



대체·전환복무제도
폐지가 농어촌 삶의 질에
미치는 영향
공중보건의사제도를 중심으로



대체·전환복무제도란?

전문가 기고

공중보건의사제도의 변천과정과 향후 과제 최경환 대전대학교 글로벌경제학과 초빙교수
공중보건의사제도 폐지, 농어촌 공중보건의 현황과 향후 대응 방향 이종구 서울대학교 의과대학 건강사회정책실

현장의 소리

농어촌지역 보건진료소의 역할 확대가 필요하다 정인숙 전라남도 무안군 학송보건진료소 소장



농림축산식품부

KREI

한국농촌경제연구원 · 삶의 질 정책 연구센터

개 요

농어촌 삶의 질 이슈리포트에서는 농어촌 주민의 삶의 질에 영향을 미치는 제도나 정책 이슈에 대한 전문가와 현장 실무자, 주민 등 다양한 계층의 의견을 담고자 한다.

이슈리포트 제5호에서는 대체·전환복무제 중 공중보건의사제도 폐지에 대한 문제를 중점적으로 다루었다. 2016년 기준으로 한해 평균 2만 8천여 명이 대체복무(10,500명)나 전환복무(16,700명)로 병역을 인정받고 있다. 이러한 대체·전환복무제에 대해 국방부는 지난 5월 17일 향후 폐지 계획을 내놓았다. 이에 따르면 2020년부터 단계적으로 감축에 들어가 2023년에 이르러 제도를 완전 폐지키로 하였는데, 계획이 추진될 시 대체복무제에 해당하는 공중보건의사제도 역시 폐지될 것으로 보인다.

하지만 공중보건의사제도 폐지는 의료의 질 저하와 의료서비스 취약계층의 의료 기회를 감소시킬 수 있어 농어촌 삶의 질 차원에서 논의가 필요하다.

본 호에서는 두 편의 전문가 기고와 현장의 소리를 통해 공중보건의사제도의 현황 및 변천사를 소개하고 농어촌지역에서 어떻게 영향을 주었는지 알아본다. 또한 제도 폐지가 농어촌 보건의료서비스의 양과 질에 미칠 예상되는 문제점을 파악한다. 더불어 공중보건의사제도 폐지에 대한 현장 반응 및 체감도를 살펴보고 향후 공중보건의사제도 운영 방안에 대한 의견을 수렴하고자 한다.

대체 · 전환복무제도 개요

우리나라 병역의 종류는 크게 5개(현역, 예비역, 보충역, 병역준비역, 전시근로역)로 이는 신체검사 결과를 바탕으로 분류된다. 신체등위가 1급부터 4급까지인 사람의 경우 학력·연령 등 자질을 고려하여 현역병입영 대상자, 보충역 또는 전시근로역(제2국민역)으로 분류되고 5급인 사람은 전시근로역, 6급은 병역면제, 7급은 재신체검사 대상자가 된다.

보충역으로 분류되는 경우 병역의 의무를 전환복무제와 대체복무제를 통해서 수행하게 된다. 의무경찰, 의무해경, 의무소방이 전환복무제이며, 대체복무제도는 아래 <표 1>에 해당한다.

표 1 >> 대체복무제도의 종류 및 정의

복무제도	정의
사회복무요원	국가기관, 지방자치단체, 공공단체, 『사회복지사업법』 제2조에 따라 설치된 사회복지시설 등의 공익목적 수행에 필요한 사회복지, 보건·의료, 교육·문화, 환경·안전 등의 사회서비스업무 및 행정업무 등의 지원을 위하여 소집되어 공익 분야에 복무하는 사람을 말한다.
예술체육요원	예술·체육 분야의 특기를 가진 사람으로서 문화체육관광부장관이 추천한 사람을 편입하여 문화창달과 국위선양을 위한 예술·체육 분야의 업무에 종사하는 사람을 말한다.
공중보건 의사	의사·치과의사 또는 한의사 자격을 가진 사람으로서 『농어촌등보건의료를 위한특별조치법』에서 정하는 바에 따라 공중보건업무에 종사하는 사람을 말한다.
징병검사 전담 의사	의사 또는 치과의사 자격을 가진 사람으로서 각 요건에 충족할 경우 편입되어 신체검사업무 등에 종사하는 사람을 말한다.
공익법무관	변호사 자격을 가진 사람으로서 『공익법무관에관한법률』에서 정하는 바에 따라 법률구조업무 또는 국가·지방자치단체의 공공목적의 업무수행에 필요한 법률사무에 종사하는 사람을 말한다.
공중방역 수의사	수의사 자격을 가진 사람으로서 『공중방역수의사에관한법률』에서 정하는 바에 따라 가축방역업무에 종사하는 사람을 말한다.
전문연구요원	학문과 기술의 연구를 위하여 편입되어 해당 전문 분야의 연구업무에 종사하는 사람을 말한다.

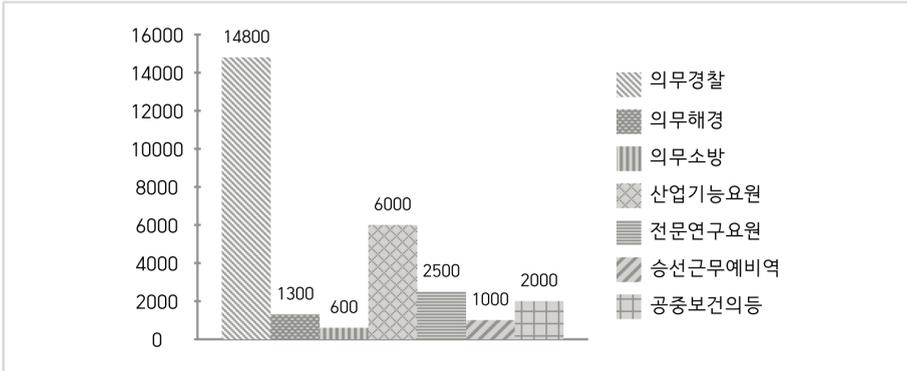
복무제도	정의
산업기능요원	산업을 육성하고 지원하기 위하여 편입되어 해당 분야에 종사하는 사람을 말한다.
승선근무 예비역	『선박직원법』 제4조제2항제1호 및 제2호에 따른 항해사 또는 기관사로써 『비상대비자 원관리법』 또는 『국제선박등록법』에 따라 전시·사변 또는 이에 준하는 비상시에 국민경 제에 긴요한 물자와 군수물자를 수송하기 위한 업무 또는 이와 관련된 업무의 지원을 위하 여 소집되어 승선근무하는 사람을 말한다.

주: 국가법령정보센터에서 제공하는 『병역법』의 내용을 토대로 재정리하였음.

대체·전환복무제도 현황 및 폐지 논란

2016년 기준으로 한해 평균 2만 8천여 명이 대체복무(10,500여명)나 전환복무(16,700명)로 병역을 인정받고 있다. 이러한 대체·전환복무제 폐지 논란이 지난 5월 17일 국방부가 ‘현역자원을 병역특례 요원으로 배정하는 제도는 2023년부터 중단한다.’는 향후 계획을 밝힘으로서 다시 불어졌다. 과거에도 국방부는 2005년 대체복무제 폐지 목표를 세웠지만 노무현 전 대통령이 2004년 재검토를 지시해 2012년으로 연기되었고, 전환복무제의 경우에도 2012년 이후에 완전히 폐지하기로 하였으나 계획이 흐지부지 되었다. 그럼에도 불구하고 이번 계획에서는 공중보건 의사, 산업기능요원, 전문연구요원 같은 대체복무요원과 의무경찰과 의무소방원을 포함한 전환복무요원을 2020년, 2021년, 2022년 3년간 단계적인 감축에 들어가 2023년부터 완전 폐지하겠다는 내용을 밝혔다.

그림 1 >> 대체·전환복무제도 인정 현황



자료: 국방부 보도자료(2016. 05. 17)

국방부의 입장은 우리나라 인구 예측 상 2020년 이후로 병역자원 만성적 부족 상황이 예상되므로 위와 같은 조치는 불가피하며, 유관 부처와 충분한 협의를 거쳐 최대한 충격을 완화할 수 있다고 보고 있다. 하지만 공중보건의사제도 폐지의 경우 농어촌지역의 의료인력 공백을 유발하고 의료의 질을 저하시킬 우려가 있으며, 농어촌지역 내 의료서비스취약계층의 의료 기회를 감소시키고 의료비용을 증가시키기에¹⁾²⁾ 농어촌 삶의 질 관점에서 제도 폐지에 대해 논의할 필요가 있다.



참고문헌

- ❶ 이신호 외 5인(2015), 공중보건의사 종장기 수급체계 및 효율적 배치방안 마련. 보건복지부.
- ❷ 권용진(2010), 30년 공중보건의사제도 이대로 갈 건가. 의료정책포럼. 제8권 3호.

1) 권용진(2010)

2) 이신호 외 5인(2015)

전문가 기고

공중보건의사제도의 변천과정과 향후 과제

최 경 환 대진대학교 글로벌경제학과 초빙교수*



병·의원이 없는 농어촌지역의 유일한 의사인 공중보건의사의 존폐를 두고 시끄럽다. 저출산·고령화로 병역자원이 줄어 어쩔 수 없다는 병무청의 입장 발표(2016.5.17)가 계기가 되었다. 여기에서는 공중보건의사가 농어촌 보건의료 부문에서 어떠한 위치에 있으며, 앞으로 어떻게 대응하는 것이 바람직한 지를 살펴보기로 한다.

도시 · 농촌 간 보건의료서비스 불균형의 심화

우리나라는 광복 후 미군정 하에서 미국식 보건의료제도를 도입¹⁾하였고 보건의료서비스의 공급은 민간에 크게 의존하고 있다. 2012년 말 민간부문이 의료기관의 93.8%(3,048개), 병상 수의 88.1%(445,280개)를 차지하고 있는 것이 이를 말해 준다(표 1).

* 본 저자는 한국농촌경제연구원에서 재직 당시 '농촌 보건의료 서비스체계 개선방안' 등에 대한 연구를 진행하였으며, 현재는 대진대학교 글로벌경제학과 초빙교수로 재직 중임.

1) 보건복지부(2015, 12)

표 1 >> 부문별 의료기관 현황

(단위: 개, % (2012.12.31. 현재))

구분	공공	민간	계
의료기관 수	200(6.2)	3,048(93.8)	3,248(100.0)
병상 수	60,264(11.9)	445,280(88.1)	505,544(100.0)

주: 병원급 이상 의료기관 대상(특수병원 포함)
 자료: 보건복지부 (2015) 「2014 보건복지백서」.

민간에 의존하다보니 시장논리가 크게 작용²⁾하여 보건 의료 기관 및 전문 인력은 대도시와 수도권으로 집중되고 있다. 이로 인해 지역 간 균형 있는 보건의료서비스 공급에 한계가 있다.

2014년 기준 농어촌 보건 의료 기관 수는 4,766개소로 도시(58,909개소)의 8.1% 수준이다.³⁾ 게다가 농어촌 지역은 인구가 계속 줄어 그나마 있던 병·의원 은 경영난으로 휴·폐업하거나 수도권으로 이동하는 악순환이 반복된다. 이에 따라 농어촌 지역을 중심으로 의료취약지가 발생하고 있다.⁴⁾

의료취약지역의 의사인력 확보를 위한 노력

■ 공중보건장학제도 · 공중보건 의사제도 도입 이전

1959년부터 무의면(無醫面)의 해소, 보건소의 증설이라는 목표 하에 모든 무의면에 공의(公醫)를 배치하였다. 공의(촉탁의)는 농어촌 지역 각 면에 개업 중인 일반의 및 한지 의사를 위촉하여 읍·면 단위에서 진료 및 방역 활동을 담당하게 하는 것

2) 보건복지부(2016, 3)

3) 농촌진흥청(2016, 3)

4) 보건복지부(2016, 3)

으로 예방접종 등 필요한 경우에만 일시적으로 동원되는 체계였다. 1961년에는 무의면 해소책에 따라 ‘공의(축탁의)’배치가 강력히 추진되어 1961년 429명의 공의가, 1962년 303명이 추가로 배치되었고, 1963년 남은 289개면에도 배치되었다. 1969년에는 각 읍·면마다 1개소 이상의 보건지소를 설치하고, 1명의 축탁의와 가족계획요원, 모자보건요원, 결핵관리요원 등을 배치하도록 하였다. 1972년에는 전문의 수련 과정 중 6개월을 농어촌지역의 보건기관에 의무적으로 근무하도록 하는 ‘전공의 파견’제도가 실시되었다. 하지만 짧은 근무기간과 전문의 시험 준비 등으로 효과적인 제도로 정착되지는 못하였다. 그 후 1976년에 의대를 졸업한 학생 중 의사국가고시에 불합격한 자에게 2년간 국가가 지정하는 특정지역에서 근무를 하는 조건으로 조건부 의사면허를 주는 ‘특정의무지정의사제도’가 실시되었으나, 주민들의 낮은 신뢰도로 인해 실효를 거두지 못하였다.

■ 공중보건장학제도

이 제도는 1977년부터 시행되어 1996년까지 총 768명의 의대생을 장학생으로 선발하였다. 이들은 장학금을 지원받는 조건으로 2년 혹은 5년 동안 의료취약지역의 공공의료기관에 배치되었다. 하지만 지원받은 장학금을 조기 상환하고 의무복무를 면할 수 있는 제도적 허점으로 중도 이탈자가 다수 있었다. 그리고 의료취약지역 및 공공의료에 대한 교육 부재로 근무 효율성이 낮고 책임감이 부족하다는 문제점이 지적되었다. 또한 의무복무 후 의료취약지역에 지속적으로 근무하도록 할 연계방안이 부재하였다.

농어촌 보건의료서비스의 한 축, 공중보건 의사제도

이 제도는 1978년 『국민보건의료를 위한 특별조치법』을 제정함에 따라 실시되었

다. 1979년에 최초로 의사 300명, 치과의사 304명이 공중보건의사로 병역의무를 대신하여 농어촌지역에 배치되었다. 이후 1980년 『농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법』이 제정되면서 1981년부터는 공중보건의사를 본격적으로 배치하기 시작하였다. 1991년에는 법을 개정하여 공중보건의사의 전문직 공무원 신분을 보장하였고, 2002년에는 계약직 공무원으로 인정받게 되었다.

그동안의 공중보건의사의 역할에 대한 평가는 엇갈린다. 긍정적 측면에서는 민간 병·의원이 없는 농어촌지역에서 주민의 건강을 지키는 파수꾼으로서의 역할을 수행해왔다고 평가한다. 부정적 측면에서는 병역의무 대신 근무하는 것이라 성의가 부족하고 자주 자리를 비워 이용하기 불편하고 전문성도 떨어져 주민들이 이용을 기피한다고 지적한다. 그러나 부정적인 측면은 일부 지역에서는 있을 수 있겠지만 전반적인 상황이라고 보기는 어렵다. 공중보건의사는 농어촌 보건의료서비스를 담당하는 중요한 역할을 수행하고 있는 것이다.

표 2 >> 공중보건의사제도의 변천과정

연대	관련 정책	법적 근거(시행 연도)	지원 내용
1960	촉탁의 제도	•보건소법 제정(1963)	•개원 중인 일반의 및 한지 의사를 보건소의 공의로 촉탁
		•보건소법개정(1962, 1969)	•개원의 1인을 보건지소의 위촉의사로 촉탁 •보건지소 설치(의료법)
1970	전공의 파견제도	•의사의 전공의 수련 등에 관한 규정(1972)	•전공의 수련기간 중 6개월을 농어촌 지역에 의무적으로 근무하도록 파견
	특정 의무지정 의사제도	•의료법 개정 제11조(면허의 조건 및 등록) (1973, 1981)	•의사국가시험 불합격자에게 2년간 특정지역에 근무조건으로 조건부의 사면허 부여
	공중보건 장학제도	•공중보건장학제도(1977)	•6년간 등록금 전액 면제 및 별도 장학금 지급, 졸업 후 5년 간 공공보건기관이나 의료취약지역의 병원 등에 근무하도록 함

연대	관련 정책	법적 근거(시행 연도)	지원 내용
1980		<ul style="list-style-type: none"> •국민보건의료를 위한 특별조치법(1978) •농어촌보건의료를 위한 특별조치법(1980) 	<ul style="list-style-type: none"> •군외관 잉여의사(치과의사) 인력을 농어촌의료취약지역에 공중보건의사로 보건지소에 배치
1990	공중보건 의사제도	<ul style="list-style-type: none"> •농어촌등 보건의를 위한 특별조치법(1992) •지역보건법(1995) •한의사의 전공의 수련 등에 관한 규정(1996) 	<ul style="list-style-type: none"> •공중보건의사제도 도입(1993) •(전문)한의사 공중보건의사로 편입(1998)
2000		<ul style="list-style-type: none"> •농특법 개정(2000) •병역법 개정(2000) •지역보건법 개정(2002) 	<ul style="list-style-type: none"> •(일반)한의사를 공중보건의사로 편입(2002) •공중보건의사 신분을 계약직 공무원으로 변경
2010		<ul style="list-style-type: none"> •국가공무원법(제26조의5) 개정(2013) 	<ul style="list-style-type: none"> •계약직 공무원을 임기제 공무원으로 용어 변경

주: 의료정책연구소(2011.9)와 정명채(2015)를 토대로 재정리·보완하였음.

공중보건의사 자원 감소는 불가피

공중보건의사의 중요성에도 불구하고 공중보건의사 수는 2008년에 1,962명이 신규로 편입되어 최고치를 찍은 이후로 매년 감소하고 있고, 이러한 추세는 이미 오래 전부터 예견되었다. 공중보건의사 수 감소가 불가피한 이유는 여러 가지이다. 의과대학 정원이 줄어들고, 의대 입학생 중 여학생 비중이 커지고 있으며, 의학전문대학원제도 도입 등으로 병역의무를 마쳐야 하는 남자 의대생이 크게 줄었기 때문이다.⁵⁾

공중보건의사의 공급은 다른 분야의 대체·전환복무요원 확보와 사정이 다르다. 전문연구요원이나 산업기능요원은 병무청이 배정해 주면 필요한 만큼 확충하면 된다. 하지만 공중보건의사는 자원 자체가 감소하고 있기 때문에 병무청에서 현 정원

5) 최경환(2008)

을 인정해준다고 하더라도 필요한 만큼 공급될 상황이 아니다. 따라서 공중보건의 사제도 존폐만을 걱정할 것이 아니라 농어촌 보건의로 전반에 대한 근본적인 검토가 필요하다.

공중보건의사제도를 대신할 수 있는 의료인력 확보 방안 마련이 필요

농어촌지역에 공공보건의료서비스를 효과적으로 지원하기 위해서는 농어촌 보건 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 장·단기 방안을 찾아야 한다.

단기적으로는 공중보건의사제도의 축소· 폐지에 따른 부정적 영향을 최소화하기 위해 감소하고 있는 공중보건의사를 민간 병·의원이 없는 의료취약지역 보건지소와 보건소에 우선 배정해야 한다. 당사자인 공중보건의사들의 의견도 보건지소 우선 배치가 적절하다는 의견이 절대적이다.⁶⁾ 다음으로 지역 내 민간 병·의원을 활용하는 방안을 모색할 필요가 있다. 필요에 따라 보건지소의 첨단의료시설과 장비를 민간 병·의원에 임대하여 민간을 통해 농어촌 주민들에게 공공보건의료서비스를 제공할 수 있다.

중장기적인 관점에서는 농어촌 보건의료서비스의 질을 한 단계 높이기 위해서 농어촌지역의 새로운 의료인력 확보와 같은 보건의료 소프트웨어 확충에 눈을 돌릴 때이다. 그동안 농특세를 재원으로 전국의 보건(지)소와 보건진료소가 신·증축되었고 장비도 많이 보강되었다. 이를 효과적으로 활용하기 위한 의료 인력을 양성할 수 있는 방안이 제대로 마련되어야 진정으로 농어촌지역의 보건의료서비스의 질을 높일 수 있다. 현재 논란이 되고 있는 ‘국립보건의료대학’ 설립이 이와 같은 맥락이라 할 수 있다.

6) 의료정책연구소(2011)



참고문헌

- 1 **관계부처 합동(2014)**. 제3차 농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌 지역개발 5개년 기본계획(2015~2019).
- 2 **농촌진흥청(2016)**. 2015년 농어업인 복지실태조사 보고서.
- 3 **보건복지부(2015)**. 2014보건복지백서.
- 4 **보건복지부(2015)**. 보건복지 70년사(Ⅱ): 보건의료편.
- 5 **보건복지부(2016)**. 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020).
- 6 **의료정책연구소(2011)**. 공중보건의사 실태조사 연구.
- 7 **정명채(2015)**. 농어촌복지정책. 연구총서31. 한국농촌경제연구원.
- 8 **최경환(2008)**. 농어촌 보건의료 서비스체계 개선방안. 한국농촌경제연구원.



공중보건의사제도 폐지, 농어촌 공중보건의 현황과 향후 대응 방향

이 중 구 서울대학교 의과대학 건강사회정책실

농어촌지역 의사인력의 확보가 어려워지고 있다. 농어촌지역은 병원의 수익성과 거주환경 문제로 의사들이 선호하지 않는 근무지역이기 때문이다. 이에 정부는 농어촌지역과 같은 의료취약지역에 의사인력을 확보하기 위해 다양한 노력을 기울여 왔다. 대표적인 정책은 1976년 제정된 『공중보건장학을 위한 특례법』을 기반으로 한 공중보건장학의사와 1978년 제정된 『국민보건의료를 위한 특별조치법』을 통한 공중보건의사 배치 방안이다. 공중보건장학의사제도는 공중보건장학의사 지원자 감소로 1996년부터 장학생 선발이 중단되었고, 공중보건의사제도는 운영되고 있으나 의학전문대학원 도입, 의대 여학생 합격률 증가로 대상자가 감소하고 있다. 게다가 대체·전환복무제 폐지 등으로 다시금 그 근본부터 정책이 요동치고 있어 이에 대한 분석이 필요한 시점이다.

의료취약지역의 보건의료서비스 수요는 제대로 충족되고 있을까?

2015년 보건복지부 연구과제(이종구 등, 2015)인 공공의료인력 양성을 위한 기반 구축 방안¹⁾에 의하면 보건소, 보건지소에 1,600여 명의 훈련된 일차의료의사가 배치될 필요가 있다고 한다. 하지만 공급여력은 400여 명 미만²⁾으로 격차가 매우 큰 것으로 보인다. 또한 보건의료 시설과 인력의 신규 투입과 보강이 필요한 지역은 71개의 중소도시 및 군 지역으로, 이 지역들은 의료 인력의 공급이 어렵고 공중보건역사도 배치되기 어려운 지역이다.

비록 현재 시행 중인 공중보건역사제도를 통해 의료취약지역 의사인력의 절대적 수를 늘리는 데에는 성공을 거두었다고는 하지만 아직 전국 36개 의료취약지역²⁾의 인구 10만 명 당 병원 의사 수는 3.58명으로, 전국 평균 15.89명에 크게 미치지 못한다. 또한 2009년 이후로 신규 편입되는 공중보건역사 수는 매년 감소추세를 보여 왔고, 전체 배치 현황도 2009년 5,287명에서 2014년에는 3,793명 수준으로 감소하였다. 게다가 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과 같은 전문 과목의 의사를 확보하지 못한 지역도 다수이며, 배치된 공중보건역사의 88.6%가 제대로 된 일차의료 수련을 받은 경험이 없다.

1) 보건복지부(2015), 배치기관별 의사종별 전문의 진료과목별 배치현황

2) 의료취약지 정의: 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 응급실, 분만실, 수술실별 개설된 병원까지 60분 접근이 불가능한 인구 비율이 30% 이상인 지역 (참고: 국민건강보험공단(2013), 지역별 의료실태 분석을 통한 의료취약지역 도출 방안 연구)

표 1 >> 신규 공중보건 의사 연도별·종별 배치 현황

(단위: 명(연도 말 기준))

연도	합계	의사			치과의사	한의사
		소계	일반의	전문의·인턴		
2000	1,077	790	219	571	266	21
∴						
2008	1,962	1,278	598	680	340	44
2010	1,500	966	308	658	204	330
2011	1,318	809	286	523	189	320
2012	1,241	761	349	412	177	303
2013	1,336	851	248	603	122	353
2014	1,242	785	280	505	116	341

자료: 보건복지부 (2015) 「2014보건복지백서」.

기존 의사인력 공급 방식에서 벗어나야 할 때

공중보건 의사 배치의 우선순위를 고려하기 위해 세워놓은 원칙은 아래의 <표 2>와 같다. 공중보건 의사 수의 감소에 따라 의료 인력의 적절한 배치를 위해 보건복지부에서 세워놓은 방침이다. 이는 근본적인 의료인력 확보 방안 마련을 위한 시간적 여유는 제공할 수 있다. 하지만 기존의 공중보건 의사 수급에서 나타난 문제점들을 고려한다면 이제는 어떤 의사든 의료취약지역에 보내기만 하면 된다는 기존 전략을 넘어서야 한다. 의료취약지역의 수요에 적합한 인재를 교육하고 공급할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 특히 공중보건 의사제도를 폐지할 경우 농어촌지역에 근무할 의사인력이 당장 부족하므로 새로운 제도 모형을 서둘러 개발할 필요가 있다.

표 2 >> 공중보건 의사 배치 원칙

구분	군 보건소	읍면 보건지소	공공 병원	공공보건 의료 연구기관	공중보건사업 위탁수행기관	보건의료 정책 수행기관
우선권	○	○				
접근성	○	○				
도시화	○	○	○	○		
인구수	○	○	○			○
의료서비스 기능			○	○		
자원공급량		○				○
수행업무의 범위	○					
수행기능의공공성						○
복지부업무와연관성			○	○	○	○
서비스대상의취약성					○	○
국가업무수행				○	○	○

농어촌 의사인력 확보의 새로운 틀이 필요하다

지난 38년 간 의료취약지역에 공중보건 의사를 배치해왔음에도 의료인력 수급의 불균형이 지속되고 있다. 공중보건 의사를 기반으로 하는 수급정책이 근본적으로 불가능하다는 것을 알고 있음에도 대안 개발이 미흡하였기 때문이다. 따라서 이제는 농어촌지역의 보건의료서비스 수요를 파악하고 그 지역에 적합한 인력을 배치할 수 있는 맞춤형 인력배치 방안을 고민해야 한다. 그리고 그 인력을 과연 공중보건 의사로 조달할 수 있는지 아니면 새로운 인력을 확보해야 하는지 분석이 필요하다.

새로운 형태의 의사인력은 공중보건 의사 수 감소의 이유 이외에도 다음과 같은 이유로 반드시 필요하다.

첫째, 40년 가까이 공중보건 의사의 배치에도 불구하고 농어촌지역의 의료인력

수급 불균형과 그로인한 의료격차는 해소되지 못하고 있어 정책 개입이 필요하다.

둘째, 정책 개입은 의료인력 배치뿐만 아니라 응급의료, 분만 관리, 적정 규모의 병상 등 의료시설도 같이 고려해야 질병으로 인한 사망과 유병률을 감소시킬 수 있다.

셋째, 고령화, 저출산, 인구유출, 다문화 가정 등 농어촌 지역사회의 변화에 따라 보건소, 보건지소의 역할 변화가 필요하고, 공중보건사업과 연계하여 지역사회 건강문제를 관리할 수 있도록 일차의료 수련을 충분히 받은 인력이 배치되어야 한다.

넷째, 공중보건의사를 대신하여 지속적이며 장기적으로 농어촌 의료취약지역에 근무할 의사인력을 안정적으로 공급함으로써, 지역의료 네트워크 구축의 시발점을 만들 수 있는 인력을 배치하자는 것이다.

새로운 의료취약지역 내 의사인력 확보 방안은?

의료취약지역의 의사인력 확보는 비단 우리나라만의 문제가 아니다. 여러 OECD 국가에도 인구 당 의사 수에 지역별로 차이가 존재하며, 이를 해결하기 위해 다양한 방안들을 혼용하여 추진하는 것이 일반적이다 <표 3>. 우리나라의 경우에는 지금까지 인력 정책 중심으로 의료취약지역 대책을 추진해 왔으며, 여기에서 크게 벗어나지 않는 범위에서 새로운 틀의 의사인력 확보 방안이 필요하다.

표 3 >> 의료취약지역 의사인력 확보를 위한 주요 정책의 분류별 특성 요약

정책 분류	정책 사례	정책 효과 및 권고수준
교육 정책	<ul style="list-style-type: none"> • 의료취약지 출신 학생 선발 • 대도시 외곽에 위치한 학교에서 교육 • 의과대학 기간 중 의료취약지에서 임상 실습 • 의료취약지 보건의료문제에 대한 교육과정 • 의료취약지 의료인력의 지속적 전문성 개발 	<ul style="list-style-type: none"> • '의료취약지 출신 학생 선발'은 '가장 크게 영향을 주는 단 하나의 요인'이며, 효과근거 다수 제시됨 • WHO는 '의료취약지 출신학생 선발'과 '의료취약지 보건의료문제 교육과정'을 강하게 권고함 • 효과가 나타나는 데 오랜 시간 소요됨.
공익 복무 이행	<ul style="list-style-type: none"> • 의무근무제도, 학자금 지원과 의무배치 결합 • 근무 지역 규제, 의사 이민자 근무 지역 규제 	<ul style="list-style-type: none"> • 행정비용이 필요하며 제도도입에 정치적 어려움이 따름 • WHO는 조건부로 권고함
재정적 인센티브	<ul style="list-style-type: none"> • 개원 보조금, 최소 임금 보장, 의료취약지역 근무수당, 은퇴 연기 인센티브 • 대진의 혹은 보조인력 고용을 위한 보조금 	<ul style="list-style-type: none"> • 정책에 따라 다양한 정도의 비용이 소요됨. • WHO는 조건부로 권고함
경력개발 정주환경 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 근무환경 지원, 경력개발 프로그램, 네트워크 형성, 사회적 인식 향상 • 정주환경 개선, 봉사활동 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • WHO는 경력개발 및 정주환경 지원 전략을 강한 수준으로 권고함
서비스 전달체계 개편	<ul style="list-style-type: none"> • 그룹진료, 순환진료, 원격의료 	<ul style="list-style-type: none"> • 인프라 구축 비용이 필요함

자료: WHO, Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations, 2010.

■ 공중보건장학의사제도의 부활

공중보건 의사제도 폐지를 대비하여 1977년에서 1996년까지 시행했던 공중보건 장학의사제도를 다시 시행해야 한다. 장학생을 선발하여 의과대학 교육기간 중 장학금을 지원하고, 포럼, 계절학기, 멘토링, 경력개발 지원 등 다양한 경험을 하도록 하여 공공의료 부문의 지도자로 육성하는 방안이다. 이때 공중보건장학의사는 농어촌 출신을 중심으로 선발하고 의과대학 졸업 후 일정 기간 동안 지역의료·공공의료 분야에서 공무원에 준하는 신분으로 의무적으로 근무를 하게한다. 공중보건의사를 대체할 공중보건장학의사의 구체적인 양성 및 활용방안은 <표 4>와 같다.

표 4 >> 공중보건장학의사제도를 통한 지역의료 양성 및 활용 방안

		기본 방안	촉진 방안
학생 선발	인재상	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 수월성 및 인지적 능력 • 공공의료에 대한 헌신적 자세 및 기타 비인지적 능력 • 농어촌지역 거주 경험 	해당사항 없음
	입학 전형	<ul style="list-style-type: none"> • 지역인재전형 내 세부전형으로 선발 • 중앙수련지원센터 주관 하에 “공공의료인재전형 가이드라인” 개발 • 인재상에 부합하는 선발을 위해 다양한 전형요소를 활용 • 농어촌 출신자에 대한 가산점 부여 • 의무복무 및 의무복무 미이행 시 불이익에 대해 동의하는 계약서 작성 	해당사항 없음
학생 교육	교육	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙수련지원센터 주관 하에 교육목표/졸업역량/지역사회·공공의료 표준 교육안 개발 • 의과대학 내 공통 교육과정은 모두 이수하도록 함. 	<ul style="list-style-type: none"> • 멘토링 프로그램 • 롤 모델 제시 • 학생 간 교류 프로그램 • 지역병원인턴십·봉사 프로그램 • 학습 지원 프로그램 • 우수학생 해외단기연수
	학자금 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 의과대학 6년 혹은 의학전문대학원 4년간 학자금 지원 • 학자금 지원액: {등록금(대학별)} + {생활비(공통)} 	해당사항 없음
의무복무 이행	기간	• 총 4-6년(학자금 지원 기간)	
	수련기간 포함여부	• 미포함(전문의 취득 후 의무복무 시작)	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회의료 연수강좌 • 인적 네트워크 지원 • 경력개발 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 의무복무 중 대학원 진학 허용 - 전문기술 습득 및 학술대회 활동 지원 - 외래교수요원 임명(공공의료 기금교수제 활용 검토) - 우수근무자 보건의료행정기관 파견 기회 제공 • 근무환경 개선
	구성	<ul style="list-style-type: none"> • 1기(3년): 공중보건업무에 종사하도록 보건복지부에서 직접 배치 • 2기(3년): 보건복지부 지정 지역·기관 중 근무 지역 자율 선택 후 보고(지역 내 경력개발 기간) • 의학전문대학원 졸업생은 의무복무 1기 및 2기 기간을 각각 2년으로 함. 	
	의무복무 단축방안	• 수련기관/수련 전문과목/취약지역 근무에 따라 최대 3년까지 단축(의학전문대학원 졸업생은 최대 2년까지 단축)	
계약 미이행 시 불이익	<ul style="list-style-type: none"> • 기본: 학자금(+이자) 상환 • 기타 불이익 검토 • 의과대학 졸업 전(불가피한 학업 중단 외): 의과대학 재입학 금지 • 의과대학 졸업 후: 추가 벌금 부여, 조건부 면허 취소, 일정기간 보험진료수가 청구 금지 	해당사항 없음	

■ 농어촌지역의 공공보건의료기관과 국립대학병원의 연계

농어촌지역의 공공의료기관에서 유능한 의사인력을 안정적으로 확보하기 위하여 공공보건의료기관과 국립대병원을 연계하는 『교수 파견제와 순환 근무』 제도를 실시하여 국립대병원에 재직 중인 의사들이 농어촌지역에서 근무하더라도 경력이 이어질 수 있도록 해야 한다. 또한 농어촌지역의 공공의료를 담당할 수 있는 교수 요원을 양성하기 위해 『중앙 교육자 교육훈련센터』 나 각 대학병원의 『공공의학과』 설치가 필요하다. 이를 뒷받침할 수 있도록 국립대병원의 교수 정원 확충 및 선발을 위해 보건복지부 및 교육부의 적극적인 협력이 필요하다.



참고문헌

- 1 대한의사협회 의료정책연구소(2011). 공중보건의사 실태조사연구.
- 2 보건복지부(2015). 공공의료인력 양성을 위한 기반 구축 방안.
- 3 보건복지부(2015). 공중보건의사 종장기 수급체계 및 효율적 배치방안마련.



농어촌지역 보건진료소의 역할 확대가 필요하다

정인숙 전라남도 무안군 학송보건진료소 소장*

농어촌 현장에서 본 일차보건의료란?

일차보건의료의 개념이 대두하게 된 데는 두 가지 배경이 있다. 하나는 지역사회에 있는 개인이나 가족들 모두가 혜택을 받을 수 있는 기초적인 보건의료서비스가 요구되었고, 또 다른 하나는 민간병원 중심의 의료서비스와 의료서비스 고급화에 따른 의료비 상승으로 보건의료서비스 불평등에 대한 문제의식이 있었기 때문이다.

이에 1977년 세계보건기구(WHO)에서 새로운 의료서비스 질서를 위한 기본적인 전략의 핵심으로 “일차보건의료(Primary Health Care : PHC)”라는 접근 방법을 모색하였다. 이 과정에서 각 회원국에 일차보건의료가 가능한 보건의를 전국에 배치하도록 권고하였고, 이들이 근무할 수 있는 보건소, 보건지소 및 보건진료소를 각 지역에서 운영하게 되었다.

우리나라 농어촌지역의 일차보건의료서비스의 대표 인력은 군복무 대신 읍·면단위의 무의촌에 파견되어 진료중심 사업을 하는 공중보건과의사와 리 단위로 무의촌

* 본 저자는 현재 한국농촌경제연구원에서 운영 중인 현장자문단으로 활동하고 있음.

에 배치되어 지역주민의 일차 진료를 담당하고 보건사업을 하는 보건진료소장이 있다. 이들은 전국의 보건지소와 보건진료소에서 근무하며 농어촌 주민들이 살고 일하는 최말단 지역까지 필수 보건의료서비스를 제공하고 있다. 이를 통해 지금까지 30여 년간 민간 중심의 보건의료서비스 전달체계 속에서 공공의료를 통해 농어촌지역에 균등한 의료서비스를 제공하기 위해 큰 역할을 하였다. 또한 지금까지의 성과와 더불어 농어촌지역의 초고령화 상황은 일차보건의료의 필요성을 더욱 강화시키고 있다. 만성질환을 가진 노인들을 치료하고 관리하기 위해서는 오히려 지금보다 더 많은 일차보건의료 인력 투입이 요구되는 실정이다.¹⁾

공중보건의사제도 폐지가 농어촌 보건의료서비스 공급 현장에 미치는 영향

첫째, 공중보건의사제도 폐지는 우리나라 일차보건의료 필수사업에 부정적인 영향을 미친다. 주요 보건문제와 예방 및 관리방법에 대한 교육이 부실해 질 것이다. 다문화 가정에 적합한 모자보건 사업이 성실히 이루어질 수 없으며, 주요 전염병에 대한 저렴한 예방접종이 힘들어 진다.

둘째, 농촌 주민들은 현재 저렴한 진료비로 공공보건의료기관을 이용하고 있다. 하지만 농어촌지역의 공공보건의료기관이 제 역할을 못하게 될 경우 환자들은 민간의료기관을 이용해야 되며 높은 의료비용을 지불하게 된다. 또한 농어촌 보건의료서비스 개선사업과 건강증진 사업 등 주요 국가 보건사업에 대한 투자가 인구 밀집 지역을 중심으로 이루어지고 있고 인구가 많은 곳으로만 병의원이 집중되는 상황에서 제대로 된 보건의료서비스를 받지 못하는 음면이 늘어날 것이다.

셋째, 공공보건의료기관은 농어촌 주민이 보건의료서비스 체계에 처음으로 접할 수 있는 관문이다. 따라서 예방과 치료가 통합된 포괄적 보건의료서비스를 전달할

1) 김춘미(2009).

수 있는 보건의료 인력의 역할이 더욱 중요하다. 공중보건의사제도 폐지로 인해 보건사업의 통합 및 조정에 차질이 예상된다.

보건진료소의 역할 확대가 필요하다

농어촌의 인구 고령화로 농어촌지역 일선에서 일차보건의료서비스를 제공하는 공공보건의료기관인 보건소, 보건지소 및 보건진료소의 중요성은 더 커질 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 일선에서 활동 중인 공중보건의사들이 제도 폐지로 떠나게 될 경우 농어촌지역 내 의료 인력 부족 현상을 낳을 것이며 농어촌 주민들의 일차보건의료서비스를 보장 할 수 없는 상황에 이를 수 있다. 현재 보건지소에 배치되어 있는 대부분의 의료 인력은 공중보건의사이다. 따라서 공중보건의사제도 폐지는 직접적으로 보건지소 의료 인력 공백의 결과를 가져 올 것이다. 공중보건의사를 대체할 수 있는 인력을 공급할 방안이 필요하다. 이에 본 현장의 소리를 통해 농어촌지역 일차보건의료의 또 다른 한 축인 보건진료소의 역할을 확대하는 것을 제안한다.

보건진료소는 하나 또는 여러 개의 리·동을 묶어 인구가 500명 이상(도서지역은 300명 이상) 5천명 미만인 지역을 관할구역으로 한다. 의사가 배치되어 있지 않고 계속하여 의사의 배치가 곤란할 것으로 예상되는 농어촌의 의료취약지역에 설치한다. 보건진료소에는 보건진료전담공무원인 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두는데 보건진료소장은 간호사·조산사 면허를 가진 사람으로 보건복지부장관이 실시하는 24주 이상의 직무교육을 받은 사람이어야 한다. 2014년 기준으로 전국에 보건진료소는 총 1,904개소가 있고 1,839명의 간호사가 이곳에서 근무하고 있으며, 그 분포는 농어촌지역이 많은 전라남도, 경상북도, 충청북도에 특히 집중되어 있다.²⁾

현재 『농어촌등보건의료를위한특별조치법 제19조의 시행령 제 14조』에 명시된 보건진료소의 업무는 아래와 같다.

2) 이경아(2016).

1) 의료행위의 범위

- (1) 상별 상태를 판별하기 위한 진찰, 검사행위
- (2) 환자의 이송
- (3) 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급조치
- (4) 상병의 악화 방지를 위한 처치
- (5) 만성병 환자의 요양지도 및 관리
- (6) 정상 분만 시의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구의 삽입
- (7) 예방접종
- (8) 제1호 내지 제7호의 의료행위에 따르는 의약품의 부여

2) 보건진료원의 의료행위 외에 보건업무

- (1) 환경위생 및 영양개선에 관한 업무
- (2) 질병예방에 대한 업무
- (3) 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업무
- (4) 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무
- (5) 기타 주민의 보건의료증진에 관한 업무

위에서 확인할 수 있는 업무는 1980년에 제정된 『농어촌등보건의료위헌특별조치법』에 명시되어 있는 내용이다. 이는 변화하는 농어촌지역의 인구사회학적특성과 보건의료 환경을 제대로 파악하지 못하고 있으며, 다양한 보건의료 수요를 충족시키기에는 한계가 있다. 또한 향후에 공중보건의사제도가 폐지되는 부분을 고려하면 보건진료소의 역할 및 업무확대는 반드시 논의되어야 한다.

37년간 농어촌 주민의 건강을 위해 함께한 보건진료소의 역할 확대를 위해 보건진료소 배치 인원을 늘려야 한다. 또한 업무 교육을 강화하고 치료할 수 있는 질병과 사용할 수 있는 약의 범위를 확대하여 농어촌지역의 일차보건疫료를 담당하는 중추적 기관일 될 수 있어야 한다. 이를 위해 관련된 법제도를 개정하고 적절한 지원이 필요하다.



참고문헌

- 1 김춘미(2009). 보건진료원의 업무 및 보건진료소 운영에 관한 고찰. 한국농촌간호학회지. 제4권 제4호.
- 2 이경아(2016). 보건진료소의 비용편익분석 및 기술적 효율성 평가. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

이슈리포트 제1호 (2015. 09)

2015년 7월 주거급여 개편 시행, 앞으로 과제는?

이슈리포트 제2호 (2015. 11)

지방교육재정 개혁, 농촌학교에 미치는 영향과 향후 과제는?

이슈리포트 제3호 (2016. 01)

농촌 일자리 지원 사업, 그 역할과 개선과제는?

이슈리포트 제4호 (2016. 03)

농촌의 영유아 보육, 그 실태와 개선 과제는?

ISSUE REPORT

2016년 7월 대체·전환복무제도 폐지가 농어촌 삶의 질에 미치는 영향
- 공중보건의사제도를 중심으로

인 쇄 2016. 07.
발 행 2016. 07.
발행인 김창길
기 획 심재헌
편 집 이정해
발행처 한국농촌경제연구원
58217 전라남도 나주시 빛가람로 601
1833-5500 <http://www.krei.re.kr>
인 쇄 (주)한디자인코퍼레이션 (02-2269-9917)

- 이 책에 실린 내용은 한국농촌경제연구원의 공식 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.
- 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다.
무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.

