
제6차 의료혁신위원회 안건

2026. 5. 28.



의료혁신추진단

목 차

안건 1. [보고]

제5차 의료혁신위원회 결과 1

안건 2. [보고]

고위험 산모신생아 진료 개선방안 논의 경과 9

안건 3. [심의]

보건의료 부문 에너지 안보 확립 및 기후위기
관리체계 구축을 위한 대정부 권고(안) 25

제6차 의료혁신위원회 안건

안건번호	제2026 - 6 - 1호	보고
보고일자	2026년 5월 28일	

안건명	제5차 의료혁신위원회 결과
-----	----------------

소 관	의료혁신추진단
제출일	2026년 5월 28일

1 회의 개요

- (일시·장소) '26. 4. 30.(목) 10:00~11:30, 정부서울청사
- (참석) 위원장, 민간위원(20인) 총 21인
- (안건) ①<보고> 제4차 의료혁신위('26.3.26.) 결과 보고, ②<심의> 의료 혁신 시민패널 공론화 의제(안), ③<보고> 전문위원회 운영 경과 및 향후 계획, ④<심의> 초고령사회 의료체계 전문위원회 구성 변경(안)

2 주요 논의 내용

□ 의료혁신 시민패널 공론화 의제(안)

- (추진 방향) 전문가 중심 논의에서 나아가 국민이 체감하는 의료 문제와 지향성 등 다양한 국민 의견이 반영되도록 추진 필요
 - 국민소통광장 등에 접수된 국민 의견도 고려해야 하며, 시민패널 구성에 중증질환자의 참여를 보장해 환자의 어려움 반영 검토 필요
- (의제 선정) 비전문가인 시민패널이 직관적으로 이해할 수 있는 의제 선정, 논의 시 혼선 방지를 위해 필수의료 범위 명확화 필요
 - 예방·건강관리·조기발견, 경증·초기 환자의 지역의료 이용 활성화 등에 대한 폭넓은 논의 필요성도 제기
- (방식) 시민패널의 이해도 제고, 합리적 숙의를 위해 다양한 관점과 객관적 정보가 균형 있게 반영된 충분한 자료와 교육 제공 필요
 - * 해외사례, 정책 추진현황 등 포함, 혁신위 위원 등 전문가 검토를 거칠 필요성 제시
 - 구체적인 문제 진단과 해결방안 중심으로 숙의하되 공론화 결과에 대한 이해관계자의 수용성 등 고려 필요
 - 공론화 방식에 있어 지역 특성을 고려한 지역 유형별 공론화와 전국 단위 공론화 간 이견

□ 전문위원회 운영 경과 및 향후 계획

- (의제) 환자·보호자의 실질적 간병비 부담 완화에 중점을 두고 간병비 급여화, 간호간병통합서비스 등 제도 개편 논의 필요
 - 의료 전반의 수가 현실화와 산과·신생아 분야 재정 지원 확대 필요
 - 공공의료 공급·관리 기능 강화 및 보건의료 특수성을 반영한 공공병원 예비타당성조사 제도 개편 필요
- (위원 구성 변경) 초고령사회 의료체계 전문위 위원 중 한의계 위원이 일신상의 이유로 사퇴 표명함에 따라, 위원 구성 변경*
 - * 변경 전: 김동수(동신대 한의대 조교수) → 변경 후: 박민정(가천대 한의대 교수)

□ 기타

- (현장 의료진) 정책 논의 과정에서 국민 참여뿐 아니라 실제 현장에서 일하는 의료진의 어려움과 현실도 함께 고려되어야 함
- (지역순회 간담회) 폭넓은 의견수렴을 위해 이용자·공급자 등을 분리하여 의견 수렴하는 방안도 병행 필요

① 공론화 추진 방향

- 전문가 관점에서 문제를 규정한 범주에 국한하지 않도록 기존 논의의 틀을 넘는 방안 모색 필요
 - 국민소통광장 등에 접수되는 다양한 국민 의견도 함께 반영
- 국민이 평균적으로 기대하는 지역의료의 수준·역량과 수요 등 큰 방향성을 파악하는 데 집중할 필요
 - 지역 특성에 맞는 과제는 별도 과정을 통해 구체화 필요
- 단기간에 성과를 낼 수 있는 과제는 신속히 추진 필요
- 환자가 겪는 어려움이 충분히 반영되도록 시민패널 구성에 중증 질환자 참여 보장 필요

② 공론화 의제

- 필수의료 범위를 정하지 않고 공론화 진행 시 혼란 발생 우려되며, 시민패널의 눈높이에 맞춘 의제 선정 필요
- 지역·필수의료 논의를 치료 중심에서 나아가 예방·건강관리·조기 발견까지 포괄하는 보다 넓은 개념으로 범위 확대 필요
 - AI·디지털 기반 예방관리에 있어 보건소 역할이 강화되어야 하며, 지역 의사제·부처 간 협력 등을 포함한 지역 예방체계 논의 필요
- 재정 지원과 AI 혁신 기술을 활용해 지역 병원의 치료 역량을 강화하고 신뢰할 수 있는 의료 정보 제공 필요
 - 이를 통해 지역에서도 치료 가능한 중증질환(갑상선암·위암 등) 환자들이 수도권이 아닌 지역에서 안심하고 치료받을 수 있는 환경 조성
- 시민패널이 직관적으로 이해할 수 있는 의제 선정 필요

③ 공론화 방식

- 시민패널에 어느 정도의 틀과 기준을 제공해야 실질적인 해결 방안 도출이 가능
- 공론화 진행 전 지역을 우선 선정하고, 해당 지역에 맞는 필수의료 범위를 설정한 후 이해관계자들의 의견수렴을 거치는 과정 필요
- 지역별로 의료 수요가 다르므로, 지역 유형별(도시/중소/취약지역 등)로 묶어 공론화 진행하는 방안 고려 필요
- 시범사업 형태로 필수의료 취약 지역 2~3곳을 선정해 우선 공론화한 후 전국 확대하는 방안 제안
- 지역별로 나누기보다 전국 단위로 다양한 지역 시민이 함께 논의할 때 지역 간 차이 비교가 가능하며 보다 합리적인 기준을 도출할 수 있을 것
- 시민패널이 공공·민간 역할, 의료 제공 수준 등에 대해 충분히 의견을 낼 수 있을 것이며, 전국 단위 공론화 필요
- 공론화 결과를 어느 수준까지 수용할지에 대한 기준과 이해관계자 수용성 등을 고려하여 논의 필요
- 구체적인 문제 진단과 해결방안 중심의 숙의 필요
- 합리적 숙의 기반 마련을 위해 시민패널에 해외 갈등 조정·합의 사례, 정책 추진현황 등 충분한 자료 제공 및 교육 필요
- 시민패널의 이해도 제고와 균형 있는 의견 제시를 위해 다양한 관점과 객관적 정보가 충분히 포함된 숙의 자료 제공 필요
- 자료집 구성 과정에서 혁신위 위원들의 의견이 폭넓게 반영될 필요

4 전문위원회 논의 의제

- 요양병원 간병비 부담을 겪는 환자·보호자가 많은 점을 고려해 간병 급여 적용 대상과 기준은 신중히 검토할 필요
- 환자·보호자의 실질적 간병비 부담 완화 목표를 중점으로 두고 요양병원 간병비 급여화 등 제도 개편 필요
- 일부 특정 과목만이 아니라 의료 전반의 수가 현실화와 지원 체계 개선이 필요
- 산과·신생아 분야 수가·재정 투입 현황 파악을 통해 지원 확대 방안 마련 필요
- 간호간병통합서비스는 단순 확대보다 중증환자 중심으로 기능을 강화하는 방향으로 개선 필요
- 요양병원 일부에 대한 간병비 급여화만으로는 간병 문제 해결에 한계가 있으므로, 간호간병통합서비스 전면 확대 필요
- 연속적 돌봄 활성화를 위해 환자 퇴원 및 지역에 연계 시 적정한 수가·보상체계 마련 필요
 - 의사·간호사·사회복지사 등이 참여하는 퇴원 평가가 적절히 이루어 지도록 개선 필요
- 공공의료 공급·관리 기능 부족은 지역·필수의료 문제의 원인이며, 경제성 위주 평가의 예비타당성조사는 공공의료 확대를 제약
 - 단순 시장 논리가 아닌 건강 향상 측면에서 평가체계 개편 및 지역 투자 강화 필요

5 기타

- 정책 논의 과정에서 국민 참여뿐 아니라 실제 현장에서 일하는 의료진의 어려움과 현실도 함께 고려되어야 함
- 지역순회 간담회 시 폭넓은 의견수렴을 위해 이용자·공급자 등을 분리하여 의견 수렴하는 방안도 병행 필요

제5차 회의 참석자 명단

※ 시민패널 의제 논의를 위해 '시민패널 운영위원회' 주제별 위원(한국지방행정연구원 선임연구위원) 참석

구분	성명	직위·경력	참석 여부
위원장	정기현	前 국립중앙의료원장	○
민간위원	김창수	연세대학교 의과대학 교수	○
	김유일	전남대병원 교수	○
	한성존	대한전공의협의회장	○
	권정택	중앙대학교병원 신경외과 교수	○
	조승연	영월의료원 외과 과장	X
	박진식	세종병원 이사장	○
	권공록	경희대학교 치과대학 교수	○
	고성규	경희대학교 한의과대학 학장	X
	장선미	가천대학교 약학대학 교수	○
	한영란	동국대학교 간호대학 교수	○
	안기종	한국환자단체연합회 대표	○
	김성주	한국중증질환연합회 대표	○
	강정화	한국소비자연맹 회장	○
	조은영	한국 YWCA 연합회 회장	○
	최희선	전국보건의료산업노동조합 위원장	○
	신승일	전국의료산업노동조합연맹 위원장	○
	류기정	한국경영자총협회 총괄전무	X
	김진현	서울대학교 간호대학 교수	○
	김진환	경희대학교 의과대학 교수	○
	정유미	국군간호사관학교 교수	○
	나백주	을지대학교 의과대학 교수	○
	김명훈	한국보건산업진흥원 전문위원	○
	김태현	연세대학교 보건대학원 교수	○
이창곤	중앙대학교 사회복지대학원 교수	X	
서준범	서울아산병원 교수	X	
정부위원	구윤철	재정경제부 장관	X
	윤호중	행정안전부 장관	X
	정은경	보건복지부 장관	X

제6차 의료혁신위원회 안건

안건번호	제2026 - 6 - 2호	보고
보고일자	2026년 5월 28일	

안건명	고위험 산모·신생아 진료 개선방안 논의 경과
-----	-------------------------------------

소 관	지역·필수·공공의료 강화 전문위원회
제출일	2026년 5월 28일

I. 제안 배경

- (중요성) 모자의료는 안전한 분만뿐 아니라 ①아동의 건강한 출발, ②임신·출산 전 과정에서 여성의 건강을 실현하는 사회적 기반
 - 생애 초기 건강은 평생의 건강·교육·사회적 성취를 좌우하며, 세대 간 건강 불평등 단절의 출발점
 - 여성 생애주기 건강권 보장의 핵심 영역으로서 임신 전·후 건강 관리를 포함

< 관련 국제 동향 >

- ◆ WHO 유럽지역-UNICEF는 2025년 「건강한 삶을 위한 건강한 출발(A healthy start for a healthy life): 2026-2030 아동-청소년 건강 전략」을 채택
 - 생애 초기 건강 투자를 교육 성취·성인기 건강·빈곤 완화로 이어지는 경제적 투자이자 세대 간 불평등 단절의 핵심 전략으로 천명
 - 영아사망률 등 핵심 지표의 정체·악화에 대한 즉각적 대응 촉구

- (시급성) 최근의 고위험 산모 미수용 사례 발생 등 모자의료 인프라 약화 우려로 국민 불안 고조

- ◆ (충북, 5월) 산부인과에서 산모와 태아의 심박수 저하 확인, 119 신고 → 충청권 상급종합병원 6곳에서 중환자실 부족 등으로 수용 거부 → 헬기로 부산 동아대 병원으로 이송하여 수술하였으나 태아는 사망
- ◆ (대구, 2월) 쌍둥이 산모 28주 조산 증세, 119 신고 → 대구 관내 7개 병원에서 중환자실 부족 등으로 수용 거부 → 분당서울대병원으로 이송하여 수술하였으나 첫째 아이 사망, 둘째 아이 저산소증 뇌손상 발생

- 이러한 사건은 모자의료체계의 구조적 취약성을 드러냄
 - 분만 1건당 고위험 진료 부담이 가중되는 반면, 이에 대응할 수 있는 의료서비스 공급 기반은 지속 약화되는 추세
- 지역 인구소멸 등 정책 환경 변화를 고려할 때 적절한 정책적 조치가 없을 경우 상황이 더욱 악화될 것으로 예상

참고: 지역·필수·공공의료 강화 전문위원회 논의 경과

□ 개요

- (제3차 전문위원회, 4.21) 대한산부인과학회와 대한신생아학회 발제 및 논의
 - (대한산부인과학회) ‘산모 중증도 기반 3단계 대응체계 구축, ‘집중치료실 확충, ‘현장 인력에게 보상 직접 제공, ‘수가 현실화, ‘의료사고 발생 시 국가 전액 보상 등 제안
 - (대한신생아학회) ‘거점과 지역기관의 유기적 체계 구축 및 대기병상 의무화, ‘현장 인력에게 보상 직접 제공 및 인력 다변화, ‘의료사고 발생 시 국가 무과실 보상 및 환자·보호자 대상 사회 안전망 구축, ‘이송·전원 컨트롤타워 설치 등 제안
- (제4차 전문위원회, 5.12) 정부의 고위험 산모·신생아 진료 개선방안 보고 및 자문

□ 주요 논의 결과

- (거점화·기능강화) 한정된 인력·자원의 효율적 활용을 위해 권역별 거점화 및 집중 투자 필요성에 공감
- (인력) 인력 확충이 문제 해결의 핵심이라는 점에 공감, 응급분만 등 24시간 대응을 위해 전문의 확보 필요
 - 전공의 수련 개선, 이탈 전문의 복귀 유인 마련, 진료지원간호사·조산사 등 활용, 전반적 진료역량을 갖춘 인력 양성 등 다각적 인력 운영 방안 제시
- (보상) 단순 수가 인상보다 지역별 의료수요와 인프라를 고려한 차등 지원 모델 및 의료기관 기능 유지·강화를 위한 보상체계 마련 필요성 제시
 - 거점 중심 네트워크 통합지원과 기관 단위 총액 예산지원 등 포괄적 지원 방식 병행 필요성도 제안됨
- (이송·전원) 의료기관 간 이송·전원 등 진료 네트워크 체계를 구축하여 한정된 자원 하에서 효율적으로 운영할 필요성에 대체로 공감
- (필수의료진 사법 보호) 필수의료 분야 의료사고 법적 리스크 완화 및 의료진 보호를 위한 제도 보완이 지속될 필요성 제시

II. 현황 및 문제점: 모자의료의 수요와 공급 불일치

(수요-공급 불일치) 분만은 줄어도 **고위험 수요는 그대로**, 공급은 빠르게 축소

수요 측면

출생아('19년 → '24년)
30.3만 명 → 23.8만 명 (△21.3%)
35세 이상 고령산모('19년 → '24년)
101천 명(33.4%) → 86천 명(35.9%) (△15.2%)
다태아('19년 → '24년)
14천 명(4.6%) → 13천 명(5.6%) (△3.4%)
미숙아('19년 → '24년)
24,379명(8.1%) → 24,144명(10.1%)

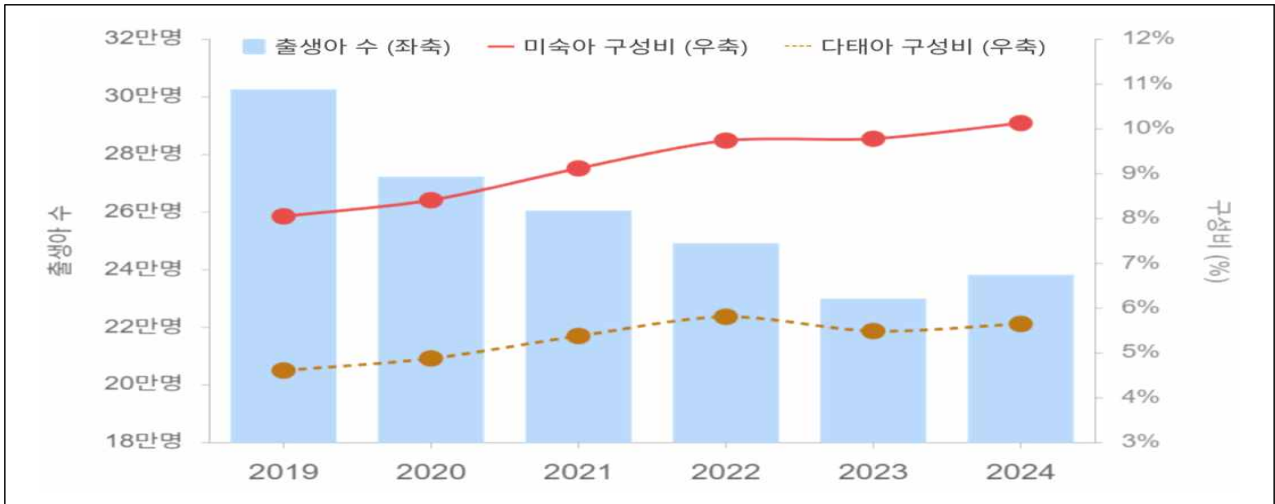
공급 측면

분만 가능 의료기관('19년 → '24년)
440개소 → 357개소 (△18.9%)
산모태아집중치료실(MFICU) 미설치 시도
5개 시도(울산·세종·전남·경북·제주)
분만취약지('11년 → '26년)
48개 → 108개 시·군 (2.3배 ↑)
NICU 관내 의료 이용률 격차
경북 5.5% vs 서울 93.1% (17배 차이) * 경북 신생아 중환자 100명 중 95명은 他 지역 이송

분만 1건당 **고위험 진료 부담 가중** + 지역 간 **모자의료 접근성 격차 심화**

- (수요측면) 저출생으로 절대적인 분만 건수는 감소하고 있으나 고령산모, 다태아 비중의 증가로 고위험 진료 부담은 오히려 가중
- 출생아 수는 5년간('19~'24) 21.3% 감소하였으나 35세 이상 고령산모는 15.2%, 다태아는 3.4% 감소에 그쳐 고위험 분만 비중 증가
 - * (고령산모 비중) 33.4%('19) → 35.9%('24) / (다태아 비중) 4.6% ('19) → 5.6%('24)
 - 특히, 세쌍둥이 이상의 고차 다태아 출산율은 세계 최고 수준
- 미숙아 절대수는 2.4만명 수준으로 거의 같은 규모를 유지하여 분만 감소에도 불구하고 신생아 집중치료 수요는 줄지 않음
 - * (미숙아 비중) 8.1%('19) → 10.1%('24)
- 산모 3명 중 1명 이상이 35세 이상이고, 10명 중 1명의 신생아가 미숙아인 시대로 진입하는 등 고위험 진료 수요는 여전할 것으로 전망

< 출생아 수와 미숙아·다태아 구성비(2019~2024) >



□ (공급측면) 인력·인프라 감소 등 전반적인 공급 기반 악화, 지방 인구 감소로 인한 배경수요 부족이 인프라 위축 심화

○ (의료기관) 저출생 추세, 필수의료 기피 등으로 인구소멸지역을 중심으로 분만 산부인과 지속 감소*

* 분만 산부인과(연간 분만 건수 50건 미만은 제외): '19년 440개소 → '24년 357개소

○ (인력) 고위험 분만 증가에 따른 높은 의료사고 리스크, 난임·미용 분야 등으로 전문인력이 유출되는 등 산과 관련 인력 감소*

* 대학병원 산과 전임교원: '10년 144명 → '24년 128명

전공의 총원률('25.하): 소아청소년과 13.4%, 산부인과 48.2%, 피부과 89.9%, 안과 91.9%

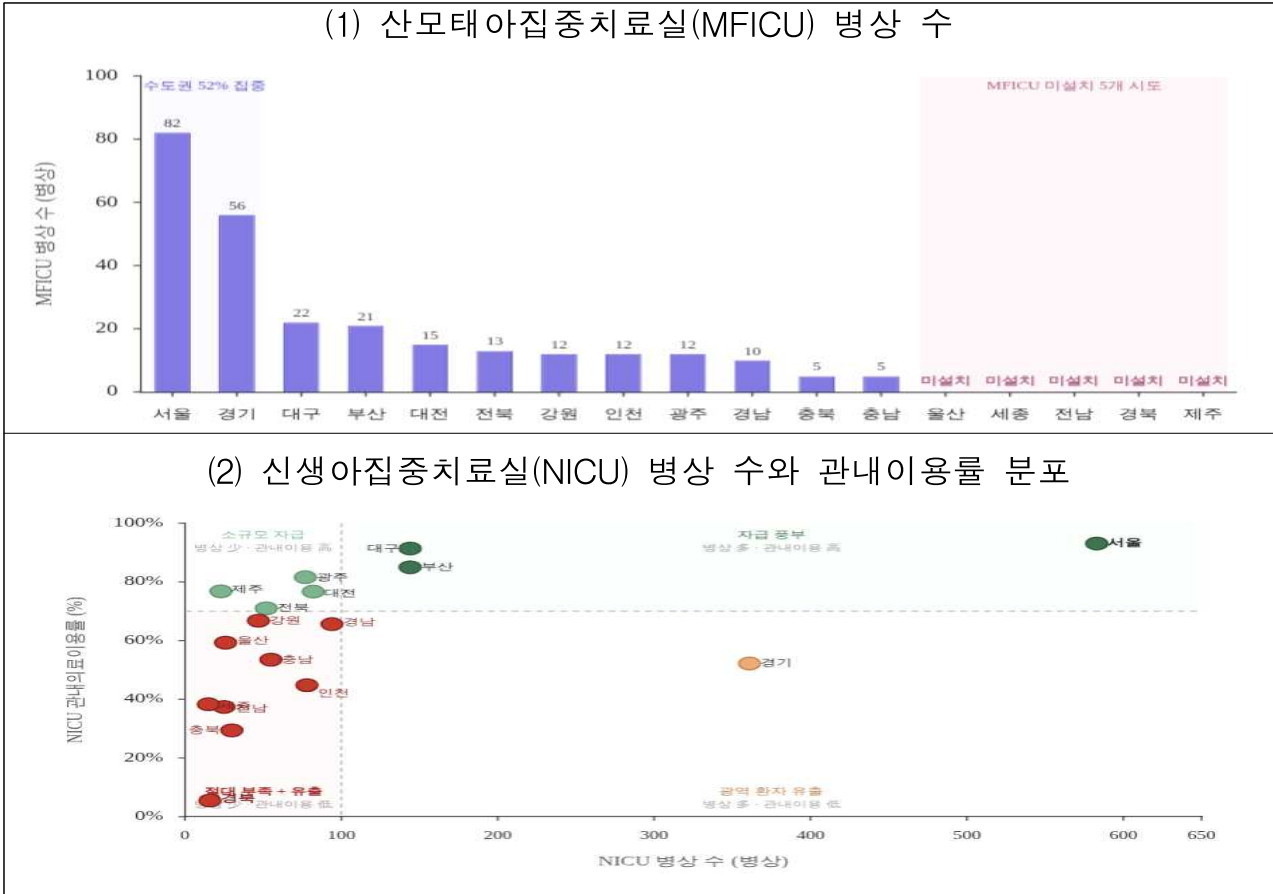
- 인력 부족으로 업무가 가중되어 의료진 피로도가 누적됨에 따라 추가적으로 인력이 유출되는 등 악순환 반복

○ (고위험 대응) 인력 부족으로 모자의료센터*의 고위험 산모·신생아 대응에 한계, 인구 부족 지역일수록 문제 심화

* 중증센터: 2개소 / 권역센터: 20개소 / 지역센터: 33개소

- 인력이 있더라도 중환자실 포화도가 높아 응급환자를 수용하지 못하는 사례 발생도 발생

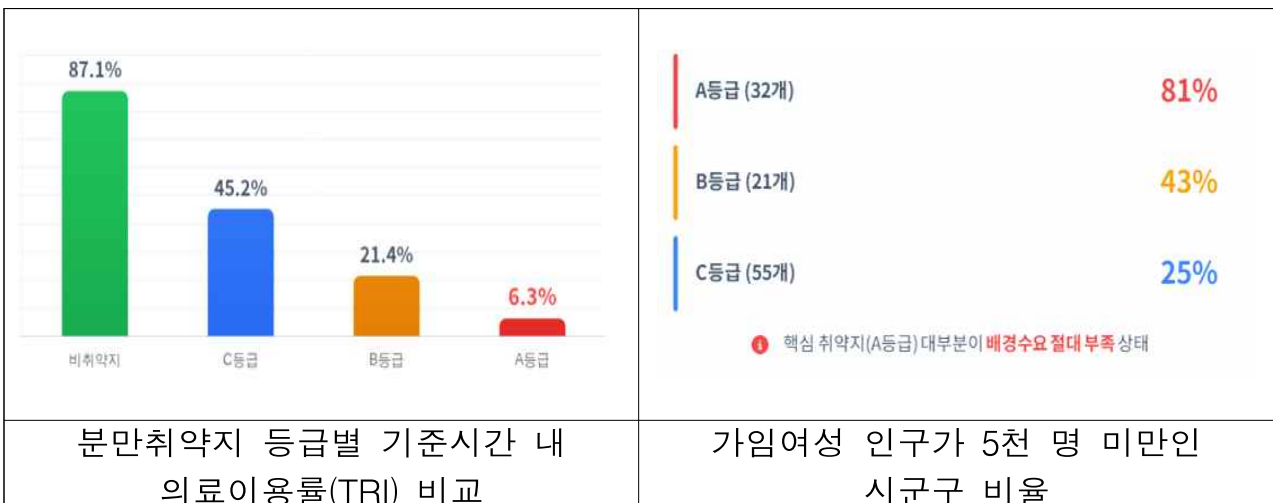
< 고위험 산모·신생아 진료 인프라 지역 격차 (2024년) >



○ (분만 취약지) 분만 취약지* 대부분이 배경 수요가 부족한 지역으로 의료기관 유지가 어려운 구조적 공급 한계 존재

* 분만 의료접근성이 떨어지거나 의료이용률이 취약하거나 가임 배경인구 수가 부족한 지역으로 현재 전국 108개 시·군 선정

< 분만취약지 의료이용률 및 배경수요 부족 >



III. 정부의 대응

1 그간의 정책 추진 경과

- (전달체계) 신생아 집중치료 지역센터와 고위험 산모·신생아 통합 치료센터로 분산된 인프라를 **모자의료센터 체계로 정비·개편***(‘25년)
 - * 신생아 집중치료 지역센터(‘08년~)와 고위험 산모·신생아 통합치료센터(‘14년~)를 중증도에 따라 중증(2개소)·권역(20개소)·지역(33개소) 모자의료센터로 전환
- (네트워크) 권역 내 모자의료기관 간 **진료협력체계를 구축하고 24시간 대응 등에 대해 보상을 제공하는 시범사업*** 추진 중(‘25년)
 - * 9개 권역 12개 네트워크, 중증도에 따른 의뢰·회송 및 상급기관으로 전원 등 실시
- 산모·신생아의 **전원·이송병원 선정을 전담하는 팀***(국립중앙의료원)을 운영하여 전국 단위 조정·지원(‘25년)
 - * 현재 상황의사 1명, 상황요원 5명으로 구성, 국립중앙의료원 산부인과 전문의의 업무 지원
- (보상) **분만수가 강화***(‘23년), **모자의료센터에 정책수가 지원****(‘24년)
 - * 지역정책수가(55만원), 안전정책수가(55만원) 신설, 고위험 분만 가산 확대(30%→100~200%), 응급분만 정책수가(55만원) 신설 등
 - ** 고위험 신생아진료 지역정책수가(일 10만원), 고위험 임산부 통합진료 정책수가(일 20만원)를 지원하여 지원금의 일정 비율 이상을 의료진 처우 개선에 활용
- 중증·권역모자의료센터의 **의료행위에 따른 손실을 성과와 연동하여 기관 단위로 보상하는 사후보상 시범사업** 추진 중(‘25년)
- (필수의료진 사법 보호) **중과실 없는 고위험 필수의료행위의 형사부담 해소, 반의사불벌특례의 적용범위 중상해로 확대 등 사법 리스크 완화**(‘27년)
 - * 의료분쟁조정법 개정(‘26.4월 본회의 통과)
- **고액 배상이 가능한 보험상품 가입 지원**(‘25년)

2 최근 정부 대책 (5.26 국무회의 발표)

- ◆ **국민의 생명을 살리는 정부 구현** 위해(목표: 모성사망비* 등 최저 수준 달성)
 - * 모성사망비(출생아 10만명 당) OECD평균 10.0명('24) vs 한국 10.1명('24) vs 일본 3.6명('23)
 - 영아사망률(출생아 천명당) OECD평균 4.2명('24) vs 한국 2.4명('24) vs 일본 1.8명('23)
 - ▶ (60일 이내) 이송·전원 체계 정비, 인력규제 완화, 수가인상
 - ▶ (~'27년 上) 모자의료 전달체계 재편, 의료사고 안전망 개선

1. (단기: 60일 이내) 기존 자원 활용한 집중지원

① 이송·전원 체계 정비로 최종치료 시간 단축

- (지역협력체계 강화) 일반분만병원-권역 모자센터 간 연계·협력하여 적정 기관에서 진료, 응급 고위험·응급 분만 발생 시 해당 권역센터에서 수용
 - 진료협력체계가 없는 충청권, 전북권, 제주권 연내 구축 '26.7.~
 - * '모자의료 진료협력 시범사업' 권역모자의료센터 중심으로 협력체계(12개) 운영중('25.4.~) 권역모자의료센터-15개 내외 지역 분만기관 간 환자 전원이 활발히 이루어짐(5.14. 현장방문)
- (신속이송) 119 출동시 임신부가 다니던 병원으로 우선 이송*, 진료가 어려울 시 권역→전국단위(모자의료전담팀·중앙119구급상황센터 협력) 병원 선정 '26.6.
 - * 거주지역, 중증도, 응급 상황 등에 따른 복지부-소방청 공동 이송지침 마련
 - 병원 간 전원도 119구급차가 지원, 범부처 응급의료헬기(닥터헬기(8대), 소방헬기(33대), 군헬기(7대)) 연계 확대 '26.7.~
 - * 고위험 산모·신생아의 응급항공 이송은 의사가 탑승하는 닥터헬기 우선 활용, 닥터헬기 이송 요청은 중앙응급의료센터로 일원화
- (전원 효율화) 전원전담팀* 상황요원 증원(5명 → 15명, 시간당 3~4명)하여, 여러 의뢰건도 동시에 신속히 병원 선정 '26.7.
 - * 국립중앙의료원 중앙모자의료센터 내 임신부신생아 병원 선정을 담당하는 팀 운영 중('25.9.~)
 - '모자의료 정보시스템' 개통(6월) 및 의뢰방식 개선(전화로 1곳씩 문의 →시스템 통해 여러 병원에 동시 요청)으로 병원 선정시간 대폭 단축 '26.6

2 모자의료센터 인력규제 완화 및 수가 인상

- (인력규제 완화) 인력 보완 및 야간·휴일 대응 강화 위해 지역 분만 병원 전문의 활용*, 파트타임 등 다양한 근무형태 인정(지침개정) '26.7.

* (사례) 전남대병원에서 지역 분만병원 전문의가 야간 당직 일부 수행(+전남대병원 산과 의사 온콜)

- (수가인상) 모자의료센터에 ▲임신 주수, ▲미숙아 상태, ▲비수도권 여부 등에 따른 추가 가산 '26.7.~

* 분만 및 신생아 입원 시 본인부담 없음

2. (~'27년 上) 전국 어디서나 임산부와 신생아의 생명을 지키는 안전망 구축

1 5극 중심 권역별 대응체계 구축

- (중증센터 확충) 現 중증센터(서울 2개소)를 5극 중심 6개소*로 단계적 확대하여 전국 및 광역 내 최중증 임산부 신생아의 최종 수용역량 강화 '27~

* (기존) 서울 2개소 + (신규) 4개 광역별(동남권, 대경권, 중부권, 호남권) 1개소씩

- 응급·고위험 발생시 즉시 수용 위해, 중증모자의료센터에 신생아 중환자실 예비병상(2~3개) 확보 및 운영 지원 추진 '27

- 중등증 이하 고위험 신생아 수용력 향상 위해 모자전문병원* 육성 '27~

* 필수특화 기능 강화 지원사업 분만 분야 12개 병원 지정·지원 중('25.6.~)

- (센터 재편) 진료역량·실적 우수한 기관은 센터 상향(권역 → 중증, 지역 → 권역), 역할 미흡한 기관은 센터 하향·지정취소 '27~

* 현재 중증(2) - 권역(20) - 지역(33) 모자의료센터 전달체계 운영 중('25.~)

- 단계별 센터 역할과 의무를 명확히 규정, 재지정 제도 도입 추진

구분	중증 모자의료센터	권역 모자의료센터	지역 모자의료센터
역할	28주미만·다학제적 진료	28주~32주미만 진료	32주~34주 중등증 이하
의무	365일24시간 고위험진료 전국 단위 전원수용	365일24시간 고위험진료 권역 네트워크 운영·전원조정	365일24시간 분만·신생아진료, 전원 수용

2 비수도권 중심으로 지원 강화

- **(인력지원)** 비수도권 권역센터에 시니어의사 채용시 인건비 지원, 중증·권역센터 중 국립대병원의 산과 등 전임교원 증원 추진^{'27}
 - 산과·신생아과 전임의 양성 및 진료지원인력 등 인력기준 보완·지원 추진^{'27}
- **(운영지원)** 비수도권 모자의료센터부터 역할과 의무수행에 기반한 '성과 기반 사후 보상' 단계적 도입 등 운영 지원 확대^{'27}

※ (모자의료센터 운영비) 중증센터 12억원, 권역센터 6억원, 지역센터 0.5~5.5억원

3. (필수의료 안심 진료 지원) 의료사고 부담 완화

- **(배상책임 경감)** 분만 등 필수의료 전문의 대상 보험료 지원하여 최대 17억원 까지 배상책임 보장('25.~), 응급·신생아중환자실 전문의까지 대상 확대^{'26.6}
- **(국가보상 강화)** 불가항력적 분만사고에 대해 최대 3억원까지 국가 보상('25.7월~) → 산모 중증장애까지 보상 대상 확대 추진^{'26.6}
 - * (현재) 신생아 뇌성마비(중증 3억원, 경증 1억 5천만원), 신생아 사망(3천만원), 산모 사망(1억원) → (확대) 기존 + 산모 중증장애(1억 5천만원)
- **(형사부담 완화)** 분만, 응급 등 고위험 필수의료행위 의료사고는 ①수사기관 출석요구 자제, ②기소제한, ③형 감면 등 부담 경감^{'27.5}
 - 법 시행 전에도 의료사고 사건 수사절차 개선 재안내 등 협조 요청(법무부·경찰청) ^{'26.6}

- ◆ 산모·신생아의 생명을 보호하기 위해 즉시 시행 가능한 대책 중심으로 발표(복지부, '26.5.26.)
- ◆ 변화하는 모자의료 환경 변화를 고려하여 진료 제공체계를 정비하고 인구구조 변화에 대응할 수 있는 중장기적 대책 마련 필요

IV. 지역·필수·공공의료 전문위원회 논의 중간 경과

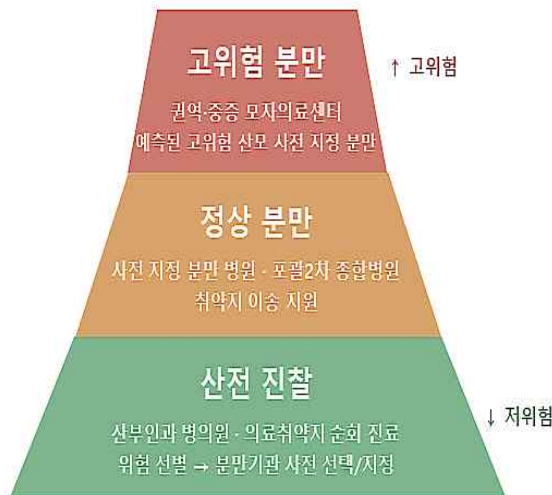
1 개편 방향: 지역별 사전대응체계 구축

- 지역 완결형 의료전달체계를 중심에 둔 모자의료체계의 중장기 개편 로드맵이 필요한 상황
- 지역화*(Regionalization) 전략을 통해 각 수준별 의료서비스 사이의 적정한 균형을 달성하여 접근성과 효율성 개선 도모
 - * 1차-2차-3차 의료서비스 서비스와 시설이 인구집단에 용이한 접근성과 비용-효과적 진료를 제공할 수 있도록 배치하는, 의료서비스의 지역 간 합리적 분배 전략
- 응급 사건 발생 후 반응적·사후적(Reactive) 대응에서 임신 중 예방적·선제적(Proactive) 대응으로 패러다임 전환

모자의료 전달체계 개편 방향 — 지역별 사전대응체계 구축

| 의료 단계별 위계 구조

위험도에 따라 1차 → 2차 → 3차 단계화, 사전 선택·지정 원칙



□ 1차의료는 게이트키퍼 역할

지속적(dynamic)·전인적(holistic) 위험 평가로 임신 초중반기 maternity triage 실시

→ 위험도에 맞는 분만 의료기관 사전 배정 + 분만 후 산후 돌봄(postnatal care) 연속 수행

| 전달체계 운영에 필요한 공통 사항

1·2·3차 의료 전 단계를 가로질러 작동하는 운영 인프라

1 모자의료센터 운영

- 5급 중심 권역별 거점센터 지정
- 고위험 인력 집중 — 산과·신생아 전문의 우선 배치
- 응급 환자 수용 대기 병상 상시 운영
- 국가 책임 준공영제 전환 — 수익 무관 안정 운영

2 24시간 전화 상담 체계

- 임신부 대상 24시간 전화 자문 라인 운영
- 응급 상황 시 의료 자문 + 이송 안내
- ※ 영국 NHS 임신부 24시간 상담 라인 모델 참고

3 전원·이송 체계

- 권역 내 신속 이송 — 병원 간 전원 시 의사 또는 전문인력 동승
- 모자의료 정보시스템 연동, 최종치료 시간 단축

2 모자의료 전달체계 개편

- (산전 진찰) 산전 진단·관리는 인근 산부인과 병의원 이용을 원칙으로 하되, 의료취약지는 순회 진료 활용
 - 임신 초·중반기 위험 선별(maternity triage) 후 분만 기관을 사전 선택하고 고위험 산모는 별도로 등록하여 관리
 - 고위험 임신부 정보는 중증·권역 모자의료센터에 사전에 공유하고 응급상황 발생 시 신속하게 모자의료센터로 이송
 - 사전에 수요를 예측하여 의료서비스 공급을 계획할 수 있도록 하고 응급상황 발생 시 진료 대응에 필요한 시간 단축
- (정상 분만) 사전에 선택한 분만병원을 이용하도록 하고 취약지는 이송 지원
- (고위험 분만) 예측된 고위험 산모는 사전 선택·지정된 모자의료센터에서 분만
 - 조산 또는 예측하지 못한 응급상황 발생 시 전원전담팀과 연계하여 이송·전원 지원(병원 간 전원까지 119에서 지원, 의사 또는 전문인력 동승)
 - 모자의료센터는 응급환자 수용을 위한 대기 병상 상시 운영
 - 응급상황 발생 시 즉시 의료 자문 및 이송 안내가 가능하도록 24시간 전화 상담체계 구축
 - 모자의료 진료협력 시범사업과 모자의료센터 간 사업 연계·통합으로 지역별 완결적 모자의료 전달체계 개편 추진 필요

□ **중장기 개편방안: 모자의료에 대한 국가 책임 강화**

- (필요성) 현행 고위험 산모 가산수가, 당직비 보조 등은 지원에 따른 책임은 묻지 않는 구조로 기관의 서비스 유지 의무가 없는 한계 존재
- (운영방식) 민간 소유·운영 의료기관이 안정적으로 운영할 수 있도록 국가가 책임지고 지원하되 예비병상 유지 등 공공적 의무 부과
 - 고정비 보전, 손실보상, 인건비·당직 유지비 지원 등을 위한 기관 단위 포괄 보상* 시행
 - * 수익 기반 운영 시 적자구조 불가피하여 응급 대기병상은 수익과 별도의 공공재 성격으로 보상 설계 필요
 - 지원과 의무를 계약으로 묶는 구조로 지원의 효과성을 담보하고 의료기관의 운영 안정성 확보 가능

< 현행과 개선 방향의 차이점 >

구분	현행	개선 방향
지원 방식	항목별·사후적	운영비 총액 기준 사전 보전
정부 개입 근거	약함 (지원 조건 단순)	강함 (계약에 의한 의무 부과)
서비스 유지 의무	없음	있음 (24시간, 고위험 수용 등)
기관 자율 철수	가능	계약 위반으로 제한
지원의 예측 가능성	낮음 (예산 변동)	높음 (다년 계약 기반)

3 의료인력 확보 방안

- (모자의료센터 집중) 모자의료센터의 고위험 산모·신생아 진료역량 강화를 위해 관련 전문인력 집중
 - 기관별 역할에 따른 인력 재배치 효율화, 신속한 이송체계 구축 등 보완 대책 강화 필요
 - 자원 재배치 정책에 의해 영향을 받는 의료전문가, 지역 의료기관, 주민 등 다양한 이해관계자들과 충분한 사회적 대화 필요
- (전공의 수련 개편) 세부 전문의 양성보다는 포괄적 진료역량 강화를 위한 수련 확대(관련 학회 협력 필요)

- (이탈 전문의 유인 프로그램) 개원가 및 비분만 영역으로 이탈한 산부인과·소아과 전문의 유인을 위한 재교육·훈련 프로그램 운영*
 - * 중증·권역모자의료센터를 재교육 프로그램 기관으로 활용
- (산모·신생아 전공 교원) 국립대병원의 분만·신생아 진료 강화 계획과 연계하여 국립대병원에 분만·신생아 전공 교원 국가 배정
- (대체인력 활용) 진료지원 간호사, 조산사 등 전문의 대체인력 양성 및 활용방안 모색

4 관련 정책과 정합성 확보

- (난임치료) 임신 가능성은 제고하면서 고위험 다태아 임신을 줄일 수 있도록 난임치료 시 단일배아 이식 진료 표준 개발

< 참고: 대한모체태아의학회/보조생식학회 팩트시트 (2025) >

- ◆ 난임 시술의 발전으로 다태아 임신 증가했으나, 다태아 임신은 단태아 임신에 비해 산모와 태아에게 합병증 위험 증가 (조산 위험 6배, 임신중독증 위험 2배, 산후출혈 3배, 태아 뇌성마비 위험 4배 등)
- ◆ 배아 배양 기술과 동결 기술의 발전으로 임신 성공률 크게 향상시키면서 다태 임신 위험을 최소화하여 산모와 아기의 건강을 지키는 단일 배아 이식 (Single Embryo Transfer, SET)이 표준 치료로 권장

- (연구) 정책의 정합성 확보 및 효과성 제고를 위해 후속 연구 등을 통해 세부사항 검토 필요
 - 산모 위험예측(Triage) 도구 타당도 검증, 고위험 산모 등록관리체계 개발
 - 전달체계별 실행 인력 상세 정보 모니터링(예: 지역별 실제 분만 가능한 의사 수, 신생아 중환자실 당직의 실인원 등) 체계 설계
 - 진료지원 간호사·조산사 등 대체인력 활용·양성 방안 설계
 - 권역별 맞춤형 모자의료 전달체계 설계(지역 특수성 반영한 지역 단위)



□ (프랑스) 3단계 사전 배정체계

- 모든 분만 의료기관을 신생아 집중치료 역량에 따라 **3단계로 분류**(보건부 고시)

* 니보(Niveau) I: 정상 임신·저위험 산모 대상, 산부인과·마취과 상시 대기

니보(Niveau) II: 중등도 위험 산모 대상, 신생아 집중치료실(NICU) 보유

(IIa: 33~36주 조산아, IIb: 30~36주 조산아)

니보(Niveau) III: 고위험 임신·32주 미만 조산 대상, 신생아 소생술 전문센터

- 산과적, 태아, 모체 위험 확인된 임신부 대상으로 분만기관 유형에 따라 사전 배정 기준 권고(HSA 고등보건청)

- 배정 원칙은 임신 중 위험도를 평가하여 출생 전에 적정기관으로 사전 배정하는 것을 기본으로 하되,

- 위험도 변화 시 상·하향 재배정 가능, 응급 전원은 별도 체계로 운영

□ (영국) NHS 분만 경로(maternity pathway) 사전 배정 제도

- 임신 초기부터 위험도를 평가하여 분만 경로를 사전 권고·배정

- 저위험 산모는 조산사 주도 분만센터 등으로 분산, 고위험 산모만 전문의 주도 분만실에 집중 배정

- 위험도는 임신 전 기간에 걸쳐 지속 재평가하며, 상태 변화 시 경로 조정

- 각 지정 병원 산과가 24시간 위험 선별체계(triage)를 운영하여 응급상황에 별도 대응

- 사전 배정으로 지정 기관이 해당 산모의 임신 경과·위험도를 사전 파악하여 응급 시 신속·적절한 임상 대응 가능

- 사전 배정체계와 응급 대응체계 보완적 작동

제6차 의료혁신위원회 안건

안건번호	제2026 - 6 - 3호	심의
보고일자	2026년 5월 28일	

안건명	보건의료 부문 에너지 안보 확립 및 기후위기 관리체계 구축을 위한 대정부 권고(안)
-----	---

소 관	미래환경 대응 전문위원회
출일	2026년 5월 28일

I. 제안 배경

1. 이란 사태와 호르무즈 해협 봉쇄

- 2026년 2월 시작된 미·이란 군사적 충돌과 이에 따른 **호르무즈 해협 봉쇄는 한국 에너지 안보 체계의 구조적 취약성을 전면적으로 노출**
 - 한국의 1차 에너지 수입의존도는 2023년 기준 93.9%에 달하며, 석유·가스는 사실상 전량 수입에 의존 (에너지경제연구원, 2025)
 - 호르무즈 해협은 전 세계 원유 해상 수송량의 약 20~30%가 통과하는 글로벌 에너지 공급망이자, 한국 수입 원유의 70.7%, LNG의 약 20.4%가 중동에서 공급
- 이 사태는 일시적 위기가 아니라 한국이 직면한 구조적 취약성의 발현
 - 공급망 구조 자체가 단기간 복원되기 어렵다는 점에서, 에너지 공급 불안이 상당 기간 지속되는 시나리오 기준으로 정책 수립 필요

2. 의료기관: 에너지 공급 차질의 최대 약점 시설

- **의료기관은 에너지 공급 차질 시 가장 먼저 기능 마비에 직면**
 - 국내 종합병원의 에너지 소비 강도는 일반 업무시설 대비 면적당 약 1.5~2배, 시설당 약 7배 이상에 달함(김혜기, 2026)
 - 중환자실, 응급실 등 24시간 가동되는 의료기기, 항온항습 설비, 무균실 공조, 고전력 의료장비, 의료정보시스템 등 근본적·본질적 에너지 다소비 분야
- **“에너지 안보 = 환자 안전”**이며, 의료기관의 탈탄소화는 환경정책을 넘어 에너지 안보 정책이자 환자 안전 정책으로 접근 필요

* 「의료혁신위원회 미래환경 대응 전문위원회 4차 회의」(26.5.7., KICT 김혜기)

3. 기후재난의 현실화와 보건의료 분야의 이중적 책무

- 기후 위기는 이미 국민의 건강과 생명을 직접 위협 중
 - 폭염으로 인한 온열질환 사망자는 '11~'19년 연평균 15명에서 2024년 34명으로 두 배 이상 증가, 쯔쯔가무시증·말라리아 등 기후변화 관련 감염병 환자 수도 지속 증가(「한국 기후위기 평가보고서 2025」(환경부기상청))
 - WHO 역시 기후변화로 인한 보건 위기가 코로나19 팬데믹보다 더 치명적이고 장기적으로 인류를 위협할 것이라 경고
- 한편 보건의료 부문 자체도 전 세계 온실가스 배출량의 약 4.2~4.4%를 차지하는 주요 배출원 (Romanello et al., 2025; Health Care Without Harm & Arup, 2019)
 - 배출의 약 83%는 의약품·의료기기 제조, 환자·직원 교통, 급식 조달, 의료폐기물 처리 등 공급망 전반의 간접배출(Scope 3)에서 발생
 - "질병을 치료하는 의료기관이 막대한 탄소를 배출하여 다시 질병을 유발한다"는 이른바 "보건의 역설(Paradox of Health Care)"

4. 기후재난의 비대칭적 영향: 취약계층과 지역 의료체계의 부담 가중

- 기후재난의 건강 피해는 사회 전반에 균등하게 분산되지 않음
 - 폭염·홍수 등 극한 기후 현상은 주거 환경이 열악하거나 기저질환 있는 고령자, 저소득층, 장애인 등 민감계층에게 건강 피해를 집중시켜 기존의 건강 격차를 구조적으로 고착화
 - 상대적 인프라가 부족한 의료기관은 기후재난 시 일시적 수요 급증 대응에 취약, 지역 간 의료 서비스 격차를 심화시킴
 - 사후적 재난 구호 방식에서 벗어나 취약계층과 지역사회의 대응 역량을 선제적으로 높이는 '기후 회복력(Climatic Resilience)' 강화가 보건 정책의 핵심 과제로 부상 (Myhre et al., 2025)

5. 국가 기후 대응 체계 내 보건의료 부문의 정책적 공백

- 보건의료 시설의 에너지 특수성이 국가 탄소중립 목표 체계에서 반영되지 못함
 - 국가 정책 상 건물 에너지 분야 에너지 감축 목표에서 병원 등 **보건의료 시설 에너지 특수성을 반영한 세부 목표나 가이드라인은 부재**
 - * 2030 NDC 건물 부문 감축목표(2018년 대비 32.8% 감축)와 2035 NDC 건물 부문 목표(2018년 대비 44.5~56.2% 감축)

- **에너지 성능 개선 지원 사업의 의료기관 실질 접근성 한계**
 - 국가 그린리모델링 사업이 의료기관을 지원대상으로 포함하고 있으나, 의료기관의 기능적·운영상 특수성을 반영하는 데는 미흡함
 - 또한 24시간 가동·특수 설비 운용이 불가피한 의료시설은 일반 건축물 대비 절감 효과가 낮을 수밖에 없어 경쟁에서 불리

- **「보건의료 분야 에너지 안보와 기후 대응」을 통합 조율할 범부처 거버넌스 부재**
 - 정책 권한이 여러 부서에 분산, 의료기관은 부처별 개별 대응이라는 행정 부담, 지원과 사업에서 상대적으로 사각지대에 있게 됨
 - * 에너지 효율화·재생에너지(기후에너지환경부), 비상 연료 비축공급망 위기 대응(산업통상부), 의료 시설 건축 인허가·에너지 성능 기준·친환경 인증(국토교통부), 비상 전원 설치 기준(소방청)
 - 의료기관 개설 허가와 요양기관 지정은 보건복지부 소관으로 병상 수·수술실 면적 등 의료 기능 중심으로 구성
 - * 에너지 성능, 비상 전원의 에너지원 종류는 심사 대상에 미포함, 건축 허가(국토부) 단계에서 에너지 성능이 일부 심사되나 의료시설 특수성이 반영되지 않은 일반 건축물 기준이 적용
 - 결과적으로, 에너지 위기 시 해당 의료기관이 얼마나 안전하게 운영될 수 있는가 등 기후변화, 에너지 안보 차원에서 보건의료 분야에 대한 종합적 관리가 부재

II. 보건의료 에너지 안보 확립 및 기후위기 대응 체계 구축 위한 권고

“위기를 기회로 바꾸는 보건의료 로드맵 마련”

- 호르무즈 해협 사태로 노출된 에너지 공급망의 취약성과 갈수록 심화되는 기후 재난은 우리 보건의료 체계에 현재와 같은 화석 연료 의존 방식으로는 더 이상 국민의 생명권을 온전하게 보장할 수 없다는 엄중한 경고를 보내고 있음
- 이에 단기적인 유류 수급 대책을 넘어서, 보건의료 시스템의 근본적 체질 개선을 위한 ‘기후회복력(Climote Resilience) 강화 로드맵’을 제안
- 로드맵은 보건의료의 가치를 재정립하는 3대 전략 목표 및 패러다임 정립을 이정표로 삼고
 - 이를 구체적인 정책으로 구현하기 위한 6대 핵심 이행과제를 실행 동력으로 설정하여, 에너지 위기 앞에서도 흔들림 없는 ‘지속 가능한 보건의료 안보 체계’를 구축하고 자 함

(비전) 에너지 위기 및 기후재난에 흔들림 없는 ‘지속가능한 보건의료 안보 체계’ 확립



3대 전략 목표

1. 패러다임 전환	2. 혁신적 인프라	3. 포용적 회복력
국가전략 내 보건의료 역량 및 가치기반 의료 확립	의료 인프라 에너지 자립화 및 임상 현장의 저탄소 혁신	사회보장 생태계 전반의 취약계층 기후 건강권 보호



6대 핵심 이행 과제

① 보건의료 분야 기후 대응 총괄 추진 체계 구축 및 전담 자원 확보	③ 자발적 참여 중심 에너지 효율화 및 현장 확산 도모	⑤ 임상현장 저탄소 혁신 및 보건의료 기후대응 기반 역량 강화
② 온실가스 감축 목표 설정 및 에너지 효율화 근거 기반 마련	④ 의료 인프라 에너지 절감 및 제도 개선	⑥ 정의로운 전환 원칙에 따른 기후위기 취약계층 보호 강화

1 3대 전략 목표 및 패러다임 정립

1. [패러다임의 전환]

국가 대전략 내 보건의료 역할 재정립 및 가치 기반 의료 패러다임 확립

- 에너지를 소비하고, 재난 피해를 수습하는 '수동적 객체'에서
 - ➔ 국가 기후·에너지 정책 수립의 핵심 주체로 참여하고, 예방-준비-대응-복구를 포괄하는 보건의료 기후대응 관리 체계 구축
- 의료 행위에 있어 기후 위기를 포괄하는 가치 기반 의료 패러다임 확립
 - ➔ 저탄소 의료가 곧 양질의 의료라는 가치 체계 정립 및 현장 확산

2. [혁신적 인프라 구축]

의료 인프라의 에너지 자립화 및 임상 현장의 저탄소 혁신

- 본질적·구조적 고에너지 사용 보건의료 분야의 에너지 자립화 추진을 통해 에너지 위기뿐 아니라 기후변화에도 적극적으로 대응
 - ➔ 최종적으로는 탄소 제로 및 에너지 자립형 친환경 병원으로 전환
- 보건의료 현장 전 과정의 에너지 감축 및 효율화를 위한 인프라 구축
 - ➔ 의료기관 직접 소비 에너지(Scope 1, 2) 외에도 의약품 공급 및 환자의 이용(Scope 3) 등 공급망 전체를 포괄하는 저탄소 혁신을 추진
 - ➔ 보건의료 디지털 전환을 가속화 하고, 의료인력 기후보건 역량을 강화

3. [포용적 회복력] 사회보장 생태계 전반의 취약계층 기후 건강권 보호

- 취약계층에 집중되는 기후변화 건강 피해를 선제적으로 대응하기 위하여 안전망을 구축하고
 - ➔ 취약계층 보호를 보건의료 부문만이 아닌 사회보장 생태계 전반과 연계하여 추진

2 전략 목표 달성을 위한 6대 핵심 이행 과제

- 위 3대 대전략을 구체화하고 보건복지부가 즉시 실행에 옮겨야 할 6대 영역별 핵심 과제를 세부 추진 방안과 함께 제안

과제 1. 보건의료 분야 기후 대응 총괄 추진 체계 구축 및 전담 자원 확보

① 보건복지부 내 기후변화 대응 관련 전담 추진 체계 구축

- 복지부 내 정책 전반에서 기후변화 대응을 정책 우선순위로 정립, (가칭) '보건의료 에너지·기후 정책 추진단' 발족 등 전담 추진 체계구축
 - * "기후위기로 인한 실질적 건강 피해에 대응을 위해 다양한 부처 업무 조정 기능 포함 복지부 내 전담 조직 및 재정확보 필요" (제3차, 제4차 미래환경대응 전문위 논의)
- 「보건의료기본법」에 의한 '보건의료발전계획'에 탄소중립 및 에너지 안보 대책을 핵심 장으로 포함하도록 관련 제도 정비

② 국가기후위기대응위원회 운영 시 '보건의료 분과' 신설

- 국가기후위기대응위 내 보건복지부, 기후부, 산업부 및 보건의료·에너지 전문가가 참여하는 전문 분과를 신설
 - * 제4차 국가 기후위기 적응대책(2025.12. 의결) 이행 점검 과정에서 보건의료 부문 이행 현황을 별도 관리하고 복지부가 이행 점검 주관기관으로 참여

③ 보건의료 분야의 기후대응을 위한 전담 자원 확보

- 「탄소중립·녹색성장 기본법」 제70조에 의해 운용 중인 국가 기후 대응 기금의 일부를 보건의료 부문에 고정 할당하거나, 별도의 기금 신설하는 등 보건의료 분야 기후대응을 위한 재정 확보 추진

④ '녹색 사회적 대화'를 기반으로 한 정의로운 전환 추진

- 복지부, 국회, 병원, 노동계, 시민사회의 상설 대화 창구를 개설, 일방적 전환이 아닌 현장 수용성 담보한 '정의로운 전환(Just Transition)' 추진

과제 2. 온실가스 감축 목표 설정 및 에너지 효율화 근거 기반 마련

① 보건의료 분야 온실가스 감축 목표 설정 및 NDC 가이드라인 정립

- 국내 보건의료 부문의 총 탄소 배출량을 과학적으로 추계하고, 2030년까지의 명확한 감축 목표 가이드라인을 제시

② 근거 기반 연구 추진을 위한 데이터 구축 및 학제 간 연구 강화

- 병원 건물에서의 에너지 사용 효율화 및 친환경 에너지 전환을 위하여 의료-에너지 연계 및 조사 협조 체계 구축
 - * 국가건물에너지통합 DB 및 보건의료빅데이터 개방시스템 연계, 의료기능별 실제 에너지 소비 효율 기준선 도출
- 질병관리청-보건복지부-환경 전문가 학제간 연구 통해, 감염 관리와 의료폐기물 최소화 등 에너지 절감이 공존하는 순환경제 모델 구축

③ 친환경병원 확산을 위한 가이드라인 표준화 마련 및 활용

- 의료기관의 에너지 사용 및 온실가스 배출 저감과 친환경 병원 ESG 경영 구축을 위한 종합 가이드라인 마련 및 매뉴얼화하여 전 의료기관에 배포

< 제7대 가이드라인 기준¹⁾ 제안 >

- 에너지 효율(Energy efficiency) — 효율성 향상 및 절약 조치
- 친환경 건축 설계(Green building design) — 지역 기후 조건 맞춤 설계
- 대체 에너지 생산(Alternative energy generation) — 재생에너지 생산·소비
- 교통(Transportation)—대체연료 차량, 도보·자전거·대중교통 장려
- 식품(Food) — 지속가능 지역 식재료
- 폐기물(Waste) — 폐기물 저감, 재활용, 소각 대체
- 물(Water) — 수자원 절약, 재생수 사용, 우수관리

1) 친환경병원 7대 요소 (강정규, 「의료혁신위원회 미래환경위 4차 회의」, 2026.5.7.)

과제 3. 자발적 참여 중심 에너지 효율화 및 현장 확산 도모

① 친환경 병원 경제적 인센티브 패키지 도입 검토

- (세제 혜택) 친환경 설비 투자 금액의 소득세·법인세 세액공제율 확대
- (부담금 감면) 저탄소 인증 병원에 대해 환경개선부담금 및 하수도 원인자부담금을 전액 또는 일부 감면
- (건축 규제 완화) 제로에너지빌딩(ZEB) 인증 획득 의료기관 신·증축 시 용적률과 건축물 높이 제한 일부 완화 등 인프라 투자 유인
- (기타) 의료기관 에너지 단가 하향 조정, 친환경병원 인증마크 제공 및 대국민 홍보, 환경경영 자발적 협약 의료기관 확대 및 컨설팅 지원 등

② 병원 건물 특화 인증제도 도입 및 활용

- 의료시설 특화 ZEB·그린리모델링 설계 기준 도입 및 가이드라인 개발을 통해 인센티브 및 지원 강화
- * 기존 공공병원 외래·사무동 ZEB 자발적 신청 확대 및 인센티브 제공, 민간병원 GR 이자 지원 사업(최대 4%) 신청 활성화를 위한 매칭 컨설팅 지원

③ 의료기관 인증기준 등 통한 기후위기 대응 역량 제고

- 의료기관 인증 기준 내 시범지표인 “의료폐기물 감소 위한 활동”의 확대 및 강화 검토
- 공공의료기관 평가 시 친환경병원과 재난의료체계 구축 항목을 반영

④ 병원·보건 의료 종사자 인식 대 전환 캠페인 추진

- 보건의료 분야 종사자, 나아가 전 사회 분야의 기후환경 대응의 실천 일상화를 위한 전 국가적 캠페인 추진

과제 4. 의료 인프라 에너지 절감 및 제도 개선

① 의료기관의 에너지 자립화 단계적 추진

- (목표 수립) 의료기관의 에너지 자립화 및 넷 제로화 달성을 위한 단계적 목표 수립
- (에너지 효율화) 복지부내 추진체계 및 재정 기반, 의료기관 대상 그린 리모델링 및 ZEB 지원 기준 마련 및 지원 강화
- (에너지 전환) 태양광, 지열 등 신재생 에너지 전환을 위하여 의료기관 대상 별도 지원 사업 추진

② 의료 공급망(Scope 3) 탄소 절감 및 에너지 효율화

- 의료기관 친환경 조달 기준(Green Purchasing) 도입, 의료기기 및 소모품의 재제조(Remufacturing) 산업 활성화 추진
- * 의약품 및 의료기기 구매 입찰 시, 공급업체의 탄소배출 정보 공개 여부와 친환경 인증 여부에 가점을 부여
- * 일회용 고가 의료기기 중 재제조 및 재사용이 가능한 품목을 지정하고, 이에 대한 국가 표준 가이드라인과 교차 감염 방지 모니터링 체계를 구축

③ 보건의료 분야 특수성을 고려한 법령 개정 및 지침 개발 필요

- 비상전원 기준의 신재생에너지 설비 인정 검토
- * 「소방시설법」·국가건설기준의 비상전원 규정(내연기관만 허용)을 ESS(에너지저장장치) 기반 전기 비상전원으로 확장하기 위한 법령 개정
- 필수 시설 에너지 자립 가이드라인 수립 검토 및 적용 대상 설정
- * 중환자실·수술실·응급실 등 생명 유지 직결 시설에 대해 외부 전력망 차단 시 일정 시간 이상 독립 가동할 수 있는 전원 확보 기준을 마련
- ** 단, 의무화 수준과 적용 대상(신축기준 시설 구분)은 충분한 기술비용 검토 후 단계적으로 설정

과제 5. 임상현장 저탄소 혁신 및 보건의료 기후대응 기반 역량 강화

① 종이 없는 병원(Paperless Hospital)의 완성

- 전자처방전 대중화, 모바일 동의서 시스템 구축, FHIR 기반 진료 정보교류 활성화 통해 중복 검사와 종이 서류 발급을 억제, 행정 영역의 탄소 배출을 최소화

② FHIR 표준 기반 EMR 시스템 내 기후보건 기능 융합

- 전자의무기록 시스템에 '기후보건 표준 분류 코드 및 서식*'을 추가, 지역별·기후 조건별 환자 발생 추이 실시간 모니터링 체계 구축

* 온열질환, 한랭질환, 기후민감성 알레르기 및 감염병 유무를 식별 가능 정보

③ 정규 의학 교육 및 보수 교육 내 기후의학 편입

- (교육 콘텐츠 개발) 질병청 기후보건 중장기계획과 연계하여 기후 재난 대응 중심의 교육 콘텐츠 표준 개발
- (단계적 제도화 검토) 의대·간호대에서 기후보건 시범 모듈 운영 및 평가, 한국의학교육평가원 인증 기준 편입을 검토

* 보건의료 학부 정규 교육 과정에 '기후변화와 보건학', '저탄소 친환경 임상 실천론'을 편입 및 전공의 수련 과정 연계 방안 검토

과제 6. 정의로운 전환 원칙에 따른 기후위기 취약계층 보호 강화

① 부처 간 협의를 통한 3층 안전망 구조 설계 검토

- (1층:기후 조기경보 및 예방 지원 강화) 기존 지자체 폭염 취약계층 지원 사업(쉼터, 방문 건강관리, 냉방 바우처)을 소득 지원으로 확대·통합
- (2층:질병 부상 시 지원 제도 강화) 기후 취약계층 온열질환 시 건강 회복 지원을 제도 구축
- (3층:기후 취약 지수형 소득 보전 검토) 사회보험 사각지대를 보충하는 지수형 기후보험 설계 검토

② 단계적 환경정보 공개(ESG 공시) 의무화

- (1단계) 상급종합병원 전체 온실가스 배출량(Scope 1, 2) 및 에너지 사용량 자발적 공시 도입
- (2단계) 300병상 이상 종합병원까지 공시를 의무화하고, 검증된 탄소 회계 표준 가이드라인을 보급

III. 결론 및 제언

2026년 호르무즈 해협 봉쇄 사태가 우리에게 준 교훈은 자명하다. 화석연료에 전적으로 의존하는 대한민국의 보건의료 시스템은 외부 충격에 극도로 취약하며, 이는 언제든지 국민의 생명권 박탈이라는 파국으로 이어질 수 있다는 점이다.

보건의료 부문의 에너지 안보 확립과 탈탄소화는 단순한 탄소 배출량 숫자의 감축을 넘어, 다중 위기 시대에 대한민국 의료 체계의 '지속가능한 생존력과 회복력(Resilience)'을 확보하는 국방·안보 수준의 중대 과제이다.

보건복지부는 본 위원회가 권고한 6대 핵심 과제를 적극 수용하여 정책화에 즉시 착수할 것을 강력히 촉구한다. 지금 행동하지 않으면 다음 지정학적 위기나 기후 재난 상황에서 우리 의료 시스템은 작동을 멈추게 될 것이다. 국무조정실과 탄소중립녹색성장위원회 역시 범부처 차원의 아낌없는 행정적·재정적 지원으로 이에 화답해야 할 것이다.

참고

본 권고안의 작성 방향 및 원칙

□ (접근 방향 1) 에너지 안보 - 기후 적응 - 탄소 완화의 유기적 선순환 원리

세 가지 핵심 축이 상호보완하며 순환하도록 정책 우선순위 변화와 거버넌스 재정비



○ 에너지 안보(Security) → 기후 적응(Adaptation)

- 신재생에너지와 에너지저장장치(ESS) 기반의 분산형 전원 체계를 구축하여, 폭염이나 태풍으로 전력망이 마비되어도 병원이 독립적인 '에너지 섬'으로 기능하게 함으로써 기후 회복력을 확보

○ 기후 적응(Adaptation) → 탄소 완화(Mitigation)

- 기후 위기 대응을 위한 디지털 헬스케어와 재택 의료 체계를 강화하여 환자의 불필요한 이동을 줄이고, 의료시설의 효율적 공간 운영을 통해 교통 및 건물 부문의 탄소 배출을 동시에 억제

○ 탄소 완화(Mitigation) → 에너지 안보(Security)

- 의료기관의 탈석유화(Decarbonization)와 저탄소 의료 기술 도입은 화석 연료 소비를 근본적으로 감축하여 글로벌 공급망 위기로부터 보건의료 시스템 보호

□ (접근 방향 2) 에너지 안보와 기후 회복력을 포괄하는 보건의료 지속가능성 제고

- 기존 보건의료 시스템의 지속가능성 프레임에 에너지 자립과 기후 회복력 등 기후·에너지 요인을 적극적으로 통합하여 보건 정책의 완결성을 제고

- 부처 간 복잡한 생태계적 연결성을 강화하고, 다른 부처의 기존 활동과도 유기적으로 연계함으로써 국가 차원의 효율성과 효과를 높이는 동시에, 미시적으로 현장에 밀착된 정책 시행을 구현

□ (접근 방향 3) WHO 기후 회복력 프레임워크의 한국적 적용

- WHO는 기후 탄력적 보건의료 시스템 구축을 위한 10대 구성요소 운영 프레임워크(2015)를 제시한 바 있음
 - 이 프레임워크의 핵심 요소인 ①리더십·거버넌스, ②보건인력, ③보건의료정보, ④필수의약품·기술, ⑤보건의료서비스 전달, ⑥재원조달을 한국의 보건의료 환경에 맞게 재구성
 - 기후 회복력의 4가지 역량인 예방-준비-대응-복구의 단계적 역량 강화
 - 한국적 상황에서, 국가 거버넌스와 연계하여 공공의료기관 중심의 에너지 전환 선도, 건강보험 재정과 연계한 민간 참여 사업, 취약계층 집중 보호 체계 구축

□ 권고안 작성 원칙

접근 원칙	주요 내용
① 국가 기후·에너지 정책 거버넌스 연계	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 새로운 보건의료 규제 신설 보다, 기존 국가 기후·에너지 정책 거버넌스(기후에너지환경부·산업통상부·국토교통부 등)가 갖춘 정책 기반에 보건의료 관점을 접목
② 공공 선도·단계적 확산	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 공공의료기관을 중심으로 우선 시범사업을 추진하고, 그 성과를 근거로 민간부문으로 확산 ▪ 의원급 등 소규모 의료기관에는 직접 규제 부과를 지양하고, 지원·유도 중심 방식을 우선 적용
③ 자발적 참여·근거 축적	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 도입 초기에는 의무화보다 파일럿 프로그램과 인센티브를 통해 참여를 유도하고, 이를 통해 정책 효과에 대한 근거 축적 우선
④ 사회보장제도와 연계	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 기후 취약계층 보호를 보건의료 부문만의 과제가 아니라, 상병수당, 지자체 지원, 기후보험 등 사회보장 생태계 전반과 연계하여 추진
⑤ 측정 인프라 기반 구축	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 탄소배출 측정 방법론과 데이터 연계 체계를 우선적으로 구축 ▪ 측정 인프라 기반 정책 설계
⑥ 기후 재원의 활용 확대	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 보건의료 부문의 에너지 전환·기후 대응 재원은 기존 의료 투자 예산과 분리하고, 기후대응기금 등 기후 목적 재원을 통해 별도로 확보