
생명과 지역을 살리는

필수의료혁신 전략

'23.10.

목 차

I. 추진 배경	1
II. 분석·평가	2
III. 추진 방향	6
IV. 핵심 과제	8
V. 추진 계획	21



보건복지부

I. 추진 배경

국민건강·생명과 직결된 지역·필수의료 생태계 붕괴 위기

- 수도권 대형병원 쏠림*, 필수의료 기피 고착화 등에 따라 지역·필수의료 생태계 붕괴 위기 심화

* 全 의료기관 건보 급여비 중 서울 5대 병원 비중(%): ('13) 5.4 → ('21) 8.0
암 등 상위 5개 수술 수도권 의료기관 실시 비율(%): ('15) 50.0 → ('21) 53.7

- ➡ 지역·필수의료의 위기는 ▲지역 간 의료격차 심화, ▲필수의료 공백에 따른 국민 생명·안전 위협 초래

* ▲중증 응급환자 대응 인력·병상 부족으로 인한 응급실 표류 사망, ▲소아청소년과 등 필수진료 과 인력수급 곤란, ▲지역의료기관 의사 구인난 심화에 따른 진료 공백 등

지역완결 필수의료 및 넥스트 팬데믹 대비를 위한 의료전달체계 확립 시급

- 지역의 중증·필수 치료역량 저하, 비효율적 의료전달체계 등으로 수도권 쏠림 악순환 지속, 필수의료의 지역완결 확보 곤란

- ➡ 국립대병원 등 거점기관의 지역 필수의료 중추 역할 확립과 이를 뒷받침할 임상적·정책적 리더십의 획기적 강화 시급

- 코로나19 대응 시 지역의료 컨트롤타워 및 전달체계 미흡으로 막대한 손실보상* 기반 병상·인력 확보 등 비효율 초래, 신속 대응 한계

* 손실보상('20.4~'22.12.) 8조 원을 통해 최대 32,875병상 지정

- ➡ 향후 감염병 등 공중보건 위기 발생 시 능동적·효율적 의료 대응을 지원할 지역 의료전달체계 확립 중요

※ 영국, 프랑스 등 넥스트 팬데믹 대비 지역의료 강화 전략 수립·추진 중

II. 분석·평가

1

지역·필수의료 위기 요인

① 수도권 대형병원 의료자원·환자 쏠림 ⇔ 지역 의료전달체계 악화 악순환

◆ 악순환의 고리①: 수도권 병상 ↑ → 지역 인력·환자 유출 ↑ → 지역 자원·역량 ↓
→ 지역의료 신뢰 ↓ → 인력·환자 수도권 집중 ↑

○ 진료권 폐지('98), KTX 개통('04) 이후 수도권 대형병원의 병상 확대 경쟁 지속, 지역 의료인력·환자 수도권 유출 심화

- 중증 환자 등 수도권 이동 확대에 따라 1~3차 기관의 유사 환자 群 대상 무한경쟁, 지역 의료전달체계 효율성·경쟁력 저하

* 지역 내 의료 이용률('21): 서울 89.2% vs 충남 66.4%, 경북 63.4%

➡ 필수의료 공백 등으로 인해 지역 간 의료·건강 격차 악화 초래

* 치료가능 사망(10만명 당) ('21): 서울 38.6명 vs 강원 49.6명, 경남 47.3명,

< 의료전달체계 현 실태 >

① 유사한 환자 群을 놓고 상급병원부터 동네의원까지 무한경쟁

- 상급병원 등 높은 외래 비중 여전, 평균 진료시간 4분, 중증 진료·연구 집중 곤란

* 전체 의료기관 중 상급병원·종합병원 외래 내원일 비중: ('16) 11.56% → ('20) 12.91%

- 불분명한 중별 기능으로 상급병원 선호 뚜렷, 중증·응급환자는 과밀로 적기 치료 제약

* "12개 병원 못 받는다. 또 '표류' 사망"(동아일보, '23.5.31)

② 지역의료 생태계 악화 → 수도권 대형병원 쏠림 심화, 필수의료 공백

- 지방 암 환자 30% 서울 상급병원 진료 / 희귀난치, 소아 암 등 상경 치료 불가피

* "포항엔 소아암 의사가 없어요, 희원이의 640km 치료길" (한겨레, '23.2.7)

- 인력난, 환자 감소 등으로 병·의원 폐업 또는 응급, 외과수술 등 포기 → 요양병원 또는 비급여 위주 전환 → 필수의료 인력 부족, 상급병원 중증·응급 과밀, 의료공백 악순환

* "부산도 밤에 맹장염이 생기면 대학병원 응급실 말고 갈 데가 없다." (동아일보, '19.5.22)

- 분원 설치 확대로 수도권 대학병원 병상 대폭 증가 전망 → 인력·환자 쏠림 심화

* ('23) 3.8만개 → ('29) 4.6만개, 7,900개 증가 예측('26~'29년간 9개 병원, 11개 분원 예정)

② 지역·필수의료 만성적 인력 부족 심화

◆ 악순환의 고리②: 필수분야 저수익·고강도·고위험 下 비급여 시장 ↑ → 필수분야 인력 유출 ↑ → 업무부담, 번 아웃 ↑ → 필수분야 기피 ↑

- 고령화, 의료수요 다변화 등 의사 인력 수요 증가* 속에 장기간 의대 정원 동결* 등으로 지역·필수의료 인력 확보 기반 약화

* '35년 의사 9,654명 부족 예상('21. 보사연), '50년에 2.2만명 부족 전망('22. KDI)

** '00년 의약분업 후속 합의로 의대정원 10%(351명) 감축, '06년부터 18년째 3,058명 유지

※ 인구 천명 당 임상 의사 수('22): 한국 2.6 vs 독일 4.5, 영국 3.7, OECD 평균 3.7

- 비필수·비응급·비중증 분야 의사와 비교해 낮은 임금, 높은 업무 강도, 의료사고 시 갈등 부담 등은 필수분야 인력 유입 저해

* 산부인과 전공의 기피 이유: 무과실 의료사고 관련 산부인과 의사 보호 부재, 저출산과 저수가로 미래비전 상실, 보상과 지원 미흡 등 ('22. 학회 자체 조사)

- 지역의 경우 진료 여건 격차, 생활·자녀교육 등으로 근무 기피

* "지방 의대 졸업하고 취업은 수도권으로...경북 3%, 울산 7%만 지역 취업"(KBS, '23.10.6.)

- ➡ 의사 인력 지역 격차 심각, 필수의료 분야 전공의 모집 곤란

* 인구 천명 당 의사 수: 서울 3.47명 vs 충남 1.53명, 경북 1.39명, 전남 1.75명

전공의 충원률(% , '19→'22): ▲소청과 92→28 ▲산부인과 73→69 ▲흉부외과 63→35

③ 비급여 시장 팽창, 비용 의식 약화 등 지역·필수의료 위기 가속화

- 실손보험 기반 고수익 저위험 비급여 시장 팽창* 등으로 인해 의료 공급자의 저수익 고위험인 중증·필수의료 기피 고착화

* 비급여 진료비(조원) : ('10) 8.1 → ('21) 17.3, 실손 가입자(만명) : ('10) 2,080 → ('21) 3,977

- 보완대책*이 미흡한 채 추진된 급격한 보장성 확대**와 본인 부담을 무력화하는 실손보험은 비용 의식 약화, 수도권 대형병원 쏠림 심화

* 쏠림 해소를 위한 의료전달체계 및 지역·필수의료 강화대책, 비급여 관리대책 등

** 뇌·뇌혈관 MRI 상급병원 환자부담금: (급여화 前) 67만원 → (급여화 後) 18만원

① 지역 의료전달체계 강화 등 근본 대책 미흡

- 지역·필수의료 생태계 복원은 지역 의료전달체계 확립과 역량 강화, 충분한 의료인력 확보 등이 관건이나,
 - ^전달체계, ^인력, ^병상, ^보상체계(행위별 수가) 관련 구조적·근본적 대책 마련 소홀 ➡ 지역·필수의료 생태계 위기 심화

< 지역·필수의료 생태계 관련 구조적 대응 미흡 실태 >

- ▶ (전달체계) 상급병원 지정기준 등 평가, 각종 시범사업을 통한 적정 역할 유도 수준 의뢰·회송 시범사업('16~)은 의뢰서 무제한 발급, 2차 병원 의뢰 미흡, 사후관리 부재
 - ※ 현행체계: (공급) 법령에서 의료기관 종별 표준업무 제시·권장, (이용) 의료 이용에 제한이 없고 상급병원 진료 시 건보 적용을 위한 의뢰서, 본인부담률 차등으로 적정 이용 유도
- ▶ (인력) 의대 정원은 18년째 3,058명 동결, 전공의 의존적 인력 운영 지속
- ▶ (병상) 지역의료 자원 블랙홀인 수도권 병상 적정 관리시스템 부재
- ▶ (보상) 量 중심 행위별 수가 다변화 미흡, 상대가치 틀에 갇혀 필수분야 수가 조정 한계 실손보험-건강보험 간 역할 미 정립으로 보장성 확대에도 불구하고, 비급여 의료시장 활성화

- 공공병원 확충 위주 접근, 임시방편적 수가 인상 수준으로는 지역 필수 의료 위기 극복을 위한 돌파구 마련에 한계
 - 국가적 지역·필수의료 강화 로드맵 마련, 우수한 거점병원 중심 지역·필수의료 협력체계 대폭 강화 등 강력한 정책 추진 필요

< 주요국 지역·필수의료 강화 동향('21~'22) >

- ▶ (英) NHS 10개년 계획 통해 새로운 통합의료시스템(Integrated Care Systems, ICS)을 통해 지자체가 지역의료체계 강화와 지역 주민 건강관리 집중 지원
- ▶ (佛) 네트워크형 지역의료체계 구축을 위한 Ma Sante 법안 발의, 500~600개 지역 필수의료 공급 거점병원 지정·육성을 통해 지역 의료격차 해소 추진
- ▶ (獨) 지역의료 강화를 위해 의대 정원 50% 증원 추진

② 파편·분절적 정책·사업 운영

- 책임의료기관* 지정('18~), 필수의료 정부 지정센터** 확대 등에도 불구하고 사업·기관 간 연계·협력 미흡, 파편·분절적 운영

* 공공의료법에 따라 지역 내 공공보건의료사업 총괄, 인력파견·교육, 공공보건의료 강화를 위해 복지부 장관이 지정(권역 책임의료기관 16개, 지역 책임의료기관 42개 지정·운영)

** 심뇌혈관(14), 암(13), 응급(40), 외상(17), 고위험산모신생아(19), 신생아집중치료(50) 등

- 권역 책임의료기관과 각종 전문진료센터 분산, 분산된 자원의 연계·조정을 위한 권역 책임의료기관 권한·지원 미흡

* 지역의 필수·공공의료 기획, 성과평가, 자원 배분 등 실질적 권한 부재

지역거점병원 의료협력체계 구축 예산('23)은 권역 책임의료기관당 6.6억 원에 불과

< 권역 책임의료기관-전문진료센터 등 분산 배치 현황 >

권역	권역 책임의료기관	공공보건의료지원단	심뇌혈관질환센터	권역 응급의료센터	권역 외상센터
부산	부산대병원	부산의료원	동아대병원	동아대병원	부산대병원
경북	칠곡경북대병원	김천의료원	안동병원	안동병원	안동병원
충남	충남대병원	충남대병원	순천향대천안병원	단국대병원	단국대병원

③ 권역 책임의료기관 역할 미정립 및 권한·지원 미약

- ^거점기관인 국립대병원* 권한·책임 부여 미흡, ^교육·수련기관, 공공기관 관점 현상 유지형 관리 지속 ➡ 인력·재정난** 심화

* 권역 책임의료기관 16개소 중 14개소, 평균 5.4개 필수의료 정부 지정센터 운영 중이나, 공공부원장·공공의료본부 신설('22.8월)에도 권한·예산 미비로 책임기관 역할 한계

** 전체 국립대병원 진료 적자(억원): ('20) 3,570 → ('22) 4,007, 부대사업 등 적자 보전

- 자율 발전을 제약하는 공공기관 규제*에서 탈피, 필수의료 중추로서 획기적 역량(진료·연구·교육) 강화 및 실질적 권한 부여 시급

* 보수인력수요 등 시장변화 탄력 대응 곤란, 우수인력 유입 제약 및 기존인력 이탈 초래

④ 지역·필수의료 국가지원 인프라 미흡

- 국가중앙병원으로서 국가 보건의료 혁신의 중추 역할을 해야 할 서울대병원의 발전전략 및 지역·필수의료 지원 모델 미정립

- 공공의료 컨트롤타워인 국립중앙의료원, 국가 암 네트워크를 총괄하는 국립암센터 등 국가 특수목적 수행을 위한 역량 혁신 시급

Ⅲ. 추진 방향

① 거점 중심 전달체계 정상화로 수도권 쏠림-지역의료 약화 악순환 탈피

- (필수의료 중추) 지역 내에서 중증·응급 최종치료 가능하도록 국립대병원 등 거점기관의 획기적 역량 강화
- (협력 네트워크) 지역 병·의원 역할 정립 및 협력 지원을 바탕으로 각자도생 式 전달체계 → ‘필수의료 협력 네트워크’ 대전환
- (넥스트 팬데믹 대비) 감염병 등 지역의료 즉각 대응체계 구축

② 획기적 지역·필수 의료인력 양성·공급 확대

- (인력 양성) 의대 정원 증원으로 지역·필수 인력 양성 기반 확충
- (인력 공급) 필수의료 패키지 등을 통한 지역·필수의료 유입 촉진

③ 지역·필수의료 혁신 추진 기반 강화

- (지원체계 강화) 국가 거버넌스 확립 및 재정투자 확대
- (국가중양의료 네트워크) 서울대병원의 글로벌 임상·연구기관 육성, 국립중양의료원 혁신 등을 통해 지역·필수의료 집중 지원
- (관리체계 혁신) 국립대병원의 필수의료 중추 육성 및 의료 혁신을 위해 교육부 → 복지부로 관리부처 이관, 혁신 네트워크화

< 지역완결적 필수의료 3대 네트워크 >

지역 필수의료 네트워크	국가중양의료 네트워크	국립대병원 혁신 네트워크
권역 책임의료기관 중심 1~3차 의료기관 협력 ➡ 중증·응급 공백 해소	서울대병원, 국립중양의료원 국립암센터 등 협력 ➡ 지역 필수의료 집중 지원	전체 국립대병원 간 진료·연구·교육 협력 ➡ 역량 강화, 운영 혁신
종적·횡적 긴밀한 연계·협력을 통한 지역·필수의료 혁신, 시너지 창출		

추진 방향

- ◆ 거점 중심 전달체계 정상화로 수도권 쏠림-지역의료 약화 악순환 탈피
- ◆ 획기적 지역·필수 의료인력 양성·공급 확대
- ◆ 지역·필수의료 혁신 추진 기반 강화

핵심 과제**1. 필수의료 전달체계 정상화**

- ① 국립대병원 등 필수의료 중추 육성
- ② 지역 내 필수의료 협력 네트워크 강화
- ③ 넥스트 팬데믹 대응체계 확립

2. 충분한 의료인력 확보

- ① 인력 확충 기반 강화
- ② 지역·필수의료 인력 유입 촉진

3. 추진 기반 강화

- ① 국가지원체계 강화
- ② 국가중앙의료 네트워크
- ③ 국립대병원 소관 변경

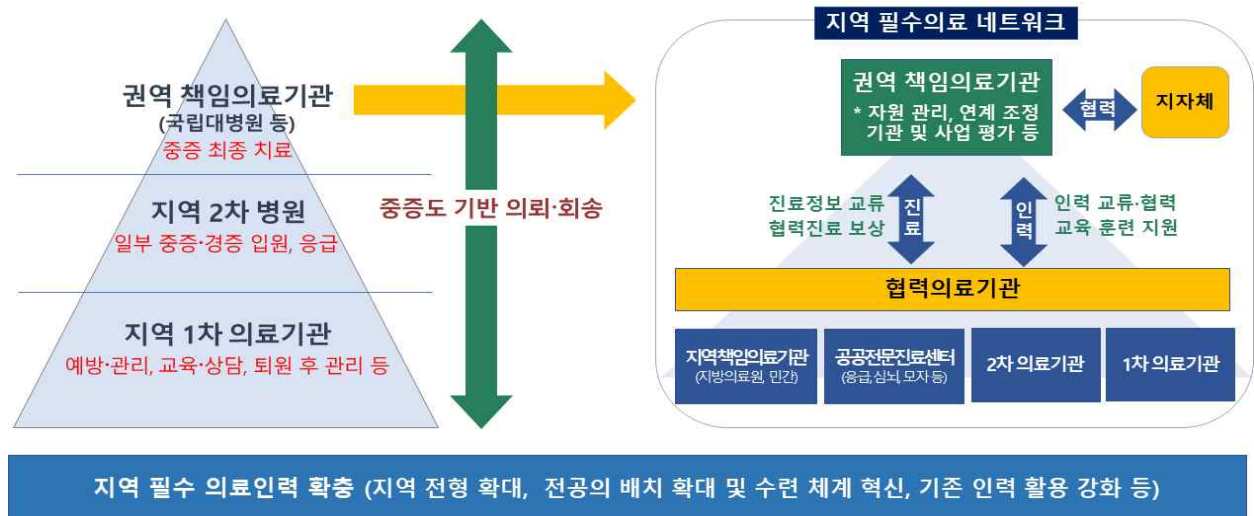
IV. 핵심 과제

1

필수의료 전달체계 정상화

- ◆ 국립대병원 등 거점기관의 중증·응급 최종 치료역량 획기적 강화
- ◆ 역할 정립, 협력 기반 확충을 통한 지역 내 필수의료 네트워크 강화
- ◆ 감염병·재난 발생 시 즉각 대응 가능한 지역의료 체계 확립

< 국립대병원 등 거점기관 중심 필수의료 전달체계 >



1 국립대병원 등 필수의료 중추 육성

❶ (우수인력 확충) 필수의료 분야 교수(전임교원 등) 정원 대폭 확대 및 전문의 고용지원 강화 ➡ 인력확보 및 이탈 방지

- 국립대병원의 적극적 탄력적 인력 확충을 어렵게 하는 총인건비, 정원제도 등 공공기관 규제혁신 추진
- 이탈 방지를 위한 임상교수 처우 개선, 소진 방지대책* 병행

* 연구년 보장, 육아휴직에 따른 대체인력 고용 지원체계(인력뱅크 등) 구축

※ 국립대병원 의사 2년 내 퇴사율: ('22) 58.7%, 주된 요인은 보수, 근로 여건 문제

< 국립대병원 인력확보 장애요인 >

- ▶ (총인건비) 연 1~2% 증액('23. 1.7%) ➡ 민간·사립대병원과의 보수 격차로 우수 인력 확보 곤란 및 기존 인력 유출 초래
 - * 보수는 연공서열식 산정으로 생산성 저해, 예산 심의 등에 의해 사실상 통제
- ▶ (정원) 관계부처 심의 등을 거쳐 인력 수요 탄력적 반영 곤란

② (공공정책수가) 중증·필수 분야 보상 혁신으로 최종치료 역량 강화

- 수가 인상과 함께 병상·인력 확보 등 중증·응급 공백 해소를 위해 행위별 수가 → 기본비용 + 성과 보상 개편*, 진료역량 강화 지원

* 국립대병원 등 권역 책임의료기관 우선 적용 및 성과평가 후 확산

< 기본비용 보상형 중환자실·응급실 운영혁신모델 예시 >

- ▶ (중환자실) 중환자 병상 확보에 따른 기본비용(인력·자원 등) 보상 + 진료 질 성과 보상
 - 적정성 평가, 분석심사 등과 연계하여 중환자실 의료의 질 제고 성과 관리 병행
- ▶ (응급실) 중증 응급 상시 수용·진료체계 구축을 위해 응급실 일정 병상 상시 확보 시 중증 응급 병상·인력 대기 비용 보상 + 성과 보상

- 사회적 필요도가 높으나, 수익성이 낮은 필수의료 정부지정 센터의 적자 구조 해소를 위한 기관 단위 보상강화 지속 확대*

* 어린이 공공전문진료센터('23) → 필수의료(예. 외상, 분만) 분야 중심으로 확대

<어린이 공공전문센터 적자 사후보상 시범사업('23~25) 주요 내용>

- ▶ (대상기관) 어린이 공공전문진료센터(10개소) 중 참여 희망기관 (既 선정, '23.1월)
- ▶ (사업내용) ▲ 중증소아 단기입원·재택치료 시범사업 등 센터별 중점사업 수행
 - ▲ 권역 내 지역의료기관 대상 협력 ▲ 센터 운영 효율화 및 기능 강화 추진
- ▶ (성과보상) 발생손실 중 의료비용 해당분에 대해 성과평가 결과에 따라 차등 보상 지급

③ (혁신적 R&D) 필수의료 R&D 투자 대폭 확대를 통한 병원 연구 역량 강화로 진료-연구 선순환 구조 확립

- ※ ▲ 연구중심병원 10개소 중 권역 책임의료기관은 서울대병원, 경북대병원 2개소
- ▲ 전체 국가 R&D 27조원 중 국립대병원 비중은 0.4% ('21)
- ▲ (日) 국립대병원 5~10년 R&D 지원, 중증외상, 난치 암 등 필수의료 R&D 선도

- 국립대병원 등 필수의료 R&D 지원체계* 및 연구혁신 플랫폼** 구축, 글로벌 수준 필수의료 고도화

* 한국형 ARPA-H('24.~'33, 총 1.9조원 투자 적정성 검토 진행 중)에 필수의료 혁신형 연구 장기지원 포함

※ 美 ARPA-H('24. 25억 달러): 실패 용인 도전적 연구지원 DARPA 보건 분야 접목

** 병원별 특화 분야 연구 전담 또는 공동 연구 수행

< 필수의료 R&D 투자 확대 분야 예시 >

- ▶ (필수의료 기술혁신) 혁신 의료기술, 신약, 신의료기기 등 개발
- ▶ (디지털 기반 필수의료 고도화) 기술혁신을 통한 공간·자원 한계 극복을 위해 원격협진, 중환자실 통합관리 등 의료 AI·빅데이터 기반 디지털 전환
- ▶ (인프라 혁신) 연구 인프라 첨단화, 신약 임상시험·연구 인력·장비·시설 병동 등 확충

- 필수의료 연구 참여 활성화 및 안정적 연구 기반 마련을 위해 진료-연구 병행지원체계* 강화 및 산학협력단 설치** 추진

* 병원 임상 역량을 유지하면서 연구 참여가 가능하도록 R&D 관리, 보수·정원규제 혁신

** 사립대병원과 사립대학은 같은 법인 내에 설치되어 있어 대학에 설치된 산학협력단 이용이 가능하나, 국립대병원은 대학과 별도 법인으로 운영되어 산학협력단 활용 불가

※ 美 Harvard 의대는 약 1.2만명 규모의 임상 병행 교수가 교육병원에서 연구 참여

④ (인프라 첨단화) 의료 질 향상을 위한 진료·연구 인프라 투자 강화

- 중증·응급 진료시설·병상, 공공전문진료센터 등 시설·장비 개선 우선 지원 및 노후 인프라 전면 첨단화

* 정부 지원 비율: 진료시설·장비 25% vs 교육·연구시설 75%

- 기부금품 모집 허용 등 재원 확보 창구 다양화 검토

* 사립대병원과 달리 국립대병원은 공공기관으로서 기부금품 모집 불가(기부금품의 모집 및 사용에 관한 법률 제5조), 국립대병원은 자발적 기부금품 기탁제도에 따른 접수만 가능

2 지역 내 필수의료 협력 네트워크 강화

1 지역 병·의원 역할 정립

- (1차 의료기관) 1차 의료 지원을 만성질환 → 필수의료 전반 확대, 예방·관리, 교육·상담, 퇴원 후 관리 등 1차 의료 기능 활성화

< 필수의료 분야 1차 의료 강화 모델 예시 >

- ▶ (소청과) 아동 건강관리 심층 교육·상담, 소아 야간·응급 지원체계 강화
* 현행 「달빛어린이병원」 모델 보완·개편 포함
- ▶ (산부인과) 임신·출산 통합서비스(진료·교육·상담·협진, 난임 지원 포함), 다태아 임신부 지원
- ▶ (외과계) 경증 수술·처치, 수술 전 교육·상담 및 수술 후 관리 지원 등 지원 강화
* 현행 「수술 전 교육·상담 시범사업」 → 「외과계 1차 의료 시범사업」 개편

- (2차 병원) 지역의 필수 입원·수술 기반 확충 및 의료 질 개선을 위해 우수한 지역 종합병원 육성

* 권역 책임의료기관과 중점 협력할 역량 있는 종합병원을 중진료권(70개)별로 육성

< 2차 병원 필수의료 지원 방향 >

- ▶ (목적) 필수의료 수술·응급 공백 해소, 경증·일부중증 환자 상급병원 쏠림 방지
- ▶ (기능) 일정 수 이상 필수질환 포괄적 입원·응급 서비스 제공, 일부 중증(심뇌혈관 질환 등) 치료 및 응급 대응, 권역 책임의료기관 협력체계 구축 등 지역 필수 종합병원 역할
- ▶ (보상) 신포괄수가 개선 연계 기관 단위 보상 + 필수의료 제공 성과 보상

- (전문 병원) 필수분야 전문병원 확충을 유도하고, 1~3차 의료기관 간 협력을 지원할 수 있도록 전문병원 중심 협력진료 모델 개발·확산

< 전문병원 중심 1~3차 협력진료 모델 예시 >

- ▶ 소아전문병원 주도 네트워크 구성, 실시간 지역 의료자원 관리 및 신속한 환자 연계 (소청과 의원 ⇄ 소아전문병원 ⇄ 상급종합병원 소아전문진료센터 등)
➡ ▲ 연계·협력체계 구축·관리 지원, ▲ 치료 결과 향상 및 재정 효율화 성과 보상

② 협력 지원체계 강화

- (협력 총괄) 국립대병원 등 권역 책임의료기관에 권역 필수의료
 ^자원관리, ^필수의료 공급망 총괄·조정, ^성과평가 등 권한 부여

< 국립대병원 등 협력 총괄 역할 >

역할	주요 내용
자원관리	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 인력·시설·장비 등 필수의료 자원 통합관리 시스템 구축 ▶ 필수의료 인력 양성·공급 및 시설·장비 확충·개선 총괄
공급망 총괄·조정	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 권역 내 중증·필수 최종치료 역할 강화 ▶ 1~3차, 공공전문진료센터, 공공의료기관 간 협력 네트워크 구성·운영 및 진료정보 교류 체계 확립
성과평가·재원배분	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 공공전문진료센터, 지방의료원 등 성과평가 및 재원 배분에 권역 책임의료기관 참여(복지부 → 복지부+지자체+권역 책임의료기관)

- (기관 간 협력) 권역 책임의료기관 중심 지역 병·의원 협력진료
 활성화, 의료 質 향상을 위한 「필수의료 네트워크 시범사업」 신설
- ※ 권역 내 1~3차 의료기관 협력진료 및 필수의료 강화 중심으로 기존 중증 진료
 체계 강화 시범사업(수도권 대형병원-지역 병·의원, 비용효율화 중심)과 차별화

< 필수의료 네트워크 시범사업 모형 예시 >

- ▶ (네트워크) 권역 책임의료기관-협력기관(공공진료센터, 1·2차 의료기관) 네트워크 구축
 - 중증도에 따른 적정기관 적정진료, 개방형 병원, 야간·휴일 진료협력 체계 구축 등을
 통한 의료전달체계 효율화 및 필수의료 공백 해소
 - 권역 책임의료기관의 협력기관 역량 강화 지원(교육, 자문), 진료 품질관리체계 구축
- ▶ (보상) 권역 네트워크 협력 비용 사전 보상 및 성과 보상(필수의료 공백 해소, 재정 효율화 등),
 중증도 기반 기능별 기관 가산 적용, 의뢰·회송(1 ⇄ 2 ⇄ 3차 기관) 보상 강화
- ▶ (협력 기반) 진료정보 교류 시스템, 전자의무기록(EMR) 통합 등 협력 인프라 구축

- (인력 협력) 지역 내 중증·응급 공백 해소를 위한 ^의료기관 순환
 당직제*, ^전문치료팀 운영** 등 인적 네트워크 지원 확대·다양화

* 중증응급 대응을 위한 지역 병원 간 365일 순환당직제 운영 지원 시범사업('23~)

** 심뇌혈관질환 인적 네트워크 운영 건강보험 시범사업('24.1월)

- (지역 내 의뢰·회송 활성화) 의료·회송 수가 시범사업 제도화 및 '동일 지역권(시·도)' 중심 개편으로 지역 내 협력진료 유인 제고

< 동일 지역권 진료 의뢰·회송 활성화 방향 >

▶ 동일 시·도 내 진료 의뢰·회송 유인 강화를 위한 수가 개편

* 상급종합병원→병의원 회송 수가만 제도화, 병의원→전문병원·종합병원 의뢰·회송은 수가 시범사업 중
수가: (의뢰) 의원 기준 의뢰서 1만원, 의뢰서+진료정보 1.5만원, 의뢰서+진료정보+영상정보 2만원, 동일
시·도 내 의뢰 시 3천원 가산 / (회송) 종합병원 기준 입원 5.5만원, 외래 4만원 수준

구분	동일 시·도			타 시·도		
	1차	2차	3차	1차	2차	3차
1차		▲ 의뢰인상	▲ 의뢰인상		△ 의뢰삭감	△ 의뢰삭감
2차	▲ 회송인상		▲ 의뢰인상	(회송유지)		△ 의뢰삭감
3차	▲ 회송인상	▲ 회송인상		(회송유지)	(회송유지)	

▶ 상급종합병원 평가지표에 동일 시·도 2차 의료기관 회송 실적 반영

- (디지털 협력 기반) 마이헬스웨이* 기반 진료 협력 강화, 취약지
원격 협진, 네트워크형 스마트병원** 등 디지털 협력모델 활성화

* 본인 의료데이터를 ▲ 모바일앱 등을 통해 조회·확인하고 ▲ 원하는 곳에, 원하는
목적에 활용할 수 있도록 디지털 전송이 가능한 생태계

** ICT 기반 환자 안전·의료 질 제고, 개별병원 중심 → 지역 의료네트워크로 확장

③ 넥스트 팬데믹 대응체계 확립

① (컨트롤타워) 지역보건의료심의위원회」 및 「필수의료협의체」 중심 지역의료 총괄 거버넌스 확립, 기능별 위원회*와 체계적 연계

* ▲(공공의료) 시·도 「공공보건의료심의위원회」, ▲(응급) 「시·도응급의료위원회」 등

- 지자체-권역 책임의료기관 공동 「지역보건의료계획」 수립 등
지역 보건의료 정책 기획·평가 기능 강화

* ▲ 질환별 공공진료센터 운영, ▲ 인력·병상 등 자원 수급·관리계획, ▲ 지역맞춤형
보건소 기능 개편 및 역량 강화 등 자체 수립·시행

- 지역의료 기획·평가 등 총괄·조정 역할 수행에 따른 책임의료 성과평가 보상체계* 마련

* 예: 가칭 「권역 책임의료 평가 지원금」 신설, 의료격차·건강지표 개선, 협력 성과 등 반영

< 권역 필수의료협의체 표준모델 예시 >

- ▶ (구성) 권역 책임의료기관장(협의체 장), 지자체(시·도 부단체장), 지역 책임의료기관, 권역 필수의료센터(응급, 심뇌, 외상, 모자 등), 지방의료원 등 공공병원, 유관기관(소방청 등)
- ▶ (역할) 필수의료 연계·협력시스템(이송, 전원, 협력진료) 강화, 필수의료 분야 공공사업·연구 기획 및 지원, 지역 내 인력·병상 등 의료자원 협력 조정, 교육·컨설팅 등

② (감염병 대응) 감염병 등 발생 시 환자 분류·이송 및 중증 병상·인력 확보 등 국립대병원 등 거점 중심 즉각 대응체계* 구축

* 시·도 감염병대응위원회 구성·운영 및 사무국 역할 등 위기 대응 지원

- 중앙 및 권역 감염병병원(5개소*)과의 연계를 통해 위기 감시, 중증 병상 확충, 전문인력 양성 등 사전 대응 지원

* 수도권(분당서울대병원), 호남권(조선대병원), 충청권(순천향대천안병원), 경남권(양산부산대병원), 경북권(칠곡경북대병원)

③ (공공인프라 혁신) 지역 특성·여건에 따른 맞춤형 권역 책임의료 기관-지방의료원-보건소 협력 강화로 팬데믹 대응 자원 확보

- 권역 책임의료기관-공공의료기관 간 협력진료, 공동연구·교육, 기술 자문, 인력파견*, 위탁·운영 등 다양한 협력모델 활성화

* ▲ 국립대병원 교수 임용 시 공공의료기관 파견 경력 우대, ▲ 국립대병원 교수 출장 진료 활성화(※ 출장 진료 수가 + 의료행위 관리책임 명확화 등 제도 개선 병행)

< 권역 책임의료기관-공공병원 표준 협력모델 예시 >

- ▶ 권역 책임의료기관이 권역 내 공공병원과 네트워크를 맺어(위탁, MOU 등), 인력교류, 전자의무기록(EMR) 통합 등을 통한 환자 의뢰·회송, 교육·경영 컨설팅 등 실시
- ▶ 공공병원-국립대병원 협력 강화, 난치·재발 환자는 권역 책임의료기관 의뢰(진료정보 교류로 추가 검사 최소화) → 지역의료 활성화, 수도권 쏠림 완화

◆ 의대 정원 확대를 통한 지역·필수 의료인력 확충 기반 강화

◆ 양성된 인력의 지역·필수의료 유입 지원 패키지 추진

1 인력 확충 기반 강화

① (의대 정원 확대) 초고령사회 대비 충분한 지역·필수의료 인력 확보, 임상 외 진출 등 국민편의 증진을 위한 의대 정원 확대 추진

- 의대의 수용역량과 입시변동 등을 고려하여 단계적으로 증원

② (교육 질 관리) 교수 확보(교수 1인당 학생 8명) 등 법정 기준 준수를 고려하여 배정, 증원 후에도 평가인증*을 통해 교육여건 지속 관리

* (의학교육평가원) 교육과정, 교수, 교육자원, 교육평가, 대학운영 체계 등 총 9개 영역을 평가, 6년4년2년 단위 인증(현재 4년 인증 33개교, 6년인증 7개교)

- 교육 질 향상을 위해 증원 대학에 교수 추가채용 유도, 국립대 의대의 경우 교수 증원 추진

- 학제 개편* 등 교육과정 개선으로 사회적 필요에 부합하는 의사 양성, 입학부터 졸업 후 진로까지 연계 Pathway 교육과정** 마련

* (현행) 예과 2년+본과 4년→ (개선) 통합 본과 6년, 고등교육법 시행령 개정('23.10월)

** 「의과대학 통합 6년제를 위한 새로운 교육과정 개발」 연구 추진('23.下)

- 지역의료 경험 및 필수과목 핵심역량 조기 습득 지원* 확대

* 외상·소아심장·감염, 신경외과, 지역·일차의료 등 의대생 실습지원('23. 200명, 15억)

③ (정원 조정기전) 의료환경 변화 등에 따른 과학적 인력수요 전망 및 합리적 정원 조정시스템 마련 병행

* (해외) 네덜란드 의료인력자문위원회(ACMMP, '99년~), 일본 의사수급분과회('15년~) 등

2 지역·필수의료 유입 촉진

1 (수가 지원) 필수의료 지원 대책 관련 정책 수가 본격 시행(‘24~), 지역 필수 의료 공백 해소를 위한 지역 수가 확대 추진

<필수의료지원 공공정책수가 주요 내용>

공급부족 해소 집중지원	인프라 유지 지원	네트워크 협력 지원
◆ 중증응급 보상 확대(‘23.6) - 중증응급환자 응급실 내원 24시간 내 최종 치료 시 가산 확대	◆ 취약지고위험 분만지원 (건정심 의결 예정) - 분만의료기관 지역 수가, 고위험분만 보상 관련 등	◆ 응급심뇌혈관 네트워크 시범사업 (~24년) - 응급심뇌혈관 질환 발생 시 최종 치료까지 시간 단축 등 실적평가·보상
◆ 중증 응급 대응 기반 강화(‘24.1) - 집중치료실, 격리실, 무균치료실 등 보상 강화	◆ 중증소아 단기입원서비스(‘23.1) - 재택치료 중 중증소아 돌봄부담 경감 단기입원 진료 제공	◆ 심뇌혈관 질환 인적 네트워크 시범사업(‘24년) - 급성심근경색증, 뇌졸중 등 수술, 시술 전문의 간 인적 네트워크 구성 등
◆ 어린이 공공전문 진료센터 사후보상시범사업(‘24.1) - 의료기관 단위 일괄 사후 보상	◆ 소아 일차의료 지원강화(‘23.1) - 소아청소년과 전문의 주도의 영유아 건강발달 주기적 관리 시범사업	◆ 중증진료체계 강화 시범사업(‘24년) - 상급종합병원의 중증진료 강화 및 지역 의료기관 연계, 협력체계 구축에 대한 기관단위 성과중심 보상체계
◆ 고난도·고위험 추가 보상(‘23.1) - 대동맥박리, 소아심장 수술 등 난이도 및 위험도 고려 수가	◆ 소아 신생아 입원 보상 강화(‘24.1) - 병의원급 신생아실, 모자동실, 소아중환자실 입원료 등 보상강화	
◆ 저평가 항목 수가 인상(‘24.1) - 외과계 입원 수술 등 저평가 분야 상대가치 관련	◆ 중증소아 재택의료 시범사업(‘23.3) - 중증소아환자 대상 재택치료서비스 대상 연령, 서비스 제공기간 연장	

2 (의료사고 부담완화) 필수의료 분야 의료분쟁 발생 시 환자 피해 구제 및 의료인의 법적 부담 완화 방안 마련

- 불가항력 분만 의료사고 보상 재원 전액 국가부담* 및 보상금** 인상 등 실효적 보상방안 검토

* 불가항력 분만 의료사고 국가부담 70→100% (「의료분쟁법」개정, 23.12월 시행)

** 현행 보상금액: 산모사망(3천만원), 신생아 사망(2천만원), 태아사망(1.5천만원)

- 형사처벌 특례 확대*, 필수의료 분야 의료배상 책임보험 가입 지원 등 필수의료 종사자의 민·형사상 부담 완화

* 별도 특별법 제정 또는 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 개정 등

** 의료계·환자단체·법률전문가 등으로 구성된 '의료분쟁 제도개선 협의체' 운영

③ (지역인재) 지역에서 성장한 학생이 의대에 입학하여 지역의 의사로 성장할 수 있도록 지역인재 선발 지속 확대

* 지방대육성법에 따라 '23년부터 비수도권 의대는 정원 40% 이상 지역 출신 선발

④ (수련 혁신) 지역·필수 의료를 경험한 양질의 의사 양성을 위해 전공의 수련·배정 체계 개선, 필수진료 科 수련비용 지원

* 비수도권 배정 확대(40→50%), 중장기적으로 의대 입학정원과 연계 배정

⑤ (전문의 중심 병원) 필수의료 분야 전문의 중심 병원 운영 모델* 확산 → 의료 질 제고 및 필수의료 전문의 안정적 고용 지원

* ▲ 필수의료 전문의 고용 기준 강화 및 인건비 지원, ▲ 필수의료 인력 근무체계 개선 등 일·가정 균형 및 연구년 보장, ▲ 입원전담전문의 제도 개선 등

⑥ (공공병원 인력 확보) 가칭 「의사인력뱅크」 설치, 개방형 병원* 협력진료 의사 확보, 시니어 의사 공공의료기관 등 재취업 지원

* 상급병원 근무경력 개원의 등 협업 계약 기반 지방의료원 등 수술·진료 참여

⑦ (간호인력) 「제2차 간호인력지원종합대책」에 따른 지방병원 간호사 채용 활성화*, 필수의료 간호인력 근무환경 개선**

* 공중보건장학 확대, 중소병원 우선 지원, 신규간호사 동시 면접제 등

** 중환자실 근무간호사 배치 확대 지원, 응급·소아 등 간호사 배치기준 강화 등

⑧ (교육 훈련) 권역 내 전공의 포함 의료진 대상 체계적 수련·교육을 지원하는 권역별 임상교육훈련센터 설치 확대(6*→10개)

* (선정현황) 충남대('21~), 제주대('21~), 경북대('22~), 전남대('22~), 서울대('23~), 전북대('23~)

< 권역 임상교육훈련센터 현황 >

- ▶ (기능) 국립대병원 전공의, 지방의료원 의료인력 대상 모의실습 중심 임상 교육·훈련
- ▶ (지원내용) ▲ 병원 내 전공의, 간호사 등 모의 실습 중심 교육, ▲ 병원 외부 지역 의료인의 의료 기술 재교육, ▲ 예비 의료인력인 보건의료계 학생 대상 실습 기회 제공

- ◆ 공공의료를 넘어 의료체계 전반을 포괄하는 국가지원체계 강화
- ◆ 「국가중앙의료 네트워크」 등 지역·필수의료 국가 지원 인프라 확립
- ◆ 국립대병원과 국가 보건의료 정책과의 긴밀한 연계 체계 구축

1 국가지원체계 강화

① (거버넌스 확립) 의료체계 전반을 포괄할 수 있도록 「보건의료 정책심의위원회」* 중심 지역·필수의료 총괄·조정체계 강화

* 위원장 : 복지부 장관, 위원 : 관계 부처(7) 차관, 의료계, 수요자, 전문가 등 20명 이내

- 보정심 산하 「필수의료 확충 전문위」* 등 정책 발굴·논의 지원

* 지역·필수의료 실태분석, 제도개선 및 지원과제 발굴, 성과평가 등 모니터링 지원

② (재정투자) 지역·필수 의료인력 인프라 확충 지원을 위한 재정 투자 지속 확대 및 별도 지원체계 검토

※ (日) '지역의료개호 종합 확보기금' 신설('14), 1.6조원 규모, 도도부현 설치, 재원의 2/3 국가 지원(소비세 증가분), 전달체계 정비, 인력 및 재가 서비스 확충 등 지원

< 지역·필수의료 투자 확대 방향 예시 >

- ▶ (목적) ▲지역·필수의료 위기 극복 + ▲넥스트 팬데믹 대비 + ▲지역소멸 위기 대응
- ▶ (투자내용) ① 지역 맞춤형 필수의료 기획·운영(시범사업), ② 필수의료 네트워크 강화, ③ 인력 양성·공급, ④ 인프라 개선·확충, ⑤ 필수의료 디지털 전환(기술혁신 → 의료공백 해소)
- ▶ (투자방식) 지역 맞춤형 지원이 가능하도록 시·도 등 권역 단위 지역·필수의료 강화 계획에 따라 장기 재정투자 및 성과 관리

2 국가중앙의료 네트워크

① (네트워크 구축·지원) 서울대병원-국립중앙의료원·암센터 네트워크 구축 → 지역·필수의료 역량 강화 집중 지원

- (서울대병원) 세계적 중증·필수 의료기관으로 육성, 임상·연구 분야 국가중앙병원 역할 및 정책 파트너십 강화

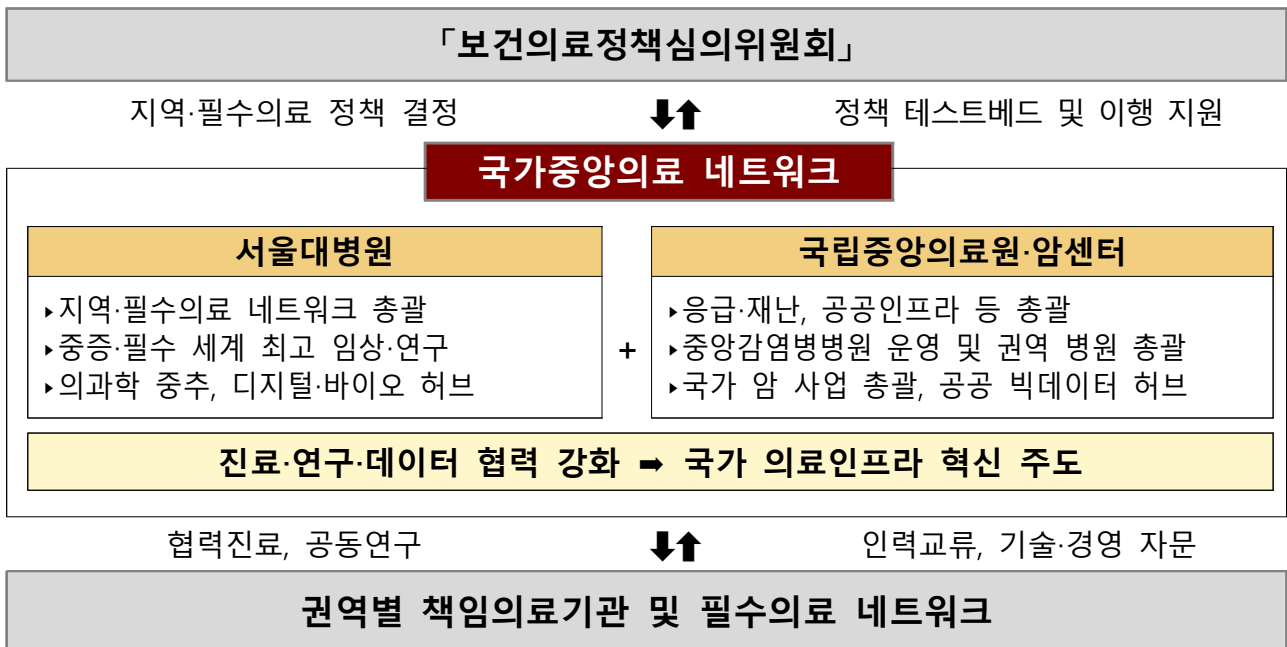
- (국립중앙의료원·암센터) 대대적 기관 혁신 및 역량 강화*를 바탕으로 명실상부한 응급, 감염병, 공공인프라 총괄·혁신 거점화

* 조직구조 개편, 정책 수가, 보수 개선, 시설·장비 첨단화, 공공기관 규제 혁신 등

➡ 국가중앙병원 역할 분담, 협력 시너지 창출

※ 기관 간 역할 정립을 위한 조직진단·연구 후 국가중앙의료 네트워크 거버넌스 구체화, 감염병 등 공중보건 위기 대응을 위해 보훈·경찰 등 他 국립병원까지 확장 방안 검토

< 「국가중앙의료 네트워크」 추진 방향 >



② (특수목적 수행 보상) 서울대병원, 국립중앙의료원, 국립암센터 등 국가 특수목적 수행기관 별도 보상체계* 마련

* 예: 건강보험 의료기관 종별 가산의 기능 중심 개편을 통해 특수목적 가산 도입

③ 국립대병원 소관 변경

① (정책 연계 강화) 지역·필수의료 중추 및 의료 혁신 거점 육성을 위해 국립대병원 관리 소관 부처 변경(교육부 → 보건복지부)

- 국가 보건의료정책 결정 과정에 국립대병원 참여·역할 확대
 - * 각종 보건의료 정책 관련 위원회, 정책 추진 기구 위원 참여, 국책 연구 수행 등
- 건강보험 정책 의사결정 지원을 위한 근거 창출 임상·연구 수행

② (혁신 네트워크) 진료·연구·교육 등 시너지 창출을 위한 「국립대병원 혁신 네트워크」 구축 ➡ 국립대병원 역량 강화 및 운영 혁신

- 진료정보 및 데이터 연계·협력 인프라* 등 협력 기반 구축, 혁신 네트워크 지원 전담 조직(※ 유사 예: 지방의료원연합회 등) 설치 병행

* 예: (1단계) EMR 표준화, 클라우드 기반 병원정보시스템 → (2단계) EMR 및 영상정보 통합

※ (日 국공립대병원 네트워크) 42개 대학 45개병원으로 구성, 13개 분야 위원회(예 : 감염성 질환-도쿄대병원, 혈액질환-오사카대병원, 외상-나고야대병원 등) 병원별 분담, 데이터 공동 활용

< 국립대병원 혁신 네트워크 협력 강화 방향 >

- ▶ (진료협력) 고난도 환자 협진, 특화 분야 환자 의뢰·회송, 진료정보 교류 활성화
- ▶ (연구) 공동 연구 프로젝트 활성화, 연구용 데이터 공유·활용
- ▶ (인력) 교수 인력파견, 전공의 교환 수련 시스템 마련

③ (대학-병원 협업) 의사과학자 양성, 디지털·바이오 R&D 혁신* 등 미래 첨단의료 선도를 위해 국립대-병원 협력시스템 강화

* 국립대 각 단과대학과 국립대병원 간 다학제 융합 연구, 글로벌 협력 연구 활성화

- 우수인력 확보 및 의대-병원 인사관리 일체화를 위해 의대 소속 교수정원(기금교수 포함)에 대한 교육부(국립대)-복지부 협의 제도화

V. 추진 계획

① 추진체계 구축 및 이행 로드맵 마련 ('23. 下)

- 가칭 「지역·필수의료 혁신추진 T/F」 구성·운영, 혁신 비전 및 추진 로드맵 구체화
- 국립대병원 이관(법률*, 예산·조직 등) 추진
 - * 서울대병원 / 서울대치과병원 / 국립대병원 / 국립대치과병원 등 4개 설치법
 - 안정적 이관을 위한 복지부·교육부, 국립대학·병원 협력체계 구축

② 핵심 과제별 후속 조치 이행 ('23. 下 ~ '24)

- 규제혁신, 법·제도 개선, 재정투자 확대, 인력 확충, 전달체계 혁신 지원 모델(수가 혁신, 지역 병·의원 역량 강화 등) 개발 등 추진
- ➡ 과제별 세부 이행계획 확정·발표 및 시행

참고

국립대병원 현황 * 치과·한방병원 제외

□ (설치) 14개 시·도 17개(본원10 + 분원7) 국립대병원 설치·운영

* 인천·울산·충남 미설치, 전북대병원(군산), 서울대병원(시흥), 충북대병원(충주) 분원 추진 중
※ 16개 권역 책임의료기관 중 국립대병원 14개소, 그 외 2개소(인천 길병원, 울산대병원)

○ 「국립대학병원 설치법」, 「서울대학교병원 설치법」에 근거

□ (병상) 총 15,688병상, 평균 병상 수는 개소 당 922.8병상으로
병원급 이상 전체 공공병상의 34.9%

* 사립의과대학 부속병원은 총 73개소, 46,593병상('21)

□ (수익) 전체 의료수익은 6조 6,858억 원, 의료비용은 7조 302억 원,
의료이익은 3,443억 원 적자 발생*

* (출처) '22년 교육부 공공보건의료 시행계획' 중 '21년 결산 자료('22.3. 기준)

○ 국고지원은 1,424억원('22년, 복지부 771억원, 교육부 653억원)

□ (관리) 교육부 대학규제혁신국(국립대병원지원팀), 경영평가·감사

(단위 : 개, 백만원, 명, '22년 기준)

연번	병원명 (소재지, 법인화 시기)	분원명 (개원일)	허가병상 (특수병상)	권역책임	권역응급	권역외상
1	강원대병원 (춘천, 종합병원, '00.05.18)		608 (54)	○	x	x
2	경북대병원 (대구, 상급종합병원, '93.03.25)	칠곡경북대병원 (대구, 상급종합병원, '11.01.03)	1,859 (456)	○	x	○
3	경상국립대병원 (진주, 상급종합병원, '95.10.04)	창원경상국립대병원 (창원, 종합병원, '16.01.15)	1,431 (327)	○	○	○
4	부산대병원 (부산, 상급종합병원, '94.5.20)	양산부산대병원 (양산, 상급종합병원, '08.10.24)	2,509 (357)	○	x	○
5	서울대병원 (서울, 상급종합병원, '78.07.15)	분당서울대병원 (성남, 상급종합병원, '03.05.10)	2,772 (360)	○	○	x
6	전남대병원 (광주, 상급종합병원, '93.03.27)	화순전남대병원 (화순, 상급종합병원, '16.01.15) 빛고을전남대병원 (광주, 종합병원, '14.3.5.)	1,958 (204)	○	x	○
7	전북대병원 (전주, 상급종합병원 '94.07.04)	-	1,139 (101)	○	○	x
8	제주대병원 (제주, 종합병원, '01.11.01)	-	658 (74)	○	x	x
9	충남대병원 (대전, 상급종합병원, '95.08.21)	세종충남대병원 (세종, 종합병원, '20.07.08)	1,308 (159)	○	○	x
10	충북대병원 (청주, 상급종합병원, '95.08.21)	-	792 (108)	○	○	x