

문제정의를 나타난 의대증원 갈등: 한국 의료시스템의 구조적 쟁점과 정책 함의*

김 성 수**
정 동 영***

국문요약

본 연구는 의대 정원 확대 논쟁을 둘러싼 정부와 의사 단체의 주장을 분석하여, 양측이 어떻게 문제를 정의하는지 비교하고, 정부와 의료계 주장에 대해 사례연구와 텍스트 분석을 하였다. 아울러 문제정의 과정에서 발생하는 상이한 원인 진단과 해결 방안이 내재되어 있는 한국 의료시스템의 구조적인 특징과 쟁점은 무엇인지 논의하였다. 정부는 의사 숫자 즉 인력규모 측면에서 원인을 진단하고 부족한 인력공급을 확대하고자 하는 정책목표를 설정하면서 의과대학 입학정원 확대를 핵심 수단으로 제시하였다. 반면, 의료계는 의사의 규모가 아니라 분포(배치)가 문제라고 주장한다. 문제정의를 둘러싼 쟁점으로는 의료인력의 적정 공급규모, 필수의료 분야의 수가 조정, 의료분쟁 리스크 완화, 지역의료 접근성 강화, 그리고 의료정책결정 거버넌스 개선 등이 있다. 의대증원 갈등사례에 담긴 정책적인 시사점으로는 의료 공공성과 민영화 간의 균형 유지, 의료 재정 건전성 확보, 필수의료 분야의 전공의 지원 유인, 지역 의료 접근성의 다각적인 접근, 적정 의사 수 도출을 위한 사회적 합의, 의료 거버넌스 구축의 필요성 등을 논의하였다. 의대증원 사례에서 문제정의를 핵심적인 차이는 원인진단에 있었으며, 의료시스템적인 요인들을 문제 정의에 대한 찬반 담론 주장에 적용함으로써, 정부와 의료계가 왜 상이한 원인 진단을 하는지에 대한 배경을 심층적으로 파악할 수 있었다.

주제어: 문제정의, 의대증원, 의료공공성, 필수의료, 텍스트 분석

I. 문제제기

2024년 2월 6일, 윤석열 정부는 고질적인 필수의료 및 지역의료 시스템 위기를 극복하기 위한 의료 개혁 방안의 일환으로 의과대학 입학 정원을 2,000명 대폭 증원하는 파격적인 정책을 발표했다. 정부는 증원을 통해 의료 인력 부족 문제를 해소하고, 지역 간 의료 불균형을 완화하며, 국민들의 의료 접근성을 향상시킬 수 있다고 강조했다. 그러나 정부의 발표 직후, 의료계는 즉각적인

* 이 논문은 2025년도 한국외국어대학교 교원연구비 지원에 의하여 수행되었음.

** 제1저자

*** 공동저자

집단행동에 나서며 강력하게 반발했고, 이는 정부와 의료계 간의 첨예한 갈등을 촉발하는 계기가 되었다.

정부와 의료계는 현재의 의료 상황을 위기로 인식하고 있다는 점에서는 공통된 입장을 보이고 있다. 응급 의료 시스템의 붕괴, 소아과 진료 대란, 지방 의료 기관의 인력난 등은 더 이상 간과할 수 없는 심각한 문제이며, 이에 대한 해결책 마련이 시급하다는 데에는 이견이 없다. 그러나 구체적인 원인 진단과 해결 방안에 있어서는 정부와 의료계가 입장 차이를 보이며 첨예하게 대립하고 있다.

정부는 필수 의료 및 지역 의료 붕괴의 주요 원인을 의사 수 부족으로 진단하고, 의대 정원 확대를 통해 이러한 문제를 해결할 수 있다고 주장한다. 반면, 의료계는 의사 수 부족 외에도 낮은 수가, 의료 과실 소송 부담, 열악한 근무 환경 등 다양한 요인이 복합적으로 작용하여 현재의 위기가 발생했다고 주장하며, 의대 정원 확대만으로는 근본적인 해결이 불가능하다고 강조한다. 오히려 의사 수 증가는 의료 질 저하, 과잉 진료 심화, 의료비 상승 등 새로운 문제를 야기할 수 있다는 우려를 제기한다. 이처럼 정부와 의료계는 동일한 현상을 서로 다른 관점에서 해석하고, 상이한 해결 방안을 제시하면서 의대 정원 확대 논쟁은 쉽게 해결되지 못하고 엄청난 사회적 갈등을 야기했다.

본 연구는 의대 정원 확대 논쟁을 둘러싼 정부와 의사 단체의 주장을 분석하여, 양측이 어떻게 문제를 정의하는지를 비교하고, 정부와 의료계 주장의 차이점을 심층적으로 분석하고자 한다. 특히, 문제정의 과정에서 발생하는 상이한 원인 진단과 해결 방안에 내재되어 있는 한국 의료 시스템의 구조적인 특징과 쟁점이 무엇인지를 논의한다.

본 논문은 다음과 같은 세 가지 연구 질문을 중심으로 연구를 진행하였다.

첫째, 정부와 의료계는 의대증원이라는 동일한 정책을 어떻게 서로 다르게 문제정의하고 있는가? 각 주장은 가치와 이해관계 이외에 한국 의료시스템의 어떤 구조적 특성을 반영하고 있는가?

둘째, 각각의 문제정의에 나타나는 의료시스템의 구조적 쟁점은 무엇인가? 공공의료 부족 및 지역간 불균형, 민간 중심 의료공급체계, 건강보험제도 구조, 정책거버넌스 미비 등 한국 의료시스템의 고질적인 문제들이 의대증원 논쟁과정에 어떻게 작용하고 있는가?

셋째, 의료시스템의 구조적 요인을 감안할 때, 정부의 의대증원 정책 갈등에 담긴 정책적인 함의와 문제정의 개념에 주는 이론적인 시사점은 무엇인가?

본 연구는 이러한 연구 질문에 대한 심층적인 분석을 통해 의대증원 논쟁의 실체를 파악하고, 한국 의료 시스템의 문제점을 진단하며, 지속 가능한 의료시스템 구축을 위한 정책적 함의를 도출하고, 더불어 문제정의에서 시스템적 요인을 고려하는 접근방식의 설명력을 확인하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 정책문제정의의 이론

1) 문제정의의 3가지 단계

정책 문제의 정의는 문제를 명확히 파악하는 것부터 시작하며, 이어서 그 원인을 진단하는 과정이 따른다. 이후에는 구체적인 목표를 설정하여 해결방안을 모색하는 단계로 나아가게 된다. 이러한 문제파악, 원인진단, 목표설정 세 가지 과정은 효과적인 정책 수립을 위해 필수적인 절차인데 세부적으로 보면 다음과 같다.

첫째, 문제파악은 현재 상황이 정부 개입을 필요로 하는 공적 문제인지 여부를 결정하는 정책 문제정의의 출발점이다. 이는 특정 현상이나 조건이 단순히 '문제'로 존재하는 것이 아니라, 동일한 현상이라 하더라도, 이를 정책 개입이 필요한 문제로 파악하느냐의 여부에 따라 정책 대응의 필요성이 결정된다. 사회문제가 공공의제, 정부의제로 변화하는 정책의제설정론의 개념을 활용하면 사회문제가 정부의제가 되는 과정이다. 예를 들어, 급격한 부동산 가격 상승이라는 현상에 대해 일부는 이를 주거 불안정과 사회적 양극화를 초래하는 심각한 정책 문제로 진단하고, 정부의 시장 개입과 규제 강화를 요구한다. 반면, 다른 입장에서는 해당 현상을 시장 메커니즘의 자연스러운 결과로 보며, 정부의 개입이 오히려 시장 왜곡을 심화시킬 수 있다고 주장한다. 이러한 입장 차이는 단순한 사실 판단의 차이가 아니라, 정책 문제를 어떻게 정의하고 해석하느냐에 따라 달라지는 정치적 구성의 결과이기도 하다. Stone(1989)은 문제파악이 단순한 기술적 판단이 아닌, 경쟁적 서사와 인과적 이야기 구성(causal stories)을 통해 형성된다고 보았는데, 이는 문제파악이 객관적 사실의 반영이라기보다는, 다양한 행위자들의 이해관계, 이념, 담론이 복합적으로 작용하는 정치적 구성물의 특징이 있음을 의미한다.

둘째, 문제파악을 한 경우에는 해당 문제가 발생하는 원인이 무엇인지 하는 원인진단을 하게 된다. 그러나 이 과정은 단순한 기술적 분석이 아니라, 특정한 인식 틀과 이해관계가 작동하는 정치적 행위로 간주된다.(Stone, 1989) 예를 들어, 부동산 가격 상승이라는 동일한 현상에 대해 일부 행위자는 이를 투기적 수요의 결과로 해석하고, 이에 따라 정부의 규제 강화와 시장 개입을 요구한다. 반면, 다른 행위자들은 주택 공급의 구조적 부족을 주요 원인으로 진단하며, 규제 완화와 공급 확대를 정책적 해법으로 제시한다. 이처럼 문제의 원인에 대한 진단이 상이할 경우, 문제정의와 정책 대응의 방향은 서로 다르게 구성된다. 이는 정책 문제의 정의와 원인 진단이 객관적 사실의 단순한 반영이 아니라, 다양한 행위자 간의 권력관계와 담론 경쟁 속에서 형성된다는 점을 보여준다.(Schattschneider, 1960; Rochefort & Cobb, 1994)

셋째, 문제파악과 원인진단이 이루어지면, 그에 기초하여 처방적 대응의 방향이 설정되고, 이를 달성하기 위한 정책목표가 수립된다. 정책목표는 문제의 인식과 원인 분석에 근거한 실천적 방향성을 갖는다. 예컨대, 부동산 가격 상승을 투기 수요에 의한 결과로 진단하는 입장에서는 시장의

과열을 억제하고 자산 불평등을 완화하는 것이 핵심 정책목표가 된다. 이러한 목표는 다주택자에 대한 세제 강화, 대출 규제, 실수요자 중심의 주택시장 재편 등의 정책수단으로 구체화된다. 반면, 동일한 현상에 대해 주택 공급의 부족이 근본 원인이라는 진단이 우세한 경우에는, 주택의 공급 확대와 토지이용 규제 완화가 정책목표로 설정된다. 이 경우 공공주택 확대, 개발 인허가 절차 간소화, 수도권 내 신규택지 개발 등의 수단이 강조된다. 이처럼 정책목표는 중립적이거나 보편적인 것이 아니라, 원인에 대한 진단과 해석의 산물이며, 정치적·이념적 판단에 의해 상이하게 구성될 수 있다. 따라서 정책목표의 설정은 기술적 합리성만이 아니라, 가치와 이해관계의 조율을 포함하는 정치적 과정으로 이해되어야 한다. 문제파악-원인진단-목표설정 3가지 과정은 서로 밀접히 관련되면서 정책 결정의 초기 단계에서 핵심적인 의미를 갖는다.

2) 문제정의의 영향요인 : 가치, 이익, 프레임

정책사례 연구에서 행위자들이 문제정의에 영향을 미치는 요인에 관한 이론적 논의는 다양하게 축적되어 있다. 대표적으로, 정책옹호연합체(ACF) 모형에서는 신념 체계와 자원¹⁾에 의해 다양한 입장을 가진 연합이 형성된다고 본다. 여기서 신념(belief)은 가치, 이데올로기, 정책 이념 등 여러 형태로 표현될 수 있는 철학적이거나 규범적 선택 기준을 의미한다.

이념의 형태는 사회철학이나 정치이데올로기의 연구 대상이지만 찬성과 반대의 주장이 대립하는 정책담론의 맥락에서는 단순화하여 보수 vs. 진보와 같은 이분적인 구분을 할 수 있다. 이러한 대립하는 두 개의 이념 축은 정책분야별도 상이한 규범적 형태와 세부 근거로 등장하게 된다. 예를 들면 ① 복지정책(자유/경쟁력/개인/자기책임/자기주도성 vs. 사회적연대성/평등), ② 규제정책: 정부역할(사회정의, 약자/소비자/환경보호, 양극화 해소, 지속가능성) vs. 시장중심(경제성장, 일자리 창출, 비용증가, 산업발전 제약), ③ 사회정책(개인의 선택권/양심/종교적신념 vs. 사회적 규범), ④ 환경정책: 생태주의(자연과 인간의 상호의존성, 지속가능성) vs. 인간중심주의(인간의 이익과 필요) 등이 있다.

한편, 정책 문제 구조화에 관한 연구는 행위자의 문제정의 요인을 정책 이념(ideology, value, belief)과 이해관계(interest, tax, vote)로 구분한다. 행위자가 찬반 주장을 펼치는 담론 교환 과정에서는 정책 이념(value)이나 이해관계(interest)가 주된 근거나 정당화 요소로 작용한다고 본다.(김성수, 2017: 56) 정책 이념은 ACF에서 제시한 신념과 동일한 개념으로 이해될 수 있으며, 이해관계는 보조금, 조세 등과 같은 물질적, 금전적 이익뿐만 아니라 유권자의 지지, 선거에서의 유불리 등의 비물질적 요인도 포함한다.

프레임은 현실을 이해하고 판단하는 인식의 틀(frame)이라고 할 수 있다. 행위자들은 프레임에 의해서 정보를 선별, 수용하고 문제를 파악한다. 프레임에 의해서 문제의 성격이 정의되고 필요한

1) 자원(resource)은 행위 연합이 보유한 영향력 행사 수단을 가리키며, 권력, 자원, 사회적 권위 등 다양한 형태를 포함한다. 이러한 자원은 각 행위 연합이 자신의 입장을 관철하고 제3자인 대중이나 국민의 지지를 얻기 위해 활용된다.

근거 자료가 동원된다. “프레임은 특정 문제에 대한 접근방식을 규정함으로써 첫째, 그에 따른 문제의 진단과 정의가 달라지고 둘째, 문제해결 대안이 달라지며 셋째, 이러한 대안을 실현하기 위한 동기부여 방식까지도 결정”되게 된다.(정정길, 2022: 228)

그러면 이러한 프레임 혹은 인식의 틀은 무엇에 의하여 결정되는가 하는 프레임 형성의 요인이나 동기에 대한 질문을 할 수 있는데 Lakoff(2004)는 정치적 이념과 신념이 정책이나 사회적 문제를 특정한 방식으로 해석하는 데 핵심적인 역할을 한다고 보았다. 그리고 Brummett(2010)은 개별 또는 집단의 경제적 이해관계에 따라 프레임이 형성되고, 이것이 사회적 논쟁과 정책 방향에 영향을 미친다고 주장하였다. 이들의 논의는 개인이 어떤 프레임을 채택하거나 선택하는 과정과 동기에 집중하고 있는데 결과적인 내용은 ACF나 문제구조화가 설명하는 것과 공통된다.

3) 문제정의와 문제구조화의 관계

본 연구가 초점을 두는 문제정의의 개념은 넓은 맥락에서 문제구조화(problem structuring)의 한 부분이다. 문제구조화의 개념을 발전시킨 W. Dunn은 문제구조화를 다음 <그림 1>과 같이 정리하고 있다.(Dunn, 2018: 112~114)

첫째, 널리 퍼진 문제상황을 인식하거나 느끼면서(문제의 감지/ problem sensing) 문제상황이 형성되는데, 이때 분석가는 문제탐색(problem search)에 관여하면서 복수 이해관계자의 많은 문제표현(problem representation)을 발견하게 된다. 그 결과로 메타문제가 도출되지만 아직은 문제표현의 수가 너무 많아 특정하게 구체화되지 않은 단계이다. 문제정의 제3단계의 첫 번째인 문제 파악의 단계에 해당한다고 볼 수 있다.

둘째는 메타문제로부터 실질적 문제로 넘어가는 문제의 기술(problem delineation) 단계로 이 과정에는 세계관, 이념, 신화의 요소가 관련된다고 본다. 그러면서 빈곤을 정의하는 다양한 방식으로 사고 또는 불가피한 사회적 상황, 경제적 엘리트의 이기적 행위, 또는 가난한 사람 그 자신의 결함에 따른 결과로 정의될 수 있다고 예시적인 보기를 제시하고 있다.

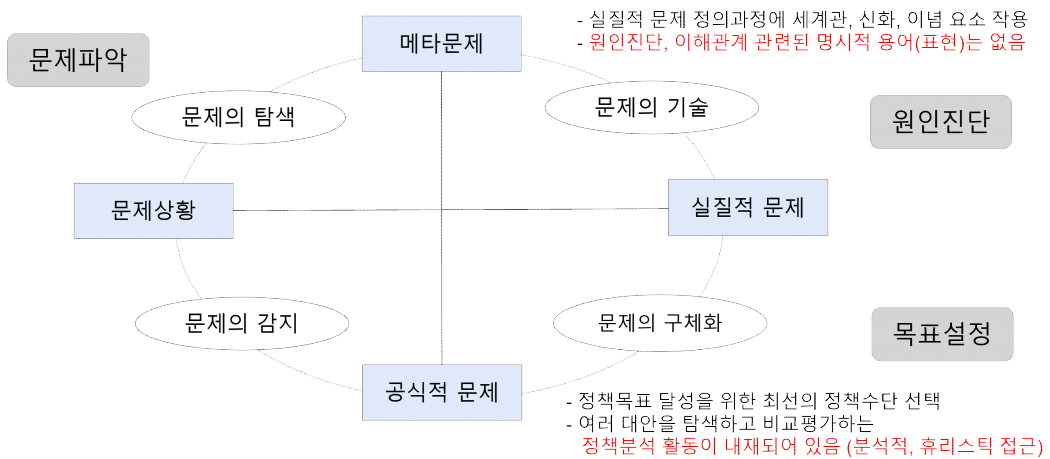
이러한 문제의 기술과 실질적 문제의 도출단계는 본 논문의 관점에서 문제를 파악한 이후 해당 문제의 발생원인이 무엇인지 진단하는 것과 같은 내용이다. 하지만 Dunn의 문제의 기술 단계에서는 원인진단, 행위자의 이해관계와 같은 용어를 사용하지 않는 바, 본 논문이 원인진단에는 이해관계, 이념, 구조적 요인이 작용한다는 보는 것과 차이가 있다.

셋째, 실질적 문제가 정의되면 문제의 구체화(problem specification)를 통해서 공식적 문제를 구성한다. Dunn은 문제의 구체화는 실질적 문제의 공식적, 상징적 또는 수학적 표현(모형)으로 발전하는 것을 포함한다고 보면서, 구체적으로는 “실질적인 문제를 공식적 문제로 변환하는데 요구되는 기능은 계량경제학적 모형화나 의사결정분석으로 포함한 수학적 통계적 논리적인 것이다”(Dunn, 2018: 116)라고 주장하고 있다. 공식적 문제가 구성됨으로써 정책목표가 공식화된다는 것을 감안하면 문제의 구체화 과정에는 기대되는 정책결과를 예측(forecasting)하고, 선호되는 정책대안을 처방(prescription)하고, 관찰된 정책결과를 점검(monitors)하고, 관찰된 정책결과를 평

가(evaluation)하는 정책분석의 작업이 관련된다고 볼 수 있다.(Dunn, 2018: 78~80) 정책목표 달성에 필요한 여러 대안을 비교·평가하며 최선의 대안을 선택하는 작업을 거치면서 공식적 문제로 구체화하는 것이다.

문제의 구체화 단계는 본 연구의 문제정의에서는 목표설정에 해당하는 것으로 볼 수 있다. 차이점은 본 연구에서는 원인이 진단되면 진단된 원인을 해소하는 방향으로 목표가 설정된다고 단순화하여 기술적으로 보고 있지만, Dunn의 정책구조화에서는 여러 대안을 비교·평가하면서 가장 목표달성도가 높은 방향으로 공식적 문제를 설정한다는 의미에서 분석적이고 휴리스틱(heuristic)한 접근을 하고 있다는 것이다.

〈그림 1〉 문제구조화의 단계 및 문제정의와의 관계



(자료: Dunn(2018: 112)의 내용에 문제정의의 3단계의 매칭과 설명을 추가함)

4) 정책 문제정의에 관한 선행연구 고찰

본 연구에서 선행연구에 대한 고찰은 정책문제 구조화 및 문제정의에 관한 부분과 한국의 의료 정책 및 시스템에 관한 부분으로 살펴보았다. 먼저, 문제구조화 및 문제정의에 관한 선행연구로 이희선(2005)은 정책문제에 관한 인식론적 상대주의의 배경아래 정책문제의 특징과 본질적 속성을 파악하고 정책문제의 해결을 위한 원리와 분석 틀을 제시하면서 문제 구조화의 중요성 및 한계점을 밝히고 정책문제의 구조화를 위한 방법론적 설계방안을 제시하였다. 사공영호(2012)는 정책 문제정의에 관한 문제를 현상학의 시각에서 사회문제 또는 정책문제를 정의한다는 것은 어떤 활동인지를 설명하고, 이에 기초하여 왜 ‘틀린 문제’²⁾ 정의가 발생하게 되며, 이에 대한 대응책은 있

2) Dunn(2018)은 그의 정책분석론에서 문제정의를 틀리게 하는 경우를 제3종 오류(E III)로 칭하면서 대형 사무실 건물의 관리자가 러시아워 동안 엘리베이터 서비스에 대한 불평을 어떻게 해결할 수 있는지 사례를 제시하고 있다. 기술자에게 자문한 결과 ① 엘리베이터 추가설치, ② 빠른 엘리베이터로 교체, ③ 컴퓨터 통제장치 설치의 3가지 대안을 제시받았다. 이를 경제학자에게 의뢰하여 비용편익분석을 시행하였으나 어느 대안도 비용이 빌딩임대 소득을 정당화할 수 없었다. 그런데 젊은 인사심리학자가 각 층의 엘리

을 수 있는지에 대해 논의하면서 문제정의가 틀리게 이루어질 가능성을 줄이기 위해서는 우선 문제를 정의하는 우리 자신의 의식을 반성해 볼 수 있는 태도의 변화가 필요함을 제시하였다. 장창호(2013)는 참여정부에서 기존 한국문화예술진흥원을 민간합의제 구조인 한국문화예술위원회로 개편한 정책처방을 중심으로 위원회 설립 전후에 나타난 구조화된 정책 문제정의의 내용을 비교하고 정부의 문제정의를 평가하였다. 사회구성적 관점에서 다양한 이해관계자들이 파악한 문제의 본질을 이해하고 그들이 제시한 문제표현을 구조화하여 가치에 대한 합의³⁾를 형성하는 것이 중요함을 제시하였다. 김성수(2017)는 정책문제구조화 모형을 바탕으로 경제민주화 담론에서 문제정의의 동태적 변화를 분석하였다. 문제의 양상 그리고 선거와 같은 상황적 요인과 행위자의 이념 및 이해관계가 상호작용함으로써 동태적인 시간변화에 따라서 경제민주화의 3대 이슈영역(재벌 개혁, 공정거래, 중소기업·소상공인 보호)의 문제정의의 내용 및 우선순위 비중이 달라짐을 확인하였다. 김문근(2021)은 1995년 정신보건법 제정 이후 정신건강복지정책에서 문제정의와 문제구조화 특성을 의료관점과 인권관점에서 논의하였다. 1995년부터 2020년까지의 시기를 정부 계획 및 정책이 발표되는 5년 주기로 구분(도입기, 형성기, 분권기, 확립기, 전환기)하여 종단적 변화를 분석하였다. 의료관점에서는 기존 치료 및 재활 중심 접근에서 예방 및 증진 중심 접근 및 의료 효과성 중심의 문제구조화로 큰 진전이 있었지만, 인권관점에서는 아직까지 인권의 다양한 영역을 충분히 포괄하지 못한 채 협소하게 정의하고 있는 것으로 나타났다.

의료정책에 관한 갈등연구로는 전진석·이선영(2015)은 정책옹호연합모형과 정책네트워크 모형을 결합하여 의료민영화 정책변동 과정을 분석하였다. 의료민영화 정책이 추진된 노무현, 이명박, 박근혜 정부까지의 시기를 정책갈등 잠복기, 표출기, 심화기로 구분하였고, 국민건강보험 및 병원의 재정적 곤란, 사회문화적 의식과 의료서비스에 대한 인식 변화 속에서 의료서비스 시장의 개방에 따른 의료산업 측면의 의미 부각, 다양한 찬반 행위자들의 개입 등을 역동적 변수로 파악하였으며, 찬반 옹호연합과 이들의 상호작용을 통한 정책산출을 설명하였다. 김순양(2017)은 2004년부터 2016년까지의 의료민영화정책 과정에서 찬반 집단의 주요 행위자를 구분하고 이들의 신념 및 이해를 분석하였다. 영리병원 도입 논쟁과 원격진료 및 의료법인 자회사설립 허용 논쟁이 촉발되었으며 다양한 행위자들이 참여하는 이슈네트워크 형태의 정책하위체제가 형성되었음을 확인하였다. 행위자별 특성에 따라 정책개입 및 연합형성의 정도가 달랐다. 정권은 변화하였지만 찬반 진영의 주도적 행위자는 변하지 않은 특징이 있었다. 김선희(2022)는 한국의 의료보장정책

베이터 로비에 전신거울을 설치하여 엘리베이터를 기다리는 지겨움(불평)을 해결하였다. 이 경우 자문기 술자와 경제학자 모두 제3종 오류를 범하고 있다.(Dunn, 2018: 164-165)

- 3) Hoppe(2025)는 '문제화(problematization)' 개념을 사용하며, 이는 정부가 사회문제를 어떻게 인지하고 프레임화하며 해결해 왔는지, 또는 해결해야 하는지에 대한 질문이라고 한다. 그는 문제선택과 문제정의의 방식은 사회가 공동체를 이루며 살아가는 방식과 좋은 삶에 대한 가치 및 비전을 점진적으로 갱신(renew)하는 과정을 설명한다고 보았다. 이러한 관점은 문제정의를 합의 형성의 과정으로 이해하는 것이다. '문제화' 개념을 단순히 문제를 객관적으로 식별하는 것을 넘어, 사회적 논의와 상호작용을 통해 다양한 행위자들이 특정 문제에 대한 공통의 이해와 인식을 구축하고, 나아가 공동의 해결 방향과 가치를 형성해 나가는 과정으로 보는 것이기 때문이다. 이는 문제를 분석적으로 해체하는 Dunn의 접근과는 대조적으로, 문제정의의 사회적, 정치적, 구성주의적 측면을 강조하는 것이다.

변화를 제도주의 시각에서 분석하였다. 의료보장체계를 제도복합체로 간주하고, 제도복합체와 제도적 논리, 정책환류 간 개념적 연계를 통한 통합적 분석 틀을 제시하였다. 제도의 복잡성은 수평적(정책문제의 특성과 보건의료환경), 수직적(복지체제, 의료제도), 시간적(정책환류) 복잡성으로 구분되고, 시장성과 공공성이라는 가치 대립 속 다양한 제도적 논리에 따라 정책에 대한 논의가 전개되었으며, 긍정적/부정적 정책환류가 동시에 작동하면서 정책의 지속과 변화가 나타남을 확인하였다. 이에 따라 보장성 강화를 위한 역대 정부의 노력에도 불구하고 정책 성과가 부진한 이유를 설명하였다. 김원일(2024)은 우리나라 보건의료체계의 특성을 시장 의존적이며 동시에 강력한 정부개입이 공존하는 것으로 파악하고, 보건의료자원 간의 부조화, 의료전달체계 부재에 따른 비효율성, 행위별수가제 중심의 보상체계 등과 같은 구조적 한계를 지적하였다.

이러한 선행연구에 비교한 차별성으로 본 연구는 문제정의에 작용하는 (의료)시스템적인 요인을 분석한다. 정부와 의료계 행위자가 주장하는 찬반 담론에 의료시스템의 구조적인 요인이 어떻게 영향을 미치는지 분석하고 의대증원 갈등을 구조적 측면에서 해석하고자 한다.

2. 의대증원 정책의 맥락과 의료시스템의 구조적 문제

1) 의대증원 정책의 역사적 맥락

의과대학 정원을 둘러싸고 의료계와 정부는 지난 20여 년 동안 반복적으로 갈등을 빚어오고 있다. 의대 정원 문제가 논쟁적 의제로 부상한 것은 2000년 의약분업 추진 과정으로 거슬러 올라간다. 당시 의약분업 반대 집회와 파업이 이어졌고 의료계와 합의 차원에서 의대정원의 감축조정이 이루어졌다. 2002년 대통령 직속 ‘의료제도발전특별위원회’가 의사 인력 공급 적정화 방안을 확정하고, 2003년에는 2007년까지 정원의 10%를 감축하는 계획이 발표되었다. 이때 논의의 핵심은 의사 과잉 방지와 교육 질 관리였다.(뉴시스, 2024)

2010년대에 들어서는 의사 부족 담론이 힘을 얻으며, 의사 인력의 적정 수급과 관련해 의대 증원이 논의되기 시작했다. 2012년에 의사 부족과 지역별 수급 불균형 심화를 지적하는 보고서들이 발행되었으며, 보건복지부가 의대 정원 증원 검토에 착수하고, 국회와 국민건강보험공단, 대한병원협회 등에서 의료인력 수급 관련 토론회가 이어졌다. 2017년 보건사회연구원은 중장기 수급전망을 통해 의사 부족을 진단하였고, 같은 해 서남의대가 폐쇄되면서 부실 의대 문제도 병행 논의되었다. 2018년 정부와 여당은 국립공공의료대학 설립 계획을 발표했으나, 의사협회와 전공의협의회 등 의료계는 강력히 반발하며 공공의대 설립은 새로운 갈등 이슈로 부상하였다.(박윤재 외, 2025)

2020년 코로나19 팬데믹과 맞물려 의사 부족 문제를 해결하기 위해 의대 정원 논의를 다시 촉발시켰는데, 정부는 지역의사 300명 등을 포함한 의대 정원 400명 증원과 공공의대 설립을 4대 의료개혁 정책(의대 증원, 공공의대 신설, 취약 급여화 시범사업, 비대면진료)으로 발표하였다. 그중 의대 증원은 10년간 4,000명의 의사를 양성한다는 계획이었다. 그러나 의료계는 총파업, 국가고시

거부, 집단 휴학 및 사직서 제출 등 강경한 집단행동에 나섰다. 정부는 업무개시명령과 고발 조치로 대응했으나, 코로나19 위기 속 의료 공백에 따른 환자 위험을 우려해 의대 증원 및 공공의대 설립 추진을 중단하고, 의료현안을 논의하는 의정협의체 구성, 4대 정책을 해당 협의체에서 논의하기로 합의하였다.(박윤재 외, 2025)

윤석열 정부 출범 이후인 2022년부터 의대 정원 확대 논의는 재점화되었다. 국정감사에서 증원 추진계획이 발표되었고, 2023년 보건복지부는 의대 입학정원 512명 증원 추진을 시작하였다. 대통령실은 대폭 증원을 예고하였으며, 사전 실시한 대학별 수요조사 결과에서 의과대학들은 최소 2,151명에서 최대 2,847명 증원을 희망하는 것으로 나타났다. 의료현안협의체가 운영되었으나 의협은 중도 퇴장하며 갈등은 지속되었다. 2024년 2월 의대 정원 2,000명 증원이 발표되었다.(조선비즈, 2024)

정리하면, 한국의 의대 정원 논의는 2000년대 초반 의사 과잉 우려와 교육 부실 문제에서 출발하여, 2010년대 이후 의사 부족과 지역 불균형 문제로 전환되었고, 2020년 코로나19 위기를 계기로 증원 논의가 급격히 확산되었다. 이후 의료계와 정부 간 협의체 구성 및 협의 과정을 거쳤으나, 서로의 입장 차이만 확인할 뿐 실질적인 합의는 이루어지고 있지 않다.

2) 한국 의료시스템의 구조적 문제

① 공공의료 부족 및 지역간 불균형

한국 의료시스템의 구조적 특징으로 가장 먼저 살펴볼 점은 공공의료 부분의 취약성이다. OECD 주요국의 공공의료 현황을 재원, 기관, 병상수를 기준으로 비교하면, 의료비 지출에서 공공 재원이 차지하는 비중은 64.1%로 나타났다. 이는 OECD 평균보다 10% 가량 낮았으며, 민간보험 중심의 미국(Liberal), 국가 주도의 영국(NHS), 국민건강보험제도 방식의 독일(NHI)뿐만 아니라 우리나라와 비슷한 의료시스템을 갖춘 일본 등 주요국과는 20% 가량 차이가 났다. 공공의료기관 및 공공 병상 비중은 OECD 평균에 한참 못 미치는 한 자릿수로 나타났다.

전체 의료기관 4,227개소 중 공공의료기관은 220개소(병원급 이상), 전체 651,654개 병상수 중에서 공공 병상은 61,650개였다.(KOSIS, 2024)⁴⁾ 인구 1,000명당으로 환산 시 공공 병상은 1.2개로 OECD 평균(2.7개)보다 적었으나 전체 병상수는 12.8개로 OECD 회원국 중 가장 많았다.(2022년 기준 OECD 평균 4.3개/ 보건복지부, 2024d)

공공의료기관은 근거법령에 따라 소관부처가 상이하다. 교육부, 보건복지부 등 8개 중앙부처, 세종을 제외한 16개 광역자치단체, 그밖에 국립중앙의료원, 대한적십자사 등 운영 및 관리체계가 분산되어 있어 연계·협력이 미흡한 실정이다.(김정희 외, 2020) 또한 공공의료기관의 41.9%가 정원 미달로 나타났으며, 정원 대비 의사 3,563명이 부족한 것으로 조사되었다.(경실련, 2024) 이렇듯 한국의 취약한 공공의료 부분은 대부분의 의료공급이 민간에 의해 주도되고 있음을 보여준다.

4) KOSIS(국가통계포털)의 < 시도별 공공의료기관 비중(2023년 기준) > 참조, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=411&tblId=DT_411002_03&conn_path=I2

문지기 장치⁵⁾가 없는 한국의 의료전달체계 하에서 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림은 지역 간 격차 확대로 이어지면서 공공의료의 구조적 취약성을 더욱 부각시키고 있다.

〈표 1〉 OECD 주요국 공공의료 비중

국가	의료비지출 공공재원 비중	공공의료기관 비중	공공 병상 비중	보험자 유형
한국	64.1%	5.2%	9.5%	사회보험/단일보험자
일본	86%	18.5%	27.8%	사회보험/다보험자
미국	83.6%	22.5%	21.1%	민간보험/다보험자
독일	86.7%	24.9%	39.8%	사회보험/다보험자
영국	82.4%	100%	100%	조세/단일보험자
OECD 평균	75.6%	55.1%	71.6%	-

자료: 보건복지부(2024b). 「2022년 국민보건계정」./ 보건복지부(2024c). 「2023년 공공보건의료주요 통계」./ 보건복지부(2024d). 「OECD Health Statistics 2024」.

② 민간 중심 의료공급체계: 과도한 경쟁 및 의료시장 이원화

공공의료의 취약은 상대적으로 의료공급이 민간 중심으로 이루어짐을 의미한다. 이러한 구조는 공공의료에 대한 정부의 선도적 투자 부족과 이후 국가 주도 경제개발을 위한 선택과 집중으로 1970년대 이후 정부가 의료 인프라 확충을 민간에 의존하면서 형성된 역사적 맥락과 관련이 있다.

해방 직후 자원의 총량이 절대적으로 부족한 상황에서 대형 의료기관은 공공이 담당하고 중소 병원 이하의 의료기관은 민간에 의해 운영되었다. 이후 1977년 의료보험 시행으로 급증한 의료수요에 대응하기 위하여 정부는 공공병원 설립과 같은 직접 투자를 늘리는 대신 민간에 의존함으로써 시장을 통한 보건의료의 공급이 심화되기 시작하였다. 1989년 전 국민 의료보험으로 보건의료 시장이 급격히 확대되고, 시장경제와 긴밀히 연결되는 의료자본도 크게 성장하였다. 1998년 IMF 경제위기 이후 신자유주의 흐름이 강화되면서 2000년대 들어서는 민간과 공공의 관계가 완전히 역전되어 민간이 선도하고 공공이 보완하는 구조가 확립되었다. 1990년대 민간 중심 의료공급에 대한 문제 제기와 공공의료 확충을 주장하는 목소리가 2000년대에 제도권으로 확산되기 시작했지만, 이미 굳어진 민간 중심 체계를 변화시키기에는 역부족이었다.(김정희 외, 2020)

민간 중심의 공급체계는 한국의 의료시스템이 의료서비스의 효율성과 접근성을 확보하는데 기여하였다. 무엇보다도 '낮은 비용-높은 품질-우수한 접근성'으로 특징지어지는 한국 의료시스템의 경쟁력을 확보하였다. 국민건강보험은 저수가 기초를 고수하면서 행위별 수가체제에 기반한 보상체계를 활용하였다. 저비용-고품질의 의료시스템을 지탱할 수 있었던 것은 대학병원 수련시스템을 지탱한 고급 인력인 전공의의 값싼 인건비와 장시간 노동이다.(강민구 외, 2024) 종합하면 그 동안 한국형 의료시스템은 지속가능성을 확보하기 어려운 불안정한 균형상태에서 유지되고 있었다고 평가할 수 있다. 아울러 행위별 수가체제 하에서 피부미용 및 성형 등 비급여 부문이 팽창하면서 전공의들의 필수의료 부분에 대한 지원도 감소하였다.

5) 상급의료기관을 이용하기 위해서는 먼저 일차의료기관 거치도록 하는 시스템이다.

민간의존적이며 재정투입을 최소화하는 과정에서 한국의 의료시장은 과도한 경쟁 및 의료시장 왜곡의 문제점을 보이고 있다. 먼저 과도한 경쟁 측면에서 보면 ① 낮은 수가로 인해서 의료기관들은 수익을 확보하기 위해 더 많은 환자를 진료하거나, 고가의 비급여 진료를 유도하는 경향이 있다. ② 의료기관들은 경쟁적으로 환자 유치에 나서고, 대형 병원들은 첨단 의료 장비 도입, 고급 시설 확충, 유명 의사 영입 등을 통해 환자를 유인하고, 이는 중소병원 및 의원들의 경영난을 심화시키는 요인으로 작용하고 있다. 아울러 ③ 건강보험이 적용되지 않는 비급여 진료를 확대하며 환자들의 의료비 부담을 가중시키기도 한다.

의료시장 이원화 측면에서는 ① 수익성이 높은 진료과목(예: 성형외과, 피부과, 안과)에 의사들이 몰리고 필수 의료분야(예: 응급의학과, 흉부외과, 산부인과)의 인력 부족이 나타나며 의료서비스 진료과목의 불균형이 심화되고 있다. 아울러 ② 의료기관도 규모별로 양극화되면서 대형 병원들은 자본력과 인력을 바탕으로 성장하는 반면, 중소병원 및 의원들은 경영난에 시달리는 현상이 발생한다. 이는 의료 서비스의 접근성 저하, 의료기관 간 질적 격차 심화 등으로 이어지고 있다. 더불어 ③ 대도시 지역에는 의료기관이 집중되어 있는 반면, 농어촌 지역에는 의료기관이 부족한 지역 의료 접근성의 문제도 발생하고 있다.(조병희, 2019/김원일, 2024/이수연, 2013)

③ 건강보험제도의 불안정성: 낮은 수가와 대형병원 유리

앞에서 논의한 대로 한국의 의료시스템은 낮은 공적 재원조달 비중과 민간의료기관 중심의 전달체계를 갖는다. 그러면서도 한국이 영리를 추구하는 의료민영화를 승인하지 않고 의료 공공성을 유지할 수 있었던 것은 단일보험자인 국민건강보험공단을 통해 전국민을 대상으로 건강보험을 운영하는 정부의 규제적 수단이 있기 때문이다. 의료기관의 건강보험 진료를 의무화하는 '당연지정제' 하에서 의료수가를 정부가 통제하고 있어 한국의 의료서비스는 정부가 게임의 규칙을 설정하고 강제하면서, 서비스의 공급은 주로 시장에 의존하는 특징을 보인다.(최흥석 외, 2013)

이와 같이 국가 입장에서 저투자-민간활용-규제개입은 한국 발전국가⁶⁾의 일반적인 특징이라고 평가할 수 있다. 이와 관련해서 양재진(2008: 332)의 “한국은 복지지출에 있어서 엄격한 ‘재정적 보수주의(fiscal conservatism)’의 적용이 내재화되었다. 그러나 재정적 보수주의가 사회보장에 있어 국가개입의 최소화를 의미하지는 않았다. 발전국가는 재정문제로 사회보장의 민간화 혹은 시장화를 도모하기도 하였지만, 경제분야와 마찬가지로 재정적 기여를 하지 않으면서도 가부장주의에 입각한 개입을 선호하였다.”라는 주장은 이러한 맥락에서 이해할 수 있다.

그러나 의료복지 분야에서 정부개입의 정도는 경제산업 분야에 비하여 상대적으로 약하다. 민간병원 중심 의료시스템에서 정부의 규제 개입에 필요한 역량(autonomy)이 제한적이기 때문이다. 민간 중심의 의료공급체계 하에서 건강보험은 의료기관에 대한 직접적 통제력이 제한적이며, 주로 의료수가 통제에 한정되었다.

6) 한국형 발전국가 모형은 정부의 강력한 경제개발계획과 산업정책을 바탕으로 빠른 경제성장과 산업화를 추진하였으며, 재벌 중심의 민간기업과 긴밀히 협력하여 발전목표를 달성하였다. 이 과정에서 노동은 배제되고, 자본과의 연계를 강화하는 불균형적인 성장 전략이 특징적이었다. 또한 정부는 정책금융, 기업 인수합병, 수출 및 외환 관리, 법률 규제 등을 통해 강력한 규제와 개입을 수행하였다.

단일보험자로서 정부는 의료서비스 가격에 대해서는 매우 강력한 규제를 적용하지만, 인력과 장비 등 의료자원의 총량적 관리를 위한 규제 수준은 상대적으로 낮다.(윤강재 외, 2014) 정부의 수가규제에 대한 의사들의 대응은 1990년대에는 처방과 조제를 함께하며 약가마진으로 수입을 보충하였으나(조병희, 2003), 2006년 의약분업 이후로는 초음파 검사나 MRI 검사 같은 비급여 항목으로 수입을 보전하는 방식으로 나타나고 있다.(조병희, 2019) 이에 따라 더 많은 환자를 유치하기 위해 대형병원의 경우에는 자본력을 바탕으로 의료진의 전공을 세분화·전문화·집중화시키고, 진료역량을 높이기 위한 최신 의료기술과 고가의 장비를 도입한다.(조병희, 2019)

한편, 행위별수가제 중심의 수가체계는 투입량에 기반한 보상체계이기 때문에 공급자 유인수와 같이 서비스 과다제공의 위험이 있다. 즉 진료내역에 따라 지불되는 행위별수가제는 양질의 보건의료서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있지만, 그와 함께 과잉진료와 처방, 시설 및 장비 등에 대한 과잉투자로 이어질 가능성이 높고, 질병예방이나 건강증진보다 치료 위주의 서비스 제공에 치중하게 되는 부작용도 존재한다.(양봉민, 2010)

아울러 의료수가의 수준은 기본적으로 재정적 보수주의 입장에서 낮게 책정되기 때문에 수익 창출을 위한 다른 부대사업을 할 수 있는 대형병원이 유리한 입장에 서게 되고, 비급여 치료의 항목이 적은 필수의료 분야는 불리하여 병원 입장에서는 이 진료과목의 유지 인센티브가 적은 문제 점도 있다.

④ 의료정책결정 거버넌스 특징 : 의료민영화와 의료사고처리특례법을 중심으로

여기서는 의료정책에 등장하는 주요 행위자와 이들의 관계적 특성을 보기 위해 의료민영화 정책사례와 의료사고처리특례법을 중심으로 논의한다. 의대증원 논쟁과도 관련된 법안이다.

의료민영화 논쟁에서 찬성하는 행위자들은 대통령 및 정부부처(특히, 경제부처), 여당, 병원협회, 대기업, 민간보험회사, 이동통신회사, 보수언론 및 경제신문 등이며, 반대측은 야당, 진보적 시민단체, 노동단체, 대안적 보건의료인단체, 의사단체 등이다.(김순양, 2017: 405)

배경적으로는 김대중 정부에서 추진한 의약분업 과정 중에 의료수가 인상으로 인해 건강보험 재정 적자가 이슈로 부상하고 2000년대 들어 저출산·고령화로 건강보험의 지속가능성 문제가 대두됨에 따라 재정 안정화를 위한 노력이 요청되었다. 이에 따라 정부를 중심으로 의료민영화 정책이 추진되기 시작하였다. 노무현 정부와 이명박 정부에서는 영리병원 도입을 둘러싼 논쟁이 있었고, 박근혜 정부에서는 원격진료 및 의료법인 자회사 설립을 둘러싼 논쟁이 있었다. 문재인 정부에서는 건강보험 비급여 항목을 확대하는 보장성 강화 조치가 시행되었고, 공공의대 설립을 둘러싼 의료계와의 갈등이 있었다.(김순양, 2017/김선희, 2022) 윤석열 정부는 필수·지역의료 등 공공성 강화 필요성에 공감하면서도 공공병원 확충이 아닌 민간병원 특히 전문병원 육성을 통해 이를 달성하고자 하였다.(우석균, 2024) 기본적으로 정부는 의료재정 부담을 줄이고자 민영화를 시도하려고 하고 병원협회나 의료자본이 이에 찬성하지만, 의료민영화가 현재 건강보험을 중심으로 공공성에 기반해 작동하는 한국의 보건의료체계의 근간을 흔드는 것이라는 반대 주장에 밀리면서 현재 시스템이 유지되고 있다.(김철신, 2011)

의료사고처리특례법은 그동안 의료계가 필수의료 업무상 과실치사상죄 감면 등을 요구하며 이를 수용할 법률 제정을 요구하는 것이다. 보건복지부도 이에 동조하는 입장이지만 환자 등 소비자 단체의 반발에 따라 제정되지 못하고 있다. 이 쟁점은 2024년 의대증원 논쟁과정에서 제기된 필수 의료 분야 의료진의 의료사고분쟁 리스크 완화 필요성에 따라서 주목을 받았고, 2025년에 집중적으로 관련 논의가 전개되었다.

법안 배경으로는 1988년에 대한의학협회(1995년 대한의사협회로 개칭)가 「의료사고처리특례법(안)」을 처음으로 제시한 이후, 2011년에 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률(이하 의료분쟁조정법)」이 제정되어 현재에 이르고 있다. 의사 측은 의료사고처리특례법에 대해, 책임 부담을 낮춰 의료진의 법적 불확실성을 해소하고, 의료서비스의 안정성과 신속한 분쟁 해결을 가능하게 한다고 주장한다. 반면에 환자 및 소비자단체는 이 법이 의료진의 책임을 과도하게 경감하여 환자 권리를 침해하고, 의료사고에 대한 충분한 책임 소재와 공정한 배상이 어렵게 만들어 피해 구제에 한계가 있다는 반대 주장을 하고 있다.

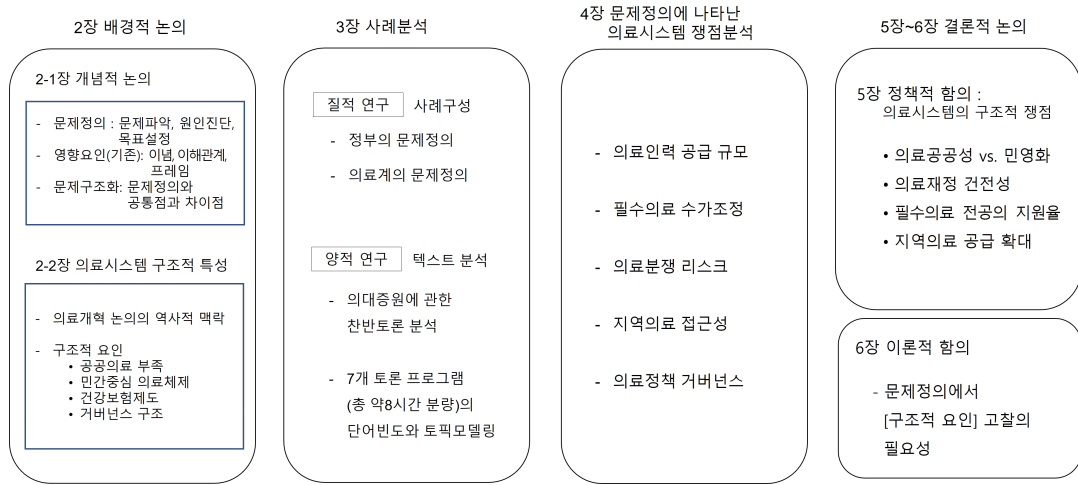
최근인 2025년 5월 30일 대한환자안전학회 정기학술대회에서 보건복지부는 기존 의료분쟁조정법의 개정을 통해서 의료진의 형사보호가 가능하다는 입장을 표명하면서 의료사고처리특례법 제정 논의는 다시 무산된 상황이다.

두 사례를 종합해 볼 때, 한국의 의료정책 결정 시스템은 행위자와 이해관계자들이 서로 반대 의견을 고수하며 정책 결정이 지체되고 있다. 독점성이 높고 고도의 전문성을 갖춘 의사집단은 영향력이 크지만, 이에 견제하는 환자단체, 시민단체, 일반여론도 상당한 영향력을 행사한다. 이 가운데서 정부는 주도적 개입이나 강력한 결정력을 발휘하지 못하고 있으며, 특정 집단이 다른 집단을 배제하지 못하는 다원적이고 분권된 상태이면서, 동시에 정책을 선도할 핵심 세력이나 주도 집단의 부재로 의료거버넌스는 교착(Gridlock) 된 상태에 있다고 평가된다.

3. 연구내용의 구성과 분석 관점

다음의 <그림 2>는 본 논문의 내용구성과 개념적 준거 틀 그리고 분석방법을 정리한 것이다. 앞에서 문제정의의 개념을 활용하여 다음의 제3장에서는 의대증원 논의에 대한 사례구성을 하였다. 세부적으로는 정부와 의료계의 문제정의 방식을 질적 사례연구를 통해서 구성하고 이어서 R프로그램을 활용하여 의대증원에 관한 약8시간 분량의 찬반토론 내용을 텍스트 분석하였다. 이어서 제4장에서는 한국의료시스템이 당면한 구조적 쟁점사항을 논의하고 제5장과 제6장에서는 결론적인 논의로 정책적, 이론적 시사점을 논의하였다. 특히 이론적인 논의에서는 문제정의에서 기존의 이념과 이해관계 뿐만 아니라 구조적 요인을 감안하면 더욱 정확하게 행위자의 문제정의 동기를 파악할 수 있음을 논의하였다.

〈그림 2〉 연구내용의 구성과 방법



III. 정부와 의료계의 문제정의

제3장에서는 제1절과 제2절에서 정부와 의료계의 문제정의 내용을 질적 사례연구 방법으로 구성하고, 제3절에서는 양적인 접근으로 의대증원에 관한 논쟁의 내용을 텍스트 분석하였다.

1. 정부의 문제정의

1) 문제파악

정부는 ‘소아과 오픈런’, ‘응급실 뱅뱅이’, ‘분만실 찾아 삼만리’ 등으로 대표되는 필수의료의 공급 공백과 지역 간 의료 접근성 격차를 국민의 생명과 안전에 대한 직접적인 위협으로 보고 정부 개입이 필요한 위기 상황으로 인식하였다.(보건복지부, 2023) 필수의료 분야는 생명과 직결되는 필수적인 진료 영역임에도 불구하고, 의료진의 기피 현상이 심화되면서 인력 부족 문제가 지속되고 있다. 제21대 국회 보건복지위원회 소속 신현영 의원이 공개한 2018~2022년 전문과목별 전공의 충원율 자료에 따르면, 흉부외과 전공의 충원율은 2018년 57.4%에서 2022년 47.9%로 5년간 평균 충원율은 57.7%로 나타났다. 소아청소년과는 2018년 101%에서 2022년 28.1%, 산부인과 2018년 88.1%에서 2022년 80.4%, 외과 2018년 88.2%에서 2022년 76.1%로 각각 집계되었고, 평균 5년간 충원율은 소아청소년과 67.3%, 산부인과 84.4%, 외과 85.3% 등 정원이 미달된 것으로 나타났다.(경향신문, 2022) 소아청소년과, 산부인과, 흉부외과 등 필수의료 분야 의료인력이 줄어들면서 해당 분야에서 의료공급 공백이 발생하고 있으며, 이로 인해 환자들이 적시에 필요한 치료를 받지 못하는 상황이 벌어지고 있다.7)

지역 간 의료 접근성 격차도 크다. 인구 1,000명당 지역별 의사 수(2022년 기준)는 서울이 3.47명으로 가장 많았고, 서울에 이어 전국 평균(2.18명)보다 높은 지역은 대구(2.62명), 광주(2.62명), 대전(2.61명), 부산(2.52명)뿐이었으며, 그에 반해 강원 1.81명, 경기 1.76명, 전남 1.75명, 경남 1.74명, 충북 1.59명, 충남 1.53명, 경북 1.39명 등이었고, 세종이 1.29명으로 가장 적었다.(조선일보, 2023)

2) 원인진단

정부는 지역과 필수의료 분야에 부족한 의료 공급의 핵심을 인력이 부족한 상황을 문제로 보았다. 즉, 의료인력이 필요하고 있어야 할 자리에 그들이 없으므로 문제가 발생한다고 보았다. 정부는 의료 인력 부족 문제의 주요 원인으로 의대 정원의 동결과 인구 대비 낮은 의사 수를 지목하고 있다. 한국의 의대 정원은 2000년 의약분업 이후 2006년부터 현재까지 3,058명으로 동결되고 있다. 그동안의 인구 변화(저출산·고령화)를 고려할 때, 의료수요 증가에 비해 신규 의료공급이 제한됨에 따라 의료 인력의 수급 불균형이 발생하게 되었고, 이러한 경향은 앞으로도 더욱 심화될 것으로 예상된다. 정부는 의사정원 수요에 관한 3개의 연구⁸⁾에 기초하여 2035년에는 약 1만 명의 의료 인력이 부족할 것으로 전망하였다. 또한, 정부는 한국의 인구 대비 의사 수가 OECD 평균보다 현저히 낮다는 점을 문제로 인식하고 있다. OECD 의료 통계에 따르면 2022년 기준 한국의 인구 1,000명당 임상 의사 수(한 의사 포함)는 2.6명으로, OECD 평균인 3.8명보다 낮았으며, 멕시코에 이어 두 번째로 의사 수가 적었다.(보건복지부, 2024d) 이러한 문제는 향후 고령화 사회로의 진입과 함께 더욱 심각해질 것으로 예상되며, 만성질환과 노인 의료수요 증가에 대응할 충분한 의료 인력이 필요하다는 점이 강조되고 있다.

지역의료 접근성 문제에 관해서 정부는 주요 원인으로 의료인력 및 환자의 수도권 집중 현상을 지목하고 있다. 1998년 진료권 폐지⁹⁾, 2007년 KTX 개통 이후 수도권 대형병원의 병상 확대 경쟁

7) 이러한 의료위기 상황이 여실히 드러난 대표적인 사례가 2022년 7월 발생한 서울아산병원 간호사 사망 사건이다. 이른바 ‘빅(Big) 5’로 불리는 수도권 대형병원에서 간호사가 쓰러졌는데 수술할 의사가 없어 다른 병원으로 이송 중 사망했다. 소아청소년과의 경우에는 진료를 보기 위해 새벽부터 대기하는 ‘소아과 오픈’ 현상이 이어지고 있다. 또한, 응급실에서 처치·수술 가능 인력 및 자원이 부족하여 중증 환자가 적절한 치료를 받지 못하고 여러 병원을 전전하는 ‘응급실 뱅뱅이’ 현상이 벌어지며 또한, 중증·응급의료환자가 이송 과정에서 골든타임을 놓쳐 환자가 사망하는 사례도 발생한다. 신규 인력이 유입되지 않음에 따라 필수의료분야 인력이 고령화되고 있는 점도 문제라고 할 수 있다.

8) 홍윤철(2020)/ 신형석 외(2020)/ 이철희·권정현·김태훈(2023) 등 3개의 연구이다.(참고문헌 참조) 적정 의사인력 규모에 대한 별도의 논의과정 없이 단순히 기존 선행연구를 인용하는 정부의 접근은 의대증원 갈등과정에서 줄곧 과학적 근거의 부족으로 쟁점화 되게 된다.

9) 진료권은 의료보험증에 표시된 증진료권 내에서 진료를 받도록 하고, 다른 진료권에서 진료를 받을 경우 보험자의 승인을 받도록 했던 제도에서 나온 개념이다. 대한민국에서는 1989년 전국민 의료보험제도 도입과 함께 진료권을 설정했으나, 의료 불평등 문제가 부각되면서 1998년 10월에 진료권 개념을 폐지하고 모든 병·의원을 1단계 진료기관으로 하고 상급종합병원만 2단계를 지정하는 방식으로 병원 분류체계를 바꿨다. 이로 인해 의료접근성은 높아졌으나, 특정 병원으로 환자가 몰리는 현상이 발생하면서 상급 종합병원을 제외한 모든 병·의원 사이에 경쟁이 시작되었다.

이 지속됨에 따라 수도권 대형병원으로 환자 및 의료인력이 몰리면서 지방 및 중소도시의 의료기관은 운영과 유지에 어려움을 겪고 있다. 그 결과 지역 주민들의 의료 접근성이 낮아지고 있다. 2021년 상반기 기준 전국 병상 수는 71만 8,184개로 2017년 대비 2.3% 증가하였다. 수도권인 서울(4.7%), 경기(6.8%), 인천(7.5%)은 전국 평균보다 높은 증가율을 보였으며, 이에 따라 수도권 병상 수 비중은 2017년 35.8%에서 2021년 상반기 37%로 상승했다. 반면 비수도권은 세종(53%)과 대구(9.4%)의 증가율이 높았고, 강원(-6.7%), 광주(-5%), 경북(-3.8%) 등은 오히려 감소했다.(메디케이 트, 2021)

또한, 지역에서 중증·응급 치료를 최종적으로 완결할 수 있는 지역병원의 의료역량 확보가 수도권에 비해 상대적으로 어렵다는 점도 문제로 지적된다. 수도권 대형병원은 최신 의료 장비와 전문 의료진을 갖추고 있어 중증 환자 치료가 용이한 반면, 지역병원은 의료 인력 부족과 시설·장비 노후화로 인해 충분한 의료서비스를 제공하는 데 어려움을 겪고 있다. 이에 따라 중증 환자가 적절한 치료를 받기 위해 수도권으로 이동해야 하는 경우가 많아지고 있으며, 이 과정에서 치료가 지연되거나 환자의 건강 상태가 악화되는 사례가 발생하고 있다.

3) 목표설정

정부가 하는 원인진단은 우리나라는 인구수 대비 의사가 부족하고, 부족한 의사가 필수 및 지역 의료로 유입되지 않음으로써 문제가 발생한다는 것이다. 더욱이 수도권 병상이 확대됨에 따라 지역에서 인력과 환자가 유출되고 있고, 이는 지역의 의료역량 및 신뢰 하락으로 이어져 문제가 더욱 심화되고 있다. 의료 공급이 부족하다는 문제정의와 현재 의료인력이 충분하지 않다는 원인진단의 결과로서 정부의 정책목표는 자연스럽게 부족한 의료인력 및 자원을 확충해야 하는 것으로 설정된다. 이의 해결방안으로 의과대학 정원을 2,000명 증원해, 5년간 1만 명을 늘리겠다고 한다. (보건복지부, 2024a) 이처럼 의대증원을 통한 의료인력 확충의 필요성 및 정부 정책의 정당성 근거로 다음을 제시하고 있다.

첫째, 초고령사회 진입에 따른 의료 수요 증가다. 한국은 빠르게 고령화가 진행되고 있으며, 2035년에는 65세 이상 인구가 현재보다 70% 증가할 것으로 예상된다. 이에 따라 만성질환 및 노인성 질환 치료 수요가 급격히 늘어나고, 입원 일수와 외래진료 횟수가 증가할 것으로 전망된다.¹⁰⁾

둘째, 공중보건 위기 대응의 필요성이다. 코로나19 팬데믹을 통해 감염병 대응 역량의 중요성이

10) 보건복지부는 고령화로 인해 2022년 1억 3,800만 일에 달하던 전체 인구의 입원 일수는 2035년 45.3% 증가한 2억 50만 일에 이를 것으로 전망했다. 외래 방문 일수는 2022년 9억 3,600만 일에서 2035년 10억 5,500만 일로 12.8% 늘 것으로 예상한다(한겨레, 2024). 연령에 따른 의료이용 횟수 증가는 통계를 통해 입증된다. 2022년 기준 30대와 40대의 연간 입원 일수와 외래진료 일수는 각각 13.4일, 15.6일이었으나 신체가 본격적으로 노화되는 50대부터는 가파르게 증가하여 21.4일, 60대 33.1일, 70대 47.6일, 80세 이상 64.1일로 연령별 차이가 크게 나타났다(서울신문, 2024). 이러한 변화는 의료인력 부족 문제를 더욱 심화시킬 가능성이 크다.

부각되었으며, 향후 유사한 공중보건 위기가 발생할 경우 신속한 대응을 위해서는 충분한 의료 인력 확보가 중요하다.

셋째, 의료인력 양성에 소요되는 기간이다. 의대 교육과 전공의 수련을 포함하면 의료 인력 양성에는 의과대학 교육 기간만 최소 6년, 전공의 수련 기간을 포함하면 10년 이상이 걸린다. 따라서 현재뿐만 아니라 미래 예상되는 의료인력 부족 문제를 해결하기 위해서는 선제적으로 대응해야 한다.

〈그림 3〉 정부의 문제정의 내용

문제파악	원인진단	목표설정
<ul style="list-style-type: none"> - 필수의료 인력부족 - 지역 의료접근성 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료인력 부족 (의대정원동결, OECD 대비 낮은 비율) - 의료인력 및 환자의 수도권 집중 	<ul style="list-style-type: none"> - 의대정원 2천명 증원 - 향후 5년간 1만명 증원

(자료: 저자작성)

2. 의료계의 문제정의

1) 문제파악

의료계의 경우, 필수 및 지역의료에 인력이 부족하다는 것은 정부와 문제 파악이 동일하다. 그러나 이러한 문제가 발생하는 원인으로 의사 측은 의료인력의 총공급이 부족한 것이 아니라 지역별, 과목별로 적절한 균형을 이루어 분포되어야 할 의사들이 지역과 필수의료로 유입되지 않고 오히려 해당 분야를 철저히 기피하게 되는 현행 의료환경 및 제도가 근본적인 문제원인이라고 주장한다. 즉, 제도적인 문제로 인해서 인력수급의 상대적 불균형이 발생한다고 본다.

필수의료 분야의 과중한 업무 부담에 비해 수가와 보상이 충분하지 않으며, 이로 인해 필수의료 신규 지원자가 적고, 기존에 있던 의료인력의 이탈마저 발생하고 있으니 해당 분야에서 의료공백이 발생하지 않을 수 없는 것이다. 의료계는 우리나라만큼 환자가 원하면 언제라도 전문의 진료를 받을 수 있는 나라가 없다고 주장한다. 국민 1인당 연간 외래 진료 횟수는 17.5회로 한국이 1위였으며, OECD 평균(6.3회)의 약 2.8배에 달하는 수치다.(보건복지부, 2024d) 기대수명·영아사망률·암 사망률 등 주요 보건의료서비스 지표는 최상위권으로 나타난다. 즉, 의료 공급은 의료계 전체적으로 부족한 것이 아니라 필수와 지역의료에서 상대적 부족이 발생하고 있는 것이다.¹¹⁾

11) 인기 진료과목으로 분류되는 성형외과 의사 수는 2012년 1,003명에서 2022년 1월 기준 1,769명으로 10년 새 76.4%가 늘어난 것으로 집계됐다. 피부과 역시 2012년 1,435명에서 2022년 2,003명으로 39.6% 늘었다. 2024년도 상반기(1~6월) 레지던트(전공의) 모집 결과에서도 인기 진료과와 기피 진료과의 명확히 드러난다. 성형외과(165.8%)와 피부과(143.1%)는 정원을 초과하는 인원이 몰렸으나 필수의료 분야인 소아청소년과(25.9%), 산부인과(67.4%), 응급의학과(79.6%) 등은 정원이 미달됐다.(동아일보, 2024)

지역의 의료접근성 문제도 지역 의료기관의 인프라 부족과 수도권에 비교하여 불리한 생활환경으로 의료인의 지역 정착이 어려워 지역 의료공급이 불균형하게 이루어진다고 본다.

2) 원인진단

의료계는 필수 및 지역의료를 기피하는 원인은 누구보다 당사자인 의사들이 제일 잘 알 수 있다고 주장하면서, 그 원인이 해당분야의 불리한 근무여건과 환경에 있고, 정부정책이 이를 해소하거나 보완하기는커녕 도리어 부추기고 있다고 본다. 첫째, 진료할수록 적자가 발생하는 수가 구조이다. 병원이 환자 치료에 쓴 돈 중 수익으로 돌려받은 비율을 뜻하는 원가보전율은 내과(72%), 외과(84%), 산부인과(61%), 소아청소년과(79%) 등 대부분의 진료과목이 100%에 미달하여 수익보다 비용이 더 많았다. 내과계는 비용으로 약 1조 1,040억 원을 투입하였으나 수익은 약 9,586억 원에 그쳤고(원가보전율 87%), 외과계의 경우도 1조 1,429억 원의 비용을 들였지만, 수익은 9,561억 원에 불과했다(원가보전율 84%). 한편, 지원계인 방사선종양학과(252%)와 마취통증의학과(112%)는 원가보전율이 149%에 달하며 진료과목 간 격차가 컸다.(조선일보, 2024/ 의사신문, 2024) 원가보전율이 낮은 병원들은 의료수익만으로 유지되지 못하기 때문에 이를 의료 외 수익으로 충당하고 있다.

둘째, 과도한 법적 부담이다. 쉽게 공소 제기 가능한 법체계와 소송 위주의 의료분쟁 해결 방식은 의료사고 발생 가능성이 높은 필수 의료에 더욱 불리하게 작용한다. 2017년 12월 발생한 이대목동병원 신생아 사망 사건으로 의사와 간호사 등 7명이 ‘업무상과실치사’ 혐의로 재판에 넘겨졌고, 5년 만인 2022년 12월 대법원에서 최종 무죄 판결을 받았다. 사건 이후 소아청소년과 전공의 지원율은 2019년 80%, 2020년 73%, 2021년 38%, 2022년 27.5%, 2023년 16.6%로 해를 거듭하며 하락하고 있다.(메디게이트, 2022) 한국의 의사 형사 기소 건수는 일본의 264배, 영국의 218배로 집계됐으며, 유죄 건수는 일본의 7배, 영국의 50배인 것으로 나타났다.(테일리메디, 2023)

셋째, 수도권 대형병원을 중심으로 의료인력이 집중되면서 지역과 필수의료 분야에는 인력이 부족하다. 기본적으로 인구가 밀집된 수도권에 의료수요가 높기 마련인데, 수도권 대형병원들의 병상 확대 정책에 따라 지역병원에서 환자 및 인력의 유출까지 이뤄지고 있어 지역병원의 존립이 심각하게 위협받고 있다. 지역병원의 의료역량 확보 곤란은 다시 신뢰 저하로 이어져 지역환자가 수도권으로 원정진료를 가는 악순환이 반복된다.

3) 목표설정

의료계는 필수의료 정상화를 위한 방안으로 ①의료인에 대한 법적 부담 완화, ②필수의료에 대한 적정 보상, ③불가항력 의료사고 보상 강화, ④전공의 근무환경 개선, ⑤지역의료 투자 확대 등을 정부에 요구하였다.(대한의사협회, 2024)

정부와 의료계가 가장 큰 이견을 보이는 의대정원 확대와 관련하여서 의사 측은 근본적인 대책이 아닐 뿐 아니라 무리한 증원은 의학교육의 질 저하와 의대쏠림으로 인한 이공계 문제, 건강보

협재정에 큰 부담을 가져올 것이라고 주장한다. 그러면서 정부는 의료계 의견을 경청하고 대한의사협회 등 전문가단체와 논의 및 합의를 통해 결론을 낼 것을 촉구한다.

의료계는 정부의 예측과는 달리 저출생으로 인해 미래 의료수요가 감소할 것으로 본다. 의대 정원을 현행으로 유지해도 출생인구가 감소하므로 의사 수는 자연적으로 증가할 것이라고 주장한다. 2017년과 비교해 2021년 한국의 임상 의사 수는 인구 1,000명당 2.3명에서 2.6명으로 약 13% 증가하여 OECD 평균 증가율인 8%보다 더 큰 것으로 나타났다.(메디게이트, 2023) 의사협회는 2010~2020년 한국의 평균 의사 증가율과 OECD 장래 인구수를 바탕으로 '의사 수를 현행으로 유지해도 2063년이면 OECD 평균을 앞지르고, 1천 명 증원 시에는 2055년에 평균을 넘어선다'는 전망을 내놓기도 하였다.(연합뉴스, 2024) 의사협회는 고령화로 인한 의료수요 증가에 대해서도 고령화로 인한 의료수요 증가보다는 돌봄인력의 수요가 더 폭증한다는 입장이다. 한국은행 보고서(2024)에 따르면 고령화와 수요·공급의 불일치로 육아와 노인간병 등 돌봄 서비스 인력 부족 규모는 2022년 19만 명에서 10년 뒤인 2032년에는 38만~71만 명, 20년 뒤인 2042년에는 최소 61만에서 최대 155만 명까지 부족할 것이라는 전망이다.(경향신문, 2024)

〈그림 4〉 의료계의 문제정의 내용

문제파악	원인진단	목표설정
<ul style="list-style-type: none"> - 필수의료 인력부족 - 지역 의료접근성 	<ul style="list-style-type: none"> - 불리한 의료수가 구조 - 의료분쟁 법적부담 - 수도권 대형병원 집중 - 지역에 의사유치 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 법적 부담 완화 - 필수의료 적정보상 - 지역의료 투자확대 * (의대증원은 교육의 질, 의료재정 등에 부작용)

(자료: 저자작성)

3. 양측의 문제정의 비교 : 의대증원 관련 시사토론의 텍스트 분석을 중심으로¹²⁾

여기서는 의대증원 관련 시사토론을 대상으로 텍스트 분석을 시행하여 〈그림 3〉과 〈그림 4〉에 제시된 사례구성의 질적인 내용을 확인하였다. 의대 증원 및 의정 갈등을 다룬 총 7편의 방송 토론을 대상으로 정부 측과 의사 측의 문제정의 내용을 파악하였다. 구체적으로 국회방송 '정관용의 정책토론' 4편(2023.11.02.; 2024.02.29.; 2024.05.09.; 2025.01.09.), MBC '100분토론' 2편(2024.02.20.; 2024.06.18.), KBS '사사건건'(2024.02.23.) 1편의 음성자료를 텍스트 데이터로 변환하여 분석하였다.(모두 약 8시간 분량임. 참고문헌 참조) 분석은 R 4.5.1 프로그램으로 수행하였다. 수집된 텍스트를 바탕으로 KoNLP 패키지를 활용하여 형태소 분석을 실시하였다. 집단간 입장차이를 확인하기 위하여 단어의 상대적 출현 확률 차이를 산출하는 로그오즈비(log odds ratio) 분석과 LDA(Latent Dirichlet Allocation) 알고리즘을 적용한 토픽 모델링을 실시하였다.¹³⁾

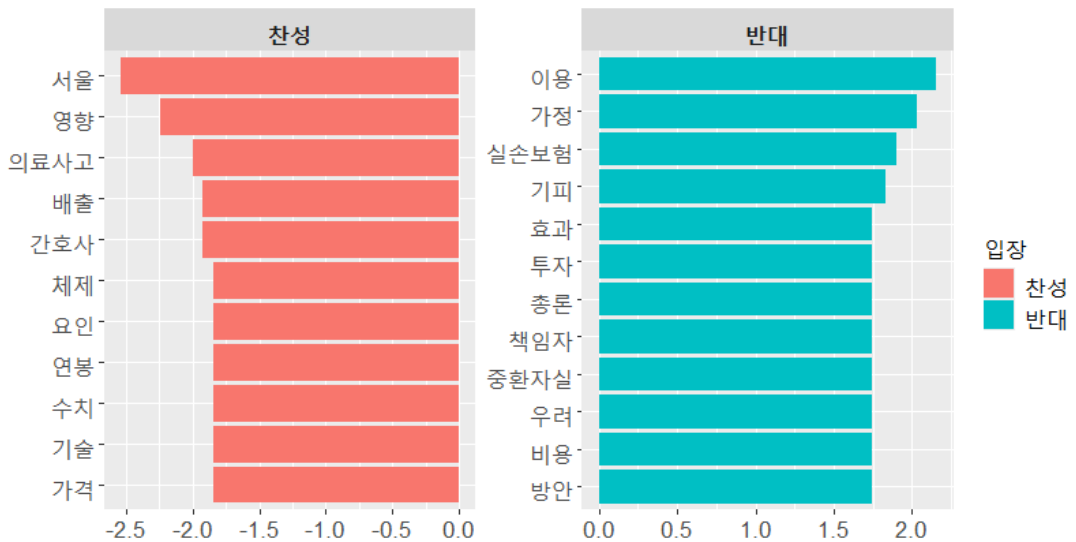
12) 이 부분의 R프로그램을 활용한 텍스트 분석은 이창울 박사(한국외국어대학교 행정학과)의 도움이 있었다. 깊은 감사를 드린다.

13) 전처리 과정에서 연구의 범위를 벗어난 논의(예를 들어, 의정 갈등 향후 전망, 전공의 복귀 방안 등)는 분

1) 로그오즈비 분석

의대증원을 찬성하는 집단과 반대하는 집단 간의 입장 차이를 로그오즈비에서 통계적으로 유의미한 차이($p < 0.05$)를 보인 핵심 단어를 통해 확인하였다. 찬성 집단은 '서울', '배출', '간호사'가 상대적으로 많이 등장하였다. 의사 수 절대 부족과 수도권(서울) 집중으로 인한 지역 의료 공백을 핵심 문제로 지적하였다. 고령화에 대비한 더 많은 의사를 배출할 필요가 있음을 주장하였다. '간호사'는 응급실 운영의 어려움과 PA 활용을 보여주는 사례로 의사 수 부족으로 간호인력이 부담을 가지고 있음을 논의하는 과정에서 제시되었다. 반대 집단은 '이용'과 '기피'가 상대적으로 많이 등장하였다. 이들은 의사 수 부족보다는 과도한 의료 이용과 필수 의료 분야 기피가 문제임을 강조하고, 의대 정원 확대보다는 의료 이용 체계 개선과 필수 의료 환경 개선에 정책적 초점을 맞춰야 한다고 주장하였다. 의료 위기의 근본 원인과 해법에 대해 찬성집단은 의료인력의 공급 확대를 강조하고, 반대집단은 구조적 환경 개선을 강조하고 있는 것으로 분석된다.

〈그림 5〉 의대증원을 둘러싼 입장 차이(로그오즈비 상위 10개 단어)



주: 찬성집단은 '서울', '배출', '간호사', 반대집단은 '이용', '기피' 단어에서 통계적으로 유의미한 차이($p < 0.05$)를 보임. 이는 각 집단의 핵심 주장과 강조점을 반영하는 단어임을 시사함

2) 토픽모델링

① 정부 입장

정부는 네 가지 관점에서 의대증원의 당위성을 주장하고 있다. 토픽1은 고령화, 비급여 시장등의 문제를 지적하며 우리나라 의료 체계가 수요-공급 불균형에 직면했음을 지적한다. 응급실 뺑뺑이, 소아과 오픈런, 지방의료원·중소병원의 진료과 폐쇄 등 현장 사례를 통해 지역 및 필수 의료

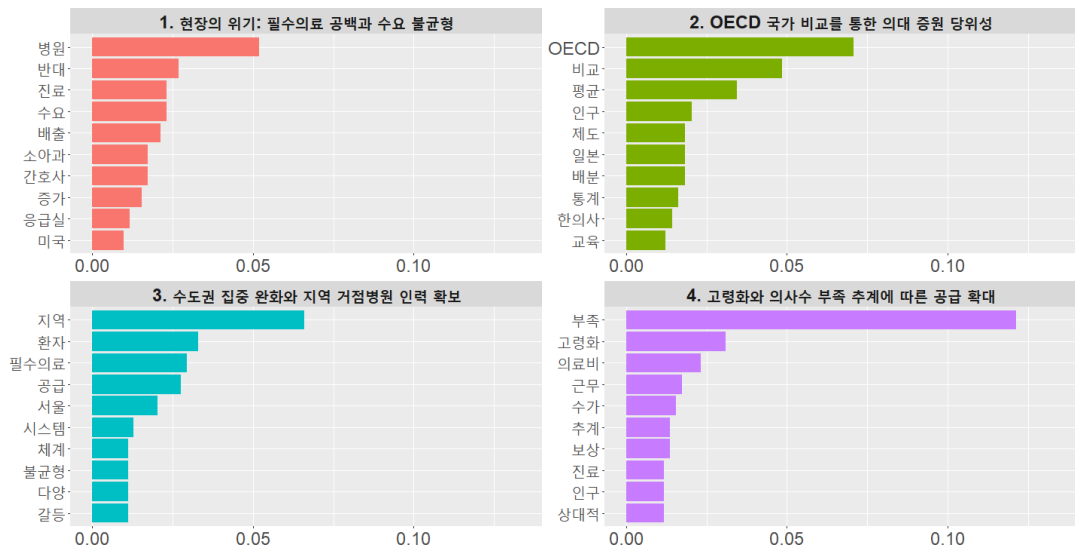
석 대상에서 제외하였다. 총 178건의 발언(정부 측 91건, 의사 측 87건)을 분석하였다.

분야에서 실질적 의사 수요가 있음을 논의한다. 특히 소아과는 인구 대비 의사 수가 미국보다 낮음을 강조하였다. 이는 의료계에서 소아과 의사가 과잉공급이라는 주장에 대비되는 입장이다.

토픽 2는 OECD 국가 및 주요 국가와의 비교를 통해 한국의 특수성을 인정하더라도 인구 대비 의사 수가 낮음을 논의한다. 한의사를 제외하면 실제 의사 수가 더 낮아진다는 통계를 근거로 의사 증원의 필요성을 강조한다. 토픽 3은 서울과 수도권 집중의 완화와 지역 거점병원에 대한 우수 인력 배치를 위한 방안 중 하나로 의대증원을 강조하고 있다.

토픽4는 의사 수 부족과 고령화에 따른 의료 수요 급증을 근거로 의대 증원을 강조한다. 의사 수 추계결과 향후 의사 수 부족이 예상되며, 이는 고령화와 맞물려 의료 접근성 위기를 초래할 수 있음을 지적하였다. 의사들의 근로강도를 높이기 어려운 현실에서 그동안의 정원 동결로 인해 고령화 대비를 위해서는 의사인력 공급 확대가 불가피하다는 것이다. 또한 의사 수가 적어 단가가 상대적으로 높아지는 구조로 인해 의료비가 중간 수준을 유지하는 왜곡 현상을 논의하며 의사 수 증원이 필요함을 제시하였다.

〈그림 6〉 의대증원에 대한 정부 토픽



② 의료계 입장

의료계는 크게 네 가지 관점에서 의대 정원 증원을 비판하고 있다. 토픽 1은 의사 수 증원의 근거로 OECD 국가와의 단순 비교를 사용하는 것이 적합하지 않음을 지적한다. 한국 의료 체계는 비교적 잘 갖춰져 있으며, 산부인과·소아과 등 필수 의료 분야와 지역·군대 공공의료 문제는 의사 수 부족이 아닌 불균형한 자원 배분에서 비롯된다고 주장한다.

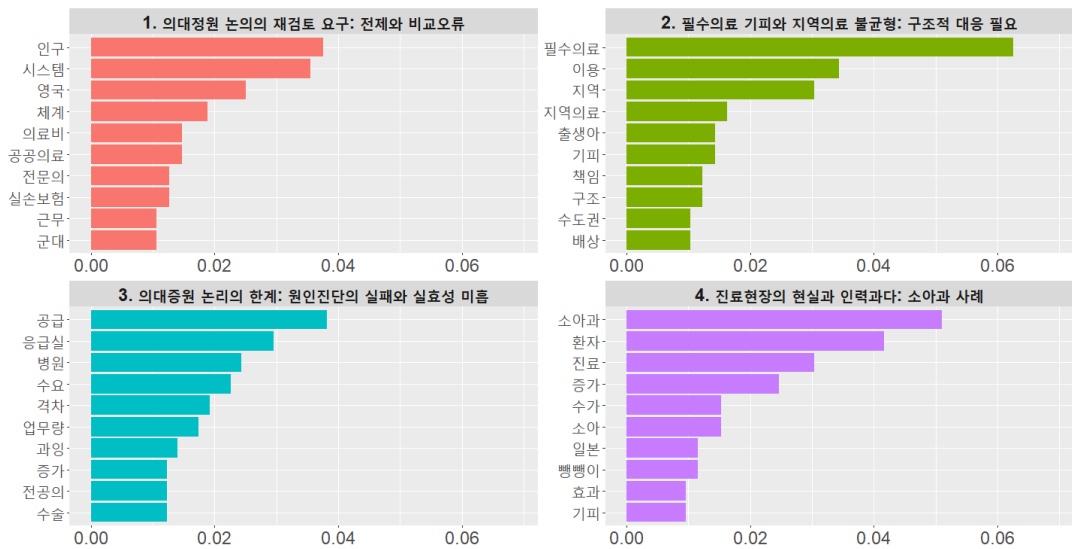
토픽 2는 필수의료 기피 현상은 열악한 근무 환경, 상대적 박탈감, 법적·제도적 보호 미비, 배상·책임 문제 등 복합적 요인에서 발생하며 수도권 집중, 출생아 감소 등 구조적 요인과 맞물려 있음을 강조한다. 필수의료 문제 해결을 위해서는 의대 정원 확대가 아니라 근무 환경 개선, 법적·제

도적 보장, 지역 의료 체계 강화 등 구조적 접근이 필요하다는 점을 주장한다.

토픽3은 정부의 의대증원 논리가 문제가 있음을 비판한다. 한국의 의료 인력 문제는 공급의 불균형과 필수의료 격차에서 발생한 것으로 의대 정원을 늘려서 해결할 수 없다고 주장한다. 정부의 인력증원 계획은 수요 변화와 생산성 향상 등 변수에 따라 효과가 제한적임을 주장하고, 의사 수 증원은 의료비 증가와 재정 부담을 초래할 수 있음을 강조하였다. 대안으로 근무 환경 개선, 제도적 보호, 수가 현실화, 지역 의료 체계 강화 등 구조적 접근을 제시하였다.

토픽4에서는 정원 증가가 의료 체계 문제의 해법이 될 수 없음을 사례를 통해 제시된다. 예를 들어, 환자당 소아과 의사 수는 충분함에도 일부 지역에서는 ‘오픈린’ 현상이 나타난다. 필수 의료 및 지역 의료 분야에서의 배치 불균형, 근무환경 개선 등이 의대 정원 증가보다 더 시급한 과제를 제시하였다.

〈그림 7〉 의대증원에 대한 의료계 토픽



IV. 문제정의에 나타난 한국 의료시스템의 쟁점

〈그림 3〉 ~ 〈그림 7〉에 나타난 주요 쟁점 사항은 의사 숫자 증원, (필수의료분야에서) 낮은 의료 수가 및 의료분쟁 리스크, 지역의료 접근성 등이다. 이러한 쟁점들은 한국 의료시스템의 구조적 특징 이해에 유용한 관찰 대상이라고 할 수 있다. 본 장에서는 각 쟁점항목의 주요 내용을 서술하고 2025년 3월에 발표된 정부의 「의료개혁 2차 실행방안」 그리고 이재명 정부 출범 이후의 정책 변동 내용을 부가하여 서술하였다. 4가지 쟁점항목을 서술한 이후 마지막으로 의료정책결정 거버넌스의 특징을 논의하였다.

1. 의료인력 공급 규모

의대증원 규모 연간 2천명, 향후 5년 1만명은 2024년 의대증원 논쟁과정에서 지속적으로 논란이 되었다. 정부는 2천명을 결정한 근거로 3개의 선행연구를 제시하였으나, 해당 연구를 수행한 연구책임자도 정부가 발표한 방식의 증원을 주장한 것은 아니라고 공개적으로 발언함으로써 정부 결정의 객관적 타당성이 약화되었다. 이른바 증원의 '과학적 근거'로 불리는 이 논쟁은 정부의 의사측에서 객관적 수치를 제시하면 이를 감안하겠다고 주장하였고, 의사측은 객관적 수치를 산출하는 것은 정부의 몫이라고 대응하면서 양측은 평행선을 달리게 된다.

배경적인 차원에서 향후 미래 의사수요의 규모에 대해서도 상반되는 주장이 대립하였다. 정부는 OECD국가에 비교하여 낮은 총인구 대비 의사 숫자 비율, 미래 또 다른 팬데믹 발생가능성, 고령화로 인한 의료수요 증대 등을 근거로 의사 증원이 필요하다고 보는 반면에, 의사측은 현행 의료체제가 이미 높은 의료접근성, 높은 의료수준을 유지하고 있으며 고령화에는 의사가 아니라 간병인이 필요하다고 주장한다. 더불어 의사 숫자가 늘면 의료비 지출이 늘어나 건강보험 재정부담이 증대할 것이라고 본다. 현재 문제되고 있는 필수의료와 지역의료 부분은 다른 대책이 필요한 것이지 획일적인 의대증원으로 해결하기 어렵다고 주장한다.¹⁴⁾

한편, 우석균(2024: 158)은 일반시민의 입장에서 의대증원에 관한 “시민들의 요구는 윤석열 정부의 아무런 공공적 의료 계획 없이 의사 숫자만 늘리는 ‘단순 의대증원’이 아니라 지역, 계급에 따른 의료접근성과 건강 불평등 문제의 해결을 위한 것이다. 당연하게도 이러한 시민들의 바람은 의사들의 계급 폐쇄 전략의 일부로서 벌어진 코로나19 팬데믹 시기 전공의 파업에 대한 환멸로 이어졌다.”고 주장한다. 이는 2024년 3월에 정부 의대증원 발표에 대해서 여론의 지지가 높았던 요인이라고 생각된다. 정리하면 정부는 의료시스템 여러 요인의 관련성을 감안한 정교한 정책설계를 하기보다 2천명 증원이라는 단순한 방식으로 정책 접근을 한 것으로 평가되고, 증원발표 초기 여론의 지지에는 감정적인 요인이 작동하였다.

이러한 의대증원 정책은 2025년 6월 이재명 정부의 출범과 더불어 전면 백지화되었다. 2026년의 의대 정원은 2024년의 3,058명 규모로 다시 복구하였고, 이탈했던 전공의들의 복귀를 위한 정부의 지원방안도 마련되었다. 약 1년여 의료시스템에 엄청난 혼란을 준 정책이 철회되고 다시 이전의 상태로 회귀하는 것이다. 그러나 지난 1년간 진행된 의료정책의 담론은 계속 지속되고 영향을 미치게 될 것이다. 관련하여 다음 항목으로 논의하는 필수의료 수가조정, 의료사고 리스크 완화, 지역의료 등에 대해서도 기존과는 다른 차원의 지원 프로그램이 발표되었다. 2025년 3월 19일에 발표된 「지역·필수의료 강화를 위한 의료개혁 2차 실행방안」이 그것이다.

14) 합리적 인력정책 수립을 위한 과학적 근거 확보를 위해서 공급자(과반수), 수요자, 전문가단체 추천 전문가로 구성되는 수급추계전문위원회 설치를 의료개혁특별위원회가 2024년8월30일에 발표한 「의료개혁 1차 실행방안」에서 제1호 의제로 제안하고 있다.

2. 필수의료 분야 수가조정

그동안 필수의료에 대한 수가조정이 필수의료 분야에 제대로 전달되지 못했던 이유는 수가를 올려주어도 민간병원들이 수익만 올리고 필수의료에 기대한 투자를 하지 않았기 때문이다. 대부분의 사립병원들이 응급의료 시설을 더 늘리지 않았고 필요한 인력의 고용도 늘지 않았다.(우석균, 2024: 161)

특히 전문병원¹⁵⁾들이 주범으로 지목되는데 이들은 비급여 진료 중심으로 상업화, 영리화를 추구해 왔다. 따라서 필수의료 정책 패키지'에 '전문병원 육성'을 주요 내용으로 담는 경우 문제를 해결하기 보다는 오히려 의료비 부담이 늘어날 것이므로, 공공병원 확충 없는 지역·필수 의료 강화는 불가능하다는 주장이 제기되고 있다.

「의료개혁 2차 실행방안」은 골든타임 내 치료(심장·뇌, 외상, 응급), 수요 감소(소아, 분만), 암 진료, 24시간 진료 분야(화상치료, 수지접합) 등 4가지 분야를 「필수특화기능」으로 지정하고, 필수특화 기능 수행 여부와 역량에 따라 보상하는 가칭 '필수특화 기능 보상'을 도입하기로 하였다. 필수특화기능 전문진료에 특화된 평가체계를 도입하고 이에 대한 성과 보상을 강화하는 것이다.(의료개혁추진단, 2025: 10)

3. 의료분쟁 리스크

한국에서 의료계가 요구하는 의료사고처리특례법의 제정은 의료계와 환자·시민단체의 대립 속에 이루어지지 않고 있다. 의료계는 필수医료를 살리기 위해서 의료인의 형사책임 부담을 완화해야 한다고 주장하는 반면에, 환자·시민·소비자단체는 이런 특례법이 의료인에게 과도한 특권을 부여하고, 피해자 구제 측면에서 불공정하다고 반대하기 때문이다. 의료계는 “우리나라도 해외와 마찬가지로 사회 전체가 의료 행위의 선의를 인정해야 하며, 이를 바탕으로 고의가 아닌 의료사고는 불기소를 원칙으로 하고 의료분쟁은 건강보험 진료에 대한 국가배상책임제를 도입하는 방향으로 정책이 수정되어야 한다”고 주장한다(메디게이트, 2025) 이에 대해 환자·시민단체에서는 의료진을 보호하는 방향으로만 작동해 의료진에게 지나친 면죄부를 주고 환자 권리가 침해될 수 있다고 우려하며 강력하게 반대하고 있다. 법안의 세부적인 쟁점으로 의료인의 고의 또는 중대한 과실 기준, 피해자 구제 시스템, 의료사고 조사 및 판결 과정의 투명성 확보, 책임보험·공제의 의무화 등이 있다. 의료사고처리특례법의 제정이 이루어지지 않은 것에는 사회적 합의의 부재와 이해관계자 사이의 신뢰 부족과 같은 요인이 작용하는 것으로 평가될 수 있는데, 이는 다음에 논의할 의료정책 거버넌스와의 관련되는 현상이다.

의료개혁추진단이 발표(2025.3.19.)한 「지역·필수의료 강화를 위한 의료개혁 2차 실행방안」은

15) 한국의 전문병원들은 외국의 영리병원의 특징과 유사한 성격을 지니고 있다. 즉, 응급실이나 중환자실과 같이 수익성이 떨어지고 종합적인 진료기능을 필요로 하는 시설을 운영하지 않고, 대도시에 집중되어 있으며, 수익성이 낮은 진료과는 없으며 수익성이 높은 몇몇 진료 분야에 한정된다.(우석균, 2024: 162)

고위험이 수반되는 필수 의료는 공익성을 고려해 강화된 사법보호를 적용하기로 하였다. 의료계, 수요자, 법조계 등이 참여하는 「의료사고심의위원회」를 통해 중대 과실 중심으로 수사·기소하되 단순 과실은 분쟁조정을 통해 신속하고 충분히 배상하도록 했다. 그리고 필수의료와 중대 과실 유형·기준은 법령에 규정하고, 복합질환 등은 전문적 판단이 필요한 영역에 대한 개별·구체적 판단은 동 위원회에서 심의하도록 하였다. 특히, 중증·응급 등 필수의료에서 단순 과실로 사망한 사고에 대해서는 사고 당시 긴급성과 구명 활동 등을 고려하여 형 감경/면제 등을 적용하기로 하였다.

아울러 의료사고 안전망 구축에 필요한 주요과제인 의료사고 예방·소통 활성화, 분쟁조정제도 혁신, 의료사고 공적 배상체계 강화, '의료사고 특화 사법체계' 구축 등은 별도로 의료사고처리특별법을 제정하는 대신에 현행 '의료분쟁조정법' 개정을 통해 제도화하기로 하였다. 환자·시민단체의 반발이 큰 의료사고처리특별법 추진을 중단하고 기존의 의료분쟁조정법에 의료계가 요구하는 사안을 반영하는 절충적인 방식을 택한 것이다.

4. 지역의료 접근성

지역의료 접근성에 대해서는 <그림 3>과 <그림 4>에 제시된 양측의 주장들을 모두 인정한다고 해도 실효적으로 지역의료 공급이 늘어날 방안이 제안되어 있지 않다. 지역에 의사공급을 확대하는 정책은 코로나 시기인 2020년 문재인 정부에서 논의되었다가 중단된 지역공공의대 설립이 직접 관련되어 있다. 그러나 공공의대를 설립해도 직접 의사 인력이 지역에서 활동하기까지는 15년 정도의 기간이 필요하여 단기적인 처방이 되기는 어렵기 때문에 단기적인 대응으로는 국립의대 지역인재 전형 확대나 지방의료원을 강화하는 것이 필요하다는 현장의 의견이 많다. 국립의대전형 방식은 의과대학 입시정책과 관련되고, 지방의료원 강화는 정부의 공공의료의 확대, 의료의 공공성을 강화하는 것이다. 따라서 지역의료 접근성 강화를 위해서는 의료 공공성 차원에서 공공의료 서비스 제공기회를 확대하여 농촌지역이나 수익성이 낮은 진료과목에 대한 의료공급을 늘릴 필요가 있다.

정부의 「의료개혁 2차 실행방안」은 포괄적 진료와 응급 등 필수기능을 수행하는 「지역 포괄 2차 종합병원」 지원에 방점을 두고 있다. 상급종합병원과 협력하여 지역의 대부분 의료 문제를 해결할 수 있는 포괄성을 갖추고, 응급 등 필수 진료 기능을 수행하는 역량 있는 종합병원을 지역 거점화하여 지역 필수의료 강화하기 위해 집중지원 하려는 것이다. 지역의 여건을 고려하여, 중진료권 내에 상급종합병원과 지역 포괄 2차 종합병원이 모두 없는 경우에는 일정 기간 내 기준 도달을 조건으로 예비지정을 병행한다.

지역 포괄2차 종합병원이 필수의료 4개 분야에 집중할 수 있도록 중환자실 수가 인상, 응급의료 행위 보상, 24시간 진료지원, 성과 지원, 지역 수가 도입 등 보상을 강화한다. 특히 지역의료의 공백이 발생하기 시작한 가장 큰 이유는 환자가 지역에 없기 때문임을 고려하여 의료수요와 공급이 취약할수록 보상을 강화하는 지역수가를 적용하고 단계적으로 확대하려 한다. 이를 위해 3년 간 2조원을 투입하고, 투입 금액의 30% 수준은 성과를 지원하여 의료 질을 높이고 필수医료를 강화하

는 가치에 대한 보상을 더욱 두텁게 한다.

전반적으로 「지역 포괄 2차 종합병원」 접근은 의료공공성이나 지방의료원의 강화가 아니라 기존 의료시스템에 존재하는 병원분류에서 지역거점으로 포괄 2차 종합병원을 지정하여 여기에서 필수의료 공급과 지역접근성을 해소하려는 방식으로 접근하고 있다.

5. 의료정책결정 거버넌스

정책 거버넌스는 직접적인 의료정책 쟁점 사항은 아니지만, 앞서 다룬 쟁점들을 해결하고 지속적으로 정책을 추진하는데 필요한 제도적 기반이라고 할 수 있다. 앞에서 검토한 쟁점에 담긴 한국 의료정책 거버넌스의 특징을 세 가지로 나누어 논의하였다.

1) 대통령(집권세력)과 정부관료제 관계

의대증원 규모가 2,000명으로 결정된 이후, 의료계와의 협의나 타협 없이 정부가 이 규모를 유지한 배경에는 대통령의 강한 의지가 크게 작용하였다. 이와 같이 대통령의 의지가 부처 내 전문관료의 의견을 압도하는 상황에서는 의료관료제의 전문성과 자율성을 보호하기 어렵다. 2천 명의 대증원은 정책의 중요한 내용이나 세부 검토 과정이 충분히 이루어지지 않거나 생략된 채, 표면적이거나 즉흥적으로 내려진 정책 결정의 사례로 볼 수 있다.

이러한 정책 결정 과정에서 심층적인 분석의 부재는 심각한 문제를 야기한다. 정책의 비용, 기대 효과, 부작용, 실현 가능성 등에 대한 충분한 검토와 분석이 이루어지지 않은 채, 일부 고려사항에만 치우친 채 정책이 결정될 위험이 크다. 이는 전체 정책 맥락보다 일부 요소나 표면적 문제에만 지나치게 집중하게 만들어, 중요한 사항들이 간과될 우려를 높인다. 더 나아가, 감정적이거나 정치적 이유, 혹은 여론 분위기에 휩쓸려 즉흥적이고 감성적인 의사결정이 이루어질 가능성이 있다. 또한, 충분한 내부 논의와 검증, 전문가 의견 반영이 부족한 점 역시 문제로 지적된다. 이러한 문제들은 정책의 효과성을 저하하고, 예상치 못한 부작용을 초래할 가능성을 높인다.¹⁶⁾

16) 의대증원 정책은 대통령이 정책과정을 압도하면서 장관이나 관료들이 의료계와 타협하고 협상할 수 있는 여지가 없었다. 대통령 의사결정을 어떻게 통제 혹은 보완할 수 있을지는 한국의 정치·행정 체제가 당면한 중요한 과제이다. 무엇보다도 대통령이나 집권세력에 대해서 관료제의 전문성, 자율성, 정책 역량을 보호하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 정치와 행정의 역할을 명확히 구분하고, 전문적 검증 절차와 과학적 근거 중심의 정책 결정 시스템을 강화할 필요가 있다. 또한, 정책 결정 과정에서 다양한 이해관계자와 전문가들의 의견을 적극적으로 반영하고, 충분한 내부 검증과 공개적 논의를 통해 정책의 책임성과 투명성을 높여야 한다. 이를 통해 대통령의 권한 남용을 방지하는 동시에, 정책의 효과성과 정당성을 확보할 수 있을 것이다. 궁극적으로는 과도한 정치적 개입과 관료제의 자율성 사이의 균형을 유지하는 정치·행정 구조를 구축하여, 권력 남용이나 일방적 결정이 최소화되면서도 신속하고 효율적인 정책 집행이 가능하도록 하는 것이 핵심 과제이다.

2) 2025년의 정책회귀 현상

2024년 의대증원 정책은 윤석열 정부의 조기 종료와 함께 취소되었으며, 이전 상태로 원점회귀되었다. 또한, 의료계의 요구 사항이 상당부분 구체적인 정책안으로 반영되고 있다. 앞서 서술한 내용을 정리하면 다음 표와 같다. 2025년에 발생한 정책 변동에서 볼 때, 의대증원 취소, 의료계의 의견 수용, 전공의 복귀는 의사 집단이 강력한 영향력을 행사하고 있음을 보여준다.

〈표 2〉 2025년 의대증원 관련 논쟁이슈 변동

쟁점	정책 변동(2025년)	내용
의대증원 2천명	증원결정 취소, 전공의 복귀	- 2024년 정원수준(3,058명)으로 복귀 - (정부) 전공의 복귀 지원
필수의료 수가	4개 영역에 필수특화기능 지정	- 특화된 평가체계 도입 - 성과 보상 강화
의료분쟁 리스트	의료사고심의회위원회 설치	- 의료계 주장 상당 수용 - 의료사고처리특례법 제정추진 중단
지역의료 접근성	지역 포괄 2차 종합병원 지정	- 지역병원과 필수의료 통합 - 차별화된 지역수가 적용

3) 의료사고처리특례법의 표류

의료사고처리특례법은 의사 집단의 강한 영향력, 여론의 팽팽한 대립, 그리고 정부의 정치적 부담 속에서 표류하고 있다. 의료정책 과정에서 의사 집단은 독점적인 전문성을 기반으로 정책 결정에 관여하며, 그들의 입장을 우선적으로 반영할 수 있는 위치에 있다. 반면, 의료민영화나 의료사고 분쟁과 같은 민감한 사안에 대해서는 일반 시민, 환자, 시민단체의 의견이 강하게 형성되어 있어 정부와 의사 집단이 자유롭게 정책을 추진하기 어렵게 만든다. 이러한 사안들에 대해 대중 여론이 견고하게 형성되어 있기 때문에, 정부와 의사 집단이 그 의지를 일방적으로 관철하는 데 한계가 있으며, 대중의 통제력이 작용한다. 이러한 대중적 통제는 정부에게 큰 부담으로 작용하면서, 민감한 문제에 대해 국민 여론을 의식하지 않을 수 없으며, 지지율 하락이 우려되는 정책은 추진이 어렵다. 결국, 의료사고처리특례법과 같이 논란이 되는 사안은 표류할 가능성이 높아진다.

따라서, 의료사고처리특례법을 위해서는 의사 집단뿐만 아니라 환자, 시민단체 등 다양한 이해관계자의 의견을 균형 있게 수렴해야 한다. 또한, 의료사고 관련 정보를 투명하게 공개하여 국민의 알 권리를 보장하고, 피해자 보호장치가 마련되어야 한다. 충분한 논의와 숙고 과정을 거쳐 사회적 합의를 도출하는 사전 준비작업이 필요하다. 이러한 현상은 이슈 네트워크의 특성을 보여준다. 정책내용의 주도는 의사 집단이 행사하지만, 대중은 견제하는 영향력을 행사하고 있다. 정책 표류를 해소하려면 강력한 정책 선도자(policy entrepreneur)의 역할이 필수적이며, 이 선도자는 관련 집단에 대한 설득과 합의 도출을 위해 적극적이고 지속적인 노력을 기울여야 한다.

V. 의료시스템 쟁점에 대한 정책 함의 : 탐색적 논의

본 장에서는 앞서 분석한 한국 의료 시스템의 쟁점을 토대로, 지속 가능한 의료 시스템 구축을 위한 정책적 함의를 탐색적으로 논의하고자 한다. 의대 증원 자체의 논의를 넘어, 한국 의료 시스템의 구조적 문제 해결을 위한 정책 방향을 제시함으로써 앞으로 필요한 의료시스템 개혁 논의에 참고될 수 있기를 기대한다. 크게 세 가지 영역으로 구분하였다.

첫째, 의료시스템 구조적 쟁점 해소를 위한 정책 설계의 필요성이다. 본 연구는 의대증원 정책 설계 과정에서 한국 의료시스템의 구조적 문제에 대한 논의와 정책적 고려가 선행되어야 함을 강조하고 싶다. 의사 수 확대라는 단편적인 접근만으로는 한국 의료시스템이 갖는 근본적인 문제 해결이 불가능하며 오히려 지연하고 악화시킬 수 있다. 이를 위해서는 다음과 같은 정책적 쟁점들에 대한 정부의 정책노선 설정과 구체적인 실행계획이 필요하다.

① 의료 공공성 vs. 민영화 관계의 균형 유지

의대증원 정책은 의료 시스템의 공공성과 민영화 사이의 미묘한 균형점을 찾아가는 과정에서 신중하게 접근해야 한다. 의료는 국민의 기본적인 권리이며, 공공성이 우선적으로 확보되어야 한다. 그러나 의료 시장의 효율성을 높이고, 의료서비스의 질적 향상을 도모하기 위해 민간 의료기관의 역할 또한 간과할 수 없다. 따라서 정부는 의료시스템의 공공성을 강화하면서도, 민간 의료기관의 자율성과 창의성을 존중하는 방향으로 정책을 설계해야 한다. 관련해서 공공 의료기관 확대, 공공 의료 인력 양성, 필수 의료 분야 지원 강화 등 필요한 최소한의 의료공공성 확보를 위한 투자는 확대해야 한다. 정부의 재정 부담을 늘릴 수 있지만, 의료 공공성을 강화하고 취약 계층의 의료 접근성을 높이는 데 필요하기 때문이다.

② 장기적 문제로서 의료 재정 건전성 이슈 대응

의대증원 추진 직전인 2024.2.5.에 발표된 「제2차 건강보험 종합계획」은 건강보험 재정 부담감소, 건강보험료 인상, 민영보험 활성화 등이 주된 내용이다. 의료재정 부담완화 그리고 의료민영화를 염두에 두는 정책방향으로 해석된다. 건강보험 강화보다는 재정효율화가 주된 목적이고 이 맥락에서 의대증원도 추진되고 있다는 것이 의료정책 전문가들의 평가이다.(우석균, 2024)

정부 재정부담을 줄이려는 의료민영화의 대안적인 차원에서 의료 재정 건전성을 확보하기 위해서는 의료공공성 확보에 필요한 재원을 안정적으로 조달하고, 민간 의료 시장에서 발생하는 과잉 진료 문제를 해결을 위시한 의료시스템 전반의 혁신을 추진해야 한다. 이를 위해서 정부는 국민들의 의견을 수렴하고, 의료계와의 협력을 통해 지속 가능한 의료시스템 구축을 위한 재정 확보 방안을 마련할 필요가 있다.

정부의 재원확보 방안으로는 건강보험료 인상, 국고 지원 확대, 새로운 세원 발굴 등 다양한 방안을 고려할 수 있다. 특히 건강보험료 인상은 국민 부담을 가중하므로 사회적 합의를 위한 신중한 접근이 필요하다. 현행 보험료를 결정 구조는 보건복지부 산하 건강보험정책심의위원회의 심

의와 대통령령에 의존하여 행정부의 영향력이 과도하다는 지적이 있다. 보험료를 결정을 법률로 격상하여 국회 심의를 강화하면 재원 활용의 투명성을 높이고, 국민의 의견을 폭넓게 반영하는 제도적 개선이 될 수 있다.

③ 필수의료 분야에서 전공의 지원을 제고 필요

2023년 하반기에 과목별 전공의 지원율을 보면 산부인과 7.7%, 응급의학과 7.5%, 외과 6.9%, 심장혈관흉부외과 3.3%, 소아청소년과 2.8%이다. 이에 비하여 재활의학과 385.7%, 정형외과 355.6%, 성형외과 320% 등으로 필수 의료분야의 인력 확보난은 심각한 수준이기 때문에 특단의 조치가 필요한 상황이다.(의사신문, 2023) 필수의료 분야에 지원자가 적고 이 분야 병원 운영이 어려운 이유는 의대증원 논쟁과정에서 이미 제시되었다. 먼저, 의료 수가 조정이다. 필수 의료 분야의 낮은 수가는 해당 분야의 인력 부족을 심화시키고, 의료 서비스의 질 저하를 초래하는 주요 원인이다. 따라서 정부는 필수 의료 분야의 의료 수가를 현실화하고, 의료기관들이 해당 분야에 투자를 확대할 수 있도록 유도해야 한다. 둘째, 의료사고 분쟁 위험의 해결 방안 마련이다. 의료사고는 불가피하게 발생할 수 있으며, 의사 측은 의료사고 분쟁에 대한 불안감을 필수의료 지원 기피의 주된 이유로 제시하고 있다. 의료계가 요구하는 의료사고처리특례법 제정이나 복지부가 환자, 시민단체의 반대를 감안하여 현실적으로 추진하는 의료분쟁조정법의 개정을 통한 의료사고 안전망 구축이 이에 해당한다. 전공의의 장시간/저임금 노동에 의존하는 의료시스템의 저비용 구조는 의대증원 논쟁과정을 거치면서 이제 그 지속가능성을 위협받고 있다.¹⁷⁾ 정부와 병원 측은 이에 대한 보완방안을 마련할 필요가 있다.

④ 지역 의료 접근성 개선과 필요한 의료서비스 공급 확대

의대증원이 지역 의료 인력 확충으로 이어지기 위해서는 지역 의료 활성화를 위한 정책적 노력이 병행되어야 한다. 지역 의료기관에 대한 지원 확대, 지역 의료 인력에 대한 인센티브 제공, 지역 거점 병원 육성 등 지역 의료 시스템을 강화해야 한다. 또한, 공중보건의 제도 개선, 지역 의무복무 제도 도입 등 지역 의료 인력 확보를 위한 다양한 방안을 검토해야 한다.

보다 혁신적인 접근으로 지역의 의료진들이 원격협진으로 환자를 보다 유연하게 진료하는 접근도 제안되고 있다.(헬스조선, 2025) 원격협진 플랫폼을 활용해서 거점병원과 지역병원이 CT촬영 결과 등을 공유해서 수술이 필요하면 거점병원으로 아닌 경우에는 지역 병원에서 치료하는 방식이다.¹⁸⁾

17) 2024년 전공의들의 집단적인 저항은 한국 의료 시스템에 중대한 변곡점으로 작용할 것이다. 그동안 '저비용-고품질-고접근성'이라는 특징으로 요약되는 한국 의료 시스템은 전공의들의 헌신적인 저임금 노동과 과도한 업무량에 크게 의존해 왔다. 그동안 당연하게 여겨졌던 전공의들의 착취적인 노동 환경에 대해, 21세기의 젊은 세대는 더 이상 묵과하지 않겠다는 의지를 표명한 것이다. 이는 기존의 의료 시스템 운영 방식에 대한 근본적인 변화를 요구하는 압력으로 작용할 가능성이 높다.

18) 원격협진의 도입을 위해서는 단순히 수가를 신설하는 방식이 아니라, 지자체가 일정비용을 지불하고 병원들이 플랫폼을 공공이용하는 구독모델이 필요하다. 중증질환은 발생빈도가 낮아 수가 기반 운영만으

둘째, 적정 의사 수 도출을 위한 사회적 합의이다. 2024년 의대 정원 확대 논쟁은 한국 사회에 적정 의사 수에 대한 근본적인 질문을 던졌다. 그러나 정부는 왜 2천 명 증원이 필요한지에 대해 3개의 선행연구 인용 외에는 어떠한 체계적인 설명을 제시하지 못했고, 오히려 의료계의 제안을 수용하겠다는 소극적인 자세를 보였다. 이는 정부 정책에 대한 신뢰 부족을 야기하고, 갈등 해결에 어려움을 더했다.

적정 규모의 의사 수 도출은 특정 집단의 이해관계를 넘어선, 의료시스템 구축의 기본적인 출발점이다. 따라서 정부와 의료계뿐만 아니라, 의료 전문가, 환자, 시민 단체 등 다양한 이해관계자들이 참여하는 사회적 합의 과정을 거쳐야 한다. 이 과정에서 객관적인 데이터와 과학적인 근거를 바탕으로 합리적인 결론을 도출해야 하며, 사회 구성원들의 의견을 충분히 수렴해야 한다.

이 과정에서 의료계의 전향적인 태도 변화도 요구된다. 2024년 의대증원 논쟁에서 의사 측의 대응 방식은 의료가 가져야 할 공공적 가치보다 의사 직업군의 이익보호를 위한 대정부 반박논리 주장에 치중된 이익집단적 행동으로 평가된다. 정부의 일방적인 정책추진에 대한 반작용으로 현상이 발생한 것으로 해석할 수 있으나,¹⁹⁾ 향후 사회적 합의 과정에서는 단순히 자신의 이익과 권리만을 주장하는 것을 넘어 의료공공성의 사회적 가치를 추구하는 공동체적 덕성이 요청된다. 그것이 의사의 사회적 권위에 상응하여 시민들이 갖는 기대이기도 하다.

셋째, 신뢰 회복과 의료 거버넌스 구축이다. 정부와 의사는 상호 의존적인 관계에 있다. 정부는 의료 정책 실행에 있어 의사의 협력이 필수적이며, 의사는 정부의 지원과 정책적 뒷받침 없이는 양질의 의료 서비스를 제공하기 어렵다. 따라서 양자 간의 상호 협력적인 거버넌스 구축이 중요하다. 정부는 의사를 정책 파트너로 인정하고, 존중하는 태도를 보여야 한다. 의사 또한 정부 정책에 대한 비판적인 시각을 유지하면서도, 건설적인 대안을 제시하고, 정책 실행에 적극적으로 참여해야 한다.

의대증원 정책을 둘러싼 갈등의 근본적인 원인은 정부와 의료계 간의 불신과 소통 부재에 있다. 정부는 일방적인 정책 추진으로 의료계의 반발을 초래하고 있으며, 의료계는 정부 정책에 대한 불신을 드러내며 강경한 입장을 고수하였다. 이러한 불신과 갈등은 정책의 효과성을 저해하고, 사회적 혼란을 야기할 수 있다.

따라서 정부는 의대증원 정책을 추진하기에 앞서, 의료계와의 신뢰 회복을 위한 노력을 우선적으로 기울여야 한다. 정부는 의료계의 의견을 경청하고, 정책 결정 과정에 의료계의 참여를 보장하며, 정책의 투명성을 높여야 한다. 또한, 의사 수 확대가 한국 의료 시스템의 문제점을 해결하는 데 얼마나 효과적인지, 어떤 부작용이 발생할 수 있는지, 그리고 이러한 부작용을 어떻게 해결할 수 있는지에 대한 과학적 근거를 제시하고, 국민들에게 충분히 설명해야 한다.

의료계 또한 정부 정책에 대한 무조건적인 반대보다는 건설적인 대안을 제시하고, 정부와의 대

로는 적자를 피하기 어렵고, 지역주민의 생명을 지키는 공공적 목적으로 고려하면 복지적 접근이 필요하다.(전진평 한림대춘천성심병원 교수 인터뷰 내용/ 헬스조선, 2025)

19) 대표적인 사례가 전임의협회장의 “정부는 의사들을 이길수 없다”는 발언이다.(2024.2.12.) 정부의 의대 증원 발표 이후 의사들 사이에서 쏟아진 정부를 규탄하는 발언의 한 예이다.

화에 적극적으로 참여해야 한다. 의료계는 국민 건강 증진이라는 공동의 목표를 위해 정부와 협력하고, 의료 시스템 개선을 위한 노력을 함께해야 한다. 신뢰 회복을 위해서는 정부의 의료 정책 결정 과정 개선이 필수적이다. 상호 협력적인 거버넌스를 구축하기 위해서는 정부와 의사 간의 정기적인 소통 채널을 마련하고, 정책 결정 과정에 대한 정보를 공유하며, 상호 신뢰를 구축하기 위한 노력을 지속해야 한다. 또한, 갈등 발생 시, 대화와 타협을 통해 해결하는 문화를 조성해야 한다. 이를 위해서는 의정협의체의 구성과 운영에 관한 규칙(rule)²⁰⁾을 설정하는 것도 생각할 수 있다.

VI. 맺음말: 이론적 함의를 중심으로

본 연구는 '문제정의' 관점에서 의대 증원 정책을 둘러싼 갈등을 분석하고, 한국 의료 시스템의 구조적 문제점과 정책적 함의를 도출하고자 하였다. 분석 결과, 정부와 의료계는 의대증원 문제정의에서 문제파악은 동일하지만 문제의 원인진단을 다르게 하면서 상이한 해결책을 제시하고 있음을 확인하였다. 정부와 의료계는 '필수 의료 부족'과 '지역 의료 불균형' 등의 문제파악은 동일하지만 정부는 의대정원 동결, 의사 수 부족을 핵심적인 원인으로 진단하는 반면, 의료계는 의사 수의 규모 문제가 아닌 분배 문제라고 하면서, 필수의료 분야에 불리한 의료수가 구조, 의료분쟁 리스크, 수도권 대형병원 집중 등을 원인으로 본다. 해결방안은 원인파악에 따라서 이를 해결하는 방향으로 설정되는 것이기 때문에 의대증원 사례의 문제정의에서 핵심적인 단계는 원인진단이라고 할 수 있다.(<그림 3>, <그림 4> 참조) 그리고 이러한 특징은 Dunn의 문제구조화에서는 정책분석적인 접근을 통해서 목표설정(공식적 목표)을 강조하는 것과 차별화되는 내용이다.(<그림 1> 참조)

의료계의 원인 진단에 작용하는 요인은 단순히 이념(value)이나 이해관계(interest)와 같은 통상적인 요인(선행연구 부문 참조)으로 설명하기에는 복잡한 한국 의료 시스템의 구조적인 특징과 깊이 연관되어 있다. 의료계 내부의 다양한 입장과 주장을 단순한 이익 추구 행위로 치부하기보다는, 그 이면에 존재하는 제도적 제약, 관행, 그리고 오랜 기간 누적되어 온 불균형 등을 종합적으로 고려해야만 보다 정확한 이해가 가능하다. 본 연구는 이러한 시스템적인 요인들을 문제정의에 대한 찬반 담론 주장에 적용함으로써, 정부와 의료계가 왜 상이한 원인 진단을 하는지에 대한 배경을 심층적으로 파악할 수 있었다. 즉, 각 주장의 표면적인 논리뿐만 아니라, 그 주장을 뒷받침하는 구조적인 맥락을 분석함으로써, 갈등의 근본적인 원인을 규명하고자 하였다.

20) 의정협의체의 실효성과 구속력을 높이는 방안에 대한 규칙이 필요하다. 예를 들면 ① 의료정책결정 전 사전협의 제도화: 주요 의료 정책(수가 조정, 의대 정원, 의료 전달 체계 개편 등)을 입안하고 추진하기 전에 공동 거버넌스 위원회 또는 관련 분과 위원회를 통해 의료계 의견을 수렴하고 협의하는 절차를 마련, ② 의료정책 정보공개 시스템 구축: 의료 정책 수립의 근거 자료, 분석 보고서, 예상 파급 효과 등에 대한 정보를 투명하게 공개하여 각 주체간 정보비대칭성 해소, ③ 갈등조정을 위한 중립적 전문가 패널 도입: 정책 이견이나 갈등 발생 시, 정부와 의료계 모두에게 신뢰받을 수 있는 중립적인 제3의 전문가(보건 의료, 재정, 법률, 갈등관리 전문가 등)들로 구성된 조정 패널을 운영하여, 객관적인 사실 확인과 합리적인 조정안 도출을 지원하는 것 등을 생각할 수 있다.

이러한 구조적 요인에 대한 고찰은 문제정의 단계에서 행위자들이 찬성과 반대의 입장을 선택하는 동기를 심층적으로 설명하는 장점이 있다. 기존의 연구들은 주로 이념이나 이해관계, 또는 이 두 가지 요인의 조합을 중심으로 프레임을 분석하여 행위자들의 입장 선택을 설명해 왔다. 그러나 이러한 접근방식은 행위자들의 선택을 결정짓는 더 근본적인 원인을 간과할 수 있다. 이런 맥락에서 구조적 요인은 특정한 입장을 형성하게 만드는 제도, 상황, 그리고 사회 구조적 맥락에 초점을 맞추어 행위자들의 선택을 포괄적으로 설명할 수 있다.

왜냐하면 특정 정책에 대한 찬반 입장은 단순한 개인의 이념적 성향이나 경제적 이해관계뿐만 아니라, 그 정책이 시행되는 사회 시스템의 특성, 관련 제도들의 작동 방식, 그리고 사회 구성원 간의 권력 관계 등에 의해 복잡하게 얽혀 있을 수 있기 때문이다. 구조적 요인을 고려함으로써 우리는 행위자들이 왜 특정 입장을 취하게 되는지에 대한 보다 풍부하고 다층적인 이해를 얻을 수 있다. 예를 들어 기존의 이해관계 중심 접근방식은 행위자들이 특정 입장을 수용하거나 거부하는 이유를 설명하는 데 유용하지만, 그 이해관계 자체가 어떻게 형성되었는지에 대한 설명은 부족할 수 있다. 구조적 요인에 대한 고찰은 이러한 한계를 극복하고, 행위자들의 입장 선택을 보다 근본적으로 이해할 수 있도록 한다.

결론적으로, 구조적 요인에 대한 고찰은 문제정의 단계에서 행위자들의 동기를 보다 풍부하게 설명하고, 기존의 이념이나 이해관계 중심의 설명 방식이 간과할 수 있는 중요한 측면들을 밝혀내는 데 기여하며, 이는 정책결정 과정이나 사회적 갈등을 해석하고 설명하는 데 보다 효과적인 접근방법이 될 수 있다.

참고문헌

- 강민구·이한결·고현석·김수진. (2024). 「전공의 36시간 연속근무제도 개선 연구」. 대한의사협회의료정책연구원.
- 경제정의실천시민연합. (2024). 공공의료 의사 부족 실태 및 개선방안. 보도자료. 2024.10.03.
- 김문근. (2021). 국가 정신건강복지정책의 문제정의 특성과 변화에 관한 연구-의료관점과 인권관점에 근거한 문제구조화 특성 분석. 「사회복지정책」, 48(3): 5-38.
- 김선희. (2022). 한국 의료보장정책 변화에 대한 제도주의 분석. 「한국정책연구」, 22(4): 223-257.
- 김성수. (2017). 정책문제 구조화와 문제정의에 관한 연구: 경제민주화의 프레임(담론)을 중심으로. 「한국사회와 행정연구」, 28(3): 53-81.
- 김순양. (2017). 보건의료정책과정에서의 정책행위자의 신념(beliefs)과 이해(interests). 「지방정부연구」, 21(2): 405-434.
- 김원일. (2024). 우리나라 보건의료체계 특성과 한계에 관한 법적 고찰. 「법이론실무연구」, 12(1): 127-159.
- 김정희 외 5인. (2020). 「의료 공공성 강화를 위한 공공의료 확대 방안」. 국민건강보험공단 건강보

협연구원.

- 김철신. (2011). 영리병원도입 정책의 추진경과. 「대한치과의사협회지」, 49(9): 511-518.
- 대한의사협회. (2024). 정부의 「필수의료 정책 패키지」에 대한 대한의사협회 입장. 보도자료. 2024.02.01.
- 박윤재 외 3인. (2025). 「의대 정원 증원 문제의 역사적 고찰 - 2000년 의약분업에서 2020년 전공의 파업까지 -」. 대한민국의학한림원.
- 보건복지부. (2023). 「생명과 지역을 살리는 필수의료혁신 전략」.
- 보건복지부. (2024a). 「필수의료 정책 패키지」.
- 보건복지부. (2024b). 「2022년 국민보건계정: 2023 가추계치 포함」. 연세대학교 의료복지연구소·한국보건사회연구원·국민건강보험공단·건강보험심사평가원.
- 보건복지부. (2024c). 「2023년 공공보건의료 주요 통계」. 국립중앙의료원.
- 보건복지부. (2024d). 「OECD Health Statistics 2024」.
- 사공영호. (2012). 정책문제의 정의: 현상학적 접근. 「한국정책학회보」, 21(4): 1-32.
- 신영석 외 18인. (2020). 「보건의료인력 종합계획 및 중장기 수급추계 연구」. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 양봉민. (2010). 「보건경제학」. 나남출판.
- 양재진. (2008). 한국 복지정책 60년: 발전주의 복지체제의 형성과 전환의 필요성. 「한국행정학보」, 42(2): 327~349.
- 우석균. (2024). 윤석열 정부의 의대 정원 증원 정책에 대한 평가와 대안. 「경제와 사회」. 겨울호 (vol.144): 152-176.
- 윤강재 외 6인. (2014). 「한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향」. 한국보건사회연구원.
- 이수연. (2013). 한국 보건의료제도 특징이 보건의료성가에 미친 영향에 관한 연구. 「사회과학연구」, 24(4): 271-293.
- 이철희·권정현·김태훈. (2023). 「2021년 장래인구추계를 반영한 인구변화의 노동교육의료부문 파급효과 전망」. 저출산고령사회위원회.
- 이희선. (2005). 정책문제의 구조화를 위한 방법론의 설계. 「행정문제논집」, 20: 125-157.
- 의료개혁추진단. (2025). 「의료개혁 2차 실행방안」. 보건복지부.
- 의료개혁특별위원회. (2024). 「의료개혁 1차 실행방안」. 보건복지부.
- 전진석·이선영. (2015). 옹호연합모형과 정책 네트워크의 결합모형을 통한 의료민영화 정책변동에 관한 연구. 「한국사회와 행정연구」, 26(2): 385-414.
- 정성길 외 7인. (2023). 「정책학개론」. 대명출판사.
- 정창호. (2013). 정책문제 구조화를 통한 문제정의를 관한 연구: 한국문화예술위원회 설립과정을 중심으로. 「한국행정연구」, 22(3): 237-270.
- 조병희. (2003). 「의료개혁과 의료권력」. 나남출판.
- 조병희. (2019). 한국 의사의 전문직업성과 의료지배구조의 변화. 「보건과 사회과학」, 51: 15-39.
- 채민석·이수민·이하민. (2024). 돌봄서비스 인력난 및 비용 부담 완화 방안. 「BOK 이슈노트」. 한국은행.

- 최흥석·이철주·한승주·현하영. (2013). 보건의료서비스 전달체계와 성과의 관계 탐색. 「한국행정 논집」, 25(2): 619-648.
- 홍윤철. (2020). 「의사인력 적정성 연구」. 서울대학교 의과대학.
- Brummett, B. (2010). *Persuasion and Social Influence*. Routledge.
- Dunn, W. (2018). *Public Policy Analysis - An Integrated Approach* (6th ed.). Routledge. (번역본: 남궁근 외. 「정책분석론-통합적 접근」. 법문사)
- Fairclough, N. (2001). *Language and Power* (2nd ed.). Longman.
- Hoppe, R. (2025). Problems and Problematization in Public Policy. *Encyclopedia of Public Policy*. Springer
- Lakoff, G. (2004). *Don't Think of an Elephant! Know Your Values and Frame the Debate*. Chelsea Green Publishing.
- Rochefort, D. A., & Cobb, R. W. (1994). *The Politics of Problem Definition: Shaping the Policy Agenda*. University Press of Kansas.
- Schattschneider, E. E. (1960). *The Semisovereign People: A Realist's View of Democracy in America*. Holt, Rinehart & Winston.
- Schmidt, V. A. (2008). Discursive Institutionalism: The Descriptive, Normative, and Theoretical Innovation. *European Political Science*. 7(3), 347-356.
- Stone, D. (1989). *Policy Paradox and Political Reason*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.
- Toulmin, S. E. (1958). *The Uses of Argument*. Cambridge University Press.

〈언론보도〉

- 경향신문. “소아과 인기는 옛말...전공의 충원율 28% "지원책 필요"”. 2022.08.08.
- 경향신문. “육아·노인간병 돌봄 서비스 인력, 20년 뒤 155만명 부족”. 2024.03.05.
- 뉴스1. “의약분업부터 시작된 '의대 증원' 논의...18년 역사 살펴보니[일지]”. 2024.02.06.
- 동아일보. “성형외과 의사수 10년새 76% 늘어... 피부과도 40% 증가”. 2024.01.29.
- 데일리메디. “한국 의사 소송 위험 '일본 265배·영국 895배’”. 2023.06.07.
- 조선비즈. “과국 치닫는 의정 갈등 6개월...의사·환자 신뢰마저 깨졌다”. 2024.08.01.
- 조선일보. “인구 1000명당 의사 수... 서울 3.4명 충북 1.5명 경북 1.3명”. 2023.10.17.
- 조선일보. “필수의료 기피 부르는 '원가보전율'... 방사선종양 252%, 산부인과는 61%”. 2024.08.11.
- 메디게이트. “망가진 의료전달체계...병상수 확대·분원 설립으로 수도권 대형병원 환자 쏠림 더 심화”. 2021.10.21.
- 메디게이트. “이대목동병원 의료진 대법원 판결도 '무죄'...주사제 분주와 사망 인과관계 없어”. 2022.12.16.
- 메디게이트. “한국인 1000명당 의사 수 5년새 13% 늘어...OECD 8%에 비해 가파른 증가세”. 2023.07.27.

메디게이트. “정부 의료사고안전망 대책 사법리스크 해결 역부족…글로벌스탠다드 따라야”. 2025.3.5.

서울신문. “고령화로 의료 수요 팽창… 2035년 입원일 45% 증가[팩트 체크]”. 2024.01.25.

연합뉴스. “의사수 '동상이몽'…"고령화로 의사부족"vs"저출산에 의사과잉"”. 2024.02.22.

의사신문. “하반기 전공의 모집에서도 ‘필수의료 과목 기피 계속’”. 2023.08.18.

의사신문. “필수의료 기피 부추기는 수가체계, ‘원가보전율’ 격차 심각”. 2024.08.12.

한겨레. “복지부 “고령화로 2035년 입원일수 45% 증가”…의협 주장 반박”. 2024.01.24.

헬스조선. “지역의료 해법을 묻다”. 2025.08.04.

〈방송토론자료〉

국회방송. “의대증원 필수의료 문제 해법은?”. 「정관용의 정책토론」, 2023.11.02.

국회방송. “필수의료 위기극복 과제와 해법은?”. 「정관용의 정책토론」, 2024.02.29.

국회방송. “필수·지역의료 강화 바람직한 방향은?”. 「정관용의 정책토론」, 2024.05.09.

국회방송. “의정 갈등, 현 상황과 해결 방안”. 「정관용의 정책토론」, 2025.01.09.

KBS. “의대 증원 논란의 본질을 묻다”. 「특집 사사건건」, 2024.02.23.

MBC. “의대 증원 충돌, 의료대란 오나”. 「100분토론」, 2024.02.20.

MBC. “‘초강수 대치’ 의·정, 환자 어쩌나?”. 「100분토론」, 2024.06.18.

김성수(金性洙): 독일 베를린 자유대학에서 정치학 박사학위를 취득하고 현재 한국외국어대학교 행정학과 교수로 재직하고 있다. 주요 관심분야는 정책이론, 정책논증, 과학기술정책 등이다. 발표연구로는 정책문제 구조화와 문제정의에 관한 연구: 경제민주화의 프레임(담론)을 중심으로(2017), 정책논증에서 수사학적 착상의 활용: Topoi-Stasis를 활용한 논거도출(2021), 의대 증원의 정책담론과 소통실패: 텍스트마이닝과 담론전략을 활용하여(2025, 공저) 등이 있다(seskim@hufs.ac.kr).

정동영(鄭東煥): 한국외국어대학교 일반대학원 행정학과 석사과정에 재학 중이며, 정책과정 및 정책변동 분야에 관심을 가지고 있다. 문제구조화의 인식론적 접근과 텍스트 분석을 기반으로 정책 과정의 메커니즘을 탐구하는 연구를 수행하고 있다.(jdy2179gmail.com)

Abstract

Conflict over Increasing Medical School Admissions as Outlined in the Problem Definition: Issues and Policy Implications in the Korean Healthcare System

Kim, Seong Soo

Jeong, Dong Yeong

This study analyzes the arguments of the government and the medical community surrounding the debate over increasing medical school enrollment. It compares each side's problem definitions and conducts case studies and text analysis on their respective claims. Additionally, it discusses the structural issues of the Korean healthcare system that underlie the conflicting identification of causes and solutions during the problem-definition process. The government diagnoses the cause in terms of the number of physicians, sets the policy goal of expanding the medical manpower supply, and proposes increasing medical school entrance quotas. Conversely, the medical community argues that the problem is not the number of physicians but their distribution. Major issues related to the problem definition include the appropriate scale of medical physician supply, raising medical fee schedules in essential medical fields, risk mitigation of medical disputes, strengthening healthcare access in regional areas, and improving healthcare policy-making governance. Policy implications include maintaining a balance between healthcare publicness and private healthcare, ensuring fiscal soundness in the healthcare system, incentivizing support for residents in essential medical fields, adopting multifaceted approaches to improve regional healthcare access, fostering social consensus on the appropriate number of physicians, and restoring trust to build a more effective healthcare governance system. The key difference in problem definition in the case of medical school admission expansion lies in the diagnosis of causes. Applying healthcare system factors to the pro and con discourse on problem definition provides a deeper understanding of why the government and the medical community have different diagnoses of the causes.

Key Words: problem definition, medical school admission expansion, healthcare publicness, essential medical services, text analysis