

발 간 등 록 번 호

11-1240245-000014-10



한국의 사회동향

Korean Social Trends 2023

<http://sri.kostat.go.kr>

2023



통계청

통계개발원

수도권과 지방 간의 의료시설 및 의료인력 불균형

박수경 (국민건강보험공단 건강보험연구원)

- 전반적으로 우리나라의 의료시설과 의료인력은 지역 간, 의료기관 유형 간 불균형한 상태를 나타내었다.
- 비수도권은 병원 수와 병상수가 수도권에 비해 많았지만, 의사 수와 간호사 수는 적었다. 또한 비수도권은 전체 환자 수와 예방가능 입원환자 수가 수도권에 비해 많았으나, 고난이도 입원환자 수가 많은 것은 아니었다.
- 수도권과 비수도권 간 불균형을 야기하는 주요한 요소는 의료시설의 공급량보다는 공급구조일 개연성이 높다.

의료자원은 의료체계를 구성하는 기본요소이며, 의료서비스는 의료자원을 통해 제공된다. 의료자원 중에서도 의료시설은 의료서비스가 제공되는 물리적 공간으로서 의료인력과 의료장비 등 다른 의료자원의 공급을 동반함에 따라 의료자원 전반의 배치와 의료서비스 이용의 접근성에 영향을 미친다. 또한 의료서비스는 대표적인 노동집약 분야로써, 의료인력의 양적, 질적 수준과 분포가 의료서비스의 성과를 결정한다.

우리나라는 민간 주도로 의료체계가 구성됨에 따라 의료자원의 불균형 분포 문제가 지속되어 왔다. 이 글은 최근 10년간 의료시설과 의료인력의 지역 간 불균형 현황과 추세를 살펴보았다. 분석자료는 「국민보건의료실태통계」와 「건강보험통계」 등을 이용하였으며, 분석대상 시기는 2011년부터 2020년까지이다. 지역은 서울, 경기, 인천을 포함하는 수도권과 그 외 지역을 포함하는 비수도권으로 구분하여 살펴보았다. 의료시설은 일반병·의원, 즉 치과병의원, 한방병의원, 요양병원, 정신병원을 제외한 의료기관의 기관 수와 병상수, 의료인력은 의사와 간호사 수로 다룬다. 의료기관 유형은 병원의 경우 상급종합병원과 300병상 이상 종합병원(이하 ‘300병상 이상’), 300병상 미만의 종합병원과 병원(이하 ‘300병상 미만’), 그리고 의원으로 구분하여 살펴보았다. 의료법에 따르면, 의료기관은 주로 외래환자를 대상으로 의료행위를 하는 의원과, 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 병원으로 나눈다. 또한 병원은 병상규모별로 갖추어야 할 시설, 인력 기준을 달리하는데, 300병상 이상인 종합병원은 진료과목이 9개 이상으로 그 이하와 다르며, 중환자실과 음압격리병실을 설치하도록 함에 따라 규모에 따른 기능 차이를 규정하고 있다.

지역 간 의료시설 불균형

의료기관 수

의료기관 수는 2020년 기준 300병상 이상 169개, 300병상 미만 1,707개, 의원 33,115개로 지난 10년간 꾸준한 증가추세이다. 의료기관 수를 인구 100만 명당으로 환산하면, 2020년 기준 300병상 이상 3.3개, 300병상 미만 32.9개, 의원 638.9개소로 2011년 이후 연평균 증가율이 각각 0.4%, 0.9%, 1.7%이었으며, 300병상 이상보다 300병상 미만이, 병원보다 의원의 연평균 증가율이 큰 편이었다(표 Ⅲ-3). 병원의 건립은 대부분 막대한 재정 투입이 필요한데, 상대적으로 중소규모 병·의원은 설립이 용이한 편이다. 더구나 우리나라는 사실상 의료기관 개설과 관련한 규제가 없어 설립이 용이한 중소규모 병·의원을 위주로 지속적인 증가 추세를 나타내고 있다.

지역별 인구 100만 명당 의료기관 수는 2020년 기준 300병상 이상의 경우 수도권 3.0개, 비수도

〈표 Ⅲ-3〉 의료기관 유형별 기관 수, 2011~2020

구분	기관 수			인구 100만 명당 기관 수		
	2011 (개)	2020 (개)	연평균 증감률 (%)	2011 (개)	2020 (개)	연평균 증감률 (%)
300병상 이상	159	169	0.7	3.1	3.3	0.4
300병상 미만	1,535	1,707	1.2	30.3	32.9	0.9
의원	27,837	33,115	1.9	548.7	638.9	1.7

주: 1) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.

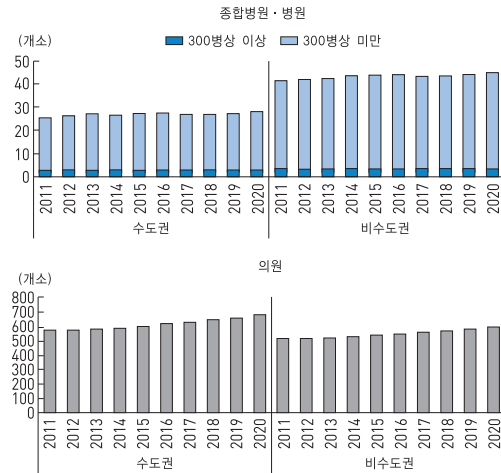
2) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022

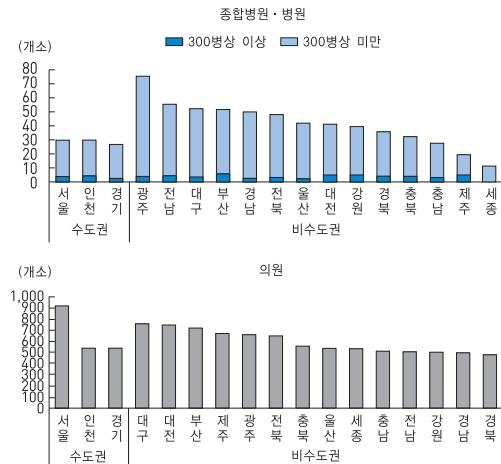
권 3.6개, 300병상 미만의 경우 수도권 25.0개, 비수도권 40.9개, 의원의 경우 수도권 681.0개,

[그림 Ⅲ-20] 지역별 인구 100만 명당 의료기관 수, 2011~2020

1) 수도권 및 비수도권



2) 시도별(2020)



주: 1) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.

2) '수도권'은 서울, 인천, 경기 등이며, '비수도권'은 그 외 시도임.

3) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022

비수도권 596.5개로 병원은 비수도권이 많았지만, 의원은 수도권에 많았고 의원인 경우 지역별 격차가 점차 커지는 추세이다(그림 Ⅲ-20-1). 다만 수도권과 비수도권 안에서도 시도별로 차이가 있었는데, 2020년 기준 인구 100만 명당 병원은 수도권의 경우 26.4~29.6개, 비수도권의 경우 11.2~75.2개, 의원 수는 수도권의 경우 540.5~918.9개, 비수도권의 경우 488.0~758.4개로 차이를 나타내었다(그림 Ⅲ-20-2). 우리나라는 민간 의료기관 비율이 99.2%이며, 의료시설의 공급과 배치에 관한 관리 정책이나 계획이 없다. 사실상 의료기관의 지리적 배치는 의료기관 개설자의 판단에 따라 결정된다. 따라서 의료시설의 불균형 분포는 수도권과 비수도를 넘어 전국적 현상으로 나타나고 있으며, 그 불균형이 과거로부터 현재까지 지속되는 형태이다.

병상수

의료기관의 병상수는 2020년 기준 300병상 이상 11만 632개, 300병상 미만 21만 35개, 의원 5만 6,745개로 2011년 대비 300병상 이상은 증가, 300병상 미만과 의원은 감소하였다. 의료기관 수 증감 추세와 비교하였을 때 300병상 이상은 기관당 병상 규모가 대형화된 반면, 300병상 미만은 더욱 소형화되었다. 또한 의원은 병상을 보유하는 비율이 큰 폭으로 감소한 것으로 나타났다(표 Ⅲ-4).

병상수를 인구 1,000명당으로 환산하여 수도권과 비수도를 비교하면 2020년 기준 수도권

은 5.8개, 비수도권은 8.8개로 의료기관 수와 마찬가지로 비수도권의 병상수가 더 많았다(그림 Ⅲ-21). 의료기관 수의 불균형이 병상수의 불균형과 연계되고 있다.

〈표 Ⅲ-4〉 의료기관 유형별 병상수, 2011~2020

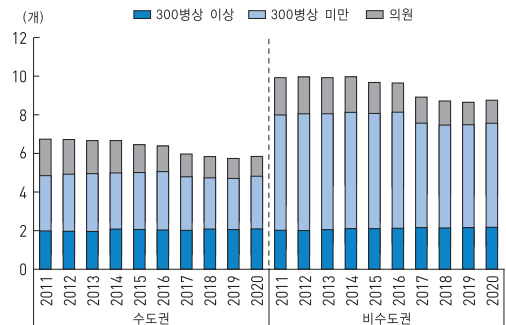
구분	병상수			인구 1,000명당 병상수		
	2011 (개)	2020 (개)	연평균 증감률 (%)	2011 (개)	2020 (개)	연평균 증감률 (%)
300병상 이상	101,932	110,632	0.9	2.0	2.1	0.7
300병상 미만	225,083	210,035	-0.8	4.4	4.1	-1.0
의원	96,789	56,745	-5.8	1.9	1.1	-6.0

주: 1) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.

2) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

〔그림 Ⅲ-21〕 수도권 및 비수도권의 의료기관 유형별 인구 1,000명당 병상수, 2011~2020



주: 1) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.

2) '수도권'은 서울, 인천, 경기 등이며, '비수도권'은 그 외 시도임.

3) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

참고로 2020년 기준 OECD 국가의 평균 인구 1,000명당 일반병상(curative care beds) 병상



수는 3.5개로 우리나라 7.2개의 절반 이하 수준이다(OECD, 2023). 우리나라는 병상의 불균형 문제뿐 아니라, 과잉공급도 심각한 문제로 지적되고 있으며, 2026년경에는 과잉공급의 규모가 5만 병상 이상으로 추계된 바 있다(보건복지부·국민건강보험공단, 2022).

주요 진료과목별 의원 수

진료과목이 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과에 해당하는 의원의 지역별 기관 수 추이를 살펴보면, <표 Ⅲ-5>에서 보는 바와 같이 수도권 의 경우 내과, 외과, 소아청소년과는 증가하였고, 산부인과는 감소하였으며, 비수도권의 경우 내과는 증가하였고, 외과, 소아청소년과, 산부인과는 감소한 것으로 나타났다. 기관 수 자체의 증감률을 비교하면 가장 증가율이 큰 진료과목은 수도권 내과, 가장 감소율이 큰 진료과목은 비수도권 산부인과였다. 2011년과 2020년 사이 비수도권은 수도권에 비해 인구의 증가 폭이 작았으며, 여성 15~49세 여성 수와 0~19세 소아청소년 수는 더 큰 폭으로 줄었다. 의원의 경우 지역사회와 밀접하며, 대부분 개설자가 의사 개인으로 병원에 비해 시설, 인력이 간소하여 개업과 폐업, 기능 전환이 용이한 편이다. 또한 의사의 전문과목과 의원의 진료과목은 반드시 일치하지 않는다. 지역사회의 인구구조 변화에 대한 체감도와 그에 대한 대처가 비교적 빨리 반영되었을 개연성이 있다.

[그림 Ⅲ-22]의 진료과목별로 인구 100만 명

<표 Ⅲ-5> 수도권 및 비수도권의 주요 진료과목별 의원 수, 2011~2020

구분	수도권			비수도권		
	2011 (개)	2020 (개)	연평균 증감률 (%)	2011 (개)	2020 (개)	연평균 증감률 (%)
내과	1,897	2,476	3.0	1,998	2,489	2.5
외과	428	458	0.8	606	534	-1.4
산부인과	812	709	-1.5	696	591	-1.8
소아청소년과	1,258	1,288	0.3	931	870	-0.8

주: 1) 진료과목은 의원의 표시과목으로 의사의 전문과목과 다름.

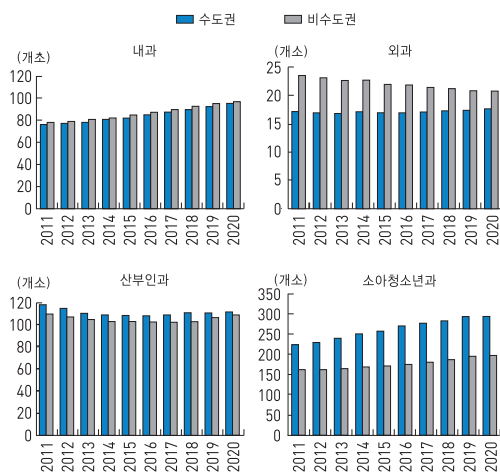
2) '수도권'은 서울, 인천, 경기이며, '비수도권'은 그 외 시도임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

당 의원 수 추이를 살펴보면, 내과의 경우 2020년 기준 수도권은 95개소, 비수도권은 97개소로 비수도권이 더 많았으며, 그 차이가 일정하게 유지되면서 수도권과 비수도권 모두 증가하는 경향을 나타내었다. 외과의 경우 2020년 기준 수도권 18개소, 비수도권 21개소로 비수도권이 더 많지만, 2011년 수도권 17개소, 비수도권 24개소와 비교하여 수도권은 증가, 비수도권은 감소한 것으로 나타났다. 산부인과의 경우 15~49세 여성 인구 100만 명당 기관 수를 살펴보면 수도권, 비수도권 모두 2011년에서 2016년까지 감소 추세이다가 2017년 전후로 다시 소폭 증가하는 경향을 나타내었고, 2020년 수도권과 비수도권의 의원 수가 각각 111개소, 109개소로 이전에 비해 그 격차는 다소 완화되었다. 소아청소년과의 경우 2020년 기준 0~19세 인구 100만 명당 수도권 294개소, 비수도권 199개소로 전반적인 증가 추세이지만, 수도권과 비수도권 간 격차는 더 커지는 경향을 나타내었다. 이렇듯 진료과목별로 지역별 불균형의 추세와 양상이 서로 달랐는데, 수

도권과 비수도권 간 가장 큰 차이를 보이는 진료 과목은 소아청소년과였고, 다른 진료과목의 경우 10년 전에 비해 격차가 다소 완만해진 반면, 소아청소년과는 그 격차가 더욱 커진 것으로 나타났다. 전국적인 저출산의 영향에 더불어 비수도권의 경우 수도권에 비해 인구밀도가 낮은 점이 반영되었을 개연성이 있다.

[그림 Ⅲ-22] 수도권 및 비수도권의 주요 진료과목별 인구 100만 명당 의원 수, 2011-2020



주: 1) 진료과목은 의원의 표시과목으로 의사의 전문과목과 다름.
2) '수도권'은 서울, 인천, 경기이며, '비수도권'은 그 외 시도임.
3) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임. 인구당 의원 수 산출 시 내과 및 외과는 전체 인구, 산부인과는 15-49세 여성 인구, 소아청소년과는 0-19세 인구를 적용함.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

지역 간 의료인력 불균형

의사 수

〈표 Ⅲ-6〉의 일반병·의원에서 활동하는 의사 수를 살펴보면, 2020년 기준 수도권 5만 5,065명,

비수도권 4만 3,618명으로 수도권 비율이 55.8%였다. 참고로 1983년 언론기사에 따르면, 의사의 44.2%가 수도권에 편중되어 있다는 보도가 있는데(경향신문, 1983.11.22.), 그 정도가 더욱 심화된 것으로 파악된다. 의료기관 유형별로는 수도권, 비수도권 모두 300병상 미만이 가장 큰 증가율을 보였다. 의사 수를 인구 10만 명당으로 환산하면 수도권의 경우 2011년 170.8명에서 2020년 211.5명으로 연평균 2.4% 증가하였으며, 비수도권의 경우 2011년 142.7명에서 2020년

〈표 Ⅲ-6〉 수도권 및 비수도권의 의료기관 유형별 의사 수, 2011-2020

구분	수도권			비수도권		
	2011 (명)	2020 (명)	연평균 증감률 (%)	2011 (명)	2020 (명)	연평균 증감률 (%)
의사 수						
전체	42,692	55,065	2.9	36,740	43,618	1.9
300병상 이상	19,311	23,208	2.1	12,862	14,617	1.4
300병상 미만	5,236	7,186	3.6	7,638	9,543	2.5
의원	18,145	24,671	3.5	16,240	19,458	2.0
인구 10만 명당 의사 수						
전체	170.8	211.5	2.4	142.7	169.1	1.9
300병상 이상	77.3	89.1	1.6	50.0	56.7	1.4
300병상 미만	21.0	27.6	3.1	29.7	37.0	2.5
의원	72.6	94.7	3.0	63.1	75.4	2.0

주: 1) 일반병·의원에서 활동하는 의사 수 기준임.

2) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.

3) '수도권'은 서울, 인천, 경기이며, '비수도권'은 그 외 시도임.

4) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

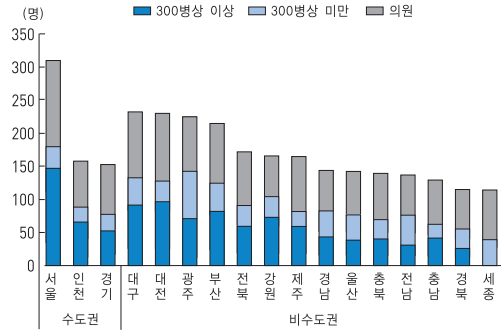
출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

169.1명으로 연평균 1.9% 증가하여 수도권과 비수도권 간 격차가 점차 커지는 추세다. 또한 의료기관 유형별로도 차이를 나타내는데, 2020년 기준 인구 10만 명당 의사 수가 수도권은 300명 이상 89.1명, 300명 미만 27.6명, 의원 94.7명, 비수도권은 300명 이상 56.7명, 300명 미만 37.0명, 의원 75.4명으로 수도권이 300명 이상은 1.6배, 의원은 1.3배 많았고 비수도권은 300명 미만은 1.3배 많았다.

[그림 Ⅲ-23]에서 보는 바와 같이 수도권과 비수도권 안에서도 시도별로 그 차이가 존재하였는데, 2020년 기준 인구 10만 명당 의사 수는 수도권의 경우 152.1~310.3명, 비수도권의 경우 113.8~232.3명으로 차이를 나타내었다. 지역별 인구당 의료기관 수, 병상수의 경우 수도권보다 비수도권이 많았던 것에 비해 의사 수는 반대의 현상이 나타나고 있다. 즉, 지역의 기관 수 또는 병상수가 많다고 반드시 병·의원에서 활동하는 의사 수가 많은 것은 아니라는 것을 알 수 있다.

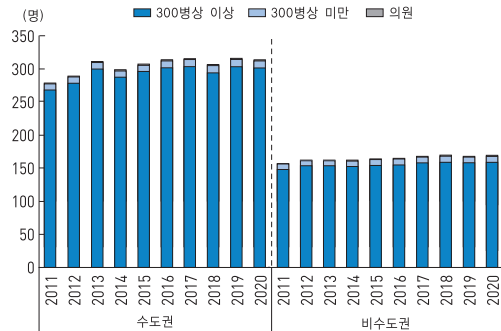
인구당 의료기관 수와 병상수, 의사 수의 분포 양상에서 가장 차이가 나는 의료기관 유형은 300명 이상이며, 이러한 현상은 의료기관당 의사 수의 차이에서 비롯되는 것으로 판단된다. 실제 의료기관당 의사 수 차이를 살펴보면, 2020년 기준 300명 이상에서 수도권은 301.4명, 비수도권은 158.9명으로 수도권이 1.9배 더 많으며, 이러한 수도권과 비수도권 간의 격차는 그러한 경향성이 유지되는 것을 관찰할 수 있었다(그림 Ⅲ-24).

[그림 Ⅲ-23] 시도 및 의료기관 유형별 인구 10만 명당 의사 수, 2020



- 주: 1) 일반병·의원에서 활동하는 의사 수 기준임.
 2) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300명 이상'은 상급 및 300명 이상의 종합병원이며, '300명 미만'은 300명 미만의 종합병원 및 병원임.
 3) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.
 출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2022.

[그림 Ⅲ-24] 수도권 및 비수도권의 의료기관 유형별 의료기관당 의사 수, 2011~2020



- 주: 1) 일반병·의원에서 활동하는 의사 수 기준임.
 2) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300명 이상'은 상급 및 300명 이상의 종합병원이며, '300명 미만'은 300명 미만의 종합병원 및 병원임.
 3) '수도권'은 서울, 인천, 경기도이며, '비수도권'은 그 외 시도임.
 출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

간호사 수

일반병·의원에서 활동하는 간호사 수는 2020년 기준 수도권 9만 6,069명, 비수도권 9만

665명으로 2011년 이후 수도권은 연평균 8.0%, 비수도권은 연평균 6.2% 증가하였다. 의료기관 유형별로는 300병상 이상에서 간호사 수 증가율이 수도권, 비수도권 모두 가장 큰 편이었다. 동기간 의료기관 유형별 병상수의 증가가, 300병상 이상에서 가장 큼에 따라 간호사 수도 병상수의 증가와 비례하는 양상을 나타내었다. 간호사 수를 인구 10만 명당으로 환산하면, 수도권의 경우 2011년 192.8명에서 2020년 369.0명으로 연평균 7.5% 증가하였으며, 비수도권의 경우 2011년 204.3명에서 2020년 351.5명으로 연평균 6.2% 증가하여 수도권이 비수도권보다 많아졌으며, 2020년 그 격차가 17.5명으로 2011년보다 커진 상황이다. 의료기관 유형별로는 2020년 기준 수도권은 300병상 이상 241.5명, 300병상 미만 91.2명, 의원 36.3명이었고, 비수도권은 300병상 이상 182.9명, 300병상 미만 139.7명, 의원 29.0명으로 나타나, 300병상 미만은 비수도권이 인구당 간호사 수가 많았으나, 300병상 이상은 수도권에 더 많았다(표 Ⅲ-7).

수도권과 비수도권 안에서도 시도별로 그 차이가 존재하였는데, 2020년 기준 인구 10만 명당 간호사 수는 수도권의 경우 267.9~514.5명, 비수도권의 경우 174.0~508.7명으로 차이를 나타내었다(그림 Ⅲ-25).

기관 수와 병상수는 비수도권이 많았던 것에 비해 간호사 수는 수도권에 더 많아 의사 수와 마찬가지로 지역의 기관 수 또는 병상수가 많은 것이 반드시 병·의원에서 활동하는 간호사 수가

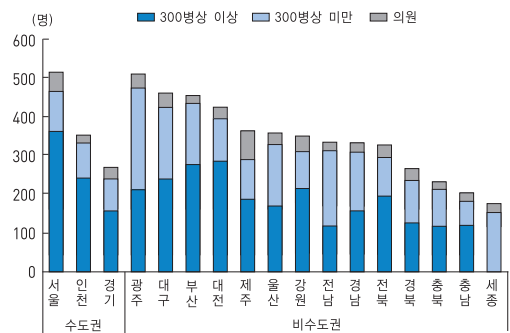
〈표 Ⅲ-7〉 수도권 및 비수도권의 의료기관 유형별 간호사 수, 2011~2020

구분	수도권			비수도권		
	2011 (명)	2020 (명)	연평균 증감률 (%)	2011 (명)	2020 (명)	연평균 증감률 (%)
간호사 수						
전체	48,187	96,069	8.0	52,601	90,665	6.2
300병상 이상	27,373	62,870	9.7	23,584	47,170	8.0
300병상 미만	13,496	23,738	6.5	22,486	36,022	5.4
의원	7,318	9,461	2.9	6,531	7,473	1.5
인구 10만 명당 간호사 수						
전체	192.8	369.0	7.5	204.3	351.5	6.2
300병상 이상	109.5	241.5	9.2	91.6	182.9	8.0
300병상 미만	54.0	91.2	6.0	87.3	139.7	5.4
의원	29.3	36.3	2.4	25.4	29.0	1.5

주: 1) 간호사 수는 일반병·의원에서 활동하는 간호사 수 기준임.
 2) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.
 3) '수도권'은 서울, 인천, 경기도이며, '비수도권'은 그 외 시도임.
 4) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

[그림 Ⅲ-25] 시도 및 의료기관 유형별 인구 10만 명당 간호사 수, 2020



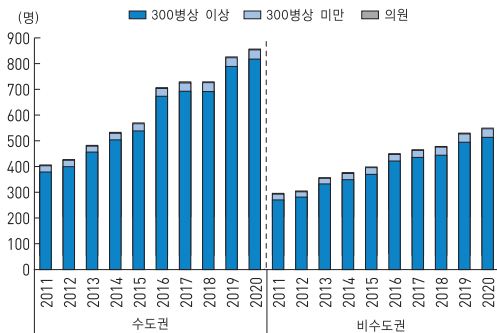
주: 1) 일반병·의원에서 활동하는 간호사 수 기준임.
 2) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.
 3) '수도권'은 서울, 인천, 경기도이며, '비수도권'은 그 외 시도임.
 4) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2022.

많은 것은 아닌 것으로 나타났다.

이러한 차이는 역시 300병상 이상의 기관당 간호사 수 차이에서 비롯된다는 것을 알 수 있는데, 특히 300병상 이상의 기관당 간호사 수는 2020년 기준 수도권 816.5명, 비수도권 512.7명으로 수도권이 1.6배 더 많다(그림 Ⅲ-26).

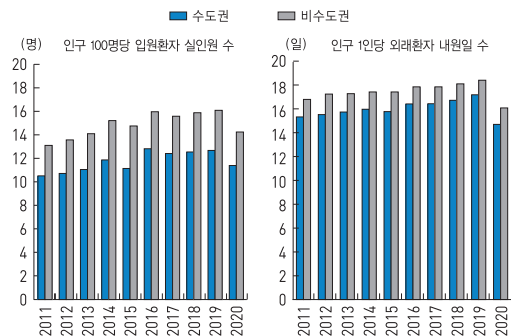
[그림 Ⅲ-26] 수도권 및 비수도권의 의료기관 유형별 의료기관당 간호사 수, 2011-2020



- 주: 1) 일반병·의원에서 활동하는 간호사 수 기준임.
 2) 의료기관은 일반병·의원을 대상으로 함. '300병상 이상'은 상급 및 300병상 이상의 종합병원이며, '300병상 미만'은 300병상 미만의 종합병원 및 병원임.
 3) '수도권'은 서울, 인천, 경기이며, '비수도권'은 그 외 시도임.
 출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

많았다. 외래환자 내원일 수의 경우에는 2020년 기준 인구 1인당 15.4일이었으며, 수도권 14.7일, 비수도권 16.1일로 비수도권의 외래 이용이 더 많은 것으로 나타났다(그림 Ⅲ-27). 코로나19가 발생한 2020년을 제외하면, 수도권과 비수도권, 입원과 외래 모두 지속적인 증가추세이고, 수도권과 비수도권 간 의료이용량의 차이도 일정한 수준에서 유지되는 것으로 파악되었다.

[그림 Ⅲ-27] 수도권 및 비수도권의 인구 100명당 입원 환자 실인원 수 및 인구 1인당 외래환자 내원일 수, 2011-2020



- 주: 1) 지역은 환자의 거주지 기준임. '수도권'은 서울, 인천, 경기이며, '비수도권'은 그 외 시도임.
 2) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.
 출처: 건강보험공단·건강보험심사평가원, 「건강보험통계」, 각 연도

지역 간 의료이용 불균형

의료이용량

지역별 의료이용량을 건강보험 급여실적을 통해 살펴보면, 입원환자 실인원 수는 2020년 기준 인구 100명당 12.8명이었으며, 수도권 11.4명, 비수도권 14.2명으로 비수도권의 입원환자가 더

입원 횟수는 대표적인 공급민감 서비스로 분류되며, 의학적 근거나 임상적 이론과 무관하게 자원공급량에 강한 상관관계를 갖는 것으로 알려져 있다. 즉 병상공급이 많으면 입원이용이 많다는 것인데, 수도권과 비수도권 간 입원 병상수와 입원환자 실인원 수의 경향을 살펴보면 유사성이 관찰된다.

예방가능 입원환자 수

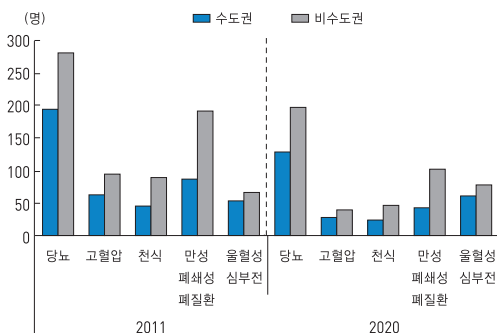
예방가능 입원환자 수는 양질의 외래 의료를 통해 입원의 위험이 감소되는 질환인 당뇨, 고혈압, 천식, 만성폐쇄성폐질환(COPD; Chronic Obstructive Pulmonary Disease), 울혈성 심부전(CHF; Congestive Heart Failure) 등으로 인한 입원환자 수를 성 및 연령 보정을 통해 산출하는 대표적인 의료 질 평가지표이다. [그림 Ⅲ-28]의 질환별 인구 10만 명당 예방가능 입원환자 수를 지역별로 살펴보면, 2020년 기준 수도권은 당뇨 128.7명, 고혈압 28.6명, 천식 24.5명, 만성폐쇄성폐질환 44.6명, 울혈성 심부전 62.1명이었으며, 비수도권은 당뇨 197.7명, 고혈압 41.3명, 천식 47.6명, 만성폐쇄성폐질환 102.9명, 울혈성 심부전 79.2명으로 나타나 질환에 무관하게 비수도권이 예방가능 입원환자 수

가 더 많은 것으로 나타났다. 앞서 비수도권은 수도권에 비해 의원 수는 적고 병상 공급은 많았는데, 일차의료 분야에서의 불충분한 외래서비스와 병상 과잉공급이 비수도권에서 예방가능 입원환자 수가 많은 것과 연계될 수 있다. 다만, 연도별로는 전반적으로 예방가능 입원환자 수가 감소 추세를 나타내었다.

고난이도 입원환자 수

입원환자 중 질병의 난이도가 높은 환자 비율을 살펴보기 위하여 「상급종합병원 지정 및 평가 기준」에 따른 전문진료질병군(희귀성 질병, 합병증 발생의 가능성이 높은 질병, 치사율이 높은 질병, 진단난이도가 높은 질병, 진단을 위한 연구가 필요한 질병) 환자 구성비를 살펴보았다. [그림 Ⅲ-29]에서 보는 바와 같이 2020년 기준

[그림 Ⅲ-28] 수도권 및 비수도권의 질환별 인구 10만 명당 예방가능 입원환자 수, 2011, 2020



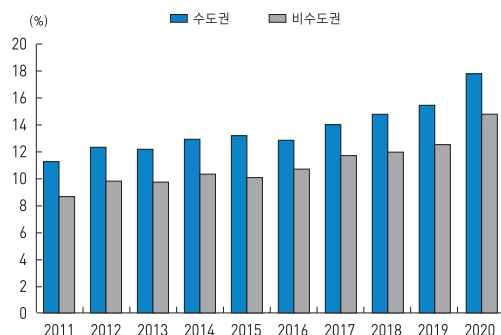
주: 1) 예방가능 입원환자 수는 양질의 외래 의료를 통해 입원의 위험이 감소되는 질환(당뇨, 고혈압, 천식, 만성폐쇄성폐질환, 울혈성 심부전 등)으로 입원한 환자 수를 성 및 연령 보정한 값임.

2) 지역은 환자 거주지 기준임.

3) 인구는 각 연도말 주민등록인구 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

[그림 Ⅲ-29] 수도권 및 비수도권의 입원환자 중 전문질병군 환자 비율, 2011-2020



주: 1) 전문질병군 환자는 「상급종합병원 지정 및 평가 기준」에 따라 '희귀성 질병', '합병증 발생의 가능성이 높은 질병', '치사율이 높은 질병', '진단난이도가 높은 질병', '진단을 위한 연구가 필요한 질병' 등의 진단을 받은 환자임.

2) 지역은 환자 거주지 기준임.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

수도권 거주 전체 입원환자 중 전문질병군 환자의 비율은 17.7%, 비수도권은 14.8%로 수도권과 비수도권 모두 2011년 이후 전문질병군 환자 구성비가 증가 추세이고, 수도권과 비수도권 간 비율의 격차도 일정하게 유지되는 것으로 나타났다. 즉 비수도권은 수도권에 비해 입원환자 수는 많지만, 난이도가 높은 환자의 비율은 높지 않은 데, 비수도권에 입원환자 수가 많은 것은 난이도가 높은 환자가 많아서가 아니라는 사실을 확인할 수 있다.

입원환자 자체충족률

입원환자 자체충족률은 지역 주민 전체 입원 환자 수 중에 해당 지역의 의료기관을 이용한 입원환자 수의 비율이다. 자체충족률이 높으면 다른 지역으로 유출되는 환자가 적은 것을 의미하며, 반대로 자체충족률이 낮으면 다른 지역으로 유출되는 환자가 많다는 것을 의미한다. 2011년

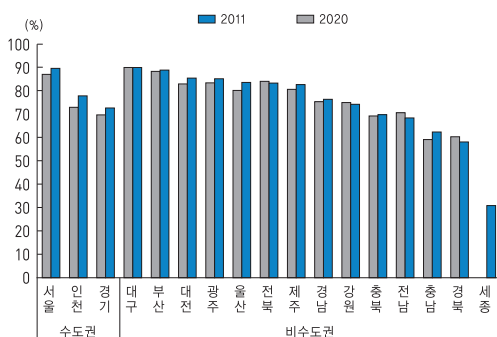
과 2020년 사이 입원환자 자체충족률의 연도별 변화는 크지 않은 편이다. 그러나 지역별로는 편차가 존재하는데, 수도권의 경우 72.8~89.6%, 비수도권의 경우 30.9~89.8%로 차이를 나타내었다(그림 Ⅲ-30). 다만 시도별 입원환자 자체충족률을 시도별 의료기관 수와 비교하면 반드시 의료기관 수가 많은 시도가 자체충족률이 높은 것은 아니라는 사실을 알 수 있다.

맺음말

전반적으로 우리나라의 의료시설과 의료인력은 지역 간, 의료기관 유형 간 불균형한 상태를 나타내고 있다. 수도권과 비수도권 간 차이가 존재하였고 지난 10년간 그 차이가 유지되는 경향이었다. 또한 이러한 차이는 수도권과 비수도권 뿐만 아니라 시도별로도 존재하였다.

우리나라는 해방 후 부족한 의료기관을 확충하기 위하여 일반진료를 민간에 일임하는 의료체제를 받아들였다. 1989년 전국민의료보험 실시 이후 의료수요가 급증하자 정부는 민간의 시설 투자에 대한 자금 지원을 통해 민간 중심 의료체계를 더욱 공고히 하였다. 이에 반해 의료기관의 불균형 분포를 막기 위한 ‘지역별 의료기관 개설허가 등에 대한 규칙’, ‘종합병원 병상 신증설 사전 승인제’ 등과 같은 규제는 모두 해제하였다. 또한 외국의 경우 의료시설에 대한 공공계획에 따라 병원의 설립이 결정되는 반면, 우리나라

[그림 Ⅲ-30] 시도별 입원환자 자체충족률, 2011, 2020



주: 1) 입원환자 자체충족률 = (해당 시도 이용 입원환자 수 ÷ 해당 시도 주민 전체 입원환자 수) × 100.

출처: 보건복지부, 「국민보건의료실태통계」, 2017, 2022.

라는 의료자원의 공급과 분포에 대한 중앙정부나 지방정부의 계획이 없었다. 즉, 현재 의료시설의 공급과 분포는 사실상 민간의 결정에 따른 것이며, 의료인력의 분포도 의료시설의 분포에 따라 결정되는 양상을 나타낸다.

지난 10년간 우리나라 의료기관 수는 전반적인 증가 경향을 나타내는 가운데, 비교적 신규 설립이 용이한 중소형 병원과 의원이 더욱 큰 폭으로 증가하였다. 그러나 중소형 병원은 규모의 경제를 충족하지 못하여 인력을 감축하거나, 비정규직 인력을 활용하는 경향이 있고, 필수 진료 과목을 갖추기 어려워 지역주민의 건강문제를 포괄적으로 해결하는데 한계가 존재한다. 이러한 현상은 수도권과 비수도권의 차이에서도 확인되는데, 주로 중소형 병원이 다수를 차지하는 비수도권이 기관 수와 병상수는 더 많았지만 의사 수와 간호사 수가 적었다. 또한 예방가능 입원환자 수를 비롯한 질병의 난이도가 낮은 환자 수가 더 많았지만 지역의 자체충족률이 나아졌는지는 불확실하였다.

보건 의료분야에서 접근성은 지리적 측면뿐만 아니라 최상의 건강결과를 달성하기 위한 재정

적, 조직적, 사회적 측면 등 복합적인 개념으로 접근되어야 한다. 가령 지리적 접근성만을 고려하여 병원이 건립되어야 한다면, 병원의 공급은 상대적으로 작은 규모의 병원이 여러 개로 분산되어야 하며, 이때 각 병원은 필수요료를 포함한 효과적인 진료를 제공하는 것이 불가능하게 된다. 병원이 적절한 서비스를 제공하기 위해서는 적정 규모를 갖추어야 하는데, 시설만 아니라 인력, 장비가 분산되는 것보다는 집중되는 것이 보건의료서비스의 효과성을 더욱 높이는 선택일 것이다.

우리나라는 전반적으로 의료접근성이 좋은 나라로 평가되고 있고, 기관 수와 병상수가 비수도권에서 더 많다. 그럼에도 비수도권의 의료접근성이 으레 더 낮은 것으로 평가되는 것은 공급구조의 차이에 기인하는 것으로 해석할 수 있다.

의료시설과 의료인력의 불균형은 세분화된 분야별로 그 양상과 추이가 다르게 나타날 수 있다. 이때 서비스 유형별로 그 특성과 다루어야 할 지역의 범위 등이 다를 수 있으므로 분야별 불균형에 대한 추가적인 분석이 필요하겠다.

참고문헌

- 보건복지부·국민건강보험공단. 2022. 「국민보건의료실태조사」.
 보건복지70년사편찬위원회. 2015. 「보건복지 70년사」. 보건복지부.
 경향신문. 1983.11.22. “균형된 지역개발계획”. 「경향신문」, 2면.
 신영수 외. 2013. 「의료관리」. 서울대학교 출판문화원.
 OECD. 2023. *OECD Health Statistics 2023*. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>