

Task Force 결과보고서

지속가능한 미래 의료개혁의 방안

연구책임자

김 홍 빈 (서울대학교 의과대학 교수)

공동연구원

도 영 경 (서울대학교 의과대학 교수)

엄 석 진 (서울대학교 행정대학원 교수)

정 은 경 (서울대학교 의과대학 교수)

최 희 주 (서울대학교 의과대학 겸임교수)

황 승 식 (서울대학교 보건대학원 교수)



서울대학교 국가미래전략원

Task Force 소개

서울대 국가미래전략원 태스크포스(Task Force)는 대한민국 보건의료가 직면한 주요 도전에 대한 정책 방안을 제시할 목적으로 2024년에 설립되었다. TF는 인구 고령화, 만성 질환 증가, 지역 간 의료 격차 심화, 기후변화에 따른 건강 위협 등 국가적 위기를 종합적으로 진단하고, 지속 가능한 의료체계를 구축하기 위한 방안을 모색하기 위해 구성되었다.

TF는 보건의료전문가, 행정학자, 정책 연구자들이 참여하는 다학제적 연구팀으로, 의료 자원의 효율적 배분과 예방 중심 의료로의 전환, 지역 기반 의료 강화 등 여러 분야의 정책적 대안을 검토하고 있다. TF는 이와 같은 대안들을 통합하여 한국 보건의료의 미래 비전을 수립하고, 이를 실현하기 위한 전략적 로드맵을 개발하는 것을 목표로 한다.

궁극적으로 TF는 국민 건강 증진과 함께 보건의료 체계의 지속 가능성을 높이고, 이를 통해 미래 의료개혁의 바람직한 방안을 제안하고자 한다. TF의 연구 결과는 다양한 방식으로 사회에 공개될 예정이다.

목차

서언	00
요약	06
서론	12
I. 한국 보건의료의 발전	12
II. 보건의료체계의 현황과 도전과제	13
III. 의료개혁의 필요성과 방향	16
IV. 연구의 목적과 의의	16
본론	18
I. 한국 의료 위기의 징후	18
II. 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀	27
III. 한국 의료 위기의 진단	28
IV. 한국 의료 위기의 처방	50
결론	78
부록	83
I. 국민이 바라는 의료	83
II. 보건복지부 [의료개혁추진단] 보도자료	86
III. 보건의료관련 국회 계류의안	97
IV. 주요국 의료개혁 현황	102
V. 전문가 세미나 발표자료	114
VI. 외부 토론회 발표자료	198

그림 및 표

<표 차례>

표 1. 차원별 진단 및 처방 요약표	10
표 2. 우리나라 기후변화 건강 영향	26
표 3. 인구 고령화 속도 국제 비교	31
표 4. 기후-민감 건강위험으로 인한 질병부담 현황	44
표 5. 우리나라 기후변화 건강영향	45
표 6. 특별지방자치단체	55
표 7. 특별지방자치단체 설립에 대한 법·제도적 근거	55
표 8. 합리적 의료 이용을 위한 패러다임 전환	64
표 9. 기후보건 중장기계획 전략별 추진 과제	67
표 10. 탄소 중립 달성을 위한 보건의료 시스템 패러다임 전환	69
표 11. COVID-19로부터 도출된 향후 호흡기 감염병 대 유행 대비를 위한 교훈	71

[그림 차례]

그림 1. 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀	8
그림 2. 기대수명(전체), 2022년	14
그림 3. 국내총생산(GDP)대비 경상의료비, 2022년	14
그림 4. 전국 분만 가능 의료기관 추이	19
그림 5. 전국 표시과목별 의원 수 증감 현황	20
그림 6. 두통MRI(자기공명영상) 촬영 건수	21
그림 7. 일반의 개원 의원 주요 진료과목(2024년 1월-7월 개원 기준)	21
그림 8. 인구 천명당 의료기관 종사 의사 수	24
그림 9. 건강보험 진료비 추이	25
그림 10. 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀	27
그림 11. 심각도별 장단기 글로벌 위험 순위	42
그림 12. 글로벌 리스크 환경: 상호연결지도	42
그림 13. 기후변화 건강영향	44
그림 14. 보건의료 부문 온실가스 배출 상위 10개국 현황	46
그림 15. 전 세계 보건의료 부문 탄소발자국 분포	47
그림 16. 전 세계 보건의료 부문 탄소배출 세부 현황	47
그림 17. 신종 감염병 발생 현황(1981-2020)	48
그림 18. 신종 감염병 발생 위험요인	48
그림 19. 츠가루 서북五 광역연합 조직도	56

그림 20. 지역기반 환자중심 일차의료 모형 개발(예시)	58
그림 21. 의료기관 기능 재정립 및 연계, 협력 강화	61
그림 22. 기후 회복력 및 지속 가능한 저탄소 보건의료체계	66
그림 23. 보건의료부문 탄소 제로 배출 경로와 핵심 행동	70
그림 24. COVID-19를 통해 얻은 교훈: 향후 팬데믹에 참고할 사항	72
그림 25. 보건 응급 상황의 예방, 대비, 대응 및 회복력을 위한 5대 핵심 역량	73
그림 26. 신종감염병 대비 대응 중장기 계획	73

요약

I 연구 배경 및 필요성

대한민국 보건의료는 짧은 기간 내 세계적 수준의 의료 인프라와 기술을 확보하며 국제적 위상을 높였으나, 급격한 의료환경 변화와 구조적 문제들로 인해 지속가능성에 대한 우려가 증가하고 있다. COVID-19 팬데믹은 필수의료 공백, 의료인력 부족, 지역의료 위기 등 기존 의료체계의 구조적 취약성을 드러냈으며, 이는 단순한 일시적 현상이 아닌 의료체계의 근본적 개혁 필요성을 시사한다. 인구 고령화, 만성질환 증가, 의료비 급증 등 미래 도전과제들은 개별적 대응이 아닌 통합적이고 체계적인 의료시스템 혁신을 요구하고 있어, 선제적이고 포괄적인 의료개혁 방안 마련이 시급한 상황이다.

II 현황 분석: 주요 위기 징후

1. 필수의료 붕괴 위험

응급의료, 분만, 소아과 등 필수의료 분야에서 의료인력 부족과 의료기관 운영난이 심화되고 있으며, 특히 야간·휴일 진료체계 붕괴 위험이 증가하여 국민의 기본적 의료접근권이 위협받고 있다. 중증응급의료 인프라 부족과 전문의료인력 확보의 어려움으로 인해 골든타임 내 적절한 의료서비스 제공이 어려워지고 있으며, 이는 의료의 질적 저하와 환자 안전 위협으로 이어지고 있다.

2. 지역의료 위기 심화

의료자원의 수도권 집중 현상이 심화되면서 지방 의료 공동화가 가속화되고 있으며, 이로 인해 지역주민들의 필수의료 접근성이 악화되고 의료이용을 위한 원거리 이동이 증가하는 문제가 발생하고 있다. 지역간 의료 인프라와 전문인력 격차로 인해 의료서비스의 질적 차이가 확대되고 있으며, 이는 지역간 건강 불평등 심화로 이어져 국민의 기본권인 건강권

보장에 심각한 위협이 되고 있다.

3. 의료재정 지속가능성 위협

GDP 대비 경상의료비가 OECD 평균을 상회하는 수준으로 증가하고 있으며, 이는 건강보험 재정 악화와 국가 재정 부담 가중으로 이어져 의료시스템의 지속가능성을 위협하고 있다. 고령화 가속화와 만성질환 증가로 인한 의료비 지출이 지속적으로 증가하는 추세이며, 현행 행위별수가제 중심의 지불체계는 불필요한 의료이용을 조장하여 재정 낭비 요인으로 작용하고 있다.

Ⅲ. 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀

현대 보건의료체계는 단순한 의료서비스 제공을 넘어 복잡하고 다차원적인 시스템으로 발전하고 있다. 이에 본 연구는 보건의료체계의 지속가능성을 분석하기 위해 공간적, 기능적, 시간적 차원을 아우르는 통합적 분석틀을 구축하였다.

첫째, 공간적 차원에서는 개인-지역-글로벌이라는 세 가지 층위의 상호연계성을 고려한다. 개인 차원의 의료 접근성과 건강권이 지역 의료체계와 긴밀히 연결되어 있고, 이는 다시 글로벌 의료환경 변화와 맞물려 있기 때문이다.

둘째, 기능적 차원에서는 거버넌스와 서비스를 핵심 축으로 설정한다. 의료체계의 효과적 운영을 위한 거버넌스 구조와 실질적인 의료서비스 전달체계가 유기적으로 작동해야 하며, 이들 간의 조화로운 발전이 필수적이다.

셋째, 시간적 차원에서는 현재 세대와 미래 세대의 의료 필요(needs)를 동시에 고려한다. 당면한 의료문제 해결과 함께 미래 의료환경 변화에 대한 선제적 대응이 요구되며, 이는 의료체계의 장기적 지속가능성 확보를 위해 필수적이다.

이러한 다차원적 분석틀은 저출산·고령화와 같은 구조적 변화가 각 차원에 미치는 영향을 종합적으로 파악하고, 차원 간 상호작용을 고려한

해결방안 도출을 가능하게 한다. 단편적 처방이 아닌 시스템 전반의 구조적 혁신을 위해서는 이러한 통합적 접근이 필수적이며, 이를 통해 보건의료체계의 지속가능한 발전을 위한 실효성 있는 정책 대안을 제시하고자 한다.



그림 1. 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀

VI. 각 차원별 진단 및 처방

1. 거버넌스 차원

정부 주도의 하향식 의료정책은 현장과의 괴리를 발생시키고 정책 수용성을 저하시키고 있다. 특히 건강보험 중심의 단편적 정책 운영은 포괄적 의료서비스 제공을 제한하며, 중앙-지방-민간 간 역할과 책임의 불명확한 분담은 의료체계 전반의 비효율을 초래한다. 더불어 의료정책 결정과정의 투명성과 전문성 부족은 정책 신뢰도를 저하시키는 핵심 요인이 되고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 건강보험 중심에서 포괄적 의료정책으로의 전환이 우선되어야 하며, 이를 바탕으로 중앙-지방-민간 협력체계 구축과 명확한 역할분담 확립이 필요하다. 아울러 자원조달 구조의 다변화를 통한 균형있는 통합 운영과 독립적 정책연구기관 설립을 통해 전문적이고 객관적인 정책 수립 기반을 마련할 필요성이 제기된다.

2. 지역 차원

의료자원의 수도권 집중은 지역 의료 공동화 현상을 심화시키고 있으며, 이는 지역별 의료 접근성과 의료 질의 격차 확대로 이어지고 있다. 이러한

상황에서 지역 의료기관 간 연계·협력 부족은 제한된 의료자원의 비효율적 활용을 초래하고 있으며, 지역 특성을 반영한 의료정책 수립·실행의 자율성 부족은 문제 해결을 더욱 어렵게 만들고 있다. 이러한 지역 의료 문제의 근본적 해결을 위해서는 '의료특별자치연합' 설립을 통한 지역 주도의 의료 거버넌스 구축이 선행되어야 함을 제안한다. 이를 기반으로 의료수요에 기반한 효율적 자원 배치, 의료기관 간 기능적 연계 활성화를 추진하고, 궁극적으로 지역 특성을 반영한 정책 수립·실행 권한을 부여함으로써 지역 의료의 자생적 발전 기반이 마련되어야 할 것이다.

3. 서비스 차원

현재 한국의 의료서비스는 치료 중심의 접근으로 인해 예방적 건강관리가 부족하며, 분절적 서비스 제공은 의료의 연속성을 저해하고 있다. 이러한 구조적 문제는 행위별수가제 중심의 보상체계로 인한 불필요한 의료서비스 제공, 실제 원가에 미치지 못하는 의료보험수가, 비효율적 의료전달체계로 인해 더욱 심화되고 있다. 또한 디지털 의료기술 활용과 원격진료 도입의 지연, 제한적 의약품 선택권은 의료서비스의 혁신을 저해하는 요인이 되고 있다. 이러한 문제들의 해결을 위해서는 생애주기별 전담의사제도 도입을 통한 통합적 의료서비스 체계 구축이 필요하다. 이와 함께 의료서비스의 연계성 강화, 가치기반 보상체계 도입, 의료보험수가의 합리적 현실화를 추진하고, 디지털 헬스케어와 원격진료의 적극적 도입, 의약품 분류체계 개선을 통해 의료서비스의 질적 혁신을 도모할 필요성이 제기된다.

4. 개인 및 행위자 차원

의료진-환자 간 신뢰관계 약화와 소통 부족은 의료서비스의 질적 저하를 초래하고 있으며, 환자의 낮은 이해도와 참여도는 이러한 문제를 더욱 심화시키고 있다. 또한 의료인력이 환자 진료와 연구에 집중할 수 있는 환경이 구조적으로 부족하고, 전문성 개발을 위한 체계적 지원이 미흡한 상황이다. 이러한 문제 해결을 위해서는 우선적으로 공유의사결정 모델을 도입하여 환자 참여형 의료서비스 제공체계를 구축해야 한다. 이와 함께 체계적인 환자 교육과 정보제공을 강화하고, 의료인력의 근무환경을 개선하며, 전문성 개발을 위한 체계적인 교육·훈련 지원체계를 구축해야 한다.

5. 글로벌 차원

기후변화로 인한 건강 피해가 증가하고, 의료시스템의 환경 영향 증가는 또 다른 위협 요인이 되고 있다. 또한 신종 감염병의 지속적 발생과 미흡한 대응체계는 글로벌 보건의료의 도전과제가 되고 있다. 특히 국제 보건위기 대응을 위한 협력체계 부족은 위기 상황에서의 효과적 대응을 어렵게 만들고 있다. 이러한 글로벌 차원의 도전과제 해결을 위해서는 기후 위기 건강 적응 대책의 적극적인 추진과 저탄소 의료시스템으로의 전환이 필요하며, 신종 감염병 위기에 대응할 수 있는 의료체계의 회복탄력성을 제고해야 한다. 또한 국제협력 네트워크 구축을 통해 글로벌 보건위기에 대한 공동대응체계를 마련함으로써 초국가적 보건의료 위기에 효과적으로 대응할 수 있는 기반이 구축되어야 할 것이다.

표 1. 차원별 진단 및 처방 요약표

차원	주요 진단	핵심 처방
거버넌스	- 하향식 의료정책으로 인한 현장 괴리 - 단편적 건강보험 중심 정책 - 재원 구조 한계 - 정책결정 과정의 투명성·전문성 부족	- 중앙-지방-민간 협력체계 확립 - 포괄적 의료정책으로의 전환 - 재원조달 구조 다양화 - 독립 의료정책연구기관 설립
지역	- 수도권 의료자원 집중 - 지역간 의료격차 심화 - 지역 의료정책 자율성 부족	‘의료특별자치연합’ 설립 - 광역협력체계 구축 - 지역 의료정책 자율권 확대
서비스	- 필수의료 위기 - 치료 중심의 분절적 의료서비스 - 낮은 의료보험 수가 - 비효율적 보상체계 - 디지털 의료기술 활용 및 원격진료 도입 미흡 - 의약품 선택권 제한 및 의약품 분류체계의 비탄력성	- 공공정책수가 도입 - 생애주기별 전담의사제도 - 의료보험수가의 합리적 현실화 - 가치기반 보상체계로의 전환 - 디지털 헬스케어 및 원격진료 적극 도입 - 의약품 분류체계 개선
개인/행위자	- 의사-환자 신뢰관계 약화 - 비합리적 의료이용 - 의료인력 진료 및 연구 환경 개선 필요 - 전문성 개발 지원 미흡	- 공유 의사결정 모형 도입 - 합리적 의료이용 촉진 - 의료인력 근무환경 개선 - 의료인력 전문성 개발 지원체계 구축
글로벌	- 기후위기로 인한 건강 피해 증가 - 신종 감염병 위기 지속 - 국제협력체계 부족 - 의료시스템의 환경 영향	- 기후 위기 건강 적응 대책 마련 적극 추진 - 저탄소 의료시스템 전환(에너지 전환/효율화, 의료폐기물 저감 등) - 신종 감염병 위기 예방-대비-대응-회복 역량의 체계적 강화 - 국제협력 네트워크 구축: 글로벌 보건위기 공동대응체계 마련

V. 결론 및 제언

한국 의료체계의 지속가능한 발전을 위해서는 시급성과 실현가능성을 고려한 단계적 접근이 필요하다. 우선 단기/중기/장기 과제를 명확히 구분하고 체계적인 이행전략을 수립해야 하며, 각 단계별 성과지표와 평가체계를 통해 개혁의 실효성을 확보해야 한다. 이 과정에서 이해관계자간 사회적 합의 도출이 핵심적이므로, 각계각층이 참여하는 협의체를 통해 지속적 소통과 조정을 추진해야 한다. 또한 법적, 제도적 기반 마련이 시급하며, 특히 지역의료 강화와 의료전달체계 개선을 위한 법령 정비와 제도 도입이 필요하다. 나아가 의료개혁의 지속적 모니터링과 성과 평가를 위한 독립 정책연구기관을 설립함으로써, 환경 변화에 유연하게 대응할 수 있는 동태적 개혁 추진체계를 확립해야 한다.

서론

I 한국 보건의료의 발전

1. 역사적 발전 과정

급격한 산업화와 경제성장 과정에서 국민의 건강한 삶에 대한 관심이 증가하면서 한국의 보건의료 분야는 지속적인 발전을 이루었다. 특히 고령화 사회 진입과 함께 의료서비스에 대한 수요가 크게 증가하였고, 이는 의료 시스템의 체계적 발전으로 이어졌다. 생활수준 향상으로 인한 질병 구조의 변화와 의료서비스에 대한 기대 수준 상승 또한 보건의료 분야의 발전을 촉진하는 주요 요인이 되었다.

한국의 보건의료 발전 과정을 살펴보면, 1950-70년대는 국민소득 1,000달러 이하 시기로서 급성 전염병, 결핵, 한센병 등 기초적인 보건 문제 해결에 집중하였다. 이후 중진국에 진입한 1980년대에는 무의촌 해소와 의료 인프라 확충이 주요 과제였다. 특히 1977년 의료보험 제도가 도입된 이후 1989년 전 국민 의료보험을 달성하였고, 2000년 건강보험 통합으로 보편적 의료보장의 기반을 마련하였다.

이러한 발전 과정에서 의과대학 설립을 통한 전문 의료 인력 양성이 이루어졌으며, 현대식 의료기관의 전국적 확충과 의료기술의 고도화를 통해 한국의 의료 서비스는 세계적 수준으로 성장하였다. 더불어 의료 정보화와 디지털 헬스케어 분야의 혁신적 발전은 한국 의료 서비스의 새로운 도약을 이끌어내는 핵심 동력이 되었다.

2. 현재의 성과

현재 한국의 보건의료 체계는 세계적 수준의 우수한 성과를 보이고 있다. 기대수명의 지속적 증가, OECD 국가 대비 현저히 낮은 회



그림 2.. 기대수명(전체), 2022년
(단위: 년)

피 가능 사망률, 그리고 주요 암종의 높은 생존율은 한국 보건의료 체계의 우수성을 입증하는 핵심 지표이다[그림 2]. 이러한 성과는 1970년대부터 추진해온 의료 접근성 제고와 체계적 질병 관리 정책의 결실이며, 2000년대 이후에는 보건의료 연구 강화와 데이터 기반 정책 수립을 통해 실증적 의료체계를 구축해 나가고 있다.

특히 디지털 보건의료 영역에서 한국은 괄목할 만한 성과를 거두고 있다. 전 국민 건강정보를 포괄하는 통합 데이터베이스를 구축하였으며, 의료영상 저장전송시스템(PACS)의 보급률은 최상위 수준을 기록하고 있다. 이러한 디지털 인프라를 토대로 ICT 기술을 활용한 의료 빅데이터 분석과 인공지능 기반 진단 시스템 등 첨단 의료기술 분야에서도 선도적 지위를 확보하였다. 이와 같은 체계적인 디지털 의료 시스템은 COVID-19 팬데믹 상황에서 신속하고 효율적인 방역 체계 구축과 위기 극복의 기반이 되었다.

II 보건의료체계의 현황과 도전과제

1. 필수의료 위기: 보건의료체계의 구조적 취약성

급격한 사회경제적 변화와 인구구조의 전환기를 맞이한 한국의 보건의료체계는 COVID-19 팬데믹과 의료인력 수급 문제로 인한 의정 갈등 등으로 인해 기존 체계의 한계점이 부각되고 있다. 가장 시급한 현안은 필수의료서비스의 지속가능성 문제이다. 응급진료, 분만, 소아 진료 등 중증 필수의료 영역에서 심각한 공백이 발생하고 있으며, 중증 응급환자 진료 인력의 부족 현상이 심화되고 있다. 특히 OECD 평균 수준에 미달하는 핵심 진료 수가 체계는 이러한 문제를 가중시키는 요인으로 작용하고 있다.

2. 의료전달체계의 기능적 왜곡: 비효율적 자원 활용의 심화

의료전달체계의 구조적 왜곡은 의료자원의 효율적 활용을 저해하는 핵심 요인이다. 의료기관 간 기능과 역할이 명확히 구분되지 않아 일차의료기관과 상급종합병원이 동일 환자군을 두고 경쟁하는 상황이 발생하고 있다. 특히 상급종합병원으로의 환자 쏠림 현상은 의료 전달체계의 비효율성을 단적으로 보여주는 사례다. 과다 의료이용에

따른 의료비 증가, 장기입원으로 인한 비용 상승, 비급여 항목 증가에 따른 환자 부담 가중은 이러한 구조적 문제가 초래하는 대표적 부작용이며, 이는 궁극적으로 의료서비스의 질적 저하로 이어질 수 있는 위험을 내포하고 있다.

3. 지역 간 의료격차: 심화되는 의료 불평등

의료자원의 지역 간 불균형은 의료접근성의 형평성 문제를 야기하고 있다. 의료인력 및 시설의 수도권 집중 현상이 심화되면서 지방 의료 공동화가 가속화되고 있으며(통계청, 2023), 이는 지역 주민의 기본적 의료접근권을 위협하고 있다. 특히 지방소멸 위험지역의 의료자원 부족은 의료 취약계층의 건강권을 더욱 위협하는 요인이 되고 있다. 이러한 지역 간 의료격차는 의료서비스의 질적 차이로 이어져 지역 간 건강 불평등을 심화시키는 악순환을 초래하고 있다(한국보건사회연구원, 2018).

4. 의료비 급증: 재정적 지속가능성의 위기

의료비 지출의 급격한 증가는 보건의료체계의 지속가능성을 위협하는 중대한 도전과제이다. 2022년 기준 국민 1인당 경상 의료비는 4,637달러(PPP 기준)로 5년 전 대비 1.7배 증가했으며, GDP 대비 경상의료비 비중이 9.4%(약 218조 원)로 OECD 평균을 상회하고 있다[그림 3]. 특히 비감염성 질환 진료비가 전체 진료비의 80.9%(83조 원)를 차지하는 등 만성질환 관리에 따른 재정 부담이 가중되고 있다. 고령화의 가속화와 의료서비스에 대한 수요 증가는 이러한 의료비 상승 추세를 더욱 가파르게 만들 것으로 전망된다.

5. 인구구조 변화: 고령화와 만성질환의 도전

인구구조의 급격한 변화는 보건의료체계에 전례 없는 도전을 제기하고 있다. 고령인구 비율은 2023년 18.4%에서 2050년 40.1%까지 증가할 것으로 전망되며(통계청, 2023), 행정안전부는 2024년 12월 23일 기준으로 65세 이상 인구가 20%에 달해 이미 초고령사회에 진입했음을 밝혔다. 이러한 급속한 고령화는 만성질환과 복합질환의 증가로 이어져 의료서비스의 수요와 복잡성을 증대시키고 있다. 특히



그림 3. 국내총생산(GDP)대비 경상의료비, 2022년 (단위: %)

노인 의료비가 전체 의료비에서 차지하는 비중이 지속적으로 증가하고 있으며, 노인 돌봄과 장기요양 서비스에 대한 수요도 급증하고 있다. 이는 의료서비스의 패러다임을 치료 중심에서 예방과 관리 중심으로 전환해야 할 필요성을 제기하고 있다. 또한 생산가능인구 감소로 인한 의료 인력 부족과 자원 조달의 어려움은 의료체계의 지속가능성을 위협하는 핵심 요인으로 부상하고 있다.

6. 기후변화와 신종 감염병: 새로운 보건의료 위협

기후변화와 신종 감염병의 출현은 보건의료체계에 새로운 위협 요인으로 대두되고 있다. WHO(2023)는 기후변화로 인한 건강 위험이 지속적으로 증가할 것으로 경고하고 있으며, 이상기후로 인한 직접적 건강 피해와 함께 매개체 감염병의 증가, 알레르기 질환의 악화, 취약계층의 건강 위협 등 간접적 영향도 확대되고 있다. 특히 코로나19 팬데믹 이후 신종 감염병의 발생 주기가 단축되고 그 영향력이 증대되면서, 감염병 대응을 위한 의료체계의 회복탄력성(resilience) 강화가 시급한 과제로 부각되고 있다. 이에 기후 탄력적 보건 시스템(climate resilient health systems) 구축과 신종 감염병에 대한 조기경보 및 대응 체계 확립, 취약계층을 위한 보건의료 서비스 확대 등이 새로운 정책적 과제로 대두되고 있다(국회입법조사처, 2022).

7. 의료 혁신과 디지털 전환: 미래 의료체계의 재구조화

디지털 헬스케어, 인공지능, 의료 빅데이터, 원격의료 등 첨단 의료기술의 혁신적 발전은 의료서비스의 새로운 패러다임을 제시하고 있다. 전 국민 건강정보 데이터베이스와 의료영상 저장전송시스템(PACS)의 구축은 한국의 디지털 의료 혁신을 위한 기반으로 작용하고 있다. 다만 현행 제도와 규제 체계는 이러한 혁신기술의 도입과 활용에 있어 신중한 접근을 요구하고 있다. 디지털 전환 과정에서 의료정보의 보안과 개인정보 보호, 의료서비스 접근성 문제, 의료인의 디지털 역량 향상 등 다양한 과제들이 제기되고 있으며, 이는 의료 디지털 전환을 위한 법제도적 기반 마련, 의료 빅데이터의 표준화와 품질 관리, 디지털 헬스케어 전문 인력 육성 등에 대한 체계적인 검토와 준비의 필요성을 시사하고 있다.

Ⅲ. 의료개혁의 필요성과 방향

1. 의료개혁의 필요성

보건의료체계의 신뢰성과 지속가능성 확보를 위한 근거 기반 정책 수립이 요구되고 있다. 보건의료와 건강보험 정책 간 통합적 접근이 미흡하여 정책의 연계성과 효과성이 제한적인 상황이며, 전문성을 갖춘 독립적 정책연구기관의 부재로 일관된 정책 수립에 어려움이 있다.

의료서비스의 질적 제고를 위한 제도적 기반도 보완이 필요한 시점이다. 현행 행위별수가제 중심의 지불제도는 의료서비스의 양적 확대에는 기여했으나, 질적 향상을 위한 유인체계로서는 한계를 나타내고 있다. 의료기관 평가제도의 실효성과 의료분쟁 조정제도의 개선 등 의료 질 관리를 위한 제도적 보완도 검토가 필요한 상황이다.

2. 의료개혁의 방향성

서울의대-서울대병원 교수협의회 비상대책위원회의 공모 분석 결과에 따르면, 의료서비스에 대한 국민적 기대는 충분한 진료상담 시간 확보, 다학제적 진료체계 구축, 주치의 제도 도입 등 질적 개선에 집중되어 있다. 일차의료 강화와 예방 중심의 의료체계 구축, 의료기관 간 중복진료 방지와 효율적 의료전달체계 확립, 의료정보 공유체계 구축, 지역의료 역량 강화가 주요 요구사항으로 확인되었다.

이러한 개선 방향은 실현가능한 단계적 접근을 통해 구체화될 수 있다. 의료공급자, 의료수요자, 보험자, 정부 등 각 이해관계자의 참여와 합의에 기반한 점진적 변화가 바람직하며, 이는 개혁의 지속가능성을 확보하고 실효성을 확보하기 위한 핵심 전제조건이 될 것이다.

Ⅳ. 연구의 목적과 의의

본 연구는 한국 보건의료체계가 당면한 복합 위기 상황에서 한국 보건의료체계의 지속가능한 발전을 위한 개선방안 도출을 목적으로 한다.

특히 현행 의료체계의 구조적 특성을 거시적·미시적 관점에서 다각도로 분석하고, 이를 통해 정책적 실현가능성이 담보된 개선방안을 체계화하고자 한다. 이를 위해 중앙-지방 거버넌스, 지역별 의료 인프라, 의료서비스 전달체계, 개인 단위 건강관리 등 각 차원의 현황과 상호연계성을 종합적으로 검토함으로써, 실증적 근거에 기반한 균형 잡힌 개선방안을 제시하는 데 주안점을 둔다.

본 연구는 인구구조의 급격한 변화, 디지털 헬스케어 기술의 혁신적 발전, 기후위기로 인한 건강 위험의 증대, 심화되는 수도권-지방 간 의료격차, 만성질환 증가 등 의료서비스 수요 패턴의 변화와 같은 현상들을 포괄적으로 고려한 중장기적 의료체계 구축 방안을 모색한다. 이 과정에서 의료의 공공성 강화와 효율성 제고 간의 균형점을 도출하고자 하며, 이는 건강보험 재정의 지속가능성 확보, 의료서비스의 질적 수준 제고, 의료접근성의 형평성 담보 등 당면 과제들에 대한 통합적 해결방안을 제시하기 위함이다.

정책 실행의 실효성 제고를 위해 과제별 시급성과 실현가능성을 기준으로 한 우선순위 설정 및 단계적 접근을 시도하며, 각 정책과제별로 법·제도 개선방안, 인프라 구축 방안, 자원조달 방안 등 구체적 이행방안을 제시함으로써 실질적 변화를 도모하고자 한다. 본 연구는 한국형 의료체계의 특수성을 고려하면서도 선진국의 모범사례를 접목한 지속가능한 의료체계 구축을 위한 종합적 청사진을 제시함으로써, 향후 보건의료 정책 수립 및 의료개혁 논의 과정에서 실증적 근거자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

나아가 본 연구는 코로나19 팬데믹을 통해 확인된 공중보건 위기대응체계의 중요성과 의료체계 회복탄력성(resilience) 강화의 필요성을 반영하여, 미래 보건위기에 대비한 의료체계 혁신 방안도 포함한다. 이를 통해 국민 건강권 보장과 의료체계의 지속가능성이라는 두 가지 핵심 가치의 조화로운 실현을 위한 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

본론

I 한국 의료 위기의 징후

1. 필수의료 위기: 보건의료체계의 구조적 취약성

필수의료(必須醫療, essential health service)란 진료가 지연될 경우, 환자의 생명과 건강에 큰 영향을 미치는 영역으로 지역과 시간에 관계없이 형평성 있게 제공되어야 하는 의료분야를 말한다. 국민 생명을 위해 반드시 제공되어야 할 필수의료인데도 불구하고 현재 많은 공백이 발생하는 안타까운 상황이 계속되고 있다. 2023년 기준 응급실의 경우, 두 번 이상 응급실에서 거부당한 횟수가 114건에 이르고 응급실 내원 환자 사망은 1,000명당 5.7명에 달하며, 의료서비스를 즉시 받지 못하고 다른 병원으로 가야 하는 환자 즉 전원(轉院)된 환자는 1,000명당 15.6명(2023년 1~7월)에 달하는 것으로 나타났다(김윤 의원실 자료, 2023).

이와 같은 문제는 중증 응급의료 인력 부족으로 이어지고 있다. 2022년 7월 24일 서울 아산병원의 간호사가 근무 중 뇌출혈로 쓰러졌으나, 해당 시간에 같은 병원 내에서 '머리를 열고 수술하는 개두술(開頭術)'이 가능한 의사가 없어 다른 병원으로 옮겨졌다가 결국 수술 시간 지연으로 숨지는 일이 발생했다. 이러한 현상의 원인으로 필수 의료 분야의 낮은 의료 수가 체계가 지적된다. 분당서울대병원의 방재승 교수에 따르면 "뇌혈관 수술 분야는 위험도와 중증도에 비해 턱없이 낮은 의료수가로 인해 지원자가 급감하고 있다. 그나마 뇌혈관 외과 의사를 전임의까지 훈련시켜 양성해도, 대부분 머리를 열고 수술하지 않는 내혈관내시술 의사의 길을 선택한다"고 의료인력 수급 상황을 설명했다. 그러면서 "(오랜 수련을 거치고 경험을 갖춘) 40대

이상의 실력 있는 뇌혈관외과 의사는 고갈돼 가고 있다”고 전했다.
(조선일보, 2022)

대표적인 필수의료로 꼽히는 산부인과와 경우, 아이를 낳아도 받아 줄 의사가 없는 상황이 곳곳에서 나타나고 있다. 규모와 상관없이 아이를 받을 수 있는 분만병원은 서울에도 44곳 밖에 없고 전국엔 400곳 정도인 상황이다. (보건복지부)[그림 4]. 인구 등을 고려할 때 국내에 필요한 최소 분만병원 수는 700곳 정도인데, 10년 전에 이러한 저지선이 무너졌다. 현재 158명인 산과 교수는 현재 추세라면 2041년에 59명만 남을 것으로 전망된다. 2007년에 20명이던 빅5 병원의 전임의는 올해 9명으로 줄었다. 서울대는 2년간 전임의가 전무(全無)하며, 세브란스는 올해 전공의가 전혀 없는 실정이다. (산부인과 학회, 대한분만병원협의회).

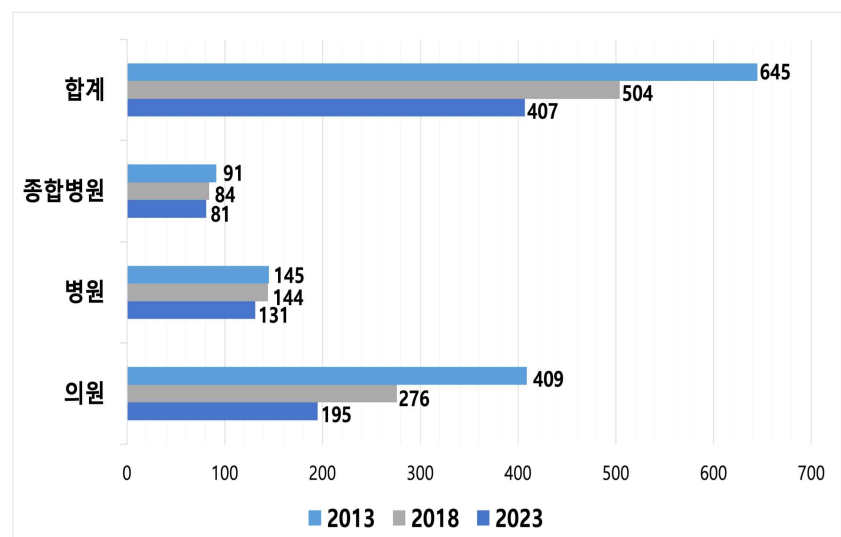


그림 4. 전국 분만 가능 의료기관 추이

(단위: 곳)

소아과에서도 심각한 의료 공백이 발생하고 있다. 최근 소아과는 새벽부터 진료 예약을 위해 오픈런(open run)¹⁾이 발생하는 상황이다. 진료를 위해 이 병원 저 병원의 응급실을 전전하는 '응급실 뱅뱅이'도 심각한 문제로 꼽힌다. 이러한 현상의 주된 이유는 저출산으로 인해 줄어든 환자의 수, 낮은 의료수가 등으로 인한 인력난에서 비롯된다. 소아과 진료의 경우, 낮은 의료수가와 과중한

1) 정확한 표현은 '오픈링 러시, opening rush'로 미리 기다렸다가 문이 열리자마자 들어가는 행태를 의미함

업무로 인해 전공을 기피하는 현상이 심화되고 있다. 전국 소아청소년과 전공의 지원율은 2019년 80%에서 2022년 27.5%로 급락했고, 2023년 상반기에는 정원 207명 중 33명(16%)만이 지원하는 상황에 이르렀다(건강보험심사평가원, 2023).

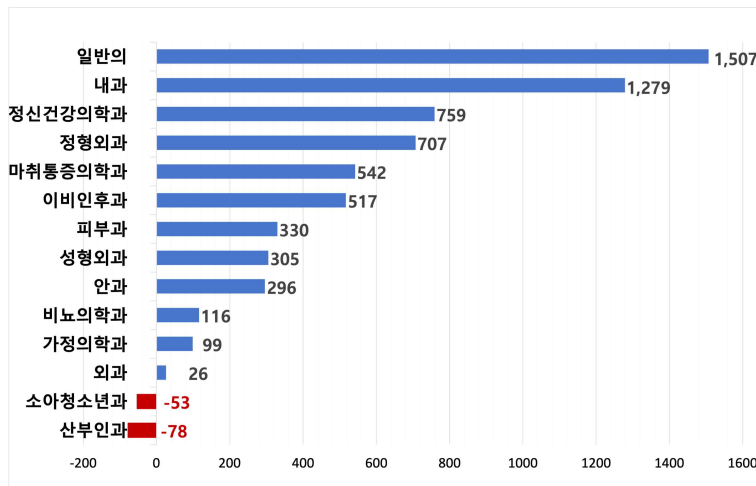


그림 5. 전국표시과목별 의원 수 증감 현황
(2013년 말 대비 2023년 1분기 기준)

2. 보건의료체계의 구조적 비효율과 불균형

1) 의료전달체계와 의료자원의 비효율적 활용

의료 이용을 적절하게 조정·조절하는 문지기 제도(Gate Keeping)와 의료 전달 체계의 미흡으로 우리나라에서는 OECD 평균을 크게 상회하는 의료 이용이 발생하고 있다. 2021년 기준으로 국민 1인당 외래진료 횟수는 15.7회로, 이는 OECD 평균인 5.9회를 크게 초과하고 있다. 또한, 지난 10년간 한국의 외래진료 횟수는 증가(12.5회 → 15.7회)한 반면, OECD 평균은 감소(6.4회 → 5.9회)하는 양상을 보였다. 입원 재원일 수 또한 19.6일로 OECD 평균인 8.1일을 크게 웃돌고 있으며, 급성기 입원의 평균 재원일 수는 줄어들었으나 전체 평균 재원일 수는 오히려 증가하였다.

이러한 의료전달체계의 문제는 의료 자원의 전반적인 비효율을 초래하고 있다. 대표적으로 CT와 MRI와 같은 고가의 의료 장비 보유 대수가 인구 대비 세계에서 가장 많은 수준이며, 이러한 장비의 오남용도 심각하다. 건강보험공단의 ‘뇌·뇌혈관 MRI 보장성 강화 효과’ 자료에 따르면, 고비용 뇌 MRI 검사에 대한 건강보험 적용이 대폭 확대된 시점(2018년 10월) 직후인 2019년에 두통 및 어지럼증으로 인한 뇌 MRI 촬영 건수는 60만 9,449건에 달했다. 이는 중증 뇌질환(예: 뇌경색) 진단 시에만 건강보험이

적용되었던 2017년의 검사 건수(4만 3,928건)와 비교하여 약 13배 증가한 수치다 [그림 6]²⁾.

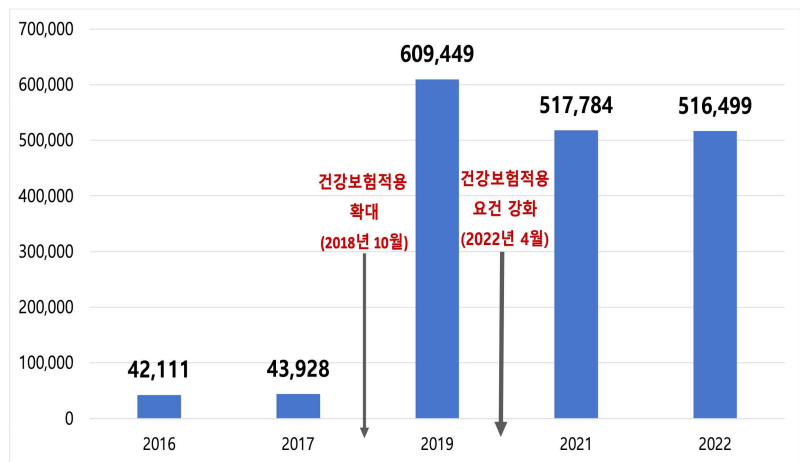


그림 6. 두통MRI(자기공명영상) 촬영 건수

(단위: 건)

의료인력의 수도권 및 필수의료 분야 쏠림 현상 역시 심각한 수준이다. 2024년 1~7월 중 새로 개원한 의원 129곳 중 80%가 미용 관련 진료과였으며, 절반 이상이 수도권에 집중되었다(전진숙의원실 자료, 2024)[그림 9]. 구체적으로, 새로 개설된 129곳의 의원에서 신고된 총 418개 진료과목(의원당 평균 3.2개) 중 피부과가 104곳(80.6%)으로 가장 많았고, 내과(48곳), 가정의학과(34곳), 성형외과(33곳), 정형외과(28곳) 순이었다. 내과의 경우 필수의료 분야임에도 만성질환이나 비만 치료와 같은 비급여 진료 수요가 주된 개원 동기로 작용한 것으로 분석된다.

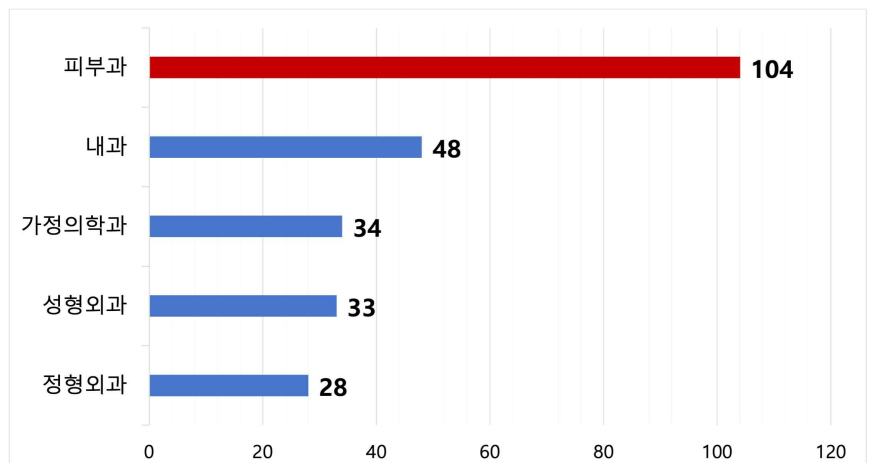


그림 7 일반의 개원 의원 주요 진료과목(2024년 1월-7월 개원 기준)
(단위: 개소)

이러한 불균형은 필수의료 분야의 공백으로 이어지고 있다. 소아청소년과는 2022년 32곳에서 2024년 22곳으로, 산부인과는 13곳에서

2) 조선일보. (2024, 10월 14). [서명옥 국민의힘 의원실 자료].

6곳으로 감소하여 의료 전달체계의 불균형이 심화되고 있다. 지역적으로는 서울(43곳), 경기도(25곳), 인천(8곳) 등 수도권 비율이 58.9%에 달했으며, 특히 서울 강남구(18곳)와 서초구(5곳)에 집중되어 의료 자원의 지역 간 불균형 또한 심각한 수준이다.

더욱이 이러한 의료인력의 쏠림 현상은 실손보험으로 인한 비용 인식 둔화와 과잉 진료 등으로 인한 비급여 시장의 비정상적 팽창과도 밀접하게 연관되어 있다. 도수 치료, 미용 주사, 다초점렌즈 삽입술, 줄기세포 치료 등 비급여 항목에 대한 과잉 진료가 증가하면서 2023년 보험업계의 실손 비급여 보험금 지급액은 8조원을 초과하였다. 이는 의료자원의 효율적 배분을 저해하고 의료시스템의 지속가능성을 위협하는 요인으로 작용하고 있다.

2) 상급종합병원의 구조적 문제와 전공의 의존도

상급종합병원은 고도의 전문적인 교육·연구·진료 기능이 균형있게 발전해야 하는 의료전달체계의 최상위 의료기관이다. 그러나 현재 한국의 상급종합병원은 진료수가와 정부 지원 구조의 한계로 인해 수익성 확보를 위한 진료 중심으로 운영되고 있다. 특히 주목할 만한 점은 인건비가 상대적으로 낮은 전공의 인력에 대한 의존도가 지속적으로 심화되어 왔다는 것이다. 보건 의료 인력 실태조사(2020)에 따르면 전공의인 인턴과 레지던트의 연봉은 각각 6,882만 원, 7,280만 원으로, 이는 전문의 평균 연봉인 2억 3,690만 원의 3분의 1 수준이다. 그럼에도 전공의들의 주당 업무 시간은 80시간을 상회하여, 교육과 수련이라는 본래의 목적보다는 진료 인력으로서의 역할에 치중되어 있는 실정이다.

2024년 초 발생한 의료계 집단행동은 이러한 구조적 문제의 심각성을 드러낸 사례다. 의대 정원 확대를 둘러싼 정부와 의료계의 갈등 과정에서 전공의들의 집단 사직으로 인해 대형병원의 진료체계가 크게 흔들렸다. 응급실 운영 중단, 중환자실 가동률 저하, 수술 일정 연기 등 필수 의료 공백이 발생하면서, 전공의 중심의 진료체계가 가진 구조적 취약성이 드러났다. 이는 전공의 수련교육 제도의 개선과 의료인력 수급 체계의 재정비가 시급한 과제임을 보여주었다.

이러한 현상들은 상급종합병원이 고도화된 의료서비스 제공과 의학

발전을 선도해야 하는 본연의 역할에서 벗어나, 전공의 인력에 의존한 수익 중심의 운영으로 변화되어 왔음을 보여준다. 이는 의료서비스의 질, 전공의 교육환경, 의료시스템의 안정성 측면에서 여러 문제를 야기하고 있으며, 한국 의료체계의 지속가능성에 대한 우려를 낳고 있다.

3. 지역의료의 위기: 심화되는 의료격차

의사와 병원 등 의료자원이 수도권에 집중되면서 환자 쏠림 현상이 갈수록 심해지고 있다. 수도권과 지역 간 환자 불균형은 의료자원이 다시 수도권으로 몰리게 하는 악순환으로 이어지면서 '지방 의료 공동화(空洞化) 현상'으로 이어지고 있다. 국민건강보험공단 자료에 따르면, 수도권 주요 병원인 서울대, 세브란스, 삼성서울, 서울성모, 서울아산병원의 지방 환자 수는 2013년 50만425명에서 2022년 71만3,284명으로 42.5% 증가했으며, 이들 병원에서 발생한 지방 환자의 진료비는 같은 기간 동안 9,103억 원에서 2조1,822억 원으로 139.7% 급증하는 등 수도권이 블랙홀(black hole)처럼 지방 의료수요를 흡수하는 중이다(국민건강보험공단, 2023).

통계청에 따르면 2023년 기준 인구 1000명당 의사 수는 서울이 5.00명인 반면 인천(2.70명), 경기(2.70명), 강원(2.70명), 충남(2.40명), 세종(2.10명), 충북(2.40명), 경북(2.20명), 울산(2.50명), 전남(2.60명), 경남(2.60명), 제주(2.70명)는 전국 평균인 3.20명에도 미치지 못한 것으로 나타났다[그림 8]. 이는 필수의료인 응급의료에서도 큰 편차를 초래하며, 국립중앙의료원에 따르면 지역 응급의료센터에 30분 내에 도착할 수 없는 인구 비율은 서울이 0%인 반면, 전남 36.9%, 경남 30.1%, 경북 29.7%, 강원 29.4%로 나타났다(국립중앙의료원, 2019).

특히, 필수의료 서비스 부족은 지방에서 더 심각하게 나타난다. 2022년 기준 응급의료 취약지는 전국 250개 시군구 가운데 98곳으로 39.2%에 달하고 있다. 응급의료 취약지란 권역응급의료센터로 60분 이내 도달 불가능 및 지역응급의료센터로 30분 이내 도달이 불가능한 인구 비율이 30% 이상인 지역을 의미한다. 예를 들어 강원도 속초, 양양, 고성, 인제 지역에는 분만을 담당하는 산부인과가 없어 출산 시 타지역 병원을 찾아야 한다. 2020년 기준으로 충남의 6개, 경북의 5개, 전남의 6개 지방자치단체에 산부인과가 전무한 상태였다. 흉부외과와 응급실 부족으로 인해, 인구 10만 명당 심장질환으로 인한 사망

률은 경남이 45.5명으로 서울의 28.3명보다 60% 높다(국민보건의료 실태조사, 2017). 지역 간 의료 격차는 흉부외과, 비뇨기과, 외과, 산부인과 등 비인기 진료과목이 유독 심하며, 적절한 의료서비스를 제공했을 경우 피할 수 있는 사망을 의미하는 치료 가능한 사망률 또한 경북 영양군이 서울 강남구보다 364% 높고, 충북이 서울보다 31% 높은 것으로 나타났다. 전국에 300병상 이상의 종합병원과 응급실이 없는 기초자치단체가 140곳이 넘는 것으로 집계되었고, 지역 공공의료기관은 전문의를 구하지 못해 어려움을 겪고 있는 실정이다.

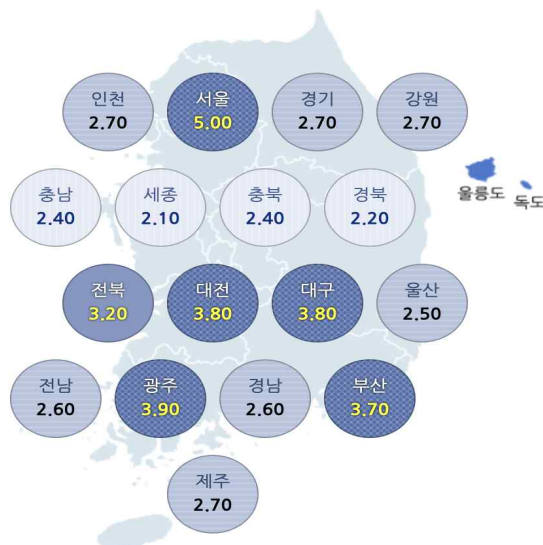


그림 8. 인구 천명당 의료기관 종사 의사 수
(단위: 명)

4. 고령화 및 만성질환의 증가로 인한 의료비 급증

2022년 기준으로 전체 인구 17%(65세 이상)를 차지하는 노인 의료비가 건강보험 전체 진료비 105.9조의 43.2%인 45.8조를 차지하고 있다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원)[그림 9]. 2023년 기준으로 노인의 84%가 만성질환을 보유하고 있으며, 그중 54.9%는 두 개 이상의 만성질환을 보유하고 있다. 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 공동 발간한 '2022년 건강보험통계연보'에 따르면 치매와 복합 만성질환 등을 앓는 노인의 진료비가 전년 대비 10.6% 증가했으며, 이는 2018년 대비 4년 새 1.4배 증가한 수치다. 특히 중증질환 산정특례를 받은 257만 명의 진료 인원 중 60세 이상 노인 환자가 146만 8,433명으로 약 57%를 차지했다. 전체 진료 인원 중 암, 뇌혈관, 심장질환, 희귀난치성, 중증외상, 결핵을 앓는 노인 비율이 절반을 넘었으며, 특히 중증 치매 비율은 98.7%로 집계되었다.

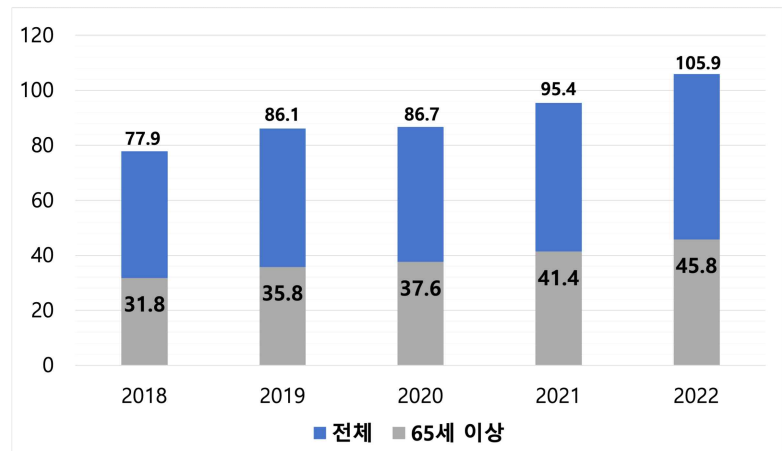


그림 9. 건강보험 진료비 추이

(단위: 조 원)

(자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원)

매년 증가 추세를 보이는 고액 진료비 환자의 진료비 중 노인 진료비 비율이 높다는 점도 문제로 지적된다. 2023년 기준 연간 500만 원 이상 고액진료비 환자의 진료비는 53조 3,137억 원으로 전체 진료비의 50.4%를 차지했으며, 이 중 60세 이상 고액 진료비 환자의 진료비(36조 9,503억 원)는 69.3%로 나타났다. 또한 노인 1인당 연평균 진료비도 2023년 기준 534만 7,000원을 기록해 전년 대비 5.1% 상승했고, 전체 인구 1인당 연평균 진료비인 206만 원의 2.5배를 넘는 것으로 나타났다.

의료비의 급격한 증가로 2022년 GDP 대비 경상 의료비는 9.4%로 OECD 평균 9.2%를 넘어섰고³⁾, 건강보험료는 2030년 법정 상한선인 8%에 도달할 것으로 전망되어 재정 지속가능성에 대한 우려가 제기되고 있다. 특히, 국회예산정책처의 분석에 따르면, 2024년 2월 의료공백 사태 이후 발표된 각종 지원 대책이 유지될 경우 건강보험 재정의 적자 전환 시점이 2026년에서 2025년으로 앞당겨지고, 누적 준비금 소진시기도 2030년에서 2028년으로 단축될 것으로 예측되었다(국회 예산정책처⁴⁾, 2024.12월)

5. 기후변화와 신종 감염병

기후변화는 보건의료체계에 새로운 도전과제를 제시하고 있다. 폭염, 한파, 홍수 등 극단적 기상현상으로 인한 직접적 건강 피해가 급증했으며, 이는 의료서비스 수요의 급격한 증가로 이어졌다. 특히 기

3) OECD. (2024). OECD 보건의료통계 2024.

4) 임슬기. (2024). 의료개혁과 비상진료대책을 반영한 건강보험 재정전망. 국회예산정책처 나보포커스 제84호.

온 상승으로 인한 매개 곤충의 서식지 확대와 활동 기간이 연장되면서 말라리아, Dengue 등 열대성 감염병의 발생 위험이 높아졌다. 또한 기후변화로 인한 꽃가루 시즌의 연장과 대기오염 악화는 천식, 알레르기 비염 등 호흡기 질환의 증가를 초래했다. 노인, 어린이, 만성질환자 등 취약계층은 이러한 기후변화로 인한 건강 위험에 더욱 민감하게 반응했으며, 이는 건강 불평등을 심화시켰다. WHO는 기후변화로 인한 건강 위험이 지속적으로 증가할 것으로 경고하고 있으며, 이는 의료서비스의 수요 증가와 의료체계의 부담으로 이어지고 있다.

신종 감염병의 출현과 재출현도 보건의료체계의 새로운 위협 요인이 되고 있다. COVID-19 팬데믹 이후 감염병 발생 주기가 단축되고 그 영향력이 증대되면서, 의료체계의 회복탄력성 강화가 시급한 과제로 대두되고 있다. 특히 기후변화와 감염병의 상호작용으로 인한 복합적 건강 위험은 기존 의료체계의 대응 역량을 넘어서는 새로운 도전이 되고 있다.

6. 한국 의료 위기의 징후에 대한 종합

한국의 의료체계는 복합적인 구조적 문제에 직면했다. 우선 필수의료 분야의 심각한 인력난과 의료 공백이 발생했으며, 이는 낮은 의료수가와 과중한 업무 부담에 기인했다. 응급의료, 산부인과, 소아과 등 핵심 진료과목의 전공의 지원율이 급감했으며, 이로 인한 의료서비스 접근성 저하는 국민 건강을 위협하고 있다. 또한 의료전달체계의 비효율과 불균형이 심화되어 의료자원의 수도권 집중과 비필수의료 분야로의 쏠림 현상이 가속화됐다. 특히 상급종합병원의 전공의 의존도가 높아지면서 의료시스템의 안정성이 저하됐으며, 이는 2024년 초 의료계 집단행동 사태에서 여실히 드러났다.

지역 간 의료격차도 심각한 수준에 이르렀다. 수도권과 지방의 의료자원 불균형이 심화되면서 의료 접근성의 지역 간 격차가 커지고 있다. 고령화와 만성질환의 증가는 의료비 급증을 초래했고, 이는 건강보험 재정의 지속가능성을 위협했다. 더욱이 기후변화와 신종 감염병의 출현은 이러한 구조적 문제들을 더욱 심화시켰으며, 의료체계의 회복탄력성 강화가 시급한 과제로 드러났다.

Ⅱ 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀

우리나라 보건의료체계는 복합적이고 다차원적인 원인에 기인하여 이루어졌으며, 각 문제점을 진단하고 해결하기 위해서는 보다 심층적이며 입체적인 원인 분석과 체계적 진단이 필요하다. 본 연구에서는 보건의료체계의 지속가능성을 분석하기 위한 목적으로 공간적, 기능적, 시간적 차원을 아우르는 통합적 분석틀을 구축하여 다층적 위기를 분석하고자 한다. 또한, 사회적 변화와 맥락을 고려하여 의료 위기의 원인과 해결방안을 다각적으로 살펴보고자 한다.

첫째, 공간적 차원에서는 개인-지역-글로벌이라는 세 가지 층위의 상호연계성을 고려한다. 개인 차원의 의료 접근성과 건강권이 지역 의료체계와 긴밀히 연결되어 있고, 이는 다시 글로벌 의료환경 변화와 맞물려 있기 때문이다. 둘째, 기능적 차원에서는 거버넌스와 서비스를 핵심 축으로 설정한다. 의료체계의 효과적 운영을 위한 거버넌스 구조와 실질적인 의료서비스 전달체계가 유기적으로 작동해야 하며, 이들 간의 조화로운 발전이 필수적이다. 셋째, 시간적 차원에서는 현재 세대와 미래 세대의 의료 필요(needs)를 동시에 고려한다. 당면한 의료 문제 해결과 함께 미래 의료환경 변화에 대한 선제적 대응이 요구되며, 이는 의료체계의 장기적 지속가능성 확보를 위해 필수적이다.

이러한 다차원적 분석틀은 사회적 변화가 각 차원에 미치는 영향을 종합적으로 파악하고, 차원 간 상호작용을 고려한 해결방안 도출을 가능하게 한다. 단편적 처방이 아닌 시스템 전반의 구조적 혁신을 위해서는 이러한 통합적 접근이 필수적이며, 이를 통해 보건의료체계의 지속가능한 발전을 위한 실효성 있는 정책 대안을 제시하고자 한다.



그림 10. 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀

Ⅲ. 한국 의료 위기의 진단

1. 거버넌스 위기 진단

1) 의료 거버넌스의 개념

의료 거버넌스의 위기가 현실화하고 있다. 이에 거버넌스의 개념과 구성 요소를 살펴보고, 이를 바탕으로 한국 의료의 거버넌스 위기를 진단하고자 한다.

거버넌스는 학자들에 따라 다양하게 정의되어 왔다. 드라이젝과 던리비(Dryzek & Dunleavy, 2009)는 "중앙집권적 권위에 의해 통제되지 않고 집합재를 생산하는 활동"으로 정의하며, 정부의 의사결정권이 내·외부적으로 다양한 주체들에 의해 견제되고 공유되는 현상에 주목한다. 쿠이만(Kooiman, 2010)은 "사회적 문제들을 해결하고 기회들을 창출하기 위한 상호작용의 총체"로 정의하면서 거버넌스의 상호작용적 측면을 강조한다. 또한 거시적 관점에서는 "공공정책 결정 및 집행에서 국가와 시장 및 시민사회 간의 협력이 이루어지는 과정의 총체"로 정의된다.

이러한 논의를 바탕으로 의료 거버넌스는 '의료 및 보건, 건강과 관련된 공공정책 결정 및 집행에서 국가와 시장 및 시민사회 간의 협력이 이루어지는 과정과 관련 제도, 구조적 요인의 총합'으로 정의할 수 있다. 이는 다음과 같은 특성을 갖는다. 첫째, 단순한 행정조직 관리가 아닌 의료 관련 공공정책의 결정 및 집행을 포괄한다. 둘째, 국가가 중심적 행위자이되 시장과 시민사회를 포함한 다양한 행위자들의 역할을 인정한다. 셋째, 특정 행위자의 일방적 지배가 아닌 협력적 과정을 통해 공공재를 생산한다. 이러한 의료 거버넌스 개념은 정책 결정 및 집행, 행위자들의 특성과 관계, 상호작용 과정 등을 포괄적으로 아우른다.

2) 의료 거버넌스의 분석 틀

의료 거버넌스를 체계적으로 분석하기 위해서는 크게 세 가지 측면에서 접근할 필요가 있다. 먼저, 의료 거버넌스의 행위자 측면이다. 주요 행위자는 국가(중앙정부, 지방자치단체, 공공기관), 시장(민간병원, 의료 관련 기업), 사회(시민단체, 전문가집단, 시민) 등으로 구분된다. 그러나 각 영역 내에는 다양한 이해관계와 목표를 가진 집단들이 존재하므로, 단순한 삼분법적 구분을 넘어 행위자들의 복잡한 상호관계를 고려해야 한다.

둘째, 의료 거버넌스의 과정적 측면이다. Peters & Pierre(2000)에 따르면, 거버넌스는 네 가지 핵심 과정을 포함한다. ①공동의 우선순위와 목표 설정, ②정책의 일관성 있는 결정·집행 및 자원 동원, ③목표 달성을 위한 조정(steering), ④결과 평가와 책임성 확보가 그것이다. 특히 이 과정에서 국가는 다양한 행위자들의 참여를 보장하면서도 전체적인 조정 역할을 수행해야 한다.

마지막으로, 의료 거버넌스의 평가 측면이다. 거버넌스의 성과는 네 가지 기준으로 평가할 수 있다. ①정책 간 일관성(coherence), ②다양한 이해관계자의 포용성(inclusiveness), ③환경 변화에 대한 적응성(adaptability), ④행위자들의 책임성(accountability)이다. 이러한 평가 기준들은 의료 거버넌스의 질적 수준을 가늠하고 개선방향을 도출하는 데 중요한 지표가 된다.

3) 의료거버넌스 행위자 측면에서의 위기 진단

앞선 논의의 분석틀을 바탕으로, 현재 한국 의료 거버넌스의 행위자 측면에서 나타나는 위기는 크게 '분절'과 '역할 불균형'의 문제로 구분하여 진단할 수 있다. 먼저, 의료 거버넌스 행위자 간 분절 현상이 심각하다. 정부와 의료단체 간, 의료단체들 간, 그리고 의료인과 환자 간의 신뢰가 부족한 상황이다. 정부의 일방적 정책결정과 의료단체의 무조건적 반대, 의료기관 간 과도한 경쟁 등이 이러한 분절을 심화시키고 있다. 이는 의료서비스 전달과정에서 주체 간 협력을 통해 창출할 수 있는 맞춤형 서비스나 끊임 없는 의료서비스 제공을 저해하고 있다. 특히 이러한 문제는 지역사회, 특히 농촌지역에서 더욱 심각하게 나타나며, 의료자원의 비효율적 활용과 중복투자를 초래하고 있다.

다음으로, 의료 거버넌스 행위자 간 역할 불균형 문제가 있다. 가장 두드러진 것은 정부 주도의 하향식 거버넌스 구조다. 다양한 이해관계자들의 실질적 참여가 배제된 채, 정부의 일방적인 정책 결정이 이루어지고 있다. 중앙정부와 지방자치단체 간의 관계에서도 심각한 불균형이 존재한다. 중앙집권적 구조로 인해 지역적 특성을 반영한 의료 거버넌스가 어려운 상황이다. 또한 대형병원 중심의 의료체계는 의료자원의 중앙 집중화를 심화시키고 있으며, 이는 지역 의료체계의 약화로 이어지고 있다.

이러한 행위자 간 분절과 역할 불균형은 고령화, 기후위기, 팬데믹 등 새로운 도전에 대한 의료 거버넌스의 대응 역량을 저하시키는 주요 원인이

되고 있다. 더불어 의료서비스의 비효율과 낭비를 초래하며, 이는 향후 심각한 의료체계의 위기로 이어질 수 있는 잠재적 위험요소가 되고 있다.

4) 의료거버넌스 과정 측면에서의 위기 진단

앞서 살펴본 행위자 측면의 문제와 더불어, 의료 거버넌스의 과정 측면에서도 여러 위기 징후가 발견된다. 첫째, 의료 거버넌스의 목표 및 우선순위 설정에 있어서 근본적인 문제가 존재한다. 현재 우리나라 보건의료 정책은 치료 중심의 의료서비스 제공에 치중하고 있어, 예방과 건강증진을 포함한 포괄적 공공보건의료체계 구축이 미흡한 상황이다. 특히 기후위기와 고령화 등 새로운 도전에 대한 대응이 후순위로 밀리면서, 이에 대한 인식은 있으나 실질적인 자원 투입과 제도 개혁으로 이어지지 못하고 있다. 보건의료 R&D 역시 단기적 경제성과에 치중되어, 보건의료 본연의 가치 실현과는 거리가 있는 실정이다.

둘째, 정책결정 및 집행 과정에서의 문제점이 두드러진다. 의료 분야는 전형적인 '이익집단정치'의 영역임에도 불구하고, 현재는 정부 주도의 일방적 정책결정이 이루어지고 있다. 이는 '이익의 사유화, 손실의 사회화'라는 바람직하지 못한 현상을 초래하고 있다. 또한 과도한 중앙집권화로 인해 지역별 특성을 고려한 의료정책 집행이 어려우며, 공급자 중심의 의료시스템으로 인해 수요자의 필요를 반영한 서비스 제공에도 한계가 있다. 건강보험 재정의 지속가능성 문제도 주요한 도전 과제로 대두되고 있다.

셋째, 정책 평가와 환류, 그리고 정책조정 기능이 취약하다. 의료정책에 대한 평가와 환류 체계가 미흡하며, 평가 결과가 실질적인 정책 개선으로 이어지는 경로도 불분명하다. 특히 의료정책은 교육, 복지, 연구개발 등 다양한 영역과 연계되어 있음에도 불구하고, 부처 간 정책조정과 협력이 원활하지 않은 상황이다. 최근의 의료계 갈등은 이러한 정책조정 역량의 한계를 잘 보여주는 사례라 할 수 있다.

5) 소결

현재 의료 거버넌스 체계의 주요 문제점은 다음과 같이 진단할 수 있다. 위기의 핵심은 크게 네 가지로 요약된다. 첫째, 정부 주도의 하향식 의료정책으로 인해 현장과의 심각한 괴리가 발생하고 있다. 중앙집권적 의사결정은 지역별 특성과 현장의 목소리를 반영하지 못하며, 이는 정책의 실효성을 저해하는 주된 요인이 되고 있다. 둘째, 단편적인 건강보험 중심의 정책

운영으로 인해 예방, 건강증진, 돌봄 등을 포괄하는 통합적 의료서비스 제공이 제한되고 있다. 셋째, 현행 건강보험 중심의 재원조달 구조는 고령화, 기후위기 등 새로운 의료 문제에 대응하는 데 한계를 보이고 있으며, 의료체계의 지속가능성을 위협하고 있다. 넷째, 의료정책 결정과정의 투명성과 전문성이 부족하여 정책의 신뢰도가 저하되고 있으며, 이는 정책 수용성 약화로 이어지고 있다. 이러한 문제들을 해결하기 위해서는 의료 거버넌스 전반에 대한 근본적인 재검토와 혁신이 필요한 시점이다.

2. 지역 차원의 위기 진단

1) 국가적 차원의 위기 진단

우리나라 보건의료 체계의 위기는 국가적 차원과 지역적 차원에서 복합적으로 나타나고 있다. 국가적 차원에서는 사회경제적 및 인구구조적 변화가 주된 원인으로 지목된다. 특히 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되는 고령화는 가장 심각한 도전 요인이다. 2023년 기준 0.72의 초저출산율과 맞물린 급격한 고령화는 의료비 부담을 가중시키고 있으며, 이는 보건의료 시스템의 지속가능성을 위협하고 있다. 실제로 한국은 고령화 사회에서 초고령 사회로의 진입이 단 24년 만에 이루어질 것으로 예측되어, 주요 선진국들이 경험한 전환 기간(프랑스 156년, 스웨덴 127년, 미국 88년)과 비교할 때 매우 짧은 준비 기간을 가지게 된다.

표 3. 인구 고령화 속도 국제 비교⁵⁾

국가	고령화 사회 진입 (65세 이상 인구 7%)	고령 사회 진입 (65세 이상 인구 14%)	초고령 사회 진입 (65세 이상 인구 20%)	고령화 속도 (고령화 사회 → 초고령 사회)
프랑스	1864년	1979년	2020년	156년
독일	1932년	1972년	2009년	77년
스웨덴	1890년	1977년	2017년	127년
미국	1942년	2013년	2030년 (예상)	88년
일본	1970년	1994년	2006년	36년
중국	2001년	2021년	2035년 (예상)	34년
한국	2000년	2017년	2024년 12월	24년

또 다른 국가적 위기는 저성장과 소득지역에 따른 의료 격차에서 비롯된다. 2008년 글로벌 금융위기 이후 지속되는 저성장 기조와 잠재성장률의 하락은 보건의료 투자 여력을 제한하고 있다. 한국은행은 2024년 2% 수준인

5) 통계청. (2024, 1월 18). 향후 고령인구에 대한 전망은? https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10502020100&bid=3207&act=view&list_no=161820&nPage=1

우리나라 잠재성장률이 2025년부터 1%대로 떨어지며, 적극적인 구조개혁 없이는 20년 안에 잠재성장률이 0%대로 떨어질 수 있다고 경고했다.⁶⁾ 이는 의료 인프라 투자와 의료서비스의 질적 개선에 부정적 영향을 미칠 수 있으며, 지역 간 의료 인프라와 의료의 질 격차 또한 심화되고 있어 이에 대한 대응이 시급한 상황이다.

2) 지역 차원의 위기 진단

지역 차원의 위기는 더욱 심각한 양상을 보인다. 지역 차원의 위기의 근본적인 원인은 인구 감소와 고령화, 그리고 수도권과의 소득 및 정주 여건 차이에서 기인한다. 현재 전국 89개 기초자치단체가 인구감소지역으로 지정되어 있으며, 부산광역시도 광역시 중 처음으로 인구 소멸 위험 단계에 진입했다. 2024년 3월 기준 부산의 인구는 329만 명으로, 65세 이상 인구가 23.0%를 차지하는 반면 20~39세 여성 인구는 11.3%에 불과하여 소멸위험지수가 0.490을 기록하고 있다. 이러한 지역 인구 감소는 의료 수요의 질적·양적 변화를 초래하고, 이는 다시 의료 인프라의 약화로 이어지는 악순환을 형성한다. 특히 젊은 의료 인력의 유출, 의료기관의 경영난 심화, 필수의료시설 운영 중단 등으로 이어져 지역 의료체계의 기반을 위협하고 있다.

더욱 우려되는 것은 지방정부의 제한된 역할과 역량이다. 중앙정부의 지역 보건의료에 대한 직접적 지원은 매우 제한적이며⁷⁾, 지방정부는 만성적인 재정난으로 인해 기본적인 의료 인프라 유지에도 어려움을 겪고 있다. 지방의료원 운영과 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 공공의료기관의 유지조차 버거운 상황이며, 의료 인력 확보와 유지에도 어려움을 겪고 있다.

특히 국가, 광역자치단체, 기초자치단체가 협력하여 수립해야 할 지역 보건의료계획⁸⁾이 실질적인 효과를 발휘하지 못하고 있다. 지방의료원, 지역 종합병원, 보건소, 지역사회 자원 등에 대한 체계적 분석과 이에 기반한 공공투자 전략이 부재한 상황이다. 또한 권역을 관장하는 광역자치단체가 기초자치단체의 의료문제 해결에 대한 실질적 역할을 수행하지 못하고 있어, 지역 의료체계의 통합적 발전을 저해하고 있다.

6) 한국은행. (2024. 12월 19). 우리 경제의 잠재성장률과 향후 전망 보고서.

7) 공중보건의 지원, 분만 취약지 시범사업 등

8) 지방의료원, 지역 종합병원, 보건소, 지역사회 자원 등에 대한 분석 및 공공투자 전략 비전 수립

지역사회 자원을 효율적으로 활용하기 위한 커뮤니티케어(communitary care, 지역사회 돌봄) 체계 구축도 시급한 과제이다. 의료, 요양, 돌봄이 통합된 지역사회 중심의 케어 시스템과 디지털 헬스케어 같은 혁신적 접근이 필요하나, 이를 위한 정책적 의지와 제도적 지원은 미흡한 실정이다. 우리보다 앞서 고령화를 경험한 일본의 경우, 자치단체가 의료 인력 양성, 필수의료 지원, 커뮤니티케어 등에서 중앙정부와 책임을 분담하고 있으며, 지역사회의 자발적 참여도 활발하다. 반면 한국의 지방정부는 전염병 관리, 보건소 운영, 지방의료원 의사 인건비 지원 등 제한된 역할만을 수행하고 있어, 급격한 고령화에 대응하기 위한 지역 중심의 의료체계 구축이 시급한 상황이다.

3) 소결

지역 의료체계의 위기는 크게 세 가지 측면에서 진단된다. 첫째, 수도권으로의 과도한 의료자원 집중이다. 대형병원과 전문 의료 인력이 수도권에 편중되면서 지역 의료 인프라가 약화되고 있다. 둘째, 지역 간 의료격차가 심화되고 있다. 필수의료에 대한 접근성 차이가 확대되고 있으며, 이는 의료서비스의 질적 격차로 이어지고 있다. 셋째, 지역 의료정책의 자율성이 부족하다. 중앙집권적 의료행정 체계로 인해 지역 특성에 맞는 의료정책 수립과 집행이 제한되고 있다. 이러한 문제들은 상호 연관되어 지역 의료체계의 총체적 위기를 초래하고 있으며, 이는 국가 전체의 의료체계 지속가능성을 위협하는 요인이 되고 있다.

3. 서비스 위기 진단

1) 보건의료체계의 한국적 맥락

각국의 의료체계는 자원 조달과 의료 공급 방식에서 각 나라의 사회경제적 여건과 역사적 배경이 반영되어 독특한 맥락을 지닌다. 의료 자원 조달 방식은 크게 보험료 기반의 사회보험형(National Health Insurance, NHI), 조세 기반의 국민보건서비스형(National Health Service, NHS), 그리고 사(私)보험 기반의 자유방임형 등으로 구분할 수 있으나, 세부적인 내용은 각국마다 상이하다. 의료 공급 방식에서도 민간 중심 공급형, 혼합형, 공공기관 중심 공급형 등 다양한 형태가 존재한다. 한국은 NHI 기반으로 재원을 조달하고 있지만, 대부분의 의료 공급을 민간에 의존하고 있다는 점에서 대다수 NHI 국가와 차별화된다. 이와 유사한 사례로는 일본이 있으나, 한국의 민간 의존도는 훨씬 높은 편이다. 또한, 일본은 지역 및 직장별로

별도의 의료보험 관리 조직을 갖추고 있는 반면, 한국은 단일 보험자 체제를 운영하여 자치단체의 보건의료에 대한 책임이 거의 없는 상태이다.

의료 시장은 자원 투입 방향에 민감하게 반응하며, 의료 부분에서도 자원 공급 방식에 따라 시장이 형성되고 관련 이해관계자들이 이에 맞추어 행동하게 된다. 자원 조달과 의료 공급을 시장과 정부의 관점에서 살펴보면, 미국은 자원 조달에서 공공 영역과 시장 영역이 명확히 분리되어 있으며⁹⁾ 공급은 민간 시장에 의존하지만, 미국 병원의 상당수가 비영리 기관에 의해 운영되어, 일부 측면에서는 한국보다 공적 의료 공급의 비중이 더 높다고 평가할 수 있다. 또한, 미국의 대형 병원들은 중증 및 응급 질환에 대한 높은 보상, 정부의 대규모 R&D 투자, 기부금 등을 통해 안정적인 운영을 유지하고 있다.

유럽 국가들은 재정과 의료 공급 모두에서 정부의 역할이 절대적이며, 시장의 비중은 미미하다. 일본은 한국과 유사하게 정부가 재원을 조달하고 민간이 의료 공급을 담당하지만, 자치단체가 일정 부분 재원과 지역의료 공급의 책임을 맡도록 역할 분담이 이루어져 있다. 반면, 한국은 국가가 통합적으로 재원을 조달하고 의료 공급은 전적으로 민간에 의존하는 구조를 갖추고 있으며, 이를 통해 의료 공급 시장을 건강보험 가격으로 통제하는 형태를 유지하고 있다. 그러나 의료 공급 시장을 균형 있게 발전시키기 위한 공공의료정책과 국가 재정 투입은 미미하며, 지방자치단체의 역할 또한 거의 없는 실정이다.

2) 건강보험 중심 정책의 한계

이러한 가격 통제 중심의 정책은 짧은 기간 동안 높은 의료 접근성과 성과를 이루는 데 기여했으나, 동시에 다수의 문제와 왜곡을 초래한 것도 사실이다. 다양한 원인 중 정부가 오직 건강보험을 통해서만 보건의료 재원과 공급을 통제해온 점이 주요 원인으로 지적된다. 건강보험 외의 재원을 활용하여 의료 공급의 균형을 유지하려는 정부의 정책적 노력은 매우 미흡한 상태였다. 응급의료기금을 통한 응급의료 투자, 지역 암센터 및 심뇌혈관센터 지원 등은 그동안 정부가 추진한 일부 사례에 불과하며, 필수 의료 인력 양성이나 지역 필수 의료 인프라 구축을 위한 공적 자원의 투입은 거의 이루어지지 않은 실정이다.

9) 공적 보장 Medicare(노인), Medicaid(저소득층)은 공공재원, 나머지는 사보험 가입

3) 의료수가와 보상체계의 구조적 문제

다음으로, 건강보험의 행위별 수가제(FFS)와 가격 통제(환산지수) 및 자원 배분의 실패가 또 다른 원인으로 작용하고 있다. 특히 환산지수는 종합병원 보다 의원에 더 높은 보상이 이루어지는 역전 현상을 보이고 있다. 예를 들어, 창상처치(創傷處置, dressing)¹⁰⁾의 경우 동일한 상대가치를 가지지만, 의원의 환산지수가 6,050원으로 병원(5,230원)보다 높고, 종별 가산을 고려해도 의원이 더 큰 보상을 받는 상황이다. 난이도가 높은 처치에 대한 수가 조정이 거의 이루어지지 않은 채 단순히 환산지수만이 연례적으로 인상되면서, 중증 수술 및 처치보다 검사에 대한 보상이 더 크게 나타나는 구조적 왜곡이 발생하고 있다.

또한, 부처 간 업무 조정 및 협력의 부족으로 인해 거대한 실손보험 시장이 형성되었고, 이는 비급여 영역의 급속한 성장을 초래하여 의료 공급이 비급여 시장으로 급격히 이동하는 결과를 낳았다. 이로 인해 의료 공급자는 보상이 낮고 업무가 어려운 분야를 기피하고, 비급여 또는 개원 등의 수익성이 높은 분야로 이동하게 되었다. 그 결과, 의료 공급은 질보다 양에 초점을 맞추고, 건강보험보다 비급여 영역에 의존하며, 난이도 높은 수술이나 처치보다는 기능 검사, 검체 검사, 영상 검사 및 건강검진 등에 치우치는 상황이 조성되었다. 이러한 현상은 중증 및 고난도 과목에 대한 기피 현상을 초래하며, 필수의료 서비스에 심각한 위기를 가져오고 있다.

특히, 최중증 환자를 담당해야 하는 상급종합병원조차 낮은 보상과 정부 지원의 미흡으로 필수 분야 인력 부족을 겪고 있으며, 단기 수술 입원, 전공의 의존, 외래진료 증가, 건강검진, 기타 부대사업을 통해 병원을 운영해 온 실정이다. 중증 응급 및 고난도 수술처치를 담당해야 할 인력들이 종합병원을 떠나 개원가로 물리는 현상도 발생하고 있어, 필수 의료 제공의 안정성에 심각한 문제가 되고 있다.

4) 의료전달체계와 서비스 조정의 미흡

한편, 과잉 진료를 절제하게 하는 게이트키퍼(Gate Keeping) 부재로

10) 상처 가운데 창상(創傷)이란 외부 압력으로 인해 피부 조직이 손상된 상태를 말한다. 창상 가운데 개방형은 피부가 드러난 상태이고, 폐쇄형은 피부가 온전한 상태에서 내부에 손상이 있는 경우를 말한다. 참고로 자상(刺傷)은 뾰족한 물체로 피부가 찢려 생기는 상처, 열상(裂傷)은 날카로운 물체에 의해 피부가 찢어져 생기는 상처를 말하며, 그 외의 상처로 타박상과 찰과상이 있다.

인해 의료서비스, 약물, 검사 등의 중복이 발생하고 있다. 특히 대학병원의 경우, 지나치게 세분화한 진료과목과 진료 조정(coordination) 부족으로 인해 단일 환자에 대해 중복 검사가 시행되고 중복 투약이 다반사로 일어나는 상황이다. 개인별 맞춤형 진료가 가능한 주치의 제도 등의 도입이 필요하지만, 한국은 전문의 중심의 개별 개원 방식이 주류를 이루고 있어 협력적 진료가 어려운 구조를 나타내고 있다.

5) 보상체계의 복잡성과 생애주기를 고려한 서비스의 부재

보상체계와 관련해서도 문제점이 지적된다. 종별, 간호, 급식, 과목, 시간, 대상자 등에 따라 적용되는 가산제도가 지나치게 복잡하며 합리성이 결여된 경우가 많다. 진료비 부담 체계 역시 종별, 질환별(산정특례, 선별급여) 등으로 복잡하게 구성되어 있어 특정 과목이나 질병에 한정된 혜택이 주어지는 모순이 발생하고 있다. 이러한 문제는 의료비 증가에 효과적으로 대응할 수 있는 새로운 형태의 지불체계 도입이 담보인 상태에서 더욱 두드러지며, 투입량 중심의 보상보다는 환자와 지역사회의 건강 결과 및 의료 서비스의 질에 따른 보상을 제공하는 '가치 기반 의료(value-based care)'에 대한 연구와 실행 역량도 부족한 상황이다.

또한, 생애주기별 보건의료 서비스가 충분히 구축되지 않은 점도 문제로 지적된다. 소아, 산모, 노인 등 생애주기에 따른 필수 보건의료 서비스가 체계적으로 마련되지 않아, 의료서비스를 적절히 제공하는 데 어려움이 있다. 특히 소아 의료부문에서 이러한 문제는 더욱 두드러지며, 향후 소아 의료 대책이 부족할 경우 환자에 대한 적절한 진료와 의료서비스 접근성이 저하될 우려가 커지고 있다. 현재의 성인 중심 의료 공급 체계는 생애주기별 의료 수요를 충분히 반영하지 못할 가능성이 높다. 이는 향후 특정 생애주기의 의료 인프라 부족, 전문 인력의 감소, 의료의 질 저하와 같은 문제로 이어질 수 있으며, 이를 해결하기 위해 생애주기별 의료서비스 제공체계의 구축을 위한 획기적인 발상의 정책적 접근을 고려할 필요가 있다.

6) 디지털 의료서비스와 의약품 접근성 현황

우리나라는 높은 수준의 의료 정보화와 디지털 인프라를 갖추고 있음에도, 디지털 의료서비스의 실제 활용은 제한적인 상황이다. 원격진료는 OECD 국가들과 달리 시범사업 수준에서만 허용되고 있으며, 의료 빅데이터나 AI 진단 등 새로운 기술의 의료 현장 도입도 더디게 진행되고 있다. 이는

의료서비스의 안전성과 책임성에 대한 우려, 대면진료 중심의 의료전달체계 등이 주요 요인으로 작용하고 있다.

의약품 분야에서도 접근성 제한이 나타난다. 일반의약품(OTC)은 약국에서만 구매가 가능하며, 품목도 제한적으로 운영되고 있다. 의약품 분류체계의 경직성으로 인해 소비자의 의약품 선택권이 제한되고, 시장 환경 변화에 따른 유연한 대응이 어려운 상황이다. 이러한 특징들은 의료서비스와 의약품에 대한 접근성과 효율성에 영향을 미치고 있다.

7) 소결

한국의 의료서비스 체계는 다음과 같은 구조적 문제에 직면해 있다. 첫째, 필수의료의 위기가 심화되고 있다. 낮은 보상과 인력 부족으로 중증 및 응급의료 서비스가 위협받고 있으며, 이는 의료 접근성과 질 저하로 이어지고 있다. 둘째, 치료 중심의 분절적 의료서비스 제공이 문제다. 예방과 건강증진, 재활을 포괄하는 통합적 접근이 부족하며, 생애주기별 맞춤형 서비스 체계도 미흡하다. 셋째, 낮은 의료보험 수가와 비효율적 보상체계가 의료서비스의 왜곡을 초래하고 있다. 행위별 수가제와 복잡한 가산제도는 의료공급의 불균형을 심화시키고 있으며, 특히 중증 및 필수의료 분야의 낮은 수가는 해당 분야의 기피 현상을 야기하고 있다. 넷째, 4차 산업혁명 시대에 걸맞은 디지털 의료기술 활용이 미진하다. 원격진료가 제한되어 있고, 디지털 헬스케어 기술의 도입이 지체되고 있어 의료서비스의 혁신이 더디게 진행되고 있다. 마지막으로, 의약품 분야의 경직된 규제에 의해 소비자의 의약품 선택권이 제한되고 있으며, 비탄력적인 의약품 분류체계는 의료서비스의 효율성과 접근성을 저해하고 있다. 이러한 문제들을 해결하기 위해서는 의료서비스 체계 전반에 대한 근본적인 재검토와 혁신의 필요성이 제기된다.

4. 개인 및 행위자 차원의 위기 진단

1) 행위자와 의료체계의 상호작용

개인 및 행위자 차원의 위기는 이 보고서에서 기술된 다른 상위 차원의 중층적 위기와는 독립된 차원의 위기라기보다는 그러한 중층적 위기 위에 적층된(laminated) 위기이자 그러한 중층적 위기가 개인 및 행위자 수준으로 표현되는 것이다.

주어진 의료체계와 개인의 생활세계 안에서 개별 행위자들은 제한된 합리성(bounded rationality)에 기초한 의사결정을 내리는데, 이러한 생태학적 합리성(ecological rationality)은 구조로서의 의료체계와 개인 및 행위자의 의료 관련 의사결정과 행동을 연결시키는 매개가 된다. 그에 따라 의료체계의 성격에 따라, 개인 및 행위자 차원에서는 의료 관련 의사결정과 행동이 합리적으로 보일지라도 전체적으로 보았을 때 반드시 바람직하다고 보기 어려운 양상으로 드러날 수도 있다.

2) 대학병원 방문의 순환적 인과관계

중증 환자의 서울 대형병원 (중복) 방문을 예를 들어 생각해 보자. 상당수의 지방 암 환자들은 거주 지역 상급종합병원을 이용하지 않고 서울의 5대 상급종합병원을 방문하고, 심지어 그 중 일부는 5대 상급종합병원 중의 여러 곳을 방문하여 진료를 받기도 한다. 지방 거주 환자들은 거주 지역 상급종합병원과 서울 5대 상급종합병원 간에 결과(outcome) 측면의 질에 실질적인 차이가 거의 없다 하더라도 환자들은 그러한 정보를 이해하고 신뢰할 수 있는 형태로 접하기 어렵다. 따라서 나중에 혹시나 후회하지 않기 위해 여러 어려움에도 불구하고 서울 5대 상급종합병원 중의 하나를 방문하고자 한다. 가족과 주변 사람의 권유가 그런 개인의 판단을 강화하는 것은 물론이다. 서울의 상급종합병원을 방문하더라도 짧은 외래 진료 시간 내에 치료 방법의 편익과 위험에 대한 균형 있는 정보를 제공 받기가 어렵다. 각종 검사를 반복 수행하였음에도 불구하고 환자는 충분한 설명을 듣지 못하여 담당 의사가 혹시 중요한 검사 정보를 놓치고 진단을 잘못 내리지는 않았는지 불안을 느끼기 쉽다. 그 결과 이차 의견(second opinion)을 구하고자 또 다른 서울의 상급종합병원을 방문하여 동일한 진단과 치료 결정이 내려지는지를 확인하는 데 상당한 시간과 비용을 지출하게 된다. 대부분 동일한 진단과 치료 결정이 내려지는 경우가 많지만 이 과정은 환자와 가족에게 상당한 신체적, 심리적, 경제적 부담을 초래한다. 요컨대, 암과 같은 중증 질환에서 지방의 상급종합병원과 서울 5대 상급종합병원 간의 실재적인 질적 차이와 무관한 인식된 의료의 질(perceived quality) 차이, 충분하지 못한 진료 시간이라는 환경에서 개별 행위자의 제한된 합리성에 기초한 선택은 서울 5대 상급종합병원의 방문, 중복 방문으로 드러난다.

이와 같이 개인 및 행위자 차원의 의사결정과 행동이 의료체계의 구조적 문제점을 반영하고 표현한다는 측면이 중요하지만, 동시에 역의 방향의

인과성도 작동한다. 즉, 개인 및 행위자 차원의 의사결정과 행동은 의료체계의 구조에 영향을 미친다. 지방 거주 암 환자의 상당수가 서울 상급종합병원을 이용하게 되면, 지방의 상급종합병원은 규모의 경제에 달하는 인력과 시설, 장비를 확보하기 위해 투자하기가 어렵게 된다. 이는 다시 해당 진료 부문 의사의 직업적 만족도 저하, 후속 세대 감소와 수련의 질적 저하, 진료량(practice volume)의 감소를 연쇄적으로 낳게 되고, 진료량-결과 관계 (volume-outcome relationship)에 따라 결국 실질적인 의료의 질의 위기로 이어질 수 있다. 그 결과 해당 지역 주민 사이에서의 인식된 의료의 질 저하를 낳게 된다. 따라서 지방 상급종합병원 의료진의 헌신적 노력으로 서울 5대 상급종합병원과의 결과적 측면의 질적 차이가 특정 시점, 특정 부문에서 무시할 만해졌다 하더라도, 상당 규모로 지속되는 서울 상급종합병원으로의 '환자 쏠림'은 서울과 지방 상급종합병원 간 질적 차이를 실질적으로 낳게 되는 인과적 고리를 형성하게 된다. 요컨대, 개인과 행위자 차원의 위기는 의료체계의 구조적 위기를 유지하고 심화하는 데 기여한다.

3) 의료진-환자 관계의 위기

개인 및 행위자 차원의 위기는 또한 의료에서의 행위자 간 관계성의 문제로도 발현된다. 서울 5대 상급종합병원 내 중복 방문이 상당 규모로 발생하고 있음을 알고 있는 의사와, 이전 다른 상급종합병원 방문에 관하여 말하지 않거나 이후 또 다른 상급종합병원 방문을 고려할 가능성이 높은 환자 사이에 치료적 관계와 높은 수준의 신뢰가 형성되기는 어렵다. 중복 방문은 또한 환자 수에 비해 진료량을 증폭하는 효과가 있기 때문에, 환자당 충분한 상담 시간, 함께하는 의사결정(shared decision-making) 등 원칙적인 진료 수행을 어렵게 함으로써 치료적 관계와 신뢰 형성 저해를 낳는 구조적 요인이 된다. 의사의 과중한 진료 부담으로 인한 소진 역시 중요한 문제로서 치료적 관계 형성에 쓸을 인지적, 정서적 역량 감소를 낳게 된다. 요컨대, 개인 및 행위자 차원의 위기는 환자와 의사 사이의 관계성의 위기로도 표현된다.

4) 집단적 행위 규범의 왜곡

지금까지는 중증 환자의 서울 대형병원 (중복) 방문의 예를 들어 의료에 관한 개인-행위자 차원의 위기를 기술하였지만, 행위자 차원의 위기는 집단 수준에서도 발현된다. 이상적인 의료체계라면, 의사 집단은 교과서적

진료를 수행하면서 고도의 전문직업성(professionalism)을 유지하고, 국민 대중은 사회보험제도인 건강보험의 원리인 사회연대성과 의료이용에서 현명한 선택(Choosing Wisely)을 추구할 것이다. 그러나, 그러한 현실은 그와 같은 규범적 표준과 거리가 있다. 먼저 의사 집단은 전문직업성보다 개별 의료기관 개설자의 이해를 앞세우는 부정적 측면의 기업가정신 또는 사회학자 조병희가 제안한 개념에 따르면 개업주의(entrepreneurism)가 행위의 규범이 되는 것이 하나이다. 또한, 환자와 대중은 사회의 공유자원인 의료 재정을 지출하는 이용 관련 의사결정에서 개인의 이익과 만족만을 앞세우는 부정적 측면의 소비자주의도 존재한다. 이러한 상황이라면 의료체계는 지속가능하기 어렵다. 의학적으로 필요한 경우 경제적 부담을 완화하기 위해 시행한 자기공명영상진단(MRI)의 건강보험 급여화 이후, MRI 사용이 급증하였는데 그 중 상당 부분은 꼭 필요한 이용보다는 환자와 의사의 이해가 교차하는 지점에서 가치가 낮은 의료이용이었을 가능성이 높다. 백내장 수술의 급증에서 드러난 실손보험의 문제 역시 미시적 수준에서는 이른바 '공급자'의 유인수요(induced demand)와 이른바 '소비자'의 도덕적 해이(moral hazard)가 결합한 것으로 볼 수 있다. 이는 다시 거시적 수준인 의료체계의 집단적 정서 구조 차원에서 보자면 의사의 개업주의와 대중의 소비자주의가 결합한 것에 해당한다.

5) 위기의 순환성과 미래전망

한국 의료의 다층적 위기는 개인 및 행위자 차원의 위기로 구체적으로 표현됨과 동시에, 개인 및 행위자 차원의 위기는 구조적 위기를 심화하는 피드백 고리를 형성한다. 그러한 순환적, 누적적 인과 과정 속에서, 행위자 간 관계성은 규범적 표준으로부터의 이탈이 심화하고 있다. 개인 및 환자와 의사 사이에서 교과서적 진료와 현명한 선택이 자리 잡아야 할 진료 현장에 의사의 유인수요와 소비자의 도덕적 해이 결합이, 대중과 의사 집단 사이에서 전문직업성과 사회연대성이 협력의 미를 발휘해야 할 공론의 장에 개업주의와 소비자주의의 결합이, 각각 부정적 강화 효과를 증폭시키고 있는 것이 현실이다.

6) 소결

한국 의료의 다층적 위기는 개인 및 행위자 차원의 위기로 구체적으로 표현되며, 이는 다시 구조적 위기를 심화하는 피드백 고리를 형성하고 있다. 이러한 순환적, 누적적 인과 과정은 다음과 같은 핵심적인 문제들로

나타나고 있다. 첫째, 의사-환자 신뢰관계의 약화이다. 중복 방문, 불충분한 진료시간, 의료진의 소진 등으로 인해 치료적 관계와 신뢰 형성이 저해되고 있으며, 이는 다시 의료서비스의 질적 저하로 이어지고 있다. 둘째, 비합리적 의료이용의 만연이다. 실재적 질적 차이와 무관한 대형병원 선호, 불필요한 중복 검사와 진료, 의사의 유인수요와 환자의 도덕적 해이가 결합된 의료이용 행태가 지속되고 있다. 셋째, 의료인력의 진료 및 연구 환경이 악화되고 있다. 과중한 진료 부담, 불충분한 연구시간, 지역 의료기관의 투자 위축 등으로 인해 의료진의 근무 환경이 열악해지고 있다. 넷째, 전문성 개발 지원이 미흡하다. 교과서적 진료와 전문직업성 향상을 위한 제도적 지원과 시간적 여유가 부족한 상황이다. 이러한 문제들은 서로 긴밀히 연관되어 있으며, 개업주의와 소비자주의의 결합이 이를 더욱 심화시키고 있다. 결과적으로 의료체계의 지속가능성이 위협받고 있으며, 이를 해결하기 위해서는 개인과 집단 차원의 행위 규범 회복과 함께 구조적 개선이 동시에 이루어져야 할 것이다.

5. 글로벌 차원의 위기 진단

1) 복합위기 시대의 기후변화와 보건의료

현재 전 세계는 코로나19 팬데믹의 보건 및 경제적 후유증, 심화되는 기후 위기, 유럽과 중동의 전쟁 등으로 인한 복합 위기(Polycrisis)에 직면해 있다. 세계경제포럼(World Economic Forum)의 2023년 글로벌 리스크 보고서(The Global Risks Report 2023)¹¹⁾에 따르면, 향후 10년간 가장 심각할 것으로 예상되는 위험 요인으로는 기후변화 완화 및 적응 실패, 자연재해 및 기상이변, 생물 다양성 손실 및 생태계 붕괴, 대규모 비자발적 이주, 천연자원 위기, 사회 결속력 약화 및 양극화 심화, 광범위한 사이버 범죄 및 사이버 보안 문제, 지리적·경제적 대립 등이 지목되었다. 특히 보고서는 환경 위기를 가장 중대한 위험으로 평가했으며, 이러한 글로벌 위기는 상호 연관되어 감염병과 만성질환의 증가, 심각한 정신 건강 악화, 공중 보건 및 의료 서비스 인프라 붕괴 등 보건의료 분야의 위기와 긴밀하게 연계되어 있다.

11) World Economic Forum. (2023). The Global Risks Report 2023 (18th ed.).



그림 11. 심각도별 장단기 글로벌 위험 순위

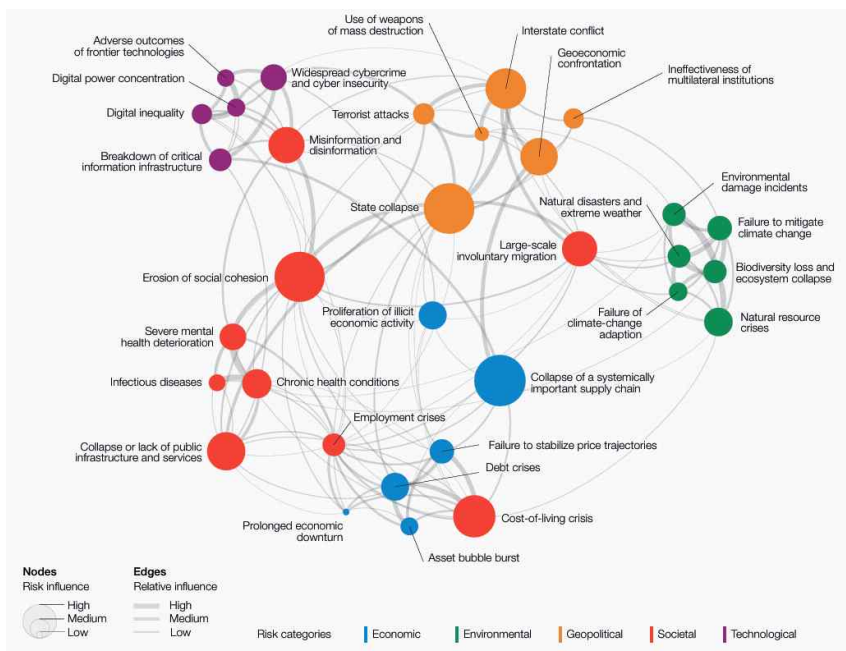


그림 12. 글로벌 리스크 환경: 상호연결지도

2) 기후 위기는 건강 위기

글로벌 보건안보 위기는 기후 위기, COVID-19와 같은 신종 감염병으로 인해 심화하고 있다. 현재 전 세계는 지구 온난화로 대표되는 기후변화라는 중대한 위기에 직면해 있으며, 과학자들은 지구 평균 온도가 산업화 이전 대비 1.5도 이상 상승할 경우 인류 생존에 심각한 위협이 될 것이라고 경고하고 있다. 다양한 탄소 감축 노력에도 불구하고 2023년에는 연평균 지표면 온도가 1.45도 상승하여 최고치를 기록했으며, 2024년 역시 최고 기온 기록을 경신하고 있다. 기후변화로 인한 이상 고온, 집중 호우, 가뭄,

폭설, 한파, 일조량 부족 등의 빈번한 발생은 전 세계 수많은 사람의 생명과 생계를 위협하고 있다.

세계보건기구(WHO)는 기후변화가 깨끗한 공기, 안전한 식수, 충분한 음식과 주거 환경 등 인간 생존에 필수적인 사회환경적 조건을 악화시키며, 이로 인해 영양실조, 말라리아, 설사 및 열 스트레스와 같은 질환이 증가하여 2030년에서 2050년 사이에 매년 약 25만 명이 추가적으로 사망할 것으로 예측하고 있다.(표 1)¹²⁾ 기후변화는 다양한 경로를 통해 건강에 영향을 미친다. 폭염과 한파는 열사병과 저체온증 같은 직접적인 사망 원인이 되며 심혈관 질환 등 만성 질환자의 사망률을 높인다. 집중 호우와 태풍과 같은 기상 재난은 인명 피해를 증가시키고, 가뭄으로 인한 식수 부족과 농작물 피해는 영양 불균형을 초래한다. 또한, 미세먼지와 오존 등 대기오염의 악화는 호흡기 질환 등 만성질환을 악화시키며, 꽃가루 양과 지속 기간의 증가로 알레르기 질환을 유발하거나 악화시킨다. 기후변화로 모기와 진드기 등의 번식 환경이 변화하면서 뎅기열과 말라리아 같은 매개체 감염병이 증가하고, 기온 및 강수량 변화는 수인성 감염병의 위험을 높이고 있다. 식품 시스템에 대한 영향으로 영양 불균형, 건강 불평등의 심화, 갈등 및 분쟁의 증가, 비전염성 질환의 증가 등이 발생할 수 있다. 또한, 급성 재난은 외상성 스트레스와 같은 정신 건강에도 악영향을 미친다.

기후변화로 인한 건강 피해는 노인, 어린이, 임산부, 기저질환자 등 취약계층에 집중되며, 이로 인해 건강 불평등이 심화되고 있다. 따라서 기후변화로 인한 건강 피해를 최소화하기 위해 보건 의료 각 분야에서는 건강 영향을 지속적으로 분석하고, 체계적인 건강 적응(Adaptation) 대책을 수립하여 추진하는 것이 필요하다.

12) 조명래, 송동수, 윤종원, 김정인, & 이소라. (2022). 기후변화와 탄소중립. 한울 아카데미.



그림 13. 기후변화 건강영향

표 4. 기후-민감 건강위험으로 인한 질병부담 현황¹³⁾

건강영향	최근 분포	위험 인구	연간이환율 또는 사망률
온열질환	전 세계	전 인구, 특히 고령층	• 폭염은 13개국 384개 지역에서 사망의 0.4% 차지 • 지난 20년간 65세 이상에서 폭염 관련 사망 54% 증가
오존 관련 사망률	주로 도시 지역, 전 세계	노령층, 어린이, 호흡기 질환자	• 연간 30세 이상 성인 100만명 사망
설사	주로 열대 지역	깨끗한 식수, 위생적 환경이 제공되지 않는 곳의 어린이	• 5세이하어린이에서 연간 52만5천명 사망, 17억명이환
말라리아	열대 지역	전 세계 인구의 50%	• 2019년 2억 2900만명 이환, 40만 9천명 사망
뎅기	열대지역, 온대지역 확산중	전 세계 인구의 50%	• 매년 4억명환자 이환, 2019년 최고점
라임병	온대 삼림지역: 북아메리카, 유럽, 북아시아	북반구에서 가장 흔한 진드기 매개 질병	• 지난 20년간 유럽에서 36만명 이환
영양실조*	아프리카, 라틴 아메리카, 아시아	주로 어린이	• 5세이하 어린이 1억 4900만명 성장 지체, 2020년 4500만명 저중량

주: *영양실조는 결핍, 과잉, 균형 잡히지 않은 칼로리·영양섭취로 인해 영양 부족, 미세 영양소 관련 영양실조, 과체중과 비만, 식이 관련 만성질환이 발생하는 것을 말함. 이 중 영양부족에는 저중량(wasting; low-weight-for-height), 성장 지체(stunting; low-height-for-age), 저체중(low-weight-for-age)이 있으며, 주로 저개발국의 5세 이하 어린이에서 나타남

13) 조명래, 송동수, 윤종원, 김정인, & 이소라. (2022). 기후변화와 탄소중립. 한울 아카데미.

우리나라의 기후변화에 따른 건강영향을 살펴보면(표 3)¹⁴⁾, 폭염으로 인하여 온열질환의 응급실 방문·입원·사망이 증가하며 특히 65세 이상 고령층 피해가 크며, 심혈관 질환, 급성 신장 질환 등 만성질환에도 영향을 미치고 있다. 초미세먼지로 인한 초과 사망·초과 입원은 완만하게 감소 추세이지만, 대기 중 오존 농도 상승에 따른 초과 사망은 최근 10년간 2배 증가하였으며, 특히 고령층에 피해가 집중적으로 발생하고 있다. 감염병 관련해서는 최근 10년간 장감염질환이 증가하는 추세를 보고하였다.

표 5. 우리나라 기후변화 건강영향

분야	건강영향(요약)
폭염	• 온열질환으로 응급실 방문자, 입원환자, 사망자 급증 • 온열질환 이환과 사망은 65세 이상과 남성에서 더 많이 발생 • 온열질환 외에도 심혈관 질환, 급성 신장 질환으로 인한 초과 응급실 방문자 및 초과 입원환자 수가 증가
한파	• 2018년에 한랭질환으로 응급실 방문 및 입원이 가장 많이 발생 • 심한 추위보다 중등도 추위에 노출된 경우에 초과 응급실 방문, 초과 입원, 초과 사망이 가장 많이 발생 • 한랭질환 및 추위로 인한 사망은 65세 이상과 남성에서 가장 많이 발생 • 한랭질환 및 추위로 인한 이환은 15-64세와 남성에서 가장 많이 발생
대기오염	• 최근 5년간(2015-2019) 대기 중 초미세먼지 노출에 의한 초과 사망과 심뇌혈질환 초과 사망자, 초과 입원자 수는 완만하게 감소하는 추세 • 대기 중 오존농도상승에 따라 초과 사망은 최근 10년간(2010-2019) 2배 증가 • 대기 중 초미세먼지와 오존의 노출로 인한 초과 사망자 수는 65세 이상과 남성에서 더 많이 추산
감염병	• 진드기 매개 감염병은 지속 보고되고 있으나 기후변화 영향은 불명확 • 최근 10년간(2010-2019) 장감염질환은 증가하는 추세

지구 온난화는 인류가 화석연료 사용 등으로 배출한 탄소를 비롯한 온실가스의 막대한 증가에 기인한다. 보건의료 부문 역시 응급실, 수술실, 중환자실 등 의료시설을 365일 24시간 운영하면서 많은 에너지와 자원을 소비하며, 그 과정에서 다량의 의료 폐기물과 하수가 발생하여 환경오염물질 및 온실가스를 배출한다. 이에 따라 보건의료 부문에서도 탄소 저감 대책이 필요하다.

‘Health Care Without Harm(HCWH)’의 보고서에 따르면¹⁵⁾, 2014년 기준

14) 제1차 기후보건 영향평가 보고서, 질병관리청

15) HCWH, & ARUP. (2019). HEALTH CARE'S CLIMATE FOOTPRINT.

43개국의 보건의로 부문 온실가스 배출량은 전 세계 순 배출량의 4.4%에 해당하는 2기가 톤의 이산화탄소 상당량으로, 이는 석탄화력발전소 514개의 배출량과 동일한 수준이다. 보건의로 부문을 하나의 국가로 간주할 경우, 세계 5위의 온실가스 배출국에 해당한다. 보건의로 부문 배출의 84%는 석탄, 석유, 가스 등 화석연료 사용에서 비롯되며, 이는 기후변화와 대기오염의 주요 원인으로 작용하여 매년 800만 명 이상의 조기 사망(premature deaths)을 야기하는 것으로 보고된다. 주요 10개국(미국, 중국, 유럽연합 등)의 배출량이 전체의 75%를 차지하며, 한국의 보건의로 분야 탄소 배출량은 세계 8위, 1인당 배출량은 5위를 기록하고 있다[그림 14].

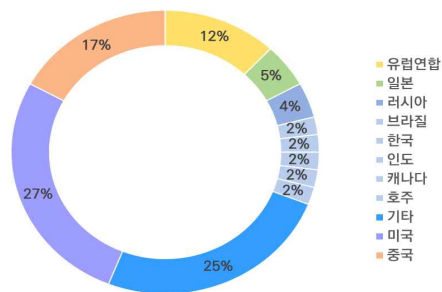


그림 14. 보건의로부문 온실가스
배출 상위 10개국 현황

온실가스 프로토콜(GHGP)에 따른 보건의로 부문의 배출은 조직 내부에서 직접 발생하는 현장 배출(Scope 1, 17%), 외부로부터 구매한 에너지 사용에 따른 구매 에너지 배출(Scope 2, 12%), 그리고 글로벌 공급망 관련 배출이 주를 이루는 간접 배출(Scope 3, 71%)로 구성된다. 세부 배출원별로는 전기·가스·냉난방이 40%로 가장 큰 비중을 차지하며, 의료시설 운영 13%, 기초 금속·섬유·식품 등 기타 제조업 11%, 식품 및 제품 제공 9%, 수송 7%, 의약품과 화학물질 제품 5%, 폐기물 3% 등으로 분석되었다[그림 15].

- 범위(Scope) 1: 조직 내부에서 직접 발생하는 배출
- 범위(Scope) 2: 외부로부터 구매한 에너지 사용에 따른 간접 배출
- 범위(Scope) 3: 조직 활동 관련 모든 간접 배출(공급망, 물류, 폐기물 등)

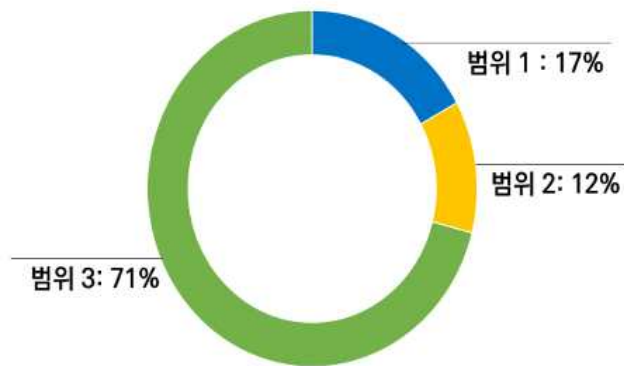


그림 15. 전 세계 보건의료부문 탄소발자국 분포

보건의료 부문의 탄소 배출원을 세부적으로 분석한 결과, 전기·가스·냉난방이 40%로 가장 큰 비중을 차지했으며, 의료시설 운영이 13%, 기타 제조업(기초 금속, 섬유 및 식품 등)이 11%로 뒤를 이었다. 이어서 식품 및 제품 제공이 9%, 수송이 7%, 의약품 및 화학물질 제품이 5%, 폐기물이 3%를 차지하는 것으로 나타났다[그림 16].

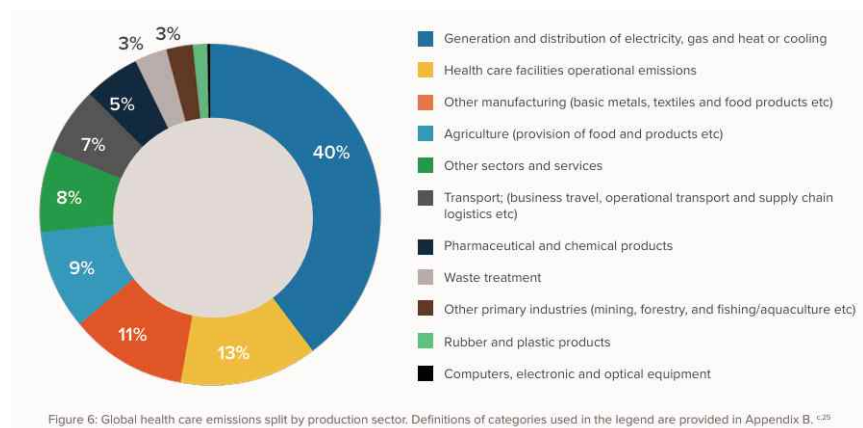


그림 16. 전세계 보건의료부문 탄소배출 세부 현황

우리나라 보건 분야 온실가스 배출량은 전체 배출량의 5.3%를 차지해 세계 평균보다 높은 수준으로, 보건의료 분야에서 탄소 배출을 줄이는 완화(Mitigation) 정책을 강화할 필요성이 제기된다. 이를 위해 보건의료부문에서 지속가능한 에너지 전환과 탄소 배출 감소를 위한 구체적이고 체계적인 접근이 필요하다.

3) 지속되는 신종 감염병 위기

글로벌 보건안보의 두 번째 주요 이슈는 COVID-19와 같은 신종 감염병의 위기이다. 인류는 백신과 항생제 개발, 공중보건 및 개인 위생의 향상을

통해 감염병을 극복할 수 있을 것으로 여겨왔으나, 최근 들어 지구 온난화 등 기후변화와 더불어 도시화 및 세계화의 심화, 무분별한 환경 개발과 자연 파괴, 고령화와 면역 저하 인구의 증가, 병원체 변이 및 항생제 내성 증가 등의 요인으로 인해 1980년 이후 신종 및 재출현 감염병의 발생이 증가하고, 팬데믹 위기가 지속되고 있다.

COVID-19 팬데믹에서 경험했듯이, 신종 감염병 위기는 단순히 건강 분야에 국한되지 않고, 사회, 경제, 교육, 문화 등 사회 전반에 걸쳐 영향을 미치며, 전 세계 모든 국가에 '보건 안보'를 확보해야 하는 과제를 부여하였다. 특히, 신종 감염병으로 인한 사망 등 질병 부담을 최소화하기 위해서는 감염병 위기에 대비한 의료 대응체계를 구축하는 것이 매우 중요하다. [그림17]¹⁶⁾

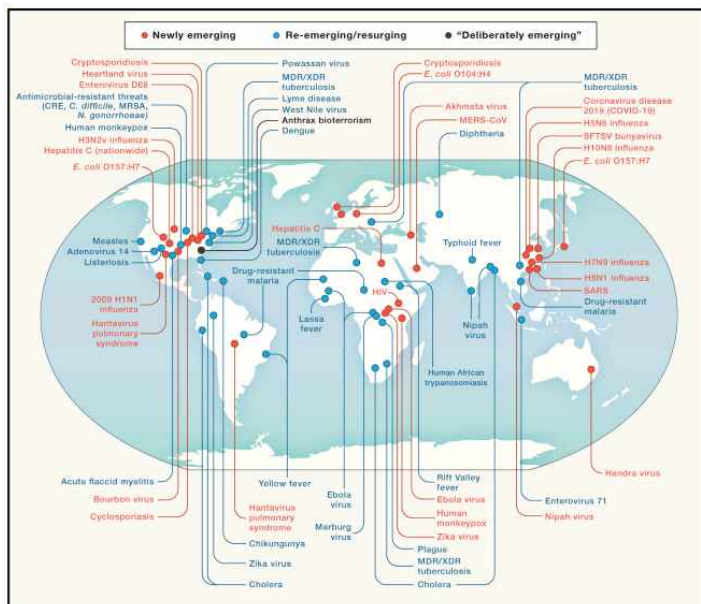


그림 17. 신종 감염병발생현황(1981-2020)

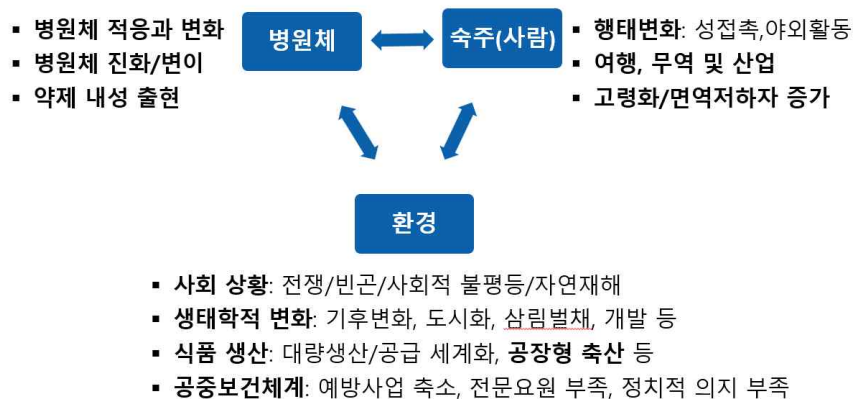


그림 18. 신종 감염병 발생 위험요인

16) Morens, D. M., Breman, J. G., Calisher, C. H., Doherty, P. C., Hahn, B. H., Keusch, G. T., Kramer, L. D., LeDuc, J. W., Monath, T. P., & Taubenberger, J. K. (2020). Emerging pandemic diseases: How we got to COVID-19. Cell, 182(5), 1077-1092. <https://doi.org/10.1016/j>

4) 소결

현대 사회는 기후 위기와 신종 감염병 팬데믹 등 복합위기에 직면해 있다. 기후변화는 폭염, 한파, 자연재해 등을 통해 직접적인 건강 피해를 야기할 뿐만 아니라, 대기오염 악화, 감염병 매개체 증가, 식량 안보 위협 등 간접적 경로를 통해서도 인류의 건강을 위협하고 있다. 특히 이러한 건강 피해는 노인, 어린이, 기저질환자 등 취약계층에 집중되어 건강 불평등을 심화시키고 있다. 더욱이 보건의료 시스템 자체가 상당한 양의 온실가스를 배출하여 기후변화를 가속화하는 역설적 상황에 놓여 있다. 전 세계 보건의료 부문의 온실가스 배출량은 전체 배출량의 4.4%에 달하며, 이는 주로 의료시설 운영과 의료 공급망에서 발생하고 있다.

신종 감염병은 COVID-19 팬데믹에서 경험하였듯이 보건 분야를 넘어 사회 전반에 광범위한 영향을 미칠 수 있음을 보여주었다. 기후변화, 도시화, 환경 파괴 등으로 인해 신종 및 재출현 감염병의 발생이 증가하고 있으며, 팬데믹 위기도 상존하고 있다.

이러한 복합적인 보건 위기에 효과적으로 대응하기 위해서는 국제사회의 긴밀한 협력이 필수적이다. 그러나 현재 국제 보건 협력체계는 여전히 미흡한 상황이다.

따라서 기후 위기와 감염병으로 인한 건강 피해를 최소화하기 위해 의료 대응체계를 강화하고, 특히 취약계층을 보호하기 위한 정책적 지원이 시급하다. 동시에 기후변화 대응과 감염병 예방을 위한 국제 협력을 강화하고, 보건의료 시스템의 탄소 배출을 줄이기 위한 체계적인 노력이 필요하다.

VI. 한국 의료 위기의 처방

한국 보건의료의 미래 방향 : 지속가능성을 위한 패러다임 전환과 핵심 과제

OECD는 한국 보건의료 시스템과 관련하여 일차 의료 강화를 통한 의료 접근성의 개선과 지불보상제도의 다양화를 권고하였다. 이는 의료 이용량의 과도한 증가를 억제하고, 의료 전달체계의 미작동으로 발생하는 중복 이용 및 대형 의료기관으로의 집중 현상을 개선할 필요가 있음을 지적한 것이다.

현대 보건의료는 정부, 의료기관, 시민사회가 함께 책임지는 협력적 거버넌스를 통해 발전해왔다. 정부는 의료체계의 핵심 조정자로서 정책의 일관성과 지속가능성을 확보하는 역할을 수행하며, 이는 근거 기반한 정책 수립을 통해 가능하다. 특히, 국민의 건강을 보호하기 위해 정부는 단기적 정책이 아닌 장기적이고 지속가능한 비전을 제시해야 한다. 과도한 복지 남발이나 포퓰리즘적 접근을 지양하며, 필수 의료분야에는 과감한 투자와 체계적 운영을 통해 신뢰를 구축할 필요가 있다.

Covid-19 이후 세계 주요 국가들의 보건의료 정책은 디지털 전환, 지역성 강화, 공공역량 강화, 지속가능성의 네 가지 흐름으로 나타나고 있다. 디지털 기술의 발달로 비대면 의료서비스가 확산되고, 지역 기반 의료체계가 강화되며, 필수의료에 대한 국가 책임이 확대되고 있다. 특히 영국은 NHS 장기계획을 통해 의료 인력 양성, 커뮤니케이션, 건강관리에 대한 투자를 확대하고 있으며, 일본은 의료비 적정화 계획을 통해 의료비 지출을 절감하는 동시에 효율적인 의료체계를 구축하고 있다. 특히 일본은 보건의료 2035 전략을 수립하여, 의료 패러다임을 양적 확대에서 질적 개선으로, 의료 투입 중심에서 환자 가치 중심으로, 치료 중심에서 돌봄 중심으로의 전환을 제시하고 있다. 한국의 보건의료 체계도 이러한 글로벌 동향을 반영한 새로운 혁신이 필요한 시점이다.

이에 따라 본 연구에서는 △공급자 중심에서 수요자 중심으로, △중앙 집중에서 지역 자율로의 패러다임 전환과 △보건의료체계의 지속가능성, △근거 기반 보건의료를 핵심가치로 선정하고 위기에 대한 처방을 고려해보고자 한다.

첫째, 공급자 중심의 분절적 의료에서 수요자 중심의 통합적 의료로의 전환이 필요하다. 이를 위해 생애주기별 주치의 제도를 도입하여 care coordinator 역할을 강화하고, 급성기 치료 중심에서 예방, 관리, 돌봄으로의 전환을 추진해야 한다. 또한 디지털 의료 확대를 통해 국민의 의료 선택권을 보장할 필요가 있다.

둘째, 중앙집중식 의료체계에서 지역자율 의료체계로의 전환이 시급하다. '의료특별자치연합' 도입을 통해 의료-돌봄 통합 체계를 구축하고, 지역 의료 특별회계와 지역의사제를 도입하여 실질적인 지역 중심의 의료 거버넌스를 확립해야 한다. 특히 생애말기 돌봄 스펙트럼 구축을 통해 지역사회 기반의 통합적 돌봄 체계를 강화해야 한다.

셋째, 보건의료체계의 지속가능성 확보를 위해 합리적 의료이용을 촉진하고, 행위별 수가제에서 가치기반 보상제로의 전환을 추진해야 한다. 필수의료 분야는 수가 현실화와 함께 인력 및 인프라 유지비용을 국가와 지자체 예산으로 적극 지원해야 하며, 보건안보와 탄소중립 관점에서 의료체계를 재설계할 필요가 있다.

마지막으로, 근거기반 정책 수립을 위해 독립적인 의료정책연구원을 설립하여 보건의료인력 추계, 병상관리, 의료전달체계 등에 대한 객관적 연구를 수행하고, 의사결정 구조를 개선하여 건강보험정책 중심에서 포괄적 의료정책으로의 전환을 도모해야 할 것이다.

1. 거버넌스 차원의 처방

보건의료 거버넌스는 공공과 민간, 중앙과 지방, 각 중앙 부처 간의 역할 분담이 복잡하게 얽혀있으며, 의료공급자, 환자, 관료, 제약사, 보험사 등 다양한 이해관계자들의 정치경제학적 관계가 존재한다. 최근 책임성 확보, 근거 기반의 투명성 제고, 시민 참여 확대 등이 새로운 과제로 대두되고 있으나, 정부는 그동안 건강보험 재원 투입을 통한 의료정책에만 집중하며 근본적인 거버넌스 개혁 논의를 미뤄왔다. 2024년 의대 정원 확대를 계기로 의정갈등이 심화되면서, 정부의 일방적 의료정책 추진이 더 이상 실효성을 거두기 어려워졌고, 이제는 협력적 거버넌스로의 전환이 시급한 상황이다.

1) 정책의 우선순위 설정

건강보험 정책 vs 의료정책 → 의료정책 vs 건강보험 정책

이러한 맥락에서 보건의료 거버넌스의 첫 번째 개혁 과제는 건강보험 정책 중심에서 포괄적 의료정책으로의 전환이다. 의료정책은 인력 양성, 시설 확보, 병상 배치, 장비 규제와 같은 하드웨어적 측면뿐만 아니라, 의료기관 간 역할 분담, 서비스 제공 방식, 지역 간 균형 유지와 같은 소프트웨어적 측면을 포함하는 생태계로 이해할 수 있다. 우리나라 보건의료의 지속 가능성을 높이려면 국가 차원에서 이들 과제에 대해 심도 있는 논의와 대안 제시가 필요하다. 의료인력 양성, 시설 및 병상 배치, 의료기관 간 역할 분담, 지역 간 균형 등을 포괄하는 종합적 의료정책이 수립되어야 한다. 이를 위해 독립적인 전문 정책연구기관을 설립하여 객관적이고 과학적인 근거를 바탕으로 한 정책 수립이 가능하도록 해야 한다.

2) 자원 구조의 다양화

건강보험 재정 → 건강보험 재정 + 일반회계 + 특별회계

보건의료 자원 조달은 현재 건강보험에 편중된 상황으로, 일반 회계와 특별 회계가 균형 있게 투입될 필요가 있다. 특히 필수 의료 분야는 건강보험 수가만으로는 발전이 어렵기 때문에, 국가 차원의 직접적인 재정 투자가 요구된다. 이를 위해 가칭 '필수의료 특별회계'를 설치하고, 응급·심뇌혈관·소아·분만·중증 외상 등 필수 의료 분야와 전공의 수련 등에 국가 재원이 직접 투입될 수 있도록 지원체계를 강화해야 한다.

3) 국가와 자치단체의 역할 분담

국가 단독 책임 → 국가·지방자치단체·민간 협동 체계

국가와 지방자치단체 간 적절한 역할 분담을 통해 중앙정부 중심의 의료정책에서 벗어나 지방자치단체가 지역 특성에 맞는 의료정책을 수립하고 집행할 수 있도록 권한과 책임을 부여해야 한다. 특히, 지방자치단체는 각 지역의 인구구조와 의료수요, 사회경제적 특성을 고려한 맞춤형 돌봄 체계를 구축하여 고령화 시대에 대비할 필요가 있다. 또한 지역사회 내 가용 자원을 효율적으로 연계하여 데이케어, 단기보호, 요양 등 다양한 형태의 공공 돌봄 서비스를 제공할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 교부금과 특별회계를 마련하고, 민간 의료기관과의 협력을 통해 지역 의료체계를 강화해야 한다.

4) 정책 의사결정 구조

정부의 일방적 의사결정 → 공급자 수요자 대표성 보장, 근거 중심 정책 결정

정책 의사결정 구조의 개선도 중요한 과제이다. 건강보험정책심의위원회와 보건정책심의위원회 등 주요 정책결정기구에서 가입자와 공급자의 의견이 균형있게 반영될 수 있도록 구조 개편이 필요하다. 의사결정 과정에서 충분한 정보 공개와 의견 수렴을 통해 정책의 투명성을 높이고, 근거 중심의 정책 결정을 위한 제도 개선이 요구된다. 또한, 각 이해관계자의 의견을 균형있게 수렴하고 조율할 수 있는 상설 협의체의 도입을 검토할 필요가 있으며, 보건의료 단체들이 공공의 이익과 의료체계의 지속가능성을 고려한 건설적인 대안을 제시할 수 있도록 소통 채널을 강화해야 한다.

5) 수요자 중심의 접근

공급자 위주, 업무·직종간 칸막이 → 수요자 중심, 업무·직종 간 협력과 조화

우리나라의 현 의료법령과 제도는 과거의 패러다임에 머물러 있으며, 급격한 사회 변화를 반영하지 못하고 있다. 앞으로 지역 간 역할 분담, 기관 간 업무 분담, 중앙정부와 지방정부 간 역할 정립, 수요자와 공급자 간 관계 설정 등의 측면에서 법령과 제도를 재구성할 필요가 있다.

특히, 고령화 시대의 새로운 의료수요에 대응하기 위해 의료서비스 제공방식을 다양화하고, 의약품 접근성을 높이기 위해 상비약 판매를 허용하는 등의 수요자 중심의 정책 개선이 필요하다. 또한, 기관 간 비효율적인 경쟁을 최소화하고 수직적 기능 분화를 통해 상호 협력할 수 있는 구조를 모색해야 한다. 마지막으로, 정부의 모든 정책에서 국민 건강이 최우선 고려 사항으로 자리잡을 수 있도록 'Health in All Policies' 접근을 검토하고 마련해야 한다.

6) 소결

결론적으로, 한국의 보건의료 거버넌스 개혁은 △포괄적 의료정책으로의 전환, △재원조달 구조의 다양화, △중앙-지방-민간 협력체계 확립, 그리고 △독립 정책연구기관 설립이라는 네 가지 핵심과제를 중심으로 추진되어야 한다. 포괄적 의료정책으로의 전환을 통해 단편적인 건강보험 정책에서 벗어나 의료체계 전반을 아우르는 종합적 접근이 가능해질 것이며,

재원조달 구조의 다양화는 필수의료 강화와 의료체계의 지속가능성 확보에 기여할 것이다. 중앙-지방-민간 협력체계의 확립은 지역 특성에 맞는 맞춤형 의료서비스 제공을 가능하게 하고, 의료자원의 효율적 활용을 촉진할 것이다. 독립 정책연구기관의 설립은 이러한 개혁과제들의 성공적 추진을 뒷받침하는 동시에, 미래 의료환경 변화에 대한 선제적 대응을 가능하게 할 것이다. 이러한 거버넌스 개혁을 통해 초저출산·고령화 시대에 대응하는 지속가능한 보건의료체계를 구축할 수 있을 것이며, 궁극적으로는 국민 모두가 양질의 의료서비스를 효율적으로 이용할 수 있는 기반이 마련될 것이다. 특히 독립 정책연구기관을 통한 과학적 근거 생산과 정책 평가는 개혁의 실효성을 높이고, 우리나라 보건의료체계의 미래 경쟁력 강화에 핵심적인 역할을 할 것으로 기대된다.

2. 지역 차원의 처방

1) 지역의료의 정상화

필수 및 지역의료 강화를 위해서는 여러 조건이 충족되어야 한다. 첫째, 중앙정부와 지역 간의 협력 체계가 구축되어야 하며, 지방자치단체 간 협력과 조정이 이루어져야 한다. 둘째, 지역 차원에서 다양한 의료 자원을 통합적으로 활용하고 연계할 수 있는 권한과 책임이 부여되어야 한다. 셋째, 의료 자원의 활용도를 높이고, 단순히 의료 서비스에 국한하지 않고 건강과 돌봄 영역까지 서비스 범위를 확장하는 정책이 필요하다. 마지막으로, 지역의 다양성과 의료 환경에 대한 전문적 이해와 정책 역량이 필요하며, 이를 위해서는 제도적 재구조화나 새로운 제도 설계가 요구된다.

이를 실현하기 위한 대안으로 (가칭) '의료특별자치연합'의 구성이 제안된다. 의료특별자치연합은 여러 지방자치단체의 행정구역을 포괄하여 운영되며, 지역의료에 특화된 거버넌스 기관으로서 필수 및 1차 의료 서비스의 수준을 개선하기 위해 의료기관을 설립하고, 기존 의료기관 간 연계 및 협력을 촉진하며, 의료기관의 역량과 서비스 질을 관리하는 역할을 수행한다. 또한, 지역의 건강과 돌봄 기능을 조정·연계하고 환자와 지역 주민을 의료 및 돌봄 기관과 연결하는 '코디네이터' 역할을 수행하며, 보건의료와 돌봄의 수준 향상, 의료 자원의 효율적 배분 등을 목표로 정책을 수립하고 실행한다.

의료특별자치연합의 설립은 새로운 지방행정 체계를 구축하려는

배경에서 비롯되었다. 특히 환경, 교통, 산업·경제 등 다양한 분야에서 광역 행정에 대한 수요가 증가하고 있으며, 이는 개별 지방자치단체가 독립적으로 대응하기에 한계를 드러내고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해 개정된 「지방자치법」은 의료특별자치연합의 설치 및 운영에 대한 구체적인 근거와 규정을 마련하였다.¹⁷⁾ 특별지방자치단체는 2개 이상의 지방자치단체가 공동으로 특정 목적을 위해 광역적으로 사무를 처리할 필요가 있을 때 설립되며, 일반 지방자치단체와는 다르게 의결 기관인 의회를 둘 수 있어 더욱 자율적이고 효과적인 행정 수행이 가능하다.

표 6. 특별지방자치단체

구분	특별지방자치단체
설치주체	2개 이상의 지방자치단체 (광역간, 기초간, 광역+기초간)
법인격	지방자치단체
사무기관	위임방식
관장사무	하나 또는 둘 이상의 공동처리 사무
관할구역	구성 지방자치단체의 구역
의결기관	의회 (조례제정권 보유)
집행기관	특별지방자치단체장(계약직 임용권 보유)
사무기구	파견직원 및 자체직원 채용
재원조달	분담금, 사용료, 수수료 / 국고보조금(국가위임사무)

표 7. 특별지방자치단체 설립에 대한 법·제도적 근거

- 개정 「지방자치법」은 특별지방자치단체 설립에 대한 근거를 마련함
 - 과거 「지방자치법」에도 제2조 제3항과 제4항에서 광역화된 행정서비스의 대응을 위해 특별지방자치단체를 설립 근거를 두고 있었으나, 구체적인 설치, 운영, 사무에 관한 규정을 마련하지 않아 형식적인 조항이었음
 - 그러나 개정 「지방자치법」은 특별지방자치단체의 근거를 제12장에 별도로 분리하고, 특별지방자치단체의 설치와 규약 및 기관구성, 운영 등(제199조~제211조)에 관한 상세한 규정을 정비함으로써 특별지방자치단체 설립과 운영을 위한 실질적인 근거를 마련하였음
- 특별지방자치단체는 협력사업, 사무위탁, 행정협의회, 지방자치단체장 등 협의회와 달리 별도의 법인을 설립한다는 점에서 차이가 있음
 - 별도의 법인을 설립한다는 점에서는 지방자치단체조합과 유사하지만, 결정적인 차이는 지방자치단체조합은 의회 형태의 의결기관을 두지 않는 반면, 특별지방자치단체는 지방자치단체로서 의회를 둘 수 있다는 점임
 - 지방자치단체조합은 지방자치단체가 아닌 공법인의 법적 지위를 보유하고 있으며, 인력관리에서 기관장의 실질적인 통할권이 미흡하고, 재원관리에서 정책적 비중에 따라 분담금의 안정성이 취약하며, 조직관리에서 구성 지방자치단체의 과도한 관여로 자율성이 낮은 한계가 있음(금창호 외, 2021: 41)

17) 윤영근, 염지선, 함종석, 황하, 채종현, 김항열, & 문수정. (2022). 인구감소 지역의 특별지방자치단체 기관설계 방안. 한국행정연구원.

- 특별지방자치단체가 일반지방자치단체와 같이 지방자치단체로서의 법인격을 갖고, 지방의회를 둔다는 점에서 표면적으로는 일반지방자치단체와의 차이점이 없음
- 그러나, 일반지방자치단체의 행정구역은 역사적으로 규정된 것으로 비교적 고정적일 뿐만 아니라 경직성을 보유하고 있다면 특별지방자치단체의 관할구역은 필요에 따라 설정된 것으로 상대적으로 가변성을 특징으로 함(금창호, 2018: 12-13)
- 구성원 기준에서 보면 일반지방자치단체는 주민을 구성원으로 하는 것이 원칙이나, 특별지방자치단체는 설치기관을 기본으로 하나 사례에 따라서는 일반주민인 경우도 있으며, 이때의 주민은 특별지방자치단체와 간접적 관계를 갖되, 특별지방자치단체의 자치권에 복종하고 권리의무를 향유하는 것은 일반지방자치단체와 동일함(한국지방행정연구원, 1992; 금창호, 2018: 13 재인용)
- 자치권 기준에서 일반지방자치단체는 관할구역의 모든 주민과 관장 자치사무 전체에 적용되는 포괄적 권한을 갖지만, 특별지방자치단체는 구성 일반지방자치 단체가 규약에 의하여 위임한 사무들에 국한하여 자치권을 갖게 됨(금창호 외, 2005; 금창호, 2018: 13. 재인용)

의료특별자치연합은 지역 내 보건, 의료, 돌봄, 건강 관련 정책을 결정하고 실행하며, 해당 지역의 의료 인프라 및 자원을 육성하는 광역적 사무를 담당하는 법인이다. 일본의 츄가루 서북五 광역연합 사례처럼, 지역 내 필수 의료 기능을 강화하고 주요 병원과 위성 병원을 연계하여 지역 주민에게 통합적인 의료 서비스를 제공하는 역할을 한다. 특히 츄가루 서북五 광역연합은 의료 및 복지 분야에서 광역 서비스를 제공¹⁸⁾하며, 참여 지방정부와 협력하여 핵심 병원과 위성 병원을 운영하며 광역적 의료 연계체계를 구축하고 있다.

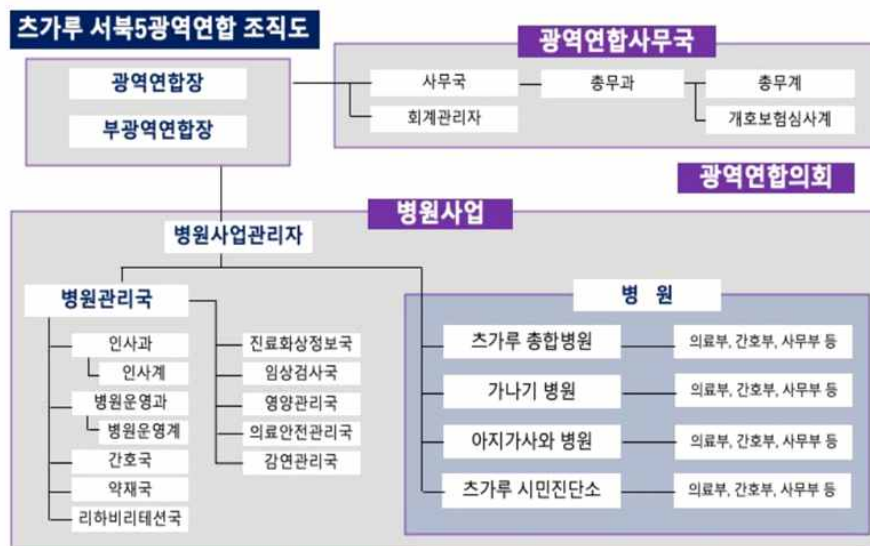


그림 19. 츄가루 서북五 광역연합 조직도

18) 츄가루 서북五 광역연합(つがる西北五広域連合). 連合概要. 2022.11.7. 검색

의료특별자치연합의 주요 기능으로는 광역 단위에서 지역 완결형 의료 체계를 구축하는 것, 광역 단위의 건강-의료-돌봄-복지 기능을 조정 및 연계하는 것, 보건의료 정책 연구와 의료 인프라 및 자원 개발이 포함된다. 의료특별자치연합은 의료 정책 수립과 집행을 담당하며, 지역의 의료 전달 체계를 개선하고, 의료 서비스의 질을 제고하는 역할을 수행한다. 또한, 의료기관 간 연계 및 협력 체계를 구축하여 필수 의료와 건강 관리에 중점을 둔 공공의료 제도를 구성한다. 이를 통해 각 지역 의료기관의 특징을 살리면서 지역 주민에게 최적의 의료 서비스를 제공할 수 있다.

의료특별자치연합은 지역 의료 기관 간의 연계와 조정을 위한 권한을 보유하며, 조례 제정 및 집행 권한을 통해 자율성을 확보한다. 또한, 재정 자율성을 확보하기 위해 사용료와 수수료 등을 책정할 수 있는 권한을 가지며, 자체 직원의 채용과 보수 및 처우 조건을 결정할 수 있다.

중앙정부는 의료특별자치연합의 제도화를 위해 관련 법제를 개편하고, 지방자치단체의 보건 기능을 강화하며, 예산 및 재정 지원을 통해 지역 주도적인 지역 의료 계획과 실행을 지원해야 한다. 지방자치단체와 지역 보건의료기관, 관련 단체는 의료특별자치연합과 협력하여 지역 의료 모델을 개발하고, 지역 의료 전달체계의 효율성을 높이는 데 기여해야 한다. 이를 통해, 주민들이 필요한 의료기관에서 적절한 의료 서비스를 받을 수 있는 환경을 조성하며, 보건의료 시스템의 질적 향상을 도모할 수 있다.

의료특별자치연합의 기대효과로는 이미 「지방자치법」에 근거가 마련되어 신속한 구성과 실행이 가능하다는 점, 기존 지방자치단체 행정구역의 제약을 해소하고 광역 단위의 지역의료 서비스를 구축할 수 있다는 점이 있다. 또한, 지역 주민들이 필요한 의료기관을 방문하여 적절한 서비스를 받을 수 있는 구조로 전환함으로써, 지역 의료 서비스의 질적 향상을 기대할 수 있다. 이를 위해 향후 정책 과제로는 의료특별자치연합의 권한과 책임을 명확히 정의하기 위한 법제도 개편과, 구성 필요성에 대한 공감대 형성 및 시범사업을 통한 효과성 검증이 필요하다.

2) 지역 기반 환자중심 일차의료 개편 및 강화¹⁹⁾

현재 우리나라의 의료체계는 요양시설 병상보다 요양병원 병상이 훨씬

19) 이상일. (2024, 9월 2). [연구진 내부 발표자료]

이러한 상황에서 지역 기반 일차의료 강화는 다음과 같은 이유에서 필수적이다. 첫째, 현재의 단독 개원 중심(약 80%) 일차의료 체계로는 노인환자들에게 필요한 통합적 의료서비스 제공이 어렵다. 둘째, 노인환자들의 경우 만성질환, 기능저하, 복합질환 등에 대한 지속적 관리가 필요한데, 이는 지역사회 내 일차의료기관을 통해 가장 효과적으로 제공될 수 있다. 셋째, 의료-요양-돌봄의 연속성 확보를 위해서는 지역사회 자원의 효율적 연계가 필수적이다.

포괄적·지속적 서비스 제공을 위한 **지역기반 환자중심 일차의료 모형** 개발

<지역기반 환자중심 일차의료 모형>

```

graph LR
    A[4단계  
임상시험지원센터  
(국립중앙의료원)] --> B1[1단계  
단독의원·동계의료원]
    A --> B2[2단계  
그룹의원·지역의료원]
    A --> B3[3단계  
지역의료원]
    B1 --> C[의료체계  
개편]
    B2 --> C
    B3 --> C
    C --> D[의료기관  
환자중심]
    
```

1단계
단독의원·동계의료원

2단계
그룹의원·지역의료원

3단계
지역의료원

4단계
임상시험지원센터
(국립중앙의료원)

의료체계 개편

환자가 질병별 병원을 방문하는 형태에서
동계제 기반 보건의료 서비스 체계 정립

포괄적 서비스

질환·대상자 구분 없이 **모든 환자 대상**의
예방부터 돌봄 연계까지 포괄적 서비스 제공

팀 기반 환자중심

다직종 팀(의·간호사·사회복지사 등)의 환자
중심 통합 케어를 통한 합리적인 의료이용 유도

 서울대학교
국가미래전략원

지역 기반의 일차의료 강화가 필요한 이유는 다음과 같다. 첫째, 노인 환자들의 경우 의료기관 접근성이 중요한데, 이는 지역사회 내 일차의료기관을 통해 가장 효과적으로 보장될 수 있다. 환자가 병원을 방문하는 행태에서 등록제 기반으로 보건의료 서비스 체계가 정립될 수 있다. 둘째, 만성질환 관리와 예방적 건강관리는 환자의 생활환경과 지역사회 특성을 고려할 때 가장 효과적인데, 이는 지역 밀착형 일차의료를 통해 가능하다. 셋째, 의료-요양-돌봄의 통합적 제공은 지역사회 자원의 효율적 연계를 통해 이루어질 수 있다.

이를 위해 지역 특성에 맞는 팀 기반 일차의료 모델을 도입하고, 지역 주치의를 중심으로 한 케어 매니지먼트 체계를 구축해야 한다. 특히 노인환자의 경우, 건강 및 기능 상태, 선호도, 치료에 따른 이점과 위험을 종합적으로 고려한 맞춤형 진료가 필요하다. 이를 위해 '노인의료센터'나 '케어 플래너' 제도를 도입하여 노인 환자의 통합 관리를 담당하고, 다학제적 진료가 효율적으로 제공될 수 있는 체계를 마련해야 한다.

또한 지역사회 차원에서 지역사회 중심의 통합적 케어(Community Care) 모델을 도입하여, 노인의 주거, 건강의료, 요양 및 돌봄 서비스가 유기적으로 연계될 수 있도록 해야 한다. 이는 현재의 병원 중심 노인의료에서 지역사회 중심의 통합적 케어로의 전환을 의미하며, 이를 통해 의료비 절감과 케어의 질 향상을 동시에 달성할 수 있을 것이다. 이러한 지역 기반 일차의료 강화는 고령화 시대에 대응하는 지속가능한 의료체계 구축의 핵심 요소가 될 것이다.

3) 소결

지역 차원의 처방은 크게 지역의료의 정상화와 지역 기반 환자중심 일차의료 개편으로 구분할 수 있다. 우선 지역의료 정상화를 위해서는 '의료특별자치연합' 설립을 통한 새로운 거버넌스 체계 구축이 핵심이다. 이는 개별 지방자치단체의 행정구역을 넘어선 광역협력체계를 구축함으로써, 지역 내 보건·의료·돌봄 자원의 효율적 연계와 조정을 가능하게 할 것이다. 특히 의료특별자치연합은 지역 의료정책에 대한 자율권을 확대하여, 지역 특성에 맞는 의료전달체계를 구축하고 필수의료 인프라를 강화할 수 있다. 또한 지역 기반 일차의료 강화를 통해 현재의 비효율적인 의료이용 행태를 개선하고, 특히 노인환자를 위한 통합적 케어

체계를 구축할 수 있을 것이다. 이러한 지역 차원의 처방은 중앙집중적 의료체계의 한계를 극복하고, 지역 완결형 의료체계를 구축함으로써 의료서비스의 질적 향상과 지속가능성 확보에 기여할 것으로 기대된다.

3. 서비스 차원의 처방

1) 지속가능성을 높이기 위한 지불보상제도의 재설정

2000년 건강보험 통합 이후 우리나라 보건의료정책은 건강보험 중심으로 운영되어 왔으며, 보장성 강화가 핵심 과제로 다뤄져 왔다. 이로 인해 현행 건강보험 보상체계는 행위별 수가제(FFS)에 기반한 양적 보상에 치중되어, 서비스 제공량이 많은 기관이 유리하고 서비스량이 적은 곳은 보상이 부족한 구조적 문제가 발생하고 있다. 또한 매년 환산지수가 연례적·일률적으로 인상되면서, 특정 분야에 대한 집중적 재정 지원이 어려워지고 고수익 분야에 이익이 집중되는 보상 불균형이 심화되고 있다.

이러한 한계를 극복하기 위해서는 의료정책을 우선 설계하고 이에 맞는 보상체계를 구축하는 근본적 전환이 필요하다. 첫째, 인력 양성, 자원 관리, 기술 평가, 산업 육성, 지역 지원, 공중 보건 등 핵심 정책을 확립한 후, 이를 지원하는 보상체계를 마련해야 한다. 둘째, 필수의료와 지역의료 공백을 메우기 위한 공공정책수가를 도입하고, 수술과 처치 등 인상이 필요한 행위를 선별적으로 보상하는 방식으로 전환해야 한다. 셋째, 진료량 기반 보상에서 가치·성과 기반 보상으로 전환하여 필수의료와 질 높은 서비스를 제공하는 기관이 더 높은 보상을 받는 구조를 확립해야 한다. 마지막으로, 건강보험 재정의 지속가능성을 높이기 위해 현재의 양출제입 방식에서 벗어나 양입제출 구조로 전환하고, 국민과 국가가 감당할 수 있는 범위 내에서 효율적인 재정 관리를 수행할 수 있도록 사전예산제(Pre-budget)를 도입할 필요성도 제기된다.

2) 통합적 의료전달체계의 구축²⁰⁾

의료전달체계의 효율성과 통합성을 제고하기 위해서는 일차의료와 병원의료 간 효율적 역할분담이 핵심이다. 일차의료기관은 만성질환 관리, 예방접종, 건강검진 등 기본적인 의료서비스를 제공하고, 필요시 적절한 상급의료기관으로 의뢰하는 게이트키퍼 역할을 수행해야 한다. 이를 위해 일차의료 강화 정책과 함께 의료기관 종별 기능 재정립이 필요하다. 특히

20) 신현웅. (2024, 7월 30). [연구진 내부 발표자료]

동네의원을 중심으로 한 만성질환 관리 체계 구축, 예방적 건강관리 서비스 확대, 일차의료 질 평가체계 도입 등이 추진되어야 한다.

병원급 의료기관은 전문적 진료와 치료에 집중하되, 일차의료기관과의 긴밀한 협력을 통해 환자 정보를 공유하고 진료의 연속성을 보장해야 한다. 이를 위해 의료기관 간 진료정보 교류 시스템 구축, 협력병원 네트워크 강화, 의뢰-회송 체계의 실효성 제고가 필요하다. 또한 지역별 의료자원 분포와 의료수요를 고려한 의료기관 기능 특성화도 추진되어야 한다.

의료와 돌봄의 통합적 제공 기반도 강화되어야 한다. 특히 고령화 시대에 의료서비스와 요양서비스의 통합은 필수적이다. 의료기관과 요양시설 간 협력 네트워크를 구축하고, 환자 정보를 공유할 수 있는 플랫폼을 마련하여 원활한 서비스 연계가 이루어지도록 해야 한다. 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 모델을 개발하고, 보건소-의료기관-요양시설 간 협력체계를 구축하여 적절한 의료와 돌봄이 연속적으로 제공될 수 있도록 해야 한다. 재택의료와 방문간호 서비스를 확대하고, 퇴원 환자 연계체계를 강화하여 지역사회 중심의 통합적 케어 시스템을 구축해야 한다.

개선의 방향은 국민 중심의 시스템이 작동하도록 하는 것이다. 공급자 측면에서는 환자 한 명을 중심으로 필요한 예방, 치료, 재활, 요양이 연계되는 협력적 의료 체계를 구축하여 경쟁보다는 협력이 강조되는 구조로 변화해야 한다. 국민 측면에서는 자신이 원하는 의료기관이 아닌 실제로 필요한 의료기관을 방문하는 것이 현명한 선택이 되는 구조로 전환해야 한다. 이는 환자에게 필요한 공급자가 자연스럽게 연결되는 체계를 의미한다. 아래 그림은 기능과 수요에 기반한 의료 공급 체계 개편의 한 가지 대안을 제시하고 있다.²¹⁾



그림 21. 의료기관 기능 재정립 및 연계, 협력 강화

21) 신현웅. (2024, 7월 30). [연구진 내부 발표자료]

현재 상급종합병원과 그 외 병·의원으로 이원화되어 있는 의료 이용 체계를 개선하기 위해서는 의료기관의 진료 기능과 환자의 거주 지역을 반영하여, 환자의 중증도에 기반한 의료 이용 경로를 재정립하는 진료 방식과 절차의 개선이 필요하다. 의료 전달체계의 최상위에 위치한 상급종합병원의 개편을 위해서는 중증 수술 및 처치 등에 대한 수가를 인상할 필요성이 있으며, 의학 교육(의대 자율성 보장, 전공의 수련비용 부담)과 연구(미국 NIH(국립보건연구기관)식 연구 지원)에 대한 국가 차원의 지원이 요구된다. 또한, 지역 특화된 2차 병원 육성을 위해서는 지역별 의료 수요와 특성을 반영한 다양한 지역 특화 모델 개발이 필요하다. 예를 들어, 지역 필수 우수 병원, 외과 지역 거점 병원, 소아 전문 병원 등을 통한 특화 모델이 이에 해당한다. 아울러, 일차 의료기관의 본연의 기능인 진찰, 예방, 건강 관리, 진료 협력을 강화하기 위해서는 예방적이고 통합적인 일차 의료 혁신 모델을 개발하고, 이를 실현할 시범 사업의 시행이 필요하다.

3) 생애주기별 전담의사제도 시행

생애주기별 특성을 고려한 '건강지킴이(醫)' 또는 '동반의(同伴醫)' 제도의 도입이 필요하다. 이는 단순한 질병 치료를 넘어 예방-치료-관리가 통합된 포괄적 의료서비스를 제공하는 것을 목표로 한다. 영유아기에는 성장발달 모니터링과 예방접종 관리, 학령기에는 학교보건과 연계한 건강관리, 청년기에는 건강위험요인 관리와 생활습관 개선, 중장년기에는 만성질환 예방과 관리, 임산부에게는 임신·출산 전후 건강관리, 노인에게는 만성질환 관리와 노쇠 예방 등 생애주기별 맞춤형 의료서비스를 제공해야 한다.

전담의사는 단순히 질병 치료뿐만 아니라 건강 상담, 생활습관 개선 지도, 정신건강 관리 등을 포함한 전인적 케어를 제공해야 한다. 특히 만성질환 관리에서는 환자의 생활환경과 사회적 요인을 고려한 맞춤형 건강관리 계획을 수립하고 지속적으로 모니터링하는 것이 중요하다. 이를 위해 전담 의사에 대한 적절한 보상체계 마련, 전문인력 양성, 의료기관 간 협력체계 구축 등이 필요하다. 또한 환자-의사 간 신뢰관계 구축을 위한 제도적 지원과 함께, 디지털 기술을 활용한 건강관리 시스템 도입도 고려되어야 한다.

4) 의료서비스 접근성 제고를 위한 제도 혁신

디지털 헬스케어와 원격진료의 적극적 도입이 필요하다. 특히 의료 취약 지역 주민들의 의료 접근성 향상을 위해 원격진료 시스템을 구축하고,

AI 기반 건강관리 서비스를 확대해야 한다. 웨어러블 기기와 모바일 앱을 활용한 건강모니터링, AI 기반 질병 예측 및 진단 지원, 빅데이터 기반 맞춤형 건강관리 서비스 등 디지털 헬스케어의 활용 범위를 확대할 필요성이 있다. 또한 의료정보의 디지털화를 통해 의료기관 간 정보 공유를 원활하게 하고, 환자 중심의 통합적 의료서비스 제공이 가능하도록 해야 한다.

의약품 분류체계의 개선도 시급하다. 의약품 분류 주기를 정례화하고 단기화하여 시장 변화에 신속하게 대응할 수 있어야 한다. 안전상비의약품 판매 품목을 대폭 확대하여 국민의 의약품 접근성을 높이고, 의약품 분류체계를 현대화하여 소비자 편의성을 제고해야 한다. AI 기술 발전에 따른 일반의약품 재분류를 적극적으로 검토하여 의약품 사용의 효율성과 안전성을 제고해야 한다. 또한 비급여 관리 강화와 실손보험 제도 개선을 통해 의료비 부담을 줄이고, 의료서비스의 형평성을 높일 필요성이 제기된다.

5) 소결

우리나라 보건의료체계의 지속가능성을 높이기 위해서는 지불보상제도의 개선, 통합적 의료전달체계 구축, 생애주기별 전담의사제도 시행, 그리고 의료서비스 접근성 제고를 위한 제도 혁신이 유기적으로 연계되어야 한다. 특히 의료의 질과 효율성을 동시에 추구하면서, 예방중심의 의료체계로의 전환이 필요하다. 이를 위해서는 일차의료 강화, 의료기관 간 협력체계 구축, 의료-돌봄 통합 제공 등이 체계적으로 추진되어야 한다.

디지털 헬스케어와 원격진료의 도입, 의약품 분류체계 개선 등을 통해 의료서비스의 접근성과 편의성을 높이고, 생애주기별 맞춤형 의료서비스 제공으로 국민 건강증진에 기여해야 한다. 특히 의료 취약계층에 대한 지원 강화, 지역 간 의료격차 해소, 의료비 부담 경감 등을 통해 의료서비스의 형평성을 제고해야 한다. 또한 4차 산업혁명 시대에 맞춘 디지털 헬스케어 인프라 구축, 의료 빅데이터 활용 기반 마련, 의료 AI 도입 등 미래 의료환경 변화에도 적극 대응해야 한다.

이러한 통합적 접근을 통해 모든 국민이 양질의 의료서비스를 적시에 제공받을 수 있는 미래지향적 보건의료체계를 구축할 수 있을 것이다. 이는 단순히 의료서비스의 양적 확대를 넘어, 예방-치료-관리가 통합된 질 높은 의료서비스를 효율적으로 제공하는 것을 목표로 한다. 이를 위해서

는 정부, 의료계, 국민 모두의 협력과 참여가 필요하며, 장기적 관점에서의 제도 개선과 지속적인 투자가 이루어져야 할 것이다.

4. 개인/행위자 차원의 처방

개인 및 행위자 차원의 위기는 한국 의료의 다층적 위기를 구체적으로 표현하며, 동시에 구조적 문제를 심화하는 피드백 고리를 형성하고 있다. 이는 의료 부문 행위자 간 관계성의 문제를 개인 및 집단 수준에서 심화시키는 결과를 초래한다. 이러한 위기에 대한 처방은 세 가지 관점에서 접근할 수 있다. 첫째, 의료체계의 다층적 위기의 표현으로서 개인 및 행위자 차원의 위기는 그 자체로 개선되어야 할 현상이다. 둘째, 행위자의 행위가 의료체계의 구조적 문제에 영향을 미친다는 점에서 중요한 정책 개입 지점이 된다. 셋째, 행위자 간 관계성이 구조의 반영이지만, 궁극적으로 이들이 의료체계 개혁의 주체라는 점에서 적극적 고려가 필요하다.

1) 의료이용의 합리화를 위한 근거기반 의사결정 강화

의료서비스의 효율적 이용과 질적 향상을 위해서는 현명하게 선택하기 (Choosing Wisely) 운동의 확산이 필수적이다. 이는 불필요하거나 과도한 검사·치료를 줄이고 근거에 기반한 적절한 의료서비스를 선택하도록 유도하는 것을 목표로 한다. 특히 중증 환자에게 충분한 진료와 상담 시간을 보장하지 못하는 진료 환경을 개선하기 위해 의료 인력과 수가 측면의 개선이 필요하며, 심층진찰 시범사업과 같이 시간과 가치에 기반한 수가를 설계해야 한다.

공유 의사결정 모델의 도입을 통해 환자와 의료진이 함께 최선의 치료 방향을 설정할 수 있도록 해야 한다. 이는 진료 시간의 적절한 보장, 의사소통 도구의 개발과 활용, 그리고 환자의 의료정보 접근성 향상을 통해 실현될 수 있다. 불필요한 상급종합병원 중복 진료와 같이 사회 전체의 공유자원을 낭비하는 행위에 대해서는 적절한 재정적 역유인을 부과하는 것도 고려해야 한다.

표 8. 합리적 의료이용을 위한 패러다임 전환

현행		목표
Acute disease(급성질환)	→	Chronic disease(만성질환)
Disease oriented(질병중심)	→	Function oriented(기능 중심)
Fragmented care(분절적 치료)	→	Integrated care(통합적 치료)
Treatment, Cure(치료, 치유)	→	Prevention, Care(예방, 돌봄)
Hospital(의료기관)	→	Community(지역사회)

2) 의료서비스 접근성과 정보 제공의 체계화

의료서비스에 대한 환자의 이해도를 높이고 합리적인 의료이용을 촉진하기 위해서는 체계적인 환자 교육과 정보제공이 필수적이다. 특히 건강통계 이해력 향상을 위한 교육 프로그램을 통해 의료서비스의 가치와 위험, 불확실성에 대한 균형 잡힌 이해를 도모해야 한다. 외국의 연구결과처럼 학교 교육을 통해 검사법의 민감도, 특이도, 양성예측률에 대한 이해를 높이는 것도 필요하다고 판단된다.

의료기관과 보건당국은 신뢰할 수 있는 의료정보 제공 플랫폼을 구축하고, 지역별 의료기관의 진료 질과 환자 경험에 대한 객관적인 정보를 공개해야 한다. 특히 지방과 서울 상급종합병원 간의 질적 차이에 대한 정확한 정보를 제공하여, 환자들이 불필요한 의료쇼핑을 하지 않도록 해야 한다. 또한 과다·부적절한 의료 이용에 대한 본인 부담 차등화를 통해 의료이용의 효율성을 높여야 한다.

3) 의료서비스 제공 환경의 개선

양질의 의료서비스 제공을 위해서는 의료인력이 안정적이고 효율적으로 일할 수 있는 근무환경이 보장되어야 한다. 이는 단순한 근무조건 개선을 넘어 의사의 전문직업성과 환자의 사회연대성이 조화를 이루는 방향으로 나아가야 한다. 현재의 실손보험이 조장하는 의사유인수요와 환자의 도덕적 해이는 개업주의와 소비자주의의 부정적 표현이며, 이를 개선하기 위한 제도적 장치가 필요하다.

의료인의 전문성 개발을 위한 체계적인 교육·훈련 시스템 구축도 중요하다. 이는 최신 의료기술과 치료법에 대한 교육뿐만 아니라, 의사소통 능력 향상과 다학제적 협력을 위한 역량 개발을 포함해야 한다. 특히 디지털 헬스케어 시대에 대응할 수 있는 새로운 역량 개발이 필요하다.

4) 소결

의료체계의 지속가능한 발전을 위해서는 환자와 의료진 모두가 합리적인 의료서비스 제공과 이용의 주체가 되어야 한다. 그러나 이는 단순히 행위자들이 바람직한 의료체계 내에서 예상된 방식으로 행동할 것을 기대하는 것으로는 달성할 수 없다. 누가, 어떤 가치로 개혁을 추구할 것인가에 대한 근본적 질문과 함께, 의료체계 내 행위자들의 숙의와 협력에 기반한 개혁이 필요하다.

이러한 다차원적 접근을 통해 불필요한 의료이용을 줄이고, 필요한 의료 서비스에 대한 접근성은 높이며, 전반적인 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있을 것이다. 이는 단순한 비용 절감을 넘어 의료체계의 지속가능성을 확보하고 국민 건강 증진에 기여하는 토대가 될 것이며, 이를 위한 정치적 리더십이 절실히 요구된다.

5. 글로벌 차원의 처방

1) 기후위기 건강 적응 대책과 보건의료분야 탄소중립 강화

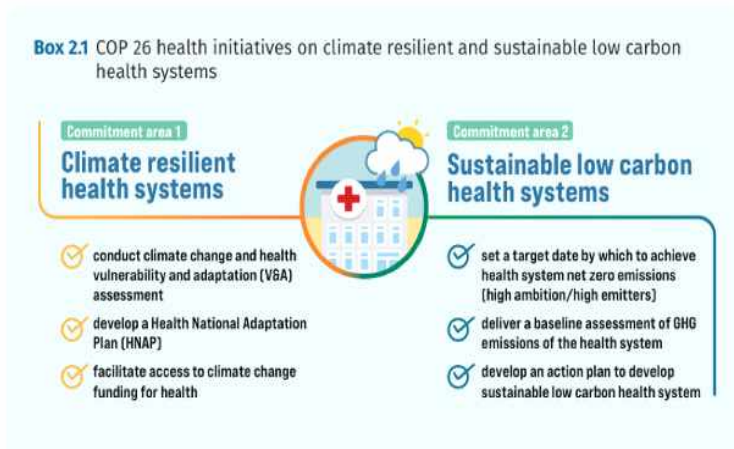


그림 22. 기후 회복력 및 지속 가능한 저탄소 보건의료체계

지구 온난화와 관련한 보건 분야의 주요 과제는 기후 변화에 대한 건강 적응(Adaptation) 정책과 보건의료 분야의 탄소 중립을 목표로 한 완화(Mitigation) 정책을 강화하는 것이다. 세계보건기구(WHO)는 인구 건강을 효과적으로 보호하기 위해 의료 시스템의 기후 회복력을 강화하고, 자체 탄소 발자국을 줄여야 하는 이중의 책임이 있다고 강조하였다.²²⁾

이러한 맥락에서 저탄소 의료시스템으로의 전환이 시급하다. 먼저, 의료 기관의 에너지 전환 및 효율화가 필요하다. 태양광, 지열 등 재생에너지 설비 도입을 확대하고, 고효율 의료장비와 에너지 관리 시스템을 도입하여 에너지 사용을 최적화해야 한다. 또한 의료폐기물 저감을 위해 일회용 의료용품 사용을 줄이고, 재사용 가능한 의료기구의 활용을 확대하며, 의료 폐기물의 분리수거와 재활용을 강화해야 한다.

22) World Health Organization. (2023). Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems.

나아가 의료기관의 친환경 건축과 운영, 지속가능한 의료용품 공급망 구축, 그리고 의료진과 환자의 환경인식 제고를 위한 교육도 필요하다. 이를 통해 보건의료 분야가 기후위기 대응의 선도적 역할을 수행하고, 지속가능한 의료서비스 제공 체계를 구축할 수 있을 것이다.

2) 기후 회복력 있는 보건의료시스템 구축

기후 변화로 인한 건강 위험에 효과적으로 대응하기 위해서는 기후 회복력²³⁾ 있는 보건의료시스템 구축이 필수적이다. 기후 회복 탄력성은 기후 위기와 위험, 스트레스에 대한 적응 및 회복 능력을 의미하며, 이는 예방(prevention), 대비(preparedness), 대응(response) 역량을 포함한다. 이러한 시스템 구축을 위해서는 기후 취약성 평가, 통합적 위험 모니터링, 조기 경보 체계 구축 등 포괄적인 접근이 필요하다.

한국은 현재 제3차 국가 기후변화 적응대책(2021-2024)과 질병관리청 중심의 기후보건 중장기계획(2024-2028)을 통해 체계적인 대응을 추진하고 있다. 주요 전략으로는 △기후-질병 경보 기능 강화, △국민 건강 보호를 위한 대비·대응 체계 구축, △민관 협력과 글로벌 네트워킹 확대, 그리고 △과학적 인프라 구축이 포함된다. 이러한 전략의 효과적 실행을 위해서는 기후보건 전문인력 양성, 부문 간 협력 강화, 그리고 취약계층 보호 프로그램 개발이 필수적이다.²⁴⁾

표 9. 기후보건 중장기계획 전략별 추진 과제

전략	추진과제
<전략1> 기후위기 선제적 감시로 기후-질병 경보기능 강화	1-1 폭염·한파대비 감시체계 고도화
	1-2 기후 관련 감염병 감시기능 강화
	1-3 기후변화에 따른 병원체 및 매개체 감시체계 강화
<전략2> 기후위기 대비·대응체계 강화로 국민 건강보호	2-1 기후보건 취약집단 건강보호
	2-2 이상기후 건강영향 대비체계 마련
	2-3 국외 질병 유행 모니터링 및 대응체계 강화
<전략3> 기후위기 대응 민·관협력 및 글로벌 네트워킹 강화	3-1 기후보건 적응을 위한 민·관협력 체계 강화
	3-2 기후위기 관련 감염병 및 보건분야 글로벌 네트워킹 강화
	3-3 기후보건 인식제고 교육 및 정보 플랫폼 구축

23) “기후 회복력”이란 사람이나 생태계가 특정 기후위기와 위험, 스트레스 등을 감당할 수 있는 능력 즉 기후위험으로부터 회복할 준비가 얼마나 잘 되어 있는지를 설명하는 개념

24) 질병관리청. (2024, 4월 4). 질병관리청, 기후보건 중장기계획(2024-2028) 수립. https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501010000&bid=0015&list_no=724946&cg_code=&act=view&nPage=4&newsField=202404.

전략	추진과제
<전략4> 기후보건 적응을 위한 과학적 인프라 구축	4-1 기후변화에 따른 건강취약성 분석 및 실태조사
	4-2 기후변화 건강대응 연구 및 인프라 구축
	4-3 기후보건영향평가 체계 및 활용성 강화

더불어 기후변화 건강 적응을 위한 제도적 기반 확립과 충분한 예산 확보도 중요하다. 세부 실행계획 수립 시에는 지역별, 인구집단별 특성을 고려한 맞춤형 접근이 필요하며, 특히 기후변화에 취약한 노인, 아동, 만성질환자 등에 대한 특별한 관리 방안이 마련되어야 한다. 이를 통해 기후변화로 인한 건강 피해를 최소화하고, 보건의료시스템의 지속가능성을 확보할 수 있을 것이다.

3) 지속가능한 탄소 중립 보건의료

보건의료 부문의 2050년 탄소 중립 달성을 위해서는 시스템 전반의 패러다임 전환이 필요하다. 이는 비용 기반에서 가치 기반 측정으로, 선형적에서 순환적 보건의료 경제로, 그리고 치료 중심에서 예방 중심 모형으로의 전환을 포함한다²⁵⁾. Health Care Without Harm(HCWH)이 제시한 'Global Road Map for Health Care Decarbonization'에서 강조한 것처럼, 보건의료 부문은 탈탄소화의 선도적 역할을 수행하여 사회 전반의 혁신을 이끌어내야 한다.

우리나라는 기후위기 대응을 위한 법적·정책적 기반을 꾸준히 마련해왔다. 2019년 <기후위기 대응을 위한 탄소중립 및 녹색성장 기본법> 제정을 시작으로, 2021년에는 2030년까지 온실가스 배출량을 2018년 대비 40% 감축하는 구체적인 목표를 설정하였다. 2023년에는 더 나아가 탄소중립·녹색성장 국가전략 및 제1차 국가 기본계획을 수립하여, 2050년 탄소중립 실현을 위한 종합적인 로드맵을 제시하였다. 이 계획은 에너지 전환, 산업, 건물, 수송, 농축수산, 폐기물, 수소, 탄소 흡수원, CCUS, 국제 감축 등 전 부문을 아우르는 감축 전략을 포함하고 있다.

그러나 이러한 정책적 노력에도 불구하고 실질적인 성과는 미흡한 실정이다. 2024년 Germanwatch가 발표한 기후변화대응지수(CCPi)에서 우리나라는 67개국 중 64위를 기록하며 하위권에 머물렀다. 특히 보건의료 분야의 경우 국가 전체 온실가스 배출량의 5.3%를 차지하여 세계 평균을 상회하고 있으며, 이는 시급한 개선이 필요한 영역임을 보여준다. 이러한 현실을

25) Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). Reducing healthcare carbon emissions (AHRQ Publication No. 22-M011).

극복하고 실효성 있는 탄소감축을 달성하기 위해서는 다음과 같이 보다 적극적이고 체계적인 접근이 요구된다.

표 10. 탄소 중립 달성을 위한 보건의료 시스템 패러다임 전환

현행		목표
Cost-based accounting (비용 기반 측정)	→	Value-based accounting (가치 기반 측정)
Linear healthcare economy (선형적 보건의료 경제)	→	Circular healthcare economy (순환적 보건의료 경제)
Curative models of care (치료 중심 모형)	→	Preventive models of care (예방 중심 모형)

첫째, "가치 기반 보건의료" 전환이다. 병원과 의료시스템은 불필요하고 낭비적인 의료서비스를 줄이고, 환자 가치와 환경적 지속가능성을 동시에 고려하는 가치 관리 전략을 추구해야 한다. 영국 NHS의 사례처럼, 세계 최초의 순 제로 분만 및 수술 시행, 무공해 구급차 도입 등 혁신적인 시도가 필요하다.

둘째, "순환적 보건의료 경제" 구축이다. 보건의료부문 온실가스 배출의 70% 이상이 공급망에서 발생하는 만큼, 제품과 서비스의 전주기에서 탄소배출을 고려한 지속가능한 조달 체계가 필요하다. 이는 의료기관의 에너지 효율 향상, 재생에너지 활용, 지속가능한 의료용품 조달 등을 포함한다.

셋째, "예방적 보건의료 모델"로의 전환이다. 에너지 집약적인 급성기 진료를 줄이기 위해 보건교육 강화, 의료 불평등 해소, 공중보건 인프라 확충이 요구된다. 이는 <기후위기 대응을 위한 탄소중립 및 녹색성장 기본법>의 취지와도 부합하며, 2030년까지의 40% 감축 목표 달성에도 기여할 것이다.

이를 바탕으로 고려한 보건의료 분야의 탄소중립을 위한 구체적인 실행방안은 다음과 같다. 첫째, 명확한 국가 단위의 목표 설정과 제도적 기반 구축이 필요하다. 최근 영국은 기후 변화가 심혈관 질환, 천식, 암 등을 유발하여 국민 건강의 핵심 토대를 약화시킬 수 있다는 인식을 바탕으로, 2022년 보건 및 의료법(Health and Care Act 2022)을 통해 NHS England와 모든 의료 관련 기관에 법정 배출량 및 환경 목표 달성을 위한 새로운 의무를 부여하고, 기후 변화에 대한 NHS의 강력한 대응의 중요성을 강조하였다. 또한, Delivering a 'Net Zero' National Health Service 전략을 발표하여

2040년까지 NHS가 직접 통제하는 배출량(Scope 1, 2)을 순 제로화하고, 2045년까지 NHS가 영향력을 미칠 수 있는 배출량(Scope 3)을 순 제로화하겠다는 목표를 제시하였다. 영국 NHS의 'Delivering a Net Zero' 전략을 벤치마킹하여, 직접 통제 가능한 배출량(Scope 1, 2)과 간접 배출량(Scope 3)에 대한 차별화된 감축 목표와 시간표를 구체적으로 수립할 필요가 있다. 특히 영국의 경우 보건 및 의료법(Health and Care Act 2022)을 통해 의료기관의 법정 배출량 달성 의무를 부여한 것처럼, 우리나라도 법적 구속력 있는 제도적 장치가 필요하다.

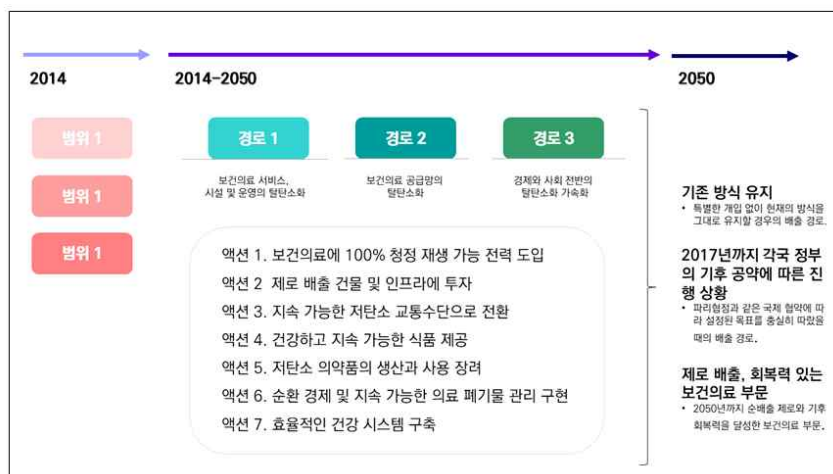


그림 23. 보건의료부문 탄소 제로 배출 경로와 핵심 행동

둘째, 보건 분야의 탄소 배출량 산정과 모니터링 체계를 구축하는 것이 필요하다. 보건 서비스의 생산, 전달, 소비, 폐기에 이르는 전 과정을 대상으로 국가 차원의 상향식(top-down) 평가 체계(국가온실가스정보센터)와 기관 별 정보를 바탕으로 한 하향식(bottom-up) 평가 체계를 구축해야 한다. 이와 함께 주기적인 모니터링과 감축 목표 설정이 필요하며, 이를 평가 과정에 적극 활용해야 한다.

셋째, 각 기관에서는 가칭 '지속가능 위원회' 또는 'ESG 경영위원회' 등의 추진 주체를 구성하고, 이에 기반한 구체적인 실행 계획을 수립하는 것이 중요하다. 넷째, 보건 분야 종사자의 인식 제고와 적극적인 참여를 촉진하기 위해 의사, 간호사 등 직종별 맞춤형 교육과 참여 프로그램이 마련되어야 한다. 다섯째, 기후 및 생태계 위기에 대응하기 위한 연구와 기술 개발이 필수적이다.

또한, 기후 변화 대응을 위한 법적 및 제도적 체계를 마련하는 것도 중요한 과제이다.²⁶⁾ 정책 이행 및 지원을 위한 충분한 예산이 확보되어야

하며, 보건 분야 탄소 배출량 산정과 관련한 법적 규정이 마련될 필요가 있다. 이를 위해 보건의료기관 및 시설의 자료 제출 의무화, 의료기관 평가인증 기준에 기후 관련 항목 추가 등이 검토될 만하다. 이러한 규제에 대한 경제적 인센티브로는 한시적 탄소 감축 수가 신설, 사업장 탄소 감축 성과에 따른 사용자 보험료 경감 등의 방안이 고려될 수 있다.

이러한 다차원적 접근을 통해, Health Care Without Harm(이하 HCWH)이 제시한 2050년까지의 순 배출 제로 달성이라는 국제적 목표에 부응하고, 나아가 보건의료 분야가 사회 전반의 탄소중립을 선도하는 역할을 수행할 수 있다. 특히 시스템 전반의 패러다임을 비용 기반에서 가치 기반으로, 선형적에서 순환적 경제로, 치료 중심에서 예방 중심으로 전환함으로써, 보다 지속가능한 보건의료 체계를 구축할 수 있다²⁷⁾

4) 신종감염병 위기 대비·대응 역량 강화

세계보건기구(WHO)는 COVID-19 팬데믹의 교훈을 바탕으로, 향후 호흡기 대유행에 대비하기 위한 핵심 요소들을 제시하였다²⁸⁾. WHO는 협업 감시(Collaborative Surveillance), 긴급 상황 조정(Emergency Coordination), 임상 역량 강화(Clinical Care), 대응 수단에 대한 접근성 확보(Access to Countermeasures), 지역사회 보호(Community Protection), 그리고 협력적 학습과 책임성(Collaborative Learning and Accountability)을 강조했으며, 9가지 주요 교훈을 도출했다.

표 11. COVID-19로부터 도출된
향후 호흡기 감염병 대 유행 대비를 위한 교훈

26) 하미나. (2024, 10월 15). [연구진 내부 발표자료]

27) Health Care Without Harm. (2021). Global Road Map for Health Care Decarbonization.

28) World Health Organization. (2023). Learnings from COVID-19 for future respiratory pathogen pandemic preparedness: a summary of the literature.

- Lesson 1: Strengthen surveillance and laboratory capacities (질병감시체계 및 검사실 역량 강화)
- Lesson 2: Reinforce operational capacities (실무적 대응역량 증진)
- Lesson 3: Build up robust clinical surge capacities (견고한 임상 대응 역량 구축)
- Lesson 4: Develop close partnerships between government and nongovernmental entities(정부기관-비정부기구 간 협력체계 구축)
- Lesson 5: Expedite development and authorization of emergency medical countermeasures (응급의료대응책의 개발 및 허가절차 신속화)
- Lesson 6: Investment in routine public health and primary care services (공중보건의료체계 및 일차의료서비스 기반 구축을 위한 투자)
- Lesson 7: Enact whole-of-society approaches (사회 전반적 접근 방식 도입)
- Lesson 8: Strengthening mechanisms for international cooperation and coordination (국제협력 및 공조체계 강화를 위한 기전 수립)
- Lesson 9: Learning from past successes and failures (선례의 성과 및 한계점 분석을 통한 학습)

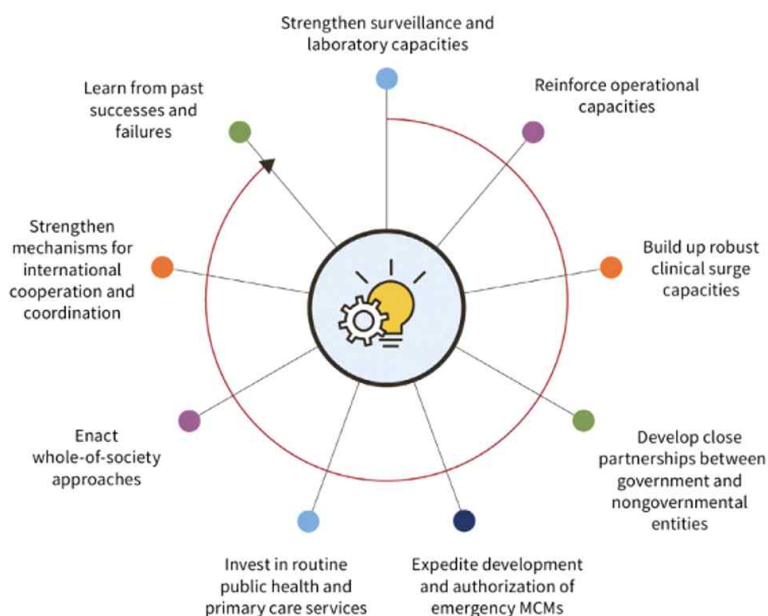


그림 24. COVID-19를 통해 얻은 교훈: 향후 팬데믹에 참고할 사항

WHO²⁹⁾는 또한 보건 비상사태 대비를 위한 다섯 가지 핵심 역량(The Five Cs)을 제시했다. 이는 협업적 감시 역량, 지역사회 보호 역량, 안전하고 확장 가능한 진료 역량, 대응 수단 접근성 역량, 긴급 조정 역량으로 구성된다.

첫째, 협업적 감시 역량(Collaborative Surveillance)으로, 이는 질병, 건강 위협, 취약성을 통합적으로 감시하고, 병원체와 유전체 감시를 위한 진단 및 실험실 역량을 확립하며, 위험 탐지와 평가를 수행할 수 있는 역량을

29) World Health Organization. (2023). Strengthening Health Emergency Prevention, Preparedness, Response and Resilience.

의미한다. 둘째, 지역사회 보호 역량(Community Protection)으로, 이는 지역사회의 참여를 높이고, 효과적인 위험 소통과 인포데믹 관리를 수행하며, 공중보건 조치와 사회·경제적 보호 등 다부문 조치를 강화하는 능력을 포함한다. 셋째, 안전하고 확장 가능한 진료 역량(Safe and Scalable Care)으로, 이는 비상 상황에서 확장 가능한 임상 역량을 갖추고, 의료 종사자와 환자의 안전을 보호하며 필수 의료 서비스를 지속할 수 있는 역량을 의미한다. 넷째, 대응 수단에 대한 접근성 역량(Access to Countermeasures)으로, 백신, 진단제, 치료제 등 주요 대응 수단에 대한 신속한 연구 및 개발, 충분한 제조 능력과 공급망 확보를 위한 역량을 포함한다. 다섯째, 긴급 조정 역량(Emergency Coordination)으로, 이는 보건 비상사태에 대비하여 갖추는 것을 목표로 한다.



그림 25. 보건 응급 상황의 예방, 대비, 대응 및 회복력을 위한 5대 핵심 역량

우리나라는 COVID-19 팬데믹 대응에 대한 평가를 바탕으로, 2023년 5월 관계 부처가 협력하여 신종감염병 대비 대응 중장기 계획을 발표하였다. 이 계획은 유행 초기 100일 이내 주요 대응 수단 확보, 일일 200만 명 확진자 대응 가능한 의료체계 구축, 취약 계층 보호를 통한 피해와 건강 격차 최소화를 목표로 5개 분야, 24개 과제, 79개 세부 과제를 포함한다.

비전	신속하고 협력적인 위기관리와 회복탄력적 대처로 감염병 위협으로부터 안전한 사회실현			
목표	◆ 유행 100일 이내 백신 등 주요 대응수단 확보 ◆ 확진자 100만명 발생 대응 가능한 대응체계 구축 ◆ 두터운 취약계층 보호로 위중증·사망 및 건강격차 최소화			
기본 원칙	근거기반 원칙	사전예방 원칙	위험비례 조치	전 사회적 협력
핵심 과제	[과제1] 감시 예방	□ 신·변종 감염병 예방 및 조기 감지 시스템 강화 ① 신·변종 감염병 통합 감시체계 구축 ② 종합상황실(EOC) 기능강화 및 위협평가 고도화 ③ 글로벌 보건 안보 선도를 위한 국제협력체계 강화		
	[과제2] 대비 대응	□ 신속한 대응 조치로 유행 확산 차단 ① 해외출입국 관리 및 인프라 고도화 ② 유행 병원체 조기 특정 및 충분한 진단역량 확보 ③ 대응전략 최적화 위한 초기사태 심층분석 및 유행예측 강화 ④ 초기대응 물자·장비 비축 및 효율적 관리체계 마련 ⑤ 신종감염병 대응 종합 현장훈련 실시 □ 대규모·장기 유행 대응의 지속가능성 확보 ⑥ 충분한 상시 대응 인력 확보 및 비상동원체계 정비 ⑦ 의료 대응 인프라 대폭 확충 및 전문치료체계 구축 ⑧ 백신·치료제 확보 및 체계적 접종·투약 방안 마련 ⑨ 사회대응 체계 정비 및 분야별 감염관리 수준 향상 ⑩ 감염취약 시설·집단 보호체계 강화		
	[과제3] 기반	□ 효과적 위기관리 및 전사회적 협력 대응 기반 조성 ① 위기관리 거버넌스 정비 및 조직 역량 강화 ② 안정적 대응 기반 마련 위한 법·제도 정비 ③ 전략적 위기소통 기반 강화 ④ 방역통합정보시스템 및 빅데이터 플랫폼 구축		
	[과제4] 회복	□ 감염병 위기 충격 완화와 조기 회복을 위한 자원체계 정비 ① 위기상황에도 견고한 취약계층대상 복지체계 정비 ② 경제적 피해 최소화를 위한 대상별·분야별 지원체계 확립 ③ 감염병 재난 트라우마로부터 국민 정신건강 회복 지원 ④ 공중보건위기에도 지속 가능한 의료시스템 확보		
	[과제5] 연구 개발	□ 대응 수단 개발 가속화를 위한 R&D 지원 혁신 ① 백신·치료제 신속개발 및 지원체계 강화 ② 신·변종 감염병 대응 R&D 지원체계 강화 ③ 위기대응 의료제품 신속공급 기반 마련		

그림 26 신종감염병 대비 대응 중장기 계획

신종 감염병 위기 시 대량 환자 발생에 대비하여 감염병 진료와 필수 의료 서비스를 동시에 유지할 수 있도록 대량 환자 대응 역량(Surge Capacity)을 확보하는 의료 대응 체계 구축이 필수적이다. COVID-19 팬데믹 동안 의료 대응에서 지적된 주요 문제점으로는 중앙 및 지자체 수준에서의 의료 대응 컨트롤타워의 미흡, 감염병 환자 의료 전달체계의 부족(예: 중증도에 따른 환자 분류, 병상·인력 등 자원 관리, 1차 의료기관 및 중소병원의 역할 제한), 환자 임상 정보 시스템 부재, 효율적이고 유연한 자원 관리 시스템 부족, 대량 환자 대응 역량의 한계, 중환자 병상과 전문 인력 부족, 응급·중증 환자와 분만, 투석, 영유아 등 특수 환자를 위한 필수 의료체계 미비로 인한 일반 진료의 부수적 피해(Collateral Damage) 등이 포함된다.

신종 감염병에 대비하고 대응하기 위해서는 중앙 및 지자체 수준의 의료 대응 컨트롤타워를 정비하고, 의료 자원 관리 시스템(인력, 병상, 시설·장비)을 구축하며, 감염병 및 필수 의료 전달체계를 개선(중앙-권역-지역, 중증/특수 진료체계)할 필요가 있다. 아울러, 임상 정보 시스템과 임상 연구 시스템 구축, 비대면 진료의 제도화, 감염병 환자 이송 체계 정비, 의료 전문 인력의 양성과 지원 방안 마련, 모든 의료기관의 감염 관리 역량 강화(감염병 검사, 진료, 격리 시설 확보, 감염 관리 전담 조직 및 전문 인력 양성, 전 의료인력에 대한 상시적·주기적 감염병 관리 교육 및 훈련)가 필요하다.

특히 고위험군 보호를 위해 요양병원, 요양원, 정신병원 등 취약계층 집단 생활 시설의 감염 관리를 강화해야 한다. 요양병원, 요양원, 정신병원 등 고령층과 만성질환자가 집단 생활하는 시설의 감염 관리를 강화하고, 시설별 감염 예방 관리 매뉴얼 작성, 감염 관리 담당자 지정, 종사자 교육 및 훈련, 시설 개선(환기, 격리 공간 구분 등) 및 감염 관리 수준의 인증과 평가 반영, 감염 관리 인력 및 물품 지원을 위한 적정 비용 보전(감염 관리료, 격리 병상 수가 등), 돌봄 인력의 안정적 관리 체계 마련이 필요하다.가 등), 돌봄 인력의 안정적 관리 체계 마련이 필요하다.

5) 소결

기후변화와 신종감염병의 위협이 심화되는 가운데, 보건의료체계의 지속 가능성 확보와 위기 대응 역량 강화가 시급한 과제로 대두되고 있다. 기후 위기 건강 대책 측면에서는, WHO가 강조한 바와 같이 의료시스템의 기후 회복력 강화와 탄소 발자국 저감이라는 이중의 책임이 요구된다.

기후변화로 인한 건강피해를 최소화하기 위해서는 우선, 기후변화로 인한 건강영향을 지속적, 체계적으로 감시하고, 취약집단을 확인하여 포괄적인 건강 적응 대책을 적극 추진하는 것이 필요하다. 또한 보건의료 부문의 2050년 탄소중립 달성을 위해서는 비용 기반에서 가치 기반 측정으로, 선형적에서 순환적 보건의료 경제로, 그리고 치료 중심에서 예방 중심 모형으로의 패러다임 전환이 필요하다. 구체적으로는 의료기관의 에너지 전환 및 효율화, 의료폐기물 저감, 친환경 건축과 운영 등을 통한 저탄소 의료시스템으로의 전환이 필수적이다.

신종 감염병 위기와 관련해서는 예방-대비-대응-회복의 전주기적 역량 강화가 중요하다. WHO가 제시한 다섯 가지 핵심 역량(협업적 감시, 지역사회 보호, 안전하고 확장 가능한 진료, 대응 수단 접근성, 긴급 조정)을 체계적으로 구축해야 한다. COVID-19의 교훈을 바탕으로, 의료 대응 컨트롤타워 정비, 의료자원 관리시스템 구축, 감염병 및 필수 의료 전달체계 개선이 시급하다.

이러한 복합적 위기에 효과적으로 대응하기 위해서는 국제협력 네트워크 구축이 필수적이다. 글로벌 보건위기에 대한 공동대응체계를 마련하고, 기후변화와 감염병 분야에서의 국제적 연대를 강화해야 한다. 이를 통해 국가 간 정보공유, 공동연구, 자원공유 등 실질적인 협력을 도모할 수 있을

것이다. 결론적으로, 기후위기와 신종감염병의 위협에 대응하기 위해서는 보건의료체계의 근본적인 변화가 요구된다. 이는 단순한 제도 개선을 넘어, 보건의료 전반의 패러다임 전환과 국제사회와의 긴밀한 협력을 통해 달성될 수 있을 것이다.

6. 기타 논의 사항: 의료자원 정책과 산업 혁신 방안

1) 의료자원 관리와 지속가능성 확보

최근 의료위기의 주요 원인 중 하나로 의료자원의 적정성 문제가 부각되고 있으며, 이는 병상, 의료장비, 의료인력을 포괄하는 통합적인 정책적 접근이 필요함을 시사한다. 특히, 의료인력에 대한 수요 추계는 단순한 현재 상황을 반영한 방식이 아닌, 미래의 의료환경 변화와 정책적 조정을 고려하는 신중한 접근이 필요하다. 이러한 맥락에서 병상, 장비, 인력의 배치 및 활용을 최적화하고, 지역별 의료수요에 적합한 정책적 조치를 마련하는 것이 핵심 과제로 떠오르고 있다.

의료자원 문제를 해결하기 위한 첫 단계는 수요 예측과 정책적 대응을 위한 근거 기반의 접근이다. 의료 인력의 경우, 공급이 증가하면 의료 이용량과 의료비용도 동반 증가할 가능성이 높기 때문에, 국민이 부담 가능한 수준 내에서의 건강보험 재정의 지속가능성을 고려하여 접근해야 한다. 이에 따라, 미래 의료환경, 정책 변동성, 지역적 특성을 포함한 다양한 요소들을 반영한 장기적·주기적 검토가 필수적이며, 이러한 과정은 의료 장비와 병상 자원에도 동일하게 적용되어야 한다.

의료자원의 적정 추계를 위해서는 몇 가지 핵심 원칙이 필요하다. 첫째, 의료자원 배분 및 수요 추계는 미래 의료기술의 발전과 환경 변화를 반영해야 하며, 특히 디지털 헬스케어 도입이 의료 현장에 미치는 영향을 고려해야 한다. 둘째, 의료 인력, 병상, 장비의 수요 예측은 데이터 기반의 과학적 접근과 정기적인 분석을 통해 이루어져야 한다. 셋째, 의료자원은 단순한 수적 충원이 아닌 의료 질과 효율성을 보장할 수 있도록 적절히 배치되어야 하며, 이는 기능 기반의 보상 체계와 연계되어야 한다.

지역 의료 격차 해소를 위해서는 차등적 자원 배분이 필요하다. 수도권 집중 현상을 고려하여 지역별 의료수요에 맞는 자원 배치가 이루어져야 하며, 지방자치단체의 권한과 책임을 강화하여 지역 특성에 맞는 의료자원

확보가 가능하도록 해야 한다. 이를 위해 독립적 정책연구기관을 설립하여 과학적이고 중립적인 분석을 수행하고, 다양한 이해관계자의 의견을 수렴하는 의사결정 구조를 마련해야 할 것이다.

2) 의료산업의 혁신과 경쟁력 강화

COVID-19 팬데믹을 통해 보건의료기술은 국가 성장의 원동력이자 보건 안보의 핵심으로 부상했다. 주요국들은 미국의 ARPA-H, 영국의 ARIA, 일본의 Moonshot, 독일의 SPRIN-D와 같은 혁신적 연구지원 기구를 설립하며 기술 주권 확보에 주력하고 있다. 특히 4차 산업혁명 시대에 발맞춰 보건의료 기술의 혁신이 가속화되고 있으며, 디지털 전환을 통한 신약 개발, 혁신적 의료기기 개발, 디지털 임상시험 등이 새로운 국면을 이끌고 있다.

한국의 보건의료는 제조업에서의 성공을 기반으로 급속한 발전을 이뤄왔다. 1950년대 이후 제약산업은 미국과의 기술 제휴를 통해 성장했으며, 의료기기 산업은 G7 의료공학기술 개발사업 이후 수출 주도형 산업으로 자리잡았다. 그러나 여전히 수입 의존도가 높고 기술집약적 분야에서는 취약성을 보이고 있어, R&D 투자 부족, 연구인프라 미흡, 복잡한 인허가 절차 등의 과제가 남아있다.

미래 대응을 위한 정책 방향 보건의료 분야의 지속적 발전을 위해서는 체계적인 접근이 필요하다. 우선 NIH와 같은 국가 차원의 연구개발 거버넌스를 구축하고, 의과학자 육성과 연구중심병원 지원을 통해 산학연 협력을 강화해야 한다. 또한 혁신 의료기술의 신속한 시장 진입을 위해 인허가 절차를 개선하고, 민관 협력 펀드 조성 및 해외진출 지원을 확대해야 한다. 더불어 고령화 사회에 대비한 의료 데이터 표준화, 비대면 진료, 재생의료 등 신기술 도입을 위한 규제 합리화도 추진되어야 할 것이다.

결론

대한민국 보건의료체계는 단기간에 세계적 수준의 의료 인프라와 기술을 확보하며 괄목할 만한 성장을 이루었으나, 현재 다양한 구조적 도전과제에 직면해 있다. 의료자원의 수도권 집중, 필수의료 붕괴 위험, 의료재정의 지속가능성 위협, 기후위기와 신종감염병의 위험 등 복합적 위기가 심화되는 상황에서, 단순한 대증적 처방이 아닌 근본적이고 포괄적인 의료개혁이 시급하다.

특히 거버넌스, 지역, 서비스, 개인 및 행위자, 글로벌 차원의 통합적 접근이 필요하며, 각 차원에서 식별된 문제들은 상호 연관되어 있어 체계적인 해결 방안이 요구된다. 거버넌스 측면에서는 하향식 의료정책에서 벗어나 포괄적 의료정책으로의 전환과 함께 중앙-지방-민간 협력체계 구축이 필요하다. 지역 차원에서는 의료특별자치연합 설립을 통한 자율적 의료 거버넌스 확립과 지역 특성에 맞는 의료자원 배분이 이루어져야 한다.

서비스 측면에서는 치료 중심의 분절적 의료서비스를 넘어 생애주기별 전담의사제도 도입, 가치기반 보상체계로의 전환, 디지털 헬스케어 활성화가 추진되어야 한다. 개인 및 행위자 차원에서는 의료진과 환자 간 신뢰 회복을 위한 공유의사결정 모델 도입과 의료인력의 전문성 개발 지원이 강화되어야 한다. 글로벌 차원에서는 기후위기 대응과 신종감염병 대비를 위한 국제협력 네트워크 구축이 필수적이다.

이러한 개혁의 성공적 추진을 위해서는 시급성과 실현가능성을 고려한 단계적 접근이 필요하다. 단기/중기/장기 과제를 명확히 구분하고 체계적인 이행전략을 수립해야 하며, 각 단계별 성과지표와 평가체계를 통해 개혁의 실효성을 확보해야 한다. 특히 이해관계자 간 사회적 합의 도출이 핵심적이므로, 각계각층이 참여하는 협의체를 통한 지속적 소통과 조정이 이루어져야 한다.

마지막으로, 이러한 개혁을 뒷받침하기 위한 법적·제도적 기반 마련이 시급하며, 독립 정책연구기관 설립을 통해 의료개혁의 지속적 모니터링과 성과 평가가 이루어져야 한다. 이를 통해 환경 변화에 유연하게 대응할 수 있는 동태적 개혁 추진체계를 확립함으로써, 국민의 건강권을 보장하고 의료의 공공성과 혁신성이 조화를 이루는 지속가능한 보건의료체계를 실현할 수 있을 것이다. 이는 단순한 의료서비스 제공을 넘어, 모든 국민이 건강하고 안전한 삶을 영위할 수 있는 포용적 의료체계로의 진화를 의미하며, 미래 세대를 위한 우리의 책무이자 약속이 될 것이다.

참고문헌

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). Reducing healthcare carbon emissions (AHRQ Publication No. 22-M011).
- Auerbach, D. I., Buerhaus, P. I., & Staiger, D. O. (2017). How fast will the registered nurse workforce grow through 2030? Projections in nine regions of the country. *Nursing Outlook*, 65(1), 116-122.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.07.004>
- Buchan, J., Charlesworth, A., Gershlick, B., & Seccombe, I. (2019). A critical moment: NHS staffing trends, retention and attrition. The Health Foundation.
- Cangiarella, J., Fancher, T., Jones, B., Dodson, L., Leong, S. L., Hunsaker, M., Pallay, R., Whyte, R., Holthouser, A., & Abramson, S. B. (2017). Three-year MD programs: Perspectives from the Consortium of Accelerated Medical Pathway Programs (CAMPP). *Academic Medicine*, 92(4), 483-490.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001465>.
- Dusheiko, M., Gravelle, H., Martin, S., Rice, N., & Smith, P. (2011). Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care. *Journal of Health Economics*, 30(5), 919-932.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.08.001>.
- Health Care Without Harm & Arup. (2019). Health care's climate footprint.
- Health Care Without Harm. (2021). Global road map for health care decarbonization.
- Health Resources and Services Administration. (2023). Shortage designation.
<https://bhwh.hrsa.gov/workforce-shortage-areas/shortage-designation>
- Matsumoto, M., Inoue, K., Kajii, E., & Takeuchi, K. (2010). Retention of physicians in rural Japan: concerted efforts of the government, prefectures, municipalities and medical schools. *Rural and Remote Health*, 10(2), 1432.
- Morens, D. M., Breman, J. G., Calisher, C. H., Doherty, P. C., Hahn, B. H., Keusch, G. T., Kramer, L. D., LeDuc, J. W., Monath, T. P., & Taubenberger, J. K. (2020). Emerging pandemic diseases: How we got to COVID-19. *Cell*, 182(5),

- 1077-1092. <https://doi.org/10.1016/j>
- NHS England. (2020). Delivering a 'Net Zero' National Health Service.
- OECD. (2024). OECD 보건의료통계 2024.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). OECD health statistics 2019.
- Quaye, R. K. (2016). Assessing the role of GPs in Nordic health care systems. *Leadership in Health Services*, 29(2), 122-135. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2015-0036>.
- Strasser, R., & Neusy, A. J. (2010). Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(10), 777-782. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.072462>
- World Economic Forum. (2023). The global risks report 2023 (18th ed.).
- World Health Organization. (2023). Learnings from COVID-19 for future respiratory pathogen pandemic preparedness: A summary of the literature.
- World Health Organization. (2023). Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems.
- World Health Organization. (2023). Strengthening Health Emergency Prevention, Preparedness, Response and Resilience.
- 구혜경. (2024). 일본의 의대 정원 증가와 지역 정원제. *국회도서관*, 2024(7), 1-7.
- 금창호. (2018). 광연연합제도의 도입방안 연구. 한국행정연구원.
- 금창호, 권오철, 박재희, 전대욱, 최인수, 최지민. (2021). 동남권 특별 지방자치단체 설치방안 연구. 한국지방행정연구원.
- 김계현, & 김진숙. (2024). [해외의료정책 동향] 미국CMS, 농촌 등 지역 의료문제 해결을 위한 프레임워크 외. 의료정책포럼, 22(1), 73-77.
- 김정현, & 남혜진. (2023). 노인 돌봄 분야 외국인력 도입에 대한 관점: 대만과 일본 사례연구. *한국노년학연구*, 32(3), 247-264.
- 매일경제. (2024, 3월 18). 의료 선진국이라더니 빛 좋은 개살구였네... '주80시간' 전공의 빠지면 대학병원 휘청. <https://www.mk.co.kr/news/society/10967685>.
- 박지은. (2017). 한국·미국·호주의 의료취약지 인센티브제도 비교 분석. *의료정책포럼*, 14(4), 71-77.
- 서울경제. (2024, 9월 26). [전진숙 의원실 자료].
- 서울의대-서울대병원 교수협의회 비상대책위원회. (2024). 의료개혁 국민이 말하다 -국민이 원하는 개선된 우리나라 의료서비스 모습 시민 공모-

신현웅. (2024, 7월 30). [연구진 내부 발표자료].

윤영근, 염지선, 함종석, 황하, 채종헌, 김황열, & 문수정. (2022). 인구 감소 지역의 특별지방자치단체 기관설계 방안. 한국행정연구원.

이상일. (2024, 9월 2). [연구진 내부 발표자료].

임슬기. (2024). 의료개혁과 비상진료대책을 반영한 건강보험 재정전망. 국회예산정책처 나보포커스 제84호.

제1차 기후보건 영향평가 보고서, 질병관리청

조명래, 송동수, 윤종원, 김정인, & 이소라. (2022). 기후변화와 탄소중립. 한울 아카데미.

조선일보. (2024, 10월 14). [서명옥 국민의힘 의원실 자료].

질병관리청. (2024). 제1차 기후보건 영향평가 보고서.

질병관리청. 질병관리청. (2024, 4월 4). 질병관리청, 기후보건 중장기계획(2024-2028) 수립.
https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501010000&bid=0015&list_no=724946&cg_code=&act=view&nPage=4&newsField=202404.

통계청. (2024, 1월 18). 향후 고령인구에 대한 전망은?
https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10502020100&bid=3207&act=view&list_no=161820&nPage=1

하미나. (2024, 10월 16). [연구진 내부 발표자료].

한국은행. (2024, 12월 19). 우리 경제의 잠재성장률과 향후 전망 보고서.

한국지방행정연구원. (1992). 일본의 지방자치단체.

부록

I. 국민이 원하는 의료³⁰⁾

서울의대-서울대병원 교수협의회 비상대책위원회에서 공모한 ‘국민과 환자가 원하는 개선된 우리나라 의료서비스의 모습’의 공모작들을 통해 국민들이 의료 시스템에서 공통적으로 원하는 내용을 확인할 수 있었다. 본 장에서는 해당 내용을 요약한 내용을 제시하고자 한다. 향후 의료개혁을 시행할 때, 이를 반영하여 합리적인 판단이 시행되기를 기대한다.

1. 나와 나의 질병을 잘 아는 의료진과의 충분한 소통시간

오랜 시간 진료대기 후 1분 남짓의 짧은 시간에 환자가 자신의 현재 상황을 설명하고, 향후 치료의 방향에 대해 충분한 설명을 듣는 것은 거의 불가능에 가깝다는 의견이 많았다. 의사와 환자 사이에 충분한 소통이 이루어질 수 있는 시스템 구축에 대한 필요성이 제기되었다. 이를 확장하여, 병원에 가도 내가 누군지 모르는 사람과 이야기하는 것이 아닌 병원에 들어간 순간부터 나를 알고, 차트를 보지 않고도 나의 질병을 잘 알고 있는 사람이 나의 의사였으면 좋겠다, 나와 나의 질병을 잘 아는 전문가와의 대화가 우리의 보건의료 시스템 내에서 당연하게 이루어졌으면 좋겠다는 의견이 많았다.

2. 주치의제도의 시행

주치의를 원하는 국민들은 주치의를 선택하고, 등록한 주치의(팀, 의료기관)로부터 좋은 의료서비스를 제공받고 싶다고 요구하는 의견이 많았다. 나와 나의 질병을 잘 아는 의료진, 그 관계가 더 발전하고 그 요소들이

30) 서울의대-서울대병원 교수협의회 비상대책위원회. (2024). 의료개혁 국민이 말하다 -국민이 원하는 개선된 우리나라 의료서비스 모습 시민 공모-

주치의 제도로 체계화 되기를 바라는 것이다. 물론 선택의 자유가 있는 현 제도를 선호하는 사람들도 있지만, 주치의 선택이 가능해서 주치의와 환자 관계의 새로운 정립을 원했다. 또한, 주치의를 원하는 경우 주치의 한명을 원하기 보다는 다학제 팀으로 구성된 경우를 선호했다. 본인의 질병을 치료하기 위한 여러과의 의사, 그리고 의사가 아닌 전문가(예를 들어 간호사, 영양사, 운동처방사 등)들이 함께 하는 팀이 본인을 담당하여 의료의 질 향상을 높여주기를 원했다.

3. 1차 의료의 강화와 사전예방

1차 의료 영역에 발전에 중점을 둔 정책을 우선시 해야한다는 목소리가 높았다. 질병이 발생하기 전에 사전 조치를 취할 수 있는 의료시스템을 갖추는 것이 중요하다는 것을 강조하였다. 수술이나 약으로 치료할 수 있는 부분도 있지만, 주치의 선생님이 건강검진 등을 바탕으로 사전에 건강관리를 해주면 좋겠다는 의견이 많았다. 그래서 병원이 아픈 사람만 가는 곳이 아니라, 미래에 아프고 싶지 않은 사람들을 위한 곳이기도 한 곳이 되기를 바랐다.

또한 예방조치와 정기적인 건강검진에 대한 인센티브를 마련하여 질병예방 및 건강관리에 초점을 맞추어 환자가 질병에 걸리기 이전에 조기에 예방할 수 있는 시스템을 구축하고, 전반적인 의료비 절감, 건강 증진에도 기여할 수 있는 선순환 구조를 만드는 것을 기대했다.

4. 의료전달체계의 개선

1차, 2차, 3차 의료기관의 역할이 구분되고 강화될 때 효율성과 업무 능력이 향상될 것이라는 의견이 많았다. 현재 의료체계에서는 경증 환자들이 상급 종합병원의 의료서비스를 선택할 수 있지만, 3차 병원의 진료가 반드시 필요한 환자를 위해 이를 양보해야 한다는 의견을 많은 국민이 제시하였다. 많은 국민들은 내가 3차 병원을 감으로써 생명을 다투는 사람의 치료 기회를 빼앗지 않아야 한다고 언급하였다. 현재의 의료시스템은 나로 인해 치료의 우선순위가 시급한 사람들이 치료를 받지 못하게 되는 치명적인 단점이 존재한다고 진단했고, 그래서 개선이 필요하다고 판단하였다.

가벼운 증상은 가까운 의원을 찾고, 중증이 의심되는 경우 2차 혹은 3차 의료기관을 활용해야 지금보다 더 나은 의료 서비스와 충분한 시간이 보장된 진료 서비스를 제공받을 수 있다고 생각한다. 의견을 제시하였다. 1차 의료기관을 통해 제공받을 수 있는 진료는 1차 의료기관에서 받고, 3차 의료기관에서 받아야 하는 진료는 1차 의료기관의 전문가가 3차 의료기관의 전문가와 소통하여 3차 의료기관에 방문했을 때 효율적으로 진료를 받을 수 있도록 제도가 개선되기를 바라고 있다. 지금은 이런 협력이 드물지만, 향후 의료 시스템에서는 이러한 점이 개선되기를 희망하고 있다.

5. 의무기록 소통 시스템 구축

의사를 방문했을 때, 짧은 시간 내에 많은 이야기를 나누는 것에는 한계가 있으므로 의료기관 간 의무기록이 소통될 수 있는 시스템이 구축되면 좋겠다는 의견이 제시되었다. 중증 환자의 경우 중복된 검사를 하나라도 피할 수 있다면 좋겠다는 의견이 있었고, 다른 병원에서 진료를 보더라도 통합된 의무기록 차트를 이용할 수 있도록 하거나, 온라인으로 차트를 다른 의료기관으로 전송할 수 있도록 하는 시스템을 만들기를 희망했다.

6. 지역의료의 질 향상

지역의료의 붕괴되는 현상을 개선하기 위해서는 적극적으로 지역에 보건의료 자원을 투자해야 한다는 의견이 많았다. 지방소멸이 현실로 다가오는 상황에서, 지방에서 병원을 운영하기 위해서는 장래 인구 추계등을 고려하여 지속가능하고 현실적인 운영 방안을 고민해야한다는 의견이 있었다.

7. 비대면 진료, 재택의료, AI

꼭 필요한 경우에는 비대면 진료를 할 수 있게 허용하는 것이 필요하다고 생각하는 국민들이 많았다. 또한 급속한 고령화와 1인가구 증가 등 환경적인 요인 변화를 고려할 때, 재택의료서비스의 필요성은 더욱 커질 것으로 예상하였으며, 인공지능이 의사를 대체하지는 못하겠지만 의사의 업무량을 줄이는 데는 크게 기여할 것이라고 예측하였다.

II. 보건복지부 [의료개혁추진단] 보도자료

번호	등록일자	제목	분과	내용 정리 및 요약
1	2024-05-10	상급종합병원 체질 개선, 수가 혁신 등 의료개혁논의 박차	전체	제2차 의료개혁특별위원회 우선 개혁과제 검토 방향 - (수가)중증필수 분야 수가 개선항목 구체화 및 집중 인상, 기능성과 중심 보상체계 강화 - (전달체계)의료기관 기능 재정립, 지역분야별 우수거점병원 육성, 일차의료 혁신 - (수련)국가 수련교육계획 수립, 수련비용 국가지원, 일차의료~대학병원 포괄 공동수련 활성화 - (의료사고)의료사고처리특례법(안) 쟁점 검토, 의료분쟁 조정제도 혁신, 보험공제 개선 - 개별 개혁과제를 넘어서 상급종합병원 체질 개선을 위한 전문의 중심병원 전환 방안 등 전달체계수가수련 연계 융합형 개혁과제 추진 검토
2	2024-05-12	상급종합병원-협력의료기관 간 네트워크 수련체계 다양한 경험 통해 진료역량 갖춘 의사 양성	의료인력	- 네트워크 수련체계는 전공의가 상급종합병원과 협력 병·의원 간의 네트워크 안에서 다양한 진료환경을 경험할 수 있는 프로그램을 선택할 수 있는 기회를 열어주려는 취지로, 의원급 의료기관에 전공의를 전속 배치하는 것은 아니며, 향후 진료과별 특성에 적합한 네트워크 수련체계의 프로그램 구성 등 제도 설계는 의학회, 병원계 등과 충분히 논의하고, 의료개혁특위에서 구체화할 계획 - 네트워크 수련체계는 전공의 의존도를 낮추면서 전문의 중심으로 운영해서 진료 성과를 높이고, 전공의 교육에 집중할 수 있도록 하고,전공의에게는 상급종합병원에서 수련하면서도 종합병원이나 1차 의료기관에서의 수련할 수 있는 기회가 제공되며, 환자에게 전문과목별 특성에 맞는 보다 질 좋은 의료서비스를 제공하는 전문의를 양성할 수 있음 - 외국에서도 전공의가 소속 수련병원 이외에 다양한 협력병원에서 수련받을 수 있는 기회를 제공함. 일본과 영국은 소속 수련병원 외에 협력병원(지역사회 의원, 2차 병원, 공공의료기관 등)에서 일정 기간 수련받도록 하고 있으며, 미국은 일부 전문과목(내과, 소아과 등)의 일차의료 특화 수련프로그램에 일정 기간 의원급 협력기관 수련을 포함할 수 있음 - 이러한 네트워크 수련체계는 향후 특위와 전문위원회에서 심도 있는 논의를 거쳐 현장에 적합한 구체적인 방안을 모색할 계획이며, 이에 수반되는 법령 개정, 지원방안 등도 함께 검토하여 단계적으로 제도화할 계획

3	2024-05-23	필수의료 보상 강화 사회적 논의 박차	전달체계 필수의료 의료사고	전달체계·지역의료 전문위원회(1차) - 1차-2차-3차 의료기관 간 명확한 역할 분담과 전달체계 정립을 위한 다양한 정책 수단을 논의하고, 상급종합병원이 전공의에 대한 근로 의존도를 낮추고, 경증·외래·검사를 대폭 줄이면서, 중증환자에 집중하더라도 운영이 가능한 「전문의 중심병원」으로의 구체적 전환방안도 조속한 시일 내에 마련하기로 함 필수의료·공정보상 전문위원회(1차) - 필수의료 수가·보장성 개선 로드맵 수립을 위한 우선순위 선정기준과 검토 원칙 등에 대한 다양한 의견을 나누는 한편, 중증·필수의료 수가 개선을 위한 체계적인 논의구조를 마련하고, 의료비용 분석 조사 결과를 기반으로 저평가 된 분야 등 보상이 시급한 분야를 기획 보상하는 방안에 대해서도 논의함. - 아울러, 현행 행위별 수가제도가 의료기관으로 하여금 진료량에 치중한 의료 공급을 하도록 유인하여 의료전달체계 왜곡을 초래했다는 문제를 공유하며, 의료기관이 종별 기능에 적합한 진료를 하기 위한 기능 중심 보상체계 개편방안을 논의함. - 특히, 상급종합병원이 전문의 중심병원으로 전환하기 위해 필요한 보상 개편 방안을 구체화하기로 함 중증·필수의료 보상과 함께, 보다 근본적인 지불제도의 개편과 실손보험 개선, 비급여 관리방안에 대해서도 개혁방안을 마련하기로 함. - 필수의료에 대한 보상체계 개선을 논의하고, 특히 주로 건강보험 재정이 논의의 대상이 되는 만큼, 수요자와 공급자 입장이 균형 있게 반영될 수 있도록 특위 위원 중 수요자 입장을 대변할 수 있는 전문가와 의료계가 추천한 전문가가 공동위원장을 맡아 논의를 이끌어가기로 함 의료사고 안전망 전문위원회(1차) - 의료사고처리 특례법 제정안을 포함한 의료사고안전망 구축 과제를 공유하고, 의료인의 최선을 다한 진료에 대한 민형사상 부담 완화와 특례 적용의 전제로서 두터운 환자 권익보장 및 실효적 권리구제 방안을 균형 있게 마련하기 위한 전문위 검토 방향을 논의함
4	2024-05-24	‘전공의 주(週)당 근로시간 단축’ 등 수련·인력정책 본격 논의 시작	의료인력	의료인력 전문위원회(1차) - 전공의 업무부담 완화(전공의 연속 근로시간(현 36시간) 단축 방안, 주당 근로시간(현 80시간) 단계적 축소 방안 등) - 전공의 수련의 질 개선(현행 전공의 수련체계 개편, 교육 내실화 방안, 전공의가 진료에 맞춰 다양한 경험을 할 수 있도록 네트워크 수련 등 프로그램 내실화 방안, 지역·필수의료 관련 교육 강화 방안 등), 전공의 수련비용 국가투자 강화(전공의 수련에 대한 국가 역할 강화, 질 높은 수련에 드는 충분한 비용 보상 방안 등) - 의학 교육의 질 개선(교육 여건 개선을 위한 지원 방안 등(의학교육 선진화 방안)) 등 과제에 대해 전문위원회에서 중점적으로 검토·논의하기로 했으며, 이외에도 추가 논의가 필요한 과제가 제기될 경우 논의과제에 포함하여 유연하게 논의할 계획

5	2024-05-28	전문의 중심병원 등 상급종합병원 운영 혁신 논의 본격화	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(2차) - 개혁과제를 본격적으로 구체화하기 위해 큰 틀의 의료전달체계 개편 방향과 전문의 중심병원 전환 지원사업 추진방안, 상급종합병원 관점에서 전문의 중심병원 전환 모델을 안건으로 선정하여 논의함 - 현재의 비상진료체계를 의료정상화로 연계하는 것이 무엇보다 중요하고 시급한 과제로, 상급종합병원이 진료량을 늘리기보다 중증진료에 집중하고, 숙련된 인력에 투자를 강화하며, 전공의 근로 의존도를 낮추는 방안을 마련해야 한다는 데 의견을 모음 - 특히, 지금의 비상진료체계 운영 경험을 바탕으로, 전문의 중심병원 전환 등 상급종합병원 운영 혁신방안을 마련하고, 단계적으로 의료공급·이용체계를 안착시키는 로드맵을 마련하기로 함
6	2024-05-30	환자와 의료인 모두가 신뢰하는 의료사고 분쟁 조정 제도 만든다	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(2차) - 의료사고 접수상담, 조사감정, 조정중재 등 분쟁 조정 전(全) 단계에 걸친 제도 개선 사항을 검토하고, 분쟁 해결의 근거를 마련하는 의료사고 감정 시스템의 객관성신뢰성 제고 방안도 집중적으로 논의함 - 특히, 환자·소비자가 추천하는 감정위원 참여 확대, 추가·보완 감정 운영 방안, 전문 상담 체계 구축 등 환자와 의료인 모두가 납득할 수 있는 감정 체계 마련을 위한 위원들 간 구체적인 논의가 진행되었으며, 공신력 강화를 위한 의료사고 감정 및 조정중재 혁신방안 등에 대해 논의함
7	2024-06-05	필수의료 중점 지원을 위한 보상체계 개편 논의 본격화	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(2차) - 상급종합병원 운영혁신을 위한 보상체계 개편 방향(진료량 늘리기보다 중증 진료에 집중, 숙련된 인력 중심으로 운영하며 전공의에게 질 높은 교육 제공 등) - 필수의료 중점 투자 분야(중점 지원이 필요한 필수의료 분야를 선정하기 위한 기준과 원칙, 우선순위를 논의, 전문과목 중심의 접근에서 생명과 직결된 신체 기관에 대한 치료를 중심으로 접근하는 방식으로 전환 등)에 대해 논의 - 의료개혁특위와 전문위에서 추가적인 논의를 거쳐 앞으로 필수의료 강화를 위한 우선순위에 대한 원칙과 기준을 마련하고, 수가 결정구조 개편 등 구조적 개혁방안도 논의해 나가기로 함
8	2024-06-07	미래 의료수요 변화에 대응하기 위한의료 인력 수급 추계 및 조정 기전 논의	의료인력	의료인력 전문위원회(2차) - 인력 수급 추계·조정 기전 마련 방안(보건의료인력 수급 추계 방안과 함께 추계결과를 정책 결정에 반영하기 위한 기전과 거버넌스에 대해 논의), 전문의 중심병원과 인력정책, 의대교육 선진화 방안 추진 방향에 대해 논의함
9	2024-06-13	의료 공급·이용체계 개편 방향 논의 상급종합병원 운영 혁신방안 밀그림 검토	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(3차) - 「의료 공급·이용체계 개편 방향」과 상급종합병원 운영 혁신방안의 기준과 보상구조 등을 집중적으로 검토함
10	2024-06-14	신뢰 기반 전주기 환자 권리구제 방안 논의 본격화	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(3차) - 의료사고 감정·조정제도의 혁신 방향, 의료사고 발생 시 환자에 대한 위로, 설명 등 의료진·환자 간 신뢰형성 방안, '의료사고처리 특례법'의 전제로서 입증책임 부담 완화 등 선결 과제 검토 방향을 논의
11	2024-06-17	의료인력 수급 추계·조정 논의기구 본격 검토	의료인력	의료인력 전문위원회(3차) - 인력 수급 추계·조정 기전 마련 방안, 수련체계 개편 및 지원방안에 대해 논의(전공의 연속근무 단축 시범사업(2024.5월~)) - 수련수당 지급 확대, 임상교육훈련센터 건립 등 정책 현황을 살펴보고, 양질의 수련을 위한 수련체계 개편과 정부의 지원 강화 필요성에 대한 논의)

12	2024-06-19	필수의료 중점 투자 원칙 본격 검토	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(3차) - 필수의료 현장 관점에서 재정지원 방안(건강보험을 통해서는 치료 시급성과 중대성이 큰 분야에 초점을 두고, 근무환경 개선과 인프라 유지가 가능한 수준의 보상이 필요하며, 별도 기금과 예산을 통해서는 시설장비 등 인프라 확충, 인력양성, 당직 지원 등 적극적이고 유연한 투자에 집중하는 것이 필요하다는 의견이 제안됨) - 필수의료 투자 원칙 수립 방향을 주제로 논의('28년까지 10조 원+α 집중 지원방안을 건강보험 수가체계 혁신의 큰 틀로 잡아, 필수의료 우선순위 확립 원칙과 질환기능에 대한 적재적소 투자 방식 등 필수의료 집중 투자 방향을 검토하고, 수가 인상 차원을 넘어 지불제도 개혁, 비급여·실손보험 개혁을 포함하는 종합적 투자전략을 마련한다는 원칙에 대해서도 의견을 수렴)
13	2024-06-20	미래 의료수요 충족을 위한 의료인력 수급 추계 및 조정 시스템 구축 추진	전체	제4차 의료개혁특별위원회 - 인력 수급추계 및 조정시스템 검토 방향, 의료개혁 재정투자 방향, 국민·의료계 소통·참여 활성화 방안 등을 논의
14	2024-06-27	소모적 소송을 줄이고, 피해자 권익은 강화하는의료 분쟁 조정제도 개선방안 논의	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(4차) - 의료분쟁 조정·감정제도 개선방안(감정제도 중심), 불가항력 의료사고 보상 관련 개선 방향, 의료사고 형사처벌 특례제도 검토 방향, '의료사고 법제 소위' 구성·운영(안)이 논의
15	2024-07-03	필수의료 투자 원칙 집중 논의	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(4차) - 건강보험 수가체계의 정상화 방안, 필수医료를 살리는 급여보상체계, 환산지수 인상구조 개편 추진 상황에 대한 발제를 듣고, 필수의료 투자원칙 수립을 위해 검토가 필요한 세부내용을 토의함 - 특히, 지난 2월 발표한 「제2차 건강보험 종합계획」에 따른 필수의료 보상강화 추진현황을 점검하고, 향후 집중적으로 투자가 필요한 분야 선정 기준 및 투자 규모 등을 구체적으로 논의
16	2024-07-04	의료기관 간 협력 강화방안 논의	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(4차) - 의료공급 이용체계 정상화를 위한 상급종합병원-종합병원 간 협력강화 방안과(상급종합병원과 종합병원이 비슷한 환자군을 두고 경쟁하는 문제점을 점검하고 의료기관이 기능에 적합한 질환 중심으로 진료토록 하기 위한 보상체계, 시설 인력 기준, 진료협력 시스템 등을 검토) - 상급종합병원 평가체계 개편 방향(상급종합병원이 중증 중심 진료 등 본래 기능을 하도록 하기 위해 적합 환자군 진료 비중, 진료권 내 필수의료 제공 수준, 의료서비스의 비용 대비 효과성 등의 평가체계 개편방안을 집중 검토)을 논의
17	2024-07-05	전공의의 수련생으로서의 지위 강화를 위한 수련 내실화 방안 논의	의료인력	의료인력 전문위원회(4차) - 인력 수급 추계·조정 기전 검토 추진방안, 전공의 수련 내실화, 전공의 근무시간 단축 방안 등에 대해 논의
18	2024-07-11	상급종합병원 확 바뀐다! 중증·응급진료에 집중, 무리한 병상 확장 억제 숙련된 인력 중심 운영, 전공의에게는 양질의 수련	전체	제5차 의료개혁특별위원회 - 지속 가능한 진료체계 확립을 위한 상급종합병원 구조전환 방향 의료분쟁 조정제도 혁신 검토 방향 등을 논의
19	2024-07-17	행위별 수가체계 개선방안 집중 논의	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(5차) - 건강보험 가격구조 개편방안(행위별 수가제도는 환산지수 역전현상, 상대가치제도의 상시 조정 어려움 등으로 인해 보상구조의 왜곡을 심화시킨다는 문제점이 제기됨 - 보완형 공공정책수가 도입, 대안적 지불제도 확대 등 행위별 수가체계를 보완하여 바람직한 수가구조를 만들 수 있도록 대안을 구체화해나갈 예정) - 의료비용분석 업무 추진 현황에 대한 발제가 진행됨. 이어 건강보험 수가체계 개선 방안에 대한 세부적인 논의를 진행

20	2024-07-18	환자는 신속하고 충분한 사고 피해 보상, 의료진 배상 부담은 적정화하는 보상체계 만든다!	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(5차) - 의료사고 보험·공제 실태 및 향후 개선 방향, 의료사고 배상보험 관련 해외 사례 및 시사점, 의료사 고 관련 법제 검토계획(안) 등을 논의
21	2024-07-18	일차의료 강화를 위한 개혁방안 논의 시작	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(5차) - 일차의료를 바람직한 방향으로 개혁하기 위해 살펴봐야 할 과제를 전반적으로 점검하고, 일차의료 인력양성 방안, 팀(의사, 간호사 등) 기반 일차의료 모델 개발, 의료취약지 일차의료 제공방안, 일차 의료 강화를 위한 지불제도 등을 논의
22	2024-07-24	공정한 보상과 적정의료 이용을 위한 비급여· 실손보험 개혁방안 논의 시작	소위원회	비급여·실손보험 소위원회(1차) - 소위원회에서는 비급여 관리와 실손보험 개선과 관련한 과제를 격주로 논의하며, 논의 결과를 전문 위에 상정하고 금융당국이 운영중인 보험개혁회의와도 연계할 계획임
23	2024-07-25	전공의 수련시간 단축과 수련의 질을 동시에 확보한다	의료인력	의료인력 전문위원회(5차) - 전공의 수련시간 단축 방안, 내실있는 수련을 위한 지도전문의 역할 강화 방안 등에 대해 논의
24	2024-08-01	공정하고 신뢰받는 의료분쟁 조정제도로의 혁신 논의	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(6차) - 의료분쟁 조정제도 혁신 이행방안 등 환자 권익 구제강화와 의료인 법적 부담 완화를 조화시킬 수 있는 구체적 개선방안을 논의
25	2024-08-01	지역완결적 의료체계 확립방안 논의 시작	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(6차) - 지역완결적 의료체계 확립방안(지역 거점병원-2차병원-일차의료기관 간 진료를 연계협력하는 지역완 결적 의료 네트워크 구축 방안을 논의하고, 지역의료기관 간 네트워크 활성화 지원을 위한 지역의 료 혁신 시범사업*의 추진방향을 검토) - 의료이용 합리화 방안에 대해 논의(상급종합병원 구조 전환 등 의료공급 측면과 의료 이용 차원에서 서의 개혁도 함께 필요하다는 데 공감하며, 환자들이 합리적인 의료 이용을 하는 데 필요한 제도적 보완방안 등을 논의)
26	2024-08-02	전공의에게 다양한 중증도, 지역·공공의료 현장의 수련 기회 제공	의료인력	의료인력 전문위원회(6차) - 다기관 협력 수련체계 도입 방안, 의과대학 통합 6년제 개편에 따른 수련체계와의 연계 강화 방안 등에 대해 논의
27	2024-08-07	중증·필수의료 공정보상 방안 논의	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(6차) - 필수의료 핀셋보상 방안(상급종합병원과 종합병원 등에서 이루어지는 중증 수술과 중증환자 입원 수가를 핀셋으로 인상할 필요가 있다는 데에 공감대가 형성), 기능·성과 중심 보상체계 도입, 지속가 능한 건강보험 재정체계 마련 등의 내용을 논의
28	2024-08-08	최선을 다한 진료행위는 보호 하고, 신속한 환자 권리구제를 보장하는 의료사고 안전망 구 축 논의	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(7차) - 의료사고 분쟁 발생 시 사고 초기부터 환자와 의료진(의료기관)이 충분히 소통하여 사고의 원인과 실체에 대해 잘 이해할 수 있도록 지원하는 환자·의료진 소통 법제화 방안을 검토 - 소송까지 가지 않더라도 조정·중재를 통해 분쟁이 조기 해결되도록 의료분쟁조정제도를 전면 혁신 하는 방안을 검토 의료사고처리특례법안의 쟁점 검토와 안정적 입법을 위한 고려사항에 대한 논의

29	2024-08-12	의료개혁 추진상황 브리핑	전체	상급종합병원 구조전환 지원 사업 - 추진 주요내용 - 상급종합병원을 "중증환자 중심병원"으로 전환, 상급종합병원을 지역의료 역량을 견인하는 "권역 내 진료협력 중추병원"으로 강화, 상급종합병원은 중환자나 특수한 치료가 필요한 환자 등을 볼 수 있는 병상을 중심으로 확충해나갈 수 있도록 하고, 일반 병상의 규모를 감축 - 전문의와 진료지원 간호사 등 숙련된 전문인력 중심으로 운영되는 "전문인력 중심병원"으로 전환, 전공의들에게는 밀도있는 수련을 제공하는 "수련책임 병원"으로의 역할을 강화하고, 전공의 수련 환경 개선 - 환자들이 증상과 질환에 적합한 의료이용을 할 수 있도록 지원하고 개선, 상급종합병원 구조 전환이 성공적으로 이루어질 수 있도록 구체적인 보상구조 개편을 차질없이 추진
30	2024-08-13	의료개혁 추진상황 브리핑	전체	필수의료의 공정한 보상체계 확립 추진상황 - 추진 주요내용 - 행위별 수가체계의 불균형 구조 전면 혁신, 필수의료의 가치를 충분히 반영할 수 있도록 「공공정책 수가」를 강화, 가치기반의 지불체제로 혁신, - 비급여·실손 제도 개선 논의상황- 비급여 시장의 투명성 제고, 비중증 과잉 비급여 집중관리체계 구축에 초점, 실손보험 개혁의 경우 건강보험 보완재로서 역할을 명확히하고 원칙에 맞는 제도 개선을 검토
31	2024-08-14	수련 현장 전문가와 다기관 협력 수련체계 등 전공의 수련 내실화 방안 논의	의료인력	의료인력 전문위원회 주관 공개토론회 - 수련 현장 전문가와 다기관 협력 수련체계 등 전공의 수련 내실화 방안을 주제로, 전문위원회 주관 공개토론회를 개최함 - 이번 토론회는 전공의 수련 내실화 방안에 대한 전문가 발제와 토론을 바탕으로 그간 전문위원회에서 논의했던 내용을 국민에게 알리고, 전공의 수련을 보다 내실있게 개선하기 위한 전문가의 의견을 수렴하여 합리적인 개선방안을 만들기 위해 마련함
32	2024-08-21	혁신적 의료공급 및 이용체계 구축위한 관계 전문가와 현장의 의견 수렴	전달체계 필수의료	혁신적 의료공급 및 이용체계 개편방안 공청회 개최 - 이번 공청회는 의료개혁특위 산하 전달체계·지역의료 전문위원회와 필수의료·공정정보상 전문위원회에서 논의하고 있는 혁신적 의료공급 및 이용체계 구축에 대하여 관계 전문가와 현장의 의견을 폭넓게 수렴하여 합리적인 개선방안을 수립하기 위해 마련함 - 이날 공청회에서는 위 전문위 논의 과제와 관련하여 상급종합병원 구조전환 시범사업, 지역완결적 의료전달체계 구축 등에 관한 내용을 발표하고 토론함
33	2024-08-22	환자와 의료인 모두를 위한 의료사고 안전망 구축 방향 의료계, 환자·소비자, 전문가 머리 맞대다	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회 주관 공개토론회 - 환자-의료진 소통 활성화, 공신력 높은 의료분쟁 조정제도 확립, 의료사고 배상보험·공제 확충 및 불가항력 보상 강화, 의료사고 수사 개선 및 형사 특례화 등 4가지 개혁 방향에 대한 구체적 논의사항이 발표됨
34	2024-08-26	인력 수급 추계·조정 시스템, 전공의 수련 혁신 방안 등 종합 논의	의료인력	의료인력 전문위원회(7차) - 의료인력 수급 추계·조정 방안 - 다기관 협력 수련체계 등 전공의 수련 혁신 방안을 종합적으로 검토하고, 인력 운영 등 후속 검토 과제에 대해 의견을 나눔 - 특히, 8월 14일(수)에 개최했던 의료인력 전문위원회 주관 공개토론회에서 수련 현장의 전문가들이 제안한 인턴제 개편 방안, 다기관 협력 수련체계 운영을 위한 고려사항 등을 참고하고, 지역에서도 충분한 수련 기회를 부여하는 등 보다 합리적인 수련 혁신 방안이 마련될 수 있도록 종합 검토

35	2024-08-27	혁신적 의료 공급·이용체계 확립 추진방안 논의	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(6차) - 의료 공급체계와 관련해서는 상급종합병원 구조전환을 시작으로, 지역 2차병원-일차의료-아급성 의료에 걸친 의료공급체계 전반의 혁신방안을 종합적으로 검토하는 한편, 환자의 합리적인 의료이용 지원을 통한 의료 이용체계 확립방안도 논의함 - 또한, 지역완결적 의료체계 확립을 위한 인력·자원·보상방안에 대해서도 논의
36	2024-08-28	필수의료 공정 보상체계 확립 방안 논의	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(7차) - 현행 행위별 수가체계의 불균형 개선을 위한 추진방안과, 행위별 수가로 보상이 어려운 영역에 대한 공공정책수가 도입, 의료 質 및 가치 투자 강화를 위한 대안적 지불제도 도입 등에 대해 검토
37	2024-08-30	생명과 지역을 살리는 의료개혁 1차 실행방안 발표	전체	제6차 의료개혁특별위원회< 의료개혁 1차 실행방안 핵심 내용 > 1. 역량 있는 의료인력 확충 - 의료인력 수급 추계조정 논의기구 설치('24) 수급 정책 연계 - 전공의 수련 3대 혁신: 밀착지도 + 수련시간 단축 + 다기관 협력 - * 수련 수당 外 수련 지원 예산: ('24) 35억 원 → ('25) 3,130억 원(90배 증가) 2. 의료전달체계 정상화 및 지역의료 재건 - 중증 집중, 지역병원 협력 상급종합병원 구조 전환('24~'27) - * 중증진료 집중: 50→70% 전공의 의존도: 40→20% - 전문의뢰(의사 판단 + Fast-track) + 정보제공 ↑ + 본인부담 재설계 등 이용 혁신 - 지역의료 혁신전략: 거점병원 육성 + 시범사업 + 지역필수의사제 3. 필수의료에 대한 충분하고 공정한 보상 - 생명 직결 중증수술마취 등 1천여 개 수가 인상 '27년까지 저수가 퇴출 - * (인상 로드맵) 8백 개('24.9) → 누적 1천 개('25.상) → 누적 3천 개('25~'27) - 비중증 과잉 비급여 병행진료 급여 제한, 실손보험 개혁 착수 4. 환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축 - 의료사고 소통 지원법 + 환자 대변인 등 분쟁조정제도 혁신 - 의료사고 배상보험공제 확충, 수사 개선 및 형사 특례 추진
38	2024-09-06	인력 운영 시스템 혁신을 위한 후속 논의 착수	의료인력	의료인력 전문위원회(8차) - 의사인력의 수도권 집중, 지역의 인력 부족 등 수도권과 지역 간 인력 불균형이 심화되는 상황에서, 의사가 의료기관 간의 경계를 넘어 진료하는 공유형 진료 제도개선 필요성에 공감함 - 현재 개방병원 운영 안내지침 등에 따라 참여 병·의원이 주로 개방병원의 시설, 장비를 이용하는 형태로 진료가 이루어지고 있으나, 절차가 복잡하고 현장 활용이 쉽지 않다는 의견이 존재함. - 이에, 지역의료현장의 수요를 반영하여 의사가 이동하는 인력 중심의 공유형 진료를 활성화할 수 있도록 참여대상과 절차 등을 개선한 공유형 진료 지침 제정 방향과 참여 시 인센티브 부여 필요성에 대해 논의함
39	2024-09-12	필수분야 의료진의 안정적 진료 여건 조성을 위한 의료사고 법적 부담 완화 방안 논의	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(9차) - 지난 8월 30일 발표된 '의료개혁 1차 실행방안'의 후속 조치로서 환자·의료인 소통제도화 및 의료분쟁조정제도 개선 추진방향, 의료사고 법적 부담 실태분석 및 사법적 보호 방안 등에 대한 논의가 진행

40	2024-09-12	지역의료 강화를 위한 혁신방안 집중 검토	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(8차) - 지역의료 제도와 문제점을 전반적으로 점검하고, 지역완결적 의료 제공이 가능하기 위해서는 정확한 진단과 모니터링이 필요하다는데 공감대를 형성하여 자체총족률(지역 주민들이 해당 지역에서 의료서비스를 이용한 정도를 나타내는 지표) 등 지역완결성을 평가하기 위한 지표 개발방안을 집중적으로 논의함
41	2024-09-25	공공정책수가 구체화 논의 본격화	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(8차) - 지역수가 등 공공정책수가의 도입 방안과 향후 발전 방향에 대하여 논의함 - 의료 전달체계 개편과 연계된 보상 관련 향후 논의 과제들에 대해서도 토론함
42	2024-09-26	필수의료 기피해소 위해고위험 진료행위의 사법리스크 완화 방안 논의	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(10차) - 지난 9월 12일 9차 회의에 이어 의료과실행위의 형사책임 검토, 의료사고 안전망 구축 검토 경과 및 향후 계획, 의료사고 입증책임 및 입증체계 검토 등 고위험 진료행위의 사법리스크 완화 방안에 대한 구체적 논의를 진행함
43	2024-09-26	지역 완결적 중환자실 네트워크 운영방안 검토	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(9차) - 중환자실 병상 수 및 중증·응급환자 타지역 유출률 등 중환자실 현황을 파악하고 중환자 치료 시 골든타임 확보가 가장 중요하다는 점을 강조함 - 이를 바탕으로 지역 중환자실 네트워크 핫라인 및 원격 진료 구축, 의료진 교육 및 양성방안 등 지역 완결적 중환자실 네트워크 운영에 필요한 세부사항을 집중적으로 논의함
44	2024-09-27	상급종합병원 구조전환 지원사업 추진방안 발표	전체	상급종합병원 구조전환 지원사업 추진방안 발표 - 지난 7월 11일 제5차 의료개혁특위에서 상급종합병원 구조전환 추진 방향을 발표한 이후 구체적 방안이 마련됨 - '중환자 중심' 기능 확립, 임상과 수련의 균형 발전, 상급종합병원 다빈도 행위 910여 개 선정, 구조전환 참여기관 우선 인상 등의 내용이 포함됨.
45	2024-10-10	의료사고안전망 전문위원회 제11차 회의 개최	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(11차) - 의료사고 형사 특례 방향과 검토사항, 의료사고 형사 특례의 사회적 필요성과 적정 범위, 형사 특례 법적 구조, 적용 범위, 유형별 효과 등 고위험 필수의료행위의 사법적 보호에 대한 사회적 필요성에 대해 구체적 논의를 진행함
46	2024-10-10	의료기관 간 의료인력 공유·협력 방안 논의	의료인력	의료인력 전문위원회(9차) - 저출산·수도권 쏠림 등으로 인한 지역의료 수요 감소, 낮은 확률로 발생하는 희귀질환의 특성 등을 고려할 때, 지역과 의료기관마다 충분한 인력·시설을 완비하기에는 자원에 한계가 존재하므로, 의료기관 간 인력 공유·협력 방안이 필요함 - 기존 개방병원 운영 시 나타난 한계를 보완, 공유·협력 인력 운영을 위한 제도적 기반이 될 수 있는 공유형 진료 지침의 제정 필요성과 주요 내용에 대해 논의함
47	2024-10-16	소아의료 강화를 위한 보상 방안 논의	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(9차) - 권역별 소아진료협력 네트워크 구축 및 지원에 대해 논의, 소아의료를 전문화, 지역화하고 소아과 전문의를 확보하기 위한 정책이 필요함을 지적함 - 소아진료라는 가치를 반영한 별도의 보상체계가 필요하고, 지역소아진료협력 네트워크를 활성화할 수 있는 지불제도 개선방안이 필요함 - 심뇌혈관, 중환자 등 특화 2차 병원을 육성하여 지역 병원의 허리 역할을 강화할 수 있는 방안에 대해서도 논의함

48	2024-10-17	진료협력체계 강화 방안 논의	전달체계	전달체계-지역의료 전문위원회(10차) - 상급종합병원 구조 전환을 시작으로 2차 병원과 1차 의료기관까지 포괄하는 진료협력체계를 강화하여 바람직한 의료전달체계를 확립하기 위한 지원책이 필요함 - 기존 비상진료체계 하 진료협력 지원 정책의 성과를 평가하고 발전시켜 이를 제도화하는 방안 - 지역의료 혁신시범사업, 일차의료 시범사업 등 사업 간 연계를 통해 지역을 중심으로 의료기관 간 실질적이고 효율적인 네트워크가 구축될 수 있도록 하는 방안에 대해서도 논의함
49	2024-10-17	의료기관 간 인력 공유협력 실행방안 검토	의료인력	의료인력 전문위원회(10차) - 공유형 진료 지침제정 시 고려해야 할 사항들을 논의하기 위해 의료인력 공유와 관련된 기존 제도*를 운영하면서 발생했던 엄격한 신고절차·요건 등 장애요인 점검 - 순환당직제, 심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업, 개방형 소아암 진료체계 구축 등이 중심 - 의료현장에서 수요가 높거나 도입이 필요하다고 판단되는 경우 진료협력체계와 연계하여 시범사업 형태로 추진하고, 구체적인 모델 확립을 통해 단계적으로 확대하자는 의견도 제시 - 의료기관 간 인력 공유가 필요한 질환, 지역, 공유협력 형태 등을 논의하고 이를 유형화하는 등, 필요에 따라 다양한 형태로 적용할 수 있도록 여러 모델을 논의함
50	2024-10-24	최선을 다한 진료에 대한 사법적 보호 방안 검토	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(12차) - 지난 11차 논의에 이어 의료사고 수사리스크 완화 방안, 필수의료 사법적 보호를 위한 검토 방향 등에 대해 심층적으로 논의함
51	2024-10-24	8개 상급종합병원, 구조전환 시작	전체	상급종합병원 구조전환 지원사업 1차 선정기관 8개소 공고 - 중증 중심 진료 위한 진료체계 구축, 전공의 근무환경 개선 본격 실행 - 상급종합병원 구조전환 지원사업 1차 선정 기관으로 총 8개소(고려대안암병원, 고려대구로병원, 고려대안산병원, 경북대병원, 경희대병원, 연세대세브란스병원, 전북대병원, 중앙대병원)가 선정 - 과도한 진료량 경쟁과 병상 확장 방향에서 벗어나 '환자의 건강개선과 의료 질 제고'에 집중하는 바람직한 의료공급체계로의 이행이 본격적으로 시작될 것으로 기대 - 중환자실, 입원실(2~4인실), 중증수술, 24시간 진료지원 등에 대한 수가를 인상, 8개 상급종합병원 모두 이미 병상 감축 변경 허가가 이루어져 이번주부터 상향된 수가를 지원받게 됨
52	2024-10-29	10개 상급종합병원 구조전환 착수	전체	상급종합병원 구조전환 지원사업 2차 선정결과 발표 - 총 18개 상급종합병원, 중증 중심 진료체계 구축을 위한 구조전환 이행- 상급종합병원 구조전환 지원사업 2차 참여기관으로 총 10개소(강남세브란스병원, 길병원, 단국대병원, 부산대병원, 분당서울대병원, 서울아산병원, 아주대병원, 칠곡경북대병원, 한림대성심병원, 한양대병원)가 선정 - 전체 47개 상급종합병원의 약 40%인 18개 기관이 구조전환에 참여하여 '환자의 건강개선과 의료 질 제고'에 집중하는 바람직한 의료공급체계로의 이행이 본격화될 것으로 기대됨
53	2024-10-30	제10차 필수의료 공정보상전문위원회 개최	필수의료	필수의료-공정보상 전문위원회(10차) - 의료전달체계 개선을 위한 보상제도 개편 논의, 의료 질 제고와 건강보험 지속가능성 증대를 위해 환자 중심의 지역완결형 통합·연계 체계로의 단계적 이행이 필요 - 가치와 성과에 기반한 네트워크 단위의 보상제도 도입과 상급종합병원 구조전환 지원사업, 지역의료 혁신 시범사업 등 기존에 정부가 추진하고 있는 사업의 보상 연계 방안이 필요하다는 의견제시 - 수가제의 개선을 위해 단기적으로 상대가치와 환자지수의 연계를 강화하고, 중장기적으로 가치 기반 지불제도로의 전환을 위해 EMR, 통합 평가 포털 등 인프라에 대한 과감한 투자가 필요하다는 의견 등에 대해 논의함

54	2024-10-31	의료기관 내 직종 간 협력 통한 팀 기반 인력 운영 논의	의료인력	의료인력 전문위원회(11차) - 협력 기반의 의료인력 효율적 운영을 위해 필요한 의료기관 간 인력 공유·협력 운영방안과 함께 의료기관 내에서의 팀 기반 인력 운영방안에 대해서도 함께 논의 - 지난 회의에 이어 지역 완결적 의료를 위해 인력 공유·협력이 필요한 질환·영역 등을 도출하고, 인력의 원활한 기관 간 협력을 가능케 하기 위한 요건 등을 검토 의료기관 내에서 다양한 직종 간 협업의 필요성, 팀제 운영의 장점 등에 대해 의견 제시 - 해외사례를 통해 다직종 간 협력 기반의 팀제 운영을 위한 법체계상 의사와 타직역 간 업무 범위, 진료지원인력의 역할 및 협력에 따른 지원방안 등에 대해 논의함
55	2024-11-01	제11차 전달체계·지역의료 전문위원회 개최	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(11차) - 지난 8월 30일 의료개혁 1차 실행방안에서 발표한 지역의료 혁신 시범사업의 추진 방향을 점검하고, 지역의료 생태계 활성화를 위한 방안들에 대해 논의 - 지역의료 사각지대를 해소하고 지역완결형 의료를 제공하기 위해 지역을 중심으로 지자체 및 지역 의료기관의 주도적인 참여에 기초한 제도 설계가 필요하다는 의견이 제기 - 지역의 역량 있는 2차 의료기관을 균형 육성하고, 각종 시범사업 간 연계를 통해 바람직한 의료전달체계로의 전환이 필요하다는 점을 논의함
56	2024-11-07	13개 상급종합병원 구조전환 신규 참여	전체	13개 상급종합병원 구조전환 신규 참여 - 상급종합병원 구조전환 지원사업 3차 선정결과 발표, 총 13개소(강릉아산병원, 건국대병원, 건양대병원, 경상국립대병원, 고신대복음병원, 부산백병원, 순천향대부천병원, 영남대병원, 원광대병원, 원주세브란스병원, 이대목동병원, 조선대병원, 충남대병원)가 선정 - 전체 상급종합병원의 65%인 31개소 참여, 중증·응급·희귀질환 중심 병원으로 전환 - 선정기관 구조전환 주요 사례: 13개 병원 일반병상 감축, 중환자 및 필수의료 강화를 위한 계획, 강화된 진료협력체계 구축을 위한 계획, 중증·응급·희귀질환 중심 인력 운영을 위한 계획, 전공의 수련기능 강화 계획 등을 구상
57	2024-11-12	의료인력 운영 혁신을 위한 배치·운영 개선방향 논의	의료인력	의료인력 전문위원회(12차) - 보건·의료인력 배치·운영 체계 개선방향, 직종 간 업무 범위 합리화의 일환으로 진료지원간호사 제도화 추진방향에 대해 논의함 - 인력의 지역별, 의료기관 유형별 전문과목별 분포에 관한 현황을 살펴보고, 적절한 협력 유인 방향에 대해 논의 - 최근 간호법제정(24.9.)으로 근거가 마련된 진료지원업무의 내용과 기준, 적정 임상요건 및 교육과정 체계화 방향과 관련 쟁점에 대해 논의함
58	2024-11-14	지역 2차 병원 육성 및 일차의료 혁신, 의료사고 수사, 사법리스크 완화 방향 논의	전체	제7차 의료개혁특별위원회 - 지역·필수의료 강화를 위한 2차 의료 육성 및 일차의료 강화 검토 방향 - 의료사고 안전망 강화 방향 등을 논의함
59	2024-11-15	지역 중심 상생 의료체계 확립 및 지역공유형 중환자실 네트워크 구축 방안 논의	전달체계	전달체계·지역의료 전문위원회(12차) - 2차 의료 육성 및 일차의료 강화 검토 방향 - 지역공유형 중환자실 네트워크 운영 필요성 등에 대해 논의
60	2024-11-19	전체 상급종합병원 47개소 중 42개소 상급종합병원 구조전환 지원사업 참여	전체	상급종합병원 구조전환 지원사업 제4차 선정 결과 11개소 추가 참여 - 총 11개소(가톨릭대서울성모병원, 가톨릭대성빈센트병원, 가톨릭대인천성모병원, 계명대동산병원, 대구가톨릭대병원, 동아대병원, 삼성창원병원, 서울대병원, 양산부산대병원, 전남대병원, 충북대병원)가 선정

61	2024-11-19	신속·충분한 의료사고 배상체계 확충 방안 논의	의료사고	의료사고 안전망 전문위원회(13차) - 지난 12차 논의에 이어 국가별 의료서비스 공급체계와 의료사고배상 체계 비교, 의료사고 공제회 설립방안 및 배상체계 확충 방향 등에 대해 논의함.
62	2024-11-20	가치기반 지불제도 혁신 방향 논의	필수의료	필수의료·공정보상 전문위원회(11차) - 의료전달체계에 부합하는 보상지불체계 개선 방향에 대해 논의 - 균형적 적정수가로의 전환은 단계적으로 추진해나가되, 상대가치점수와 환산지수 합리적 조정 기전 마련, 획일적 종별 가산 탈피 등 행위별 수가를 왜곡하는 요인들을 개선해야 할 것 - 2차 병원 육성, 일차의료 혁신 등 전달체계 구조전환을 뒷받침할 수 있는 성과와 가치에 기반한 보상체계의 확대가 필요
63	2024-11-29	미용의료 제도 개선 방향 논의	의료인력	의료인력 전문위원회(13차) - 피부미용에 관한 국민의 수요 충족과 안전한 의료환경 조성을 위해 해외사례들을 참고해서, 모두가 납득 가능한 개선방향이 마련될 수 있도록 충분히 의견을 수렴하고자 논의함
64	2024-12-05	44개 상급종합병원 구조전환 참여	전체	44개 상급종합병원 구조전환 참여 - 상급종합병원 구조전환 지원사업 제5차 선정 결과 2개소 추가 참여(강북삼성병원, 화순전남대병원) - 상급종합병원 구조전환을 통해 상급종합병원이 중증·응급·희귀 질환 중심으로 진료역량을 강화하고 2차 병원 등 진료협력병원과 강력한 협력체계를 구축하면서, 전공의에게는 밀도있는 수련을 제공하는 등 의료전달체계를 정상화해 나갈 계획 - 의료전달체계 정상화 완수를 위해 환자들이 믿고 찾아갈 수 있는 지역의 2차병원과 일차의료를 강화하는 방안을 마련할 예정

Ⅲ. 보건의료관련 국회 계류의안

번호	종류	위원회	의안명	내용 요약	제안자	제안일자
1	법률안	보건복지위원회	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 일부개정법률안	- 국립중앙의료원의 분원을 수도권 이외의 지역에 둘 수 있도록 하고, 국가는 분원 설치에 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있도록 함(안 제3조의2 신설)	김기현의원 등 12인	2024-06-05
2	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 국민이 자신의 진료기록을 표준화된 전자적 방법으로 확인할 수 있는 권리를 규정, 본인진료기록 열람지원시스템 구축·운영에 필요한 근거를 마련(안 제21조의3 신설)	한정애의원 등 12인	2024-06-11
3	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 제주도의 경우 상급종합병원으로 지정된 종합병원이 없어, 향후 보건복지부장관이 상급종합병원을 지정하는 경우 지역적으로 균형있게 분포되도록 함(안 제3조의4)	김한규의원 등 17인	2024-06-11
4	법률안	보건복지위원회	필수의료 육성 및 지역의료 격차 해소 지원에 관한 법률안	- 필수의료 육성 및 지역의료 격차 해소 지원에 관한 법률을 제정하여 국민의 건강·생명과 직결된 분야와 그 분야를 보장하기 위한 기반이 되는 영역을 집중 지원하고, 지역 완결적인 의료서비스를 제공하기 위한 지원사항들을 체계적으로 규율(안의 내용이 많아 원본 자료 참고 필요)	김미애의원 등 108인	2024-06-20
5	법률안	보건복지위원회	지역의료 격차 해소를 위한 특별법안	- 지역사회에서 중증·필수医료를 제공할 의사 인력의 확보가 필수적인 상황인 바, 지역의사선발전형을 통해 지역에서 의료를 제공할 의사 인력을 확보하여 지역 간 의료격차를 줄이고 지역의 의료공백을 해소하고자 함(지역 의사에게 장학금, 행정, 재정적 지원, 지역의료발전기금 등의 신설을 제안)	박덕흠의원 등 11인	2024-06-21
6	법률안	보건복지위원회	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 일부개정법률안	- 소아재활치료는 고비용·저수익으로 민간이 운영을 기피하는 분야이며 어린이재활병원은 구조적으로 적자가 불가피함 - 이에 예산 또는 국민건강증진기금을 통한 재정지원이 가능한 비용지원 대상에 공공어린이재활병원을 추가해 권역별 공공어린이재활병원의 안정적인 운영과 소아재활치료에 대한 국가의 책무를 명확히 하고자 함	장종태의원 등 17인	2024-06-25
7	법률안	보건복지위원회	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 일부개정법률안	- 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」 제2조제12호의 인구감소지역에 설립된 지방의료원의 경우에는 국가가 그 운영에 필요한 경비의 일부를 보조할 수 있도록 규정함으로써 지역주민의 건강 증진과 지역보건의료 발전에 이바지하고자 함	김원이의원 등 12인	2024-06-28
8	법률안	보건복지위원회	보건의료인력지원법 일부개정법률안	- 보건의료인력 종합계획 수립 시 보건의료인력 업무조정에 관한 사항을 수립하도록 하고, 보건의료직역들, 시민대표, 전문가가 참여하는 「보건의료인력 업무조정위원회」를 신설함 - 보건의료직역별 업무범위가 업무 전문성과 업무 환경을 고려하여 결정될 수 있도록 함으로써 보건의료직역 간 불필요한 갈등을 해소하고 국민건강증진에 기여하고자 함(안 제8조의2 신설)	김윤의원 등 38인	2024-07-01

9	법률안	보건복지위원회	공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률안	- 필수 의료지역에 근무할 공공의사의 양성을 위해 공공보건의료대학을 설립함으로써 지역별 의료격차 해소 및 감염병 대응능력 강화는 물론 필수·공공의료 공백 방지를 위한 인력을 안정적으로 확보하여 국민의 생명을 적극적으로 보호하여 국가의 책무를 다 하도록 하고자 함	박희승의원 등 71인	2024-07-02
10	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 법률에 상급종합병원 요건을 갖춘 경우 광역시·도 최소 1곳 이상의 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있도록 함으로써 지방을 소외할 수 없도록 하는 한편 중증질환에 대한 의료서비스를 제고하고자 함	위성곤의원 등 15인	2024-07-11
11	법률안	보건복지위원회	보건의료기본법 일부개정법률안	- 보건의료정책심의위원회의 심의 사항에 필수의료 영역의 정의와 정책에 관한 사항을 추가하고, 위원회는 필수의료에 관한 사항을 보건의료에 관한 전문가로 구성된 기관 또는 단체 등에 자문하도록 하는 한편, 국가와 지방자치단체는 국민의 생명과 직결된 보건 의료서비스에 공백이 발생하지 않도록 필수의료체계를 마련하고 지원하고자 함	김윤의원 등 29인	2024-07-11
12	법률안	보건복지위원회	필수의료 강화를 위한 특별법안	- 필수의료의 지역완결적인 강화와 지역 간 의료 격차 해소 지원에 관한 법률을 제정하여 명확한 용어의 정의와 의료생활권 중심의 필수의료 협력체계 구축, 지역완결적 거버넌스 구현, 인력·시설 등 보건의료자원의 적절한 배분·재정 지원을 위한 수가 가산 및 기금 등의 법적 근거를 마련하고자 함	김윤의원 등 29인	2024-07-11
13	법률안	보건복지위원회	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 일부개정법률안	- 국가 차원의 정책적 필요로 지방의료원을 설립하고자 하는 경우, 예비타당성조사의 대상에서 제외할 수 있도록 법적근거를 마련하여 지방 공공의료체계를 보완하고 지역 주민의 건강 증진에 이바지하고자 함(타당성 조사보다 지역 주민의 수요와 요구를 조금 더 우선시한다는 취지)	전진숙의원 등 24인	2024-07-18
14	법률안	보건복지위원회	농어촌 등 보건의료 를 위한 특별조치법 일부개정법률안	- 보건의료 취약지역으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 지역의 주민에 대하여 거주지를 방문하여 진료 등의 의료서비스를 제공하는 방문진료사업을 실시하도록 함 - 의료취약지역 주민의 건강을 증진하려는 목적을 지님	조경태의원 등 12인	2024-07-22
15	법률안	보건복지위원회	공공보건의료에 관한 법률 일부개정법률안	- 공공보건의료기금을 설치하여 공공보건의료 시설 확충 및 질적 개선, 공공보건의료 관련 사업 등에 사용할 수 있도록 함과 동시에 국가 및 지자체의 공공보건의료기관에 대한 지원을 의무화하고, 공공보건의료정책심의위원회의 심의 대상에 공공보건의료기관 설립 및 확충에 관한 사항과 공공보건의료기관 간의 인적·물적 교류 등 협력 체계 구축에 관한 사항을 추가하는 등의 현행법을 보충함	김선민의원 등 15인	2024-07-25

16	법률안	교육위원회	경상북도 국립대학교 내 의과대학의 설치 및 지역의료 강화를 위한 특별법안	- 경상북도의 인구 1,000명당 활동 의사 수는 전국 최하위, 응급의료 취약 지역이 전국에서 두 번째로 많고, 의료 이용 친화도도 전국에서 가장 낮으며, 고령 및 중증환자 수는 많으나 상급종합병원이 존재하지 않아 중증환자 사망률은 전국 최고 수준임 - 이에 경상북도 국립대학교 내에 의과대학을 설치하도록 규정함으로써 의료취약지역인 경상북도에 대한 의료인프라 및 의로서비스를 강화하고자 함	김형동의원 등 24인	2024-07-30
17	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 의료인의 종별 임무에 대한 구체적인 업무범위는 보건 의료직역들, 시민대표, 전문가가 참여하는 「보건의료인력 업무조정위원회」의 심의·의결을 거쳐 보건복지부 장관이 고시하도록 함	김윤의원 등 12인	2024-08-01
18	법률안	보건복지위원회	보건의료인력지원법 일부개정법률안	- 종합계획 수립 및 실태조사 사항에 보건의료인력의 보수 및 적정 보수수준을 추가하고, 보건의료인력등의 모성보호, 출산휴가·육아휴직 보장 등에 관한 사항을 규정(의료인력의 보수 수준에 대한 검토 / 여성 의료 인력에 대한 복지 사항)	이수진의원 등 10인	2024-08-09
19	법률안	보건복지위원회	응급의료에 관한 법률 일부개정법률안	- 응급의료종사자 등의 응급처치 및 의료행위에 대하여 그 행위가 불가피하였고 회피가능한 중대한 과실이 명백하게 입증되지 않은 경우 형사책임을 면제함 - 선의의 응급의료 행위에 대한 형사책임 면제 범위 또한 응급환자가 '사망'한 경우까지 확대하여, 국민의 적극적인 응급구조 활동을 유도함 - 응급의료기관이 응급의료 거부 또는 기피할 수 있는 정당한 사유를 법으로 명확히 규정하여 현장의 혼란을 완화하고 수용능력이 없는 상황에서 응급환자를 무리하게 수용하여 발생할 수 있는 환자의 피해를 방지함(제5조의2·제48조의2제2항제1호부터 제7호까지 신설)	이주영의원 등 10인	2024-08-30
20	법률안	보건복지위원회	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 일부개정법률안	- 분만에 따른 의료사고 외에도 응급 상황에서 발생한 중대한 의료사고도 피해를 보상하도록 함으로써 응급의료 전문의 부족 현상 해결을 도모하고 국민들의 생명을 지키는 필수의료체계를 확립함	이주영의원 등 13인	2024-08-30
21	법률안	보건복지위원회	보건의료기본법 일부개정법률안	- 국가와 지방자치단체로 하여금 기후변화에 대응하여 국민 건강을 보호·증진하고 건강관리를 위한 시책을 강구하도록 함으로써 기후변화 대응 건강관리정책의 수립·시행을 촉진하고자 함(안 제37조의2 등 신설)	정태호의원 등 15인	2024-09-04

22	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 현행법은 환자 가족의 요청이나 법률에서 정한 예외적인 경우를 제외하고는 환자 본인이 아닌 다른 사람에게 환자에 관한 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 내주는 등 내용을 확인할 수 있게 하여서는 아니 된다고 규정함 - 이에 따라 환자가 다른 의료기관으로 전원하는 경우 환자가 기존에 진료받던 의료기관에서 진료기록의 사본을 발급받아 제출하는 방식, 시간이 많이 걸린다는 단점. 이에 진료기록이 전달환자가 다른 병원으로 전원하는 경우 본인의 진료기록을 전원하는 의료기관에 진료기록전송지원시스템을 통하여 전송하여 줄 것을 요청할 수 있도록 하고, 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하도록 하여 이용자 편의를 증진하고자 함	이수진의원 등 13인	2024-09-10
23	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 무자격자 대리수술을 교사한 의사에 대해서 형사처벌을 강화함과 동시에 공익신고자에 대한 형사처벌 감경·면제의 법적근거를 마련하여 수술실 내 불법 의료행위를 보다 근본적으로 예방하고 수술실 내 환자 안전을 제고	김선민의원 등 14인	2024-09-10
24	법률안	보건복지위원회	보건의료인력지원법 일부개정법률안	- 보건의료인력정책심의위원회 산하에 보건의료인력 수급추계위원회를 설치하고, 수급추계위원회의 심의사항을 반영하여, 보건의료인력정책심의위원회에서 보건의료인력 양성대학의 정원, 지역의사 정원, 지역별 의료인력의 정원 등을 정할 수 있도록 하고자 함 - 사회적 합의를 통해 의대정원을 결정함으로써 소모적인 갈등을 해소하고 국민 건강증진에 기여함	김윤의원 등 32인	2024-09-30
25	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 의료기관의 장은 수술 장면을 촬영한 영상정보를 열람하게 하거나 제공하는 경우 특정 신체 부위를 가리는 등의 비식별화 조치를 하도록 함	조인철의원 등 10인	2024-10-10
26	법률안	보건복지위원회	디지털 헬스케어 진흥 및 보건의료정보 활용 촉진에 관한 법률안	- 우리나라에서도 디지털 헬스케어 진흥과 보건의료정보 활용 촉진을 위한 새로운 법률을 제정하여 국가 전체적인 디지털 헬스케어 종합정책을 수립하는 등 디지털 기반 보건의료서비스를 활성화하고 디지털·바이오헬스 산업을 체계적으로 육성·지원하고자 함 - 또한, 보건의료정보 공유·활용에 대한 전주기 관리 체계를 마련하여 국민의 민감한 개인정보를 포함하는 보건의료정보를 안전하게 보호하면서 국민건강 증진을 위해 활용할 수 있는 기반을 마련하고자 함 - 이를 통해 미래 첨단의료 발전환경 기반을 조성하고 국민건강 및 삶의 질 향상에 이바지함으로써 코로나19, 고령화 등 사회 문제에 선제적으로 대응하고, 환자 안전 달성, 개인 맞춤형 정밀의료 실현 등 의료서비스 질을 제고하며, '제2의 반도체 산업'이라 불리는 디지털·바이오헬스 산업을 우리나라의 신성장동력 육성을 기대함	안상훈의원 등 10인	2024-10-31

27	법률안	보건복지위원회	보건의료인력지원법 일부개정법률안	- 보건의료인력정책심의위원회에 보건의료인력 수급추계위원회를 두고, 국가 단위와 지역 단위의 수급을 전망하고 적정 인원을 심의 및 의결할 수 있도록 하고자 함 - 특히, 부칙에 특례조항을 두어 이 경우 전학년도 증원 규모에 따른 사회적 부작용 등을 이유로 증원 규모의 조정이 필요한 때 이를 감원할 수 있다는 법적 근거를 명시적으로 마련함	강선우의원 등 12인	2024-11-04
28	법률안	보건복지위원회	응급의료에 관한 법률 일부개정법률안	- 중앙응급의료센터가 모든 응급의료기관 간 전원조정 등의 업무를 수행할 수 있도록 하고 관련 정보를 수집·제공 및 응급환자 현황파악과 추적관리 업무를 할 수 있도록 하고자 함, 중앙응급의료센터가 컨트롤타워로써 기능할 수 있도록 하는 법안	서명옥의원 등 12인	2024-11-13
29	법률안	보건복지위원회	공공보건의료에 관한 법률 일부개정법률안	- 진료권 중심의 공공보건의료기관 확충 기전을 마련하고, 각 의료전달체계의 공공성 강화를 통해 보편적 의료에 대한 접근성을 높임으로써 국민 건강 증진에 이바지하고자 함 - 특히, 지역 간 의료격차를 해소하고 지역완결형 의료전달체계 구축을 위해서는 의료전달체계의 공공성 강화를 통해 시장에 맡겨진 비효율적인 의료전달체계를 대대적으로 개편하고자 함	김윤의원 등 21인	2024-11-15
30	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- '평가통합정보시스템'을 구축하여 의료기관 대상 의료 질 평가정보를 통합하고 연계 처리한 후 기록, 관리하여, 평가대상 의료기관의 행정부담을 줄이고, 평가지표 공동활용 등 평가기관 평가 효율성을 제고하며, 국민들에게는 평가정보에 대한 편의를 제공하고 활용할 수 있도록 함	백종현의원 등 10인	2024-11-15
31	법률안	보건복지위원회	응급의료에 관한 법률 일부개정법률안	- 보건복지부장관으로 하여금 응급의료기본계획을 수립할 때, 응급의료 취약지에 대한 응급의료 강화 및 대응 계획을 함께 수립하도록 하고, 응급의료 취약지역을 파악하기 위해 3년마다 응급의료에 대한 실태조사를 실시하도록 함	소병훈의원 등 10인	2024-11-26
32	법률안	보건복지위원회	보건의료기본법 일부개정법률안	- 다수의 보건의료인력 개별법에서 규율하는 사항의 적용을 종합적으로 검토하기 위해 보건의료직역들, 시민대표, 전문가가 참여하는 「보건의료인력 업무조정위원회」를 신설하여 보건의료직역별 업무범위가 업무 전문성과 업무 환경을 고려하여 해석될 수 있도록 함으로써 보건의료직역 간 불필요한 갈등을 해소하고 국민건강증진에 기여하고자 함	김윤의원 등 11인	2024-11-27
33	법률안	보건복지위원회	의료법 일부개정법률안	- 의사·치과의사가 의약품의 처방전을 작성하거나 직접 조제할 경우 정보시스템을 통해 의약품정보를 확인하도록 의무화하여 의약품의 오남용을 효과적으로 방지해 국민건강을 보호하고자 함	백혜린의원 등 10인	2024-12-04

IV. 주요국 의료개혁 현황

1. 지역소멸 문제

의료 취약지역 문제를 해결하기 위한 주요국의 정책 현황과 교육 사례를 분석하고 그 시사점을 도출하고자 한다. 먼저, 각국의 주요 정책적 접근을 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 각국의 주요 정책적 접근을 살펴보면 다음과 같다. 일본은 지역 정원제³¹⁾를 통해 의과대학 입학 단계에서부터 지역 의료인력 확보를 도모하고 있다. 이는 의료 자원의 지역 간 불균형 해소를 위해 1997년 시범사업을 거쳐 2008년 정식 도입되었다. 광역지방자치단체인 도도부현에서 지역 의료를 담당할 학생을 선발하고 대여 장학금을 제공하며, 의대 재학 6년 동안 장학금을 받은 후 그 기간의 1.5배인 9년간 해당 지자체에서 근무하면 상환이 면제된다. 2023년 기준 의대가 설치된 80개 대학 중 71개 대학에서 시행 중이며, 지역 정원제로 입학한 의대 생이 전체의 19.1%를 차지하는 등 제도가 안정적으로 정착되었다.

미국은 다층적 접근을 취하고 있다. 메디케어·메디케이드 서비스센터(Center for Medicare and Medicaid Services, CMS)는 가정 및 지역사회 기반 서비스(Home-and Community-Based Services, HCBS) 강화를 통해 지역사회 기반 의료서비스를 확대하고 있다.³²⁾ 주정부는 서비스 질 측정 및 결과 공표를 통해 투명성을 제고하며, 3년, 4년, 6년 단위로 보상 관련 지출 계획을 수립하여 체계적인 관리를 시행한다. 특히 의료인력부족지역 지원 제도(Health Professional Shortage Area, HPSA)를 통해 의료 취약지역에 대한 체계적인 지원을 실시하는데, 지역, 인구, 시설이라는 세 가지 유형으로 구분하여 맞춤형 지원을 제공한다. 재정적 인센티브 외에도 의료인 교육 및 채용 지원, 외국인 의사들의 비자 면제 등 다양한 혜택을 제공하고 있다.

호주는 일반의 농촌 인센티브 프로그램(General Practice Rural Incentives Program, GPRIP)을 통해 지역 의사 확보를 위한 성과 기반

31) 구혜경. (2024). 일본의 의대 정원 증가와 지역 정원제. 국회도서관, 2024(7), 1-7.

32) 김계현, & 김진숙. (2024). [해외의료정책 동향] 미국CMS, 농촌 등 지역 의료문제 해결을 위한 프레임워크 외. 의료정책포럼, 22(1), 73-77.

인센티브 제도를 운영한다.³³⁾ 이는 의료취약지 내 보건의료인력 유지를 목적으로 하며, 분기별 진료행위와 근속레벨을 기준으로 인센티브를 지급한다. 특히 4분기 동안의 진료행위를 기준으로 산출하는 체계적인 평가 시스템을 운영하여 의료서비스의 질적 수준을 유지하고 있다.

교육 기관의 혁신적 접근 사례를 보면, 호주의 플린더스 의과대학(Flinders University School of Medicine)은 농촌지역 통합교육과정(Parallel Rural Community Curriculum, PRCC)을 통해 3학년 전체를 농촌 지역에서 통합적 임상교육으로 실시하고 있다. 이 프로그램은 도시 교육병원 실습생 대비 높은 학업 성취도를 보이고 있으며, 졸업생의 70% 이상이 농촌 지역에서 진료를 지속하는 등 큰 성과를 거두고 있다.

캐나다의 북온타리오 의과대학(Northern Ontario School of Medicine)은 사회적 책무성에 기반한 지역 특화 교육을 실시하고 있다. 특히 농촌, 원주민, 프랑스계 등 지역 특성을 반영한 교육과정을 운영하며, 디지털 헬스케어를 활용한 분산형 지역사회 연계 학습을 실시한다. 입학생의 90%가 북부 온타리오 출신이며, 졸업생의 70%가 농촌 가정의학 수련을 선택하는 등 지역 의료인력 확보에 크게 기여하고 있다.

필리핀의 잠보앙가 의과대학(Zamboanga School of Medicine)은 지역사회-대학 파트너십 모델의 성공적 사례이다. 지역 출신 학생 중심의 선발, 통합적 커리큘럼과 소그룹 학습, 1학년부턴의 지역사회 노출 프로그램 등을 특징으로 하며, 90% 이상의 졸업생이 지역 내 근무를 지속하고 있다. 특히 영아 사망률이 1995년 출생 1000명당 75명에서 2003년 10명으로 감소하는 등 지역 보건지표 개선에도 크게 기여하고 있다.

이러한 정책과 교육 사례들의 성공적 운영에도 불구하고 여러 도전과제가 존재한다. 인식적 측면에서는 지역 의료에 대한 부정적 인식과 전문성 저평가 문제가 있으며, 자원적 측면에서는 교육 및 의료

33) 박지은. (2017). 한국·미국·호주의 의료취약지 인센티브제도 비교 분석. 의료정책포럼, 14(4), 71-77.

인프라 부족, 지원 인력 확보의 어려움이 있다. 또한 교육적 측면에서는 표준화된 질 관리 체계 구축과 지속가능한 교육 프로그램 운영이 과제로 남아있다.

이러한 분석을 토대로 다음과 같은 정책적 시사점을 도출할 수 있다. 첫째, 교육 정책 측면에서는 의과대학 단계부터의 체계적인 지역 의료 교육 프로그램 도입과 지역할당제 확대가 필요하다. 둘째, 의료 정책 측면에서는 성과 기반의 체계적인 인센티브 제도 구축과 함께 지역 의료인을 위한 종합적 지원체계 마련이 요구된다. 셋째, 지역 발전 정책 측면에서는 의료-교육-지역사회를 연계한 통합적 접근과 지역 특성을 고려한 맞춤형 정책 개발이 필요하다.

결론적으로 지역 의료인력 확보를 위해서는 일본의 교육 단계 개입, 미국의 다층적 지원체계, 호주의 성과 기반 인센티브 등 각국의 성공적 정책 요소들을 참고하여 교육, 재정 지원, 지역사회 연계가 통합된 장기적 관점의 정책 수립이 필요하다. 특히 지역사회의 적극적 참여와 지원을 바탕으로 한 지속가능한 의료인력 확보 체계 구축이 중요하며, 이는 궁극적으로 농촌 지역의 의료 서비스 질 향상과 지역 발전으로 이어질 것으로 기대된다.

2. 의료인력 양성

의료인력 양성은 현대 보건의료체계의 핵심 과제로 부각되고 있다. 특히 COVID-19 팬데믹 이후 의료인력의 중요성이 더욱 강조되면서, 각국은 더욱 체계적이고 포괄적인 정책적 접근을 시도하고 있다. 본 분석에서는 주요국의 의료인력 양성 정책을 살펴보고, 그 시사점을 도출하고자 한다.

미국의 의료인력 양성 정책은 심각한 의사 부족 문제 해결에 초점을 맞추고 있다. 미국 의과대학협회(AAMC)는 2034년까지 최대 12만 4,000명의 의사 인력 부족을 예측하고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해 미국은 의과대학 교육 개혁과 재정 지원 정책을 적극적으로 추진하고 있다. Cangiarella 등(2017)이 분석한 바와 같이, 3년제 MD 프로그램 도입, 농촌의료 특별트랙 운영, 일차진료 의사 양성 강화

프로그램 등 혁신적인 교육 프로그램들이 시도되고 있다. 더불어 간호인력 부족 문제도 심각한데, Auerbach 등(2017)의 연구는 2025년까지 간호사 부족 규모가 지역에 따라 크게 다를 것으로 예측했다. 이에 따라 간호대학 정원 확대, 전문간호사 역할 강화, 간호교육 프로그램 현대화 등의 정책이 시행되고 있다.

영국의 경우, NHS를 중심으로 한 체계적인 의료인력 확보 정책을 추진하고 있다. Buchan 등(2019)의 분석에 따르면, Brexit 이후 EU 출신 의료인력 감소에 대응하여 의과대학 정원 연간 1,500명 증원, 임상실습 교육 강화, 농촌의료 교육과정 확대 등의 교육 개혁을 진행하고 있다. 특히 NHS 장기계획에 따른 인력 수급 로드맵을 수립하고, 국제 의료인력 유치 프로그램을 강화하는 한편, 유휴 의료인력 재취업 지원 등 다각적인 접근을 시도하고 있다. 이러한 정책들은 단순한 인력 수 증가를 넘어 의료서비스의 질적 향상을 도모하는 방향으로 추진되고 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 의료서비스의 질적 향상에는 한계가 있다는 지적이 지속되고 있다.

일본은 지역별 의사 수 불균형 해소와 고령화 사회에 대응하기 위해 지역별 의과대학 정원 차등 할당, 지역의료 의무복무 제도, 전문의 제도 개편 등을 통해 의료인력의 지역 간 불균형 해소를 시도하고 있으나, 지역 간 격차와 특정 진료과로의 쏠림 현상은 여전한 문제로 남아있다. 그러나, 병원완결형에서 지역완결형으로의 의료전달체계 전환을 추진, 의료-개호 연계 강화와 의사-간호사 협력 모델 개발에 중점을 두며 병원 중심의 의료 체계에서 지역사회 중심의 의료체계로 전환을 꾀하고 있다. 이러한 정책들은 단순한 의료인력 수의 증가가 아닌, 효율적인 의료서비스 제공체계 구축을 목표로 하고 있다.

이러한 각국의 정책 사례들은 몇 가지 중요한 시사점을 제공한다. 의료인력 양성에 있어 교육과정의 유연성 확보, 임상실습 강화, 지역사회 중심 교육이 핵심적 요소로 부각되고 있다. 의료인력 양성 정책은 단순히 의사 수의 증감만을 고려하는 것이 아니라, 지역별 분포, 전문과목별 균형, 의료 시스템의 효율성 등을 종합적으로 고려해야 한다. 또한, 교육기관 인프라 지원, 학생 장학금 제도, 의료취약지 근무 인센티브 등 재정지원 체계의 중요성도 강조되고 있다. 결론적으로, 효과적인

의료인력 양성 정책은 교육제도 개선, 재정 지원, 근무환경 개선 등이 통합적으로 고려되어야 함을 알 수 있다.

3. 요양 및 돌봄³⁴⁾

요양 및 돌봄 영역은 일본을 연구 국가로 선정하여 심층적으로 살펴보고자 한다. 한국과 일본은 인구통계학적으로 매우 유사한 특징을 공유하고 있다. 두 국가는 급속한 고령화와 저출산 문제를 동시에 경험하고 있으며, 사회보장제도의 구조적 유사성이 존재한다. 양국은 사회복지 정책의 발전 과정에서 유사한 궤적을 보이며, 복지체계의 제도적 설계에 있어 많은 공통점을 가지고 있다. 또한 일본은 고령화 대응 정책에 있어 한국보다 앞서 다양한 시도를 해왔기 때문에, 일본의 사례를 통해 정책적 시사점을 도출해보고자 한다.

1. 일본 요양 및 돌봄 정책의 역사적 전개

일본의 요양 및 돌봄 정책은 1970년대부터 현재까지 뚜렷한 진화의 과정을 거쳐왔다. 1970년대 후반 노인 의료비 무상화 정책은 심각한 의료서비스 남용 문제를 야기했다. 당시 병원들은 불필요한 장기 입원과 과도한 의료행위를 통해 수가를 높였고, 이는 막대한 사회적 비용을 초래했다. 이러한 문제를 해결하기 위해 1983년 노인보건제도가 도입되었으며, 이는 노인 의료비에 대한 부분적 본인부담을 최초로 도입한 정책이었다.

2000년대 초반에는 개호보험제도가 시행되었다. 이 제도는 장기요양서비스를 체계적으로 관리하고, 의료와 돌봄 기능을 부분적으로 분리하며, 노인 돌봄에 대한 사회적 책임을 강화하는 것을 목표로 했다. 개호요양형 의료시설 도입과 의료요양병상 및 개호요양병상의 이원화는 이 시기의 주요 변화였다. 2000년대 중후반에는 의료와 돌봄 기능의 재정립이 시도되었다. 정부는 서비스의 비효율성과 과도한 의료비 지출 문제를 인식하고, 개호요양병상의 단계적 폐지와 의료요양병상 축소를 결정했다. 이는 서비스 통합 및 효율화를 추진하기 위한 노력의 일환이었다.

34) 김정현, & 남혜진. (2023). 노인 돌봄 분야 외국인력 도입에 대한 관점: 대만과 일본 사례연구. 한국노년학연구, 32(3), 247-264.

2018년에는 '개호의료원' 도입으로 새로운 접근 방식이 시도되었다. 이 시설은 장기요양과 의료서비스의 통합, 개인 맞춤형 케어 제공, 지역 중심 돌봄 체계 구축을 목표로 하며, 주로 75세 이상 고령자를 대상으로 한다.

II. <건강의료 2035> 제언서와 미래 비전

일본 후생노동성이 2015년에 발표한 '건강의료 2035' 제언서는 일본의 장기적인 보건의료 정책에 대한 혁신적인 청사진을 제시하고 있다. 이 보고서는 '공평과 공정', '자율적 협력', '일본과 세계의 번영과 공존'이라는 세 가지 기본적 가치관을 바탕으로 작성되었으며, '린 헬스케어', '라이프 디자인', '글로벌 헬스 리더'라는 구체적인 비전을 설정했다.

첫 번째 비전인 '린 헬스케어'는 보다 좋은 의료를 보다 저렴하게 제공하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 의료기술 평가 제도를 도입하여 진료 수가에 반영하고, 의료 제공자의 자율적 노력을 지원하고자 한다. 구체적으로는 각 병원의 진료 행위 실태와 비용 대비 효과를 개선하고, 지역 의료 연계체제를 구축하는 데 중점을 둔다. 또한 환자가 의료기관과 치료법을 스스로 선택할 수 있는 체제를 강화하고, 지역 중심의 보건의료 거버넌스를 확립하고자 한다.

두 번째 비전인 '라이프 디자인'은 개인의 주체적인 의료 선택과 건강한 라이프스타일을 지원하는 것에 초점을 맞춘다. 환자 개개인이 최적의 의료 서비스를 스스로 선택하고 참여할 수 있도록 지원하며, 전자건강기록(e-HR) 시스템을 통해 개인의 건강 관리를 돕고자 한다. 특히 노인 단독 가구 증가에 대응하여 '저절로 건강해지는' 커뮤니티를 조성하고, 지역 종합 관리 스테이션을 통해 포괄적인 생활 지원 서비스를 제공하는 것을 목표로 한다.

세 번째 비전인 '글로벌 헬스 리더'는 일본이 국제 보건의료 분야에서 주도적인 역할을 수행하는 것을 목표로 한다. 중장기적으로 아시아 서태평양 지역을 중심으로 광범위한 보건 안전 보장 체제를 확립하고, 글로벌 정책 수립을 주도하고자 한다. 의료 관련 직종의 국제적 활동을

지원하기 위해 교육 과정과 자격 제도의 조화를 도모하고, 국제적 검증과 개선을 추구한다.

이러한 비전을 실현하기 위해 제언서는 다섯 가지 주요 인프라 구축 방안을 제시한다. 첫째, 보건의료 분야의 혁신 환경 조성을 위해 다양한 분야의 연구 자금을 확보하고 임상 개발 기관 간 협력을 강화한다. 둘째, ICT 활용을 확대하고 HDN2035(Healthcare Data Network 2035)를 구축하여 의료 정보의 통합적 관리를 추진한다. 셋째, 75세 이상 인구 증가에 대비해 보건의료 시스템의 공적 자금 의존도를 축소하고 지속 가능한 보험 시스템을 조성한다. 넷째, 의료 인력의 노동 환경을 개선하고 지역별 의료서비스 격차를 해소하기 위한 방안을 모색한다. 마지막으로, 후생노동성의 조직 및 관리 체제를 개혁하여 보건의료 정책의 효율적 추진을 도모한다.

'건강의료 2035' 제언서는 단순한 정책 제안을 넘어 일본 사회의 미래 의료 패러다임을 제시하고 있다. 개인의 건강, 지역사회, 그리고 글로벌 차원의 통합적 접근을 통해 지속 가능하고 포용적인 보건의료 시스템을 구축하고자 하는 그들의 의지가 잘 드러나는 청사진이라고 할 수 있다.

III. 고령화 대응 전략의 패러다임 전환

고령화 사회에 대응하는 요양 및 돌봄 정책의 패러다임은 단순한 복지 서비스 제공을 넘어 포괄적이고 혁신적인 접근이 요구된다. 일본의 사례는 한국 보건복지 정책에 있어 다음과 같은 전략적 함의를 제시한다.

첫째, 서비스 통합 및 연계 모델의 구축이 필수적이다. 의료, 요양, 돌봄 서비스의 칸막이를 해체하고 유기적 연계 체계를 마련해야 한다. 이는 단순히 행정적 통합을 의미하는 것이 아니라, 대상자 중심의 맞춤형 통합케어 모델 개발을 의미한다. 구체적으로 지역사회 기반의 통합돌봄 체계 구축, 개인별 맞춤형 케어플랜 수립, 서비스 제공자 간 정보공유 시스템 구축 등이 필요하다.

둘째, 재정적 지속가능성 확보를 위한 혁신적 접근이 요구된다. 고령화로 인한 사회보장 재정 부담 증가에 대응하기 위해서는 단순한

재정 확대가 아닌 자원의 전략적 배분과 효율화가 핵심이다. 이를 위해 데이터 기반 자원 배분 모델, 예방 중심의 건강관리 접근, 민간자본 및 보험의 전략적 활용 등이 필요하다. 특히 예방적 차원의 건강관리 투자는 장기적으로 의료비 절감 효과를 창출할 수 있다.

셋째, 돌봄 인력 생태계의 혁신적 재설계가 필요하다. 단순한 인력 양성을 넘어 전문성, 처우개선, 지속가능한 인력 순환 체계 구축에 주력해야 한다. 이는 크게 세 가지 전략으로 접근할 수 있다. 첫째, 전문 인력 양성을 위한 체계적 교육시스템 구축, 둘째, 외국인 돌봄 인력의 체계적 유입 및 통합 지원, 셋째, 근로환경 및 처우개선을 통한 인력 지속가능성 확보이다.

넷째, 디지털 전환을 기반으로 한 돌봄 서비스의 혁신이 요구된다. ICT, 빅데이터, 인공지능 등 첨단 기술을 활용한 돌봄 서비스 혁신이 필요하다. 구체적으로 원격 건강관리 시스템, AI 기반 개인 맞춤형 건강예측 서비스, 디지털 돌봄 플랫폼 구축 등이 포함될 수 있다. 이는 서비스의 접근성, 효율성, 개인화를 동시에 달성할 수 있는 전략이다.

다섯째, 지역사회 중심의 통합적 돌봄 생태계 조성이 필요하다. 중앙정부 중심의 획일적 접근에서 벗어나 지역의 특성과 자원을 고려한 맞춤형 돌봄 생태계를 구축해야 한다. 이를 위해서는 지방정부, 의료기관, 복지시설, 지역사회 조직 간의 협력 네트워크 구축, 지역사회 기반 자원 발굴 및 연계, 지역별 특성을 고려한 차별화된 돌봄 모델 개발 등이 필요하다.

마지막으로, 정책의 근본적 철학은 개인의 존엄성 보장과 사회적 연대 강화에 있어야 한다. 단순히 서비스를 제공하는 것을 넘어 고령자의 자립성, 사회참여, 삶의 질 향상을 종합적으로 고려하는 접근이 필요하다.

결론적으로, 한국의 요양 및 돌봄 정책은 혁신적이고 체계적인 전환이 필요하다. 단계적 제도 혁신 로드맵을 수립하여 통합돌봄 시범사업 확대, 전국 단위 통합돌봄 시스템 구축, 선진형 요양

체계로의 전환을 추진해야 한다. 이를 위해서는 장기요양보험 예산의 전략적 확대와 함께 예방적 건강관리 및 조기개입 프로그램에 대한 집중적인 투자가 요구된다. 단순한 예산 증액이 아니라 효율적이고 지속 가능한 자원 배분 모델을 모색해야 한다.

동시에 돌봄 정책의 질적 혁신을 위해서는 인력, 기술, 제도 측면의 종합적인 접근이 필요하다. 요양보호사의 전문성 제고를 위한 단계별 자격체계와 경력인증제 도입, AI와 IoT 기반의 스마트 돌봄 기술 개발, 그리고 '통합돌봄 기본법' 제정을 통한 법적 기반 마련 등이 중요하다. 이러한 접근은 한국의 사회문화적 특성과 인구구조를 반영한 혁신적인 대안이 될 것이다. 중요한 것은 지속적이고 체계적인 접근을 통해 단계적으로 요양 및 돌봄 정책의 패러다임을 전환해 나가는 것이다.

4. 의료전달체계 / 주치의 제도

현대 의료전달체계의 근본적인 패러다임은 단순한 질병 치료를 넘어 환자의 포괄적 건강관리와 효율적인 의료자원 배분에 중점을 두고 있다. 이러한 패러다임의 전환은 게이트키퍼 모델 도입으로 구체화되고 있으며, 각 국가는 자국의 의료 환경에 맞는 혁신적인 접근을 시도하고 있다.

영국 NHS의 GP 시스템은 이러한 의료전달체계 혁신의 대표적인 모델로 평가받고 있다. Dusheiko 등(2011)의 연구는 GP가 단순한 진료자를 넘어 환자의 건강관리 전체를 총괄하는 코디네이터 역할을 수행함을 강조한다. GP는 환자의 최초 의료접촉점으로서 일차적 건강관리뿐만 아니라, 만성질환 관리, 예방적 건강검진, 그리고 필요시 전문의료기관으로의 의뢰 결정까지 포괄적인 책임을 진다.

덴마크의 주치의 제도는 더욱 혁신적인 접근을 보여준다. 덴마크는 개인별 주치의 등록제를 통해 의료서비스의 연속성과 개인화를 극대화하고 있다. 이 시스템에서 주치의는 환자의 평생 건강이력을 종합적으로 관리하며, 개인의 건강위험요인을 사전에 예측하고 대응하는 예방적 의료서비스의 핵심 주체로 기능한다. Quaye (2016)의

연구에서는 GP의 역할이 변화하며, GP의 위치가 강화되었고 환자들이 선택에 대한 접근성이 증가했음을 설명하였다.

미국의 의료전달체계는 근본적인 패러다임 전환을 추구하고 있다. 2010년 의료개혁법(오바마케어) 시행 이후 책임의료조직(Accountable Care Organization, ACO) 모델을 통해 의료서비스의 질과 효율성 개선에 중점을 두고 있다. ACO는 메디케어가 환자 한 명당 일정 금액을 지불하고, 의료제공자들이 환자의 건강을 포괄적으로 관리하는 방식으로, 기존의 행위별 수가제에서 벗어나 의료서비스의 질과 결과를 중요하게 평가한다.

주요 개선 방향은 환자 중심의 통합적 의료서비스 제공, 예방 중심 접근, 그리고 의료비용의 효율적 관리에 있다. 특히 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)는 ACO의 의료서비스 질을 33가지 지표로 평가하며, 이는 환자 만족도, 의료진 간 협력, 예방적 건강관리, 위험군 관리 등을 포함한다. 이러한 접근은 단순히 질병 치료를 넘어 환자의 전반적인 건강을 관리하고, 의료자원의 효율적 활용을 목표로 하는 혁신적인 의료전달체계 개선 전략을 보여준다.

의료전달체계의 단계별 기능과 연계는 현대 보건의료시스템의 핵심 메커니즘으로, 환자의 중증도와 의료적 필요에 따라 체계적으로 구성된다. 이는 단순한 수직적 연계가 아니라, 환자의 건강상태에 최적화된 의료서비스 단계별 접근 전략을 의미한다.

1차 의료기관(의원급)의 주요 기능은 예방적 의료서비스와 일차적 건강관리에 중점을 둔다. 여기서는 건강검진, 만성질환 초기 관리, 기본적인 질환 진단과 치료, 그리고 환자의 포괄적 건강상담이 이루어진다. 또한 환자의 건강이력을 종합적으로 관리하며, 필요시 상위 의료기관으로의 연계 여부를 결정하는 게이트키퍼 역할을 수행한다. 2차 의료기관(병원급)은 1차 의료기관에서 의뢰된 중증도의 복잡한 질환을 진단하고 치료한다. 여기서는 보다 전문적인 검사와 치료, 단기 입원 치료, 중증도 수술 등이 이루어진다. 대부분의 일반적인 질환과 중증도의 복잡한 의료적 문제들이 이 단계에서 해결된다. 3차

의료기관(상급종합병원)은 가장 복잡하고 고난이도의 의료서비스를 제공하는 최상위 의료기관이다. 희귀질환, 중증 질환, 복합 만성질환, 고도의 전문적 수술, 첨단 의료기술을 요구하는 치료, 그리고 의학 연구와 교육이 이루어지는 곳이다. 일반적으로 1차, 2차 의료기관에서 해결하기 어려운 고도의 의료적 중재가 필요한 환자들이 의뢰되는 단계이다.

이러한 단계별 연계 시스템의 핵심은 환자의 중증도와 의료적 필요에 따라 가장 적절한 수준의 의료서비스를 제공하는 것이다. 이를 통해 의료자원의 효율적 배분, 불필요한 의료이용 감소, 그리고 환자 중심의 연속적이고 포괄적인 의료서비스 제공이 가능해진다. 실제로 많은 선진국들은 이러한 단계별 연계 시스템을 통해 의료자원의 효율성을 높이고, 환자의 의료접근성을 개선하며, 의료비용을 합리적으로 관리하고 있다. 이는 단순한 의료기관 분류를 넘어 환자의 건강상태와 의료적 필요를 최우선으로 고려하는 통합적 접근 전략이라고 할 수 있다.

5. 기후변화

의료시스템의 지속가능성과 기후변화 대응에 있어 영국 National Health Service(NHS)의 사례는 글로벌 보건의료 분야에서 매우 중요한 모델을 제시하고 있다. 기후변화에서는 영국을 중점적으로 살펴보고자 한다. 영국은 세계 최초로 국가 보건의료시스템 차원에서 포괄적이고 체계적인 탄소중립(net zero) 전략을 수립했으며, 기후변화와 보건의료를 가장 체계적으로 접근하고 있고, 과학적 근거와 실행계획을 명확히 제시하고 있다.

영국 NHS의 net zero 전략은 기후변화를 보건의료 시스템의 핵심 도전과제로 인식하고 대응하는 포괄적인 접근법을 보여준다. 2020년 발표된 이 전략은 기후변화가 건강의 근본적인 기반을 훼손하며, 심혈관 질환, 천식, 암 등에 직접적인 영향을 미친다는 인식에 기반하고 있다. NHS는 두 가지 명확한 탄소중립 목표를 설정했다. 첫째, 직접 통제 가능한 배출량은 2040년까지 net zero를 달성하며, 2028-2032년 사이에 80% 감축을 목표로 한다. 둘째, 간접적으로 영향을 미치는

배출량은 2045년까지 net zero를 달성하고, 2036-2039년 사이에 80% 감축을 계획하고 있다.

이 전략의 주요 접근 영역은 크게 다섯 가지로 구분된다. 첫째, 의료시설 탄소배출 감축 전략으로 40개의 신축 병원에 net zero 탄소 표준을 적용하고, LED 조명 교체, 에너지 효율성 개선 등을 추진한다. 둘째, 운송 및 이동 부문에서는 2032년까지 전체 의료용 차량을 제로 배출 차량으로 전환하고, 불필요한 의료 이동을 최소화하기 위한 디지털 헬스케어를 확대한다. 셋째, 공급망 관리 전략으로 2030년 말까지 net zero 배출 목표를 충족하지 못하는 공급업체와의 거래를 중단할 계획이다. 넷째, 의약품 관련 탄소배출 감축을 위해 흡입기의 저탄소 대안 개발, 마취가스 사용 최적화 등을 추진한다. 마지막으로, 조직문화 측면에서 모든 NHS 조직에 탄소중립 책임자를 지정하고, 직원 교육과 인식 제고를 통해 지속가능한 의료서비스 문화를 구축하고자 한다.

이 전략의 특징적인 측면은 단순한 탄소배출 감축을 넘어 공중보건 개선과 직접적으로 연계되어 있다는 점이다. 파리기후변화협약의 목표 달성을 통해 매년 기대되는 효과로는 대기질 개선으로 5,700명, 신체활동 증가로 38,000명, 건강한 식단으로 100,000명의 생명을 구할 수 있을 것으로 예상된다. NHS는 이 전략을 단순한 환경 정책이 아닌 미래 의료시스템의 근본적인 혁신으로 접근하고 있다. COVID-19 대응 과정에서 입증된 빠른 적응력과 혁신 능력을 바탕으로, 기후변화에 대응하는 의료시스템의 새로운 모델을 제시하고 있다. 특히 디지털 기술, 예방 중심 접근, 지역사회 기반 의료서비스 등을 통해 탄소중립과 의료서비스의 질적 향상을 동시에 추구하고 있다는 점에서 국제사회의 주목을 받고 있다.

VI. 전문가 세미나 발표자료

성함 및 소속	발표 날짜	발표 제목
신현웅 (한국보건사회연구원 선임연구위원)	2024.07.30	지역완결 이료전달체계 구축방향 및 건강보험 보상체계 개선방향
윤석준 (고려대학교 보건대학원장)	2024.08.13	대한민국 의료개혁 현황과 과제
윤영근 (한국행정연구원 연구위원)	2024.08.20	인구구조 변화와 지역의료의 과제
이상일 (울산의대 의과대학 교수)	2024.09.02	건강보험 지속 가능성 제고 방안 -일차의료를 중심으로
김광일 (서울대학교 의과대학 교수)	2024.09.27	국내 노인 의료의 현재와 미래
김홍수 (서울대학교 보건대학원 교수)	2024.10.11	초고령 사회 대응 노인 만성기 의료와 요양·돌봄 공급체계 개편방안
하미나 (단국대학교 의과대학 교수)	2024.10.16	기후위기와 보건의료 - 보건분야 탄소중립을 중심으로
김현철 (한국보건산업진흥원 연구개발혁신본부장)	2024.10.24	보건의료 R&D 환경과 기본계획

[SNU 의료개혁 TF, 2024. 8. 13]

대한민국 의료개혁 현황과 과제

고려대학교 보건대학원장 **윤석준**

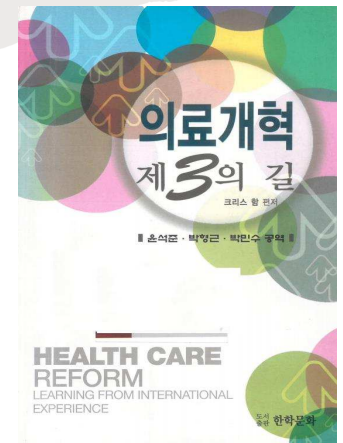
[목차]

1. 현단계 대한민국 의료개혁 현황과 과제
2. 의료개혁특별위원회 구성 및 현황
3. 의료인력전문위원회 주요 논의 의제

1. 현단계 대한민국 의료개혁 현황과 과제

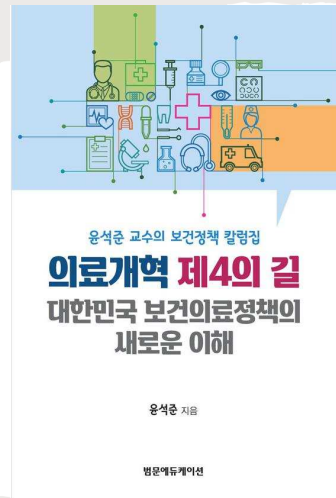
의료개혁 제3의 길_2003 역사

- 이 책은 의료개혁에 있어 효율성과 형평성이라는 두 축을 균형있게 접근하는 소위 '제3의 길'을 제시하고 있음.
- 과거 이와 유사한 주제의 책들이 저자 등의 관점에 따라 어느 한 방향을 추구하는 경향이 있었지만 이 책은 놀라울 정도의 '균형 감각'을 유지하고 있음.
- 아마도 대표 저자인 Chris Ham 교수 자신이 영국의 토니 블레어 행정부의 보건정책 분야에 참여하며 체득한 '제3의 길'의 방향성을 견지하고자 했던 것으로 사료됨.

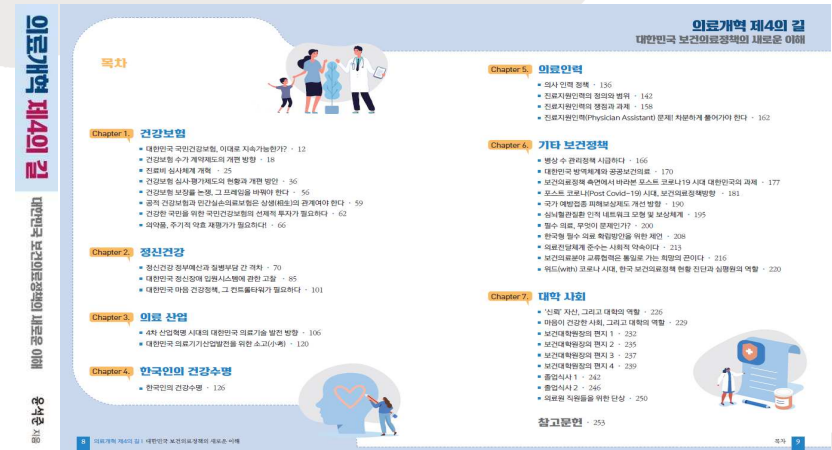


의료개혁 제 4의 길 _ 2024 저서

- 2003년 11월 Chris Ham의 저서를 번역해 '의료개혁 제3의 길'이라는 제목으로 역서(공동 번역)를 발간한 적이 있음. 그 당시의 문제의식을 계승한다는 의미가 있음. 그 당시 문제의식은 의료개혁에 있어 효율성과 형평성이라는 두 축을 균형있게 접근하는 방식에 대한 공감이었고 그래서 역서를 '제3의 길'이라 명명했었음.
- '제4의 길'은 한걸음 더 나아가 탈이념과 4차 산업 혁명으로 대표되는 새로운 시대변화에 조응하는 미래지향적인 접근 방식을 의미함.



의료개혁 제 4의 길



의료개혁 제 4의 길 _ 들어가며

- 대한민국 보건의료제도의 혼란은 오래전부터 예견되어 있었음.
- 한국, 일본, 대만 등 동아시아 국가들은 서구 선진국에 비해 짧은 근대화 역사를 가지고 있음.
- 한국, 일본, 대만은 경제 발전을 이루는 과정에서 국가 재정 부족 등의 이유로 교육과 의료 같은 사회제도의 공급을 민간 투자로 시작할 수밖에 없었음.
- 경제협력개발기구(OECD) 가입 국가 중 미국을 제외하고 병상 소유의 50% 이상을 민간 자본이 공급하는 동아시아는 한국, 일본, 대만 임.
- 대한민국은 국가의 투자는 제한적이지만 제도의 운영은 국가가 주도하는 **사회보험 방식**이며, 가장 복잡한 **행위별수가제**에 기반한 보상 방식을 채택하고 있음.

의료개혁 제 4의 길 _ 들어가며

- 대한민국은 일본의 행위별수가제를 벤치마킹하여 시작했지만, 이제는 그 복잡함이 일본을 넘어섰음.
- 여러 임상학회에서 주최하는 정책토론회에 전문가 패널로 초대된 경험을 바탕으로 보면, 인기과에 해당하는 임상 학회들도 건강보험수가에 대해 불만을 가지고 있었음.
- 낮은 수가에도 불구하고 오랜 기간 경영을 유지해 온 이유는 내원하는 환자 수가 많아서 가능했기 때문임.
- 따라서 대한민국은 OECD 국가 가운데 외래 내원일수, 재원기간, GDP당 의료비 증가율, 병상 수 등이 세계 최고 수준으로 대한민국의 의료체계는 안정적이지 않음.

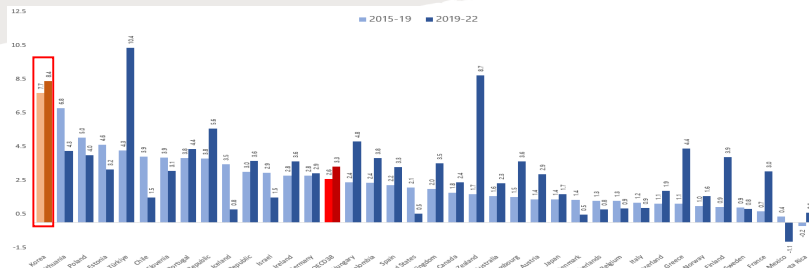
의료개혁 제 4의 길 _ 들어가며

[OECD 보건통계 2023]



[출처] 보건복지부 보도자료(2023.7.26), <https://blog.naver.com/toporth/223176637535>

1. 건강보험



[그림 1] OECD 국가 1인당 경상 의료비 증가율(2015년~2022년)

OECD 국가 최근 평균 증가율이 3.3% 비해, 대한민국의 증가속도는 2.5배에 가까운 8.4%임.

* OECD(경제협력개발기구)

1. 건강보험

건강보험제도의 4대 원칙

- 건강보험제도는 접근성, 효율성, 형평성, 지속가능성 원칙하에 운영되는 것이 보편적임
- 접근성: 건강보험 급여를 경제적 문제나 지리적 장벽이 있음에도 불구하고 개인의 지불능력과 상관없이 보장받을 수 있어야 함.
- 효율성: 투입 대비 결과의 의미로 주어진 제한된 자원에도 불구하고 적절히 활용될 수 있어야 함.
- 형평성: 건강보험료 부담 및 급여 혜택에 있어서 건강보험 가입자 간 소득수준 및 부담능력에 따라 공평하게 분담되고, 필요에 따른 의료이용이 보장되어야 함.
- 지속가능성: 재정적 안정적 유지가 중요함. 재정의 안정적 유지를 위해서 현재 상황에서 수지 균형을 맞추는 것도 중요하지만, 미래 수요를 정확하게 예측해 사전에 대비할 수 있도록 준비하는 것이 필요함.

4대 원칙하에 비추어 볼 때 대한민국의 국민건강보험제도는 어떠한가?

1. 건강보험

※ 대한민국의 의료비 증가속도는 미래를 예측하기 어려울 정도로 가파르게 상승하고 있음.

OECD 관계자들이 말하는 대한민국 의료시스템 권고 사항

- 문지기 역할을 하는 일차의료 기능 강화
- 지나치게 행위별수가제 위주로 구성되어 있는 보수지불제도의 다양화
- 의료이용량의 지나친 증가, 의료전달체계의 미작동에 따른 중복 이용과 대형병원으로의 편중을 우려함

※ 대한민국은 빠른 고령화 ⇨ 의료이용량 증가 ⇨ 적절하게 제어할 수 있는 제도적 장치 미비

- 건강보험제도 지속가능성이 심각하게 위협하고 있음.
- 건강보험제도가 지속가능해야만 사회적 갈등요인을 줄여나갈 수 있음.

국민건강보험공단을 단일 보험자로 운영하고 있는 우리나라는 정부와 보험자가 의료비 지출양상과 패턴을 정교하게 모니터링하면서 의료의 적정수준서비스 질이 유지되는 세밀한 기전을 갖추어야 건강보험가입자인 국민들이 건강보험제도의 지속가능성에 대한 믿음을 갖고 담담하게 큰 변화를 받아 들일 수 있을 때 비로소 국민건강보험의 지속가능성은 안정적인 기반을 갖추게 될 것임.

2. 정신건강

전 세계적으로 정신장애는 죽음을 초래하지 않은 질병 부담 중 큰 부분을 차지함.

우리나라는 과거에 비해 정신건강에 대한 관심과 지역사회 기반 돌봄에 대한 수요가 증가하면서 정신건강복지법을 통해 정신의료기관이 확충되었지만, 퇴원환자를 위한 재활시설 부족, 입원 장기화, 지역사회로의 복귀에 실패함.

↳ 인구구조나 정신건강 문제의 특성을 고려하지 않은 자원의 배분

국가 정신건강 정책 전략을 실행하기 위해서는 정신건강 예산 증액이 필요함.

↳ 정신적으로 건강함 사회를 달성하기 위해서는 정신장애 관련 예산을 늘리고, 자원배분을 개선하기 위한 국가 자원의 노력이 필요함.

[표 3] 한국의 성별에 따른 정신 및 행동장애로 인한 질병부담 분포 및 순위 (2007-2015)

질병	남성			여성		
	2007년	2011년	2015년	2007년	2011년	2015년
인구 10만명당	1,378	1,528	1,663	1,552	1,972	2,000
정신분열증	31.50 (1)	28.04 (1)	26.05 (1)	26.71 (2)	22.89 (3)	21.49 (3)
불안장애	20.20 (2)	21.29 (2)	23.56 (2)	24.28 (3)	25.57 (2)	26.68 (2)
우울장애	18.93 (3)	20.94 (3)	23.36 (3)	36.50 (1)	38.22 (1)	38.52 (1)
알코올 사용장애	11.55 (4)	10.81 (4)	9.80 (4)	1.51 (6)	1.57 (6)	1.60 (6)
양극성장애	4.88 (6)	5.37 (6)	6.80 (5)	5.98 (4)	6.39 (4)	7.41 (4)
특발성 자살장애	3.37 (7)	3.98 (7)	4.20 (7)	1.71 (5)	1.94 (5)	1.85 (5)
주의력결핍 과잉행동장애	6.21 (5)	6.57 (5)	3.62 (7)	1.19 (7)	1.30 (7)	0.71 (8)
자폐스펙트럼 장애	0.82 (9)	1.05 (9)	1.27 (8)	0.12 (12)	0.15 (11)	0.18 (11)
약물 사용장애	0.64 (10)	0.61 (10)	0.64 (9)	0.58 (9)	0.81 (8)	0.77 (7)
행동장애	1.71 (8)	1.16 (8)	0.55 (10)	0.81 (8)	0.59 (9)	0.22 (10)
식장애	0.09 (11)	0.07 (12)	0.08 (11)	0.48 (10)	0.52 (10)	0.48 (9)
경계성 인격장애	0.09 (12)	0.11 (11)	0.07 (12)	0.14 (11)	0.13 (12)	0.12 (12)

* 질병순위는 2015년 남성 기준으로 정리함

2. 정신건강

경제협력개발기구 OECD 건강 데이터에 따르면 한국은 전반적인 건강상태에서 지속적인 개선을 보여왔지만, 정신건강에서 상대적으로 낮은 순위를 기록함.

한국은 OECD 회원국 중 정신과 병상 수가 가장 많고, 정신질환자의 평균 입원기간이 가장 긴 나라임.

탈시설화로 인해 더 많은 외래 및 지역사회 기반 진료 시스템이 정신장애 환자에게 치료를 제공하는 주체가 되었음에도 불구하고, 한국은 여전히 입원 치료에 크게 의존하고 있음.

↳ 한국의 정신질환자 평균 입원 기간은 수년간 높게 유지되었으며, 정신과 병상 수 증가를 보인 유일한 국가임. 한국에서 정신질환자의 치료가 병원 입원에 집중되어 있는 반면, 많은 다른 국가들은 병상 수를 줄이고 탈시설화를 통해 외래 및 지역사회 기반 치료 지원을 전환하는 정책을 시행했다는 것을 보여줌.

정신건강증진법이 제정됨에 따라 비자발적 입원의 비율이 감소했으며, 환자의 권리를 보호하고 보장하는 정책과 시스템을 통해 한국인의 정신건강 상태를 더욱 개선할 수 있음.

[표 4] 한국의 정신건강 지표에 경제협력개발기구(OECD) 평균 비교

구분	한국 및 OECD 전체 국가 평균 값
기대수명(연)	82.7
주관적 건강상태(%) 좋은 또는 매우 좋음	29.5
자살률(100,000명당)	68.0
정신 및 행동장애 (100,000명당)	24.6
정신 및 행동장애 (100,000명당)	11.5
정신 및 행동장애 (100,000명당)	1.8
수용시설입원수	1693.3
장애통합입원수	1879.2
장애통합입원수	1695.1
장애통합입원수	1883.2
조현병	4.40
양극성장애	3.88
양극성장애	4.20
양극성장애	2.90
정신과 치료 병상 (인구 1,000명당)	1.31
정신과 치료 병상 (인구 1,000명당)	0.68
정신과 치료 병상 (인구 1,000명당)	237.8
정신과 치료 병상 (인구 1,000명당)	48.9
정신과 치료 병상 (인구 1,000명당)	60.2
정신과 치료 병상 (인구 1,000명당)	25.1

2. 정신건강

"도와주세요" 절박한 현장 호소...尹 "정신건강 본격 관리"

*정신건강정책 혁신위원회' 출범 첫 회의
"중증정신질환은 필수 의료 분야...국가 지원 필요"

2024.06.26, 서울 광진구 국립정신건강센터



(서울=뉴스1) 정지형 기자 = 윤석열 대통령이 26일 주재한 정신건강정책 혁신위원회 출범 회의에서는 정부의 적극적인 지원을 요청하는 현장 목소리가 이어졌다.

윤 대통령은 이날 오전 서울 광진구 국립정신건강센터에서 정신건강정책 혁신위 첫 번째 회의에 참석했다.

회의에서는 정신질환 당사자와 가족, 정신과 의사·간호사, 심리·상담·복지 분야 전문가, 경찰·소방관 등 혁신위 민간위원 21명을 포함해 60여 명이 참석했다.

참석자들은 토론 시간에 △임상적 마음건강 증진 △중증 정신질환의 치료 및 회복 강화 △정신질환 인식개선 및 추진체계 등 3가지 주제를 놓고 여러 의견을 나눴다고 김수경 대변인이 서면 브리핑으로 전했다.

"대학생 정신건강 서포터즈'로 활동한 경험이 있는 한 20대 여성은 "마음속 고민을 털어놓을 수 있는 심리상담이 꼭 필요하다"며 "정부의 안정적인 지원이 이뤄지기를 바란다"고 했다.

정신장애가 있는 자녀를 둔 아버지이자 장애인 표준사업장을 운영하는 한 60대 남성은 타 유형에 비해 정신장애인은 고용과 주거 지원 체계가 미흡하다며 정부에 관심을 요청했다.

이에 김민석 고용노동부 차관은 "정신장애인의 일상 회복에 있어 일자리가 가장 중요하다는 말씀에 공감한다"며 정신장애인 고용 모델 개발 등 원활한 취업을 위해 노력하겠다고 밝혔다.

서울대병원 정신건강의학과 교수인 윤대현 의원은 "정신건강의학과에서 중증 정신질환자는 필수 의료 분야에 해당한다"며 "응급 대처와 적기 치료가 원활하지 않으면 재활과 사회 복귀에 동맥경화 현상이 생길 수 있어 국가 차원에서 관심과 지원이 필요하다"고 제언했다.

정서 위기 학생 급증을 우려하는 의견도 나왔다.

정신건강의학과 전문의 강윤형 의원은 "초등학생에 대한 마음건강 조기교육, 위기학생에 대한 관점의 전환과 체계적 지원이 중요하다"며 교육부에 새로 생긴 사회정서지원 전담부서를 적극 돕겠다고 했다.

고려대 보건대학원장인 윤석준 의원은 "정신건강정책은 여러 부처와 지자체가 함께 일해야 하는 복합행정임으로 강력한 거버넌스가 무엇보다 중요하다"며 "행정 조직과 인력이 지원되기를 바란다"고 희망했다.

윤 대통령은 토론이 끝난 뒤 "정신질환도 육체적 질환과 동등하게 온 사회가 관심을 갖고 관리해야 한다"며 "이제 본격적으로 내년부터 재정도 투입할 것"이라고 밝혔다.

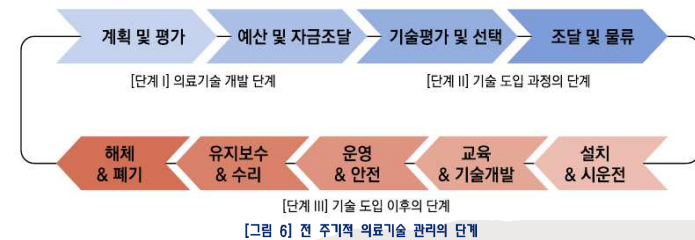
3. 의료 산업

[4차 산업혁명 시대의 대한민국 의료기술 발전 방향]

✓ 우리는 4차 산업혁명 시대를 맞아 과학기술의 유례없이 빠른 발전 속도에 따른 사회 전반의 변화를 경험하고 있으며, 이러한 급격한 변화는 불확실성과 두려움을 동반하지만, 새로운 가능성을 제공하기도 함

✓ 4차 산업혁명 시대에 들어서면서 의료기술이 날로 발전하여 치료적 선택, 장비, 의약품의 범위가 확대되고 있고, 이에 대한 국민의 의료적 요구와 기대가 점차 증가하고 있음.

✓ 의료기술의 전 주기적 관리 새로운 의료기술에 대한 탐색 단계부터 유망한 의료기술의 임상 적용을 위한 연구 단계, 신의료기술로서 임상현장에 진입하는 단계, 그리고 이미 사용하고 있는 기술에 대한 지속적인 모니터링과 재평가 단계 등을 단계별 이슈에 따라 관리하고자 하는 것이며, 이에 따른 적절한 제도적 장치가 요구됨.



[그림 6] 전 주기적 의료기술 관리의 단계

3. 의료 산업

[대한민국 의료기기 산업발전을 위한 소고]

- ✓ 한국의 의료기기 산업은 다른 분야와 비교할 때 여전히 선두권과 상당한 격차가 있음.
- ✓ 의료기기 산업은 대형 종합병원에서 국산 의료기기를 사용하지 않는 상황과 까다로운 건강보험 등재 절차 등으로 인해 성장에 어려움을 겪고 있음.
- ✓ 의료기기 산업의 발전을 위해 정부는 상급종합병원 지정 평가 기준에 '국산 의료기기 사용 비율'을 포함시키는 등의 정책을 통해 국산 의료기기의 사용을 촉진할 수 있고, 국산 의료기기의 세계 시장 진출에도 긍정적인 영향을 미칠 것임.
- ✓ 정부의 정책 의지와 개발자의 철저한 준비가 결합될 때, 한국의 의료기기 산업도 세계적인 경쟁력을 갖추 수 있음.
- ✓ 현재의 기회를 잘 활용하여 의료기기 산업이 대한민국의 미래를 밝히는 등불이 되기를 희망함.

朝鮮日報Chosun

범부처 의료기기 제품화 지원 거버넌스 통합포럼 개최
| '의료기기 신뢰성 평가기술의 현재와 미래' 주제로 발표 2024.06.27

“한국 영화산업 기적 이끈 스크린쿼터제, K-의료기기에도 도입해야”

윤석준 고려대 보건대학원장은 27일 서울 중구 더 플라자호텔에서 열린 “2024 범부처 의료기기 제품화 지원 거버넌스 통합 포럼”에서 “국산 의료기기가 세계에서 인정받으려면 신뢰성을 확보해야 한다”며 이 같이 말했다.

◇한국 의료기기 신뢰성 확보 방안 고민

국내 의료기기 기술 수준이 세계 수준에 미치지 못한 채, 현재 국내 대학병원들은 국산 의료기기를 사용하기를 꺼린다. “품질을 믿을 수 없다”는 것이다. 윤 원장은 “국산 의료기기에 대한 신뢰 부족 문제는 제도적으로 해결해야 한다”며 “상급종합병원에서 국산 제품을 쓸 수 있는 ‘스크린쿼터’ 제도와 같은 환경을 조성할 필요가 있다”고 제안했다.

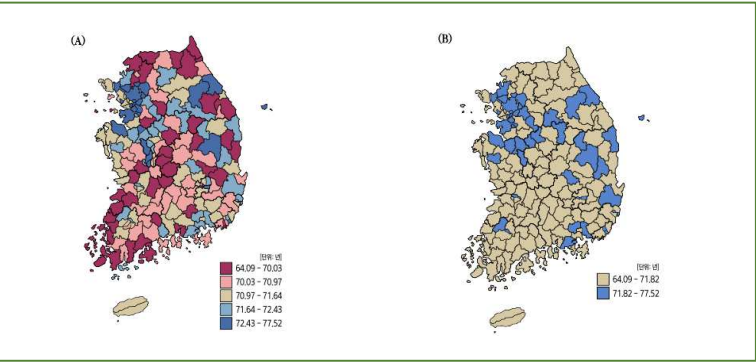
스크린쿼터란 영화라는 뜻을 가진 ‘스크린(screen)’과 할당량이라는 뜻을 가진 ‘쿼터(q uota)’가 합쳐진 말이다. 극장에서 일정 기간 의무적으로 자국 영화를 상영하도록 하는 제도다. 윤 원장은 지난 2006년 정부의 스크린쿼터제 축소 추진 당시 안상기, 최만식 등 국민배우들이 서울 송파로에서 기자회견을 한 장면을 언급했다. 하지만 그로부터 10년 이 지나 기성세대와 같은 국산 영화가 국제 영화제에서 최고상을 수상하자, 이제 문화계에서 스크린쿼터제 폐지 목소리가 나온다.

윤 원장은 스크린쿼터처럼 보건복지부가 지칭하는 상급종합병원 평가 기준에 ‘국산 의 룡기기 비율’을 넣는 방안을 제시했다. 국내 상급종합병원의 국산의료기기 점유율은 지 난 2020년 10%에서 지난해 12%로 소폭 올랐다. 윤 원장은 “한국 대학병원의 국산 의 룡기기 비율이 30%로만 높아지면 국산 의료기기의 글로벌 시장 진출도 충분히 가능하 다”고 말했다.

윤 원장은 또 “국내 병원의 국산 의료기기 점유율이 12%라고 하지만, 국산 의료기기를 쓰지 않는 대학병원들도 여전히 많다”며 “상급종합병원 평가 기준에서 국산 의료기기 구매 비율을 ‘10% 이상’으로만 지정해도 큰 효과가 있을 것”이라고 제안했다. 그러면서 “병원이 국산 의료기기 산업 분야에 친화적으로 작동해야 한다”고 말했다. 그러나 이러 령 자국 제품을 보호하는 제도는 한미자유무역협정(FTA) 등에 저촉될 수 있다. 이에 대 해 윤 원장은 “외교적으로 정부가 풀어나갈 문제”라고 설명했다.

4. 한국인의 건강수명

지역적으로 건강수명이 높은 지역은 수도권에 집중되었고, 건강수명의 지역 간 격차는 증가하는 추세임.

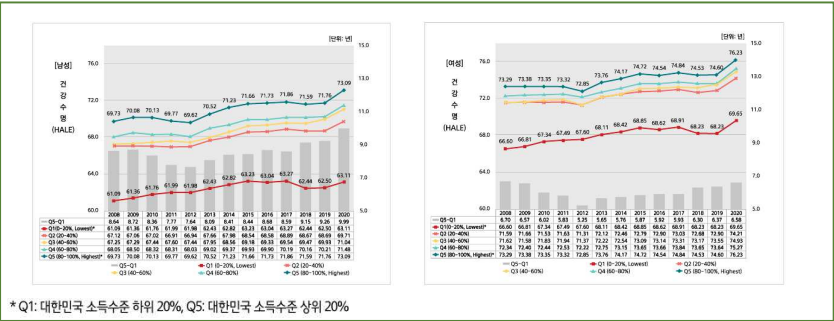


[그림 8] 건강수명(HALE)의 지역간 분포

4. 한국인의 건강수명

건강수명 인간이 건강하게 살 것으로 예상되는 평균연수, 건강과 관련된 신체 및 기능장애 그리고 삶의 질 저하의 기간이 포함됨.

2000년 이후 세계보건기구(WHO)는 인구의 평균 건강수준을 측정하는데 HALE 지표를 사용함.

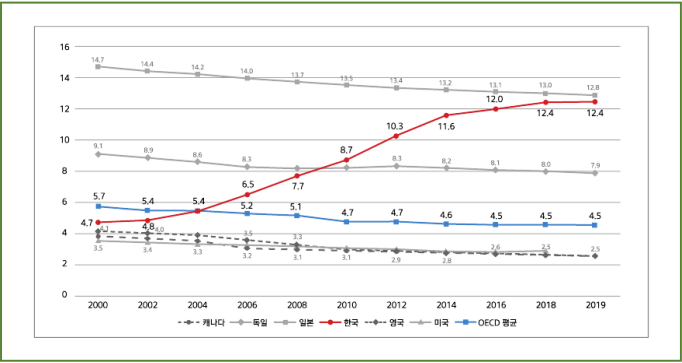


* Q1: 대한민국 소득수준 하위 20%, Q5: 대한민국 소득수준 상위 20%

[그림 7] 한국의 소득계층의 성별 건강수명(HALE) 2008-2020

5. 의료인력

한국의 병상 수가 OECD 국가 중 가장 많음(2021년 인구 1,000명당 병상수는 12.8개). 병상수가 늘어남에 그만큼 의사, 간호사가 더 필요한데 의사 인력은 동결 상태, 간호대 정원만 늘어나고 있음.



[그림 9] OECD 주요 국가 간 단위 인구당 병상 수 증가 곡선

5. 의료인력

진료지원인력(PA) 의사, 간호사 주요 의료인력의 부족 사태, 전공의 근무시간을 줄이면서 발생한 진료 공백, 지방 의사 부족 사태 등이 겹치면서 필요성이 대두됨.

미국, 영국, 캐나다의 진료지원인력은 특정 지역과 특정 분야의 의사 인력 부족 사태에서 비롯됨.

우리나라 병상 수 증가가 눈에 띄게 늘어나기 시작한 2000년대 중반 이후부터 부족한 병원내 의료인력 문제를 해결하고자 병원별로 광범위하게 진료지원인력이 활용되기 시작함.

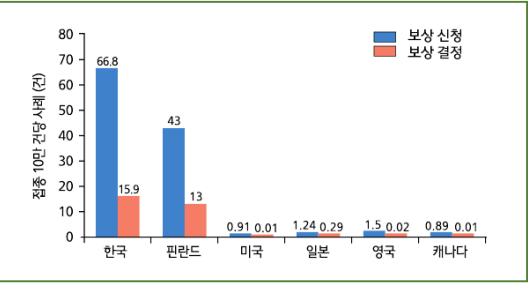
쟁점 진료지원인력이 합법적 범위에서 근무하는 인력인지 여부와 현재도 행해지고 있는 주요 의료행위가 어디까지 진료지원인력에 위임될 수 있는지 여부.

[표 5] 국외 진료지원인력 제도 비교			
	미국	영국	캐나다
정의	의사의 감독하에 질병을 진단하고 치료 계획을 기획하여 의료 서비스를 제공하는 사람으로 규정(AAPA)	의료 전문가로, 의사와 함께 일하고 다학제 팀의 필수적인 부분으로 의료서비스를 제공(FPA)	PA는 의료 모델에 대해 교육을 받은 고도로 숙련된 의료 전문가(CAPA)
역사	1960년대 두크 대학병원에서 PA 교육과정을 개설하며 발전	2002년 정부로부터 활동의, 2007년부터 공식 PA 자격 부여	1900년대 초부터 군의관과 유사한 형태로 PA가 역할
규모	148,560명(AAPA, 2020년)	2,500여 명 추산(영국의사협회, 2021년)	800여 명 추산(CAPA, 2019년)
주요 역할 및 업무 권한	· 신체검사 · 과거력 평가 및 진단 · 특정 치료 조치 실행 · 규제된 약물 처방 및 투여	· 신체검사 · 과거력 평가 및 진단 · 치료법 계획 · 수술 보조 · 약물 처방 가능	· 의학 철학, 신체검사 · 진단 및 치료 개념 · 수술 보조 · 약물 처방 가능
교육 프로그램 및 재인증	· 교육: 2021년 7월 기준, 277개 이상의 PA 프로그램 · 석사학위과정 · 교육 기간: 2~3년 · 재인증: 2년간 100시간	· 교육: 31개의 대학 프로그램, 2년 과정, 90주, 3,200시간 이수 · 석사학위과정 · 재인증: 5년 이후 C-CPD(Continuing Professional Development) ¹⁾	· 교육: 2년 과정, 4개의 공인 프로그램(석사/학사) · 재인증: CAPA 자격을 위한 지속적으로 CPD를 통해 요구되는 교육 학점
국가 인증 시험	미국 진료지원인력 국가 인증 시험(Physician Assistant National Certifying Exam [PANCE])	영국 진료지원인력 국가 인증 시험(The Physician Associate National Examination [PANE])	캐나다 진료지원인력 인증 위원회 주관 인증 시험(The Physician Assistant Certification Council of Canada, PA Certification Exam [PACCC CERT Exam])
PA 협회	미국 진료지원인력 협회(American Academy of Physician Assistants [AAPA])	영국 진료지원인력 협회(The Faculty of Physician Associates [FPA])	캐나다 진료지원인력 협회(Canadian Academy of Physician Assistants [CAPA])

국가 예방접종 피해보상제도 개선 방향

대한민국에서 예방접종 피해보상제도는 1994년 「전염병예방법」 개정으로 도입된 이래 현재까지 약 30년의 세월이 흘렀지만 그동안 필수예방접종에 따른 예방접종 피해보상 요구 사례가 드물기도 해서 그 보상 방식이나 지원 범위 등에 관해서는 사회적으로 무관심 영역에 속했으나, 지난 3년 동안 진행되어온 코로나 19로 인해 사망이나 중증 장애를 경험하게 된 사례가 증가하면서 피해보상제도는 새롭게 조명됨.

- ✓ 사회적 갈등요인이 증가하면 우리나라의 경우 보상요구 건수가 다른 주요 국가에 비교해 월등하게 많음.
- ✓ 행정적 부담 등으로 보상의 범위와 지원 내용이 엄격하게 유지되어 왔음.



[그림 10] 코로나 19 예방접종 10만 건당 보상 신청 및 보상 결정 현황

병상 수 관리정책 시급하다.

- ✓ 병상 수 관리는 이미 실기(失期·시기를 놓침) 한 것 아니냐는 말이 나올 정도로 빠른 대처가 필요한.
- ✓ 건강보험 재정 문제의 핵심은 병상 수에 있어서 정부가 더 적극적으로 대처해야 함.
- ✓ 올해 이슈로 떠오른 의대 정원 확대 문제도 양적으로 늘릴 여지는 있으나, 필요한 분야에서 인력이 계속 일할 수 있는 여건을 만들어 주는 것이 더 중요함.

보건의료정책 브레인 인터뷰

February 2023 대면디플

“수도권 대형병원 병상 수 관리, 이미 실기했음 수도”

홍준표 의원 인터뷰

홍준표 의원은 인터뷰에서 “수도권 대형병원 병상 수 관리, 이미 실기했음 수도”라고 말했다. 그는 “수도권 대형병원 병상 수 관리, 이미 실기했음 수도”라고 말했다. 그는 “수도권 대형병원 병상 수 관리, 이미 실기했음 수도”라고 말했다.



홍준표 의원은 인터뷰에서 “수도권 대형병원 병상 수 관리, 이미 실기했음 수도”라고 말했다. 그는 “수도권 대형병원 병상 수 관리, 이미 실기했음 수도”라고 말했다. 그는 “수도권 대형병원 병상 수 관리, 이미 실기했음 수도”라고 말했다.

의뢰인의 수도권 쏠리고 의뢰비용도 크게 늘려 복지는 줬다 뻗기 어려워, 치유부터 설계 갈래야

의뢰인의 수도권 쏠리고 의뢰비용도 크게 늘려 복지는 줬다 뻗기 어려워, 치유부터 설계 갈래야

코로나 재난 피해보상 특별법 제정 등을 외치며 서울 광화문 인근에 마련된 백신 희생자 합동 분향소



- ✓ 대한민국 보건의료 정책 분야에서 발생하는 갈등(간호법 개정, 의사 인력 확충 정책, 진료지원인력(PA) 문제, 건강보험 수가 및 보험료 인상 문제 등)은 각 이해당사자들 간의 신뢰 부족과 극한 주장의 충돌로 이루어지고 있음.
- ✓ 국민건강보험공단 재정운영위원장으로서 경험을 바탕으로 이러한 갈등을 조정하기 위해서 갖고 있는 정책자료와 더불어 사회적 신뢰가 필수적으로 강조됨.
- ✓ 대학의학은 사회 문제 해결을 위한 연구주제 설정과 근거 창출을 통해 갈등을 효과적으로 관리할 수 있는 중요한 역할을 할 수 있음.
- ✓ 갈등 해결을 위해 근거와 신뢰가 중요하며 대학이 사회적 리더를 육성하는 중심적 역할을 할 수 있어야 함.

[illegible]

- ✓ 대한민국은 OECD의 'Health at a Glance' 보고서에 따르면 신체 건강 지표에서 대부분 상위권에 속하지만, 마음 건강 지표에서는 최하위를 기록하고 있음. 특히, 자살률은 OECD 회원국 중 가장 높고, 주관적 건강 인식도 평균 이하임.
- ✓ 중증 정신질환자 수는 약 50만 명으로 추정되며, 사회의 배려적 태도와 정신질환자에 대한 편견이 문제로 지적됨. 이로 인해 중증 정신질환자들의 자살률은 일반인보다 4.7배 높음.
- ✓ 이러한 문제 해결을 위해서는 국민 개개인의 행복이 외부 평가가 아닌 내면에서 일어나는 만족감에서 비롯되어야 함.
- ✓ 물질적 축복을 넘어 마음의 행복을 누리는 세상을 만들기 위하여 우리 사회가 당면하고 있는 저출산, 높은 자살률 문제의 근본적 해결이 가능함.
- ✓ 대학이 마음 건강한 사회를 만들기 위한 훈련장을 제공하는 것이 중요함.

[illegible]

하늘을 나는 철새인 바다제비는 해가 바뀌어도 자신의 둥지를 정확히 찾아온다고 한다. 해마다 한바도 남쪽 모인도 외딴 곳에서 둥지를 틀고 번식을 한 후 인도 둥지로 날아가다가 일년이 지난 뒤 자신이 번식한 곳으로 정확히 돌아오는 것이다. 몸 안에 레이더도 없어 보이는데 어떻게 가는 걸까?



주말마다 유럽 축구 경기를 시청하는 취미가 있는 필자는 매년 강등되는 하위 팀들이
구장에 가득찬 홈팬들의 열렬한 응원을 받고 있는 장면을 드물지 않게 지켜보고 한다.
응원하던 팀이 거의 매 경기마다 지고 있고 2부 리그로 강등되었는데도 좀처럼 응원
팀을 바꾸지 않는다.



의료개혁 제 4의 길 _ 마무리하며

- ✓ 인간을 비롯한 생태계는 저마다 귀소본능과 더불어 자신이 소속감을 느끼는 공간을 찾아 나설고 있다
- ✓ 대한민국 국민의 국가에 대한 귀소본능과 소속감이 남다르다고 생각한다. 그렇기에 혼란 속에서도 공존의 지혜가 작동할 것임을 굳게 믿고 있다.
- ✓ 대한민국의 현 의료제도 상의 많은 문제를 경험하고 관찰하며, 국가의 투자와 제도의 운영 사이의 균형을 찾기 위한 방안을 모색해왔다. [의료개혁 제4의 길]은 보건의료산업, 질병정책, 그리고 국민 건강을 위한 정책방향을 다루고 있다.
- ✓ 이제 우리는 희망의 등지를 찾아 새로운 길을 찾아 나설 때이다.

필자는 이 새로운 길을 감이 ‘제4의 길’ 로 명명하였다.

의료개혁특별위원회

[구성] 위원장·부위원장 포함 30명 이내
1기 위원회는 위원장(1인), 공급자단체(10인), 정부위원(6인), 수요자단체(5인), 분야별 전문가(5인)



[자료: 연합뉴스TV, 2024.04.25. <https://www.ynhappnewsstv.co.kr/news/MYH20240425019200641>]

의료개혁 특위 '1기 구성'	
	위원장(1인) 노연홍 한국제약바이오협회장
	공급자 단체(10인) 대한병원협회·대한중소병원협회·대한약사회·국립대학병원협회·대한간호협회·대한한의사협회·대한치과의사협회 ※ 대한의사협회·대한전공의협의회·대한의학회는 위원 미추천
	정부 위원(6인) 기획재정부·교육부·법무부·행정안전부·보건복지부 장관, 금융위원회 위원장
	수요자 단체(5인) 한국경영자총협회·새로고침노동자협의회·한국환자단체연합회·한국소비자단체협의회·경제정의실천시민연합
	분야별 전문가(5인) 윤석준 고려대 의과대학 교수, 신현웅 한국보건사회연구원 선임 연구위원, 정형현 연세대 보건과학대 교수, 권정현 한국개발연구원(KDI) 연구위원, 백경희 인하대 법학전문대학원 교수

[자료: <https://blog.naver.com/hong7779/223422293521>]

2. 의료개혁특별위원회 구성 및 현황

의료개혁특별위원회

[전문위원회] 위원장1인 포함 15인 이내의 전문가, [2024.05.16] 4개 전문위원회 논의 시작



[자료: <https://www.youtube.com/watch?v=GHzeN9J918>]

‘의료인력 전문위원회’는 전공의의 교육·수련의 질과 업무부담을 개선하고 의대 의학 교육의 질을 개선하기 위한 방안 등을 논의하게 된다.

‘의료인력 전문위원회’는 공급자·수요자 단체 추천 등을 통해 의학교육, 의료현장, 인력 추계 등에 전문성이 있는 관련 전문가를 중심으로 구성했다. 전체 위원 중 의료계 위원이 과반을 차지하고 있다. 위원장은 윤석준 고려대 보건대학원 교수가 맡았다.

[자료: 의학신문, 2024.05.26. <https://www.medworld.co.kr/news/articleView.html?idxno=232917>]

3. 의료인력전문위원회 주요 논의 의제

의료인력전문위원회 [전공의수련소위원회 포함]

1. 논의주제

(1) 논의 중

- 인력 수급 추계·조정 기전 구축 (주계 전문기구/ 의사결정기구)
- 전공의 근무시간 단축(연속근무시간 / 주당 평균 근무시간)
- 전공의 수련 체계 개편 (핵심지도전문의 (PD)도입/ Protected Time/ 전공의 진료업무량 제한 등)
- 인턴제 개편 (인턴제 내실화(1년) / 임상 수련의 제도(2년) 검토)
- 다기관 협력 전공의 수련 모형 구축 (시범사업·네트워크)
- 국가단위 전공의 수련 프로그램 개발·인증·평가 기구 설립 (검토)
- 의학교육 통합 6년제 개편과 연계된 전공의 수련 방안

2. 추후 논의 과제

(1) 면허관리 체계 개선

(2) 협력 공유형 인력 운영방안

↳ 전공의 업무부담 완화 및 대체 인력 운영방안 중심 논의
(진료지원 간호사, 임원전담 전문의, 당직 전문의 지원 등)

의료인력전문위원회 [전공의수련소위원회 포함]



제6차 의료개혁특별위원회 의료인력 전문위원회(2024. 8. 2.)

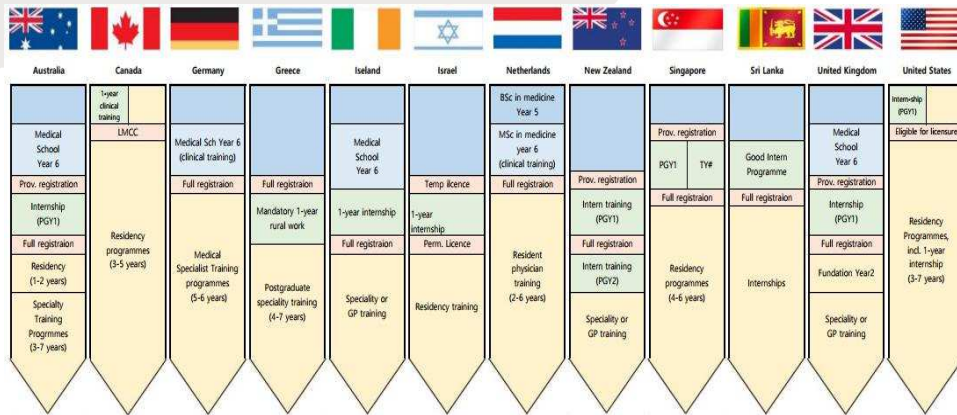
https://www.newsis.com/view/NISX20240802_0002836679

❖ 국가별 전공의 수련기간 현황

Australia	Canada	Germany	Greece	Ireland	Israel	Netherlands	New Zealand	Singapore	Sri Lanka	United Kingdom	United States
Medical School Year 1-5*	Undergraduate Medical Education Year 1-4	Medical School Year 1-5*	Medical School Year 1-6	Medical School Year 1-5*	Medical School (Basic Medical Education) Year 1-6	BSc in medicine Year 1 BSc in medicine Year 2 BSc in medicine Year 3 BSc in medicine Year 4 BSc in medicine Year 5	Medical School Year 1-6	Medical School Year 1-5*	Medical School Year 1-5*	Medical School Year 1-5*	Medical School Year 1-4
Medical School Year 6	1-year clinical training	Medical Sch Year 6 (clinical training)		Medical School Year 6		MSc in medicine year 6 (clinical training)				Medical School Year 6	Internship (PGY1)
Prov. registration (PGY1)	LMCC	Full registration	Full registration	1-year internship	Temp licence	Full registration	Prov. registration	Prov. registration PGY1	Good Intern Programme	Prov. registration	Residency programmes, incl. 1-year internship (3-7 years)
Full registration	Residency programmes (3-5 years)	Medical Specialist Training programmes (5-6 years)	Mandatory 1-year rural work	Full registration	Perm. Licence	Resident physician training (2-6 years)	Full registration	Full registration	Full registration	Full registration	
Residency (1-2 years)			Postgraduate specialty training (4-7 years)	Specialty or GP training	Residency training		Specialty or GP training	Residency programmes (4-6 years)	Internships	Specialty or GP training	
Specialty Training Programmes (3-7 years)											

[자료: 전공의 수련환경 개선 방향, 대한의학계 수련교육이사 박용범]

❖ 국가별 전공의 수련기간 현황

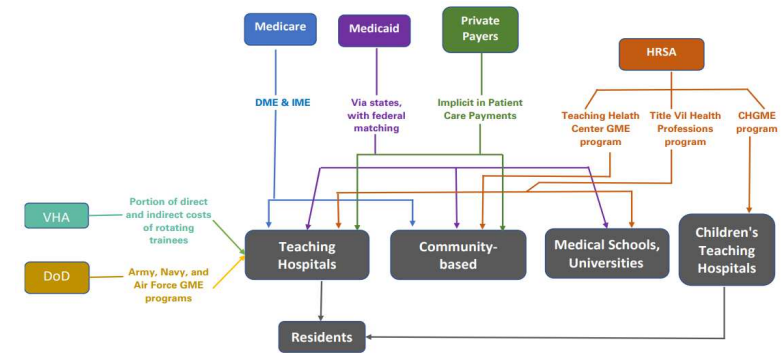


[자료: 전공의 수련과정 개편 현황, 대한의학계 수련교육이사회 백서]

45

❖ 졸업 후 의사교육에 투입되는 재원의 흐름 (미국 사례)

GME is primarily funded through Medicare and Medicaid. Additionally, other funding sources include private payers, the Health resources and services Administration (HRSA) which funds GME in **children's hospitals** and **community health centers**, the **Veterans Health Administration**, and the **Department of Defense**.



[자료: 전공의 수련과정 개편 현황, 대한의학계 수련교육이사회 백서]

46

감사합니다.

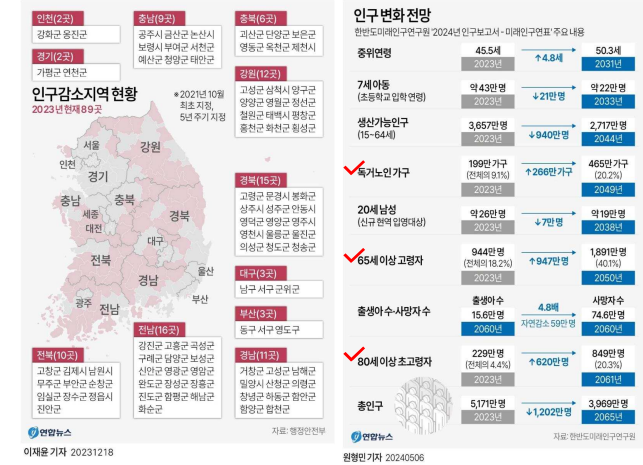
인구구조 변화와 지역의료의 과제



2024.8.20
한국행정연구원 윤영근 연구위원

비수도권 지역의 인구감소 심화

- 비수도권 지역 인구감소 가속화
- 의료자원의 수도권 및 광역시 집중 현상으로 의료격차 심화
- 비수도권 지역은 인구의 고령화에 따라 의료서비스 역시 노인질환 중심 수요 증가
- 의료서비스 다양성 부족은 지역의 거주여건 악화시키는 요인 중 하나로 작용

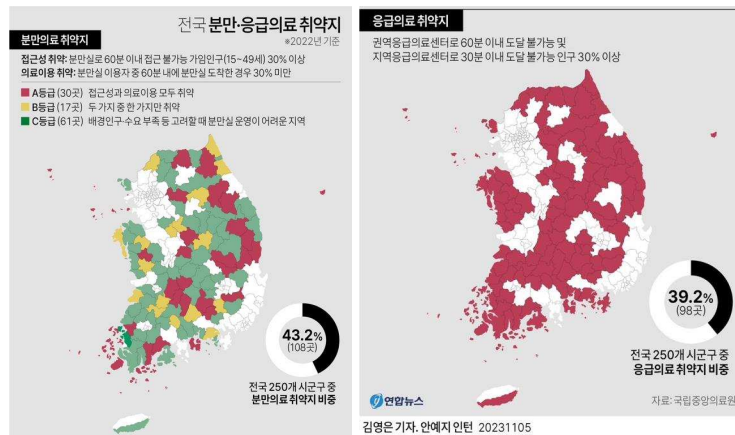


2

의료접근성 악화

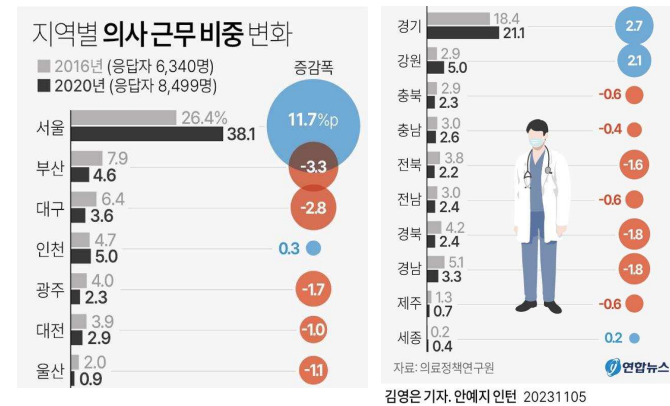
지역 근무 의사 비중 감소

- 수도권과 광역시 정도를 제외하면 전국 대부분 지역에서 분만의료가 취약한 실정
- 인구감소 지역을 중심으로 지역의 응급의료센터 접근성도 악화



3

- 지역에서 근무하는 의사의 비중이 감소하는 문제
- 서울, 경기, 강원, 인천 등을 제외한 모든 지역에서 의사 감소
- 수도권 중심의 의료인력 증가 현상
- 특히 지역의 의료중심지라고 할 수 있는 부산, 대구, 광주 등 광역시에서도 의사근무 비중이 큰 폭으로 줄어드는 문제점 노출



4

- 2021년 기준 상급종합병원 관내 이용률은 전국 평균 63.7%
- 상당수의 비수도권 환자들이 수도권 병원으로 이동
- 의사 수 격차도 계속 커지는 상황
- 의료 격차는 일자리, 교육 등과 함께 수도권 대비 비수도권의 삶의 질을 떨어뜨리는 요인으로 작용



병원·장비 다 준대도 … 서귀포 ‘의사 구하기’ 5수째 허탕

전국 첫 민관협력의원 또 유찰
50억 예산 투입해도 지원자 '0'
의료 사각지대 해소 또 물거품
1시간거리 제주까지 원정진료

제주 서귀포시가 50억원을 투입해 추진해온 전국 최초 민관협력의원의 의사가 없어 무산될 위기에 처했다. 지역 의료 인프라스트럭처 붕괴의 현주소를 보여준다는 지적이 나온다.

10일 한국자산관리공사 온비드에 따르면 전남 '서귀포시 365 민관협력의원 사용허가입찰 공고'를 개설한 결과 단 한 명의 응찰도 나오지 않아 유찰됐다. 지난해 2월 15일 시작해 벌써 다섯 번째 유찰이다.

서귀포시 민관협력의원은 의료 사각지대의 응급환자 수용과 야간·휴일 진료 공백을 해소하기 위해 서귀포시가 2020년부터 추진한 의료지원 사업이다.

간담과 마늘 등 농업을 위주로 돌아 가는 서귀포시 서부지역(대정읍·안덕읍)은 노인 인구 비중이 높아 정기적으로 병원을 방문해야 하는 주민이 많다. 농사를 짓다 보면 물리치료도 주기적으로 받아야 하지만 가까운 병원이 적다 보니 주민들은 매번 차로 1시간가량 걸리는 제주 시내 병원을 찾고 있다.

실제 서귀포시가 시민들의 거주지와 건강보험 외래진료 청구 병원의 소재지를 대조 분석한 자료에 따르면 시민 절반 이상이 제주 시내 병원을 이용하는 것으로 나타났다. 특히 대정읍·안덕면 주민의 거주 지역 병원 이용률은 11~28%로 서귀포 지역에서도 가장 낮았다. 이들이 야간이나 휴일에 시내 병원을 찾는 건수는 한 해에 10만여 건, 진료비 지출은 28억원이 넘는다.

민관협력의원은 지방자치단체가 건물과 의료 장비를 지원하고 민간 의료진이 운영을 맡는 것이 기본 콘셉트다. 서귀포시는 국비 등 47억4500만원을 투입해 대정읍 상모리 3679 일대 4885㎡ 용지에 연면적 885㎡의 의원 동과 81㎡ 면적의 약국동을 지었다. 준공은 지난해 1월 완료됐고 흥부방사선

*매 일경제, 2024.4.10.



과 내시경, 복부초음파, 물리치료 등 의료 장비 15종·46대도 갖췄다.

아울러 서귀포시는 의료진의 부담을 줄이기 위해 '제주특별자치도 공유재산 관리 조례'까지 개정해 공유재산인 건물과 용지 사용료를 대폭 감면했다. 구체적인 감면 규모는 건물 시가의 1000분의 57까지다. 건물 감정평가액이 1억원이라면 조세를 통해 연간 사용료를 50만원까지 낮출 수 있다.

그러나 지난해 2월 15일을 시작으로

1년 넘게 의료진 모집에 나섰지만 응찰자가 없어 모두 유찰됐다. 수익 창출이 불확실한데 휴일·야간 운영이 필요한 의료진 확보의 어려움, 건강검진기관 운영 부담, 의료진 주가 문제 등이 가장 큰 이유로 꼽힌다.

서귀포시는 의료진의 부담을 덜기 위해 기준을 대폭 낮췄다. 기존에는 필수 과목(내과·가정의학과·응급의학과) 전문의 1명을 포함한 의사 2~3명으로 구성된 팀을 꾸려야 했다. 하지만

4차 공고부터는 '정문의 자격을 가진 의사'로 완화해 대표 의사 1명으로도 개원할 수 있도록 했다.

이후 4차 공고에서 의사 A씨가 낙찰을 받아 개원 기대감이 높아졌지만 지난해 2월 A씨가 물려온 포기서를 제출하면서 무산됐다. A씨는 포기 이유에 대해 "기존 병원의 인수인계 문제 때문"이라고 서귀포시에 답변했다.

4차 공고까지 물거품으로 돌아가자 서귀포시는 개원 후 6개월간 유예를 조건으로 △진료 시간 팽길 오후 8시, 주말·공휴일 오후 6시까지로 단축 △주중(평일)에는 1일 휴무 가능 △사용 면적 확대, 최소입찰가 하향 등 조건을 다시 완화해 5차 공고에 나섰지만 응찰도 나오지 않았다.

서귀포시 관계자는 "5차 공고 당시 의사 몇 명이 관심을 보였지만 아직 야간·휴일 진료를 이끌어가는 데 부담을 느낀 것으로 보인다"면서 "제주도와 함께 제공도 시기를 정할 예정이며 이 과정에서 민관협력의원 입찰 운영 방식의 의료법인 분리 설치도 논의될 것"이라고 말했다. 서귀포시윤승민 기자

- 법상 우리나라 보건의료체계는 지역단위 운영이 기본이며, 이는 국가와 지방자치단체의 공동책임
- 공공보건의료에 관한 법률

조항	내용
제2조(정의)	1. "공공보건의료"란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다.
제2조(정의)	5. "공공보건의료 전달체계"란 국가 또는 지방자치단체가 제7조제1항 각 호의 사항을 제공하기 위하여 다음 각 목의 보건의료기관 간의 역할 수행 체계를 구축하는 것을 말한다. 가. 「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 국립중앙의료원 나. 「서울대학교병원 설치법」에 따른 서울대학교병원 및 「국립대학병원 설치법」에 따른 국립대학병원 다. 권역별로 설치·운영되며, 보건복지부장관이 지정하는 보건의료기관 라. 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원 마. 가목부터 라목까지를 제외한 보건의료기관 중 공공보건의료 수행기관
제3조(국가와 지방자치단체의 의무)	① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료를 강화하기 위하여 공공보건의료사업을 추진하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행기관을 확보하여야 한다. ③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 「의료법」 제2조제1항에 따른 의료인의 확보에 필요한 시책을 시행할 수 있다. <신설 2018. 3. 13.> ④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다. <개정 2016. 2. 3., 2018. 3. 13.>

- 지방자치법

조항	내용
제13조(지방자치단체의 사무 범위)	① 지방자치단체는 관할 구역의 자치사무와 법령에 따라 지방자치단체에 속하는 사무를 처리한다. ② 제1항에 따른 지방자치단체의 사무를 예시하면 다음 각 호와 같다. 다만, 법률에 이와 다른 규정이 있으면 그러하지 아니하다. <개정 2023. 8. 8., 2024. 1. 9.> 2. 주민의 복지증진 마. 공공보건의료기관의 설립·운영 바. 감염병과 그 밖의 질병의 예방과 방역

- COVID-19 대응과정에서 지역단위 보건의료체계의 취약점 노출
- 현재로서는 일정 수준 국가의 개입이 불가피

지역단위 보건의료체계

Korea Institute of Public Administration

지방자치법 시행령[별표 1] 지방자치단체의 종류별 사무

구분	시·도 사무	시·군·자치구 사무
2. 주민의 복지증진에 관한 사무		
마. 주민건강증진사업	1) 주민건강의 증진에 관한 계획 수립 2) 건강생활실천협의회 구성·운영 3) 보건교육 지도·감독 4) 영양개선업무 지도·감독 5) 구강건강사업계획 수립	1) 주민건강증진업무 세부 계획 수립 2) 주민건강실천운동 지원 3) 건강생활실천협의회 구성·운영 4) 보건교육의 실시 및 지도·감독 5) 영양개선업무 수행 및 조사 6) 구강건강사업의 수행
바. 공공보건 의료기관의 설립·운영	1) 시·군·자치구 보건소 설치·운영비의 지원 2) 보건환경연구원의 설치 3) 시·도료원의 설치·운영 4) 공중보건사의 배치·지도 5) 보건진료소 설치·운영비의 지원	1) 보건소 및 지소의 설치·운영 2) 무의촌(無醫村) 및 오지 주민에 대한 순회 진료 3) 보건진료소의 설치·운영
사. 전염병 및 그 밖의 질병의 예방과 방역	1) 전염병 예방을 위한 종합대책의 수립 및 주민 홍보 2) 전염병 예방시설 설치 3) 전염병 예방·방역과 그에 따른 비용 지원 4) 전염병 치료를 위한 대응기관의 지정과 기관에 대한 경비 보조 5) 그 밖의 질병의 예방과 방역	1) 전염병 예방을 위한 주민 홍보·교육 2) 전염병 예방접종 실시 3) 전염병 예방대응시설 지정 및 운영 4) 전염병의 예방조치와 소독의 실시 5) 전염병환자의 격리수용 및 진료조치 6) 그 밖의 질병의 예방과 방역

9

지역단위 보건의료체계 정상화 필요

Korea Institute of Public Administration

- 자치단체의 재정력 문제, 인구감소지역은 방문환자 수 감소, 령화의 영향으로 특정 의료수요는 지속
- 독립채산제로 운영되는 지역의료원의 경영 위기 초래
- 환자의 권역 외 상급종합병원 접근이 자유롭기 때문에 의료수요의 수도권 쏠림현상 발생
- 인구구조 변화는 의료기관의 종별, 지역별 격차 악화, 의료자원의 수도권 쏠림 가속화

- 국가 : 의료서비스 최저기준(National minimum) 관리
- 지방 : 지역의 의료수요에 맞는 지역단위 보건의료체계 운영

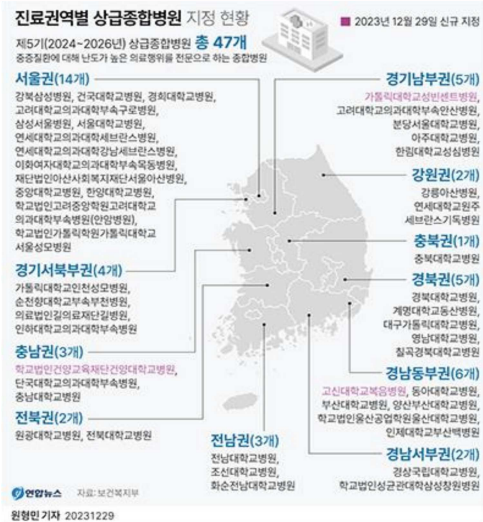
- 지역단위의 보건의료체계가 작동하려면 지역의 상급종합병원과 지역의료원, 보건소 간 연결망 필요
- 필수의료(응급, 소아, 분만, 뇌심혈관 등)와 지역사회 '건강관리' 관점에서 의료거버넌스 설계
- 실제 지역의 환경과 의료 수요에 맞는 필수의료 기능 선정
- 비수권 지역의 여건을 고려할 때, 국가의 투자와 관리가 불가피한 측면 있음

10

상급종합병원

Korea Institute of Public Administration

- 제5기 상급종합병원(2024~2026년)은 총 47개
- 지역의료 강화에 초점
- 지역 내에서 중증 응급치료가 가능하도록 지역완결형 의료 체계 구축 목적
- 중증, 응급, 희귀질환 진료 집중

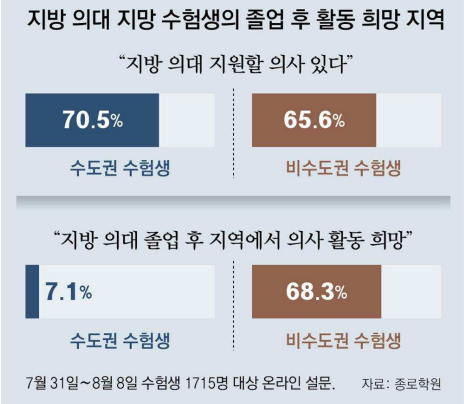


11

대학병원

Korea Institute of Public Administration

- 교육·수련 및 연구 기능 + 공공의료 제공
- 국립대 병원의 복지부 이관 추진으로 인해 국립대 병원의 혼란 가능성
 - 공공보건사업과 진료중심 운영으로 인한 교육연구 기관으로서의 기능 위축 우려
- 국립대 병원의 공공의료 기능을 강화하기 위해서는 교육·수련·연구 기능이 침해받지 않도록 병원 시설·인력에 대한 투자와 의과대학의 독립성 보장 필요



*동아일보.2024.8.12.

12

지방의료원 지역 분포



* 종합병원(31개소)/병원(4개소(진안, 강진, 울진, 제주))
* 전국 지방의료원 연합회

■ 취약한 시설규모와 접근성

- 대부분의 의료원이 300병상 미만, 인구밀집 지역에서 떨어진 외곽에 배치된 경우가 많음

■ 재정난

- 독립채산제(수익성) + 공공기관으로서의 공익성, 필수의료서비스 공급 부족
- 정부의 경상비 지원 필요성 (*보건의료원은 일반 예산으로 운영되어 적자 걱정없이 공익적 진료기능 수행 가능)

■ 지역별 편차

- 설립과 운영의 주체는 지방자치단체
- 자치단체 재정 여건에 따라 지역 간 의료원의 격차 발생

■ 인력수급의 어려움

- 만성적인 의료인력 부족 문제 (생활환경 등 복합적인 외부환경적 요인 작용)
- 공공임상고수제 개선 요구

시도별	2022				
	합계	보건소(보건의료원포함)	보건지소	건강생활지원센터	보건진료소
계	3,598	259	1,341	96	1,902
서울특별시	59	25	33	1	0
부산광역시	44	16	10	13	5
대구광역시	27	8	9	2	8
인천광역시	69	10	26	8	25
광주광역시	24	5	0	9	10
대전광역시	20	5	6	1	8
울산광역시	25	5	8	1	11
세종특별자치시	19	1	10	1	7
경기도	346	48	118	19	161
강원특별자치도	256	18	100	9	129
충청북도	272	14	95	4	159
충청남도	410	16	151	7	236
전라북도	409	15	150	4	240
전라남도	573	22	217	7	327
경상북도	557	25	223	1	308
경상남도	421	20	174	7	220
제주특별자치도	67	6	11	2	48

*KOSIS(국가통계포털).

자치단체 조례로 설치

■ 보건소의 기능을 지역주민에 대한 건강관리와 감염병 예방 및 관리 중심으로 정비 필요

- 지역의 특성에 따라 조정

■ 의료복지 성격의 업무(예, 희귀난치성 질환자 지원이나 산모·신생아 지원 등 업무 등)는 본청이나 주민센터로 이관

■ 보건소와 지방의료원 간 연계 강화 필요

- 지방의료원에서 보건소장 순환근무 방식 등 고려
- 인구감소지역은 의사 임용이 매우 어려운 한계 고려

■ 고령화 등을 고려하여 지역 인구감소 지역에서 주민의 1차 진료와 상급 의료기관 진료 필요성 등을 판단

지역보건법

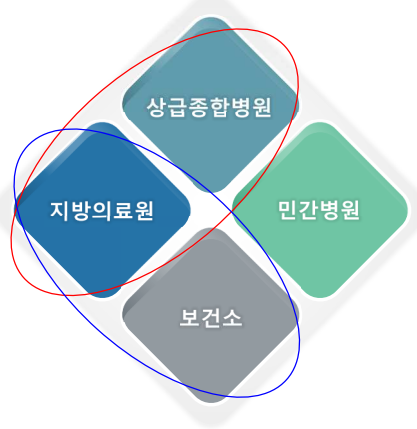
제11조(보건소의 기능 및 업무) ① 보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다. <개정 2016. 2. 3., 2019. 1. 15., 2019. 12. 3.>
1. 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성
2. 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가
3. 보건의료인 및 「보건의료기본법」 제3조제4호에 따른 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상을 위한 지도·관리
4. 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축
5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공
가. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육
나. 감염병의 예방 및 관리
다. 모성과 영아기의 건강유지·증진
라. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진
마. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항
바. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항
사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업
아. 난임의 예방 및 관리

제12조(보건의료원) 보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

지역완결형 보건의료체제 구성

01. 상급종합병원

- 교육, 수련, 연구
- 권역 내 공공의료 완결
- 국가 투자



03. 민간병원

- 다양한 의료서비스
- 공익형 민간병원
- 동네 주치의 병원

02. 지방의료원

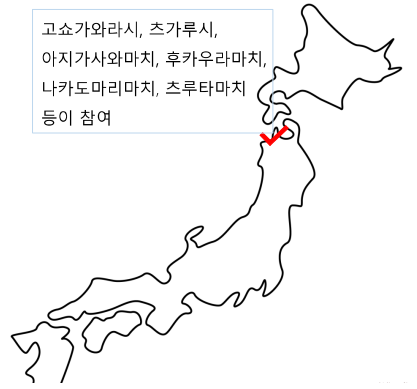
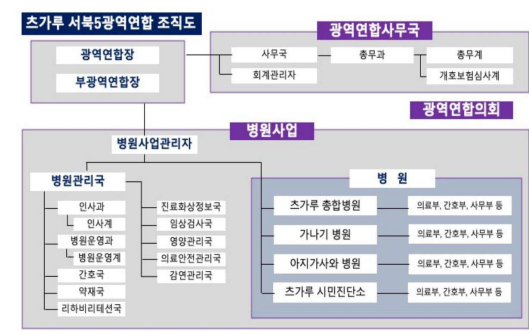
- 지역 공공의료 중심
- 지역별 필수의료
- 국가 투자

04. 보건소(보건의료원)

- 인구감소지역 주민 건강관리
- 업무 재구조화 필요
- 지방의료원 연결

일본 츠가루 서북五 광역연합(つがる西北五広域連合) 사례

- 츠가루 서북五 광역연합은 1999년 3월 25일 의료 보험 및 사회복지 정책의 광역화 요구에 대응하기 위해 광역연합을 구성
 - 광역시정촌권 계획 책정이나 개호인정심사회 설치·운영, 장애인 자립지원법에 근거한 지역자립지원협의회의 설치 및 운영
 - '서북五지역보건의료권 지자체 병원기능 재편성계획'과 관련된 핵심병원 및 위성의료기관 설치 및 관리 및 운영

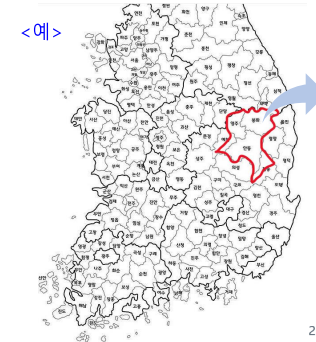


일본 츠가루 서북五 광역연합(つがる西北五広域連合) 사례

- 츠가루 서북五 광역연합 성과: 광역화된 지역의료 연계체계 구축을 통해 지자체 병원 기능의 재편성
 - 권역 내 5개 지자체병원은 만성적인 의사부족에다 인구감소와 진료보수 인하 등으로 부실채무가 생겨 모두 어려운 경영상황을 해결하기 위해 일체적 운영체제 하에서 인력, 설비, 예산을 효율적으로 활용해 경영 안정화와 함께 지역의료의 질 향상을 위해 광역연합이 주체가 되어 5개 시·정립병원을 핵심병원(츠가루 종합병원) 및 위성병원(후방지원병원; 카나기병원, 아지가사와병원)과 위성진료소(츠가루 시민진료소, 쓰루타진료소)로 재편하고 2012년부터 경영을 통합하여 권역 전체에서 주민에게 의료를 제공하는 지역의료 연계체제를 구축
 - 지역의료연계란 병원과 진료소가 각각 독립적으로 의료를 제공하는 것이 아니라 병원과 병원, 혹은 병원과 진료소를 연계하여 각각의 의료기관의 특징을 살리면서 환자에게 부담이 적은 최적의 의료를 지역 전체에 제공하는 공공의료 제도
- 환자의 증상 정도에 따라 광역 내 의료기관의 기능을 계층화 시켜 의료 기관의 효율성과 의료의 질 향상
 - 환자가 사는 지역의 ①'민간병원·진료소, 츠가루 서북五 광역연합 위성 의료기관'에서 먼저 초기의료가 이루어지고, 보다 전문적인 치료가 필요하다고 판단될 경우에는 ②츠가루 종합병원(츠가루 서북五광역연합 핵심병원) 과 ③히로사키 대학부속병원, 아오모리현립 중앙병원을 환자 소개
- 한계점
 - 만성적인 의사 부족 문제, 응급의료 집중으로 인한 문제

인구감소지역의 의료기능 전담 특별지방자치단체 운영 검토

- 일본 츠가루 서북五광역연합처럼 우리나라도 지방자치법에 규정된 특별지방자치단체를 설립하여 인구감소 지역의 의료자원을 연계 운영 가능
- 지방자치법 제2조 및 제12장(제199조~제211조)의 특별지방자치단체
 - 2개 이상의 지방자치단체가 특정 사무를 효율·광역적으로 제공·운영하기 위해 기존 행정구역에 관계없이 설치하여 관련 사무 처리



안동의료원
청송군보건의료원
각 자치단체 보건소

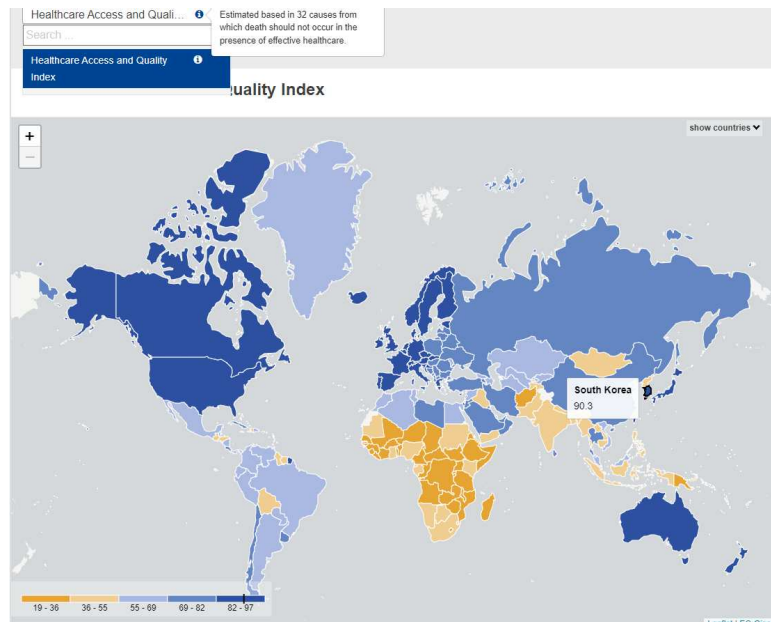
감사합니다



한국행정연구원
Korea Institute of Public Administration

건강보험 지속 가능성 제고 방안 -일차의료를 중심으로 -

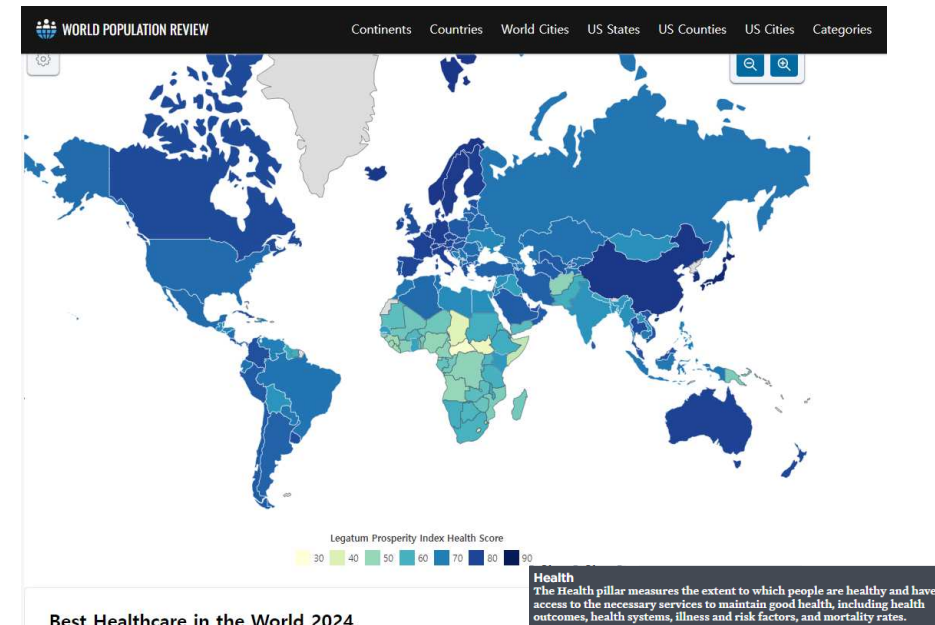
울산의대 예방의학교실
이 상 일



Rank	Publication name	Country
29	Asan Medical Center	South Korea
40	Samsung Medical Center	South Korea
49	Seoul National University Hospital	South Korea
67	Severance Hospital - Yonsei University	South Korea
91	The Catholic University Of Korea - Seoul St. Mary's Hospital	South Korea
93	Seoul National University - Bundang Hospital	South Korea
119	Ajou University Hospital	South Korea
133	Gangnam Severance Hospital - Yonsei University	South Korea
140	Kangbuk Samsung Hospital	South Korea
142	The Catholic University Of Korea - Yeouido St. Mary's Hospital	South Korea
144	Korea University - Anam Hospital	South Korea
190	Chung-Ang University Hospital	South Korea
192	Inha University Hospital	South Korea
202	Ewha Womans University Medical Center	South Korea
229	KyungHee University Medical Center	South Korea
233	Konkuk University Medical Center	South Korea
243	Daegu Catholic University Medical Center	South Korea
247	Chungnam National University Hospital	South Korea

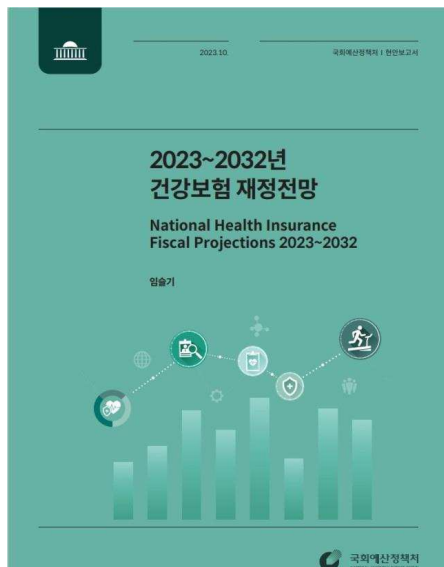
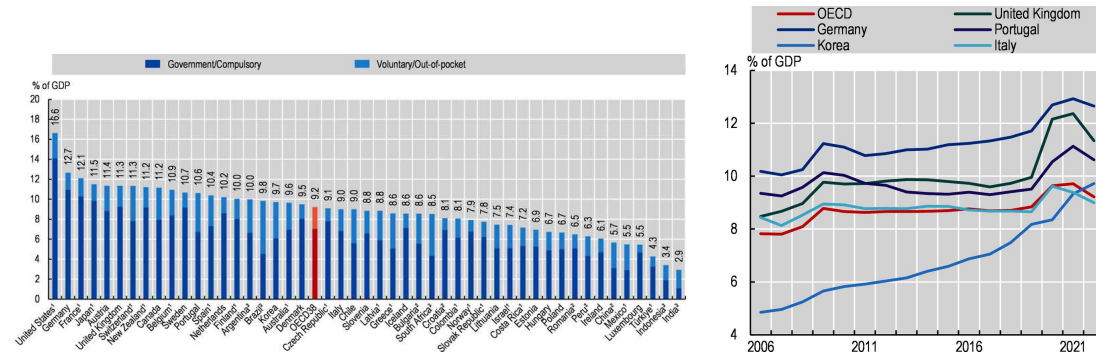
<https://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=20561>

2



보건의료의 재정적 지속가능성은?

보건의료비 증가 추세 (2022)



[건강보험 재정수지 및 준비금 전망: 2023~2032년] (단위: 조원, %)

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	연평균 증가율
수입	93.3	98.8	106.5	114.9	123.9	133.7	144.3	155.6	165.0	175.2	7.2
지출	92.0	100.2	109.7	121.6	132.7	144.4	154.8	166.1	180.1	195.1	8.7
재정수지	1.3	-1.4	-3.2	-6.7	-8.8	-10.7	-10.5	-10.5	-15.2	-20.0	
누적 준비금	25.2	23.8	20.6	13.9	5.2	-5.5	-16.0	-26.5	-41.6	-61.6	

"월급 10% 보험료로 낼 판"...건강보험 적자 '무서운 경고'

황정환 기자 ☆

입력 2023.10.11 15:40 수정 2023.10.11 15:53

가가

☆ ↗ 💬 😊 📄

국고 지원 받아도 적자 보는 건강보험

예정처 2023~2032년 건강보험 재정 전망
내년 1조4000억원 적자...10년 뒤엔 20조로 불어
10년간 누적적자 61조6000억원 달해

예상 수입액의 최대 20% 국고 지원 받아도 적자
재정 균형 맞추려면 10년 뒤엔 보험료를 10%돼야

[재정목표별 필요 보험료율 전망 결과 요약: 2023~2032년]



자료: 국회예산정책처

[표 1] 건강보험 재정 전망

(단위: 억 원)

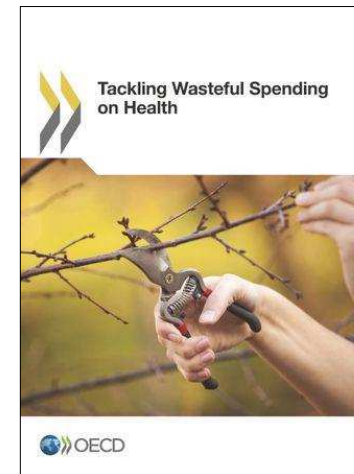
구분	'24년	'25년	'26년	'27년	'28년
총수입	988,955	1,045,611	1,115,354	1,183,196	1,252,201
총지출	962,553	1,040,978	1,118,426	1,191,091	1,268,037
당기수지	26,402	4,633	△3,072	△7,895	△15,836
준비금 (지급가능 개월수)	306,379 (3.8개월)	311,012 (3.6개월)	307,940 (3.3개월)	300,045 (3.0개월)	284,209 (2.7개월)

※ 주: 2023년도 수입·지출 변수를 토대로 보험료율은 '24년 7.09%, '25년부터 +1.49%('23년 인상률), 정부지원은 '24년 12.2조원, '25년부터 보험료 수입 대비 14.4%('23년 지원율) 적용, 수가 인상률은 '24년부터 +1.98%('23년 인상률)를 적용한 값임.

※ 자료: 보건복지부, 「제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28)」, 2024.

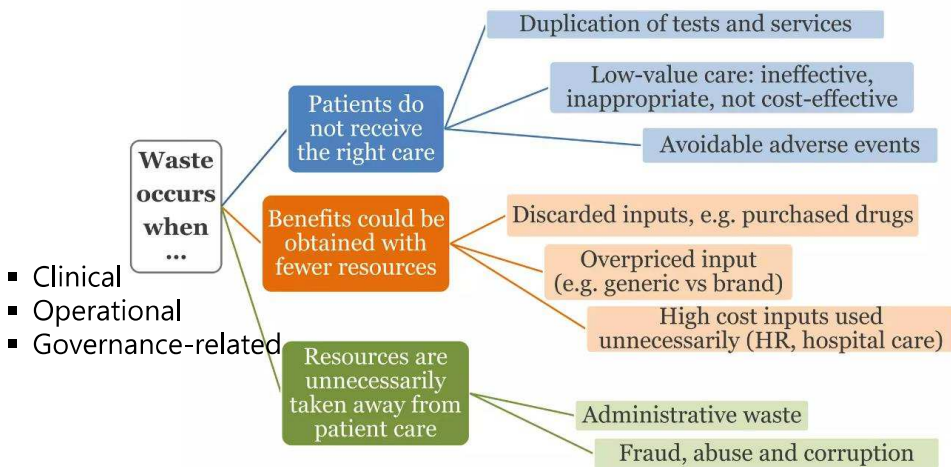
현재 상태로 보건의료 재정
지속가능한가? 아니오!

그러면 어떻게?



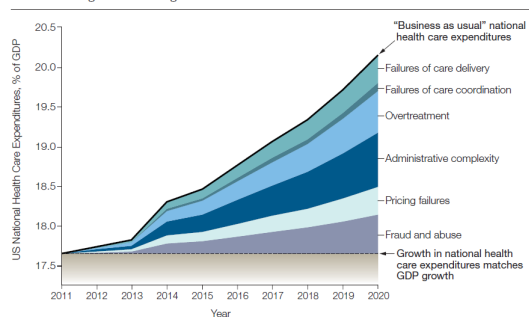
This report systematically reviews strategies put in place by countries to limit ineffective spending and waste. On the clinical front, preventable errors and low-value care are discussed. The operational waste discussion reviews strategies to obtain lower prices for medical goods and to better target the use of expensive inputs. Finally, the report reviews countries experiences in containing administrative costs and integrity violations in health.

OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.



<https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>

Figure. Proposed “Wedges” Model for US Health Care, With Theoretical Spending Reduction Targets for 6 Categories of Waste



The “wedges” model for US health care follows the approach based on the model by Pacala and Socolow.⁹ The solid black “business as usual” line depicts a current projection of health care spending, which is estimated to grow faster than the gross domestic product (GDP), increasing the percentage of GDP spent on health care; the dashed line depicts a more sustainable level of health care spending growth that matches GDP growth, fixing the percentage of GDP spent on health care at 2011 levels. Between these lines lies the “stabilization triangle”—the reduction in national health care expenditures needed to close the gap. The 6 colored regions filling the triangle show one possible set of spending reduction targets; each region represents health care expenditures as a percentage of GDP that could be eliminated by reduction of spending in that waste category over time.

Nonetheless, if the United States is to reconstruct a health care industry that is both affordable and relentlessly focused on meeting the needs of every single patient and family, **waste reduction** (that is, **the removal of non-value-added practices** in all their forms) **is the best strategy** by far.

Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*. 2012;307(14):1513–1516. doi:10.1001/jama.2012.362

Table. Estimates of Annual US Health Care Waste, by Category^a

	\$ in Billions					
	Annual Cost to Medicare and Medicaid in 2011 ^b			Annual Cost to US Health Care System in 2011		
	Low	Midpoint	High	Low	Midpoint	High
Failures of care delivery	26	36	45	102	128	154
Failures of care coordination	21	30	39	25	35	45
Overtreatment	67	77	87	158	192	226
Administrative complexity	16	36	56	107	248	389
Pricing failures	36	56	77	84	131	178
Fraud and abuse	30	64	98	82	177	272
Total^c	197	300	402	558	910	1263
% of Total Spending				21	34	47

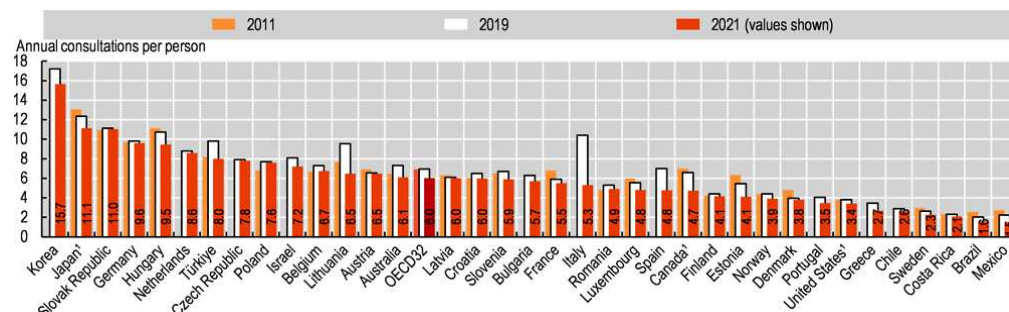
^aTable entries represent the range of estimates of waste in each category from sources cited in the text. The total waste estimates are simply the sums of the category-level estimates. This simple summing is feasible because the categories are defined in such a way that wasteful behaviors could be assigned to at most 1 category and because, like Pacala and Socolow,⁹ we did not attempt to estimate interactions between or among the categories.

^bIncluding both state and federal costs.

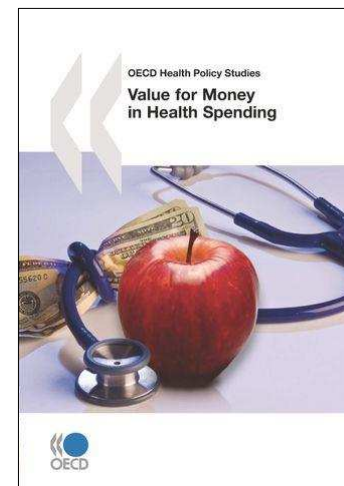
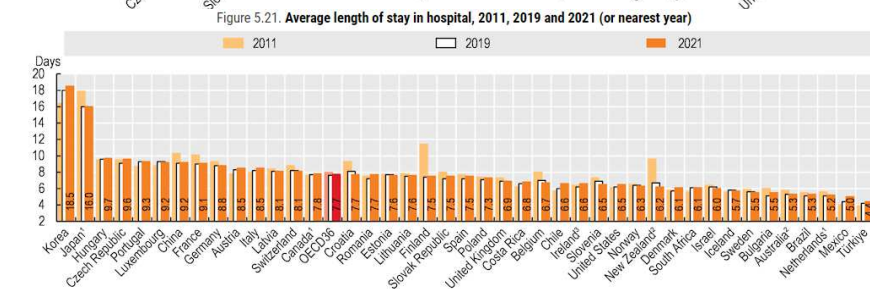
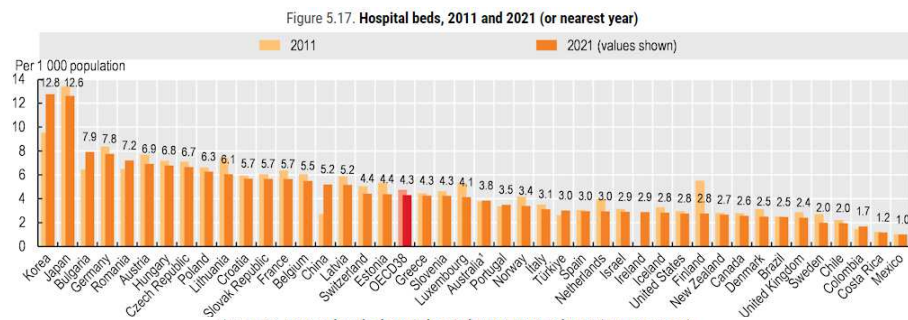
^cTotals may not match the sum of components due to rounding.

Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*. 2012;307(14):1513–1516. doi:10.1001/jama.2012.362

Average number of in-person doctor consultations per person, 2011, 2019 and 2021 (or nearest years)



1. Latest available data from 2020. Source: OECD Health Statistics 2023. [StatLink https://stat.link/40rm5d](https://stat.link/40rm5d)



What are OECD countries doing in the face of financial constraints and what should they be doing next?

OECD (2010), *Value for Money in Health Spending*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>.

지출 억제 정책의 유형

- Macroeconomic policies aimed at expenditure restraint
- Microeconomic policies aimed at increasing efficiency
 - Demand side
 - Supply side

Table 2.1. Policies for limiting spending in a period of budget restraint

Characteristics, impacts and tradeoffs	Impact on expenditure		Objectives and trade-offs			
	Strength	Impact lag	Financial protection and access to care	Quality of care	Responsiveness	Cost efficiency
A. Macroeconomic policies aimed at expenditure restraint						
A.1. Wage and price controls (labour)	HIGH	SHORT	NONE	NONE/NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIVE
A.2. Wage and price controls (medical materials)	HIGH	SHORT	NONE	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIVE
A.3. Controls on volume of inputs (labour)	HIGH	MODERATE	NONE/NEGATIVE	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIVE
(capital investment)	HIGH	SHORT	NONE/NEGATIVE	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIVE
A.4. Controls on volume of other inputs (high tech/drugs)	MODERATE	SHORT	NEGATIVE	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE
A.5. Budget caps (sector and global)	HIGH	SHORT	NEGATIVE	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE
A.6. Shifting costs to private sector (increased financing of cost by users)	MODERATE	MODERATE	NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE
B. Microeconomic policies aimed at increasing efficiency						
B.1. Demand side						
B.1. Disease prevention and health promotion	LOW/MOD	LONG	POSITIVE	POSITIVE	NONE	POSITIVE
B.2. Gate-keeping/triaging	LOW	LONG	POSITIVE	POSITIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE
B.3. Care co-ordination integrated care/self-care	MODERATE	LONG	POSITIVE	POSITIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE
B.4. Better patient/doctor contact	LOW	MODERATE	NONE/POSITIVE	POSITIVE	NONE/POSITIVE	POSITIVE/NEGATIVE
B.5. Access to a PC doctor out-of-office hours (to take the pressure off hospital emergency services)	MODERATE	LONG	POSITIVE	POSITIVE	POSITIVE	POSITIVE
B.2. Supply side						
B.6. Further shift from hospital to ambulatory care	MODERATE/HIGH	LONG	NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIVE
B.7. Enhancing the role of health-care purchasers	MODERATE	LONG	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE
B.8. Improving hospital contracting/purchasing/payment systems	MODERATE	LONG	NONE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE
B.9. Increasing managerial independence	LOW	LONG	UNKNOWN	POSITIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE
B.10. Improving payment methods/incentives for hospitals	MODERATE	LONG	POSITIVE	POSITIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE
B.11. Overseeing technological change and the pricing of medical goods	MOD/LOW	LONG	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE
B.12. Increased use of ICT for information transmission	MOD/LOW	LONG	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE	POSITIVE/NEGATIVE	POSITIVE/NEGATIVE

Note: Based on previous policy assessment by the OECD Secretariat and the literature. The first column refers to the type of reform policy. The following two columns refer to their potential impact on expenditure taking into account the potential size of the impact and the importance of implementation lags. The last four columns highlight some of the impacts of these policies on health care objectives, suggesting areas where trade-offs among policies may arise. A positive effect indicates a likely better achievement of the indicated policy objective while positive/negative means that the policy could have positive or negative effects depending on the underlying institutional environment and/or the way policies have been introduced.

Macroeconomic policies aimed at expenditure restraint

Type of Reform Policy	Korea
Wage & price controls	
- Labour	? FFS
- Medical materials	? FFS
Controls on volume of input	
- Labour	(-)
- Capital investment	(-)
Controls on volume of other inputs (high tech/drugs)	?
Budget caps (sector and global)	(-)
Shifting costs to private sector (increased financing of cost by users)	(+)

Microeconomic policies aimed at increasing efficiency (2)

Type of Reform Policy: Supply side	Korea
Further shift from hospital to ambulatory care	(-)
Enhancing the role of healthcare purchasers	(-)
Improving hospital contracting/purchasing/payment systems	(-)
Increasing managerial independence	?
Improving payment methods/incentives for hospitals	(-)
Overseeing technological change and pricing of medical goods	(+)
Increased use of ICT for information transmission	(-)

Microeconomic policies aimed at increasing efficiency (1)

Type of Reform Policy: Demand side	Korea
Disease prevention & Health promotion	(-)
Gate keeping / triaging	(-)
Care coordination integrated care/self-care	(-)
Better patient/doctor contact	?
Access to a PC doctor out-of-office hour (to take the pressure off hospital emergency services)	(-)

Top 3 health reform areas

1. Organisation of primary & ambulatory care
2. Organisation of hospital care
3. Governance

Polin K, Hjortland M, Maresso A, van Ginneken E, Busse R, Quentin W; HSPM network. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021 Apr 15. PMID: 34053787.

Primary care reform

- An important trend in primary care reforms is a strong emphasis on the development of [multi-professional group practices](#) or health centres (i.e., increasing the size of service providers) with the aim of [improving integration and coordination of health](#) – and sometimes social – care services, improving waiting times and bringing care closer to the patient.
- This trend is in line with international recommendations and evidence on the benefits of [integrated and multidisciplinary care](#), which shows that these models can enhance patient satisfaction, increase perceived quality of care, and enable access to services.
- Furthermore, these primary care reforms were often related to reforms in other areas
 - [human-resource reforms](#), which aim at changing the skill-mix of professionals in primary care
 - [payment reforms](#) introducing new payment options for primary care providers.
 - [reforms in the area of 'chronic & other specialised care](#) as better care for patients with chronic illnesses is often amongst the rationales for primary care reforms.

25

Governance reform

- Governance reforms often aim to [support developments in primary and hospital care](#) but there does not seem to be a clear trend about the appropriate administrative level that should take responsibility for primary and/or hospital care.
- France shifted responsibility for primary care to the municipal level while strengthening regional governance of hospitals. Ireland (re-)allocated responsibility for primary and hospital care to the same administrative level to enable integrated planning and financing, while Denmark abandoned a similar reform. The Netherlands and UK seem to be in the process of strengthening control of central level governance through new sectoral agreements (Netherlands) or by abolishing the internal market (UK).

Hospital care reform

- Several countries are in the process of [restructuring their hospital networks, strengthening hospital planning, centralising highly specialised and emergency care and re-defining the role of smaller \(urban and rural\) hospitals](#).
- These reforms are often linked to aims such as improving quality and access of care and cost or expenditure containment.
- Furthermore, [the centralization of care](#) is in line with international recommendations and evidence of a positive relationship between outcome quality and the number of procedures performed in a hospital.

BRIEF ARTICLE

f X in e

What Is Value-Based Healthcare?

Explore the definition, benefits, and examples of value-based healthcare. How does value-based healthcare translate to new delivery models?

Author: NEJM Catalyst Author Info & Affiliations

NEJM Catalyst | January 1, 2017

📖 © 📄 ”

This article appeared in NEJM Catalyst prior to the launch of the NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery journal. [Learn more.](#)

Value-based healthcare is a healthcare delivery model in which providers, including hospitals and physicians, are paid based on patient health outcomes. Under value-based care agreements, providers are rewarded for helping patients improve their health, reduce the effects and incidence of chronic disease, and live healthier lives in an evidence-based way.

Value-based care differs from a fee-for-service or capitated approach, in which providers are paid based on the amount of healthcare services they deliver. The “value” in value-based healthcare is derived from measuring health outcomes against the cost of delivering the outcomes.

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>



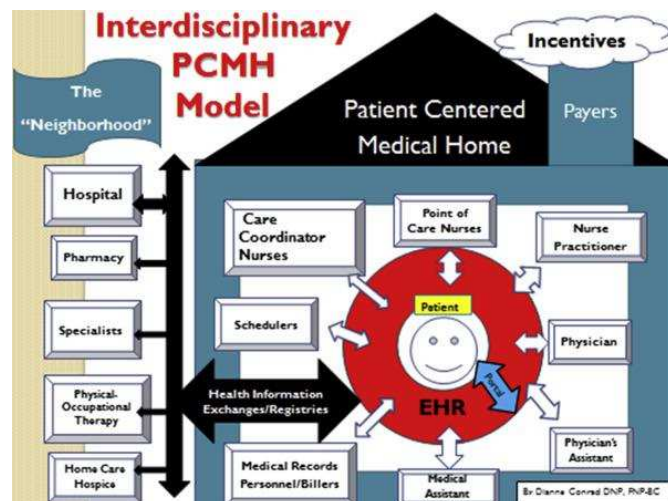
Moving from Fee-for-Service to Fee-for-Value



Value-based healthcare

- The proliferation of value-based healthcare is changing the way physicians and hospitals provide care.
- New healthcare delivery models stress a **team-oriented approach** to patient care and **sharing of patient data** so that care is coordinated and outcomes can be measured easily.
- The transition from fee-for-service to fee-for-value has been embraced as the best method for lowering healthcare costs while increasing quality care and helping people lead healthier lives.
- Examples
 - Patient-Centered Medical Home (PCMH): primary care team
 - Accountable Care Organizations (ACOs): network of providers

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>



How do ACO works?



Value-Based Health Care Benefits



NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>

The CMS Innovation Center Statute

“The purpose of the [Center] is to test innovative **payment** and **service delivery models** to reduce program expenditures...while preserving or enhancing the quality of care furnished to individuals under such titles”

Three scenarios for success under Statute:

1. **Quality improves; cost neutral**
2. **Quality neutral; cost reduced**
3. **Quality improves; cost reduced (best case)**

If a model meets one of these three criteria and other statutory prerequisites, the statute allows the Secretary to expand the duration and scope of a model through rulemaking

Rolle-out the value-based payment in US

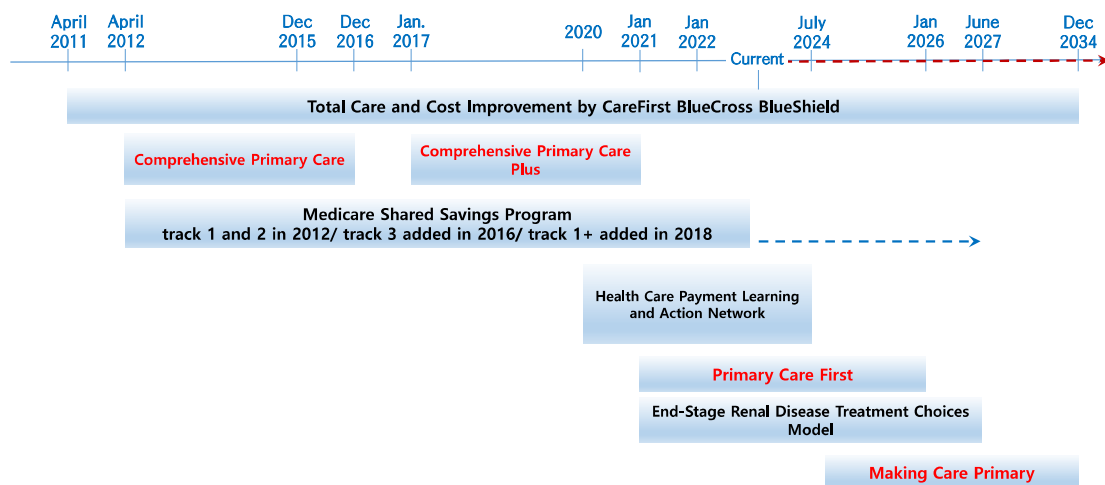
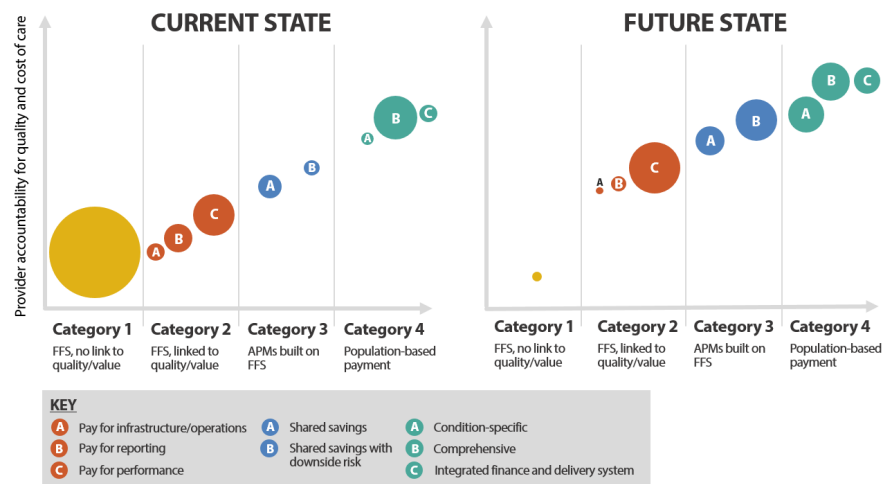


Table 1. Provider Payment Types, Adapted From HCP-LAN

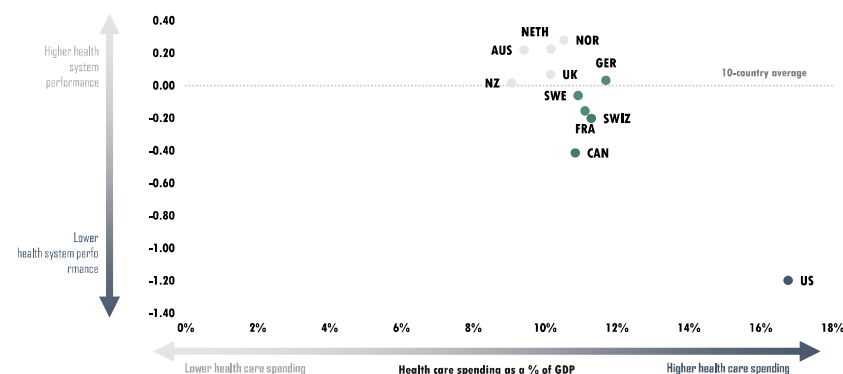
	Definition	Example
Category 1	Fee-for-service with no link to quality or value	Physician professional fees
Category 2	Fee-for-service linked to quality and value	Pay-for-performance (e.g., MIPS) and infrastructure improvement payments
Category 3	Alternative payment models built on a fee-for-service architecture that hold providers financially accountable for performance	Shared savings (e.g., MSSP ACOs) Episode-based payments for procedures (e.g., BPCI) Comprehensive Primary Care Plus (CPC+) Track 1 Global capitated budgets (e.g., integrated delivery systems)
Category 4	Alternative payment models using population-based payment, with safeguards against limiting necessary care	Comprehensive Primary Care Plus (CPC+) Track 2 Prospective bundled payments for chronic conditions

HCP-LAN: Health Care Payment Learning and Action Network



37

Health Care System Performance Compared to Spending



- Note: Health care spending as a percent of GDP. Performance scores are based on standard deviation calculated from the 10-country average that excludes the US. See How We Conducted This Study for more detail.
- Data: Spending data are from OECD for the year 2019 (updated in July 2021).

38

Lessons from top performing countries

- They provide for universal coverage and remove cost barriers.
- They invest in **primary care systems** to ensure that high-value services are equitably available in all communities to all people.
- They reduce administrative burdens that divert time, efforts, and spending from health improvement efforts.
- They invest in social services, especially for children and working-age adults.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

39



High-Quality Primary Care

The provision of whole-person,* integrated, accessible, and equitable health care by interprofessional teams who are accountable for addressing the majority of an individual's health and wellness needs across settings and through sustained relationships with patients, families, and communities.

* Whole-person health focuses on well-being rather than the absence of disease. It accounts for the mental, physical, emotional, and spiritual health and the social determinants of health of a person.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. *Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.

40

CMS Primary Care Transformation Model

Period	Model
2007 ~	PCMH (Patient-Centered Care Medical Home)
2012 ~ 2016	CPC (Comprehensive Primary Care)
2017 ~ 2022	CPC+ (Comprehensive Primary Care Plus)
2019 ~	PCF (Primary Care First)
2024 ~	MCP (Making Care Primary)

41

시사점: CMS PC Transformation

- 환자 등록제
- 환자중심의 포괄적 서비스 제공
- 팀 기반 다학제 접근
- 혼합형 지불제도 적용

42



Australian Government

Department of Health and Aged Care

[About us](#)
[Ministers](#)
[News](#)
[Contact us](#)

[Home](#)
[Topics](#)
[Our work](#)
[Resources](#)


[Translations](#)

[Home](#)
[Our work](#)

 [Listen](#)
 [Print](#)
 [Share](#)

MyMedicare

MyMedicare is a new voluntary patient registration model. It aims to formalise the relationship between patients, their general practice, general practitioner and primary care teams. Find out who is eligible and how you can register.

About MyMedicare

Learn about MyMedicare and find out the benefits for patients and practices.

→

For patients

Find out the benefits of MyMedicare and learn how you can register as a patient.

→

For general practices and healthcare providers

Find out the benefits of being a MyMedicare general practice learn how you can register.

→

우리나라는?

일차의료의 유형 분류

모형	전문가 모형		지역사회 모형	
	전문가 접촉 모형	전문가 조정 모형	통합형 지역사회 모형	비통합형 지역사회 모형
특성	- 가정의가 단독 개원 또는 소규모 집단 개원 - 다른 보건의료인의 참여가 제한적임 - 다른 보건의료 서비스와 정보 통합 및 공유가 제한적임 - 행위별수가제 가능성이 높음	- 주로 인두제 또는 혼합형 지불 제도 - 의사와 간호사로 의료 팀 구성 - 등록 환자 지속적 관리 - 진료 조정을 위해 다른 서비스와 정보 통합 및 공유	- 다양한 직종으로 구성된 의료 팀이 보건의료, 사회 및 지역 서비스를 제공 - 보건의료인이 활동한 시간에 따라 보수 지불 - 서비스 통합 및 다른 제공자와 협력을 위해 정보 기술 활용	통합모형과 같으나, 가용성, 개별 환자의 연속성 및 서비스 통합을 위한 정보 활용이 제한적임
사례	미국, 캐나다, 독일, 벨기에, 일본, 프랑스, 한국	영국, 네덜란드, 덴마크, 노르웨이, 스웨덴 일차의료의 스톡홀름 모형, 미국의 일부 MHO	스웨덴, 핀란드, 영국의 일차의료 트러스트, 캐나다 퀘벡의 지역 보건센터	미국과 캐나다의 지역보건센터

이재호, 이상일, 일차의료 표준모형과 질 평가체계. 대한의사협회지 2013;56(10):866-880

45

Table 1. Primary care provider organization and payment in 15 countries

	Primary care scores ^a	Practice ownership	Practice size ^b : solo practice (%)	Provider payment	Registration with PCP	Gatekeeping in PC
England	1.9	Mixed	8	Most mix capitation/P4R; public receive salary	Yes	Yes
Denmark	1.7	Private	32 [6]	Mix FFS/capitation	Yes (for 98% of population)	Yes (for 98% of population)
Netherlands	1.5	Private	43	Mix capitation/FFS	Yes	Yes
Finland	1.5	Public	<10	Salary	Yes [7]	Yes
Norway	NA	Private	15	Mix FFS/capitation	Yes	National incentives
New Zealand	NA	Private	37 [8]	Mix capitation/FFS	Yes (for 96% of population)	Yes
Canada	1.2	Private	Quebec 10 Ontario 40	Mostly FFS, but some alternatives (e.g., capitation)	Not generally, but yes for some capitation models	Incentives in some regions/programs
Australia	1.1	Private	35 [9]	FFS	No	Yes
Sweden	0.9	Mixed, but public predominant	3	Most salaried; private receive mix capitation/FFS	Yes (except Stockholm)	Some incentives
Italy	NA	Private	80-85	Mix capitation/FFS	Yes	Yes
Japan	0.8	Private	A third [10]	FFS	No	No
Switzerland	NA	Private	Most	Most FFS, but some capitation	No	In some insurance
United States	0.4	Private	13 [11]	Most FFS, some capitation with private plans	No	In some insurance programs
Germany	0.4	Private	70-75	FFS	No	In some sickness fund programs
France	0.3	Private	61	FFS	No	National incentives
South Korea	0.3 [12]	Private	94 [2]	FFS	No	No

Adapted from Thomson S, et al. International profiles of health care systems [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2011 [3].

PCP: primary care physician; PC, primary care; P4R, pay for performance; FFS, fee for service; NA, not available.

^aPC scores by Starfield (1998) indicate the strength of PC of each country (score range 0-2) [4].

^bFrom Bourque Y, et al. QES 2007;127:1-8 [5].

이재호, 이상일, 일차의료 표준모형과 질 평가체계. 대한의사협회지 2013;56(10):866-880

1.2.2. Primary care system

OECD defines primary care as care for non-emergency care, care for chronic condition and gate keeping for the secondary care, and most of OECD countries have a well-developed primary care sector (OECD, 2018[27]). A well-functioning primary care can effectively respond to a significant number of health care demands, prevent avoidable hospital admission, and contribute to reducing unnecessary health care expenditure and improving outcomes (Ock et al., 2014[28]).

In Korea, there is not a well-established primary care system, for example a General Practitioners or Family Doctors sector, as seen in many OECD countries (OECD, 2012[29]). However, patients have access to any specialty clinic in community and general hospital in Korea, and are able to receive the first consultation without a referral letter, except at tertiary hospitals managed by the Korean Government. This free access results in high frequency of medical consultation: in Korea the rate of doctor consultation was 16.6 times a year, compared to the OECD average of 6.8 in 2017; the number of consultations in Korea had increased from 10.6 in 2000 (OECD, 2019[1]). Patients can also receive primary-level care at public health care centres managed by the local government, staffed by family medicine doctors or other specialists. In terms of medical facilities 90% are private, while Health Centres are public, and studies suggest that elderly people and low-income groups tend to use public health centre more (Sung et al., 2010[30]).

The population in Korea is currently young, compared to other OECD countries, but is aging rapidly (OECD, 2017[31]), which will can be expected to increase the burden of chronic diseases. Regular preventive care, and ongoing disease management, are necessary to prevent worsening its conditions or the development of complications.

Such medical management can be provided at primary care, but traditionally Korea has focused on hospital care rather than primary care. At present, the primary care sector is relatively under-developed, and there are also relatively weak incentives to provide preventive services in primary care-equivalent settings, given the fee schedule. Indeed, hospital beds in Korea increased between 2000 and 2017, at a time when other OECD countries decreased the number of hospital beds, shifting focus instead to outpatient settings (see Figure 1.16). Furthermore, the number of avoidable hospital admissions in Korea for chronic obstructive pulmonary disease (COPD), asthma, and uncontrolled diabetes – disorders which can be effectively controlled in the primary care sector – were all above the OECD average in 2017, although these admissions have been falling (Lee et al., 2016[32]; OECD, 2019[1]).

OECD (2020), *OECD Reviews of Public Health: Korea: A Healthier Tomorrow*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/be2b7063-en>.

47

OECD Reviews of Health Care Quality Review: Korea 2012

- The key policy priority for improving the quality of care in Korea should be the development of a strong primary care sector.
- This will require investments to scale up the primary care sector – for example, by supporting the expansion of successful models of care, and higher remuneration for cost-effective patient services.
- A stronger primary care sector will also require a larger, dedicated workforce of primary care professionals. Best practice from OECD countries suggest that group practice can help improve the quality and coordination of care.

Indicator (#)	Relative Performance
Routine vaccinations (2)	Good
Safe prescribing in primary care (3)	Average
People-centredness of ambulatory care (3)	Poor
Avoidable hospital admissions (3)	Average
Diabetes care (2)	Poor
Mortality following acute myocardial infarction (2)	Poor
Mortality following ischaemic stroke (2)	Good
Hip and knee surgery (3)	N.A.
Safe acute care – surgical complications and obstetric trauma (3)	N.A.
Safe acute care – workplace culture and patient experiences (3)	N.A.
Care for people with mental health disorders (4)	Poor
Breast cancer care (3)	Good

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en

49

윤 대통령 “3대 개혁 미룰 수 없어…먼저 노동개혁으로 성장 견인”

신년사…“기득권 유지·지대 추구 매몰된 나라에는 미래 없어”
“모든 외교의 중심을 경제에 놓고 수출전략 직접 챙기겠다”

2023.01.02 대통령실

9



윤 대통령 “연금·의료·교육·개혁 4대 개혁, 국가의 미래” [현장영상]

2024. 8. 29. 11:16

9

가

윤석열 대통령 국정브리핑 전문



존경하는 국민 여러분, 끝도 없는 무더위에 얼마나 힘드시니까?

의료개혁의 주요 내용

1 의료인력 확충

충분한 의사 확보

- 의대정원 확대, 수급·조정 시스템 구축
- 병원 수련환경 및 제도 개선

병원의 의사 고용·배치·운용구조 혁신

- 전문의 중심 병원 전환
- 공유형 진료체계 운영

2 지역의료 강화

기능·수요 중심 네트워크형 전달체계 전환

- 종별 역할 정립 및 병원간 협력 네트워크 활성화

안정적인 지역인력 확보

- 지역인재전형 확대
- 지역필수의사제 도입

지역의료 투자 확대

- 지역의료지도 기반 맞춤형 지역수가 도입
- 지역의료발전기금 신설 검토

3 의료사고 안전망 구축

의료인 형사소송 부담 완화

- 의료사고처리특례법 제정 추진

피해자 권리구제체계 확립

- 의료기관 책임보험 가입 의무화

불가항력 의료사고 보상 강화

- 무과실 분만사고 보상 강화

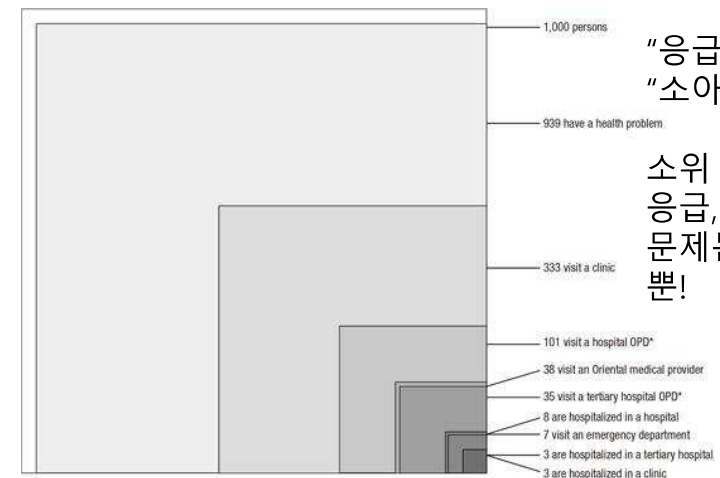
4 보상체계 공정성 제고

공정하고 충분한 필수의료 보상

- 필수의료 분야 집중 인상
- 공공정책수가 도입·확산

비급여 관리체계 확립

- 비중증 과잉 비급여 혼합진료 금지 적용
- 실손보험 합리적 개선
- 미용의료 제도 개선



“응급실 뱅뱅이”
“소아과 오픈런”

↓
소위 ‘필수의료’ (중증, 응급, 분만, 소아)의 문제는 병산의 일각일 뿐!

Kim YS, Choi YJ. The Ecology of Medical Care in Korea. J Korean Med Sci. 2016 Nov;31(11):1684-1688. doi: 10.3346/jkms.2016.31.11.1684. PMID: 27709843; PMCID: PMC5056197.

"필수의료 정책 패키지에 일차의료가 빠졌다"

△ 박왕명 기자 cjkdavid@naver.com | ○ 승인 2024.04.16 15:37 | ☞ 댓글 0



이상일 교수, 우리나라 맞춤형 일차의료 모형 개발 집중
"정부 추진 패키지는 병원 중심...일차의료 활성화도 필요하다"

정부가 지난 2월 공개한 필수의료 정책 패키지가 '병원' 중심 정책들로만 만들어졌다는 지적이 나왔다. 지역 돌봄 역할을 강화하고 지불제도 개편 기반 조성을 위해서는 '일차의료' 활성화도 필수의료 패키지에 넣어야 한다는 주장도 더했다.



이상일 울산의대 교수는 일차의료 활성화의 중요성을 강조했다. ⓒ의협신문

General public's perspectives on medical doctors and local clinics in South Korea

Hyemin Jung, Min Woo Jo, Hyun Joo Kim, Won Mo Jang, Sang Jun Eun, Jin Yong Lee

Health Policy and Management, SNUCM Health Policy and Management

Research output: Contribution to journal > Article > peer-review

Overview Fingerprint

Abstract

As patients in South Korea play the main role in choosing healthcare providers, understanding their attitudes and beliefs toward medical institutions is essential. This study evaluated the public's perspectives on doctors and local clinics. A face-to-face interview survey was conducted with 1000 participants who represent the South Korean adult population. The questionnaire consisted of four domains: Personal information; trust level for nine professionals, including doctors; healthcare utilization behavior and attitudes regarding local clinics; and assessment of local clinics. The trust level of the doctor was highest (3.16 out of 4) among nine professionals. 85.3% of the participants frequently visited local clinics because of accessibility. The main reason for visiting hospitals over local clinics was the belief that doctors employed at hospitals would be better qualified. People were generally satisfied with the service of local clinics but wanted more facilities and equipment. Among six attributes of primary care, "first contact" and "accessibility" got higher scores in importance and current performance. Lastly, the participants suggested that **improving the quality of doctors was most important for the reinforcement of primary care**. Efforts to consider public opinion should be made before establishing healthcare policies for primary care.

Original language	English
Article number	2030
Journal	International journal of environmental research and public health
Volume	16
Issue number	11
State	Published - 1 Jun 2019

일차의료의 현황과 문제점

• 의원급 의료기관 분류

구분	기능적일차의료 의원	전문(특성화) 의원	경제성 의원	합계
의원수 (개소)	9,108 (30.6%)	16,067 (54.0%)	4,593 (15.4%)	29,768 (100%)

※ 자료원: 의료공급체계 개선 모형 개발 연구(2019.12, 서울대)

• 전체 요양기관 중 의원 35%, 의원 중 단독개원 79.8%

※ 자료원: 건강보험 통계 (23.10)

➤ 일차의료 구조 변화의 필요성



<http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2014.29.12.1580> • J Korean Med Soc 2014; 29: 1580-1586



Evidence of a Broken Healthcare Delivery System in Korea: Unnecessary Hospital Outpatient Utilization among Patients with a Single Chronic Disease Without Complications

Jin Yong Lee,¹ Min-Woo Jo,² Weon-Seob Yoo,³ Hyun Joo Kim,⁴ and Sang Jun Eun^{*}

¹Public Health Medical Service, Seoul National University Boramae Medical Center, Seoul;
²Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul; ³Regional Cardiovascular Center, Chungnam National University Hospital, Daejeon; ⁴Department of Public Health, Graduate School of Konkuk University, Daejeon; ⁵Department of Preventive Medicine, Chungnam National University School of Medicine, Daejeon, Korea

Received: 7 April 2014
Accepted: 20 August 2014

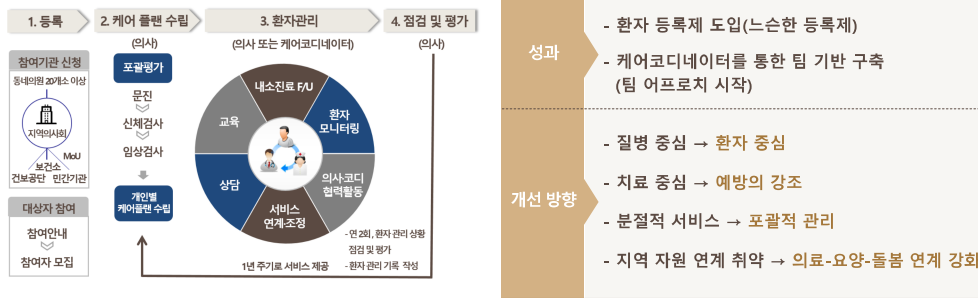
Address for Correspondence:
Sang Jun Eun, MD
Department of Preventive Medicine, Chungnam National University School of Medicine, 282 Munhwa-ro, Jung-gu, Daejeon 301-747, Korea
Tel: +82-42-580-8202; Fax: +82-42-583-7501
E-mail: sejun78@naver.com

Table 1. Estimated number and percentages of unnecessary hospital outpatient utilization by CCI and medical institution types

Chronic disease groups	CCI*	Hospitals' subtotal		Tertiary hospital		General hospital		Hospital		Clinic		Total		P value [†]
		No. [‡]	Column %	No.	Column %	No.	Column %	No.	Column %	No.	Column %	No.	Column %	
HTN	Sum	3,860	100.0	882	100.0	1,676	100.0	1,302	100.0	16,684	100.0	20,544	100.0	< 0.001
	0	3,261	84.5	765	86.8	1,427	85.2	1,068	82.0	14,186	85.0	17,447	84.9	
	≥ 1	599	15.5	117	13.2	249	14.8	234	18.0	2,498	15.0	3,097	15.1	
DM	Sum	469	100.0	115	100.0	170	100.0	184	100.0	2,082	100.0	2,551	100.0	< 0.001
	0	438	93.4	104	90.4	158	92.8	176	95.9	1,915	92.0	2,353	92.3	
	≥ 1	31	6.6	11	9.6	12	7.2	8	4.1	167	8.0	197	7.7	
HL	Sum	1,527	100.0	592	100.0	620	100.0	315	100.0	3,404	100.0	4,931	100.0	< 0.001
	0	1,310	85.8	506	85.5	532	85.8	272	86.4	2,832	83.2	4,142	84.0	
	≥ 1	217	14.2	86	14.5	88	14.2	43	13.6	573	16.8	790	16.0	

*In the case of the chronic disease group including DM, the DM score was excluded from the CCI calculation; [‡]Unit of number is 1,000 visits; [†]P values were calculated with chi-square test for the trend between the CCI (0 and ≥ 1) and medical institution types (tertiary hospital, general hospital, hospital, and clinic). HTN, hypertension; DM, diabetes mellitus; HL, hyperlipidemia; CCI, Charlson comorbidity index.

일차의료 만성질환관리 시범사업: 성과와 제한점



기존 시범사업의 한계점을 보완한 새로운 환자중심 모형 개발이 필요함

57

일차의료 관련 시범사업: 현황과 한계



구조적 변화의 필요성: 단과 전문의 단독개원 → 팀 기반 공동개원

59

만성질환 통합관리로 9월말...COPD·천식 등 미포함

청구·홍보 등 한달 연기...배경택 건강정책국장 "코디네이터 고용 자율"

2024.08.29 06:27 댓글쓰기



의료인 설명에 수가가 책정된 첫 사례로 의료계 안팎의 관심이 큰 '만성질환자 통합관리' 적용이 당초 이달 말에서 9월 말로 미뤄졌다.

건강보험심사평가원 청구프로그램 개선을 포함 의료기관 대상 홍보 및 설명 등에 예상보다 많은 시간이 필요하다는 판단에서다. 내달 권역별 설명회도 개최된다.

기대를 모았던 만성폐쇄성폐질환(COPD), 천식 등 호흡기내과 질환 추가는 별도 시범사업 후 논의될 예정이다.

보건복지부 배경택 건강정책국장[사진]은 28일 세종청사에서 전문가지침회의와 만나 이 같은 내용을 포함하는 '일차의료 만성질환 관리 본사업' 추진 상황을 설명했다.

지난 2019년 1월부터 시행 중인 '일차의료 만성질환관리 시범사업' 결과 평가를 통한 후속 조치로 올해 5월 제11차 건강보험정책심의위원회는 만성질환자 통합관리로 수가 산정을 의결했다.

해당 사업에는 의사 3553명, 환자 64만 여명이 참여했다. 건강심 의결로 만성질환 관리 수가를 신설하고 기존 109개 지역에서만 제공하던 고혈압·당뇨병 통합관리 서비스를 전국으로 확대, 제공하게 된다.

우후죽순 일차의료 시범사업..."통합모델 필요" 제기

현재 6개 진행되지만 '실효성 낮아' 지적...政 "의개특위서 통합 논의"

2024.08.29 05:50 댓글쓰기



일차의료 중요성이 높아지면서 정부가 여러 시범사업을 추진해 온 가운데, 대상별·질환별로 나눠진 사업을 하나로 통합해야 한다는 주장이 제기됐다.

시범사업들이 분절돼 현장에서 실효성이 떨어지고, 우후죽순 진행돼 유야무야 사라질 수 있다는 우려에서다.

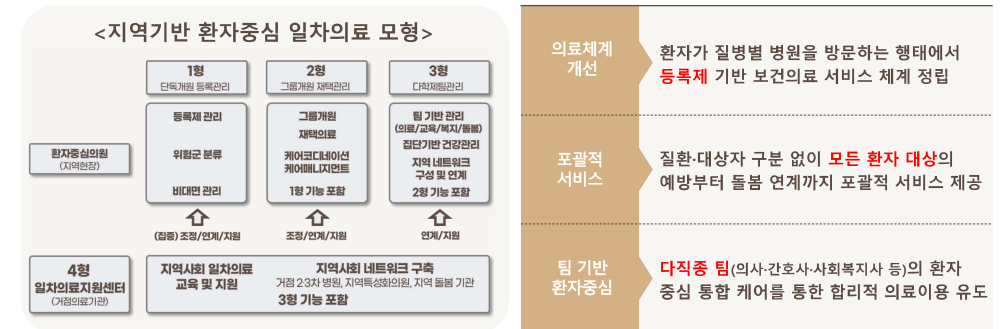
더불어민주당 내 최대 의원 모임인 더좋은미래는 최근 국회의원회관에서 '국민중심 의료개혁 토론회' 1회차 주제로 '전국민 주치의제 도입에 기반한 돌봄·의료전달체계 구축 방안'을 선정하고 주치의제 및 일차의료에 대한 전문가 의견을 경청했다.

일차의료 주치의제도 도입(안)

- 환자등록제: 선택형, 유인 제공
 - 공급자: 등록환자 관리료 지급
 - 가입자: 본인부담금 경감/면제, 신속의뢰경로
- 서비스 제공 모형
 - 단독/공동 개원: 다직종 팀 접근
 - 포괄적 건강관리 서비스 제공
- 지불 모형
 - 혼합형 지불: FFS, P4P, Population-based payment
 - 점진적 변화: 진료량 → 가치 기반

포괄적·지속적 서비스 제공을 위한 지역기반 환자중심 일차의료 모형 개발

서울대학교 (*22.5.31.~12.31.)



공단, 한국형 주치의 모델 활용한 일차의료개발센터 개소

※ 박서영 기자 | © 입력 2023.04.19 05:56 | 댓글 0

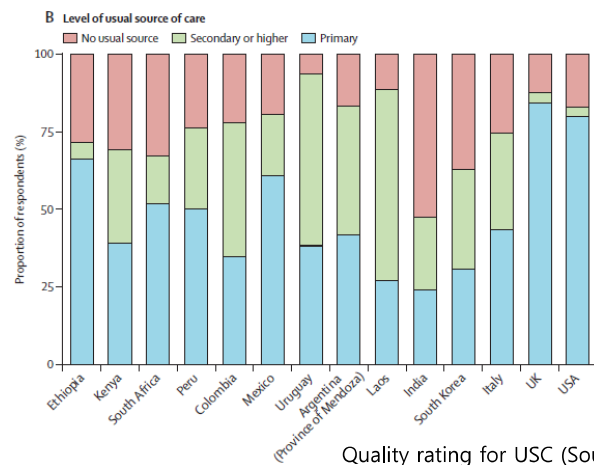


국민건강보험공단은 일산병원에 한국형 주치의 모델을 실증하기 위한 일차의료개발센터를 개소했다.

[메디칼업지버 박서영 기자] 국민건강보험공단은 일산병원에 한국형 주치의 모델의 실증을 위한 일차의료개발센터를 개소했다고 지난 17일 밝혔다.

일차의료 관련 사업: 제공 서비스의 비교

구분		주치의 모형	일차의료 만성질환관리 시범사업	장기요양 재택의료센터 시범사업	일차의료 방문진료 수가 시범사업	장애인 건강주치의 시범사업
제공서비스	환자 등록	○	○	○	-	○
	환자군 분류	○	-	-	-	-
	교육·상담	○	○	○	○	○
	케어 코디네이션	○	○	○	-	-
	케어 매니지먼트	○	-	-	-	-
	비대면 관리	○	○	-	-	-
	다학제 팀 서비스	○	-	○	-	-
	방문 진료	○	-	○	○	○
	방문 간호	○	-	○	-	○
	지역사회 자원 연계	○	○	○	-	-
타 기관 연계 협력	○	-	-	-	-	



Croke K et al. Primary health care in practice: usual source of care and health system performance across 14 countries. *The Lancet Global Health* Volume 12 Issue 1 Pages e134-e144 (January 2024) DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00513-2

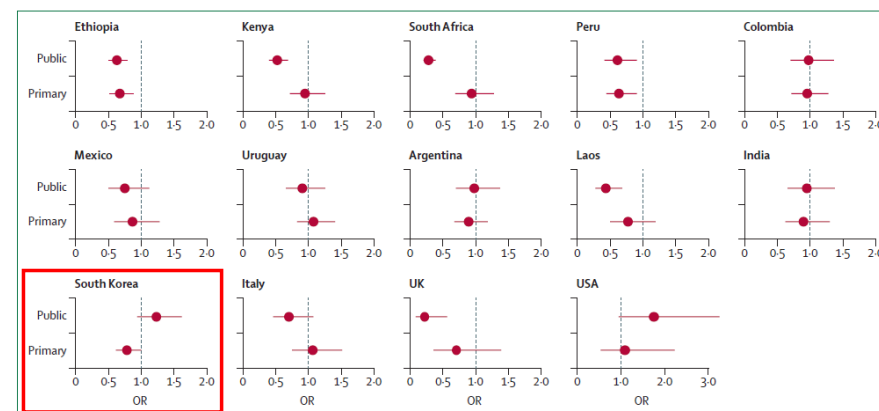


Figure 2: Association between quality rating and characteristics of respondents' usual source of care, by country

The outcome is a binary variable that captures whether or not the respondent rates usual source of care quality as very good or excellent. Control variables include gender, survey mode, urban or rural location, secondary education (0 or 1), age categories (seven), income categories (three), health insurance (0 or 1), patient activation (0 or 1), and self-reported good health (0 or 1). Vertical lines are placed where OR=1. OR=odds ratio.

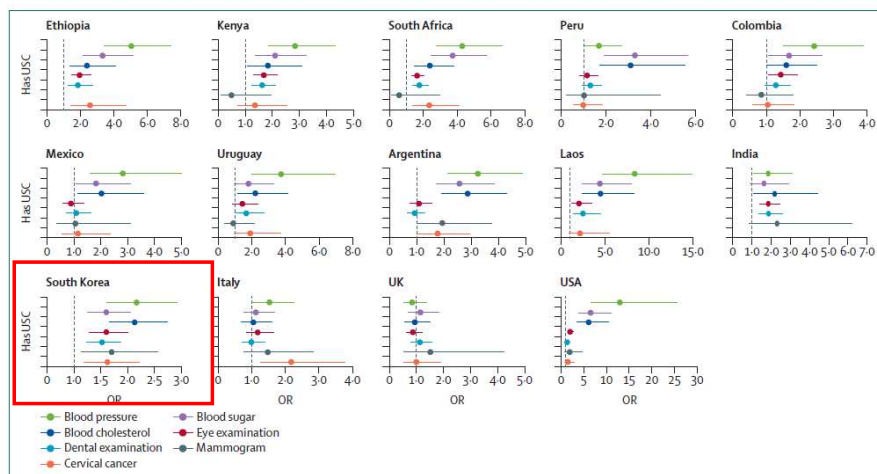


Figure 3: Associations between usual source of care and preventive care or screenings

ORs for associations between any usual source of care (Yes=1) and receipt of various preventive services and screenings. The outcome variables are whether or not the respondent has received a given screening or service. Control variables include gender, survey mode, urban or rural, secondary education (0 or 1), age categories (seven), income categories (three), health insurance (0 or 1), patient activation (0 or 1), and self-reported good health (0 or 1). Vertical lines are placed where OR=1. OR=odds ratio. USC=usual source of care.

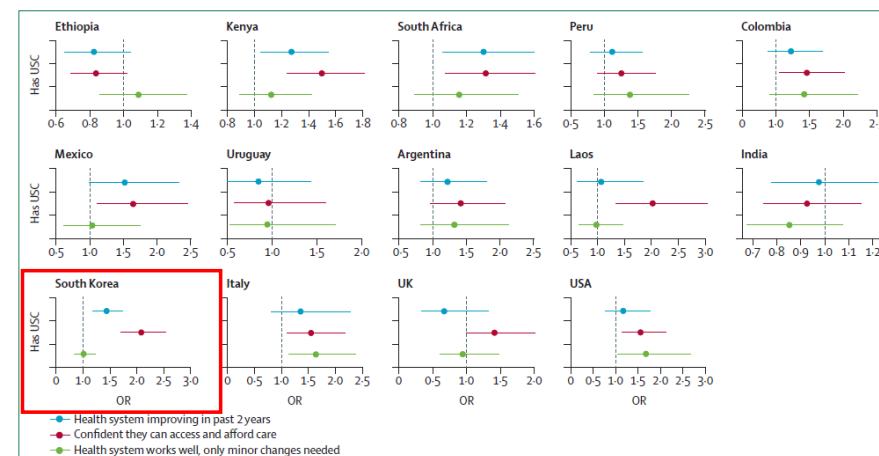


Figure 4: Usual source of care and other factors associated with health system confidence, endorsement, and health security

ORs for associations between USC (Yes=1) and measures of health system confidence, endorsement, and security. Control variables include gender, survey mode, urban or rural, secondary education (0 or 1), age categories (seven), income categories (three), health insurance (0 or 1), patient activation (0 or 1), and self-reported good health (0 or 1). Vertical lines are placed where OR=1. OR=odds ratio. USC=usual source of care.

The Higher Level of Continuity of Care,
The **Lower Mortality** of Myocardial and Cerebral Infarctions;
and The **Lower Cardiovascular Mortality and Incidence**.

Table 2. Risk of Death and Cardiovascular Endpoints by Level of Continuity of Care (N = 47,433)						
Endpoint	Most Frequent Provider Continuity		Modified, Modified Continuity Index		Continuity of Care Index	
	Above Median	Below Median	Above Median	Below Median	Above Median	Below Median
All cause mortality						
No. of deaths (deaths per 1,000 py)	1,340 (11.5)	1,787 (15.4)	1,296 (11.3)	1,831 (15.5)	1,345 (11.6)	1,782 (15.4)
Crude HR (95% CI)	1.00 (Ref)	1.33 (1.24-1.43)	1.00 (Ref)	1.37 (1.28-1.47)	1.00 (Ref)	1.33 (1.24-1.43)
Multivariable-adjusted HR* (95% CI)	1.00 (Ref)	1.13 (1.05-1.21)	1.00 (Ref)	1.13 (1.05-1.21)	1.00 (Ref)	1.12 (1.04-1.21)
Cardiovascular mortality						
No. of deaths (deaths per 1,000 py)	321 (2.8)	494 (4.3)	299 (2.6)	516 (4.4)	321 (2.8)	494 (4.3)
Crude HR (95% CI)	1.00 (Ref)	1.54 (1.34-1.77)	1.00 (Ref)	1.67 (1.45-1.93)	1.00 (Ref)	1.54 (1.34-1.77)
Multivariable-adjusted HR* (95% CI)	1.00 (Ref)	1.30 (1.12-1.50)	1.00 (Ref)	1.40 (1.21-1.62)	1.00 (Ref)	1.30 (1.13-1.50)
Noncardiovascular mortality						
No. of deaths (deaths per 1,000 py)	1,019 (8.8)	1,293 (11.1)	997 (8.7)	1,315 (11.2)	1,024 (8.8)	1,288 (11.1)
Crude HR (95% CI)	1.00 (Ref)	1.27 (1.17-1.38)	1.00 (Ref)	1.28 (1.18-1.39)	1.00 (Ref)	1.26 (1.16-1.37)
Multivariable-adjusted HR* (95% CI)	1.00 (Ref)	1.07 (0.99-1.17)	1.00 (Ref)	1.05 (0.96-1.14)	1.00 (Ref)	1.07 (0.98-1.16)
Myocardial infarction†						
No. of incident events (incident events per 1,000 py)	144 (1.2)	232 (2.0)	147 (1.3)	229 (1.9)	144 (1.2)	232 (2.0)
Crude HR (95% CI)	1.00 (Ref)	1.61 (1.31-1.98)	1.00 (Ref)	1.51 (1.23-1.86)	1.00 (Ref)	1.62 (1.31-1.99)
Multivariable-adjusted HR* (95% CI)	1.00 (Ref)	1.57 (1.27-1.94)	1.00 (Ref)	1.51 (1.22-1.87)	1.00 (Ref)	1.57 (1.28-1.95)
Cerebral infarction†						
No. of incident events (incident events per 1,000 py)	427 (3.8)	668 (6.0)	422 (3.8)	673 (6.0)	427 (3.8)	668 (6.0)
Crude HR (95% CI)	1.00 (Ref)	1.59 (1.41-1.80)	1.00 (Ref)	1.58 (1.40-1.78)	1.00 (Ref)	1.60 (1.41-1.80)
Multivariable-adjusted HR* (95% CI)	1.00 (Ref)	1.43 (1.27-1.62)	1.00 (Ref)	1.43 (1.26-1.63)	1.00 (Ref)	1.44 (1.27-1.63)
Cerebral hemorrhage†						
No. of incident events (incident events per 1,000 py)	141 (1.2)	184 (1.6)	136 (1.2)	189 (1.6)	141 (1.2)	184 (1.6)
Crude HR (95% CI)	1.00 (Ref)	1.30 (1.05-1.62)	1.00 (Ref)	1.35 (1.08-1.68)	1.00 (Ref)	1.31 (1.05-1.63)
Multivariable-adjusted HR* (95% CI)	1.00 (Ref)	1.19 (0.95-1.49)	1.00 (Ref)	1.20 (0.96-1.52)	1.00 (Ref)	1.19 (0.95-1.49)

CI = confidence interval; HR = hazard ratio; py = person-year; Ref = reference value.
*Multivariable adjustments included age, sex, income, Charlson comorbidity index, number of visits during the first 2 years, and residential area (for detail, see text).
†Excluding those who developed the indicated outcome during the first 2 years after diagnosis.

Source: Shin DW, Cho J, Yang HK, Park JH, Lee H, Kim H, Oh J, Hwang S, Cho B, Gualler E. Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea. Ann Fam Med. 2014 Nov-Dec;12(6):534-41. doi: 10.1370/afm.1685. PMID: 25384815; PMCID: PMC4226774.

The Higher Level of Continuity of Care,
The **Lower Health Expenditure**.

Table 4. Health Care Utilization and Costs by Level of Continuity of Care (N = 47,433)						
Characteristic	Most Frequent Provider Continuity		Modified, Modified Continuity Index		Continuity of Care Index	
	Above Median	Below Median	Above Median	Below Median	Above Median	Below Median
Health care utilization, adjusted mean* (SE)						
Total inpatient days (2005-2010)	7.4 (0.4)	11.4 (0.4)	7.4 (0.4)	11.4 (0.4)	7.4 (0.4)	11.4 (0.4)
Difference (95% CI)						
	4.0 (2.8-5.2)		4.0 (2.8-5.2)		4.0 (2.9-5.2)	
Total outpatient days (2005-2010)	22.5 (0.2)	25.4 (0.2)	22.1 (0.2)	25.8 (0.2)	22.5 (0.2)	25.4 (0.2)
Difference (95% CI)						
	2.9 (2.3-3.4)		3.7 (3.1-4.2)		2.9 (2.3-3.5)	
Health care costs, 2005-2010, \$ (US)						
Total inpatient cost, adjusted mean* (SE)	853.7 (31.7)	1294.5 (31.6)	844.7 (32.3)	1297.1 (31.7)	851.5 (31.7)	1297.3 (31.6)
Difference (95% CI)						
	440.9 (352.6-529.2)		452.4 (362.3-542.5)		445.7 (357.5-534.0)	
Total outpatient cost, adjusted mean* (SE)	457.5 (17.7)	574.6 (17.6)	446.5 (18.0)	583.6 (17.7)	456.1 (17.7)	576.1 (17.6)
Difference (95% CI)						
	117.0 (67.7-166.3)		136.7 (86.5-187.0)		119.7 (70.5-169.0)	
Total cost, adjusted mean* (SE)	1311.1 (38.0)	1869.2 (37.9)	1291.3 (38.6)	1880.6 (38.0)	1307.7 (37.9)	1873.4 (37.9)
Difference (95% CI)						
	557.9 (452.3-663.5)		589.1 (481.4-696.9)		565.5 (459.8-671.2)	

CI = confidence interval; SE = standard error. \$1 (US) = ₩1,100 (Korean won), as of 2012.
Note: All P values comparing above to below median utilization and cost parameters <0.001.
*Multivariable adjustments included age, sex, income level (quartile), Charlson comorbidity index, number of visits during the first 2 years, and residential area (for detail, see text).

Source: Shin DW et al. Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea. Ann Fam Med. 2014 Nov-Dec;12(6):534-41

주요 4개 정당, 주치의제도 도입 '약속'

일차의료특별법 제정 등 구체적 토대 마련에 공감대 형성
주치의제도 도입을 위한 범국민운동본부, 4당 대선 정책토론회 개최

강판웅 | 등록 2022.01.27 12:00

정당의 수가 등 정책지원 필요성 강조
민주당 '합실' 이상 차이 좁혀야
국민의힘 '한국형 주치의 제도 모델 만들 것'
국민의당, 선결과제로 '의료전담체계' 꼽아

최고령 사회 진입을 앞두고 건강보험 재정 건전성과 지속성, 효율적인 의료이용 문제를 해결하기 위한 과제로 '주치의 제도'가 꼽히고 있다. 대선후보들도 도입 필요성에 공감할 표적이 있어 주치의의제 도입에 가능성을 높이고 있다.

주치의제도 도입을 위한 범국민운동본부(이하 국민운동본부)는 지난 24일 한국프레스센터 외신기자클럽에서 '주치의제도 도입을 위한 4당 대선 정책토론회'를 개최한 가운데 이날 4당 선거대책본부는 주치의제도의 도입 취지에 모두 동의하며, 앞으로 구체적 방안을 마련하는데 함께 노력하자고 의견을 모았다.

이날 강정화 삼남대표(한국소비자연맹 회장)는 인사말을 통해 '앞으로 치료보다는 예방' 중심으로 의료서비스를 증진하고, 지역과 계층간 건강형평성을 도모하기 위해서는 반드시 주치의제도가 필요하다고 밝히고, 각 선거대책본부가 모두 주치의 도입에 동의한 것을 환영하며, 남은 선거활동 기간에 구체적 프로그램들 제안해 줄 것을 요청했다.

토론회에서 강재현 교수(성균관대 강북삼성병원)는 '일차의료 강화와 주치의제도의 필요성'을 주제로 한 기조발표를 통해 '주치의제도가 도입되면 여러 병원이 다니며 생기는 중복진료, 중복검사, 투약 등이 방지돼 전반적인 의료비용이 줄어줄 수 있다'며 '나를 잘 아는 의사와의 지속적인 관계를 통해 과잉진단과 고비용 의료서비스를 줄이고, 질병 예방을 도와 건강을 증진해줄 수 있다'고 밝혔다.

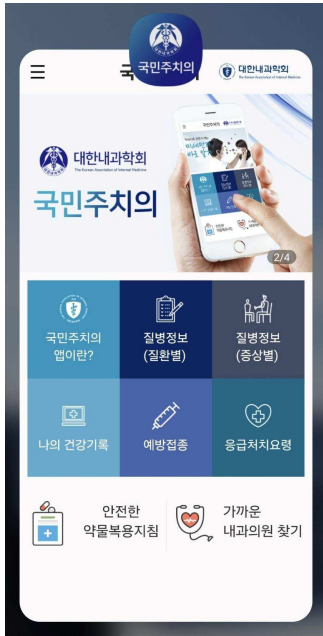
또한 강 교수는 대한가정의학회와 녹색소비자연대전국협의회가 공동으로 1000명을 대상으로 설문조사를 진행한 결과도 함께 발표했다. 이에 따르면 응답자의 67%가 주치의제도에 대해 '용이'는 들어보지만 내용은 모른다고 대답했지만, 주치의제도 도입에 대해서는 87.4%가 긍정적이었으며, 대표적 이유로 '내 건강을 책임지고 관리해주는 전문의사의 필요성'이라고 답했다.

기사일력시간 23.04.26 07:27 | 최종 업데이트 23.04.26 07:27

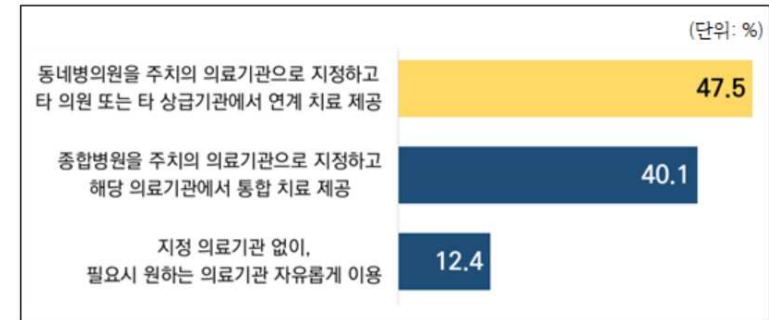
🇰🇷 제보 < 공유

● 일차의료발전 방향은 '한국형 주치의제 도입'...'주치의 도입 시 비대면진료 적극 활용' ●

현행 일차의료 분절, 단과전문 단독개원 81%...다학제적 만성질환관리 어려워

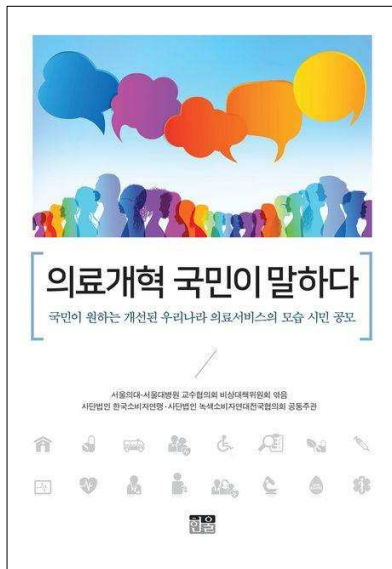


(그림 4-14) 복합만성질환 관리를 위한 선호 의료이용 모형



자료원: 여나금 등 (2022). 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구. 한국보건사회연구원.

73



국민들이 바라는 더 나은 의료

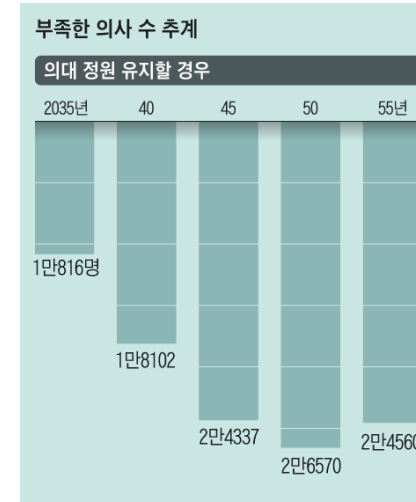
- 충분한 소통 시간
- 나를 아는 주치의
- 예방 중심 의료
- 지역 및 환자 상황에 맞는 의료
- 환자 중심의 의료개혁

한국형 공급자 네트워크(K-ACO)의 가능성

- 일차의료기관 환자 등록의 필요성
 - 네트워크 기관 이용 유도
- 성과 목표 계약
 - 목표 진료비 설정: 급여+비급여
 - 의료 질 지표
- 네트워크 관리 역량
 - 네트워크 內 기관 통제
 - 네트워크 內 진료비 배분

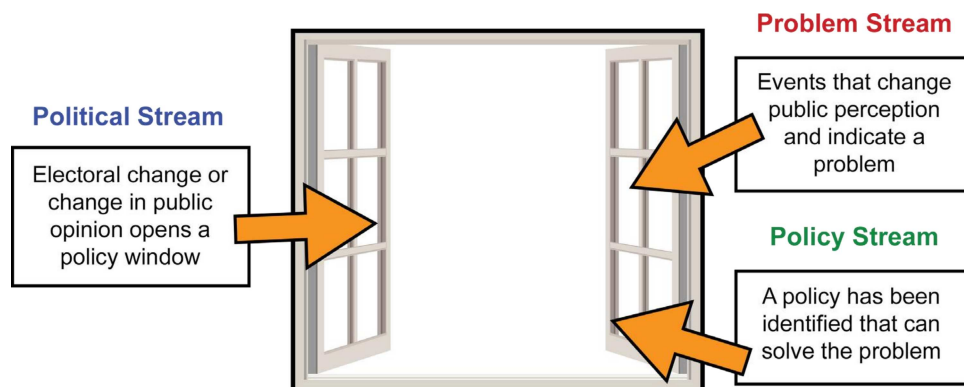
ACO: Accountable Care Organization





가정: 현재의 의료공급/이용체계 유지

정책의 창 Policy Window



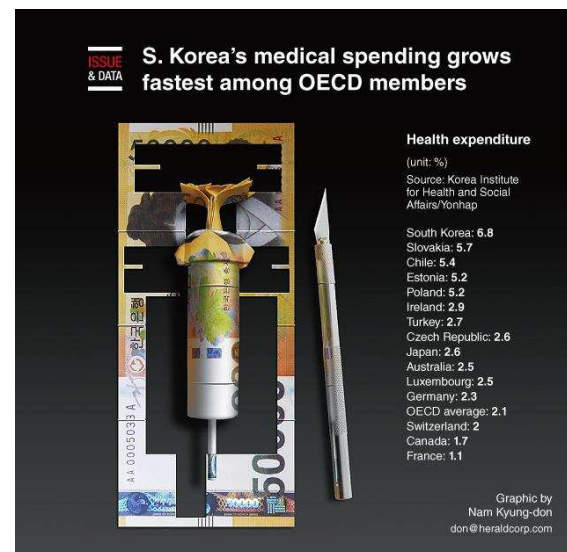
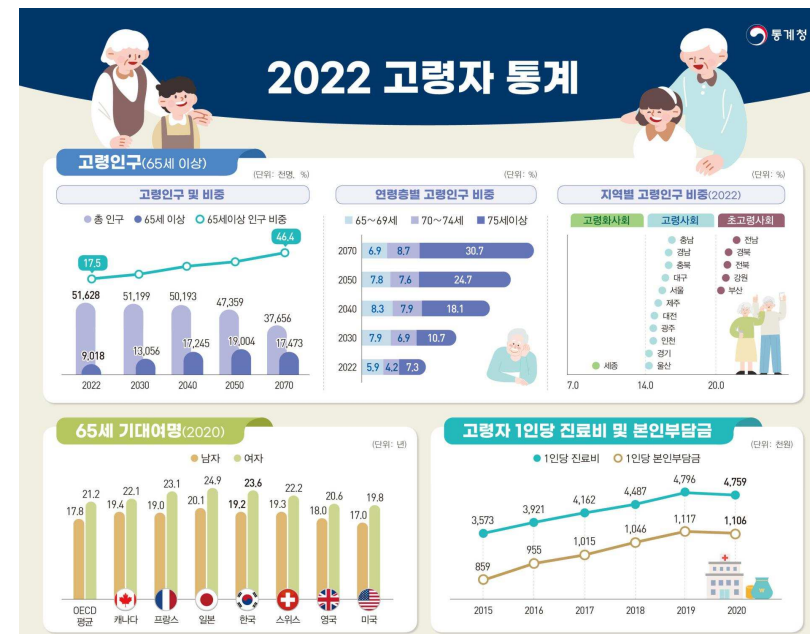
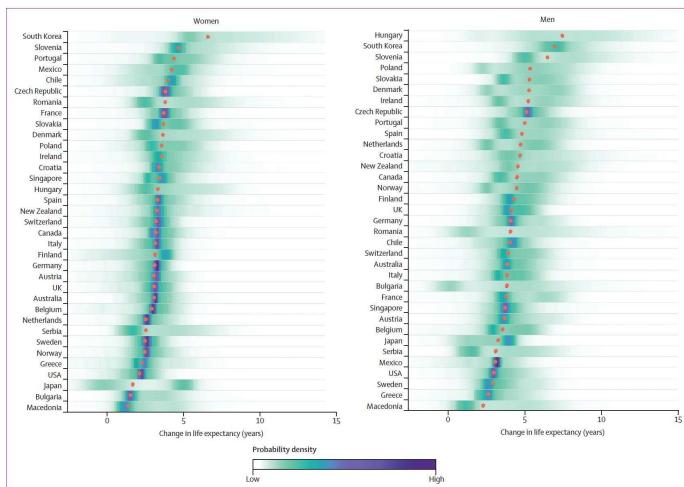
국내 노인 의료의 현재와 미래

Kwang-il Kim, MD, PhD

Seoul National University College of Medicine
Seoul National University Bundang Hospital
Seoul, Korea

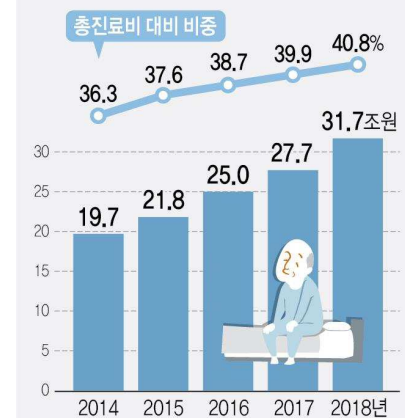
2030년에는 한국이 세계에서 가장 고령사회

Future life expectancy in 35 industrialized countries, Lancet 2017



노인진료비 증가 추이

2018년 12월 기준 잠정치



자료/ 건강보험공단

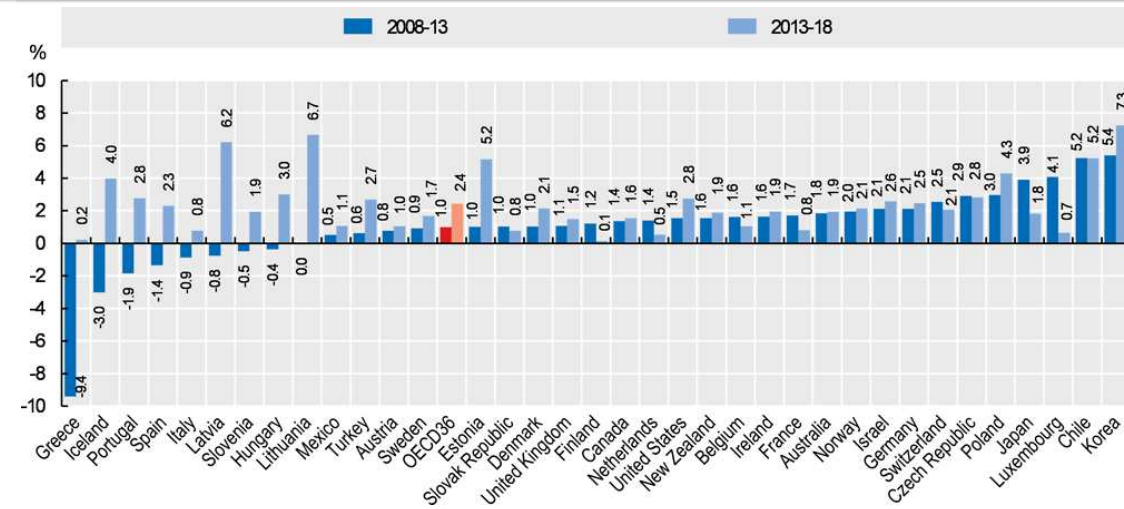
김영은 기자 / 20191017

트위터 @yonhap_graphics 페이스북 toney.kr/LeYN1

일본의 노인의료비 현황 및 추이



Annual growth in health expenditure per capita, 2008 to 2018

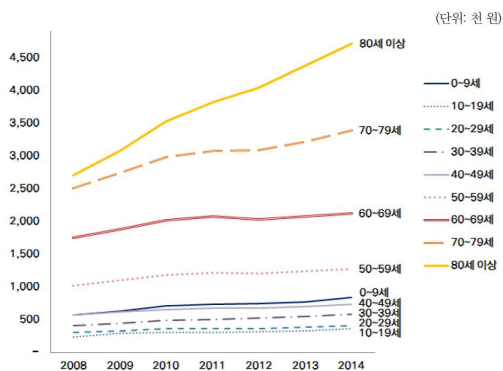


Source: OECD Health Statistics 2019

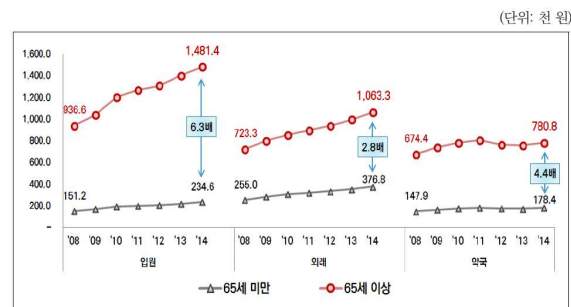
노인 의료와 요양서비스 이용 실태 및 쟁점

Trends in long-term care beds in institutions and hospitals, 2005-15

연령대별 1인당 진료비 추이

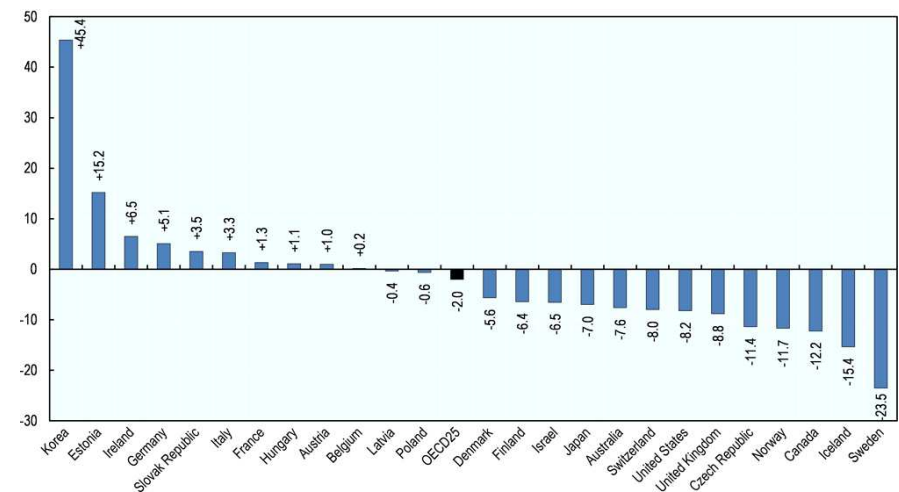


진료 행태별 1인당 진료비



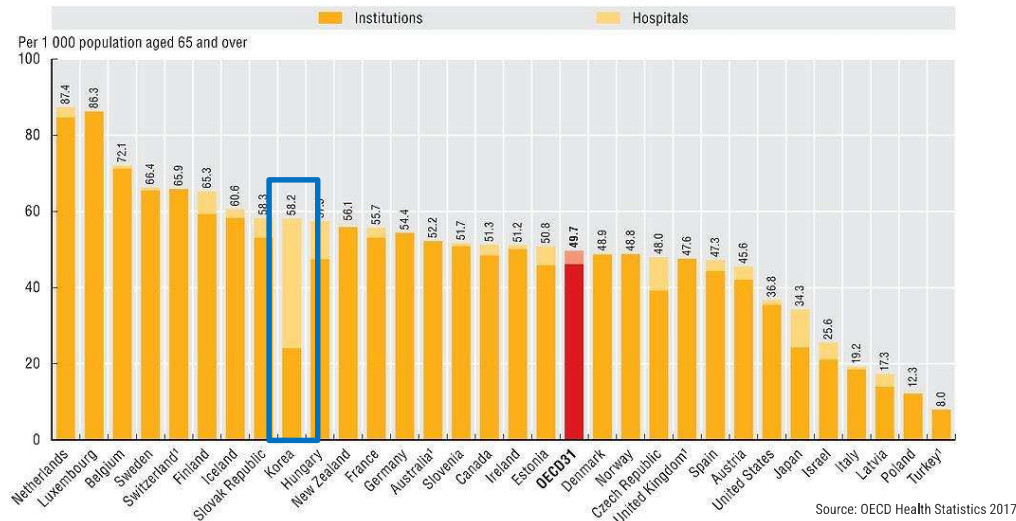
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단

Change in LTC beds per 1 000 population aged 65 and over, 2005-2015

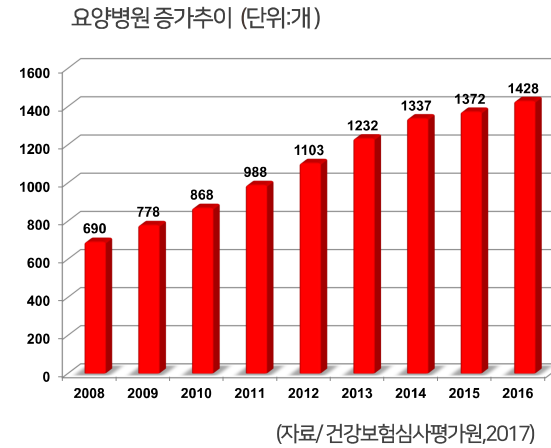


Source: OECD Health Statistics 2017

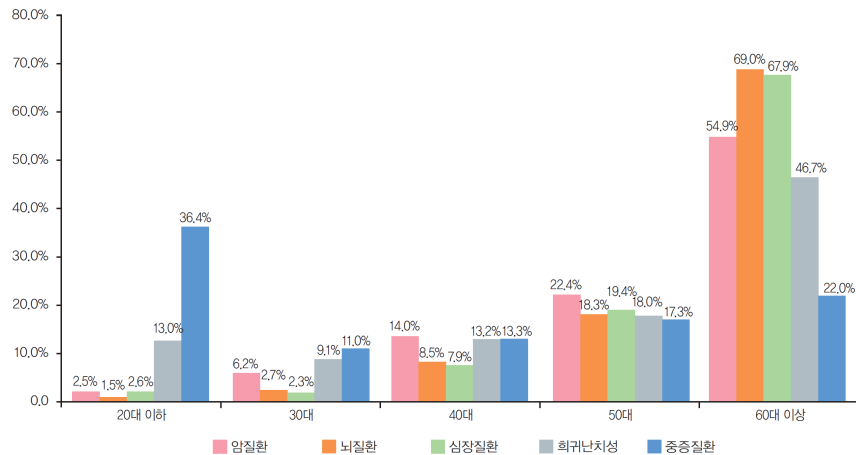
Long-term care beds in institutions and hospitals, 2015



요양병원의 증가 추세



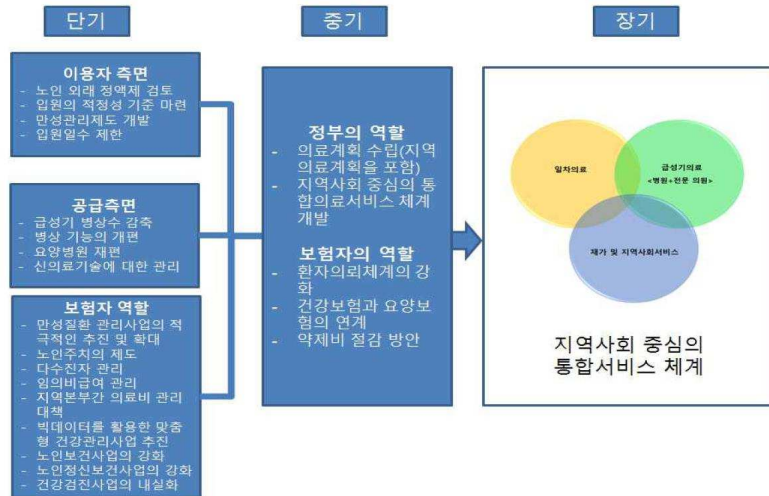
중증질환 산정특례 진료현황 점유율 (2018년)



노인 의료비 증가 요인

1. 노인인구의 급격한 증가 (특히 75세 이상 후기 고령자 증가)
2. 장기요양병원의 급증, 장기 입원의 증가
3. 사망 전 의료비가 높음 (완화의료·호스피스 제도의 미비로 연명치료의 지속)
4. 고액의료비 사용에 대한 관리 기전이 없음
5. 노인 인구의 증가 < 진료비 증가 (수가 인상)

노인의료비 관리를 위한 기본 틀



고령사회를 대비한 노인 의료비 효율적 관리방안. (사)건강복지정책연구원, 2017

Summary; 고령화에 따른 문제점

- 고령환자의 증가로 의료비 부담이 급격하게 증가하고 있음.
- 특히 초고령 환자(75세 이상), (요양병원) 입원 진료, 만성 퇴행성 질환에 대한 의료비용이 증가가 의료비 급증의 주된 원인으로 파악됨.
- 이를 해결하기 위해서는 (1) 만성 퇴행성 질환, 다중이환에 대한 포괄적이고 지속적인 케어모델, (2) 노쇠 입원 환자에 대한 관리 전략, (3) 병원에서 지역사회로의 연계모델의 개발이 필요함.

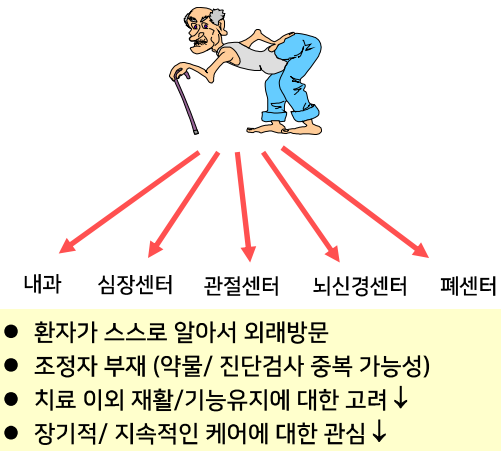
Current characteristics of Korean healthcare system for elderly people

- Acute disease ➤ Chronic disease
- Disease oriented ➤ Function oriented
- Fragmented care ➤ Integrated care
- Treatment, Cure ➤ Prevention, Care
- Hospital ➤ Community

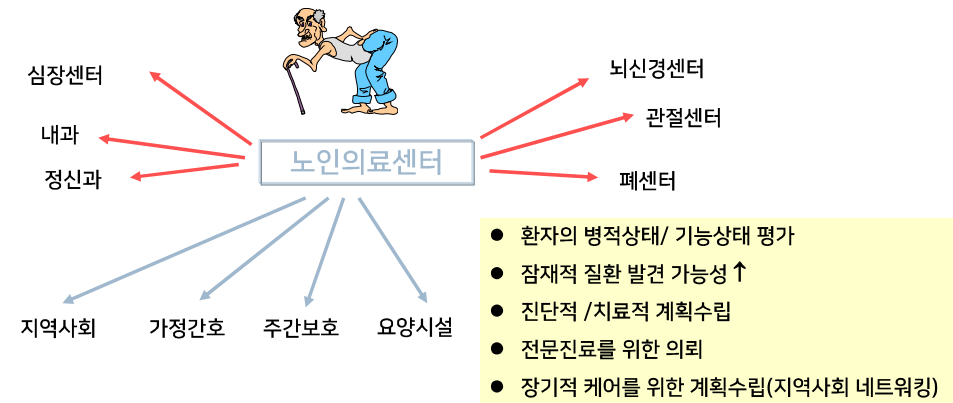
노인 환자의 특성 및 대처방안

- 동반 질환이 많다.
 - 모든 문제를 종합적으로 해결하기를 원한다
 - 될 수 있으면 한 번 병원 방문으로 해결하기를 원함
 - 노인의 문제에 대한 유기적이고 효율적인 연계방안이 마련 요구
- 무증상의 질환 상태가 많다.
 - 환자 상태의 급격한 변화 원인이 된다.
 - 포괄적인 환자 평가로 잠재적인 질환과 위험인자를 찾아낼 수 있다.
- 치료 경과 중 합병증이 많고 회복이 힘들다.
 - 복용하는 약제의 종류가 많으면 약물 부작용이 흔히 발생
 - 회복기간이 장기화 될 수 있으며 입원 내 event 발생이 많다.
 - 입원기간의 단축, 조기 재활치료, 아급성 회복시설이 필요하다.

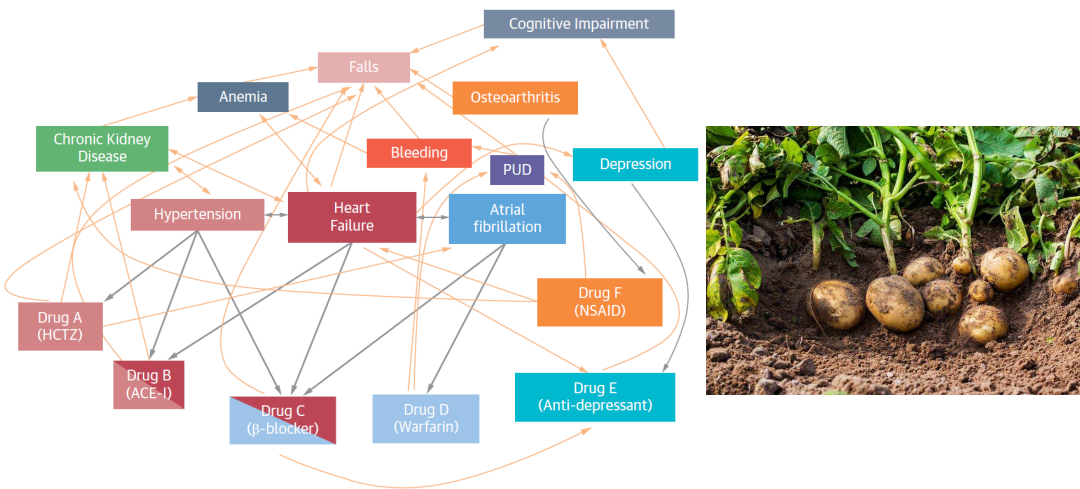
질환 위주 노인 의료 접근법



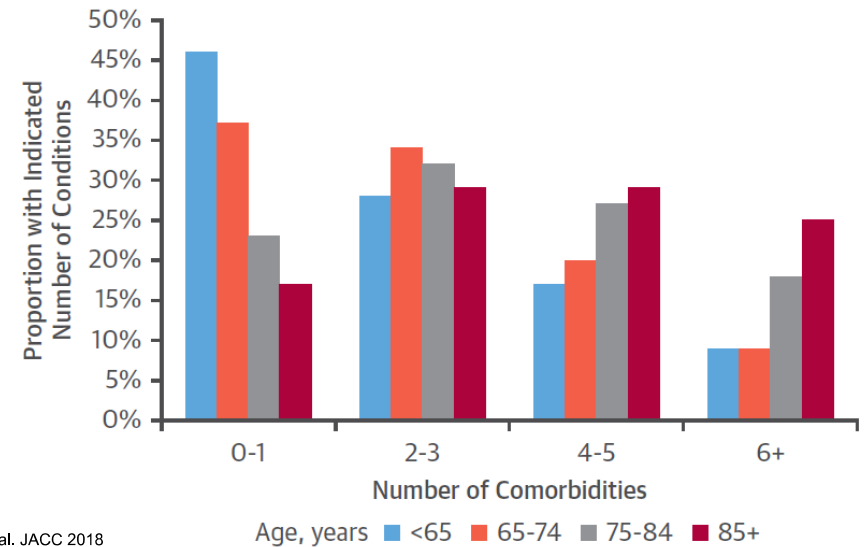
환자 위주의 노인 의료 접근법



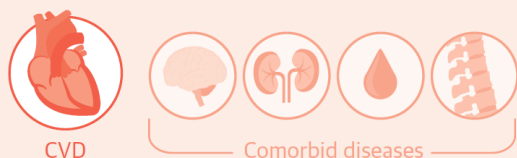
Diseases and Medications : Effect of Multimorbidity



Prevalence of Multimorbidity by Age



Treating Multimorbidity in Older Adults with Cardiovascular Disease (CVD)



Current separate disciplinary approach:

- Focus on **dominant cardiac issue**; non-cardiac comorbid diseases are separate and secondary
- Limited integration across or between conditions
- Lack of standardized approach
- Treatment provided by separate specialists, primary care physician, and care extenders

Recommended multidisciplinary approach:

- Focus on identifying **preferences and goals** and providing preference-sensitive options
- Integration between conditions and specialties
- Overall integrated care plan
- Treatment provided by multidisciplinary team; linked electronic health records

Forman, D.E. et al. J Am Coll Cardiol. 2018;71(19):2149-61.

NICE National Institute for Health and Care Excellence



Multimorbidity: clinical assessment and management

NICE guideline

Published: 21 September 2016

www.nice.org.uk/guidance/ng56

1.6 Delivering an approach to care that takes account of multimorbidity

- Discussing the purpose of an approach to care that takes account of multimorbidity
- Establishing disease and treatment burden
- Establishing patient goals, values and priorities
- Reviewing medicines and other treatments
- Agreeing the individualised management plan

Taking a Multimorbidity approach

How the person's health conditions and treatments interact and affect this

The person's needs, treatment preferences, health priorities, whanau, lifestyle and goals

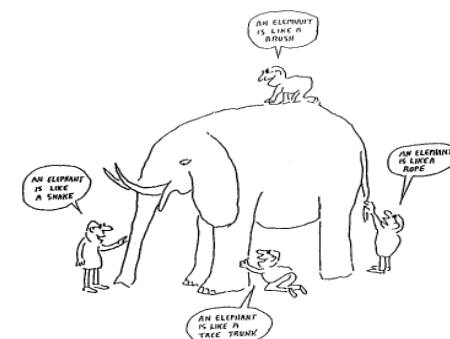
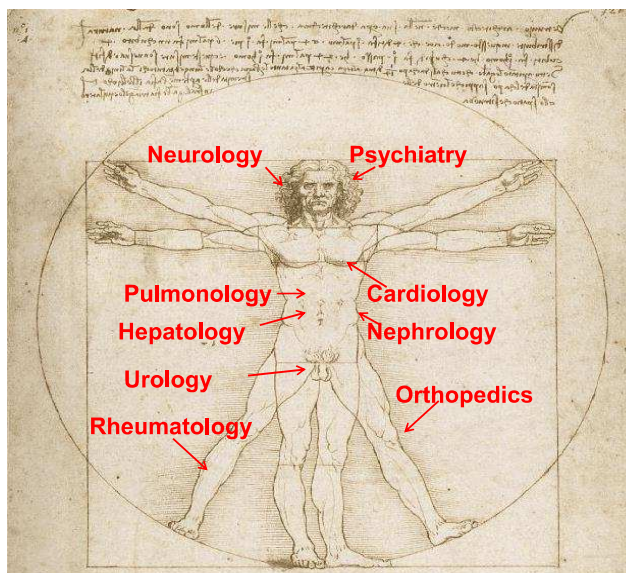
Benefits and risks of following single disease guidelines

Improving quality of life

Improving coordination of services

Opportunities to reduce treatment burden, adverse events, unplanned care

Modified from National Institute of Clinical Excellence multimorbidity guidelines 2016



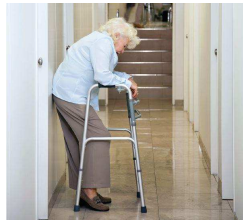
다학제 진료



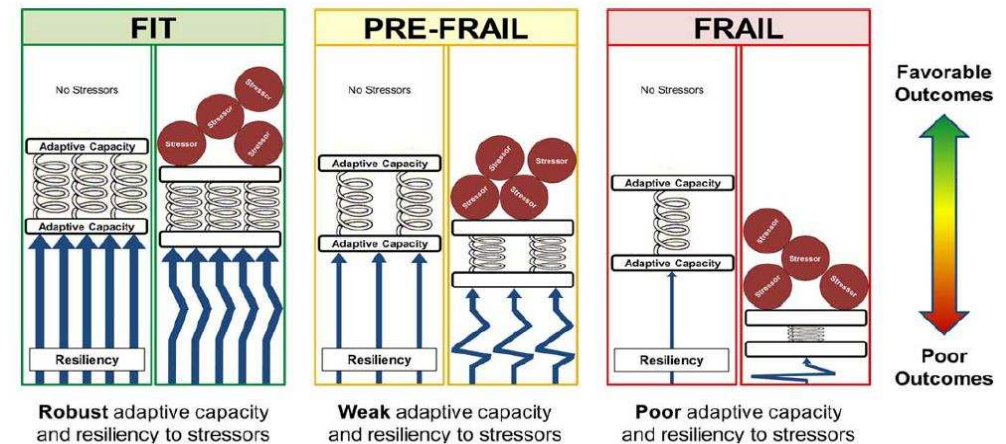
초고령사회에서 노인 의료의 문제점과 해결방안 (1)

- 여러가지 만성질환을 동반하고 있는 노인환자를 효율적으로 관리하기 위해서는 포괄적 접근과 다중이환에 대한 대책마련이 필수적이다.
- 노인의 질환은 "비전형적" 이고 증상이 뚜렷하지 않은 경우가 많아 "포괄적인 평가"를 통한 평가가 필요하다.
- 환자의 건강 및 기능상태, 선호도, 치료에 따른 이득과 위험등을 고려한 "환자 맞춤형 진료"가 이루어져야 한다.

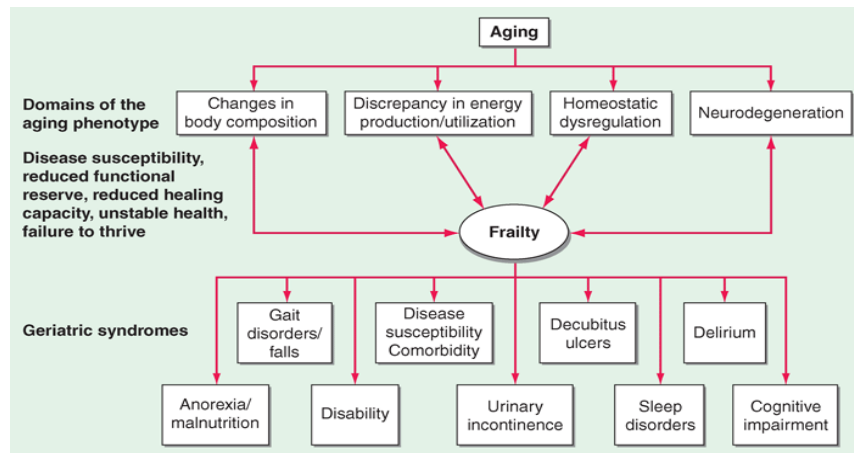
The elderly are a heterogeneous population



A Model for Defining Frailty

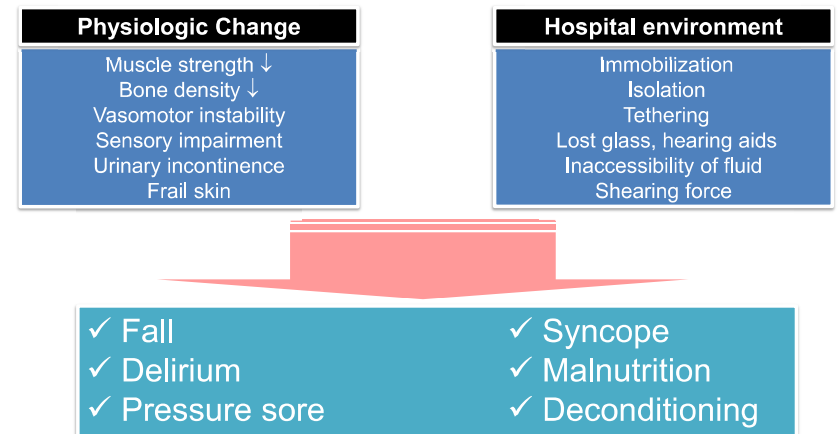


노화, 노쇠 그리고 노인병 증후군

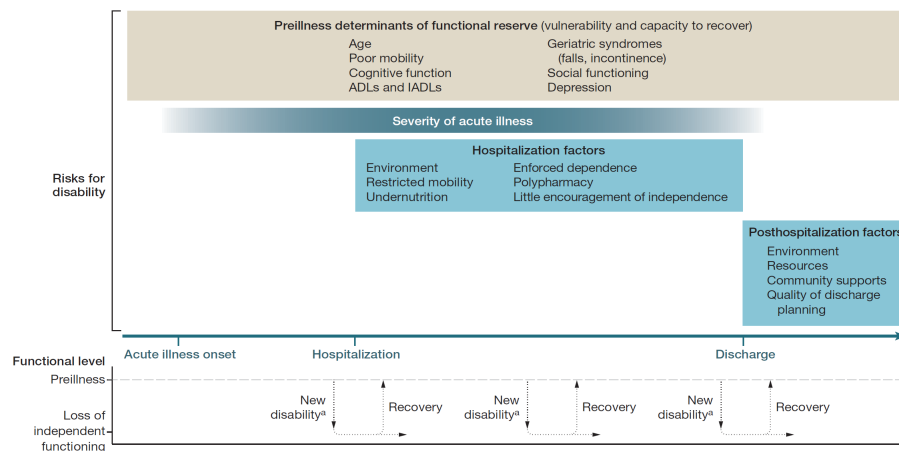


Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition*: www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Interaction of Aging & Hospitalization



Hospitalization-Associated Disability

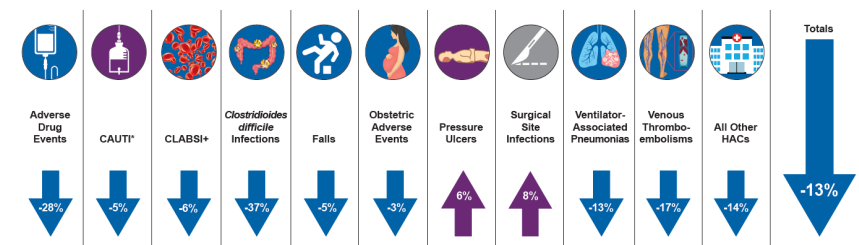


Covinsky et al, JAMA 2011

Hospital- Acquired Conditions

Declines in Hospital-Acquired Conditions

National efforts to reduce hospital-acquired conditions such as adverse drug events and injuries from falls helped prevent 20,700 deaths and saved \$7.7 billion between 2014 and 2017.

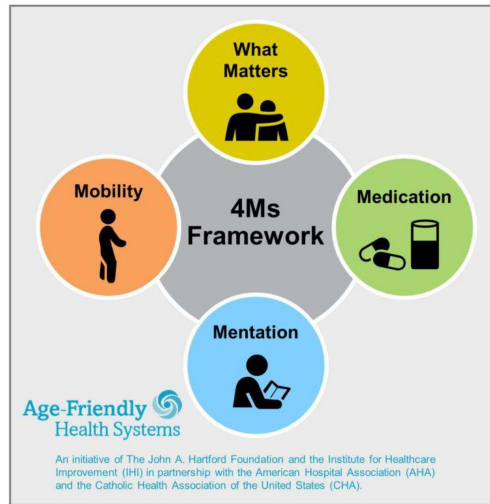


*CAUTI - Catheter-Associated Urinary Tract Infections
*CLABSI - Central Line-Associated Bloodstream Infections

**The percent change numbers are compared to the 2014 measured baseline for HACs.

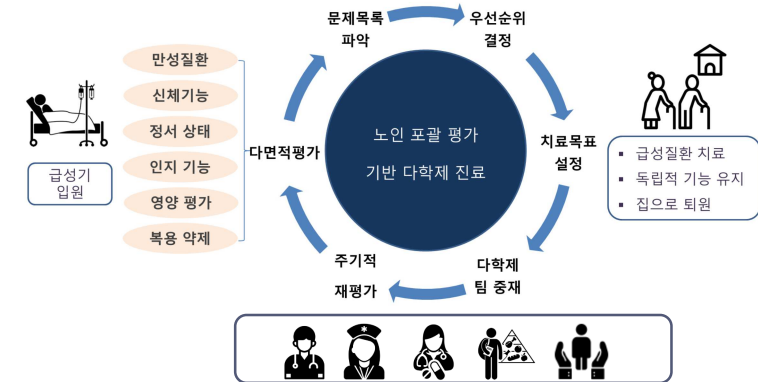
Source: AHRQ National Scorecard on Hospital-Acquired Conditions Final Results for 2014-2017

4Ms Framework of an Age-Friendly Health System



For related work, this graphic may be used in its entirety without requesting permission. Graphic files and guidance at www.ihf.org/agefriendly

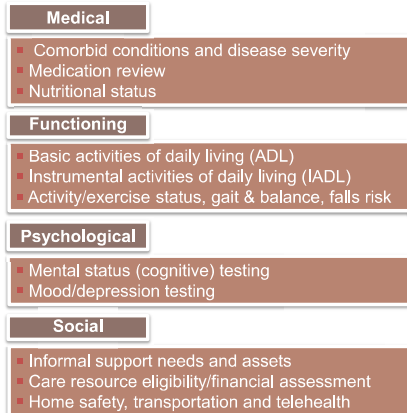
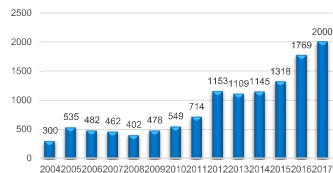
노인포괄평가 기반 노쇠 노인 진료 모델



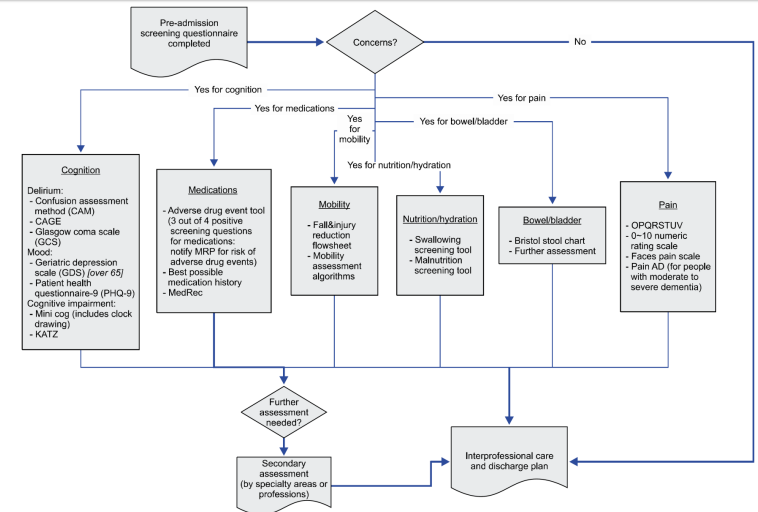
Comprehensive geriatric assessment in SNUBH



Case



시니어통합진료서비스를 위한 48/6 모델 (건국대병원)



초고령사회에서 노인 의료의 문제점과 해결방안 (2)

- 노쇠 노인환자는 입원 후 기능악화 및 노인증후군 발생위험이 높음. 이들 노쇠 환자를 선별하고, 입원 중 적절한 관리를 통해 예후를 개선시켜야 함
- 이를 위해서는 노쇠선별 방법, 노쇠 환자에 대한 관리모델, 입원/병실 환경의 변화 등 인프라 개선/확충이 필요함

국내 대학병원의 요양병원 설립



Aging in place

- “Aging in place” is defined as “the ability to live in one's own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income, or ability level” (American Planning Association and the National Association of County and City Health Officials, 2009).
- In other words, aging in place is providing the necessary resources for older adults to remain in their own homes and communities.
- This is desirable for individuals as they prefer to spend their remaining years at home as long as possible because it offers greater independence, autonomy, and social network (Wiles et al., 2012).

INTRODUCTION

BENEFITS OF AGING IN PLACE

Government



reduce expenses



reduce strain on health-care system

Elders

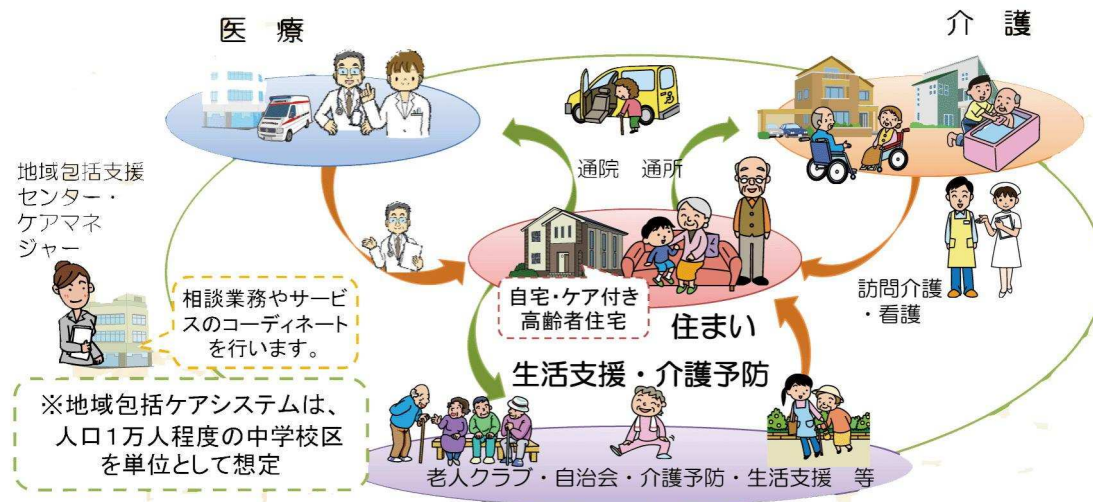


Maintain sense of autonomy

intimate knowledge of environment

connection to social support networks

Home Care Visit in Japan (在宅医療)



[Services](#)
[Locations](#)
[About Us](#)

Our Locations

Hebrew Rehabilitation Center

Boston, MA - (617) 363-8000
Health Care Services

Inpatient and outpatient senior care in Boston.

[Services](#)
[Locations](#)
[About Us](#)

Not sure where to start?

Contact a Hebrew SeniorLife Advisor

617-982-1349

Email Us

Health Care

- Long-Term Chronic Care
- Post-Acute Rehabilitative Care
- Outpatient Care
- In-Home Care
- Hospice Care

Programs

- Memory Loss and Dementia
- Intergenerational Programs
- Expressive Art Therapies
- Russian Bilingual Program
- Spiritual Care Programs
- Wellness Coaching
- Palliative Care Programs

Senior Care Professionals

- Administration
- Medical Team

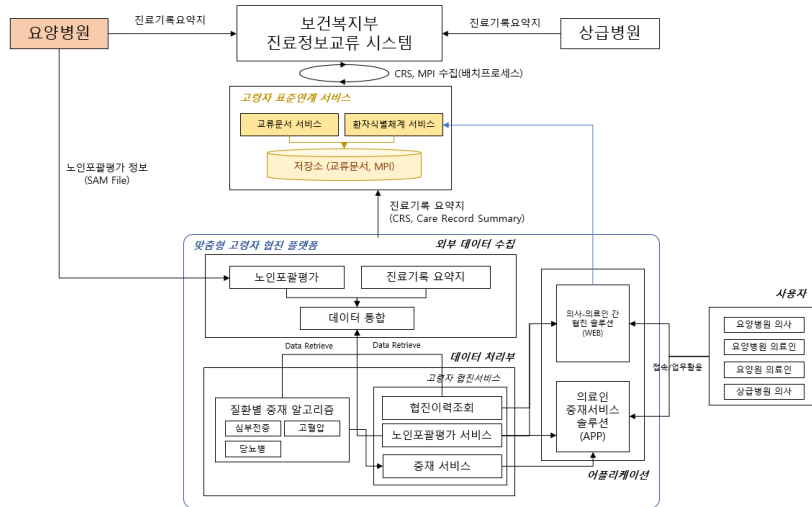
Senior Living

- Independent Living
- Assisted Living

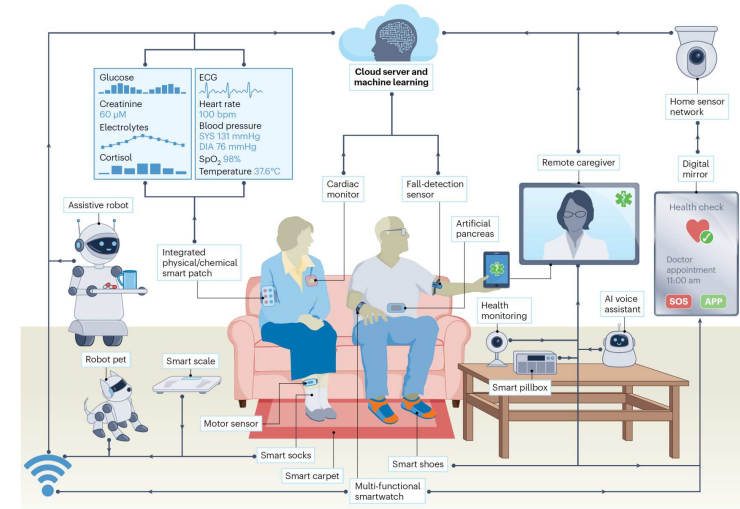
지역사회 통합돌봄 (커뮤니티 케어)



고령자 협진 서비스 구성



Future of geriatric healthcare in the home setting



Chuanrui Chen et al. Nature Medicine 2023

초고령사회에서 노인 의료의 문제점과 해결방안 (3)

- 노인환자의 효율적 관리를 위해서는 지역사회 기반의 지속적 관리 모델이 효과적이며, 이를 위해서는 connected care 가 가능할 수 있는 시스템을 구축해야 함.
- 또한 노인 환자의 기능 상태에 따라 세분화된 시설 확충이 필요하며 병원은 이들 모두를 포괄적으로 관리할 수 있는 모델을 확립하는 것이 필요하겠음.

기후위기와 보건의료

- 보건분야 탄소중립을 중심으로

2024.10.15

서울대 미래전략연구소 세미나

하미나

단국대학교 의과대학

순서

1. 변화하는 지구
 - 기후와 생태계의 위기
2. 기후변화가 건강과 보건체계에 미치는 영향
 - 기후 건강영향의 경로, 불평등
3. 기후변화 대응 보건분야의 과제
 - 기후 회복력 향상
 - 보건분야 탄소감축
 - 건강 공편익이 있는 감축 촉진
4. 사례와 과제
 - 병원, 의대, 임상의료, ESG
 - 과제

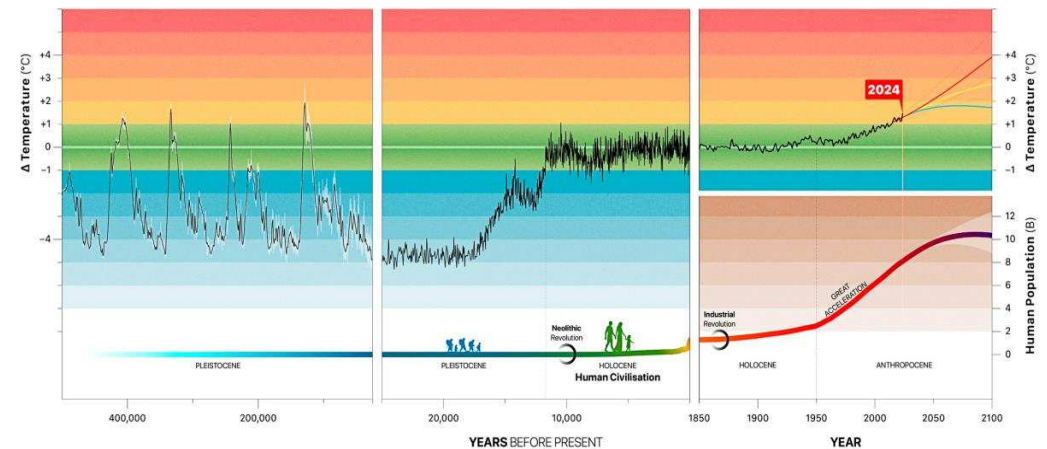
2

1. 변화하는 지구

기후와 생태계의 위기

3

Humanity's Journey on Earth
Human Population Size and Global Temperature from 500,000 Years BP Until 2100

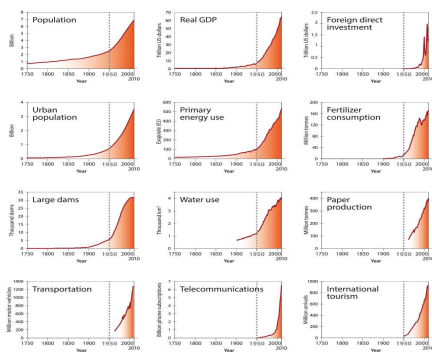


Planetary Health Check Report 2024

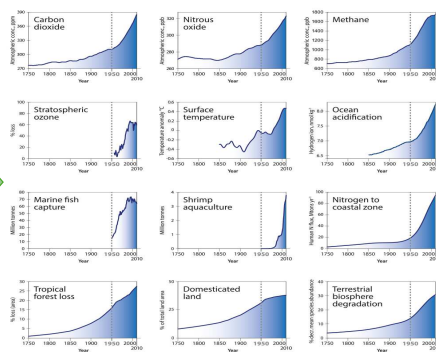
4

Changing planet, *The Great Acceleration*

Socio-economic trends



Earth system trends



International Geosphere-Biosphere Programme (IGBP)

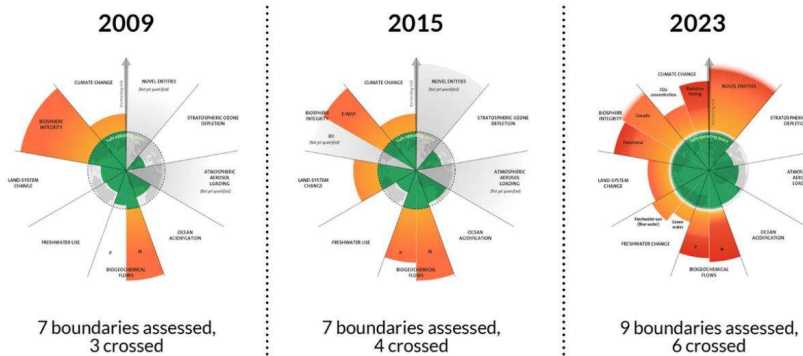
5

Nature(2009)

Science(2015)

Sci Adv(2023)

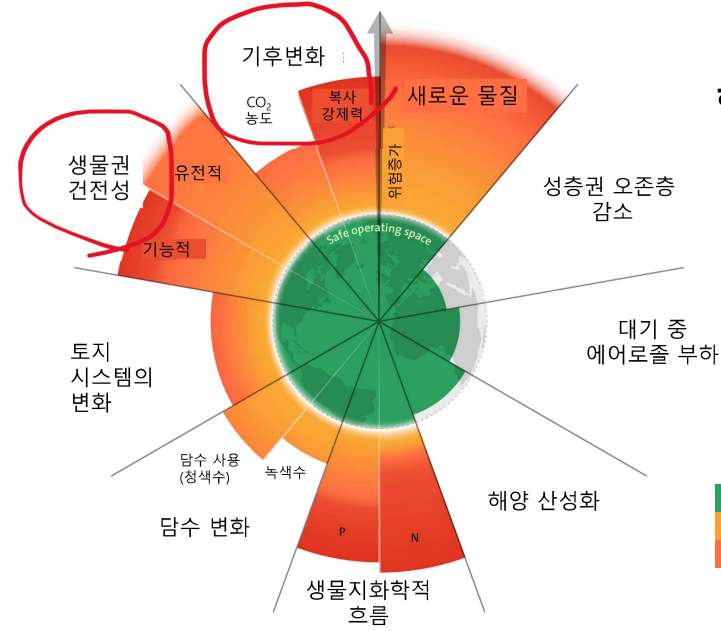
Planetary boundaries



7 boundaries assessed,
3 crossed

7 boundaries assessed,
4 crossed

9 boundaries assessed,
6 crossed



지구의 9가지 행성적 경계 2023

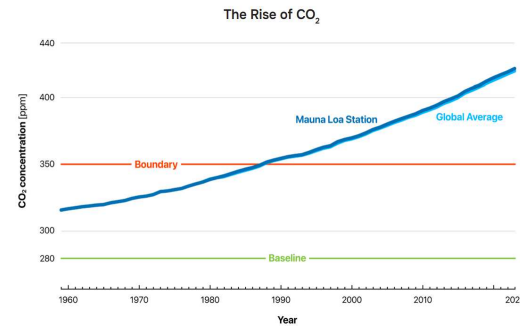
- 행성 생명유지 시스템
 - 행성 거주 가능성
- 영역간 상호작용
 - 하나 이상의 위험한계선을 넘으면 기하급수적 환경변화 초래, 지구 전체에 영향

경계 값 이내(안전)
불확실한 지대(위험이 점증)
불확실성을 넘어선 지대(높은 위험)

6

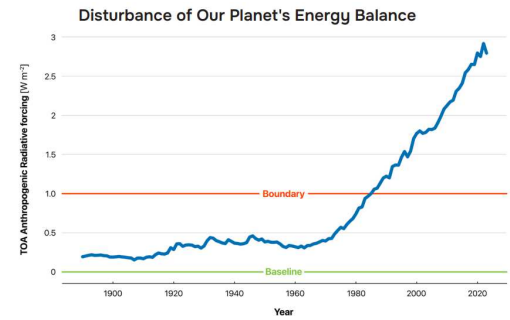
Climate change's control variables

Atmospheric CO₂ concentration



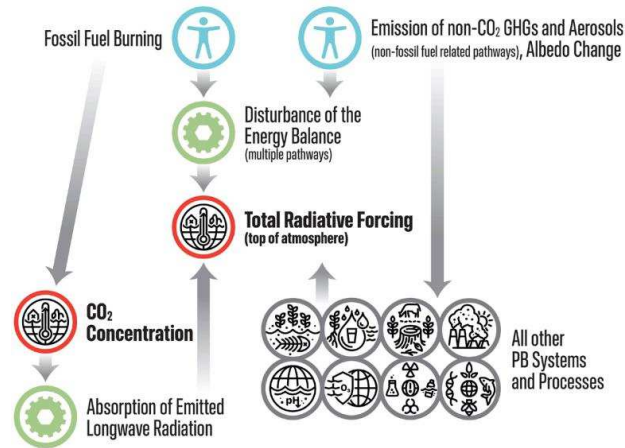
Planetary Health Check Report 2024

Total Anthropogenic Radiative Forcing at the Top of the Atmosphere



8

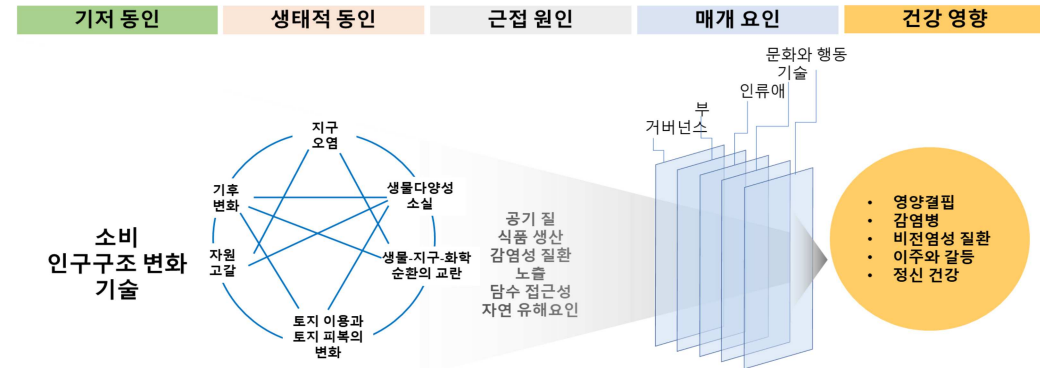
Key drivers of climate change



2. 기후변화가 건강과 보건체계에 미치는 영향

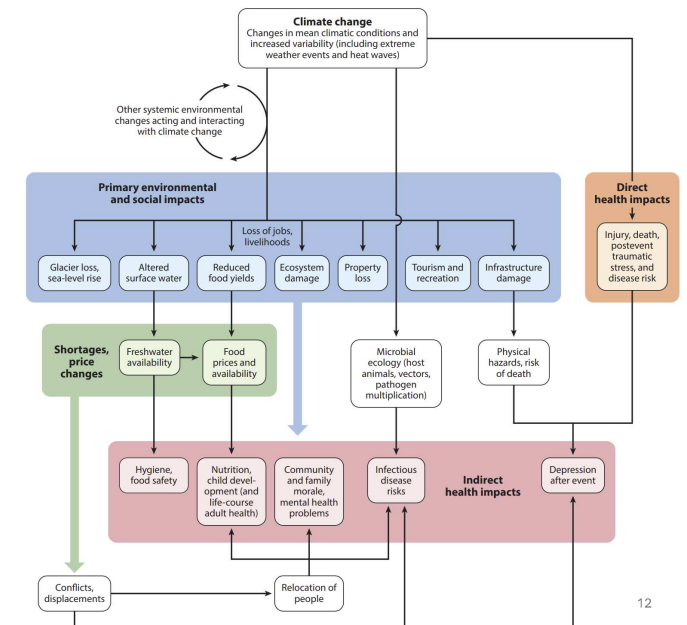
기후건강영향의 경로와 불평등

지구의 변화와 건강 영향

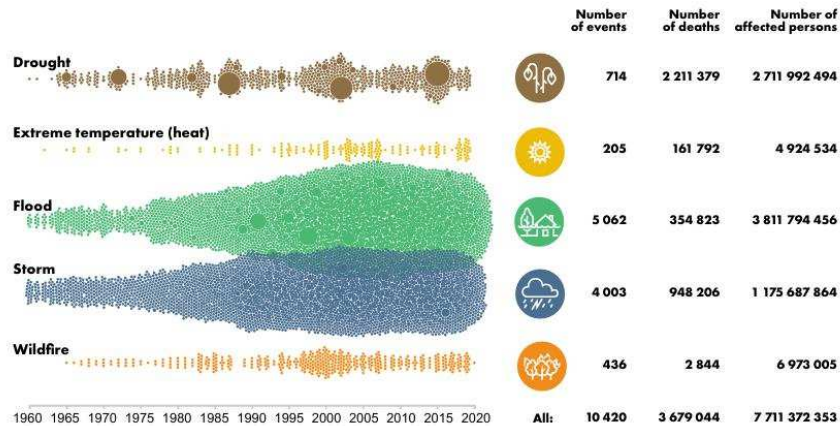


(Myers SS. Lancet. 2017)

Pathways from climate change to health outcomes



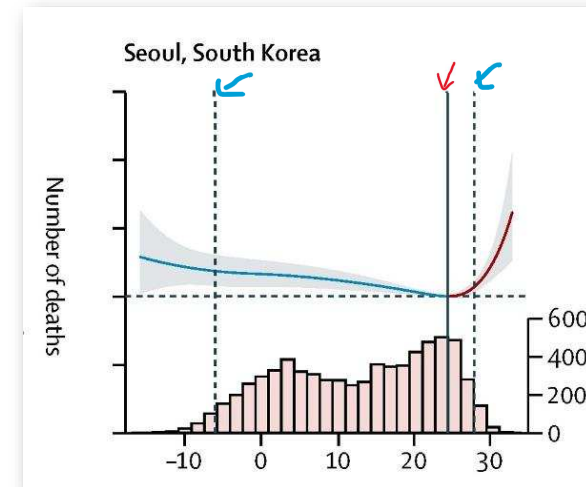
Health impacts from climate-related extremes



WHO(2021). Checklists to assess vulnerabilities in health care facilities in the context of climate change.

13

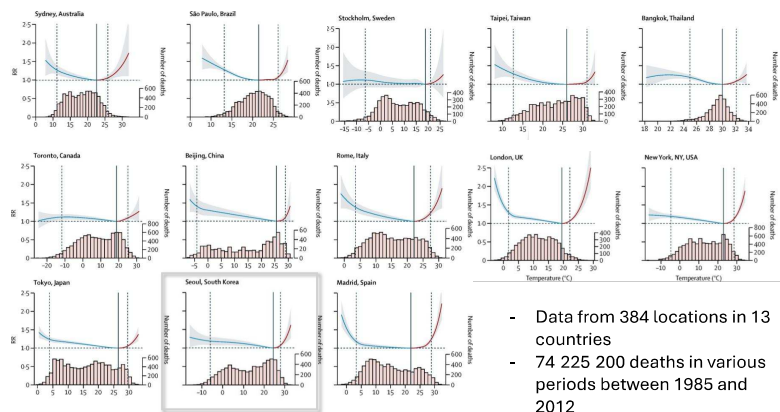
Temperature and all mortality



Gasparrini A et al.(2015).The Lancet;386(9991):369-375

14

Temperature and all mortality



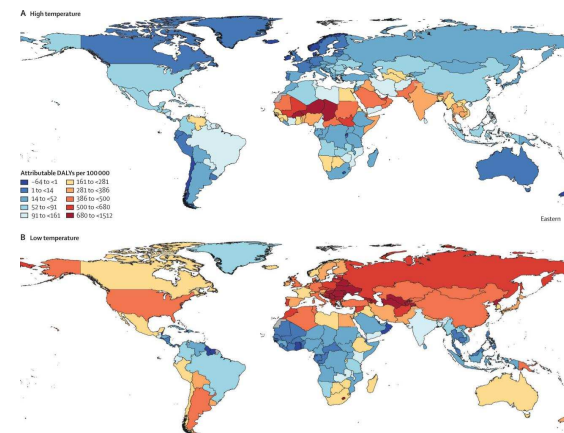
- **Attributable Risk %**
- For non-optimum temperature total 7.71%(7.43-7.91)
- Cold, 7.29%(7.02-7.49)
- Heat, 0.42%(0.39-0.44)
- For extreme cold and hot, 0.86%(0.84-0.87)

- Data from 384 locations in 13 countries
- 74 225 200 deaths in various periods between 1985 and 2012

Gasparrini A et al.(2015).The Lancet;386(9991):369-375

15

Temperature and burden of diseases



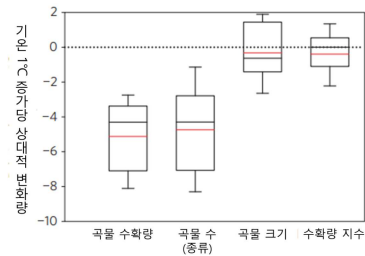
- Response curve between daily mean temperature and mortality
 - Internal cause : J-shape
 - External cause : monotonic increase
- PAF(%)
 - To non-optimal temperature, 1.2%(1.1-1.4)~4.7%(4.3-5.1)
 - Cold, 3.4%~4.3%
 - Heat, 0.4%
- Attributed no. of death
 - Globally, to non-optimal temperature, 1.69 million (1.52-1.83) deaths

- ERA5 reanalysis dataset, 176 cause of death, 23 mean temperature zones
- 64.9 million deaths in 9 countries between 1980.1.1 and 2016.12.31

Burkart K et al.(2021).The Lancet;398(10301):685-697

16

기후위기와 농업생산량과 분배, 영양의 질 감소



➤ 식품시스템과 영양-건강 불평등 악화, 분쟁 갈등 고조

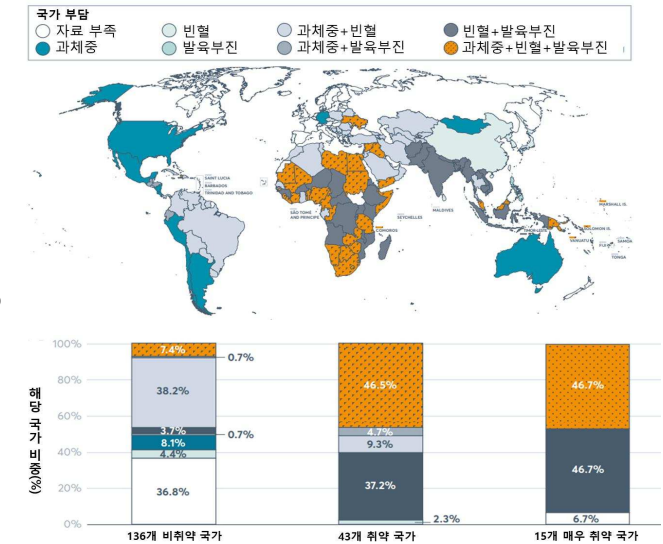
(출처) Asseng et al.(2015)

영양실조 실태

- 5세미만 어린이 발육부진
 - (유병률 20%이상)
- 가임기 여성 빈혈
 - (유병률 20%이상)
- 성인여성 과체중
 - (BMI 25기준, 유병률 35%이상)

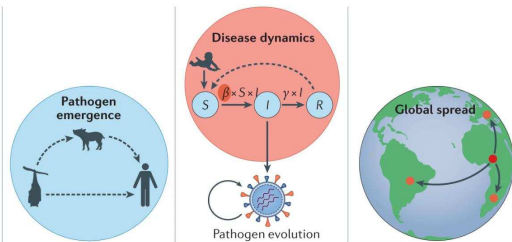
➤ 취약한 국가일수록 한가지 이상의 영양실조가 공존하는 정도가 심함

(출처)Development Initiatives(2020, Figure 2.4, 2.5)



Infectious diseases

- 많은 전염병이 심화되고 새로운 위협이 등장.
- 여름이 길어지고 겨울이 온화해지며 기상이변이 찾아지고 기타 환경이 변화하고 있기 때문
- 이러한 변화로 많은 모기, 진드기, 동물 및 이들이 퍼뜨리는 전염성 세균이 새로운 지역으로 확장, 더 많은 사람들을 감염시키기가 쉬워짐.

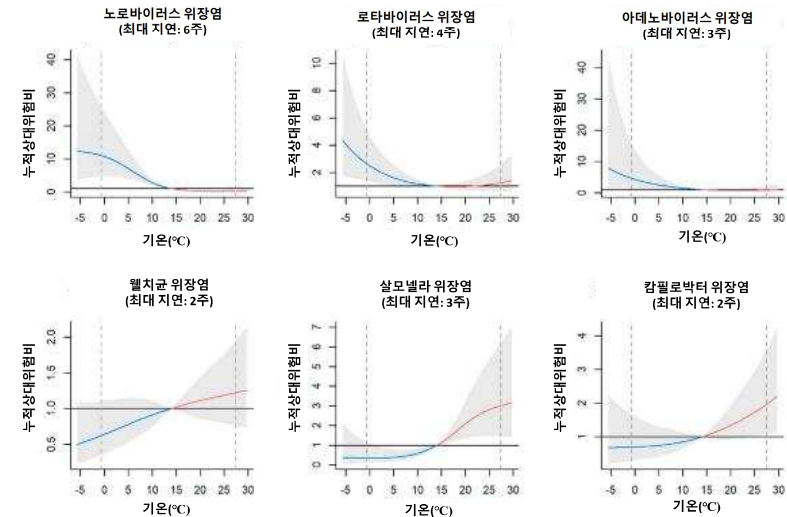


Climatic change	Drives range shifts for reservoir species	Affects transmission and susceptibility	Affects the geographical range of vectors
Technological change	Improved global surveillance	Vaccination affects dynamics	Air transit and high-speed rail affect pace and range of spread Improved care reduces burden
Demographic change	Increased contact with reservoir species	Population numbers affect evolution, birth rates affect dynamics	Larger population travelling
Population growth and land use			
Urbanization	Depends on species	Density affects contact rate	Urban population more connected
Ageing	Immunosenescence affects spillover risk	Ageing population increases transmission	Possible larger burden

Baker R et al. Nature Reviews Microbiology 2022;20:193-205

19

국내 주요 소화기염의 누적발생위험



바이러스성

세균성

Source: Sung, Cheong, and Kim, 2022

20

기후에 민감한 비전염성 질병(NCDs)

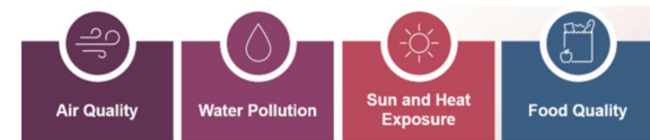
- 기후 재난으로 인한 의료 서비스 접근성 저하
 - Increase the risk of exacerbation in patients with cancer, diabetes, and CVD
 - Via disruption of transport, weakened health systems including drug supply chains, loss of powers, and evacuation of people
- 기후 변화로 인한 질병 위험 요인 노출 증가
 - Heat stress associates with increase in mortality, in emergency presentation, hospital admission for CVD, respiratory, and renal diseases
 - Or via sleep disturbance, reduction of physical activity
 - Rising sea levels can lead to saline intrusion of groundwater in coastal areas → increase of salt intake in drinking water
 - Increase risk of preeclampsia and hypertension in pregnancy, risk of BP increase in adults
- 기후 변화는 다양한 식품-영양 경로를 통해 NCD 위험 증가

신장 질환

- 신장 결석 형성은 온도와 관련
 - d/t 상대적 탈수 및 소변 농도
- 폭염 기간 동안 AKI로 인한 병원 입원 증가
- 만성 신장질환 위험 증가 d/t heat-related nephropathy
- 매개체 매개 질병으로 인한 AKI 합병증, i.e. malaria, dengue

Cancer

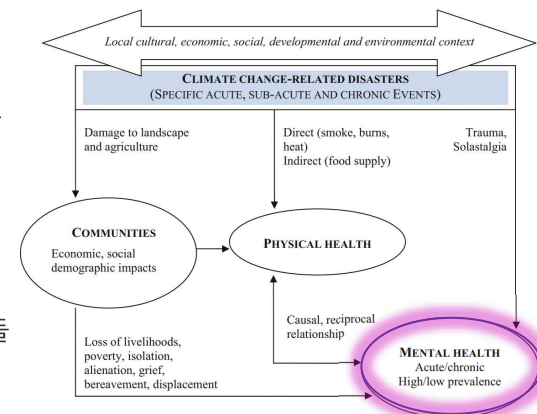
- 기후 변화로 인한 발암 물질 노출 증가
 - 극심한 기상 재해로 인해 침수된 화학 공장, 정유 공장, 폐기물 매립지 등에서 누출된 발암 물질의 양이 지역사회에 증가
 - 산불 시즌이 길어지면서 더 빈번하고 더 큰 화재가 발생
 - 곰팡이가 생성하는 아플라톡신에 대한 식이 노출 증가
- 식품 접근성 및 영양의 질 저하
- 암 치료 서비스 접근성 저하



정신 건강

- 폭염으로 인해 신체 활동 감소, 우울증 및 불안 발생
- 급성 기후 재난 이후, 우울증과 외상 후 스트레스 장애와 같은 정신 건강 부담 증가
- 오랜기간의 가뭄, 해수면 상승, 고온으로 인한 불안, 우울증, 자살률 증가
- 기후 변화와 관련된 경제적 손실, 이재민, 갈등, 환경 파괴, 정신 건강 문제 증가
- 저소득 및 중산층 국가의 어린이와 주민들은 특히 취약

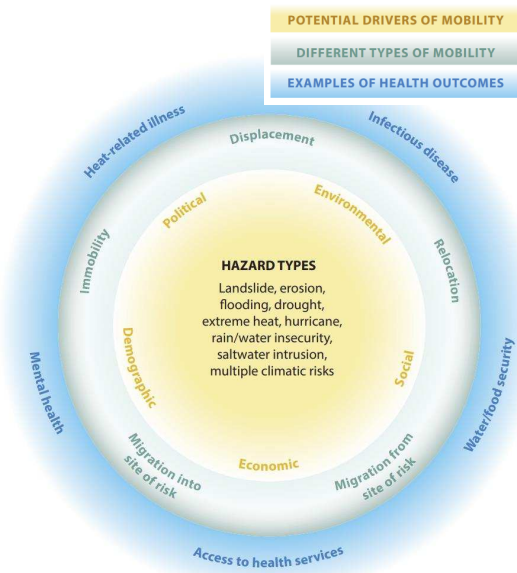
Framework showing putative causal pathways linking climate change and mental health



기후 관련 이주와 건강

- 기후 변화와 관련된 이주로 건강악화
 - 이전에 풍토병으로 유행했던 질병이 다시 출현
 - 새로운 열대성 전염병(감염, 영양실조, 외상 및 부상)발생 악화
 - 비전염성 질병 및 정신 건강의 위험 증가
- 의료 시스템의 악화 및 과도한 압박으로 의료 서비스 질과 양이 저하
- 강화된 보건 시스템은 기후에 더 민감하고(climate-sensitive) 이주민을 포용할 수(migrant-inclusive) 있어야

McMichael C.(2023), Annu Rev Public Health;44:171-91.



기후-이주-건강의 연결고리

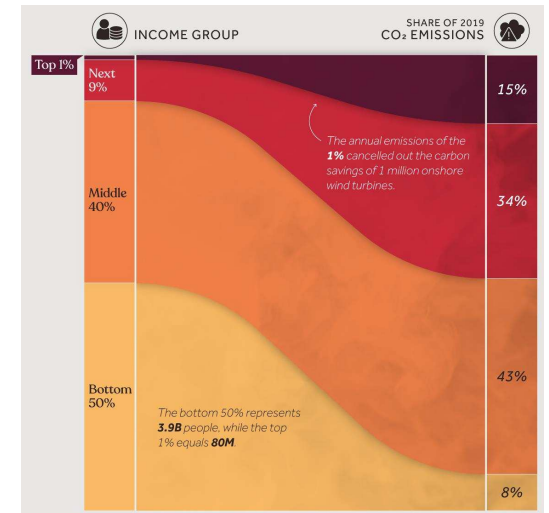
25

기후 불평등

글로벌 소득 그룹별 탄소 배출량

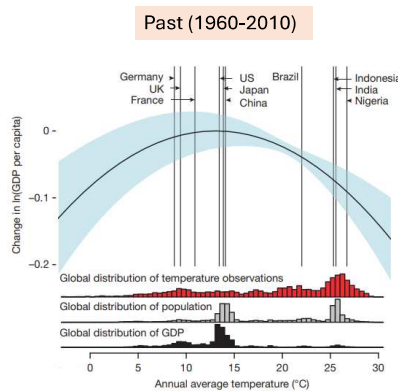
Income Group	Average income (USD)	Share of CO ₂ Emissions
Top 1%	\$310K	15%
Next 9%	\$90K	34%
Middle 40%	\$16K	43%
Bottom 50%	\$2K	8%

<https://www.visualcapitalist.com/co2-emissions-by-income/>

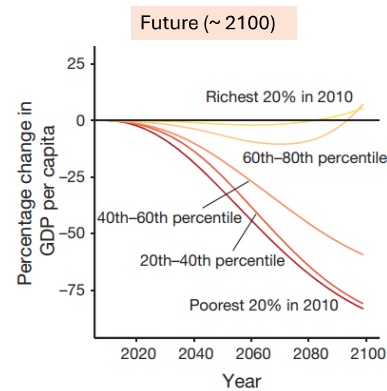


26

지구 온난화로 인한 세계 경제 불평등 악화

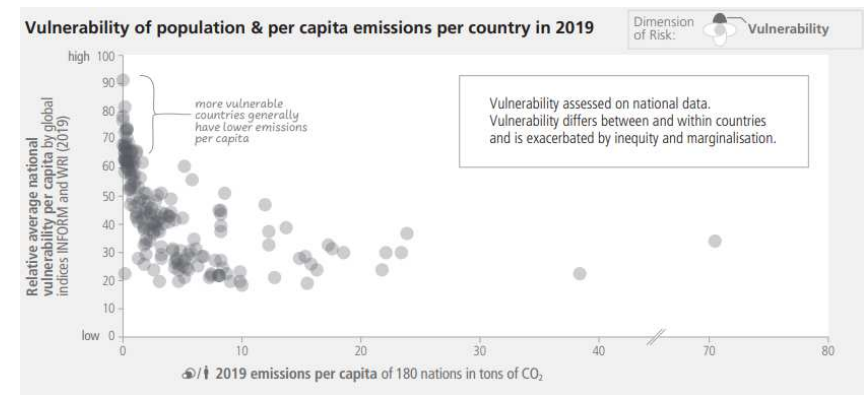


Burke M et al. Nature. 2015 Nov;527(7577):235-9. Figure 2-a & 5-c.



27

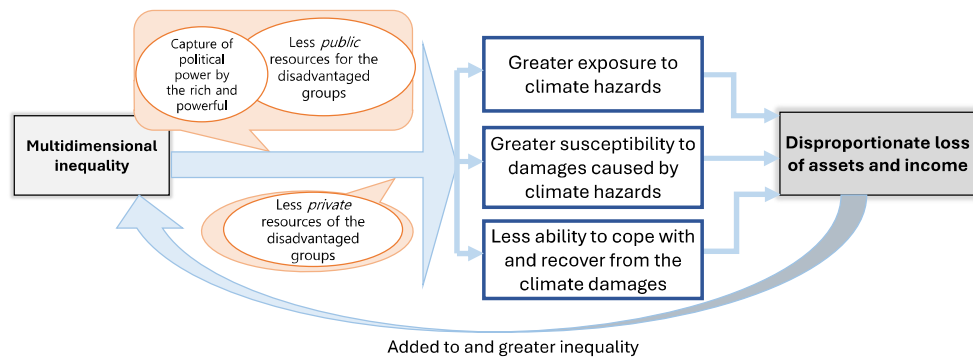
온실가스 배출량이 적은 국가는 기후 변화에 더 취약



IPCC AR6 SYR(2023), Fig2.3-b.

28

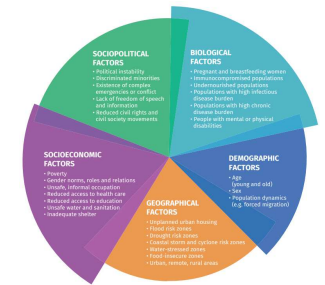
사회적 불평등과 불균형한 기후 손실 사이의 악순환



UN DESA Working paper No.152(2017). Fig1,2,8. Modified.

29

기후 건강피해 위험을 높이는 여러 취약성 요인 (WHO)



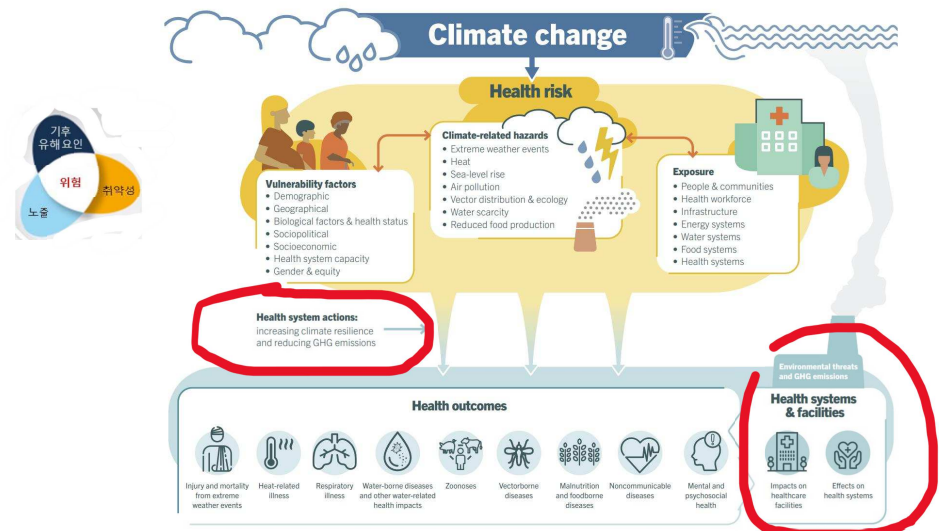
범주	요인
인구학적 요인	- 연령(어린이, 노인), 성 - 인구변화(예, 강제이주)
생물학적 요인 & 건강 상태	- 임신부, 수유부 - 면역감퇴자 - 영양부족 인구 - 감염병 부담이 높은 인구집단 - 만성질환 부담이 높은 인구집단 - 정신적 혹은 신체적 장애
지리적 요인	- 난개발 도시 거주 지역 - 홍수 위험 지역 - 가뭄 위험 지역 - 연안 폭풍과 태풍 위험 지역 - 물부족 지역 - 식품안전 수준이 낮은 지역 - 도시, 외지, 시골 지역

범주	요인
사회경제적 요인	- 교육서비스에 낮은 접근성 - 안전하지 않은 식수와 위생환경 - 부적절한 대피소
사회정치적 요인	- 정치적 불안정 - 소수자에 대한 차별 - 복잡한 위기 상황과 갈등의 존재 - 언론과 정보의 자유 보장 제한 - 시민의 권리와 사회운동의 제한

WHO(2021). Climate change and health: vulnerability and adaptation assessment.

3. 기후변화 대응 보건분야의 과제

기후 회복력 향상
보건분야 탄소감축
건강 공편익이 있는 감축 촉진



WHO(2023). Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems.

32

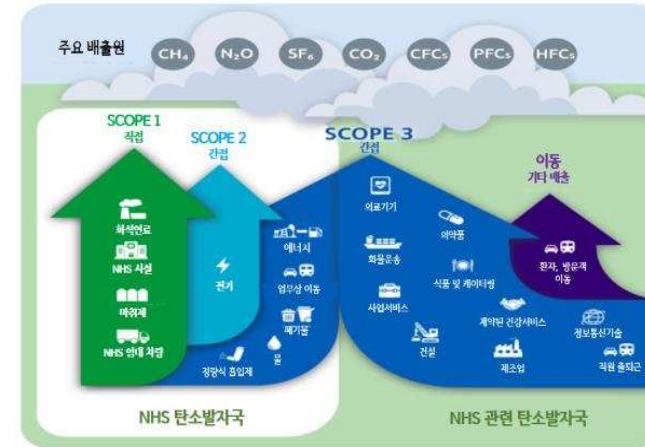
31

보건분야는 온실가스 감축의 주요 주체

- 2014년 보건분야 온실가스 배출량
 - 전 세계 배출량의 4.4% (2 기가 톤의 이산화탄소 상당량)
 - 514개의 석탄화력발전소 배출량과 동일
 - 하나의 국가로 간주하면 세계 5위 배출국
- 보건분야의 온실가스 배출 분야 (NHS 2022)
 - 배출량의 71% 가 의료 공급망에서 발생
 - ❖ 의료 공급망(scope 3): 의약품 및 기타 화학물질, 식품 및 농산물, 의료 기기, 병원 장비 및 기구와 같은 상품과 서비스의 생산-운송-폐기 과정

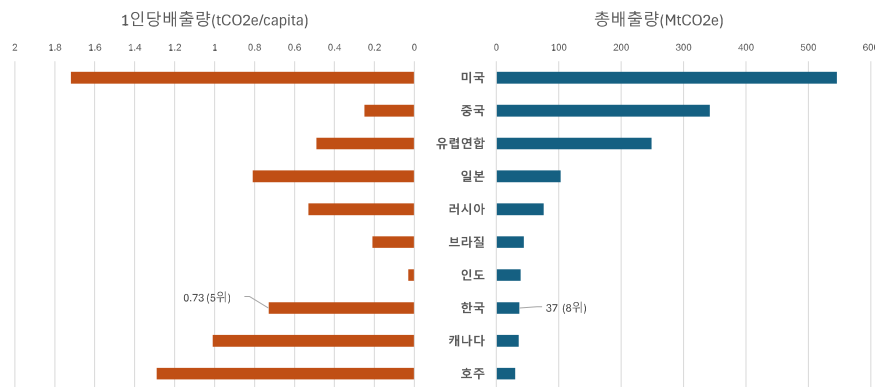
33

영국 NHS의 온실가스 배출 범위(2022)



- Scope1(직접배출): NHS 소유 또는 NHS가 직접 관리 가능한 영역에서 배출
- Scope2(간접배출): 에너지 구매를 통한 간접 배출(전기 영역)
- Scope3(간접배출): 전체 공급망을 포함하여 상품 및 서비스의 생산과 운송 과정에서 발생하는 모든 간접 배출

보건분야 탄소배출 상위 10개국, 2014



HCWH 2019

한국의 보건 분야 온실가스 배출 현황 (2014년)

헬스케어 부문	값	단위
기후 발자국	37	MtCO2e
일인당 배출량	0.73	tCO2e/capita
국가 전체 배출량 중 비중	5.3	%
일인당 지출액	1910	USD
국내에서 발생한 발자국 비중	63.4	%
석탄화력발전소 배출량과 비교한 발자국	9	연간 석탄화력발전소
탱크트럭이 사용하는 가솔린과 비교한 발자국	489,810	탱크 트럭이 사용하는 가솔린량
승용차 운행과 비교한 발자국	7,855,626	연간 운행되는 승용차수
Scope 1, 2, 3 별 비중	12/13/75	%

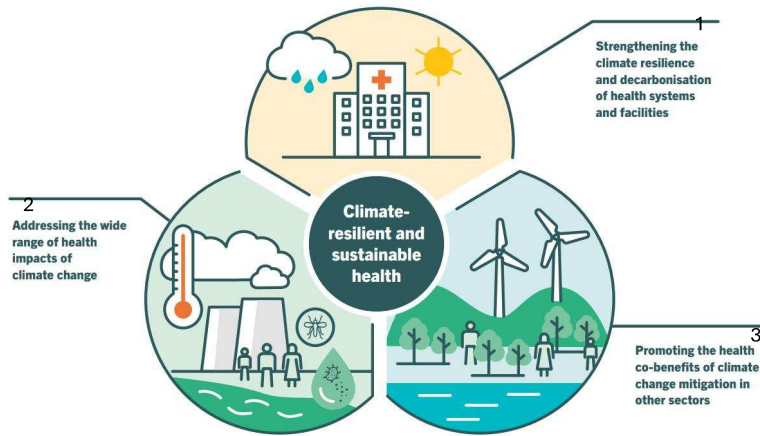
(세계평균) 17/12/71

- 국내 분야별 배출 순위 9위
- 전세계 보건분야 배출량의 2%

HCWH 2019

사회 다른 분야의 탄소중립 압박할 수 있는 위치

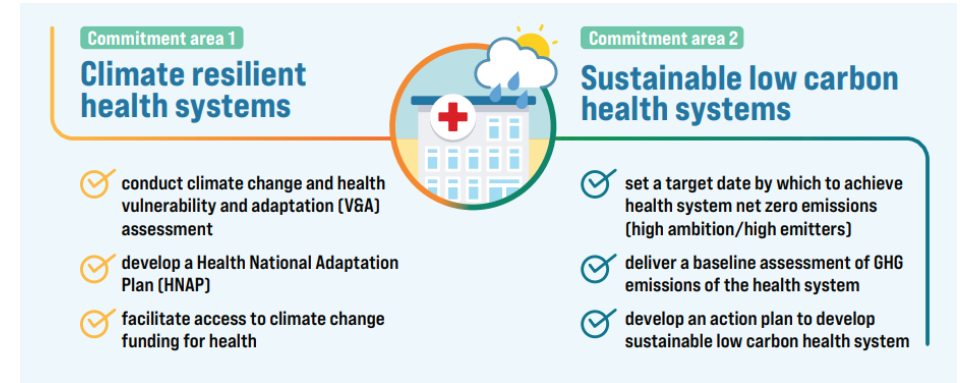
Key 3 areas



WHO(2021)

37

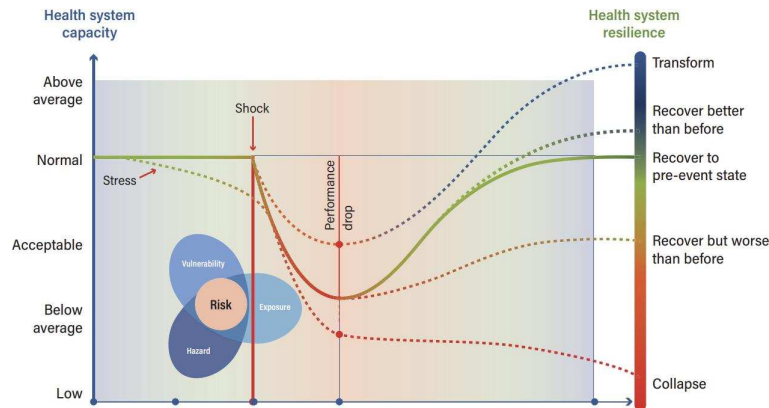
COP 26 Health Initiatives



WHO(2023)

38

보건 시스템의 회복력



WHO(2023)

39

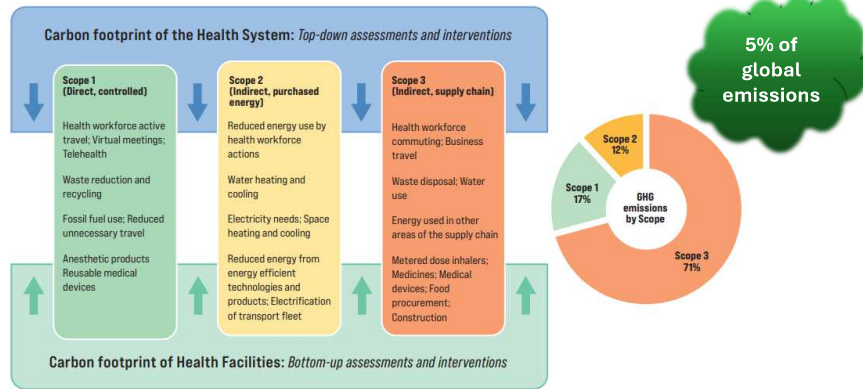
기후 회복력 구축 시 가장 중요한 고려 사항

기후 관련 건강 위험 관리	의료 시스템 역량 개발	장기적인 비전과 적응형 관리	사회 전반의 행동 촉진
현재 및 미래의 위험, 노출, 취약성에 대한 대비 및 대응	- 보건 시스템 또는 프로그램 성능 개선 - 의료 시설의 인프라, 기술 및 공급망 조정 - 기후 위기와 그로 인한 건강 위험을 인식, 모니터링, 예측, 소통, 대비할 수 있는 역량 구축	계획 및 실행은 단기(~수년), 중기(5~10년), 장기(수십 년) 등 다양한 시간 범위에서 수행되어야	지역 차원의 대화, 양방향 정보 교환, 지역사회 동원은 보건 시스템의 필수 기능

WHO(2023)

40

저탄소 보건 시스템 및 시설



WHO(2023)

41

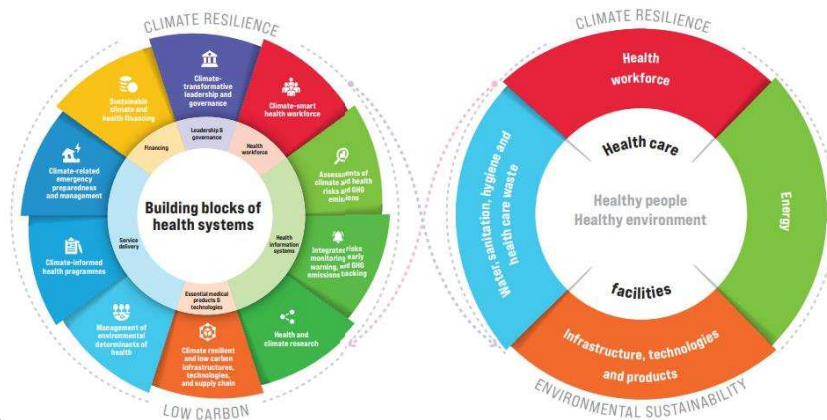
기후 회복력 있는 저탄소 보건 시스템을 위한 프레임워크



WHO(2023)

42

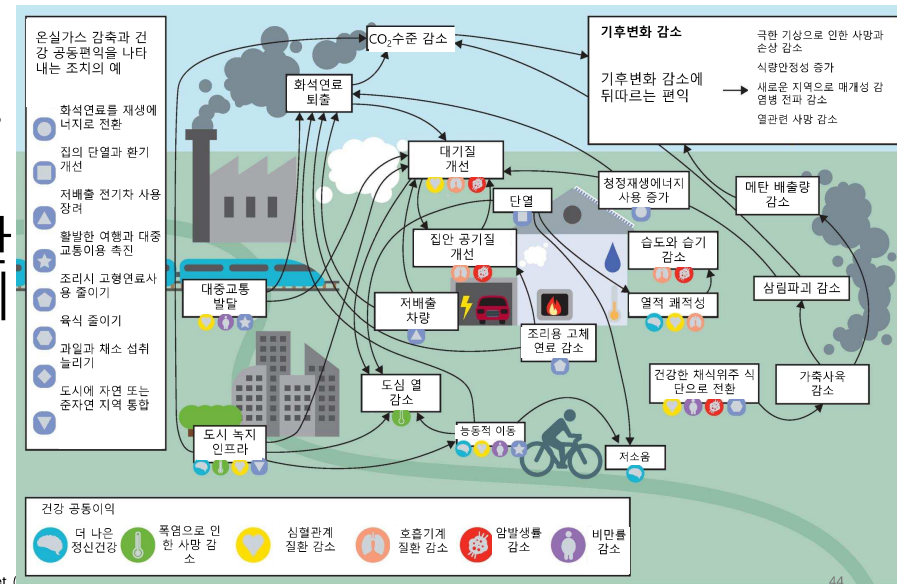
의료 시설 수준을 위한 프레임워크



WHO(2023)

43

건강상 이점이 있는 완화 조치



Whitmee et al, The Lancet

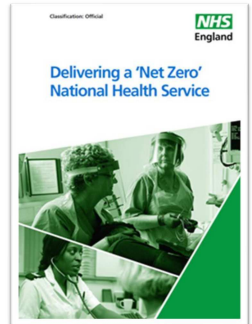
44

4. 사례와 과제

사례: 병원, 의대, 임상의로, ESG
과제

영국 NHS의 탄소중립 활동

- NHS Position
 - 세계 최대 규모의 공적 자금이 지원되는 의료 시스템
 - 연간 200개 신탁병원에서 1,700만 건의 입원 건수
 - 연간 7000개 일반 진료소에서 2억 7000만 건 이상의 1차 진료 예약 처리
 - 연간 11억 달러 처방
 - 유럽에서 가장 큰 고용주
 - 2008년, 영국 기후법에 따라 NHS 에 Sustainability Department 창설
 - Top-down 및 bottom-up 정기적 업데이트되는 NHS의 탄소 발자국에 대한 연례 평가 시작
- Net-zero NHS
 - 영국 공공부문 총 탄소배출량의 40%, 총 탄소배출량의 4% 차지
 - 2040 탄소중립목표를 내세운 세계 최초의 국가의료시스템
 - 2020, Delivering a 'Net Zero' NHS service 보고서에 구체적 로드맵 제시
 - 전략: 에너지 효율개선, 친환경 건축 기준도입, 재생에너지 사용, 전기차 도입, 폐기물 관리 및 디지털 헬스케어 강화 등
 - 성과: 2007년 대비 현재까지 약 60% 감축



Tennison I, et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. Lancet Planet Health. 2021 Feb;5(2):e84-e92. doi: 10.1016/S2542-5196(20)30271-0

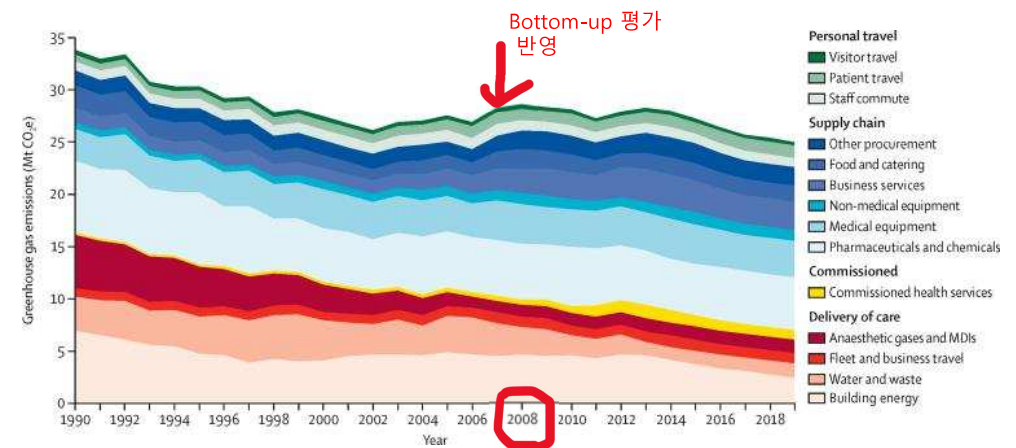
온실가스 의정서 범위 및 NHS 배출 카테고리별 배출원

GHG protocol	NHS emissions categories			
	Delivery of care	Personal travel	Supply chain	Commissioned
	Scope 1 - On-site fossil fuel use - Anaesthetic gases - NHS fleet and leased vehicles			
	Scope 2 Purchased electricity			
	Scope 3 - Water and waste - Metered dose inhalers - Business travel	Staff commute	- Pharmaceuticals and chemicals - Medical equipment - Non-medical equipment - Business services - Food and catering - Other procurement	Commissioned health services
Not normally considered within the Greenhouse Gas Protocol.	Non-Protocol	- Patient travel - Visitor travel		
	24%	18%	62%	4%

Tennison I, et al. Lancet Planet Health. 2021 Feb;5(2):e84-e92

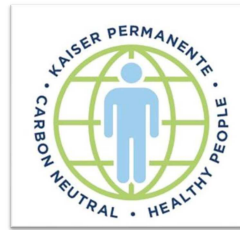
Total 25 MgtCo2 eq (2019)

NHS emission over time



Tennison I, et al. Lancet Planet Health. 2021 Feb;5(2):e84-e92

미국 Kaiser Permanente



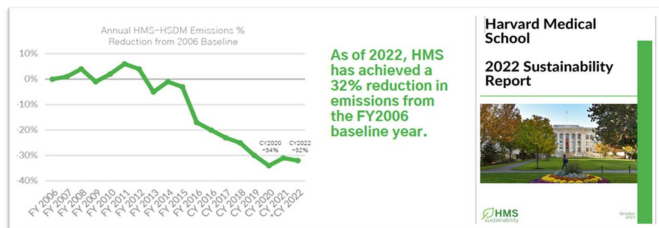
- 목표: 국가 기후공약에 가입(2022)
 - 2030년까지 50%감축, 2050 Net-zero 달성
- 전략: 재생에너지 프로젝트 적극 추진, 에너지 효율 개선을 위한 설비도입, 친환경 건축인증을 받은 의료시설 건립, 전기차 충전소 설치, 전탄소 물류 시스템 활용 등
- 성과:
 - 2017, 캘리포니아 최초의 LEED 플래티넘(친환경 건축물 인증 프로그램) 병원
 - 2018, 캘리포니아 최초의 재생에너지 병원 마이크로그리드, 국제활동 지원 시작
 - 2020, 미국 최초의 탄소 중립 인증을 받은 의료 기관
 - 2020, 100%재생에너지 사용, 폐기물의 40%이상 재활용
 - 2022, 마취가스 사용량 저감: 2014년 이후 13,500 → 3,000 tCO₂eq

<https://about.kaiserpermanente.org/commitments-and-impact/healthy-communities/improving-community-conditions/environmental-stewardship/the-road-to-carbon-neutral>

49

하버드 의과대학

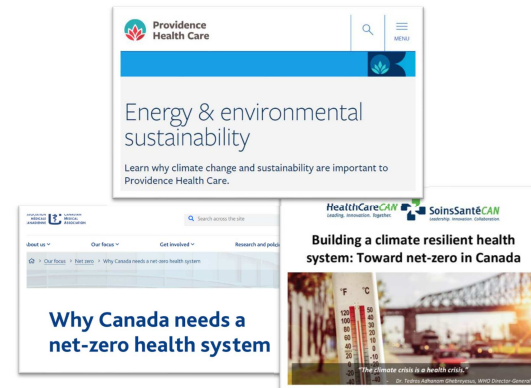
- 목표: 2026년 탈화석연료, 2050년 탄소중립 (2018년에 목표 수립)
- 활동
 - 지속가능성을 의료교육의 필수요소로 통합
 - 지속가능한 의료시스템 구축을 목표로 여러 프로젝트 진행중
 - 하버드 보건대학원과 함께 연구 수행, 의료분야 환경영향 최소화전략 개발 중
- 성과
 - 캠퍼스 내 재생가능 에너지 사용, 학생들에게 지속가능성 교육 실시, 탄소 발자국 감축 정책 추진



51

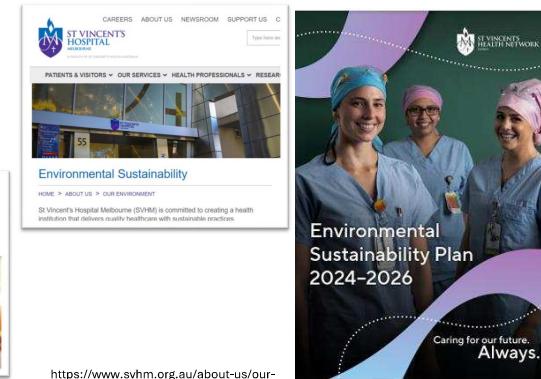
병원 탄소중립

캐나다 Providence Health Care



<https://www.providencehealthcare.org/en/governance/accountability/energy-environmental-sustainability>

호주 St. Vincent's Health Australia



<https://www.svhm.org.au/about-us/our-environment>

50

영국 University College London Medical School

- 목표: 2050 탄소중립
- 활동:
 - NHS와 협력, 각종 연구, 정책 개발 및 시범사업
 - 의료 연구과정에도 탄소배출 포함 방안 개발
 - 임상실험과 진료 경로 설계에도 탄소발자국을 포함한 환경영향 고려



미국 Stanford Medicine (Climate and Health)



미국 UC San Francisco (UCSF)

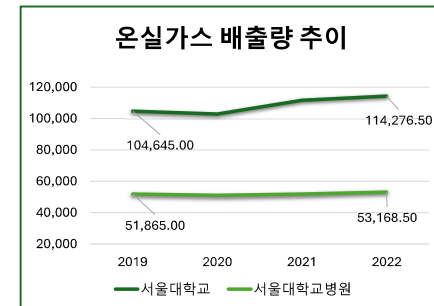


52

- 목표: 2035년 scope 1, 2, 2050년 scope 3 탄소중립 달성
- 전략
 - 의료장비 및 물품 관련 탄소배출(scope 3)에 중점
 - 흡입 마취제 탄소발자국 감축 위한 ‘Gassing Greener Initiatives’ 시행
 - 저탄소 건축물, 에너지 효율, 에너지 절약, 재생에너지 공급 등

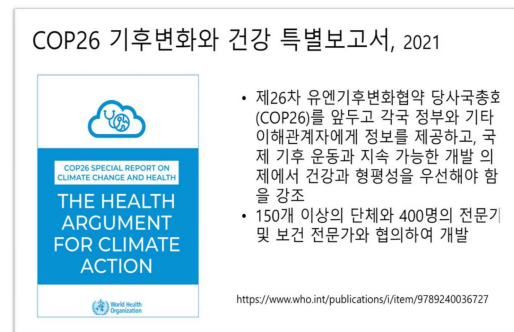


순위	사업자명	업종	에너지사용량 (TOE)	온실가스 배 출량(tCO ₂ eq)	단위면적당 에너지 사용 량(TOE/m ²)
1	서울대학교	학교	54,590.20	114,276.50	0.084
2	KT 목동IDC1	IDC(전화국)	46,643.50	97,283.30	1.516
3	(주)케이티클라우드 목동IDC2	IDC(전화국)	45,742.50	95,494.60	1.898
4	LG이노텍파크(EAST)	연구소	49,310.80	87,945.70	0.127
5	가산IDC	IDC(전화국)	41,549.40	86,758.80	1.157
6	서울아산병원	병원	37,776.60	79,250.70	0.145
7	연세의료원	병원	36,654.30	76,787.50	0.137
8	삼성서울병원	병원	34,126.50	71,630.30	0.209
9	티엠단지관리단	간물기타	32,879.60	68,725.40	0.085
10	호텔롯데(롯데월드)	호텔	27,692.50	57,970.70	0.092
11	서울특별시농수산물공사	공공	27,516.40	57,520.00	0.119
12	(주)더블유씨서울(트레이드타워) 상용		27,123.20	56,734.10	0.078
13	서울대학교병원	병원	25,365.60	53,168.50	0.156
14	아이이신소프트웨어금융투자 주	간물기타	23,695.10	49,570.00	0.079
15	(주)케이티클라우드	IDC(전화국)	22,591.60	47,192.20	0.968
16	연세대학교	학교	20,978.30	43,918.00	0.067
17	고려대학교	학교	20,672.30	43,293.50	0.069
18	가톨릭대학교 서울성모병원	병원	20,080.50	42,079.10	0.13
19	한국공항공사 김포공항	공공	18,813.90	39,460.60	0.065
20	SK브로드밴드IDC서초1	IDC(전화국)	18,397.70	38,408.50	1.088



Sustainable Medicine

- Green Nephrology, Green hemodialysis
- Green endoscopy
- 환자 진료(임상)을 둘러싼 환경의 지속가능성을 높이기 위한 의학계의 운동
- UK NHS의 탄소중립 노력이 촉발
- COP26 기후변화와 건강 공동선언 (2021)



10 가지 권고

1	코로나로부터 건강한 회복	코로나19로부터 건강하고 친환경적이며 정의로운 회복을 위해 노력
2	건강과 사회정의를 기후행동의 중심에	건강과 사회 정의를 유엔 기후 회담의 중심에 놓아야
3	기후행동의 건강상 이점을 활용	보건, 사회경제적, 환경적 이득이 가장 큰 기후 개입에 우선순위를
4	기후위험에 대한 건강회복력 구축	기후 회복력이 있고 환경적으로 지속 가능한 보건 시스템 및 시설을 구축 하고, 여러 부문에 걸쳐 보건 적응 및 회복력을 지원
5	기후와 건강을 지키는 에너지 전환	재생 에너지로의 공정하고 포용적인 전환을 유도하여 특히 석탄 연소로 인한 대기 오염으로부터 생명을 구함. 가정과 의료 시설의 에너지 빈곤을 퇴치
6	도시환경, 운송, 교통의 녹색 전환	토지 이용 개선, 녹색 및 푸른 공공 공간에 대한 접근성, 보행, 자전거 및 대중교통 우선권을 통해 지속가능하고 건강한 도시 설계 및 교통 시스템을 장려
7	건강의 근간인 자연 보호와 보전	건강한 삶과 생계의 기반인 자연을 보호하고 복원
8	식품시스템의 건강성, 지속가능성, 회복력 향상	지속 가능하고 회복력 있는 식품 생산과 기후와 건강 모두를 충족하는 보다 저렴하고 영양가 높은 식단을 장려
9	건강하고 공정한 녹색 재정	웰빙 경제로의 전환
10	기후행동에서 보건분야의 참여와 지원	기후 행동에 대한 보건 커뮤니티를 동원하고 지원

57

ISN(국제신장학회) ELP(emerging leader program) 2022 cohort

- 우리는 기후 변화에 맞서 싸우는 친환경 신장학을 장려하기 위해 최선을 다한다. 신장 전문의는
- 투석에서 탄소 발자국을 줄이기 위한 미충족 수요에 집중
 - Recycling reverse osmosis reject water
 - Reducing dialysate flow rates
 - Utilizing renewable energy sources
 - Optimizing waste management
- Implementing the "R" cycle
- 관행과 정책 입안자에게 영향을 미칠 수 있도록 활동
- 환경을 주제로 하는 연구 확대

3R

59

Green Nephrology 신장 치료의 환경적 부담

- 물 소비량
 - 혈액 투석은 막대한 양의 물과 에너지를 소비, 많은 양의 노폐물 생성
 - 400-500 L per dialysis session
 - 12,000-15,000 L per day and dialysis unit (30 patients)
- 에너지 소비
 - 환자당 두 배의 개별 전력 필요량
 - CO2 production
- 플라스틱 폐기물
 - 복막 투석액을 플라스틱으로 포장하여 국가 간 및 치료 지점까지 운송

Barracough KA, Agar JWM. Nat Rev Nephrol. 2020 May;16(5):257-268.

58

Green Endoscopy

- (미국) 소화기내시경실
 - 온실가스 배출
 - 연간 이산화탄소 8만 6,000톤 (자동차 이동 거리로 환산하면 약 3억 4,300만km에 해당)
 - 의료폐기물 발생
 - 내시경 검사실 병상 1개 당 하루 3kg의 의료폐기물이 발생
 - 전문의 1명 당 연간 1만 3,500t의 플라스틱 폐기물을 생성하고, 그 중 80%(1만 800톤)는 재활용안됨.
 - 이는 의료기관에서 발생하는 의료 폐기물 중 3번째에 해당하는 양
 - 많은 물과 소독제 사용
 - 내시경 시행 후 소독 과정에서 많은 양의 물과 소독제가 사용
- 유럽 소화기학회 환경영향 저감 권고안 발표(2022)
 - 내시경 분야에서 환경 영향을 최소화하기 위해
 - 환자 진료, 교육, 연구, 정책 등과 같은 항목으로 나누어 권고안을 발표

60

Position Statement to reduce the carbon footprint of GIE. ESGE (European Society of GE), 2022

- **Recommendation:** GIE의 탄소 발자국 감소를 위한 즉각적인 조치
 - 가이드라인 준수
 - GIE 표시의 적절성에 대한 감사 제도
 - 불필요한 절차 피하기
 - 합리적인 약물 사용
- **Suggested also**
 - 디지털화, 원격 의료, 중요 경로, 외래 환자 시술, 지속 가능한 건축, 재생 에너지, 3R(감소, 재사용, 재활용) 프로그램, 폐기물 관리 재검토, 일회용 기기 최소화 등

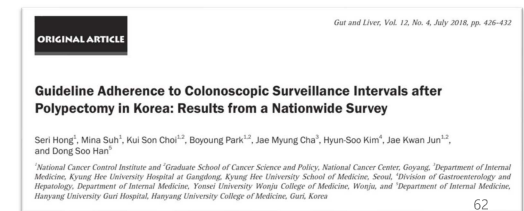
개인 차원의 친환경 내시경 검사 실행 계획

Level	Action plans
내시경 장치	재사용 가능한 모자, 재사용 가능한 옷, 재사용 가능한 신발을 사용
	시술 적응증에 대한 지침 준수
	적절한 폐기물 분리수거
병원	e-러닝 및 원격 의료 사용
	최적의 디바이스를 합리적으로 사용
일상 생활	환경을 먼저 생각
	조명 및 컴퓨터 끄기
	도보, 자전거 또는 대중교통 이용
	일회용 컵 사용 금지

Green Endoscopy



- 대한소화기내시경학회
Green Endoscopy TF 발족 ('23.5)
'친환경 내시경' 운동



기업의 지속가능 경영 ESG in Health industries

- **ESG**
 - 환경(Environmental), 사회적 책임(Social), 투명경영(Governance)
 - 2003, UNEP FI(UN 환경계획 금융이니셔티브)에서 처음 사용
 - 2005, UNGC(UN 글로벌 콤팩트)에서 공식용어로 채택
 - 두 기관이 공동으로 UN PRI(UN 책임투자원칙) 제정하면서 보편화됨
 - 기업의 비재무적 가치를 중심으로 하는 투자 개념이 됨
 - 2020, 세계 최대 자산운용사인 블랙록이 투자 최우선 순위로 ESG 제시
 - 기후 리스크는 최대 투자 리스크, 긍정적 ESG특성을 가진 회사가 저탄소 경제 전환의 기회를 잘 활용할 수 있을 것으로 봄
 - 2020 국내, 국민연금, ESG적용 자산군 규모를 기금 전체 자산의 약 50%로 확대 발표
- **ESG 환경보고서 공식**
 - 환경보고서: 기업이 자신의 환경 방침, 목표, 조직, 경영시스템, 성과 등을 이해관계자에게 제공하는 보고서, 지속가능보고서
 - 나라별로 의무화 혹은 자발적 권고

ESG 기업 재무 공시

생물다양성, 환경자산 등 자연자본이 감소를 멈추고 늘어나는 상태

기후 공시 (TCFD)

- 기후위기 대응
- 2050 **Net-zero**
- 기후변화협약(1994년 발효)
- 당사국총회(COP) 매년
 - 2015 COP21, 파리협정 채택, 지구 온도 상승 목표 설정, 국가별 감축목표(NDCs) 설정 의무화
- 공시 권고
 - 기후관련 재무정보공개협의체(TCFD, 2017-2023년) 공시 권고 발표

자연 공시 (TNFD)

- 자연위기 대응
- 2050 **Nature-positive**
- 생물다양성협약(1993년 발효)
- 당사국총회(COP) 2년마다
 - 2022 COP15, 쿤밍-몬트리올 세계생물다양성체계 채택
- 공시 권고
 - 자연 관련 재무정보공개협의체(TNFD, 2023년) 공시 권고 발표

65

보건분야 과제와 정책

- 보건분야의 탄소배출량 산정과 모니터링 체계 구축, **공공 주도, 민간 협력**
 - 보건서비스의 생산과 전달, 소비, 폐기의 전 과정
 - top-down (온실가스정보센터) + 기관별 정보에 기초한 bottom-up 평가체계 필요
 - 주기적 모니터링과 감축 목표 설정, 평가에 활용
- 기관별 추진주체, 추진계획 수립, **민간주도, 공공지원**
 - (가칭)지속가능 위원회, ESG 경영위원회
 - 넷제로 뿐 아니라 네이처포지티브를 포함하는 지속가능성 담보
- 보건분야 인력 인식 향상: 교육과 참여, **민간주도, 공공지원**
 - 의사, 간호사 등 직종별 교육과 참여 프로그램
 - 보건관련 대학 기후-자연 인지 교육과정 개발, 참여 프로그램
- 기후와 생태계 위기 대응 연구와 기술개발, **공공-민간 협력**

67

보건 분야 과제

- **친환경 의료**
 - 그린캠퍼스, 학교(의대), **new**
 - 병원, **거의 new**
 - 진료, **거의 new**
 - 의학, **new**
- 기타 친환경 보건의료 관련 시설과 산업

66

법적 제도적 과제

⑥ 다음 각 호의 구분에 따른 중앙행정기관의 장은 **법 제36조제2항**에 따라 해당 호에서 정하는 분야별로 온실가스 정보 및 통계를 매년 3월 31일까지 온실가스종합정보센터에 제출해야 한다. <개정 2022. 9. 20.>

1. 농림축산식품부장관: 농업·축산·산림 분야
2. 산업통상자원부장관: 에너지·산업공정 분야
3. 환경부장관: 폐기물·내륙습지 분야
4. 국토교통부장관: 건물·접주지·교통(해운·항만은 제외한다) 분야
5. 해양수산부장관: 해양·수산·해운·항만·연안습지 분야

- 법적 제도적 체계 마련, **공공 주도**
 - 예산확보: 정책이행과 지원
 - 규제와 경제적 인센티브 병행
- 보건분야 탄소배출량 산정 관련 법적 규정
 - 보건의료분야의 탄소배출량 평가 보고체계 필요
 - 상향식 탄소배출량 산정 위한 보건의료기관 및 시설의 자료제출 의무화
 - 탄소중립기본법 제36조, 시행령 39조의 8항 **보건복지부장관(& 국토부장관) 추가**
- 의료기관 인증 기준에 기후-자연 관련 기준 추가
 - 의료법58조의3, 보건복지부령
- 의료기관 탄소중립 노력에 대한 경제적 인센티브
 - (한시적)탄소감축 수가 신설,
 - 혹은 (한시적)사업장 탄소감축 성과에 따른 (사용자)보험료 경감 등
 - 국민건강보험법 개정 사항
- 기업 재무공시(기후공시, 자연공시) 에 ‘보건의료기관, 학교’를 명시적으로 포함

68

모두가 참여하는 거버넌스

의학계

과학기술계

병원산업계(경영)

(중앙 및 지방)정부
정책입안자

보건의료분야
종사자

환자와 시민

69

감사합니다.

70

보건의료 R&D 환경과 기본계획

서울대학교 의료개혁 TF 세미나(2024.10.24. 10:00-12:00)

김현철 연구개발혁신본부장, Ph.D.
june2097@khidi.or.kr

KhIDI
한국보건산업진흥원

목차

1. 보건의료 R&D 환경
2. 보건의료 R&D 혁신과 미래
3. 국외 보건의료 R&D 정책 현황
4. 제3차 보건의료기술육성기본계획
5. 제언

KhIDI
한국보건산업진흥원

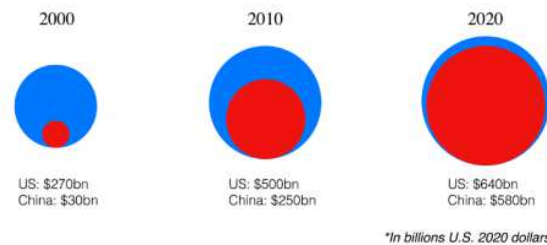
미중 기술패권 경쟁(1)

1. 보건의료 R&D 환경

KhIDI
한국보건산업진흥원

U.S. and China Gross Expenditures in R&D

Source: AMACAD "The Perils of Complacency"; OECD Main Science and Technology Indicators

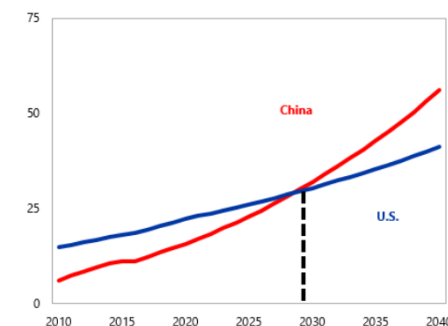


KhIDI
한국보건산업진흥원

Quality as well as quantity

China's GDP could overtake the United States by 2030.

(nominal GDP in USD trillions, assuming market exchange rate of 2017)



Source: IMF staff estimates.

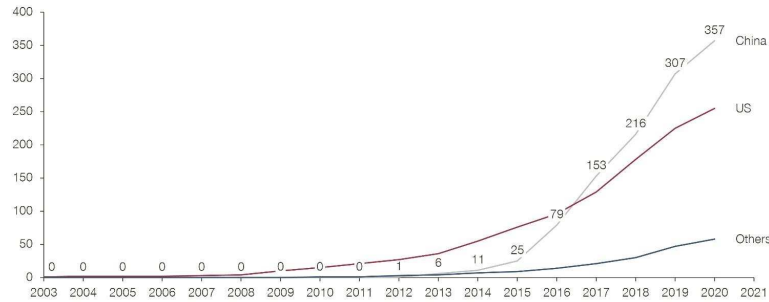
**INTERNATIONAL
MONETARY FUND**

미중 기술패권 경쟁(2): 바이오 분야에서도 일부분야는 중국이 미국을 추월

< 국가별 CAR-T 임상현황 >

China has been a world leader in CAR T- cell therapy clinical trials

Numbers of registered ongoing CAR T trials in last 20 years



한국 기술패권 대응 현황

국가전략기술과 첨단전략산업 관련 법률 마련으로 국가 주도의 산업발달 촉진과 과학기술 주권 확립 도모

국가전략기술 육성에 관한 특별법은 국가전략기술 육성의 임무를 집중적으로 수행

국가첨단전략산업 경쟁력 강화 및 보호에 관한 특별조치법은 혁신의 촉진 뿐만 아니라 보호에도 큰 비중

국가전략기술 육성에 관한 특별법

- 국가적으로 중요성이 큰 국가전략기술을 육성하여 미래 산업의 발전을 촉진하고, 과학기술주권을 확립 목적(제1조)
- '국가전략기술'을 외교·안보 측면의 전략적 중요성이 인정되고 국민경제 및 연관 산업에 미치는 영향이 크며 신기술산업 창출 등 미래 혁신의 기반이 되는 기술로 정의(제2조)
- 임무중심형 연구개발사업 추진체계 고안한 전략연구사업 지정(제11조), 도전적 연구개발 촉진(제20조) 규정

제11조(국가전략기술 연구개발사업의 지정 및 추진) ① 과학기술정보통신부장관은 국가연구개발사업 중에서 임무중심형 연구개발사업 추진체계 구축 여부 등을 고려하여 국가전략기술 연구개발사업(전략연구사업)을 지정할 수 있음

1. 기본계획 및 시행계획의 부합 여부
2. 임무중심형 연구개발사업 추진 체계(국가적 중요도, 도전과제, 해결하기 위하여 임무를 정하고 그 임무를 수행할 시간 내에 달성하기 위한 연구개발사업과 이를 추진하기 위한 체계를 말한다) 구축 여부
3. 그 밖에 전략연구사업 지정에 필요한 사항으로 대통령령으로 정하는 사항

제20조(도전적 연구개발 촉진) ① 정부는 혁신적인 국가전략기술의 확보를 위하여 명확한 임무를 기반으로 실패 가능성은 높지만 성공 시 파급효과가 큰 도전적인 목표를 달성하기 위한 연구개발이후 '도전적 연구개발'이라 한다의 촉진에 필요한 지원 및 관리 체계를 구축하여야 한다.

자료: 국가법령정보센터, <https://www.law.go.kr/lsKor/lan>; 2023. 4. 21. ~ 2023. 8. 30)

국가첨단전략산업 경쟁력 강화 및 보호에 관한 특별조치법

- 국가첨단전략산업의 혁신 생태계 조성과 기술역량 강화를 통하여 산업의 지속가능한 성장기반을 구축 목적(제1조)
- '국가첨단전략기술'을 공급망 안정화 등 국가경제 안보에 미치는 영향 및 수출·고용 등 국민경제적 효과가 크고 연관산업에 미치는 파급효과가 현저한 기술로 정의(제2조)
- 국가첨단전략기술의 지정(제11조), 전략특화단지 지정(제16조), 특별 규정(제19조, 제22조, 제23조, 제26조, 제27조, 제34조), 국제협력 지원(제31조) 등 규정
- 타 법에서도 기술을 지정하여 육성, 보호를 추진하고 있으며, 지정 기술에도 중복 다수 존재

특정기술	개념 정의
『중대기술개발법』 신성장 동력기술	미래 유망성 및 산업 경쟁력 등을 고려하여 지원할 필요성이 있다고 인정되는 기술
『조세특례제한법』 국가전략기술	국가안보, 경제, 사회, 문화, 환경, 에너지, 국방, 국제협력 등에 관련된 분야에 대한 기술
『과학기술기본법』 국가전략기술	공급망 안정화 등 국가경제안보에 미치는 영향 및 수출·고용 등 국민경제적 효과가 크고 연관산업에 미치는 파급효과가 현저한 기술
『국가첨단전략산업육성법』 국가첨단전략기술	인도·보안·국방, 자원, 환경, 에너지, 인프라, 국방 및 연관산업에 미치는 영향이 크며 신기술산업 창출 등 미래핵심 기술이 되는 기술

바이든 정부 행정명령: National Biotechnology and Biomanufacturing Initiative



Administration

BRIEFING ROOM

Executive Order on Advancing Biotechnology and Biomanufacturing Innovation for a Sustainable, Safe, and Secure American Bioeconomy

SEPTEMBER 12, 2022 • PRESIDENTIAL ACTIONS

자료: Whitehouse(2022.9.12)

코로나19 충격으로 인한 환경변화

기존 환경	코로나 충격	환경 변화
(질병관리정책) 비감염질환 중심 자원 배분	⇒ 감염질환 지원 급증	⇒ 감염질환 및 비감염질환 자원 불균형 발생
(과학기술정책) 미중 기술패권 경쟁 대두	⇒ 전세계 기술패권 경쟁 심화	⇒ 정부 주도 기술주권 확보 강조
(바이오헬스산업) 디지털 전환 시도 및 바이오기술 급속한 확산	⇒ 디지털전환 및 바이오 기술혁신 가속화	⇒ 디지털 대전환 및 바이오혁명 주도
(의료시스템) 민간 및 효율성 중심 의료시스템	⇒ 의료시스템 공공성 취약, 지속가능성 위기	⇒ 의료시스템 공공성, 지속가능성 강화
(건강형평성) 건강격차 심화	⇒ 건강격차 심화 가속화	⇒ 보편적 건강 보장 강화

자료: 한국보건산업진흥원(2021)

가치기반의료(Value based healthcare)

Value-Based Health Care Benefits



NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

공중보건에서 보건안보(Biosecurity)로

감염병

공급망

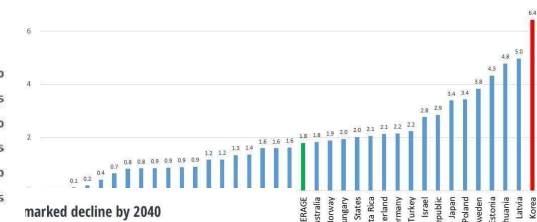
보건의료 및 돌봄 시스템의 지속가능성 위기

< 우리나라 고령화비율 및 OECD 순위 추이 >



자료: OECD Data, 한국경제연구원(2021) 재가공

최근 10년간 보건의료비 연간 평균 증가율(%) (2009-19)
(Source: OECD Health Statistics 2021)



Note: Numbers in parenthesis are health spending as a percent of GDP.

자료: Deloitte(2021)

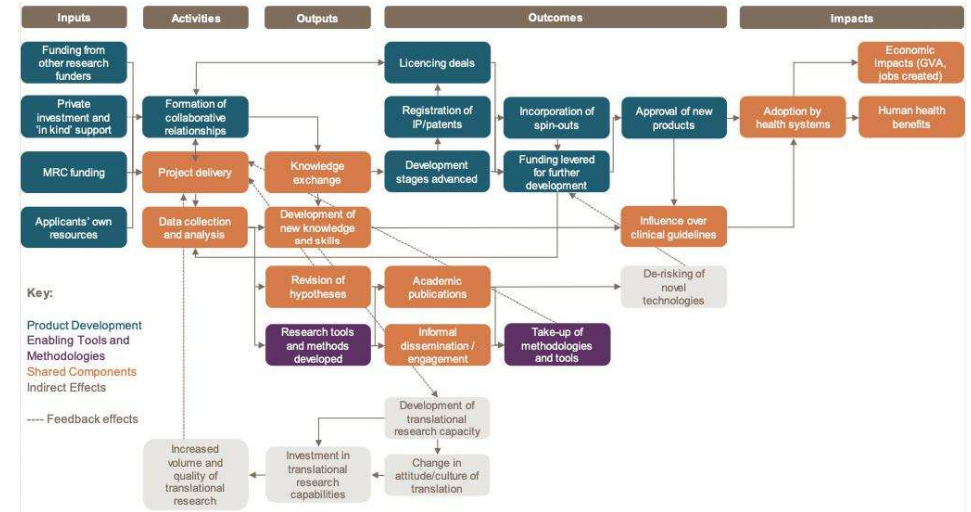
2. 보건의료 R&D 혁신과 미래

보건의료 분야 Innovation 프로세스



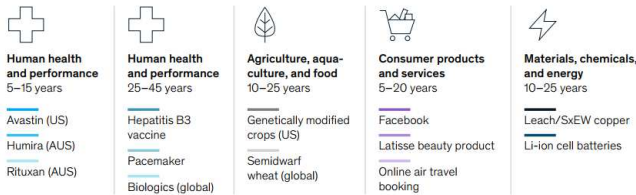
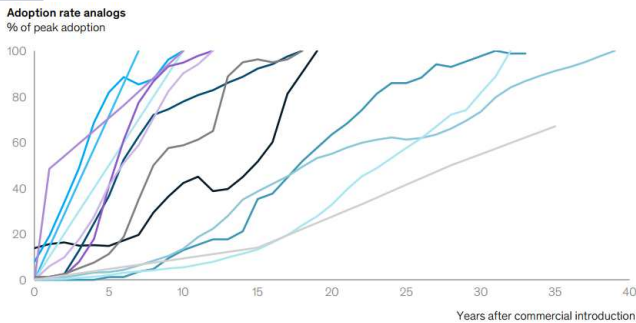
자료: IEEE Pulse(2014)

중개연구 변화이론



자료: Ipsos MORI & Technopolis(2019)

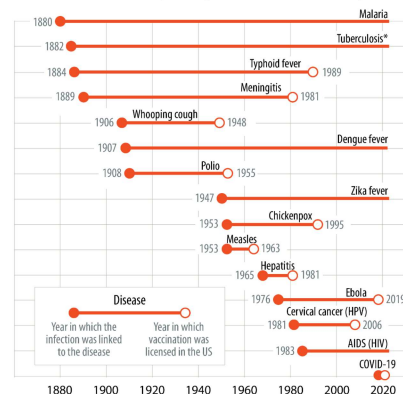
바이오헬스 혁신이 건강성과까지 영향을 미치는 소요시간



자료: McKinsey and co.(2020)

From lab to job

COVID-19 vaccines were developed at a speed never seen before in history.



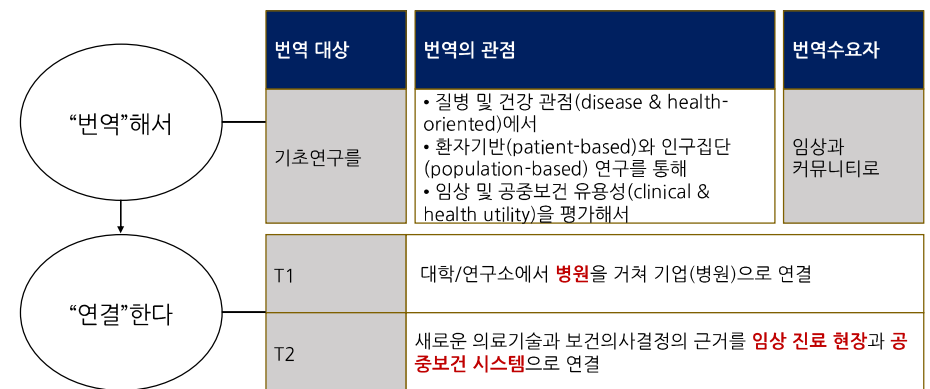
Sources: Our World in Data; and IMF staff analysis.

Note: *The only vaccine against tuberculosis is bacillus Calmette-Guérin (BCG), but there is no effective vaccine to prevent tuberculosis in adults. There is a partially effective vaccine against Dengue virus (CYD-TDV). Not all cervical cancers are caused by the HPV virus, but the HPV vaccine does protect against other cancers caused by the HPV virus. The hepatitis vaccine in the chart is for hepatitis B.

자료: IMF(2021.12.)

중개연구 혁신 필요

중개연구는 기초를 임상으로 번역해서 제품 개발 및 임상과 커뮤니티 적용으로 연결하는 것으로 요약됨
✓역방향 중개연구도 최종 목표는 임상과 공중보건의 문제를 해결하는 것



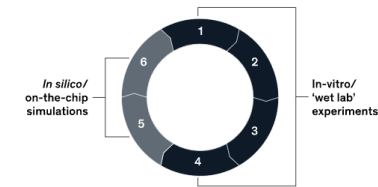
한국보건산업진흥원

자료: 김석관(2013) 일부 수정

보건의료 R&D 미래(1): Digital Transformation, Data/AI & Automation

	Target identification	Target validation	Hit identification	Lead generation/optimization	Preclinical
Examples of AI-driven acceleration	Insights from data sources (internal and from vendors) to generate novel target hypothesis Gene network, biochemical pathway, and cellular-response data integration in target identification	<i>In silico</i> , phenotypic, cellular models validate targets/identify biomarkers Disease causality determined within patient groups with significant unmet medical need	Automated image analysis for cellular assays through computer vision technology Molecular property prediction (virtual screening)	Molecular structure and property prediction (eg, protein binding, logP, toxicity) for novel target proteins Rapid design iteration, across small and large molecules, using eg, Generative Adversarial Networks	Safety issue and DMPK ¹ prediction using internal and public data Hypothesis-driven dosages for adaptive trials and targeted populations
Examples from industry and observed impact	Biopharma unlocked all-inclusive view of complex indication by attributing disease causality through linkages between genomic data and patient electronic medical records (EMRs)	Biopharma internalized AlphaFold2 and ColabFold to generate 3-D models of almost any known, synthesized protein and protein-protein interactions, reducing access to 3-D structures from 6 months to a few hours	Biotech saw significant acceleration of high-throughput screening (HTS) phase (time to 75% hits detected reduced by 50%) with platform-based "compound prioritization" algorithm	Biopharma leveraged generative machine learning model to expand library/optimize promising compounds and predict compound efficacy, significantly increasing efficiency of library expansion, with >60,000 new compounds generated	Biopharma utilized predictive algorithms to maximize probability of successful PK ² predictions with 83% of drug development projects progressing to clinic with no PK issues

보건의료 R&D 미래(1): Digital Transformation, Data/AI & Automation



1. High-throughput screen commenced with diverse compound sets

Scientist selects diverse compound sets (a set of chemical compounds with a wide range of chemical structures) as first high-throughput screen

2. Automated compound selection and transfer

Using HTS machinery, individual compounds are transferred to individual wells of cells under experimental conditions

3. Computer-vision-based hit selection

Cell response to each compound is measured using microscope analysis (eg, through computer vision techniques); promising compounds are labeled "hits"

4. Automated machine learning (ML) model training from screen outcomes

Information from HTS for first few plates is automatically transferred into an ML pipeline, which "learns" how cells respond to each kind of chemical structure

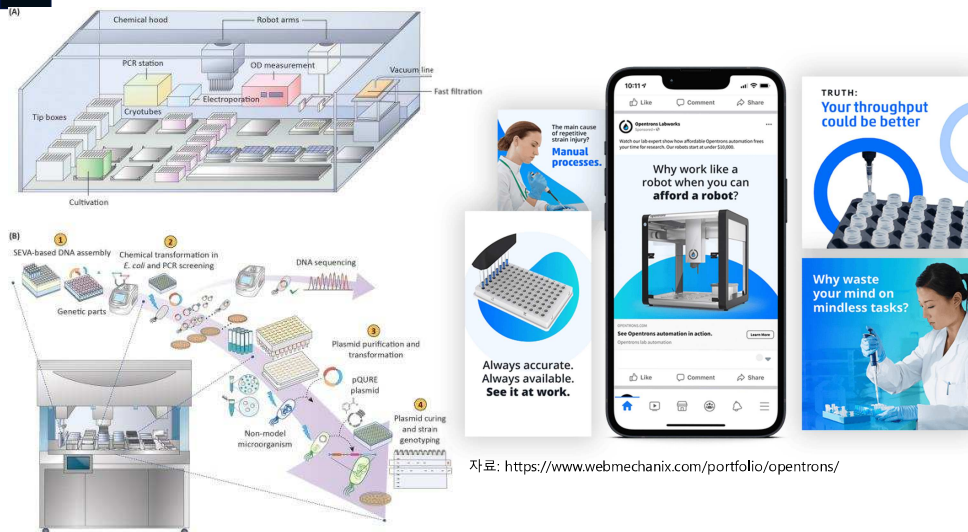
5. Compound library inference and prioritization

ML algorithm then scans the remainder of the library compounds and predicts which plates should be prioritized to identify the highest number of hits in the next screen

6. Automated compound selection based on ML recommendations

ML recommendations are automatically queued and used in the next round of HTS. The cycle continues, with the algorithm continuously learning from "real world" outputs. Recommendations trigger scientists to explore new chemical space and begin downstream screening processes more quickly. These recommendations feed into the selection of chemical compounds in step 1

보건의료 R&D 미래(1): Digital Transformation, Data/AI & Automation

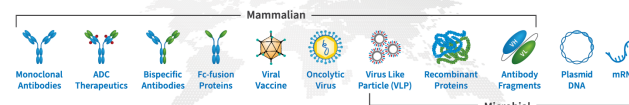
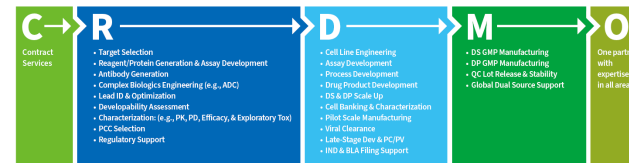


자료: <https://www.webmechanix.com/portfolio/opentrons/>

보건의료 R&D 미래(2): Open Innovation(VPCOs, Virtual Biotech, CRDMO etc.)= Network+ Coordination

The WuXi Biologics Value Chain

An Unparalleled One-Stop Biologics R&D Platform



CRDMO = Contract Research, Development and Manufacturing Organization

자료: <https://www.wuxibiologics.com/connect-with-our-experts/>



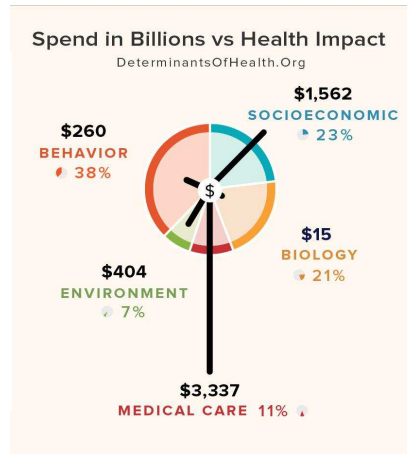
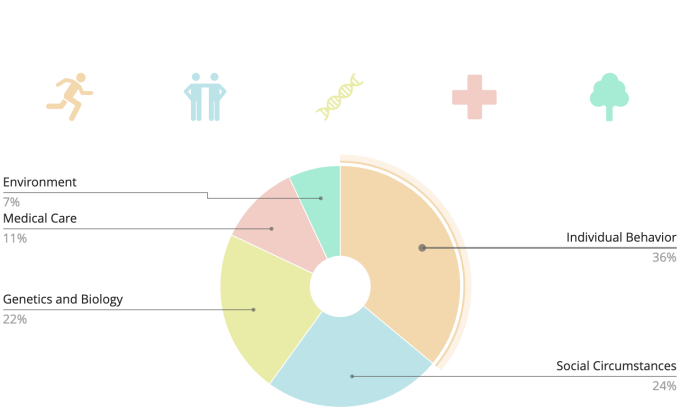
This article is more than 10 years old.

Editor's note: Bruce Booth and his partner Peter Barrett were two of the venture capitalists who funded StromaMed, which was acquired by Biogen-Idex for as much as \$562 million today. Here, Booth tells the story behind the company.

Biogen just announced its acquisition of StromaMed for up to \$562M.

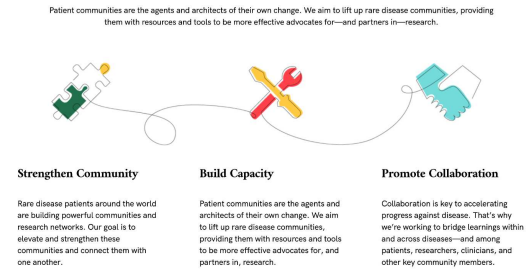
자료: <https://www.forbes.com/sites/brucebooth/2012/02/14/return-of-the-jedi-stromedix-acquired-by-biogen/>

보건의료 R&D 미래(3): People(or Patient) powered Platform

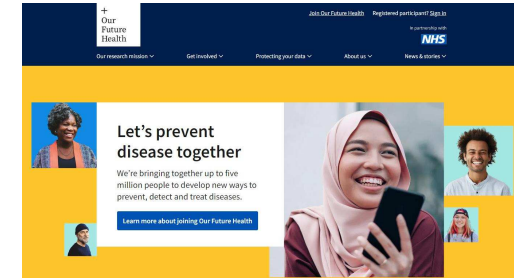


자료: https://www.goimvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect

보건의료 R&D 미래(3): People(or Patient) powered Platform(e.g. Rare As One Project, Our Future Health)



자료: <https://chan Zuckerberg.com/science/programs-resources/rare-as-one/>



자료: <https://ourfuturehealth.org.uk/>

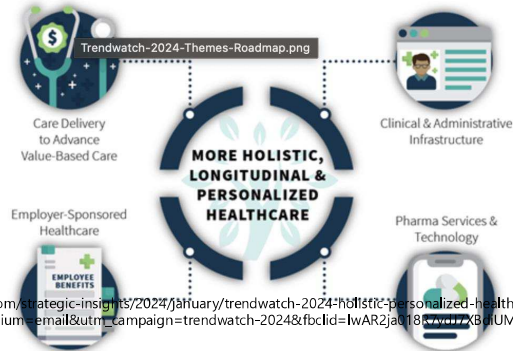
보건의료 R&D 미래(4): Holistic, Longitudinal & Personalized Healthcare System

Theme 1: Investing in care delivery to advance value-based care

Theme 2: Improving clinical and administrative infrastructure to better focus on the patient

Theme 3: Evolving pharmaceutical services market dynamics to support drug development, patient access, and drug delivery

Theme 4: Rallying around employers to lower costs and improve benefits

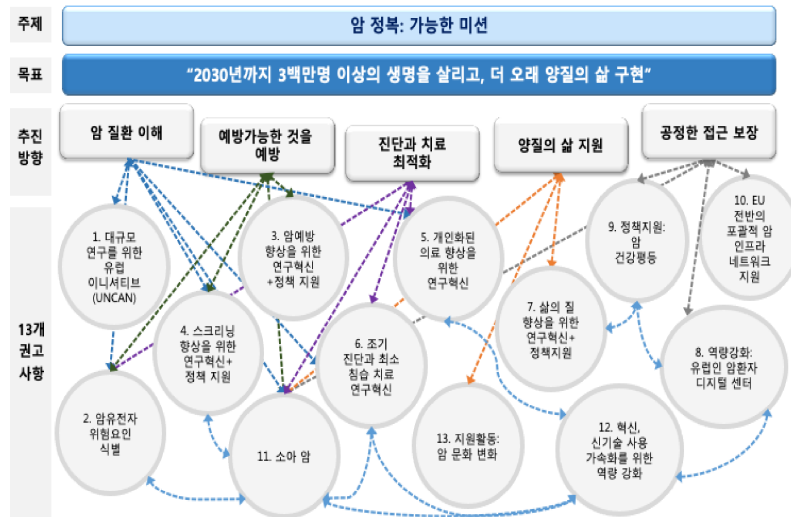


자료: <https://www.triple-tree.com/strategic-insights/2024/january/trendwatch-2024-holistic-personalized-healthcare>

?utm_source=blog&utm_medium=email&utm_campaign=trendwatch-2024&fbclid=IwAR2jatl8kvw777XBUMpLvzgEP75qSIM4zVKboI0_9kc2RIpQBNAo-50

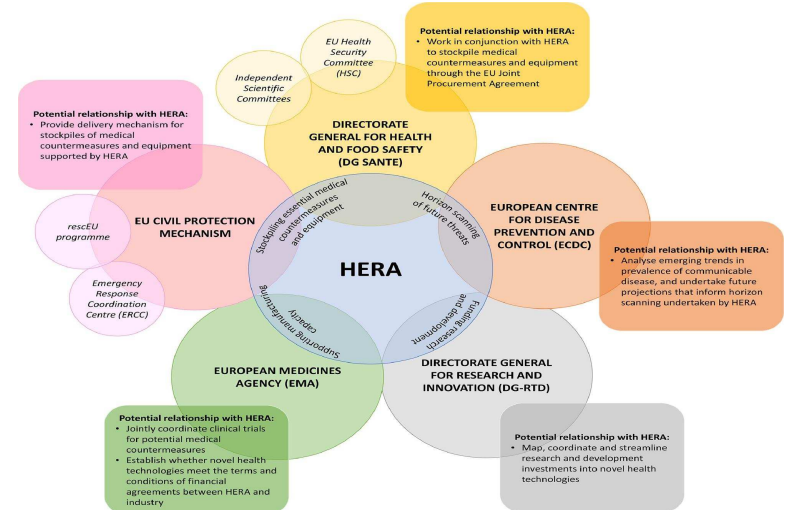
3. 국외 보건의료 R&D 정책 현황

1. EU: Horizon Europe Pillar II Health Mission(cancer)



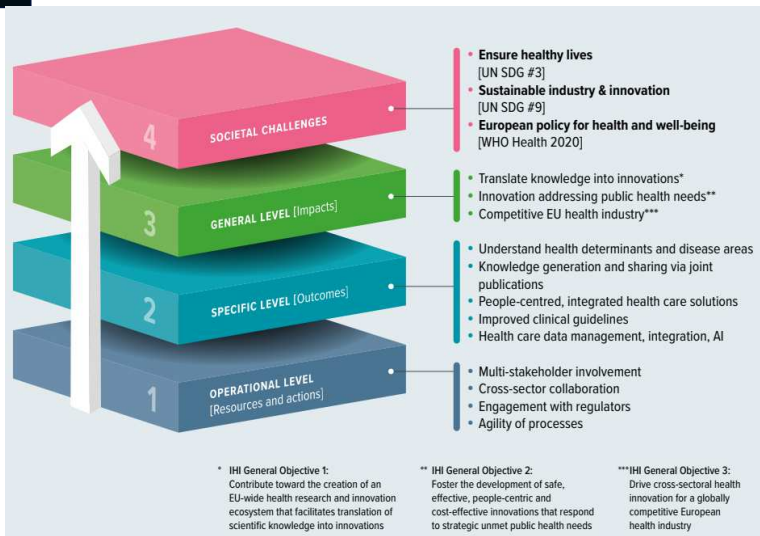
자료 : EC(2020), Conquering Cancer: Mission Possible

1. EU: HERA(European Health Emergency Preparedness and Response Authority)



자료 : Anderson M. et al.(2021)

1. EU: Innovative Health Initiative



- **IHI General Objective 1:**
Contribute toward the creation of an EU-wide health research and innovation ecosystem that facilitates translation of scientific knowledge into innovations

**** IHI General Objective 2:**
Foster the development of safe, effective, people-centric and cost-effective innovations that respond to strategic unmet public health needs

***IHI General Objective 3:
Drive cross-sectoral health
innovation for a globally
competitive European
health industry

EU
1.2 bil. Euro

산업계파트너
(정회원)
1.0 bil. Euro

기여파트너
(비회원)
0.2 bil. Euro

자료: EC(2022)

2. 미국: National Biotechnology and Biomanufacturing Initiative

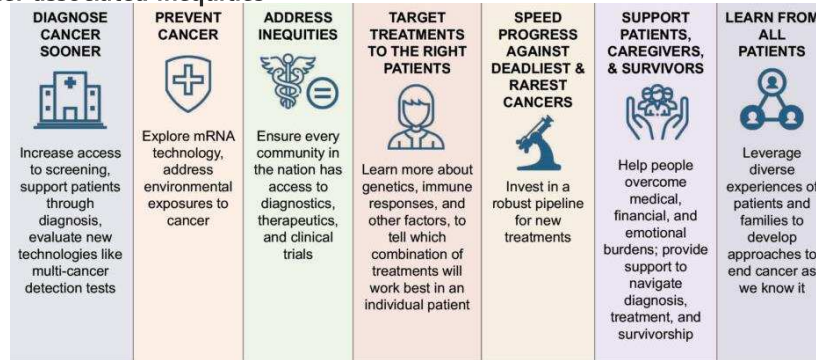
1. **Leverage biotechnology for strengthened supply chains.**
2. Expand domestic biomanufacturing.
3. **Foster innovation across the United States.**
4. Bring bio-products to market.
5. **Train the next-generation of biotechnologists.**
6. Drive regulatory innovation to increase access to products of biotechnology.
7. **Advance measurements and standards for the bioeconomy.**
8. Reduce risk through investing in biosecurity innovations.
9. Facilitate data sharing to advance the bioeconomy.

자료: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/09/14/fact-sheet-the-united-states-announces-new-investments-and-resources-to-advance-president-bidens-national-biotechnology-and-biomanufacturing-initiative/>

2. 미국: Cancer Moonshot 2.0

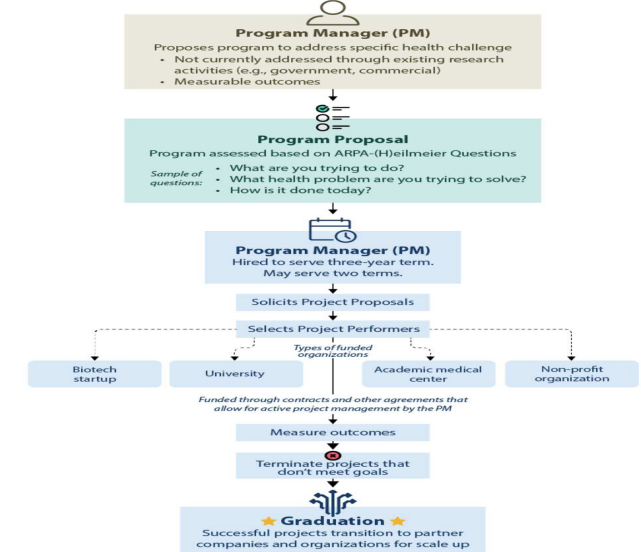
<Goal>

1. Cut the cancer death rate in half within 25 years
2. Transform the meaning of cancer
3. Address cancer-associated inequities



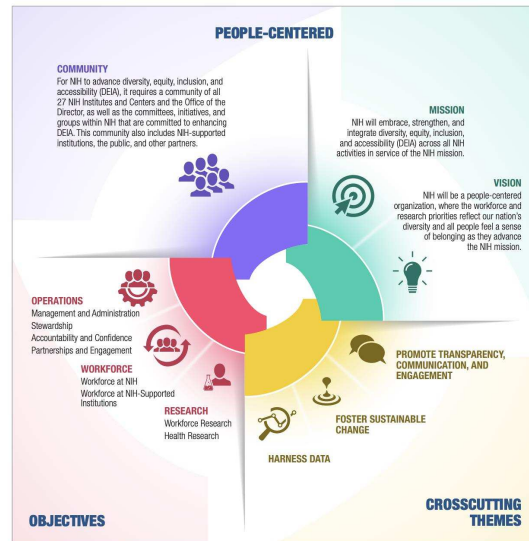
자료: National Cancer Institute(2022)

2. 미국: ARPA-H(Advanced Research Projects Agency for Health)



자료: CRS(2023)

2. 미국: NIH Wide Strategic plan for Diversity, Equity, Inclusion, and Accessibility



*자료: NIH(2023)

2. 미국: Community Connected Health(2022)

1. It is critical to listen to and co-create with individuals, caretakers, and community based organizations on their technological needs.
2. Community-based providers would be more likely to adopt digital health technologies if there was seamless integration with their current technologies, workflows, and systems (like electronic health records).
3. It is necessary for all stakeholders to take thoughtful approaches to equity and inclusion in collecting and using data
4. Organizations and providers involved in community-based health care delivery could benefit from more frequent, actionable data being returned to them.
5. There is an opportunity to leverage technology to further empower community health workers.
6. Value-based models of care provide a real opportunity to improve health outcomes of communities.

자료: White house(2022.5)

4. 제3차 보건의료기술육성기본계획

과제1. 필수의료 정책지원 기술개발_1-1. 심뇌혈관, 응급 등 필수의료 기술연구 집중투자

- ▶ **심혈관질환 예방·치료·관리 조 단 계 연구개발 강화**
 - **위험요인 사전 발견**을 위한 **근거 생산 및 예방관리 대응전략 연구**, **환자 건강관리 혁신**을 위한 **전략 수립**
 - 급원·집주·신체활동·노드름 심화 감소 등 기존 위험요인 개선·심전질환 예방, 미세혈관·진성 갑상샘 등 신규 위험요인 분별 및 대응관리 연구 강화
 - 심혈관질환 **발생 원인 및 진단** 연구 확대, **고위험군을 조기에 발견하여 사전 집중 관리**할 수 있는 방안 마련
 - 만성병 심혈관 고위험성 선별 도구 개발, 생체신호 감지기는 기반 진단기술 및 자기관리능력 지원, IT 기술 활용한 비대면 건강관리 서비스 구축
 - 심혈관 **사후 질환별 진단·치료** 마련, **심·뇌성 질환 원인 연구 및 위험관리와 발달 지원 연구** 확대
 - 뇌질환 기전 및 원인 규명을 통한 뇌연구 확대, 뇌질환 질병 계보 개발·검출
 - **덜어낸 기술** **영상 진단·치료기술, 복막 모니터링** 모델을 개발하여 **아름 수술등** 제고, **악제·치료기간 효과성 평가** 병행
 - 뇌졸중 치아제방 약제의 복막 모니터링 및 수술등 향상 기술, 호전된 심부전 환자의 고차 약제 사용 감량의 모니터링 평가 등
 - **발병 후 후유장애 최소화 및 가정 복귀 지원** 기술, **ICT 기술**을 활용한 원격진료 등 **환자 중심 예방관리 시스템** 마련
 - 심뇌혈관 질환 원천 후 가검물과 위험지점으로부터, 심뇌혈관질환 예방 후 후유증 예측 및 치료방법, 웨어러블 모니터링을 통한 원격 재활 등 예방관리시스템 개발 등
 - **원장 진단·치료 시 즉각 요구되는 의료기술** 개발 지원 및 **운동장애가 수반되는 뇌성질환** **질환(뇌졸중, 파킨슨 뇌전증) 특성**을 고려한 **관리기술** 및 **직종연구** 마련
 - 질환 부각을 유전병이 발달 및 예측 도구 개발, 임상 데이터베이스에 한 걸음 전후로 진료·관리 기반으로서 개발 등

- 심뇌혈관질환 연구 인프라 확충 및 국민인식 개선
 - 심뇌혈관질환 연구 활성화를 위해 **관련 데이터베이스 통합, 심뇌혈관질환자 등록 및 효과적 치료** 실시
 - 심뇌혈관 치료기술의 **효능·안전성** 확보를 위한 **무작위위험(RCT) 임상연구 및 치료법 평가**의 효율성 증대
 - 무작위 투약 임상연구(RCT) 통한 효과적 치료법, 신약 개발
 - 치료법 개발을 위한 임상연구 고지향 치료효과 범위 및 약제 효과 비교 등
 - 비교, 질환 이차예방을 위한 혈당, 고지질, 혈압 치료효과 범위 및 약제 효과 비교 등
 - 정량화한 **질환 정보 생산 및 제공**, **대국민·의료진 교육 콘텐츠** 및 **의료자 정보 해소전파 개발**, **질환 예방관리 수칙** 등에 대한 **건강정보 전달체계** 마련
 - 질환별·대상별 인식도 저해 요인을 분석하여 맞춤형 교육 콘텐츠 개발, 건강교육, 건강검진, 예방접종 및 디지털 헬스를 통한 정보 전달 및 교육확산
- **응급환자 의료데이터 구축 및 디지털 기반 대응기술 개발**
 - 응급실 내진 환자 **의상 데이터**를 활용한 **응급의료 특화 다중 데이터셋** 구축 및 표준화
 - 다중데이터셋(Multimodal dataset) : 환자의 나이, 성별, 혈액 등 기본정보, 생체신호 데이터 등 표진, 텍스트, 이미지, 영상(ray, CT, MRI) 및 생체 데이터 등이 결합하여 표준화된 데이터셋
 - 응급 수술 여부, 집중치료실·ICU 입원 기간 등 응급 예측하는 **응급 임상 의사결정 시스템(CDS)** AI 모델 개발·검증 및 성능 고도화
 - 국가응급의료센터(NEDS) 내 환자·응급실·ICU 등 응급환자 증상별 특성을 반영한 환자 진단·치료방법·치장·관리 방법 등을 지원
- **의료환자 접근성 개선**을 위한 **제난·감염병 상황**에서 신속·효율적으로 대응할 수 있는 **5G 기반 이동형 병원** 구축 및 **실종**
 - 모질한 이동형 병원 개발 및 현장형 모바일 의료기 개발, 의료 서비스 제공을 위한 5G기반 유선·무선 SW 플랫폼 구축

비전 및 목표

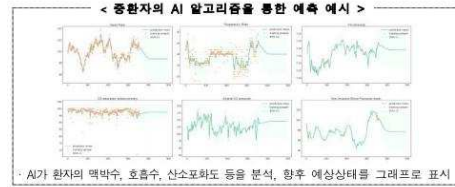
과제1. 필수의료 정책지원 기술개발_1-2. 신생아·소아 질환 극복을 위한 투자 확대

- **난임 증가에 따른 개인 맞춤형 난임 치료 기밀력 보존 향상 기술개발**
 - **남성·여성 난임 조기진단 바이오마커 개발**, 난임 환자 삶의 질을 고려하여 합병증이 낮고 편의성이 높은 치료 기술개발 지원 확대
 - **난임 시술에 따른 산모와 태아 건강 영향에 관한 과학적 근거 생성**
- **신생아 질환 예방 및 안전한 진단법 개발**
 - 소량의 체액만으로 **신생아 폐렴** 및 **뇌수막염**을 진단할 수 있는 신속·안전한 현장진단검사법 개발
 - 기존 혈액 배양 검사와 비교해 특별한 장비(PCR장비)가 필요하지 않고 단파장 레이저 광원 및 형광 검출기 등으로 신속히 검사 가능 예상
 - **신생·조산 신 신생아의 뇌병변을 실시간으로 영상**하고 **조기에 뇌 손상을 회복**시켜 줄 수 있는 **줄기세포 치료제 개발** 지원
- **소아 특수성을 반영한 소아 질환 극복 기술개발**
 - 유전체 기반 **아동 신경발달 질환**의 기전을 규명하고, **초고속 표적 치료제 스크리닝 시스템** 및 **신경계 약물전달기술** 개발 지원
 - 영유아 임상데이터, 디지털 표현형 생체신호 등 복합한 다중체질 헬스 빅데이터를 수집하여 **자폐스펙트럼장애 빅데이터 플랫폼** 구축
 - **자폐스펙트럼장애에 선별·진단보조 예측**을 위한 **AI 소프트웨어** 개발 및 **환자 장기추적조사(코호트) 연구** 기반 구축
 - 국립보통연구원 시지성을 활용한 코호트 연구 설계, 환자 등록 및 추적 조사, 추적조사 유형을 확보 및 데이터 처리 관리 전략 개발 등

과제1. 필수의료 정책지원 기술개발_1-3. 중환자 및 수술환자에 대한 의료 질 개선 연구 강화

□ 중환자 빅데이터 구축 및 AI 기반 의사결정지원시스템 구축

- 다기관 중환자 기본 모니터링 자료 및 심장·호흡기 질환 데이터를 통해 **한국인 특화 중환자 데이터셋 구축** 및 **플랫폼 개발**
 - ※ 다기관에서 다양한 중환자실 데이터를 확보하여 표준화하고, 데이터 사용자 수요에 따라 제공가능한 데이터셋 및 분석 플랫폼 구축
- **중환자 상태 예측, 중증도 평가, 조기경보 시스템 등 AI 기반의 임상 의사결정 지원시스템(CDSS) 개발** 및 실증연구



□ 국내 환자 맞춤형 수술 질 향상을 위한 기반 연구

- 국내 종합병원을 중심으로 전국단위의 **수술후 합병증 데이터(5대 외과적 수술) 수집 및 통합 빅데이터 플랫폼** 구축
- 수술 합병증 개선을 위한 **수술 합병증에 대한 위험도 평가 예측 모델** 및 **최적 수술을 위한 임상 의사결정시스템(CDSS) 개발** 지원

과제2. 주요 질환의 조기진단_2-1. 전주기적 암예방·진단·치료 및 예후관리 기술 개발

□ 암 발생 위험요인 규명 및 조기·정밀 진단법 개발

- **암 유발 위험인자 규명 및 감열원 제어**를 통한 **예방 연구 확대**, **발병 전 또는 암 발생 초기 정밀 진단 기술개발**
 - ※ 흡연·음주·감염 등 암 위험요인 예방을 위한 한국인 대상 근거 창출, 비침습적 암조기진단법 및 혈액 내 조기진단 마커 발굴 기술개발
- 암 환자의 진단·치료 정보를 제공하기 위해 **디지털 병리데이터 생성·관리 시스템**을 개발, **고품질 병리 데이터셋 확보** 및 **표준화**
- **주요 한국인 암에 대해 디지털 병리 데이터 저장·공유·활용** 가능한 **개방형 플랫폼 구축**, **암 전문 저능형 병리 AI 개발** 및 **검증·활용**

□ CAR-T, 암 백신 등 혁신적 암 치료법 개발

- **고형암 치료**를 위한 **CAR-T** 등 **CAR(키메라항원수용체, chimeric antigen receptor) 활용·면역 세포 유전자 치료제 원천기술** 개발
 - ※ (CAR-T) 항원 수용체를 유전적으로 조작한 T 면역 세포
 - ※ CAR-T 적용을 위한 표적 항원 발굴 및 안전성 확보 기술 개발, 유전자 발현 조작, 배양 및 제조, 비임상 평가 관련 기술 개발 등 기반 기술 확보
- **개인맞춤형 암 백신, 항체·약물결합체(ADC) 등 기존 치료법 한계를 극복한 혁신 항암신약 개발**

□ 최적의 암 진단·치료기술 개발 촉진을 위한 국가 차원의 통합 암 임상연구 기반 구축 및 지원사업 추진

- 통합적 지원 체계와 연구자 네트워크를 조성하는 **국가 암 임상 중앙지원센터** 신설도 연구자 주도 암 임상연구 활성화
- 임상지원 코어 구축·운영 및 이를 활용한 **동질 생검조직의 인산화 단백질 데이터** 기반 치료제 임상시험 추진
- **임상 연구그룹 운영·지원**으로 연구자 주도 임상연구를 수행하는 연구자를 지원하고 연구성과의 공유·활용을 촉진

□ 암 생존자의 건강한 사회복귀 및 삶의 질 향상 기술 개발

- 암 생존자 삶의 질 개선을 위한 **리빙텔 기반의 환자 참여형 연구 생태계 조성**, **맞춤형 헬스케어 기술개발** 및 **효과검증 임상시험** 지원

과제2. 주요 질환의 조기진단_2-2. 치매 조기진단 및 치료·관리 기술 고도화

□ 전 주기적 치매 극복 연구 집중 투자

- **치매 발생 원인·기전 규명 및 고도화, 신경보호인자 탐색, 치매 핵심 조절인자 발굴** 등으로 **치매 원인 규명 및 신규 표적 발견**
- **치매 진단법의 정확도 향상** 및 **인체 유래물·생체신호 기반의 치매 진단연구**를 통해 **저비용·저침습·고정밀 치매 조기진단법 개발**
 - ※ 혈액·체액기반 치매 진단기술 개발, 치매 특이 영상진단용 의약품 개발, 영상진단기술 고도화, 기초·임상연구 레지스트리 구축 등
- **근원적 치매치료제 및 예방기술 개발**을 통해 **치매 치료의 질 향상** 및 **글로벌 경쟁력 강화**
 - ※ 다양한 타겟활용을 통한 근원적 치매치료제 개발, 뇌내약물전달기술 개발, 치매 단계별 치료 및 대응방안 마련, 한국형 치매 예방·관리 프로그램 적용 및 확산 등

□ 치매연구 기반 확충

- 지역사회 및 병원 기반 치매 **코호트 치매뇌은행 체계적 구축**
 - ※ ①지역사회 기반 노인 치매환자, ②병원 기반 노인 치매환자, ③병원 기반 조발성 치매환자, ④선행질환 상관성 연구를 위한 기타 고위험군 코호트, ⑤치매뇌은행 5개소 운영 등
- **치매코호트·자원 정보** 등을 **연계·활용**할 수 있는 **통합 DB 확보** 및 연구자간 **정보 공유**를 위한 **치매 연구 통합 플랫폼 구축**
 - ※ 치매연구정보통합연계시스템(Dementia Platform Korea, DPK) 구축으로 체계적 데이터 관리 및 원활한 연구자료 활용, 연구성과 확산 및 실용화 촉진

과제2. 주요 질환의 조기진단_2-3. 희귀난치 질환의 조기진단 및 근원 치료 기술개발

□ 유전성 희귀·난치 질환 발병기전 규명 및 진단 플랫폼 개발

- 희귀질환 **자원 확보**, **희귀질환자 진단프로그램·협력체계** 운영
 - ※ 질환(군) 및 미진단 희귀질환자 임상·오믹스 정보 인체유래물 등을 통하여 연구기반 구축 및 기능검증을 위한 동물모델 개발 등
- 희귀·난치 질환 **원인 규명·원천 기술개발** 및 **조기진단 예측 플랫폼** 개발
 - ※ 희귀·난치질환의 조기진단 및 예측 관련 바이오 및 이미지 마커, 후보유전자 및 변형유전자(modifier gene) 발굴

□ 유전성 희귀·난치 질환 혁신적 치료기술 개발

- 희귀·난치 질환 **개별 검증 및 임상적 근거 확보**를 통해 **질환 특이적 치료기술** 개발
 - ※ 희귀·난치질환의 임상적용 가능한 치료 타겟약을 발굴, 치료 관련 바이오마커 및 환자 맞춤형 정밀치료기술 개발 등
- 유전자치료제 등 **재생의료 원천·연계기술** 및 **치료제·치료기술 임상 단계까지 범부처·전주기 지원**을 통한 **희귀·난치 질환 치료제** 개발

□ 유전성 희귀·난치 질환 관리 고도화 기술 개발

- 희귀·난치 질환별 **임상 및 인체 유래물 코호트 분석연구** 확대
- **치료 및 관리 과정 내 환자 참여 영역을 확대**하여 **환자보고결과(Patient Report Outcome: PRO) 연구** 및 **분석 연구** 추진
 - ※ 범부처 협력 연구사업 연계 희귀·난치 질환 관리 및 연구 기술 기반마련 연구 추진
 - ※ 권역 중심의 희귀·난치질환 레지스트리 데이터 표준·통합 공유 기술 플랫폼을 통한 연구추진

과제3. 비용효과적인 환자중심 보건의료기술개발_3-1. 지속가능한 보건의료제도를 위한 의료기술·서비스 최적화 연구

- **효율적인 의료비 지출을 위한 의료기술 비교효과 연구**
 - 보건의료기술 유효성·경제성 평가 및 최적의 임상적·경제적·환자 중심적 성과를 낼 수 있는 **의료기술 비교효과 연구 확대**
 - 예방·진단·치료·관리 등 다양한 의료기술 간 비교를 통한 최적의 의료 서비스를 환자에게 제공할 수 있는 근거 마련
 - 효율적인 의료비 지출이 이루어질 수 있도록 **비용 효과적인 최적의 의료기술을 건강보험 급여기준 등에 반영**
- **첨단 의료기술의 과학화를 위한 임상근거 창출 연구**
 - 사회적 관심과 요구도가 높으나 의학적 근거가 불충분한 **보건의료 기술의 과학적 근거 생성 연구 확대**
 - 근거기반 보건의료의학연구를 바탕으로 가치기반 보건의료시스템 개발 및 적용·확산을 통한 전향적·후향적 실험연구 추진
 - 보건의료기술 **최적화·임상연구의 성과확산**을 위한 국·내외 네트워크를 구축 및 확대하고, **임상연구 인프라 구축**
- **최적화된 의료기술의 확산을 위한 시스템과학 연구**
 - 건강 및 의료에 영향을 미치는 **행동 및 사회과학연구**
 - 주요 질환 예방 및 관리, 위험과 건강 커뮤니케이션 등
 - **질병예방, 건강증진서비스 권고안 및 진료지침 개발 연구**
 - 고혈압·당뇨병, 치매, 금연, 운동/신체활동, 영양관리, 절주관리 등
 - 의료의 **환자 중심성 강화** 및 **보건의료체계 지속가능성 확보**를 위해 **환자·의사간 공유의사결정 모델 개발 및 효과성 평가, 실증연구 추진**
 - 진료 과정 중 환자 개인에게 가장 적합한 방법을 선택하고 최선의 효과 도출, 환자·의사 공동 의사결정이 필요한 의료기술의 안전성·효과성에 대한 임상적 근거생성 연구 등
- **디지털·스마트 사회서비스 혁신 연구개발 추진**
 - 기존 사회서비스의 **디지털 전환으로 서비스 비효율성을 개선하고 서비스 사각지대 방지**, 다양한 사회서비스 영역 **고도화·효율성 제고**
 - IoT, 웨어러블 기기 등을 활용한 모니터링, 진단화를 통한 효율성 제고 및 지역사회 기반 실증을 통한 시장성 검증, 초기시장 형성 등 지원

과제3. 비용효과적인 환자중심 보건의료기술개발_3-2. 생활습관병 예방·관리 기술 고도화

- **만성질환 원인 규명 및 개선 기술개발**
 - 생활 습관 위험도 예측 모델 구축 및 **대규모 코호트 연구 추진**
 - 기 구축 코호트(질병관리청 코호트 등) 연계·고도화를 통한 대규모 코호트 구축 및 한국인 특성에 맞는 생활 습관 질환의 원인 요인 규명
 - 일반 국민의 **만성질환 위험**에 대한 **사전인지**를 위해 임상적 근거 기반 **대국민 예방 가이드라인 개발**
 - 질병부담 주요 기여위험요인(흡연, 고혈압, 음주, 영양, 고혈당, 비만 등) 고려
 - COPD 및 중증천식 레지스트리, 소아천식 및 알레르기질환 코호트 고위험군의 호흡기알레르기질환 원인 규명 및 대국민 가이드라인 참조 근거생산
 - **비만, 당뇨병 등 대사질환 예방 및 증제 연구 확대 추진**
 - 한국형 당뇨병 고위험군 증제프로그램 개발, 노인 맞춤형 당뇨병 적정관리방법 개발, 당뇨병병증 및 중증질환 이환 예방관리를 위한 초기 치료전략 수립
 - 주요 질환 예방 및 관리, 위험과 건강 커뮤니케이션 등 **건강 및 의료**에 영향을 미치는 행동에 대한 **사회과학측면 연구** 추진
- **인구집단 건강 모니터링 및 실증을 통한 질환 예방·관리 기술 고도화**
 - 인구집단 특성을 고려, ICT를 통해 **실시간으로 건강정보 및 질병 상태** 등을 분석하여 데이터 기반 **맞춤형 예방·관리** 기술 개발
 - 대규모 인구집단 건강상태 분석, 최적화된 비대면 원격 모니터링·증제 기술 고도화
 - 일차의료 만성질환 관리 시범사업을 기반으로 동네의원에서 **만성 질환 예방·조기진단·모니터링 서비스 모델 개발 및 실증 지원**
 - 국민 건강정보를 활용한 '국민 참여형 연구지원 DB' 구축하여 활용
 - **지역 시범 사업 및 리빙랩 실증**을 통해 질병 및 건강 모니터링 기술의 **실사용 근거 확보**

과제3. 비용효과적인 환자중심 보건의료기술개발_3-3. 중증, 만성질환자 사후관리 기술 고도화

- **중증·만성질환자의 환자 맞춤형 통합 건강관리 서비스 개발**
 - 의사, 케어 코디네이터 등 팀 협력 기반의 **만성질환자 사후관리 등 일차의료 만성질환 관리 시범사업 연계 서비스 강화**
 - 중증 급성신부전 환자의 ICT 기반 **생체신호를 통해 만성신장질환 고위험군 예방·치료·관리** 기술 개발 및 가이드라인 마련
 - 외과계 질환 **파임수술 방지 및 중증질환 환자 수술 후 관리**를 위한 교육상담 등 사후관리 서비스 개발·고도화
 - 치료, 재활, 회복, 관리 영역을 포괄하여 중증질환자의 일상생활 지원
 - **고령화 및 만성질환자 증가**에 대응하는 **특수식품 및 영양관리 제품·서비스** 개발
 - 개인 맞춤형 특수의료용도 식품, 대체식품, 개인맞춤형 영양관리 등
- **사회적 기능 복구를 위한 맞춤형 지원 프로그램 개발**
 - 중증, 만성질환 환자의 **치료 후 삶의 질 향상**을 위한 장기 추적 관찰 및 **치료 클리닉 프로그램**을 개발하고 **효과 평가**
 - 재발 및 합병증 위험요인 분석 및 다른 건강 문제와의 상관관계 연구

과제4. 국민 생활 건강 증진 연구 강화_4-1. 건강 약자와 함께하는 복지기술 향상 연구

- **생애주기별 건강 노화 기술 개발**
 - 노화 기전 규명, 제어·억제 기술 등 **항노화 및 역노화 기술, 기능 유지 및 장애 예방**을 위한 **노인성질환 진단·치료·관리** 기술 개발
 - 노쇠·근감소증 등 노화질환 예측·진단 기술, 치료기술 증·감·임상 연구, 노화 질환 유발 세포·유전체 초기 진단·제어 기술, 역노화 유도기술 등 연구 확대
 - 신체 기능 저하 불편을 개선할 수 있도록 **심비 의료기기 개발** 지원
 - 대화형 스마트 기기를 이용한 AI기반 고령자 신장질환 및 정신건강 모니터링 기술개발 등
- **노인, 장애인, 소아 등 의료취약계층의 삶의 질 향상을 위한 자립·재활·돌봄 기술 개발**
 - 노인 및 장애인과 돌봄 제공자 수요에 **최적화된 자립생활 지원·건강 관리 스마트돌봄 핵심 기술**을 개발하고 **현장 중심 대규모 실증** 추진
 - 재활의뢰 헬스케어 지원 기술, 돌봄 업무 지원 기술 개발, 병원·요양원 등 리빙랩 기반 연구개발 성과물의 현장적용 및 보급확산 추진
 - 가정에서 건강상태를 **측정·평가·분석** 가능하고, **소아에 적용** 가능한 재활로봇 개발
- **건강 불평등 해소**를 위해 **건강 성과**에 영향을 미치는 인제 내외 요인 규명 및 **지역 완결적 보건의료시스템 구축 연구**
 - **건강 불평등 및 건강의 사회적 결정요인 연구**
 - 장애인, 소아청소년, 성소수자 다문화가정 등 **의료취약계층 및 의료소외지역 대상 질병예방 및 건강증진 연구**
 - 도서·산간 등 **의료서비스 소외지역의 격차 해소**를 위한 **신속 이동지원, 현장 상태 진단** 등의 의료기기 및 장비 개발
 - 언택트 시대의 현상형 영상통신기반 비대면진료 의료기기 개발 등
 - 지역·인구집단 간 **건강 격차 개선 및 보건의료기술 적용성 기술 고도화**를 통한 지역 완결적 보건의료시스템 구축 연구
 - 지역사회 기반 Connected technology를 활용하여 환경 설계 및 데이터 인프라를 구축하고 헬스케어 기술, 제품 및 서비스 통합 연계

과제4. 국민 생활 건강 증진 연구 강화_4-2. 건강정보 문해력(Health Literacy) 증진 기술 개발

- **건강정보 문해력 수준 평가 및 증진 기술 개발**
 - 국내 상황에 맞는 **건강정보 문해력 평가지표 개발**
 - 헬스 리터러시 수준에 영향을 주는 주요 인자 분석 및 인구집단별 건강 정보 문해력 개선을 위한 해결 순위 선정 및 해결방안 도출
 - 질환·대상별 맞춤 **건강정보 문해력 증진 프로그램 개발**
 - 수준별 맞춤 건강 정보 콘텐츠 개발 및 이해도 제고 효과 실증
 - 건강정보 문해력 정보 표준화 및 가이드라인 구축
- 대상자 특화 **디지털 건강정보 제공 프로그램 개발**
 - 고령자, 만성질환자 등 대상자 특화 수준별 맞춤 **디지털 건강정보 콘텐츠 개발 및 민간 활용 지원**
 - 노인 등 디지털 활용 취약 계층에 대한 현장(보건소, 복지관, 평생교육원 등) 교육 프로그램 개발 및 활용
 - 개발 콘텐츠 공개 및 API 개방으로 민간 의료기관 및 기업 활용 증대 촉진
 - **ICT융합 데이터 기반 개인 맞춤 건강정보 제공 플랫폼 구축**
 - 환자 개인건강기록(PHRI) 기반 헬스 리터러시 융합기술 개발
 - 환자 및 의료정보 제공자 간 양방향 소통 플랫폼 가이드라인 개발

5. 제언

과제4. 국민 생활 건강 증진 연구 강화_4-3. 포스트코로나 국민 정신건강 예방·치료·극복기술 개발

- **포스트 코로나 국민정신건강 증진 기술 개발**
 - **코로나 우울·불안** 등으로 인한 **정신건강 문제현황 분석** 및 **국민 건강증진**을 위한 기술개발 투자
 - 포스트코로나 정신건강 영향 및 예측 요인 규명, 정신건강모니터링 플랫폼 구축, 비대면 심리지원 및 조기중재기술 개발, 중독 중재 의료기기 개발 등
 - 비대면 환경에서 정서장애(우울 등) 진단부터 데이터 수집, 관리, 분석 및 치료까지 연계되는 통합 디지털치료 플랫폼 개발 및 실증 등
- **안전한 정신질환자 치료환경 기술 개발**
 - 정신질환자에 대한 **안전한 치료환경 조성** 및 **센서 기반 행동인식 조기 감지** 등 **안전적 정신건강 서비스 제공**을 위한 기술개발 지원
 - 정신질환 맞춤 치료환경 제품, 정신의료서비스 공간모듈 키트, 센서기반 행동인식 조기 위험감지 및 실용화 기술 개발
- **지역사의 중심 정신건강 서비스 접근성 강화 기술 개발**
 - 병원 외 대안하지 않고 **지역사회 내에서 정신건강 유지 및 사전 악화 예방, 모니터링, 조기 개입**을 위한 **서비스 기술 개발**
 - 생활환경 정신건강 영향 요인 규명, 정신건강 이상 초기인자·개입 서비스 모델 개발, 병원-정신복지센터-개인 연계형 지역사회 회복·돌봄 및 사후관리 서비스 기술 개발
- **대전환기 기반 “K-정신건강 데이터 연구개발 플랫폼” 구축**
 - 지역사회 일반인, 임상환자 대상 **데이터 수집·축적 및 복합 데이터 관리, 실사용데이터·증거 수집, 개인정보 보안** 완벽 플랫폼 구축
 - 지역사회 기반 데이터 수집(Mind Bank 구축) 및 마음건강지표개발, 의료 현장 기반 데이터 수집(Psy Bank 구축) 및 생물학적 바이오마커 규명, 데이터 표준화, 개인정보 보안 등 데이터 플랫폼 기반기술 개발

제언

1. 장기비전의 Big Picture가 필요

2. 의료혁신 관점 거버넌스 요구

3. 보건의료혁신의 시스템적 접근 중요

4. 시민 등 다양한 혁신주체 참여 고려

5. 수요자 중심 최적화 R&D 필요

6. 디지털전환/AI가 혁신의 핵심기반



End of Documents

VI. 외부 토론회 발표 자료



서울대학교 국가미래전략원 의료개혁 TF 외부 토론회

지속가능한 미래 의료개혁의 방안

연구책임자

- 김홍빈 (서울대학교 의과대학 교수)

공동연구원

- 도영경 (서울대학교 의과대학 교수)
- 엄석진 (서울대학교 행정대학원 교수)
- 정은경 (서울대학교 의과대학 교수)
- 최희주 (서울대학교 의과대학 겸임교수)
- 황승식 (서울대학교 보건대학원 교수)

2025년 1월 14일 (화) 오후 3시-5시 / 서울대학교 우석경제관(223동) 504호



서울대학교
국가미래전략원
Institute for Future Strategy
Seoul National University

Contents

- I 연구 배경 및 필요성
- II 현황 분석: 주요 위기 징후
- III 지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀
- IV 각 차원별 진단 및 처방
- V 결론 및 제언

1. 국가미래전략원 의료개혁 TF 운영 배경



우리나라 보건의료가 직면한 주요 도전에 대한 정책 방안을 제시할 목적으로 보건의료전문가, 행정학자, 정책 연구자들이 참여하는 다학제적 연구팀으로 2024년에 구성

인구 고령화, 지역 간 의료 격차 심화, 기후 위기 등 우리나라 보건의료 위기를 종합적으로 진단하고, 지속 가능한 의료체계 구축 방안을 모색하기 위해 구성

의료 자원의 효율적 배분, 사람 중심 의료로의 전환, 지역 기반 의료 강화 등 정책적 대안을 종합하여 우리나라 보건의료의 비전과 주요 정책 개발을 목표로 운영

1. 지속가능한 미래 의료개혁의 방안

- ☑ 서울대학교 국가미래전략원 의료개혁 TF는 의대정원 문제를 둘러싼 사회적 갈등과 대한민국 보건의료가 직면한 주요 도전에 대한 정책 방안을 제시하는 것을 목적으로 함
- ☑ 특히 의대 정원 확대 정책이 단순한 수적 증가를 넘어서, 의료 시스템 전반의 질적 향상과 지속가능성을 고려해야 한다는 인식이 확산되면서, 보다 포괄적이고 체계적인 접근의 필요성이 대두됨
- ☑ 이러한 배경 하에, 의료개혁 TF는 지속가능한 미래 의료개혁을 위하여 향후 의료인력 추계를 위해 고려해야 할 사항을 다음과 같이 정리함

Chapter

I

서울대학교 국가미래전략원 의료개혁 TF 외부 토론회 지속가능한 미래 의료개혁의 방안

연구 배경 및 필요성

2. 향후 의료인력 추계를 위해 고려해야 할 사항

① 지역별 의료 격차 해소를 위한 실질적인 정원 배분 원칙

- 지역의 여건과 수요 감안, 지방자치단체의 권한과 책임, 인력 확보를 위한 제도 개선
- 의료분야별 수요 예측과 적정인력 배치를 위한 제도/정책

② 교육 및 수련의 질을 보장할 수 있는 적정 정원 규모 산정

- 우수인력을 양성할 수 있는 교육/수련체계와 역량
- 근거 기반의 분석과 주기적인 평가

③ 전문과목별 수급 불균형 해소를 위한 중장기적 계획 수립

- 의료기술의 발전과 보건의료인력의 기능 세분화
- 미래 의료환경과 정책변화 고려

④ 의료 공공성 강화와 연계한 정원 관리 방안

- 의료비용의 증가와 건강보험 재정
- 전문적이고 독립적인 정책연구기관 설립과 의사결정체계

⑤ 의대 정원 조정의 의료전달체계 개선에 미치는 영향 분석

- 이해당사자의 참여와 신뢰 확보
- 근거 기반의 분석과 주기적인 평가

⑥ 지역사회 의료수요를 반영한 탄력적인 정원 운영 방안

- 지역의 여건과 수요 감안, 지방자치단체의 권한과 책임
- 의료분야별 수요 예측과 적정인력 배치를 위한 제도/정책

이러한 원칙들은 단순한 의대 정원 확대를 넘어서, 대한민국의 의료 시스템 전반의 질적 향상과 지속가능성을 고려한 종합적인 접근을 목표로 함

6

4. 지역 및 재정적 과제

☑ 지역 간 의료격차

- 의료인력 및 시설의 수도권 집중 현상으로 지방 의료 공동화가 가속화되고 있음
- 의료 취약계층의 건강권이 위협받고 있으며, 이는 지역 간 건강 불평등을 심화시키는 악순환을 초래함

☑ 의료비 급증

- GDP 대비 경상의료비 비중이 9.4%로 OECD 평균을 상회하고 있음
- 비감염성 질환 진료비가 전체 진료비의 80.9%를 차지하며 재정 부담이 가중됨
- 고령화의 가속화와 의료서비스에 대한 수요 증가는 의료비의 증가 추세를 더욱 가파르게 만들 것으로 전망됨

8

3. 보건의료체계의 구조적 문제점

☑ 대한민국 보건의료는 짧은 기간 내 세계적 수준의 의료 인프라와 기술을 확보하며 국제적 위상을 높여 왔으나, 보건의료체계를 둘러싼 **구조적 문제와 환경 변화**로 인해 **지속가능성에 대한 우려가 증가**하고 있음

☑ 필수의료 위기

- 응급진료, 분만, 소아진료 등 중증 필수의료 영역의 심각한 공백이 발생함
- 중증 응급환자 진료 인력의 부족 현상이 심화됨
- OECD 평균에 미달하는 핵심 진료 수가 체계로 인해 문제가 가중되고 있음

☑ 의료전달체계의 기능적 왜곡

- 의료기관 간 기능과 역할이 명확히 구분되지 않음
- 일차의료기관과 상급종합병원이 동일 환자군을 두고 경쟁하는 상황이 발생함
- 상급종합병원으로의 환자 쏠림 현상으로 의료자원의 비효율적 활용이 심화됨

7

5. 인구구조 및 환경변화

☑ 고령화와 만성질환 증가

- 2024년 12월 기준 65세 이상 인구가 20%에 달해 초고령사회에 진입함
- 노인 의료비 비중이 증가하고 있으며, 돌봄과 장기요양 서비스 수요가 급증함
- 치료 중심에서 예방과 관리 중심으로의 패러다임 전환이 필요함

☑ 기후변화와 신종감염병

- 기후변화는 폭염 등 직접적인 건강 피해를 뿐만 아니라, 대기오염 악화, 감염병 매개체 증가, 식량 안보 위협 등 간접적 경로를 통해서 인류 건강을 위협
- 신종 감염병 발생 주기가 단축되면서 의료체계의 회복탄력성 강화가 시급함
- 기후 탄력적 보건 시스템 (climate resilient health systems) 구축과 신종 감염병에 대한 조기경보 및 대응 체계 확립, 취약계층을 위한 보건의료 서비스 확대 등이 새로운 정책적 과제로 대두됨

9

6. 연구 목적

☑ 본 연구는 한국 보건의료체계가 당면한 복합위기 상황에서 한국보건의료체계의 지속가능한 발전을 위한 실현가능한 개선방안을 도출하고자 함

- 거시적 · 미시적 관점에서 의료체계의 구조적 특성을 분석하여 실현가능한 개선방안을 도출하고자 함
- 중앙-지방 거버넌스, 의료 인프라, 전달체계 등의 상호연계성을 종합적으로 검토하여 실증적 근거에 기반한 방안을 제시하고자 함
- 공공성 강화와 효율성 제고의 균형점을 도출하여 의료체계의 지속가능성을 확보하고자 함
- 위기대응체계 강화와 정책의 단계적 접근을 통해 실질적인 의료체계 혁신 방안을 제시하고자 함

1. 필수의료 붕괴 위험

☑ 필수의료 인프라의 붕괴

- 응급의료, 분만, 소아과 등 필수의료 분야에서 의료인력이 부족하고 의료기관 운영난이 심화됨
- 중증응급의료 인프라가 부족하여 환자 전원이 증가하고 있으며, 휴일 진료체계가 붕괴 위험에 처함

☑ 의료서비스의 질적 하락

- 낮은 의료수가로 인해 뇌혈관 수술 등 고위험 의료분야의 전문의가 지속적으로 감소함
- 전문의료인력 확보가 어려워져 의료서비스의 질적 저하가 발생하고 환자 안전이 심각하게 위협받음

☑ 상급종합병원의 구조적 문제와 전공의 의존도

- 전공의 중심 진료체계의 구조적 취약성: 수익성 확보를 위해 인건비가 낮은 전공의 인력에 과도하게 의존함. 전공의들의 주당 업무시간이 80시간을 상회하며, 교육보다 진료 인력으로서의 역할에 치중됨
- 본연의 교육·연구 기능이 약화되고 수익 중심운영으로 변화하면서 의료시스템의 안정성이 위협받고 있음

Chapter

II

서울대학교 국가미래전략원 의료개혁 TF 외부 토론회 지속가능한 미래 의료개혁의 방안

현황 분석: 주요 위기 징후



2. 지역의료 위기 심화

☑ 지역 의료 공동화

- 의료자원과 전문인력의 수도권 집중이 심화되면서 지방의 필수의료 인프라가 붕괴되고 있음
- 지역 주민들의 의료 접근성이 악화되어 의료이용을 위한 원거리 이동이 불가피한 상황임

☑ 의료 격차 심화

- 수도권-지방 간 의료 인프라와 전문인력 격차로 인해 의료서비스의 질적 차이가 확대됨
- 지역 간 건강 불평등이 심화되면서 취약지역 주민들의 기본적 건강권 보장이 위협받고 있음

3. 의료재정 지속가능성 위협



☑ 노인의료비 급증

- 65세 이상 노인이 전체 건강보험 진료비의 43.2%를 차지하며, 노인의 84%가 만성질환을 보유함
- 60세 이상 고액진료비 환자의 진료비가 전체 고액진료비의 69.3%를 차지하며 지속적으로 증가하고 있음

☑ 재정 악화 가속화

- GDP 대비 경상 의료비가 9.4%로 OECD 평균을 초과했으며, 건강보험료가 2030년 법정 상한선에 도달할 전망임
- 현행 행위별 수가제 중심의 지불보상제도를 개편할 필요성이 제기됨

5. 과도한 의료이용 행태에 대한 분석



☑ 제한없는 의료기관 이용(게이트키퍼 부재)으로 인한 문제

- 과잉 진료의 발생, 의료서비스, 약물, 검사 등의 중복이 발생함
- 대학병원의 경우 세분화된 진료과목과 진료 조정(coordination) 부족함
- 단일 환자에 대해 중복 검사와 투약이 만연하며, 의료이용 적절성 평가 및 관리 체계가 미흡함

☑ 의료이용자의 참여와 선택권 제한

- 의료정보 접근성 및 이해도 부족으로 인한 합리적 선택이 어려움
- 의료이용자 중심의 의료서비스 제공체계가 미확립됨
- 의료기관과 이용자 간 신뢰 관계 구축이 미흡함

☑ 일차의료체계의 기능적 제한성

- 전문의 중심의 개별 개원 방식이 주류이며, 협력적 진료가 어려운 구조적 한계가 있음
- 일차의료 중심의 건강관리 체계가 미정착됨
- 만성질환 관리 등 포괄적 의료서비스 제공이 어려움

4. 글로벌 보건위기



☑ 기후위기는 보건위기

- 기후변화는 폭염, 자연재해 등을 통해 건강 피해를 야기하며, 대기오염 악화, 감염병 매개체 증가, 식량 안보 위협 등 간접 경로를 통해서도 인류 건강을 위협
- 건강 피해는 노인, 어린이, 기저질환자 등 취약계층에 집중되어 건강 불평등 심화
- 보건의료 시스템 자체가 상당한 양의 온실가스를 배출하여 기후변화를 가속화하는 역설적 상황임

☑ 신종 감염병 위험 지속

- COVID-19 등 신종 감염병 발생 주기가 단축되고, 보건 분야를 넘어 사회 전반에 광범위한 영향을 미칠 수 있음
- 기후변화, 도시화, 환경 파괴 등으로 인해 신종 및 재출현 감염병의 발생이 증가하고 있으며, 팬데믹 위기도 상존

기후위기, 신종감염병 팬데믹 등 복합 위기 대응을 위해 의료체계 위기 대응 역량 강화가 필요함

14

15

Chapter

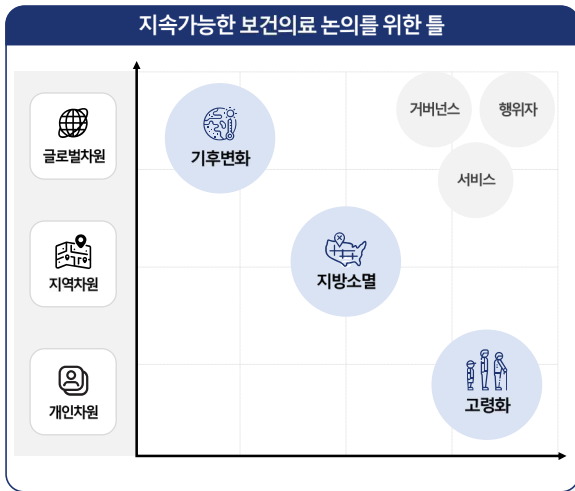
III

서울대학교 국가미래전략원 의료개혁 TF 외부 토론회, 지속가능한 미래 의료개혁의 방안

지속가능한 보건의료 논의를 위한 틀

16

1. 다차원적 위기 진단



공간적 차원

- 개인-지역-글로벌
- 개인 차원의 의료 접근성, 건강권-지역의 의료체계-글로벌 의료환경 변화

기능적 차원

- 거버넌스와 서비스
- 거버넌스 구조와 실질적인 의료서비스 전달체계의 유기적인 작동과 조화로운 발전이 필수적

시간적 차원

- 현재 세대와 미래 세대의 의료 필요(needs)를 동시에 고려
- 당면한 의료문제 해결, 미래 의료환경 변화에 대한 선제적 대응, 의료체계의 중장기적 지속가능성 확보를 지향

1. 개요

차원	주요 진단	핵심 처방
거버넌스	- 하향식 의료정책으로 인한 현장 괴리 - 단편적 건강보험 중심 정책 - 재원 구조 한계 - 정책결정 과정의 투명성·전문성 부족	- 중앙-지방-민간 협력체계 확립 - 포괄적 의료정책으로의 전환 - 재원조달 구조 다양화 - 독립적 의료정책연구기관 설립
지역	- 수도권 의료자원 집중 - 지역간 의료격차 심화 - 지역 의료정책 자율성 부족	- 광역협력체계 구축을 위한 '의료특별자치연합' 설립 - 지역 의료정책 자율권 확대
서비스	- 필수의료 위기 - 치료 중심의 분절적 의료서비스 - 낮은 의료보험 수가 - 비효율적 보상체계 - 디지털 의료기술 활용 및 원격진료 도입 미흡 - 의약품 선택권 제한 및 의약품 분류체계의 비탄력성	- 공공정책수가 도입 - 생애주기별 전달의사제도 - 의료보험수가의 합리적 현실화 - 가치기반 보상체계로의 전환 - 디지털 헬스케어 및 원격진료 도입 - 의약품 분류체계 개선
개인/행위자	- 의사-환자 신뢰관계 약화 - 비합리적 의료이용 - 의료인력 진료 및 연구 환경 개선 필요 - 전문성 개발 지원 미흡	- 공유 의사결정 모형 도입 - 합리적 의료이용 촉진 - 의료인력 근무환경 개선 - 의료인력 전문성 개발 지원체계 구축
글로벌	- 기후위기로 인한 건강 피해 증가 - 의료시스템의 환경 영향 - 신종 감염병 위기 지속 - 국제협력체계 부족	- 기후 위기 건강 적응 대책 적극 추진 - 저탄소 의료시스템 전환 (에너지 전환/효율화, 의료폐기물 저감 등) - 신종 감염병 위기 예방·대응·회복 역량의 체계적 강화 - 국제협력 네트워크 구축: 글로벌 보건위기 공동대응체계 마련

Chapter IV

각 차원별 진단 및 처방

2. 거버넌스 차원

진단

- 행위자 측면의 위기 진단: 분절 현상, 중앙-지방-민간 간 역할 불균형 문제
- 과정 측면에서의 위기 진단: 목표 및 우선순위 설정 미흡, 정부 주도의 하향식 정책결정
- 평가 측면에서의 위기 진단: 정책 평가와 환류, 조정 기능이 취약
- 건강보험 중심의 단편적 정책 운영
- 의료정책 결정과정의 투명성과 전문성 부족으로 인한 정책 신뢰도의 저하

처방

- 정책의 우선순위 설정: 포괄적 의료정책으로의 전환, 독립적 정책연구기관 설립, 전문적이고 객관적인 정책 기반 마련
- 재원 구조의 다양화: 건강보험 재정 + 일반회계 + 특별회계
- 국가와 자치단체의 역할 분담: 국가-지방자치단체-민간 협동 체계
- 정책 의사결정 구조 개편: 공급자와 수요자 대표성 보장, 근거 중심 정책 결정
- 수요자 중심의 접근: 수요자 중심, 업무, 직종 간 협력과 조화
- 독립적 의료정책연구기관 설립

3. 지역 차원

진단

국가적 차원

- 고령화로 인한 의료비 부담가중
- 저성장과 소득·지역에 따른 의료 접근성 및 질의 격차 확대

지역 차원

- 의료자원의 수도권 집중으로 인한 공동화 현상의 심화
- 지역보건의료계획의 실효성 문제 및 커뮤니티케어 체계 구축의 미흡성
- 지방정부의 제한된 역할과 역량
- 지역의료기관 간 연계·협력 부족

처방

- 의료수요에 기반한 효율적 자원 배치
- 의료기관 간 기능적 연계 활성화
- 지역의료의 정상화: 의료특별자치연합의 구성을 통한 의료 거버넌스의 구축, 현행 지방자치법 상 특별지방자치단체 관련 규정을 원용
- 지역기반의 환자중심 일차의료 개편 및 강화, 이를 뒷받침할 지방정부의 정책 수립 및 실행 권한 강화
- 지역사회 중심의 통합적 케어(Community Care) 모델 도입

22

4. 서비스 차원

처방

- 생애주기별 전담의사제도 도입을 통한 통합적 의료서비스 체계 구축
- 가치기반 보상체계 도입
- 지불보상제도의 재설정
- 의료보험수가의 합리적인 현실화
- 디지털 헬스케어, 원격진료의 적극적 도입
- 의약품 분류체계 개선

24

4. 서비스 차원

진단

예방적 건강관리의 부족

의료수가와 보상체계의 구조적 문제

- 건강보험 중심 정책의 한계
- 행위별 수가제(FFS)와 가격 통제(환산지수) 및 자원 배분의 실패
- 불필요한 의료서비스의 제공
- 원가에 미치지 못하는 의료보험수가

의료전달체계와 서비스조정 문제

- 게이트키퍼(Gate Keeping, 의료이용 문지기) 부재로 인한 과도한 의료이용행태
- 비효율적인 의료전달체계로 인한 분절적 의료서비스의 제공

생애주기를 고려한 서비스의 부재

디지털 의료서비스 활용이 제한적인 상황

제한적 의약품 선택권

23

5. 개인 및 행위자 차원

진단

대학병원 방문: 서울 상급종합병원으로의 환자 쏠림 현상

의료진-환자 관계의 위기: 신뢰관계 약화 및 소통 부족

집단적 행위 규범의 왜곡

- 개업주의(entrepreneurism)
- 환자의 낮은 이해도와 참여도 및 소비자주의¹⁾

위기의 순환: 한국 의료의 다층적 위기가 개인 및 행위자 차원의 위기로 표현, 개인 및 행위자 차원의 위기가 구조적 위기를 심화

환자 진료와 연구에 집중할 수 있는 환경 부족

의료인력의 전문성 개발을 위한 체계적 지원 미흡

1) 소비자주의: 환자와 대중이 사회의 공유자원인 의료 재정을 지출하는 과정에서 개인의 이익과 만족만을 앞세우는 부정적 측면의 소비자주의를 뜻함

25

5. 개인 및 행위자 차원

☑ 처방

- **근거기반 의사결정 강화**: 현명하게 선택하기(Choosing Wisely) 운동의 확산
- **공유 의사결정 모델의 도입**: 환자 참여형 의료서비스 제공체계 구축
- **의료서비스 접근성과 정보 제공의 체계화**
- **의료인력의 근무환경 개선 등 의료서비스 제공 환경의 개선**
- **체계적인 교육 및 훈련 지원체계의 구축을 통한 전문성 개발 프로그램 강화**

6. 글로벌 차원

☑ 진단

- **복합위기(Polycrisis) 도래**
 - 코로나 19팬데믹의 보건 및 경제적 후유증
 - 심화되는 기후 위기
 - 유럽과 중동의 전쟁
- **기후 위기**
 - 기후변화로 인한 이상 현상이 개인의 생명과 생계를 위협
 - 건강 피해가 취약계층에 집중됨으로써 건강 불평등을 심화
- **신종 감염병의 지속적 발생과 미흡한 대응체계**
- **국제 보건위기 대응을 위한 협력체계 부족**

6. 글로벌 차원

☑ 처방

- **기후위기 건강 적응 대책 적극 추진**
- **지속가능한 탄소 중립 보건의료**
 - 가치 기반 측정(Value-based accounting)
 - 순환적 보건의료 경제(Circular healthcare economy)
 - 예방 중심 모형(Preventive models of care)
- **보건의료분야 탄소중립 강화: 저탄소 의료시스템으로의 전환**
- **기후 회복력을 갖춘 보건의료시스템 구축**
- **신종감염병 위기 예방, 대비, 대응 역량 강화**
- **글로벌 보건위기에 대한 국제협력 네트워크 구축, 공동대응체계 강화**

26

27

Chapter

V

서울대학교 국가미래전략원 의료개혁 TF 외부 토론회_지속가능한 미래 의료개혁의 방안

결론 및 제언

28

1. 결론 및 제언

☑️ 시급성과 실현가능성을 고려한 단계적 접근이 필요함

- 단기/중기/장기 과제의 명확한 구분과 체계적인 이행전략 수립이 필요함
- 각 단계별 성과지표와 평가체계를 통한 실효성 확보가 중요함

☑️ 이해관계자 간 사회적 합의 도출이 필수적임

- 각계각층이 참여하는 협의체를 통한 지속적 소통과 조정이 요구됨
- 다양한 이해관계자의 의견을 수렴하는 과정이 중요함

☑️ 법적, 제도적 기반 마련이 필수적임

- 지역의료 강화와 의료전달체계 개선이 필요함
- 체계적인 제도 개선을 위한 법적 기반 구축이 요구됨

☑️ 전문 연구기관을 통한 지속적인 모니터링 체계 구축이 필요함

- 성과 평가를 위한 독립 정책 연구기관의 설립이 시급함
- 환경 변화에 유연하게 대응할 수 있는 동태적 개혁 추진체계 확립이 중요함

서울대학교 국가미래전략원 의료개혁 TF 외부 토론회

감사합니다

