

의사인력수급과 의과대학 신증설

관동의대 예방의학교실

정 상 혁

의사인력수급과 의과대학 신증설

관동의대 예방의학교실
정 상 혁

I. 서론

보건의료서비스 산업의 생산요소를 살펴보면 노동, 실물자본, 중간재로 나누어 볼 수 있는데 그 중에서 노동 즉, 인력이 차지하는 비중이 약 65퍼센트에 이른다(Sorkin, 1978). 이 때문에 보건의료사업을 노동집약적(labour intensive)인 사업이라고 하기도 하며 혹은 다양한 전문인력의 협동과 협조를 전제로 하기 때문에 다전문(multiprofessional)사업 또는 팀접근(team approach)을 전제로 하는 사업이라고도 한다.

보건의료서비스를 효과적이고 효율적으로 제공하기 위해서는 합리적인 인력계획과 정책이 전제되어야 한다. 이 이유로는 보건의료인력은 즉시 조달하기 힘들고 오랜 교육기간을 반드시 필요로 하며 직업의 특성상 독점성이 강하고 의료인력자체가 의료수요를 창출해낼 수 있기 때문이다(Klarman, 1965). 보건의료인력의 핵심을 차지하는 인력은 의사인력으로 볼 수 있다. 의사인력은 의료조직의 핵심인력으로서 각급 다른 직종의 의료인력들과 팀을 이루며 그 팀을 이끌어 나간다.

최근 국민소득의 증대, 생활수준 및 교육수준의 향상과 아울러 의료와 건강에 대한 권리의식과 기대심이 고조되어 의료수요가 증가되었다. 특히 1989년 7월부터 전국민 의료보험의 실시로 말미암아 의료에 대한 경제적 접근도가 높아짐으로써 의료수요가 크게 급증하였다.

이와 더불어 국민들의 대형병원 선호현상은 매우 심각한 문제를 야기하고 있다. 1980년부터 1991년 사이 우리나라 병원의 폐업률은 2-4%정도였는데 80병상 미만의 병원들이 93.3%를 차지하였다(김영호, 1991). 이 사실은 국민들의 대형병원 선호현상을 잘 반영해주는 결과와 관련된다고 볼 수 있다.

이러한 대형병원의 선호현상은 실제 의사인력의 부족이 없음에도 불구하고 의사인력의 부족이 있는 것이 아닌가 하는 인식을 국민들이 갖게 하기에 충분할 것으로 보인다. 즉, 1차 의료기관에서 해결이 가능한 질병을 3차 의료기관과 같은 대형병원에서 치료받고자 하기

때문에 진료대기시간이 길어지고 이에 따라 의사인력의 부족하다는 생각을 갖는다는 것이다.

그러면 왜 대형병원 선호현상이 있게 되는 것일까? 이는 우리나라의 의료구조의 왜곡 때문이라고 볼 수 있다. 의료보험수가의 가산률 차이를 비롯하여 1, 2차 의료기관의 육성 발전을 저해하는 보건정책을 고수하는 한 1,2차 의료기관은 낮은 의료보험수가 때문에 투자 의욕이 상실되고 구태의연한 진료를 할 수밖에 없다. 그러면 자연스럽게 국민들은 자신들이 가장 소중히 여기는 건강을 지키기 위하여 시설, 장비가 뛰어난 대형병원을 찾게 되는 것이다. 따라서 향후 아무리 많은 의사 인력이 배출된다 하더라도 왜곡된 보건정책을 수정하지 않는 한 3차 의료기관 집중으로 항상 부족하게 느껴지는 의사인력 문제는 해결할 수 없을 것이다. 이 결과 향후 국민들의 의료욕구를 충족시켜 줄 대형병원은 계속 생겨날 것으로 보이며, 1,2차 의료기관은 몰락하고 국민의료비 지출은 급속도로 증가할 것으로 보인다.

현재 의사 일인당 인구수를 선진국과 비교해 볼 때 다소 많은 것은 사실이다. 그러나 의과대학 입학생 일인당 인구수나 의과대학 일개교당 인구수를 산출해 보면 세계 최소이다. 현재의 의사부족현상은 과거에 배출되었던 의사의 수가 부족하였기 때문이지 현재의 의사배출이 적기 때문은 아니며, 가까운 장래에 선진국의 의사대 인구비보다 더 낮은 수치를 기록할 것으로 전망된다.

1970년대 후반부터 최근까지 보건복지부는 의료수요의 증가에 따른 의사인력의 부족을 단기간에 해결하기 위하여 의과대학의 신, 증설과 의사수의 증원을 계획하고 실시하여 왔다. 그러나 1990년대에 들어서면서 의사인력의 잉여를 문제삼는 연구들이 발표되면서 의사인력의 양산에 다소간의 제동이 걸리게 되었다. 그럼에도 불구하고 3차 의료기관의 지역간 분배문제 등 여러 정치적인 이슈들로 인하여 김영삼 정부 하에서 1995년 4개, 1996년 1개, 1997년 3개, 1998년 1개 의과대학이 신설되었다. 이로 인하여 1994년 2,880명이던 의과대학 입학정원이 1998년도에는 3,280명으로 400명이 증가되었다.

그러면 어떠한 근거에서 이러한 보건정책들이 집행되고 있는 것일까? 지금까지 우리나라에서 의사인력 수급과 관련된 몇몇 연구가 있었다. 이러한 연구들은 주로 정부투자연구소에서 시행되었는데 정책 결정자들의 의사결정에 도움이 되는 방향으로 그 결과가 산출된 성향이 있다. 그리고 보건복지부는 이 결과에 의존하여 의사인력정책을 수행해 왔다고 볼 수 있다.

의사인력의 수급 과부족은 단순하게 추계하기 어렵다. 그것은 각종 사회경제 여건과 의료적 요인 등에 따라 크게 달라질 수 있기 때문이다. 따라서 의사인력 수급추계와 관련된 가정과 추계방법의 타당성과 추계치의 정확도에 대하여 논의가 필요할 것으로 보인다.

II장에서는 의사인력 수급추계의 방법론에 대하여 검토함으로써 의사인력 수급추계의 어려움에 대하여 논의하고, III장에서는 최근 선진국의 의사인력 과잉에 대한 정책방향을 검토하여 가까운 미래에 우리나라가 당면하게 될 의사인력 과잉시대에 대한 대비를 하고자 하였다. IV장에서는 의과대학 신증설에 대한 정책과 최근 논의되고 있는 의과대학 설립준칙과 신입제도를 간략히 소개하였다.

II. 의사인력 수급추계 방법론에 대한 검토

1. 그동안의 연구들

1969년 노인봉에 의해 수행되었던 ‘한국의 보건인력 공급 및 수요에 관한 연구’ 이래 지금까지 의사인력에 대한 연구들은 표 1과 같다. 1990년 이전의 연구들은 대부분 의사인력의 공급부족에 대한 내용을 주로 다루었다. 그러나 1990년대에 들어서면서 박현애 등(1990)의 연구를 시발로 의사인력의 과잉공급을 우려하는 연구와 논의가 이루어지고 있다. 1990년 이전 연구들의 방법론을 간략히 살펴보면 연구자료의 한계성 때문에 보건지표 등을 이용한 방법을 사용하거나 인구대비의사수(PPR : Physicians to Population Ratio) 등을 방법론으로 사용하였다. 1990년대 들어서면서 의료보험자료 등을 이용한 수요계측에 의한 방법을 의사인력추계의 연구방법으로 채택하여 인력추계의 치밀성을 높이고자 하였다.

표 1. 국내 의사인력에 관한 연구들

-
- 노인봉. 한국의 보건인력의 공급 및 수요에 관한 연구. 보건사회부, 1969
- 김인달, 허정, 김정근 등. 우리나라의 보건인력의 수요와 공급에 관한 연구. 1970
- 김일순, 문옥륜, 김주환. 의사 및 의과대학수의 적정성 연구. 대한의학협회 조사연구실, 1981
- 김영섭. 서기 2000년대 우리나라 보건의료인력의 수급계획. 행정문제논집, 1982
- 송건용, 김수춘, 김영입. 보건의료인력 장기수급계획에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 1986
- 정영일. 우리나라의 사회, 경제개발 수준과 의사인력공급에 관한 연구. 서울대학교 대학원, 1987
- 유승흠, 조우현, 이용호 등. 우리나라 의사인력 공급 및 생산성 추계. 예방의학회지 1988; 21(1):61-69
- 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구-의사, 치과의사, 한의사, 치과기공사, 치과위생사. 한국보건사회연구원, 1990
- 정영일 등. 우리나라 의사인력 장기수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1991
- 권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992
- 양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78
- 송건용. 의료인력의 수요와 공급. 대한의학협회 27차 종합학술대회 연세집, 1993
- 한달선, 김병익, 배상수. 의사인력정책의 전개방향. 한림대학교 사회의학연구소, 1993
- 송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의사인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994
- 고영선. 의사인력공급정책의 방향. 한국개발연구원, 1995
-

2. 수급추계 방법에 대한 검토대상 보고서

수급추계 방법에 대한 검토는 수요계측에 의한 방법론을 사용한 의사인력 수급에 관한 연구들중 1990년 이후 발표된 5편의 의사인력에 대한 보고서(박현애 등, 1990; 정영일 등, 1991; 권순원, 1992; 양봉민, 1992; 송건용 등, 1994)를 대상으로 선정하여 각 연구들의 의사인력 수급추계와 관련된 가정과 추계방법의 타당성 등 방법론적 문제를 비교 분석하고자 하였다.

3. 비교 분석항목의 개발 및 기준

의사인력의 공급과 수요를 추계하는 작업은 그리 쉽지 않으며, 여러 가정을 전제로 하

고 있다. 따라서 각 연구들의 비교 분석에 앞서 이들 연구보고서들을 비교 분석하기 위한 분석 항목을 개발하고 이들의 기준을 정해야 할 것으로 보인다(표 2).

의사인력의 공급과 수요를 추계하는 과정은 크게 공급과 수요 부문으로 구분한 뒤 각각의 모형과 가정을 세우는 순서로 진행된다. 비교 분석항목의 개발도 이와 같은 순서에 따라 시행하였다. 공급추계 부문에서는 어떠한 모형을 사용하였는가를 분석하고 각각의 연구에서 가정을 적절히 설정하였는가를 검토하고자 하였다. 가정에 대한 항목은 국내 의과대학 입학생수, 국외 의과대학 졸업생 유입자수, 미취업 의사수, 의사의 사망률, 해외 이주 의사수, 의사 취업률로 삼았다.

표 2. 의사인력 수급에 관한 분석항목

-
1. 공급추계
 - 가. 의사인력공급 추계방법
 - 나. 국내 의과대학 입학생수와 국외 의과대학 졸업생 유입 가정
 - 다. 미취업 인력에 대한 진료분야 취업가정
 - 라. 사망률 및 해외이주 의사수 가정
 - 마. 의사 취업률에 대한 가정

 2. 수요추계
 - 가. 의료수요량 추계모형
 - 나. 의료보험과 의료보호의 입원, 외래 진료량 가정
 - 다. 의사당 1일 환자 진료량 및 연간근무일수 가정
-

의사인력 공급 추계의 모형은 여러 모형이 사용될 수 있으나 유입-유출방법과 인구학적 방법을 함께 사용하는 것이 여러 요소를 감안한다는 측면에서 가장 적절할 것으로 보인다. 가정 부문에 있어서는 국외 의과대학 유입자수를 감안하는 것이, 미취업 의사수를 배제하는 것이, 의사의 사망률은 가용의사의 연령별 사망률을 적용하는 것이, 해외 이주의사수를 감안하는 것이 적절한 기준이 될 것으로 판단하였다. 특히 의사의 취업률 가정은 현재의 취업률을 미래에 적용하는 것보다 미래에 진료의 분야에 종사하게 될 의사수를 먼저 추계한 뒤 미래의 공급의사수에서 감하여 주는 것이 더 적절할 것으로 보인다. 그 이유는 현재 국내 진료의 분야 의사 인력의 과반수가 군의관 인력이며 이 인력이 미래에 있어서 더 증가할 것이라는 가정을 받아들일 수 없기 때문이다. 따라서 현재의 의사 취업률을 기준으로 의사

공급인력을 추계하는 것은 타당하지 않을 것이다.

의사인력의 수요추계 부문에서는 어떠한 모형을 채택하였는가에 중점을 두었으며, 수요추계 가정에 대한 분석항목으로는 의료보험 적용 진료량, 의사 1인당 진료량과 연간 근무일수를 채택하였다. 의료수요량 추계에 있어서 중요한 것은 미래에 의료수요가 포화할 것이라는 기본적인 개념을 갖고 모형화 했느냐는 것이다. 의료보험의 확대 실시 등으로 최근 의료수요가 직선적으로 증가한다고 해서 이러한 자료들만을 근거로 직선적인 수요추계 모형을 설정하면 안된다는 것이다. 의료수요는 미래에 있어 그 증가가 현저히 둔화될 것이라는 가정하에 모형화해야 할 것이다.

가정 부문에 있어서 의료보험 비적용 진료량은 환자센서스 조사보고 등 타당한 자료를 근거로 한 것을 타당한 연구로 하였다. 의사 1인당 1일 진료량과 연간 근무일수는 의사인력 수요추계부문에서 매우 민감한 가정임에 틀림없다. 의료법 시행규칙(제 28조의 4)에 따르면 외래 진료의사는 1일 60명을 기준으로 하고 있으며, 1990년 의원 개업의의 경우 1일 평균 70명의 환자를 진료하는 것으로 보고되었다(박현애 등, 1990). 한편 의사 1인당 1일 진료생산성은 1990년까지 증가하다(박현애 등, 1990)가 1991년과 1992년에 연간 4퍼센트씩 감소한 것(송건용 등, 1994)으로 보고되었다. 최근 들어 의사의 진료생산성이 감소되는 요인이 환자진료 시간이 늘어서나 근무시간이 단축되어 일어나는 현상은 아닐 것이다. 이는 1990년 이후 의사수의 증가에 따른 환자 배분현상과도 밀접한 관계가 있을 것으로 보인다. 따라서 의사 1인당 1일 진료량을 얼마로 하느냐는 상당히 민감하면서도 자의적인 면이 없지 않다. 이 연구에서는 이러한 요소를 감안하여 현재의 의료제도나 의료환경이 급격히 변화되지 않는 한 의사들은 자신의 기대수익에 도달하기 위해서 1인당 1일 진료량을 50-60명 정도로 유지하려고 할 것이라는 기준을 설정하였다.

4. 의사인력 공급추계

가. 의사인력 공급 추계방법

박현애 등(1990)과 송건용 등(1994)의 연구에서는 의사의 공급추계를 연간 유입, 유출방법(method of in-and-out moves)과 연령별구조를 감안한 인구학적 방법(demographic method)을 이용하여 산출하였다. 권순원(1992)은 박현애의 방법론을 그대로 사용하고 단지 활동의사비율만을 달리하는 방법을 사용하였다. 정영일 등(1993)은 의사인력의 유입과 유출만을 고려한 연구방법을 사용하였으며, 양봉민(1992)은 의과대학 졸업자의 90퍼센트 유입만을 의사인력 공급추계방법으로 사용하였다(표 3). 의사인력 공급 추계방법은 여러가지 방법

이 사용될 수 있으나 방법론의 치밀성 측면에서 보면 유입, 유출방법과 인구학적 방법을 함께 사용한 박현애 등(1990)의 연구와 송건용 등(1994)의 연구가 적절할 것으로 판단된다.

표 3. 의사인력 공급 추계방법

연구자	추계방법
박현애 등 (1990)	유입/유출방법, 인구학적방법
권순원 (1992)	박현애의 가용의사수에 활동의사비율 가정
양봉민 (1992)	의과대학졸업자의 90% 유입방법
정영일 등 (1993)	유입/유출방법
송건용 등 (1994)	유입/유출방법, 인구학적방법

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990
 권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992
 양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78
 정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993
 송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

나. 국내 의과대학 입학생수와 국외 의과대학 졸업생 유입 가정

의사인력 공급추계에 있어서 국내 의과대학 입학생수와 국외 의과대학 졸업생 유입에 대한 가정은 중요하다. 국내 의과대학 입학생수와 국외 의과대학 졸업생 유입에 대한 언급이 있었던 세연구를 보면 모두 똑같은 가정을 하고 있다(표 4). 연구시점으로 보아 1995년 이후 신설된 의과대학이 9개교의 신입생 400명은 감안될 수 없었을 것으로 보이며 1995년 이후 해가 거듭될수록 국외졸업자의 응시자수가 증가하고 있으며 이들의 합격자수도 증가하고 있다. 최근에는 국외졸업자의 응시자와 합격자가 국내 신설의과대학 1-2개교에 맞먹는다. 이러한 추세는 앞으로도 계속될 것으로 전망되므로 이들에 대한 인력도 향후 추계에 포함시켜야 적절할 것이다.

표 4. 국내 의과대학 입학생수와 국외 의과대학 졸업생 유입 가정

연구자	국내 의과대학 입학생수	국외 의과대학 졸업생 유입
박현애 등 (1990)	2,880명 고정	유입배제
정영일 등 (1993)	2,880명 고정	유입배제
송건용 등 (1994)	2,880명 고정	유입배제

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990
 정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993
 송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

다. 미취업 인력에 대한 진료분야 취업 가정

미취업 인력에 대한 추계를 실시한 세계의 연구를 보면 정영일 등(1993)의 연구를 제외한 두 연구에서는 미취업 의사인력을 진료분야 취업인력에서 배제하였다(표 5). 그러나 정영일 등은 이들이 바로 진료분야에서 활동할 수 있기 때문에 이들을 진료분야 인력에서 배제하는 것은 과소추계의 원인이 될 수 있다고 판단하여 이들을 진료분야 인력으로 포함시켜 의사인력을 추계하였다. 이 가정은 진료분야 미취업인력은 시점별로 상시 존재할 것으로 보이는 바 박현애 등(1990)과 송건용 등(1994)의 연구방법이 더 적절할 것으로 판단된다.

표 5. 미취업 인력에 대한 진료분야 취업 가정

연구자	가정
박현애 등 (1990)	진료분야 취업인력에서 미취업 인력 제외
정영일 등 (1993)	진료분야 취업인력에서 미취업 인력 포함
송건용 등 (1994)	진료분야 취업인력에서 미취업 인력 제외

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990
 정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993
 송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

라. 사망률 및 해외이주 의사수 가정

사망률 가정을 언급한 세 연구를 보면 정영일 등(1993)을 제외한 두 연구에서는 가용의사의 연령별 사망률을 적용하였으며, 정영일 등은 가용의사의 연간 조사망률을 사용하였다(표 6). 해외이주 의사수에 대한 가정은 세 연구에 있어서 그리 무리가 없는 것으로 생각된다.

표 6. 사망률 및 해외이주 의사수 가정

연구자	사망률	해외이주 의사수
박현애 등(1990)	가용의사의 연령별 사망률	신규의사의 1.2%
정영일 등(1993)	가용의사의 연간 조사망률	초기년평균인원 + 1인/3년
송건용 등(1994)	가용의사의 연령별 사망률	신규의사의 0.7%

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990

정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993

송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

마. 의사 취업률에 대한 가정

의사취업률에 대한 가정은 의사공급에 있어서 가장 중요한 가정이다. 박현애 등(1990)의 연구와 송건용 등(1994)은 국내 생존의사수, 연령별 사망, 해외유출률, 신규면허자수를 적용하여 국내생존 의사수를 산출한 뒤 연령별 진료분야 취업율을 적용하여 진료분야 취업의사수를 추정하였으며, 권순원(1992)은 취업률을 1995년에 78%에서 5년마다 1%씩 증가하는 것으로 가정하였고, 그의 양봉민(1992)은 90%, 정영일 등(1993)은 87.4% 고정을 가정하였다(표 7). 위에서 언급한 5개의 연구가 모두 현재의 의사취업률을 가정으로 하여 미래의 의사취업률을 추계하였다는 것이 가장 큰 문제로 판단된다.

물론 의학의 발전과 더불어 진료분야에 취업하지 않는 의사의 수가 다소간은 증가할 것이나 현재와 같은 진료분야 취업률을 보이지는 않을 것이다. 진료분야에 취업하지 않은 의사들은 의학교육이나 의료행정에 있어서 절대적으로 필요한 숫자이지 의사인력의 증가와 더불어 그 비율이 똑같이 증가되는 숫자는 아닐 것이다.

하나의 단적인 예를 들어 가장 최근의 연구인 송건용 등(1994)의 연구결과를 보면 2010

년에는 생존 의사중 10퍼센트가 넘는 9,150명이 진료의 분야에서 종사할 것이라고 가정하고 있으나 실제로 그러한 현상은 일어나지 않을 것이 명확하다. 이 가정대로라면 군의관의 숫자가 1994년 현재 2,261명인데 2010년에는 3,750명으로 65.9퍼센트가 증가되어야 하는 것이다. 현재 우리나라 국방의무정책은 가능한한 군의관의 수를 축소하는 방향으로 진행되고 있는데 이러한 추계가 과연 합당한 것인가를 생각해 보아야 할 것이다. 박현애 등(1990)의 연구도 송건용 등(1994)의 연구와 유사한 가정을 하였는데 이에 대해 한달선 등(1993)은 군의관 수를 고정하여 취업의사수를 새로이 추정한 바 2010년에는 박현애 등의 연구에 비해 취업의사의 수가 1,329명 더 많았다.

표 7. 의사 취업률에 대한 가정

연구자	가정
박현애 등 (1990)	연령별 취업률 적용(87.5-89.4%)
권순원 (1992)	5년마다 1% 증가(78.0 - 81.0%)
양봉민 (1992)	의과대학 졸업자의 90% 고정
정영일 등 (1993)	87.4% 고정
송건용 등 (1994)	연령별 취업률 적용(90.0-90.4%)

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구.

한국보건사회연구원, 1990

양봉민. 의료수요추계 및 적정인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78

권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992

정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993

송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

사. 기타

가장 최근에 연구되어 1995년도 신규 의과대학 설립의 근거가 되었던 송건용 등(1994)의 연구결과중 연령별 의사공급수 추계결과(표 8)를 분석해 보면 방법론상의 오류인지는 몰라도 잘못 추계한 것이 아닐까 하는 의문이 든다. 우리나라의 교육부 학제상 의과대학을 졸업하고 의사국가고시에 합격하려면 최소 만 25세가 되어야 한다. 따라서 '29세 이하'라는 생존의사 코호트는 약 5년간이 될 것으로 추정된다. 그러면 5년뒤에는 '30-34세' 생

존의사 코호트로 대다수 옮겨가게 되는데 이 과정에서 2,300-2,400명의 생존의사의 손실이 일어난다. 이러한 문제는 어디에서 발생했을까? 혹시 의과대학생들을 의사수로 산출한 것은 아닌지 의문이 가며 만일 이 과정이 방법론상의 오류로 발생했다면 2010년까지는 상당수에 이르는 의사의 과소추계가 일어났을 것으로 보인다.

표 8. 연령별 의사공급수 추계결과, 2000-2010*

연령	2000		2005		2010	
	생존의	취업의	생존의	취업의	생존의	취업의
계	66,118	59,769	78,909	71,186	91,259	82,109
- 29	15,060	13,429	16,467	14,827	16,372	14,732
30 - 34	15,074	14,127	12,659	11,761	14,157	13,229
35 - 39	12,490	11,797	15,030	14,209	12,623	11,923
(이하생략)						

* 자료 : 송건용 등. 2010년의 의사인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994 쪽 42, 표 3.8

5. 의사인력 수요추계

의사인력 수요추계는 여러가지 방법이 있는데 우리나라에서는 인구대비 의사수 방법이 1980년대 중반이전에 주로 사용되었으며 1980년대 중반이후에는 의료수요 계측에 의한 방법을 이용하고 있다. 인구대비 의사수 방법은 인구구조와 사회경제적 여건 등에 의한 변수들을 반영하기 어렵다는 측면에서 타당성의 검증이 현실적으로 불가능하다. 따라서 의사인력 수요추계의 정밀성을 높이기 위해서는 장래의 인구수 및 인구구조를 감안하고 사회경제적인 지표의 변화를 반영하여 의료수요를 계측하고 의사 1인당 의료서비스 종별 생산량을 추정하여 의사인력 수요를 추계하는 것이 바람직할 것으로 판단되나 추계과정에서 다루어지지는 모형, 가정 등을 적절히 설정하기 힘들다는 단점도 있다.

가. 의료수요량 추계모형

의료수요량의 추계는 어떤 모형을 사용했는가가 매우 중요하다. 과거의 자료를 이용하여 미래의 의료수요를 추계하는데 있어서 가장 중요한 것은 과거 자료의 경향만을 가지고 모형화하면 안된다는 것이다. 미래에 변화될 모습을 가정하고 모형화하여야 미래에 대한 수요예측이 정확할 것이다. 예를 들어 어떤 병원에서 개원후 한달간 의료이용이 급격히 증가한다고 해서 이를 근거로 병상수를 늘려간다면 반드시 입원실이 빌 것이다.

의료이용은 어떤 시점에서는 상당히 완만히 증가하는 포화상태가 있다는 것을 가정하고 모형화해야 한다. 아무리 소득이 증가하여도 의료수요의 증가는 일정 수준에서 둔화될 것이며, 아무리 인구구조가 노령화한다 하여도 마찬가지로 일정수준에서 둔화될 것이기 때문이다. 각 연구의 의료수요량 추계모형과 모형확정에 사용된 자료수를 표 9 - 표 11에 요약하였다.

양봉민(1992)은 단순선형회귀모형을 사용하여 소득증가에 따른 국민의료비를 추계하고 의료이용률의 증가가 국민의료비 증가와 같을 것이라는 가정하에 의료수요를 예측하고자 하였다.

송건용 등(1994)은 의료수요 추계모형으로 다중선형회귀모형을 선택하였으며, 종속변수인 의료이용에 미치는 독립변수를 인구 1인당 GNP, 전인구중 0-4세의 인구비율, 전인구중 60세 이상의 인구비율 그리고 전국민의료보험이 실시되던 1989년 이전과 1990년 이후를 가변수 처리하여 시점변수로 선정하였다.

박현애 등(1990)과 정영일 등(1993)의 연구는 의료이용이 포화될 것이라는 가정하에 모형을 설정하였으며 권순원(1992)은 박현애 등(1990)의 연구결과를 그대로 이용하였다.

표 9. 의료수요량 추계 모형과 모형구축에 사용한 자료수

연구자	모형	자료수
박현애 등(1990)	다중선형회귀모형	9개
권순원(1992)	박현애 등(1990)의 연구결과 이용	
양봉민(1992)	단순선형회귀	14개
정영일 등(1993)	로지스틱모형	11개
송건용 등(1994)	다중선형회귀모형	8개

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구.

한국보건사회연구원, 1990

양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78

권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992

정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993

송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

표 10. 의료수요량 추계모형에 사용된 독립변수와 종속변수

연구자	독립변수	종속변수
박현애 등(1990)	증가년도를 로그로 치환하여 사용	재원일수, 의사방문수
권순원(1992)	박현애 등(1990)의 연구결과 이용	
양봉민(1992)	국민소득	국민의료비
정영일 등(1993)	증가년도	재원일수, 의사방문수
송건용 등(1994)	의료이용에 영향을 미치는 변수*	재원일수, 의사방문수

* 인구 1인당 GNP, 0-4세 인구비율, 60세 이상 인구비율

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구.

한국보건사회연구원, 1990

양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78

권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992

정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993

송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

표 11. 의료수요량 추계모형 구축에 사용된 자료

연구자	총 의료수요량 추계 근거자료
박현애 등(1990)	공교, 직장, 지역, 의료보호별 의료이용자료
권순원(1992)	박현애 등(1990)의 연구결과 이용
양봉민(1992)	1991년 의료보험, 의료보호자료와 국민소득과 국민의료비 자료
정영일 등(1993)	공교, 직장, 지역, 의료보호별 의료이용자료
송건용 등(1994)	가중평균을 이용한 의료보험 의료이용자료, 인구자료, 국민소득자료

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구.

한국보건사회연구원, 1990

양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78

권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992

정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993

송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

나. 의료보험과 의료보호의 입원, 외래 진료량 가정

의료수요량 추계에 있어서 의료보험과 의료보호의 의료이용 자료를 사용할 경우 산재보험이나 자동차보험, 전액 자비진료 등의 의료수요량에 대한 가정이 필요하다. 각 연구자들이 가정한 의료수요량중 의료보험과 의료보호의 입원, 외래 진료량을 보면 표 12와 같다.

1992년 보건사회부에서 실시한 1일간 환자서비스 보고에 의한 1일 퇴원환자수 및 입원자수를 기준으로 보면 의료보험과 의료보호의 의료이용량은 외래 11.45%, 입원 16.10%이다 (송건용 등, 1994).

표 12. 의료수요량중 의료보험과 의료보호의 입원, 외래 진료량 가정

연구자	보험, 보호의 입원진료량(%)	보험, 보호의 외래진료량(%)
박현애 등(1990)	10.84	4.17
권순원(1992)	박현애 등(1990)의 연구결과 이용	
양봉민(1992)	30.00	30.00
정영일 등(1993)	30.00	10.00
송건용 등(1994)	16.10	11.45

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990

양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78

권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992

정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993

송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

다. 의사당 환자 진료량 가정

의사의 취업률 가정이 의사공급에 있어서 가장 중요한 가정이라고 본다면 의사당 환자 진료량 가정은 의사수요추계에 있어서 가장 중요한 것이라고 볼 수 있다. 각 연구자들이 가정한 의사 1인당 1일 외래환자 진료량 가정을 보면 의사 1인당 1일 외래환자 진료량을 34명에서 60명까지로 하고 있으며 근무일수는 255일에서 300일로 가정하고 있다(표 13).

어느 수준이 가장 적절한 의사 일인당 1일 환자 진료량인지는 정확히 평가할 수 없다. 이는 의료제도 및 의료보험 수가를 포함해서 환자의 만족도, 진료의 효율성 등 여러가지 요소가 관련되어 있다. 또한 언제 바뀔지 모르는 예측 불가능한 것들도 많다. 다만 현재 상황을 가정하고 볼 때 의료법 시행규칙 제28조 4항에 명시된 외래환자 60명당 의사 1인이라는 기준과 현재의 의사 일인당 1일 외래진료량인 51명, 보건사회연구원의 연구결과 적정진료량인 45명(박현애 등, 1990)을 포괄적으로 적용하여 60명에서 45명 사이인 연구는 적절한 것으로 보인다. 연간 근무일수는 양봉민(1992)을 제외하고는 260일에서 270일 사이인데 이 정도가 적절한 것이 아닌가 생각된다.

표 13. 의사1인당 1일 외래환자 진료량과 연간 근무일수 가정

연구자	의사 1인당 1일 외래환자 진료량	연간 근무일수
박현애 등(1990)	45명 - 60명	265일
권순원(1992)	45명 - 36명	265일
양봉민(1992)	46.6명-53.5명	300일
정영일 등(1993)	40명	271일
송건용 등(1994)	34명 - 41.8명	255일 - 267일

자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990

권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992

양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78

정영일 외. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993

송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

6. 의사인력 수급비교

연구자별 추계수준별 2010년의 의사인력 수급에 대한 결과를 요약하면 표 14와 같다. 중위추계를 기준으로 하면 권순원(1992), 양봉민(1992), 송건용 등(1994)은 2010년에는 의사인력의 공급부족이 있을 것으로 추정하고 있으며, 박현애 등(1990), 정영일 등(1993)은 의사인력의 공급과잉이 있을 것으로 예견하고 있다. 이상의 연구는 의과대학 입학정원을 2,880명으로 고정하였을 때의 추계치이므로 현재의 의과대학 입학정원 3,280명을 감안하고 군의관 인력을 현재와 같은 수준으로 고정할 경우 의사인력의 잉여가 확실할 것으로 전망된다.

표 3-15. 연구자별 추계수준별 2010년의 의사인력 수급*비교

연구자	저위추계	중위추계	고위추계
박현애 등(1990)	+18,803	+ 8,183	- 1,257
권순원(1992)	- 8,645	-16,669	-24,692
양봉민(1992)**	-17,853	-28,039	-41,621
정영일 등(1993)		+16,607	
송건용 등(1994)	+17,220	- 2,253	- 6,696

주 1. + : 의사인력 잉여, - : 의사인력 부족
 2. 정영일 등(1993)의 연구는 추계수준이 한가지였음
 * 수급 : 수요의사수 - 진료의사수
 ** 양봉민의 연구는 2005년의 의사인력 수급결과임
 자료 : 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990
 권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992
 양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78
 정영일 등. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993
 송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994

III. 의사인력수급에 대한 선진국의 정책방향

급격한 사회여건의 변화와 의사에 대한 기대, 의료요구의 강도, 의료체계의 변화, 질병 양상의 변화, 학생들의 가치관과 수용태세의 변화, 의료의 국제화 등이 가속되고 있는 시점에 선진국들은 의사인력수급 정책이나 교육에 대한 효율적인 정책제시와 방안을 강구하는 등 다각적인 노력에 더욱 박차를 가하고 있다. 이는 의사인력의 개발이 그 국가와 국민의 보건에 가장 직접적인 영향을 주기 때문이다. 또한 고전적인 교육과정을 그대로 운영하고 시대적인 요구를 외면한 채 의사를 양성할 경우, 대학은 사회에 대한 책임을 져야 한다는 기본적 사고를 가지고 대학은 교육 과정을 시대의 변화에 알맞게 탄력적으로 조직 운영해야 할 것이다. 적절치 못한 교과 과정과 방법 등은 국민의 요구에 적절히 대응할 수 없을 것이다(WHO, 1986).

오늘날 선진국에서 의사인력양성을 억제하고 있는 이유는 주로 국민의료비의 증가 때문이다. 표 15에서 보는 것처럼 세계 각국의 국민의료비는 계속적으로 증가하고 있다. 특히, 미국은 의료비가 GDP의 13.6%를 차지함으로써 의료비를 억제하기 위한 정책적 노력을 기울이고 있는 실정이다. 이와같이 세계 각국에서는 날로 증가하는 국민의료비를 억제하기

위하여 의료인력의 주직종인 의사인력의 양성을 억제하고 있다.

표 15. 주요 선진국가들의 국민의료비 변화추이(GDP의 구성비: %)

국 가	년 도			
	1980	1985	1990	1992
카 나 다	7.4	8.5	9.4	10.3
프 랑 스	7.6	8.5	8.9	9.4
영 국	5.8	6.0	6.2	7.1
미 국	9.3	10.8	12.6	13.6
일 본	6.6	6.5	6.6	6.9
그 리 스	4.3	4.9	5.3	5.4
덴 마 크	6.8	6.3	6.3	6.5
아 일 랜 드	9.2	8.2	7.0	7.1
호 주	7.3	7.7	8.2	8.8

자료 : Schieber G, et al. Health system performance in OECD countries, 1980-1992. Health Affairs 1994; Fall: 101

1. 선진국의 의사인력 과잉에 대한 정책

과거 1960년부터 1970년에 걸쳐 WHO는 의료인력의 부족을 문제화하였다. 그러나 최근 선진국에서는 의사의 과잉이나 의사의 실업을 문제시하고 있는 나라가 늘고 있다. 이탈리아는 45,000명, 스페인 23,000명, 영국에서는 19,000명의 의사가 실업상태에 있다(후생성, 1986)고 보고하였다.

세계적으로 1950-60년대의 의사부족에 대한 인식은 1980년대 초까지 의과대학의 증설이나 의대 입학생수의 증원을 통한 공급력 증대를 가져왔으며, 이러한 노력은 선진국보다 개발도상국들에서 더욱 두드러졌다. 특히 라틴아메리카에서는 1982년에 의사총수가 295,000명인데 반하여 의과대학 재학생수는 30만에 이르고 있기 때문에 수년안에 의사의 수가 증가하여 의사과잉 문제는 점차 심각해질 것으로 전망하고 있다.

장래 의사수급과 관련한 WHO의 전망은 1986년 CIOMS(Council for International Organizations of Medical Sciences)가 멕시코에서 보건의료인력에 관한 회의를 개최함으로써 보다 구체화되었다. 자료가 수집된 18개국 가운데 반수인 9개국이 1985년에 이미 의사인력의 공급과잉 상태에 있음을 보고하였고, 2000년까지의 추계결과에서는 더 많은 국가들이 의사공급 과잉상태에 도달할 것으로 평가하였다(Bankowski and Mejia, 1987).

이러한 의사인력의 과잉공급문제에 대하여 선진국들은 어떤 정책을 수립하고 있는가를 검토해 보아야 할 것이다. 이 절에서는 미국, 영국, 프랑스, 네덜란드, 이탈리아, 오스트레일리아, 독일, 일본의 의사인력 과잉에 대한 정책들을 소개하고자 한다.

가. 미국

1960년대 의사공급 증가정책으로 미국의 의과대학 졸업자수는 1970년대의 약 9,000명에서 1980년대 중반에는 약 17,000명으로 2배가량 증가하였다. 그러나 의사수의 증가는 의료비의 증대를 초래하였고, GMENAC(Graduate Medical Education National Advisory Committee)에서는 장래 의사공급과잉에 대한 대처로서 의과대학 입학정원의 삭감을 제안하여 최근에는 연간 약 16,000명의 졸업자가 배출되고 있다 (표 16).

표 16. 미국의 의과대학 입학자수 및 졸업자수 추이, 1955~1991

연 도	입학자수(명)	졸업자수(명)
1955~1956	-	7,309
1965~1966	-	7,934
1970~1971	11,348	8,974
1975~1976	15,295	13,561
1980~1981	17,186	15,673
1985~1986	17,220	16,900
1990~1991	16,870	16,080

자료 : 厚生省 健康政策局醫師課, 醫師數を考える, 日本醫師新報社, 1986
Sorkin AL. Health manpower. Toronto, Lexington Books, 1976.

1) GMENAC 보고

1980년에 전국 교육자문위원회는 장래의 의사수급에 대해 검토하고 1990년에는 의사가 7만명 정도 과잉될 것이라는 보고하였다. 구체적으로 미국의 의사수는 1990년에는 인구 10만명당 220명, 2000년에는 인구 10만명당 247명이 되어 1990년에는 7만명, 2000년에는 145,000명이 과잉되므로 의과대학 입학정원을 1984년까지 약 17% 감축함과 함께(17,250명→14,250명), 외국인 의사의 입국에 대해 제한해야 한다고 제안하고 있다(McNutt, 1981). 그러나 상기 제안에도 불구하고 입학정원에 대해서 그 후에 실제 400명정도 밖에 감축하지 못하였다.

GMENAC의 의사공급과잉에 대한 보고가 있는 후 의사 공급의 증가율이 감소경향으로 변하고 있으며 각 주에서는 1970년대에 도입된 의사공급 촉진대책의 폐지와 축소가 검토되었으며, 어떤 주는 의과대학 학생수에 따른 보조금 및 원호청에 의한 의학부 입학장려금의 폐지, NHSC제도(National Health Service Corps Program)에 기초한 장학금의 감소 등을 이미 실시하여 의사유입을 억제하고 있다.

2) COGME 보고

미국 의회가 장래 의사수급과 관련하여 1986~96년간 한시적으로 발족시킨 COGME (The Council in Graduate Medical Education)는 의사인력에 대한 공급추계를 통해 2020년의 인구 1만명당 의사수를 1995년과 같은 수준(24.2명)으로 유지하기 위해서 2020년까지 101,670명의 인력공급 감축을 제안하였다(U.S. DHHR, 1992).

3) 외국인 의사의 유입억제

미국에서는 의사들중 외국인 의사가 차지하는 비율이 20%가 넘고 있다. 그 때문에 의사과잉 대책의 일환으로서 1976년, 1977년의 두 해에 걸쳐서 Immigration and Act를 수정하여 외국인 의사가 임상연수와 진료활동을 위하여 미국에 오는데는 VQE(Visa Qualifying Examination)와 ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates), 영어 시험(또는 TOEFL)에 합격하지 않으면 비자 발급을 하지 않도록 하였다. VQE는 다기 선택식으로 기초의학 500문제와 임상의학 450문제로 이루어져 있고, 미국내의 의과대학 졸업자를 대상으로 한 ECFMG시험 보다 어렵다. 또한 19,000명으로 예측되는 외국 의과대학에 재학하는 자국민의 유입억제가 현재 문제로 대두되고 있다.

4) 전문의 증가 억제

전문의 수의 증가를 억제하기 위해 1993년에 연간 배출되는 의사수의 10% 내외로 전문의 과정의사수를 줄이는 방안을 제시하기도 하였으며, 전문의가 증가함에도 불구하고 Medicare에서 전문의 과정 지원자들에게 지원금을 주는 것은 불합리하다는 의견이 있어 이를 없애자는 의견이 제시되기도 하였다(Rivo and Kindig, 1996).

나. 영국

1970년 현재 의사수는 78,649명으로 인구 10만명당 160명이지만, 2000년까지는 의사수가 20,400명이 더 늘어날 것으로 예상하고 있다. 영국에서는 의사실업자가 매년 3,000명

정도 될 것으로 추정하고 있으며 의사의 고용 확보가 문제시되고 있다. 영국의 의과대학의 입학정원은 국가의 정책에 따라 1982년도에 4,018명이 될 때까지는 급격히 증가하였으나, 미취업의사의 증가와 정부의 교육비 부담가중 등의 이유로 그후 입학생수의 증원이 강력히 억제되고 있다. 간혹 의사가 택시 운전사를 하는 경우도 있고, 가정교사를 하는 경우도 있다. 영국 의사회의 조사에 의하면, 1984년 10월에 700명의 의사가 실업수당을 정부로부터 받았다는 통계도 있어 의사의 과잉이 큰 문제중의 하나로 대두되고 있는 실정이다.

1) 가정의 수의 제한

가정의 수의 감축정책으로 가정의의 연수 기간이 1년에서 2년으로 연장됨에 따라 일인당 등록주민수가 1983년에 평균 9% 감축되었다. 현재 70세 이상의 의사를 대상으로 가정의 정년제 도입이 검토되고 있다.

2) 입학정원의 감축

의과대학 의학부의 입학정원을 정부가 1970년에 설정한 4,080명의 목표 이내에서 억제하는 정책을 채택하고 있다.

3) Advisory Committee for Medical Manpower Planning 보고

이 위원회는 의과대학 입학정원의 적정 수준에 관해 영국 보건사회보장성(DHSS)에 자문하기 위해 1982년에 설치된 것이다. 이 보고에서는 1980년-2010년의 의사증가율은 1.1%이고, 그 결과 2000년까지는 20,400명이 증가될 것으로 예측하고 있다. 의사인력의 증가를 억제하기 위해서는 의과대학 입학정원의 감축이 절대적으로 필요하다고 보고하고 있다. 영국 보건사회보장성에서는 이 보고에 입각해 검토위원회를 설치하였다.

4) 외국인 의사의 유입 억제

① 1985년 3월에 파울러 보건사회보장성 장관은 Advisory Committee for Medical Manpower Planning 보고를 받고, 외국인 의사 및 치과의사의 유입을 억제하는 다음과 같은 방침을 발표하였다. 첫째, 1985년 4월 1일부터 실시하며 현재 영국에서 활동하고 있는 사람에게는 적용되지 않는다. 둘째, 임상연수 때문에 입국하려고 하는 외국인 의사는 4년간에 한해서 입국이 인정되고 이후의 체제연장은 보통의 이민, 고용에 관계된 규제를 받는다.

셋째, 영국의 의과대학을 졸업한 외국인 의사가 연수를 받을 경우도 둘째와 같은 규제를 받는다. 넷째, 일반의를 희망하는 외국인 의사는 자영업자로서의 입국조건을 갖추어야 한다. 다섯째, 상기 이외의 외국인 의사는 일반 노동허가에 관계된 규제를 받는다. 여섯째,

이런 규제는 EC 각국 출신자에게는 적용되지 않으며 취직을 위해 입국할 수 있다.

② 영국에 입국하는 의사는 GMC(General Medical Council)에 등록하지 않으면 의사로서 개업, 근무할 수 없고, GMC 등록은 영국 및 EC 가맹국의 의과대학 졸업생(의사 자격 보유자) 이외에는 엄하게 운용되어 오고 있다. 이러한 방침에 때문에 외국인 의사의 영국에서의 개업 또는 병원의 근무는 대단히 힘들다.

다. 프랑스

프랑스는 1980년대초 인구 1만명당 의사수가 20명을 상회한 후 계속적으로 증가되어 1980년대 후반에는 25명수준에 달하게 되었으며 이와 함께 의사수 과잉의 문제가 심각하게 대두되고 있다. 1985년 활동중인 의사는 145,466명, 인구 10만명당 260명이 넘었고, 1979년의 107,111명, 인구 10만명당 203명과 비교하면 연평균 6.0%의 증가율을 보이고 있다.

프랑스의 의사수 억제정책은 1970년대 후반부터 1980년대 초반까지 의대 입학정원을 감축시켜 1983년에는 5,900명 까지 감축시켰다. 1984년 이후 1988년까지 제 9차 경제사회문화 발전계획중 의사수 억제는 중요한 시책으로 채택되고 있다(후생성, 1986). 구체적 내용을 보면 계획기간을 통해서 의학교육 제1과정의 2년제 진급자수를 연간 5,000명으로 하고, 의사의 신규등록수를 연간 5,000명으로 하였다.

라. 네델란드

1984년 의사수는 36,000명, 인구 10만명당 260명이다. 의학부의 졸업자수는 1984년까지 1,980명이었지만, 그 후 1,485명으로 줄어들었다. 그러나 유럽 각국에서의 유입이 있기 때문에 신규등록은 현재 연간 약 1,600명이며, 의사는 앞으로도 전문의를 중심으로 필요한 수보다 증가할 것으로 보고하고 있다.

1984년 약 2,000명의 의사가 실업상태이고, 1995년에는 7,800명이 될 것으로 예상된다. 이런 의사들은 실업보험으로 생활하고 있다. 의사의 실업문제에 대응해서 국외 의주를 소개하는 비영리단체도 설립되고 있다. 네델란드에서는 의사의 개업은 자유시장(free market)이라고 생각하기 때문에 의사회 등의 규제는 없다. 그러나 공적보험 가입환자의 등록제에 따라 진료를 하게 되므로 개업해도 환자를 얻을 수 없기 때문에 실질적인 개업은 제한되어 있다.

1) 입학정원의 감축

정부는 의사의 실업을 무시할 수 없기 때문에 보건위원회(Gezondheidsraad)안에 의사인력관리위원회를 설치하였다. 보건위원회는 의학교육, 의료에 관한 정부의 최고 기관이다. 의사인력관리 문제뿐만 아니라, 심장이식의 문제나 의료비의 문제 등을 전부 취급한다. 이 위원회는 입학자수, 졸업자수, 각 전문 분야별 의사수, 비임상분야의 의사수를 검토하여 의과대학 입학정원을 1,200명으로 감축할 것을 제안하였다.

정부는 이 제안을 받아 1,980명이던 입학정원을 1984년부터 1,485명으로 줄이기로 결정하였으며, 이 감축인원은 원래 입학정원이 적었던 Free대학과 Masstricht대학을 제외한 6개 의과대학에 분배했고, 감축에서 제외된 2개 대학에 대해서는 일차진료의 의사양성에 중점을 두도록 조건을 붙였다. 현재 1,485명인 정원은 아직도 너무 많기 때문에 다시 감축될 가능성이 있고, 경우에 따라서는 학생이 기초에서 임상으로 진학하는 단계에서 1,200명으로 감축하는 안도 검토되고 있다.

2) 전문의 연수기간의 연장

전문의의 증가경향이 현저하기 때문에 전문의의 연수기간(현재 대학졸업후 4~6년)을 연장하는 것이 검토되고 있다.

3) 일반의 1인당 등록환자수의 감축

일반의 한명당 등록환자를 일차진료(primary health care)위주로 생각하는 경향에 입각해 1983년에는 2,600명, 1985년 2,500명, 1986년 2,400명, 1990년 2,200명으로 감축하도록 하였다.

4) Work Sharing의 도입

일반 근로자의 노동시간이 주당 40시간인데 반해서, 전문의는 50~60시간이기 때문에 Work Sharing의 도입(2명에 100시간→3명에 100시간)을 생각할 수 있다. 즉, 의사와 인 대책의 전체적인 것은 전문의 단체와 소관부처 사이에서 이미 합의가 이루어져 있다.

마. 이탈리아

1984년 6월말 의사수는 219,956명, 인구 10만명당 388명이지만, 1985년에는 약 28만명, 인구 10만명당 465명, 2001년에는 약 42만명, 인구 10만명당 714명에 달할 것이라고 예측되어, 다른 유럽의 나라들과 비교해도 대단히 많은 실정이다. 이탈리아에서는 앞에서 말

한 것처럼 계약의에게 정원이 있기 때문에 계약을 기다리고 있는 의사실업자가 45,000명에 달하고, 이런 의사는 앞에서 말했던 의료제도 때문에 개업을 할 수도 없고, 또 전문의가 될 수도 없어 야간당직, 대리왕진, 구급차 업무, 검사센터의 보조원 등으로 생계를 유지하기도 하고, 실업보험의 수급이나 외국으로 돈을 벌러 나가고 있다. 또 의학부에서는 학생이 너무 많아 실습 등의 교육이 학생전체에게 두루 미치지 않는 등 열악한 상황에 처해 있다.

이탈리아는 의사과잉 문제가 심각함에도 불구하고 그에 대한 대응책은 아무것도 채택할 수가 없다. 그 이유는 앞에서 말한 입학제도의 문제이다. 즉 입학정원을 설정한다는 것은 대학입시제도에 위배되는 것이다. 따라서 그것을 변경하려면 법률자체를 개정해야 하고, 게다가 의학만을 정원제로 할 수 없고, 다른 분야까지 포함해 모든 분야의 정원제를 도입해야 한다. 이것은 교육의 뿌리를 뒤흔드는 문제이므로 그리 간단하게 손을 쓸 수 없는 실정이다. 이같은 상황에 대해 로마의 의사회는 1984년 11월 로마 지방재판소에 의학부의 정원을 설정할 것을 호소했다. 재판소는 의학부의 학생수를 75%로 감축하도록 제정하였지만 결국은 실현되지 않았다.

바. 오스트레일리아

1981년 의사수는 28,650명, 인구 10만명당 192명이지만, 2001년에는 4만 6,680명, 인구 10만명당 246명으로 의사수가 증가할 것으로 예측하고 있다(CDH, 1984). 인구에 대한 의사의 비율이 급상승한 이유로는 자국민의 실업율이 상승하여 이민에 의한 인구증가를 억제하였고, 기술을 가진 사람의 이주에는 제한이 없기 때문에 가까운 영어권(주로 인도, 파키스탄, 말레이시아, 홍콩)에서 많은 의사가 유입하였기 때문으로 분석되고 있다.

1) Medical Manpower Supply(1980) 보고

의사 급증에 대응하기 위해 연방 정부는 새롭게 IDC(Inter-departmental Committee)를 발족시켜, 1978년부터 1979년에 걸쳐서 심혈을 기울여 작업을 했다. 그 결과, 1991년을 목표 년도로 한 인구 10만명당 의사수 176명이 목표보다 10년 빠르게 도달하여 이대로 방치하면 의사과잉에 따른 폐해가 발생할 것이라는 것이 분명해졌다. 이 위원회에서 지적된 의사과잉의 폐해는 ① 의료 서비스의 저하, 과잉진찰, 의사의 질적 저하 ② 국민의 의료비의 상승 ③ 병원기능 합리화의 장애 등을 지적하고 있다.

IDC는 각 위생청의 장관에게 보고하는 형식으로 Medical Manpower Supply Report of the Committee of Officials(1980)을 발표해 연방정부에 의한 지속적인 의사수 검토, 외국으로부터의 의사유입 규제, 의과대학의 입학정원 10% 감축 등을 권고하였다. IDC 보고에 대해, 관계기관 주 대학의 반응은 여러가지였다. 입학정원 감축을 단행한 대학중 큰 대학으

로는 New South Wales와 Melbourne의 2개 대학, 그 밖에 Adelaide, Queensland, Monash의 3개 대학이었으며, 신설된 2개교를 제외한 8개교 가운데 5개교에서 입학생수의 감축이 이루어졌다.

연방정부는 상기의 보고에 따라서 조사를 계속하고, 1984년 3월에 Revised Estimates of Medical Manpower Supply를 공표하였다. 이 문서는 여성의사의 증가, 의사의 은퇴에 대해서 논하고, 여성의사의 증가에 대해서는 의사로서는 생산성을 남성의사의 80%로 보고 있다는 점과 의사의 은퇴 문제에 대해서는 의사의 연령 구성비가 젊은 연대에 치우쳐 있기 때문에, 당분간은 은퇴율이 낮을 거라고 예측하고 있다.

2) 새로운 움직임

영국이 EC이외의 다른 나라 의사들의 자국내 장기체류를 억제하는 방침을 1985년에 결정하자 오스트레일리아의 의사회, 교육자 그룹은 영어권 국가의 젊은 의사들이 관심의 방향을 오스트레일리아로 돌릴 것으로 우려해서 영국보다 더 엄격한 유입규제를 요구하려는 검토를 하고 있다.

사. 독일

1981년 의사수는 142,934명, 인구 10만명당 231.6명으로, 1960년의 약 1.9배가 되었다. 이후의 흐름에 대해서는 매년 12,000명의 졸업생이 배출되므로 1990년에는 182,000명이 될 것으로 예상하고 있다. 독일에서는 의사과잉에 의한 과잉진찰의 출현과 많은 의사의 실업사태를 막기 위한 대책이 중요한 문제로 되어 있다. 1980년대 중반이후 새로운 의과대학의 증설을 억제하고 있으나, 매년 2~3%정도로 의사의 수가 증가하고 있다. 장래 의사공급 과잉에 대처하기 위한 방안으로서 의사의 양성 기간을 연장하여 의사의 증가를 억제함과 동시에 충실한 임상교육을 꾀하는 정책을 택하고 있다.

1) 보험의(醫) 허가에 관한 정령(政令)개정(1983)

보험의 허가 위원회에 신청후 허가를 받을 때까지 신청후의 준비기간이 6개월에서 8개월로 연장하였다.

2) 연방의사법의 개정

의사면허를 취득하려면 6년간의 대학교육 수료후 2년간의 임상교육 훈련을 더 받아야만 한다. 이에 따라 보험의가 되려면 대학교육 수료후, 2년 8개월 이상의 기간이 더 필

요하게 되었다.

아. 일 본

일본의 의사는 1970년도의 경우 인구 10만명당 113명이었으나, 그 후 계속 증가하여 1990년도에는 186명으로 되었다. 일본은 1980년대 들어서 의사가 급증하고 있는데, 이는 후생성에서 의사를 인구 10만명당 150명 이상 확보하여 무의촌 해소를 위한 노력의 일환으로 이루어진 것이다. 1990년에는 인구 10만명당 186명으로서(후생성, 1993) 미국의 192명, 독일의 226명 보다는 적은 수이기는 하나 앞으로 의사과잉의 문제가 될 소지가 크다고 본다.

일본의사회에서는 의사과잉 상태가 되면 ① 과잉경쟁에 의한 의료문제 ② 과잉의 여파로 의사지방생이 감소하게 되어 의사의 질 저하 ③ 의사간의 무리한 과잉경쟁으로 의학, 의료의 발전 저해 등의 사태를 우려하고 있다(후생성, 1986; 후생성, 1993).

이에 정부측이나 의학협회 측에서는 사회 경제수준의 변화에 따른 적정규모의 의사수를 검토하는 작업을 계속하여야 한다고 주장하고 있다. 1981년에 오끼나와현에 류큐대학 의학부를 설치한 후 의사의 과잉 문제가 대두되어 향후 의사수를 10% 감소하려는 후생성의 '장래의 의사수급에 관한 검토위원회'의 보고가 있었으며, 문부성은 의과대학의 정원을 삭감하려는 정책을 세워 놓고 1982년에 입학정원을 15% 감축하였다. 특히 전체 의과대학의 64%가 국. 공립대학으로서 지난 10년간 전체 정원의 약 8%에 해당하는 640명의 감원이 주로 이들 국. 공립대학에서 이루어졌다(표 17). 따라서 사립대학에는 총 감원인원의 23%에 불과한 145명이 감원되었는데, 이와 같은 경험은 사립대학의 비중이 높은 우리나라의 경우 향후 의사인력감축이라는 정책결정에 있어서 시사하는 바가 크다.

표 17. 일본의 의과대학 설립주체별 입학정원 추이, 1960~93

연도	계		국립		공립		사립	
	학교수	정원(*)	학교수	정원(*)	학교수	정원(*)	학교수	정원(*)
1960	46	2,840	21	1,460	12	580	13	800
1970	50	4,380(1,540)	25	2,360(900)	9	620(40)	16	1,400(600)
1975	70	7,120(2,740)	34	3,680(1,320)	8	620(-)	28	2,820(1,420)
1980	79	8,260(1,140)	42	4,560 (880)	8	660(40)	29	3,040(220)
1981	80	8,360(100)	43	4,660(100)	8	660(-)	29	3,040(-)
1985	80	8,340(Δ20)	43	4,640(Δ20)	8	660(-)	29	3,040(-)
1990	80	7,740(Δ660)	43	4,165(475)	8	660(-)	29	2,895(Δ125)
1993	80	7,720 (Δ20)	43	4,165(-)	8	660(-)	29	2,895 (Δ20)

* 전기대비 신규증가수

자료 : 厚生省, 1986; 國民衛生の動向, 1990~1993.

한국보건사회연구원. 2010년의 의사인력수급전망, 1994

일본에서도 외국으로부터의 의사유입이 있지만 미국, 영국, 혹은 오스트레일리아 등과는 사정이 전혀 다르며, 오히려 의사부족 시대의 흔적이 남아 있다. 그러나 최근 구미 각국이 해외로부터의 의사유입 억제책을 채택하기 시작함에 따라 지금까지 구미에 흘러 들어간 의사가 일본으로 유입되면 의사과잉문제는 한층 더 심각하게 될 것이라는 것은 확실하다.

앞으로 일본은 외국으로부터의 의사유입에 대한 억제를 위한 구체적인 방법으로 의사국가시험의 시험자격 인정을 엄격하게 하며, 지정된 병원내에서의 일정기간의 졸업후 연수를 목적으로 하는 제한된 임상연수허가제의 신설에 대한 검토 등의 여러가지 조치를 생각하고 있다.

2. 선진국의 인사인력 수급정책 요약

의료인력중 가장 중요한 인력인 의사의 양성 기간이 길어 수요가 증가할 경우 신속히 대처하지 못하는 문제가 발생한다. 이와는 반대로 과잉공급일 경우 의사인력의 비효율적인 활용으로 의료자원의 낭비를 초래할 뿐만 아니라 수요 창출을 통한 국민의료비의 상승을 초래할 수가 있다. 그래서 각국은 미래의 수요에 대처하기 위하여 종합적인 의사인력 수급계획을 세우고 있다.

주요 선진국가들의 의사인력 수급정책은 우리나라와 비교해 볼 때 의료, 경제, 사회문화 등 제반 여건이나 상황이 다르기 때문에 선진국의 의사인력 수급정책을 우리나라에 그대로 적용하기는 어렵다고 본다. 그러나 선진국들이 의사인력의 양성을 감축하는 추세에 대해서 연구해 봄으로써 현 시점에서 우리의 의사인력 양성정책에 교훈이 되리라 생각한다. 왜냐하면 의사인력 양성에 있어서 증원은 용이하지만 이를 감축하기는 어렵고, 또한 적정수 이상의 의사양성은 보건의료자원이 비효율적으로 운영될 뿐만 아니라 불필요한 수요 창출, 과다경쟁 등 심각한 의료문제가 제기될 수도 있기 때문이다.

주요 선진국가들의 공통적인 특징은 1960년대까지는 의사부족의 인식으로 의사양성을 확대하려고 노력했었지만, 그 수가 급증한 1980년대에는 사정이 뒤바뀌어 의사과잉으로 고민하고 있다는 사실이다. 특히 이탈리아, 네델란드, 독일 등의 상황은 심각해서 도덕성이 낮은 의사가 많이 배출되고 국민의료비의 불필요한 증가, 기업의 경제적 불안정, 젊은 의사들이 실업 등 우리나라에는 일어나지 말아야 할 문제점들이 분명하게 대두되고 있다. 의사과잉의 대책으로는 입학정원의 감축과 외국에서의 의사유입의 억제가 주된 것이라는 사실을 알 수 있었다.

지금까지 의사인력양성을 억제하는 것은 크게 두가지 요인으로 요약 정리할 수 있는데 첫째, 국민의료비 측면에서 세계적으로 국민의료비의 증가때문에 많은 국가들이 고심을 하고 있다. 일반적으로 의사수의 증가는 국민의료비를 증가시키기 때문에 이를 억제하기 위해 의사수의 증가를 억제한다. 둘째, 양질의 의사의 양성을 위해서 의사의 양성은 다른 인력에 비해 오랜 시간을 요하고 또한 사람의 목숨을 다루는 직업으로서 시설이나 교육여건의 충분히 갖추어져야만 하기 때문에 의사인력의 증원을 억제한다. 이와 같은 이유로 선진각국에서 의사인력양성을 억제하고 있는데 그 구체적인 사례를 표 18에 정리하였다.

국민의 건강을 향상시키기 위해 세계 여러나라가 끊임없이 노력하고 있는 시점에 있어서 각 나라의 사회, 경제적 특성 및 의료제도에 따라서 의료인력의 공급양상은 다양하다. 어떤 국가를 막론하고 보건의료의 문제를 해결하기 위해서 단지 병원이나 의사를 증설·증원하는 것만이 능사는 아니라고 본다. 현재 갖고 있는 시설과 인력을 국민의 경제·사회적 지위와 여건에 맞게 적절한 의료를 이용할 수 있도록 정책을 개발하는 것이 국민의료의 이용 가능성을 제고시키는 것이라 볼 수 있다.

표 18. 선진 외국의 의사수 감축 대책

네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> ①입학 정원의 감축(의사수 문제 위원회가 1200명으로 감축 할 것을 제안 정부는 이것을 받아 1984년부터 1980명을 1485명으로 감축할 것을 결정) ②전문의의 연수기간의 연장 ③일반의 한명당 표준 등록 주민수의 감축 (1983년 2600명에서 1990년 2200명으로 할 목표 설정) ④Work sharing의 도입 (둘이서 100시간 에서 세명에서 100시간으로)
이탈리아	<ul style="list-style-type: none"> ①보험기금계약의의 사람수 제한 ②입학정원의 감축은 제도상 곤란
오스트레일리아	<ul style="list-style-type: none"> ①I.D.C를 발족시켜 「의사수 공급문제 보고」를 제출 (연방정부에 의한 계속적인 의사수 check, 외국에서의 의사 유입 규제, 입학정원의 10% 감축을 바로 행하도록 권고) ②영국의 의사 유입 규제에 보조를 맞추어 검토
독 일	<ul style="list-style-type: none"> ①의사의 양성기간의 연장 ②보험의등록 소요기간의 연장 ③새로운 의과대학의 증설은 없었고 매년 2-3%정도로 계속적으로 의사의 수가 증가 되고 있음
미 국	<ul style="list-style-type: none"> ①졸업후 교육전국자문 위원회(GMENAC)보고 (입학정원을 1984년까지로 17% 감축, 외국인 의사의 입국제한등을 제안) ②외국인 의사의 유입규제(입국 비자 검정시험을 엄하게 한다.)
영 국	<ul style="list-style-type: none"> ①가정의의 숫자 제한(연수기간을 1년에서 2년으로 연장. 정년제의 도입) ②가정의 한명당 등록 주민수의 감축 ③입학정원의 감축(1970년의 책정목표는 4080명 이내에서 억제) ④EC각국 출신자이외의 외국인 의사의 유입억제 ⑤의과대학의 입학생수는 정부의 정책에 따라 1982년의 4,018명이 될 때 까지 급격히 증가되었으나 미취업의사수의 증가와 정부의 교육비부담 과중 등의 이유로 그 후 입학생수의 증원이 강력히 억제되고있다.
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> ①의학교육 진학 과정의 2년차 진급 허가자의 정원제 도입 (대학 입학에는 정원제 없음) ②제9차 경제 사회 문화 발전계획 (1984~1988년)으로 의사수 역제가 중요 시책으로서 자리잡았다. ③ 의과대학 입학생수 감소
일 본	<ul style="list-style-type: none"> ① 1982년 입학정원을 15% 감축하였으며 그 후에도 계속적으로 감축하려 노력하고 있다.

IV. 의과대학 신, 증설

1. 의과대학 신, 증설에 대한 정책

1987년 4월 20일 보건사회부는 ‘향후 20년간 의과대학 정원동결과 아울러 신증설을 불허한다’고 발표하였다. 그러나 그해 10월 10일 문교부는 아주, 단국(천안분교), 울산의과대학의 30명 정원의 신설을 허용하였다. 의과대학 신설에 있어서 교육부는 보건복지부의 협의를 거치도록 되어 있으나 선거공약이나 최고위정책부서의 의지에 따라 협의 자체가 무의미해지는 경우가 김영삼 정부시절 계속 있어 왔다. 이처럼 의사인력 수급정책중 의과대학 신증설에 대한 문제는 기본적으로 보건복지부와 교육부로 이원화되어 있으며 운영 자체가 파행적이었다.

의사인력이 부족할 경우 이를 늘려가는 방법은 의과대학을 신설하는 방안도 있을 수 있지만 증원을 통하여 해결하는 방법도 있다. 그럼에도 불구하고 교육정상화가 용이하지 않은 학생수가 50명 이하인 소규모 의과대학을 지역적으로 안배해 가면서 왜 자꾸 신설을 하는 것일까?

이에 대한 이유로 ‘신설 의과대학 준칙제정 위원회’(1997)에서는 다섯가지로 요약하고 있다. 첫째, 종합병원에서의 긴 대기시간과 짧은 진료시간으로 볼 때 의사수가 절대부족하며 따라서 동시에 의사수가 많아지면 의사의 인건비가 싸져 의료비가 저렴해질 것이라는 논리이다. 둘째, 의과대학 설립을 통한 우수 학생 유치와 병원설립을 통한 대학경영의 도움을 위하여 많은 대학에서 의과대학의 설립을 원하고 있다. 셋째, 종합병원을 대학병원화함으로써 의료인력의 확보, 경쟁력 제고 및 세제상의 혜택을 누리하고자 한다. 넷째, 지역에 의과대학 및 부속병원을 설립함으로써 지역개발 및 지역사회 발전에 방향성을 제시하고자 한다. 다섯째, 정치적인 목적으로 의과대학 신설을 지역의 선거공약으로 이용해 왔다.

1987년 9월 24일 보건사회부는 ‘의과대학 부속병원의 개설은 해당 의과대학 소재 행정구역에 한하도록 한다’고 발표하였다. 이는 3차 의료기관을 선호하는 국민들의 정서를 무시한 정책이기도 하거니와 지금은 거의 지켜지지 않는 유권해석 발표에 지나지 않는다. 그러나 이러한 정책결정은 그 의도가 의과대학 부속병원의 대도시 집중을 막기 위함이었다고 할지라도 기존 의과대학이 3차 진료가 취약한 지역에 부속병원을 건립하여 유능한 의사들을 배치할 수 없게 만드는 결과를 초래하고 결국은 이러한 지역에 신설 의과대학을 설립할 수 밖에 없는 결과를 초래하고 말았다고 볼 수 있다. 따라서 향후 의과대학과 관련된 정책은 미래의 변화를 예견하고 보다 신중하게 결정해야 할 것으로 판단된다.

2. 신설 의과대학 설립준칙과 신입제도

의과대학 신증설을 국가가 통제하여야 하는가에 대하여는 최근 여러 논의가 이루어져 왔다. 우리나라의 경우 대학 신설에 있어서 일본과 마찬가지로 준칙주의를 택하고 있다. 즉 일정한 기준에 도달하면 누구나 대학을 설립할 수 있게 하는 자유스러운 정책이다. 그러나 의학교육은 다른 분야의 전문직업교육과 차이가 있으므로 일반대학에 적용하는 대학신설준칙을 적용하지 말고 의과대학 신설을 위한 준칙을 별도로 적용하여야 한다는 것에 대하여 교육부 등 관계기관과 의학계는 입장이 정리되어 있는 상태이다. 또한 의과대학 신설준칙 도입과 아울러 신입제도를 도입하여 엄격한 평가를 통하여 의학교육의 지속여부를 결정하고자 하고 있다. 이에 대한 연구와 노력은 한국의과대학장협의회, 대한의사협회, 한국의학교육학회 등에서 적극적으로 이루어지고 있다.

V. 결 어

의사인력의 수급을 정확히 추계한다는 것은 매우 어려운 작업이다. 의료환경의 변화를 예측하기 어려우며 추계 과정상에 있어서도 잘못된 가정 하나가 매우 큰 오차를 낼 수 있다. 따라서 미시적인 관점에서 의사인력수급을 논하는 것보다 선진국들의 예를 보아가며 정책적으로 결정하는 것이 더욱 바람직할 수 있다.

국민의료비의 상승은 선진국들 모두가 해결하고자 하는 주요한 정책과제이며 한번 설정된 보건복지분야의 관행은 국가가 망하지 않는 한 변화되기 어려운 분야이다. 과잉진료(유도진료)의 명확한 증거가 있느냐 없느냐를 경제학적으로 논하는 것보다 중요한 것은 이러한 일이 이 땅에 일어나지 않도록 의료환경을 조성해 주는 것이라 생각된다. 의료보험분야의 잘못된 급여 및 수가 정책이 우리나라 의료전체를 왜곡된 방향으로 발전시키고 있는 현재 불필요하고 양질의 의학교육을 받지 못한 의사인력이 양산됨으로 인하여 의료의 왜곡이 더욱 가속화되는 것은 반드시 막아야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 고영선. 의사인력 공급정책의 방향. 한국개발연구원, 1995. 3
- 권순원. 의료인력 적정규모에 관한 연구. 한국개발연구원, 1992
- 김영호. 한국의 병원생존에 관한 연구. 연세대학교 대학원, 1991
- 김영섭. 서기 2000년대 우리나라 보건의료인력의 수급계획. 행정문제논집, 1982
- 김인달, 허정, 김정근 등. 우리나라의 보건인력의 수요와 공급에 관한 연구. 1970
- 김일순, 문옥륜, 김주환. 의사 및 의과대학수의 적적성 연구. 대한의학협회 조사연구실, 1981
- 김일순, 이순형, 유승홍 등. 신설 의과대학 준칙(안). 신설 의과대학 준칙제정 위원회, 1997.4
- 노인봉. 한국의 보건인력의 공급 및 수요에 관한 연구. 보건사회부, 1969
- 박현애, 최정수, 류시원. 장단기 보건의료인력 수급에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 1990
- 송건용, 김수춘, 김영임. 보건의료인력 장기수급계획에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 1986
- 송건용, 최정수, 김동규 등. 2010년의 의료인력수급전망. 한국보건사회연구원, 1994
- 송건용. 의료인력의 수요와 공급. 대한의학협회 27차 종합학술대회 연제집, 1993
- 양봉민. 의료수요추계 및 적정의사인력. 보건학논집 1992; 29(1): 65-78
- 유승홍, 조우현, 이용호 등. 우리나라 의사인력 공급 및 생산성 추계. 예방의학회지 1988
21(1): 61-69
- 정영일. 우리나라의 사회, 경제개발 수준과 의사인력 공급에 관한 연구. 서울대학교 대학원
1987
- 정영일 등. 우리나라 인력수급에 관한 연구. 인제대학교 보건대학, 1993
- 채종일. 의과대학 신설과 의학교육. 제5차 의학교육 합동학술대회, 1998.1
- 한달선, 김병익, 배상수. 의사인력정책의 전개방향. 한림대학교 사회의학연구소, 1993
- Bankowski Z, Mejia A. Health manpower out of balance—conflicts and prospects, CIOMS
1987
- Commonwealth Department of Health. Revised estimates of medical manpower supply
March. 1984,
- Klarman HE. The economics of health. Columbia University Press, 1965
- McNutt DR. GEMNAC: Its Manpower forecasting framework, AJPH, 1981; 71(10)
- Rivo MI, Kindig DA. A report card on the physician work force in the United States
The New England Journal of Medicine 1996; 334(44): 892-895

- Schieber G, et al. Health system performance in OECD countries, 1980-1992. *Health Affairs* 1994; Fall: 101
- Sorkin AL. *Health Manpower: An economic perspective*. Toronto, Lexington Books, 1978
- U.S. Department of Health and Human Resource. Council on graduate medical education third report-improving access to health care through physician workforce reform: *direction for the 21st century*, Oct. 1992
- WHO. *Health manpower development*, Geneva, 1986
- 厚生省 健康政策局医師課, 医師数を考える, 日本医師新報社, 1986
- 厚生統計學會. 国民衛生の動向, 28-40(9), 1981-1993