

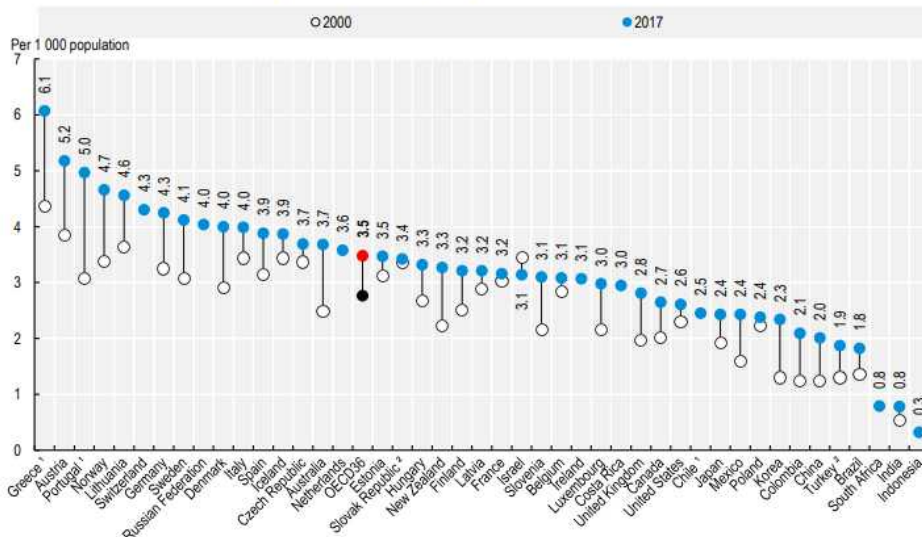
팩트체크 : 의사협회 진료거부 사태에서 제기된 주장에 대하여

인도주의실천의사협회의

1. 한국은 의사 수가 부족합니다.

한국의 인구 1000명 당 활동의사 수는 2017년 기준 2.3명(한의사 0.4명 포함)으로 OECD 평균 3.5명에 비해 65.7% 수준입니다. 10만명 당 의대 졸업자도 7.6명으로 OECD 평균 13.1명의 58% 수준입니다. 의사 수가 부족하고, 갈수록 의사 수가 더 부족할 것으로 예상되는 수치입니다.

Figure 8.3. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2017 (or nearest year)



1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
 2. Data include not only doctors providing direct care to patients but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934017253>

그림 1 인구 1,000명 당 활동의사 수 (2000년과 2017년)

1) 한국의 의사 증가율은 높지 않습니다.

그런데 의협·대전협 집행부는 의사 수가 부족하지 않다고 주장하고 있습니다. 이 단체들은 우리나라 의사 증가율이 OECD에서 가장 높다고 합니다. 의협은 “우리나라 인구 천 명당 활동 의사 수의 연평균 증가율은 OECD 평균 증가율 보다 3배”고 했고, 전공의협의회는 “의사 증가율은 2.4%로 OECD 국가 중 1위”라고 했습니다.

그런데 ‘증가율’이란 뭘까요? 의사가 10명인 마을에 매년 10명씩 의사가 늘어난다고 가정하면, 첫 해에는 10명에서 20명으로 늘어 100% 증가율을 기록할 것이고, 다음 해에는 20명에서 30명으로 늘어 50%, 그 다음 해에는 30명에서 40명으로 늘어 33%가 될 것입니다. 이처럼 ‘증가율’은 분모가 작을수록 높게 나타나고, 점차 줄어드는 경향이 있습니다.

의사단체 집행부는 과거 어느 시점 한국의 높은 증가율을 제시했지만, 이는 역으로 당시 의사 수가 매우 적었다는 반증일 뿐입니다. 또 증가율은 불변의 수치가 아닙니다. 한국도 의사가 많아짐에 따라 의사증가율은 점차 감소해왔습니다.

표 1 연평균 인구 당 의사 증가율 (2005~2017년)

	2005~2009년	2007~2011년	2009~2013년	2011~2015년	2013~2017년
한국	4.2%	4.1%	3.0%	2.5%	2.0%
OECD 평균	0.4%	0.5%	1.7%	1.6%	1.6%

자료 출처 : OECD health at a glance 2009~2017

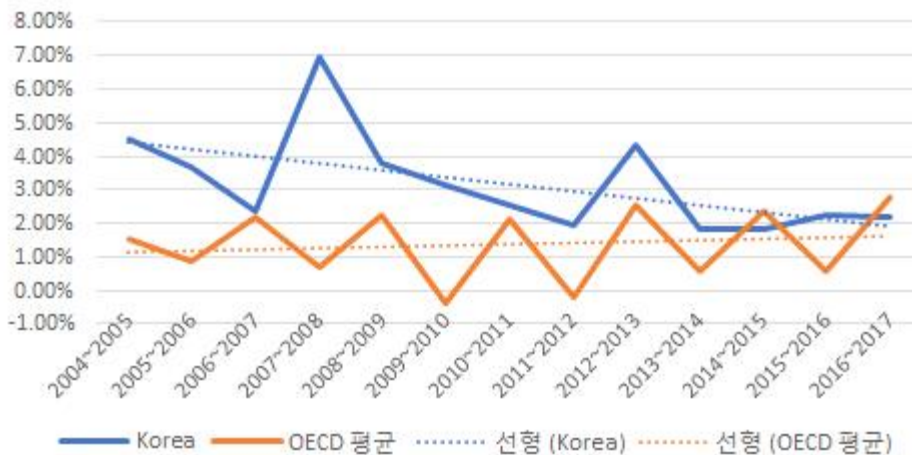


그림 2 연평균 인구 당 의사 증가율 추이 (2004~2017년)

자료 출처 : stats.oecd.org

실제로 위 <표 1>과 <그림 2> 에서 보듯 한국의 연평균 의사 증가율은 점점 감소해 최근에는 OECD 평균과 비슷한 수준에 도달했습니다. 의사증가율이 OECD의 3배라는 주장은 과거 어느 특정 시점에서는 사실이였을지 모르지만 지금은 전혀 그렇지 않습니다.

2) 의사협회의 ‘미래 의사 수 예측자료’는 사실이 아닙니다.

그런데도 의사단체 집행부는 한국의 의사 증가율이 월등히 높았던 특정 시기를 포착한 후에 그런 증가율이 변화하지 않고 유지되는 <그림 3>과 같은 그래프를 근거로 삼고 있는 듯합니다.¹⁾ 의사 배출을 늘리지 않아도 증가율이 계속 유지되며 의사 증가가 기하급수적으로 이뤄질 것이라는 납득하기 어려운 예측입니다.²⁾

10명의 의사가 다음 해 20명이 되니, 다음 해에는 40명이 될 것이고, 그 후 80명, 그리고 160명, 320명, 640명으로 늘어날 것이라는 주장과 다를 바 없습니다.

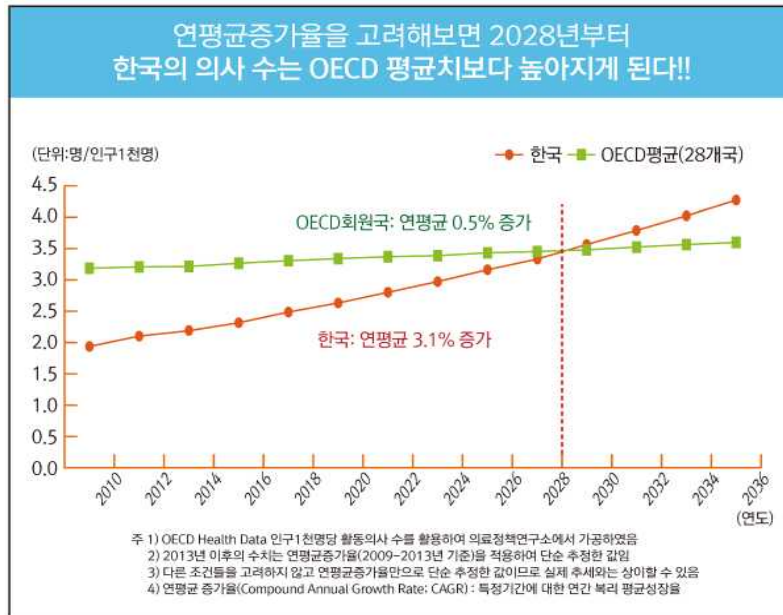


그림 3. 대한의사협회 의료정책연구소 미래 의사 수 예측자료

이런 상식 밖의 결론에 따라 의사협회 최대집 회장은 10년 이내, 전라북도 의사회 집행부는 2028년에 한국의 인구 당 의사 수가 OECD 평균을 넘어설 것이라고 주장하고 있습니다.

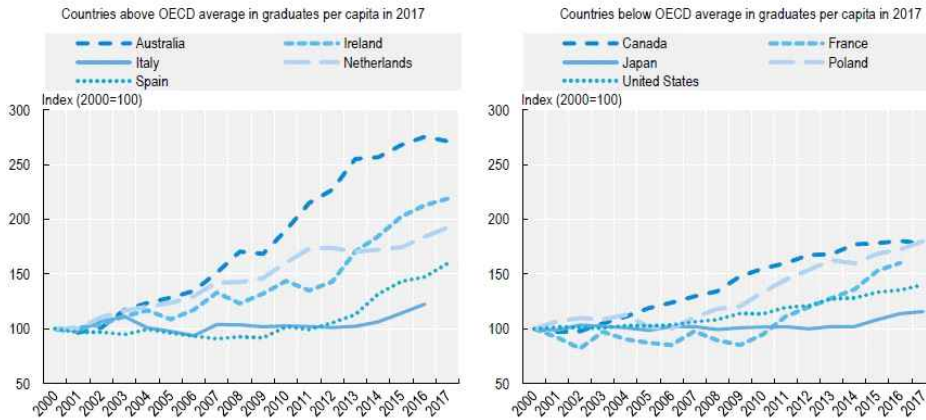
1) 대한의사협회 의료정책연구소. 계간의료정책포럼 14권 4호. 2017.2.

2) 2009년~2013년 OECD 회원국 인구당 연평균 증가율 수치도 정확하지 않습니다. 0.5%가 아니라 1.7%입니다.

3) OECD 내 다른 국가들은 빠르게 의과대학 학생을 증원하고 있습니다.

우리는 <표 1>, <그림 2>에서 OECD 의사 증가율은 줄어들지 않아왔다는 점도 주목해 보아야 합니다. 가장 큰 이유는 OECD 국가들이 의대 졸업자 수를 늘렸기 때문일 것입니다. 2000년 이래 졸업자 증가 비율은 <그림 4>처럼 호주 2.7배, 아일랜드 2.2배, 네덜란드 1.9배, 캐나다 1.8배, 스페인 1.6배에 이릅니다. 한국이 의과대학 정원을 줄인 동안 말입니다. 한국은 2006년까지 의대 정원의 약 10%를 감축했고 그 이후 동결하고 있습니다.

Figure 8.16. Evolution in the number of medical graduates, selected OECD countries, 2000-17 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934017500>

그림 4. OECD 국가 의대 졸업자 수의 변화 추이

그 결과 2007년만 해도 인구 10만명 당 의대 졸업자 수는 OECD 평균과 큰 차이가 없었지만, 2017년에는 58%에 불과해 OECD 최저 수준이 되었습니다. 이 추세대로라면 OECD 평균과의 격차는 더욱 벌어질 것입니다.

표 2 인구 10만 명 당 의과대학 졸업자 수

	2007년	2017년
한국 (A)	9.0명	7.6명
OECD 평균 (B)	9.9명	13.1명
A/B	90.9%	58.0%

자료출처 : 2009, 2019 OECD health data

단순화하면, 2017년 기준 OECD 국가들은 인구 10만 명 당 평균 350명의 의사가 활동하고 있고, 연간 13.1명씩 졸업자를 배출하고 있으며 의대정원 즉 의사배출을 증가시키는 추세입니다. 한국은 인구 10만 명 당 230명의 활동 의사가 있고 매년 7.6명의 의사를 배출할 것입니다.³⁾

최근 의사협회는 한국의 의사 수가 OECD 평균을 넘어서는 시기로 2038년을 제시했습니다.⁴⁾ 그러려면 한국은 OECD와의 격차를 매년 10만 명 당 6.7명씩 줄여야 합니다. 지금처럼 7.6명씩 배출하면서 어떻게 그럴 수 있을까요? OECD 국가들은 매년 평균 13.1명 혹은 그 이상 배출할 예정인데 말입니다. 불가능합니다.

4) 미래에는 고령화로 의사 수요가 많을 것입니다.

의사단체들은 한국의 인구감소도 언급하고 있습니다. 하지만 2038년이 되어도 의사 수 격차를 상쇄할 만큼 급격한 인구 변화 격차가 발생하지 않습니다.

표 3 OECD 인구 변화 예측

	2018년	2038년	2038년/2018년
한국	51,635,256명	52,516,242명	101.7%
OECD 평균	1,300,462,225명	1,394,736,934명	107.2%

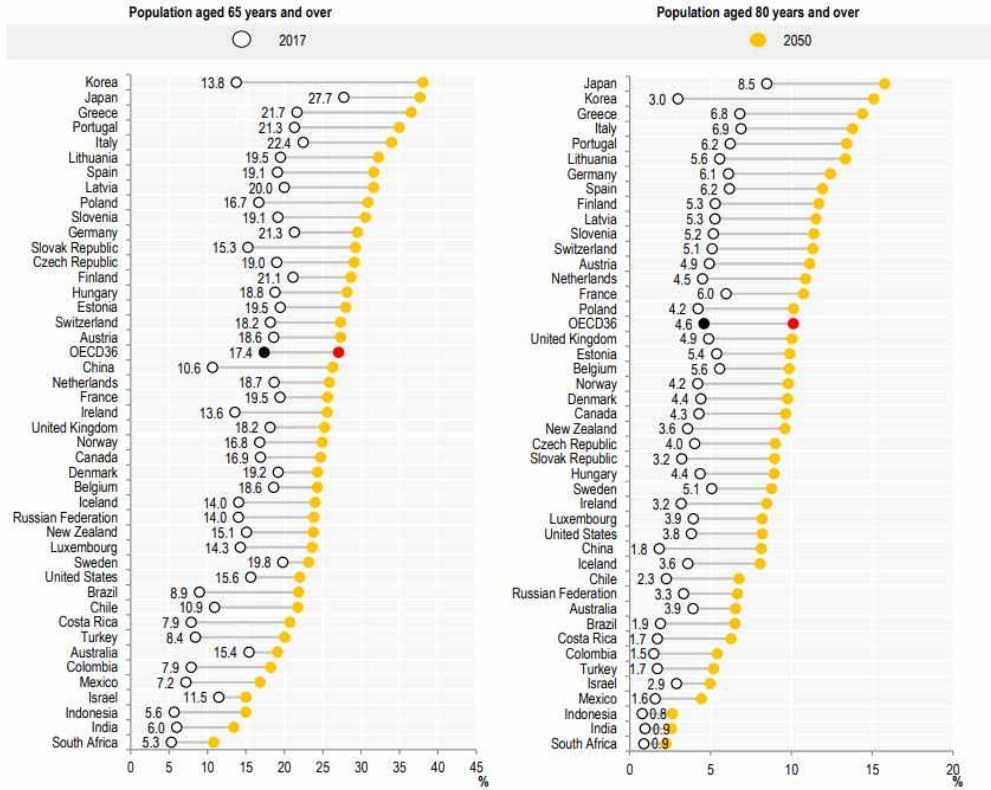
자료 출처 : stats.oecd.org

게다가 한국은 고령화가 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있습니다. 2050년이 되면 노인 비중이 세계 최고가 될 것이라고 예측됩니다. 2018년 65세 이상 노인 비율은 14%였지만 전체 건강보험 진료비의 40%를 썼습니다. 노인의 1인당 평균진료비는 전체 건강보험 가입자 1인당 진료비의 3배에 달합니다. 향후 전체 인구가 감소하더라도 한국은 의료이용을 주로 하는 노인층 비율이 세계에서 가장 급격히 증가할 것이므로 인구 대비 의료수요는 OECD 국가들에 비해 많을 수밖에 없을 것입니다.

3) 한국은 한의사 포함.

4) 최대집회장이나 전라북도 의사회와 다른 예측시기입니다. 서로 간 주장이 일치하지 않습니다.

Figure 11.1. Share of the population aged over 65 and 80 years, 2017 and 2050



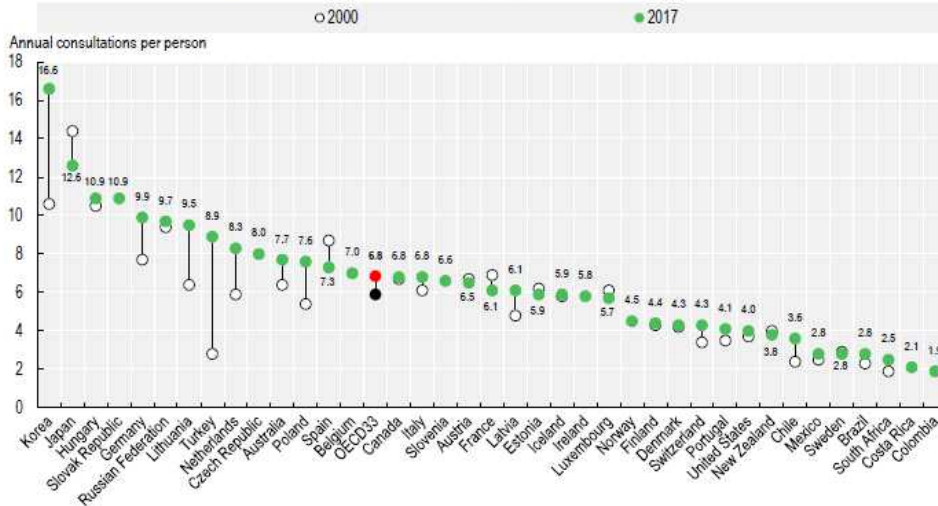
Source: OECD Health Statistics 2019, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934018260>

그림 5. 65세 이상, 80세 이상 인구 비율 (2017년과 2050년)

2. 한국은 의료 접근성이 매우 떨어지는 나라입니다.

Figure 9.1. Number of doctor consultations per person, 2000 and 2017 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934017633>

그림 6 환자 1인 당 외래 진료 건수 (2000년과 2017년)

의사단체들은 한국의 의료 접근성이 전 세계에서 가장 높다고 주장하고 있습니다. 그 근거로 환자 1인당 외래진료 건수와 입원일수 등이 세계에서 가장 많다는 점을 내세우고 있습니다. 실제 한국은 환자의 연간 외래 진료 건수가 16.6회로 OECD 평균 6.8회를 크게 상회하고 있고 또 급격히 증가하고 있습니다.

하지만 의사진료 건수가 많다고 해서 의료 접근성이 높은 것은 아닙니다. OECD는 해당 통계를 발표하면서, 한국과 일본의 진료 건수가 많은 이유는 행위별 수가제⁵⁾ 때문에 의료공급자들이 과잉의료로 경제적 인센티브를 창출하기 때문이라고 설명했습니다. 또 진료 건수는 의사의 생산성을 판단할 수 있는 지표가 아니라고 밝히고 있습니다. 진료시간이나 의료행위의 효과를 보여주지 않기 때문입니다.⁶⁾ 실제 한국은 적은 수의 의사가 많은 수의 외래환자를 진료하는 과정에서 진료 시간이 짧습니다.

입원일수도 마찬가지로입니다. 한국은 건당 평균 입원일수가 세계에서 가장 긴 18.5일로 OECD 평균 7.7일의 2배 이상입니다. 긴 입원기간 역시 높은 의료 접근성이 아니라 비효율과 열악한 의료대응을 시사하는 지표입니다.⁷⁾ 한국의 경우 요양병원 장기 입원 탓에 입원일수가 많은 측면도 있지만, OECD는 민간의료중심 체계의 경쟁적 의료공급시장과 지불제도가 일으키는 과잉 의료공급으로 인한 문제라고도 지적해왔습니다.⁸⁾

5) 의사의 진료, 검사 등 행위를 많이 하면 할수록 수가가 증가하는 제도. 전 국민 건강보험제도를 시행하는 OECD 국가들 중 병원에서 행위별수가제를 하는 나라는 한국이 거의 유일하다.

6) OECD. Health at a Glance 2019

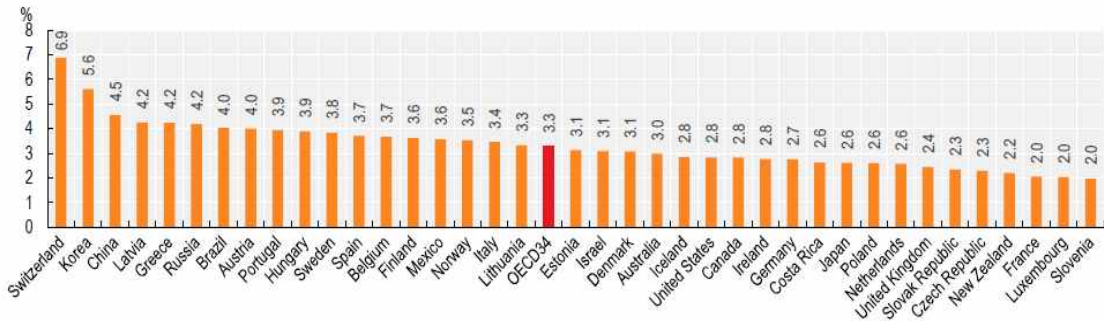
7) OECD. Health at a Glance 2019

1) 의료의 경제적 장벽이 매우 높습니다.

OECD Health data에서 의료접근성(Access to Care) 항목으로 삼고 있는 것은 외래진료건수 등이 아니라 주로 경제적 접근성입니다. 의료의 공적 보장성, 본인부담 의료비 비중, 미충족 의료 등을 주요 지표로 삼습니다.

이에 대해서 상당수 의사들은 한국의 경제적 의료접근성도 최고 수준이라고 주장하고 있습니다.⁹⁾

Figure 5.11. Out-of-pocket spending as share of final household consumption, 2017 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2019, OECD National Accounts Database.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934015809>

그림 7 최종 가구소비 중 본인부담 의료비 비율 (2017년)

하지만 <그림 7>에서 보듯 한국은 가계 의료비 부담이 OECD 국가들 중 가장 높은 수준을 기록하고 있습니다. 의료비 보장 수준이 매우 낮기 때문입니다.

Figure 5.4. Extent of coverage in OECD countries, 2017 (or nearest year)

Government and compulsory insurance spending as proportion of total health spending by type of care

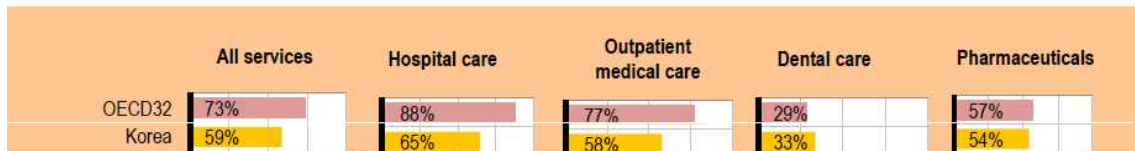


그림 8 의료비 보장 수준 (2017년)

의료비 보장 수준이 매우 낮기 때문입니다. 한국은 59%로 OECD 평균 73%에 훨씬

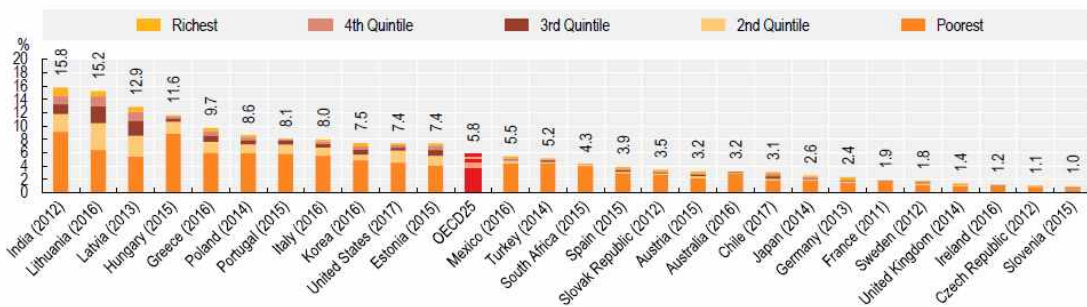
8) OECD Reviews of Health Care Quality : Korea - Raising Standards, OECD Publishing, 2012.

9) 대한 의과대학·의학전문대학원 학생협회(의대협)도 '한국의 의료접근성이 경제적·지리적으로 이미 OECD 국가의 상위권'이라고 주장합니다.

못 미칩니다. 특히 입원치료의 경우 OECD 국가들은 평균 88%를 보장하는 데 비해 한국은 65%에 그치고 있습니다.

또 높은 본인부담 때문에 가처분 소득의 40% 이상을 의료비로 쓰는 ‘재난적 의료비 지출가구’가 미국보다 많습니다. 이런 상황에서 경제적 부담으로 진료를 포기하는 사람이 많이 있습니다. 특히 가장 의학적 필요수준이 높은 저소득층에게 의료 장벽은 매우 높습니다. 건강보험 보장율이 낮으니 공공부조라도 뒷받침해야 하는데 2017년 빈곤율이 17.4%에 이르는 반면 의료급여 수급율은 2.9%에 불과합니다.

Figure 5.13. Share of households with catastrophic health spending by consumption quintile, latest year available



Source: WHO Regional Office for Europe, 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934015847>

그림 9 재난적 의료비 지출 가구 비율

또 한국은 OECD 회원국 가운데 상병수당이 없는 4개 나라 중 하나입니다. OECD 대부분의 나라가 건강보험재정으로 치료기간 소득상실을 보장해줍니다. 한국은 반면 소득상실을 개인이 온전히 감당해야 하기 때문에 아파도 걱정 없이 치료받을 수가 없습니다.

2) 지역 의료공백·의료소외가 심각합니다.

지리적 접근성도 좋다고 할 수 없습니다. 수도권과 대도시엔 한해서는 의사를 만나기 편할 수 있습니다. 하지만 지방에 사는 주민들은 꼭 필요할 때 의료에 접근하기가 어렵습니다.

지역 의료 인프라와 의료인이 턱없이 부족합니다. 정부도 최근 제시했듯 인구 1000명당 의사가 서울은 3.1명인데 비해 경북은 1.4명에 불과합니다. 서울 종로는 인구 1000명 당 의사 수가 16.27명인데 반해 경북 영양은 0.72명으로 무려 22배 격차가 납니다. 강원도는 경북 영양처럼 인구 1000명 당 의사가 1명이 채 되지 않는 시군구가 18개 중 9개에 이릅니다.

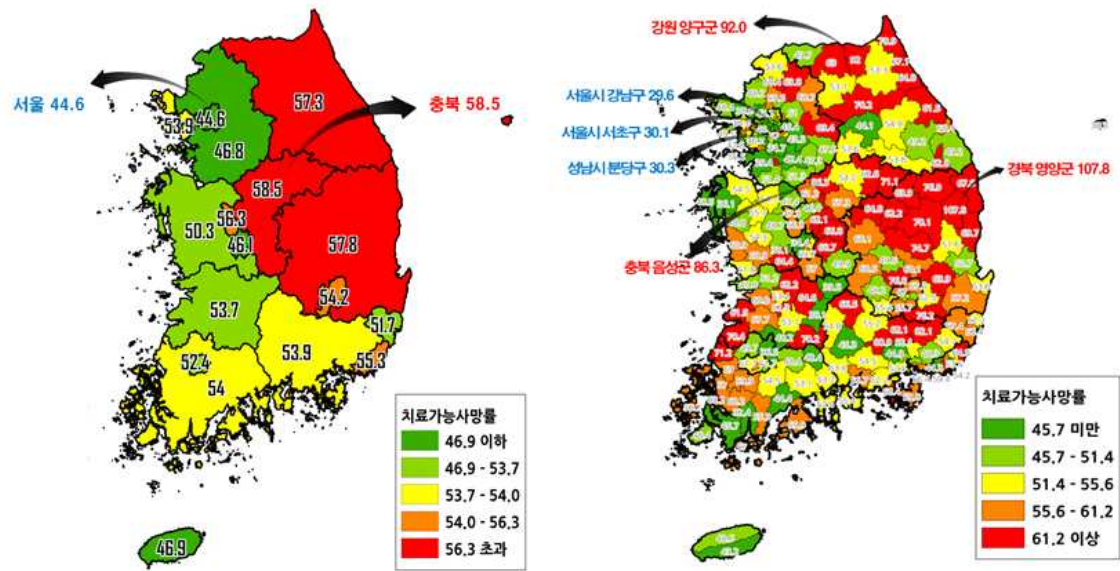


그림 10 지역 간 치료가능 사망률 격차

자료출처 : 보건복지부

의료 자원의 불균형은 심각한 의료격차를 낳고 있습니다. ‘치료 가능한 사망률 (amenable mortality rate)’이 2015년 기준 인구 10만 명 서울은 44.6명, 충북 58.5명으로 30% 이상의 차이가 납니다. 서울 강남구는 29.6명인데 반해 경북 영양군은 107.8명으로 그 차이가 3.6배에 이릅니다. 심장질환으로 인한 사망률도 서울은 10만 명 당 28.3명인데 경남은 45.3명이나 됩니다.

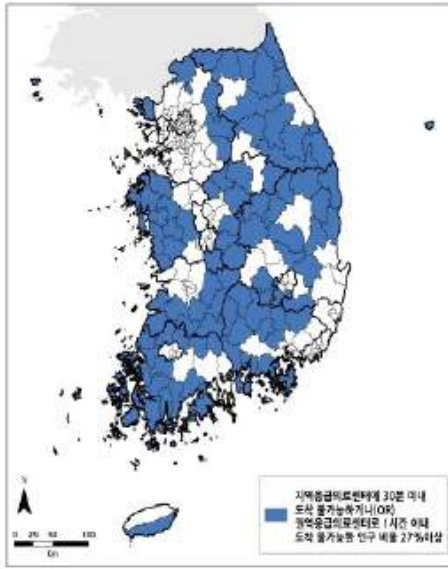


그림 51 응급취약지역 99곳

표 21 응급취약지 분석결과

구분	해당지역	합계
대구	달성군	1
인천	강화군, 응진군	2
경기	가평군, 동두천시, 양평군, 여주시, 연천군	5
강원	고성군, 동해시, 삼척시, 속초시, 양구군, 양양군, 영월군, 인제군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 화천군, 홍천군, 횡성군	15
충북	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 음성군, 옥천군, 진천군, 충주시	8
충남	공주시, 금산군, 당진시, 보령시, 부여군, 서산시, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군, 홍성군	11
전북	고창군, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군	9
전남	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 나주시, 담양군, 무안군, 보성군, 신안군, 영암군, 영광군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군	17
경북	고령군, 군위군, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 예천군, 의성군, 울릉군, 울진군, 청송군, 청도군	16
경남	거제시, 거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 사천시, 함안군, 의령군, 창녕군, 통영시, 하동군, 함안군, 함천군	14
제주	서귀포시	1

그림 11 응급취약지 (2018년)

자료출처 : 보건복지부, 국립중앙의료원

진료 대기시간이 짧다는 말도 반만 맞는 이야기입니다. 수도권과 대도시 경증환자를 보는 의원급 의료기관에서는 대기가 짧을지 모르지만 지역에서는 긴박한 외상·응급·분만 환자들이라도 바로 치료받을 수가 없습니다.

단적으로 3대 중증응급환자(급성심근경색, 뇌졸중, 중증외상)의 발병 후 응급의료센터 도착시간이 평균 4시간에 달합니다. 응급취약지¹⁰⁾가 99개 시군구에 이르고 있습니다. 정부에 따르면 현재 응급의료기관이 전혀 없는 시·군·구도 32개에 달하고, 8개 지역은 아예 동네병원 응급실조차 없는 실정입니다.

산모가 분만의료기관에 도달하는 평균시간도 큰 차이가 있습니다. 분만취약지가 많기 때문입니다. 이로 인해 OECD 대비 모성사망비가 높고 신생아 사망률의 지역 편차가 심합니다.

이처럼 ‘한국의 의료접근성이 경제적, 지리적으로 이미 OECD 국가의 상위권’이라는 주장은 사실과 다릅니다. 심각한 지역 의료격차를 해소하고 의료비 부담을 낮추기 위한 정책이 필요합니다.

10) 지역응급의료센터로 30분 이내 도달이 불가능하거나 권역응급의료센터로 1시간 이내 도달이 불가능한 인구 비율이 27% 이상인 지역

3. 대안

1) 공공의료기관 확충과 공공의사 양성이 필요합니다.

지역격차를 극복하고 경제적 접근성을 높이려면 무엇보다 공공의료기관이 늘어나야 합니다. 정부와 지자체가 지역에 공공의료기관을 설립해야 의료 취약지 문제를 해결할 수 있고 적정진료와 저소득층 진료 역할을 하고, 재난시기 의료를 담당할 수 있습니다.

코로나19 시기에도 대다수 환자가 공공의료기관에서 치료받을 수밖에 없었습니다. 하지만 한국은 인구 천 명당 공공병상이 1.3개로 세계 최저 수준이어서 충분히 이런 역할들을 하기 어려운 상황입니다.

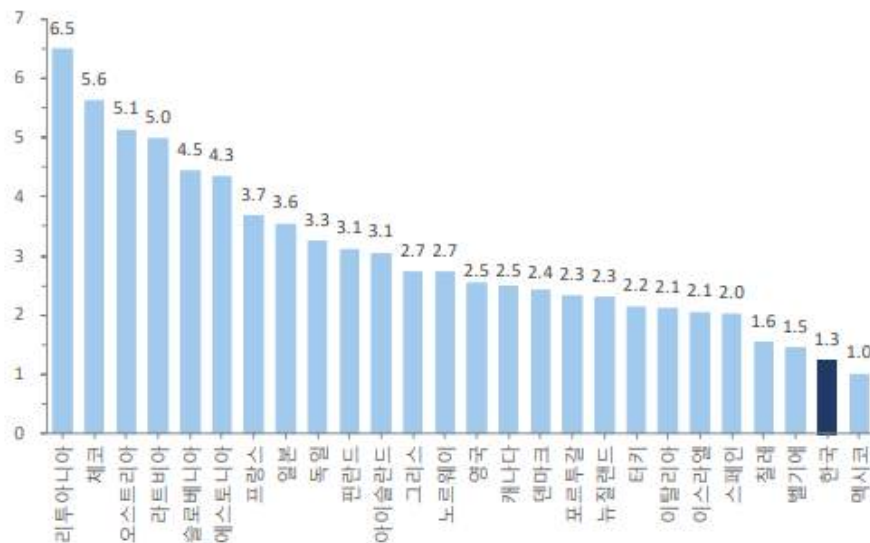


그림 12 인구 천 명당 공공의료기관 병상 수 (2017년)

자료출처 : 한국보건사회연구원

공공의료기관에서 일할 의사도 충원되어야 합니다. 지금도 지역 거점 공공의료기관에 의사가 부족합니다. 2017년 기준 공공의료 분야 미충족 의사인력은 2000명 이상으로 추산됩니다. 내과, 외과, 산부인과, 소아과 의사가 미확보된 의료취약지역에 해당 전문의를 최소 1명씩만 배치하려고 해도 공공의사가 약 260명이 필요합니다.

지역거점 공공의료기관이 있는 지자체라 할지라도 의사가 부족해 제 역할을 하지 못하는 곳이 많습니다. 2017년 2월 기준 지역거점 공공병원(지역의료원과 적십자병원) 필수 전문과목 미충족 의사인력 수요는 최대 225명, 보건의료원의 경우 최대 224명입니다.¹¹⁾ 이는 39개 지역거점 공공병원과 15개 보건의료원 중 전문의가 단 한 명도 없는 의료기관에 최소 인원인 1명씩만 배치할 경우에 필요한 의사의 수입입니다. 이보

다 더 충분히 늘어날 필요가 있습니다. 심지어 국가지정 격리병상을 운영해야 할 지역 공공의료원에도 전문의가 부족한 실정이라는 사실이 드러난 바 있습니다.¹²⁾

지금까지의 시장주의적 해결책으로는 지역격차 해결에 실패해왔습니다. 지역 의사 연봉은 서울의 최대 1.5배에 달합니다. 그럼에도 의사를 구하지 못하고 있습니다. 공공의료기관을 늘리고 정부 책임으로 공공의사를 충분히 양성해 공공의료기관에서 일하도록 해야 합니다.

2) 정부 정책보다 더 개혁적이고 실효성이 있는 공공 의사증원 방안이 필요합니다.

- 반면 의협의 '의사증원 반대, 공공의대 반대'는 반시민·반개혁적 요구입니다.

정부의 의사증원 방안은 앞서 살펴본 문제를 해결하기에는 매우 부족한 정책입니다. 첫째, 공공의료기관 확충 계획이 거의 없습니다. 의사를 충분히 양성할 뿐 아니라 공공의사들이 배출 후 일할 수 있는 제대로 된 지역의료원 등 공공병원을 확충해야 합니다.

둘째, '지역의사'는 사립대병원 전공의 채워주기에 불과합니다. 의무복무 10년은 사립대병원 인턴·레지던트 5년, 전임의까지 7년으로 대부분 채워질 것입니다. 민간병원에서 필수 공익 역할을 담당하리라 보장하기 어렵고, 약 3~5년간 민간 중심으로 지역에서 일하다가 수도권이나 대도시로 자리를 옮겨 미용성형 목적 등으로 개원한다면 정부는 이를 막을 수가 없습니다.

셋째, '의과학자' 양성은 산업체 돈벌이를 위한 방안입니다. 의과학자는 화장품업체, 의료기기회사 등에서 일할 의사입니다. 임상 의사가 부족하다면서 사업체에서 영리추구를 할 의사를 늘리는 것은 곤란합니다.

넷째, 공공의과대학은 겨우 49명 정원으로 매우 부족합니다. 공공의과대학을 권역별로 충분히 신설하고, 국립의과대학도 활용해 공공의사를 늘려야 합니다.

정부 정책은 문제가 있습니다. 하지만 의사협회는 올바른 증원 안을 제시하는 개혁적 입장의 반대를 하지 않습니다. 의사협회는 의료격차를 해결하기 위한 의사증원 필요성 자체를 부인하고 공공의대 신설조차도 거부하고 있습니다.

의사가 부족하지 않고 의료접근성이 충분하다는 의사협회의 주장은 사실이 아닙니다. 사실이 아닌 주장을 바탕으로 진료를 거부하고, 코로나19 엄중한 시기에 응급실·중환자실 환자 치료까지 거부하는 것은 납득하기 어려운 일입니다.

의사들의 진료거부는 첫째 환자 치료를 개선하는 것이 주요 목적임이 명백해야 하고, 둘째 어떠한 경우에도 응급환자가 버려지지 않고 돌봄을 받아야 합니다. 현재 의사협회 집단행동은 이런 기본 전제를 만족시키지 못합니다. 정당성 없고 비윤리적으로 진행되는 진료거부는 중단되어야 합니다.

11) 보건복지부. 공중보건장학의 제도보완 방안 연구. 2017.

12) 김애린기자 KBS. 오래된 '음압격리병동'...인력난까지 '열악'. 2020.1.28.