

제422회 국회
(임시회)

보건복지위원회 회의록

제 1 호

국 회 사 무 처

일 시 2025년2월14일(금)

장 소 보건복지위원회 회의실

의사일정

1. 청원 심사기간 연장 요구의 건
2. 가족돌봄아동·청소년·청년 지원법안(의안번호 2202436)
3. 취약청년 자립지원 및 보호에 관한 법률안(의안번호 2202944)
4. 위기청년 지원에 관한 특별법안(의안번호 2203064)
5. 위기청년 지원에 관한 법률안(의안번호 2204618)
6. 아동복지법 일부개정법률안(의안번호 2205591)
7. 돌봄 아동·청소년·청년 지원에 관한 법률안(의안번호 2205442)
8. 취약계층 청년의 자립지원에 관한 법률안(의안번호 2205452)
9. 가족돌봄아동·청년 지원법안(의안번호 2207086)
10. 위기청년복지 지원법안(의안번호 2207308)
11. 돌봄 아동·청소년·청년 지원법안(의안번호 2207640)
12. 가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률안(대안)
13. 공청회 개최의 건
14. 의료인력 수급추계기구 법제화를 위한 공청회

상정된 안건

1. 청원 심사기간 연장 요구의 건 2
2. 가족돌봄아동·청소년·청년 지원법안(의안번호 2202436) 3
3. 취약청년 자립지원 및 보호에 관한 법률안(의안번호 2202944) 3
4. 위기청년 지원에 관한 특별법안(의안번호 2203064) 3
5. 위기청년 지원에 관한 법률안(의안번호 2204618) 3
6. 아동복지법 일부개정법률안(의안번호 2205591) 3
7. 돌봄 아동·청소년·청년 지원에 관한 법률안(의안번호 2205442) 3
8. 취약계층 청년의 자립지원에 관한 법률안(의안번호 2205452) 3
9. 가족돌봄아동·청년 지원법안(의안번호 2207086) 3
10. 위기청년복지 지원법안(의안번호 2207308) 3
11. 돌봄 아동·청소년·청년 지원법안(의안번호 2207640) 3
12. 가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률안(대안) 3
13. 공청회 개최의 건 5

14. 의료인력 수급추계기구 법제화를 위한 공청회 6

(10시04분 개의)

○위원장 박주민 좌석을 정돈하여 주시기 바랍니다.

성원이 되었으므로 제422회 국회(임시회) 제1차 보건복지위원회를 개최하겠습니다.

보고사항은 노트북 단말기 자료를 참고하여 주시기 바랍니다.

(보고사항은 끝에 실음)

의사일정 진행에 앞서서 국회사무처의 인사발령으로 우리 위원회에 새롭게 오신 분들을 좀 소개해 드리도록 하겠습니다.

안병갑 입법조사관님이십니다.

오은선 입법조사관님이십니다.

하상우 행정실장님이십니다.

(인사)

전에 계시던 행정실장님은 저하고 한마디 상의도 없이 훨씬 더 좋은 곳으로 가셨습니다. 우리 위원회에 근무하시게 된 것 진심으로 환영합니다.

정부위원 출석과 관련해서 안내 말씀 드리겠습니다.

이기일 보건복지부1차관님은 OECD 사회정책장관회의 참석을 위해 국외 출장 사유로 오늘 회의 불출석을 요청해서 위원장과 간사 위원님들 간의 협의를 거쳐서 이를 허가하였습니다.

오늘 회의에서는 1건의 청원에 대하여 심사기간 연장 요구의 건을 의결하고 법안심사소위원회에서 심사한 법률안에 대하여 소위원장으로 부터 심사 결과를 듣고 의결한 후에 의료인력 수급추계기구 법제화를 위한 공청회를 개최하도록 하겠습니다.

아울러 오늘 회의는 국회방송을 통하여 오전에는 생중계, 오후에는 녹화중계된다는 점도 알려 드리겠습니다.

그러면 의사일정에 들어가도록 하겠습니다.

1. 청원 심사기간 연장 요구의 건

(10시06분)

○위원장 박주민 의사일정 제1항 청원 심사기간 연장 요구의 건을 상정합니다.

국회법 제125조제6항에 따르면 장기간 심사를 필요로 하는 청원은 위원회의 의결로 의장에게 심사기간의 연장을 요구할 수 있습니다.

청원소위원장이신 백종헌 위원님께서 3월 중에 반드시 청원소위를 열겠다고 약속을 해주셨습니다. 백종헌 위원님께서 청원소위원장으로 선임되셨을 당시에 국민의 목소리를 가장 가까이에서 경청하고 그 뜻을 국정에 제대로 반영하겠다고 하셨던 각오의 말씀을 저는 지금도 기억하고 있습니다. 그 말씀을 믿고 정말 마지막으로 청원 심사기간을 연장하고자 합니다.

배부해 드린 유인물과 같이 유방암 치료제 엔허투 약제의 보험 급여 대상이 HER2 저발현 전이성 유방암 환자에게까지 확대될 수 있도록 승인 요청에 관한 청원을 소위원회에서 심도 있게 심사하도록 2025년 3월 31일까지 심사기간 연장을 요구하고자 하는데 이의 없으십니까?

(「예」 하는 위원 있음)
가결되었음을 선포합니다.
그러면 의사일정에 들어가도록 하겠습니다.

2. 가족돌봄아동·청소년·청년 지원법안(의안번호 2202436)
3. 취약청년 자립지원 및 보호에 관한 법률안(의안번호 2202944)
4. 위기청년 지원에 관한 특별법안(의안번호 2203064)
5. 위기청년 지원에 관한 법률안(의안번호 2204618)
6. 아동복지법 일부개정법률안(의안번호 2205591)
7. 돌봄 아동·청소년·청년 지원에 관한 법률안(의안번호 2205442)
8. 취약계층 청년의 자립지원에 관한 법률안(의안번호 2205452)
9. 가족돌봄아동·청년 지원법안(의안번호 2207086)
10. 위기청년복지 지원법안(의안번호 2207308)
11. 돌봄 아동·청소년·청년 지원법안(의안번호 2207640)
12. 가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률안(대안)

(10시07분)

○위원장 박주민 의사일정 제2항 가족돌봄아동·청소년·청년 지원법안부터 의사일정 제12항 가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률안까지 이상 11건의 안건을 일괄하여 상정합니다.

소위원회에서 의결한 법률안의 세부 사항은 좌석의 노트북을 통해 확인해 주시기 바랍니다.

그러면 법안심사소위원회의 심사 결과를 듣도록 하겠습니다.

강선우 소위원장님께서 법안심사제1소위원회 심사 결과를 보고해 주시기 바랍니다.

○소위원장 강선우 법안심사제1소위원장 강선우 위원입니다.

우리 법안심사제1소위원회는 10건의 법안을 심사한 결과 이를 통합 조정하여 1건의 대안으로 제안하기로 의결했습니다.

가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률안은 서영석 의원, 김성원 의원, 조승환 의원, 김미애 의원, 정춘생 의원, 조은희 의원, 강선우 의원, 서미화 의원, 김남희 의원이 각각 대표발의한 10건의 법률안을 통합 조정한 것으로 주요 내용은 가족돌봄 아동·청년과 고립·은둔 아동·청년 등 위기 아동·청년의 사회적 고립을 방지하고 삶의 질을 향상시키기 위해 전담조직을 통해 위기 아동·청년을 선정하고 사례관리 계획을 수립해 심리상담 지원, 학업 및 취업 지원 등 사회보장급여를 지원하는 체계를 마련하려는 것입니다.

최소 1만 3544명, 많게는 2만 4134입니다. 표로 계산하면 0이 돼 버리는 숫자이고 단체나 협회를 꾸리자면 또 0이 되는 숫자입니다. 2만 명이 넘는 목소리가 아닌 무음이 되는 숫자입니다. 바로 가족돌봄 노동을 짊어진 만 13세 미만 아이들의 숫자입니다.

나이가 든 중년이 노인이 돼 편찮으신 부모를 돌보는 일은 누구나 예상할 수 있는 일입니다. 그러나 그 작은 고사리손으로 조부모와 부모를 씻기고 기저귀를 갈고 빨래를 하고 식사를 챙기고 병원에 모시고 가고 약을 챙기고 집안일을 하고 그러면서 학교를 다니는 아이들의 삶은 누구도 예상하지 못한 사회적 재난입니다.

이 법안은 내용적 측면에서도 우리 사회의 포용 범위를 넓히는 전환점이지만 동시에 비슷한 시기에 비슷한 경험을 겪는다는 전제를 가진 생애주기 중심의 국가 복지서비스 전달체계를 생애과정 중심으로 그 관점을 바꾼 획기적 제정법이라는 점에서 그 의미가 더 큼니다.

오늘 회의에는 참석하지 못하셨지만 보건복지부 이기일 차관께서 해당 법안의 통과를 위해 위원 한 분 한 분 직접 찾아가 설명하는 등 최선을 다해 주셨습니다. 이 자리를 빌려 특별히 감사하다는 말씀을 전하며 법사위와 본회의 통과까지 정부의 적극적 노력을 부탁드립니다.

보다 자세한 내용은 노트북에 탑재된 자료를 참고해 주시고, 아무쪼록 우리 법안심사제1소위원회가 심사보고한 대로 심사 의결하여 주시기 바랍니다.

감사합니다.

○위원장 박주민 고생하셨습니다.

법안심사에 애써 주신 강선우 소위원장님과 소위 위원님들 정말 고생 많으셨고요.

법안심사소위원회의 심사 결과에 대해서 의견 있으신 위원님 계시면 말씀해 주시기 바랍니다. 발언 시간은 간사님 간 협의에 따라 5분입니다.

특별히 의견을 주실 위원님들이 없으신 것 같습니다. 그러면 의결 절차를 진행하도록 하겠습니다.

먼저 비용추계 및 공청회 생략을 위한 의결을 하도록 하겠습니다.

국회법 제79조의2제3항 단서에 따라 예산상 또는 기금상의 조치를 수반하는 대안에 대해 국회예산정책처의 비용추계서 첨부를 생략하도록 의결하고자 하는데 이의 없으십니까?

(「예」 하는 위원 있음)

가결되었음을 선포합니다.

다음으로 제2항부터 제12항까지에 관한 공청회는 국회법 제58조제6항 단서에 따라 위원회 의결로 생략하고자 하는데 이의 없으십니까?

(「예」 하는 위원 있음)

가결되었음을 선포합니다.

의사일정 제12항 가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률안은 제정법률안이기에 때문에 국회법 제58조제5항에 따라 축조심사를 하고자 합니다. 축조심사 대상 안건의 세부 내용은 노트북 단말기에 탑재된 자료를 참조해 주시기 바랍니다.

먼저 법안의 제명 그리고 제1조부터 제10조까지 의견이 있으신 위원님 말씀해 주십시오.

없는 것도 아니고 있는 것도 아니고 그런 겁니까? 없지요?

(「없습니다」 하는 위원 있음)

다음은 제11조부터 제20조까지 의견이 있으신 위원님 말씀해 주십시오.

(「없습니다」 하는 위원 있음)

다음은 제21조부터 제30조까지 의견이 있으신 위원님 말씀해 주십시오.

(「없습니다」 하는 위원 있음)

다음부터 이 당번을 좀 정해야 될 것 같아요.

다음은 31조부터 부칙까지에 대해서 의견이 있으신 위원님 말씀해 주십시오.

(「없습니다」 하는 위원 있음)

이상으로 축조심사를 마치겠습니다.

그러면 의결하도록 하겠습니다.

의사일정 제12항 가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률안(대안)을 소위원회에서 심사보고한 대로 채택하고 의사일정 제2항부터 제11항까지의 법률안은 본회의에 부의하지 않는 것으로 의결하고자 하는데 이의 없으십니까?

(「없습니다」 하는 위원 있음)

가결되었음을 선포합니다.

오늘 의결한 법률안의 체계와 자구의 정리는 위원장에게 위임하여 주시기 바랍니다.

그러면 법률안 의결에 따른 정부 측 인사를 듣도록 하겠습니다.

조규홍 보건복지부장관님 나오셔서 인사말씀해 주시기 바랍니다.

○보건복지부장관 조규홍 존경하는 박주민 위원장님 그리고 보건복지위원회 위원님 여러분!

법안심사소위원회를 통해 보건복지부 소관 법률안을 심의 의결해 주신 데 대해 강선우 법안심사제1소위원장님과 위원님들께 감사의 말씀을 드립니다.

심도 있는 법안심사를 통해 국민이 체감하는 정책 개선이 이루어질 수 있게 되었다는 점에 감사함과 막중한 책임감을 느낍니다.

가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률 제정으로 가족돌봄, 고립·은둔 등 위기 상황에 놓여 있는 아동·청년에 대한 전담 지원체계를 구축하여 사회적 고립을 방지하고 건강한 사회 참여를 보장할 수 있는 기반을 마련할 수 있게 되었습니다.

심의 과정에서 주신 의견들은 향후 시행 준비과정에서 충실히 반영하여 당초의 입법 취지를 달성할 수 있도록 만전을 기하겠습니다.

법안심의에 애써 주신 위원님들께 다시 한번 감사드립니다.

○위원장 박주민 수고하셨습니다.

13. 공청회 개최의 건

(10시14분)

○위원장 박주민 다음은 의사일정 제13항 공청회 개최의 건을 상정합니다.

오늘 공청회는 여러 위원님들께서 의료인력 수급추계기구 법제화에 관한 공청회가 필요하다라는 의견을 주셨고 여야 간사 위원님들께서 공청회를 실시하기로 협의한 바 있습니다.

그에 따라서 오늘 진술인 열두 분을 모시고 우리 위원회 공청회를 실시하고자 합니다.

이와 같이 공청회를 실시하는데 위원님들 이의 없으십니까?

(「예」 하는 위원 있음)

가결되었음을 선포합니다.

이제 공청회 준비를 위하여 회의장을 잠시 정돈하도록 하겠습니다.

장관님!

○보건복지부장관 조규홍 예.

○위원장 박주민 제가 보건복지부 기조실에다가 지난번에 저희 보건복지위원회에서 합의됐었던 예산안인데 결국은 증액되지 못했던 부분들을 정리해 달라고 말씀을 드렸고 자료를 오늘 받았거든요. 이후에 장관님하고 좀 상의를 드려야 될 것 같습니다. 이 예산을 추경 등을 통해서 어떻게든 반영을 해야 되기 때문예요.

○보건복지부장관 조규홍 예, 알겠습니다.

○위원장 박주민 장관님 등 정부 측 인사분들 이석하셔도 좋습니다.
진술인분들 들어오셔서 착석하시고요.

14. 의료인력 수급추계기구 법제화를 위한 공청회

(10시18분)

○위원장 박주민 그러면 의사일정 제14항 의료인력 수급추계기구 법제화를 위한 공청회를 상정합니다.

오늘 공청회는 의료인력 수급추계위원회 법제화에 대해 학계, 의료계 그리고 환자·소비자 단체 등의 의견을 청취하기 위해 마련되었습니다.

특히 의대 정원 증원 문제로 의정 갈등이 오랫동안 이어지고 있는 만큼 오늘 공청회에서 의미 있는 논의를 통해 이 문제의 해결의 단초를 마련할 수 있길 기대하고 있습니다.

어려운 걸음 해 주신 진술인분들께 진심으로 감사드리겠습니다.

오늘 공청회에 참석하신 열두 분의 진술인을 소개해 드리도록 하겠습니다.

소개받으신 진술인께서는 몸이 불편하지 않으시면 잠시 일어서셔서 인사하고 다시 앉아 주시면 되겠습니다.

신영석 고려대학교 보건대학원 연구교수님 나오셨습니다.

감사합니다.

옥민수 울산대학교병원 예방의학과 교수님 나오셨습니다.

감사합니다.

강정화 한국소비자연맹 회장님 나오셨습니다.

감사합니다.

정형선 연세대학교 보건행정학부 교수님 나오셨습니다.

감사합니다.

장원모 보라매병원 공공의학과 교수님 나오셨습니다.

감사합니다.

안기종 한국환자단체연합회 대표님 나오셨습니다.

안덕선 대한의사협회 의료정책연구원장님 나오셨습니다.

감사합니다.

김민수 대한의사협회 정책이사님 나오셨습니다.

감사합니다.

정재훈 고려대학교 의과대학 교수님 나오셨습니다.

장부승 일본 관서외국어대학교 교수님 나오셨습니다.

허윤정 단국대학교병원 외상외과 교수님 나오셨습니다.

김기주 대한병원협회 기획부위원장님 나오셨습니다.

(인사)

그리고 정부 관계자로 김국일 보건복지부 보건의료정책관이 회의장에 배석하고 계십니다.

위원님들 질의에 참고해 주시기 바랍니다.

참고로 오늘 공청회에 박단 대한전공의협의회 비상대책위원장님 배석해 계시지요? 정유용 대한한 의사협회 수석부회장님 나와 계시고 함은정 대한간호협회 과장님께서도 자리를 함께하셔서 방청하고 있음도 알려 드리도록 하겠습니다.

오늘 공청회 진행은 우선 진술인의 발표를 차례로 듣고 위원님들께서 질의하는 순서로 하겠습니다.

공청회는 국회법 제64조제4항에 따라서 우리 위원회의 회의로 진행되며 진술인 상호 간의 토론은 허용되지 않음을 양해해 주시기 바랍니다.

진술인들께서는 발언대로 나오셔서 핵심 사항 위주로 8분 이내로 발표해 주시면 감사하겠습니다.

먼저 신영석 고려대학교 보건대학원 연구교수님 진술해 주시기 바랍니다.

○진술인 신영석 신영석입니다.

보건의료인력 수급추계위원회 관련 제 의견을 말씀드리도록 하겠습니다.

먼저 간략하게 보건의료인력의 특성을 조금 살펴보면 보건의료인력은 다른 직역, 다른 영역과 달리 시장독점 그리고 장기간 인력양성체계 이런 특징을 갖고 있습니다. 그래서 당연히 경쟁의 제한이 따르고 있고요. 이 말은 국가 주도의 규제와 정책이 뒷받침되어야 한다는 의미를 갖고 있기도 합니다.

WHO 권고사항을 보면 보건의료인력을 둘러싼 전반적 현황과 실태는 인력수급체계, 노동시장에서의 맥락 그리고 건강보험제도 및 보건의료체계 전반을 함께 고려해야 된다고 이렇게 권고하고 있습니다. 그러니까 보건의료인력 그 자체만 놓고 판단하는 게 아니고 제반 다른 보건정책과 같이 한꺼번에 패키지로 형태로 고민되어야 한다 그런 의미를 담고 있다고 볼 수 있겠습니다.

인력 수급추계위원회 신설의 필요성에 대해서는 아마 대부분 다 공감할하실 거기 때문에 굳이 언급을 하지 않겠습니다.

지금 의원님들의 6개 법안 제안이 되어 있는데요. 공통점과 차이점을 간단히 보면 그 필요성에 대한 것들은 대부분 다 같이 언급을 하고 계십니다. 그래서 그게 공통점이라고 볼 수 있겠고요. 주요 차이점으로는 4개의 법안은 보건의료기본법에 규정을 하는 것을 제안하고 계시고 두 의안은 보건의료인력지원법에 규정하는 것을 제안하고 계십니다.

또 위원회에 의결 기능을 부여할 것인지 아니면 심의까지만 할 것인지, 그러니까 소위 자문기구로서의 역할을 부여할 것인지 의결 기능까지 포함할 것인지 이런 차이가 있는 것 같고요. 위원회 구성 측면에서 해당 직역의 전문가를 50% 이상으로 할 것인지 여부 이것도 일부 좀 차이가 있는 것으로 보여집니다. 그리고 위원회를 만들되 그 해당 위원회의 주요 업무 내역에 관련해서는 다소간 차이가 있어 보입니다. 대부분 그러니까 6개의 법안 모두 국가 단위, 지역 단위 수급추계가 이루어져야 된다는 것은 공통적으로 담고 있습니다. 또 일부 법안에서는 진료과목 단위 보건의료인력 추계까지도 언급하고 계시고 또 인력양성 계획까지도 포함하는 그런 법안도 있습니다.

관련해서 외국의 사례를 간단히 보도록 하겠습니다.

네덜란드에서는 네덜란드 보건부 재정지원으로 의료인력계획자문위원회를 운영을 하고 있습니다. 여기에서 인력 수급추계를 하고 있고요. 그 외에도 인력정책 자문, 교육 및 훈련에 대한 보고서도 발행하고 있는 중입니다.

위원회 구성은 전문가, 교육기관 그리고 보험자 각각 9명씩 27명으로 구성이 되어 있고요. 정부로부터 독립성을 확보하고 있습니다. 다만 정부에 자문하는 그런 역할을 수행하고 있다.

일본도 의사수급분과회라는 게 2015년 이후에 후생성 산하에서 운영되고 있는데 여기에서도 수급추계를 실시하고 또 의사 편제 대책까지도 마련하고 있습니다.

구성을 보니 일부 조금 변동이 있습니다마는 2022년도 기준으로 총 21명 위원 중에 의사가 16명이고 다른 전문가가 5명인데 여기서 의사 16명을 정부에서 선임하는 것으로 이렇게 되어 있더군요. 역시 마찬가지로 자문 역할을 수행하는 것으로 되어 있습니다. 의결 기능은 갖고 있지 않습니다.

그 외에 프랑스·호주·캐나다·영국·미국·노르웨이 이런 대부분의 나라들이 국가 단위에서 의료인력 수급추계기구를 가지고 있고 거기서 실제 수급추계를 한다 이렇게 보시면 될 것 같습니다.

전체적으로 시사점을 보면 이런 기구들이 다 독립적으로 대부분 운영을 하고 있습니다. 그러면서 자문기구 역할만 하고 있다. 그러니까 의결 기능을 갖고 있지는 않고 정부가 최종 정책 결정을 하고 있다 이렇게 보시면 될 것 같습니다.

관련해서 저는 다음과 같이 생각합니다. 이번 수급추계위원회 구성 및 운영 관련 제제안을 말씀드리면 당연히 기능은 의사·치과의사·한의사 이런 의료인들, 간호사 포함해 가지고 그리고 약사까지, 이런 5개 직역에 대해서는 매 3년마다, 그 외 의료기사나 나머지, 의료기사 외 이런 인력들, 전체적으로 보면 20개 직종에 해당됩니다. 이런 인력에 대해서는 매 5년마다 수급추계 실시하는 것을 제안드리고자 합니다. 또 전국 단위, 진료권 포함해서 지역 단위 그리고 의사의 경우는 진료과목까지 세분화해서 추계하는 것을 제안드리고요. 또 여기서 당연히 추계모형에 대한 검토도 있어야 될 것으로 보여집니다.

추가로 수급추계 외에도 인력의 양성, 교육, 배치 등에 대한 정책 제안도 같이 있어야 될 것으로 생각하고 있습니다.

구성은 총 21명 정도 이렇게 저는 제안을 드리는데 세부적으로는 공급자가 추천하는 전문가 3분의 1, 가입자가 추천하는 전문가 3분의 1 그리고 공공 파트에서 3분의 1 이렇게 제안드리고자 하고요. 위원장은 공공 대표 중에서 호선으로 선임하는 것으로 그리고 직역별 위원회의 구성은 별도로 각각 하지만 가입자 대표와 공공 대표는 모든 직역 위원회의 위원으로 참석을 하고 해당 직역에서 각각 위원 구성을 하면 되지 않겠나 싶습니다.

운영 재원은 당연히 정부가 좀 부담을 해야 될 것 같고요. 그렇지만 정부로부터 운영 관련 독립성을 유지할 수 있도록 뒷받침돼야 되겠다라는 겁니다.

위원회의 위상은 자문기구로 추계 결과를 보건복지부장관에게 제출하되 보건복지부장관은 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐서 특별한 이유가 없는 한 위원회 수급추계 결과를 준용하는 것으로 이렇게 정하면 어떨까 싶습니다.

사실 이렇게 지금 제가 제안드리는 이유는 보건의료정책은 인력 외에도 적정 보상 그리고 이용 체계, 지불체도가 어떤 것인지 아니면 전달체계가 어떻게 되는지와 굉장히 밀접하게 관련이 되어 있습니다. 의사의 경우에 양성에 최소 10년 이상이 소요되기 때문에 10년 후 미래 정책이, 우리 환경이 어떻게 달라질 것인지를 판단하고 결정을 해야 되는 그런 상황이다 이렇게 말씀드릴 수가 있겠습니다. 당연히 지불제도랄지 이용 체계 이런 것들 어떻게 고민할 것인지 이런 차원에서 보면 최종 결정은 아마 보건복지부, 즉 정부에서 해야 되지 않을까 그런 생각을 갖고 있습니다.

제가 OECD 자료를 가지고 지불제도 차이만 놓고 의사 배분, 그러니까 분포 정도를 비교해 봤는데 행위별 수가제도를 운용하는 우리나라와 같은 국가들과 다른 국가들과 의사 인력 수를 비교해 보니까 통계적으로 유의미하게 차이가 있습니다. 그러니까 행위별 수가제를 운용하고 있는 나라들은 아무래도 상대적으로 조금 더 의사 편재가 좀 작고 나머지 국가들은 훨씬 더 의사 수가 많다 이렇게 결과가 나와 있습니다.

어떻든 위원회는 추계 결과를 심의하고 정책을 제안하는 자문기구 역할을 수행하고 최종 의사 결정은 정부에 두는 것으로 저는 제안드리고 싶습니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 고생하셨습니다.

다음은 옥민수 교수님 진술해 주시기 바랍니다.

○진술인 옥민수 울산대 옥민수입니다.

제가 준비한 진술문 토대로 요약해서 말씀드리도록 하겠습니다.

의료인력 수급추계에 관련된 법제화가 필요하나, 최근에 이런 의정 갈등 국면을 타개하는 조치로 과학적인 근거에 기반을 두고 사회적 합의를 거쳐서 추계를 할 수 있는 절차를 법률에 넣는 것은 현시점에서는 필요한 조치라고 저는 생각을 합니다.

그런데 문제는 기존의 법률이 존재를 한다는 점이지요. 보건의료인력지원법 제8조에 따르면 보건의료인력정책심의위원회가 이미 규정이 되어 있고 거기서 그 관련된 내용이 논의가 되고 있습니다. 그래서 필요한 조치이긴 한데 문제는 이렇게 기존 법률도 있고 또 쟁점이 워낙 첨예하다 보니 고려해야 될 사항이 상당히 많은 것 같습니다. 그래서 이 하 쟁점별로 총 일곱 가지로 정리를 했는데 그 내용 중심으로 말씀드리도록 하겠습니다.

페이지 12페이지 보시면, 우선 첫 번째 법제화 대상입니다.

과연 우리가 추계만 고려하면 될까라는 것을 생각해 볼 필요가 있습니다. 궁극적으로 의대 정원 문제는 필수의료 분야 종사의 의사 부족 문제 그리고 지역 간 불평등 문제 이런 것들에 대한 본질적인 문제를 해결할 수 있어야 된다고 생각합니다. 현재 논의되고 있는 법률안 자체는 추계위원회를 두고 의료인의 수급 관련된 추계, 정원 그다음 전문의 자격에 대한 수급추계 이런 것들을 의결하고 있는데 전주기적인 관리 중에 일부만 하고 있다. 그런 차원에서 한계점도 분명히 고려를 해야 한다라는 겁니다.

그래서 이 한계점을 고려했을 때 우리가 수급추계 자체를 과학적으로 하는 것도 중요하긴 하지만 종합계획 내에 전체 프레임 안에서 고려하는 게 필요할 것 같고 위원회도 그런 위상에 따라서 설정하는 게 필요할 것 같습니다.

과연 직종별 독립적인 추계가 가능할까라는 고민을 해야 됩니다. 왜냐하면 보건의료 자원은 독립적으로 기능하기가 쉽지가 않기 때문입니다. 의사인력은 다양한 보건의료 직

중 중의 하나이고 병상이나 의료시설에 상당히 영향을 미치기 때문입니다. 그래서 현장의 목소리를 반영해서 추계를 하는 것도 상당히 중요하다고 생각을 하지만 그런 차원에서 모든 것들을, 이 위원회 안에서 자원 관련된 정책에 영향을 미칠 수 있기 때문에 모든 것을 다 결정하기는 쉽지 않을 거다.

그래서 저는 추계 결과를 종합적으로 검토하는 기전은 분명히 필요하고 직종별 수급추계위원회를 설치하더라도 포괄적으로 이를 심의하는 절차를 추가로 뒤야 한다고 생각합니다.

그러면 과연 어떤 법률에 규정을 할 것인가, 위상 얘기를 할 텐데요.

보건의료기본법, 보건의료인력지원법 이런 두 가지 법안이 지금 나와 있는 것 같습니다. 표면적으로는 인력지원법에 넣는 게 더 타당해 보이긴 합니다. 그렇지만 이 위원회의 위상이라든가 아니면 보건의료인력정책심의위원회가 실질적으로 보정심과 함께 운영되고 있다는 점을 고려했을 때 사실 여기에 두는 게 실효성이 있을까 고민이 됩니다.

그래서 보건의료기본법에 관련된 수급추계위원회를 설치하는 규정도 나름 타당하다고 생각을 하는데 김운 의원님 법안에서 보시다시피 수급추계위원회를 두고 직종별 분과위원회를 두거나 아니면 보정심에서 한 번 더 심의 의결 거치는 게 저는 타당하다고 생각을 합니다.

의결권이 쟁점일 것 같긴 한데 쉽지 않을 것 같습니다. 왜냐하면, 여러 가지 이유들을 기술문에 담아 봤기 때문에 반복하지는 않겠습니다. 대신 의결권이 중요하다고 생각을 했을 때 거기에 준하는 형태의 권한을 충분히 주는 것은 저는 가능하다고 생각하고, 이런 논란이 있음에도 불구하고 의결권을 많이 준다고 했을 때 반대로 보정심에서 수급추계 결과를 재검토 요청할 수 있는 그런 규정도 좀 넣었으면 좋겠고, 아니면 여기 기술문에 넣지는 않았지만 수급추계위원회가 전체의 정원을 한 번에 정하는 게 아니라 그 가감을 정할 수 있게끔 하는 정도로 타협을 할 수 있지 않을까라는 생각도 듭니다.

다음은 구성인데요, 위원을 어떻게 구성해야 되느냐.

앞서 말씀드렸던 수급추계위원회의 이런 기능과 위원회의 위상을 제가 말씀드린 대로 형태를 한다면 저는 절반 정도를 전문가로 구성하는 것도 타당하다고 생각을 합니다. 그리고 그 위원을 추천하는 직종 대표로는 의료법 제28조에 규정한 중앙회로 규정하는 게 논란을 피할 수 있을 거라 생각을 하는데 그럼에도 불구하고 위원회에 공무원이나 간사를 두는 것들 통해서 서로 협의할 수 있는 기전을 만드는 것은 분명히 필요할 것 같고 위원장도 독립성 및 권한을 부여한다는 측면에서 위원 안에서 호선하는 게 나름 더 타당하다고 생각을 합니다.

16페이지고요.

어떤 지위를 가져야 되는지에 대한, 수급추계센터입니다.

사실 뒤에서 말씀드리겠지만 수급추계가 결코 쉬운 문제가 아니기 때문에 전문적으로 분석할 수 있는 기구는 설치를 해야 한다고 생각을 합니다. 그런데 문제는 또 겹치는 게 있다는 거지요. 보건의료인력지원법에 따라서 보건의료인력 지원 전문기관이 이미 규정되어 있는데 그 기관이 잘 운영이 되고 있지는 않은 것 같습니다. 그래서 사실 법을 만들어서 이것을 다 해결할 수 있는 것은 아닌 것 같고, 법은 시작이고 그 이후에 충분히 하게 예산 지원 이런 것들이 이루어져야 된다고 생각을 합니다.

그다음, 다섯 번째 쟁점은 입학 정원 조정 특례입니다.

과연 이게 논란이 없을까라는 건데 결론적으로는 입학 정원 결정 자체가 교육부의 소관 업무인 것은 틀림이 없다고 생각을 합니다. 그래서 이것 때문에 부정적인 의견이 이미 나와 있다고 생각을 하는데 그렇지만 2026년 한 해고 한 해 정도는 부처 간의 협의를 통해서 결정을 할 수 있지 않을까라는 생각이 듭니다.

이외에 하위법령 위임 이런 것들도 필요할 거라고 생각합니다. 이것은 법을 더 다듬을 때 넣을 수 있지 않을까 싶고요.

마지막으로 추가적으로 고려해야 할 사항인데요.

과연 타당하게 이 수급추계를 할 수 있느냐라는 것을 근본적으로 고민을 해 봐야 할 필요가 있습니다. 왜냐하면 모형이 상당히 다양하기 때문이지요. 대표적으로 경제학적 수요 모형을 많이 이용을 하고 있는데 이 경제학적 수요 모형의 한계점을 좀 인식을 할 필요가 있습니다. 왜 그렇게 생각하냐면 우선 과거 자료를 이용해서 추계를 하기 때문에 현재의 상황 자체가 옳다라는 가정하에서 추계를 하고 그 나온 결과를 그대로 인용을 하게 된다면 상당히 논란이 있을 거라고 생각합니다.

예를 들어서 필수의료 영역에서 요즘 우리가 보건의료인력 부족 문제가 있다고 하는데 이런 것에 수요가 이미 부족하고 그러면 공급을 적게 해야 되는 것 아니냐라고 얘기를 할 수 있을 텐데 이것은 쉽지가 않은 거지요. 그렇게 하면 필수의료 쪽에 여전히 인력 공급이 안 되고 있는 거고 특히나 의료취약지에서는 이러한 문제점이 더더욱 드러나게 될 겁니다. 필수의료 영역 같은 경우에는 진료체계를 유지하는 데 정말 필요한 인력을 수요와 관계없이 산출하는 작업을 병행해야 한다고 생각합니다.

그래서 수급추계위원회가 이렇게 설치가 되더라도 다양한 의견들을 취합해서 다양한 관점을 포괄하는 것으로 결론을 내리는 게 상당히 중요하리라 생각을 하고 그에 못지않게 다양한 이해관계자들을 설득하는 노력까지도 포함이 돼야 한다고 생각합니다. 즉 수급추계위원회에 권한을 만약에 준다고 할 때 그 권한만큼 책임 또한 갖는다는 것을 좀 명심했으면 좋겠습니다.

요약을 하면 현재 의정 갈등 사태를 해결하기 위해서는 어떻게든 뭔가 조치가 필요하다는 것은 저도 동의를 합니다. 그리고 이 보건의료인력 관련된 수급추계 법제화가 그 실마리를 제공할 수 있다면 저는 그것도 타당하다고 생각을 하고 좋다고 생각하고 다소 체계적이지 않더라도 사회적 합의를 이끌어 낸다는 목적하에서 이런 법제화가 이루어졌으면 좋겠고 정책적 대안으로 기능할 수 있도록 제대로 이루어졌으면 좋겠습니다.

이하 제가 20페이지부터는 더 요약해서 제 의견을 남겼으니깐요 다시 반복하지는 않겠습니다.

제 진술문 여기까지 하도록 하겠습니다.

감사합니다.

○위원장 박주민 고생하셨습니다.

다음은 강정화 회장님 진술해 주시기 바랍니다.

○진술인 강정화 한국소비자연맹 강정화입니다.

입법의 필요성을 우선 말씀을 드리겠습니다.

과학적이고 또 폭넓은 사회적 합의에 바탕을 둔 보건의료인력에 대한 수급추계의 필요

성이 부각되는 상황입니다. 이를 위해서 법률적 근거를 두는 것은 필요하다고 생각합니다.

그런데 입법 체계상 개정 대상 법률을 보면 지금 보건의료인력의 수급추계를 논의하기 위해서 법률적 근거를 어디에 둘지에 대해서 보건의료기본법을 개정하는 방안도 있고 보건의료인력지원법을 개정하는 방안도 제시되고 있습니다.

그런데 이와 관련해서 현행 법률 체계상으로는 보건의료인력 종합계획을 수립하고 관련 실태조사를 하며 보건의료인력정책심의위원회의 설립 근거가 이미 규정되어 있는 보건의료인력지원법을 개정하는 것이 더 편리할 것으로 생각합니다. 즉 기존 법률과의 체계를 유지하면서 필요한 개정을 최소화할 수 있지 않을까 생각을 하는데, 다만 현재 의대 정원의 이슈라든가 필수의료 인력의 확보 또 지역의료서비스의 확충, 고령화와 AI 등 새로운 의료서비스 흐름에 따른 인력 수급 대응 등 복합적인 문제를 다루는 관점에서는 보건의료와 관련된 기본 법률인 보건의료기본법에 관련 규정을 두는 것도 굳이 반대할 이유는 없지 않을까 생각합니다.

보건의료기본법에 근거를 두는 경우에는 기존의 보건의료인력지원법과의 관계 또 보건의료인력정책심의위원회와의 관계 등을 고려할 필요가 있고 또 전반적인 법률 개정 작업이 필요할 것으로 보입니다. 결국 보건의료기본법뿐 아니라 보건의료인력지원법을 동시에 개정하는 것도 고려해 볼 만한 것이 아닌가 생각이 됩니다.

예를 들어서 현재는 보건의료인력지원법 제8조 6항에 ‘보건의료기본법 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회는 제2항 각호의 심의사항에 대해 위원회에 의견을 제시할 수 있다’라고만 규정이 되어 있는데 만약에 보건의료기본법을 개정해서 보건의료정책심의위원회가 보건의료인력 수급정책까지 심의할 경우에는 이 심의 내용이 보건의료인력정책심의위에 대해서 어떤 법률적 구속력을 가져야 할지 이런 부분에 대한 검토가 필요하다고 봅니다.

우선 세 번째로는 논의기구의 구성과 관련해서 의견을 드리겠습니다.

논의기구 구성 방안과 관련해서 각 직종별 단체와 또 노동자단체, 환자·소비자 단체, 학계가 추천하는 위원으로 구성하는 것에 원칙적으로 저희는 반대하지는 않습니다. 다만 보건의료 공급자 측에서 추천하는 위원이 수급추계위원회나 또는 직종별 분과위원회의 과반수 이상을 차지하는 일부 법안들에 대해서는 우려가 큼니다.

개정안들의 개정 사유를 보면 이유로 든 것이 전문성 확보 또 사회적 합의, 객관성, 독립성 이러한 것들이 근거가 되는데요. 그런데 전문성은 위원의 자격요건을 보면 위원회에 참여하는 위원들 모두가 전문가라고 볼 수 있는 분들입니다. 전문가로 구성된 위원회에서 해당 직종의 위원이 과반수 이상이라는 것은 객관성이나 사회적 합의라는 측면에서 우려가 크다고 말씀을 드릴 수가 있고 특히 수급추계위원회가 의결을 하든 자문을 하든 결국은 상위 위원회나 보건 당국에서 이것을 받아들일 수밖에 없는 여러 가지 상황들이 있는 것 같습니다.

그러니까 이것이 자문의 역할에서만 끝나는 것이 아니고 고려해야 된다는가 아니면 존중해야 된다는가 이런 표현들을 통해서 추계위원회의 역할이 굉장히 중요해지고 크다는 것 그리고 의료인력 추계를 정하는 데에서 굉장히 핵심적인 역할을 할 것이라고 생각되기 때문에 위원회 구성에 있어서는 특히 사회적 합의라든가 객관성을 담보할 수 있는 이

런 부분이 중요하다고 생각합니다.

또한 그 위원의 자격을 보면 1, 2, 3, 그러니까 경제학·보건학·인구학 등의 전공자, 인력정책 또는 인력수급추계 분야의 전문지식과 연구실적이 풍부한 자 또 대학의 조교수, 연구기관의 연구위원 이상 자격을 사실 모두 갖추라고 규정하고 있는 일부 법안들이 있는데 이것이 현실성이 있는지 좀 우려가 되고 있고요.

또 어떤 한 의안에서는 위원을, 특히 시민사회단체나 다른 위원회에서 그러니까 전문가로 추천되는 분들에 대해서 전문성 검증을 요청할 수 있고 보건복지부장관은 각 단체로부터 전체 위원에 대한 동의를 득한 후에 위촉하여야 한다면 하는 규정이 있는데 이렇게 된다면 자칫 위원회 구성 자체가 어려울 수 있지 않을까라는 우려도 있습니다.

그리고 보건의료인력정책심의위원회 위원 구성에 있어서 한 개정안에서 ‘비영리민간단체에서 추천하는’을 ‘비영리민간단체에 소속된 사람 중 국회에서 추천하는’ 이런 단서 조항을 달았는데요. 저는 왜 국회에서 추천하는 것이 필요한지에 대한 의문이 있고 어쨌든 사회적 합의나 객관성, 여러 가지들을 위해서 폭넓은 환자·소비자·시민 단체의 참여가 필요하다고 생각을 합니다.

그리고 보건의료 수급추계 전문연구기관에 관련해서는 필요하다고 동감을 하고 일부 법안에서 지원할 수 있다든가 아니면 설치할 수 있다 이런 것보다는 명확히 의무적으로 규정을 해서 수급추계기관의 전문성을 충분히 확보할 수 있는 방안이 필요하다고 생각합니다.

마지막으로 참여와 투명성의 확보를 좀 더 강조하고 싶은데요. 지금 관련 법안에서는 이 부분에 대한 제안이 없는 것으로 보입니다. 단순히 참여 위원들과 전문가 또는 관료에 의한 논의와 결정이 아닌 폭넓은 사회적 논의와 다수의 전문가의 의견에 기초한 논의가 가능하도록 해야 할 것이고 이러한 부분에 있어서 참여와 투명성 확보를 위한 조항이 특별히 필요하지 않은가 생각이 됩니다.

대통령령이나 어떤 운영 규정에서도 정할 수 있겠지만 예를 들어서 회의록 공개라든가 공개 청문회의 진행이라든가 아니면 의결이나 논의사항에 대한 청문회 공개 심의 진행 가능성 또 대중 및 전문가의 의견수렴 절차, 전문기관에 대한 용역 발주의 가능성 이런 것들에 대한 투명성 확보를 위한 방안들을 좀 더 법안에서 강조할 필요가 있지 않을까라는 생각이 있습니다.

감사합니다.

○위원장 박주민 고생하셨습니다.

다음은 정형선 교수님 말씀 듣도록 하겠습니다.

○진술인 정형선 연세대학교 보건행정학부 정형선 교수입니다.

저는 개인적으로 거의 40년 가까이 의료정책의 실무자로서, OECD 연구원으로서, 대학의 교수로서, 의료제도와 건강보험을 전공해 왔습니다. 제게 의견 개진의 기회를 주신 점 박주민 위원장님을 비롯한 여러 위원님들께 감사드립니다.

드릴 말씀이 많아서 빠른 속도로 말씀드림을 양해해 주시기 부탁드립니다.

1년 넘게 전국을 뒤흔들고 있는 소위 의정 사태는 오랜 기간 누적된 의사인력 정책의 역사성을 함께 보아야 제대로 이해가 됩니다.

2003년, 의대 입학생이 350여 명으로 축소되었고 많은 의료전문가와 보건경제학자들은

이미 그때부터 그것이 초래할 문제점의 심각성을 지적했습니다.

2012년, 이명박 정부 시절에는 의사인력 수급 TF가 보건복지부 내에 만들어져 의대 증원이 추진되는 듯했지만 결국 의사들의 반발로 해체되었습니다.

2020년, 문재인 정부가 발표한 400명 의대 증원 정책은 전공의의 현장 이탈이 시작되자 백지화되었습니다.

예상대로 배출이 줄어든 의사는 구하기 힘들어지고 필수 의사 부족은 더 심각해졌으며 응급실 뱅뱅이 보도는 일상이 되었습니다. 하지만 의사들은 감원 필요성까지 주장하면서 의대 증원 논의에 참여를 계속 거부했습니다.

이런 상황에서 현 정부는 1년 전에 2000명 의대 증원을 발표했고 그러자 곧 전공의의 이탈이 시작되고 소위 의정 사태가 우리 사회를 뒤덮었습니다. 총선을 앞둔 윤석열 정부의 정치적 배경도 의심이 되고 대통령이 직접 나서서 쏟아낸 밀어붙이기식 발언과 태도가 사태를 악화시킨 것도 분명합니다. 하지만 의대 증원 논의 자체를 거부하는 의사 측과 미뤄진 의대 증원을 이루려는 정책 당국의 밀고 당기기 협상의 맥락에서 이해를 해야 합니다.

우리나라의 인구 1000명당 임상 의사 수는, 한 의사 수는 당연히 제외할 때 2.2명인데 OECD 국가 평균 3.7명이고 이것은 OECD 국가 중에서 꼴찌이고요. 인구 10만 명당 의대 정원은 6명인데 OECD 평균 14명의 절반도 안 되는 압도적 꼴찌입니다. 의사 수는 이렇게 적은데 국민 의료비는 200조 원을 훌쩍 넘어서니 당연히 의사 1인당 수입은 지금 현재 발표된 OECD 국가 중에서 가장 높습니다.

반면에 우리나라 의사 1인당 연간 진찰 횟수는 6000회를 넘어서 OECD 평균 1800회의 3.4배가 됩니다. 사실 한국의 의사들은 의대 증원 등등으로 의사 배출을 줄여서 내가 보는 환자 수를 늘리고 혹사에 가까운 일을 해서 개인의 수입을 높이는 고난의 터널을 스스로 선택하고 있는 것입니다.

전체 의사 수의 부족은 의료제도만의 문제에 그치지 않고 우리 사회 전반의 보상구조를 왜곡하고 있습니다. 최근에 의대 증원이 공대·자연대의 인재를 뺏는다는 걱정들을 합니다. 특히 공과대 교수들이나 자연과학계에 종사하는 분들이 많은 그런 걱정을 하고 있습니다. 그러면 의대생을 줄여서, 거기 가는 인원을 줄여서 열등감에 빠진 공대와 자연대 학생을 확보하는 것을 기대합니까? 그보다는 과학 분야의 상대적 보상을 높여서 자발적으로 선택하도록 해야 하지 않겠습니까? 의사가 충분히 공급되어야 의사 연봉 인상의 압박도 줄 것이고 과학기술의 보상이 상대적으로 높아져야 양질의 인력 유입을 기대할 수 있을 것입니다. 지금과 같이 지극히 비정상적인 의대 정원은 우리 기성세대들이 만든 우리 사회의 왜곡이고 입시 학생들에 대한 질곡입니다.

35쪽에 해당하는 부분입니다.

금번 6건의 법률 개정안에 대한 진술인의 의견을 말씀드리겠습니다.

보건의료인력의 수급에 대한 책무는 보건복지부에 있고 양성의과대학의 모집단위별 정원에 대한 책무는 교육부에 있습니다. 지금 논의되는 수급추계위원회 역할은 수급정책 결정에 대한 판단의 근거를 제공하는 것입니다.

금번에 제출된 모든 법안들은 추계위원회가 추계 결과에 대한 의결권을 갖거나 그것을 반영 또는 존중하도록 함으로써 사실상의 의결권을 갖도록 하고 있습니다. 이 경우라면

두 가지 원칙이 지켜져야 할 것입니다.

첫째, 의결하는 추계위원회라면 이해당사자의 일방이 의견을 주도하는 구성이 되어서는 안 된다는 점입니다. 우리나라와 같이 의사단체 전체가 의대 정원에 이해관계를 갖는다고 인식하고 그리고 그렇게 행동하는 상황에서는 객관성을 담보하기 어렵습니다.

둘째, 의사, 한의사, 간호사, 약사, 치료사 등은 서로 상호 보완적이고 대체적 관계에 있다라는 사실이 고려되어야 합니다.

37쪽입니다.

의원님들 안별로 보면 이수진 의원님 안은 추계위원회의 구성에서 여러 인력 대표들이 함께 공급자 축을 구성하고 수요자이자 지불자를 대표하는 위원들이 다른 한 축을 구성하는 균형 원칙을 반영하고 있고, 김윤 의원님 안은 추계위원회 밑에 분과위원회를 두으로써 이러한 원칙이 적용될 기반을 제공하고 있습니다. 강선우 의원님, 김미애 의원님, 서명옥 의원님, 안상훈 의원님 안은 모두 의사단체의 과반 참여를 보장하고자 하는 것으로 보입니다.

이러한 의원님들의 입법 취지를 모두 반영하기 위해 제가 드리는 제안은 다음과 같습니다.

첫째, 의결권을 가진 추계위원회라면 공급자와 수요자의 균형을 이루도록 구성하고 둘째, 추계위원회 밑에는 김윤 의원님 안에서 제시된 것과 같이 수급추계 방법론 분과위원회와 직종별 전문분과위원회를 두고 직종별 전문분과위원회에서 해당 직종, 즉 의사의 과반 참여를 보장하는 것입니다. 이렇게 하면 현장성과 객관성을 동시에 담보할 수 있을 것입니다.

추계위원회의 심의 범위 등 나머지 쟁점에 대한 진술의 견해는 제출한 자료로 갈음하겠습니다.

39쪽입니다.

일본의 상황에 대해 말씀을 드릴까 합니다. 참고로 저는 일본의 동경대학교 보건관리학교실에서 박사학위를 했습니다.

의대 증원 반대론자들은 일본이나 미국도 OECD 국가 중에서 의사 수가 적은 편이라는 주장을 합니다. 맞습니다. 적은 편입니다. 그럼에도 한국과의 차이인 인구 1000명당 0.5명을 우리나라 인구 5000만에 적용하면 2만 5000명이 됩니다. 2만 5000명, 흥미롭게도 이 숫자는 그동안 정부가 인용한 국내 학자들이 추정한 한국 의사 부족 규모와 거의 일치합니다.

후생노동성은 의료종사자의 수급에 관한 검토회를 두고 그 아래에 의사수급분과회를 두고 있습니다. 의사수급분과회는 의사인력의 지역별·분야별 배치 등을 자문하는 회의체이기 때문에 대부분 의사단체 쪽의 전문가들로 구성됩니다. 이름이 검토회·분과회인 것에서 알 수 있듯이 이 회의체는 정책 결정의 법적 권한을 갖지 않습니다.

후생노동성은 이 검토회·분과회의 전문성과 현장감을 얻어서 정책 결정을 합니다. 지금 우리가 법안에서 논의하는 의결기구로서의 추계위원회와는 성격을 달리하고 김윤 위원님께서 그 하위에 둘 것을 제안한 직종별 전문분과위원회가 일본의 의사수급분과회와 유사한 역할을 할 수 있을 듯합니다.

존경하는 위원장님 그리고 위원님들께 부탁드립니다.

의료인력 수급추계조직은 보다 중장기적이고 미래 지향적인 관점에서 접근해야 합니다. 2020년 400명 증원 발표 시점에서 의료계가 이를 수용하고 함께 지역의사제, 공공의과대학 설치 등을 위해 노력했다면 작금의 의정 사태는 없었을 것입니다. 특권의식과 폐쓰기보다는 절차에 따른 협상이 존중받는 문화가 우리 보건의료제도에도 정착하기를 기대합니다.

감사합니다.

○위원장 박주민 고생하셨습니다.

다음은 장원모 교수님 말씀 듣도록 하겠습니다.

○진술인 장원모 안녕하십니까? 보라매병원 공공의학과 장원모입니다.

먼저 작년부터 이어져 오는 혼란 때문에 보건의료체계에 참여하는 여러 구성원들 사이의 신뢰가 훼손된 것에 대해 되게 안타깝게 생각합니다. 이 신뢰는 제가 말씀드릴 의료인력 추계에서 굉장히 중요한 요소이기 때문에 오늘 이 자리가 그런 신뢰를 회복하는 자리가 되길 기대합니다.

저는 몇 가지 질문들로 좀 정리를 해 봤습니다.

첫 번째, 의대 증원 규모의 과학적 참값은 무엇인가?

많은 사람들이 증원 규모의 참값, 고정불변한 값은 무엇인지 많이들 찾고 있습니다. 연구자로서 드릴 말씀은 보편타당하고 고정불변한 과학적 참값은 없다는 말씀입니다. 다만 사회적으로 수용된 참값만 있을 뿐입니다. 사회가 처한 조건과 시대에 따라서 미래를 바라보는 입장에 따라 또 분석 방법론에 따라 동일한 자료원과 변수를 활용하더라도 굉장히 다른 추계값을 도출할 수가 있습니다.

이 부분에 대해서 인력 수급추계의 역사적인 검토를 말씀드리겠습니다.

먼저 미국입니다. 미국에서는 1976년에 GMENAC라는 의료인력 관련된 위원회를 만들었고 의료인력에 대한 추계 작업에 돌입했습니다. 22명의 전문가들이 참여했고 이 중 15명이 의사였습니다. 수백만 달러가 소요되었고 엄청난 방법론들을 적용해서 800쪽이 넘는 분량 그리고 107개에 달하는 정책적 제안을 담은 굉장히 거대한 프로젝트를 진행하였습니다.

그러나 이 보고서에서는 1990년 기준으로, 보고서가 발간된 해는 1980년인데 90년 기준으로 약 7만 명의 의사가 과잉이 될 것이라라는 추계를 내놓았습니다. 그러나 진료 현장에서, 특히 전공의 수급 시장에서 이런 현상이 보이지 않고 또 지역에서 의사가 부족하더라는 요구들이 많아지면서 이 보고서에 대한 의심이 많아졌고 2000년대 초반에 여러 학술자들이 검토를 한 끝에 이 보고서의 추계가 현실과 동떨어져 있다 이런 판단을 내린 바가 있습니다.

두 번째로 일본의 사례입니다. 일본은 아까 말씀 나왔던 것처럼 의사수급분과회라는 것이 있습니다. 여기에도 역시 20여 명 정도 됐고 4분의 3 정도가 의사입니다. 의사수급분과회는 굉장히 오래전부터 활동을 했는데 86년부터 98년까지 총 네 차례 보고서가 제출되었고 의사 수 과잉을 예측하였고 10% 정원 감축을 요청하였습니다.

그러나 반면에 2006년 보고서에서는 갑자기 감축 기조를 선회하게 됩니다. 예를 들면 1986년도 보고서에서는 2025년도까지 과잉 그다음에 1994년도 보고서에서는 2015년까지 과잉, 1998년도에서는 2017년까지 의사 수 과잉을 예측하여 왔습니다. 그러나 일본도 마

찬가지로 현장에서 의사 수가 부족하다는 요청들 때문에 2006년도 보고서부터는 기초가 바뀌어서 증원을 할 수 있는 여지를 남겨 두게 됩니다. 그래서 실제 후생노동성은 2006년도 이후에 각종 대책을 쏟아내어서 7000명 수준에서 9000명 수준의 의대 정원을 확대하게 됩니다.

제가 말씀드릴 부분은 실제로 고정된 참값이 없기 때문에 현장의 상황에 맞는 추계가 필요하다는 말씀입니다.

나아가서 OECD 보고서를 본다면—2013년 OECD 보고서입니다—실제 18개 국가의 인력 추계 방법을 검토하였는데 이 보고서에서 선언한 바는 인력 수급추계가 과학적 방법만으로는 가능하지 않다는 얘기를 하였습니다.

인력 추계 방법론은 역사적 발전 경로를 따라서 여러 가지 모형들이 개발되었습니다. 수요 측면에서는 세 가지 모형, 공급 측면에서는 네 가지 모형들이 개발되었습니다. 서구 사회에서 2차 세계대전 이후에 사회를 재건하기 위해서 사용했던 모형들도 있었고 또 석유 파동 이후에 경제적 위기를 타개하기 위해서 사용했던 모형들도 있었습니다. 이와 같이 상황과 조건에 따른 모형의 선택이 필요하다고 생각합니다. 여러 가지 연구들이 각각의 값들을 내고 있는 이유는 제가 아까 말씀드렸던 바와 같이 모형의 선택, 변수의 선택, 통계 작업 방식의 선택이 굉장히 달라지기 때문입니다.

그래서 추가로 말씀드릴 부분들은 51쪽입니다.

의료인력 수급추계기구는 어떤 역할을 해야 되는지에 대한 부분입니다.

사회적 합의 기반의 과학적인 추계값들을 도출하는 구조가 필요하다고 생각합니다. 의사결정의 영역을 기술적인 측면과 사회적 합의 기반의 측면, 두 가지로 나누어서 분과를 형성해서 그 영역에 맞는 의사결정을 하도록 구조화하는 것이 필요하다고 생각합니다. 그래서 기술적 영역, 수급추계의 과학적인 엄밀성을 담보하는 기술적인 영역을 담당하는 분과는 전문가 주도의 참여들을 통해서 의사결정을 하고 또 사회적 가치에 기반해서 모형을 선택하는 가치 기반의 분과는 보건의료체계의 전반적인 참여자들이 골고루 참여해서 사회적 합의를 이루는 것이 중요하다고 생각합니다.

또한 수급추계위원회에서 해야 되는 의사결정의 내용들에는—52쪽 하단입니다—전국, 지역, 진료과별, 공공부문 인력 수, 의대 정원 등에 대한 추계가 있어야 된다고 생각합니다. 이 추계값들은 정책을 결정하는 데 중요한 근거가 될 것입니다. 또한 국가 정책 결정의 중요한 근거가 되는 정보값뿐만이 아니라 보건의료체계에 참여하는 여러 가지 다수의 참여자들에게도 유용한 정보가 되기 위해서는 예를 들어 전공의 지원 현황 및 전공의들이 그 과를 선택했을 때 향후 기대할 수 있는 수익 등 여러 가지 정보들이 함께 생산되어야 된다고 생각합니다.

그다음에 수급추계위원회의 권한은 어떤 것이 필요하냐면 심의와 의결 권한이 필요하다고 생각합니다. 미국에서는 실제로 NHCWC라는 인력추계위원회가 있었습니다. 그러나 양당 간 갈등으로 인해서 예산이 종료가 되고 활동이 유명무실해진 사례가 있습니다. 그렇기 때문에 추계위원회의 독립성을 보장하기 위해서는 심의 및 의결권 보장이 굉장히 중요하다고 생각합니다.

요약해서 다시 한번 말씀을 드리면 추계위의 의사결정 구조는 전체 위원회 그리고 하위 분과위원회가 필요하고 분과위원회는 기술분과·가치분과를 통해서 수급추계 모형의

논리적 모형과 통계적 모형을 모두 다 다룰 수 있어야 되고 가치분과는 사회적 참여를 하는 구성원들이 돼야 되겠고 기술분과는 전문가 주도의 분과가 돼야 된다 이렇게 말씀을 드립니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 감사합니다.

다음은 안기종 한국환자단체연합회 대표님 말씀해 주십시오.

○진술인 안기종 저는 환자 입장에서 의료인력 수급추계기구 법제화와 관련해 현재 국회에서 심의 중인 6개 법안에 대한 의견을 진술하러 나온 한국환자단체연합회 안기종 대표입니다.

앞으로 5일 뒤인 2월 19일은 정부의 의대 정원 2000명 증원 발표에 항의하여 1만 명의 전공의가 집단 사직한 지 1년이 되는 날입니다. 지난 1년간 입원·검사·수술·항암치료가 연기되거나 취소되면서 병이 악화되거나 사망에 이르는 환자가 너무 많이 발생했습니다. 특히 암이나 희귀·난치성 질환으로 투병 중인 중증환자들과 응급환자들이 적시에 적절한 치료를 받지 못해 상상 이상의 큰 피해를 입었습니다.

여기 계신 더불어민주당 김운 위원님은 지난 5일 의정 갈등으로 의료 공백이 발생한 작년 2월부터 7월까지 전국 의료기관의 초과 사망자 수가 3136명에 이른다고 발표했고 또 여기 계신 국민의힘 한지아 위원님께서 지난 6일 날 의료 공백 기간인 작년 2월부터 11월까지 47개 상급종합병원에서 건강보험 청구한 6개 암 수술 건수를 분석해서 전년 대비 16.78% 감소했다고 발표했습니다. 이처럼 정부의 의대 정원 정책 관련한 의정 갈등으로 환자들은 상상 이상의 피해를 입었습니다. 이는 정부와 의료계의 불신과 불통으로 인해 1년이나 의료 공백 사태를 지속시켰습니다.

현재 국회에는 의료인력 수급추계기구 법제화와 관련해서 보건의료인력지원법 개정안 2개, 보건의료기본법 개정안 4개, 총 6개의 법안이 심의돼 있습니다. 수급추계위원회의 객관적 구성, 심의 결과의 법적 성격, 2026학년도 의대 입학정원 조정 여부 등에 대한 여러 쟁점들을 가지고 있습니다. 이에 대해서 환자 입장에서 의견을 진술하겠습니다.

첫째, 수급추계위원회의 법제화를 신속히 추진해야 합니다. 의정 갈등은 정부의 의대 정원 2000명 증원이 비과학적이고 비민주적이라는 의료계의 불신과 항의에서 시작됐습니다. 이러한 갈등을 종식시키고 환자의 의료 공백 사태를 해결할 수 있는 지름길은 수급추계위원회를 신속히 법제화하는 것입니다.

둘째, 수급추계위원회의 구성은 객관성과 공정성을 갖추어야 합니다. 6개 법안 중 이수진 의원님 법안을 제외한 나머지 5개의 법안은 모두 사실상 보건의료인력 직능단체에서 추천한 위원이 수급추계위원회 전체 위원의 과반 이상이 되도록 규정하고 있습니다. 자료집에 상세한 내용이 나와 있습니다.

이처럼 수급추계위원회 구성에 있어서 보건의료인력 직능단체에서 추천하는 위원이 수급추계위원회 전체 위원 중 과반 이상이 포함되도록 하는 것은 위원회 구성에 있어서 객관성을 현저히 결여하였고 심의 결과의 공정성도 담보하기 어렵습니다. 보건의료인력 증원 규모에 이해관계가 높은 보건의료인력 직능단체에서 추천한 전문가 위원이라면 공익적 관점보다는 추천한 보건의료인력 직능단체의 입장이나 의견을 대변할 가능성이 높습니다.

수급추계위원회의 법적 결과에 대한 사회적 공신력을 높여 보건의료정책심의위원회에서 수급추계위원회의 심의 결과를 반영하는 환경을 만들기 위해서라도 수급추계위원회 구성의 객관성과 공정성 담보는 절대 양보할 수 없는 마지노선입니다. 따라서 수급추계위원회를 보건의료인력 직능단체가 추천하는 전문가, 보건의료 수요자를 대표하는 단체가 추천하는 전문가 그리고 해당 보건의료인력 면허를 소지하지 않은 공익을 대변하는 전문가로 구성하고 객관성·공정성을 담보하기 위해 반드시 그 비율을 동물로 해야 됩니다.

자료집 63페이지에는 해당 보건의료인력 면허나 자격을 소지하지 않은 공익을 대변하는 전문가가 빠져 있는데 지난 3일 동안 저희 내부 논의를 통해서 의료 수급추계위원회의 다양한 변수들을 고려할 때 이해관계가 없는 공익 대변인도 필요하다는 의견으로 정리를 했습니다.

셋째, 보건의료인력 양성 대학의 입학정원 또는 보건의료인력 수급추계에 대한 수급추계위원회의 역할과 권한은 의결기구가 아닌 심의기구로 해야 됩니다.

작년 2월 6일 날 사회적 합의기구인 보건의료정책심의위원회에서 2025학년도 의대 증원 규모에 대한 충분한 사회적 논의를 거치지 않고 2000명으로 결정하고 복지부장관이, 장관이 한 것을 두고 전공의 집단사직, 의대 교수 집단휴진으로 1년간 의정 갈등이 이어져 왔습니다. 이러한 역사적 경험 때문에 현재 심의 중인 6개의 법안 모두 수급추계위원회의 심의 결과를 보건의료정책심의위원회나 보건의료인력정책심의위원회에서 의무적으로 반영하고 고려하도록 규정하고 있기 때문에 실질적인 영향을 미칠 수가 있습니다.

따라서 수급추계위원회에서 보건의료인력 양성 대학의 입학정원 또는 보건의료인력의 수급추계 관련해 심의한 결과를 강선우·서명옥 의원님 법안처럼 의결사항으로 규정하면 안 되고 사회적 합의기구인 보건의료정책심의위원회나 보건의료인력정책심의위원회에서 수급추계위원회의 심의 결과를 반영해 심의하도록 해야 됩니다.

넷째, 김윤·강선우·서명옥·안상훈 의원님 법안은 내용은 조금씩 다르지만 목표는 동일한 2026학년도 의과대학 입학정원 조정에 관한 특례규정을 모두 포함하고 있습니다. 핵심 목표는 2026학년도 의과대학 입학정원을 수급추계위원회와 보건의료정책심의위원회 또는 보건의료인력정책심의위원회에서 심의하거나 또는 심의 의결을 거쳐 조정할 수 있도록 되어 있습니다.

64페이지부터 65페이지에 각 의원님들의 법안에 대한 자세한 의견을 저희들이 진술해 놓았는데 지난 며칠 동안 논의를 하면서 여러 가지 우려가 있어서 제가 이 4개, 특례를 규정하고 있는 내용에 대해서는 2026학년도 의대 입학정원을 의료계의 요구만큼 감원하기 위한 근거로 해석될 수 있어서 우려스럽다는 의견으로 대체하려고 합니다.

오늘 여기 진술인 중에서는 아마 소비자단체에서도 와 있고 환자단체도 나와 있지만 국민을 대표하는 그룹은 또 시민단체도 있고 노동자단체도 있습니다. 사실 오늘 다 초대된 것이 아니라서 오늘 국회 앞에서 시민사회단체, 노동단체, 환자단체들이 모여서 기자회견을 했었습니다. 앞에서 주장한 내용과 별반 다르지는 않습니다. 의료 수급추계위원회가 2027년도부터는 법제화해서 그에 따라 절차에 따라서 하면 될 것 같습니다.

다만 문제는, 2026학년도의 입학정원은 현재 법제화가 되는 기간 그리고 정부가 준비하는 기간을 고려할 때 과학적 연구를 할 수가 없습니다. 어떻게든 사회적 논의를 할 수

밖에 없는 구조라고 하면 저희 환자단체에서는 수급추계위원회에서 해야 되는 것 아니냐, 다른 데서 논란을 일으키는 게 아니라, 그런 생각을 가지고 많은 고민들을 해 봤지만 수급추계위원회의 구성에 있어서 과반수 그리고 심의 의결 기관, 여러 가지 논점들이 많이 있어서 결론을 잘 내리지 않았었습니다. 그만큼 복잡하고 어려운 주제라고 생각합니다.

국회가 과학적 근거를 바탕으로 보건의료인력 수급계획 관련한 사회적 합의를 이끌어 낼 수 있는 객관적이고 공정한 수급추계위원회를 구성하지 않는 한 현재의 의정 갈등은 계속될 것이며 의료 공백으로 인한 환자 피해도 지속될 것입니다. 이것이 국회에서 객관적이고 공정한 의료인력 수급추계위원회를 신속히 법제화해야 하는 이유이기도 합니다.

경청해 주셔서 감사합니다.

○위원장 박주민 감사합니다.

다음은 안덕선 원장님 진술하시겠습니다.

○진술인 안덕선 여러분, 안녕하십니까? 대한의사협회 의료정책연구원 원장을 맡고 있는 안덕선입니다.

우선 먼저 이러한 자리를 마련해 주신 박주민 위원장님 그리고 함께 자리해 주신 위원님 또 같이 진술 위원으로 참석하신 여러분 모두에게 감사의 말씀을 올립니다.

우선 제 발표에 앞서서 제 발표 내용은, 제가 대한의사협회 입장을 대변하러 나온 건 아닙니다. 저는 한 연구자 또 평생 교육자, 의학교육을 많이 했던 사람의 입장에서 개인의 연구 발표 자료임을 명확하게 밝히고 어떤 이해 갈등도 존재하지 않음을 밝힙니다.

제가 하고 싶은 말은 저의 개인적 경험에 의해서, 저는 세 나라의 면허를 따 봤고 세 나라의 전문의 학위도 취득해 봤고 세계의학교육연합회라든가 국제기구에서 활동해 봤고, 의학을 강의실에서 배운 게 아니라 현장에서 배운 사람입니다. 그렇게 봤을 때 여러 나라에서 의사 추계할 때 그것의 주도권은 정부가 아니라 사실은 결론이나 마찬가지로인데 거기에 다양한 민간단체 또는 법정단체 또는 정부 협업을 통해서 이루어지는 거지 정부가 그걸 이끌어 나가지 않습니다. 지금도 의료개혁을 정부가 나가겠다고 하는데 그 주도권을 한번 다르게 줘 보십시오, 그러면 어떻게 됐었을까. 거기에 대해서 우선 화두를 던지고요.

제 자료를 보시면 이걸 다 읽으려면 25분이 넘어 버리지요. 그냥 건너뛰겠습니다, 상당 부분은.

보면 볼수록 자료가 혼란스럽습니다. 미국의 의사 추계 관련된 위원회는 3개나 존재하고 그중에 의사만을 보는 위원회는, 보건부 산하 보건의료자원서비스청 산하에 위원회를 하나 조직했습니다. 18명이고 11명은 의사 출신이고 4명은 연방공무원 즉 복지부 공무원, 연방보험 공무원 그다음에 보건의료자원서비스청 공무원, 보건부, 이렇게 네 사람으로 돼 있고 외부 인력은 세 사람뿐입니다.

그리고 여기에서 나온 것들은 여기에 그치지 않고 미국 의과대학협회 또는 미국 한림원에서 나오는 의사 추계 자료를 같이 병합해서 자기들이 고민하고 이것을 조언하고 있습니다.

네덜란드 이미 소개해 드렸습니다. 특징적인 것은 보건복지부 산하에 있기는 하지만 밑에 별도의 이사회가 있어 이 구조만 보더라도 이걸 독립된 구조고 100명이 오십 가지

가 넘는 변수를 활용해서 하고 있는 전문기구고 그것도 모자라서 또 다른 의료서비스 연구소와 함께 삼각 조명을 할 수 있어서 투명성과 객관성 이런 것들이 굉장히 우수합니다.

일본은 말씀드린 대로 의사 수급을 하고 여기의 특징은 모든 걸 공개하고, 녹취록까지 공개하고 회의 때 썼던 참고자료도 공개한다는 사실입니다.

영국은 수급기구가 없습니다. 위원회도 별도로 없고. 그러나 오래된 관습, 정부와 전문직 간의 관계 설정에서 영국 의과대학협회가 이것을 주도하고 있고 그들의 인풋을 위해서 영국의 보건의료시스템에서 들어오는 요구사항 그다음에 영국의 왕립의학회 그리고 전문의와 전공의의 티오, 수급에 관한 정보 그다음에 학생들의 학자금과 전공의 인건비 그다음에 교육활동을 대기 위해서 만든 에듀케이션 잉글랜드(Education England) 이것들 그다음에 영국의 의사인력에 대해서 정확하게 오늘 날짜로 몇 명의 의사가 활동하고 몇 명이 쉬고 있으며 몇 명이 어디에 있고 이런 것을 정확하게 늘 볼 수 있는 영국의학협회, 의사단체지만 이것은 공익의사단체입니다. 참고로 의사단체는 외국에서는 다 이익단체와 공익단체 둘로 분류돼 있습니다. 그래서 이익단체는 여기에 관여를 하지 않습니다.

이런 것들의 특징은 다 읽어 볼 수 없을 정도의 많은 자료들을 다 투명하게 공개하고 있다는 사실이고 잘 보시다시피 여기서는 특별한 기구가 없어도 전문직에서 자기들의 일로 알고 자기들이 하고 있기 때문에 현재 증원도 자신들이 하고 있고 정부는 작년 오히려 거꾸로 너무 속도가 빠르니 좀 늦춰 달라, 정부가 전공의에 대한 급여 부분이라든가 교육비 이런 것들이 다 고려가 돼야 되기 때문에 오히려 속도 조절을 하고 있을 정도였습니다. 물론 또 그들의 인력 자료는 워낙 정확하고 공공의료에서 의료기관 수가 우리보다 훨씬 적기 때문에 여기서 모자라다 그러는 숫자는 거의 모자란 숫자로 파악이 됩니다.

또 프랑스에는 정부 산하에 국립보건전문직 인구통계국이 있고 그 산하에도 위원회가 있습니다. 그러나 다 유럽의 나라들이기 때문에 비슷하고 굉장히 투명하고 모든 자료를 다 공개하고 객관적이며 전문성들을 갖고 있습니다.

위원회 구성에도 보면 연구조사, 평가통계국 대표라든가 다양한 보건의료 직종, 경제학자, 통계학자 그리고 나타나기 시작하는 것이 영국의 GMC와 같은 프랑스의 CNOM, 즉 공공의사협회 또는 기타 여러 가지 민간 또는 비정부단체들이 들어오기 시작하고요. 또 지역의 보건청 관계자도 들어오고 환자 대표들도 다 들어와 있고 위원장은 의과대학 교수가 3년을 맡아서 하고 있고, 이 많은 것들에 대한 내용을 2003년부터 연례보고서와 각종 보고서를 통해서 다 공개하고 있습니다.

독일의 경우는 추계기구 없습니다. 추계센터도 없고. 그러나 법에 보건부가 주정부하고 연방정부를 해서 인력 수급계획에 대한 마스터플랜을 세우게 돼 있고 실제 의사인력 수급추계와 관련해서는 그 나라 법으로 법정보험의사협회 그러니까 공공의사협회입니다. 독일의 공공보험과 계약을 맺은 의사들, 우리말로 표현하면 요양기관 지정해서 근무하는. 우리나라는 100% 그냥 강제 지정이 돼 있어서 모든 의사인데, 아까도 말씀드린 바와 같이 공익을 위한 의사단체와 자기의 이익을 위한 이익단체는 분류돼 있습니다.

그리고 이 단체가 보험조합연합회 즉 나라에서 의료비의 규모를 결정지을 수 있는 각종 의료보험회사들의 연합체와 같이 의사 수급계획을 결정하고 또 지역별 의사의 개원까

지도 이 협회의 허가를 말아야 됩니다.

그래서 우선 외국의 시사점을 보면 우리나라하고 달리 굉장히 투명하게 공개돼 있고 보건정책에서 충분히 익을 만한 구조를 갖고 있고 그것이 다 익을 때 정부가 결정을 해서 보건정책의 장에서 다룬다는 것입니다.

그래서 여기서 가장 중요한 것들은, 현대와 같이 조직화된 의료시스템에서 정부 이외에 관여된 너무나 많은 단체들이 존재하는데 이들과의 협업을 통해서 같이 이런 것들을 이루어 내고 있고 전문성·중립성·독립성·투명성을 위해서 이들이 추구하는 가치는 한 가지입니다. 인포드 디시전 메이킹(Informed Decision Making), 저희 의사들이 환자들한테 설명을 잘 못 해 주면 처벌을 받는데 마찬가지로 정책을 할 때도 충분히 국민들한테 이해를 구하고 진행하는 정책입니다.

그런데 저희 보정심을 보면 유감스럽게도 설립한 지 25년 동안 단 여섯 번 정도의 회의만 했고 마지막 회의 1시간 동안에 2000명을 결정을 했으며 위원장은 복지부장관 그다음에 정부 부처 차관 7명, 수요자 대표 6명, 공급자 6명, 전문가 5명, 언뜻 보면 다양한 의견을 수렴한 것처럼 보이기는 하나 어떻게 보면 합법성을 위한 또는 합리적 주장을 위한 형식 논리로 보입니다.

다른 나라 사례를 봐도 장차관이 이런 것을 이끌어 가는 위원회를 가진 나라는 없고 추계위원회를 정부가 직접 하는 것도 그렇게 흔한 예는 아닙니다. 이런 구조로 볼 때 저의 주장은 자꾸 관료 중심으로 가는 것은 70년대 고도성장을 해서 우리나라가 경제적 발전을 이뤘을 때의 어떤 관료적 권위주의가 살아 있는 게 아닌가 그렇게 생각하고요.

외국에 보면 장차관도 아니고 비정부기구, 민간기구를 동원해서 이런 것을 다 같이하고 있는데 어떻게 보면 민주화 이후의 과제는 사회적 투명도, 객관성 확보를 위해서 이런 것들이 더 들어와야 되지 않을까 싶고.

보정심의 가장 우선 과제는 우리나라 보건의료에 대한 기본 철학이라든가 틀을 아직 정하지 않았습시다. 이것을 정하고 나서 거기에 맞는 추계를 해야 되는 건데 주치의 제도로 가는 건지 전문의 제도로 하는 건지 모든 게 불확실한 상태에서 추계를 하겠다는 것부터가 제 의견으로서는 맞지 않는 것 같습니다.

다른 나라에서는 공공 분야를 국가가 관리한다는 것, 거기에 대해서 저는 이의 제기하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 그러한 공공의 관리는 정부가 다 해야 된다는 데 대해서는 의문을 제기합니다.

그래서 마지막 요약 정리하면 보정심이라든가 또는 그 산하에 인력 수급기구를 설치하는 것에 대해서는 반대하고 독립성·중립성·투명성을 확보하기 위해서는 비정부 법정단체나 또는 법인 형태를 요구합니다.

위원회 구성은 직역별로 알아서 자율로 하면 되는 것이고 위원장 구성은 장차관이 아닌 그 직역에서 선정하면 될 것이고 필요하다면 공무원들을 초치해서 보건복지부, 교육부 또는 다른 관련 공무원들이 들어오시면 될 것 같습니다.

제가 의평원장을 해서 민간기구로서 평가기구를 한번 크게 발전시켜 볼 때 교육부도 위원회에 들어오시게 돼 있으나 격이 안 맞는다는 이유로 참가를 안 했습니다. 그런 것 보면 아직도 저희는 민관의 협동·협치 제도도 안 돼 있고…… 정부가 육성해야 될 것은 직접 나서는 게 아니라 한 발짝 뒤로 물러서서 이러한 많은 관련 단체들이 자발적으로

이런 것을 할 수 있도록 지원해야 된다는 것이 저의 주장입니다.

경청해 주셔서 감사합니다.

○위원장 박주민 고생하셨습니다.

다음은 김민수 이사님 말씀 듣도록 하겠습니다.

○진술인 김민수 안녕하십니까? 대한의사협회 정책이사 김민수입니다.

우선 여러 의원님들께서 제안해 주신 추계위 관련된 법안을 보면 추계위가 보건복지부 산하, 대표적으로는 장관 산하나 보건의료인력정책심의위원회 혹은 보건의료정책심의위원회 산하로 돼 있도록 개정안이 나온 것을 볼 수가 있습니다.

그러나 보건의료인력정책심의위원회는 2022년에 보건의료정책심의위원회랑 통폐합이 된 이후에 관련 회의나 혹은 종합계획이나 시행계획 등이 발표된 적이 없는 어떻게 보면 사문화된 조직이라고 저는 생각을 합니다. 거기에 더해서 보건의료정책심의위원회조차도 2023년에 첫 회의를 열고 나서 그 이후에 어떻게 보면 정책을 추진하기 위한 명분 쌓기에 불과한 회의들을 여러 차례 진행하고 거기에 전문가들을 동원해서 어떻게 보면 협의를 위한, 협의를 포장하는 듯한 정책심의위원회 운영을 해 왔던 것을 볼 때 사실상 이 역시도 입법 취지와는 어긋난 사문화된 조직이 아닌가라고 저는 생각을 합니다.

그렇듯 보건의료인력지원법 그리고 보건의료기본법 등에서 명시하고 있는 심의회나 위원회 등이 대부분 다 입법 취지에 어긋나게 보건복지부에서 독자적으로 운영하고 있기 때문에 사실상 이 심의회위원회 아래에서 추계위가 구성된다라고 하는 것은 사실상 사문화된 조직 아래에 어떤 다른 조직을 넣는 것이기 때문에 저는 이것은 굉장히 우려스러운 일이라고 생각을 합니다.

체계적이고 과학적이고 정확한 추계를 위해서는 앞서 다른 진술인들께서도 말씀해 주셨지만 미국이나 독일, 네덜란드와 같은 사례를 보았을 때 민간단체나 혹은 민간에 준하는 중개기구로서 추계위를 운영해야 된다고 생각을 합니다.

의료인력 추계는 의료인력의 총계를 추계하는 것과 더불어서 많은 법안에서 나와 있는 것처럼 전문 진료과목이나 혹은 지역별 추계가 같이 이루어져야 하는 것이기 때문에 이런 것들을 진행하기 위해서는 적어도 관련 현장에서 일하시는 전문가들의 목소리를 많이 들어야 될 필요가 있습니다. 그렇기 때문에 사실 많은 법안에서, 많은 개정안에서 소극적으로 과반을 넘어야 될 것에 대해서 많은 의원님들께서 명시를 해 주셨지만 사실상 이는 조금 더 적극적으로 대다수의 현장 전문가들이 추계위에 구성이 돼야 된다고 생각을 합니다.

그리고 구성 자체도 조금 문제가 있습니다. 일부 개정안에서는 과반을 넘어야 한다고만 이야기를 할 뿐 실제로 그 인원 구성이 어떻게 돼야 되는지에 대해서는 대통령령으로 정한다라고 하는 개정안들이 있는 것으로 알고 있습니다. 이렇듯 정부가 위원회 구성에 관련해서 큰 권한을 갖는 것 그리고 위원과 위원장에 대한 임명권이나 혹은 특히 위원장이 복지부 공무원의 당연직이 되는 것 이런 것들 모두가 추계위를 정부 입맛에 맞게 운영할 수 있게끔 하는 어떤 그런 독소조항이 될 것이 분명합니다.

지금까지 앞서도 말씀드렸듯이 관련 법안과 위원회 모두가 입법 취지에 어긋나게 운영돼 왔었기 때문에 이러한 것들을 바로잡기 위해서는 상위법에서, 보건복지부가 입법 취지를 곡해하지 않도록 상위법상에서 구성에 대한 것을 분명히 해서 구속력을 갖춰야 된

다라고 말씀을 드리고 싶습니다.

그리고 이제는 투명성에 대해서 조금 말씀을 드리려고 합니다.

위원들께서는 이전에 정부와 의협 간에 있었던 의정현안협의체나 혹은 보건의료정책심의위원회 그리고 배정심사위원회 등의 회의에서 회의록이나 관련 문헌들이 잘 작성되지 않고 감감이 회의처럼 운영되었던 것들을 기억하실 것입니다.

위원회가 투명하게 운영되고 민주적으로 운영되고 있는지 사회적으로 많은 견제를 받아야 한다고 생각을 하고 그리고 추계위원회에서 향후 만들 추계 자료와 그 연구 과정들이 학계에서의 많은 검토 과정을 거쳐야 하기 때문에 이러한 모든 운영 과정과 운영 결과에 있어서의 모든 자료들은 투명하게 공개되어야 하고 이 역시도 상위법에서 구속력을 가짐으로써 보건복지부가 관련 전문가들을 들러리 세우지 않고 보다 더 체계적이고 전문적으로 회의할 수 있는 그리고 논의할 수 있는 그런 공간의 장을 상위법을 통해서 만들어야 된다고 생각을 합니다.

그리고 의료인력 추계는 의료인력의 인원뿐 아니라 국민들이 어떻게 의료를 이용할 것인지에 대한 이용량 그리고 보건의료체계 방향성에 대한 합의가 먼저 뒤따른 후에 가능할 것입니다. 그렇기 때문에 만약에 추계위가 아닌 곳에서 일방적으로 정부가 관련된 방향성을 정한 다음에 그것에 기반해서 추계를 하게 된다면 사실상 추계의 모범 답안은 나와 있는 것과 다름없습니다.

그렇기 때문에 보건복지부가 보건의료정책심의위원회에서 이런 것들을 논의하게 하는 것이 아니라 추계위에서 이용량이나 이런 것까지 충분히 논의할 수 있게 하는, 그래서 단순히 추계뿐만 아니라 어떻게 이용할 것인지에 대한 수요까지 확인할 수 있게 하는 그런 어떻게 보면 조금 더 확장되고 더 심도 있는 논의를 할 수 있는 추계위의 법안이 만들어져야 합니다.

그리고 의료인력 추계와 관련해서 추계의 결과가 생산성 있게 반영되기 위해서는 의료인력 양성에 대한 전주기적인 모니터링도 필요합니다. 이미 해외에서는 교육, 수련 그리고 커뮤니티 및 일차의료와 관련된 전반적인 지원 사업의 구상도 추계위에서 도맡아 하고 있습니다. 그렇기 때문에 이번에 추계위 법안이 만들어진다고 한다면 그 안에서 앞서 말씀드린 이용량에 관련된 논의뿐만 아니라 실제로 추계위에서 만들어진 정원 혹은 그 의사인력들이 학사 과정에서 그리고 졸업 후 과정에서 그리고 일차의료 커뮤니티로 나갔을 때 어떻게 양성되고 지속되는지에 대해서 전주기적으로 모니터링을 해야 하는 그런 권한도 추계위에서 같이 가져야 된다고 생각을 합니다.

제가 생각하기에는 이번 정책은 사실 시급정보다는 이 추계위가 어떻게 어떠한 안전을 가지고 어떠한 조직에서 어떠한 심의 의결 권한을 갖는지에 대한 이런 전반적인 완비성이 갖춰지는 것이 더 중요하다고 생각을 합니다. 이 법안 자체가 의료인력의 향후 수요 그리고 공급 자체를 결정할 수 있는 굉장히 중요한 위원회가 될 것인 만큼 이런 것들이 불충분한 입법으로 피해가 발생했을 때 이 피해는 사실상 되돌릴 수가 없는 피해라고 생각합니다. 그렇기 때문에 다양한 방안…… 오늘 사실 개정안 관련해서 많은 의원님들께서 내신 안에는 이런 독립기구나 민간기구와 관련된 내용들이 없었던 것으로 기억하는데 이러한 내용들까지도 그리고 다른, 어떤 안전들을 더 추가로 심의할 수 있고 추가로 더 논의할 수 있는지에 대한 다양한 안을 같이 놓고 여러 의견을 다시 또 논의할 수 있

는 자리가 있었으면 합니다.

이와 더불어서 사실 한국 의료에는 암약해 있는 고질적인 구조적인 문제들이 많이 있는데 이번 추계위 법안 등을 통해서 위원님들께서 그런 구조적인 문제에 한 발짝 더 관심을 가져 주시는 계기가 되었으면 하고, 사실 젊은 의사들은 이런 구조적인 문제들이 해결되지 않는다고 하면 기존에 의사들이 밟아 오던 주기의 수련을 받을 필요가 전혀 없습니다. 그렇기 때문에 이런 것들에 대해서도 충분히 감안해 주시고 다른 구조적인 문제에도 같이 관심을 가져 주셨으면 합니다.

감사합니다.

○위원장 박주민 감사합니다.

다음은 정재훈 교수님 말씀 들겠습니다.

○진술인 정재훈 안녕하세요? 고려대학교 의과대학 예방의학교실의 정재훈입니다.

먼저 이렇게 중요한 문제에 관심을 가져 주시고 해결 방법을 모색해 주기 위해서 노력해 주신 위원님들께 감사드리고 이 자리를 이끌어 주시고 계신 위원장님께도 감사드립니다.

제가 원래 긴장을 잘 안 하는데 오늘 자리가 너무 엄중한 만큼 많이 긴장이 됩니다.

8분의 시간을 총 세 파트로 나눴습니다. 첫 번째는 제가 이 문제에 대해서 가지고 있는 인식에 대한 부분이고, 두 번째는 추계위의 쟁점에 대한 부분입니다. 그리고 마지막으로 이 문제를 직접적으로 해결하기 위해서 어떠한 대안들이 필요한가에 대한 부분이 되겠습니다.

저는 우리나라의 의료는 그렇게 나쁘지 않다고 생각을 합니다. 사실 그렇게 나쁘지 않다기보다 매우 좋은 편이라고 생각을 합니다. 특히 OECD의 여러 가지 지표를 보더라도 그리고 그 질을 달성하기 위해서 들인 비용의 관점에서 보더라도 우리나라의 의료는 접근성이나 질 측면에서는 전 세계에서 최상위권이라고 생각을 합니다.

그런데 이런 의료제도가 어떻게 성립될 수 있었는지를 살펴보면 저는 진보 정치와 보수 정치 모두의 역할이 있었다고 생각을 합니다. 진보 정치는 보장성을 늘리고 국민들의 권리를 보장하기 위해서 노력을 해 왔고 보수 정치는 지금의 체계를 유지하기 위해서, 지속가능성을 확보하고 안정성을 부여하기 위해서 노력을 해 왔기 때문에 이 정도까지의 시스템을 만들어 왔다고 생각을 합니다.

하지만 문제는 이 시스템이 과연 언제까지 지속가능할지에 대한 문제가 되겠습니다. 아마 여기 계신 위원님들께서는 더 잘 알고 계시겠지만 2055년 정도가 되면 국민연금의 모수개혁 없이는 고갈이 될 위기에 처해 있고 고갈될 경우에는 35% 정도의 보험료율이 필요할 거라는 보고가 있었습니다. 그 보고를 보고 저희가 해당 시점에는 얼마만큼의 건강보험료율이 필요한지를 산출해 봤습니다. 안타깝게도 15% 정도가 나왔습니다. 결국 2055년이 되면 지금 우리 아이들은 아마 전체 소득의 절반 정도를 건강보험과 국민연금이라는 노후 보장을 위한 제도에 소모를 해야 됩니다. 그런데 이런 상황은 전혀 지속가능하지 않지요.

저는 정부가 지금 의정 갈등을 초래하게 된 의대 증원에 대한 논리 구조가 지금의 미래에는 계속해서 의료 수요가 늘어나게 될 텐데 그 의료 수요를 만족하기 위해서는 의료의 공급이 모자라다는 관점으로 이해를 하고 있습니다. 하지만 재정이 버티지 못하고 우

리 체계의 부양 가능성이 떨어지는데 그런 논의를 하는 것은 사실 논리적으로 합당하지 않다고 생각을 합니다. 결국 이제 우리 미래는 의료 수요를 적당한 관점으로 줄이는 것이 가장 중요한 상황이고, 아마 우리 사회에는 앞으로 많은 퇴보가 예정이 되어 있을 겁니다. 그런데 그 퇴보를 조금이라도 늦추고 막는 것들이 사실은 진보와 보수의 관점에서 도 가장 중요한 일이 될 거라고 생각을 합니다.

두 번째는 추계위의 쟁점에 대한 부분입니다.

많은 분들이 오늘 공청회를 기대하고 계시고 추계위원회라는 것들이 생기게 되면 많은 문제가 해결될 것이라고 생각을 하고 계실 겁니다. 그런데 제가 코로나 때도 이런 추계 작업이나 모델링 작업을 많이 진행했었는데 항상 저한테 물어보시는 게 ‘내일 늘어나나요?’ ‘내일 줄어드나요?’ 이런 것들을 많이 물어보시더라고요. 그런데 항상 저의 답변은 똑같았습니다. 이런 추계 작업과 모델링 작업이라고 하는 것은 지금 우리가 어떤 선택을 하나에 따라서 늘어날 수도 있고 줄어들 수도 있다라고 그렇게 대답을 드려 왔습니다. 그렇기 때문에 이 추계 작업이라고 하는 것은 누가 어떠한 의도를 가지고 하나에 따라서 전혀 다른 결론이 나올 수 있다라는 점을 모든 분들께서 알아 주셨으면 좋겠습니다.

그렇기 때문에 저는 추계위원회에서 가장 중요한 부분이 얼마만큼의 독립성을 확보할 수 있냐, 전문성을 확보할 수 있냐, 절차적 정당성과 공정성을 보장할 수 있냐 그리고 추계위원회에서 나온 결론을 얼마만큼 정책에 잘 반영할 수 있을 것인가에 대한 그런 부분이라고 생각을 합니다.

그렇기 때문에 저는 가급적이면 어떠한 위원회의 산하에 이런 추계위원회가 들어가는 것에 대해서는 반대를 합니다. 왜냐하면 산하 조직에 들어가면 결국 위로 올라가고 심의하고 의결하는 과정에서 이 의견들은 희석될 가능성이 높기 때문이라고 생각을 합니다. 그래서 여러 의원님들께서 많은 좋은 안들을 내 주셨지만 저는 가급적이면 이 추계위원회는 독립적인 조직이었으면 좋겠습니다.

두 번째는 전문성에 대한 부분입니다.

사실 모든 사람들이 자기가 전문가라고 이야기를 합니다. 그런데 저도 어느 순간에는 제 전문성이 흔들리는 부분이 있는데, 하지만 이 추계위원회는 결국 모든 면들을 포괄하고 있습니다. 우리나라 보건의료 보장의 방향이 어디를 향해서 나아가는지, 얼마만큼을 보장해야 되는지 그리고 미래에는 어떻게 변할 것인지에 대한 포괄적인 내용들을 이해해야 되기 때문에 정책 의사결정의 수준이 매우 높다고 생각을 합니다. 그렇기 때문에 저는 가급적이면 매우 전문가들만 모여서 의사결정을 할 수 있고 거기에 대한 의견을 낼 수 있는 조직이면 가장 좋을 것 같습니다.

다른 말로는 저는 의사의 참여가 굉장히 많아야 된다고 생각을 합니다. 하지만 의사들 중에서도 서로 다른 의견들을 가지고 있고 이미 전문가로서의 독립적인 의견들을 낼 수 있는, 양심에 기반해서 의견을 낼 수 있는 분들이기 때문에 저는 그게 중요하다고 생각을 하고요.

거기에 더해서 보건의료인력의 결정은 사실 국가 과학기술 인력을 어떻게 배분할지를 전체적으로 말하는 내용이라고 생각을 합니다. 그렇기 때문에 의료계 말고도 과학기술계에서도 이 역량을 충분히 가늠할 수 있게 참여가 충분히 있어야 된다고 생각을 합니다.

그리고 또 하나는, 지금 정책 결정을 하면 나오는 의사들은 10년 뒤에 나옵니다. 그리

고 그 의사들이 가장 열심히 활동하는 시점은 20년 뒤가 될 겁니다. 그렇다면 기성세대가 참여하는 것보다는 미래세대가 참여하는 게 저는 훨씬 더 중요하다고 생각을 합니다.

또 하나, 의사결정 과정에서 수많은 위원회들이 너무나 많은 이해당사자들의 의견을 반영하려고 하다 보니 결국 그 위원회 자체가 무력화되는 것들을 저는 많이 보아 왔습니다. 그렇기 때문에 참여는 가급적 정말 이해당사자, 직접적인 이해당사자가 되면 될수록 좋다고 생각을 합니다.

그리고 절차적인 공정성에 있어서는 회의록 작성이나 아니면 그 위원회의 의사결정 과정을 모두 생중계하는 것까지 고민해 볼 정도로 투명하게 진행이 되면 좋겠습니다.

의결권에 대한 것들은 많은 분들이 고민이 많으실 텐데요. 저는 의결권에 있어서는 굉장히 강력한 권한이 있으면 좋겠지만 하지만 그 권한이 부여가 되는 것이 절차적인 정당성이나 전문성이 떨어진 상태에서 그런 결정이 났을 때 가지는 위험성에 대해서도 고민을 해 보셔야 된다고 생각을 합니다. 왜냐하면 의결권을 가지는 굉장히 강력한 조직이 된다면 결국 행정부에서는 거기 위원회에 대한 그립(grip)을 강화하게 될 수밖에 없어요. 그리고 결국 모든 이해당사자들이 달려들 거기 때문에 우리가 원하는 결론, 과학적이고 합리적인 결론이 더욱더 나오기가 어려울 수 있다고 생각을 합니다.

그래서 그 부분에 대해서는, 저는 물론 전문적이고 공정한 위원회가 설립이 된다면 거기에 있어서는 의결권을 가져도 된다고 생각을 합니다. 하지만 협의하는 과정에서 그런 부분들이 많이 무의미해진다면 사실 의결권을 가지는 것 자체가 오히려 더 위험할 수 있다고 생각을 합니다.

마지막은 지금 문제를 해결하기 위해서 꼭 필요한 것들입니다.

저희 전공의들과 학생들이 떠난 지가 1년이 넘었습니다. 결국 지금 공청회에서 논의하고 있는 이 자리가 그분들이 돌아올 수 있는 기회가 됐으면 좋겠습니다.

그렇기 때문에 첫 번째는 이 추계위원회가 2025년부터 원점에서 증원에 상관없이 논의가 될 수 있는 구조가 되면 가장 좋을 것 같고요. 결국 3000명에서 얼마만큼이 늘어날지에 필요한 것을 올해부터 반영을 해서 26년에 반영했으면 가장 좋겠다는 의미입니다. 그렇기 때문에 이런 사회적인 여건이나 아니면 어려움에 따라서 증원이나 감원이 필요할 수 있다는 부칙 조항에 대해서는 저는 반드시 필요하다고 생각을 합니다.

세 번째는 위원님들께서도 이게 하나의 추계위원회를 설립하는 관점이 아니라 우리나라의 장기적인 보건복지 시스템 그다음에 부양 시스템을 어떻게 만들 것인지를 결정하는 과정이라고 생각을 해 주시고 더 많은 관심을 가져 주셨으면 좋겠습니다.

감사합니다.

○위원장 박주민 감사합니다.

지금까지 진술인들이 거의 시간을 맞춰 주고 계십니다. 대단히 감사드리고요.

다음은 장부승 교수님 말씀 듣도록 하겠습니다.

○진술인 장부승 안녕하십니까? 일본 관서외국어대에 재직 중인 장부승이라고 합니다.

오늘 여기 의사 선생님들 많이 나와 계시는데 저는 의사가 아니고요 비교 정책을 공부하는 사회과학자입니다. 그리고 저만 의사가 아니라 저희 부모, 형제자매 중에도 의사가 없고 친구, 친척 중에도 의사가 단 한 명도 없다는 걸 말씀드리고 싶습니다.

저는 학자가 되기 전에는 공무원을 한 15년 했고요. 그다음에 존스홉킨스에서 비교 정

책으로 박사 하고 나서 스탠포드랑 랜드연구소에서 공부를 하다가 8년 전부터는 일본에서 취직을 해서 재직하고 있습니다.

비교 정책을 공부하는 사람으로서 이렇게 중요한 정책 문제를 다루는 토론 자리에 와서 발언할 수 있는 기회를 얻게 된 것에 대해서 감사의 말씀 드립니다.

시간이 좀 제한돼 있기 때문에 자료 내용을 빠른 속도로 말씀드리도록 하겠습니다.

자료집 97페이지입니다.

우리나라의 의대 정원은 지난 2006년 3058명으로 동결된 이후에 작년의 급격한 증원 전까지 약 18년간 동결되어 왔는데요. 이로 인해 사회경제적 상황의 변화에 따라 의료인력 공급체계를 검토하기 위한 종합적인 시스템이 개발되어 오지 못했습니다.

반면 우리와 유사한 의료수급체계를 갖고 있는 일본의 경우에 아래와 같이 다양한 후생노동성 산하 검토회를 통해서 여러 차례 의료인력 수급 문제가 검토돼 왔고요, 이 과정에서 이러한 검토를 수행하고 실제 의료인력 증원 혹은 감원으로 연결시키는 정교한 체제가 발전돼 왔습니다.

아래에 보면 예시가 나오는데요. 그중에 지금 우리나라에 가장 많이 알려져 있는 것이 세 번째 동그라미 의사수급분과회입니다. 2015년부터 2022년까지 약 6년간 총 40회 회의를 거쳤고요. 다섯 번의 중간보고서를 냈고, 이 성과에 대해서는 다음에 추가로 말씀드리겠습니다.

98페이지입니다.

이러한 검토회들은 의료인력 수급 문제를 담당하는 후생노동성 의정국 의사과가 설치하는 자문기구로서 법정기구가 아닙니다. 반면 일본의 의료수가, 일본에서는 이걸 진료보수라고 그러는데요. 이것을 논의하는 중의협은 사회보험협의회법에 의해 설치된 법정기구로서 그 구성과 업무 범위가 법에 정해져 있고 진료보수를 책정이나 변경할 경우에 후생노동대신은 법률상 중의협의 자문을 거칠 의무가 있습니다.

하지만 법정기구가 아닌 의사수급분과위 등의 검토회는 그 구성이나 업무 범위가 법적으로 고정돼 있지 않고 역할 역시 엄밀하게 말하자면 비공식적입니다. 또한 후생노동대신이 의사수급분과위 등 이러한 검토회의 자문을 받아야 하는 법률적 의무가 없습니다.

하지만 실제 운영 현황을 보면 의사수급분과위 등을 비롯한 검토회는 일본의 의료인력 수급계획 입안 과정에서 중추적인 역할을 하고 있습니다.

예를 들어 의사인력 검토회 관련해서 가장 널리 알려져 있는 의사수급분과위의 경우에 2015년 출범 당시에 대략 2개의 커다란 임무를 부여받았습니다. 첫 번째는 일본 전국적으로 의료 수요와 공급체계를 추산할 수 있는 모델을 개발해서 적절한 의사인력 공급 규모, 즉 의대 정원 규모를 결정하는 것이었고요. 두 번째는 의사의 지역별 및 진료과목별 쏠림현상, 일본에서는 이걸 편재라 그러는데 이것을 측정할 수 있는 개념적 도구를 개발하고 이에 대해서 대책을 수립하는 것이었습니다.

의사수급분과위에 이러한 임무가 부여된 데에는 법률적인 배경이 있습니다.

일본 의료법 5장 1절 제30조의3에 따르면 후생노동대신은 적절한 의료제공 체계를 확보해야 하며 이를 위한 기본방침을 수립해야 합니다. 이 방침에는 여러 사항이 포함되는데 같은 법 제30조의3 2의 9에 따르면 동 기본방침에는 의사의 확보에 관한 기본사항이 포함돼야 됩니다. 그리고 바로 다음 절인데요, 다음 절 제30조의4에 따르면 각 지자체 도

도부현은 상기 기본방침에 따라서 6년마다 의료계획을 수립하도록 돼 있습니다. 그러니까 후생노동대신은 의료법 30조의3과 4에 따라서 정기적으로 각 지자체에 제공할 의료제공 체제의 기본방침을 수립해야 하고 이 검토회라는 것은 후생노동성의 담당 부서에 이러한 기본방침 관련해서 전문적인 자문을 제공하기 위한 목적으로 설치된 것입니다.

99페이지입니다.

이러한 법률적 배경하에 일본 의사수급분과위는 주어진 임무를 달성하기 위해서 회의를 거듭하였고, 40회나 회의를 했지요. 그 결과 2022년 일본 의사 수급 예측 모델과 이 모델에 근거한 수급 전망을 제시하였습니다. 동 전망에 따르면 의사의 주당 노동시간을 60시간으로 볼 때 대략 2029년에 일본의 의사 수급은 균형에 이를 것이며 그 이후로는 공급 초과가 발생할 것이라는 결론이었습니다. 이러한 수급 전망에 기초해서 일본 정부는 이미 2019년에 각의 결정을 통해 의대 정원을 동결하였으며 최근 들어서는 추가적인 의대 정원 감원의 방향으로 검토 중인 것으로 알려져 있습니다.

또한 두 번째 임무 관련해서 의사수급분과위는 의사인력의 지역별, 진료과목별 편제, 쏠림현상의 개념을 정의하고 이를 측정하기 위한 의사인력 편제 지표를 개발했으며 이 지표에 근거해서 일본 전역을 의사 다수 지역과 의사 소수 지역으로 구분한 후에 다수 지역에서 소수 지역으로 의사를 이동시킬 수 있는 다양한 정책을 제안하였습니다.

이러한 정책 제안을 이어받아서 작년, 2024년 1월에 출범한 또 다른 검토회가 있는데요. 이는 명칭을 ‘의사 양성 과정을 통한 의사의 편제 대책 등에 관한 검토회’라고 명명한 후에 주로 의사의 지역별, 진료과목별 쏠림 문제에 대한 대책을 주요 과제로 삼아 회의를 계속하고 있습니다. 지금 1년 됐는데 아직 중간보고서는 안 나왔지만 아홉 번 회의를 했습니다.

일본의 의대 증원 문제나 의료수가 문제 관련 과거 60년대, 70년대에 최근 우리나라의 의정 갈등보다 훨씬 높은 강도로 의료계와 정부가 충돌하는 사태를 겪은 바 있습니다. 그러나 1980년대 이후 일본은 이러한 검토회 같은 형태를 통해서 의료계와 정부 간의 첨예한 갈등을 기술적 문제로 전환하여 전문가들의 차분한 토론의 방식으로 해결하는 기제를 발전시켜 왔고 최근 들어서는 이러한 접근법이 상당히 안착하는 모습을 보이고 있습니다.

현재 일본에서는 후생노동성이 의대 정원 문제를 의료계의 반발에도 불구하고 일방적으로 밀어붙이기가 어렵습니다. 그리고 그런 일이 정말로 벌어진다면 과거와 같은 극렬 투쟁의 시대로 돌아갈 수도 있고 또한 의정 갈등 문제가 여론을 악화시켜 내각의 지지를 떨어뜨리는 요인으로 작용할 수도 있습니다.

100페이지입니다.

일본의 사례에서 우리가 얻을 수 있는 교훈은 다음의 네 가지로 요약해 볼 수가 있습니다.

첫 번째, 일본의 검토회는 높은 자율성이 보장됩니다.

상기 의사수급분과회의 사례에서 알 수 있듯이 검토회는 임무는 부여받지만 의대 증원이나 혹은 감원 같은 어떤 방향성이나 구체 수치가 사전에 전혀 주어지지 않습니다. 전문가들 간의 자유로운 토론을 통해서 자연스럽게 방향성이 발현될 수 있도록 함으로써 전문가들의 자율성을 보장하고 있습니다. 검토회 내부 구성 역시 위원장을 호선하는 등 높

은 자율성이 보장됩니다.

둘째, 일본의 검토회에게는 충분한 시간이 주어집니다.

의사수급분과회의 경우 주어진 임무에 대한 토론과 정책 개발을 위해 6년간 총 40회의 회의를 가졌고 이를 통해 복잡한 갈등 현안에 대해 기술적 해결 모델을 제시하고 다양한 변수들을 충분히 검토할 수 있었습니다.

셋째, 검토회와 후생노동성 간의 신뢰가 높습니다.

앞서 말씀드렸다시피 검토회의 견해가 후생노동대신을 법적으로 구속하지 않습니다. 하지만 실제로 후생노동성이 발표하는 의사 수급 관련 자료들을 보면 마치 최종 결정을 의사수급분과위가 내리는 것처럼 쓰고 있는 경우가 많습니다.

일본에서 법적으로 의대 정원 관련 최종 결정은 내각이 갖고 있습니다. 즉 후생노동대신이 의대 정원안을 각의에 올려서 결정하는 구조를 갖고 있습니다. 하지만 실질적으로는 검토회에서의 결정이 사실상 최종 결정이며 검토회 구성원들도 그렇게 생각하고 있습니다. 후생노동성 역시 자기네 담당 국장과 과장이 해당 검토회의 사무국장 역할을 하기 때문에 다년간에 걸친 논의 과정에서 후생노동성의 입장 역시 자연스럽게 검토회의 최종 결정에 반영되게 됩니다. 따라서 현재의 검토회 구조하에서 후생노동대신이 갑자기 검토회의 최종 결정을 뒤집는다는 것은 상상하기 어렵습니다.

마지막으로, 이 검토회는 높은 전문성을 가지고 있습니다.

예를 들어 2022년 기준으로 의사수급분과회 총구성원이 22명인데요. 이 중에 17명, 77%가 의사 면허 소지자입니다. 의사수급분과회의 구성원은 조금씩 변하지만 대개 항상 4분의 3 정도는 의사 면허 소지자입니다. 그렇다고 해서 이들 4분의 3의 구성원들이 의사로서 어떤 단일 대오를 구성해서 획일적인 논의 환경을 만드는 것이 전혀 아닙니다. 상기 이 17명의 의사를 예를 들면 이 중에 일본의사회, 우리의 의협에 해당하는데요. 의사회 소속은 2명에 불과하고 의대 교수가 5명, 병원 쪽에서 온 사람이 7명, 기타 보건시설, 정부기관 소속이 3명입니다. 또한 의대 교수 5명 중 2명은 은퇴자입니다. 이렇게 같은 의사라고 하더라도 다양한 출신과 배경을 갖는 의사들이 망라됨으로써 각자의 전문성이 보완되어서 시너지 효과를 기대할 수 있습니다.

아래 법안 관련 제 의견을 말씀드리면요, 101페이지 밑에서 두 번째 패러그래프입니다.

첫 번째, 일본과 마찬가지로 우리나라의 의사수급추계위원회도 최소한 4분의 3 정도 구성원은 의사 면허 소지자가 되어야 하며 이들 의사 면허 소지자에 대한 추천권을 의사단체 측에 부여할 필요가 있다고 사료됩니다.

또한 정부출연연구기관 구성원의 경우에 정부 입장을 대변할 수 있으므로 추계위원회에 위원으로 참여하기보다는 보건복지부를 통해 용역 서비스나 자문을 제공하는 방식으로 참여하는 것이 바람직하다고 생각합니다. 나머지 4분의 1은 보건복지부장관이 추천하되 최소한 의료 관련 일정 기간 이상의 유경험자가 되도록 의무화할 필요가 있다고 봅니다.

102페이지입니다.

둘째, 그렇다고 해서 의사단체가 추천하는 구성원을 전부 개업의로 해서는 안 되며 일본에서 보듯이 의협 이외에도 의대 교수, 병원행정 유경험자, 보건시설 유경험자, 의료 관련 사회과학자 등 다양한 경력 소지자를 추천하도록 의사단체에 권고하는 내용이 들어

갈 필요가 있다고 생각합니다. 또한 일본처럼 우리나라에서도 의료 관련 높은 신뢰를 받는 학계의 은퇴하신 분들 중에 여러 분을 위원회에 참여시킴으로써 위원회 내부 논의 과정에서 일종의 앵커 역할을 하게 한다면 원만한 논의가 될 수 있다고 생각합니다.

셋째, 의결은 일본과 같이 만장일치로 하되 만에 하나 회의를 거듭해도 결론이 모아지지 않을 경우를 대비해서 의결정족수를 전체 구성원의 5분의 3으로 함으로써 보건복지부가 일방적으로 결론을 강요할 수 없다는 신뢰를 위원회 구성원들에게 심어 줄 필요가 있다고 생각합니다.

네 번째, 위원회 내부 논의에 충분한 시간이 필요합니다. 가령, 이견 예를 들어서 말씀드리는데 최소 1년 이상을 부여하고 분기에 한 번 이상 회의를 하게 함으로써 충분한 토의가 이루어지도록 해야 합니다. 그리고 동시에 의대 정원은 2024년도에 증원된 약 1500명분을 2026년부터 3년에 걸쳐 500명씩 감산하여 반영함으로써 2024년의 증원분을 점진적으로 무효화하고 사안을 원점으로 돌려 제로베이스에서 시간을 갖고 의제를 합리적으로 토론할 수 있다는 인식을 위원회 참가자들에게 줘야 한다고 봅니다.

마지막으로 말씀드리자면, 일본의 경우에 의대 정원은 원칙적으로 내각이 결정하는 사항입니다. 내각이 일본 헌법상 일본의 최고 결정 기관입니다. 그래서 후생노동성 또는 문부과학성이 일방적으로 결정할 수 없는 구조를 가지고 있습니다. 우리 역시 이러한 구조를 도입하여 의대 정원 문제는 보건복지부와 교육부가 협의토록 하여 어느 한쪽이 일방적으로 결정하지 못하게 하는 동시에 보건복지부는 의사수급추계위원회의 건의 없이는 교육부와 협의하지 못하게 함으로써 의사수급추계위원회의 건의가 무게감을 갖도록 해 줄 필요가 있다고 봅니다.

다만 이 부분의 경우에는 대통령령에 위임하는 것도 하나의 방법이 될 수 있다고 생각합니다. 대통령이 의대 정원 관련 보건복지부와 교육부 간 협의의 전제로서 의사수급추계위원회의 건의를 요구한다고 하면 마치 일본에서 각의 결정에 회부되기 이전에 의대 정원 문제가 후생노동성과 문부과학성 간에 합의되어야 하는 것과 구조적으로 같은 효과를 가져올 수 있다고 생각합니다.

이상 발표 마치겠습니다.

○위원장 박주민 방금 전에 제가 진술인분들이 시간 잘 맞춰 주신다고 했는데……

허윤정 교수님 진술해 주시기 바랍니다.

○진술인 허윤정 안녕하십니까? 단국대학교 권역외상센터에서 근무하고 있습니다.

저는 어제 아침 8시부터 오늘 아침 8시까지 뜯눈으로 24시간 당직을 서고 이 자리에 있습니다.

외상센터의 현재를 간략히 설명드리겠습니다.

권역외상센터는 2014년부터 전국을 17개의 권역으로 나누어 관할 권역 내에서 발생한 중증외상센터 환자의 최종 치료를 위해 설립됐습니다. 24시간 당직 월 10회, 36시간 연속 근무에 극한 노동 강도, 초 단위의 대량 출혈을 쏟으며 온몸이 부서진 채 실려 오는 중증환자들, 열정과 사명감을 강요당하는 사회 분위기, 그럼에도 적자를 면할 수 없는 구조적 문제, 현실이 이렇다 보니 저희 단국대학교 외상센터에는 2020년 제가 입사한 이래 단 한 명의 후배 의사도 들어오지 않았습니다. 다른 센터의 상황도 마찬가지이므로 17개의 권역외상센터 중 기준을 충족하며 제 기능을 다하고 있는 기관은 상위 몇 개 기관뿐

나머지는 중증외상 최종 치료의 역량을 상실한 지 오래입니다.

바로 어젯밤에 일어난 일을 하나 말씀드리겠습니다.

30대 남성이 오토바이 사고로 다발성 손상을 입었습니다. 사고 발생 지역에서 저희 병원보다 가까운 외상센터가 두 곳이 더 있었습니다. 모두 인력 부족으로 특정과 진료가 불가능하다고 통보되었고, 지역명은 거론하지 않겠습니다. 혈압이 60 정도밖에 되지 않아 이송 도중 환자가 잘못될 확률이 높았으나 무리해서 수용할 수밖에 없었습니다. 다행히 도착하자마자 응급수술을 해서 환자는 생존했지만 환자도 저도 매우 운이 좋았을 뿐입니다. 작년 한 해 대부분의 환자들은 그렇게 생존하지 못했기 때문입니다.

지난주 당직 때 발생한 일을 하나 더 말씀드리겠습니다.

저희 센터에서 200km 넘게 떨어진 곳에서 외상성 심정지 환자의 전원 의뢰 전화가 왔습니다. 구급차로 달려도 3시간 넘게 걸리는 곳이고 여러분이 알고 계시는 닥터헬기는 일몰 후에는 뜨지 않습니다. 이 역시 인력 부족 때문입니다. 그곳과 저희 병원 사이에는 외상센터 4곳이 더 있었습니다. 지역명은 특정하지 않겠습니다. 이 환자가 살아서 저희 병원에 도착할 방법은 없었습니다. 수용 못 했고 어디에서 사망했을지 모르겠습니다. 이런 일은 이제 더 이상 기사화되지도 않습니다.

의정 사태가 촉발된 2024년 2월부터 최대 1만 명의 환자들이 붕괴된 응급의료체계로 인해 초과 사망했을 것으로 추정됩니다. 초과 사망이라는 말은 충분히 살릴 수 있었지만 살리지 못했다는 뜻입니다.

전국에 수천억을 들여 외상센터를 세우고 중증외상 사망률을 개선하는 데는 10년이 넘게 걸렸지만 다시 예전 수준으로 회귀하는 데는 6개월도 걸리지 않았습니다. 현 정부의 의료개혁과 뒤이은 의료인 처단 계엄령은 자리를 지키던 필수의료 의사를 내쫓았고 지방의료 붕괴는 더욱 가속화시켰습니다. 저는 이를 현장에서 목격한 산 증인입니다.

문제는 여기에서 끝나지 않습니다. 최근 1~2년간 국내 필수의료인들을 병원 밖으로 내몬 결정적 요인은 의료 과실에 대한 형사처벌과 과도한 민사 배상액입니다. 의료진의 고의나 중과실이 없을 시 형사책임 면책이나 민사 배상액의 상한 설정이 절실하나 최근 의료개혁특위에서 모두 없던 일이 되었습니다. 살리려고 시행한 기관 내 삼관술의 수가 는 4만 7000원인데 기관 삼관 후 사고에 대한 배상액은 5억입니다.

어떤 수술의 생존율이 99%라고 관사가 못 박으면 살리지 못한 의사는 상해를 입힌 자와 똑같은 범죄자 취급을 받습니다. 의료행위에 대한 민형사 소송을 남발하는 사회적 분위기 속에서 의사들은 더 이상 생명을 다루는 분야에 종사할 이유가 없어졌습니다. 이에 젊은 의사들은 더 이상 수련을 받지 않기로 한 것뿐입니다.

저수자로 온 국민이 건강보험의 혜택을 받는 특수한 환경을 고려할 때 보상 책임은 국가가 지고 보험료 또한 전적으로 국가가 부담하는 것이 마땅하나 이에 대한 사회적 논의가 해당 법조항 개정과 실질적인 시행에까지 이르려면 아주 오랜 시일이 걸릴 것으로 판단됩니다. 따라서 오늘 논의와 별개로 마련을 부탁드립니다 싶은 것은 전공의 의료소송 면책 특례조항입니다.

전공의는 피교육자 신분으로 병원 내에서 이들이 행하는 모든 의료행위는 교수 즉 전문의의 체계적인 교육과 관리 감독하에 이루어져야 합니다. 수련생이자 교육생인 이들이 단독으로 법적 책임을 져야 할 어떠한 이유도 없는 것입니다. 그럼에도 최근 저연차 전

공의가 혼자 배상책임을 지거나 형사 처벌되는 판례가 나오고 있습니다.

그동안 전공의들은 제자가 아닌 최저시급도 받지 못하는 노동법의 사각지대에서 저수가 구조를 보상하기 위한 대형병원들의 부속품 취급을 받아 왔습니다. 한 달에 월급 몇 푼 더 주고 근무시간 몇 시간 줄여 주는 것으로는 이 나라에서 수련받기를 완전히 포기한 전공의들을 설득할 수 없습니다. 의료사고 교수책임제 특례조항 만들어 주십시오.

그러나 교수들 또한 벼랑 끝에 서 있습니다. 전문의 숫자가 현저히 부족한 상태에서 원가 이하의 수가로 식당과 장례식장을 넘어서는 매출을 만들기 위해서는 중간 착취자가 될 수밖에 없었습니다. 교육자로서 제자를 육성하는 데 헌신할 수 없는 그런 구조 개선되어야 합니다.

일련의 의정 사태를 겪고 난 현시점에서 대학병원에 남아 있는 교수들은 제가 볼 때 오로지 두 부류로 분류됩니다, 곧 나갈 교수와 아직 나갈 곳을 찾지 못한 교수.

150여 명의 임상교수가 근무하는 저희 병원의 작년 한 해 퇴사자는 24명으로 전년도 동일 기간보다 3배 늘어났습니다. 의대생 증원 과정에서 정작 교육의 주체인 저희 의대 교수들의 항변은 묵살당했습니다. 아카데미아 정신을 저버리고 경영의 논리에 굴복한 각 대학의 총장들만 여기에 앞장섰고 동조했을 뿐입니다.

동료들은 지금도 떠나가고 있고 여전히 냉난방이 되지 않는 교수실에서 잠을 자야 하며 학생 한 명당 한 평도 할애할 수 없는 교육과 실습의 환경은 개선되지 않았습니다. 새로운 교실을 짓는다더니 땅조차 마련되지 않았습니다. 그러면서 당장 올해 7500명의 학생을 받으라고 합니다. 원천적으로 불가능합니다.

이에 법안 상정 시 반드시 2026년을 예외적인 의대생 선발 안식년으로 정하여 전격적으로 정원을 재조정해 주실 것을 간곡히 호소드리는 바입니다.

우리 사회는 중증외상센터에 신체가 찢리고 으깨진 채 이송되는 환자들에게 많은 빛을 지고 있습니다. 건설 현장이나 산업체, 농경지에서 위험하고 낯은일을 도맡아 오던 이들이 다수이기 때문입니다. 음주운전, 문지마 살해 등 국가가 규범으로서 예방하고 막아 줘야만 하는 사고도 매해 줄지 않고 반복되는 것을 저는 목도해 왔습니다.

지방·필수 의료를 재건하기 위해서는 생명을 구하는 의사들이 마음껏 생명을 구하게 해 주는 환경을 조성하는 것이 우선입니다. 필수의료 패키지과 의대생 증원 정책은 실패했습니다. 지난 1년간 국민들의 조기암은 말기암이 되어서야 발견되었고 지방에서 중증외상으로 다친 사람들은 전국을 헤매다 길바닥에서 사망했습니다.

오늘 의료인력 추계위 법안에 대한 논의의 장을 열어 주신 데 감사와 경의를 표하는 바이나 멸종 위기에 처한 필수 의료진으로서 이들을 구하기 위해 남은 골든아워는 이미 다 소진되어 버렸기 때문에 현장에서 일하는 제게 오늘 이곳에서의 논의는 실은 매우 공허하게 느껴집니다.

‘중증외상센터’ 드라마를 보면서 저는 두 번 울었습니다. 한 번은 삭감과 적자, 소송 때문에 치료에만 전념할 수 없는 상황에서도 환자 살리겠다고 뛰고 또 뛰는 모습이 저와 제 동료들 같았습니다. 또 한 번은 백강혁이 제자를 키우는 모습을 보고 울었습니다. 내가 스승님으로부터 배운 소중한 생명이라는 가치, 저는 이제 더 이상 전해 줄 사람이 없기 때문입니다.

이제는 이 땅에서 바이탈과 수련을 받는다는 것은 미친 짓이 되어 버려서 더 이상 어

린 의사들에게 수련을 권할 수조차 없게 되었습니다. 그럼에도 불구하고 저는 계속해서 외상센터로 실려 올 단 한 명의 생명이라도 놓치지 않기 위해 향후 본 추계위원회를 비롯한 각종 현안 의결의 자리에서 과반 이상의 현장의 목소리가 제대로 반영될 수 있게 되길 정말 마지막으로 희망해 봅니다.

지난 1년간 우리는 많은 피를 흘렸습니다. 더 이상 무고한 죽음은 없어야 합니다. 생명을 구하는 의사들이 마음껏 생명을 구하게 해 주시고 선의를 가지고 최선을 다한 진료의 결과가 좋지 않더라도 처벌받지 않게 해 주시고, 그렇게 함으로써 생명을 살리는 의사가 점점 많아지고 이 땅의 어린 새싹들이 그러한 의사가 되기를 꿈꾸고 희망하게 만드는 것, 이것이 진정한 의료개혁임을 제발 기억해 주십시오.

경청해 주셔서 감사합니다.

○위원장 박주민 고생하셨습니다.

마지막 진술인입니다.

김기주 부위원장님 진술을 들을 거고요.

안상훈 위원님이 좀 양보를 해 주셔서 오전 질의 남인순 위원님 하고 점심을 위한 정회를 하도록 하겠습니다.

김기주 부위원장님 진술해 주십시오.

○진술인 김기주 위원장님, 소개 감사합니다.

저는 병원협회 기획부위원장 자격으로 오게 된 김기주라고 합니다.

일단 이렇게 중요한, 우리 사회의 정말 필수적인 갈등 요소인, 지금 매우 핵심 요소인 의정 갈등 문제 해결을 위해서, 노력을 위해서 이런 자리를 마련해 주신 위원장님과 저희 보건복지위원님께 깊은 감사의 말씀 드립니다.

그러면 시작하도록 하겠습니다.

먼저 의료인력 추계위원회의 구성 및 운영에 대한 의견입니다.

추계위원회는 당연히 있어야 한다고 생각을 하고 있고 그에 대해서 세부 내용에 대해서 말씀드리고자 하는데요.

먼저 의료인력 수급추계위원회 구성 방향입니다.

먼저 의료인력 수급추계위원회에서는 의료인력 수급과 관련된 중요한 영향을 미치는 요소들을 지속적으로 모니터링하고 이를 종합 고려한 추계모형 개발이 필요하며 이를 통해 도출된 추계 결과를 활용하여 중장기적인 의료인력의 방향을 결정하고 이를 항상 염두에 두고 논의를 진행해야 합니다.

인구구조의 변화(고령화 및 출산을 감소), 의료 수요 및 질병 양상과 발생률, 가계소득 및 사회·경제적 환경, 근로패턴(근무일수 및 보수 등 근로환경), 생활패턴의 변화(일과 삶의 균형성 등)와 같이 직무에 영향을 줄 수 있는 요소 그리고 또 앞으로 중요해지는 의료기술 발전(AI, 로봇, 비대면진료) 등이 같이 고려돼야 할 것입니다.

또한 의료인력 수급추계위원회의 논의 내용 및 의사결정 과정은 투명하게 공개돼야 하고 위원회가 도출한 결론에 대한 근거를 명확하게 제시할 수 있어야 하며 위원회에 핵심 이해관계자는 반드시 참여시켜야 실질적으로 현장에서 해결할 수 있는 의견을 제시, 공유, 반영할 수 있을 것입니다.

이처럼 의료기관, 의료인, 환자, 정부, 학계 등 다양한 이해관계자가 직접적인 영향을

받는 문제이므로 위원회에서 여러 이해관계자들의 의견이 충분히 반영될 수 있도록 해야 할 것입니다.

의료인력 수급에 대한 문제는 복잡하고 민감한 사항이기 때문에 논의 과정에서 정부는 여러 이해관계자들과 지속적으로 소통하고 의견을 청취하는 노력과 더불어 그 의견을 존중하여 일방적 결정이 이루어지지 않도록 해야 할 것입니다.

두 번째 내용입니다.

수급추계위원회에 병원계 위원 참여 필요성입니다.

앞서 언급한 바와 같이 의료인력 수급추계위원회는 보건의료인력별로 전문성을 갖는 위원회로 구성하는 등 각 직종의 특성을 면밀히 고려하고 전문성을 갖는 논의구조가 될 수 있도록 하는 조치와 더불어 병원계 등 핵심 이해관계자가 수급추계위원회 위원으로 충분히 참여하게 해야 하나 안타깝게도 김윤 의원님 같은 경우에는 병원계, 즉 의료법 52조에 따른 의료기관단체에서 추천하는 사람이 위원으로 포함되지 않았는데 아래와 같은 사유로 위원회에 병원계가 참여하는 건 필수적인 사항임을 고려해야 할 것입니다.

먼저 병원 현장은 의료인력들이 실제로 업무를 수행하고 임상교육과 수련을 담당하는 곳이라는 점, 두 번째 2024년 4분기 기준으로 의료기관에 종사하는 의사와 간호사는 각각 10만 7000명, 대략 26만 9000명으로 병원급 의료기관에서 의사의 약 48.8%, 간호사의 92.5%가 종사하고 있는 분포를 고려할 때 병원계가 위원회에 참여할 당위성이 인정된다는 점 또한 인식해 주시면 감사하겠습니다. 그 외에 여러 직종을 봐도 최소 45%에서 높게는 96%가량이 각 직종별로 병원급에서 종사하고 있음을 생각해 주시면 감사하겠습니다.

세 번째, 위에 따라 의료인력 수급 결정이 병원급 의료기관의 고용 상황에 크게 영향을 미친다는 점 또한 같이 염두에 주시고.

네 번째, 바이오 또는 의료기술 연구를 전문으로 하는 의사과학자와 같이 융합형 의료인력의 수요 변화와 추이 등은 의원급이 아닌 일정 규모 이상의 병원급 의료기관이—연구중심병원 등이 해당할 텐데요—현실적으로 인지하고 있다는 점 그리고 실질적으로 필수요를 담당하는 응급실, 중환자실 포함 필수요는 대부분 병원에서 제공한다는 점 또한 인식해 주시면 감사할 것 같습니다.

마지막으로 다섯 번째, 해외 주요 국가들의 의사인력 수급 거버넌스에서도 직접적인 이해관계자인 병원계가 참여하여 수급 결정에 기여한다는 점을 볼 수가 있습니다. 일본, 미국, 네덜란드, 호주 등 여러 사례를 놓고 봤을 때도 병원계의 참여는 당연히 하고 있으며 우리와 유사한 일본의 사례를 봤을 때 앞서 여러 교수님들께서 말씀 주신 바처럼 구성원은 22명인데 그중에서도 실제로 의사들은 대략적으로 통계에 따라 다르지만 16, 17명가량이 참여하고 있고 그중에서도 7, 8명은 병원협회, 병원장, 이사 등으로 구성되고 있음 또한 알아주시면 감사하겠습니다.

세 번째, 수급추계위원회 위원 위촉 시 자격요건 완화 필요입니다.

김미애 의원님, 서명옥 의원님, 안상훈 의원님 안에서 각각 수급추계위원회에서 위원의 자격으로서 경제학·보건학·통계학·인구학 등 관련 분야를 전공한 자 또는 인력정책 또는 인력수급추계 분야에 대한 전문지식 및 연구실적이 풍부한 자, 세 번째 대학의 조교수, 연구기관의 연구위원 이상 및 이와 동등한 자격을 갖춘 자로 자격요건을 모두 갖춘 자를

위원으로 위촉하고자 하는데 위 요건에 따르면 의학·치의학·한의학·간호학·약학 등을 전공하여 현장에 종사하고 있는 사람이라든가 아니면 인력정책 또는 인력수급추계 분야에 관련된 연구실적이 없는 사람은 위원회 위원으로 위촉이 제한될 가능성이 매우 큽니다.

의료인력의 수급이나 분포 및 배치 불균형에 대한 문제 파악과 해결책 제시는 관련 전문가, 연구자의 전문적 의견뿐만 아니라 실제 의료 및 교육 현장에서 업무를 수행하고 있는 자의 의견, 경험이 매우 중요한 요소임을 적극 고려할 필요가 있습니다.

예컨대 의사 등 의료인력이 경험적으로 느끼는 특정 지역, 특정 종별, 특정 진료과목의 인력 문제, 진료 시간 및 업무 상황과 같이 어떤 환경에서 어떤 방식으로 업무를 수행하는지 등 이론적 분석만으로는 충분히 파악하기 어려운 경우가 대단히 많습니다. 그래서 실제로 다른 나라에서도 인력추계위원회에서는 꼭 위와 같은 전문위원의 자격을 요건으로 하지는 않습니다.

따라서 개정안과 같이 각호의 자격을 모두 갖춘 자로 위원을 구성하는 조치는 과도한 이론적 접근 방식으로 사료되므로 위원회 구성의 균형성, 현장과의 연계성, 향후 정책 실행에 대한 현장 수용성 등을 종합적으로 고려할 필요가 있습니다.

다음, 기타 개정안에 대한 의견입니다.

1, 먼저 보건의료인력 양성 대학의 입학정원 결정구조는 현행 유지가 필요하다는 의견입니다.

보건의료인력 양성 대학의 입학정원에 대해서는 현행 고등교육법에서 규정하고 있는 학생 정원에 관한 사항과 법체계상 충돌될 가능성이 있으므로 보건의료인력지원법에서 규정하는 것은 신중한 검토가 필요하다고 생각되고 있습니다.

현행 고등교육법에 학생 정원을 포함하여 전반적인 대학에 대한 사항을 규정 중인데 특히 대학의 학생 중 의료인, 의료기사, 약사, 한약사 등의 학생 정원은 교육부장관이 관계중앙행정기관의 장, 보건복지부장관과 협의하여 정하도록 되어 있습니다.

이는 보건의료인력 양성 대학의 입학정원이 교육의 질적 관리나 교육환경에 직결되는 문제이기에 국가의 전반적인 교육정책의 방향성과 일관성을 가져야 함을 고려하고 있으므로 현행과 같이 보건복지부장관과 협의하에 교육부장관이 정하는 절차를 유지할 필요가 있다고 생각되어집니다.

두 번째, 지역의사 정원, 지역별 의료인력의 정원의 모호성입니다.

김운 의원님 안의 경우 보건의료인력정책심의위원회 심의 의결 사항과 관련하여 제6호(지역의사 정원), 제7호(지역별 의료인력의 정원)를 추가하고자 하는데 이는 지역 내 실제 활동이 필요한 의사 수를 의미하는 것인지, 지역 내 의사 양성에 필요한 의대 정원을 의미하는 것인지 그 해석이 모호한 측면이 있습니다.

아울러 현재 지역 내에서 의료인력을 배출한다 하더라도 근무환경, 보상과 혜택, 개인적인 성향 등에 따라 배출·활동 지역이 일치하지 않고 활동 지역의 예측 또한 어렵기 때문에 지역 내에서 배출한 의료인력의 해당 지역 내에서 지속가능한 의료를 유도하는 방안들도 함께 고려해야 실효성을 가질 것입니다.

긴 시간 들어 주셔서 감사합니다.

여기까지입니다.

○위원장 박주민 지금까지 각 진술인들의 진술을 다 들었습니다.

이제 질의를 시작하는데요.

배부해 드린 질의 순서에 따라 질의를 진행할 거고요.

5분간 질의하는 것으로 간사 간 협의가 이루어졌습니다.

첫 번째 질의 순서는 아까 말씀드린 대로 남인순 위원입니다.

○남인순 위원 서울 송파병의 남인순 위원입니다.

윤석열 정부가 의대 정원 2000명 증원을 독단적으로, 일방적으로 결정하고 강행해서 의정 갈등과 보건의료재난 위기 상황이 1년째 지속이 되고 있습니다.

어쨌든 오늘 그래도 수급추계기구를 설치해서 또 과학적이고 합리적인 추계를 바탕으로 의대 정원을 논의한다면 오늘 공청회가 더 의미가 있다고 생각을 합니다.

열두 분의 의견을 잘 들었습니다. 그런데 여러 가지 쟁점이 있습니다. 수급추계위원회 위상과 구성을 어떻게 할 것이냐 또 심의의결권을 부여할 것이냐, 여러 가지 쟁점이 좀 있는 것 같은데요. 어쨌든 의료대란을 종식하기 위해서 수급추계기구 법제화에 대해서 논의하는 것은 필요하다고 생각하는데 또 의료계의 수용 가능성도 중요하다고 저는 생각을 하고 있습니다.

김국일 정책관님 나와 계시지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○남인순 위원 앞서 허윤정 외상외과 교수님의 얘기가 굉장히 정말, 우리 현장의 어려움들을 말씀해 주셔서 마음이 많이 아팠는데요. 지금 전국에 외상센터가 설립돼서 10년이 넘게 걸리면서 정착이 돼 가는데 설립 이전으로 돌아가는 데 6개월도 걸리지 않았다고 하는 얘기를 했고 또 의료인에 대한 처단 계엄령이라고 하는 것 때문에 필수의료 의사를 내쫓고 또 지방의료 붕괴는 가속화했다 이런 주장이 있었습니다.

그리고 지금 2026년 정원과 관련해서도 의대 신입생을 선발하지 않는 안식년까지 제안을 했는데 여기에 대한 정책관님의 의견은 뭔지 한번 간단하게 말씀해 주시기 바랍니다.

○보건복지부보건의료정책관 김국일 일단 허윤정 교수님 진술해 주신 부분에 대해서는 참 안타깝게 생각하는 마음이 앞서고.

그리고 안식년을 도입하자 이 부분에 대해서는 저희가 누누이 말씀드린 바와 같이 의정 간에 먼저 대화를 통해서 이 문제를 좀 풀어야 된다. 그리고 정부는 26년도 정원에 대해서는 의료계가 참여를 한다면 유연하게 접근을 할 수 있다 그런 입장입니다.

○남인순 위원 그러면 안식년 제안도 검토사항이다 그렇게 복지부는 인식을 하고 있다는 건가요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 그런 것은 아닙니다. 어떤 전제를 두고 이렇게……

○남인순 위원 알겠습니다.

그리고 안덕선 연구원장님.

○진술인 안덕선 예.

○남인순 위원 의협 소속 기구시지요, 그게?

○진술인 안덕선 예, 의협이 출연한 연구원입니다.

○남인순 위원 그런데 의협의 입장으로 얘기하신 건 아니고 개인 입장이라고 얘기를 하셨는데 그러면 추계위를 약간 비정부 법정단체 형태로 요구를 하시는 내용으로 제가 이해를 했는데, 어쨌든 보정심이나 이런 산하에 두는 것에 대해서는 수용할 수 없다는

의견으로 제가 이해를 했는데 맞습니까?

○진술인 안덕선 예, 저 개인적으로는 좋지 않은 안이라고 생각합니다.

○남인순 위원 그러면 제가 이해하기에는 비정부 법정단체라고 하는 것은 독립성을 강조하시면서 약간 자문기구적인 위상을 얘기하시는 것, 자문기구로 가는 것을 동의하시는 건가요, 혹시?

○진술인 안덕선 사실은 어느 나라든지 마지막 의료 숫자의 최종 결정은 의회나 정부에 있습니다, 왜냐하면 돈이 뒷받침돼야 되는 거기 때문에. 그래서 보건정책, 정치가 아닌 보건정책 차원에서 최종 결정은 그런 기구에서 의결해서 내릴 수 있다고 생각하는데 그것이 실제 학교나 정원으로 증원될 때는 보건정책의 장에서 다루어지는 것이 자연스러운 일이라고 봅니다.

○남인순 위원 일단 알겠습니다.

그러면 독립성을 강조하면서 약간 자문기구적 위상으로 하고 결정은 정부가 하는, 자문기구의 독립성을 인정해서…… 그런 의미로 이해를 제가 했습니다.

○진술인 안덕선 저는 정부와 국회라고 말씀드리고 싶습니다.

○남인순 위원 정부와 국회…… 알겠습니다.

○진술인 안덕선 다른 나라의 예를 봐도 국회에서 예산을 주지 않으면 불가능한 얘기입니다.

○남인순 위원 그다음에 다시 안덕선 의료연구원장님하고 김민수 이사님하고 정재훈 교수님이 각각 답변을 해 주셨으면 좋겠는데요.

지금 현재 어쨌든 구성에 있어서의, 관련 직종이 과반 이상 참여를 하고 또 의결권을 갖는 문제에 대해서 얘기를 했는데 이 두 가지를 다 하기는 쉽지는 않을 수도 있다라는 의견이 나올 수 있거든요. 그래서 그럴 경우에 관련 직종의 과반 이상으로 할 것인지 아니면 의결권을 부여받을 것인지 이런 부분에 있어서, 2개 다를 요구하시는 부분도 있지만 만약에 한 가지만 선택한다면 어떤 것을 우선으로 할 것인지 세 분이 답변을 해 주시기 바랍니다.

먼저 안덕선……

○진술인 안덕선 예, 위원님.

우선 제 생각에는 3분의 2 정도 전문가 참여가 필요하다고 생각합니다. 아까 잘 설명해 드렸습니다, 정 교수께서 왜 그게 필요한지. 고도의 정책 결정을 위해서 전문성을 우선 확보하고, 나머지 정치의 장에서 결정되는 것은 또 다른 일이기 때문에 우선은 정책을 굉장히 심도 있게 만들기 위해서는 인원입니다, 3분의 2 이상.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○남인순 위원 하나를 선택하라고 제가 말씀드렸으니까 다음 분도 그것에 준해서 말씀해 주시기 바랍니다.

○위원장 박주민 잘 못 들으신 것 같아요, 진술인이.

○진술인 안덕선 우선순위를 말씀드렸습니다. 3분의 2 이상 위원이 돼야 됩니다.

○남인순 위원 그다음 김민수 진술인.

○진술인 김민수 아까 장부승 교수님께서 잘 말씀해 주셨지만 그리고 또 안덕선 원장님께서 잘 말씀해 주셨지만 결국에 최종 권한은 정부가 책임정치를 가져가면서, 정부 혹은 국회가 가져가면서 하는 것이 맞다라고 생각하기 때문에 결국에는 그 논의가 얼마나 전문적일 수 있느냐, 인원이 더 우선시돼야 된다고 생각하고요.

그리고 장부승 교수님께서 아까 잘 말씀해 주셨지만 결국에는 그 신뢰관계가 얼마나 잘 쌓여 있느냐가 사실상 의결권의 부재로 인한 의심을 해소할 수 있는 방안이 될 거라고 생각하기 때문에 그 점에 있어서는 그 이후에 의결권을 만약에 맡게 되는 기구나 혹은 단체나 대표자가 있다라고 하면 그 대표자와 신뢰관계 회복이 먼저 더 우선시돼야 된다고 생각합니다.

○남인순 위원 정재훈 교수님.

○진술인 정재훈 좋은 질문 감사드립니다.

저는 개인적으로 의결권보다는 추계위원회의 전문성과 공정성을 담보할 수 있는 인적 구성이 훨씬 더 중요하다고 생각을 합니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 되셨습니까?

○남인순 위원 예.

○위원장 박주민 즐거운 점심시간인데요. 점심 식사를 위해서 정회를 했다가 오후 3시에 속개하겠습니다. 왜냐하면 본회의가 열려서 4건을 의결해야 됩니다. 그래서 정회를 선포하고 오후 3시에 속개하겠습니다.

정회를 선포합니다.

(12시10분 회의중지)

(15시02분 계속개의)

○위원장 박주민 좌석을 정돈하여 주시기 바랍니다.

회의를 속개하겠습니다.

의장님으로부터 본회의 중 위원회 개회 승인이 통지되었음을 말씀드리겠습니다.

이어서 질의를 계속하도록 하겠습니다.

○강선우 위원 위원장님, 저 의사진행발언……

○위원장 박주민 예, 말씀하십시오.

○강선우 위원 공청회가 진행 중이지만 소식을 접하고 꼭 드리고 싶은 말씀이 있어서 의사진행발언을 요청했습니다.

‘늘 새벽 출근을 하던 사람, 매일 오전 7시 청사에 나와 밤 11시까지 일하고 숙소에서 몇 시간 눈을 붙인 뒤 출근하는 생활을 반복, 동료들은 오늘도 고인의 일생과 죽음이 송곳처럼 박힌 주인 없는 책상 옆에 하루하루 견디고 있다’.

이달 초 보건복지부 사무관 한 분께서 스스로 세상을 등졌습니다. 기사에 남겨진 글로 고인의 삶을 상상해 봅니다. 삼가 고인의 명복을 빌며 무엇보다 소관 상임위 야당 간사로서 무한한 책임을 느끼며 송구하다는 말씀부터 드립니다.

자살 예방의 주무부처이자 국민의 건강을 지키고 복지서비스 제공을 책임지는 곳이 바로 보건복지부입니다. 그런데 정작 보건복지부 소속 공무원 여러분께는 건강도 복지도

다 남의 이야기이자 나의 업무일 뿐입니다. 코로나19, 이태원 참사, 의료대란, 연금개혁, 제주항공 참사 등 보건복지부라는 조직은 이미 수년째 쓰나미처럼 몰려오는 업무에 휩쓸린 상태나 마찬가지입니다. 일은 많고 손은 부족하니 TF를 꾸리고 그 TF가 또 TF와 중복되는 악순환의 고리가 이어지고 있습니다.

개인적으로는 5년째 이 모든 과정을 함께하며 국회 보건복지위원회 소속으로 일했습니다. 행정부에 대한 견제와 감시라는 국회의 역할을 다 하면서도 정부와 함께 고심하며 해묵은 난제를 풀어 가는 과정 속에서 어느 지점에서는 서로 오랜 동지와 같다고 느낄 때도 많았습니다.

다시 한번 삼가 고인의 명복을 빌며 동료들 잃고도 오늘도 출근해서 업무를 다하고 있을 보건복지부 소속 공무원 여러분께서 겪고 계실 상심에 깊은 위로를 전합니다. 더 이상 우리 식구를 잃지 않는 일, 그 일부터 잘 살펴보겠습니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 오늘 보도가 좀 나왔는데요, 보건복지부 연금정책과 사무관 한 분이 고인이 되셨다는 그런 보도였습니다. 그래서 우리 간사님께서 말씀을 해 주셨는데요, 다 알고 계셔야 될 것 같습니다.

순서에 따라서 안상훈 위원님 질의해 주시기 바랍니다.

○안상훈 위원 여러 가지 마음 아픈 일들이 이어지는 가운데 오늘도 지금 방금 알게 됐는데 고인의 명복을 빌면서 시작하겠습니다.

우리 진술인님들 오전에 대단히 감사드립니다. 굉장히 짧은 시간인데 돌아가시면서 저희가 참고될 좋은 고견을 주신 것 같습니다.

제가 보기에 이 수급추계위원회의 관건은 독립성, 전문성 그리고 객관성으로 요약이 되는 것 같습니다. 관련해서 질의를 드리겠습니다.

우리 강정화 진술인께 여쭙고 싶습니다.

제 법안에도 그렇게 돼 있는데요, 공급자 추천 위원이 과반수인 것에 대해서 우려를 표명하시는 분들이 계십니다. 그러나 또 본 위원이 보기에 어느 쪽이 많고 적고의 문제보다는 객관성을 담보할 수 있는 전문가풀을 어떻게 구성할 것인가가 더 중요한 문제인 것 같습니다. 오늘 진술인 여러분들도 그런 말씀을 주셨고요. 이를 위해서 제가 법안에서 제안한 것은 배심원 제도 구성할 때처럼 각 지역의 추천 인사에 대해서 다른 지역들에서 적극적인 검토 의견을 개진할 수 있도록 해 주고 그리고 풀 구성할 때 마지막 단계에서 지역단체 간의 동의를 상호 득하는 것을 좀 부가하면 서로 인정하는, 모두가 인정하는 그런 전문가풀 구성이 가능할 걸로 보이고, 이렇게 되면 객관성 문제나 전문성 문제는 풀 수 있을 것이라고 생각을 합니다.

저도 국회에 들어오기 전에 학교에 있을 때 전문가로서 정부 여러 위원회에 가서 얘기를 해 보면 늘 구성할 때 저 전문가는 내가 믿지 못하겠다는 식으로 좀 갈라지는 경우가 있거든요. 그래서 아예 애초에 서로 다 납득할 만한 전문가로 구성하는 그런 조항을 제가 넣어 왔는데 좀 생각을 같이했으면 좋겠습니다. 제가 보기에 이렇게 하면 혹은 이렇게 해야 사회적 합의 도출이 용이해지고 가능할 거라고 보고 있습니다.

강정화 진술인께서 이 숫자에 대해서 우려를 하셔서 제가 여쭙는데, 혹시 이런 안에 대해서 어떻게 생각하십니까?

○**진술인 강정화** 사실 말씀하신 대로 출발 전부터 서로 검증을 통해서 전문가에 대한 확인을 하고 위원회를 구성하는 게 굉장히 바람직해 보이는 면도 없지 않아 있는데요. 문제는 전문성에 대한 검증 요청이라는 것이 어떤 특정한 기준을 정하기도 굉장히 어려울 것 같고 또 서로에 대한 전문성을 평가하는 기준도 상당히 다를 수 있다라고 생각합니다.

그러면 위원회 구성에 있어서 지금 수급추계위원회가, 앞서서도 많이 말씀하신 것 같은데 지금 현재 상태에서 여러 관련인 간의 신뢰가 어느 정도 확보가 돼 있는 상태라면 오히려 이런 부분이 조금 더 나은 상황이 될 수 있을 것 같은데 지금의 상황에서는 구성원 간의 신뢰를 좀 찾기가 어려운 단계가 아닌가라는 생각이 들어서 그런 부분에 우려가 있다고 말씀을 드렸습니다.

○**안상훈 위원** 감사합니다.

다음은 정부 측에 김기주 진술인 진술 관련해서 좀 여쭙겠습니다.

김기주 진술인께서는 수급추계위원회 자격과 관련해서 각호의 자격 모두 갖춘 자로 하는 것은 좀 과도하다 이렇게 말씀을 하셨는데요. 제 경우에도 이걸 그냥 이렇게 다 갖추는 것으로 넣어 놓기는 했습니다. 그런데 오늘 말씀들 듣다 보니까 현장 상황을 추계에 반영할 수 있도록 계량적인 톱다운 방식의 추계뿐만 아니라 일종의 귀납적인 보텀업 방식의 절차도 혹은 내용도 넣을 생각이 있으신지, 만약 그렇다면 이 전문성 요건에서 조금 완화할 여지가 있는지 여쭙겠습니다.

○**진술인 김기주** 먼저 안상훈 위원님께서 좋은 질문 주신 것 감사합니다.

방금 말씀 주신 것처럼 사실은 저희 입장에서는 아무래도 너무 스트릭트(strict)한 기준으로 정말 참여해야 할 많은 현장의 전문가들이 빠지는 것을 우려하는 입장에서 말씀을 드린 거고요. 그러기 위해서 완화된 방식으로, 말씀 주신 톱다운 방식이 아니라 보텀업 방식으로 하는 방식에 있어서도 저희는 충분히 좋은, 안에 인재풀이 많이 들어갈 수 있다고 하면 그 방법도 좋지 않을까 생각하고 있습니다.

○**위원장 박주민** 마치셨습니까?

다음은 백혜련 위원님 질의하시겠습니다.

○**백혜련 위원** 지금 이 추계위원회와 관련해서 여러 가지 쟁점이 있겠지만 결론적으로는 나중에 가장 중요한 쟁점은 역시 추계위원회의 인력구조가 어떻게 될 것인가, 특히 전문가 그리고 의사들의 비율을 어느 정도로 할 것인가 이것이 결국은 핵심적인 쟁점으로 등장할 수밖에 없는 것이 사실인 것 같습니다. 그리고 지금 여러 진술인께서 각자의 의견들을 많이 말씀해 주셨는데요.

신영석 교수님, 먼저 제안하신 것에 보면 직역 공급자가 추천하는 전문가 3분의 1, 가입자 대표가 추천하는 전문가 3분의 1, 공공의 역할을 수행하는 전문가 3분의 1 이렇게 구성하는 안을 제안하셨잖아요. 이 전문가가 어떤 의미인지, 구체적으로 의사를 지칭하는 것인지 아니면 여러 가지, 경제든 추계를 전문으로 하는 위원이라든지 여러 가지를 포함하는 개념인 건지 설명 좀 해 주시겠어요.

○**진술인 신영석** 거기 표현은 전문가라고 되어 있는데요. 의사일 수도 있겠고요. 그리고 의사가 아니지만 통계학이나 경제학이나 이쪽의 또 추계 관련 전문가일 수도 있겠습니다. 그런데 만약에 가입자 대표들이 추천하는 전문가 이렇게 이야기를 했었을 때 상대

적으로 가입자들의 의견을 대변할 수 있는 전문가 그러면 거기서 공통분모가 나올 수가 있겠다, 그런 분들이 추천이 되면 좋겠다 그런 의미로 거기다 그렇게 써 놔습니다.

○백혜련 위원 그러니까 직역 공급자가 추천하는 전문가는 아무래도 의사일, 거의 다 의사라고 보이고 나머지 부분들은 좀 더 다른 공공의 영역에 있는 분들도 포함하는 개념으로 보면 될까요?

○진술인 신영석 그렇습니다.

○백혜련 위원 예, 알겠습니다.

그리고 옥민수 교수님 같은 경우는 지금 과반수가 넘는 것에 대해서는, 의사들이 과반수가 넘는 것은 문제가 있다고 보시는 입장인 거지요? 구체적으로 어떤 문제가 있다고 보시는 건지 얘기해 주시겠어요.

○진술인 옥민수 제가 갖고 있는 의견은 직종별 수급체계위원회를 설치하고 거기의 위원 절반을 그 직종의 대표자로서 구성한다라는 뜻이었고 과반 이상으로 가는 건 좀 적절하지 않겠다라는 의견은 아무래도 이게 사회적 합의가 분명히 또 필요한 사항도 있으니, 그래서 그 영역에 있어서는 소비자단체라든가 아니면 그 외 학계의 전문가들이 더 포함되는 게 좋겠다라는 의견이었습니다.

○백혜련 위원 결국은 진술인들이 다 다양한 의견을 주셨지만 전반적으로 보면 의사 출신의 진술인분들이 과반수 이상을 주장하시는 분들이 상대적으로 많고 그렇지 않은 분들은 과반수가 넘는 것에 대해서 문제를 제기하신 분들이 많은 것 같아요.

특히 어쨌든 수요자단체의 입장이 또 중요할 것 같은데 강정화 소비자연맹 사무총장님은 정확하게 입장을 밝히셨고, 과반수가 넘는 것에 대해서는 문제가 많다고 의견을 밝히셨고요.

안기종 환자단체연합회 회장님, 일단은 수요자 과반, 공급자 과반이어야 된다는 의견을 주셨어요.

○진술인 안기종 동물로 해야 된다.

○백혜련 위원 동물, 그러니까 동물의 의견을 주셨는데 그렇지 않고 만약에 동물이 아니고 어쨌든 그 의견은 하나의 의견으로 놔두고요. 공급자, 그러니까 의사들만 일단 과반이 넘는 안에 대해서는……

○진술인 안기종 저는 반대합니다.

○백혜련 위원 그건……

○진술인 안기종 반대합니다. 왜 반대하나 하면 지난 1년간의 의정 갈등을 보더라도 사실은 결과적으로는 한 치의 양보도 없는, 결국은 전문가가 직역을 대변할 수밖에 없는 현재의 상황이라고 하면 과반이 넘으면 안 된다고 보고 있습니다. 어찌 보면 저희들은……

○백혜련 위원 그건 환자단체 입장에서는 절대 받아들이기 어려운 입장인 겁니까?

○진술인 안기종 예. 어쨌든 의정 갈등이 계속될 수 있는 하나의 또, 수급체계위원회 안에서 또 될 수 있다는 우려가 있어서 반대하고 있습니다.

○백혜련 위원 그리고 제가 하나 약간의 의견이라면 우리나라의 법적인 그것과 관련해서인데요. 지금 보니까 진술인들 중에서 민간기구와 독립성을 주장하시는, 그러니까 독립성은 당연히 그런데 민간기구로 해야 된다는 분들이 몇 분 계신데 민간기구로 했을

때…… 그런데 그분들이 또 공통적으로 어떤 기속력, 의결의 의견을 정부가 받아들여야 된다는 걸 또 강력하게……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

주장하시더라고요. 그런데 그러면 우리나라의 어떤 법체계상 민간기구가 그렇게 강력한 기속력을 갖는 기구가 있나 이런 것에 대한 의문점이 있습니다. 그건 우리나라의 기본 법체계하고 맞지 않는다, 구조가. 만약에 강력한 기속력을 갖기 위해서는 그건 공적인 영역으로 기구가 돼야지 구성이 맞는 건데 약간 2개가 매치가 되지 않는다는 의견입니다. 그래서 그거에 대한 반론을 조금이라도 나중에……

제가 시간이, 혹시 제 의견에 대해서 말씀하실 분 있을까요? 혹시 말씀하실 분 있으면……

○**진술인 정형선** 말씀하는 분을 찾는데 아무도 대답 안 하면 그럴 것 같아 가지고……

○**진술인 김민수** 제가 좀 말씀드려도 되나요?

의사협회 정책이사 김민수입니다.

관련해서 저희는 사실, 특히 의료계 관련해서는 그것에 정확하게 부합하는 예시가 하나 있는데 그게 바로 사실 의학교육평가원입니다. 물론 의학교육평가원이라고 하는 것의 법체계 근거는 고등교육법상에서 의학교육에 대한 인증을 하는 기관을 위탁할 수 있게 하는, 그것을 지정할 수 있게 하는 그런 근거가 있기는 하지만 어쨌거나 의평원이라고 하는 조직 자체는 교육부와는 무관한 소관으로 운영이 되는 조직입니다.

그렇기 때문에 그 내부에서도 얼마 전에, 어제 기사 나고 다 보셨겠지만 의학교육 그리고 이번에 정원이 늘어나는 것에 대한 주요 변화라든가 이런 것들도 다 체계에 맞춰서 심사를 하고 또 수고를 해 주시고 또 계속 연구도 관련해서 진행을 하고 계시기 때문에 어떻게 보면 그게 좋은 사례가 될 수 있지 않을까 해서 그것에 대해서 참고하는 것도 많이 부탁을 드리고 싶습니다.

이상입니다.

○**백혜련 위원** 그런데 또 논의가 길어지면……

의평원은 또 좀 다르거든요. 그게 민간기구라고 보기는 좀 어렵습니다, 제가 볼 때는.

○**위원장 박주민** 그러면 추경호 위원님 질의하시겠습니다.

○**추경호 위원** 오늘 오전에 여러 각 단체 그리고 전문가분들로부터 좋은 말씀 잘 들었습니다. 많은 참고가 될 것 같습니다.

제가 한두 가지 추려서 질문을 좀 드리겠습니다.

우선 구성과 관련해서 조금 객관적이고 공정한 추계가 되어야 된다 해서 많은 분들께서 각 직역별로 또는 수요자, 공급자, 전문가에서 균형되게 숫자 구성을 해야 된다 이런 의견들이 많으신 것 같고 또 의료계에서는 그래도 의사 또 전문가들이 과반 이상이 돼야 된다 이런 이야기가 많은 것 같습니다. 그 출발은 지금 여러 가지 체계에 대한 불신 아마 이런 것들이 바탕에 깔려 있지 않나 이렇게 생각을 합니다.

그래서 저희들 일반적으로 보면 지금 당장에 불신이 있어서 어느 쪽에 더 과다하게 많

아야 된다 이런 것보다는 일반적인 원칙은 수요자, 공급자, 전문가 등이 균형 있게 있는 것이 가장 공정한 의사결정을 할 수 있는 시스템이 아닌가 싶기도 합니다.

만약에 의료계의 전문가들이 과반을 차지한다면 최소한 거기의 위원장은 전문가, 일종의 공공성을 대표하는 분들께서 맡는 게 적절하지 않나 이런 생각도 해 봅니다. 아마 여기에는 다양한 견해가 있기 때문에 오늘 결론을 여기에서 각자 말씀하시기는 어려울 것 같습니다.

이것과 관련해서 여러 분들께서 지적해 주신 부분 중의 하나가 이 추계위가 발족이 되면 여기의 회의 내용을 공개하자 하는 겁니다. 저는 이 부분이 상당히 의미가 있다고 봅니다. 이거야말로 정쟁의 대상도 아니고 굉장히 과학적, 합리적으로 논쟁을 하면서 제시를 해야 되고 전문가들도 그걸 제시하면서 자기의 논리에 관해서 추후 외곽의 전문가들 또는 국민들로부터도 검증이 되어야 된다 이런 측면에서…… 그러다 보면 단순히 각 직역을 대표하거나 또는 그것을 반대하기 위하거나 이렇게 해서 아마 의견을 일방적으로 개진하기는 굉장히 쉽지 않을 것이다.

그래서 그런 면에서는 회의록을 공개하는 문제를 사실은 법제화하는 부분도 굉장히 필요하다. 그러면 거기에 대한 공정성 시비는 사후 평가가 이루어지기 때문에 상당 부분이 줄 거다 이런 생각을 한쪽에 해 봅니다.

여기에 관해서 견해가 있으신 분들은, 아마 여러 분들이 공감하시기 때문에 정형선 교수님이나 신영석 교수님께서 한번 해 주시고.

그다음에 하나만 더 말씀드리겠습니다.

현실적으로 지금 추계위를 하는 것이 지난해 정부에서 발표한 것에 대한 수치, 그러니까 의료수급 전망에 대한 견해가 확연히 달랐던 겁니다. 그런데 금년에, 기본적으로 작년에 금년 의료인력 그리고 학생 정원에 관해서 기왕에 발표를 했습니다마는 여기에 대해서 우리가 재론하자 하는 의미에서 또 그것을 법제화하고 수급추계위에서 제대로 한번 만들어 보자 하는 것인데 지금 여기에 법제화돼 있는 것이……

설사 이것이 법이 마무리되더라도 법 시행이 기본적으로 대체적으로 아마 3개월 이렇게 되면 금년도 그러니까 26년 입학정원을 정하고 의료수급 인력을 정하는 문제가 기존의 틀에서 한 발치도 못 벗어나고 또 굉장히 논쟁거리로 그냥 남는다. 그러면 기왕에 이번에 법제화를 할 것 같으면 이 시행 시기를 대폭 당겨야 된다.

그래서 여기에, 아마 정부 측에서는 보통 법 시행을 3개월 또는 4개월 이후에 이 법이 되더라도 하게 되는데 그러면 이 수급추계위원회를 통해서 26년을 정하는 문제는 기존의 틀 외에는 이 법제화를 통해서 어떤 것도 논의해서 결론을 내리고 정리를 하지 못한다.

그래서 하위법령에 위임된 사항이 별로 없으면 이 법을 빨리 정리를 해서 이 틀 안에서 논의가 될 수 있게 하려고 그러면 최소한 이 법이 결정이 되고 나면 시행은 1개월 이후로 바짝 당겨야 된다. 그래야 4월, 5월에 여기에서 최소한 급하더라도 추계가 되고 그래서 그 이후에 정원에 관해서 논의가 있어야 된다 하는 점을 지적하고 싶습니다. 그건 정부에서 이야기를 좀 해 주시고.

그다음에 내년도, 그러니까 26년을 어떻게 할 것이냐? 감원 문제도 거론을 하고 계시고 등등 하는데 현실적으로 지금 금년에 확정된 인원의, 쉽게 말하면 3000명에서 4500명, 4567명이 정해져 있는데 이것보다 일부 가감하는 것은 추가로 논의가 가능할진대 실제로

내년에 학생을 만약에 전혀 뽑지 않는다 이런 문제까지 가면 아마 입시 전선에 대혼란이 있을 것 같습니다.

그래서 이 부분에 관해서는 이번에 수급추계위를 통해서 빨리 수급 전망에 관해서 이야기를 정하고 그리고 거기에 따라서……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

우리가 26년 정원을 어떻게 할지 이렇게 논의해 가야 되지 않을까 싶은데 26년 정원의 감원까지를 감안한 이 정원을 지금 빨리 여기서 정할 수 있느냐 하는 문제 등에 관해서 정형선 교수님 입장이 있으면 말씀을 해 주시기 바랍니다.

이상입니다.

○진술인 정형선 먼저 공개 문제라는 것은 너무나 당연히, 회의록은 공개돼야 되고 거기에 전문가들이 댔든 뭐가 댔든 책임성이 확실하게 담보가 되기 때문에 그건 동의하고요. 실제로 많이 거론됐던 일본의 의사수급분과위 같은 경우도 그렇고 그렇게 해야 되는 건 너무나 당연하다고 생각합니다. 다만 최근에, 보정심에서 작년에 결정될 때 그 부분들이 좀 불확실하다고 해서 문제 됐으니까 당연히 그렇게 해야 된다고 생각하고요.

그다음에 26년 급한 그런 사항에 대해서는, 당연히 그 부분은 이 추계위원회 자체의 어떤 동인이 거기서 생긴 거기 때문에 빠른 결정을 위해서 예외적으로 하는 것은 맞다고 말씀이 드는데 다만 우리가 전체 추계위원회의 어떤 장기적인 그런 절차를, 기전을 만드는 작업이 지금 당장 전공의와 학생들의 복귀를 위한 어떤 요구라든지 이런 것 때문에 또 흔들려서는 안 되기 때문에 이 양자를 조금 구분하면서 당장의 문제를 해결하는 부분들에 대해서도 뒤의 부칙이라든지 이런 쪽에서 아마 설정을 해야 될 것으로 생각이 됩니다.

○위원장 박주민 마치신 겁니까?

○진술인 신영석 저기……

○위원장 박주민 어느 분……

○진술인 신영석 답변드릴까요?

○추경호 위원 신 교수님.

○진술인 신영석 예.

첫째, 저도 발언 내용 공개하는 거에 대해서는 원칙적으로 동의를 합니다만 제가 개인적으로 건강보험정책심의위원회라는 데, 아마 1년에 소요되는 재정 규모가 100조를 돌파한 그런 위원회에, 거기서 의결기구인데 제가 거기에 18년 동안 참여를 해 왔었습니다. 그러니까 그 경험을 비추어 보면 투명성을 확보하기 위해서 공개하는 거는 동의를 할 수 있지만 사실 우리 현실상 이런 문제가 있습니다.

제가 재작년도 의사인력 수급추계를 한 결과를 여러 군데서 이야기도 했고 그런데 그 결과에 대해서 힐난하는 사람들이 굉장히 많았습니다. 그리고 법의 고소까지 제가 개인적으로 당해서 그래서 또 그 상당 기간 동안 그런 관련 속에서 어려움이 조금 있었어요. 그런데 아무도 거기에 대해서 책임을 저 주지는 않습니다. 그러니까 만약에 여기 수급추계위원회 구성이 됐고 원칙적으로 발언 내용이 공개가 된다, 동의하지만 그 사후적

인 것까지도 뒷감당을 조금 해 줄 수 있는 그런 제도적 장치가 필요하지 않나 이런 생각을 갖게 되고요.

그다음에 두 번째, 지금 2026년도…… 수급추계위원회의 출발은 증가할 수도 있고 감원할 수도 있고 제로베이스에서 출발을 해야 되겠지요, 원칙적으로는. 그러니까 우리가 뭔가를 만들 때는 지금 당장 2024년도 경험을 기준으로 만드는 게 아니고 일반적인 원칙 하에서 법을 만들어야 된다. 그리고 단기적으로, 1~2년 사이에 어떤 이런 상황 돌파하기 위해 단기적으로는 이렇게 할 수 있다 이렇게 정리되는 게 필요하지 않을까 싶습니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 서미화 위원님 질의하시겠습니다.

○서미화 위원 소리로 보는 시각장애인 더불어민주당 서미화 위원입니다.

먼저 오늘 여야를 비롯해서 의료계 추천으로 이 자리에 함께하고 계시는 열두 분의 진술인분들께 감사말씀 드립니다.

윤석열 정부의 의대 정원 2000명 증원으로 초래된 의료대란 사태가 1년이 지났지만 여전히 현장은 위기가 거듭되고 있습니다. 이제는 병원에서 서너 시간쯤 대기하고 몇 달씩 수술을 기다리는 것은 일도 아니라고 할 정도입니다. 특히 장애인을 비롯한 사회적 약자들은 의료대란 속에서 제대로 된 진료는 고사하고 긴급한 치료마저 거부당해 응급실 뺑뺑이를 돌면서 극심한 불안감에 시달리고 있습니다. 이에 대해 막중한 책임을 느끼면서 하루속히 의료대란을 해결하기 위해 최선을 다하겠다는 말씀을 먼저 드립니다.

사실 의대 정원 증원에 대한 사회적 갈등이 처음은 아닙니다. 이제라도 모든 이해당사자가 수긍할 수 있는 과학적이고 실증적인 근거를 마련하자는 취지에서 수급추계 논의가 이루어지는 점은 다행이라고 생각합니다. 대부분의 진술인들께서 진술하신 바와 같이 수급추계위원회의 구성과 권한, 위상과 역할이라는 입법기술적 측면의 논의는 매우 중요합니다.

하지만 수급추계가 무엇을 위한 것인가 또 어떤 방향으로 이루어져야 하는가라는 대전제가 정해져야만 합리성과 타당성을 갖출 수 있다고 생각합니다. 특히 수요자인 국민 누구나 언제 어디서든 믿고 찾을 수 있는 지속가능한 의료체계를 구축해야 합니다. 이를 위해 공공·지역·필수 의료를 확충하는 것이 관건이라고 생각합니다.

사실 대부분의 지방기초단체는 응급의료 취약지역입니다. 전남만 해도 중증·응급 외상 환자 2명 중 1명은 타 지역으로 가야 되고 연간 70만 명이 1조 5000억 의료비를 지출하면서 원정 진료를 떠납니다. 그럼에도 제대로 된 상급종합병원은 물론 의대조차 없는 전남의 상황이 우리나라의 공공·필수·지역 의료의 현실이라고 해도 과언이 아닐 것입니다.

옥민수 교수님께 질문하겠습니다.

필수의료의 경우 수요 여부와 무관하게 최소한의 인력 배치가 필요하다는 점을 강조해 주셨는데요. 수급추계 과정에서 지역의료·공공의료에 대해서는 어떻게 논의가 돼야 할까요?

옥민수 교수님 답변 부탁드립니다.

○진술인 옥민수 제가 진술문에도 언급했듯이 공공의료, 필수의료 쪽은 수요와 관계없이 공급을 해야 한다고 말씀드렸습니다. 응급실 같은 경우에 유지하기 위해서 최소 4

명의 응급실 의사가 필요하다는 거는 다들 알고 계실 겁니다. 그러면 그런 거는 수요가 적든 많은 최소한으로 배치를 해야 되는 거지요. 그런 수요는 별도로 추정해서 수급추계 안에 포함시켜야 된다고 저는 개인적으로 생각하고 있습니다.

○서미화 위원 그렇다면 지역완결적 의료전달체계 완성이라는 관점에서 윤석열 정부가 약속한 전남 국립의대 신설과 정원 배정은 어떤 의미로 볼 수 있는지 옥민수 교수님께 다시 한번 답변을 좀 부탁드립니다.

○진술인 옥민수 제가 진술문에서도 수급추계가 끝이 아니라는 취지로 말씀드렸습니다. 결국에는 어떻게 양성해서 배치하느냐의 문제지요. 그렇게 따지면 특수목적의 의과대학, 일명 공공의대 얘기가 분명히 나올 텐데 의료취약지의 커버를 위해서는 그런 공공의대 문제가 필요하다고 생각을 하고 앞으로 수급추계 이후에 이런 양성에 대한 대책, 공공의대를 포함해서 배치에 대한 문제도 같이 논의를 해 봤으면 좋겠습니다.

○서미화 위원 옥민수 교수님은 전남 지역 의료취약성에 대해서 혹시 알고 계신 거, 경험하신 거 이런 거 없으신가요?

○진술인 옥민수 최근에 완도를 가 본 적은 있거든요. 완도를 가 보니 거기에 단순히 우리가 생각하는 필수의료 24시간 진료체계 유지는커녕 안과라든가 이비인후과라든가 우리가 생각하는 이런 전문 과목조차도 없어서 인근 지역으로 가게 되는 것을 많이 경험했습니다. 꼭 전라도뿐만 아니라 강원도 양구만 가도, 강원도 양구에도 안과의사가 한 분도 계시지 않습니다. 이런 문제를 해결하기 위해서는 의료취약지를 위한 별도의 다른 특단의 조치가 필요하다고 생각합니다.

○서미화 위원 답변 감사합니다.

의료개혁은 단순히 의대 정원 증원만으로 해결되지 않는다는 말씀을 저는 꼭 드리고 싶고요.

2차 질의에서 이어서 하도록 하겠습니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 이상입니까?

○서미화 위원 예.

○위원장 박주민 다음은 김선민 위원님 질의하시겠습니다.

○김선민 위원 조국혁신당 김선민 위원입니다.

시간 관계상 먼저 질의드리고 답변은 질의가 끝나고 차례로 답해 주시기를 부탁드립니다.

우선 정형선 진술인에게 질의하겠습니다.

진술인께서는 과거 의대 정원을 축소했던 의약분업 사태 당시에도 보건경제학을 연구하셨고 지금도 의료인력에 대한 연구를 꾸준히 해 오셨습니다. 3개월 전 사회보장학회 연구지에도 수요·공급을 기준으로 해서 총 16개 시나리오로 분석을 해서 현재 임상 의사 수도 부족하지만 이대로 방치하면 미래의 의사 수는 더욱 부족할 것이라고 말씀하시면서 여러 정책적인 제안을 하셨지요.

제가 알기로는 그간 교수님을 비롯해서 많은 연구자들께서 대한민국에 이렇게 의사인력이 부족하다 그래서 증원이 필요하다 이런 연구를 많이 하셨습니다. 그런데 혹시 이런 연구 중에서 의료인단체가 공식적으로 찬성한 연구가 있었는지 또 있었다면 연간 몇 명

규모였는지 제 질의 다 마친 다음에 말씀해 주시기를 바랍니다.

또 그에 더불어서 의사 증원에 상당히 보수적인 입장을 견지해 온 의료인단체가 자신들의 인력 규모를 결정하는 위원회의 과반수를 차지한다면 그 위원회의 논의 결과가 어떻게 나올지 어떻게 생각하시는지 나중에 함께 말씀해 주시기를 부탁드립니다.

다음으로는 병원협회 김기주 진술인께 질의드리겠습니다.

다른 진술인들께서 제출하신 진술문을 보셨겠지만 진술인 중 몇몇 분들은 수급추계위원회의 위원 구성에 대해서 과반수 혹은 그 이상을 의료인 그다음에 또 의료인을 넘어서 의사에 국한해서 구성해야 한다고 말씀을 하셨습니다. 그래서 그 사례로 든 나라 중 하나가 일본입니다. 그런데 진술인 가운데 일본에서 교수를 하고 계시는 장부승 진술인께서는 과반으로 하더라도 개원의로만 해서는 안 되고 의대 교수 또 병원행정 경험자, 보건시설 운영자 등 다양한 경력 소지자가 추천되어야 한다고 말씀하셨습니다.

그런데 지난달 밝힌 대한의사협회 입장문도 그렇고 또 어제 자로 입장문을 발표한 전공의협회도 그렇고 병원경영자단체가 참석하게 되면 의료기관의 운영 및 경영적인 측면, 쉽게 말해서 의사보다는 병원 이익 확대를 우선시할 것이라 하고 병원협회 참여에 반대의견을 내셨습니다. 이에 대해서 병원협회 측에서 나오신 김기주 진술인께서는 어떤 의견을 갖고 계신지 정형선 진술인의 답변 이후에 답해 주시기를 부탁드립니다.

세 번째는 안기종 진술인께 여쭙보겠습니다.

진술인께서는 환자 보호를 목적으로 하는 단체에 계시면서 그 단체를 이끌시면서 그동안 많은 보건의료 관련 위원회의 위원으로 참석하셨습니다. 지금도 참석하고 계시는 것으로 알고 있습니다. 혹시 여러 입장을 가진 단체들이 참석하는 그런 위원회에서 환자 혹은 시민단체 위원이 다 합해서 과반수를 차지하는 위원회가 있습니까? 이거는 그냥 답해 주셔도 되겠습니다.

○진술인 안기종 제가 먼저 답변하겠습니다.

○김선민 위원 예, 그것만. 있는지 없는지만.

○진술인 안기종 예, 없습니다.

○김선민 위원 아니면 또 환자단체가 아니라도 어느 한쪽 혹은 한 분야의 참석 위원이 과반수를 차지하는 위원회가 있습니까?

○진술인 안기종 저는 없는 걸로 알고 있습니다.

○김선민 위원 그렇다면 추계위를 구성하면 의사 인원이 과반수를 차지해야 된다는 의견에 대해서 어떤 입장인지 이것에 대해서는 나중에 질의를 마치고 답변해 주시기를 부탁드립니다.

마지막으로 신영석 진술인께 질의하겠습니다.

오늘 공청회 주제와 관련해서 6개의 개정안들이 있습니다. 크게 보면 보건의료기본법 또는 보건의료인력지원법을 개정하자는 내용입니다. 이 중에서 보건의료인력지원법은 목적 자체가 보건의료기관의 원활한 보건의료인력 수급을 지원하고 우수한 보건의료인력 양성 등에 필요한 사항을 규정하고 있습니다. 이 법에 명시된 보건의료인력정책심의위원회는 보건의료인력 양성 및 수급 관리에 관한 사항을 심의하도록 되어 있습니다.

그런데 진술인께서는 수급추계위원회는 독립성을 유지하되 추계 결과는 인력지원법이 아닌 보건의료기본법상 보건의료정책심의위원회에 제출하자고 하셨는데 사실 두 위원회

가 모두 동일한 심의기구인데 이렇게 제안한 특별한 이유가 있는지……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

네 번째 답변 부탁드립니다.

위원장님, 이상입니다.

○위원장 박주민 지금 질문하신 것에 대한 답변들을 꼭 해 주세요.

○진술인 정형선 예, 말씀드리겠습니다.

한 가지 잠깐, 제가 잘못 알아들은 부분이 있어서……

의사 쪽에서 찬성을 한 경우가 있느냐라는 건데……

○김선민 위원 참여…… 찬성한 연구가 있었는지?

○진술인 정형선 그러니까 찬성이라는 게 어디……

○김선민 위원 의대 증원에 대해서요.

○진술인 정형선 증원에 대해서요?

○김선민 위원 예.

○진술인 정형선 제가 사회보장학회지에다가 거의 80년대, 90년대부터 최근 연구까지 국내외 한 사오십 편 정도를 정리해 봤는데 국내의 경우에는 대개 90년대나 이런 때는 의사 유인수요라든지 여러 가지 의료비를 우려하는 그런 움직임이 전 세계적으로 있어서 국내에서도 국책연구기관을 중심으로 해서 의사가 급격히 늘어났던 그 당시의 상황에 대해서 경고하는 그런 연구가 꽤 있었고요.

다만 그 뒤로 계속 의사들이 너무 부족하다라고 하는 연구들이 거의 대부분을 이루나 제가 찾아본, 거의 망라했다고 보는 그 정리한 것에 의하면 의사들 단체가 직접 나서서 찬성을 하고 이러는 거는 특별히 없고 오히려 반대한, 과잉을 전망한 것이 오영인이라고 해서 아마 의사협회 쪽에 이런 것이 있고요. 그래서 의사들 단체의 경우에는 단체를 표명해서 연구를 한다 그러면 직접적으로 찬성할 수가 없지요, 왜냐하면 그 단체 자체가 의대 증원 자체에 대해서 거의 반대를 하고 있는 입장이기 때문에. 그래서 한마디로 말씀드리면 찾아보기가 어렵다.

최근에 의사협회 쪽에서 국제 저널에 냈다라고 하는 그 내용을 보니까 그것은 이제 앞으로 과잉이다라고 하는 그런 결론이었는데 실제 내용을 보면 기존의 연구들을 반복하면서, 기존의 연구는 의사들이 한 이백사십몇 일에서 이백육십몇 일 정도 근무하는 것을 놓고 추계를 했었는데 그중에 근무를 가장 열심히 한 경우인 265부터 시작해서 289일까지 일하는 거를 가지고 계산하다 보니까, 사실 289일이라고 하는 것은 거의 토요일까지 모두 평균적으로 다 그렇게 일을 하는 걸 전제로 했기 때문에 그것은 사실은 보면, 앞으로 나이가 들어서도 계속 의사를 하고 이런 것들이 지금 나타나는데 그러든 여성이든 모든 인력이, 모든 의사분들이 289일을 일을 했을 때를 전제로 해 가지고 그 추계를 발표한 경우들이 있었습니다. 결론은 의사들이 직접 나서서 의대 증원을 찬성하는 일은 당연히 없었다 하는 말씀을 드리고요. 답변이 됐는지 모르겠습니다.

또 하나 과반수의 문제는, 사실은 추계위원회 자체는 그걸 가지고 우리가 과반수 여부를 따지는 것이 별로 불필요하지요. 장기적으로, 우리가 추계위원회라고 그러면 전문가

얘기를 하는데 전문가라는 것은, 우리가 흔히 전문가 하면 의사들이 전문가지요, 의료에는. 그러나 추계 전문가는 또 추계하는 곳이 따로 있으니까 그런 의미에서 추계를 하는 전문가들이 객관적으로 볼 수 있도록 구성이 돼야 되고. 다만 그 안에 우리가 일본의 수급분과위원회처럼, 일본은 주로 편재 중심으로 해서 지역의 어떤 불균형이라든지 이런 걸 상당히 얘기하기 때문에 그런 편재 중심으로 해서 그들의 의견을 듣는 어떤 그런 것이 필요해서 그 안에 전문가들이 참여하는 그런 것이 있습니다.

제가 모두에 아까 발표를 했듯이 김윤 의원께서 발표한 그 밑의 안의 전문 직종별 분과위원회 같은 데라면 당연히 의사분들이, 현장을 아는 의사분들이 많이 참석해서 그 상황에 대해서 얘기해 주는 그런 것이 필요하겠지요. 그렇기 때문에 과반이라고 하는 것은, 지금같이 이렇게 의대 증원이라고 하는 것이 정치화되고 당사자들이 첨예한 이해관계로 받아들이는 이런 상황에서 그 직종에서 추천하든가 직종에 해당하는 분들이 절반을 넘을 경우에는 이것이 객관적인 수치로 나오지도 않을 거고 그렇게 될 때 그것을 받아들이는 데도 한계가 있어서 여러 가지 문제가 있다는 말씀을 드렸습니다.

○진술인 김기주 김선민 위원님 질문 감사합니다.

답변하는 사람은 대한병원협회 기획부위원장 김기주입니다.

수급추계위원회에서 과반 의료인 관련된 내용 말씀하셨는데요. 물론 정형선 교수님께서도 충분히 일리 있는 말씀을 주시긴 했는데 기본적으로 아까 안상훈 위원님이 말씀하신 것처럼 결국에는 이거의 핵심은 제가 보더라도 독립성과 객관성과 그리고 전문성이라는 측면을 봐야 하는데요. 객관성이라는 문제는 다 같이 어떻게 합리적으로 누구나 납득할 수 있는 연구 결과를 낼 수 있는 컨센서스를 만들어 가는 과정이 필요하다고 생각하고 있고 이거에 대해서는 여러 수급추계센터를 통해서든 아니면 다른 연구를 통해서든 다들 납득, 모두가 다 좋지는 않지만 그래도 적어도 납득은 할 수 있는 결과를 낼 수 있는 과정은 필요하다고 생각하고 있고요.

그거랑 별개로 수급추계위원회 내부에서 아무래도 의사인력이 현재로서는 의사인력 추계위원회에 좀 많이 포함되는 편이 실질적으로 조금 더 도움이 되지 않겠나라는 생각을 하는 면은 분명히 있습니다. 다만 의사가 늘어난다고 해서 이거에 대해서 모두가 의사인력을 줄이는 것에만 관심이 있을까라고 생각하신다고 하면 그건 절대 아닐 거라고 생각할 수가 있고요.

실제적으로 저희 병원협회에서는 여러 가지 다양한 스펙트럼이 있습니다만 분명히 많으신 분들은 지역의료와 필수의료로 지방에서 담당하시는 분들도 있는데요. 그분들 입장에서는 당연히 그런 분들을 충분하게 공급을 받을 수 있고 충분한 의료인력이 있어야 하는 것이 사실은 우리나라 국민들의 건강, 지역에 있는 국민들의 건강을 지키는 데 또한 도움이 될 수 있다고 생각을 하고 있고요. 그렇다고 해서 굳이 저희가 너무 지나치게 많은 걸 당연히 바라지도 않고요. 그냥 적정 수준을 위해서 노력하고 있는 또 이걸 위해서 많은…… 사실은 당연히 전공의 선생님들이나 아니면 의협이라든가 아니면 의대 학장님이라든가 다양한 의견이 있어야 하겠지만, 분명히 병원 경영자라든가 아니면 산업계에서 일하시는 분들이라든가 정말 많으신 분들이, 아니면 특히나 지방에서 필수의료 담당하시는 분들은 분명히 참여를 해야 한다고 생각을 하고 있거든요. 그런 면에서 병원진 입장에서 보는 것 또한 같이 필요하다고 생각을 하고 있고.

실제로 2022년 일본 의사 수급에 관한 검토회에서 보시면 그 당시 22명의 위원 중에서 위원장은 나가사키 지역에 있는 병원장님이 그 당시에 좌장을 맡았던 걸로 알고 있습니다. 그만큼, 거기서도 왜 지방에 있는 병원장한테 좌장을 맡겼을지를 생각하면 결국에는 지방·필수 의료 문제를 같이 해결하자는 의지도 분명히 일정 부분 담겨 있는 걸로 알고 있습니다.

이런 면들을 봤을 때 분명히 일정 부분 병원 경영자 내지는 병원 원장의 참여는 필요하지 않을까라고 생각하고 있습니다.

감사합니다.

○진술인 안기종 환자 관련된 이해관계가 첨예한 각종 위원회들이 많이 있습니다. 그 위원회에 환자가 제일 중요함에도 불구하고 환자단체 추천 위원이 1명이거나 또 현재 보건복지부에 60개 정도의 법정위원회가 있는데 그중에 환자단체 추천으로 들어간 위원회는 10개도 채 안 되거든요. 그 정도로 거버넌스에 환자 중심은 취약해 있는 상황입니다.

그래서 의대 증원같이 중요한 결정을 할 수 있는 전문가들이 모이는 위원회라 하더라도 거버넌스는 중요하다고 생각됩니다. 그래서 과반수라고 하는 게 굉장히 한쪽에 치우쳤다고 하면 적어도 동률, 동수로는 되어야 된다고 생각합니다.

○진술인 신영석 왜 보건의료기본법에 규정할 것을 제안을 했느냐라고 질문을 주셨습니다.

지금 크게 두 가지로 설명드릴 수 있는데요. 일단 보건의료기본법의 위원 구성을 보시면 거기는 의료인, 그러니까 소위 말하면 지역 대표로 참석할 수 있는 분들이 의료인으로 한정되어 있는 반면에 인력지원법에는 의료기사도 포함되어 있고 기사 외 등도 포함이 되어 있습니다.

첫 번째, 보건의료인력심의위원회 위원 구성을 보면 각 지역 대표 열세 분이 참석을 해서 실제 위원회 논의가 잘 안 됐었습니다. 그러니까 그런 한계가 있다.

또 한 가지는 보건의료인력지원법은 인력에 관련된 내용만 한정해서 논의하도록 되어 있습니다. 그런데 인력은 인력에 그치는 게 아니고, 처음에 제가 진술 말씀드릴 때 이미지불체도나 이용체계나 기타 보건의료정책과 밀접하게 관련이 되어 있다, 같이 고민해서 결정이 되어야 된다 이렇게 말씀을 드린 바가 있습니다. 그러니까 인력만 한정해서 정리되어 있는 인력지원법보다는 보건의료기본법이 조금 더 낫겠다 그런 생각을 갖고 있고요.

두 개의 어느 법에 규정을 하더라도 굳이 문제는 없어 보입니다마는 내용적으로 보면 상당 부분 조금 중복 그런 면은 피하기가 어려울 것 같습니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 되셨지요?

○김선민 위원 예.

○위원장 박주민 다음은 서명옥 위원님 질의하시겠습니다.

○서명옥 위원 강남갑의 서명옥입니다.

조금 전에 강선우 간사님께서도 말씀하셨는데 보건복지부 사무관의 안타까운 죽음에 대해서 선배 공무원으로서, 보건복지 정책업무를 맡고 있는 여당 위원으로서 안타까움과

책임감을 느끼며 고인의 명복을 빌어 드립니다.

질의 시작하겠습니다.

의료 공백이 이어진 지 1년입니다. 1년 동안 의료계와 정부는 서로 불신하며 갈등하고 있습니다. 그러나 1년 동안 피해를 입은 것은 의정 갈등과는 전혀 무관한 선량한 우리 국민입니다. 국민의 생명을 살려야 할 의료계와 정부가 서로 불신하며 갈등하는 사이 국민의 생명은 방치되고 있습니다. 의료계의 불신을 초래한 정부의 잘못은 매우 크다고 생각합니다. 그러나 이제는 의료계도 의정 갈등 해소를 위한 첫 단추인 수급추계위 신설을 위해 마음을 열고 소통하면서 합의점을 찾아 나가려고 서로 노력해야 된다고 봅니다.

여러 진술인께서 현재 발의된 법안들의 여러 문제점을 지적해 주셨고 여러 대안도 말씀해 주셨습니다. 그러나 결국 핵심은 의료 전문가들이 주도하는 의사인력의 수급추계를 제대로 할 수 있는 기구가 필요하다는 점과 또 하나는 그 결과가 실제 의대 증원에 제대로 반영될 수 있는 조치가 보장되어야 한다는 점입니다.

제가 발의한 법안도 이러한 관점에서 입안을 했습니다. 수급추계위 위촉 위원 중에는 과반 이상을 의료인단체가 오롯이 추천할 수 있도록 보장하였고 위원장 또한 의료 전문가가 맡을 수 있도록 위원 중 호선으로 선출하도록 하였습니다. 또한 수급추계위원회에 심의의결권을 부여했고 교육부장관이 그 결정을 존중하도록 하는 부칙 조항도 담았습니다.

정부와 여당에 깊은 불신을 갖고 있는 의료계가 보기에는 부족한 점이 여전히 많을 것입니다. 저는 의료계의 불신을 해소하기 위해서는 필요한 추가적인 조치도 얼마든지 더 검토할 의향이 있습니다. 열린 마음으로 의료계도 계속 소통해 주시면 좋겠습니다. 지금은 수급추계위원회뿐만 아니라 그 외에 정부와 국회, 의료계가 함께 머리 맞대고 속히 해결해야 할 당면 현안 과제가 너무나 많습니다.

최근 법원이 데이트 폭력 피해자를 진료한 전공의에게 폭력 가해자와 동등하게 법적 책임을 묻은 사건 또한 다들 알고 계실 것입니다. 이전에도 수많은 필수의료 의사들이 생명을 살리는 과정에서 발생한 의료사고에 대한 민형사 소송으로 인해 필수의료 분야에서 이탈하는 경우가 너무나 많습니다. 의료사고처리 특례법을 포함해서 의료사고 안전망 구축 논의가 저는 속히 재개되어야 한다고 생각합니다. 이 부분에 대해서는 오전에 허윤정 진술인께서도 말씀해 주셨는데 제가 조금 이후에 별도로 질의를 드리겠습니다.

제가 질의 시작하겠습니다.

먼저 정재훈 진술인님.

타임 조금 스톱해 주세요.

○위원장 박주민 예.

○서명옥 위원 저는 정재훈 교수님께서 말씀하신 여러 가지 우리나라 의료계에 대한 진단 방향에 대해서 저도 충분히 정말 공감합니다. 지금까지 우리는 수십 년 동안 저렴하고 신속한 세계 최고의 의료체계를 잘 누려 왔습니다. 그렇지만 지금부터는 저출산·고령화가 빠르게 진행되고 있기 때문에 우리나라의 이런 의료시스템 지금 시점에서 다시 한번 재설계해야 된다고 생각합니다. 여기에 동의하시는 거지요?

○진술인 정재훈 예.

○서명옥 위원 답변은 조금 이따가 부탁드립니다, 왜냐하면 시간이 없기 때문에.

본 위원은 수급추계위원회를 신설하는 법안의 결국 가장 중요한 것은 의료 전문가가 과반 이상이 참여하도록 보장하고 또 추계위원회가 의결한 사항에 대해서는 의대 증원을 하는 데 이 부분이 저는 반영되어야 된다고 생각했구요. 이런 부분에 대해서 정재훈 교수님의 의견 말씀 부탁드립니다.

또 하나는 수급추계위원회 위원을 구성할 때 의료계뿐만 아니라 교육·재정·인구·산업 분야 전문가의 의견도 같이 포함해 가지고 국가적인 차원에서, 인적 자원 전략 차원에서 다루어져야 된다고 생각했는데 저도 이 부분에 대해서는 정말 공감하는 부분입니다. 이 부분에 대해서도 정 교수님의 의견 좀 부탁드립니다.

시간이 없는데…… 답변은 조금 이따가 부탁드립니다.

허윤정 진술인님 질문드리겠습니다.

허윤정 진술인께서는 조금 전에 전공의 면책 특례조항에 대해서 말씀하셨습니다. 교육 과정에 있는 필수의료 분야의 전공의들이 의료사고로 인해 가지고 과도한 민형사 소송을 당하고 있습니다. 이것 때문에 전공의들의 여러 가지 수련환경 부분에서도 굉장히 문제점이 많고요. 또 이러한 부분 때문에……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

필수의료라 하는 많은 전공의가 떠나고 있기 때문에 여기에 대한 여러 가지 좋은 제언이 있다면 다시 말씀드리겠습니다.

답변 부탁드립니다.

○진술인 정재훈 위원님, 먼저 굉장히 좋은 질의와 제가 답변할 수 있는 기회 주셔서 감사드립니다.

앞에 계신 분들이 다 저희 선생님들이시고 다 저희 선배님들이십니다. 그런데 제가 한 가지 이 논의에서 정말 안타까운 점은 뭐냐 하면 지금 논의하는 의대 정원 문제라는 것이 당장 지금 반영되는 것이 아닙니다. 그 아이들이 나가서 교육을 받고 활동을 하려면 10년에서 15년 정도의 시간이 걸리는 굉장히 미래의 일입니다. 그런데 10년에서 15년 정도 뒤의 미래에 어떤 일이 있는지를 상상을 해 보면, 지금도 딥시크나 아니면 오픈AI에서 나오는 인공지능처럼 정말 엄청난 기술의 발전이 지난 5년 사이에 있어 왔습니다. 10년 뒤의 미래가 어떻게 될지는 굉장히 예상하기가 어렵습니다.

하지만 한 가지 확실한 것은 우리나라의 건강보험 재정이 이제는 완전히 적자로 들어갈 것이고 예전에는 당연히 예전보다는 나아진 미래가 당연한 미래라고 생각을 했더라면 그게 당연하지 않은 상황이 될 겁니다. 그렇다고 본다면 지금의 추계위원회라고 하는 것은 현재를 반영하는 것이 아니라 미래를 예상할 수 있는 사람이 되어야 된다고 생각합니다.

그리고 안타깝게도 우리나라에서는 이과에서 1등부터 3000~3500등까지가 의대에 가는 세상이 됐습니다. 그렇기 때문에 이러한 전체적인 제도의 변화 없이 무작정 의대 증원이 있다고 한다면 사실 국가의 이공계 인적 자원에 있어서도 큰 문제가 생길 수밖에 없습니다. 그리고 이런 의사인력이 배출이 되었을 때 그게 재정적으로 감당 가능한지에 대한 고민들도 반드시 필요할 수밖에 없습니다.

제가 그래서 계속해서 주장 드리는 것이 전문가의 참여가 굉장히 많아야 된다. 그리고 그 전문가라고 하는 것이 저는 꼭 의사에 국한할 필요는 없다고 생각을 합니다. 하지만 이런 부분들에 대한 이해가 충분히 가능한 사람들이 참여할 수 있는 구조가 형성이 되어야지만 더 좋은 논의가 있을 것이라고 생각을 하고요.

그리고 또 하나는, 저도 많은 정부 위원회를 참여를 하고 있습니다. 하지만 정부 위원회를 보면 일대일이 되는 경우도 참 드물더라고요. 항상 1 대 1 대 1대 1의 싸움입니다. 그래서 어떠한 결론도 내지 못한 채 정부의 의도대로 결정이 되는 경우가 많았습니다.

만약에 의대 정원의 문제라고 한다면 증원이 필요하다고와 증원이 필요하지 않다는 두 개의 의제가 존재하게 됩니다. 그렇다면 그 두 개의 의제 중에서 하나를 균형감 있게 설득을 하려면 최소한 한쪽에 있어서는 절반의 전문가의 참여가 필요하다고 생각을 합니다.

이상입니다.

○진술인 허윤정 단국대병원 허윤정입니다.

위원님, 질문 감사합니다.

사실 제가 전공의 수련을 받은 때가 그리 먼 옛날이 아닌데 그때만 해도 전공의가 혼자서 법적 책임을 지고 이렇게 소송에 불려 나가고 하는 것은 사실 상상하기 어려운 환경이었습니다.

그때만 해도 저희가 선배님들이나 스승님들께 배운 것은 무슨 일이 일어날 것 같으면, 두려운 상황이 있으면 반드시 위 연차나 교수님에게 알리고 그들과 함께 해결을 하려고 해라, 그리고 그 즉시 의무기록을 남기고 차팅을 함으로써 자신을 보호할 수 있는 그런 장치들이 어느 정도 있던 시기였고……

그런데 그러한 문화와 트렌드가 지금 최근 5년 내에 급격히 바뀐 것을 저는 체감하고 있고 그 이유는 아마도 큰 병원들이 점점 경영 논리에 잠식을 당할 수밖에 없는 자금의 상황 때문에 아무래도 병원에서 모두가 노동자 취급을 받고, 교수든 제자든 그런 상황 그리고 안정적이고 전문적이지 못한, 그런 교육 여건이 마련되지 않는 그런 상황이 모두 병합돼서 오늘날에 이른 것 같습니다.

그래서 예전에는 당연한 것이었던 것들이 지금은 이루어지지 않고 있기 때문에 이것을 그렇다면 명문화해서…… 병원 내에서 전공의들은 상당히 약자입니다. 그리고 자기 혼자서 결정할 수 있는 것은 사실 없습니다. 그래서 그들을 보호하는 거를 명문화하는 것이 필요하다고 생각이 돼서 아까 특례 사항을 말씀드린 거고, 다만 교수들이 전공의의 행위에 대해서 책임을 지고 또 체계적인 교육을 통해서 그런 사고가 일어나는 걸 방지하게 해 주려면 교수자의 안정적이고 전문적인 교육 여건 개선도 반드시 같이 뒤따라야 한다고 생각합니다.

○서명옥 위원 그래서 그 전공의 면책 특례 제도에 대해서는 저는 반드시 필요하기 때문에 아마 다음 달쯤에는 토론회를 한번 하려고 하니까 그때 조금 부탁드립니다.

○진술인 허윤정 예, 너무 감사합니다.

○위원장 박주민 다 마치셨습니까?

다음은 서영석 위원님 질의하시겠습니다.

○서영석 위원 국민 비타민 서영석 위원입니다.

열두 분의 진술인들의 진술문을 잘 볼 수 있었습니다.

추계위원회를 구성하고 또 2026년도 의대 정원 문제 등에 꽤 많은 이견이 있다 이런 생각을 가졌는데 오늘 공청회 자리에서도 여전히 증원을 하자는 것과 감원을 하자는 이런 의견이 팽배하게 내재되어 있는 진술문이다 이런 생각을 지울 수가 없는데……

어쨌든 수급위원회를 통해서 법제화하고 의정 갈등을 해소하고 또 의료서비스 지역 불균형 문제를 해소하고 응급실 뺑뺑이 등 필수의료 인력 부족 문제를 해소하는 것이 국민 건강권 확보를 위해서 매우 필요하다 이런 차제에서 논의를 진행하고 있는데 한편에서는 이런 논의 자체를 이렇게까지 난리를 치고 나서 해야 되나 하는 자괴감도 없지 않아 있습니다. 지난 수십 년 동안 뭐 하고 있다가 이제 와서 추계위원회 만드는 것이 마치 큰 일을 하는 것처럼 이렇게 얘기하고 있는 게 우리 의료의 작금의 현실이라고 생각하는 것에 큰 자괴감을 갖는데……

우선 김국일 정책관에게 먼저 묻겠습니다.

그동안 이렇게 의료 갈등이 생긴 것이 크게 보면 갑자기 결정을 2000명을 했다는 것과 그다음에 의사결정을 할 때도 정권의 입맛대로 했다 이런 불신이 지금, 오늘 진술인들 모두에게 다 불신이 팽배하게 있는 것으로 보여지는데 그러면 이 의료인력 수급추계위원회는 그런 불신을 해소하고 신뢰를 바탕으로 해서 투명하고 공정하게 할 수 있다고 생각하시고 계십니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예, 그런 취지로 저희들이 추진을 하고 있습니다.

○서영석 위원 확실합니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○서영석 위원 약속할 수 있습니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 그거는 운영을 해 보는 가운데서 국회 법안심사 논의를 하실 건데 조금 전에 추경호 위원님도 말씀 주신 국회 회의록을 공개한다든지, 객관적이고 공정한 절차를 마련해서 충분히 사회적 합의가 도출될 수 있도록 그렇게 저희들이 뒷받침하겠습니다.

○서영석 위원 그러니까 모든 진술인들 대부분이 정부를 불신하고 있기 때문에 진술 내용 자체가 독립성과 투명성을 어떻게 확보할 것인지가 담보되지 않으면 결국은 이 수급추계위원회의 결정 자체도 유명무실화되거나 동의하지 못하거나 그렇게 될 거 아닙니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 그런 부분이 없도록 저희들이 최선을 다하겠습니다.

○서영석 위원 예, 알겠습니다.

그러면 관련해서……

몇 분의 진술인들이 특히 안덕선 진술인의 경우에 위원회 구성과 관련해서 제일 중요하게 보고 있는 게, 3분의 2 이상이 의사로 구성을 해야 된다 이렇게 주장을 하고 계시는데 제가 보건대는 그렇게 주장하는 것 이면에는 결국은 정부의 정책 결정에 대해서 불신하고 있다라고 하는 것을 전제하고 있는 것으로 보여지고 김민수 진술인도 유사한, 전문의가 충분한, 과반을 확보해야 된다 이렇게 주장을 하고 계시는데.

그러면서 사례로 든 게 독일 연방공동위원회를 제시했는데 제가 독일 연방공동위원회를 보니까 13인의 정식 위원으로 구성되어 있는데 의장이 중립위원으로 되어 있고 건강보험조합연합회가 5인 그다음에 병원과 의사, 공급자 대표가 5인 이렇게 구성이 되어 있어서 실질적으로 과반 이상의 의료 전문가들이 참여하고 있는 것은 아닌 것으로 보여지는데, 그럼에도 불구하고 마치 과반 이상이 되는 것처럼 이렇게 주장하고 있는데 우선 이것에 대한 해명을 좀 해 주시겠습니까?

○진술인 안덕선 예, 설명드리겠습니다. 좋은 지적이시고, 그게 어느 한 나라하고 특정 비교를 해서 이것이 잘못됐다고 판단하기는 힘들고요. 이런 추계기구도 없거나 추계센터 없이도 잘만 하는 나라들을 보면 결국 이것의 주 업무는 전문직에서 맡아서 담당하고 있고 말씀드린 대로 정부는 그 뒤에서 어떤 법제적인 조치 또는 예산 조치를 하는 것이 통상적인 저희가 보는 우리보다 선진국, 민주주의 국가의 모습이었습니다. 과반 이상이 돼야 된다는 것은 보건정치에서 투쟁에서 이기기 위한 것이 아닙니다. 위원님, 그거는 정말로 잘못 생각하시는 거고요.

제가 왜 그런 말씀을 드리냐면 의사 추계라는 것이 아까 신영석 선생님도 말씀하셨는데 추계 하나가 갖는 함의는 훨씬 커서 조직화된 의료, 즉 현대 의료라는 거는 다양한 조직이 들어가 있고 특히 의사의 경우에는 의과대학 교육뿐만 아니라 졸업하고 인턴 교육, 국가시험 그다음에 전공의 시험 그다음에 전임의 교육, 다시 세부전문의 시험…… 이런 것들에 대한 세부 사항들을 다 아는 사람이 들어오고 외국 같으면 거기에 이것을 위한 교육지원 기구 또 면허 기구, 무슨 기구 해서 교육의 질 담보부터 너무나 다양하게 조명할 부분들이 많기 때문에 그 분야의 사람들을 요구하는 거지 이것이 단순히 일반 상식선에서 판단하는 그것 때문에 많아야 된다고는 저는 그렇게 주장하고 싶지 않습니다.

그리고 외국의 예를 봐도 여기에 참여하는 기구는 다 중립적인 중개 기구들, 사회 속에 존재하는 정부기구든 비정부기구든 법정단체든 그 일을 하는 단체들이 즉 발달을 시키고 왔기 때문에 거기의 대표들이 참여해서…… 그건 반드시 이익단체의 이익을 대변하는 사람들이 아닙니다. 그러니까 그거에 대해서 오해는 제가 해명을 드립니다. 그러한 이유가 기술적인 이유 때문에 많아야 된다고 그러는 것이지 말씀드린 대로 헤게모니 장악을 위해서 해야 된다는 건 전혀 아닙니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○서영석 위원 절대 아니기를 바랍니다.

○진술인 안덕선 예, 그렇게 해 주시면 고맙겠습니다.

감사합니다.

○서영석 위원 발언 시간이 좀 지났습니다마는 정형선 진술인께……

지금 수급추계위원회가 구성되면 수급추계를 하는 데 일정하게 좀 시간이 소요되지 않을까? 그러면 이것이 특례조항으로 지금 2026년도부터 적용, 당장 닥친 불부터 꺼야 될 텐데 이것이 가능한 시나리오인지 전혀 지금 이해가 안 돼요. 그러니까 수급추계위원회가 장기적으로 의료인력의 안정성을 위해서 만들어 가는 것은 필요하다고 보아지는데 당장 그러면 2026년도의 문제를 해결하기 위해서 이것이 작동이 가능한 건지 거기에 대

한 좀 의견을 주십시오.

○**진술인 정형선** 말씀하신 대로 이번에 의정 사태와 이 논의 때문에 추계위원회가 이렇게 가시화되고 법안에 올라오고 정치인들이 관심을 가지게 됐지만 사실은 한참 전에서부터, 일본에 수급추계위원회가 있을 당시부터 이미 옛날 2012년도에도 보건복지부 내에 의사수급추계 TF가 만들어졌다고 아까 말씀드렸어요. 그와 같이 지금의 논의는 사실은 장기적인 어떤 논의에 대한 그런 것이지 우리가 당장 복귀라든지 이런 것을 목표로 해서 하다 보면, 오히려 조바심을 내다 보면 우리가 원래 의도했던 바를 달성하지 못한다.

다만 지금 당장의 필요를 충족시키기 위해서 그러면 어떻게 할 거냐인데 지금 말씀하신 대로 그 뒤에 부칙이라든지 이런 데에서 할 수는 있지요. 왜 되냐면 사실 추계 작업은 굉장히 오래 걸릴 수가 있습니다. 그리고 방법론은 수십, 수백 가지예요. 그리고 그 안에도 또 가정에 따라서 수없이 있습니다. 그리고 거시적으로 볼 수도 있고 미시적으로, 아까 말씀드린 대로 의사협회에서 했듯이 의사들의 노동량을 가지고 따질 수 있고 우리가 거시 계량모델을 만들 수도 있기 때문에 제가 말씀드리려는 거는, 이미 기존에 논문이 상당히 있고 결과가 상당히 있습니다. 그래서 그 부분들을 정리해 가지고 결정을 하는 것이지요. 그렇기 때문에 당장 그 논의가 합의의 문제로 들어가기 때문에 이 부분에서 정치적으로 할 때 상당히 어려움이 있다는 말씀을 드리고.

지금 당장 수계를 처음부터 데이터를 새로 넣어 가지고 하는 것이 아니기 때문에 가능하다 그러면 당장 할 수가 있는 거지요. 결정의 문제지요. 우리에게서 수많은 접시의 요리가 있는데 무엇을 선택할 거냐의 문제고 그것을 정치적으로 당사자들이 받아들일 거냐의 문제기 때문에 이 부분들을 의지만 있으면 빨리 하는 것이고 당장 이것 때문에 전공의나 학생들이 돌아올 거다? 저는 그건 모르겠어요, 그건 담보할 수도 없는 것이고. 그렇기 때문에 그 부분을 기대해서 전체 수급추계위원회라고 하는 이런 장기적인 것을 흘트리면 안 된다는 말씀을 드렸던 거고 그럼에도 불구하고 당장에 그들이 요구하는 것을 같이 들어서 빨리 공론화시키고 정치의 장에서 26년을 위해서 노력하는 것은 당연히 해야 될 것이고 그렇다는 말씀을 드리겠습니다.

○**서영석 위원** 그런데 수급추계라는 게 여러 가지 변수가 있는 거잖아요. 인원에 대한 문제뿐만 아니고 정책 의사결정을 할 때 여러 가지 변수들이 있을 텐데 그러면 그런 것들을 의사협회나 이런 쪽에서 수용 자세가 돼 있어야 될 텐데 이것을 통해서 그것이 가능하게 할 수 있을 것인지에 대한 판단이 잘 안 서서 의견을 들었던 겁니다.

○**진술인 정형선** 상당 부분 합의의 문제고요. 그 부분들이 서로 하겠다, 안 하겠다 하다가 작년에 그런 상황이 온 거고요. 그 이전에 이미 10년 동안 그래 왔고요. 어차피 지금 정치적인 그런 과정에 있습니다. 상당히 어려운 상황이지만 아무튼 이게 우선은 이걸 통해서, 법안을 통해서 해결하겠다는 거고 하는 그 자체가 저는 그렇게 가능할까 하는 거는 회의적인 상황에서 지금 말씀을 드립니다.

○**서영석 위원** 이상입니다.

○**위원장 박주민** 마치셨지요?

다음은 소병훈 위원님 질의하시겠습니다.

○**소병훈 위원** 너른 고을 광주, 빗고을이 아니고. 광주 아시지요, 경기도 광주?

과거 조선시대에는 한강 이북 양주, 한강 이남 광주 해 가지고 그 너른 고을 광주 출신 국회의원 소병훈입니다.

오늘 좋은 말씀 잘 들었고요.

신영석 교수님, 외국 사례를 좀 많이 들어 주셨던데, 외국 사례들. 물론 거기에 대한 연구를 많이 하셨지만 짧게 지금 주신 것 같아요. 그래서 저는 그중에 우리나라와 유사한, 우리나라처럼 보건의료인력 수급 문제로 갈등이 심한 나라가 어느 나라가 있습니까, OECD 국가나 이런 나라 중에?

○진술인 신영석 우리나라 같은 사례는 제가 아직 들어 보지를 못했습니다.

○소병훈 위원 그래요?

그리고 여기는 수급추계위원회 같은 이런 제도들이 꽤 오래전부터 작동을 해 왔지 않습니까? 그렇게 보이는데, 인력수급추계위원회를.

○진술인 신영석 보건의료기본법에 보면 수급추계를 하도록 되어 있습니다. 그래서 정부에서도 일정 기간마다 한 번씩 했습니다.

○소병훈 위원 외국 사례. 우리나라는 보니까 20년 동안 한 서너 번밖에 안고 그랬던데? 대한민국은 2000년 이후에 2020년까지 세 번인가 네 번밖에, 그것도 제대로 안 했더라고요.

그러니까 저는 우리나라보다도 그런 외국의 사례에서, 이게 1990년대부터 작동돼 오고 그랬던데 그곳에서 교수님이 보시기에 그나마 수급추계위원회가 정상적으로 잘 돌아가고 있다 그리고 만약에 그런 제도, 잘 돌아가는 제도를 가진 나라의 제도를 우리가 가져올 수 있다면, 우리가 벤치마킹을 한다면, 우리에게 갈등이 좀 적고 저항이 적으면서 우리가 들여올 수 있는 그런 나라라면 어떤 추계 제도를 운영하겠습니까?

○진술인 신영석 제가 오늘 처음 설명드렸던 네덜란드 사례가 우리나라에서 받아들일 수 있는 가장 모범적인 케이스 아닌가 싶습니다.

○소병훈 위원 그러면 잠깐 후에 네덜란드 사례 좀 한번 설명해 주시고요.

○진술인 신영석 예, 알겠습니다.

○소병훈 위원 그다음에 예컨대 구성이랄지, 그 위원회에 의결권이 있느냐 없느냐, 자문으로 하느냐 그런 위원회의 독립성이랄지 태스크, 주요 태스크별로 구분하는 이런 부분도 함께 잠시 후에 네덜란드 제도를 통해서 좀 설명해 주시고요. 그래서 우리가 그것을 좀 같이할 수 있다면 우리나라가 어떤 자세로 이런 걸 하면 좀 더 좋은 제도를 받아들일 수 있을까 이거 하나 설명해 주시기 부탁드립니다.

그리고 옥민수 교수님, 저는 옥민수 교수님께서는 필수의료 분야랄지 지역의료 분야 관련해서, 우리나라 보건의료인력 자원의 본질적 문제 해결은 추계위원회로는 안 된다 그런 말씀을 하셨어요. 그래서 필수의료 분야 인력 부족을 해결하기 위해서 수요와 관계없이 인력을 산출해야 한다고 하셨고. 그다음에 필수의료 수요를 그대로 받아들이지 않아야 하는 이유를 더 구체적으로 그러면 설명을 좀 해 주셨으면 좋겠고요. 관련해서 수급추계위원회가 가져야 할 역할과 책임은 뭐라고 생각하시는지 그것도 말씀해 주시면 좋겠습니다.

그리고 의료취약지, 우리가 보건복지위에서도 많은 위원님들이 관심을 갖고 회의 때마다 하는 얘기 중의 하나가 지역의료 문제, 공공의료 문제거든요. 거기가 지금 형편이 같

수록 더 어려워지고 있고 최근에 구로 고대병원 같은 경우도 어쩌면 그중의 하나일 수도 있습니다. 저희 위원회에서 지역 공공의료기관도 다녀왔는데 갈수록 인원이 빠져나가고 있고 그런 문제들을 과연 수급추계위원회에서 해결할 수 있겠는가? 교수님께서도 그 부분이 좀 쉽지 않다, 뭔가 다른 방법을 생각해야 된다 그랬는데 그 부분도 본질적인 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하나 그리고 어디에서 시작해야 되고 어떻게 시작하면 좋겠나 이런 점 한 가지하고요.

우리나라랑, 지금 다른 나라들은 보니까 아까 신영석 교수님…… 다른 나라는 의결권이 있는 나라가 없던데요, 제가 쪽 예를 든 것 보니까. 그런데 옥민수 교수님은 의결권을 줘야 된다면 줄 수도 있다 그런 말씀도 하셨어요. 그래서 그 부분이, 의결권이 없어야 된다는 다수 의견, 다수 나라와 비교해서 우리나라는 왜 그럴 수도 있는지, 그게 어쩌면 아까 제가 말씀드린 그 본질적인 문제와 관련된 것인지 그 문제를 두 분 교수님께 제가 여쭙고 싶습니다.

말씀해 주시면 고맙겠습니다.

○**진술인 신영석** 네덜란드 사례를 다시 한번 말씀을 드리면요 보건부의 재정적인 지원으로 보건의료인력계획자문위원회라는 것, 그게 그냥 영어로만 이야기하면 ACMMP 이렇게 지금 되어 있습니다. 그런 기구를 실제 운영을 하는데요. 그 위원회의 기능은 제일 먼저 수급추계를 실시를 하고요. 수급추계 결과를 토대로 보건의료정책 제안도 같이하고 있습니다. 또 교육 및 훈련에 대한 보고서도 작성을 해서 정부에 제출을 하고 있고요.

그런데 이 모든 것들이 그 위원회에서 논의해서 결과 내고 정부 당국에 제안하는 것까지, 자문 역할까지만 하고 있다 이런 말씀을 드리고요. 한 가지, 제가 오늘 미국의 케이스는 말씀을 드리지 않았습시다라는 미국 같으면 정부 산하에 HRSA라는 별도의 인력수급추계기구를 또 가지고 있습니다. 그러니까 정부 산하에 자체적으로 그 기구를 또 운영을 해서 정책 결정에 참조를 하기도 하고 있습니다.

그런데 이 모든 것들이 어떻든 연구 또는 추계 결과 확보하는 데는 독립성을 유지하고 있지만 최종 의사결정은 정부에서 하더라, 지금까지 제가 알고 있는 다른 나라 사례들은 다 그렇게 되어 있습니다.

이상입니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○**소병훈 위원** 그러면 우리는 지금 곧 입법을 추진할 텐데요. 가장 먼저 우리가 네덜란드나 미국 사례 받아들이면서 해야 될 것들이 어떤 게 있을까요? 독립성이랄지 뭐……

○**진술인 신영석** 정부로부터 독립적인, 지금까지의 다른 정부 위원회는 대부분 정부 부처의 공무원들이 위원 자격으로 참여를 꽤 많이 해 왔었습니다. 그런데 간사 역할은 할 수 있겠지만, 운영하는 데, 실제 위원들 구성하는 데 있어서 정부는 좀 빠지면 좋겠다. 그래서 완전히 독립성을 유지할 하고 돈만, 재정만 지원을 하되 거기서 논의하는 것은 선임된 위원들 간의 논의를 통해서 결과를 확보하고 그 결과만 전달하는 이런 구조로 가는 게 좋겠다라는 말씀을 드리고요.

인력수급추계위원회는 아니지만 독일의 경우에, 아까 G-BA 말씀을 하셨었습니다. 그

런데 거기도 역시 마찬가지로 자체적으로 운영을 하고 결과를 도출해서 그 내용을 정부에 전달만 합니다. G-BA라는 것은 건강보험 운영 관련 자문기구인데 거기도 역시 마찬가지로 그런 식으로 운영을 하고 있습니다.

○**진술인 옥민수** 위원님 주신 질문은 크게 세 가지, 필수의료·공공의료 문제를 어떻게 고려하면 좋을지 내용과 그다음에 그것 관련해서 수급추계위원회가 어떤 역할을 하면 좋을지와, 그런데 의결권까지 줘야 되느냐 이런 얘기를 하셨는데 그 세 가지가 사실 딱 끊어져서 딱딱 떼놓고 얘기할 수 있는 사항이 아닌 것 같습니다. 그렇다 보니 답변도 그렇게 함께 말씀드리려고 노력을 하겠습니다.

앞서도 말씀드렸지만 필수의료·공공의료 문제는 지금에서야 불거진 문제가 아니라고 생각을 합니다. 지역에서는 10년 전부터 이미 필수의료 쪽에 근무하시는 의사가 부족하다는 얘기가 수도 없이 나왔었습니다. 예를 들어 저는 권역심뇌혈관질환센터 예방관리센터장을 지금 맡고 있고 여기에는 뇌졸중, 심근경색 관련된 24시간 진료체계를 유지하는데 저희가 책임을 다하고 있는데 워낙 전문의들이 당직을 해서 힘들다라는 얘기를 수도 없이 듣고 있습니다.

그런데 문제는 진료체계를 유지하는 데 환자가 없어도 그 체계를 유지하고 있어야 되는 거지요. 그래서 수요와 관계없이 공급을 해야 되는 그런 의사인력이 분명히 존재를 합니다. 그런데 이런 과는 비단 오늘 외상외과에서도 오셨지만 외상, 심뇌뿐만 아니라 마취의 영역도 당연히 대기 당직이 필요한 거고요. 모든 데가 다, 대기 당직이 필요한 과가 수도 없이 많습니다. 그러니까 그런 인력들은 현재 우리가 건강보험에서 이렇게 환자가 발생해서 수요를 추정하기보다는 시간을 커버할 수 있는, 책임질 수 있는 공급은 따로 산출을 하는 게 맞지요. 그런 게 필요하고.

그런 차원에서 수급추계위원회는 단일한 모형으로 결론을 내리기보다는 다양한 모형 그리고 이해관계자들의 의견을 듣고 그래서 단순히 어떤 특정 숫자로, 떨어지는 숫자로 추계를 할 게 아니라 일정 수준의 범위를 제공하는 게 저는 타당하다고 생각을 합니다.

그런 차원이면 의결권을 줄 수도 있다 하는 차원이고, 그런 것들은 훨씬 전문가가 할 수 있는 영역이기 때문에 전문가가 그런 결론을 내렸으면 분명히 그것에 대한 의결권을 상위에 있는 위원회에서 존중하는 게 타당하지 않을까라는 생각에서 그런 의견을 드렸던 겁니다.

이상입니다.

○**위원장 박주민** 마치셨습니까?

다음은 김예지 위원님 질의하시겠습니다.

○**김예지 위원** 우선 저 또한 오늘 보건복지부 사무관님의 명복을 빌면서 우리 모두의 마음 건강이 굉장히 우려되는 시기가 아닌가 합니다.

오늘 김국일 정책관님도 나와 계신데 마음 건강하십니까? 잘들 챙기셨으면 좋겠습니다. 위원님들의 마음 또한 잘 챙기셨으면 좋겠고요.

질의를 시작하겠습니다.

저는 보건복지부…… 죄송합니다. 지금 마음 건강 챙기라고 해 놓고 질의를 하게 됐는데요. 보건의료정책관님께 질의를 좀 드리고 싶습니다.

지금 여러 의원님들 안이 나와 있습니다. 6건에 관해서 있는데, 이 추계위원회가 마치 정부의 의대 정원 증원, 인원에 대한 과학적 근거가 없다는 논란이 있기 때문에 세워진 것 같은데 이게 지금 정부 정책적으로…… 물론 입법 이후에 결정하실 일이겠지만 대략적인 방향으로 정말 인원 추계만 여기서 다루실 계획이신지 아니면, 지금 사실 필수의료·공공의료·지역의료 다양한 논의들이 나오고 있고요. 진술인들의 진술에서도 잘 피력이 되어 있어서 저는 그것을 좀 관심 있게 보고 있습니다.

어쨌든 많이 물리는 전공 같은 경우에는 굳이 인원을 확충하지 않아도 자연스럽게 늘어날 것 같은데요. 혹시 그 인원 추계위원회의 정확한 목표가, 정책적으로 정부가 가진 방향성이 있을지 궁금합니다.

○보건복지부보건의료정책관 김국일 일단 저희가 의대 정원 관련해 가지고는 의정 간의 갈등이 계속 첨예하게 대립되어 왔습니다. 이번 수급추계위원회를 통해서 이런 의정 갈등에 좀 중지부를 찍어야 되겠다 이런 생각이 있었고. 그리고 이 부분에 대해서는 작년이지요, 작년 2월 1일 필수의료 패키지 안에 있는 내용상의 하나로 포함되어 있었습니다.

수급추계위원회에서 어떤 기능까지 담당할 거냐 이 부분 질문 주셨는데 저희는 일단은 수급추계부터 제대로 할 수 있는 기반을 갖추자 그런 목적을 가지고 있고 또 다른 나라의 사례처럼 지역, 일본 같은 경우에 지역 편제도 다루고 있습니다. 그 부분에 대해서는 좀 더 논의가 필요할 것 같은데 일단 저희는 수급추계에 대해서 먼저 우선적으로 해결해야 되지 않나 그런 생각을 가지고 있습니다.

○김예지 위원 그리고 저는 신영석 교수님과 김민수 진술인 두 분께 좀 질의를 드리고 싶은데요.

우선 의료인력 관련해서 지금 필수의료·지역의료·공공의료 관련한 내용들이 이슈가 많이 오래전부터 되고 있습니다. 혹시 개인적인 입장이 아니고 단체의 입장이어도 좋고요, 개인적인 입장이어도 좋고요. 이런 것들을 해결하기 위해서 인력추계위원회가 가져야 할 요건 그리고 어떻게 설득해 가야 할지 등에 대한 의견을 좀 부탁드립니다.

신영석 교수님 먼저……

○진술인 신영석 대단히 어려운 질문을 주셨습니다. 그러니까 필수 그다음에 지역의료를 해결할 수 있기 위한……

○김예지 위원 추계위원회의 요건과 역할.

○진술인 신영석 수급추계위원회의 요건 이렇게 말씀 주셨는데요. 저는 일관되게 계속 오늘 말씀드리는 게 인력뿐만 아니고 기타 정책, 기타라고 하면 조금 어폐가 있습니다마는 지불 보상 그다음에 의료 이용 이 정책을 어떻게 설계하느냐에 따라서 인력 영향을 받을 수밖에 없습니다. 그런 차원에서 제가 아까 보건의료기본법에 담는 게 좋겠다 이렇게 진술을 했던 바가 있고요.

현실적으로 제가 판단하기는 필수의료 또는 지역의료 이런 문제는 원인이 복합적으로 나타나는 거거든요. 예를 들면 우리나라 2005년도 이후에 민간보험 허용, 비급여 상시 활성화 이런 것들 또 급여 제도권 내에서도 보상의 불균형 이런 것들이 오늘날 필수의료를 몰락하게 만드는 원인이 되고 있습니다. 그런데 그런 것들을 손보지 않고 인력 이것만 가지고, 여기 인력 수급추계위원회에서 배제하고 이것만 논의하면 그런 문제들을 해결할

방법이 없다. 그래서……

○**김예지 위원** 함께 논의할 경우에는 또 어떤……

○**진술인 신영석** 그러니까 함께 논의할 수 있는 기구가 현재 우리 법상 보건의료기본법일 것 같다 이런 말씀을 드렸던 겁니다.

○**김예지 위원** 감사합니다.

그러면 김민수 진술인께서는 어떤 의견이십니까?

○**진술인 김민수** 김민수입니다.

우선 필수·지역 의료도 추계위해서 같이 논의, 저는 아까도 관련 안건들을 다 같이 통합해서 얘기를 해야 된다고 말씀을 드렸는데 추계위에서 그것과 관련해서 할 수 있는 제반이 어떻게 마련돼야 되느냐에 대해서는 우선 가장 먼저 이루어져야 될 것은 독립성이라고 생각을 합니다. 그래서 정말 관련해서 전문가들끼리만 그리고 관련한 다른 산업이나 교육이나 이런 관계자들이 와서 얘기할 수 있는 제반들이 얘기가 돼야지 거기에서 당연히 필수의료에 관련된 의제도 나올 거고 지역의료에 관련된 의제도 나올 거라고 생각을 하는데 사실은 이러한 의사결정 과정들이 보건정책심의위원회에서는 거의 없었던 것이 지난 윤석열 정권의 모습이라고 생각을 해서 저는 사실은 필수의료와 지역의료에 대한 안건들 그리고 그런 것들에 대한 테마나 어젠다들을 추계위에서 설정을 하기 위해서는 완전히 보건복지부 산하에서 빠져서 중개 기구나 민간기구로서 기능하면서 거기에서…… 아까 다른 교수님께서도, 진술인께서도 말씀해 주셨지만 필수와 지역의료 관련된 추계를 할 수 있게끔 보완해 주는 다른 정책들, 의료 이용이라든지 아니면 필수의료에 관련된 수가라든지 이런 것들도 같이 정책적인 얘기를 할 수 있는 그런 전반적인 권한들이 있어야 추계위에서 그런 것들에 대해서 실제로 생산성 있게 반영될 수 있는 추계 그리고 정책 이런 것들을 제안할 수 있을 거라고 생각합니다.

이상입니다.

○**김예지 위원** 이상입니다.

○**위원장 박주민** 됐지요?

다음은 이수진 위원님 질의하시겠습니다.

○**이수진 위원** 성남 중원 국회의원 이수진입니다.

오늘 좋은 의견 주신 진술인 여러분들께 감사드립니다.

제가 국회입법조사처 등으로부터 의료수급체계와 관련된 자료를 제출받아 보면서 크게 세 가지 눈에 띄는 점이 있었습니다. 먼저 해외 사례들을 들여다봤더니요 수급추계위가 모두 자문기구의 위상을 가지고 있다는 점입니다. 그리고 각 나라의 의사단체가 증원 추세 속에서 일부 조정을 위해서 감원을 요구한 경우는 있었지만 증원 자체를 반대한 경우는 찾아보기 어려웠습니다. 오히려 원활한 전달체계 그리고 노동 강도를 줄이기 위해서 증원을 요구하는 경우가 많다는 점입니다.

그리고 영국 의사단체, 노동조합이지요. 파업과 같은 단체행동을 영국의 BMA 같은 의사노조들, 의사들의 파업 이슈를 보면요 임금인상과 처우개선입니다. 노동 조건을 개선하기 위한 헌법 테두리 안의 노력들을 하고 있는 것이지요. 의사 증원 자체를 거부하기 위해 하지는 않고 있다라는 점을 다시 한번 말씀드리고 싶습니다. 사뭇 우리와는 너무나 달랐고 우리에게 시사하는 바가 크다 그렇게 느꼈습니다.

그리고 오늘 허윤정 진술인 나오셨는데 어제, 오늘 잠도 못 주무시고 지금 아마 버티기 쉽지 않으실 텐데 그래도 끝까지 자리를 지켜 주셔서 너무 감사드리는데요.

주 80시간을 일하는 전공의들 그리고 이렇게 인력이 없어서 밤을 새우며 뛰어다녀야 되는 외상센터 의료진들, 요새 넷플릭스에 나오는 드라마를 보면서도 국민들께서 같이 고민하고 있는 바가 클 텐데 저 역시 간호사로 현장에서 수십 년 일하면서 변화하지 않은 환경……

병원 노동자들이 그야말로 극한까지 몰려 나가고 있지요. 분명히 개선해야 됩니다. 그렇지만 이 개선이 정부가 해야 될 역할과 그리고 병원이 주체가 돼서 해결해야 될 역할이 분명하게 있다, 저는 이런 말씀을 좀 드리고 싶은데요.

그리고 그렇기 때문에 저는 특히나 아까도 여러 가지 이런 열악한 환경 그리고 지역의료·필수의료·공공의료 확충을 위해서 수급 불균형 반드시 해결해야 된다, 그래서 의대 증원이 좀 필요하다 이런 부분에 대해서는 다시 한번 말씀드려 봅니다.

그리고 이에 대해서 안타까운 건 제대로 된 사회적 논의, 이것 제대로 해 보지 않았다는 게 우리 현실인 만큼 이 추계위에서 법제화를 통해서 과학적이고 객관적인 그런 추계를 통해서 합리적인 증원 규모를 정하는 것도 저는 해결 방안이 될 수 있다, 또 한편으로 그런 생각도 하게 됩니다.

정형선 교수님과 장원모 교수님께 여쭙보겠습니다.

먼저 정형선 교수님.

일본의 의사수급분과회 말씀이 계속 나오고 있습니다. 몇 가지 해외 사례가 언급되고 있었는데요. 해외의 경우에 수급추계가 모두 기본적으로 자문 조직으로 되어 있습니다.

그런데 우리 수급추계위원회 법제화 논의는 사실 윤석열 정권의 독선적인 그런 2000명 증원, 의료대란 사태를 촉발시켰고 이것을 겪으면서 이러한 일을 앞으로는 방지해야겠다 이것에 대해서 다들 생각을 해요. 그러다 보니 심의의결권을 부여하자 그리고 수급추계위의 결과를 실질적으로 반영되도록 하자 이런 생각을 할 수밖에 없는 것 같습니다.

그래서 사실상 어느 정도 결정권을 갖는 법정 기구로서 논의되고 있는 것인데요. 오늘 논의되고 있는 이 6개의 법안을 보시면 정도의 차이는 있지만 모두 그런 방향성을 갖고 있다라고 볼 수 있습니다. 이 방향성에 대해서 어떻게 생각하시는지 말씀 주시고요.

그리고 추계위 자체의 구성은 객관성을 담보하기 위해서 공급자단체와 이용자단체가 추천하는 전문가가 동수로 참여하고 대신 추계위 내에 직종별 전문분과위를 또다시 아래 두어서 의료인 등이 과반수 이상 참여하는 구조를 제안하셨습니다.

이렇게 분과위에 참여하는 과반수의 의료인은 공급자단체가 추천하는 의료인이어야 하는지 또 일본 사례를 봐도 의사회 추천 외에 나머지 의료인들, 2명 외에 나머지 의료인들은 다양하게 구성이 되고 있습니다. 특히 지역의료 현장을 반영하기 위해서, 지역에서 의 의사 수급 문제라든지 이런 것들을 해소하기 위해서 상당수 거기에서 참여하고 있는 것으로 보여지거든요. 그래서 분과위의 의사 구성은 어떻게 하는 게 좋을지 그리고 제안하신 전체 추계위와 분과위 모습에 대해서 조금만 더 설명을 해 주셨으면 좋겠고요.

그리고 장원모 교수님께서서는 해외 의료인력 추계 오류 사례를 소개하시면서 의료인력 추계가 과학성과 함께 사회적 합의에 기반해야 함을 강조해 주셨는데 추계위와 추계위 내에 가치분과, 기술분과 이렇게 제안해 주셨어요. 저는 적절하다, 바람직해 보인다 이런

게 판단이 되어집니다.

그리고 또 진술문을 통해서 봤더니 의료인력 추계에 있어서 제가 발의한 법안에 지역 진료권, 진료과목 외에 공공부문의 의료인력 수급 전망을 반영하도록 했는데 그 필요성에 대해서 공감한 내용이 적혀 있었습니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

그래서 공공부문이 추계에 반영돼야 되는 필요성에 대해서 아마 시간 관계상 말씀 못 하셨을 것 같은데 거기에 대해서도 추가로 설명 부탁드립니다.

○진술인 정형선 상당히 많은 질문을 해 주셔서 빠뜨리지 않을까 모르겠습니다.

일단 여러 가지, 자문위원회 성격이더라 하는 말씀은 맞는 거고요. 오늘 이미 여러, 의사협회 쪽에서 추천받으신 분들도 자문위라는 그 부분 상당히 많이 말씀하셨는데 예를 들어서 아까 네덜란드 사례를 말씀했는데 그 위원회도 처음에 ACMMP라는 게 앞의 AC가 어드바이저리 커미티(Advisory Committee)거든요. 자문위원회고, 영국의 MWSAC도 AC가 어드바이저리 커미티(Advisory Committee)인 거지요.

그러니까 근본적으로 정책, 의대 정원이라든지 기본 정책의 책무는 정부에게 있는 것이고 다만 여러 가지 추계위원회나 자문위원회는 그 정책 결정에 도움이 되는 여러 연구를 해서 그 안을 만들어 주는 거지요.

우리가 의료 세계, 특히 약이나 이런 데 경제성 평가라든지 많은 걸 하지 않습니까? 그러면 경제성 평가의 결과라는 것은 정책 결정을 위해서 올려놓는 어떤 여러 가지 접시에 해당하는 것이지요. 그러면 그것을 가지고 판단을 하는 거니까 그런 의미에서 자문위원회라는 말씀은 맞는 말씀 같고요.

그다음에 일본의 의사수급분과위원회도 마찬가지로 자문을 하는 것이고 일본이야말로 정말 모든 정책이 정부가 이루어 내는데 거기에 검토회, 분과회가 있다는 말씀 드립니다.

그런데 질문의 요지는 그럼에도 불구하고 우리나라의 경우는 아까 많은 말씀들이 있었던듯이 워낙 그동안의 과정에서 정부에 대한 불신이 특히 공급자로부터 크기 때문에 이것을 자문위라는 것으로 해 가지고 낡은 결과를 정부가 또 어떻게 할지 모른다는 불신이 있는 게 분명하고요, 실제로 그래왔고. 그렇기 때문에 그 부분들을 의원님들께서 6개 안을 낼 때 반영을 해서 이것을 상당히 의결 쪽으로 아니면 사실상의 의결 쪽으로 했다 이런 말씀이고, 여기에 대해서 말씀을 하시는데 어찌 보면 그 부분은 앞으로 우리가 행정문화를 바꾸면서 풀어 나가야 될 문제고 사실 그동안에 의대 증원이라든지 이런 정책 결정은 상대가 있고 굉장히 반발이 크고 하는 과제였기 때문에 실제로 그것이 정책형성되던 과정이 없습니다. 2003년도에도 거의 밀실 합의했다는 것 알려져 있잖아요. 그 뒤로 처음 한 거니까. 그런 과정이 없었다.

그러나 이번에 우리가 경험했듯이 이런 것이 그런 절차적인 정당성이 부여돼 있지 않은 상황에서 이루어지면 결국은 사회적으로 굉장히 많은 문제가 있을 수가 있다는 것을 우리가 느꼈기 때문에 그 부분을 반영해야 되는 것은 이미 아마 그러지 않을 수 없는 상황이 됐습니다.

그러면 질문으로 다시 돌아오면 그렇다고 해서 우리가 장기적으로 의결이라고 하는,

즉 어떤 정책 결정을 어떤 위원회라든지 어디서 하고 정책 당국은 그것을 받아서 그대로 집행한다라고 하는 것은 사실은 우리 법체계는 말할 것도 없거니와 상당히 있기 어렵다는 건 아까 백혜련 위원님도 말씀을 하셨고 여러 가지 말씀을 하셨습니다.

그래서 제가 보기에는 이 부분들이 좀 장기적인 우리 법안의 개정이라는 것과 당장의 문제를 해결하는 것을 약간 분리를 한다고 그러면, 부칙이라든지 이런 것에서 26년도를 하는 것하고 좀 구분을 한다 그러면 장기적으로는 사실은 의결이라든지 이런 개념은 어떤 당사자들이 참여하는 그런 쪽의 의결이라기보다는……

아까 말한 보정심이라는 것도 사실 거기 의결이다 하더라도 그 안에 장관이 위원장이고 보건의료인력정책위원회 쪽에서도 차관이 위원이기 때문에 기본적인 책무는 정부가 지는 거지요. 위원장으로 참여해서 그것을 주재를 하면서 사실은 지고 실제적인 운영은 여러분들 아시다시피 어떤 위원회도 다 안전을 만들고 거기에 기본적인 안을 조정을 하고 정리를 하는 것은 행정 관료들 아납니까? 그러니까 정책을 담당하는 그것은 분명히 책무를 지는 데가 있는 거지요.

그래서 이런 장기적인 구조를 갖추는 것은 제가 보기에는 그런 구도로 가야 된다. 즉 지금 법안이 나온 것에 의결이라고 하는 것은 적절치 않다. 그러나 만약에 지금 같은 어떤 여러 가지 요구로 우리가 특수 상황에 있기 때문에 이 문제가 해결될 때까지 의결이라는 것을 부여하고 싶으시다면 거기에는 그야말로, 거기에 첨예한 이해관계가 있다고 생각하는 그런 당사자들이 추천하거나 하는 쪽이 과반이 된다 그러면 진짜로 이것은 사회적인 합의를 구하기가 상당히 어려워진 상태가 된다 하는 말씀을 드리겠습니다.

그리고 지금 다른 나라의 사례로 아까 영국 사례나 이런 것 말씀하시면서 우리나라처럼 의대 증원을 가지고 하는 나라는 없었다라는 말씀을 해 주시는데 그것도 맞는 말씀이지요.

왜냐하면 이것은 제도의 차이에 있습니다. 우리나라는 기본적으로 90% 이상의 공급 인력이 전부 민간에게 맡겨져 있고요. 아주 예외적입니다. OECD 국가 중에서 대부분 다 공공이 일단 기본적으로 병원을 한 50%, 크게 낮은 일본도 30%는 공공이고요.

그러니까 그런 상황에서 민간에게 투자를 맡기고 민간이 거기서 수입을 얻어 가게 하는 구조였기 때문에 자연히 민간으로서는 거기의 경쟁 인력이 많아질수록 우리 개개인에게 돌아오는 파이는 작아진다고 느끼는 것이 너무도 당연하고 그런 반응이 당연합니다.

그래서 이것을 저희는 의사들이 잘못했다라고 비난하는 차원의 얘기라기보다는 그래도 최소한, OECD 국가 중에 최저라고 하는 이런 상황을 이렇게 오랫동안 지속한다라는 것은 많은 문제를 산출하고 있기 때문에 이 부분은 논의 안에 들어와야 된다는 말을 하는 것이고 그것에 응하지 않고 벌어지는 문제들에 대해서 얘기를 하는 것이지요. 그래서 그 말씀을 드리고 그 방향성도 말씀드렸고요.

그래서 수급 불균형의 문제라든지 이런 부분들은 아마 장기와 단기를 구분해서 이렇게 하는 것을 말씀을 드리겠습니다. 일본의 사례는 더더욱이 그것은 정책 결정을 거기다 맡기는 것은 아니다 이런 정도로 말씀을 드리겠습니다.

지역 관련해서도 좀 말씀을 드리면 좋겠으나 제가 말씀을 좀 많이 드렸고 장원모 교수님께 말씀……

○진술인 장원모 위원님 질문 감사드립니다.

두 가지 질문 주신 것 같은데 가치분과와 기술분과에 대한 얘기 먼저 드리겠습니다.

지금 추계위 논의에서, 추계위가 구성이 되더라도 신뢰할 만한 의사결정을 할 수 있겠느냐에 대한 우려들이 있는 것 같습니다. 그렇기 때문에 추계위의 의사결정 구조를 조금 더 신뢰성을 확보할 수 있는 구조로 만드는 게 중요하다고 생각합니다.

그런 면에서 참여자가 어떠한 사람인지에 대한 참여자 구조에 대한 논의도 필요하지만 안전의 구조도 신뢰를 회복할 수 있도록 만드는 것이 중요하다고 생각합니다. 참여자의 전문성과 독립성 이런 것도 확보돼야 되겠지만 안전도 두 가지로 나누어서 전문성과 독립성을 확보할 수 있도록, 그러니까 의사결정 내용의 범위를 구분해 주는 것입니다. 그것을 통해서 합의를 더 많이 도출할 수 있도록, 신뢰를 회복할 수 있도록 유인하는 그런 효과가 있을 거라고 저는 기대하고 있습니다.

실제로 이 부분은 의사결정만을 위해서뿐만이 아니라 정확한 추계를 하기 위해서도 필요한데요. 아까 발표 때 간단하게만 말씀드렸지만 가치분과에서는 어떠한 관점을 가지고 변수를 처리하고 전체를 묶어 내며 조직할 것인가 이런 것들을 다루는 것이고요. 제가 제안드렸던 기술분과는 그렇게 정해진 가치 기반의 어떤 논리 모형을 구조로, 토대로 어떤 변수를 어떤 방식으로 처리하고 그 근거는 무엇인지를 남기면서 좀 더 통계적인 방법을 끌고 나가는 그러한 형식이 될 것입니다.

그래서 분과를 2개로 나누게 된다면 기술분과에서는 좀 더 전문가가 주도하고 가치분과에서는 많은 참여자들이 민주적 의사결정을 하는 방식으로 진행이 되고 전체위원회에서는 공급자·이용자 5 대 5의 균형을 잡을 수 있을 거라고 생각합니다.

두 번째, 공공부문입니다.

이 부분도 되게 중요한 부분인데 의사 수를 추계하는 이유와 목적에 대한 부분입니다. 특히 유럽과 미국에서는 의사 수 추계할 때, 요즘 미국과 유럽에서는 의사인력이 부족하다는 이야기들이 많이 나오고 있고 특별히 일차의료에 종사하는 의료인들이 많이 부족하기 때문에 이 부분에 대해서 추계를 굉장히 열심히 하고 있습니다.

우리나라 마찬가지로 우리나라의 조건과 상황에 맞는 정책적 우선순위에 해당되는 이슈에 대해서 집중적으로 추계를 열심히 하는 게 필요하다고 생각했고 그런 면에서 공공 부문에 대한 추계가 필요하다고 의견을 낸 것입니다.

이상입니다.

○진술인 정형선 주신 질문 중에 제가 하나 빠뜨렸는데요.

마저 보충을 드리면, 분과위하고 구성에 대해서 질문 주셨는데 과반수의 문제인데 결국은 아까 말씀드린 대로 이 문제가 객관적인 추계위원회의 어떤 방법론이라든지 모델링, 변수 선정, 투입되는 데이터, 데이터의 가공 방식, 뭐 여러 가지가 있을 때 추계의 전문적인 어떤 그런 내용들에 대해서 전문가들이 방향성을 설정하고 그 대신 직역단체의 직역별 배치 문제라든지 병원과 각 직역별로 달라지는 문제, 전체적인 수급의 어떤 그런 의견들 이런 것을 받아들이기 위해서 하는 것으로 아까 말씀드린 대로, 김윤 의원님 안에서 하위 분과 구성이 제가 보기에 그래서 적절하다고 이렇게 느꼈던 것이 거기서 충분히 의사들 같으면 직종별 분과전문위원회가 됐든 무슨 이름이 됐든 거기에서 그것을 반영을 하고 그다음에 추계 전체적으로는 어떤 전문적인 방법론이나 이런 건 분과가 있고 그것을 받아서 전체위원회에서, 결정할 때는 아까와 같이 정치적인 고려라든지 이런 것

을 받아들이는 위원회가 필요하다.

다만 거기서 절반을 만약에 공급자들, 의사들이 주로 차지한다고 그러면 그것을 어떻게 구성하느냐 하는 말씀을 주셨는데 말씀하신 대로 일본의 의사수급분과위원회도 전체 22명, 23명 중에 한 15명, 16명, 17명이 의사 쪽으로, 주축으로 구성되나 거기에 의사회에서 추천하는 위원이 2명이고 나머지는 각종 병원 쪽이나…… 지역의 어떤 편제 문제가 가장 중요하거든요, 일본의. 지역의 편제를 와서 호소할 수 있는 그런 위원들이 있는 거지요.

그래서 기본적으로 일본의 분과위원회가, 기본 구도는 분과위원회는 자문위원회고 그 자문위원회에 다수의 의사들이 참여해서 자기들의 상황을 어필하는 장소입니다. 그래서 거기에는 후생성의 관료가 나와서 사무국을 맡고 모든 어젠다를 세팅하고 거기의 의견을 받아서 회의록을 작성해서 홈페이지에 올리고 거기의 의견을 수렴하는 그런 과정이기 때문에 거기는 오히려 각 지역의 의사들이 와서 상황을 어필하는 그런 조직이 된다 하는 말씀을 드리겠습니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 되셨지요?

다음은 장종태 위원님 질의하시겠습니다.

○장종태 위원 대전 서구갑 출신 장종태 위원입니다.

오늘 의료인력 수급추계 법제화를 위한 장에 좋은 고견들 많이 주셔서 대단히 감사합니다.

우선 오늘 이 좋은 장에서 고견을 많이 주셨는데 제가 이따가 안기종 한국환자단체연합회 대표님께만 몇 가지 질문을 드리도록 하겠습니다.

사실 작년에 있었던, 24년의 의료대란, 의정 갈등의 이 문제는 기본이 신뢰 상실이었습니다. 국민들은 다소 의료인력이 증원돼야 된다고 생각을 하고 있음에도 불구하고 그런 교감이 없이 어느 날 갑자기 튀어나온 2000명, 그것을 우리가 어떻게 산출된 2000명인가 이 부분을 국회 차원에서 자료 요청도 하고 받고자 했습니다만 시원한 답을 받지 못했습니다.

이렇게 신뢰가 무너졌을 때 엄청난 파장을 몰고 오고 그 모든 것의 피해는 결국 우리 국민들이 고스란히 입어야 되는 그런 상황이었었는데 입법화를 통해서, 수급추계기구의 입법화를 통해서 공정성을 확보하고 ‘아, 이렇게 하면 잘될 것이다’, 그래서 국민이 이것을 신뢰할 때 이 제도는 성공할 수 있을 거라고 생각을 해 봅니다.

안기종 대표님께서서는 그동안 환자들의 권리를 대변하기 위해서 국가의 여러 가지 기관, 단체에서 대표로 참여하시면서 많은 위원회나 단체 활동했던 것을 익히 알고 있는데 저는 지금 어떤 특정 단체 또는 특정 집단의 추천인이 과반 이상으로 이렇게 구성되는 이 단체의 결정을 국민들이 얼마나 동의를 하게 될까 이런 걱정이 좀 있고요.

또 대표님께서 주장하신 것 중의 하나, 의결과 심의에서 기능과 역할은 심의 기능에 한정해야 된다고 이렇게 주장을 하셨는데 예를 들어서 우리가 심의해서 올린 안이 보정심이나 인정심에서 그것을 받아들이지 않으면 심의한 그 안이 자칫 잘못하면 무용지물화될 수도 있는데 이런 것에 대한 대책은 어떤 것인가 한번 여쭙보고 싶고.

지금 우리 의원님들이 내신 안 대부분이 살펴보면 역할과 기능에서 심의 의결을 한 사항을 강제조항으로 ‘의결한 안을 반영하여야 함’ 또 이렇게 규정을 하고 있단 말입니다. 그것을 의무적으로 반영하여야 한다는 것이 대부분의 안 같은데 이것은 의결사항이라고 보시는 겁니까, 심의사항이라고 보시는 겁니까, 자문사항이라고 보시는 겁니까?

자칫 잘못하면 이런 데서도, ‘하야야 한다’ 강제조항으로 인식을 하다 보면 심의를 했다고 하지만 무조건 받아들여야 되는 그런 상황이 될 수도 있다라는 생각이 듭니다.

그래서 여러 가지 좀 여쭙보고 싶은데 시간이 그렇게 많지 않은데, 어쨌든 현재 정부에서 추진하고 있는 이 입법화 과정의 성공 여부는 국민의 신뢰가 그것을 좌우한다고 생각하고 있기 때문에 입법화 과정에서 국민의 신뢰를 확보하기 위한 좋은 고견들을 주셔서 이 안을 내놓으면 국민들이 믿고 따를 수 있다 하는 이런 안들로 입법화가 잘 추진될 수 있도록 많은 도움을 부탁드립니다.

제가 드린 말씀에 대해서 답변 부탁드립니다.

○진술인 안기종 제가 한 20년 동안 환자 관련 위원회에 많이 참여하면서 거버넌스에 대한 문제 제기를 제일 많이 했던 사람 중의 한 명입니다. 왜냐하면 그만큼 의사결정 구조 자체가 사실은 환자나 국민이나 가입자를 대표하는 구조에 오히려 불리한 경우가 많았었습니다. 그 이유 중의 하나가 사실은 한 직군, 의사 이 직군은 다수가 아닐지 몰라도 전체적으로 공급자라는 구조 자체가 다수인 경우가 많아서 일방적으로 결정되는 경우가 많이 있었습니다.

그런데 더 큰 문제가 뭐냐? 그런 결정 과정이 충분한 토론이나 합의 과정을 거치지 않은 경우가 많았었습니다. 그러다 보니까 지난 1년 동안 이 의대 증원이라고 하는, 특히 의사에게 굉장히 중요한 이 의사결정에 있어 가지고 신뢰하지 않는 것 같습니다. 그래서 저희들의 판단은 지난 1년 동안 환자들이 겪은 이 의정 갈등의 피해는 결국 불신과 불통의 피해다라는 생각을 가지고 있거든요. 그래서 현재 이 상황을 극복하려고 하면 현재의 거버넌스 구조는 적어도 이해당사자가 과반 이상으로 가는 것은 사실 적절하지 않다고 생각을 합니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○장종태 위원 심의에 한정해야 된다고 하는 부분은……

○진술인 안기종 그리고 아까 세 번째 먼저 이야기하면, 사실 자문기구하고 심의기구하고 의결기구라고, 저는 의결기구는 사실 본 적이 별로 없어요. 제가 알기로는 한 2개 정도 되는 법정 의결기구가 있다고 하지만 사실은 이런 첨예한 의사결정을 해야 되는 경우에는 주로 심의기구로 알고 있습니다. 자문은 대개 구속력이 약하고 의결은 구속력이 강하다면, 자문이라고 하면 저의 판단에는 적어도 하위의 사회적 논의 결정을 가급적 반영해 주는 구조라고 되어 있고 제가 판단할 때 6개 의원님 전부 다 수급추계위원회 심의 결과를 반영하도록 되어 있는데 이 내용 자체가, 반영하면 의결기관 아니냐라고 그러는데 의결기관이 아니라고 저는 알고 있습니다.

그래서 저는 현재 의료 수급추계위원회의 이 의사결정 구조 자체를 심의기구 정도의 성격을 두더라도, 현재 의정 갈등 일련의 과정을 보더라도 적어도 비합리적인 의사결정

이나 그 방식을 통해서 결정하는 것은 상상하기 힘들고 만약에 의료 수급추계위원회에서의 결정을 보건의료정책심의위원회에서 다른 결정을 한다고 하면 사회적 동의를 받기도 힘들 거라고 보고 있고, 그래서 의결 사항이라고 보고 있지는 않습니다.

○장종태 위원 이상입니다.

○위원장 박주민 다음은 최보운 위원님.

잠깐 설명을 드리면 이수진 위원님하고 장종태 위원님 두 분이서, 우리 당 위원님 두 분이서 순서를 바꾸신 거예요.

최보운 위원님.

○최보운 위원 질문드리겠습니다.

먼저 복지부 고인의 명복을 빕니다.

그리고 오늘 또 공청회 날이어서요 진술인 여러분들께서 소중한 발제 해 주시고 이렇게 장시간 함께해 주시고 고견 들려 주셔서 깊이 감사드린다는 말씀을 꼭 드리고 싶습니다.

저는 신영석 교수님께 질의 한 가지 드리고요, 고려대학교 정재훈 교수님께 질의 세 가지 드리려고 합니다.

첫 번째, 신영석 교수님께 질의드리는 내용은요. 교수님 진술문을 보면 보건의료정책에서는 적정 인력, 적정 보상, 이용체계가 상호 밀접하게 운영되어야 그 효과를 발휘할 수 있다고 되어 있습니다. 그리고 의사의 경우에는 인력 양성에 10년 이상이 소요될 것이기 때문에 미래 보건정책이 어떻게 준비될 것인지에 따라서 인력 수요가 달라질 수 있다고 말씀 주셨습니다.

이처럼 의료인력 수급이 전반적인 의료정책과 밀접하게 연관돼 있다는 점을 고려할 때 보건의료인력 수급추계 관련 내용이 단순한 인력 수급추계가 아니라 미래 보건의료체계 변화에 대응한 거시적 정책 내용으로 볼 필요가 있기 때문에 보건의료기본법에 포함되어야 된다고 저는 생각을 하는데요. 이에 대한 교수님의 의견을 여쭙고 싶습니다.

○진술인 신영석 제가 아까 다른 위원님 질의하셔서 거의 동일한 말씀을 드렸는데요. 이게 인력정책에 한정하지 않고 지불 보상, 의료 이용체계, 전달체계 이런 것들이 포괄적으로 같이 고민되어야 한다. 그래서 저는 보건의료기본법에서 규정되면 좋겠다 이런 의견 드렸습니다.

○최보운 위원 말씀 감사합니다.

정재훈 교수님께 질의드리겠습니다.

질의가 좀 많아서 세 가지 한꺼번에 질의를 드리겠습니다.

교수님께서 말씀하신 것처럼 의료인력 수급추계위원회 설치하는 현재 여러 법안에서 제 안되고 있는 중요한 사안입니다. 특히 과학적 추계를 통해 적정 인력을 산출하겠다는 것이 핵심 취지입니다. 그런데 교수님 자료를 보면 추계라는 작업 자체가 전적으로 과학적이고 중립적인 절차가 아니라고 지적을 해 주셨습니다. 같은 기관에서 실시한 추계 결과가 상반되게 나오는 경우를 보면 이해가 되는 부분이기도 합니다. 그렇다면 수급추계가 신뢰성을 얻기 위해서는 어떤 점이 보완되어야 된다고 보시는지 의견을 듣고 싶고요.

두 번째로는 위원회의 권한 관련해서도 단순 자문기구로는 실효성이 없고 반대로 의결

권을 부여하면 또 다른 문제가 생길 수 있다는 지적을 해 주셨습니다. 교수님께서서는 수급추계위가 제 기능을 하기 위해서 어떤 방식으로 운영되어야 된다고 보시는지, 특히 의결권 부여 문제에 대해서는 어떤 대안을 제시해 주실 수 있는지에 대해서 의견을 여쭙고 싶습니다.

세 번째, 끝으로 의료인력 수급추계가 보다 신뢰받고 정책적으로 효과적으로 활용되기 위해서 개선되어야 될 점은 어떤 것이 있는지 의견을 듣고 싶습니다.

○진술인 정재훈 평장히 많은 질문 주셔서 감사합니다.

일단 첫 번째, 추계라는 작업에 대한 설명이 필요할 것 같습니다. 추계라고 하는 것은 어떻게 보면 정해진 답에 답을 줄 수 있는 과정은 아닙니다. 예를 들어서 코로나19에 비교해서 설명을 드리면요 사회적 거리두기를 걸었을 때 어떻게 될 것인가, 걸지 않았을 때 어떻게 될 것인가를 우리는 대답해 드릴 수 있습니다. 하지만 어떠한 정책이 가장 중요한 정책이고 그렇게 됐을 때 몇 명이 될 것이다라는 대답을 드리기는 굉장히 어렵습니다.

저도 대한예방의학회에서 부탁을 하셔서 의사인력 추계 작업을 1년 전에 진행을 했었습니다. 그런데 제가 여러 가지 문헌들을 검토해 보고 여러 가지 방법을 고민해 봤지만 제가 내린 결론은 결국 추계라고 하는 것은 우리가 어떤 미래를 그리느냐에 따라서 달라질 수 있는 값이라는 겁니다. 여기 계신 교수님들께서도 각자 추계 데이터를 내신 적이 있는데 그 범위가 굉장히 다릅니다. 그 이유는 미래에 얼마만큼의 생산성의 증가가 있을지에 대한 개념이 다 다르시고 그다음에 얼마만큼의 노동생산성이 투입될 것인지에 대한 가정들이 다 다르시기 때문이지요. 그렇기 때문에 저는 추계라고 하는 것은 우리가 정한 사회적인 합의 내지는 보건복지의 방향성에 따른 계산값이라고 생각을 합니다.

그러면 그 계산값을 도출하는 데 있어서는 계산을 잘하는 사람들이 들어와야 되고 그리고 그 계산을 잘하기 위해서 어떠한 정책적 방향으로 나아가야 되는지에 대한 정보를 주는 사람 그리고 그 정보에 나오는 값들이 실제 현장에서 느끼는 값과 얼마 정도 잘 맞는지를 알려 주는 사람이 있어야 된다고 생각을 합니다. 그래야지만 추계 작업이 어느 정도는 원활하게 진행이 될 수 있을 것이라고 생각하고요.

그럼에도 불구하고 추계값이 확고한 정답은 아니라는 점을 제가 계속해서 강조드리고 있습니다. 그렇기 때문에 저는 의결권에 있어서도 다른 분들과는 조금 다른 의견을 가지고 있습니다. 추계기구라고 하는 것이, 추계위원회라고 하는 것은 선출된 권력은 아닙니다. 어떻게 보면 위임되거나 위탁받은 그런 상황인데요. 이런 추계 같은 것들이 미래에 있어서 불확실성이 있기 때문에 만약에 추계위원회의 절차적 정당성이나 전문성이나 공정성에 위협이 있을 경우에는 그 위협받은 결과를 바탕으로 우리 미래를 결정해야 되는 상황이 되게 됩니다. 그렇기 때문에 저는 자문기구보다는 훨씬 더 나은 그리고 어느 정도는 더 구속력이 있는 기구가 되어야 되지만 이 기구의 결과가 그 기구가 어떻게 공정하고 과학적인 결과를 냈는가에 관계없이 바로 의결이 되는 것도 합당하지 않다고 생각을 합니다. 그렇기 때문에 저는, 최종적인 결정은 결국 행정부가 지는 것이고요. 행정부가 의결권은 아니지만 이 자문위원회 내지는 추계위의 결정에 따르지 않았을 때 어느 정도는 그 이견에 대한 것들을 설명할 수 있는 절차가 필요하다고 생각을 합니다.

마지막으로 짧게 말씀드리겠습니다.

저는 가장 중요한 것이 신뢰 회복이라고 생각합니다. 사실 의원님들 내신 안들은 충분한 의결권에 가까운 내용들을 보장하고 있습니다. 그리고 원활하게 잘 이루어진다면 저는 좋은 기구가 될 수 있을 것이라고 생각을 합니다. 하지만 지난 몇 년간의 과정 그리고 최근 1년간의 과정이 저희 전문가들 사이에서의 신뢰도 깨진 상태고요, 전문가들과 현장의 신뢰도 깨진 상태고 당연히 정치권과도 신뢰가 깨져 있습니다. 그렇기 때문에 이런 과정들을 통해서 신뢰를 회복하는 게 가장 중요하다고 생각합니다.

감사합니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○최보윤 위원 정책 목표랑 사회적 요구를 균형 있게 반영할 수 있는 공론화 과정 말씀을 주셨는데……

○진술인 정재훈 예, 맞습니다. 그래서 공론화 과정이 굉장히 중요하고요. 전문가들과 그리고 정치권에서도 꼭 관심을 가져 주지 않으시면, 이게 정치적인 의사결정 없이는 해결이 정말 어려운 주제입니다.

○최보윤 위원 말씀 감사합니다.

○진술인 정재훈 감사합니다.

○위원장 박주민 다음은 백종현 위원님 질의하시겠습니다.

○백종현 위원 부산 금정구 국민의힘 백종현 위원입니다.

작년 2월 2000명 규모의 의대 정원 발표에 전공의가 집단 사직하였고 이로 인해 의정 갈등이 계속되어 세계적 수준의 한국 의료가 붕괴되는 것 아니냐 하는 국민적 우려가 커지고 있습니다. 오늘 공청회를 통해 의정 갈등 해결이 탄력을 받기 바라면서 먼저 신영석 교수님께 질의하겠습니다.

교수님, 의료인력 수급추계위원회, 이른바 추계위 구성과 권한에 대해 여러 쟁점이 있습니다. 먼저 현행 보건의료인력지원법 제8조제2항제2호에 이미 보건의료인력 양성 및 수급 관리에 관한 사항을 심의한다고 규정하고 있는 상황입니다. 그런데 이렇게 별도의 추계위원회나 센터 등 기구를 설치하고 운영하는 조항을 추가하면 기존의 조항들과 중첩될 수 있다는 점, 조항들 간 관계 설정을 어떻게 해야 될 것인지에 대한 점을 고려해야 될 것입니다.

결국 이번 사태를 근본적으로 해결하기 위해서는 지역 간 의료 불평등이나 필수의료 분야 종사 의사 부족, 보건의료인력 자원의 공급 및 배치 등에 대해서 종합적으로 고려해야 한다고 생각하는데, 존경하는 최보윤 위원님께서도 질의하셨지만 교수님은 추계위 등 기구의 설립 취지 등을 잘 살리기 위해서는 보건의료기본법과 보건의료인력지원법 중, 어떤 장단점이 있다고 생각하시는지요?

○진술인 신영석 바로 답변을 드릴까요?

○백종현 위원 예.

○진술인 신영석 말씀하셨던 대로 여러 가지 쟁점이 있습니다. 인력지원법, 보건의료기본법 어느 법에 규정을 할 거냐. 그런데 보건의료인력지원법이 2019년 정도에 아마 처음

제정이 된 것으로 알고 있는데 그 전년도에 여기 국회에서 오늘과 같은 공청회가 열렸었습니다. 그때도 제가 진술인으로 참석한 바가 있는데요. 그때의 기억을 더듬어 보면 기존의 보건의료기본법과 새로운 보건의료인력지원법 간에 상당히 중복 가능성이 있으니 그 문제를 어떻게 해결할 것이냐에 관련된 논의들이 있었습니다. 그런데 그런 내용들이 해결 방법을 찾지 못하고 현재 제정되어 있는 보건의료인력지원법이 보건의료기본법과 이미 상당 부분 중복성이 조금 있다, 그런 말씀을 드리고요.

제가 법 전문가가 아니기 때문에 그런 중복을 어떻게 피할 거냐, 어떤 방안이 있느냐 이런 말씀은 드리기 어렵지만 현재 양 법에 모두 인력 수급추계위원회에 관한 규정은 없습니다. 그러니까 이번에 이것을 어떤 법이든지 넣는다고 그래도 거기에서 상호 충돌되는 그런 지점은 없겠다라는 말씀을 드리고요.

그다음에 두 법 간 장단점 이런 말씀 주셨는데 보건의료인력지원법은 왜 보건의료인력법이 아니고……

○백종현 위원 좀 짧게 해 주세요.

○진술인 신영석 인력지원법으로 했을까를 한번 생각해 보면 좋겠다 그런 생각이 듭니다. 그래서 인력지원법은 당시 제정 배경을 보면 종사자들의 근무 여건 개선 여기에 초점이 두어졌던 것으로 기억이 됩니다. 포괄적으로 여러 가지 보건정책을 한꺼번에 고민해서 인력을 결정해야 되기 때문에 저는 보건의료기본법에서 규정하는 게 좋겠다 이런 의견 드립니다.

○백종현 위원 알겠습니다.

다음은 옥민수 교수님께 질의하겠습니다.

교수님, 보건의료인력 직능단체 추천 위원을 추계위 내 과반으로 할 것인지 아니면 환자 및 시민 단체, 사회단체 요구대로 보건의료 수요자 대표 단체가 추천하는 전문가를 동수로 둘 것이냐 하는 논쟁이 있습니다. 교수님은 특정 직종 위원을 전체 위원의 절반을 초과하여 구성하는 것은 타당하지 않고 각 직종의 대표 단체는 의료법 제28조에 규정한 중앙회로 명시하는 것이 논란을 피하는 방안이라고 제시해 주셨습니다. 추계위 결정이 공정하고 균형 있게 이루어지기 위해 의료단체와 수요자 대표 단체, 더 나아가 추계위원회 위원장이 고려해야 할 주요한 점이 무엇인지에 대해서 말씀해 주시고.

또 끝으로 김기주 기획부위원장님께는, 보건의료인력 양성에 대한 대학 입학정원은 법체계상 현행 고등교육법과 충돌 가능성이 있으니 보건의료인력지원법에서 별도 규정하는 것은 신중한 검토가 필요하다고 하셨는데 현행과 같이 복지부장관과 교육부장관이 협의하는 절차를 유지하면서 의대 정원 조정 시 예상되는 사회적 부작용을 최소화하기 위해서 정부와 국회가 취해야 할 조치에 대해서 말씀해 주시기 바랍니다.

옥민수 교수님 답변 부탁드립니다.

○진술인 옥민수 먼저 답변드리도록 하겠습니다.

제가 직종별 수급추계위원회에 해당 직종의 위원을 절반까지 하자라고 말씀드렸던 것은 그래도 위원회가 전문성으로 이루어져야 되기 때문에 그렇게 말씀드렸던 거고, 사실 직종별 수급추계위원회 상위에 보정심이나 또 다른 상위 위원회를 두고 종합적으로 검토하는 기전이 있기 때문에 그렇게 절반을 줘도 괜찮겠다 하고 말씀드렸던 겁니다.

대표 단체로는 의료법 28조의 중앙회로 명시를 한 이유도 앞으로는 중앙회가 전체 직

렬을 아우르는 대표자가 되기를 원하는 마음에서 이렇게 제안을 드렸던 겁니다. 그 대신에 수급추계위원회가 독립성, 권한을 갖기 위해서 위원장 같은 경우가 훨씬 더, 호선해서 그 안에서 잘 이루어지기를 바라는 마음에서 이렇게 의견을 드렸던 것입니다.

짧게 의견 드렸습니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○백종현 위원 김기주 기획부위원장님.

○진술인 김기주 위원님, 질문 주신 것 감사합니다. 답변 기회 주신 것 감사하고요. 답변드리도록 하겠습니다.

위원님께서 말씀하신 것처럼 보건의료인력 양성 대학의 입학정원 결정 구조의 현행 유지에 대해서 과연 이럴 경우에 정부랑 국회가 취해야 될 조치라고 말씀을 주셨는데요. 사실 이것에 대해서 현행 유지를 한다는 것 자체가 제가 아까 말씀드렸던 것처럼, 보건의료인력지원법에서 규정하다가 충돌하는 사항을 피해야 하기 때문에 말씀을 드렸던 거고요. 이것 때문에 굳이 현재 있는 고등교육법을 손을 보거나 아니면 국회에서 따로 추가적인 입법을 해 주실 필요는 없다고 생각을 하고 있고, 다만 앞으로 있게 될 의료인력추계위원회가 지금 여러 진술인분들과 그리고 위원님들께서 말씀 주셨던 여러 가지 사항들이 취합돼서 실질적으로 작동될 수 있는 방향으로 가는 것이 제가 보기에는 가장 최선의 방향이라고 생각하고 있습니다.

여기까지입니다.

○백종현 위원 이상입니다.

○위원장 박주민 다음은 전진숙 위원님 질의하시겠습니다.

○전진숙 위원 광주 북구을 국회의원 전진숙입니다.

오늘 의협 추천 다섯 분이 이 자리에 오시기 위해서 입법청문회 진술문을 내셨고 그것을 읽으면서 의대 증원 2000명 사태가, 의료계에서 정부에 대한 불신이 정말 아직도 여전히 매우 심각한 상황이라고 하는 것을 다시 한번 되새기는 자리가 되었습니다.

지난 국감에서도 저는 이러한 갈등을 해결하기 위해서는 윤석열 대통령의 정책 실패 인정과 공식 사과가 시급하다고 하는 조언을 했음에도 불구하고 오히려 계엄 포고령에서 확인하셨듯이 의료계를 마치 처단의 대상으로 생각을 하면서 그는 어떤 말도 하지 않고 지금 현재 저희 곁을 떠나서 구속된 상태입니다.

절망스러운 것은 정책 실패 인정과 의대 정원 원점 재검토가 없다면 사실상 2026년 의대 정원 논의와 의료체계는 앞으로도 마비 상태가 이어질 거라고 하는 이런 불안감이 있습니다. 상당히 두렵습니다. 오늘 이 자리가 그나마 꺼져 가는 생명을 살리는 심폐소생술 같은 자리가 되었으면 좋겠다라는 생각을 하면서 질문드리겠습니다.

부칙의 2026년 의대 정원 특례에 관해서 질문하겠습니다. 앞에서 많은 분들이 말씀해주셨는데 이 자리에 오신 분 중에 제가 보니까 의대 교수님이 여섯 분이 계시더라고요. 혹시 제 질문에 동의하시면 손을 들어 주시면 좋겠습니다.

의료계에서는 2월이 벌써 보름이 지났음에도 불구하고 아직까지 정부의 정책 실패 인

정과 대책 마련이 없는 상황에서 휴학생은커녕 2025년 의과대학 신입생조차 수업에 참여하지 않을 거라고 하는 상당히 불안한 예측이 있는 것도 사실입니다. 만약 그렇게 된다면 2024년 휴학생 3000명, 2025년 휴학생 4500명, 2026년 신입생을 증원 0으로 계산해서 3000명이라고 가정한다면 한 해 동안 1만 명이 넘는 학생들이 예과 1학년 수업을 듣는 황당한 상황이 발생할 것 같습니다. 1만 명이 넘는 학생이 한꺼번에 수업을 듣는 것이 가능하다고 생각하면 아까 말씀드렸던 여섯 분 교수님들 손 한번 들어 주십시오.

아무도 없으십니까? 불가능하다고 생각하시지요. 7500명도 불가능한데 어떻게 1만 명이 가능하겠습니까? 그럼에도 불구하고 지금 굉장히 많은 불안감이 내포돼 있는 상태인 것 같습니다.

그렇다면 개정안의 부칙이나 정부 정책상 해결 방안을 함께 모색할 수밖에 없을 것 같은데요, 이 고민이 상당히 큼니다. 그래서 이 부분에 대해서 옥민수 진술인, 정형선 진술인, 정재훈 진술인이 차례로 답변을 해 주시기 바랍니다. 부칙에 관련된 내용입니다.

○진술인 옥민수 제가 먼저 말씀드리도록 하겠습니다.

○전진숙 위원 예, 말씀해 주십시오.

○진술인 옥민수 2026년 한 해 정원을 어떻게 할 것이냐의 논란이 많이 일 것 같은데, 사실 지금 논의를 시작해도 이미 늦지요. 신속하게 해야 되는 상황이고. 그래서 사실 여러 대상자들, 이해관계자들의 이야기를 듣고 이것을 좀 열어 놓고 이야기를 많이 해야 될 것 같습니다. 이것은 딱 정답이 있다라고 말씀드리기 힘들 것 같고 공론화 과정을 통해서 하여야 한다라는 약간 원론적인 답변밖에 못 드린다는 점 우선 죄송하다고 생각이 듭니다.

그렇지만 26년 정원에 대해서는 논의를 해서 바꿀 수 있다라는 점을 확실하게 협의를 하고 거기에 다 모여서 의사결정을 하는 것부터 시작했으면 좋겠습니다.

○전진숙 위원 정형선 진술인.

○진술인 정형선 상당히 어려운 질문을 해 주셨는데 일단 올해 그러니까 2025년에 들어온 학생들 그다음에 2024년에 수업을 거부해서, 아니 수업에 참여하지 않은 학생들이 동시에 수업을 받는다고 할 때는 칠천몇백 명 그다음에 아무도 안 돌아온다 할 때는 0명, 그런데 지금 2개를 동시에 얘기하면서 문제다 이렇게 얘기를 하고 있지요. 그래서 둘이 적당히 섞이면 또 중간에 갈 수도 있지요. 그러니까 지금 둘 다 불확실한 상황으로 계속 가고 있는데.

아까 모두에 말씀드린 게 바로 그런 건데 지금 우리가 여기서 무엇을 한다고 해서, 그들이 돌아오고 안 돌아오는 것은 그들의 선택이고 그것을 정치권에서 해내면 다행이고, 안 되는 상황에 그러면 과연 우리가 어떻게 할 거냐 하는 거지요.

사실 입시를 치른 학생이라고 하는 것은 고등학교에 의과대학이라고 하는, 아까 말씀드린 대로 우리 사회가 너무나 과학계 입시에 매몰되게 만들어 놓은 그 과정을 뚫고 들어오는 학생들이는데 그들이 지금 과연 이런 사회 문제를 포함한 전반에 대해서 사고할 수는 없…… 그런 수준은 충분하지 않을 거다. 그런 상황에서 그들이 내리는 판단 자체에 우리 사회가 어떻게 반응할 거냐의 문제입니다.

그래서 그동안 여러 가지 반복되는 상황이, 지금 의대 증원이라는 것도 있지만 우리가 한의학 분쟁이라든지 동맹휴학 건, 여러 가지가 의료정책 상황에서도 과거에 있었고요.

그런 과정을 생각해 보면 복잡한 사안일수록 원칙대로 가야 된다는 말씀을 아까 드렸듯이 과연 의대생들이 자기들 들어온 다음에 의대 증원이라는 그 숫자를 가지고 거부하고 이렇게 하는 행동 자체가 맞는 건지, 그들이 과연 의료 현장의 그 문제를 해결하기 위해서 이러는 건지 우리 기성세대들이 잘 판단을 해야지요. 그것에 대해서 판단을 하고 만약에 그것이 옳지 않다고 그러면 원칙대로 가야 된다고 저는 생각합니다. 지금 그들을 달래기 위해서 장기 수급체계라고 하는 조직조차도 적절하지 못하게 한다든지 모든 것을 하는 것은 안 되는 거지요.

또 한 가지는 지금 실제로, 아까 의평원 얘기도 나오고 여러 가지가 나왔습니다만 사실 의평원에서 판단을 내리고 몇 개 대학에 대해서 유예를 내리고 하는 것을 생각해 보시지요. 지금 신입생들이 들어와서 예과에서 수업을 받게 되는 건데 과연 그것이 어떤 변화를 줍니까, 의과대학 교육에? 그것은 아닌데도 불구하고 지금 몇 개 대학에서 그런 것을 내린 거지요. 그 말은 지금 현재 의사를 중심으로 한 의평원이라든지 여러 조직들 전체가 집단, 의사들이라고 하는 공동의 이익을 생각하고 행동하고 있는 것이 현실이에요. 우리가 그것을 부인해서는 안 됩니다. 우리가 그것을 보면서 과연 정치인들이나 이런 쪽에서 어떤 결정을 할 것이냐 그 말씀을 드리고요.

그래서 수업 자체는 의과대학이 2만 명이 수업을 받는대요. 지금 그 문제가 이렇게 복잡해지는 것은 의과대생들이 의대 증원을 반대해서 생긴 문제입니다. 그 생긴 문제가, 물론 정치가 과격하게 의대 결정을 했고 절차를 어떻게 했고 이런 것은 그 자체를 제가 옹호할 필요는 없지만 이 생긴 현상에 대해서 그들이 수업 거부라든지 이런 것을 통해서 생기는 문제를 우리 사회가 어떻게 해결할 거냐, 그들의 요구가 정당하다고 받아들여 줄 거냐, 저는 그렇지 않다고 봐요. 그래서 거기서 생기는 수업의 차질이라는 문제는 우리가 길게 보고.

전국에 12만 명의 임상 의사가 있고 2만 명의 교육받는 학생들이 있고 지금 당장 추가적으로 들어오는 학생들은 예과에서 녹아서 순차적으로 들어갑니다. 거기에 대해서 과연 교육 수준이 안 됐다고 하면 그 교육을 위해서 정부도 과거에 있지 않은 예산까지 충원해 가면서 점차적으로 개선하겠다고 하는 것이고, 예과생들부터 시작해 가지고 만약에 의대라든지 의대생들이 그런 의대 정원이라는 문제 없이 이것을 수용해서 간다고 하면 충분히 의과교육은…… 충분하다고는 얘기 안 하겠지만 과거의 기성세대들이 의과대학 교육 받은 것만큼은 간다, 의평원이 지금 새로 하는 것 자체를 제가 아까 말씀드렸듯이.

그래서 제가 상당히 센 말씀같이 드리지만 어떠한 해결도 되지 않는 이런 상황에서 우리가 이들에 대한 대응을, 뭐라 그럴까요. 당장의 조급한 마음으로 해결한다고 해결이 된다면 또 모르겠는데 제가 보기에선 그럴 것 같지도 않은 상황에서 장기적인 것과 이런 것을 흐트려서는 안 된다, 사안이 복잡할수록 원칙대로 해야 된다는 말씀을 드리겠습니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○전진숙 위원 한 분 더 남았습니다.

○진술인 정재훈 답변드리겠습니다.

일단 정말 중요한 질문 해 주셔서 감사드립니다.

짧게 말씀드리면, 저는 지금 공청회의 목적이 두 가지라고 생각을 합니다. 하나는 장기적인 수급추계에 대한 기반을 세우는 것이고요. 두 번째는 지금 의정 갈등 해결의 실마리를 찾기 위한 기회라고 생각을 합니다.

그리고 전공의들 같은 경우에는 요구 조건 중의 첫 번째가 수급추계위원회를 과학적으로 운영하고 설치하는 것들이었습니다. 그렇기 때문에 저는 부칙 등을 동원해서라도 올해부터는 해결할 수 있는 방안을 만들어 주는 게 당연한 원칙이라고 생각을 하고요. 그렇기 때문에 오늘 자리에서 빠른 논의가 이루어져서 늦지 않게 논의가 진행됐으면 좋겠습니다.

이상입니다.

○위원장 박주민 되셨습니까?

손짓만으로는 제가 해석하기 어렵네요.

○전진숙 위원 저 하고 싶은 말이 좀 있는데 그냥 2차 질의로 넘어가겠습니다.

○위원장 박주민 되셨다는 뜻이지요?

그러면 이주영 위원님 질의하시겠습니다.

○이주영 위원 개혁신당 이주영입니다.

오늘 바쁘신 가운데 참석해 주신 진술인 여러분들께 감사를 드립니다.

특히 지금 현장에서, 외상센터에서 많은 생명들을 실제로 구하고 계신 허윤정 교수님께 특별히 다시 한번 감사의 말씀을 드리고 싶습니다. 아까 진술하실 때 내가 아는 것을 가르쳐 줄 제자가 없다는 말씀이 참 마음에 와닿았습니다. 저도 똑같이 지역에서 소아응급을 하면서 그 과의 소멸 그리고 내가 아는 기술을 전수해 줄 제자가 이제 더 이상 없다는 것에 너무 큰 슬픔을 느꼈기 때문에 그 아픔에 너무나 공감을 하고, 다시 한번 진심으로 감사드립니다. 고맙습니다, 교수님.

제가 오늘 추계위원회 법제화를 위한 공청회에 들어올 때는 추계위에 대한 기대가 그래도 좀 있었습니다. 전공의들의 요구사항이기도 했고 또 이것이 어떤 시발점이 될 수 있지 않을까 해서 들어왔는데 굉장히 표류하고 있다는 느낌을 많이 받습니다.

지금 물론 부칙이 따로 있긴 합니다만 추계위 자체를 장기적 목적으로 만들자는 것인지 2026년 의대 정원을 통합하자는 것인지에 대한 논의가 아직도 컨센서스가 없는 것 같고, 진술인 명단도 보면 우리가 논의해야 되는 것은 의료인력 전체에 대한 수급추계인데 지금 간호계도 안 들어와 있고 조무사라든가 의료기사에 대한 논의도 전혀 이루어지지 않은 상태로 공청회가 진행되고 있는 점에 대해서 사실 유감을 표하는 바입니다.

그런데 이렇게 표류를 할 수밖에 없는 그리고 모든 패널분들의 의견이 모두 다를 수밖에 없는 이유는 기본적으로 통일된 정책적 지향점이 없기 때문이라고 저는 파악이 되는데, 기본적으로 보건의료발전계획 등이 분명하게 서 있으면 오히려 추계는 그냥 1+1+1=3의 문제일 수 있습니다. 결괏값으로 나오는 것이지 정치가 개입할 여지가 별로 없을 수도 있는 간단한 문제인데.

김국일 정책관님께 제가……

아까 김예지 위원님께서서 정부 정책에 방향성이 있느냐라는 질문 하셨지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○이주영 위원 그때 답변 중에 제가 조금 의아하다고 생각했던 것이, 이게 어떤 기능부터 담당할 거냐 이런 논의가 나왔을 때 지역 편제 등에서는 좀 더 논의가 필요한데 수급 추계부터 먼저 해야 하지 않겠느냐라고 답변하셨어요. 기억하세요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○이주영 위원 그런데 만약에 우리가 보건복지부뿐만이 아니라 앞으로 새롭게 인구부 같은 것을 구성한다고 치면 이 인구부가 어떤 역할을 할지 업무 영역에 대해서 얘기하고 전자정부시스템을 어떤 레벨로 가지고 올 건지 얘기하고 예산은 얼마 쓸 건지가 있어야 공무원을 뽑는 것 아니겠습니까?

그런데 지금 지역의료에 대한 것도 정의조차 아직 없는 상태에서 수급추계부터 먼저 해야 하지 않겠냐는 건 이게 지금 장기 논의가 아니라는 뜻인 건가요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 그런 건 아니고, 저희가 수급추계 정부 대안을 그 때 한번 깔았지 않습니까? 거기에 보시면 저희가 수급추계위원회를 설치하는 것은, 상위에 보정심이라는 사회적 합의 기구가 있고 거기서 보건의료정책에 대한 기본적인 결정을 하는 상황이고요.

○이주영 위원 지금 정부에서 내신 건 기본적으로는 정부가 주도하고 관료가 집행을 하고 그 외에는 자문위나 보정심 등을 통해서 가지고 오는 내용들이 주 골자로 돼 있지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○이주영 위원 그리고 사실 이게 지금 의정 갈등의 코어 아니겠습니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 그래서 수급추계 자체에 대해서 저희가, 2000명 증원에 대해서 거기에 대한 여러 가지 논란도 있고 그런 문제를 해결하기 위해서 객관적이고 공정하고 전문가들이 참여한 수급추계기구를 만들어서 거기서도 저희가 말씀드린 것처럼……

○이주영 위원 정책관님, 제가 시간이 부족해서 질문으로 넘어가겠습니다. 자리에 돌아가셔도 됩니다.

제가 안덕선 진술인님 그리고 장원모 진술인님께 각각 여쭙고 싶은데, 저희가 국감에서도 그렇고 지금까지 여러 번 전체회의를 통해서 확인한 바에 의하면 건보 재정 고갈에 대한 대책이 아직은 현실적으로 존재하지는 않는 것 같습니다. 그리고 수요에 대한 논의도 아직은 없고 보건의료발전계획도 5개년마다 세워야 되는데 그게 없는 상태이기는 합니다.

그런데 안덕선 진술인님은 여러 해외 사례를 알려 주셨고 장원모 진술인께서는 우리가 이것을 어떻게 추계할 것인지에 대해서 여러 가지 요소와 모델에 대해서 말씀해 주신 바가 있는데 이러한 것이 시스템에 대한 통일된 의견 없이 숫자를 논의한 타 국가의 사례가 있는지 그리고 없다면 혹은 적다면 어떤 부작용이 우려되어서 그렇게 하지 않는지에 대해서 안덕선 진술인님 그리고 장원모 진술인님 답변해 주시면 감사하겠습니다.

또 정재훈 진술인님께 제가 여쭙보고 싶은데, 저는 개인적으로는 이 추계위원회가 어떻게 형성이 되건 의결권을 가지고 가는 것은 좀 곤란하다고 생각하는 편이기는 합니다. 왜냐하면 이것은 보건의료인력에 대한 것인데 이것은 여기에만 국한된 게 아니라 과학기

술인력이라든가 그 외의 복지 영역에도 연관이 되기 때문에 그쪽의 의견까지 다 종합된 이후에야 결정이 가능하다고 생각해서 그런 것인데……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

다만 이 자문의 전문성을 지키기는 해야 하기 때문에 이 자문 의견을 제시하되 정부에서 이 자문 의견을 받지 않거나 다른 의견을 내야 할 경우에는 충분한 근거에 대해서 투명한 논의 과정을 거치도록 강제하는 방안을 쓰면 어떨지에 대해서 의견이 있는데요. 여기에 대해서 어떻게 생각하는지 말씀해 주시면 감사하겠습니다.

마지막으로 허윤정 교수님께 제가 여쭙보고 싶은데, 추계위원회는 만약에 정부가 또 밀어붙이면 갈 수 있습니다. 그리고 1000명이 필요하다, 1만 명이 필요하다, 결과가 나올 수도 있습니다. 추계 결과가 어떻게 나오건 현재 상태의 그리고 현재 보건의료시스템이 큰 변화 없이 유지된다고 가정할 때, 첫 번째 질문은 수급추계에서 외상전문의가 1000명이 필요하다고 나와도 들어올 제자가 있겠는가 그리고 외상외과가 수급추계위원회의 결과와 관계없이 지속가능한 현실인가에 대해서 말씀해 주시면 감사하겠습니다.

○진술인 안덕선 위원님 질의 감사드립니다.

첫 번째 질문의 답을 이렇게 말씀드리면, 보건의료기본법에 이 나라 의료 형태에 대한 사회적 합의가 있고 그런 철학과 논리가 있는가라는 말씀이신데 사실 우리나라는 지금 사회 의료보험 제도로 들어왔는데 이미 너무나 기형화돼서 이게 자유 계약 의료인지 조세 바탕 의료인지 사회보험 계약의 의료인지 전혀 맞아 들어가지 않고 우리나라만의 고유 모델이 됐고 갑자기 지속가능성이 문제가 됐습니다.

기본의료 형태 그러면 대개 나와 있는 게 본래 사회보험 의료의 형태를 준수할 건지 아니면 조세 바탕 의료로 그걸 할 건지 아니면 일부 자유 의료 계약을 허용할 건지 이런 것들이 있어야 되는데, 왜냐하면 사회보험이나 조세 바탕 의료로 할 때 우리가 추계 사용하는 것들은 대개 주치의 제도를 갖고 있는 나라들이고 주치위에 의한 소비 통제가 거기에 들어가 있습니다. 그런데 이런 것들에 대한 배려가 없으면 현재 저희가 만들어 낸 전문의 숫자는…… WHO 그래프를 보면 사실은 세계 상위권에 있습니다. 대표적으로 소아과만 해도 인구 10만 명당 14명을 이미, 세계 최고 상위 그룹으로 만들었는데도 정책 실패로 만들어 놓은 사람조차 잡지를 못하고 있는 거지요, 그걸 떠나게 만들고. 다른 과도 마찬가지입니다.

그리고 그 얘기는 사실은 한 세대 넘게 사회보험의 원칙, 원래 원가하고 재생산할 걸 계산해서 그걸 주고 병원들은 초과이익을 남기지 않고 대신 그 초과이익분이라든가 재생산에 대한 부분을 공공에서 다 해결해 주고 전공의 교육까지 시켜 주는 이런 형태인지, 이런 것들에 대해서 생산 인력은 굉장히 달라질 수가 있고 의사를 추계한다고 그래도 그런 목표가…… 지역에 없는 데 GP를 갖다 놓는 거냐, 전문의를 갖다 놓는 거냐 이런 것도 사실은 전혀 분명치가 않습니다.

다만 지역에서 가까운 데 뭐 하나 있으면 좋겠다고 그러는데 도시, 농촌 간의 의료 격차도 사실은 WHO에서 보면 굉장히 선전하고 우수한 나라로 돼 있고 이런 것들을 한번쯤, 여야 정권이 바뀌더라도 합의해서 쪽 밀고 나갈 만한 의료 형태에 대한 합의를 볼

때가 됐다는 거지요. 그리고 나서 추계에 대한 논의를 해 보자. 그러면 GP를 더 만들 건지, 될 더 만들 건지. 그런 것 없이 그냥 숫자만 가지고 하는 것은 틀린 거고요.

이때까지 불행한 역사인데 의사 추계를 1950년 이후부터 쭉 해 왔지만 제가 보기에는 한 번도 맞아 본 적이 없습니다, 일단. 줄이자고 해서 줄이면 너무 많이 줄여서 더 만들자고 그리고 또 만들자고 그러면 너무 남는다고 그 사이클을 타는데 그것보다는 좀 더 정교하게 만들어서 그 진폭을 적게 해서 위험하지 않도록 그리고 의사가 남았을 때의 윤리적인 문제, 사회적 문제는 약간 모자랐을 때보다 훨씬 큼니다. 그러니까 이런 것들을 좀 고려해 주셔서 해 달라는 것과요.

아까 잠깐 어떻게 교육을 시킬 거냐에 대한 것, 전공의 교육은 어떻게 할 것인가, 그 이후의 교육은 어떻게 할 것인가, 사람을 배치해도 이 사람의 역량이 유지되는 건가 안 되는 건가. 전문의를 시골에 갖다 놔도 환자가 없으면 금방 그 사람은 자기 역량이 없어지고 맙니다. 전문의를 갖다 놔 봐야 있을 수가 없는 거고 그래서 최근에 일본은 늘렸던 정책도 실패해서 지금 다시 줄이려는 기조로 돌아서는 게 효과를 못 봤기 때문입니다.

그래서 이렇게 복합성을 가진 추계를 할 때, 사실 신 교수님이 말한 것처럼 이걸 의료 전체하고 다 연결이 돼서 같이 움직이는 거지 이것 하나만 뗄 수는 없다는 거고요. 그것의 근본이 되는 것은 보건의료 제도에 대한 기본적 형태를 결정하고 여든 야든 바꾸지 말고 제대로 밀고 나갈 걸 하나 정해 보자 이 말, 뜻이었습니다.

감사합니다.

○진술인 장원모 질의 감사합니다.

먼저 타 국가 사례에 대해서 제가 알고 있는 바를 말씀드리면 유럽이나 서구 선진국에서는 전반적인 정책에 대한 기조를 정하고 그에 따른 세부 영역에 대한, 정책의 기조를 정한 뒤 기술적인 의사결정을 하는 걸로 알고 있습니다. 그것을 추구하고 있고요. 다만 그쪽에서도 현실적으로 정말 이런 정책들이 긴밀하게 연결되는지는 그 안에서도 의문들이 많습니다. 그래서 긴밀하게 연결되는 것을 스스로 과제로 삼고 있는 것으로 알고 있습니다.

또한 추가로 설명드리면, 전체 정책과 인력정책이 조율하지 않을 때 또 인력정책의 전반적인 기조가 정해지지 않았을 때 추계는 어떻게 될 것인가에 대해서는 학술적인 부분으로 말씀드리면 관점이 서 있지 않기 때문에 추계값의 변동 폭이 훨씬 커지게 됩니다. 예를 들면 변수 처리의 차이에서 오는 변동 폭보다는 관점에서 오는 변동 폭이 훨씬 더 크다고 볼 수 있겠습니다.

구체적으로 말씀드리면 유효수요의 관점으로 볼 것이냐 아니면 잠재수요의 관점으로 볼 것이냐에 따라서, 유효수요는 이전까지의 과거를 긍정하는 관점이고 잠재수요는 과거보다는 미래의 수요가 더 중요하다는 관점이기 때문에 많은 차이를 나타내게 됩니다. 그렇기 때문에 제가 진술문에도 말씀드렸듯이 이러한 관점들을 조율하는 별도의 분과가 필요하다고 제안을 드린 것입니다.

추가로 더 말씀드리면, 그러나 지금 우리가 처해 있는 현실 속에서 개인적인 의견을 말씀드리면 전반적인 정책에 대한 합의를 도출해 낼 수 있을 것인가, 현실적으로? 쉽지 않을 거라고 봅니다. 그러면 첫 시작은 의료 추계부터 시작해 보는 것도 나쁘지는 않겠다라는 개인적 의견을 드립니다.

이상입니다.

○**진술인 정재훈** 답변드리겠습니다.

저는 위원님께서 말씀하신 의견에 동의하고요.

사실 의결권이라고 하는 것이 이 기구가 얼마만큼 과학적이고 독립적인 결과를 냈나에 따라서 충분히 다른 의미를 가질 수 있다고 생각을 합니다. 그렇기 때문에 제가 의견문에서 말씀드렸던 것처럼 정부나, 행정부에서 이런 자문위원회나 아니면 추계위원회의 결과를 따르지 않았을 때 기록을 남겨 두는 것이 저는 매우 중요하다고 생각을 하고요. 그런 기록들을 통해서 이전 세대가 어떠한 판단을 내렸었는가 그리고 그 판단의 결과가 어땠는지를 남겨 두는 게 중요한 의미를 가지고 있다고 저는 생각합니다.

이상입니다.

○**진술인 허윤정** 위원님, 애정 어린 응원과 그리고 질의 모두 감사드립니다.

마침 제가 이 자리에서 새로운 화두로 던지고 싶은 부분을 질의해 주셨는데, 여기에서 논의한 것을 토대로 추계위가 성공적으로 구성이 된다고 칩시다. 누가 어떤 비율로 참여를 하든 어떻게든 결정이 되겠지요. 그래서 그 추계위가 이상적인 숫자도 뽑아냈다고 가정을 했을 때 그러한 숫자를 뽑아내는 행위만으로 후대 양성이 절로 될 것인가? 절대 아니라고 생각합니다. 추계위가 현장 의료진의 처우와 수가 개선을 통해 전문의 수련을 위한 유인을 제공할 것인지에 대한 고민 그리고 아까도 말씀드렸던 교수들이 교육에 집중할 수 있는 여건을 마련하는 것, 또한 의료 이용 및 배분에 관한 재논의 이런 것을 같이 논하지 않는 한은 결국은 공허하고 소모적인 행정 절차로 전락할 수가 있을 것 같기 때문에 상당히 우려스럽습니다.

그리고 이 답변 내용은 다음 질문이, 외상센터의 지속가능성에 대해서 물어보신 것에 대해서도 연결이 되는데 저는 평소에 늘 하고 있는 생각이 현재의 시스템과 구조로 10년 이상 외상센터가 지속이 될 수 있을 것인가? 0%라고 확률 생각합니다. 필수의료의 대가 끊기고 있고 의대 증원한다고 필수의료에 학생이나 전공의가 오지 않는다는 것은 이제 더 이상 설명할 필요가 없을 것 같습니다. 새로운 인력 공급이 되지 않고 기존 인력이 은퇴하고……

제가 아까 서론에서 188명의 외상 전담 전문의가 현재 남아 있다고 했는데 ‘그러면 많은 것 아냐?’라고 생각하실 수도 있는데 여기에도 또 수도권과 지방의 격차가 존재합니다. 어떤 센터에는 20명에 가까운 외상 전담 전문의가 있고 어떤 센터는 네다섯 명으로 365일 대기를 하고 있습니다. 이런 격차 문제도 해결이 되지 않고 있기 때문에 그렇고.

또 마지막으로 복지부의 예산으로 전국의 외상센터는 굴러가고 있는데 이 예산이 굉장히 최소한의 의사 인건비만 지원을 하고 보조 인력에 대한 지원은 턱없이 부족합니다. 그리고 의사 인건비도 추가 근무수당이라든지 이런 건 각 병원에 전가를 하고 있는 시스템이기 때문에 제대로 지급되지 않고 있는 경우도 있습니다. 그리고 원가 이하의 행위별 수가제로 24시간 대기해야 하는 외상센터의 모든 적자 비용과 그리고 수술방을 하루 중 일 비워 두야 하는데 그런 것에 대한 보전은 이루어지지 않고 있습니다.

이런 것들이 복합적으로 개선이 되어야 외상센터가 앞으로도 지속될 수 있을 것이라고 생각합니다.

감사합니다.

○이주영 위원 이상입니다.

○위원장 박주민 다 되신 거지요?

다음은 김남희 위원님 질의하시겠습니다.

○김남희 위원 광명을 김남희 위원입니다.

작년 2월 6일 윤석열 대통령이 의료개혁이라는 이름의 폭주를 시작하고 의정 대립이 극한으로 치달은 지 1년이 되었습니다. 2024년 2월 6일 2시에 정부가 보건의료정책심의위원회 회의를 개최해서 형식적 의결 절차를 거친 후 1시간 만에, 3시에 예정된 기자회견에서 의대 정원을 5년간 2000명씩 증원하겠다고 발표를 했지요. 그리고 그 이후에 모든 전공의가 2024년 2월 22일 기점으로 사직했고 이어서 의대생들이 휴학을 했습니다.

의정의 극한 대립으로 국민과 환자들은 엄청난 피해를 입었습니다. 작년 여름에 보건복지위에서 환자들의 목소리를 듣는 자리도 있었고요. 저희 지역구에서도 위급한 상황에도 제대로 치료를 받지 못해서 피해를 입은 사례가 있었습니다. 이런 사례는 어느 지역이나 다 마찬가지일 것입니다. 이 자리에 모인 우리 모두는 적절한 치료를 받지 못해 고통받은 국민들의 목소리에 응답할 책무가 있습니다.

오늘 참석하신 분들 말씀 잘 들었습니다. 의견을 들어 보면 의료인력 추계위원회를 법으로 설치한다는 부분에서는 큰 차이가 없고 또 추계위원회의 독립적인 활동 보장과 투명성 확보에 대해서도 목소리를 내 주신 것 같습니다. 그런데 다만 의료 공급자나 의료 전문가의 참여를 어느 정도 반영할 것인가 여기에 대해서는 의견들이 좀 갈리는 것 같고요.

그런데 제가 좀 고민하는 부분은, 의료정책으로 영향을 받지 않는 국민들은 아무도 없습니다. 우리는 대부분 병원에서 태어나서 살아가면서 질병이나 부상 등 건강상의 문제를 겪고요. 바람직한 건 아닐 수도 있지만 대부분 병원에서 사망을 하지요. 이렇게 모두 병원 의료서비스와 관련이 있을 뿐만 아니라 대부분의 국민은 또 건강보험 가입자로 보험료를 내거나 피보험자로 건강보험의 보호를 받고 있습니다.

의료정책은 국민 모두가 이해당사자입니다. 그런데 국민들의 의사가 이 논의에 얼마나 반영되는지는 좀, 잘 반영이 안 되고 있는 느낌이 있고요. 그리고 지금 계속 논의하고 있는데 어떤 직역의 당사자가 얼마나 참여하는지와 어떤 조직의 뜻이 얼마나 반영돼 있는지는 좀 다른 문제인 것 같아요. 그러니까 의사가 얼마나 추계위원회에 참여하는지와 의사협회가 추천하는 사람이 얼마나 참여하는지는 좀 다른 문제인데 이 문제가 섞여서 언급되고 있다는 느낌이 들고요.

아까 장부승 교수님이 일본의 의사수급분과회의 위원 얘기를 해 주신 것 같은데 제가 듣기에는 신영석 교수님은 이 의사수급분과회의 위원들을 정부가 선임한다고 얘기하셨던 것 같은데 맞나요?

○진술인 신영석 예.

○김남희 위원 그래서 지금 의사가 얼마나 들어왔나 문제가 아니라 그 의사가 어떤 의사인지, 의사단체가 추천한 사람인지 그냥 의사라는 전문직인지의 여부는 완전히 다른 문제인 것 같아요. 그런데 지금 저는 의사단체가 추천한 사람이 의사단체 이해관계와 다른 의견을 제시할 수 있을까 의문이 들고요.

사실 제가 시민단체에서 10년간 활동했고 국회에서도 지금 일하고 있는데 그동안 정말 많은 지역단체들을 만났어요. 그런데 어떤 지역단체도 자기 지역의 인원이 부족하다고 말한 단체는 저는 단 한 번도 만난 적이 없습니다. 그런데 추계라는 건 어쨌든 가치판단이 들어가는 문제인데 의료인력과 관련해서 의사단체가 대표하는 의사 이해관계가 사회 전체나 국민들의 이해관계에 일치할 수 있을지 좀 고민이 됩니다.

그래서 제가 드리고 싶은 질문은 의사가 아닌 그룹의 이해관계나 의료에 대한 필요성 이런 것들을 추계 과정에 어떻게 반영할 것인지 그리고 특정 지역의 이해관계가 과다 대표되는 문제를 이 추계위원회에서 그 위험을 방지할 수 있을 것인지, 이것에 대해서 지금 전문가 선생님들의 의견을 듣고 싶은데요.

사실 제가 모든 분들의 의견을 듣고 싶지만 그렇게 하면 옥먹을 것 같아서 그렇게 하지는 않고요. 신영석 교수님과 정형선 교수님, 장원모 교수님 세 분께 이 문제에 대해서 혹시 어떤 의견을 가지고 계신지 답변 부탁드립니다.

○진술인 신영석 그러면 제가 먼저……

원칙적으로 저는 이해당사자가 참여하는 것은 아니라고 생각을 하는데 그런데 기존에 우리가 정부 위원회에 대부분의 경우에 해당 지역 대표들을 추천해서 정부가 임용해 왔던 그런 사례들이 있습니다. 대부분의 경우 그렇게 하고 있습니다. 그래서 그동안의 그런 관례를 준용해서 해 봄 직하지 않을까 그런 차원에서 저는 그렇게 제안 말씀을 드렸다는 말씀 드리겠습니다.

○진술인 정형선 아주 중요한 질문으로 저는 생각을 합니다. 결국은 국민의 이해 그러니까 우리가 정책과 정치라고 하는 것이 결국은 국민의 이익을 위해서 모두 움직이는 것이고요. 그러기 위해서 그것이 공공과 특히 관계가 될 때 우리가 공공정책을 하게 되는 것인데 사실 그걸 누가 대변하느냐. 바로 정치에서는 국회의원님 여러분들 같은 분들이 대변을 해 줘서 들어가는 거고요. 이런 구체적인 정책에 있어서는 이해당사자들이 있지요. 이해당사자들은 당연히 자기들을 뽑아 준 회원들이나 이런 쪽을 위해서 그 이익을 대변하는 그런 역할을 하는 것이고, 바로 정부가 있는데요.

이번에 상황이 약간 꼬이고 지금 전반적인 오늘의 분위기가 정부가 마치 의사들과 대립되는 당사자인 것처럼 모든 것을 논의하고 있는데 사실 우리처럼 정책을 하는 사람들이나 전공을 하는 사람들이나 모든 사람들은 그 구도가 맞지 않다고 보지요. 의료 공급자들과 대체로 대척점에 있는 사람들은 그 의료서비스를 받고 돈을 내는 수요자, 환자, 국민들입니다. 그러기 때문에 우리가 국민을 어디서 대변하느냐 하는 것은, 바로 그것을 대변해 주는 역할을 하는 것이 정부고 국회인 거지요.

그러기 때문에 그 부분에 있어서는 지금 말씀하신 그 부분들을 대리해 주는 것이 누구냐라고 하는 것은 저는 정책 당국자들이다. 왜냐하면 정책 당국자들은 이해관계가 뭐가 있습니까? 정책 당국자들이 진짜 로비를 받을 수 있고 부락을 받을 수 있는 것은 오히려 공급자들 아녘니까, 오히려? 그럼에도 불구하고 어떤 정책을 할 때는 이것이 국민 일반을 위한다, 돈을 지불하는 사람들을 위한다 할 때 거기에 역할을 하는 것이에요.

지금 현재의 구도를 제가 이해 못 하는 바는 아닙니다. 지금 보시다시피 의대 증원이란 정책은 워낙 오랜 세월 동안 의사라고 하는 이해당사자가 극단으로 어떤 정책을 요구하고 있는 상황에서 공공정책이 대척점에서 정책을 펼치다가 굉장히 문제가 된 것이지

요. 그 과정에서 국민들이 본인들을 위하는 정부에 대해서 비난을 하는 것은 거기서 발생하는 과정에 여러 이유로 불편하고 그러니까 하는 것이요.

그러나 불편함에도 불구하고 국민들은 우리를 위하는 정책이 뭔지를 알기 때문에 결국은 이해당사자들에 대해서 책망을 할 수 있는데 이번은 독특해진 것이 정말 강력한 힘을 가진 분들이 구체적으로 국민의 삶의 아주 핵심에 해당하는 내용들을 가지고 지금 정책에 대해서 저항을 하고 본인들의 요구를 하고 있기 때문에 이 부분이 어려워지는 거지요. 이게 솔직한 상황 아니겠어요?

자, 다시 돌아오면 결국은 그 국민의 역할을 누가, 이해관계자로 해 주느냐 하는 것은 저는 정부고 국회의원들이고 이런 분들이다 하는 말씀을 드리고 그렇다고 해서 그 대책점에 있을 수도 있는 의료 공급자들이 그러면 완전히 자기들의 이익만을 위해서 국민을 배척하나? 그건 아닙니다. 최소한 우리 사회의 최고의 지식인이고 많은 공부를 한 의사분들도 환자를 살리는 데 보람을 가지고 중증외상센터에서 그렇게 하고 하는 거지요.

그러나 말씀드린 대로 이 문제에 대해서는 워낙 첨예하게 하다 보니까 그렇게 된다는 말씀을 드리겠습니다.

○**진술인 장원모** 질문 감사드립니다.

비의료인의 어떤 의견 또 의료인의 과잉 대표 이런 부분들에 대한 질문 주신 걸로 이해하고 있습니다.

일단 여기 계신 분들 모두 다 제가 생각하기로는 의료정책은 국민을 위한 정책이어야 된다는 전제에 모두 동의한다고 생각합니다. 이제 이 선언적인 가치를 어떻게 현실적인, 구체적인 사안에서 풀어낼 것인가에 대한 질문에 답을 드리고자 합니다.

의사 추계에 대해서 의료인력 추계로 제한해서 말씀을 드리면 여러 가지 우려들이 있겠지만 추계 의사결정의 내용의 분야를 구분하면 과소 대표됐던 비의료인의 의견들을 반영할 수 있고 또한 여러 분들이 의견을 제기하시는 특정 직능단체의 과잉 대표를 조정할 수 있다라고 생각합니다.

그래서 제가 개인적으로 진술문에 말씀드렸던 것처럼 미래 의료에 대한 전망을 결정하는 가치분과에서는 여러 비의료인들이 많이 참여해서 미래 의료의가 어떻게 꾸려져야 되는 것인지, 돌봄은 또 어떻게 해결해야 되는 것인지에 대한 논의를 하면 될 것이고 또한 이 논의를 통해서 합의된 원칙이 있다면 그 원칙을 토대로 기술분과에서는 각 직능별로 의료 현장의 얘기 또한 통계적인 전문성을 발휘해서 추계를 하면 될 것이라고 생각합니다. 이 부분에서 이렇게 기술적으로 풀 수 있는 지점이 있다라고 생각합니다.

하지만 의료인력 추계뿐만이 아니라 전반적인 의료정책 영역에서 사실은 위원님께서 제기하셨던 문제는 계속 반복되고 있는 영역이고 잘 풀리지 않는 영역입니다. 그래서 의도를 하고 이렇게 기획을 한다 하더라도 쉽게 풀리지 않을 부분이 있기 때문에 지속적인 관심과 지원이 필요하다고 생각합니다.

이상입니다.

○**위원장 박주민** 다음은 김윤 위원님 질의하시겠습니다.

○**김윤 위원** 먼저 김기주 위원장님께 간단하게 여쭙보고 중요한 핵심적인 의제인 위원구성 관련해서 질문을 하도록 하겠습니다.

먼저 저는 수급추계위원회에 병원협회 대표가 참석하는 데 대해서 반대하지 않는다는

말씀을 먼저 드리고 싶고요.

두 번째로 지적하신 부분이 ‘지역 의사 정원, 지역별 의료인력 정원이라고 하는 부분들이 좀 모호하다’ 이런 말씀을 주셨는데요. 이것은 지방에 의사들이 부족하니 애초에 입학할 때부터 그 지역에 의무 근무를 전제로 하는 지역의사제 의사나 또는 그 지역 의과대학의 정원을 그 지역의 부족한 의사 수를 고려해서 책정하자는 뜻인데요. 그렇게 설명을 드리면 동의하실 수 있겠습니까?

○진술인 김기주 김운 위원님 질문 감사합니다.

그리고 아까 제가 좀 의문이 있었던 내용에 대해서는 잘 설명해 주셔서 감사하고요. 당연히 지역의사를 어떻게 늘릴 것인가에 대한 고민은 필요하지만 이것에 대해서 방금 말씀 주셨던 사항들 또한 분명히 고민할 수 있는 여러 옵션 중의 하나로 생각하고 있고요. 이것에 대해서는 분명히 또 이것을 지역에 반드시 의무 복무시킨다는 것 자체가 일종의 어찌 보면 그분들의 일할 수 있는 지역 선택의 권리에 대한 침해로 이어질 수 있는 문제라 당연히 저희는 지역 의료인을 양성한다는 건 동의하나 방법에 대해서 조금 더 고민이 필요하다는 입장으로 생각하시면 될 것 같습니다.

○김운 위원 알겠습니다.

수급추계위원회 위원 구성과 관련해서는 지금 의사단체를 대표하시는 분들은 의사가 과반 또는 그 이상이 돼야 된다는 주장을 하고 계시고 가입자, 환자, 정책전문가들은 가입자와 공급자가 균형 있는 위원 구성을 해야 된다는 입장을 주고 계신데요. 그래서 정형선 교수님, 옥민수 교수님, 장원모 교수님 세 분은 기술적인, 정확하게 어느 정도의 의사가 필요하냐라는 직종별 위원회에서는 의사가 과반을 구성하도록 하고 이것을 바탕으로 한 사회적 합의, 우리가 어느 정도의 의사를 일정 기간에 걸쳐서 배출할 것인가에 대해서는 공급자와 그러니까 의사와 가입자, 환자, 시민단체 등이 균형 동수로 구성하자는 제안을 주셨습니다.

슬라이드 좀 보여 주시면……

(영상자료를 보며)

그렇게 하면 슬라이드에서 보여 주시는 것처럼 직종별 위원회와 그 위에 수급추계위원회를 따로 두고 아래는 의사가 과반, 위에는 사회적 합의를 이룰 수 있도록 여러 이해당사자가 균형적으로 참여하는 방식이 가능할 것 같은데요. 여기에 대해서 어떻게들 생각하시는지 제가 김민수 대한의협 이사님 그다음에 안기종 대표님 그다음에 강정화 회장님 세 분께 좀 여쭙보겠습니다.

○진술인 김민수 대한의사협회 정책이사 김민수입니다.

우선 김운 의원님께서 작성해 주신 개정안에 대해서는 저희도 내부적으로 많이 읽어보고 검토는 했는데요. 내부의 구성과 조직이 어떻게 되는 것과 별개로 사실은 방금 여기서도 파란색 박스로 해 놓으신 보건의료인력정책심의위원회라고 하는 이 위원회 자체가 사실상 제 기능을 하고 있지 못한 상태이기 때문에……

○김운 위원 그것은 이대로 하고요. 지금 직종별 위원회와 수급추계위원회 두 단계로 구분하고 인원 구성을 직종별 위원회는 의사가 과반 그리고 인력 수급추계위원회는 이해당사자가 균형적으로 참여하시는 방안에 대해서 어떻게 생각하시는지만 좀 답변을 주십시오.

○**진술인 김민수** 그 부분에 대해서는 우선 직종별에서는 당연히 아까 말씀드렸던 것처럼 현장 전문가가 많이 참여돼야 되기 때문에 과반 넘어서 많은 다수의 전문가들이 참여해야 된다는 게 의견이고요.

그리고 두 번째로는 사실 수급체계 방법론에 관련해서는 네덜란드나 독일의 사례에서도 볼 수 있듯이 이것이 단순하게 어떤 숫자 혹은, 여기에서 어떤 요인들을 선택하느냐 그리고 어떤 연령의, 고령화를 선택할 건지 혹은 만성질환이나 다른 진료 질환 혹은 그 내부에서 세분화돼서 전문과목에 대해서 어떻게 할 건지 이런 것들에 대해서도 다 논의가 돼야 되는 거기 때문에 사실은 거기에서도 현장 의료 전문가들의 인원은 과반 이상이 되어야 될 수밖에 없다라는 게 저희 의견입니다.

이상입니다.

○**김윤 위원** 안 대표님.

○**진술인 안기종** 직종별 보건의료인력 전문분과위원회에는 다양한 전문성이 필요하고 실제 건정심 구조 산하의 의사결정 구조에 건강심사평가원의 전문평가위원회가 있습니다. 거기도 직종별 다수의 전문가들이 참여하고 있는 상황입니다. 그래서 직종별 보건의료인력 전문분과위원회는 저는 전문가들이 과반수 이상이 되어도 된다고 생각합니다. 다만 보건의료인력 수급체계위원회는 여러 가지 다양한 요소들이 반영돼야 되기 때문에 균형이 있어야 된다고 생각합니다.

○**진술인 강정화** 보건의료인력 수급체계위원회 산하에 전문분과위원회를 두는 데에 저는 기본적으로 찬성합니다. 그리고 전문분과위원회에서는 해당 직종이 과반수로 구성되는 것도 동의가 됩니다. 그런데 직종별 보건의료인력 전문분과위에는 아무래도 의료 현장의 전문성이 중요한 것 같고요. 수급체계 방법론에 있어서는 의료 현장에 계신 분뿐 아니라 수급체계와 관련된 전문가들이 좀 더 폭넓게 참여하는 그런 수준에서 전문가 위주로 구성이 되어도 좋지 않을까 생각하고 위원회는 오히려 합의 구조를 가져가는 뜻에서 좀 더 수요자의 입장을 대변할 수 있는 그런 분들도 적극적으로 참여를 해야 된다고 생각합니다.

○**위원장 박주민** 마치신 겁니까?

○**김윤 위원** 예.

2차 질의하겠습니다.

○**위원장 박주민** 2차 질의를 하실 거예요?

다음은 김미애 간사님 질의하시겠습니다.

○**김미애 위원** 장시간 정말 고생 많으십니다.

먼저 국민의 건강과 복지 증진, 사각지대 해소를 위한 여기에서 제가 6년째 일을 하면서 정작 소중한 우리 복지부 가족의 아픔을 헤아리지 못해서 안타까운 일이 발생한 데 대해서 스스로를 돌아보게 됩니다.

고인의 영면을 기원하고 유가족들에게 말로 다할 수 없는 위로를 전합니다.

저는 선한 의도가 선한 결과까지 담보하지 않는 그런 상황을 많이 목도하게 되었습니다. 그래서 더더욱 오늘도 무거운 책임감으로 질의를 하고 있습니다.

아마 여기 계신 모든 분들이 우리 국민의 생명을 보호하고 건강을 증진하기 위한 그런 목적으로 저는 일을 한다고 생각합니다. 그래서 좀 더 열린 마음으로 다가가기를 바랍니다.

제가 여러 진술인님들의 의견을 들어 보니까 수급추계위원회가 전문성, 객관성, 투명성, 독립성을 담보하고 그리고 그 수급추계 과정 및 결과에 대한 수용성을 높이는 방향으로 가야 된다, 이런 데는 크게 이견이 없어 보입니다. 저 역시 마찬가지로 그런 뜻에서 법안을 대표발의했는데 하지만 저는 제가 낸 법안에 고집하지 않습니다. 좀 더 그 방향에 부합하는 대안을 모색하기를 바라고 그래서 오늘 현장 목소리를 많이 듣고자 이례적으로 의협에서 추천한 진술인 모두도 위원장님, 강선우 간사님과 협의해서 전부 받아들이겠습니다.

특별히 오늘 귀한 시간 내서 이렇게 와 주셨는데 좀 더 의미 있는 성과를 얻기를 바랍니다.

보건의료인력 양성은 지역별 병상 관리, 건강보험 수가 등 의료제도와 밀접하게 연관되어 있고 의료 공급자·수요자, 정부 등이 함께 논의하여 사회적 합의로 결정할 부분이기 때문에 보건의료기본법상 보건의료정책심의위원회를 최고 의사결정기구로 하는 법안을 발의했습니다.

제가 진술인들이 주신 의견을 보더라도, 장원모 교수님께서 일본의 예를 들었는데 일본에도 의사수급분과회에서 86년부터 여러 차례 보고서를 제출했고 의사 수 과잉을 예측하기도 하고 그래서 감원을 권고하기도 하고 이런 과정을 거치다가 2006년 이후에는 또 정원을 7625명에서 16년까지 9200여 명으로 늘리기도 했고, 또 장부승 교수님 의견을 보니까 오히려 그것이 지나치다 해서 지금은 동결 상태고.

이러한 것을 보면 어떤 기구도 미래를 정확하게 예측하기는 참 힘들다 싶습니다. 그러면서 아마 과학적 방법만으로 가능하지 않기에 사회적 가치에 따른 합의 할 수 있는 구조를 만들어야 된다. 그래서 두 개의 분과위를 구성해야 된다 이런 의견을 제시한 것 같습니다.

인력정책의 전제가 되는 인력 수급추계는 과학적, 전문적으로 결정돼야 할 부분으로 보지만 보정심 산하에 수급추계위를 두되 수급추계위 위원은 모두 전문성 자격요건을 지는 것추도록 했습니다. 제가 이 법안을 발의할 때 제 의견인데 지금은 조금 변경해야 되지 않나 이런 생각도 갖게 됩니다.

그래서 이에 대해서, 전문가로 구성하는 방안에 대해서 신영석 교수님과 옥민수 교수님 추후에 의견 주시기 바라고요.

그다음, 수급추계위 위원의 추천 단체 관련해서……

수급추계 결과가 나왔을 때는 의료계뿐만 아니라 국민들의 사회적 수용성 확보가 무엇보다 중요합니다. 그래서 저는 ‘의사협회 등 의료인단체 외에 병원협회 등의 의료기관단체의 위원 추천권도 보장해야 된다’ 이런 법안을 발의했는데 이에 대해서는 소비자 대표인 강정화 진술인, 환자단체 대표 안기종 진술인, 의협 정책이사인 김민수 진술인, 병원협회를 대표하는 김기주 진술인께서 각각 말씀해 주시기 바랍니다.

첫 번째 질의는 추계 구성에 대해서 전문가로 구성하는 방안에 대한 의견과 그러면 어떻게 전문성을 담보할 수 있는지에 대해서 신영석 교수님, 옥민수 교수님 말씀해 주십시오.

○진술인 신영석 저는 지금 전문가라는 용어가 조금 혼동돼서 사용되고 있다 느껴지는데요. 그러니까 공급자, 의사단체가 추천하는 대표 여기를 전문가로 이야기를 하는 분도

있는 것 같고요, 아니면 추계 그 자체 작업을 하는 데 전문가 이용을 말씀하시는 분도 있는 것 같습니다.

제가 이해하기로는 지금 수급추계위원회 전문가 구성 또 제가 거기 진술문 썼을 때 전문가라는 의미는, 공급자나 가입자나 이걸 추계를 하는 데 또 추계 진행을 하는 데 여러 가지 반영 요소들이 있지 않겠습니까? 모델을 어떻게 할 것인지 이런 데 전문적인 식견이 있는 분들이 해당 단체의 추천을 받아서 참여를 했었을 때 나중에 최종 결과에 대해서 합의하기가 훨씬 용이할 것이다 이런 차원에서 그런 말씀을 드렸고 지금도 그 생각에는 변함이 없습니다.

○**진술인 옥민수** 사실 전문성이라는 이야기가 하기는 쉬운데 정의 내리기가 힘들 겁니다. 그래서 우선 저희가 제안드렸던 안에는 어떻게 전문성을 담보해야 될지에 대한 내용을 구체적으로 담지는 못했거든요. 대신에 직종의 대표 단체가 그걸 책임지고 했으면 좋겠다라는 것을 말씀드렸던 거고.

의원님들 법안 안에 보면 경제학·보건학 관련된 분야, 지식 풍부한 부분, 연구실적이 뛰어난 부분, 조교수·교수 이런 디테일한 내용들까지, 대부분 다 좋은 내용이고 타당한 내용들이어서 그 정도 선이면 되지 않을까 싶기는 합니다. 그 이상 더 세부적으로 법상에 규정하기는 상당히 힘들 거라고 생각해서 이것은 하위법령에서 다루어야 된다는 게 제 생각이고.

대신에 제가 직종별 수급추계위원회를 할 때 절반 이상으로 가지 말자라고 했던 건 이게 직종별 위원회라고 하더라도 서로 직역 간에 영향을 미치는 요소가 상당히 많이 있습니다. 의사추계위원회에서 하더라도 간호사가 들어와서 듣고 있는 게 자기 쪽의 추계위원회를 할 때 훨씬 더 도움이 될 거라는 생각이 들기는 하거든요. 이렇게 되면 사실 상당히 서로, 가짓수로 따지면 엄청나게 많은 사람들이 들어와야 되는 상황입니다. 그런데 그렇게는 하기 힘들니 좀 적절한 선을 그어야 될 것 같고 거기에 중간적인 중재자 역할로 공무원도 같이 포함을 했으면 하는 의견을 드렸던 것도 그런 취지로 이해해 주셨으면 좋겠습니다.

이상입니다.

○**진술인 강정화** 병원협회가 추천하는 대표가 참여하는 것이 어떤지에 대해서 물어보신 걸로 이해가 됩니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

.....
(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○**김미애 위원** 예, 맞습니다.

○**진술인 강정화** 제 의견은 일단 의료인단체, 그러니까 의원님께서 주신 개정안을 보면 의료인단체와 의료기관단체가 있는데요. 의료기관단체가 지금 병원협회 같은 데로 이해가 되는데 의료기관단체는 저희가 앞에서 얘기한 대로 의사뿐 아니라 간호사, 약사, 여러 다양한 직종의 보건의료인력을 조금 더 폭넓게 생각할 수 있을 거라고 봅니다. 그래서 어떤 직종이든 간에 의료기관단체에서 참여하는 것도 저는 좋겠다라고 생각합니다.

○**진술인 안기종** 저도 답변드리겠습니다.

의사인력 관련해서는 의료인단체, 의사단체 그다음에 의료기관단체, 병원협회 같은 곳

의 이해관계가 동일할 수도 있지만 다른 경우도 많이 있습니다. 그리고 그 주장 자체가 상반될 수 있을지 몰라도 사실 의사인력 확충에 있어서 비합리적인 주장이 아닙니다. 그래서 다양한 의견을 수용하기 위해서라도 의료기관단체의 참여가 필요하다고 생각합니다.

○진술인 김기주 김미애 위원님, 답변 기회 주셔서 감사합니다.

○김미애 위원 질문드렸습니다.

○진술인 김기주 아, 죄송합니다. 질문 주셔서 감사합니다.

시간이 늦어지면서 제가 좀 멍한 것 같습니다.

○김미애 위원 그냥 쉬었다가 하라는 의미에서 제가 말씀드린 거예요.

○진술인 김기주 감사합니다.

의료계 내부에서도 다양한 의견이 있다는 것은 앞서 말씀하신 안기종 대표님이라든가 아니면 강정화 회장님 말씀처럼 당연히 의견이 있을 수 있고요. 그 의견을 반영하여서 더 나은 보건의료정책을 돌리고 의료인력 추계를 위한 다양한…… 저희뿐만 아니라 사실은 의대 학장이라든가 아니면 산학계에 있는 의료 관련된 분들이시라든가 학계에 있는 분들이라든가 많은 분들의 의견이 같이 포함돼야지만, 또 지방이라든가 아니면 중앙부처—보건복지부 같은—에 있는 담당자분도 포함해서 당연히 의논을 할 필요는 있다고 생각하고 있습니다.

여기까지입니다.

○진술인 김민수 대한의사협회 정책이사 김민수입니다.

우선 추계위 내부에서 다양한 의료인력과 의료직군 관련해서 들어오는 것에 대해서는 당연히 마다할 이유는 없다고 생각하고 다양한 사람들의 의견이 오고 가는 것이 추계위 여야 된다고 생각을 합니다만, 다만 조금 조심스러운 것은 이게 의료인력의 공급이 아니라 의료인력이 어떻게 지역이나 혹은 전체의 총계로서 배치될 것인가 이런 것들에 대해서 고민을 해야 되는데 만약에 이런 것들이 사용자라든지 혹은 교육자 신분의 사람한테서 너무 많이 의견이 개진되게 됐을 때 문제점이 있을 수 있다고 첫 번째로 말씀을 드리고 싶고요.

두 번째는, 사실 어떤 전문가가 들어오느냐에 대해서 논의를 하시는 것도 좋지만 결국에는 어떠한 회의체에서 어떠한 이야기가 그리고 회의체는 어떻게 구성이 되며 언제 회의를 하고 어떤 안건을 심의하는지 이런 것들에 대해서 사실상의 독립성, 그러니까 이게 사실 보정심 산하의 소위원회 이런 것처럼 많이 얘기가 되고 혹은 보건인력정책심의위원회에 관련해서 소위원회로 많이 이야기가 되는 것 같은데 사실 그런 경우에 있어서는 작년 윤석열 정부에서의 보건의료정책심의위원회가 굴러가는 것과 거의 똑같은 상황이 벌어질 수 있을 거라고 생각을 합니다.

그렇기 때문에 이게 그 내부에서 방금 위원님들께서 말씀하시고 걱정하시는 충분하고 다양한 논의가 합의되기 위해서는 또 역설적으로는 윤석열 정권의 의료개혁이라는 미명하에 있었던 이런 불통을 탈피하기 위해서라도 결국에는 이게 먼저 밖으로 나오는 게 중요합니다. 보건의료정책심의위원회 산하에서는 사실, 위원장도 아까 다른 어떤 의원님 안에서는 위원장 자체가 보건복지부차관이 맡고 그리고 올라갔을 때도 과연 어떻게 논의 안건이 심의될 것인가 이런 것들에 대해서도 불투명한 상황에서는 당연히 의사가 들어오

건 간호사가 들어오건 약사가 들어오건 아무런 상관이 없습니다.

그렇기 때문에 우선은 이 추계위에 관련해서는 확실하게 어떠한 안전의 심의나 이런 것도 간섭받지 않는다고 하는, 그래서 정부 기구가 아니라 완전히 밖에서 심의를 해서 그것들을 얘기해 줄 수 있는 그런 시스템이 먼저 만들어져야지 그 내부에서 어떤 사람들이 들어와서 더 자유로운 논의를 하고 다양한 논의를 하고 이런 것들이 얘기될 수 있다고 생각합니다.

이상입니다.

○**김미애 위원** 위원 구성보다는 위원회의 성격, 운영의 투명성·객관성 담보가 더 중요하다 그 말씀인 거지요?

○**진술인 김민수** 예, 저는 그렇게 생각합니다.

○**김미애 위원** 감사합니다.

○**위원장 박주민** 1차 질의 마지막입니다.

강선우 간사님 질의하시겠습니다.

○**강선우 위원** 서울 강서갑 강선우입니다.

김민수 의협 정책이사께 여쭙게요.

제가 지금 안 보이는 위치에 계셔 가지고 펜찮으시면 혹시 그 바로 옆의 발언대로 좀 나와 주실 수 있을까요?

○**진술인 김민수** 예, 알겠습니다.

○**강선우 위원** 전공의 당사자로 지난 1년간 정말로 힘든 시간 보내셨을 거라고 생각을 합니다. 이게 옳다 그르다에 대한 평가는 다양할 수 있겠지만 그 평가를 떠나서, 사실 오늘날 대한민국 사회는 온 가족이 매달려서 의대 입학에 열광하는 그런 모양새지 않습니까? 개인에게도 가족에게도 또 학우, 지인에게도 그 파고를 막 지나오면서 오해나 상처도 많이 받았을 것 같습니다.

의대 정원 증원은 필요하지만 2000명이라는 이런 비과학적, 무과학적 근거를 토대로 한 정부의 졸속 추진 또 비민주적 의사결정 방식이 의료대란의 트리거를 당긴 것은 그 누구도 부인할 수 없는 사실입니다. 정부와 반복된 대화 결렬 속에서 그 안에서 의료계가 갖게 된 이런 뿌리 깊은 불신에 대해서도 공감하는 분들이 굉장히 많으실 거라고 저는 생각을 합니다. 앞서 소비자단체와 환자단체 진술조차도 정부의 정책 실패에 공감하는 관점을 드러내고 있다고 생각을 하고요.

그런데 이게 현실적으로 사회적 합의를 해야 되는 거지 않습니까? 그러니까 이 사회적 합의라고 하는 것은 나와 상대의 요구 그 사이 어디쯤에서인가 같이 조금 해 볼 만한 지점을 찾는 건데 의료 현장의 주인은 의료행위의 주체인 여러 의료인이기도 하지만 동시에 의료행위의 대상이 되는 환자이기도 하기에 이런 다양한 사회적 주체 간의 합의가 불가피하다고 생각을 합니다. 그 점에 대해서는 공감을 하실 거라고 생각하고요.

우리가 지난 1년간 겪은 바와 같이 의료 현장에 엄청난 영향을 주는 게 바로 의사 숫자 또 진료에 대한 불신은 이해하지만 사실 환자와 국민의 목소리를 배제한 의결권 부여는 오히려 그 결괏값에 대해서 얼마나 많은 국민들께서 공감을 해 주실까라는 그런 우려가 되기도 합니다. 그런데 그럼에도 불구하고 수급추계위가 의사직, 의료직 과반 이상으

로 하고 또 의결권이 있어야만 한다면 그 관련돼서 논리나 이유가 뭔지 좀 궁금하고요.

그리고 추가로 어제 전공의 비대위에서 몇 가지 요구사항 발표를 했는데 모든 협상이 그렇듯이 사실 이 요구사항 모두를 관철시키는 것은 쉽지 않지 않겠습니까? 무엇보다 협상의 테이블에 앉아야지만 논의라는 것을 좀 시작을 해 볼 수 있을 텐데 전부 수용되지 않는다면 그러면 협상 테이블에 아예 앉지 않으실 계획인지 아니면 다른 방법을 생각하고 있으신지 또 전공의 당사자로서 앞으로 협의 과정이 어떻게 진행돼야 한다고 보는지 개인의 의견이 좀 궁금합니다.

○진술인 김민수 질문 주셔서 감사합니다.

질문을 3개로 이해했는데, 첫 번째는 추계위에서 의결권이 보장돼야 되는 이유가 무엇인지에 대해서……

○강선우 위원 과반 이상, 의결권, 그 2개의 콤비네이션.

○진술인 김민수 그 2개가 어떤 것인지 여쭙보신 것 같고, 두 번째는 저희가 어제 전공 의협의회 입장으로 낸 입장문이 받아들여지지 않을 경우에 그러니까 이런 것들이 받아들여지지 않을 경우에 협상 테이블에 나오지 않을 것이냐 이런 질문이었던 것으로 이해하면 될 것 같고 그리고 세 번째는 이후에 협상이 어떻게 이루어졌으면 좋겠냐에 대한 개인적인 소회를 물어보는 걸로 이해를 했는데요.

○강선우 위원 예, 맞습니다.

○진술인 김민수 첫 번째는 사실 의사 직종이 과반이 돼야 되고 그리고 거기에서 의결권이 보장돼야 된다는 것에 대해서는 앞서서 오전의 질의에서도 말씀을 좀 드렸습니다만 의사 수급추계와 관련된 이야기들은 내부에서 의료적으로 고민해야 될 요인들이 굉장히 많습니다. 그래서 전체 총계만 보더라도 전반적인 고령화 현상이라든가 혹은 유병률이라든가 이런 것들을 다 고려해야 되는 측면이 있고, 거기에 더해서 앞서 제가 진술문에서도 말씀을 드렸지만 각 전문과목별 그리고 지역별 이런 것들도 논의를 해야 되기 때문에 이런 것들을 논의하는 과정에 있어서는 의사의 목소리가 충분히 반영이 되어야 되고 이런 것들은 어떻게 보면 사회적 합의라기보다는 연구에 방향성을 조금 더 띠고 있기 때문에 거기에 대한 전문적인 고도화가 돼야 된다는 말씀을 먼저 드렸던 거고요.

거기에 대해서 그러면 의결권은 왜 보장이 되어야 되는가라고 했을 때 앞서 다른 교수님들께서 진술하면서 말씀해 주셨지만 사실 충분히 정부와 의사 사이에 교감 혹은 정부와 추계위 사이에 교감이 있는 경우에는 의결권까지 보장이 되는 경우는 없습니다. 왜냐하면 우리가 이렇게 투명하게 근거 있게 연구를 해서 이것을 투명하게 공개를 하고 이런 정보를 정부에 이관을 했을 때 정부에서 그것을 받아들이지 않는다고 하는 그런 생각조차 하지 않기 때문일 겁니다. 그렇기 때문에 이런 것들이 먼저, 이런 불신이 뿌리 깊게 남아 있는 상황에서는 결국에는 저희가 말할 수 있는 것은 우리가 말하고자 하는, 우리가 연구한 그리고 추계위에서 과학적으로 결론이 내려진 이 정책적인 방향에 대해서 정부가 이대로 이행할 것을 담보해야 된다는 어떤 하나의 방어장치로서 이해하시면 될 것 같습니다. 약간 그런 맥락에서 의결권이 필요하지 않느냐라고 하는 제안을 저는 드린 것이고요.

그리고 전공의협의회 관련된 입장문에 대해서 말씀을 드리면, 저희가 전공의 7대 요구안을 낸 지도 조만간 거의 만 1년이 다 되어 가는데 추계위에 관련된 내용은 사실 첫 번

제입니다. 그러니까 7개 중에 첫 번째에만 들어가 있는 거고 사실 그 뒤의 내용들은 어떻게 보면 우리 대한민국 의료에 암약해 있는 고질적인 문제들에 대해서도 막 다루고 있습니다. 예를 들면 전문의의 채용을 상급종합병원, 그러니까 수련병원에서의 전문의 채용을 늘려야 된다고나 혹은 업무개시명령에 대해서 폐지를 해야 된다고나 이런 것들이 나와 있는데 어떻게 보면 사실 그런 것들도 아무런 진전이 없는 상황에서 추계위와 관련된 것들이 저희의 생각대로 되지 않았을 때 어떻게 될 것인가라고 여쭙보신 것에 대해서는 저는 좀 시기상조라는 말씀을 드리고 싶고요.

그리고 이와 관련해서 향후에 협의가 어떻게 진행돼야 되느냐에 대해서는 사실, 이게 그렇습니다. 마치 정부에서 정책을 추진할 때 있어서 의대 정원을 늘린다든가 혹은 필수 의료 패키지에 관련해서 말씀을 많이 하실 때 의사가 과잉 진료를 하고 그리고 의사가 사익을 추구하고 이런 것들에 대해서 많이 부각이 되고, 오늘 기사를 통해 봤습니다마는 광고비만 팔십몇억을 작년엔 썼다고 하던데요.

사실 이런 정책적인 골자들은 결국에는 건강보험의 안정성을 강화하기 위한, 환자들이 병원에 오는 허들을 높이고 그리고 환자들의 개인 부담금을 높이기 위한 방향으로 지금 정책들이 설계가 되고 이렇게 진행이 되고 있는데 이런 것들에 대해서 사회적인 합의가 필요하다는 것을 정부가 스스로 먼저 인정을 하고 그리고 의사도 결국에는 환자들의 건강을 지키기 위해서 사회에서 노력하고 있다라는 것을 어느 정도 인정을 하고 그 상황에서 얘기가 돼야지 되는 것이지 이게 단순히, 죄송합니다만 어제 박민수 차관님께서도 말씀하셨습니다만 ‘전공의나 의대생들이 몽니를 부려서 정책을 관철시키려 해서는 안 된다’ 이런 말씀 하면서 또 불필요한 갈등을 유발하고 있다고 생각하는데 이런 것들이 우선은 좀 해소가 돼야 아무래도 향후에 협상이라는 것을 할 수 있지 않을까 저는 그렇게 생각합니다.

답변이 되셨기를 바랍니다.

감사합니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○강선우 위원 마음을 많이 다치셨다는 그 면에 대해서는 이 보건복지위에 앉아 있는 한 사람으로서 송구하다는 말씀을 드립니다.

옥민수 울산의대 예방의학과 교수님께 짧게 질의하도록 하겠습니다.

의료인력 수급추계위원회는 과학적 근거 도출을 위한 전문가로 구성돼야 할 것이라는 것에 대해서는 저는 이견이 없을 것으로 생각합니다.

앞서 여러 진술인분들께서 말씀하셨던 바와 같이 계산해야 될 변수가 매우 복잡합니다. 그렇기 때문에 이게 추천 과반이 오히려 문제가 될 소지가 적다고 이렇게 생각을 한다는 그런 의견들도 있었고, 그런데 정말 풀 수 없을 것 같은 로켓 사이언스를 진짜 해낸다고 해도 과학적으로 나온 이 숫자가 반드시 우리 사회가 수용 가능하다는 보장이 있는 건 아닌 거거든요. 그래서 중요한 것은 진술인께서 말씀하신 바와 같이 의결권 부여 여부로 다시 또 이게 이어지는 것 같아요.

만약에 의료계 추천 과반 이상의 구성에 수급추계위가 의결권까지 갖게 된다면 구체적인

으로 그러면 문제가 어떤 게 발생을 할까에 대해서 좀 짧게 말씀해 주시면 감사하겠습니다.

○진술인 옥민수 사실 의결권을 부여하는 것에 있어서의 우려가 있으실 겁니다. 과연 타당하게 사회적으로 합리적으로 추계를 할 수 있을까라는 걱정을 하실 텐데 사실 저는 이것은 과학이라고 얘기하는 것보다는 우선은 사회적 합의의 한 큰 틀로 보고 먼저 우리가 의협 쪽이나 의사단체에 손을 내민다라는 측면에서 받아 주셨으면 좋겠습니다.

우선 먼저 권한을 줄 테니 거기에 합당한 책임을 기대를 좀 하는 게 선순환이 돼야 되지 않을까 싶습니다. 사실 우려가 되는 건 있을 거예요. 이게 만약에 정말 이상한 추계가 오면 어떻게 하느냐, 그래서 제가 진술문에도 재논의가 되는 걸 한번 규정을 넣어 보자라고 말씀드리기도 했고 또 한편으로는 추계값을 범위로 주는 것 혹은 의결의 권한을 어느 정도까지 줄지에 대한 명확한 법적인 조항을 두고 하자라는 것 정도로 얘기를 했습니다.

사실 이게 여러 분들의 의견이 다 다양하실 거라고 생각해서 딱 정답을 내리기는 만만치 않을 것 같습니다만 큰 틀에서 그렇게 봐 주셨으면 좋겠습니다.

감사합니다.

○위원장 박주민 마치셨지요?

○강선우 위원 이상입니다.

○위원장 박주민 2차 질의를 신청하신 분이 총 다섯 분입니다. 서미화 위원님, 전진숙 위원님, 이주영 위원님, 김윤 위원님, 김미애 간사님 이렇게 다섯 분이어서……

2차 질의는 3분입니다.

서미화 위원님 질의해 주시기 바랍니다.

○서미화 위원 소리로 보는 시각장애인 서미화 위원입니다.

장시간 너무 수고 많이 하고 계시는데요.

이 정부 의료개혁이 의대 정원 증원으로 시작됐다가 의료대란이 발생을 해서 오늘 수추위 공청회까지 열리게 되었다고 보이는데요.

(박주민 위원장, 강선우 간사와 사회교대)

의료정책 기조에서 지역·필수·공공 의료 전달체계 수급 고려를 통한 의료 불평등 해소는 매우 중요한 의료개혁 정책이 돼야 된다고 봅니다. 이 부분은 대부분 동의하실 것으로 봅니다, 저는.

김국일 국장님 계신가요, 복지부?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○서미화 위원 국장님께 질의할게요.

전남은 전국 유인도서의 60% 이상이 밀집되어 있는 도서·벽지 지역이에요. 그리고 65세 이상 고령화가 전국 최고 수준이고, 어느 지역보다도 공공·지역·필수 의료 인프라가 절실히 필요한데 세종을 제외한 전국 지자체 중에서 유일하게 의대나 대학병원이 없습니다. 알고 계시지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○서미화 위원 그래서 살릴 수 있는 환자의 사망 비율이 전국에서 가장 높습니다. 그리

고 중증환자들은 치료를 받기 위해서 전국을 떠돌아야 되는 것이 의료취약지 전남의 180만 도민이 겪고 있는 현실이라고 할 수 있습니다.

그래서 제가 22대 국회 들어오면서 계속해서 상임위에서 전남 국립의대 정원 배정에 대한 질의를 했었고요. 그때마다 조규홍 장관께서 진정성 있게 적극적으로 하신다고 했었어요. 국장님도 들으셨지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○서미화 위원 전남 국립의대 신설은 이 정부에서 대통령하고 총리가 공식 석상에서 약속한 것이고요. 그나마 의료개혁 원칙에서 상당히 부합한 발표였다고 봅니다. 그래서 복지부가요 전남도에 지역 여론 수렴하라고 해서 도민의 혈세로 지역 여론 수렴하고 목포대와 순천대가 뼈를 깎는 심정으로 수없이 많은 협의를 통해서 어렵게 통합의대를 합의했고 정부에 지난해 11월 추천을 했습니다.

국장님, 알고 계시지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예, 알고 있습니다.

○서미화 위원 언제 교육부랑 협의할 겁니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 지금 교육부에서 관련 절차 진행 중에 있는 걸로 알고 있고 그리고 의평원에서도 아마 이렇게 심사를 하고 있는 걸로 알고 있습니다. 그런 거 관련해서 저희가 수시로 협의도 하고 그리고 정부 입장에서는 저번에 장관님께서 말씀드린 입장과 바뀐 면은 없습니다.

○서미화 위원 그러면 추진하신다는 뜻으로 이해해도 됩니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 그 부분은 절차에 따라 협의를 하겠습니다.

○서미화 위원 복지부는, 그러니까 절차…… 26년 정원 배정에, 이게 숫자 정원과 별개로 전남의 의료 취약성이나 불평등 해소를 위한 의대 신설 문제인데 그것이 말씀대로, 대통령과 총리가 말한 대로 이 정부 정책 기조대로 절차를 밟고 있다 이렇게 제가 이해해도 됩니까?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예, 지금은 절차가 진행 중에 있기 때문에 그 부분에 대해서 저희들 모니터링하고 있습니다.

○서미화 위원 국장님, 대학 통합 합의서는 보셨어요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예?

○서미화 위원 대학 통합 합의서, 추천서 그것 읽어 보셨지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예, 봤습니다.

○서미화 위원 그 요건을, 통합의대가 실제 부분이 있기 때문에 요건을 갖춘 대학에서 먼저 선 배정받고 후에 통합의대로 추진한다고 되어 있는 것으로 볼 때 얼마나 그 지역에서 여론을 수렴하고 두 대학이 애를 썼는지 짐작할 수가 있습니다. 동의하시지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○서미화 위원 그래서 복지부가 교육부하고 서로 차일피일 미루면서 책임을 떠넘기는 이런 모습으로 비쳐지지 않기를 바랍니다, 국장님.

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예.

○서미화 위원 그리고 전남 국립의대 정원 배정은요 대통령의 대국민 약속이었고 총리 담화문까지 발표했었어요. 이 정도면 꼭 지켜야 될 약속인 거지요, 국장님? 국장님이 생각

하실 때?

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 예, 저희가 통합의대 신청 절차에 따라 가지고 심사 과정에 있기 때문에 그 부분은 모니터링하고 있고 그 부분에 대해서 교육부하고 이제 협의를 해 나갈 예정입니다.

○**서미화 위원** 추진 과정을 모니터링하고 있다는 건가요?

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 예.

○**서미화 위원** 그러면……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

기왕에 복지부가 내년에 의대 정원 결정할 때요 전남 국립의대 정원을 배정해야 한다는 점을 교육부하고 협의 과정에서 꼭 짚어 주시고요. 모니터링만 하시지 말고 꼭 짚어 주시고 그것을 서류로 좀 남겨 주십시오. 그렇게 하실 수 있어요?

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 그 부분은, 제가 뭐라고 답변은 못 드리겠는데 그 부분은 통합대학이 설립되는 과정을 봐서 저희가 적절하게 대응하도록 하겠습니다. 지금은 위원님도 아시겠지만 통합 신청이 완료가 되어 있지 않지 않습니까?

○**서미화 위원** 그런데 그런 내용들이 잘 들어 있잖아요. 그것 읽어 보셨다고 했잖아요?

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 예, 그 내용은 잘 알고 있는데 그런 과정에 있기 때문에 그 부분에 대해서 지금 뭐라고 답변드리기가 좀 곤란하다는 점을 말씀드립니다.

○**서미화 위원** 아니, 그러니까 그 과정을 모니터링하시고 추진해야 될 것이라고 동의하시면서, 아까 제가 즉 질의를 했잖아요. 그러면 복지부가 좀 더 성의 있게 교육부에 입장을 전하고 그것을 문서로 좀 해서 저희 의원실로 국장님께서 대면보고를 해 주시기 바랍니다, 추후에. 보고해 주세요.

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 교육부하고 협의해 나가도록 하겠습니다.

○**서미화 위원** 근거를 남겨야 되잖아요. 그래서 제가 서류를 말씀드리는 거예요. 말로만 하면 계속 원점으로 다시 돌아갑니다. 잘 아시지 않습니까? 서류 근거를 남길 수 있도록 하셔서 꼭 대면보고 해 주세요.

이상입니다.

○**위원장대리 강선우** 국장님, 서미화 위원님께서 서류로 근거를 남겨 달라고 하시는데 거기에 대답을 안 해 주셔서 가지고 그 부분 대답해 주시지요.

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 그 부분은 제가 답변을 확실하게 드릴 수가 없습니다.

○**서미화 위원** 그러면 말로만 하나요, 정부는 일을? 말로만 하는 거예요? 서류로 안 하십니까?

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 아시겠지만 절차가 있지 않습니까? 절차가 있기 때문에 제가 뭐라고 지금……

○**서미화 위원** 아니 절차, 절차 해서……

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 제가 뭐라고 지금 이 시간, 이 자리에서 답변드리기가 좀 곤란합니다.

○서미화 위원 다 문서로 하시지요, 일을 하실 때?

○김미애 위원 대답 안 하는 것으로 그냥 남겨 주세요.

○서미화 위원 그래요. 하여튼 보고해 주십시오.

○위원장대리 강선우 국장님, 그러면 관련해서는 답변 안 하셨다고 속기록에 남기겠습니다.

○보건복지부보건의료정책관 김국일 예, 답변 안 하는 걸로 이렇게……

○김미애 위원 그렇게 하세요.

○위원장대리 강선우 예.

서미화 위원님 고생하셨습니다.

다음은 전진숙 위원님.

○전진숙 위원 제가 어제 박단 대한전공의협의회 대표님의 입장문을 보고 자라 보고 놀란 가슴 솥뚜껑 보고 놀란다 이런 심정이었어요.

그동안 정부에 대한 불신, 정부의 일방적 통행에 의해서 여러 가지, 의료개혁특별위원회도 그렇고 몇 가지 시스템을 갖추고 있는데 의협도 그렇고 전공의협의회도 들어오지 않아서 굉장히 많이 걱정이 되기도 하고, 아까 존경하는 강선우 위원님도 그 말씀을 좀 주셨는데 이러한 우려가 현실화되지 않았으면 좋겠다고 하는 이런 마음을 전합니다. 그리고 그 가운데에서 불통과 풀어 가야 될 과제에 대해서 이제 더 이상 의료대란을 지속적으로 끌고 갈 수 없는 상황이기 때문에 아주 구체적인 논의들을 시작했으면 좋겠다 이런 말씀을 좀 드리고 싶고요.

제가 방금 어젯밤에 난 기사 중에, 제가 광주예요. 아까, 빗고을 광주인데요. ‘전남대병원 응급실·수술실 셧다운되나’ 이런 기사가 나왔어요. 이걸 보면서 가슴이 덜컥 주저앉았습니다. 이렇게 된 것은 35명의 전임의가, 15명이 재계약을 하지 않으면서 실제로 응급실과 수술실에 의사가 부족한 상황이 돼 버렸기 때문인데 그것은 지금 현재 전임의가 잘못했다 이 말이 아니라 지난해 의료대란, 2000명 증원이라고 하는 얼토당토않은 이야기를 시작하면서 그 연장선상에 있기 때문에 굉장히 고민이 되고.

실은 저는 지역에서 살다 보니까…… 지역에 있는 많은 시민들이 가려고 해도 좋은 의사들은, 그 좋은 의사의 기준은 모르겠습니다. 그런데 많은 사람들이, 시민들이 하는 이야기니까…… 다 서울 가 있고 그래서 다 서울에 있는, 경기도권에 있는 병원을 찾아다니는 게 지역의 현실이에요. 그런 측면에서 지역에 의사의 인력을 어떻게 가져갈 건가에 대해서는 굉장히 큰 고민입니다.

지금 아무도 그 말씀을 안 해 주셨는데, 여기 나온 진술인들 중예요. 의료인력 수급추계 법안에 보면 심의사항 중에 지역 단위의 추계를 어떻게 해낼 건가라고 하는, 지역에 의료인력을 어떤 방식으로 할 건가라고 하는 이런 부분들에 대한 심의사항이 하나 좀 들어가 있고 실제로 제가 다른 나라의 사례를 몇 가지 보니까 프랑스·독일·일본·미국…… 이런 게 의료인력 수급추계위에서 진행되는지는 잘 모르겠습니다. 혹시 그런 사례가 있으면 말씀을 해 주시면 좋겠는데 각각의 지역의사 할당제부터 시작을 해서 지역의료에 대한 어떤 대책 문제, 인센티브 주는 문제, 의료취약지에 공용물을 참여하게 하는 문제 이런 게 되게 다양하더라고요. 그래서 혹시 이 추계위원회에서 지역 단위의 인력을 같이

추계해 보고 어떤 방식으로 이것을 채워 내야 할 건지……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

그래서 아주 열악한 지역의 의료인력을 보충하고 진행할 수 있는 이런 사례들이 있으면 조금 말씀을 누구든지 해 주셨으면 좋겠습니다.

○진술인 정형선 모든 세계의 의료정책의 가장 이슈가 지역에 의사를 가게 하는 겁니다. 우리나라는 그야말로 자유방임 정도로 의료인들이 선택을 할 수 있게 돼 있는 체제고 독일 같은 건 건강보험과 엮이긴 하나 지역별로 할당돼 있어서 이렇게 가고요. 다양한 정책이 있습니다.

대표적으로 일본과 한국이 사실은 형태적으로는 비슷합니다마는 일본은 그 부분을 나름대로는 해결해 왔지요. 일본은 우리보다 훨씬 더 지역의 색이 강하고 지역, 옛날 지방 영주체부터 시작해 가지고 지방의 어떤 그런 것이 있기 때문에 지방마다 또 자기네들의 마츠리가 있고 이렇게, 그런 나라입니다.

(강선우 간사, 박주민 위원장과 사회교대)

제가 말씀을 드리는 것은 그 정도로 지역의 그게 안정돼 있음에도 불구하고 일본에서는 1970년대 초에 지역별로, 도도부현별로 전부 다 의과대학을 두게 하는 정책이 있었어요.

그다음에 그것이 모자라서 구체적으로 지역별로 지역의사, 지역 프레임이라고도 번역하는데 지역 와꾸인데요, 와꾸. 그런 의사라고 해서 이것을 지역별로 배치하는 정책의 큰 흐름이 하나가 있고요.

또 하나는 지방자치 의과대라고 그래서, 아까 말씀드린 70년대 초에 그때 같이 자치의 과대라고 해서 각 도도부현에서 공통의 법인을 만들어서 거기에 일정한 몇 명의 학생들씩 해 가지고 그게 지금 현재 한 5000명 정도가 배출이 돼 있습니다.

그러니까 두 가지 형태인데 하나는 지방에 어떤 의과대학을 뒤편 공공 중심의 지역을 집중적으로 갈 수 있는, 그러니까 장학금을 주고 그것의 1.5배입니다. 6년 하면 9년을 옵션으로 걸어서 그렇게 하는 방식이 있고요. 그렇게 두 가지로 할 때 일본은 그 두 가지 정책을 다 썼고 그것이 바로 2020년에, 지난 정부 때 400명 증원과 함께 나온 정책이 바로 지역의 그런 것이 있었어요.

거기에 의과학이라고 하는 게 한 몇십 명 있었고, 바로 그 지역 와꾸 안에는 실제로 지역에 대한 배당 인원이 있고요. 그다음에 한 3명 정도의 연구의사라고 그래서 아까 우리 의과학이라고 하는 그 인원 배당이 돼 있습니다. 그렇게 된 것이 전국에 한 70~80개, 80개 의과대학이 있고 70여 개의 어떤 그런 쪽에서 지역의사제를 적용하고 있습니다.

그러니까 이것에 대해서 말씀드리면 두 가지지요. 하나는 지역에 자치의과대처럼 공공 의과대를 뒤편 거기 출신들이 일단 지역에 근무하는 옵션을 거는 겁니다. 물론 그러고 나서도 일본에서도 그래도 한 사오백 명 정도가 돈을 도로 내면, 우리 돈으로 한 1억 원, 2억 원 정도를 반납하면 다시 자기네 옵션에서 풀려날 수는 있습니다마는 그래도 기본적으로 한 1700~1800명 중에 지금 1300명이 그 지역에서 근무를 하고 있습니다.

그러니까 모든 것이 성공을 하지 못한다고 해서 그 정책을 안 하는 건 아니지요. 그래

서 근본적으로 지방 의과대학의 공공의과대학 설치 방법과 지역별로 옵션을 뒤서 의대생들을 그 지역에 가게 하는 방식 두 가지가 대표적인 거고요. 그래도 그나마 우리하고 가장 비슷한 것이 일본이고 일본이 그것으로써 지금까지 9400명의 의대 정원 중에 한 1800명 정도가 그런 출신들로 매년 들어가고 있습니다. 그것 말씀드리겠습니다.

○전진숙 위원 실제로 그 부분에 대해서는 의료인력 추계위원회에서도 일정 정도 그 정원이나 방식을 결정할 수 있는 거지요? 그렇지요?

○진술인 정형선 당연한 거지요. 왜냐하면 추계위원회가 지금은 전체 정원이 전체 입학 정원과 매치돼서 논의가 되고 있으나 실제로 일본에서도 2008년도에 그 논의가 시작된 이후로 지금까지 십몇 년간 주된 내용은 아까 다른 분들도 설명을, 일본에서 오신 교수님께서 설명하셨듯이 그 지역의 편제 문제, 가장 이슈는 지역 편제…… 그래서 수급분과 위원회를 작년에 또 설치했습니다. 그러니까 지역의 이슈가 지금 가장 중요한 이슈입니다, 전체 총량이 있으면.

○전진숙 위원 또 말씀……

○진술인 장부승 장부승입니다.

지금 말씀드린 것에 대해서 좀 설명을 드리면 그 지역 편제 문제가 아까 말씀드렸던 2015년부터 2022년까지 6년간 운영했던 의료수급분과위원회의 두 가지 태스크 중의 하나였는데요. 제일 먼저 착수한 작업이 뭐냐면 지역 편제가 뭔지 그 개념을 정의하고 어디가 의사가 많고 어디가 의사가 적은지를 분류하는 작업이었습니다. 그리고 그게 지금 마무리가 됐습니다.

그런데 왜 그 작업을 먼저 착수했냐면 이것을 해결책을 찾으려고 하니까 일본도 민주주의지 않습니까, 지역구의 모든 의원들이 다 자기 지역구에 병원이 부족하고 의사가 부족하다는 거예요. 그러니까 정치적으로 아무리 대화를 나눠도 해결이 안 됩니다, 모두 다 부족하다고 하기 때문에.

그래서 그러면 이것을 수치적으로, 과학적으로, 수학적으로 산식을 만들어 가지고 해법을 만들어 보자, 해법을 위한 기초를 찾자는 거지요. 그게 왜냐하면 어떤 국회의원은 자기네 지역구가 넓기 때문에 의사가 많고 병원이 많아야 된다는 거예요. 어떤 국회의원은 자기네 지역구는 면적은 작지만 인구가 많기 때문에 그렇다는 거예요. 또 어떤 국회의원은 자기네 지역구는 면적도 작고 인구도 많지 않지만 고령자가 많다는 겁니다. 또 어떤 지역구 의원은 우리는 그래도 출생하는 애들이 많기 때문에 병원이 많아야 된다, 다 이유가 있습니다. 그러니까 그것을 해결할 수가 없어서 그 산식을 만들었습니다.

그래서 그 논의된 걸 보면요 정치적인 논의가 하나도 없고 아주 드라이하게 산식으로 구성돼 있어요. 수학적인, 그러니까 산식을 어떻게 만들고 변수 설정을 어떻게 하고 그다음에 가중치를 어떻게 주고 그다음에 변수 간의 상관관계를 어떻게 정하고 그다음에 실제로 변수에 파라미터를 어떻게 넣을 거냐, 그것을 의사들이 하는 겁니다.

왜냐하면 의사들이 처해져 있는 각 지역마다 환경이 다 다릅니다. 그러니까 그 변수의 전체 구조, 변수의 어떤 상관관계, 변수의 가중치, 실제 파라미터가 들어갔을 때 이게 현실을 반영하고 있는지를 평가하는 게 의사마다 또 다 달라요. 그래서 그렇게 의사들이 많이 필요한 이유가 도쿄의 의사 환경, 응급의학과 의사 환경, 산부인과의 의사 환경, 홋카이도의 의사 환경 이게 다 다르거든요.

그렇게 해서 했던 그걸 6년 동안을 논의해서 지금 편제 지수가 나왔고 그래서 맵이 만들어졌습니다. 그래서 지금 어떤 작업을 하고 있냐면, 그전부터 해 왔던 게 지금 정형선 박사님 말씀하셨습니다만 지역 와꾸라고 해서 쉽게 말해서 의대 학비를 다 대 줍니다. 거기다가 추가로 지원금까지 줘요. 그래 가지고 의대 졸업하자마자 그때부터 시작해서 9년 동안을 자기 졸업한 의대 있는 지역에서 수료를 하고 개업을 하라는 겁니다. 그러면 거기에 인턴이랑 레지던트가 들어가기 때문에 실제로 의무기간은 한 4년밖에 안 됩니다. 그래서 이걸 지금 한 20년째 운영을 하고 있고.

최근에 의대 정원 늘었던 것은 사실은 다 지역 와꾸입니다, 대부분이. 그런데 이게 평가가 좀 엇갈립니다. 그러니까 지금 후생노동성에서는 상당히 긍정적으로 평가하는데 실제 외부에 있는 전문가들이라든가 현장에 있는 의사들은 불만이 많거든요, 왜냐하면 이게 제약이 많이 따르기 때문에. 그래서 돈을 다 물어내고 그냥 도쿄로 가 버리는 의사들도 있고요, 아니면 유학 가는 사람도 있고. 아니면 끝나자마자 바로 짐 싸서, 그 9년이 끝나자마자—그러니까 전문의 따고 나서 4년 뒤지요—바로 짐 싸서 도시로 가는 사람들 점점 늘고 있습니다.

그래서 이것에 대해서 지금 어떤 대안을 논의 중이냐면 작년 1월부터 검토회가 새로 꾸려졌어요, 편제 대책에 집중해서. 지금 전체적인 모델이라든가 수급체계 만드는 것은 이미 해법이 나왔다고 보고 있습니다. 그래서 답이 나왔어요. 기술적인 답이 나왔기 때문에 그것은 더 이상 안 하고 편제의 문제를 논의하고 있는데 거기에 추가적으로 어떤 대안이 지금 논의되고 있냐면요 학부 나온 사람만 지원해 가지고는 안 된다는 거예요. 인턴, 레지던트별로 지원 프로그램, 그러니까 지방에 있을 경우에 지원 프로그램들이 학부 나와서 의대 나온 사람들만 지원해 주면 안 되고 그 사람들도 커리어 따라가면서 계속 지원해 줘야 된다는 겁니다, 지역에 있는 사람들한테.

그리고 그 지원이라는 것이 돈만 줘 가지고 해결이 안 돼요. 지금 커리어 형성 프로그램이라는 게 아주 큰 이슈가 돼 있습니다. 2022년에 끝난 수급분과회에서 낸 보고서에 보면 그게 아주 큰 항목으로 들어가 있는데 실제 의사들한테 설문을 해 봤습니다. 왜 지방에 있지 않고 도시로 가려고 하느냐 물어보니까 의외로 가장 많은 답이 나온 것 중의 하나가 지방에 있으면 신기술을 배우지 못한다는 겁니다. 자기가 마치 뒤처지고 다른 도시에 있는 의사들에 비해서 실력이 떨어지는 의사가 될 것 같은 공포감이 있다는 거예요. 그래서 이 사람들에게 신기술들을 계속해서 배울 수 있는 환경을 만들어 주는 커리어 형성 프로그램을 만들어서 거기에 재정지원을 하고 있어요.

그런데 사실은 저는 이게 큰 효과를 보기가 어렵다고 저 개인적으로는 판단하고 있습니다. 왜냐하면 일본의 경우에 그래도 지방에 의료가 아직 남아 있는 이유는 뭐냐면요 지방에 생산 거점이 많기 때문에 그렇습니다. 지방에 가면, 일본은 소부장 산업이 많기 때문에 이런 소부장 산업들은 대도시 근처에 위치할 필요가 없거든요. 지방 소도시에 위치하면서도 수출도 할 수 있고 P2P기 때문에 공장에 다 팔 수도 있습니다. 그러니까 지방에 가면 생산 거점이 아직 살아 있고 그렇기 때문에 소비가 이루어지고 인구가 있고요. 결혼이 이루어지고 출산이 있고 그래서 병원이 운영될 수가 있어요.

그러니까 그런 환경이 있기 때문에 그나마 어느 정도 지금 긍정적인 효과가 나오고 있는 것이지 앞으로 이런 지역 와꾸라든가 그 이후의 대안들이 어느 정도 효과를 볼지는

상당히 미지수라고 생각되고요.

한국의 경우도 설문조사가 있습니다. 왜 지방에 있는 의사들이 지방을 버리고 도시로 가느냐? 제일 큰 이유가요 애들 교육입니다. 지방에 있으면 애들한테 손해가 가기 때문에 연봉이 반으로 줄어도 서울로 가겠다고 하는 의사들이 많습니다. 그런데 그 문제를 어떻게 해결해 줄 거냐 그 문제지요.

○전진숙 위원 나중에 따로 한번 자리에 모셔서 정말 듣고 싶은 이야기가……

혹시 일본 말고 다른 나라의 사례를 가지고 계신 분 있으면 짧게……

○진술인 신영석 크게 보면 보상을 추가로 더 하거나 방금 앞단에서 말씀하셨던 것처럼 지역의사제 같은 것을 활용하거나 그렇지 않으면 대부분의 국가에서 이런 정책을 사 용해도 지역의사 문제는 여전히 공통으로 가지고 있으며 해결이 잘 안 되는 문제란 말이 지요.

○전진숙 위원 그래도 간격을 조금 좁히는 거겠지요?

○진술인 신영석 그래서 최근에는 직역 간 업무 시프트가 있습니다. 그러니까 전에 의사가 했던 업무 중에서 간호사가 할 수 있는 영역이다 그러면 일부 업무를 간호사로 내 리고 이렇게 직역 간 업무 시프트도 있고 새로운 직종을 만들어 내기도 합니다. 이런 결 로, 그래서 지방에 의사가 안 가는 경우에는 간호사들로 그 업무를 대신하게 한다랄 지…… 우리 법상 우리나라의 보건의료 진료소에서 간호사가 처방도 할 수 있도록 되어 있습니다. 그것도 그런 일종의 정책 대안인 것이지요. 그런데 여전히 세계적으로 지역의 사제는 모든 국가가 공통적으로, 지역의사 부족 문제는 공통으로 갖고 있습니다.

○전진숙 위원 다음에 토론회를 한번 해야 되겠습니다.

○위원장 박주민 예?

○전진숙 위원 토론회를 한번 따로 해야겠어요.

이상입니다.

○위원장 박주민 나중에 따로 한번 말씀을 좀 들으시지요.

다음은 이주영 위원님 질의하시겠습니다.

○이주영 위원 개혁신당 이주영입니다.

이 얘기를 사실 생각을 안 했는데 아까 장부승 교수님께서 말씀해 주신 것에 대해서 제가 우리나라 여건에 대해서 한마디만 더 덧붙이면 지역의사제의 문제는 그겁니다. 기 본적으로 다 지역에서 키워서 그 지역에 정착하게 하면 좋은데 우리나라 같은 경우에는 전 국민이 사실 빅5 진료를 원하고 그리고 모든 의사들이 서울 생활을 또 어느 정도 바 라는 부분이 있기 때문에 이런 것이 확립되면 될수록 오히려 지역에 있는 의사들은 초짜 의사, 경험이 없는 의사라는 인식이 공고해질 수밖에 없습니다.

그런데 환자 입장에서는 의료 이용의 지역적 허들이 없기 때문에 당연히 지역의사에 대한 편견이 더 공고해질 수밖에 없어서 그건 오히려 의료 이용의 형평성에 있어서 또 혼란을 초래할 수 있다 이런 말씀 좀 덧붙이고 싶고요.

오늘 가장 많이 나온 말 중의 하나는 ‘투명하게’가 아닌가 싶습니다. 그런데 이게 정부 가 일을 하는데 투명하게 그리고 기록을 좀 남겨 달라 이 말이 이렇게까지 많이 언급될 일인가 하는 생각이 들어서 좀 가슴이 아픈데……

김국일 정책관님께 제가 하나만 여쭙보고 싶은데 만약에, 지금 보건복지부에서 일하고 계신데 나의 급여와 업무 여건과 모든 제반, 내가 일하는 모든 상황과 나의 직역의 전망 같은 것에 대한 협상을 한다고 칠 때 정부 입장에서, 이 전체 주체도 정부가 가지고 가요. 보건복지부 산하에서 장관이 임명하거나 혹은 장관이 정하는 사람이 위원장을 가지고 가는 상황에서 과반도 내가 아닌 쪽에서 가져가요. 그런데 의결권도 없어요. 그러면 그게 협상이 될까요? 안 되겠지요?

○보건복지부보건의료정책관 김국일 쉽지 않겠지요.

○이주영 위원 쉽지 않겠지요? 그러면 그중에서 만약에 하나만 있어도…… 전체 키를 정부가 들고 있고 과반도 그쪽으로 가져가거나 전체 키를 정부가 가지고 있으면서 의결권을 가져가거나 하면 그것도 협상의 여지가 사실 거의 없겠지요.

그러면 만약에 이것 3개가 잘 합의가 안 됐을 때 의료계에 어떤 제안을 하실 수 있고, 왜냐하면 이건 의사만의 문제가 아니거든요. 간호사, 조무사, 의료기사 다 공동으로 문제가 생길 건데 여기에 대해서 정부가 어떤 것을 주실 수가 있는지 하나가 궁금하고요.

이렇게 됐을 때는 결국 지역으로 배분하는 문제에 있어서는, 지금까지 의료인력을 양성하는 데나 인프라를 구축하는 데 사실상 정부가 돈을 들인 적이 없지요? 사실 거의 없습니다. 그런데 앞으로 만약에 그것을 하게 되면 정부에서 거의 다 돈을 대는 방식이 돼야 될 거예요. 지역으로 인력을 확충한다든가 지역 인프라를, 빈 수술실도 다 돌려야 외상센터 등은 유지가 되니까요. 그런 것에 대해서 지금 대책이, 국감 때부터 계속 나오는 이야기인데 여기에 대한 대책이 있는지 여쭙보고 싶고.

그다음에 김민수 정책이사님께—거기서 그냥 계시면 되시고요—제가 여쭙보고 싶은 게, 이걸 확실히 좀 짚고 넘어가야 될 것 같습니다. 저도 중간중간 답변하실 때 조금 혼란이 있는데 지금……

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

전공의군 그리고 앞으로 의대생들은 협상의 요구사항에 있어서 파업 중인 거라서 복귀를 논하는 게 의미가 있는 겁니까, 아니면 미래 진료권, 자율권 때문에 사직을 했고 새로운 정책을 원하는 겁니까?

김민수 이사님 짧게 먼저 대답해, 그 둘 중에 하나를 선택해야 되면 어느 쪽에 가까운 거지요?

○진술인 김민수 둘 중에 하나를 선택하는 게 아닌 것 같고요. 제가 제 이전 직장에 복귀하고 약간 이런 개념이 아니기 때문에…… 당연히 저희는 미래의 대한민국에서 진료를 해야 되는 의사로서 미래 진료권과 관련된 이야기를 조금 더 자세하게 그리고 구체적으로 했으면 하는 바람에서 계속 말씀을 드리고 있는 겁니다.

○이주영 위원 그러면 정부나 국회와 이야기를 하실 때 거기에 대한 논의에 조금 더 집중을 해서 말씀을 해 주셔야 이쪽에서도 제안을 하기가 좋은 부분이 있는 거거든요. 그래서 7대 요구안에 대해서 저도 굉장히 잘 숙지하고 있고 또 거기에 대해서 많이 동의하는 부분이 있습니다만 이것이 오늘 공청회를 통해서 전공의들의 거취가 좌우된다는 그런 의미가 혹시라도 잘못 전달이 될까 봐 제가 한번 확실하게 여쭙본 겁니다.

○**진술인 김민수** 전혀 그렇지 않습니다. 말씀 감사하고, 계속 명심하도록 하겠습니다.

○**이주영 위원** 정책관님 답변해 주시면 되겠습니다.

○**보건복지부보건의료정책관 김국일** 이번 수급추계위원회 법안 논의하는 것 자체로 사실 큰 의미는 있다고 생각되고 수급추계 과정에 대해서 의정 간에 불신이 있지 않을까. 그 부분을 어떻게 해결하느냐 그게 중요하다고 판단되는데 결국은 추계 과정이나 국민들이 대부분 알 수 있는, 그러니까 그 과정을 알 수 있는 그런 부분을 이번에 좀 강화할 수 있는 기회가 되지 않겠나 그렇게 생각이 됩니다.

그래서 여러 진술인들께서 말씀 주신 것처럼 회의록이나 이런 부분에 대해서 공개할 수 있는 그런 쪽으로 한다면 충분히 그 과정에서 정부가 어떤 압력을 넣거나 그런 것 없이 순수하게 전문인들로 구성된 수급추계위원회에서 그 추계 결과를 제안할 수 있고 그 부분에 대해서 정부가 존중할 수 있는 그런 기회가 될 수 있을 것 같습니다.

○**이주영 위원** 이상입니다.

○**위원장 박주민** 다음은 김윤 위원님 질의하시겠습니다.

○**김윤 위원** 허윤정 교수님께 좀 여쭙보겠습니다.

주신 진술서에 24시간 월 10회 당직, 36시간 연속 근무, 극한의 노동 강도, 외상센터로 실려 오는 단 한 명의 생명이라도 놓치지 않도록 힘을 다하는 날까지 자리를 지킬 수 있기를 희망한다 이런 말씀을 하셨는데요. 참 마음이 아프다는 말씀을 먼저 드리고 싶고. 저도 우리나라에서 예방 가능한 외상 사망 연구를 처음 한 사람이고 외상 체계를 처음 설계한 사람으로서 외상센터가 참 잘 됐으면 좋겠다고 생각하는데요.

아까 말씀하실 때 수급추계위원회가 잘 운영된다고 해서 지금 외상센터가 안고 있는 문제가 다 해결되는 건 아니다 이런 말씀을 주셨는데요. 저를 포함해서 보건복지위에 있는 모든 위원들이 여야를 다 포함해서 어느 누구도 수급추계위원회만 만들면 현재 외상 체계를 포함해서 대한민국 의료체계가 안고 있는 필수의료·지역의료 붕괴의 문제가 그냥 다 해결될 거라고 생각하지는 않습니다. 그러니까 이것은 이것대로 하고 또 이걸 통해서 뭔가 우리가 의료개혁, 전체 의료체계를 개편하는 논의를 할 수 있는 조건이 마련되면 그다음에 이제 국회를 중심으로 해서 의료개혁의 장기적인 로드맵을 만드는 논의와 협상의 테이블을 만들자라는 계획을 가지고 있는데요.

만약에 수급추계는 수급추계대로 되고 앞으로 국회를 중심으로 해서 우리나라 외상 체계가 제대로 작동되고 외상센터가 잘 운영될 수 있고 충분한 인력이 보충되고 이럴 수 있는 그런 개혁안들이 논의된다고 하면 그런 논의에 혹시 참여하실 생각이 있으십니까?

○**진술인 허윤정** 질문 감사합니다.

혹시 어떤 특정한 위원회나 기관을 말씀하시는 건지 다시 여쭙습니다.

○**김윤 위원** 그러니까 수급추계와 관련된 논의가 잘 이루어지면 그다음 단계로 아마 국회에 의료개혁특위 또는 의료개혁공론화위원회 같은 것을 만들어서 앞에 말씀하셨던 의료사고의 문제나 저수가의 문제나 또는 적정 인력을 병원들이 고용하도록 하는 여러 가지 법적 기준이나 장치를 만드는 문제나 이런 문제를 논의해서, 이걸 대대적으로 의료 체계를 개편할 수 있는 좋은 기회이기도 한 것이거든요. 그래서 그런 논의의 장이 열린다고 하면 현장 전문가로서 참여하실 생각이 있는지를 여쭙보는 겁니다.

○**진술인 허윤정** 지금 의개특위 같은 경우에는 저희 의사들이 참여하지 않고 있는 것으로 알고 있습니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○**김윤 위원** 그건 정부 위원회고요. 국회에 위원회를 만든다면?

○**진술인 허윤정** 제가 사실은 오늘 임상 의사를 대표해서 이 자리에 나오기는 했지만 사실 제가 저희 센터에서도 막내라고 말씀을 드렸고 이 외상 분야에서 일한 지 아주 오래된 교수는 아닙니다. 저는 주니어급이고 이런 더 심도 있는 논의는 저희 센터장님이라든지 아니면 센터장님 모임 이런 더 윗분 교수님들께서 결정하셔야 될 답변인 것 같아서 제가 답변드리기는 좀 어려울 것 같습니다.

감사합니다.

○**김윤 위원** 만약에 시니어리티(seniority)를 가리지 않는다면 이런 종류의 논의에 참여하는 게 맞다고 생각하시나요?

○**진술인 허윤정** 제가 답변하기는 좀 어려운 이야기인 것 같습니다.

○**김윤 위원** 예.

○**위원장 박주민** 끝나셨습니까?

○**김윤 위원** 예.

○**위원장 박주민** 김미애 간사님 질의하시겠습니다.

○**김미애 위원** 공청회가 진행될수록 상당히 어려워지는 것 같습니다.

그런데 우리가 의료개혁을 하는 이유가, 일본에도 작년에 검토회에서 지역별·진료과목별 쏠림 문제에 대한 대책을 주요 과제로 삼아서 회의를 거듭하고 있다고 했듯이 똑같은 상황입니다. 지역의료·필수의료 이 붕괴를 어떻게 해결할까? 그중의 하나로 의사 수를 늘리자라고 했는데 거기에서 여기에 나와 주신 분들 말씀처럼 존중받지 못했고 투명하게, 객관적으로 이 논의가 이루어지지 못한 데 대한 이러한 어려움이 많았다, 그래서 저는 그 부분을 반성하면서 그러면 어떻게 그것을 담보할 수 있을지 수급추계위원회를 구성해야 되겠다, 그에 대해서는 여야가 공감대가 형성되어 있습니다.

그런데 오늘 들으면서 저는 이걸 정해야 될 것 같습니다. 수급추계위원회의 기능을 먼저 정해야 된다. 의사 등의 숫자만 정할 건지 아니면 지역별로, 필수의료별로 숫자까지 정해야 되는 건지 그다음에 성격을 의결기구로 할지 자문기구로 할지, 그러면 이게 정해지면 위원 구성이 또 달라질 것 같습니다. 위원회를 만들고 산하에 분과위원회까지 만들지…… 그래서 이런 부분들을 하나하나 좀 고민해서 정하되 저는 모든 것을 다 해결하기는 어렵다는 생각입니다. 그래서 어느 범위까지 수급추계위원회가 기능을 하는지에 대해서 좀 말씀을 해 주시면 그다음에, 법안을 만들 때 좀 더 수용성을 높게 할 수 있을 것 같다는 생각이 듭니다.

그래서 이에 관해서 장원모 교수님, 김민수 의협의 정책이사님, 장부승 교수님 또 허윤정 조교수님 이렇게 말씀해 주시고.

특히 장 교수님은 아까 정치적 논의가 배제되어야 된다, 저는 이게 너무나 중요한 것

같습니다. 지역구나 관련되는 지역 정치인들이 전부 자기 지역에 의대를 설치해야 된다 이런 요구가 많고 제가 간사이다 보니까 저한테도 여기 이게 필요합니다, 저기에 필요합니다 하는데 사실은 이것까지 수급추계위원회에서 정한다고 하면 너무나 힘들어질 것 같은데 이것은 아예 분리해야 되는지 그 부분을 좀 함께 말씀해 주시면 고맙겠습니다.

이것을 하실 때 아까 다른 유럽 나라들도 말씀을 하셨는데 저는 각 나라별로 의료시스템의 차이가 있기 때문에 그런 것도 고려해야 된다는 생각입니다. 이것까지 포함해서 말씀해 주시면 고맙겠습니다.

○**진술인 장원모** 질문 감사합니다. 굉장히 무거운 질문이어서 제가 답변드릴 수 있는 부분까지 좀 답변드리겠습니다.

먼저 수급추계위가 해야 될 의사결정의 내용은 무엇인가, 여러 가지가 있겠지만 기본적으로 전국 단위의 총수 추계와 지역별 단위의 총수 추계 또 지역별과 전국 단위의 진료과별 추계 또 지역별 진료과별 추계, 여러 가지 정책 우선순위에 대한 추계 등이 좀 필요할 것 같습니다.

예를 든다면 의사 수요·공급에 대한 값뿐만이 아니라 실제로 인력 시스템 내에서 직장을 선택하고 또 이동하시는 분들에게 도움이 되는 정보가 있어야 된다고 생각합니다. 예를 들면 해외에서는 지역별로, 진료과별로 얼마나 경쟁이 되고 어떤 선택을 하는지에 대한 통계를 히트 맵(heat map) 형식으로 프랑스 같은 경우는 내고 있고 또한 많은 국가들이 결원율을 산출하고 있습니다. 그래서 결원율에 대한 정보들도, 아까 제가 발표 때 말씀드렸던 것처럼 기대수익이랄지 이러한 정보들도 좀 필요하겠죠.

그다음에 아까 말씀 주셨던 내용들 중에 독립성에 대한 부분, 투명성에 대한 부분도 있었는데 한 가지 좀 첨언을 드리면 독립성에 대한 부분들은 여러 가지 논의들이 있겠지만 만약에 한시적으로 의결권을 가진다면 독립성이 좀 유지가 될 수 있을 것 같고 또한 거기에 플러스 국회에서 위원들에 대한 추천권을 가진다 하면 그런 것도 검토해 볼 필요가 있다고 생각합니다. 실제로 국가교육위원회의 위원들은 국회에서 위원들을 추천하고 계신 걸로 알고 있습니다.

그다음에 해외 사례들 관련해서 말씀 좀 드리면 프랑스나 호주나 다 지역에 의사들을 모시고 싶고 여러 가지 노력들을 하는데 쉽지 않은 상황들입니다. 그렇지만 관련된 정보들을 계속 업데이트하고 또한 의사결정에 젊은 의사들을 적극적으로 참여시키면서 이런 문제들을 풀어 나가고 있는 것으로 알고 있습니다. 그래서 수급추계위에 젊은 의사들의 참여들을 높이는 것도 방안 중의 하나가 될 것 같습니다.

질문하셨던 내용에 답변이 됐을지 모르겠습니다.

감사합니다.

(발언시간 초과로 마이크 중단)

(마이크 중단 이후 계속 발언한 부분)

○**김미애 위원** 죄송하지만 답변하실 때, 우리가 수급추계위원회를 구성하자는 데 대해서는 공감대가 형성되어 있기 때문에 여기에 너무 많은 기능을 넣으면 사실은 출발부터가 힘들어집니다. 그래서 저는 현실적으로 출발을 하고 무언가 그다음에 이루어져야 되기 때문에 좀 현실적인 부분을 고려해서 답변해 주시면 법안을 심사 의결하는 데 도움이

될 것 같습니다.

○진술인 김민수 대한의사협회 정책이사 김민수입니다.

저도 위원님 질문 주신 것 관련해서 제 의견을 말씀드리겠습니다.

우선 기본적으로는 제 진술문에서도 말씀드렸지만 의사의 숫자가 얼마나 모자라느냐, 의사 숫자가 얼마나 넘치느냐 이것들은 결국에는 국민들이 얼마나 의료서비스를 이용하느냐도 같이 얘기를 해야 합니다. 그렇기 때문에 추계에서, 아까 말씀 주셨던 것처럼 지역별 혹은 전문과목별 의사의 숫자가 얼마나 모자라고 넘치느냐에 대한 추계를 하기 위해서는 결국에는 의료 이용을 어떻게 할 것인가에 대한 사회적인 합의가 있어야 됩니다.

예를 들면 예전의 중진료권 시대처럼 진료권을 제한해서 환자들의 결정권을 조금 축소시킬 것인지 혹은 아니면 이송 수단들을 많이 깔아서 전국적으로 환자들을 확산시킬 수 있게 할 것인지 이런 것들에 대한 합의들이 필요한데 이런 것들이 선행되지 않으면 사실 추계는 별 의미가 없습니다. 왜냐하면 지역적으로는 모자란다고 하지만 그러면 그게 실제 전국적으로 모자란 것이냐 이런 것들은 결국에는 추계의 결과를 내는 데 있어서 어떻게 보면 동상이몽의 다른 얘기를 하고 있는 것이 될 것이기 때문에 결국에는 이런 이용 그리고 그 이용을 추계한다 그러면 총계 그리고 지역별, 전문과목별 이런 것들도 다 추계를 해야지만이 이게 향후 정책에 적용되는 데 있어서 효용을 가집니다. 그렇지 않으면 사실 이런 것도 어떻게 보면 그냥 정치 구호가 될 뿐이라고 생각합니다.

그렇기 때문에 이게 결국에는, 저희가 지금 추계위 관련해서 위원님들께서 오전 10시부터 굉장히 노력해 주고 계시지만 이런 것들이 결국에는 국민들의 진료권을 보장하기 위한 어떻게 보면 하나의 방편 아니겠습니까? 그렇기 때문에 실제로 이 추계위에서 내놓은 결과물이 실제 정책에 훌륭하게 반영되기 위해서는 제가 볼 때는 위원님께서 어떤 우려를 가지고 계신지는 공감을 합니다만 더 많은 이야기들을 한꺼번에 같이 종합적으로 할 수 있어야지 효과가 생깁니다.

거기에 더해서 아까 말씀드렸듯이 추계를 해서 그것과 관련해 가지고 의대 정원에 반영하기만 해서는 결국에는 마치 지역에 있는 청년들이 도시로 나오는 것처럼 의사들도 유출될 수밖에 없고 이런 불균형들은 발생할 수밖에 없습니다. 그러니까 이런 것들을 계속 모니터링하는 작업까지 사실 추계위가 계속 하고 있어야지만이, 이런 종합적인 계획과 종합적인 정보들을 추계위가 담고 있어야만 진행이 되는 거라서 발족하기 어렵더라도 이런 것들은 좀 종합적인 기능을 추계위가 담당할 수 있어야지 효과적이라고 생각합니다.

이상입니다.

○김미애 위원 장 교수님, 일본에서 오셨는데 수고하셨습니다.

말씀해 주세요.

○위원장 박주민 비행기 시간도 조정하신 거예요.

○진술인 장부승 예, 비행기 시간 바꿨습니다.

○위원장 박주민 예, 알고 있습니다.

○진술인 장부승 좀 말씀드리면 제가 이것 공부하면서, 연구하면서 전 세계 여러 나라 정책 결정 과정을 들여다봤는데 추계라고 하면 오해하실 수가 있는 게 의대 정원 숫자를

종합적이고 합리적으로 누구나 동감할 수 있게 결정하는 그 모형은 지금까지 전 세계 어느 학자도 제시한 적이 없습니다. 오히려 대부분의 의료정책 전문가들이 그런 모형은 없다고 주장합니다, 그런 모형을 만드는 것은 불가능하다. 다만 어느 정도 합의할 수 있는 선에서, 사회적인 갈등을 최소화할 수 있는 선에서의 합의 가능한, 어그리어블 (agreeable)한 모형을 만드는 것이지 실질적으로 이것을 합리적으로 해결할 수 있는 모형은 지금까지 없습니다.

그런데 왜…… 저는 일본의 의사수급분과위원회가 의정 갈등이라든가 의대 정원 문제를 되게 성공적으로, 저비용으로 해결한 성공적인 사례라고 생각이 되고 그리고 세계적으로 우리나라 같은 이런, 전 국민 단일 건강보험에 대부분의 의료 자영업자에 의한 공급체계를 갖고 있는 나라가 일본 말고 없습니다. 그러니까 시스템이 비슷하고 또 성공 사례이기 때문에 상당히 자세하게 들여다볼 필요가 있다고 생각이 되거든요.

그런데 성공한 근본적인 이유가 아까 말씀드렸다시피 정치 문제를 상당히 배제한 겁니다. 사실은 의대 정원을 결정하기 위한 수급 모델이라는 것은 최근에 생긴 게 아니고요 옛날부터 있었거든요. 80년대 초부터 있어 가지고 일본이 1982년부터 2005년까지 25년 동안 의대 정원을 계속 감축시켰습니다, 25년 동안. 그게 정부가 일방적으로 한 게 아니라요 계속 자문기구 비슷하게 검토회 만들어서 검토회 의견 받아 가지고 한 겁니다. 받아 가지고 82년도에 각의 결정했고요. 우리로 치면 국무회의 결정이지요, 일본의 국가 최고 의사결정 기관이 각의니까. 그다음에 다시 의견이 분분하니까 96년도에 의견을 또 받아 가지고 계속 감축하기로 재의결했습니다.

그런데 2005년도에 와서 그때 일본의 인구 감소가 시작되고 몇 가지 대형 의료사고가 터지면서 일본이 세계 최고의 의료 선진국이라고 생각했는데 의사가 부족한 것 아니냐라는 의문들이 제기되기 시작하고 당시에 그 유명한, 나중에 동경도지사 하는 마스조에 요이치 씨가 상당히 튀는 사람인데 조선의원인데 후생 대신이 됩니다. 그러면서 갑자기 의대 정원을 증원하자고 주장을 세계 하면서 이 문제가 시작이, 판도라 상자가 열린 거예요, 25년 동안 감원하다가.

그런데 문제는 뭐냐 하면 판도라 상자를 여니까 너도나도 늘려 달라는 거예요. ‘우리 동네, 우리 지역구에 의사 늘려 주고 병원 늘려 주세요’ 하니까 감당이 안 되는 거지요. 그래서 연평균 2%로 점진적으로 늘리면서 이것을 실험해 보고 이것을 테스트해 보겠다고 한 겁니다. 그리고 그 와중에 이것을 기술적으로 접근할 수 있는 모델을 개발해서 이게 정치적인 논의의 함정에 빠지는 것을 피하자고 한 겁니다.

그래서 의사수급분과위원회의 논의된 그 자료들을 보면요 무슨 공대 페이퍼같이 생겼어요. 무슨 정치적인, 우리는 병원 대표고 우리는 소비자 대표고 이런 얘기가 전혀 없습니다. 그런 식으로 논의가 되지 않고요 산식들이 나옵니다. 산식이 나와서 아까 말씀드렸다시피 변수를 어떻게 설정할 것인지, 빠진 변수가 없는지, 변수 간의 관계, 가중치 그다음에 실제 파라미터 이런 것들로 구성이 돼요. 수십 페이지 정도 되는데 되게 복잡합니다. 그래서 처음에 그것을 초기 모델로 제시하고요. 그다음에 위원들이 이것을 독회를 하면서 조금씩 조금씩 바꾸고 그다음에 현장의 어떤 수치가, 파라미터가 현장을 반영해야 되니까 이게 좀 부족하다 싶고 우리 현장을 반영하지 못하고 있다고 하면 용역을 줍니다. 용역을 줘 가지고 현장조사를 합니다, 병상 이것에 대해서 실제로 어떻게 의료서비스

가 이루어지고 있는지. 그러니까 시간이 많이 걸립니다. 그리고 논의가 길어지고요. 그래서 6년 동안 사십 번이나 회의를 한 겁니다.

그런데 그렇게 함으로써 장점이 뭐냐면요, 거기에 무슨 ‘니가타현, 우리 현에 뭐를 더 만들어 주세요’, 나가사키 법인 대표님 거기 회장으로 들어와 계신데 그분이 ‘나가사키에 병원 더 만들어 주세요. 나가사키에 의대 정원 늘려 주세요’ 이런 소리 한 번도 안 합니다. 왜냐하면 그분이 나가사키 법인 대표로 들어와 있는 게 아니라 거기의 22명이 다 개인 자격으로 들어와 있는 거거든요.

아까 병원 소속이 7명이라고 말씀드렸는데 그중에 실제 병원 경영에 관여하시는 분은 2명밖에 안 되고 나머지 5명은 그냥 병원에 소속된 의사입니다. 모든, 의협에서, 일본 의사회에서 들어와 있는 2명도 의사회 대표로 와 있는 게 아니고 개인 자격으로 와 있는 겁니다, 다 개인 자격으로.

그리고 거기 회의록을 들여다보면 그 누구도 자기 직역, 자기 단체, 자기 병원, 자기 지역 이런 거 얘기 한마디, 그런 말을 할 수가 없습니다. 왜냐하면 다 산식으로 돼 있기 때문에. 그런 식으로 해서 정치적인 논의를 기술적 논의로 전환시켜 가지고 정치적인 갈등 요인을 배제한 겁니다.

그렇게 해서 6년 동안 회의를 해 가지고 결론이 나온 게 뭐냐면요 전국적으로 아무리 의사를 늘려도 각 지역별 편제 현상 그다음에 진료과목별 편제 현상, 예를 들어서 소아과나 산부인과에 의사 없는 것 이게 해결이 안 되더라는 겁니다. 그게 최종적인 결론이라서 그래서 각의 결정을 새로 했어요. 2019년에 새로 해서 의사 정원 동결하고 앞으로 더 줄이는 방향으로 가자라고 명문으로, 문서에 나옵니다. 결정이 돼서 그 문제는 이제 일본에서 끝났습니다. 의사를 늘린다고 해서 이게 해결되지 않는다, 6년간의 기술적 논의를 거쳐 가지고요.

그리고 그다음에 작년부터 출범한 게 그러면 의사 쏠림현상을 어떻게 해결할 것이냐라는 것인데 일본에서 지금까지는 주로 그 대안으로 나온 것은 지역 와꾸라 그러지요, 지역의사제입니다. 돈을 좀 준 다음에 그 지역에서 의무로 근무하게 하는 건데 이게 생각보다 그렇게 효과가 크지 않더라는 거지요. 그래서 이것을 더 보완할 수 있는 방안들을 지난 1년간 아홉 번 회의를 하면서 지금 얘기를 하고 있는데 그게 아까 말씀드렸던 인턴 때도 도와주고 레지던트 때도 도와주고 그다음에 정식 의사 되고 나서도 계속 커리어 향상 도와주고 돈도 주고 교육도 받게 해 주고 또 도쿄도 자주 왔다 갔다 하게 해 주고 이런저런 프로그램들을 계속 붙여 가지고 도와주는데 그것도 제가 보기에는 어느 정도 효과가 있을지는 약간 미지수라는 그런 말씀 드리는 거고요.

그다음에 아까 정형선 박사님께서 말씀하셨는데 이 기구가 아무런 법적 근거가 없습니다. 다 자문기구고요. 그래서 여기에 후생노동성 쪽의 공무원이 아무도 들어오지 않습니다. 국장이나 과장도 그냥 사무국 역할만 하지 발언을 안 합니다. 왜 그러냐면 자문을 하는데 그 자문을 받을 사람들이 거기에 멤버로 들어올 이유가 없거든요.

그리고 여기에 소비자단체, 환자단체 단 한 명도 들어오지 않습니다. 왜냐하면 아까 말씀드렸듯이 이 분과위원회가 생긴 이유 자체가 수요를 취합하는 방식으로 아무리 논의를 해 봤자 이게 결론이 안 나고 싸움만 더 커지더라는 겁니다. 그래서 그 부분은 빼고, 수급이라고 해서 균형을 정치적으로 찾자는 그런 논의를 하는 게 아니라고 실제로 좋은

의사를, 좋은 병원을 많이 공급하는 게 중요한데 그게 현장에서의 제약, 기술적 제약, 비용적 제한이 있으니 그것을 어떻게 극복할 것인가를 지금 산식을 통해서 해결책을 찾자는 거거든요. 그러려면 의료 현장에 대해서, 실질 의료 현장, 의료행정 그다음에 임상연구에 대해서 경험이 많은 사람들이 필요합니다. 그래야만 그 산식이 제대로 구성이 돼 있는지를 평가할 수 있거든요. 그래서 의사가 그렇게 많은 겁니다. 그 이유가 그렇거든요. 이게 무슨 의사들에게 어떤 기득권을 보장해 주기 위해서 그렇게 만들었다는 것은 전혀 아닙니다. 이것은 의사수급분과위가 어떻게 성공했는지를 전혀 이해를 못 하고 있는 거고.

오늘 하루 종일 의견을 들었는데 제가 보기에 이게 해결이 안 될 것 같아요. 왜냐하면 여전히 정치적 논의…… 왜냐하면 내가 만약에 무슨 기관의 대표다, 지역의 대표다, 병원 대표다, 의협 대표다 이러면 양보를 할 수가 없습니다. 자기 개인적인 의견이면 양보가 가능해요. 그런데 내가 누군가를 대표하고 있다, 내가 지역구를 대표하고 있다, 우리당을 대표하고 있다 그러면 그때부터 양보를 절대 할 수 없습니다. 양보를 하면 완전히 반역자가 되기 때문에 그럴 때부터는 갈등이 극한으로 갈 수밖에 없는 겁니다. 그렇기 때문에 일본에서는 정치적 갈등을 피하기 위해서 이 문제를 기술적인 논의로 전환시킨 겁니다. 그래서 성공적으로 결론에 도달했고 이제는 다음 단계의 논의로 넘어간 상태입니다. 이게 우리한테도 상당히 큰 교훈이 될 거라고 생각합니다.

○위원장 박주민 알겠습니다.

이제 질의하실 위원님들이 없고요. 제가 하나만 확인을 좀 해 볼게요.

○서미화 위원 위원장님, 제가 의사진행발언 좀 하나 하겠습니다.

○위원장 박주민 왜요? 의사진행발언 갑자기 왜요?

예, 서미화 위원님.

○서미화 위원 아까 존경하는 김미애 간사님께서요 추계위에서 정치적 입장에서 지역구 의대 문제에 대한 질의 그리고 방금 진술인께서도 일본의 사례를 말씀해 주셨는데요. 오해의 소지가 있어서 제가 좀 밝히려고 합니다.

저는 지역구가 아니고요 비례대표고요.

전남 국립의대 문제는 물론 지역구 의원들이 수십 년 주장을 하셨지만 이 정부에 들어서서 윤석열 정부 또 윤석열 대통령이 하겠다고 했던 약속이고 총리 담화를 통해서 말씀하신 것이었습니다. 그래서 대통령과 이 정부가 하겠다고 하는 정책이 어떻게 진행되는가를 계속 처음부터 쫓아 왔던 내용을 제가 질의를 한 것이고.

또 이 전남 의대 문제가, 사실 아까 여러 진술인님들께서도 말씀하셨지만 수추위가 숫자만 말해서는 안 된다, 정말 근본적인 의료개혁의 방향성이라고 하는 것은 지역·필수·공공 의료를 배제할 수 없는 의료개혁 정책이 있어야 된다, 저는 이 점을 지극히 공감하는 입장에서 질의를 했다는 점을 명확히 해 둡니다.

그리고 또 하나 제가 발언할 것은요, 복지부 김국일 국장님께 제가 의대 문제 때문에 계속 교육부와 협의 문제를 질의하면서 어떻게 되고 있는지 해서 문서를 근거로 남기도록 요청을 드렸는데 답변을 하지 않으셨습니다. 사실 복지부가 일을 하면서 일관성 있는 정책을 진행함에 있어서 문서를 남겨야 된다는 것은 너무 당연한 일인 것 같은데 그

것에 대한 답변을 하지 않은 것에 대해서 좀 유감이고요. 모니터링을 하신다고 했고 협의를 하고 계시다고 했기 때문에 김국일 국장께서 교육부와 전남 국립의대 신설 협의 문제에 대해서 직접 의원실로 대면보고해 주실 것을 요청드리겠습니다.

이상입니다.

○**김미애 위원** 위원장님, 잠깐만 그 부분, 한 1분 정도만 좀 말씀드리겠습니다.

○**위원장 박주민** 하세요.

○**김미애 위원** 혹시 오해가 있으셨다면……

○**위원장 박주민** 오해 없어요, 오해 없어.

(웃음소리)

○**김미애 위원** 제 뜻은 그게 아니고 수급추계위 구성의 기능을 어떻게 할지에 대해서 필수의료 숫자, 지역의료 숫자를 다 포함해야 되는지 또 그렇게 가다 보면 정치적 고려를 안 하기도 참 힘들기 때문에 그것을 배제한 채 해야 되지 않냐 그런 질의였다는 것을 다시 말씀드립니다.

○**위원장 박주민** 이제 질의 다 하셨고요.

오늘 진술인분들 다 굉장히 고생하셨어요. 오랜 시간 동안 앉아 계셨고 또 여러 가지 바쁜 업무로 피곤하셨을 텐데 고생 많이 하셨고 감사하다는 말씀 드리겠습니다.

제가 마지막으로 하나만 좀 체크할게요.

안덕선 원장님, 의사분들이 추계기구에 들어오신다 그럴 때 꼭 의협에서만 다 추천이 돼야 되는 겁니까? 어떤 겁니까?

○**진술인 안덕선** 아닙니다. 내부 회의를 한번 해 보면 의사 공익단체들도 있습니다.

○**위원장 박주민** 그래서 다양하게 추천이 될 수 있다는 거예요?

○**진술인 안덕선** 의과·의학협회도 있고 의학회도 있고 한림원도 있고 의학교육학회 있고 평가원 있고, 불행히도 저희는 면허는 없습니다. 정확한 인력 파이가 안 되는…… 그런 수도 없는 단체들에서 추천을 받아 오는 거기 때문에 저렇게 이익단체가 와서 자기네의 이익을, 그거 아닙니다. 그렇게 안 합니다.

○**위원장 박주민** 아니, 그 말씀이 아니라 의협이라는 매개와 통로로만 추천이 돼야 되느냐를 말씀드린 거예요. 의협이 여러 구성 단위가 있다는 걸 저도 알기 때문에 그걸 여쭙본 거고, 나중에 제가 따로 한번 확인해 볼게요.

○**진술인 안덕선** 고맙습니다.

죄송합니다. 제가 엉뚱한 대답을 드렸나 봅니다.

○**위원장 박주민** 오늘 논의 굉장히 길었는데 사실 이 논의가 마무리하는 자리는 아니고요 좀 더 많은 의견들을 좀 들어야 될 것 같고.

오늘 허윤정 교수님께서 말씀해 주신 내용이 깊이 와닿는데 사실 의정 갈등 이후 충분히 살릴 수 있었는데 살리지 못했다 이 말, 어떻게든 해결을 좀 해야 될 것 같고 앞으로 다 같이 지혜를 모으는 그런 과정이 있어야 될 것 같습니다. 대단히 감사드리고요.

오늘 회의에 참석해 주신 위원님 여러분 수고 많으셨고요.

수석전문위원을 비롯한 위원회 직원 여러분, 보좌직원 여러분 수고 많으셨습니다.

오늘 회의 이것으로 마치겠는데 그 전에 제가 하나 예고를 좀 해야 되겠습니다.

지금 2월 20일 날 제2법안소위원회 예정돼 있습니다. 제가 김미애 간사님께 국민연금

관련된 법안, 모수개혁 중심으로 나와 있는 법안들 심사해 줄 것을 요청을 드렸고 만약에 심사가 도저히 안 되면 21일 날 전체회의에서 상정해 가지고 심사할 수도 있다는 말씀을 드렸으니까 양당 간사들께서는 좀 적극적으로 협의를 해 주십시오. 공개적으로 말씀을 드렸습니다.

오늘 회의는 이것으로 마치겠습니다.

산회를 선포합니다.

(19시02분 산회)

○출석 위원(24인)

강선우 김남희 김미애 김선민 김예지 김 윤 남인순 박주민 백종현 백혜련
서명옥 서미화 서영석 소병훈 안상훈 이개호 이수진 이주영 장종태 전진숙
천준호 최보운 추경호 한지아

○출석 전문위원

수석전문위원 이지민
전문위원 정경윤
전문위원 오세일

○정부측 및 기타 참석자

보건복지부
장관 조규홍
제2차관 박민수
대변인 정호원
기획조정실장 김혜진
사회복지정책실장 이스란
인구·사회서비스정책실장 은성호
보건의료정책실장 정윤순
의료개혁추진단장 정경실
정책기획관 임호근
연금정책관 진영주
인구아동정책관 김상희
보건의료정책관 김국일

○출석 진술인

신영석(고려대학교 보건대학원 연구교수)
옥민수(울산대학교 의과대학 울산대학교병원 예방의학과 부교수)
강정화(한국소비자연맹 회장)
정형선(연세대학교 보건행정학부 교수)
장원모(보라매병원 공공의학과 교수)
안기중(한국환자단체연합회 대표)
안덕선(대한의사협회 의료정책연구원장)
김민수(대한의사협회 정책이사)

정재훈(고려대학교 의과대학 예방의학교실 교수)

장부승(일본 관서외국어대학 교수)

허윤정(단국대학교병원 권역외상센터 외상외과 조교수)

김기주(대한병원협회 기획부위원장)

【보고사항】

○의안 회부

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 일부개정법률안

(2025. 1. 22. 이원택 의원 대표발의)(의안번호 2207696)

바이오의약품 위탁개발생산 기업 등의 규제지원에 관한 특별법안

(2025. 1. 22. 한지아 의원 대표발의)(의안번호 2207703)

혈액관리법 일부개정법률안

(2025. 1. 22. 신영대 의원 대표발의)(의안번호 2207720)

첨단의료복합단지 육성에 관한 특별법 일부개정법률안

(2025. 1. 22. 안도걸 의원 대표발의)(의안번호 2207722)

이상 4건 1월 23일 회부됨

공중위생관리법 일부개정법률안

(2025. 1. 23. 이수진 의원 대표발의)(의안번호 2207740)

식품위생법 일부개정법률안

(2025. 1. 23. 이수진 의원 대표발의)(의안번호 2207744)

고독사 예방 및 관리에 관한 법률 전부개정법률안

(2025. 1. 23. 김문수 의원 대표발의)(의안번호 2207751)

이상 3건 1월 24일 회부됨

국민건강보험법 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 황정아 의원 대표발의)(의안번호 2207805)

의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 이연주 의원 대표발의)(의안번호 2207809)

의료급여법 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 황정아 의원 대표발의)(의안번호 2207812)

국민기초생활 보장법 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 김소희 의원 대표발의)(의안번호 2207825)

약사법 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 장종태 의원 대표발의)(의안번호 2207827)

비만질환의 예방 및 관리에 관한 법률안

(2025. 1. 24. 이주영 의원 대표발의)(의안번호 2207836)

치매관리법 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 김주영 의원 대표발의)(의안번호 2207841)

아동복지법 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 김윤 의원 대표발의)(의안번호 2207842)

보건의료기본법 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 서명옥 의원 대표발의)(의안번호 2207845)

이상 9건 1월 31일 회부됨

아동복지법 일부개정법률안

(2025. 1. 31. 최수진 의원 대표발의)(의안번호 2207857)

2월 3일 회부됨

모자보건법 일부개정법률안

(2025. 2. 3. 서명옥 의원 대표발의)(의안번호 2207880)

2월 4일 회부됨

의료법 일부개정법률안

(2025. 2. 4. 김윤 의원 대표발의)(의안번호 2207882)

대한적십자사 조직법 일부개정법률안

(2025. 2. 4. 박성훈 의원 대표발의)(의안번호 2207884)

약사법 일부개정법률안

(2025. 2. 4. 박희승 의원 대표발의)(의안번호 2207889)

경계선지능인 지원에 관한 법률안

(2025. 2. 4. 서영석 의원 대표발의)(의안번호 2207892)

모자보건법 일부개정법률안

(2025. 2. 4. 박희승 의원 대표발의)(의안번호 2207896)

이상 5건 2월 5일 회부됨

중증장애인생산물 우선구매 특별법 일부개정법률안

(2025. 2. 5. 서명옥 의원 대표발의)(의안번호 2207906)

아동복지법 일부개정법률안

(2025. 2. 5. 서명옥 의원 대표발의)(의안번호 2207910)

보건의료기본법 일부개정법률안

(2025. 2. 5. 안상훈 의원 대표발의)(의안번호 2207913)

이상 3건 2월 6일 회부됨

환자안전법 일부개정법률안

(2025. 2. 6. 김선민 의원 대표발의)(의안번호 2207935)

식품위생법 일부개정법률안

(2025. 2. 6. 윤준병 의원 대표발의)(의안번호 2207936)

건강기능식품에 관한 법률 일부개정법률안

(2025. 2. 6. 윤준병 의원 대표발의)(의안번호 2207937)

이상 3건 2월 7일 회부됨

한의학 육성법 일부개정법률안

(2025. 2. 7. 강선우 의원 대표발의)(의안번호 2207983)

입양특례법 일부개정법률안

(2025. 2. 7. 김태호 의원 대표발의)(의안번호 2207988)

국민연금법 일부개정법률안

(2025. 2. 7. 강선우 의원 대표발의)(의안번호 2207994)

경계선지능인 지원법안

(2025. 2. 7. 강선우 의원 대표발의)(의안번호 2208004)

지역의사 양성을 위한 법률안

(2025. 2. 7. 강선우 의원 대표발의)(의안번호 2208008)

국민건강보험법 일부개정법률안

(2025. 2. 7. 이종배 의원 대표발의)(의안번호 2208010)

이상 6건 2월 10일 회부됨

국민연금법 일부개정법률안

(2025. 2. 10. 강선우 의원 대표발의)(의안번호 2208014)

뇌전증 관리 및 뇌전증환자 지원에 관한 법률안

(2025. 2. 10. 남인순 의원 대표발의)(의안번호 2208015)

이상 2건 2월 11일 회부됨

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안

(2025. 2. 10. 전진숙 의원 대표발의)(의안번호 2208019)

고령친화산업 진흥법 일부개정법률안

(2025. 2. 11. 박성훈 의원 대표발의)(의안번호 2208041)

장애인복지법 일부개정법률안

(2025. 2. 11. 김선민 의원 대표발의)(의안번호 2208048)

의료법 일부개정법률안

(2025. 2. 11. 전진숙 의원 대표발의)(의안번호 2208049)

국민건강증진법 일부개정법률안

(2025. 2. 11. 남인순 의원 대표발의)(의안번호 2208056)

사회복지사업법 일부개정법률안

(2025. 2. 11. 김교홍 의원 대표발의)(의안번호 2208062)

이상 6건 2월 12일 회부됨

의료법 일부개정법률안

(2025. 2. 12. 허종식 의원 대표발의)(의안번호 2208094)

마약류 관리에 관한 법률 일부개정법률안

(2025. 2. 12. 최보운 의원 대표발의)(의안번호 2208096)

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 일부개정법률안

(2025. 2. 12. 허종식 의원 대표발의)(의안번호 2208098)

이상 3건 2월 13일 회부됨

○관련의안 회부

은퇴자마을(도시) 조성 및 운영에 관한 특별법안

(2025. 1. 22. 엄태영 의원 대표발의)(의안번호 2207716)

과테말라 공화국의 대한민국과 중미 공화국들 간의 자유무역협정 가입의정서 비준동의안

(2025. 1. 22. 정부 제출)(의안번호 2207723)

이상 2건 1월 23일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨

성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 일부개정법률안

(2025. 1. 23. 이수진 의원 대표발의)(의안번호 2207741)

1월 24일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨
서해안철도 건설을 위한 특별법안

(2025. 1. 24. 윤준병 의원 대표발의)(의안번호 2207824)

참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률 일부개정법률안

(2025. 1. 24. 김소희 의원 대표발의)(의안번호 2207832)

이상 2건 1월 31일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨
검시를 위한 법의관 자격 및 직무에 관한 법률안

(2025. 1. 31. 이해식 의원 대표발의)(의안번호 2207861)

2월 3일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨
청소년 건강 보호 등을 위한 불법 전자담배 퇴출, 탈루 세액 징수 및 담배 동일규제 등을 위한 담배사업법 및 국민건강증진법 개정 등에 관한 입법 청원

(2025. 2. 6. 맹희석으로부터 김준혁 의원의 소개로 제출)(청원번호 2200102)

해상풍력 계획입지 및 산업육성에 관한 법률안

(2025. 2. 6. 박성훈 의원 대표발의)(의안번호 2207951)

국립대학병원 설치법 일부개정법률안

(2025. 2. 6. 김윤 의원 대표발의)(의안번호 2207953)

국립대학치과병원 설치법 일부개정법률안

(2025. 2. 6. 김윤 의원 대표발의)(의안번호 2207954)

이상 4건 2월 7일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨
재해구호법 일부개정법률안

(2025. 2. 7. 강선우 의원 대표발의)(의안번호 2207998)

국가기간 전력망 확충 특별법안

(2025. 2. 7. 안호영 의원 대표발의)(의안번호 2207999)

이상 2건 2월 10일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨
국립국가폭력트라우마치유센터의 설립 및 운영에 관한 법률 일부개정법률안

(2025. 2. 10. 전진숙 의원 대표발의)(의안번호 2208017)

2월 11일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨
인천국제공항공사법 일부개정법률안

(2025. 2. 12. 허종식 의원 대표발의)(의안번호 2208095)

2월 13일 의견제시기간을 소관위원회의 심사의결일 전일까지로 정하여 회부됨

○보고서 송부

2023회계연도 결산 심사결과 시정요구사항에 대한 조치결과

(2025. 2. 4. 정부 제출)

2월 6일 송부됨

○행정입법 제출

구분	대통령령	총리령	부령	훈령	예규	고시
보건복지부	3	-	1	-	-	14
식품의약품안전처	2	2	-	-	-	3

구분	대통령령	총리령	부령	훈령	예규	고시
질병관리청	-	-	-	-	1	-