

공공의대 설립과 의대정원 확대방안

이용자중심 의료혁신협의체

발표: 김진현 (서울대, 경실련)

차례

- I. 현황 및 문제점
- II. 2020년 <의대 정원확대 및 공공의대 설립 추진방안>
의 한계
- III. 정책대안

I. 현황 및 문제점

1. 의사인력 증원의 필요성

- 최근의 감염병 사태에서 보는 바와 같이 적정 의사인력의 확보는 **보건정책** 운영에 중요한 요소.
- 2000년 의약분업과정에서 의사수 감축이라는 의료계 요구를 정부가 객관적 검토 없이 수용하여 의대 입학정원을 **3,500명 → 3,058명**으로 감축
- 현재 한국의 의사수는 OECD 국가 중 가장 적음
 - 우리나라 의사수는 **OECD 평균의 2/3 수준** : OECD와 격차 지난 10년간 0.15명 감소
 - 현재 추세 유지할 경우, 격차를 완전히 해소하는 데 **72년** 소요 예상되며, 이것도 불확실함.

I. 현황 및 문제점

1. 의사인력 증원의 필요성

- 반면, **의료이용량 팽창**으로 전체 의사공급 부족, 지역간 부문간 의사 수급 불균형, 공공의료인력 부족, PA 편법 운용, 전공의 수급불균형으로 인한 노동여건 악화
- 의료산업 성장으로 임상과 연구개발 등 **비임상분야 및 해외부문의** 의사수요가 증가하여 의사공급이 절대적으로 부족한 상황
- 취약한 공공의료와 고령화, 건강보험 보장성 확대 등 **수요 환경변화**를 고려할 때 공급 확대가 시급함.

I. 현황 및 문제점

1) 의사인력 수급의 국제 비교

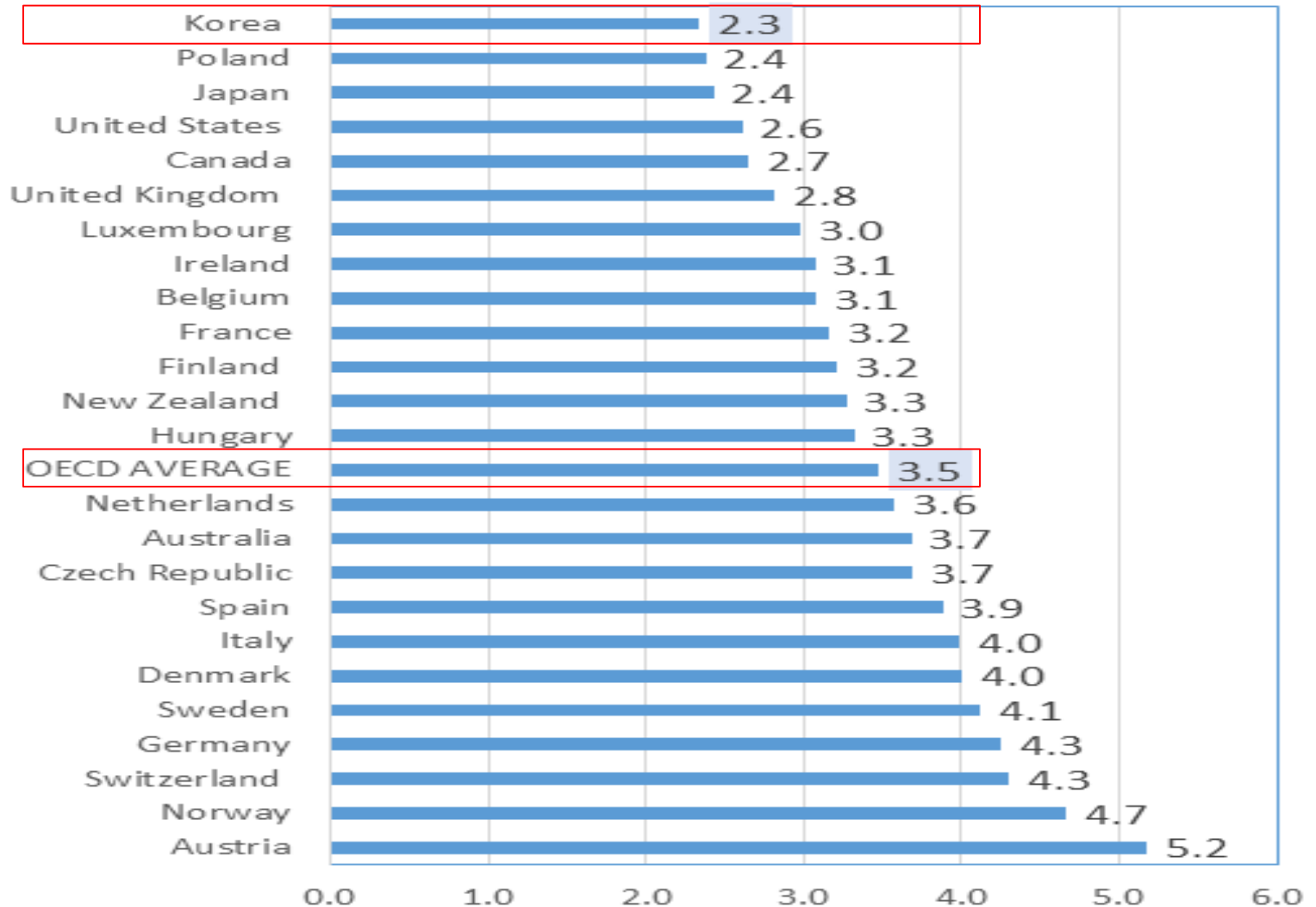
- 인구 1천명당 활동의사 수 : 한국은 OECD 평균의 **65.7%**
- 인구 10만명당 의대 졸업자 수 : 한국은 OECD 평균의 **58.0%**
- 의사소득/도시근로자소득 : 한국 **6배** vs. OECD **2~3배**

	한국(A)	OECD(B)	A/B
인구 1천명당 활동의사수	2.3명(2.0명)	3.5명	65.7% (57.1%)
인구 1천명당 면허의사수	2.8명	4.8명	58.3%
인구 10만명당 의대 졸업자수	7.6명	13.1명	58.0%

주: 한국의 활동의사수와 면허의사수에 한의사 포함. () 속의 수치는 한의사 제외.
자료: OECD(2020)의 2018년도 혹은 가장 가까운 연도의 자료.

인구 1천명당 활동의사 수의 국제 비교

(단위: 명)



주: 2018년 기준 혹은 가장 가까운 연도의 자료임
자료: OECD(2020). Health Statistics

I. 현황 및 문제점

2) 의사인력 수급의 국내 비교

- 2001~2018년 기간동안 면허의사 수는 65.4% 증가
- 2001~2018년 기간동안 건강보험 총내원일수는 94.7% 증가

	2001년	2018년	증가율
면허의사수(명)	75,295	124,507	65.4%
총내원일수(일)	588,979	1,146,964	94.7%

자료: 보건산업정보통계센터(2019.3.20 접근)

- 도시근로자소득 대비 의사소득의 격차 급증
 - 2007년 3.5배 → 2018년 6.2배 (국민건강보험공단 보고서)

I. 현황 및 문제점

3) 지역별 활동의사수 격차: 최대 2.3배, 7만4천명 부족

- 지역간 인구 1천명당 활동의사수 격차 : 서울 3.12명 vs. 경북 1.38명
- OECD 국가 평균 대비 전국 부족 활동의사수는 약 7만 5천명

지역		인구수(A)	활동의사 수(B)	인구 1천명당 활동의사수 (C=B*1000/A)	OECD기준 부족 의사수
합계		51,839,408	105,628		74,919
1	세종	345,341	302	0.87	873
2	경북	2,646,493	3,662	1.38	5,345
3	충남	2,119,771	3,198	1.50	4,027
4	울산	1,142,190	1,754	1.53	2,135
5	충북	1,597,593	2,529	1.58	2,907
6	경기	13,338,020	21,210	1.59	24,141
7	경남	3,349,454	5,532	1.65	5,861
8	전남	1,854,618	3,128	1.68	3,189
9	인천	2,947,217	5,071	1.72	4,951
10	제주	671,316	1,175	1.75	1,107
11	강원	1,539,282	2,719	1.76	2,524
12	전북	1,808,802	3,689	2.03	2,478
13	부산	3,404,423	8,008	2.35	3,574
14	대구	2,427,954	5,908	2.43	2,355
15	광주	1,455,048	3,658	2.51	1,294
16	대전	1,471,040	3,726	2.53	1,279
17	서울	9,720,846	30,359	3.12	2,721
국내 평균				2.04	
OECD 평균				3.48	

* OECD 자료는 2018년 혹은 가장 가까운 연도(한의사 제외)

I. 현황 및 문제점

4) 현저하게 낮은 의대 졸업자 수

- 의사인력 부족 문제의 심각성에도 불구하고 우리나라 의대 정원은 낮은 규모로 유지하고 있음
- 의대 졸업자 수는 2010년부터 인구 10만명당 **8명 이하**에서 정체
- 반면 **OECD** 국가는 의사수가 증가하면서 의대 졸업자수도 증가하여 2018년을 기준으로 인구 10만명당 **13.1명**에 이름

5) COVID19에서 드러난 의사인력 부족 문제

- 의사인력 부족 문제가 얼마나 심각한지는 코로나19와 같은 국가 감염병 대응에서 필수인력으로 손꼽히는 **감염병 전문의의 사례**만 보아도 잘 알 수 있음
 - 대한감염학회에 따르면 전국에서 활동하는 **감염내과 전문의는 275명**에 불과하며 지역별 불균형이 심해 첫번째 대유행의 진원지였던 대구·경북지역에는 12명밖에 되지 않음.
 - 전국의 **감염병 전담병원**에도 감염내과 전문의가 없는 경우가 적지 않음
 - 역학조사를 총괄하는 의사 출신 **역학조사관**은 사람이 없어 채용 자체가 어려운 실정임

I. 현황 및 문제점

6) 의사인력 부족으로 공공병원의 필수 진료과 폐쇄

- 인구 1천명당 **병원급** 의료기관 의사수를 비교해 보면 **서울 1.69명**이지만, **경북 0.52명, 충남 0.59명, 경기 0.73명** 등 지방과 서울의 간격은 두 배 이상 차이가 남
- 이와 같은 격차는 국민건강 격차와도 연결됨. 생명을 지킬 수 있었지만, 치료를 시의적절하고 효과적으로 받지 못해 사망한 사람의 수(**치료가능 사망률**)는 지역간 최대 **3.6배** 차이. 지방에 산다는 이유로 회복될 수 있는 국민이 죽어가고 있다는 의미
 - ※ 치료가능 사망률(인구 10만당 사망자수, 2015년, 복지부)
서울 59.1, 대전 66.8, 경북 78.3, 강원 80.7
- 인구가 적은 지역의 응급, 심뇌혈관질환, 외상, 분만 등 **필수의료**서비스 제공을 담당하는 지방의료원 등 공공병원이 있지만, 수억대 연봉을 제시해도 지원하는 의사가 없어 **진료과를 폐쇄**하는 실정임

II. 2020년 <의대 정원확대 및 공공의대 설립 추진방안>의 한계

- 코로나19를 통해 필수적 정책과제로 확인된 '공공의사' 양성
- 2020년 7월 발표된 당정의 <의대 정원확대 및 공공의대 설립 추진방안>은 400명 정원을 10년간 늘리겠다는 계획임
 - 이는 OECD 평균(면허의사수 기준 91,028명 격차)에 비해 턱없이 부족한 규모임.
 - 국내 의사수요 증가량에 비해서도 매우 부족한 규모이며, 의약분업 당시의 의대 입학정원 3,500명에도 미치지 못하는 규모임.

II. 2020년 <의대 정원확대 및 공공의대 설립 추진방안>의 한계

○ 지역의료인프라 확충 대안 부재

- 부족한 의사 문제는 심각한 **지역별 의료공백**을 초래하고 있음. 2020년 8월 31일 발표된 정부 브리핑 공감에 따르면 서울은 인구 1천명당 의사가 3.1명인데 비해 경북 1.4명, 충남 1.5명으로 지역 편차가 큼.
- **의료취약지** 해소는 공공의료 인프라 확대와 공공의사 근무를 통해 해결 가능함. 민간은 수익 창출이 어려운 지역에 의료기관을 개설하지 않기 때문임.
- 지역별로 **공공의료기관**을 설립하여 국민의 의료접근성을 높이고, 여기서 양성된 **공공의사**가 필수의료과목에 배치할 수 있도록 환경을 조성해야 함.
- 그러나 이 같은 유기적인 계획을 지난해 당정의 계획은 담아내지 못했음.

III. 정책대안

1. 공공병원에서 교육받고, 일할 수 있는 지역공공의사로 양성

- 2020년 7월 발표 <의대 정원확대 및 공공의대 설립방안>은 부족한 의사수의 확대계획을 담아냈다는 점에서 의미 있음. 그러나 '지역의사' 교육기관을 '공공의대'나 '국공립 의과대학'으로 한정하지 않았음.
 - 이 같은 조치는 '지역의사제'를 통한 지역의무복무가 지방 사립대 병원의 부족한 인력충원을 위한 편법으로 활용될 가능성이 큼.
- '지역의사제' 본래 취지를 살리려면 '공공의료기관 10년 의무복무'로 규정을 바꿔야 함
 - 의무복무 10년은 사립대병원 인턴·레지던트 5년, 전임의까지 7년으로 대부분 채워질 수 있으며
 - 민간병원에서 필수공익 역할을 보장하기 어려운 만큼 3~5년간 민간중심으로 지역에서 일하다가 수도권이나 대도시로 자리를 옮긴다면 정부는 이를 막을 수 없음.

III. 정책대안

2. 공공의대와 연계할 공공 의료인프라 확대

- 공공의대에 연계될 **교육병원**인 중앙의료원과 국립재활원, 지역 공공 병원을 대상으로 한 내실화와 대규모 **투자계획**이 동반되어야 함. 그렇지 않다면 공공의대는 의대정원만 가지고 제대로 된 교육을 해내지 못해 폐교된 부실 사립의대의 전철을 밟을 수 있음.
- 의대정원 증원은 코로나19 등으로 나타난 공중보건과 필수의료를 담당할 의사가 부족하다는 시대적 요청에 기인함. 따라서 의대정원 증원에 맞춰 필수医료를 공급할 **공공병원의 신증설** 계획이 동반되어야 함. 공공의대를 통해 의사를 양성해도 훈련을 책임질 수 있는 양질의 공공의료기관 부재와 의사 배출 후 일할 수 있는 제대로 된 지역의료원 등 공공병원이 없으면 정부의 지역의사제는 소용없음.
- 공공의료 **재원확보**와 함께 공공병원 **예타 면제** 등 입법조치 필요함.

III. 정책대안

2. 공공의대와 연계할 공공 의료인프라 확대

- 공공의료기관 확충의 지역논의가 이루어지고 있거나 요구가 높은 지역부터 **지역사회 요구**를 반영하여 양적 확대와 기능 강화* 적극 추진

* (서울) 국립중앙의료원 이전 국가 감염전문병원 설립 추진

서울시 산하 의료기관 역할 및 기능 강화

(경남) 진주의료원 재개원

(부산) 침례병원의 공공전환

(제주) 제주녹지병원의 공공전환

(경기) 경기도의료원 기능강화

(대전) 대전의료원 설립

(인천) 제2의 인천의료원 설립

(광주) 광주의료원 설립

(울산) 산재병원 기능강화 및 울산의료원 설립

- 공공병원의 지속적인 운영을 위해 공공병원 신증설을 위한 예산 및 **공공병상수 최소 30%** 수준의 확충계획 마련

III. 정책대안

3. 1개의 공공의대 설립이 아닌 권역별 공공의대 설립

- 정부의 서남대 의대정원(49명) 승계방식은 의사수 부족문제 해결 못하고 공공이 필요로 하는 양질의 의사를 양성 곤란. 따라서 서남대 의대정원은 최소 100명 수준으로 증원 필요
- 지역의사제의 실효성과 공공성을 담보하기 위해서는 별도의 공공의대 설립을 통해 공공의료의 질 제고와 지속가능성을 보장해야 함
 - 권역별 4개 정도의 '공공의대 설립안'과 의료공백을 해소할 수 있는 공공의대 부속병원 설립 대안이 함께 수립되어야 함.
 - 특히 수도권에 의사인력이 집중되어 있다고 하나, 수도권도 공공의료기관에 일할 의사는 부족한 만큼 수도권에도 공공의대 설립 필요

III. 정책대안

4. 기존 국립대 의대정원 확대와 함께 사립대 의대정원도 확대

- 지역 공공의료기관 근무환경을 제공하기 위해서는 기존 **국립대 의대의 소규모 정원***을 **100명** 수준으로 늘려 국가책임으로 교육하고, 지역의사로 양성하여 향후 공공의료기관에 의무복무하도록 지원

* 충북대(49명), 경상대(76명), 제주대(40명), 강원대(49명) 등

- 정부는 지역의사제 외에 특수 전문분야와 의과학자 양성 등 의대정원 확대방안을 제시함.
 - 전체 40개 의대 중 30개 이상이 사립임을 고려하여 **사립대 의대 정원도 확대**하는 정책 필요
 - 그러나 사립대 증원은 **특정 필수의료**(응급이나 중증외상, 역학조사 등)를 전공할 의사로 양성할 수 있도록 **조건부**로 허가되어야 함.
 - 사립대 증원은 의료취약지 해소의 기회를 높이기 위해 서울이 아닌 **지방** 위주로 증원되는 것이 바람직함

III. 정책대안

5. 의대 입학정원을 6,000명 수준까지 확대

- OECD 기준 **활동의사수** 공급 부족 **74,773명**(**면허의사수** 기준 **91,028명**)을 2030년에 해소하려면 2020년 **입학정원 6,000명** 이상 필요. 즉, 6,000명을 10년간 배출해야 수급불균형 해소 가능. 매년 400명 10년간 증원으로는 수급 불균형 해소 절대 불가능.
- 이 중 절반(3,000명)은 필수의료 담당 지역의사로 활동하게 지원

의대 정원 증원 규모에 따른 의사 수급 규모 추정

(단위: 명)

기준연도	2020년 입학정원	2025	2030	2040	2050
	3,058명(현재 정원)	-6,425	-15,144	-32,633	-50,123
2018년	4,000명	-6,425	-10,434	-18,503	-26,573
	5,000명	-6,425	-5,434	-3,503	-1,573
	6,000명	-6,425	-434	11,497	23,427

*의대정원 증원 방안 경실련 의견서(2021) 자료 인용

III. 정책대안

- 의사인력의 수급 상황과 중장기 전망을 고려하면 수요와 공급의 기울기가 만날 수 있는 수준으로 **일괄 증원 후** 수급 추이에 따라 **향후 조정**하는 정책이 합리적임

