

## 보건의료 전문 인력 수급실태 분석을 통한 이민정책

안상윤<sup>1</sup>, 김광환<sup>1\*</sup>  
<sup>1</sup>건양대학교 병원관리학과

### The research on directions of immigration policy according to the human resources in health and medical professions

Sang-Yoon Ahn<sup>1</sup> and Kwang-Hwan Kim<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Hospital Management konyang University

**요약** 본 연구는 2007년 대한간호협회 간호정책연구소에서 발간한 간호통계연보를 토대로 하여, 우리나라 보건의료 전문 인력의 수급실태와 그에 따른 문제점을 분석해보고 이를 해결하기 위한 방안의 하나로 외국인 전문 인력의 이민정책의 방향을 제시해보고자 하였다. 연구결과 연도별 보건의료인력 면허등록 현황 중, 간호사 등록현황을 보면 2004년을 제외하고 매년 1,000명 이상씩 더 등록된 것으로 나타났으며, 의사는 2002년에 4,000명 대로 등록된 반면 2004년도에는 750명으로 그 편차가 매우 크게 나타났다. 보건의료는 국민의 건강 및 생명 유지를 통하여 노동력을 담보할 수 있는 기간재이기 때문에 국가는 기본적으로 모든 국민들이 보건의료 서비스를 공급받는데 지장이 없도록 해야 한다는 당위성을 갖는다. 때문에 의료서비스에 대한 접근성이 현저하게 떨어지는 낙후 지역을 중심으로 선진국의 사례를 모범으로 삼아 외국인 보건의료 전문 인력을 유치하여 활용하는 것은 낙후지역 주민들의 삶의 질의 향상시키고 지역적 통합에도 기여할 수 있을 것으로 사료된다.

**Abstract** This research is based upon the nursing statistical data published by the Institute of Nursing Policy in 2007, on behalf of Korea nursing association.

We analyzed the problems on the healthcare human resources supply in Korea. We suggest that a solution is to adopt immigration policy for foreign workforce employment.

The result of the research shows that more than 1,000 nurses are registered every year except for 2004, according to the yearly status of healthcare jobs. The variance of doctors' registration was quite significant. Compared to 750 registrations in 2004, 4000 doctors were registered in 2002. The healthcare accounts for the property of citizens in terms, which represents the health and lives of everyone, so the country must take all measures to supply the healthcare services in need. Focusing on the underdeveloped region where it is difficult to approach the medical services, the foreign workforce could be added into the healthcare profession field. We conclude that employing foreign healthcare professionals will contribute to the improvement of lives in those people living in underdeveloped region, as well as unity of the local community.

**Key Words** : Healthcare, Immigration Policy, License Registration

### 1. 서론

보건의료인이라든 보건의료관계 법령이 정하는 바에 의하여 자격과 면허를 취득하거나 보건의료서비스에 종사하도록 허용된 인력을 의미한다. 이 법에 의하면, 보건의료 인력에는 의료법에 의한 의료인뿐만 아니라 약사법에

의한 약사와 한약사, 의료기사 등에 관한 법률에 의한 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사, 의무기록사, 안경사, 식품위생법에 의한 영양사, 응급의료에 관한 법률에 의한 응급구조사, 장애인복지법에 의한 의지보조기사, 의료법에 근거한 간호조무사 자격시험 및 자격관리규정에 의한 간호조무사 등이

\*교신저자 : 김광환(kkh@konyang.ac.kr)

접수일 09년 05월 19일

수정일 09년 06월 19일

게재확정일 09년 08월 19일

포함된다(문상식, 2006).

보건의료 전문 인력은 한 국가 안에서 인간이 직면한 질병의 위협으로부터 벗어나 건강한 생명을 유지하도록 하는 의료보장을 책임지고 있는 국가 기간인력이라는 점에 있어서 그 중요성이 크다고 하겠다(문상식 외, 2007). 그러나 우리나라에 있어서 보건의료 분야의 인력은 선진국은 물론 경제력이 유사한 다른 나라에 비하여 상대적으로 낮은 양적수준에 머물러 있어 국민보건향상이라는 복지행정의 구현이나 지역 균형발전과 같은 국가운영상의 과제를 충족시키는데 한계를 지니고 있다. 인구 1천명당 활동 의사 수를 볼 때, 한국이 1.6명인데 반하여 일본은 2.0명, 프랑스 3.4명, 미국 2.3명, 독일 3.4명, 캐나다 2.1명, 이탈리아 4.1명 등으로 선진국과 비교하여 상대적으로 낮은 수준이다(OECD, 2005). 간호 인력을 보더라도 우리나라의 간호사 1인당 인구수는 465명인데 반하여, 미국은 123명, 일본 129명, 영국 114명, 캐나다 102명, 프랑스 139명으로 선진국과 유사한 수준의 간호서비스를 보장받기 어려운 실정이다. 특히, 면허의 가동률이 있어서는 60% 수준밖에 되지 않아 실제로 간호사 1인당 인구수는 훨씬 더 증가한다.

보건의료 분야 전문 인력은 국가의 노동력을 온전하게 보장하는 책무를 띠고 있는 것 외, 미래 사회변화에 대비하여 가치 있는 성장 동력으로서 생명과학 관련 분야 등에 있어서 R&D를 통한 신지식의 창출과 활용 및 관리의 주체로서 그 수급이 원활하도록 합리적인 계획과 정책의 수립이 요구된다고 하겠다. 특히, 인구의 고령화, 만성질환자 및 희귀질환자의 증가 등 제반 의료산업의 여건 변화에 따라 기존의 기능을 보완 및 재설정하고 새로운 개념의 보건의료 발전에 적합한 전문 인력의 증원과 장기적 공급전략 역시 국가적으로 중요한 정책과제가 되고 있다.

이러한 문제해결의 접근에 있어서 한국은 보건의료 분야 전문 인력의 공급을 전통적으로 국내 교육기관을 통

해서만 확보하고 있다. 이것은 시대변화에 따라 상승하고 있는 의료소비자의 욕구 및 세계 의료시장의 변화에 대하여 유연하게 대응하는데 요구되는 공평하고 다양한 수준의 전문 인력 배치를 제한하고 있다. 예를 들어, 최근 진료서비스의 질을 높인다는 명목 하에 도입된 간호등급제 여파로 대도시로의 간호사 이동이 연쇄적으로 급격하게 이루어지고 있다. 그 결과 농어촌 지역의 소규모 병의원이나 노인질환자를 돌봐야 할 요양병원 등에서 간호사 수급이 제대로 이루어지지 못하는 등 낙후지역으로 갈수록 의료서비스 수준이 지속적으로 악화되는 상황을 초래하고 있다. 또한 증가하고 있는 이민자들에 대하여 내국인과 동등한 의료서비스를 제공하기 위해서는 동일 문화권의 보건의료 인력이 필요하지만, 선진국처럼 다문화에 대비한 의료체제를 갖추지 못하고 있는 것이 현실이고 이것은 다문화 추세 속에서 사회적 갈등을 일으키는 요인이 되고 있다(Borkowski, 2005).

이와 같은 문제점들은 사회운영의 기본 가정인 공평성에 역행하는 것으로 여러 가지 역기능을 불러올 수 있기 때문에 조속히 시정되어야 할 정책과제가 아닐 수 없다. 정부는 이와 같은 문제들을 극복하기 위해 서둘러 2009 학년도 전국 대학 간호학과 정원을 3,000명 증원하는 조치를 취하는 등 대응에 나서고 있다. 그러나 이러한 정책은 장기간 기다려야 실질적인 효과가 기대되는 방안으로서 당장의 문제를 해결하는 데는 제한적일 수밖에 없다.

이상과 같은 논의를 통하여 본 연구에서는 우리나라 보건의료 인력의 수급실태와 그에 따른 문제점을 분석해 보고 이를 해결하기 위한 방안의 하나로서 외국인 보건의료 전문 인력의 이민정책의 당위성을 제시해보고자 한다. 이것은 그동안 보건의료 분야의 이익집단 간 이해관계의 역학구도 때문에 논의되지 못한 측면이 크기 때문에 우리 사회가 직면해 있는 보건의료 인력 수급이나 재배치 등 공평한 정책수립에 새로운 시사점을 제공해 줄 수 있을 것이다.

[표 1] 연도별 보건의료인력 면허등록 현황

연도별	간호사		의사		치과의사		한의사		약사	
	등록 현황	증가률	등록 현황	증가률	등록 현황	증가률	등록 현황	증가률	등록 현황	증가률
2000년	160,295	-	72,503	-	18,039	-	12,108	-	50,623	-
2001년	170,875	10,580	73,734	1,231	18,580	541	12,794	686	50,774	151
2002년	181,785	10,910	78,162	4,428	19,600	1,020	13,662	868	53,124	2,350
2003년	192,458	10,673	81,248	3,086	20,446	846	14,553	891	54,373	1,249
2004년	202,012	9,554	81,998	750	20,742	296	14,241	-312	53,492	-881
2005년	213,644	11,632	85,369	3,371	21,581	839	15,271	1,030	54,829	1,337

## 2. 연구방법

### 2.1 조사대상 및 방법

본 연구의 조사 대상은 2007년 대한간호협회 간호정책연구소에서 발간된 간호통계연보를 토대로 하여, 이해경(2008), “한국 이민정책의 수렴현상-확대와 포섭의 방향으로”와 송영관(2005), “보건의로서비스시장 개방과 주요 쟁점의 이해”에 관한 연구에 공통으로 포함된 항목을 토대로 하여 OECD(2007)에서 수집한 방법으로 항목을 추출하였다. 추출한 자료의 구체적인 내용은 연도별, 직종별(간호사, 의사, 치과의사, 한의사, 약사), 면허등록상태, 합격률, 직종별 연간 증가인원, 의료기관 종사 실태 등 총 6개 항목이었다.

### 2.2 분석방법

연도별 보건의로인력 면허등록자들의 의료기관 종사자와 기타 종사자들 간에 따라 직종과 관련된 차이 검증은 카이제곱 검정을 실시하였으며, 보건의로인력 면허등록자를 예측하기 위하여 이중지수평활기법을 활용 하였다. 연구에 사용된 모든 자료처리와 분석은 통계소프트웨어 SPSS(ver. 13.0)를 이용하였다.

## 3. 분석결과

### 3.1 연도별 보건의로인력 면허등록 현황

연도별 보건의로인력 면허등록 현황은 [표 1]과 같다. 간호사를 보면 2004년을 제외하고 매년 1,000명 이상씩 등록 되는 것으로 나타났으며, 의사는 2002년에 4,000명대로 등록된 반면 2004년도는 750명이 등록되어 편차가 매우 크게 나타났다.

치과의사는 2002년에는 1,000명대가 등록되었으나, 그 이외의 연도는 800명대 이하로 등록 되었으며, 한의사와 약사는 각각 2002년도에는 많은 숫자가 증가된 반면 2004년도는 감소되는 결과를 보였다.

### 3.2 연도별 보건의로인력 증가(합격자)와 국가 시험 합격률

연도별 보건의로인력 증가(합격자)와 국가시험 합격률은 [표2]와 같다. 간호사를 보면, 2005년을 제외한 모든 연도에서 85%대 이상의 합격률을 보였으며, 의사는 모든 2001년도와 2003년도를 제외한 모든 연도에서 90% 이상의 합격률을 보였다.

치과의사는 2000년도와 2002년도 그리고 2003년도에 각각 70%대의 합격률을 보인반면, 2001년도와 2004년도 그리고 2005년도에는 80%대 이상의 합격률을 보였다.

[표 2] 연도별 보건의로인력 증가(합격자)와 국가시험 합격률

연도별	간호사		의사		치과의사		한의사		약사	
	증가 인원	합격률	증가 인원	합격률	증가 인원	합격률	증가 인원	합격률	증가 인원	합격률
2000년	10,232	89.0	2,961	94.0	753	70.0	816	97.0	1,424	75.0
2001년	10,542	88.1	3,262	85.7	844	80.0	714	96.1	1,239	82.4
2002년	10,924	89.1	3,578	92.6	785	77.9	894	98.5	1,260	85.5
2003년	10,674	89.8	3,647	86.6	841	77.7	1,113	90.5	1,253	85.6
2004년	10,831	90.1	3,881	96.9	898	82.7	893	95.5	1,333	86.4
2005년	11,643	83.8	3,618	93.2	83.9	80.4	906	94.3	1,303	82.4

[표 3] 연도별 간호사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

연도별	의료기관 종사자	기타 종사자	합 계	단위 : N( % )	
				$\chi^2$	p-value
				395.187	0.000
2000년	52,517(32.8)	107,778(67.2)	160,295(100.0)		
2001년	59,607(34.9)	111,245(65.1)	170,852(100.0)		
2002년	64,694(35.6)	117,091(64.4)	181,785(100.0)		
2003년	66,834(34.7)	125,624(65.3)	192,458(100.0)		
2004년	68,986(34.1)	133,026(65.9)	202,012(100.0)		
2005년	71,737(33.6)	141,907(66.4)	213,644(100.0)		

한의사는 모든 연도에서 90%대 이상의 합격률을 보였으며, 약사는 2000년도를 제외한 모든 연도에서 80%대 이상의 합격률을 보였다.

### 3.3 직종별 면허등록자의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

#### 3.3.1 연도별 간호사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

연도별 간호사의 의료기관 종사자 및 기타 종사자 실태는 [표3]과 같다. 의료기관 종사자를 보면, 2002년도에 35.6%로 가장 높았으며, 2001년도 34.9%, 2003년도 34.7% 순 이었고, 2000년도에 32.8%로 가장 낮은 분포를 보였으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

#### 3.3.2 연도별 의사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

연도별 의사의 의료기관 종사자 및 기타 종사자 실태는 [표 4]와 같다. 의료기관 종사자는 2003년도에 41.3%로 가장 높았으며, 2001년도 40.6%, 2002년도 40.3% 순 이었고, 2000년도에 38.4%로 가장 낮은 분포를 보였으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

#### 3.3.3 연도별 치과의사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

연도별 치과의사의 의료기관 종사자 및 기타 종사자 실태는 [표 5]와 같다. 의료기관 종사자를 보면, 2002년도

가 12.0%로 가장 높았고, 2002년도 11.4%, 이외의 연도에서는 11% 대로 나타났다. 연도별 치과의사의 의료기관 종사자와 기타 종사자간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.05).

#### 3.3.4 연도별 한의사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

연도별 한의사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태는 [표6]과 같다. 의료기관 종사자를 보면, 2001년도가 10.8%로 가장 높았으며, 2003년도 9.4%, 2000년도 9.3% 순 이었고, 2005년도에 7.9%로 가장 낮은 분포를 보였으며, 연도별 한의사의 의료기관 종사자와 기타 종사자간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

#### 3.3.5 연도별 약사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

연도별 약사의 의료기관 종사자 및 기타 종사자 실태는 [표 7]과 같다. 의료기관 종사자를 보면, 2005년도에 5.0%로 가장 높았으며, 2004년도와 2001년도에 각각 4.9%, 2002년도 4.8% 순이었고, 2000년도에 4.4%로 가장 낮은 분포를 보였으며, 연도별 약사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

### 3.4 보건의료인력 면허등록 예측도

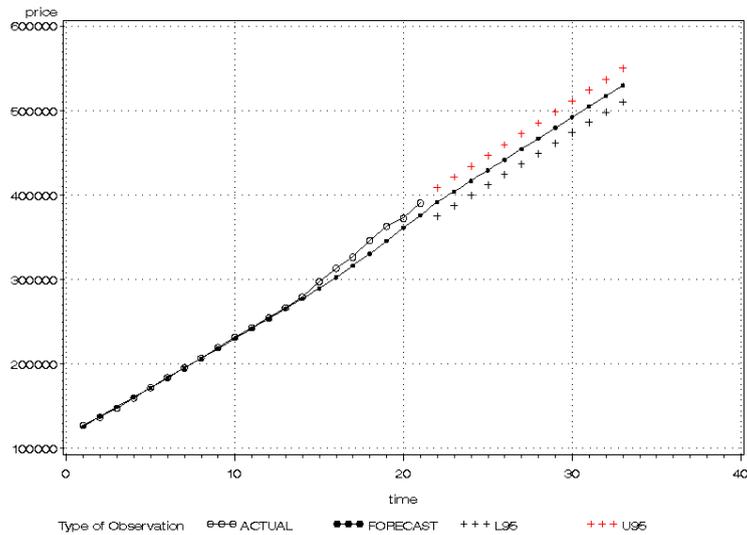
보건의료 전문 인력의 면허등록 예측도는 [그림 1]과 같다. 연도별 보건의료인력 면허등록실태를 예측하기 위

[표 4] 연도별 의사의 의료기관 종사자 및 기타 종사자 실태 단위 : N( % )

연도별	의료기관 종사자	기타 종사자	합 계	$\chi^2$	p-value
				180.303	0.000
2000년	27,842(38.4)	44,661(61.6)	72,503(100.0)		
2001년	29,971(40.6)	43,763(59.4)	73,734(100.0)		
2002년	31,532(40.3)	46,630(59.7)	78,162(100.0)		
2003년	33,564(41.3)	47,684(58.7)	81,248(100.0)		
2004년	32,361(39.5)	49,637(60.5)	81,998(100.0)		
2005년	33,508(39.3)	51,861(60.1)	85,369(100.0)		

[표 5] 연도별 치과의사의 의료기관 종사자 및 기타 종사자 실태 단위 : N( % )

연도별	의료기관 종사자	기타 종사자	합 계	$\chi^2$	p-value
				11.628	0.039
2000년	2,165(12.0)	15,874(88.0)	18,039(100.0)		
2001년	2,061(11.1)	16,519(88.9)	18,580(100.0)		
2002년	2,233(11.4)	17,367(88.6)	19,600(100.0)		
2003년	2,289(11.2)	18,157(88.8)	20,446(100.0)		
2004년	2,315(11.2)	18,427(88.8)	20,742(100.0)		
2005년	2,387(11.1)	19,194(88.9)	21,581(100.0)		



[그림 5] 보건의료인력 면허등록 예측 추이도

하여 이중지수 평활기법을 이용한 시계열 회귀분석을 실시한 결과  $Adj-R^2=0.9945$ 로 모형이 잘 구성됨을 알 수 있었다(이덕기, 1999). 그러나 정용찬 등(1999)은 사회현상을 관측하여 얻은 자료들의 오차분포는 정규분포를 따르지 않을 수 있고, 또 예측방법으로 시계열모형을 이용할 경우 규칙적인 패턴을 찾기 위해서는 관측된 자료보다 더 많은 자료를 필요로 하는 경우도 있다고 하였다. 본 자료 또한 관측 자료가 적은 제한점이 있다. 분석결과, 2006년 391,778명에서 2011년도에는 454,695명으로 매년 전체 면허등록 인원의 약 3%씩 증가하는 것으로 예측되었다.

2004년을 기준으로 미국 내에서 활동하고 있는 외국인 의사 수는 [표8] 과 같이 185,234명이다. 이들 의사들의 출신 국가는 모두 127개국에 이른다. 미국 전체의 의사 수가 79만여 명이기 때문에 자국 내에서 활동하는 의사들 4명 중 1명이 외국인인 셈이다. 미국이 이와 같이 고도의 비상업적인 분야에서 외국인 전문 인력을 많이 확보하고 있는 것은 전통적인 이민국가로서 대량의 정주 이민을 받아들일 수 있는 역사적 전통성을 가지고 있기 때문이다(이혜경, 2008). 연간 미국에 레지던트로 취업하는 외국인 의료 인력의 숫자는 5천명에 달하고 있고, 내과의 경우에는 외국인 의사 비율이 50%를 넘어섰다. 미국은 외국인 의사들에 대하여 다시 일정 기간 소정의 교육을 이수하도록 강제하고 있다. 그럼에도 불구하고 많은 외국인 의사들이 미국의 의사 교육 환경이 우수하고 직업 환경이 상대적으로 양호하다는 이유 때문에 미국의 의료시장으로 진출하고 있다.

## 4. 외국의 보건의료 전문 인력 이민 사례

### 4.1 미국의 사례

[표 6] 연도별 한의사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태 단위 : N(%)

연도별	의료기관 종사자	기타 종사자	합 계	$\chi^2$	p-value
				101.601	0.000
2000년	1,130( 9.3)	10,978(90.7)	12,108(100.0)		
2001년	1,385(10.8)	11,409(89.2)	12,794(100.0)		
2002년	1,134( 8.3)	12,528(91.7)	13,662(100.0)		
2003년	1,366( 9.4)	13,187(90.6)	14,553(100.0)		
2004년	1,172( 8.1)	13,249(91.9)	14,421(100.0)		
2005년	1,203( 7.9)	14,068(92.1)	15,271(100.0)		

【표 7】 연도별 약사의 의료기관 종사자와 기타 종사자 실태

단위 : N( % )

연도별	의료기관 종사자	기타 종사자	합 계	$\chi^2$	p-value
				22.049	0.001
2000년	2,250( 4.4)	48,373(95.6)	50,623(100.0)		
2001년	2,487( 4.9)	48,287(95.1)	50,774(100.0)		
2002년	2,524( 4.8)	50,600(95.2)	53,124(100.0)		
2003년	2,541( 4.7)	51,832(95.3)	54,373(100.0)		
2004년	2,611( 4.9)	50,881(95.1)	53,492(100.0)		
2005년	2,736( 5.0)	52,093(95.0)	54,829(100.0)		

【표 7】 연도별 보건의료인력 면허등록 예측도

연도별	실제 보건 의료인력	예측된 면허등록 보건의료인력		
		예측된 인력	최소 95%	최대 95%
2003년	363073	355,984		
2004년	372665	371,704		
2005년	390694	386,319		
2006년	-	391,778	374,853	408,702
2007년	-	404,361	387,255	421,466
2008년	-	416,944	399,642	434,246
2009년	-	429,528	412,014	447,041
2010년	-	442,111	424,371	459,851
2011년	-	454,695	436,713	472,676

Model( F Value 2339.79, p<0.001), Adj-R<sup>2</sup>=0.9945

【표 8】 미국 내 외국인 의사의 국적별 인원 수

국가	인원 수(명)	비율
인도	44,585	24.0
필리핀	19,656	10.6
멕시코	12,448	6.7
파키스탄	10,689	5.7
도미니카	7,147	3.8
러시아	5,343	2.9
그라나다	5,196	2.8
이집트	4,884	2.6
이탈리아	4,775	2.5
한국	4,676	2.5
계	185,234	100

미국 내 외국인 의사들 중 인도인이 4만5천여 명으로 가장 많은 25%를 차지하고 있으며, 다음으로 필리핀 출신이 2만여 명으로 11%를 차지하고 있다. 한국인 의사는 약 5천여 명이 활동하고 있다.

또한, 미국 내에서 활동하고 있는 간호사 수는 총 2백7십5만 여명에 이르고 있다. 외국인이 미국에서 간호사가 되기 위해서는 첫째는 자국의 간호사 면허를 소지해야 하며, 둘째는 외국 간호학과를 졸업한 간호사에게만 시행되는 예비시험인 CGFNS(The Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools) 시험을 합격해야 해야 한다.

그리고 셋째는 NCLEX-RN(간호조무사의 경우 NCLEX-PN)을 통과해야 한다. 이 같은 복잡한 과정에도 불구하고 미국 내 외국인 간호사 수는 30만 명 정도로 전체 간호 인력의 약 11%를 차지하고 있다. 미국 정부의 발표에 따르면, 2020년에는 약 81만 명의 간호 인력이 부족할 것으로 예상되고 있다(김정곤, 2006). 이에 따라 미국으로의 간호사 유입은 앞으로도 지속될 것으로 예상된다. 그러나 다급한 상황 때문에 미국은 보완책으로 다중 기능 보건의료 전문 인력을 양성하여 낙후지역에 배치하고 있다(Shortell & Kaluzny, 2006).

## 4.2 캐나다의 사례

보건의료 분야에 종사하는 전문 인력의 캐나다에 대한 이민은 그동안 비교적 간편했으나 증가하는 외국 인력 때문에 규제가 강화되고 있다. 예를 들어, 약사의 경우 직업 점수가 높아 그동안 자연인의 자격으로 캐나다로 이민하는 것이 쉬웠으나 규정의 변경이 예고되어 있다. 지금까지 유지되어 온 직업에 대한 점수의 차별은 없어지고 어떤 직업이든지 4년 이상의 경력을 충족시키면 동일한 점수를 받도록 했다. 대부분의 의료직종에서 석사 이상의 학위를 소지하거나 일정한 수준의 영어 능력을 검증받아야 한다.

의사나 치과 의사의 경우에도 캐나다로의 투자이민이 까다로워지고 있다. 현재 자신의 국가에서 개업의로 활동하고 있고, 경영능력이 있으며 일정 수준의 자산 능력이 증명되면 이민 자격이 부여된다. 하지만, 캐나다 내에서 의료 활동을 수행하기 위해서는 사전 자격시험으로 MCCEE를 통과해야 한다. 이것은 세 가지 부분으로 이루어져 있는데, 의사들은 우선 이 시험에 합격을 하고 언어 능력시험을 취득해야 한다. 다음으로 가정의과목이나 전문의과목 중 하나의 과정을 마치도록 되어 있으며, 이 과정이 끝나면 의사면허시험을 거쳐 개업의로 활동할 수 있다. 이런 까다로운 과정에도 불구하고, 2006년 현재 캐나다에서 활동하는 외국인 의사 수는 약 2,500명에 이르고 있다. 외국에서 한 해 동안 의사자격을 가지고 캐나다로 이민을 신청하는 인원은 약 100~150명 정도이다.

## 5. 결론

우리나라에서 보건의료 전문 인력은 1985년 이후 의료시설의 증가와 함께 완만한 상승세를 보이던 것이 2000년 이후에는 급격한 상승세를 보이고 있다. 의사의 경우 1985년에 29,596명이던 것이 2009년도에는 10만 명을 넘어섰다. 그러나 이와 같은 증가에도 불구하고 의료 수급체계상 의사 1인당 1일 진료 환자수를 39.8명의 고위 추계로 적용할 경우 2020년까지 매년 1만여 명의 의사가 부족할 것으로 파악되고 있다(청년지사, 2008. 11. 10.). 일각에서는 의료 인력의 저위추계 및 중위추계 시 향후 의료 인력의 수급에 문제가 없다는 진단도 있다. 그러나 앞으로 우리 사회에서도 의료서비스의 제공에 있어서 고위추계가 적용되어야 할 것이다. 그 이유는 국가의 경제력 향상에 따른 국민생활 수준의 향상, 국민의 주체 의식과 소비자로서의 주권 의식 등의 발달이 예상되고, 현재와 같은 '1시간 대기 3분 진료' 방식으로는 높아지는 환자의

욕구를 충족시키기가 어렵기 때문이다.

한편, 치과 의사 숫자는 1985년 5,436명에서 2005년 현재 20,930명으로, 그리고 한의사는 3,015명에서 15,350명으로 증가했다. 의료가사 인력도 매년 증가하여 1985년과 비교하여 임상병리사는 3.5배, 방사선사는 4.2배, 물리치료사는 6.3배가 증가했다(보건복지부, 2006). 2008년 현재 우리나라에서 의료보건산업 분야에 종사하는 총 인구는 4십만 명에 이르고 있다. 이와 함께 2008년 현재 전체 의료가사 수는 2만2천여 개에 달하고 있고, 병상 수는 3십5만개를 넘어섰다. 이러한 양적 증가에도 불구하고, 의사 수나 간호 인력이 선진국과 비교하여 상대적으로 낮은 수준에 있어 의료서비스의 공평성과 질적인 측면을 보장받기 어렵다.

2008년 현재 우리나라 의과대학 입학정원은 41개 대학에서 연간 3천여 명, 전문대학을 포함한 간호대학의 입학정원은 1만 명 수준이다. 최근 정부의 적극 개입으로 간호대학의 입학정원은 약간 증가했다. 그러나 의과대학의 입학정원은 일부 의과대학의 전문대학원으로서의 전환, 의사협회의 요청에 의한 정원 감축 등으로 향후 2~3년 안에 선진국 수준의 의료 인력을 보충하기에는 역부족이 아닐 수 없다. 때문에 지금의 의료인력 숫자로는 높아진 국민의 의료서비스에 대한 욕구를 충족시키기 어렵고, 보건의료 서비스의 질을 가능하는데 있어서 중요한 기준이 되는 접근성의 문제, 즉 지역 간 불균형을 해소할 방안을 찾기도 어렵다. 그럼에도 불구하고, 보건의료 인력은 갈수록 서울을 비롯한 대도시로 집중되고 있어 농어촌 및 낙후 지역에서는 의료서비스의 공백상태가 초래되고 있는 실정이다. 이러한 문제점들은 오늘날 모든 경제 분야에 있어서 높은 서비스 수준을 요구하고 있는 소비자의 욕구를 충족시키지 못하는 원인이 되고 있으며, 정부의 의료정책에 대한 국민들의 신뢰를 높이는 데도 한계가 있을 수밖에 없다.

때문에 한국이 선진국으로 도약하고 있는 과정에서 보완해야 할 중요한 과제 중의 하나는 단연 보건의료 인력의 배치에 있어서 지역 간 불균형을 해소하는 것이다. 보건의료는 국민의 건강 및 생명 유지를 담보할 수 있는 중요한 기간재이기 때문에 정부는 기본적으로 모든 국민들이 보건의료 서비스를 공급받는데 지장이 없도록 기능해야 하는 것은 당연하다. 그러나 현재 우리나라의 의료 및 보건 인력의 분포를 보면, 한마디로 서울과 대도시 지역 편중으로 집약할 수 있다. 인구 10만 명당 활동 의사 수는 국내 평균이 148.6명인데 반하여 서울이 205.5명으로 큰 격차를 보이고 있다. 사회 통합을 위해서도 이와 같은 문제의 해결은 시급하다고 해야 할 것이며, 해외 보건의료 인력 유입의 당위성이 주어진다.

해의 보건 의료 전문 인력 유입의 당위성은 우선, 국제적인 추세에서 그 근거를 찾을 수 있다. 전 세계적으로 의사와 간호사 등 주요 의료서비스 인력을 국제적으로 송출하고 있는 나라는 카리브해 연안국가, 필리핀, 남아프리카, 방글라데시, 인도, 동유럽, 캐나다 등으로 이들 국가는 선진국에 대한 의료보건 전문 인력의 주요 공급처이다. 이들 의료보건 전문 인력을 수입하는 주요 국가는 미국, 영국, 호주, 캐나다, 노르웨이 등이다. 영국, 폴란드, 미국, 캐나다, 중국, 호주, 뉴질랜드 등의 나라는 외국인에게 영리 목적의 의료기관 개설도 허용하고 있다(송영관, 2005). 2000년 이후 외국인 의사를 활용하고 있는 분포를 보면, 뉴질랜드 34.5%, 영국 30%, 미국 26.4%이며 프랑스는 3%로 비교적 낮다. 이들 선진국들은 인구가 고령화되어 있고 국내적으로 의료 인력의 공급이 부족하다는 공통점을 지니고 있다.

우리나라는 전 세계적으로 10위권의 경제력 수준에 도달해있다. 그러나 국민들의 건강을 보장하기 위한 보건 복지 정책의 시행에 있어서는 지역 간 불균형과 일부 필수 인력의 절대 부족으로 인하여 파생되는 다양한 사회적 문제에 직면하고 있다. 그것은 보건 의료 인력의 과도한 서울 및 대도시 집중과 의사 및 간호사 등 일부 의료 보건 인력의 절대 수의 부족, 그로 인한 낙후지역의 의료 서비스에 대한 소외, 대형병원에 대한 의료보건 인력의 과도한 집중으로 인한 중소병원의 경영난 및 노인과 저소득 계층의 의료서비스에 대한 접근성 저하 등의 문제이다. 이와 같은 문제는 지역 간 균형발전을 통한 국민통합과 선진국을 향해 나아가는 과정에서 반드시 극복되어야 할 당위성을 갖는다.

특히 주목할 것은, WTO 및 FTA 체제 하에서 세계의 모든 산업분야가 하나의 시장으로 통합되고 있는 상황에 도달하고 있다. 한국도 아시아 지역의 개발도상국들로부터 각종 목적으로 1백만 명이 넘는 이민자들을 받아들이고 있는 것이 현실이다. 이들의 건강권을 보장하기 위한 인본주의적 차원에서의 접근이 요구되는 시점이라고 하겠다. 때문에 의료서비스에 대한 접근성이 현저하게 떨어지는 낙후 지역을 중심으로 선진국의 사례를 모범으로 삼아 외국인 보건 의료 전문 인력을 유치하여 활용하는 것은 보건 의료서비스의 사각지대가 되고 있는 낙후지역 주민들의 삶의 질을 향상시키고 지역적 통합에도 기여할 수 있을 것이다.

### 참 고 문 헌

[1] 김정근(2006)의료인력 자격 상호인정을 위한 정책방향;

한미 면허관리체계를 중심으로, 대외경제정책연구원.  
 [2] 대한간호협회 정책연구소(2007), 간호통계연보.  
 [3] 문상식(2006), 보건행정학, 보문각.  
 [4] 문상식 외(2007), 병원경영학, 서울 : 보문각, p. 13.  
 [5] 병원신문, 2008. 4. 10일자.  
 [6] 보건복지부(2006), 보건복지통계연보, 1985-2005.  
 [7] 송영관(2005), “보건의료서비스시장 개방과 주요 쟁점의 이해”. 오늘의 세계경제, 제05-16호.  
 [8] 송정국(2004), *Human Resources for Health: overcoming the crisis*, Lancet, 364, pp.1984-1990.  
 [9] 이규홍(2005), 우리나라 이민정책의 개선방향, 법조 Vol. 580, pp. 217-254.  
 [10] 이덕기(1999), 예측방법의 이해, SPSS 아카데미 교재 시리즈.  
 [11] 이해경(2008), “한국 이민정책의 수렴현상-확대와 포섭의 방향으로”, 한국사회학, 제42집2호, pp. 104-137.  
 [12] 정영호, 고숙자(2005), “WTO/DDA 보건의료서비스부문의 협상쟁점 및 영향력 고찰”, 국제지역연구, 제9권 제2호, pp 108-139.  
 [13] 정용찬, 정병철, 김기환, 강현철(1999), 시계열자료분석의 첫걸음. 정일출판사.  
 [14] 청년의사, 2008. 11. 10일자, 12면.  
 [15] 최인길, 남은우, 권경희, 박영달(1996), 의료시장 개방에 따른 의료서비스 경쟁력 강화방안, 한국보건사회연구원.  
 [16] AMA(American Medical Association) 2006.  
 [17] OECD(2007), Health Data 2005.  
 [18] Nancy Borkowski(2005), *Organizational Behavior in Health Care*, Jones and Bartlett, pp.16-18.  
 [19] Stephen M. Shortell & Arnold D. Kaluzny(2006), *Hospital Management; Organization Design and Behavior*, 5th ed., Thomson, pp. 220-221.

### 안 상 윤(Sang-Yoon Ahn)

[정회원]



- 1999년 2월 : 충남대학교 경영학 박사
- 1987년 4월 ~ 2000년 12월 : 충남대학교 기획연구실
- 2001년 1월 ~ 2002년 3월 : (주)LBM 생명과학 사업본부장
- 2002년 9월 ~ 2009년 현재 : 건양대학교 부교수

<관심분야>

병원인사조직관리, 산학홍보마케팅, 리더십, 노사관계관리

김 광 환(Kwang-Hwan Kim)

[정회원]



- 2001년 2월 : 계명대학교 보건학 박사
- 2006년 3월 ~ 현재 : 건양대학교병원 의무기록실장
- 2006년 3월 ~ 현재 : 건양대학교 조교수

<관심분야>

의무기록정보, 보건관리, 병원관리