

정책보고서 97-12, 100쪽, 1,000부

醫療人力 養成 및 管理 現況과
改善方向

白 和 宗

黃 那 美

韓 國 保 健 社 會 研 究 院

머 리 말

다가오는 21세기는 국민들의 의료수요의 증가와 인구의 고령화 및 생활양식의 변화에 따른 질병구조의 변화로 의료에 대한 욕구도 多樣化될 것으로 전망된다. 의료공급측면에 있어서는 생명공학, 반도체 등 첨단 과학기술의 발전으로 의료기술의 혁신이 가속화되고 있어 의료분야에서도 학문의 細分化를 加速化시키고 있다.

의료수요의 多樣化 및 의료분야의 尖端科學化·細分化 경향 속에서 의료서비스 제공에 중추적인 역할을 담당하고 있는 醫師, 齒科醫師, 看護師 등 의료인력에 대한 質 管理는 매우 중요한 의미를 갖게 된다.

최근 醫療의 衡平과 效率 측면에서 국민의 기본진료로 간주되는 一次醫療의 중요성이 새로이 인식되고 있으며 만성퇴행성질환의 증가로 지속적이고 포괄적인 서비스의 필요성이 부각됨에 따라 사회적 요구에 적합한 의료인력의 양성 및 사후관리체계 등이 주요 문제로 대두되고 있다.

한편 WTO체제 출범 이후 외국에서 수학한 의료인력이 국내에 유입되고 있으며 최근에는 美國의 일부 의과대학이 우리나라에서의 의과대학 설립가능성을 타진하고 있어 世界化·開放化에 대한 대응방안의 마련이 시급한 실정이다.

따라서 급변하는 대내외적 의료환경의 변화에 능동적으로 대처하기 위하여는 해방후 지금까지 지속되어 온 우리나라 의료인력의 양성제도 및 사후관리체계를 정비함과 아울러 이들 제도에 대한 새로운 방향을 찾지 않으면 안된다.

이러한 관점에서 본 報告書에서는 국민의 건강보호를 위하여 독점

적인 免許 및 資格을 가지고 있는 醫師, 齒科醫師, 看護師 人力의 공급 메카니즘을 效率化하고 지속적인 質 提高를 위하여 각 인력에 대한 양성·공급 및 사후관리체계 등에 대한 현황분석과 함께 개선방안을 제시하고 있다. 따라서 본 研究結果가 앞으로 의료인력에 대한 정책을 수립하는데 귀중한 자료로 활용될 것으로 기대한다.

본 연구는 白和宗 研究委員의 책임하에 수행되었으며 研究陣은 본 보고서를 작성함에 있어 도움을 준 延世大 醫大 李武相 教授와 서울大 齒大 張英一 教授에게 감사하고 있다. 또한 본 報告書의 初稿를 읽고 유익한 助言을 해준 本院의 李相映 副研究委員과 尹京一 責任研究員에게 감사하고 있으며 자료수집과 정리에 도움을 준 張世媛 研究員에게도 감사하고 있다.

끝으로 본 報告書에 수록된 모든 內容은 어디까지나 研究者의 個人 意見이며 本院의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

1997年 12月
韓國保健社會研究院
院長 延 河 清

目次

要約	9
I. 序論	18
II. 醫師人力養成·供給現況과改善方向	22
1. 醫師의養成·供給 및活動現況	22
2. 專門醫의供給 및活動現況	28
3. 專門醫管理制度現況	40
4. 醫師人力의養成·供給體系의改善方向	46
III. 齒科醫師養成·供給現況과改善方向	52
1. 齒科醫師養成·供給現況	52
2. 齒科專攻醫修練教育現況	56
3. 齒科專門醫制度管理現況	59
4. 齒科專門醫制度施行의必要性檢討	64
5. 齒科專門醫制度導入·施行方案	68
IV. 看護師養成·供給現況과改善方向	76
1. 看護師養成 및供給現況	76
2. 看護師活動現況	79
3. 看護師人力의效率的活用方案	88
V. 結論 및論議	91

參考文獻	96
附錄: 齒科專門醫制度 推進 經緯	100

表 目 次

〈表 II- 1〉 醫師人力 需給推計 研究結果	22
〈表 II- 2〉 先進國의 所得 1萬弗 到達時 人口 10萬名當 醫師數	23
〈表 II- 3〉 外國斗의 人口 10萬名當 醫科大學 入學定員 比較	24
〈表 II- 4〉 年度別 醫科大學數 및 醫師 養成·輩出 現況 (1980~1997年)	25
〈表 II- 5〉 入學定員別 醫科大學 分布	26
〈表 II- 6〉 醫療機關種別 醫師人力 分布 現況(1990~1997年)	27
〈表 II- 7〉 市·郡部別 醫師人力 分布 및 人口 10萬名當 醫師數	27
〈表 II- 8〉 年度別 專門醫 輩出 現況(1985~1996年)	29
〈表 II- 9〉 專攻醫 修練病院數 및 專攻醫數 增加 推移	30
〈表 II-10〉 開院 專門醫의 一般醫院 標榜 現況	31
〈表 II-11〉 主要 國家의 一次醫療人力 比率	33
〈表 II-12〉 專門科目 認可數의 變化	34
〈表 II-13〉 專門科目別 專門醫數 推移(1985~1997年)	35
〈表 II-14〉 專門科目別 專門醫 構成比率(1985~1997年)	36
〈表 II-15〉 專門科目別 外國의 專門醫 構成比率	37
〈表 II-16〉 專門科目別 專攻醫 確保率	38
〈表 II-17〉 專門科目別 專門醫 勤務機關 分布現況	39

〈表 III- 1〉	年度別 齒科大學數 및 齒科醫師 養成·輩出 現況	53
〈表 III- 2〉	外國과의 齒科醫師 供給能力 比較	54
〈表 III- 3〉	齒科醫師 國家試驗 應試者數 推移	55
〈表 III- 4〉	齒科醫師 免許取得後 修練教育 課程 履修現況 (1995~1997年)	57
〈表 III- 5〉	齒科 專門科目別 專攻醫 任用·修練 現況(1997年)	58
〈表 III- 6〉	齒科 專門科目別 專門醫 輩出 現況(1962~1997年)	59
〈表 III- 7〉	齒科專門醫制度 導入에 관한 齒科醫療界 立場 比較	63
〈表 III- 8〉	年度別 齒科 療養給與 診療 現況(外來部門)	65
〈表 IV- 1〉	年度別 看護(專門)大學數 및 入學定員 推移	77
〈表 IV- 2〉	年度別 看護師 就業 現況	80
〈表 IV- 3〉	看護師 免許 取得 直後 就業率 推移	81
〈表 IV- 4〉	醫療機關種別 看護人力 分布 現況(1995年)	82
〈表 IV- 5〉	醫療機關種別 看護師 1人當 病床數(1995年)	83
〈表 IV- 6〉	市·郡地域別 醫療機關, 病床, 看護師 分布(1995年)	83
〈表 IV- 7〉	臨床看護師의 移·退職 事由	86
〈表 IV- 8〉	病床規模別 看護師 移·退職 事由(1995年)	87

圖目次

[圖 1]	調査對象 醫療人力別 研究內容 및 範圍	21
[圖 2]	專門醫管理制度 關聯團體 및 擔當業務	42

要約

본 연구는 발전하는 의료지식 및 기술과 의료환경의 변화에 능동적으로 대처하기 위하여 醫師, 齒科醫師, 看護師 인력 공급 및 활동현황을 파악하고 졸업후 수련교육 및 事後管理體系 등의 인력 관리실태를 평가하여 과잉 교육투자의 방지, 의료인력의 효율적 활용, 의료서비스의 질적 향상을 기할 수 있는 의료인력 養成·供給 및 管理制度로의 改善方向을 제시하는 데 목적을 두고 있음.

1. 醫師人力の 養成·供給 및 活動 現況

가. 醫師 供給 및 活動 現況

- 1997년 현재 면허등록 醫師數는 총 62,240명이며 인구 10만명당 醫師數는 136명임.
 - OECD에서 제시한 인구 10만명당 적정 의사수 150명과 비교해 보면, 우리 나라는 미달된 상태이며 1997년 우리나라 국민 1인당 GNP(9,400불)와 유사한 시기의 선진국 인구 10만명당 의사수와 비교해 볼 때, 美國(136명)과는 동일한 수준이며 日本(127명)보다는 상대적으로 높고 獨逸(192명)보다는 낮은 수준임.
- 의과대학은 1990년 31개 대학에서 1997년 현재까지 9개 대학이 신설되어 총 40개 대학에서 연 3,260명이 양성·배출되고 있음.
- 이 중 입학정원이 40~50명 수준인 소규모 의과대학이 17개 대학

이며 이들 대부분은 1988년 이후 신설된 것으로 파악됨.

- 소규모 의과대학의 경우, 대부분 의학교육에 필요한 적정수의 교수요원을 확보하지 못한 상태에 있으며 附屬病院도 확보하지 못한 경우도 있어 의학교육의 질적 수준에 심각한 문제가 제기되고 있음.
- 이는 기초 교수인력과 시설을 갖추지 못한 상태에서 대학신설을 認可하는 현 제도상에 문제가 있는 것으로 파악됨.

나. 專門醫 養成 및 供給 現況

- 의사인력 중 專門醫 구성비율이 1985년 80.1%, 1990년 85.7%, 1997년 89.8%로 나타나 연차적으로 증가하고 있음.
- 매년 의대 졸업생의 98%가 일반 임상수련(인턴)과정에, 일반 임상수련(인턴)과정 수료자의 94%가 전공의 수련과정에 유입되고 있으나 각급 병원이 신청한 일반 임상수련과정의 임용확보율은 64%, 전공의 수련과정(1년차)의 임용확보율은 78% 수준임.
 - 최근 대형 종합병원의 증가는 전공의의 부족현상을 심화시키고 있으며 결과적으로 專門醫가 과잉 생산되는 수련교육실태를 초래하고 있음.
- 1996년 현재 專門醫 2명 중 1명이 醫院에서 근무하고 있으며 開院 專門醫 중 흉부외과 85%, 마취과 97%, 예방의학과 100%, 결핵과 57%가 一般醫院을 표방하면서 타진료과를 진료하는 등 專門醫의 비전문화 현상이 나타나고 있음.
- 1979년 일차의료 담당인력으로 양성된 家庭醫學 專門醫는 개원의사 중 7.4%에 불과함.

다. 專攻醫 修練教育 運營 現況

- 專攻醫 수련교육 운영 관련법규인 「專門醫의 修練 및 資格認定 등에 관한 規程」은 수련병원 지정기준이 획일적이며 환자진료기준이 상이하는 등 의학발전과 의료환경 변화에 따라 적절히 대응하지 못하고 있음.
- 「大韓病院協會」내 病院信任委員會에서는 專攻醫 修練教育 信任業務를 관장하고 있으나 전문성이 부족하고 일관성이 결여되어 양질의 수련교육을 실시하는 데 어려움이 있는 것으로 나타남.
- 「大韓醫師協會」, 「市·郡·區 醫師會」, 醫科大學, 그리고 각 專門科目 學會 등에서 주관하는 醫師研修制度는 교육내용 및 방법이 발전하는 첨단의학 지식 및 기술을 제대로 반영하지 못하고 있어 대부분의 醫師들이 동 制度의 필요성을 인식하지 못하고 있음.

라. 醫師人力の 養成·供給體系의 改善方向

- 良質의 教育에 의한 醫師人力을 養成하기 위하여 의과대학 設立認可를 현행 先認可-後施設 政策에서 先施設-後認可 政策으로 전환함.
 - 의과대학 신설시 先施設-後認可 제도로 개선하여 인력 및 시설이 확보된 이후에 의과대학 입학생을 모집할 수 있도록 함.
 - 先施設로 인한 투자의 낭비를 방지하기 위하여 「豫備認可制度」를 도입, 豫備認可후 施設을 투자하도록 함.
- 專門醫의 過剩輩出 防止 및 專門醫의 效率的 活用을 위하여 一次醫療人力을 養成·確保할 수 있는 誘引策을 마련함.
 - 일차의료 수련과정 專攻醫에 한하여 醫院 開院시 長期 低利融

資政策을 도입하고 일차의료 관련서비스(건강위험평가, 금연처방, 스트레스 조절, 비만관리 등)에 대한 醫療保險酬價의 개발을 통하여 他科 專門醫의 서비스 및 지불보상체계와 차이를 두지 않거나 오히려 유리하게 하는 방안을 마련함.

- 專門醫制度 운영의 전문성 및 효율성 제고를 위하여 專門醫制度 관리업무를 政府主導에서 民間主導로 전환함.
 - 전문과목, 전공의 자격인정 및 정원에 관한 사항을 제외한 모든 專門醫制度 관련사항을 민간기구에 이관하여 자율 운영토록 함.
- 專門醫 研修教育制度의 強化 및 專門醫 資格 再評價制度를 導入함.
 - 급변하는 의료지식 및 기술에 탄력적으로 대응하기 위하여 현재 분산, 운영되고 있는 研修教育體制를 총괄 전담하는 기구를 지정함과 동시에 관련 전문인력을 투입, 研修教育制度를 強化하고 각 전문과목 학회별로 專門醫 資格 再評價制度를 導入함.

2. 齒科醫師 養成·供給 現況과 改善方向

가. 齒科醫師 養成·供給 및 活動 現況

- 1997년 현재, 면허등록 치과의사수는 총 15,213명이며 인구 10만명당 치과의사수는 33명임.
 - 1997년 우리나라 국민 1인당 GNP 수준(9,400불)과 유사한 시기의 외국의 인구 10만명당 치과의사수는 美國 47명(1960), 日本 44명(1980), 獨逸 51명(1975)으로 파악되어 先進國에 비하여 낮은 수준임.

- 1997년 현재 11개 치과대학에서 연 760명의 치과의사 인력이 양성되고 있음.
- 전체 치과의사 중 開業醫(醫院內 管理醫師 포함)는 63.0%이며 병원급 이상 의료기관에서 근무하는 奉職醫(치과대학, 수련병원 근무)는 3.8%임.

나. 齒科 專攻醫 修練教育 實態

- 치과전문의제도에 대해서는 현행 「醫療法」과 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정」에 관련 법적 근거가 있으나 下位法令인 修練機關 指定基準 및 教科課程, 전공의 책정 등 관련 施行規則이 부재하여 제도적으로 관리받지 못하고 있음.
- 그러나 60개 의료기관에서 齒科 專攻醫 修練教育課程이 운영되고 있으며 1997년 치과대학 졸업생의 26.0%가 동 수련교육과정에 유입되고 있음.
- 현재 전체 치과의사의 19%가 齒科 專攻醫 修練教育課程을 이수한 것으로 나타남.

다. 齒科專門醫制度 管理 現況

- 保健福祉部에서는 1989년과 1996년에 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정의 시행규칙(안)」을 立法豫告하였으나 현 치과 의료계의 문제점 및 선결요건을 충족한 후 시행하자는 「大韓齒科醫師協會」의 반대에 의해 立法豫告 내용이 철회됨.
 - 「大韓齒科醫師協會」에서 제시한 선결요건은 치과의료전달체계 확립, 치과전문과목 표방금지, 의료보험수가 현실화, 치과의사

법 제정 등임.

- 치과전문의제도 시행을 반대하는 측의 주장은 현행 醫療法하에 서, 그리고 전문의 과잉배출로 인력자원을 낭비하는 醫師의 경우 와 같은 치과전문의제도를 시행할 경우 오히려 국민에게 양질의 진료를 제공할 수 없다는 점을 지적하고 있음.
 - 국민의 專門醫 선호경향으로 대부분의 치과의사가 전공의 수련 교육 과정을 이수하여 치과전문의가 과잉배출될 경우, 기존의 非專門醫인 開業醫의 유희화 현상과 專門醫의 인적 자원 낭비 가 우려된다는 점을 문제로 제기하고 있음.

라. 齒科專門醫制度 施行의 必要性 檢討

- 전문분야별 학문적 발전에 따라 세분화된 치과진료 방법 및 항목 이 개발되어 보다 높은 수준의 치과진료서비스를 제공할 수 있게 되므로 齒科專門醫制度 도입의 필요성이 큼.
- 1993년 조사에 의하면 치과의원에서 병원급 이상 의료기관(이차의 료기관)으로 환자를 의뢰하는 빈도가 1.7%로 나타나 專門醫와 非 專門醫간의 역할분담 없이는 상호 경쟁관계로 인하여 상호 인적 자원 낭비가 우려되므로 齒科專門醫에 대한 역할정립이 요구됨.
 - 이러한 문제를 근원적으로 방지하기 위하여 『世界齒科醫師聯盟』 에서는 첫째, 모든 진료시간을 전문과목에 한하여 진료하여야 하며 둘째, 치과전문의는 오직 전공 한 과목만을 표방할 수 있 고 셋째, 자신의 전문영역에 한정된 진료만을 수행하고 의뢰한 의사에게 환자를 다시 돌려 보내야 하는 것으로 치과전문의사 의 역할 및 기능을 정하고 있음.

마. 齒科專門醫制度 施行 및 推進方向

- 齒科 一般醫(既存 開業醫) 및 專門醫 人力的 效率的 活用을 위하여 適正 規模의 齒科專門醫 養成 및 修練教育體系의 도입이 요구됨.
 - 1차진료기관인 醫院에서 근무하는 치과의사(치과전문의 포함)에 대해서는 전문과목 표방을 금지하여 포괄적인 일차 치과진료서비스가 활성화될 수 있도록 「醫療法」을 개정함.
 - 치과전문의는 2차진료기관 이상의 기관에서 이차진료를 수행할 수 있도록 전체 치과의사의 6~11% 수준(선진국의 齒科醫師 중齒科專門醫 비율)의 치과전문을 양성·배출하고, 2차진료기관에서만 전문과목을 표방할 수 있도록 「醫療法」을 개정함.
- 齒科 保險給與 및 非給與 專門科目간의 균형적인 발전을 위하여 전문과목별 합리적인 專攻醫 策定 관련 제도적 장치를 마련하고 및 전문과목을 조정함.
 - 현행 의료보험수가체제하에서는 보철과, 교정과 등 일부 비급여 진료과목의 專門醫 양산이 우려되므로 비급여 과목에 편중되지 않도록 전문과목별 합리적인 전공의 책정 관련 제도적 장치를 마련하며 현 10개 전문과목의 조정이 요구됨.
- 치과 전공의 수련교육 및 수련기관의 표준화를 위하여 「전문의의 수련 및 자격인정에 관한 규정의 시행세칙」을 마련함.
- 치과전문의 자격 관리의 효율적 운영을 위하여 「大韓齒科醫師協會」내 齒科專門醫制度管理機構를 신설함.

3. 看護師 養成·供給 現況과 改善方向

가. 看護師 養成體制 및 輩出 現況

- 간호사 면허 취득을 위한 교육체제는 4년제 대학과정과 3년제 전문대학 과정으로 二元化되어 있으며 1997년 현재 4년제 대학이 42개교, 3년제 전문대학이 64개교로 총 106개 대학이 설립되어 있음.
- 1997년 현재 연 6,764명의 간호(전문)대학 졸업생이 배출되고 있으며 1997년 입학생이 배출되는 2000년부터는 연간 11,160명이 배출될 예정임.

나. 看護師 就業 現況

- 1996년 현재 취업 간호사수는 총 63,749명으로 1995~1996년 可用看護師(111,781명)를 기준으로 할 때 57%의 就業率임.
 - 간호사 취업분야별 분포를 보면 1995년 현재 임상간호분야(종합병원, 병·의원 등)가 74.8%로 가장 많으며 학교보건분야(양호교사) 8.1%, 보건간호분야(보건소, 보건진료소 등) 7.7%로 나타남.
 - 간호(전문)대학 졸업직후 就業率은 1990년 이후 93~97%로 대부분의 간호사가 취업을 하나 이후 결혼, 자녀 양육, 야간근무 등의 이유로 의료기관에서 이직하는 비율이 높은 것으로 나타남.
- 최근 많은 의료기관들이 신·증설되면서 간호사 인력확보에 어려움을 겪고 있으며 1997년 병원급 이상 의료기관에서 법정 간호사 배치기준(환자:간호사=5:2)을 준수하는 의료기관은 29%에 불과함.
 - 300병상 이하의 중소병원 45개 기관에 대한 조사결과 71%가 간호사 인력을 확보에 어려움이 있다고 보고된 바 있음.

다. 看護師 人力的 效率的 活用方案

- 看護師 勤務條件 改善 유도를 위하여 看護關聯 酬價를 現實化함.
 - 현 간호관리료 수가(3차진료기관 5,800원/1일)를 상향조정하여 의료기관으로 하여금 看護師의 이직을 방지할 수 있는 근무조건 개선 동기를 부여함.
 - 현 醫療保險酬價體系에서 지불보상 되지 않는 간호행위(흡인간호, 인공수유 등)에 대한 酬價를 책정하여 병원으로 하여금 간호사의 이직을 방지할 수 있는 유인책을 마련할 수 있도록 함.
- 既婚 看護師의 경우, 야간근무 및 휴일근무가 주된 이직사유로 나타나 보다 높은 보수조건으로 야간전담 근무인력 채용을 통한 야간전담근무제, 휴일근무제 등의 탄력적 근무시간제도를 도입하는 방안이 요구됨.
- 유희인력에 대한 再就業 機會 擴大를 위하여 相關단체로 하여금 再教育 課程 및 可用人力銀行을 開設·運營하도록 함.
 - 新 醫療知識 및 技術에 적응할 수 있도록 유희 간호인력을 대상으로 한 재교육과정 및 가용인력은행을 『대한간호협회』 및 相關단체(대한병원협회, 임상간호사회)에서 개설·운영하도록 권장함.

I. 序論

최근 생활수준의 향상과 전국민 의료보험의 실시 등으로 의료에 대한 접근성이 용이해짐에 따라 국민의 의료수요는 폭발적으로 증가하게 되었고 多樣化되었으며 한편 의료분야는 의료기술의 혁신적인 개발과 발전으로 尖端科學化되고 細分化되었다.

이처럼 의료수요의 多樣化 및 의학의 尖端科學化·細分化로 특징지을 수 있는 21세기에는 국민의 건강보호를 위하여 일정한 자격을 갖춘 인력에게 독점적인 행위를 수행할 수 있는 免許 및 資格을 부여한다는 관점에서 의료인력에 대한 관리의 중요성이 더욱 증가될 것이다.

의료인력에 대한 관리는 최종적으로 산출되는 의료서비스가 얼마나 효율적으로 생산되는가에 초점을 두고 인력 공급의 양적인 측면에서부터 필요한 지식 및 기술을 습득하게 하는 養成·教育體制, 免許·資格 부여 후 事後管理 등 質的인 면에 이르기까지 일련의 체계적이고 지속적인 평가 및 그 결과의 환류를 통하여 이루어져야 한다. 의료인에 대한 供給政策, 教育體系, 事後管理 制度 등에 따라 의료서비스의 량과 質이 달라지며 이는 다시 의료인력의 분포, 양성의 적정성 및 효율성 등에 직접적인 영향을 미친다는 측면에서 政策的 管理의 필요성이 강조되고 있다.

또 한편으로는 의료서비스의 衡平和 醫療資源의 효율적 활용이 주요 현안으로 대두됨에 따라 국민의 기본의료로 간주되는 一次醫療의 중요성이 강조되고 있으며 인구의 고령화 및 만성퇴행성질환의 증가로 지속적이고 포괄적인 서비스(Care)에 대한 정책적 관심이 집중되고

있어 사회적 요구에 적합한 의료인력의 공급, 양성·교육, 사후관리체계 등이 중요한 문제로 대두되고 있다.

대외적으로는 WTO출범 이후 외국에서 수학한 의료인력이 국내에 유입되고 있으며 교육시장 개방 또한 피할 수 없게 되어 美國의 일부 의과대학이 우리나라에서의 설립 가능성을 타진하고 있다. 이에 世界化·開放化에 따른 對應方案의 일환으로서 의료인력 관리에 대한 새로운 접근이 요구되고 있어 해방 후 지금까지 유지하여 온 우리나라 의료인력 양성제도에 대한 새로운 방향을 정립하지 않으면 안된다.

21세기를 맞이하여 급변하는 의료정보 및 기술, 의료환경의 변화에 능동적으로 대처하기 위해서는 국민의 건강관리를 위하여 醫師, 齒科醫師, 看護師 등 의료현장 일선에서 의료서비스를 제공하는 의료인력에 대한 공급 및 양성제도의 개선과 사후관리체계를 정비하여 변화하는 대내외적 의료환경에 경쟁력을 제고시켜야 한다.

의료인력 양성제도와 관련된 문제는 매우 多次元的이며 관련문제 모두가 국가 保健醫療政策으로 해결될 수 있는 것은 아니다. 예컨대, 양성과정과 양성된 인력의 관리문제는 교육적 차원과 국민 보건의료적 차원으로 教育의 質과 醫療의 質로 나타나며 教育의 質은 현재 국가적인 차원에서 개입하여 수행할 수 있지만 醫療의 質은 다분히 보건의료정책 및 제도와 사회적, 개인적 여건과 분리하여 접근할 수 없다. 예를 들면, 專門醫 과잉배출을 초래하는 醫師의 專門醫 課程 선택 문제, 制度化되지 않는 상태에서 齒科 專門醫 修練教育課程의 운영, 病院의 看護師 부족현상을 야기시키는 간호사의 높은 이·퇴직 현상 등의 경우는 오히려 개인의 욕구나 선택에서 비롯된 것이라 할 수 있다.

그러다 하더라도 90%에 이르는 專門醫의 과잉배출 문제, 齒科 專門醫制度 管理의 미비, 병원에서의 간호서비스 부재현상 등, 醫療의 先進化 및 국민의 건강권 확보에 필수적인 기본문제에 대해서는 범정부

차원에서 해결책이 강구되어야 한다. 전문인력 양성에 소요된 교육적 낭비요소를 제거할 수 있는 인력 양성제도로 개선함과 동시에 국민의 높아진 의료욕구를 충족시키고 의료기관의 기능이나 이용체계상의 낭비적 요소를 제거하여 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 체제로 개선되어야 한다.

이러한 배경아래, 본 연구는 국민의 健康權 確保에 중추적인 역할을 담당하고 있는 醫師, 齒科醫師, 看護師 人力資源의 浪費를 방지하고 의료인력에 대한 教育의 內室化 및 지속적인 質 제고를 위하여 시도되었다. 따라서 본 연구는 醫師, 齒科醫師, 看護師 인력 관리에 기본적인 공급과정에서부터 사후관리에 이르기까지 관련 현황을 파악하여 문제점을 도출, 保健醫療組織 및 保健醫療管理 등 기존 보건의료 체계를 내에서 접근가능한 先進化된 醫療人力 管理의 改善方向을 제시하는 데 목적을 두고 있다.

본 연구의 내용 및 범위는 [圖 1]에서 제시한 바와 같이 醫師, 齒科醫師, 看護師 인력에 대한 인력현황과 인력관리 현황으로 대별된다. 醫師 및 齒科醫師에 대해서는 각 인력의 공급 수준 및 현황, 활동현황, 그리고 전문의 배출 및 활동현황 등이며 인력관리 현황부문에서는 졸업 후 수련교육체계 및 전문의 자격관리 부문으로 나뉘어 파악하였다. 看護師 인력에 대해서는 인력 양성체계 및 공급현황과 활동현황을 통하여 효율적인 인력관리방안을 모색하고자 하였다.

연구방법은 기존 연구자료 및 통계자료, 관련 법규 및 지침 등을 이용하여 필요로 하는 이차적인 자료를 생산, 활용하였으며 현행 제도에 대한 평가척도로써 선진국의 의료인력 공급현황 및 관리 동향에 관련된 자료를 수집, 활용하였다.

[圖 1] 調査對象 醫療人力別 研究內容 및 範圍

	의사	치과의사	간호사
인력현황 및 문제점 도출	<ul style="list-style-type: none"> - 공급현황 - 공급수준에 대한 선진국과의 비교 - 공급 확충실태 - 양성 및 공급능력 - 전문과목별 전문의 배출 및 활동현황 	<ul style="list-style-type: none"> - 공급현황 - 공급수준에 대한 선진국과의 비교 - 외국 수학 치과 의사 현황 - 활동현황 - 치과전문의 배출 현황 	<ul style="list-style-type: none"> - 간호사 양성 체계 및 공급 현황 - 분야별 활동 현황 - 분야별 전문 간호사 배출 현황
인력관리 현황 및 문제점 도출	<ul style="list-style-type: none"> - 전공의 수련교육 운영 및 신입체계 - 전문의 관리제도 운영 - 전문의 자격 인정 및 유지 	<ul style="list-style-type: none"> - 치과전문의 제도 관리현황 - 치과전문의제도 추진현황 	<ul style="list-style-type: none"> - 가용인력현황 - 이직현황 및 사유
↓	↓	↓	↓
개선방안 및 개선방향 제시	<ul style="list-style-type: none"> - 전문의 및 일차 의료인력 확보방안 - 전문의 관리제도 개선방향 제시 	<ul style="list-style-type: none"> - 치과전문의제도 추진 및 관리방향 제시 	<ul style="list-style-type: none"> - 유희 간호사 인력 활용방안 제시
↓	↓	↓	↓
기대효과	<ul style="list-style-type: none"> - 의료인력 자원의 효율적 활용 - 양질의 의료서비스 제공 - 의료인력의 교육투자 낭비 방지 		

II. 醫師人力 養成·供給 現況과 改善方向

1. 醫師의 養成·供給 및 活動 現況

가. 醫師人力의 供給 現況

1997년 현재 우리나라 의사 면허등록자수는 총 62,240명이며 인구 10만명당 의사수는 136명이다. 1980년 당시 22,564명이었던 의사면허 등록자수가 17년 동안 약 3배 수준으로 증가하였다.

현 의사인력 공급수준에 대하여 일부에서는 생활수준의 향상과 전국민 의료보험 실시에 따른 증대되는 의료수요에 비해 볼 때, 아직도 의사인력이 부족하다는 견해가 있는 반면 의료계에서는 의사인력이 많다는 주장을 제기하고 있는 상태에 있다.

〈表 II-1〉 醫師人力 需給推計 研究結果

(단위: 명)

연구자	의사 수급추계량(2010년 기준)		
	공급(A)	수요(B)	차이(B-A)
송건용 외 ¹⁾	82,109	84,362	2,253
권순원 ²⁾	71,592	88,261	6,669
I 대학 보건대학 ³⁾	82,867	64,762	-18,105

資料: 1) 송건용 외, 『2010년의 의사인력 수급전망』, 한국보건사회연구원, 1994.

2) 권순원, 『의료인력 적정규모에 관한 연구』, 한국개발연구원, 1992.

3) 인제대학교, 『우리나라 의사인력 장기수급에 관한 연구』, 1991.

적정 의사인력의 공급 수준에 대해서는 의료이용양상과 의사의 진료생산성 등 제요인에 대한 주관적인 가정에 따라 상이한 결과가 나

타나므로 사회적 합의를 이루기 어려우며 합리적인 準據도 마련되어 있지 못하여 객관적인 판단이 용이하지 않다(表 II-1 참조).

OECD에서 醫師人力 養成制度를 국가관리에 의해 운영되는 국가를 대상으로 제시한 적정 의사수, 즉 인구 10만명당 150명과 비교해 볼 때, 우리 나라 수준은 이에 아직 미달된 상태이다¹⁾(Australian Medical Education and Workforce into the 21C, 1989).

또한 국가 경제력과 인구 대비 의사수를 선진국과 비교해 보면 1997년 우리나라 국민 1인당 GNP(9,400불)와 유사한 시기의 선진국 인구 10만명당 의사수가 美國의 경우 136명으로 우리나라와 동일한 수준이며 日本(127명)보다는 상대적으로 높고 獨逸(192명)보다는 낮은 수준이다²⁾(表 II-2 참조).

〈表 II-2〉 先進國의 所得 1萬弗 到達時 人口 10萬名當 醫師數

국 가	1인당 GDP(달러)	인구 10만명당 의사수(명)
한 국(1997)	10,076	136
미 국(1960)	11,773	136
일 본(1980)	9,305	127
독 일(1975)	9,153	192

資料: OECD, *Health Data*, 1993.

나. 醫師人力의 養成 및 供給能力

醫師人力이 양성되어 배출되는 데에는 10여년이라는 교육기간이 소요됨에 따라 현재의 의사인력 공급능력을 파악하는 것은 향후 10년

1) 한의사 인력을 포함할 경우, 우리나라 인구 10만명당 의사수는 153명으로 미달되지 않는 상태임.
 2) 선진국의 최근 인구 10만명당 의사수는 미국 242명(1995), 일본 177명(1994), 독일 336명(1995)임.

이후의 의사인력 공급조절에 대한 정책방향을 시사한다는 점에서 중요한 의미를 가진다.

〈表 II-3〉에서 알 수 있는 바와 같이 의사인력 공급주체인 의과대학 입학정원은 3,260명으로 매년 인구 10만명당 7.8명의 의사인력이 양성되고 있다. 동 表에서 外國의 의사인력 공급능력과 비교해 보면 인구 10만명당 입학정원이 美國 6.5명, 日本 6.2명, 캐나다 6.3명으로 우리 나라는 비록 현재 인구수 대비 의사인력은 적으나 이들 선진국 보다는 많은 인력이 양성되고 있음을 알 수 있다.

이러한 공급수준에서 2010년 우리나라 의사수는 인구 10만명당 209명으로 전망되어 선진국 수준에 도달할 것으로 예상된다.

〈表 II-3〉 外國과의 人口 10萬名當 醫科大學 入學定員 比較

(단위: 명)

구 분	한국(1997)	미국(1990)	일본(1990)	캐나다(1990)
입학정원	3,260	16,630	7,680	1,720
인구 10만명당 입학정원	7.8	6.5	6.2	6.3

資料: 이형주, 『의사인력 공급 적정화를 위한 인력관리 정책방향』, 『보건복지포럼』 통권 제5호, 한국보건사회연구원, 1997.

한편 1980년대 이후 醫師人力의 공급 확충실태를 파악하고자 5년 단위로 의과대학 설립현황을 살펴 보면 〈表 II-4〉와 같다. 1980년 19개 의과대학에서 입학생 연 2,340명이 양성되었으며 1985년까지 7개 의과대학이 신설되어 470명의 입학정원이 증원, 총 26개 대학에서 연 2,810명의 입학정원이 책정되었다.

1985년부터 1990년까지는 5개 의과대학이 신설되었으나 총 입학정원은 70명의 증원(2,880명)에 불과하였으며 1990년부터 1997년 기간 중에도 9개 의과대학이 신설되었으나 총 입학정원은 380명의 증원에

그쳤을 뿐이다. 이러한 결과는 기존 6개 대학에서 입학정원을 각각 10~20명씩 감소시켰으며³⁾ 신설 의과대학의 경우에는 認可 당시 입학정원이 20~30명 수준이었기 때문이다.

〈表 II-4〉 年度別 醫科大學數 및 醫師 養成·輩出 現況(1980~1997年)

	1980	1985	1990	1995	1997
의과대학수(개소)	19	26	31	36	40
입학정원(명)	2,340	2,810	2,880	3,080	3,260
졸업생수(명)	1,880	2,160	2,550	2,860	2,880

資料: 대한의사협회 내부자료, 1997.

현재 입학정원별 의과대학 분포를 살펴 보면 〈表 II-5〉와 같다. 전체 40개 의과대학에서 입학정원이 40~50명 수준인 소규모 의과대학은 17개 대학이다. 이들 대학은 1988년 이후 신설된 경우가 대부분으로 파악되어 최근의 의사인력 공급 확충은 소규모 입학정원의 의과대학 신설을 통하여 이루어져 왔음을 알 수 있다.

소규모 의과대학의 신설을 통한 의사인력 공급 확대정책은 의사인력 공급의 양적 규모에 대한 논란과는 별개로 교육재정 측면에서 임상실습 등 적정 수준의 質을 확보하는 데 어려움이 예상된다는 점때문에 의학교육의 質 管理 측면에서 하나의 문제점으로 제기되고 있다⁴⁾.

한 調査結果에 의하면(대한의사협회, 1997), 소규모 입학정원 新設 醫科大學의 경우 대부분 의학교육(특히 기초의학 분야)에 필요한 적정수의 교수요원을 확보하지 못한 상태에 있으며 大學에 따라서는 입

3) 의과대학 입학정원을 경북대 20명, 전남대 20명, 서울대 10명, 부산대 20명, 경희대 20명, 충남대 20명 감소시킴.

4) 선진국의 의과대학은 입학정원이 평균 80~120명(美國 약 130명, 日本 약 100명 등)이며 이는 교육재정과 임상실습 등의 측면에서 적정 수준의 質을 확보하기 위한 규모로 간주하고 있음.

상실습을 위한 附屬病院도 확보하지 못한 것으로 파악되어 의학교육의 질적 수준에 심각한 문제를 제기하고 있다.

醫學系列(의학·치의학·한의학)의 대학 설립기준은 교육 기본시설 및 연구시설에 대해서는 타 계열과 동일하며, 다만 학생 8명당 교수 1인의 확보와 부속시설로 附屬病院의 설립을 명시하고 있다(대학설립·운영규정시행규칙). 동 규정에서는 의과대학 설립을 위한 필요조건만을 명시하고 있을 뿐, 교육에 필요한 인력이나 시설을 認可 前에 확보하여야 한다는 규정은 마련되어 있지 않다. 따라서 이러한 문제가 초래된 배경은 대부분의 의과대학이 기초 교수인력과 시설을 갖추지 못한 상태에서 認可를 받고 있는 현 제도상에 문제가 있는 것으로 파악되며 이에 대한 적절한 개선책이 요구된다.

〈表 II-5〉 入學定員別 醫科大學 分布

입학정원(명)	40	50	80	90	100	120	140	190
의과대학(개소)	9	8	7	1	4	7	3	1

資料: 대한의사협회 내부자료, 1997.

다. 醫師人力の 活動現況

의료기관종별 또는 활동장소별 의사인력 분포현황을 보면 〈表 II-6〉과 같다. 근무장소가 醫院인 醫師의 비율은 1990년 전체의사의 37.9%, 1995년 37.6%, 1997년 36.8%로 1990년 이후 거의 변화가 없는 것으로 나타났다. 綜合病院 근무 醫師의 비율은 1990년 전체의사의 18.0%, 1995년 20.2%, 1997년 21.2%로 파악되어 점차 증가한 것으로 나타났다. 1996년 우리나라 시·군 지역별 인구 구성비율은 시지역 78.3%, 군지역 21.7%이며 의료기관 분포는 시지역 91.0%, 군지역 9%로 파악되어 의료기관 분포가 인구 분포보다 시지역에 편중되어 있는 것으로 나타났다.

〈表 II-6〉 醫療機關種別 醫師人力 分布 現況(1990~1997年)
(단위: %, 명)

	1990	1995	1997
계	100.0	100.0	100.0
(의사수) ¹⁾	(26,340)	(37,019)	(42,673)
의 원	37.9	37.6	36.8
병 원	6.8	5.1	5.5
종합병원	18.0	20.2	21.2
의과대학	2.6	2.0	1.6
전 공 의	31.5	31.5	29.0
기 타 ²⁾	3.2	3.6	5.9

註: 1) 「대한의사협회」에 입회 및 등록된 의사를 기준으로 함.

2) 연구직, 행정직, 은퇴자 등

資料: 대한의사협회, 『전국회원실태조사보고서』, 각년도.

한편, 의사인력 분포는 시지역이 96%로 파악되어(보건복지부, 1996) 의료기관의 市地域 集中度보다도 더 높은 것으로 나타났는데 시·군 지역별 의사인력 분포수준의 추이를 보면 〈表 II-7〉 과 같다.

〈表 II-7〉 市·郡部別 醫師人力 分布 및 人口 10萬名當 醫師數
(단위: 명)

	인구 10만명당 의사수 ¹⁾	
	1985	1996
시지역	66	120
군지역	15	24

註: 1) 人口는 1995년 인구센서스 자료를 기준으로 하였으며, 醫師數는 보건(지)소 근무자를 제외한 수치임.

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996.

시지역의 경우, 인구 10만명당 의사수가 1985년 66명에서 1996년 120명으로 증가한 반면 군지역은 1985년 15명에서 1996년 24명으로 증가하여 郡地域이 市地域보다 상대적으로 소폭 증가, 그동안 의사인

력 공급의 확충에도 불구하고 市·郡 지역간의 격차는 감소되지 않은 것으로 나타났다. 이러한 상황은 대부분의 국가에서도 나타나고 있는 현상이며 시·군 지역간 의사인력 분포의 불균형이 의사인력 공급의 가장 큰 문제로 대두되고 있다. 따라서 의사인력의 절대수 보다는 지역간 불균형을 해소하고자 하는 정책개발에 더 많은 노력을 기울여야 할 것이다.

2. 專門醫의 供給 및 活動 現況

醫師人力에 대한 수련교육과정은 ‘專攻醫 修練教育課程(Speciality)’과 ‘細部專門醫(Subspeciality) 修練教育課程’으로 단계화되어 있다. ‘專攻醫 修練教育課程’은 의학교육 기본과정(의과대학)을 마치고 醫師 면허 취득 후 독자적인 진료를 원활히 수행할 수 있도록 각 분야의 지식과 기술, 진료능력을 습득하는 일반 임상수련과정 즉, ‘인턴과정’과 전문진료 분야별 특수 진료기능을 제고하고 專門醫 자격을 취득하기 위한 ‘레지던트 과정’으로 운영되고 있다. ‘細部專門醫 修練教育課程’은 專門醫를 대상으로 전문과목의 세부 분야별 수련교육과정이며 동 과정은 자율적인 規定, 또는 規制하에 認定醫 형태로 운영되고 있다.

가. 專門醫 養成·供給 現況

1) 專門醫 供給 現況

專門醫 자격부여를 위한 훈련과정은 1952년 제정된 「국민의료법(제 4조)」에 의거하여 시작되었다.

專門醫가 되기 위해서는 法으로 정한 수련병원 및 기관에서 1년의 일반 임상수련(인턴)과정과 3년의 레지던트 수련과정을 이수하여야

하며, 다만 家庭醫學科는 예외로 일반 임상수련과정을 포함하여 총 3년의 수련과정을 이수하여야 한다. 專攻醫는 의과대학 卒業後 教育에 참여한 피교육자이나 病院運營 측면에서는 專門醫에 비하여 비교적 낮은 임금으로 활용될 수 있는 근로인력이다.

1985년 이후 專門醫 輩出 現況은 <表 II-8> 과 같다. 동 表에서 의사인력 중 專攻醫를 포함한 專門醫의 비율을 파악해 보면 1985년에는 80.1%, 1990년에는 85.7%, 1997년 89.8%에 이르고 있다.

<表 II-8> 年度別 專門醫 輩出 現況(1985~1996年)

(단위: 명, %)

연도	면허등록 의사수(A) ¹⁾	등록 전문의수(B)	등록 전공의수(C)	(B+C)/A×100
1985	29,596	18,095	5,622	80.1
1990	42,554	27,122	9,353	85.7
1996	62,240	43,534	12,380	89.8

註: 1) 사망자를 제외한 면허등록자로 해외이주자 포함
 資料: 대한의사협회, 『전국회원실태조사보고서』, 각년도.

이처럼 專門醫의 비율이 계속 증가되고 있는 바, 이는 전공의 수련 병원 및 기관 수의 증가와 밀접한 관계가 있다. 즉, 26개 診療科目 專門醫의 배출 인원은 각 診療科의 수요를 감안하여 결정된 것이 아니라 병원 운영상 필요한 각 診療科目 專攻醫의 신청수에 따라 결정되어 각 診療科마다 專門醫를 양성·배출, 결국 專門醫 數가 증가하게 되었다. 수련병원 및 기관 수의 증가와 專攻醫 數의 증가추이를 <表 II-9>에서 살펴 보면 專門醫의 공급수준은 수련병원 및 기관과 무관하지 않음을 간접적으로 알 수 있다.

매년 의대 졸업생의 98%가 일반 임상수련(인턴)과정에, 일반 임상수련(인턴)과정 수료자의 94%가 레지던트 수련과정에 유입되고 있으

며 그럼에도 불구하고 1996학년도에 각급 병원이 신청한 일반 임상수련과정의 임용확보율은 64%, 1년차 專攻醫 수련교육과정의 임용확보율은 78% 수준에 불과하여(대한병원협회, 1996) 최근 대형 종합병원의 신설⁵⁾로 인한 수련병원 지정기관수의 증가는 專攻醫의 부족현상을 심화시키고 나아가 專門醫가 과잉 생산되는 결과를 초래하고 있다.

〈表 II-9〉 專攻醫 修練病院數 및 專攻醫數 增加 推移

(단위: 개소, 명)

	1985	1990	1995
수련병원(기관)수 ¹⁾	73 (100) ²⁾	108 (150)	121 (166)
전공의수	5,622 (100) ²⁾	9,353 (166)	9,509 (169)

註: 1) 인턴 수련병원 제외

2) ()안의 수치는 1985년 수치를 100으로 하였을 때의 지수임.

資料: 대한의사협회, 『전국회원실태조사보고서』, 각년도.

대한병원협회, 『병원표준화 심사 및 수련병원(기관) 지정·전공의 정원책정 보고서』, 각년도.

〈表 II-10〉에서 開院 專門醫의 一般醫院 標榜 實態를 보면 흉부외과 85%, 마취과 97%, 예방의학과 100%, 결핵과 57%가 一般醫院을 표방하면서 전공과목 이외의 타진료과를 진료하는 등 專門醫의 非專門化 현상이 나타나고 있다. 이는 현 수련교육제도가 단선적인 수련교육체제와 수련교육과정 중 전문과목간의 교류 및 유동성의 부족이 한 요인이 되어 나타난 결과로 專門醫가 과잉배출됨에 따라 현실적으로 專門醫가 수련받은 전문지식 및 기술을 충분히 활용하고 있지 못하고 있는 실정이다. 醫院에서 활동하는 專門醫의 실질적인 진료내용이 —

5) 특수병원과 한방병원을 제외할 경우, 종합병원이 1990~1996년 기간 중 43개 기관이 신설됨(보건복지부, 1991, 1997).

般醫와 큰 차이가 없다는 그간의 연구결과들을 고려할 때(박재용, 1992; 윤종률, 1993; 김철완, 1993) 專門醫 教育에 따른 막대한 교육적, 경제적 자원의 낭비와 비효율성을 방지하기 위하여 적정수준의 專門醫의 양성방안이 절실히 요구된다고 보겠다.

〈表 II-10〉 開院 專門醫의 一般醫院 標榜 現況

(단위: %)

전문과목	일반의원 표방비율	전문과목	일반의원 표방비율
내과	7.3	신경과	14.3
정신과	8.2	일반외과	31.4
정형외과	7.3	신경외과	9.2
흉부외과	84.9	성형외과	13.8
마취과	97.3	산부인과	12.2
소아과	4.9	안과	5.0
이비인후과	2.1	피부과	13.4
비뇨기과	5.7	진단방사선과	10.1
임상병리과	25.6	결핵과	56.6
예방의학과	100.0	재활의학과	12.5

資料: 대한의학회, 「전문의 인력수급 및 정책과제에 대한 세미나」, 1993.

專門醫, 혹은 專門醫의 상대개념인 一次醫療 人力이 어느 정도 양성되는 것이 바람직한 것인지에 대해서는 절대적인 기준이 없다. 그러나 최근 국가에 따라서는 규범적으로 바람직한 一次醫療 人力의 비율을 제시하는 경우도 없지 않다. 예를 들어 최근 美國 政府에서는 醫療保障 改革案을 제시하면서 전체 의사의 50%가 一次醫療醫로서의 역할을 하여야 한다는 목표를 제시한 바 있어(WHO, 1994; Wall, 1994) 상대적으로 專門醫의 양성·공급수준을 가늠해 주고 있다.

6) 一般醫 및 家庭醫와 일차의료인력으로 간주되는 일반내과 및 일반소아과 醫師(專門醫보다 단기간의 수련교육을 받은 인력)를 포함한 경우임. 따라서 우리나라의 내과 및 소아과 專門醫와는 다름.

규범적인 기준과는 별도로 선진국의 一次醫療人力의 비율을 참고하여 專門醫 비율의 적정성 여부를 판단해 보면 <表 II-11>과 같다. 일반적으로 일차의료인력의 비율은 국가관리 의료공급제도하에서는 높으며 민간의존 혹은 자유공급체제하에서는 낮게 나타나 의료공급 제도 및 체제에 따라 다른 공급수준을 보인다. 민간의존 의료공급체제인 美國의 경우, 의사인력 중 一次醫療人力의 비율이 13%(일반 내과 의사, 소아과 의사를 일차의료인력에 포함하면 34%)이며 국가관리 의료공급체제인 英國은 63.0%, 오스트리아 51.6%로 나타나 專門醫 교육에 치중되어 일차의료인력 비율이 10% 수준인 우리나라의 경우보다도(表 II-8 참조) 공히 선진국의 일차의료인력 구성비율이 높으며 상대적으로 專門醫의 공급수준은 낮다고 평가할 수 있다.

이처럼 선진국의 의료공급체제에 있어 一次醫療人力의 역할이 강조되는 주된 이유는 양질의 一次醫療(Primary Care)를 편리하게 공급받는 것이 국민의료를 보장하기 위한 최우선 과제로 인식되고 있기 때문인 것으로 판단된다. 그러나 우리나라의 경우는 一次醫療를 담당할 醫師(Primary Care Physician)가 사실상 양성되지 못하고 있는 실정이다. 1979년 一次醫療를 담당할 인력을 양성할 목적으로 신설된 家庭醫學科는 分科 專門化되어 專門醫로 인식되고 있으며 개원의사 중 家庭醫學 專門醫가 7.4%에 불과하다(대한의사협회, 1996).

한편 <表 II-11>에서 제시된 바와 같이 美國과 같은 개념에서 가정의학과, 내과, 소아과 전문의를 일차의료인력으로 간주하면 전체의사의 약 37%가 일차의료인력으로 파악되어 일차의료인력의 공급은 부족하지 않다고 볼 수 있으나 현 수련교육체계하에서의 필요이상의 교육에 투자된 사회경제적 비용의 낭비가 문제라는 점에서 현재의 전문의 공급수준에 문제가 있다고 볼 수 있다.

7) 가정의학 전문의를 포함하면 14.9%임.

〈表 II-11〉 主要 國家의 一次醫療人力 比率¹⁾

국 가	일차의료인력 비율
미 국	13.0(34.0) ²⁾
영 국	63.0
오스트리아	51.6
벨 기 에	54.3
덴 마 크	22.5
핀 란 드	20.7
프 랑 스	39.3

註: 1) 일차의료인력(일반의, 가정의)수 / 활동의사수×100

2) 일차의료인력으로 간주되는 일반내과 및 일반소아과 의사 포함

資料: Netherlands Institute of Primary Health Care, *Health Care and General Practice across Europe*, 1993.

2) 專門科目別 專門醫 輩出 現況

전문과목 표방허가제가 실시되기 시작한 1952년 당시의 전문과목 표방허가 과목은 內科, 外科, 小兒科, 産婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 皮膚泌尿器科, 精神科 등 10개 과목이었다(국민의료법 시행세칙). 1964년 神經外科, 痲醉科, 臨床病理科, 解剖病理科, 豫防醫學科가 추가·신설되었고 피부비뇨기과는 皮膚科와 泌尿器科로 분리되었으며 정신과는 神經精神科로 개칭되어 전문과목은 17개과가 되었다. 이러한 변화과정을 거쳐 結核科(1967년), 成形外科(1967년)가 신설되었고 신경정신과가 神經科와 精神科로, 방사선과가 診斷放射線科와 治療放射線科로 분리되었으며(1982년), 再活醫學科가 신설되어 전문과목이 22개과가 되었다.

1985년에 家庭醫學科가 법제화(수련과정은 1979년 도입)되어 전문과목이 23개과가 되었으며 이후 핵의학과, 응급의학과, 산업의학과가 신설되어 1997년 현재 26개 과목이 전문과목화되어 있다(表 II-12 참조). 이처럼 의사의 전문과목은 임상의학의 분류에 따라, 또는 진료대상(성별, 신체 장기별) 및 시술의 특성에 따라 끊임없이 세분화되어 왔다.

〈表 II-12〉 專門科目 認可數의 變化

인가연도	총과목수	전문과목
1952	10	내과, 외과, 소아과, 산부인과, 안과, 정신과, 이비인후과, 피부비뇨기과, 정형외과, 방사선과
1964	17	신경외과, 마취과, 흉부외과, 해부병리과, 임상병리과, 예방의학과, 피부비뇨기과를 2개과로 분리, 정신과를 신경정신과로 개명
1967	18	결핵과
1975	19	성형외과
1982	22	신경정신과를 2개(신경과, 정신과)과로 분리 방사선과를 2개(진단, 치료)과로 분리, 재활의학과
1985	23	가정의학과
1994	24	응급의학과
1996	26	핵의학과, 산업의학과

資料: 대통령령, 「專門醫의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」

1985년 이후 26개 전문과목별 專門醫數의 變化推移는 〈表 II-13〉과 같다. 전문과목별로는 성형외과 및 흉부외과 전문의의 증가율이 가장 높아 특히 성형외과는 1985년에 비하여 1997년에 전문의수가 약 6배 증가하였으며 흉부외과는 5배 증가하였다. 비교적 증가속도가 느린 전문과목은 소아과 및 산부인과로 나타나 기본 임상진료 4과(내과, 일반외과, 산부인과, 소아과)중 2개과가 포함되어 있음이 특징적이다.

현재까지 배출된 전문의의 전문과목별 구성현황을 보면 〈表 II-14〉와 같다. 일반외과 전문의가 15.2%를 차지하여 가장 많으며 그 다음으로 내과(13.8%), 산부인과(9.4%), 가정의학과(8.0%, 1977년), 소아과(7.9%)가 차지하고 있다. 기본 임상진료 4과 전문의의 구성비율은 39.1%를 차지하고 있다.

〈表 II-13〉 專門科目別 專門醫數 推移(1985~1997年)

(단위: 명)

	1985	1995	1997
계 ¹⁾	11,426(100)	31,391(275)	38,603(338)
내과	1,609(100)	4,496(279)	5,309(330)
일반외과	1,691(100)	3,517(208)	5,863(347)
소아과	1,270(100)	2,701(213)	3,038(239)
산부인과	1,669(100)	3,285(197)	3,635(218)
신경정신과 ²⁾	431(100)	1,819(422)	343(80)
신경과	-	-	457(-)
정신과	-	-	977(-)
정형외과	809(100)	2,171(268)	2,533(313)
신경외과	368(100)	969(263)	1,166(317)
흉부외과	129(100)	526(408)	636(493)
성형외과	115(100)	556(483)	694(603)
안과	472(100)	1,167(247)	1,317(279)
이비인후과	650(100)	1,497(230)	1,682(259)
피부과	334(100)	831(249)	931(279)
비뇨기과	399(100)	984(247)	1,119(280)
방사선과 ²⁾	439(100)	1,702(388)	303(69)
진단방사선과	-	-	1,146(-)
치료방사선과	-	-	266(-)
마취과	453(100)	1,384(306)	1,696(374)
재활의학과	34(100)	103(303)	333(979)
결핵과	73(100)	189(259)	182(249)
임상병리과	141(100)	389(276)	464(329)
해부병리과	125(100)	437(350)	494(395)
예방의학과	215(100)	488(227)	498(232)
가정의학과	-	2,180(-)	3,100(-)
핵의학과	-	-	110(-)
산업의학과	-	-	240(-)
응급의학과	-	-	71(-)

註: 1) 전문과목학회 미등록자 제외

2) 1985년과 1995년은 분리이전의 분류에 의거하여 같이 표시하였음.

3) ()안의 수치는 1985년을 100으로 하였을 때의 지수임.

資料: 대한의사협회, 『전국회원실태 조사보고서』, 각년도.

〈表 II-14〉 專門科目別 專門醫 構成比率(1985~1997年)

(단위: %)

	1985	1995	1997
계 ¹⁾	100.0	100.0	100.0
(N)	(11,426)	(31,391)	(38,603)
내과	14.1	14.3	13.8
일반외과	14.8	11.2	15.2
소아과	11.1	8.6	7.9
산부인과	14.6	10.5	9.4
신경정신과 ²⁾	3.8	5.8	0.9
신경과	-	-	1.2
정신과	-	-	2.5
정형외과	7.1	6.9	6.6
신경외과	3.2	3.1	3.0
흉부외과	1.1	1.7	1.6
성형외과	1.0	1.8	1.8
안과	4.1	3.7	3.4
이비인후과	5.7	4.8	4.4
피부과	2.9	2.6	2.4
비뇨기과	3.5	3.1	2.9
방사선과 ²⁾	3.8	5.4	0.8
진단방사선과	-	-	3.0
치료방사선과	-	-	0.7
마취과	4.0	4.4	4.4
재활의학과	0.3	0.3	0.9
결핵과	0.6	0.6	0.5
임상병리과	1.2	1.2	1.2
해부병리과	1.1	1.4	1.3
예방의학과	1.9	1.6	1.3
가정의학과	-	6.9	8.0
핵의학과	-	-	0.3
산업의학과	-	-	0.6
응급의학과	-	-	0.2

註: 1) 전문과목학회 미등록자 제외

2) 1985년과 1995년은 분리이전의 분류에 의거하여 같이 표시하였음.

資料: 대한의사협회, 『전국회원실태 조사보고서』, 각년도.

〈表 II-15〉에서 전문과목별 구성비율을 외국과 비교해 보면 내과가 美國 24.4%, 日本 40.4%, 獨逸 28.0%로 가장 많은 비율을 차지하고 있으며 그 다음으로는 美國의 경우 소아과(10.6%), 日本 일반외과 (14.6%), 獨逸 산부인과(11.7%)로 나타났다. 기본 4과 전문의의 비율은 日本 65.0%, 美國 49.6%, 獨逸 34%로 나타나 우리나라의 경우 獨逸보다는 많고 日本과 美國보다는 적은 것으로 나타났다.

〈表 II-15〉 專門科目別 外國의 專門醫 構成比率

(단위: %)

전문과목	미국(1986)	일본(1988)	독일(1988)
내과	24.4	40.4	28.0
일반외과	7.0	14.6	11.4
소아과	10.6	5.1	8.1
산부인과	7.6	4.9	11.7
신경과	-	0.1	6.3
정신과	9.0	1.3	-
정형외과	4.8	4.5	5.4
신경외과	1.0	1.9	-
흉부외과	1.5	-	-
성형외과	1.1	0.4	-
안과	4.3	4.3	5.3
이비인후과	2.3	3.2	4.1
피부과	2.1	2.0	3.3
비뇨기과	2.6	1.7	3.2
방사선과	7.1	12.5	4.3
마취과	4.2	1.7	8.6
재활의학과	0.7	0.2	-
결핵과	-	-	-
임상병리과	5.0	-	-
해부병리과	-	-	6.4
예방의학과	0.8	-	-
가정의학과	-	-	-
핵의학과	1.2	-	-
산업의학과	-	-	-
응급의학과	-	-	-
기타	-	-	-

資料: 대한의학회, 『전문인력 수급계획 작성을 위한 세미나 결과보고서』, 1993.

전문과목별 적정 구성비율은 시대적, 사회적, 지역적 요구에 따라 변화될 수 있으며 국가 특유의 질병양상 및 환경여건, 의료제도 및 법규 등에 따라서도 달라질 수 있다고 보는 견해가 지배적이다. 민간 주도의 의사인력 양성체제로 운영되는 우리나라의 경우에는 수련병원의 전공의 인력 수요, 전문과목별 사회적 보상 및 경제적 수입의 차이, 의료분쟁의 가능성 등의 이유로 일부 과목의 경우 과잉 양성되는 반면에 일부 과목은 필요한 수만큼의 인력을 양성하지 못하고 있다. 예컨대 성형외과, 피부과 등은 전공의 확보율이 높으나 일반외과, 흉부외과, 소아과 가정의학과 등은 전공의 확보율이 상대적으로 낮아 해당 전문과목 인력 양성에 심각한 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다(表 II-16 참조).

〈表 II-16〉 專門科目別 專攻醫 確保率¹⁾

(단위: %)

	1993	1995	1997
내과	98.4	99.1	96.8
일반외과	99.2	97.2	65.7
소아과	98.0	99.1	75.2
산부인과	99.1	99.2	93.3
흉부외과	91.3	73.2	56.5
성형외과	94.3	100.0	96.9
안과	94.7	99.1	95.5
피부과	98.3	98.6	98.8
가정의학과	86.5	91.2	55.7
진단방사선과	98.8	97.9	96.7
마취과	95.8	86.7	56.6

註: 1) (임용 전공의수 / 책정 전공의수)×100

資料: 대한병원협회, 『'97 수련병원(기관)지정·전공의 정원책정 보고서』, 1997.

나. 專門醫 活動現況

〈表 II-17〉에서 1996년 현재 專門醫의 근무장소를 살펴 보면 전체 전문의 중 의원 근무자가 48.0%로 2명 중 1명이 醫院에서 활동하고 있다. 病院 근무자는 6.7%, 종합병원 근무자는 36.6%, 의과대학 근무자는 1.3%, 기타 연구직 및 행정직 종사자는 7.4%로 나타났다(대한의사협회, 1997).

專門醫의 專門科目別 勤務場所를 〈表 II-17〉에서 보면 의원에서 근무하는 전문의의 비율이 가정의학과가 67.6%로 가장 높고 그 다음이 이비인후과 66.6%, 피부과 63.7%, 소아과 63.4% 순으로 나타났다.

〈表 II-17〉 專門科目別 專門醫 勤務機關 分布現況

(단위: %)

	계	의원	병원 및 종합병원	기타 (군복무·휴직)
계	100.0(710)	48.0	43.3	7.4
피부과	100.0(710)	63.7	27.6	8.7
신경과	100.0(275)	24.7	61.8	13.5
결핵(및 호흡기)과	100.0(88)	62.5	28.4	9.1
안과	100.0(1,004)	60.8	30.8	8.5
이비인후과	100.0(1,359)	66.6	26.3	7.1
방사선과	100.0(264)	39.4	56.8	3.8
응급의학과	100.0(12)	-	91.7	8.3
내과	100.0(3,968)	47.4	42.7	10.0
재활의학과	100.0(214)	21.0	52.3	26.6
소아과	100.0(2,535)	63.4	27.8	8.8
일반외과	100.0(2,849)	49.3	40.4	10.2
정형외과	100.0(1,907)	45.5	44.8	9.8
산부인과	100.0(2,873)	60.0	30.8	9.1
가정의학과	100.0(1,681)	67.6		

資料: 대한의사협회 기획연구실, 『전국회원실태조사보고서』, 1995. 5~1996. 4.

3. 專門醫管理制度 現況

專門醫를 관리하는 제도에 대해서는 전공의 수련교육의 운영·신입 체계와 수련교육후 專門醫 資格 認定 및 維持에 대한 현황을 통하여 그 실상을 파악할 수 있다.

가. 專攻醫 修練教育 運營 現況

專攻醫의 수련교육과 질 관리 문제는 국민의 건강보호·증진과 開放化 時代에 대비한 양질의 전문인력 양성을 위한 교육의 上向 平準化 라는 관점에서 중요한 문제로 대두된다.

전공의 수련교육 운영체계에는 수련 교과과정 및 수련기간, 수련병원 및 기관의 지정, 전문의 자격시험, 전문과목 신·증설 문제 등이 포함된다.

우리나라의 專門醫制度 도입은 정부가 전문과목을 표방할 수 있도록 허가하는 이른바 ‘전문과목 표방 허가제’로 시작되었기 때문에 1974년 ‘전문과목 표방 허가제’가 專門醫 資格(Certification) 제도로 변경되었음에도 불구하고 專門醫 資格이 마치 許可(Licensure)처럼 인식되어 專門醫制度 관련업무가 「專攻醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정」 등의 법규로 지정되어 있어 의학발전과 의료환경 변화에 적절히 대응하지 못하고 있는 실정이다.

예를 들면 첫째, 수련병원 지정기준이 획일적으로 규정되어 있다. 최근 소규모 종합병원은 專門化 진료중심으로 대형 종합병원과 차별화되어 가고 있는 추세이나 병상규모, 의료인력, 시설 및 장비 수준, 환자의 구성 등의 지정기준은 획일적으로 규정되어 있어 100~1,500 병상에 이르는 다양한 특성을 지닌 수련병원의 전문성을 잘 반영하고 있지 못하고 있다.

또한 전문과목에 따라서는 최소기준만을 정하고 있는 과목이 있는 반면 과도한 기준을 정하고 있는 과목도 있다. 예컨대, 시설 및 장비 기준의 경우, 一般外科의 기준은 수술실과 회복실의 2개 시설을 기준으로 지정한 반면 臨床病理科 기준은 7개 시설 및 38종의 장비로 규정하고 있어 장비교체와 복합장비의 도입으로 인한 상황에 적절히 변화하는데 대응하지 못하고 있다.

둘째, 전문과목별 교육목표가 상이하다. 현행 의료체계 하에서는 전문의의 역할과 기능에 대한 제도적 기준과 사회적 합의가 이루어져 있지 않아 전공의 교육 목표가 전문과목별로 상이하다. 즉, 대학병원 수준의 의료기관에서는 의학교육자로서의 전문지식과 지도능력의 함양을 목표로 하고 있는 學會가 있는 반면 지역사회 보건의료에 필요한 전문의로서의 능력 함양을 목표로 하는 學會도 있다.

셋째, 전공의 임용과 교육이 전문과목별로 단위병원별-연차별 정원제로 고정되어 있어서 모든 수련병원의 專攻醫에게 동일한 교육내용을 요구하고 있다. 그러나 최근 병원의 전문화 추세로 인하여 현실적으로 동일한 교육을 받을 수 없으며 교육 중에 수련병원간의 교류가 제도적으로 어렵게 되어 있어 결과적으로 교육의 질에 격차가 크다. 이로 인하여 專攻醫들은 다양한 교육의 기회와 전문성있는 수련이 보장된 대형병원만을 선호하게 된다.

또한 현 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 規程」에 수련병원(기관) 지정 및 전공의의 정원책정을 위한 자료조사 업무를 관련 의료단체에 위탁할 수 있는 근거를 두어 현재 「大韓病院協會」 산하의 病院信任委員會에서 관련업무가 수행되고 있으나 조사업무에 한하여 위탁하는 것으로 규정함으로써 제도 운영에 한계를 가지고 있다. 이와 같이 전문의제도 운영은 법규로 관리되고 있어 전공의 수련교육과 관련된 의료관련 단체의 역할과 자율성이 극히 제한되어 있다.

나. 專攻醫 修練教育 信任體系

信任이란 수련교육프로그램이 일정 교육기준에 합당한지를 결정하는 과정으로 이는 교육프로그램의 質에 대한 고도의 전문적 판단이라 정의되고 있다.

우리나라의 전공의 수련교육에 대한 신임업무는 「大韓病院協會」내에 病院信任委員會에서 주도하며 그 업무는 첫째, 병원 표준화에 관한 사항, 둘째 수련병원 및 기관의 심사, 수련과목과 전공의 정원책정에 관한 사항, 셋째 전공의 수련교육 기준에 관한 사항 등이다.

病院信任委員會는 「大韓病院協會」내 신임실무위원회 12인, 「大韓醫師協會」내 4인, 각 전문과목 학회 대표 총 26인, 「대한군진의학회」 대표 1인으로 구성되어 있으나 26개 專門科目 學會 대표의 잦은 교체로 인하여 업무의 일관성이 결여되어 전문과목 학회의 의견을 반영하는 데 어려움이 있는 것으로 나타났다.

「大韓病院協會」가 주도하는 병원 표준화 심사에서는 병원의 조직과 운영, 기구 및 시설 기자재 등 하드웨어적 신임을 주로 하고 있으며 각 전문과목 학회별로 심사되는 전공의 지도·감독사업인 전공의 수련교육실태조사에서는 지도전문의수, 교육프로그램 내용, 교육기자재 및 교육공간 등의 소프트웨어적 심사를 주로 담당하고 있다. 심사결과는 病院信任委員會에서 수련병원 지정과 전공의 정원책정 등 주요 신임업무에 반영되고 있는데 그동안 많은 예외조치로 인하여 일관성이 결여되는 등 제 문제들이 제기되어 왔다. 이러한 배경에는 중소병원의 경우 專門醫 채용이 어려워 양질의 교육이 어려운 실정임에도 불구하고 병원경영상 낮은 임금의 專攻醫 인력채용이 불가피하여 초래된 현실적인 문제가 하나의 원인이며 일부 專門科目 學會의 무관심이 그 원인의 하나이다.

그동안 26개 專門科目 學會가 담당하고 있는 수련교육 및 내용에 대한 지도·감독의 내용은 學會간 차이가 커 각 專門科目 學會로부터 수련교육의 실질적 교육내용에 관한 심사 및 평가를 통한 신임을 하는 데에 미흡하다는 지적을 받고 있다. 이처럼 「大韓病院協會」 病院信任委員會에서의 병원의 구조적 측면과 경영적 측면에 편중된 법적 기본요건의 충족여부에 대한 심사와는 달리 美國에서의 信任體系는 우리나라와 같은 병원의 信任이 아닌 전문과목별 신임인 동시에 기관 중심의 신임이 아닌 교육프로그램 중심의 신임체계로 운영되고 있는 것으로 파악되었다. 즉, 민간의료 및 의학단체⁸⁾, 의료소비자, 의회 및 정부관계관, 피교육자(전공의)단체 등으로 구성된 통합기구인 「卒業後醫學教育 信任委員會(ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education)」에서 전문과목별 수련교육과정의 합당성과 교육능력에 대한 신임업무를 주도하며 각 전문과목 위원회에 있는 「專攻醫 評價委員會(RRCs: Residency Review Committees)」에서는 각 전문학회 별로 필수 교육내용, 환자진료의 책임과 감독, 그리고 장비 등을 신임하며 동시에 별도의 수련내용의 충족요건을 개발하는 등, 「卒業後 醫學教育 信任委員會」가 하드웨어적 업무를 관장한다면 「專攻醫 評價委員會」는 소프트웨어적 업무를 관장한다고 할 수 있다(대한의학협회, 1992). 이에 따라 우리나라 수련교육의 관리·운영체계를 전문성과 자율성을 가지고 관리·운영하고 있는 美國의 체계와 비교해 볼 때, 미흡한 점이 많다는 사실을 지적할 수 있다.

다. 專門醫 資格認定 및 維持

전문의 자격시험 관련업무는 [圖 2]에서 제시된 바와 같이 「大韓醫

8) 의학전문과목협의회, 병원협회, 의학협회, 의과대학협의회, 분과학회협의회 등 5개 단체의 각 4명의 대표로 구성되어 있음.

「大韓醫師協會」를 중심으로 「大韓醫學會」 산하 26개 專門科目 學會에 위임되어 이루어지고 있다. 전문의 자격시험 운영업무가 病院信任委員會에서의 수련교육 및 신입업무와 연계되지 못하고 분산되어 있어 수련교육과정 내용 및 수련과정 평가와 일관성이 결여되어 있으며 관리측면에서는 원활한 협조와 종합적 집행이 잘 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

한편 專門醫 資格은 앞서 언급한 1회의 시험에 합격하게 되면 일생 동안 유지하게 된다. 다만 평생교육의 취지하에 「大韓醫師協會」, 「大韓醫學會」 산하 專門科目 學會(107개 學會), 「市·郡·區 醫師會(15개)」, 그리고 醫科大學에서 주관하는 醫師研修制度가 있다. 전문과목별로 연간 일정 교육을 이수하도록 年評點 履修라는 제도적 장치를 통하여 연간 약 3만건의 研修課程이 개최되고 있는데 교육내용 및 방법⁹⁾이 발전하는 첨단의학 지식 및 기술을 제대로 반영하지 못하여 대부분의 開院街에서는 醫師研修制度의 필요성을 인식하지 못하고 있는 것으로 나타났다(신문청년 의사, 1995:63). 피교육자인 의사 본인들이 의료지식 및 기술을 습득하고자 하는 동기부여가 충분하지 못하고 의무사항이 되지 못하여 醫師研修制度는 형식적인 제도에 그치고 있다.

美國의 경우 1969년 一次診療醫(Family Doctor)를 대상으로 專門醫 資格 再審査制度를 도입한 이후 1993년 현재, 23개 전문과목 중 20개 분과에서 專門醫 資格 再審査制度(17개 분과는 의무적 재심사, 3개 분과는 자발적 재심사)를 실시하고 있으며 日本은 46개 전문과목 중 41개 분과에서 專門醫 資格 再審査制度를 실시하고 있어(대한의학회, 1995:87) 시사하는 바가 크다.

급속하게 발전하고 있는 의료지식 및 의료기술로 인하여 현실적으로 醫學 知識의 반감기를 5년 정도로 보는 견해가 지배적인 바(신문

9) 講義위주이며 이비인후과, 법의학과, 진단방사선과 등은 실습을 병행하고 있음.

청년 의사, 1995), 專門醫 資格 취득 후 지속적인 교육이 이루어지지 않는다면 대부분의 專門醫는 專門醫로서의 역할 및 기능을 상실하게 될 것이다. 의학 정보와 의료기술이 급변하는 의료 현실에서는 단순히 전문의 자격 취득을 위한 일정 연한의 수련만으로는 양질의 의료 서비스를 제공하기 어려우므로 醫師에 대한 재교육의 필요성은 당연한 것이다.

따라서 醫師研修制度가 평생교육의 기회를 제공하는 제도로 정착되기 위해서는 현재 분산, 운영되고 있는 제도를 총괄, 전담할 기구를 신설(또는 지정)하여야 할 것이며 아울러 전문성과 현실성이 수반된 연수 프로그램을 개발할 전문인력과 관련시설을 투입, 향후 專門醫 資格을 재평가할 수 있는 제도로써 성숙될 수 있도록 활성화해야 할 것이다.

4. 醫師人力의 養成·供給 體系의 改善方向

가. 醫大 新設政策의 改善을 통한 良質의 醫師人力 養成方案

적정 수준의 의사인력은 국민건강권 확보에 필수적인 자원이다. 따라서 적정 수준의 의사를 양성하기 위해서는 국가적 차원에서의 장기적이고 체계적인 계획이 필요하다. 그러나 의사인력 공급의 적정 규모에 대해서는 사회적 합의를 이루기 어려우며 계량적 방법에 기초한 계획 수립도 용이하지 않다. 이러한 점을 전제로 하더라도 의사인력이 양적으로 부족하다고 판단되는 경우에는 의사인력의 양적 확대를 도모하여야 할 것인 바, 그 방법상에 있어서 양질의 인력을 양성할 수 있는 최상의 방법으로 접근하여야 함은 異見이 없을 것이다.

최근 의사인력 공급확대 정책은 소규모 의과대학 신설을 통하여 이

루어져 왔으며 1998년도에 認可되는 1개 의과대학의 입학정원도 30명이다. 또한 현재 20여개 대학에서 의과대학의 신설을 요청하고 있어 의과대학을 신설하고자 하는 요구는 지속적으로 제기되고 있는 상태이다.

현재 소규모 의과대학의 신설로 파생되고 있는 교육의 문제점을 고려해 볼 때, 소규모 의과대학 신설을 통한 의사인력 확충방식은 지양되어야 하며 기존 의과대학의 입학정원 증원을 통한 방식으로 해결해 나가는 것이 보다 합리적일 것이다. 그러나 현실적으로 의과대학의 신설은 지역사회의 요구와 지역적 불균형의 해소 등, 의료 외적 사회적 수요에 의한 대응책으로서 기능하는 측면도 없지 않으므로 기존 의과대학의 입학정원의 증원을 통한 방식은 정책적으로 많은 제약이 따를 수 있다.

이러한 점을 고려할 때, 양질의 의사인력을 양성할 수 있는 요건을 갖춘 기관을 대상으로 의과대학의 신설을 認可하여야 할 필요성이 대두된다. 즉 현재의 현 先認可-後施設 政策에서 先施設-後認可 政策(施設이 확보된 이후에 의과대학 입학생의 모집을 認可하는 정책)으로 전환하되, 先施設로 인한 투자의 낭비를 방지하기 위하여 시설확보 전 認可하는 『豫備認可制度』를 도입하는 방안이 바람직하다. 대학 신설시에 적용할 시설기준 등은 투명성과 객관성이 보장될 수 있도록 명확히 규정하고 豫備認可-先施設-後認可에까지 일련의 관리를 강화할 수 있도록 제도적 장치를 마련하여야 한다.

나. 專門醫 過剩供給 抑制를 위한 一次醫療人力 確保方案

전문의 수련교육체계는 양질의 전문 의사인력의 양성 과정인 동시에 의료전달체계 구축수단으로써 인적자원의 낭비 없이 배출된 인력을 효율적으로 활용할 수 있도록 정립되어야 한다. 이미 파악한 바와

같이 專門醫가 전공과는 상관없이 주로 일차진료를 담당하고 있어 專門醫로서의 본연의 역할을 수행하지 못하고 있다. 이에 따라 專門醫와 一次醫療 擔當醫의 공급 메카니즘을 개선하여 專門醫가 본연의 역할을 수행할 수 있도록 하며 일차의료를 담당할 인력을 확보할 수 있는 방안을 마련하여야 할 것이다.

현실적으로 일차의료를 엄밀하게 구분한다는 것은 불가능하다. 그러나 의료문제를 1차, 2차, 3차의료로 段階化 하였을 때 醫療要求의 75~85%는 일차의료를 통하여 해결될 수 있다는 연구결과가 있다 (Scherher, 1992; World bank, 1993; Maeseneer, 1995).

그동안 一次醫療 擔當醫師(Primary Care Physician)의 양성은 필수적이며 일차의료 담당의사를 적정수준 양성·확보하기 위하여 專門醫의 과잉공급을 억제하여야 한다는 기본방향에 대해서는 관련단체간, 관련 인력간 異見이 없었으나 일차의료인력의 양성방안에 대해서는 서로 다른 의견들이 제시되어 왔다(대한의사협회, 1994; 의학대학원제도 전문연구위원회, 1997). 1979년 일차의료 담당인력 양성을 목적으로 개설된 家庭醫學科 專門醫의 경우, 타과와 동일하게 分科專門化되어 專攻醫 定員 책정사항이 타전문과목과 동일하게 취급, 전문과목의 하나로서 1987년 당시 전체 專攻醫 定員의 3.6%만이 家庭醫學科 專攻醫로 책정되어 25개 分科專門醫의 상대개념인 一次醫療 擔當醫로서의 차별화된 인력으로 양성되지 못하였음이 그 한 例이다. 이와 같은 成果의 불확실성 때문에 현재 또 다른 어떠한 양성체계나 방안도 추진하지 못하고 있는 형편이다.

본 연구에서는 그동안 제기된 일차의료인력의 범위나 養成體系(또는 방안)에 관한 여러 案에 대해서는 論外로 하고, 기존 전공의 수련 교육체계 내에서 일차의료인력을 확보할 수 있는 방안에 대하여 기술하고자 한다.

일차의료 인력을 어느 수준까지 확보하도록 정책목표를 수립할 것인가? 민간주도의 의료공급체계가 우리나라와 유사하며 최근 일차의료인력의 중요성을 인식하여 적극적으로 일차의료인력의 비중을 증가시키고 있는 美國의 정책은 시사하는 바가 크다. 美國은 의회를 중심으로 1980년대 후반부터 의사인력의 구성을 적정화하려는 노력을 기울이고 있다. 그 중 가장 대표적인 것이 保健部 산하의 「卒業後 醫學教育 審議會(COGME: Council on Graduate Medical Education)」의 勸告이다. 1992년의 권고에서는 전체 의사인력의 50%를 일차의료인력으로 양성할 것을 제안하였고 동 제안은 여러 단체로부터 지지를 받고 있다(Macy Foundation, 1994, Pew Commission, 1994). 美國 행정부는 이와 같은 권고에 따라 매년 전공의의 50%가 일차의료 수련교육 과정을 받을 수 있도록 목표를 정하고 일차의료 부문의 修練醫 定員이 향후 5년간 매년 7%씩 증가되도록 계획을 수립하였다.

우리 나라의 경우, 외국의 경험을 참고하여(表 II-11 참조) 일차의료 인력을 현재의 수준보다 확충하려는 정책을 수립하고자 하려는 데에 대해서는 큰 반대가 없을 것으로 본다. 문제는 이러한 당위성을 인정하여 정책목표를 세운다 하더라도 의사인력의 양성과정에 국가가 직접 개입할 수 있는 부분이 적은 실정에서 현실적으로 적정규모의 일차의료인력을 양성할 수 있는 실효성 있는 정책수단은 매우 제한되어 있다는 점이다. 일차의료의 중추적인 역할을 담당할 인력으로서 개발된 가정의학 전문의의 전공의 책정비율이 총정원의 9.6%임에도 불구하고 지원율이 55%수준이라 함은 이러한 어려움을 입증해 주고 있다.

따라서 목표로 하는 일차의료인력을 양성·확보하기 위해서는 현재보다 강력한 정책적 개입을 통하여 일차의료인력 확보를 위한 유인책이 수반되어야 한다. 예컨대, 일차의료 수련을 받는 인력에 한하여 醫院 開院시 長期低利 融資 方案과 일차의료 관련 서비스(건강위험평가,

금연처방, 스트레스 조절, 비만관리, 영양상담 등)에 대해서는 醫療保險酬價를 개발하는 등, 지불보상체계를 다른 전문과목 전문의의 서비스와 차이를 두지 않도록 하거나 오히려 유리하도록 하는 방안이 그 하나가 될 수 있다.

다. 專門醫管理制度 改善方向

1) 專門醫制度 運營을 政府主導에서 民間主導로 轉換

『專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정(대통령령)』에 의거한 정부주도 제도 운영으로부터 전문과목, 전공의 자격인정 및 정원에 관한 사항을 제외한 모든 전문의제도운영에 관한 사항을 민간기구에 이관하여 자율 운영토록 한다.

2) 專門醫制度 運營 民間機構 強化

專門醫制度에 관련된 각종 업무가 의료관련단체에 분산 위임되어 있어 관리면에서의 效率性 沮害와 專門性 不足이 지적되고 있다. 『大韓病院協會』는 수련병원 지정, 전공의 정원책정, 수련병원의 신입과 표준화 등의 업무를, 『大韓醫師協會』는 전문의 자격시험 관련업무를 각각 위임받아 집행하고 있으며 26개 전문과목학회는 수련교육 내용에 대한 지도·감독을 담당하고 있다.

현행 전공의 수련제도 운영에 관하여 정부 위임사항 운영을 담당하고 있는 하는 『病院信任委員會』는 전공의 수련기간, 수련기관의 지정, 전공의 정원 할당, 전공의 지도·감독 등 전공의 제도 운영에 제반 사항을 총괄할 수 있도록 기능을 강화하도록 한다. 또한 수련병원 및 수련기관의 지정기준, 수련내용 평가, 및 전문의 자격시험 관리는 각

專門科目 學會에서 管轄하되 『大韓醫師協會(大韓醫學會)』에서 總괄·조정하도록 한다.

3) 專門醫 研修教育制度의 強化 및 專門醫 資格 再評價制度 導入

급변하는 의료지식 및 기술에 탄력적으로 대응하고 최신 이론 및 정보를 습득하기 위해서는 專門醫 研修教育制度의 내실을 기할 수 있는 교육 프로그램을 개발, 연수교육을 강화시켜야 한다. 우선적으로 현재 분산, 운영되고 있는 연수교육제도를 총괄 전담할 수 있는 기구를 지정하고 전문인력을 투입하여 보다 체계적으로 구성된 교육과정을 마련할 수 있는 여건을 조성하도록 한다.

한편 전문의 자격 재심사 제도는 의료의 질 관리 측면에서 매우 중요하다. 專門醫 研修教育制度和 연계하여 각 전문학회에서는 專門醫 資格 再評價 制度를 도입하도록 하며 여건이 성숙되는 學會부터 專門醫 資格 再審査制度를 도입, 시행하도록 한다.

Ⅲ. 齒科醫師 養成·供給 現況과 改善方向

1. 齒科醫師 養成·供給 現況

가. 齒科醫師 養成·供給 및 活動 現況

1997년 현재, 우리나라 면허등록 치과의사수는 총 15,213명이며 인구 10만명당 치과의사수는 33명이다. 우리 나라 치과의사 공급수준을 外國의 공급수준과 비교해 보면 1994년 인구 10만명당 치과의사수가 美國의 경우 61명, 日本 63명, 獨逸 73명으로 파악되어 선진국에 비하여 치과의사 인력공급이 낮은 수준이다(OECD, 1994).

1997년 우리나라 국민 1인당 GDP 수준과 유사한 시기의 外國의 인구 10만명당 치과의사수를 살펴 보면 美國 47명(1960), 日本 44명(1980), 獨逸 51명(1975)으로 파악되어 국민 1인당 GDP가 동일한 시기에서의 치과의사 인력공급 수준도 先進國에 비하여 낮은 수준이다(OECD, 1994).

치과대학 설립현황을 통하여 그간 치과의사 인력의 양성추이를 살펴 보면 <表 III-1>과 같다. 1970년 치과대학은 3개, 입학정원은 510명이었으며 이후 1982년까지 7개 치과대학이 신설되어 1982년 치과대학이 총 10개, 입학정원은 911명이었다. 10년 이후인 1992년에는 1개 치과대학이 신설되었으나 연 입학정원은 760명으로 1982년의 입학정원보다 오히려 감소된 것으로 나타났다. 1980년대 당시 도입된 卒業定員制로 인하여 1982년의 경우 法定 定員보다 많은 인력이 입학하였기 때문에 나타난 결과이다.

1997년 현재 11개 치과대학에서 연 760명의 인력이 양성되고 있으며 현 인력 양성·공급수준에서 2010년 인구 10만명당 치과의사수는 44명으로 추정된다(외국에서 수학하여 국내 치과의사 면허를 취득하게 될 인력까지 고려하면 이보다 높은 수준에 이를 것으로 전망됨).

〈表 III-1〉 年度別 齒科大學數 및 齒科醫師 養成·輩出 現況
(단위: 개소, 명)

	1970	1980	1982	1992	1997
치과 대학수	3	8	10	11	11
입학정원	510	580	911 ¹⁾	760	760
졸업생수	93	290	322	818 ¹⁾	720

註: 1) 졸업정원제 적용
資料: 대한치과의사협회 내부자료, 1997.

치과대학의 입학정원을 통하여 현재 치과의사 인력 공급능력을 외국과 비교해 보면 〈表 III-2〉와 같다. 인구 10만명당 입학정원이 우리나라의 경우 1.7명으로 대만과 동일한 수준이며 日本(2.2명)보다는 낮고 호주(1.4명)보다는 높은 수준이다. 그간 발표된 치과의사 수급추계 자료를 통하여 현재의 치과의사 인력 공급현황과 공급수준에 대한 적정성 여부를 판단해 보면 상이한 결과가 나타나(백화중, 1996; 문혁수, 1994) 치과의사의 생산성 및 진료일수, 구강질환 발생 양상 및 구강보건진료 수요 등에 대한 정확한 예측이 어려운 상태에서는 신뢰할 수 있는 결과를 산출하기가 어려울 것으로 판단된다.

한편 면허등록 치과의사의 활동분포 현황을 보면 전체 치과의사(총 15,213명) 중 63.0%가 醫院 開業醫(醫院內 管理醫師 포함)이며 치과대학 및 병원급 이상 의료기관에서의 俸職醫(치과대 교수, 수련병원 근무 의사)가 3.8%, 군복무 또는 公衆保健醫 5.2%, 修練醫 7.5% 등으로 나타났다(대한치과의사협회, 1997).

〈表 III-2〉 外國과의 齒科醫師 供給能力 比較

(단위: 명)

구 분	한국	호주	일본	대만
입학정원	760	245	2,735	347
인구 10만명당 입학정원	1.7	1.4	2.2	1.7

註: 우리나라는 1997년, 외국은 1993년 자료임.

資料: Asian Pacific Dental Federation, 1993.

나. 外國 修學 齒科醫師 人力 現況

WTO체제의 출범과 우리나라의 OECD 가입에 따라 의료서비스 분야의 개방은 불가피하게 되었다. 최근 국내인력이 외국에서 수학하여 국내 齒科醫師 면허를 취득하고자 하는 경우가 점차 증가하고 있는데 이 중 필리핀에서 수학한 인력이 대부분(전체 유학생 중 98%)을 차지하고 있는 것으로 파악되었다(대한치과의사협회, 1997). 필리핀의 경우, 學制 및 교과과정은 외형상 우리나라와 유사하나 실제 강의시간과 실습시간이 모두 부족하여 교육내용과 임상실습이 부실한 것으로 조사된 바 있다(대한치과의사협회, 1994). 입학과 졸업이 용이하고 교육과정이 부실한 국가에서의 유학은 質이 낮은 의료인력의 양산을 초래하여 사회경제적 부담을 가중시키게 될 것으로 예상됨에 따라 이들에 대한 質 평가기능이 강화되어야 할 필요성이 대두된다.

외국수학 의료인력의 國家試驗 應試資格은 保健福祉部長官이 인정하는 외국의 관련대학을 졸업하고 면허를 받은 者로 정하고 있다(醫療法 제5조). 同法은 1994년 保健福祉部長官이 인정하는 외국의 관련대학을 ‘졸업한 者’에서 ‘면허를 받은 者’로 국가시험 응시자격을 개정한 것으로 응시자격 개정 이전 유학중인 자는 동 규정에 예외 적용됨에 따라 외국 면허증을 소지하지 않는 자도 2000년까지는 國家試驗에 응시하여 면허를 취득할 수 있게 되어 있다.

〈表 III-3〉 齒科醫師 國家試驗 應試者數 推移

(단위: 명, %)

연도	국내수학자		외국수학자	
	응시자수	합격률	응시자수	합격률
1990	977	98.6	71	46.5
1993	906	95.8	103	13.6
1996	765	86.1	332	7.5
1997	942	97.3	476	42.2

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1990~1997.
대한치과의사협회 내부자료, 1997.

그간 齒科醫師 國家試驗 應試者數 및 合格率을 보면 〈表 III-3〉과 같다. 외국 수학 인력의 응시자수는 1990년 71명, 1993년 103명, 1996년 332명, 1997년 476명으로 점차 증가하고 있다. 이들은 7~46%라는 국내보다는 상대적으로 낮은 國家試驗 합격률로 인하여 불합격된 대다수의 인력들이 國家試驗에 합격할 때까지 계속 응시하고 있으며 이로 인하여 사회적 비용을 증가시키는 요인이 되고 있다.

국내 의료인력의 수급정책은 기본적으로 대학 입학정원 배정에 사전 반영·조정되어 이루어지고 있는데 1997년의 경우 총 응시자(국내응시자 942명+외국수학자 476명)의 34%를 외국 수학인력이 차지하고 있어 外國 修學 齒科醫師 인력의 유입은 국가 치과의사 인력 수급계획에 차질을 초래할 것으로 예상된다. 1997년 현재, 외국에서 수학하여 국내 면허를 취득한 치과의사 인력은 398명으로 전체 치과의사의 2.6%를 차지하고 있으며 앞으로도 외국에서 수학한 치과의사인력이 국내 유입될 것으로 예상됨에 따라 이에 대한 대책이 시급히 요구되고 있다.

美國, 獨逸, 日本에서는 질이 낮은 외국 수학 의료인력의 自國內 流入을 막기 위하여 國家試驗 이외에 예비시험제도 및 수련기간 이수 등, 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있어 시사하는 바가 크다.

2. 齒科專攻醫 修練教育 現況

가. 齒科 專攻醫 修練教育 實態

치과전문의 자격 취득을 위한 齒科 專攻醫 修練教育 課程은 1962년 수립되었다. 그러나 같은 해 첫 치과전문의 자격시험이 시행되지 못한 채 무기한 연기되어 현재까지 齒科 專攻醫 修練教育 課程은 齒科 專門醫 資格 인정을 위한 법적 근거없이 운영되어 왔다.

1997년 현재, 치과 전공의 수련교육은 60개 의료기관(11개 치과대학 병원, 49개 의과대학부속병원 및 종합병원내 치과)에서 실시되고 있으며 수련기간은 대체로 '구강외과'(4년)를 제외하고 일반 임상수련(인턴)과정을 포함하여 3년이며 일부 수련기관에서는 '교정과'와 '구강악 안면방사선과'의 수련기간을 4년으로 하는 경우가 있다.

최근 3년간 齒科 專攻醫 修練教育 課程 履修 現況을 보면 <表 III-4>와 같다. 치과의사 면허취득 후 활동현황은 크게 전공의 수련교육 과정을 이수하는 경우, 곧바로 진료를 행하는 경우, 그리고 軍服務(또는 공중보건의)로 대별되었다.

동 표에서 치과대학 졸업후 수련교육 과정을 이수하는 비율은 1995년 치과의사 면허취득자의 34.1%, 1996년 35.3%, 1997년 26.0%이다. 修練教育 課程 履修없이 곧바로 진료활동에 참여하는 비율은 1995년 19.2%, 1996년 20.8%, 1997년 36.8%이다. 1997년의 경우, 전년도에 비하여 곧바로 진료활동에 참여하는 비율이 높게 나타난 이유는 外國 修學 인력의 경우 국내 齒科 專攻醫 修練機關과 연계가 없어 치과의사 면허취득 후 곧바로 진료하는 경우가 대부분인데 <表 III-3>에서 나타난 바와 같이 1997년에 외국수학 인력의 합격자가 전년도에 비하여 특히 높은 비율을 차지하였기 때문인 것으로 나타났다.

〈表 III-4〉 齒科醫師 免許取得後 修練教育 課程 履修現況
(1995~1997年)

(단위: %)

	수련과정 이수	수련과정 미이수	군복무· 공중보건의	계 (총면허취득자수)
1995	34.1	19.2	46.7	100.0(745)
1996	35.3	20.8	43.9	100.0(691)
1997	26.0	36.8	37.2	100.0(1,027)

資料: 대한치과의사협회 내부자료, 1997.

치과 전문과목은 1962년 이후 分科化되어 진행되어 왔으나 1982년 「專門醫의 수련 및 자격인정에 관한 규정」을 개정하여 구강외과, 치주과, 보철과, 교정과, 소아치과 등의 5개 전문과목으로 명시, 규정되었다. 1995년에는 기존 5개 專門科와 치과보존과, 구강병리과, 구강내과, 예방치과, 구강악안면방사선과 등으로 세분화되어 현재 치과 전문과목은 10개 科目化되었다.

〈表 III-5〉에서 1997년 전문과목별 專攻醫 任用現況 및 修練課程 履修現況을 보면 레지던트 1년차의 경우 ‘구강외과’가 20.5%로 가장 많으며 그 다음이 ‘교정과’로 19.2%, ‘보철과’ 17.9%로 나타났다. ‘보철과’와 ‘교정과’는 현 醫療保險酬價體系에서 비급여 진료항목이 대부분을 차지하고 있는 전문과목이다. 현재 전문과목별 치과전공의 정원 및 책정기준은 수련기관별로 표준화되지 못한 상태에서 임의적으로 책정되어 운영되고 있는 것으로 나타나 專攻醫 定員이 특정 診療科에 편중될 수 있는 소지를 가지고 있다고 보겠다.

동 표에서 修練年次別 履修者 現況을 보면 치과대학 졸업 후 전공의 첫과정인 인턴임용자는 396명이나 레지던트 2년 課程을 이수하는 者는 211명에 불과하여 이수과정 중 절반정도는 중도에 포기하는 경우가 많음을 발견할 수 있다. 1996년의 경우 역시 인턴임용자는 338

명이었으나 레지던트 2년 課程을 이수하는 者는 210명에 불과하여(대한치과의사협회, 1996) 專門醫 資格이 제도적으로 인정되지 않고 있음이 그 한 원인으로 지적할 수 있다.

〈表 III-5〉 齒科 專門科目別 專攻醫 任用·修練 現況(1997年)

(단위: 명, %)

	인턴	레지던트1	레지던트2	레지던트3
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(전공의수)	(396)	(308)	(211)	(51)
구강병리	0.2	0.1	-	-
보철과	5.3	5.8	17.1	2.0
보존과	4.8	10.4	11.4	-
구강(악안면)외과 ¹⁾	3.5	6.7	20.9	74.5
소아치과	4.3	10.7	10.0	-
치주과	4.3	11.4	12.8	-
구강악안면방사선과	0.7	3.6	2.4	2.0
구강진단(내과)	2.3	4.9	4.7	-
교정과 ¹⁾	4.5	6.2	19.9	21.6
예방치과 ²⁾	7.0	1.3	0.9	-

註: 1) 수련기간 4년으로 레지던트 3년차가 있으며 그 외 科의 레지던트 3년차는 특수한 사례임.

2) 수련기관에 따라 예방치과와 유사과인 교합과, 구강보건과로 진료과목화되어 있는 경우, 진료과가 미분류된 일부 기관의 인력이 포함되어 있음.

資料: 대한치과의사협회 내부자료, 1997.

나. 齒科 專攻醫 修練教育 課程 履修者 輩出 現況

1962년 이후 齒科專攻醫 修練教育 課程을 이수한 치과의사 인력을 전문과목별로 보면 〈表 III-6〉과 같다. 면허등록 치과의사 15,213명중 齒科專攻醫 修練教育 課程 履修者는 총 2,895명으로 전체 치과의사의 19.0%를 차지하고 있다. 전문과목별로 보면 ‘구강외과’가 25.4%로 가

장 많으며 그 다음이 ‘보철과’로 18.8%, ‘교정과’ 16.1%로 나타났다. 이는 10개 專門科目으로 세분화된 1995년 이전인 1982년부터 1994년까지 ‘구강외과’, ‘보철과’, ‘교정과’의 專門醫가 공식적으로 양성된 이유도 있겠으나 당시 5개 진료과(구강외과, 치주과, 보철과, 교정과, 소아치과) 중에서도 상기 언급된 ‘구강외과’, ‘보철과’, ‘교정과’ 專門醫가 상대적으로 더 많이 배출된 데에서도 이유를 찾을 수 있다.

〈表 III-6〉 齒科 專門科目別 專門醫 輩出 現況(1962~1997年)

(단위: 명, %)

	전문의 수	비율
계	2,895	100.0
구강병리 ¹⁾	20	0.7
보철과	545	18.8
보존과 ¹⁾	293	10.1
구강(악안면)외과	735	25.4
소아치과	273	9.4
치주과	301	10.4
구강악안면방사선과 ¹⁾	113	3.9
구강진단(내과) ¹⁾	123	4.2
교정과	464	16.1
예방치과 등 ¹⁾	28	1.0

註: 1) 상기 5개 진료과는 1995년에 分科化되었으나 1962년부터 履修者는 있었음.

資料: 대한치과의사협회 내부자료, 1997.

3. 齒科 專門醫制度 管理 現況

앞서 파악한 바와 같이 치과의사 면허취득 후 3명 중 1명은 齒科 專攻醫 修練教育 課程에 들어가고 있으며 현재 활동 중인 치과의사 중에서는 19%가 同 課程을 이수한 것으로 파악되었다. 그렇다면 왜 齒科 專門醫를 제도적으로 양성·배출하지 못하고 있으며 그렇다고 齒

科 專攻醫 修練教育 課程을 폐지하지도 못하고 있는가?

이에 본 연구에서는 齒科專門醫制度 管理現況과 制度化를 위한 推進現況을 파악하여 그 쟁점사항을 도출, 실효성있는 정책수단을 모색하고자 한다.

가. 齒科專門醫制度의 法的 根據

치과전문의제도와 관련된 법적 근거는 현행 「醫療法」과 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 規程(大統領令)」에서 찾을 수 있다. 1962년 제정된 「醫療法」 제 55조에 의하면 의사, 치과의사 또는 한의사로서 專門醫가 되고자 하는 자는 大統領令이 정하는 수련을 거쳐 保健福祉部長官의 자격인정을 받아야 하며, 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 規程」에 의하면 의사 또는 치과의사로서 專門醫의 자격인정을 받을 수 있는 자는 保健福祉部長官이 실시하는 전문의 자격시험에 합격하여야 한다.

따라서 齒科專門醫制度 시행을 위해서는 우선적으로 大統領令이 정하는 수련과정이 制度化되어야 한다. 그러나 현재 관련 법체계에서는 齒科專門醫制度에 대한 도입 근거만 명시되어 있을 뿐, 下位法令인 졸업 후 수련교육 및 자격인정에 관련된 修練機關 指定基準 및 教科課程, 專攻醫 策定 등 관련 施行規則이 부재하여 현재까지 齒科專門醫制度 도입 및 시행이 유보되어 온 것으로 파악되었다.

나. 齒科專門醫制度 導入을 위한 推進 現況

1973년 「大韓齒科醫師協會」에서는 우리 나라의 국민 1인당 GNP가 1,000불이 되는 시기에 치과전문의제도 도입을 검토하기로 결정한 바 있다. 1960년 중반기에 齒科專門醫制度를 도입한 美國, 獨逸, 스위스

의 국민 1인당 GNP가 당시 3,000~6,000불 수준이었던 것에 비추어 우리나라의 경제력이 齒科專門醫制度를 도입할 수준이 아니었기 때문에 판단한 결과이었다(대한치과의사협회, 1995).

1988년 우리나라 국민 1인당 GNP가 4,000불을 상회하면서 일부 齒科學界에서는 치과전문의제도 시행을 위한 세부기준을 마련하여 1989년 1월 「大韓齒科醫師協會」에 건의하였다. 같은 해 12월에는 保健福祉部에 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정의 施行規則(안)」을 제출하여 立法豫告하기에 이르렀다.

그러나 당시 치과의료계의 專門醫制度 도입에 대한 찬반 양론의 의견대립으로 말미암아 동 施行規則이 制度化되지 못하고 유보되었다. 일부 치과대학 교수 및 학계를 중심으로 하는 치과전문의제도의 조속한 시행측과 각 市·道 齒科醫師會(주로 개업의 중심)를 중심으로 하는 반대측이 첨예하게 대립한 것이다.

치과전문의제도 시행의 찬반 입장의 論據를 요약하면 <表 III-7>과 같다. 우선적 시행을 찬성하는 측의 주장은 국민 구강보건의 향상을 위한 양질의 전문진료를 제공하기 위해서는 하루 빨리 치과전문의가 양성되어야 한다는 점이다. 치과전문의 수련과정을 이수한 전문 인력 자원을 齒科專門醫로서 그 자격을 인정하고 효율적으로 활용하여 국가적, 사회적 손실을 방지하여야 한다는 점이다. 또한 專門醫制度가 도입·시행됨으로써 현행과 같은 專攻醫 修練教育 課程의 운영을 체계적으로 감독·관리할 수 있게 되고 이에 따라 양질의 전문 치과의사 인력을 양성·배출하게 됨으로써 WTO 체제하에서의 의료인력 및 교육시장 개방에 국제 경쟁력을 제고시키는데 기여할 수 있다는 점을 강조하고 있다.

반면 齒科專門醫制度 도입을 반대하는 측의 주장은 현행 「醫療法」하에서, 그리고 專門醫 과잉배출로 인력자원을 낭비하는 醫師의

경우와 같은 치과전문의제도를 시행할 경우 오히려 국민에게 양질의 진료를 제공할 수 없다는 점을 지적하고 있다. 예컨대, 齒科 醫療傳達體系가 부재한 상태에서 국민의 專門醫에 대한 선호경향으로 인하여 대부분의 졸업생 역시 專門醫를 선호하여 전공의 수련교육 과정을 이수하게 되면 과잉배출된 專門醫는 개원하여 현실적으로 일차진료를 행하게 됨으로써 齒科 專門醫의 非專門化 現象이 초래된다는 점이다. 이는 또한 기존의 非專門醫인 開業醫의 유희화현상이 나타날 가능성이 커 齒科專門醫는 물론 기존 開業醫의 인적 자원의 낭비까지 우려된다는 점을 문제로 제기하고 있다.

또 다른 이유의 하나는 현 낮은 醫療保險 酬價體系하에서 치과전문의제도가 도입될 경우 치과의사 인력들이 비급여 과목을 선호하게 됨에 따라 專門醫의 특정 진료과의 편중현상이 초래될 가능성이 크다는 점이다. 이 때문에 齒科專門醫制度가 도입됨으로써 전문분야별 균형있는 학문적 발전을 오히려 저해한다는 점이다. 따라서 이러한 문제들을 해결하지 않고 현 상태에서 齒科專門醫制度가 도입될 경우 양질의 치과진료를 기대하기 어렵다는 점을 주장하고 있다.

이러한 대립이 진행되는 가운데 1996년 保健福祉部는 재차 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정의 시행규칙(안)」을 立法豫告하였다. 그러나 현 치과의료의 문제점 및 선결요건을 충족한 후 시행하자는 반대측의 주장에 의해 立法豫告 내용이 또다시 철회되었다. 「大韓齒科醫師協會」에서 제시한 선행조건은 치과의료전달체계 확립, 치과전문과목 표방금지, 醫療保險酬價의 현실화, 齒科醫師法 제정 등이다. 1962년 이후 齒科專門醫制度 추진경위는 附錄과 같다.

〈表 III-7〉 齒科專門醫制度 導入에 관한 齒科醫療界 立場 比較

구분	주체	논거
우선 도입측	치과대학 일부교수 및 학계	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 다음과 같은 이유로 치과전문의제도의 조속한 도입을 주장 국민 구강보건 향상을 위한 양질의 전문진료 제공 가능 <ul style="list-style-type: none"> - 전문학회의 활성화로 전문분야별 임상 및 학문적 발전 예상 현행 수련교육 과정의 파행적 운영이 지양되고 신뢰받는 치과전문의 양성·배출 <ul style="list-style-type: none"> - 세계화, 개방화에 치과의료 경쟁력 제고 - 치과전문의 활용으로 국가적, 사회적 손실 방지 세계 대부분의 선진국에서 치과전문의제도 시행
우선 도입 반대측	전문의 미수료 개업의 및 일부 수료자	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 다음과 같은 이유로 관련제도 정비 후 치과전문의제도 도입을 주장 현행 의료법 및 전문의제도하에서는 국민에게 양질의 진료 제공이 어려움 <ul style="list-style-type: none"> - 의료전달체계 부재 - 치과전문의 과잉배출로 인한 전문의의 비전문화 현상 및 이로 인한 전문 인력자원 낭비 현 의료보험수가체계에서 급여 진료과목은 경영 불가능하여 특정 비급여 진료과 편중 예상 <ul style="list-style-type: none"> - 보험급여 진료과목의 도태로 분야별 임상 및 학문 발전 저해

이상의 주장이나 제기된 문제들을 감안하여 볼 때, 치과전문의제도 도입 및 시행에 대해서는 양측 모두 반대하지 않고 있음을 알 수 있으며, 다만 현 醫療界 및 齒科醫療界에 내재된 문제가 齒科專門醫制度를 시행함으로써 가시화되거나 기존 開院街의 경영상태를 보다 악화시킬 위험이 예상되기 때문에 반대하는 측에서는 현 상태하에서 치과전문의제도 시행을 熟議하여야 함을 강력하게 요청하고 있는 것으로 판단할 수 있다.

齒科專門醫制度를 醫師의 專門醫制度和 동일한 맥락에서 볼 때, 치과전문의제도 시행에 따른 문제의 소지를 최소화하는 방향으로 접

근하기 위해서는 적정 수의 치과 전문인력 양성과 齒科 專門醫와 一般醫간의 명확한 역할분담을 위한 제도적 장치를 마련하는 것이 관건이다.

4. 齒科 專門醫制度 施行의 必要性 檢討

가. 國民의 慾求 및 서비스 質 側面

〈表 III-8〉에서 전국민 醫療保險이 적용된 1989년 이후 치과부문 요양급여 현황을 살펴 보면 1991년 이후 4년 동안 치과 외래진료건수가 50%가 증가하였으며 수진율은 1991년 33.3%에서 1993년 38.7%, 1995년 46.1%로 지속적으로 증가한 것으로 나타나(의료보험연합회, 1992, 1995) 국민의 구강보건에 대한 욕구가 증대되고 있음을 알 수 있으며 이에 부응하여 전문분야별 인력 양성의 필요성이 대두되고 있다고 보겠다.

국민의 齒科 專門醫에 대한 요구도를 파악하기 위하여 1995년 실시한 조사에 따르면(이승우, 1995) 치과종합병원 내원환자(100명)의 57%, 전국 보건소장(200명)의 71.3%가 齒科 專門醫制度가 필요하다고 응답하였다. 종합병원 내원환자의 경우는 일반 국민보다 齒科 專門醫의 필요성을 높게 인식할 수 있을 것으로 예상되기 때문에 동 결과를 통해서 객관적인 판단이 어려우나 보건의료계 종사자의 상당수는 齒科 專門醫의 필요성을 인식하고 있는 것으로 간주할 수 있다.

전문적인 수련을 받지 못한 진료과목을 非 專門醫가 수행할 경우, 진료시간이 길어지고 치료가 실패할 확률이 높아 재치료를 하게 됨으로써 환자의 근로시간을 빼앗고 진료비 부담을 상승시키는 원인이 될 수 있다. 치아를 보존하는 근관(신경)치료의 質的 評價에 의하면 근관

치료 성공에 필요한 허용기준치를 충족하는 경우가 一般醫인 開業醫의 경우 37%, 근관치료를 전공하는(보존과) 專攻醫는 83%로 나타나 (임성삼, 1995:434) 專門醫와 非專門醫간의 기술수준의 차이가 규명된 것으로 조사된 바 있다. 그간 보철물의 수명단축, 발치후 합병증 발병, 근관치료 실패 등 양질의 서비스를 제공하지 못한 각종 사례가 보고된 바 있어(대한치과의사협회, 1997) 체계화된 전문수련교육을 위한 制度的 裝置의 필요성이 대두됨을 알 수 있다.

〈表 III-8〉 年度別 齒科 療養給與 診療 現況(外來部門)

(단위: %, 건)

연 도	수 진 율 ¹⁾	진료건수
1991	33.3	13,564,713
1993	38.7	16,362,305
1995	46.1	20,269,876

註: 1) (진료건수/ 연평균 의료보험적용인구)×100
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

한편 현 專攻醫 修練教育 상태로는 해외시장 개방에 능동적으로 대처하기 어려운 실정에 있는데 전문진료 습득을 위하여 해외로 유학하는 졸업생이 매년 증가하고 있는 것으로 나타나 사회적 비용을 증가시키고 있다(대한치과의사협회, 1997). 따라서 전문분야별 학문적 발전에 따라 세분화된 치과진료 방법 및 항목이 개발되어 보다 높은 수준의 치과진료를 제공하기 위해서는 齒科專門醫制度 도입의 필요성이 있다고 보겠다.

나. 患者의 醫療利用 便宜 側面

치과진료는 치아, 악골, 혀, 타액선 등을 포함하고 있는 신경근을 경계로 이루어진 해부학적으로 인체의 극히 한정된 부위를 대상으로

하고 있다. 치과진료가 專門科目化될 경우, 치과진료 특성상 여러 전문과목의 진료를 동시에 행할 수 있어 단일 전문과목만으로서 서비스를 제공하는 데에는 어려움이 있을 수 있다. 예컨대, 흔히 나타나는 치아우식증의 경우 충치치료, 근관(신경)치료, 염증치료, 치주치료가 있을 수 있으며 이러한 치료가 불가능할 경우 발치치료가 있을 수 있다. 이 경우 해당 치과전문과목은 ‘보존과’, ‘근관치료과’, ‘보철과’, ‘치주과’, ‘구강외과’ 등이 관련되어 있어 치과전문의제도가 도입되어 전문진료를 행할 경우, 환자의 입장에서는 여러 진료과를 방문하여야 하는 불편함이 초래된다. 따라서 국민의 醫療利用 便宜 측면에서는 포괄적인 一次診療를 제공받는 데 어려움이 예상된다.

한편 한가지 치료목적을 달성하기 위하여 치과 보철학적, 구강외과학적 또는 교정학적인 방법의 시도가 학술적으로 모두 타당할 경우가 종종 발생한다. 예를 들어 난발치를 발거하고 보철로 치아 배열을 정상화시키거나 교정학적 방법을 적용할 수 있으며 또한 인공치근관 매식(endo-plant)과 치과 보존학적인 치료 후 보철학적 회복 등의 시도를 행할 수 있어 결국 환자가 어느 진료과를 택하느냐에 따라 치료방법이 결정될 수가 있다. 이는 곧 진료과목이 전문화될 경우 치료방법에 따른 치료비의 차이와 치료시간의 차이, 치료결과의 차이 등으로 인하여 환자에게는 진료과목 선택에 혼란을 줄 수 있다. 따라서 첫번째 접촉의사인 一次診療 齒科醫師의 경우에는 포괄적인 진료가 가능하도록 齒科專門醫制度가 도입되는 방안을 강구하여야 할 것이다.

다. 齒科 專門醫 및 一般醫의 役割 및 機能 側面

1993년 조사에 의하면(김종배, 1993) 치과의원에서 병원급 이상 의료기관(2차의료기관)으로 환자를 의뢰하는 빈도가 1.7% 수준으로 나타났다. 의뢰 진료과는 40.5%가 ‘구강외과’에 편중되어 있으며 그 외

‘치주과(14.6%)’, ‘교정과(14.1%)’, ‘구강방사선과(13.4%)’ 순으로 나타났다. 이같은 결과는 1차진료기관과 2차진료기관의 상호 역할분담 및 협조체계가 ‘구강외과’ 분야를 제외하면 미미한 상태임을 보여주고 있다. 전문 진료과목을 표방하고 있는 2차진료기관의 齒科專門醫에게 의뢰하는 사유는 잘모르는 진단 또는 진료, 차후 발생될 지도 모르는 의학적, 법적 문제 등으로 나타났다(김중배, 1993).

開業醫가 2차진료기관에서 근무하는 치과전문의에게 의뢰하는 비율이 불과 1.7% 수준이라 함은 齒科專門醫의 역할이 확연히 구분되지 않고 있음을 알 수 있으며 또한 현 치과진료체계하에서 이들의 관계는 역할분담을 통한 협조관계라기 보다는 사실상 경쟁관계에 놓여 있다 할 수 있다.

이러한 문제를 근원적으로 방지하기 위하여 「世界齒科醫師聯盟(Federation Dentist Internationale)」에서는 1963년 당시 37개국 치과전문의제도를 시행하고 있는 국가들이 제정한 齒科專門醫의 役割 및 機能을 준수하도록 권고하고 있다.

라. 社會經濟的 水準 및 國際的 動向

앞서 언급한 바와 같이 齒科專門醫制度를 도입한 선진국의 당시 국민 1인당 GNP는 3,000~6,000불 수준이었다. 현재 우리나라 국민 1인당 GNP가 9,400불에 이르고 있음을 감안하여 볼 때, 齒科診療서비스를 齒科專門醫로 부터 받을 만한 사회·경제적 수준이 성숙되었다고 판단할 수 있다.

한편 「世界齒科醫師聯盟」에 가입된 87개 국가 중 美國, 英國, 獨逸 등 73개 國家가 齒科專門醫制度를 시행하고 있으며 11개 國家는 學會認定醫 制度를 행하고 있어(FDI, 1990) 專門 齒科醫師 人力의 養成 및 供給이 국제적인 추세임을 알 수 있다. 다음은 世界齒科醫師聯盟(FDI)

의 齒科專門醫에 대한 役割 및 機能 勸獎事項이다(FDI, 1995).

- 치과전문의는 환자에게 특수한 치과전문분야의 의료서비스를 제공한다.
- 치과 전문의가 되기 위한 일정 수준에 달하는 교육을 통하여 이론과 기술을 습득하여야 한다.
- 모든 진료시간을 전문과목에 한하여 진료하여야 한다.
- 치과전문의는 오직 전공한 과목만을 표방할 수 있다.
- 오직 자신의 전문영역에 한정된 진료만을 하고 환자를 의뢰한 의사에게 다시 돌려보내야 한다.
- 교육과 수련에 의하여 경험을 습득하고 고도의 이론과 재능을 획득한 부분에서만 진료한다.

5. 齒科專門醫制度 導入·施行 方案

齒科專門醫制度는 치과의료계 일부에서 치과전문의제도 시행전 치과의료전달체계 확립, 치과전문과목 표방금지, 醫療保險酬價의 현실화, 齒科醫師法 제정 등의 先決要件에 대한 해결방안을 요구함에 따라 그동안 齒科專門醫制度 시행을 위한 施行細則의 立法化가 유보되어 왔다. 이들 先決要件은 전술한 논의에 의거할 때, 齒科 一般醫 및 專門醫의 효율적 활용과 專門 診療科目의 균형적인 발전을 도모하는 방향으로 齒科專門醫制度를 시행할 경우, 상기 先決要件에 대한 합리적인 해결방안이 모색될 수 있을 것으로 판단된다.

가. 一般醫(開業醫) 및 專門醫의 效率的 活用을 위한 役割分擔 및 協助體系 構築

치과의사 인력의 효율적 활용전략의 기본 명제는 1차진료기관에서 활동하는 인력에 대해서는 일차의료서비스를 보장하는 것이며 2차진료기관에서 활동하는 專門醫에 대해서는 전문진료를 제공할 수 있는 제도적 장치 마련일 것이다.

『世界齒科醫師聯盟(FDI)』에서 제시하고 있는 齒科專門醫의 역할 및 기능은 현실적으로 전문과목 표방에 따른 최소한의 인력과 진료실, 그리고 설비가 완비된 이른바 치과수련병원, 치과대학부속병원, 그리고 종합병원에서만 수행가능하다. 이는 곧 2차진료기관(병원급) 이상 의료기관에서 활동할 전문인력을 양성하고 전문과목을 표방하게 할 필요가 있음을 시사한다. 스웨덴의 경우 오직 치과대학부속병원(치과전문의 수련기관 제외)에서만 치과전문의 자격이 인정되고 있음은 주목할 만하다. 이러한 관점에서 볼 때, 齒科 專門醫制度 시행에 있어서 요체는 양성할 齒科專門醫의 數이다. 즉, 치과전문의는 2차, 3차진료기관에서 이차진료를 수행할 수 있도록 필요한 인력규모 만큼 양성·배출되어야 한다.

그러나 의료인력에 대한 활동장소나 근무지를 통제할 수 있는 아무런 制裁力이 없는 우리나라 현실에서 치과전문의가 1차진료기관에서 근무하지 못하도록 하는 방안은 부재하다. 이에 따라 適正 數의 齒科 專門醫가 양성되도록 하는 방안이 가장 합리적인 접근방안이나 적정 수준의 專門醫의 양성·공급에 대한 객관적인 판단이 어려우므로 만약 齒科專門醫가 醫院에서 근무할 경우에는 일차의료 활동을 보장할 수 있도록 하는 방안을 마련하여야 한다. 포괄적인 일차 치과진료서비스를 수행할 수 있도록 하려면 1차진료기관에서는 전문과목을 표방하지

않도록 하는 방안이 일차의료를 활성화되는데 필요한 기본조건이 될 것으로 판단된다.

1) 適正 齒科專門醫數의 養成·供給體係의 確立

국민들의 專門醫 선호경향으로 인하여 대부분의 치과대학 졸업생이 전문의 수련과정에 들어갈 수 있게 될 경우 결국 불필요한 專門醫의 양산이 초래되고 합리적인 의료전달체계를 깨뜨리며 단순히 교육기간의 연장에 따른 의료비의 상승과 과잉진료를 야기시키게 될 것이다. 따라서 치과전문의 공급규모는 齒科專門醫制度 성패의 관건이라 할 수 있다.

그렇다면 치과전문의 인력은 어느정도 양성·배출되는 것이 적정인가? 「世界齒科醫師聯盟(FDI)」에 가입된 87개 국가 중 치과전문의제도를 시행하고 있는 73개 국가의 치과전문의 비율은 6~11% 수준이다. 美國의 경우, 전체 치과의사 중 專門醫 비율이 6.2%이며 캐나다 11.5%, 독일 7.4%이다(이승우, 1995). 김종배(1993)의 연구에 의하면 우리 나라는 전체 치과의사의 3.4%가 적정선이라고 제시하고 있다. 동 수치는 현재 2차진료기관 이상 의료기관 근무자 및 치과대학 임상교수(俸職醫)가 전체 치과의사의 3.8%를 차지하고 있어 2차진료기관 이상의 기관에서 전문진료를 수행할 수 있는 인력규모를 양성·배출하여야 한다는 前提와 맥을 같이 한다.

〈表 III-5〉에서 파악된 규모의 修練醫가 치과전문의제도가 시행되어 지속적으로 교육을 받아 全 修練課程을 이수할 경우, 齒科專攻醫 수련과정 이수생이 배출되는 3년 후에는 약 400여명의 齒科專門醫가 배출된다. 그 이후 부터는 치과전문의 수가 계속 누적되고 비전문의인 치과의사수는 은퇴 및 사망하여 점차 감소함에 따라 齒科專門醫의 비율이 몇 년후에는 10% 수준에 도달할 것으로 예상된다. 이에 따

라 齒科專門醫 및 一般醫의 효율적 활용을 위하여 치과의사 전반적인 인력수급 현황 분석이 요구되며 이를 토대로 齒科 專攻醫 數의 조절은 필수적이라 하겠다.

2) 1次診療機關에서의 專門科目 標榜 禁止를 위한 制度的 裝置마련

齒科專門醫가 치과의원을 개업할 경우, 전문과목 표방을 금지하도록 『醫療法施行規則(제29조)』을 개정한다. 즉, ‘병원·치과병원·의원 또는 치과의원의 개설자가 專門醫인 경우에는 그 의료기관의 고유명칭과 의료기관의 중별 명칭사이에 인정받은 專門科目을 삽입하여 표시할 수 있다’로 되어 있는 조항에서 단, 치과의원의 개설자가 專門醫인 경우에는 그 의료기관의 고유명칭과 의료기관의 명칭에 인정받은 전문과목을 삽입, 표시할 수 없다’로 개정한다. 이로써 만약 2차진료기관에서 근무하는 齒科專門醫가 1차진료기관으로 근무지를 移職하는 경우에는 더 이상 齒科專門醫의 자격을 표방하지 못하도록 한다. 이는 齒科專門醫와 一般醫의 의료체계상 업무분담을 명확히 규정하기 위한 조치이다.

3) 齒科 專門醫 資格 認定과 役割 遵守를 위한 法的 根據 마련

『醫療法』 제55조에 의하면 “醫師, 齒科醫師, 韓醫師로서 專門醫가 되고자 하는 자는 大統領令에서 정하는 수련을 거쳐 保健福祉部長官의 자격 인정을 받아야 한다”라고 규정되어 있다. 동 조항에서 齒科醫師를 삭제하고 “齒科醫師로서 專門醫가 되고자 하는 자는 大統領令에서 행하는 수련을 거쳐 保健福祉部長官의 자격 인정을 받은 후, 『大韓齒科醫師協會』에 專門醫로 등록하여야 한다”로 개정한다. 아울러 “『大韓齒科醫師協會』에 齒科專門醫로 등록하고자 하는 자는 2차진료기관에 근무

하여 모든 진료시간을 전문과목에 한하여 진료하여야 하는 등 齒科專門醫로서의 역할 및 기능을 준수하여야 한다”는 조항을 신설한다.

4) 既存 齒科醫師의 專門醫 應試資格에 관한 經過措置 마련

齒科專門醫 資格試驗 應試資格에 관한 경과조치로서 치과전문의제도 도입전 치과전공의 수련기관에서 인턴 1년 및 레지던트 2년 이상의 수련과정을 이수한 者(이와 동등한 수련과정을 외국에서 이수한 자 포함) 중 『大韓齒科醫師協會』가 실시하는 전문과목 연수교육을 일정시간(예: 100시간) 이상 이수한 者에 한하여 치과전문의제도 도입 후 실시되는 전공의 수련교육 과정 이수없이 齒科專門醫 資格試驗에 응시할 수 있도록한다. 이에 따라 전공의 수련교육 과정 이수자 중에서 해당 전문과목 연수교육을 이수하지 아니한 者는 『大韓齒科醫師協會』에서 주관하는 전문과목 연수교육(예: 100시간 이상)을 이수한 이후에 전문의 자격시험을 응시할 수 있다.

기존 專攻醫 修練教育課程 履修者 2,895명에 대한 경과조치를 시행하여야 할 것인 바, 이 때 전문과목 표방이 가능한 2차진료기관 근무자를 진정한 齒科專門醫로서 役割할 수 있다고 전제할 때, 현재 2차진료기관 奉職醫 3.8% 즉, 572명이 齒科專門醫 資格을 취득하여 실제 행사할 수 있는 경과조치 대상이 될 것이다.

나. 專門科目間的 均衡的인 發展을 위한 制度的 裝置 마련

1) 合理的인 專攻醫 策定基準 마련 및 專門科目의 調整

치과 전문과목의 균형적인 발전전략이 강구되어야 하는 이유의 하나는 낮은 醫療保險酬價體系하에서 보철과, 교정과 등 일부 비급여 진료료가 많은 과목의 專門醫가 양산될 수 있다는 점이다. 지금까지 배

출된 專攻醫 修練教育課程 履修者 비율을 보면 구강외과, 보철과, 교정과로 편중된 현상을 발견할 수 있다. 따라서 치과전문의제도 도입 후 이와 같은 현상이 지속되는 것을 방지하기 위한 제도적 장치가 강구되어야 한다.

齒科 醫療保險酬價體系의 정비를 통하여 전문과목간의 지불보상체계의 비형평성 문제를 해소하는 방안이 가장 바람직하나 대체로 치료적 성격과 성형(미용)적 성격의 서비스의 차이로 인하여 파생되는 保險給與體系의 大原則에 입각하여 反하는 근본적인 보완책을 강구하기는 어렵다. 이에 따른 次善策으로서 비급여 전문과목의 선호현상이 해소될 수 있도록 현행 10개 전문과목(교정과, 보철과, 구강외과, 치주과, 치과보존과, 구강병리과, 소아치과, 구강내과, 예방치과, 구강악안면방사선과)을 재검토하여 축소, 조정하는 방안이 검토될 수 있을 것이다.

치과 전문과목의 분류는 自國의 문화적, 경제적, 사회적 실정에 따라 다양하다. 美國의 경우 예방과, 근관치료과, 구강병리과, 구강외과, 교정과, 소아치과, 치주과, 보철과의 8개 전문과목을 실시하고 있어 우리나라의 구강내과, 구강악안면과가 없으며 캐나다는 근관치료과, 구강병리과, 구강외과, 교정과, 소아치과, 치주과, 보철과, 예방과, 방사선과의 9개 전문과목을 실시 중에 있어 구강내과가 없다. 독일, 영국, 스위스, 프랑스 등 유럽의 여러 나라는 구강외과와 교정과의 2개 분야의 齒科專門醫制度를 실시하고 있는 점이 특기할 만 하다.

전문과목별 인력공급 현황을 보면 美國의 경우 치과 전문의의 42%가 구강외과이고, 19%가 교정과, 10%가 치주과 및 소아치과, 8%가 보철과이다. 獨逸의 경우 교정과의 63%, 구강외과가 37%로 나타나 과목별 적정수준의 專攻醫 策定 關聯 제도적 장치를 마련할 필요가 있다.

다. 良質의 齒科醫師 人力 養成方案 講究

1) 修練機關 및 修練教育의 質 標準化를 위한 法的 根據 마련

양질의 수련교육 과정이 운영되기 위해서는 전문과목별 최소한의 교수요원의 수 및 시설 등에 대하여 標準化되어야 하며 이에 따른 修練機關의 標準化 심사를 엄격하게 실시, 관리하여야 한다. 1995년 조사를 통해 수련기관의 교수요원실태를 파악해 보면 전국 47개 수련기관의 교수요원(수련과목을 지도 교육할 수 있는 전임 치과의사)은 총 96명이며 전문과목별 교수요원은 구강외과를 제외하고 평균 한 전문과목 분야에 약 2명의 교수가 확보되어 있는 것으로 나타났다(이승우, 1995). 이에 따라 齒科專門醫制度化를 위한 기본 법적 요건인 수련기관 지정기준 및 교과과정, 전공의 책정기준 등 상기 언급한 내용을 골자로 수련교육의 질 표준화를 위한 「專門醫의 수련 및 자격인정에 관한 규정의 施行細則」을 마련하도록 한다.

2) 齒科專門醫 資格 管理의 自律的 運營을 위한 齒科專門醫制度 管理機構의 新設

齒科專門醫는 지정받은 전공의 수련교육기관에서 소정의 과정을 이수한 후 이수과목의 齒科專門醫 資格試驗 응시과정을 거쳐 치과전문의 자격을 취득하게 된다.

급변하는 의료기술에 능동적으로 대처할 수 있는 전문인력을 양성하기 위해서는 專門醫의 質 평가기능 또한 탄력적으로 대응할 수 있어야 하며 평생 보장받는 專門醫 資格이 부여되서는 안될 것이다.

이에 따라 치과전문의 자격 인정, 수련의 정원책정 관련사항을 제외한 상기 언급한 치과전문의 자격관리 및 자격 재평가 등의 문제를 효율적으로 집행하기 위하여 齒科專門醫制度의 도입·시행에 이어 「韓

國齒科大學長協議會」, 「韓國齒科病院長協議會」, 「大韓齒科醫師協會」로 구성된 가칭 齒科專門醫制度管理機構를 신설하여 치과전문의 자격 관리제도 운영에 관한 업무를 담당하도록 한다.

IV. 看護師 養成·供給 現況과 改善方向

1. 看護師 養成 및 供給 現況

가. 看護師 養成體制 및 輩出 現況

우리나라 看護師 면허 취득을 위한 교육체제는 4년제 대학과정과 3년제 전문대학 과정으로 二元化되어 있다. 1997년 현재, 간호교육기관은 4년제 대학이 42개교, 3년제 전문대학이 64개교로 총 106개 대학이 설립되어 있다. 3년제 전문대학은 간호전문대학(12개교), 간호보건전문대학(1개교), 일반전문대학 간호과(42개교), 산업전문대학 간호과(1개교), 여자전문대학 간호과(2개교), 보건전문대학 간호과(5개교), 여자외국어 전문대학 간호과(1개교) 등으로 교육기관의 유형이 다양하다.

1985년이후 看護大學 및 看護專門大學의 數와 看護師 養成 推移를 살펴 보면 <表 IV-1>과 같다. 1985년부터 1994년까지 9년 동안 11개 대학이 신설되었으나 1994년이후 3년 동안 35개 기관이 신설됨에 따라 전체 看護師 양성인원이 50% 증원되어 간호사 공급규모가 최근 3년간 급격히 증가된 점이 특기할 만하다. 1997년 현재 간호교육기관 106개 중 4년제 교육기관과 3년제 교육기관수의 比는 40:60이며 입학정원은 20:80으로 나타나 3년제 교육과정에서 양성되는 看護師가 기관당 더 많은 비율을 차지하고 있다.

이와 같이 二元化된 간호교육체도로 부터 동일한 看護師 免許를 취득하게 됨에 따라 야기되는 교육과정의 非標準化 問題를 해결하고 조직내 看護師 인력관리에 있어서 초래되는 갈등문제를 해소하기 위하여 4년제 교육과정으로 一元化하려는 방침이 看護師 養成 教育體制의

큰 과제이었다. 관련단체 및 看護學界에서는 기존 간호전문대학의 4년제 승격과 전문대학의 신설을 지양하기 위하여 지속적인 노력을 전개하여 왔다. 그러나 1994년 이후 20개 전문대학의 신설과 입학정원의 증원으로 당시 4년제 대학과 3년제 전문대학의 數의 比(38:62) 및 입학정원의 比(20:80)는 거의 변화되지 못하여 4년제 교육과정으로의 전환은 사실상 어려운 문제로 남게 되었다.

한편 3년제 전문대학 졸업 看護師들은 지속적인 교육을 받을 수 있는 기회를 마련하기 위하여 4년제 他學科나 한국방송통신대학의 他學科에 수학하여 학사학위를 취득한 후 보건의료 관련 석사학위 과정을 이수하는 사례가 빈번히 발생하게 되었다. 이에 政府는 1992년 「한국방송통신대학」의 保健衛生學科에 3년제 전문대학 졸업 看護師를 대상으로 한 看護學 專攻課程을 신설하였고 1995년에는 간호대학내 학사학위 특별과정을 개설하는 등 3년제 교육과정의 看護師에게 看護學士 학위 취득과 지속적인 교육의 기회가 마련되었다(김애정, 1997). 최근 조사에 따르면(대한간호협회, 1997) 3년제 전문대학 졸업 看護師의 약 93%가 계속교육의 기회를 원하고 있는 것으로 파악되어 3년제 전문대학 졸업 看護師의 수요는 증가될 전망이다.

〈表 IV-1〉 年度別 看護(專門)大學數 및 入學定員 推移

(단위: 개소, 명)

연도	교육기관			입학생			졸업생		
	계	대학	전문대	계	대학	전문대	계	대학	전문대
1985	60	15	45	6,467	910	5,557	5,098	757	4,341
1990	62	18	44	6,630	850	5,780	7,328	852	6,476
1994	71	27	44	7,377	1,305	6,072	6,426	861	5,565
1997	106	42	64	11,160	2,040	9,120	6,764	850	5,914

資料: 대한간호협회, 『간호교육기관 실태조사』, 각년도.
교육부, 『교육통계연보』, 각년도.

〈表 IV-1〉에서 1997년 현재 연 6,764명의 졸업생이 배출되고 있으며 1997년 입학생이 배출되는 2000년부터는 연 11,160명의 졸업생이 배출될 예정이다¹⁰⁾.

나. 分野別 看護師 輩出 現況

1970년대 보건의료분야에서는 급변하는 의료지식 및 기술과 건강 관련분야의 발전에 따른 시대적 요청 및 사회적 변화 등에 따라 간호 분야에서도 전문적인 지식과 기술을 필요로 하는 시기였다. 이에 政府는 尖端化되고 있는 의료기술과 多樣化되고 있는 의료수요를 충족시키고 이에 또한 대처하기 위하여 1973년 『醫療法』을 개정하여 간호사 면허 이외의 업무분야별 자격을 인정하는 분야별 간호사 제도를 도입하였다. 분야별 간호사 종류는 保健看護分野, 痲醉看護分野, 精神看護分野 看護師 등이며 1990년 家庭看護師가 추가됨에 따라 현재 업무분야별 간호사는 4종이다.

업무분야별 교육과정은 간호사 면허를 소지한 者로서 관련 專門科目 專門醫 修練病院으로 지정된 종합병원, 또는 保健福祉部長官이 인정하는 병원에서 1년 과정의 해당 교육과정을 이수한 者에 대하여 保健福祉部로부터 발급된 자격이 부여된다(醫療法施行規則, 제54조). 법적 제도화를 통하여 보건의료기관내에서 자생적으로 증가하는 專門看護師의 質 수준의 비표준화를 방지하고 합법적으로 표준화된 교육을 실시하여 양질의 專門看護師를 양성하고자 한 것이다.

1996년 현재 분야별 간호사 자격 발급자수는 총 3,100명으로 보건간호분야 간호사 1,343명, 마취간호분야 간호사 479명, 정신간호분야 간

10) 1998년에 6개 간호학과 신설로 200명의 간호사 인력이 증원·양성되며 3년제 간호 전문대학의 입원정원이 300명 증원될 예정이어서 2001년에는 11,460명, 2002년에는 11,660명의 간호사가 배출될 예정이다.

호사 218명, 가정간호사 1,060명으로 나타났다(보건복지부, 1997:218).

그 외 保健診療員이라는 인력이 있는데 동 인력은 1980년 「農漁村 등 保健醫療를 위한 特別措置法」의 제정을 통하여 개발된 인력으로 간호사 면허 소지자로서 1년 과정의 관련 교육과정을 이수한 者이다. 이들은 政府가 지정한 농어촌 의료취약지역에서 보건진료활동을 수행할 수 있는데 1996년 현재 2,032명의 保健診療員이 활동 중에 있다.

한편 간호사 면허 소지자로서 保健福祉部長官이 인정하는 의료기관에서 1년간의 助産修習課程을 이수한 후 國家試驗을 통과한 者에 한해서는 助産師 면허를 부여하고 있는데 한 의료인이 두 種의 면허를 가지는 예외적인 사례라 할 수 있다. 1996년 현재 면허등록된 助産師는 8,447명이다.

2. 看護師 活動 現況

가. 看護師 就業 現況

1990년 이후 看護師의 취업현황을 살펴 보면 <表 IV-2>와 같다. 활동분야는 의료기관에서 직접 환자간호를 담당하는 臨床看護分野, 保健所·保健支所·保健診療所에서 지역사회 보건을 담당하는 保健看護分野, 학생들의 건강을 담당하는 學校保健, 산업장에서 근로자의 건강관리를 담당하는 産業保健分野, 교육기관, 기타 행정·연구분야, 보험분야, 사회복지 시설, 군진 등 다양한 것으로 나타났다.

동 表에서 취업분야별 분포현황을 살펴 보면 1995년 현재 임상간호분야(종합병원, 병·의원 및 조산소 등)가 74.8%로 4명 중 3명이 의료기관에서 근무하고 있으며 그 외 8.1%가 학교보건분야, 7.7%가 보건간호분야(보건소, 보건진료소)에서 활동하고 있는 것으로 나타났다.

〈表 IV-2〉 年度別 看護師 就業 現況

(단위: 명, %)

	1990		1992		1995	
	간호사수	비율	간호사수	비율	간호사수	비율
계	47,355	100.0	52,976	100.0	63,749	100.0
임상간호 ¹⁾	33,337	70.4	38,063	71.8	47,713	74.8
병원급 이상	29,651	62.6	33,643	63.5	43,217	67.8
의원	3,327	7.0	4,166	7.9	4,317	6.8
조산소	359	0.8	254	0.5	179	0.3
보건간호 ¹⁾	5,261	11.1	5,378	10.2	4,930	7.7
보건소	3,227	6.8	3,339	6.3	2,891	4.5
보건진료소	2,034	4.3	2,039	3.8	2,039	3.2
산업보건 ²⁾	1,974	4.2	2,213	4.2	1,650	2.6
학교보건 ³⁾	3,814	8.1	4,199	7.9	5,142	8.1
교육기관 ⁴⁾	761	1.6	747	1.4	1,469	2.3
대학	245	0.5	259	0.5	550	0.9
전문대	516	1.1	488	0.9	919	1.4
사회복지시설 ⁴⁾	817	1.7	855	1.6	1,015	1.6
행정연구 ⁵⁾	101	0.2	229	0.4	421	0.7
의료보험 ⁶⁾	446	0.9	479	0.9	574	0.9
군진	844	1.8	813	1.5	835	1.3

資料: 1) 보건복지부, 『보건복지통계연도』, 각년도.

2) 노동부 내부자료

3) 교육부, 『교육통계연보』, 각년도.

4) 보건복지부, 『보건복지백서』, 각년도.

5) 대한간호협회 내부자료

6) 의료보험연합회 내부자료

한편 취업 看護師數는 1995년 현재 총 63,749명으로 나타나고 있는데 취업률을 파악하기 위하여 可用 看護師數(전체 면허 발급 看護師 수에서 해외 이주자, 사망자, 은퇴자를 제외한 看護師)를 산출해 보면 총 111,781명으로 추정되어(박현애, 1997) 可用 看護師 대비 就業率은 57%이다. 1990~1993년 시기에다 간호사의 就業率이 약 57%로 파악된 바 있어(대한간호협회, 1996) 1990년 이후 거의 변화가 없었던 것

으로 나타났다.

〈表 IV-3〉에서 간호(전문)대학을 졸업하고 看護師 免許를 取得한 直後의 就業率 推移를 살펴 보면 1990년 93.3%, 1994년 97.4%, 1996년 97.1%로 93% 이상의 취업률을 보이고 있다. 그럼에도 불구하고 전체적으로는 可用 看護師의 57%만이 활동하고 있음은 취업 이후 높은 이직율로 인하여 나타난 현상으로 간주됨에 따라 看護師 이직실태에 대하여 파악할 필요성이 제기된다.

〈表 IV-3〉 看護師 免許 取得 直後 就業率 推移

(단위: %)

연도	총 계			대 학			전문대학		
	취업	미취업	계(N)	취업	미취업	소계(N)	취업	미취업	소계(N)
1990	93.3	6.7	100.0(6,328)	95.1	4.9	100.0(852)	93.0	7.0	100.0(5,476)
1994	97.4	2.6	100.0(6,027)	98.1	1.9	100.0(861)	97.3	2.7	100.0(5,166)
1996	97.1	2.9	100.0(6,384)	98.7	1.3	100.0(899)	85.7	3.2	100.0(5,485)

資料: 대한간호협회, 『간호교육실태조사』, 각년도.

1) 臨床看護分野의 看護師 活動 現況

〈表 IV-3〉에서 臨床看護分野에서 활동하는 看護師 비율을 살펴 보면 1990년에는 70.4%이었으나 1992년 71.8%, 1995년 74.8%로 연차적으로 증가하고 있다. 최근 종합병원 및 병원의 신설로¹¹⁾ 병원급 이상 의료기관 근무자가 전체 看護師의 1990년 62.6%, 1992년 63.5%, 1995년 67.8%로 증가하였기 때문에 臨床看護分野에서 활동하는 看護師의 비율이 증가한 것으로 볼 수 있다.

〈表 IV-4〉에서 의료기관종별로 간호사 분포현황을 살펴 보면 1995

11) 특수병원과 한방병원을 제외할 경우, 1990년 종합병원이 228개 기관, 병원 328개 기관이었으나 1995년 종합병원이 38개 기관, 병원 70개 기관이 신설됨(보건복지부, 1990, 1995).

년 현재 綜合病院에는 74.8%가 근무하고 있으며 病院에는 16.2%, 醫院에는 9.0%가 근무하고 있는 것으로 나타났다. 이는 전체 병상 중에서 綜合病院, 病院, 醫院이 보유하고 있는 병상수의 비율이 각각 49.4%, 27.4%, 23.2% 임을 감안할 때, 간호사의 분포가 병상수의 비율에 비해 綜合病院으로 편재되어 있음을 알 수 있다.

〈表 IV-4〉 醫療機關種別 看護人力 分布 現況(1995年)

(단위: %, 명)

의료기관	병상수	간호사수
계	100.0	100.0
(전체 수)	(196,232)	(46,379)
종합병원	49.4	74.8
병원	27.4	16.2
의원	23.2	9.0

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996.

이에 따라 看護師 1인이 담당하는 病床數를 〈表 IV-5〉에서 살펴 보면 전체적으로는 看護師 1인이 4.2 병상을 담당하고 있으나 綜合病院 2.8병상, 病院 7.1병상으로 나타나 종합병원의 경우, 병원급 이상 의료기관에 대한 法定看護師 配置基準 즉, 看護師 1인당 2.5병상(명) 기준(醫療法施行規則)에 근접하고 있는데 반해 病院의 경우는 看護師 인력 확보가 저조하다는 사실을 파악할 수 있으며 이로 인하여 상대적으로 업무과다 현상이 초래되고 있다고 간주할 수 있다.

〈表 IV-5〉 醫療機關種別 看護師 1人當 病床數(1995年)

(단위: 병상, 명)

의료기관	병상수(가)	간호사수(나)	간호사 1인당 병상수(가/나)
계	196,232	46,379	4.2
종합병원	96,865	34,702	2.8
병원	53,767	7,531	7.1
의원	45,384	4,146	10.9
조산소	216	-	-

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996.

臨床看護分野에 종사하는 看護師의 지역별 분포를 〈表 IV-6〉에서 살펴 보면 1995년 현재, 임상간호분야에 근무하는 看護師 중 94.8%가 市地域에 근무하고 있는 것으로 나타났다. 동 비율은 전체 의료기관 중 시지역 소재 의료기관이 91%이라는 점과 시지역 병상수가 88.6%라는 점에 비추어 볼 때, 看護師의 도시 집중현상이 높은 것으로 나타났다.

〈表 IV-6〉 市·郡地域別 醫療機關, 病床, 看護師 分布(1995年)

(단위: %, 명)

	의료기관수	병상수	간호사수
계	100.0	100.0	100.0
(전체)	(29,773)	(196,232)	(46,379)
시지역	91.0	88.6	94.8
군지역	9.0	11.4	5.2

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996.

2) 産業保健 및 學校保健 分野의 看護師 活動 現況

〈表 IV-2〉에서 保健看護分野에 종사하는 간호사는 1995년 현재, 총 4,930명(보건소 2,891명, 보건진료소, 2,039명)이다. 1990년 5,261명, 1992년 5,378명이었으나 1995년 4,930명으로 감소하게 된 이유는 최근

시·군·구 행정단위의 통폐합으로 保健所數가 줄어들면서 근무인력도 감소하여 나타난 결과로 볼 수 있다. 전체 활동 간호사 중 保健看護分野에서 활동하는 간호사 비율 역시 1990년 11.1%, 1992년 10.2%, 1995년 7.7%로 감소하였다.

産業保健分野의 경우 1995년 현재 1,650명의 간호사가 産業場(의무실, 진료실)에서 근무하고 있는 것으로 파악되었다. 1990년 1,974명이 근무하여 전체 간호사의 4.2%를 차지하였으나 1992년 이래 감소 추세를 보여 1995년 2.6%의 간호사가 활동하고 있다.

學校保健分野에는 1995년 현재, 5,142명의 양호교사가 각급 교육기관에 근무하고 있는 것으로 나타나 전체 간호사의 8.1%를 차지하고 있다.

최근 정부가 복지국가를 지향하면서 社會福祉施設의 數가 계속 신설, 증가됨에 따라 아동, 노인, 장애인, 부녀, 부랑인, 정신질환 복지시설 등의 사회복지기관 및 시설에서 근무하는 간호사 수도 증가한 것으로 파악되었는데 1995년 현재 1,015명이다. 그러나 전체 看護師 중에서 차지하는 비율에는 변화가 거의 없다. 그 외 간호사 인력은 행정 및 연구분야, 의료보험기관에서 활동하고 있는 것으로 나타났다.

다. 看護師 移·退職 實態

최근 대형 종합병원이 신·증설되면서¹²⁾ 看護師 인력확보에 어려움을 겪고 있다(대한병원협회, 1997:93). <表 IV-5>에서 나타난 바와 같이 특히 病院에서의 看護師 인력 확보가 저조하다는 사실을 알 수 있는데 300명상 이하의 중소병원 45개 기관을 조사한 결과에 의하면(대한병원협회, 1997:93) 71%가 看護師 인력을 확보하는데 어려움이

12) 특수병원과 한방병원을 제외할 경우, 1990~1995년 동안 종합병원이 38개 기관이 신설됨(보건복지부, 1990, 1995).

있는 것으로 파악되어 이러한 사실을 입증해 주고 있다.

이러한 어려움 때문에 1997년 병원급 이상 의료기관에서 법정(醫療法施行規則) 看護師 配置基準을 준수하는 의료기관은 29%에 불과하며 이로 인하여 간호사 본인은 물론 의료인들도 看護師 1인이 감당하여야 하는 업무량이 과중한 것으로 나타났다(김수지, 1997). 看護師의 열악한 근무여건은 앞으로 이직을 더욱 부추길 것으로 예상되며 이에 따라 간호사 인력 부족현상은 심각해질 것으로 판단되는데 이러한 가운데 간호인력 부족이 심각한 병원에서는 보호자나 간병인이 간호행위를 대신하고 있어 간호서비스 미흡은 물론 의료사고의 위험마저 내재되어 있는 실정이다.

이직은 사회이동의 동태적인 측면에서 볼 때 정상적인 현상이나 적정 이직수준을 벗어나 인력부족이 초래될 정도로 심각한 경우에는 組織의 效率性和 生産性에 역효과를 줌으로써 양질의 간호를 제공할 수 없게 된다(Curry, 1985:397). 즉, 활동 중인 看護師의 사기를 저하시키고 업무량을 증가시킴으로써 환자간호에 부정적인 영향을 미치게 된다(Cavanagh, 1992). 또한 병원의 입장에서는 看護師를 대상으로 실시한 교육 및 훈련 등이 간호업무의 효율성과 생산성을 제고하기 위하여 투자한 것이 아니라 인적, 물적 자원의 낭비를 초래하는 활동으로 간주되고 만다. 간호사의 이직시기가 근무한 지 대부분 1~3년이라는 사실은(김수지, 1997) 곧바로 간호사가 충원된다 할지라도 숙련된 간호를 제공하는 데 무리가 있어 간호업무의 효율을 얼마나 떨어뜨리겠는가를 추측할 수 있으며 결과적으로 병원 경영에도 부정적인 영향을 미칠 것으로 예상된다.

이에 따라 看護師가 연 6,700여명이 양성·배출되는 실상과는 반대로 이처럼 일부 병원에서 경험하고 있는 간호인력 부족현상에 대해서는 지금까지 수행해 온 看護師의 양적 공급확대를 통한 접근방식보다

는 간호사 면허 취득후 97%에 이르는 취업율이 평균적으로 57%에 이르게 되는데 초점을 두어 長期 勤務를 유인할 수 있는 정책을 강구할 필요성이 더 중요한 문제로 대두된다.

높은 이직률로 인한 간호사 부족문제에 대처하기 위하여 최근 간호대학 신설을 통하여 간호사 인력을 계속 확충하고 있으나 앞서 언급한 바와 같이 기존 인력의 長期 勤務 誘引을 통한 방안이 새로 배출된 인력을 채용하여 단기적으로 활용하는 방안보다 국가적 차원에서는 人的 資源의 낭비가 방지되고 병원의 입장에서는 교육 및 組織 適應에 따른 시간적, 경제적 비용이 절감되며 환자도 숙련된 간호를 제공받을 수 있게 되어 노동집약적인 간호조직에서는 長期 勤務 誘引을 위한 정책이 인력관리정책의 기본 방향으로 간주되어야 할 것이다.

〈表 IV-7〉 臨床看護師의 移·退職 事由

(단위: %)

이·퇴직 사유	1993년	1994년	1995년
타병원으로 이직	29.6	45.2	27.8
결혼	19.5	12.8	15.9
출산, 자녀양육	13.1	7.6	13.0
타직종으로 전환	9.3	8.3	10.5
야간근무	14.3	5.1	4.2
진학 및 유학	-	3.0	4.6
해외취업	-	-	0.6
기타	14.2	18.0	23.4
계	100.0	100.0	100.0

資料: 김수지, 『유휴간호인력 활용방안에 관한 연구』, 1997.

최근 3년간 臨床看護師의 이·퇴직 사유를 살펴 보면 〈表 IV-7〉과 같다. 동 표에 의하면 타병원으로의 이직이 34.2%로 가장 높으며 그 다음이 결혼(16.1%), 출산 및 양육(13.0%) 등이다. 그 외 야간근무, 진학 및 유학, 해외 취업 등으로 나타났다.

〈表 IV-8〉 病床規模別 看護師 移·退職 事由(1995年)

(단위: %, 명)

	의료기관 병상규모				계
	500병상 이상	300~499 병상	150~299 병상	80~149 병상	
계 (이직 간호사수)	100.0 (1,886)	100.0 (1,171)	100.0 (422)	100.0 (160)	100.0 (3,639)
타병원으로 이직	23.8	28.2	39.3	41.3	27.8
결혼	15.9	15.5	17.5	15.6	15.9
자녀양육	13.1	12.5	13.7	12.5	13.0
타직종으로 전환	10.1	11.2	10.0	11.9	10.5
야간근무	5.4	2.3	3.8	6.3	4.2
진학 및 유학	5.5	4.6	1.7	1.2	4.6
해외취업	0.7	0.3	0.5	-	0.5
기타	25.5	25.4	13.5	11.3	23.5

資料: 김수지, 『유휴간호인력 활용방안에 관한 연구』, 1997.

타병원으로의 이직이 가장 많음에 따라 1995년 병원규모별로 이직 사유를 파악해 보면 병상규모가 작은 병원에 근무하는 간호사의 이직율이 더 높은 것으로 나타났다(表 IV-8 참조). 기존 臨床看護師들이 보다 큰 규모의 병원으로 이직하게 됨에 따라 소규모 병원급 의료기관이 상대적으로 看護師가 더 부족하여 간호업무의 과다함을 간접적으로 파악할 수 있다. 근무지 이동으로 인한 이직을 제외하고 看護師 활동을 중단하게 되는 사유를 살펴 보면 병상규모와 관계없이 결혼과 자녀양육이 주된 문제로 나타났다.

이러한 원인으로 인한 이직에 대하여 의료기관에서는 이직을 막을 수 있는 수단을 마련하여야 할 것으로 판단되나 현재 간호사 투입규모와 관계없이 일률적이며 1일 5,800원(3차진료기관의 경우)에 불과한 낮은 看護管理料 酬價하에서는 병원경영상 간호사의 이직을 막을 수 있는 유인책을 마련하기 어려운 실정으로 파악되었다.

3. 看護師 人力の 效率的 活用方案

앞서 언급한 바와 같이 전체 可用 看護師의 43%가 유희인력이다. 활동간호사의 3/4을 차지하는 臨床看護師의 경우, 결혼 및 자녀양육 문제와 높지 않은 보수에 업무과다, 그리고 야간 근무 등 복합적인 요인들이 작용하여 의료기관에서 필요로 하는 인력규모보다 높은 이직율을 보이고 있는 것으로 나타났다. 법적으로는 직장내 보육시설 설치 관련규정(영유아보육법)이 마련되어 있으나 병원경영상 看護師의 근무여건 개선도 어려운 실정에서 看護師의 자녀보육 및 위탁을 위한 시설의 마련 및 운영은 더욱 어려운 것으로 파악되었다. 152개 綜合病院 중 보육시설을 운영하고 있는 기관이 9개 기관(이 중 24시간 全日制 운영은 2개 기관)으로 나타난 바 있어 이러한 실정을 입증해 주고 있다(김수지, 1997). 이에 따라 간호사 인력을 효율적으로 활용하기 위해서는 간호사 이직방지와 40%에 이르는 유희인력의 활용 측면에서 대책을 강구하는 방안이 요구된다.

臨床看護師의 이직 방지를 위하여 「美國看護協會」에서는 질적 간호를 제공할 수 있는 적절한 看護師-患者의 배치기준 준수, 환자의 요구를 충족시킬 수 있는 관련인력 확보, 융통성있는 근무스케줄과 근무순환제도의 폐지, 강력하고 지지적인 간호행정, 전문적 발전을 위한 기회 제공, 참여적인 관리, 모든 방향에서의 공개적인 의사소통, 지속적인 교육기회, 그리고 의료진과 협동적인 관계 등을 제시하였다(Helmer, 1988).

한편 Hinshaw(1987)는 長期勤務 誘引戰略 프로그램으로 기관의 소속감 및 실무기술 획득을 위한 교육·훈련 프로그램의 강화, 집단간의 결속감과 정체감 향상을 위한 노력, 그리고 융통성있는 근무스케줄 조정 등을 강조하였다(Hinshaw, 1987). 法定 看護師 對 患者의 비율을

준수하는 의료기관이 29%에 불과한 우리나라의 경우 「美國看護協會」에서 제시한 看護師-患者의 적정수준 확보에 대한 언급은 시사하는 바가 크며 융통성있는 근무스케줄의 제시 또한 간호사의 이직을 방지할 수 있는 중요한 요소임을 알 수 있다.

현재 부족한 임상간호사 인력의 확보를 위해 앞서 언급한 요인과 간호사 이직사유에 대한 조사결과를 토대로 看護師의 이직방지 및 효율적 활용방안을 제시하면 다음과 같다.

가. 看護師 勤務條件 改善 誘導를 위한 看護關聯 酬價의 現實化

간호사의 이직을 방지하기 위해서는 우선적으로 병원으로 하여금 간호사의 근무여건을 개선할 수 있도록 하는 대책을 마련하는 방안이 요구된다. 간호사의 근무여건 개선을 유도하기 위해서는 看護關聯 酬價를 現實化시키는 방안이 근본대책이라 할 수 있다. 예컨대, 현행 看護管理料 酬價(3차진료기관 5,800원/1일)를 상향조정하는 방안과 현 醫療保險酬價體系에서 지불보상 되지 않는 간호행위(흡인간호, 인공수유 등)에 대한 酬價를 策定하는 것이다. 간호행위에 대한 酬價가 새로이 산정될 경우 환자에게는 양질의 간호가 제공되고 이와 함께 병원에서는 간호사의 이직을 방지하기 위하여 報酬體系의 개선이나 보육 시설 등의 운영 등, 간호사 근무여건을 개선하기 위한 노력을 경주할 것이기 때문이다.

나. 夜間全擔 勤務制, 休日 勤務制 등의 導入을 통한 彈力的 勤務時間制度의 導入

기혼 간호사의 이직 사유의 하나는 야간근무와 휴일근무 등으로 나타났다(臨床看護師會, 1995). 이러한 문제를 해결하기 위해서는 주간 근무시간대 보다 높은 보수조건으로 야간전담 간호사 인력을 별도로

채용하는 등 야간전담 근무제, 휴일 근무제 등의 도입을 통하여 간호사의 탄력적 근무시간제도를 도입하는 방안이 요구된다.

결혼으로 인하여 야간근무를 기피하는 대상이 있는 반면 미혼자나 학업 중인 看護師 등과 같은 경우에는 고정된 근무시간이나 야간 근무를 선호할 수 있기 때문이다.

다. 再就業 機會 擴大를 위한 再教育課程 및 可用人力銀行 開設·運營

최근 의료지식과 기술의 급속한 발전으로 일선 의료현장에서 활동 중에 있는 看護師에 대하여 보수교육의 필요성이 강조되고 있다. 더욱이 유휴 간호인력이 취업을 하고자 할 경우에는 보수교육의 필요성이 더욱 강조되는 바, 「대한간호협회」 및 관련단체(대한병원협회, 임상간호사회)에서는 유휴 간호인력을 대상으로 재교육과정을 개설하여 新醫療知識 및 技術에 적응할 수 있는 기회를 마련하도록 한다. 아울러 교육을 이수한 유휴인력 간호사와 간호사를 필요로 하는 의료기관과의 정보교류를 위하여 전국적인 연결망이 구축된 可用人力銀行을 개설·운영한다.

V. 結論 및 論議

본 연구는 발전하는 의료지식 및 기술과 의료환경의 변화에 능동적으로 대처하기 위하여 醫師, 齒科醫師, 看護師 人力 供給 및 活動現況을 파악하고 졸업후 수련교육체계 및 사후관리제도 등의 인력 관리실태를 평가하여 과잉 교육투자를 방지하고 의료인력을 효율적으로 활용함과 동시에 의료서비스의 질적 향상을 기할 수 있는 養成·供給 및 管理制度로의 改善方向을 제시하고자 하였다.

따라서 본 연구는 각 인력별 양성·공급·활동 현황과 인력관리 현황으로 대별된다. 醫師와 齒科醫師 人力의 경우, 공급현황과 공급수준을 제시하여 선진국과 비교하였으며 공급수준의 適正性에 대해서는 평가하지 않았다. 의료인력 적정규모에 대해서는 의료이용 양상, 교육적·사회적 수요 등의 환경 요인들의 구조적인 변화, 의료인의 진료생산성 등 다각적인 요인들이 관련되어 정확한 수급예측에는 여러 假定들이 맞는다는 전제하에 성립될 수 있기 때문에 예측에 뒤따르는 일반적인 문제점을 수반하고 있다. 그동안 연구된 결과도 상이하여 적정공급의 규모에 대한 합의가 이루어지지 않고 있다. 따라서 객관성과 정확성을 기할 수 있는 醫療人力 供給政策을 수립하기 위해서는 의료인력 공급 및 활동현황은 물론 국민의 의료이용 양상 및 수준 등의 의료수요에 대한 데이터베이스 구축이 수반되어야 함과 동시에 의료인의 생산성을 지속적으로 모니터링할 수 있는 의료인력 관리시스템의 개발이 향후 연구하여야 할 과제로 대두되었다.

다만 醫師人力의 공급 추이를 분석하는 과정에서 첫째, 최근 醫師人力의 공급확대 정책 방침에 문제가 있는 것으로 파악되었다. 즉,

1990년 이후 소규모 입학정원의 의과대학 신설을 통하여 양적 확대정책을 전개한 결과, 기초 교수요원의 부족과 임상실습을 위한 부속병원이 없는 상태에서 의사인력이 양성되고 있어 소규모 의과대학의 신설이 주된 문제로 제기되었다. 이에 따라 의사인력 양성에 기본적으로 수반되어야 할 교육인력 및 시설 등의 제 여건의 부실은 국민에게 제공되는 의료서비스의 質에 직·간접으로 영향을 미친다는 전제아래, 본 연구에서는 良質의 教育을 위한 醫師人力 養成方案으로서 현재의 先認可-後施設 政策에서 先施設-後認可 政策으로 전환하여 施設이 확보된 이후에 의과대학 입학생의 모집을 認可하는 정책으로 전환하도록 제안하였다.

둘째, 專門醫 供給 推移를 파악한 결과, 전체의사 중 專門醫 비율이 점차 증가하여 1996년 현재 90%가 專門醫로 나타났다. 과잉공급된 專門醫는 개원하여서도 一般醫院을 표방하여 專門醫로서의 역할을 충분히 수행하지 못하는 등 인적 자원의 낭비를 파악할 수 있었으며 이로 인하여 적정규모의 일차의료인력이 양성·확보되지 못하고 있음이 문제로 지적되었다.

一次醫療를 담당할 인력의 양성 및 확보방안에 대해서는 그간 수차례의 論議와 研究가 수행되어 온 바, 그 目標에 대해서는 일반적인 공감대가 형성되었다고 볼 수 있다. 그러나 政策方向에 대해서는 관련단체 및 學會간의 이해관계의 조정과정에서 희석되어 추진력이 상실되었다고 볼 수 있다.

이에 본 연구에서는 一次醫療를 담당할 醫師를 적정수준 확보하기 위한 방안을 제시함으로써 專門醫의 과잉공급을 억제하여 專門醫의 인적 자원 낭비를 방지하고자 하였다. 즉, 관련단체 및 學會간의 이해관계가 거의 없는 一次醫療 관련서비스 酬價의 개발의 촉구를 건의하였다.

齒科醫師 人力 공급의 경우, 齒科專門醫制度가 도입·시행되지 않는 상태에서 1950년대 부터 齒科專攻醫 修練教育課程 履修者가 배출되고 있는 것으로 나타나 세계화·개방화 시대에서 제도적으로 관리받는 齒科專門醫制度가 현안으로 대두되었다. 치과전문의제도 도입에 대한 법적 근거는 현행 「醫療法」과 「專門醫의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정」에 마련되어 있으나 下位法令인 修練機關 指定基準 및 教科課程, 전공의 책정 등 관련 施行規則이 부재하여 제도적으로 관리받지 못하고 있는 실정이었다. 그럼에도 불구하고 60개 의료기관에서 齒科專攻醫 修練教育課程이 운영되고 있으며 1997년 졸업생의 26.0%가 수련교육 과정으로 유입된 것으로 나타났다.

齒科 專門醫制度 도입 및 시행방향은 專門醫의 과잉배출로 야기되는 문제들을 감안하여 일차진료기관인 醫院에서 활동하고 있는, 또는 활동하게 될 치과의사에 대해서는 一次醫療를 보장할 수 있는 여건 마련이 요구되었으며 專門醫에 대해서는 專門醫로서의 역할을 수행할 수 있는 제도적 장치 마련이 추진방향으로 수립되었다. 이에 따라 적정규모의 치과 전문의 인력을 확보하여 치과 일차의료와 전문진료서비스가 전달체계를 이룰 수 있도록 적정규모의 치과전문의를 양성·배출하는 전략 마련에 본 연구의 主眼點을 두었다.

한편 看護師 人力의 활동현황에서 도출된 문제는 최근 대형 종합병원이 신·증설됨에 따라 의료기관에서 看護師 人力의 부족을 심각하게 겪고 있다는 사실이다. 看護師가 여성인력이라는 점 때문에 대부분의 여성 근로인력이 겪는 결혼·출산·육아의 문제가 주요 이·퇴직 사유로 대두되었으나 특히 의료기관에 근무하는 既婚 看護師의 경우 야간근무와 노동집약적인 3D 직업이라는 점 때문에 이직율이 높아 간호(전문)대학 졸업직후 취업률은 1996년 97.1%이나 점차 이직율의 증가로 전체 可用看護師의 57%만이 활동하고 있는 것으로 나타났다.

이에 따라 看護師 인력에 대해서는 인력 관리정책의 일환으로써 이직방지와 유휴 간호인력의 활용방안 마련이 정책방향으로 채택하였다. 그러나 여성인력의 이직방지와 유휴인력 활용방안 마련을 위한 정책수단 즉, 육아휴직제, 보육시설 운영 등은 범사회적인 차원에서 해결하여야 할 부분이 적지 않음에 따라 본 연구에서는 의료기관에서 看護師 고용에 따른 人件費가 원가보전에 이르도록 看護關聯 醫療保險酬價를 상향조정, 또는 새로이 책정함으로써 의료기관으로 하여금 看護師 근무여건을 개선할 수 있도록 하였다.

醫師人力 管理에서 대두된 주요 문제는 졸업후 수련교육체계 운영이 획일적인 법규의 적용으로 인하여 효율성이 부족하고 醫學發展과 醫療環境 변화에 따라 적절히 대응하지 못하고 있는 것으로 나타나 급변하는 의료지식과 기술에 탄력적으로 대응하기 위하여 專門醫制度 운영을 민간기구에 이관하여 자율 운영토록 하였다.

齒科醫師와 看護師 人力管理는 그간 30여년간 운영되어 온 醫師人力의 專門醫制度 관리상 대두된 문제를 고려하여 문제점을 도출하여 치과 전문의 관리 제도 수립에 반영하였다. 즉, 치과전문의제도는 良質의 齒科醫師 人力 養成戰略으로써 치과 전공의 수련교육 및 수련기관의 표준화를 위하여 『專門醫의 수련 및 자격인정에 관한 規程의 施行細則』을 마련하며 정부주도의 관리로 제도를 정착한 후 치과전문의 자격 관리의 자율적 운영을 위하여 『大韓齒科醫師協會』내 齒科專門醫制度管理機構의 신설하여 이관하도록 하였다.

이상과 같은 의료인력의 양성·공급 및 인력관리 현황에서 제기된 다양한 문제들과 改善方向 또는 改善方案 등은 전적으로 새로운 내용들은 아니다. 의료인력의 수련교육과 質 제고를 위해 국가의 재정적 보조나 지원 등이 거의 없는 우리나라 의료공급 구조하에서는 대부분의 政策手段이 사회적 분위기나 환경적 여건을 조성하는 간접적이고

권장적 차원에 머무를 수 밖에 없어 그간 변화를 시도하지 못한 사안들 중 정책적으로 추진하여 사회적 가치와 인식을 전환시키는데 보건 의료계에서 일반적으로 공감대가 형성된 기본적인 사항들을 제시하였다. 예컨대, 醫師人力 관리 업무의 경우 專門醫 資格 관련내용은 「大韓醫學會」, 수련기관 지정 및 專攻醫 定員 割當은 「大韓病院協會」, 專門醫 資格試驗은 「大韓醫師協會」, 연수교육은 「大韓醫學協會」, 「大韓醫學會」, 市·道 醫師會 등의 업무로 분산되어 발전적인 변화를 모색하는 데 관련부서간의 상이한 이해관계가 정책추진에 걸림돌이 되어 온 바, 현재의 역할 및 기능에는 변화없이 「大韓醫師協會」 「大韓醫學會」에서 총괄 조정하도록 하였다.

參 考 文 獻

- 고영선, 『의사인력공급정책의 방향』, 한국개발연구원, 1995.
- 교육부, 『교육통계연보』, 1992~1996
- 권순원, 『의료인력 적정규모에 관한 연구』, 한국개발연구원, 1992.
- 권태환·김태헌, 『한국인의 생명표』, 서울대학교 출판부, 1990.
- 김애정, 「독학 간호학사 시험의 현황과 문제점에 대한 조사연구」, 『대한간호』 제36호 제1권, 1997.
- 김선애, 『임상간호원의 이직의사에 영향을 미치는 요인 분석』, 이화여대교육대학원 석사학위 논문, 1985.
- 김수지, 『看護師 이직실태에 관한 연구』, 대한간호협회, 1997.
- 김조자·박지원, 「看護師의 이직결정과 관련요인에 관한 연구」, 『간호학회지』, 1991.
- 김종배·백대일·문혁수, 『구강보건통계학』, 고문사, 1993.
- 김철환, 『의료보험 다빈도 상병과 일차진료의사 특성에 관한 연구』, 서울대 보건대학원 석사학위 논문, 1993.
- 김혜련·조홍준·강소령, 『일차의료의 현황과 발전방향』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 노동부, 『노동통계연보』, 1989~1994.
- 대한간호협회, 『1996년도 간호교육 실태조사』, 1997.

- 대한간호협회, 『대한간호협회 요람』, 1997.
- 대한병원협회, 『중소병원 전문인력 수급에 관한 조사연구』, 1997.
- 대한의사협회, 『전국 회원실태조사 보고서』 1990~1997.
- 대한의학회, 『전문인력 수급 계획 작성을 위한 세미나 결과보고서』, 1993.
- _____, 『졸업 후 의학교육제도 및 전문의제도의 개선에 관한 연구』, 1995
- 대한의학협회, 『졸업 후 의학교육제도 발전을 위한 심포지움』, 1994.
- 대한치과의사협회 내부자료, 1994.
- 문혁수, 치과의사 수급의 적정성에 관한 연구, 『대한구강보건학회지』, 제18권 1호, 1994.
- 박재용, 「개원의의 진료과목 표방 및 진료환자 구성」, 『보건행정학회지』, 제2권 제1호, 1992.
- 백화종·최정수, 『치과의사인력 수요와 공급추계』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 보건복지부, 보건복지통계연보, 1991~1996.
- _____, 『의료보험 요양급여 기준 및 진료수가 기준』, 1995.12
- _____, 「專門醫의 수련 및 資格 認定에 관한 규정」, 보건복지부 고시
- 송건용·최정수·김동규·김태정, 『2010년의 의사인력 수급전망』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 신문청년의사, 『의학교육과 전문의제도의 개혁을 향하여』, 1995.

- 윤종률·문옥륜·허정, 「의원의 특성에 따른 상병진단군의 분포에 관한 연구」, 『보건행정학회지』 제3권 제2호, 1993.
- 이승우, 「한국 전문치과의 제도에 대한 연구」, 『대한치과의사협회지』 제33권 제5호, 1995
- 이형주, 「의사인력 공급 적정화를 위한 인력관리 정책방향」, 『보건복지포럼』 통권 제5호, 한국보건사회연구원, 1997, 2.
- 인제대학교 보건대학원, 『우리나라 의사인력 장기수급에 관한 연구』, 1991.
- 임상간호사회, 『'94년도 사업보고서』, 임상간호사회, 1994.
- _____, 『'96년도 사업보고서』, 임상간호사회, 1996.
- 임성삼·이승중, 「우리나라 근관치료 의료보험수가에 관한 소고」, 『대한치과의사협회지』 제33권 제5호, 1995.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1991~1996.
- 최상옥, 『기혼간호사의 육아실태 및 직장 탁아시설에 관한 연구』, 한양대학교 행정대학원 석사학위논문, 1993.
- 한국보건사회연구원, 『1996년 한국의 보건복지지표』, 1996.
- Curry, J. P., Wakefield. J. L., Price C.W., “Determinant of Turnover among Nursing Department Employee”, *Research in Nursing and Health*, Vol.8, No.2, 1985.
- Netherlands Institute of Primary Health Care, *Health Care and General Practice across Europe*, 1993.
- OECD, *Health Data*, 1993.

Scherher, J. E. et al., "Response to Questions about Family Practice as a Career", *Am. Fam. Physician*, Vol.46, No.1, 1992.

Wall, E. M., "Retraining the Subspecialist for a Primary Care Career: Four Possible Pathways", *Academic Medicine*, Vol.69, No.4, 1994.

WHO, "Physician Supply Modeling in the United States of America and Its Uses in Assisting Policy Making", *World Health Statistics Quarterly* 47, 1994.

World bank, *World Development Report: Investing in Health*, 1993.

附錄：齒科專門醫制度 推進 經緯

- '62. 10. 「국민의료법」에 전문과목 표방 명시규정 마련되어 제1회 치과 전문과목 표방 허가시험을 실시하였으나 응시 대상자가 전원 불참함으로서 시행 불가
- '69. 12. 치과전문의 시험 실시 예정 무기연기(보건사회부)
- '72. 2. 전문의 수련규정(대통령령) 제정
 - 치과의사의 수련병원 기준은 따로 부령으로 정하도록 함.
- '73. 4. 제21차 「대한치과의사협회」 정기대의원 총회에서 치과전문의제도시행 무기연기 결정
- '82. 7. 「전문의의 수련 및 자격인정에 관한 규정」을 개정하여 5개 전문과목 규정
- '89. 1. 치과전문의제도 시행 추진을 위한 관계법규 개정 건의(치과의사협회)
- '89. 12. 치과전문의제도 시행을 위한 시행규칙 개정(안) 입법예고
 - 치과의료계(개업의)의 반대로 추진 보류
- '94. 2. 행정쇄신위원회에서 '95년 상반기중 치과전문의제도 시행의결(치과교정학회등 건의)
- '95. 1. 치과전문과목을 5개에서 10개과목으로 세분화
- '95. 7. 치과전문의제도 시행을 위한 법령개정 건의(치과의사협회)
 - 치과의원 전문과목 표방금지
 - 기존 개원의에 대한 전문의 자격시험 응시요건 명문화등
- '96. 1. 치과전문의제도 시행을 위한 시행규칙 개정(안) 입법예고
 - 치과의료계(개업의)의 반대 : 선행조건 충족후 실시요구
 - 추진 보류