으로 새로운 병원을 설립하거나 병상 규모를 늘리고 있다. 당연히 이러한 공급 구조는 의사, 간호사를 비롯한 새로운 의료인력을 필요로 한다. 그런데 [그림 1]에서 보듯이 대한민국 의사 인력의 기본 공급 축인 의과대학 입학 정원은 약 20년째 동결 상태이다. 간호사의 경우 간호대학 입학 정원이 약 10년 전부터 대폭 증가하고 있으나 실제 의료 현장의 필요와 공급은 불일치(mismatch)하는 상태이다. 간호사는 간호대학 입학 정원 확대 등에 힘입어 절대 공급은 늘어났으나 1년 이내 이직률이 30%를 넘어서고 있어 의료 현장에 착근이 안 되고 있다(병원간호사회, 2020).

필자가 이렇게 판단하는 주요한 이유 중 하나는 간호대학 교육과정이 전문직을 지향하는데 반해 실제 의료 현장은 돌봄을 기본 업무의 하나로 다루고 있다는 점과 상대적으로 경제적 풍요 속에서 자라 온 젊은 세대의 성장 과정과 현재의 병동 및 수술실에서 펼쳐지는 업무

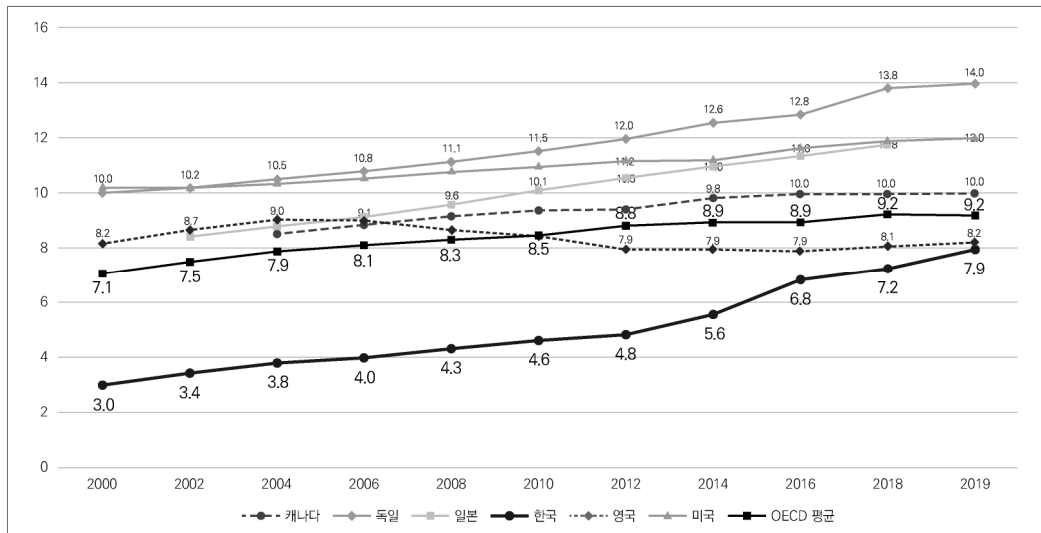
범위 간에는 상당한 문화적 격차가 있다는 것이다. 병동 및 수술·치치실로 대표되는 의료 현장은 당연히 이러한 공급 구조 속에서 다수의 진료지원인력을 필요로 하게 된다. 병상 공급의 지속

그림 1. OECD 주요 국가 간 인구 1000명당 의사 인력 수 비교



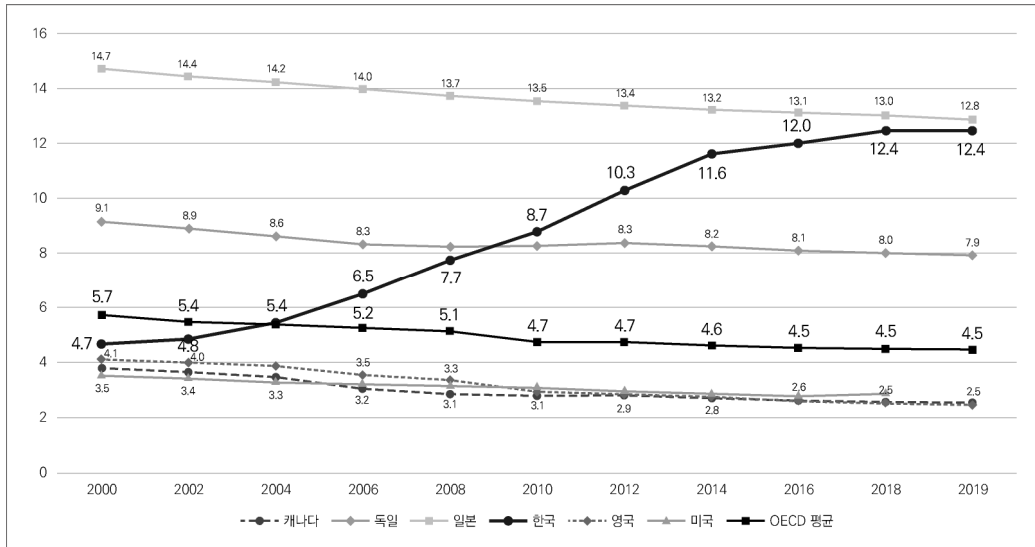
자료: OECD Health statistics(2021)

그림 2. OECD 주요 국가 간 인구 1000명당 간호사 인력 수 비교



자료: OECD Health statistics(2021)

그림 3. OECD 주요 국가 간 단위 인구당 병상 수 증가 곡선



자료: OECD Health statistics(2021)

적인 증가에도 불구하고 중요한 의료자원 정책인 의사·간호사 등 의료인력 수급 정책의 모호함과 그로 인해 수요 공급이 불일치했던 지난 20여 년의 세월이 대한민국 진료지원인력이 병원 단위로 개별 병원의 필요에 의해 증가하게 되었던 주요한 이유이다. 이 점은 앞서 검토했던 영국, 미국, 캐나다 등이 오지·벽지 등의 지리적 이유로 인한 의료인력 부족 또는 일차의료 분야의 의료인력 부족을 경험함에 따라 정부 주도로 진료지원인력을 양성화하고자 했던 과정과는 크게 다른 모습이다.

필자가 모 대학병원 인턴으로 근무할 당시에는 최근 쟁점이 되고 있는 거의 대부분의 주요 의료행위를 의사가 직접 수행했었다. 그런데 최근 들어 의사가 아닌 진료지원인력에게 업무가 상당 부분 위임되어 있다고 한다. 하지만 이와 관련된 명시적인 기준 없이 간호사를 중심으로 한 진료지원인력에게 경우에 따라서는 고난도 업무가 맡겨지고 있다. 2021년에 조사된 진료지원인력 업무와 관련된 실태조사 결과를 보면 의사가 중심이 되어야 할 업무의 상당 부분이 진료지원인력에게 위임되어 수행되고 있음을 알 수 있다. 상급종합병원은 진료지원인력이 거의 대부분 간호사이나, 300병상 미만 종합병원으로 갈수록 간호사 이외 응급구조사나 다른 의료인력도 상당 부분 진료지원 업무에 관여하고 있는 것으로 파악된다(윤석준, 2021).

인력의 공급(특히 의사 인력)은 거의 그대로인 상태에서 최근 전공의특별법에 따라 사실상 전공의 근무시간 단축이 이뤄졌고 병상은 증가하는 상황에서는 진료지원인력이 필요할 수밖에 없다. 특히 정주(定住) 여건이 상대적으로 열악한 지방으로 갈수록 이와 같은 현상은 더 크게 나타날 것이다. 수도권 유명 대학병원이 새로운 부속병원을 건립하면 간호사 인력이 도미노 현상처럼 이동하면서 가뜩이나 인력을 구하기 어려운 중소병원이 더 힘든 상황에 처한다는 점은 이제 거의 정설로 거론되고 있다.

4. 나가며

이상에서 검토한 내용처럼 미국, 영국, 캐나다의 진료지원인력은 특정 지역과 특정 분야의 의사 인력 부족 사태에서 비롯되었다. 그 문제를 정규 교육과정을 통해 필요한 인력을 양성하는 방식으로 해결하고 있는 것이다. 교과서적으로 의료자원의 종류는 인력, 시설, 장비, 관련된 지식정보체제로 알려져 있다(「보건의료기본법」 2021.03.23., 일부개정). 진료지원인력은 이 가운데 의료인력의 범주에 속한다. 그런데 인력 정책은 다른 의료자원 정책, 특히 시설과 밀접한 관련이 있다. 병상 공급이 인력 공급을 필요로 하기 때문이다. 대한민국의 의료 정책 환경은 다분히 경쟁적이고 배타적이다. 특히 의료 분야의 각 인력 간 배타성은 그 정도가 심각한 수준이다. 1990년대 한의사와 약사 간 한약분쟁이 그러했고, 2000년 의약분업 당시 의사와 약사 간 분쟁은 직역 간 다툼을 넘어 대한민국 전체 정책을 압도하였다(조병희, 2000). 최근에는 의사와 간호사 간의 갈등이 드물지 않게 표출되고 있다(김강현, 김희정, 2020). 이러한 상황에서 정부가 공식적으로 인정한 바 없는 진료지원인력이 실제 의료 현장에서 빈틈을 메우고 있다. 현재의 상황은 매우 혼돈스럽다. 하지만 앞이 안 보이고 불투명할수록 정도로 가야 제대로 된 길을 만들 수 있을 것이다. 늦었지만 지금이라도 인력과 시설로 대표되는 의료자원 정책의 중장기 전략을 수립해 그 틀에 맞추어 제 길을 가야 한다. 그래야만 비로소 진료지원인력의 직무 범위와 역할도 제대로 자리매김을 할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 김강현, 김희정. (2020). 입법공백과 딜레마: 간호법 제정지역의 분석. *입법과 정책*, 12(2), 5-34.
- 김양균. (2013). 향후 10년간 의사인력 공급의 적정수준. *의료정책포럼*, 11(1), 93-98.
- 박지은, 김계현. (2018). *대만 총액계약제의 현황과 시사점*. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서.
- 병원간호사회. (2020). *병원간호인력 배치현황 실태조사: 2020 병원간호사회 사업보고서*. 서울: 동 협회.
- 「보건의료기본법」, 법률 제17996호, 2021.3.23. 일부개정. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20210323&lsiSeq=230437#0000>에서 2022.1.10. 인출.
- 설미이, 신용애, 임경춘, 임초선, 최정화, 정재심. (2017). 한국 전문간호사제도의 현황과 활성화 전략. *Perspectives in Nursing Science(간호학의 지평)*, 14, 37-44.
- 이대현. (2021). 대리수술을 간호사가?...PA간호사 전국 약 1만명 추산. *메디컬투데이*, 2021. 5. 7. https://health.chosun.com/news/dailynews_view.jsp?mn_idx=419845에서 2022. 1. 10. 인출.
- 이백휴, 김한나, 이열. (2011). *진료지원인력 활용에 따른 법적문제와 대응방안 연구*. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서.
- 이상훈. (2009). 일본의 세습정치. *일본연구*, 40, 43-64.
- 이진천. (2021). 일본 정치의 3반. *설비저널*, 50(6), 110-111.
- 윤석준. (2021). *진료지원인력 실태조사 및 정책방안 연구*. 세종: 보건복지부, 고려대학교 산학협력단.
- 조병희. (2000). 의약분업정책과 사회적 갈등. *생명윤리*, 1(2), 35-52.
- 전국보건의료산업노동조합. (2021). 보건복지부 「이용자 중심 의료혁신협의회」 ‘불법의료 근절’에 대한 의견.
- 정경희 국회의원실. (2021). *환자 안전을 중심으로 진료보조인력(PA) 정책 결정해야*. https://www.peoplepowerparty.kr/renewal/policy/data_parliamentary_view.do?bbsId=GDT_000000002466468에서 2022. 1. 10. 인출.
- American Academy of Physician Assistants [AAPA]. (2019). *PA Profession Historical Milestones*. <https://www.aapa.org/about/history/>에서 2022. 1. 10. 인출.
- Canadian Association of Physician Assistants [CAPA]. (2021). *About PA History*. https://capa-acam.ca/about-pas/history/#_ftnref1에서 2022. 1. 10. 인출.
- Education Law. N.Y. Code. 8. 131-B Physician Assistants. §6540-6546. (2014). <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/EDN/A131-B>에서 2022. 1. 10. 인출.
- Graduate Medical Education National Advisory Committee. (1980). *Report to the secretary*, Department of Health and Human Services. Geographic Distribution Technical Panel. Volume III. Washington.
- National Commission on Certification of PAs, Inc [NCCPA]. (2021). *2020 Statistical Profile of Certified PAs: An Annual Report of the National Commission on Certification of PAs*.
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD Health statistics. (2021). Health care resources. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>에서 2022. 2. 12. 인출.
- Straughton, K., & Chase, A. (2021). United Kingdom Physician Associates. *Social Innovations Journal*, 8.
- Woodin, J., McLeod, H., McManus, R., & Jelphs, K. (2005). *Evaluation of US-trained Physician Assistants working in the NHS in England. The introduction of US-trained physician assistants to primary care and accident and emergency departments in Sandwell and Birmingham*. final report. Birmingham: University of Birmingham.