

제1회 미디어 포럼

“의대정원 조정과 대한민국 의료의 미래”

일시 : 2023. 11. 23. (목) 13:30~17:00

장소 : 서울성모병원 본관 지하1층 대강당

공동주최 : 대한민국의학한림원·한국의학바이오기자협회



대한민국의학한림원
National Academy of Medicine of Korea

KAMJ 한국의학바이오기자협회
Korean Assc. of Medical Journalists.

■ ■ 목 차

프로그램 1

| 주제발표 |

의사인력의 현재와 미래 3

박은철·연세의대 예방의학교실 교수

의대정원 논의의 바람직한 방향 25

우봉식·의료정책연구원 원장

역량 중심 전공의 수련과 필수의료 43

박중신 교수·서울대학교병원 부원장, 대한의학회 부회장

| 패널토의 및 자유토론 | 51

한희철 교수(의학한림원 부원장, 한국의학교육평가원 이사장)

김철중 의학전문기자(조선일보)

김길원 의학전문기자(연합뉴스)

신응진 교수(순천향대 부천병원장, 대한병원협회 정책위원장)

송양수 과장(보건복지부 의료인력정책과)

“의대정원 조정과 대한민국 의료의 미래”

일시 : 2023. 11. 23. (목) 13:30~17:00

장소 : 서울성모병원 지하1층 대강당 (유튜브 채널 생중계)

공동주최 : 대한민국의학한림원·한국의학바이오기자협회

프로그램(안)

사회 : 한정선 기자(헬스경향)

13:30~14:00 등록

14:00~14:10 인사말

왕규창 원장(대한민국의학한림원)

김철중 회장(한국의학바이오기자협회)

제1부 : 주제발표

14:10~14:30 의사인력의 현재와 미래

박은철 교수(연세의대 예방의학교실)

14:30~14:50 의대정원 논의의 바람직한 방향

우봉식 원장(의료정책연구원)

14:50~15:10 역량 중심 전공의 수련과 필수의료

박중신 교수(서울대학교병원 부원장, 대한의학회 부회장)

15:10~15:30 Coffee Break

제2부 : 패널토의 및 자유토론

좌장 : 임정기 교수(미디어포럼 위원장)

15:30~17:00

한희철 교수(의학한림원 부원장, 한국의학교육평가원 이사장)

김철중 의학전문기자(조선일보)

김길원 의학전문기자(연합뉴스)

신응진 교수(순천향대 부천병원장, 대한병원협회 정책위원장)

송양수 과장(보건복지부 의료인력정책과)

17:00

폐회

제1회 미디어포럼 “의대정원 조정과 대한민국 의료의 미래”

| 주제발표 |

의사인력의 현재와 미래

박은철
연세의대 예방의학교실 교수

약 력

- 성 명 : 박은철
- 소 속 : 연세대
- 직 위 : 교수

[주요 학력사항]

- 1980-1986 연세대 의과대학 졸업
- 1989-1996 연세대 대학원 보건학과 박사
- 2000-2001 존스홉킨스 보건대학원 박사후과정

[주요 경력사항]

- 2004-2006 건강보험심사평가원 조사연구실 실장
- 2006-2011 국립암센터 국가암관리사업단 단장
- 2008-2009 대한의사협회 의료정책연구소 소장
- 2013-2023 연세대 보건정책 및 관리연구소 소장
- 2020-2020 한국보건행정학회 회장

대한민국의학한림원·한국의학바이오기자협회
제1회 미디어포럼
의대정원 조정과 대한국민 의료의 미래

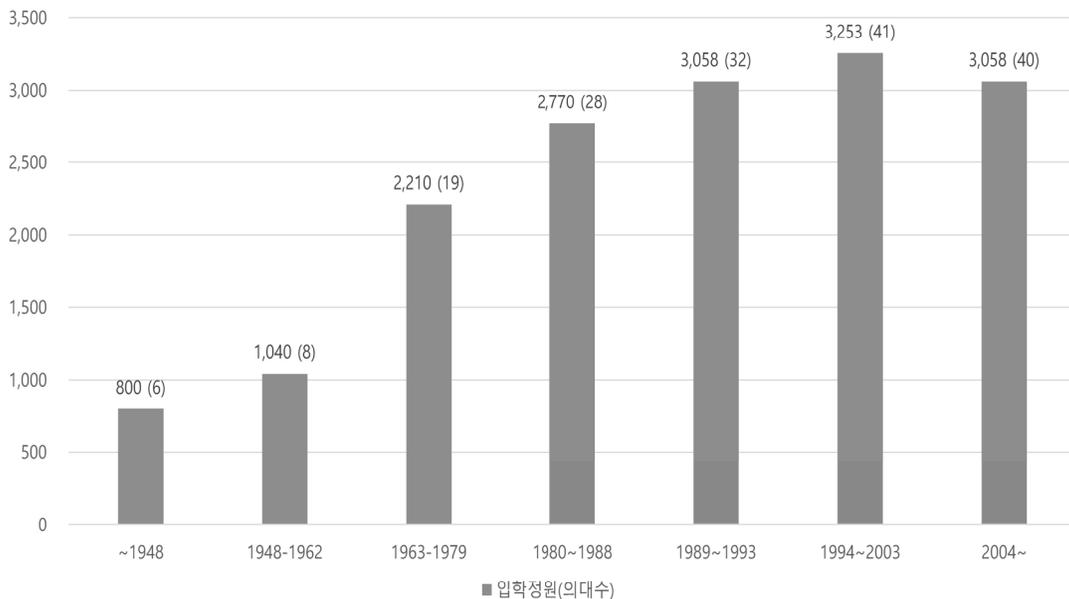
의사인력의 현재와 미래

박은철



1

의과대학 정원 변화



의약분업 이후 정원 감축 경과

- 입학정원 3,253명 → 3,058명 (-195명)
- 정원외 (-156명)
- 계 (-351명)

	의대 정원	정원외 학사편입	정원외 입학	비고
2004	156			
2006	39			
2007		114		학사편입 금지
2009			42	정원외 비율을 10%→5%

- * 2003 대통령 자문 의료제도발전특별위원회
 • 의과대학 정원의 10% 일률적 감축 및 정원외 편입 금지 건의

현 의대 정원

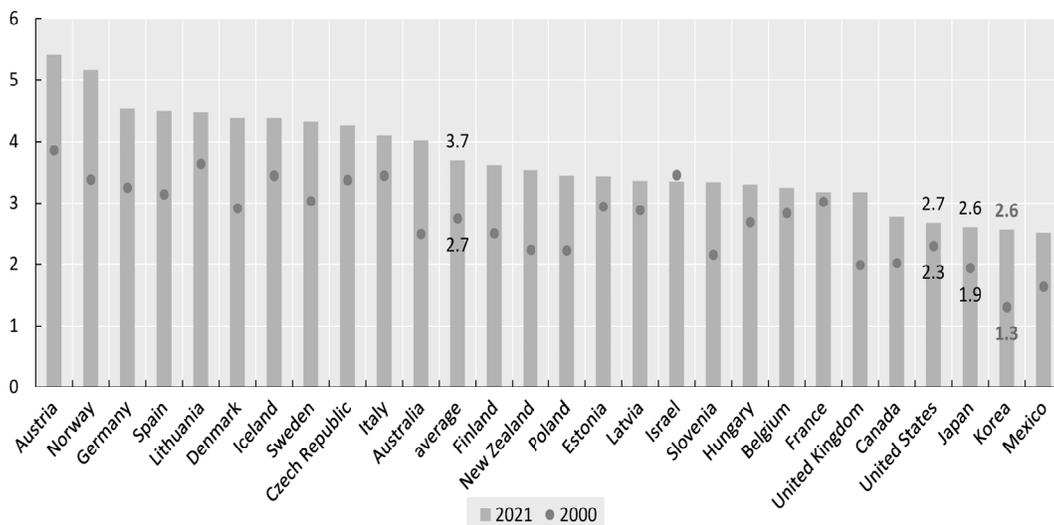
- 정원 3,058명
- 정원외 입학 55명 (농어촌, 저소득층 자녀 등 별도 모집)
- 군위탁생 10명
- 계 3,123명

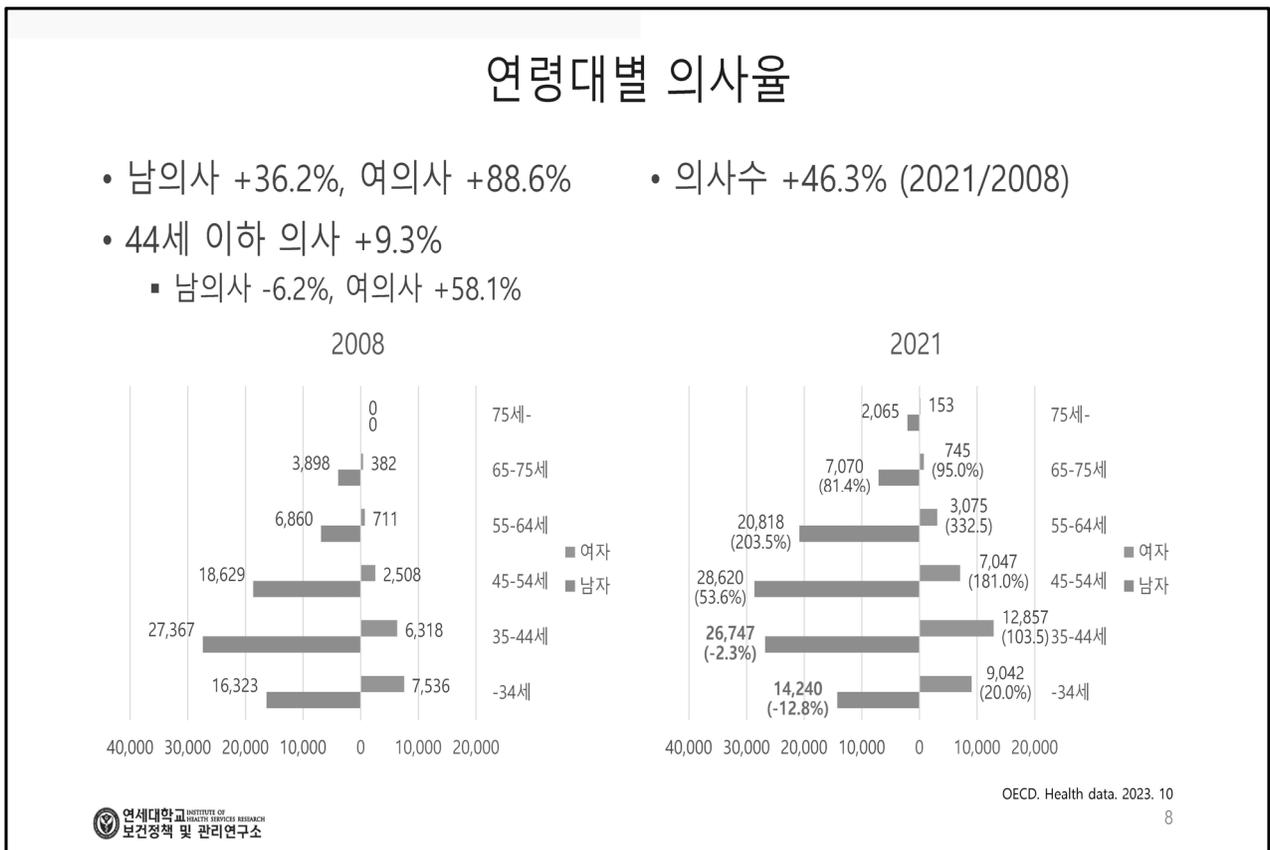
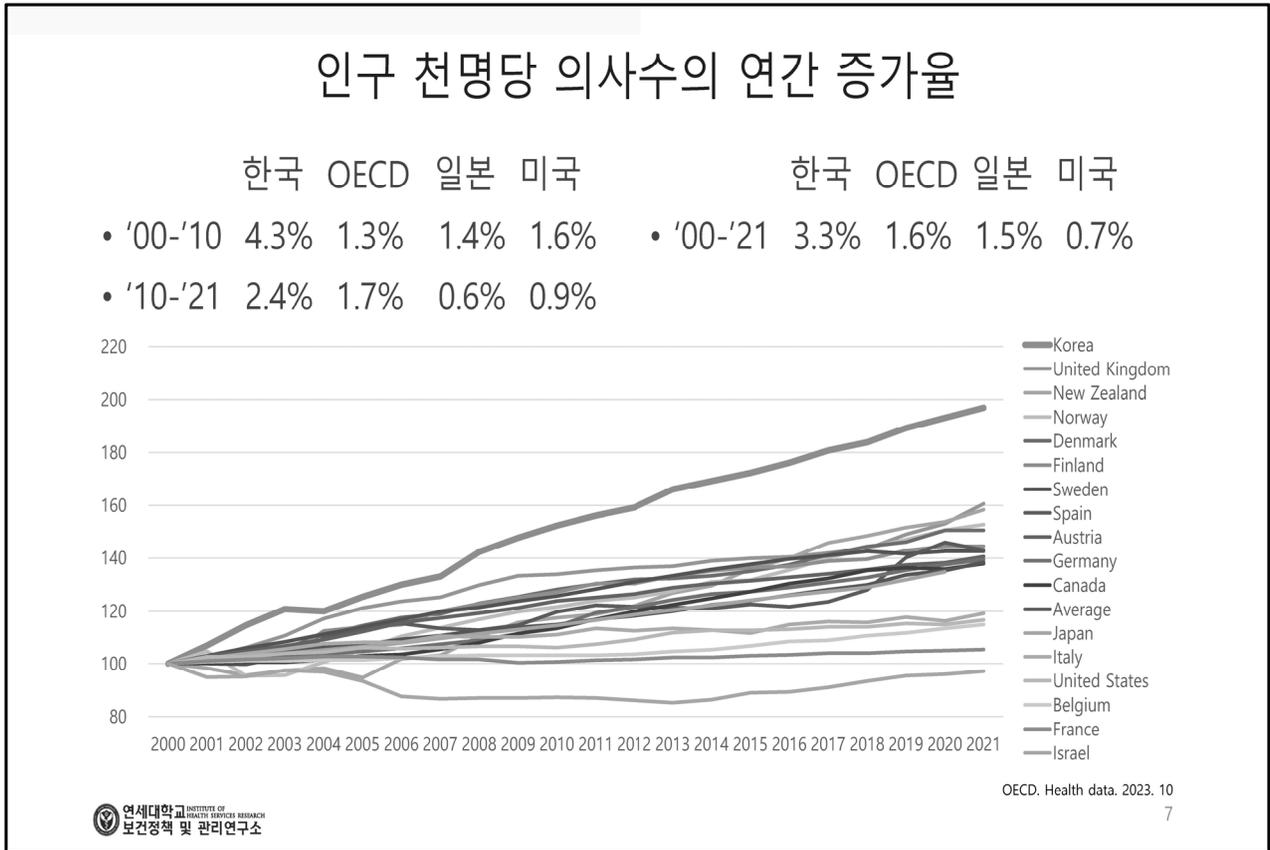
현재 의사수는?

5

인구 천명당 의사수

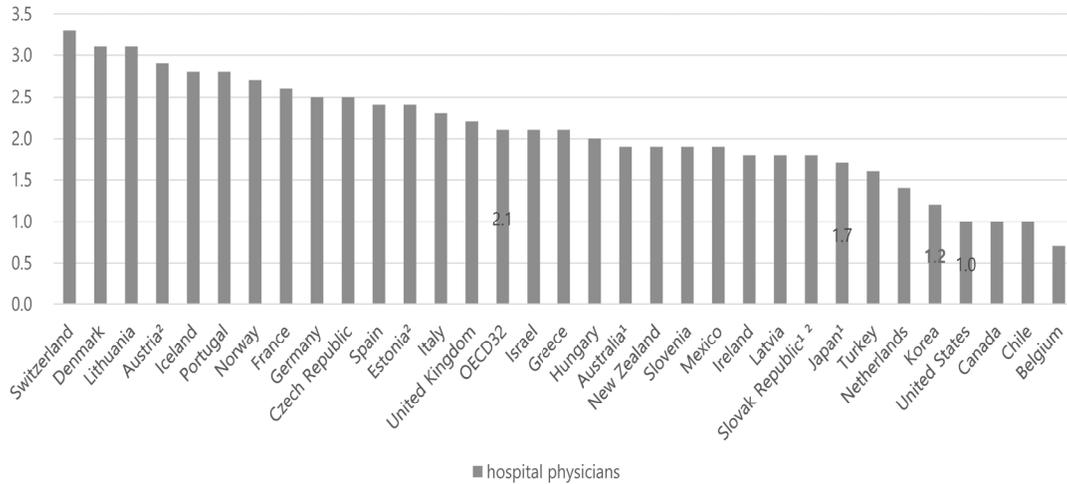
- 한국 2.6명, OECD 3.7명
- 일본 2.6명, 미국 2.7명





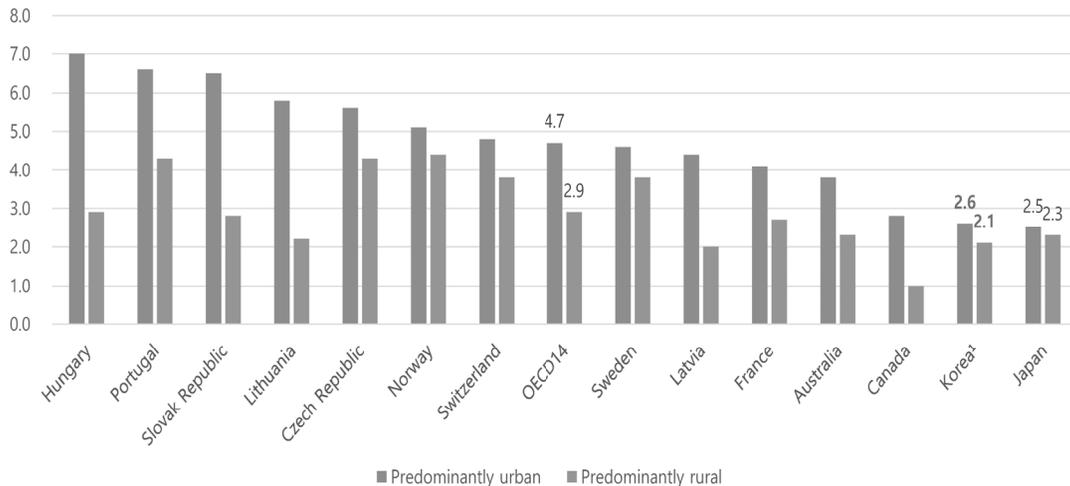
인구 천명당 병원의사

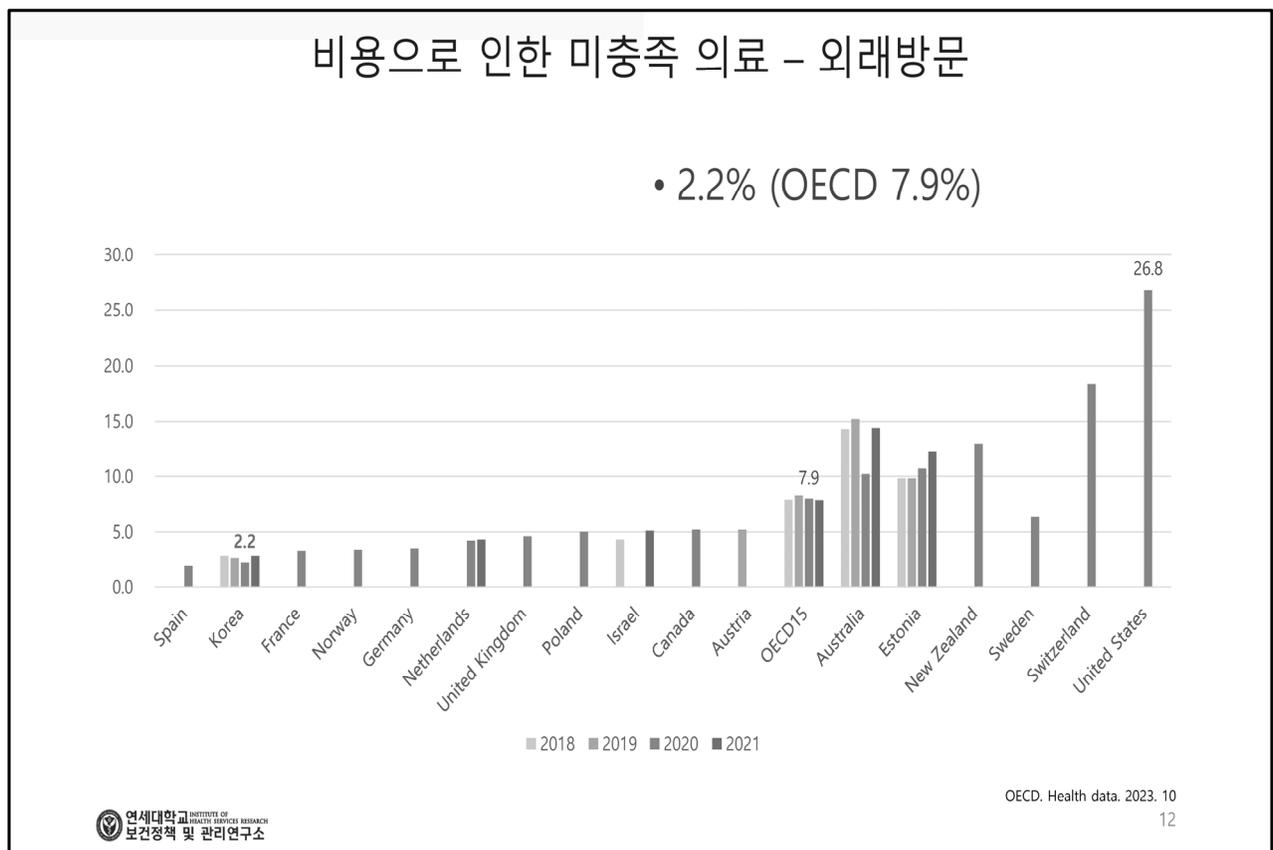
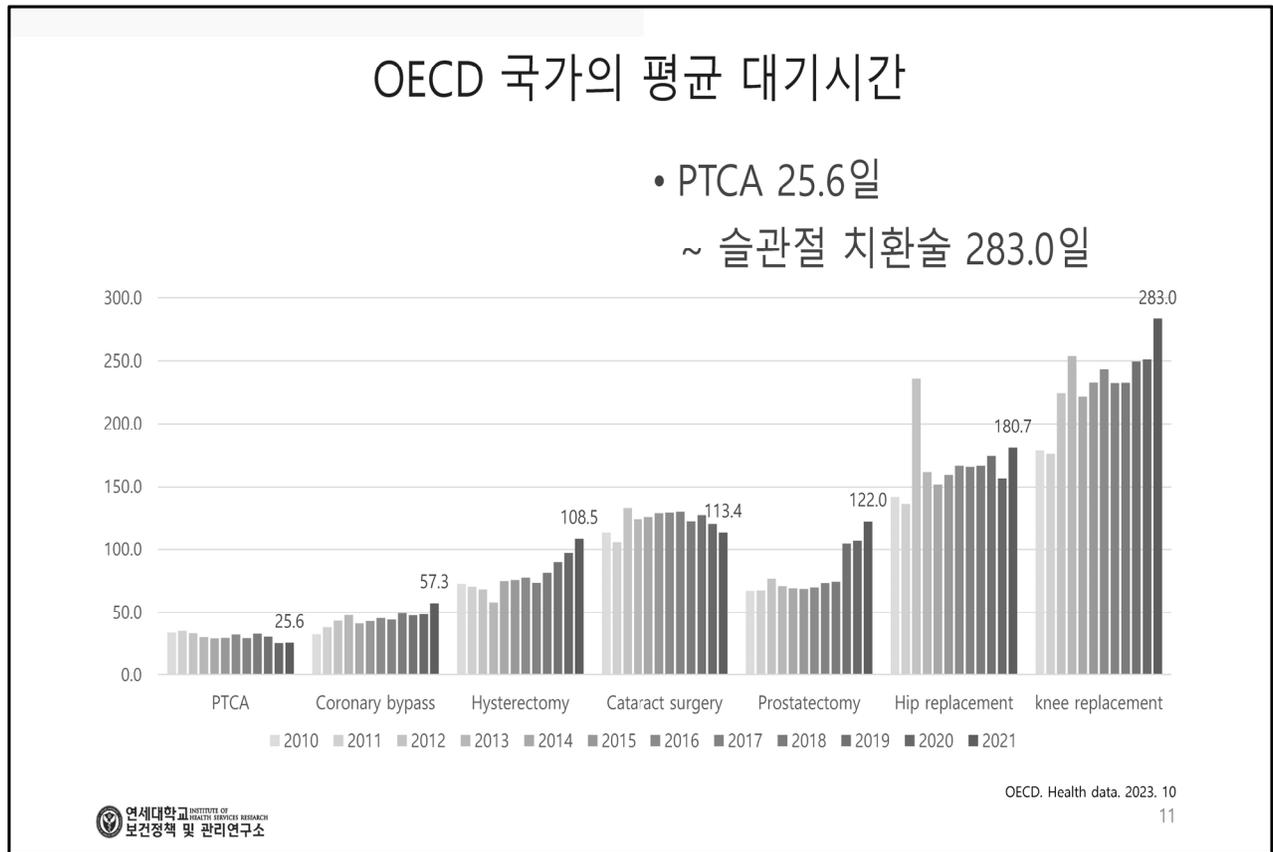
- 천명당 병원의사 1.2명 (OECD 2.1명, 일본 1.7명)
- 미국 1.0명 (개방형 의사제)



도시 농어촌 간의 의사분포

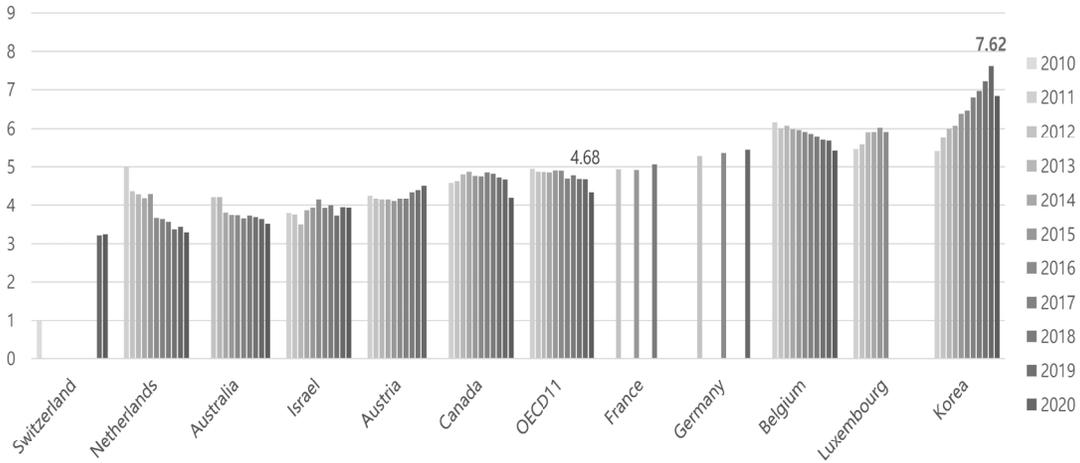
- 차이: 일본 1.09배
- 차이: 한국 1.24배 (OECD 1.62배)
- 공중보건 의사 (감소 중)





근로자 평균 임금 대비 개업 전문의 보수

- 한국 2019 7.62배
- OECD 4.68배
- 미국, 일본
- 많은 업무시간(시간당 인건비)

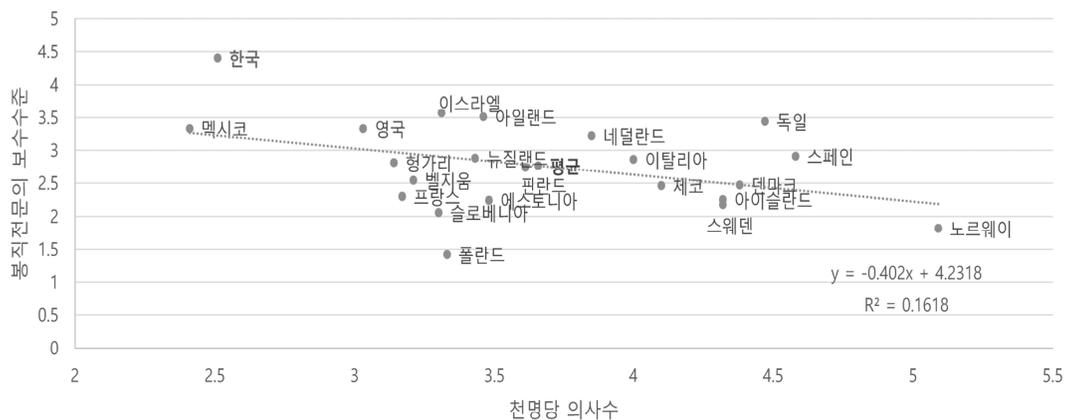


OECD, Health data, 2023, 10
13

천명당 의사수와 보수 수준, 2020

의사수 전문의 임금

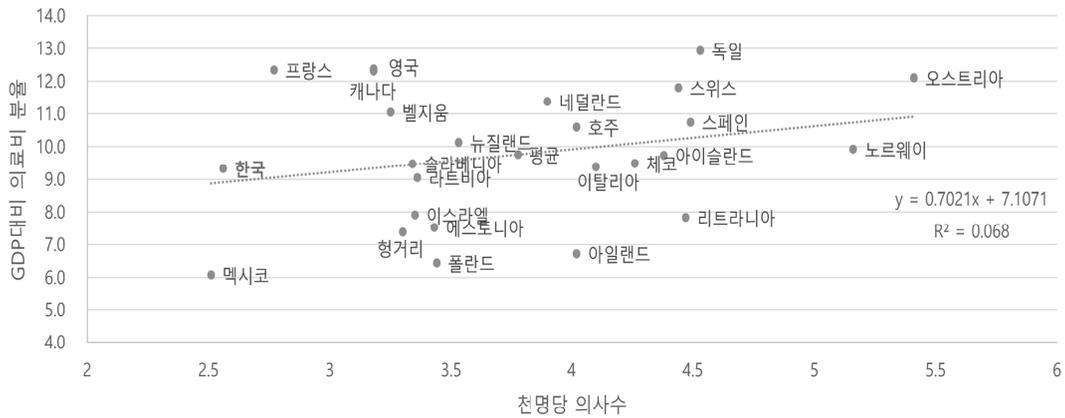
- 한국 2.51명 4.40배
- OECD23 3.85명 2.23배



OECD, Health data, 2023, 10
14

천명당 의사수와 의료비 분율, 2021

- | | 의사수 | GDP분율 |
|----------|-------|-------|
| • 한국 | 2.56명 | 9.3% |
| • OECD25 | 3.78명 | 9.8% |

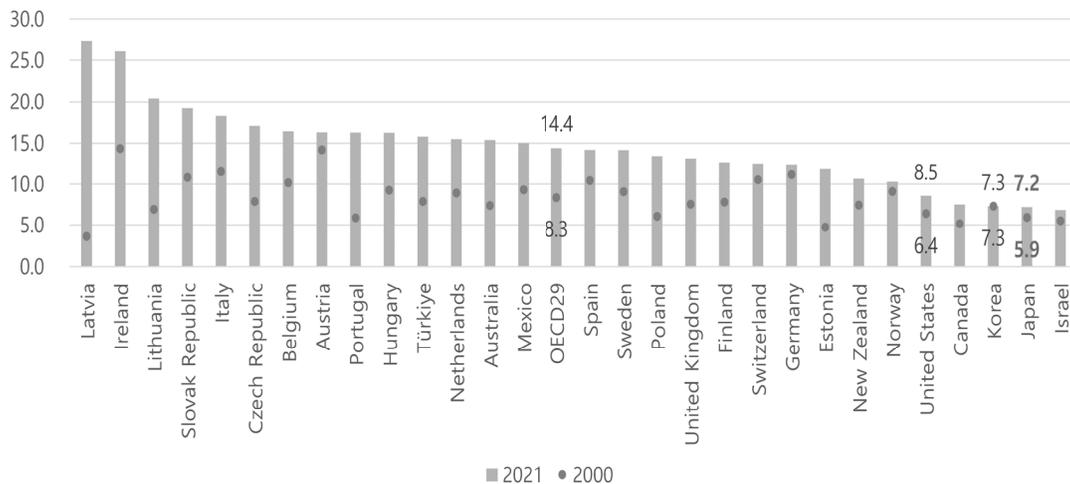


OECD. Health data. 2023. 10
15



십만명당 의과대학 졸업생, 2000, 2021

- 한국 7.3명 (OECD 14.4명)
- 일본 7.2명, 미국 8.5명
- 미국 해외유입의사 28%

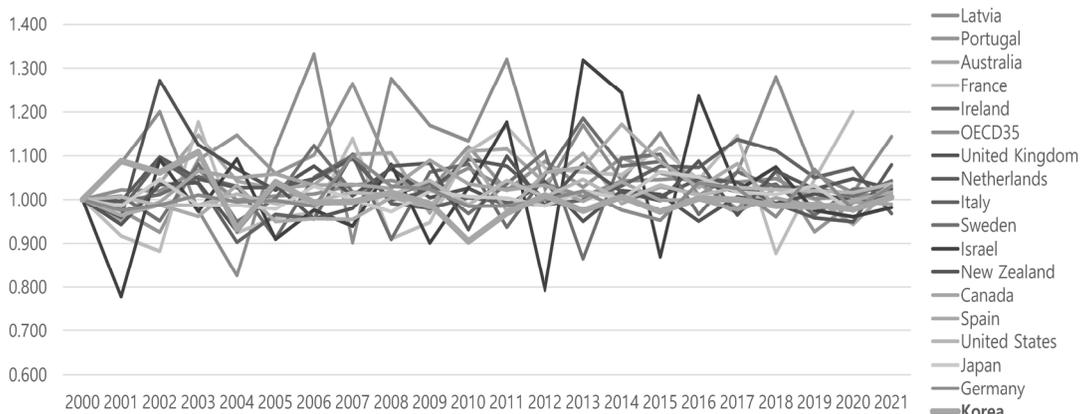


OECD. Health data. 2023. 10
16



십만명당 의과대학 졸업생의 연간 증가율

	한국	OECD	일본	미국
• '00-'21	0.1%	3.0%	1.0%	1.4%
▪ '00-'10	1.3%	3.0%	0.1%	0.4%
▪ '10-'21	-1.0%	2.9%	1.8%	2.4%



OECD, Health data, 2023, 10

17

기타

- 필수의료 담당인력
- 진료 외 분야의 의사
 - 의사-과학자
- 높은 의대 진학 희망
- 개원의 수입 ≫ 봉직의 수입
- 응급 진료과 ≒ 비응급 진료과
- 급여 진료과 < 비급여 진료과
 - 저수가, 의료분쟁, 실손보험
- 적은 의과학 연구비
- 의대 광풍 블랙홀

18

현 상태

	부족	적정 또는 과잉	비고
천명당 의사수	한국 2.6명 (OECD 3.7명)		일본 2.6명, 미국 2.7명
천명당 의사수 증가율 및 인사 연령		한국 3.3% (OECD 1.6%, 일본 1.5%, 미국 0.7%)	한국 '00-'10 4.3% '10-'21 2.4% 44세 이하 의사 +9.3% - 남의사(-6.2%), 여의사(+58.1%)
천명당 병원 의사	1.2명 (OECD 2.1명, 일본 1.7명)		미국 1.0명
도시 지역 간의 분류		한국 1.24배 (OECD 1.62배)	일본 1.09배 공중보건 의사
수술 등 대기시간		OECD 슬관절 치환술 283.0일	
비용의 미충족 의료		한국 2.2% (OECD 7.9%)	
개업 전문의 보수	한국 7.62배 (OECD 4.68배)		미국, 일본 많은 업무시간
의사수와 의료비 관계		양의 상관관계	
십만명당 의대 졸업생	한국 7.3명 (OECD 14.4명)		일본 7.2명, 미국 8.5명(해외 유입 28%)
의대 졸업생 증가율	한국 0.1% (OECD 3.0%, 일본 1.0%, 미국 1.4%)		

미래의 의사인력 수급은?

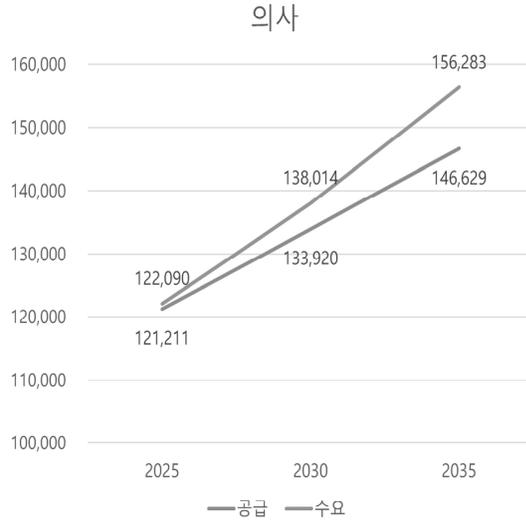
기존 의사수급 연구

- 보건사회연구원(2022) 2035년 추계

- 의사 -9,654명
- 한의사 +1,751명
- 치과의사 +6,114명

- KDI(2019) 2050년 추계

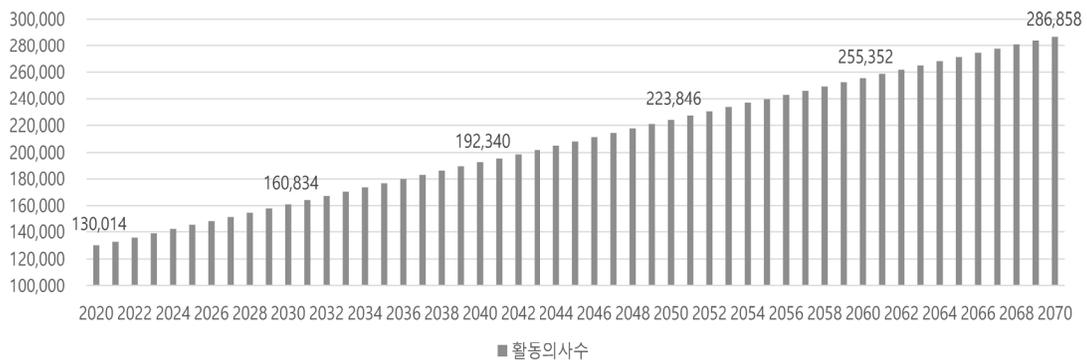
- 의사 -12,000~-19,000



의사 공급

	2020	2030	2040	2050	2060	2070
활동의사수1)	130,014	160,834	192,340	223,846	255,352	286,858
천명당 의사수	2.51	3.14	3.83	4.73	5.99	7.62
OECD 평균2)	3.66	4.27	4.95	5.75	6.67	7.75

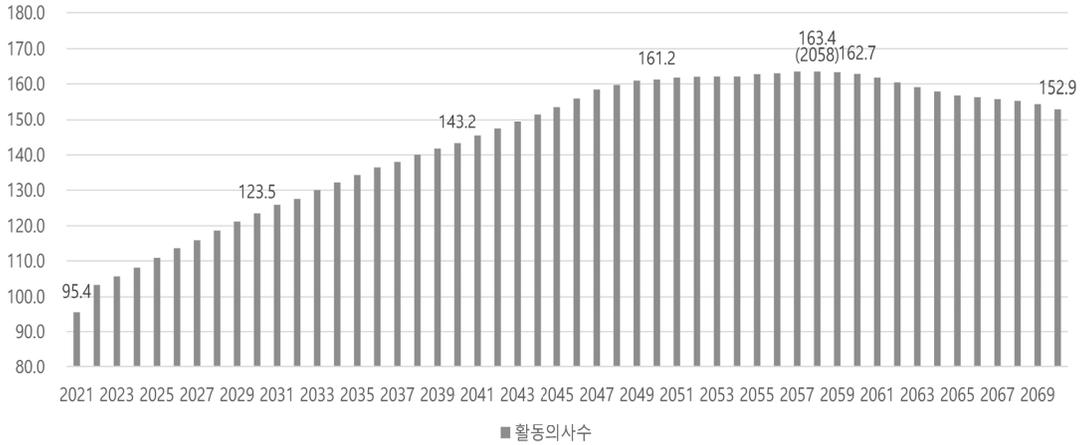
- 1) 2010~2021 활동의사수 증가인원의 평균(3,151명)을 적용
- 2) 1990~2021 천명당 의사수의 평균 증가율(1.5%) 적용



의사 수요

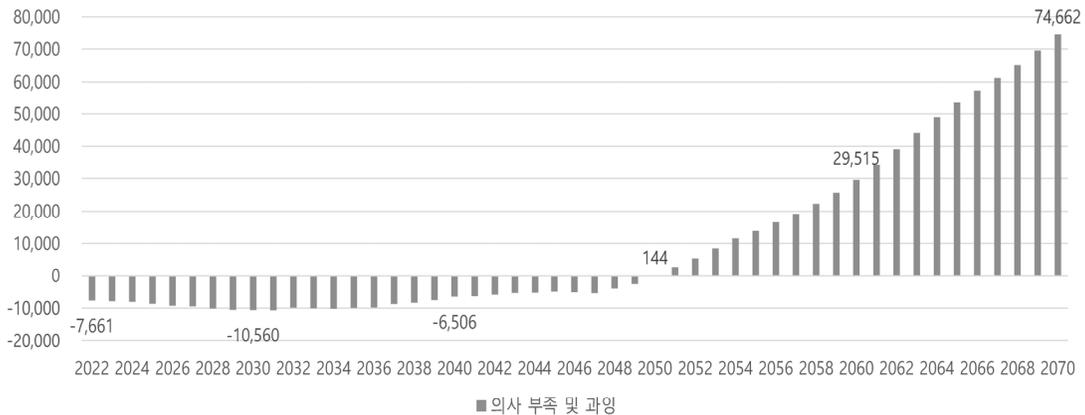
	2021	2030	2040	2050	2060	2070
진료비(조원)1)	95.4	123.5	143.2	161.2	162.7	152.9

1) 2021년 불변가격, 5세 단위 연령별 인구구조 변화 반영, 진료비(2010~2021년 증가율(수가인상 배제))



의사 수요와 공급

	2022	2030	2040	2050	2060	2070
활동의사수	135,630	160,834	192,340	223,846	255,352	286,858
진료비(조원), '21 가격	103.2	123.5	143.2	161.2	162.7	152.9
의사 부족 및 과잉	-7,661	-10,560	-6,506	144	29,515	74,662



의대정원 증원 대안

- 대안1: 의약분업 감축인원 회복 351명

- 대안2: 의약분업 + 지방의대(전체의 5%) 504명 (351+153)
 - 153명: 지방의대 정원(1,738명)의 8.8% 증원

- 대안3: 1,000명

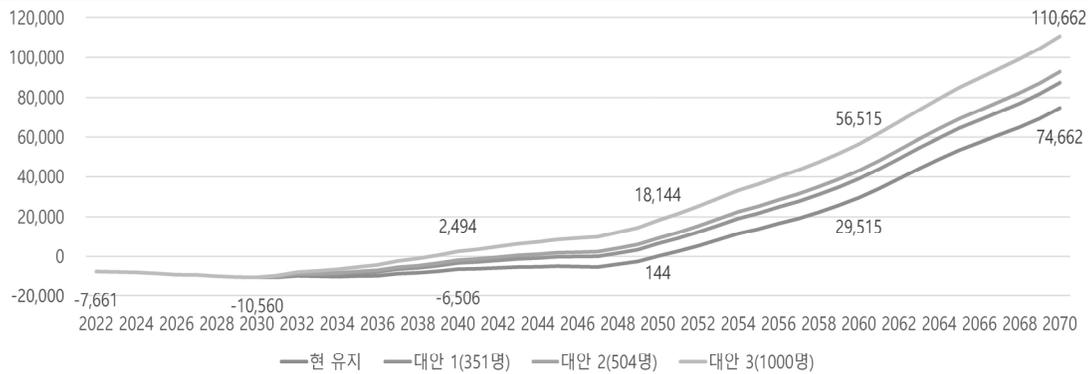
2025년 ~

의대 증원 대안의 검토

	2030	2040	2050	2060	2070
활동의사수	160,834	192,340	223,846	255,352	286,858
- 천명당 의사수		3.83	4.73	5.99	7.62
대안 1(351명)		195,499	230,630	264,829	299,494
- 천명당 의사수		3.89	4.86	6.21	7.95
대안 2(504명)		196,876	232,918	268,960	305,002
- 천명당 의사수		3.92	4.92	6.31	8.10
대안 3(1000명)		201,340	241,846	282,352	322,858
- 천명당 의사수		4.01	5.11	6.63	8.57

의대 증원 대안의 검토

의사 부족 및 과잉	2030	2040	2050	2060	2070
현 유지	-10,560	-6,506(-3.4%)	144	29,515	74,662
대안 1(351명)		-3,347(-1.7%)	6,462	38,992	87,298
대안 2(504명)		-1,970(-1.0%)	9,216	43,123	92,806
대안 3(1000명)		2,494(1.2%)	18,144	56,515	110,662



의대정원 증원 대안 - 한시적 적용+정원축소

• 10년 적용

- 2025~2034 증원 3,058 + 351, 504, 1,000
- 2035~2039 현 정원 3,058
- 2040~2044 정원 축소(10%) 3,058 - 306
- 2045~2049 정원 축소(20%) 3,058 - 612
- 2050~ 정원 축소(30%) 3,058 - 917

• 5년 적용

- 2025~2029 증원 3,058 + 351, 504, 1,000
- 2030~2034 현 정원 3,058
- 2035~2039 정원 축소(10%) 3,058 - 306
- 2040~2044 정원 축소(20%) 3,058 - 612
- 2045~ 정원 축소(30%) 3,058 - 917

의대정원 증원 대안 검토 - 한시적 적용(5년)+정원축소(10%)

의사 부족 및 과잉	2030	2040	2050	2060	2070
현 유지	-10,560	-6,506	144	29,515	74,662
10년 증원 + 10%씩 축소					
대안 1(351명)		-3,347	1,926	24,417	61,311
대안 2(504명)		-1,970	3,303	25,794	62,688
대안 3(1000명)		2,494	7,767	30,258	67,152
5년 증원 + 10%씩 축소					
대안 1(351명)		-4,926	-2,407	18,711	55,605
대안 2(504명)		-4,238	-1,719	19,399	56,293
대안 3(1000명)		-2,006	513	21,631	58,525

고려 사항

• 수요 예측

- 통계청 인구추계의 합계출산율
 - 중위추계를 기반

	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
중위	0.84	0.74	0.96	1.18	1.19	1.20	1.21
저위	0.84	0.61	0.77	0.94	0.95	1.00	1.02

- 가정: 현재 의료 및 진료의 지속 ⇒ 서비스전달 및 지불체계 변화
 - 노인들의 일인당 의료이용의 지속적 증가(~2021년)
 - OECD 중 최다의 의사당 외래진료
- 의사관련 인력(NP, PA 등)
- AI 등 새로운 기술 도입

고려 사항

- 의대정원 증원 방안
 - 정원 증원 vs 정원 외 증원
 - 수도권 의대 vs 지방 의대
 - 의대 정원 규모
 - 의대 교육의 질
- 한의대 정원
 - 12개 대학 752명의 정원
 - 한의대와 의대 보유 대학(5개): 한의대 정원(350) + 의대 정원(415)

제언

의료인력검토위원회 설립
5년 단위 검토 및 조정

감사합니다

의과대학 정원

		원 정원	2021. 12		원 정원	2021. 12		원 정원	2021. 12
1948	경북	120	110	서울	190	135	전남	140	125
	연세	150	110	고려	120	106	이화	80	76
1949-1962	부산	140	125	가톨릭	100	93			
1963-1979	전북	120	110+34	충남	120	110	경희	120	110
	계명	80	76	순천향	100	93	인제	100	93
	연세원주	100	93	조선	140	125	중앙	90	86
	한양	120	110	영남	80	76			
1980-1988	경상	80	76	고신	80	76	원광	80	76+15
	한림	80	76	동아	50	49	인하	50	49
	충북	50	49	건국	40	40	동국	50	49
1988-1993	단국	30	40	아주	30	40	울산	30	40
	대구가톨릭	20	40						
1993-1999	강원	50	49	관동	50	49	건양	50	49
	서남	50	-	제주	40	40	을지	50	40
	가천	60	40	성균관	40	40	포천중문	40	40

한의과대학

	대학명(설립연도)	한의과대학 정원	의과대학 정원
1	가천대(1990)	30	40
2	경희대(1947)	108	110
3	대구한의대(1981)	107	-
4	대전대(1982)	75	-
5	동국대(1979)	72	49
6	동신대(1992)	40	-
7	동의대(1987)	50	-
8	부산대(2008)	50	125
9	상지대(1988)	60	-
10	세명대(1992)	40	-
11	우석대(1988)	30	-
12	원광대(1972)	90	91
	계	752	

제1회 미디어포럼 “의대정원 조정과 대한민국 의료의 미래”

| 주제발표 |

의대정원 논의의 바람직한 방향

우 봉 식
의료정책연구원 원장

약 력

- 성 명 : 우봉식
- 소 속 : 대한의사협회 의료정책연구원
- 직 위 : 원장

[주요 학력사항]

- 한양의대 졸업
- 한양의대 의학석사
- 한국방송통신대학교 경영학 석사

[주요 경력사항]

- 대한의사협회 의료정책연구원 원장
- 아이엠재활병원 병원장
- 대한병원장협의회 부회장
- 제20대 대통령직인수위원회 사회복지문화분과 자문위원 역임
- 前 서울시 노원구의사회장(제7,8대)
- 저서: 의료딜레마, 초고령 쓰나미가 몰려온다(2022.7.)

의대정원 논의의 바람직한 방향

대한의사협회 의료정책연구원 원장 **우 봉 식**

〈 목 차 〉

- [1] 들어가며 : 뜬금포 같은 의대정원 확대 뉴스
- [2] 'OECD 의사 수 평균'이라는 가스라이팅
- [3] 필수의료와 의대정원
- [4] 지역의료와 의대정원
- [5] 공공의대, 공공의료와 의대정원
- [6] 의사 소득과 의대정원
- [7] 의사 수와 건보재정
- [8] 나가며 : 포퓰리즘 대신 과학적, 체계적으로 의대정원을 논의해야

[1] 들어가며 : 뜬금포 같은 의대정원 확대 뉴스

언론에 '응급실 뺑뺑이'가 오르내리면서 필수의료 붕괴에 대한 국민적 우려가 커지자 그 원인이 OECD 국가의 인구 천명당 의사 수에 비해 우리나라 의사 수가 부족해서라며 의대 입학정원을 늘려야 된다고 주장한다.

과연 그럴까? 과거 우리나라에는 「응급의료법」에 근거한 <1339응급콜> 시스템이 있었다. 그런데 2012년 「119법」 개정으로 <1339응급콜>이 119로 통합·폐지되면서 <1339응급콜>에서 응급환자의 경·중증 분류 및 후송을 맡아온 의사 대신 <119구급상황센터>에 배치된 간호사가 업무를 맡게 되었다.

그렇다 보니 응급환자의 경·중증 구분을 못하고 환자를 무조건 대형병원으로만 보내게 되면서 대학병원 응급실에는 늘 환자가 넘쳐나게 되고 중소병원 응급실은 텅텅 비는 비효율이 발생되었다. 대학병원 응급실 병상의 90% 가까이를 경증 환자가 점하게 되면서 정작 대학병원에서 치료를 받아야만 되는 중증 응급환자가 제때 치료를 받지 못하게 된 것이 지금의 응급실 뺑뺑이의 원인으로 이는 <1339응급콜> 시스템만 부활하면 해결될 문제다.

이웃 일본도 지난 2008년 우리나라와 비슷한 ‘응급실 뺑뺑이’ 사건이 있었다. 도쿄에서 산모가 분만 도중 의식이 저하되어서 후송하기 위해 8곳의 대학병원에 연락했는데 다 환자를 받을 수 없어서 결국 사망했고, 이후 뇌지주막하출혈로 진단되었다. 이 사건 이후 일본 사회에 비난 여론이 들끓었다. 그런데 일본은 당시 노인인구 22.1%에 인구 천 명당 의사 수는 2.1명으로 2023년 현재 노인인구 18%, 의사 수 2.5명인 우리나라보다 의사 수가 훨씬 적었지만 이 사건 때문에 의대 정원을 늘리거나 하지 않았다.

대신 일본은 ‘응급실 뺑뺑이’가 재발되지 않도록 캐나다(C-TAS, Canadian Triage & Acuity Scale)를 벤치마킹하여 일본형 응급환자 분류 및 후송 체계(J-TAS)를 구축하였다. J-TAS는 응급환자가 발생하면 응급의료지원센터에서 환자를 분류하여 경증 환자는 의원급(1차) 야간 응급실, 입원 진료가 필요한 환자는 지역 중소병원(2차) 응급실, 중증 응급 환자는 종합병원(3차) 응급실로 분류해서 진료받을 수 있도록 하는 시스템이다. 지금 일본이 노인인구 29%에 인구 천명당 의사 수 2.6명으로 의사 수는 노인인구 18%인 우리나라와 비슷하지만 응급실 뺑뺑이 같은 일은 전혀 없다.

‘소아과 오픈런’도 마찬가지다. 소아과 오픈런은 저출산으로 소아인구가 감소하면서 소아과의원을 유지하기 어려운 것이 근본 원인이다. 게다가 최근 젊은 엄마들이 소아과 진료가 조금이라도 마음에 안들면 맘카페 등에서 악의적 소문을 퍼뜨리면서 동네 소아과가 문을 닫는 경우도 늘어났고, 직장생활을 하는 엄마들이 늘어나면서 아침 시간에 환자가 집중되는 것도 또 하나의 원인이 되고 있다. 더러 젊은 엄마들이 일찍 소아과 진료를 마치고 아이들을 영유아원에 보낸 후 친구들과 브런치타임을 즐기기 위해 소아과 오픈 시간에 몰려드는 경우도 있어서 ‘소아과 오픈 때만 런’이지 ‘낮 시간에는 스톱’이다.

대한의사협회는 ‘응급실뺑뺑이’와 관련하여 먼저 <1339응급콜> 시스템의 기능을 부활한 ‘응급환자 분류후송 체계’를 신속하게 확립해 줄 것을 정부에 요구하고 있으며, ‘소아과 오픈런’과 관련해서도 소아과 동네의원이 유지될 수 있도록 재정적 지원을 해 줄 것을 요구하고 있다. 그런데 정부는 이러한 요구에는 귀를 닫고 막대한 재정이 소요되는 의대 증원, 지방 국립대 육성과 같은 한가한 대책만 내어놓고, 지금 당장 죽어가는 문제를 10년 후 의사 숫자 늘려서 해결하겠다는 것은 너무도 무책임하고 황당한 소리다.

그런데 최근 의대정원 확대와 관련한 정부의 움직임은 의료계 입장에서는 좀 이해하기 힘든 부분이 있다. 그동안 정부와 의사협회간 의료현안협의체가 운영되면서 지속적으로 필수의료 의사 인력 확충을 중심으로 대화를 이어오고 있었는데 갑작스럽게 의대정원 확대 뉴스가 언론에 대서특필되기 시작한 것에 대해 강서구청장 선거와 연관성 여부에 대해 의심을 갖기에 충분하다.

지난 달 11일 여야가 총력을 펼친 강서구청장 보궐선거에서 더불어민주당의 진교훈 후보가 56.52%를 득표하여 국민의힘 김태우 후보(39.37%)에 압승하면서 선거 패배의 책임을 두고 대통령의 책임론이 불거지는 등 곤혹스런 상황이 전개되었다.

그리고 이를 뒤인 10월 13일부터 언론에 정부가 오는 19일 의대정원 확대 일정 및 규모 등을 공식 발표할 예정이라는 뉴스가 대서특필 되기 시작했다. 지금 고교 2학년이 수능을 치르는 2025년 대학입시부터 확대된 정원을 적용하기로 했으며 의대정원 확대 규모는 적어도 1000명 이상이 될 것이라는 소식이었다. 그날 이후 모든 언론과 방송은 의대정원으로 도배되기 시작했다. 의대정원 이슈가 모든 뉴스를 삼키고, 학원가는 초등생부터 N수생까지 긴급 입시설명회를 개최하는 등 의대입시 열풍이 전국을 휩쓸었다. 그리고 1주일 뒤 국민들의 뇌리에서 강서구청장 선거 책임론은 완전히 사라졌다.

야구에서 생각치도 못한 상황에서 뜬금없이 터지는 홈런을 일컬어 <뜬금포>라고 한다. 올 초부터 보건복지부와 의협이 의료현안협의체를 구성하여 필수의료, 지역의료 문제를 해결하기 위해 힘을 쓰고 있는데 생각지도 못한 상황에서 갑자기 의대정원을 천 명이상 늘린다고 하니 도통 어리둥절하고 '뜬금포'를 얻어맞은 기분이다. 물론 정치적으로 코너에 몰렸던 쪽의 입장에서 보면 반전을 가져다 준 <뜬금포>이긴 하다.

[2] 'OECD 의사 수 평균'이라는 가스라이팅

OECD 국가 어디서도 인구 천명당 활동의사 수 같은 단순 비교만으로 의사 수가 부족한지 충분한지 판단하는 나라는 없다. 진료 대기 일수, 건강지표, 의료 만족도 등 다양한 지표를 가지고 판단한다. 그런데 OECD 국가 의사 수 평균을 인용하여 우리나라 의사 수가 부족하다고 주장하는 학자나 언론에서는 OECD 국가의 나머지 지표는 애써 무시하거나 보려 하지 않는 것 같다.

우리나라는 전세계에서 의사 진료 보기가 가장 쉬운 나라다. 외래 진료 한번 받으려면 수주간 대기하는 선진국들과 달리 30분 이내 동네의원에서 전문의 진료를 자유롭게 받을 수 있다. 선진국들이 다 겪고 있는 수술대기도 전혀 없다.

지표상으로 보아도 우리나라 국민의 기대수명은 2020년 기준 83.5세로 일본(84.6세)에 이어 2위로 OECD 평균(80.6세)를 크게 상회하고 있으며 영유아 사망률도 2.5명으로 OECD 평균(4.1명)에 비해 월등히 낮다. 의사의 치료를 제때 받지 못해 사망한 환자의 수를 평가하는 지표인 '치료가능사망률'은 10만 명당 43명으로 OECD 국가 중 스위스 다음으로 2위이며, OECD 국가 평균(79명)의 절반 수준으로

뛰어난 성과를 보이고 있다. 이외에도 암 사망률 5위, 순환기 질환 사망률 1위 등 대부분의 의료 지표가 OECD 국가 최상위권에 해당한다.

코로나19 치명률에 있어서도 OECD 국가 중 일본에 이어 가장 낮고 코로나19 팬데믹 기간 중 적절한 진료를 받지 못해 사망한 환자 수 지표(인구 10만 명당)를 나타내는 ‘초과사망율’ 지표도 우리나라가 52명으로 OECD 국가 중 2위였다. OECD 평균(1,499명)의 29분의 1 수준이다.

도시와 농촌지역의 의사 밀도 차이에 대한 OECD 자료(Health at a Glance 2021)에 따르면 우리나라는 도시 인구 천 명당 2.6명, 지방 2.1명으로 도시 대비 시골 지역 의사 밀도가 80.7%로 OECD 평균 61.8%보다 훨씬 높다. 이는 도시 지역 의사 2.5명에 시골 지역 의사 2.3명으로 92%인 일본에 이어 두 번째로 편차가 작은 나라에 해당한다.

국민 1인당 연간 의사 진료 횟수도 14.7회로 OECD(5.9회) 1위, 인구 천명 당 병상 수도 12.7병상으로 OECD(4.3병상) 1위다. 심지어 노인인구가 30% 가까이 되는 일본보다 외래 진료 횟수와 병상 수가 더 많다.

OECD 국가 대비 우리나라 의료 수가도 큰 차이가 있다. OECD 자료(Health at a glance 2019)에 따르면 미국의 의료 수가를 100으로 보았을 때 우리나라는 48로 OECD 평균(72)의 3분의 2수준이다. 우리나라 의료는 저수가를 많은 진료량으로 커버하는 박리다매형 의료인 것이다.

인구 천명 당 의사 수가 우리나라와 비슷한 일본(2.6명)의 경우 의사가 없어서 응급실 뱅뱅이나 필수의료 분야에 문제가 있다는 소리가 전혀 없다. 의사의 전공 선택시에도 가장 인기가 높은 과목이 내과이고 이어서 가정의학과, 소아과의 인기가 높다. 미국(2.6명)에서도 우리나라에서는 이미 폐과 상태에 가까운 흉부외과 전문의의 인기가 최상위권이다.

OECD 국가와 의사 수 평균을 비교하여 우리나라 의사 수가 적어 응급실 뱅뱅이나 필수의료 의사 수가 부족하다고 주장하는 이들은 우리나라와 의사 수가 비슷한 일본이나 미국에서는 왜 이런 현상이 나타나지 않는지 납득할 만한 설명을 할 수 있어야만 한다. 만일 그렇지 못하다면 의사 수로 모든 것을 몰고가려는 그들의 주장은 전혀 비현실적인 망상임을 드러낼 뿐이다. 인구 천 명당 의사 수 뿐만 아니라 평균 수명, 의료 수가, 및 각종 의료지표들도 OECD 평균에 맞추자는 것인지 묻는다면 그들은 어떻게 대답할 것인가?

실제 우리나라와 OECD 국가 평균 인구 천명당 의사수 추이를 비교해 보아도 현행 의대 정원을 유지 시 오는 2063년이 되면 우리나라는 의사 수가 6.49명으로 OECD 국가 평균인 6.43명을 추월하게 된다.

정부가 의사수 부족의 근거로 인용하고 있는 한국보건사회연구원의 연구보고서도 문재인 정부에서 의대 증원을 밀어붙이기 위해 통계를 왜곡한 총체적 부실 보고서다. 이 보고서에서는 2035년 의사가 2만7232명 부족하다고 주장하고 있는데 그 근거를 추계하는 과정에 의사 총업무량(연평균 6.5% 증가를 3.1% → 3.37%로 축소 반영), 의사 1인당 업무량(연평균 3.2% 증가하지만 2019년 이후 고정), 의사 연간 근무일수(실제 근무일수인 246일 대신 226일로 축소), 주당 80시간을 근무하는 전공의 인력(13,000명) 누락 등 각종 데이터를 왜곡하는 심각한 문제가 드러나 한국보건사회연구원에서 지난 4월 24일 공식 사과를 하기에 이르렀다.

그럼에도 불구하고 국책연구기관이 지난 정부의 의사 부족 시나리오에 맞춰 왜곡 작성한 연구보고서를 정권이 바뀐 이후에도 바로잡지 않고 잘못된 정책을 계속 이어가면서 의사 수와는 전혀 무관한 ‘응급실 뺑뺑이’와 ‘소아과 오픈런’을 ‘OECD 의사수’와 교묘하게 악마의 편집을 해서 국민에게 의사 수가 부족하다는 착시현상을 일으킨 후 의대 정원 증원이 필요하다고 의사와 국민을 가스라이팅하고 있는 것 아닌가?

[3] 필수의료와 의대정원

요즘 필수의료 분야에 종사하는 의사들 사이에 유행하는 밈(Meme)이 있다. 바로 「I AM 낙수과예요」라는 자조 섞인 밈이다. 필수의료 분야는 국민의 생명과 밀접한 분야다. 선진국들은 필수분야 의사들이 자긍심을 가지고 진료할 수 있도록 법적 보호와 재정적 보상을 충분히 해준다.

그런데 우리나라는 의사 숫자를 충분히 늘리면 그중 일부는 낙수효과로 필수의료 분야로 가지 않겠냐고 주장한다. 기가 막히고 개탄스러운 일이다. 국민의 생명과 재산을 지켜야 할 국가라면 의사들이 국민의 생명을 살리는 필수의료 분야에 의욕을 가지고 서로 지원할 수 있도록 해 줘야지 피부, 미용 분야 못 가고 떠밀려 간 의사들에게 그 분야를 맡긴다는 것이 말이 되는 소리인지 묻고 싶다. 설령 그들이 떠밀려서 필수의료 분야로 간다고 한들 얼마나 열정을 가지고 그 일에 종사할까? 방어진료와 회피로 일관하다 살릴 수 있는 환자의 생명을 놓쳤을 때 그 환자가 내 가족이라면 어떻게 하나?

지금도 국민의 생명을 살리기 위해 밤을 새워 환자 곁을 지키고 있는 필수의료 분야 의사들이 자부심을 가지고 환자의 생명을 지키는 일에 종사할 수 있도록 국가와 사회는 도와야 할 책무가 있다.

지난 해 말 대한의사협회 의료정책연구원의 의사 대상 설문조사에서 밝혀진 것처럼 의사들이 필수의료를 하지 않는 이유는 필수의료 분야의 저수가와 더불어 의사의 형사처벌 경향 때문이다.

의료정책연구원 연구보고서에 따르면 지난 2011년부터 2015년까지 5년 동안 한국과 일본의 의사 기소건을 보면 한국은 의사 130,536.2명 중 336.9명이 업무상 과실치사상으로 기소되어 활동의사 1000명당 평균 기소건수가 2.58건로 나타난 반면, 같은 기간 일본은 의사 410,462.2명 중 검찰에 기소된 의사수가 4.2건으로 의사 1000명당 0.01건에 불과하여 의사 1인당 기소 건수는 한국이 일본의 약 250배에 달한다. 실제 형사재판 판결에 있어서도 우리나라의 의사 1만 명당 연평균 유죄 판결 건수(1.55건)는 일본(0.2건)에 비해 7.7배, 영국(0.03건)에 비해 50배 이상 높은 것으로 나타나고 있다.

일본에 비해 기소 건수 250배, 유죄 판결 건수 7.7배라는 것은 대부분의 기소된 케이스가 무죄로 나타난 것으로 우리나라 검찰이 무조건 기소부터 하고 본다는 것을 나타내는 것이기도 하다.

실제 소아청소년과의 경우 저출산의 영향도 있지만 2017년 이대 목동병원 신생아중환자실의 신생아 집단 사망사건으로 담당 주치의를 포함한 3명은 구속되는 사건이 있었는데, 5년 동안 법정 공방 끝에 2022년 12월 15일 대법원에서 최종 무죄가 확정되었다. 하지만 그 사건 이후 “나도 언젠가 ‘살인자’로 법정에서 설 수 있다”는 인식이 퍼지면서 전공의 지원이 급감하게 되어서 소청과 전공의 총원율은 2018년 206명 정원에 208명 전공의 확보(101%) → 2019년 194/206명(94.2%) → 2020년 152/205명(74.1%) → 2021년 78/204명(38.2%) → 2022년 57/203명(28.1%) → 2023년 33/203명(16.3%)으로 급격하게 추락하게 되었다.

국가가 필수의료 붕괴를 막겠다는 의지가 있다면 ‘필수의료 분야 의료사고처리 특례에 관한 법률(안)’이 현재 국회 법사위에 계류되어 있는데 이 법안부터 통과시켜야 할 것이다.

[4] 지역의료와 의대 정원

의대정원을 늘리는 명분으로 지역 필수의료 붕괴를 막기 위해서라고 주장한다. 그런데 지난 2020년 11월 대한의사협회 의료정책연구원에서 전국 의사 5만6434명을 대상으로 조사(응답 6507명)한 <2020 전국 의사조사> 결과에 따르면 의사가 지방 근무를 꺼리는 가장 큰 이유로 ▲자녀의 교육문제(58.3%)를 꼽고 있으며, 뒤를 이어 ▲가족과 떨어져 살게 되는 어려움(52.6%) ▲친지나 친구 관계 등 개인적인 사회관계 단절(42.4%) ▲여가 문화시설 부족(33.3%) 등으로 나타났다. 이러한 문제를 해결하지 않으면 지역 필수의료 붕괴를 완전히 막기는 어렵다는 것을 나타내 주고 있다.

실제 선진국들도 대부분 비슷한 문제를 가지고 있다. 그런데 OECD 데이터 중에는 도시 지역과 농촌지역의 의사 밀도 차이를 분석하고 있는데 2021년 OECD 자료(Health at a Glance 2021)를 재구성한 한국보건사회연구원의 <보건의료인력 실태조사>에 따르면 도시 및 지방의 인구 대비 의사 수는 2019년 기준 OECD 평균 인구 천 명당 1.8명의 편차가 있는 반면 우리나라는 인구 천 명당 0.6명으로 지역간 의사 수 편차가 적었다. 보사연 자료에 따르면 OECD 14개 국가의 지역별 의사 수는 도시에 인구 천 명당 4.7명, 지방에 2.9명으로 도시 대비 시골 지역 의사 밀도는 61.8%에 불과했으나 우리나라는 도시 인구 천 명당 2.6명, 지방 2.1명으로 도시 대비 시골 지역 의사 밀도가 77.7%로 나타났다. 이는 도시 지역 의사 5.5명에 시골 지역 2.3명으로 92%인 일본 이어 두 번째로 편차가 작은 나라에 해당한다.

지역의료를 담당하는 특수 목적의 의과대학으로 대만의 <양명의대>, 일본의 <자치의대> 등 지역의사 제도가 있으나 성과가 썩 좋지는 못한 것으로 나타나고 있다.

대만판 공공의대라고 할 수 있는 양명의대는 1975년 설립되었는데 처음에는 공비(公費) 장학생으로 선발하여 등록금과 생활비를 지원해주고, 졸업 후 의료 취약지역에서 근무하거나 제대 군인을 위한 원호 의료를 할 수 있도록 했는데 점차 지원자가 줄면서 1988년 자비로 부담하는 학생을 뽑게 되었고 2009년부터는 거의 전원 자비 교육생으로 바뀌었다. 지난 2018년 양명의대 졸업생 6557명을 대상으로 한 조사에서는 도시에 근무하는 비율이 84%, 취약지에 근무하는 비율은 16%에 불과한 것으로 나타났다. 공공의대 설립 목적과 달리, 대다수가 의료취약지를 떠나 근무하고 있는 것이다.

일본의 자치의대도 의사들 사이에 차등 논란이 생기면서 지원자가 점점 줄어서 해마다 정원이 미달이다. 국민의 인식이 자치의대를 2류로 여기면서 인기가 추락하고, 9년의 의무복무 규정에 학생들이 큰 부담을 느껴서 지원이 크게 감소했기 때문이다.

이러한 지역의료 문제를 해결하기 위해 대한의사협회는 국립중앙의료원(NMC)과 공동으로 '(가칭) 시니어의사-지역공공의료기관 매칭사업'을 진행하고 있다. 이와 관련하여 의협 회원 2016명을 대상으로 실시한 설문조사에서는 ‘은퇴 후 진료를 계속하고 싶다’고 답변한 비율이 78.8%에 달했으며 ‘의료취약지 근무 의향이 있다’는 답변도 63.1%나 됐다. 은퇴 후 근무를 위해 거주지를 옮길 의향이 있다는 의사는 55.2%였으며 공공보건의료기관에 재취업할 의사가 있다는 답변은 77%에 달했다.

정부는 이들이 지역에서 활동할 수 있도록 적극 도와야만 한다. 여러 가지 여건상 가기 힘든 젊은 의사들을 억지로 보내려 할 것이 아니라 은퇴 후 재취업을 막는 노령연금 감액 규정 등 장애물을 개선하는 것이 필요하다. 사립대 교수 출신의 경우 재취업을 하면 사학연금을 50%나 감액한다. 그러니 가기를 주저하는 것이다.

뿐만 아니라 정부는 지금 지방 국립대 병원을 집중육성하고 지방의료원을 육성하겠다고 말하는데 듣기에는 그럴듯하나 실효성이 없는 정책으로 예산 낭비만 하게 될 가능성이 높다. 선진국들이 의료자원을 효율적으로 이용하기 위해 가지고 있는 의료전달체계(의료이용체계)가 우리나라는 없다. 그런 까닭에 지금도 국민들은 KTX 타고 수도권 원정진료를 다니고 있다. 빅5 병원의 지방 환자가 50%가 넘는다. 그런데 앞으로 수도권에 대학병원 분원 7000병상을 증설하겠다고 한다. 그렇게 되면 지방 환자는 더욱 수도권으로 몰리게 될 것이다. 이처럼 수도권 병상 억제 정책이 없이 지방 국립대 병원에 재정을 지원하는 것은 결국 국민의 혈세만 낭비하고 지역의료의 붕괴 역시 전혀 막을 수 없게 될 것이다.

[5] 공공의대, 공공의료와 의대정원

요즘 여야 할 것 없이 차기 총선에서 득표에 도움이 될까하고 공공의대 짓자고들 한다. 그런데 지역 공공의대는 무안공항과 닮은 꼴이다. 내 주머니에서 직접 돈 안 나는 것 같지만 결국 국민 혈세다.

지금도 우리나라는 국립대 의대가 총10개 대학에 입학정원이 906명으로 전체 의대 정원 3058명의 약 30%다. 국민의 세금으로 등록금도 감면해 주고 여러 가지 지원과 혜택을 받고 있으니 국립의대가 바로 공공의대인 셈이다. 그런데 이들이 사립대 의대하고 다를바 없이 진료를 하고 있는 것이 문제다.

의과대학은 단지 학교에서 이론만 가르치는 것에서 그치지 않고 학생 재학 중 임상 실습과 전문의 수련 과정을 통해 전문의를 배출하게 된다. 따라서 의대교육을 제대로 하기 위해서는 임상 24개 과목을 다 수련 교육을 할 수 있는 800병상 이상의 부속병원이 필요하다. 의대와 부속병원이 떨어져 있으면 진료(때로

응급 수술)와 강의를 병행하는 의대교수 특성상 교수 수급 자체가 사실상 어려울 수 있다. 과거 인구 10만도 채 되지 않은 남원에 서남의대를 설립했다가 폐교한 것에서 교훈을 얻어야만 할 것이다.

지방의료원에 재정을 투입하겠다는 정책도 신중해야 한다. 지금 공공의료기관의 모럴헤저드는 말로 다하기 어려울 정도다. 지난 해 <한국산학기술학회논문지>에 발표된 논문(이흥훈 등, 「지방의료원의 구조적 문제 분석 및 코로나 대응 제도에서 참고할 운영 개선 방안」)에 나타난 바에 따르면 공공의료기관인 지방의료원은 입원 환자 질환의 중증도 분류 기준(전문: DRG-A, 일반: DRG-B, 단순질환: DRG-C)에서 전문질환군(DRG-A)은 단 2%로 민간 2차 병원(10%)의 1/5 밖에 되지 않는다. 평균 입원 기간도 10.64일로 민간 2차 병원(5.75일)의 2배 가까이 된다.

마치 요양병원처럼 경증의 환자만 장기간 입원 진료하고 있는 셈이다. 노조의 영향으로 다들 직원 복지만 추구한 때문이다. 이러니 오죽하면 홍준표 前 경남지사께서 진주의료원을 폐업하기까지 했겠나?

국립대학병원이라고 다르지 않다. 갑작스럽게 임시공휴일이 지정되는 경우 이를 다 챙겨서 쉬는 사립 대학병원은 거의 없다. 반면 국립대병원은 대개 임시공휴일을 쉰다. 그런데 대학병원 외래 한 번 보려고 2~3개월을 기다린 환자의 절박한 입장을 생각해 보면 과연 이들이 공공의료에 대한 책임감은 있는 것인지 의문이 든다. 거기에다 또 예산을 퍼붓는다고 하기 전에 정부는 공공의료기관의 모럴헤저드를 어떻게 해소할 것인지 대책을 먼저 내놓아야 한다.

윤석열 대통령 선거 공약 중에 <공공정책수가>가 있다. 이와 관련하여 지난 해 6월 복지부 공공의료과장(신옥수)은 공공정책수가를 설명하면서 “소유 주체와 무관하게 공공의료 기능이나 역할을 하면 그에 합당한 공공정책수가를 지급하겠다”고 말했다. 그는 ‘과거 공공의료기관으로 국한해 정부가 지원했던 것에서 민간의료기관이라고 공공 및 필수의료 행위를 하면 그에 합당한 수가를 적용하는 게 핵심’이라고 부연 설명까지 했다. 또 “이를 두고 일각에선 '민간' 의료기관 중심의 정책이라는 우려도 있지만 지난 2017년 공공의료법 개정을 통해 '공공의료'의 개념이 공공의료 수행기관으로 전환된 바 의료기관의 기능 및 역할에 따라 적용하는 것이 합당하다”고도 말했다.

이러한 공약은 사회복지의 담론이 ‘소유’에서 ‘가치’로 이동하고 있는 세계적 추세에 합당한 정책으로 그동안 정부의 투자 없이 민간의료 중심으로 세계 최고의 보편적 의료서비스를 제공하는 의료시스템을 구축한 의료계의 헌신과 노력이 윤석열 정부에서는 제대로 평가받게 될 것이라고 의료계도 크게 환영한 바가 있다.

그런데 지난 10월 19일 발표된 정부의 <생명과 지역을 살리는 필수의료혁신 전략>에 따르면 1년 여 만에 정책이 180도 바뀌어서 국립대병원 등 권역 책임의료기관 등 공공의료기관 중심으로 우선 적용한다고 한다. 중간에 누군가 보이지 않는 손이 작용하여 대통령 공약을 뒤집은 것이다. 이처럼 손바닥 뒤집듯 대통령 공약까지 뒤집으면 앞으로 정부의 말을 믿을 사람은 아무도 없을 것이다.

[6] 의사 소득과 의대정원

응급실 뺑뺑이와 소아과 오픈런이 의사 수와 무관하다는 국민들의 인식이 늘어나자 이번에는 우리나라 의사들의 소득이 OECD 1위라는 가짜뉴스가 언론에 등장하면서, 의사 소득을 낮추기 위해 의대정원을 증원해야 된다고 주장한다. 본말이 전도되어도 한참 전도되었다.

OECD는 의사의 소득을 전문의·봉직의, 전문의·개원의, 일반의·봉직의, 일반의·개원의 네 가지로 구분하여 환율(USD)와 구매력(PPP) 기준으로 분류하고 있다. 그런데 OECD 국가 중 네 가지 자료를 모두 다 보고하는 나라는 우리나라, 이스라엘, 네덜란드 3개국 밖에 없다. 한국보다 국민 1인당 GDP가 높음에도 불구하고 의사수입 자료(전문의·봉직의 기준)를 제출하지 않은 국가는 룩셈부르크, 스위스, 미국, 오스트리아, 호주, 캐나다, 일본 등 7개국이다. 특히 룩셈부르크의 경우 2015년까지는 의사 소득자료를 제출했는데 당시 ‘전문의·봉직의’의 임금은 26.4만 달러로 지금의 우리나라 의사보다 훨씬 높았다.

그러나 이처럼 OECD 국가간 전문의 소득만으로 의사 소득을 단순 비교하는 것조차도 문제가 많다. 임금 소득 이외에 의과대학 교육비용, 전공의 수련기간 중 소득, 정년 이후의 연금제도 등 다양한 제도를 비교해 보아야만 의사의 실질적 소득 수준을 비교할 수 있을 것이다.

국가에서 의과대학 교육비를 전부 부담하고 있는 영국 등 일부 유럽 국가들과 달리 우리나라는 의과대학 교육 과정에 전적으로 자기 비용을 투입한다. 의사 면허를 취득한 이후도 영국이나 독일 등 유럽 국가에서는 전공의가 1억 넘는 연봉을 받지만 우리나라는 주당 80시간 이상 혹독한 노동을 하면서 연봉 최저임금 수준의 급여를 받는다. 남학생은 전문의를 취득한 후에도 군의관 또는 공보의 38개월을 근무하는데 이 역시 최저임금 수준이다.

병원 개원도 국가에서 대부분 투자하는 유럽 국가들과 달리 우리나라는 전적으로 자기 비용으로 개원한다. 정년 이후도 큰 차이가 난다. 영국 의사는 30년간 의료기관에 봉직 후 정년시 매년 5만 5천 파운드(8,900만원)의

연금을 받고, 40년간 봉직 시 6만 7000파운드(1억800만원)의 연금을 받지만 우리나라는 정년 이후 자기 노후를 기댈 곳이 언제 파탄 날지 모르는 월 100만원 남짓의 국민연금 말고는 없다.

이러한 의사 소득 논란의 밑바탕에는 “가진 자에 대한 증오”를 동력으로 하는 계급투쟁적 이념이 담겨있다. 그런 식으로 하면 어떻게 되는지는 문화혁명(문혁)시절 의료가 붕괴된 중국이 이미 보여주고 있다. 문혁 당시 홍위병들은 잘사는 의사에 대해 극심한 적개심을 가지고 병원에 들어가 닥치는 대로 의사들을 죽였다. 이에 의사들은 살기 위해 가운을 벗어 던지고 도피했다. 그 결과 순식간에 의료가 붕괴되고 말았다. 죽어 나가는 환자가 속출하게 되자 당황한 중국 정부는 의사들에게 살려줄테니 제발 나와서 진료를 해 달라고 호소했다. 그러나 의사들은 믿지 않았다.

의료 붕괴가 지속되자 중국 정부는 특단의 조치를 내놓았다. 그것은 의사가 업무에 복귀하면 국가에서 그 사람에게 병원을 하나씩 지어주는 것이었다. 당시 그 조치에 따라 의료에 복귀한 의사들은 병원에 근무하면서 매3년 마다 2년은 진료와 학생 교육을 하고 1년은 노동을 해야만 했다. 당시 배출된 의사가 바로 ‘맨발의 의사(Bare foot doctor, 赤脚醫)’다. 지난 시절 민간 중심의 헌신적 노력으로 이룬 최고의 의료 선진국 대한민국이 닮고 싶은 모델이 고작 맨발의 의사인가?

[7] 의사 수와 건보재정

‘향후 초고령사회 대비를 위해 의사 수가 늘려야 된다’는 정부의 주장을 그대로 받아들여 의사 수를 늘리면 과연 좋기만 한 것인가? 모든 선택에는 대가가 있다. 공짜 점심은 없는 것이다. 의사 수와 의료비 간에는 밀접한 상관관계가 있다. 지난 2007년 건보공단의 <국민의료비 지출구조 및 결정요인에 대한 국제비교>라는 연구보고서에 따르면 인구 천명당 의사 1명이 늘어날 경우 1인당 의료비는 22% 증가하는 것으로 나타났다.

지금 우리나라의 건강보험은 지속 가능성이 전혀 없다고 보인다. 주요 선진국 중에서 의료이용체계(의료 전달체계)가 없는 나라는 우리나라 밖에는 없을 것이다. 모든 국민에게 충분한 의료 서비스를 제공할 수만 있다면 더없이 좋을 것이다. 그러나 무한정 서비스를 제공하면 재정적 문제가 발생된다. 그래서 세금이나 공적 보험으로 의료시스템을 운영하는 나라들은 모두 국민의 의료이용을 억제하거나 남용을 방지하는 의료이용체계를 갖추고 있다.

반면 우리나라는 1998년 지역 간 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제 개혁 차원에서 진료권 개념을 폐지하면서 자유방임형 의료이용체계가 고착되게 되었다. 그로 인해 각 지역별 인구와 고령화 등 의료수요에 맞는 의료 이용 계획 수립 없이 수도권으로 대형병원이 집중되는 등 문제를 여러 가지 부작용을 낳고 있다.

최근 국회 예산정책처 건보재정전망 발표를 보아도 건보재정은 매우 위태로운 것을 알 수 있다. 우리나라는 2024년 건보 재정수지가 당기 적자로 빠지고, 2028년에는 현재의 누적적립금 23조원을 다 소진(-5.6조)하고, 2032년에는 -61.8조에 이를 것으로 전망하고 있다.

실제 2022년 우리나라 GDP 대비 경상의료비는 9.7%로 OECD 평균(9.3%)를 처음으로 넘어섰다. 이처럼 심각한 건보재정 파탄이 예고된 상황에서 병상총량을 관리할 정책도 세우지 않고 대학병원 수도권 분원을 무한정 증설하게 하고, 그 병상을 운영하기 위해 의사와 간호사를 무한정 늘리겠다고 하면 건보재정은 국민연금보다 훨씬 앞서서 파탄을 맞게 될 것이다.

더 심각한 사실은 본격적인 의료비 폭증이 노인인구가 20%를 초과하는 2025년 이후에 시작된다는 것이다. 지금의 정부 정책은 효율성은 전혀 고려하지 않고 형평성만 추구하는 전형적 포퓰리즘 정책으로 결국 국가 재정만 낭비하고 지금도 위태로운 건보재정을 파탄으로 몰고가서 결국 미래 세대의 건보료 폭탄으로 돌아오게 될 것이다.

[8] 나가며 : 포퓰리즘 대신 과학적, 체계적으로 의대정원을 논의해야

일각에서 필수의료 의사를 인성으로 보고 뽑자는 소리를 하면서 네덜란드처럼 의사를 추천으로 뽑자고 하는데 이 또한 심각한 왜곡이다. 네덜란드는 의사를 중앙선발(centralised procedure)과 각 의과대학 선발로 하는데 실제 각 의과대학 선발로 80%까지 뽑고 20% 정도를 중앙선발 즉 추천으로 뽑는다. 그런데 이 추천이 무작위가 아니고 성적을 다섯 층위로 분류하여 성적이 좋을수록 우선 합격할 수 있도록 한다.

의사 인력 수급을 위한 수요 조사는 수요추계(경제적 수요-인구학적 특성, 사회경제학적 특성, 필요 수요-인구집단 건강상태, 역학적 상황, 서비스 목표량, 이용율 등), 공급변수(의사 유입, 유출 현황, 기술의 다양성 등) 등 다양한 변수와 지표를 활용하여 분석이 선행되어야 한다.

주요 선진국들에서는 의사 인력의 적정성 여부를 판단하기 위해 별도의 기구나 조직을 두고 있는 경우가 많다. 먼저 미국은 보건의료인력 산하 국가보건의료인력분석센터(National Center for Health Workforce Analysis, NCHWA)를 두고 있고, 일본은 후생노동성 산하 전문가 중심의 ‘의사인력 수급 검토회’에서 논의 및 분석연구를 하고 있으며, 네덜란드는 ‘의료인력계획 자문위원회(Advisory Committee for Medical Manpower Planning, ACMMP)’ 산하에 200명 규모의 보건의료서비스 연구소(Netherlands Institute for Health Service Research, NIVEL)가 있다. 호주도 보건부 산하에 122명 규모의 호주보건의료인력원(Health Workforce Australian, HWA)을 두고 있다.

이렇게 전문적으로 보건의료인력 수급을 조사하고 데이터를 각 보건의료인들에게 충분히 설명하고 공감하면서 정책을 수립하기 때문에 마찰이 적고 서로의 입장을 이해하게 되는 것이다. 정부는 지금이라도 향후 의대 증원이 우리나라에 미칠 영향을 면밀히 검토하고 분석하는 연구를 먼저 제대로 해야만 된다. 서두르는 것이 능사가 아니다. (끝)

제1회 미디어포럼 “의대정원 조정과 대한민국 의료의 미래”

| 주제발표 |

역량 중심 전공의 수련과 필수의료

박중신 교수

서울대학교병원 부원장, 대한의학회 부회장

약 력

- 성 명 : 박중신
- 소 속 : 진료부원장, 교수
- 직 위 : 서울대학교병원, 서울의대 산부인과학교실

[주요 학력사항]

- 서울대학교 의과대학
- 서울대학교 대학원 (의학박사)
- 서울대학교병원 산부인과 전공의, 전임의

[주요 경력사항]

- 한국의학교육학회 회장
- 대한의학회 부회장 (수련, 고시 담당)
- 대한모체태아의학회 부회장
- (전) 대한산부인과학회 이사장
- (전) 보건복지부 수련환경평가위원회 위원장
- (전) 서울대학교병원 연구지원본부장
- (전) 서울대학교병원 의학박물관장
- (전) 대한산부인과초음파학회 회장
- (전) 서울의대 산부인과학교실 주임교수, 서울대학교병원 산부인과 과장
- (전) 서울의대 교무부학장

- (전) 서울의대 대외협력실장
- (전) 서울대학교 의학도서관장
- (전) 서울대학교병원 교육연구부장
- (전) 서울대학교병원 역량개발실장
- (전) 대한의학회 수련교육이사
- (전) 대한의학회 고시이사
- (전) 건강한여성재단 이사장

필수의료와 역량중심 전공의 수련

서울대학교병원 산부인과 박 중 신

작년에 서울의 대형병원에서 근무하던 간호사가 근무 중에 쓰러졌는데, 수술을 집도할 뇌혈관 외과 의사가 없어서 사망하는 사건이 일어났다. 이후 대한민국에는 필수의료 붕괴에 대한 비난과 논란이 이어졌으며, 다양한 해법이 제시되고 있다. 특히 최근에는 전공의를 통해 필수의료와 지역의료를 살려 보려는 움직임까지 일고 있는 상황이다.

그러나 전공의는 엄연히 수련 중에 있는 피교육자 신분이고, 편법으로 전공의의 근로자 역할만 강조하면 또 다른 문제가 파생될 수 있다.

그렇지 않아도 필자는 대한의학회 수련교육이사직을 수행하면서 대한민국 전공의 수련에 관련된 다양한 문제를 해결하기 위한 시발점으로 “역량중심 전공의 수련”의 중요성을 주창하였다. 대한민국의 전공의 수련을 담당하고 있는 26개 전문과목학회의 수련이사들과 여러 차례의 회의 및 워크숍을 하면서 수련의 축을 “도제 교육” 중심에서 “역량 중심” 수련으로 바꾸려고 노력했으며, 어느 정도의 변화는 이루어졌다고 자평한다.

전공의는 단독 진료가 가능한 전문의가 되기 위해서, 수련 중에 지도 전문의의 지도 하에 반드시 직접 시술, 수술, 진료를 할 수 있는 minimum requirement가 충족될 수 있는 수련을 받아야 한다. 또한 대한민국의 어느 병원에서도 수련을 받더라도 이와 같은 minimum requirement가 충족될 수 있도록 수련의 standardization이 필수적이다. 끝으로 역량중심 수련이 완성되려면 이와 같은 minimum requirement가 충족되었는지 수련 중, 수련 후에 타당한 평가를 거쳐야 한다.

최근 전공의 지원율의 양극화가 심화되고 있는 시점에, 이럴 때일수록 전공의 수련 관계자들은 수련의 원칙과 목적을 잊지 말아야 할 것으로 생각된다.

좌장 약력

- 성 명 : 임정기
- 소 속 : 서울대학교 의과대학
- 직 위 : 명예교수

[주요 학력사항]

- 1975.2~ 서울대학교 의과대학 졸업 (의학사)
- 1978.2~ 서울대학교 대학원 (의학석사, 방사선과학 전공)
- 1983.2~ 서울대학교 대학원 (의학박사, 방사선과학 전공)

[주요 경력사항]

- 1983~ 2015 서울대학교 의과대학 방사선과학교실 전임강사~교수
- 2001~2022 한국과학기술한림원 정회원, 현 종신회원
- 2008~2011 한국의과대학·의학전문대학원장협회 이사장
- 2011~2014 서울대학교 연구부총장, 기획부총장
- 2012-2014 대한민국의학한림원 부회장

제1회 미디어포럼 “의대정원 조정과 대한민국 의료의 미래”

| 패널토의 및 자유토론 |

한희철 교수(의학한림원 부원장, 한국의학교육평가원 이사장)

김철중 의학전문기자(조선일보)

김길원 의학전문기자(연합뉴스)

신응진 교수(순천향대 부천병원장, 대한병원협회 정책위원장)

송양수 과장(보건복지부 의료인력정책과)

한희철 약력

- 소 속 : 한국의학교육평가원
- 직 위 : 제7대 이사장

[주요 학력사항]

- 1977. 03. 01 - 1983. 02. 25 (고려대학교 의과대학 의학과 / 의학사)
- 1983. 03. 01 - 1985. 02. 25 (고려대학교 대학원 의학과 / 의학석사)
- 1985. 03. 01 - 1988. 02. 24 (고려대학교 대학원 의학과 / 의학박사 (생리학))

[주요 경력사항]

- 1992. 03. 01 - 1994. 02. 28 (고려대학교 의과대학 / 조교수)
- 1994. 03. 01 - 1995. 07. 30 (Univ. of Texas at Galveston / 교환교수)
- 2001. 09. 01 - 현재 (고려대학교 의과대학 (생리학) / 교수)
- 2003. 03. 01 - 2003. 06. 30 (Stanford University / 교환교수)
- 2010. 11. 01 - 2013. 09. 30 (대한생리약리학회지(KJPP) / 편집위원장)
- 2011. 12. 22 - 2013. 12. 21 (고려대학교 의과대학·의학전문대학원 학장·원장)
- 2012. 04. 01 - 2015. 03. 31 (대한의학회 / 홍보이사)
- 2014. 03. 01 - 2018. 02. 28 (고려대학교 신경과학연구소 / 소장)
- 2016. 09. 01 - 2022. 05. 31 (한국의과대학·의학전문대학원협회 / 5, 6, 7대 이사장)
- 2017. 10. 01 - 현재 (대한통증연구학회 / 부회장)
- 2022. 02. 01 - 현재 (대한민국의학한림원 / 정회원, 부원장)
- 2022. 03. 01 - 현재 (한국의학교육평가원 / 제7대 이사장)

김철중 약력

- 소 속 : 한국의학바이오기자협회
- 직 위 : 회장

[주요 경력사항]

- 前 고려대병원 영상의학과 전임의
- 現 조선일보 의학전문기자, 논설위원 겸임, 일본특파원 겸임
- 現 한국의학바이오기자협회 초대회장

김길원 약력

- 소속 : 연합뉴스
- 직 위 : 의학전문기자(부장)

[주요 경력사항]

- 1996. 1 연합뉴스 입사 후 2021년부터 전문기자 활동.
 - 한국의학바이오기자협회 수석부회장(운영위원장)
 - 미국 국립보건원(NIH) 단기연수, 미국 미네소타대 호멜연구소 방문 연구원 역임
 - 서울대병원 의료경영최고위과정(1기) 수료
 - 전 한국유방건강재단 이사
 - 전 한국과학기자협회 부회장 및 회장 직무대행 역임
- 저서 : '내 몸 살리는 건강블랙박스' 등
- 수상 : 제1회 한국과학언론인상 등 다수

신응진 약력

- 소속 : 순천향대학교 부천병원
- 직 위 : 병원장

[주요 학력사항]

- 1990 순천향대학교 의학사
- 2003 순천향대학교 의학석사
- 2007 순천향대학교 의학박사

[주요 경력사항]

- 대한외과학회 이사장
- 대한병원협회 정책위원장
- (전) 대한수련병원협회장
- (전) 경기국제의료협회장
- (전) 대한의사협회 학술이사

송양수 약력

- 소 속 : 보건복지부 의료인력정책과
- 직 위 : 과장

[주요 학력사항]

-

[주요 경력사항]

-

