# 제12차 의료혁신위원회 안건

2026. 11. 26.

의료혁신추진단

제9차 의료혁신위원회 안건

2026.8

의료혁신추진단

# 목 차

안건 1. [보고]
제11차 의료혁신위원회 결과 ····· 1

안건 2. [보고]
전문위원회 운영 경과 및 향후 계획 ····· 10

안건 3. [보고]
하반기 의료혁신위원회 소통 결과 보고 ····· 18

안건 4. [심의]
지역·필수의료 공백 해소를 위한 공공의료기관 확충·강화 권고안 ····· 38

안건 5. [심의]
생애말기 의료·돌봄 및 존엄한 임종 지원체계 권고안 52

# 제12차 의료혁신위원회 안건

| 안건번호 | 제2026 - 12 - 1호 |
|---|---|
| 보고일자 | 2026년 11월 26일 |

| 보고 |
|---|

| 안건명 | 제11차 의료혁신위원회 결과 |
|---|---|

| 소 관 | 의료혁신추진단 |
|---|---|
| 제출일 | 2026년 11월 26일 |

# 「제11차 의료혁신위원회」 결과 보고

(의료혁신추진단)

## 1 회의 개요

○ (일시·장소) ’26. 10. 29.(목) 10:00~11:40, 프레지던트호텔 31층 모짤트홀

○ (참석) 위원장 및 민간위원 15인, 정부위원(대참) 등 총 16인

○ (안건) ❶<보고>제10차 의료혁신위(’26.10.1.) 결과, ❷<보고>전문위원회 운영 경과 및 향후 계획, ❸<심의>지속가능한 보건의료비 관리체계 구축을 위한 대정부 권고안

## 2 주요 논의 내용

### □ 전문위원회 운영 경과 (전공의 보호수련시간 관련)

○ 전공의 보호수련시간을 실질적인 교육으로 채우기 위해 실제 교육시간과 진료 등 근무시간 산정 방식을 논의할 필요

○ 전공의단체와 교수·의학회 등 관련 주체가 함께 수련내용과 역량 강화를 위한 대안을 논의할 필요가 있고, 미래의료인 양성 문제를 2기 논의에 연결 필요

### □ 지속가능한 보건의료비 관리체계 권고안

#### 1) 권고안의 우선순위와 재정 책임

○ 권고안의 범위가 넓어 정책 우선순위·달성 시점·실행수단을 분명히 하고, 외래·입원 이용과 지역 공공의료를 중심으로 과제를 구조화할 필요

○ 지출 효율화와 함께 정부의 재정투입 및 공공의료에 대한 책임을 구체적으로 제시할 필요

### 2) 지역사회 중심의 의료와 돌봄

○ 상급병원 중심의 이용을 지역 일차의료로 전환하려면 지역의 책임주체, 퇴원 후 전환기 의료에 대한 보상, 기관 간 정보 공유·조정 역할을 할 조직이 필요

○ 건강검진 결과와 보건소·일차의료의 연계를 현장에서 작동시키고, 임신·출산·육아를 포함한 생애주기 예방사업과 통합돌봄의 조정 역할을 구체화할 필요

### 3) 새로운 지불제도 설계와 비급여 관리

○ 가치기반 지불제도 도입에 앞서 기존 행위별 수가의 적정 보상과 의료인력·환자·기관의 참여 유인을 검토할 필요

○ 불필요한 의료이용을 줄이는 방안과 특히 외래 이용과 입원 증가에 대한 대책의 우선순위를 분명히 할 필요

○ 혼합진료와 비급여·실손보험을 함께 다루고, 의료기술의 임상적 유효성을 도입·재평가 단계에서 확인하며 근거가 부족한 행위의 관리 방안을 마련할 필요

### 4) 의사결정체계와 신기술 도입

○ 건강보험 관련 의사결정체계의 가입자·공급자 대표성, 이해충돌과 장기 재정 영향, 근거 기반 기술 자문을 강화할 필요

○ AI·디지털 등 신기술의 초기 도입비용과 가치평가 기간을 고려해 보험재정 외 별도 재원으로 기술 도입·평가를 지원하는 방안 검토 필요

## 붙임1 주요 발언 내용

### 1 가치기반 지불과 종사자 보상

○ 가치기반 지불이 병원의 수입 구조를 바꾸면 고용 방식과 직원의 임금·성과급에도 영향을 줄 수 있어 그 영향을 함께 검토할 필요

- 한국의 고용구조와 병원 운영 여건을 고려하지 않고 지불제도만 바꾸면 병원 운영과 인력관리에 어려움 초래(김창수 위원)

○ 의료기관에 대한 보상은 서비스 가치·비용효과성에, 직원 임금은 노동시장 조건에 의해 결정되는 측면이 있어 직접 연결은 어렵고, 간호간병통합서비스와 같은 별도 연계 사례가 있음을 설명(김진현 위원)

### 2 보호수련시간과 전공의 수련역량

○ 저연차 전공의 중심의 진료·당직 및 수술 참여와 병동 운영이 어려워진 상황에서 교육과 실제 진료에 쓰는 시간을 어떻게 구분할지 검토 필요(권정택 위원)

○ 교육과 진료가 분리되기 어려운 임상 현장을 고려할 때 수련시간 단축과 현행 수련기간이 필요한 술기 습득에 미칠 영향을 살펴볼 필요(김창수 위원)

○ 진료행위와 구별되는 교육 프로그램도 근무시간에 포함돼 교육이 축소될 수 있어 보호할 교육시간 범위의 논의 필요(서준범 위원)

### 3 보건의료비 관리체계 권고안의 우선순위와 정부 재정

○ 몇 년 안에 무엇을 달성할지 우선순위를 정하고, 국가 재정투입 수준을 장기적으로 OECD 평균 수준의 목표로 제시할 필요(조승연 위원)

○ 혁신위 전체 과제를 병렬적으로 담아 초점이 흐려질 수 있어 외래·입원 이용, 지역 공공의료 육성 및 재정투입 중심으로 우선순위를 구조화할 필요(장선미 위원)

## 4 지역 일차의료와 책임조직

○ 상급종합병원 중심의 의료소비를 지역사회로 재정렬하기 위해 '지역사회 일차의료 혁신 시범사업'의 '책임의료'·'가치 기반 보상체계'를 고도화하고, 의료비 관리·평가 권한을 지역사회 거버넌스로 이양할 필요

- 미국 CMS식 '전환기 의료 수가'·'만성질환 수가' 보전과 '정보통합 세어' 시스템 실행으로 지역 이행 '촉매'를 마련하고, '치매안심센터' 활용이나 별도 기구 신설로 통합돌봄·일차의료·전환기 의료를 코디네이션할 지역 책임조직 구축 필요(김명훈 위원)

○ 건강검진 결과가 보건소 건강관리 및 일차의료와 실제로 연계되도록 정보·업무 흐름을 구체화하고 통합돌봄과 퇴원 뒤 의료를 연결할 코디네이터의 역할과 담당 조직을 명확히 할 필요

- 노인·만성질환 중심의 논의에 더해 임신·출산·육아기 방문 건강관리까지 담아 전 생애주기를 포괄할 필요(한영란 위원)

## 5 의료서비스 가격과 지불제도

○ 개별 행위 수가 외에 서비스 묶음의 가격과 급성기·아급성기·만성기 사이의 가격 차이를 함께 살펴야 비효율적인 환자 이동·체류를 줄일 수 있음(김진환 위원)

○ 고령화에 따른 병원 진료비 증가를 줄이기 위해 병원에 오기 전 단계에서 의료수요를 관리하는 정책도 권고안에 포함할 필요

- 가치기반 지불이 선순환하려면 행위별 수가의 적정 보상과 의료인력·기관·환자의 유인이 필요(김창수 위원)

## ⑥ 의료이용 및 비급여 관리

○ 의료기관 역할과 지역 접근성을 강화하는 동시에 불필요한 의료 이용을 줄이기 위한 방안도 독립적으로 명시할 필요(김유일 위원)

○ 비급여와 실손보험의 연계뿐 아니라 혼합진료의 문제를 공론화하고, 의료기술의 도입·재평가 단계에서 근거를 확인하며 근거가 부족한 행위를 관리할 필요(김성주 위원)

○ 의료기관 종별 역할 혼재와 경쟁, 비급여·실손보험의 이용 유인, 근거가 부족한 의료행위의 관리 어려움이 서로 연결돼 있어 단계별 수단을 정리할 필요(정경실 위원)

- 지역의 돌봄으로 지원할 수 있는 수요가 병원 중심 의료행위로 처리되는 문제와 직역 간 업무범위 갈등도 함께 해결할 필요

## ⑦ 거버넌스와 신기술 도입

○ 건강보험 의사결정체계에서 가입자·공급자 대표성, 이해충돌, 장기 재정영향을 살피고 근거 기반 기술 자문을 강화할 필요

- 임상적 근거가 충분하지 않은 기술에 대한 추후 입증 기한과 관리 방식도 검토할 필요(위원장)

○ AI·디지털 등 신기술은 도입 초기에 비용과 검증기간이 필요하므로 건강보험 재정 밖의 혁신기금으로 기술의 도입·평가를 지원하는 방안을 검토할 필요(서준범 위원)

## 붙임2 참석자 명단

| 구분 | 성명 | 직위·경력 | 참석 여부 |
|---|---|---|---|
| 위원장 | 정기현 | 前 국립중앙의료원장 | ○ |
| 민간위원 | 김창수 | 연세대학교 의과대학 교수 | ○ |
| | 김유일 | 전남대병원 교수 | ○ |
| | 한성존 | 前 대한전공의협의회장 | - |
| | 권정택 | 중앙대학교병원 신경외과 교수 | ○ |
| | 조승연 | 영월의료원 외과 과장 | ○ |
| | 박진식 | 세종병원 이사장 | - |
| | 권긍록 | 경희대학교 치과대학 교수 | ○ |
| | 고성규 | 경희대학교 한의과대학 학장 | - |
| | 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 | - |
| | 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 | ○ |
| | 서준범 | 서울아산병원 교수 | ○ |
| 정부위원 | 구윤철 | 재정경제부 장관 | - |
| | 윤호중 | 행정안전부 장관 | - |
| | 정은경 | 보건복지부 장관 | ○ 代)보건실장 |

# 제12차 의료혁신위원회 안건

| 안건번호 | 제2026 - 12 - 2호 |
|---|---|
| 보고일자 | 2026년 11월 26일 |

| 보고 |
|---|

| 안건명 | 전문위원회 운영 경과 및 향후 계획 |
|---|---|

| 소 관 | 의료혁신추진단 |
|---|---|
| 제출일 | 2026년 11월 26일 |

## 1 지역·필수·공공의료 전문위원회

### □ 제15차(11.10), 제16차(11.17) 회의

○ (안건) ▲(15차)지역·필수의료 공백 해소를 위한 공공의료기관 확충·강화 권고안 검토, ▲(16차)지역·필수의료 공백 해소를 위한 공공의료기관 확충·강화 권고안 수정안 검토, ▲(16차)2026년 논의경과 및 2027년 전문위원회 운영 방향

**< 주요 내용 >**

○ **(현황) 지역·필수의료 위기의 핵심은 정책의 근간인 공공의료의 양적 부족과 역할에 맞는 투자와 지원이 충분히 이루어지지 못함에 있음**

- 그 결과, 치료가능사망률 지역격차 증가, 타 지역 주민의 서울소재 의료기관 이용 증가 등 지역 간 건강·의료이용 격차가 심화됨

○ **(추진방향) 공공의료기관의 확충과 강화를 지역·필수의료 정책의 근간으로 삼고, 공공기관의 역할을 명확화하는 한편, 양적 확충과 질적 강화를 함께 추진**

○ 논의결과

① 지역·필수의료 공백 해소를 위한 공공의료기관 확충·강화 권고안

- 기존 지방의료원 역량 강화를 위한 우선 투자와 함께 필수 기능 유지비용의 안정적·지속적 지원과 포괄 2차형 기능 강화 투자를 연계하고, 종별·기능별 병상 관리 및 예타 별도 기준 검토 필요

- 주민·환자의 실질적인 의사결정 참여와 책무성을 확보하고, 성공 모델과 함께 취약지에서 끝까지 의료를 제공하는 가치 반영 필요

② 2026년 논의경과 및 2027년 전문위원회 운영 방향

- 내년도 의제로 미래 의료인력 확보와 직역 간 역할 분담, 기능별 병상 수급 등 논의 필요

### □ 향후 계획

○ 추가 논의 종합하여 권고안 정리 후 의료혁신위원회 안건 상정(11.26.)

## 2 초고령사회 의료체계 전문위원회

### □ 제15차 회의(11.10.)

○ **(안건) 생애말기 의료·돌봄 및 존엄한 임종 지원체계 구축방안 토론**(이혜진 전문위원 발제)

* **(토론)** 최진영(중앙호스피스센터 부센터장), 정혜민(서울대학교 의과대학 교수), 정혜진(우리동네 30분의원 원장), 장수정(강원대학교 간호학과 교수), 신동성(호스피스 경험 유가족), 금창진(경찰청 강력범죄수사과 경위)

**< 발제 주요 내용 >**

○ 환자가 원하는 장소에서 존엄하게 생을 마무리할 수 있도록 재택·시설·병원을 포괄하는 연속적인 생애말기 의료·돌봄체계를 구축하고, 연령·질환·장기요양수급자격 중심에서 환자의 상태와 돌봄 필요도 중심으로 지원체계 전환 필요

○ 재택임종 제공기관 확충 및 24시간 의료·간호 대응체계 마련, 요양시설의 임종기 진료·돌봄 역량 강화 및 병원의 응급입원·후방 지원체계 구축 등 임종 장소별 서비스 제공기반 확충 필요

○ 지속적인 진료에 기반한 임종기 판단 및 사전돌봄계획 제도화, 연명의료 결정 절차 및 사망확인절차 개선, 가족·사별 돌봄지원 및 전문인력 교육·보상체계 마련 등 제도적 기반 강화 필요

○ **(논의 결과) 재택·시설·병원 임종별 현행 제도적 한계**를 검토하고, **현장 적용**을 위한 **제도적 보완방안 논의**

- 재택의료센터 및 가정형 호스피스의 인력 부족·운영 부담 등 고려하여 **재택임종 적정 보상체계**를 마련하고, **거점·복수기관 대응** 등 **현실적인 24시간 의료 대응체계 구축** 필요
- **요양시설** 간호인력 확충 및 의료기관 연계를 통해 **임종기 대응 능력을 강화**하고, **병원**의 의료자원을 활용한 **임종기 의료·돌봄 확대** 및 임종기 환자의 입원을 지원하는 **후방병상 확보** 필요
- 예상된 재택·시설 임종 시 신속한 사망확인을 위한 **지역별 검안의료인 확보, 경찰·의료기관 간 협력체계 구축** 및 **자연사 판단을 지원하는 표준절차 마련 필요**
- 환자의 상태와 선호를 고려한 **사전돌봄계획의 실질적 운영** 및 **환자·가족의 심리·정서 지원** 등 지역사회 기반 지원 확대 필요

## □ 제16차 회의(11.17.)

○ (안건) 생애말기 의료·돌봄 및 존엄한 임종 지원체계 구축 권고(안)

**< 발제 주요 내용 >**

○ 지난 토론회 결과를 반영한 권고(안) 중 전문위원회에서 추가적으로 심층 논의가 필요한 사항에 대해 발제 진행

- 지역별 거점·복수기관 등을 활용한 재택임종 서비스 기반 확충 및 의료기관 내 기본적인 임종기 의료·돌봄 제공 확대 필요성
- 사전돌봄계획 작성 주체·내용 및 범위와 생애말기 의료·돌봄 서비스의 제도적 기반으로서 활용 필요성
- 지역사회 통합돌봄과의 연계방안 및 임종기 의료·돌봄 지원과 법정 연명의료결정 절차와의 정합성 확보방안

○ **(논의 결과) 임종기 사전돌봄계획의 제도적 기반 마련, 지역 여건별 공급기반 확충** 및 **법·제도 정비** 등 권고안 보완방향 논의

- 재택임종 지원을 위해 **기존 재택의료센터·호스피스 제도**를 **단계적으로 확대**하고, **지역 거점기관·복수기관의 협력체계를 구축**하는 등 **지역 여건별 공급기반 확충**방안 모색
- 환자의 가치관과 임종 의료·돌봄의 선호를 반영하는 **'임종기 사전돌봄계획'**을 작성하도록 하고, **기존 연명의료결정제도**와의 관계에 있어 **유연하고 실효성 있는 연계방안** 검토 필요
- 지역사회 및 의료기관 간 **임종기 환자의 의료정보 공유체계**를 구축하고, **지역사회 통합돌봄과의 연계**를 통해 임종기 환자의 상태 변화에 따른 **연속적인 의료·돌봄 제공체계 마련** 필요
- **재택·시설 임종과정**에서 **환자의 의사 존중**과 **의료진의 법적 보호**를 위한 **제도적 기반을 강화**하고, 사망확인절차 정비 및 존엄한 임종 지원을 위한 **관련 법령 정비 또는 별도 입법** 필요

## □ 향후계획

○ **제12차 의료혁신위원회 권고안 안건 상정**(11.26.)

## 3 미래환경 대응 전문위원회

### □ 제15차 회의(11.3.)

○ (안건) AI 기본의료 전략(서준범 위원 발제) 논의

**< 발제 주요 내용 >**

○ **(현황) 지역간 의료격차**와 **필수의료 공백** 등 **보건의료체계**의 **구조적 위기**가 **지속**되는 가운데, **AI 기술**은 진료지원을 넘어 **질병예측·예방**과 **일상 건강관리**로 **활용 가능성 확대** 중

○ **(추진방향)** 복지부와 관계 부처가 협력하여 **AI 기본의료 전략 수립**('26.7.)

* ❶ **(보건의료 독자 파운데이션 모델) 국내 의료 환경**에 맞는 **보건의료 특화 AI 모델**을 **개발**하여 **다양한 의료서비스**와 **업무**에 **활용**할 수 있는 **기반 마련**

❷ **(연구개발 데이터) 공공·민간 보건의료 데이터**의 **결합·연계**로 **AI 학습 데이터**를 **확충**하고, **데이터 가치 평가** 및 **보상 방안 확립**

❸ **(AI 도입 인프라) 공공의료 AI 플랫폼**과 **AI 기반 진료정보체계**, **원격협진·지역완결 체계**를 구축하고, **AX 연계 보상체계 마련**

❹ **(거버넌스) 공공 주도**의 **투자**와 **제도 개선**을 추진하고, **관계 부처·의료계·산업계**와의 **협력** 및 **이익 공유**와 **국민**의 **의사결정·평가 참여 보장**

○ (논의 결과) AI 기본의료 전략을 바탕으로 **의료취약지 보건진료소**와 **지역 의료기관**에 **AI**를 **우선 적용**해 **효과**를 **검증**하고, **일차의료**에서 **활용**할 수 있는 **서비스 모형**과 **성과**에 따른 **보상 방안 마련** 필요

- 민감한 **의료정보**의 광범위한 **수집·활용**에 따른 **위험성**을 고려하여 **개인정보 보호장치 마련**과 **안전성 확보** 필요

### □ 제16차 회의(11.17.)

○ (안건) 감염병 위기시 대응현황과 개선 방안(최준용 위원 발제) 논의

**< 발제 주요 내용 >**

○ **(현황) 메르스, 코로나19** 등을 거치면서 격리병상 등 **감염병 대응 시설**은 **확충**됐으나, **사회적 격차 심화, 공공병원 중심 대응 이후 공공병원**의 **필수의료 위축** 등 **개선 필요**

○ **(추진방향)** 고위험 병원체에 감염된 환자를 **안전하게 진료**할 수 있는 **시설**과 **역량**(고도 격리병상 인프라, 잘 훈련된 다학제 전담 의료진 등) 및 **대량환자 발생**에 **유연**하게 **대응**할 수 있는 **의료시스템**(중증도별 분류, 환자 전달체계 구축, 병상 모델 등) 개발 필요

○ **(논의 결과)** 감염병 위기에도 **필수의료**를 **유지**할 수 있도록 **방역·의료 대응 주체 간 역할**을 **명확히** 하고, **지역별 진료체계**와 **전문인력 확보 방안 마련 필요성** 제시

## □ 향후 계획

○ **의료혁신 중장기 로드맵**의 **실행 방안 구체화** 및 **권고안**에 대한 **정부**의 **이행상황 점검** 등

# 제1기 의료혁신위원회 의제별 전문위원회 논의 경과

◈ **제1기 의료혁신위원회에서는 3대 분야, 10개 의제 제시**(제2차 의료혁신위원회, 1.29.), 각 분야별 전문위원회 논의를 통해 **8개 권고안** 발표

| 3대분야 | 10개 의제 | 논의 진행 경과 |
|---|---|---|
| 지역·필수·공공의료 강화 | **① 응급·분만·소아 등 필수의료 강화 및 의료사고안전망 구축**<br>- 응급·분만·소아 등 필수의료 강화를 위한 중앙-지방-의료기관 간 역할 정립 및 시스템·인프라 구축<br>- 응급실 환자 수용 및 배후 진료역량 강화<br>- 환자·의료진 모두를 위한 국가책임 의료사고 안전망 구축 | ▸권고안 발표<br>1) 고위험 산모·신생아진료 개선(7차, '26.6.25.)<br>2) 응급의료 이송·치료 개선(10차, '26.10.1.) |
| | **② 지역·필수·공공의료를 위한 미래 보건의료인력 양성**<br>- 지역의사제·공공의대 등 공공의료 인력 육성·지원 방안<br>- 보건의료 분야 종사자 교육·배치 국가 관리<br>- 의료인력 간 역할 분담 및 인력 수급 체계 정비 | - |
| | **③ 공공의료기관 확충 및 역량 제고**<br>- 공공의료 개념, 역할, 주요 지원 분야 등 정립<br>- 공공병원 확충 및 기능 중심 역량 강화 | ▸권고안 발표<br>3) 공공의료기관 확충·강화 (12차, '26.11.26 .예정) |
| 초고령사회 대비 보건의료체계 구축 | **④ 재가 중심 의료·돌봄체계 구축 및 임종 돌봄 환경 조성**<br>- 의료-복지 연계 강화를 위한 다학제 협력 기반 통합돌봄 체계 구축<br>- 재택의료·간호센터 및 공공형 통합방문의료·간호센터 확충 등을 통한 예방-치료-재활-완화 전 주기 관리체계 구축<br>- 호스피스·연명의료 제도 개선 등 생애말기 의료·돌봄 제공체계 강화 | ▸권고안 발표<br>4) 생애말기 의료·돌봄 및 존엄한 임종 지원체계 권고안 (12차, '26.11.26 .예정)<br>* 생애말 의료와 돌봄 지원 강화를 위한 공론화('26.11.7.~8.) |
| | **⑤ 간호·간병통합서비스 확대 및 간병서비스 질 제고**<br>- 간호·간병통합서비스 확대 및 내실화<br>- 요양병원 등 간병비 급여화 및 전문화<br>- 간병인 급여·교육 체계의 국가 관리 기반 마련 및 지역사회 돌봄 연계 | ▸권고안 발표<br>5) 간호·간병 개선 (7차, '26.6.25.) |
| | **⑥ 예방 중심 보건의료체계 구축**<br>- 치료 중심에서 예방 중심으로 패러다임 전환<br>- 사전 예방적 건강증진체계 강화 및 예방 중심의 보상체계 전환 | ▸권고안 발표<br>6) 지역보건·일차의료 혁신 (9차, '26.8.27.) |
| 미래환경 대비 지속가능성 제고 | **⑦ 보건의료 재정·인력 등 보건의료 정책 거버넌스 확립**<br>- 신뢰 기반의 보건의료 거버넌스 구축<br>- 보건의료 정책 지방분권 등 중앙-지방정부 간 역할 정립 및 재정 분담<br>- 지역사회 민관 협력체계 육성 | * 시민패널 거버넌스 온라인 심층토의('26.8.26.) |
| | **⑧ 지속 가능한 국민 의료비 관리체계 마련**<br>- 수가·보상체계 등 지불·보상 구조 개혁,<br>- 비급여 관리(실손보험 등), 의료 공급-이용 적정화 방안 | ▸권고안 발표<br>7) 지속가능한 보건의료비 관리(11차, '26.10.29.) |
| | **⑨ 기후변화·팬데믹 등 위기 대응을 위한 보건의료체계 구축**<br>- 기후변화 관련 의료분야 탄소중립 방안<br>- 감염병 대응체계 고도화 및 인프라·인력 확충 방안 | ▸권고안 발표<br>8) 에너지 안보·기후위기 관리체계 구축(6차, '26.5.28.) |
| | **⑩ 보건의료 AI·디지털 전환체계 구축**<br>- AI·디지털 신기술 도입을 통한 의료시스템 혁신<br>- AI 등 기술 활용을 통한 지역 격차 완화 및 의료 이용·공급 효율화 | - |

# 제12차 의료혁신위원회 안건

| 안건번호 | 제2026 - 12 - 3호 |
|---|---|
| 보고일자 | 2026년 11월 26일 |

| 보고 |
|---|

| 안건명 | 하반기 의료혁신위원회 소통 결과 보고 |
|---|---|

| 소 관 | 의료혁신추진단 |
|---|---|
| 제출일 | 2026년 11월 26일 |

## 1 추진 배경

○ **醫·政 갈등** 이후 폭넓은 **참여·소통·신뢰 강화** 필요성 제기

○ **의료혁신위원회**는 논의 중인 **의제***에 대해 의료취약지 간담회, 시민패널 공론화 등 **다양한 방식**으로 **국민**의 **의견**을 **폭넓게 수렴 중**

* 지역·필수·공공의료 강화, 초고령사회 대비 보건의료 체계 구축, 미래환경 대비 지속가능성 제고

## 2 그간의 경과

### □ 시민패널 운영

○ **(공론화)** 시민패널(300명)을 통해 **국민적 관심**과 **사회적 논의**가 **필요한 의제**에 대한 **숙의 진행**

- "**지역·필수의료 소생**"을 주제로 1차 공론화(7.4.~7.5., 시민패널 291명), "**생애 말 의료·돌봄 강화**"를 주제로 2차 공론화 진행(11.7.~11.8., 시민패널 294명)

○ **(온라인 심층 토의)** "**신뢰 기반 의료정책 추진을 위한 거버넌스**"를 주제로 **온라인 심층 토의** 진행(8.26., 시민패널 120명)

○ **(정책제안)** 의료혁신위원회에서 선정한 주제*에 대해 **시민패널**이 의료혁신위원회 홈페이지 내 시민패널 공간에서 **정책 아이디어 제안**(9월)

* 지역 의료인력의 정주여건 개선 방안, 의료기관 내 간병서비스 개선 방안, AI를 활용한 의료서비스 개선 방안

### □ 지역순회 간담회

○ 수도권을 포함한 **취약지 중심 의료 현장**을 **방문**하여, 의료공백에 대한 경험 및 의료공백 해소를 위한 **현장의 목소리**를 **경청**(총 8회)

* 경남 거창(2.10.), 강원 원주·평창(2.11.), 전남(2.12.), 인천 강화(2.24.), 경북 영주(4.24.), 부산(6.20., 대한전공의협의회와의 공동토론회 형식), 충남 홍성(10.22.), 제주(11.20.)

## 3 제2차 의료혁신 시민패널 공론화 주요 결과

### □ 개요

○ (행사명) 생애 말 의료와 돌봄 강화를 위한 제2차 의료혁신 시민패널 공론화

○ (일시·장소) 11. 7. (토) ~ 8. (일), 서울대학교 시흥캠퍼스

* 개·폐회식 및 전문가 발제, 분임 토의 내용 전체 공유 부분은 보건복지부 유튜브 채널 생중계

○ (주요 참석자) 제2차관, 의료혁신위원장 및 의료혁신위·시민패널 운영위 위원, 의료혁신추진단장·부단장 등

○ (시민패널) 모집단의 성별, 연령, 권역 분포에 맞게 294명 구성

* 1차 공론화 참석 시민패널 218명(74.1%), 신규 모집 시민패널 76명(25.9%)

○ (주요내용) 전문가 발제·분임토의·분임 토의 내용 전체 공유 등을 통한 1박 2일간 합숙 숙의토론 진행

**< 토론회 주요 일정 >**

| 구분 | 시간 | 행사 내용 | | 비고 |
|---|---|---|---|---|
| 1일차 | 13:00 ~ 13:25 | 개회식<br>※ 2차관님, 의료혁신위원장 인사말씀 | | 유튜브 생중계 |
| | 13:25 ~ 15:20 | 세션1<br>(연명의료 유보·중단의 시점) | 전문가 발제 1<br>※ (현행유지) 장윤정 교수(국립암센터)<br>(시점확대) 유신혜 교수(서울대병원) | 유튜브 생중계 |
| | 15:20 ~ 17:40 | | 분임토의 1 | - |
| | 17:40 ~ 18:30 | 세션1 결과 공유 | | 유튜브 생중계 |
| 2일차 | 09:30 ~ 11:10 | 세션2<br>(연명의료 대리 결정의 주체) | 전문가 발제 2<br>※ 백경희 교수(인하대 법학전문대학원) | 유튜브 생중계 |
| | 11:10 ~ 14:20 | | 분임토의 2 | 점심시간 포함 |
| | 14:20 ~ 15:40 | 세션3<br>(생애 말 의료·돌봄) | 분임토의 3 | - |
| | 15:40 ~ 16:00 | 세션2, 3 결과 공유 | | 유튜브 생중계 |
| | 16:00 ~ 16:30 | 폐회식<br>※ 2차관님, 의료혁신위원장, 시민패널 운영위원장 마무리말씀 | | 유튜브 생중계 |

## □ 응답자 특성

※ ▭ : 모집단 비례 할당

| 구분 | | 조사완료 | | 가중치 적용 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 사례수(명) | 비율(%) | 사례수(명) | 비율(%) |
| 전체 | | 294 | 100.0 | 294 | 100.0 |
| 성별 | 남자 | 149 | 50.7 | 146 | 49.7 |
| | 여자 | 145 | 49.3 | 148 | 50.3 |
| 연령 | 18-29세 | 40 | 13.6 | 43 | 14.6 |
| | 30-39세 | 44 | 15.0 | 44 | 15.0 |
| | 40-49세 | 51 | 17.3 | 49 | 16.7 |
| | 50-59세 | 65 | 22.1 | 57 | 19.4 |
| | 60세 이상 | 94 | 32.0 | 101 | 34.4 |
| 권역 | 서울 | 64 | 21.8 | 54 | 18.4 |
| | 경기/인천 | 94 | 32.0 | 96 | 32.7 |
| | 중부권(대전/세종/충청/강원) | 40 | 13.6 | 41 | 13.9 |
| | 호남권(광주/전라/제주) | 29 | 9.9 | 32 | 10.9 |
| | 대경권(대구/경북) | 25 | 8.5 | 28 | 9.5 |
| | 부울경(부산/울산/경남) | 42 | 14.3 | 43 | 14.6 |
| 주관적 소득계층 | 상층 | 46 | 15.6 | 46 | 15.5 |
| | 중층 | 159 | 54.1 | 160 | 54.4 |
| | 하층 | 89 | 30.3 | 88 | 30.1 |
| 종교 | 천주교 | 34 | 11.6 | 34 | 11.5 |
| | 개신교 | 60 | 20.4 | 59 | 20.0 |
| | 불교 | 40 | 13.6 | 41 | 13.9 |
| | 기타 종교 | 3 | 1.0 | 3 | 1.0 |
| | 종교 없음 | 157 | 53.4 | 158 | 53.6 |
| 가족 임종 및 연명의료결정 경험 | 연명의료결정에 직접 관여함 | 23 | 7.8 | 21 | 7.3 |
| | 연명의료결정에 관여는 하지 않음 | 62 | 21.1 | 63 | 21.3 |
| | 해당 없음 | 209 | 71.1 | 210 | 71.4 |
| 사전연명의료 의향서 작성 경험 | 있음 | 41 | 13.9 | 41 | 13.8 |
| | 없음/모름 | 253 | 86.1 | 253 | 86.2 |
| 본인/가족의 요양시설 이용 경험 | 있음 | 159 | 54.1 | 159 | 54.1 |
| | 없음 | 135 | 45.9 | 135 | 45.9 |

## □ 조사 개요

| 구분 | 기초조사<br>(숙의 전 조사, T1) | 사전조사<br>(자가학습 후 조사, T2) | 사후조사<br>(토론회 후 조사, T3) |
|---|---|---|---|
| **조사대상** | 의료혁신 시민패널 | | |
| **유효 표본수** | **294명**<br>※ 숙의 과정을 마치고 3회 조사에 모두 참여한 시민패널 기준 | | |
| **표본오차** | 95% 신뢰수준에서 ±5.72%p | | |
| **가중치 산정** | 2026년 10월 말 기준 모집단의 성별, 연령, 권역 분포에 맞게 가중(림가중) | | |
| **조사시기** | **자가학습 전 실시**<br>(10.1.~ 10.12.) | **1일차 토론회 직전**<br>(11.7.) | **2일차 토론회 직후**<br>(11.8.) |
| **조사방법** | 자기기입식 웹조사와<br>전화면접조사 병행 | 휴대전화 또는 태블릿PC를 통한<br>자기기입식 웹조사와 대면면접조사 병행 | |

## □ 설문조사 문항

| 문항번호 | 문항 | 기초 조사 | 사전 조사 | 사후 조사 |
|---|---|---|---|---|
| 문1 | 연명의료를 유보·중단할 수 있는 시점 | O | O | O |
| 문1-1 | 현행 유지(임종과정부터)를 택한 이유 (문1=1 응답자) | - | O | O |
| 문1-2 | 말기 확대를 택한 이유 (문1=2 응답자) | - | O | O |
| 문2 | 환자가 스스로 결정할 수 없을 때 대행 결정의 주체 | O | O | O |
| 문2-1 | 가족 전원 합의 요건의 조정 | - | O | O |
| 문2-2 | 가족이 아닌 대리인을 정하는 방식 | - | O | O |
| 문2-3 | 가족이 아닌 대리인으로 인정할 범위 (문2-2=1, 2 응답자) | - | O | O |
| 문3 | 무연고 환자의 대행 결정 경로 | O | O | O |
| 문3-1 | 대행 결정의 판단 기준 | - | O | O |
| 문4 | 삶의 마지막 시기를 지내고 싶은 곳 | - | O | O |
| 문4-1 | 생애 말 의료·돌봄 지원 정책별 필요 정도 | - | O | O |
| 문4-2 | 생애 말 의료·돌봄 지원 정책의 우선순위 (1, 2순위) | - | O | O |
| 문5 | 연명의료결정제도에 대한 지식 (6개 문항) | O | O | O |
| 문6~문12 | 공론화 평가 | - | - | O |
| 배경문항 | 가족 임종 경험, 요양시설 이용 경험, 사전연명의료의향서 작성, 종교, 주관적 소득계층 | O | - | - |

## □ 조사 주요 결과

◈ 시민패널은 숙의를 거치며 연명의료결정제도를 '**임종 직전에 연명의료를 유보·중단하는 절차**'에서 '말기부터 환자의 뜻을 존중하는 제도'로 넓히고, **혈연이나 법률상 관계**보다 **환자 본인의 지정과 환자의 뜻**을 **대행 결정의 기준**으로 삼아야 한다는 방향에 **공감**

**※ 핵심 의제의 숙의 단계별 의견 변화**(단위 : %, %p)

| 구분 | 기초 조사 | 사전 조사 | 사후 조사 | 변화 |
|---|---|---|---|---|
| 연명의료 유보·중단 시점 ☞ '말기부터' | 54.5 | 61.7 | **84.0** | **+29.5** |
| 대행 결정의 주체 ☞ '대상 확대' | 21.7 | 45.1 | **79.8** | **+58.1** |
| 가족 전원 합의 요건 조정 ☞ '가족 다수' | - | 55.5 | **59.0** | +3.5 |
| 가족이 아닌 대리인을 정하는 방식 ☞ '미리 정해 등록한 사람만' | - | 54.8 | **55.5** | +0.7 |
| 가족이 아닌 대리인으로 인정할 범위 ☞ '관계 무관' | - | 37.6 | **44.6** | +7.0 |
| 무연고 환자의 대행 결정 ☞ '공적 기관' | 25.5 | 29.1 | **46.9** | +21.4 |
| 대행 결정의 판단 기준 ☞ '최선의 이익' 원칙 | - | 62.8 | **56.9** | -5.9 |
| 삶의 마지막 시기를 보내고 싶은 곳 ☞ '집' | - | 65.4 | **52.1** | -13.3 |
| 생애 말 의료·돌봄 지원 정책의 우선순위 ☞ '호스피스 대상 질환 확대' | - | 33.0 | **57.2** | +24.2 |

* 변화는 기초→사후조사 기준이며, 기초조사에서 묻지 않은 문항은 사전→사후조사 기준

○ **(유보·중단 시점)** 연명의료 유보·중단 시점에 대해서는 성·연령·소득·종교에 관계없이 **'말기부터'로 앞당기자는 의견**(84.0%)이 **우세**

* 단, 연령별로는 60세 이상(74.4%)이 다른 연령대(86.2~90.9%)보다 상대적으로 낮음

**< 연명의료를 유보·중단할 수 있는 시점** (단위: %) **>**

| 구분 | | 사례수 | 기초조사 | | | 사전조사 | | | 사후조사 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 임종 과정 | 말기 | 모름 | 임종 과정 | 말기 | 모름 | 임종 과정 | 말기 | 모름 |
| **전체** | | **(294)** | **41.4** | **54.5** | **4.1** | **34.7** | **61.7** | **3.6** | **15.2** | **84.0** | **0.8** |
| **성별** | **남자** | (146) | 38.6 | 56.0 | 5.4 | 27.1 | 69.8 | 3.2 | 15.8 | 84.2 | 0.0 |
| | **여자** | (148) | 44.1 | 53.1 | 2.9 | 42.3 | 53.8 | 3.9 | 14.7 | 83.8 | 1.5 |
| **연령** | **18-29세** | (43) | 36.0 | 53.9 | 10.1 | 31.2 | 68.8 | 0.0 | 7.5 | 89.9 | 2.6 |
| | **30-39세** | (44) | 26.3 | 67.2 | 6.6 | 25.7 | 68.1 | 6.2 | 11.0 | 89.0 | 0.0 |
| | **40-49세** | (49) | 39.3 | 54.7 | 6.0 | 38.9 | 57.0 | 4.0 | 13.8 | 86.2 | 0.0 |
| | **50-59세** | (57) | 45.2 | 51.4 | 3.3 | 31.0 | 60.8 | 8.2 | 9.1 | 90.9 | 0.0 |
| | **60세 이상** | (101) | 49.0 | 51.0 | 0.0 | 40.3 | 58.6 | 1.1 | 24.5 | 74.4 | 1.1 |
| **소득 계층** | **상층** | (46) | 44.9 | 52.5 | 2.6 | 39.2 | 60.8 | 0.0 | 19.7 | 80.3 | 0.0 |
| | **중층** | (160) | 40.6 | 53.7 | 5.7 | 35.9 | 59.8 | 4.3 | 13.7 | 84.9 | 1.4 |
| | **하층** | (88) | 41.0 | 57.1 | 2.0 | 30.3 | 65.6 | 4.1 | 15.6 | 84.4 | 0.0 |
| **종교** | **천주교** | (34) | 37.6 | 59.5 | 2.9 | 28.3 | 69.1 | 2.5 | 13.9 | 86.1 | 0.0 |
| | **개신교** | (59) | 43.5 | 49.4 | 7.1 | 42.4 | 50.8 | 6.9 | 23.0 | 75.1 | 1.9 |
| | **불교** | (41) | 43.1 | 52.1 | 4.7 | 46.6 | 51.1 | 2.3 | 19.8 | 80.2 | 0.0 |
| | **기타 종교** | (3) | 69.3 | 30.7 | 0.0 | 37.9 | 62.1 | 0.0 | 37.9 | 62.1 | 0.0 |
| | **종교 없음** | (158) | 40.4 | 56.4 | 3.2 | 30.1 | 66.9 | 2.9 | 11.0 | 88.3 | 0.7 |

* (임종 과정) 지금처럼 임종과정에 들어설 때부터, (말기) 그보다 앞선 말기부터

- **(말기 선택 사유) 말기부터 가능해야 한다**고 선택한 패널(사후조사 기준 247명)은 그 이유로 **'환자가 스스로 뜻을 밝힐 수 있을 때 구체적으로 논의하고 결정할 수 있어서'**(70.1%)를 가장 많이 선택

- **(현행유지 선택 사유) 임종과정부터 가능해야 한다**고 본 패널(사후조사 기준 45명)의 **선택 이유별* 응답 비율**은 **유사한 수준**으로 나타남

* '한번 시점을 앞당기면 치료를 일찍 포기하는 사회적 분위기가 확산될 우려가 있어서'(37.8%), '말기에는 회복할 수 있는 환자인지 정확하게 판단하기 어려울 수 있어서'(36.5%), '비용이나 가족의 부담 때문에 환자가 원하지 않는 결정을 하게 될 수 있어서'(25.7%)

**< 연명의료 유보·중단의 시점 관련 권고안(분임 토의 결과 요약) >**

① **연명의료 유보·중단 결정 시점 확대**

환자의 자기결정권과 인간의 존엄성을 존중하고, 환자와 가족의 신체적·심리적 고통 및 경제적 부담을 완화하기 위해 연명의료 유보·중단 결정 시점을 현행 '임종과정'에서 '말기' 단계로 확대할 것을 권고함.

② **환자의 자기결정권 보장을 위한 의사 확인 및 상담체계 강화**

환자의 의사가 충분히 반영될 수 있도록 말기 단계부터 환자·가족·의료진 간 논의 시간을 확보하고, 충분한 정보 제공과 숙려기간, 전문상담 및 사전연명의료의향서 공유 등 환자 중심의 의사결정 절차를 강화할 것을 권고함.

③ **명확한 말기 진단 기준 및 신중한 의료적 판단체계 마련**

말기 진단의 불확실성과 오진 가능성, 회복 가능한 치료 기회의 상실을 방지하기 위해 명확한 말기 진단 기준을 마련하고, 복수 의료진의 소견과 독립적인 검증 등을 통해 신중하고 객관적인 의료적 판단체계를 구축할 것을 권고함.

④ **비자발적 결정 및 제도 악용 방지를 위한 안전장치 마련**

경제적 부담이나 가족·제3자의 이해관계에 따른 비자발적 결정, 제도의 남용 및 생명 경시 풍조를 방지하기 위해 환자의 의사를 우선적으로 존중하는 법·제도적 안전장치를 마련하고, 가족 간 갈등과 의료분쟁에 대응할 수 있는 절차를 보완할 것을 권고함.

⑤ **환자와 가족의 부담 완화 및 의료·돌봄 지원체계 강화**

연명의료 유보·중단 결정 과정에서 환자와 가족의 경제적·심리적 부담을 완화하고, 결정 이후 돌봄 공백이 발생하지 않도록 심리·사회적 상담 지원과 호스피스 등 의료·돌봄 지원체계를 강화할 것을 권고함.

○ **(대행 결정 주체)** 연명의료 대행 결정 주체는 **'가족이 아닌 사람도 결정할 수 있도록 대상을 넓혀야 한다'**는 의견'이 **79.8%**로, 숙의 전에는 **소수 의견**(21.7%)이었으나 숙의 후 **다수 의견**으로 변화

**< 환자가 스스로 결정할 수 없을 때 대행 결정의 주체** (단위: %) **>**

| 구분 | | 사례수 | 기초조사 | | | 사전조사 | | | 사후조사 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 현행 유지 | 대상 확대 | 모름 | 현행 유지 | 대상 확대 | 모름 | 현행 유지 | 대상 확대 | 모름 |
| **전체** | | **(294)** | **72.9** | **21.7** | **5.4** | **48.3** | **45.1** | **6.6** | **19.5** | **79.8** | **0.7** |
| **성별** | **남자** | (146) | 70.6 | 26.0 | 3.3 | 47.1 | 48.8 | 4.0 | 17.6 | 81.6 | 0.8 |
| | **여자** | (148) | 75.2 | 17.4 | 7.4 | 49.5 | 41.4 | 9.1 | 21.4 | 78.0 | 0.6 |
| **연령** | **18-29세** | (43) | 68.1 | 17.2 | 14.7 | 48.9 | 34.8 | 16.3 | 15.2 | 84.8 | 0.0 |
| | **30-39세** | (44) | 80.4 | 13.3 | 6.3 | 50.3 | 38.3 | 11.4 | 20.1 | 79.9 | 0.0 |
| | **40-49세** | (49) | 62.0 | 28.0 | 10.0 | 39.2 | 56.7 | 4.2 | 13.8 | 86.2 | 0.0 |
| | **50-59세** | (57) | 65.7 | 30.9 | 3.4 | 52.5 | 44.3 | 3.2 | 14.3 | 85.7 | 0.0 |
| | **60세 이상** | (101) | 81.1 | 18.9 | 0.0 | 49.3 | 47.3 | 3.4 | 26.8 | 71.1 | 2.1 |
| **소득 계층** | **상층** | (46) | 72.0 | 21.4 | 6.5 | 42.3 | 53.6 | 4.1 | 13.6 | 86.4 | 0.0 |
| | **중층** | (160) | 72.0 | 23.4 | 4.5 | 49.5 | 43.5 | 7.0 | 20.4 | 78.3 | 1.3 |
| | **하층** | (88) | 75.1 | 18.5 | 6.4 | 49.4 | 43.5 | 7.0 | 21.0 | 79.0 | 0.0 |
| **종교** | **천주교** | (34) | 68.4 | 17.3 | 14.4 | 38.6 | 49.9 | 11.6 | 8.7 | 91.3 | 0.0 |
| | **개신교** | (59) | 74.4 | 22.3 | 3.3 | 55.6 | 42.8 | 1.6 | 23.2 | 76.8 | 0.0 |
| | **불교** | (41) | 67.6 | 30.0 | 2.4 | 64.7 | 30.3 | 5.0 | 42.8 | 55.0 | 2.2 |
| | **기타 종교** | (3) | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 69.3 | 30.7 | 0.0 | 37.9 | 62.1 | 0.0 |
| | **종교 없음** | (158) | 74.2 | 20.6 | 5.2 | 43.1 | 49.0 | 7.9 | 14.1 | 85.1 | 0.7 |

* (현행 유지) 지금처럼 법이 정한 가족이 결정,
(대상 확대) 법이 정한 가족이 아닌 사람도 결정할 수 있게 함

- **(가족 대행결정)** 환자의 뜻을 확인할 수 없을 때 연명의료 결정은 **'전원이 아니라 가족 다수의 뜻으로 결정하게 한다'**(59.0%)는 의견이 **가장 많았음**

**< 가족 전원 합의 요건의 조정** (단위: %, %p) **>**

| 합의 방식 | 사전조사 | 사후조사 | 의견 변화 |
|---|---|---|---|
| 지금처럼 가족 전원이 합의하도록 유지한다 | 28.9 | 19.8 | -9.1 |
| 전원이 아니라 가족 다수의 뜻으로 결정하게 한다 | 55.5 | **59.0** | +3.5 |
| 법으로 순서를 정해 가장 가까운 가족 한 사람이 결정하게 한다 | 11.3 | 17.5 | +6.2 |
| 모름 | 4.4 | 3.6 | -0.8 |

- **(가족 외 대리인 결정 방식) 가족이 아닌 사람에게 대행 결정을 맡긴다면 '환자가 미리 정해 공식 등록한 사람만 인정'**(55.5%)

* 저연령층일수록 '미리 정해 등록한 사람만 인정'을 선호하는 응답이 높고(18~29세 74.9%), 60세 이상은 '뜻을 잘 아는 사람이면 인정'(58.5%)이 더 높은 것으로 나타남

**< 가족이 아닌 대리인을 정하는 방식** (단위: %, %p) **>**

| 대리인을 정하는 방식 | 사전조사 | 사후조사 | 의견 변화 |
|---|---|---|---|
| 환자가 의사를 표현할 수 있을 때 미리 정해 두고 공식적으로 등록한 사람만 인정한다 | 54.8 | **55.5** | +0.7 |
| 미리 정해 두지 않았더라도, 환자의 뜻을 가장 잘 아는 사람으로 확인되면 인정한다 | 37.0 | 41.0 | +4.0 |
| 가족이 아닌 사람에게는 결정을 맡기지 않아야 한다 | 4.9 | 2.0 | -2.9 |
| 모름 | 3.4 | 1.5 | -1.9 |

- **(가족 외 대리인 인정 범위)** 가족이 아닌 대리인의 인정 범위에 대해서는 **'본인이 미리 정했거나 환자의 뜻을 잘 아는 사람이라면 관계는 상관없다'**(44.6%)-**'오래 함께 살았거나 곁에서 돌봐 온 사람까지'**(30.8%) 順

* 다만, 40대 이하에서는 '관계는 상관없음' 응답이 58.7~60.3%로 높은 반면, 60세 이상은 '사실상 가족으로 지내 온 사람까지'(39.2%), '오래 함께 살았거나 돌봐 온 사람까지'(34.3%) 순으로 응답하여 연령별 차이 有

**< 가족이 아닌 대리인으로 인정할 범위** (단위: %, %p) **>**

| 인정 범위 | 사전조사 (n=270) | 사후조사 (n=284) | 의견 변화 |
|---|---|---|---|
| 사실혼 배우자나 며느리·사위처럼 사실상 가족으로 지내 온 사람까지 | 20.9 | 23.9 | +3.0 |
| 오래 함께 살았거나 곁에서 돌봐 온 사람까지 | 39.6 | 30.8 | -8.8 |
| 본인이 미리 정해 두었거나 환자의 뜻을 잘 아는 사람이라면 관계는 상관없다 | 37.6 | **44.6** | +7.0 |
| 모름 | 2.0 | 0.7 | -1.3 |

* (응답 대상) 가족이 아닌 대리인을 정하는 방식으로 '환자가 미리 정해 공식적으로 등록한 사람만 인정', '환자의 뜻을 가장 잘 아는 사람으로 확인되면 인정'을 고른 응답자

- **(무연고 환자) 무연고 환자의 대행 결정은 '병원 밖 공적 기관'**(46.9%)**과 '치료하는 병원'**(41.1%)**으로 오차범위 내 의견이 나뉘는 것**으로 나타남

- **(대행 결정 판단 기준) '최선의 이익'이 56.9%로 '추정적 의사'(41.3%) 보다 높게 나타났으나, '최선의 이익'은 숙의 후 소폭 감소(62.8→56.9%)**

**< 대행 결정의 판단 기준** (단위: %, %p) **>**

| 판단 기준 | 사전조사 | 사후조사 | 의견 변화 |
|---|---|---|---|
| **(추정적 의사)** 환자가 평소 무엇을 중요하게 여겼는지를 중심으로, 환자 본인이라면 어떤 선택을 했을지 짐작하여 판단한다 | 35.0 | **41.3** | **+6.3** |
| **(최선의 이익)** 환자의 현재 상태를 중심으로, 무엇이 환자에게 가장 이롭고 도움이 되는지를 판단한다 | 62.8 | **56.9** | **-5.9** |
| 모름 | 2.2 | 1.8 | -0.4 |

○ **(생애말 의료·돌봄) 삶의 마지막 시기를 지내고 싶은 곳으로 '집'(52.1%)을 가장 많이 선택했으나, 숙의 후 호스피스 병동 응답이 크게 증가(16.0→30.7%)**

**< 삶의 마지막 시기를 지내고 싶은 곳** (단위: %, %p) **>**

| 장소 | 집 | 요양원 등 요양시설 | 요양병원 | 호스피스 병동 | 종합병원 등 일반 병동 | 기타 장소 | 모름 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **사전조사** | 65.4 | 5.0 | 4.6 | 16.0 | 4.4 | 1.3 | 3.3 |
| **사후조사** | **52.1** | 3.7 | 6.2 | **30.7** | 3.3 | 2.9 | 1.1 |
| **의견 변화** | -13.3 | -1.3 | +1.6 | **+14.7** | -1.1 | +1.6 | -2.2 |

- 생애 말 의료·돌봄 정책의 우선순위로는 **'호스피스 대상 질환 확대'**(57.2%), **'호스피스 병상·전문인력 확충'**(42.8%) 등 **호스피스 관련 정책 비중이 높았음**

**< 생애 말 의료·돌봄 지원 정책의 우선순위** (단위: %) **>**

| 정책 | 사전조사 | | 사후조사 | |
|---|---|---|---|---|
| | 1순위 | 1+2순위 | 1순위 | 1+2순위 |
| 호스피스를 이용할 수 있는 대상 질환을 넓히는 것 | 24.2 | 33.0 | **43.9** | **57.2** |
| 호스피스 병상과 전문인력을 늘리는 것 | 20.5 | 35.0 | **19.1** | **42.8** |
| 집으로 찾아오는 의사·간호사의 진료를 늘리는 것 | 14.9 | 25.7 | 13.9 | 29.1 |
| 요양병원·요양시설에서 통증 등 생애 말 증상을 관리할 의료 지원을 강화하는 것 | 15.8 | 31.7 | 6.4 | 18.7 |
| 식사·위생·거동을 돕는 간병 인력을 공적으로 늘리는 것 | 6.9 | 24.8 | 6.0 | 19.6 |
| 밤이나 휴일에 상태가 나빠지면 상담과 처방·방문·입원을 연결하는 지역 체계를 갖추는 것 | 13.6 | 29.2 | 8.8 | 21.2 |
| 퇴원하거나 돌봄 장소를 옮길 때 필요한 의료·돌봄을 연결하는 지원을 강화하는 것 | 4.2 | 17.3 | 1.8 | 8.9 |

* 1+2순위는 중복 응답이므로 합계가 100%를 넘음

**< 생애 말 의료 및 돌봄 관련 권고안(분임 토의 결과 요약) >**

① **환자 중심의 의료·돌봄 장소 선택권 및 서비스 보장**

생애 말 환자의 의사와 존엄성을 최우선으로 존중하고, 가정·호스피스 병동·요양시설 등 환자가 희망하는 장소에서 편안하게 삶을 마무리할 수 있도록 장소와 지역, 경제적 여건에 관계없이 기본적인 의료·돌봄 서비스를 보장할 것을 권고함.

② **호스피스 대상 질환 확대 및 서비스 제공체계 확충**

현행 호스피스 이용 대상 질환의 범위를 확대하여 질환에 관계없이 필요한 환자가 호스피스 서비스를 이용할 수 있도록 하고, 호스피스 병동 및 전문인력 확충과 가정형 호스피스·재택의료 서비스 확대를 통해 의료·돌봄 접근성을 강화할 것을 권고함.

③ **통증 완화 및 신체적·심리적 돌봄을 포함한 통합서비스 제공**

생애 말 환자의 신체적 고통과 죽음에 대한 불안·외로움을 최소화하기 위해 통증·증상 관리, 영양·위생·목욕 등 일상생활 지원, 심리·정서적 상담 및 가족과의 만남을 보장하고, 응급대응과 24시간 돌봄이 연계되는 통합적인 의료·돌봄 서비스를 제공할 것을 권고함.

④ **환자와 가족의 경제적·심리적 부담 완화 및 임종 준비 지원**

환자와 가족이 경제적 부담 없이 존엄한 생애 말기를 보낼 수 있도록 의료비·간병비 등 본인 부담을 최소화하고, 가족돌봄휴가 및 심리상담 지원을 확대할 것을 권고함. 또한 환자와 가족이 충분한 이별의 시간을 갖고 삶을 정리할 수 있도록 유언·상속 등 법률·재무상담과 사별 후 심리적 지원을 강화할 것을 권고함.

⑤ **전문 돌봄 인력 확충 및 의료·돌봄 연계체계 강화**

장소와 관계없이 지속적이고 안정적인 의료·돌봄 서비스를 제공하기 위해 전문 의료·간병 인력을 확충하고, 돌봄 인력의 교육·처우 개선과 교대 돌봄체계를 마련할 것을 권고함. 아울러 방문의료, 원격진료, 환자 모니터링, 응급대응 및 이동 지원 등을 연계하는 전국적인 의료·돌봄 서비스 체계를 구축할 것을 권고함.

○ (공론화평가) 참석 패널의 **98.6%**가 **공론화**에 **만족**했고, '**전반적 공론화 과정**이 **공정**했다'는 **93.9%**, **의료혁신위원회**의 **결정**을 **신뢰**할 것이다'는 **92.9%**

- **(패널효과 분석)** 상반기에 이어 **다시 참여**한 **패널**(218명)에서 공론화 과정의 **공정성**(96.3%)과 **의료혁신위원회 결정**에 대한 **신뢰**(93.1%)가 **신규 패널**(92.1%, 92.1%)보다 **높게 나타남**

→ 한 번의 공론화로도 높은 효능감을 얻을 수 있지만, **정책 결정 과정**에 대한 **시민**의 **신뢰**를 쌓는 것은 **패널 형식**의 **공론화**에서 **기대**할 수 있는 효과로 해석됨

"1차 시민패널로 참여해 제안한 의견들이 정책으로 이어지는 걸 확인하면서 패널 중 한 사람으로서 공론화의 효능감을 느꼈습니다. 2차에서 논의된 내용들도 실제 정책으로 입안돼 추진되기를 바랍니다" (시민패널 참여 소감 중)

**< 재참여자와 신규 참여자의 공론화 평가**(단위 : %) >

| 항목 | 응답 | 1차 공론화 (재참여 패널) | 2차 공론화 (재참여 패널) | 2차 공론화 (신규 패널) |
|---|---|---|---|---|
| 의료혁신위원회의 결정을 신뢰할 것이다 | 매우 | 33.5 | 55.0 | 47.4 |
| | 대체로 | 58.7 | 38.1 | 44.7 |
| | 매우+대체로 | 92.2 | 93.1 | 92.1 |
| 전반적인 공론화 과정은 공정했다 | 매우 | 48.6 | 62.4 | 51.3 |
| | 대체로 | 47.7 | 32.1 | 40.8 |
| | 매우+대체로 | 96.3 | 94.5 | 92.1 |
| 이번 공론화에 전반적으로 만족한다 | 매우 | 45.0 | 56.9 | 64.5 |
| | 대체로 | 47.7 | 41.3 | 35.5 |
| | 매우+대체로 | 92.7 | 98.2 | 100.0 |
| 연명의료결정제도에 대한 지식이 늘었다 | 매우 | 39.0 | 70.2 | 77.6 |
| | 대체로 | 56.0 | 27.5 | 22.4 |
| | 매우+대체로 | 95.0 | 97.7 | 100.0 |
| 사례수(명) | | (218) | (218) | (76) |

## 4 지역순회 간담회 주요 결과

### □ 충남 간담회 개요

○ **(행사명)** 바다를 건너 건강을 잇다: 충남 주민의 목소리로 듣는 지역의료 현안

○ **(일시·장소)** 10. 22. (목) 14:00, 충남 홍성군 보건소

○ **(참석자)** 보건복지부 의료혁신추진단장 등

○ **(주요내용)** 주민 및 의료계의 현장 목소리 및 지역의료 현안 청취

* (지역의료 현안) 도서·연안지역의 의료접근성 개선 과제

### □ 제주 간담회 개요

○ **(행사명)** 섬의 경계를 넘어, 생명의 길을 열다: 제주도민의 목소리로 만드는 든든한 의료 안전망

○ **(일시·장소)** 11. 20. (금) 14:00, 제주특별자치도청

○ **(참석자)** 보건복지부 장관, 제주특별자치도지사, 의료혁신추진단 부단장, 의료혁신위원회, 시민패널 운영위원회 등

○ **(주요내용)** 주민 및 의료계의 현장 목소리 및 지역의료 현안 청취

* (지역의료 현안) ① 지역완결적 의료지원체계 구축, ② 도내 의료 지역격차 해소

### □ 간담회 주요 일정

| 구분 | 행사 내용 | 비고 |
|---|---|---|
| **오프닝** | 인사말씀 및 간담회 안내 | - |
| **세션Ⅰ** | 재1차 공론화 결과 공유 및 지역의 의료현실 논의 | 지역주민 등<br>(약 20명) |
| **세션Ⅱ** | 지역의료 현황 발제 및 개선방안 논의 | |
| **정리 및 발표** | 논의결과 공유 | |
| **마무리** | 마무리말씀 및 기념촬영 | - |

## □ 주요 의견 수렴 결과

| 지역 | 주요 내용 |
|---|---|
| 충남 | ▸ **(충남지역 의료 전반)** 충남지역은 지역에서 보장받아야 할 의료서비스로 '응급의료 및 골든타임 치료 보장', '분만·산후조리 지원 확대', '지역 간 의료 접근성 및 의료자원 불균형 해소' 등 순으로 답하여 1차 공론화 결과와 유사<br>▸ **(의료접근성)** 대중교통 이용 제약, 장거리 이동 부담 등으로 적시 진료가 어려워, 효도택시·마을행복택시·병원동행 서비스 등 이동지원 확대 요청<br>▸ **(병원선 운영)** 병원선을 통한 검진과 질환 발견의 긍정적 효과 확대를 위한 방문횟수 확대 및 의료정보 연계체계 개선 요구<br>▸ **(보건지소·보건소 기능)** 의료인력과 장비 부족으로 검사·처치·처방의 한계 및 야간·휴일 진료 공백 보완을 위해 의료진·시설 확충과 지역의료원 연계, 출장진료 확대 필요<br>▸ **(이동·원격진료)** 도서 지역의 이동 제한과 검사 장비의 한계 보완을 위해 대면과 원격 진료 병행, 순회진료 확대, 의약품 드론 배송 등 필요 |
| 제주 | ▸ **(제주지역 의료 전반)** 제주지역의 지리적 특성과 의료자원 불균형 분포에 따른 접근성 및 이송 문제로 응급의료뿐 아니라 분만, 소아진료, 경증 진료 등 필수의료 서비스의 지역 내 보장 필요성에 주로 공감<br>* **(공감 순위)** 분만(출산)'(7건, 31.8%), '응급실·응급진료'(6건, 27.3%), '심근경색·뇌졸중 골든타임 치료'와 '경증·만성질환 진료'(각5건, 22.7%), '야간·휴일 소아진료'(4건, 18.2%) 순<br>▸ **(필수의료 전문인력 확보·양성)** 모자(분만) 안전망 구축을 위해 산부인과·소아과 전문의 확보 및 제주대병원과 서귀포의료원 의료인력 확충하고 동시에 의료진 전문성 강화 등 필요 의견 제시<br>▸ **(분만 전원·진료협력체계 강화)** 서귀포시 등으로부터의 이동접근성 강화를 위해 119, 권역 모자보건센터, 응급실간 연락체계 개선, 고위험 산모 상급의료기관 우선접수, 산부인과 의료진 진료협력체계 구축 등 의견 제시<br>▸ **(의료인력 확보·양성 및 처우 개선)** 도내 의료격차 해소 방안으로 서귀포 지역 의료진 전문성 확보, 제주도 출신 의사 양성, 지역의사제 시행 전 국가 차원 의료인력 공급체계 마련 등 제시<br>▸ **(취약지역 의료기관·진료기능 확충)** 서귀포 지역의 부족한 진료과목 확보, 서귀포의료원의 입원·수술·재활·요양 기능 강화, 한림·대정 등 의료취약지역의 보건소 및 보건진료소 활성화 등 제시 |

# 참고1 의료혁신 시민패널 소감 및 의견

## □ 공론화 참여 소감

| 내용 | 구분 |
|---|---|
| 아무것도 아닌 내가 시민의 대표성을 띠는 패널로 참석해서 여러 의견을 나누고 토론하는 과정들이 행복했습니다. 더 나아가 시민 개개인 한 명 한 명의 의견까지 들으려고 하는 이런 공론화가 너무 좋은 시간인 것 같습니다. 감사합니다 | 부산/30대 |
| 전문의가 결정할 수 있도록 법제화가 되기 전에 일반 국민의 의견을 들을 수 있는 공론장이 마련되고 참가할 수 있어서, 매우 의미 있는 시간을 주셔서 감사합니다. | 서울/60대 |
| 많은 의견이 오가고 심사숙고해서 법안이 발의된다는 게 정말 대단하고 수고하는 것이다 | 전남/30대 |
| 많은 분들이 나의 일인 것처럼 같이 고민하고 토의해서 뿌듯하고, 앞날에 더 좋은 서비스를 받을 수 있을 것 같아 마음이 놓입니다. 개인적으로는 나의 건강을 미리 잘 지키고 돌봐야겠다고 생각이 들었고, 또 모든 것을 공적으로만 맡길 것이 아니라 건강관리와 재물적인 부분도 내가 책임질 수 있는 사람이 되어야겠다고 느꼈습니다. 이런 공론화를 열게 해주신 정부와 관계자 여러분께 감사드립니다. | 대구/60대 |
| 시민들의 입장을 반영하는 것도 중요하지만 이런 자리를 통해 시민들에게 현재 제도의 문제점을 알리고 개정을 위한 시도를 하는 것 자체도 중요한 것 같습니다. | 충남/30대 |
| 이번 의료혁신 시민패널 공론화에 참석하게 됨을 진심으로 감사드립니다. 진행자분의 친절함에 감사드립니다. 너무너무 잘하십니다. 안내하시는 분들 한 분 한 분의 친절함에 감사드립니다. 식사 또한 너무 맛있어요. 제가 잘 몰랐던 것을 많이 배우고 갑니다. 다시 이런 기회가 또 오게 되면 참석을 또 하고 싶네요. 감사합니다. | 서울/70대 |
| 많은 것들을 신경 써 주시고 준비한 것이 느껴졌습니다. 숙의의 결과가 좋은 방향으로 잘 이루어지면 좋겠습니다. 준비해 주신 분들께 감사하다는 말씀드리고 싶습니다. | 서울/20대 |
| 토의가 즐거웠고, 생각하지 못했던 다른 사람의 의견도 들어 볼 수 있어서 뜻깊은 시간을 가졌습니다. 앞으로도 계속 고민할 것 같네요^^ | 강원/40대 |
| 의료 현황에 대해 자세한 설명을 듣고 전문가의 의견을 집중적으로 생각할 수 있는 시간이라서 좋았습니다. | 서울/30대 |
| 서로의 의견을 공유하고 조율하는 과정에서 즐거움을 느꼈고, 많은 것을 준비해 주신 주최 측에 감사드립니다. | 서울/40대 |
| 많은 시민패널 여러분들의 생각을 들을 수 있었고, 매우 어려운 문제를 토의하고 생각할 수 있는 기회가 있어 유익한 시간을 가질 수 있어서 뜻깊은 시간이었습니다. | 경기/60대 |
| 여러 의견을 나누며 다양한 생각을 할 수 있는 기회가 되었고, 생각하지 못했던 부분에 대해서 깊이 있게 생각하고 고민할 수 있어 너무 좋았습니다. 정부에서도 고민을 하는 어떤 내용이 있는지에 대해서도 알 수 있는 기회가 계속해서 있었으면 좋겠습니다. | 경기/30대 |
| 덕분에 의료제도에 대해 보건복지부 등 여러 기관에서 얼마나 관심을 가지고, 또 국민의 뜻을 물어보기 위해 준비를 많이 했다는 것을 알았고 다음에도 또 참여하겠습니다 | 경기/20대 |
| 공론화 과정을 통해 심도 있게 알게 되고 숙의하게 되어 매우 뜻깊은 시간이었습니다 | 경기/50대 |

## □ 공론화 의제에 대한 소감

| 내용 | 구분 |
|---|---|
| 평소에는 임종 때에 연명의료를 계획했었는데, 이번 공론화를 통해서 말기 때부터 의료계획을 앞당기는 쪽으로 변경했습니다. 많은 경험과 여러 사연들을 듣고 공감되는 부분이 많아서 좋은 경험을 하게 해 준 보건복지부에 감사드립니다 | 경남/60대 |
| 연명의료에 대한 다른 분들의 다양한 생각들을 알게 되어서 새로운 시각으로 접근할 수 있었고, 깊게 생각하고 의견을 나눌 수 있는 주제가 생겨서 더 깊은 지식이 생겼습니다 | 서울/30대 |
| 평소 생각지 못했던 주제로 분임토론을 하여 많은 지식과 앞으로를 내다볼 수 있는 기회가 되어 너무 기쁩니다. 1차에 이어 이번 2차 패널 공론화도 아주아주 좋은 자리였습니다. 감사합니다!! | 세종/40대 |
| 이번 공론화 참여로 연명의료에 대해 많이 알게 되었고 나의 생애 말에는 어떤 선택을 하게 될지 고민하게 되는 계기가 되었습니다 | 광주/40대 |
| 민감한 주제를 정면으로 마주하여 다 같이 지혜를 모으는 과정이 너무 좋았다. 다음에도 이러한 기회가 있었으면 좋겠다. | 부산/30대 |
| 나와는 상관없는 사안이라고 생각했었는데, 시민패널로 참여하면서 나에게도 밀접하게 관련된 사안이라는 것을 깨닫게 된 좋은 기회였습니다. | 충북/30대 |
| 눈앞에 있는 일이 아닌 걸로 생각하고 있었는데 여러모로 토의, 질의, 답변을 통해 많은 것을 느끼고 배웠습니다. 고맙습니다 | 울산/60대 |
| 나와 관련될 것 같은 연명의료에 대해 생각해 보고 미래를 설계해 보는 계기가 됨 | 강원/50대 |
| 무거운 논의였으나 새로운 정보를 알게 되었고 이러한 과정 등이 자주 있었으면 좋겠습니다 | 경북/50대 |
| 고령화, 핵가족 사회에 꼭 필요한 의제였다 | 경기/50대 |
| 이번 숙의에서 서로 다른 의견을 들어 볼 수 있어서 좀 더 많은 생각을 할 수 있었다. 환자의 가족까지 생각하는 의견 등 좋은 경험이 되었다. | 전남/50대 |
| 쾌적하고 좋은 환경에서 전 국민이 관심을 가지는 생애 말 의료·돌봄 강화를 위한 의견을 들을 수 있는 좋은 기회이자 시간이었습니다 | 경북/30대 |
| 내가 겪을 수 있는 문제에 대하여 토론을 하면서 많은 것을 느꼈고 배워서 아주 유익한 시간이었다 | 경기/40대 |
| 좋은 공부를 하고 생애 말기에 대하여 추측해 보고 좋은 분들과 토론하는 유익한 시간이 되었다 | 대구/60대 |
| 한 번쯤 꼭 생각해 봐야 하는 주제를 논의하는 과정에 참여할 수 있어서 감사드리고, 관계자 여러분들의 수고에도 감사드립니다 | 부산/60대 |
| 현실에서 많이 고민이 되는 문제라 관심 있게 토론하였습니다~ 수고 많으셨습니다 | 서울/60대 |

## □ 숙의 결과의 정책 반영 요청

| 내용 | 구분 |
|---|---|
| 1차 시민패널로 참여해 제안한 의견들이 정책으로 이어지는 걸 확인하면서 패널 중 한 사람으로서 공론화의 효능감을 느꼈습니다. 2차에서 논의된 내용들도 실제 정책으로 입안돼 추진되기를 바랍니다. | 서울/40대 |
| 너무 뜻깊은 자리였습니다. 삶을 돌아보는 계기, 가족 생각도 많이 났습니다. 더 나은 대한민국이 되길 바랍니다. 오늘 숙의한 내용들 모두 법제화, 제도화 꼭 해 주세요. 더 이상 무의미한 연명의료는 필요 없습니다. 감사합니다. | 경기/40대 |
| 제2차 의료혁신 시민패널 공론화 감사드리고 무사히 마쳤습니다. 남녀노소 관계없이 전국에서 300명이 토론한 결과인 만큼 현장에 적용되었으면 합니다. 고맙고 또 뵐게요 | 부산/60대 |
| 시민패널의 의견을 반영하여 더 나은 삶을 위한 좋은 정책이 마련되면 좋겠습니다 | 서울/20대 |
| 이런 귀한 기회에 참가할 수 있게 해 주셔서 감사합니다. 많은 것을 배우고, 많은 것을 깨달을 수 있는 기회였습니다. 시민패널의 의견이 부디 잘 전달되길 바랍니다. | 부산/20대 |
| 환자가 원하는 방식으로 생애 말을 보낼 수 있도록 법과 제도가 긍정적인 방향으로 변화했으면 좋겠습니다. 감사합니다. | 경기/30대 |
| 꼭 반영이 되고 숙의가 되어 좋은 정책이 마련되면 좋겠고, 국민의 존엄권, 행복권에 많은 관심 부탁드립니다. | 충북/50대 |
| 이러한 공론화를 통한 내용이 현실에 반영되어 더욱 아름다운 생의 마감이 이루어지길 바랍니다. | 전남/60대 |
| 이런 시간을 가지고 논의한다는 것만으로도 의미가 있다고 생각합니다. 토론을 통해 모인 의견들을 잘 검토해 주시면 좋겠습니다. | 서울/30대 |
| 공론화에서 끝나지 않고, 바로 모든 게 갖추어지지는 않겠지만 지금보다는 한 걸음 나아가는 의료 환경이 갖추어졌으면 좋겠습니다. | 서울/40대 |
| 토론에 참여한 패널들의 의견이 정책으로 반영되길 바람. 모두 진지하고 성실한 의견으로 합의된 의견을 도출함. | 서울/60대 |
| 300명 시민패널의 숙의 결과가 연명의료 특별법 개선안에 적극적으로 반영되었으면 합니다. 국민건강보험 재정 적자가 빨리 해소되고 호스피스 병동 확대로 더 나은 죽음을 국민들이 경험할 수 있도록 정책 부탁드립니다. | 경남/50대 |
| 시민들의 의견이 대부분 비슷한 것으로 보아 국민이 원하는 바가 비교적 명확하다고 생각합니다. 100퍼센트 반영은 어렵지만 국민의 생각이 정책의 방향을 정할 때 어느 정도 반영되면 좋겠습니다. | 경기/40대 |
| 권고문의 의견이 꼭 전해져서 좋은 의료법으로 개정되어 앞으로 살기 좋은 건강한 사회가 만들어지면 좋겠습니다. | 경기/20대 |

## 참고2 온라인 정책 제안 추진 결과

### □ 추진배경 및 경과

○ **(배경)** 위원회에서 논의 중인 의제*와 관련한 **시민패널**의 다양한 **정책 아이디어**를 **수렴**하고, **시민패널**의 **지속적인 의료혁신 논의 참여**를 **독려**

* 지역·필수·공공의료 강화, 초고령사회 대비 보건의료 체계 구축, 미래환경 대비 지속가능성 제고

○ **(경과)** 정책 제안 주제 **온라인 홈페이지 게시**(9.8.) → 시민패널 **정책 아이디어 제안**(9.8.~9.27.) → **시상**(11.7.~11.8., 제2차 공론화 숙의토론회)

### □ 온라인 정책제안 개요

○ **(주요내용)** 의료혁신위원회에서 선정한 주제에 대해 **시민패널**이 의료혁신위원회 홈페이지 내 시민패널 공간에서 **정책 아이디어 제안**

○ **(주제)** 의료혁신위 **산하 전문위원회별 1개** 및 **복지부 제안 주제**(총 4개)

○ **(참여대상) 의료혁신 시민패널 291명**(1차 공론화 참여자)

### □ 추진 결과

○ **(정책제안)** 시민패널 29명이 분야별로 **총 38건의 정책제안 제출**

- 시민패널 운영위원회(10.30.) 논의를 거쳐 **정책 제안자**에게 **시상**(1만원 상품권)

**< 주제별 정책 제안 >**

| 소관 | 주제 | 제안 |
|---|---|---|
| **지역·필수·공공의료 전문위원회** | 지역의사 등 지역 의료인력의 정주 여건을 개선할 수 있는 방안은 무엇이 있을까요? | 9건 |
| **초고령사회 의료체계 전문위원회** | 의료기관에서 질 높은 간병서비스를 받고, 간병서비스 이용에 따른 환자와 가족의 비용 부담을 줄일 수 있는 방안은 무엇이 있을까요? | 11건 |
| **미래환경 대응 전문위원회** | 의료진이 AI를 활용할 때 의료서비스를 향상시킬 수 있는 방안은 무엇이 있을까요? | 7건 |
| **보건복지부** | 과잉진료, 과다이용 등 비효율적 의료이용을 줄이고, 합리적으로 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 방안은 무엇이 있을까요? | 11건 |

# 제12차 의료혁신위원회 안건

| 안건번호 | 제2026 - 12 - 4호 |
|---|---|
| 보고일자 | 2026년 11월 26일 |

| 심의 |
|---|

| 안건명 | 지역·필수의료 공백 해소를 위한<br>공공의료기관 확충·강화 권고안 |
|---|---|

| 소 관 | 지역·필수·공공의료<br>전문위원회 |
|---|---|
| 제출일 | 2026년 11월 26일 |

# 지역 · 필수의료 공백 해소를 위한 공공의료기관 확충 · 강화 대정부 권고(안)

**진료권별 필수의료 제공·연계로 지역·필수의료 공백을 해소하고, 공공의료기관의 지속 가능한 운영 기반을 마련한다.**

▼

**공공의료기관의 역할 및 비전**

| ❶ 지역·진료권별 적정 의료 보장 | ❷ 지역·필수·공공의료 정책 수행 | ❸ 의료기관 공공성의 기준 제시 |
|---|---|---|

▼

## 전략1. 진료권별 역할 정립과 협력

- 진료권별 공공의료기관의 기능과 책임 정립
- 권역·지역책임의료기관 중심 공공·민간 진료협력 및 환자 전원 연계 강화
- 순환당직·인력파견 등 진료권 단위 협력 강화
- 보훈·산재·군 등 관계부처 소관 공공병원 기능 조정

## 전략2. 양적 확충

- 포괄2차 기능이 없거나 부족하고, 지역거점 공공병원이 없는 진료권부터 단계적 확충
- 신축·증축·기능전환 등 다양한 방식 활용
- 공공적 활용 가능 민간병원의 공공의료기관 전환 검토
- 공익적 편익·정책성과를 반영한 사업평가 및 절차 개선

## 전략3. 질적 강화

- 국립대병원 중증·최종치료 역량 강화
- 지역거점공공병원 중등증·포괄2차 진료 역량 강화
- 간호·간병통합서비스 확대 및 퇴원환자의 지역사회 돌봄 연계
- 지역 인력의 수련·복무·경력개발 지원 및 의료기관 간 원격협진 강화

**국가가 진료권별 공백을 진단하고, 지방정부와 협의해 지역 여건에 맞게 확충·강화를 병행**

## 전략4. 지속가능성 확보와 공공성 기준 확립

- 병원별 기능과 목표 설정 및 성과계약
- 필수기능 유지비용 지원 및 경영성과 별도 평가
- 주민·환자 참여와 공공성 평가결과 공개
- 공공병원에서 검증한 공공성 기준을 민간 공공보건의료 수행기관 평가에 활용

## Ⅰ. 제안 배경

□ **(중요성) 공공의료기관은 지역·필수의료 공백을 국가가 직접 메울 수 있는 중요한 정책 수단**

○ 공공병원 병상은 2010년~2025년 7.5% 증가하였으며, 감염병·모자의료·심뇌혈관 등 주요 필수의료 분야에서 지역 내 의료·사업·연구 추진 중

○ 지역의사제, 국립의학전문대학원, 지역필수의료특별회계 등 인력·재정 기반이 마련되었으나,

- 이 인력이 일하고 재원이 투입될 “현장”인 공공병원의 역량이 갖춰지지 않으면 정책 효과는 제한적

○ 공공보건의료의 ’소유에서 기능 중심으로의 전환‘은 민간의 공공적 역할 확대의 기반을 마련하였으나 수익성이 비교적 높지 않은 지역·필수의료의 공백은 점차 심화됨

- 지역·필수의료 공백 해소 기능을 책임있게 담보할 직접 수단으로써 공공의료기관 확충·강화의 필요성은 점차 증가

□ **(시급성)** 지역·필수의료의 공급 기반은 빠르게 약화되고 있으나, 공공병원 확충에는 10년 내외가 소요되어 선제적 착수 필요

○ **(필수의료 공급 기반 약화)** 수익성이 낮은 필수의료를 중심으로 공급 기반이 약화되어, **공공병원이 유일한 공급자인 지역 증가**

- 70개 중진료권 중 지역거점공공병원이 유일한 필수의료 제공기관인 지역이 6~11개에 해당(’24년 기준, 분만실 11, 중환자실 6, 응급의료기관 9)

○ **(확충까지의 시차)** 공공병원 신축은 결정부터 개원까지 약 10년이 소요되어, 공백 발생 후 착수 시 적기 대응 곤란

- 서부산·대전의료원은 ‘21년에 예비타당성조사를 면제받았으나, ‘27년에야 착공 예정

- 지역의사제·국립의전원 인력 등은 ’33~‘37년 졸업·배치될 예정으로, 이들이 수련·복무할 공공의료기관을 지금부터 준비해야 함

□ **(적기)** 공공의료 확충·강화를 정책의 근간으로 명시할 제도적 전환기

○ 국립대병원 소관 이관(교육부→보건복지부), 「지역필수의료법」 시행('27.3) 등 공공의료 관련 제도 기반이 동시에 정비되는 시기

- 이번 기회에 공공의료기관의 역할과 확충 목표를 명확히 하지 않으면, 신설 인력·재원이 기존의 분절적·기관별 지원 방식으로 소진될 우려

## Ⅱ. 공공의료의 현황 및 문제점 진단

□ **지역·필수·공공의료 위기의 핵심은 정책의 근간이 되어야 할 공공의료가 양적으로 부족하고, 그 역할에 걸맞은 투자와 지원이 뒷받침되지 못한 데 있음**

○ 이는 개별 기관의 문제가 아니라 **투자·보상·인력·운영·거버넌스의 구조적 원인에서 비롯**된 것으로,

○ 그 결과, **공공의료기관의 양적 부족, 진료·인프라 투자 부족, 의료공백·부담의 전가, 지역 내 연계·협력 취약 등의 한계 노정**

○ 이로 인해, 치료가능사망률 지역격차 증가*, 타 지역 주민의 서울 소재 의료기관 이용 증가** 등 **지역 간 건강·의료이용 격차 심화**

* 시·도의 치료가능사망률 5분위 격차 비: '19년 1.21배 → '24년 1.27배

** 타 지역 주민의 서울 소재 의료기관 입원일수: '19년 654만일 → '23년 789만일

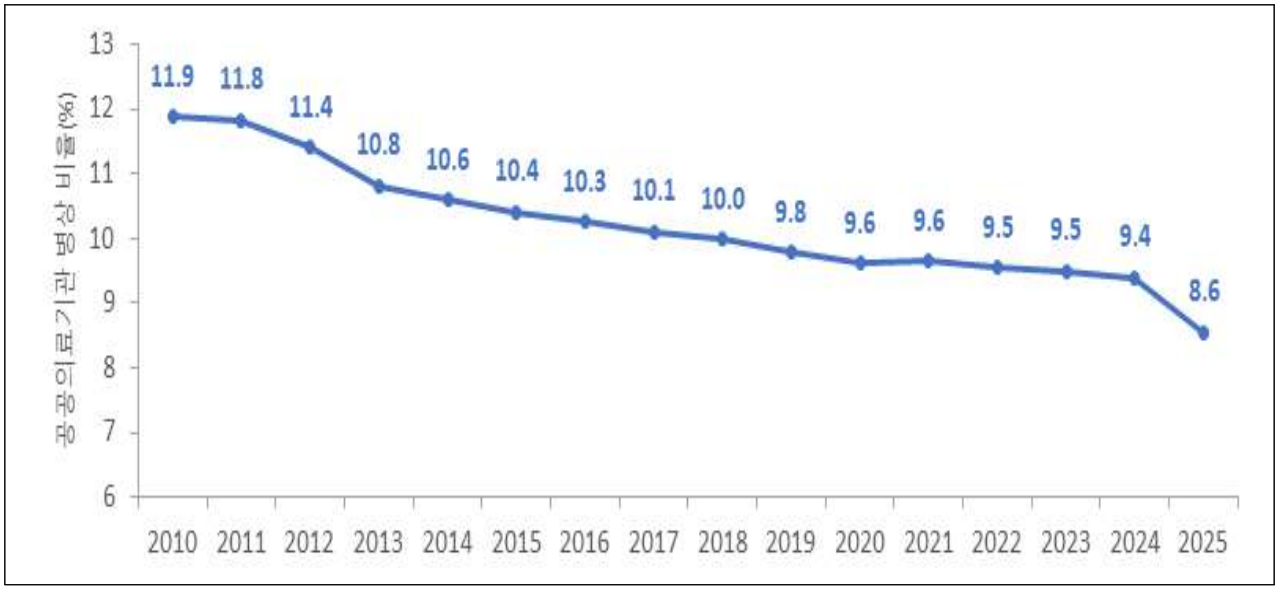
○ 한편, 공공병원에 대해 정부의 적절한 투자와 지원이 이루어진다면 지역·필수의료 강화에 대한 공공의료의 영향력은 배가될 것임

### 문제점 ① 정책수단으로 기능하기에 절대 규모가 부족

○ **(절대 규모 열위)** '25년 현재 공공의료기관 비중은 기관 수 5.3%, 병상 수 8.6%로, OECD 평균(54.6%, 70.9%)의 10~15% 수준

○ **(상대적 위축 지속)** 2010년 이후 전체병상은 49.3% 증가한 반면, 공공병상은 7.5% 증가에 그쳐, **공공병상의 비중은 지속 감소**

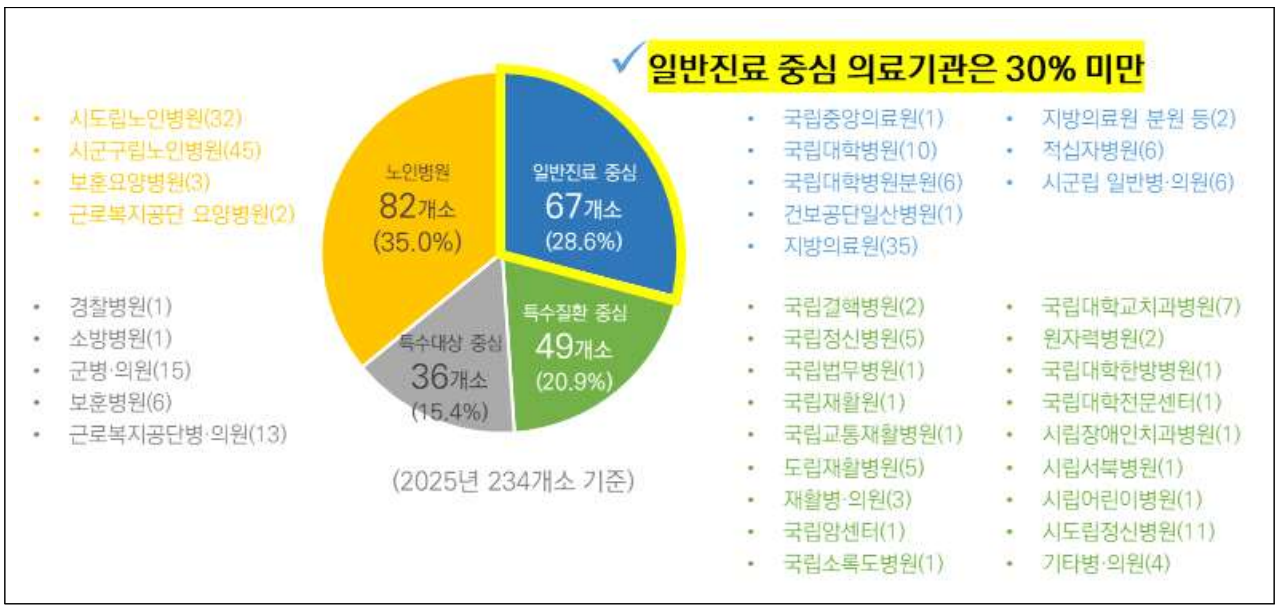
**< 공공의료기관 병상 비중 변화: 2010~2025 >**




자료출처: 건강보험심사평가원 「요양기관 현황」, 국립중앙의료원 「공공의료기관 현황」

○ **(급성기 진료자원 협소)** 공공의료기관 234개소('25년 기준) 중 일반 진료 중심 기관은 67개소(28.6%)에 불과

**< 기능에 따른 공공의료기관 분포 (2025년) >**




자료출처: 국립중앙의료원「2025년 공공보건의료 주요 통계」

➔ **일반 시민 대상 급성기 의료서비스, 중등증 이상 진료 대응에 활용 가능한 자원 절대 부족**

## 문제점 ② 지역의 거점이 되어야 할 공공병원에 대한 진료·인프라 투자 부족

○ **(지역거점 공공병원)** 41개소 중 포괄2차 종합병원*은 23개소에 불과하고, 민간 종합병원 대비 병상·인력·핵심시설에 대한 투자 부족

*『포괄2차 종합병원 지원사업』 선정기관, '25년 175개소 지정, '26년 20개소 추가 지정

**< 공공 및 민간 종합병원의 병상·인력·필수의료 진료시설 비교 (2024년 기준) >**

| | 민간 종합병원 (270개소) | 지역거점 공공병원 (종합병원 35개소) | 차이 (민간 대비 공공) |
|---|---|---|---|
| 100병상 당 전문의 수 | 15.5명 | 12.4명 | 80.0% |
| 100병상 당 간호사 수 | 79.9명 | 72.6명 | 90.9% |
| 평균 허가병상 수 | 327.6개 | 273.3개 | 83.4% |
| 평균 중환자실 병상 수 | 20.4개 | 13.1개 | 64.2% |
| 평균 수술실 병상 수 | 5.9개 | 4.2개 | 71.2% |
| 평균 응급실 병상 수 | 16.6개 | 16.2개 | 97.6% |
| 권역·지역응급의료센터 | 114개소(42.2%) | 12개소(34.3%) | -7.9%p |
| 지역응급의료기관 | 133개소(49.3%) | 23개소(65.7%) | +16.5%p |

자료출처: 건강보험심사평가원 「요양기관 현황」

○ **(국립대병원)** 권역 내 최종치료기관이나, 진료인력이 수도권 대형병원의 절반 수준이고, 진료 기능도 위축되어 지역 중증환자의 수도권 의존 지속

- **(인력)** 비수도권 9개 국립대병원(이하 지역 국립대병원)의 10병상 당 전문의 수는 평균 2.37명으로 빅5병원 평균(4.31명)의 55% 수준
- **(수도권 의존)** 수도권*의 10대 암 수술 자체충족률은 71.8%인 반면, 중부권*은 35.3%로 차이가 크며, 수도권 빅5병원 암 진료환자의 30% 이상이 비수도권 거주자

* 수도권: 서울, 인천, 경기, 중부권: 대전, 세종, 충북, 충남

➔ **공공병원의 양적 확충과 함께, 기존 공공병원이 진료권 내 거점으로서의 역할을 수행할 수 있도록 인력·시설에 대한 투자를 우선 확대하는 것이 시급**

## 문제점 ③ 의료기관의 입지와 기능 고려 시 지역 내 의료공백과 부담이 공공의료에 집중

○ **(수요)** 의료자원은 수요가 큰 대도시에 집중되어, 필요한 의료를 지역 안에서 공급받지 못하는 중진료권이 다수 존재

- 수도권 의사수*는 비수도권의 약 1.2배, 필수의료 전문의 수**는 수도권이 비수도권의 약 4배

* 인구 10만명 당 의사 수: 수도권 211.5명, 비수도권 169.5명

** 인구 1천명 당 필수의료 8개 진료과목 전문의 수: 수도권 1.86명, 비수도권 0.46명

○ **(기능)** 수익성이 낮은 필수의료 기능은 민간에서 축소되고, 그 부담이 공공병원에 집중

- 분만 가능 의료기관은 10년간 34.1% 감소('14년 675개소 → '24년 445개소)

- 70개 중진료권 중 지역거점공공병원이 유일한 필수의료 제공기관인 분만실이 11개, 중환자실이 6개, 응급의료기관이 9개 중진료권이 해당

**< 지역거점 공공병원이 유일한 필수의료시설 운영기관인 중진료권 (2024년) >**




자료출처: 국립중앙의료원 정책통계지원센터

**➔ 수익성에 따른 공급구조에서 발생하는 공백은 지역의 의료필요에 따라 계획적으로 배치된 공공의료기관 없이는 해소되기 어려움**

**문제점 ④ 직접적 정책수단이 없어 정책목표에 따른 기관 간 연계·협력 취약**

○ 책임의료기관 지정은 확대(권역 17개소, 지역 55개소)되었으나, 권한 미비로 협의체 운영·협력사업 수행 수준에 한계

○ 부처별로 분산된 공공병원*이 진료권 안에서 연계되지 않음

* 보훈병원 8, 산재병원 15, 군병원 15, 원자력병원 2, 경찰·소방·법무·교통재활 각 1개소

○ 응급·분만 등 필수의료의 순환당직, 인력 파견, 배후진료 거점 집중을 설계할 수 있는 주체가 공공부문에 부재

○ 공공보건의료정책심의위원회가 공공병상 및 공공의료 재정 확충에 대한 실질적인 의사결정주체로 기능하지 못하고 집행체계도 미흡

➔ **공공의료기관을 진료권 단위로 연계·조정할 권한과 집행 주체가 없는 한, 개별 기관의 역량 강화만으로는 필수의료 공백에 대응하기 어려움**

# Ⅲ. 공공의료 확충 · 강화를 위한 제언 및 권고

## 1 기본 방향

□ 공공의료기관의 확충과 강화를 지역·필수·공공의료 정책의 근간으로 삼고, 양적 확충과 질적 강화를 함께 추진

○ **(기능 정의)** 공공의료기관이 진료권별로 담당할 기능을 우선적으로 정의하고, 그 기능을 기준으로 확충·투자·평가·보상을 연동

○ **(국가의 선제적 역할)** 국가가 진료권별 필수의료 공급 공백과 의료 수요를 진단하여 공공의료기관 확충 필요 지역과 지원 방향을 제시

- 지방정부와 협의하여 지역별 확충계획을 수립·추진하되, 설립·운영 주체의 법적 권한과 책임을 고려해 추진체계와 재원 분담을 구체화

○ **(지속 가능성)** 사후적 적자 보전이 아닌, 공공적 기능에 대한 안정적·예측 가능한 재정과 책무성 기전을 함께 설계

○ **(주민 참여)** 지역주민·환자가 공공보건의료의 기획·수행·평가에 실질적으로 참여하는 거버넌스 확립

## 2 비전 선언: 공공의료기관의 역할 명확화

- 공공의료기관의 역할을 ① **진료권 단위 적정 의료 보장**, ② **정책 수행**, ③ **공공성 표준의 세 축으로 설정**
- 이에 상응하는 **확충·강화 목표를 성과지표로 설정하여 이행 점검**

□ **(진료역량)** 지역의료전달체계에서 진료권 단위로 적합한 의료를 보장하는 핵심 수단

**< 진료권 수준별 공공보건의료기관의 역할(안) >**

| 진료권 | 목표 기능 | 담당 공공보건의료기관 | 연계 역할 |
|---|---|---|---|
| 대진료권 | 중증·고난도 진료 | 국립대병원 | 권역책임의료기관, 권역 내 인력·전원 조정, 수련 허브 |
| 중진료권 | 중등증 진료 및 포괄2차 기능 | 지역거점 공공병원 등 | 지역책임의료기관, 배후진료 거점, 의료-돌봄 연계 |
| 소진료권 | 주민 중심의 지속적 일차의료 보장 | 지역보건의료기관 (보건소·보건지소) 등 | 방문·재택의료, 만성질환·건강관리, 상위기관과 원격협진 |

□ **(정책수행)** 지역·필수·공공의료 정책을 현장에서 집행하는 '정책의료기관'으로서의 성격을 명시

○ **(책임의료기관)** 권역·지역책임의료기관은 진료협력체계 운영, 순환당직·인력 파견 조정 등 진료권 단위 공백 대응의 집행 주체로 기능

○ **(수련·경력 개발)** 지역의사제·국립의전원 출신 인력에게 국립대병원과 지방의료원 간 순환을 포함한 수련·복무·경력 경로를 제공

○ **(위기 대응)** 재난·감염병 등 국가 위기 시 동원 가능한 예비 역량유지

□ **(공공성 표준)** 민간의료기관의 공익성·책무성을 평가하고 선도하는 기준점(benchmark) 역할

○ 공공병원에서 먼저 적용·검증한 표준진료, 적정인력기준, 공익활동, 운영 투명성 기준을 공익의료법인·책임의료기관 등 민간 공공보건의료 수행기관의 평가 기준으로 활용

## 3 확충 로드맵 구체화: 국가의 선제적 역할에 기반한 양적 확충

- 정부는 진료권별 목표 기능이 부족한 지역을 진단하여 「**공공의료기관 확충 로드맵**」**을 수립**
- 지방정부의 신설 요구에 대응하는 방식에서 나아가 **국가가 진료권 공백 진단에 근거하여 확충 필요지역을 먼저 제시하고 지방정부와 협의하여 기획·추진**

□ **(지역 의료수요 대응)** 포괄2차 진료기능이 부족한 중진료권에 지역거점공공병원을 확충

○ **(우선순위)** 중진료권별 의료공급 진단에 따라, 포괄2차 기능이 없거나 부족하면서 지역거점 공공병원이 없는 진료권부터 단계적 확충

- 이용 접근성 강화를 위해 환자 이송·교통 연계 체계를 병행 마련

○ **(확충 방식 다양화)** 신축 외에도 기존 공공병원의 증축·기능 전환, 다양한 공법 병행 활용 추진 등 진료권 여건에 맞는 방식 선택

○ **(병상 규모)** 포괄2차 종합병원 수준의 진료역량 확보와 필수의료과 개설 및 감염병 대응이 가능한 규모를 기준으로 하되, 인구 소규모 취약지는 진료 강화형·돌봄 연계형 등 차등 모형 적용

□ **(추진 여건 개선)** 확충을 가로막는 제도적 장벽을 함께 정비

○ **(별도 기준 적용)** 진료권 내 중장기 계획에 따라 설립되는 공공병원 확충 사업은 공공병원 특성을 반영한 별도 평가기준 적용

- 필수의료 분담률, 의료취약지 여부, 치료가능사망률 개선 효과 등 공익적 편익 및 정책성과 중심으로 평가하고, 전 과정에 보건의료 전문가의 참여 확대
- 병원 설립 사업 기간을 단축할 수 있는 신속절차 도입 검토

○ **(지역의료기관 개편)** 지역 필수의료 수요와 적합성 평가를 통해 공공적 활용이 가능한 민간병원을 공공병원으로 전환하는 경로 마련

- 의료법인 해산·합병 및 잔여재산 처리 절차 정비
- 자원을 적정 수준으로 집약하여 지역 의료공급체계 '적정화'와 인력 확보를 동시에 달성

○ **(병상수급계획에서 우선 고려)** 공공의료기관 병상은 전체 의료기관 병상관리 목표 수립 시 우선적으로 고려

□ **(미충족 의료수요 대응) 정신·재활·호스피스 등 민간 공급이 어려운 분야에 대한 지역거점공공병원 및 기타 공공병원의 대응 강화**

○ 지역거점공공병원은 포괄2차 기능만이 아니라 정신·재활·호스피스 등 지역 미충족 분야에 적극적으로 대응해야 하며, 지역사회 돌봄체계와 연계 강화

○ 노인병원, 특수대상 중심 공공병원 등을 지역의 미충족 수요(급성기 정신·중독, 회복기 재활, 호스피스·완화의료, 감염병 등)에 맞추어 기능 전환

○ 보훈·산재·군 등 타 부처 공공병원을 진료권 공급계획에 포함하여 공공병원을 범부처 차원에서 관리

□ **(추진체계) 공공의료기관 확충·강화를 전체적으로 조정하고 심의할 수 있는 범부처 협의체 구성·운영**

○ 중앙정부, 지방정부, 공공의료기관 대표가 참여하는 협의체를 구성하여 공공의료기관 확충 계획과 공공의료기관의 기능 조정 등 심의

## 4 질적 강화: 지역의 의료 필요를 충족하고 지속가능한 공공병원

- **'지역 주민의 의료 필요 충족'**과 **'지속가능성 확보'**를 공공병원의 역량 강화 기준으로 정립
- **진료 인프라·재정·인력·경영혁신**을 함께 강화

□ **(미충족 의료 중심의 기능 강화) 공공병원 소재 지역에서 부족한 기능부터 확보**

○ **(중증 필수진료)** 국립대병원의 최종진료 역량 강화와 지역거점 공공병원 지원 기능 확대를 위한 인프라 투자

- 권역 내에서 중증 필수진료 완결적으로 제공할 수 있도록 시설·장비·인력, AX 지원
- 권역 내 공공병원에 기술지원, 교육훈련, 인력파견, 진료협력 등을 지속할 수 있도록 제도 기반 강화 (정보 인프라, 보상, 규제 개혁 등)

○ **(중등증 필수진료)** 내과·외과·산부인과·소아청소년과·응급 등 필수 진료과 복수 전문의 체계와 24시간 응급·수술·중환자 진료역량 확보

- 지역거점공공병원 유형 분류는 현재 역량이 아닌 진료권의 필요를 기준으로 하고, 공급부족 진료권 병원은 '포괄2차형' 목표와 단계별 기능부여 경로를 명시

○ **(간호·간병)** 고령화율이 높은 비수도권 공공병원부터 간호·간병통합 서비스를 제공

○ **(재택의료·돌봄 연계)** 퇴원환자 지역사회 연계, 방문진료, 재가 호스피스를 통합돌봄과 연계하여 의료-돌봄의 중간자 역할 수행

□ **(지속 가능한 재정·인력)** 사후적 적자 보전에서 벗어나 **공공적 기능에 대한 안정적·예측 가능한 재정지원으로 전환**

○ **(기능 기반 재정)** 필수기능 유지비용(24시간 당직·대기, 특수병상, 취약지 운영)을 포괄적으로 지원하고, 이를 경영성과와 구분하여 평가

○ **(지불보상)** 기관단위 보상 시범사업의 성과 분석을 통해 공공의료 기관에 대한 재원체계(건강보험, 국비·지방비 등) 정립

○ **(인력)** 공공병원을 **지역의사제·국립의전원 졸업 인력의 중점 복무·수련 기관으로 지정**하고, **국립대병원-지방의료원 순환 근무로 경력 경쟁력 확보**

- 네트워크 수련, 다기관 협력수련, 공공임상교수제 및 국립대병원 전문의 파견제도를 체계적으로 연계하여 공공병원의 교육·진료 역량 동시 강화

○ **(AX 전환)** 클라우드 EMR·AI 공공의료 고속도로·원격협진을 한정된 의료인력의 효율적 활용과 진료 질 표준화 수단으로 활용

○ **(지자체 책무성)** 설립·운영 주체인 지자체의 출연·결손 보전 기준을 명확히 하되, 재정력에 따라 국비 보조율 차등

□ **(경영혁신과 성과관리)** 기능 목표에 기반 한 성과계약과 평가·환류 체계 구축

○ **병원별 기능과 목표를 성과계약으로 설정**하여 **재정지원과 연계**하고, **목표 달성도에 따라 지원 규모 차등**

○ 지방의료원 경영 역량강화 프로그램 운영하고, 성과관리체계를 강화하면서 **저성과 기관에는 맞춤형 경영진단·컨설팅을 제공**

## 5 공공성 표준 선도: 공공병원이 의료기관 공공성의 기준을 제시

- 정부는 공공병원이 표준 진료, 적정인력, 공익적 활동, 운영 투명성, 책무성 면에서 **의료기관 공공성의 기준을 제시하도록 운영 기준을 마련**
- 이를 **민간 공공보건의료 수행기관의 평가로 확산**

○ **(표준 진료 선도) 표준진료지침(CP)을 공공병원이 공동으로 개발·적용**하고, 진료 질과 환자경험·만족도를 정기적으로 측정·공개하여 적정진료의 기준을 제시

- **AX 기반 진료 질 관리 체계를 공공병원에 우선 적용**하고, 검증된 모형을 민간으로 확산

○ **(적정인력 기준)** 적정인력 배치 기준을 공공병원에 우선 적용하고 공공성 표준의 구성요소로 정립

○ **(공익적 활동)** 취약계층 진료, 방문진료·건강증진, 재난·감염병 대응, 지역 의료기관 기술지원 등을 공공병원의 기본 책무로 명시하고, 그 실적을 평가에 반영

○ **(운영 표준화)** 원장 등 관리직의 자격·역량 요건을 정하고, 추천위원회 기반 공개 선임과 성과계약에 연동한 임기 보장으로 경영 안정성을 확보

- **인사·보수·성과관리 표준지침을 마련**하고, 국립중앙의료원이 경영·AX·교육 분야의 기술지원을 담당

○ **(책무성 강화)** 시민참여위원회, 이사회 주민 참여 등 참여적 거버넌스로 시민 감시 기능을 강화하고, **공공성 평가결과를 공개하여 재정지원과 연계**

○ **(민간 확산) 공공병원의 공공성 평가 지표를 책임의료기관·의료질평가의 공익성 지표로 확산**하여 민간의 공공성 강화를 선도

# 제12차 의료혁신위원회 안건

| 안건번호 | 제2026 - 12 - 5호 |
|---|---|
| 보고일자 | 2026년 11월 26일 |

| 심의 |
|---|

| 안건명 | 생애말기 의료·돌봄 및<br>존엄한 임종 지원체계 권고안 |
|---|---|

| 소 관 | 초고령사회 의료체계<br>전문위원회 |
|---|---|
| 제출일 | 2026년 11월 26일 |

# 제안 배경

## 1 원하는 곳과 실제 임종 장소의 괴리

### □ 희망과 현실의 차이

○ 65세 이상 노인의 약 67.5%는 집에서 임종하기를 희망하나*, 장기요양 인정 사망자 중 집에서 사망하는 비율은 14.7%에 불과하다.**

* 2022년 기준 장기요양 인정 신청 절차를 거친 65세 이상 재가거주 노인(불인정 포함) 대상 2023년 조사 결과(국민건강보험공단 건강보험연구원, 「2023년 장기요양 사망자의 사망 전 1년간 급여이용 실태 분석」, 2025)

** 장기요양 인정자 중 2023년 사망자의 급여이용자료 분석 결과(국민건강보험공단 건강보험연구원, 「2023년 장기요양 사망자의 사망 전 1년간 급여이용 실태 분석」, 2025.)

○ 현실에서 임종 장소는 본인의 선호보다 의료·돌봄 공급, 가족의 돌봄 역량, 사망 이후 행정절차에 의해 결정되고 있다.

○ 재택임종을 원하는 환자의 자기결정권은 보장되어야 한다. 다만 모든 사람이 집에서 임종할 수 있거나 원하는 것은 아니므로, 시설과 병원에서의 임종도 여전히 중요하다.

### □ 임종 장소별 한계점

○ **(재택)** 재택임종을 제공하는 기관이 절대적으로 부족하고, 24시간 대응, 응급입원 경로와 일상 돌봄은 충분하지 않다. 또한 사망 이후 절차가 체계화되지 않아 가족이 재택임종을 선택하기 어렵다.

○ **(시설)** 계약의사의 진료가 주기적 방문 위주이고 간호 인력이 부족하여 임종기 상태 변화를 적시에 대응하기 어렵다. 시설 소속 간호인력의 간호행위는 제한적이며, 예상된 임종임에도 응급실로 이송되는 경우가 있다.

○ **(병원)** 연명의료결정제도는 병원 입원 중심으로 설계되어 있고 지역과의 연계가 부족하다. 가정형 호스피스 기관이 부족하며, 비암성 질환자 관리에 있어 호스피스나 연명의료결정제도의 역할이 제한적이다.

## 2 자격 중심의 분절된 지원

### □ 자격에 따라 달라지는 서비스

○ 같은 임종기 상태라도 장기요양 수급 여부, 연령, 호스피스 대상 여부에 따라 이용할 수 있는 의료·간호·돌봄 서비스가 다르다.

○ 장기요양 수급자는 재택의료센터, 방문간호, 재가서비스를 이용할 수 있으나 임종기에 특화된 집중 지원은 없다. 장기요양 비수급 노인과 65세 미만인 사람에 대한 재택임종 지원 체계는 더욱 부족하다.

○ 임종기는 수 일에서 수 주로 짧아, 자격 확인과 제도 간 의뢰가 지연되면 곧바로 돌봄 공백이 발생한다.

### □ 현행 호스피스제도의 한계

○ 우리나라에서 공식적인 임종 前 관리는 호스피스가 유일하다. 그러나 호스피스는 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 등 일부 질환에 국한되며, 입원형 호스피스는 암 환자만 이용할 수 있다.

○ 가정형 호스피스는 전국 41개소에 불과하고 지역별 편차가 존재하여 독립적인 재택임종 기반으로는 부족하다.

○ 시설과 재택임종자는 대부분 치매, 뇌졸중, 파킨슨병 등 비암성 질환자로 호스피스 제도 밖에 있다.

### □ 의료·요양·돌봄 간 연계 및 조정 체계 미흡

○ 생애말기 환자는 의료·요양·돌봄 등 복합적인 지원이 필요하지만, 제도별 대상과 서비스 제공체계가 달라 통합적 서비스 제공에 한계가 있다.

○ 특히 입원·퇴원이나 재택·시설·병원 간 이동 과정에서 환자의 상태와 치료·돌봄 계획이 연속적으로 공유되지 못하면 필요한 의료·돌봄 서비스가 지연될 수 있다.

## 3 생애말기 판단과 의사결정의 한계

### □ 생애말기 진입 판단의 어려움

○ 통상 사망 전 1년을 생애말기, 사망 전 수 일에서 수 주를 임종기로 구분하나*, 질환에 따라 기능 저하의 경과가 달라 모든 임종에 같은 구분을 적용하기 어렵다.**

* 보건복지부, 「제2차 호스피스·연명의료 종합계획(2024~2028)」, 2024.

** Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A., 「Illness trajectories and palliative care」, BMJ, 2005, 330(7498), 1007-11.

○ 비암성 질환은 말기 진단이 어렵고 생애말기와 임종기 사이에 명확한 구분점이 없다. 말기를 진단하고 서비스를 시작하는 방식은 비암성 질환에 일괄 적용하기 어렵다.

### □ 현행 연명의료결정제도의 한계

○ 사전연명의료의향서는 등록기관에서만 작성·변경할 수 있다. 그러나 등록기관은 대부분 행정기관이다.

○ 현재의 사전연명의료의향서는 환자가 임종과정에서 어떠한 의료와 돌봄 서비스를 제공받고 싶은지에 대한 포괄적인 의사를 담지 못하는 행정 서류에 가깝다.

○ 연명의료계획서는 의료기관윤리위원회가 설치된 기관에서만 작성할 수 있고, 임종과정 판단에 담당의사와 해당 분야 전문의 등 총 2인이 필요하여 재택과 시설에 적용하기 어렵다.

### □ 사망 이후 절차의 부담

○ 재택의료를 받던 환자라도 임종 직후 사망진단서를 발급할 의사가 없으면 변사사건으로 접수되어 경찰의 현장 확인과 검시 절차를 거쳐야 한다. 가족은 임종 직후 애도의 시간을 잃는다.

# 권고안

## 초고령사회 대한민국의 생애말기 의료·돌봄 문제인식

| 국민이 원하는 임종의 장소 ≠ 실제 임종의 장소 | 서비스 자격 중심의 분절적 지원 | 생애말기 판단과 의사결정을 위한 기반 제도 미흡 |
|---|---|---|
| 재택, 시설, 병원 등 국민의 선택을 존중하는 환경 | 자격이 아닌 환자의 상태에 집중하여 준비하는 환경 | 체계적인 판단과 의사결정을 지원하는 환경 |
| **장소** 국민이 임종을 원하는 곳에서 | **서비스** 연속적인 생애 말기 의료·돌봄으로 | **기반** 질 높은 삶과 존엄한 마무리 |

## 생애말기 의료·돌봄 및 존엄한 임종 지원체계 구축

－모든 국민이 원하는 곳에서 존엄한 임종을 맞이할 수 있도록 연속적이고 체계적인 환경 조성－

### 장소 국민이 임종을 원하는 곳에서 맞이할 수 있도록 제도 혁신

**재택 임종**

- 재택임종 제공 기반의 확충
- 지역사회 기반 임종기 사전돌봄계획 수립 및 활용
- 지속적 진료에 기반한 임종기 지원대상 판단
- 임종기 집중 의료·간호와 적정 대응체계 구축
- 임종기 일상 돌봄의 확대
- 환자가족의 심리정서적 지원과 사별지원
- 사망 확인 절차의 정비

**시설 임종**

- 입소 시점부터 임종기 사전돌봄계획 수립
- 시설 입소자의 임종기 진료 강화
- 시설 내 임종 환경과 인력 기준 개선
- 예상된 임종에서의 불필요한 병원 이송 방지

**병원 임종**

- 재택·시설 환자의 응급입원 지원과 병원 전환 경로 마련
- 임종기 의료·돌봄의 제공 확대
- 퇴원환자의 지역사회 의료·돌봄 연계
- 병원 내 임종의 질 제고

### 서비스 지향 상태 중심의 연속적 생애말기 의료·돌봄으로 혁신

- 진료의 연속선상에서 이어지는 생애말기 의료·돌봄체계 확립
- 자격 중심에서 상태 중심으로의 단계적 전환

| AS－IS | TO－BE |
|---|---|
| 질환의 특성, 장기요양 등급 등 **자격에 기반한** 임종기 의료·돌봄 서비스 제공 | **상태에 기반한** 임종기 의료·돌봄 서비스 제공 체계로 단계적 전환 |

### 기반 조성 전문적 판단과 국민 의사결정 지원 혁신

- 임종기 사전돌봄계획의 제도적 기반 마련 및 연명의료결정과의 연계
- 생애말기 의료·돌봄 교육체계 마련
- 생애말기 정보공유 기반 마련

## 1 재택 임종

### □ 재택임종 제공 기반의 확충

○ **재택의료가 생애말기부터 임종까지 연속적인 의료를 제공할 수 있도록 재택의료 제공기관을 확충하고, 지역 여건에 맞는 다양한 재택임종 지원모형을 마련할 것을 권고한다.**

○ 재택임종을 지원하는 기관이 절대적으로 부족하다. 재택의료센터와 가정형 호스피스 기관을 확충하고, 재택의료센터와 통합재가기관이 임종기 지원에 참여하도록 유인을 마련한다.

○ 재택임종 지원에 참여할 수 있도록 지역 거점기관과 복수 의료기관의 협력체계를 구축하고, 지역사회 내 관련 자원들의 참여와 전문인력 지원 등을 통해 공급 기반을 확대한다.

○ 의료취약지는 공공의료기관, 지역보건의료기관, 방문간호기관 등 기존 지역자원을 활용한 협력모형을 마련하고, 지역별 의료·돌봄 격차를 줄이기 위한 중장기 지원 계획을 수립한다.

### □ 지역사회 기반의 임종기 사전돌봄계획 수립 및 활용

○ **임종기 의료·돌봄에 대한 환자의 선호와 가치관을 반영할 수 있도록 임종기 사전돌봄계획(Advance Care Planning for end of life, ACP)을 작성하도록 하고, 지속적인 진료·돌봄 과정에서 수립·갱신할 것을 권고한다.**

○ 재택의료기관은 환자의 삶의 가치와 치료 목표, 선호하는 임종 장소와 돌봄 방식, 의사결정 지원자 및 상태 악화 시 대응방안 등에 대해 환자·가족과 충분히 논의하여 임종기 사전돌봄계획을 수립한다.

○ 임종기 사전돌봄계획의 주요 내용을 체계적으로 기록·관리하고 환자의 상태와 의사(意思) 변화에 따라 갱신하며, 재택의료 케어플랜이나 지역사회 통합돌봄 지원계획과 연계한다.

○ 환자가 희망하는 경우 임종기 사전돌봄계획과 사전연명의료의향서 및 연명의료계획서를 연계하고, 거동이 불편한 재택의료 환자도 연명의료 관련 상담에 접근이 가능하도록 한다.

## □ 지속적 진료에 기반한 임종기 지원대상 판단

**○ 지속적으로 진료하는 담당 의사의 임상적 판단을 중심으로 임종기 지원대상 판단기준을 마련할 것을 권고한다.**

○ 임종기 지원대상은 환자의 질환별 경과, 기능 저하, 의식·호흡·섭취 상태 등 임상적 징후를 종합적으로 고려하고, 객관적 평가도구*를 보조적으로 활용하여 판단한다.

* ECOG-PS(Eastern Cooperative Oncology Group-Performance Status 4), KPS(Karnofsky Performance Status) 30 이하, PPS(Palliative Performance Scale) 30 이하 등

○ 지속적 진료 관계가 없는 환자에 대해서는 이전 진료기록과 퇴원정보, 의료진 간 협진 등을 활용하여 임종기 지원 필요성을 판단할 수 있는 절차를 마련한다.

○ 임종기 의료·돌봄 지원여부 판단과 연명의료결정법에 따른 임종과정 판단은 구분하되 상호간 정보를 연계하고, 법정요건과 절차는 별도로 준수하도록 한다.

## □ 임종기 집중 의료·간호와 적정 대응체계 구축

**○ 임종기 환자의 급격한 상태변화에 대응할 수 있도록 방문진료와 방문간호를 집중 제공하고, 필요시 의료기관 간 협력을 통해 환자의 상태 변화에 대응할 수 있는 체계를 구축할 것을 권고한다.**

○ 보다 많은 지역사회 자원이 임종기 진료에 참여할 수 있도록 거점기관을 운영하거나 복수 의료기관이 공동으로 대응할 수 있는 체계를 마련한다.

○ 임종기 집중 방문, 야간·휴일 대응, 기관 간 협진 등에 대한 적정 보상 체계를 마련하고, 당직비 등 수가만으로 보상하기 어려운 영역은 별도 재정지원 방안을 검토한다.

### □ 임종기 일상 돌봄의 확대

**○ 가족의 돌봄 부담을 줄이기 위해 하루에 여러 차례 방문하여 돌봄 서비스 제공이 가능하도록 적합한 보상체계와 운영방안 마련을 권고한다.**

○ 의료가 제공되어도 일상 돌봄이 없으면 재택 생활을 유지하기 어렵다. 이에 장기요양 수급자에 대해서는 임종기 돌봄서비스에 상응하는 보상 기전을 마련하고, 재택의료 케어플랜에 따른 1일 다회 방문도 제공한다.

○ 장기요양 비수급자와 65세 미만 환자, 독거노인·무연고자 등에 대해서는 지역사회 통합돌봄 지역특화서비스로 우선적으로 보충하고, 중장기적으로 임종기 돌봄서비스에 대한 보상체계 마련을 검토한다.

○ 지역사회 통합돌봄 평가체계와 연계하여 임종기 환자의 돌봄 여건을 파악하고, 재택의료기관과 돌봄기관 간 사례회의를 통해 환자의 상태 변화와 일정 조정을 수시로 공유한다.

### □ 환자·가족의 심리·정서적 지원과 사별 지원

**○ 임종기 환자의 심리·정서적 돌봄을 강화하고, 가족과 돌봄제공자에 대한 지원을 확대할 것을 권고한다.**

○ 환자의 가치관과 선호를 고려하여 심리상담, 사회복지 및 영적 돌봄을 제공할 수 있도록 의료기관과 지역사회 전문인력·기관 간 연계체계를 마련한다.

○ 재택의료기관은 예상되는 환자의 증상과 임종 징후, 사망 후 절차 등을 가족에게 안내하고, 환자와 가족의 심리·정서적 어려움에 대한 상담과 지원을 강화한다.

○ 가족의 임종기 돌봄을 지원하는 유급 돌봄휴가를 제도화하고, 사별 후 유족의 안부를 확인하며 고위험 유족은 전문가 지원을 연계한다.

○ 임종기 돌봄을 제공한 요양보호사도 애도의 시간을 가질 수 있도록 유급 애도휴가를 제공하는 것을 검토한다.

### □ 사망 확인 절차의 정비

**○ 예상된 재택 임종에 대한 사전등록 및 사망확인절차를 정비하고, 지역별 검안 의료인력 확보와 연계체계를 구축할 것을 권고한다.**

○ 임종이 예견되는 환자를 사전에 등록·관리하고, 가족에게 사망 시 연락할 의료진과 사망 후 절차 등을 사전에 안내할 수 있는 체계를 마련한다.

○ 사전등록된 환자의 진료정보와 임종 경과 등에 대한 정보공유 범위 및 절차를 정비하고, 의료기관·경찰·소방 간 협력체계를 구축한다.

○ 임종 前 진료이력, 사망 당시 상황, 외인사 의심 징후 등을 확인할 수 있는 표준 체크리스트와 현장 대응 매뉴얼을 마련한다.

○ 사전등록 여부와 별개로 외인사 또는 변사 가능성이 있는 경우에는 관련 법령에 따른 신고·검시 절차를 준수한다.

○ 지역별 검안 의료인력을 확보하고 연계체계를 구축하며, 사망확인을 위한 의사의 방문과 야간·휴일 검안에 대한 적정 보상방안을 마련한다.

## 2 시설 임종

### □ 입소 시점부터 임종기 사전돌봄계획 수립

**○ 장기요양 시설 입소 시 임종기 사전돌봄계획을 수립하고 환자의 상태와 의사(意思) 변화에 따라 갱신할 것을 권고한다.**

○ 시설 입소자는 대부분 비암성 질환과 노쇠로 생애말기 진입 시점을 특정하기 어렵다. 따라서 입소 시점부터 삶의 가치와 치료 목표, 선호하는 임종 장소, 의사결정 지원자, 악화 시 병원 이송 여부를 충분히 상의하여 임종기 사전돌봄계획을 수립하도록 한다.

○ 임종기 사전돌봄계획은 입소 전 진료기록을 반영하여 계약의사와 간호사가 함께 수립하며, 수립·갱신을 위한 상담 등에 대해 적절한 보상을 지원한다.

### □ 시설 입소자의 임종기 진료 강화

**○ 시설 임종기 환자에 대한 계약의사의 진료기능을 강화하고, 외부 의료기관과의 협력체계를 마련할 것을 권고한다.**

○ 입소자가 임종기에 들어서면 계약의사의 방문진료*와 주·야간·심야 긴급대응을 확대한다.

* 주 2회 이상, 대면 원칙

○ 계약의사만으로 임종기 진료가 어려운 경우 재택의료센터나 가정형 호스피스 의료진이 시설을 방문하여 임종기 진료를 맡을 수 있도록 한다. 의사 확보가 어려운 지역은 비대면 협진을 허용한다.

○ 계약의사와 외부 의료기관 간 처치 및 응급대응에 대한 역할과 책임을 명확히 하고, 임종기 방문진료 및 기관 간 협력에 대한 적정 보상체계를 마련한다.

### □ 시설 내 임종 환경과 인력 기준 개선

**○ 시설 내에서 임종기 의료·돌봄을 적절하게 제공될 수 있도록 시설·인력 기준을 개편하고 보상체계를 마련할 것을 권고한다.**

○ 시설의 규모와 지역별 인력 수급 여건을 고려하여 간호사 배치를 확대하고 요양보호사를 추가 배치하며, 야간·휴일에는 계약의사 및 외부 의료기관과 연계한 적정 대응체계를 구축한다.

○ 간호사가 담당 의사의 지시에 따라 임종기 증상 완화와 기본적인 처치를 수행할 수 있도록 간호행위의 범위와 책임을 명확히 한다.

○ 입소자가 존엄한 임종을 맞이할 수 있도록 별도의 임종 공간을 마련하고, 산소발생기·흡인기 등 임종기 증상 완화와 기본적인 의료·간호 처치에 필요한 장비를 구비한다.

○ 임종기 돌봄을 제공하는 간호사, 요양보호사, 사회복지사 등에 대한 종사자 교육을 지원하고 적정한 보상체계를 마련한다.

○ 입소자의 심리·정서적 안정과 가족 동반을 지원하고, 필요한 경우 지역사회 상담·영적 돌봄 자원과 연계한다.

### □ 예상된 임종에서의 불필요한 병원 이송 방지

**○ 예상된 임종에서 입소자가 응급실로 이송되지 않도록 시설의 대응 절차를 마련할 것을 권고한다.**

○ 임종기 입소자의 악화 시 대응계획을 미리 작성하고, 시설 직원은 119가 아닌 계약의사나 담당 간호사에게 먼저 연락하도록 해야 한다.

○ 환자의 증상 조절 가능성과 본인·가족의 의사를 기준으로 한 이송 판단 기준을 시설 운영 지침에 반영해야 한다.

## 3 병원 임종

### □ 재택·시설 환자의 응급입원 지원과 병원 전환 경로 마련

**○ 재택·시설에서 병원으로의 전환에 대비하여 지역 내 후방지원 병상과 입원 연계체계를 구축할 것을 권고한다.**

○ 병원 임종은 재택이나 시설에서의 임종이 어려울 때 선택할 수 있는 정당한 경로이다. 환자의 증상 조절이 어렵거나 가족의 돌봄 부담 또는 본인이 입원을 원할 때 신속하게 입원할 수 있어야 한다.

○ 지역 내 병원급 의료기관을 중심으로 생애말기 환자의 입원 지원체계를 구축하고 응급실을 거치지 않는 직접 입원 경로를 마련하며, 이에 대해 적정한 보상체계를 구축한다.

○ 입원 시에는 임종기 사전돌봄계획, 연명의료에 대한 의사, 투약 내역 및 최근 상태 등을 포함한 기록을 전달하여 연속적인 의료·돌봄이 제공될 수 있도록 한다.

### □ 임종기 의료·돌봄의 제공 확대

**○ 입원 중인 모든 생애말기 환자가 기본적인 증상관리와 임종기 돌봄을 받을 수 있도록 임종기 의료체계를 마련하고 확대할 것을 권고한다.**

○ 심부전, 만성 신장질환, 치매, 노쇠 등 비암성 질환으로 입원한 환자도 담당 의사가 치료 목표와 향후 경과를 설명하고 임종기 사전돌봄계획 수립을 위한 논의를 시작한다.

○ 일반 의료기관과 요양병원에서도 기본적인 임종기 의료를 수행하기 위해 호스피스 전문인력과의 교육·자문 및 협력체계를 강화한다.

### □ 퇴원 환자의 지역사회 의료·돌봄 연계

**○ 생애말기 입원환자가 퇴원할 때 지역사회 의료·돌봄기관으로의 연계를 제도화할 것을 권고한다.**

○ 퇴원 의료기관은 생애말기 환자의 질환 경과와 임상적 상태, 임종기 여부와 예상되는 증상 변화 등을 평가하고, 연계될 재택의료센터·가정형 호스피스·시설 계약의사 등에게 전달한다.

○ 지역사회 통합돌봄의 퇴원환자 평가·연계체계를 활용하여 환자의 의료·돌봄 필요도 및 가족의 돌봄 여건 등을 파악하고, 개인별 지원계획 수립을 통해 필요한 서비스를 신속히 연계한다.

### □ 병원 내 임종의 질 제고

○ **병원에서 임종하는 환자도 연명의료 결정과 임종 환경에서 본인의 선호가 존중되도록 해야 한다.**

○ 병원 내 임종실이 임종기 환자에게 적절하게 사용되도록 이용 기준을 정비하고, 임종실 설치 의무인 현행 300병상 이상 기준을 완화하는 것을 검토한다.

○ 환자의 의료적 증상 관리뿐만 아니라 환자의 심리·정서적 요구에 대응하여 적절한 상담과 지원을 제공한다.

○ 입원 전 외래·재택·시설에서 기록해 온 진료기록, 임종기 사전돌봄계획 및 연명의료에 대한 의사가 입원 후 의사결정에 반영되도록 해야 한다.

## 4 공통 기반

### □ 진료의 연속선상에서 이어지는 생애말기 의료·돌봄체계 구축

○ **생애말기 돌봄은 별도의 진입 절차가 아니라 기존 진료의 연속선상에서 이루어지도록 하고, 모든 진료 현장에서 생애말기에 들어선 환자를 놓치지 않도록 관심을 기울일 것을 권고한다.**

○ 생애말기는 특정 시점을 기점으로 명확히 나뉠 수 없다. 따라서 환자를 진료해 온 의료진이 경과에 따라 치료 목표와 돌봄 계획을 조정해 나가야 한다.

○ 외래·입원·재택·시설 등 의료·돌봄 현장마다 기능 저하, 반복 입원, 체중 감소, 돌봄 의존 증가 등의 변화를 임종기 사전돌봄계획 논의의 시작계기로 삼는다.

* SQ(Surprise Question)과 SPICT(Supportive Palliative Care Indicators Tool) 등 참고 지표 활용

○ 전문과 외래에서 진행성 질환을 진료하는 의료진도 필요시 생애말기 논의를 시작해야 한다.

### □ 자격 중심에서 상태 중심으로의 단계적 전환

**○ 임종기 지원은 연령·질환·장기요양 등급 등 자격이 아닌 임종기 상태에 기반하여 진입하는 체계로 전환할 것을 권고한다.**

○ 노인장기요양보험제도, 지역사회 통합돌봄, 호스피스·연명의료결정제도 등 다양한 제도 내 사업이 유기적으로 연계되어 임종기 의료·돌봄을 수행할 수 있도록 제도적 기반을 마련한다.

### □ 임종기 사전돌봄계획의 제도적 기반 마련 및 연명의료결정과의 연계

**○ 임종기 사전돌봄계획을 생애말기 의료·돌봄 서비스의 기전으로 활용하도록 제도적 기반을 마련하고, 연명의료결정 절차와 연계할 것을 권고한다.**

○ 임종기 사전돌봄계획은 환자의 가치관과 치료 목표, 선호하는 임종 장소와 돌봄 방식, 의사결정 지원자 및 상태 악화 시 대응방안 등을 환자·가족과 충분히 상의하여 수립하고 지속적으로 갱신하여야 한다.

○ 임종기 사전돌봄계획은 외래·입원·재택·시설 등 다양한 의료·돌봄 현장에서 이행하도록 하고, 환자가 희망하는 경우 사전연명의료의향서 작성·등록 및 연명의료계획서 작성으로 연계할 수 있도록 한다.

○ 재택·시설에서도 환자의 연명의료에 관한 의사가 반영될 수 있도록 의료기관의 참여 확대 및 등록·조회에 관한 접근성을 개선하고, 임종기 사전돌봄계획과 연명의료결정 서식 간 정보 연계체계를 마련할 것을 검토한다.

○ 재택·시설에서의 임종 희망자가 본인 의사에 반해 병원으로의 이송이 강제적으로 이루어지지 않도록 임종기 사전돌봄계획과 임종과정의 의료행위에 대한 법적 근거를 확립한다.

### □ 생애말기 의료·돌봄 교육체계 마련

○ **생애말기 의료·돌봄을 제공하는 인력의 전문성을 강화하기 위한 교육 과정을 마련하고 이수를 의무화할 것을 권고한다.**

○ 일반 의료기관과 요양병원에서도 기본적인 임종기 의료를 제공할 수 있도록 임종기 증상 관리 및 환자·가족과의 의사소통 등에 대한 교육을 강화한다.

○ 임종기 사전돌봄계획 수립·갱신과 환자의 심리·정서적 지원, 사별 돌봄 등을 관련 교육과정에 포함하고, 의사·간호사·요양보호사·사회복지사 등 직종별 역할에 맞는 교육과정을 마련한다.

○ 재택의료기관·장기요양기관·방문간호기관·요양시설·병원 등 실제 임종기 의료·돌봄을 제공하는 현장에서 사례 중심의 교육을 확대하고, 호스피스 전문인력 등을 활용한 교육·자문 체계를 구축한다.

### □ 생애말기 정보공유 기반 마련

○ **생애말기 의료·돌봄이 연속적으로 제공될 수 있도록 의료·돌봄기관 등 관계기관 간 필요한 정보를 적시에 공유·연계하는 체계를 마련할 것을 권고한다.**

○ 생애말기에는 급박한 상황에 임박하거나 본인이 의사표현을 하기 어려운 경우가 발생하므로 수집된 정보의 공유가 중요하다. 환자의 질환 경과와 임상적 상태, 임종기 사전돌봄계획 등 의료·돌봄 제공에 필요한 정보를 표준화하고, 기관 간 정보공유를 활성화한다.

○ 정보의 공유는 환자의 동의에 기반하여 이루어지도록 하고, 진료정보 교류 또는 지역사회 통합돌봄 정보연계체계 등을 활용한 기반을 마련한다.