

제20대 대통령 선거 보건의료 분야

정책 제안서

[상세내용]

1. 지역의료 활성화로 고령사회 대비
2. 필수의료 국가안전망 구축
3. 공익의료 국가책임제 시행
4. 의료분쟁 걱정 없는 나라
5. 아이 낳고 키우기 좋은 건강한 나라
6. 보건의료 서비스 일자리 확충
7. 보건부 분리

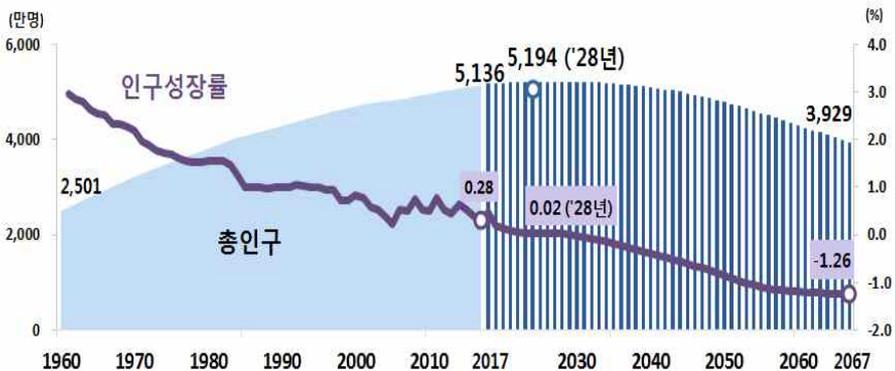
2021. 10.

지역의료 활성화로 고령사회 대비

1 현 황

□ 저출산·고령화의 가속화로 치료와 돌봄이 필요한 의료수요 급증

- ▶ 저출산·고령화가 향후 가속화되고 베이비붐 세대가 75세 이상이 되는 2030년에는 의료 수요가 급증할 것으로 예측됨.
- ▶ 우리나라 총인구는 2017년 5,136만 명으로, 2028년 5,194만 명을 정점으로 감소하여, 2067년에 3,929만 명(1982년 수준)에 이를 전망이다【그림 1】.
- ▶ 2019년부터 사망자가 출생아보다 많아지는 자연감소가 시작되어, 인구성장률은 2029년부터 마이너스로 전환될 것으로 예상됨.



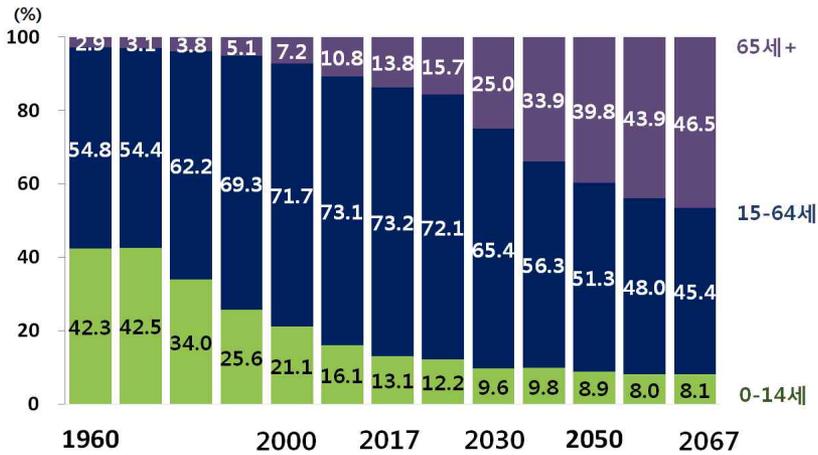
【그림 1】 총인구 및 인구성장률, 1960~2067년

* 출처: 통계청, 장래인구특별추계: 2017~2067년, 보도

- ▶ 2017년과 2067년의 연령별 인구 구성비를 비교해 보면, 15~64세 생산연령인구 비중은 감소(73.2%→45.4%), 65세 이상 고령인구 비중은 증가(13.8%→46.5%), 0~14세 유소년인구 비중은 감소(13.1%→8.1%)할 것으로 전망됨【그림 2】.

■ **충충한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

▷ 65세 이상 고령인구는 2017년 707만 명에서 2025년에 1,000만 명을 초과하여, 2067년에는 1,827만 명까지 증가할 전망이다.



【그림 2】 연령별 인구구성비, 1960~2067년

*출처: 통계청, 장래인구특별추계: 2017~2067년. 보도

□ **건강보험 보장성 강화대책(문재인케어) 시행 이후 의료전달체계와 지역의료 체계의 빠른 붕괴로 고령사회 의료난민 우려 급증**

- * 문재인 케어로 국민 3,700만 명, 9조 2,000억 원의 의료비 혜택을 받았음. **상급종합병원** 건강보험 보장률은 지난 2017년 65.1%에서 2019년 69.5%로 상승, **종합병원** 보장률 역시 같은 기간 63.8%에서 66.7%로 상승, **병원** 보장률도 47.1%에서 51.4%로 상승했으나 여전히 미흡
- * 같은 기간 **의원**은 60.3%에서 57.2%로 오히려 하락, **요양병원**은 2015년 74.1%에서 2019년 68.4%(**-5.7%**)로 큰 폭으로 하락

(※ 출처 : 보건복지부 보도. 2021.8.12. 청년의사 보도. 2020.12.29. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2006235>, 메디포뉴스 보도. 2017.9.15. <http://medifone.com/news/article.html?no=131382>, 메디칼업저버 보도. 2019.12.17. <https://www.mone.com/news/articleView.html?idxno=207124>)

○ 상급종합병원과 종합병원은 환자가 폭증, 나머지는 환자가 급감

- ▶ 의료기관 종별로 **요양급여비용 총액**이 상급종합병원과 종합병원에서 급증하는 현상이 나타남.
- ▶ 2015년에서 2019년까지의 요양기관 종별 요양급여비용 총액의 **누적 증가율**은 상급종합병원 63.4%, 종합병원 66.1%, 병원 37.0%, 요양병원 40.8%, 의원 43.0%로 나타남.
- ▶ 특히 **문재인 케어** 시행 직후인 2018년 의료기관 종별 요양급여비 총액도 2017년 대비 상급종합병원은 24.2%(113,231억 원 → 140,669억 원), 종합병원은 13.6%(111,237억 원 → 126,390억 원) 급증함【표 1】.

【표 1】 요양기관 종별 요양급여비용 총액 추이

(단위 : 억 원)

구 분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	누적증가율
전 체	580,170	646,623	696,271	779,141	857,938	47.9%
상급종합병원	91,596	109,331	113,231	140,669	149,705	63.4%
종합병원	88,644	101,084	111,237	126,390	147,210	66.1%
병 원	55,264	58,786	61,903	68,519	75,716	37.0%
요양병원	42,112	47,145	53,066	56,846	59,293	40.8%
의 원	117,916	126,477	137,111	151,291	168,644	43.0%
치과병원	1,727	2,100	2,474	2,689	3,093	-
치과의원	27,055	32,858	37,283	39,257	45,504	68.2%
한방병원	2,582	2,981	3,399	3,583	4,181	-
한 의 원	20,629	21,224	22,013	23,613	25,938	25.7%
보건기관 등	1,695	1,680	1,666	1,648	1,644	-
약 국	130,950	142,956	152,888	164,637	177,012	35.2%

* 출처: 건강보험통계연보

○ 요양기관 종별 기관당 요양급여비용

- ▶ 2010년 대비 2020년 의료기관 종별 기관당 요양급여비용은 상급종합병원은 125% 증가, 종합병원은 97% 증가한 반면 병원은 68%, 요양병원은 61%, 의원은 48% 증가에 그침【표 2】.

■ 촘촘한 보건의로 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라

【표 2】 요양기관 종별 기관당 요양급여비용 현황

(단위 : 백만원, %)

	2010년	2020년	증가율('10-'20)
상급종합병원	161,158	362,237	125%
종합병원	23,785	46,750	97%
병 원	3,040	5,117	68%
요양병원	2,002	3,220	61%
의 원	348	514	48%

* 출처 : 건강보험통계연보

○ 2029년 요양급여비용 추산

- ▷ 이와 같은 추세가 향후 지속된다면 10년 후인 2029년 요양기관 전체의 요양급여 총액은 2019년 총액(85조 7,938억 원)의 약 2.66배에 달하는 228조 1432억 원에 이를 것으로 예상됨
- ▷ 그 중 ▲상급종합병원 51.1조 원 ▲종합병원 52.3조 원 ▲병원 16.6조 원 ▲의원 41.2조원에 달할 것으로 추산됨【표 2-1】.

【표 2-1】 2029년 요양기관 종별 요양급여비 총액 추산

(단위 : 억 원)

구 분	2015년	2019년	2015년 대비 2019년 증가율	연평균증가율	2029년 (추산)
전 체	580,170	857,938	47.88%	10.27%	2,281,432
상급종합병원	91,596	149,705	63.44%	13.07%	511,253
종합병원	88,644	147,210	66.07%	13.52%	523,187
병 원	55,264	75,716	37.01%	8.19%	166,361
요양병원	42,112	59,293	40.80%	8.93%	139,475
의 원	117,916	168,644	43.02%	9.36%	412,540
치과의원	27,055	45,504	68.19%	13.88%	166,938
약 국	130,950	177,012	35.18%	7.83%	376,050

* 2029년 추산 : 2019년 종별 요양급여비용에 연평균 증가율을 10년간 산정하여 구한 추정 값임.

○ 지역 중소병원 폐업 급증

- ▶ 2021년 상반기(1월~6월)까지 총 1,178개소의 요양기관이 개업했고, 850개소가 폐업. 전체 개업 대비 폐업 비율은 72.2%[표 3].
- ▶ 개업 대비 폐업 비율을 보면 종합병원(33.3%)과 의원(61.9%)은 신규 개업이 더 많았으나, 병원(280.9%), 요양병원(113.5%)은 신규 개업보다 폐업이 더 많았음.
- ▶ 상급종합병원과 종합병원 중심의 급여화(선택진료비, 상급병실료)로 인해 상급종합병원과 종합병원은 환자가 폭증하고, 지역 중소병원은 환자 급감. 폐업을 급증으로 이어져 지역의료의 붕괴 직면.
- ▶ 이처럼 지역 주민의 건강을 책임지고 있는 지역 중소병원의 붕괴는 향후 적기에 입원치료를 받지 못하는 의료난민으로 이어질 가능성이 높음.

[표 3] 2021년 1~6월 요양기관 종별 개폐업 현황 (단위: 개소, %)

	개업기관 수	폐업기관 수	개업대비 폐업비율
종합병원	3	1	33.3%
병 원	47	132	280.9%
요양병원	37	42	113.5%
의 원	1091	675	61.9%
합 계	1178	850	72.2%

※ 출처 : 메디칼업저버 2021.8.2. 보도 재구성 <https://www.moneews.co.kr/news/articleView.html?idxno=306043>

○ 수도권 대학병원 분원 신설 가속화로 지역의료 붕괴 가속화

- ▶ 의료기관 종별 병상 수에 있어 상급종합병원과 종합병원은 2010년 대비 2020년 현재 각각 3,378병상과 17,617병상이 증가, 병원과 의원은 지난 10년간 각각 10,209병상과 42,387병상이 감소한 것으로 나타남[표 4].

【표 4】요양기관 종별 허가병상 수 추이

(단위 : 병상)

년도	합계	상급 종합병원	종합병원	병원	요양병원	의원	기타
2010	538,149	42,158	92,057	175,316	111,929	97,805	18,884
2011	573,032	42,931	93,773	184,539	134,834	96,740	20,215
2012	602,964	43,315	94,678	188,385	160,267	94,820	21,499
2013	630,114	42,880	97,504	193,831	189,446	89,637	16,816
2014	660,099	44,264	100,174	194,424	215,841	86,688	18,708
2015	674,646	45,204	101,599	191,546	237,669	78,378	20,250
2016	692,500	45,702	103,106	191,683	255,021	75,338	21,650
2017	701,744	46,188	103,972	169,421	289,227	68,888	24,048
2018	707,348	44,814	107,290	165,302	302,929	62,863	24,150
2019	703,468	45,081	107,896	162,547	302,840	57,325	27,779
2020	716,292	45,536	109,674	165,107	308,111	55,418	32,446

※ 출처 : 건강보험심사평가원, 통계청

* 기타 : 치과병원, 치과의원, 조산원, 한방병원, 한의원 병상 수 합산

▶ 2020년 지역별 병상 수를 보면, 인구 1,000명당 서울 9.3병상, 부산 20.9병상, 대구 16.3병상, 인천 11.9병상, 광주 27.4병상, 대전 16.4병상, 울산 13.5병상, 세종 5.6병상, 경기 10.4병상, 강원 11.2병상, 충북 13.4병상, 충남 13.6병상, 전북 22.1병상, 전남 22.1병상, 경북 16.5병상, 경남 19.2병상, 제주 7.3병상 등으로 지역별 병상자원 편차가 큰 상황임.

▶ 특히 수도권(서울, 인천, 경기) 지역에는 상급종합병원 총병상 수(4만5,536병상)의 56.2%에 해당하는 25,592병상이 집중되어 있고, 종합병원도 총 병상 수(10만 9,674병상)의 39.5%인 4만3,334병상이 분포되어 있어 상급종합병원은 수도권 지역의 인구비율(약 50%)에 비해 **과다한 상태임**【표 5】.

【표 5】 지역별·종별 병상자원 현황 (2020년 기준)

(단위: 병상)

구분	인구천명당병상수	합계	상급종합	종합병원	병원	요양병원	의원	기타
전체	13.8	716,292	45,536	109,674	165,107	308,111	55,418	32,446
서울	9.3	89,744	17,269	16,380	19,119	22,092	9,574	5,310
부산	20.9	70,748	3,998	9,149	14,650	38,342	3,395	1,214
대구	16.3	39,361	4,611	3,591	14,145	13,488	2,846	680
인천	11.9	35,078	3,242	5,004	7,952	12,725	3,740	2,415
광주	27.4	39,793	1,930	5,692	8,304	15,751	2,241	5,875
대전	16.4	24,003	1,329	4,032	5,637	9,504	2,527	974
울산	13.5	15,345	-	3,299	3,733	6,999	995	319
세종	5.6	1,991	-	459	103	812	338	279
경기	10.4	139,190	5,081	21,950	29,459	63,092	12,463	7,145
강원	11.2	17,216	866	4,595	5,669	4,038	1,789	259
충북	13.4	21,503	793	3,938	4,273	9,715	2,231	553
충남	13.6	28,740	1,708	3,686	4,151	15,962	2,528	705
전북	22.1	39,878	1,931	3,938	8,716	19,121	3,320	2,852
전남	22.1	40,851	684	6,758	9,783	19,664	2,072	1,890
경북	16.5	43,676	-	7,663	11,159	22,004	2,191	659
경남	19.2	64,261	2,094	7,306	17,486	33,320	2,816	1,239
제주	7.3	4,914	-	2,234	768	1,482	352	78

주) 기타 : 치과병원, 치과의원, 조산원, 한방병원, 한의원

* 출처 : 건강보험심사평가원, 통계청

▶ 수도권 대학병원 분원 신설, 상급종합병원 지정은 보건복지부 소관이나, 종합병원 개설권은 지자체장 권한임을 악용하여 규모의 경제로 이익을 노리는 병원측과 지역민심을 의식한 지자체장(정치인) 간 이해관계가 맞아 떨어진 결과임【표 6】.

【표 6】 수도권 대학병원 분원 추진 현황 (단위: 병상)

의료기관명	지역	병상 수	개원 예정
서울아산병원	인천 청라	800	미정
경희대의료원	경기도 하남	500	미정
서울대병원	경기도 시흥	800	2026-2027년
연세의료원	인천 송도	1,000	2026년
을지대의료원	경기도 의정부	900	2021년 3월
중앙대의료원	경기도 광명	700	2022년 3월
아주대의료원	경기도 평택·파주	미정	미정
한양대의료원	경기도 안산	미정	미정

※ 출처: 메디게이트뉴스 2021.7.15. 보도. <http://medigatenews.com/news/2783191507>

- ▶ 현재도 KTX 타고 수도권 대형병원 원정진료를 하는 환자가 급증하는 상태에서 수도권 대학병원 분원 설립은 병상자원의 수도권 집중 가속화 및 지역 간 양극화, 의료전달체계 붕괴는 물론 국민 의료비 상승을 초래할 수 있음.
- ▶ 대학병원 분원들은 지역의 중증 및 희귀질환 환자 치료, 지역 병의원 상생을 표방하며 개원하지만, 시간이 흐르면 수익성 문제로 경증환자까지 진료하는 형태를 보임.
- ▶ 뿐만 아니라 **양산 부산대병원** 개원 이후 파산한 **부산침례병원 사례**에서 보듯이 주변 의료기관에도 큰 여파를 미치게 되어 **지역의료체계의 급격한 붕괴**를 불러오게 될 것으로 예상됨.
- ▶ 2019년 기준 허가 병상 당 요양급여비용은 상급종합병원이 333.9백만 원으로 병원(46.8백만 원)보다 약 7배가 높음. 대형병원의 무분별한 증설은 의료비 증가를 가속화 시킬 것임【표 7】.

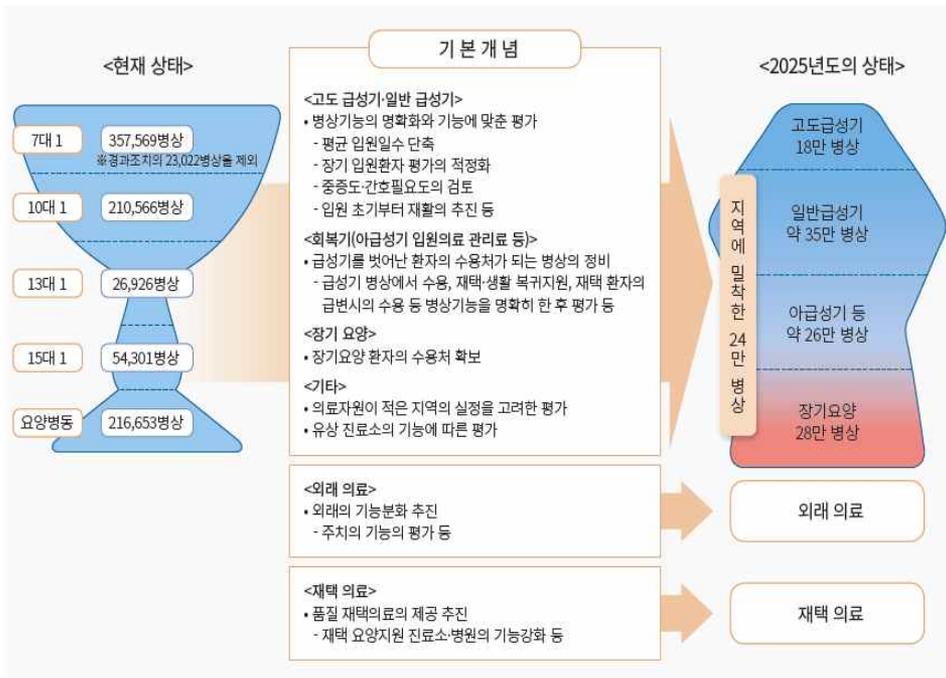
【표 7】 요양기관종별 허가병상당 요양급여비용 (단위: 백만원)

종별 구분	2015	2016	2017	2018	2019
상급종합병원	210.2	238.0	262.4	300.6	333.9
종합병원	89.1	99.5	108.3	120.4	136.4
병원	29.1	31.0	37.9	42.7	46.8
요양병원	17.9	18.6	18.0	18.3	19.7

※ 출처 : 건강보험통계연보

○ 일본의 고령화 대비 의료·복지 정책

▶ 반면 일본은 인구 고령화로 인해 노인 진료비가 급격하게 증가하는 문제를 해결하기 위해 2014년 2월 12일 「지역에서 의료 및 간호의 종합적인 확보를 추진하기 위한 관계 법률의 정비 등에 관한 법률」에 의해 의료·간호 개혁을 추진하고 있음[그림 3].

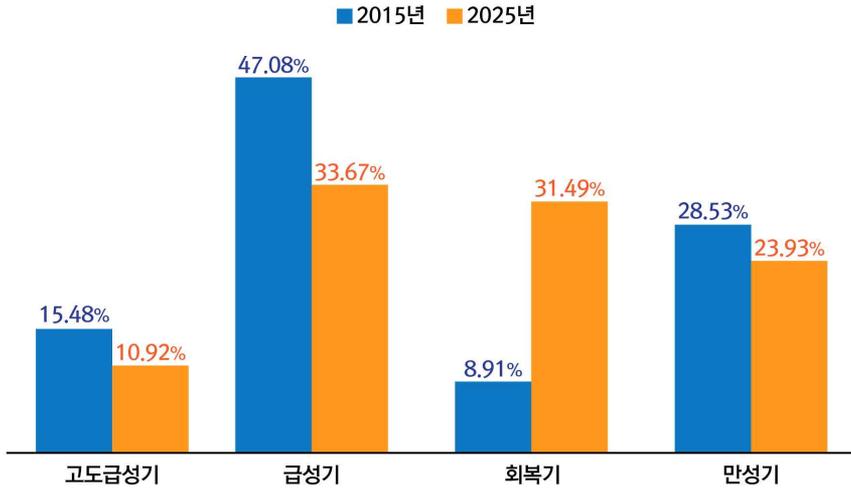


【그림 3】 일본의 의료·간호 개혁 추진 현황

※ 출처 : 김정림. 일본의 고령화 대응 정책의 흐름. HIRA 정책동향. 2019;13(3): 98-110.

▶ 의료기관 병상을 기능에 따라 <고도급성기-급성기-회복기-만성기>로 구분하여 명시하고 급성기나 요양 병상을 **회복기 병상**으로 전환하는 병상정책을 추진하고 있음(**일본 의료법 시행규칙 제4장 제30조33-2. 병상기능의 구분**)[그림 4].

■ 촘촘한 보건의로 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라



【그림 4】 일본의 의료개혁 이후 병상 비율

- ▶ 한국과 일본의 기능별 총 병상 수 및 비율을 비교하면 한국은 고도급성기 병상 비율이 매우 높음.
 - 2019년 기준 한국은 고도급성기에 해당하는 상급종합병원과 종합병원의 병상 수가 전체의 21.36%를 차지함.
 - 반면 일본은 2015년에 이미 15.48%를 차지하였으며, 2025년에는 이를 10.92%까지 축소할 예정임. 대신에 회복기 병상을 2015년 8.91%에서 2025년 31.49%까지 확대할 예정임【표 8】.

【표 8】 한국과 일본의 기능별 병상 수 비율 비교

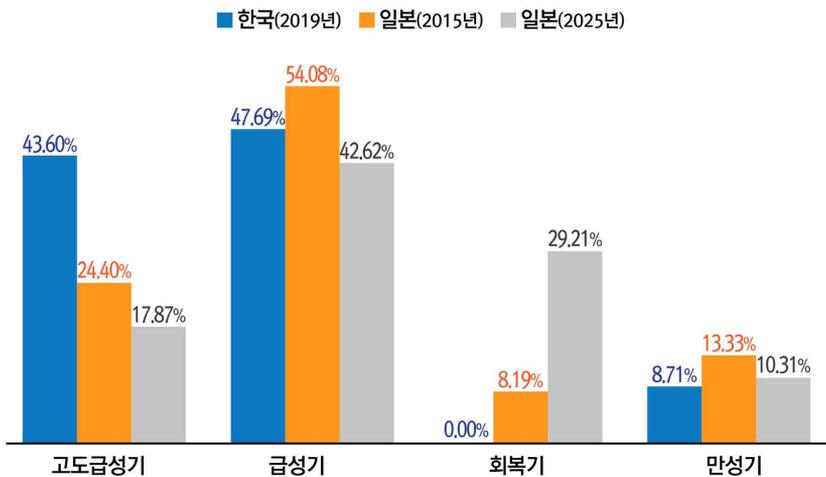
기능별구분	한국(2019년)		일본(2015년)		일본(2025년)	
	병상 수(개)	비율(%)	병상 수(개)	비율(%)	병상 수(개)	비율(%)
고도급성기	152,977	21.36%	191,000	15.48%	130,000	10.92%
급성기	247,651	34.57%	581,000	47.08%	401,000	33.67%
회복기	-	0.00%	110,000	8.91%	375,000	31.49%
만성기	302,840	42.28%	352,000	28.53%	285,000	23.93%
합 계	703,468	98.21%	1,234,000	100.00%	1,191,000	100.00%

- ▷ 한국과 일본의 기능별 총 진료비를 비교하면 한국은 고도급성기에 해당하는 진료비 규모가 매우 큼.
- 한국과 일본 모두 고도급성기와 급성기 의료기관의 총 진료비가 가장 높은 비율을 차지하고 있음.
- 특히 한국은 고도급성기에 해당하는 상급종합병원과 종합병원의 진료비(43.6%)가 일본(24.4%)에 비해 매우 높음【표 9】.【그림 5】.
- 일본은 2015년 8.19%였던 회복기 진료비는 2025년에 29.21%까지 증가할 것으로 예상됨【표 8】.【그림 5】.

【표 9】 한·일, 기능별 총진료비 및 비율 (단위 : 억 원, 천 엔 %)

기능별	대한민국(2019년)		일본(2015년)		일본(2025년)	
	요양급여비(억원)	비율(%)	총진료비(천엔)	비율(%)	총진료비(천엔)	비율(%)
고도급성기	296,915	43.60%	4,561,080,000	24.40%	3,853,200,000	17.87%
급성기	324,720	47.69%	10,109,400,000	54.08%	9,190,920,000	42.62%
회복기	-	0%	1,531,200,000	8.19%	6,300,000,000	29.21%
만성기	59,293	8.71%	2,492,160,000	13.33%	2,223,000,000	10.31%
합 계	680,928	100%	18,693,840,000	100%	21,567,120,000	100%

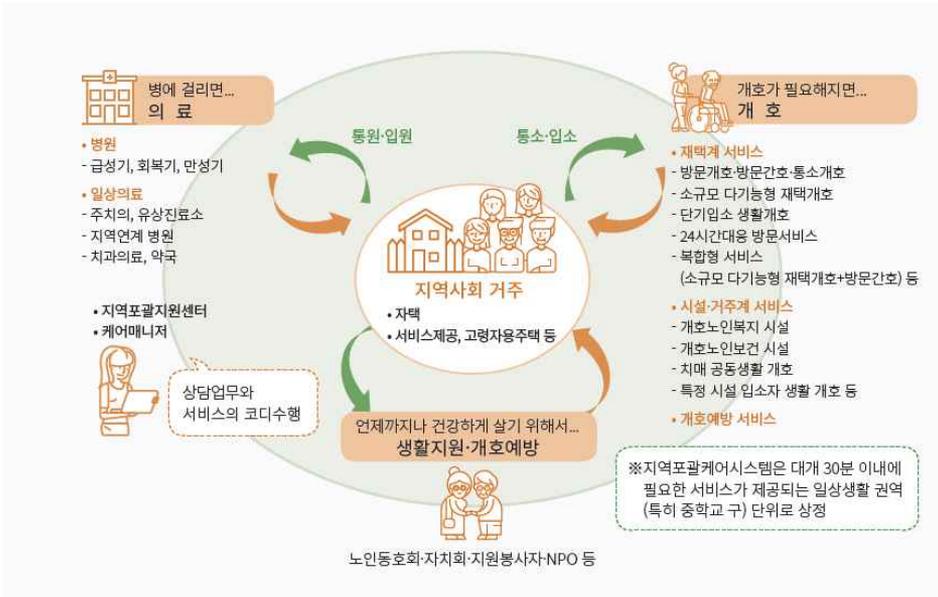
※ 참고 : 우리나라의 경우 상급종합병원과 종합병원을 고도급성기로 분류함.



【그림 5】 한국과 일본의 기능별 진료비 점유율

■ 촘촘한 보건 의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라

▶ 최근 일본은 초고령사회를 대비하기 위한 해법으로 의료와 돌봄을 융합한 ‘**개호 의료원과 재택의료**’를 도입하여 고령화로 인한 의료비 증가를 억제하는 노력을 기울이고 있음[그림 6].



【그림 6】 의료와 돌봄이 통합 제공되는 일본의 ‘지역포괄케어시스템’

※ 출처 : 김정림. 일본의 고령화 대응 정책의 흐름. HIRA 정책동향. 2019;13(3): 98-110.

○ 중증 환자 간호간병통합서비스 배제로 간병비 부담 여건

▶ 보장성 강화정책 시행으로 3대 비급여(상급병실료, 선택진료비, 간병료)중 상급 병실료와 선택진료비는 지난 2018년부터 급여화가 이루어졌거나 폐지되었음.

▶ **간병료**는 보건 의료 분야 비급여 중 국민의 부담이 가장 큰 항목으로서, 심지어는 장기간 간병비 부담으로 극단적 선택을 하는 사례들이 해마다 증가하고 있는 상황임.

- ▶ 이진선 등(2021)의 연구¹⁾에 따르면 2018년 기준 연간 사적(私的) 간병수요는 8,943만 8천명에 달하고 이 중 88%에 달하는 7,877만 명이 가족 간병으로 해결하고 있으며, 간병비 규모도 연간 최대 8조원에 달하는 것으로 추산.
- ▶ 2013년부터 간병료 부담을 줄이기 위해 간호간병통합서비스 시범사업을 시행하고 있으나, 현행 간호·간병서비스 수가 체계에는 중증도에 따른 인력 기준이 없어서 오히려 중증 환자는 간호간병통합서비스에서 배제되는 사각지대로 남아있음.
- ▶ “중증 환자들은 혜택 못 받고 오히려 경증 환자들만 혜택 보는 구조로 변질” 되었다는 지적을 받음.

(※ 출처: 데일리메디 2020.4.22. 보도. <http://www.dailymedi.com/detail.php?number=854965>)

1) 이진선, 김진현. 사적 간병비 규모 추계와 간호간병통합서비스 정책적 시사점. 보건경제와 정책연구. 제27권 제1호. 2021. p.97~118.

2 정책제안

■ 건강보험 보장성 강화대책 부작용 보완 및 지역의료체계 강화

● 급여화 우선순위 재조정

▶ 요양급여비 항목 조정 및 급여항목 세분화

(1) 급여

① 필수급여 : 응급, 외상, 심뇌혈관, 중환자, 분만, 감염병 등 생명과 직결된 분야로, 치료가 지연되었을 경우 국민의 생명 및 건강에 대한 영향이 크고, 균형적인 공급이 어려워 국가가 직접 개입해야 할 필요성이 큰 영역의 행위, 약제, 또는 재료 등

② 일반급여 : 필수급여 이외 항목. 간병료의 경우 급여화 강화

(2) 선별급여 : 국민건강보험법 제41조의4(선별급여)에 따른 정의를 적용하되 급여항목 중 상급병실료 등 필수적 행위로 보기 힘든 항목 등은 기존의 급여에서 선별급여로 변경하고 급여 요율을 하향 조정

(3) 비급여 : 미용성형 등 건강보험 급여에 포함하기 힘든 항목 등

▶ 보장률 적용 방안 조정

- 급여 항목 중 필수항목은 급여화를 강화하고 가산 수가 적용
- 선별급여 항목은 사회적 합의를 통해 급여화 수준 재조정 결정
- 비급여 항목에 대해서는 소비자의 자유로운 선택에 맡김.

● 간병비 급여기준 확립 및 급여 확대

- ▶ 현재 간호간병통합서비스로 제공되는 간병비 급여 항목을 간호필요도와 간병필요도에 따라 세분화하여 중증 환자에 대한 간호간병 급여기준을 정하고 급여 확대 적용
- ▶ 간호간병 제공인력 기준 정비 및 중증도를 반영한 중환자 간호간병 기준 개선을 통해 경증 환자 대신 중환자 위주 간호간병 보험급여 확대 실시

- ▶ 간호간병 병동 입원환자 기준에 있어 **중증도**를 반영하거나 **인센티브** 등의 유도 기전을 마련할 필요가 있음.
- ▶ **의료기관의 돌봄(간병) 인력**에 대해 **장기요양보험 급여** 가능토록 관련 법령 개정 등 제도적 정비

◎ **의료전달체계 확립을 위한 제도 정비**

▶ **의료법에 의료전달체계** 관련 조항 신설

- 현재의 의료기관간 무한경쟁 체제로부터 의료기관 기능에 맞게 상호 공생하고 협력할 수 있는 시스템으로의 전환을 위해 의료법에 의료전달체계에 대한 명확한 근거가 마련되어야 함.
- 일본의 경우 의료법에 의료제공체제와 관련된 규정을 별도의 장으로 두어 체계적으로 규정하고 있음. (예, 일본 의료법의 ‘의료제공체제’ 조항)**[그림 7]**.

※ 법적 근거 없이 단지 상급종합병원 이용 시 수가 상 불이익이나 진료 가능한 질환의 제한 등의 방법으로는 의료분쟁 등 많은 문제점이 있어 의료전달체계를 확립할 수 없음.

◎ 한국 의료법 체계	◎ 일본 의료법 체계
제1장 총칙 제2장 의료인 제3장 의료기관 제4장 신의료기술평가 제5장 의료광고 제6장 감독 제7장 삭제 제8장 보칙 제9장 벌칙	第一章 総則(第一条-第六条) 第二章 医療に関する選択の支援等 第三章 医療の安全の確保 第四章 病院、診療所及び助産所 第五章 医療提供体制の確保 第六章 医療法人 第七章 地域医療連携推進法人 第八章 雑則(第七十二条-第七十六条) 第九章 罰則(第七十七条-第九十四条)

[그림 7] 한국과 일본의 의료법 체계 비교

▶ **의료기관 기능별 및 전달체계에 따른 수가 모형 개발**

- 건강보험 요양급여기준에 의료전달체계 관련 수가 모형을 개발하고 병상 기능 및 연계와 관련하여 체계적으로 정비해야 함.

◎ **규모(量) 중심에서 기능(質) 중심 의료전달체계로 전환**

- ▶ 의료기관 규모에 따른 기존 1-2-3차 의료전달체계는 인구 고령화로 인한 다양한 ‘의료 및 돌봄’ 서비스 제공이 불가함.
- ▶ 의료기관을 질병의 시기와 생애 전주기를 고려하여 **기능별** 특성에 따라 “초급성기-급성기-회복기-만성기” 의료전달체계로 전환
- ▶ 기능중심 의료전달체계를 통해 지역 의료체계를 활성화【표10】

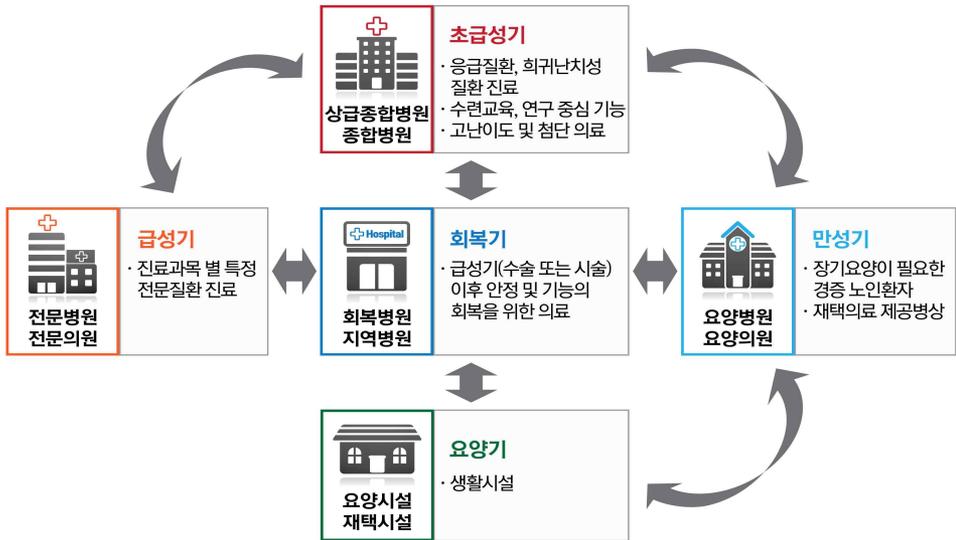
【표 10】 질환 시기에 따른 기능 중심 의료전달체계 모형

시 기	담당 의료기관	기 능
초급성기	상급종합병원, 종합병원	- 응급질환, 희귀난치성 질환 진료 - 수련교육, 연구 중심 기능 - 고난이도 및 첨단 의료
급성기	전문병원, 전문의원	- 진료과목 별 특정 전문질환 진료
회복기	회복병원(신설) , 지역병원	- 급성기(수술 또는 시술) 이후 안정 및 기능의 회복을 위한 의료
만성기	요양병원, 요양의원(신설)	- 장기요양이 필요한 경증 노인환자 - 재택의료 제공병상
요양기	요양시설(장기요양보험)	- 생활시설

▶ **회복병원 종별 신설**

- **외과적 수술 후 또는 내과적 질환이나 뇌척추신경계 질환 등에 대한 급성기 치료 이후 건강 회복을 위해 수술 후 처치, 내과적 치료, 재활치료 등 회복기 의료서비스를 제공할 수 있는 회복병원의 종별 신설이 필요함(참고 - 일본 ‘지역 포괄케어병상’)**
- 시·군·구 단위마다 200병상 규모로 1곳 설치. 회복병원 신설을 통한 **일자리 창출 효과 68,400명**

(※ 회복병원 1개소 당 직원 300명 × 전국 시군구 228개 = 총 68,400명)



【그림 8】 의료기관 기능 중심 의료전달체계 모형

◎ 지역별·기능별 병상 공급계획 수립 및 시행

▶ 지역 의료기관 이용 인센티브 제공

- 장래 인구감소, 인구 과소지역 지역소멸, 압축도시화 등 미래 환경변화로 인한 위기 대응 위해 지역 내 의료체계 강화 필요
- 지역 의료기관 입원 병상에 대한 재정 지원(지역병상 가산제) 및 지역 주민이 지역 내 의료기관 이용 시 진료비를 감면하여 지역 의료체계 이용 유도

▶ 지역병상계획에 따른 기능별 병상 공급 및 조절

- 고령화시대의 병상 수요에 맞춰 점진적으로 급성기 병상을 축소하고 회복기 병상 수를 확대하는 정책이 필요함.
- 이를 위해 중앙정부와 지방정부가 협력하여 지역의 특성을 고려한 병상수급계획을 마련토록 하고, 수급계획을 초과하는 무분별한 병상의 증설은 억제할 필요가 있음.

※ **참고 : 일본의 지역 의료병상 계획** - 일본은 지역단위별로 필요 병상수(기준 병상수)를 후생노동성이 정한 산술식(인구, 입원율, 병상이용률 등 이용)에 맞춰 산정하여, 기존 병상수가 기준 병상수를 초과하는 지역에는 병원개설을 허가하지 않음.

▶ **의원급과 지역 중소병원, 일차의료 건강관리 역할 강화**

- 인구고령화로 인한 만성질환 증가 추세로 **건강증진·질병예방·건강관리서비스**는 국민의 삶의 질 개선과 의료비 증가 억제에 핵심 수단임.
- **일차의료 의사가** 환자와 친밀한 관계를 지속적으로 형성하여 신뢰를 유지하고 국민의 건강지킴이로 자리매김할 수 있도록 충분한 보상체계 마련(예. **만성질환 관리, 방문진료(방문간호), 환자교육, 건강증진, 치료계획·상담** 등과 관련한 수가 신설 및 현실화)

◎ **치료와 돌봄이 통합 제공되는 의료 패러다임 전환**

▶ **요양의원 제도 신설**

- 요양병원보다 **시설·인력·장비 기준을 완화**하여 의원급에서도 장기요양 환자를 일정 부분 케어할 수 있도록 함(참고 - 일본 '개호의료원, 또는 재택의료병상').
- 요양의원 개설시 의사 인력 기준을 요양병원 의사 인력 기준(의사 1인당 40명 이하)보다 완화하여 의사 1인 당 60명 이하로 운영하도록 함.
- 요양의원 돌봄(간병) 인력에 대해 장기요양보험 급여가 가능토록 관련 법령 개정
- 요양의원 제도 신설시 시·군·구 단위로 **50병상** 규모로 10개소씩 설치 시

68,400개 일자리 창출

(※ 요양의원 1곳 당 직원 30명 × 전국 시·군·구 2,280개소 = 총 68,400명)

※ **일본 개호의료원** : 2018년 4월 신설된 제도로써 개호와 의료가 동시에 필요한 환자들이 입소하며, 일상적인 의료행위 및 관리, 간호, 말기(terminal) 관리 등의 기능과 생활시설로의 기능을 겸함.

I형: 심각한 신체질환이 있거나 합병증이 있는 치매 고령자

II형: I형에 비해 비교적 안정된 경증환자

※ 일본 개호의료원 인력 기준

인원	I형	II형
의사	입소자 48명당 의사 1인	입소자 100명당 의사 1인
약사	입소자 150명당 약사 1인	입소자 300명당 약사 1인
간호사	입소자 6명당 간호사 1인	입소자 6명당 간호사 1인
개호사	입소자 5명당 개호사 1인	입소자 6명당 개호사 1인
재활전문직	물리치료사/작업치료사/언어청각사: 적당수	
영양사: 입주자	정원 100 이상 : 1 이상	
의사 당직	당직 있음	기준 없음

※ 참고

1. 우리나라 의원급 정신의료기관 : 현재 정신과의 경우 50병상 미만을 의원급으로 인정 (정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 별표3)하고 있음.
2. 우리나라 요양병원 인력 기준 : 의사는 연평균 1일 입원환자 40명 당 1명(한의사 포함), 간호사는 연평균 1일 입원환자 6명마다 1명을 기준으로하고 있음(단, 간호조무사는 간호사 정원의 2/3 범위 내에서 둘 수 있음).

- ▶ 초고령 사회를 대비하여 병원에서의 치료가 끝이 아닌, 치료 이후 돌봄까지 연계되도록 **의료-돌봄 통합 제공 체계를 구축하여** 고령사회 안전망 확보
- **통합의료돌봄법안** 제정으로 병원 치료 이후 의료와 연계한 돌봄이 가능하도록 해야 함.

II 필수 의료 국가안전망 구축

1 현 황

□ 필수 의료 분야 현황

○ 필수 의료 분야 전문의 수

- ▶ 2019년 기준 우리나라 외과계 의사 수는 인구 10만 명당 68.0명 (OECD 평균 71.6명)으로 조사되었으며, 소아과는 13.0명(OECD 평균 17.4명), 산부인과는 12.0명(OECD 평균 16.1명)으로 확인됨.
- ▶ 최근 5년간 (2015-2019년) 우리나라 전체 의사 중에서 외과계, 소아과, 산부인과 의사가 차지하는 비중은 점차 감소 추세. 외과계(27.53% → %27.48), 소아과(5.33% → 5.19%), 산부인과(5.27% → 4.91%)

○ 필수 의료 분야 전공의 정원 미달

- ▶ 2018년 기준, 총 26개 진료과목 중 전공의 정원 확보율이 90% 미만인 8개 과목 중 필수 의료 진료과목이 다수 포함.

※ 90% 미만 전공의 정원 확보 과목(2018년 기준)

- 외과(83.2%), 흉부외과(57.4%), 산부인과(83.1%), 비뇨의학과(58.0%), 방사선종양학과(47.8%), 진단검사의학과(66.7%), 병리과(38.3%), 핵의학과(30.0%).

- ▶ 생명과 직결되는 전문과목에 대한 기피 현상이 심각하여 향후 심각한 공급절벽에 처할 우려가 큼.

○ 전문의 취득 후 타과로의 진료과 변경

- ▶ 외과, 응급의학과, 산부인과 등 사람의 생명과 직결되는 전문과목에 대한 기피현

상이 매우 심각함. 심지어 필수의료 진료과목의 전문의를 취득 후 실제 다른 과로 전업하는 사례도 빈번히 발생함.

- ▶ '2016 전국 의사조사'에 의하면 전문의 취득 후 다른 진료과목을 진료하고 있다는 의사의 비율이 **흉부외과 40.7%**, 외과 12.8%, 산부인과 10.6%, 응급의학과 4.3%였음.

○ 필수의료 분야 저수가

- ▶ 필수의료의 저수가로 인하여 병원 경영에 어려움이 발생하고, 필수 진료과목 전문의를 고용하지 않는 의료기관이 증가하는 현상이 나타남. 또한 원가보전을 위한 비급여 의료행위는 증가하는 반면 수익성이 낮은 기피 전문과들은 사라지게 됨.

- ▶ 국가 간 수가 비교에 있어 각국의 건강보험체계 및 의료서비스 이용 행태의 차이가 나므로 개별수가를 단순 비교하는 데 한계가 있으나, 우리나라의 수가, 특히 기피과 의료행위의 경우 해외 선진국에 비해 절대적으로 수가가 낮음.

※ 자연분만 수가(2017년 기준): 미국 \$11,200, 영국 \$9,000, 호주 \$6,100, 스위스 \$5,100, 네덜란드 \$3,600, 한국 \$1,040²⁾

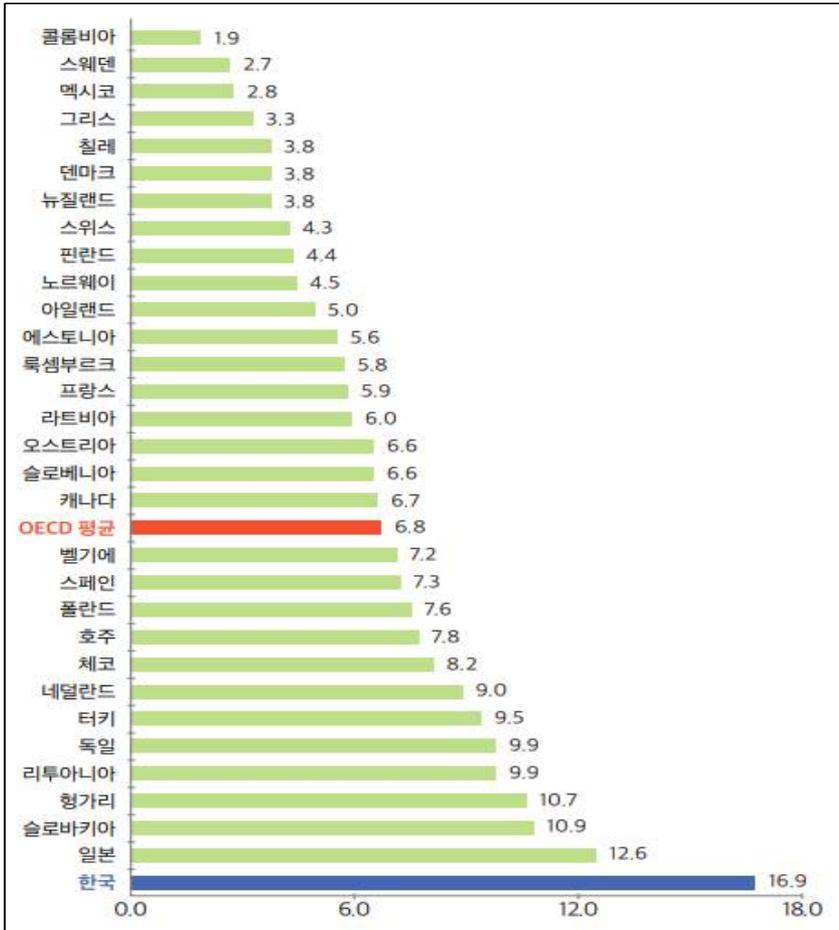
※ 총수절제술 수가(2017년 기준): 미국 \$13,020, 영국 \$3,050, 뉴질랜드 \$6,710, 네덜란드 \$3,410, 한국 \$2,166³⁾

- ▶ 이러한 저수가 현상은 3분 진료의 박리다매식 진료문화를 유발하며, 이는 높은 의료이용과 서비스 질 저하 등의 부작용을 야기함.

- 2018년 기준 우리나라 국민 1인당 외래진료횟수 연간 16.9회, OECD 평균 7.1회임(OECD Health Statistics, 2020)【그림 9】.

2) 미국, 영국: 2017 Comparative Price Report. International Federation of Health Plans. 2019.12, 한국: 단순자연분만(질병분류기호 O80) 건당 요양급여비용. 2017 진료비통계지표. 건강보험심사평가원. 2018.
3) 미국, 영국: 2017 Comparative Price Report. International Federation of Health Plans. 2019.12, 한국: 단순자연분만(질병분류기호 O80) 건당 요양급여비용. 2017 진료비통계지표. 건강보험심사평가원. 2018.

■ **총총한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**



【그림 9】 OECD 국민 1인당 외래 진료횟수(단위:회)

○ **의료사고 및 분쟁비용 등의 부담**

- ▶ 필수의료 진료과는 생명과 직결된 수술 및 진료로 인해 의료소송의 위험 부담이 매우 큼에도 불구하고, 의료소송 비용을 병원 및 의사가 보상해야하는 구조임. 따라서 수가 대비 높은 위험률로 인해 해당 진료를 기피하는 문제가 발생함.
- 특히 의료 인력이 상대적으로 적은 비수도권에서의 진료기피현상을 더욱 악화시켜 심각한 사회문제로 이어질 수 있음.

2

정책제안

■ 필수의료의 개념 및 정의 확립

● 필수의료의 개념

- ▶ 필수의료란 통상 국민의 생명과 직결된 분야로, 자칫 치료가 지연되었을 경우 국민의 생명 및 건강에 대한 영향이 크고, 균형적인 공급이 어려워 국가가 직접 개입해야 할 필요성이 큰 의료영역을 의미함.
- ▶ 보편적으로 응급, 외상, 심뇌혈관, 중환자, 분만, 감염병 등을 필수의료로 분류하고 있지만, 필수의료에 대한 정의가 명확히 확립되어 있지 않아서 '필수의료'에 대한 사회적 합의 및 정의 확립이 선결되어야 함.

■ 필수의료 분야의 지원방안

● 필수의료 인력 수련비용 국가 부담

- ▶ 의료가 갖는 공익적 성격을 고려하여 필수의료 인력 양성과정에 대한 정부차원의 지원이 필요함.
- 우리나라 4개 수련병원의 5개 진료과목(내과, 외과, 소아과, 산부인과, 가정의학과)을 대상으로 전공의 양성 비용을 추계한 연구(양은배 등, 2020)에 따르면, 전공의 1인당 연평균 수련비용은 약 1억 5천만 원, 인턴 1인당 평균 수련비용 7천3백만 원으로 추산됨. 특히 필수의료에 해당되는 산부인과(약 2억 천만 원)와 소아청소년과(1억 8천만 원)의 전공의 수련비용은 평균보다 높음.⁴⁾
- 일례로, 2020년 모집된 산부인과(103명), 소아과(122명)의 총 수련비용을 추산한 결과, 산부인과는 약 930억 원, 소아과는 약 960억 원이 필요⁵⁾할 것으로 추정됨.

4) 양은배 외. 의사 양성 비용 추계 및 공공지원 방안. 의료정책연구소. 2020.

5) (전공의 1인당 연평균 수련비용 × 4년) + 인턴 1인당 평균 수련비용 × 2020년 모집 전공의 수

■ **충충한 보건 의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

※ **필수 의료 인력 수련 비용 국가 부담**

- 일례로, 미국, 영국, 독일, 일본, 캐나다 등에서는 의사 양성 비용의 상당 부분을 국가와 사회가 부담하고 있음. 미국의 경우, 전공의 1인당 수련비용의 70%는 메디케어, 30%는 메디케이드 및 기타 민간 의료보험회사가 부담

【표 11】 외국의 의사 양성 비용 공공지원 사례

국가	지원주체	지원 사례
미국	메디케어	직접수련비용(인건비, 복리후생비, 행정직원비용, 간접비 등) : 39억 달러(1인당 연간 10만 달러)
		간접수련비용(전공의로 인한 병원의 생산성 감소 및 수련교육을 위한 기관 비용): 연간 97억 달러
	메디케이드	주 정부마다 지원 항목이 다르며, 직접, 간접수련 비용 38억 달러
	국가 보훈처	직접수련비용 6억 달러, 간접수련비용 7억 달러
	주 정부	주별 또는 지역별로 의학교육을 장려하는 정책에 따라 특별지원
영국	정부	의료서비스가 국영화되어 모든 전공의 수련비용을 국가에서 부담 : 1인당 전공의 수련비용: 40,108파운드 (약 7,200만원)
독일	국가, 주정부	국가와 지방정부에서 공적재정으로 부담
일본	정부	의과대학 졸업 후 필수임상수련과정에 대해서 국가 일반회계로 지원
캐나다	보건부	전공의 인건비, 진료활동과 수련활동에 들어가는 병원 간접비 지원
	교육부	지도 전문의 인건비 지원

자료: 양은배 외. 의사양성 비용 추계 및 공공지원 방안 연구. 의료정책연구소 2020.

▶ 수련교육 위탁에 대한 보상 근거 마련을 위해 **의료법 개정 추진**

- 수련병원에 대한 의료인력 양성의 공공 책임성 강화 차원에서 전공의 수련에 대한 임금 및 교육비 등 간접비를 정부가 지원토록 법제화 함.
- 단기적으로는 정부와 수련병원(수련기관)이 각각 50%씩 부담하다가 중장기적으로 정부가 100% 부담.

◎ 필수의료에 대한 수가가산 강화

- ▶ 정부는 2009년~2010년을 기점으로 기피 진료과의 인력수급을 개선시키고 필수 의료의 접근성을 높이기 위해 특정 진료과목에 대한 수가가산을 단행한 바 있음.⁶⁾⁷⁾
- 수가가산제도 도입 이후 전공의 정원 충원율이 개선된 것으로 보이나, 이는 전공의 정원 자체의 감소로 인한 영향일 수 있어 객관적 판단이 어려움.
- 따라서 제도 평가를 위한 장기적인 모니터링을 통해 수가가산제도를 강화하고, 필수의료 인력 확충을 위한 목표 재설정과 가산을 재정비가 필요함.

◎ 건강보험 재정 안정화로 필수의료 적정급여-적정부담 전환

- ▶ 건강보험 국고지원액을 선진국 수준인 30%까지 점증
- 실제 국고지원액 규모는 ▲2014년 15.3% ▲2016년 15.0% ▲2018년 13.2% ▲2020년 14%를 지원하고 있어서 법으로 정하고 있는 금액에 크게 미치지 못하고 있음.
- 우리나라와 같은 사회보험 방식의 건강보험 제도를 택한 주요 선진국들의 경우를 보면 네덜란드 55.0%, 프랑스 52.2%, 일본 38.8%, 벨기에 33.7%, 대만 22.9% 등으로 우리나라와는 큰 차이를 보이고 있음.
- 오는 2022년 12월 국고지원 한시법이 종료될 예정이나 건강보험 재정 안정을 위해 국민건강보험법에 건강보험 국고지원액을 선진국 수준인 예상 보험료 수입액의 30% 이상으로 설정해야 함.
- ▶ 기존의 ‘저수가-저급여-저부담’ 체제로 인한 “3분 진료”를 선진국형 ‘적정수가-적정부담-적정급여’ 체제로 전환
- 우리나라 의료수가는 주요 선진국에 비해 크게 낮음【표 12】.

6) 정형선. 중별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구. 건강보험심사평가원. 2019.

7) 복지부, 흉부외과 전공의 부족 해결 적극 나섰다. 보건복지부 보도 2009.2.26.

■ **충충한 보건 의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

※ **주요 선진국 대비 현저히 낮은 한국의 의료수가**

- 초진료 : 미국 7.9배, 캐나다 4.3배, 프랑스 2.1배, 일본 1.8배 높음.
- 재진료 : 미국 7.45배, 캐나다 2.97배, 프랑스 2.96배 높음.
- 자연분만 수가 : 미국 11배, 영국 9배, 호주 6배 수준

【표 12】 국내외 자연분만, 총수절제술 비용(수가) 비교 (2017년 기준)

국 가	자연분만(Normal Delivery)	총수절제술
미 국	\$11,200	\$13,020
영 국	\$9,000	\$3,050
호 주	\$6,100	-
뉴질랜드	-	\$6,710
스위스	\$5,100	-
남아프리카공화국	\$1,900	\$3,110
네덜란드	\$3,600	\$3,410
한 국 ^{※)}	\$1,040	\$2,166

* 국외 자료: 2017 Comparative Price Report. International Federation of Health Plans. 2019.12.

* 국내 자료: 2017년 진료비용계지표. 건강보험심사평가원. 2018.

● **필수의료 기능을 담당하는 지역 민간의료기관 지원**

- ▶ 지역사회에서 필수의료를 강화하기 위해서 민간의료기관과의 협력체계를 갖추고 인력·시설·장비 등 지원
 - 지역책임병원 지정에 있어 공공병원과 민간병원의 형평성이 고려되어야 함.
 - 필수의료 지원을 위해 **공공의료기관을 신설하기보다** 기존의 민간의료기관이 필수의료를 제공할 수 있도록 **필수의료 지원체계 확보방안**을 모색하는 것이 효율적임.

● **필수의료 영역에 대한 국가 재정지원 강화**

- ▶ 필수의료 분야는 (가칭)공익의료기금 등과 같이 건강보험재정 외 별도의 기금을 설치 및 운용하여 국가적 지원을 강화할 필요가 있음.
- 또한 국민건강증진기금 등에서 필수의료에 대해 특별한 지원을 추가하는 방안도 검토해야 함.

- 시군구 단위로 **지역병원 네트워크**를 구축하고, 네트워크 내에서 감염병 관련 1차 방역역할을 수행할 병원, 필수의료 제공 병원 등을 지정하여 지원해야 함.
- **농어촌** 등 의료취약지에서 국민의 생명과 직결된 필수요료를 제공하는 지역 민간의료기관에 대한 지원체계 마련 필요
- 취약지역에 필수의료 전문과목이 개설된 의료기관을 대상으로 해당 전문의에 대한 인건비 1억 5천만 원 지원(국비 50% + 지방비 50%)

※ **분만취약지 분만 산부인과 지원 사업 중**

- 현재 분만취약지 중 분만 산부인과 설치·운영이 가능한 지역에 분만실 등 시설·장비·인력을 갖추고 분만 산부인과로 지정·운영하고 있음. 선정된 후 1차 년도에는 의료기관당 시설·장비비 10억 및 운영비 2.5억 원(6개월 기준⁸⁾)을 지원하고 2차 년도부터는 연간 5억 원을 지원하고 있음(국비 50%+지방비 50%).
- 운영비 중 인건비로는 산부인과 전문의 2인, 간호사 6인, 간호조무사 3인(최대)까지 인정. **산부인과 전문의 1인당 인건비는 연1억5천 산정**(지원 대상 인력이 실제 근무하지 않을 시 반환 단가 기준)

● **응급환자 이송체계 강화 및 역할 확대**

▶ **응급환자 이송 체계 개편**

- 시군 및 시도 등 행정경계를 넘나들며 응급환자의 안전한 이송을 책임질 수 있도록 119 역할 확대. 도서 벽지 및 의료 취약지 환자 등 지역 내 이송지원서비스 시범사업 실시
- 행정구역을 넘어 의료기관과 응급환자 이송 가능여부 등을 확인 할 수 있는 정보공유 시스템 구축
(※ 응급환자 이송 시 병원의 사용 가능한 병실 수, 당직 의사 여부, 특정 질환 특화 센터 여부 등 콜센터 운영 등을 통해 수시로 확인할 수 있도록 관련 정보 공유 시스템 마련)
- 헬기를 이용한 응급의료체계와 구급차를 이용한 지상 환자이송체계의 연계를 통한 소방청의 역할을 보완·강화할 필요가 있음.

8) 기관선정 이후 첫 해의 실제 운영은 7월 이후 가능할 것을 감안하여 연간 분만 산부인과 운영에 소요되는 비용 5억 중 6개월치 운영비 2.5억 원을 첫해에 지원하고 있음. 모든 지원액은 국비 50%와 지방비 50%로 지원하고 있음.

■ **촉촉한 보건 의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

- 도서벽지 및 의료 취약지 응급환자 치료를 위해 **헬기를 이용한 응급의료체계**와 구급차를 이용한 지상의 환자이송체계의 연계 필요
- 지역 **응급환자 연계 이송** 지원 : 광역시도지역별로 지역 응급의료체계 연계가 잘 작동할 수 있도록 **광역시도간 응급환자 연계 이송체제**를 구축, 더욱 안전하고 신속한 환자 이송서비스 지원방안을 마련

※ **선진국의 응급의료 전용 헬기 운영**

- 선진국(미국, 독일, 영국, 일본 등)의 응급의료 전용헬기 서비스가 국내에도 도입되었으나 확대에 어려운 점들이 많음. 정부의 지속적인 재정지원 및 우리나라 실정에 맞는 헬기응급의료 체계 구축이 필요함.
- 프랑스의 소방조직 중 '사무(SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente)'는 응급의료 지원서비스(이동 응급 및 소생술 서비스)로 최첨단 통신·의료 장비를 갖춘 앰불런스임. 중앙의 SAMU 상황실은 응급 현장과 병원을 잇는 컨트롤타워의 역할을 함. 전국의 병원 응급실 상황을 실시간으로 관리하여 응급상황 발생 시 사무 상황실이 지시하는 병원으로 이송할 수 있음.

● **의료사고 등 분쟁 시 지원방안 마련**

☞ **5. 의료분쟁 걱정 없는 나라** 참조

III 공익의료 국가책임제 시행

1 현 황

□ 우리나라에만 있는 ‘공공의료’

○ 공공의료 용어의 모호함

- ▶ ‘공공의료’라는 용어는 의료보장국가에서 사용하는 정의에서 벗어난 한국형 용어로, 현행 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제1호의 정의와도 맞지 않음.
- ▶ 즉, 현재의 법률이 정하고 있는 정의를 보면 “공공의료란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동”으로 하고 있음.
- ▶ 주요 선진국들도 의료는 공적재정이 투입되는 의료행위(Publicly funded medical service)를 뜻하며, 공적재정이 투입되지 않는 의료행위를 사적의료(Private Medicine)로 칭함.⁹⁾
- ▶ 그러므로 법률이 정의하는 국민의 보편적인 의료이용을 보장하는 의료는 공공의료기관에서 생산하는 의료가 아니라 **건강보험의료**가 됨.¹⁰⁾

※ ‘공공의료’ 대신 ‘공익의료’

- 우리나라는 국민의 보편적 건강권 보장을 위한 핵심제도가 건강보험제도인 현실에서 건강보험 의료서비스를 제공하는 모든 의료기관은 공공의료서비스를 제공하는 역할을 수행하는 것임. 따라서 ‘공공의료’라는 모호한 표현 대신 ‘공익의료’를 사용하는 것이 바람직함

9) 영국이 NHS 홈페이지에 자국의 제도를 세계에서 규모가 가장 큰 Publicly Funded Medical Care라고 부르고 있듯이, 영어권에서는 공공의료를 Publicly Funded Health(or Medical) Care로 표현하여 공적재정으로 공급되는 의료를 공공의료로 정의하고 있음.

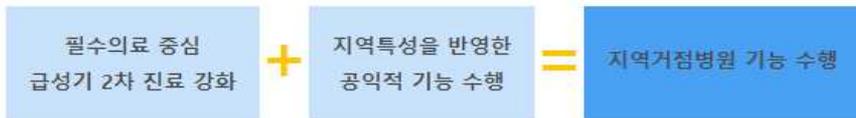
10) 이규식. 공공의과대학 설립 타당한가. 건강복지정책연구원, 2020.07.22.

○ 공공의료기관만 지원하는 정책¹¹⁾

- ▶ 현행 관련 법률 등에 의거 공공의료기관만을 지원하는 사업들이 시행중임. 대표적인 것이 지역거점공공병원 기능보강사업 지원과 공공보건 의료 전담조직 지원임. 모든 의료기관들이 지역에서 공익적 기능을 수행하고 있음에도 불구하고 공공의료기관에만 시설·장비, 관련 조직을 지원하고 있음.

• 지역거점공공병원 기능보강사업 지원

- 목적: 지역거점 공공병원의 기능 및 공공성 강화를 위한 시설·장비 현대화 지원



- 근거: 공공보건 의료에 관한 법률 제6조, 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제17조, 대한적십자사 조직법 제22조
- 지원대상: 지방의료원 33개소, 적십자병원 5개소
- 지원조건: (지방의료원) 국비 50%, 지방비 50%, (적십자병원) 국비 100%

• 공공보건 의료 전담조직 지원

- 지원범위: 국립대학병원의 공공보건 의료 전담조직 구성 및 공공보건 의료 사업 수행에 소요되는 경상비 지원
- 근거: 공공보건 의료에 관한 법률 제14조 및 시행규칙 제12조
- 지원조건: (2015년) 3.2억(국립대학병원 10개소), 국비 100%
- 국립대학병원 10개소: 원대병원, 경북대병원, 경상대병원, 부산대병원, 서울대병원, 전남대병원, 전북대병원, 제주대병원, 충남대병원, 충북대병원

11) 국립중앙의료원 공공보건 의료 지원센터, 정책사업 안내, 검색일: 2021.09.06.
<https://www.ppm.or.kr/contents/contentsView.do?MENUID=A01020201>

□ 정부 공공의료 강화방안의 문제

○ 제2차 공공보건의료 기본계획(2021.4.26.)

▶ 정부는 2025년까지 20개 내외 지방의료원 등에 400병상 규모의 공공병원 병상을 확충하여 감염병, 필수의료, 지역 책임병원 등의 역할을 맡긴다는 내용의 『공공보건의료 강화방안(2020.12)』과 필수의료 확충을 위해 공공병원 20개소 이상을 신·증축한다는 내용의 『제2차 공공보건의료 기본계획(2021.4.26.)』 개선안을 발표했다.

* 즉, 현재 지방의료원 중 11개소를 증축하여 1,700병상을 확보하고 3개 이상의 지방의료원을 신축 및 6개의 지방의료원의 이전신축을 통하여 3,500병상을 추가 확보하여 '총 5,000병상'을 확보하겠다는 방침임.

▶ 우리나라는 2019년 전국에 병원급 이상의 민간의료기관 3,807개소(94.5%), 공공의료기관 221개소(5.5%)¹²⁾이며, 공급과잉 상태인 병상¹³⁾(OECD 평균 3배), 각종 고가장비 등이 비효율적으로 활용됨.

* 그럼에도 불구하고 국가가 공공병상을 확충하고자 한다면 지금처럼 병상 과잉공급 상태에서 추가로 신설하는 방식으로 민간의료기관 일자리를 없애는 파괴적 방식보다는 기존 민간병상을 국가가 적정 비용을 지불하고 인수 후 공공병상으로 전환하는 것이 바람직함.

□ 국립대병원의 공공성 부족 문제

○ 민간병원과 거의 동일한 운영방식

▶ 국립대학병원은 일부 국고지원¹⁴⁾으로 운영되지만, **민간병원과 운영방식이 거의 동일하고 환자 진료비도 민간병원과 차이가 없어** 국립대학병원이 공익적 기능을 수행하고 있다고 보기 어려움.

▶ 외래환자 진료비 증가율과 비급여 진료비는 오히려 국립대학병원이 더 높아 공공의 이익을 위한 역할을 수행했다고 보기 어려움.

12) 2019년 공공보건의료 통계집. 보건복지부·국립중앙의료원, 2020.

13) 2019년 기준 병원급 이상 병상 수는 민간의료기관 579,471개(90.3%), 공공의료기관 62,240개(9.7%)임.

14) 교육부 보도(2021). 교육부, 국립대병원 공공성을 강화한다. 국립대학병원은 시설, 장비비의 경우 총사업비의 25%(교육, 연구시설비는 75%), 국립대학 치과병원은 총사업비의 75% 지원

■ **충충한 보건의로 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

※ 우리나라에서 의료기관은 비영리기관으로 공익적 역할에 대한 논의가 전무한 실정이며, 병원 설립유형별로도 차이가 없음. 사회적으로도 공익적 역할 수행여부와 관계없이 세제 혜택이 주어졌으므로 개인병원과 다른 행태를 보이지 않음.¹⁵⁾

▷ 2014년부터 시작된 **국립대학병원**에 대한 평가항목은 **수익성 위주의 경영평가**로만 이루어지고 있어 **의료의 공익적 기능**에 대한 문제가 계속 지적됨.

※ 국립대학병원은 교육부에서는 연구비를 받고, 복지부에서는 각종 시설 및 장비를 위한 지원을 받으면서 양쪽 중앙정부의 관리는 받지 않는다는 문제가 있음.¹⁶⁾
※ 코로나19 팬데믹 상황에서도 정부는 상급종합병원과 국립대학병원에 허가 병상 수의 1% 이상을 확보하라는 행정명령을 내림. 코로나19 발생 초기 국립대학병원의 병상 확충 계획을 조사한 결과, **서울대병원은 40병상, 경북대병원 및 충북대병원은 각각 30여 병상** 등 16개 국립대학병원에서 **총250여 병상** 확충 계획을 발표¹⁷⁾하여 국립대학병원의 공익적 기능 상실에 대한 비판이 있었음.

□ **공공병원 중심 의료공급체계의 의료의 질 문제**

▷ 상당 수준의 통제를 받고 있는 민간의료기관과 달리 공공기관의 독주는 향후 **의료의 질 저하**라는 치명적 문제를 야기할 수 있음.
▷ 최근 코로나19 사태와 관련하여 **영국, 이탈리아** 등 공공기관 중심의 의료공급체계를 갖춘 나라들에서는 의료자원의 부족으로 인해 **코로나19 치명률**이 더 높게 나타났음.

※ 영국 NHS(국민보건서비스)와 ONS(영국 통계청)이 공개한 2021년 1월 현재 최신 통계에서 병원치료를 위해 대기 중인 일반 환자가 2020년 11월 기준 446만 명으로 집계되어, 의료접근성이 크게 악화되었음. 수술이나 치료를 위해 1년 이상 대기 중인 환자는 19만 명으로 집계되었음.¹⁸⁾

15) 한국개발연구원, 한국보건산업진흥원. 투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구. 2009.

16) 메디칼업저버(2020.10.8.). 제역할 못하는 국립대병원 국회 질타 쏟아져. 청년의사(2021.3.11.), 정부, 국립대병원 지원 확대로 '의료 공공성' 확보. 현행 국립대병원은 시설·장비비의 경우 총사업비의 25%, 교육연구시설비는 75%를 지원받고 있는데, 교육부는 해당 지원들 더욱 확대할 예정임

17) 이승덕 기자. 코로나19 대응 음압병상 국립대병원 250병상 확충중. 약업닷컴, 2020.03.06.

□ 민간의료기관의 공익적 기능에 대한 보상과 지원 전무

- ▶ 우리나라는 공적자원보다 민간자원 확대가 더 빠른 시간동안 진행되었음. 민간의료기관에서 필수의료, 의료취약계층 진료, 공중보건의료사업 수행, 정부·지방자치단체로부터 자금을 지원받는 사업 등 의료의 공익적 활동들을 수행해왔음.¹⁸⁾
- ▶ 그러나 정부는 그동안 공익적 기능을 수행한 민간의료기관의 노력은 외면하고, 국공립병원과 보건소만을 공공자원으로 생각하고 지원하는 등 편향적 시각의 정책을 펼쳐왔음.

※ 공익의료 역할을 잘 수행하는 의료기관은 민간이라고 해도 지원해야 하며, 민간자원에 공공성을 강화하고 서로 협치하는 것이 바람직한 방향임.

18) 연합뉴스. 2021.01.14. 보도. '나도 아픈데'...영국, 코로나 확산에 일반 환자 하염없이 대기.

19) 이진세 외. 의료전달체계에서 민간의료기관의 기여도와 민간의료기관의 공익적 역할을 위한 방안. 의료정책연구소, 2015.

2 정책제안

■ 개념이 모호한 공공의료 대신 ‘공익의료’ 용어 사용²⁰⁾

- ▶ 사회적 합의를 통해 ‘공익의료’의 정의, 개념 및 역할 등이 도출되어야 하며, ‘공공의료’라는 용어 대신 ‘공익의료’라는 용어로 대체하여 사용함.
- ▶ 저수가 개선, 의료전달체계 개선 등을 포함한 종합적인 ‘공익의료발전계획’을 우선적으로 수립하고, 공익의료 관련 정책들을 추진해야 함.

■ 공익의료 기능 강화 방안

● 공공소유 의료기관의 공익기능 제고[표 13]

- ▶ 공공소유인 국립대학병원과 지방의료원 등은 민간소유의 병원과 차별화된 기능과 역할을 수행하도록 함.
- ▶ 특히 공공소유 의료기관 중 국립대학병원은 교육, 연구뿐 아니라 공공소유 의료기관으로써의 역할을 충실히 수행할 수 있도록 전문시설과 장비, 인력을 갖추고 민간의료기관에서 수행하기 힘든 특정 질환(희귀 난치질환 등)의 진료와 의료격차 해소를 위한 소외계층 진료, 감염병 대비 인프라 구축 및 공중보건 위기상황에 대비함.
- ▶ 공공소유인 의료기관 평가는 민간의료기관과 차별화된 기능 위주, 사회적 책임 이행으로 전환하고, 정부의 재정지원을 100%로 확대하며, 교육부와 보건복지부의 관리·감독 권한을 강화함.

※ 지방의료원 신·증축 시 현행 국고보조율은 50%이며, 제2차 공공보건 의료 기본계획도 특별자치도 및 시·군·구에서 60%(3년간 한시 적용)로 개선에 불과함.²¹⁾

20) 대한의사협회. 공공보건 의료의 재정립과 대안. 대한의사협회 1차 의견서. 2020.

21) 보건복지부. 제2차 공공보건 의료 기본계획. 2021.

【표 13】 공공소유 의료기관의 공익적 기능 강화방안 예시

제공기관		역할 및 기능	
		평 시	감염병 위기 시 (감염병 전문병원의 역할)
국립병원	국립중앙의료원, 국립암센터, 국립정신건강센터 등	<ul style="list-style-type: none"> • 중증환자(최고난도) 진료 • 중증응급환자 진료 • 정책지원(test-bed 등) • 교육·연구, 임상진료 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 중환자 진료 및 치료 • 특수 환자 감염보호 • 감염병 대응 참여 등
지역공공 병원	국립대학병원, 지방의료원 등	<ul style="list-style-type: none"> • 중증환자(고난도) 진료 • 중증응급환자 진료 	
보건소	보건소, 지소, 보건의료원 등	지역사회 건강관리 사업 중점	관할 내 감염병 총괄 대응

● **필수의료 공공병상 확보를 통한 공익의료자원 확충**

- ▶ 필수의료 강화를 위해 100% 재정지원 가능한 공공소유 의료기관을 신설하는데 재정의 한계가 있으므로, 대안으로 **민간병원을 매입**하여 국공립 법인으로 변경하고 직접 운영 또는 민간병원 병상만을 매입하여 병상의 관리는 민간에서 하되, **관리운영비**를 지원함.
- ▶ 이를 위해 **지역별 병상 계획수립**을 통해 필수의료의 역할을 담당할 지역별 ‘공공병상’을 추계함. 이후 민간병원이 이 역할에 참여할 의지가 있으면 **정부가 이를 매입**하여 공익의료자원으로 활용하는 방안이 비용효과적일 수 있음.

※ 과거 영국이 NHS 체계를 구축하기 위해 병원을 매입하여 국유화하였음. 영국은 1911년부터 사회보험방식의 보건의료체계를 유지해왔으나, 2차 세계대전 직후 의료수요가 늘자 국가가 병원을 매입하여 1948년 국가보건의료서비스(National Health Service)를 설립함²²⁾²³⁾

● **민간의료기관의 공익기능에 대한 지원 및 보상**

- ▶ 영국의 경우 ‘공공-민간 동반자 관계(Public-Private Partnership: PPP) 전략’을 채택하여 공공보건의료서비스를 민간에 위탁해 왔음. PPP는 공공부문과 민간

22) 한국개발연구원, 한국보건산업진흥원, 투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구. 2009.

23) 의료기기뉴스라인(2016). “영국 NHS 개혁동행 및 입찰정보”

부문이 협력하여 사회간접자본이나 사회서비스를 제공하기 위한 동반자 관계를 맺는 것, 또는 공공과 민간이 파트너십을 형성하여 수행하는 공공서비스의 조달 및 제반 행위 등으로 정의됨.

- 이는 기존 정부주도에서 탈피 민관이 공동으로 재원을 출연함과 동시에 민간의 기술과 전문성을 공공 부문에 융합하고자 하는 것임. 특히 부족한 공공재원과 비효율 제거, 민자 유치, 민간과의 협력으로 인한 공공서비스 제공을 의미함. 24)25)26)
- PPP 사업의 시설과 제공되는 서비스는 공공재의 성격을 띠고, 사업부문은 크게 교통, 상하수도, 발전, 교육, 보건, 감옥, 도시재생 등으로 구분할 수 있음. 이 중 보건에는 병원과 복지시설 등이 포함됨.27)
- 보건 의료 분야에서 PPP는 더욱 특별한 의미가 있음. 보건 의료 서비스를 국가에서 주도적으로 제공하는 영국식 사회주의 의료시스템과 민간에서 주도적으로 공급하는 미국식 자본주의 의료시스템 그리고 양자를 적절히 혼합하는 의료시스템에서도 PPP를 적절히 활용하고 있음.
- ▶ 영국은 국가가 모든 보건 의료 서비스를 제공하지 못하므로 PPP의 일종인 민간 자본 이니셔티브(PFI, Private Finance Initiative)를 추진하였음.
- ▶ 프랑스는 부족한 공공 의료 자원 확보를 위해 1970년부터 공공 의료 서비스 병원 (Service public hospitalier, SPH) 개념을 도입하여 국립 병원뿐만 아니라 공공 의료 서비스를 제공할 의향이 있는 민간 비영리 병원 (Participation au Service Public Hospitalier, PSPH)도 공공 의료 서비스를 제공할 수 있도록 함.28)

24) 김정덕(2009). 공공 의료에 민간 부문 참여 활성화 방안. 대한병원협회지: 80-90.
25) 정홍식(2018). 해외 민관협력(PPP)의 주요 법률적·실무적 쟁점. 국제거래법연구 27권 1호: 111-159.
26) 광재성(2012). 국제 개발과 민관협력, 이슈와 정책제언, 국제개발협력: 11-12.
27) 정홍식(2018). 해외 민관협력(PPP)의 주요 법률적·실무적 쟁점. 국제거래법연구 27권 1호: 111-159.
28) 김대중. 프랑스 의료 서비스 공급 체계와 시사점. 한국보건사회연구원, 보건 복지 Issue&Focus (2012-44), 2012.

※ 프랑스 의료서비스 공급기관²⁹⁾

- 국립병원, 공공이익참여 민간병원(Etablissements de santé privés d'intérêt collectif, ESPIC), 민간 영리병원으로 세 가지 형태의 기관이 조화를 이루면서 서비스를 공급하고 있음.
- 2019년 기준 전체 병원 수는 3,008개소, 국립병원 1,354개소, 공공이익참여 민간병원(ESPIC) 671개소, 민간 영리병원 983개소임.
- 국립병원의 병상 수는 2019년 기준으로 241,345개, 공공이익참여 민간병원은 56,385개, 민간영리병원은 94,863개임. 전체 공공의료서비스의 비중은 병상수 기준으로 75.8%(병원수 기준으로 67.3%)를 점유하고 있음.

▶ 미국 역시 대부분의 의료서비스를 민간에서 제공하지만 의료부문의 엄청난 고비용 때문에 오바마 행정부에서 PPP 일환의 보건의료 서비스 개선을 중점 과제로 검토하였음.³⁰⁾

- 미국 연방정부와 주정부는 비영리병원에 대해 세금 감면 혜택을 주고, 지역사회편익(community benefit)활동³¹⁾을 제공함으로써 지역사회에 대한 다양한 의료 요구도 수렴 및 의료서비스 제공, 지역사회 봉사활동 등 다양한 사회적 책무 활동을 수행시키고 있음.³²⁾

- 또한 민간의료기관이 정부를 대신해 공익적 기능을 수행할 경우 재정지원, 시설 및 장비 지원, 기부금 조성 등 자금 조달원을 다양하게 마련해주고 감세정책을 시행하고 있음.³³⁾

▶ 일본은 비영리의료기관인 특정의료법인, 특별의료법인에 대해서는 수익사업 허용과 보험진료 수입에 대하여 비과세를 적용하고 있음.³⁴⁾

29) 프랑스 의료시설 통계자료, DREES, SAE 2013 et 2019, traitements DREES. [2021.09.06.] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>

30) 오충현. 국제개발협력 분야별 민관협력 활성화 방안: 보건의료 분야. 국제개발협력, 2009;(3): 40-53.

31) 미국의 지역사회 편익 활동이란 민간의료기관으로 하여금 질병예방 및 건강증진 서비스를 제공하도록 하고 면세혜택을 부여하는 것을 말함.

32) 이진세 외. 의료전달체계에서 민간의료기관의 기여도와 민간의료기관의 공익적 역할을 위한 방안. 의료정책연구소, 2015.

33) 이용균. 병원서비스 산업의 육성방안. KIHM 연구 노트. 2005.

34) 이용균. 병원서비스 산업의 육성방안. KIHM 연구 노트. 2005.

■ **충충한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

- ▶ 우리나라도 「사회기반시설에 대한 민간투자법」에 따라 2005년부터 노인복지시설에, 2007년부터 공공보건의료시설에 PPP전략을 도입운영하고 있음.³⁵⁾ 국외 사례들을 바탕으로 우리나라도 공공의료 정책기조에서 벗어나 **공익의료 정책 기조로 민간의료기관을 적극적으로 참여**시키는 방향으로 전환해야 함.³⁶⁾
- ▶ 민간의료기관의 공익적 역할 수행에 관한 세부 항목 논의 및 합의를 바탕으로 공익적 기능을 규정하고, 공익적 기능에 대한 재정적 보상기전을 마련해야 함.³⁷⁾ 이를 위해 가치 ‘**공익의료기금**’ 신설을 검토【표 14】.

【표 14】 민간의료기관의 공익적 기능 강화방안

제공기관	역할 및 기능	자원(재정)
상급 종합병원	<ul style="list-style-type: none"> • 중증환자(최고난도) 진료 • 희귀난치성질환자 진료, 암환자 진료 등 • (감염병발생시) 감염병 대응 참여 	<ul style="list-style-type: none"> • 공익의료기금 신설
중소병원	<ul style="list-style-type: none"> • 중증환자(고난도) 진료 • 건강취약계층의 필수 진료과목 진료 : 의료급여환자, 산부인과, 소아과 등 • (감염병발생시) 감염병 대응 참여 	<ul style="list-style-type: none"> • 공익의료기금 신설
의원	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 중심 만성질환 관리 • 예방접종, 질병 조기 발견 관리 • (감염병발생시) 감염병 대응 참여 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강증진기금 • 감염병: 공익의료기금 신설

* 자료: 「정연 외. 한국 민간의료기관의 공익성. 보건사회연구, 2016;36(4):344-373」의 자료를 바탕으로 재구성

- ▶ 민간의료기관이 공익적 역할에 대한 평가를 통하여, 평가결과가 **우수한 기관**에는 **인센티브**를 지급하고, 평가의 질이 **낮은 의료기관**에는 **바우처 방식**으로 공익적 역할의 질을 높일 수 있는 방안을 제안할 수 있음.
- ▶ 바우처 방식을 통해 의료기관 컨설팅, 공익목적 시범사업 참여를 위한 기술지원 등을 마련하여, 민간의료기관의 공익기능을 지속적으로 강화하는 방안을 고려해 볼 수 있음.³⁸⁾

35) 김정덕. 공공의료에 민간부문 참여 활성화 방안. 대한병원협회지, 2009: 80-90.

36) 청년의사. 2009.7.30. 보도. “민간의료기관에 정부 차원 재정적 지원있어야”.

37) 대통령자문의료제도발전특별위원회(2003). 의료제도발전을 위한 정책과제.

◎ 필수의료 분야 민관 협력 체계 확립을 통해 국가 보건의료 안전망 구축

- ▶ 개념이 모호하고 위화감을 조성하는 ‘지역우수병원’ 대신 ‘필수의료거점병원’ 지정을 통해 지역의 필수의료거점병원으로서의 기능을 부여하고 필요한 시설, 인력, 장비 등을 지원함.
- ▶ 필수의료 분야 지역 거점 의료기관 지정을 통해 지역 간 의료격차를 줄이고 사망률 격차를 최소화할 수 있음.
- 필수의료거점병원 선정은 의료기관의 신청을 통해 선정 및 지정을 하고, 지정된 필수의료거점병원 평가는 매 3년마다 시행하여 재지정 할 수 있도록 체계를 마련함.

38) 중소기업 혁신바우처 플랫폼. Available from: <https://www.mssmiv.com/portal/intro/Produce>

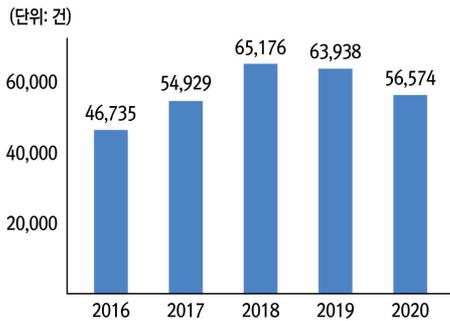
IV 의료분쟁 걱정 없는 나라

1 현 황

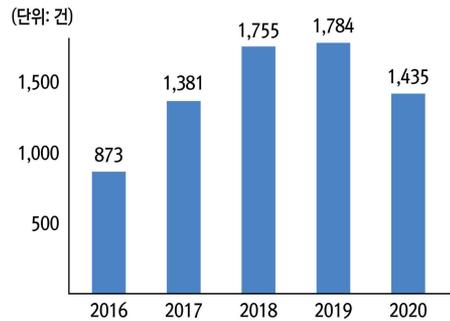
□ 해마다 늘어가는 의료분쟁

○ 환자와 의료인 모두에게 고통인 의료분쟁

- ▶ 한국의료분쟁조정중재원의 최근 5년(2016년~2020년) 통계에 따르면, 매년 약 5만7천여 건의 의료분쟁 상담이 이루어지고 있으며, 매년 약 1천400여 건의 조정·중재가 개시되었음. 조정·중재 개시 건수는 2016년 873건에서 2020년 1,435건으로 약 2배 증가한 것으로 나타남【그림 10】【그림 11】.



【그림 10】 연도별 의료분쟁 상담 건수



【그림 11】 연도별 조정·중재 개시 건수

출처: 한국의료분쟁조정중재원

- ▶ 책임보험, 조정·중재, 합의, 형사처벌 특례조항 등 비형사적 구제방법이 활성화되지 않아 의료인이 민형사상의 책임을 전적으로 부담하고 있음.
- ▶ 환자는 충분한 보상을 받지 못하고, 의료인은 안전한 진료환경을 보장받지 못하고 있는 실정임.

○ 의료인에 대한 무리한 법정 구속

- ▶ 의료인이 악의적 고의 또는 과실이 없는 선의에 의한 의료행위를 했음에도 불구하고, 나쁜 결과가 발생했다는 이유로 의료인을 법정구속 하는 사례가 발생함.

※ 2020년 9월, 4년 전 장폐색이 있는 고령의 대장암 환자에게 대장내시경 검사를 위해 장정결제를 투약했다가 환자가 사망한 사건에 대해 법원은 해당 의사에게 실형인 금고형을 선고하고 법정 구속함으로써 의료계의 공분을 산 바 있음.

- ▶ 해외 다수 국가(미국, 영국, 캐나다 등)는 자율적 면허관리기구에서 의료인의 면허를 효율적·전문적으로 관리하고 있음. 경미한 사건의 경우 경고, 벌금, 재발방지 대책 수립 등 다양한 조치를 활용하며, 조정·중재를 활성화하고, 책임보험을 통한 충분한 보상을 보장함. 즉 의료사고가 민·형사상 소송으로 확대되지 않음.
- ▶ 일례로 캐나다의 경우, 1900년에서 2007년 사이 의료과실로 인한 환자의 사망 또는 심각한 신체 상해 혐의로 기소된 의사는 15명이었으며, 최종 유죄 판결을 받은 의사는 단 1명에 불과함.
- ▶ 미국의 경우, 1982년에서 2001년 사이 약 30년간 25건의 의료사고에 따른 의료인 형사처벌이 있었으나, 대부분 음주 진료로 인해 환자가 사망에 이른 경우였음.

○ 의료사고 형사처벌 면제 특례조항 필요

- ▶ 선한 의도, 불확실성을 특성으로 하는 의료행위에 대한 무분별한 형사처벌은 방어진료를 양산하고, 의료행위를 위축시키며, 의사와 환자 간 신뢰를 방해하는 것임. 환자와 의사 모두가 피해를 볼 수밖에 없음.
- ▶ 세계의사회는 의료과실을 포함하여 의료행위를 형사처벌하는 것이 오히려 환자에게 해가 되기 때문에 적절한 비형사적 구제 방안을 마련할 것을 촉구하였음.³⁹⁾

39) WMA, WMA RESOLUTION ON CRIMINALISATION OF MEDICAL PRACTICE, 2013.

2

정책제안

■ 의료사고 및 분쟁 관련 제도적 정비

● 의료사고 형사처벌 면제 특례조항 신설

- ▶ 정상적인 의료행위 과정에서 발생한 의료사고에 대해서는 형법상 과실치사상죄의 적용을 배제함으로써 의료인의 형사처벌을 면제하도록 함(의료인의 고의 또는 중과실에 의한 의료사고 제외).
- ▶ 의료분쟁조정법에 해당 조항 신설 또는 (가칭)의료사고처리 특례법 제정 필요
 - '교통사고처리 특례법'과 같이 고의 또는 중과실에 대해서만 명확한 처벌 기준을 명시하고, 그 외의 사고는 특례로 정함으로써 의료사고로 인한 형사처벌 감소 및 환자에 대한 신속한 피해 회복을 목적으로 함.

● 필수의료 분야 의료사고 국가 책임보상제 도입

- ▶ 불가항력 의료사고 보상제도 확대
 - 의료분쟁조정법 제46조(불가항력 의료사고 보상) 개정을 통해 분만 외에도 불가항력적인 의료사고 발생위험이 있는 필수 진료과목들에 대한 법적 보호 장치 마련 필요
- ▶ 필수의료 분야 의료분쟁 비용 지원
 - 의료분쟁 및 사고의 위험이 높은 필수의료 분야에서 불가항력적 의료사고 발생 시 발생하는 분쟁비용을 정부에서 지원하는 방안 마련
- ▶ 불가항력 의료사고에 대한 국가 책임보상제 도입으로 필수의료 전공 기피 현상 해결

● 의료기관 의료배상책임보험 의무가입제 도입

- ▶ 의료배상책임보험 의무가입제 도입으로 의료분쟁에 대한 국민과 의사의 부담경감
- 대한의사협회 의료배상공제조합의 역할 및 배상 범위 확대

- ▶ 의료사고 배상을 위한 국가와 의료기관의 공동부담 기금 마련
 - 위험도가 높은 필수 의료행위에 대한 수가가산 등을 통해 국가에서 기금의 일부를 지원
 - 의료사고 피해자에 대한 보상 강화 및 안전한 진료환경 조성

V 아이 낳고 키우기 좋은 건강한 나라

1 현 황

□ OECD 37개국 중 가장 빠른 저출산·고령화 속도

○ 저출산·고령화 현황[그림 12][그림 13]

- ▶ **합계출산율** (1970년) 4.53명 ⇒ (2020년) 0.84명, 연평균 3.1%씩 감소
- 韓 2026년 초고령사회 진입, 2050년 고령화비율 3위 전망(1위: 일본, 2위: 스페인)
- 생산인력확보 등 성장잠재력 확보 및 재정여력 악화 대응방안 마련해야 함.



【그림 12】 1970~2020년 출생아수 및 합계출산율 추이

출처: 연합뉴스 2021.2.24. 보도 <https://www.yna.co.kr/view/AKR20210224086000002>

○ 백약이 무효인 ‘저출산·고령화’ 대책

- ▶ 문재인 정부의 저출산·고령사회의 핵심주제는 ‘일하며 아이 키우기 행복한 나라’를 위한 대책으로 기존의 제3차 ‘저출산·고령사회 기본계획’의 주요 내용을 재정비한 것임.



【그림 13】 한국의 고령화 순위 예측

출처: 시니어매일 2021.3.3. 보도 <http://www.seniormaeil.com/news/articleView.html?idxno=27602>

▷ 제4차 저출산·고령사회 기본계획 주요 내용

- 영아수당 : 2022년부터 0~1세 영아에게도 월 30만원의 수당을 지급하고, 이를 단계적으로 늘려 2025년에는 월 50만원 지급 예정
- 육아휴직 : 2022년부터 부모가 모두 3개월씩 육아휴직을 쓸 경우 월 300만원 까지 급여를 지급
- 의료 및 분만취약지 지원 : 분만 가능한 산부인과가 없는 지역에 대해 분만산부인과가 설치·운영이 될 수 있도록 시설·장비비 등을 지원
- 기타 : 태아와 산모의 건강관리를 위한 건강보험 임신·출산 진료비 지원을 2022년부터 60만원에서 100만원으로 인상, 2022년부터 출산 시 일시금 200만원 신규 지급

▷ 제4차 저출산·고령사회 기본계획은 주로 출산과 육아, 보육을 위한 경제적 지원에 집중되어 있고, 제1~3차에 걸쳐 진행된 ‘저출산·고령사회 기본계획’의 실패한 정책에 대한 개선 없이 비슷한 정책만 추가되고 있는 상황임.⁴⁰⁾

40) 이투데이 2021.8.19. 보도 ‘저출산 대책으로 20년간 보육에 집중. 경제·사회 변화 담은 정책 필요’ 중

■ **층층한 보건 의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

- ▷ 출산율을 높이기 위한 근본적인 접근이 필요하며, 건강한 임신과 유지, 안전한 출산을 위한 의료적 지원, 향후 인구구조변화에 대비한 지역인구 불균형 문제에 대한 충분한 고려가 필요함.
- ▷ 고령화 대책 일부에 **의료적** 내용이 포함되어 있으나, 의료와 돌봄이 분절되어 있고, 의료에 배제된 복지 중심의 정책 위주임. 건강한 고령층을 위한 정책은 고령층의 삶의 질을 보장하고 사회적 비용을 줄일 수 있다는 점에서 보다 적극적인 의료적 대책과 지원이 필요함.
 - 현행 제4차 저출산·고령사회 기본계획에는 고령층을 위한 만성질환관리 시범사업 확대, 치매안심병원 확대 정도임.

□ **안전한 출산을 위한 기반인 산부인과의 몰락**

- 저수가로 인해 분만의료기관의 양극화 초래
 - 월 20건 미만 분만의료기관 폐업률 급증 등 출산환경 악화
 - 산모 상급병실 급여화로 오히려 산후 관리의 질 저하
 - 임신과 출산 관련 상담료 부재
 - 부인과 수가 또한 원가 이하로 양극화 초래
- 분만 취약지 지원사업의 실효성 문제
 - 대도시 원정 출산을 막고 안정적 분만 인프라 구축을 위해 정부가 2011년부터 분만취약지(A등급 30개 지역, B등급 24개 지역 등) 지원사업을 시행중임. 해당 지역의 분만수가 가산 등을 시행하였으나 여전히 낮은 수가, 인력 확보 등의 문제로 실효성이 낮음.
- 300병상 이하 종합병원에서 산부인과 필수과목 제외
- 의료사고 피해구제 및 분쟁조정 강제 개시

- 산부인과에서 불가항력적으로 생길 수 있는 뇌성마비나 사망사고 1건만 발생해도 의료기관을 폐업하는 수준

□ 건강한 육아의 기반인 **소아청소년 보건의료 인프라 붕괴 위기**

○ 저출산, 육아 및 교육 부담, 코로나19 영향

- ▷ 소아청소년과 진료량 급감으로 이어져 전국적으로 소아청소년과 진료 인프라가 붕괴 직전에 직면

○ 육아 및 아동 건강관리 정책이 시급

- ▷ 소아청소년 과체중, 비만과 비만 합병증들이 꾸준히 증가하고 있는 상황이지만 진료 수가도 없어서 비만 아동의 건강관리가 제대로 되지 않고 있음.

- ▷ ‘질병의 예방’ 및 ‘비감염성질환(예를 들어, 알레르기, 비만, 성장 등)에 대한 예방과 상담, 치료’로 진료의 패러다임이 변화하고 있음.

- 대부분 만성 경과를 갖고 아이들의 생활습관과 밀접한 관련 있으므로 만성질환 관리를 위해 시간이 소요되는 상담 및 생활습관 관리와 중재가 중요

- 급만성질환, 알러지, 아토피 질환, 과체중, 비만, 정상 발육과 발달 평가, 성장 및 영양상태 평가와 상담 및 중재, 수면문제에 대한 중재, 사춘기 문제에 대한 중재, 전자미디어 노출, 유치원과 학교 적응에 대한 중재, 연령별 맞춤 훈육 중재, 기타 자녀 육아에서 발생하는 문제에 대한 중재 등 부재

2

정책제안

■ 안전한 출산을 위한 정책

● 임신지원금, 임신유지 의료비 지원

- ▶ 건강한 임신과 유지를 보장하기 위한 임신 및 임신유지 의료비 지원 확대(2022년 1월부터 한자녀 기준 100만원, 다자녀 기준 140만원의 임신과 출산에 관련된 진료를 위해 임신부가 요양기관에서 받는 진료비용을 지원함)
- ▶ 고위험임산부 의료비 지원사업 역시 기존 의료급여 대상자 및 일부 질환을 한정하여 지원하고 있으나, 지원 대상 및 내용을 확대하여 안전한 임신과 출산을 지원

● 안전한 분만을 위한 산부인과 제도 개선

- ▶ 안전한 분만을 위해 분만실을 특수병상으로 인정하고 분만 수가 현실화
- ▶ 분만을 질병 범주에서 제외, 1인실을 선호하는 산모를 위해 1인실 관련 규제 완화
- ▶ 300병상 이상 종합병원 산부인과 의사 의무 배치 도입

● 산부인과 진료인프라 소생을 위한 정책 지원

- ▶ 지역 산부인과 의원이 진료를 유지할 수 있도록 산부인과 수가 전반에 대한 현실화 및 건강한 임신을 도울 수 있는 임신 관련 수가 신설(예: 지역 산부인과 진료인프라 유지를 위한 관련 수가 현실화, 임신·피임·폐경·불임 관련 상담 및 교육료 신설, 심야시간대별 가산제 강화, 산부인과 전문의 가산, 산부인과 위험가산 등)
- ▶ 분만취약지 지원사업의 지원을 산부인과 의료기관에 확대하여, 분만 의료기관의 시설·장비비, 운영비, 인건비 등을 지원하도록 함.

※ 참고 : 2021년 분만취약지 지원내용

- 분만취약지 중 분만 산부인과 설치운영이 가능한 지역에 분만실 등 시설·장비·인력을 갖추고 분만 산부인과로 지정운영하고 있음. 선정된 후 1차 년도에는 의료기관당 시설·장비비 10억 및 운영비 2.5억 원(6개월 기준⁴¹⁾)을 지원하고 2차 년도부터는 연간 5억 원을 지원하고 있음(국비 50%+지방비 50%).
- 외래 산부인과 지원은 분만취약지 중 분만 산부인과 설치운영이 어려운 지역에 외래 산부인과 시설·장비, 인력을 갖추고 외래 산부인과로 지정·운영하고 있음. 선정 1차 년도에는 의료기관 당 시설·장비 1억 및 운영비 1억 원 등 2억 원 지원(6개월 기준)하고 2차 년도부터는 의료기관 당 연간 운영비 2억 원을 지원하고 있음(국비 50%+지방비 50%). 운영비는 외래산부인과 운영에 필요한 인건비⁴²⁾로만 사용 가능함.
- 순회진료 산부인과 지원사업은 분만취약지 인근 도시에 거점 산부인과를 지정·운영하여 안정적인 분만 환경 및 인프라를 구축하기 위해 2014년 신설됨. 기존사업들과의 차이점은 거점산부인과와 순회진료산부인과(이동진료 차량)⁴³⁾가 연계하여 운영되며, 운영비는 이동진료차량을 포함한 장비비에 연간 1억, 거점산부인과에 연 2억을 지원하고 있음(1차년도 1억 원 지원).

● 분만 중 무과실 의료사고 국가 배상책임제 도입

- ▶ 산부인과 폐원의 직접적인 원인이 되는 무과실 및 불가항력적 사고에 대한 국가 책임배상제 도입
- ▶ 의료분쟁조정법상 불가항력적 의료사고 보상제도 개선을 통해 의료분쟁 조정도 활성화 및 보상재원의 안정화 도모
- 보건의료기관 개설자 중 분만 실적이 있는 자에게 불가항력적 의료사고 보상재원의 30%를 분담토록 하는 현행 규정을 삭제하고, 정부가 전액을 부담하게 함.

41) 기관선정 이후 첫 해의 실제 운영은 7월 이후 가능할 것을 감안하여 연간 분만 산부인과 운영에 소요되는 비용 5억 중 6개월치 운영비 2.5억 원을 첫해에 지원하고 있음. 모든 지원액은 국비 50%와 지방비 50%로 지원하고 있음.

42) 외래산부인과 운영과 관련된 인력기준은 산부인과 전문의 1인, 간호사 인력 2인(조무사 1인 가능)임.

43) 이동진료차량 운영과 관련된 인력기준은 산부인과 전문의 1인, 간호사 1인, 방사선사, 임상병리사, 운전사 등의 필수 인력이 구성 되어야함.

※ **필수의료 분쟁 비용 정부 지원**

- 2015년 대만은 분만 과정에서 예측하지 못한 신생아 사망에 대해 약 1,100만 원을 정부가 100% 지불하는 법안을 승인한 바 있으며, 분만 관련 예측할 수 없는 사고로 신생아 또는 산모에게 장애가 남은 경우 약 5,300만 원, 모성 사망에 대해서는 약 7,100만 원을 정부 예산으로 지급함.
- 우리나라는 의료분쟁조정법 제46조 1항에서 보건의료인이 충분한 주의의무를 다하였음에도 불구하고 불가항력적으로 발생할 수 있는 의료사고를 분만으로만 한정하고 있음. 해당 보상의 경우는 분만과정에서 생긴 산모 또는 신생아의 뇌성마비 및 사망으로 한정함. 보상금은 3천만 원 범위에서 보상심의위원회에서 결정하도록 하며, 보상분담은 국가가 70%, 보건의료기관개설자 등이 30%를 분담하도록 함.

■ **난임 검진 및 난임 극복 지원 정책 확대**

● **난임 검진비용 지원**

- ▶ 초혼 연령이 꾸준히 높아지며 결혼을 앞두고 산부인과 검진을 원하는 부부가 늘어남. 특히 고령임신이 늘어나면서 난임검사에 대한 관심도 높아짐. **난임 검진비용 지원**을 통해 부부들의 건강한 임신과 출산을 지원 (예: 여성의 난임 진단 진찰료, 질초음파검사, 자궁난관조영술 등, 남성의 정자 검사, 호르몬 검사 비용 등 지원)

● **난임 극복을 위한 지원대상 확대**

- ▶ 소득을 기준으로 제한된 **난임 지원대상 확대** 필요. 현재 난임 시술비 지원 대상은 기준 중위소득 180%(2인 가구 기준 월538만원) 이하 가구 및 기초생활 수급자 또는 차상위 계층 부부로 제한되어 있음. **지원 기준을 완화**하여 아이를 원하는 부부들에게 보다 폭넓게 확대할 필요
- ▶ 여성 중심의 지원정책에서 벗어나 **남성 난임 지원정책도 확대**, 남성 난임 검진 상담 및 비용 지원 확대 등

● **난임 지원범위 확대**

- ▶ 현재 제외수정(신선배아, 동결배아), 인공수정 시술비 중 일부·전액 본인부담금

중 90%, 배아동결비(최대 30만원), 착상보조제 및 유산방지제(최대 20만원) 등 각 시술별 지원금액이 제한되어 있음. 또한 체외수정의 경우 신선배아 최대 7회, 동결배아 최대 5회, 인공수정의 경우 최대 5회로 지원 횟수 또한 제한되어 있음.

※ 2021 난임지원 금액

- 체외수정
 - 신선배아: 만 44세 1~4회(110만원), 5~7회(90만원), 만 45세 이상 1~7회 90만원
 - 동결배아: 만 44세 1~3회(50만원), 4,5회(40만원), 만 45세 이상 1~5회 40만원
- 인공수정: 만 44세 1~3회(30만원), 4,5회(20만원), 만 45세 이상 1~5회 20만원

▶ 난임 극복을 최대한 지원하기 위해 **연령기준 폐지, 지원 범위와 횟수에 대한 제한 완화 또는 폐지**. 특히 안전성·효과성이 확인된 난임 시술을 중심으로 확대

● 난임시술 의료기관에 대한 지원 강화

▶ 난임시술 의료기관의 지원을 통해 난임시술 의료기관의 질적 향상을 도모

■ 건강한 아동 육아를 위한 정책

● 아동 육아 및 건강증진 국가 책임제

▶ 아동 건강 증진 5개년 계획 수립 및 5대 핵심과제 포함

▶ 5대 핵심과제

- ① 균형 잡힌 운동과 영양 섭식 기반 구축: “아동 건강 지킴 가이드라인 구축” (예: 영유아·아동 표준 운동·식습관 가이드라인 개발)
- ② 아동 건강검진 체계 전면 개편: “소아-청소년 국가검진 제도” (예: 영유아 검진과 학교 검진 통합)
- ③ 만성질환 아동 주치의 제도 시행: “1차 진료 주치의에 의한 아동 만성질환 관리제”
- ④ 중증 희귀질환 아동 의료비 완전 무상지원: “중증희귀질환 아동·가정의 국가 책임제” (예: 중증 희귀질환 아동 본인부담금 면제, 어린이병원 전문성 재고 및 시설 장비 개선을 위한 지원, 장애아동을 위한 재활 및 요양시설 지원 등)

■ **촉촉한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**

- ⑤ 소아청소년 진료인프라 소생을 위한 정책 지원: “소아청소년 필수진료 보건의료 정책 수립” (예: 소아청소년 진료비 부담 소아청소년 진료인프라 유지를 위한 관련 수가 현실화, 연령별 가산제, 심야시간대별 가산제, 육아 및 만성질환 상담교육 관련 수가, 아동 비만 관리 관련 수가 등 신설. 또한 청소년기의 학교 적응 증재, 사춘기 문제 증재, 전자미디어 노출 증재 등을 위한 상담 수가 등 신설)

● **아이 안심 병원 도입**

- ▶ 응급진료가 가능한 아이 안심 병원을 지정하여 응급진료 인프라 확보. 시설 및 인력 지원, 응급 진료 수가 가산, 관련 전문의 가산, 소아입원환자 간호관리료 인상 등

■ **‘저출산특별법’ 제정**

- 저출산 문제 해결을 위해 정확한 진단과 대안, 올바른 예산 집행이 필요함. 출산과 육아, 보육과 교육, 다자녀 지원까지 유기적인 제도적 뒷받침을 위해 ‘저출산특별법’을 제정
- ▶ 임신·출산, 양육 및 보육 등 전반에 걸친 지원, 정책의 컨트롤 타워, 관련 예산 또는 특별 회계, 관련 위원회 등 규정

■ **건강한 고령사회 대비를 위한 의료-돌봄 통합 제공체계 구축**

- 고령사회를 대비하여 병원에서의 치료에서 끝나는 것이 아니라 치료 이후 돌봄까지 연계되는 **의료-돌봄 통합 제공체계 구축으로 고령사회 안전망 확보**

● **의료-돌봄 통합 제공체계 마련**

- ☞ **1. 지역의료 활성화로 고령사회 대비** 참조

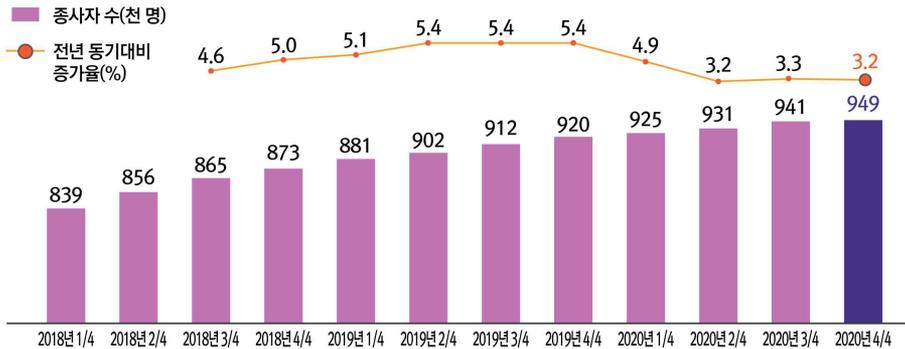
Ⅵ 보건의료서비스 일자리 확충

1 현 황

□ 보건의료분야는 일자리 창출의 보고

○ 보건산업분야 총 종사자 수

- 경제활동 위축과 고용위기 상황에도 보건산업 총 종사자 수는 2020년 4분기 기준 94만 9천명으로 전년 동기대비 3만 명(+3.2%) 증가함【그림 14】.
- 이 중 의료서비스분야는 78만 4천명(+3.4%)으로 지속적으로 증가한 반면 제조업은 356만 3천 명(-0.9%)으로 꾸준히 감소【표 15】



【그림 14】 보건산업 종사자 수 및 증가율 현황(2018~2020)

출처 : 한국보건산업진흥원, 2020년 4분기 보건산업 고용동향, 2021.6.23.

■ 촘촘한 보건 의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라

【표 15】 보건산업 및 제조업 종사자 수 현황(2019-2020)

(단위: 명)

구분	2019년				2020년				
	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	
보건산업	의약품	70,227	70,766	71,545	72,193	73,307	73,770	74,239	74,648
	의료기기	50,135	50,861	51,445	51,887	52,303	52,342	52,770	53,597
	화장품	36,438	36,713	36,966	37,118	37,227	37,347	37,024	36,941
	의료서비스	724,359	743,731	751,739	758,697	761,757	767,693	777,297	784,151
	전체	881,159	902,071	911,695	919,895	924,594	931,152	941,330	949,337
제조업	전체	3,605,223	3,607,419	3,601,991	3,595,162	3,577,203	3,556,837	3,542,953	3,563,304

출처: 한국보건산업진흥원, 2020년 4분기 보건산업 고용동향, 2021.6.23.

□ 의료기관의 일자리 창출 효과 증가

○ 의료기관 종별 의료인력 고용 현황

- 의원급 의료기관은 코로나19 팬데믹 상황과 주 52시간 근무제 적용 등 매우 어려운 조건 속에서 간호사 등 의료인력 고용이 2020년 기준으로 전년 대비 24.16% 증가함【표 16】.

【표 16】 의료기관 종별 의료인력(간호사 및 기타) 현황(2019-2020)

(단위: 명, %)

의료기관종별	2019년(A)	2020년(B)	B-A	(증가율)
상급종합병원	84,984	93,531	8,547	10.06
종합병원	134,489	145,016	10,527	7.83
병원	88,601	91,926	3,325	3.75
의원	112,676	139,903	27,227	24.16

※ 자료: 건강보험심사평가원 보건 의료 빅데이터 개방 시스템 의료자원 통계

- 2020년 통계청 자료에 따르면 2019년 기준 보건복지서비스 분야의 매출 10억 원 당 종사자 수는 13.50명으로 전체 산업 평균인 5.73명의 2.36배 이상으로 조사됨.⁴⁴⁾

44) 통계청 보도, 2019년 서비스업조사 결과, 2020.12.22.

- 요양급여비용 10억 원 당 종사자 수가 의원급 12.10명, 병원급 15.14명, 상급 종합병원 7.77명으로 나타남【표 17】.

【표 17】 의료기관 종별 요양급여비용 10억 원당 종사자수(2020 기준) (단위: 명, 원)

의료기관종별	전체인력(A) ¹⁾	요양급여비용(B)	A/B×10억
상급종합병원	118,797	15,279,575,448,130	7.77
종합병원	174,422	14,938,405,063,720	11.68
병원	117,576	7,764,745,542,550	15.14
의원	206,170	17,044,282,296,940	12.10

※ 주 1) 해당 종별 의료기관에서 종사하고 있는 모든 인력(의사 포함)

□ 의료기관 고용 창출을 위한 실질적 지원 미비

- 의료기관에 대한 지원 부족으로 새로운 고용 창출에 한계
 - 의료서비스의 노동집약적인 특성, 최저임금 인상으로 인한 인건비 부담과 의료 질 향상에 대한 압박으로 의료기관의 재정부담 가중
 - 의료기관의 실질적인 고용 창출은 투입 인력에 대해 수가로 적정하게 보상하고, 보상이 인력의 처우개선과 연계될 수 있도록 하는 수가체계 개선을 통해 이루어질 수 있음.
 - 의료기관 및 인력자원 투입에 대한 보상과 지원을 강화하여 의료서비스 질 향상과 국민건강 증진, 일자리 창출 극대화 필요

2

정책제안

■ 보건의료분야 일자리 창출

● 인력기준 연계 수가 신설로 의료기관 일자리 창출

- ▶ 의료서비스분야는 일자리 창출 잠재력이 높음에도 불구하고 인력 투입에 대한 적절한 보상이 없어 의료기관의 실질적인 고용 창출을 위해서는 일자리와 연계된 수가 신설과 인센티브 지급 필요
- ▶ 간호인력, 의료기사, 감염전담 직원 등 의료인력 추가 고용 시 수가 신설 및 확대, 인건비 및 지원금 지급을 통해 새로운 인력 창출을 유도하고 이를 방역 및 돌봄 인력 등 보건의료분야의 다양한 직종으로 확대
- ▶ 동네의원과 중소병원 지원을 통한 지역의료서비스의 질 제고 및 고용 창출
 - 노인과 장애인 등 소외계층 서비스에 대한 수요 증대, 예방적 건강관리와 맞춤형 만성질환 관리를 통해 높아진 국민들의 건강관심 충족 필요
 - 의원별 대상 질환 추가, 만성질환 시범사업을 확대하여 동네의원과 중소병원 역할 강화 및 고용창출과의 연계

Ⅶ 보건부 분리

1 현 황

□ 주기적인 감염병 발생 및 환경 관련 질병 증가

○ 메르스, 코로나19 등 팬데믹 발생

- ▶ 2015년 국내 메르스 환자 186명 발생(38명 사망), 국외 메르스 환자 1,367명 발생(528명 사망),⁴⁵⁾ 치사율 38.6%
- ▶ 2021년 9월 6일 기준 국내 코로나19 환자 263,374명 발생(2,330명 사망), 국외 약 2억 2천만 명 감염(약 460만 명 사망)

○ 메르스와 코로나19 등 공중보건 위기상황 대응 역량 부족

- ▶ 코로나19 발생 초기에 다른 국가에 비해 코로나19 방역을 성공적으로 하였다고 평가받았음. 그러나 감염병의 장기화, 변이 바이러스 등장, 방역정책의 혼선, 백신 수급의 문제 등으로 인해 현재 일일 확진자 2천명 대를 기록하며 방역정책의 한계가 제기되는 상황임.

○ 기후 위기 및 환경오염 등으로 환경 관련 질병 증가

- ▶ 기온 상승으로 인한 심혈관계 및 호흡기계 질환 증가, 대기오염(황사, 미세먼지 등)으로 인한 호흡기 및 심장순환기 질환 등이 증가하고 있음. 또한 오존층 파괴로 인해 피부노화, 백내장 등 질환이, 환경호르몬으로 인해 생식기, 신경계, 면역계 질환 등이 증가하고 있음.⁴⁶⁾

45) 유럽질병통제센터 2015년 6월 11일 리포트(2012.3~2015.6.11 까지)

46) Peters, A & Schneider, A. cardiovascular risks of climate change, *Nature Reviews Cardiology*, 18, 1-2 (2021).

□ 복지 중심의 조직구성으로 인해 전문성 및 독립성 결여

○ 보건과 복지가 혼재된 조직 구조

- ▶ ‘보건’과 ‘복지’가 혼재된 현행 보건복지부라는 정부조직에서는 감염병(보건의료) 분야에 전문적인 판단과 신속한 대응이 어려움.
- ▶ 현재의 ‘보건복지부’는 1948년 대한민국 정부수립과 함께 ‘사회부’에서 시작하여 이후 67년 동안 수차례의 조직개편과 직제 변경을 거치면서 변화를 겪었음.
 - 사회부에서 분리된 이후 보건업무를 담당하는 보건부로 독립(1949년), ‘보건사회부’(1955년)으로 다시 통합, 1994년 보건복지부로 명칭 변경, 2008년부터 2년간 ‘보건복지가족부’로 변경하였다가 2010년부터 현재까지 보건과 복지가 혼재된 통합조직으로 운영되고 있음【그림 15】.

사회부 (1948~1949)	• 보건·후생·노동·주택및부녀문제에 대한 사무를 관장
보건부 (1949.7~1955.2)	• 국민보건·위생·의정·방역 및 약정에 관한 사항을 분장
보건사회부 (1955.2~1994.12)	• 의무·방역·보건·위생·약무·구호·원호·후생·주택·부녀문제 및 노동에 관한 사무를 관장
보건복지부 (1994.12~2008.2)	• 보건위생·방역·의정·약정·생활보호·자활지원·여성복지·아동(영유아보육제외)·노인·장애인 및 사회보장에 관한 사무를 관장
보건복지가족부 (2008.2~2010.3)	• 보건위생·방역·의정·약정·생활보호·자활지원·여성복지·아동(영유아보육제외)·노인·장애인 및 사회보장에 관한 사무를 관장
보건복지부 (2010.3~ 현재)	• 보건복지가족부의 청소년·가족 기능을 여성부로 이관하고 보건복지정책 중심으로 사무를 관장

【그림 15】 보건복지부의 명칭변경과 주요업무 변화

자료: 전병률, 보건부 독립에 대한 논의배경과 보건복지부의 운영현황. 의료정책포럼. 2015.

○ 복지에 치우친 예산과 인력 배치

▶ 보건복지부 예산은 매년 지속적으로 확대되고 있음. 2019년 보건복지부 예산은 72조, 5,148억 원으로 전체 정부 예산중 15%를 차지할 정도로 예산이 많은 조직으로 성장함. 이는 경제발전과 인구고령화로 국민의 건강에 대한 관심이 높아지고, 이에 따라 보건의료관련 정책 수요가 증가한 것에 따름【표 18】.

【표 18】 연도별 정부 예산 대비 보건복지 예산 비중(1961년 ~ 2020년) (단위: 억 원, %)

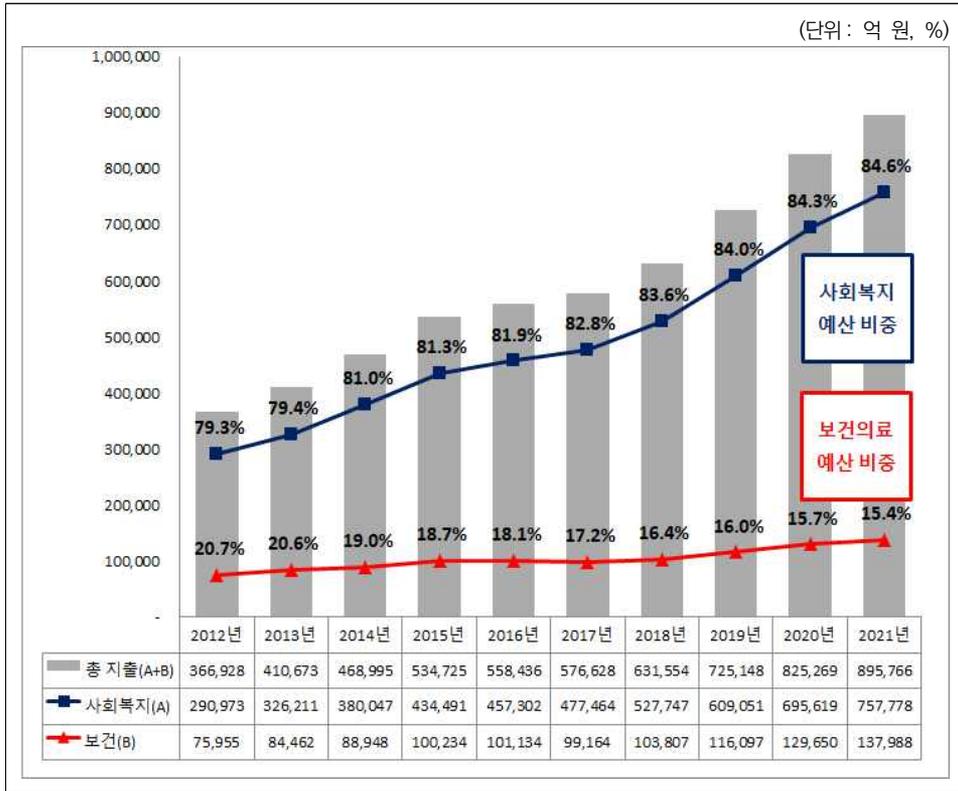
연도별	정부 예산(B)	보건복지 예산(A)	(A/B)
1961년	571	14	2%
1965년	946	31	3%
1970년	4,462	85	2%
1975년	15,863	426	3%
1980년	64,785	1,769	3%
1985년	125,323	3,365	3%
1990년	274,557	11,518	4%
1995년	518,811	19,838	4%
2000년	864,740	53,100	6%
2005년	1,352,156	89,067	7%
2010년	2,928,000	310,195	11%
2015년	3,754,000	534,725	14%
2019년	4,696,000	725,148	15%

자료 : 보건복지부. 보건복지 70년사-제1편 총설. 보건복지부. 2015; 2015 보건복지백서, 2019 보건복지백서.

▶ 예산은 점점 증가하고 있지만, 보건과 복지 업무를 하나의 부처에서 관할하고 있기 때문에 보건의료 분야의 전문성 확보에는 한계가 있음.

▶ 2012년부터 2021년까지 보건복지부의 예산 편성 추세를 보면, 사회복지에 치중한 현상이 매우 두드러짐. 보건복지부 총 예산규모에서 사회복지의 예산비중은 2012년 79.3%에서 84.6%로 증가한 반면, 보건의료의 예산 비중은 2012년 20.7%에서 2021년 15.4%로 점점 감소하고 있음【그림 16】.

■ 촘촘한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라



【그림 16】 2012년~2021년 보건복지부 예산 편성 추세

자료 : 보건복지부의 2012년부터 2021년까지 각 연도별 「예산 및 기금운용계획 개요」를 참고하여 재구성함.

* 총 지출 = 예산(일반회계+특별회계) + 기금(국민건강증진기금+국민연금기금+응급의료기금)

* 예산 비중 = 각 연도 항목별 예산 / 총 지출

▶ 또한, 2021년부터 보건복지부의 예산 중 보건분야 예산을 보면, 건강보험 분야에 보건분야 예산의 약 78%가 편성되어 있음【표 19】.

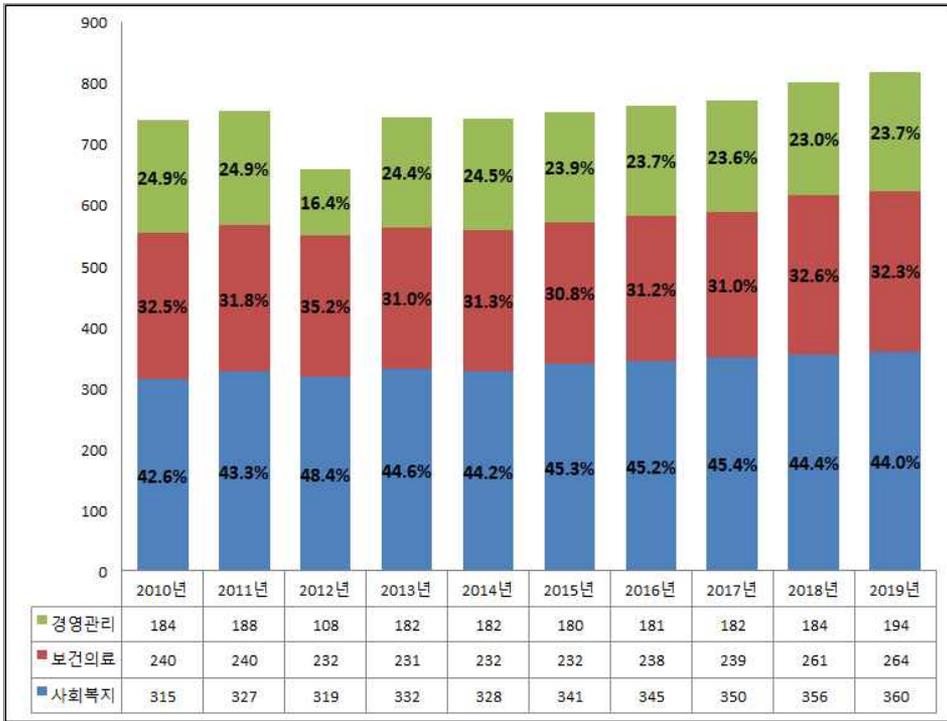
【표 19】 보건복지부 2021년 소관분야별 예산 (단위: 억 원)

분류	분야	예산
사회복지 757,778	기초생활보장(생계 및 의료급여, 긴급복지, 자활사업 등)	132,334
	취약계층지원(장애인 지원, 노숙인 지원 등)	37,800
	공적연금(국민연금 급여지급, 국민연금 기금운영 사업비)	300,026
	사회복지일반(사회복지협의회 운영, 지역사회 통합돌봄, 사회서비스원 설립 및 운영, 민간사회복지자원육성 지원, 지역자율형 사회서비스 투자사업, 공공사회복지전달체계 개선, 사회보장정보시스템 구축 등)	13,326
	아동, 보육(아동 관련)	85,568
	노인(노인 관련)	188,723
보건 137,988	보건의료(의료인력 양성 및 적정 수급관련, 지역거점병원 공공성강화, 취약지 등 전문의료인력 양성, 국가암관리, 한의약, 일차의료, 지역사회, 치의학, 건강생활지원센터, 마약치료, 코로나19(치료제, 백신) 임상지원, 바이오, 감염병예방치료기술개발사업, 의료데이터 중심병원 지원 사업 등)	30,300
	건강보험(건강보험가입자 지원, 공무원교원국가부담금보험료, 차상위계층 지원, 재난적 의료비 지원사업 등)	107,688

자료: 보건복지부, 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요, 2020.

- ▶ 보건복지부 내 인력 현황에서도 사회복지 업무에 편중된 인력 배치 현상이 뚜렷하게 나타남. 사회복지 업무 관련 인원은 2010년 전체 인력 중 42.6%에서 2019년 44.0%로 증가한 반면, 보건의료 인력은 2010년 32.5%에서 2019년 32.3%로 감소하였음. 총무인사 등이 포함된 경영관리 업무는 사실상 조직운영의 필수 인력임으로 감안할 때, 보건복지부 내 인력 절반 가까이가 사회복지 업무에 집중 배치되어 있음【그림 17】.
- ▶ 보건복지부 내 사회복지와 보건의료 간 불균형적인 예산배분과 인력배치는 보건의료 관련 정책예산 축소로 이어지고, 나아가 보건의료행정의 전문 인력 축소로 이어짐.

■ **충충한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라**



【그림 17】 2010년~2019년 보건복지부 인력 현황

자료: 보건복지부의 2010년부터 2019년까지 각 연도별 「보건복지부 백서」의 정원현황 참고하여 재구성함(본부만 포함, 소속기관의 인원은 제외).

○ **일반 행정가 중심의 조직구성으로 인한 보건의료 전문성 한계**

- ▶ 최근 10여 년 동안 보건의료(의사)출신 보건복지부의 장관은 단 1명으로 메르스 사태를 계기로 취임한 것이었고, 코로나19가 2년 가까이 진행되고 있는 현 시점에도 보건복지부 장관은 보건의료 출신이 아닌 일반 행정가 출신임.
- ▶ 보건의료 특성상 보건의료정책은 전문성이 확보된 조직에서 전문가의 지도력에 따라 정책을 수립 및 시행해야 함.
- 보건의료정책을 비전문가가 결정하게 되면 현장과는 거리가 먼 행정편의적 정책이 도입되거나, 국민건강을 위한 보건의료정책이 정책 집행 우선순위에서 밀리게 됨. 특히 코로나19와 유사한 감염병 등 공중보건 위기와 환경 변화로 인

해 발생하는 다양한 질병 등에 효율적인 대응이 어려움.

- ▶ 코로나19 이후 질병관리본부가 질병관리청으로 승격되었으나 질병관리청은 보건복지부 산하 정부기관으로 정책을 집행하는 실행기구임. 감염병을 포함한 질병에 대한 정책 기획과 의사결정은 상급 주무부처인 보건복지부에서 이루어짐.
- 현재 보건복지부 내에 질병정책과가 있으나 10명 남짓의 인원 중 감염병 관리 담당 인원은 2-3명에 불과함. 감염병의 파급 효과는 국가 전체를 넘어 전 세계에 영향을 미치기 때문에 감염병과 같은 공중보건위기에 대응해 전문적인 판단과 의사결정을 내릴 수 있는 인력이 매우 중요함.
- ▶ 향후 저출산 및 고령화 시대, 4차 산업혁명에 따른 의료기술의 발달로 보건의료 관련 정책 수요는 더욱 증가할 것임. 따라서 국민건강 증진을 위해 장기적인 안목을 가지고 보건의료 정책을 추진하고, 공중보건위기와 환경 변화로 인한 질병 등에 효율적이고 전문적으로 대응할 수 있는 전문조직과 인력이 절실한 시점임.

2 정책제안

■ 보건부 분리 및 저출산·고령화 대비 담당부서 확보

- 전문적인 보건의료정책 수립과 효율적인 정책 집행, 공중보건위기에 대응하기 위한 보건부 분리
 - ▶ 대다수의 선진국에서의 보건의료 담당부처는 독립적이고 전문적인 인력구성과 많은 예산을 확보하여 운영하고 있음. 예로 호주, 캐나다, 독일, 이탈리아 등 국가가 보건부를 별도로 운영하고 있고, 38개 OECD 회원국과 27개 EU 회원국(중복 22개 국가) 총 43개국 중 28개국 65.1%가 보건과 복지를 나누어서 운영하고 있음.

【표 20】 국가별 보건부 설립형태

분류	국가
보건 (28개국)	호주, 뉴질랜드, 멕시코, 칠레, 이스라엘, 코스타리카, 캐나다, 불가리아, 크로아티아, 키프로스, 체코, 덴마크, 독일, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아, 라트비아, 리투아니아, 룩셈부르크, 몰타, 폴란드, 포르투갈, 루마니아, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 터키
보건·복지 (8개국)	콜롬비아, 핀란드, 프랑스, 한국 , 노르웨이, 스웨덴, 영국, 미국
보건·복지·기타 (4개국)	오스트리아, 벨기에, 일본, 네덜란드
기타명칭 (3개국)	에스토니아, 헝가리, 스위스

자료 : WHO 홈페이지, 각국 보건 담당 국가기관 홈페이지. 2022.04.21.

주: 스위스는 내무부 안에 연방공중보건국이 있기 때문에 기타로 분류함
스페인인 2018년에 보건부와 양성평등부 분리로 현재 보건부 독립상태임

- ▶ 따라서 보건과 복지 업무의 전문성을 각각 보장하고, 국민의 건강 보호를 위한 효과적이고 효율적인 보건의료 행정을 위해 보건부의 분리가 필요함. 특히 감염병 발생으로 인한 공중보건위기 상황에 대비할 수 있는 담당 부서, 저출산·고령화 시대를 충실히 대비할 수 있는 담당 부서가 반드시 포함돼야 함.

촘촘한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라 ■

= 끝 =

참고문헌

- [1] 통계청, 장애인구특별추계 : 2017~2067년, 2019.
- [2] 보건복지부, 2021.8.12. 보도, '문재인 케어'로 국민의료비 9조2000억원 경감...재정도 안정운용
- [3] 청년의사, 2020.12.29. 보도, 연간 진료비 100조원 돌파...건강보험 보장률은 64.2% 그쳐.
- [4] 메디포뉴스, 2017.9.15. 보도, 건강보험 보장률 요양병원이 74.1%로 가장 높아.
- [5] 메디칼업저버, 2019.12.17. 보도, 2018년 건강보험 보장률 1.1%p 상승한 63.8% 기록.
- [6] 건강보험심사평가원, 2019년 건강보험통계연보, 2020.
- [7] 메디칼업저버, 2021.8.2. 보도, 올해 상반기 병원 경영 악화, 3월에 폐업 가장 많았다.
- [8] 메디게이트뉴스, 2021.7.15. 보도, 아산은 청라, 경희대는 하남...수도권 곳곳에 대학병원 '분원' 설립에 기대반 우려반.
- [9] 김정림. 일본의 고령화 대응 정책의 흐름. HIRA 정책동향. 2019;13(3): 98-110.
- [10] 데일리메디, 2020.4.22. 보도, 취지 못살리는 '간호간병통합서비스' 민낯.
- [11] International Federation of Health Plans, 2017 Comparative Price Report, 2019.
- [12] 건강보험심사평가원, 2017 진료비 통계지표, 2018.
- [13] 정형선, 종별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구, 건강보험심사평가원, 2019.
- [14] 보건복지부, 2009.2.27. 보도, 복지부, 흉부외과 전공의 부족 해결 적극 나섰다.
- [15] 이규식, 공공의과대학 설립 타당한가, 건강복지정책연구원, 2020.
- [16] 국립중앙의료원 공공보건 의료지원센터 홈페이지 - 정책사업안내
- [17] 보건복지부·국립중앙의료원, 2019년 공공보건 의료 통계집, 2020.
- [18] 교육부, 2021.3.11. 보도, 교육부 국립대병원 공공성을 강화한다.
- [19] 한국보건산업진흥원, 투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구, 2009.
- [20] 메디칼업저버, 2020.10.8. 보도, 제역할 못하는 국립대병원 국회 질타 쏟아져.
- [21] 약업닷컴, 2020.3.6. 보도, 코로나19 대응 음압병상 국립대병원 250명상 확충중.

- [22] 연합뉴스, 2021.1.14. 보도, '나도 아픈데'...영국, 코로나 확산에 일반 환자 하염없이 대기.
- [23] 이진세 외, 의료전달체계에서 민간의료기관의 기여도와 민간의료기관의 공익적 역할을 위한 방안, 의료정책연구소, 2015.
- [24] 대한의사협회, 1차 의견서 : 공공보건의료의 재정립과 대안, 2020.
- [25] 보건복지부, 제2차 공공보건의료 기본계획, 2021.
- [26] 의료기기뉴스라인, 2016.7.4. 보도, 영국 NHS 개혁동향 및 입찰정보.
- [27] 김정덕, 공공의료에 민간부문 참여 활성화 방안, 대한병원협회지, 2009.
- [28] 정홍식, 해외 민관협력(PPP)의 주요 법률적·실무적 쟁점, 국제거래법 학회, 2018.
- [29] 오충현, 국제개발협력 분야별 민관협력 활성화 방안 : 보건의료 분야, 한국국제협력단, 2009.
- [30] 김대중, 프랑스 의료서비스 공급체계의 시사점, 한국보건사회연구원, 2012.
- [31] 프랑스 의료시설 통계자료, DREES, SAE 2013 et 2019, traitements DREES, 2021.
- [32] 이용균, 병원서비스 산업의 육성방안, 2005.
- [33] 청년의사, 2009.7.30. 보도, 민간의료기관에 정부 차원 재정적 지원있어야.
- [34] 김찬호, 사회기반시설의 민간투자사업 활성화를 위한 유도 방안, 국제예산결산특별위원회, 2015.
- [35] 정연 외, 한국 민간의료기관의 공익성, 보건사회연구, 2016.
- [36] 대통령자문의료제도발전특별위원회, 의료제도발전을 위한 정책과제:자료집, 한국보건사회연구원, 2003.
- [37] 중소기업 혁신바우처 플랫폼 홈페이지.
- [38] WMA, WMA RESOLUTION ON CRIMINALISATION OF MEDICAL PRACTICE, 2013.
- [39] 연합뉴스, 2021.2.24. 보도, 지난해 인구 -33000명...사상 첫 '네드크로스'.
- [40] 시니어매일, 2021.3.3. 보도, 어쩌나 대한민국, 너무 빨리 늙어 간다.
- [41] 이투데이, 2021.8.19. 보도, 저출산 대책으로 20년간 보육에 집중. 경제·사회 변화 담은 정책 필요.
- [42] 한국보건산업진흥원, 2020년 4분기 보건산업 고용동향, 2021.
- [43] 통계청 보도자료, 2019년 서비스업조사 결과, 2020.
- [44] 유럽질병통제센터, 2015년 6월 11일 리포트.

■ 촘촘한 보건의료 안전망, 국민이 건강하고 행복한 나라

- [45] Peter A & Schneider, Cardiovascular risks of climate change, Nature Reviews Cardiology, 2021.
- [46] 전병률, 보건부 독립에 대한 논의배경과 보건복지부의 운영현황, 의료정책포럼, 2015.
- [47] 보건복지부, 보건복지 70년사-제1편 총설, 2015.
- [48] 보건복지부, 2010~2019 보건복지부 백서.
- [49] 보건복지부. 2012~2021 예산 및 기금운용계획 개요.
- [50] 박은철, 국가질병관리 역량 강화를 위한 중앙정부 조직개편, 대한의사협회지, 2015.
- [51] 이진선, 김진현. 사적 간병비 규모 추계와 간호간병통합서비스 정책적 시사점. 보건경제와 정책연구. 제27권 제1호. 2021.
- [52] 양은배 외. 의사 양성 비용 추계 및 공공지원 방안. 의료정책연구소. 2020.