
의사인력 공급 적정화를 위한 인력관리 정책방향

李亨柱 / 보건복지부 의료정책과장

1. 의사인력 적정공급의 논란

보건의료인력은 가장 중요한 보건의료 자원으로 그 수 및 질은 의료공급의 결정적 요인이 되고 있을 뿐 아니라, 국민의료비에서 차지하는 비중 또한 매우 크기 때문에 수급간 균형을 통한 적정규모 유지의 필요성이 세계보건기구를 비롯한 여러나라에서 일찍이 강조되어 왔고, 보건의료서비스에 대한 적정화를 기하기 위하여 관련인력의 적절한 공급, 훈련 및 배치와 효과적 활용 등이 요구되고 있다.

보건의료인력 수급에 있어서의 정책적 관심은 주로 보건의료서비스에 대한 요구와 이를 수용하기 위한 인력의 수, 종류, 기능, 분포, 질적 측면의 불균형에 대한 것으로서, 의료관리 정책은 이들 불균형을 되도록 사전에 예측함으로써 부작용을 최소화하기 위한 대책을 강구하고자 실시된다. 특히, 보건의료인력 가운데 활동의 주축이 되는 의사인력은 양성기간이나 비용이 타분야에 비해 장기적이고 고가라는 특

성으로 인해 수급에 불균형이 초래될 경우 단기간에 균형을 꾀하기가 용이하지 않음은 물론 제반 사회경제적 문제가 야기된다는 점에서 장래 예측을 토대로 한 사전대책 마련이 매우 중요하게 인식되고 있다.

그러나, 장래 의사인력에 대한 수급계획은 미래가 과거의 연장이 아닌 너무나 많은 불확실성을 내포하고 있으며, 기타 교육체계라든가 보건체계 등과도 밀접히 관련되는 등, 그 자체로서 상당한 어려움이 따르고 있다. 즉, 보건의료분야에 있어서의 수요는 그 특성상 공급자의 의도적인 유인이 작용될 수 있고 사회전반의 수준변화와 함께 의료소비자(국민)의 요구수준이 변화되는 등 국가의 경제수준과 보건복지정책의 방향, 보건의료제도, 보건의료자원의 수준, 국민의 의식수준, 그리고 우리나라 특유의 상황인 남북한 관계 변화와 같은 다각적인 요인들이 자연적·의도적으로 관련되어 정확한 예측을 기대하기란 거의 불가능하다. 공급측면에서는 공급자의 기대수익이 어떻게 달성되는가

와 개인이 삶에 대한 가치관의 시대적 변화로 인해 파생되는 의사당 환자진료량의 자율적인 조정이나 평생활동기간의 변화, 그리고 세계적인 추세로서 국가간 인력의 이동 등이 공급에 있어서도 정확한 예측을 어렵게 하고 있다. 이처럼 수요와 공급에서의 관련요인들이 제각기 예측불가능한 변화를 하고 있어 적정 의사수를 일정시점을 기준으로 하여 계산하거나 장단기 의료수요를 정확히 추계하여 의과대학 입학정원을 비롯한 인력관리를 합리적으로 조정한다는 것은 매우 어려운 일이다.

서구 구라파와 일본 공히 60년대초 전후에 부족하였던 의사를 충원하기 위하여 의사 양성계획을 검토하여 의과대학 입학정원을 정하였으나, 예외없이 모든 나라가 의사과잉으로 실업의사 문제가 발생하는 등 큰 사회적인 문제가 생겨 70년대 중반부터 의과대학 정원을 감축하거나, 개업조건을 까다롭게 하거나, 개업전 수련기간을 점진적으로 높이거나, 독일에서 보는 바와 같이 개업 및 근무의사의 정년을 정하는 등의 대책을 강구하고 있다.

우리나라의 인구대비 적정 의사수가 몇 명이나 하는 의견은 의료수요자인 국민, 의료공급자인 의사, 병원경영자 등 각자의 입장에 따라 상이할 수 있을 것이다.

의료수요자인 국민의 입장에서는 의사수가 많으면 많을수록 의사의 최소가치가 이에 비례하여 적어져 의사들이 보다 친절하여 지고 수진시간도 길어져 보다 내실있는 진료를 받을 수 있을 것이란 생각

을 할 수 있기 때문에 의사는 많으면 많을수록 바람직하다고 할 것이다.

의료공급자인 의사, 특히 1차진료를 담당하고 있는 개원의사의 경우 의사수가 적정수를 초과하면 적정수를 초과하는 의사가 기존의원의 환자를 잠식하게 되어 수입이 감소하게 될 것을 우려하게 된다. 따라서 신규개원의사와 기존개원의사간의 환자유치 경쟁으로 이어져 의료시설의 고급화와 고가장비의 설치경쟁을 유발시켜 의료원가 상승을 초래하게 될 것이다.

2. 적정 의사인력 관리의 필요성

의료수요자와 의료공급자의 입장에 따라 적정 의사수 공급에 대한 입장이 다르게 표현되기는 하나 분명한 것은 다음의 몇가지 이유에서 의사인력의 공급을 자유시장 경제에 맡기지 않고 관리하여야 할 필요성이 있다. 그 이유는 크게 '의과대학등 보건의료 관련교육의 특성'과 '보건의료 인력수급의 사회경제적 특성' 두가지로 분류하여 볼 수 있다.

먼저 의과대학등 보건의료 관련교육의 특성을 보면, 보건의료는 면허를 필수조건으로 하는 행위로서 엄격한 책임을 수반하며 이에 상응하는 지식·기술(능)을 주 교육대상으로 하고 있어 장기간(6년)의 강도높은 대학교육과 실습, 그리고 전문의의 경우는 대학졸업 및 면허취득후 일정기간의 임상수련(4~5년)을 하고 있다. 또한, 학생은 다른 학문분야에 비해

상대적으로 높은 교육비용을 부담하고 학교는 막대한 교육시설 투자를 부담하고 있으며, 의사등 보건의료계 전문인이 되는 것을 전제로 하는 교육이므로 다른 직업에의 활용범위가 극히 제한적이어서 교육효용이 낮은 것이 특징이다.

다음으로 보건의료 인력수급의 사회경제적 특성을 보면 의료인력의 공급확대는 불필요한 의료수요를 창출한다는 Roemer's Law이다. 즉, 의료의 극도의 전문성으로 인한 의사의 의료정보 독점 및 환자의 의료에 대한 정보 부족으로 환자의 선택이 제한되어 공급자인 의사의 판단에 따라 의료서비스가 창출된다는 것이다.

그리고 의사인력의 공급확대가 의사 개인소득의 하향조절, 농어촌 지역의 의사수 증가 등의 효과를 가져오기 보다는 국민 의료비 양등이라는 역효과를 유발하는 것이 특징이다. 미국의 경우 1960년대에서 1970년대 의사공급 증가정책을 시행하였으나, 1980년대에 들어오면서 의사가 많아지면서 공급의 수요창출로 의료비가 증가한다는 이론이 대두하여 의과대학 입학정원을 감축시키고 외국인의 유입을 억제시키고 있다. 이러한 현상은 미국의 국민 의료비 변화추이에서 볼 수 있는데 1960년 GDP의 5.2%, 1970년 7.4%, 1980년 9.2%, 1990년 12.1% 등으로 나타났었다. 반면에, 의사인력의 공급축소가 국민 의료비의 절감 효과를 가져오기 보다는 의료공급부족에 따른 병원고용의사의 고급여 현상, 의료이용 불편 및 환자의 의사선택권 제한

보건의료인력은 노동시장적 수급조절 기능이 작용하지 않아 과잉배출시 사회경제적 손실을 유발하며, 과소배출시 국민의 의료이용수준이 열악해짐으로 적정성을 유지하기 위한 관리가 필요하다.

등의 역효과를 유발한다. 또한, 보건의료의 특성상 보건의료인력의 경우는 노동시장적 수급조절 기능이 작용하지 않아 과잉배출시 사회경제적 손실을 유발하며, 과소배출시 인력의 대체성이 없고 기술의 독점성으로 인해 가격탄력성이 극히 적어 국민의 의료이용수준이 열악해진다.

이러한 측면에서 의사인력은 그 적정성을 유지하기 위해 관리의 필요성이 있는 것이다.

3. 우리나라 의사인력 수급현황 및 문제점

의사인력을 적정하게 관리하기 위해서는 현재의 수급현황과 문제점을 살펴 향후 수급관리정책의 기본방향을 설정하여야 할 것이다(연구시점으로 인해 1995년도의 현황을 기준으로 하였음).

가. 의사인력 현황

1995년말 현재 우리나라 의사면허 등록수는 57,188명이고, 이중 41,583명(면허등록자수의 72.7%)이 보건의료기관에 취업하고 있고, 한의사 면허등록수는 8,714명이며 이중 6,652명(면허등록자수의 76.3%)

이 보건의료기관에 취업하고 있다. 의사 51,470명과 한의사 7,840명 등 59,310명(면허등록자수의 90%)이 국내에서 활동중인 것으로 추정되고 있다(표 1 참조).

이러한 의사인력을 인구에 비례하여 볼 때 인구 10만명당 활동의사수 113.1명(한의사 포함 130.3명)은 선진국에 비해 낮은 수준이다(표 1, 2 참조).

그리고 1인당 국민소득 1만불 도달시 영국과 일본을 제외하고는 우리보다 훨씬

높은 수준이었다(표 3, 4 참조).

그러나 의사인력 공급의 원천이 되는 의과대학 입학정원은 1990년대부터 급증하여 1995년 현재 3,120명(한의대 포함 3,870명)으로 의사공급능력은 선진국을 상회하는 수준이다. 따라서, 현재의 의과대학 재학생들이 의사인력으로서 활동하게 되는 2000년대에는 선진국과의 의사공급 수준 차이가 급속히 줄어들 것으로 전망된다(표 5, 6 참조).

표 1. 의사·한의사 인력공급 현황(1995)

(단위 : 명)

구 분		의 사	한의사	계
면허등록의사수		57,188	8,714	65,902
국내 활동의사수		51,470	7,840	59,310
보건의료기관 취업의사수 ¹⁾		41,583	6,652	48,235
인구 10만명당 의사수	면허등록자수	125.7	19.1	144.8
	국내활동자수	113.1	17.2	130.3

주: 1) 공중보건의 및 군의관(약 5,500명)은 제외함.

표 2. 의사공급수준 비교

구 분	우리나라 (A, 1995)	복지선진국(23개국, 1991)				차 이 (A-B)
		평균(B)	상 위	중 위	하 위	
인구 10만명당 의사수(명)	130.3 ¹⁾	253.6	316.5	228.6	197.8	△123.3
1인당 GNP(\$)	10,076	-	19,228	25,886	8,328	-

주: 1) 한의사 17.2명 포함.

표 3. 각국별 의사공급 수준

구 분	미 국	일 본	영 국	캐나다	호 주	독 일
연도	1978	1984	1986	1979	1981	1978
1인당 국민소득(\$)	10,128	10,535	10,066	9,687	11,353	10,470
인구 10만명당 의사수(명)	183.9	144.5	133.2	181.7	181.8	212.0

표 4. 일부 선진국의 소득 1만불 도달시 인구 10만명당 의사수

상위국가(9)			중위국가(7)			하위국가(7)		
국 가	1인당 GNP(\$)	의사수 (10만명당)	국 가	1인당 GNP(\$)	의사수 (10만명당)	국 가	1인당 GNP(\$)	의사수 (10만명당)
호 주	17,050	-	덴 마아크	23,700	256.4	터 어 키	1,780	96.8
오스트리아	20,140	432.9	핀 란 드	23,980	246.3	그 리 스	6,340	172.8
벨 기 에	18,950	321.5	독 일	23,650	272.5	포르투갈	5,930	202.8
카 나 다	20,440	222.2	일 본	26,930	164.5	아일랜드	11,120	158.0
프 랑 스	20,380	289.0	노르웨이	24,220	-	룩셈부르크	-	196.9
이탈리아	18,520	469.5	스 웨 덴	25,110	272.5	뉴질랜드	12,350	-
네델란드	18,780	242.7	스 위 스	33,610	159.5	스 페 인	12,450	359.7
영 국	16,550	-						
미 국	22,240	237.5						
평 균	19,228	316.5	평 균	25,886	228.6	평 균	8,328	197.8

표 5. 의사공급능력 비교

구 분	우리나라 ¹⁾ ('95)	미국('90)	일본('90)	캐나다('90)
의과대학수	37(48)	126	80	16
입학정원	3,120(3,870)	16,630	7,680	1,720
인구 만명당 입학정원	71.5(88.7)	65.1	61.7	62.7

주: 1) ()은 한의사 포함.

표 6 연도별 의과대학 및 입학정원 추세

연 도	1970	1980	1990	1995
의과대학수	14(1)	19(3)	31(9)	37(11)
입 학 정 원	1,240(40)	1,940(200)	2,880(650)	3,120(750)

주: ()은 한의과대학임.

한편, 우리나라의 지역별 의사인력 및 의료기관의 분포는 고르지 못한 형편이다. 서울·부산·대구 등에 의료공급이 편

중되어 있고 경기·전남·경남·경북에는 상대적으로 낙후되어 있다(표 7 참조).

표 7. 지역별 의과대학 및 의사인력 분포

(단위: 개, %)

지역	지역	서울	부산	대구	강원	전북
	의과대학	8	4	3	4	3
의과대학 입학정원	30.1	11.9	9.9	9.0	8.0	
3차진료기관	22	4	3	2	2	
의사수	38.7	9.6	6.9	3.0	4.0	
인구	24.4	8.4	5.1	3.6	4.7	
지역	지역	경기	경남	경북	전남	충남
	의과대학	1	2	1	0	3
의과대학 입학정원	1.3	3.8	1.6	0	5.8	
3차진료기관	1	1	0	0	1	
의사수	9.2	5.6	3.3	2.5	2.7	
인구	14.1	8.4	6.5	5.8	4.6	

나. 의사인력 관리상의 문제점

의사공급량을 국가의 경제·복지수준과 국민의료비의 부담능력에 맞도록 적정하게 유지하기 위해서는 의사인력 공급기준

에 관한 정책자료가 긴급하나 현재 우리나라에는 적정한 자료를 갖고 있지 못한 실정이며, 기존 의사인력수급 추계자료도 연구기관(자)의 입장과 주관적인 가정에 따라 각기 다른 추계결과를 제시하고 있어

표 8. 연구기관별 의사인력 수급추계

(단위: 명)

구분	진료의사 수급 추계량(2010년 기준)			비고
	공급	수요	차이	
한국보건사회연구원(A)	82,109	84,362	△ 2,253	자체연구 교육부용역 의사협회용역
한국개발연구원(B)	71,592	88,261	△ 16,669	
인제대 보건대학(C)	82,867	64,762	18,105	
추계결과 차이	A-B	10,517	△ 3,899	△ 14,416
	A-C	△ 758	19,600	20,358
	B-C	△ 11,275	23,499	34,774

신뢰할 수 없는 실정이라 할 수 있다(표 8 참조). 이렇듯 객관성과 정확성을 신뢰할 수 없는 추계 수요량을 기준으로 공급량의 적정성을 판단하는 것은 설득력이 없어 '96년도에는 선진국의 의사인력 공급 수준을 기준으로 비교하여 의과대학의 입학정원을 관리하여 왔다.

또한, 의사인력정책이 이해관계가 첨예한 의과대학 정원등 의사수요·공급량에 치중되어 있어서 '효율적인 양질의 의료 서비스 수준'이라는 의료정책의 궁극적 목표를 지향하는 다른 정책방안들, 즉 의사인력의 지역간, 기능간 적정배분, 의사인력의 진료능력 향상, 한의사 인력의 적정공급 및 양·한방협진체제 등이 간과되고 있어 보건복지부에서도 1996년부터 '양적 확대' 보다 '질적 수준의 제고'에 중점을 두고 의사인력을 관리한다는 방침을 설정하였으나 아직 구체적인 정책자료를 마련하고 있지 못하고 있는 것이 사실이다.

4. 새로운 의사인력 관리방안

의사인력의 공급수준에만 치중해 왔던 우리나라의 의사인력 관리정책은 앞으로 다음과 같은 원칙에서 크게 변화되어야 할 것이다.

- 의사인력 공급량 관리방식: 『수요·공급일치 기준』방식 ⇒ 『공급량의 적정목표 범위 유지』방식
- 관리자료의 획득방법: 『의사수급추계 연구』방법 ⇒ 『인력모니터링체계 운영』방법

우리나라의 의사인력 관리정책은 『공급량의 적정목표 범위 유지』 방식, 『인력모니터링체계 운영』 방법의 의사인력 관리자료의 획득, 의사인력의 『질적 수준 제고』 방안 등으로 변화되어야 한다.

- 의사인력정책의 주안점: 『수적 적정성 관리』 ⇒ 『질적 수준 제고』

가. 의사인력공급량 관리

의사인력 공급량 관리방식이 기존의 수요·공급 일치기준 방식에서 공급량의 적정목표 범위 유지방식으로 전환되기 위해서는 공급량의 적정목표 범위를 설정하는 것이 중요하다.

우선 공급량의 적정목표범위의 설정에 필요한 관리지표는 「인구 10만명당 의사수」로 하되 의사·한의사는 국민들이 선택적으로 이용하는 대체적 관계이며, 의료보험요양기관도 분리되어 있으므로 의사수에 한의사를 포함시켜야 할 것이다. 그리고 적정 목표범위의 설정은 경제협력개발기구(OECD)의 자료를 조사·분석하여 우리나라의 향후 10년내지 15년후의 인구 10만명당 의사수 상·하한 목표선을 통계적으로 설정하는 것이 필요하다. 상한은 OECD 국가중 고소득 국가이되 의사과잉공급의 문제가 덜 심각한 국가들의 1990년대초의 의사수 평균으로 하고, 하한은 OECD 국가중 우리와 경제력 수준이 비슷한 국가들의 1990년대초 의사수 평균으로

할 때 아래 표와 같이 제시할 수 있다.

표 9. 의사인력 공급량 적정목표 범위(2010년 기준)

구 분	공급량 적정목표 범위	
	하 한	상 한
의사수(천명)	97	111
인구 10만명당 의사수(명)	200	230

그리고 가장 중요한 공급량 관리기준은 의사인력 추계치가 적정목표 범위내에 들지 못할 것으로 예측되는 경우에는 의과대학 정원조정등 적극적인 정책수단을 활용하면 될 것이다.

이러한 관리지표와 적정 목표범위의 설정 그리고 관리기준으로 향후 우리나라 의사인력 공급량 관리대책을 제시해 보면 우리나라 의사인력 공급량 추계치는 현재의 공급량 증가요인(의과대학 3,120명, 한 의과대학 750명의 입학정원)이 유지될 경우를 가정하면 <표 10>과 같이 추계할 수 있고, 2010년경까지는 의사인력(취업의사)

이 적정목표 범위의 하한선에는 도달하나 상한선에는 미달되는 상태이므로 우선 적정목표를 설정한 후 향후 몇 년간의 의대정원을 제조정하여 빠른 시일내에 의사인력이 적정목표에 도달하도록 할 필요가 있다. 다만, 지금의 의과대학 입학생이 본격적으로 활동하는 2010년 이후에는 의사인력의 공급량이 적정선에 도달한 후 과잉으로 향할 가능성이 있고, 특히 1996년도부터는 농어촌학생 특별전형이 실시되어 10% 정도의 의대입학생 증가요인이 있을 예정임을 감안하여 의과대학 입학정원 관리를 할 필요가 있다.

나. 의사인력 모니터링체계의 운영

두 번째로 의사인력 관리자료를 획득하는 방법으로 기존의 의사수급 추계연구방법에서 인력모니터링체계를 운영하는 방법을 사용할 필요가 있다.

이를 위해서는 의사의 연령·주소·출신 학교 등 개인정보 관리, 전문의 자격소지자 관련정보, 의사 및 전문의별 취업상태, 의과대학 입학생·편입생·졸업생수 등 의사면허등록자, 신규등록자, 소멸자에 대한

표 10. 인구 10만명당 의사수 추계

(단위 : 명)

구 분	1995	2005	2010	비 고
등록의사수	145(126)	193(163)	225(189)	
취업의사수	130(113)	175(148)	201(169)	일본: 177('92) 미국: 236('92)

주: ()는 한의사를 제외한 수이며, 취업의사수는 등록의사수의 90%로 잠정 계산함.

모니터링 대상정보를 확보하고, 데이터베이스를 구축하여 정책자료로 활용하여야 할 것이다.

다. 의사의 질적수준 제고방안의 수립·집행

세 번째로 의사인력정책의 주안점을 수적 적정성 관리에서 벗어나 질적 수준 제고에 두고 의사졸업후 교육 및 전문의제도를 개선하고, 평생면허제도와 면허갱신제도의 장·단점을 비교·검토하여 개선방안을 마련하는 한편, 의료기관 서비스 평가제도 등을 활용하여 질적 수준을 보장하고 의과대학 교육의 질적 향상을 도모하여야 할 것이다. 아울러, 지역보건의로 계획을 활용하여 각 지역 의사소요량을 파악하고 지역별 의사인력 관리범위 및 목표량을 설정하여 의사인력 지역별 분포(배분) 개선전략을 도출하여야 할 것이다.

5. 전국민 의료를 위한 의사인력 정책

유명 종합병원에서 3시간을 기다려 3분 진료받는 환자의 입장에서는 우리나라 의사가 부족하여 바라는 시간에 기다리지 않고 원하는 의사로부터 양질의 의료서비스를 받을 수 없다는 생각을 하게 되며, 이와같은 문제를 일거에 해결하는 방법은 의과대학 입학정원을 대폭 늘여 의과대학

의사인력 공급정책은 단순히 그 수를 늘리는 차원에서 벗어나 의사수의 공급관리와 아울러 국민의료의 질을 더욱더 향상시키는 중요한 정책으로 활용되어야 할 것이다.

을 보다 많이 설립하여 현재보다 많은 의사를 양성하는 것이라고 생각할 것이다. 그리고 의과대학이 없는 대학과 우수한 종합병원은 각각의 목표를 위해 의과대학 또는 입학정원을 더 늘려야 한다고 생각할 것이다.

이러한 국민의 바람이나 의과대학이 없는 대학당국이나 유명 종합병원, 정치인, 그리고 의과대학이 없는 지역주민의 생각은 각각 자기입장에서 보면 대단히 합리적인 것이라고 할 수 있다. 그러나 이와 같은 자기 합리적인 주장이 정책에 그대로 반영되어서는 안되며 정책은 전국민적 차원에서 과학적인 검토를 한 후 수립되어야 할 것이다. 특히, 의사인력 공급정책은 앞에서 살펴본 바와 같이 단순히 그 수를 늘리는 차원에서 벗어나 의사수의 공급관리와 아울러 필요한 여러 가지 의사인력 관리정책을 개발하여 국민의료의 질을 더욱더 향상시키는 중요한 정책으로 활용되어야 할 것이다.