



과연 의과대학 증원이 필요한가?

¹대한의사협회 의료정책연구원, ²중앙대학교 의과대학 이비인후-두경부외과학교실

문석균^{1,2}

Do We Really Need More Medical Schools or Doctors in Korea?

Seog-Kyun Mun^{1,2}

¹Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association, Seoul;

²Department of Otorhinolaryngology-Head & Neck Surgery, Chung-Ang University College of Medicine, Seoul, Korea

Recently, several social issues have raised public concerns about a deficiency of doctors. The government says it will solve the problem by increasing the number of doctors, saying essential medical service is collapsing. However, the medical community argues that there is a fundamental problem with Korea's health care delivery system. The government needs to take advice from the medical community to make policies in the right direction. And the press should no longer provide the public with misinformation that doctors and the public are opposed to. In this article, I would like to mention problems among current medical services and suggest healthcare policies for them. (Korean J Med 2024;99:1-3)

Keywords: Health policy; Medical service

서 론

최근 정부가 의사 수 증원을 더 이상 미룰 수 없다고 발표한 내용에 대해 여야 모두 찬성하고 있다. 국민의힘은 2006년 이후 의과대학(이하 의대) 정원이 묶이면서 일명 ‘응급실 뺑

뺑이’ 사고는 늘고 지방 의료는 붕괴 위기이며 노인 의료 수요도 폭증할 것을 걱정하고 있다. 2023년 12월 20일에 더불어민주당도 비인기과 기피 현상과 지역 의사 부족을 막을 대안으로 공공의료 복무를 의무화하는 공공의대 설립과 지역 의대를 졸업하면 해당 지역에서 의무 봉사하는 지역 의사제

Received: 2023. 12. 26

Revised: 2024. 1. 26

Accepted: 2024. 1. 27

Correspondence to Seog-Kyun Mun, M.D., Ph.D.

Department of Otorhinolaryngology-Head & Neck Surgery, Chung-Ang University College of Medicine, 84 Heukseok-ro, Dongjak-gu, Seoul 06974, Korea

Tel: +82-2-6299-3129, Fax: +82-2-6299-2859, E-mail: entdoctor@cau.ac.kr

본 원고에 수록된 내용은 집필진의 견해이며, 대한내과학회의 공식 의견은 아님을 밝힙니다.

Copyright © 2024 The Korean Association of Internal Medicine

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

에 대한 법안을 국회 보건복지위원회에서 통과시켰다. 정부와 국회의원 모두 의사가 부족하니 의사의 수를 늘리고자 한다. 하지만 의료계는 의사 수 부족보다는 의료전달체계와 같은 근본적 문제를 해결하지 못해 결국 현재의 상황들이 발생했다고 주장하고 있다. 이와 같이 상반된 의견들 중에서 어떤 것이 옳은 것인지 논리적으로 생각해 볼 필요가 있다. 본 논문에서는 우리나라 의료 서비스들로 인해 발생한 문제점들을 언급하고, 고려해야 할 정책적 방안들을 제안하고자 한다.

본 론

응급실 뺑뺑이

응급실 뺑뺑이는 구급차로 호송된 환자가 치료받을 수 있는 응급실을 찾지 못해 계속해서 치료가 가능한 응급실을 찾아 거리를 헤매는 것을 일컫는 말로, 언론에 언급되기 시작하면서 사회적 이슈로 부각되었다. 언론과 정부는 의사 인력이 부족해서 이런 일이 발생되었다고 하면서 의사 증원만이 이를 해결할 수 있다고 주장하고 있다. 그러나 우리나라와 가장 비슷한 의료체계를 가지고 있는 일본에서도 2008년도에 응급실 뺑뺑이 사건이 있었지만 선불리 의대 정원을 늘리지 않았고, 응급의료시스템을 개편하기 위해 캐나다(Canadian triage & acuity scale, C-TAS)를 벤치마킹하여 전문가들을 중심으로 응급의료를 재구축하는 일본형 응급 환자 분류 및 후송체계(Japanese triage & acuity scale, J-TAS)를 만들고 응급의료지원센터를 운영하게 되었다[1]. 과거에 우리나라도 일본의 응급의료지원센터와 비슷한 역할을 하는 1339 응급콜시스템이 있었다. 이는 1991년 7월 적십자 129 응급환자센터라는 이름으로 시작되었고, 1997년 2월에 129에서 1339로 번호를 바꿔 환자 이송은 119가 전담하고, 이송 중인 구급차에 대한 처치 지도, 병원 안내 및 질병 상담 등은 1339가 하도록 업무를 나누었다. 하지만 2012년 「119 구조·구급에 관한 법률(119법)」 개정으로 1339 응급콜이 119로 흡수 통합되면서 1339에서 전문적으로 다루었던 야간 응급 환자 상담, 의료기관 안내 및 전원 기능 같은 일들이 유명무실해졌고, 소방대원들이 환자의 상태와 상관없이 주변의 대형병원으로 주로 보내면서 효율적으로 환자를 분배할 수 없게 되어 경증 환자가 응급실 내원 환자의 90%를 차지하게 되었다. 따라서 응급실 뺑뺑이를 없애기 위해서는 단순히 의사 수를 늘리는 것보다는 응급의료체계의 전반적인 개선이 필요한데, 경증 환자의 응급실 이용을 억제하고 비응급 환자 상담을

위한 1339 응급콜을 부활시키며 최종 치료가 가능한 의료기관에 대한 실시간 운영 현황을 파악할 수 있는 정보체계를 구축해야 한다.

공공의대와 지역의사제

작년에 30대 간호사가 자신이 근무하는 상급 종합병원에서 뇌출혈로 사망한 사건이 발생하면서 필수의료와 지역의료에 대한 대비가 필요하다는 사회적 분위기가 만들어졌다. 국회의원들은 의사가 부족하니 지역의 보건의로 및 공중보건 전문가를 양성하기 위해 공공의대 설립과 의대 정원 일부를 선발 시부터 별도 전형으로 뽑아 의료 취약지에 의무적으로 복무하게 하는 지역의사제를 주장한다. 하지만 천문학적 세금이 들어가는 공공의대 설립이나 의무 복무의 위헌성과 실효성 등 사회적 논란이 있는 지역의사제를 시행하는 것보다는 다음과 같은 문제점들을 먼저 해결하려고 노력해야 한다. 첫째, 공공의료기관이라 불리는 국립 대학병원이나 지방 의료원이 현재는 민간의료기관과 진료 경쟁을 하고 있어서 차별화된 기능을 하지 못하고 있다. 따라서 이들 공공의료기관이 공공의 역할을 제대로 하도록 유도해야 한다. 둘째, 우리나라 병상 수는 인구 1,000명당 12.8개로 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 국가 중 가장 많다. 즉 중증의 환자들이 지방의 거점 도시에서도 충분히 치료받을 수 있는 환경은 만들어져 있는 것이다. 따라서 자유방임형 의료이용체계를 가지고 있는 우리나라의 의료전달체계를 지역별로 다시 정립할 필요가 있다. 셋째, 의료 행위 과정에서 명백한 의료인의 과실이 아닌 의료사고에 대한 부담을 해소하여 환자 진료에 최선을 다할 수 있도록 의료분쟁 특례법을 제정하여 법적 분쟁 부담을 줄일 수 있는 환경을 만들어야 한다. 장기적인 안목을 가지고 보건의료 정책을 추진하면 더욱 좋은 결과를 가져올 수 있을 것으로 사료된다.

소아과 오픈런

급격한 저출산으로 인한 소아 인구의 감소는 소아청소년과 의원을 유지할 수 없을 정도로 영향을 주게 되었다. 따라서 지역의 소아청소년과는 점점 문을 닫게 되었고, 그나마 남아 있는 소아청소년과로 환자들이 몰리게 되었다. 이로 인하여 소아과가 문을 여는 시간에 맞춰 줄을 서 기다리는 소아과 오픈런 현상이 필연적으로 생기게 되었다. 그러나 이는

소아청소년과 개원 시간에 맞추어 환자가 한꺼번에 방문하는 것으로, 몇몇 병원을 빼면 낮 시간부터는 환자가 거의 없어서 운영을 할 수 없는 수준이다. MZ 세대 의사들은 이 상황을 정확히 인지하고 있기 때문에 소아 인구를 늘릴 수 있는 획기적인 방안이 없다면 단순히 의사 수를 늘린다고 해서 소아청소년과 의사가 늘지 않는다.

결 론

2023년 OECD 보건 통계(health statistics)에서 우리나라는 2021년 임상 의사 수가 인구 1,000명당 2.6명으로 OECD 국가 중에서 멕시코에 이어서 두 번째로 적었고, 미국(2.7명), 일본(2.6명)과 비슷했다[2]. 정부에서는 이를 근거로 의사 수를 늘려야 한다고 주장하고 있다. 하지만 OECD 국가들에 비해 의사 수가 적어서 국민들이 치료를 제대로 받지 못했다면 모든 보건지표가 나빠야 한다. 우리나라는 기대 수명, 영유아 사망률, 급성기 의료 평가, 암 관리 의료질 평가, 회피 가능 사망률, 의료 접근성, 도시-농촌 간 의사 분포 차이 등 의료의 질적 수준을 나타내는 대부분의 보건지표들은 최상위로 유지하고 있다[2]. 이는 우리나라의 의사 수는 오히려 적당하고 OECD 국가들의 의사 수가 너무 많은 것일 수 있고, 적은 비용으로 의료자원을 효율적으로 운영하고 있다는 반증이다. 따라서 정부에서 추진하는 의료 정책들이 앞서 언급한 대로 좀 더 종합적이고 체계적으로 만들어져 국민들에게 의료 서비스를 제공하게 된다면 다가오는 고령화 시대의 의료 수요도 잘 대비할 수 있을 것이다. 단순히 나무만 보고 숲을 보지 못하는 우를 범하지 않았으면 좋겠다.

중심 단어: 의료 정책; 의료 서비스

CONFLICTS OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

FUNDING

None.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Seog-Kyun Mun, as a first author and a corresponding author, contributed to drafting and revising the manuscript.

ACKNOWLEDGEMENTS

None.

REFERENCES

1. Kuriyama A, Ikegami T, Kaihara T, Fukuoka T, Nakayama T. Validity of the Japan acuity and triage scale in adults: a cohort study. *Emerg Med J* 2018;35:384-388.
2. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). OECD health statistics 2023 [Internet]. Paris (FR): OECD, c2023 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.