

칼날 위에 선

‘한국의료’

개혁 과제와 대안

일시_ 2024.03.26.(화) 13시

장소_ 프란치스코교육회관 211호

사회 | 변혜진_연구공동체 건강과대안 상임연구위원

발제 | 정치사회적 관점에서 본
현 의료대란의 근본 원인과 숨어있는 쟁점들
이상윤_연구공동체 건강과대안 책임연구위원
전공의 파업과 병원 현장 문제로 짚어보는
병원 현장의 개혁 과제들
현정희_서울대병원노동조합 정책위원장
윤석열 정부의 ‘의료개혁’안의 문제와 대안
우석균_인도주의실천의사협의회 정책자문위원장

토론 | 박경득_공공운수노조 의료연대본부 본부장
하세가와 사오리_인하의대 의료인문학교실 전임연구원
정형준_인도주의실천의사협의회 사무처장

유튜브 생중계



공동주최 | 공공운수노조 의료연대본부, 연구공동체 건강과대안, 인도주의실천의사협의회
문의 | 연구공동체 건강과대안 010-3975-1987

목차

프로그램	3
발제1 정치사회적 관점에서 본 현 의료대란의 근본 원인과 숨어있는 쟁점들	4
발제2 전공의 파업과 병원 현장 문제로 짚어보는 병원 현장의 개혁 과제들	13
발제3 윤석열 정부의 '의사증원' 및 '의료개혁' 비판과 한국의료 과제와 대안	18
토론1 의료의 주인은 시민이다. 시민의 요구로 진짜 의료개혁을 하라	33
토론2 일본에서의 의사 증원, 공공의료체계 강화, 혼합진료 금지 등의 사례를 중심으로	35
토론3 한국의료의 문제와 대안	40

프로그램

- 13:00 사회 변혜진_연구공동체 건강과대안 상임연구위원
- 13:10 발제 1 이상윤_연구공동체 건강과대안 책임연구위원
- 정치사회적 관점에서 본 현 의료대란의 근본 원인과 숨어있는 쟁점들**
- 13:30 발제 2 현정희_서울대병원노동조합 정책위원장
- 전공의 파업과 병원 현장 문제로 짚어보는 병원 현장의 개혁 과제**
- 13:50 발제 3 우석균_인도주의실천의사협의회 정책자문위원장
- 윤석열 정부의 '의사증원' 및 '의료개혁' 비판과 한국의료 과제와 대안**
- 14:10 지정토론 박경득_공공운수노조 의료연대본부 본부장
- 하세가와 사오리_인하의대 의료인문학교실 전임연구원
- 정형준_인도주의실천의사협의회 사무처장
- 14:30 종합토론
- 15:00 폐회

발제1

정치사회적 관점에서 본 현 의료대란의 근본 원인과 숨어있는 쟁점들

이상윤_연구공동체 건강과대안 책임연구위원

의사 수 증원을 둘러싸고 정부와 의사의 대치가 길어지고 있다. 양 측은 한 치의 물러섬 없이 강대강 치킨 게임을 벌이고 있다. 이로 인해 환자들의 불편은 증가하고 사회의 피로감도 커지고 있다. 그러나 협상은 이루어지지 않고 있으며, 해결이 어려운 상황이다. 이러한 상황의 본질과 그 원인에 대해 진단할 필요가 있다. 발표자는 이 상황이 특정 행위자의 의도와 관계없이 '덫(Trap)'에 빠졌기 때문이라고 판단한다. 더불어 사회정책 및 토론 공간에는 특정 '프레임(Frame)'이 지배적으로 작용하고 있다고 분석한다. 이러한 상황을 벗어나기 위해서는 먼저 이 대립과 논쟁의 본질을 탐구해야 한다.

1. 트랩을 파악하고 분석하기 : 대립과 논쟁 지형을 일정 정도 추상화하기

트랩에서 벗어나기 위해서는 이 트랩을 파악하고 분석하는 것이 우선되어야 한다. 이를 위해서는 트랩의 종류, 작동 방식, 목적 등을 이성적으로 분석하여 추상화하는 과정이 필수적이다. 분노, 두려움, 증오, 욕망 등의 감정적인 요소가 개입될 수 있지만, 이러한 감정들과 일정 정도의 거리를 두고 적절히 이성적/감정적으로 추상화해내는 작업이 필요하다.

의료 문제의 특성상 이러한 작업은 쉽지 않다. 생명과 건강이 관련된 문제이기에 시급성에 대한 감각이 작용할 수밖에 없으며, 이는 다양한 감정 반응과 함께 윤리적, 도덕적 평가가 개입되기 때문이다. 그러므로 대립과 논쟁의 지형을 파악하고 분석하는 작업이 한가한 작업처럼 보일 수 있고, 문제 해결에 도움이 되어 보이지 않을 수도 있다. 하지만 이런 작업은 필요하다.

발표자는 현재의 대립과 논쟁을 '허구적 대립'에 기초한 '가상적 권력 투쟁'으로 판단한다. 그 까닭을 살펴보면, 이해관계에 기반한 '실제적 대립'은 의료 비용을 통제하려는 자본과 의사 집단

간의 갈등, 의료 공급의 주도권을 둘러싼 국가/관료와 의사 집단 간의 갈등, 열악한 노동조건 속에서 착취 당하는 전공의와 의료자본 간의 갈등 등으로 분류될 수 있다.

그러나 이러한 대립과 현재의 갈등은 적절히 매칭되지 않는다. 의사 수를 늘려 적절한 수준에서 의료비를 통제하려는 의도는 자본과 정부가 공유하는 지점이지만, 현재와 같은 갈등을 유발할 정도의 필요성은 없다. 한국 정부는 의료에 직접 개입하는 전통을 가지고 있지 않으며, 그 정도의 실력도 없다. 또한 전공의들이 자신들의 열악한 노동조건을 개선하기 위해 집단 행동을 한다는 주장도 설득력이 없다.

결국, 현재의 대립은 '가상적 권력 투쟁'의 한 예로 볼 수 있다. 자본, 정부, 의사 집단은 모두 지배 블록 내의 일원이며, 이들 간에 권력과 이해관계를 둘러싼 쟁투가 있을 수 있다. 하지만 현재의 대립은 지배 블록 내의 보수적 정치 권력과 의사 집단 간의 갈등이 아니다. 오히려 이는 포퓰리즘적 '대결 정치'의 한 형태로 볼 수 있다. 이러한 싸움에서 얻는 이득은 대통령실과 의사 집단 내의 일부 강경 보수 세력에게 한정된다. 따라서 이는 허구적 대립이며, 가상적 권력 투쟁이거나 포퓰리즘적 대중 정치의 한 예이다.

이 트랩은 구조적 문제를 특정 행위자에게 전적으로 전가하는 방식과 특정 행위자의 문제를 무시하고 구조만을 탓하는 방식이라는 평행선 상에서 작동한다. 더불어 정치적 진영 논리도 부가적으로 작용하며, 이는 분노, 증오 등의 부정적 감정을 활용하여 작동된다. 이로 인해 중요한 문제인 지역 간, 진료과 간, 의료기관 간 의료 접근성과 형평성 문제의 본질이 사라지고, 의사 수 증원이 참이나 아니냐는 단순한 진리 게임으로 전략하게 된다. 따라서 실제 해결 방안에 대한 논의는 사라지게 된다.

트랩에서 벗어나기 위해서는 트랩을 만든 사람의 목적을 파악하는 것이 중요하다. 목적을 알면 트랩을 벗어나는 데 도움이 되는 단서를 찾을 수 있다. 현재의 대립과 갈등 속에서 벌어지는 싸움의 목적은 무엇일까? 의사 수를 늘려 의료 개혁에 대한 정부의 주도권을 확보하고 비용을 통제하려는 게 진짜 목적일까? 아니면 총선 시기 국민들의 지지율을 회복하려는 일부 정치 집단의 간계일까?

이러한 점을 고려할 때, 전자의 가능성은 낮다. 이 정부는 그럴 생각도 없었고 실력도 없다는 점이 다수의 의료 정책 전문가들의 중론이다. 그러면 후자일까? 표면적으로는 그런 동기가 작용했을 것으로 보인다. 그러나 더 심층적으로 들여다보면 의사 집단을 고립시키고 자본에게 이익을 가져다줄 수 있는 이득이 더 크다는 점을 알 수 있다.

의사들은 보수적인 성향을 가지고 있지만 자본의 전일적 지배에 저항할 수밖에 없는 이중적 성격을 가지고 있다. 그 결과, 의사들의 행동이 일관되지 않을 수 있지만 자본의 전일적 지배에

저항하는 이들의 힘은 중요하다. 이러한 반작용의 힘은 대립과 갈등을 통해 다른 방향으로 이끌 수 있고, 결국 중요한 의료 개혁은 뒷전으로 미루어지며 시장적, 자본 친화적 '의료 개혁'을 추진할 수 있게 된다.

2. 트랩에서 벗어나기 : 허구적 대립 프레임에서 실제 문제 프레임으로 전환하기

트랩에서 벗어나기 위해서는 허구적 대립 프레임에서 벗어나 실제적 문제 프레임으로 전환해야 한다. 이를 통해 일부 세력들과 자본만 이익을 얻는 상황을 해체하고 실제적 이해관계 갈등을 반영하고 이를 '정치적'으로 해결하는 상황을 만들어야 한다. 이러한 프레임 전환은 쉽지 않은 일이므로 현재의 상황에 문제의식을 가진 시민사회, 노동운동 세력이 최대한 힘을 합쳐 이러한 프레임 전환을 이루어내야 한다.

프레임 전환을 위해서는 근본적인 질문을 해볼 필요가 있다. 의사 수 증원은 왜 하려고 하는가? 지역 간, 의료의 종류별, 의료기관별 의료 공급의 불균형 문제를 해결하여 국민들의 의료 접근성 문제를 해결하기 위한 것이다. 이 문제를 해결해야 한다는 것에 대해서는 모두가 동의할 것이다. 문제는 방식이다. 그런데 여기서 중요한 것은 의사 수를 늘려서 고르게 분포시키는 게 맞느냐, 기존 의사 수를 유지하면서 의사들에게 동기 부여를 하는 게 맞느냐 하는 논쟁이 아니다. 물론 이러한 논쟁도 의미가 있겠지만 사실 다른 더 중요한 논쟁 지점이 있다.

현재 한국 의료는 '칼날 위'에 서 있다. 현재 드러나고 있는 의료 공백과 혼란, 갈등은 서막에 불과하다. 그간 상대적으로 저비용으로 긍정적인 효과를 내었던 한국 의료는 기로에 서 있다. 현재 시스템은 더 이상 지속 불가능하다는 것을 인식해야 한다. 다른 시스템에 대한 사회적 합의가 필요하며 이를 위해 '정치'가 필요한 상황이다. 이 정치는 허구적인 갈등을 만들어 양극단의 대치를 만들고 거기서 일부 세력의 이해 관계를 관철하는 그런 정치가 아니다. 골치 아프고 복잡한 문제를 합리적인 방식으로 사회적 합의를 이끌어 내고, 합의된 방향으로 뚝심 있게 정책을 추진하는 그런 실력으로서 정치이다. 이러한 정치적 과제를 뒤로 미루면 그 어떤 문제 해결도 난망하게 된다.

국가와 의사 간의 관계를 어떻게 정립하고 어떤 거버넌스 체계 속에서 정책을 추진할 것인가는 위 문제에 대한 사회적 합의 그 이후의 문제이다. 이 문제에 대한 중요성을 논하기 위해서는 다소

학술적일 수도 있는 역사적, 동시대적 흐름에 대한 파악과 더불어 의료의 특수성에 대한 원론적 논의가 필요하다.

3. 의사 권력의 부상과 쇠퇴, 국가의 의료 개입

생의학의 발달과 체계적인 사회적 폐쇄 전략을 통해 자신들의 영향력을 증대시켜 온 의사들은 1980-90년대를 지나며 그 영향력과 권력이 감소하고 있는 현상을 경험하고 있다. 이는 국가와 지역에 따라 다소 차이가 있지만, 모든 국가에서 공통적으로 관찰되고 있는 현상이다. 보건의료 분야에서는 특정 정책의 보편적 흐름이 구조를 결정했다.

산업화의 진행과 대규모 중산층의 등장으로 의사에게 서비스 비용을 지불할 수 있는 개인들이 증가했다. 결과적으로 의료 서비스에 대한 주관적 수요가 증가하여 의사의 수입도 상승했다. 그러나 비용을 지불할 능력이 있더라도 의사들의 서비스가 다른 의료 서비스 제공자들보다 우수하지 않다면 환자들은 의사를 찾지 않았을 것이다. 1890년부터 1920년까지 유럽과 미국의 의료계는 다른 의료 서비스 제공자들과의 경쟁에서 의료계의 대부분 측면을 통제하는 헤게모니 세력으로 변모했다. 이러한 역사적 힘은 후속 개혁에 대한 의사들의 저항의 기반이 되었다.

제2차 세계대전 이후, 서유럽과 미국의 국가들은 이전에는 비용을 지불할 수 없었던 인구를 치료하기 위해 의사에게 비용을 지불하기 시작했다. 이로 인해 의사들의 수입이 다시 증가했다. 서유럽의 국가들과 미국의 대형 민간 보험사들도 중산층과 노동 계급을 위해 더 많은 의료비를 지불했고, 이로써 의사들은 더 많은 수입을 얻을 수 있었다. 시장의 확대와 소득 증가는 진단 및 치료 분야의 새로운 기술 발전으로 인해 이전에는 치료할 수 없었던 질병을 치료할 수 있게 되었기 때문이다.

19세기 프랑스와 미국에서 의료계는 직업 진입을 제한할 수 있는 길드를 조직하기 위해 많은 노력을 기울였다. 이러한 노력은 생의학의 발전에 의해 뒷받침되었다. 세기 전환기에 미국 의사협회의 조직 개편은 의사들을 통합시키는 데 성공했다. 20세기에 의사들은 높은 수요와 낮은 공급으로 고소득을 누렸다. 하지만 정도의 차이는 있지만 영국, 프랑스, 특히 미국의 의사들은 국가 의료 서비스 또는 국가 보험 제도를 통해 의료 서비스의 가용성을 확대하려는 노력에 반대했다. 이러한 제도가 의료 수요를 늘려 의사들의 이익에 기여했다는 점은 아이러니하다.

이와 같이 강력했던 의사들의 지위와 권력은 1980년대 들어 하향 곡선을 그리기 시작한다. McKinlay와 Marceau(2002)는 8가지 요인이 의사들의 권력 약화에 기여했다고 언급했다. ① 국가의 성격 변화와 지원 상실, ② 의사 업무 내용에 대한 사회적 통제 강화, ③ 세계화와 정보 혁명, ④ 의료와 간호의 경계가 모호해지는 등 다른 의료 종사자의 위협 증가, ⑤ 역학적 전환, 치료에서 관리로의 전환, 만성 질환의 증가, ⑥ 의사와 환자 관계의 변화와 대중의 신뢰 하락. 이러한 6가지 외부 요인과 더불어 ① 의사 공급 과잉(시장 지위 약화)과 ② 의사 단체의 분열 및 이에 따른 영향력 약화 등 2가지 내부 요인이 겹쳤다는 것이다.

위에서 언급된 8가지 요인은 의사들의 권력 약화에 결정적인 영향을 미친 요인으로서 중요한 역할을 한다. 이 중에서도 특히 저성장 및 경제위기로 인한 의료비 통제 압박과 대중의 신뢰 하락은 의사들의 권력 약화에 결정적인 영향을 미쳤다.

의료비 통제 압박은 사회적으로 증가하는 의료 비용에 대한 우려를 증폭시켰다. 이는 의료 서비스에 대한 더 많은 투자를 요구하는 대중의 기대와는 대조적으로, 경제적 제약으로 인해 정부와 사회적 단체들이 의료 지출을 제한하고자 했기 때문이다. 이러한 상황에서 의사들은 의료 서비스의 가치와 효과성을 입증하고, 비용 측면에서도 효율성을 증명해야 했다.

대중의 신뢰 하락은 의료 전문가들에 대한 사회적 신뢰가 저하되는 결과를 가져왔다. 문제가 있는 의사들의 악행이나 의료의 상업화, 기업에 포획된 의료계의 모습 등은 대중의 의료체계에 대한 불신을 키웠다. 이러한 상황에서 의료계의 권력과 영향력은 상당히 훼손되었다.

한국의 경우도 의사들은 전 세계적인 추세와 마찬가지로 권력의 약화를 경험하고 있다. 건강보험이 도입된 이후에도 의사들은 규제를 피해 경제적 자본을 확보하고, 건강보험 시스템의 확대로 더 많은 환자들을 대상으로 의료 서비스를 제공하여 이익을 챙겼다. 그러나 한국에서도 경제적 제약과 대중의 불신은 의사들의 권력을 제약하는 요인으로 작용하고 있다.

종합적으로 볼 때, 의사들의 권력 약화는 단순히 국가별이나 지역별 문제가 아니라 전 세계적인 추세이다. 경제적 제약과 대중의 신뢰 하락은 의료계의 권력과 영향력을 훼손시켰다. 의료체계가 변화하는 과정에서 의사들은 새로운 방식으로 자신들의 영향력을 유지하고 대응해야 한다.

4. 의료의 특수성 : 외부 개입의 필요성

의료는 시장 규제가 잘 작동하지 않는 영역으로 잘 알려져 있다. 스스로 규제할 수 없기 때문에 외부 규제가 필요하다. 하지만 그 복잡성과 시장 내에서 의사들의 독특한 위치로 인해 외부 규제가 결코 녹록치 않은 영역이기도 하다. 의료는 그 특성상 규제를 필요로 하고, 실제로 규제를 요구한다. 의료 정책을 수립할 때 가장 중요한 질문은 규제를 누가, 어떤 방식으로 부과할 것인가 하는 것이다.

이론적으로 자유 시장은 수요와 공급의 자유로운 흐름에 따라 조직되는 시장이다. 공급은 수요에 따라 증가하거나 감소하며, 가격은 수요와 공급 사이의 순간적인 균형에 따라 상승하거나 하락한다. 이론적으로 가격은 "너무 높게" 유지될 수 없다. 너무 많은 수요가 너무 적은 공급을 쫓아갈 때 새로운 생산자가 시장에 진입한다. 공급 증가에 불과한 이들의 경쟁은 전반적인 가격을 낮춘다. 너무 적은 수요에 비해 너무 많은 상품이 제공되면 생산자는 손해를 보고 시장에서 철수하여 공급이 감소하고 가격이 상승한다. 이론적으로 자유 시장의 결과는 생산자와 소비자 모두의 이익에 부합하는 공급, 수요, 가격 간의 효율적인 균형이다. 그러나 의료 시장은 자유 시장 모델의 본질적인 특성에서 벗어나 있다. 의료 시장이 어떻게 비용 폭등에 취약하여 외부 규제의 부과를 불러오는지 살펴보자.

- 1) 의료 시장에서는 소비되는 주요 재화가 도덕적으로는 유형적이지만 금전적으로는 무형적인 것으로 알려져 있다. 다시 말해, 건강 대 불건강, 삶 대 죽음과 같은 가치가 주로 거래되는 것입니다. 이러한 수요는 소비자의 선호도를 객관적으로 측정하기 어렵습니다.
- 2) 일반적으로 의료 수요는 탄력적이지 않다. 실제로 돈 때문에 치료를 포기하는 일이 발생할 수 있지만, 치료법이나 치료제가 존재한다면 아픈 사람들은 치료를 받고자 한다.
- 3) 의료 시장에서는 의사들이 독점적인 지위를 형성하고 있다. 이들은 '생산' 즉, 의료 서비스를 제공하는 데 필요한 기술적 지식을 독점적으로 보유하고 있으며, 의과대학과 면허 시스템을 통해 시장 진입을 통제하고 있다. 또한, 의료계는 교육, 윤리, 치유라는 공통의 사명 등 경제적 이익과 질적 가치 간의 균형을 유지하는데 중요한 역할을 한다.
- 4) 의사들 사이에 경쟁이 존재할 수 있지만, 소비자는 의료 서비스의 가격과 품질을 평가하기 어렵다. 따라서 소비자는 판매되는 제품을 평가하거나 시중의 다른 제품과 비교하기가 어렵다.

5) 의료 분야에서는 규모의 경제가 제한적이다. 규모가 크다고 해서 시장에서 항상 유리한 것은 아니며, 규모가 작다고 해서 경쟁력이 없는 것도 아니다.

6) 의료 시장에서는 소비자가 소비 결정의 주인이 아니다. 오히려 의사나 다른 공급자가 치료법, 치료법, 입원 기간 및 수술 종류 등을 결정한다. 이로 인해 환자가 부담하는 비용은 환자의 의사와 무관하게 발생한다.

7) 현대 의료 시장에서는 제3자 지불자가 일반적인 특징이다. 이로 인해 소비자는 가격에 민감하지 않으며, 지불자는 품질에 민감하지 않다. 이로 인해 가격과 품질 간의 관계가 깨지게 된다.

8) 아픈 사람들은 자신의 의료 비용 중 일부만을 직접 지불하며, 나머지는 간접적으로 지불된다. 이는 국가나 민간 보험사를 통해 사회화되며, 대다수의 사람들이 너무 많아서 그 영향을 거의 느끼지 못한다.

이러한 모든 요소는 의료 시장의 세 가지 본질적 특성으로 요약될 수 있다. 첫째는 질병 발생의 불확실성으로, 둘째는 소비의 외부 효과로, 셋째는 공급자와 사용자 간의 정보 비대칭성이다. 이러한 의료의 특성으로 인해 의료 시장은 자체 규제가 불가능한데, 이는 비용이 높게 유지되고 재정 문제가 악화되는 경향이 있다. 이 시스템에 대한 의사의 영향력은 구조적으로 매우 크다. 또한, 의료의 분권화와 건강의 윤리적 특성으로 인해 낭비의 원인을 찾아내고 효과적으로 제재하는 것이 어렵다. 그러므로 외부의 규제가 반드시 필요하다.

일반적으로 다수의 OECD 국가에서는 국가가 정책을 통해 의료 시장을 규제한다. 그러나 의사들은 이러한 국가 규제에 저항한다. 그러나 국가 규제를 피한다고 해서 의사의 자율성이 보장되지는 않는다. 강력한 공적 통제가 무력화되면 다른 기관이 의료 시장과 의사에게 필요한 규제를 부과하기 위해 전면에 나서게 된다. 미국은 의료비의 상당 부분을 부담하는 보험사와 기업이 의료를 규제하기 위해 나서는 대표적인 사례이다.

그러나 의료에 대한 외부 개입은 '도구적 합리성' 혹은 '규제적 합리성'만으로는 그 목적을 달성할 수 없다. 의료는 돈을 많이 쓴다고 해서 질이 증가하지 않으며, 어떤 경우에는 비용 지출과 효과 간에 상관관계가 없을 수 있다. 의료는 실증적 과학보다는 실재적 예술의 영역에 더 가깝다. 의료는 삶과 죽음의 문제이기 때문에 '효율성'의 기준을 정하는 것은 윤리적 문제를 동반한다.

어떤 사회도 무제한의 자원을 의료 서비스에 지출할 의사가 없는 한, 의료비 지출을 억제하기 위해 '계획과 배분'이 시행될 수밖에 없다. 그러나 이론적으로 '최상의 계획과 배분' 공식은 존재하지 않으며, 이를 '관료적 합리성'에 전적으로 맡길 수 없다. 사회적 합의가 필요하며, 이를

이끌어내기 위한 '정치'가 필요하다. 한국 의료는 이 기로에 서 있다. 지속적으로 약하고 무능한 정부를 자임하며 시장에 의료 규제를 맡길 것인가, 아니면 강하고 유능한 정부로 거듭나 의료로 국가의 개입, 계획, 배분의 영역으로 가져올 것인가가 문제이다. 규제는 시장에 그대로 맡겨둔 채로, 경찰 국가의 위용을 보인다고 해서 해결될 문제가 아니다.

5. 의료에 대한 국가 개입의 방향

의사 공급 불균형 문제를 해결하기 위해 의사 수 증원과 더불어 함께 진행되어야 할 국가 개입 방향에 대해서는 이후 다른 발제자가 언급할 것이기에, 그것 외에 이번 의사 집단 행동 사태로 인해 불거진 여러 문제에 대한 국가 개입 방향에 간략히 언급하고자 한다.

첫째로, 의과 대학 교육에 대한 혁신적인 접근이 필요하다. 이번 사태는 현재의 의과대학 입학생 선발과 교육 체계가 실패했음을 보여주었다. 따라서 전적으로 다른 체계의 의과대학 교육 틀을 고민해야 한다. 일부 국가에서 실시하는 입학생 선발 기준과 교육 내용에 대한 다양한 접근 방식을 고려할 필요가 있다.

둘째로, 전공의들의 수련 환경을 개선하고, 의료기관이 전공의에 의존하는 관행을 변화시켜야 한다. 전공의의 수련 환경이 여전히 열악하며, 특히 기피 과목의 경우 수가 적어 더욱 열악한데, 이는 의료기관이 전공의를 저임금 인력으로 착취하기 때문이다. 이를 해결하기 위해서는 전공의를 수련에만 충실하도록 하고, 일부 국가에서 운영하고 있는 전공의 임금 제3자 지불 방식도 고려할 필요가 있다.

셋째로, 전공의 수련 의료기관의 환자 수를 줄여야 한다. 상급 종합병원의 환자 수가 너무 많으면 전공의를 대신할 의사를 채용하는 데 비용이 많이 들게 된다. 따라서 의료기관 간 역할 분담 및 환자 배분을 통해 전공의 수련 의료기관의 환자 수를 줄이는 것이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회에서 기본적인 의료 필요를 거의 모두 해결할 수 있는 중급 규모의 종합병원을 육성하는 것이 필요하다. 일차의료 강화도 필요하다.

넷째로, 의료기관 내에서 의사들의 권력 독점 체계를 허물고 의료 직업 간 평등한 협업 체계를 구축해야 한다. 의료기관은 복잡하고 고도로 전문화된 분업으로 이루어져 있으며, 각 요소는 서로 맞물려 있고 상호 의존적이다. 이를 위해서는 의사들이 각 영역의 전문가들과 협업하기 위해 권력을 나누고 리더십을 형성하는 방법을 모색해야 한다.

다섯째로, 사회가 과도하게 '의료화'되고 의료 권력에 사회적 결정을 위임하는 행태를 지양해야 한다. 의료 권력에 대한 사회적 의존도를 낮추는 것이 중요하다. 더불어 치료 중심에서 예방과 재활 중심의 건강 체계로의 전환도 필요하다.

[참고문헌]

Coburn, D., Torrance, G. M., & Kaufert, J. M. (1983). Medical dominance in Canada in historical perspective: the rise and fall of medicine?. *International journal of health services*, 13(3), 407-432.

Cockerham, W. C. (2015). Max Weber: Bureaucracy, Formal Rationality and the Modern Hospital. *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*

Cockerham, W. C. (2020). *The Medical Profession and Medicalization. Sociological theories of health and illness*. Routledge.

Fox, S., & Comeau-Vallée, M. (2020). The negotiation of sharing leadership in the context of professional hierarchy: Interactions on interprofessional teams. *Leadership*, 16(5), 568-591.

Light, D. W. (2010). Health-care professions, markets and countervailing powers. *Handbook of medical sociology*, 6(1), 270-289.

Michael Calnan (2015). Eliot Freidson: Sociological Narratives of Professionalism and Modern Medicine. *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*

Tousijn, W. (2002). Medical dominance in Italy: a partial decline. *Social science & medicine*, 55(5), 733-741.

Wilsford, D. (1991). *Doctors and the state: the politics of health care in France and the United States*. Duke University Press.

발제2

전공의 집단 진료 거부와 병원 현장 문제로 짚어보는 개혁 과제

현정희_서울대병원노동조합 정책위원장

지금 전공의 빠진 병원은 병동 폐쇄가 이어지고, 환자와 노동자들에게는 고통과 책임이 전가되고 있다. 2박3일 입원하여 항암치료를 받아야 할 암환자가 불안에 떨면서 집에서 항암제 주사를 맞아야 하고, 노동자들은 무급휴직 강요와 임금 반납까지 강요받고 있다. 여기에 더해 25일부터는 전국의과대학교수협의회가 사직, 주 52시간 근무, 외래 진료 축소를 예정대로 집행하겠다고 발표했다. 의사 인력 증원은 당연히 되어야 하지만, 증원과 함께 지금 속대밭이 되고 있는 병원의 환자진료와 병원 정상화에 대해서도 정부가 해결 방안을 내야 한다.

지금 정부의 의대 정원 증원 발표에 대해 혹자는 개문발차 식의 정책이라고 한다. 그 문제의식에 동의한다. 의사 증원 규모와 배치를 가지고 정부와 의사집단 간의 대치 속에 현실에서 발생하는 의료문제 해결방안은 없고, 구조적 문제는 방치한 채, 불편한 진실은 감추어지고 있다.

언론·의사·정부가 빼놓은 불편한 진실의 핵심은 공공의료문제이고, 이것에 대한 세심한 정책과 재정 계획이 없다. 그냥두면 의사 증원이 된다 하더라도, 이후에 지역·필수의료 문제해결보다는 돈벌이 쏠림을 가속화하는 양날의 칼이 될 수 있다.

의사들이 의대 정원 확대에 반대하며 사직서 제출에 나선 지 한 달이 넘어가고, 9,000명에 달하는 전공의가 언제 돌아올지 모르는 상황에서 정부는 의대 정원 배정을 문제 투성이로 결정했다. 이제 교수들도 사표 제출이나 진료시간 단축으로 맞서겠다고 하는데, 정부는 의대 정원만 배정하고 나면, 끝날 문제로 예측했는지 의문이다.

왜 이런 상황이 생겼는가? 에 대해 정부와 병원자본은 국민들에게 그 근본원인에 대해 쉬쉬하고 있지만, 전공의 문제만 보더라도, 공공적으로 의료인 양성과 수련을 하지 않았기 때문이다. 특히 전공의 수련 환경을 책임져야 할 정부도 책임지지 않았고, 병원 자본도 전공의를 값싼 의사 인력으로 사용하기에 급급했다. 이번 전공의 집단 진료 거부에서 보듯이, 한국에서 내로라하는 큰 병원들이 단지 수련의가 수련을 중단했다는 이유로 마비되는 현실은, 그 자체가 이상한

상황이다. 미국과 일본에선 전공의가 10% 정도인데, 한국은 4배나 되고, 서울대병원은 전공의가 전체 의사의 46%이다. 그동안 병원자본이 이들의 노동력을 얼마나 착취하고 이들의 노동에 의존해서 수척을 창출했는지 보여준다.

수 십 년간 그런 문제를 덮어 놓았던, 정부와 병원자본, 그리고 교수들은 전공의들에게 사과라도 먼저 해야 한다. 전공의들은 평상시에는 장시간 노동과 노동 강도를 낮춰달라는 요구를 하고, 그 해법이 될 수 있는 증원을 반대하는 것이 모순적인 요구라는 것도 불편한 진실이다. 의대 증원 반대를 걸고 집단 진료 거부를 한 것이 왜 명분이 없는지를 아직도 모른다면 선배들이 이제는 얘기해주어야 한다. 백번 양보하여 의사 공급 확대에 맞서, 불안정한 미래의 기득권을 조금이라도 확보하고자 하는 목적의 집단행동이라 하더라도 이런 식의 문제 해결방식은 무책임하다.

현실에서 대다수 전공의들의 수련조건과 노동조건은 매우 열악하다. 법적인 근로기준보다 2배가 넘는 주 80시간 노동이 허용되고, 이틀~사흘 연속 (밤샘) 당직을 선다. 이런 상황에서는 환자도 위험하다. 수련생이란 미명하에 전임의 임금의 30~50%만 받으면서 일은 근로기준법의 두 배로 해야 하는 것부터 바꾸어야 한다. 그리고 전공의들 또한 미래에 병원 원장을 할지, 봉직의가 될지 불투명한 상황에서 어쨌건 공급 숫자가 많아지면 자기 상품성이 떨어질 것을 염려하는 것이라면, 그런 의식 속에서 나와서 시민들과 함께 토론하고 대안을 마련해야 한다. 수도권을 제외한 전 지역에서 국민들이 의료공백을 경험하고 있고, 필수의료와 의료체계가 무너져서 소아과 오픈런과 응급실 뺑뺑이를 겪고 있는 환자들을 직시하고 의료인으로서 책임감을 느껴야 한다. 만약 전공의들이 '지역에도 의사들이 있어야 한다', '필수医료를 책임지는 공공병원에서 일하고 싶다.'는 요구를 걸고 파업을 했다면 국민 입상이 아니라, 거꾸로 국민의 엄청난 지지를 받았을 것이다.

그러나 정부가 의사들의 집단행동이나 파업을 법제도로 제한하는 것에는 동의할 수 없고 반대다. 왜냐하면 그것은 모든 노동자의 기본권이기 때문이다. 의사를 포함한 모든 보건 의료노동자도 노동3권을 보장받아야 하고, 집단행동도 할 수 있어야 한다. 의사들의 요구가 너무나 명분이 없기 때문에 집단행동에 반대하는 것이지, 정부가 그들의 기본권을 빼앗는 것은 절대로 용인해서는 안 된다.

지금 전공의가 있던 병원에서 40% 이상의 진료가 중단이 되었고 환자들도 안정적인 치료를 받지 못하고, 수술도 제대로 진행되지 않고 있다. 병원 경영진은 병동을 폐쇄하거나 통합하여 운영하는 등 임기응변으로 대처하고 있다. 서울대병원도 현재 10개 병동이 폐쇄되었고, 다수 병동이 축소 운영되고 있으며 점점 더 심각해지고 있다. 정부의 세밀하지 못한 정책과 병원의 잘못된 대응으로 그 피해는 환자와 병원 노동자가 고스란히 받고 있는 것이다. 병동 폐쇄는 그

귀책사유가 의사 고용을 전공의로 채운 병원에 있기 때문에 법대로라면 병원은 간호사 등, 노동자들에게 휴가를 주더라도 무급이 아닌 휴업수당을 주어야 한다.

그러나 병원은 경영상 부담을 이유로 '무급 특별휴가를 가라'거나 미래의 오프(휴일)을 당겨쓰는 '마이너스 오프'를 시행하면서 노동자에게 책임과 고통을 전가하고 있다. 평소에는 인력이 부족하여 법정 휴일도 제대로 사용하지 못하도록 하다가, 이제는 병원 경영을 위해 미래의 휴일을 당겨서 사용하라는 것이다. 노동자의 시간과 삶은 고무줄이 아니다. 노동조합은 무급휴가와 병동폐쇄에 반대하고 간호사를 충분히 배치하여 제대로 된 간호를 하라고 요구하고 있으나 병원도 정부도 이에 대한 대책을 내지 않고 쉬쉬하고 있다.

병원 현장은 이 난리통인데, 언론은 정부와 의사집단 간의 대치 보도에만 열을 올리고 있다. 총선을 코앞에 두고, 정부는 온갖 의료시장화 정책까지 의료개혁이라고 포장하면서 의대증원 홍보에 열을 올리고, 언론은 이를 검증 없이 그대로 보도하고 있다. 대통령과 복지부 말대로 2,000명을 늘리면 이들이 소아과 '오픈런', '응급실 뺑뺑이' 문제를 해결할 수 있을까? 전공의 집단 진료 거부 전에도 병원은 의사가 부족해서 수많은 의사업무를 간호사들에게 넘기고 있었는데, 이제 전공의 업무까지 넘기면 환자진료가 제대로 될 리가 만무한데도 불구하고 정부의 말만 되풀이 한다.

정부는 의료대란에 대처한다면서 전공의 업무를 대체할 진료지원(PA) 간호사 합법화에 나서겠다고 하였으나, 정부는 PA를 공식 직역으로 인정한 적이 없다. 어떤 때는 정부가 나서서 불법이라고 엄벌을 하겠다고 하다가, 지금은 시범사업이라고 얼버무리고 있다. 그러나 진실은 인건비가 많이 드는 의사의 일을, 인건비가 덜 드는 다른 사람들에게 그냥 넘겨왔던 것이 본질이다. 간호사들은 책임과 권한, 보상도 없이 의사의 일을 넘겨받으니 법적으로 문제가 되기도 하고 늘 불안한 것이 현실이다. 정부도 PA 시범사업이라고는 발표했지만 교육훈련, 책임, 권한, 보상 내용은 없다. 전공의가 떠난 자리에 최근 신규간호사까지 PA로 둔갑시키고 있어 위험천만한 상황이다. 병원이 의사를 충분히 고용하면 대부분 해결되고 위임이 필요하면 권한과 보상을 제대로 해야 한다.

가장 큰 문제는 언론과 정부, 의사집단 모두가 핵심을 빼놓고 표면적인 것만 얘기하도록 몰아가고 있는 것이다. 그동안 의료공급과 관리를 시장과 민간에 내맡기고, 병원은 수련하라고 맡겨진 전공의들을 돈벌이에 이용한 것이 핵심 문제이다. 이런 문제는 정부의 잘못된 보건의료정책과 의료인력정책의 문제이기 때문에 지금이라도 솔직히 인정하고 그 책임을 질 수 있는 방법을 제시해야 한다.

이런 구조적 문제를 같이 해결하지 않고 의사 숫자만 늘이면 증원된 의사가 필수의료나 지역의료가 아닌 돈벌이 의료에 더 가세하여 오히려 독이 될 수도 있다. 무엇보다도 2,000명이나 추가되는 의사를 어떻게 수련하고 필수·지역의료에 어떤 방법으로 배치할 것인지에 대한 구체적인 대책을 내야 한다. 그 답을 내놓지 않고, 전공의들을 겁박해서 해결이 될 것이라고 생각하는 것이 우려스럽고 답답하다. 그 문제해결 방향과 대안을 만들지 못하면, 7년 후에 의사 2,000명이 더 배출되더라도 시민들이 요구하는 문제는 해결되지 않을 것이다.

중요한 건 공공의료이고, 의료공공성을 어떻게 높이 것인가에 대한 대책을 내는 것이다. 왜 지역의료와 필수의료가 무너졌고, 그것을 책임질 의사가 왜 없었느냐에 대한 원인을 분명하게 발표하고, 지금 같이 해결해야 한다. 정부가 공공의료를 성장시키지 못하고 의료를 시장에 내맡겼기 때문임을 더 이상 숨겨서는 안 된다. 군사독재정권 때도 공공의료기관 비율이 30%였는데 지금은 5%다. 지역 공공의료기관은 절대적으로 적고, 의료원은 가난한 사람이 가는 곳으로 인식되고 있다. 아예 공공병원이 없는 시·군·구도 많다. 전체 병원 95%가 민간병원인데, 나머지 5% 공공병원이 코로나19 환자의 80%를 돌봤다. 돌봄은 더 심각하다. 공공 돌봄이 거의 없다. 이것이 정상인가? 미국, 일본, 대만 등 어떤 자본주의 국가도 이런 상황은 아니다.

의사는 어떤 의료기관에서 어떤 일을 하느냐에 따라 그 역할이 달라질 수밖에 없다. 지금 지역의료, 필수의료가 사회 문제로 떠오른 것도 그런 이유다. 내과와 외과, 산부인과, 소아과 등 필수의료에서 일하는 의사가 없고, 서울과 수도권이 아닌 지역에서 일할 의사가 없다. 증원된 의사를 어떻게 양성하고 수련해야 지역에서 필수医료를 할지에 대해 구체적인 계획을 내야 한다.

그 답은 국공립의대에서 공공적으로 양성하고, 여기서 배출된 의사들이 10년 이상 지역에서 필수의료에서 일을 할 수 있는 동기부여와 지원책을 내는 것이다. 그래야 의대는 돈 많이 벌고 싶은 사람이 가는 곳이 아니라, 힘들어도 고생을 각오하고 사람의 생명을 구하고 싶은 사람이 가는 곳이 될 수 있다. 정부와 대통령은 말이 아니라 정책과 예산으로 만들어야 하는 것이다. 의사 수도 중요하지만, 어떻게 공공적으로 양성하고 수련시켜서 필요한 곳에 배치할지가 중요한데, 정부안에는 그것이 없다. 이대로라면 의사들이 서울을 포함한 수도권에서 필수의료는 커녕 미용·성형 뿐만 아니라, 정부의 보건의료산업화 방향에 따라 자본의 또다른 돈벌이에 앞장서게 될 수도 있다.

지금 윤석열 정부는 의대 증원 확대 뒤로, 그 어느 정권보다도 의료 민영화를 강하게 밀어붙이고 있다. 환자 정보를 민간의료보험사에 넘겨 상품화할 길을 터주겠다고 하고 원격의료를 전면적으로 허용하고 있다. 코로나19 시기 절대다수의 환자를 맡은 공공의료기관은 적자로 고사 직전인데 1천 억 원도 아깝고, 민간재벌대형병원에는 온갖 구실을 붙여서 매년 수천 억 원의

지원을 하고 있다. 노동자, 시민들이 20년 넘게 싸워 제주 영리병원을 막아내자 이젠 강원도에서 열어주겠다고 한다. 공공병원인 지역의료원이 없는 두 광역시, 울산과 광주에선 의료원 설립을 무산시키는 것이 의료개혁인가? 정부가 울산에 울산의대(현대의 학교법인) 설립을 허가했는데 서울아산병원에서 운영하고 있다. 대국민사기극이다. 이번에도 정부가 지역 공공의대를 늘리지 않고 기존 병원과 의대별로 증원 규모를 나눠주고 있다. 울산은 광역시인데도 불구하고 공공의료가 1%도 안 된다. 그래서 우리는 공공의대는 지역에 있어야 한다고 요구한다.

의료를 상품 취급하면 안 된다는 점을 전제로, 의료는 일반상품과 다르다. 공급자에 의해 가격이 매겨지고, (병원과 의사의) 의료행위 공급이 (환자의) 수요를 창출하는 특이한 상품이다. 우리나라에선 행위별 수가제가 이를 가속화한다. 거즈값과 주사기값, 피검사비, 처치료, 엑스레이비용 등 각 의료행위에 따로 수가를 매기는 제도다. 여기에 행위 횟수도 중요하다. 똑같은 감기라도 다시 오면 또 수가를 매긴다. 이와 달리 많은 나라들은 포괄수가, 즉 이를테면 맹장수술 (회복 때까지) 수가, 제왕절개 수가를 정부가 정해 과잉진료를 막는다.

수가를 결정하는 건강보험정책심의위원회(건강심)도 즉시 개편해야 한다. 전국민이 내는 보험재정을 밀실에서 정권과 병원자본이 쌈지돈처럼 사용하고 생색내서는 안된다. 논의 내용을 공개하고 가입자인 시민들의 의견을 적극적으로 반영하는 구조로 개편해야 한다. 아이를 출산하는데 자연분만의 가격과 제왕절개의 가격을 어떻게 매겨야 할까? 수술하는 쪽에 더 많은 가격을 매기면 병원들은 자연분만보다 수술을 유도한다. 제왕절개는 손 빠르면 30분에도 끝이 나는데 자연분만은 며칠도 걸린다. 자본주의 사회에서 의료를 상품으로 취급하고 상품은 돈 벌기가 목적인 수밖에 없도록 만들면 안 되는 이유가 이런 것이다. 정부의 정책이 돈벌이 의사도 만들지만, 인도주의 의사도 만들 수 있다. 윤석열 대통령은 '의사 눈치 보는 국민, 제대로 된 나라냐?' 라고 했는데, 공공의료를 책임지지 않는 나라도 제대로 된 나라가 아니다.

발제3

윤석열 정부의 '의사증원' 및 '의료개혁' 비판과 한국의료 과제와 대안

우석균_인도주의실천의사협의회 정책자문위원장

1. 윤석열 정부의 2000명 의사증원과 '의료개혁'의 문제

1) 윤석열 정부 2000명 의사증원

- 한국은 의사가 부족함. 이는 OECD 국가간 비교에서 한국의 의사 수가 OECD 평균 인구 1,000명당 3.7명인데 반해 한국은 한의사를 제외하면 2.1명에 불과한 사실로도 분명. 따라서 어떠한 의대 증원도 불가하다는 요구를 내건 전공의들의 집단 행동과 의사협회의 요구는 정당하지 않음.
- 그러나 이러한 사실이 이번 의정 갈등의 또 다른 축인 윤석열 정부의 '의대증원' 및 최근 주창하고 있는 '의료개혁'의 정당함을 증명하는 것은 아님. 이번 윤석열 정부의 의대증원 2,000명안은 내용은 물론 과정까지 올바른 과정이라 볼 수 없음.
- 윤석열 정부의 2,000명 증원안은 지역의료와 '필수의료' 붕괴 현상을 해결하겠다고 내놓은 안임. 그러나 2,000명 의대증원만으로는 절대 의료간 지역 불평등 문제나 응급실 뺑뺑이, 소아과 오픈런, '필수의료'과의 전공의 미지원 등으로 드러난 '필수의료' 붕괴를 해결할 수 없음.
- 윤석열 정부는 "의료 취약지구에서 활동하는 의사인력을 전국평균 수준으로 확보"하고 "급속한 고령화 등으로 늘어나는 의료수요"에 대응하기 위해 의대 증원이 필요하다고 발표(필수의료패키지 2024.2.1.)¹. 의료취약지 5000명 더하기 35년까지의 1만명 의사 부족을 해결하기 위한 의사증원이 필요하다고 발표했고, 2월 6일 2025학년도부터

¹ 보건복지부 보도자료. <벼랑 끝 필수의료, 정책 패키지로 살린다> 2024.02.01.

의대정원을 2000명 늘린다고 발표했으며², 3월 10일 학교별 의대증원 배정결과를 다음과 같이 발표함³.

<표1> . 2025학년도 의과대학 학생정원 배정결과(보건복지부. 2024. 3.10)

지역	대학명	현정원	신청	배정	'25학년 정원	
수도권	서울	서울대	135	365		135
		경희대	110			110
		연세대	110			110
		한양대	110			110
		고려대	106			106
		가톨릭대	93			93
		중앙대	86			86
		이화여대	76			76
	서울		826	365	0	826
	경기	성균관대	40	565	80	120
		아주대	40		80	120
인천	차의과대	40	40		80	
	인하대	49	71		120	
경기·인천	가천대	40	90	130		
			209	565	361	570
수도권 소계		1,035	930	361	1,396	
비수도권	강원	강원대	49	2,471	83	132
		연세대 분교	93		7	100
		한림대	76		24	100
		가톨릭관동대	49		51	100
	경북	동국대 분교	49		71	120
		경북대	110		90	200
	대구	계명대	76		44	120
		영남대	76		44	120
		대구가톨릭대	40		40	80
		경남	경상국립대		76	124
	부산	부산대	125		75	200
		인제대	93		7	100
		고신대	76		24	100
		동아대	49		51	100
	울산	울산대	40		80	120
	전북	전북대	142		58	200
		원광대	93		57	150
	광주	전남대	125		75	200
		조선대	125		25	150
	제주	제주대	40		60	100
	충남	순천향대	93		57	150
		단국대(천안)	40		80	120
	충북	충북대	49		151	200
		건국대 분교	40		60	100
	대전	충남대	110		90	200
		건양대	49		51	100
을지대		40	60	100		
비수도권 소계		2,023	2,471	1,639	3,662	
합계		3,058	3,401	2,000	5,058	

² 보건복지부 보도자료. 의사인력 확대 방안 긴급 브리핑 - 2025년부터 2,000명 증원 - 2024.02.06.

³ 보건복지부 보도자료. 전체 증원 2000명 중 비수도권 82%—경인 18% 배정, 서울엔 신규 정원 배치 안해...지역 간 의료격차 해소. 2024.03.10.

- 정부는 이 정원 배정을 “비수도권 82%, 경인 18% 배정, 서울엔 신규 정원 배치 안해” “지역간 의료격차 해소”라고 설명했지만 실제 내용을 뜯어보면 그렇지 않음.
- 첫째, ‘무늬만 지역의대’인 사실상 수도권 의대에 많은 인원을 배정함.
- 지역에 적을 두거나 경인지역 의료취약지 가까운 곳에 의대 소재지가 있는 것처럼 되어있지만 사실은 무늬만 지역의대일 뿐 실습과 교육은 수도권에서 받는 의대가 상당수, 사립의대에 배치된 약 1200명 중 771명(64.6%)은 사실상 무늬만 지역의대인 실제로는 수도권 의대에 배정.
- 명목상 비수도권 의과대학이지만 수도권 소재 병원과 그 인근 교육장에서 교육과 실습을 하는 의과대학들이 무늬만 지역의대인 의과대학임. 울산대 의대(서울아산병원), 성균관대 의대(삼성서울병원, 강북삼성병원), 건국대 의대(건대병원), 동국대 의대(동국대 일산병원), 순천향대 의대(순천향대 서울병원, 순천향대 부천병원), 가톨릭 관동대 의대(국제성모병원), 을지대 의대(을지대병원, 의정부을지대병원), 차의과대(분당차병원), 한림대 의대(성심병원)이 그런 대학들임. 수도권 대학들로 구분된 대학들은 두말할 필요도 없음. 아주대(수원 아주대병원)나 인하대(인천 인하대병원) 가천대(중앙, 동인천, 양평길병원, 경원한방병원) 등. 이들 의과대학 중 2022년 기준으로 건국대, 순천향대, 한림대, 가톨릭관동대, 동국대, 성균관대, 울산대 등 7개 사립대학은 심지어 교육부 인가도 받지 않고 수도권 부속·협력병원을 활용해 교육시설을 운영했음 (2023년 강득구 의원실).
- 서울에서는 한 명도 늘어나지 않는다는 말도 사실이 아님. 예컨대 울산대 의대는 아예 서울에 있음. 울산대 의대, 성균관대 의대, 건국대, 순천향대, 을지대, 한림대 의대에서 늘어난 의대생 361명은 서울의 미인가 교육시설 등에서 교육과 실습을 하게 됨.
- 둘째, 의대 증원 인력을 지역에 남아있게 할 방안이 없음.
- 먼저, 정부 계획에는 여전히 숫자만 있지 의사 배치 정책이 없음. 그래서 비수도권에서 늘어난 의과대학 졸업자들이 비수도권에서 일하리라는 보장은 전혀 없음. 지금도 비수도권 의대 졸업자들의 52.3%는 수도권에서 활동하고, 해당 소재지에서 활동하는 의사는 24%에 불과(2020년 최혜영 의원실).

- 정부는 또한 지역인재전형을 60%로 늘리겠다고 했으나 다시 말을 바꾸어 이를 자율적으로 추진한다고 발표. 지역인재전형 40%는 위에서 보듯 이미 실패한 제도인데다 이를 60%로 상향하는 제도조차도 정부는 이미 자율규제로 말을 바꿈.
- 정부는 또한 지역필수의사제를 운영한다고 발표. 그러나 이는 입학한 학생을 대상으로 지역에서 활동한다는 것으로 조건으로 장학금 및 정주 여건을 지원한다는 내용인데 이미 유사한 공중보건 장학의사제도가 시행 중이지만 2022년 이 제도에는 단 1명만 지원했고, 10년간 지원자 수가 한 자리 수를 넘기지 못함.
- 셋째, 의사증원에 대한 투명하고 합리적인 사회적 논의의 부재함.
- 윤석열 정부는 “그간 정부는 의료계를 비롯해, 사회 각계각층과 다양한 방식으로 130차례 이상 소통하였음. 작년 1월부터 대한의사협회와 의료현안협의체를 발족해 총 28회 소통하였으며, 대한병원협회, 종별 병원협회 등 병원계와 대한전공의협의회 등 의료계와도 적극적으로 소통하였습니다.”라고 말하지만 이는 의료계와 소통하였다는 내용일 뿐.
- 정작 의료의 주체여야 할 시민들에게는 의사증원에 대해 무슨 내용이 논의되고 추진되는지에 대한 것이 전혀 알려지지 않았다고 해도 과언이 아님. 심지어 국회에서도 논의가 없었으며 흔한 공청회 한번 열지 않았음. 극한의 의-정간 갈등에서 시민들이 주체로서 참여할 자리는 전혀 없고 오직 정부의 강압과 의사의 저항만 남은 현 상황은 윤석열 정부가 자초한 것임.
- 예를 들어 일본의 <의사수급분과회의>에서의 지역 의사 정원의 결정은 그 과정이 공개되고, 또한 여러 상황을 종합한 위에서 지역의 요구를 종합하여 그 정원이 결정되는 방식⁴.
- 무엇보다도 지역의료의 가장 큰 문제점인 의료취약지에는 증원된 의사들이 갈 공공병원이 절대적으로 부족하다는 것임. 의료취약지에는 돈을 벌 수 없어 민간병원이 들어서지 않고, 지역 공공병원은 절대적으로 부족한 상태다. 결국 이러한 이유로 의대정원 2000명 증원이 “지역 간 의료격차 해소”를 한다는 정부의 말은 사실이 될 수 없음.

⁴ <今後の地域枠のあり方について>, 医療従事者の需給に関する検討会 第34回医師需給分科会 資料 1.令和2年3月12日. 2020.3.12.

2) 윤석열 정부의 '의료개혁'은 의료민영화, 의료개혁

- 윤석열 정부는 필수의료 패키지를 다음과 같은 내용으로 발표함. 그러나 그 내용은 공공의료 확충없이 가능하지 않고 재정낭비적이며 상호 모순적이기까지한 정책안임

<표 2> 윤석열 정부 필수의료 패키지 추진 방향

<p>① (의료인력 확충) 의사 수 확충, 교육·수련 혁신, 전문의 중심 병원 전환 → 사회 전반의 의사 수요충족, 좋은 일자리 확대</p> <p>② (지역의료 강화) 상급병원-중소병원-의원 역할 정립 및 네트워크 강화, 수요·기능 중심 의료기관 구조 전환 등 지역완결 전달체계</p> <p>- 우수 인력 확보, 투자 확대, 수도권 유출 최소화 등 지역 기반 강화</p> <p>③ (의료사고 안전망) 충분한 피해자 소통·배상을 전제로 한 의료사고 특례법 체계 도입 → 안정적 진료환경 조성</p> <p>④ (공정 보상) 필수의료 친화 공정 지불·보상체계 개편, 보상체계 왜곡 유발 비급여·미용의료 관리체계 확립</p>

- 첫째, 공공병원 확충 없는 지역·필수의료 강화는 불가능함
- 정부는 지역의료격차 해소를 말하면서 지방의료원 등 공공의료기관 확충이나 강화에 대한 언급을 전혀 하지 않았음⁵. 문제는 한국의 지역간 의료격차는 공공병원 등 공공의료의 확충 강화 없이는 해결불가능하다는 것임. 공공의료 확충은 우리나라의 이윤중심의 의료체계를 개혁할 수 있는 최선이자 그리고 유일한 개혁과제임.
- 국립중앙의료원이 보건복지부에 제출한 '2022년 의료취약지 모니터링 연구' 보고서에 따르면 전국 250개 시군구 중 40%가 응급의료 분만의료 취약지로 평가됨.
- 윤석열 정부는 이 지역들에 지방 국립대병원을 강화하고 기존의 민간병원과 공공병원 등에 수가를 올려주고 사후지원을 하겠다는 방식으로 문제를 해결하겠다고 하고 있으나 이는 의료취약지에는 규모 있는 사립병원이 없고 규모가 적은 지방의료원이 그나마 최소한의 역할을 해오고 있다는 현실을 무시하는 것으로 이러한 정책으로는 의료 지역 격차를 해소할 수 없음.

⁵ 유일한 예외는 포괄적 필수의료 제공 민간·공공 종합병원 지정·육성이라는 구절과 공공어린이진료센터인데 전자는 지방의료원 신설 강화방안이 아니라 기껏해야 민간병원과 공공병원 유지방안이며 공공어린이진료센터는 현재 서울대병원 어린이병원이 유일함.

- 코로나19에 모든 것을 쏟아부었던 지방의료원들을 위한 예산은 대폭 삭감하는 등 공공병원 고사시키기에 나서고 있는 윤석열 정부가 공공의료를 강화시키겠다고 나선다고 해도 믿을 수 있을지 모를 상태에서, 이처럼 기존 민간의료기관과 공공기관에 수가를 어느 정도 올려주고 일정하게 필수기능을 하는 비용은 지원을 하겠다는식의 미온적인 방안은 해결책이 전혀 못됨. 공공의료를 약화시키면서 지역·필수의료를 강화하겠다는 것은 모순이고 기만임.
- 둘째, 수가 인상은 해결책이 될 수 없고, 서민의 의료비·건보료 부담만 늘릴 것임.
- 정부가 내놓은 대책은 수가 인상임. 소위 필수의료 부분에 보상을 늘리겠다는 것임. 하지만 수가를 늘리는 정책 역시 실패한 정책 재탕. 아무리 수가를 올려줘도 민간병원들은 수익만 높일 뿐 실제로 필수 의료에 더 투자하거나 인력을 늘리지 않아 왔음. 아무리 보상을 늘려줘도 비급여와 행위량을 늘려 과잉진료를 할 수 있는 진료과목만큼 돈벌이를 할 수는 없기 때문임.
- 또한 수가 인상은 환자의 의료비와 건강보험료 부담을 높이는 정책임. 시장실패로 인한 문제를 시장 가격을 높여서 해결하겠다는 방식은 성공할 수도 없고 환자의 의료비용 부담 증가라는 부작용만 낳을 것임.
- 의대 증원만으로 의료개혁은 불가능하다는 비판에 대응하여 정부는 연일 필수의료 패키지에 나와있던 공문구들을 다시 말하고 있음. 그러나 그 대책이란 것은 재정계획도 없고 구체적이지 못한 대책일 뿐임. 더욱이 가장 큰 문제로 정작 가장 중요한 공공의료가 빠져있음. 영리적인 의료 환경의 문제로 발생하고 있는 의료 붕괴 현상을 더 많은 인센티브 등 시장정책으로 해결하겠다는 윤석열 정부의 정책은 의료개혁이 아님.
- 셋째, 전문병원 육성정책은 도시의 2차종합병원 몰락을 부추기는 의료영리화 정책임.
- 농촌 등 의료취약지역에 민간 종합병원은 찾기가 힘들고 심지어 대도시 심지어 서울에서도 2차 종합병원을 찾기가 쉽지 않음. 이러한 2차 종합병원의 몰락은 전문병원의 등장과 그 궤를 같이 했음.
- 한국의 전문병원들은 외국의 영리병원의 특징과 유사한 성격을 지니고 있음. 즉 ① 응급실이나 중환자실과 같이 꼭 필요하지만 수익성이 떨어지고 종합적인 진료기능을 요하는 시설을 운영하지 않음. ② 대도시에 집중되어 있다. ③ 수익성이 높은 몇몇 분야에 집중하여 진료가 이루어지는 센터 형태임. 예를 들어 관절 척추 수술이나 대장, 항문 수술 등이 그것임.

- 114개 전문병원 중 대도시가 아닌 곳에 있는 전문병원은 하나도 없음. 전문병원 114개의 구성을 보면 대략만 살펴봐도 관절 전문병원이 23개, 척추 전문병원이 18개, 대장항문이 5개, 한방 척추병원이 (자생병원 네트워크 10개를 포함하여) 11개, 안과가 10개다. 이 병원들 숫자만 67개다. 모든 곳은 아니겠지만 가장 비급여진료가 많고 과잉진료가 가장 많이 행해지는 병원들이라는 것은 알만한 사람들은 다 아는 사실임. 정부도 도수치료, 백내장 수술들을 비급여 과잉진료의 예로 콕 집어 지적하기도 했음.
- 정작 정부가 꼭 필요한 곳으로 예를 든 심장과 뇌혈관 전문병원은 각각 세종병원 1곳과 2차 종합병원 4곳임. 전문병원은 몇몇 병원을 제외하고는 우리나라 비급여 과잉진료와 도시 2차 종합병원 몰락의 주범이고, 많은 부분 네트워크형 유사 영리병원에 가까움. 이런 병원에 수가를 올려준다는 정부 정책이 무슨 의료개혁일까.
- 넷째, 전문의 중심병원도 공공병원이 아니면 불가능함.
- 전문의 중심병원은 사립병원들이 정부의 강력한 개입과 공공병원 확충으로 사립대형병원들이 공공병원의 견제를 받지 않는 이상, 사립대형병원들이 지금의 전공의 노동 착취의 중심수익구조를 바꿀리 없으므로 비현실적임, 코로나 대란 시기에도 정부의 요청에도 불구하고 코로나 병실 10%를 내놓지 않고 5%만 내놓은 상급종합병원이 다수였음. 그 와중에도 수익성 건강검진이나 미루어도 되는 비응급 수술을 계속한 병원들이 삼성, 아산 등 전국의 사립대형 병원들이었음. 이를 경제적 보상 등을 통해 해결해야 한다면 코로나19 때와 마찬가지로 5~10배의 비용을 지불해야 할 것임⁶. 이 전문의 중심병원을 수가를 통한 인센티브를 통해 유도한다면 이는 건강보험재정 비용증가로 의료비 상승으로 이어질 것임.
- 필수의료 수가 인상도 마찬가지임. 수가인상을 통해 필수의료를 유도하겠다는 해결방식은 이미 실패한 정책이며 다른 수익성 높은 전공과와 비슷한 수준으로 건강보험 수가를 높여준다는 것은 불가능하여 비현실적이고, 만일 인센티브제를 시행한다면 이 또한 건강보험 재정낭비로 이어질 것임. 심지어 지역에서 의료를 이용하면 수가인상 때문에 서울보다 본인부담 의료비가 비싸짐.
- 다섯째, 의료영리화 정책은 의료개혁이 아니라 의료민영화 정책이고 의료개악임.
- 전공의 파업을 핑계삼아 한시적 전면 비대면 진료 허용을 했으나 그 정책이 어떤 효과를 지니는지 전혀 알수 없음. 필수 응급의료는 의사의 대면진료가 필요한 것이 거의

⁶ 코로나 19 시기 사립병원이 병실을 내놓지 않자 정부는 코로나 환자를 위한 병실을 비워두었을 때는 평소의 5배, 코로나 환자를 입원시키면 평소 10배의 수가를 주어 사립병원들을 동원했음. 그러함에도 상급종합병원의 50%만이 정부의 전체 병실의 10% 코로나 병실 요구를 받아들였고 나머지 병원은 코로나 시기가 끝날 때까지 5% 수준만 제공하고 정부의 요구에 응하지 않았음.

대부분임. 비대면진료로 수술을 받고 분만을 받고 응급치료가 가능할리가 없음. 굳이 따지자면 대형병원에서의 처방약을 다시 받는 것은 지금 비대면진료 허용범위로도 가능할뿐더러 이는 1차 의료기관에서도 가능함. 재난을 이용해 자신의 목표를 관철시키는 전형적인 재난자본주의형 의료산업화·영리화 정책이라고 밖에 평가할 수 없음. 여기에 약품 배송까지 허용하려고 하고 있는데 이것은 의약품 소매(약국)시장에 대자본이 침투하는 길을 열어주는 것으로 명백한 대자본 친화적 의료산업화 정책임. 더욱이 비대면진료 전면허용과 의약품 배송 허용은 그 결과로 1차 의료의 피해를 낳을 것임.

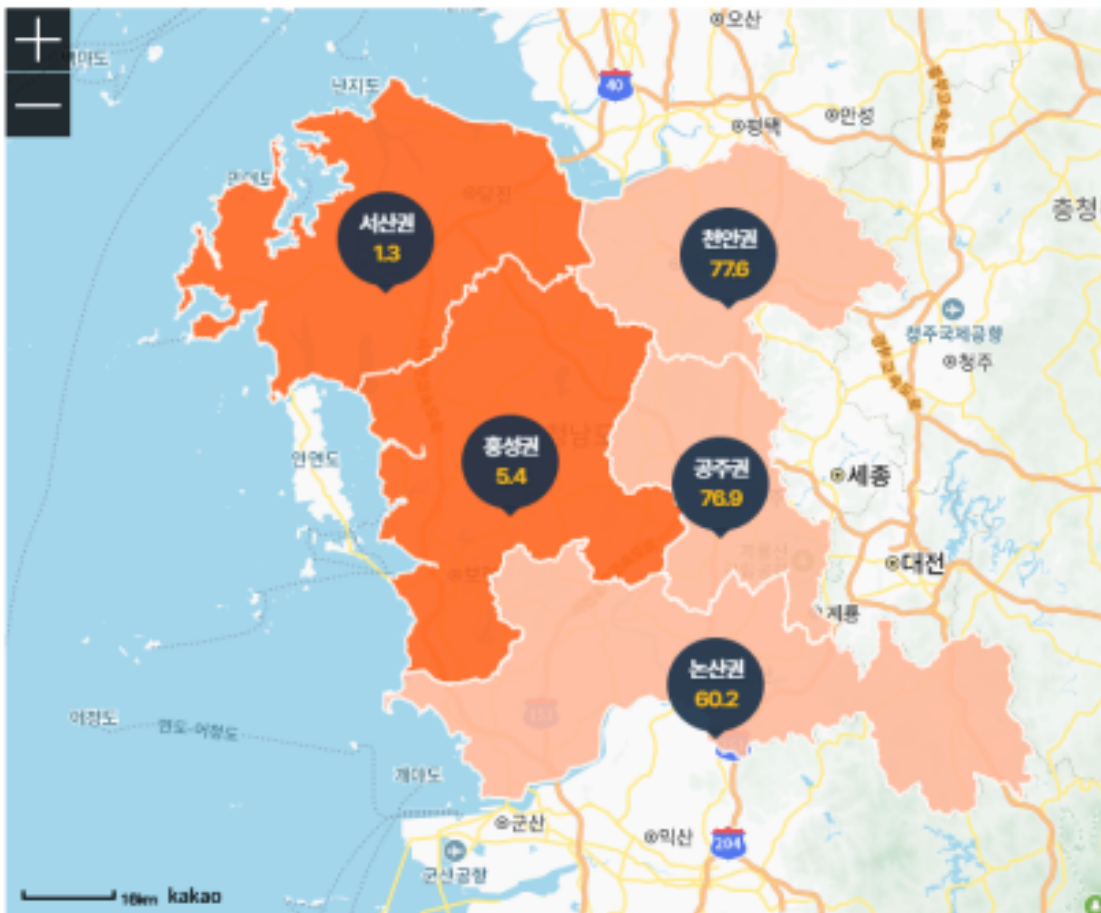
- 이외에도 정부는 건강보험공단에 모여있는 개인 건강 및 질병 정보를 민간보험기업에 넘겨주려는 작업을 추진하고 있음. 이를 데이터베이스화 해서 미국의 빅테크 산업에 넘기려고 하기까지 함. 명백한 건강정보 민영화이고 개인의 가장 민감한 정보까지 상품화 하려는 디지털의료를 빙자한 인권침해이며 의료민영화 정책일 뿐 의료개혁과는 거리가 먼 정책임.

2. 의료개혁 과제

1) 공공의료확충

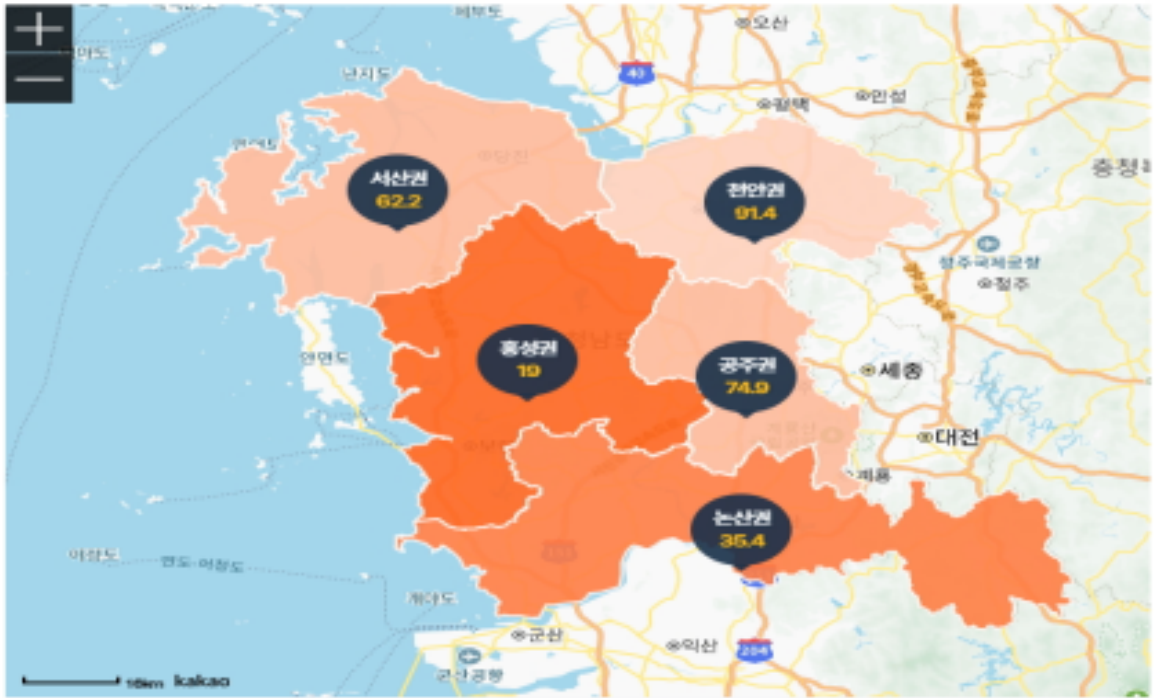
- (공공의료 확충이 필수적인 이유) 공공의료 확충은 우리나라의 이윤중심의 의료체계를 개혁할 수 있는 최선이자 그리고 유일한 개혁과제임.
- 앞서 이야기했듯이 '2022년 의료취약지 모니터링 연구' 보고서에 따르면 전국 250개 시군구 중 43.2%인 108곳이 분만의료 취약지로 분류되었고 해당지역의 가임인구 가운데 60분안에 분만실에 도착하지 못하는 경우가 30%를 넘는 지역임.
- 이 보고서에 따르면 권역응급의료센터의 경우 1시간 이내에, 지역응급의료센터는 30분 이내에 도착할 수 없는 인구가 30%를 넘으면 응급의료 취약지로 분류했는데, 조사 대상의 39.2%인 98곳이 응급의료 취약지로 평가됨.

- 윤석열 정부는 이 지역들에 있는 기존 민간병원에 수가를 올려주는 방식으로 문제를 해결하겠다고 하고 있지만 의료취약지에 들어설 수 있는 병원은 이윤에 좌우되지 않는 공공병원일 뿐임. 즉 국가나 지방자치단체가 설립하는 공공병원만이 유일한 해결책임.
- 문재인 정부 그리고 민주당은 현재 45개 지방의료원을 늘려 70개 중진료권에 공공병원 하나씩의 공공병원 확충방안을 제시하고 있으나 이런 미온적인 공공의료 확충안으로는 응급의료, 분만의료와 같은 가장 기본적인 의료취약지도 해결할 수 없음.
- 예를 들어 충남지역의 경우 4개 지방의료원이 있으나 천안의료원이 있는 천안·아산권을 제외하고는 서산의료원이 있는 서산권, 홍성의료원이 있는 홍성권은 응급의료 취약지역이고 아예 지방의료원이 없는 서남부 지역은 도 경계를 넘어 전남에 인접한 지역외에는 모두 응급의료 취약지역임<그림 1>.



<그림 1> 충남 중진료권 응급의료 접근성(충남 공공보건의료 지원단)

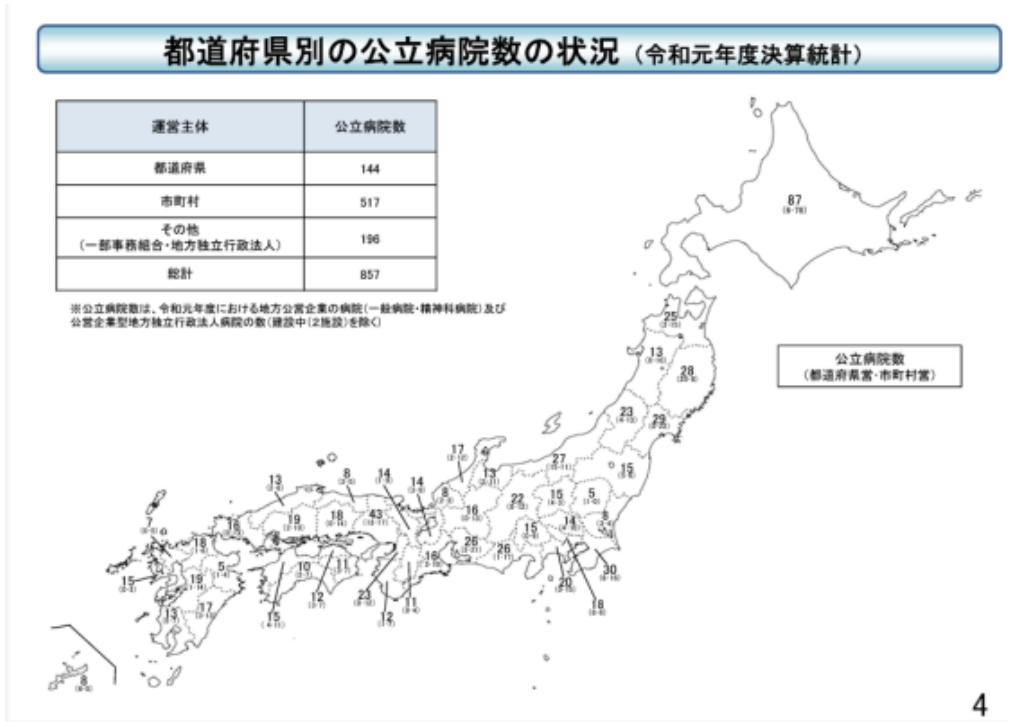
- 이는 분만시설 접근성에서도 유사함. 홍성권과 논산권은 분만시설에 60분내 도달할 수 없는 인구가 홍성권이 19% 논산권이 35.4% 서산권이 62.2%임<그림 2>.



<그림 2> 충남 중진료권 분만의료 접근성(충남 공공보건의로 지원단)

- 공공의료를 하나도 늘리지 않겠다는 윤석열 정부 방식으로는 문제가 해결될 방법이 없음. 또 문재인 정권 정책으로, 즉 지금의 민주당 정책대로 이 상황에서 지방의료원이 없는 지역에 지방의료원을 70개 중진료권당 1개 수준으로 짓는다고 해도 문제가 해결되지 않음.
- (공공의료 확충의 규모) 예들 들어 충남의 경우 현재 지방의료원이 없는 유일한 중진료권인 논산권에 지방의료원을 하나 더 짓는다고 문제가 해결될 수 없음. 천안-아산 지역을 제외하고 서산의료원, 홍성의료원, 공주의료원이 있는 중진료권 세 곳도 응급의료, 분만의료 취약지임.
- 따라서 지방의료원을 일본 공공 지방의료원 수준 정도로 획기적으로 늘리는 것이 유일한 해결 방안으로 보임. 즉 현재 45개 지방의료원을 고령화 정도에 맞추어 인구 대비 일본 수준으로 확충해야 함. 중진료권당 최소 2~3개 나주에는 5개 수준으로 지어야 함.

지방의료원 등 공공병원 수는 약 350개가 필요 함. 현재 국립대병원을 제외한 일본 지역의 현립의료원 등 공공병원은 전체 857개 정도임<그림 3⁷, 그림 4⁸ 참조>.



<그림 3> 일본의 도도부현의 공립병원 수(2020년 후생노동성, 국립병원 제외)

	病院数	割合	病床数	割合
総数	8,442	100.0%	1,561,005	100.0%
国	327	3.9%	129,185	8.3%
厚生労働省	14	0.2%	4,957	0.3%
独立行政法人国立病院機構	143	1.7%	54,691	3.5%
国立大学法人	47	0.6%	32,703	2.1%
独立行政法人労働者健康安全機構	34	0.4%	12,954	0.8%
国立高度専門医療研究センター	8	0.1%	4,205	0.3%
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	0.7%	16,183	1.0%
その他	24	0.3%	3,492	0.2%
公的医療機関	1,213	14.4%	317,827	20.4%
自治体病院	931	11.0%	224,813	14.4%
うち都道府県	201	2.4%	53,998	3.5%
うち市町村	634	7.5%	133,083	8.5%
うち地方独立行政法人	96	1.1%	37,732	2.4%
日赤	92	1.1%	36,249	2.3%
済生会	79	0.9%	21,867	1.4%
北海道社会事業協会	7	0.1%	1,785	0.1%
厚生連	104	1.2%	33,113	2.1%
社会保険関係団体	53	0.6%	16,006	1.0%
公益法人	230	2.7%	57,439	3.7%
医療法人	5,754	68.2%	863,183	55.3%
私立学校法人	111	1.3%	55,550	3.6%
社会福祉法人	198	2.3%	34,316	2.2%
医療生協	84	1.0%	13,919	0.9%
会社	42	0.5%	10,019	0.6%
その他の法人	190	2.3%	39,365	2.5%
個人	240	2.8%	24,196	1.6%

<그림 4> 운영주체별 병원 수(2016 후생노동성 자료 편집)

⁷ 自治財政局準公営企業室, 都道府県別の公立病院数の状況 (令和元年度決算統計)

⁸ 伊関友伸, 人口減少-地域消滅時代の自治体病院 経営改革, 2019.11, p7

- 또한 권역 응급의료센터 역할을 할 준 지역대학병원 수준의 권역별 거점지방의료원을 지방의료원 중 3~5곳 중 1개 수준으로 늘려야 함. 일본의 경우 43개 도도부현에 현립중앙의료원이 지역의대와 동일한 수준의 의료기관을 운영하고 있음.
- (도시에 공공의료 필요 이유) 공공의료는 의료취약지인 농촌에서만 필요한 것이 아님. 도시에 필요함. 이미 서울에서도 믿고 찾아갈 만한 2차 종합병원은 대도시에서 이미 살아남을 수 없어 사라졌거나 과잉진료의 온상인 전문병원으로 바뀌었음, 전문병원은 일부를 제외하고는 비급여 과잉수술 과잉진단 과잉치료의 엔진 역할을 하고 있는 것이 현실임.
- 전문병원에게 수가를 더 주는 것은 의료개혁이 아니라 최악의 과잉진료 비급여 진료를 부추기는 것이며 따라서 의료비 폭등 정책임, 전문병원은 현재 외국의 영리병원과 유사한 형태, 즉 수익성이 좋은 분야의 진료분야만 떠맡고 대도시에 몰리며 응급실이나 중환자실 등 필수기능을 포기하는 경향을 보이고 있음.
- 의료서비스 전달체계에서 허리 역할을 하는 2차 병원을 강화하는 방식은 공공병원을 도시에 짓고 강화하는 방법이 유일함. 이 방법만이 공공병원의 비급여없는 표준진료로 전문병원의 과잉진료를 막고 대학병원을 전문의 중심 병원으로 변화시킬 수 있는 방법임.
- (공공의료 전달체계와 일차의료기관인 공공종합의원) 윤석열 정부의 의료개혁은 또한 일차의료의 필수적인 부문 확보방안이 전무한데 이 것 또한 공공医료를 통해서만 해결할 수 있음. 기본과(내과, 외과, 산부인과, 소아과, 가정의학과, 정신과)등을 모은 공공종합의원(공공의료 폴리클리닉)의 광범위한 도입과 이를 기반으로 한 주치의 제도 도입이 농촌은 물론 도시의 <필수의료 사막화 현상>을 해결하는 유일한 방법임.
- 결론적으로 지방 공공병원을 5년 내로 200개, 10년 내로 3,400개 수준으로 신증설하고 권역별 거점 지방의료원을 5년 내 70개 수준으로 신증설 해야함. 또한 공공의료전달체계는 국립대병원-지방거점의료원-지방의료원(및 시군구 공공병원)-공공종합의원의 형태가 되어야 함.

2) 공공적 의사증원방식

- 현재의 의대 졸업후 마음만 먹으면 개원을 할 수 있는 의사들을 증원하면 취약의료지와 지역의료, 필수의료에 보낼 의사를 양성할 수 없음. 따라서 공공의료와 지역의료에 근무할 공공적 의사양성 방식이 필요함. 이에 따라 이번에 증원한 의대증원정원 2,000명은 지역의료와 공공의료에 모두 배치해야만 의료취약지, 필수医료를 감당할 수 있음.
- 원래 이번 의대증원이 이미 과잉인 분야를 더 늘리는 게 목표가 아니고 지역의료와 필수医료를 목표로 한 것이었음.
- 간단하게는 지역 국립의대에 배정된 800명은 지역 공공의료기관에 최소 10년간 의무복무하도록 하는 공공의사로 양성하고 나머지 사립지역의대에 배정된 1,200명은 지역의료에 최소 10년 간 의무복무하도록 하는 지역의사로 양성해야함.
- 이 경우 일본의 자치의대-지역의사제를 모델로 할 수 있음. 캐나다의 의료취약지역에서도 이와 유사한 방식으로 지역 의사를 양성함⁹. 이 의사들은 지방자치단체와 중앙정부에서 지원하는 전액 장학금으로 의대 생활을 지원받는 대신 의무복무를 9년간 해야함. 즉 국가나 지방자치단체가 직접 책임을 지고 의사를 양성하고 9년간 공공이나 지역의료에 의무적으로 복무하게 하는 방식임.
- 이렇게 해서 이들이 일본의 현립의료원 등 공공병원의 의사가 되는 것임. 우리도 이를 따라갈 필요가 있음, 또한 공공의사를 키우는 것은 국립의대의 정원을 일부 지원을 받아 공공의대를 만드는 것이 필요한데 이는 공공의료 사관학교 역할을 하여 장차 공공의료의 핵심이 될 인재를 키워내기 위한 것임. 또한 자치의대가 의사합격률이 낮다거나 일본 지방의료 또는 현립의료원의 의료의 질이 낮아졌다는 보고는 전혀 없음.

3) 윤석열 '의료개혁'의 허구. 공공의료 확충만이 진정한 의료개혁

- 현재 상태는 의료개혁이라는 이름으로 단지 2,000명 증원만 확정된 상태이고 지역필수의사 계약제, 각 의대의 자율적 지역인재전형 60% 상향만 발표되었음. 여기에 또 다른 의료개혁방안으로 전공의 중심병원이 아니라 전문의 중심 병원으로의 변화, 지역거점 병원 지원, 지역별 필수의료 차등 수가인상 및 필수의료 수가인상, 전문병원의

⁹ 유럽의 경우 대부분이 공공병원이므로 이런 제도가 아예 필요 없음.

상급종합병원과 동일한 수가인상 등이 아무런 세부 계획이나 구체적 실행방안 없이 발표된 상태임.

- (필수의료의 정의) 그러나 필수의료 수가 인상만 보더라도 어디까지 필수의료인지 정의가 없음. 세계보건기구에 따르면 필수의료는 “일차 진료, 재활, 완화 및 장기 치료”, “생명을 살리는 응급, 중환자 및 수술 치료”, “정신, 신경, 약물 사용 장애 관리(특히 학교 기반 및 기타 정신 건강 프로그램)”, “암, 고혈압, 당뇨병, 만성 호흡기 질환 등 비전염성 질환”, “방치된 열대성 질환, 결핵, 인간 면역결핍 바이러스(HIV), 간염, 말라리아 등 전염병”, “재생산, 산모, 신생아, 아동, 청소년 건강 및 영양, 예방 접종 등”을 열거하고 있음¹⁰.
- 현재 한국사회에서는 소아과 오픈런, 응급실 뺑뺑이 등이 거론되고 있음. 이들 서비스는 필수의료 붕괴의 징후이자 증거임. 그러나 필수의료는 시민들의 의료적 필요 전체에 해당하며 현재 주로 언급되는 부분에 국한되는 것이 아님.
- (필수의료의 범위와 공공의료) 예를 들어 의료취약지 문제만 하더라도 의사만 늘려서 해결될 수 있는 문제가 아니며 인구 고령화에 따른 보건의료적 필요는 일차진료 재활, 완화, 장기 치료에 걸쳐 있음. 이는 사실 보건의료 공급 전체에 해당함.
- (돌봄 서비스와 공공의료) 이에 더해 인구 고령화에 따른 시민들의 필요는 의료와 결합된 돌봄 및 요양서비스의 획기적 변화를 요구하고 있음. 그러나 지금 한국사회의 공적 요양 및 돌봄 서비스는 요양병원·요양원으로 대표되는 현대판 고려장 수준에 머물고 있음. 요양병원은 18개월, 요양원은 30개월의 평균 재원 후 사망으로 끝나는 것이 현실임¹¹. 돌봄의 사회화, 지역사회 기반 재활, 요양 및 돌봄은 거론되고 있지도 않음. 고령화가 진행된 다른 나라에서는 이미 최소 20여 년 전부터 시행하고 있는 공적 요양 및 돌봄의 적절한 모델의 논의조차 미미한 수준임. 공공병원은 노인 돌봄의 지역 지원 센터 역할을 할 수 있음. 예를 들어 방문진료, 재가돌봄의 모니터링 등.
- (새로운 공공병원의 기능) 21세기의 공공병원은 공공병원의 본래 기능 즉 표준진료, 필수진료의 제공뿐만 아니라 민간병원과 달리 지역의료의 새로운 공중보건사업을 할 수 있고 해야 함. 이것은 공공병원이 단지 병원에서 오는 환자를 “기다리고 치료하는” 역할이 아니라 “환자를 찾아내고 지역 의료를 이끄는” 역할을 할 수 있고 또 해야함.

¹⁰ Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021 Interim report 22 April 2021.

¹¹ 현재까지 이 문제의 해결방안으로 제시된 정책 중 가장 진보적 공약이 민주당의 간병비 건강보험 급여화임.

- 지금까지의 1차 공중보건사업 - 즉 백신접종, 모자보건, 방역 사업등에서 머무르지 않고 2차 공중보건사업¹² 즉 ① 노인 돌봄 지원 및 모니터링 ② 장애인 진료와 재활 ③ 여성 친화적인 진료와 성폭력 피해 센터 ④ 재난대응 위기대응 사업 ⑤ 학생 건강 및 직장 안전 보건 사업 지원 등의 역할을 해야 하고 할 수 있음.
- 윤석열 정부는 의료개혁을 이야기하면서도 지역간 의료불평등, 필수의료, 인구 고령화 등에 대비할 공적 해결 방안을 전혀 제시하지 못하고 있음. 윤석열 정부의 2,000명 증원이 의료개혁의 전부임.
- 윤석열 정부는 의료개혁의 계획을 즉시 시민들에게 제시해야 함. 이 유일한 해결방안은 공공의료와 공공의사 및 지역 의사제도임. 이를 제시하지 않으면 지금 윤석열 정부가 말하는 '의료개혁'은 가짜 혹은 거짓말이거나 선거용 공문구에 불과함.
- 무엇보다 공공적 의사증원 방식과 공공의료 강화, 건강보험확대 방안부터 제시하여야 함. 그렇게 하지 못하고 오히려 비대면진료 전면확대, 건강보험정보 민영의료보험 공유, 실손보험의 규제완화, 무늬만 지역의대의 서울·수도권 증원 공식화, 등 의료민민영화, 의료시장화 정책만 내놓고 있는 윤석열 정부의 의료개혁은 사기임.

¹² 김용익, 공공의료 미출간 자료 참조, 2024.03.

토론1

의료개혁의 주체는 시민이다. 정부는 시민의 요구로 진짜 의료개혁 시작하라

박경득_공공운수노조 의료연대본부 본부장

의사집단행동에 따른 의료 공백은 여러 문제점을 만들고 있고, 그로 인한 피해는 모두 환자와 노동자에게 돌아가고 있다.

병원은 의사가 빠진 자리를 간호사로 메꾸고, 간호사와 환자를 모두 위험에 빠트리고 있다. 의료연대본부 산하 병원 10군데를 조사한 결과 총 291개 병동 중 29개 병동을 통폐합 했고 해당 병동 간호사 수는 597명이었다. 이 간호사들은 다른 병동으로의 배치전환과 무급휴가(또는 다음달 휴일을 당겨서 미리 사용하는 마이너스 오프) 중에서 '선택할 권리'를 부여 받았다. 이는 법에서 정하고 있는 휴업수당(근로기준법 제46조(휴업수당) ① 사용자의 귀책사유로 휴업하는 경우에 사용자는 휴업기간 동안 그 근로자에게 평균임금의 100분의 70 이상의 수당을 지급하여야 한다.)을 지급하지 않기 위한 방법이다.

정부는 이때다 하면서 전공의가 하던 일을 간호사에게 넘기는 '진료지원인력 시범사업'을 시행했다. 정부는 전공의 의존성을 줄이고 전문의 중심으로 운영하겠다고 했지만(전문의 중심병원), 실제 계획은 전공의 업무의 많은 부분을 인건비가 저렴한 간호사에게 전가하는 것이다. 해외 다양한 사례가 있지만 한국에서의 PA는 의사 수 부족으로 인해 진료지원을 하게된 간호사의 이름이다. 정부 말대로 의사 수를 늘리고 전문의를 양성한다면 PA는 줄어들 수 밖에 없고, 불필요할 수 있다. 그런데 의사 수를 늘리면서 PA를 활성화하겠다는 모순적인 주장을 하고 있는 것이다.

병원 노동자는 비상경영이라는 경영진의 엄포 아래 무급휴가와 한번도 해보지 않은 병동의 배치 중 선택해야 하고, 생계를 이을 수 없을 정도로 수입이 줄고(의료연대본부 간병인 100명 조사 결과 의사 집단 행동 후 간병노동자 월평균 임금 42% 삭감), 연장근로 제한, 휴가 당겨 쓰기

등을 강요받고 있다. 의료 공백으로 인한 환자의 피해는 말할 필요도 없을 정도다. 이는 모두 정부의 정책 이행 과정의 실패로 인한 피해다.

정부는 이런 피해들은 아랑곳하지 않고 지지율 이득에만 혈안이 되어 있고, 병원 자본의 손실은 국민건강보험 재정으로 메꾸라고 한다. 건보재정을 보장성 강화에 쓰자고 할 때마다 재정 건전성을 들먹이며 보장성 축소를 외쳐온 정부가 월 1882억씩 건보 재정 사용에는 이렇게 신속하고 후할 수 없다. 정부의 정책 이행과정에서 발생한 피해와 손실은 정부가 책임져야 한다.

모든 피해를 국민에게 떠안기고, 결국 정부가 하려는 것은 무엇인가? 대한민국의 의료공급을 구성하고 있는 민간영역(95%)과 공공영역(5%) 중, 정부가 의사인력을 투입하려는 곳은 명백히 민간영역이다. 국민들은 필수진료과, 지역의 의료공급을 처절하게 요구하고 있지만 정부는 계획이 없다. 공공의료를 공급하고 있는 공공병원을 신설, 강화하지 않는데 증원된 의사가 어디서 어떻게 공공의료를 공급할 수 있는가? 시민의 요구로서 의사 증원은 공공의사 양성과 공공병원 확대로만 가능하다.

정부와 의사의 줄다리기 싸움에서 병원노동자와 시민은 구경꾼이나 심판이 아니다. 어느쪽이 이겨도 우리 시민들은 진다. 정부가 이기면 의료산업 종사자, 민간의료 공급자인 의사가 늘어나고 필연적으로 상품화된 의료서비스를 사야하는 시민들의 의료비가 늘어날 수 밖에 없다. 의사가 이기면 부족한 공공의료인력을 늘일 수 있는 가능성이 차단된다.

보건복지부는 3.25. “지역·필수의료강화를 위한 의료 개혁과제를 논의·추진”하겠다고며 “의료개혁특별위원회 및 전문위원회 위원 후보군 추천”을 받기 시작했다. 정부와 민간위원 등을 포함하여 30명 이내로 구성하고 “혁신 추진 로드맵 마련 및 공론화”를 하겠다는데, 위원장은 민간 전문가가 맡는다고 한다. 30명 구성이 어느 정도 공정성을 띠 것인지 시민의 요구를 어떻게 반영할 것인지 모든 것이 불분명한 위원회에 일단, 후보군으로 줄을 서라는 식이다.

시민이 나서야 한다. 정부와 의사, 두 권력의 싸움에서 이 모두에게 힘을 행사해야하는 사람은 우리 시민이다. 공공병원과 공공의료 인력(공공의사)을 투입하라고, 간호사가 의사 일을 대신해서 의사 부족을 해결할 수 없다고, 이 사태로 인한 손실을 노동자들이 메꾸게 하지 말라고 주장하고 힘을 모아야 한다. 이미 의료연대본부 등 노동조합의 요구와 많은 보건의료·시민·노동단체가 포함된 좋은공공병원만들기운동본부에서 이러한 요구들을 정리하고 제시하고 있다. 이제 이 요구를 의사 집단행동보다 더 큰 행동으로 띄워야 한다.

토론2

일본에서의 의사 증원, 공공의료체계 강화, 혼합진료 금지 등의 사례를 중심으로

하세가와 사오리_인하의대 의료인문학교실 전임연구원

안녕하세요. 인하대학교 의료인문학교실 전임연구원 하세가와 사오리입니다. 저는 지금 큰 사회적 이슈가 되고 있는 의대 정원 증원, 더 나아가서는 의사부족 문제, 지역의료 확보에 대해 일본 사례를 몇 가지 소개하면서 말씀 드리고자 합니다.

얼마 전 윤석열 정부가 2,000명 의대 정원을 증원하겠다고 발표한 이후, 대학병원을 중심으로 곳곳에서 전공의 파업이 일어나고 의대생들의 휴학, 더 나아가 일부 의대 교수들이 집단 사직서를 내겠다고 선언하는 등 의료계에서는 반발의 목소리가 나오고 있지요.

20일에는 정부가 구체적으로 지역인재 정원을 82%로 늘리겠다고 발표했는데요, 발표가 나자 자녀를 의대로 보내기 위해 ‘지방 유학’도 불사하겠다는 학부모들의 목소리나 학원가의 과열 양상 등이 보도되는 등 갈수록 사회적 혼란이 커지고 있는 듯합니다.

하지만 아무리 지방대 의대 정원을 늘린다 해도 구체적인 방안 없는 증원은 지역의료 강화는커녕, 오히려 수도권에 의사가 몰리는 현상을 더 심화시킬 수 있습니다.

산부인과, 소아과 등의 인력난 문제도 마찬가지입니다. 정원을 늘린 다음, 인력난을 어떻게 해소해 나갈 것인지 구체적인 방안이 없으면 개원가에서 비급여 진료를 선호하는 의사만 늘어날 우려도 있습니다. 저는 앞에 발제하신 분들의 의견에 덧붙여 일본의 사례를 중심으로 공공의료 체계를 강화하는 방법에 대해 조금 이야기를 드리겠습니다.

일본의 경우 이미 1970년대 초부터 의료 수요 증대와 의사의 지역적 편재 등으로 인한 전국적인 의사 부족이 사회적 문제가 되어 논의가 시작되었는데요, 동시에 이때 부족한 공공의료 강화에 관한 대책도 함께 추진되었습니다. OECD 데이터를 보면, 일본은 2021년 기준 공공 병상 수가

인구 천 명당 3.5개로 한국의 1.2개와 비교해 3배나 높습니다. 전체 의료기관에 차지하는 공공병원(국공립병원, 공적병원) 비율도 약 18.5%로 한국보다 4배 가까이 높은 수준입니다.

1970년대 초반부터 대책에 나선 일본 정부는 우선 모든 광역자치단체(현)에 의대를 설치하는 전략을 펼쳤고 1975년부터 79년에 걸쳐 국립대를 중심으로 10개 의대를 주가로 신설했습니다. 그 결과 국공립 51개, 사립 31개까지 의대 자체를 늘리는 데 성공했습니다. 인구 규모나 지역의 특성이 차이가 있어 단순 비교하기는 어렵지만 수만 봐도 한국보다 적극적으로 국공립의대, 즉 공공영역에서 많은 의사를 배출하고 있다는 점을 알 수 있습니다. 이렇게 설치된 국공립대병원을 통해 도심 밖 지역에서의 의사 부족이나 수도권 편재를 해소하기 위해, 의료 확보가 어려운 지역에 주기적으로 의사를 파견하고 있습니다.

지역의료를 책임지는 거점 병원에 대한 인적·물적 투자도 정부와 지역사회에서 분담해 이루어지고 있어 한국의 지방 병원처럼 심각한 경영난을 겪는 경우가 많지 않다고 합니다. 각 나라의 의료는 모든 이들의 필요에 의해 기능 해야 하고, 그러한 필요가 충족되려면 인적 물적 투자를 제대로 해 안정화를 꾀하도록 대비하는 것이 필수적이라 정부 지원 체계는 중요합니다. 그렇지 않으면 비수도권 의대를 졸업한 의사들이 수도권에서 수련 교육을 받게 되거나 환자의 수요를 충족시키지 못하는 등 무용지물이 될 가능성이 큼니다. 의료의 공공적 성격을 고려할 때 정부의 공공적 지원과 운영에 대한 정책적 의지가 중요하다고 볼 수 있다는 것이죠.

의사 수 부족과 관련해서도 일본은 2006년 ‘신 의사 확보대책’, 2007년 ‘긴급 의사 확보대책’ 등을 마련해 대책에 힘써왔습니다. 2008년부터 올해까지 16년간 100명씩 꾸준히 의대 정원을 늘려왔으며 그 결과 2003~2007년도 7,600명 가량이었던 의대 입학정원이 2024년 9,400명 정도까지 늘었습니다. 윤석열 정부가 의학교육이나 수련과정에 대한 대책 없이 급격한 2,000명 의대 증원을 선언한 것과 비교해 상당히 계획적이고 신중하게 증원 계획이 이루어져 왔음을 알 수 있습니다.

아울러, 이것만으로는 공공영역에 대한 수요를 충족할 수 없다고 판단한 일본 정부는 지방 의대 장학금제도, 즉 지역 정원제를 도입해 운영하기로 했습니다. 이는 의사 부족이 특히 심각한 지역에 설치된 대학을 중심으로 지역 출신 학생이나 지역의료에서 일하겠다는 의지를 밝힌 학생을 선발해 장학금을 부여하고 일정기간 동안 지정된 지역에서 의무적으로 근무하게 하는 제도인데요, 전체 의대 정원에서 차지하는 지역 정원제의 비율이 2020년도 기준 18%를 넘었습니다. 1972년에 설립된 자치의대도 의사 부족이 심각하거나 의료가 취약한 지역에서 활동하는 의사를 양성하기 위해 기능하고 있습니다.

이 이외에도 특정 진료과 또는 대도시에 의사가 쏠리는 것을 막기 위해 전공의 채용 정원에 상한을 두는 실링제도를 마련하거나, 인턴 때 의사가 적은 지역에서 반년 이상 연수를 받을 수 있게 하는 제도를 2026년도부터 실시하기로 하는 등 현재 진행형으로 대책에 나서고 있습니다.

그리고 동시에 의사의 처우 개선에 관한 논의도 함께 이루어지고 있다는 점이 중요한 것 같습니다. 일본에서는 의사의 장시간 노동과 과로사, 자살 문제가 최근 사회적으로 큰 화제가 되기도 했습니다. 장시간 노동을 개선하고 각 지역, 진료과에서 의사들이 자부심을 가지며 일할 수 있는 환경을 조성하는 것이 의사 쏠림 문제를 해결하기 위해서도 중요하다고 판단해 일본 정부는 올해 4월부터 '의료를 지속 가능한 형태로 제공하는 것'을 목표로 이른바 '일하는 방식 개혁'을 추진하기로 했습니다.

물론 일본이 최상의 모델은 아닙니다. 하나 하나 정책을 들여다보면 문제점도 많습니다. 하지만 오래전부터 고령화와 의사 부족 문제에 대응하기 위해 단계적으로 대책을 마련하고, 또 공공의료에 대한 고민을 해온 나라인 만큼 한국에서도 지속적인 모니터링이 필요하지 않을까 싶습니다.

다음으로 의사학 전공자로서 의학교육과 관련된 문제에 대해서도 한 마디 말씀드리고 싶습니다. 공공의료의 강화와 함께 반드시 추진되어야 하는 것이 바로 의대 교육 과정과 수련 교육에 대한 재검토입니다.

현재 파업에 동참하고 있는 전공의들은 노동자인 동시에 피교육자로서 이중의 신분을 가지고 있습니다. 전공의 파업에는 여러 가지 요인이 있으며, 그중 높은 노동강도와 같은 노동에 관한 부분이 주로 언급되어 왔지만, 전공의의 핵심적 정체성인 피교육자성에 대해서는 지금까지 충분히 다루어지지 않았습니다.

전공의들이 산부인과나 소아과 등의 과목을 선택하지 않고, 졸업 후 의료 취약 지역으로 배치되기를 꺼리며, 미용 등 비급여 개원가를 선호하는 것을 단지 시장과 제도의 구조적 문제만으로 치부하는 것은 잘못된 시각이라고 생각합니다.

의사 부족과 지역의료 문제, 특정 진료과 인력난을 해소하고 싶다면 이러한 사회의 공공적 책무를 수행할 수 있는 의사의 전문직업성을 함양하지 못했던 교육의 실패에 대해서도 논의할 필요가 있습니다.

현재와 같은 전면적 사직으로 나타나는 집단행동은, 지난 의학교육, 특히 전공의 대상 졸업후 의학교육이 전문직업성 교육에 실패해 왔음을 보여줍니다. 즉 의사로서의 사회적 책무성이나 공공성에 대한 이론적 학습과 실천이 배제된 상태에서, 분과적 술기에 집중해 온 전공의 교육이

현재 사회에서 근본적인 한계를 가진다는 점을 짚어야 할 것입니다. 특히 한국과 같이 종합병원 수련 후 전문의 취득 비율이 높은 국가에서는 대부분의 의사면허 취득자들이 전공의 교육과 실습을 공통적으로 경험한다는 점에서, 졸업후 의학교육이 가지는 중요성은 다른 국가보다 높다고 할 수 있습니다.

의대 증원이 단지 학생 증원에서 그치는 것이 아니라, 6년 후 전공의의 폭발적인 증가와 그에 대한 수련 요구의 상승이라는 측면에서 장기적인 고려가 필요합니다. 특히 졸업후 의학교육의 많은 부분이 체계적인 수련프로그램과 교육 목표 없이 수련병원, 혹은 그보다 작은 단위의 의국이나 개별 주임 교수에게 일임되어 있다는 점에 대한 개선이 필요합니다. 나아가 수련병원은 흔히 숨겨진 교과 과정으로 알려진 병원 내 문화, 위계질서, 직역 간 관계를 습득하는 공간이라는 점에서, 의대 증원으로 새로운 세대의 의사를 양성하는 것이 목적이라면 필연적으로 근본적인 개선이 필요한 상황입니다.

현재 한국 전공의 수련 교과과정은 보건복지부 고시를 통해 제시되어 있습니다. 고시에 따르면 전공의 수련 과정에서 요구되는 공통 역량은 존중, 윤리, 환자안전사회, 전문성, 수월성입니다. 그 중 전문성에 사회적 책무에 대한 언급이 포함되어 있습니다. 하지만 전공의 연차별 수련 교과 과정을 살펴보면, 구체적인 술기를 습득하거나, 정량적 환자 경험에 대한 기준을 제시하거나, 논문을 제출하는 등 기술적인 측면만을 언급하고 있고 실제 수련 과정에서 사회적 책무나 전문직업성을 어떻게 학습하고 실천할 수 있는 환경을 제공할 수 있을지에 대한 목표가 전혀 제시되어 있지 않습니다. 즉 한국의 전공의 제도는 기술적으로 완성된 의사를 배양하는 것이 목표이지 전문직업성이나 사회적 책무를 다하는 의사를 배양하는 것이 목적이 아님을 보여주고 있는 것입니다.

일본에서도 최근 의대 교육과 졸업 후 교육의 중요성이 강조되고 있습니다. 의대에서 '지역 문제를 이해하고 사명감을 가진 의료인'이 되기 위한 의학교육이 제대로 이루어지지 않았기에 지금의 지역의료 붕괴를 낳았다며 신랄하게 비판하는 목소리도 있습니다. 또한 전문의 연수제도 내용에 관해서도 지역의료와의 접점이 적어 전문 진료과에 치우친 연수가 이뤄져 왔다, 지역의료에 대한 이해도가 부족하다는 등의 지적이 과거에는 많았습니다. 2023년도 작성된 의사임상연수제도 지침을 보면 과거에 대한 반성을 담아 얼마나 지역医료가 강조되고 있는지 알 수 있습니다. 공공의료 강화와 함께 의학교육 및 졸업후 교육에 대해서도 우리가 진지하게 고민할 시기가 온 것 같습니다.

마지막으로 한 가지 덧붙이고 싶은 것은 일본에서 수가 인상이라든지 의대 증원 정책이 실행될 때 사회적 마찰이 적었던 이유가 무엇일까 하는 점입니다. 저는 의사에 대한 신뢰도가 한국보다

비교적 높기 때문이 아닐까 하는 생각이 듭니다. 이러한 보다 나은 라뽀의 형식은 혼합진료를 원칙적으로 금지하고 건강보험제도를 토대로 누구나 안심하고 의료를 제공받을 수 있는 최소한의 의료공공성 시스템이 사회에서 작동하고 있기 때문이 아닐까 합니다.

저는 일본이 최선의 대안이라고 말씀드리는데 아닙니다. 기후위기, 돌봄위기, 인구집단 구성의 변화 등의 복합적 위기 상황에서 볼 때 분명 한국은 일본을 넘어선 대안을 제시해야 할 것입니다. 다만 비슷한 제도 발전에 기초한 상황에서 비급여 통제와 공공의료 강화를 통한 의료의 공공성 강화가 의사-환자-시민 간의 신뢰를 회복하고 그 나라의 의료제도를 안정화시키는데 도움이 된다는 점을 짚고 싶습니다. 이상으로 토론을 마치겠습니다. 감사합니다.

토론3

한국의료의 문제와 대안

정형준_인도주의실천의사협의회 사무처장

1. 들어가며

- 발제 내용에 전적으로 동의하며, 현 시기 한국의료의 화두는 이제는 계획이 중심이 되는 공공의료의 복원임을 보여주고 있음.
- 2,000명 증원안으로 시작된 작금의 전공의 파업은 여러가지 문제를 확인시켜주고 있음.
1) 전공의 노동에 의존한 대형병원 2) 과도한 교육병원 의존성 3) 공공의료 결핍 4) 일차의료부재 5) 재난자본주의
- 현재 오래 누적된 문제들이 한꺼번에 쏟아지고 있다는 이야기를 해도 과언이 아님. 특히 2000년 의약분업사태 이후 미뤄졌던 혹은 방임했던 의료계획부재가 모든 부분의 화근이었음.
- 현재 사태의 원인이 된 여러 계획부재를 살펴보면, 1) 2002년 노무현 정부의 공공의료 30% 확충 공약의 불이행(역행) 2) 의약분업이후 추진예정인 지불제도개편의 지리멸렬(2012년 7개군 포괄수가제 이후는 공공의료기관중심의 신포괄수가제 전환 수준에서 마무리) 3) 공급구조 및 지불제도 개편 없는 땀땀식 수가체계 유지 4) 공공구조개혁 없는 말뿐인 보장성강화안 추진 등임
- 만시지탄이나, 이제라도 공급구조를 계획성있게 개편해야 함. 여기서 중요한 핵심은 너무나 부족한 공공의료이긴 하지만, 민간의료공급의 구조개혁도 같이 추진되어야 함. 대표적으로 현재 공백이 늘어나고 있는 '지역의료' 부분의 문제는 의료전달체계와 공익적 민간의료기관의 활용등을 융합할 수 밖에 없는 상황임.
- 이에 몇가지 문제를 중심으로 문제점과 대안을 추가로 제안함.

2. 공공의료

- 현재 괴멸적 수준의 공공의료는 수차례 정치권력의 방치와 시장의료확대체계로 만신창이가 되었음. 77년 직장건강보험, 88년 전국민건강보험으로 수요의 폭발적 확대에도 수익성중심의 민간의료기관의 확충을 부추기고 병원자본에 그 성과를 밀어준 문제. 그리고 그로 인해 현재 수도권쏠림의 원흉이 된 재벌병원을 용인한 문제가 현상황의 가장 큰 원인임.
- 추가로 사스, 신종플루, 메르스, 코로나 같은 신종감염병을 맞이하고도 개선되지 않은 공공의료의 상황도 지적하지 않을 수 없음.
- 따라서 공공의료는 단순히 수적, 질적 열세의 문제로만 이제는 접근할 수 없고, 수도권 대형병원 쏠림의 기형적 의료불평등을 해결하기 위한 대안으로 존재해야 함. 그런점에서 지역 국립대의대를 강화하겠다는 윤석열 정부의 계획은 이런문제의 해결책으로 제시된 것이 맞음. 그런데, 윤석열 정부의 계획은 지역국립대병원을 수도권 대형병원같은 수익성 중심의 경쟁력있는 첨단의료기지처럼 만들려는 문제가 있음.
- 지역에 거점이 될 수 있는 국립대병원의 방향은 거대화가 아니라, 지역내 의료전달체계를 소화할 수 있는 능력과 지역내 의료인력의 재생산구조를 만들어내는 것이어야 함. 이는 지역의 일차의료체계 강화 없이는 이뤄질 수 없음. 그리고 전국 곳곳에 아급성기, 회복기 공공병원과 지역응급진료체계가 요구됨.
- 당연히 이런 공공의료계획에는 지역에서 활동할 수 있는 의사, 간호사, 치료사 등 다양한 의료직군이 필요함. 이 중에서도 필수불가결한 의사인력을 지역에 배치할 계획이 있어야 함.
- 지역에 의사부족은 이미 시장실패를 보여주고 있어, 인센티브, 계약제, 수가가산 등으로는 실패를 답습하는 것에 지나지 않음. 이제 남은 부분은 인력선발, 교육, 배치를 지역에서 할 수 있는 공공적 계획임.
- 끝으로 성남시의료원의 경우를 보면 물리적 인프라 투자가 되어 있어도 의사인력과 운영체계를 갖추지 못하면 어떤 문제가 발생하는지 보여주고 있음. 막연히 시장가치에 맞춰 대우를 잘하면 좋은 의사가 충원된다던가, 진료인센티브 및 수가가산을 통해 보상을 높여 의사들을 충원하겠다는 계획은 망상임. 결국 수도권에 있는 최신 공공병원조차 채울 수 없는 의사인력의 문제는 단순히 의사수가 부족하다는 숫적결핍에서 초래되어가기

보다는 시장중심적 의료공급에서 공공의료가 가진 소위 '시장경쟁력' 결핍때문임. 그런데 시장경쟁력 측면에서만 대안을 제시한다면 결국 이는 민간병원과 같은 길을 가야한다는 뜻에 지나지 않음. 따라서 이제 공공의료는 공적인적양성계획과 함께 해야 함.

- “공공의대, 지역의사제, 지역임상교수제, 주치의제, 공공클리닉“은 선택의 문제가 아니고 필수적인 선결과제임. 소위 ‘낙수의사’라는 시장만능주의 이론의 신봉자가 아니라면 지금 무엇이 중요한지 생각해야 함.

3. 전달체계

- 전공의 파업은 몇가지 기형적 병원자본의 모습을 까발리고 있음. 1) 전공의 노동부족으로 총진료량의 50%가량이 감소함. 즉 수련과정인 전공의가 기존 의사노동의 반정도를 책임지고 있었음. 2) 대형병원의 진료량이 급감했지만, 생각보다 응급, 중환자 진료의 결손이 심하지 않음. 다시말해 경증, 검사, 예약환자가 대형병원에 과도하게 쏠리고 있었음 3) 진료량 감소로 인한 대형병원의 막대한 매출감소는 직접부대사업과 주변사업(의료기, 약품판매, 식당, 환자방, 요양병원 등)등에 심대한 영향을 주고 있음. 즉 거대병원사업은 진료를 중심으로 산업복합체형태를 띄고 있음.
- 이런 문제가 드러남에 따라서 ‘전문의중심병원’ 이야기가 최근 나오고 있으나, 경증, 검사환자들의 불필요한 대형병원 쏠림을 막을 방법이나, 거대병원의 산업복합체적 성격을 해결할 대안에 대해서는 언급이 거의 없음. 만약 이번에도 이런 개혁과제를 외면한다면 다음에는 더 큰 문제가 발생할 수 있으며, 이는 악순환일 뿐임.
- 대형병원에 불필요한 환자쏠림, 수익성 중심의 주변사업연계를 정리하려면 무엇보다 중요한 화두는 ‘의료전달체계’ 개편임. 그런데 윤석열 정부를 포함한 역대 정부는 이 전달체계개편을 의뢰회송체계나 외래중심,입원중심의 문제로만 환원해 왔음. 하지만 정작 중요한 핵심은 일차의료체계(primary health care)를 확립하는 것임.
- 일차의료체계는 감염병사태를 포함한 보건재난상황에서도 중요함. 한국은 앞서 이야기했듯이 사스, 신종플루, 메르스, 코로나를 겪으면서 공공의료 뿐 아니라 일차의료체계도 전혀 개선하지 않고 시장에만 맡겨뒀음. 그 결과 동네의원의 영리적 의료행위가 증가하고, 국민들의 동네의원에 대한 신뢰가 떨어지게 되었으며, 대형병원 쏠림이 자연스런 결과로 나타났음.

- 따라서 이제 의료전달체계 개혁은 상향식(bottom-up) 방식이 필요함. 주치의제 혹은 환자등록제를 기반으로 일차의료기관의 의료진과 환자 모두에게 의료비절감책을 제시하고 의료전달체계의 동반자로 환자-의사-일차의료기관 이 상생하도록 만들어야 함. 대형병원의 진료손실에 월 1,882억 원 이상을 지원할게 아니고, 일차의료기관과 이를 이용하는 환자들에게 인센티브를 제공해야 함. 또한 일차의료기관 물리적인프라는 ‘공공클리닉, 공공임대형 의원’ 등으로 제공하고, 여기서 일할 인력은 앞서 이야기한 ‘지역의사제, 공공의대’ 등에서 별도로 양성해야 마땅함.

4. 재난자본주의 재현

- 작금의 의료대란에서 윤석열 정부는 빠른 ‘재난상황 선포’ ‘대형병원 지원금 마련(2월중순에 이미 3주간 401억 원가량의 건보재정지원책을 마련함)’등을 준비했음. 하지만, 국민들의 의료이용의 불편함, 특히 지역주민의 건강결핍을 예방할 조치는 취하지 않았음. 도리어 의료취약지 공중보건의를 대형병원으로 차출하고 원격의료를 전면 허용함.
- 의료취약지 공중보건의사는 최소한의 지역보건안전판임. 지역보건의료원과 보건지소에 몇명되지도 않는 의사들을 대형병원진료에 동원하게 되면, 당장 응급, 중환자 진료결손을 막을 수 있을지 모르지만, 지역의료체계는 붕괴하게 됨.
- 특히 ‘원격의료’는 이런 사태의 대안이 될 수 없음. 윤석열 정부가 법률개정도 안된 원격의료를 시범사업으로 허용한지는 9개월가량이 되어가고 있음. 그 와중에도 각종 규제완화로 중계사업체와 개인건강정보유출의 위험성은 상승하고 있음.
- 여기에 ‘국민의힘’은 이번 총선공약에 ‘스마트 이동병원’, ‘약 배송’, ‘개인건강정보 산업화’ 등을 쏟아내고 있음. 즉 현 정부는 이 시국에 의료취약지에 원격의료와 이동병원, 약배송 등의 원격지원책만 내놓는 셈.
- 또한 수가가산책도 일차의료기관 유도나 중증, 응급부분에만 한정되지 않고 과잉진료의 온상으로 문제가 되고 있는 ‘전문병원’에 가산하는 방식등을 제안하고 있음. ‘전문병원’은 지역의 거점 준중형병원이 아니라, 수술만 전문으로 하면서 규모의 경제를 창출하는 병원들로 신해철사망사건 부터 각종 대리수술 문제의 온상이 된 바 있으며, 한국의 의료전달체계에서 개혁해야 할 공급부분임.

- 수가가산과 더불어 중요한 구조개혁부분 역시 전 부분에서 빠져있는데, 막상 그렇다면 환자진료도 안한 대형병원에 막대한 월 1,882억 원은 몰아주면서, 왜 공공의료기관의 연간 1,000억 원 가량의 적자는 보전하지 않았는지? 또 1,882억 원이면 제대로된 지역공공병원을 만들 수 있고, 지역의사제도의 장학금으로 넘치는데, 왜 그런 생각을 하지 않는지에 대해서는 반문하게 됨.
- 결국 의료부분의 산업화, 비지니스의 확대, 이윤의 배분 등의 가능한 구조에만 ‘재난’에서도 손을 벌리는 모습은 재난자본주의의 재현임.

5. 정리하며

- 한국의료의 대개혁은 여러가지 측면에서 접근이 가능하나, 핵심은 다음과 같음.
- 윤석열 정부의 소위 ‘의료개혁’안은 의사증원계획을 제외하면 시장주의적, 선별적, 재정긴축안임. 즉 최대치가 의사증원을 해내는 것 뿐임.
- 대형병원 중심의 정부개입은 실제로 큰 효과도 없을 뿐더러 일차의료의 영리화를 방치하고, 지역사회의료기반을 시장에 방치하여 목적인 바도 이룰 수 없음.
- 건강보험 완결적 진료체계 구축은 ‘혼합진료금지’나 ‘총액예산제’로의 전면 전환을 요구하고 있음. 재정학적으로 이미 한국의 경상의료비는 매우 높은 수준임. 다만 이 경우는 의료공급자뿐 아니라 제약, 의료기기, 디지털헬스, 임대업, 금융업 등 전산업분야의 저항을 겪게 될 것임(정치적으로 강력한 좌파집권이 요구되는데, 이를 다른 방식으로 추구할 대안에 중지를 모아야 할 것임).
- 현실적으로나, 역사적 맥락으로 보나, 실현가능성으로 볼때 한국보건의료의 최대과제는 결국 공적의료공급을 늘리는 것 뿐임. 그리고 의료민영화를 저지하는 것임.

칼날 위에 선 '한국의료' 개혁 과제와 대안 토론회

발행일_2024. 03. 26.

공동주최_공공운수노조 의료연대본부, 인도주의실천의사협의회, 연구공동체 건강과대안
문의_연구공동체 건강과대안 02-747-6887 / healthcommune@gmail.com