

지역·필수·공공의료 강화 추진전략

'26. 7. 22.



보건복지부

< 목 차 >

I. 정책 여건	1
II. 지역·필수의료의 현황과 주요 원인	2
III. 추진 방향	5
IV. 주요 추진과제	6
1. 지역 완결적 의료공급체계 구축	6
2. 필수의료 국가책임 강화	10
3. 공공보건의료체계 혁신	14
4. 추진 기반 강화	16

I. 정책 여건

① (인구 분포 변화) 인구는 수도권으로 집중, 비수도권은 감소

- 수도권 인구 비중은 꾸준히 증가하나 중소도시·농어촌은 소멸 위기*

* (수도권 인구) '10년 49.1% → '15년 49.4% → '20년 50.2% → '25년 51%
(소멸 위험 지역) '14년 79개(34.6%) → '19년 97개(42.5%) → '24년 126개(55.3%)

- 인구 유출로 인한 정주 여건 악화가 다시 인구 유출을 유발하는 악순환

* (20-30대 순이동, '25년) 수도권 약 5만 명 유입, 호남권 약 1.9만명, 영남권 약 3.3만명 유출

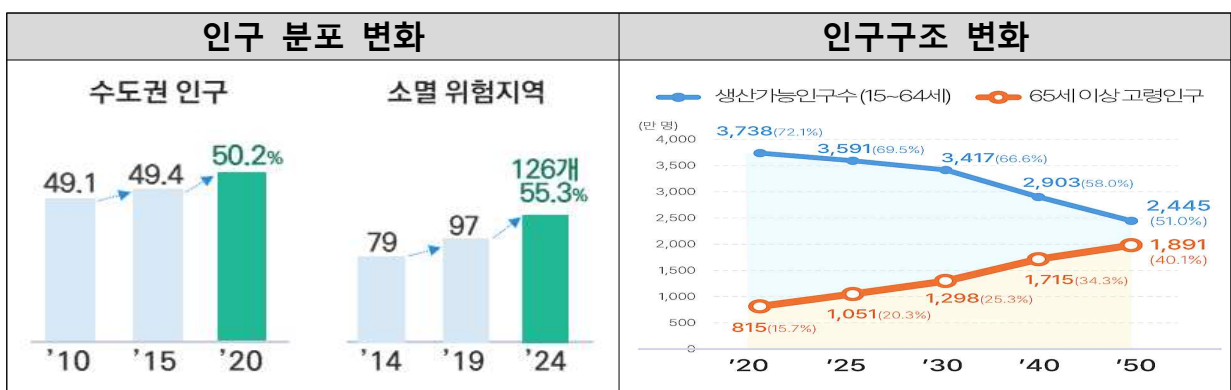
② (인구구조 변화) 저출생·고령화는 지속, 지방일수록 악영향

- 단일 세대 중 가장 큰 규모인 2차 베이비붐 세대('64~'74년생)가 노인 인구에 편입되기 시작('24년~)하는 등 고령화 추세 가속화

- 저출생 장기화로 인해 생산가능인구가 감소*하여 미래 세대의 사회 안전망 유지 부담 증가

* (생산가능인구) '16년 3,763만명(총인구 대비 73.4%) → '24년 3,561만명(총인구 대비 68.9%)

- 비수도권 중소도시와 농어촌의 경우 고령화 추세가 특히 심각, 인구, 정주 여건 등 지역 불균형을 악화시키는 요인으로 작용



③ (기술 여건) 의료 AI 시장 규모는 빠르게 확대될 것으로 전망되며, 영상 판독, 진료기록 요약, 수술, 신약 임상시험 등 활용 분야가 광범위

* (시장 규모) '26년 약 7,450억원 추정(연평균 약 46% 성장)

(활용 경험) 국내 의사 중 약 47.7%가 진료·연구 등에 AI 활용한 경험('25년)

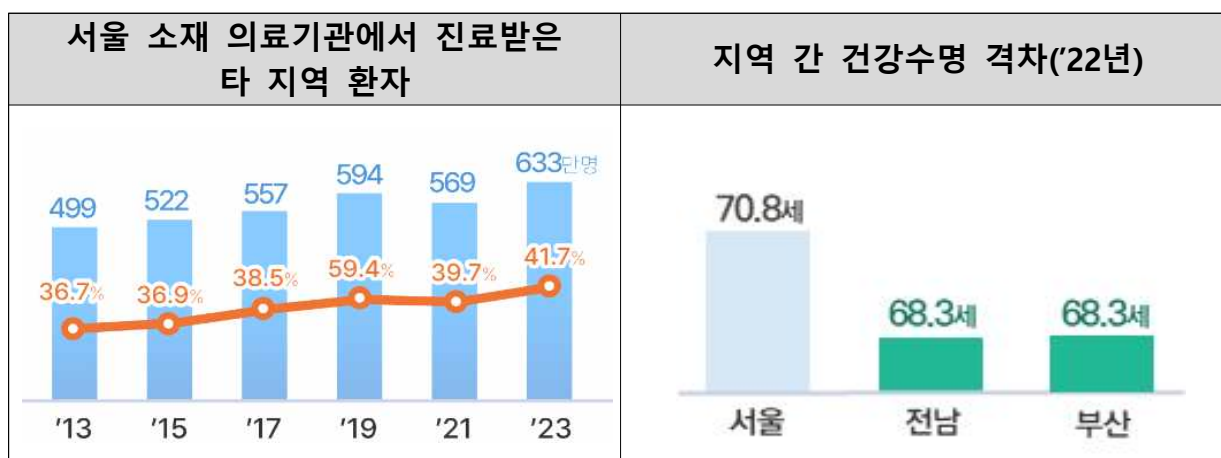
II. 지역·필수의료의 현황과 주요 원인

① 현황

- (지역의료 불균형) 사는 곳에 따라 양질의 의료서비스를 받을 수 있는 기회의 격차가 발생, 이는 지역 간 건강·수명 격차*로 이어짐

* (10만명당 치료 가능 사망자 수, '24년) 서울 39.7명, 경북 50.2명, 충북 51.6명

- 전국 70개 중진료권 중 필수의료 제공이 어려운 취약 진료권이 있으며 상황 악화 우려, 수도권 대형병원으로의 원정 진료 문제 여전



- 의료인력·기관 감소* 등 지방의 의료서비스 공급 기반 악화, 특히 농어촌은 의원급 의료기관조차 부족해지고 있음

* (인구 천 명당 의사 수, '25년) 서울 3.69명, 전남 1.71명, 충남 1.56명, 경북 1.43명

- (필수의료 공백) 고위험 산모·신생아 및 중증·응급 환자 미수용 등 필수의료 서비스는 부족하고, 지방일수록 더 열악

- 반면, 필수의료 인력은 확보하기 어렵고 의료기관은 부족

* (전공의 충원률, '26년) 소아청소년과 21.7%, 산부인과 69.2%, 피부과 98.2%, 안과 100%

- (공공의료 부족) 필요성에도 불구하고 민간의료 대비 공공의료 비중은 낮음*, 국민의 신뢰 부족으로 공공의료기관 이용도 저조

* (공공병원) 한국: 5.2%, OECD 평균: 56.5% / (공공병상) 한국: 9.4%, OECD 평균: 71.5%

② 주요 원인

- (지역쇠퇴·기피) 비수도권의 경우 절대적 인구 규모의 감소로 인해 수도권 수준의 의료서비스 공급 및 의료기관 유지에 어려움
 - 의료인력은 정주 여건, 진료역량 유지, 수익성 등을 고려하여 상대적으로 높은 임금 제시에도 불구하고 환자가 많은 수도권 선호
 - 환자도 지역의료에 대한 신뢰가 부족한 상황에서 교통 발달과 실손보험의 보편화로 수도권으로의 원정 진료 선호
- (필수의료 기피) 필수의료 분야일수록 업무 부담 대비 수익이 낮아* 피부·미용 등 상대적 고수익 분야로 인력 이탈
 - * (의원급 전문의 평균 소득, '20년) 소아과: 1억 800만원 vs. 피부과: 3억 200만원
 - 의료사고 발생 시 수사·기소 등 형사상 책임 및 민사상 손해배상 부담 등 필수의료 종사에 따른 위험은 오히려 확대
 - 가치관 변화로 워라벨의 중요성이 증가하고 있으나 당직 등 과중한 업무 여전, 인력 이탈로 업무가 가중되는 상황도 빈번
- (공공의료 자원 부족) 인력 부족*, 인프라 노후화 등으로 민간병원 대비 경쟁력 미흡, 만성적 적자**로 경쟁력 확보가 어려운 구조
 - * (전문의 수 평균) 지방의료원·적십자병원: 30.8명, 종합병원: 55.1명
 - ** 35개 지방의료원 중 30개 적자(약 1,680억원 손실, '25년)
 - 필수의료·취약지 진료 제공, 감염병 등 보건의료 위기 대응 등 공공의료 역할을 수행하기 위한 공공병원 간 연계도 부족한 상황

국민의 한마디

- ◆ "2023년 부산의 치료 가능 사망률(49.2명)에 서울의 수치를 적용하면 연간 327명의 생명을 더 구할 수 있었다." ('25.9월 00시의회 토론회)
- ◆ 막내아들이 어린이집에서 낮잠 시간에 열경기가 갑자기 와서 119를 불렀는데 바로 코앞 종합병원인데도 소아과 담당 선생님이 없다 보니까 ... 울면서 1시간 거리의 일산으로 구급차를 타고 갔습니다. ('26.2월 00군 지역순회 간담회)

참고 : 그간의 논의 및 국민 의견수렴 경과

□ 시민패널 공론화('26.6~7월)

○ 시민패널 300인 대상으로 1박2일간 지역·필수·공공의료 강화 관련 공론화 실시

- ‘거주지를 정할 때 지역의 의료여건이 중요하다’고 생각(92.5%), ‘지역의료가 보장되면 지방에서 거주할 의향’이 있음(86.3%)
- ‘경증 진료는 사는 곳, 중증·고난도 진료는 광역에서 해결’, ‘지역거점병원의 역량이 충분히 강화되면 수도권 대형병원 대신 이용 의향’ 있음(89.6%)
- ‘지역의료 문제 해결을 위해 접근성(35.1%)보다 질(64.5%)을 중시’, ‘골든타임 내 응급치료, 지역필수의료 인력 양성, 지방 국립대병원 육성을 최우선 정책으로 제시

□ 대국민 설문조사('26.2월)

○ 의료서비스 이용 관련 의료취약지와 취약지가 아닌 지역 간 경험·인식 격차 조사

- 의료취약지일수록 모든 분야(경증~중증, 필수의료 등)에서 의료서비스 미충족 경험이 높음

단위: %

전체	경증·만성질환 진료 충족	응급의료 충족	임신·분만 진료 충족	중증질환 진료 충족
전체	77	58	54	49
수도권	82	65	63	60
비수도권	80	63	59	52
의료 취약지	59	32	25	19

- 수도권 소재 대형병원과 지역의 종합병원 간 의료서비스 질 격차 해소를 중요성·시급성이 모두 높은 최우선 개선 필요 과제로 인식

□ 지역순회 간담회(경남 거창, 강원 평창·원주, 전남 신안·진도·고흥·구례, 인천 강화, 경북 영주, 부산 '26.2~6월)

○ 의료취약지 주민과 의료인력을 대상으로 심층 간담회(6회)를 개최하여 의료 공백 경험과 이를 해소하기 위한 정책적 제언 수렴

- 의료인력 부족 등으로 응급·분만·소아 등 필수의료 공백 경험 다수, 해당 지역 거주 여부를 고민하게 되는 원인으로 작용, 간호·간병 등 다양한 서비스에 대한 수요 강화

□ 의료혁신위원회 자문('26.3월)

- ‘중증 진료 강화를 위한 거점병원 확충, ‘주치의 제도 도입을 통한 일차의료 강화, ‘공공병원과 민간병원 간 진료협력 네트워크 구축, ‘중앙정부-지자체 간 역할 분담 등

Ⅲ. 추진 방향



1. (지역의료) ①대진료권(5극3특), ②중진료권(1~8개 시군구), ③소진료권(시군구)으로 권역화, 살고 있는 곳에서 중증도별로 제대로 치료받을 수 있도록 구조화

- ① (대진료권) 국립대병원이 지역상급종합병원과 함께 고난도·중증환자 치료
- ② (중진료권) 지역거점공공병원과 우수한 2차 병원에서 중등도 환자 치료
- ③ (소진료권) 동네의원과 공공보건의원에서 경증 치료와 예방적 건강관리

2. (필수의료) 응급·외상·분만·소아 관련 공백이 없도록 국가가 확실히 지원

- 의료사고 안전망을 구축하여 의료인은 소신 있게 진료하고 환자는 안심하고 진료받는 환경 조성

3. (공공의료) 지역 균형 의료를 위한 근간으로서 공공의료 인프라 확립

- 지역·필수의료 제공, 취약지·취약계층 지원, 감염병 등 보건의료 위기 대응, 보건의료 정책 지원 역할을 위한 역량 확보

4. (추진기반) 지역 내 필수의료를 위한 인력 양성, AI를 활용한 효율성·접근성 강화, 국가 차원의 과감한 지원으로 의료공백 해소

IV. 주요 추진과제

1 지역 완결적 의료공급체계 구축

□ [기본 방향] 지역 특성 및 중증도에 따른 지역의료체계 강화

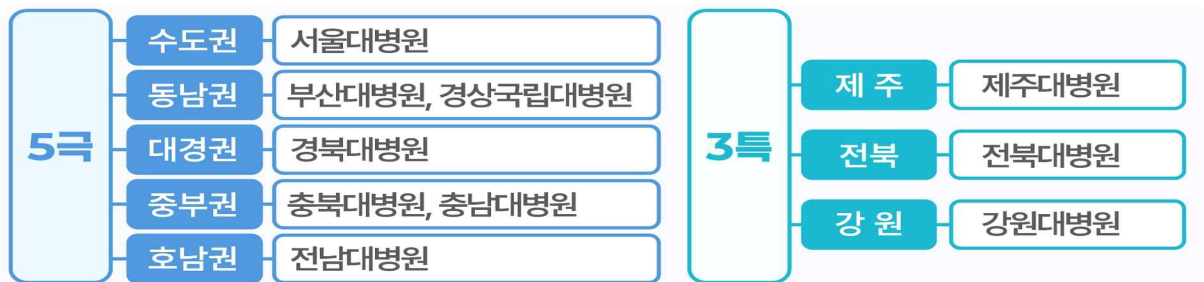
- (진료권) 대·중·소진료권별로 중증도에 따른 지역 완결적 의료체계를 구축하도록 의료기관 선별 및 집중 육성(27년~)



- (3대 메가프로젝트 지원) 공공의료 인프라 확충, 의사인력 확보, 필수의료서비스 제공 등 3대 메가프로젝트 지역 정주여건 개선 지원

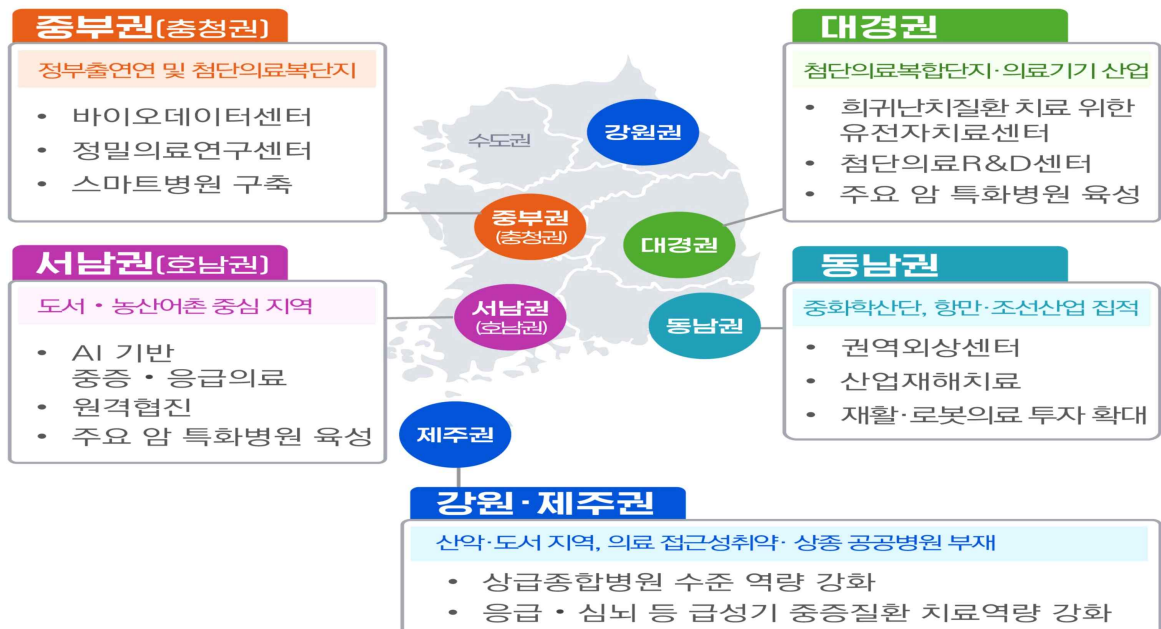
□ [대진료권] 5극3특 내 중증진료 완결 및 교육·연구체계 강화

- (국립대병원) 지역 국립대병원을 수도권 빅5 병원 수준으로 육성



- 전임교수 확대(460여명) 및 병원별 총액인건비 제한 등 규제개선을 통해 우수 의료인력 확보(현 인력 대비 30% 확충, ~'30년),
- 5극3특 특화 발전 지원 및 암·심뇌혈관질환 등 필수의료 관련 전문센터 투자 확대

- 전공의 정원 배정 확대(20% 이상 배정), 지역병원에 순환 수련, 첨단 술기훈련 지원 및 교육 인프라 현대화('26년~)
- 지역필수의료 특별회계 및 건강보험 재정 등 집중지원, 국립대 병원에 대한 건강보험 평가·보상체계 도입('28년~)
- 산·학·연·병 협력을 통해 5극3특 내 핵심 산업과 연계, 지역 국립대병원 특화 R&D 지원체계 구축('26년~)



- (상급종합병원 네트워크) 국립대병원과 함께 권역 내 고난도·중증 질환과 필수의료에 대한 수준 높은 최종 치료 제공
- 경증 외래진료를 줄이고 고난도·중증진료에 집중하도록 중증진료 수가인상, 지정기준에 필수의료와 고난도·중증진료 추가



□ [중진료권] 지역거점공공병원과 우수한 민간병원에서 입원·수술 해결

- (진료권 분석) 전국 70개 중진료권에서 중등도 질환을 완결적으로 치료받을 수 있는 기본의료 달성
 - 5년마다 진료권 내 의료현황 등을 분석하여 지정·고시('27년~)
 - 진료권별로 지역거점공공병원 육성하고 포괄 2차 종합병원*을 지정·지원
 - * 고난도·중증질환 외 대부분의 질환 치료가 가능하고 필수의료 제공
- (지역거점공공병원 육성) 의료수요·인프라 현황 등 중진료권 특성에 맞는 지방의료원 등 육성('27년~)
 - 지역거점공공병원이 응급·분만 등 중등도 진료가 가능한 포괄 2차 종합병원으로 기능할 수 있도록 인력확충 및 국립대병원 연계, 시설·장비 고도화
 - 의료취약지로서 지역거점공공병원의 진료능력이 미흡한 농어촌 중진료권(3개)의 경우 최우선적으로 이전·신축
 - * 경북 상주·문경권, 경남 거창·합천·함양권, 경남 통영·고성·거제권 소재 적십자병원
 - 지역거점공공병원이 없는 의료취약 중진료권*(약 10개 내외)의 경우 지방정부와 협의하여 지역거점공공병원 확충방안 마련
 - * (예시) 충북 제천·단양권, 충남 논산·부여·금산·서천권, 전남 영광·담양·장성권 등
- (우수한 민간병원 지원) 역량 있는 포괄 2차 종합병원을 늘리고 (175→195개), 지원 확대(7천억원→9천억원)
 - 분만·소아·심뇌혈관 등 필수특화 전문병원에 대한 지원도 강화



□ [소진료권] 경증 진료부터 건강관리까지 동네에서 해결

- (농어촌 공백 해소) 보건지소·진료소를 정비하여 통합형 보건지소를 운영하고, 진료 기능을 거점화한 ^{가칭}공공보건의원 도입 추진('27년)
 - 의사 인력을 집중배치하고 정기적 순회진료 제공, 보건진료소의 보건진료전담공무원(간호사)을 통해 보완적으로 진료 제공
 - 도서·벽지 등에서 비대면진료를 받은 경우 약 배송을 허용('27년)하고, 약국이 없는 지역에 안전상비의약품 판매점 확대('26년)
- (한국형 주치의) 동네의원에서 팀*을 구성하여 환자 건강상태에 적합한 진료와 건강관리를 제공하는 주치의 모델 도입('26년)
 - * (예시) 의사, 간호사, 물리치료사, 영양사, 사회복지사 등 참여
- (재택·생애말기) 재택의료센터 확충('26년 463개→'30년 650개), 가정을 방문하여 진료·간호에서 돌봄까지 제공·연계
 - 연명의료 중단 등에 대한 사전의향서 작성을 활성화하고 상담·교육 등 제공, 호스피스 확충 및 재가임종 지원 등 생애말기 돌봄 강화



□ [지역 지원 강화] 지방일수록 우대하는 지원과 보상체계 신설

- (국가재정 투입) 지역·필수의료 살리기를 위한 특별회계* 도입(1.2조원 '27년)
 - * 3대 원칙: ❶수도권에서 멀수록 지원 확대, ❷지방정부 주도, ❸공공의료기관 우선 투자
- 지방정부(시·도)가 지역 특성에 맞는 지역·필수의료 정책을 직접 기획하여 집행할 수 있는 포괄적 재정지원 기반 구축

- (지역수가) 지역 내 필수의료에 대해서는 건강보험이 추가로 보상 (4천억원, '26년)
- 인구감소지역*(84개 시군구) 내 종합병원급 이하 입원·진찰료 가산(5%)
 - * 인구 감소에 따른 의료여건 개선 취지를 고려하여 광역시 소재 자치구(區)는 제외
- 비수도권의 수술·고위험분만 등은 최고 100%까지 수가 가산

2 필수의료 국가책임 강화

□ [응급의료] 생명을 위협하는 응급실 미수용 해결

- (중증치료 강화) 지정기준을 시설·장비 중심에서 최종치료 가능 여부로 개편, 권역응급의료센터를 중증응급의료센터로 개편·확대*('26년)
 - * 종전 44개소에서 올해 53개소, '30년까지 60여개소로 확대(비수도권 중심 확대)
- (이송) 응급환자 중증도별로 적정 의료기관군을 사전에 지정하여 이송 시간 단축, 시범사업을 연내 전국으로 확대하여 모델 제도화('26.9월)
 - 중증환자는 이송 지연 시 광역상황실이 개입하여 신속하게 이송 병원을 선정하거나 우선수용병원에서 안정화 처리

□ [외상대응체계] 외상센터 거점화 및 헬기 이송체계 강화

- (거점화) 고난도·특수외상 치료가 가능한 권역외상센터는 거점 외상센터로 전환, 지원 강화(17개 중 5개소, ~'30년)
 - 엄격한 센터 관리를 위한 재지정 평가제(3년 단위) 도입
- (헬기 이송) 닥터헬기를 추가 배치(8→12대)하고 장거리 이동이 가능하도록 헬기 기종을 교체(충남·전북, 운항범위 130→270km, '26년~)
 - 야간에도 운행할 수 있도록 위해 인력 충원 등을 지원하고, 타부처 헬기(군·소방)와의 공동 운영체계 강화

응급 이송체계 혁신

■ 시도별 이송지침 정비

* 지역 특성 반영 + 관계기관 협력체계

■ 광역상황실·우선수용병원 역할 강화



— 시범사업 성과를 기반으로 전국 확대('26.9) —

중증응급의료센터 확대

- 고난도·중증환자 대응 비수도권 중심으로 확대
('25. 44개소 = '26. 53개소 = ~'30. 60여 개소)

거점외상센터 도입

- 권역 ⇒ 거점외상센터로 전환('26. 2개소 = ~'30. 5개소)
- 고난도·특수외상 치료 집중

헬기 이송체계 강화

- 닥터헬기 추가 배치(8 ⇒ 12대) 및 기종 교체(130 ⇒ 270km) 운행
- 군·소방 헬기 공동 운영체계 강화

□ [산모·신생아 진료] 고위험 산모 대응 역량 강화 및 진료 사각지대 해소

- (고위험 대응) 중증모자의료센터를 단계적으로 확대(2→6개소)하고, 권역(20개소)·지역모자의료센터(33개소) 재정비('27년~)
 - 모자의료센터 단계별 역할·의무 명확화*, 역량을 고려한 재지정 제도 도입
 - * (중증) 28주 미만 진료 / (권역) 28~32주 미만 진료 / (지역) 32~34주 진료
 - 비수도권 모자의료센터에 대한 운영비 지원 강화, 시니어의사 등 인력을 지원하고 순환당직·파트타임 등 근무형태 다변화
 - 모자의료센터의 분만·신생아 전문의·전공의 등 대상 특별수당 지급을 추진하고 운영성과에 따른 인센티브 강화
- (진료·이송 네트워크 구축) 모자의료센터와 지역 내 분만병원 간 진료 협력 확대*, 소방과의 연계도 강화**하여 신속 이송
 - * '25.4월 12개 → '26.7월 15개(충남·충북·제주 추가) → '26.12월 전국 확대
 - ** 전원전담팀 인력 보강(5→15명) 및 모자의료 관련 정보시스템 개통
- (산모등록제) 취약지부터 도입하여 고위험 산모는 사전에 담당 병원과 모자의료센터 지정, 산전진찰·분만·응급대응·산후진료까지 관리('27년~)
- (취약지) 외래 산부인과가 없는 시군구(20개)에는 순회진료를 실시하고, 타지역의 의료기관 이용 시 교통·숙박비를 지원하는 방안도 검토

☑ **고위험 산모·신생아 진료체계 구축(모자의료센터)**

5급 중심 중증모자의료센터 확대('27~) 2개소 → 6개소	분만·신생아 전문의, 전공의 등에 특별수당 지급 추진 	운영성과에 따른 인센티브 강화 
--	--	---

☑ **모자의료 네트워크 전국 확대('26)**

☑ **취약지부터 산모등록제 도입**

* 산전 진찰, 분만, 응급상황 대처, 산후관리 등



□ **[소아진료] 야간·휴일 진료 및 중증·응급 치료 인프라 확충**

- (취약시간) 야간·휴일에도 외래진료를 제공하는 달빛어린이병원 확대, 의료기관 간 지역 네트워크 활성화 및 소아 전문병원 확대('27년~)
 - * (달빛어린이병원) '25년 115개 → '26년 153개
- 24시간 전문의 1:1 상담을 제공하고 야간·휴일에는 동네의원 외 병원에서도 비대면 진료를 허용하는 방안 검토
- (중증·응급) 중증질환을 진료하는 어린이공공전문진료센터를 지원(14개), 소아전문응급의료센터도 확대('25년 12개 → '26년 14개)
 - 소아환자 감소 및 대기비용으로 인한 손실을 건강보험에서 보상하는 방안 도입
- (소아주치의) 인구감소지역부터 경증진료, 예방접종 관리, 영유아 건강검진 등 포괄적 건강관리를 제공하는 방안을 시범도입 및 확대

응급 소아전문응급의료센터 12개소 → 14개소 '25 → '26	야간·휴일 달빛어린이병원 115개소 → 153개소 '25.6 → '26.7	중증 어린이공공 전문진료센터 14개소 '26
 야간·휴일 병원 비대면진료		 인구감소지역부터 소아주치의 도입 * 경증진료, 예방접종 관리, 영유아 건강검진 등

□ [의료사고안전망] 의료인의 부담을 완화하고, 환자 구제는 강화

- (환자 알권리) 중대 의료사고(사망 등) 발생 시 의료진에게 환자측에 사고 경위 등을 충분히 설명할 의무 부과('27년)
- (손해배상) 의료사고 책임보험을 도입('27년~)하고 응급·소아·분만 등 필수의료 영역은 최대 18억원까지 손해배상 금액을 지원*('26년~)
 - * 의료기관은 의무로 가입하고 기본보험료를 부담하되 고액배상보험료는 국가에서 지원
- (형사처벌) 중과실이 아닌 고위험 필수의료사고는 형 감면·기소제한 허용, 중상해*이더라도 환자가 의료인 처벌을 원하지 않을 시 불기소('27년~)
 - * 중전에는 반의사불벌을 경상해에 한정, 중상해를 당한 환자의 뜻과 무관하게 의료진 수사기소
- 의료사고심의위*(신설) 심의 기간 중 수사기관의 의료인 소환 자제
 - * 고위험 필수의료행위 및 중대한 과실 여부 심의(의료인·법조인·시민단체 등 20명)
- (국가보상) 불가항력 의료사고에 대한 보상범위*와 보상금(3천만원→3억원)을 확대하여 피해자 구제 강화
 - * 기존 산모·신생아 사망, 신생아 뇌성마비 → 추가 산모 중증장애('26.8월) → '27년 일부 고위험 필수의료



□ [건강보험 수가 구조개혁] 필수·중증치료에 대한 보상 강화

- (보상체계 합리화) 중증·필수분야의 저수가 보상 인상(연 3.6조원, '26년), MRI·진단검사 등 과보상된 진료 수가 조정으로 국민부담 최소화
- (중증·응급) 야간·휴일에 응급으로 시행하는 중증수술·시술과 응급실에서 이루어지는 응급처치에 대한 수가 가산 확대*(연 9천억원, '26년)
* (응급 중증수술·시술) 가산 100→150% / (응급처치) 가산 50→100%
- (분만·소아) 제왕절개 분만에도 고위험 분만 적용, 고위험 분만 정책수가 최대 5배 인상, 야간 분만 수가 가산 확대(100→150%, 연 1천억원, '26년)
 - 소아의 경우 진찰(2배)·입원(10%) 수가를 확대하고 중환자실 처치(50%), 응급진료(50%) 등에 대해서는 추가 가산 적용(연 2천억원, '26년)
- (기본진료·재활) 진찰·입원 등 기본진료 보상을 늘리고 중증치료 후 회복·재활에 대한 보상까지 강화(연 2조원, '26년)



3 공공보건의료체계 혁신

□ [중앙] 임상과 인재 양성 거점 마련

- (국립중앙의료원) 최상위 상급종합병원 수준으로 업그레이드
 - 새로운 부지로 이전·신축하고 1,000병상 이상으로 단계적 확충, 중앙외상센터·중앙감염병병원 등 공공적 특수 기능 완비('31년)

- (국립의학전문대학원) 공공의료 분야에 종사할 국가인재를 연 100여명 양성하는 전국 단위 교육기관 설립(4년제 대학원, '30년)

* 설립준비위원회를 구성(6월)하여 금년 내 부지선정 예정

- 공공의료 분야에서 의무복무(15년 이내), 학비·경력개발을 지원하고 지방의료원 등과 연계하여 지역사회 실습 강화

□ [지역] 지역거점공공병원(41개)을 우수한 병원으로 육성

- (특화·육성) 지역거점공공병원(41개) 모델을 정립하고 육성('27년~)

공공병원 유형	지역 내 의료여건	육성 방향
종합형	·공공병원만 있음 ·공공병원이 지역 내 우수병원	·24시간 필수의료 제공 ·지역 내 중등도 의료수요 대응
필수의료 집중형	·지역 내 우수한 민간병원 존재	·내·외과, 소아·분만, 응급 등 필수진료과목 중심으로 운영
기능특성화형	·지역 내 우수한 민간병원 존재 ·공공병원의 역량 상대적 부족	·재활·취약지 진료 등 특화

- (간병 지원) 비수도권 지역의 경우 병원 내 모든 병동에서 간호 간병서비스를 제공하여 환자와 가족의 간병 부담 경감('27년~)

- 환자 수 감소, 공공적 역할 등에도 적자 걱정없이 병원을 운영할 수 있도록 건강보험의 진료비 지불방식 개선*

* 기존진료량 비례 보상→개선의료질 등 성과보상, 기관별 총액 보상 등 다양한 보상체계 전환

- (지원 강화) 중환자실 등 핵심 진료시설 및 첨단장비 완비, 필요시설·증축을 통해 인프라 현대화 등 전면 확충

- 재택의료 등 특성화 기능 수행에 필요한 장비·시스템 지원, 취약지에서의 필수진료와 공공보건사업 수행에 대해 보상

- (공공성 강화) 가칭공익의료법인 도입 검토, 민간병원의 공공병원 전환

4 추진 기반 강화

□ [인력] 우수한 지역 의료인력을 양성하고 장기근무 여건 조성

- (단기대책) 가용 자원을 총동원하여 지역·필수의료 인력 확보('26년~)
 - 지역 내 병원 간 순환 당직, 파트타임 채용·근무, 의료인력 파견 등 모든 형태가 가능하도록 규제* 개선 및 지원
 - * 상근인력 요건 미충족 시 건강보험 수가, 각종 평가 등에서 불이익
 - 지역 근무(5년 이상)를 조건으로 정주여건 등을 지원하는 계약형 지역필수의사제*, 시니어의사 채용지원 확대
 - * ('25년) 4개 시·도 → ('26년) 11개 시·도 → ('27년~) 전국 확대(서울 제외) 목표
- (중장기대책) 지역의사제, 국립의학전문대학원, 지역의대 신설의 원활한 추진으로 지역·필수의료 분야 중장기 인력 확보('27년~)
 - 입학부터 국가가 지원하여 지역에 복무(10년)할 지역의사 양성*, 국립의학전문대학원 설립으로 공공의료인력 육성(연간 100명, '30년)
 - * 5년간('27년~'31년) 2,942명 양성
 - 비수도권·국공립 수련병원 역량 강화, 지역병원 순환 수련 등을 통해 우수한 지역·필수의료 인력 양성
 - 간호사 등 비의사인력 대상 필수분야 장기근무 지원 확대

단기	중장기		
 계약형 지역필수의사제 * ('25) 4개 시·도 ⇒ ('26) 11개 시·도 ⇒ ('27~) 전국 확대(서울 제외) 시니어의사 채용지원 * ('25) 99명 ⇒ ('26) 136명	지역에서 오래 일할 우수 의료인력 양성 <table border="1"> <tr> <td> 지역의사제 32개 대학, 5년간('27~'31) 2,942명 • 입학부터 국가가 지원 • 10년 지역에 근무 </td> <td> 국립의학전문대학원 연간 100여명 ('30년~) • 국가가 공공의료 인력 직접 양성 • 15년 공공의료 근무 </td> </tr> </table>	지역의사제 32개 대학, 5년간('27~'31) 2,942명 • 입학부터 국가가 지원 • 10년 지역에 근무	국립의학전문대학원 연간 100여명 ('30년~) • 국가가 공공의료 인력 직접 양성 • 15년 공공의료 근무
지역의사제 32개 대학, 5년간('27~'31) 2,942명 • 입학부터 국가가 지원 • 10년 지역에 근무	국립의학전문대학원 연간 100여명 ('30년~) • 국가가 공공의료 인력 직접 양성 • 15년 공공의료 근무		
 경직된 인력 규제 개선 • 지역 병원 간 순환 당직 • 파트타임 채용 • 의료인력 파견	 의대 없는 지역 의대 신설 * 연간 100여명('30년~)		

□ **[AI] 지역·필수·공공의료에 첨단 기술 접목** ※ AI 기본의료 전략 별도 발표(7월)

- (지역·필수의료) 보건소 등에 패키지형 AI 솔루션(진료·행정 등) 확산 추진, 취약지 대상으로 AI 기반 비대면 협진 시범 적용('27년)
 - 가칭 응급 통합 AI 플랫폼을 구축하여 이송부터 최종치료까지 의사결정 지원('27년~)
- (공공의료) 국립대병원·지방의료원 등에 공공의료 AI 고속도로를 구축하여 의무기록 작성, 영상판독 보조, 환자 모니터링 등 지원('27년~)

붙임

달라지는 모습

지금	앞으로는
 중증 환자 지방에 사는 환자가 수도권 원정 진료	 살고 있는 시·도에서 치료 특정 질환의 경우, 국내 최고 수준의 국립대병원을 찾아감
 중등증 환자 지방에 사는 환자가 수도권 원정 진료	 살고 있는 곳 또는 인근 시·군으로 가서 치료
경증환자, 예방적 건강관리 동네 여러 병·의원 방문, 체계적인 예방적 건강 관리를 받기 어려움	 등록한 동네 의원에서 꾸준히 진료받고 건강관리 서비스도 받음
 응급·외상 응급상황에서 받아주는 병원이 없어 치료가 늦어짐	 중증·경증환자 모두 신속하게 병원에 도착하여 제때 치료
 분만 멀리 떨어진 곳으로 원정출산	 사는 곳에서 안심하고 아이를 낳을 수 있음
 소아 야간·주말 진료하는 병원을 찾아다님	 밤이나 주말에 아이가 아프면 인근 병·의원에서 진료