

# 정책브리핑



정책브리핑 | 2024-19호 | 2024년 6월 25일 | 발행처 민주연구원 | 발행인 이한주 | idp.theminjoo.kr

## 윤석열정부 필수의료혁신(안)의 실상

윤기찬 연구위원(보건학 박사)

### 《요약》

#### ■ 필수의료혁신 배경

##### ○ 필수의료의 정의

- 필수중증의료 강화, 건강취약계층 의료서비스 확대, 감염병 대응 등 국가책임 의료서비스

##### ○ 필수의료의 붕괴 및 전달체계 미확립

- 수도권 대형병원 쏠림, 지역의 필수의료 위기, 소아청소년과 등 필수진료 인력 부족
- 지방의 필수의료 이용접근성 저하 대비 필수의료체계 부재

##### ○ 지역사회 필수의료 인력 부족 심화

- 장기간 의대 정원 동결, 지역 진료여건 악화, 의료 인력의 일상생활 불편 등

#### ■ 윤정부의 필수의료 혁신(안) 내용 및 문제점

##### ○ 지역 완결적 필수의료체계 구축 및 지방 국립대 병원 육성

- 필수의료 정의 및 범위에 대한 사회적 합의 부족
- 국립대 병원 육성 및 권한강화는 환자와 의료인력 빨아들이는 블랙홀

##### ○ 의료 인력의 충분한 확보 및 필수의료 강화를 위한 건강보험 내실화

- 의료재정, 의료교육의 부실화로 지역 필수의료체계 확립에 걸림돌

#### ■ 필수의료체계 강화방안

##### ○ 필수의료에 대한 기반 구축, 재정지원, 전달체계 등에 대한 국가책임제

##### ○ 국비와 건강보험을 통한 재정지원 및 모니터링 기능 강화

##### ○ 지방 국립대, 지방의료원 등 광역 및 기초지자체 간 거버넌스 구축

##### ○ 필수의료분야 전문 의료인력 증원 및 공공정책수가의 개발 및 적용

#### ▶ 키워드: 필수의료, 의대증원, 국립대학, 의료취약지, 지역의사제

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

## 1. 필수의료혁신 배경

### ○ 필수의료의 정의

- 응급·외상·감염·분만 등으로 필수불가결한 의료서비스 또는 최소한 인권적 차원에서 환자에게 재정적 곤란을 일으키지 않고 제공되어야 할 의료서비스로서 ‘의학적으로 필요하며 현 사회경제적 관점에서 공적 의료보장에 우선시 되어야할 의료서비스(이상무, 2019)
- 응급·외상·심·뇌혈관 등 생명과 직결된 필수중증의료 강화, 산모·어린이·장애인 등 건강취약계층 의료서비스 확대, 감염병, 공중보건위기 대응 등 안전체계 구축 등 국가가 개입해야 하는 보건의료서비스 영역(보건복지부, 2018)

### ○ 필수의료체계의 붕괴

- 수도권 대형병원 쏠림 현상, 필수의료에 대한 기피현상 등 필수의료체계 붕괴 가속화
  - 지역 내 의료 이용률('21): 서울 89.2% vs 충남 66.4%, 경북 63.4%
- 특히 지역의 필수의료의 위기는 의료공백에 따른 지역주민 생명·안전 위협 초래
  - 치료가능 사망(10만 명당) ('21): 서울 38.6명 vs 강원 49.6명, 경남 47.3명,
- 소아청소년과 등 필수 진료과 인력수급 및 지역의료기관 의료인력 구인난 심화

### ○ 필수의료 전달체계 미확립

- 지방 중증·필수 치료 이용접근성 저하로 중증 응급환자 대응 인력·병상 부족
- 지속적 수도권 쏠림현상, 역량 저하, 중증 및 필수의료체계 부재
  - 영국, 프랑스 등 팬데믹 대비 지역의료 강화 전략 수립·추진

### ○ 지역사회 필수의료 인력의 부족 심화

- 초고령사회 의료수요 증가 등 필수인력 증가 필요성에도 지역의 필수의료인력 부족
- 장기간의 의대정원 동결, 지역의 진료여건 악화, 가족의 생활·자녀교육 등으로 근무기피
  - “지방 의대 졸업하고 취업은 수도권으로...경북 3%, 울산 7%만 지역 취업”(KBS, '23.10.6.)
- 특히 의사 수, 필수의료 등에 있어 지역격차 심화
  - 인구 천 명당 의사 수: 서울 3.47명 vs 충남 1.53명, 경북 1.39명, 전남 1.75명
  - 전공의 충원률(% , '19→'22): ▲소청과 92→28 ▲산부인과 73→69 ▲흉부외과 63→35

## 2. 윤정부의 필수의료혁신(안)의 주요내용

### ○ 지역 완결적 필수의료체계 구축방안

- (책임의료기관) 권역·지역 책임의료기관 확충으로 필수의료의 지역 균형적 기반 구축 및 책임-공공의료기관 간 협력 네트워크 활성화
- (공공정책수가) 고난도 중증의료 등 국민 생명 직결된 필수분야에 충분한 의료서비스 제공
  - 중증응급, 소아, 분만 등 지원이 시급한 필수의료 분야를 중심으로 도입 추진
- (의료취약지) 의료취약지의 의료접근성 제고 위해 비대면 진료 제도화 추진
  - 「의료법」 개정 및 비대면 진료 시범사업 성과분석 선행
- (소아응급의료체계) 야간·휴일에 발생한 소아 응급환자 등의 전문적 치료 제공을 위한 소아
  - 중증 소아응급환자 미설치 지역 중심 소아전문응급의료센터 확충(10→12개)

### ○ 국립대 병원 등 필요의료 중추 육성

- 필수의료 분야 전임교원 대폭확대 및 고용지원 강화
- 필수의료 R&D 투자 대폭 강화로 진료-연구 선순환 구조 확립
- 의료 질 향상을 위한 응급진료시설, 공공전문치료센터 등 시설·장비 개선

### ○ 충분한 의료인력 확보

- (의대 정원 확대) 지역·필수의료 인력 확보로 국민편의 증진을 위한 의대 정원 확대 추진
- (교육 질 관리) 교육 질 향상을 위해 증원 대학에 교수 추가채용 유도, 국립대 의대의 경우 교수 증원 추진
- (지역인재) 지역에서 성장한 학생이 의대에 입학하여 지역의 의사로 성장할 수 있도록 지역 인재 선발 지속 확대

### ○ 필수의료 강화를 위한 건강보험 내실화 방안

- (예방·관리) 인구 고령화 및 만성질환 증가에 대응, 건강한 삶을 위한 예방·관리 지원 강화
- (지불구조) 필수의료 분야 중심 기관 단위보상, 네트워크 참여 보상 등 지불제도 다변화
- (의료이용체계) 의료수요 기반 급여 기준·항목 재정비, 과다 의료이용에 대한 본인부담 차등화 등 합리적 의료 이용·공급 유도
- (공사보험 연계) 건강보험과 민간실손 보험 연계 강화를 통해 합리적 의료이용 유도
  - 비급여 진료비(조원) ('10) 8.1→('21) 17.3, 실손 가입자(만 명) ('10) 2,080→('21) 3,977
- (재정 투명성 강화) 보험재정 건전성 확보를 위해 투명한 운영·관리체계 개선

### 3. 필수의료혁신(안)의 문제점

#### ○ 필수의료의 정의와 범위에 대한 사회적 합의 부족

- 의료계는 전문성에 근거한 임상적으로 필요한 의료서비스
- 국민은 보장성에 근거한 보장이 필요한 의료서비스
- 정부에서는 정책적 우선순위에 근거한 정책
- 공통적으로는 국가의 개입, 지원, 보장성을 전제로 하고 있으나, 구체적으로 필수의료의 범위와 지원에는 합의에 이르지 못한 상태(김미진, 2023)

#### ○ 의대증원은 의료재정, 의료교육 부실화 등 윤정부의 일방통행

- 의대 증원 증가에 따른 의료수요의 증가로 인한 건강보험 재정체계의 붕괴 가능성
- 지역인재의 의대 쏠림 현상으로 지방 사립대의 붕괴가능성 미고려
- 대형병원 중심의 의대 증원 증가는 지역병원의 필수의료체계의 붕괴 가속화
- 의대 증원은 해당 의과대학의 교원확보, 교육비 상승 등으로 교육의 질 하락
  - 실질적으로 의대증원에 따른 대학지원방안이 추상적 수준

#### ○ 국립대병원 육성 및 권한 강화의 블랙홀

- 지역의 필수의료 역량 강화 및 중증 질환 치료 완결이라는 목표를 달성하기는커녕 오히려 심각한 부작용만 만들어낼 가능성
- 지방 인구가 감소하고 있는 상황에서 국립대병원 규모 확대 시 해당 지역에서 국립대병원은 환자와 의료 인력을 빨아들이는 블랙홀 역할
- 지역 내 상당수 1, 2차 의료기관들은 경영난과 인력난으로 어려움을 겪게 되고, 그 결과로 나타나는 1, 2차 의료기관들의 붕괴는 결국 지역 내 의료 접근성 악화로 이어져 지역 의료 시스템을 파괴하게 되어 환자들의 수도권 쏠림을 촉진 가능성

#### ○ 민간의료부문에 치우친 필수의료 강화의 문제

- 민간의료기관의 음압병실, 중환자실 구축 등 기반 지원은 민간대형병원에 유리
- 민간플랫폼 활용 디지털헬스케어산업 활성화 등은 의료민영화로 발전, 국민의료비 부담증가
- 의료취약지에 대한 비대면 진료의 경우 안전성과 효과성, 부작용에 대한 검증 없이, 제도화할 경우 환자안전 문제 발생 가능성

### ○ 건강보험 내실화 방안은 건강보험 보장률 감소정책

- 건강보험과 실손 보험의 연계로 발생하는 비용이 모두 국민의료비 부담으로 가중
- 과다의료이용에 대한 규제는 의료취약계층에 대한 의료이용 접근성 감소의 원인
- 일부 중증질환자에 대한 대형병원 수가 상향은 지역 의료기관의 경영 악화 가속화

## 4. 외국 사례

### ○ ‘의료취약지(underserved areas, rural and remote areas)’ 정의

- (개념) 의료취약지 문제는 어느 나라나 존재하는 지역이며, 특히 국토가 광활한 국가에서는 필연적
- (미국) 의료취약지를 의료인 부족지역(health professional shortage area)으로 명명하고 다양한 지원 정책 강구
- (호주) 전 국토를 몇 단계 의료공급지역으로 구분하면서 지역별 의료취약 정도를 구분
- (일본) 5년마다 무의촌 현황을 조사하여 각 도도부현(都道府県)이 건강 및 의료서비스 지원

### ○ 일본의 지역 필수 의료인력 확보를 위한 ‘지역정원제도’

- 지역정원제도는 의과대학에서 별도 정원 마련 지역근무 희망하는 학생 선발
- 특정 지역에서 일정 기간 근무하는 것을 조건으로 장학금을 지원하는 제도로 지역 필수의료 격차 완화에 기여
- 일본 각 지자체는 의료인력 유인을 위해 지역 근무를 희망하는 의사가 본인의 생활 패턴과 근무 환경 등을 고려하여 의료기관을 선택하는 제도 운용

### ○ 미국의 지역근무 유인책 제공

- 미국 의사협회(AMA)는 취약지(low income area)에 근무할 의사 수급 관련 프로그램을 운영
  - 연방정부에서 월 4000~5000달러를 지원하고 취약지에서 최소 2년 근무 유인제도
- 의사가 의료인력 부족지역(HPSA) 인센티브제도 혜택 받으려면 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 일반의학과를 전공한 전문의
  - 주당 40시간 이상 진료 시 인센티브 비율은 의료서비스 총액의 10% 정도

## 5. 필수의료체계 강화방안

### ○ 필수의료의 국가책임제

- (내용) 새로운 정책적 패러다임, 정부의 적극적인 기반 개선, 환자 및 가족에 대한 부담 경감 조치, 민간과 공공의 협력방식 개선 등은 국가책임
- (영역) 필수의료 관련법을 제정하거나 개정하는 것, 예산의 확보를 통해 정부의 재정 지원을 확대하는 것, 공급자 시장에 대한 개입 조치를 강화하는 것 등이 국가책임의 영역으로 포함

### ○ 국비와 건강보험을 통한 재정재원 강화

- 현행 수가구조 상 비급여와 적정진료를 추구하는 지역의 공공병원이 수익 내는 것은 불가능
- 지역의료기관의 수지불균형은 양질의 필수의료 제공이 어렵고, 의사인력의 공급에도 어려움
- 규모의 경제를 고려 병상 수, 인력 수, 환자 수, 지역적 규모 등 국가의 적극적 재정지원
- 국비 지원의 경우, 기존의 응급·외상·심뇌·신생아 중환자실 등을 정부지정방식과 더불어 선정 이후 시설 장비, 운영비 등 전폭적 지원 필요
- 국비 지원과 함께 전문적인 기술 지원, 지속적인 모니터링이 필수적

#### 지역근무 인센티브제

- (현황)** 보건복지부 보건의료 예산(2023년)은 4조 5157억 원으로 그 총예산 대비 비중은 4.1% 수준
- (문제점)** 보건의료 예산은 기반 확충 및 의료 지원 강화에 투입, 지역공공 병원만으로는 지역책임 의료기관으로서의 역할을 충실히 수행하기에는 한계
- (주요내용)** 지역사회 의사의 이탈을 막고, 적정인력을 유지하기 위해서는 지역특성에 따른 공공진료에 준하는 의료서비스를 제공하는 의료진(민간병원 포함)에게 '지역근무 인센티브제' 실시

### ○ 광역 및 기초 지방자치단체의 거버넌스 구축

- 행정적으로 시·도 보건과, 권역응급의료센터, 권역외상센터, 권역심뇌질환센터의 연계미흡
- 지역수요 예측 및 전문 인력, 시설 및 장비, 중환자실 운영 등 연계협력 거버넌스 구축
  - 지방 국립대를 시도 거점기관으로 활용하는 방안의 경우 주무 부서를 복지부로 이전
  - 지방의료원을 활용할 경우 국립중앙의료원을 연계·협력의 컨트롤 타워로 지정

### ○ 필수의료분야 전문 의료인력 증원의 합리적 정당성 확보

- 의대 증원에 대한 정부, 의학계, 국민 등 사회적 합의 도출
- 초고령사회 지역별 의사 부족 보완 장치로 지역의사제 확대, 지역인재의 지방 국립의대 입학정원비율 확대 등 지역맞춤형 인력 양성
- 필수진료과 지원제도 및 지역 의대 장학금과 인센티브제 등 다양한 유인제도 마련
- 지방의대별 교육 여건에 대한 정확한 진단과 정부와 지자체, 대학의 투자 계획 구체화

○ 정책수가, 지역수가 등 공공정책수가의 개발 및 적용

- (정의) 공공정책수가는 국민의 필수의료 공백을 채워주는 정책수가
- (범위) 중증·응급질환 보상 대책이 권역응급의료센터 등 대형병원 중심 지원에서 가산수가의 대상이 되는 응급·중증 질환의 범위 확대
- (필수의료) 출산율과 소아 인구를 고려한 소아 일반진료에 대한 수가 인상이 필요
- (지역수가) 의료 필수의료체계 확립과 의료사각지대 해소를 위한 지역 의료전달체계를 구축을 위한 공공정책수가 마련
- (유형) ① **보완형**: 현행 행위별수가체계 내에서 필수의료, 지역격차해소 목적으로 수가인상, 신규수가, 가산방식 등을 활용 보상이 상대적으로 부족한 영역에 집중재정 지원  
 ② **대안형**: 현행 행위별수가제를 대체, 요양급여 외 보상으로 확대, 지역·기관·네트워크·인력 등 보상단위 다양화 방식, 현행 법률에 포함되지 않는 당직비용, 대기비용 등에 대한 보상방안 마련

구분	② 보상근거	③ 보상단위	④ 보상시점	⑤ 보상수준
기존 수가 체계	비용(원가)보상	행위 <b>신설&amp;인상</b> 대상자 차등 시간 차등 전문인력 차등 지역 차등 종별 차등	행위별 사후보상	일률인상
▼ 보완	▼ 확대		▼ 확대	▼ 전환
보완형 공공정책수가	1) 가치보상 2) 참여(기여)보상 3) 투입비용보상		1) 행위별 사후보상 2) 사후 일괄 보상	선별집중인상 <사전적예산관리>
		▼ 대안적 도입		
대안형 공공정책수가	1) 가치보상 2) 참여(기여)보상 3) 투입비용보상 4) 기타 재반비용 보상	지역단위 네트워크단위 기관단위 인력단위	1) 사전보상 2) 사후일괄보상 3) 혼합형 보상	선별집중인상 <사전적예산관리>

자료: 한국보건사회연구원(2023) 공공정책수가 도입모형 인용

## 참고문헌

- 김미진. (2023). 필수의료 개념규정에서의 모호함이 초래한 위기. 「한국의료윤리학회지」, 26(4): 257-263.
- 메디케이트 뉴스. (2023. 10. 25.). “지역필수의료 살리기 한국의 의대정원 확대 vs 미국은 근무 유인책 제공”, 신문기사 내용 중 일부 발췌.
- 박진규. (2020). 필수의료의 개념과 공공의료. 「의학정책포럼」, 18(4): 24-25.
- 보건복지부. (2023). 「제3차 사회보장 기본계획(안)」  
----- (2023). 「생명과 지역을 살리는 필수의료혁신 전략」.  
----- (2018). 「필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책」.
- 성종호·김정하. 한국 내 공공보건의료 개념의 문제점과 재설정. 「의학교육논단」, 24(1): 3-9.
- 이상무. (2019). 필수의료. 「대한의사협회지」, 62(4): 231-237.
- 이건세. (2018). 필수의료 국가책임제: 의료의 구조적 문제의 대안이 될 수 있는가. 「의학정책포럼」, 16(1): 9-14.
- 의학신문. (2024. 01. 02.). “신년특집: 지역완결형 필수의료 혁신전략”. 신문기사 내용 중 일부 발췌.
- 한국보건사회연구원. (2023). 「필수의료 지원강화를 위한 건강보험 공공공정정책수가 도입방안」.
- 헬스경향. (2023. 02. 23.). “필수의료지원 해외 성공사례”, 신문기사 내용 중 일부 발췌.