

지역의사제를 통한 필수의료인력 수급에 대한 헌법적 문제 - 독일과 일본 사례와의 비교를 중심으로 -

이 권 일*

〈국문초록〉

필수의료인력 부족 현상, 특히 의료취약지역(농어촌 지역)에서의 필수의료인력 부족현상은 우리사회의 심각한 사회문제로 대두되었고, 이를 해결하기 위한 방안으로 최근 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」을 제정하여 시행을 앞두고 있다. 이러한 제도의 도입의 필요성은 인정되지만, 지역의사의 기본권 제한이 최소한이 되도록 제도가 설계되어야 할 것이고, 이 제도를 통하여 지역의 필수의료인력 확보가 가능하도록 시행되어야 할 것이다. 이러한 문제에 대해 살펴보기 위해 법률과 법령의 주요 내용을 분석하고 비교법적 관점에서 독일과 일본의 유사한 제도에 대해 살펴보았다.

우리가 이 제도를 도입하기에 앞서 독일과 일본 모두 유사한 제도를 도입하였다. 독일의 경우 의과대학에 정원의 10% 이내에서 취약지역에서 근무하고자 하는 자를 선발하여 학자금 지원과 10년간 해당지역 근무라는 공법상 계약을 체결하여 근무하게 하는 지역의사할당제(landarztquote)를 도입하고 있다. 일본의 경우 1970년대부터 자치의과대학을 설치하여 120명 정도의 지역의사를 배출하여 지역에서 근무하게 하였으나 이로는 부족하자 지역 의과대학에 별도의 정원으로 지원자를 선발하여 장학금 등을 지원하고 졸업 후 9년동안 해당 지방에서 근무하도록 하는 지역 정원제도를 도입하여 시행하고 있다. 시행한지 20년이 다 되어가는데 지방정착률이 70% 이상이 되는 등 긍정적인 효과를 나타내는 것으로 파악된다.

우리도 이러한 외국의 예를 참고하여 6년간 학자금과 생활비 등을 지원하고 10년간 해당 지방자치단체에서 의무복무를 하게 하는 지역의사제도를 도입하였다. 지방소멸, 지역에서 필수의료인력 부족 문제는 더 이상 간과할 수 없을 정도로 심각해졌기 때문에 이 제도의 도입의 목적과 필요성은 인정된다 할 것이고, 이 제도를 통해 실현하고자 하는 국민의 생명과 건강의 보호 역시 중요한 공익이라고 할 수 있을 것이다. 다만 지역의사전형으로 선발되어 10년간 해당 지역에서 강제로 의무복무를 해야 하는 지역의사의 직업의 자유, 거주이전의 자유 등의 기본권 제한 문제가 논의되기 때문에 이러한 제한의 정당성에 대해 글에서 논증하였다. 다만 이러한 제도가 헌법적으로 정당화된다고 하더라도 지역의사의 기본권을 최소한으로 제한하는 방향으로 제도가 설계되어야 하기 때문에, 전문과목 선택의 제한과 10년의 기간의 문제, 정원의 선발 가능성과 의무이행을 하지 않는 경우에 있어

* 경북대학교 법학전문대학원 부교수, 법학박사(Dr.iur)/법학연구원 연구위원

서의 문제(지원금 반환 문제) 등에 대해서는 입법개선과 더 많은 논의가 필요할 것으로 생각된다. 또한 이 제도의 실현을 위한 재정마련 방안에 대해서도 앞으로 논의가 되어야 할 것이다.

주제어 : 지역의사제, 일본의 지역의대, 일본의 지역정원제, 독일의 지역의사할당제, 필수의료

• 투고일 : 2026.01.04. / 심사일 : 2026.01.22. / 게재확정일 : 2026.01.26.

I. 들어가며

2022년 연말부터 우리나라 언론에 소아과 의사부족 현상에 대한 보도가 급격히 증가되었고, 소아청소년과의사 관련자들과 보건복지부 담당 부서에서는 이와 관련한 여러 논의와 대책 마련에 분주했었다. 이는 소아청소년과의 문제만이 아니었고, 소위 필수의료라고 불리우는 생명과 직결된 의료과의 인원부족 현상의 하나로 드러난 것이었다. 이는 다시 수도권과 비수도권인 지방의 격차 문제로까지 확대되면서 필수의료인력난이 점차 심각해지고 있다.

예를 들어 2025년 하반기 전공의 모집결과를 보면 소아청소년과의 충원율은 수도권이 16.6%, 지방은 8%에 불과하고, 산부인과의 경우 수도권이 58%, 지방이 27.6%, 외과의 경우 수도권은 44.7%, 지방은 23.4%에 불과하다. 특히 생명과 직접 관련이 있는 심장혈관흉부외과의 경우 수도권은 32.8%인 반면 지방은 4.9%에 불과하여 필수의료 인력의 부족이 심각하지만 수도권과 지방간 격차도 큰 문제임을 알 수 있다. 이에 비해 정신과나 안과, 피부과, 영상의학과 등은 수도권과 지방 모두 90% 정도의 충원율을 보여 과별로도 격차가 큰 것을 알 수 있다.¹⁾

코로나바이러스-19 사태를 겪고 난 후 의료시장이 변화되었고, 지난 정부에서 의대정원을 확대하고 의료계가 이에 강하게 대응하면서 필수의료 부족 문제가 많이 심각해졌다. 또한 지방소멸, 수도권과 지역간의 양극화가 심해지면서 의료서비스에서의 수도권과 지방 격차가 갈수록 늘어나면서 지방에서는 필수医료를 비롯한 의료인력의 부족 문제가 수도권보다 훨씬 심각하게 발생하고 있다. 지방소재 병원에서 전공의 모집에 어려움을 겪게 되면 병원이 제대로 운영될 수 없고, 앞으로 지방의 상급의료기관이나 거점병원은 주간 외래 진료 중

1) 보건복지부, 2025년도 하반기 전공의 모집 결과, 2025.9.2., https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1487321&tag=&nPage=1

심으로 운영될 수 밖에 없으며, 지방의 중환자들은 서울의 의료진이 갖추어진 대형병원으로 몰릴 수 밖에 없는 처지가 될 것이다. 이러한 현상은 악순환을 거듭하여 지방의 의료기반을 더욱 악화시키는 현상으로 나타나게 될 우려가 벌써 제기되었고²⁾, 실제로도 지방의 의료기반이 약화되고 있음은 부인할 수 없는 상황이다.

이러한 필수의료인력 부족 현상과 지방과 수도권 격차, 즉 지방에서의 필수의료 부족 현상은 현재진행형이지만, 이 문제가 심각한 것은 현재의 문제보다 미래의 문제가 더 심각하게 나타날 것이기 때문이다.

이에 대한 대책으로 2025년 12월 23일 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」이 국회를 통과하였고, 보건복지부에서는 2026년 1월 20일 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률 시행령」 제정안과 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률 시행규칙」 제정안을 입법예고하였다.

「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」의 주된 내용은 지역의사로 지칭되는 의대생을 선발하여 의대교육을 지방자치단체나 국가의 재정지원으로 한 다음 일정기간 동안 해당 지역에서 봉직하도록 하는 것이다.

이 제도는 우리나라에서 처음 시도되는 것이 아니라 외국인 일본과 독일 등에서 이미 시행되고 있는 제도이다. 이 글은 이러한 국가의 지역의사제도에 대해 살펴보고 이들 국가에서의 제도운영의 시사점을 통해 우리의 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」을 분석하여 개선점을 도출하고자 한다.

II. 지역의사제도에 관한 법령의 주요 내용

지역의사제도에 대해 살펴보기 위해 먼저 최근 제정된 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」의 주요 내용에 대해 살펴보고, 시행령과 시행규칙의 주요한 내용도 간단하게 살펴본다.

「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」은 제정 이유에서도 밝히는 바와 같이 수도권과 지역 간(또는 지역중에서도 대도시와 농어촌 지역 간) 필수의료인력이 불균형하게 수급됨에 따라 지역의 보건의료의 질이 하향평준화 될 뿐만 아니라 지방에 사는 국민들이 제때 응급한 진료를 받을 수 있는 권리가

2) 대한소아청소년과학회, 소아청소년과 전공의 인력 공백으로 인한 진료체계 위기, 대한소아청소년과학회 보도자료, 2022.03.17.

보장되지 못하는 상황이 발생하고 있기 때문에 이에 대한 대책으로 대학 입학 시에 따로 지역의사를 선발하여 이를 지방자치단체와 국가의 재정을 투입하여 육성한 뒤 10년의 기간 동안 해당 지역에서 의사로 강제로 복무하도록 하여 지방의 필수의료인력 부족 문제를 해결하기 위한 것이다.

이러한 제도를 통해서 일정 수의 전공의들이 지방에 거주하게 됨에 따라 비록 수도권과 지방 간의 보건의료의 질의 차등문제가 획기적으로 개선되지는 않겠지만 적어도 지방에 거주하는 국민들이 제때 생명과 관련된 응급한 진료는 받을 수 있는 권리는 보장될 것으로 기대된다.

이를 위해 법률에서는 복무형 지역의사와 계약형 지역의사 두 가지의 의사제도를 설정하고 있다. 복무형 지역의사는 지역의원발전형으로 선발되어 의대 교육과정을 졸업하고 의사면허를 받은 후 특정 지역에서 일정 기간 동안 의무적으로 근무하여야 하는 사람이고, 계약형 지역의사는 전문의 자격을 인정 받은 의사로 특정 지역에서 일정 기간 동안 종사하기로 국가 또는 지방자치단체 및 의료기관과 계약을 체결한 사람이다.

복무형 지역의사는 의무복무지역에서 10년간 복무를 하여야 하고(법 제7조), 계약형 지역의사는 5년 이상 10년 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 동안 계약을 체결하여 특정한 지역에서만 계약 기간동안 의료행위를 하여야 한다.

복무형 지역의사가 되기 위해서는 해당 의과대학이 소재한 지역 또는 인접 지역으로서 대통령령으로 정하는 지역의 중학교 및 고등학교를 졸업(입학부터 졸업까지의 모든 교육과정을 이수하고 졸업)한 자 중에서 지역의원입학전형을 통하여 입학하여 의대교육을 이수하여 의사면허를 취득하여야 하는데, 지역의사전형으로 입학한 학생에게는 해당 지방자치단체가 입학금, 수업료, 교재비, 기숙사비 등 대통령령으로 정하는 비용을 지원을 하여야 한다.(법 제5조) 시행령안에서는 등록금, 교재비, 지급 물품비 및 실습비, 기숙사비 및 급식비 또는 이에 준하는 생활비, 그 밖에 학생의 교육에 필요한 비용으로서 보건복지부장관이 인정하는 비용을 지원하도록 되어 있고, 시행규칙에서는 지원비용에 대한 내용을 규정하지는 않고 있다.

지역의사에게는 지역보건의료에 대한 사명감을 부여하고 지속적인 근무를 촉진하기 위하여 주거, 직무교육, 경력개발, 진로선택 및 해외 연수 등에 관한 지원을 할 수 있도록 하고 있는데, 현재 강원도는 계약형 지역필수의사에게 초기 정착을 위한 지역상품권(월 100만~200만 원)과 지역관광 인프라 이용 지원(호텔·리조트 및 식음업장 이용권, 부대시설 할인권, 힐링캠프 등)을, 경상남도도는 가족 전체 이주를 위한 동반전입가족 지원 패키지 지원을 위해 의사

정착금(월 100만 원), 가족환영금(1인 200만 원), 자녀 양육·교육지원금(1인 월 50만 원)을 지원한다. 전라남도는 주거 기반 강화를 위해 숙소 및 주거비 지원, 해외연수 지원, 진료성과급 지급 등을, 제주도는 숙소 및 주거비 지원, 직장어린이집, 복지포인트 등의 지원방안과 근무시간 조정 등의 업무환경지원 방안을 마련하고 있다.³⁾

「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」은 지역의사의 지역 근무를 강제하기 위해 지역의무복무를 하지 않는 경우 등의 상황이 발생한 경우 시정을 명령하고, 의사면허 자격 정지 및 의사면허 취소까지도 할 수 있도록 강하게 규제하고 있다.

시행령안은 특히 지역의사선발전형의 구체적인 부분과 지원금의 지원과 반환 등에 대해 자세하게 규정하고 있는데, 지역의사전형으로는 지역 소재 의과 대학의 입학정원의 범위 내에서 보건복지부 장관이 지역의 인구, 의료취약지 분포, 의료이용 및 의료자원 현황 등을 고려하여 교육부 장관과 협의하여 정하여 고시하는 비율의 인원을 선발할 수 있다.

학비 등 지원금의 지원과 관련하여서도 각 학기별로 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 비용과 지원시기, 절차와 방법에 의해서 이루어지도록 규정하고 있으며, 지방자치단체가 지원하는 부분에 대해서는 해당 지방자치단체의 조례로 정할 수 있도록 하고 있다.

또한 계약형 지역의사의 계약기간은 5년을 기준으로 하며 5년 이내의 범위에서 추가하거나 연장할 수 있도록 하고 있다.

시행규칙안에서는 시행령에서 정하기 어려운 구체적 내용을 정하고 있는데, 의무복무기간에서 입원, 육아 등의 이유로 근무하지 못한 경우 등에 대한 구체적 내용이 규정되어 있다. 또한 실제로 전공의 수련 문제가 발생할 수 있는데, 복무형 지역의사가 선택할 수 있는 수련병원 소재지의 범위는 서울을 제외한 지역으로 한정하고 있다. 또한 의무복무지역의 변경과 관련하여 사유를 비교적 구체적이고 명확하게 규정하고 있어 이러한 사유에 해당하는 경우에 의무복무지역의 변경 신청을 할 수 있도록 하고 있고, 보건복지부 장관은 변경 신청 사유의 타당성 및 불가피성, 기존 의무복무지역의 의료인력 수급에 미치는 영향, 변경 후 희망 복무 지역의 의료인력 수급 상황 및 추가 인력 배치의 필요성 등을 종합적으로 고려하여 의무복무지역 관할 시·도지사와의 협의하여 승인 여부를 결정하도록 규정하고 있다.

3) 보건복지부, 계약형 지역필수의사제 시범사업 시행 지역 확대, 2026.1.19., https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1488693&act=view

Ⅲ. 해외의 지역의사제4)

1. 독일의 경우

(1) 독일의 의료 체계

독일은 비교적 건강보험체계가 잘 갖추어진 나라 중 하나이다. 독일은 한국과 유사하게 공적 보험제도가 발달되어 있으며 민간건강보험 제도도 병행되고 있다. 독일 국민들은 공적 또는 민간건강보험에 의무가입해야 한다.

OECD의 조사보고서에 의하면 독일은 인구 1000명당 의사 수가 4.7명으로 우리나라가 1000명당 2.7명에 불과한 것에 비하여 2배 정도나 많은 의사가 근무하고 있다. 간호사 수도 독일은 인구 1000명당 12.2명정도로 우리나라의 9.5명에 비하여 많아 의료진 수에서는 우리나라보다 많은 것으로 파악된다.⁵⁾

우리나라가 가정의보다는 전문의 중심의 의료체계를 가지는 반면, 독일은 가정의(주치의, Hausarzt) 중심으로 의료체계가 이루어져 있다. 독일의 의사는 외래진료의와 종합병원에서 진료하는 의사로 분류할 수 있고, 외래진료를 담당하는 의사는 가정 또는 개인의 주치의 역할을 하는 가정의와 각 전문과의 외래전문의(Facharzt)로 나눌 수 있는데, 주된 역할을 하는 의사는 가정의이다. 환자는 먼저 가정의에게 진료를 받고, 진료를 한 가정의가 그 결과에 따라 필요한 전문의에게 환자를 보내면 전문의가 전문적인 검사 및 치료를 하는 구조이다. 이는 2003년에 연방의회에서 의료보험개혁의 일환으로 개정된 「법정의료보험현대화법」(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG) 제1조에 따라 독일사회법전 제5권(Sozialgesetzbuch V-Gesetzliche Krankenversicherung)에 제73b조를 추가함으로써 가정의 중심의 의료시스템이 안착되었다.⁶⁾ 사회법전 제5권 제73b조는 가정의 중심 진료(Hausarztzentrierte Versorgung)에 대해 규정하고 있는데, 이에 의하면 보험사는 피보험자에게 가정의 중심 진료를 제공하여야 하고, 피보험자는 1명의 가정의를 선택하여 진료를 받아야 하는데, 선택한 가정의에게 최소한 1년 동안 진료를 받아야 하며 정

4) 이 부분은 저자가 이미 연구한 보고서의 내용을 바탕으로 하여 수정·보완한 것임을 밝혀 둔다. (이권일, 소아청소년과 전문의 부족 현상에 대한 외국의 대응 사례 및 시사점 - 독일과 일본의 경우를 중심으로 -, 법제연구원, GLOBAL LEGAL ISSUE 2023년 제2호, 2023) 더 자세한 내용은 보고서를 참조 바람.

5) OECD, Health at a Glance 2025: OECD Indicators, 2025, p.25, 183

6) 홍선기, 독일 아동보건의료법·정책 연구, 외법논집 제44권 제3호, 2020, 146쪽

당한 사유가 있을 때에만 선택한 주치의의 교체할 수 있도록 하고 있다. 안과 및 산부인과를 제외하고 전문의 진료를 받기 위해서는 가정의의 진료의뢰(Überweisung, 의사소견서)가 있어야 한다. 다만 소아청소년과 의사(Kinder- und Jugendarzt)를 방문하는 것은 가정의의 진료의뢰없이 바로 방문하여 진료받는 것이 가능하도록 이러한 절차의 예외로 규정하고 있다. 가정의 중심 의료체계를 갖추고 있는 독일에서 이러한 예외는 소아청소년과가 아동과 청소년에게는 가정의와 같은 1차 진료 기관으로서 가능하다고 할 수 있다. 실제로도 소아청소년과는 성인들에 있어서의 가정의 중심 제도와 유사하게 운영된다. 부모가 자녀를 위해 주변의 소아과 의사를 선택하면, 일반적으로는 선택된 병원에서 사회법전 제5권 제26조에 규정된 신체적, 정신적 또는 심리사회적 발달에 상당한 위험을 초래할 수 있는 질병의 조기 발견을 위한 검진과 각종 예방접종을 받게 된다. 그리고 사회법전 제5권 제73c조에 따라 치과 의사를 제외한 아동의 담당 소아과 의사는 진료 중 진료 과정에서 아동 및 청소년의 복지가 위협에 처해 있다는 징후를 발견한 경우 즉시 관할지역의 청소년청(Jugendamt)에 신고할 의무를 부담한다.

이러한 가정의 중심의 의료체계를 가진 독일에서는 자기 주변에 가정의병원 또는 아동에게는 소아청소년과 병원이 있어야 하는 것이 굉장히 중요하다고 할 수 있다.

(2) 가정의(주치의) 공급부족 문제

가정의 또는 소아청소년과가 중요함에도 불구하고 최근 독일에서는 지역에 따른 가정의 의사부족 문제와 소아청소년과 의사 부족 문제가 의료체계에서 심각하게 논의되고 있다,

위에서 살펴본 바와 같이 독일에서는 공적보험설계를 통해 가정의 중심 의료체계가 성공적으로 안착되어 있는데, 최근 외래에서 국민의 건강의 1차적 책임을 지는 가정의 개업의사가 일부 지역(특히 농촌산간지역 등 비도시 지역)에서 부족한 문제가 발생하여 가정의 공급과 관련한 지역격차 문제가 대두되었다.⁷⁾ 앞서 살펴본 바와 같이 아직 독일 전체적으로는 의사수가 OECD 평균보다 높아 의사의 수급 문제가 발생한 것은 아니라고 할 수 있지만, 일부 농촌 지방에서 가정의 수급문제가 대두하였다.

로버트 보쉬 재단(Robert-Bosch-Stiftung)은 독일에서 2023년까지 약 11000

7) Ärztemangel auf dem Land - Wie Länder und Kommunen Landärzte für sich gewinnen wollen, 2022.10.15., <https://www.deutschlandfunk.de/landaerzte-verzweifelt-gesucht-100.html>

개의 가정의 자리가 비게 되고, 약 40%의 지방자치단체(Landkreise)⁸⁾에서 가정의가 부족할 수 있을 것이라고 예측하였고, 일부 지방자치단체의 경우 가정의 수가 50%까지 감소할 것으로 예상하였다.⁹⁾

최근의 바머 건강연구소와 베르텔스만 재단(Barmer Institut für Gesundheitsforschung und Bertelsmann Stiftung)의 공동 연구에 따르면 특히 소도시와 농촌 지역에 가정의 부족 현상이 심각할 것으로 예상하고, 이미 전국적으로 5,000개 이상의 가정의학과 의사가 공석인 상태라고 발표하였다. 이의 주요 원인은 가정의의 평균 연령이 높아지고 있는 가정의 고령화 현상과 밀접한 관련이 있다. 이 연구에 따르면 가정의학과 의사 중 약 4분의 1이 주로 연령상의 이유로 향후 5년 이내에 진료를 중단할 계획이라고 한다. 독일 연방통계청에 따르면 독일 가정의학과 의사의 약 41%가 60세 이상이다.¹⁰⁾ 이러한 현상은 가정의 부분만 그러한 것은 아니고 다른 독일 병원에서도 의사 채용에 문제가 있지만 그 중 가장 심한 부분이 가정의 부분이라 할 수 있다. 가정의와 관련하여 이와 함께 근무 조건 문제도 지적된다. 시골의 의사들은 도시의 의사보다 더 많은 환자를 보아야 하고, 가정 방문시 장거리 이동이 수반되기 때문이다. 또한 최근 많은 의사들이 근무 시간을 줄여 삶과 직업의 밸런스를 맞추고 싶어 하는 경향, 즉 젊은 의사들은 파트타임으로 일하거나 개인 병원을 운영하기보다 고용을 선호하는 경우가 많은 점이 의사수 부족의 한 원인으로 지적된다.¹¹⁾

시골 지역에서는 이미 가정의 의사들이 나이가 들어서 은퇴를 하여 병원(Praxis)을 다른 의사에게 물려주고 싶으나 시골 지역에 가고자 하는 의사가 부족하여 더 이상 가정의학과 병원이 운영되지 않는 현상이 발생하고 있다. 작은 도시, 작은 시골의 경우 한 마을에 하나의 가정의 병원이 있는데, 가정의 병원 자체가 사라지게 되어 그 지역의 의료시스템이 붕괴될 위험이 발생하는 것이다.¹²⁾ 이는 소위 베이비부머 세대의 은퇴와 맞물려 의사수의 절대적 부족과 함께 논의된다. 즉 향후 몇 년간 1955년부터 1965년까지의 베이비붐 세대가

8) 우리의 군 정도의 지방자치단체

9) Gesundheitszentren für Deutschland-Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Robert Bosch Stiftung, 2021, S. 42, https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

10) Die Zeit, Studie warnt vor Ärztemangel in fünf weiteren Bundesländern, 2. Oktober 2025

11) Susanne Johna, Ärztemangel - strukturelle Probleme und mögliche Gegenmaßnahmen, Gesundheitswesen aktuell 2024, Barmer Institut für Gesundheitsforschung, S. 29

12) 마틴 알브레히트, 독일 주치의 공급의 지역격차, 국제사회보장리뷰 2017 여름 창간호 Vol. 1, 2017, 27쪽

은퇴함에 따라 의료 서비스에 발생할 대체 수요를 고려할 때, 지난 몇 년간 독일 의과대학에서 이를 대체할 충분한 수의 의사들을 양성하지 못했다는 점도 지적된다. 독일 연방의사협회(Bundesärztekammer)의 2023년 의사 통계 자료에 따르면 2023년 말 기준, 총 428,474명의 현직 의사 중 96,950명(22.6%)이 60세 이상이었다.¹³⁾ 가정의의 경우 베이비붐 세대 비율이 더 높는데, 계약의사 분야 가정의의 39.6%가 60세 이상이다. 곧 은퇴를 앞둔 가정의 의사들은 이제 점차적으로 더 적은 근무를 원하고 개인 생활과 직업의 양립을 중요시하는 젊은 의사들로 대체되어야 하는데, 이의 대체가 원활하기 이루어지지 않고 있는 것이다.¹⁴⁾

(3) 소아청소년과 전문의 부족현상

가정의 부족 현상은 소아청소년과의 가정의 역할을 담당하는 소아청소년과 전문의 부족 현상과도 연결된다. 이 문제가 독일 사회에서도 심각한 문제가 되어 독일 의회에서 이 문제에 대해 심각하게 논의하였다.¹⁵⁾

독일 보험의사협회(Kassenärztlichen Vereinigung)의 조사에 따르면 의과대생들에게 소아청소년과는 두 번째 인기가 있는 전공과목이다.¹⁶⁾ 의사단체에서는 소아과 진료의 업무부담에 대한 불만을 제기하고, 소아과 어린이와 부모는 소아과 부족 현상으로 인하여 먼 거리에 있는 병원을 오랜 대기를 통해 진료를 받을 수 밖에 없는 것에 대해 불만을 제기한다. 2022년 11월 8일 함부르크의 소아과 의사들은 연방보건부 장관에게 긴급경고장(Brandbrief)을 보냈는데, 소아과의사의 업무는 점차 가중되었지만 코로나의 영향과 지난 몇 년간의 난민 유입(Flüchtlingsbewegung)으로 인하여 이러한 문제의 심각성이 가중되고 있다고 주장하였다.¹⁷⁾

2018년 독일 어린이복지회에서 조사한 결과(Umfrage des Deutschen Kinderhilfswerks)

13) Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023

14) Susanne Johna, Ärztemangel - strukturelle Probleme und mögliche Gegenmaßnahmen, Gesundheitswesen aktuell 2024, Barmer Institut für Gesundheitsforschung. S. 34 f.

15) Deutscher Bundestag, Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin, WD 9 - 3000 - 079/22, 2022, S. 6 <https://www.bundestag.de/resource/blob/927138/cd9d4ee27b973afb9ea3b56426fb4288/WD-9-079-22-pdf-data.pdf>

16) Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin: Dauer, Inhalte, Perspektiven, 14 September, 2020, <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/facharzt-weiterbildung/facharzt-weiterbildung-kinder-und-jugendmedizin>

17) Kinderärzte sehen Versorgung akut gefährdet, 8. November 2022, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138668/Kinderaerzte-sehen-Versorgung-akut-gefaehrdet>

에 의하면 조사대상 부모 중 3분의 1이 집주변에 소아청소년 병원이 없으며, 특히 인구가 5000명이 안되는 지역에 거주하는 부모의 반 이상이 소아청소년 병원이 부족하다고 응답하였다.¹⁸⁾ 2016년에 독일연방보건의사협회(Kassenärztliche Bundesvereinigung(KBV))에서 예측한 바에 따르면 2030년 의사수요는 많아지지만 의사의 공급이 감소하는데 특히 가정의학과와 소아청소년과에 문제가 발생할 것을 예측하였다.¹⁹⁾ 독일연방의회에서는 소아청소년과 전문의의 부족현상의 원인에 대해 의과대학 정원 수의 부족, 전문의를 위한 충분한 전문교육 및 지속적인 교육 공급의 부족, 새로운 소아과병원 설립 또는 기존 소아과의 인수가 제대로 되지 않는 현상 등을 지적하였다.²⁰⁾

소아청소년과 부족 현상은 젊은 의사들이 소아청소년과 병원의 개업을 꺼리기 때문인데, 주된 이유로 경제적 위험이 거론된다. 수당과 관련하여 어린이의 진료와 치료는 특별한 관심과 부모와의 상담이 필요하기 때문에 다른 전문과목에 비해 업무부담(Arbeitsbelastung)이 높음에도 불구하고 그 만큼의 수당으로 보상받지 못하는 것이다. 또한 소아과 진료의 어려움 그 자체도 거론된다. 이러한 업무부담 때문에 소아과 보조의료인도 부족하여 악순환이 계속되는 현상이 발생한다.²¹⁾ 이러한 문제로 인하여 소아청소년과를 개업하거나 인수하게 되면 일과 가정의 양립이 어려울 수 있고, 근무시간이 길어질 것을 우려하여 더욱 개업이나 인수를 꺼리게 되는 것이다.

(4) 독일의 의사부족 현상에 대한 대책

1) 외국의사의 수입

이러한 의사부족 현상에 대한 대책으로 독일에서는 EU의 다른 국가에서 의사를 초빙하는 것으로 어느 정도 해결하고 있다. 특히 폴란드, 체코, 헝가리 등

18) Umfrage: Ein Drittel der Familien ohne Kinderarzt in der Nähe, 10. Juli 2018, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96361/Umfrage-Ein-Drittel-der-Familien-ohne-Kinderarzt-in-der-Naehel#:~:text=Berlin%20%E2%80%93%20Jede%20dritte%20Familie%20hat,Holger%20Hofmann%20heute%20in%20Berlin>

19) Versorgung 2030 in Gefahr?, 05.10.2016, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Versorgung-2030-in-Gefahr-295573.html>

20) Deutscher Bundestag, Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin, WD 9 - 3000 - 079/22, 2022, S. 6

21) Zwanzig Absagen pro Woche: Hessens Kinderärzte am Limit, 01.09.2022, <https://www.hessenschau.de/gesellschaft/fachkraeftemangel-hessens-kinderaerzte-am-limit,kinderaerzte-personalmangel-100.html>

동유럽 출신의 의사들이 독일에 와서 의사직업을 수행하고 있으며, 최근에는 EU회원국이 아닌 제3국에서 인력 유입이 증가하는 추세로 파악된다.²²⁾ 외국 국적 의사는 2013년 약 2만 5,000명에서 2023년 약 5만 1,000명으로 두 배 정도 증가했다.

2) 외래진료 방식의 변화

앞서 설명한 바와 같이 의사부족 현상의 주된 원칙으로 은퇴의사 후 세대교체의 문제가 지적된다.²³⁾ 이에 대한 단기적인 방안으로 개업의들의 은퇴시기를 늦추거나 은퇴한 개업의들을 다시 진료하게 하는 방안이 거론된다.

장기적인 관점에서 공동병원 형식의 새로운 병원모델 형태의 도입이 이루어지고 있다. 새로운 의사들이 시간제 근무를 선호함에 따라 공동의료방식(Teamarbeit) 모델의 도입도 고려된다. 이러한 새로운 병원모델이나 의료방식은 시간 선택제 근무가 가능하고, 재정적인 부분에서도 장점이 있기 때문에 공동병원(Gemeinschaftspraxis)과 의료지원센터(Medizinische Versorgungszentren) 등 공동진료가 가능한 병원 증설이 논의되고 있다.²⁴⁾ 의료지원센터는 2004년 「법정의료보험현대화법」(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG)에 의해 설치가 허용되었으나 지방자치단체가 의료지원센터를 설립하는 것이 어려웠는데, 2011년 「법정의료보험공급체계개선법」(Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung)이 의회에서 통과되어 지방자치단체가 의료지원센터를 설치하는 것이 가능하게 되었다. 따라서 지방자치단체가 의료지원센터를 설립하고 운영하는 것이 가능하게 되면서 지방자치단체가 의사를 고용하여 운영하는 의료지원센터가 건립되었다.²⁵⁾

22) 독일 의료 인프라 현황 국제 비교, https://overseas.mofa.go.kr/de-bonn-ko/brd/m_12048/view.do?seq=1340348&srchFr=&srchTo=&srchWord=&srchTp=&multi_itm_seq=0&itm_seq_1=0&itm_seq_2=0&company_cd=&company_nm=

23) Gesundheitszentren für Deutschland-Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Robert Bosch Stiftung, 2021, S. 32; Hausarzt dringend gesucht : Wie Kommunen Ärzte aufs Land locken wollen, 2023. 02. 04. zdf, <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/aerzte-mangel-land-gesundheit-medizin-loesungen-100.html>

24) M. Sander, M. Albrecht, T. Kersting, R. Ochmann, S. Loos, Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern. Wissenschaftliche Untersuchung über die Zukunft der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern, iGES, 2015, S. 66

25) 마틴 알브레히트, 독일 주치의 공급의 지역격차, 국제사회보장리뷰 2017 여름 창간호 Vol. 1, 2017, 36쪽

각 주의 지방자치단체 차원에서의 지원책 혹은 유인책도 마련되고 있다. 주로 재정지원을 통해 농어촌 등 낙후 지역에 지역의사로 정착시키고자 하는 방안, 지원을 통해 구급차 등을 이용한 환자의 이동성 증진을 통하여 가정의의 활동 범위를 확장하는 방안, 원격의료를 통한 방안 등이 논의된다. 예를 들어 노르트라인 베스트팔렌의 게마인데인 크라넨부르크(Kranenburg) 지역에서는 게마인데에 정착하는 의사에게 25000유로의 정착금을 지원한다.

메클렌부르크-포르포메른주(Mecklenburg-Vorpommern)의 보건장관은 2022년 5월 장래의 소아과 의사를 위해 장학금, 창업지원금, 추가교육지원 방안을 발표하였다. 이를 위해 주는 500만 유로의 재정지원을 계획하였다. 소아과 의사가 되고자 하는 자는 장학금을 신청할 수 있고, 장학금을 받는 자는 최소 24개월을 그 주에서 봉직해야 한다. 소아과 고용이 된 전문의에게는 스타터보너스로 5000유로를 지급하며, 추가교육에 대한 지원방안도 마련한다.²⁶⁾

헤센주에서는 25,000명 미만의 도시 및 지방자치단체에 근무하는 의사들에게 월 400유로의 육아 지원금을 지급한다. Soest 지방자치단체의 경우 아예 의사유치를 담당하는 공무원을 배치하여 의사를 자치단체에 유치하고 이의 정착을 도우는 업무를 담당하게 한다.²⁷⁾

또 다른 방안으로는 가정의에게 소아과 진료를 담당하게 하는 방안이 이미 외래진료에서는 시행되고 있다.²⁸⁾

3) 의학교육 마스터플랜 2020(Masterplan Medizinstudium 2020)²⁹⁾

지방의 의사부족 현상에 대응하기 위한 중요한 조치는 연방과 각 주가 2017년 마련한 ‘의학교육 마스터플랜 2020’이라고 할 수 있다. 이 계획은 의료취약 지역(농어촌지역)의 의사부족 현상을 개선하고 지역의사 정착을 지원하기 위한 후속 조치를 마련하고 있다. 이에 따르면 원하는 주정부는 의대 입학조건을

26) Land will mehr Kinderärzt*innen für Mecklenburg-Vorpommern gewinnen, 25.05.2022, <https://www.nordic-market.de/land-will-mehr-kinderaerzt-innen-fuer-mecklenburg-vorpommern-gewinnen>

27) Deutscher Bundestag, Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin, WD 9 - 3000 - 079/22, 2022, S. 9 f. <https://www.bundestag.de/resource/blob/927138/cd9d4ee27b973afb9ea3b56426fb4288/WD-9-079-22-pdf-data.pdf>

28) M. Sander, M. Albrecht, T. Kersting, R. Ochmann, S. Loos, Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern. Wissenschaftliche Untersuchung über die Zukunft der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern, iGES, 2015, S. 70

29) Bundesministerium für Bildung und Forschung, Masterplan Medizinstudium 2020, <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html>

완화하고 의대정원의 10% 이내에서 전문의 과정 수료 후 10년간 가정의나 전문의가 부족한 의료취약지역에서 근무하기로 계약한 응시자(지역근무를 희망하는 응시자)에게 입학정원을 할당하는 지역의사할당제(Landarztquote)를 실시할 수 있도록 한다.³⁰⁾ 지역의사할당제의 시행 여부는 결국 각 주의 시행 의지에 달려 있는데 현재 실시하고 있는 주는 Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Saarland, Thüringen 11개 주이다. 지역의사 전형으로 입학한 자들은 각 주의 지원을 받아 공부하여 전문의가 된 후 10년간 그 지역에서 봉직하는 것을 계약하고 이를 이행하여야 하는데, 이를 위반하는 경우 250,000유로의 위약금을 지불하는 것으로 하였다. 지역의사할당제는 의료취약지역의 의사부족을 해결하기 위해 고안된 제도이다.³¹⁾

지역의사제를 도입하고 있는 거의 대부분의 주에서 주법을 제정하여 이를 시행하고 있다. 대표적으로 Baden-Württemberg주의 경우 바덴뷔어템부르크주의 공적 영역에서의 가정의 수급의 지원과 안정을 위한 법률(Gesetz zur Unterstützung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen des öffentlichen Bedarfs in Baden-Württemberg (Landarztgesetz Baden-Württemberg))을 2021년 제정하여 매년 75명을 지역의사전형으로 선발하고 있다. 이 법은 8개 조문으로 구성된 간단한 법률인데, 이 법률은 바덴뷔르템베르크 주 내 의료 서비스가 부족한 지역 및 부족 위험에 처한 지역에서 가정의 진료의 안정적 제공을 지원하기 위한 것이라고 목적을 밝히고 있다. 지역의사 지원자와는 이 주에서 의대입학전공의 사전 할당량 범위 내에서 지역의사 지원자를 선발하여 주와 공법상의 계약(Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrages)을 체결하는 것으로 규정하고 있다. 계약의 내용은 학업을 마친 후 가정의, 소아청소년과 또는 내과 전문의 수련과정을 이 주에서 이수하고 이 주의 수요지역에서 최소 10년간 가정의로 업무를 수행하는 것이다.

공법상 계약을 맺기 때문에 위약금 규정을 두고 있는데, 공법상 계약 체결 시 선정된 지원자는 제5조에 따라 계약상 의무를 이행하지 않거나 완전히 이행하지 않을 경우 최대 250,000유로의 계약위약금을 부담할 것을 약속해야 한다. 관할 기관은 지역의사의 의무 이행에 대해 신청이 있을 경우, 특별한 어려

30) 마틴 알브레히트, 독일 주치의 공급의 지역격차, 국제사회보장리뷰 2017 여름 창간호 Vol. 1, 2017, 37쪽

31) 김형선, 독일의 지역의사제 현황. 이슈브리핑 5호, 의료정책연구소, 2020 2쪽, https://rihp.re.kr/bbs/board.php?bo_table=policy_analysis&wr_id=83

움이 발생할 경우 계약위약금을 전부, 일부 또는 일시적으로 면제하거나 이행 기한을 연장할 수 있다. 이때 특별한 어려움이란 지원자 개인의 예측 불가능하고 자의적이지 않은 특별한 사회적, 건강상 또는 가족적 사유로 인해, 추가 교육 이수 또는 가정의 업무 수행이 일시적 또는 영구적으로 어려워 보이는 경우라고 규정하고 있다. 법이 비교적 간단하게 규정되어 있기 때문에 공법상 계약 체결에 관한 사항, 지원자의 의무 및 계약의 이행, 의사수요의 파악 및 예측, 위약금과 관련된 내용, 지원자의 의대 선발과 관련된 구체적인 내용, 선발된 지원자의 대학 배정 등에 관한 사항은 법령으로 위임하여 더 자세한 내용은 법령에서 규정하고 있다.

다른 주의 법률들도 이와 대동소이하다.

2. 일본의 사례

(1) 일본 의료체계 개관

일본의 의료 체계는 우리와 거의 유사하다. 특히 의료보험제도와 관련하여서는 일본의 제도를 우리가 참고하여 만들었기 때문에 한국과 일본의 의료체계는 거의 유사한 것으로 파악된다.³²⁾

일본은 우리와 유사하게 모든 국민이 공적의료보험 중 하나를 의무적으로 가입하도록 하는 의료시스템을 확립하고 있고, 근로자를 위한 직장보험, 지역보험으로서 직장보험에 가입하지 않은 75세 미만자를 위한 국민건강보험제도, 지역보험으로서 75세 이상 고령자를 위한 후기고령자의료제도로 크게 나눌 수 있다.³³⁾ 독일은 사회법전을 통하여 가정의 제도를 법제화하여 강제적으로 운영하지만 일본은 법제화된(강제된) 가정의 제도는 없지만 단골의사 개념을 두고 정부에서 국민들에게 단골의사를 이용할 것을 권장하는 것으로 파악된다.³⁴⁾

일본은 강제 의료보험제도를 택하고 있기 때문에 그 재원의 확보가 문제가 되는데, 국가와 지방자치단체가 비용을 각각 나누어 부담하는 것으로 되어 있다. 또한 지방의 의료제도는 도도현부와 시정촌 단위로 나누어져 있다는 점이

32) 남상요 등, 일본의 의료보험제도 및 진료비 지불체계에 관한 연구, 의료정책연구소, 2010, 1쪽

33) 홍성민, 기타기리 유키, 한일 양국의 지속가능한 의료보장법제 연구, 한국법제연구원, 2016, 39쪽

34) 일본의 의료보험 제도: 다보험자 체제 유지하고 강제지정제 도입 안해, Medigate, 2022. 01. 12. <https://www.medigatenews.com/news/1532033138>

특징이라고 하겠다. 이는 의료비용 부담과 의료제도가 국가가 지방, 또한 지방에서도 광역자치단체인 도도현부와 기초자치단체인 시정촌으로 나누어져 있기 때문에 의료정책에 대한 기본사항에 대한 결정을 국가에서 일방적으로 하는 것이 아니라 지방자치단체가 결정하고 이행하여야 할 사항이 많다는 점으로 연결된다. 즉 지방자치단체에서 의료수급과 같이 중요한 사항에 대해 결정해야 할 사항과 이에 따라 책임져야 하는 사항도 많게 된다.

예를 들어 의료법³⁵⁾에 따라 의료계획³⁶⁾을 수립해야 하는데, 지역에서 필요한 병상수, 의료제공체제 확보에 관한 사항, 필요한 의사 수와 확보방침 등을 도도부현에서 정해야 한다. 또한 도도부현은 지역의료대책협의회³⁷⁾를 마련하여 의료계획에서 정하는 의사 확보에 관하여 필요한 사항에 대해 협의하고, 협의가 성립되면 공표하도록 하고 있다.(의료법 제30조의23) 특히 의료법을 개정하여 의사 확보를 특히 도모해야 하는 구역에서의 의사 확보에 관한 사항을 결정함에 있어서 대학의 의대 입학자 중 일부를 다른 입학자와 구별하여 졸업 후 일정 기간에 걸쳐 도도부현에서 근무할 의사가 있는 자 중에서 선발하는 것, 일정 기간 이상 해당 도도부현에 주소를 둔 자 중에서 선발하는 것, 이러한 대학에 대해 필요한 지원을 할 수 있도록 규정하고 있다. 이러한 규정에 근거하여 지역정원입학제도 등이 마련되었다.

(2) 필수의료부족에 대한 대책

일본에서도 우리와 마찬가지로 소아청소년과 등 필수의료인력의 부족 현상과 농어촌 등의 의료 취약 지역의 의사 수급문제가 발생하고 있다. 이에 대한 대책으로 일본의 경우 지역정원제도, 자치의과대학 등의 방안을 마련하고 있고, 특히 인구의 감소로 인한 소아청소년과와 산부인과 전문의 부족 문제 등을 해결하기 위해 성육의료제도를 마련하여 추진하고 있다.

35) 의료법은 의료제공체계를 규율하는 법으로 의료기관과 의사, 간호사 등의 의료종사자에 대해 규율하는 법이다. 의료인의 자격에 관한 규율, 의료기관의 종류 및 개설 등에 관하여 규율하며, 의료종사자에 대해 규율하는 구체적인 법으로는 의사법, 치과의사법 등의 직종에 따른 법률을 따로 두고 있다.

36) 의료계획에는 응급 의료, 재해 시의 의료, 주산기 의료, 소아의료(소아응급의료 포함) 등의 확보에 대한 사항이 포함되어야 한다.

37) 특정기능병원, 지역의료지원병원, 공적의료기관, 공적의료기관 이외의 병원, 진료에 관한 학식과 경험이 있는 단체, 의과대학 등 의료종사자 양성기관, 사회의료법인 등의 관리자와 그 밖의 관계자로 구성됨

1) 자치의료대학 및 지역정원제도

먼저 일본의 의사수급 관련 정책은 계속해서 의대입학생을 증원하여 의사수급을 늘이는 방향으로 진행되었다.

1970년에는 의사 인구 1만명당 의사 15명을 목표로 의대입학정원을 증원하였고, 1983년에 이 목표를 달성하였다. 2006년에는 신의사확보종합대책(新醫師確保總合對策)과 긴급의사확보대책(緊急醫師確保對策)에 의하여 의사가 부족한 10현에 각 현마다 10명까지(자치의료대학도 10명)를 잠정적으로 증원하는 등의 입학인원 증원이 이루어졌다.³⁸⁾ 2010년에는 신성장전략(新成長戰略)에 의거하여 지역정원제도(「地域枠」制度)가 시행되었다. 2016년에는 의사의 공급과잉 문제가 발생할 수 있다는 문제가 제기되었고, 이후 의대 정원 감축을 위한 검토가 시작되었다.³⁹⁾ 인구가 감소하면서 학령인구가 줄어들어 따라 대학의 다른 과의 정원은 계속 감소하는 반면 의대 입학 정원은 계속 늘어나는 현상이 바람직하지에 대한 논의가 이루어지고 있다.⁴⁰⁾

의사부족현상과 의사지역편중 현상을 해결하기 위해 일본에서는 일찍이 자치의료제도가 운영되었고, 비교적 최근 지역정원제도가 시행되었다.

자치의료대학은 1972년 전국의 47개 도도부현이 의료 취약지역의 의사수급 확보와 의사인력 양성을 위하여 공동으로 설립한 의과대학으로 매년 100명 정도의 졸업생을 배출하고 있다. 자치의료대학은 사립대학으로 분류는 되지만 사실상 국공립대 의과대학과 유사한 지위를 가지는데⁴¹⁾, 그 운영과 장학금이 도도부현의 부담금과 국비로 지원되기 때문이다. 정부와 도도부현이 대학운영을 위한 재정을 부담하는데 정부에 비해 도도부현이 약 2배의 비용을 부담한다.⁴²⁾ 자치의료대학은 해당 지역에서 근무할 수 있는 의사를 배출하여 지방자치단체에서 근무하게 하는 것을 목적으로 하기 때문에 각 도도현부 별 2~3명의 입학생을 선발하여 대학에서 공동으로 교육하는 시스템으로 운영된다. 현재 123명의 입학생을 받고 있다.⁴³⁾ 의과대학 신입생은 출신 도도현부와 장학금 대여계약을 하게 되는데, 받은 장학금 대여 기간의 1.5배, 즉 6년 의학교육기준

38) 일본 후생노동성, 의료종사자 수급에 관한 검토회의 제34회 의사수급분과회, 2020. 3. 12. 9쪽; <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf>

39) 일본 후생노동성, 의료종사자 수급에 관한 검토회의 제34회 의사수급분과회, 2020. 3. 12. 5쪽

40) 일본 후생노동성, 의료종사자 수급에 관한 검토회의 제34회 의사수급분과회, 2020. 3. 12. 8쪽

41) 권주영, 일본의 의사인력 확충 정책과 시사점, 한국융합학회논문지 제11권 제11호, 2020, 349쪽

42) 김계현 등, 의사의 지역근무 현황 및 유인·유지 방안 연구-의사의 근무지역 선택 및 이동 관련 요인을 중심으로, 의료정책연구소, 2022, 30쪽

43) <https://www.jichi.ac.jp/english/medicine/admission/>

9년을 출신 도도부현이 지정하는 의료기관에서 근무하는 것으로 받은 장학금을 상환하는 것으로 하고, 근무하지 않게 되는 경우 대여금에 일정비율을 곱한 금액을 상환해야 한다.⁴⁴⁾ 즉 의대 6년을 장학금으로 공부한 후 9년을 해당 도도부현에서 근무하는 것으로 그 장학금을 상환하는 제도이다. 의무준수비율은 98.5% 정도로 상당히 높은 편이며, 의무기간 후 그 지역 의료기관에서 근무하거나 개원하는 비율도 약 70% 정도로 굉장히 높은 편이다.⁴⁵⁾

지역정원제도는 자치의과대학 만으로 지역의 의사부족 문제를 해결하기가 어려워 새로 만들어진 제도로, 각 지역의 대학에서 별도의 입학정원을 마련하여 장학금 등의 비용을 지원을 하고 일정기간동안 해당 지방자치단체에서 근무하도록 하는 제도이다. 2023년 기준으로 전체 80개 의대 중 69개 의대에서 이 제도를 도입하여 시행하고 있는 것으로 파악되고, 중대도시권에 있는 일부 대학을 제외한 대부분의 의대에서 이를 도입하고 있는 것으로 조사된다.⁴⁶⁾ 지역정원제도를 통해 입학하는 인원은 1626명으로 의대 총정원의 약 17%에 이른다.⁴⁷⁾ 현재 69개 대학이 학자금을 지원하는 제도를 두고 있어 지역정원제도를 도입한 대부분의 대학에서 장학금 지급제도를 도입하고 있다.⁴⁸⁾ 지역정원제도는 하나의 제도로 확정된 것이 아니라 각 지방자치단체와 대학마다 장학금 유무, 선발 시기(입시 시 또는 입학 후), 의무 이행 연수 설정 및 출신지 지정 유무 등의 차이에 따라 다르게 운영할 수 있는데, 제도의 유형이 다양하여 현재 제도의 총 수는 184개에 이르며, 크게 4가지 유형으로 분류할 수 있다.⁴⁹⁾ 예를 들어 학자금 지원을 전제로 별도 정원으로 선발하고 졸업후 일정 기간 의무이행을 부여하는 유형, 입학 후 지역정원을 선발하여 학자금을 지원

44) 김동진 등, 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구 - 농어촌 공공보건의료인력 확보방안, 한국보건사회연구원·한국농촌경제연구원, 2017, 47쪽

45) 김동진 등, 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구 - 농어촌 공공보건의료인력 확보방안, 한국보건사회연구원, 2017, 52-53쪽

46) 전국 의학부장 병원장 회의, 2023년도 지역 할당 입학 제도와 지역 의료 지원 센터의 설정에 관한 조사 보고서(全國醫學部長病院長會議, 令和5年度 地域枠入學制度と地域医療支援センターの實情に關する調査報告), 2024, 6쪽

47) 전국 의학부장 병원장 회의, 2023년도 지역 할당 입학 제도와 지역 의료 지원 센터의 설정에 관한 조사 보고서(全國醫學部長病院長會議, 令和5年度 地域枠入學制度と地域医療支援センターの實情に關する調査報告), 2024, 8쪽

48) 전국 의학부장 병원장 회의, 2023년도 지역 할당 입학 제도와 지역 의료 지원 센터의 설정에 관한 조사 보고서(全國醫學部長病院長會議, 令和5年度 地域枠入學制度と地域医療支援センターの實情に關する調査報告), 2024, 6쪽

49) 전국 의학부장 병원장 회의, 2023년도 지역 할당 입학 제도와 지역 의료 지원 센터의 설정에 관한 조사 보고서(全國醫學部長病院長會議, 令和5年度 地域枠入學制度と地域医療支援センターの實情に關する調査報告), 2024, 8쪽

하고 졸업후 일정기간 의무이행을 부여하는 유형, 학자금을 지원하지 않고 별도의 정원으로 선발을 하여 졸업후 일정기간 의무이행을 부여하는 유형, 학자금을 지원하지 않고 별도의 정원으로 선발하지만 졸업후 의무이행기간이 명시되지 않아 강제되지 않는 유형으로 나눌 수 있다.⁵⁰⁾ 학자금 등 재정적인 지원을 받은 경우 지원받은 기간의 1.5배에 해당하는 9년 정도를 해당 지방자치단체의 의료기관에서 근무하는 것으로 학자금 상환이 면제된다. 지역정원제도 출신 의사가 대학소재지에 정착하는 비율은 약 87%인 것으로 조사된다.⁵¹⁾ 일본의 경우 자치의대와 지역정원제도 등을 통해 의사가 된 경우 해당 지방자치단체에 정착하는 비율이 70%~87%로 비교적 높은 것을 알 수 있고, 이러한 정착률로 보았을 때 성공한 제도라고 할 수 있겠다.

2) 성육의료기본법(成育醫療基本法)⁵²⁾

자치의대와 지역정원제도는 지역의 의사수급 문제를 해결하기 위한 방안으로 설계된 것이다. 이와 함께 소아와 산부인과 전문의 부족문제도 일본에서 문제되었기 때문에 이에 대한 해결책으로 임신부터 출산과 육아까지를 하나의 복지, 의료 카테고리 묶어서 의료와 복지서비스를 제공하고자 하는 시도가 일본의 성육의료구상이다.

일본은 산모와 어린이를 통합하여 임신, 출산, 육아를 전반적으로 케어하려는 오랜 논의를 거쳐 성육의료기본법(成育醫療基本法)을 제정하였다. 이는 비인기과목인 산부인과와 소아과 의료체계와 아동복지 영역을 총괄하여 이를 종합적으로 관리하고자 하는 시도로 2018년 12월 14일 공포되어 2019년 12월 1일에 시행된 법률이다. 이를 통해 저출산과 임신부 의료환경 문제를 같이 해결하고자 하며 지역과 상관없이 주산기 임신부와 지역 소아의료 유지를 필수적으로 유지하기 위한 지원대책 마련의 근거법률로 작용하고 있다.⁵³⁾

이러한 성육의료 정책은 성육과정에 있는 자 등이 거주하는 지역과 상관없이 동등하게 과학적 지식에 기초한 적절한 성육의료 등을 제공받을 수 있도록,

50) 김동진 등, 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구 - 농어촌 공공보건의료인력 확보방안, 한국보건사회연구원, 2017, 54쪽

51) 권주영, 일본의 의사인력 확충 정책과 시사점, 한국융합학회논문지 제11권 제11호, 2020, 349쪽

52) 정식명칭은 ‘성육 과정에 있는 자와 그 보호자 및 임신부에게 필요한 성육 의료 등을 끊임없이 제공하기 위한 정책의 종합적인 추진에 관한 법률(成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に對し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に關する法律)’

53) 이대론 소청과 불피 못 막는다... 日 벤치마킹 ‘양육의료법’ 대안, 뉴데일리, 2022.12.21. <https://biz.newdaily.co.kr/site/data/html/2022/12/21/2022122100150.html>

즉 사회적 경제적 상황과 관계없이 안심하고 차세대 사회를 담당할 아이를 낳고 키울 수 있는 환경이 정비되도록 추진하는 것을 목표로 한다.

이를 위해 국가는 성육의료 등의 제공에 관한 정책을 종합적으로 수립하고 실시할 의무를 가지고, 지방자치단체는 성육의료 등의 제공에 관한 국가의 정책과의 연계를 도모하면서, 동시에 그 지역의 특성에 따른 정책을 수립하고 및 실시할 의무를 가진다.

이러한 의무의 이행을 위하여 국가와 지방자치단체는 성육과정에 있는 자 및 임산부에게 성육과정의 각 단계에 따른 양질의 적절한 의료가 제공될 수 있도록 의료제공체제 정비, 구급의료 내실화 및 그 밖의 필요한 방안을 강구하여야 한다. 국가와 지방자치단체는 성육과정에 있는 자와 임산부의 건강 유지 및 증진을 도모하고, 아울러 성육과정에 있는 자의 보호자 및 임산부의 사회로부터의 고립 방지, 불안의 완화, 성육과정에 있는 자에 대한 학대 예방 및 조기 발견에 도움이 되도록, 지역 또는 학교에서의 성장 과정에 있는 자 또는 임산부에 대한 건강진단 또는 건강진단의 적절한 실시, 성육과정에 있는 자 등의 심신의 건강 등에 관한 상담지원체제의 정비 그 밖의 필요한 시책을 강구하여야 한다.

소아의료 체제와 관련하여 어린이가 지역에서 휴일·야간을 포함해 언제든지 안심하고 의료서비스를 받을 수 있도록 주치의 기능의 보급과 동시에 소아초기응급센터나 소아급의료거점병원, 소아구명응급센터 등의 정비 등을 통하여 소아의료체제의 내실화를 도모한다. 또한 소아의료 등을 담당하는 간호사 등의 정착·이직 방지 등을 도모하기 위해 간호사를 포함한 의료종사자의 근무환경 개선을 위한 대처를 계획적으로 추진한다.

이러한 성육의료 제공의 기본적인 사항은 의사와 간호사, 병원 등의 인프라를 구축하는 것이 진체가 되기 때문에 성육의료기본법에 따라 지역의 소아청소년과 의사의 수급 문제의 해결 또한 기대할 수 있을 것으로 생각된다.

IV. 지역의사제도의 헌법적 문제

1. 지역의사제도의 헌법적 정당화

인구의 감소와 인구구조의 변화로 의료인력이 재편되는 것은 필요하고 당연하다고 할 것이다. 최근 우리나라에서는 의대정원 확대 문제로 많은 진통을 겪

었다. 이 글에서는 의대정원의 확대로 의사수를 늘이고자 하는 논의를 하고자 하는 것은 아니다. 다만 지역소멸, 지방소멸 문제가 심각하게 논의되는 우리나라에서 의료의 편재가 점점 심각해지고 있고, 지방에 사는 국민들은 최소한의 의료혜택을 받지 못할 지경에 이르렀거나 위험이 커졌기 때문에 개인사업자로서의 병원과 개업의의 직업의 자유 등의 문제, 지방자치단체 차원의 문제가 아니라 국가적 차원에서 기본권 보호의무의 이행의 관점에서 이 문제를 바라볼 필요가 생겼다.

우리 헌법에서는 생명권과 건강권에 대한 명문의 규정은 없다. 다만 생명이 없는 상태에서는 인간의 존엄과 기본권 보장에 대한 논의가 무의미해지기 때문에 기본권 중의 기본권으로 생명권은 당연히 보장된다고 본다.⁵⁴⁾ 그 헌법적 근거를 어디에서 찾을 것인지에 대해서는 헌법 제10조의 인간의 존엄과 가치, 헌법 제12조의 신체의 자유, 이 두가지 조항, 또는 제37조 제1항의 헌법상 열거되지 아니한 권리에서 도출된다는 주장이 있다.⁵⁵⁾ 헌법재판소도 “헌법 제10조는 “인간의 존엄과 가치”에 대한 국가의 보장의무를 규정하고 있는데, 사람의 신체와 생명은 인간의 존엄·가치의 근본이므로 사람의 생명이나 신체에 위해를 발생케 할 우려가 있는 의료행위에 대한 규제는, 바로 인간의 존엄과 가치를 보장해야 하는 국가의 헌법적 의무라고도 할 수 있다.”라고 하여 생명권을 인정하고 있다.⁵⁶⁾ 또한 생명권은 방어권으로서의 생명을 침해받지 않을 권리와 생명보호를 위한 여건을 마련할 것을 요구할 수 있는 사회권으로서의 생명권을 포함하는 것으로 이해할 수도 있다.⁵⁷⁾

건강권도 마찬가지로 헌법의 명문의 규정은 없지만 헌법재판소는 “의료인이 아닌 자의 의료행위를 전면적으로 금지한 것은 매우 중대한 헌법적 법익인 국민의 생명권과 건강권을 보호하고 국민의 보건에 관한 국가의 보호의무(헌법 제36조 제3항)를 이행하기 위하여 적합한 조치”라고 판단하여 건강권도 기본권의 하나로 파악하고 있다. 또한 헌법재판소는 헌법 제36조 제3항 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라는 규정에서 국민의 보건권에 대한 국가의 보호의무를 도출하여 국민의 건강권과 보건권을 거의 유사하게 보고 있다.⁵⁸⁾ 건강권과 보건권을 구분하고자 하는 견해도 있지만⁵⁹⁾, 이 글에서는 의

54) 김수갑, 기본권으로서의 생명권, 과학기술과 법 제1권 제1호, 2010. 6, 1쪽

55) 이에 대한 자세한 내용은 김민우, 생명권에 관한 헌법적 논의, 법학논고 제42집, 2013, 6쪽 이하 참고

56) 헌재 1996. 10. 31. 94헌가7

57) 양건, 헌법강의, 법문사, 2011, 299쪽

58) 헌재 2010. 7. 29. 2008헌가19등

료소외지역인 지방에서의 의료서비스의 제공에 대한 논의를 하고자 하므로 건강권과 보진권을 유사하게 보고 논의를 하고자 한다.

생명권과 건강권은 자유권적 기본권으로 대국가적 방어권이기도 하지만 다른 한편으로는 국가의 존재 목적이라고 할 수 있는 국민의 생명, 신체에 대한 보호, 안전의 보장이라는 측면에서 국가에 최소한의 서비스를 요구할 수 있는 사회권적 성격도 가진다고 할 수 있겠다. 따라서 지방에서 의료서비스가 제대로 제공되지 않아 지방에 사는 국민들의 생명과 건강에 심각한 위해가 발생할 우려가 있는 경우 국가는 국민의 생명을 보호하기 위해 적어도 적절하고 효율적인 최소한의 보호조치를 취할 의무가 발생하는 것이다. 이러한 보호의무의 이행으로 입법자는 지역의사제를 입법하여 지역에서 의사가 강제로 머물게 하여 최소한의 의료인력이 지방에 상주할 수 있는 방법을 택하였다. 이러한 방법은 평등권 차원에서 의료소외지역에 사는 국민들과 의료시설이 충분한 지역에 사는 도시에 거주하는 국민들 사이의 차별을 줄인다는 측면에서도 헌법적으로 정당화될 수 있을 것이다.

헌법재판소도 의료기관 확보와 관련하여 “국가가 의료보장의무를 이행하기 위해서는 국민에게 질병·부상에 대하여 걱정할 요양급여를 행해야 하며, 이를 위해서는 요양급여를 제공할 수 있는 적정수의 의료기관과 약국을 확보해야 한다.”라고 하여 국가가 국민의 건강을 위해 적절한 의료기관을 확보할 의무가 있음을 판시한 바 있다.⁶⁰⁾

지방 또는 의료소외지역에 거주하는 국민의 생명, 신체를 보호하고 건강을 증진하기 위한 이러한 조치는 공익의 실현, 평등원칙의 차원에서 헌법적으로 정당화된다고 할 수 있겠고, 지방에 사는 국민들은 환영할 만하지만 이러한 조치로 인하여 지역의사들의 기본권, 예를 들어 직업의 자유, 거주이전의 자유, 평등권 등이 문제될 수 있다.

즉 지역의사가 아닌 보통의 의사들은 의대졸업 또는 전문의 자격 취득 후 원하는 지역에서 개업하거나 진료를 할 수 있고, 원하는 전공을 선택할 수 있음에 반하여 지역의사들은 정해진 지역에서 10년간 강제로 의무복무를 해야 하고 또한 정해진 전공과목의 전문의가 되어 진료를 해야 하기 때문에 직업수행의 차원에서(전공과목 선택의 강제와 관련하여서는 직업선택의 자유도 문제될 수 있을 것이다) 기본권 제한이 발생한다. 또한 정해진 지역에 거주하는 것은 강제되지

59) 이에 대한 자세한 논의는 조하늬, 지역소멸과 지역의료를 둘러싼 헌법적 문제 - 건강권 보장을 중심으로 -, 유럽헌법연구 제48호, 2025, 446쪽 이하 참고

60) 헌재 2002. 10. 31. 99헌바76등

않으나 실제로 의료행위를 하기 위해서는 그 지역에 거주해야 하기 때문에 정해진 지역에 거주할 것이 사실상 강제되어 거주이전의 자유에 대한 제한도 발생한다. 그리고 결국 지역의사제도는 장학금 등 지원금을 통하여 이러한 기본권 제한을 받아들이고자 하는 인재를 모집하는 형태이기 때문에 지원자의 재정상황에 따른 평등문제도 지적된다. 또한 지역의사제가 도입되어 입학정원의 일정비율을 지역의사지원자에게 할당하게 되면 일반 지원자들의 평등권이나 직업선택의 자유도 문제될 수 있다.

결국 지역의사제도는 지방의 의료소외지역에 사는 국민들의 생명, 건강과 관련된 권리의 보장이라는 공익과 지역의사로 의무복무하는 자들의 사익 간의 비교형량을 통해 헌법적으로 정당화될 수 있을 것이다. 또한 공익이 사익보다 중대하다고 하더라도 지역의사의 제한되는 기본권을 최소화하기 위한 노력이 병행되어야 함은 물론이다.

현재 지역의사를 선발하여 이들을 10년간 의료소외지역에 의무복무하게 함으로써 이들의 기본권을 제한할 만큼 의료소외지역의 상황이 심각한지, 지역과 수도권 간의 양극화가 심각하여 이를 국가가 조정할 필요가 있는지에 대해서는 지방에 사는 국민은 물론 수도권과 대도시에서 사는 국민들도 그 필요성과 공익에 대해서는 인정할 수 있을 것이다. 이와 관련하여 최근 헌법재판소의 판례를 소개한다. 「지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률 시행령」이 의대, 한의대, 치대, 약대 등의 주요과목에 대해 강원과 제주는 20%, 그 밖의 지방대학에서는 최소 40%를 해당지역출신자로 선발하도록 한 것에 대해 헌법재판소는 “심판대상조항은 지역 출신의 인재를 양성함으로써 지역 간의 균형 있는 발전을 도모하기 위한 것이다. 지역의 우수한 인력 유출과 수도권과 지역 간 불균형의 심화 및 이에 따른 각종 사회적 폐단이 국가적인 문제로 대두되고 있는 현 상황에서 이러한 공익은 중대하다.”, “지역 간의 균형 발전에 대한 국가적·사회적 요청의 강도를 고려하여 볼 때 40%라는 최소 입학 비율이 절대적으로 높다고 보기는 어렵다”라고 판시하여⁶¹⁾ 지역간의 균형있는 발전을 위한 정책의 필요성과 공익을 pingzang히 중요하게 판단하고 있다.

2. 지역의사제도의 개선 방안

지역의사제도를 신설하고 지역의 인재를 지역의사로 선발하여 이들에게 장

61) 헌재 2025. 7. 17. 2021헌마1572

학급 등의 지원을 하여 10년간 해당지역에서 강제로 의무복무를 하게 하는 것이 위헌이 될 정도로 지역의사의 기본권을 침해하지는 않는다고 하더라도, 또한 이러한 기본권 제한을 능가할 정도로 지역의 의료수급사정이 좋지 않아 국가적 차원에서 이러한 강제조치를 하여 보호의무를 이행하는 것의 공익과 필요성이 크다고 보더라도 지역의사 등의 기본권 제한을 최소화하는 노력은 필요하다고 할 것이다.

(1) 전문과목 제한과 10년 의무복무

지역의사 제도의 가장 중요한 위헌 논의는 지역의사의 직업의 자유에 대한 제한이고 이는 10년의 기간동안 일정한 지역에서 근무를 하도록 강제하는 제도이기 때문이다. 따라서 위에서 설명한 정도의 공익으로 지역의사의 직업의 자유나 거주이전의 자유의 제한이 헌법적으로 정당화될 수 있을 것인지가 문제이다. 직업의 자유의 제한과 관련하여 10년간 의무복무가 직업선택을 제한하는 것인지, 직업수행을 제한하는 것인지가 문제되는데, 의사면허는 취득하지만 의사로 진료하고자 하는 지역을 한정하는 것이기 때문에 직업수행의 자유의 제한이라고 볼 수 있을 것이다. 직업수행의 자유는 직업선택의 자유의 제한보다는 공익과의 비교형량에서 덜 중요한 공익으로도 제한이 정당화될 수 있기 때문에 이 정도의 제한은 현재 상황에서는 헌법적으로 정당화될 수 있을 것으로 생각된다.

또한 10년 의무복무기간을 채워야 의료면허가 인정되는 조건부 면허의 형태, 즉 의무복무를 채우지 못하면 의료면허가 박탈되는 문제와 관련하여 이것이 직업의 자유를 침해하는지에 대한 논란이 있는데, 법률에서는 이러한 제한을 정당화하고 침해를 최소화하기 위해 시정명령, 1년 정도의 의사면허 자격정지, 자격정지 3회이상인 경우에 면허취소, 취소후 의무복무 이행을 하면 다시 면허를 재교부 받는 등의 절차를 두어 덜 침해적인 방법으로 면허제도를 운영하고자 규정되어 있다.

의무복무기간과 관련하여 10년이라는 기간이 너무 과도하여 직업의 자유를 제한하는지에 대한 문제에서는 10년의 기간의 산출기간에 대한 정부의 설명이 있어야 할 것으로 생각된다. 독일의 경우는 이를 공법상 계약이라고 규정하고 10년의 기간으로 지역의사와 계약을 하기 때문에 10년이라는 기간이 산정되었고, 일본의 경우 6년동안 지원하는 지원액에서 1.5배를 계산하여 9년이라는 기간을 산정하였다. 우리의 경우 10년이라는 기간이 위헌인지 아닌지와 상관없이 왜 10년이라는 기간동안 지역에서 근무해야 하는지에 대한 근거나 이유를 정

부가 밝힐 필요가 있다.

이와 관련하여 유사한 제도인 군법무관 제도를 참고할 수 있다. 군법무관 제도는 군법무관 임용시험에 합격한 군법무관들에게 군법무관시보로 임용된 때부터 10년간 근무하여야 변호사 자격을 유지하도록 하는 제도인데, 이 제도가 직업선택의 자유를 침해하는지에 대한 사건에서 헌법재판소는 장기간 복무할 군법무관을 효과적으로 확보하여 군사법(軍司法)의 지속적이고 효과적인 운영에 기여할 수 있고, 군 내부의 법치주의 실현에 대한 공공의 손실과 위험을 방지하기 위한 것으로 직업선택의 자유를 침해하지 않는 것으로 판시한 바 있다. 그리고 10년의 의무복무와 관련하여 육군, 해군, 공군 사관학교를 졸업한 장교의 경우 10년의 의무복무기간을 군인사법에서 규정하고 있기 때문에 군법무관도 장기복무 장교로 10년의 의무복무기간을 적용받는 것의 예를 들어 정당한 것으로 판단하고 있다.⁶²⁾ 장기 군의관도 의무복무 기간이 10년이다. 개인적인 의견으로 지역의사 의무복무기간을 10년으로 정한 것은 이러한 유사한 규정을 참고하지 않았을까 예상된다. 이러한 직업과 비교하면 지역의사는 6년의 교육기간이기 때문에 10년은 지원받은 것에 비해 오히려 짧은 기간이라고 할 수 있을 것이다. 이러한 점을 고려하여 국군의무사관학교 설치와 관련한 논의에서는 15년을 의무복무기간으로 산정하여 논의하고 있다. 6년간 장학금 등의 지원을 받고 10년의 기간을 의무복무하는 것은 과잉하다고 하기는 어려울 것이지만 10년의 기간이 왜 산정되었는지에 대해서 설명은 필요할 것으로 생각된다.

그리고 지역의사 전형으로 입학한 학생의 경우 전공과목 선택이 제한되는 것과 관련하여 직업선택의 자유 제한이 문제될 수 있다. 하지만 이 법률의 제정목적이 지방에 필요하지만 충원되지 않는 필수의료 인력의 확보이기 때문에 전공과목 선택이 제한되는 것은 지원자들이 감수한 것으로 볼 필요가 있다. 즉 지원자가 입학할 때 이미 선택할 수 있는 전공과목이 고시되어 있다면 이를 수용하는 경우 지원을 하면 되고, 그 전공과목을 선택하기 싫은 경우 다른 유형으로 지원을 하면 되기 때문이다. 지역의사 선발비율은 대통령령으로 정하도록 위임하고 있고 대통령령안에서는 보건복지부 장관이 정하여 고시하도록 하고 있기 때문에 아직 얼마나 지역의사선발전형으로 모집할지는 모르지만 독일의 경우 10%이내, 일본의 경우 정원의 16~17%를 지역의사로 선발하기 때문에 이 정도로의 비율로는 직업선택의 자유를 침해한다고 보기 어려울 것이다.

62) 헌재 2007. 5. 31. 2006헌마767

다만 문제는 지역에 필요하여 지정된 전공을 선택하여 수련을 받았으나, 실제 그 전공과목으로는 그 지역에서 기본적인 소득을 얻기 어려운 경우를 상정할 수 있을 것이다. 지금의 안으로는 의무복무 기간 중 지역의료기관, 보건소, 공공의료기관 등에서 근무하는 것을 계획하고 있지만, 지역에 이러한 의료기관이 없는 경우 어떻게 할 것인지, 개업을 하게 한다면 기본소득을 어떻게 보장할 것인지에 대해 논의할 필요가 있다. 10년간의 의무복무 기간 동안 실질적으로 기본적인 소득 또는 평균소득을 유지할 수 있는 방안의 마련이 필요하고, 이러한 방안마련 없는 상태에서 해당 지역에서 계속 근무하게 하는 것, 또는 그 전공을 선택하게 하는 것은 지역의사의 기본권을 침해할 수 있으므로 이에 대한 대책을 마련하여야 기본권 제한이 정당화될 수 있을 것으로 생각된다.

(2) 제도의 실효성 문제

지역의사제도를 반대하는 중요한 이유 중 하나로 이 제도의 실효성이 논의된다. 의무복무가 끝난 후 이들 지역의사가 계속 그 지역에 남아서 의료서비스를 제공할 것인지, 아니면 의사면허를 취득한 후 도시지역으로 이탈할 것인지에 대한 논의이다. 일본과 독일의 경우 70% 이상의 정착률을 보이는데, 우리의 경우 이 정도는 되지 않을 것으로 생각된다. 지역의사의 지역정착을 위해서는 의료제도 뿐만 아니라 지역 정착을 위한 인프라 구축, 의무복무 후 정착한 경우에 지방자치단체 차원의 인센티브(독일은 지방자치단체 차원에서 정착금과 생활비나 교육비 보조 등을 제공)가 필요할 것으로 생각된다.

다만 지방의 필수의료인력이 부족하여 이를 보완하기 위해 일정수의 의사를 10년간 의무적으로 지방에 머무르게 하는 것이 우선적인 목적이므로 지역의사의 지방정착 여부는 부수적인 목적에 불과하여 이 문제는 향후 지방소멸 문제와 연계하여 국가 전체적인 차원에서 논의되어야 하는 문제이다.

(3) 정원외 모집과 정원내 모집

의대정원이 한정되어 있고, 수험생들 사이에 의대 진학에 대한 열망이 대단한 최근의 상황에서 의대정원의 약 10% 정도를 지역의사선발유형으로 할당하게 되면 의대 진학을 희망하는 학생에게 그 만큼의 진학가능성이 줄어드는 것이기 때문에 이 부분에 대한 논의가 필요하다.

독일의 경우 전체 의대정원 내에서 각 주가 결정하는 할당만큼 지역의사를 선발하고 있다. 일단 독일의 경우 의사에 대한 인기가 우리의 경우 만큼 높지 않고, 현재 의료인력 부족 문제로 의대 정원을 증원하는 과정에서 지역의사 할당

부분을 결정하면서 전체 정원이 확대되고 있기 때문에 큰 문제가 되지 않는다.

의대에 대한 인기와 입시경쟁이 치열하기 때문에 한정된 의대정원에 대해 40%의 지역전형이 있고, 또한 지역의사선발전형이 10% 가까이 늘어나게 되면 50% 이상을 지역출신 인재로 선발하게 되어 의대 입학과 관련한 평등문제, 직업선택의 자유(직업교육장 선택의 자유)에 대한 문제가 발생할 수 있다. 우리나라에서 의대 정원의 확대는 굉장히 민감한 주제이고 전문의가 되기까지 약 10년이 걸려 수급을 예상하기도 어렵기 때문에, 의사수의 부족에 대한 연도별, 전공별 등 여러 분석요인에 대한 과학적인 분석을 통해 결정되어야 하겠지만, 과도기적으로 지역의사의 정원의 선발을 추진해 볼 수 있다.

일본의 경우 우리와 유사하게 입시에 대한 경쟁이 치열한데, 일본은 지역정원제 의사를 정원외로 선발하는 것을 선택할 수 있도록 하여 이러한 문제를 해결하고 있다. 지방소멸이 가속화되고 지방의 의료서비스가 괴멸되고 있는 현재 과도기적으로라도 지역의사 정원외 선발을 통해 이러한 현상을 완화할 수 있을 것으로 생각되므로, 이에 대한 분석이 필요할 것으로 생각된다.

지역의대, 공공의대 등의 설립을 통해 의대입학정원을 늘리고자 하는데, 이러한 정책보다는 기존의 의대에서 정원외로 지역의사를 선발하도록 한다면 지역의대나 공공의대 설립이 필요 없을 수도 있을 것이다. 일본에서 정원외로 지역정원제 의사를 1600여명 이상 선발하고 있는 점을 참고할 필요가 있다.

(4) 지원금 반환 문제

지역의사제도의 핵심은 의대교육기간 6년 동안 지방자치단체나 국가에서 지원금을 지급하여 공부하게 하고 이를 이유로 10년간 일정 지역에서 의무복무를 하게 하는 것이다.

그렇다면 이렇게 의무복무를 할 수 있도록 강제하는 이유는, 또는 법적 근거는 무엇인지에 대한 부분이 법령에서 빠져 있다. 이는 지원금 반환과 관련하여 문제가 된다.

일본의 경우 학자금 지원을 학자금 대여라고 보고 학자금을 지원받는 기간의 1.5배만큼 근무를 통하여 상환하는 개념으로 지역정원제도를 설계하고 있다. 독일의 경우에는 법률에 아예 공법상의 계약임을 명시하고 의무복무를 이행하지 않는 경우 250,000유로의 위약금을 지불하여 이 계약을 해지할 수 있도록 규정하고 있다. 따라서 의무복무를 이행하지 않는 경우 금전적인 불이익을 당하긴 하지만 의사면허를 취소당하는 등의 불이익은 없게 된다.

우리의 경우 의무복무를 이행하지 않는 경우 조건부로 의사면허가 취소되고,

위약금 등 금전적인 상황에 대한 규정도 두고있지 않아 이러한 강제조치의 법적 성격에 대한 의문이 있다.

이와 유사한 제도인 각 군의 사관학교, 경찰대학 등의 경우 의무복무기간을 채우지 못한 경우 금전적인 상황으로 이를 대신할 수 있도록 하는 반면 지역 의사제도에서는 이러한 규정이 없어 직업의 자유에 대한 침해, 평등권에 대한 침해가 될 수 있을 것으로 생각된다.

의대입학이 과열되어 있는 현재 이러한 금전상환제도가 있다면 지역의사 제도가 제대로 시행되지 못할 가능성이 굉장히 높은 것이 사실이다. 즉 금전적인 불이익으로 의사면허를 대신할 수 있도록 하게 되면 이 제도의 실효성이 사라지게 될 가능성이 높은 경우라 하더라도 아예 이러한 규정이 없다면 다른 의무복무를 규정한 법률(직업)과의 평등의 문제가 발생할 수 있고, 과잉하게 직업의 자유를 침해하는 것이 될 수 있을 것이다. 따라서 지역의사선발유형으로 입학한 자들에게 공법상의 계약을 맺고, 특약으로 위약금을 지원금액의 5~10배, 또는 그 이상으로 산정하여 징벌적 손해배상에 가까운 금액을 위약금 형태로 규정하는 것도 한 방법이 될 수 있다.

(5) 지원 재원의 마련 문제 등

그 밖에 이 제도의 시행을 위해 필요한 재원을 어떻게 마련할 것인지도 문제이다. 국가가 이 비용을 감당할 것인지, 수혜를 받는 지방자치단체에서 이 비용을 감당할 것인지가 문제가 될 것이다. 의료서비스의 제공이 국가의 보편적 의무라고 할 수 있을 것인지, 따라서 이러한 균질한 의료서비스 제공이 국가의 의무인지, 아니면 복지서비스에 불과하기 때문에 지방자치단체가 담당해야 하는 것인지에 대한 논의가 필요할 것으로 생각된다.

이 외에 지역의사 선발인원과 같은 중요한 사항은 대통령령에 위임하였으나, 대통령령에서 다시 보건복지부 장관의 고시로 위임하는 것에 대한 백지위임과 유사한 재위임문제, 지역의사가 근무할 수 있는 공공의료기관의 확충이나 시설에 대한 투자의 문제도 같이 논의되어야 한다.

V. 나가며

필수의료인력 부족 현상, 특히 의료취약지역(농어촌 지역)에서의 필수의료인

력 부족현상은 우리사회의 심각한 사회문제로 대두되었고, 이를 해결하기 위한 방안으로 최근 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」을 제정하여 시행을 앞두고 있다. 이러한 제도의 도입의 필요성은 인정되지만, 지역의사의 기본권 제한이 최소한이 되도록 제도가 설계되어야 할 것이고, 이 제도를 통하여 지역의 필수의료인력 확보가 가능하도록 시행되어야 할 것이다. 이러한 문제에 대해 살펴보기 위해 법률과 법령의 주요 내용을 분석하고 비교법적 관점에서 독일과 일본의 유사한 제도에 대해 살펴보았다.

우리가 이 제도를 도입하기에 앞서 독일과 일본 모두 유사한 제도를 도입하였다. 독일의 경우 의과대학에 정원의 10% 이내에서 취약지역에서 근무하고자 하는 자를 선발하여 학자금 지원과 10년간 해당지역 근무라는 공법상 계약을 체결하여 근무하게 하는 지역의사할당제(landarztquote)를 도입하고 있다. 일본의 경우 1970년대부터 자치의과대학을 설치하여 120명 정도의 지역의사를 배출하여 지역에서 근무하게 하였으나 이로는 부족하자 지역 의과대학에 별도의 정원으로 지원자를 선발하여 장학금 등을 지원하고 졸업 후 9년동안 해당 지방에서 근무하도록 하는 지역정원제도를 도입하여 시행하고 있다. 시행한지 20년이 다 되어가는데 지방정착률이 70% 이상이 되는 등 긍정적인 효과를 나타내는 것으로 파악된다.

우리도 이러한 외국의 예를 참고하여 6년간 학자금과 생활비 등을 지원하고 10년간 해당 지방자치단체에서 의무복무를 하게 하는 지역의사제도를 도입하였다. 지방소멸, 지역에서의 필수의료인력 부족 문제는 더 이상 간과할 수 없을 정도로 심각해졌기 때문에 이 제도의 도입의 목적과 필요성은 인정된다 할 것이고, 이 제도를 통해 실현하고자 하는 국민의 생명과 건강의 보호 역시 중요한 공익이라고 할 수 있을 것이다. 다만 지역의사전형으로 선발되어 10년간 해당 지역에서 강제로 의무복무를 해야 하는 지역의사의 직업의 자유, 거주 이전의 자유 등의 기본권 제한 문제가 논의되기 때문에 이러한 제한의 정당성에 대해 글에서 논증하였다. 다만 이러한 제도가 헌법적으로 정당화된다고 하더라도 지역의사의 기본권을 최소한으로 제한하는 방향으로 제도가 설계되어야 하기 때문에, 전문과목 선택의 제한과 10년의 기간의 문제, 정원의 선발 가능성과 의무이행을 하지 않는 경우에 있어서의 문제(지원금 반환 문제) 등에 대해서는 입법개선과 더 많은 논의가 필요할 것으로 생각된다. 또한 이 제도의 실현을 위한 재정마련 방안에 대해서도 앞으로 논의가 되어야 할 것이다.

[참고문헌]

- 대한소아청소년과학회, 소아청소년과 진료 인력급감과 진료대란 대비를 위한 대한 소아청소년과학회 성명서, 2022.12.09. 보도자료
- 대한소아청소년과학회, 소아청소년과 전공의 인력 공백으로 인한 진료체계 위기, 대한소아청소년과학회 보도자료, 2022.03.17.
- 대한소아청소년과학회, 대통령과 보건복지부의 소아의료체계 개선대책(2023.2.22) 발표관련 대한소아청소년과학회 제언, 대한소아청소년과학회, 보도자료
- 보건복지부, 제4차 저출산고령사회 기본계획(2021~2025), 2020.12.
- 보건복지부, 국민의 생명과 직결된 필수의료 기반을 강화하겠습니다. - 「필수의료 지원대책」 발표 -, 2023.01.31.
- 외교부, 독일 의료 인프라 현황 국제 비교
- 권주영, 일본의 의사인력 확충 정책과 시사점, 한국융합학회논문지 제11권 제11호, 2020
- 김계현 등, 의사의 지역근무 현황 및 유인·유지 방안 연구-의사의 근무지역 선택 및 이동 관련 요인을 중심으로, 의료정책연구소, 2022
- 김동진 등, 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구 - 농어촌 공공보건의료인력 확보 방안, 한국보건사회연구원·한국농촌경제연구원, 2017
- 김민우, 생명권에 관한 헌법적 논의, 법학논고 제42집, 2013
- 김진숙, 감정노동의 시대, ‘의사’도 감정노동을 하는가?, 의료정책연구소 연구보고서, 2021
- 김형선, 독일의 지역의사제 현황. 이슈브리핑 5호, 의료정책연구소, 2020
- 남상요 등, 일본의 의료보험제도 및 진료비지불체계에 관한 연구, 의료정책연구소, 2010
- 엄혜은, 2020년 일본의 진료보수 개정, 정책동향 2020년 14권 3호, 2020
- 이삼식, 이지혜, 초저출산현상 지속의 원인과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2014
- 임선미, 김계현, 일본 지역정원제도의 개요 및 현황, 의료정책연구소 이슈브리핑, 2020
- 조하늬, 지역소멸과 지역의료를 둘러싼 헌법적 문제 - 건강권 보장을 중심으로 -, 유럽헌법연구 제48호, 2025
- 홍선기, 독일 아동보건의료법·정책 연구, 외법논집 제44권 제3호, 2020
- 홍성민, 기타기리 유키, 한일 양국의 지속가능한 의료보장법제 연구, 한국법제연구원, 2016

마틴 알브레히트, 독일 주치의 공급의 지역격차, 국제사회보장리뷰 2017 여름 창간호 Vol. 1, 2017

Gesundheitszentren für Deutschland-Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Robert Bosch Stiftung, 2021

Deutscher Bundestag, Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin, WD 9 - 3000 - 079/22, 2022

Bundesministerium für Bildung und Forschung, Masterplan Medizinstudium 2020

M. Sander, M. Albrecht, T. Kersting, R. Ochmann, S. Loos, Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern. Wissenschaftliche Untersuchung über die Zukunft der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern, iGES, 2015

일본 후생노동성, 의료종사자 수급에 관한 검토회의 제34회 의사수급분과회, 2020
전국 의학부장 병원장 회의, 2023년도 지역 할당 입학 제도와 지역 의료 지원 센터의 실정에 관한 조사 보고서(全國醫學部長病院長會議, 令和5年度 地域
枠入學制度と地域医療支援センターの實情に關する調査報告), 2024

[Abstract]

Constitutional Issues Regarding the Supply of Essential
Medical Personnel through the Regional Physician System
- Focusing on Comparisons with German and Japanese Cases -

Lee, Kwon-II*

The shortage of essential medical personnel, particularly in medically underserved areas (rural and fishing villages), has emerged as a serious social problem in our society. To address this, the 「Act on the Training and Support of Regional Doctors」 was recently enacted and is about to be implemented. While the necessity of introducing such a system is acknowledged, it must be designed to minimize restrictions on the fundamental rights of regional doctors and implemented in a way that enables the securing of essential medical personnel in these areas. To examine these issues, we analyzed the key provisions of the Act and its regulations and reviewed similar systems in Germany and Japan from a comparative legal perspective.

Both Germany and Japan introduced similar systems before Korea. Germany implemented the regional doctor quota system (Landarztquote) at the state level. This selects up to 10% of medical school students who wish to work in underserved areas, providing them with tuition support and requiring them to work in that region for 10 years under a public law contract. Japan, starting in the 1970s, established Jichi Medical University to produce about 120 regional doctors for local service. Finding this insufficient, it introduced and implemented a regional quota system. This system selects applicants through a separate quota at regional medical schools, provides scholarships, and requires graduates to work in the designated region for 9 years. Nearly 20 years after implementation, it is understood to have shown positive effects, such as a regional settlement rate exceeding 70%.

Drawing on these foreign examples, Korea has also introduced a regional

* Professor, Kyungpook National University Law School

doctor system that provides six years of tuition and living expense support, requiring a mandatory 10-year service period with the relevant local government. The problems of regional depopulation and shortages of essential medical personnel in local areas have become so severe they can no longer be overlooked. Therefore, the purpose and necessity of introducing this system can be acknowledged, and the protection of citizens' lives and health sought through this system can also be considered an important public interest. However, since the program raises issues concerning the restriction of fundamental rights—such as the freedom of occupation and the freedom of movement—for regional doctors selected through this special track who are compelled to serve for 10 years in the designated area, this article argues for the legitimacy of such restrictions. Even if this system is constitutionally justified, it must be designed to minimize restrictions on the fundamental rights of regional doctors. Therefore, legislative improvements and further discussion are needed regarding issues such as restrictions on specialty selection, the 10-year service period, the possibility of selecting candidates outside the quota, and consequences for non-compliance (such as repayment of subsidies). Additionally, future discussions should address financial measures to implement this system.

Keywords : Regional Doctor System, Japan's Regional Medical University,
Regional Quota System for Medical Schools in Japan, Germany's
Rural Doctor Quota (Landarztquote), Essential Medical Services