

의사인력 수급 불균형 해소 및 양질의 전문인력 양성체계 구축



이 혜 연

연세의대 해부학교실 / 의협 학술이사
LEEHY@yuhs.ac

서론

정치의 계절이 오면 단골 메뉴가 의사가 부족하고, 지역균형발전을 위해서 새로운 의과대학을 지어야 한다는 단골정책들이 등장한다. 복지 수준은 OECD 최하위권인 우리나라는, 의료에 대한 공적자금 투자도 하위권, 공공병상 숫자도 최하위권이나, 국민들의 의료이용실적은 최상위이고, 민간병상 수는 최상위 수준에 있다[1]. 외국에서는 우리나라 의료수준이 높고 싸게 진

료를 받을 수 있는 의료천국이라고 부른다. 오바마도 벤치마킹한 우리나라에서, 국민들은 의사에게 불만이 많고, 정부는 의사 수만으로 의료제도의 문제점을 안이하게 해결하려는 모순이 존재한다. 이제 정부는 의사를 국민들의 적으로 만들어 문제를 없애는 요령을 부리는 태도를 버리고, 의사들의 전문적 의견에 귀를 기울여야 한다. 정부와 의사들이 함께 좋은 정책을 만들어 꾸준히 실현되도록 노력하여 국민에게 좋은 의료시스템이 지속되기를 희망한다.

의사인력 수급 불균형의 근본은 어디에 있는가

지금 대한민국은 새로운 역사를 쓰면서 다양한 경험을 하고 있다. 국가의 역할, 공공성의 의미, 시민의식 등에 대해 새로이 정립되고 있기도 하다. 복지에서는 의료와 교육의 중요성에 대해 선진 여러 나라의 사례들도 학습되고 있다. 최근 모 방송에서 복지는 서커스의 줄타기를 하는 사람들 아래에 처진 그물망과 같은 ‘안전장치’라는 전문가의 강연이 인상에 남는다. 그 강연에서 복지천국인 스웨덴 사람이 한국의 의료시스템이 스웨덴보다 너무 좋으며, 의료수준이 높고, 언제든지 의사를 만날 수 있다는 얘기를 하였단다. 스웨덴에서는 라식같은 비보편적인 의료는 비싸서 꿈도 꾸지 못한다는 얘기다. 외국에서 우리나라가 의료천국이라 불리고, 오마바케어의 모델이 우리나라 의료보험 제도가 되며, 우리나라의 싸고 질 좋은 의료혜택을 받기 위해 외국인들이 방한한지 오래되었다. 이러니 의료산업화로 외화벌이를 하는 정책이 수립된다. 싸고 좋은 의료 가능한 나라, 누구의 힘일까? 모든 인재가 의대로 쏠리니, 집중된 수재들의 열정적인 노력과 희생도 한 몫 할 것이다.

그런데 정작 우리나라 환자들은 의사와 의료

**의료천국이라 불리는 우리나라의
싸고 질 좋은 의료, 누구의 힘일까?
그런데 정작 우리나라 환자들은 의사와
의료시스템에 대한 불만이 크다.
정부가 의료시스템의 문제를 모두 의사에게
전가하기 때문이다.**

시스템에 대한 불만이 크다. 정부는 의료시스템의 문제를 모두 의사에게 전가하며, 지방에서 의사를 찾기 어렵고 의료기관 접근도가 떨어지는 것이 모두 의사 탓인 것처럼 말하기도 한다. 대학병원이 없는 지역은 낙후된 지역으로 폄하하며, 선거 때마다 대학병원을 유치한다는 공약이 난무하다. 대학병원에서만 좋은 의료서비스를 제공받을 수 있는 것이 아닌데도 장기 관찰하고 일상생활에서 관리해야 할 질환도 모두 대도시의 대학병원으로 몰린다[2]. 의사들의 봉직 비율도 계속 증가하고 있다. 다른 직역의사와 비교하면, 활동하는 의사는 한의사의 5배이나, 일차의료 개원현장에서 만나는 의사 : 한의사의 비율은 2.5:1의 수준이다[3]. 분만실과 신생아실을 갖춘 한의원이나 한방병원은 없으며, 응급실 9,800여개 중 한방병원의 응급실은 2곳, 중환자실 10,423개 중 한방중환자실은 4%이다[4]. 의료전달체계와 출산, 신생아, 응급시스템, 중환자 관리의 모든 축은 의사를 중심으로 구성될 수밖에 없으나, 일차의료현장에서는 이와 무관할 수밖에 없는 한의사를 만날 기회가 더 많다. 의료수요와 의료전달 시스템 수립에서 전문가의 의견을 반영해야 한다면, 누구의 의견을 들어야 하는지를 생각해야 한다. 혈자리를 초음파로 관찰할 수 있고, 기의 상승과 하강을 혈액검사로 알 수 있다는 비과학적 의견들은 배제되는 상식적인 의료시스템을 잘 갖추고 의사들과 협력하여 양질의 의료의 시행되도록 협력하는 것이 국민을 위한 길이다.

지역에 의사들이 근무하지 않는 것을 의사의 양심이나 사명감 부족만으로 몰아가는 것은 양질의 지역의료환경을 구축하는데 전혀 도움이

되지 않는다. 이는 지방자치체가 되고 분권이 되었는데 각 지역에서 자기 지역에 사람들이 살기 좋은 환경-거주환경, 경제활동, 교육환경, 의료환경, 치안유지를 보장하고 있느냐의 복합적 문제인 것이다. 특히 교육, 의료, 치안은 특히 복지를 위한 정부의 인프라가 필요한 부분이므로, 수익과 무관한 접근을 해야 한다. 그러나 안타깝게도 근래에 지방의료원이 문을 닫은 것이 적자의 이유로 폐쇄되고 그것이 모두 의료진의 인건비나 의사부재 때문이라고 떠넘겼던 사례는 지역의 수장들의 공권력을 좋게도 나쁘게도 쓸 수 있음을 보여주는 나쁜 예이다. 그 지역의 여러 환경은 보장되지 않은 상태에서 의사에게만 사명감을 강요할 수는 없기 때문이다.

도심재개발의 개념이 이제는 살던 동네의 흔적을 찾아볼 수 없도록 죄다 갈아 없던 정책에서, 지역의 원주민과 역사를 보존하는 식으로 변화하고 있는 것은 바람직하다. 지역의 의사들은 그 동네의 주민들이 접근하기 쉽고, 응급 시 찾아갈 수 있어야 하며, 개개인의 건강상태와 과거력을 오래도록 관찰할 수 있어야 한다. 즉, 동네가 안정되어야 내가 보던 환자의 출생과 성장, 장년과 노화 과정을 관찰하면서 오래 같이 갈 수 있다. 모든 국민이 바라는 이러한 의사를 동네 가까이 오래도록 만나게 하려면, 지역의 문화, 교육, 경제적 환경이 개선되고 안정화 되어야 한다. 아무리 서울의 응급실이 세계수준에 도달해도, 내가 사고가 나서 골든타임 내에 도착할 수 없다면 무용지물이기 때문에 지역사회의 의료시설은 더욱 중요한 것이다. 지역의 환경이 받쳐주지 않아서 모든 인재들이 그 지역을 떠나 서울로만 몰리고, 서울의 대학을 나와 서울에 있는 회

**정부는 진료수가를 자꾸 낮추면서
환자를 위한 것처럼 오도하지만,
결국 이러한 정책은 의사들로 하여금
인구가 많은 지역에 의원이나 병원을
개설하고, 많은 수의 환자를
볼 수밖에 없도록 한다.**

사에 다니고 결혼하여 정착하면, 지역은 교육시설도 문화시설도 의료기관도 그다지 필요 없는 동네가 되는 것이다. 그곳에 의사를 억지로 가져다 놓는다고 의료 환경이 개선되는 것이 아니라는 말이다.

대형마트의 수익은 박리다매를 근간으로 한다. 가격을 낮추고, 직원을 줄이고, 많은 사람이 오도록 주차장을 키워서 폰돈모아 목돈을 만들어 경쟁하는 것이다. 동네의 상인들은 이들과 경쟁이 되지 않는다. 진료수가를 자꾸 낮추면서 환자를 위한 것처럼 오도하지만, 결국 이러한 정책은 의사들로 하여금 인구가 많은 지역에 의원이나 병원을 개설하고, 많은 수의 환자를 볼 수밖에 없도록 한다. 어떤 개인의 주치의나 전담의가 필요함에 대해서 모르는 의사는 없으나, 이러한 것이 가능하려면, 일상에서 환자와 오래 대화하고 진찰할 수 있는 진찰수가가 일정수준 책정되어야 하고, 진찰을 통해 환자의 많은 것을 파악하도록 하지 않는 한 환자는 많은 검사에 시달릴 수밖에 없다. 명확한 근거 없이 치료하는 것에 대한 심평원의 대응이 피로를 누적시키기 때문이다. 좋은 통합의료가 일차의료 현장에서 구축되어야 환자도 피곤하지 않고, 경제활동도 향상된다. 진료 한번 받기 위해서 휴가를 내고 온 가족이 출동하지 않아도 되기 때문이다. 좋은 지



역사회가 구축되어 있지 않는 상황에서, 의료수가도 적절하지 않으니 지역불균형은 좀처럼 해소되지 않는다.

요근래 과학서적이 많이 읽히면서, 신비주의에서 벗어나는 사람들이 늘고 있다는 것은 매우 반가운 현상이다. 대만의 산부인과 의사들이 분만사고를 무조건 의사의 잘못으로 처리한 것에 저항하여, 분만거부로 저항한 일은 같은 동료로서 동감할 수 밖에 없다. 영아사망율과 모성사망률이 획기적으로 개선된 것은 우리나라 경제 성장과 더불어 우리나라 의료수준의 성장을 보여주는 지표이다. 그러나 의사는 신이 아니며, 최선을 다해도 어쩔 수 없는 모든 일들을 의사에게만 책임지게 하면, 아무리 사명감 있는 의사도 그 위험한 일을 감당하려 하지 않을 것이다. 위험한 일에 과감히 나서는 의사들에게 안전장치를 마련해 주고, 격려와 지원을 보내야만, 응급의학, 재난의학, 젊은 외과의사들의 도전, 안전한 의료환경 구축이 가능해진다. 정부가 일제강점기 순사들처럼 감시하고 통제하는 것으로 의료수준이 상승하는 것이 아니다.

의사는 신이 아니며, 최선을 다해도 어쩔 수 없는 모든 일들을 의사에게만 책임지게 하면, 아무리 사명감 있는 의사도 그 위험한 일을 감당하려 하지 않을 것이다.

위험한 일에 과감히 나서는 의사들에게 안전장치를 마련해 주고, 격려와 지원을 보내야만, 안전한 의료 환경 구축이 가능해 질 것이다.

양질의 의사를 육성할 교육환경을 구축하자

좋은 의사란 무엇인가? 남이 못하는 수술을 하는 뛰어난 실력을 갖춘 의사일까, 세계 시장에서 인정받는 연구결과를 발표하는 의사일까, 후학을 기르는 의사일까, 환자에게 친절하게 설명하는 의사일까, 나의 질병 상태를 나처럼 이해하고 공감해 주는 의사일까. 나를 살려낸 의사일까. 각자가 생각하는 좋은 의사의 기준은 다를 것이다. 어찌보면 현재 대한민국의 뛰어난 의료수준을 유지하고, 더 발전시키기 위해서는 연구중심병원과 같은 특별한 기관에서 질병의 원인과 치료법을 밝히기 위해 불철주야 노력해야 할 것이며, 이 직업의 뒤를 이을 인재를 끊임없이 발굴해야 할 것이다.

전문의가 80%가 넘는 우리나라에서 건강한 생애주기를 유지하기 위해서는 몇 명의 전문의를 내가 만나야 하는 것일까? 극단적인 예로 노인분이 최근 여러 번 낙상하여, 순차적으로 손목골절, 발가락골절, 허리골절을 치료하면서 대학병원의 정형외과를 전문부위별로 따로따로 가느라 동일 기관의 여러 진료실을 방문하는 일도 흔하다. 이런 추세라면 나이가 들어가면서 전문적 주치의가 수 십 명이 필요할 것이다. 일차의료의 중요도와 필요성은 이러한 점에서 더욱더 강조되고, 수준 높게 유지되어야 할 것이다. 그러니 지금의 전문의 수련과정이 내과계 의사로서 또, 외과계 의사로서 사람의 보편적 질환을 이해하는 과정과 각 전문과목별 특별 수련과정으로 구성되지 않는 한 현재와 같이 분절된 전문의제도의 모순은 계속될 것이다. 획기적 개편을 위해 의학계도 머리를 맞대야 하지만, 먼저 정부의 큰 그



림이 제시되어야 한다.

현재의 인구구성이나, 지역분포, 질병 발생이나 사망원인을 근간으로 우리나라의 적절한 전문분야는 어떻게 구성되고, 각 전문가는 개원가에서 이차병원 또는 삼차병원에서 얼마나 필요한지에 대해서 정부의 분석과 고민이 있는지를 문의하고 싶다. 모든 보건의료 통계를 쥐고 있는 정부는 우리나라 의료의 적정수준을 어떻게 구성하고 계획할지에 대한 정책을 내놓아야 한다. 사망통계의 1위가 암질환이라고 하여 대한민국의 모든 국민이 암치료를 받는 것은 아니다. 보통의 사람들은 가족의 임신, 출산, 성장을 안전하게 겪고, 재난을 당하더라도 빠른 치료를 받고 일상생활로 돌아가고 싶어한다. 정상적이라면 건강을 위해 생활습관을 교정하고 체력을 유지하고 싶어 한다. 노인이 되었을 때 나를 돌볼 이가 없어도 내 건강과 안전이 지켜지기를 바란다.

각 전문과목도 고령화로 인한 의료수요가 늘어나는 분야의 전문성을 어떻게 확보할지와, 출산율은 줄어들지만 꼭 필요한 산부인과나 소아과 전문의는 어떠한 종합적 능력을 가지도록 육성하고 지원해야 하는가 등 인구와 사회 변화에 맞는 대책이 필요한 것이다. 현실을 반영하는 보건정책을 수립해야, 그에 걸맞는 전문가 구조, 의사인력 구조, 의료시설의 구성과 체계가 만들어 질 것이다. 처음에 완벽하지 않아도 큰 그림을 그리고, 장기적 안목으로 투자와 지원을 하면 많은 의사들이 그 정책에 호응할 것이다.

1990년대에 지역의료 발전을 명분으로 10개의 의과대학이 신설되었다. 당시 각 지역의 인재 발굴 및 의료시설 확충을 서약하였으나, 현재 이들 중 60%의 대학은 협력병원과 의과대학 캠퍼

**현실을 반영하는 보건정책을 수립해야,
그에 걸맞는 전문가 구조, 의사인력 구조,
의료시설의 구성과 체계가 만들어 질 것이다.**

스를 수도권으로 기반으로 운영하고 있어, 오히려 지역사회와 수도권 의료 환경의 불균형을 가속시켰다. 설립된 지 20년이 넘어 신설대학이라는 이름이 무색함에도 일부 대학이 여전히 부실한 의과대학 운영체제에서 벗어나지 못하는 것은 안타깝다. 설립자의 무책임 태도와 정책시행 후 관리감독도 책임의 하나가 되겠지만, 의전원이라는 제도가 2005년 반강제로 시행된 후, 2015년 자율전환 되기까지 십 여 년을 정부의 교육정책 학제변경 등의 혼란 속에서 흔들리느라 발전적 성장을 준비할 수 없었던 정책 실패도 크게 작용했음을 명심해야 한다.

대학의 성장은 느리나, 의평원 인증을 받은 40개 의과대학·의전원의 부속병원들은 최소한 400병상 이상의 2차병원 수준이며, 이 중 34개 의과대학 부속병원은 상급종합병원을 유지하고 있다. 그 구성이 학교법인인 대학부속병원보다는 의료법인 소유의 협력병원의 규모가 더 성장하는 기현상도 나타났다. 이제는 의과대학 부속병원이라는 교육병원의 중요성보다는, 수익과 운영이 중요한 특수법인, 의료법인, 사회복지법인 등 다양한 법인격을 가진 거대 병원들이 대학 시스템과 무관하게 성장 발전하고 있다. 이런 성장 속에서 학생실습병원의 수준이 교육자의 자격과 제공하는 프로그램에 대한 기준이 없다는 것은 놀라울 따름이다. 인턴수련병원 규모이면 된다는 제도의 맹점을 이용해, 대학병원이 갖는 이점들을 위해 부속병원, 협력병원을 지속적으로

복지가 모든 국민들의 '안전그물망'이라면 국민의 건강을 위해 질병과 싸우는 의사들이 소신껏 진료 할 수 있도록 해야 한다.

로 늘리고, 교육용 재산이 아닌 수익재산으로서의 부속병원이나 협력병원을 운영하더라도 소속 의사들에게 교수자격을 부여할 수 있는 길이 열려, 대학병원이 교육기관으로서가 아니라, 열악한 국내 의료환경에서 생존할 수단과 이윤 극대화 수단으로 전락된 상태[5]에서는 대학병원의 교육적 의미가 무엇인지를 돌아봐야 한다. 더욱이 학생들이 이곳저곳 흩어져서 목적 없는 실습 환경을 돌아봐야 한다. 교육병원을 따로 지정하는 임기영 교수의 주장[5]은 타당하다.

수련과정의 교육받을 권리와 합리적 근무시간을 요구하는 젊은 수련의들의 정당한 요구가 실현되고, 다음 세대의 건강을 책임질 양질의 의사들이 꾸준히 우리의 뒤를 이을 수 있도록 수련 과정에 대한 정부의 지원과 함께 규제위주에서 벗어나 합리적인 협력과 공감의 이루어지는 대한민국을 위한 새로운 의료정책을 기대한다.

결론

복지가 모든 국민들의 안전그물망이라면 국민의 건강을 위해 질병과 싸우는 의사들이 소신껏 진료를 할 수 있고, 지역사회에 헌신할 수 있도록 규제위주의 정책을 탈피하고, 의사 수를 조정하는 안이한 정책으로 문제를 해결하는 방식을 탈피하여야 한다. 지역사회 균형발전을 위해 어떠한 노력을 할 것인지 끊임없이 고민하고, 의과대학은 교육기관으로써, 학문을 발전시키는 기관으로서 제 역할을 할 수 있는 기관으로 성장하도록 지원하여야 한다. 또한, 지역의 의료기관도 성장하도록 부속병원과 협력병원의 규정들을 정비하고, 교육병원의 기준을 만들고, 차세대 의사를 기를 교육병원이 될 수 있도록 수련지원시스템을 구축하는 것이 의료강국 대한민국이라는 이름이 허상이 되지 않는, 정부의 중요한 미래전략이 될 것이다.

참고문헌

- 1) OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- 2) 의사협회 회원실태조사, 2015, 의사협회 정책연구소 2015년
- 3) 2016 보건복지통계연보 제 26호, 보건복지부, 2016년
- 4) 2014 의료자원통계 핸드북, 자체-보건의료-2014-97, 보건 의료한국보건산업진흥원, 2014년
- 5) 임기영; 의과대학 학생 임상실습병원의 현황과 발전, KME Review 2015:17(1):1-4