

정책 현안자료 2007-03

보건의료인력 입학정원 자율화 문제점과 정책방향

오 영 호

한국보건사회연구원

【 차 례 】

I. 서론	1
II. 보건의료와 국가개입의 필요성	3
III. 의료인력 정원자율화의 문제점	5
IV. 주요국가의 의료인력 수급정책동향	8
V. 결론	12

1. 서론

- 1997년 교육시장환경의 변화에 따라 대학경쟁력강화를 위한 일환으로 보건의료인력분야 등을 제외한 대학입학정원자율화를 시행함.
 - 대학교육이 보편화되고, 출산율 감소로 인한 대학지원자수 감소, 대학시장의 점진적 개방 등 교육시장환경의 변화가 예상됨에 따라 대학교육경쟁력 향상을 위한 입학정원 자율화를 실시함.
 - 보건의료분야의 경우 의료시장과 의료인력의 특성을 고려하여 의대 및 약대 등 보건의료인력 양성대학은 정원자율화에서 제외되었으며 입학정원은 관계부처와 협의토록 되었음(보건의료인력 입학정원제도 참조).

- 2007년 대학자율화 위원회가 구성되어 보건의료인력 정원자율화방안이 다시 논의되고 있는데, 이런 자율화 움직임은 보건의료시장의 특성을 고려하지 않은 것으로 사료됨.
 - 대학교육 자율화의 일환으로 보건의료인력 정원자율화가 논의되고 있으나, 보건의료서비스 산업의 경우는 일반 산업부문과 달리 정보의 비대칭성 등 고유의 특성 때문에 시장경쟁원리가 작동되지 않는 분야 중의 하나임.
 - 입학정원 자율화는 시장실패를 야기하여 국민의료비 등 사회적인 비용증가, 의학교육의 질 저하 및 사회적인 문제 양상 등 심각한 부작용을 야기할 수 있다는 점이 간과됨.
 - 대부분의 국가에서는 이런 측면을 고려하여 의사를 비롯한 의료인력 공급을 시장경쟁원리에 맡기기 보다는 정부가 직접 적절하게 관리하고 있음.

□ 따라서 본고에서는 보건의료서비스 산업의 특성과 정부개입의 필요성 그리고 의료인력 정원자율화에 따른 문제점을 제시하여 의료인력정원자율화 방안에 대한 반론을 제기하고자 함. 나아가 의료인력의 정원정책을 통한 적정수급을 달성하기 위한 정책방향을 제시하고자 함.

〈 보건의료인력 입학정원제도 현황〉

■ 보건의료관련학과 입학정원 통제 및 관리

※ 보건의료인력의 양성과 관련되는 학과의 입학정원은 교육인적자원부장관이 보건복지부장관과 협의하여 정함(고등교육법시행령 제28조 제3항)

■ 보건의료관련학과의 입학정원 협의 목적 및 대상학과

※ 입학정원 협의목적: 수급적정화를 통한 효율적 인력활용/ 인력의 질적수준 향상을 통한 국민건강권 확보/ 인력과잉공급으로 인한 질적 수준저하 및 불필요한 의료비 증가방지

※ 대상학과: 의사 등 15개 직종(의료법에 의한 의료인 4종, 약사법에 의한 약사 및 한약사, 의료기사 등에 관한 법률에 의한 의료기사 6종, 기타 협의 3종)

■ 보건의료관련학과 입학정원 산정절차

※ 1단계: 보건복지부에서 직종별 입학정원 증원내역을 교육인적자원부에 통보
(보건복지부 ⇒교육인적자원부)

2단계: 양 부처가 협의하여 지역별 순위를 고려한 직종별 정원을 대학에 통보하고 대학별 신청 받음(보건복지부 ⇔ 교육인적자원부 ⇔ 대학)

3단계: 교육인적자원부는 대학별 교육환경 및 혁신개혁 등을 고려하여 직종별 대학별 정원 최종 결정

II. 보건의료와 국가개입의 필요성

□ 시장실패(Market Failure)

- 희소한 의료자원을 어떻게 효율적이고 공정하게 배분하는 방법은 크게 시장경쟁방식(Market Competition Policy)와 정부가 직접 개입하는 방식으로 구분할 수 있음. 시장경쟁방식은 일반적으로 완전경쟁시장의 조건이 충족되는 경우에 채택함.
- 그러나 의료분야는 시장에서 경쟁의 제한, 정보의 비대칭성, 공공재, 외부효과 등의 특징으로 완전경쟁조건을 충족하지 못하고 시장의 실패가 일어나는 대표적인 분야의 하나임.
- 이러한 이유로 시장의 원리가 지배하는 경쟁에 재화나 서비스의 생산, 소비, 분배를 맡길 수 없고 불가피하게 정부는 규제정책과 촉진정책 등으로 개입함. 즉, 정부는 일반적으로 효율성(Efficiency)과 형평성(Equity)을 제고하기 위하여 정치적, 경제적, 법률적 개입을 실행함.

□ 건강권 대두(Health as a Human Right)

- 국가가 제공한 의료서비스도 수혜의 개념이 아니라 국민의 생존권적 기본권의 하나로 대두되어 국가에 대하여 건강한 생활을 침해하지 않도록 요구할 수 있을 뿐만 아니라(소극적 권리), 건강을 유지하도록 국가에 대하여 적극적으로 요구할 수 있는 권리(적극적 권리)로 자리잡게 된 것임.
- 오늘날 국가가 국민의 건강을 유지·증진시키는데 책임을 져야 한다는 데에는 이론의 여지가 없으며, 이제는 단순한 의료의 '제도적 보장'의 개념을 초월하여 '국민의 건강'을 보장하는 개념까지 진전됨.

〈 보건의료서비스 산업의 특성〉

■ 정보의 비대칭성(Asymmetry of Information)

※ 소비자는 자신의 건강상태에 대한 무지, 제공되는 의료서비스의 내용에 대한 무지, 가격정보의 부족, 치료결과에 대한 무지 등 소비자의 무지(Consumer Ignorance)는 다른 시장에 비해 의료시장에 강하게 존재함.

■ 경쟁제한(Restriction of Competition)

※ 의료서비스는 다른 어떤 종류의 서비스보다 제도적으로 경쟁이 제한되어 독과점이 형성되고 있음.

■ 질병과 치료의 불확실성(Uncertainty of Disease and Outcome)

※ 개인적 차원에서 질병과 부상의 현실적 발생가능성을 예측하는 것은 거의 불가능하고, 또한 의료서비스 제공에 대한 명확한 결과를 측정하기가 결코 쉽지 않음.

■ 외부효과(External Effect)

※ 의료서비스 중 예방접종은 정의 외부효과(Positive Externality)의 대표적인 예로서 정부의 정책적 개입이 없으면 과소 소비 또는 과소제공되는 비효율이 발생하게 됨.

■ 그 외 공공재적 성격(Public Goods), 생활필수품으로 의료(Essential Need), 노동집약적인 서비스, 소비적 요소와 투자적 요소의 혼재(Mixture of Consumption and Investment Elements) 등의 특성이 있음.

□ 건강과 의료이용의 형평성 추구

- 형평성은 인류사회가 오랫동안 추구해온 중요한 가치 중의 하나이며, 특히 의료부문에서는 정책의 대상이 사람의 생명이 되는 까닭에 형평성의 문제는 더욱 중요한 공공정책의 관심사가 되어 왔으며, 현대에 와서는 의료를 인간의 기본적인 권리로서 인식하고 있기 때문에 형평성은 의료에 있어 중요한 평가기준이 되고 있음.

III. 의료인력 대학정원자율화의 문제점

□ 의료인력 수급불균형 개선에 장시간 소요

- 보건의료인력 수급불균형은 시장경쟁시스템 하에서는 쉽게 개선되기 어려운 측면이 있으며, 정부의 개입 하에서도 장시간 소요됨.
 - 대부분의 국가에서처럼 우리나라도 보건의료인력을 양성하는 관련학과는 학생들이 가장 선호하는 학과 중의 하나로, 정원 자율화가 시행된다면 당연히 입학정원은 증가하여 공급과잉 현상이 초래될 것임.
 - 시장경쟁원리가 작동되는 산업분야라면 시장경쟁원리에 따라 공급이 줄어들게 되어 어느 시점에서 수급균형상태가 될 것임. 그러나 의료분야는 특성상 시장경쟁원리가 작동되기 어려운 분야로 자연적으로 인력의 수급균형상태가 되기 어려운 측면이 있음.
 - 비록 의료시장에 시장경쟁원리가 작동되더라도 수급이 균형점으로 돌아오는데 적게는 4년(간호사, 의료기사 등의 직종)에서 길게는 11년(의사 등 직종)이상의 시간이 걸릴 것임. 이러한 수급불균형 상태가 지속되는 과정에서 불필요한 국민의료비증가, 교육 질 악화 등과 같은 심각한 문제가 발생됨.

□ 국민의료비 등 사회적 비용증가

- 장기간 의료인력의 공급과잉 또는 공급부족으로 인해 초래되는 문제는 국민의료비부담의 증가와 의료이용의 형평성 문제임.
 - 공급과잉은 공급유인수요(supply induced demand) 및 과다경쟁을 창출하여 국민의료비를 증가시키며, 반면 공급부족은 의료시장의 경쟁과 의료이용의 접근성을 저하시켜 국민들의 의료이용의 불만족과 의료이용의 형평성문제를 발생케 함.

※ 멕시코의 경우, 불필요한 의료인력증가는 국민의료비를 크게 증가시켜 국민경제에 치명적인 영향을 미친 것으로 평가되고 있으며, 독일의 경우도 최근 배출되는 의사공급과잉으로 많은 젊은 독일 의사들이 전공의 바꾸거나 실업상태에서 일자리를 찾지 못하여 해외로 이주하고 있는 실정임.

○ **지원자 감소로 확충된 교육시설의 활용저하로 인한 자원의 낭비를 초래할 수 있음.**

－ 의사 등 의료인력을 양성하는데는 교육시설, 교육장비 등 기초인프라를 구비하고 구축하는데 많은 비용이 소요됨. 그러나 인력공급과잉으로 지원자가 줄어 입학정원이 줄어들게 되면 대학의 재정적인 문제가 발생할 뿐만 아니라 국가적인 측면에서는 자원을 비효율적으로 활용하게 된다는 문제가 있음.

□ **의료인력 양성교육의 질 저하**

○ **수용능력 및 교육의 질 등 교육여건을 도외시한 무분별한 증원은 교육의 질을 저하 시킬 수 있으며, 결국은 국민들에게 그 피해가 돌아가게 되는 악순환의 고리를 밟게 될 것임.**

－ 의사, 한의사, 치과의사 등의 경우는 사회적 지위나 높은 수입 등으로, 간호사, 의료기사 등의 경우는 취업전망이 다른 학과에 비해서 좋기 때문에 보건의료인력 정원자율화는 입학정원을 줄어든게 하기보다는 늘어나게 할 가능성이 높음.

－ 교육여건을 도외시한 무분별한 입학정원은 교육의 질을 저하시키고, 지나친 의료인력의 양산은 우수한 인재를 영입하기 어려우며, 결국은 국민들에게 그 피해가 돌아가는 악순환의 고리를 밟게 될 것임.

□ 대학의 다양성 약화 및 재정문제 심화

- 정원자율화로 인한 지나친 정원 증가경쟁은 대학의 다양성 약화와 재정문제를 심화시킬 수 있으며 이는 결국 교육의 질 저하를 야기함.
 - 일반적으로 정원자율화는 대학간 정원확보를 위한 과열경쟁을 야기하며, 대학간의 과열경쟁은 인기있는 특정 몇 개 학과에 대한 과잉투자와 학교간의 중복투자를 초래하기 쉽고, 각 대학이 학생들에게 인기 있는 몇 개 학과에 편중하여 학생을 증원함으로써 대학교육의 다양성을 약화시킴. 이는 인력수급 불균형에 따른 인력수급체제의 붕괴는 실업문제와 기업체의 구인난을 유발할 수 있음.
 - 학생유치를 위한 대학간의 과열경쟁은 경쟁적인 대학홍보로 막대한 재정을 낭비할 가능성도 있음. 이는 교육의 질 향상을 위한 투자를 축소시켜 교육의 질을 저하시키는 악순환의 구조를 초래하여 오히려 교육의 질을 높이는데 걸림돌이 될 것임.

□ 사회적인 문제양산

- 의료분야의 인력공급과잉은 꼭 필요치 않은 의료를 창출해 내기 위한 탈법, 불법, 비윤리적 행동이 만연해질 수 있는 등 역기능을 발휘할 수 있음.
 - 일반적인 분야에서의 공급과잉은 적자생존의 법칙이 적용되어 무능력자가 자연스럽게 퇴출되지만 의료분야의 경우는 공급유인수요(supply induced demand)현상으로 적자생존의 법칙이 잘 적용되지 않은 분야임.
 - 보건의료인력의 공급과잉은 사회발전에 도움이 되는 순기능 보다는 꼭 필요치 않은 의료를 창출해 내는 역기능을 발휘할 수 있음. 이 경우 탈법, 불법, 비윤리적 행동이 만연해질 수 있으며, 정부의 통제불능상태에 빠질 수도 있으며 이러한 문제를 해소하는데는 상당한 시간이 필요함.

IV. 주요국의 보건의료인력 수급정책동향

□ 주요국의 보건의료인력 수급정책 방향

- 보건의료인력의 공급은 시장경쟁원리인 정원자율화 보다는 정부의 수급계획하에 적정하게 관리되고 있음. 즉, 지속적으로 적정한 규모로 관리하고 지역적인 불균형과 의료인력 취약지 문제를 해소하기 위한 인위적인 정책을 지속적으로 시행해오고 있음.

〈 주요국의 보건의료인력 수급계획의 특징〉

- 최근에는 보건의료인력수급의 중요성이 인식되면서 인력수급을 담당하는 상설기구와 인력수급을 원활하게 실행하기 위해 정보시스템을 개발하는 등 인프라 구축을 하고 있음.
- 대부분의 선진국에서는 의료인력계획을 수(數), 형태, 지역뿐만 아니라 ‘언제’, 어떻게 양성할 것인가와 ‘어떻게 관리 할 것인가’를 포함하는 매우 포괄적인 개념으로 확장되고 있음.
- 보건의료인력의 적정수급과 질 향상 그리고 접근성 및 생산성을 높이기 위한 교육, 훈련, 고용 등의 보건의료인력계획과 개발관련 국가보건전략 기능을 강화해오고 있음.

□ 미국의 의료인력수급정책 동향

- 보건의료인력공급은 시장경쟁원리보다는 적절한 정부의 관리에 의한 적정수급을 목표로 하고 있으며, 의사인력의 적정수급을 위해 미국보건부(DHHS)기준, 의학교육국가자문위원회(COGME)기준, 전문가 기준 등을 사용하고 있음.

※ 보건부(DHHS)는 일반의에 대한 최소한의 의료인력기준 지표를 만들어 적용하고 있음. 이 지표는 의사1인당 담당인구수를 적게는 1500명에서 많게는 3000명까지 적용하여 산출함. 그리고 COGME는 일반의 공급부족을 해소하기 위하여 수련과정으로 진입하는 의사의 수와 분야에 대한 목표를 설정하였음. 즉, 50%의 의사가 1차 진료분야에서 일하고, 나머지 50%는 전문의나 세부전문의 분야에서 일하도록 하는 체계의 국가적 의사인력목표를 제안하였고, “110”정책을 통해 첫째 레지던트 자리를 1993년 졸업생 수보다 10% 많게 제한하여 의사의 공급과잉을 조정하고 있음.

<표> 미국의 의료인력수급 정책동향

연도	수 급 불 균 형		공 급 정 책	
1900 년대	의사 공급 과잉	<ul style="list-style-type: none"> · 서구유럽에 비해 의사수가 4~5배 · 교육수준이 낮으며 수련도 제대로 받지 못한 엄청난 의사가 배출 	공급 감소	<ul style="list-style-type: none"> · 의과대학평가를 통한 입학정원 감축 및 의과대학 폐쇄 · 의대수를 1905년 160개에서 1927년에 80개로, 1944년에는 77개로 감소
1963 ~ 1976년	공급 부족	· 의과대학의 재정적 어려움	공급 확대	· 의학교육의 질향상을 위한 개선 보조금 지급
		· 농촌 및 중소도시 의사부족		· 학자금상환면제 프로그램 도입
		· 의사의 전문화 심화		· 국립의료봉사단 프로그램 도입
				· 지역의료교육센터 설립
				· 가정의학전문의 보조금 제도
1977년 이후	공급 과잉	· 공급확대의 부정적인 효과 인식	공급 축소	<ul style="list-style-type: none"> · 의사부족을 예측하기 위한 의학교육 국가자문위원회 (GMENAC) 발족(1975년) · 정교한 계량적 인력수급모형개발
1980 년대	공급 과잉 예측 (1990~ 2000)	<ul style="list-style-type: none"> · GMENAC에서 1990년에는 7만명 의사과잉 예측 · 2000년에는 14만명의 의사공급 과잉예측 	공급 축소	· 1970년대 도입된 의사공급축진대책 폐지 및 축소
	분포의 문제 제기	· 의사공급추세, 전문의 균형적 양성, 의사의 지역적 분포 문제 제기		<ul style="list-style-type: none"> · 의학교육위원회 설립(COGME) (1986년) · 분포의 문제 분석 및 평가
1990 년대	전문 과목 불균형/ 의사공급 과잉	<ul style="list-style-type: none"> · 전문의 과잉공급과 일반의 부족 · 2020년에는 의사공급과잉 	불균형 해소/ 공급 축소	· 110: 50/50의 정책(수련과정으로 진입하는 의사수와 분야 제한 정책)(1992년)
2000 년대	공급 부족 예측(2020 년)	· 2020년까지 공급이 부족할 것으로 예측	공급 확대	· 입학정원 증가와 일련의 공급 증가 정책 권고

□ 영국의 의료인력수급정책 동향

- 보건의료인력공급은 적정수급을 목표로 하고 있으며, 국가계획 하에 장기적인 관점에서 의사, 간호사, 약사, 심리치료사, 응급관련직원 등 모든 보건의료인력을 통합하는 계획을 수립하여 추진하고 있음.
 - 보건의료인력수급계획에서는 1차, 2차, 3차에 걸쳐 보건의료서비스가 전달되도록 다부문적으로 보건의료인력을 개발하고 있으며, 인력자문단의 경우도 국내, 지역, 지방 등 다차원적으로 구성하고 있음.
- ※ 의료인력수급계획 절차는 장기적 관점에서 영국정부가 의과대학 정원수를 결정하며, 그 다음 영국고등교육재단(Higher Education Funding Council for England: HEFCE)은 의과대학의 지리적 분포를 위한 연간 목표 결정함. 일반의(GP)들의 분포와 등록의 수는 통제되고 1998년 한해 1%정도 증가에 맞춰 결정되지만, 전문의 수는 각 전문인력자문단(Specialty Workforce Advisory: SWAG)의 자문을 토대로 해마다 정부가 결정함.
- ※ 보건의료인력수요(요구)추계는 특정 전공분야에 대한 인구대비 전문의 비율, 의료기술의 변화, Skill Mix의 영향, 서비스 유형 등을 종합적으로 고려하여 이루어짐.

<표> 영국의 의료인력수급 정책동향

연도	수 급 불 균 형		공 급 정 책	
1970 년대	공급과잉	· 의사실업자가 매년 3,000명 정도 추산	공급 감축	· 가정의 연수기간 연장 · 70세 이상 의사정년제 도입 · 입학정원 감축
1980 년대	공급과잉 예측 (1980 ~ 2010년)	· 1980년에서 2010년의 의사증가율 1.1% · 2000년까지 20,400명 증가 예측	공급 감축	· 외국인 의사 및 치과의사 유입 억제

□ 호주의 의료인력수급정책 동향

- 의료인력공급은 시장경쟁원리보다는 적정수급을 목표로 하고 있으며, 의료서비스 수요를 충족시키기 위해 요구되는 의료인력 수를 추계하여 인력정책을 개발하고 인력수, 인력의 구성, 인력의 분포 등을 조정하는 방향으로 나아가고 있음. 또한 의사의 질적수준을 향상시키기 위하여 의사기준유지프로그램(Maintenance of Professional Standards Programe)등을 시행하고 있음.

※ 호주의 보건의료인력계획은 수요를 외생적으로 보아 인력수급정책은 주로 정부가 공급관리를 하는 방향으로 이루어졌으며, 의과대학정원수 및 외국인 의사유입 등 의료인력진입과 같은 공급을 조절하는 정책방향에 초점을 둠.

<표> 호주의 의료인력수급 정책동향

연도	수 급 불 균 형		공 급 정 책	
1960 ~ 1970 년대	공급부족	· 의료수요 증가	공급 확대	· 1991년까지 매년 1,560명 졸업생배출위해 의과대학신설과 입학정원 증원(의과대학위원회, 1973년)
1980 년대	공급과잉	· 공급이 73년추계치보다 크게 증가하여 공급과잉 · 도시지역 일반의 공급과잉	공급 감축/ 모니터링 시스템 구축	· 의료인력심사위원회 상설기구 설립 · 인력을 모니터링 할 수 있는 국가차원의 인력DB시스템 구축
1990 년대	공급과잉	· 의사수 증가에 따른 의료비 지출 증가	공급 감축	· 의료인력데이터 심사위원회 MWDRC)설립(1991년) · 의사인력자료 모니터링 · 의사목표설정(100만명당 의사 200명)(1992년)
	지역간 불균형	· 의사수 증가가 지역간 불균형을 해소하지 못함		
	전문의 수급 불균형	· 특정한 일부 전문적인 서비스 부족 · 도농간 의사인력 수급불균형	불균형완 화정책	· 호주의료인력자문위원회 (AMWAC)설립 · 여자의사 증가, 외국수련의사 유입 정책 · 농촌·벽지 근무의사에 보상책 마련
의사공급 불균형	· 도시 일반의 과잉 · 농촌 일반의 부족			

V. 결 론

□ 보건의료인력공급은 시장경쟁원리에 맡기기보다 정부가 수급을 적정하게 관리해야 함.

- 대학의 창의적 발전을 유도하기 위한 보건의료인력의 입학정원자율화 방안의 추진은 보건의료인력에 대한 대학교육 정원의 수요와 공급도 시장경쟁원리를 적용하여 결정하는 것을 전제로 하지만, 이는 보건의료시장의 특성을 고려하지 않은 것으로 사료됨.
- 보건의료서비스 산업의 경우 일반산업과는 달리 시장경쟁원리가 작동되지 않아 정원자율화는 시장실패를 야기하여 불필요한 국민의료비 증가, 의학교육의 질 저하 및 사회적인 문제 양상 등 심각한 부작용을 야기할 수 있음.
- 대부분의 국가에서는 위와 같은 문제점을 인식하여 의사를 비롯한 의료인력공급을 시장경쟁원리에 맡기기 보다는 정부가 적정규모를 유지하고 그리고 지역적인 불균형과 의료인력 취약지를 해소하기 위한 인위적인 정책을 지속적으로 시행해 오고 있음.

□ 정부가 의료인력 수급적정화를 위한 의료인력 공급관리를 위해서는 정확한 수급추계가 전제되어야 함.

- 정확한 보건의료인력 수급추계를 위해 의료시장의 수요와 공급에 대한 정확한 정보와 지식을 확보해야 함. 이를 위해서는 의료인력 수급계획을 담당하는 상설기구와 보건의료인력 정보시스템 등 인프라를 구축하여야 함.