

## Special

## 보건의료인력의 수급전망과 정책과제



글·오영호 |  
한국보건사회연구원 의료자원정책팀장

## I. 들어가는 말

보건의료인력은 가장 핵심적인 보건의료자원으로서, 일개 국가의 보건의료인력의 양(量)과 질(質)은 그 국가의 의료수준을 가늠할 수 있는 결정적 기준으로 이용된다. 또한 보건의료인력은 단기간에 수급을 조절할 수 없기 때문에 잘못된 수급정책은 장기간에 걸쳐 국가의료시스템의 비효율성을 초래할 수 있다. 의료 인력의 수와 질은 의료공급의 주요 결정요인이 되고 있어 의료인력의 적정수준의 유지는 국민건강권 확보를 위해 필수적이며, 국민소득과 교육수준 및 생활수준이 향상되면서 국민의 건강에 대한 관심이 고조되고, 평균수명의 연장으로 인한 인구의 고령화 추세, 건강보험의 보장성 확대 등으로 의료수요는 계속 증가되고 있기 때문에 이에 대응하는 적정 서비스의 공급과 확보는 국민복지 차원에서 필수적인 요소가 된다. 그러나 의료인력의 과잉공급은 의료수요를 창출하여 불필요한 의료이용을 증대시키고, 국민의료비를 증가시키기 때문에 의료인력의 공급에 정부가 일정수준 개입하는 것이

필요하며, 이는 세계적인 추세이기도 하다. 이러한 측면에서 보건의료인력에 대한 합리적인 수급계획과 정책이 필요하다.

그 동안 우리나라는 보건의료인력의 불균형을 해소하기 위해 공중보건의 및 보건진료원 제도 도입, 의과대학 증설 등 여러 보건정책들을 실시하여 그 결과 의료인력공급이 양적으로 팽창하였다. 그러나 보건의료인력과 관련하여 양적인 수급의 불균형 문제, 질적인 문제, 지역간 불균형 문제와 더불어 의료인력간 상대적인 불균형 분포의 문제가 논란이 되고 있으며, 건강문제의 만성질환화 등 다양화되고 증가하고 있는 의료문제에 적절히 대응하지 못하는 점이 지적되고 있다. 앞으로는 보건의료자원 배분의 합리화와 효율화, 그리고 분포의 형평성 문제를 특히 중요하게 고려해야 할 것이며, 또한 시대적 요구에 맞도록 보건의료자원 공급체계를 개선하고 그 틀 안에서 자원의 효율적 활용을 도모하는 것이 중요한 과제가 될 것이다. 따라서 본고에서는 보건의료인력의 현황과 문제점을 파악하고, 향후 수급전망을 통해 보건의료인력의 적정수급을 모색하기 위한 정책적인 시사점을 찾고자 한다.

## II. 보건의료인력의 현황과 문제점

### 1. 보건의료인력 규모의 급속한 증가

다음 <표1>에서 보면 우리나라 보건의료인력은 1985년 이후 의료시설의 증가와 더불어 급속한 증가 추세를 보이고 있다. 의사의 경우 1985년에 29,596명에서 2003년 81,328명으로 2.75배가 증가하였으며, 치과의사는 1985년 5,436명에서 2004년 20,930명으로 3.85배 증가하였고, 한의사는 3,015명에서 15,350명으로 5.09배 증가하였으며, 간호사는 59,104명에서 203,287명으로 3.44배 증가하였다. 의료기사인력 중 주요인력의 하나인 임상병리사, 방사선사와 물리치료사는 1985년에 비해 각각 4.11배, 5.2배와 9.21배씩 증가하였다.

구분	년도					증가비 (B/A)
	1985(A)	1990	1996	2000	2004(B)	
의사	29,596	42,554	59,399	72,497	81,328(03)	2.75
치과의사	5,436	9,619	14,371	18,035	20,930	3.85
한의사	3,015	5,792	9,299	12,137	15,350	5.09
약사	29,866	37,118	44,577	49,638	55,812	1.87
간호사	59,104	89,032	127,145	160,299	203,287	3.44
임상병리사	8,586	16,220	23,310	29,714	35,305	4.11
방사선사	3,994	8,194	12,114	16,433	20,788	5.20
물리치료사	2,553	6,281	10,611	15,893	23,501	9.21
치과위생사	2,675	6,310	11,277	17,104	28,263(05)	10.57
간호조무사	106,340	135,714	197,788	-	-	-
의무기록사	396	2,123	5,349	7,648	11,584	29.25
안경사	-	10,260	15,946	20,224	25,447	2.48*
영양사	21,731	39,459	64,871	81,970	88,895(02)	3.77
응급구조사1급	-	347	935	3,790	5,555(05)	16.01*
응급구조사2급	-	363	880	2,704	4,963(05)	13.67*
작업치료사	46	140	319	458	1,411	30.67

〈표 1〉 연도별 보건의료인력 변화 추이

자료원 : 보건복지부, 보건복지통계연보 1985~2005년

\* : 1990년 대비

주요 의료인력을 OECD의 주요국가와 비교하여 보면, 한의사를 포함한 의사 1인당 인구 수(2003년)는 638명으로 미국 441명(2002년), 일본 506명(2002년), 영국 457명(2003년) 등으로 선진국보다는 1명의 의사가 담당 해야하는 인구 수가 많았으며, 치과의사의 경우도 우리나라의 치과의사 1인당 인구 수는 2,984명으로 주요 선진국인 미국 1,835명(2002년), 일본 1,408명(2002년), 영국 2,190명(2003년) 등 보다 치과의사당 인구 수가 많은 것으로 나타났다. 이러한 경향은 간호사에서도 나타나는데 우리나라 간호사 1인당 인구 수는 574명(2003년)으로 미국 127명(2002년), 일본 127명(2002년), 영국 128명(2003년), 캐나다 102명(2003년), 프랑스 136명(2003년)보다 많아 주요 선진국과 비교시 간호사 수가 가장 낮은 수준으로 나타났다.

구분	의사(한의사 포함) 1인당 인구	치과의사 1인당 인구	간호사 1인당 인구	비교년도
한국	638	2,984	574	2003
미국	441	1,835	127	2002
일본	506	1,408	128	2002
영국	457	2,190	103	2003
캐나다	475	1,733	102	2003
프랑스	297	1,470	136	2003

〈표 2〉 주요 보건의료인력의 국제비교

자료원 : OECD Health Data 2005

그러나 우리나라 보건의료인력의 신규배출 규모를 보면 2003년 의과대학 입학정원은 3,097명, 간호대학(3,4년제 대학전수 포함) 입학정원 10,973명이며, 1980년 대비 정원수 증가율은 의과대학 2.16배, 간호대학 2.33배로 크게 증가한 것으로 나타나 현재의 우리나라와 외국의 의과대학 정원정책이 지속될 경우 이러한 차이는 보건의료인력의 종류에 따라 다소 다르게 나타나지만 전반적으로 다소 줄어들 것으로 예상된다.

구분		구분					증가률 (C/A)	
		1980(A)	1985	1990	1996	2000		2003(C)
의과대학	대 학 수	19	26	31	37	41	41	2.16
	입학정원	2,090	3,074*	2,896	3,111	3,133	3,097	1.48
간호대학	대 학 수	54	60	62	99	163	112	2.07
	입학정원	4,700	6,467	6,630	10,240	12,375	10,973	2.33

〈표 3〉 의과대학 및 간호대학 입학 정원 변화 추이

자료원 : 보건복지부, 보건복지통계연보 1980~2004년

주) 의과대학은 의예과 중심이며, 간호대학은 3년제와 4년제 포함된 정원임.

\* : 85년은 졸업정원제에 의한 확대정원이 포함된 정원임.

한편 우리나라는 지난 20여 년 동안 의사수의 증가와 함께 전문의 수가 크게 증가하였다. 전체 의사 중에서 전문의가 차지하는 비중은 1975년에 34.8%에서 2003년도에는 69.8%로 2배 이상 증가하였다. 의사국가고시합격자수 대비 전문의 수도 1975년에는 56.3%였으나, 2001년도에는 90.1%에 달하는 것으로 나타났다. 이는 의사국가고시를 합격한 후 전문의를 취득하기까지 약 5년의 기간이 소요된다는 점을 감안하면, 최근 배출되는 의사들의 대부분이 전문의가 되는 것이 현실이며, 전문의 수가 급증하고 있는 것은 현대 의료의 특성상 불가피한 측면이 없지 않다. 그러나 배출되는 전문의의 전문과목별 인원에 있어서는 내과, 가정의학과, 소아과 등 국민적 수요가 매우 높은 1차 의료를 담당하는 전문의와 응급의학과와 같이 국민에게 절대적으로 필요로 하는 전문의의 배출되는 인원이 다른 전문과목에 비해 상대적으로 적다는 것은 매우 우려되는 부분이다. 이러한 현상이 발생하는 주요 원인의 하나는 국민의 전문의 수요가 아닌 병원의 전공의 수요에 맞춰 전문의 인력의 수가 결정되기 때문이다. 각 병원에서 저임금의 의료인력이라는 측면에서 전공의를 원하고 있어, 1차 의료 이외의 전문과목에서의 전공의 정원이 상대적으로 많기 때문에, 이들 전문과목의 전공의들이 채워진 이후에나 1차 의료를 담당하는 전문과목에 정원이 채워지는 현상이 발생하게 된다. 또한 개업이 유리하거나 비보험적용 의료서비스가 많고 근무여건이 좋은 안과, 성형외과 등의 전문과목은 전공의 지원자가 많으며, 이러한 전문과목의 경우는 전공의 정원을 감축시키더라도 재수 또는 삼수를 해서 전공의 과정에 들어가려는 경향을 보이고 있다. 반면 전문의 자격을 취득한 이후 수입과 근무여건이 상대적으로 열악한 흉부외과와 지원과목 등의 경우는 전공의 지원자가 적어 전공의 지원 미달사태를 보이고 있으며, 정부의 보조금이 지급되고 있음에도 이러한 현상은 지속되고 있는 것이 현실이다(오영호 외, 2004).

## 2. 보건의료인력의 지역간 분포의 불균형

보건의료인력의 지리적 분포의 문제는 의료이용의 접근성과 관련된 중요한 과제 중의 하나이다. 의료이용의 접근성 문제는 의료가 필요한 사람들이 건강증진, 예방, 치료, 재활을 망라한 포괄적인 의료서비스의 이용이 용이하도록 이와 관련된 의료인력이나 시설이 가까이 위치해야 함은 물론, 적은 비용으로 효율적으로 서비스가 제공될 수 있는가와 관련된 것

이다. 또한 의료인력의 지리적 분포는 결국 의료인력의 활용성과도 연관된 중요한 문제로, 의료인력의 지리적 불균형, 직종간 불균형 등으로 인해 의료인력의 활용성이 낮을 수 있기 때문이다.

우리나라는 보건의료인력의 지역적 불균형을 해소하기 위해 1980년에 농어촌보건의료를 위한 특별조치법을 제정하여 1981년부터 공중보건인력과 보건진료원이 농어촌에 배치되어 2004년 말 현재 보건지소에 치과 의사와 한의사를 포함하여 2,488명이 배치되어 있고, 보건진료소에는 보건진료원이 1,863명 배치되어 지역간 보건의료인력 편중현상은 다소 줄어들었다고 판단된다.

구분	의사	치과의사	한의사	간호사	약사	의료기사	간호조무사	보건진료원	계
보건소	910	342	394	2,816	167	2,122	1,333	-	8,084
보건지소	1,326	678	484	500	-	776	1,826	-	5,590
보건진료소	-	-	-	-	-	-	-	1,863	1,863
계	2,236	1,020	878	3,316	167	2,898	3,159	1,863	15,537

〈표 4〉 보건기관의 의료인력 현황(2004. 12 현재)

자료 : 보건복지부, 2005년 주요업무 참고자료, 2005.

그러나 지역별 일반의사와 전문의의 분포 비율은 도시지역에 밀집되어 있음을 알 수 있고, 특히 전문의의 경우는 91.6%가 도시지역에 집중되어 있어 집중화가 심각한 수준이다.

구분	도시(동지역)	농촌(읍면지역)	계
일반의	4,628(71.8)	1,818(28.2)	6,446(100.0)
전문의	43,282(91.6)	3,974(8.4)	47,256(100.0)
계	47,910(89.2)	5,792(10.8)	53,702(100.0)

〈표 5〉 지역별 일반의와 전문의 분포(2003. 4)

자료 : 건강보험심사평가원, 내부자료, 2003.

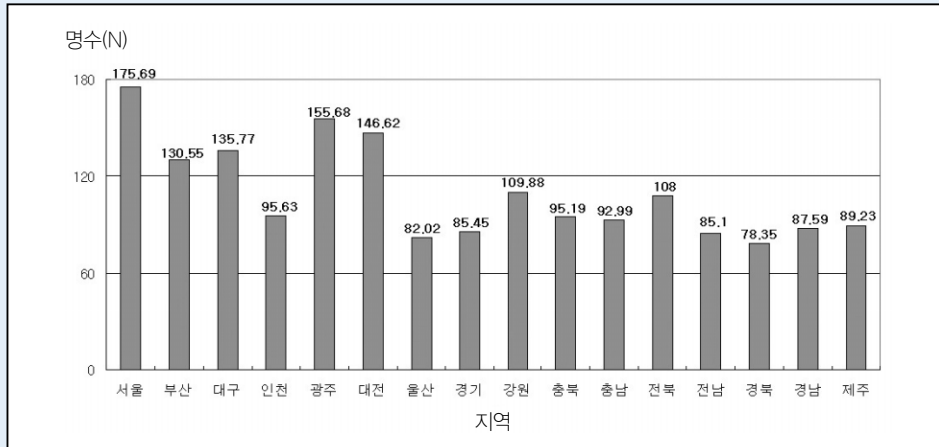
인구 10만 명당 지역별 보건의료인력분포를 살펴보면, 지역간 불균형이 더욱 심화됨을 알 수 있다. 대도시 지역에 활동하는 의사인력의 경우, 인천과 울산지역은 전체 평균인 117.50 명에 훨씬 미치지 못하는 95.63명과 82.02명이었으며, 반면 서울이 175.69명으로 대도시 간 크기는 2.14배나 차이가 났다. 대도시를 제외한 지역의 경우 모두 전체평균에 크게 미치지 못했다. 의사, 약사, 간호사, 임상병리사의 인구 당 비율은 서울이 가장 높게 나타났으며, 방사선사, 작업치료사, 치과기공사의 인구당 비율은 대전지역에서 가장 높게 나타났다. 한 의사, 치과의사, 치과위생사의 인구당 비율은 대구지역에서 가장 높았으며, 물리치료사의 경우는 충북지역이 가장 높게 나타났다.

(단위 : 명)

	의사	치과 의사	한 의사	약사	간호사	임상 병리사	방사 선사	물리 치료사	작업 치료사	치과 기공사	치과 위생사
서울	175.69	42.98	25.28	10.08	202.70	35.08	27.97	18.54	0.80	3.29	25.99
부산	130.55	28.99	20.97	6.91	154.25	27.41	22.47	18.07	0.49	3.33	8.30
대구	135.77	32.73	26.08	6.33	160.53	32.65	25.20	20.44	0.60	5.48	27.57
인천	95.63	25.74	16.65	3.92	130.26	20.04	20.81	21.78	0.40	1.45	10.34
광주	155.68	43.02	13.60	6.58	178.22	32.38	24.99	21.07	0.59	3.47	42.13
대전	146.62	27.77	20.61	6.07	174.10	31.35	28.50	27.85	0.88	4.75	30.04
울산	82.02	22.38	16.46	2.37	127.76	21.39	18.83	19.42	0.10	2.66	11.53
경기	85.45	25.20	14.25	4.01	111.60	17.95	18.14	18.42	0.45	2.32	17.63
강원	109.88	30.06	17.48	4.44	181.30	22.60	21.32	24.14	0.54	2.08	24.81
충북	95.19	21.62	17.11	3.82	128.53	21.48	19.71	28.77	0.07	1.23	19.16
충남	92.99	27.42	15.39	2.87	115.59	22.98	21.24	28.23	0.16	4.17	17.99
전북	108.00	32.69	19.94	4.50	106.63	33.22	22.58	27.87	0.16	3.01	31.52
전남	85.10	25.90	10.62	3.56	176.96	26.15	17.48	29.15	0.25	1.25	22.84
경북	78.35	23.01	17.28	2.31	145.14	20.33	17.43	21.17	0.04	4.44	18.06
경남	87.59	23.27	15.41	3.96	136.81	23.67	20.25	18.87	0.34	1.88	30.99
제주	89.23	27.67	13.64	1.75	196.78	30.78	22.60	25.33	0.78	3.31	28.64
합계	117.50	30.53	18.70	5.59	152.44	26.27	22.21	21.11	0.47	2.97	21.88

〈표 6〉 지역별 인구 10만 명당 보건의료인력 분포현황

자료 : 한국보건사회연구원, 2001년 보건의료자원조사 결과



〈그림 1〉 지역별 인구 10만 명당 의사 분포현황

자료 : 한국보건사회연구원, 2001년 보건의료자원조사 결과

### 3. 보건의료인력 활용도 미흡

2003년 우리나라 종합병원, 병원 그리고 의원에 종사하는 보건의료인력의 비율을 살펴보면, 치과의사와 한의사를 포함한 의사인력은 80%이상으로 전반적으로 높은 편이지만, 간호사는 면허보유자 192,480명인데 반하여 취업자수는 101,943명으로 취업률이 53.0%로 나타났다. 의료기사 중에서는 방사선사와 물리치료사가 작업치료사가 69.0%로 가장 높고, 다음이 방사선사, 물리치료사, 치과위생사가 60%대로 가장 높았으며, 그 외 의료기사의 경우는 50%미만으로 대부분의 인력의 취업률이 낮았다. 이러한 보건의료인력의 낮은 취업률과 높은 이직은 보건의료의 전문성과 숙련요구도로 인해 보건의료인력은 타 분야에 비하여 전직(轉職) 등이 쉽지 않은 형편으로 결국 적지 않은 사회적 교육비용으로 발생하고, 이는 국가 경쟁력의 저하를 초래할 수 있다. 특히 여성 보건의료인력의 이직률이 비교적 높아 활용률이 낮은 편으로 여성의 경우 결혼 및 자녀양육 문제, 야간근무 등으로 인한 근무조건과 업무과다 등이 이직 요인으로 꼽히고 있다. 높은 이직은 결국 서비스 제공능력 숙련성을 저하시켜 보건의료의 질을 저하시키는 요인이 될 수 있다.



구분	면허자수(A)	의료기관 활동인력(B)	비율(B/A)
의사	81,328	66,018	81.1
치과 의사	20,446	18,147	88.8
한 의사	14,553	13,526	92.9
조산사	8,996	2,026	22.5
간호사	192,480	101,943	53.0
간호조무사	304,024	88,709	29.2
임상병리사	34,074	15,031	44.1
방사선사	19,594	12,876	69.2
물리치료사	21,153	13,160	62.2
작업치료사	831	411	49.5
치과기공사	18,026	6,439	35.7
치과위생사	23,389	14,263	61.0
의무기록사	9,317	2,753	29.5
약사	54,381	32,657	60.1
합계	802,592	387,959	48.3

〈표 7〉 보건의료인력의 취업률(2003년)

자료원 : 보건복지부, 보건복지통계연보 2004

주) 종합병원, 병원, 의원에 종사하는 보건의료 인력 수

### Ⅲ. 보건의료인력 수급전망

본고에서 보건의료인력 수급전망은 가장 최근에 연구된 결과(오영호, 2006)에 기초하여 의료인력의 과부족 현상을 파악해보고자 한다. 이 연구결과에 의하면 의사인력은 현재 구미 선진국에 비해 공급이 부족하지만 '90년대 신설된 의과대학의 졸업생들이 배출되기 시작하면서 향후 지금의 공급능력만으로도 앞으로 증가되는 수요를 충족시킬 수 있을 것으로 전망된다. 향후 의사수급전망에 따르면 2020년까지 공급과잉이 전망되지만, 의사인력수급차이

의 범위가 진료인력의 10% 범위 내에 있기 때문에 의사인력수급에 큰 문제가 없을 것으로 판단된다.

한의사는 의사와의 기능구분이 곤란하여 별도로 수요 공급 추계에 의한 과부족을 언급하기는 곤란하나, 수요추계에 근거하면 2020년까지 공급과잉이 전망된다. 향후 한의사수급 전망(255일 근무와 중위치 기준)에 따르면, 2020년까지 공급과잉이 전망되며, 한의사의 경우, 대체 인력이라 할 수 있는 의사수를 고려하면 공급과잉의 폭은 증가되므로 이를 고려한 인력정책이 수립되어야 한다.

치과사인력의 향후 수급전망은 2020년까지 치과 의사 과잉공급으로 전망되지만, OECD 국가와 비교해보면, 2003년 우리나라의 인구 10만 명당 치과 의사수는 30명으로, 2003년 OECD 국가 평균인 52명에 미치지 못한다. 2010년 51명, 2015년 58명, 2020년 66명 수준으로 전망되어 2010년이면 이 수준에 이르게 되므로 치과 의사의 공급수준은 적절한 것으로 판단된다. 치과수요는 매우 소득 탄력적이기 때문에 앞으로 국민소득증가에 크게 영향을 받을 것으로 예상되고, 2003년에 시행한 치과전문의 제도도 치과 의사 공급에 영향을 미칠 것이기 때문에 이러한 요인을 감안하여 적정수준의 인력이 공급될 수 있도록 신축성있게 대처해 나가야 할 것이다.

간호사인력은 전반적으로 향후 2020년까지 공급과잉현상이 지속될 것으로 전망된다. 구체적으로 보면, 간호사의 규모는 저위추계를 가정할 때는 전반적으로 2020년까지 지속적으로 공급과잉이 예상되며, 고위추계를 가정할 때는 2015년까지 공급과잉이 예상되나 그 이후에 그 수가 줄어들어 2020년에는 공급이 부족할 것으로 전망되지만 그 규모는 수급에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 사료된다. 간호사 1인당 인구수와 의사 1인당 간호사수는 선진국에 비해 적은 실정이고, 취업간호사가 부족한 것으로 추정되고 있지만, 근래에 간호학과의 정원이 증가되었고 취업하려는 간호사의 수가 증가되고 있기 때문에 장래 수급의 불균형 문제는 발생하지 않을 것으로 사료된다. 간호사는 취업률이 낮아 양성인력을 확대하는 방안 못지않게 양성된 가용인력을 활용할 수 있는 방안이 강구되어야 한다.

약사인력은 향후 2020년까지 공급과잉현상이 지속될 것으로 전망되며, 현재로서는 한약사의 공급이 미미한 실정이지만 한약사 공급이 증가하면 약사의 역할과 증폭되는 부분이 생기게 되어 약사의 수요에 영향을 미치게 되므로 이를 감안한 인력정책이 필요한 것으로 사료된다.

보건의료인력의 수급 전망시 취업인력을 기준으로 과부족을 추정하는데, 취업률이 낮은 경우 미취업이 모두 자발적 실업이 아니라면 현실적으로는 공급이 부족하지 않다는 것을 시사할 수도 있으므로 수급 전망시 미취업의 자발적 실업여부로 현실적인 시장여건을 파악하여 과부족을 추정하는 것이 바람직하겠으며 가용인력을 충분히 활용할 수 있는 방안이 모색되어야 한다.

#### IV. 정책과제

본고에서는 지금까지 보건의료인력 현황과 문제점 그리고 수급전망을 살펴보았으며, 이러한 결과에 근거하여 주로 보건의료인력의 적정수급관련 정책과제를 제시하고자 한다.

##### 1. 인력수급 모니터링 시스템 구축

인력수급 모니터링 시스템 구축을 위한 세부적인 과제로 첫째, 보건의료부문 활동인력 모니터링을 수행하는 것이다. 이를 위해 2006년도 국민보건의료실태조사에서는 의료기관, 보건기관, 약국에 근무하는 보건의료인력(활동인력)에 대한 정보를 주기적으로 정확히 파악할 수 있도록 조사설계하며, 또한 web 시스템을 통하여 효율적인 모니터링을 함으로써 적시에 타당한 자료를 수집 및 활용토록 한다. 둘째, 주기적인 비 보건의료부문(비활동자 포함)인력 실태조사를 수행하는 것이다. 이를 위해 복지부가 관리하고 있는 면허관리정보시스템과 연계하여 비보건의료부문 활동인력과 비활동 인구(미취업, 은퇴자) 표본조사를 통한 전직사유, 가용 보건의료인의 미취업 사유, 미취업 보건의료인력의 질, 보건의료인의 취업관련 요인 등의 조사가 가능하므로, 기존 자원의 효율적 활용방안 마련에 기여할 수 있다. 셋째, 정책결정지원을 위한 정보시스템을 운영하는 것이다. 즉, ‘등록현황 중심 통계’에서 ‘심화정보 분석을 통한 정책결정지원 시스템’으로 전환하고, 보건소, 복지부, 심평원 등 관련 국가기관 상호 정보를 공유하여 자료수집의 효율성을 확보하고 정확한 국가통계를 산출할 수 있도록 한다.

그리고 급변하는 의료인력에 대한 수요의 변화에 대하여 적시에 대응하기 위하여 실용적이고 다각적인 보건의료인력 정보를 생산한다. 심사평가원 등의 진료내용과 연계하여 도시 또는 농촌지역 보건의료인력의 생산성을 비교·분석할 수 있고, 보건의료인력의 연령별·성별 생산성 등의 다양한 자료를 확보하여 보건의료인력에 대한 중·장기적 계획 수립에 기여토록 한다.

## 2. 중장기적 인력수급추계

보건의료인력의 적정수급관리를 위하여 첫째, 주기적으로 보건의료인력 수요 공급을 추계해야 한다. 즉, 의료보장범위 확대, 인구의 고령화, 국민 경제수준의 변화 등 급변하는 보건의료수요의 변화 요인을 반영하여 주기적(3~5년)으로 보건의료수요량을 중·장기 예측한다. 전문보건의료인력을 각 종별, 분야별로 세분하고, 교육기관의 정원, 합격률, 취업과 실업의 요인 등을 반영하여 보건의료인 공급량을 중·장기 추계를 실시하며 이는 일관성과 타당성이 있는 추계를 위하여 공신력 있는 기관에서 수행하도록 한다. 둘째, 보건의료인력 소요량 판단을 위하여 학계 및 연구계, 관련의료계, 관계 등의 전문가가 참여하는 '분야별 전문가 위원회(가칭)'를 구성한다. 즉, 이해관계에 의한 오류를 배제하여 공정한 추계치가 생산되도록 하기 위하여 학계 및 연구계, 관련의료계, 관계 등의 전문가가 참여하는 '보건의료인력 소요량 판단 위원회(가칭)'를 구성한다.

## 3. 적정수의 보건의료인력 배출

적정수의 보건의료인력을 공급하기 위하여 첫째, 보건의료인력을 교육하는 대학(원) 정원의 조정하는 방안이다. 의사(한 의사, 치과 의사 포함), 간호사, 약사, 의료기사 등의 보건의료인을 배출하는 교육기관(대학 또는 전문대학원)의 입학 정원에 대한 조정하고, 의료보조인력을 배출하는 전문대학의 구조조정을 통하여 의료보조인력의 감축하는 방안도 검토할 수 있다. 또한 약학대학 6년제의 도입과 함께 약사 교육 정원의 조정 등의 방안을 검토하도록 한다. 둘째, 보건의료인력 면허(자격) 시험강화를 통한 적정공급목표를 달성할 수 있다. 보건의료인력 교

육의 사회적 비용을 최소화 하면서 적정 경쟁률을 유지하도록 보건의료인 국가시험의 합격률을 조정하는 방안이다. 셋째, 전문보건의료인력 수련 배출에 대한 정부의 적절한 관리감독을 수행하도록 하는 방안이다. 의사, 치과의사, 한의사의 각 전문의 종별 전체 정원과 수련병원별 정원 책정에 대하여 정부가 보다 적극적으로 개입하며, 전문간호사 수요에 입각한 각 종별 전문간호사 적정 정원 책정과 이의 공급을 위한 지원을 강구하도록 한다.

#### 4. 보건의료인력의 적정수급을 위한 합리적인 배분 원칙과 지역별 최저기준 설정

보건의료자원의 적정수급을 위한 수요의 파악은 신체건강, 정신건강, 공중보건, 장애자 및 노인 등과 같은 다양한 영역을 모두 포괄해야 하며, 자원수급정책을 수립하기 위해서는 기존의 보건자원에 대한 평가가 필요하다. 보건자원의 평가에는 자원의 양, 질, 분포, 효율성, 적합성, 통합성 등을 고려해야 하며, 이러한 요인들의 고려는 지속적인 감시체계를 통하여 가능하다. 이러한 수요 및 공급현황 파악을 기초로 우리나라 실정에 맞는 합리적인 보건자원배분원칙과 공식을 만들어 내는 것이 필요하다. 따라서 보건의료자원 수급배분정책은 수요 및 공급현황 파악을 기초로, 우리나라 실정에 맞도록 보건의료자원체계의 구조, 의료이용 양상, 의료비 등의 변화를 고려하는 합리적인 적정배분원칙과 공식을 만들어 내고 이에 의한 자원을 합리적으로 배분하여야 한다. 뿐만 아니라 단기적으로는 지역별 보건의료인력의 최저기준(national minimum) 또는 국가표준(national standard)등의 정책목표를 설정하여 운영해야 한다. **KHA**

#### ※ 참고문헌

- 오영호, 외 『의료공급중장기 추계』, 한국보건사회연구원, 2006.  
 오영호, 외 『전공의 정원배정을 위한 수련병원 특성별 전공의 적정수 산출방안』, 한국보건사회연구원, 2004.  
 오영호, 외 『2000년도 국민보건의료실태조사』, 한국보건사회연구원, 2002.  
 오영호, 외 『요양병원 수급현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999.  
 서용덕 등. 의사인력의 지역간 분포양상 및 공중보건역사의 영향. 보건행정학회지 3(2):81-99, 1993.