

# 정책브리핑



정책브리핑 | 2024-15호 | 2024년 6월 13일 | 발행처 민주연구원 | 발행인 이한주 | idp.theminjoo.kr

## 제22대 국회 보건의료정책 과제 제안

- 공공의과대학 설립·지방의료원 공공성 강화·건강보험 보장률 강화

윤 기 찬 연구위원(보건학 박사)

### 《요약》

#### ■ 공공의과대학 설립

- (필요성) 민간 대비 공공의료 절대부족, 인구소멸지역 필수의료체계 붕괴, 지역 간 의료이용의 형평성 부족
- (핵심내용) 의료취약 중심 공공의과대학 설립, 지방국립의대 지역인재전형 확대, 공공의과대학과 지방의료원 등 지역의료기관과의 연계
- (추진방안) ‘공공의과대학 수립에 관한 법률’ 제발의, 공공의과대학 시범운영

#### ■ 지방의료원 공공성 강화

- (필요성) 지역 특성을 반영한 민간병원과의 차별화, 지방국립대-지방의료원-보건소 역할체계 정립, 중앙정부의 지원체계 강화, 인력·장비·재정 등 취약점 보완
- (핵심내용) 의료취약 중심 공공의과대학 설립, 지방국립의대 지역인재전형 확대, 공공의과대학과 지방의료원 등 지역의료기관과의 연계
- (추진방안) ‘지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률’ 내 국가재정지원 강화 및 전달체계 개선 등을 반영한 법률개정안 발의, 당 차원에서의 지방의료원에 대한 실태조사

#### ■ 건강보험 보장률 강화

- (필요성) OECD 수준의 건강보험 보장률 제고, 비급여 항목 및 수가제도의 재배열
- (핵심내용) 진료부분에 한정 비급여 항목의 단계적 급여화, 필수의료 및 의료취약지 대상 수가제도 개선, 공공정책수가 도입 및 법제화
- (추진방안) 가칭 ‘공공정책수가시행에 관한 법률’ 제정, 건강보험 보장성 강화를 위한 수가제도 연구용역 실시

▶ 키워드: 공공의과대학, 지방의료원, 건강보험, 보장률 강화, 공공정책수가

♣ 이 글의 내용은 연구자의 의견이며, 민주연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

# 1. 공공의과대학 설립

## (1) 필요성

### ○ 민간의료 대비 공공의료의 절대적 부족

- 우리나라 공공의료 비율은 2022년 기준 전체 의료기관 수 중 5.2%
- 전체 병상 수 중 공공의료기관 병상 수 중 9.5%에 불과

### ○ 인구소멸지역의 필수의료 인력 부족

- 공공의료는 병원(인프라) 중심에서 운영(의사 수 확보)로 패러다임 변화 필요
- 출산, 소아진료 등 인구소멸지역 필수의료 부족
  - 예를 들어 내과 전문의 경우 경북 7.34명, 서울 26.06명으로 4배 차이
- 특히 응급의 등과 같은 필수인력 확보 시급
  - 응급진료 및 감염병 대응 공공의료 체계 미비(제천, 여수, 논산)

시도	2022							
	의료기관 수			병상 수			필수의료기관 수	
	전체 의료기관 (개소)	공공 의료기관 (개소)	비율(%)	전체 의료기관 (개)	공공 의료기관 (개)	비율(%)	산부인과	소아 청소년과
전국	4,245	222	5.2	662,462	63,129	9.5	94	89
서울	565	24	4.2	81,568	8,749	10.7	12	15
부산	404	9	2.2	65,685	3,585	5.5	4	5
대구	230	9	3.9	37,836	3,825	10.1	4	4
인천	222	8	3.6	32,613	1,361	4.2	4	3
광주	277	9	3.2	36,893	2,837	7.7	3	3
대전	131	7	5.3	21,073	2,956	14.0	4	2
울산	97	1	1.0	14,161	148	1.0	0	0
세종	13	1	7.7	1,668	451	27.0	1	1
경기	891	30	3.4	129,077	9,014	7.0	15	14
강원	101	18	17.8	15,326	3,336	21.8	9	8
충북	116	11	9.5	18,963	2,875	15.2	7	4
충남	167	10	6.0	26,002	3,301	12.7	4	3
전북	204	12	5.9	35,676	3,503	9.8	6	5
전남	223	22	9.9	39,106	4,746	12.1	5	5
경북	226	25	11.1	41,115	4,716	11.5	6	7
경남	350	21	6.0	60,818	6,243	10.3	8	8
제주	28	5	17.9	4,882	1,483	30.4	2	2

## ○ 지역 간 의료기관 이용의 형평성 부족

- 수도권, 대도시 등에 의료기관 집중으로 의료취약지 진료 불이익
  - 전국 70개 중진료권 중 공공병원 부재지역 3개소(익산, 안양, 울산 동북)
- 급격한 인구 고령화를 대비한 노인전문 의료기관의 부재
- 의료취약지 수익성 악화로 인한 민간병원 폐업 가능성

## (2) 핵심내용

### ○ 의료취약지 중심 공공의과대학 설립

- 강원, 전남, 경북 등 의료취약지 공공의과대학 설립
- 공공의과대학 설립 및 운영은 보건복지부 담당하여 의료공공성 강화
  - 일본 '자치의과대학' 제도-1972년 설립, 6년간 지자체 장학금, 졸업 후 9년간 의무복무

- **(목적)** 일본은 지방의 의사부족 현상과 필수진료 전문의 부족 문제 해결하기 위해 2007년 의과대학 입시전형의 하나로 '지역정원제'를 도입
- **(규모)** 최초 173명(일본 의과대학생 정원 7,525명의 2.3%)으로 시작했으며, 점차 규모를 늘려 2020년 1,679명(일본 의대생 정원 9,207명의 18.2%)
- **(활용)** '지역정원제'로 의사가 되면 졸업 후 해당 도도부현에서 9년 이상 종사, 도도부현 주최 직무향상교육(career up) 프로그램 참여, 지역정원제 의사는 9년 종사 기간 중 도도부현이 의료계획을 통해 정한 의사 소수 구역 및 지점에서 4년간 취업

### ○ 기존 국립대 의대 지역인재전형 지원 확대

- 지역의 국립대에 지역인재전형으로 입학한 자에 대해 9년간 의무조건으로 장학금
- 지역인재전형의 경우 근무 기간에 일정 기간을 군 복무로 인정

#### 2025학년도 의대 대입전형 시행계획

- (개요) 교육부의 발표에 따르면, 비수도권 26개 대학 지역인재전형으로 1913명을 모집
- (성과) 2024년도 지방의대 지역인재전형의 비율 50.0%에서 59.7%로 상향(모집인원 3,202명)
- (방안) '지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률' 시행령 상 비수도권지역인재 선발비율 확대(40%→60%), 지방의대 지역인재전형 요건 강화(해당지역 고등학교→해당지역 중학교까지 확대)
- (효과) 지역인재전형을 통한 의사의 지역근무 의무화로 지역필수의료 확립, 수도권 인재의 지방분산 효과

### ○ 공공의과대학과 지방의료원 등 지역 공공의료기관과 연계

- 필수 의료를 중심으로 공공의과대학과 지방의료원 연계
  - \* 연계를 위해 교육부-복지부 간 협의 및 지자체의 노력 필요
- 전공의 수련 등을 포함한 보건복지부 소속 필수의료 전달체계 구축
- 공공정책수가 도입과 연계하여 수익성 강화
  - **(정의)** 공공정책수가는 국민의 필수의료 공백을 채워주는 정책수가
  - **(범위)** 지역거점병원 성과보상, 지역 내 필수의료 공백 보상, 의료취약지역 수가 가산 등

### (3) 추진방안

#### ○ (법적 근거) 21대 법안 중 ‘공공의과대학 수립에 관한 법률’ 수정 및 발의

- 공공의과대학 관련 법률을 재검토하여 22대 국회개원 동시에 발의

#### ○ (추진 전략) 의료취약지 2개 이상 지역에 공공의과대학 시범운영

- 기존의 지방 국립대를 활용하여 시범운영 및 재정지원
- 시범운영 결과를 바탕으로 확대가능성 모색
- \* 국공립 대학 전체를 확대할 수 있는 단계별 로드맵 마련

#### ○ (확대방안) 전국에 산재해 있는 군병원의 민간진료 기능 부과

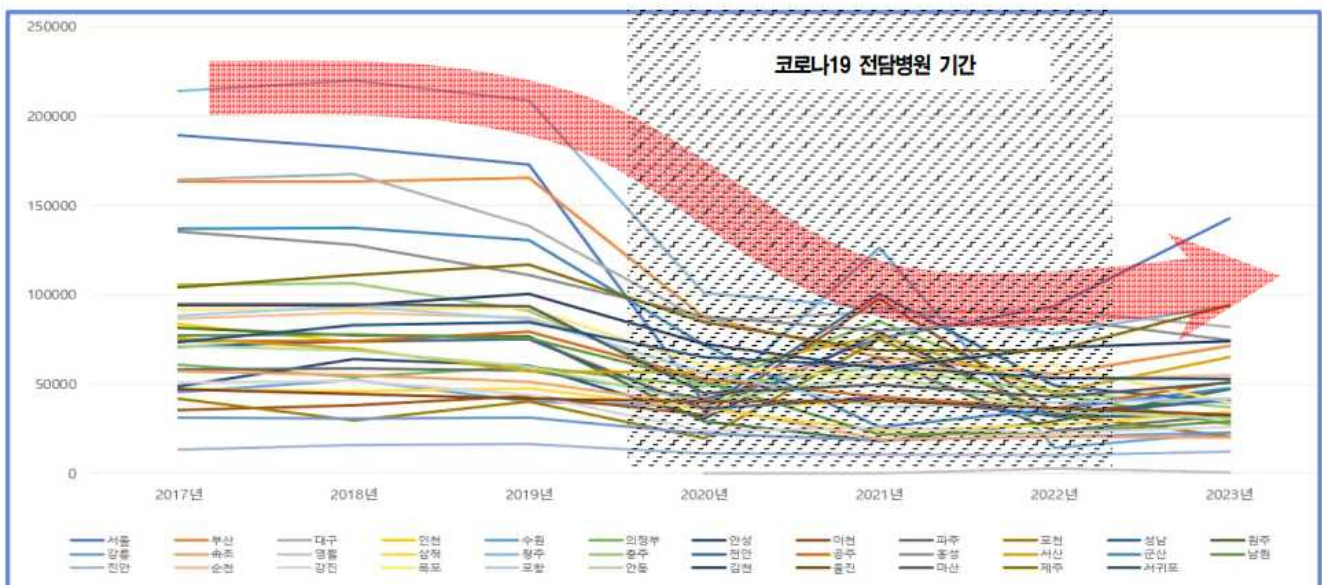
- 국방대 의대(외상환자 및 보훈) 신설 등 다양한 대안 고려

## 2. 지방의료원 공공성 강화

### (1) 필요성

#### ○ 코로나 등 팬데믹 상황에서의 대처 능력 강화

- 코로나 위기 상황 시 민간병원의 소극적 대처로 공공병원 역할 확대
- 감염병 대비 인력과 장비의 추가적 보완 필요
- 2023년 상반기 35개 지방의료원 내원환자 연인원은 2019년의 2/3
- 35개 지방의료원 평균병상가동률(2019년 78.4%→2023년 53% 수준)



## ○ 적자경영 문제의 해소 문제

- 낙후된 시설과 의료진 부족 등으로 저소득층 대상 의료서비스 제공
- 급격한 보건 의료 환경에 부적응, 대외적 신뢰도 하락으로 만성적자 발생
- 특히 코로나19 유행 당시 2019년 입원수익은 7185억 원에서, 코로나19 유행 이후 입원수익은 5467억으로 1718억 감소(‘코로나19 감염병 대응 공공병원 경영현황’에서 발췌)

\* 서울의료원과 시립병원 추가경정예산안(2024년) 약 286억원 심의(6월)에도 불구하고 적자폭 유지

2019년 : 코로나 이전						2023년결산추계 : 코로나 회복기					
입원수익	외래수익 (7차의료수익포함)	의료수익	의료비용	의료손익	당진이익 (손)	입원수익	외래수익 (7차의료수익포함)	의료수익	의료비용	의료손익	당진이익 (손)
718,594,061,034	424,654,901,837	1,143,248,962,871	1,286,999,961,186	-143,750,998,315	29,274,080,566	546,757,776,856	391,724,345,258	938,482,122,114	1,527,845,507,114	-589,363,384,999	-233,133,113,168

## ○ 공공의료 거점기관으로서 육성

- 환자 진료, 공중보건, 질병 예방, 필수 의료체계 등 지역거점병원으로 공공성 강화
- 공공의과대학과 연계하여 의료진 강화, 노후 장비 개선 필요
- 공공병원을 민간병원처럼 경영실적 강조하는 보건복지부 및 실적 위주 평가 입법부 문제해소 필요

## (2) 핵심내용

### ○ 지역 특성을 반영한 민간병원과의 차별화

- 지역 특성을 반영하여 필수 의료 및 불충분 의료서비스 제공
- 장애인재활센터, 노인만성질환센터, 모자진료센터 등 특성화
- 공공정책수가 적용과 의료취약지 수가 강화를 통해 만성적자 해소

#### 공공정책수가 도입근거: 공익서비스비용 보상(PSO: Public service obligation) 제도

- (개요) 철도산업기본법 상 공익서비스 제공으로 발생하는 비용은 국가부담 규정
- (활용) 노약자, 장애인 자기부담금을 할인 또는 의료취약지 내 의료기관 적자 정부보조금 지급

### ○ 공공의료 지원체계 강화

- 지방국립대-지방의료원-보건소 역할분담 및 환자진료 협력 강화

※ 한국행정연구원 ‘의료체계 규제 정책 개선방안’(2023)

공공보건의료 역량 강화	은퇴 의사 공공병원 연계 근무 활성화
	지역 병원의 전공의 수련 기반 강화
	지방의료원 설치 규제 개선
	지역의사제 및 지역간호사제 도입
의료인력	의료 인력 대학 증원 및 공공의대 설립
	전공의 수련제도 규제 개선 방향
의료수가제도 개편	필수의료분야 공공정책수가와 의료취약지역 지역수가 지원

- 지방의료원 지원을 위한 공공의료 지원조직 역할 강화
- 중앙정부 차원에서의 지원강화를 위한 지방의료원 운영관리 주체 역할 강화
  - 지자체 조례에 의한 설립근거와 중앙정부 지원 간의 충돌 완화 또는 보건복지부 소속변경

#### ○ 인력, 장비, 재정 등 다양한 보완대책 마련

- 공공의과대학 또는 지방국립대와 연계한 지역의사제 활용
- 지방의료원 시설·장비 현대화 및 감염병 대응 기능 강화
- 지방의료원을 중심으로 하는 공공 의료사업 네트워크 체계화
- 공공병원 특화를 위한 정부의 재정지원 강화 및 운영평가 합리화

### (3) 추진방안

#### ○ (법적 근거) “지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률” 개정안 발의

- 국가재정지원 강화 및 특화를 위한 전달체계 개선 내용 포함

#### ○ (추진 전략) 지방의료원에 관한 전반적 실태조사 및 개선방안 마련

- 기존의 경영평가지표와 다른 공공성 중심으로 지방의료원 실태조사
- 도출된 개선방안에 기초한 평가지표 개발 및 적용

## 3. 건강보험 보장률 강화(일명 “민주당 케어”)

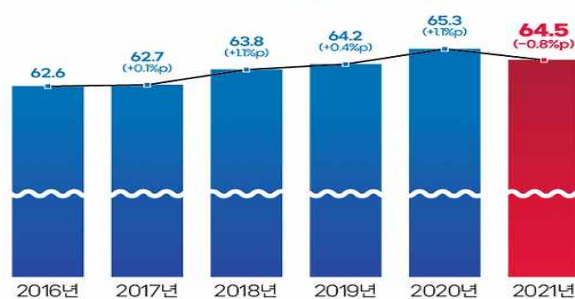
### (1) 필요성

#### ○ OECD 수준의 건강보험 보장률

- 윤석열 정부의 문재인케어 정책 폐지로 건강보험 보장률 정체
- OECD 수준인 70%까지 건강보험 보장률 확대 필요
- 코로나19의 성공적 모범사례로서 사회보험 형태의 국가책임성 강화
- 2017년 문재인케어 이후 보장률이 상승하는 추세에서 최근 하락추세로 전환

연도별 건강보험 보장률

출처: 국민건강보험공단 (단위: %)



KUKI NEWS



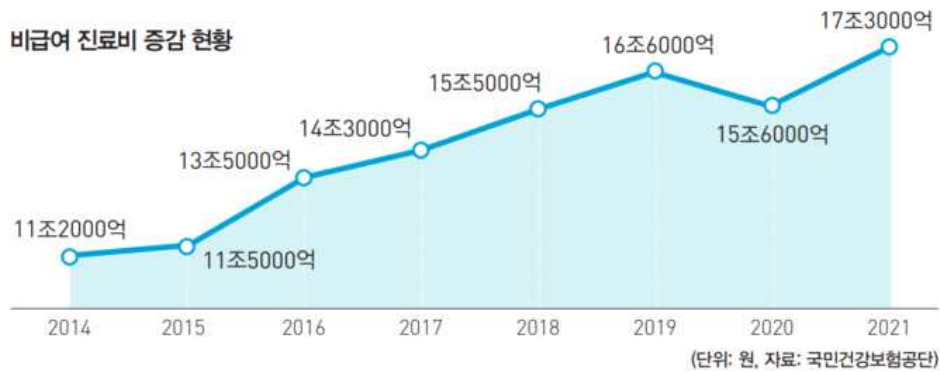
## ○ 비급여 항목 및 수가제도의 재배열(rearrangement)

- 비급여항목은 건강보험 혜택 미적용, 환자 전액부담 항목
- 비급여항목의 환자본인부담금 수준이 건강보험료 납부금액의 80% 수준

복지부 통계를 보면 연간 비급여 진료비 추정총액은 2010년 8조1810억 원에서 2021년 17조3000억 원으로 갑절 이상 늘었다. 2021년만 놓고 보면 비급여 진료비가 한 해 국민이 건보 적용을 받아 낸 본인부담금 총액(22조1000억 원)의 80%에 육박한다

(경향신문, 2023년 3월 14일자 기사내용 중 발췌)

- 미용, 성형 등을 제외한 진료 부문 비급여 항목 개선 시급
  - 윤석열정부의 의료과잉소비를 이유로 급여항목 축소 또는 수가 조정



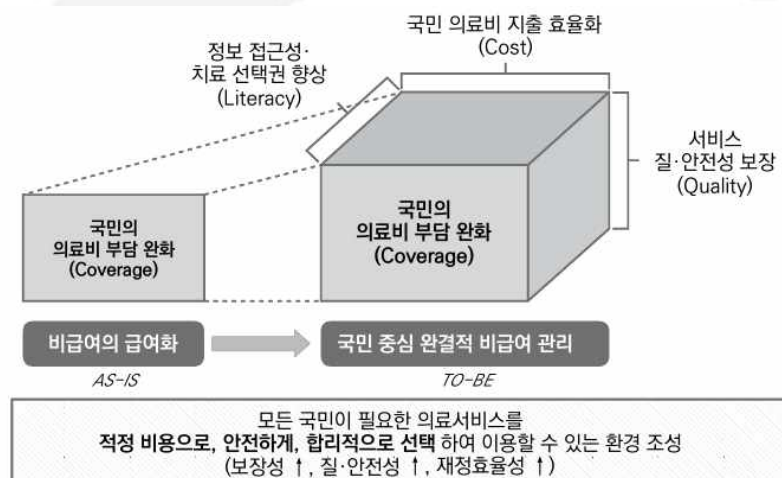
- 필수 의료, 취약지역에 대한 새로운 수가제도 도입 필요
  - 의료사각지대 중심으로 정책수가, 지역수가 등 공공수가 제도의 개발 및 적용

## (2) 핵심내용

### ○ 진료부분에 대한 비급여 단계적 급여화

- 미용, 성형 등을 제외한 진료 부문에 대한 비급여 항목 급여화
- 진단서 발급 등 비용이 동반되지 않는 비진료 급여 부분의 완전 급여화
- 민주당 차원에서의 급여 보장률 확대 주도

\* 한국보건사회연구원의 ‘국민 중심 완결적 비급여 관리 전략’



## ○ 필수의료 및 의료취약지 수가제도의 개선

- 필수의료에 대한 수가 인상을 통한 의료인력 유인
- 의료취약지에 대한 수가 강화를 통해 의료기관의 수익성 보장
- 보건복지부 공공정책수가 운영모형(안) (2023년)

< 공공정책수가의 특징 >		
	일반수가	공공정책수가
대상	전체 의료 분야	필수 의료 분야
보상 체계	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 개별 행위기반 보상</li> <li>✓ 서비스 제공량 기준 지급</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 기관·네트워크 단위, 수가 인상 +예산 연계 등 보상체계 다변화</li> <li>✓ 의료서비스 질, 성과기반 보상 강화</li> <li>✓ 지역 특성, 수요 공급 반영한 보상강화</li> </ul>
효과	저빈도, 저수익 필수의료분야는 의료공급이 줄어드는 부작용	한정된 자원의 효율적 활용 및 기반 확충을 통한 필수의료 적정 제공 유도

## ○ 공공정책수가 도입 및 법제화

- 현재 건강보험정책심의위원회에서 결정하는 수가와 분리
  - 보건복지부 산하 별도 위원회 설치, 공공정책수가 선정, 수행, 평가, 보상 및 환류기능 수행
- 보건복지부가 대통령령으로 난이도, 시급성, 지역 격차 반영한 공공정책수가 도입
  - 공공정책수가의 시행령 및 시행규칙을 개정, 건강보험에서 재정을 지원
- 특히 분만, 소아진료 등 필수의료에 대한 공공정책수가 시급한 상황

## (3) 추진방안

### ○ (법적 근거) 「공공보건의료에 관한 법률」 개정 및 가칭 ‘공공정책수가 시행에 관한 법률’ 제정

- 필수의료, 지역격차 반영한 공공정책수가제도의 법제화
- 현재 건정심에서 수가 결정하는 방식으로는 한계

### ○ (추진 전략) 건강보험 보장성 강화를 위한 신수가제도 도입을 위한 연구용역 실시

- 10월 정기국회 이전 건강보험 보장성 및 재정건전성 강화를 위한 수가제도 개편을 시행령(안) 마련
- 가칭 ‘공공정책수가’, ‘지역수가’ 등 보장성 강화를 위한 신수가제도 도입



### <참고문헌>

국회입법조사처(2024). 「제22대 국회 입법·정책 가이드북」.

권주영. (2020). 일본의 의사인력 확충정책과 시사점. 「한국융합학회논문지」, 11(11): 345-352.

보건복지부. (2023). 「2022년 공공의료기간 현황」.

신현웅 외. (2023). 「필수의료 지원강화를 위한 건강보험 공공정책수가 도입방안」. 한국보건사회연구원.

여나금. (2020). 비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책 방향 제언. 「보건복지포럼」, 289: 23-37.

임인선. (2023). 의료체계규제 정책 개선방안. 한국행정연구원, 「이슈페이퍼」, 129호.

