

보도시점

2024. 8. 30.(금)
위원회 종료 이후

배포

2024. 8. 30.(금)

생명과 지역을 살리는 의료개혁 1차 실행방안 발표

▲전공의 수련 혁신 ▲상급종합병원 구조 전환 ▲필수의료 수가 정상화
▲의료사고 안전망 확충 등 4대 우선 과제 실행방안 제시

필수지역의료 5년간 국가재정 10조 원 + 건강보험 10조 원 병행 집중투자
- 「제6차 의료개혁특별위원회」 개최(8.30.) -

< 의료개혁 1차 실행방안 핵심 내용 >

1. 역량 있는 의료인력 확충

- ▶ 의료인력 수급 추계·조정 논의기구 설치('24) ⇨ 수급 정책 연계
- ▶ 전공의 수련 3대 혁신: 밀착지도 + 수련시간 단축 + 다기관 협력
- * 수련 수당 외 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 중증수술·마취 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 배상보험·공제 확충, 수사 개선 및 형사 특례 추진

대통령 직속 의료개혁특별위원회(이하 “특위”, 위원장: 노연홍)는 당면한 필수 지역의료 위기 극복과 초고령사회 전환에 대비한 의료 개혁 추진 기구로서 지난 4월 25일 출범 후 특위와 산하 전문위원회*(51회 개최, 소위·간담회 포함)의 심도 있는 논의를 통해 의료 현장과 수요자, 전문가의 의견을 수렴하여 의료개혁 이행 방안을 구체화해 왔다.

* 의료인력, 전달체계·지역의료, 필수의료·공정보상, 의료사고안전망

특위는 8월 30일(금) 10시에 개최된 제6차 회의를 통해 4개월에 걸친 논의의 결과물인 ‘의료개혁 1차 실행방안’을 심의·의결하였다.

1차 실행방안은 전공의 수련체계 혁신, 상급종합병원 구조 전환, 중증·필수 수가개선, 의료사고안전망 등 시급히 해결해야 할 현안과 개혁의 기틀을 다지는 우선 개혁과제 중심으로 구체적 실행 방안을 제시하였다. 이와 함께 후속 논의가 필요한 인력운영 혁신, 비급여 관리강화, 실손보험 구조 개혁 등에 대한 검토 방향도 포함하였다.

특위는 1차 실행방안 발표 이후 올해 말과 내년 초에 후속 실행방안을 순차적으로 발표할 계획이다. 이 과정에서 올해 2월 발표한 의료개혁 4대 과제(필수의료 정책 패키지) 외에 국민과 의료 현장의 의견을 반영한 추가 개혁과제에 대한 검토도 추진할 예정이다.

	1차 실행방안(8월)	2차 실행방안(12월)	3차 실행방안('25)
역량 있는 의료인력 확충	<ul style="list-style-type: none"> · 합리적 인력 수급 추계·조정 체계 구축 · 전공의 수련 혁신 및 국가지원 강화 방안 	<ul style="list-style-type: none"> · 공유협력적 인력 운영 체계 혁신 	<ul style="list-style-type: none"> · 독립적 진료역량 확보 지원 방안
혁신적 전달체계 및 지역의료 재건	<ul style="list-style-type: none"> · 상급종합병원 구조 전환 · 혁신적 의료 이용·공급 체계 수립 로드맵 	<ul style="list-style-type: none"> · 일차의료 혁신 	<ul style="list-style-type: none"> · 초고령사회 대비 의료전달체계 확충 (회복기·재활, 재택 등)
필수의료 공정 보상체계 확립	<ul style="list-style-type: none"> · 중증·필수의료 선별 집중 지원방안 · 지불보상 개혁 로드맵 	<ul style="list-style-type: none"> · 비급여 관리 강화 · 실손보험 구조 개혁 	<ul style="list-style-type: none"> · 미용 시장 관리체계 구축
의료사고 안전망 구축	<ul style="list-style-type: none"> · 예방소통 활성화 · 분쟁조정 제도혁신 · 불가항력 사고 보상 강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료사고처리특례법 · 의료사고 책임·종합 보험공제 확충 방안 	<ul style="list-style-type: none"> · 추가 쟁점 과제

‘의료개혁 1차 실행방안’의 주요 내용은 다음과 같다.

1. 역량 있는 의료인력 확충

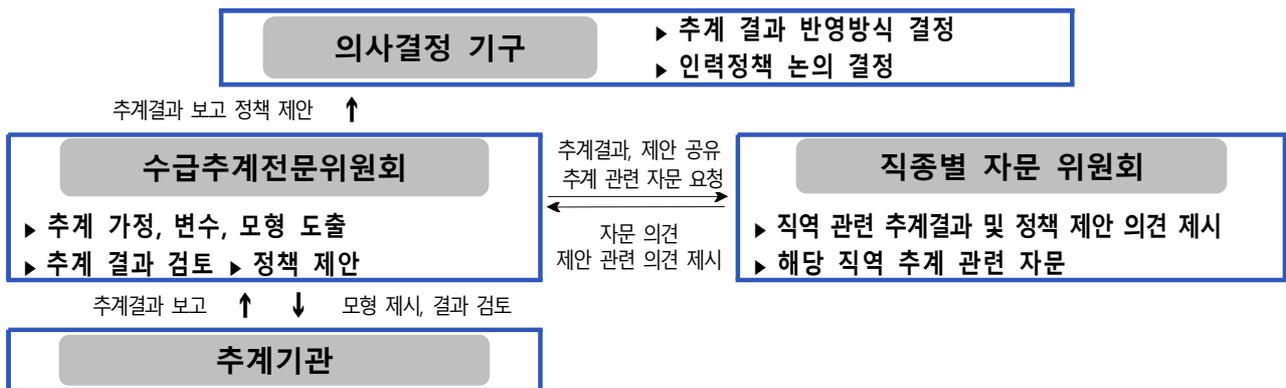
① 의료인력 수급 추계 및 조정시스템을 제도화하여 수급 정책의 전문성, 수용성을 제고하겠습니다.

① 수급 추계·조정을 위한 논의기구를 올해 內 출범한다.

고령화에 따라 급증할 의료수요 대응, 필수·지역의료 강화를 위해 필요한 적정 의료인력 규모를 분석하고, 중장기 인력 수급 정책을 수립하기 위한 의료인력 수급 추계·조정시스템을 구축한다.

수급 추계의 기본 틀인 추계 모형, 모형에 포함되는 변수, 활용 통계 등 추계방식은 새롭게 구성될 논의기구에서 숙의를 통해 결정한다. 논의기구는 수급 추계의 과학적 전문성과 사회적 수용성, 두 가지 측면을 고려하여 역할을 분담하도록 구성한다.

< 논의기구 간 역할 및 구조 >



수급추계 전문위원회는 추계 가정, 변수, 모형 등을 논의하여 결정하고, 수급 추계결과를 의사결정 기구에 보고하는 논의기구로, 공급자·수요자·전문가 단체에서 추천받은 전문가로 구성한다. 이때 공급자의 추천 비중은 50% 이상으로 한다.

직종별 자문위원회는 수급추계 전문위원회에서 추계 논의 시 지역의 특수성이 고려될 수 있도록 자문의견을 제시하는 기구로, 해당 지역 대표가 50% 이상 참여하도록 구성한다.(예시: 의사인력 자문위원회, 간호사인력 자문위원회 등)

의사결정 기구는 수급추계 전문위원회의 수급 추계 결과를 토대로 추계 결과 반영방식 등 인력정책을 논의하고 결정한다.

추계작업 지원을 위한 추계기관으로 내년에 한국보건사회연구원 내에 ‘의료인력수급추계센터’를 설치하고, 중장기적으로는 미국의 HRSA*(보건의료 자원서비스청)와 같은 통합적 인력정책 지원 전문기관으로 발전시켜 나간다.

* 인력·자원 데이터 관리, 수급 추계·분석, 인력정책 등 역할 수행기관

수급추계 전문위원회, 직종별 자문위원회를 구성하기 위한 위원 추천 절차를 9월 중 시작하여, 올해 안에는 논의기구를 출범시킬 계획이다.

② 3~5년 주기 추계를 의사, 간호사부터 시작 후 他 직역으로 확대한다.

우선 의사, 간호사 추계부터 실시하고, 이후 한의사, 치과의사, 약사 등 점진적으로 보건의료 직역을 포괄하여 추계하도록 대상을 넓힐 계획이다. 총 규모 추계가 안정화된 이후에는 진료과별, 지역별 추계도 실시하여 필수 지역의료 인력 수급 정책 수립에 활용한다.

의료계가 참여하여 합리적인 대안을 제시할 경우 `26년 의대 정원 규모 논의도 가능하다.

② 수련체계를 혁신하기 위해 국가 투자를 확대*합니다.

* 예산규모 약 90배 확대(수련수당 外), ('24) 35억 원 → ('25) 3,130억 원

① 지도전문의 1인당 최대 8천만 원 지원하고, 수련 프로그램을 내실화한다.

지도전문의는 병원에서의 바쁜 진료업무와 수련 지도에 대한 기회비용으로 전공의 수련 업무에 많은 시간을 할애하기 어려웠다. 전공의도 교육을 받는 수련생으로서 지위보다 근로자로서의 특성이 강조되어 업무에 과도하게 투입되는 등 개인의 역량 발전에 수련시간을 활용하기 어려운 환경이었다.

내년부터는 지도전문의가 업무시간을 할애하여 전공의를 밀착 지도할 수 있도록 역할을 강화하고, 연간 최대 8천만 원까지 수당을 지급한다. 또한, 전공의가 병동 업무에 투입되지 않고 지도전문의의 밀착지도, 사례토론 등 역량 강화 활동 참여를 보장하는 집중 수련시간 활용을 권고한다.

수련현장에서 부족했던 임상실습 기회 보완을 위한 임상교육훈련센터를 내년에 강원대, 경상국립대 2곳에도 추가 설치 시작하여 `28년까지 모든 국립대병원에 설치(10개소)하고, 필수의료 분야를 중심으로 임상술기 교육 지원(1인당 50만원)*도 확대한다.

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

② 독립적 진료역량 확보를 위해 인턴제를 개편한다.

명확한 책임주체가 없고, 핵심 역량과 무관한 업무를 다수 요구받는 등 형식적 운영*에 그치는 인턴 수련을 책임 지도전문의의 관리하에 내실화 되도록 재정을 지원한다. 난이도 낮은, 위임 가능한 업무 중심으로 인턴과정 전담 지도전문의의 지도하에 진료 참여 기회를 확대하여 밀도 있는 수련이 가능하도록 하면서, 환자 안전도 충분히 확보할 수 있도록 한다.

* 업무 중 핵심 역량과 무관한 내용(65.0%), 인턴 과정 핵심 역량 미습득(50.0%), 무관한 업무 요구(50.8%) 등 불만(`22, 대한전공의협의회)

향후에는 의학회 등 논의를 거쳐 독립진료 역량 강화를 위한 인턴 수련 프로그램 개편 방안에 대해서도 검토할 계획이다.

③ 다기관 협력 수련체계를 도입하여 다양한 임상 역량 습득을 지원한다.

약 70%의 전공의가 수련하고 있는 상급종합병원에서는 중증도 높은 환자 위주의 임상 경험을 하기 때문에 세부 전문 역량 함양에 장점이 있지만, 상대적으로 중증도가 낮고 2차 의료기관 등에서 주로 진료하는 질환군에 대해서는 접하기 어려워 다양하고 폭 넓은 진료역량을 충분히 습득하기 어려운 한계가 있었다.

* 수련 과정 불만 사유(`17. 의협 실태조사): 입원, 중증 환자 등 편중(60.2%, 1순위 답변)

내년부터 **다기관 협력 수련 시범사업**을 도입하여 전문의로서 진료해야 할 다양한 중증도의 환자에 대한 기본진료 역량이 강화되도록 한다. 상급종합병원-진료협력병원 간 협력체계 하에서 중증 환자뿐 아니라, 중등증 이하 환자에 대한 수련 기회를 제공하는 한편, **지역·필수의료**도 경험할 수 있도록 한다.

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

수련 프로그램은 협력체계별로 진료과별 특성을 고려하여 다양한 중증도별 환자를 경험할 수 있도록 탄력적으로 구성하고, 학회 검토와 수련환경평가위원회* 인증 과정을 거쳐 실행한다.

- * 수련환경 개선, 전문의 자격 인정 및 수련 교과과목 등 심의기구



④ 연속 수련 24시간, 주당 수련 72시간으로 단축하는 시범사업을 실시한다.

‘16년 전공의법 제정으로 수련시간을 단축하는 성과*가 있었으나, 의료 사고 예방, 전공의가 수련에 집중할 수 있는 여건을 마련하기 위한 수련 시간 단축 필요성에 대한 지속적으로 문제가 제기되어왔다.

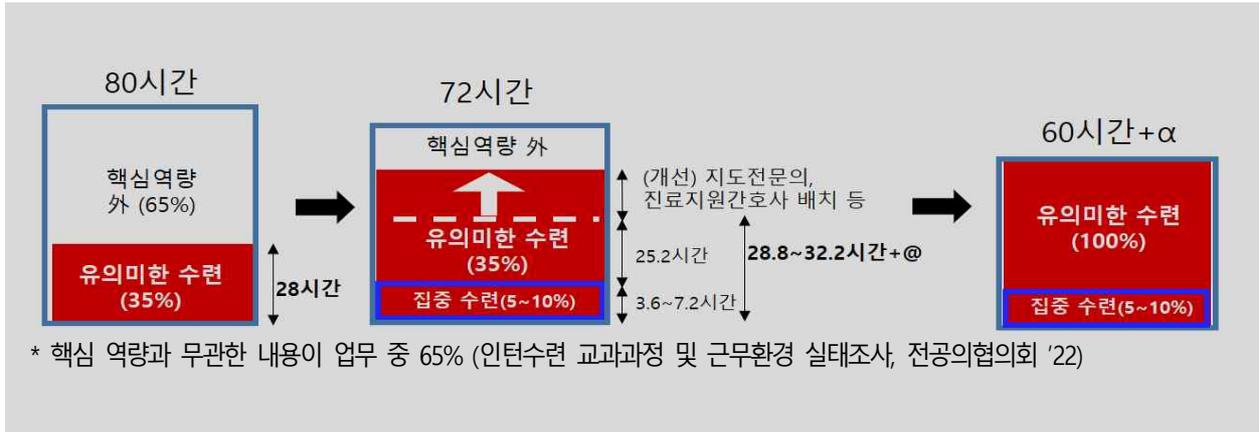
- * 전공의 주당 근무시간: 91.8시간(‘16) → 77.7시간(‘22, 대한전공의협의회)

내년에는 시범사업을 통해 연속 수련을 36→24시간*, 주당 평균 수련을 80→72시간*으로 단축하고, 시범사업 성과평가를 통해 ‘26년에는 수련시간 단축을 제도화한다. 주당 평균 수련시간은 ‘31년까지는 단계적으로 60시간 수준으로 단축해나갈 계획이다.

- * [연속] 응급상황 발생, 인수인계 목적 위해 최대 4시간, [주당] 교육적 목적 위해 1주일 당 최대 8시간
- ⇒ 예외 인정 시간 상한은 기존과 동일

전공의가 역량 강화 활동에 참여할 수 있는 집중 수련시간 적용, 지도 전문의 역할 강화 등을 통한 수련 내실화 등을 통해 총 수련시간은 감소 하더라도 유의미한 수련 시간은 확대되도록 할 예정이다.

< 수련시간 변화 >



수련시간 단축과 함께 전공의 1인당 적정 업무량을 가이드라인으로 규정하는 방안을 검토하는 한편, 필수분야 전공의 등에 대한 연간 1,200만 원의 수련수당 지급 대상*도 대폭 확대한다.

* (‘24) [전공의] 소아청소년과, [전임의] 소아 분야 → (‘25) [전공의] 내과, 외과, 산부인과, 응급의학과, 심장혈관흉부외과, 신경과, 신경외과 추가, [전임의] 분만 분야 추가

⑤ 혁신 기반 강화를 위해 전공의 종합계획과 수련 실태조사를 도입한다.

전공의 관련 대책은 필요할 때마다 단기적 시각에서 논의되었으며, 수련 실태조사는 대한전공의협의회 또는 의사협회 등에 의해 간헐적으로 실시되는 등 전공의 인력에 대해 국가 차원의 정책지원이 미흡했던 측면이 있었다.

중장기적 방향성 하에서 종합적이고 체계적인 전공의 인력 양성 정책이 가능하도록 내년에는 제1차 전공의 종합계획을 수립하고, 정확한 수련 실태 파악을 통한 제도 개선이 이루어질 수 있도록 국가 차원의 3년 주기 수련 실태조사*를 도입한다.

* 인턴·레지던트 과정별, 지역·수련병원 규모별 수련·교육 현황 및 근무 여건 등 조사

③ 지역에서 질 좋은 수련이 가능하도록 지역의 수련병원 여건을 개선하고, 전공의 지역 배치를 확대합니다.

① 지역에 역량 있는 수련병원을 확보하고, 전공의 배정도 확대한다.

지역의료 여건 개선을 위해 비수도권 중심으로 의대 정원을 증원함에 따라, 해당 지역 내에서 충분한 수련 기회를 제공할 수 있는 여건을 마련하는 것이 더욱 중요해졌다.

지역의대를 졸업한 전공의들이 지역에서 수련받고 정착까지 이어갈 수 있도록 지역 수련병원에 대한 투자를 강화하고, 양질의 교육이 가능한 수련 병원이 포함될 수 있도록 지정기준을 합리적으로 설정*하여 지역 내 역량 있는 수련병원을 확보한다.

* 병상, 시설 등 형식적 요건이 아닌 실제 교육 가능 여부를 중심으로 수련병원 지정 검토

지역의 수련여건 개선과 함께 지역에 전공의 배정을 확대해 나가고, 내년에는 비수도권의 전공의 배정 비중을 현 45%에서 50%로 상향하는 것을 검토한다. 또한, 앞으로 합리적 전공의 배정이 가능하도록 기준 개선 방안을 마련한다.

② 수련병원 평가를 강화하여 '31년까지 수련병원을 상향 평준화한다.

지도전문의 수, 진료실적, 의료장비 보유 여부 등 현재 형식적 요건 위주로 이루어지던 수련병원 평가를 내용 중심*으로 전환하고, 평가 내실화와 함께 평가 결과가 수련병원에 대한 인센티브로서 더 확실히 기능할 수 있도록 의료 질 평가 지원금 지급과의 연계 및 차등 지급을 강화한다.

* (현행) 지도전문의 수, 진료실적, 장비 등 →

(개선) 지도전문의 수련·교육 참여 여부 등 현실적으로 수련 가능한 병원인지 평가, '집중 수련시간' 적용 여부, 전공의 실태조사 등 결과 활용

수련환경평가위원회 위원 확대, 사무국 보강 등을 통해 질 중심 평가로의 전환을 지원하도록 하고, 중장기적으로는 미국의 ACGME*(졸업 후 의학교육 인증 위원회)와 같은 한국형 수련 평가기구를 신설하여 여러 기관에 흩어진 수련 병원·프로그램 등 평가기능을 일원화한다.

* 미국의 수련 총괄기구, 병협·의학회 등 7개 단체로 구성, 기관 및 교육프로그램 인증 표준 설정 및 인증 실시

4 1960년대 의료법 제정 이후 지속되어 온 낡은 인력 운영 시스템을 달라진 시대 여건에 맞춰 혁신하는 방안을 검토합니다.

합리적 추계에 기반한 수급 시스템과 내실화된 수련 여건 마련과 함께, 인력수급·양성정책에 따라 배출된 의료인력이 효율적으로 활동할 수 있도록 하는 인력운영 혁신방안에 대해서도 후속 검토할 계획이다.

제한된 인력으로 효율적 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 협력·공유형 인력 운영체계 확립, 직종 간 업무 범위의 합리적 조정* 등을 통해 변화된 보건의료환경을 제도에 반영할 수 있는 방안을 논의한다.

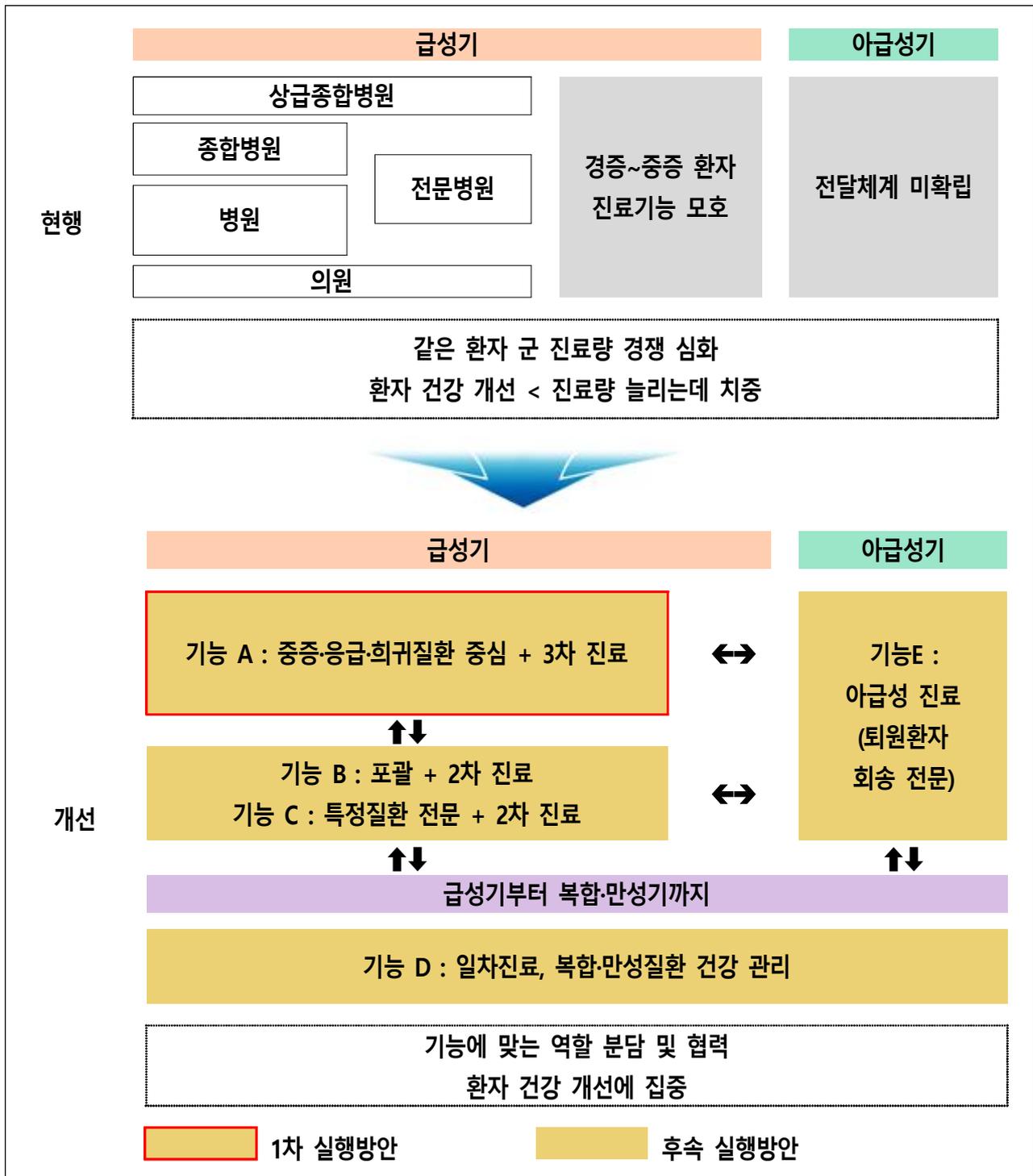
* 선도 과제로 진료지원간호사 제도화(간호법 제정, `24)

환자 안전, 의료 질 향상을 위해 수련제도 개선과 연계한 의사의 독립 진료 역량 확보 방안, 결격사유의 주기적 관리 방안 등에 대해서도 검토해나갈 계획이다.

2. 혁신적 의료 공급·이용체계 및 지역의료 재건

① 진료량 확장, 무한경쟁 ⇨ 환자 중심, 질 제고, 협력체계로 전면 전환
 상급종합병원을 시작으로 쉼 의료체계를 기능 중심으로 재건합니다.

< 의료공급체계 재건 로드맵 >



① 상급종합병원 확 바꾼다.

- ◆ 중증환자 비중 : 現 50% → 改 70% (또는 현행 비중의 50% 상향)
- ◆ 일반병상 감축 : 5~15% 감축 (서울: 1,500병상 이상 병원 일반병상 15% 감축)
- ◆ 전문인력 중심 : 전문의 + 진료지원 간호사 (전공의 현원비중 40→ 20% 단계적 감축)
- ◆ 권역 내 의료기관 간 협력 중추 ◆ 전공의에게 밀도있는 수련

현재의 비상진료체계라는 위기를 기회로 삼아, 지속가능한 중증·응급 중심의 진료체계를 확립하고 바람직한 의료전달체계를 확립할 수 있도록 진료, 진료협력, 병상, 인력, 전공의 수련 5대 분야의 상급종합병원 구조 전환 지원사업을 추진한다.

지원사업에 참여하는 상급종합병원은 중증환자 비중을 3년 내 70%*까지 상향하거나 현행 비중의 50% 이상 높여야 하고, 지역과 병상 규모에 따라 일반병상을 5~15% 감축해야 한다. 비중증 진료를 감축하면서, 전문의와 진료지원간호사 중심으로 업무를 재설계하여 전문인력 중심 병원으로 단계적으로 전환하고 전공의에게 밀도있는 수련을 제공해야 한다.

* 전문진료질병군(DRG-A) 외 2차급 진료협력병원 전문의뢰 환자, 중증응급(KTAS 1~2)으로 응급실 거쳐 입원한 환자, 연령가산 적용되는 소아중증수술 등 포함

< 지원사업 기준(안) >

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

각 의료현장 여건에 맞게 구조전환을 할 수 있도록 3년간 시범사업을 실시한다. 상급종합병원 구조 전환 시, 병상 감축 및 비중증 진료 감소 등으로 비용이 절감되는 점을 고려하여 중증 중심으로 안정적 전환이 가능하도록 중증 중심으로 수가를 인상하고 성과보상을 지원할 예정이다. 특히, 상급종합병원의 응급의료 기능 강화를 위해 응급에 필요한 24시간 진료에 대한 수가도 최초로 신설한다.

< 보상기준(안) >

- ▶ (입원료/중환자실 수가) 50% 수준의 정액 인상
- ▶ (중증수술 수가) 상종 다빈도 등 중증수술 및 마취행위 수가 인상
- ▶ (전문진료/지역가산) 비수도권 상종은 전문의 전문진료 및 권역 내 의뢰·회송 보상 강화
- ▶ (24시간 진료 보상) 당직, 대기비용 등 노력 보상 강화
- ▶ (사후 성과보상) 적합질환 진료 여부, 진료협력 여부 등 성과평가 後 보상

상급종합병원 구조전환 지원사업은 9월 중 시행하여 준비가 된 상급종합병원은 참여할 수 있도록 하면서, 충분한 신청 기간을 두어 각 병원의 여건에 맞춰 준비할 수 있도록 추진할 예정이다. 최대한 많은 상급종합병원과 진료협력 병원이 참여할 수 있도록 하여 바람직한 의료전달체계 확립의 마중물이 되도록 추진하겠다고 밝혔다.

② 2차 병원 육성, 일차의료 시범사업 및 아급성체계 확립도 병행한다.

현재는 병상 수를 기준으로 100병상 이상, 7개 진료과목 이상이면 모두 종합병원으로 분류되어, 같은 종합병원이라도 그 기능과 역량이 상이하다. 이로 인해 국민들은 질환과 증상에 적합한 종합병원을 찾기 어려웠고, 이는 상급종합병원으로의 쏠림을 가속화시키는 원인 중 하나로 작용했다.

앞으로는 2차 병원의 역량을 강화하기 위해 종합병원의 핵심 기능인 포괄적 진료역량과 심·뇌 등 중증 응급 기능을 정립하고, 기능과 성과 평가를 통해 우수한 종합병원에 대한 보상을 강화해 나갈 예정이다.

또한, 전문병원은 심장, 뇌 수지접합, 화상 등 지원이 필요한 필수 전문 진료 중심으로 육성하고, 질환의 역량에 합당한 보상을 할 수 있도록 전문 병원 지정 및 육성체계 전면 개편안을 내년 중 제시할 계획이다.

초고령사회 진입을 앞두고, 복합·만성질환 등 통합적 건강관리 역할을 하는 일차의료 기능을 획기적으로 강화한다. 현재 의원급 의료기관은 개별 전문과목 위주로 환자에게 각 전문과목을 아우르는 통합적 건강관리를 제공하는데 한계가 있다. 앞으로는 의원급 의료기관 중 일차의료 기능을 제대로 수행하는 기관에는 보상을 강화하는 시범사업을 내년에 착수하여 현장에 적용·확산할 예정이다.

회복·재활을 위한 아급성 의료체계도 확립한다. ▲아급성 병원 기능, ▲유형(예: 재활형, 노인질환형), ▲급성-아급성 간 횡적의료체계 구축, ▲적정 보상체계 등을 포함한 육성방안을 후속 과제로 마련할 계획이다.

② 선도적 권역 거점병원의 역량을 대폭 높여 지역완결 의료를 구축하겠습니다.

* 연간 약 2천억 원 지원 / 총 인건비·총정원 규제 혁파/ 교수정원 1천 명 증원 / R&D 강화

① 내년부터 지역 국립대병원에 年 2천억 원 집중 투자하고 총액 인건비와 총 정원 규제 혁파한다.

지역의 거점병원을 역량을 획기적으로 높여 서울 큰 병원에 가지 않아도 중증 응급 최종치료가 가능하도록 필수의료의 지역완결성을 제고하고, 지역의료의 질적 수준 향상을 견인할 수 있도록 추진한다.

이를 위해 국립대병원 수술실, 중환자실 등 시설장비 첨단화 등에 대해 재정 투자를 강화(1,836억 원, '25)한다. 그동안 국립대병원의 필수의료 투자를 저해하던 총액 인건비와 총 정원 규제를 전면 혁파한다. 이를 위해 내년 1월부터 국립대병원은 기타공공기관 지정 예외를 적용*한다.

* KAIST 등 4대 과기원, 기타공공기관 지정 예외 既 적용

지역 국립대병원의 교수정원을 내년 330명 확대를 시작으로 2027년 1천 명까지 확대하고, 지역 국립대병원 특화 R&D 신규 투자(110억 원, 25)를 통해 임상, 교육과 연구 역량을 균형적으로 발전시켜 나간다. 또한, 국립대병원 관리부처를 교육부에서 보건복지부로 이관하기 위한 법 개정을 추진하여 국립대병원이 보건의료 전달체계의 중추 역할을 할 수 있도록 한다.

② 내년 4개 지역 대상으로 8개 진료과목, 96명에게 월 4백만원 지역근무수당 지원, 이를 시작으로 지역의 의대생-전공의-전문의 쏠주기 지원 확대한다.

지역의료인력 확충을 위해 권역 거점병원 육성, 교수정원 확대와 함께 내년 부터 전문의 대상 계약형 필수 의사제를 도입한다. 내년에는 4개 지역, 8개 진료 과목(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 응급의학과, 흉부외과, 신경과, 신경 외과) 전문의 96명을 대상으로 월 4백만 원의 지역근무수당을 지원한다. 지역의료 기관에 장기 근무할 것을 선택한 전문의가 지자체와 계약하는 방식으로 지원이 이루어진다. 이와 함께 정주 여건 개선, 해외연수 기회도 제공한다.

내년 시범사업을 통해 그 효과성을 평가한 후 지자체와 협력하여 본격적 재정 투자를 확대한다. 지역 의대생-전공의가 전문의 자격 취득 이후에도 지역에 정착하도록 하기 위한 경제적·비경제적 지원책은 후속과제로 집중 검토하여 실효성있는 방안을 마련할 계획이다.

앞으로 지역 의대를 졸업하고, 지역 병원에서 수련받으면, 지역의 의료기관 에서 근무할 가능성이 대폭 높아지는 점을 고려하여, 의대생-전공의-전문의 배출까지 전주기 지원을 강화한다.

③ 진료권 기반으로 지역 의료 수요·공급에 맞춰 자원을 관리한다.

기존에는 진료권 구분이 제도마다 달라* 필수의료 수급 현황을 체계적으로 분석 하는데 한계가 있었다. 예를 들면, 어떤 진료권에서는 필수의료 센터가 과잉 공급 되어 진료량이 쌓이지 못해 전반적인 진료역량이 떨어지고, 어떤 진료권에서는 필수의료 센터가 부족하여, 골든타임 내 의료기관을 찾기가 어려웠다.

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

앞으로는 의료자원 수급 현황을 체계적으로 분석할 수 있도록 환자들의 실제 의료 이용행태를 고려한 진료권을 체계화하고 이를 종합한 ‘지역의료지도’ 를 마련한다.

지역의료지도는 인구, 소득, 고령화 등 의료수요와 필수의료 공급 상황 등 의료공급 요소를 종합적으로 지표화 하여, 지역수가와 각종 의료기준, 평가에 반영하여 서울과 지역의 균형적인 의료발전을 도모한다.

또한, 과도한 병상 확장은 억제하고, 지역 여건에 맞는 적정 병상을 갖추도록 병상 관리제를 강화한다. 국가병상 시책에 맞춰 지자체별로 과잉병상 지역은 병상 신증설을 제한하고, 앞으로 100병상 이상의 종합병원 신증설 시에는 복지부 장관의 사전승인을 받도록 의료법 개정을 추진한다.

지역의료의 지속적인 투자와 지원을 위해 지역의료 지원에 대한 법적 근거를 마련하고, 필수의료특별회계와 지역의료발전기금 등 별도의 안정적 재정 지원 체계도 신설한다.

③ 「의료기관 對 의료기관」의 전문의뢰제 도입 등 환자의 질환과 중증도에 적합한 의료이용을 적극 지원합니다.

① 경증환자가 꼭 큰 병원 가지않아도 되도록 의료 접근성 제고한다.

만성·경증질환자의 의료이용 편의 증진과 지속적인 건강관리 등을 위해 현재 시범사업으로 추진 중인 비대면진료를 제도화하고, 동네병의원을 이용하는 것이 바람직한 대표적 외래 경증질환을 현행 105개에서 추가 확대한다. 이 경우, 해당 경증질환으로 상급종합병원을 이용하면 진료비 전액을 부담해야 하지만, 의원을 이용하면 30%만 부담하면 된다.

② 소비자 중심으로 의료 정보 제공을 확대한다.

의료 소비자가 보다 정확한 정보를 인지하고 의료이용을 하거나 의사와 소통할 수 있도록 의료정보 플랫폼을 구축한다.

건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 정부와 공공기관이 보유한 정보를 활용하여, 소비자와 환자가 쉽게 알 수 있는 의료정보를 제공할 수 있도록 추진한다. 세부적인 정보공개 항목은 소비자, 환자단체의 의견을 수렴하고 정보 활용

근거 등 관련법 개정을 추진하여 내년 중 구축할 수 있도록 할 계획이다.

* 제공항목 예시 : 각종 평가 결과, 의료기관별 보장률, 행정처분 이력, 의료인 정보, 비급여 정보 등

**③ 환자 질환과 중증도에 맞는 의료 이용을 위해 “전문의뢰체계”를 확립하고
경증환자는 대형병원보다 지역 병의원 이용토록 “비용구조”를 개편한다.**

먼저, 의료기관 진입 단계부터 의학적 판단에 따른 가장 적합한 의료기관을 이용할 수 있도록 「전문의뢰체계」를 확립한다. 지금까지는 환자가 형식적 의뢰서를 기반으로 의료기관을 찾아다니게 되어, 환자도 불편하고 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림현상이 가속화되는 원인이었다.

앞으로는 ‘전문의뢰제’를 도입하여 의사가 환자와의 소통을 기반으로 지역 내의 적절한 의료기관으로 직접 진료예약을 하고, 이 경우 최우선 진료를 받을 수 있도록 신속 의뢰체계(패스트트랙)를 확립한다. 이러한 전문의뢰제도를 의료 소비자와 공급자가 많이 이용할 수 있도록 수가 보상과 이용 인센티브를 강화해 나간다.

전문의뢰제는 환자-의료기관이 적응해나갈 수 있도록 상급종합병원 구조 전환 시범사업과 연계해 시범 운영한 뒤 확산해나갈 계획이다.

< 전문의뢰제 개요 >

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

다음으로, 환자의 비용부담 구조도 재설계한다.

먼저 권역과 지역 응급의료센터는 중증응급 환자 중심으로 이용하여, 적절한 시간 내 치료를 받을 수 있도록 KTAS 4~5의 경증과 비응급 환자가 이용할 경우 외래진료비 본인부담을 상향하고 경증 응급환자가 이용할 수 있는 지역의료기관, 발열클리닉 등을 확대를 병행한다.

또한, 경증환자는 상급종합병원 보다 지역 병의원을 이용하도록 추진한다. 2차급 병원 의뢰서가 없거나 산정특례 진단 등 예외적인 사유가 아닌 경우에는 외래진료비를 현행 60%에서 전액 본인 부담토록 상향한다. 먼저 재난상황에서 도입 후 이용 상황을 모니터링하면서 확대를 검토해나갈 예정이다.

아울러, 상급종합병원 구조전환 지원사업 등과 연계해 진료협력병원 내에서, 2차급 병원의 전문적인 상급종합병원 의뢰에 대해서는 비용 부담을 경감하는 방안도 함께 검토한다.

▲ 환자가 미리 갈 병원을 정하고 의사에게 의뢰서 작성을 요청하여 이를 거부하거나, ▲ 해당 의료기관에서 치료할 중증도의 환자가 아니어서 다른 병원으로 전원을 시키는 경우는 진료 거부에 해당하지 않는다는 것도 명확히한다.

3. 필수의료 강화를 위한 충분하고 공정한 보상체계 확립

① 전체 건보수가 정밀 분석, 저수가는 없애고 적정수가로 전면 혁신
오랜 기간 문제되어 온 수가 구조 불균형 확실히 개선하겠습니다.

① '24.하반기 8백여개 → '25.상반기 누적 1천여개 → '27년 내 누적 3천여개
저보상 수가 조정 : 원가보상률의 100%로 정상화한다.

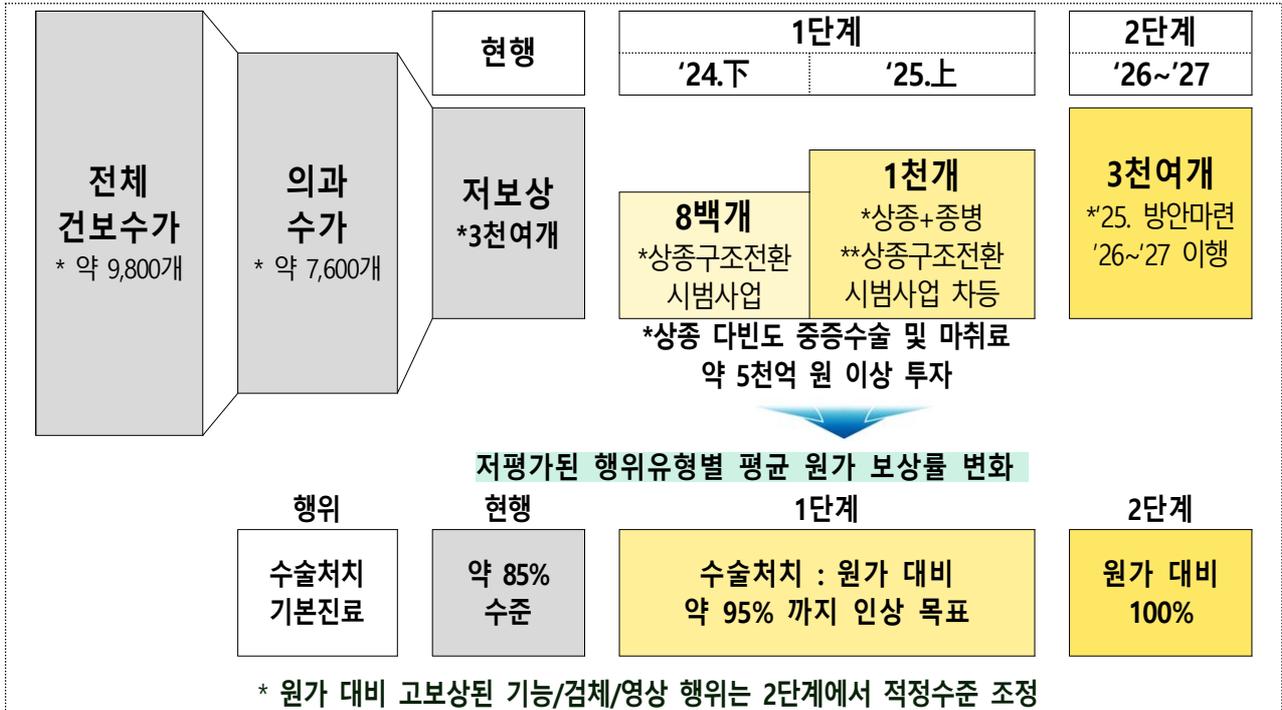
올해 하반기부터 생명과 직결된 중증수술과 이에 필수적인 마취 수가를 대폭 인상하고, 이를 시작으로 전체 건강보험 수가*를 과학적으로 분석하여 2027년까지 저수가 문제를 해결해 나간다.

* 현행 건보수가 전체 9,800여개/ 의과 7,400여개 / 종합병원 이상 청구된 행위 중 低보상 약 3천여개 추정

먼저 구조전환 지원사업과 연계해, 상급종합병원에서 주로 이루어지는 중증수술 약 8백여개*와 수술에 필수적인 마취 수가를 올해 하반기부터 인상한다.

* 중증암 및 응급 후속진료에 필수적인 수술 등

【 원가보상률 대비 低보상 분야 조정방안 예시 】



여기에 더하여 내년 상반기까지는 누적 1천여개 중증 수술과 마취 행위에 대해 종합병원급 이상까지 인상하고, 구조전환 사업에 참여한 상급종합병원은 추가로 인상하여 중증수술과 마취 수가를 집중 보상한다. 이를 위해 연간 약 5천억 원 이상을 투입한다.

내년에는 과학적인 원가 분석에 기반하여, 전체 건보수가의 보상수준을 재점검하고, 3천여개 등 저보상된 분야와 고보상된 분야의 수가 조정방안을 마련하고, 2027년까지 이행할 계획이다.

이를 통해 의료공급체계 왜곡의 주 요인으로 지목되어 온 저수가 문제를 해결하고 균형 수준의 적정수가로의 전환이 이루어질 것으로 기대된다.

② 과학적인 비용 분석을 근거로 한 주기적인 수가 조정체계를 확립한다.

수가 조정이 어려운 이유 중 하나가 과학적 근거 데이터가 부족했었던 데 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해 건강보험심의위원회 內 의료비용분석 위원회 운영을 활성화하고, 여기서 논의할 과학적 원가 분석 기반을 강화한다.

이를 기반으로 과소, 과잉 보상 방지를 위해 수가의 수시 조정체계를 마련하고, 상대가치개편 주기를 기존 4~7년에서 2년 이내로 단축한다. 이에 따라 올해 제3차 상대가치개편을 시행한데 이어, 2026년에는 제4차 상대가치 개편을 적용할 수 있도록 내년에 개편 작업을 마무리할 계획이다.

③ 종별, 분야별 수가 왜곡이 생기지 않고, 보상이 필요한 분야에 집중 지원이 이루어지도록 “수가 결정구조 개편”을 추진한다.

의료행위의 가격인 건강보험 수가는 크게 상대가치점수와 점수당 단가인 환산지수로 결정된다. * 행위별 상대가치점수 × 환산지수(점수 당 단가) × 종별 가산율

현행 수가 결정구조에서는 ▲ 행위유형별 상대가치점수 불균형이 지속되고, ▲ 병원보다 의원의 환산지수가 높은 역전 현상이 발생하고 있으며, ▲ 보상 필요성과 무관한 일률적 환산지수 인상 등 각 영역에서 불균형이 존재하고 있다.

이러한 불균형을 해소하기 위해 환산지수와 상대가치점수 결정방식을 근본적으로 개편하는 방안을 내년까지 마련하여 시행할 수 있도록 추진한다. 우선 환산지수가 과학적 근거에 따라 조정되는 기반을 마련하고, 환산지수와 상대가치 각각의 불균형이 어느 정도 해소된 이후에는 환산지수와 상대가치를 통합하되 의원과 병원급을 구분하여 각각의 기능에 맞는 행위에 최우선 보상이 이루어지도록 수가 결정구조를 전면 개편한다.

<개편 방향>			
구분	문제점	1단계 개편	2단계 개편
환산 지수	<ul style="list-style-type: none"> - 의원-병원 등 기관별 계약 * 종별 역전현상, 과학적 근거보다 이해관계 영향 등 우려 	<ul style="list-style-type: none"> - 환산지수 전면 개편 추진 * 종별 역전현상 해소, 과학적 근거에 따른 인상 	<ul style="list-style-type: none"> - 환산지수 + 상대가치 완전 연계 체계 전환 검토 * 의원 병원간 자원투입구조, 운영행태 상이성 반영 * 수가 인상분이 우선순위 높은 필수의료에 최우선 배분되는 구조 확립
상대 가치	<ul style="list-style-type: none"> - 의원-병원 행위유형 일괄 인상 * 자원 투입구조 등 다른 운영행태 반영한 핀셋 조정 한계 	<ul style="list-style-type: none"> - 의원-병원 간 상대가치 핀셋 조정 확대 * 예: 현 상대가치 下 병원은 수술/입원 인상, 의원은 외래 진찰 인상 등 	

【 참고: 건강보험 수가 개선 로드맵 】

◆ 2028년까지 「10조 원 + α」 이상 투자
 * 분야별로 공급부족(중증응급 등) 5조 원 이상 / 수요부족(소아, 분만 등) 3조 원 이상 / 네트워크 협력분야 2조 원 이상 / 상급종합병원 구조전환 등 의료개혁 추진 +α 투자

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

【 저수가 퇴출 추진방안 】

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



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

2 6대 우선순위와 4대 공공정책수가를 중심으로 보상을 강화합니다.

1 6대 우선순위 분야에는 집중 투자한다.

같은 행위라고 하더라도, 더 많은 노력이 들어 우선적인 집중투자가 필요한 “6대 우선 투자분야” 를 정하고 이에 대한 보상을 강화한다.

< 집중투자 우선순위 >

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

또한 가장 효과적인 방법으로 건강보험을 투입하기 위해 ▲특정 진료과목이 아닌 서비스와 질환 중심으로, ▲의료기관 종별 획일적 보상이 아닌 의료기관 기능에 부합한 보상이 이루어지도록 추진한다.

2 4대 공공정책수가를 확립하고, 확산해 나간다.

행위별 수가에 그간 충분히 반영되지 않은 ▲난이도와 위험도, ▲숙련도, ▲응급진료 대기, ▲지역의 4대 요소를 공공정책수가에 반영한다. 이에 따라 금년 하반기에는 24시간 진료에 대한 건강보험 보상을 최초로 신설하고 상급 종합병원 구조전환 사업에 우선 적용한다. 또한 공공정책수가의 체계적 운영을 위해 건정심 내에 공공정책수가 운영위원회를 올해 하반기 설치·운영한다.

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

3 행위량이 아닌 성과, 가치에 기반한 대안적 지불을 확대합니다.

1 획일적 종별 가산제도에서 탈피해 성과에 기반한 보상으로 전환한다.

상급종합병원이면 무조건 최고의 가산율을 적용하는 획일적인 종별 가산 제도를 기능 및 성과 가산제로 전환한다. 의료 질 평가지원금과 종별가산금, 적정성 평가 인센티브 등을 통합하고 추가 재원을 투입, 약 2조 원의 성과보상 재원을 확보하여 각 의료기관에 총액으로 보상금을 지원할 예정이다.

적합질환 진료여부, 진료효과성, 지역필수의료 역할 등을 종합 평가하여 우수한 의료기관의 경우에는 종별과 무관하게 가장 높은 보상금을 지급받을 수 있도록 추진한다. 기존의 행위별 진료심사에서 벗어나 의료의 질, 성과 및 진료비를 함께 보는 EMR 기반의 심사·평가체계의 전환도 함께 추진한다. 각종 평가체계 재정비에 드는 시간을 고려하여, '27년 본격 적용을 목표로 단계적으로 전환해 나갈 예정이다.

2 지역의료 혁신 시범사업을 금년 하반기부터 추진한다.

권역 내 인구집단을 대상으로 환자 중심의 포괄적 의료서비스를 제공하는 시범사업을 빠르면 금년 하반기부터 추진한다. 행위별 수가제를 벗어나 환자 경험, 치료결과 등 성과와 연계하여 책임의료조직에 비용을 보상하는 방식의 시범사업으로 3년간 권역 당 최대 500억 원의 보상을 추진할 예정이다.

< 지역의료 혁신 시범사업(안) >

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

④ 비급여 정보 제공 확대, 표준화로 합리적 이용공급 기반을 만듭니다. 非중증 과잉 비급여는 병행진료 급여 제한 등 관리를 강화합니다.

① 비급여 모니터링 강화 및 정보 제공 확대로 합리적 선택을 지원한다.

비급여 보고제도와 비급여 실태조사를 통해 항목별 단가뿐만 아니라 총 진료비, 유효성·안전성 평가 결과, 대체 가능한 급여진료 등 소비자가 원하는 정보를 제공하고, 각종 비급여 관련 정보를 한눈에 알 수 있도록 비급여 통합 포털 개설을 추진한다.

② 비급여 분류를 체계화하고 명칭, 진료기준 등 전반적 표준화를 추진한다.

그동안 비급여 분류체계가 명확하지 않아 어떤 비급여인지 알기 어렵고 의료기관마다 비급여 진료기준과 가격 편차가 큰 경우가 있어 달라 환자·소비자들의 비급여 의료서비스 선택에 어려움이 있었다.

이러한 문제를 해결하기 위해 의료 현장의 의견을 수렴하여 비급여 분류체계를 정비하고 비급여 표준 진료 지침, 표준 명칭·코드 등을 개발하여 의료기관별로 무질서하게 사용되던 미용·영양 주사 등 선택적 비급여부터 누구나 쉽게 알 수 있도록 표준화하는 방안을 검토한다.

이와 함께 가격 편차가 큰 비급여 항목에 대해서는 의료계 협의를 통해 시장 가격 또는 급여 가격 기반으로 참고가격을 고시함으로써 적정 가격 설정을 유도하는 방안 도입을 검토한다.

* (해외사례) (獨) 연방보건부가 의료계·보험업계 협의를 통해 가격 가이드라인(GOÄ) 설정, GOÄ에서 정한 가중치(통상 1~2.3배 / 최대 7배, 2.3배 초과시 동의 필요)

③ 비중증 과잉 비급여는 병행진료 급여제한 등 집중 관리한다.

도수치료 등 남용 경향이 뚜렷한 非중증 비급여 진료에 대해서는 의학적 필수성이 낮은 경우 건강보험 급여와 병행하여 진료 시 급여를 제한하는 방안을 검토한다.

또한 비중증 과잉 비급여 중 의학적 필수성이 불명확한 경우에는 현행 선별급여제도 내에 병행진료 관리급여를 신설하여 본인부담 강화, 가격설정, 진료데이터 확인 등 건강보험체계 내에서 관리 방안을 모색한다.

이와 함께, 한국보건의료연구원의 주기적 의료기술 재평가와 효과성 검증을 통해 효과성이 없거나 안전성 등에서 문제가 되는 기술은 비급여 항목에서 퇴출하는 방안도 검토한다.

< 비급여 유형별 관리방향(안) >

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

④ 미용시장 관리체계를 구축한다.

미용 행위에 대한 분류 기준을 마련하여 의사가 수행하는 미용 의료와 그렇지 않은 미용 서비스를 명확히 구분하고, 그 기준에 따라 의료기기와 미용기기 분류를 개선하는 방안을 검토한다. 이를 통해 국민 보건과 서비스 접근성 모두를 고려한 미용 시장에 대한 관리체계를 확립하고자 한다.

또한 안전성 확보가 가능한 경미한 미용 목적 행위는 일정 자격요건을 갖출 경우 시술을 허용하여 국민의 미용서비스 접근성을 높이는 방안을 검토할 계획이다. 다만, 미용 행위 분류와 자격 기준 마련은 다양한 쟁점이 존재할 수 있으므로 해외사례 분석 등 정책연구를 통해 합리적 개선 방안을 마련하고 의료계를 포함한 각계 의견수렴을 거쳐 향후 특위에서 논의할 예정이다.

⑤ 실손보험의 역할을 재정립하고 비급여 과잉 팽창을 억제하기 위해 상품구조 정상화를 추진합니다. ※ 금융위 보험개혁위원회 논의 연계

① 건강보험 본인부담금의 실손보험 보장을 합리화한다.

실손보험이 건강보험 본인부담금을 전액 또는 상당부분 보장함에 따라 비용의식 약화로 중증도에 맞는 의료 이용을 유인하기 위한 건강보험 본인

부담제도의 기능이 작동하기 어려워 경증비용급 환자의 상급종합병원, 응급실 이용을 유발한다는 지적이 있어왔다.

이러한 문제를 해결하고 건강보험과 실손보험 간의 역할을 정립할 수 있도록 새로운 실손보험 상품의 건강보험 본인부담금의 보장을 합리화하는 방안을 모색한다. 이와 함께 공사보험 제도의 중요사항 결정시 복지부와 금융위의 사전 협의를 제도화하여 상호 제도개선 및 협업체계를 강화하는 방안을 검토한다.

② 신규 실손보험 상품의 보장범위 및 기준을 보건정책과 연계한다.

과잉 진료 방지를 위해 신규 실손보험 상품의 본인부담을 강화하거나, 비급여 보장 범위 및 수준을 합리화하는 방안을 검토한다.

또한 실손보험의 비급여 기준 및 가격설정 구조에 의료기관을 참여시키고 심사 체계를 구축하는 등 진료량 및 수준이 적정하게 관리되는 기제를 마련하는 방안을 향후 특위 논의 등을 통해 모색한다.

4. 환자·의료진 모두의 의료사고안전망 구축

① 소모적 소송을 최소화 하기 위해 의료사고 시 환자와 의료인 간 소통을 지원하고 '의료분쟁 조정제도'의 공신력을 높입니다.

① 의료사고 발생 시 환자와 의료진 간 소통이 활성화될 수 있도록 제도적 여건을 마련하여 의료사고 초기 환자와 의료진 불필요한 갈등을 줄인다.

그동안 의료사고 발생 초기 의료진과 의료기관은 민·형사상 법적 부담으로 인해 의료사고에 대한 상세한 설명과 유감 표시 등에 소극적이었다. 이로 인해, 환자와 의료진 간 불신과 갈등 악화로 소모적 소송 제기 등이 발생하여 왔다.

이를 해결하기 위해 미국, 캐나다, 호주 등 주요국에서는 의료사고 소통 지침 등을 개발하여 의료사고 발생 시 환자와 의료진 간 소통을 활성화하고 있다.

이러한 해외사례를 참고하여 의료사고 설명과정에서 발생하는 유감 또는 사과 표현 등이 수사나 재판과정에서 불리하게 작용되지 않도록 제도화를 추진하고 환자와 의료진 간 소통 증진을 위한 표준 가이드라인 제공과 교육·상담 지원 등도 병행하고자 한다.

< 의료사고 소통 지원 법제화 주요 내용 및 해외사례 >

▶ 의료사고 소통 지원 법제화 주요 내용

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

▶ 의료사고 소통법(disclosure law) 해외사례

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

② 의료분쟁 조정절차 중 환자 조력 및 균형적 감정 체계를 확립하여

공적 의료사고 입증체계를 구현하고 투명한 제도운영을 통해 신뢰성을 높인다.

2012년 의료분쟁 조정제도가 도입된 이후 소송 제기 없이도 신속하게 의료분쟁을 해결한다는 점에 의의가 있었으나, 환자, 의료계 모두 의료사고 감정과 조정·중재 절차의 객관성과 공정성 강화가 필요하다는 지적을 지속 제기*되어 왔다.

* (환자) 환자-의료진 간 정보 비대칭성, 감정·조정의 편향성, 낮은 배상금 결정 등 (의료진) 의학적 근거가 미흡한 감정 결과, 과실 인정 여부 불문 조정 유도 경향

이에, 의료분쟁 조정절차 중 **의학적·법적 지식이 부족한 환자를 조력**하는 가칭 ‘**환자 대변인**’을 신설하고 의료진뿐만 아니라 환자, 소비자, 법조인 등 사회 각계가 참여하여 의료사고의 실체를 다양한 관점에서 규명하는 **컨퍼런스 감정*** 체계를 강화한다.

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

< 환자 대변인 도입 모델 방안 >

- ▶ 대상: 사망, 1개월 이상 의식불명, 영구장애 발생 등 중상해 발생 사건
- ▶ 지원대상: 환자 대변인 활용 희망 환자·보호자
- ▶ 대변인의 역할
 - ① 신청서 작성 지원: 과실, 인과성 판단 핵심 쟁점 검토·제시
 - ② 감정 쟁점 의견서 작성: 해당 사고의 원인을 파악하기 위한 주요 쟁점 의견서 작성
 - ③ 조정 심리 준비: 감정 결과 바탕 주요 조정 쟁점 검토·제시
 - ④ 합리적 배상액 기준 제시: 합리적 배상 범위 및 기준 제시

또한 의료감정의 일관성과 전문성 제고를 위해 사망 등 중대 사고에 대해서는 2인 이상의 의료인이 참여하는 복수·교차 감정 체계를 도입하고 표준감정서 지침 개발과 전문 감정교육 등을 실시하고자 한다.

< 의료감정 강화 방안 >

- ▶ 의학적 감정 강화: (現) 의료인 1명 참여 → (改) 사망 등 자동개시 사건 대상 의료인 2~3명, 복수 의료인 감정위원 간 교차 감정 실시
- ▶ 당사자 진술 보장: 당사자(환자, 의료인) 감정 쟁점 및 의견 제시 기회 보장
- ▶ 감정위원 역할 분담: 의료인 감정위원 의학적 소견 작성, 非의료인 감정위원 쟁점 제기
- ▶ 표준 감정서 작성 지침개발 + 전문 감정교육 및 감정위원 인증제 실시

아울러, 투명한 제도운영을 위해 환자, 소비자, 의료인단체 등이 참여하는 **가칭 '국민 움부즈만'** 제도를 도입하고 감정 불복절차 신설 및 조정협의 기회 확대 등도 「의료분쟁조정법」 개정을 통해 시행할 예정이다.

② 의료사고 배상보험·공제 활성화를 통해 고액 배상위험 완화하고 불가항력 사고 국가보상은 대폭 확대합니다. (최대 3천만원 → 3억 원)

① 의료사고배상 책임·종합보험 및 공제 활성화로 고액 배상위험을 완화한다.

고액 민사 배상액 부담 완화와 신속하고 충분한 보상 처리를 의료사고 책임·종합보험 상품 확대하고 공제체계 도입을 추진한다. 아울러, 내년부터

의료사고 위험도가 높은 필수 진료과* 전공의 및 전문의를 대상으로 의료사고 배상 책임보험·공제 보험료 일부(30%, 50억 원)를 국가가 지원한다.

- * ▲전공의: 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 응급의학과, 흉부심장혈관외과 등 8개 진료과
- ▲ 전문의: 산부인과, 소아청소년과

< 사회보험 국가 의료사고 배상보험 사례 >

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

아울러, 건강보험 수가의 상대가치 산정 시 의료사고 위험도를 반영하여 고위험 필수의료행위에 대한 보상을 강화하는 방안도 후속 검토한다.

② 불가항력 사고 보상 한도를 민사 배상액을 고려해 상향하고

분만 사고 외 인정 범위를 확대하는 등 지원체계 개선을 검토한다.

현행 불가항력 분만 의료사고 최대 보상 한도를 3천만원에서 3억 원으로 확대한다. 또한, 해외사례, 의학적 근거 등을 고려해 불가항력 사고 범위를 분만 이외에도 중증 소아, 중증 응급수술 등으로 확대하는 방안도 검토한다.

③ 의료감정·조정 결과를 활용한 수사를 통해 대면조사는 최소화하고 최선을 다한 진료를 보호하는 형사 특례 법제화를 추진합니다.

① ‘의료분쟁 조정’ 감정·조정 결과를 수사에 활용해 대면 소환조사 최소화한다.

의료분쟁조정제도의 의료감정 및 조정 결과를 수사 과정에 공유·활용하여 불필요한 대면 조사를 최소화한다. 의료사고의 특성상 고도의 의학적 지식을 요구하기 때문에 그간 수사 과정에서도 의학적 자문 등이 적극 활용되어 왔다.

이에, 의료분쟁 조정절차와 형사절차 간 연계를 통해 사실관계 확인부터

의료과실 여부에 대한 의학적 감정 결과들을 수사 과정에 활용해 대면 조사를 최소화하여 신속히 수사를 진행할 방침이다.

< 의료분쟁 조정절차-형사절차 연계 방안 예시 >

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

② 최선을 다한 진료 보호를 위한 의료사고 형사 특례 법제화 추진한다.

응급, 심뇌, 분만, 중증 소아 등 고위험 필수의료 중심으로 최선을 다한 진료행위를 법적으로 보호할 수 있는 의료사고 형사 특례 법제화를 추진한다.

특히, 형사 소송 부담 등으로 인해 필수의료행위와 진료과에 대한 기피 현상이 발생하고 있다는 점을 고려해 명백한 중과실이 아닌 의료사고에 대해서는 형사 특례를 적용하는 방안을 검토한다.

특례 적용의 전제로서 의료사고 설명 및 의료분쟁 조정절차 참여, 책임·종합 보험 가입 등을 강화하는 방안을 모색한다. 다만, 특례 적용, 요건, 범위 등에 대한 의료계와 환자·소비자단체 간 의견 차이가 있는 만큼, 세부적인 법제화 방안 등은 특위와 전문위 논의를 통해 구체화해 나갈 예정이다.

위와 같은 의료개혁 이행을 뒷받침하기 위해, 정부는 앞으로 5년 동안 국가재정 10조 원과 건강보험 10조 원 이상, 총 20조 원 이상 투입한다.

그간 의료재정 지원은 건강보험 수가 위주로 이루어진 방식에서 탈피하여, 필수의료, 지역의료 인프라 및 인력에 국가 재정투자를 대폭 확대한다. 전공의 수련 등 의료인력 양성, 지역의료 확충, 필수의료 기능 강화, 필수의료 R&D를 중심으로 국비를 집중 투자하며, 올해 기준 8천억 원 수준에서 내년에는 2배 이상 늘어난 총 2조 원 규모의 국가재정을 투입한다.

< 의료개혁 분야별 투자계획(안) >

의료인력 국가 지원	지역의료 확충	필수의료 기능 강화	필수의료 R&D
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의대교육 선진화 ▶ 전공의 수련 지원 ▶ 의료사고 안전망 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 국립대병원 인프라 확충 ▶ 지역의료 역량 강화 ▶ 지역필수의사제 등 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 응급 역량 강화 ▶ 암 심뇌 등 진료기반 확충 ▶ 장애인 등 약자의료 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 지역연구역량 강화 ▶ 연구 인프라 구축 ▶ 의사과학자 양성
(24) 0.3천억 → (25) 8천억 원	(24) 2.3천억 → (25) 5천억 원	(24) 3.9천억 → (25) 4.5천억 원	(24) 2천억 → (25) 2.7천억 원

건강보험 또한 기존 보상체계를 혁신하고, 국민의 생명과 건강에 직결되나 저평가된 필수의료 분야를 선별하여 건강보험 재정을 집중 지원한다.

노연홍 특위 위원장은 “이번 의료개혁 실행방안을 통해 우수하고 지속 가능한 대한민국 의료시스템으로 질적 도약을 위한 전기를 마련” 했다고 강조하면서 “인력, 인프라, 재정 등 모든 측면에서 전면적 구조 개혁과 혁신을 추진하여 필수지역의료 혁신과 재건을 견인할 수 있도록 하겠다.” 고 밝혔다.

조규홍 보건복지부 장관은 “의료개혁 완수를 위해 정부는 과감한 재정 투자, 법·제도 개선에 모든 역량을 집중할 계획으로 모든 국민이 언제 어디서나 필요한 의료서비스를 안심하고 이용하고, 필수지역의료 인력이 자긍심을 가질 수 있는 새로운 대한민국 의료 만들기에 박차를 가하겠다.” 고 강조하였다.

- <붙임> 1. 제6차 의료개혁특별위원회 개요
 2. '25년 보건복지부 예산안 편성 주요 내용
 3. '25년 의료개혁 예산 총괄표
 4. 의료개혁을 통해 달라지는 국민의 삶

<붙임> 의료개혁 1차 실행방안

담당 부서 (총괄, 안전망)	의료개혁추진단 의료개혁총괄과	책임자	과장	강 준 (044-202-1860)
		담당자	사무관	권용진 (044-202-1861)
담당 부서 (전달체계, 공정보상)	의료개혁추진단 의료체계혁신과	책임자	과장	유정민 (044-202-1870)
		담당자	사무관	성경은 (044-202-1873)
담당 부서 (인력)	의료개혁추진단 의료인력혁신과	책임자	과장	강슬기 (044-202-1880)
		담당자	사무관	양대형 (044-202-1883)



일 시: '24. 8. 30.(금) 10:30~12:00

장 소: 정부서울청사 9층 대회의실

참석자

○ (정부위원) 복지부 장관, 기재부 제1차관, 금융위원장 등 5인

○ (민간위원) 위원장, 공급자·수요자단체 추천, 관계부처 추천 민간위원 18인

논의안건

① (보고) 전차 회의(제5차 회의(7.11.)) 결과 보고

② (심의) 의료개혁 1차 실행방안(안)

진행순서(안) * 주재 : 특위 위원장

시간		주요 내용	비고
10:30~10:35	'5	모두 말씀	위원장
10:35~11:25	'50	안건보고 및 토의	추진단장
11:25~11:55	'30	질의응답 및 종합토의	정부·민간 위원
11:55~12:00	'5	마무리 말씀	위원장

2025년 보건복지부 예산안 125조 6565억원 편성

올해 대비 7.4%
8조 6120억원 *보육예산 제외



2024. 8. 30. 보건복지부

생명과 **지역**을 살리는 **의료개혁**을 흔들림 없이 완수하겠습니다.

전공의 수련환경·교육의 질 획기적 개선

- 전공의 수련 국가 지원 강화, 필수과목 전공의·전임의 수당 지원 확대

의료인력 양성 및
적정 수급관리
예산(안)

2024년 **291**억원 → 2025년 **3922**억원

3631억원

2024년 2025년

- ▶ 수련환경 혁신 : (2025년 정부안) **3089**억원(신규)
- ▶ 수련수당 : (2024년) **44**억원 → (2025년 정부안) **589**억원(**545**억원 ↑)

필수의료 지원 확대

- 암 치료 선진화 추진
- 소아 야간·휴일 외래진료 지원
- 필수의료 분야 전공의 및 전문의(산부인과, 소아청소년과) 보험료 지원



필수의료
관련
예산(안)

- ▶ 암 진료 : (2024년) 201억원 → (2025년 정부안) **420**억원(**219**억원 ↑)
- ▶ 응급의료 : (2024년) 2492억원 → (2025년 정부안) **2736**억원(**244**억원 ↑)
- ▶ 필수의료 보험료 : (2025년 정부안) **50**억원(신규)

R&D 투자 확대로 바이오헬스 강국 도약

- R&D 역대 최대 규모 **1499**억원 ↑

보건복지부
R&D 예산(안)

2024년 **8428**억원 → 2025년 **9927**억원

1499억원

2024년 2025년

- ▶ 필수의료 R&D : (2024년) 1406억원 → (2025년 정부안) **2092**억원(**686**억원 ↑)
- ▶ 보스턴 코리아 등 글로벌 R&D : (2024년) 1360억원 → (2025년 정부안) **1976**억원(**616**억원 ↑)
- ▶ 한국형 ARPA-H : (2024년) 495억원 → (2025년 정부안) **701**억원(**206**억원 ↑)

붙임3

'25년 의료개혁 예산 총괄표

(단위:억 원)

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

붙임4

의료개혁을 통해 달라지는 국민의 삶

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