



회원칼럼

* * *

의정 갈등 1년을 돌아보며

고은영

(사회진보연대 조직국장)

필자는 현재 사회진보연대 조직국장으로 일하고 있으며, 문재인 정부 시기였던 2018년부터 2021년까지는 공공운수노조 의료연대본부에서 정책국장으로 활동했다. 그 탓에 사회진보연대에서 보건의료 의제를 담당하고는 있지만, 뛰어난 식견을 갖고 있지는 못하다. 그래서 작년 한 해 윤석열 정부의 의료 개혁과 의정 갈등을 답답하게 바라보면서도, 이를 본격적으로 파헤치기엔 역량이 부족하다고 느꼈다.

살펴보기를 미루었던 문제를 다시 들춰보게 된 계기는 초유의 비상계엄 사태였다. 윤석열 대통령의 직무가 정지됨에 따라 그의 정책들이 어떤 운명을 겪게 될지 궁금해졌던 것이다. 알다시피, 의대 정원 2천 명 증원이 포함된 ‘필수 의료 패키지’는 윤 대통령과 보건복지부가 2024년 한 해 가장 공들인 정책이었다. 그러나 정책에 대한 찬반과 별개로, 국민들은 이 과정이 협상보다는 대결에 훨씬 가깝다고 느꼈을 것이다. 의

사 집단에 대한 윤 대통령의 증오심은 계엄의 밤에 발표된 포고령에서 그 정점을 찍었다. 포고령에는 놀랍게도 “전공의를 비롯하여 파업 중이거나 의료 현장을 이탈한 모든 의료인은 48시간 내 본업에 복귀하여 충실히 근무하고 위반 시에는 계엄법에 의해 처단한다”는 내용이 담겼다. 이후 의료계는 대통령 직속 자문 기구인 의료 개혁 특위 참여를 즉시 중단했다.

만약 윤 대통령 탄핵소추안이 헌법재판소에서 인용된다면, 시계를 거꾸로 돌려 의대 정원 증원 발표 이전으로 되돌아갈 수 있을까? 유감스럽게도 그럴 수는 없어 보인다. 정부는 2월 말까지 2026년 의대 정원 문제를 매듭짓겠다고 발표했지만, 어떤 결과가 나오더라도 의료 개혁과 의정 갈등 문제는 다시 정국의 핵으로 떠오를 것이다. 먼저, 갑작스레 늘어난 정원에 당장 3월부터 교육 환경이 정상적으로 작동할지 의문인 상황에서, 만약 증원된 숫자 그대로 2026년 의대 정원이 확정된다면, 의학 교육 현장의 혼란은 가중될 것이다. 반대로 윤석열 정부의 정책이 백지화되어 기존 정원으로 돌아가거나 2026년에 한 해 입학정원을 0명으로 한다고 해도, 혼란과 충격이 있을 것이다. 수험생들에게 닥칠 혼란을 논외로 하더라도, 예정했던 규모만큼의 의사 정원 증원을 강력하게 희망하는 보건의료노조의 총파업이 예정되어 있기 때문이다. 따라서 윤 대통령 탄핵은 의정 갈등의 종결점이 아니라, 두고두고 계속될 저강도 갈등의 시작점이라고 볼 수 있다.

이 글을 쓰는 동안, 2월 27일에 의료인력 수급추계위원회 설치 법안이 국회 보건복지위원회 법안소위를 통과했다. (이 추계위원회의 위원을 누구로 할 것이며, 추계위원회의 결과가 강제성을 가질 수 있는지를 놓고서도 실랑이가 길었다) 법안에는 2026년 의대 정원에 한 해, 각 대학별로 4월 30일

까지 기존 정원을 수정할 수 있다는 조문이 들어갔다. 그리고 이 법이 본회의에 상정되지도 않은 3월 7일, 교육부 장관 주도로 2026년 입학정원을 증원 이전인 3058명으로 정하고, 그 조건은 휴학한 의대생의 전원 복귀라는 발표가 있었다. 언뜻 정부의 백기 투항으로 갈등이 일단락된 것으로 보일 수 있다. 그러나 2025년 상반기 전공의 모집에 지난해 병원을 떠난 전공의 중 2.2%만이 복귀하고 대부분은 사실상 미복귀를 선택한 점, 의대생 단체인 의대협이 필수의료 패키지의 전면 폐기를 요구하고 있다는 점, 2027년부터의 정원 문제는 미지수라는 점을 고려했을 때, 갈등의 불씨가 남아있어 아직은 두고 볼 일이다.¹

필자는 이 글에서 의정 갈등 1년을 지켜보며 들었던 소회와 더불어, 남아있는 과제는 무엇인지에 대해 조심스럽게 제시해보려 한다. 다만 필수 의료와 지역 의료 개선 방안에 대한 전문적이고 완결적인 제언을 제시한다기보다는, 의정 갈등이 정치 양극화 속에서 이해관계 조정의 길을 찾지 못하면서 정치의 실종과 한국 사회 붕괴의 일면을 보여주었다는 점에 주목하고자 한다.

1. 포퓰리즘인가, 권위주의인가?

지난해 2월 6일, 윤석열 정부는 필수·지역 의료를 살리겠다며 2025년부터 의과대학 입학정원을 2천 명 증원하여 5058명으로 전격 확대하겠다고 발표했다. 다음 날 일간지에 '충격 요법'이라는 단어가 등장할 만

¹ 전국의 수련병원이 올해 1월 19일까지 모집한 사직 레지던트의 숫자는 1년 차 2674명, 2~4년 차 6546명으로 총 9220명이었다. 지원자는 199명으로 모집 정원의 2.2%에 불과했다.

큼 파문은 컸다. 하지만 윤석열 대통령은 2024년 신년사까지만 해도 집권 초기에 세운 3대 아젠다인 '교육, 연금, 노동' 구조개혁을 반복해서 강조할 뿐, 의료 개혁은 별로 언급한 적이 없었다. 그랬던 정부가 갑자기 기조를 바꾼 이유는 무엇일까? 여러 가지 추측이 세간을 떠돌았다.

첫째는 설 민심을 겨냥한 '사이다 정책'이라는 추측이다. 달리 말해, 2020년 문재인 정부의 의대 정원 증원 발표와 비슷하게, 낮은 지지율을 끌어올리기 위한 총선용 포퓰리즘 전략이라는 것이다. 당시 문재인 정부는 공공의료 정책의 일환이라며 400명의 의대 정원 증원과 공공의대 신설을 급작스레 발표했다. 허술한 정책으로 코로나 2차 대유행에 대비해야 할 정부의 시급한 역할을 회피한다는 비판을 받았지만, 문재인 대통령은 '코로나와 사투하는 와중, 파업하는 의사들의 짐까지 떠맡았다'며 간호사만의 노고를 치하하는 글을 SNS에 올리면서 오히려 의료인간 갈등을 조장했다. 의사 집단이 거세게 반발하자 이들을 '인민의 적'으로 몰고 지지자를 규합하는 행태를 보인 것이었다. '괘씸한 의사들'에 대한 국민적 반감은 이번에도 크게 작용했다. 실제로 2월 5주 윤석열 대통령 국정 지지도는 39%까지 올랐다. 둘째는 의대 정원의 소폭·단계적 확대를 궁극적인 목표로 하는 '지렛대'용 발표라는 추측이다. 즉, 일단 큰 숫자를 부풀려 발표한 뒤 의사 집단과의 교섭 속에서 적절히 정원 수를 조절할 셈이라는 것이다.

물론 지지율 반등을 위한 포퓰리즘 정책이든, 단지 교섭에서 우위를 차지하기 위한 전략이든 간에, 정합성이 요구되는 의료교육 정책에 허풍 혹은 헐박을 내세웠다면 그 자체로 문제라고 할 수 있다. 어쨌든, 당시 정부가 발표한 2천 명이라는 엄청난 증원 '규모'와 바로 이듬해인 2025년부터 이를 시행한다는 '시점'을 고려할 때, 윤석열 정부가 이를 끝

까지 고집할 것으로 생각한 사람은 많지 않았다. 필자 또한 그랬다. 아무리 필수 의료와 지역 의료 확충이라는 명분이 있다고 하더라도, 너무나 큰 혼란을 일으킬 것이 뻔했기 때문이다. 게다가 이미 4년 전 의대 정원 문제를 놓고 전공의 단체와 문재인 정부가 거대한 홍역을 치른 지 얼마 되지도 않았다. 당장 의료계는 사전 협의를 제대로 진행한 적이 없었다고 발표했다. 뭔가 비현실적이었다.

만약 총선용 포퓰리즘 정책이거나 교섭에서 우위를 차지하기 위한 전략이었다면, 윤석열 정부는 이 사안에 대한 여론이 점차 '피로감'으로 바뀌는 어떤 시점에 미리 준비해 둔 '플랜B'를 꺼낼 것이었다. 실제로 의정 갈등이 장기화되면서, 3월 4주부터 대통령 직무 수행 부정 평가의 원인으로 의대 정원 확대를 둘러싼 '불통'이 언급되기 시작했다. 추석을 앞두고는 의료대란이 벌어질 수도 있다는 불안이 커지면서, 9월 1주 대통령 국정 지지도가 23%까지 떨어지기도 했다. 같은 시기 여론조사에서는 '의사협회 및 전문가 의견을 수렴해 정원 확대 여부를 다시 정해야 한다'는 의견이 52%로, '현재 계획대로 내년부터 정원을 확대해야 한다' 41%를 뛰어넘었다.

그러나 예상을 뒤엎고, 2025년 의대 정원 증원 확대가 정말 그대로 강행되었다. 물론 막판에 증원분 중 491명을 줄여 실제로는 2천 명이 아닌 1509명이 증원되었는데, 이마저도 3월 4일, 국립대 총장들이 정원 조정을 건의해 '2025학년도에 한해' 학교별 증원분의 50~100% 내에서 자율 모집을 정부가 허락해 준 것이었다. 따라서 2천 명 증원 기조가 바뀐 것은 아니었다. 아울러, 총 증원분 중 국립대학교 의대가 401명을 줄이고 사립대학교 의대가 나머지 90명을 줄여, 지역저점국립대 강화 취지가 퇴색하는 것 아니냐는 지적이 있었다는 점도 덧붙인다.



작년 3월, 서울 지하철 2호선에 정부의 '의료개혁 완수' 광고가 송출되고 있는 모습 (사진: 뉴스1)

돌이켜보면, 의료 개혁을 설명하는 보건복지부 관료들과 대통령의 말에는 국가의 존망이 걸린 듯한 비장함이 처음부터 끝까지 느껴졌다. 이를 두고 '아무것도 하지 않은 전임 리더들과 달리 어려운 문제에 정면으로 맞서는 자신에 도취한 돈키호테'라는 말이 돌았다. 의료계와의 갈등이 극에 달한 상황에서, 시내의 주요 전광판, 지하철, 심지어는 쇼핑센터나 영화관까지 의료 개혁의 필요성을 홍보하는 정부 광고가 촛촛하게 배치되었다. 보건복지부는 2024년 의료 개혁 광고비만으로 84억 2259만원을 지출했다. 한 사업에 대한 홍보만으로는 큰 금액이었다. 노컷뉴스 보도에 따르면, 지하철 역사·버스 광고판 등 대중시설에 14억 4천만원, 유튜브 광고에 12억원, 인스타그램·카카오톡·페이스북 등 SNS 광고에 7억 2500만원이 투입됐다. 광고 내용은 '의대 정원 확대는 많은 게 아니라 늦은 것이다'는 메시지를 비롯해 의료개혁 4대 과제, 비상진료 병의원 이용 안내, 우리동네 좋은 병원 찾기로 구성됐다.

대통령의 강력한 의지는 전공의에 대한 ‘사직서 수리 금지 명령’, ‘업무개시명령’, ‘진료 유지명령’과 같은 행정명령으로 이어졌다. 대통령의 격노는 ‘미복귀 시 계엄법에 의해 처단’을 명시한 계엄포고령에서 또 한 번 증명되었다. 문재인 정부가 의대 정원 확대 정책을 포퓰리즘적 방식으로 추진했다가 이내 번복했다면, 윤석열 정부는 권위주의적 방식으로 끝까지 밀어붙인 셈이었다. 그렇다면 의료 개혁은 이렇게 ‘다소 문제가 있는 절차로, 정말 시급하고 흔들림 없이 이뤄져야 했던 것일까?’

2. 2천 명 숫자의 ‘과학적’ 근거를 찾아라

정부는 세 개의 연구보고서를 근거로 10년 후에 의사 1만 명이 더 필요하다고 했다.² 또한, 의료 취약지의 의료 서비스 수준이 전국 평균 수준에 도달하기 위해서는 현재 시점에도 이미 5천 명이 부족하다는 주장도 덧붙였다. 이를 합치면 2035년에 최소 1만 5천 명의 의사가 부족하므로, 2025년부터 1년에 2천 명씩 5년간 증원해도 충분하지 못하다는 것이었다.

그래서 쟁점은 2천 명이라는 숫자의 ‘과학성’에 맞추어졌다. 정부가 제시한 주요 지표는 인구수 대비 의사 수와 의료수요 증가 추세였다. 경제협력개발기구(OECD) 가입 국가의 경우 인구 1천 명당 의사 수 평균이 3.7명인데 한국은 2.12명에 불과하며, 고령화로 인해 향후 의료수요

2 세 가지 보고서는 다음과 같다. ▲ 미래 사회 준비를 위한 의사 인력 적정성 연구 (서울대학교 홍윤철 교수, 2020년), ▲ 2021년 장래인구추계를 반영한 인구변화의 노동·교육·의료 부문 과급효과 전망 (서울대학교 산학협력단, 2023년), ▲ 보건의료 인력 종합계획 및 중장기 수급 추계 연구 (한국보건사회연구원, 2020년)

가 폭증하여 2035년에는 입원 일수가 45.3%, 외래 방문 일수는 12.8% 증가할 것이라 결국 의사 수가 턱없이 부족하다는 것이었다. (한편, '소아청소년과 오픈런'과 '응급실 뺑뺑이' 사례도 언급되었지만, 통계 지표로 제시된 것은 아니었다.)

의사 집단은 이러한 정부의 발표에 대해 즉각적으로 '비과학적'이고 '근거가 없다'고 대응했다. 무엇보다, 정부가 참조했다는 보고서의 연구 책임자 전원이 자신의 연구가 2천 명 증원 근거로 쓰이는 것은 부적절하다고 밝혔다. 이들은 “해당 보고서에 1만 명 부족이라는 숫자를 제시한 적이 없으며, 전체 보고서의 맥락이 왜곡되었다” “2050년쯤 2만 2천 명의 추가 의사 양성을 목표로 점진적 방향을 제안한 것이다” “의대 교육 여건의 현실성을 고려하지 않은 단순 계산일 뿐이다”라는 의견을 밝혔다. 연구자 간의 차이는 있지만, 전반적으로 의대 정원 확대 방향성에는 찬성하되, 사회적 갈등의 비용과 교육 환경의 여건을 고려해 그 규모와 시기 면에서 훨씬 점진적인 방향으로 정책을 입안하고 이해집단과 소통할 것을 주문한 셈이다.

그런데 정부와 이들의 연구는 중요한 전제 두 가지를 공유하고 있었다. 첫째, 현재 한국 사회의 '의료수요'를 정상적인 것으로 가정하고 이를 장래에도 '조정하지 않기로' 전제했다. 모든 연구는 향후 의료서비스의 수요를 추계하기 위해 현재 시점의 연령별·성별 1인당 의료 이용량(외래·입원)을 통계청 인구추계 데이터에 곱하는 단순한 방법을 선택했다. 그럴 경우, 급속한 고령화 추세를 고려할 때, 의료 이용이 폭증할 것이라는 전망이 자연스럽게 도출될 수밖에 없다. 둘째, 이렇게 폭증할 의료 이용량을 '의사 인력 공급을 증가시켜서' 충족시켜야 한다고 전제했다. 물론 이러한 추계 방식이 통계 방법상 오류나 조작은 아니며, 이를 토대

로 한 정부 정책 역시 악의적인 편향성을 가진 것은 아닐 것이다.

다만 이러한 추계 방식과 그에 근거한 정부의 정책은 의사 공급 문제를 ‘필수 의료를 위한 인프라 확충’이라는 전제에서 논의하지 않았다는 문제가 있다. 즉, 필수 의료의 정의란 무엇이고, 이는 어떻게 충족될 수 있는지를 답하고자 하는 문제의식이 없었다. 따라서 의사 수만 대폭 확대하면 정말 모든 문제가 해결되는 것이 맞느냐는 의문에 대해 정부는 일 년 내내 취약할 수밖에 없었다. 요컨대, 정작 늘어난 의사가 정말 필요한 영역으로 공급될 수 있는지를 규명하기 위해 한국 의료 시스템의 상태를 진단하고 합의하는 단계를 정부가 건너뛰었다는 말이다.

이 문제에 관해, 사회진보연대는 ‘의사 유인수요’라는 관점에서 문재인 정부의 의대 증원 정책을 비판한 바 있다.³ (의사 유인수요란, 의사의 경제적 이해관계와 환자-의사 간 정보 비대칭 때문에 발생하는 과잉 의료서비스를 말한다.) 이를 간략히 요약하면 다음과 같다. 한국의 인구 1인당 의사 수는 OECD 평균보다 적지만, 의사 1명이 보는 환자 수가 많아 의사 생산성은 높은 편이다. 의사 1인당 환자 수를 줄여 의료의 질을 높이려면 의사 인력 공급이 늘어야 하겠지만, 의사가 늘면서 유발하는 ‘의사 유인수요’가 커져 불필요한 의료행위가 증가한다면 의료의 질은 향상되지 않으면서 의료비 지출만 늘어나게 된다.

하지만 한국 의료 시스템은 행위별 수가제, 만연한 비급여 진료와 실손보험으로 인해 의사 유인수요가 커질 가능성이 큰 구조다. (행위별 수가제란, 진찰료, 입원료, 검사료 등 의료 행위별로 가격(의료수가)을 정해놓고 그

3 “공공의료로 분칠한 의대 증원 정책과 정부의 갈등 조장을 규탄한다”, 《사회운동포커스》, 2020년 8월 28일.

가격대로 국민건강보험공단이 급여(보험금)를 의료기관에 지급하는 것이다. 의료수가는 건강보험정책심의위원회(건강심)에서 정한다.) 따라서 의사 인력 공급을 늘리려면 '의료 공급 체계 개편'과 '지불보상제도 개편'이 먼저 이루어져야 한다. 일차 의료를 강화하고, 병원급 이상 의료기관들의 난립을 통제하고, 고가 의료기기를 규제하고, 행위별 수가제와 실손보험을 개혁해야 하는 것이다. 그렇지 않으면, 의사 유인수요를 가장 강력하게 창출할 수 있는 '비급여·비필수 분야'가 새로 양성될 의사 인력을 대부분 흡수하게 될 것이었다.

사회진보연대는 결론적으로 문재인 정부가 수요 관리를 위한 근본적 대책은 세우지 않고, 오히려 효과가 입증되지 않은 신 의료기기를 급여화하는 예비급여 정책을 세웠다고 비판했다. 예비급여와 의대 정원 증원 정책 방향이 서로 모순되며 오히려 충돌하기 때문이었다. 따라서 문재인 정부의 의사 수 증원은 공공의료 강화를 위한 것이기는커녕, 지극히 이윤만 생각하며 사회적 갈등을 조장하는 포퓰리즘적 정치의 전형이라고 지적했다.

사실 한국의 의료 시스템에 대한 평가는 넓은 스펙트럼을 가지고 있다. 누군가는 '미국처럼 비싸지도 않은데 유럽처럼 몇 달씩 기다리지도 않는', 즉 비용은 낮으면서 의료접근성이 좋은 우수한 서비스로 평가하지만, 반대편에서는 '공공성 부족에 따른 영리 의료 일변지'라 평가하기 때문이다. 그렇지만 진영을 떠나 모두가 합의할 수 있는 기본적인 사실은 분명 존재한다.

첫째, 한국 의료의 질은 전 세계적으로 높은 수준이다. 2019년 한국인의 '회피가능사망률'은 인구 10만 명당 147명으로 OECD 평균 215.2 명보다 낮다. 회피가능사망률은 질병 예방을 통해 막을 수 있는 사망

(예방가능사망)과 시의적절한 치료를 통해 막을 수 있는 사망(치료가능사망)을 합친 사망률을 말한다. 회피가능사망률이 낮다는 것은, '죽지 않을 수 있었는데 죽은 사람'의 수가 적다는 뜻이다.

둘째, 한국 의료의 양은 OECD 국가들과 비교했을 때 최고로 많은 수준이다. 2020년 기준으로 병상은 인구 1천 명당 12.7개이며(OECD 평균 4.3개), 국민 1인당 외래 진료 횟수는 연간 14.7회이고(OECD 평균 5.9회), 입원환자 평균 재원일수는 19.1일(OECD 평균 8.3일)이다. 의료의 양만 놓고 보면, 비상식적으로 많은 수준이라고 할 수 있다.

질도 높고 양도 많다면, 가격은 어떨까? 2022년 처음으로 경상의료비가 국내 총생산 대비 9.4%에 육박해 OECD 평균인 9.2%를 넘었다. 경상의료비는 한 국가의 국민이 한 해 동안 보건의료 재화와 서비스를 구매하는 데 지출한 최종 소비를 말한다. 재원별로 정부의무가입제도(정부, 의무가입에 의해 지출된 보건의료비)와 민간의료비(임의가입, 가계직접부담에 의해 지출된 보건의료비)로 구분된다. (민간의료비 중 임의가입은 민영보험, 비영리단체, 기업에서의 재원을 말한다.) 경상의료비의 증가 속도 역시 가파르다. 10년 전인 2012년에는 GDP 대비 6.2%에 불과했기 때문이다. 이것이 환자가 직접 치르는 의료 비용이 갑자기 무척 비싸졌다거나 건강보험이 의료기관에 지불하는 수가의 단가가 높아졌음을 의미하는 것은 아니다. K-의료의 높은 '회전율'(건수 증가) 때문에 의료비 지출의 '총량'이 급성장했다는 뜻이다.

셋째, 이러한 한국 의료비의 수직상승은 의료 시장 내부의 '쏠림 현상'이 견인하고 있다. 단순하게 도식화 해보면, 의료 시장의 한 축에는 피부 미용이나 통증 치료 같이 생명에 직결되지 않는 영역이 있다. 또 다른 축에는 사람 목숨이 달린 질병을 보는 필수 의료 영역이 있다. 그

리고 중간 지대가 있다. 첫 번째 영역에 속하는 이른바 ‘피안성정’(피부과, 안과, 성형외과, 정형외과)이 견인하는 비급여의 총규모는 2023년 20.2조 원에 달한다. 이 영역에서 신규 비급여가 발생하자 2023년도 건강보험 보장률이 전년 대비 0.8% 하락한 64.9%로 주저앉을 정도로, 전체 의료 시장에서 비필수 의료 영역이 차지하는 비중이 어마어마하다. 폭증하는 비급여 진료비는 2022년 기준 전 국민의 71.4%가 가입한 실손보험으로 인해 지탱되고 있다.

필수 의료 영역에서 나타나는 의사 수 부족은 이러한 쏠림 현상의 ‘결과’일 따름이다. 작년 전공의 집단사직 사태가 발생하기 오래 전부터, 3~4년씩이나 더 전공의 수련 교육을 받아야 하는 전문의가 되기보다는 인턴만 마친 뒤 일반의로 미용 분야에서 근무하는 것이 낫다는 인식이 의료계에 형성되었다. 이에 따라, 신규 전문의 수는 2014년 3341명에서 2023년 2807명으로 이미 감소하고 있는 추세였다. 여기에 더해, 인기과 쏠림도 계속됐다. 2022년 전체 전공의 지원율은 정원 대비 120.8%로 지원자가 여전히 많지만, 대표적 인기과인 성형외과 지원율이 180%를 넘는데 비해 소아·청소년과, 흉부외과, 외과, 산부인과와 같은 기피과는 정원을 채우지 못했다. 특히 소아·청소년과 지원율은 2023년 15.9%로 역대 최저치를 기록했다.

정부가 의대 증원의 근거로 제시하는 현재의 ‘의료수요’는 필수 의료부터 비필수·비급여 영역까지 다양한 의료수요를 포괄하고 있다. 따라서 고령화 시대에 ‘어떤 의료’가 꼭 제공되어야 하는지를 세세히 분류하지 않은 투박한 지표다. 이 지점을 따지는 것이 중요한 이유는, 고령화 시대가 의료수요 폭증을 불러올 뿐만 아니라 건강보험의 지속가능성 문제를 불러오기 때문이다. 국민연금 문제와 유비해 생각해 보면 이

해가 쉬울 것이다. 물론 정부도 이 문제를 잘 알고 있다. ‘필수의료 패키지’를 발표하기 며칠 앞서, 정부는 2026년부터 건강보험 재정의 당기수지 적자가 시작되고 적자 폭이 매년 증가하여 2028년에는 1조 5836억 원에 이룸에 따라 준비금 소진이 가속화될 것이라 발표했다. 국회예산정책처 역시 건강보험 재정수지가 2026년부터 적자로 전환되고 2031년 누적 준비금이 소진될 것으로 예상했다. 건강보험재정이 적자로 돌아서는 시기가 얼마 남지 않았다는 것이다.⁴

정리해보자. 실손보험을 기반으로 갈수록 팽창하며 신규 비급여 창출에만 몰두하는 비필수 의료 영역은 이제 필수 의료 영역으로 가야 할 자원까지 집어삼키고 있다. 여기에 더해 고령화로 인한 의료수요 폭 받은 국민건강보험의 지속가능성 위기라는 어두운 미래를 예비하고 있다. 의료 개혁을 논하기 위해서는, 이 문제야말로 가장 시급히 해결해야 하는 문제임을 날카롭게 규정하고 출발해야 한다. 그렇지 않고 의사의 수나 월급과 같은 몇몇 지표만 보고 정책을 결정하게 되면, 전혀 바라지 않던 엉뚱한 결과를 낼 수 있다. 예를 들어, 낮은 처우를 버티며 중증·응급·필수 의료를 떠받치던 전공의들이 수련 과정을 포기하고 하루라도 더 빨리 일반의로 개원·취업하도록 부추길 수도 있다.

따라서, 건강보험의 재정을 건강하게 유지하고 비급여 시장을 줄일 수 있도록 하는 다양한 해법을 토론하며 균형점을 찾는 것이 의료 개혁의 중심이 돼야 했다. 완벽한 대안을 말할 순 없지만, 예를 들어 많은

4 보건의료운동은 건강보험이 재정 위기를 맞았다는 정부 주장을 사실과 다르며, 오히려 보장성을 지금보다 확대해야 한다고 주장한다. 이에 대한 자세한 비판은 ‘건강보험 개혁을 논하기 위해 필요한 전제들: 문제인케어의 실패를 반성해야’, 《사회운동포커스》, 2023년 2월 20일을 참고하라.

전문가가 지적하는 주치의 제도의 확립이나 일차 의료의 강화, 비급여 통제 기전과 실손의료보험에 대한 제한을 검토할 수 있다고 생각한다.

바로 그러한 기준에서 평가했을 때, 윤석열 정부의 ‘필수 의료 패키지’는 상당히 이상한 조합이었다. 물론 정책 내용을 자세히 뜯어보면, 이전보다 진전된 부분도 분명히 있다. 예컨대, ‘필수의료 친화 공정 지불·보상체계 개편, 보상체계왜곡 유발 비급여·미용의료 관리체계 확립’이라는 목표를 명시했다. 세부 과제로는 백내장 수술이나 도수치료와 같은 비 중증 영역을 딱 꼬집어 혼합진료를 금지하겠다고 했다. 건강보험에서 보장하는 급여와 실손보험이 보장하는 비급여 진료를 동시에 하지 못하도록 하여, 실손보험을 억제하는 데 초점을 둔 것이다.

또한, 대안적 지불제도를 제시하기도 했다. 건강보험 재정 내 ‘혁신 계정’을 신설해 중증소아와 중증응급에 관한 지불제도 개혁을 지원하겠다는 것이다. 구체적인 방법은 제시하지 않았지만, 필수의료 공정 보상 강화를 위해 2028년까지 10조원 이상의 규모를 집중 지원하겠다는 내용을 한덕수 총리가 직접 밝히기도 했다. 그러나 전반적으로는 몇몇 시범사업을 추진하는 정도의 구상에 머물러 있었다. 패키지 안의 ‘의사 인력 수급 개선’ 정책만 유독 선명하고 화끈하게 추진되었기에, 조심스럽고 온건하게 추진되는 다른 시범사업과의 온도 차가 컸던 것이다.

추측하건대, 정부는 의사 유인수요나 한국 의료의 구조적 문제를 고려하더라도, 의사 1만 명을 추가 양성하면 수요와 공급의 법칙하에 비필수 의료 영역의 경쟁이 지금보다 격화되어 지역의 필수 의료 영역으로도 일부 의사 인력이 공급될 거로 판단했던 것으로 보인다. 필수 의료에 들어가는 비용을 보전하기 위해 정부가 재원 충당을 약속하려 해도, 의사 인건비가 오르는 것이 부담으로 작용하기도 했을 것이다.

그러나 의사 인력을 추가 공급하는 것의 효과는 미용 분야 등의 가격을 약간 낮추는 정도의 역할 이상을 기대하기 어렵고, 오히려 의료수요를 증가시킬 수도 있어 다른 정책의 방향성과 맞지 않는다고 판단된다. 결국 이 정책 패키지는 보건복지부 관료들의 상당한 고심 끝에 나온 것이겠지만, 정작 발표 당시에는 즉흥적이라는 인상을 줄 수밖에 없었다.

이후 '의대 정원 2천 명 증원'을 둘러싼 의정 갈등 속에도 나머지 '필수의료 패키지' 정책은 꾸준히 진행되었다. 의료개혁 특위는 8월 30일 의료개혁 1차 실행방안을 발표했는데, 여기에는 상급종합병원 구조전환 시범사업과 의료인력 수급 추계조정 논의기구 설치와 같이 의미있는 내용이 담겼다. 이후 비급여 관리 및 실손보험 개혁방안 관련 내용으로 의료개혁 2차 실행방안이 연초 발표될 예정이었으나, 최근 혼란한 정치 상황에서 계속해서 연기되면서 답보 상태에 있다.

우리 사회는 정말 따져봐야 할 쟁점인 비급여 관리와 건강보험 재정 건전성 문제는 제쳐두고, '의사 수를 늘릴 것이냐 말 것이냐?' '몇 명이나 늘릴 것이냐?'를 두고서 1년 동안 피곤한 공방을 벌인 셈이다. 명확한 기준과 사회적 합의만 있다면 의대 정원은 늘릴 수도 있고 줄일 수도 있다. 그러나 개원가에서 의사 면허라는 지대를 누리기를 바라는 의대생·전공의·개원의와, 이기적인 기득권 집단이 못마땅해 의료 개혁을 지지하는 국민 여론 사이에서, 아무 의미 없는 줄다리기와 정치의 실종이 계속됐다.

3. 끝장 대결의 정치, 상처만 남긴 의료 개혁

이제 논리와 구조의 문제에서 정치에 관한 얘기로 넘어가 보려 한다. 사실 작년 시점에서 위와 같은 얘기를 했다면, '의대 증원 반대파', 즉 의사 편이라는 낙인이 찍힐 것이었다. 동시에, 필수의료 패키지에 진전된 내용이 포함되어 있다고 주장했다면, '윤석열 편'이라는 낙인도 동시에 찍힐 수 있었다. 이는 의료 개혁이 지나치게 급하고 열정적으로 추진되고 의사 집단의 투쟁도 격렬해, 무엇이든 기본부터 따져보려는 노력보다 선악의 대결 내지는 진영의 득실을 따지는 논리가 그만큼 사회적으로도 더 익숙해졌기 때문일 것이다.

1년의 세월 동안 한국 사회는 문제상황에 합의하고, 문제 원인에 대해 전문가의 진단을 종합하고, 사회 각계각층의 이해관계를 고려한 해법을 정하기 위해, '어른스럽게' 움직였을까? 과정 과정마다 숙의 토론과 같은 지난한 정치 과정이 작동했는가? 정부와 의료계 모두 각자가 거약을 상대로 대결하고 있다는 인식에 빠져 있는 동안, 의정 갈등의 초기 국면에서 제때 치료받지 못해 사망한 사례가 여러 차례 보도되었다. 또한, 최상위권 의대 쏠림 현상으로 이공계의 지원자 수가 크게 감소해 인재 이탈 우려가 현실화하였다. 이제 개혁의 총책임자인 대통령이 탄핵 소추로 인해 직무가 정지된 상황에서, 누구도 의정 갈등이 불러온 현실을 인정하고 수습하기 어려운 혼란한 상황이 이어지고 있다.

만약 의사 집단이 국민 건강에 책임을 느끼는 전문가 집단이고, 대통령과 행정부가 이들에 대한 신뢰를 바탕으로 대화에 나섰다면 무엇이 달라졌을까? 필자는 우선 광범위하게 쓰이고 있는 '필수 의료'라는 개념이 어디까지인지 합의하는 일부터 시작했어야 했다고 생각한다. 이

를 정의하는 것부터가 쉽지 않기 때문이다. 필수 의료를 ‘생명에 직결되는 의료서비스’라고 가정하면, 필수 의료는 사망률과 치명률이 높은 분야인 중환자, 중증외상, 심뇌혈관 질환에 한정된다. 언뜻 적절해 보이지만, ‘일차의료, 질병 예방, 건강증진 및 보호’가 필수의료의 중심이 되어야 한다는 주장도 있다. 또, 필수医료를 ‘즉각적으로 적절한 조치를 취하지 않으면 위험한’ 의료서비스로 가정하면, 응급진료, 응급수술, 응급분만으로 범위가 한정된다. 이 경우, 만성질환, 암, 희귀질환과 같은 분야는 포함되지 않게 된다.

각각이 타당한 얘기라서, 지금까지는 필수의료의 개념적 정의를 “임상적 유용성(의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료의 효과성, 과학적 근거 등)을 근거로 국민에게 필요한 의료서비스 중 시장경제성은 떨어지지만 국가의 지원과 육성이 필요한 의료서비스” 정도로 모호하게 규정해왔다고 볼 수 있다. 필자는 필수 의료 개념을 합의하는 과정에서 국민건강보험이 반드시 보장성을 높여야 하는 분야와 정책적으로 대안을 만들어 과잉 의료를 억제해야 할 분야를 구분하고, 이를 위해 필요한 정책이 무엇인지 합의했어야 한다고 생각한다.

‘지역의료’ 개념에 대한 합의 역시 마찬가지다. 동일한 국민건강보험에 가입되어 있는데 의료 취약지에 있어 의료접근성이 과도하게 떨어진다면 형평성 문제가 발생한다. 여기까지는 모두가 합의할 수 있지만, 문제는 지역의료의 감당할 수 있는 역할과 기능을 정의하는 일이다. 모든 질환에 대한 치료를 지역에서 완결할 수 있을지, 의료의 수준을 수도권 5대 병원 수준으로 보장하는 것이 가능한 것이며 바람직한 것인지 따져 봐야 하기 때문이다.

또한 의사 수급 전망을 추계하는 과정에서, 의사들의 전문성과 사

회적 책무를 발휘할 수 있도록 하는 논의과정이 필요했다. 여기서는 작년 5월 대한의학회가 발표한 일본 후생노동성 산하 '의사 수급 분과회'의 사례를 토대로, 몇 가지 시사점을 소개해보고자 한다. 첫째, 의사 수급 추계가 매우 지속적이고 정교하게 이루어졌으며, 다양한 수요 및 공급 추계 방법론을 적용했다는 점이다.

둘째, 의사 증원 이후 '지역 편재'를 중심에 두고, 자원의 최적 배치를 실현하기 위한 대책을 깊이 있게 논의했다는 점이다. 의료 수요, 인구구성과 그 변화, 의사편재 단위, 환자 유입 및 유출, 의사의 성별과 연령, 지역의 지리적 조건 등을 고려하는 지표를 개발했다. 의사의 노동 실태에 대한 10만 명 규모의 설문조사가 실시되기도 했다.

셋째, 의사수급분과회를 의사를 중심으로 구성하고, 공무원들이 이를 보조하는 역할을 수행하며, 의사수급분과회의 모든 회의자료와 논의 결과를 홈페이지에 투명하게 공개했다는 점이다. 이는 6년 동안 40번의 회의를 통해 진행되었다고 한다. 이런 과정을 통해, 일본에서는 의대 정원을 점진적으로 증원해, 2007년 7625명에서 2019년 9420명으로 1795명이 증원되었다. 최근에는 공급초과가 발생할 것이라는 추계에 따라 점진적인 감축을 진행하고 있다.

의정 간 신뢰가 바닥난 현재 상황에서, 일본의 사례를 참고해 합의 과정을 재개하는 것이 한국 상황에서도 해법이 될 수 있을까? 필자도 여러 번 생각한 문제이다. 그러나 일본의 의사수급분과회에 의사가 다수 참여한 것은 의료 현장과 임상 연구에 대해 경험이 많은 사람들이 있어야 산식이 제대로 구성돼 있는지 평가할 수 있기 때문이었다. 산식의 적합성을 검토하는 데 집중한 회의 운영 구조와 회의 결과를 일본 정부가 존중하고 정책화했던 과정까지 합쳐서 고려할 필요가 있다.

지난해 한국의 의대 증원 계획은 이와는 완전히 반대의 방향으로 흘러갔다. 우선 대통령이 강력한 의지로 2천 명이라는 의대 증원 숫자를 선포했다. 이에 반발한 전공의들이 대거 사직하고 의대생들은 휴학계를 냈다. 정부는 그에 맞서 행정명령을 발동했다. 의대 정원이 1509명 증원으로 최종 확정되기 직전인 4월 25일에야 의료개혁 특별위원회가 출범했다. 얼마 전 대한민국의학한림원 원장은 취임사에서 “필수의료 붕괴의 대책을 위해 미리 대안을 제시하지 못했다는 점을 고백한다”면서, “석학단체인 의학한림원의 주체적인 의견과 성원을 바라는 사람들이 있는 만큼 회원들의 적극적인 참여를 제안한다”고 밝혔다. 이 발언은 한국의 의대 증원 논의과정이 얼마나 뒤죽박죽 거꾸로였는지를 단적으로 보여준다.

이 기간 내내 정부, 의료계, 사회운동은 제각각의 모습으로 정치 실종에 기여했다. 우선 정부는 대화 상대로 의료계를 인정하지 않는 모습을 보였다. 정부는 2천 명이라는 의대 증원 규모를 2월 6일 보건의료정책심의위원회에서 처음으로 밝혔다. 이 회의에서 약 1시간가량 갑론을박이 이어지자, 보건복지부 장관이 ‘기자들이 기다리고 있다’며 회의를 종료하고 곧이어 정책을 발표했다고 한다. 정부는 의료계가 어차피 의대 증원에 동의하지 않아 논의 진전이 어려웠다는 이유를 댔지만, 국정을 크게 혼란스럽게 할 심대한 문제를 보건복지부가 ‘자문자답하는 형태’로 추진했다는 사실은 충격적이다. 보건복지부는 이어진 의사들의 집단행동에 대해서도, ‘국민과 법치에 대한 도전’이라며 업무개시명령을 받고도 불응하면 최고 3년 이하의 징역, 면허취소로 이어질 수 있으며 사후 구제와 선처는 없다는 강경 발언을 이어갔다.

대통령실 역시 갈등 해결과는 거리가 멀었다. 의정 갈등이 격화된

시점인 4월 1일, 총선을 며칠 앞두고 윤석열 대통령이 ‘국민께 드리는 말씀’이라는 대국민 담화를 50분 넘게 발표했다. 담화는 2천 명이라는 숫자가 ‘최소한의’ 증원 규모라는 원칙을 강조할 따름이었다. 그러면서 의사들에게 ‘통일된 안’을 가져오라며 공을 넘기는 듯한 발언도 했다. 8월 마지막 주, 한동훈 전 대표가 2026학년도 의대 증원은 유예하자고 페이스북에 글을 올렸는데, 대통령실이 이 제안을 거부했다는 사실이 언론 보도를 통해 알려지면서 2024년 상반기 내내 계속되어 온 윤희한 갈등이 또 한 번 수면 위로 올라왔다. ‘약속 대련’ 식으로 한동훈 전 대표가 해결사로 등장하여 출구를 모색하고 있다는 세간의 소문조차도 틀린 것이다. 당시 안철수 의원도 9월 12일, 2025학년도 의대 증원을 1년 유예하고 공론화위원회를 구성할 것을 제안했는데, 역시 받아들여지지 않았다.

숫자에 대한 집착은 11월 여야의정 협의체에서도 똑같이 반복됐다. 협의체는 9월 6일 한 전 대표 제안으로 어렵게 만들어졌다. 이때 대통령실은 ‘의대 정원 문제는 의료계가 합리적 안을 제시하면 언제든지 제로베이스에서 논의하겠다’라고 환영 입장을 밝혔다. 그러나 막상 협의체가 진행되자 조정을 거부했다. 이 협의체에는 대한의사협회(의협)와 전공의는 불참하고 대한의학회·KAMC(의대협회)가 참여했다. 이들이 2025년 의대 정원 문제를 미세 조정할 것을 요구했는데, 정부는 이러한 안도 ‘항복’이라는 인식에 따라 거부했다. 게다가 느닷없이 한 전 대표가 ‘국민의힘 차원에서 경북 국립의대 설립을 강력하게 지지한다’라는 모순된 약속을 해 대화 테이블의 신뢰성을 저해했다. (이는 2020년 문재인 정부 당시 의정 갈등 한복판에서 정세균 국무총리가 전라도 남원에 공공의대를 약속한 행태를 똑같이 지역만 바뀌어 반복한 것이다.) 결국 협의체는 12월 1일, 의료

단체가 참여를 중단하기로 선언하면서 3주 만에 좌초됐다. 정부의 고집은 '의료대란 협의체'를 한 전 대표보다 먼저 제안해 놓고도 막상 협의체 참여를 거부한 야당의 무책임에도 면죄부를 줬다.

이러한 정부의 태도는 의료계 내 강경파에도 힘을 실어주었다. 몇몇 '스피커'들이 의사 집단 내에 적극적으로 호소할 수 있는 분위기 속에서, 전공의들의 감정이 폭발했다. 지금도 그렇고 당시 많은 사람이 미래 기대수익이 높은 전공의들이 피해자성을 호소하는 모습에 의아해했다. 하지만, 2023년 말 기준 서울대병원 전공의가 전체 의사의 46.2%인 기형적 구조에서, 이들은 자신의 정체성이 피교육생이라기보다는, 주당 근로시간이 80시간을 넘고 육체적으로나 심정적으로 억눌린 '노동자'라고 느끼고 있다는 사실을 고려해야 한다. 의료계 내 폐쇄성은 집단행동에서 이탈한 구성원에 대한 낙인으로 이어지기도 했다. 의사·의대생 커뮤니티 메디스태프에 3월부터 의료 현장에 남은 전공의를 '참의사'라고 조롱하며 개인정보를 공개한 글이 올라왔고, 9월에는 텔레그램 방에서 '감사한 의사'라는 이름의 블랙리스트가 실명과 함께 공개되었다.

의료계가 보여준 직능단체, 전문가 단체로서의 정치 역시 미성숙했다. 대표적으로 의협 회장부터 막말 논란을 일으키며 임기를 채우지 못하고 탄핵당했다. 무엇보다 가장 아쉬운 점은 사회적 책무에 대한 고려다. 2천 명 증원에 대한 반대를 이어가려면, 국민이 바라보았을 때 동의할 수 있는 논리와 근거를 제시했어야 했다.

예컨대, 2022년 아산병원에서 일하는 간호사가 뇌출혈 증상을 보였는데 수술 치료를 받지 못한 채 다른 병원으로 옮겨지고 사망한 충격적인 사건이 있었다. 이처럼 빅5 병원 '안에서'도 필수의료의 공백이 증명된 사건에 대해, 의료계는 특별한 대책을 연구하거나 강하게 요구하지

않았다. 필수의료 대책으로 의협이 유일하게 요구한 것은 필수의료 분야 수가 인상이었다. (앞서 언급했듯, 필수 의료 패키지에 일부 반영되어 있기도 하다) 수가 인상으로 필수의료 분야에서 일하는 의사들이 비필수 의료 시장에서 일하는 의사들과 급여가 '같아지면' 수급 문제가 해결된다는 것이다. (이는 비필수 의료 시장에 인력을 과잉 공급해 의사 임금을 떨어뜨리면, 두 분야의 의사 급여가 '같아진다'는 정부의 논리와 사실상 거울 쌍에 있다.)

국가가 발급하는 면허 제도에 상응하는 만큼의 사회적 책무를 사 고하지 않다 보니, 일부 의사들은 건강보험 재정을 의사 임금인상에 더욱 집중하자고 주장하기도 했다. 필수 의료 분야의 일부 수가 인상이 필요할 수는 있겠지만 문제의 전부를 해결할 수는 없는데, 나머지는 오로지 정부의 책임일 뿐이라는 것인지, 전문가 집단으로서 무책임하고 궁색했다.

불통 일변도의 정부와 투쟁 일변도의 의료계보다 더욱 특이한 것은 운동사회의 정치였다. 흔히 노동조합을 이익집단으로 규정하지만, 현재 민주노총과 한국노총은 건강보험의 수입·지출을 아우르는 정책을 심의하는 건정심에 참여하는 가입자 대표인 만큼, 국민적 이해를 대변 하는 성격도 가지고 있다. 시민단체는 전통적으로 행정에 대한 감시자 역할과 함께, 공익을 위한 갈등의 중재자 역할을 할 것으로 기대된다. 그러나 운동사회는 어떤 정권이냐에 따라 '의대 증원에 대한 입장을 바꾸었다.

보건의료운동 진영은 문재인 정부가 발표했던 연간 4백 명 의대 증원 정책에 대해서는 너무나 부족한 인원이므로 훨씬 더 많은 의사를 증원해야 한다는 입장이었음에도, 윤석열 정부가 발표한 연간 2천 명 증원안에 대해서는 반대했다. 이에 대한 보건의료단체연합의 설명은 이렇

다. “2020년에 문재인 정부가 내놓은 의대증원 안은 대부분 지역에 의무복무하는 지역의사제도를 바탕으로 했고, 적은 수이지만 공공의대 신설 약속도 있었다. 그것도 우리는 지역·공공 의료를 살리기에는 통계기전이 미흡하다고 비판적으로 평가했다. 그런데 윤석열 정부의 의대증원 안은 비교할 수 없을 정도로 더 시장방임적이며, 공공적 정책수단은 사실상 전무하다.” 한마디로 지역의사제와 공공의대 정책의 유무가 찬성·반대를 가르는 지표가 되었다.⁵

그런데 문재인 정부의 지역의사제는 당시에 10년 의무복무를 해야 한다는 규정이 인턴과 레지던트 수련기간을 포함하고 있어 5~6년의 지연 기간만 있는 실효성 없는 정책이라는 비판 받았다. 공공의대 정책 역시, 정원이 49명에 불과한 것은 차치하고서라도, ‘공공의

5 또한, 보건의료운동은 가짜 의료개혁이 아닌 ‘진짜 의료개혁’의 실내용으로 공공병원(지방의료원) 신축과 공공의대 신설을 제기하면서, 국가가 ‘소유한’ 병원과 교육기관의 총량을 늘리라고 주장하고 있다. 2022년 기준 한국의 공공의료기관 비율이 5.2%(OECD 평균 59%)인 현실에서, 나머지 대다수를 차지하는 민간병원이 수익성이 낮은 필수 의료와 중증·응급 의료 제공을 피하려는 경향이 크고, 건강보험이 이를 효과적으로 통제할 방안이 부재하다는 것이다. 나아가 이 영역을 담당할 의사를 공공의사 내지는 지역의사로 따로 양성하고 채용하여 이들이 지역의 최전선의 의료를 담당하게 하자는 주장도 있다. 일반 병원과 공공병원, 일반 의사와 공공의사라는 투트랙을 짜고, 건강보험의 재원을 후자에 집중하자는 것으로 보인다. 그러나 공공병원 확충은 한국의 의료 자원이 팽창한 상황에서 병상수를 확대하는 전략이라 도리어 의료비를 증가시킬 수 있다. 또한 실손보험이 있는 환자들이 공공병원을 굳이 선택하지 않아 공공병원의 ‘표준진료모델’이 민간병원으로 파급될 가능성이 작다. 게다가 대부분의 공공병원 설립계획이 의료 취약지가 아닌 대도시의 포퓰리즘적 선거 전략으로 이용되었던 역사 역시 고려해야 한다. 바로 이런 이유로 공공병원 확충과 짝을 맞춘 공공의대 설립, 지역의사제에 대해서 쉽게 수긍하기 어려운 것이다. (물론 지역의사제는 꼭 공공병원에 취업을 한정하지 않은 다양한 형태가 가능할 것이지만, 이 글에서는 검토하지 않는다.) 필자는 의료공공성 운동의 대의에 공감하지만, 전체 의료비 증가 추세를 고려했을 때 현실적이고 냉철한 우선순위 설정이 먼저라고 생각한다. 공공병원 확충 요구에 대한 자세한 검토는 「공공병원 확충은 지금 필요한 정세적 요구가 아니다: 민주당 선거 전략에 이용만 당할 뿐이다」, 《계간 사회진보연대》 2021년 여름호를 참고하라.

료를 담당하는 의사가 어떤 교육과 수련 과정을 거치는 것인지 불분명하다는 지적을 받았다. 그럼에도 불구하고 당시 보건의료운동 진영은 ‘의대정원 확대는 필요하며, 더 많은 개혁이 필요하다’는, 문재인 정부에 대한 비판적 지지의 입장에서 의사들의 집단 휴진을 더욱 강하게 비판했다.

그에 비해 윤석열 정부의 의료 개혁에 대해서는 (의대 증원을 제외한 나머지 필수의료 관련한 정책이 일부 진전한 부분이 있음에도) 곧바로 ‘가짜 의료 개혁’이라고 명명했고, 민주노총 공공운수노조 역시 2025년 사업 계획에서 ‘내란 정권’의 폐기해야 할 ‘적폐 정책’으로 의료 개혁을 꼽았다. 이렇게 일관되지 못한 운동 사회의 입장은, 이미 오래전부터 윤석열 퇴진 운동에 운동 사회가 적극적으로 참여하고 있었다는 사실과 무관하지 않을 것이다. 즉, 정치 양극화에 포박된 운동 사회가 제기하는 ‘의료 공공성’ 역시 의정 갈등 해결과는 무관했다.

이 같은 ‘말 바꾸기’에는 야당도 한몫했다. 2024년 4월 총선에서 더불어민주당 비례대표 후보로 당선된 김윤 서울대 교수가 대표적이다. 그는 2011년 건강보험 심사평가원 보고서에서 ‘OECD가 권고한 의사 수 증원에 동의하기 어렵다’면서, ‘늘어난 의사 수에 비례하여 우리나라 전체 외래진료횟수가 늘어날 가능성이 크다고 했다. 2017년 인터뷰에서는 ‘의사 수 논쟁이 지루하고 소모적’이라면서 ‘의사 1명이 몇 명의 외래환자를 진료해야 하는지, 1명 당 몇 분을 보는 게 좋은지 등의 기준에 따라 의사 수 추계가 달라지는데 이런 근거를 제시하지 않은 채 향후 의사 수가 부족할 것이라고 전망하는 것은 논란만 부추길 뿐’이라고 단언했다. 이랬던 그가 2020년 총선 이후부터는 의대증원이 필요하다고 발언했다. 2023년에는 1년에 약 2500명 증원을 주장했고, 2024년에

는 15년간 연 4500명씩 늘려야 한다고 발언했다. 또한 2024년 총선 시점에는 '의사 수 증원보다 더 중요한 것은 정부가 의사들에 대한 강압적인 법적 처분을 중단하고 의사들이 대화의 장으로 나올 수 있도록 포용적 조치를 취하는 것'이라고 주장했다.

물론 이 과정에서 민주노총 보건의료노조는 예외적으로 윤석열 정부의 의료개혁 정책에 찬성하는 입장을 냈다. 문재인 정부 당시와 유사하게, '더 많은 개혁이 필요하다'는 전제 하에 '올바른 개혁'을 이행하라는 비판적 지지의 입장을 일관되게 밝힌 것이다. 적어도 보건의료노조는 정권 퇴진 투쟁에 몰두하는 것이 아니라 의료개혁 정책에 대해 일관된 기준으로 평가하고 대화에 임하려고 했다고 볼 수 있다.

일 년 내내 이어진 의정 간의 대결 정치, 누구도 책임과 권위를 가지고 갈등을 중재할 수 없는 교착 국면은 한국 사회가 붕괴하는 모습을 보여준다는 인상을 주었다. 고집불통의 대통령실, 법과 원칙만 강조한 정부, 전문가 집단다운 논리를 제시하긴커녕 투쟁만을 강조한 의협 집행부, 정권에 따라 입장을 달리 한 운동 사회까지, 모두가 이 상황에 기여했다.

의대 증원 정책이 사실상 원점으로 돌아간 지금, 어떤 정치세력이라도 이와 똑같은 과정을 반복하지 않을 방법을 숙고해야 한다. 이를 위해서는, 의료 개혁의 정당성보다 그 '비인기성'을 인정해야 하는 것부터 시작해야 할 수도 있겠다. 무제한으로 열어두었던 상급종합병원의 의료접근성에 (주치의를 통해서든, 본인 부담금 인상을 통해서든) 제한을 두기 시작한다면, 이를 반길 국민은 얼마나 될까? 낭비적인 비급여를 구조조정한다거나 실손의료보험의 기존 계약을 깨고 이를 불리하게 변경한다면 이를 제공했던 의료 시장의 반발은 어떨 것인가? 지역 차별 없이 필

수 의료 보장을 위해서 수가 인상과 건강보험료 인상이 동시에 추진된다면 어떤 것인가?

저성장기에 빠진 한국 사회에서, 고령화를 등에 업고 유일하게 급격히 성장중인 의료 산업 내부의 이해관계는 복잡하게 얽혀있다. 그런데도 윤석열 정부는 너무나 성급하게 정책을 밀어붙였다. 의료계는 사회적 책무를 외면했다. 운동 사회는 정치양극화에서 자유롭지 않았다. 우리 사회가 합의할 수 있는 필수 의료의 기준은 무엇인지, 이에 기반한 한국 의료 시스템에 대한 종합적 진단과 대책은 무엇인지, 이에 반발하는 집단은 어떻게 다루어야 하는지에 대해 함께 고민하지 않았다. 허구적인 쟁점으로 시간을 낭비하는 동안, 서로에 대한 불신이 커지면서 국민적 합의가 더 어려워진 것은 아닌지 모두가 반성적으로 성찰해야 할 것이다.

4. 아무리 답답해도 억박으로는 풀 수 없는 문제

초고령화 사회로 진입하는 한국 사회는 무엇보다 의료비 폭증과 건강보험 재정위기를 걱정해야 한다. 의사 수로 입씨름할 때가 아니라, 의료체계를 전반적으로 재정비하는 일이 꼭 필요하다. 전문가 집단, 이해관계가 얽혀있는 집단, 정부, 시민사회단체가 정치 양극화에 포박되거나, 자기 이해만 고집할 경우 문제 해결은 요원해진다. 이번 사태는 제대로 된 '정치 과정'이 우리 사회에 얼마나 필요한지, 성숙한 대화가 얼마나 중요한지를 깨닫게 해주었다.

글을 쓰기 위해 여러 토론회 자료집을 찾아보다가, 어떤 자료집에서 <더 베스트 오브 에너미스>(2019)라는 영화가 언급되었길래 찾아



영화 <더 베스트 오브 에너미스>의 장면. 1971년 미국 노스캐롤라이나주 더럼 지역이 배경이다.

보았다. 1970년대 미국에서 있었던 실화를 기반으로 한 영화의 두 주인공은 백인 우월주의를 표방하는 폭력적 비밀결사 KKK의 지역지부장 앨리스와 흑인인권운동가 앤 에드워터다. 당시 미국의 일부 주는 학교, 화장실, 기차 여객칸을 흑인 전용과 백인 전용으로 나누는 인종 분리 정책을 여전히 유지하고 있었다. 그러던 중 흑인 학생만 다니던 학교가 화재로 인해 쓸 수 없게 되자, 백인 학생들이 다니던 학교를 임시로라도 통합 학교로 개방하자는 요구가 나왔고, 백인 주민은 그럴 수 없다며 맞섰다. 흑인과 백인 양쪽 커뮤니티의 엇갈린 요구에 눈치를 보던 지역 정치인들은 문제해결의 책임을 (사법부가 아닌) 지역 주민들의 토론회로 넘겼다. 자극적인 장면 하나 없는 이 열흘 간의 과정을 영화는 담담하게 보여준다. 결론적으로는 서로 말 섞기도 싫고, 같은 테이블에 앉기도 싫은 세상에서 가장 다른 입장을 가진 두 사람이 우정을 키우게 되고, 학교 통합의 문제도 결국 합의에 이르게 된다. 영화는 인종 갈등을 넘어서는 계급적 동질성을 포인트로 강조했는데, 그 외에도 지역 토론

회의 진행을 맡은 빌 리디의 중재자로서의 설득 역량과 토론 기법도 주목할만하다.

뜬금없이 영화 얘기를 한 것은, 정부와 의사 집단 간의 입장이 아무리 다른들, KKK와 흑인인권운동가 간의 역사적으로 누적된 증오심에 비할 수 있을까 싶어서다. 대통령 탄핵 심판을 앞두고 우리 사회는 내전에 필적하는 혼란에 빠져 있다. 그러나 일 년의 시간 동안 우리가 확인한 것은, 어려운 개혁 정책일수록 반드시 상대와의 대화를 통해서만 조금이라도 진전할 수 있다는 것 아닐까? '의료인력 수급추계위원회 법안'이 본회의의 논의를 기다리고 있다. 한치도 예측하기 어려운 정국이지만, 정부의 노련하고 민주적인 논의 설계와, 의료계·시민 사회의 성숙한 의견 표현을 통해 한국 사회의 의료 개혁이 지금보다는 조금이라도 더 진전하기를 바란다. ●

* 참고 자료

- 김연희, 뒤틀린 한국 의료: 의대 정원 너머 '진짜 보건의료 문제' 취재기, 산지니 (2024)
- 천관울 외, 가장 쉽게 설명하는 의료 대란의 본질, 얼룩소 (2024)
- OECD 보건통계 2022로 보는 우리나라 보건의료 현황, 보건복지부 (2022)
- OECD 주요국의 GDP 대비 경상의료비 비율 (원자료: OECD Health expenditure and financing) (2024. 10)
- 보건복지부, 필수의료 정책패키지 (2024.2.) 제2차 국민건강보험 종합계획 (2024.2.)
- 국회예산정책처, 2024~2033년 NABO 중기재정전망(24.10.28)
- 금융위원회, 의료체계 정상화를 위한 비급여 실손보험 개혁방안 정책토론회 자료집 (2025.1)
- 한국과학기술한림원, 필수의료 해결을 위한 제도적 방안 토론회 자료집(2024.3)
- 김미진, 필수의료 개념 규정에서의 모호함이 초래한 위기, 한국의료윤리학회지 제26권 제4호 (2023)
- 대한의학회, 일본의 의사 수급 정책 진행 과정과 시사점 (2024.5)