

의료개혁 1차 실행방안

'24.8.30.



의료개혁특별위원회

목 차

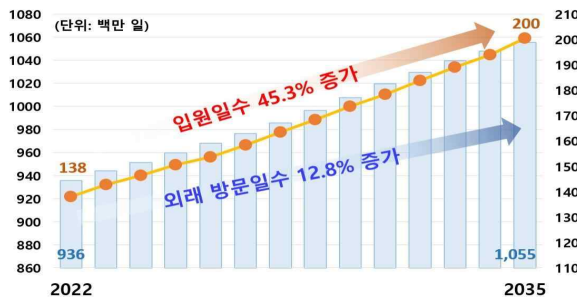
I. 추진 배경	1
II. 추진 방향	3
III. 개혁 실행방안	5
1. 역량 있는 의료인력 확충	5
2. 혁신적 의료 공급이용체계 및 지역의료 재건	17
3. 필수의료 강화를 위한 충분하고 공정한 보상체계 확립	34
4. 환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축	46
IV. 재정투자 계획[안]	54
V. 추진 일정	59

I. 추진 배경

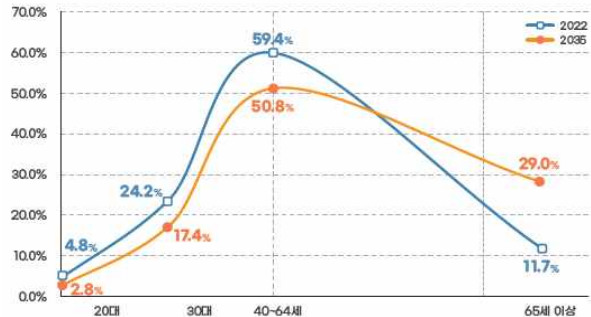
□ 의료개혁 마지막 골든타임

- 향후 10년은 필수·지역의료 위기 극복, 초고령사회 의료수요 급증, 베이비부머 의료인력 대량 은퇴 등에 대비할 마지막 기회

고령화에 따른 의료수요 증가(통계청, 건보공단)



연령별 의사 비중 변화(보사연)



□ 개혁의 최적기(High-time)

- 의과대학 정원 장기 동결 타개를 통한 인력 기반 확충을 바탕으로 대한민국 의료체계 정상화와 質的 성숙 견인 가능
- 의료개혁에 대한 국민적 지지와 범정부적 역량 결집에 따라 강력한 추진동력이 확보된 지금이 개혁의 최적기

□ 개혁의 지향과 타임라인

- 향후 5년은 구조 개혁을 위한 법·제도 정비, 재정투자 집중
- '35년까지 역량 있고 지속 가능한 대한민국 의료시스템 완성

비전: 국민이 신뢰하고 의료인은 자긍심을 가지는 필수의료

- ▶ 사회수요 충족 충분한 의사 수 확보, 진료-연구 및 일-생활 균형 필수의료
- ▶ 가까운 곳에서 안심하고 의료를 이용하는 지역완결 필수의료
- ▶ 의료사고 시 환자는 충분하고 신속하게 구제, 의료인은 민·형사 부담 합리화
- ▶ 어렵고 위험하고 힘든 필수의료에 충분하고 공정하게 보상받고 사회적 인정

○ 수십 년 동안 누적된 문제를 단기에 모두 해결하기는 어려운 상황, 복잡하게 얽힌 문제의 실타래를 푸는 실마리를 잡는 것이 중요

- 전공의 이탈로 국가 비상 진료체계 가동 → 전공의 수련체계 혁신, 상급종합병원 發 전달체계 정상화 시급성 대두

⇒ 의료개혁특위·전문위 논의(4~8월) 등을 통해 개혁의 실마리로서 우선 개혁과제* 구체화 + 개혁 로드맵 마련

* ▲전공의 업무 부담 완화 및 수련 質 제고 ▲상급종합병원 구조 전환(공급·이용체계 정상화)
▲중증·필수의료 보상 강화 ▲ 의료사고 안전망 구축

< 필수·지역의료 위기 구조와 현상 >

구조적 원인	인력	전달체계	보상	의료사고
	▶의대정원 27년간 증가 無(공급부족) ▶의학교육 투자 및 제도 혁신 미흡 ▶전공의 수련 열악 전공의 의존 병원	▶대학병원~의원까지 역할 미정립 ▶진료협력기반 및 유인체계 미흡	▶행위별 수가제로 量 중심 진료 유도 ▶고난도·고강도·고위험대가시간 등 보상 기전 미흡 ▶실손보험을 통한 비급여 과다 보상	▶예방·소통 미활성 ▶소송 外 분쟁해결 체계 미흡(소송의존) ▶의료사고 보상체계 미약

< 구조적 원인 간 상호작용악순환 예시 >

- ▶ 전공의 의존적 인력 운영 + 진료량 증가 유리 → 상급종합병원 중증 집중 저해, 외형 성장 치중 → 환자인력 흡수 → 구인난 등 지역의료 약화로 지역완결 의료 제약, 원정 진료 고착, 취약지 증가
- ▶ 필수의료 불공정 보상 + 높은 만형사 부담 → 인력 수급 불균형, 개원·비급여 쏠림 → 필수의료 공급 부족 → 지역의료 필수기능 약화 심화



위기의 현상	▶ (국민) 중증·응급 적기 치료 실패, 취약 시간·지역 확대, 서울 대형병원 원정 진료, 소송의존 분쟁해결(시간·비용 소모 + 보상 미흡) ▶ (의료생태계) ▲필수의료 기피 ⇔ 개원·비급여 과잉 팽창 ▲병상·외형 중심 무한경쟁·각자도생 ⇔ 전달체계 붕괴 ▲수도권 환자·인력 쏠림 ⇔ 지역의료 약화
-----------	---

Ⅱ. 추진 방향

1 우선과제 추진방향

- ◆ 시급히 해결해야 할 당면 과제 해결책 마련에 집중
- ◆ 근본적 개혁 완수의 마중물로서 개혁의 토대·기틀 마련 및 로드맵 제시

1. 인력 수급 및 양성 시스템 선진화

- 의료인력 수급 체계 및 조정시스템 구축
- 전공의 수련체계 혁신 및 국가지원 강화

2. 상급병원 구조 전환 궤 의료 공급·이용체계 정상화 및 지역의료 재건

- 상급종합병원 量 위주(진료량·병상 확대) → 質的 성장(중증 집중) 전환
- 거점 육성 + 상생 네트워크 ⇨ 지역완결 의료 생태계 혁신 견인

3. 충분하고 공정한 보상체계 전환 본격화

- 저평가된 생명·건강 직결 중증·필수의료 선별·집중 지원체계 확립
- 공정 보상을 위한 지불·보상체계, 비급여·실손 개혁 로드맵 마련

4. 의료사고 예방부터 분쟁 해결까지 쏙주기 의료사고 안전망 토대 구축

- 환자-의료진 소통 활성화 및 의료분쟁조정제도 공정성 제고
- 최선 다한 진료에 대한 민·형사상 부담 완화 법·제도 기틀 마련

2 후속과제 검토 방향

□ 근본 개혁과제까지 실행방안 구체화

- (1차) 기틀 마련 및 로드맵 제시 + 현안 과제 → (2~3차) 이해관계 참여, 多 쟁점, 중장기 과제로 이행 방안 확장
- 공론화 및 현장 의견수렴 기반 위원회 조정·중재 後 합의 도출

< 개혁과제 검토 시 중점 고려사항 >

- ① 공급자 위주 → 국민 최우선, 수요자-공급자 균형 ② 불신·통제 → 상호신뢰 + Empowerment
 ③ 칸막이식 파편·분절 → 연계·융합 ④ 현장 이행력 ⑤ 재정적·제도적 지속가능성

□ 국민 제안을 통한 수요자 관점 추가 개혁과제 검토

	1차 실행방안(8월)	2차 실행방안(12월)	3차 실행방안('25)
역량 있는 의료인력 확충	· 합리적 인력 수급 추계·조정 체계 구축 · 전공의 수련 혁신 및 국가지원 강화 방안	· 공유협력적 인력 운영 체계 혁신	· 독립적 진료역량 확보 지원 방안
혁신적 전달체계 및 지역의료 재건	· 상급종합병원 구조 전환 · 혁신적 의료 이용·공급 체계 수립 로드맵	· 일차의료 혁신	· 초고령사회 대비 의료전달체계 확충 (회복기·재활, 재택 등)
필수의료 공정 보상체계 확립	· 중증 필수의료 선별 집중 지원방안 · 지불 보상 개혁 로드맵	· 비급여 관리 강화 · 실손보험 구조 개혁	· 미용 시장 관리체계 구축
의료사고 안전망 구축	· 예방소통 활성화 · 분쟁조정 제도혁신 · 불가항력 사고 보상 강화	· 의료사고처리특례법 · 의료사고 책임·종합 보험공제 확충 방안	· 추가 쟁점 과제
국민제안 과제	9~10월 의견수렴 (소비자계 협업 FGI)	· 국민제안 1차 과제	· 국민제안 2차 과제

+

◇ 쟁점·이견 큰 과제는 세부 이행방안 마련 과정에서 추가 의견수렴 추진

Ⅲ. 개혁 실행방안

1. 역량 있는 의료인력 확충

문제 인식

- ① **(수급)** 필요할 때마다 개별적 수급 추계 등 제도화된 추계·조정 틀 부재
- ② **(양성)** ▲의사로서 성장 기회보다 값싼 노동력 인식, 국가 투자 부족 등 양성체계 개선 소홀 ▲전문의의 세부 전문화와 기본 진료역량 균형을 위한 지원 필요
- ③ **(배치)** 지역수련·지역의료 경험 기회 부족, 지역 내 교육-수련-정착 연결고리 붕괴
* 비수도권 의대 졸업자 중 약 35% 수도권 근무('21)
- ④ **(운영)** ▲1960년대 의료법 제정 당시 면허체계 지속 및 독립 진료역량 담보 미흡
▲지역간 업무 분담, 장소 제한 등 비효율적 낮은 인력 운영 시스템 여전
* 당해연도 의사면허 발급 후 바로 일반의(인턴 外) 근무 비율: ('13) 약 12% → ('21) 약 16%

< 실행 방안 >

- ① **(수급)** 3~5년 주기 보건의료인력 수급 추계 시스템 구축 및 인력양성정책 연계
- 사회적 수용성 높은 논의기구 구성('24)
- ② **(양성)** 국가 핵심 인재인 전문의 양성에 대한 국가책임 강화('24 79억 → '25 3,719억원, 47배 증액)
- ▲지도전문의 밀착지도, 다기관 협력 수련, 인턴제 개편 등 통해 기본 진료역량 강화
▲수련시간 단축 및 수련 집중(연속: 36→24시간) ▲전공의 종합계획 수립 및 실태조사
- ③ **(배치)** ▲지역 수련병원 상향 평준화 및 지원 확대 ▲비수도권 전공의 배치 비중 확대
- ④ **(운영)** ▲임상수련 강화 연계 독립진료 質 확보 지원 방안 마련 ▲공유형 인력 운영 선도모델 도입·확산 ▲협업 강화를 위한 지역 간 합리적 업무 범위 설정

1

인력 수급추계·조정시스템 구축

◆ 정책 의사결정 과정 공식화 ⇨ 추계결과 수용성 제고

◆ 수급 추계·조정시스템 확립 ⇨ 사회적 갈등 ↓ + 인력 수급 정책 기반 공고화

1 추계방안 및 절차

① (모형 확립) 합리적 인력정책 수립을 위한 과학적 근거 확보를 위해 수급 추계 모형·방식 확립

- 추계 모형, 모형에 포함되는 변수, 활용 통계 등은 해외 사례, 관련 연구 등 참고하여 논의기구에서 결정
- 확립된 모형 적정성 주기적 평가 및 보완 필요성 검토

< 수급 추계 모형 구성요소(안) >

- ▶ (인력 수요) 인구 구조의 변화, 질병 양상의 변화, 의료서비스 이용 양상, 서비스 전달체계의 구성, 소득 수준, 의료보험의 보장 범위, 정부 정책 변화 등
- ▶ (인력 공급) 대부분 직종별 노동시장 유입·유출, 현 인원을 전망하는 유입·유출 모형 활용
 - 유입(inflow): 관련 대학 졸업생 수(또는 면허 취득자 수), 이민 근로자, 노동시장 재진입 등
 - 유출(outflow): 은퇴, 이직, 사망, 이민 등 노동시장 이탈
 - 현재 인력(stock): 인원 수, 전일제 근로자 환산 등으로 측정

② (추계 실시) 확립한 모델 바탕, 3~5년 주기 직역별 수급 추계 실시

- (대상 직종) 의사(醫, 齒, 韓), 간호사, 약사 등 보건의료 직역 포괄
→ 1차년도 의사·간호사, 2차년도 한의사·치과의사·약사 順 실시 검토
 - * 추계 근거자료 확보 가능성, 인력 수급정책 적용 우선순위 등 고려한 추계 포함 범위 검토
- (단위) 총 규모 추계 안정화 後 일부 직역 진료과, 지역별 추계
 - * (일본) 진료과, 지역별 수급 추계로 의사 수급 균형이나 지역진료과목별 불균형 결론 도출(06)
- (가정) 현 수급 균형상태 여부, 균형 달성 목표 설정 등 검토
- (시나리오) 변수에 변화줄 수 있는 요인* 고려, 시나리오별 추계
 - * ▲의학기술의 발전 ▲인력 수급 영향을 미치는 제도 변화 ▲의사과학자 등 비임상 의사 수요 증가 등

2 추계결과 활용

① (조정) 추계 결과 반영, 조정 방식은 논의기구 합의·결정

- 추계 결과 과부족 인원 배분 기간, 기간별 배분 규모·방식 등 결정
- 총괄 추계와 진료과·지역별 추계 불일치 시 조정 방안 결정

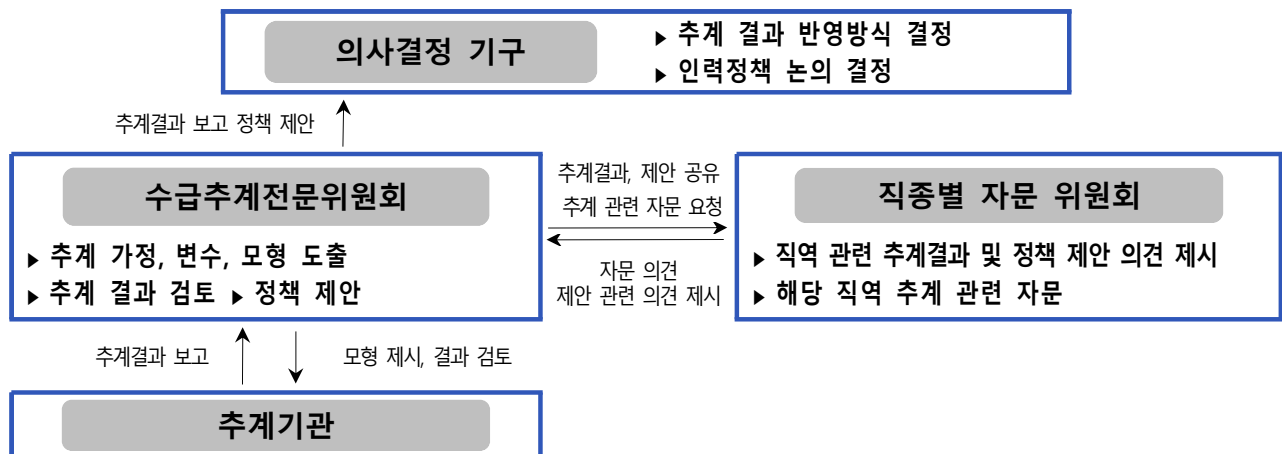
② (인력정책 결정) 추계 결과는 인력 수급 정책에 활용

- 총괄 추계 결과 ⇨ 직종별 인력 수급 정책
- 진료과, 지역별 추계 결과 ⇨ 필수·지역의료 인력수급 정책

* (중장기) ▲지역별 추계결과와 대학 입학정원 ▲진료과별 추계결과와 전공의 정원 배정 연계 검토

3 논의체계 구성

< 논의기구 간 역할 및 구조 >



① (수급추계 전문위) ▲추계 가정·변수, 모형 도출 ▲추계 결과 검토

▲ 의사결정기구에 추계 결과 보고, 인력정책 제안

- 공급자(과반수), 수요자, 전문가단체 추천 전문가*로 구성

* 예: ▲보건학·통계학·인구학·경제학 등 전공 ▲인력정책 및 추계 분야 전문 지식·경력 풍부 ▲대학 부교수 및 연구기관 연구위원 이상 등 요건

② (추계기관) 전문적 추계 작업 지원 전담기구 설치 추진

- (단기) 보건사회연구원 내 가칭 '의료인력수급추계센터' 신설('25)

- (중장기) 통합적 인력정책 지원 전문기관으로 발전
 - (데이터 관리) 정부, 공공기관, 지역 단체 등에 분산된 보건 의료인력 데이터 통합·표준화 및 체계적 관리
 - (수급추계) 모델, 가정 등 지속적 추계 연구, 추계 실무 담당
 - (인력정책) 축적된 인력 데이터 활용, 인력·자원의 수도권 쏠림, 고령화 등 환경에 대응한 정책 연구 등 인력정책 수립 지원

< 해외 사례 >

- ▶ (미국 보건의료자원서비스청: HRSA) ▲데이터 관리: 인력자원 데이터 생산·수집·분석 ▲추계·분석: 수급 예측 및 모니터링, 의료인 부족지역(HPSA) 지정 등 ▲인력정책: 접근성 강화, 인력교육 등 지원
- ▶ (프랑스 국립보건전문직 인구통계 관측소: ONDPS) ▲데이터 관리: 인력 데이터 수집·공개 ▲추계·분석: 인구통계·보건수요 고려 인력 수급 추계 ▲인력정책: 지역대학별 증원 여부 권고

③ (직종별 자문위) ▲전문위 추계 결과, 정책 제안 관련 의견 제시
▲추계 가정·변수 등 설정 과정 자문

- 의사·간호사 등 지역 중심 ‘○○인력자문위원회’ 설치, 해당 지역 대표(과반수)와 전문가로 구성

* (일본) 의료인력수급검토회에 3개 분과(의사, 간호사, 물리·작업치료사 수급) 설치

④ (의사결정기구) ▲전문위 추계결과 반영방식 등 결정 ▲수급 현황 고려, 인력정책(양성, 배치 등) 논의·결정

- 既 운영 중인 보건의료정책심의위원회(보건의료기본법) 활용

◇ 추계 논의 기구 신속 구성(9월 중 관련 단체 추천 요청), '24년 내 출범

4 과학적 추계 위한 인프라

- (정보시스템) ‘보건의료인력 통합정보시스템’ 도입('24.9월)을 통해 추계 정확성 제고, 정책 수립 및 효과 평가 근거 제공(20억원 지원)

* 20개 직종 대상 복지부·건보공단·국시원·심평원 등 보유 면허 지역연령별 현황 등 DB 구축 및 활용시스템

2 전공의 수련 혁신

- ◆ '다양한 경험, 밀도 있는 수련' 통해 기본진료·세부전문 역량 동시 함양
- ◆ 수련병원의 전공의 의존 축소 下 업무 부담 완화, 수련 국가 책임 강화

1 프로그램 내실화

① **(밀착 지도)** 수련 내실화 핵심인 지도전문의 역할 강화 및 재정투자로 맞춤형 지도, 피드백 강화(전공의법 시행규칙 개정 / 2,897억원 지원, '25)

- 교육 전담, 책임 지도전문의 등 역할 명확화하여 기존 지도전문의*와 별도 지정, 프로그램 충실도 고려 수당 지원(최대 年 8천만원)

* 형식적 요건(기초교육 4시간 등), 전공의 배정 규모와 연계 등으로 실질적 역할과 무관하게 다수 지정
→ 역할 명확화한 교육 전담·책임 지도전문의 추가 지정

< 지도전문의 역할 >

구분	총괄 책임자	교육 전담 지도전문의	책임 지도전문의
역할	프로그램 전반적	전공의 전담 교육	전문과목별 수련 관리
수련업무 비중(예시)	운영·관리 책임	일대일 피드백, 실습 기회 부여 및 참관·지도	
		20~30% 이상	40~50% 이상

* (미국 사례) 책임지도전문의(PD): 수련 프로그램 총괄자, 수련업무 비중 60~80%
지도전문의(EF): 전공의 교육·평가 참여, 수련업무 비중 30~40%

② **(집중 수련시간)** 수련 시간 일부를 보호된 '집중 수련시간' 활용 권고('25)

* 병동 업무에 투입되지 않고 역량 강화를 위한 핵심 활동에 참여할 수 있는 시간
예시: (필수) 교육 전담 지도전문의 일대일 피드백, (선택) 강의, 컨퍼런스, 사례토론 등

< 미국 전공의 교육시간 보장 사례 >

- ▶ (규정) 수련병원은 전공의가 핵심 교육활동에 참여하는 'Protected Time' 제공 의무
- ▶ (프로그램) 핵심 교육활동 정의(예시: 강의, 컨퍼런스, 비동기 학습, 시뮬레이션, 사례토론 등)
- ▶ (적용방식) 근무표상 정기적 교육시간 배정, 해당 시간은 진료의무 배제

③ **(임상교육시설)** 권역별 임상교육훈련센터 확충(8→10개)을 통해 술기 등 체계적 교육 기회 제공(230억원 지원, 모든 국립대병원 '28년까지 완공)

④ **(임상교육 지원)** 필수의료 임상술기 교육 비용(1인당 50만원) 지원 확대('25)

* ('24) 외과, 산부인과, 흉부외과, 소아청소년과, 신경외과 → ('25) 응급의학과 추가

2 인턴제 개편

- ① **(교육·관리체계)** 명확한 책임주체 없이 형식적 운영*에 그치는 인턴 수련을 체계적 관리 下 내실있는 수련이 가능하도록 개선('25)

* 인턴 과정 핵심 역량 미습득(50.0%), 무관한 업무 요구(50.8%) 등 불만('22. 전공의협의회 설문조사)

- 인턴 수련 총괄 책임자인 책임 지도전문의 지정 및 재정 지원
- 인턴 수련 프로그램에 대한 의학회·수련환경평가위원회 등 관리 실질화 방안 마련

- ② **(진료 경험 확대)** 인턴 기간 난이도 낮은 '위임 가능 활동' 중심으로 진료 참여 기회 부여, 기본 진료역량 강화('25)

- 인턴과정 전담 지도전문의 지도 下 환자 안전 확보

< 위임 가능 전문 활동 예시 >

- ▶ (내과) 환자 병력 청취와 신체 진찰, 일반진단·선별검사 결과해석 및 전달 등
- ▶ (외과) 외과 수술 관련 업무, 외과 환자 주치의 업무, 환자 식사 및 영양치료 등
- ▶ (산부인과) 산과적 응급환자 문진과 청취, 산부인과적 급성복통 진단 등
- ▶ (소아청소년과) 연령별 성장과 발달특징 이해, 소아환자 진정 치료 및 환자 관리 등

- ③ **(프로그램 내실화)** 독립진료 역량 강화를 위한 인턴 수련 프로그램 개선

- 의학회 등 논의를 거쳐 필수진료과 임상 및 지역의료 수련 경험 확대를 위한 프로그램 개편 방안 마련('26)

* (現) 內外産小 각 4주 + 선택 2과목 이상 ⇨ (改) 의학회 등 논의 거쳐 개편방안 마련

- ④ **(수련 기간)** 총 수련기간(4~5년) 유지 下 충분한 독립진료 역량 습득에 필요한 합리적 기간 설정

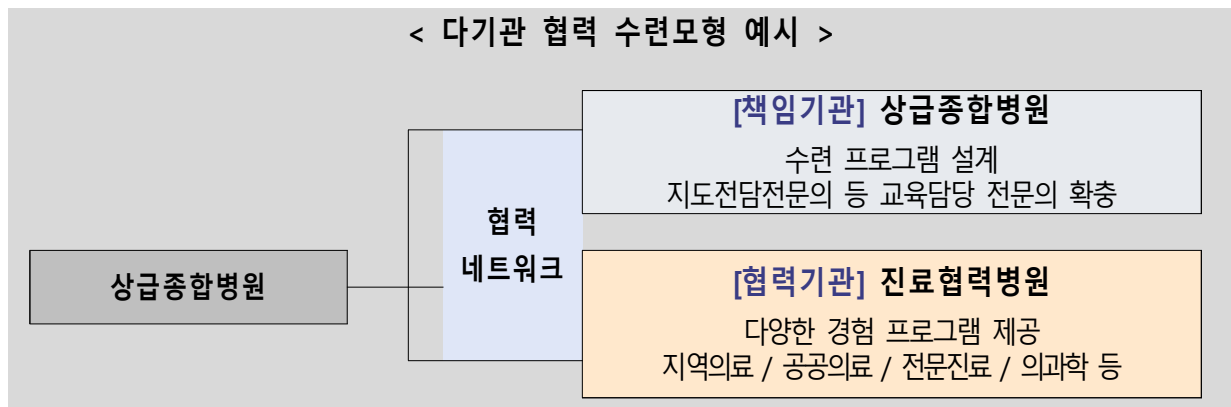
◇ 독립진료 역량 확보 및 환자 안전을 위한 근본적 인턴제 혁신(임상수련의제 등)은 의료계 등 충분한 의견수렴 및 특위 후속 논의 추진

3 “다기관 협력 수련” 도입

- ① **(시범사업)** 중증에서 경증까지, 지역의료 임상경험 다양하게 쌓을 수 있도록 ‘다기관 협력 수련모형’ 시범사업 도입(11억원 지원, '25)

* 전공의 중 상급종합병원 수련 비율 69.2%(‘23) ⇨ 중증 이상 환자 중심 임상경험 수련 과정 불만 사유(‘17. 의협 실태조사): 입원, 중증 환자 등 편중(60.2%, 1순위 답변)

- ② **(협력체계)** 교육 인프라가 잘 갖춰진 병원이 수련거점 역할, 진료 협력체계와 연계하여 지역·공공의료 등 경험하도록 구성



- (적용 단위) ▲ 권역 책임의료기관 중심의 권역형 중심 ▲ 수도권 상급종합병원-지역 의료기관 연계 전국형도 가능

- ③ **(프로그램)** 협력체계별 다양한 중증도 환자 진료 프로그램 구성, 공공·지역의료, 전문진료, 의과학 등 포함(Bottom-up 방식)

* 예시: [외과] 충수돌기절제술(맹장수술), 담낭절제술, 탈장교정술 등 낮은 중증도
[내과] 내시경, 초음파 등 진료 경험, [산부인과] 분만, 전문진료(불임·난임 등)

- 진료과별 특성 고려 탄력적 구성 ⇨ 각 학회 검토, 수련평가위원회 인증
- 책임기관의 진료과별 책임 지도전문의가 협력기관의 프로그램 운영 모니터링, 전공의 총괄 관리

- ④ **(지원체계)** 전공의 정원 배정 시 고려, 비용 지원* 등 검토

* (책임기관) 프로그램 개발비, 담당 지도전문의 인건비, 파견 소요비용 등, (협력기관) 운영비 등

- 협력체계 내 인건비 지원 주체, 법적 책임 등 운영 가이드라인 마련

4 전공의 수련 여건 개선

① (연속 수련) 의료사고 예방, 수련 집중 여건 위한 수련시간 단축 추진

- 36(+4) → 24(+4*)시간 단축 시범사업('25) 성과평가 및 科·연차 특성 등을 고려하여 제도화(전공의법 시행규칙 개정, '26.2월)

* 당직 근무 후 인수인계 소요 시간 고려

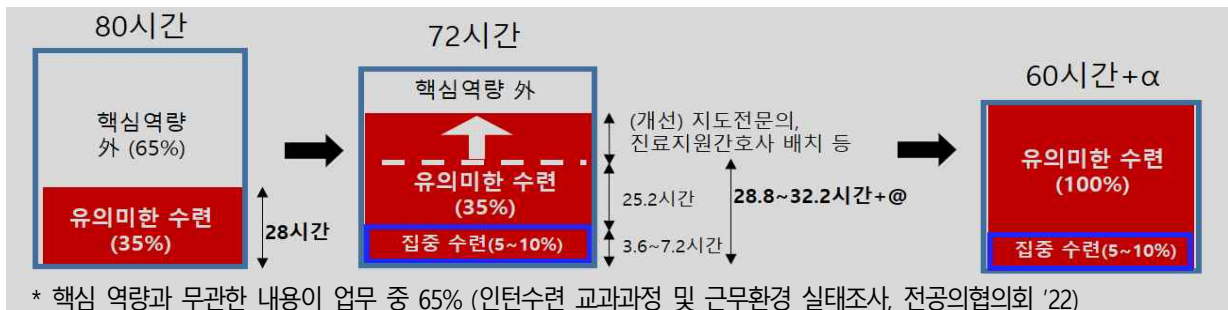
② (주당 수련) 80(+8) → 72(+8)시간 단축 시범사업('25) 및 제도화('26.2월) → 60시간 + α(전공의법 시행규칙 개정, '31)

- '집중 수련시간' 적용, 프로그램 내실화 등을 통해 총 수련시간은 감소하더라도 유의미한 수련 시간은 확대되도록 조치

- 수련체계 개편 연계, 주당 수련 60시간('31)*으로 단계적 단축 추진

* '25년 증원되는 의대생이 전공의로 진입하는 '31년부터는 전공의 수 증가 고려

< 수련시간 변화 >



< 주요국 전공의 근무시간 규정 >

구분	한국	미국	캐나다	영국	독일	일본	네덜란드
주당	80(+8)시간 ※ 교육 목적 연장 可	80시간 ※ 예외적 88시간까지 可	60~90시간 ※ 주별 상이	48시간 ※ 예외적 56시간까지 可	42시간 ※ 예외적 80시간까지 可	80시간	48시간 ※ 예외적 60시간까지 可
연속	36(+4)시간	24(+4)시간 ※ 교육·인계 목적 연장 可	24(+2)시간 ※ 인계 목적 연장 可	13시간 ※ 온콜 포함 24시간	24시간	28시간	24시간

③ (적정 업무량) 수련시간 단축의 안정적 시행을 위해 전공의 1인당 적정 환자 수 上限 등 가이드라인 마련* 검토('26) **후속 검토**

* (미국) ACGME 전공의 1인당 환자 수 상한 적용(내과 1년차 신규환자 5명, 입원환자 10명 상한)

④ (필수분야 전공의 지원) 필수분야 전공의 등* 수련수당 확대(589억원 지원, '25)

* 전공의 ('24) 소아청소년과 → ('25) 내과 외과 산부인과 응급의학과 심장혈관흉부외과 신경과 신경외과 추가
전임의 ('24) 소아 분야 → ('25) 분만 분야 추가 ⇒ 1인당 月 100만원 지원

5 전공의 수련 혁신 기반 강화

① (종합계획) 중장기 방향성 下 인력 양성 제도 개선 위해 제1차 '전공의 종합계획' 수립('25)

* 법적 근거: 「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률」 제5조(전공의종합계획의 수립 등)

< 종합계획 포함 필요내용 >

- ▶ (방향성) 의대 증원에 발맞춰 어디에서나 양질의 수련이 가능하도록 준비
- ▶ (수련환경) 수련시간 단계적 단축을 위한 수련 프로그램, 인력 운영, 관리체계 등 개선계획
- ▶ (수련내용) '多기관 협력 수련' 제도화 방안, 임상수련의제 도입 방안 등
- ▶ (인프라) 수련병원별 수련 여건의 상향 평준화를 위한 인프라 확충·보완 방안 등
- ▶ (평가) 수련병원 및 프로그램 평가 내실화 계획 등

② (수련 실태조사) 정확한 수련 실태 파악 및 제도개선 반영을 위해 국가 차원 '수련 실태조사'(3년 주기) 도입('25)

* 기존에는 전공의협의회 등이 간헐적으로 실태조사 실시

- (조사내용) 인턴·레지던트 과정별, 지역·수련병원 규모별 수련·교육 현황 및 근무 여건 등 조사
- (활용) 조사결과 분석, '전공의 수련 종합계획' 반영, 단계적으로 전공의 정원 배정 등에 활용 검토

< 캐나다 전공의 설문조사 사례 >

- ▶ (규정) RCPSC(정부기관)에서 수련기관 인증평가 설문조사 주관, 전공의협의회에서 설문지 개발, 전공의들은 해당 설문조사 참여 의무화
(가정의학과 전공의 60%, 전문과목 전공의 50% 이상 설문에 참여해야 유효)
- ▶ (활용) 설문 결과는 수련기관 자격, 재원, 전공의 정원 등에 영향, 설문조사에서 문제 확인 시 전공의·관계자 면담, 방문 조사 실시
- ▶ (설문항목) ▲전공의과정 만족도 ▲근무시간과 피로 ▲환자 인계 ▲부적절한 행동 ▲진로상담 ▲멘토링 ▲수련장소 이전 ▲채용 기회 ▲미래 계획 등

3 지역 배치 확대

- ◆ 지역 수련병원 역량·여건 개선을 통한 지역 수련 확대 기반 확충
- ◆ 의대·전공의 정원 연계로 지역 정착 지원

1 역량 있는 지역 수련병원 확보

- ① **(지역 수련병원 투자)** 비수도권 전공의 배정 확대와 연계하여 양질의 수련이 가능하도록 지원 필요사항 발굴 및 적극 지원(192억원*, '25~)

* 수련병원별 평균 1억원, 전국 192개 수련병원 대상 수련환경 개선 지원

- 지자체 중심으로 지역병원 협력 下 지역 내 양질의 수련병원 확충 계획 마련, 정부는 지자체 지원*

* 교육부 RISE 체계(지역혁신중심 대학지원체계, Regional Innovation System & Education) 활용

- ② **(유형 다양화)** 공공의료원, 전문병원* 등 지역·공공의료에서의 수련 기회 제공을 위해 수련병원 유형 다양화(전공의법 시행규칙 개정, '26)

* 특정 분야(관절·수지접합·뇌혈관 등)의 전문적 역량 고려, 전공의 파견 등 가능하도록 개선

- ③ **(지정기준 개선)** 병상, 시설 등 형식적 요건이 아닌 실제 교육 가능 여부를 중심으로 수련병원 지정 검토(전공의법 시행규칙 개정, '26)

* 예: 허가병상 100병상, 퇴원환자 2,000명 → 형식기준 완화, 지도전문의 배치, 프로그램 등 내용 중심

2 지역 친화 전공의 배정

- ① **(지역 배정)** 지역의 수련 여건 개선과 함께 수도권과 비수도권 비율 5.5:4.5 → 5:5 배정 등 지역배정 확대('25)

* '25년 의대 정원 지역별 비중 : 수도권 30.1%(1,376명), 비수도권 69.9%(3,191명)
비수도권 의대 졸업자 중 약 35% 수도권 근무('21)

- ② **(배정방식 개선)** 현행 전공의 정원 배정방식을 검토, 적시성·합리성 있는 배정이 가능하도록 기준 명확화 방안 마련('26)

* 전문가·보건당국 배정기준 제시, 학화·다기관 협력 수련 책임기관 등 의견수렴 통해 정원 배정

3 質 중심 평가를 통한 수련병원 상향 평준화

- ① **(평가 내실화)** 형식적 요건 위주 → 내용 중심 평가 전환, '31년까지 지역 수련병원 상향 평준화 추진(전공의법 시행규칙 개정, '26~)

* (現) 지도전문의 수, 진료실적, 장비 등 → (改) 지도전문의 수련·교육 참여 여부 등 현실적으로 수련 가능한 병원인지 평가, '집중 수련시간' 적용 여부, 전공의 실태조사 등 결과 활용

< 주요국 수련병원 평가 등 제도 비교 >

구분	한국	미국	캐나다	일본
평가 기구	수련환경 평가위원회	ACGME (민간 비영리법인)	RCPSC (교육 감독 국가기관)	도도부현
평가 기준	형식 요건 중심 (지도전문의 수, 진료실적, 장비 등)	실질 요건 중심 (관리·감독, 인력, 교육프로그램 수련 환경 등)	실질 요건 중심 (전공의 설문조사를 기반으로 프로그램 정기평가)	형식+실질 요건 (연간 입원환자수, 수련 프로그램 질, 환경 등)

- ② **(피드백 강화)** 평가 결과와 의료 質 평가 중 교육·수련영역 연계 강화

⇒ 의료질 평가 지원금 차등 지급 확대('26)

* 총 지원금의 8% 차등 지급 중 → 등급 구분 세분화, 주요 항목과 지원금 지급과의 연계 확대

- ③ **(평가기구)** 수련환경평가위원회 위원 확대, 사무국 인력 보강 등
(전공의법 개정, '26 / 10억원 지원 '25)

⇒ 중장기적으로 한국형 수련 평가기구인 'K-ACGME*' 신설,
여러 기관에 흩어진 평가기능 일원화 검토

* ACGME(졸업 후 의학교육 인증위원회): 미국의 수련 총괄기구, 병협·의학회 등 7개 단체로 구성, 기관 및 교육프로그램 인증 표준 설정 및 인증 실시

< 'K-ACGME' 역할(안) >

- ▶ (기관 평가) 수련병원·기관 평가기능(現 수련환경평가위원회 수행)
- ▶ (프로그램 평가) 수련 프로그램 설정·평가기능(現 전문과목별 학회 수행), 인턴 수련프로그램 설정·평가기능
- ▶ (교육관리) 지도전문의 역량 강화를 위한 교육 프로그램 마련, 지도전문의 수련 참여도 등 관리

4 인력 운영 시스템 혁신

- ◆ 독립적 진료역량 확보 지원을 위한 제도 보완 검토
- ◆ 공유형 인력 운영, 업무 범위 합리화 등 운영 전반 혁신

- ① **(진료역량 확보)** 환자 안전, 의료 질 향상을 위해 수련 연계 독립진료 역량 확보 지원 및 결격사유 주기적 관리 방안 마련 **후속 검토**
- ② **(협력·공유형 인력 운영)** 제한된 인력으로 효율적 의료 제공을 위한 협력·공유형 인력 운영체계 확립 **후속 검토**
 - (직종간 협력) ▲입원전담 전문의 제도 개선* 및 전담 전문의제 다변화 ▲팀제(교수-전임의-전공의-진료지원인력) 진료모델 개발·확산
 - * 예: (現) 칸막이식·경직적 운영, 미래비전 불투명 → (改) 탄력적 운영, 경력개발 경로 구체·명확화 등
 - (인력 공유) ▲파견·순회·협력 진료 활성화를 위한 법령·제도 개선
 - ▲공유형 진료 선도모델 도입·확산 추진

< 공유형 진료 3대 선도모델 예시 >

- ▶ (고위험 분만·신생아) 고위험 분만·신생아집중치료실 보유 종합병원 이상 기관 ⇔ 高경력 산부인과 병·의원 협업 ⇨ 응급수술 적기 대응, 고위험 분만 후 치료·회복 향상
- ▶ (지역병원 지원) 지역 공백 발생 중증·희귀·난치 진료 대상 국립의료기관, 권역책임의료기관, 他 권역 상급종합병원 전문의의 지역병원 주기적 파견·순회 진료(검직 제한 완화, 진료협약 체결)
- * (사례) 경북대병원의 울진의료원 파견·순회 진료, 국립암센터 소아암 전문의 강원대병원 파견 등
- ▶ (외부 전문의 초빙) 의료기관과 외부 전문의 계약·초빙(유사 例: 美 Attending system)

- ③ **(업무범위 합리화)** 변화된 의료현실을 반영, 지역 간 협력을 위해 합리적 업무 분담이 가능하도록 업무 범위 개선 추진 **후속 검토**
 - ▲업무 범위 조정·명확화 위한 거버넌스(예: 보건의료인력 업무조정 위원회 등) 구축 ▲자격·업무 관련 법령·규정 정비
 - 선도 과제로 진료지원간호사 제도화*(간호법 제정, '24) 추진
 - * (고려사항) ▲일정 수준 임상경력 ▲현장중심 실습형 교육 ▲교육운영기관 질 관리 ▲적정 업무범위

2. 혁신적 의료 공급·이용체계 및 지역의료 재건

문제 인식

- ① **(공급)** 과잉 병상 등 양적 확장 추구, 의료기관 진료량 경쟁 심화 ⇨
의료 질 제고 미흡, 기능별 공급체계 미정립, 환자 중심 협력체계 약화

* *인구 천명당 병상(우리나라 12.8, OECD 4.3), *지난10년 간 의료비 증가율(우리나라 8.0%, OECD 4.4%)

- ② **(지역)** 지역 의료 인프라 및 인력 부족 ⇔ 환자 유출 악순환, 지역 완결성 저하

* 과감한 재정 투자 부족, 지역 인프라 - 인력 - 보상 등 전반에 걸친 마스터플랜不在

- ③ **(이용)** 환자의 합리적인 이용을 지원할 충분한 정보 부족 및 유인기제 미작동

* 전 국민 건강보험 도입 이후 진료권 폐지('99), 실손보험 확대, 형식화된 진료의뢰 등

< 실행 방안 >

- ① **(공급)** 상급종합병원 구조 전환을 시작으로 기능 중심 의료공급체계 재건

- 상급종합병원 구조전환('24.9~), 2차 병원 육성 및 일차의료 혁신 시범사업('25~)
- 종별가산 폐지, 평가체계 재정비 → 기능 및 성과 중심 보상 강화('25~)

- ② **(지역)** 인프라-인력-법-재정에 이르는 '한국형 지역의료혁신전략' 단계적 시행('25~)

- 권역 거점병원을 서울 주요병원 수준 육성, 지역의료 혁신 시범사업('24.下), 계약형 필수 의사제 시행('25.上), '지역의료발전기금' 신설 및 지역의료 지원법 제정

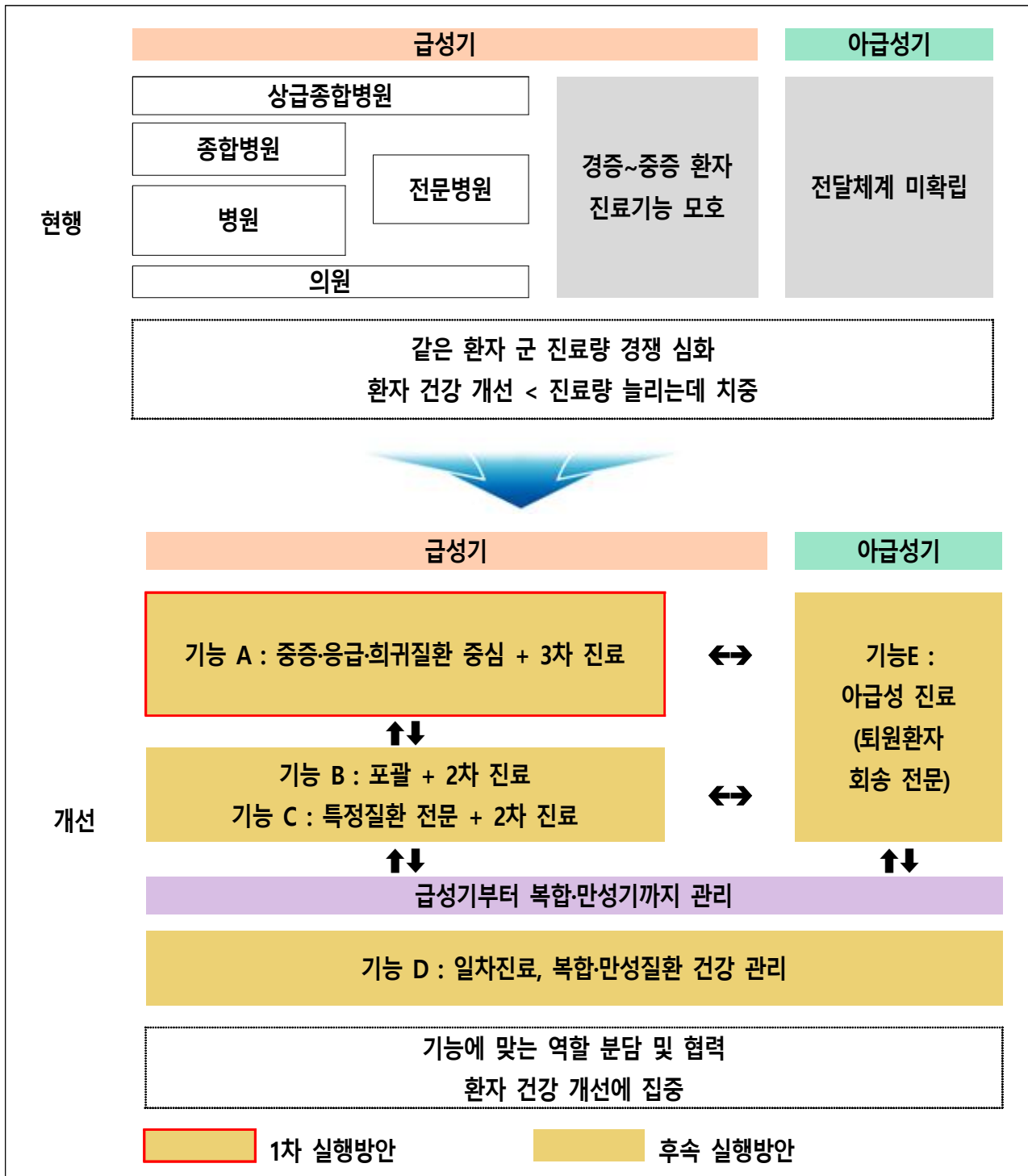
- ③ **(이용)** 환자-의료인 간 정보 비대칭 해소 및 비용 구조 재설계

- 환자 중심 정보제공 혁신(의료법 개정, '25), 의료 접근성 확대, 비용 구조 재설계(건보 본인부담 단계적 인상 + 실손구조 개혁 병행)

1 기능 중심으로 의료공급체계 재건

- ◆ 진료량 확장, 무한 경쟁 ⇨ 환자 중심, 질 제고, 협력체계로 전면 전환
- ◆ 기능별 최적화된 의료 공급을 위한 「全 의료기관 구조 전환」 단계적 완성

< 의료공급체계 재건 로드맵 >



1 기능 중심으로 의료기관 공급체계 재설계

- ① **(상급종합병원 구조전환)** 전공의 의존도 낮추고, 중증·응급·희귀질환 진료 집중할 수 있도록 진료, 진료협력, 병상, 인력, 전공의 수련 5대 혁신

< 상급종합병원 5대 혁신 >

- ▶ (진료: 중환자 중심병원) 환자 중증도 분류체계 개편과 연계, 3년 내 중증진료 비중 (現) 50% → (改) 70% 이상 또는 현행 비중의 50% 상향
- ▶ (진료협력: 협력 중추병원) 상급종합병원과 진료협력병원 간 강화된 협력체계 구축, 형식적 의뢰·회송 아닌 '전문적 의뢰·회송' 실시
- ▶ (병상: 적정병상 보유 병원) 허가 일반병상 적정 감축, 중환자 병상 확충 등 최적 중증 입원서비스 제공
- ▶ (인력: 전문인력 중심 병원) 전문의 및 진료지원간호사 등 숙련 인력 중심 운영, 다기관 협력수련 연계 상급종합병원 전공의 비중 현원 기준 절반 감축(40→20% 목표 단계적 감축)
* (1단계) 전문의 쏠림문제 없도록 현 단계에서는 중등증 이하 진료량 감축과 함께 업무 재설계·효율화
(2단계) 전문의 배출과 연계, 전문의 중심병원으로 전환
- ▶ (전공의 수련: 수련 선도병원) 다기관 협력 수련 등 협력프로그램 설계 및 관리, 별도 예산 지원

- (구조전환 지원사업) 시범사업을 통해 상급종합병원이 안정적으로 구조 전환할 수 있도록 지원('24.9월~, 3년간) * 세부내용 9월 초 별도 발표

< 시범사업 기준(안) >

- ▶ (진료) 3년 내 중증진료 비중 70% 이상 또는 현행 비중의 50% 상향
- ▶ (진료협력) 상급종합병원 + 진료협력병원(병원급 이상 10개), 전문 의뢰·회송 시행, 협력 진료계획 수립
- ▶ (병상) ▲서울(허가 1,500병상 이상인 병원: 일반병상 15% 감축 / 그 외: 일반병상 10% 감축)
▲수도권(일반병상 10% 감축) ▲비수도권(일반병상 5% 감축)
* 어린이 공공전문진료센터, 응급센터, 외상센터 병상은 제외
- ▶ (인력) 전문의 및 진료지원간호사 업무 재설계 계획, 진료지원간호사 훈련계획 수립, 간호사 업무관련 시범사업 절차 준수 등
- ▶ (전공의 수련) 다기관 협력 수련 등 협력프로그램 설계 및 관리

- 상종이 진료량 확장보다 중증 등 적합질환 진료, 진료협력 등 기능 적합 진료 집중 시 더 많은 보상이 이루어지도록 개편
- * 중등증 이하 진료 감축(진료비 절감) / 중증 진료 집중 시 보상 강화(약 3조원 내외)

< 보상기준(안) >

- ▶ (입원료/중환자실 수가) 50% 수준 정액 인상
- ▶ (중증수술 수가) 상종 多빈도 등 중증수술 및 마취행위 수가 인상
- ▶ (지역가산) 비수도권 상종은 권역 내 의뢰·회송 보상 강화
- ▶ (24시간 진료 보상) 24시간 진료 기능 유지를 위한 정책수가 신설
- ▶ (사후 성과보상) 적합질환 진료 여부, 진료협력 여부 등 성과평가 後 보상

② (2차 병원 육성) ▲종합병원 핵심기능인 포괄적 진료역량과 심·뇌 등 중증 응급 기능 강화* ▲특정질환 치료역량 높은 전문병원 육성(‘25) **후속 검토**

* (現) 100병상 이상+ 7개 이상 진료과목을 갖추면 모두 종합병원 → (改) 포괄적 진료역량 및 심뇌 등 중증응급 기능 정립 등 기능 갖추기 어려운 종합병원은 전문진료 또는 아급성 등 他 기능 전환 유도

- (종합병원 기능 강화) 다양한 질환·증상 포괄적 진료 및 중증응급 역량 등 기능 제시 ⇨ 기능·성과평가 통해 우수기관 보상 강화*

* 필수의료 특화 역량 높은 종합병원 중심 인력·자원 집중화 ⇨ 종합병원 본래 역할·역량 유지·강화

- (전문병원 육성) 심장, 뇌, 수지접합, 화상 등 특정질환에 대한 역량 갖춘 전문병원 육성 및 역량에 합당한 보상 강화

* 비급여가 적고 정부 지원이 필요한 필수 전문진료 중심 육성, 질환 등 지정체계 개편 병행

③ (일차의료 혁신) 고령화 및 복합·만성질환 증가에 대응하여 환자의 통합적 건강관리 기능 강화(일차의료 시범사업, ‘25) **후속 검토**

- 의원급 의료기관 중 통합적 건강관리 및 포괄적 일차의료 기능 수행하는 의원에 보상 강화 등 전반적 구조전환 추진*

* 기능(외래질환 포괄 진료), 인력(의사, 간호사 팀 기반), 협력(의원간, 보건소, 건강관리기관 연계) 보상(교육상담, 환자관리 묶음수가, 의료 질환자 만족도·적정 의료이용 등 성과 연동 인센티브)

④ (아급성 체계 확립) 중증수술 등 퇴원 후 재활·회복 필요 환자에게 최적 서비스를 제공할 수 있도록 회송 중심 아급성 병원 육성 **후속 검토**

* 아급성 병원 바람직한 기능 확립, 유형 구분(재활형, 노인질환형) 및 적정 보상체계 구축

2 기능·성과 중심 공급 기반 정비

- ① **(중증도 분류체계 개편)** 의료기관 기능 적합 질환자 진료를 위해 의학적·현장 의견을 반영하여 현행 입원환자 분류체계* 전면 개편

* ▲전문진료질병군(중증) ▲일반진료질병군 ▲단순진료질병군 등 3개 분류

- (1단계: 현행 기준 보정) 상종 구조 전환 시 보완지표 적용 및 현장 의견수렴 거쳐 중증 분류 우선 보완('25)

< 전문진료질병군 외 보완지표(안) >

- ▶ 진료협력병원 중 2차급 병원에서 전문 의뢰된 환자
- ▶ 중증응급(KTAS 1~2)으로 응급실 거쳐 입원한 환자
- ▶ 소아 관련 고위험·고난도 수술 281개 항목(연령 가산 행위)

- (2단계: 전면 개편) 수술·시술 특성뿐만 아니라 연령, 복합 상병 여부 등 환자 상태가 반영될 수 있도록 개정(단계적 반영)

현행	1단계 개선('25.上)	2단계 개선('25.下)
▶ (근거) 상종 지정 고시	<p>▶ (근거) 별도 근거 마련 * 의료기관 종류별 표준업무고시 전면 개정 ('25.上~)</p> <p>▶ (활용) 상종 지정 + 수가, 평가 등 병원 정책 전반</p>	
<p>▶ (분류) 수술·시술 등 구분, 같은 수술이어도 환자의 복합상병 여부 등 미반영 * 478개 전문진료질병군(중증)</p>	<p>▶ 상종 구조전환 추진 시, 보완지표 활용('24.9~)</p> <p>▶ 부문별 지속 개정('25.上~)</p> <p>- 현장 의견수렴 거쳐 전문 진료질병군 조정</p> <p>*예: 당뇨(일반 또는 단순진료 질병군) → 소아1형 당뇨는 전문진료질병군으로 재분류</p>	<p>▶ 전면 정비 * 환자상태, 복합상병 등 반영</p> <p>▶ 의료기관 기능에 맞는 적합질환군 마련 * 중증도 + 해당 지역의 의료 기능 종합고려</p>

② (상종 제도 개선) 상급종합병원 명칭 및 지정기준 개선

- (상급종합병원 명칭) 서열화 인식 탈피, '중증, 고난도 진료' 병원으로 인식되도록 공모('24.下) 등을 거쳐 명칭 변경(의료법 개정 추진)
- (상급종합병원 지정기준) 중증, 진료협력, 숙련인력 중심성 강화를 위한 지정기준 전면 개편 추진

* 3+3 개선 : 6기('27) 및 7기('30) 상종 적용 목표

< 기준 개편 방향 예시 >

- ▶ 중증 입원환자 비율 하한(현행 34%) 상향, 2차급 전문 의뢰환자 비중
- ▶ 중증 환자 분류기준 개선
- ▶ 외래·경증 100대 질환 비중 상한(현행 7%) 하향
- ▶ 진료협력 지표 강화
- ▶ 중환자실 확보율 지표 배점 상향
- ▶ 진료지원간호사 관리체계 지표 신설
- ▶ 환자 당 전문의 수 지표 신설

③ (평가 및 보상 개선) 평가체계를 기능·성과 중심으로 전면 재정비하고, 획일적 종별 가산 폐지하여 기관 단위 기능·성과 보상체제로 전환

- (평가체계 정비) 진료량보다는 중증도 적합 환자를 효과적으로 진료할수록 높은 평가를 받도록 평가체계 전면 재정비

* 세분화된 투입 지표 중심의 평가체계를 성과·질 등 '기능 중심 평가'로 단계적 통합

- 행위별 진료 심사 중심에서 의료 질, 성과 및 진료비를 함께 보는 의료기관 평가 중심으로 심사·평가체계 개편

- (종별가산 재정비) 기계적 종별 가산 폐지 → 기능 가산 전환

- '기능 중심 지표' 평가를 통해 기능·성과 등급별로 차등 보상, 행위량 연계된 보상이 아닌 의료기관 단위 일괄 보상

* 제6기 상급종합병원 지정 '27년부터 단계적 적용

2 지역완결 의료체계 구축

- ◆ 국립대병원 등 거점병원의 중추·선도역할 강화로 지역 의료역량 획기적 제고
- ◆ 인력-인프라-법·재정에 이르는 지역완결 의료 지원체계 확립

< 한국형 지역의료 혁신전략 > * 비수도권 중심

[지역병원 인프라]



[지역의료 협력 네트워크]

지역의료 혁신 시범사업

[지역의료 인력]

의대교육- 전공의 수련 - 의료기관 근무 쏠과정 지원 강화

[자원 관리]

진료권 체계화, 병상 등 균형적 자원 관리

[재정 / 법령]

지역의료발전기금+지역의료지원법

지역완결 의료체계 완성

1 (인프라) 거점병원 등 지역의료 역량 및 협력 강화

- ① **(선도적 권역거점병원 육성)** 국립대병원 등 권역책임의료기관 진료 역량 획기적 강화(1,836억원 지원, '25)

⇒ 중증·응급 최종치료 등 필수의료 지역완결성 제고

- (기능 정립) 중증 최종치료 역할, 진료-연구-교육 등 3대 기능 균형 발전, 권역 내 임상적 리더 및 필수의료 컨트롤타워* 역할

* 지역 내 응급 등 필수의료 자원 배분, 권역 내 의료취약지 관리 등 책임 역할 부여

- (투자 확대) 임상 역량 강화 및 인프라 첨단화를 위해 고난도 수술 인력·인프라 확충 등 지원

* ▲하이브리드 수술실 등 고난도 수술·치료 인프라 첨단화 ▲전문의·전담의 등 확보 지원 ▲특수 중환자실 확충 ▲중환자실 병동 구조 개선 등

< 권역 책임의료기관 투자 목표 >

	후발 그룹	중간 그룹	선두 그룹
현재	인력, 시설·장비 등 열악 → 지역 내 리더십 미약	지역 리더 위상 확보, 서울 대형병원 대비 중기 암 등 고난도 진료 약	인력 여건 우수하나 투자 부족하여 경쟁력 확보 상태
		↓↓↓	
목표 (5년 후)	지역 내 확고한 리더(중간 그룹)로 발전	권역별 빅5로 성장 → 사망 직결 질환도 상경없이 지역 내 진료	희귀·난치질환 최종 치료 역량 갖춘 최고 수준 병원

- (규제 혁파) 국립대병원 총인건비·총정원 규제 완화(기타 공공기관 적용 예외, '25.1월), 기부금품 모집 허용(기부금품법 개정, '25)
- (교수 확충) 교수정원 1천명 확대 및 추가 증원 ⇒ 임상·교육 역량 강화, 권역 책임기관 역할 수행 인력 확보
- (연구 활성화) 보건 난제 해결 혁신형 R&D(한국형 ARPA-H) 추진, 지역 보건의료 연구역량 강화 지원*

* '25년 필수의료 R&D 2,092억원 / 주요 국립대병원 연구중심병원 수준 육성

- (거버넌스) 국립대병원 관리부처 이관(교육부→복지부, 법 개정 '25)
⇒ 보건의료 전달체계 중추 기능 강화

② **(지역 종합병원 육성)** 권역 거점병원 연계 下 지역 필수의료 제공
허리 역할 수행 지역 종합병원 육성, 지방의료원 역량 제고 병행

⇒ 지역 2차 진료 기능 대폭 강화

- (지역 종합병원 집중 지원) 임상적 역량을 갖추고 중증응급 등 필수
기능 수행 가능 종합병원 선정 및 집중 지원(시범사업, '25.上) **후속 검토**

< 지역 종합병원 육성 시범사업 예시 >

- ▶ (대상) 지역 종합병원 * 상중 구조전환 시범사업 진료협력병원 우선
- ▶ (기준) 진료 포괄성 + 중증응급, 심뇌 등 특정질환 진료 적정성(역량 및 빈도)
- ▶ (보상안) 거점병원과 협력체계 구축 시 수가 등 보상 개선 + 수가 外 지원 병행

- (지방의료원 역량 강화) 지역의 의료자원 분포 등을 고려하여,
지역별·지방의료원별 특화 지원*(1,464억원 지원, '25)

* 필수의료 배후진료 인프라 및 인력 보강에 투자

- 의료취약지 여부, 진료역량 등에 따라 유형별 성장 목표 및 전략
설정, 맞춤형 지원으로 지역 필수의료 핵심 병원 육성

③ **(지역완결 협력 강화)** 비수도권을 중심으로 일차-이차-삼차의 지역완결
의료체계 협력 지원 강화('25.上)

- (전문 의뢰·회송 지원) 의사의 전문적 판단에 따른 의뢰·회송 및
진료정보 기반 진료협력 강화를 위한 EMR 등 시스템 개선 지원*

* 상급종합병원 구조전환 참여 비수도권 병원 EMR 기능보강(의뢰·회송 및 영상정보 첨부) 지원

- 비수도권 의뢰 활성화를 위해 권역 내 의뢰수가 차등 가산*

* 상급종합병원 구조 전환 참여 병원 지원('24.9~)

- (지역의료 혁신 시범사업) 상중 구조전환 시범사업 등을 고려하여,
비수도권 3~4개 네트워크를 시작으로 단계적 확산('24.下)

- 일차, 2차, 3차 의료기관 연계 및 지역 특성화 진료모델* 제시

* 상세 내용은 “공정보상(가치기반 지불제도)” 참고

2 (인력) 지역의료인력 확충

① (소주기 지원체계) 의대생-전공의-전문의 소주기 지원 강화

- 지역의대 정원 및 지역전형 확대, 지역 전공의 배정 확대, 국립대 병원 역량 강화 및 교수정원 확대 통한 지역 정착 기반 강화

② (계약형 지역필수의사제) 자율적 선택에 따라 지역에서 안정적으로 장기 근무 가능하도록 전방위 지원('25~)

- (전문의 지원) 전문의 취득 3년 미만(신규 포함) 대상, 지역병원 (지자체 선정) 장기 근무 조건 전문의-지자체 계약*

* 지역근무수당(월 4백만원), 정주여건(지자체 주거 등 지원), 해외 연수기회 등

- (기존사업 연계) 공중보건장학의제도, 공공임상교수제 사업, 지역혁신 중심대학지원체계(RISE, 교육부) 등 연계, 계약형 필수의사제 투자 강화

- (거버넌스) 중앙-지방-대학-대학병원 등 민관 협력* 거버넌스 구축

* ▲정부: 정책, 제도 설계 및 보조금 교부 ▲지자체: 제도 운영 ▲대학·대학병원: 프로그램 제공

- (지원체계) 재정지원(14억원 시범 지원, '25) 및 법* 개정('25.上)

* 관련 법안 국회 계류 중

- (의대생-전공의 지원) 지역 의대생 대상 전공의, 전문의 배출까지 경제적·비경제적 지원 대폭 강화 방안 마련 **후속 검토**

< 운영 모델(안) >

▶ 의대생 지원: 국립대 의대생(본과 1학년)

- 학부~전공의 장학금+생활비, 해외 연수, 지역 필수의료 현장실습

▶ 전공의 지원: 의대생→ 해당 지역 전공의 수련 시

- 생활비, 연구지원, 해외 연수, 국립대병원의 경우 전문과목 선택 우선권 제공(피안성 등은 제외)

▶ 전문의 취득 후 진로 지원: 국립대병원 임상·기금교수 채용 우대, 전임교원 채용시 가점

▶ 근무계약: 전문의 취득 후 최소 5년 이상 지자체 선정 종합병원 이상 근무, 지역 의료 기관에 일정기간 순환 근무

3 (자원 관리) 진료권 기반 균형공급 및 법·재정체계 확립

① (진료권 재정비) 행정구역을 넘어 실제 의료이용 및 의료자원 수급 기반 지역완결 의료정책 수립·시행이 가능하도록 진료권* 정비

* (現 진료권) 책임의료기관(17개, 70개), 상중(11개) 응급(29개), 권역외상-권역심뇌(17개), 소아전문 응급(진료권 없음), 고위험산모신생아(15개) 등

- ^{가칭}보건행정구역 설정 및 이에 따른 '지역의료지도' 마련('25) ⇨ 지역 필수의료 수급상황 관리 및 지역수가 등 지원정책 근거 활용

② (균형적 공급체계) 지역 수요 및 병원 역량을 고려하여, 적정 병원에서 제대로 된 필수의료 기능 수행토록 수급에 맞게 선택과 집중

- 진료권 내 필수의료 균형 공급 여부, 적정 의료기관과 센터 연계 상황 분석 ⇨ 필수의료 과잉-과소 공급 시 해결책 제시

* 진료권 체계화 통해 자원관리 틀 확립, 병원 기능 및 지역의료 수급과 필수의료 관련 각종센터 연계

③ (적정 병상 관리) 지역별 적정병상 확보토록 「병상관리제」 강화

- 지역별 병상수급 시책에 따라 과잉병상 지역은 병상 신증설을 제한*하고, 병상당 적정 의사 및 간호사 수 기준 강화 추진

* 종합병원(100병상 이상) 신증설시 복지부 장관 사전 승인 추진 (의료법 개정, '25)

④ (법·재정 체계) 지역의료에 지속적 투자 및 지원이 이루어지도록 관련 법 제정, 재원 확보 등 지역투자 기반 확립

- (지역의료 지원법) 필수의료 분야 육성 및 지역의료 격차 감소를 위해 지역의료발전기금 등 법적 근거 마련('24.下)

* 필수의료 육성 및 지역의료 격차 해소 지원에 관한 법률안 등 국회 계류 중

- (지역의료발전기금) 지역 의료자원 확충, 지역 의료기관간 연계 강화, 국가·의료기관·지자체 협업 등 목적 사업을 위한 별도 기금 확보

- (지역 수가) 지역 육성이 필요한 진료 영역에 대해서는 건강보험 공공정책수가를 통한 지원 강화

4 (분야별 지원) 전국 어디서나 일정 수준 필수의료 역량 확보 지원

- ① **(응급)** 예기치 못한 응급 상황에서 최적 치료 상시 제공·연계 기반 강화로 응급의료취약지 및 응급실 표류 해소(2,995억원 지원, '25)

- ▶ 응급의료 인프라 확충, 보상 강화, 지역중증 질환별 순환당직제 운영 등 응급의료 전달체계 개편
- ▶ 응급의료자원 정보 적시성 제고, 광역응급의료상황실 기능 강화, 이송 인프라 확충 등을 통한 중증응급환자 이송 및 수용 개선
- ▶ 24시간 대기 전문인력·시설·장비 지원 확대, 중증외상 진료체계 및 재난의료 대응체계 강화

- ② **(생명 직결)** 암, 심·뇌혈관 질환, 중환자 진료 등 사망률 높은 질환에 대한 지역완결 적기 의료 대응체계 확립(956억원 지원, '25)

- ▶ (암) 지역암센터 지원 확대로 암 자체 충족률 제고, 소아암·희귀난치암 진료 인력·인프라 지원
- ▶ (심뇌) 권역 심뇌센터 진료기능 강화, 지역 심뇌센터 지정·지원 등 심뇌혈관질환 대응체계 확립
- 중앙(정책 개발, 선도적 시범사업 추진)-권역(골든아워 내 전문치료 등)-지역(수술형, 시술형 등 특화 진료기능) 센터 연계되는 공백없는 진료체계 구축
- ▶ (중환자) 전국적 중환자실 정보망 구축 등 중환자 진료 시스템 체계화

- ③ **(약자 의료)** ▲수요 감소 중이거나 ▲그간 투자가 미진하였으나 사회안전망으로서 유지 필요 의료 인프라 확충(557억원 지원, '25)

- ▶ (소아) 어린이 공공전문진료센터 등 진료기반 확충, 소아전문응급의료센터 및 달빛어린이병원 확충 등 소아응급 대응 역량 강화
- ▶ (모자의료) 모자의료센터 확충, 분만 취약지 지원 강화 등 안심하고 출산할 수 있는 환경 조성
- ▶ (장애인) 장애인 의료 접근성 제고를 위해 맞춤형 인프라 확충 및 의료이용 지원
- ▶ (감염) 긴급 치료 병상 관리체계 확충 등 신·변종 감염병 유행 대비 국가 대응체계 구축

3 환자의 의료이용 지원 강화

- ◆ 합리적 선택을 위한 실효적 정보제공 대폭 강화 + 비용부담 구조 재설계
- ◆ 환자 편의 제고 및 적극적 진료 참여 보장(shared decision making)

< 의료이용체계 개선방향 >

경과	<ul style="list-style-type: none"> ■ 전국민 건강보험 통합 이후 진료권 폐지('99) ■ 실손보험 도입('01) 합리적 이용 여부 관계없이 의료비 본인부담 대폭 절감
문제점	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료 관련 환자에게 제공되는 정보 부족 “환자는 아플 때 어느 의료기관을 이용해야 하는지 알 수 없음” ■ 불합리한 비용 구조 “경증이어도 손쉽게 의뢰서 받아서 상종 이용 → 건보도 적용받고, 실손보험도 적용받아 본인부담 사실상 0” ■ 병원에는 가기 쉽지만, 진료 과정에서 환자-의사 간 소통 부족, 편의성 미흡
결과	<ul style="list-style-type: none"> ■ 증상에 관계없이, 수도권 대형병원 환자 쏠림 <ul style="list-style-type: none"> - 장기간 대기 (중증환자는 오히려 제 때 상종 이용 곤란) - 3분 진료 (충분한 진료 곤란) - 3일 처방 (의료 과이용 유도) - 의료이용은 늘지만, 건강 성과 제고와는 무관 - 의료 과이용에 대한 부담은, 전체 가입자에게 전가



- 환자의 합리적 선택을 위한 “의료 관련 정보 제공 확대”
- 진료 과정의 환자 참여 보장 및 의료 전반에 대한 환자 접근성 강화
- 바람직한 의료이용 유도를 위한 “전문의료제” 및 “비용 구조 재설계”

1 소비자 중심 의료정보 제공 혁신

후속 검토

- ① **(정보제공 확대)** 건보공단, 심평원 등 정부 보유 정보 활용, 소비자·환자가 쉽게 알 수 있는 의료정보 플랫폼 구축

< 제공 항목 예시 >

▶ 의료기관

- 의료 질 평가, 적정성 평가 등 각종 평가 결과
- 각 의료기관별 보장률
- 행정처분 이력
- 개원 일자, 주소지 이전 여부 등

▶ 의료인: 전체 의료인 수, 의료인별 전문의(전문과목) 및 일반의 여부 전체 표시, 경력 표시 등

▶ 비급여: 의료기관별 항목 단가, 세부 진료비 정보(최소/최대/평균/중간), 안정성·유효성 의료 질 평가 결과, 상병별 총진료비, 대체가능 진료 등

- 주요 포털(네이버지도, 카카오 등) 연계 ⇨ 국민 정보 접근성 개선
- 체계적 정보 제공을 위해 정보 연계·공개 근거 마련(의료법 개정)

- ② **(명칭표시제 정비)** 전문의 여부에 따라 다른 의료기관 명칭 표시제를 국민이 알기 쉽게 개편*

* 현행 규정 : 의원 개설자가 전문의인 경우, 고유명칭 앞에 전문과목 및 전문의를 함께 표시하거나 의료기관의 고유명칭과 의료기관의 종류 명칭 사이에 인정받은 전문과목을 삽입 표시 가능

- ③ **(의료상담 확대)** 응급뿐만 아니라 비응급 의료상담 등 적절한 의료이용 상담 제공, 소아 24시간 의료상담센터 기능 확충

< 해외 사례 >

- ▶ 영국(NHS111): 훈련된 상담원, 간호사, 의사 등 의료상담 (연락처: 111)
- ▶ 프랑스(SAMU): 의사가 응급 및 비응급 포함 의료 조언 및 의료시설 안내 (연락처 15)
- ▶ 독일(116117): 의사가 진료시간 외(야간, 주말, 공휴일) 비응급 의료 상담 (연락처 : 116117)

2 의료이용 접근성 및 소통 증진

- ① **(비대면진료 제도화)** 만성·경증질환 의료이용 편의 증진을 위해 **현행 시범사업 제도화**, 안정적 비대면진료 이용 기반 확립(의료법 개정)

< 비대면진료 이용 현황 >

- ▶ (실시건수) 1,073만 건('20.2.24~'24.5.31*) * 한달 평균 21만 건
* 한시적 비대면진료('20.2.24~'23.5.31.), 비대면진료 시범사업('23.6.1.~'24.5.31.)
- ▶ (참여기관) 총 22,189개소
- ▶ (주요상병) 고혈압, 당뇨병 등 만성/ 기관지염, 알레르기비염, 비인두염 등 경증질환

- ② **(지역의원 접근성 제고)** 경증환자는 큰 병원 안 가고 **지역의원**에서 최적의 진료를 받을 수 있도록 추진

- 일차의료 혁신 시범사업('25)과 연계한 **지역의원의 통합적 건강관리 기능 강화** * 나를 잘 아는 의사가 지속적으로 건강 관리하는 단골 의원 역할 확보
- 의원에서 진료받을 때 **진료비 부담 완화되는 대표 경증질환 확대**
* (現) 105개→ (改) 추가 확대 / 의원 이용 시 본인부담 30% 상종 이용 시 전액 본인부담

- ③ **(심층진찰 확대)** 심층진찰 시범사업 성과평가 등을 바탕으로 소요 시간별 차등 수가 등 보완책 마련 및 확대*

- * 확대 예시: (現) 상종에 희귀·난치·중증으로 의뢰된 환자, 초진 1회 →
(改) 치료 술기 결정 등 심층진찰이 필요한 환자군 전체로 확대, 횟수 제한 완화 등

< 의료기관 이용 불편 경험 및 유형(한국소비자연맹, '23) >

- ▲ 긴 대기시간(65.5%) ▲ 3분 진료 등 짧은 진료시간(46.1%) ▲ 성의없는 진료 응대(33.3%) 順

- ④ **(진료결정 참여 제도화)** 시술방식 등 진료 결정과정의 환자 참여 강화를 위해 **구체적 환자 참여 절차 마련**

- * 미국은 질환별로 환자 의사결정참여 절차 마련 및 적용(Shared Decision Making)
- 주요 질환별 **환자 참여 기준·방식** 등을 **표준화한 임상진료지침 마련** 및 **시범 적용을 통한 단계적 보급 확산**
* 환자 참여 필요성이 높은 질환 대상으로 학회별 자율적 지침 마련

3] **적정 의료이용 지원체계 확립**

① **(전문의뢰제 강화)** 의료기관 진입 단계부터 의학적 판단 下 환자 질환·중증도 적합 의료기관을 이용하도록 '전문의뢰제' 도입·확산

* 상종 구조전환 지원사업 참여 진료협력병원 기반으로 우선 도입('24.下) → 전체 확산

- 의사와 환자 간 소통을 기반으로 **의료이용 단계에 맞춰** 환자에게 가장 적절한 의료기관을 **의사가 직접 신속 의뢰하는 방식**으로 전환

* (現) 의사는 의뢰서 발급, 의뢰서를 들고 환자가 병원 찾아서 방문, 의료이용 단계 무관 →

(改) 의사 판단 下 적정 의료기관 직접 연계 (의료기관 간 의뢰), 1차→2차/2차→3차 단계 존중

< 전문의뢰제 개요 >

- ▶ 의사 판단 下 적정 의뢰기관 선정, 시스템 활용 의뢰 → 최우선 이용(패스트트랙)
- ▶ 단계별 의료 이용 보상 차등 : 1차→ 2차 / 2차→ 3차
* 단계적 의뢰 수가 및 지역 내 진료협력 시 차등보상 (환자부담 차등)
- ▶ 검사 결과(사진·영상) 첨부(중복 검사 최소화)
- ▶ 의료기관 내 진료협력 (전담)인력 확보 지원
- ▶ 2차급 → 상종으로 전문의뢰된 입원환자의 경우 중증 인정 등 제도 개선

② **(비용구조 재설계)** 중증·필수 및 전문 의뢰·회송 환자 비용부담 완화, 중증 소견없는 상급병원 이용 본인부담 상향 등 본인부담제 합리화

- (중증·필수 부담 완화) ▲2세 미만 입원 본인부담 면제('24.~) ▲산정 특례 확대('24. 1,373→1,456개) 후속 제왕절개, 난임시술 본인부담 인하

* 제왕절개 분만 본인부담(5→ 0%, '25.1~) / 45세 이상 난임시술 본인부담(50→30%, '24년 내)

- (응급의료 이용 개선) 경증·비용급 환자가 권역 및 지역응급의료센터 이용 시 본인부담 인상*('24년 내)

* ▲경증(KTAS 4) 권역응급의료센터 이용 ▲비용급(KTAS 5) 권역·지역응급의료센터 이용 시 외래진료비 본인부담 50~60→90% 우선 인상

- 경증 응급환자가 이용할 수 있는 **지역의료 기관, 발열 클리닉 등 확대·병행**

- (상종 이용 개선) ▲ 의사의 전문적 판단 下 의뢰된 환자의 비용 부담 경감 및 ▲ 2차급 의뢰서 없는 상종 이용 시 본인부담 상향
- (비용 경감) 상급병원 구조전환 시범사업 등 네트워크 병원 간 의사 판단 따른 전문 의뢰·회송 환자의 비용부담 경감* 추진('25)
- * 자체적 환자등록제 기반 2차급 진료협력병원에서 상종으로 '전문의뢰'된 환자 대상
- (본인부담 상향) 상급종합병원은 병원급 이상 진료 후 이용토록 본인부담 조정*, 재난상황 우선 도입('24.9, 법령개정 추진) 후 확대
- * 응급, 분만, 산정특례 진단 등 예외 사유 제외하고 2차급 의뢰서 없는 경우 외래진료비 전액부담
- (실손 개선) 적정 의료 이용 유인을 위한 제도개선 추진

③ (자의적 판단 방지) 의사의 전문적 판단에 따라 다른 의료기관으로 전원시키는 경우, 진료 거부로 보지 않는 정당한 사유로 명시

- (형식적 의뢰 억제) 환자가 미리 갈 병원을 정하고 의사에게 의뢰서 작성 요청 시 의사 거부 가능
- (경증환자 회송 유도) 상급종합병원 또는 권역응급의료센터에서 경증 또는 비응급환자* 他 기관 회송 시 진료 거부 미해당 명시
- * 구급차 아닌 직접 응급실로 온 환자의 경우 비응급 해당 판단 시 타 응급실 이용 안내 유도

< 현행 지침상 진료거부로 보지 않은 정당한 사유 >

- ▶ 의사 부재중 또는 의사 신병 문제
- ▶ 병상, 치료재료 등이 부족한 경우
- ▶ 예약환자 진료 일정 때문에 당일 방문 환자에게 타 의료기관 이용을 권유할 수밖에 없는 경우
- ▶ 의사가 他 전문과목 영역 또는 고난이도 진료를 수행할 전문지식 또는 경험이 부족한 경우
- ▶ 환자가 의료인으로서의 양심과 전문지식에 반하는 치료방법 요구 시
- ▶ 대학병원급 의료기관에서의 입원치료는 필요치 아니함을 의학적으로 명백히 판단할 수 있는 상황에서 환자에게 가정요양 등의 이용을 충분한 설명과 함께 권유하고 퇴원을 지시하는 경우 등

3. 필수의료 강화를 위한 충분하고 공정한 보상체계 확립

문제 인식

- ❶ **(수가혁신)** 불균형 수가 장기 지속, 의료공급 왜곡 심화
* 행위별(기본진료, 수술, 처치), 진료과목별(산부인과, 소청과), 종별(병원이 의원보다 저보상) 불균형
- ❷ **(선택·집중)** 필수의료 유지에 필요한 위험도와 난이도, 숙련도, 대기비용, 지역 등 요소에 대한 보상 미흡, 응급·중증·난이도·소아분만·취약지 등 기피 심화 원인
- ❸ **(가치 투자)** 행위량 의존적 지불구조로 환자 건강, 의료 질보다 진료량 확대에 따른 수익 극대화 등 왜곡 심화, 진료비 급격한 상승 및 필수의료 이탈의 원인
- ❹ **(비급여)** 의료기술 발전, 다양한 수요 충족 등 순기능에도 불구하고, 관리 사각지대 속 의료적 필요도를 넘어서 공급·이용 과잉, 과다 보상에 따른 필수의료 기피 등 초래
- ❺ **(실손보험)** 공보험 보완형 민영보험이나 건강보험 급여 본인부담 과도 보장, 관대한 상품구조로 의료 남용, 비급여 시장 과잉 팽창 유인 요소 상존

< 실행 방안 >

- ❶ **(수가혁신)** 저수가 구조 완전 퇴출 ⇨ 균형적 적정 수가로 전면 전환
- 중증수술 등 저보상 영역 1천여 개 우선 인상('24.下~'25.上, 5천억 원),
저보상 영역 전체 인상 등 쏠 수가 조정안 마련('25) 및 이행('26~'27)
- ❷ **(선택·집중)** ▲안전정책(난이도·위험도) ▲전문진료(숙련도) ▲응급진료 대기 ▲지역 등
4대 공공정책수가 체계적 도입·확대('24.下~)
- ❸ **(가치 투자)** 환자 건강, 의료 질 등 가치에 투자하는 대안적 지불제도 비중 확대(진료비
11%, '25~), 지역의료혁신 시범사업 본격 실시('24.下)
- ❹ **(비급여)** ▲총진료비 등 공개 확대, 표준코드·명칭, 평균가격 공시 등 투명성 제고
▲非중증 과잉비급여 병행진료 급여제한·관리 ▲미용의료 기준·자격 정비
- ❺ **(실손보험)** ▲건강보험 본인부담 적정 보장 ▲보건당국 실손 개선 사전협의제 신설
▲비급여 항목 심사 강화 ▲양자(가입자-보험사) → 3자(의료기관 포함) 구조 전환
※ 실손보험 상품 구조 개혁은 금융위 보험개혁특위 논의 연계

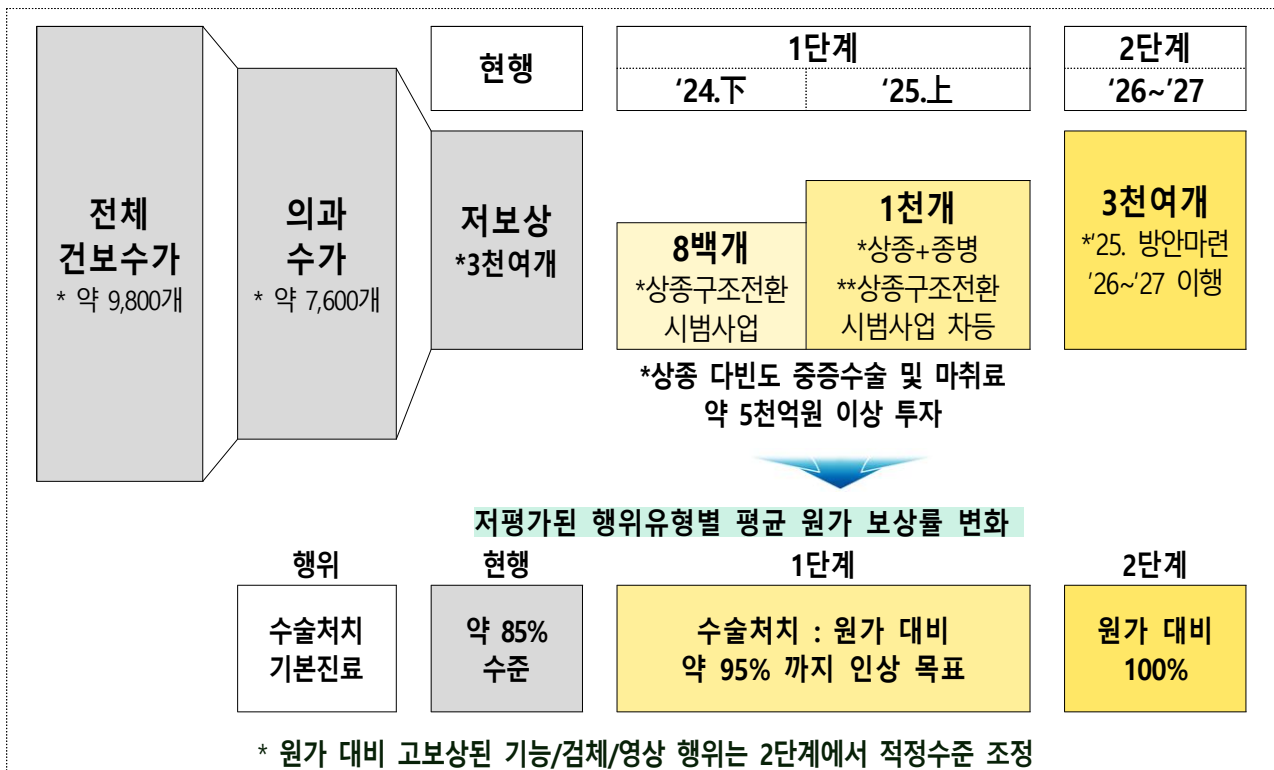
1 [행위별 수가] 저수가 퇴출 및 적정수가 전환

- ◆ 중증수술 및 마취 등 1천여개 분야 우선 인상('24~'25)
- ◆ 수가 전면조정('25~): 저보상 분야, 고보상 분야 ⇨ 균형적 적정수가 개편

① **(균형적 적정수가)** 약 9,800개 쉰 건보수가에 대해 과학적 원가분석 기반 下 조정 ⇨ '27년까지 저보상 구조 완전 퇴출

- (1단계) 중증 질환 치료에 필수적인 수술과 마취 수가 인상
 - 상급종합병원 다빈도 중증수술 및 마취 8백여개(~'24.下)
 - * 중증 암 등 생명직결 분야, 응급 후속진료 필요한 수술 등 / 구조전환 사업 참여 상급종합병원
 - 외과계 주요 수술·마취 등 누적 1천여개* 집중 인상('25.上, 5천억원 이상)
 - * 상급종합병원 및 종합병원 적용 / 구조전환 사업 참여 상급종합병원은 추가 인상
- (2단계) 수술, 기본진료료(입원·진찰) 등 쉰 유형 원가 수준의 적정보상
 - * 4차 상대가치개편안 마련('25), 시행('26~'27)

< 원가보상률 대비 低보상 분야 조정방안 예시 >



【 건강보험 수가 개선 로드맵 】

◆ 2028년까지 「10조원 + α」 이상 투자

* 분야별로 공급부족(중증응급 등) 5조원 이상 / 수요부족(소아, 분만 등) 3조원 이상 / 네트워크 협력분야 2조원 이상 / 상급종합병원 구조전환 등 의료개혁 추진 +α 투자

<p>2024 현재까지 기투자</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 중증 응급 수가 인상 <ul style="list-style-type: none"> * 급성심근경색증, 심장혈관중재술, 이식수가, 마취료 등 ▶ 소아 분만 수가 인상 <ul style="list-style-type: none"> * 신생아 중환자실, 1세 미만 입원료, 중증소아수술(281개), 6세 미만 심야진료 가산, 어린이 공공전문진료센터 사후보상 등 ▶ 연계협력 수가 인상 <ul style="list-style-type: none"> * 중증응급심뇌혈관 진료협력 네트워크, 소아진료 지역협력 등 	<p>1.2조원 / 년</p> <p>* 2028년까지 6조원 (‘24~’28)</p>
------------------------------	---	---

【 저수가 퇴출 추진방안 】

<p>‘24.下~ ‘25.上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 상급종합병원 다빈도 중증수술 및 마취 1천여개 우선 보상 <ul style="list-style-type: none"> - 상급종합병원 구조전환 시범사업 참여 기관(‘24.下) - 종합병원까지 확대(‘25.上) * 상급종합병원 구조전환 시범사업 참여기관 수가와 차등 ▶ 약 1천여개 중증수술·마취 수가 원가 수준으로 인상 시, 전체 평균 수술처치 수가는 원가 대비 약 95%로 상향 	<p>5천억원+α / 년</p> <p>* 2028년까지 2조원+α (‘25~’28)</p>
<p>‘25.下</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 4차 상대가치 개편안 마련 ⇨ 모든 행위에 대해 과학적 원가분석 기반 下 조정 	<p>재정소요 추계</p>
<p>‘26~’27</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 4차 상대가치 개편안 이행 ⇨ 저수가 구조 완전 퇴출 	<p>* 2028년까지 2조원+α 투자 전망</p>



◆ 장기간 低 보상된 기본진료료, 수술, 처치료
2027년까지 원가보상 수준 인상

② (과학적 수가조정) 균형 보상 지속을 위한 과학적 근거 기반 수가 조정 체계 확립 및 적시 반영 기전 마련

- (비용 분석) 건강보험정책심의위원회 內 ‘의료비용분석위원회’ 운영, 과학적 근거에 기반한 의료비용 분석 체계 확립

< 원가 분석 기반 과학적 수가 조정체계 >

- ▶ (분석기관) 의료비용 패널기관 확대
- ▶ (분석방식) 의료비용 산정지침 마련: 수가 시간 / 의료사고 관련 비용 등 위험도 / 의사 인건비 / 자본 감가상각비 등 과학적 원가 산정에 필요한 산정 기준 및 원칙 정립
- ▶ (시스템) 의료비용 분석시스템 개발: 모든 유형별, 종별 및 지불제도 의료비용 분석 제공, 이슈별 시뮬레이션 가능한 ‘다차원 원가계산 시스템’ 신규 개발
- ▶ (거버넌스) 건강보험정책심의위 내 설치된 의료비용분석위원회(‘21~) 활성화

- (적시 조정) 과소/과잉 보상 방지를 위해 의료비용 분석 결과 바탕으로 건보 수가 조정 주기 단축(상대가치 개편 주기 4~7년 → 2년 이내)

③ (수가결정구조 개편) 균형 수가 왜곡 요인 제거, 저보상 필수의료 등 집중 보상 필요 분야 집중 인상 방식으로 전면 개편

- (상대가치-환산지수 연계) 일괄적 수가 인상 구조에서 인상분 일부를 저평가 항목 집중 인상 구조 전환(‘25년부터 적용, 건정심 의결)
- (수가 결정구조 재설계) 종별 역전 현상* 등 왜곡 방지 및 인상 필요 영역 집중 인상이 이루어지도록 전면 개편안 마련(‘25) 및 시행

* 수가는 ‘상대가치점수 × 환산지수로 결정, 의원(94.1원) 병원(82.2원)보다 환산지수가 커 역전 발생

<개편 방향>

구분	문제점	1단계 개편	2단계 개편
환산지수	- 의원-병원 등 기관별 계약 * 종별 역전현상, 과학적 근거보다 이해관계 영향 등 우려	- 환산지수 전면 개편 추진 * 종별 역전현상 해소, 과학적 근거에 따른 인상	- 환산지수 + 상대가치 완전 연계 체계 전환 검토 * 의원 병원간 자원투입구조, 운영행태 상이성 반영
상대가치	- 의원-병원 행위유형 일괄 인상 * 자원 투입구조 등 다른 운영행태 반영한 핀셋 조정 한계	- 의원-병원 간 상대가치 핀셋 조정 확대 * 예: 현 상대가치 下 병원은 수술/입원 인상, 의원은 외래 진찰 인상 등	* 수가 인상분이 우선순위 높은 필수의료에 최우선 배분되는 구조 확립

2 [공공정책수가] 우선순위 분야 집중 투자

◆ 6대 우선순위: 중증 / 고난도 필수의료 / 응급 / 야간·휴일 / 소아·분만 / 취약지

◆ 4대 공공정책수가: 난이도 위험도 / 숙련도 / 응급 / 지역

① (투자원칙 정립) 편셋 보상 필요 우선순위 및 투자 방향 설정

- (우선순위) ▲생명 직결 ▲높은 업무강도 ▲많은 자원 소모량
▲수요·공급 부족 등 시장실패 발생 '6대 우선 투자 분야' 선정

< 집중투자 우선순위 >

구분		생명 직결	업무강도 高	자원 소모량	
시장 실패	공급 부족	① 중증 ② 고난도 필수의료 ③ 응급 ④ 야간·휴일			⑥ 취약지
	수요 부족	⑤ 소아·분만			

- (적재적소 투자) 특정 진료과목 아닌 ▲서비스·질환 중심 ▲의료 기관 기능* 부합 투자 ▲의료 지역 격차를 고려한 투자(지역수가)

* 예: 중증 수술은 중증 수술을 잘 할 수 있는 의료기관에 적정 보상

② (공공정책수가 신설·확대) 행위별 수가에 충분히 반영되지 않은 ▲난이도·위험도 ▲의료진 숙련도 ▲응급진료 대기 ▲지역 수가 마련·적용

* 필요한 분야 정밀 검토, 우선 적용 분야 시행 후 단계적 확대

- (난이도·위험도) 같은 행위라도 난이도와 위험도가 높은 항목은 '안전정책수가' 확대(고위험 분만 → 소아 및 생명직결 분야 확대)

* 분만 인프라 강화 위한 안전정책수가(55만원) 도입, 고위험분만 정책가산 30 → 200% 확대 등

- (의료진 숙련도) 고도 전문진료 등 숙련도가 필요한 분야에 대해 경험을 갖춘 숙련인력 진료 시 '전문진료정책수가' 신설·적용

- (응급진료 대기) 골든타임 적용 분야(예: 분만, 심장, 중증응급 등)는 상시 대기(stand-by) 특성 감안한 정책수가 신설

* 당직 수요 등 감안, 병원에 비용 지급, 적정 지급 여부 주기적 평가 등

- (지역 수가) 취약지-필수 분야에 일정 비율 추가 가산 신설

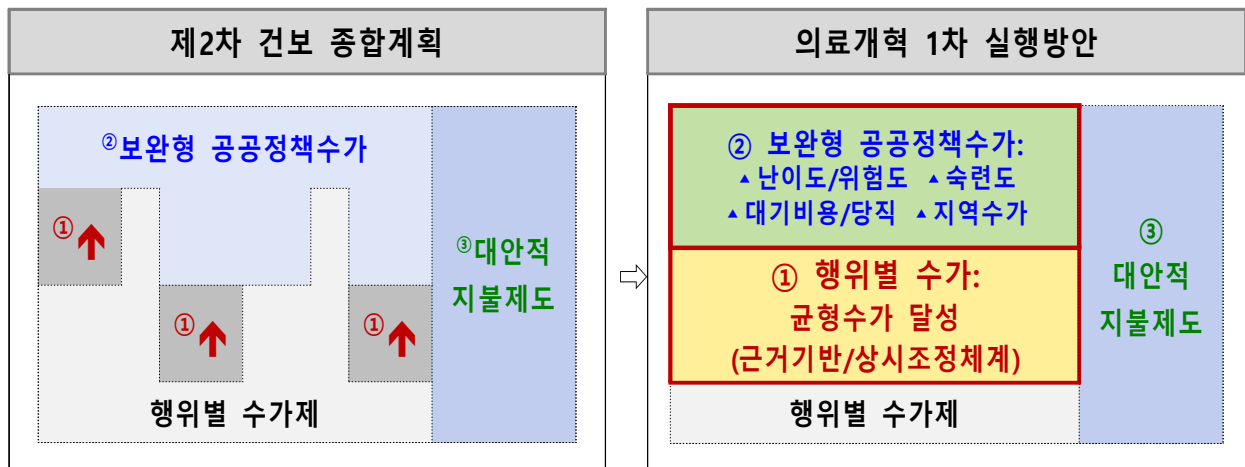
- 취약지 개념 확장* 下 수요·공급 분석 기반 지역의 필수의료 기능 유지 비용 등 충분히 보상할 수 있도록 수가 지원

* (現) 섬, 벽지 등 → (改) '지역의료지도' 활용

⇒ 건강보험정책심의위원회 內 '공공정책수가 운영위원회' 구성·운영('24.下), 상시조정체계 구축

4대 공공정책수가	우선 도입 분야 예시	단계적 확대 및 평가
안전정책수가 (난이도, 위험도)	- 고위험 분만 - 중증응급 수술	- 공공정책수가 운영위원회 통해 상시조정체계 구축
전문진료수가 (숙련도)	- 중증희귀 진료 분야	
응급진료 대기 (응급)	- 상종 구조전환 시범사업 참여 기관	
지역수가 (취약지 등)	- 고위험 분만 - 골든타임내 지역완결 필요 분야	

< 행위별 수가 / 공공정책수가: 목표 및 방향 구체화 >



3 [대안형 지불제도] 의료 質 및 가치 투자 강화

◆ 성과 보상 + 가치 기반 보상 도입

◆ 중장기적으로 전체 진료비 11%(약 9조원)는 대안적 지불제도에 투자

① (성과 보상) 의료 質 평가체계 전면 재정비와 연계해 획일적 종별 가산

⇒ '성과 보상제'로 전면 개편

- (성과지표) ▲적합질환 진료 여부 ▲진료 효과성(건강개선 성과 및 진료비) ▲지역필수의료 역할 등을 종합 평가
- (보상수준) 의료 質 평가 지원금, 종별 가산금, 적정성 평가 등 통합 (1.5조원) 및 추가 투입(0.5조원)하여 약 2조원 이상 성과보상 재원 확보
- (보상방식) 행위가 아닌 기관별 총액(lump-sum) 보상
- (평가체계) 행위별 진료심사 중심에서 의료 質, 성과 및 진료비를 함께 보는 의료기관 평가 중심으로 심사·평가체계 개편(EMR 기반)
- (전환기간) 제6기 상급종합병원이 지정되는 '27년부터 본격 적용할 수 있도록 성과지표 및 평가체계 재정비('25~'27)

< 성과 보상에 따른 변화 예시 >

현행			개선안 예시	
상급 종합병원	종별가산 15%	의료질 평가 지원금 * 상종+중병 동일 지표평가	A 유형 : 중환자 중심	A 유형 성과 평가
종합병원	종별가산 10%		B 유형 : 2차 종합 진료	B 유형 성과 평가
병원	종별가산 5%	전문병원 외 의료질 평가 없음	C 유형 : 특정과목 전문진료	C 유형 성과 평가
의원	종별가산 無		D 유형: 일차의료	D 유형 성과 평가

* 現 상종+중병 같은 평가 → 포괄2차 기능 등 우수한 2차 병원도 최고등급 의료 質 평가 곤란
改 중증, 포괄2차 등 기능별 평가 → 각기 유형에 맞는 성과 달성 시, 최고등급 성과 평가 가능

② **(가치기반 보상)** 필수의료 보장, 의료전달체계 개선 및 지역완결형 의료체계 확립을 위한 새로운 대안형 지불제도 시범사업 운영

- (중증소아) 어린이 공공전문진료센터 사후보상 사업 추진('23~'25)
 - 비용 걱정 없이 중증소아 진료에 인력·인프라 등 투자할 수 있도록 성과 목표 달성 수준과 연계하여 운영 대폭 지원
- (상중 구조전환) ▲중증·응급·희귀난치 집중 ▲의료 質 제고 ▲전문의 중심 병원 ▲의료전달체계 개선 등 목표로 시범사업 추진('24.下~'27.下)
 - 중증 등 적합질환 진료 및 상중과 진료협력병원간 협력 등 성과를 달성할수록 유리하도록 보상 강화
- (지역의료혁신 시범사업) 권역 내 인구집단 대상, 환자 중심의 포괄적 의료서비스 제공 모형 시범사업 추진('24.下~'27.下)
 - 기관·질환별 분절적 ⇨ 환자 중심, 지역 내 의료기관 간 통합·연계된 의료서비스 제공
 - 행위별 수가제를 벗어나 환자의 경험, 치료 결과 등 성과와 연계하여 책임의료조직에게 비용 보상

* 책임의료조직(ACO)은 소속 기관별 배분율을 자율적으로 산정하여 비용 정산

< 지역의료 혁신 시범사업(안) >

- ▶ (대상) 3~4개 권역 네트워크 우선 시작 후 확산, 상중 구조전환 사업 內 네트워크와 연계
- ▶ (기준) 일차-이차-삼차 의료기관 자율연계: ▲기본적 진료 지역완결형 제공 + ▲특성화 분야
 - * 특화모델 예시: 응급·심뇌혈관 특화, 중환자 특화, 암질환 특화, 공공의료 특화(대학병원-지방의료원) 등
- ▶ (보상) 네트워크 내 의료기관 전년도 총진료비 고려, 연간 총액 산정 → 연간 총액의 70% 책임의료조직 先배분→ 성과평가 등 거쳐 연말 가감 지급(성과금 최대 권역 당 500억원/3년)
 - * 성과 달성 목표 / 배분 방식은 책임의료조직에서 설정
- ▶ (성과평가) ▲네트워크 참여 의료기관에 제시한 목표 달성도, ▲네트워크 內 환자의 타 의료기관 이용 빈도(이탈률), ▲전년도 진료비 대비 증가율 감소 목표 달성도, ▲환자 건강성과 등

4 비급여 관리 강화

- ◆ 선택적 비급여 등 중심으로 소비자 친화적 정보 제공 확대 및 표준화
- ◆ 非중증 과잉 비급여 관리시스템 강화 ⇨ 의료체계 교란 방지

1 비급여 정보 비대칭 해소

① (모니터링 강화) 비급여 보고제도 및 실태조사(표본 심층조사·분석) 등 확대·고도화*, 국민 의료비 관리체계** 구축

* (現) 비급여 항목별 가격 → (改) 상병·수술별·환자 특성별 총 진료비 + 기관 중심 관리

** 비급여 진료비 핵심 지표 개발·관리 및 모니터링·분석 결과 공개

② (정보제공 확대) 총진료비, 質 등 소비자 관심 비급여 정보 제공*

* (現) 항목 단가 → (改) ▲진료비: 총진료비, 종별·지역별 세부 진료비 정보(최소/최대/평균/중간), 상세 분석정보(목적, 맥락, 진료비 증가율 등) ▲안전성·유효성 평가 결과 ▲대체가능 치료법 등

- 비급여 통합 포털 개설로 비급여 관련 모든 정보 한눈에 파악

* (건보공단) 진료비 실태조사, 비급여 상세 내역 조사, 비급여 보고제도 상세 분석 결과 (심평원) 비급여 가격 정보 등, (보건의료연구원) 비급여 안전성·유효성 정보 등

③ (표준화) 비급여 분류체계 정립을 바탕으로 의료현장 의견 등을 수렴하여 명칭·코드, 진료기준, 가격 등 종합적 표준화 추진

- (목록 정비) 무질서한 현행 비급여 목록을 체계화, 용어 정비 등을 통해 비급여 관리범위 명확화(요양급여규칙 [별표2] 개정)

* (예시) 단일 비급여 목록 → 분야별 목록 개편

① 의학적 필요성 있으나 비용효과성 근거 미흡 ② 건강증진·기능개선 ③ 미용성형 ④ 예방의료 등

- (표준코드·명칭) 무분별하게 쓰이는 선택 비급여* 표준코드·명칭 부여, 비급여 보고·고지, 영수증 발급 시 사용 제도화 추진

* 사례: 백옥 주사(글루타치온 주사), 신데렐라 주사(알파-리포산 주사) 등 표준코드·명칭 부재

- (진료기준) 의학회 등 의료계 자율규제로 주요 비급여 항목별 표준 진료 가이드 라인 마련
 - (가격) 의료계 협의를 통해 가격 편차 큰 비급여 중심 시장價 또는 급여價(예: 기준 비급여) 기반 ‘참고가격고시制’ 도입 검토 **후속 검토**
- * (獨) 연방보건부가 의료계·보험업계 협의를 통해 가격 가이드라인(GOÄ) 설정, GOÄ에서 정한 가중치 (통상 1~2.3배 / 최대 7배, 2.3배 초과시 동의 필요), 비급여 통원 시 활용

< 비급여 유형 >

분류		정의 및 설명	예시
▶ 치료적 비급여	등재비급여	■ 안전하고 유효하나, 비용효과성 등이 불분명	- 다빈치로봇수술 - 체외충격파 시술
	기준비급여	■ 급여 항목이나 실시기준(횟수 등)을 초과	- 초음파 검사료 - MRI 진단료
▶ 제도 비급여: 관련 제도적 규정에 따라 비급여로 정한 경우			- 제증명수수료
▶ 선택 비급여: 일상생활에 지장이 없는 질환의 치료나 신체적 필수 기능개선을 직접 목적으로 하지 않는 의료소비자의 선택에 의한 진료			- 미용·성형 수술 - 건강검진

2 비중증 과잉 비급여 관리 강화 **후속 검토**

① (병행진료 급여 제한) 과잉 우려 명백 비급여* 병행진료 급여 제한 및 급여 청구 시 비급여 실시 여부 자료 제출 등 관리 방안 마련('25.上)

* 예: 도수치료, 비밸브재건술, 하이푸, 하지정맥류, 다초점 렌즈 사용 백내장 수술 등

< 병행진료 급여 제한 적용 방안 예시 >

- ▶ (도수치료) 의학적 필요를 넘어 일정 횟수 이상 반복되는 경우 외래 재진 진찰료, 급여 물리치료료 또는 기존 기술 대비 효과적인 일부 부위 제외하고 병행 급여 제한
- ▶ (비밸브 재건술) 성형목적으로 급여인 비중격 교정술과 병행 시 병행 급여 제한
- ▶ (다초점 렌즈 백내장 수술) 수술 前 수정체 혼탁도 평가 없을 경우 병행 급여 제한

② **(병행진료 관리)** 과잉 우려 비급여 대상 선별급여 內 ‘병행진료 관리 급여’ 등 신설을 통해 건강보험체계 내 관리 방안 마련

* (참고) 도수치료는 전액본인부담('03) → 표준화 미비·임상적 유효성 미정립 이유로 비급여 변경('06)

③ **(질 관리)** 주기적 의료기술 재평가(보건의료연구원)를 거쳐 효과성 검증·공개, 문제 항목은 비급여 목록에서 퇴출(사용 불가)

- 기존(비중증 과잉) 및 신규 비급여 등록 관리시스템 구축 병행

< 비급여 유형별 관리방향(안) >

유형	비중증 과잉 비급여		일반 비급여
	의학적 필수성 낮음	의학적 필수성 불명확	
관리 방안	병행진료 급여제한	병행진료 관리급여	모니터링 外 자율
	비급여 고지, 보고, 공개, 의료기술 재평가, 등록		

③ **미용시장 관리체계 구축** 후속 검토

① **(미용서비스 기준 정립)** 미용서비스 분류·기준 마련 ⇨ 의사 수행 영역인 ‘미용의료’와 그렇지 않은 ‘미용서비스’ 간 영역 명확화

- 행위 분류·기준 마련에 따른 기기 분류 개선* 추진

* 예: 비침습적 저위험 기기는 ‘의료기기’ → ‘미용기기’로 재분류

② **(기술자격 합리화)** 해외사례 등 참고하여 자격요건(예: 임상경력, 교육, 인증시험 등)을 갖춘 의료인 등에게 경미한 미용 목적 행위 허용 검토

⇨ 해외사례 분석, 정책연구 등을 거쳐 합리적 개선 방향을 검토하고, 의료계를 포함한 각계 의견수렴을 거쳐 특위 논의 후 확정

< 미용 자격 해외 사례 >

▶ **(영국)** 간호학 학위 취득자가 Aesthetic Nursing 취득 시 보톡스, 레이저 시술 허용

▶ **(미국)** 보톡스, 레이저 등 미용 시술 자격 기준(위임·관리감독·시술 권한 등) 주마다 차이

* 레이저 시술의 경우 ▲(의사만 가능) 뉴저지 등 ▲(의사가 위임시 가능) 오크라호마, 캘리포니아 등
▲(의사 위임 불필요) 유타, 코네티컷, 아칸소, 매사추세츠 등

▶ **(호주, 캐나다)** 간호사(RN)가 의사 처방 下 보톡스, 필러 등 주사제 시술 가능

◆ 실손보험 역할 재정립 및 비급여 과잉 팽창 억제를 위한 상품구조 정상화

1 실손보험 역할 재정립

- ① **(건강보험 본인부담 정상화)** 차세대 실손의 건강보험 본인부담제 기능 강화 방안 검토 ⇨ 의료 이용 개선 **후속 검토**

* (호주, 스위스) 민간보험사의 공보험의 급여 본인부담금 보장 제한

** 예: ▲경증환자 상급병원·응급실 비용 본인부담 상향 ▲건보 본인부담 보장 단계적 축소 등

- ② **(협업 강화)** 건강·실손보험 제도 관련 중요 사항 결정 시, 복지부-금융위 사전협의제* 도입 검토(건강보험법·보험업법 개정) **후속 검토**

* 예: 복지부·금융위 협의 체계 구축 및 실태조사, 복지부 장관·금융위원장의 건보/실손보험 개선 요청권 등

- ③ **(광고·설명 관리 강화)** 의료기관의 실손보험 가능 여부 등에 대한 광고·설명 및 보유 여부 질문 금지 제도화(의료법 개정)

* 의료기관이 실손보험 가능 여부 광고·설명 ⇨ 과잉의료 유도, 미보장시 보험 분쟁 빈발

2 신규 실손보험 상품 구조 개혁

- ① **(비급여 적정 보장)** 의료 남용 방지 및 실손보험료 부담 완화를 위해 비급여 보장범위·수준 합리화 검토 **후속 검토**

* 예: 비중증 과잉 비급여, 신의료기술의 본인부담률 인상/보장 제외/한도 신설 등

- ② **(비급여 기준·가격심사)** 적정진료 유인을 위해 보험사-의료기관간 협의에 따른 비급여 기준·가격 설정 및 실질적 심사방안 검토 **후속 검토**

* (現) 양자 구조(환자-보험사) → (改) 3자 구조(환자-보험사-의료기관) 전환

- (청구) 가입자가 아닌 의료기관이 진료비를 보험사에 청구
- (기준·가격) 보험사와 의료기관간 의료기준·가격 협의·설정
- (심사) 별도 전문기구를 통한 보험금 심사·지급

4. 환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축

문제 인식

- ① **(소통·신뢰)** 의료기관은 법적 분쟁 우려로 유감 표시 및 설명 등 소극적
환자는 충분한 소통 부재로 의료진 불신 및 감정 악화, 민·형사 고소·고발 선택 경향
- ② **(감정·조정)** 신속한 분쟁해결*을 지원하는 '의료분쟁조정제도' 신뢰성 제고 필요
* 의료과오소송 1심 평균 소요기간 26개월 vs 의료분쟁 평균 조정 기간 86.7일(약 3개월)
** 상담 후 조정신청률 3.91%(‘22), 최근 5년간 사망 등 중상해 분쟁 조정 성공률(‘19~’23): 55.7%
- ③ **(민사)** 환자는 긴 소송* 끝 불충분한 보상, 의료진은 높은 민사부담**
* 민사 1심 평균 5개월 vs 의료 소송 26개월, 손해배상 전부 승소율평균 14.2% vs 의료 1.4%
** 분만의료사고 배상액 판결이 최대 5~10억원에 달하나, 국가지원 한도는 3천만원에 불과
- ④ **(형사)** 최선 다한 진료에도 사법리스크 상존, 중증·필수의료 기피 유발
* 중상해 위험 높은 진료과 전공의 지원율(%): 흉부외과 51.4, 산부인과 71.9, '23. 上)

< 실행 방안 >

- ① **(소통·신뢰)** 의료사고 설명 법제화 등 환자-의료진 소통 활성화
- ② **(감정·조정)** 환자와 의료인 모두가 신뢰하도록 '의료분쟁 조정제' 전면 혁신*
* ▲ (공정성) 환자 대변인 신설을 통한 환자 조력 강화 + 非의료 감정위원 역할 확립
▲ (전문성) 의료감정 강화 및 위원 풀 확대(300→1,000명), 감정교육 및 인증 신설, 감정 DB 구축
▲ (투명성) 옴부즈만 제도 신설, 감정 등 불복절차 신설, 조정 협의 절차 확대, 배상액 기준 표준화
- ③ **(민사)** ▲의료사고 배상 책임·종합보험 상품 개선 및 공제 도입 + 필수진료과 전공의·전문의 대상 보험료 국가지원 ▲불가항력 분만 사고 보상 현실화(3천만 원 → 최대 3억 원)
- ④ **(형사)** ▲의료분쟁조정제도-수사 간 정보공유 등 연계로 불필요한 대면 소환조사 최소화
▲ 필수의료 분야 형사 특례 법제화 검토

1 환자-의료진 소통 활성화

- ◆ 의료사고 예방 활동 + 소통 활성화 ⇨ 환자-의료인 간 신뢰 형성
- ◆ 의료사고 소통 지원 법제화 ⇨ 충분한 설명 + 유감 표시 등 증거 배제

- ❶ **(사고 예방)** 의료기관 인증·평가 시 제출하는 의료사고 예방체계 및 활동 등을 의료분쟁조정 판단 근거로 활용(의료분쟁조정법 개정, '24)
- ❷ **(소통 활성화)** 사고 발생 초기 환자-의료진(의료기관) 간 충분한 소통 및 신뢰 형성을 위한 의료사고 소통 지원 법제화(의료분쟁조정법 개정, '24)
 - 소통 보호를 위해 설명과정에서 유감 또는 사과 등 수사, 재판 과정에서 불리하게 작용하지 않도록 명문화
 - 환자-의료진 소통 증진을 위해 표준 가이드라인 제공, 교육 및 상담·심리지원 병행

< 의료사고 소통 지원 법제화 주요 내용 및 해외사례 >

▶ 의료사고 소통 지원 법제화 주요 내용

- ▲경상해: 담당 의료진(의사, 간호사) 등이 경위와 상황 설명
 - ▲중상해: 병원장 또는 진료과별 안전관리자가 수술 계획과 실제 치료내용, 환자 상태 및 문제 상황, 결과에 대해 상세 설명
- 설명과정 유감 또는 사과 등 수사·재판 과정에서 불리한 증거 채택 제한
- 환자-의료진 상담 및 심리지원, 소통 관련 교육 지원

▶ 의료사고 소통법(disclosure law) 해외사례

- (해외 사례) 미국, 캐나다, 호주 등에서 환자 소통하기 촉진을 위한 지침 등 개발, 운영
- (소통 효과) 미시간대학 의료원 사례 : 월 평균 소송 건수(건) 2.13 → 0.75건 (64% 감소)
소송 관련 평균비용(달러) : 16.7만 → 8.1만 달러 (57% 감소)

2 의료분쟁 조정제도 전면 혁신

- ◆ 환자 조력 및 균형적 감정 체계 확립 ⇨ 실효적 입증 책임부담 완화
- ◆ 감정 인프라 확충, 투명한 제도 운영 ⇨ 의료감정 전문성·신뢰성 제고

❶ **(환자 조력 강화)** 의학적·법적 지식이 부족한 환자를 조력하기 위한 가치 **‘환자 대변인’** 신설(의료분쟁조정법 개정, '25)

- 환자 대변인 시범 운영('25.1월~, 3억원 지원) 후 제도화를 통해 전면 시행
- 조력이 필요한 의료인 대상 감정·조정절차 안내 등 전문상담 병행

< 환자 대변인 도입 모델 방안 예시 >

- ▶ 대상: 사망, 1개월 이상 의식불명, 영구장애 발생 등 중상해 발생 사건(연평균 427건)
- ▶ 지원대상: 환자 대변인 활용 희망 환자·보호자
- ▶ 대변인의 역할(①~②번 필수, ③~④번 선택사항)
 - ① 신청서 작성 지원: 과실, 인과성 판단 핵심 쟁점 검토·제시
 - ② 감정 쟁점 의견서 작성: 해당 사고의 원인을 파악하기 위한 주요 쟁점 의견서 작성
 - * (감정 주요 포함 필요사항) ▲구체적 환자 증상 변화와 이에 따른 개별 의료행위별 감정
 - ▲해당 의료행위 관련 표준 치료법과 의료인 유의 사항 ▲의료사고 초래 원인으로 추정·발생 요인
 - ③ 조정 심리 준비: 감정 결과 바탕 주요 조정 쟁점 검토·제시
 - ④ 합리적 배상액 기준 제시: 합리적 배상 범위 및 기준 제시
- ▶ 자격요건: ① 의료전문변호사 ② 의료인(의사, 간호사), 중재원 감정·조정 참여 경력자* 中 의료감정, 조정사례, 판례 등 실무교육 및 자격시험 이수·통과자로 복지부 위촉
 - * (예시) 전직 감정·조정위원, 전직 조사관·심사관 등
- ▶ 대변인의 의무
 - 非자기 결정성: 환자의 동의를 받지 않고 대변인이 작성·제출한 서류는 무효
 - 윤리성: 조정의 소송화 방지를 위해 분쟁 조정절차 중 해당사건 수임 등 영업행위 금지
 - + 윤리 서약서 작성 → 위반 시, 해당 직역단체 통지 및 대변인 자격 5년간 박탈

② **(감정 신뢰도 제고)** 공정한 감정을 위해 **컨퍼런스 감정 체계*** 확립,
의학적 감정 신뢰성 제고를 위해 세부 전공별 감정위원 대폭 확충

* 의료인 外 환자, 소비자, 법조인 등 사회 각계 참여 + 질문권 등 실질적 결정 참여 보장 감정 형태

- (컨퍼런스 감정) 사망 등 중대 사고는 의학적 복수·교차 감정을 위해 의료인 위원 추가 + 非의료인 위원 역할 확립

< 컨퍼런스 감정 강화 방안 >

- ▶ (현황·문제점) 각계 참여 감정부(5인) 운영(상임위원 1, 의료 1, 법조 1, 환자·소비자 2)
의학적 복수·교차 검증 제약, 非의료인 감정위원 역할 제한
 - ▶ (개선방안)
 - 의학적 감정 강화: (現) 의료인 1명 참여 → (改) 사망 등 자동개시 사건 대상 의료인 2~3명, 복수 의료인 감정위원 간 교차 감정 실시
 - 당사자 진술 보장: 당사자(환자, 의료인) 감정 쟁점 및 의견 제시 기회 보장
 - 감정위원 역할 분담: 의료인 감정위원 의학적 소견 작성, 非의료인 감정위원 쟁점 제기
- * (감정위원 역할) 환자·소비자(2): 국민 관점 사고 원인, 결과 쟁점 제시, 법조(1): 과실, 인과성 판단 위한 사실관계 확인 및 법적 쟁점 제시, 의료인(2~3): 의학적 소견 제시, 상임위원(1): 회의 주재 등

- (감정 전문성 제고) 분야별 감정위원 풀(pool) 확충(300→1,000명 이상), 非의료인 감정위원 포함 전문 감정교육 실시 및 인증제 신설
- (감정 표준화) 감정사례 분석·평가를 바탕으로 분쟁조정에 필요한 근거가 충실히 기재될 수 있도록 '표준 감정서 작성' 지침* 개발

* 표준지침 주요 내용 : ▲구체적 환자 증상 변화와 이에 따른 개별 의료행위별 감정
▲해당 의료행위와 표준치료법 비교 ▲사고 원인 추정·발생 가능 요인 관련 기술

③ **(합리적 조정)** ▲조정 협의 기회 확대(1→2회) ▲조정 준비기일 신설 ▲감정 불복절차 신설,* ▲배상액 기준 표준화 등 조정 합리화

* (現) 조정부 회의를 통해 과반 찬성 시에만 재감정 요청 가능, 재감정은 감정부 재구성 시일 소요
→ (改) 당사자 요청에 따라 재감정뿐만 아니라 추가보완 감정(감정부 재구성 不要) 가능

< 감정 불복 관련 사유 예시 >

- ▶ (재감정) 진료기록 허위 작성 또는 위·변조 사실 추가 확인, 감정부 제척사유 위반 등
- ▶ (추가·보완감정) 의료과실·인과관계 등에 영향을 미칠만한 자료가 새롭게 제출된 경우, 감정 내용에 없는 새로운 의료과실에 대해 의학적 검토 필요 등

④ (투명한 제도 운영) ▲^{가칭}국민 옴부즈만 등 모니터링·평가체계 구축
▲감정·조정 DB 구축 및 대국민 공개

< 국민 옴부즈만 도입 모델 예시 >

- ▶ 권한 및 역할: ▲감정·조정 운영 평가·환류 ⇨ 절차적 객관성·공정성 확보 ▲평가 결과 상임위원, 조사·심사인력 등 성과평가 결과에 반영 ▲제도개선 과제 발굴 등
- ▶ 구성: 환자·소비자·시민단체, 의료인 단체 등 참여

< 분쟁조정제도 혁신 내용 >

	현행	개선
감정	<ul style="list-style-type: none"> ▶ (구성) 상임 감정부장 재량 ▶ (역할) 의료인·非의료인 역할 분담 미흡 ▶ (환자조력) 상담 외 조력 제도 無 ▶ (전문성) 의료인 감정위원 1인, 위원 풀 부족(300명 내외) ▶ (표준화) 표준지침 부재 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ (구성) 감정위원 풀 무작위 구성 ▶ (역할) 의료인 감정위원 소견 작성 + 非의료인 위원 쟁점 제기 ▶ (환자조력) 환자 대변인 신설 ▶ (전문성) 중대사고 의료인 위원 참여 확대(1~2~3) + 위원 풀 확대(1천명) ▶ (표준화) 표준감정서 개발·보급
조정	<ul style="list-style-type: none"> ▶ (조정협의) 1회, 준비기일 無 ▶ (감정 불복) 조정부만 재감정 요청 가능 → 당사자 수용성 ↓ ▶ (배상 산정) 배상기준 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ (조정협의) 2회, 준비기일 신설 ▶ (감정 불복) 당사자 신청에 따른 재감정, 추가, 보완 감정 절차 신설 ▶ (배상 산정) 표준 배상기준 마련
사후 평가·관리	<ul style="list-style-type: none"> ▶ (모니터링) 외부 평가환류 無 ▶ (정보제공) DB + 결과 공유 無 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ (모니터링) 옴부즈만 신설 ▶ (정보제공) DB 구축 + 대국민 공개

3 충분한 보상과 신속한 권리구제

- ◆ 의료사고배상 책임보험 및 공제상품 가입 활성화 ⇨ 민사부담 완화
- ◆ 의료현장에서 체감할 수 있도록 불가항력 의료사고 국가 보상 현실화

① (배상보험) 민사부담 완화 및 신속·충분한 보상 처리를 위해 보험료 지원, 보험·공제 확충 및 고도화 추진

- (보험료 지원) 필수진료과* 전공의·전문의 대상 의료사고 배상 책임보험·공제 보험료 국가 지원(50억원 지원, '25)

* ▲전공의 내과 외과 산부인과 소아청소년과 응급의학과 흉부심장혈관외과 등 ▲전문의 산부인과 소아청소년과

- (손해보상체계) 배상부담 완화를 위한 ▲책임·종합보험 상품 확대 (금융위 협조) ▲공제(예: 의료기관안전공제회) 도입 추진 후속 검토

* 적정 보험료율, 배상 한도범위, 특약, 지원방식 등 '의료사고 책임·종합보험 표준 약관' 마련

⇨ 상대가치 산정 시 위험도 반영 강화 등 보상 확대 검토

< 사회보험 국가 의료사고 배상보험 사례 >

	의료사고 배상 책임보험(공제)	
	가입 의무화	운영 주체
독일	△(의원급 한정)	민영보험사
일본	△(의사회 가입자 한정)	일본의사회
스웨덴	○	비영리기관
한국	×	의협 공제조합, 민영보험사

② (불가항력 보상 확대) 실제 배상금 수준을 고려한 불가항력 분만 의료사고 국가 보상금 한도 상향*(18억원 지원, '25)

* (現) 최대 3천만 원 → (改) 최대 3억 원

- 해외사례, 의학적 근거 등을 고려해 분만 外(예: 중증소아, 중증응급 수술 등) 불가항력 인정 범위 확대, 지원체계 개선 검토 후속 검토

4 수사절차 개선

- ◆ 의료사고 조사·수사시스템 개선 ⇨ 신속한 사건 처리 및 의료진 부담 완화
- ◆ 형사조정 절차 내 의료전문가 참여 ⇨ 의학적 근거 기반 분쟁 해결 체계 마련

① (수사개선) ▲ 既 시행 의료사고 사건 수사·처분 유의사항*('24.2, 법무부) 준수 ▲ '의료분쟁조정' 감정·조정 결과 수사당국 공유

* ① 응급의료법상 의료사고 형 감면 적극 적용 ② 의료분쟁조정제도 적극 활용 ③ 사전준비 없는 출석요구 자제 및 명백히 범죄 아닌 경우 신속 종결 ④ 의료사고 형사조정 절차 의료진 참여

⇨ 의료진에 대한 불필요한 대면 소환·조사 최소화

< 의료분쟁 조정절차-형사절차 연계 방안 예시 >

의료분쟁 조정기관(복지부·중재원)		수사 당국(법무부·검찰청·경찰청)
<p>▶ 사실조사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 시간대별 의료행위 확인 - 환자 피해 결과 확인 - 당사자 진술·의견 확인 	<p>⇨</p> <p>⇦</p>	<p>▶ 사실관계 확인 및 요청</p> <ul style="list-style-type: none"> - 고소·고발인 진술과 비교 - 추가 사실 확인 필요 시 추가 사실 조회·확인 요청
<p>▶ 감정·조정 진행</p> <ul style="list-style-type: none"> - 쟁점별 의학적 소견 검토 - 과실·인과성 검토 	<p>⇨</p> <p>⇦</p>	<p>▶ 감정·조정 진행 상황 공유 및 활용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 대면 조사·수사 개시 시점 결정 - 사건 근거자료 등으로 활용
<p>▶ 조정·중재 합의</p> <ul style="list-style-type: none"> - 적정 배상액 산정 - 당사자 합의 또는 미합의 	<p>⇨</p> <p>⇦</p>	<p>▶ 감정·조정 결과 수사 활용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 감정·조정 결과 바탕 대면수사 최소화 - 기소 여부 판단 근거 활용

② (형사조정) 기소 前 의료전문가 참여한 형사조정*을 통해 양형 참작 등 분쟁 해결 활용

* 기소나 재판보다는 당사자 간 사적 조정을 통해 분쟁 해결이 가능한 사건을 검찰 및 전문가들이 함께 조정하는 제도 (예: 투자금 등 금전거래로 인한 분쟁 해결)

5 의료사고 형사 특례 법제화

◆ 최선을 다한 진료 보호를 위한 의료사고 형사 특례 체계 도입

① (형사 특례) 특례 적용 범위 설정(Negative vs Positive-list)*, 입증책임 부담 완화 등을 통해 형사 특례 법제화 검토 후속 검토

* (1안) ▲경상해: 모든 의료행위 특례 ▲중상해: 필수의료행위 특례
(2안) 경상해·중상해 모두 필수의료행위 한정

- ▲의료사고 설명 이행 ▲의료분쟁조정절차 참여 ▲배상보험·공제 가입 등을 전제로 특례 적용 검토

- 명백한 중과실*로 인한 의료사고와 미용·성형 등 특례 제외 검토

* 예: ▲의료분쟁 조정에 따른 명백한 중과실 인정 ▲환자 사전 동의 없거나 동의 내용과 다른 수술 ▲수술 부위 착오 등 의학적으로 인정되지 않는 의료행위를 한 경우 등

② (刑 감면/면제) 응급, 분만, 심뇌, 중증 소아 등 고위험 필수의료행위는 중상해 外 사망사고까지 형 감면/면제 검토 후속 검토

- 사망·과실 간 인과성 인정 중과실은 형 감면/면제 적용 제외

< 의료사고 형사 특례 방식·요건·범위 검토 예시 >

	당사자 합의 면책	기속적 면책	재량적 면책
적용 방식	반의사 불벌	형사소추 면제	형 감면/면제
적용 요건	의료사고 설명 + 분쟁조정 참여 + 책임보험 가입	의료사고 설명 + 분쟁조정 참여 + 종합보험(전액배상) 가입	
적용 범위	모든 의료행위로 인한 업무상 과실치상	(1안) 경상해: 좌동 중상해: 필수의료행위 限 (2안) 필수의료행위 限	필수의료행위로 인한 업무상 과실치사상(사망 포함)
적용 제외	① 수혈, 투약 오류 등 8가지 중과실 행위 ② 의무기록 교부 거부, 위·변조, 의료영상 변조·훼손 ③ 의료분쟁 조정 결과, 중과실로 인정되는 경우 ④ 미용·성형 등 非필수, 비급여 의료행위		①~④ 좌동 + 검·경 수사 결과, 피해와 의료행위 간 직접 인과성이 밝혀진 경우

◇ 필수의료 기피 해결을 위한 소송 위주 분쟁해결 개선에는 공감대 형성
다만, 특례 적용, 요건·범위 등 의견 差 → 특위 논의 기반 협의·조정

IV. 재정투자 계획(안)

- ◆ 건강보험과 역할 분담을 통해 국가재정-건강보험 병행지원 구조 확립
- ◆ 특별회계·기금 등 안정적 재정지원 및 혁신적 지원체계로 단계적 전환

1 국가재정-건강보험 병행지원(10+10) 구조 확립

- **(국가재정)** 5년간 10조원 → 필수·지역의료 재건 견인
 - 건강보험 수가 개선만으로 해결이 어려운 필수·지역의료 강화, 인력 양성을 위해 재정투자 대폭 확대
 - ▲전공의 수련 국가책임 투자, 지역의료 강화 ▲예산 수반 의료 개혁 입법 지원을 위한 선제적 재정투자 중점
- ⇒ ①의료인력 국가 지원, ②지역의료 확충, ③필수의료 기능 강화, ④필수의료 R&D 등 4대 분야 年 2조 원 규모 재정 투입

< 의료개혁 분야별 투자계획(안) >

의료인력 국가 지원	지역의료 확충	필수의료 기능 강화	필수의료 R&D
▶의대교육 선진화 ▶전공의 수련 지원 ▶의료사고 안전망	▶국립대병원 인프라 확충 ▶지역의료 역량 강화 ▶지역필수의사제 등	▶응급 역량 강화 ▶암 심뇌 등 진료기반 확충 ▶장애인 등 약자의료	▶지역연구역량 강화 ▶연구 인프라 구축 ▶의사과학자 양성
(24) 280억 → (25) 8천억원	(24) 23천억 → (25) 5천억원	(24) 39천억 → (25) 45천억원	(24) 2천억 → (25) 3천억원

- **(건강보험)** 5년간 10조원+a → 중증·필수, 지역의료 수가 정상화
 - 수가 정상화를 위한 과감하고 신속한 재정투자 + 재정관리 방안 병행
 - 보상체계를 왜곡하고 의료현장 체감도도 낮았던 기존 수가 개선 방식 혁신, 편셋형 집중 인상 시스템 구축
- ⇒ 국민 생명·건강 직결 대체 불가 필수의료 영역 선별 집중 투자

2 국가재정 투자 방안

① (의료인력 국가지원) 미래 핵심 인력인 의대생, 전공의 양성에 획기적 투자, 의료사고 안전망 구축 지원

의대교육 선진화 '25년 4,047억원	<ul style="list-style-type: none"> · 의대 교육 인프라 확충 · 지역 맞춤형 의료인력 양성 · 대학병원 교육·연구 역량 강화 	→	의학교육 질 향상 수요맞춤형 인재 양성
전공의 수련 지원 '25년 3,719억원	<ul style="list-style-type: none"> · 전공의 근로시간 단축, 수련병원 교육환경 개선 · 지도전문의 보상 강화 · 필수과 전공의 수련수당 	→	역량있는 전문의 양성 지역·필수 인력 유입
보험료 지원, 분쟁조정제 개선 '25년 77억원	<ul style="list-style-type: none"> · 필수의료 보험·공제료 지원 · 의료분쟁조정제도 혁신 · 불가항력 의료사고 보상지원 	→	조정·중재 절차의 공정성·투명성 강화

② (지역의료 확충) 내 지역에서 필요한 의료서비스를 안심하고 받을 수 있도록 지역의료 인력·인프라 투자

- 거점 병원 최종치료 + 공공·민간병원 필수의료 역량 강화

권역 책임의료기관 (국립대병원 등) '25년 1,836억원	<ul style="list-style-type: none"> · 지역 의료 네트워크 협력 중추 육성 · 지역의료 컨트롤타워 기능 강화 · 중증·고난도 최종 치료 역량 강화 	→	수도권 대형병원과 동일 수준의 '선도적 지역병원'
지방의료원 + 지역 종합병원 '25년 2,985억원	<ul style="list-style-type: none"> · (의료 취약지) 양질의 포괄적 필수의료 제공 및 중진료권 내 신뢰받는 거점병원 육성 · (의료 非취약지) 필수 특화 진료(소아응급·분만 등) 역량 강화 	→	지역의료 '최후의 보루' + 권역책임의료기관-민간병원 간 '협력의 가교'
	<ul style="list-style-type: none"> · 포괄적 필수의료 제공 역량 강화 · 권역책임의료기관과 지방의료원과 협력 지원 	→	지역필수의료의 '허리'
계약형 지역필수의사제, 지방의료원 의사 파견 등 '25년 136억원			지역의료 인력 확보

③ (필수의료 기능 강화) 응급, 심뇌, 소아 등 핵심 필수의료 국가 책임 강화 → '국방·치안' 수준 필수의료 안전망 구축

응급 '25년 2,995억원	<ul style="list-style-type: none"> 최종치료 중심의 응급의료 전달체계 개편 중증응급환자 이송·수용 체계 개선 중증외상 인프라 지원 확대 및 재난의료체계 강화 	→	전국 어디서나 최종치료까지 책임지는 응급의료
생명 직결 분야 '25년 956억원	<ul style="list-style-type: none"> (암) 지역완결 소아암 등 진료역량 강화 지원 (심뇌) 중앙·권역·지역을 아우르는 대응체계 구축 (중환자) 중환자 진료 인력·자원 운영 시스템화 (소아) 어린이병원 등 소아진료체계 지속 지원 (모자의료) 분만취약지 및 NICU 등 인프라 확충 	→	중증질환 적시·적정진료 제공 기반 강화
약자 의료 및 필수의료진 지원 '25년 557억원	<ul style="list-style-type: none"> (장애인) 구강·재활병원 등 핵심 진료기반 강화 (간호) 교육전담 및 진료지원 간호사 교육 	→	사각지대 없는 약자 의료체계 확립

④ (필수의료 R&D) 지역완결 의료를 위한 지역 연구 역량 강화, 필수·지역 의료격차 극복 첨단 의료기술 개발 지원

지역의료 연구 생태계 혁신 '25년 128억원	<ul style="list-style-type: none"> 국립대병원 연구 인프라 및 특화 연구 지원 지자체 주도 혁신의료기술 개발 지원 	→	지역 주도의 필수의료 연구 기반 마련
의료연구 인프라 구축 '25년 1,724억원	<ul style="list-style-type: none"> 의사과학자 경력별 연구 지원 확대 연구중심병원 육성 응급 및 중환자 특화 임상지원 시스템 개발 	→	임상현장 수요에 기반한 필수의료 연구개발
의료혁신 기술개발 '25년 859억원	<ul style="list-style-type: none"> 보건 난제 해결할 혁신·도전형 연구 ARPA-H 추진 소아 및 수술 질 향상 등 필수의료 기술개발 원자력 의학 기술 연구개발 	→	국민 생명·건강과 직결된 질환 극복

◇ '25년부터 2조원 규모로 본격적 재정투자 개시
매년 건보 투자 규모에 상응하는 집중적 재정투자로 필수·지역의료 재건 견인

3 안정적 재정 지원체계 구축(필수의료특별회계 + 지역의료발전기금 신설)

- (필수의료특별회계) 일정 수준(Minimum-requirement) 이상 보편적 서비스 필요 필수의료 분야에 국가 주도로 안정적 지원(Top-down)
 - 국민 생명 직결 분야에 일정 수준 의료품질 유지할 수 있도록 인프라, 인력 등 전국 통일적 운영 중점
 - ▲전공의 수련비용 지원 등 인력 양성 ▲필수의료(암·심뇌혈관·분만·소아 등) 인프라 지원 ▲의료사고 보상 ▲R&D 등 지원
- (지역의료발전기금) 지역 의료격차 해소 및 지역완결 의료를 위해 지역 맞춤형 투자 지원(국가·지자체·병원 협업)
 - 지역 여건에 맞는 지역 주도적 사업계획 자율적 수립, 사업계획 평가를 거쳐 재정 지원 및 성과관리 등 신축적 재정 운용 기전
 - * 지자체 사업기획, 자원 배분·집행 등 권한위임, 중앙정부는 모니터링·평가, 성과관리 역할
 - ▲지역 의료기관 역량 강화 ▲지역 네트워크 기반 협력진료체계 구축·활성화 ▲지역필수의사제 등 지역인력 확충 등 지원

< 재정별 분류(안) >

	필수의료특별회계	지역의료발전기금
인력 확충	전공의 수련 국가 지원	지역필수의사제
의료기관 육성		권역 책임의료기관 서울 외 종합·중소병원 등
필수의료 유지 지원	중점질환 의료체계 강화	
의료사고 안전망	의료사고 보상지원	
필수의료 R&D	한국형 ARPA-H	
협력체계 구축		지역의료 협력 네트워크 빅데이터, 원격진료 등 정보네트워크 강화

4 건강보험 투자 방안

① (신규 투자) '28년까지 10조원 이상의 건강보험 재정 신규 투자

* 6대 우선순위: ▲중증 ▲고난도 ▲응급 ▲야간·휴일 ▲소아·분만 ▲의료취약지

- 과보상·남용 항목 보상 적정화 통한 절감 재원 추가 투자

< 분야별 투자 방향 >

▶ (공급부족: 5조원+α) 난이도, 업무강도 등으로 의료공급 부족 분야

- (균형 수가 전환) 분야별 보상 적정성 검토 기반 저평가된 수술·처치 보상 강화 + 과다 보상 항목 조정 등 균형 수가 전환 지원

- (고난도·고위험) 의료진의 업무강도가 높고, 자원 소모가 많은 외과계 고난도 수술 및 내과계 중증시술 등 보상 강화

* 적재적소 투자원칙: ▲특정 진료과(예: 심장내과)가 아닌 서비스·질환 중심(예: 심장중재술)
▲행위 일괄 인상이 아닌 의료기관 기능에 맞는 투자

▶ (수요부족: 3조원+α) 의료수요 감소로 인프라 유지가 어려운 분야

- (분만) 지역수가 및 안전정책수가 신설 등 지역 인프라 확충 지원, 고위험 분만 가산 등 분만 의료서비스 접근성 제고

- (소아) 소아 중환자실 등 입원 보상 강화, 고난도 수술 수가 개선, 소아청소년과 전문의 소아 진료 정책가산 등 소아입원·진료 활성화

▶ (연계협력: 2조원+α) 기관 간 협력으로 치료성과 극대화 분야

- (네트워크 기관협력) 중증진료체계 강화 시범사업, 지역의료혁신 시범사업 등 네트워크 기반 지불보상체계 지원

- (질환 중심 협력) 골든타임 내 적기 치료를 위해 의료기관 및 전문의 간 연계협력을 지원하는 시범사업(심뇌혈관 등) 도입·확대

▶ (의료개혁: +α) 상급종합병원 구조전환, 전달체계 정상화 등 의료개혁 과제 이행 지원

② (지출 효율화) ▲성과 중심 평가체계 전환, ▲건보수가(p) 적정화 하면서, 과도한 진료량(q) 증가 유인* 관리 및 건보 지출 효율화

* 연 365회 이상 의료이용 과다이용자 본인부담 90% 확대, 외국인 건보 피부양자 무임승차 방지 등 의료남용 관리기전 지속 강화

- 보험료율 인상률 적정수준(1.5% 內) 관리, 적정 준비금(年 보험 급여비의 1.5개월분 이상) 유지

V. 추진 일정

1. 역량있는 의료인력 확충		
① 인력 수급추계·조정시스템 구축	수급 추계 논의기구 구성	'24
	의료인력수급추계센터 설치	'25
	보건의료인력 통합정보시스템 설치	'24
② 전공의 수련체계 혁신	수련 프로그램 내실화	'25
	권역별 임상교육훈련센터 확충	~'28
	필수의료 임상교육 지원	'25
	인턴제 개편	'25
	근본적 인턴제 혁신	후속 검토
	多기관 협력 수련 시범사업	'25
	연속 수련 단축 시범사업 및 제도화	'25~'26
	주당 수련 단축 시범사업 및 단계적 단축 실시	'25~'31
	전공의 업무량 적정화	후속 검토
	필수와 전공의 등 수당 지원	'25
	1차 전공의 종합계획 수립	'25
	전공의 수련 실태조사 실시	'25
③ 지역 배치 확대	지역수련병원 투자 강화	'25~
	지역·공공의료 친화 수련병원 유형 다양화	'26
	수련병원 지정기준 개선	'26
	전공의 지역배정 확대	'25
	전공의 배정방식 개선	'26
	수련병원 평가 내실화	'26
	수련병원 평가결과와 의료 질 평가 지원금 연계	'26
	수련평가기구 강화	'26
④ 인력 운영 시스템 혁신	독립진료 역량 확보 지원 및 주기적 관리 방안 마련	후속 검토
	협력·공유형 인력체계 확립	후속 검토
	업무범위 합리화	후속 검토
2. 혁신적 의료 공급·이용체계 및 지역의료 재건		
① 기능 중심으로 의료공급체계 재건	상급종합병원 구조 전환 시범사업	'24~'27
	지역 2차 병원 육성과 전문병원제 재정비	'25
	일차의료 혁신	후속 검토
	아급성 체계 확립 및 회송 중심 아급성 병원 육성	후속 검토
	중증도 분류체계 개편	'25
	상급종합병원 명칭 변경 및 지정기준 개선	'25~'30
	의료기관 평가 및 종별 가산 재정비	'25~
② 지역완결 의료체계 구축	국립대병원 투자, 규제혁신, 연구지원 강화 등	'25
	국립대병원 역할 강화를 위한 소관 이관	'25
	지역 종합병원 육성	'25
	지방의료원 역량 강화 투자 확대	'25~
	전문 의료·회송 시스템 구축	'25
	지역의료 혁신 시범사업	'24~

② 지역완결 의료체계 구축	계약형 지역필수의사제 도입	'25~
	보건행정구역, 지역의료지도 등 진료권 재정비	'25~
	지역의료 지원법 및 지역의료발전기금 신설	'24~
	지역 육성을 위한 공공정책수가 신설강화	'24~
	응급, 심뇌, 암 등 필수의료 역량 확보 지원 강화	'25~
③ 환자의 의료이용 지원 강화	의료정보 제공 플랫폼 구축	'25
	의료기관 명칭 표기 재정비	'25
	소아24시간 의료상담센터 등 의료상담 확대	'25
	비대면 진료 제도화	'25
	동네의원 접근성 제고	'25
	심층진찰 시범사업 확대	'25
	환자의 진료결정 참여 제도화	'25
	전문의뢰제 강화	'24
	바람직한 의료이용을 위한 본인부담 재설계	'25
	정당한 진료거부 사유 명시	'25
3. 필수의료 강화를 위한 충분하고 공정한 보상체계 확립		
① 저수가 퇴출 및 균형적 적정수가 전환	균형적 적정수가 단계적 전환	'25
	과학적 수가 조정체계 및 적시 반영 기전 마련	'25
	수가 결정구조 재설계(환산지수 및 상대가치 개편)	'25~
② 우선순위 분야 집중 투자	필수의료 보상 강화 방향 설정 및 이행	'24
	공공정책수가 신설·확대	'24~
③ 의료 질 및 가치 투자 강화	종별 가산 폐지 및 성과 보상제 개편	'25~'27
	혁신형 지불제도 시범사업 실시 및 확대	'25~'27
④ 비급여 관리 강화	비급여 모니터링 강화	후속 검토, '25
	비급여 정보 제공 확대	후속 검토, '25
	비급여 표준화	후속 검토
	非중증 과잉 비급여 관리 강화	후속 검토, '25
	미용시장 관리체계 구축	후속 검토
⑤ 실손보험 제도 개선	건강보험 본인부담 기능 회복(적정 보장)	후속 검토, '25
	공사보험 연계 등 협업 강화	후속 검토, '25
	의료기관 실손보험 이용 유인 광고·설명 관리 강화	후속 검토
	비급여 적정 보장	후속 검토
	비급여 기준·가격 심사 방안 마련	후속 검토
4. 환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축		
① 환자-의료진 소통 활성화	의료기관 사고예방 활동 활성화	'24
	의료사고 소통 지원 제도화	'24
② 의료분쟁 조정제도 전면 혁신	환자 조력을 위한 '환자 대변인' 신설	'24~'25
	의료감정제도의 공정성·객관성 제고	'25
	합리적 분쟁 조정체계 마련	'25
	국민 옴부즈만 신설 데이터 구축 및 공개	'25
③ 충분한 보상과 신속한 권리구제	필수·전문·악전공의 책임보험료 지원	'25
	보험·공제 확충 및 공적 공제 도입(안) 마련	후속 검토, '25
	불가항력 의료사고 보상 국가지원 현실화	'25
	불가항력 의료사고 보상 분만 외 확대	후속 검토
④ 합리적 수사절차 마련	분쟁 조정제도 연계 대면 소환 조사 관행 개선	'25
	형사조정제도 활성화	'24
⑤ 의료사고 형사 특례 법제화	의료사고처리특례법 입법 추진	후속 검토

참고1

'25년 의료개혁 국가재정투자

(단위: 억원)

사업명	'24	'25	비 고
합 계	8,487	20,019	
① 의료인력 국가 지원	280	7,843	의료인력(280억 → 0.8조원)
전공의 수련 지원(복지부)	79	3,719	
- 필수과목 전공의 수당	44	589	▶ 8대 필수과목 전공의 대상 연 1,200만원 ▶ 소아과·산부인과 전임의 대상 연 1,200만원
- 수련시설 개선	-	192	▶ 192개 수련병원 × 평균 1억원
- 교육비 등 간접비	22	2,897	▶ 지도전문의 수당 등(연 최대 8천만원)
- 공동수련 등 수련혁신	13	41	▶ 전공의 공동수련, 수련쫄, 통합정보시스템
의료사고 안전망	3	77	▶ 불가항력 보상 강화, 배상보험 지원, 의료분쟁 조정혁신
- 불가항력 보상재원	3	18	▶ 무과실 분만사고 보상한도 10배 확대(0.3→3억원)
- 필수의료 보험료	-	50	▶ 산부인과·소아과 전문의 및 8대 필수과목 전공의 보험료 지원
- 의료분쟁 조정·감정	-	9	▶ 환자대변인제 시범사업 도입(3억) ▶ 감정제도 개선 등(6억)
의대 교육 선진화(교육부)	198	4,047	▶ 국립대 시설·기자재(1,432억), 사립대 용자(1,728억), 교수 인건비(260억), 교육혁신(552억) 등
② 지역의료 확충	2,349	4,957	지역의료(0.23조 → 0.5조원)
지역의료 역량 강화(복지부)	1,235	4,128	
- 지방의료원·적십자병원	951	1,784	▶ 35개 지역의료원 및 6개 적십자병원 시설·장비(1,124억) 운영비 추가 지원(620억, 신규)
- 권역책임의료기관	193	1,007	▶ 권역책임 대상 수술실·중환자실 시설·장비 지원(812억원), 책임의료기관 보조금(192억)
- 지역병원 용자	-	1,201	▶ 지역병원 용자 사업
- 지역의료인력 수급·양성 등	91	136	▶ 계약형 지역필수의사제 지방의료원 의사 파견(80억원) 등
국립대병원 시설·장비(교육부)	1,114	829	▶ 국립대병원 시설·장비 등
③ 필수의료 기능 강화	3,869	4,508	필수의료(0.39조 → 0.45조원)
- 응급의료 인프라	1,713	2,152	▶ 소아응급센터(12→14), 응급헬기(9→10), 지역암센터 장비(1→3) ▶ 응급의료정보관리자(+25억), 중환자실 관리체계(13억)
- 취약지 응급·필수의료 지원	539	530	▶ 응급의료기관(228억), 분만·소아·신장(176억) 등
- 재난 및 응급 대응	308	313	▶ 재난대응(69억), 응급(140억) 등
- 필수네트워크 구축	815	956	▶ 심뇌·외상·분만 권역·지역 협진(905억), 원격 중환자실(25억) 등
- 필수의료진 지원	102	120	▶ 교육전담간호사(101억), 진료지원 간호사(10억), 실습용 카데바 보급·관리(9억)
- 장애인 구강	67	92	▶ 장애인구강진료센터(92억)
- 장애인 재활/정신건강	325	345	▶ 정신건강(203억), 장애인 재활·산부인과 지원 등(143억)
④ 필수의료 R&D	1,990	2,711	안전망·R&D (0.2조 → 0.3조원)
필수의료 R&D(복지부)	1,405	2,092	▶ 의과학자양성(768억) 등
필수의료 R&D(과기부)	585	619	▶ 원자력의학원 연구개발

참고2

의료개혁을 통해 달라지는 국민의 삶

의료현실	문제의 원인	개혁 조치	달라지는 미래
① 응급 상황 시 응급실 표류 발생	▶배후진료 역량 미흡 ▶응급실·입원실 과밀	▶상급종합병원 구조전환 ▶지역 2차병원 역량 강화 ▶지역의료혁신 시범사업 ▶소아·분만 인프라 확충 ▶중증·응급 수가 개선	전국 어디서나 가까운 곳에서 골든타임 내 적기치료
② 심뇌, 분만 등 골든타임 내 치료 제약	▶지역내 심뇌, 분만 등 진료 인프라·인력 부족		
③ 암, 중증질환 상경진료 고착화	▶지역 상급종합병원 최종치료 역량 미흡	▶국립대병원 등 거점병원 역량 획기적 강화 (재정투자, R&D 등)	큰 병 걸려도 우리 지역에서 안심하고 의료 이용
④ 야간·휴일 등 취약 시간, 취약지 증가	▶의료인력·인프라 부족 ▶취약시간·지역 진료 유인 미약	▶취약시간·지역 수가 개선 ▶의료인프라·인력 확충	소아과 오픈런 등 의료이용 불편 해소
⑤ 중장년층 예방·건강 관리 의료서비스 부족	▶전문단과 의원 위주 ▶지속 예방·관리 모델 및 보상체계 미흡	▶일차의료 혁신모델 개발·확산	나를 잘 아는 의사와 지속적 건강 관리, 만성질환 악화 방지
⑥ 3분 진료, 환자-의료진 소통 미흡	▶량 중심 수가보상	▶심층 진찰 확대 ▶환자-의사 공동의사결정 모델 개발·확산	환자-의사 모두 공감하고 만족하는 충분한 진료
⑦ 큰 수술 후 회복·재활 서비스 이용 곤란	▶재활의료 서비스 모델 미정립, 병상 부족 ▶아급성기 보상체계 부재	▶재활·회복기 병원 모델 개발 및 인프라 확충	가까운 곳에서 충분하게 회복 빠른 일상 복귀
⑧ 요양병원, 요양시설 외 의료·돌봄서비스 미약	▶노인 의료·돌봄서비스 제공체계 미흡	▶재택·방문의료 활성화 ▶의료·돌봄모델 확산	몸이 불편해도 내 집에서 건강한 노후
⑨ 비급여 이용시 합리적 선택 어려움	▶비급여 정보 제공 미흡 ▶실손보험 이용 유인	▶비급여 정보제공 확대 ▶과잉 비급여 관리 강화 ▶실손보험 구조개혁	안전하고 합리적인 비급여 서비스 이용
⑩ 의료사고 발생 시 긴 소송, 보상 미흡 높은 사법 리스크	▶분쟁조정제도 低신뢰 ▶배상보험·공제 등 미흡 ▶소모적 수사 등	▶분쟁조정제도 혁신 ▶책임·종합보험·공제 확충 ▶의료사고처리특례법	최선 다한 진료 보호, 환자는 억울함 없이 신속하고 충분히 구제

참고3

의료개혁특위 및 전문위 논의 경과

[의료개혁특별위원회] * 총 6회 개최

구분	차수	일자	논의 내용
의료개혁특별위원회	1차	4.25.	▶ 의료개혁 추진 배경 및 경과 ▶ 의료개혁 방향 및 논의 의제 ▶ 의료개혁특위 구성·운영계획 등
	2차	5.10.	▶ 의료개혁특위 세부 운영계획(안) ▶ 우선 개혁과제 검토방향 등
	3차 (서면)	5.23.	▶ 전문위원회 구성·운영계획(안)
	4차	6.20.	▶ 인력 수급추계 및 조정시스템 검토 방향 ▶ 의료개혁 재정투자 방향 ▶ 국민·의료계 참여·소통 활성화 방안
	5차	7.11	▶ 지속가능한 진료체계 확립을 위한 상급종합병원 구조전환 방향 ▶ 의료분쟁조정제도 혁신 검토 방향
	6차	8.30.	▶ 의료개혁 1차 실행방안(안)

[전문위원회] * 총 51회 개최

구분	차수		일자	논의 내용
① 의료인력	전문위	1차	5.24.	▶ 전문위원회 운영계획 및 논의과제
		2차	6.7.	▶ 수급 추계·조정 기전 마련 ▶ 전문의 중심병원과 인력정책 ▶ 「의대교육 선진화 방안」 추진 방향
		3차	6.17.	▶ 인력 수급·조정기전 논의 방향 ▶ 전공의 수련체계 주요 과제 및 개선방안
		4차	7.5.	▶ 수급 추계·조정기전 검토 추진 방안 ▶ 전공의 수련체계 지원 방안 ▶ 전공의 근무시간 단축 방안
		5차	7.25.	▶ 전공의 수련시간 단축 및 수련 환경 개선
		6차	8.2.	▶ 다기관 협력 수련체계 운영 방안 ▶ 의대 학제 개편과 수련체계 연계 강화방안
		7차	8.26.	▶ 의료인력 분야 개혁 방안
	토론회		8.14.	▶ 전공의 수련 내실화 방안
	간담회	1차	6.5.	▶ 보건의료인력 수급 및 조정 정책 추진 방향
		2차	6.14.	▶ 수급 추계·조정 기전 마련 방안
		3차	7.19	▶ 수급 추계·조정 기전 마련 방안
	전공의	1차	6.12.	▶ 수련 연계 진료역량 확보 지원 방안

구분	차수		일자	논의 내용
②전달체계·지역의료	수련체계 소위	2차	6.27	▶ 전공의 수련체계 주요 과제 및 개선 방안 ▶ 전공의 수련시간 단축 방안
		3차	7.9	▶ 전공의 수련시간 단축 방안
		4차	7.30	▶ 전공의 수련시간 단축 방안 ▶ 다기관 협력 수련체계 도입 방안
		5차	8.12.	▶ 다기관 협력 수련체계 도입 방안
	전문위	1차	5.17.	▶ 의료개혁 방향 및 논의 과제 ▶ 전문위원회 구성 및 운영계획 ▶ 전문위원회 논의과제(안)
		2차	5.28.	▶ 큰 틀의 의료전달체계 개편 방향 ▶ 전문의 중심병원 전환 지원사업 추진 방안 ▶ 상급종합병원 관점에서 전문의 중심병원 전환 모델
		3차	6.13.	▶ 의료 공급·이용체계 개편 방향 ▶ 상급종합병원 운영 혁신방안의 기준과 보상구조
		4차	7.4.	▶ 상급종합병원 구조 전환 방안 ▶ 상급종합병원과 종합병원 간 협력 강화 방안 ▶ 상급종합병원 구조 전환을 위한 평가·보상체계
		5차	7.18	▶ 일차의료 인력 양성 방안 ▶ 팀 기반 일차의료 모델 개발 ▶ 의료취약지 일차의료 제공 방안 ▶ 일차의료 강화를 위한 지불제도
		6차	8.1	▶ 지역완결 의료체계 확립 방안 ▶ 의료이용 합리화 방안
		7차	8.27.	▶ 혁신적 의료공급·이용체계 확립 방안
	공청회	1차	8.21.	▶ 상급종합병원 구조전환 및 의료전달체계 개편방안 ▶ 지역완결적 의료체계 구축 및 보상방안
	간담회	1~6차	5.29. 6.4. 6.5. 6.11. 6.26. 6.27.	▶ 상급종합병원 구조혁신 방안
	지역의료 소위	1차	8.8.	▶ 지역 의사인력 확보방안
	일차의료 소위	1차	8.22.	▶ 일차의료 소위 논의 방향
③필수의료·공정보상	전문위	1차	5.23.	▶ 의료개혁 방향 및 논의과제 ▶ 전문위원회 구성 및 운영계획 ▶ 전문위원회 논의과제(안)
		2차	6.5.	▶ 상급종합병원 혁신을 위한 보상체계 개편방향 ▶ 필수의료 중점 투자 분야
		3차	6.19.	▶ 필수의료 현장 관점에서 재정지원 방안 ▶ 제2차 건강보험 종합계획의 필수의료 투자방향 점검 ▶ 필수의료 투자원칙 수립 방향 ▶ 향후 전문위 논의 필요사항

구분	차수		일자	논의 내용
		4차	7.3.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 현행 수가에 대한 평가 및 제언 ▶ 필수의료 강화를 위한 급여보상 체계 제언 ▶ 환산지수 인상구조 개편 추진상황 ▶ 필수의료 투자원칙 등 수가 개편 ▶ 「비급여·실손보험 소위」 구성 및 운영방안
		5차	7.17.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 건강보험 가격구조 개편방안 ▶ 의료비용분석 업무 추진현황
		6차	8.7.	▶ 필수의료 보상 등 수가 개편방향
		7차	8.28.	▶ 필수의료 공정보상체계 확립 방안
	비급여· 실손 소위	1차	7.24.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 비급여·실손보험 소위원회 구성 및 운영 ▶ 국민 의료비 관점에서 본 비급여 진료 및 실손 의료보험
		2차	8.7.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 비급여 관리정책의 실효성 제고 방안 ▶ 실손보험 현황 및 상품구조 개선(안) ▶ 과잉의료이용 제한을 위한 혼합진료 금지 검토
		3차	8.20.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 과잉의료이용 제한을 위한 혼합진료 금지 검토 ▶ 보험업계 관점에서 바라본 비급여 관리제도 개선 방안 ▶ 대한민국 의료제도와 비급여 그리고 실손보험
④의료사고 안전망	전문위	1차	5.16.	▶ 의료사고 안전망 관련 논의 경과 및 전문위 검토 계획(안)
		2차	5.30.	▶ 공신력 강화를 위한 의료사고 감정 및 조정·중재 혁신방안 등
		3차	6.14.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료분쟁 감정·조정제도 혁신 방향 ▶ 의료사고 발생 시 환자에 대한 위로, 설명 등 의료진-환자 간 신뢰형성 방안 ▶ ‘의료사고처리특례법’ 전제로서 입증책임 부담 완화 등 선결 과제 검토 방향
		4차	6.27.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료분쟁 조정·감정제도 개선방안 ▶ 불가항력 의료사고 보상 관련 개선 방향 ▶ 의료인 형사처벌 특례 도입 등 제도개선 방향 ▶ 의료사고 법제 소위원회 구성·운영(안)
		5차	7.18.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료사고 보험공제 현황·문제점 및 향후 개선 방향 ▶ 의료사고 배상 관련 해외사례 및 시사점 ▶ 의료사고 관련 법제 검토계획(안)
		6차	8.1.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료분쟁 조정제도 혁신 이행방안 ▶ 의료분쟁 조정과 형사 절차 간 연계 방안
		7차	8.8	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료사고 안전망 혁신 로드맵 ▶ 의료사고 소통 활성화를 위한 법제화 ▶ 의료사고 감정·조정체계 구축방안 ▶ 형사 특례 법제화
		8차 (토론회)	8.22.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 환자-의료진 간 소통 활성화 ▶ 의료분쟁 조정제도 신뢰성 제고 ▶ 신속하고 충분한 의료사고 배상 ▶ 수사절차 합리화 ▶ 의료사고 형사 특례 법제화
	간담회	환자· 소비자 간담회	8.14.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료사고 안전망 혁신 로드맵 ▶ 의료사고 소통 활성화를 위한 법제화 ▶ 의료사고 감정·조정체계 구축방안 ▶ 형사 특례 법제화