



Perspectives

정부의 공공의료 정책에 대한 검토와 대안 모색

순천향대학교 의과대학 예방의학교실

박윤형

Review on the Current Public Health Care Policies

Yoon Hyung Park

Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, Cheonan, Korea

개 요

우리나라는 전국에 보건소, 보건지소 등 공중보건 시스템을 갖춘 모범적인 국가이다. 병원 시스템도 정부재정 투자를 하지 않고도 사회적 책임을 가진 비영리법인 병원으로 충분한 병원과 병상을 갖추었다. 정부에서 활용할 수 있는 공중보건 의사도 2,000명이나 있다. 이러한 기반 하에 공공의료 정책은 인력양성보다 지방의료원 등 필요한 기관에 재정 투입, 결핵 등 필수 의료분야의 인력을 양성, 공공-비영리 병원 네트워크 관리 운영, 거버넌스 구축 등이 필요한 시기이다.

10년간 근무하도록 하고, 폐교된 서남대학교 의과대학 정원 49명을 이어받아 국립공공보건의료대학(이하 공공의대)을 설립한다고 발표하였다[1]. 공공의대 졸업생도 졸업 후 지역 의사와 같은 조건으로 근무한다. 지역 의사 전형으로 선발된 학생과 공공의대 입학생은 모두 재학 시 전액 장학금과 생활비를 지급받고 졸업 후 10년간 근무해야 한다. 전공의 수련 기간을 일부 제외하더라도 7-8년을 근무해야 한다. 전공의 파업으로 시작한 의료계의 반발로 9월 4일에 민주당과 의사협회, 보건복지부는 코로나-19 안정 시까지 논의를 중단하고 그 후 법안을 중심으로 원점에서 재논의한다는 내용으로 합의하였다[2].

서 론

당정의 공공의료 정책 - 지역 의사 양성, 공공의대 신설

당정은 지난 7월 23일 향후 10년간 지역 의사 4,000명을 증원하여 의사가 부족한 지방, 특수 전문분야, 의과학 분야에

지역 의사를 위한 의대 정원 확대와 공공의대 설립은 특별히 법이 필요한 사항은 아니며 기존의 고등교육법에 따라 시행하면 된다. 그러나 국가에서 직접 활용할 의사를 별도로 선발하여 장학금을 지급하고 의무적으로 10년간 국가에서 지정한 기관에서 근무하도록 강제하고 위반할 시 의사면허를 취소한다고 규정하려면 특별히 법이 필요한 사항이다. 당

Received: 2020. 10. 29

Accepted: 2020. 11. 10

Correspondence to Yoon Hyung Park, M.D., Ph.D.

Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, 31 Suncheonhyang 6-gil, Dongnam-gu, Cheonan 31151, Korea

Tel: +82-41-570-2485, Fax: +82-41-575-2406, E-mail: parky@sch.ac.kr

Copyright © 2020 The Korean Association of Internal Medicine

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

정 발표를 전후해서 민주당 김원이 의원이 대표 발의한 ‘지역의사 양성을 위한 법률’을 비롯하여 ‘지역의사법’ (권철승), ‘공공의대 설립 운영법’ (이용호), ‘공공보건의료법’ (기동민), ‘공공의대 설립 운영법’ (김성주) 등 6-7개의 법률이 발의되었다. 의사협회와 민주당의 합의는 이 법률들에 대해 국회, 특히 민주당에서 심의를 중단한다는 내용이다.

한편 당정 발표 전인 7월 22일에는 민주당이 보건의료노조 등과 같이 토론회를 개최하였다. 토론회에서 발제한 내용을 보면 ‘우리나라 의사 수가 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)의 2/3 수준으로 격차를 해소하는 데 72년이 소요되며 수도권과 지방의 의사 수 격차도 1.32배이므로 이를 해소하기 위해서는 지역의사제 신설이 필요하다’고 제안하였고, ‘의사집단과 대학의 강력한 카르텔을 깨고 국가가 담당해야 할 핵심기능으로 사회적으로 필요한 의사인력을 국가가 직접 선발 양성 배출 관리하는 공공의대가 필요하다’고 하였다. 아울러 ‘공공병상도 선진외국이 40-60%인데 비해 우리나라는 10%대에 불과하다’고 하였다[3].

본 론

의사 수급 추계와 지역의사 양성

의사 수급에 관한 연구방법은 주로 필요근거법(need-based method)을 사용하고 있다. 인구의 질환 발생을 근거로 한, 필요한 진료 수요를 근거로 필요한 의사 수를 추계하는 방식이다. 추계를 위해서는 장래 인구 수, 노령 인구, 수진율 등 수요 요인과 의사의 근무일수, 의사 1인당 1일 진료 환자 수 등 공급요인의 기반 하에 영향을 끼치는 많은 요인을 가정해서 추계한다. 이 방법은 의사를 보조하는 대체투입요소, 과학기술의 변화, 환자의 선호도, 비용과 같은 경제학적 요소가 무시되고 있다고 비판받고 있다[4]. 의사 수급을 논의하기 위해서는 필요에 근거한 방법 외에 의사당 인구비율, 국가 간 비교, 의사의 수입 비교평가, 건강수준의 평가, 의료기관 수, 진료대기시간 등 의료시장의 현상 관찰과 전문가의 판단을 거쳐 정해야 한다[5,6]. 그동안 의사추계 연구에서 공급요인으로 중요한 의사근무일수를 239일 또는 269일로 하였고 의사 1인당 진료 인원을 40명, 60명, 52.14명 또는 45.76명으로 가정한 연구가 진행되었다. 의사의 근무일수와 의사 1인당 진료 인원수에 따라 장래에 의사가 부족하거나 또는

과잉인 결과가 도출되고 있다.

의사 수급을 판단하기 위해서는 현재 의료이용에 대한 실태와 국민들의 태도도 살펴보아야 한다. 보건복지부는 2019년 전국에서 표본으로 추출된 6,000 가구의 12,507명을 대상으로 의료서비스 경험조사를 실시하였다. 주요 결과로, 국민 10명 중 7명이 1년에 1회 이상 외래진료를 이용하고 그중 60세 이상은 10명 중 9명이 외래진료를 받았다[7]. 소득이 낮은 사람(1분위)과 농어촌 읍·면 거주자와 의료급여 수급권자가 더 많이 이용하였다. 의료이용 경험으로 ‘담당 의사가 예의를 갖추어 대해주었다’가 90% 이상이었으며 ‘담당 의사가 어떤 검사를 왜 받아야 하는지를 설명해주거나, 치료나 시술을 하였을 때 나타날 수 있는 효과와 부작용 등을 알기 쉽게 설명해 주었다’가 86%, ‘담당 의사에게 질문을 하거나 관심사를 말할 수 있었다’가 84%, ‘검사 여부나 치료법을 선택할 때 본인의 의견을 반영하였다’가 84%로 만족도가 높았다. ‘이용한 의료기관이 안락하고 편안하였다’가 85%였다. 의사의 평균 진료시간은 8.7분으로 확인되었다. 외래 진료를 받기 위해서 접수 후 기다린 시간은 평균 20분이었다. 외래진료를 예약 없이 당일에 바로 받은 경우가 75%였으며 입원 진료를 예약 없이 당일에 바로 받은 경우는 45%였다. 대부분의 선진국 중에서 우리나라처럼 당일에 즉시 전문의에게 진료받을 수 있는 나라는 거의 없고 병원 입원 대기시간도 우리나라는 매우 짧은 것으로 볼 때 현재 시장에서 의사가 부족하다는 신호는 보이지 않는다.

2002년 대통령 자문 의료제도발전특별위원회는 의사가 과잉 공급된다고 판단하고, 2003년부터 의대 입학정원을 10% 감축하고 2004년부터는 의대 정원의 약 15%에 달하는 정원 외 입학인원을 모두 감축하는 방안을 도출하여 대통령에게 보고하였고[8], 대통령이 채택 시행하여 의대 정원 축소와 정원 외 인력 감축이 시행되었다.

의사인력 양성 문제는 단순한 외국의 사례나 정부의 연구 보고서에 의해 추진할 수 있는 사항이 아니며 정부와 전문가 단체, 학계 등이 위원회를 구성하여 충분한 시간을 가지고 토의한 후에 결정할 사항이다. 그러나 이번의 정부의 발표는 그러한 절차가 모두 생략되어 요건을 갖추지 못한 정책이라고 할 수 있다.

이번에 발표한 ‘지역의사 양성대책’은 주로 지방병원의 현실적 어려움을 반영한 내용이다. ‘지역의사’란 주로 지방의료원, 의료취약지 거점병원 등 지역병원에서 일하는 의사를 말한다. 현재 지방의료원, 의료취약지 병원 등에서 의사

가 부족한 원인은 공중보건 전문의의 공급부족 때문이다. 2005년 노무현 정부 때 의사양성 교육제도를 6년제 의과대학에서 대학 졸업 후 입학하는 의학전문대학원(이하 의전원) 제도로 변경하였다. 의전원 입학생은 전반적으로 여학생이 증가하였고 군(軍) 의무 복무 후에 입학한 학생이 증가하였다. 그 결과로 주로 지역병원에 공급하던 공중보건 전문의사가 감소하기 시작하였다. 공중보건의사는 2010년 3,300명이던 인원이 2015년 2,245명, 2019년 1,972명으로 감소하였다. 보건소, 보건지소 외에 지역병원에 배치한 공중보건의사는 2010년 944명에서 2015년 349명, 2019년 243명으로 감소하는 등 10년 전에 비해 700명이 감소하였다[9-11]. 특히 지역병원에서 필요로 하는 전문의는 더욱 감소하였다. 공중보건 전문의사는 매우 활동적이면서도 급여는 군인 급여 수준이므로 지역병원에 크게 도움이 되는 인력이었다. 2010년까지 지방의료원과 취약지 거점병원에 병원당 3-5명의 공중보건 전문의가 배치되었으나 2015년부터 1-2명으로 감소하였다. 2015년부터 대부분의 대학이 다시 6년제 의과대학으로 전환하였으므로 2026년부터는 공중보건의사 특히 전문의사가 2010년 수준으로 회복될 것으로 예상된다. 만약 지역의사를 추진한다면 의대 교육과 전문의 수련교육이 끝나고 배치할 수 있는 2030년 이후에는 공중보건 전문의사가 충분히 공급되는 시기이므로 지역병원에서 지역의사를 필요로 할지도 의문이다. 실제로 1970년대 말에 시작한 공중보건 장학의사가 전문의 수련을 마치고 본격적으로 배출된 1990년대 초에는 지역병원에서 충분한 수의 공중보건의사가 활동하고 있어서 공중보건장학의사를 요청하는 병원이 적었다. 그 후 공중보건장학생 인원을 대폭 축소하면서 제도를 중단하였다. 지역의사 양성 후 같은 현상이 예상될 수 있기 때문에 더욱 신중히 접근해야 한다.

공공의과대학 신설과 공무원 의사 양성

일반적으로 국가에서 필요한 인재를 시험을 거쳐 채용한다. 그러나 특수한 분야는 직접 대학을 설립하여 교육하고 졸업 후 해당 직위에 임용하는 제도를 운영하고 있다. 이는 전문적인 교육이 필요하나 교육에 필요한 시설과 요건 등이 대학에서 담당하기는 어려운 분야이거나 또는 학생시절부터 국가기관에서 근무하고자 하는 학생을 선발하여 충실히 교육하기 위함이다. 사관학교와 해양대학, 경찰대학 등이 사례이다. 다른 나라에서는 정부에서 직접 필요한 의사를 확보하

기 위하여 의대를 설립하는 사례가 있다. 졸업 후 육군 군의관으로 임용하는 미국의 육군의과대학, 보건소 등 자치단체 공무원으로 임용하는 일본의 자치의과대학 등이다. 정부는 주로 공무원으로 임용되어 일할 의사를 양성하고 학생들도 입학 시부터 자신의 장래 직업과 역할을 정하여 상당기간 근무할 것을 전제하고 지원하고, 졸업 후 대부분 그 분야로 진출한다. 의학분야도 정부에서 인력 양성에 직접 개입할 수 있는 분야가 있다. 현재도 세계적으로 가장 큰 문제가 되고 있는 결핵, HIV/AIDS, 말라리아, 세계적으로 유행하는 바이러스 감염증, 한센병 등에 대한 질병전문가, 역학조사관, 백신 연구자, 등 국가 질병관리 정책상 전문가가 필요하나 일반교육으로는 확보하기 어려운 분야이다. 이러한 분야는 국가뿐만 아니라 세계보건기구(World Health Organization, WHO) 등 국제기관에서도 필요한 전문인력이다. 의사들은 개인적으로 흥미가 있어서 전공하고 싶더라도 정부기관 등 이외에는 수요가 적고 정부기관에서 일할 수 있는 기회에 대한 확신이 없기 때문에 선택하기가 어려운 분야이다. 이러한 분야를 전공하는 의사를 양성하는 것은 국가의 역할이다. 만약 졸업과 동시에 공무원으로 임용하여 국가공무원 시스템 내에서 전문가로서 역량을 발휘하고 자기발전 하게 해준다면 동기유발이 될 것이다. 국가에서 전문가로서의 역량을 쌓아 역할을 수행하면서 WHO 등 국제사회에서 전문가로 봉사할 수 있다. 제2의 이중욱 박사를 양성할 수 있다. 국립공공의대 설립은 특수분야 공무원 양성 목적으로 추진되어야 하며 반드시 공무원으로 임용하는 것을 전제로 해야 한다.

대학병원과 지방의료원, 비영리병원 공공병원 네트워크 구축

우리나라는 병상이 매우 많은 편이다. OECD 통계에 의하면 인구 1,000명당 병상 수는 OECD 평균이 4.5인데 우리나라는 12.4로 2.5배가 높다. 일본 13.0 병상에 이어 2번째로 많으며 프랑스, 독일 8.0, 이탈리아 3.1, 미국 2.9보다는 월등히 높다.

국가가 예산으로 공공병원을 신축하거나 증설할 필요가 없으며 기업이 병원을 신축, 신설할 수 있는 영리병원 제도도 검토할 가치가 없는 상황이다. 일본과 같이 인센티브를 주며 병상을 축소하는 정책을 시행해야 할 수도 있다.

우리나라 종합병원은 대부분 국립대, 사립대와 의료법인 등 비영리법인이 운영의 주체이다. 민간 자본 중심으로 병원과 병상을 확보해 나가면서 비영리법인 체계로 구축해 왔다.

민간이 자율과 경쟁을 통해 발전하도록 하면서 비영리법인으로 사회적 책임을 부여하고 병원 수입을 병원에서만 사용하도록 하여 의료자본 유출을 방지하는 제도로 단시간 내에 세계적인 의료시스템을 구축하였다. 2000년 이후에는 정부가 사회적 병원 인프라를 이용하여 필요한 공공의료사업을 확대하고 있다. 감염병 전문병원, 권역 응급의료센터, 권역 외상센터, 심뇌혈관 질환센터, 소아 응급실, 분만 시설 등을 지원하고 있다. 비영리법인 병원과 지방의료원이 공공의료 사업에 참여하고 있어서 사실상 대부분의 병원이 공공병원 시스템으로 구축되었다.

의료체계 발전을 위해서는 그동안의 정책과 같이 의료계의 자율성을 유지하면서 경쟁과 효율을 통해 발전하도록 하고 정부는 필요한 공공의료부문을 공공의료 인프라를 활용하여 활용, 확대해 나가는 것이 가장 효율적인 정책일 것이다.

공중보건 시스템

우리나라 공중보건 시스템은 일제 강점기는 위생경찰제도로 운영되다가 미군정기에 미국의 공중보건 시스템을 도입하였고 1948년 정부 수립 후 보건부를 설치하여 총괄 운영하였다. 그동안 조금씩 확충해 나가던 국가 공중보건 시스템은 6.25 남침전쟁으로 모두 파괴된 결과, 1950년대는 의료시설이 절대적으로 부족하고 전염병이 유행하였다. 전쟁 후 주로 외국 원조로 무료진료소를 운영하여 1956년에는 무료진료소가 전국에 100개에 달하였다. 정부는 공중 보건시스템을 확충하기 위해 1956년 보건소법을 제정하여 무료진료소를 보건소로 흡수하였다. 그 후 정부 예산과 농어촌 특별세를 활용하여 투자하고 농어촌보건의료를 위한 특별조치법을 제정하여 공중보건의를 파견한 결과 1983년에 무의촌을 해소하는 등 세계적으로 모범이 되는 공중보건체계를 구축하였다. 현재는 전국 256개의 보건소에 의사 600명, 1,300개의 보건지소에 공중보건 의사 1,300명 이상을 확보하는 등 전국 모든 지역에 의사를 배치하였다. 코로나바이러스감염증-19 (corona virus disease 19, COVID-19)에 대한 성공적 대응도 전국의 공중보건 시스템으로 가능하였다. 그동안 보건소는 지역사회 건강조사를 실시하여 지역에서 필요한 자료를 조사수집 하였고 감염병과 만성 질환 field management training program (FMTP)으로 담당자를 지속적으로 교육하여 역량을 강화하였다. 그러나 농어촌의 인구 감소로 보건지소의 환자는 지속적으로 감소하고 있는데도 불구하고 공중보건의

사는 진료만 하는 계약직 의사로만 인식하여 보건지소에 배치하고 있으며 보건소에 근무하는 의사도 관리가 미흡한 실정이다.

미국의 공중보건인력관리단(US Public Health Commissioned Corp)과 같이 전문인력을 총괄적으로 관리하여 COVID-19와 같은 공중보건 위기상황 시 전국적으로 전문적으로 활용할 시스템을 갖추어야 한다. 보건지소는 주로 농어촌 지역에서 일차 의료기관의 역할을 수행하기 때문에 일본의 사례와 같이 은퇴 의사를 배치하고 공중보건 의사는 단순한 군 의무복무자라는 신분이라는 개념을 넘어 필요한 분야에 적극적으로 활용할 계획이 필요하다. 농촌지역의 노령인구가 대부분 40%를 넘어서 은퇴의사가 환자와의 소통과 진료에 유용할 것으로 생각되기 때문이다. 60세 이상의 의사 중 은퇴 후 지방의 공공기관에서 근무하고 싶다는 의사가 60.5% 정도로 조사[12]되기 때문에 정부가 적극 나서야 할 때다.

결 론

국민은 헌법에 따라 직업 선택과 행사의 자유를 가지며 행복추구권이 있다. 지역의사제도는 사전에 고지되지 않은 기관에 근무할 것을 조건으로 학생을 선발하고 장학금이란 명목으로 지원하기 때문에 위헌의 소지도 있다. 국가는 최소한 졸업 후 근무지역과 근무형태 등에 대해 구체적으로 사전 고지하고 학생들이 사전에 알고 준비하도록 해야 할 의무가 있기 때문이다. 우리나라는 현재 병상과잉이다. 많은 병원이 비영리기관으로 공공의료기관의 성격을 가지고 있다. 국가 예산을 활용하여 공공병원을 설립하는 것은 필요하지 않다. 1950년대부터 구축된 공중보건 시스템에 대하여 세부적인 개선을 하면 완벽한 시스템을 운영하며 국가보건의료정책에 크게 도움이 될 것이다.

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. Strategy for increasing number of physician and public medical school [Internet]. Sejong (KR): Medigatenews, c2020 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://www.medigatenews.com/board/pds/view/206>.
2. Ministry of Health and Welfare. Korean Medical Association agreement [Internet]. Sejong (KR): Ministry of Health and Welfare, c2020 [cited 2020 Oct 30]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_

- MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=359747.
3. Korean Health and Medical Worker's Union. The national assembly symposium for increasing number of physician for COVID-19 [Internet]. Seoul (KR): Korean Health and Medical Worker's Union, c2020 [cited 2020 Oct 30]. Available from: http://bogun.nodong.org/xe/khmwu_5_4/619121.
 4. Fuchs VR. The supply of surgeons and the demand for operations. *J Hum Resour* 1978;13 Suppl:35-56.
 5. Kim GH. Health care policy forum. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy, 2020.
 6. Yang BM. Economics of health. Seoul: Nanam, 1999.
 7. Korean Institute of Health and Social Affairs. Survey on the medical services [Internet]. Sejong (KR): Korean Institute of Health and Social Affairs, c2019 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <http://asq.kr/QmQligK5Dfffb>.
 8. Presidential Advisory Committee on Health Care System Development. Policy agenda for health care system development. Sejong: Presidential Advisory Committee on Health Care System Development, 2003.
 9. Ministry of Health and Welfare. Reference for policy implementation. Sejong: Ministry of Health and Welfare, 2010.
 10. Ministry of Health and Welfare. Reference for policy implementation. Sejong: Ministry of Health and Welfare, 2015.
 11. Ministry of Health and Welfare. Reference for policy implementation. Sejong: Ministry of Health and Welfare, 2019.
 12. Lee SH, Lee YT, Park SB, et al. The plan to supply physician in public health care field using retired physician [Internet]. Cheongju (KR): Korea Health Industry Development Institute, c2008 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://scienceon.kisti.re.kr/srch/selectPORSrchReport.do?cn=TRKO201100002788>.