

중소병원의 우수인력 확보방안



김 주 환
〈지방공사 포천의료원장〉

I. 머 리 말

중소규모병원, 특히 의료취약지역이라 할 수 있는 농어촌지역에 위치하는 중소병원에서의 우수한 의료인력(의사) 및 관리직인력의 확보란 용이한 일이 아니다. 또 힘들여 확보한 인력들도 우수한 인력의 경우는 1~2년간이라는 단기간의 근무로 더 나은 보수와 더 좋은 생활여건을 찾아서 탈락되어 버리는 것이 상례이다. 중소병원에서는 공석을 메우기 위해서 또 다른 정력을 쏟아야 하고, 특히 의사의 경우 상당기간의 공석은 병원의 이미지를 악화시키고, 이것이 또 병원 경영을 악화시키는 악순환을 거듭하고 있는 것이 중소규모병원의 실정이라고 할 수 있다.

이렇게 된 것은 의사의 경우 생활여건의 지역차, 의사뿐만이 아니라 국민전체속에 깊이 뿌리박고 있는 배금주의사상, 의사의 욕구를 충족시킬 수 없는 미흡한 시설 및 설비 등등, 여러가지 이유가 있겠으나 한마디로 자유방임적 의료제도에 그 근원이 있다고 할 수 있고 행정관리적의 경우 양성제도나 훈련제도가 전혀 없는 데에 그 원인이 있다고 할 수 있다.

원래 의료업은 자유업의 테두리속에 분류되어 자격만 있으면 어디에서나 자유로운 인력구성으로 자유로운 수가로 영업을 해 왔었다. 그러나 국민의 의료에 대한 권리의식의 증대와 방임으로 인한 각종 부작용은 정부로 하여금 의료기관에 소요되는 각종인력의 자격을 규제하고 의료수가를 통제하기에 이르렀다. 우리나라에서는 동난이후 방사선기사, 임상검사기사, 치과위생사·기공사 등의 자격인정제도로 의료기관종사자의 자격을 규제했고, 의료보험이라는 사회적인 의료비부담장치를 통해서 의료수가를 통제하기에 이르렀다.

그러나 의료의 중심인력인 의사의 배치제도나 의료기관의 행정관리인력의 양성은 소홀히 방치하고 있는 상태에 있다. 단, 정부는 의료기관분포의 불균형을 해소하기 위하여 의료취약지역에 병원을 설치하려는 경우 용자를 알선하고 군복무를 대신하여 의사를 농어촌에 배치하는 제도를 시행하고 있으나 이들 제도의 혜택을 받는 병원이나 지역은 극소수에 불과하여 중소병원의 인력난 특히 농어촌이나 소도시의 중소병원의 인력난을 해소하는 데에는 거의 도움을 못주고 있는

것이 현실이다.

의료기관이란 적절한 시설과 인력이 있어야 그 기능을 발휘할 수 있고 현재의 의료공급제도로는 수요가 있어야 존립할 수 있다. 그러므로 현행제도로서는 중소병원에서의 우수인력확보난을 해소하는 데에는 거의 도움을 주지 못하고 있다고 할 수 있다.

따라서 여기에서 중소병원의 확고한 인력확보책이 없을 것인가를 강구해 보고자 한다.

II. 중소병원의 인력확보 및 운용실태

중소규모병원, 특히 농어촌이나 소도시의 중소병원에서 적절한 인력(특히 전문의)을 확보하려면 용이한 일이 아니다. 우선 인건비에 있어 대도시의 대규모병원에 비해 높은 수준의 인건비를 요구하고 일부특정과의 전문의의 경우 요구하는 급료는 엄청난 수준에 달한다.

이러한 높은 수준의 인건비에도 불구하고 중소병원이기 때문에 겪어야 하는 여러가지 문제들 때문에 병원경영효율의 악화라는 결과를 유발한다. 중소병원이 갖는 문제들은 첫째, 의사나 국민이나 전부가 대규모병원 지향적이기 때문에 수요가 적고(사용자가 기대에 못 미치고), 의사의 경우 대부분이 1인과장이기 때문에 팀 진료해야 할 의료에 대해서는 손도 못대는 경우가 많아 병원자체의 신뢰도와 상관하여 이것이 또 병원경영악화의 요인이 되고 있다.

또 필자가 6년여동안의 짧은 중소병원장의 경험에 의하면 의사의 경우 근무기간이 지나치게 짧다는 것이다. 즉, 필자의 경험에 따르면, 전문의들의 근무기간은 최단 1개월부터 최장 1년 1개월간이었다. 이렇게 짧은 근무기간은 신뢰를 바탕으로 하는 의료에 있어 지역사회 주민과 상호의 신뢰관계를 조성할 충분한 기간이 없다는 것을 의미한다.

중소병원에서 의사들이 조기탈락하는 이유로서는 첫째 중소병원 이용자들이 중소병원 근무의사들을 2류 그룹으로 보는 것이 싫다는 것이고 둘째는 혼자로서는 자기가 가지고 있는 능력을 충분히 발휘하지 못하겠다는 것이고 셋째, 혼자이기 때문에 받는 정신적인 스트레스에 비하면 보수가 충족되는 수준에 미치지 못하고, 네째 학문이나 의료기술의 진보에 접할 기회가

적어 동료에 비해 뒤떨어진다는 중압감을 열거하고 있다. 이러한 중소병원, 특히 지방중소병원의 의사탈락의 사유들은 중소병원육성이라는 견지에서 볼 때, 병원경영자의 입장에서나 정책적차원에서나 필히 해결되고 개선되어야 할 문제로 생각된다.

한편, 병원의 행정관리분야에 있어서도 병원경영현황의 과학적과악, 추세의 예측, 경영전략의 수립 등을 원만히 하기 위해서 필요한 전문가의 양성은 너무나 소홀히 하였었다는 감이 있다. 그러므로 일부에서는 병원의 행정관리를 토목공사장이나 다름없는 주먹구구식 행정이라 악평을 하는 사람도 있을 정도이다. 한 예로서 병원의 통계작성도 병원마다 큰차를 보여 병원간의 상대비교, 또는 표준비교를 할 수 없는 형편에 있다. 병원의 기본생산성을 표시하는 종류별 외래진료수나, 입·퇴원수, 입원자의 병일수의 측정방법 등마저도 아직 통일이 되지 못하고 있는 형편에 있다. 이는 병원행정이나 경영관리의 규범이 정립되지 못하고 있음을 증명하고 남음이 있다. 즉, 병원관리분야에는 전문인력이 없다고 할 수 있고 이 분야의 인력양성도 우리에게는 중요한 과제라 할 수 있다.

III. 세계보건기구의 권장

나라별로 제도의 창시, 개선 및 확립을 위해서는 연구에만 많은 시간과 경비 및 여러사람의 정력을 소비해야 한다. 그러나, 만 나라에서의 연구결과나 경험을 활용한다면 우리가 다시 연구개발에 필요한 각종 낭비요소를 배제할 수 있다.

이러한 기능을 담당하고 있는 것이 우리나라도 가맹하고 있는 세계보건기구이다. 세계보건기구는 건강과 관련된 모든 분야에 대한 연구와 그 결과를 회원국에 통고 내지는 권장하고 있다. 그러므로 회원국에서는 별도의 연구결과를 기다림이 없이 세계보건기구의 권장을 정책으로 채택하여 이를 시행하면 되는 경우가 허다하다.

중소병원의 인력확보를 위한 확고한 제도를 마련하려는 경우, 세계보건기구의 「전문인력의 적정분포에 관한 권장」을 적용 내지는 수정적용하면 될 것이다. 이 권장은 두가지로 대별할 수 있는데 첫째는 자극적 유인제도의 마련이고, 둘째는 강제하는 제도의 마련

이다.

자극적 유인제도의 내용으로서는 ① 승급을 빨리 한다든지 또는 경력환산시 3년 근무를 5년으로 환산하는 등의 지위향상 ② 복수의 전문인을 배치한다든지 학회참석의 경비 등의 부담으로 전문인으로서의 격리감의 해소 ③ 주택제공 ④ 직무의 곤란성과 격리감으로 근무기간의 한정, 일정근무후의 영속근무의 보장 ⑤ 자극급의 급여 등을 권장하고 있다.

다음은 강제배치제도의 확립이다. 태반의 중앙집권주의 국가들은 정도의 차는 있으나 강제제도를 채택하고 있으며 일부국가에서는 장학금 지급기간과 동기간 지정하는 기관이나 장소에서 근무하게 하는 제도를 채택하고 있어 이런 방법도 권장하고 있다.

우리나라에 있어서도 면보건의소에 공중보건의의 배치, 극히 일부에나마 의료취약지구병원에 공중보건 전문의의 배치는 위계도를 준용하고 있는 것이라 할 수 있다. 그러나 그 적용범위가 극히 협소하여 중소병원의 인력확보분야는 거의 소외되어 온 것이 사실이다.

IV. 일본의 경우

일본의 경우도 의료인의 도시집중현상은 우리나라와 다를바가 없다. 그러나 벽지에 의료인을 배치하기 위한 노력이 정부의 정책으로 반영되고 있다. 본고의 주제인 『중소병원의 인력확보문제』와는 다소 다른 바가 있으나 상통되는 부분이 있어 살펴 보기로 한다.

여러가지 연구결과에 의하면 의사의 욕구를 충족시킬 수 있는 병원의 규모는 200명상 이상의 크기라는 것이 판명되었다. 그래서 200명상 이상의 병원으로서 일정장소에 위치하는 병원을 『벽지중핵병원(僻地中核病院)』으로 지정하여 여기에 소요인건비를 지원함으로써 담당구역에 인력파견·순환근무 등으로 당해구역의 보건·의료를 책임지도록 하는 방법이다. 이 방법은 의료인으로 하여금 대규모병원 근무자라는 긍지를 가지게 할 수 있으며 연수기회를 충분히 갖게하고 또 자연발생적으로 보건·의료전달 체계가 확립되게 된다.

또 병원관리자의 양성기관으로서 후생성에서 병원관리연구소를 설치운영하고 있으며 각급관리자는

소정과정수료자를 보직요건으로 삼고 있어 병원근무자의 자질을 증대화하고 있다(보건소장의 경우는 의사이면서 3년 이상의 보건행정종사경험이 있는 자로서 국립공중위생원 의학과 정규과정수료자만이 임명요건이 되는 것이 우리나라와 다르다).

이러한 체계나 의료인의 성향을 고려한 제도의 마련이나, 인-서비스 트레이닝 제도의 확립은 근무자의 자질향상과 관리능력의 향상에 크게 기여할 것이며 우리나라도 본받아야 할 제도라 할 수 있다.

V. 정책방향

정부의지의 시행을 목표로 정책이 수립되는 것이라고 정의한다면 야인이 정책운용하는 것은 송구스러운 일 이기는 하나 감히 중소병원의 우수인력확보를 위한 정책방향을 제시해 보면 다음과 같다.

1. 병원 그룹의 형성

보건·의료전달체계의 확립이 주장되어온지도 4반세기에 이르고, District hospital→Regional hospital→Central hospital라는 교과서적인 후송체계의 확립이 논의되어 온지도 오래된 일이다. 그러나, 우리나라에서는 이를 시행하기 위한 정부차원의 노력은 거의 없었다고 할 수 있다.

전국민의료보험시행을 앞두고 보건·의료전달체계의 확립은 필연코 이루어져야 할 것이며, 이와함께 권역별로 병원도 그룹화 하여 병원군을 형성함으로써 군내의 후송체계도 완성해야 할 것이다. 이 병원군내에서는 소병원에서 대규모병원에 이르는 환자후송체계의 확립은 물론이려니와 일본에 있어서의 중핵병원제도와 같이, 대규모병원에 대해서는 중소규모병원에 대한 인력공급의 책무까지도 부여해야 할 것이다.

대규모병원이 소규모병원에 대한 인력공급방안으로서는 수련중인 의사를 일정기간 배치하거나, 자격취득후(전문의 등의) 일정기간 의무근무하는 제도의 확립 등을 고려할 수 있다.

이러한 새로운 제도의 시행에는 대규모병원과 중소규모병원의 이해가 엇갈려 경영자들로부터 저항이 있을 수 있으나 사회보장제도하에서의 의료기관들은 현 제도하에서와 같이 경험관계에 있을 것이 아니라 명

실공히 협력관계에 있어야 하는 공중기관이어야 한다는 점을 감안한다면 대의를 위한 상호양보가 가능할 것이다.

2. 자극·유인제도의 시행

정부는 국민의료문제의 해결이나 의료보험시행에 필수적인 의료기관 특히 지역사회의료를 담당할 중소병원의 중요성을 인지하면서도 이들 의료기관의 육성에는 전혀 힘을 기울이지 않았다. 결과적으로 규모의 경제상 운영효과가 좋지 못한 중소규모병원들의 도산이 속출되고 있다.

이렇게된 원인은 병원경영자들의 경영미숙에 그 책무가 귀속되는 부분도 있었으나 의료기관에 대한 육성책이 없었다는 정부측의 책무에 귀속되는 부분도 있다.

지나치게 낮게 책정된 진료수가로 난맥진료를 일삼아야 의료기관이 존립할 수 있는 데에도 방치되어 왔고, 그나마 있어야 하면서도 수요가 없는 지구의 의료기관의 존립을 위한 보완책도 없었다. 결과적으로 의료기관은 점차 병폐해가고, 징집된 보험료가 남아돌아 우리사회의 새로운 귀족 즉 보험귀족이 탄생하는 웃지못할 사실이 현실로 되었다.

적은 병원이라고 진료원가가 적다고는 할 수 없다. 겨우 진료량으로 의료기관유지가 가능한 현행제도하에서 수요가 적은 중소병원유지를 위해 정부는 각별한 정책을 수립해야 할 것이다.

이에는 병원의 수요나 위치에 따라 의료이용자의 부담의 증가없는 보조제도와 그곳에 근무하는 의료인에 대한 유인제도와 자극급제도가 마련되어야 할 것이다.

3. 병원관리를 위한 교육과정의 설정

이미 전술한바와 같이 병원행정에는 전문가양성기관이 없고, 각의료기관 나름대로의 행정관리를 하고 있음으로써 통일성이 없어 성과의 비교검토가 어려운 형편에 있다. 병원행정의 과학화를 위해서도 병원행정과 관련되는 각종교육과정의 설정이 바람직하다.

이들 과정은 일본의 병원관리연구소와 같이 정부가

설치운용하고 일정한 자격증을 수여함이 바람직하나 정부운용이 여의치 않으면 병원협회나 대학 또는 전문대학의 독립된 학과로서 개설하여 인력양성에 힘써야 할 것이다.

과정 내지 과목으로서는 원무행정과정, 인사행정과정, 기업회계과정, 간호관리과정 등 여러가지를 생각할 수 있으며 최우선적으로 설정해야 할 과정은 병원이라는 특수조직체의 기업관리과정이 될 것이다.

VI. 결 론

과거 우리나라의 의료는 자유방임주의적인 풍토속에서 성장되어 왔다. 그러나 수가는 의료보험이라는 재정장치속에서 속박되기에 이르렀고, 필요한 의료기관들은 아무런 육성책없이 방치된 채로 의료보험은 확대되어 왔다. 또 경제우선의 국가개발사업이 지역격차, 소득격차라는 부작용을 낳은 것과 같이 국민들의 대병원지향성향은 중소병원의 경영을 악화시키는 물론 도산의 속출과 인력의 확보조차 어려운 형편에 놓이게 되었다. 전국민의료보험의 시행을 앞두고, 사용시설의 활용은 조속히 서둘러야 할 대책의 하나이며 이에 는 정부의 정책적인 배려가 있어야 할 것으로 사료된다.

의료보험의 시행에는 보험료납부자(피보험자), 보험료관리자(보험자) 및 보험진료기관(우리나라의 경우 의료법상의 전의료기관)이 있어야 한다. 그러나 의료보험개시이후 정부는 수가의 책정에 매달려 의료기관의 육성을 망각하고 도외시해 온 감마저 있다.

이는 경제관료들이 나라의 경제개발을 위해 산업을 육성하고 전략기업을 육성하여 오늘에 이르게 한 것과는 전혀 다른 규제일변도의 정책(수가만을 규제하면 의료보험은 성립할 것이라는 발상)에 기인되는 것이라 생각된다.

전국민의료보험을 89년 7월로 눈앞에 두고 있다. 정부는 수가의 규제나 조정에만 힘쓸 것이 아니라, 국민전체가 언제나 어디서나 좋은 의료를 받을 수 있도록 의료기관의 육성과 체계조성에 힘써야 할 때라고 믿는다. *