

Essential Medical Policy Package announced by the Ministry of Health and Welfare on February 6, 2024

필수의료 정책 패키지

'24.2.

목 차

I. 추진 배경	1
II. 추진 방향	3
III. 핵심 과제	4
IV. 추진 계획	19



보건복지부

I. 추진 배경

생명과 지역을 살리는 필수의료혁신 전략(23.10.19) 이행을 위해

필요조건으로서 의사 수 확대와

충분조건으로서 필수의료 강화를 위한 패키지 해법 마련 시급

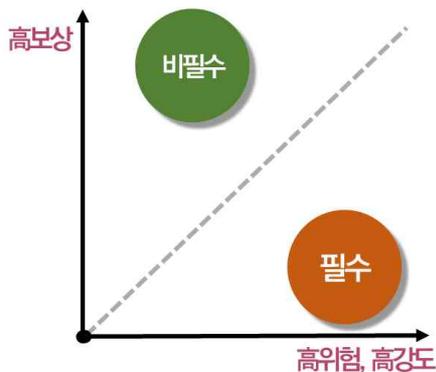
- ➔ 필수의료 위기는 구조적 문제가 장기간 축적된 복합적 과제로
단기적 해법과 중장기적 구조 개선을 포함하는 정책 패키지 추진 필요

< 문제의 근원: 불공정 의료생태계 >

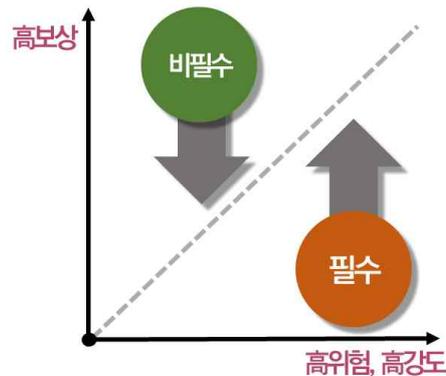
불공정 보상(高위험-低보상)

- ▶ 필수(고위험·고난도·당직, 건보 위주) < 비필수(실손보험 + 비급여, 미용 의료 시장 확대)
- ➔ 필수의료(지역→수도권) 인력 이탈 → 비필수 분야 인력 흡입

< 왜곡된 생태계 >



< 정상적 생태계 >



高위험 + 高강도 + 低비전

- ▶ 높은 의료사고 부담(형사, 민사), ▶ 의사 수 부족 + 개원 쓸림 심화
- ➔ 남은 인력 번 아웃 → 기존 숙련인력 이탈 ↑ + 전공의·전문의 유입 ↓
- ▶ 전문의 취득 후 필수의료 분야 좋은 일자리 부족*
- * 전공의 의존 구조, 중소병원 약화, 진료 외 연구 등 경력경로 다변화 미흡

필수의료 생태계 枯死 위기 구조

	이유	원인
필수의료 기피	▶ 장시간 근로 번 아웃 일상화	<ul style="list-style-type: none"> • 19년째 의대 정원 동결 <ul style="list-style-type: none"> * 평균 은퇴 연령(의협 조사) 65세 기준, 10년 내 2.2만명 은퇴 연령 도달 • 전공의 의존적 병원 운영 <ul style="list-style-type: none"> * Big5 병원 의사 중 전공의 비중 37%, 응급·당직 대응 핵심 인력 • 응급·당직 多, 야간·휴일 대기 • 일-생활 균형 인식 변화
	▶ 높은 의료사고 부담	<ul style="list-style-type: none"> • 적정 보상체계 부재, 소송 위주 해결 <ul style="list-style-type: none"> * 민사1심 기간 평균 6개월 vs 의료소송 26개월
	▶ 불공정한 보상 비필수 분야와의 격차	<ul style="list-style-type: none"> • 量 중심 행위별 수가체계 下 고위험·고난도 보상 반영 체계 부재 • 실손보험의 폭 넓은 비급여 보장 → 비급여 시장 팽창 가속화 <ul style="list-style-type: none"> * 비급여 진료비(조원): ('10) 8.1 → ('21) 17.3
지역의료 약화	▶ 지역의료 역량신뢰 저하 ▶ 병원 인력·운영난 심화, 인프라 유지 곤란	<ul style="list-style-type: none"> • 수도권 대형병원 병상 경쟁 → 환자·인력 유출 → 지역의료 약화 악순환 <ul style="list-style-type: none"> * '30년까지 수도권 6천 병상 증가 전망 • 거점병원 약화 속 협력 전달체계 부재로 병·의원 무한경쟁 구조 지속

II. 추진 방향

□ 비전 및 미래상

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 충분히 보상받고 사회적 인정

□ 추진 방향

◆ (10년 內) 필수의료 붕괴 위기 극복

➔ “의료 현장에서 느끼는 핵심적 기피 요인 해소”

◆ (10년 後) 근본적 해법으로서 제도·구조 개혁 완성

➔ “청년 의사가 활약할 대한민국 新 의료생태계 전환”

- ① (의료인력 확충) 의사 수 확충, 교육·수련 혁신, 전문의 중심 병원 전환 ➔ 사회 전반의 의사 수요충족, 좋은 일자리 확대
- ② (지역의료 강화) 상급병원-중소병원-의원 역할 정립 및 네트워크 강화, 수요·기능 중심 의료기관 구조 전환 등 지역완결 전달체계
- 우수 인력 확보, 투자 확대, 수도권 유출 최소화 등 지역 기반 강화
- ③ (의료사고 안전망) 충분한 피해자 소통·배상을 전제로 한 의료 사고 특례법 체계 도입 ➔ 안정적 진료환경 조성
- ④ (공정 보상) 필수의료 친화 공정 지불·보상체계 개편, 보상체계 왜곡 유발 비급여·미용의료 관리체계 확립

Ⅲ. 핵심 과제

패키지 1 의료인력 확충

- ◆ (인력 양성) 안정적 의사인력 수급, 교육·수련 질 제고, 수련환경 개선
- ◆ (인력 운영) 전문의 중심 병원 전환(좋은 일자리 ↑), 인력 운영·관리 혁신

□ 인력 양성 혁신

① (의사인력 수급 개선) 지역·필수의료 강화, 초고령 사회 의료수요 충족, 넥스트 팬데믹 대비 등을 위한 충분한 의사 수 확보

- (의대정원 확대) '35년 수급(1.5만명* 부족)을 고려하여 '25학년도 부터 입학정원** 확대

* 現 취약지역 약 5천명 + '35년 약 1만명(KDI, 서울대, 보사연)

** ▲ 의과대학의 현장 수용역량 ▲ 지역의료 인프라 ▲ 인력 재배치 방안 등을 종합 고려하여 증원 규모 결정

- (수급정책 체계화) 과학적 데이터 기반 주기적 인력 수급 추계 및 의대 정원 조정시스템 구축('25)

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

② (교육·수련 혁신) 사회 수요 충족을 위한 의대 정원 확대와 함께 교육·수련 체계 혁신을 통한 질적 상향 평준화, 진로 다변화

- (의대 교육) 기초·임상교수 확충, 필수·지역의료 교육 강화*, 평가 인증 내실화(기준 개선, 학생 참여 평가 등), 실습 여건 개선 등 지원

* 임상실습(52주 주당 36시간) 개선: 필수지역의료 임상실습 조기 실시·확대 → 필수지역 의료 정체성 형성, 외상·소아·심장·감염·신경외과 등 필수의료 실습과목 비중 50% 이상 확대

- (인턴제 개선)^{특위} 합리적 진로 선택과 기본적 임상 역량 확보가 가능하도록 수련체계 개선 방안 마련

< 인턴제 개선 방향 예시 >

- ▶ (기간) 전체 수련기간, 수련 質 확보, 향후 진로 등을 고려한 합리적 기간 설정
- ▶ (내용) 필수진료과목(內·外·産·小), 일차의료 관련 수련 기회 대폭 확대
- ▶ (지원) 인턴 과정 전담 지도전문의 확보, 인턴제 개편에 따른 비용 등 지원

- (수련 내실화) 임상 역량 중심 과정 개편*, 지도전문의 배치·보상, 권역 임상교육훈련센터 확대(6→10개), 지역·필수 수련 확대**

* (現) 항목별 단순 과정(예: 외과 1년차 최소 수술 참여 100 例) → (改) 수술역량 수준에 따른 단계별 과정(예: (1단계) 전반적 수술 과정 이해 ~ (5단계) 독립적 수술 시행 성공)

** 예: 권역 책임의료기관과 협력기관(상급종합병원, 공공진료센터, 1·2차 의료기관) 간 네트워크 구축, 중증도별 환자 진료, 야간·휴일 공동 수련·진료 참여 활성화

- (진로 다변화) 의사과학자* 등 임상 外 분야 양성체계 강화

* 학부생·전공의 연구 기회 제공, 수련 後 전일제 박사과정 지원 등 경력개발 지원

③ (수련환경 개선) 전문의 중심 병원 개편과 연계하여 근무시간 등을 포함한 종합적 전공의 수련환경 개선 추진

* 전공의협-의학회-병협 등 참여 수련환경 개선모델 공동 개발

- (근무시간 단축) 연속근무 36시간 축소 시범사업*(‘24) 우선 추진, 성과평가 후 전체 수련기관 확산 및 법령 정비

* 시범사업 참여병원 인센티브: ▲입원전담 전문의 확충 등 전문의 고용 확대 지원, ▲수련환경평가 시 가산점 부여, ▲의료 質 평가 지원금 반영

- (권익 증진) 수련실태 조사(3년 주기) 신설, 권익 보호 창구* 설치, 수련환경평가-전공의 배정 연계 강화, 의사결정 참여 확대**(‘24)

* 보건의료인력 인권침해상담센터 내 전공의 전담팀 및 인력 배치

** 수련환경평가위원회 위원(15인) 중 전공의 대표(현 2인) 비중 확대

- (비용 지원) 필수진료 科 중심 전공의 수련비용 지원 확대*(‘24)

* 소청과 월 100만원 지원(‘24) → 산부인과·외과계 등 확대, 지원금 인상 검토

□ 인력 운영 혁신

- ① (전문의 중심 병원) 전공의 의존에서 탈피하여 병원이 전문의 중심으로 안정적으로 운영될 수 있도록 인력구조·운영 단계적 전환
- (기준개선) 의사 배치 법령·지침 개선*으로 충분한 전문의 고용 유도
 - * 예: 의료기관 신설 시 의사인력 확보 기준 年 평균 일일 입원환자 20명당 의사 1명 → 전공의는 0.5명으로 산정(의료법 시행규칙 개정)
 - (교수확충) 국립대병원 필수의료 전임교수 정원 대폭 확대*(25~), 사립대병원 교수 채용 확대 유도(각종 지정·평가 시 가점 부여 등)
 - * 예: 내과·외과·산부인과·소아청소년과·흉부외과·신경외과·신경과·응급의학과 등 우선 확대
 - (인센티브) 전문의 고용 확대, 전공의 위임 업무 축소, 병원 인력 간 업무 분담이 더욱 유리하도록 정책 가산 등 보상체계 개선
 - * (프랑스) 의사-지원인력 업무 분담 기반 팀 진료 수행 시 인센티브(年 5천 유로)
 - 보상체계 개선 모형 개발(24), 국립대병원·수련병원(비수도권) 등 '전문의 중심 병원 전환 지원사업'(25~27) 후 단계적 제도화
 - (업무분담) 입원전담 전문의 제도 개선, 팀 단위 업무 재설계, 진료지원인력 시범사업 등을 통해 인력 운영 효율화(24)
 - (행태·문화 개선) 전문의 장기계약 활성화, 육아휴직-연구년 보장, 번-아웃 방지 병원 자체 거버넌스 및 지원책 마련 유도*
 - * 복지부-병협-의학회-전공의협 등 참여 '병원 인력운영 개선 협의체' 등 구성·운영

< 참고: 전문의 중심 병원 개념 >

- ① 전공의 업무 위임 개선 및 수련 집중 여건 조성 → 의료서비스와 수련 질 향상
 - ② 전공의 의존 → 전문의 중심 전환에 따른 전문의 추가 고용 및 역할 확대
 - ③ 전문의-전공의-지원인력 등 분업체계 확립 → 전문의 업무부담 ↓ + 효율성 ↑
 - ④ 비전 제시, 적정 보상, 고용 안정성 확보 등 전문의 장기근속 여건 마련
 - ⑤ 병원의 진료-연구-교육 균형 발전을 위한 다양한 전문의 경력경로 활성화
 - ① 연구집중, ② 교육·수련지도 특화, ③ 진료 전담 등 교수급 의사 역할 다양화
- ※ 업무부담 완화 + 좋은 일자리 확대 → 전공의 지원 ↑ + 전문의 유출 ↓·유입 ↑ 선순환

② (공유형 인력 운영) 인력난 해소를 위해 기관 경계를 넘어 의사가 진료 현장으로 이동 진료하는 공유형 진료체계 확립(24)

- (활성화 지원) 기관 평가 반영, 多 기관 진료 지불·보상체계 구축, 겸직 제한(대학병원 교수, 기관 개설자) 완화, 관리책임 명확화 등 추진

* 표준 운영방식, 절차, 기관 간 결정 사항 등 '공유형 인력 운영 가이드 라인' 개발

- (인력 확보) 공유형 진료 희망 인력(퇴직교수 등 시니어 포함) 풀 관리·매칭 지원 ^{가칭} '권역의사인력뱅크' 설치·운영

* 권역 책임의료기관 또는 지역의사회 인력뱅크 사업 운영 지원

< 공유형 진료체계 선도 모델 예시 >

▶ (공유형 분만) 고위험 분만·신생아집중치료실 보유 종합병원 ⇔ 산부인과 의원 협업
 → 종합병원 산과 당직 부담 완화(응급분만 미수용 방지), 고위험 분만 후 치료·회복 향상

▶ (전문의 파견) 지역 공백 발생 희소·중증 진료(소아암, 심장수술 등)은 권역 책임의료기관, 상급종합병원 등에서 지역 병원에 전문의 주기적 파견

※ (사례) 경북대병원의 울진의료원 파견·순회 진료, 국립암센터 소아암 전문의 강원대병원 파견 등

▶ (개원 전문의 초빙) 병원-개원 전문의 계약을 통한 초빙, 인력 부족 분야 진료 참여

③ (업무범위 개선)^{특위} 불필요한 업무부담 개선, 갈등 해소 등을 위해 의료현실에 맞는 합리적 업무 범위 재정립 추진

* 자격·업무 관련 법령·규정 및 의료법 체계 정비, 현장 중심 조정체계 구축

④ (면허관리 선진화)^{특위} 의료 질 향상을 위해 임상 수련과 연계한 개원면허의 단계적 도입 검토, 진료 적합성 검증체계* 구축 등 추진

* 예: 신체·정신 상태 조사 등 전문가·동료 평가 거쳐 주기적(5년) 진료 가능 여부 검증

< 참고: 면허관리 해외사례 >

▶ (영국) 의사 면허와 별도로 진료 면허(license to practice) 별도 취득
 국가 전문기구(GMC)에서 5년 단위 면허갱신평가(의사-교수-전문가 참여) 및 진료 면허 발급, 진료 적합성 평가 등 업무 수행

▶ (캐나다) 졸업 후 2년 교육 거쳐야 면허취득, 은퇴 의사 복귀 시 교육 수수료 필요
 지역별 면허관리기구(의사·변호사·회계사 등 참여) 운영, ▲ 면허발급, ▲ 동료평가, ▲ 의사 처벌·징계 이력 확인 시스템 운영

- ◆ (전달체계) 기능·수요 중심 전달체계 정립 및 필수의료 네트워크 강화
- ◆ (지역의료 육성) 안정적 인력 확보, 투자 확대, 자원 유출 최소화

□ 기능·수요 중심 협력적 전달체계 전환

- ① (기능 정립) 상급종합병원, 2차 병원, 전문병원, 의원 등 종별 역할 명확화 및 기능 정립 지원
 - (상급종합병원) 중증진료 집중, 진료-연구-교육 등 3대 기능 균형 발전, 국립대병원은 권역 필수의료 중추로 획기적 육성(‘24~)
 - 일부 상급종합병원은 고도 중증진료병원(4차 병원) 기능 개편 검토

< 국립대병원 필수의료 중추 육성 방안 >

- ▶ 총인건비, 정원 규제 등 규제 완화, 기부금품 모집 허용
- ▶ 필수의료 분야 중심 교수 정원 대폭 확대 → 병원 자체 중증·필수 역량 강화 + 권역 전체를 아우르는 책임기관 역할 수행 핵심 인력 활용
- ▶ 혁신적 R&D 투자(ARPA-H) 확대 및 인건비 관련 제도 개선
- ▶ 노후 시설·장비 개선, 인프라 첨단화 국가 지원 확대

- (2차 병원) 인력 집중화를 통한 중증(심뇌질환 등) 및 중등중 이하 필수 의료 기능(입원·수술·응급) 활성화를 위해 지역 2차 병원 체계 개선
 - * 예: 중진료권 내 필수의료 협력진료 네트워크 구축 下 분야별 필수의료 질환 센터 형태로 종합병원·병원 지정, 인력집중 및 수가 지원 대폭 강화
- 선도모델로 지역 네트워크 기반 필수의료 특화 2차 병원 육성 (예: 70개 중진료권별 3~4개소) 및 혁신형 수가* 적용(‘25)
 - * 필수의료 수행 기본비용 보상 + 성과(지역 내 의료 이용률, 치료가능사망률 저하) 보상

< 필수의료 특화 2차 병원 모델 예시 >

- ▶ (종합병원형) 포괄적 필수의료 제공 민간·공공 종합병원 지정·육성
- ▶ (단과형) 소아, 분만, 응급, 외과계 수술 등 필수의료 분야 특화 진료센터 운영 지원

- (전문병원) 특정 치료 분야(심뇌혈관, 중독, 소아, 분만, 화상 등) 전문 병원 제도 개편*, 성과 중심 사후 보상 도입 추진('25~)

* 의료전달체계 내 의원과 3차 병원을 잇는 중간 가교역할 강화

- (의원) 전문과목 外 예방·통합적 건강관리 중심 일차의료 기능 확립, 의원 간 다학제 일차의료 협력 강화

· 의원은 본래 기능에 부합하도록 병상·장비 기준 합리화 병행

◆ 과목병상 수 기준 의료기관 체계 → 기능 중심 전환 + 종별 가산 개편 추진^{특위}

② (네트워크 활성화) 중증·응급 공백 해소 및 전달체계 효율화를 위해 거점병원 책임 下 권역 병·의원 진료 협력 네트워크 구축

- (기관 협력 네트워크) 가칭 '지역의료 혁신 시범사업'* 신설('24), 권역별 3년간 최대 500억 원 규모 필수의료체계 강화 지원

< 지역의료혁신 시범사업 모델 예시 >

▶ (목적) 지역완결 필수의료 확립 및 지역 내 협력진료 활성화 + 지역 병·의원 역량 강화
→ 향후 포괄적 권역 필수의료 네트워크로 단계적 발전

▶ (방식) 권역책임의료기관-시·도 특성화 분야* 선정, 협력 네트워크 구성 및 협력방안 (건보 外 시설·장비 등 자체 재정지원 방안 포함) 제시 → 심사·선정 후 시범사업 지원

* 예: ▲(중증진료 강화) 응급, 심뇌혈관 질환 진료, ▲(지역의료균형) 암 질환 및 의료 취약지 인력 공동 운영, ▲(포괄서비스) 노인성 질환 및 재활, 모자보건 등

▶ (보상) 성과 기반 묶음형 기관 단위 보상, 특성화협력 진료량 연계 총 보상규모 설정

- (전문인력 네트워크) 신속 이송 및 적기 치료를 위한 심뇌질환·중증응급 중심 전문가 네트워크 기반 환자 전원체계 구축*('24)

* 전원조정센터 등 심뇌혈관질환 인적 네트워크 운영 건강보험 시범사업

③ (협력 유인 강화) 지역 내 협력 기반 의료 이용·공급 시 본인부담, 기관 보상 등 더욱 유리하도록 건강보험 제도 개선

- 동일 시·도 내 의뢰·회송 수가 개선*, 상급종합병원 평가지표에 지역 2차 병원 회송 실적 반영(25) 등 협력진료 활성화 유도

* 동일 시·도 의원급 → 2차 병원 의뢰 수가 인상, 2차 병원 간 의뢰 보상 신설

④ (미충족 수요 대응) 초고령사회 진입에 따른 의료수요 충족을 위해 그간 미흡했던 일차, 회복기, 의료-돌봄 등 전달체계 확충

- (일차의료) 예방·통합적 건강관리를 위한 성과 기반 일차의료 시스템* 시범 적용(지역, 아동·노인·장애인) 및 제도화 추진(25~)

* (現) 행위별 수가제 하 등록·관리 인센티브 부여 → (改) 기본비용(Lump-sum) 묶음 보상 + 건강지표 개선 성과 보상

· 권역 책임의료기관 등에 일차의료 네트워크 지원센터* 설치 병행

* 교육지원, 인력파견, 응급 연계, 상담·안내(콜센터), 행정업무 지원 등 기능

- (회복기 의료기관) 급성기 병상 효율화 및 치료 후 퇴원·일상 생활 복귀를 위해 회복기 서비스(입원-회복-유지기) 병상 확충

· 지역 중소병원, 일부 요양병원의 회복·재활기 전담병원 전환 추진

- (의료-돌봄 연계) 고령인구 증가에 따른 의료-돌봄 등 복합적 수요 충족을 위한 의료-돌봄 통합서비스(재택의료 등 포함) 지원체계 구축

⑤ (평가·규제 혁신) 지역완결적 필수의료 강화를 위한 전달체계 개편 방향에 부합되도록 병원 대상 평가·규제 혁신(24~)

- (의료 質 평가) 구조·량 위주에서 성과·質 중심 지표·보상 개편 → 필수의료 성과·기여도·노력 등 평가, 보상

- (지정 평가) 인력 등 기준 충족이 어려운 지역병원에 대한 형평성 제고를 위해 '육성형' 지정·평가체계 도입·확산

- (규제 혁신) 병원 규제 전수 조사, 불필요한 규제 일괄 정비

□ 안정적 지역 인력 확보

① (지역인재 전형) 지역 출신 의무선발 비율* 대폭 상향

* 현행 비수도권 의대 정원 40% 이상 지역 선발 의무화

* ('24년도 입시) 부산대, 전남대, 경상대 등 입학정원의 80% 지역인재 선발

- 의대 정원 증원 분은 지역인재 전형 적극 활용

② (지역 교육·수련) 국립대 의대 등 지역의료 교육과정 신설·확대*, 지역의료 수련 확대** 및 입학정원 연계 지역 전공의 배정

* 예: '지역의료학' 교실 신설, 의대생 지역의료 캠프 운영 대폭 강화 등

** 예: 권역 내 1~3차 의료기관 네트워크 활용, 지역의료 특화 수련 과정 개발·운영

③ (지역필수의사制)^{특위} 지역병원 집중 육성을 통한 좋은 전문의 일자리 확충과 함께 계약형 지역필수의사制 도입 추진

< 지역필수의사制 검토 예시 >

- ▶ (지역의료리더 육성제) 대학-지자체-학생 3자 계약 下 '지역의료리더 육성 프로그램' 선택 시 장학금·수련비용 지원 + 교수 채용 할당 + 定住 지원 → 일정 기간 지역 근무
- ▶ (지역필수의사 우대계약제) 충분한 수입 + 定住 여건(교육, 주거 등 지자체 지원) 보장 등을 조건으로 지역 필수의료기관 장기근속 계약
 - ➔ 지자체·대학 등 지역필수의사 확보 노력에 따른 의대 증원 분 배정, 지역 의료 재정지원, 시범사업 등 연계

< 참고: 지역의사 관련 WHO 권고 >

- ▶ WHO, 「지방 의료인력 분포 개선 정책 권고(10)」
지역의사 인력의 안정적 확보를 위해 ▲지역 출신 선발, ▲지역의료 교육 강화, ▲경력개발, ▲정주 환경 지원정책 등 쉰 주기적 정책 추진 권고

□ 지역의료 투자 확대

- ① (지역수가) 지역 간 의료격차 해소를 위해 ^{가칭}'지역의료지도' 기반 맞춤형 지역수가 도입·확대('24~)

< 지역의료지도 예시 >

- ▶ (개발) 행정단위를 벗어나 의료 수요, 이용·공급 실태, 자원배분 등을 분석 → 소~중진료권 단위 지역의료지도(전체·질환별) 개발, 주기적 현행화
- ▶ (활용) 필수의료 지역 자체 충족률 등을 기준으로 한 소~중진료권 단위 취약도 평가·분류체계(예: 등급제) 마련 → 지역수가 개발, 맞춤형 인력·병상 정책 수립

- ② (재정투자) ^{특위} 필수의료 인력·인프라 확충 및 역량 강화 지원을 위한 지역의료발전기금 신설 등 검토(재정 당국 협의)

* (日) '14년 '지역의료개호 종합 확보기금' 신설, 1.6조 원 규모, 도도부현 설치, 재원 2/3 국가지원(소비세 증가분), 인력 및 재가 서비스 확충 지원

< 지역의료발전기금 도입 방향 예시 >

- ▶ (목적) ▲지역 필수의료 역량 강화 ▲넥스트 팬데믹 대비 ▲지역소멸 위기 대응
- ▶ (지원내용) ① 지역의료 조사연구 및 시범사업, ② 인력 확충 및 역량개발(교육수련) 지원, ③ 시설·장비 확충 및 첨단화, ④ 디지털 전환(기술혁신 통한 의료공백 해소) 지원 등
- ▶ (지원방식) 시·도 자체 지역의료 강화 계획에 따라 필요한 기관 및 사업에 지원할 수 있도록 포괄 보조 및 성과관리(가감, 차등 보조)

□ 수도권 병상 관리

- ① (분원 설치 관리) 수도권 대형병원 쏠림으로 인한 지역의료 소멸 방지를 위해 상급종합병원 수도권 분원 설치 관리체계 강화('24)

* 300병상 이상의 종합병원과 수도권 상급종합병원의 분원 개설 시 복지부 장관 승인 의무화(의료법 개정)

- ② (병상관리 노력 유인) 수도권 대형병원 등 병상 적정 관리 노력과 각종 지정·평가, 재정지원, 인력 배정(전공의 등) 연계

- ◆ (의료인) 충분한 환자 권리구제 전제 형사처벌 특례법 체계 도입, 보험·공제 기반 민사소송 및 고액 배상 부담 완화
- ◆ (피해자) 실효적 보상체계 마련, 소송 前 의료인-피해자 간 소통·합의 → 소모적 소송 최소화, 禮를 갖춘 신속·충분한 구제 보장

□ 의료인 형사처벌 부담 완화

① (특례법 체계 도입) 보험·공제 가입을 전제로 의료사고 대상 공소 제기를 제한하는 '의료사고처리특례법' 제정 추진('24)

- * ▲환자 동의 無, 의학적 판단 근거 無 의료행위 ▲조정·중재 참여 거부 등은 특례 제외
- (반의사 불벌) 책임보험·공제 가입 시 피해자의 명시적 의사에 반하여 공소제기 불가
- (공소 제외) 피해 전액 보상 종합보험·공제 가입 시 공소제기 無
- (刑의 감면)^{특위} 필수의료 업무상 과실치사상죄 감면 방안 검토

◆ 특례 적용 범위(사망사고 포함 여부, 미용·성형 제외 등) 논의 추진

② (수사 개선) 특례법 도입 前 수사 및 처리 절차 개선('24)

- 형사조정 및 의료분쟁 조정·중재* 적극 활용, 전문가** 의견 반영 확대 및 감정 의뢰 前 피의자 측 소명 기회 부여
- * 조정·중재 시 공소권 없음 처분(의료분쟁조정법 제51조)
- ** 의료자문위원 형사조정 참여, 합의 시 기소유예 등 양형 참작 사유 적극 반영
- 불필요한 소환조사 자제 및 신속한 수사, 중과실 없는 응급의료 사고에 대해 刑 감면 규정 적극 적용

□ **피해자 권리구제체계 확립(소송 前 조정·중재 및 선제적 보상 활성화)**

① (조정·중재) 공정한 감정 기회 보장 등을 위해 '의료분쟁조정법'상 조정·중재 참여 거부 시 형사처벌 특례 적용 제외

- 신뢰성·공정성 제고를 위한 의료분쟁 조정·중재 제도 혁신* 병행
- * 감정부 구성 합리화, 소수의견 기재 강화, 수탁 감정 개선, 감정 절차 표준화 등

② (책임보험) 형사처벌 특례법 체계 도입의 전제인 충분한 피해 보상을 위해 모든 의사 또는 의료기관의 책임보험·공제* 가입 의무화

* 현행 책임보험: 일부 민간보험, '의료사고배상공제'(의사협회 운영)

※ (의료사고배상공제) ▲ 가입현황('22.3): 의원급 34%(16,033명), 병원급 19%(813개)
▲ 최대 보상 5억원 시 年 보험료: 외과계 1,200만원, 산부인과 1,173만원, 내과계 120만원

- 종합보험·공제 개발, 보험료 지원방안(필수진료 科, 전공의 등) 마련

< 참고: 의료사고 책임보험 해외사례 >

- ▶ (일본) 의사회 가입 시 의료배상책임보험 자동 가입, 회비에 보험료 포함
- ▶ (독일) 민간보험 배상책임제 운영, 의원급 의사 가입 의무화, 병원은 선택가입

③ (공공인프라)^{특위} 공제 개발·운영(실효적 손해배상 + 보험료 적정화), 피해자 소통·상담, 안전관리 지원을 위한 ^{가칭}'의료기관안전공제회' 설립* 추진

* 영유아보육법 근거 특수법인인 '보육시설안전공제회' 설치·운영 사례 참고

□ **불가항력 의료사고 보상 강화**

① (분만사고) 무과실 분만 사고 피해자 보상금 국가지원 확대(70→100%), 현실에 맞는 보상금 한도 설정

- * 산모사망·신생아 뇌성마비: 3천만원, 신생아 사망: 2천만원, 태아사망: 1.5천만원
- * (일본) 불가항력 분만사고 최대 3억원 보상

② (분만 外) 소아 진료 등 불가항력 의료사고 유형·사례 의학적 입증 시 적용 대상 확대 검토

< 의료사고안전망 구축 효과 >



< 참고: 형사처벌 특례 관련 법령 >

- ▶ **(반의사불벌)** ▲ 교통사고처리특례법 제3조 제2항: 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를... 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.
 ▲ 의료분쟁조정법 제51조: 업무상과실치상죄를 범한 보건의료인에 대하여 ... 조정이 성립하거나 ... 조정절차 중 합의로 조정조서가 작성된 경우 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. 다만, 피해자가 신체의 상해로 인하여 생명에 대한 위험이 발생하거나 장애 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 된 경우에는 그러하지 아니하다.
- ▶ **(공소 제외)** 교통사고처리특례법 제4조 제1항: 보험 또는 공제에 가입된 경우에는 ... 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범한 운전자에 대하여 공소를 제기할 수 없다.
- ▶ **(형의 감면)** 응급의료법 제63조 사상에 이른 경우 그 응급의료행위가 불가피하였고 응급의료 행위자에게 중대한 과실이 없는 경우 ... 「형법」 제268조의 형을 감경하거나 면제할 수 있다.
- ▶ **(불가항력 사고)** 의료분쟁조정법 제46조: 불가항력적으로 발생하였다고 의료사고보상심의 위원회에서 결정한 분만에 따른 의료사고로 인한 피해를 보상하기 위한 사업을 실시한다.

□ 응급실 안전 강화

- ① (안전관리 지원) 보안인력 채용, 검색대 설치 등 안전관리 비용 지원을 위한 응급실 환자·의료진 안전관리 보상 강화(24)
 - ② (위험요소 차단) 응급실 출입자 보안 검색, 주취자·정신질환자 신체 보호 장구 사용 법적 근거(응급의료법) 마련(25)
- 주취자는 응급환자 판단 시에만 응급실 이송(경찰청·소방청 협업)

- ◆ (필수의료) 집중인상 + 보완형 정책수가 + 대안적 지불제도 → 공정 보상
- ◆ (비급여·미용) 관리 강화 + 실손 개선 + 경쟁 활성화 → 시장 적정화

□ 공정하고 충분한 필수의료 보상

① (필수의료 집중인상) 업무강도 높고 자원 소모 많으나 저평가된 필수의료 항목의 상대가치 점수 선별·집중 인상 기전 마련('24)

* (現) 환산지수 계약에 의한 획일적 인상 구조 → (改) 필수의료 분야의 집중 인상 구조

- ▶ (중증응급) ▲ 중증응급 내원 24시간 내 최종치료 시 수가 가산을 확대*(‘23.6월~), ▲ 내시경 수술 등 저평가된 수술·처치 수가 인상, ▲ 고난도 고위험 수술 수가 인상**
 - * 평일 주간 50→100%, 평일 야간·공휴일 주간 100→150%, 공휴일 야간 100→200%
 - ** ▲ (외과계 고난도) 화상, 수지 접합, 소아외과·이식외과 등 고난도 기피 분야, ▲ (내과계 중증) 심뇌혈관 질환 중 중증질환, 당직 시술 체계 상시 운영 분야
- ▶ (중증정신) 상급종합병원 폐쇄병동 집중관리료, 격리보호료 등 인상('24~)
- ▶ (소아) ▲ 병원급 신생아실·모자동실 입원료 50% 인상, ▲ 1세 미만 소아 일반 병동 입원 시 수가 가산을 30→50% 확대, ▲ 소아 중환자실 입원료 인상('24~)
- ▶ (감염병) 실제 감염관리 활동을 조사하여 항생제 관리 등 보상안 마련('25~)

- 상대가치 개편 주기 단축(5~7년 → 2년 → 상시 조정 전환), 의료비용 분석조사 개선* 등 보상 불균형 신속 조정구조 확립('24~)

* ▲ 2년 → 1년 단위로 조사 주기 단축, ▲ 분석조사 기법 고도화, ▲ 표준원가 산정 지침 마련, ▲ 패널병원 대폭 확대, ▲ 의료비용분석위원회 운영 활성화 등

② (보완형 공공정책수가) 필수의료 특성 반영 곤란 시간·자원 소모량 중심 수가 산정체계를 보완하는 정책수가 도입·확산('24)

* (現) 상대가치점수 × 환산지수 → (改) (상대가치점수 × 환산지수) + 보완형 공공정책수가

- 난이도, 위험도, 시급성, 숙련도, 진료 외 소요시간(대기·당직) 등 반영
→ 분만, 소아 등 우선 적용, 운영기한 설정 및 성과관리* 병행

* 평가 결과상 정책효과가 없는 것으로 판단되는 경우 지원금액 조정 또는 폐지

- ▶ (분만) ▲ 분만 지역수가(55만원) 및 안전정책수가(55만원), ▲ 고위험 분만 정책가산 30% → 200% 확대, ▲ 응급분만 정책수가(55만원) 도입('24~)
- ▶ (소아) 중증소아(소아암, 소아외과 등) 고난도 수술 지원 확대('24~)

③ (대안적 지불제도) 필수의료 공백 해소를 위한 중증·필수 인프라 유지 보상(적자 사후보전), 협력 네트워크 보상 등 지불제도 다변화('24)

- 건강보험재정 내 '혁신계정' 신설('24) → 지불제도 개혁 지원체계 구축

- ▶ (중증소아) 어린이 공공전문진료센터 사후 보상 시범사업('23~'25)
* 성과목표 달성 수준과 연계하여 어린이 공공전문진료센터 운영 손실을 기관별 차등 보상
- ▶ (중증응급) 상시 대기 응급의료 특성 고려, 인프라 구축·유지 필요 비용 보상('24~)
- ▶ (연계협력) 권역 네트워크 기반 지역의료혁신('24~), 심뇌혈관질환 협력 네트워크('24~'28), 중증진료체계 강화('24~'26) 등 네트워크형 시범사업

< 필수의료 친화적 지불제도 개혁 >

기존 지불제도 한계			지불제도 개혁	
시장 기반	<ul style="list-style-type: none"> • 량 기반 보상으로 량이 적으면 수입 부족 • 진료 성과 향상 유인 미흡 	⇒	필요 기반	<ul style="list-style-type: none"> • 필수의료 시설 안정적 운영 지원(적자 사후보상 등) • 진료 성과 기반 보상
경직성	<ul style="list-style-type: none"> • 제공된 행위 단위로만 보상 가능 		유연성	<ul style="list-style-type: none"> • 행위에 포함되지 않은 자원 소모(난이도, 숙련도, 대기) 보상 • 기관 단위 보상 도입
획일성	<ul style="list-style-type: none"> • 환산지수 계약으로 모든 행위의 일괄 인상 		비획일성	<ul style="list-style-type: none"> • 가치와 연계한 수가 인상 - 필수의료 집중 인상
불가역성	<ul style="list-style-type: none"> • 일단 급여가 된 항목은 가격조정이 어려운 구조 		가역성	<ul style="list-style-type: none"> • 2년 주기로 재평가 및 재평가에 따른 가격조정

◆ 필수의료 공정 보상 강화를 위해 '28년까지 10조 원 +α 규모 집중 지원

□ 비급여 관리체계 확립

① (관리 강화) 혼합진료, 모니터링, 質·안전 확보 등 관리체계 강화

- (혼합진료 금지)^{특위} 비중증 과잉 비급여(예: 도수치료, 백내장 수술 등) 혼합진료(비급여+급여 진료) 금지 적용 추진

* (실손보험 지출 상위 비급여 혼합진료 비율, '20. 공단) 도수치료 89.4%, 백내장 수술 100%, 체외충격파 95.6%, 비밸브재건술·하이푸·맘모톰절제술 100%, 하지정맥류 96.7%

- (투명성 제고) **全** 의료기관 비급여 보고 시행('24), 비급여 목록 정비·표준화, 정보공개 확대 → 실효적 모니터링 및 알 권리 향상

* 대한민국의학한림원 등 전문가 그룹과 비급여 분류 관련 논의체계 구축

- (퇴출기전) 주기적 의료기술 재평가(보건의료연구원 수행)를 거쳐 치료 효과성 검증·공개, 문제 항목은 비급여 목록 제외(사용 불가)

② (실손보험 개선)^{특위} 실손보험 개발·변경 등 복지부-금융위 사전 협의 제도화, 건보 본인부담 보장 범위 개선 등 공사보험 역할 정립

* (프랑스, 호주) 보건부가 민간 의료보험 정보 수집, 제도 개선 등 관리

- 공사보험 연계 법제화*, '공사보험협의체'^{**} 등을 통해 비급여 관리 및 실손보험 개선 협업 강화

* (주요내용) ▲공사보험 실태조사, ▲복지부 장관의 금융위 실손보험 개선 조치 요청권, ▲건강보험정책과 실손보험정책 연계를 위한 협의·조정 제도화

** (구성) 위원장: 복지부 2차관, 금융위 부위원장, 위원: 공급자, 소비자, 전문가 등 (역할) 중점 관리 비급여 모니터링, 실손보험 개선 및 공사보험 연계 등

③ (미용 의료 개선)^{특위} 국민 건강 관점에서 해외사례·정책연구, 사회적 논의 등을 거쳐 시술 자격 개선 등을 포함한 종합적 제도 개선 추진

* (영국, 캐나다 등) 의료적 필요성이 낮고 안전성 확보가 가능한 일부 미용 의료 시술 별도 자격제도 및 관리체계 구축·운영

IV. 추진 계획

- (단기 과제) 시급히 해결해야 할 단기 추진 가능 과제는 조기 집중 추진, 체감 성과 창출
- (중장기 과제) 근본적 제도 개선 필요 과제*는 가칭 '의료개혁특별위원회**'를 통해 실천 로드맵 마련('24.上 ~)
 - * 의료사고특례 쟁점, 비급여 제도 개선, 수련·면허 개편, 지역필수의사제, 지역의료기금 등
 - ** 전문가 중심 대통령 직속 자문위, 공론화 및 정책 구체화 집중(1년 한시 운영)

【기대효과】



- ▶ 경증부터 중증까지 가까운 곳에서 안심하고 의료서비스 이용
- ▶ 회복-재활, 의료-돌봄 등 다양한 전 생애 서비스 수요 충족
- ▶ 의료사고 발생 시, 소송 없이도 원만한 합의·조정 통해 충분히 보상



- ▶ 어렵고 위험하고 힘든 필수의료에 충분히 보상받고 사회적으로 존중
- ▶ 번 아웃 없이 진료·연구 집중, 일-생활 균형 가능 근무 여건
- ▶ 진료에만 집중할 수 있도록, 합리적 수준 의료사고 민·형사 부담



- ▶ 의대교육 상향 평준화, 전문의 중심 병원 통한 수련 여건 개선
- ▶ 전문의 좋은 일자리 대폭 확충, 진료·연구 병행 등 미래 비전 확보
- ▶ 지역 대학·병원에서 교육·수련 후 지역의료 리더로 성장



- ▶ 의원부터 상급병원까지 상생·협력하며 종별 역할·기능 맞게 진료
- ▶ 정당한 보상, 규제·평가 합리화로 필수의료 서비스 집중 가능
- ▶ 우수 인력이 모이고, 환자가 다시 돌아오는 활기찬 지역병원