
필수의료 강화를 위한 의료보장혁신포럼

- 지역·필수의료 인력 확충, 무엇을 어떻게 해야 하나? -

2023. 5. 16.



보건복지부
Ministry of Health and Welfare



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

2023년 2차

필수의료 강화를 위한 의료보장혁신포럼



YouTube 포럼 생중계
<https://youtube.com/live/MjJAwV3C8gs?feature=share>

2023년 5월 16일(화)

14:00~16:00

프레지던트 호텔 19층 브람스 홀

* 서울특별시 중구 을지로16

주제

지역·필수의료 인력 확충, 무엇을 어떻게 해야 하나?

14:00-14:10
(10분)

오프닝

행사 안내 및 참석자 소개

축사 - 임인택(보건복지부 보건의료정책실장)

14:10-14:30
(20분)

주제
발표 ①

지역·필수의료인력 확충을 위한 여건 진단 및 정책 방향

※ 여니금(한국보건사회연구원 부연구위원)

14:30-14:50
(20분)

주제
발표 ②

지역·필수의료 확충을 위한 분야별 개선 과제

※ 조민우(울산대학교 의과대학 교수)

14:50-15:00
(10분)

Break Time



15:00-16:00
(60분)

패널
토론

좌장 윤석준(고려대학교 의과대학 교수)

패널 장성인(연세대학교 의과대학 부교수)

박형근(제주대학교 의과대학 교수)

우봉식(대한의사협회 의료정책연구소장)

이진한(동아일보 기자)

임혜성(보건복지부 필수의료총괄과장)

주관



보건복지부

Ministry of Health and Welfare



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

차 례

▣ 지역·필수의료인력 확충을 위한 여건 진단 및 정책 방향 / 1

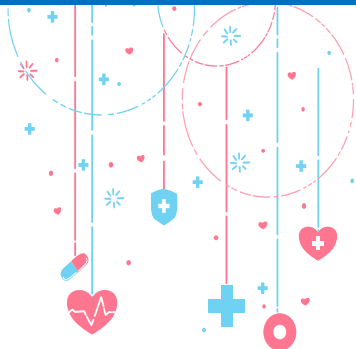
여나금(한국보건사회연구원 부연구위원)

▣ 지역·필수의료 확충을 위한 분야별 개선 과제 / 17

조민우(울산대학교 의과대학 교수)

지역·필수의료인력 확충을 위한 여건 진단 및 정책 방향

▣ 여나금(한국보건사회연구원 부연구위원)



지역·필수의료 인력 확충을 위한 여건 진단 및 정책 방향

2023. 05. 16.

한국보건사회연구원



CONTENTS

- I 지역·필수의료 인력 현황 및 여건진단
- II 지역·필수의료 인력 확충을 위한 정책방향
- III 세부 추진과제 (그 간의 논의 중심)

추진과제① 전문진료 제공 단계

추진과제② 전공의 수련 단계

추진과제③ 의과대학 교육 단계

추진과제④ 인프라 구축 단계

1-1 의료인력 수요·공급 격차 확대, 지역·필수의료 공백 심화



【의료수요】

국민의 의료수요 급증 및 수요다양화

초 고령사회 심화
(’22년 노인 900만명, 17.5%)

의료기술 발달 가속화

첨단의료기기 허가·인증·신고 현황

구분	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
3D프린팅	31	28	25	33	37
수술·재활로봇	2	1	2	6	3
AI의료기기	4	10	50	37	47

자료: (식약처) 2022년 의료기기 허가보고서

건강에 대한 관심 증대
(1인당 GDP 3만시대, 팬데믹 경험)

【인력공급】

인력공급량 한정, 경직된 공급구조

의대정원 19년째 고정
“3,058명”

근무시간 감소 (근무환경 개선 노력, 근무여건 선호 변화 등)

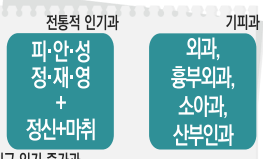
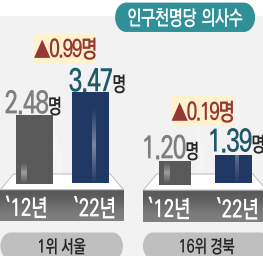


각종 규제에 의한
유연한 인력활용 제약

의료인 겸임금지, 공공기관 정원규제 및 총액인건비제 등

【수급격차】

지역 간·분야 간 공급 격차 확대



최근 인기 증가과: 진료과 선호도 양극화 → 공급격차 확대

【병상증대】

수도권 중심 병상증가 기조 심화

구분	2010년	2020년	변화
한국	6.41병상	7.22병상	▶ 1.13배
OECD	4.08병상	3.56병상	▶ 0.87배

지난 10년간 OECD 국가들이 병상을 감축
우리나라만 병상을 증가

* 우리나라 외 '20년 가입한 콜롬비아만 급성기 병상 증가



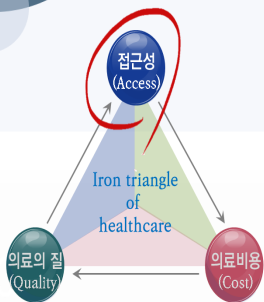
병상 증가는 인력을 흡수하여
지역·필수의료 인력 공백 가속화

의료인력 수요와 공급 격차 확대 → 지역·필수의료 공백 심화
국민의 건강과 생명의 위협 발생 및 보건의료체계 지속가능성 위기 가속화

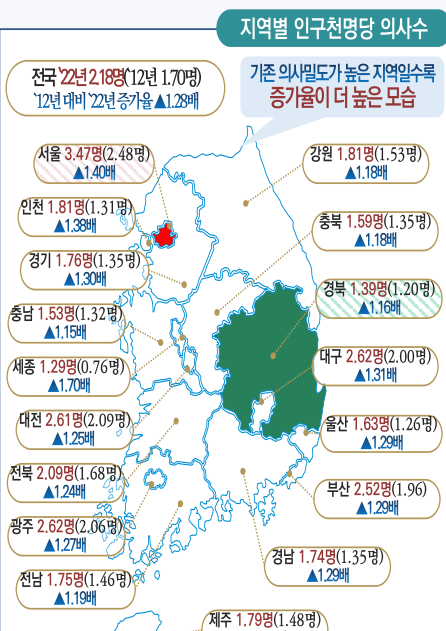
1-2 지역·필수의료 공백 심화, 보건의료체계 성과 저하 1) 접근성



지역 간·분야 간 공급 격차 확대 및 공백 심화



의료인력
수급불균형
어떤문제를
야기하는가?



구분	2013년			2023년(전반기)		
	정원	충원	충원율	정원	충원	충원율
전체	3,780	3,414	90.3%	3,311	3,458	104.4%
안과	129	129	100.0%	102	179	175.5%
성형외과	90	90	100.0%	72	116	161.1%
재활의학과	128	128	100.0%	102	164	160.8%
정신건강의학과	155	154	99.4%	134	213	159.0%
피부과	86	86	100.0%	70	111	158.6%
정형외과	249	249	100.0%	209	324	155.0%
영상의학과	153	153	100.0%	137	201	146.7%
마취통증의학과	222	217	97.7%	203	270	133.0%
이비인후과	130	128	98.5%	106	137	129.2%
신경외과	111	110	99.1%	104	134	128.8%
비뇨기과	96	43	44.8%	52	59	113.5%
신경과	102	101	99.0%	98	111	113.3%
내과	670	665	99.3%	605	674	111.4%
작업환경의학과	35	33	94.3%	35	36	102.9%
진단검사의학과	46	39	84.8%	39	40	102.6%
응급의학과	164	156	95.1%	183	156	85.2%
방사선종양학과	26	17	65.4%	23	17	73.9%
산부인과	159	117	73.6%	185	133	71.9%
외과	244	173	70.9%	212	138	65.1%
흉부외과	60	28	46.7%	70	36	51.4%
병리과	67	41	61.2%	81	41	50.6%
가정의학과	383	299	78.1%	257	128	49.8%
소아청소년과	229	223	97.4%	203	33	16.3%
핵의학과	25	21	84.0%	29	4	13.8%
예방의학과	20	14	70.0%	-	3	-
결핵과	1	-	0.0%	-	-	-

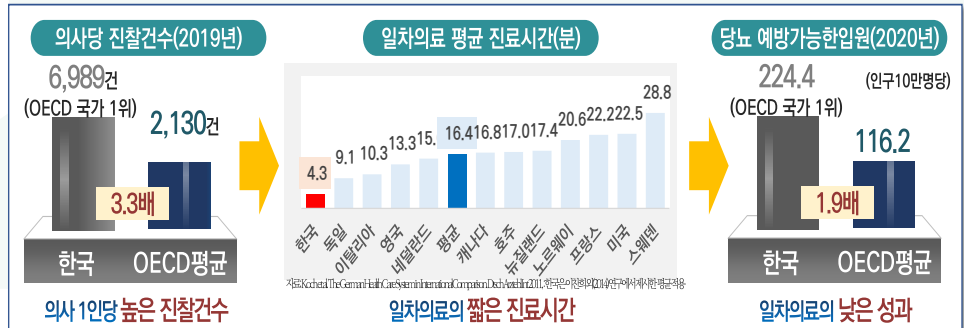
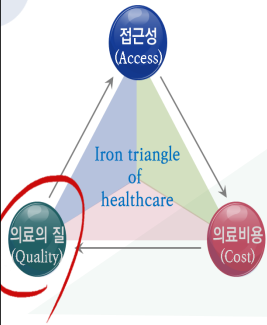
인기과의 지원율은 높아지고,
비인기과의 지원율은 감소하는 모습

자료: 「건강보험통계」, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 시군구별 의사수
자료: 「주민등록인구현황」, 행정안전부, 행정구역(시군구)별, 성별 인구수

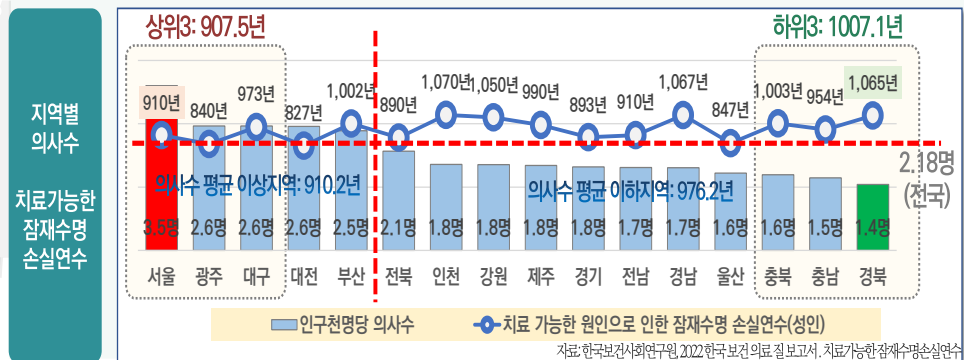
1-2 지역·필수의료 공백 심화, 보건의료체계 성과 저하 2) 의료질



의료서비스 질 저하 및 건강결과 격차 발생



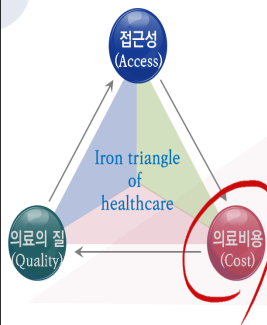
의료인력
수급불균형
어떤문제를
야기하는가?



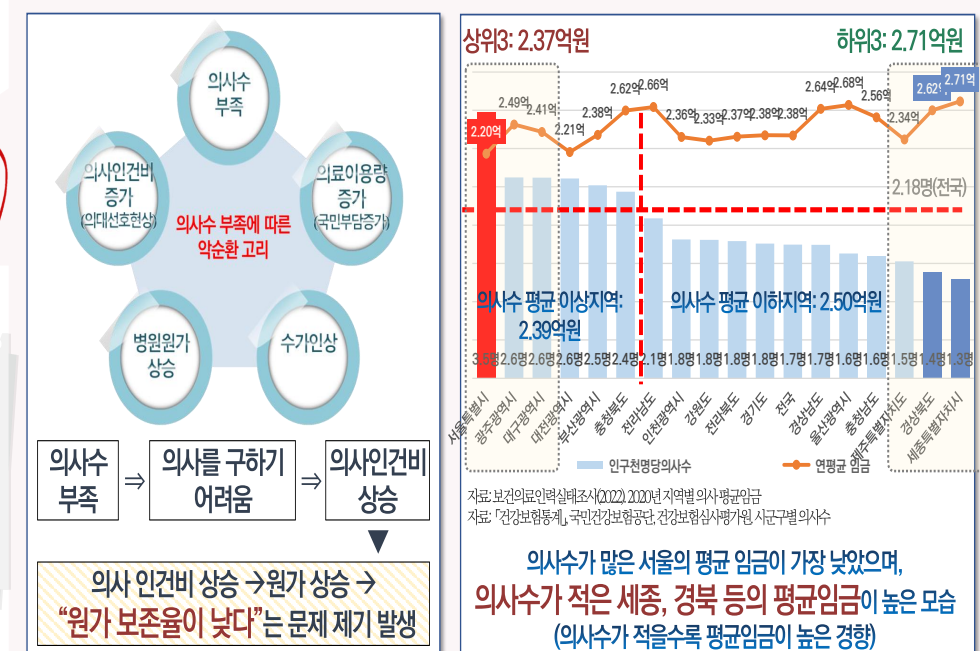
1-2 지역·필수의료 공백 심화, 보건의료체계 성과 저하 3) 의료비



수가인상 요인으로 작동하여 국민 의료비 부담 증가



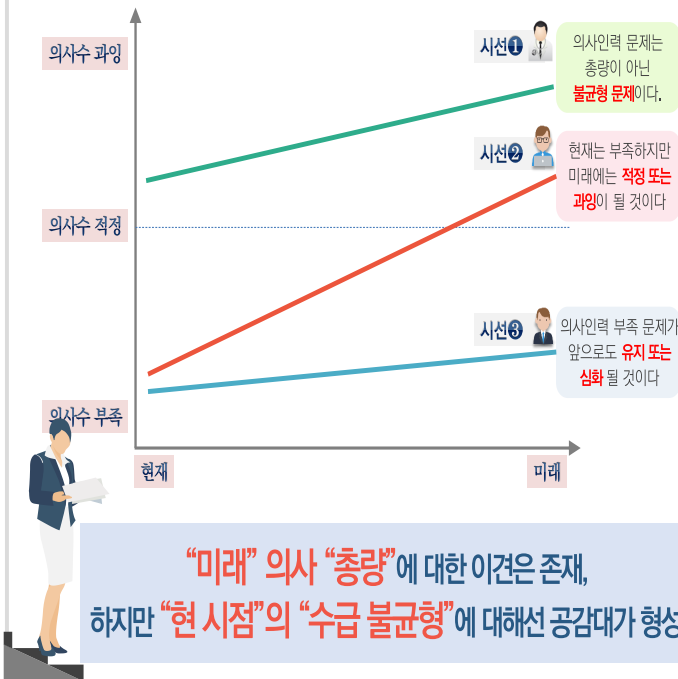
의료인력
수급불균형
어떤문제를
야기하는가?



1-3 인력확보 논의, 논쟁의 시기를 넘어 상생의 시기로 전환 필요



의사인력 확충을 둘러싼 그 간의 논의



접근방식

총량 <
수급불균형

+

영구적 <
한시적* 기간
(* 5or10년 단위조정)

“지역·필수의료” 중심 인력확보를 위해
“한시적 기간” 내 인력확충 필요

보상체계
확대

+

의사수급
확대

수급확대와 보상강화 Two Track 접근으로
모두의 “더 나은 진료환경”으로의 개선 필요

7

02 지역·필수의료 인력확충을 통한 지역완결형 필수의료체계 구축

비전

지역완결형 필수의료체계 구축, 안전한 국민의 건강과 생명

기본원칙

모든 의료인력의 더 나은 진료환경 지원
(의대정원 확대+보상체계 강화)

지역·필수의료 공백해소 중심으로 집중 지원
(지역·필수의료 선택과 유지에 대한 인센티브·비전 제시)

단계적
접근방식

01 전문진료 제공단계

02 전공의 수련단계

03 의과대학 교육단계

【단기효과 예:1년~】

【중기효과 예:4년~】

【장기효과 예:10년~】

그 간의
논의된
과제 중심

- 1 지역·필수의료 공백해소를 위한 공공정책수가 활용
- 2 지역의료 상생의 생태계 구축을 위한 지역 의료전달체계 정립
- 3 탄력적·유연한 인력활용을 위한 지역·필수의료 중심 규제완화

- 1 지역·필수의료 전공의 수련에 대한 국가책임 강화
- 2 지역·필수의료 전공의 근무환경 개선을 위한 전문의 고용 확대
- 3 국민수요를 반영한 전공의 배치기준 및 세부전공 범위 개선

- 1 의료인력 수급 불균형 해소를 위한 한시적 의대정원 증원 검토
- 2 지역·필수의료인력 확충을 위한 지역·필수의료 별도정원 도입
- 3 변화하는 의료환경에 대응한 의대 교육과정 개편 및 질 개선

인프라
구축

1 지역·필수의료 비전 및 목표 수립

2 지역·필수의료 실태파악 체계화

3 지역·필수의료 관리 거버넌스 구축

8

3-1

지역·필수의료 인력 확충을 위한 전문진료 제공단계 그 간의 논의과제

추진방향

지역·필수의료 인력이 본연의 진료에 전념할 수 있는 환경 제공

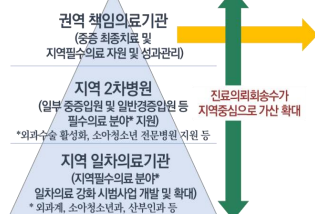
공공정책수가 활용

< 공공정책수가의 특징 >

	일반수가	공공정책수가
대상	전체 의료 분야	필수 의료 분야
보상 체계	개별 행위기반 보상 서비스 제공량 기준 지급	기관 네트워크 단위, 수가 인상 예산 연계 등 보상체계 다변화 의료서비스 질 성과기반 보상 강화 지역 특성 수요 공급 반영한 보상 강화
효과	저변도, 저수익 필수의료분야는 의료공급이 줄어드는 부작용	한정된 자원의 효율적 활용 및 기반 확충을 통한 필수의료 적정 제공 유도

지역·필수의료 공백해소를 위한
공공정책수가 활용

지역 의료전달체계 확립



지역의료 상생의 생태계 구축을 위한
지역 의료전달체계 정립

탄력적·유연한 인력 활용방안 모색



탄력적·유연한 인력활용을 위한
지역·필수의료 중심 규제완화

9

3-1

전문진료 제공

1 공공정책수가를 활용한 지역·필수의료 공백 집중 해소

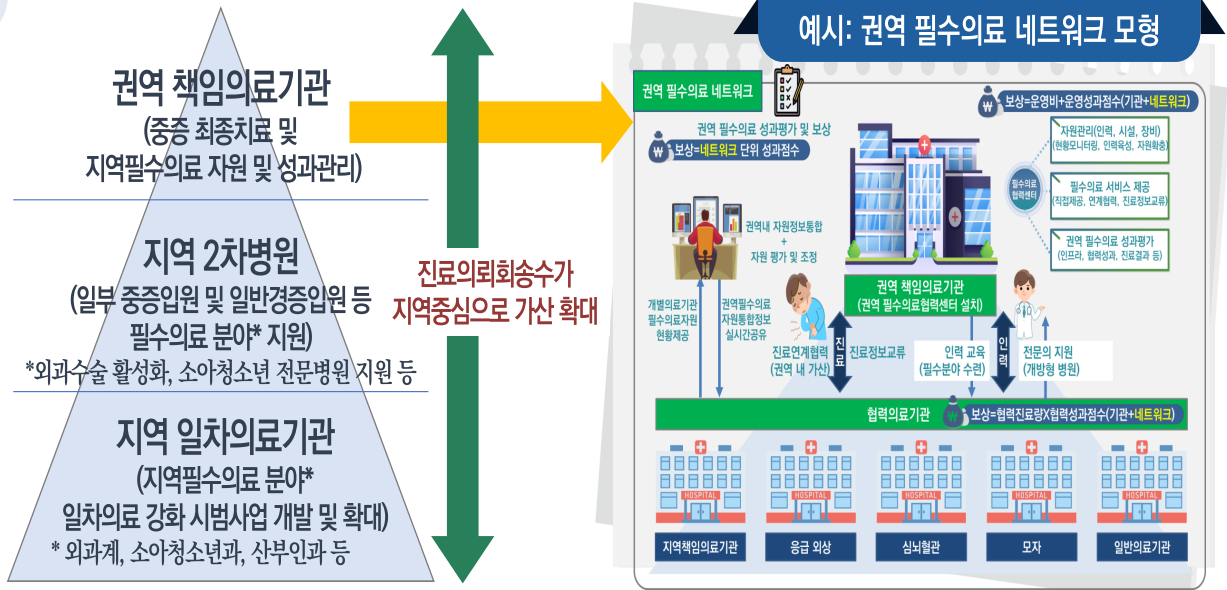


국민의 의료수요에 대응하여 지역·필수의료 공백을 채워주기 위해
행위별수가제 한계 극복을 위한 과도기적 대안적 지불방식으로 공공정책수가 활용

3-1

전문진료 제공

② 지역의료 상생의 생태계 구축을 위한 지역 의료전달체계 정립



지역완결적 필수의료체계 구축을 위해 **지역 의료전달체계** 확립 필요
지역의료기관의 **1-2차 필수의료** 역량강화 및 **권역 책임의료기관** 중심 중증최종치료 역량 강화

3-1

전문진료 제공

③ 탄력적·유연한 인력활용을 위한 지역·필수의료 중심 규제완화

지역·필수의료 인력확보를 위한 다양한 인력활용 모델이 논의 중
하지만 **현행 의료법에서의 제한, 가이드라인 부재** 등으로 현실화가 어려운 상황

필수의료분야 대상 의료인 겸직 해제 검토
(진료의 소속 및 공간의 한계 극복)

의료법 제33조 8항

⑧제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 **둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다.** 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다.

필수의료분야 국립대병원 인력증원 검토
(공공임상교수제 운용과 연계)

공기업·준정부기관의 경영에 관한 지침

현행 전문의 파견사업*은 국립대병원 자체의 **인력확보 및 추가 정원 지원이 없는 상태**(교원 신분인 아닌 축탁 또는 전임 교수 등의 신분)로 활성화가 어려운 상황

*지역거점공공병원의료인력파견사업, 공공임상교수제시범사업 등

개방형 병원 활성화를 위한 세부기준 마련
(보상 + 법/제도 기반)

개방병원제도 활성화 하려면 수가·의료분쟁 문제 해결해야

법적·제도적 기반, 수가제도, 공공의료인력 정책지원 거버넌스 마련 등 필요
'개방병원제도'는 지역에 부족한 필수 의료인력 확보를 위한 기관 간 연계협력 방안 이 될 수 있다"

규제완화 및 가이드라인 제정 등을 통해 **의료인력들이 유연하고 탄력적으로** 근무할 수 있는 환경을 조성하는 등 지역·필수의료 공백해소에 대응할 수 있는 **효과적 방안** 모색 필요

3-2 지역·필수의료 인력 확충을 위한 전공의 수련단계 그 간의 논의과제

추진방향

지역·필수의료 분야 수련환경 개선을 통한 충분한 인력 확보 달성

전공의 수련 국가책임 강화



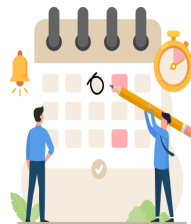
지역·필수의료 전공의 수련에 대한
국가책임 강화

지역·필수의료 전문의 고용확대



지역·필수의료 전공의 근무환경
개선을 위한 전문의 고용 확대

국민수요 반영 전공의 배치기준 개선



국민수요를 반영한 전공의 배치기준 및
세부전공 범위 개선

13

3-2

전공의 수련

1 지역·필수의료분야 전공의 수련에 대한 국가책임 강화



필수-인기 과목별 전공의 이탈률('18-'22)

구분	합계
홍부외과	14.1
산부인과	13.1
외과	13.0
신경외과	12.7
내과	10.3
비뇨의학과	6.8
소아청소년과	6.3
소계	10.5

구분	합계
안과	16.3
정신건강의학과	7.5
성형외과	6.9
영상의학과	5.8
재활의학과	5.0
피부과	1.3
소계	7.5

자료: 보건복지부, 신현영의원실 재구성

인기와 대비 필수과의 전공의 이탈률이 높게 나타나는 상황
필수과 중심의 전공의 지원을 위한 국가책임 강화 필요

지역·필수의료 중심 전공의 수련 지원

전문의 한 명 만드는데... "8억 6천 7백만원 소요"

전공의 수련비용 추계한 결과,
(5개과: 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 가정의학과)
전공의 1인당 연간 수련비용은 **평균 1.46억원** 소요

대한전공의협의회 **전공의 수련 국가책임제** 제안

- ▲연장야간휴일, 재난 상황 등 추가 수당 지급 체계 개편
- ▲36시간 연속근무 제도 개선 요구
- ▲수련병원 입원전담전문의 채용 재원 및 수가 마련 요구
- ▲단위 전공의협의회 및 전공의노조 설립 지원 전공의
원내 폭력 등 민원 해결

지역·필수의료 분야의 전공의 충원 및 이탈방지를 위해
지역·필수의료 분야 중심으로 **전공의 수련**에 대한 **국가지원** 강화 필요

3-2

전공의 수련

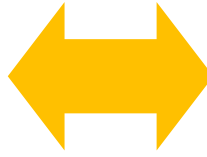
② 지역·필수의료 전공의 근무환경 개선을 위한 **전문의 고용 확대**



전공의 근무시간 축소 및 단위당 업무량 증가



전공의 평균 주당 근무시간은 감소
하지만, **근무시간** 내 담당해야 할 **환자수는 증가**



공급 감소와
업무량 증가의 간극 발생
수련병원 내 **필수의료 분야**
전문의 고용 확대 지원

전공의·전문의 업무부담 해소필요

"전공의 근무환경 개선 위해
수련병원 내 **전문의 숫자 확대** 필요"

-2030 전공의 간담회 중-

"소아의료체계 회복을 위해
전문의 중심 진료와 수가 현실화 등 필요"

-대한소아청소년과학회-

전공의 **근무시간 축소**에 따른 의료의 질 확보 및 전공의 **근무환경 개선**을 위해
지역·필수의료 중심으로 수련병원 **전문의 추가 고용** 지원
(향후 의사인력 수급이 확대 될 경우, **충원된 의사의 신규 일자리 창출** 효과도 기대 가능)

3-2

전공의 수련

③ 국민수요를 반영한 **전공의 배치기준** 및 **세부전공 범위 개선**



진료과별 전공의 정원 비율 개선 정체

구분	정원	2013년 비율	정원	2023년(전반) 비율	변화
내과	670	17.8%	588	18.8%	1.0%
가정외과	383	10.2%	233	7.5%	-2.7%
외과	244	6.5%	194	6.2%	-0.3%
소아청소년과	229	6.1%	193	6.2%	0.1%
마취통증의학과	217	5.8%	190	6.1%	0.3%
정형외과	249	6.6%	186	6.0%	-0.7%
신부인과	159	4.2%	181	5.8%	1.6%
응급의학과	164	4.4%	171	5.5%	1.1%
영상의학과	153	4.1%	147	4.7%	0.6%
정신건강의학과	155	4.1%	116	3.7%	-0.4%
재활의학과	128	3.4%	96	3.1%	-0.3%
이비인후과	130	3.5%	96	3.1%	-0.4%
안과	129	3.4%	95	3.0%	-0.4%
신경외과	111	3.0%	91	2.9%	0.0%
신경과	102	2.7%	91	2.9%	0.2%
피부과	86	2.3%	74	2.4%	0.1%
병리과	67	1.8%	74	2.4%	0.6%
성형외과	90	2.4%	70	2.2%	-0.2%
흉부외과	60	1.6%	69	2.2%	0.6%
비뇨의학과	96	2.6%	48	1.5%	-1.0%
진단검사의학과	46	1.2%	37	1.2%	0.0%
방사선종양학과	26	0.7%	34	1.1%	0.4%
직업환경의학과	35	0.9%	25	0.8%	-0.1%
해의학과	25	0.7%	24	0.8%	0.1%
	3754명		3123명		-631명

현재 의료수요, 수련환경, 전문의 수급 등 다양한 변화가 발생 중
하지만, **진료과별 정원 비율은 10년째 유사한 수준 유지**

진료과 내 세부 전공 세분화 및 양극화

신경외과 전공의, 총 충원율은 무난
하지만, **척추 쏠림↔뇌 기피 '양극화' 우려**

필수의료 도화선 신경외과 '전공의 수급' 주목
올해도 전체 충원율 무난 예상...

신경외과 전공의는 약 90%가 척추를 전공한다.
뇌수술을 하는 의사는 10%뿐이다.

"전국에 개두술이 가능한 의사가 113명뿐인데
그나마 정년이 얼마 남지 않은 인력이 대부분"

"기피현상은 젊은세대로 갈수록 더해 문제가 심각하다"



의료기술발전, 수련 및 진료 환경 등에 따른 진료영역 세분화 및
양극화로 **진료과 내 진료영역별 과부족** 발생

의료수요, 수련환경, 전문의 수급, 세부 전공 등의 변화를 반영한 **전공의 배치기준** 검토 필요
(진료과별 진료영역 세분화에 따른 인력양성 관리 검토 필요)

3-3,

3-3 지역·필수의료 인력 확충을 위한 의과대학 교육단계 그 간의 논의과제

추진방향

의대정원 확충 및 교육과정 개선을 통한 지역·필수의료 인력확충 지원



17

3-3,

의과대학 교육

① 의료인력 수급 불균형 해소를 위한 한시적 의대정원 증원 검토

10~20여년 간 **의대정원 확대**의 필요성 및 우려 등에
대해 많은 논의들이 진행된 상황

“의과대학 입학정원 감축 필요”

- **의사인력 공급과잉 문제**
 - ▽ 의사수가 인구증가 속도에 비해 큰 폭으로 증가하고 있고 향후 인구의 증가로 공급 및 경쟁심화 예상
 - ▽ 이에 의료비 상승 및 의료서비스 왜곡 등 부작용 발생 가능성 우려
- **불균형 문제 해소는 필요**
 - ▽ 단순의원 확대는 종합·지역별·진료과별 불균형상 심화 및 국민의료비 상승인 초래
 - ▽ 부족한 지역/진료과 등 필수요인 분야에 적절한 의사배치가 선행되는 것이 필요
 - ▽ 의료비 절감에 맞지 의사인력 필요량 추가가 급선무

“의대 정원 확대 필요”

- **(병협)의료인력 수급 문제의 시급성 제기**
 - 병원계 인력 공급 부족, 정부의 인력 확보방안 정책 및 관련 제도 문제제기 인력 확보정책의 어려움
 - 의료인력 문제 지속시 환자 진료 차질 및 국민건강 위협 등 병원계 차원으로 해결할 수 없는 상황에 직면
- **(병협) 2019년 3월 21일 '의료인력 수급 문제 해결을 위한 대책위원회' 출범을 통해 의료 인력난 해소 노력 의지**
- **(중소병원협회) 의과 입학정원 확대 필요**
 - 의료인이 병으로서는 기능을 완수하기 위해서는 충분한 의료인이 필수적으로 필요하다고 인정할 필요가 있음
 - 대형병원 몰림현상에는 따른 의료인력 부족으로 의사인

NO YES

특히, 최근 지역·필수의료 공백이 심화됨에 따라
한시적 의대정원 증원(예: 5년, 10년 주기) 필요성이 제기 중

(참고) 국가적 차원의 반도체 인재양성 추진 전략

비전

목표

방향

반도체 인재양성 추진 전략

조직원들을 확보 한반도체 전문 인재 양성

기술 기반을 선도할 반도체 혁신인재 **2031년까지 15만명(+α) 육성**

정원 확대 **4.5**만명 + 융합전공 등 인력 양성 **10.5**만명 + 역량 강화 **+α**

양질의 고급인력양성	충분한 규모의 인력양성 추진
융합교육 활성화	범부처 역량충 등 증진

1. 현황파악 **차관급 규제혁신 및 지원으로 반도체 정원 확대**

- ① 산업수도 대상을 위한 대학 정원 규제혁신
- ② 반도체 중요 분야에 고교 및 대학 운영 규제혁신
- ③ 과감한 재정지출, 전문직 규제 특례를 통한 반도체 특성화 학과(전공) 육성

2. 정책제고 **고급인력 양성제 주력하면서 융합교육으로 지면 확대**

- ④ 고교 전문인재 : 반도체 기술 초직자를 이끌어올 핵심 인력인 육성
- ⑤ 융합특성인재 : 전문 제역 및 있는 반도체 융합교육과정 운영 통한 인력
- ⑥ 실무인재 : 산업현장에 즉시 투입 가능한 맞춤형 실무 인력 양성
- ⑦ 제직자 : 수문별, 직업훈련과정 대폭 확대

3. 추진전략 **반도체 인재양성 중점기 지원기반 구축**

- ⑧ 거점 : 반도체 HUB를 중심으로 지역·교육 집중 지원
- ⑨ 협력 : 범부처 민간합동 인재양성 협업체대 구축
- ⑩ 균형 : 지역 및 중소기업 균형성장 지원체계 조성

지역·필수 의료 공백해소를 위해 그 간의 논의를 토대로 **한시적 의대정원 확충** 방안에 대한 검토가 필요한 시점
특히, 의대정원 확충이 **의료의 질 개선 및 모든 의료인력들이 더 나은 진료환경에서 근무**할 수 있는
선순환 체계로 이어질 수 있도록 정부-의협-병원-대학 등 **국가적 차원의 협의와 지원정책** 마련 필요
(예: 국가적 차원의 반도체 인재양성 추진 전략 참고)

3-4 지역·필수의료 인력 확충을 위한 인프라 구축 단계

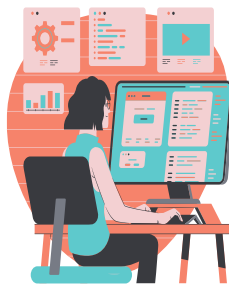
추진방향

현장중심·근거기반 지역·필수의료 목표 수립 및 거버넌스 체계화

지역·필수의료
비전 및 목표 수립



지역·필수의료
실대파악 체계화



지역·필수의료 관리
거버넌스 구축



21

3-4

인프라 구축

① 필수의료 개념정립을 통한 필수의료 비전 및 목표 수립



필수의료 자원대책 10대 주요 과제

- 1 최중치료를 책임지는 응급의료체계 개편 및 확충
- 2 주요 응급질환 신속 대응을 위한 병원 간 순환당직제 도입
- 3 전문치료 중심으로 심뇌혈관질환 진료체계 개편
- 4 중증 및 소아진료 강화를 위한 상급종합병원 지정·평가 기준 강화
- 5 위험도·중증도에 따른 산모·신생아 진료체계 개편
- 6 중증·응급부터 일차진료까지 책임지는 소아 진료기반 확충
 - ① 소아암 진료체계 구축
 - ② 소아 응급진료 기반 확충
 - ③ 소아 입원진료 수가 개선
 - ④ 소아 일차의료 지원 강화
- 7 건강보험 수가체계 한계를 보완하는 공공정책수가 도입
 - ① 어린이공공전문진료센터 적자 사후보상
 - ② 지역수가 도입
 - ③ 야간·휴일, 당직 보상
 - ④ 고위험·고난도 수술 보상 강화
 - ⑤ 응급진료 보상
- 8 전공의 배치기준 개편 및 병상관리 대책 마련
- 9 필수의료 강화를 위한 의료인력 양성
- 10 안전한 진료환경 조성을 위한 불가항력 의료사고 국가책임 강화
 - ① 불가항력, 분만 의료사고 보상금액 국가분담비율 확대
 - ② 의료인 부담 완화 및 피해자 구제방안 검토

필수의료 비전 및 목표

목표 예시: “28개 중증응급질환”에 대한
지역완결적 최종치료 제공을 위한 전문진료과 공백해소

현재 공백 발생 분야(既 발표된 필수의료대책)			
공급부족분야		수요감소분야	
응급, 중증		소아, 분만	
▼			
미래 공백 심화 분야(既 발표된 대책 外 추가과제 발굴필요)			
투입대비 저보상분야		미래대응분야	
외과, 수술처치		감염병, 공중보건	

“필수의료”에 대한 공통적 개념(프레임) 및
국가적 목표설정이 필요
(예: 필수의료 인력 확충을 위해 양성해야 하는
필수의료 인력 누구인가?)

이적까지 필수의료 개념에 대한 명확한 정립부재로
개념상의 혼란 및 공동의 목표설정에 제약 존재

22

3-4

인프라 구축

② 필수의료 실태파악을 통한 현장중심·근거기반 정책추진



“지역·필수의료 공백에 대한 심각성은 인지...”

하지만 어느 지역에, 어느 인력이,
얼마만큼 부족한지 등
정확한 데이터에 기반한
실시간 현황 파악이 미흡한 상황

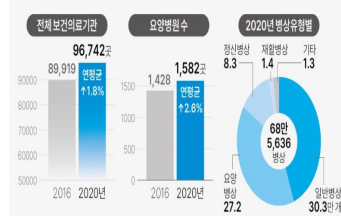
간호사 1명 못 지킨 '빅5' 아산병원
...수술할 의사 없어 숨졌다(2022-08)

필수 의료분야 전공의 부족과
소아청소년과의 위기(2023-01)

건물서 떨어진 10대 여성, 2시간 넘게
병원 4곳 헤매다 숨져(2023-03)

문제가 발생할 때마다
사후적으로
이슈라이징 및 실태파악

5차 국민보건의료실태 조사 결과



현황 및 실태파악
후향적
과거현황 조사근거

인력공백 파악
미래 수요공급
추계근거

수요 대비 부족한 국내 의사 수 전망치

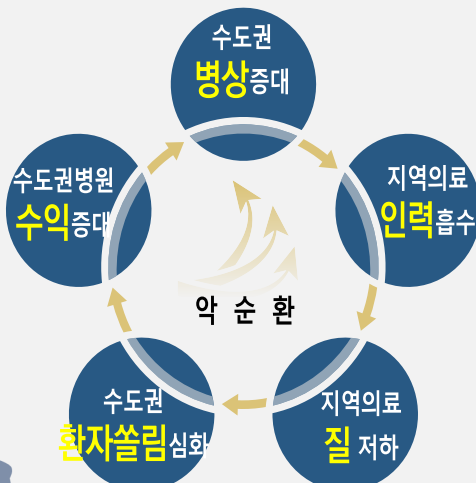


과거치와 추계치가 아닌, 현재 현장에서 체감 및 발생하고 있는
“**현실치**”에 대한 “**실시간**” **실태파악** 및 이를 근거로 한 **정책추진** 필요
(예: **권역 책임의료기관** 중심 권역 내 필수의료자원 관리 및 통합정보 실시간 제공)

3-4

인프라 구축

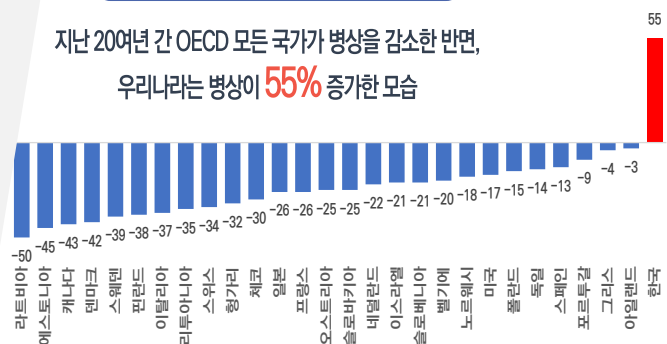
③ 필수의료 거버넌스 구축을 통한 관리 체계화 및 실효성 확보



지역 필수의료인력 공백을
심화시키는 **병상확대**와 같은 정책들이
동일한 목표하에 정합성 있게 추진될 수 있도록
거버넌스 구축 필요

인구천명당 병상수 변화(2000-2019)

지난 20여년 간 OECD 모든 국가가 병상을 감소한 반면,
우리나라는 병상이 **55%** 증가한 모습



지자체-보건당국-공급자 등으로 구성된
지역·필수의료위원회 구성(가칭)
(지역별 병상수급 및 필수의료 인력확충 계획 수립)

감 사 합 니 다.

지역·필수의료 확충을 위한 분야별 개선 과제

▣ 조민우(울산대학교 의과대학 교수)

지역·필수의료 확충을 위한 분야별 개선 과제

울산대학교 의과대학

예방의학교실

조민우

우리나라 의료서비스 전달체계는 문제가 있는가?

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 Eun⁵

¹Public Health Medical Service, Seoul National University Borame 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 Kyungju 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, 286 Mahan-ro, Jung-gu, Daejeon 305-742, Korea
Tel: +82-42-580-6262, Fax: +82-42-580-7561
E-mail: sjun@bnu.ac.kr

This study aims to estimate the volume of unnecessarily utilized hospital outpatient services in Korea and quantify the total cost resulting from the inappropriate utilization. The analysis included a sample of 27,320,505 outpatient claims from the 2009 National Inpatient Sample database. Using the Charlson Comorbidity Index (CCI), patients were considered to have received 'unnecessary hospital outpatient utilization' if they had a CCI score of 0 and were concurrently admitted to hospital for treatment of a single chronic disease – hypertension (HTN), diabetes mellitus (DM), or hyperlipidemia (HL) – without complication. Overall, 85% of patients received unnecessary hospital services. Also hospitals were taking away 18.7% of HTN patients, 18.6% of DM and 31.6% of HL from clinics. Healthcare expenditures from unnecessary hospital outpatient utilization were estimated at: HTN (94,058 thousands USD, 38.6% of total expenditure); DM (17,795 thousands USD, 40.6%) and HL (62,876 thousands USD, 49.1%). If 100% of patients who received unnecessary hospital outpatient services were redirected to clinics, the estimated savings would be 104,226 thousands USD. This research proves that approximately 85% of hospital outpatient utilizations are unnecessary and that a significant amount of money is wasted on unnecessary healthcare services; thus burdening the National Health Insurance Service (NHIS) and patients.

Keywords: Primary Health Care; Costs and Cost Analysis; Utilization; Referral and Consultation

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

Chronic disease groups	CCI ^a	Hospitals' subtotal		Tertiary hospital		General hospital		Hospital		Clinic		Total		P value ^b
		No. ^c	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	

^aIn the case of the chronic disease group including DM, the DM score was excluded from the CCI calculation; ^bUnit of number is 1,000 visits; ^cP 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.

The size and volume of extra costs were calculated and the authors further calculated how much could be saved when redirecting patient flow from hospitals to primary care. In theory, these savings would be equal to the additional healthcare costs associated with unnecessary hospital outpatient utilization. This could be calculated by subtracting the estimated cost of all patients utilizing primary care from the total health care costs generated by unnecessary hospital outpatient utilization. The authors found that a significant amount of inefficient health-care costs were being spent on unnecessary hospital outpatient utilization: 59,660 thousands USD for HTN (NHIS, 34,340 thousands USD; OOP, 25,320 thousands USD), 11,834 thousands USD for DM (NHIS, 6,175 thousands USD; OOP, 5,659 thousands USD) and 32,733 thousands USD for HL (NHIS, 14,505 thousands USD; OOP, 18,227 thousands USD).

안타까운 사례

응급실만 돌다 구급차서 숨진 10대...복지부, 병원 4곳 행정 처분

LTBC1 입력 2023-05-04 08:35

한때 JTBC 뉴스는 매일매일 생생한 제보를 기다리고 있습니다.



위 사진은 기사 내보내지 않았던 관련 제보입니다. (사진 JTBC 뉴스)

지난 3월 대구의 한 건물에서 추락한 10대 학생은 구급차를 타고 병원으로 향했지만, 끝내 숨졌습니 다.

당시 의료기관들에서 환자의 수송을 거부했고 결국 구급차에서 생을 마감해야 했던 겁니다.

대구 패럴림픽 선수촌 17세 코로나19 양성...10대 첫 사망 (종합)

대구 뉴스 기사 내용 요약 2023-03-18 18:38 종료

9월

가



대구 패럴림픽 선수촌 17세 코로나19 양성...10대 첫 사망 (종합) 대구 패럴림픽 선수촌 17세 코로나19 양성...10대 첫 사망 (종합) 대구 패럴림픽 선수촌 17세 코로나19 양성...10대 첫 사망 (종합)

대구 영남대병원에서 신종 코로나바이러스 감염증(코로나19) 증세를 보며 숨진 10대가 소년감사에서 양성으로 판명됐다.

국내 코로나19 사태 이후 10대 사망자는 이번이 처음이다.

18일 보건당국과 영남대병원 등에 따르면 이날 오전 11시 15분쯤 영남대병원에서 치료를 받던 17세 청소년이 숨졌다.

그는 수차례 검사에서 음성 판정을 받았지만, 일부 유전자 검사에서 양성 소견이 나와 질병관리본부의 추가 검사를 받고 결과를 기다리던 중 숨졌다.

이 소년은 이날 소년감사 결과에서 코로나19 양성 판정을 받았다.

병원 멀어서, 의사 없어서...매일 62명 적절한 치료 못 받고 사망

2023.01.16 15:23 입력

강태호 기자

경실련 "지역별 의료격차 극심"



경실련이실천시민연대 18일 서울 중구 경실련 강당에서 지역별 의료 격차 실태 발표 및 개선 대책을 발표하고 있다. 강태호 기자

병원이 멀거나, 의사가 없어서 사망하는 사람이 연간 2만2000여명에 이른다. 조사 결과가 나왔다. 지역의 적절한 치료를 받았으면 살 수 있었던 사망자가 하루 62명꼴로 나오는 셈이다. 치료가능 사망률은 의료 인프라가 부족한 지역일수록 더 높았다.

16일 경제정의실천시민연합(경실련)이 발표한 '전국 시·도별 의료공백 실태 및 개선방안'을 보면 2020년 기준 전국의 인구 10만명당 치료가능 사망률은 평균 43.8명꼴로 나타났다. 시·도별 인구 기준으로 환산할 경우 치료가능 사망자 수는 전국에서 연간 2만2449명, 하루에 62명꼴로 나오는 것으로 분석됐다. 치료 가능 사망률은 '치료가 시의적절하게 효과적으로 이뤄졌다면 살릴 수 있었을 사망자의 비율을 분석한 수치다. 성·연령별 특성을 반영해 조사 결과를 표준화한다.

지역 보건의료시스템의 구조화

Lord Dawson's Interim report on the future provision of medical and allied services 1920

📅 27 May 1920 - [Historical context \(pre-1948\)](#)

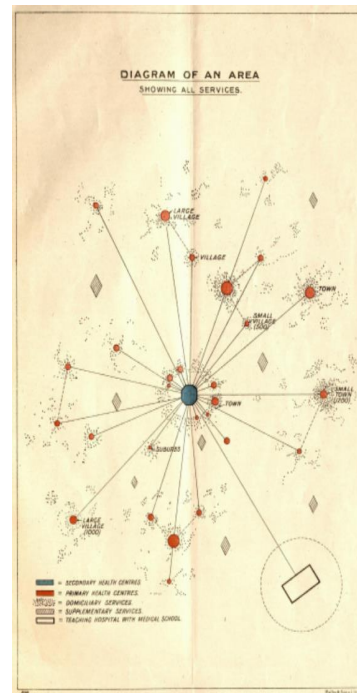
📁 [NHS reform](#), [Public health](#)

In 1919 Sir Bertrand Dawson was commissioned by the new Ministry of Health to chair a council to advise on the systematised provision of health services.

'Insufficiency of organisation'

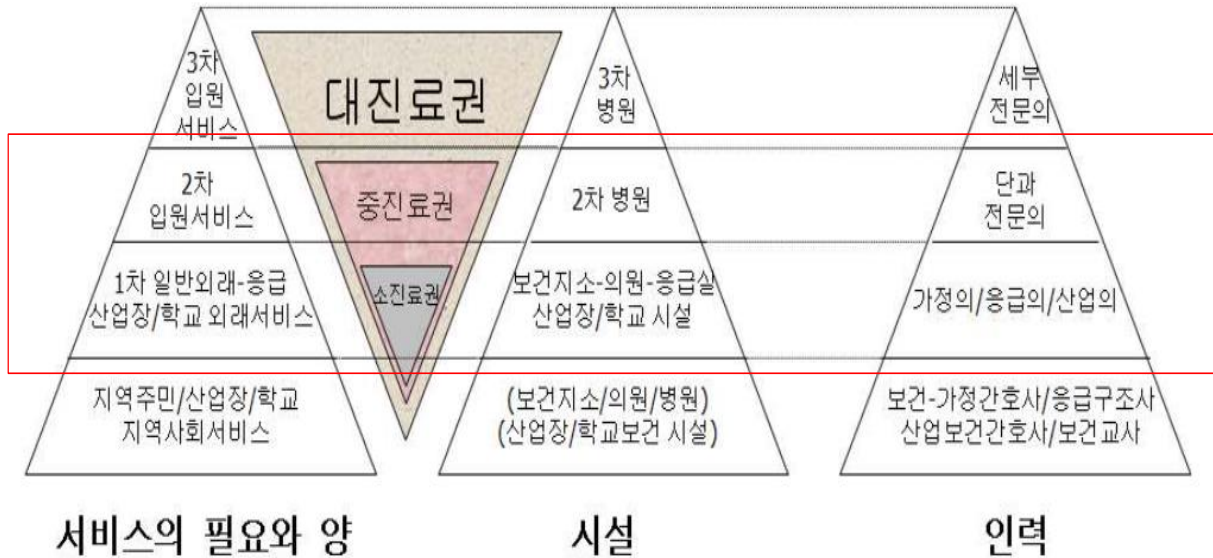
The report in 1920 proposed the linkage of hospitals into a single system. The report suggested that the organisation of medicine had become insufficient and was failing to bring the advance of medical knowledge adequately within the reach of the people:

'The insufficiency of organisation has become more apparent with the growth of knowledge, and with the increasing conviction that the best means of maintaining health and curing disease should be made available to all citizens.'



지역에서는 어떤 문제를 다루어야 하는가?

지역화와 단계화



상대적으로 흔하고 경증인 건강문제와 응급의료와 같이 시의적절성이 중요한 건강문제

필수의료의 개념(1)

응급·외상·감염·분만 등으로 필수불가결한 의료서비스 또는 어느 나라이든 최소한 인 권적 차원에서 환자들에게 재정적 곤란을 일으키지 않고 제공되어야 할 의료서비스로 서 의학적으로 필요하며 현사회경제적 관점에서 공적 의료보장에 우선시 되어야 할 의 료서비스(이상무, 2019)

응급·외상·심,뇌혈관 등 생명과 직결된 필수중증의료 강화, 산모·어린이·장애인 등 건강 취약계층 의료서비스 확대, 감염병, 공중보건위기 대응 등 안전체계 구축 등 국가가 개입 해야 하는 보건의료서비스 영역(보건복지부, 2018)

진료가 지연될 경우 환자의 생명과 건강에 큰 영향을 미치는 영역으로, 지역과 시 간에 관계없이 형평성 있게 제공되어야 하며, 사회보장체계인 건강보험에서 우선적 으로 보장해야 할 분야(SDG indicator metadata, 2023)

필수의료의 개념(2)

연구 보고서
2022-19

필수의료 활성화를 위한 정책방안 연구

2023. 2.



Q1	필수의료 현상 키워드	빈도	비중
건강보험	건강검진	188	18.8
	필수	113	11.3
	기본의료	71	7.1
	응급 및 중증	66	6.6
	의료기관	50	5.0
영양	영양	37	3.7
	복지	29	2.9
	의료계	27	2.7
	의료보장	24	2.4
	(예방)질환	22	2.2
기타	전염병(코로나)	22	2.2
	의료비 지원	21	2.1
	암	18	1.8
	건강	16	1.6
	공공의료	13	1.3
그 외 키워드	의료인력	11	1.1
	총 계	204	20.4
총 계		1,000	100

표 31 | 필수의료 우선순위 제공 분야 (국민 인식조사)

Q3	필수의료 분야	빈도	%
①	감염 및 환자 안전 관리	217	11.8
	국가필수예방접종	361	19.6
	만성질환·정신·장애인 등 지역사회 건강관리	222	12.0
	산모·신생아·어린이 의료	262	14.2
	암·중증난치질환·희귀질환 등 중증질환	388	21.0
	외상·심뇌혈관질환 등 긴급한 분야	362	19.6
	재활 의료	32	1.7
총 계		1,844	100.0

※ 해당 문항은 우선순위 2가지를 모두 응답한 대상 총 922명의 결과이며, 전체 응답 횟수는 1,844회로 집계되었다.

의료서비스를 제공받아야 하는 대상(전 국민, 중증환자, 산모, 소아, 장애인 등), 제공 지역 및 기관(의료취약지역, 민간 또는 공공 의료기관 등), 의료서비스 내용(특정 진료과목 또는 의료행위 등), 제공 목적(시장 실패로 인한 공급 부족, 예방, 감염병 위기 대응 등)이 구분되어야 하고, 정부와 의료계 뿐만이 아닌 국민과의 합의를 거친 개념적 정의와 우선순위가 요구됨

-> 암, 중증희귀난치성 질환에 대한 주요 치료와 같이 집중화가 필요한 질환을 제외하고, 만성질환, 예방접종 등 일차의료, 외상 및 심뇌혈관질환을 비롯한 응급질환, 외부효과를 고려해야 하는 공공 접근이 필요한 감염, 그리고 정신, 장애인, 재활 등 지역사회 연계가 필요한 대상은 지역사회에서 해당 건강문제를 해결할 수 있도록 접근할 필요가 있을 것임

정부의 필수의료 지원대책에서의 범위

보건복지부		보도 자료		다시, 대한민국! 새로운 중심을 향해	
보도 일시	2023. 1. 31. (화)	배포 일시	2023. 1. 31. (화)		
담당 부서	보도팀	기획자	노정훈	044-202-2670	
<총괄>	필수의료총괄과	담당자	이민정	044-202-2661	

국민의 생명과 직결된
필수의료 기반을 강화하겠습니다.
- 「필수의료 지원대책」 발표 -

필수의료 지원대책 10대 주요 과제

- ① 최중치료를 책임지는 응급의료체계 개편 및 확충
- ② 주요 응급질환 신속 대응을 위한 병원 간 순환당직제 도입
- ③ 전문치료 중심으로 심뇌혈관질환 진료체계 개편
- ④ 중증 및 소아진료 강화를 위한 상급종합병원 지정·평가 기준 강화
- ⑤ 위험도·중증도에 따른 산모·신생아 진료체계 개편
- ⑥ 중증·응급부터 일차진료까지 책임지는 소아 진료기반 확충*
 - * ① 소아암 진료체계 구축 ② 소아 응급진료 기반 확충
 - ③ 소아 입원진료 수가 개선 ④ 소아 일차의료 지원 강화
- ⑦ 건강보험 수가체계 한계를 보완하는 공공정책수가 도입*
 - * ① 어린이공공전문진료센터 적자 사후보상 ② 지역수가 도입
 - ③ 야간휴일, 당직 보상 ④ 고위험고난도 수술 보상 강화 ⑤ 응급진료 보상
- ⑧ 전공의 배치기준 개편 및 병상관리 대책 마련
- ⑨ 필수의료 강화를 위한 의료인력 양성
- ⑩ 안전한 진료환경 조성을 위한 불가항력 의료사고 국가책임 강화*
 - * ① 불가항력 분담 의료사고 보상금액 국가분담비율 확대
 - ② 의료인 부담 완화 및 피해자 구제방안 검토

- 적기(질환별 골든타임)에 긴급하게 제공하여 생명을 살리는 중증·응급 분야
- 인구 감소로 적정 공급이 어려운 분만, 소아 분야

-> 지역에서 필요한 의료서비스까지 확대

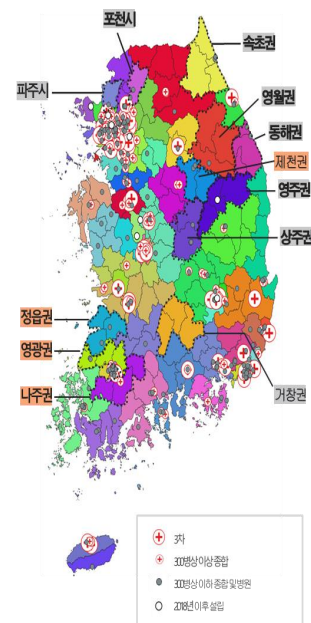
지역에서 보건의료자원을 적절히 분포시키고 있는가?

① 보건의료시설

진료권과 의료기관

표 6 19개 대진료권 이름 및 구성

번호	진료권명	진료권 구성																
1	서울	서울시	광명시	구리시	남양주시	하남시	기흥군	양평군	제주시	서귀포시								
2	부산	부산시	김해시	밀양시	거제시	양산시												
3	대구	대구시	김천시	안동시	구미시	영주시	영천시	상주시	문경시	경산시	군위군	의성군	청송군	영양군	청도군			
		고령군	성주군	칠곡군	예천군	봉화군												
4	인천	인천시																
5	광주	광주시	목포시	여수시	순천시	나주시	동양시	담양군	곡성군	구례군	고흥군	보성군	화순군	장흥군	강진군			
		해남군	영암군	무안군	함평군	영광군	장성군	완도군	진도군	신안군								
6	대전	대전시	세종시	속초시	영동군	종주시	논산시	계룡시	금산군	부여군	서천군	청양군						
7	울산	울산시	포항시	경주시	영덕군	울진군	울릉군											
8	수원	수원시	광명시	오산시	안성시	화성시												
9	성남	성남시	용인시	이천시	광주시	여주시												
10	외정부	외정부시	동두천시	양주시	포천시	연천군												
11	안양	안양시	부천시	안산시	파주시	시흥시	군포시	의왕시										
12	고양	고양시	파주시	김포시														
13	춘천	춘천시	원주시	홍천군	횡성군	영월군	평창군	철원군	화천군	양구군	인제군							
14	강릉	강릉시	동해시	태백시	속초시	삼척시	경선군	고성군	양양군	단양군								
15	청주	청주시	충주시	제천시	보은군	증평군	진천군	괴산군	음성군	단양군								
16	천안	천안시	보령시	아산시	서산시	당진시	홍성군	예산군	태안군									
17	전주	전주시	군산시	익산시	장흥시	남원시	김제시	완주군	진안군	무주군	장수군	임실군	순창군	고창군	부안군			
18	장원	장원시	외정군	함안군	창녕군													
19	진주	진주시	통영시	사천시	고성군	남해군	하동군	산청군	함양군	거창군	합천군							



김윤 등. 의료공급체계 개선 모형 개발 연구. 2019
김윤, 공공의료체계 강화방안, 2020

보건의료시설의 부족 문제

중합병원 병상수 많을수록 사망과 재입원 적어

김태환 기자 | 승인 2018.10.31 14:07 | 댓글 0

건보공단, 생활권별 의료자원 분포 의료이용 건강결과 차이 발표

중소병원 분포에 따라 지역별 사망률, 재입원율이 최대 2배 이상 차이가 나는 것으로 나타났다.

국민건강보험공단(이사장 김용익)은 건강보험 빅데이터를 활용하여 의료생활권(56개 진주권)을 도출하고, 각 지역 간 의료이용 양상을 비교 분석한 건강보험 의료이용지도(OOH Atlas) 구축 연구(연구책임자: 서울의대 교수, 이하 의료이용지도 연구)의 중간결과를 발표했다.

본 연구는 지난 2011년부터 2016년까지의 건강보험 빅데이터를 기반으로 연구주, 지역 내 의료기관 이용률(자세충족률), 의료기관까지의 이동시간을 산출, 의료생활권을 구분하고 이에 따른 의료자원과 의료이용, 건강결과를 분석했다.

주요 분석 결과를 살펴보면 우선 우리나라의 급성기 병상수는 2016년 현재 연구 전 명당 62개로 OECD 평균 33개의 1.9배이며 300병상 이상 의료기관 병상이 50% 이상인 OECD 국가와는 반대로 우리나라는 300병상 미만 중소형 의료기관 병상이 전체의 69%로 중소형 병원 중심의 공급구조를 보이고 있다.

중진료권별 병상공급량



그림 41 중진료권별 인구 천명당 300병상 이상 중합병원 병상수 분포 지도

사망을 지표 높은 지역, 추가 조사자료 공개

1지역에 대한 자체제합동 조사 및 의료취약지 의료서비스 제공대책 마련 촉구

김태환 기자 kmt556@naver.com | 승인 2021.10.07 10:44 | 댓글 0

[대한뉴스김태환 기자] 주요 사망률이 다 지역에 비해 나쁜 지역, 대구 등이 중합병원 수, 의사 수, 타 의료기관으로의 이동 시간 등 의료자원 지표 전반에 걸쳐 취약하다는 추가 조사 결과가 공개됐다.

최근 언론을 통

해, 전국의 <치료가 가능한 사망률>, <입원사망률>, <응급실 사망률> 등 각종 사망률 지표를 공개<요약자료 참조>한 바 있으며, 주로 수도권 위주로 지표들이 양호하여 비수도권과의 건강 격차가 고착화될 우려를 표명한 바 있다.

보건복지부 국정감사를 통해 특히 높은 사망률을 보인 충북, 경북, 대구 지역의 세부적인 의료자원 지표를 추가로 공개하면서, 의료취약지 의료서비스 제공 및 관리에 대한 문제를 지적했다.

의협신문 DOCTORS NEWS

전체 뉴스 오피니언 연재 인터뷰 포토 의협 연수교육

HOME > 의사협회

300병상 이하 병원 '퇴출 연구보고서' 신뢰할 수 있나?

이정환 기자 legh91@doctorsnews.co.kr | 승인 2019.02.13 16:37 | 댓글 0

의학신문

전체 정책·행정 의원 병원 제약·유통 의료기기·IT 약사·약국

홈 > 기획연재 > 데스크 칼럼

300병상 이하 중소병원이 적폐인가?

이정환 기자 | 입력 2019.02.18 16:37 | 댓글 0

중진료권별 300병상 이상 병상수, 자체충족률, 사망비

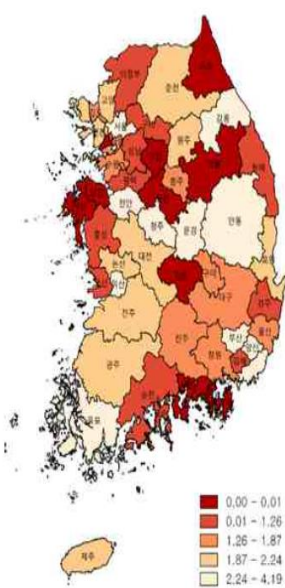


그림 41 중진료권별 인구 천명당 300병상 이상 중합병원 병상수 분포 지도

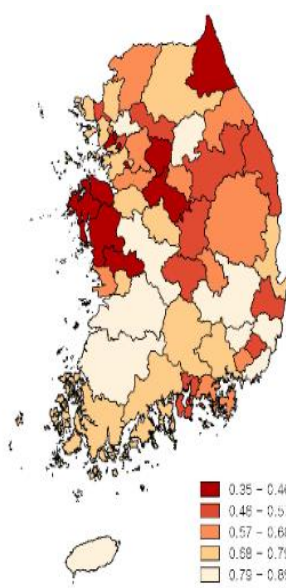


그림 48 중진료권별 자체충족률 분포 (전체)

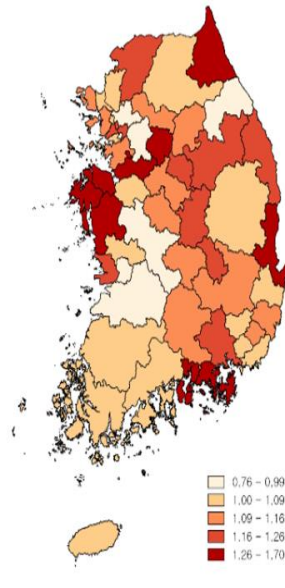
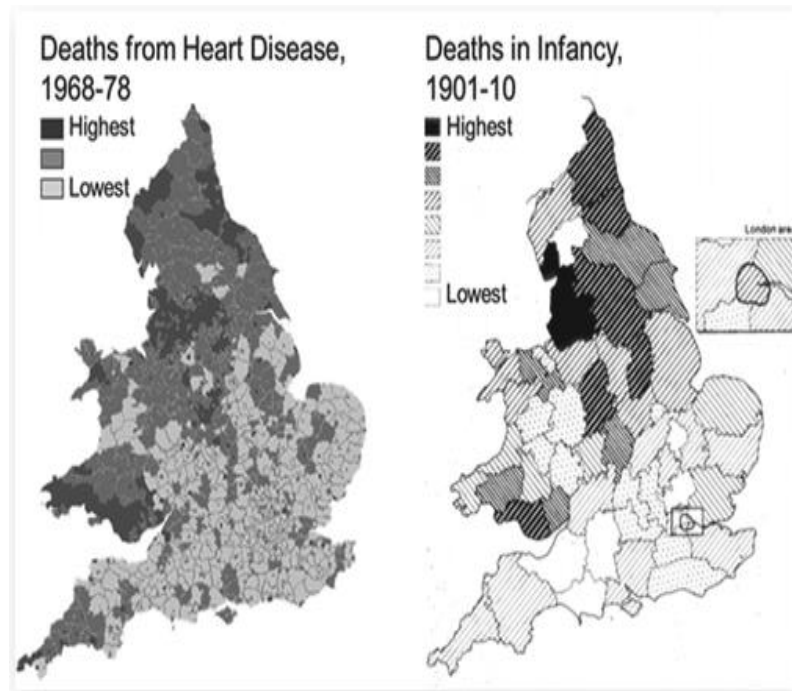


그림 50 진료권별 권내 중증도보정 사망비 (전체) 분포 지도

Baker's hypothesis



공급구조에 따른 진료권 유형

○ 3차 병원 ■ 포괄2차 병원 ▲ 지역 및 전문단과 병원 유형 시군구	공급 취약지형	2차 중심형	3차 중심형	자급자족형
공급구조	3차, 2차 모두 없음	3차 없으나 2차 존재	2차 없으나 3차 존재	3차와 2차 모두 존재
해당 진료권	11개 : 거제, 김해, 당진, 동해, 문경, 사천, 속초, 시흥, 이천, 제천, 홍성	18개 : 고성, 광명, 구미, 군산, 군포, 김천, 김포, 논산, 목포, 서산, 순천, 안동, 여수, 오산, 춘천, 충주, 평택, 포항	5개 : 경주, 양산, 원주, 의정부, 익산	21개 : 강릉, 고양, 광주, 구리, 대구, 대전, 부산, 부천, 서울, 성남, 수원, 안산, 안양, 울산, 인천, 전주, 제주, 진주, 창원, 천안, 청주

의료기관이 없는 지역은 의료기관 신축 혹은 증축이 필요

의료기관이 있더라도 적절한 진료과목이나 의료 인력이 충분하지 않은 경우 보강이 필요

지역 보건의료시설에 대한 질적 지원 강화

분만취약지 지원사업 예산은 늘었는데 관내 분만율은 감소

분만취약지 출신으로 6명 중 1명만 지원 의료기관 이용
최종은 의원 '지역 분만 인프라 실질적 개선 통해 산모들의 신뢰도 회복해야'

임태호 기자 · 등록 2021.10.07 14:20

[한대신문=김태호 기자] 농어촌 지역의 산부인과 접근성 문제를 위한 분만취약지 지원사업에도 관내 분만율이 감소 추세를 보이는 것으로 나타났다.

최종은 의원(다들여민우장기 하남시)이 보건복지부로부터 제출받은 자료에 따르면, 분만취약지 지원사업의 예산은 2016년 57억에서 2020년에는 73억으로 28%가 증가했고, 특히 올해는 177억으로 대폭 증액됐다. 하지만 사업의 가장 중요한 성과 지표인 관내 분만율은 지속해서 감소하고 있는 실정이다. 2016년 관내분만율은 25.5%였으나, 2020년에는 17.4%로 감소했고, 2020년은 분만취약지 출신으로 6명 중 1명만이 지원 의료기관을 이용한 것으로 나타났다.

지역별로 2016년과 2020년의 관내 분만율을 비교해보면 삼척시(31.6%p) 감소가 가장 많이 감소했으며, 그 뒤를 영동군(26.1%p) 감소가 뒤따랐다. 특히 양구군의 경우에는 지난해 처음 분만취약지 지정을 받아 지원을 받았지만 관내분만율은 0%를 기록했다.

최종은 의원은 "지역 산부인과 접근성을 높이기 위해 실시한 분만취약지 지원사업의 예산은 증액됐지만 정작 산모들은 외면하고 있는 상황"이라며 "정부의 지역 분만 인프라를 실질적으로 개선하기 위한 정책설계를 새롭게 해서 지역 산모들의 신뢰도를 높여야 한다"고 강조했다.

붙임2. 최근 5년 분만취약지 관내 분만율 (시군별 구분)

(단위 : %)

시도	시군구	2016	2017	2018	2019	2020
강원도	삼척시	59.7	65.7	56.6	44.7	28.1
	양구군	-	-	-	-	0.0
	철원군	-	-	-	-	3.0
	태백시	10.2	11.7	4.8	9.0	11.4
충청북도	영동군	27.0	11.5	8.3	2.7	0.9
충청남도	보령시	-	-	-	-	36.9
	홍성군	-	-	-	-	18.4
전라북도	고창군	1.8	9.6	5.2	5.8	10.2
	남원시	-	-	-	-	14.6

의사 캐슬 '3058'

'일산병원 보라매병원' 보면, 공공병원 살 길이 보인다

다만 건강보험 재정이거나 정부·지자체 예산이 한정돼 있어 무작정 공공병원에 돈을 쏟아부을 수 없는 한계도 분명히 있다. 그래서 전문가들은 공공병원이 자기 장점을 살리고 민간병원의 강점을 적극 수용하는 형태의 사업 모델을 발굴할 것을 제안한다. 그런 면에서 우수 공공병원으로 꼽히는 곳이 바로 국민건강보험공단 일산병원과 서울특별시 보라매병원이다. 두 병원 모두 대학병원과 '원팀'을 이뤄 성공한 사례다.

의사들이 지방의료원에 전속되어 지역에서 불박이 생활을 하는 걸 선호하지 않는 만큼, **다양한 형태의 유연근무제를 도입하자**는 주장도 있다. '개방형 병원'과 '은퇴의사 활용'이다. 개방형

시설, 서비스, 의료 질 개선을 위한 재정적 지원
- 사업 예산, 가감지급형태-P4R, P4P 구조화

다양한 지불방식의 고려

최대 300% 분만수가 인상은 '허상'... "인구 소멸 지역, '분만수'론 못 버틴다"

의료 취약지 분만 건수 연 100건 겨우... 산부인과 병원 자체를 운영할 수 있도록 지원해야

부처부는 취약지에 거주하는 임신부가 거주지 분만시설이 없고, 대도시 고위험 산모·산행이 통합치료센터까지 가는 거리가 멀어 안전한 출산할 수 있도록 걱정하고 있는 현실이다. 이를 공개했다.

실제로 복지부 통계에 따르면 현재 25개 시군구 중 분만취약지는 전체의 42%에 달하는 105개로, 2018년부터 2021년까지 지난 4년간 전체 분만의료기관이 14.1%인 반면 의료기관 80개소가 감소했다고 밝혔다.



이에 복지부는 지역 여건에 따른 자원 분포 불균형을 위해 지역별 자동화된 수가를 도입하고 적을 병원을 확대하겠다고 약속했다.

특정광역시 등 대도시 제외한 시군 지역에 시설·인력기준을 갖춘 의료기관 대상으로 '지역(분만수)' 100%를 산정하기로 한 것이다.

의료기관이 분만을 꺼리는 또 다른 이유인 의료사고에 대한 불안을 해소하기 위해 '안정장제(분만수)' 100%를 산정하기로 전했다.

여기에 감염병 위기 상황시 '감염병(분만수)' 100%까지 포함되면 겹으로 보기에 분만 취약지 분만 의료기관들은 현 분만 수의 최대 300%가 가산되는 것으로 보인다.

이에 대해 대한산부인과사회 정책위원회는 "현재 분만 수가 40만원 정도밖에 안된다. 100%를 해도 80만원이다. 특히 지역수가는 광역시도를 제외했다. 16개 시도에서 7개 광역시를 빼면 전국 43%에 불과하다. 따라서 지역수가 가산될 받을 수 있는 지역은 전체의 50% 가량 밖에 되지 않는다는 뜻이다"라고 지적했다.

Lally S, Transforming Maternity Care: A Bundled Payment Approach, Integrated Healthcare Organization. 2013

1. Transforming Maternity Care: A Bundled Payment Approach

Figure 1

MATERNITY EPISODE DEFINITIONS

	Delivery Only Definition	Comprehensive Definition
Episode Structure	Begins on date of admission	Begins 270 days prior to delivery
Warranty	Not Applicable	60 days postpartum
Standard Services	Only facility and professional services for labor and delivery included	Prenatal, labor and delivery, and postpartum services for both facility and professional services are included
Exclusions	Can be customized for patient qualifications, co-morbidities and severity markers	Can be customized for patient qualifications, co-morbidities and severity markers
Contracting	Health plan & hospital: Blended per diem (vaginal and cesarean)	Health plan, hospital & physicians: Plan pays hospital and hospital pays physicians

2. Population based reimbursement ~ Capitation

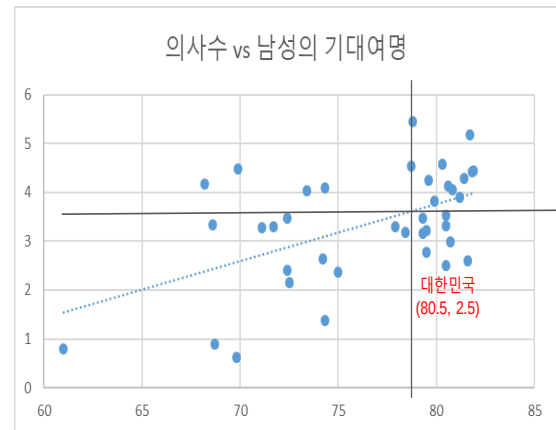
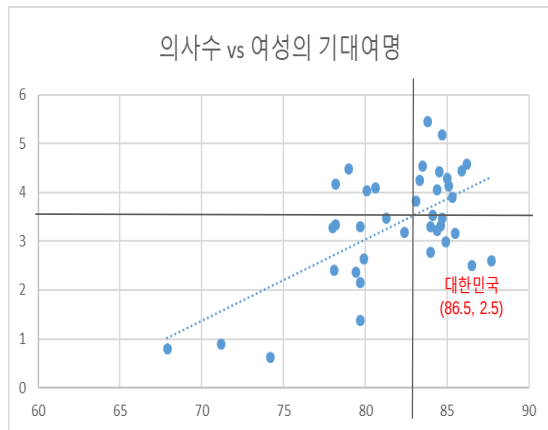
의료취약지 N시 19~40세 여성 인구수 6400명, 최근 5년간 약 800명 출산
종합병원 1개소, 산부인과 의원 4개소

지역, 필수의료에 대한 공공성의 회복
이를 위한 시스템 측면에서의 개선유도가 필요

지역에서 보건의료자원을 적절히 분포시키고 있는가?

②의사인력

OECD 국가에서의 의사수와 기대여명



적다 vs 많다

부족하다 vs 충분하다

보건의료인력 추계방법론

필요기반 접근법

인구 특성에 따라 발생할 수 있는 질병을 예측하고, 이에 따른 의료서비스를 공급하기 위해 필요한 의료인력을 추계하는 방식

수요기반 접근법

현 시점의 의료이용량을 바탕으로 미래 의료인력의 수요를 예측하는 방식

목표량 기반 접근법

목표 연도까지 제공하고자 하는 의료서비스의 양을 설정하여 추계하는 방식

의료인력 비율 기반 접근법

현재 인구 대비 의료인력 비율이 미래에도 그대로 유지될 것이라고 전제하고 추계하는 방식 (PPR*을 이용)

*Physician to Population Ratio

정책보고서 2021-52 | 발간등록번호 11-1352000-00381-01 | OPEN | 사명을 생각하는 사람들

전문과목별 의사 인력 수급 추계 연구

산영석
고은솔 | 이재은: 분석준 | 이진형: 임기웅 | 백재웅

보건복지부
Ministry of Health and Welfare

한국보건사회연구원
Korea Research for Health and Social Policy

제1절 추계 방법론

1. 시계열(ARIMA) 모형

□ 본 과제는 2011년부터 2020년까지 과거 자료를 이용하여 진료과목별 의사 인력에 대한 수요와 공급을 추정해야 함. ARIMA 모형은 시계열 자료 가지는 자기상관 관계를 기반으로 모형을 적합하여 미래의 수치를 예측할 수 있도록 함.

- 시계열 모형 적용에 앞서 우선적으로 원자료에 Augmented Dickey Fuller 검정을 시행하여 시계열 자료가 정상성(stationary process)을 만족하는지 판단함.
- 다음으로, ARIMA 모형을 선정함. ARIMA 모형 선정의 첫 단계는 설정(Specification) 과정으로, ARIMA 모형의 가장 적절한 형태를 결정하는 것을 뜻함.
 - 적절한 형태의 모형은 자기상관성 계수의 유의성과 정보기준(Information Criteria)을 종합적으로 고려하여 타당성을 점검한 후 선정함.
- 모형 선정 후, 목표연도까지 one-step-ahead 추정을 이용해 목표연도의 의료 수요 혹은 의료 공급을 산출하는 데 필요한 추정치를 예측함.

(표 5-14) 성·연령 가중치 적용: 수요와 공급의 차이(예방의학과를 제외하고 초과 수요)

구분	전체	내과계	외과계	지원계	일반의	예방의학과
2025	5,516	1,192	2,163	1,929	364	- 131
2030	14,334	4,677	5,022	4,108	667	- 140
2035	27,232	10,042	8,857	7,450	1,032	- 150

현재 의료이용량과 업무량을 기준으로 산출, 진료영역별로 산출하지 못한 제한점
지역과 필수의료 영역에서 의료필요에 따른 기준을 살펴볼 필요성이 존재

일차의료 담당 의사

MIS-, UNDER-, OVER-
QUALIFICATION!!



RESEARCH ARTICLE

Finding the Primary Care Providers in the Specialist-Dominant Primary Care Setting of Korea: A Cluster Analysis

Jin Yong Lee¹, Sang Jun Eun^{2*}, Hyun Joo Kim³, Min-Woo Jo⁴

¹ Public Health Medical Service, Boramae Medical Center, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea, ² Department of Preventive Medicine, Chungnam National University School of Medicine, Daejeon, Korea, ³ Department of Nursing Science, Shinsung University, Dangjin, Chungnam, Korea, ⁴ Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

* zepplin7@cnu.ac.kr



OPEN ACCESS

Citation: Lee JY, Eun SJ, Kim HJ, Jo MW (2016) Finding the Primary Care Providers in the Specialist-Dominant Primary Care Setting of Korea: A Cluster Analysis. PLoS ONE 11(8): e0161937. doi:10.1371/journal.pone.0161937

Editor: David W. Dowdy, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, UNITED STATES

Received: January 7, 2016

Accepted: August 15, 2016

Published: August 25, 2016

Abstract

Objective

This study aimed to identify private clinics that have a potential to perform the role of primary care providers (PCPs) in a primary care setting in Korea where private specialists are dominant.

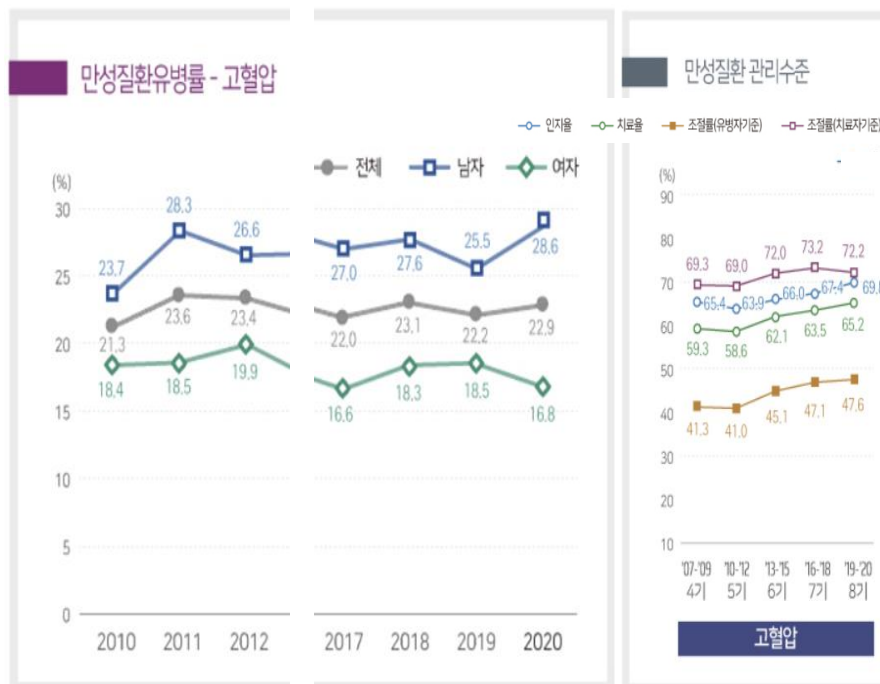
Methods

The 2013 National Patient Sample claim data of Health Insurance Review and Assessment Service in Korea was used. Two-step cluster analysis was performed using characteristics of private clinics, and patient and utilization characteristics of 27,797 private clinics. External validation of clusters was performed by assessing the association among clusters and outcomes of care provided by private clinics. Stability of clusters was cross-validated using discriminant analysis.

	전체	일차의사	일차의사 비율
내과	7714	7236	93.8%
소아청소년과	1858	1849	99.5%
이비인후과	1679	1662	99.0%
일반의	2320	1629	70.2%
가정의학과	994	853	85.8%
정형외과	3860	807	20.9%
외과	963	419	43.5%
흉부외과	83	43	51.8%
마취통증의학과	541	43	7.9%
재활의학과	135	35	25.9%

내과, 소아청소년과, 이비인후과, 가정의학과, 일반의사가 일차의료의 주된 역할 하지만 가정의학과가 일차의료의 주요 역할을 못하고 있고, 일반의사의 비중이 상당함

일차의료 주요 대상 질환 - 고혈압



19세 이상 성인 4,270만 명=N

고혈압 환자

$N * 22.9\% = 978\text{만 명} = H$

고혈압인 줄 아는 환자

$H * 69.8\% = 682\text{만 명} = H_K$

치료를 받는 환자

$H_K * 65.2\% = 445\text{만 명} = H_T$

잘 관리 하고 있는 환자

$H_T * 72.2\% = 321\text{만 명}$

일차의료 주요 대상 질환

	유병률*	유병자수* (만 명)	인지자수* (만 명)	치료자수* (만 명)	진료 실인원** (만 명)	조절자수* (만 명)	미충족 수요 (만 명)	의료이용 횟수*	비고
고혈압	22.9%	978	683	445	649	321	329	7회	
당뇨병	10.7%	457	297	180	334	45	123	7회	
이상지질혈증	19.7%	841	529	292	285	248	556	3.4회	

미충족 수요가 3개 주요 일차의료 만성질환에서 약 1천만 명
연간 약 5천만회의 외래 방문이 추가되어야 미충족 수요가 충족

*국민건강영양조사 자료 재가공
**건강보험통계연보 298분류별 연령별 급여현황, 2020.

전문과목별 요양기관별 분포

(표 4-10) 전문과목별 지정인정 전문의 수

구분	연도 별 수											연평균 증가율	인구 백만명당	구비율 (%)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
합계 ¹⁾	73,428	76,379	79,508	82,160	85,262	88,749	91,688	94,799	97,271	100,161	103,379	3.5	2,013.3	100
내과	12,291	12,899	13,518	14,083	14,789	15,497	16,149	16,799	17,387	17,997	18,814	4.4	366.4	18.2
외과	6,186	6,356	6,493	6,558	6,664	6,845	6,937	7,056	7,113	7,202	7,326	1.7	142.7	7.1
정신과	5,130	5,322	5,541	5,746	5,962	6,217	6,440	6,677	6,889	7,090	7,277	3.6	141.7	7.0
신장내과	2,309	2,403	2,493	2,594	2,682	2,783	2,870	2,972	3,057	3,137	3,205	3.3	62.4	3.1
종양내과	1,094	1,122	1,148	1,156	1,179	1,207	1,226	1,243	1,267	1,286	1,306	1.8	25.4	1.3
신경과	1,685	1,766	1,851	1,939	2,033	2,122	2,216	2,303	2,379	2,460	2,532	4.2	49.3	2.4
비뇨기과	3,737	3,930	4,141	4,325	4,518	4,700	4,887	5,089	5,298	5,495	5,694	4.3	110.9	5.5
산부인과	6,239	6,312	6,374	6,423	6,514	6,538	6,597	6,771	6,841	6,969	7,069	1.3	137.7	6.8
소아청소년과 ²⁾	5,501	5,610	5,638	5,982	6,158	6,366	6,541	6,742	6,912	7,127	7,298	2.9	142.1	7.1
안과	2,790	2,900	3,016	3,119	3,234	3,372	3,466	3,614	3,713	3,805	3,900	3.4	76.0	3.8
이비인후과	3,386	3,480	3,598	3,678	3,783	3,907	4,034	4,152	4,234	4,346	4,450	2.8	86.7	4.3
피부과	1,846	1,922	1,994	2,064	2,148	2,232	2,313	2,394	2,467	2,543	2,609	3.5	50.8	2.5
비뇨기과	2,304	2,393	2,486	2,563	2,647	2,704	2,748	2,778	2,783	2,816	2,833	2.1	55.2	2.7
혈액내과	819	861	899	928	961	997	1,022	1,051	1,078	1,108	1,139	3.4	22.2	1.1
전신관상동맥과	784	829	870	898	942	982	1,007	1,036	1,057	1,087	1,111	3.6	21.6	1.1
중환자	1793	1911	1889	1880	1777	1884	1881	1880	1709	1668	1664	-1.6	3.2	0.2
재활의학과	1,285	1,388	1,506	1,613	1,736	1,858	1,988	2,116	2,232	2,342	2,458	6.7	47.9	2.4
예방의학과	669	678	684	677	687	701	710	718	713	718	721	0.8	14.0	0.7
영상의학 ³⁾	2,724	2,848	2,995	3,139	3,275	3,430	3,579	3,733	3,876	4,016	4,157	4.3	81.0	4.0
방사선종양학과	353	364	379	397	418	438	456	464	482	497	505	3.7	9.8	0.5
신경과 ⁴⁾	1,340	1,450	1,539	1,639	1,730	1,829	1,931	2,018	2,106	2,181	2,267	5.2	44.1	2.2
영상신경의학과	2,618	2,762	2,907	3,046	3,201	3,353	3,506	3,651	3,789	3,932	4,048	4.5	78.8	3.9
가정내과	5,966	6,285	6,611	6,840	7,131	7,470	7,695	7,967	8,146	8,427	8,682	3.8	169.1	8.4
응급의학과	546	566	589	608	635	669	697	728	753	788	814	4.1	15.9	0.8
혈액내과	225	243	258	272	294	314	330	348	357	366	375	5.2	7.3	0.4
응급의학과	839	955	1,059	1,167	1,248	1,407	1,545	1,692	1,830	1,986	2,154	9.9	41.9	2.1
신경정신과	292	288	285	287	278	289	284	280	262	261	257	-1.3	5.0	0.2
방사선과	257	256	247	239	238	238	233	227	220	215	214	-1.8	4.2	0.2

주: 1) 상임의 제외
2) 전신관상 동맥질환을 진료하는 영상의학과, 방사선종양학과, 방사선종양학과, 방사선종양학과로 병합(03.03.19).
소아청소년과를 소아청소년과로 전담하는 소아청소년과 병합(08.11.11).
3) 입원하는 중환자(응급중환자)는 응급중환자(응급중환자)로 병합(08.11.11).
4) 진료과목명 변경(08.11.11).
자료: 보건복지부, 2021. 보건복지통계정보

2016년 기준 일반의 5061명**

*보건사회연구원, 보건의료인력실태조사, 2022
*보건사회연구원, 보건의료인력실태조사, 2018

	전체	일차의사	일차의사 비율
내과	7714	7236	93.8%
소아과	1858	1849	99.5%
이비인후과	1679	1662	99.0%
일반의	2320	1629	70.2%
가정의학과	994	853	85.8%

전문의 인력 양성방향의 문제제기

특집 3 | 전문의 인력수급과 전문과목의 입장

전문의 인력수급과 대한의학회의 입장



글·김건삼* 김진규†

1. 우리나라의 전문의 제도

1. 제도의 시작과 배경

우리나라의 전문의 제도는 1953년 9월 25일 제정된 법률 제 221호로 제정된 국민의료법 제4조의 "의료업자는 법령으로 결정된 바에 의하여 주무장관의 허가 없이 그 전문과목을 표방할 수 없다"는 구절의 함의로 시작되었다. 이 시기는 사회적으로 1945년의 광복과 1948년의 정부수립, 1950년의 한국전쟁, 그리고 1953년 9.28 수복으로 이어지는 어려운 시기의 연속이었고, 의료계는 일본식 사영의학 체계에서 본격적인 미국식 사영의학으로 대체하여 의과대학의 학제가 바뀌는 등

복잡하게 변화하는 시기에서 전문의 제도를 본격적으로 시작하기에는 여러 가지 역점이 불비하였으나 국민보건의 향상과 의료사고 방지를 위해서도 개원가의 전문과목 표방의 혼란과 난맥상을 어떤 형태로라도 정리하여야 필요하였다.

2. 제도의 변천

1) 전문의 자격시험
전문의 제도 운영의 초기 3년 동안은 사실 상에 의하여 전문과목표방허가증을 발급하였으나 1960년부터는 시험에 의하여 그 자격을 인정하게 되었다. 처음에는 시험 업무를 국립보건원에 위탁하였으나 1973년 2월 13일 제 15차 전문의자

결정으로 많은 학회들이 전문의 인력수급 문제 관심을 갖고 적절한 인력의 배출에 많은 노력을 하고 있다.

IV. 대한의학회 및 전문과목학회의 전문의 인력수급 문제에 대한 접근

1. 1986년 대한병사인학회

전단방사선과 의사인력수급에 관한 연구 (신영수, 상익제)
- 전문의 배출에 가장 직접적인 영향을 미치는 것은 전공의수
- 의과대학 및 학생수의 조정이 필요

2. 1991년 대한외과학회

한국 외과의 학제와 미래 (강선택, 최국진)
- 외과 개원가의 미래 비전력

3. 1991년 대한의학회

전문의 인력수급 실태조율
- 장기적이고 종합적인 인력 계획이 필요하며 주요 정책과제로 전문의의 수요 및 공급계획, 일반의 및 전문의, 각 과목간의 균형, 전문의제도와 의료제도의 검토, 보조직사 인력의 확보와 전공의의 수급, 전공의 교육의 질적 관리를 지적

4. 1992년 대한의학회

전문의 인력수급 계획 수립 Workshop

- 내과, 외과, 소아과, 산부인과, 정신과, 정형외과, 안과, 전단방사선과 참여
- 단순 수요공급 추계 및 수급비교, 8개과중 7개과 공급과잉
- 생산성지표 변화에 따른 수요공급 추계, 8개과중 4개 과잉 과잉
- 산출된 수요공급추계에 따른 전공의 정원 추계

5. 1993년 대한의학회

전문의 인력수급 및 정책과제에 관한 세미나 문제점
- 수적으로 수요보다 많은 공급 추세
- 질적으로 overqualification, misqualification, underqualification
- 분포에서 전문의와 비전문의간 비율, 전문과목간 비율
정책과제
- 일차전문의와 전문의의 역할과 기능 결정
- 일차의사 양성제도의 확립
- 전공의제도의 개선
- 전문의 생산적인 활동을 위한 조치의 강구

6. 1994년 대한의학회

전문의제도 개선방안에 대한 설문조사 (재동수출에 의한 2000 명 표본)
응답률 64.4% 30.7%
- 전문의제도가 의학발전에 크게 기여 81.9%
- 전문의 자격부여주체 전문과목 학회 46.1%, 복지부 30.8%, 의협회장 12.5%
- 단과전문의비중이 지나치게 높다 76.5%

우리나라의 전문의 제도는 다른 나라와는 달리 개업가의 무분별한 전문과목 표방을 정리

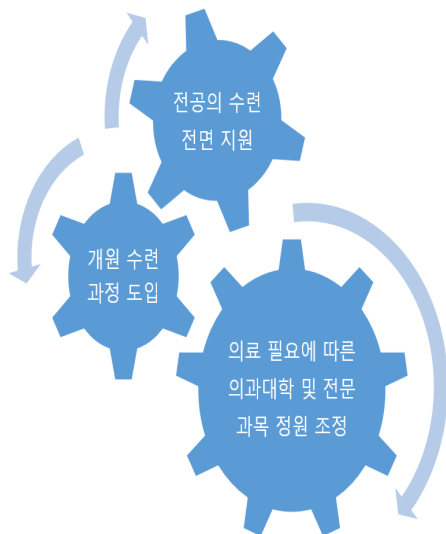
전공의 정원은 요구되는 전문의의 수에 대한 검토 없이 종합병원의 기초의료 인력의 수요에 따라 책정

전공의를 값싼 기초의료인력으로 보는 시각과 앞으로 사회에서 요구하는 전문의료인으로서 양성되는 과정으로 보는 시각의 차이

전문과목간 인력 수급의 불균형의 문제가 심각하게 대두. 위험부담의 회피와 경제적인 안정이 의업수행에 따른 보람에 우선하는 경향

MIS-, UNDER-, OVER-QUALIFICATION!!

의료인력 양성의 다중요소 접근



1. 수요나 인구수 대비 의료인력을 추산하는 것보다 의료필요를 적절히 추정하여 지역에서 필요한 의사를 공급할 수 있는 방안

-> 의과대학 정원과 전문과목조정이 같이 고려

2. 충분히 수련을 받은 의사가 의료서비스를 제공할 수 있도록 개원을 위한 기본 수련 과정 마련 필요. 미국, 영국 등에서도 의학교육을 마친 수련을 위한 제한 면허를 부여

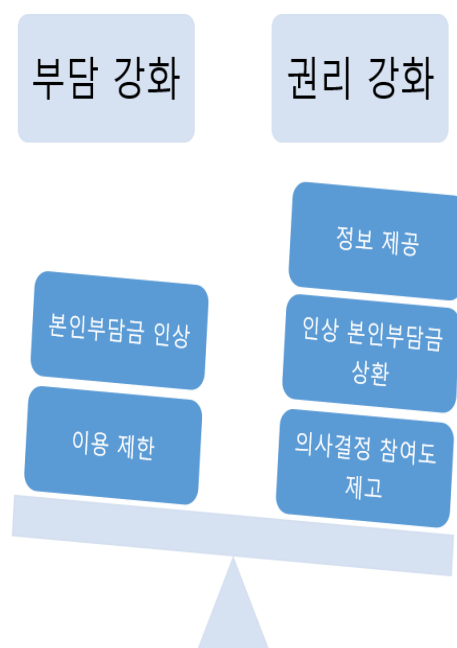
-> 인턴 및 전공의 과정의 전면 개편 필요(일차의료 공급을 위해서는 최소 2년 이상수련을 받도록)
값싼 인력으로 다루기보다 미래 건강의 책임자로 양성

3. 일차의료를 위한 수련 기간 혹은 인턴/전공의 과정에 대한 수련 비용을 보험자/정부가 지원

-> 5500만원 * 1000명 * 2개년차 = 1100억원

수요자 측면에서의 개선 접근법?

수요자의 적절한 선택 유도



연간 150회 이상 외래진료 환자 19만명...연 500회 이상 환자도 529명

[메디게이트뉴스 조은 기자] 우리나라의 과도한 '의료 접근성 개선'이 의료자원 낭비를 초래한다는 문제가 제기되고 있다. 실제로 '과잉 의료' 기준이 되는 연 150회 이상 외래진료 환자가 19만명에 육박하고, 1년 동안 42개 병원을 돌며 2050번 '의료쇼핑'을 한 사람도 있었던 것으로 나타났다.

과도한 의료 이용이 건강보험 재정 건전성을 빠르게 악화시키면서 2028년에는 바닥을 보일거라는 예측마저 나오는 등 지속가능성에 대한 우려가 커지는 속에 정부는 '의료쇼핑' 행태를 불러일으키는 배후에 무분별한 '보장성 강화 정책'이 있다고 보고 건강보험의 지속가능성 제고를 위한 개혁을 준비하고 있어 관심이 집중된다.

연간 150회 이상 외래진료 환자 19만명 육박...연 500회 이상 환자도 529명 달해

8일 건강보험 당국의 외래 이용 현황 통계에 따르면 작년 외래 의료 이용 횟수가 365회를 넘는 사람은 2550명이나 됐다. 병원 문이 열지 않는 휴일을 고려하면 하루에도 몇 번씩 병원을 찾았다는 의미가 된다.

더 큰 문제는 이렇게 매일같이 병원을 찾는 환자들에게 국민건강보험공단이 급여비로 투입한 액수가 251억4500만원에 달한다는 점이다.

실제로 2021년 건강보험 통계연보의 작년 전체 가입자 1인당 연간 급여비는 149만3000원으로, 의료쇼핑을 한 이들의 1인당 연간 급여비 평균 986만1000원과 비교하면 약 6.6배 차이가 난다.

국민건강보험공단이 지난 5월 국회 입법조사처에 제출한 자료에서도 우리나라 의료 쇼핑의 심각성이 드러난다. 지난해 연간 150회 이상 외래진료를 받은 환자는 총 18만9224명이었고, 지급된 건강보험 부담액은 총 1조9604억원에 달했다.

연간 500회 이상 병원을 찾은 환자도 지난해 529명이나 됐다. 이들에 대한 공단 부담금은 62억4400만원이나 된다. 그 중 17명은 무려 1000회 이상 이용했는데, 한 40대 환자는 지난해 1년간 42개 병원을 돌아다니며 총 2050회의 외래진료를 받는 등 의료쇼핑을 즐긴 것으로 나타났다.

"경증질환 약제비 차등제, 상급종합병원 환자 집중 완화"

이혜경 기자 2022-01-13 15:13:45

가 가

- Ⅰ 일차의료 진료 가능 질환 선별 범위 확대 필요
- Ⅰ 만성 경증질환복합만성질환자 대상 지속 관리 체계 구축

[데일리팜=이혜경 기자] 52개 경증질환에 대한 약제비 본인부담 차등제가 상급종합병원으로, 경증질환자의 집중 현상 완화에 단기적인 감소 효과를 보인 것으로 나타났다.

이 같은 연구 결과는 건강보험심사평가원이 경증질환자의 상급종합병원 집중 완화 방안으로 시행된 정책들의 전반적인 현황을 분석하고, 개선 방향을 도출하고자 '시행한 상급종합병원 경증질환자 의료 이용 분석 및 효과평가 연구(연구책임자 김상현 주임연구원)'에 담겼다.

약제비 본인부담 차등제는 일차의료기관에서 진료 가능한 경증질환자를 대상으로 약제비를 차등 적용해 종합병원 이상 의료기관을 이용하는 경증질환자를 일차의료기관으로 유도해 의료전달체계를 개선하기 위해 시행됐다.

2011년 10월부터 고혈압 등 52개 질환이 적용이 됐고 2018년 11월부터 결막염, 중이염 등 48개 질환을 추가 확대했으며, 해당 질환으로 환자가 상급종합병원 외래진료 시 약국 요양급여비용 총액의 50% 종합병원 외래진료 시 40%에 해당하는 금액을 부담하게 된다.

적절한 의료이용을 위한 제한과 본인부담 인상
-> 지역화에 따른 의료이용시 환급

과거의 의료전달체계 및 급여 제한

1989년 전국민 의료보험제도 도입시

8개 대진료권, 140개 중진료권에서 1, 2, 3차 진료 체계를 시도

1차 진료는 중진료권 내로 제한

2차 진료, 타진료권 이용시 진료의뢰서, 타진료권진료확인서를 지참

규제 개혁 차원에서 1998년 진료권 제도가 폐지

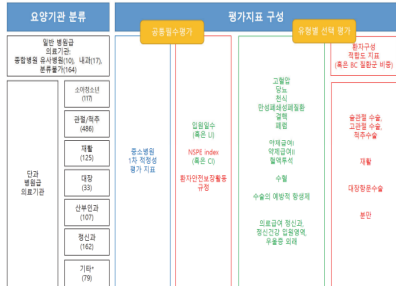
급여일수

1977년 의료보험 도입시 급여일수 180일 이내(초기 입원, 외래, 투약일수 포함)

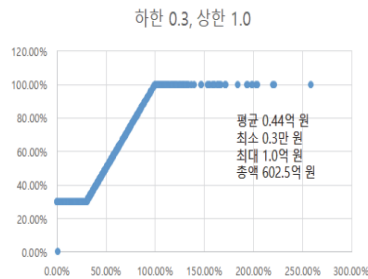
1988년 보험자부담 요양급여비 이내일 경우 급여일수 초과 가능

이후 급여일수 및 상한금액 확대 및 조정을 거쳐 최종 2006년 급여기간 제한 폐지

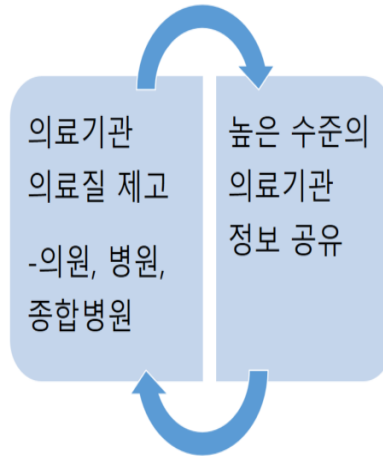
지역사회 의료기관 질적 수준 제고 및 정보 공유



[그림 41] 병원급 의료기관 의료질 평가체계



[그림 55] 상한한 적용시 기관별 보상금액 분포



응급의료기관 평가

응급의료기관 평가 설명	
2017년 응급의료기관 평가 결과	2018년 응급의료기관 평가 결과
2019년 응급의료기관 평가 결과	2020년 응급의료기관 평가 결과
2021년 응급의료기관 평가 결과	2022년 응급의료기관 평가 결과

PDF 파일 다운로드	
응급의료기관 평가 결과	응급의료기관 평가 결과
응급의료기관 평가 결과	응급의료기관 평가 결과
응급의료기관 평가 결과	응급의료기관 평가 결과
응급의료기관 평가 결과	응급의료기관 평가 결과

구분	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
1	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
2	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
3	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
4	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
5	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
6	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
7	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가
8	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가	응급의료기관 평가

조민우 등 중소병원 적정성 평가 개선방안, 건강보험심사평가원 2022

의사 캐슬 '3058'

"여기 살다간 죽어요"... 무주 진안 장수엔 투석병원이 없다

일제 2023.05.02 04:30 수평 2023.05.02 19:21 | 1인

19 0 3

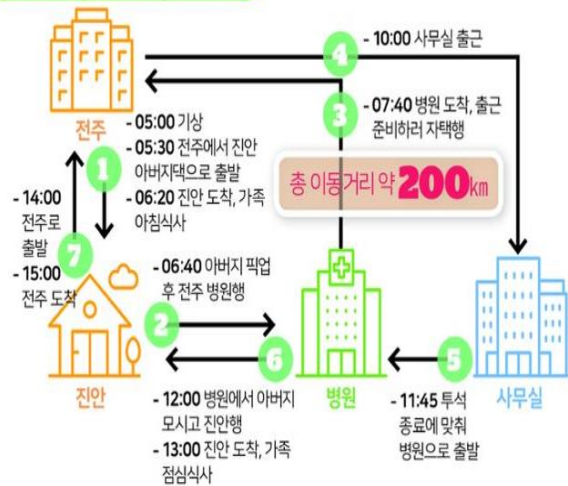
HOME > 뉴스 > 학회·학술

투석방법 선택 공동의사결정 임상연구 착수

보령원선 | 송인 2021.01.08 1355 | 댓글 0



박정일씨의 아버지 투석 병간호 일과



박정일씨의 아버지 투석 병간호 일과. 그래픽=송정근 기자

의사결정에 환자의 관점이 반영될 수 있는 체계를 구축

대한신장학회, 21개 기관 전향적 협동연구...임상 근거 마련

대한신장학회(이사장 양철우, 이하 학회)는 보건복지부 산하 한국보건 의료연구원 주관 '2020년 환자중심 의료기술 최적화 연구사업'에 학회 김세중 수련교육이사(분당서울대병원)가 총괄 연구책임자로 제출한 '만성 콩팥병 환자 투석방법 선택을 위한 공동의사결정 임상시험' 과제가 선정됐다고 최근 밝혔다.

이번 연구는 전국 19개 병원과 울산대학교 예방의학고교실, 이화여자대학교 커뮤니케이션 미디어 학부 등 총 21개 기관이 참여하는 다기관 전향적 임상연구로 과제 구성은 김세중 수련교육 이사가 총괄 및 제1세부과제 책임자로 임상시험을 주관하며 울산대학교 예방의학 조민우 교수는 제2세부과제 책임자로 삶의 질 및 경제성 평가를 시행한다.

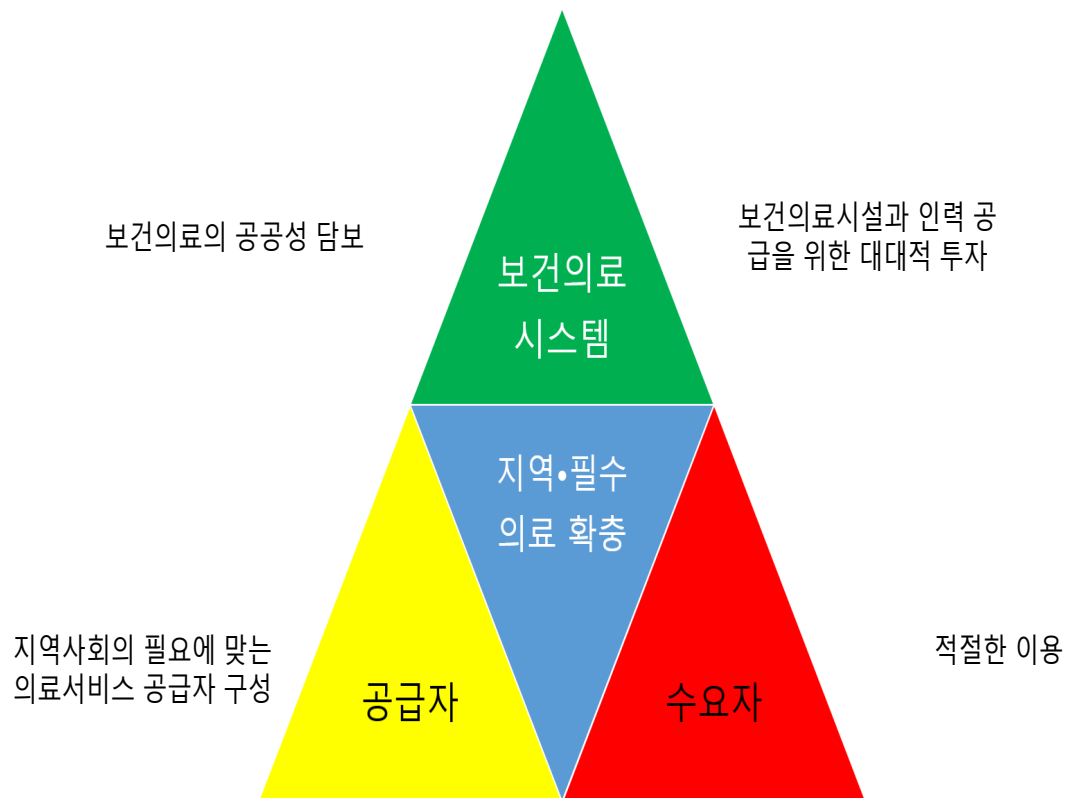
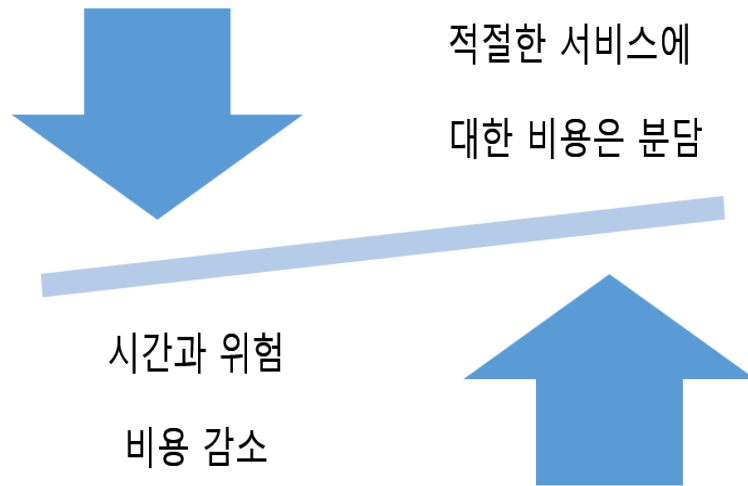
65세 미만 비당뇨병 환자, 혈액복막투석 차이 없어

NECA "복막투석 늘리면 5년간 건보재정 4334억원 절감"

당뇨병이 없는 65세 미만의 말기 신부전 환자에서 혈액투석과 복막투석 간 사망 및 뇌혈관질환 위험의 차이가 없다는 연구결과가 나왔다.

한국보건 의료연구원(원장 이영성, 이하 NECA)은 '말기 신부전 환자의 투석방법에 따른 성과연구(연구책임자: 류동열 이화여대 신장내과 교수) 수행 결과 이 같이 나타났다'고 8일 밝혔다.

지역에서의 수요자의 편익과 부담



경청해주셔서 감사합니다