
해외출장 보고서

- 제1차 OECD 보건통계 작업반 회의 -

【국외출장 결과보고서】

- 출 장 자: 신정우 연구위원
- 출장기간: 2018.10.9. ~ 2018.10.14.
- 출장목적: 제1차 OECD 보건통계 작업반 회의 참석
- 방문기관: OECD본부 (프랑스 파리)
- 참 석 자: OECD 회원국, 핵심파트너국, WHO, EUROSTAT 등
- 개 요:
 - 이번 회의는 보건통계와 관련된 두 개의 전문가 회의체(보건계정, 보건데이터)가 결합되어 하나의 작업반(Working Party)으로 승격된 이후 처음 실시되는 것으로, 통계의 정책적 활용성을 강화하는 것이 회의의 주안점이 됨
 - OECD, WHO, ILO는 보건의료 인력의 국가 간 이동에 관한 정보인프라를 강화하고 있는 가운데, 이에 관한 워크숍을 합동으로 개최함
 - 1차 의료비용 산출에 있어서의 문제점과 집계 결과에 대한 사례 발표를 함 (2018.10.11.)

1. 보건통계 작업반 회의

□ 보건통계 분야의 현재와 미래 활동 점검

○ 사무국 보고

- 최근 '환자의 치료결과에 대한 측정(PROMs)'과 '환자의 의료이용 경험에 대한 측정(PREMs)'과 같이 환자 스스로가 직접 보고하는 지표가 점차 중요해지고 있는바, 사무국은 올해 새로운 작업반(WP-PARIS)을 조직할 것을 공론화함
 - 지표 측정의 역사를 살펴보면, 사망→질병→장애→웰빙(well-being)으로 측정 대상이 점차 변화되어 온 바, 사무국은 특정 수술뿐만 아니라 만성질환에 대한 PROMs를 확인하고자 계획함
 - 새롭게 구성될 작업반(WP-PARIS)의 첫 모임은 11월 7일로 예정됨
- 사무국은 2018년에 발간된 의료제도 검토 보고서, 보건의료정책 검토 보고서를 소개하고, 발간을 앞두고 있는 한눈에 보는 보건지표(유럽지역, 서태평양지역), 항생제 내성 연구보고서, 의약품 정책 연구보고서를 소개함

□ 보건통계 작업반의 목적과 활동 소개

○ 사무국 보고

- 새롭게 조직된 보건통계 작업반의 역할, 목적, 활동을 소개하며, 향후 다른 작업반(HCQO), 전문가 그룹(예방의 경제, 의약품 및 의료기기)과의 협력 증대를 강조함
 - 한편, 사무국은 다른 작업반과의 협력을 위해 의장단(Bureau)의 역할을 강화하되, 의장단의 업무 부담을 줄일 수 있는 방안을 마련할 계획임을 밝힘
 - OECD의 새로운 대화(communication) 플랫폼인 O.N.E을 통해 모든 문서가 공유될 것임
- 다음 세 가지 영역에 있어서 균형 있는 접근을 강조함
 - 투입(기술적, 방법론적 측면)과 결과(정책, 적용)
 - 의료비용과 비금전적 요인
 - 국가의 경험과 국제 가이드라인

○ 주요 논의

- 한국은 작업반 간의 협력을 강화하기 위해서는 회의 일정을 연이어 계획할 것을 제안함
- 호주, 벨기에는 두 개의 전문가 회의체가 하나의 작업반으로 통합된 것을 지지하며, 다른 작업반과의 관계가 중요함을 언급함
- 핀란드는 데이터 수집에 관한 논의를 회의 일정의 후반부에 배정한 것을 불편하게 생각하며, 이러한 조치로 데이터 수집에 대한 관심이 저하될 수 있음을 지적함

□ OECD 보건통계에 대한 미래 전략

○ 사무국 보고

- 데이터의 수집과 확산에 대한 OECD의 정책 방향을 소개함
 - 데이터 환경의 변화, 행정데이터의 확대, 통계청의 역할, 최근의 혁신 등을 배경으로 데이터 관리에 관한 OECD의 전략을 수립함
 - 최근 머신러닝(machine learning)이 많이 등장하고 있는 가운데, 데이터 수집 방법의 변화가 필요함
- WP-HCQO가 현재 진행 중인 '결과 지표의 검토, 수집, 확산 계획'에 대해서 소개함
 - 지표 수집 방법 변화는 데이터의 국제 비교 가능성을 강화하고, 자료 제출에 대한 회원국의 부담을 줄이는 등의 장점이 있는 반면, 투입 자료원의 상태, 분석 프로그램(SAS)의 사용 능력, 기존 결과와의 차이 등의 관점에서 해결 과제를 남김

○ 주요 논의

- 캐나다의 데이터 관리 전략(한 번에 모으고, 많이 사용)과 관리 계획의 소개가 이루어짐. 캐나다는 다양한 수요에 대응하기 위해서 시각화 자료, 간편보기(Quick view), 분석 툴 등을 제공함
- 호주는 자료의 수집과 분석을 영역에 따라 3개 기관이 각각 수행하고 있지만, 데이터의 활용 가치를 높이기 위해서 데이터 간 연계를 구상함. 또, 데이터 연계를 비롯하여 의무기록(medical record)의 전자화, 보건과 복지 부문의 교차, 데이터 공유 등 새로운 분야에 집중하고 있으며, 자료의 수집, 확산, 분석 전략을 구상 중에 있음

□ 재정적 접근성의 측정 (의료 접근성 지표 1)

○ 사무국 보고

- 가계직접부담(OOP)은 의료의 접근성을 대리하는 변수로 활용할 수 있는바, 이 정보의 정확성을 높이기 위한 노력이 필요함을 강조함
 - 가계직접부담은 자료의 신뢰성 문제, 정책에 미치는 영향력의 관점에서 중요함
 - 보건계정 분류체계 상, 가계직접부담을 법정본인부담과 비급여본인부담으로 구분할 수 있는 국가는 현재 12개 밖에 되지 않음
 - 가계직접부담은 하향식, 상향식, 잔차 방식, 복합 방식에 의해서 구축이 가능한 가운데, 대부분의 국가가 하향식과 상향식에 따라 값을 산출하고 있음
- WHO는 재정보호(financial protection) 정보의 수집과 분석에 관한 WHO의 작업을 소개하고, 가계직접부담 정보의 중요성에 대해서 언급함
 - 가계직접부담 정보는 정책적 활용 측면에서 중요하므로, 공급자별, 기능별로 세분화할 수 있어야 함
 - 미충족 의료(unmet need)나 재정곤란(financial hardship) 문제는 가계직접부담 정보를 통해 확인할 수 있음

○ 주요 논의

- 네덜란드는 가계직접부담을 추계하기 위해서 여러 가지 방법을 복합적으로 사용하고 있음
- 슬로베니아는 95%의 국민이 민영보험에 가입하고 있어서 가계직접부담을 확인하기 어려운 상황이며, 영국은 가계직접부담을 세부적으로 구분하기 어려운 상황임
- 한국은 가계직접부담의 하위 구분이 중요하다는 점을 강조함. 법정본인부담과 비급여본인부담은 가격 설정에 있어서 정부의 개입 가능성에 차이가 있으며, 보편적 의료보장(UHC)의 달성 전략을 마련하기 위해서는 가계직접부담의 구분된 정보를 갖추어야 함을 언급함
- 네덜란드, 벨기에는 정책적인 면에서 가계직접부담 자료의 중요성을 지지함

□ 의료 접근의 형평성과 미충족 의료 (의료 접근성 지표 2)

○ 사무국 보고

- EU는 형평성과 접근성을 살펴보기 위해서 필수 의료서비스에 대한 보장 수준을 확인해야 하며(SDG 3.8.1), 미충족 의료(unmet needs)를 측정해야 한다고 주장함
 - 자료의 타당성, 포괄 범위, 측정 방법 등에 있어서 unmet needs 지표의 한계를 인지하고 있음
 - 이에 대한 대안으로 자가 보고, 회피 가능한 사망(avoidable mortality)과 같은 지표를 측정할 수 있음
- WHO는 의료서비스에 대한 접근과 보장 수준을 추적 관찰하기 위하여 service coverage index(100개 핵심 지표 기반)를 개발할 계획임을 밝힘
 - 향후 생애주기별로 지표를 구축하는 등 지표의 범위를 확장해나갈 것

○ 주요 논의

- 한국은 EU가 발표한 내용에 나오는 질문 항목은 'unmet need'보다 '미충족 수요(unmet demand, unmet want)'를 측정하게 될 가능성이 높아 해석의 오류가 발생할 수 있음을 지적하고, 필요(need)가 잘못 측정되었을 때는 정책적 위험이 큼을 고가항암제의 사례를 들며 설명함
- 형평성 문제에 관하여 각 국가(멕시코, 슬로베니아, 오스트리아, 핀란드, 영국, 프랑스)의 상황이 소개된 가운데, 오스트리아는 문화적인 이유로 불형평성이 발생할 수 있음을 언급함

□ 1차 의료 비용의 측정 (효율성 지표 1)

○ 사무국 보고

- 1차 의료(primary care) 비용을 파악하는 작업의 중요성을 강조하며, 새로운 가이드라인을 소개함
 - 1차 의료 비용에 관한 정보는 개혁을 시도하고, 건강의 향상 정도, 비용 절감의 효과 등을 확인함에 있어서 중요한 근거 자료로 사용될 수 있음
 - 사무국은 새로운 가이드라인을 마련하기 위해서 설문조사를 수행함
 - 이와 함께 새로운 가이드라인에 대한 동의 여부, 데이터 구축에서의 문제점 등에 대한 회원국의 의견을 구함

○ 주요 논의

- 한국은 1차 의료 비용 구축 경험을 공유하며, 데이터 구축에 있어서 한국이 직면한 문제(외래서비스의 일반 치료와 전문 치료의 구분, 병원에서 제공된 외래서비스 비용 처리)를 제시함
- 이와 관련하여 스위스, 일본은 일반외래치료(HC1.3.1)과 전문외래치료(HC1.3.3)의 구분이 쉽지 않지만 중요하기 때문에, 이에 관한 가이드라인이 필요하다고 주장하였으며, WHO는 개발도상국의 경우에 병원에서 외래서비스가 제공되는 경우가 많기 때문에 이에 대한 고려(option 제시)가 있어야 한다고 언급함

□ 비금전적 보건의료 통계의 수집 결과 보고

○ 사무국 보고

- 의료 인력과 교육, 의료 인력의 국가 간 이동(migration), 의료자원, 의료 활동에 관한 통계의 수집 결과를 공유함
 - 의사를 일반의(GPs), 기타 일반의, 전문의로 구분하는 것이 중요한데, 데이터의 가용성 측면에서 구분이 어려운 국가(일본, 체코 등)가 있음
 - 훈련 중에 있는 의사(인턴)도 일반의와 전문의로 구분할 수 있어야 함

○ 주요 논의

- 독일은 의료 인력을 집계하는데 새로운 추정 방법을 도입하여 인턴의 전문의와 일반의의 구분을 정교화 하였음
- 아일랜드, 터키, 이스라엘, 일본, 스위스는 일반의와 전문의의 구분에 관한 자국의 데이터 상황을 설명하고, 향후의 계획을 공유함

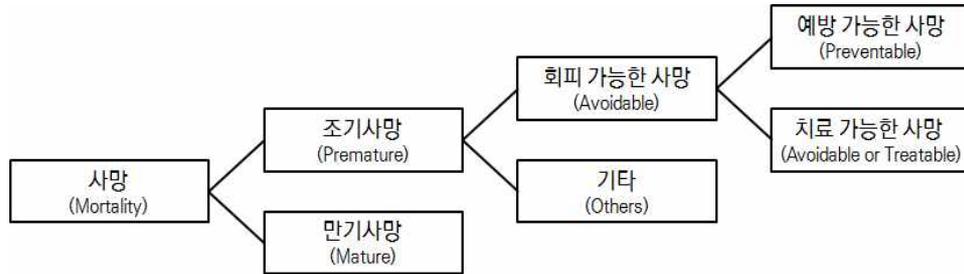
□ 피할 수 있는 사망 (효율성 지표 2)

○ 사무국 보고

- 의료제도의 성과 평가에 직접적으로 활용할 수 있는 회피할 수 있는 사망(avoidable mortality)의 개념과 목록을 새롭게 정리하여 발표함
 - 회피할 수 있는 사망은 예방 가능한 사망(preventable mortality)과 치료 가능한 사망(amenable mortality 또는 treatable mortality)으로 구분이 가능한데, 두 항목 간에 질병이 중복되지 않도록(중복성이 있는 항목은 50:50을 적용) 항목을 재정의함

- 정의를 보다 명확하게 하고, 연령 기준(75세)을 보다 타당하게 설정하기 위하여 EU와 함께 여러 측면에서 검토함
- 이와 같은 활동은 피할 수 있는 사망(avoidable mortality) 목록에 있어서 통일된 국제 정의가 필요하다는 판단에 따른 것임

[회피 가능한 사망, 예방 가능한 사망, 치료 가능한 사망의 개념도]



자료: OECD(2018), 신정우 외(2018)1)에서 재인용

○ 주요 논의

- 핀란드는 노르딕 국가 사이에서 관련 작업이 진행되고 있음을 소개하며, OECD가 EU와 통일된 목록을 마련한 것을 반갑게 받아들였으며, 호주도 이와 같은 OECD의 활동을 지지함
- 한편, 일본은 ICD-11(국제질병분류 제11차 개정판)이 전 세계 표준이 될 것이기 때문에, ICD-11을 기준으로 목록을 작성해야 함을 지적함
- 미국, 영국, 핀란드는 정신 건강에 의한 사망이 제안된 목록에 포함되었는지를 검토해야 한다고 언급함

□ 2030년 의료비 전망 (지속 가능성 지표)

○ 사무국 보고

- OECD는 의료비의 미래 전망을 위해 새롭게 도입한 추계 방법을 소개함
 - 의료비를 개인의료비와 집합보건의료비로 나누고, 각각을 다른 증가 요인(driver)에 기반을 두어 추계함. 특히, 새로운 방법론은 생산성 요인(Baumal effect 고려)을 모형에 반영함
 - 두 가지 시나리오(Full cost containment, cost pressure)에 기반을 두로

1) 지역별 의료비 정보의 생산과 활용 강화 방안 연구(2018년 하반기 출간 예정)

2030년까지 추정함

○ 주요 논의

- 이어서 스위스의 사례 발표가 있었음. 스위스는 코호트를 기반으로 추계 모형을 설계하고, 정책과 의료비 결정 요인의 변화를 가정하여 시나리오 분석을 수행함
- 일본은 새로운 추계 방법이 장기요양비용을 추계하는 방법과 일관성을 갖춘 것에 대해서 지지를 표명함
- 한국은 인구요인의 산정 방식을 변경함으로써 기준년도(t-1년)와 전망년도(t년 이후) 간에 비일관성 문제를 해결한 점을 지지하고, 개인의료비와 집합보건의료비를 구분한 것을 지지하면서도 집합보건의료비의 증가 요인을 다시 검토할 필요가 있음을 언급함. 집합보건의료비는 예산점증주의에 의해 늘어나는 경우가 많기 때문에 생산성 요인 이외의 다른 적절한 변인을 탐색할 것을 제안함

□ 보건의료 중재를 위한 국제 질병 분류(ICHI)의 개발 (방법론 개발 1)

○ 사무국 보고

- WHO는 국제질병분류(ICD), 국제기능장애건강분류(ICF)를 포괄한 ICHI의 개발 내용을 보고하고, ICHI 분류 체계의 활용성을 높이기 위해서는 '비용 지표'와 '질 지표'의 생산도 이와 같은 분류체계에 따라 이루어져야 함을 강조함
 - ICHI는 국제 비교의 가능성, 국내적 활용성, 지표의 지속성 측면을 모두 고려한 것으로 ICD보다 포괄적인 분류체계임
 - 이는 어디(Target), 어떤(Action), 어떻게(Means)의 3차원 정보를 담고 있을 뿐만 아니라, 한국, 일본, 중국에서 제공되는 전통 의학에 관한 정보도 포함하고 있음

○ 주요 논의

- 핀란드는 노르딕 국가의 경우에 언어 문제(Multi language)가 있음을 언급하고, 일본과 이스라엘은 새로운 분류체계에 대한 기대를 표명함
- 관련 회의가 2018년 하반기에 서울에서 개최될 예정임

□ OECD 보건통계와 비금전적 데이터 수집 방법의 발전과 검토 (방법론 개발 1)

○ 사무국 보고

- OECD는 2018년 보건통계 수집 결과를 보고하고, 2019년 데이터 수집 시에 방법론적으로 개선이 필요한 부분을 제안함
 - 내외부적으로 수집 자료의 검증을 강화하고, 통계포털, I-library, O.N.E. 등을 활용하여 수집된 자료의 확산과 공유를 이어갈 것임
- 전자담배 이용, 바이오시밀러(biosimilar), 의료 인력의 보수 등에 관한 자료 수집의 실현 가능성을 점검함
- 병원의 병상 구분 방식에 대해서 재검토를 실시했으며, 분류 방식의 변경을 계획함
 - 보건계정의 기능 구분과 분류 방식을 맞추는 것을 검토함
 - 단, 정신병상은 구분에 모호성이 있으므로, 치료, 재활, 장기요양 병상에 포함하여 파악하거나, 기존 방식(기타로 처리)을 따르는 것이 더 합리적인 것으로 보인다는 의견을 제시함

○ 주요 논의

- 네덜란드는 정신 관련 정보는 다른 항목과 성격이 다르기 때문에 명확히 구분될 필요가 있음을 언급하였으나, OECD는 각 국가의 상황이 다르기 때문에 분류 방식에 대한 재검토할 것임을 분명히 함

□ 2019년 의료비 정보의 수집 계획

○ 사무국 보고

- EU와 WHO는 각각의 보건계정 데이터 수집에 관한 현안을 보고함
 - EU는 보건계정에 관한 기술자문단(Technical group)을 운영하고, Task force팀을 만들어 보고의 질, 국민 계정(NA)과의 연계 문제, 새로운 작업(비용 효과 분석, 미래 계획 등)에 대한 고민을 하고 있음
 - WHO는 12월 중에 GHED(보건계정 데이터베이스)를 오픈하여 재원과 재원수입 정보를 중심으로 의료비 정보를 제공할 계획임. 더하여 외부 원조, 1차 의료비에 대한 정보도 주요 대상으로 검토하고 있음
- OECD는 2018년 데이터 수집 결과와 2019년 데이터 수집 계획을 보고함

- t-1년 데이터를 완벽한 형태(세 가지 핵심 테이블의 모든 셀을 채운 경우)로 제출한 국가는 한국, 캐나다, 네덜란드, 노르웨이, 이탈리아 정도로 OECD는 다른 국가들도 최대한 정보를 자세하게 생산해주기를 요청함
- 재원수입과 재원(HF-FS) 정보를 제출한 국가가 26개로 늘었음
- 사무국은 각 항목(HC.1.3, HC.5.1, HC.6, HP.3)의 하위 정보를 생산해주기를 촉구하면서, 일부 요구가 많지 않은 정보(SHA1.0에 따른 예방지출, 수지 차이 항목(operating balance), HP-FP 테이블 등)는 향후 수집하지 않을 계획임을 밝힘
- 데이터의 검증(Validation)을 위하여 제출 기한을 지켜줄 것을 요청함
- OECD는 보건계정과 관련하여 계속 진행 중인 작업을 소개함
 - 공공과 민간의 구분에 대한 지속적인 요구가 있는바, FS 측면에서 둘을 구분(공공: FS.1+FS.3, 민간: FS.4+FS.5+FS.6)하는 것을 검토함
 - 브리핑 자료(spending brief)를 계속 발간하고, 가이드라인(ADL 관련)을 업데이트하고, 1차 의료비 보고서를 발행할 예정임
- 주요 논의
 - 2019년 워크숍 주제로 네덜란드, 슬로베니아는 장기요양(사회부문)을 제안함
 - OECD는 차차기 년도(차기 년도 회의 일정은 이미 확정)부터 다른 작업반과 연이어서 회의를 하면서, 워크숍을 활용하여 주제별로 깊이 있게 검토하고자 함
 - 캐나다, 핀란드, 벨기에, 스위스, 일본, 영국이 2019년 의장단으로 선출됨

□ 종합

○ 사무국 보고

- 2019년 보건통계의 수집을 위해서 OECD는 2018년 12월 초-중순에 질문지를 발송하고, 2019년 2월까지 자료를 제출 받아서 검증 절차를 진행(3월-5월)하고자 함. 2019년 보건통계는 6월 말에 공표될 것임
- 보건계정 데이터는 2019년 3월까지 제출 받아서 검증을 진행함. 기본적인 일정은 지난해와 차이가 없음
- 내년 회의는 올해와 같은 형태(2일 회의, 1일 워크숍)로 2019년 10월 9일-11일에 개최될 예정임

2. OECD/WHO/ILO 워크숍

□ 개요

○ 사무국 보고

- OECD/WHO/ILO의 워크숍은 의료 인력과 의료 인력의 국가 간 이동에 관한 모니터링의 진전을 확인하고, 과제를 점검하고, 향후의 활동을 점검하기 위해서 계획됨
 - 이를 통해 의료 인력 정보의 국제 교류를 수립하기 위함
 - 또한, 의료 인력의 교육과 훈련의 국제화가 늘어나는 것에 대해 논의하고, 원인과 결과를 검토하고자 함
- WHP, OECD, ILO, 유럽연합집행위원회(EC), 세계은행, 각국의 보건통계 담당자, OECD/EC의 프로젝트에 참여한 전문가를 비롯하여, 세계의료협회, 유럽의사대표기구(CPME), 국제간호사협의회 등 전문직협회가 워크숍에 참석함

□ 비금전적 보건통계에 대한 OECD/WHO/EU 합동 설문, 의료인력계정(National Health Workforce Accounts; NHWA)에 대한 WHO 작업의 진행 사항과 과제

○ 사무국 보고

- OECD/WHO/EU의 의료 인력에 관한 조사는 인력, 교육 부문(2010년)을 시작으로, 활동 부문(2013년), 이동 부문(2015년)으로 확장되어 옴
 - OECD는 ISCO-08(ILO)에 따라 인력을 의사, 간호사, 간호조무사, 조산사, 치과의사, 약사, 물리치료사로 구분하고, ① 임상활동(practicing), ② 전문(관련)분야 활동 professionally active), ③ 면허소지(licensed to practice)의 세 가지 개념에 따라 자료를 수집함
 - 주요 영역에 대한 합동 설문으로 데이터의 비교 가능성을 높였으나, 데이터의 가용성과 비교 가능성을 더 높일 것이 촉구됨
- WHO는 의료인력계정 구축의 배경과 목적, 필요성을 언급하며, 자료 작성을 위한 각국의 능력 향상, 데이터 교류의 파트너십 강화를 촉구함
 - 인력계정은 표준화, 정보처리의 상호 가능성, 인적자원관리, UHC 달성 여부의 추적 관찰 등을 위해서 필요함

- 인력계정은 교육, 노동력, 의료서비스 제공의 흐름 속에서 78개 주요 지표, 10개 모듈을 제공함

○ 주요 논의

- 간호사와 간호조무사의 구분과 함께, 근로시간(FTE)에 대한 고려가 있어야 한다는 의견이 제기됨
- 인력의 세계화, 의학 교육의 국제화에 대한 추가적인 검토를 통해 인력의 흐름과 부족 현상에 대한 이해를 높여야 함

□ 의료 인력과 의료 인력의 이동의 흐름을 모니터링하기 위한 경험

○ 주요 논의

- 등록 시스템(RPPS/ 2012년까지는 Adeli)을 기반으로 하는 '프랑스'와 조사 자료(medical council, medical school)를 기반으로 하는 '아일랜드'의 사례 발표가 있었음
- 프랑스, 아일랜드의 의사 인력 구성(자국, EU 내, EU 외)을 통해 국적, 이민, 국제 훈련의 현황과 문제점을 살펴보고, 해외 유입에도 불구하고 인력 부족 현상이 발생하는 원인을 논의함
- 조사 자료에 따르면 의료 및 사회서비스를 제공하는 인력 중 난민의 구성이 높은데(15%), 등록 자료에서는 이 내용이 명확하게 파악되지 않는 문제가 있음
- 다양한 자료원을 들여다보면서 자료의 타당성을 높여야 하며, 관련 데이터의 질적 및 양적 향상을 이루도록 함

□ 의대생의 국제 이동에 관한 OECD/EC의 프로젝트 예비 결과 검토

○ 주요 논의

- 의대생의 국적은 어디이고, 어디에서 교육을 받고, 최종적으로 어디에 정착하는지에 대한 확인이 필요함
- 루마니아, 프랑스, 아일랜드의 사례를 통해 국제 학생이 유입되는 요인, 학위 취득 후 해당 국가에서 활동하지 못하는 이유, 유입된 의사 인력에 대한 우려 사항 등에 대한 점검하였음
 - 교육이 인턴 과정과 전문의 훈련으로 이어지지 않는 이유(불확실성, 진입

장벽, 직업 환경 등)가 무엇인지에 대해서 검토함

· 이러한 흐름이 의료 인력 전반에 미치는 영향력(인력 부족 발생, 훈련 강화 등)에 대해서 논의함

- 의대생의 이동 패턴이 점점 복잡화(EU 내외로 이동)되고 있는 가운데, 이를 모니터링할 수 있는 자료의 확보가 중요함
- 의대생의 이동뿐만 아니라, 간호대생의 이동과 간호 인력의 이동에 대한 확인도 요구됨
- 의대생의 교육과 의사의 양성을 위한 공적 지원을 늘려감에도 불구하고, 이들이 민간 영역으로 이동함으로써 의료 인력의 부족 현상이 반복되고 있는 바, 이에 대한 대응책 마련이 요구됨