



보도시점 2025. 3. 19.(수) 위원회 종료 후(별도 안내) 배포 2025. 3. 19.(수) 9시

지역·필수의료 강화를 위한 의료개혁 2차 실행방안 발표

▲지역병원 필수기능 강화 지원, 3년간 2.3조 원 투자

▲비급여 적정 관리 및 실손보험 개혁 ▲의료사고안전망 구축 등 3대 구조개혁 착수

- 「제8차 의료개혁특별위원회」 개최(3.19.) -

< 의료개혁 2차 실행방안 핵심 내용 >

1. 역량있고 신뢰받는 지역병원 육성 및 일차의료 강화

- ▶ 지역 2차 병원이 기능에 맞추어 역량 강화할 수 있도록 체질개선 본격 시작
 - 포괄적 진료 + 응급 등 필수기능 수행하는 「지역 포괄 2차 종합병원」 지원(3년간 2조 원)
 - 심뇌, 소아, 분만, 암, 화상, 수지접합 등 필수특화 기능 지원(연간 1천억 원)
- ▶ 지역의료 지도에 기반한 지역수가 본격 도입 기반 확립
- ▶ 전문과목 중심 의원 ⇨ 환자 중심 통합·지속적 관리, 일차의료 기능 강화(일차의료혁신 시범사업)

2. 비급여 적정 관리 및 실손보험 개혁

- ▶ 과잉 우려 큰 비급여는 의료계-수요자 참여 논의 기구 통해 선정 후 관리급여* 적용, 사전 설명·동의 등 별도 관리, 미용·성형 목적 비급여와 불필요하게 병행되는 급여는 급여 제한
 - * 적정 가격·진료기준 설정, 본인부담 95%, 5년 한시 적용 후 항목별 재평가 통해 지속 여부 결정
- ▶ 실손보험의 건강보험 급여 본인부담 보장 합리화, 의료체계 왜곡 막기 위한 비급여 적정 보장(보험료 30~50% 인하 효과), 심사 강화 및 투명성 제고 등 운영 합리화

3. 환자-의료진 모두 신뢰하는 의료사고안전망 구축

- ▶ 의료사고 설명, 환자 대변인, 의료사고 감정·조정 신뢰도 제고 등 소송 前 분쟁 해결 지원
- ▶ 모든 의료기관 의료사고배상 책임보험 의무화, 공적 배상체계* 강화
 - * 필수의료 고액 특별배상, 신속배상, 분쟁조정제도 조정액 당면 지급 + 국가 보험료 지원
- ▶ 의료 특성(긴급성, 치명성, 예측 불가능성 등) 고려한 의료사고 특화 형사체계 개선
 - '의료사고심의회' 통해 불필요한 소환조사 최소화, 수사 장기화 방지
 - ▲당사자 합의 기반 반의사 불벌 확대* ▲중대 과실 없는 필수의료는 불기소 권고
 - * (現) 경상해 → (改) 중상해, 사망사고는 필수의료에 한정하되 입법 과정에서 사회적 논의 후 결정

정부는 3월 19일(수) 15시 정부서울청사에서 제8차 의료개혁특별위원회 (이하 '특위', 위원장: 노연홍)를 개최하고, '의료개혁 2차 실행방안'을 심의·의결하였다.

특위는 지역·필수의료 위기 극복을 위한 구조적 해법을 마련하기 위해 출범('24.4.25.)한 사회적 논의기구로서, 출범 이후 본 위원회 및 산하 4개 전문위원회*를 106차례(소위·간담회 포함) 개최하였으며, 심도 있는 논의와 폭넓은 의견 수렴을 통해 장기간 답보 상태였던 의료체계 전반에 걸친 구조 개혁과제를 구체화하고 있다. 지난해 8월 '의료개혁 1차 실행방안'을 발표('24.8.30.)하였으며, 이에 따라 상급종합병원 구조 전환 지원, 필수의료 저수가 퇴출 등 핵심과제들이 차질 없이 이행 중이다.

* ① 의료인력 ② 전달체계·지역의료 ③ 필수의료·공정보상 ④ 의료사고안전망 전문위

1차 실행방안이 전공의 수련체계 혁신, 상급종합병원 구조 전환 지원, 필수의료 수가 개선 등 시급한 현안 중심의 개혁과제를 제시하였다면, 이번 2차 실행방안은 첨예한 이해 갈등, 다양한 쟁점 속 지체되어 온 구조 개혁과제를 구체화하였다. ▲지역의료 강화 및 전달체계 정상화를 위한 지역 2차 병원 육성 및 일차의료 강화 ▲공정 보상 확립을 위한 비급여 적정 관리 및 실손보험의 합리적 개선 ▲환자-의료진 모두 신뢰하는 의료 사고안전망 구축 등 3대 구조 개혁을 통해 지역·필수의료 기피와 지나친 개원 쏠림을 최소화하고, 궁극적으로 '모든 국민이 언제 어디서나 의료를 안심하고 이용할 수 있는 환경'을 만들고자 한다.

【 2차 실행방안의 문제 인식 】

	의료인력 확충	전달체계·지역의료 혁신	공정 보상체계 확립	의료사고 안전망
1차 실행방안 (현안 중심)	의학 교육 선진화 전공의 수련 혁신	상중 구조 전환 지역의료 투자 확대	필수의료 저수가 퇴출 로드맵 제시	환자-의료진 소통 강화 의료분쟁조정제도 혁신
구조적 한계	인력 양성체계와 진료 현장-일자리 불일치 ⇒ 수급 불균형 초래 ↑ 병원 인력 부족 + 개원가 인력 쏠림	병원·의원 역할 미정립 + 수가 역전, 質 관리 미흡 ⇒ 유사 환자군 대상 낭비적 무한 경쟁 의료자원 불균형	실손보험 구조적 문제 ⇔ 비급여 과잉 팽창 ⇒ 수가 아무리 올려도 低위험 高보상 고착 도덕적 해이 유발	의료사고 특성 고려 미흡한 형사체계 ⇒ 수사·소송 장기화 환자-의료진 부담 ↑ 사법리스크 상존

수가·재정투자 해도 "구조적 한계 극복 없이는 사상누각, 밑 빠진 독에 물 붓기"



2차 실행방안 (구조 개혁)	전문의 일자리 확대 (구조 전환 연계) 필수지역 인력 유입	병원급 구조 전환 의원급 역할 정립 지원 연계협력 구조 전환	급여 전환 및 충분 보상 비급여 적정 관리 실손보험의 합리적 개선	환자 피해 회복 지원 의료사고 특화 형사체계 개편
------------------------	-------------------------------------	---	--	-----------------------------------

‘의료개혁 2차 실행방안’의 주요 내용은 다음과 같다.

1. 역량있고 신뢰받는 지역병원 육성 및 일차의료 강화

【 지역의료 및 의료전달체계 再建 방향 】

기능에 맞춰 진료 역량 집중, 의료 공급체계 혁신
 상급종합병원 구조전환 + 지역 포괄2차 종합병원 지원 + 필수특화기능 전문화 + 일차의료 혁신

① [병원] 지역 병원급 의료기관 구조전환

구분	기능 및 역할	지원 내용
3차	상급종합병원 구조전환 중증·응급·희귀질환 중심 임상 + 수련 + 연구기능 강화	3년간 10조 원 지원 중환자실, 입원료, 24시간 진료 지원 + 성과지원
2차	지역 포괄2차 종합병원 지원사업 포괄 + 거점 기능 중등도 중심의 입원 기능 24시간 진료* 등 필수기능 * 응급 수술 및 입원 등	3년간 2조 원 지원 * 연간 6,600억 원 중환자실, 24시간 진료 지원, 성과지원, 지역 가산 등
	필수특화기능 지원사업 필수특화기능 전문화 * 심뇌, 소아, 분만, 암, 화상, 수지접합 등 24시간 진료필요 분야	3년간 3천억 원 이상 지원 * 연간 1천억 원 이상 ① 국가차원 특수목적 기능(암, 감염병 등) 지원 ② 화상, 수지접합, 소아, 분만 등 24시간 진료 지원 ③ 응급·야간수술 필요 중등증 급성복증 진료 지원 ④ 필수특화기능 전문진료 성과 보상 강화

② [의원] 통합·지속적 관리를 위한 일차의료 육성

일차	일차의료혁신 시범사업	예방부터 치료까지 통합·지속적 관리 * 외래 중심	시범사업모델 구체화 중
----	-------------	--------------------------------	--------------

③ [병원 ↔ 의원] 지역 의료문제 해결 역량 강화

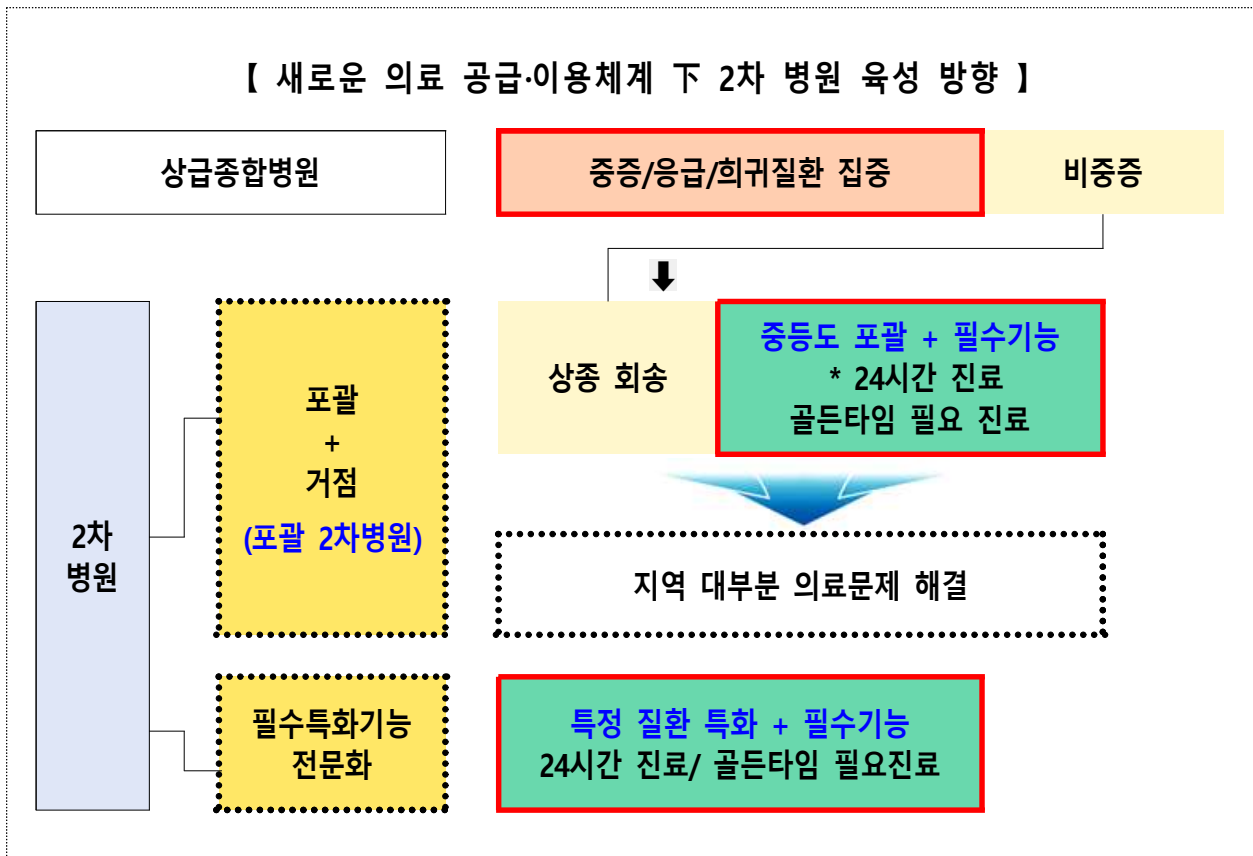
지역의료 혁신시범사업	지역 여건에 맞춰 의원-병원 연계협력 강화	참여 지역별 3년간 최대 500억 원
-------------	-------------------------	----------------------

④ [기반] 의료기관 평가체계 개선 * 지역병원의 기능별 성과를 측정할 수 있도록 별도 지표 분리

① 지역 병원급 의료기관 구조 전환을 통해 지역 필수의료의 역량을 획기적으로 강화하고, 지역완결 의료생태계를 구축합니다.

① 지역 2차 병원이 기능에 맞추어 역량을 강화할 수 있는 체질개선을 본격적으로 시작한다.

중증·응급·희귀질환 진료에 집중하는 상급종합병원 구조전환을 시작으로 2차 병원도 기능별로 역량을 특화하는 방향으로 구조를 전환한다. 병상 수 등 획일적 기준으로 나누어진 종합병원(330개), 병원(1,400개)이라는 형식적 구분에서 탈피하여, 여건에 맞춰 포괄·거점화 또는 전문화하면서 필수의료 기능에 집중할 수 있도록 한다.



상급종합병원이 중증 중심으로 전환하면서 2차 병원의 진료가 활성화* 된 지금이 역량 강화의 적기로, 2차 병원의 역량을 지속 발전시켜, 대형병원으로 쏠림 현상을 막을 수 있도록 지원체계를 마련한다.

* 종합병원 병상가동률: '23. 73.8%→ '24. 78.7% (+4.9%p)

② “포괄적 진료역량”을 갖추고, 응급 등 “필수기능”을 수행하는 「포괄2차 종합병원」을 적극 육성한다.

상급종합병원과 협력하여 지역의 대부분 의료 문제를 해결할 수 있는 포괄성을 갖추고, 응급 등 필수 진료기능을 수행하는 역량있는 종합병원을 지역 거점화하여 지역 필수의료를 강화하기 위해 집중 지원한다. 지역의 여건을 고려하여, 중진료권 내에 상급종합병원과 지역 포괄2차 종합병원이 모두 없는 경우에는 일정 기간 내 기준 도달을 조건으로 예비지정을 병행한다.

< 기준 예시 >

▶ (지정요건) 진료역량 및 포괄성을 갖추고 필수기능을 수행하는 종합병원

- 평가인증 통과(기본 인프라 구비)

- 진료 포괄성(진료 가능한 수술·시술종류 350개* 이상)

* 질환 중증도, 재원일수 등 종합고려하여 포괄2차 기능 가능한 수준, 종합병원의 58.2% 해당

- 필수 기능(응급의료기관 이상 역할 수행)

▶ (운영기준) 지역 내 필수진료 기능

- 24시간 진료기능 수행 / 각 병원별 지역 내 필수기능 수행(자율적 선택) / 상급종합병원과 중환자 치료 협력체계 구축 등

포괄 2차 종합병원은 ▲적정 진료 ▲진료 효과성 강화 ▲필수의료 제공 등 지역의료 문제 해결 ▲진료협력 강화의 4대 기능을 혁신하여야 한다.

구체적으로 첫째, 중등도 수준, 입원 중심의 2차 적합 질환에 진료역량을 집중하고, 비급여 진료를 줄일 것을 목표로 한다. 둘째, 효과적인 진료를 위해 진료비 증가율을 완화하고 환자의 건강성과 개선에 집중하여야 한다. 셋째, 지역의료 문제를 해결하기 위해 24시간 진료 등 필수기능을 강화하고, 지역 내 환자 진료의 비중을 상향시킨다. 넷째, 지역 내 병·의원에서 진료 의뢰한 환자와 상급종합병원의 회송된 환자의 비중을 높이는 등 진료협력을 강화한다.

< 4대 기능 혁신 >

- ▶ (2차 적합 진료) 입원·수술(DRG B + 지역 병·의원 전문의뢰 + 상급종합병원 회송환자) 집중, 비급여 진료 감소
- ▶ (효율·효과적 진료) 진료비 증가율 완화 + 건강성과 개선(재입원비 완화 등)
- ▶ (지역의료 문제 해결) 24시간 진료 등 필수 기능 강화, 지역환자 비중 상향(CI 지수 상향)
- ▶ (진료 협력) 지역 내 병·의원 의뢰 및 상급종합병원 회송 환자 비중 상향

지역 포괄2차 종합병원이 4대 기능 혁신에 집중할 수 있도록 ▲중환자실 수가 인상 ▲응급의료행위 보상 ▲24시간 진료지원 ▲성과 지원 ▲지역 수가 도입 등 보상을 강화한다.

< 보상 개편 예시 >

- ▶ (기능강화 보상) 중환자실(일정 등급 이상) 50% 보상
- ▶ (응급의료행위 보상) 응급수술 등 응급의료에 필요한 항목 보상 * 비상진료 → 제도화
- ▶ (24시간 진료 지원) 응급 상황 대기 등에 필요한 보상 강화
- ▶ (성과 지원) 2차 진료 집중, 급여 중심 진료, 진료협력, 지역의료 문제 해결(지역환자 비중) 및 진료비 대비 의료 질과 환자 건강 개선 정도를 평가하여 성과 지원
- ▶ (지역 지원) 지역의료지도 활용, 응급 등 의료 접근성이 취약한 지역에는 수가 추가 가산

이를 위해 3년 간 2조원을 투입하고, 투입 금액의 30% 수준은 성과를 지원하여 의료 질을 높이고 필수의료를 강화하는 가치에 대한 보상을 더욱 두텁게 한다.

또한, 2차 병원은 지역의료 생태계 복원의 핵심인 만큼, 지역의료지도를 활용하여, 의료수요와 공급이 취약할수록 보상을 강화하는 지역수가를 본격 적용하고 단계적으로 확대·고도화해 나갈 계획이다.

이와 함께 향후에는 현재 상급종합병원과 종합병원을 동일한 지표로 평가하는 의료 질 평가제도를 분리·개편하여 포괄 2차 병원 성과 지원과 통합·운영하는 등 종합병원 특화 성과지원체계를 확립해 나간다.

③ 필수특화 기능을 중심으로 전문화하는 경우에도 보상을 강화한다.

상급종합병원, 포괄 2차 병원, 권역 센터 등과 같이 병원을 규모화·포괄화하지 않더라도, 필수진료에 특화된 전문역량을 갖추고, 24시간 진료 등 필수 기능을 수행하는 경우에는 기능 중심으로 보상을 강화한다.

지금까지는 고난이도 필수진료 역량을 갖추어도 상급종합병원으로 지정되지 않은 경우에는 더 적은 보상*을 받고, 특정질환에 대한 24시간 진료서비스를 제공하더라도 응급의료센터 등으로 지정받지 않은 경우에는 24시간 진료에 대한 보상이 없는 등 불합리한 부분이 있었다. 이에 따라 굳이 규모화하지 않아도 되는 의료기관도 불필요하게 인프라, 진료과목 등을 확장하는 문제가 발생했다.

* 종별가산율 격차 : 상급종합병원 15%, 종합병원 10%, 병원 5%

앞으로는 필수진료에 특화된 전문성을 갖추고 24시간 진료 등 필수기능을 제대로 수행하는 경우에는 필수특화기능에 합당한 보상을 하는 구조로 개편한다. 의료기관 규모를 불필요하게 확장하지 않더라도 필수특화기능이 우수한 경우에는 이를 전문화할 수 있는 여건을 확립한다.

먼저, ▲골든타임 내 치료(심·뇌, 외상, 응급) ▲수요 감소(소아, 분만) ▲암 진료 ▲24시간 진료 분야 등 「필수특화기능」을 지정하고, 필수특화 기능 수행 여부와 역량에 따라 보상하는 가칭 ‘필수특화 기능 보상’을 도입한다. 필수특화 기능 보상을 위해 연간 약 천억 원 이상의 재정을 투입할 계획이다.

구체적으로 첫째, 국가 차원의 특수목적 기능과 진료 역량을 고려하여 상급종합병원 수준의 전문진료 기능 수행에 대한 지원을 강화한다. 예를 들어 암, 응급, 감염병 등 법률로 지정된 특화 기능을 수행하는 경우 상급종합병원 수준의 보상을 고려한 기관 단위 성과 보상 지원을 도입한다.

둘째, ▲화상 ▲수지접합 ▲소아 ▲분만 등 특화된 필수진료에 대해 24시간 진료를 하는 경우에는 이에 필요한 비용*을 지원하고, 응급·야간 수술이 필요한 중등증 급성복증 진료 기능 유지를 위한 지원**도 강화한다.

* 예 : 해당 질환 응급수술 가산, 24시간 대기비용 보상 등

** 예 : 외과계 병원 응급복부수술 및 지역협력 지원 시범사업 ('25.6월 시행 목표)

셋째, 필수특화기능 전문진료에 대한 성과 보상을 강화한다. 지금까지는 의료기관 평가 시 상급종합병원 또는 포괄적 진료역량을 갖춘 종합병원과 동일 지표로 평가를 받아 전문화된 진료를 하는 병원은 평가에서 불이익을 받는 경우가 많았으나, 앞으로는 필수특화 전문진료 기능에 특화된 평가체계를 도입하고 이에 대한 지원을 강화한다.

필수 기능 예시

- [골든타임 내 치료]
심·뇌, 외상, 응급
- [수요 감소]
소아, 분만
- [생명 직결]
암
- [그 외 질환별 24시간 진료]
화상, 수지 접합 등

필수특화 기능 중심의 전문화 방향

- 센터 지정 고도화 <기존>
 - 지역 내 수급 고려한 거점화
 - 병원의 배후진료 역량 함께 고려
- 전문병원 제도 <기존>
필수 기능 강화

- 필수특화 기능 지정 <신설>
 - 필수특화 기능에 합당한 보상
 - 특정 센터 또는 병원 지정 여부에 관계없이
- 필수특화기능 ⇨ 합당한 보상

지역 2차병원 기능 강화를 위해 보상 뿐 아니라 제도 개선도 병행한다. 먼저, 수가를 개선해도 병원이 의원보다 더 낮은 보상을 받게 되는 환산지수 역전 현상*을 합리적으로 조정한다. 환산지수 계약 시 비급여 포함 총진료비 증가율도 고려하는 방안을 검토한다.

* 「건강보험 수가 = 상대가치점수 × 환산지수(점수당 가격)」로 구성, 병원이 의원보다 환산지수가 낮은 현상 ⇨ 보다 정확한 비용 분석 등을 토대로 환산지수 결정구조 개편 추진

또한, 진료과 설치, 전담인력 등 규제를 병원별 기능 수행에 적합하도록 개선한다. 적용가능한 분야부터 시범적으로 개선하고, 단계적으로 확대해 나갈 예정이다.

② 일차의료 의원 육성을 통해 질병 예방 및 통합·지속적 건강관리 체계를 구축합니다.

【 의원급 기능 개편(안) 】

현행	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의원급 의료기관, 포괄진료보다 전문진료 다수 ■ 만성·복합질환자 증가 추세 ⇨ 다양한 질환 진료하고 통합 관리하는 의원 필요
	<p>기능적 일차의료(30.66%) 특정과목 의원(54.0%) 기타(15.4%)</p>
통합·지속적 관리를 위한 일차의료 육성	
개선	<ul style="list-style-type: none"> ■ 예방, 건강관리, 치료 등 주치의 기능이 가능한 일차의료 육성 * 환자군 포괄성, 최초 접촉, 통합·지속적 관리
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 전문화된 특정과목 의원: 양질의 진료를 제공할 있도록 환자중심 질 관리 강화

고령화 추세에 따라 만성·복합질환자가 늘어나면서, 질병의 예방과 통합적이고 지속적인 관리가 중요해지고 있으나, 현행의 의원급 진료는 대부분 전문과목 위주로 통합·지속적인 관리가 어려운 한계가 있다.

이에, ‘일차의료 혁신 시범사업’을 통해 예방, 건강관리, 치료 등 지속적이고 통합적인 진료가 가능한 일차의료를 육성한다.

- < 일차의료 혁신 시범사업(안) 예시 >**
- ▶ (지역) 일차의료 수요 및 수행 가능성 높은 지역 우선 시작 후 확대 검토
 - ▶ (대상) 인구집단(65세 이상, 아동, 청소년 등)
 - ▶ (지불제도 혁신) 최적의 서비스 제공을 위한 수가 혁신 + 성과 보상 등
 - ▶ (제공서비스) 맞춤형 정보관리, 개인화된 건강목표 달성 지원 등 환자 중심 통합관리서비스
 - ▶ (성과 평가) 건강 개선 정도, 환자 만족도, 급여 진료 중심 등

일차의료 혁신 시범사업은 그간의 질환 중심의 관리에서 확장하여, 환자 중심의 지속적 진료를 제공하는 것을 목표로 하며, 건강 개선 정도, 환자 만족도 등을 평가하여 성과 보상을 지급한다. 우선 일부 지역을 대상으로 시작한 후, 단계적으로 확대해나갈 계획이다.

일차의료가 보다 질 좋은 서비스를 제공할 수 있도록 병원, 지역 의사회 등과의 연계도 강화한다. 예를 들어 병원 내에 일차의료 지원센터를 운영하여 케어 코디네이터 지원 등 일차의료를 지원하는 경우 이에 대한 인센티브를 제공하는 방안도 검토한다.

이와 함께 특정과목 중심 의원은 입원·수술 서비스 수준 등을 질적으로 평가하고 이에 기반한 차등 지원 방안을 마련하여 환자 안전 및 의료서비스 질 향상을 도모한다. 구체적인 방안은 국민, 의료계 의견을 수렴하여 현장에서 실행가능한 실효적 대안을 마련할 예정이다.

③ 지역 내 진료협력, 인력 공유 강화를 통해 지역 여건에 맞는 Bottom-up 방식으로 지역완결 의료체계를 구축합니다.

① 지역 내 진료협력 체계 및 인력 공유를 활성화하여 환자 중심 치료 역량을 강화한다.

각 지역의 환자가 언제 어디서든 필요한 치료를 받을 수 있도록 병원 간 필수의료 중심의 연계·협력을 강화한다. 먼저 상급종합병원에서 진료협력병원으로 환자를 회송한 후에도 지속 협력 관리하고, 증상 악화 시 상급종합병원에서 최우선으로 진료받을 수 있도록 하는 패스트트랙을 확대*한다.

* 상급종합병원 구조 전환에 따른 패스트트랙 도입·확대(現 32개 상급종합병원 既 적용)

또한 암 진료 협력체계를 제도화*하여 암 환자가 지역 가까운 병원에서도 안심하고 진료·관리받을 수 있도록 하고, 지역 내 중환자 진료협력을 강화하는 가칭 ‘지역 중환자실 네트워크 사업’ 도입도 추진한다.

* 상급종합병원에서 암 진료협력병원으로 전원 의뢰된 환자 진료 시 진료협력지원금 지원

인력에 대한 공유·협력을 강화한다. 장소적 제한에서 벗어나 환자 중심의 진료협력을 활성화 할 수 있도록 다양한 방식의 인력 이동과 협력진료를 지원한다. 이를 위해 의료기관 간 인력 공유에 장애가 되는 불합리한 규제를 개선한다. 또한 상급종합병원 구조 전환 지원 사업, 포괄 2차 병원 시범사업 참여기관 평가 시에도 ‘인력 공유·협력’ 등을 포함하여 활성화를 유도할 계획이다.

< 공유형 인력 운영 관련 개선 예시 >

현행	개선
▶ 개설자 참여 제한	▶ 개설자도 참여 가능
▶ 참여 병·의원 → 병원의 일방향	▶ 종별 무관, 종적·횡적 공유 허용
▶ 이동 주체 제한(의사+환자 한정)	▶ 이동 주체 제한 완화 (의사, 진료지원팀, 의사+환자 등)
▶ 병상, 근거리 조건 등 실시조건	▶ 실시조건 완화
▶ 기관 평가, 수가 불이익	▶ 평가, 수가 불이익 없도록 개선

② 지역의료지도에 기반한 지역수가를 본격 신설하고 지역의료 혁신시범 사업을 추진하여 지역 주도의 맞춤형 지원을 강화한다.

지역 의료생태계 강화를 위해 지역(시도, 시군구, 읍면동), 필수분야(분만, 응급 등) 의료자원 수요·공급 상황을 분석할 수 있는 지역의료지도* 지표체계 구축하고 활용한다.

* 지역의료지도 연구('25.上) → 지역별 의료지원 정책 결정 시 활용 가능토록 고도화

획일적 지역 구분이 아닌, 실제 환자 이동 거리 등을 토대로 적정 제공기관까지 접근성 등 취약 지역 분석하고, 이를 기반으로 ‘지역수가’ 를 본격 신설·확대*한다.

* 상급종합병원 구조 전환 지원사업, 포괄 2차병원 지원사업에 반영

또한, ‘지역의료 혁신시범사업’ 을 추진한다. 의료취약지 등 지역완결 의료가 어려운 지역의 경우 각 지자체 중심으로 지역의 특성에 따라 지역의료 발전기금과 연계하여 자율적인 문제 해결을 지원한다.

또한 일차-2차-3차 의료 등 공급체계가 구축되어 지역완결 의료가 가능한 지역은 더욱 강화된 연계·협력 방식을 도입할 계획이다. 우선 상급종합병원 구조전환, 지역 포괄2차 종합병원 지원사업, 일차의료 혁신시범사업을 안착시킨 이후 각 사업의 진료협력 성과 등을 토대로 원하는 의료기관이 자율적으로 참여할 수 있도록 단계적으로 추진할 예정이다.

< 지역의료혁신 시범사업 유형(안) 예시 >

유형	지원 내용	지원 방식
유형 1 지역문제 해결형	▶ 지역완결이 어려운 취약지 대상 ▶ 기존 수가로 해결 못하는 지역문제 해결 목표 ▶ 문제 해결방식은 지역 자율로 제시 ▶ 효율성 < 필수의료 제공 성과에 중점	지역의료 발전기금 연계
유형 2 지역완결 연계협력형	▶ 어느 정도 지역완결이 가능한 지역 + 각자도생/무한경쟁이 아닌 상생체계 구축 목표 ▶ 강화된 연계협력 구축 * 목표/이익/정보의 공유 등 적용 ▶ 종적 네트워크(1-2-3차) 구축 필요 * 진료권별 종적 네트워크 구성 유형 상이 ▶ 진료 효율성 (환자 건강성과 + 진료비 절감)	진료협력 사업 연계 *상급종합병원 구조전환 / 포괄2차병원 지원사업/ 일차의료 혁신시범사업

4 기능과 성과 중심의 의료기관 평가체계를 구축하여 더욱 공정하게 보상합니다.

현행 의료 질 평가, 적정성 평가 등은 의료 질 향상, 필수기능 성과 등과 같은 결과 지표보다는 인프라, 인력 투입 등 구조를 평가하고 있어, 각 기능별로 특화된 역량을 제대로 평가하기 어렵다는 지적이 있었다.

이를 개선하기 위해 ‘기능별 맞춤형 평가체계’로 전환한다. 기능별로 평가 대상 및 기관을 구분하고, 해당 기능에 적합한 평가방식으로 세분화하여, 유형과 기능에 따른 공정한 성과 보상이 이뤄질 수 있도록 한다. 또한, 인력투입 등 구조지표를 축소하고, 환자 건강개선, 효율·효과적 진료 등 결과 지표를 확대한다.

< 성과보상제 전면 개편방안 예시 >

- ▶ (지표) ▲적합질환 진료 ▲진료 효과성 ▲지역필수의료 역할 등
- ▶ (보상수준) 의료 질 평가 지원금, 종별 가산금, 적정성 평가 등 통합(1.5조 원) 및 추가 투입하여 충분한 성과보상 재원 확보
- ▶ (보상방식) 행위가 아닌 기관별 총액(lump-sum) 보상
- ▶ (평가체계) 행위별 진료심사 중심에서 의료 질, 성과 및 진료비를 함께 보는 의료기관 평가 중심으로 심사·평가체계 개편(EMR 기반)

< 성과 보상에 따른 변화 예시 >

현행			개선안 예시	
상급 종합병원	종별가산 15%	의료질 평가 지원금	A 유형: 중환자 중심	A 유형 성과 평가
종합병원	종별가산 10%	* 상종+종병 동일 지표평가	B 유형: 2차 종합 진료	B 유형 성과 평가
병원	종별가산 5%	전문병원 외 의료질 평가 없음	C 유형: 특정과목 전문진료	C 유형 성과 평가
의원	종별가산 無		D 유형: 일차의료	D 유형 성과 평가

* 現 상종+종병 같은 평가 → 포괄2차 기능 등 우수한 2차 병원도 최고등급 의료 질 평가 곤란
 改 중증, 포괄2차 등 기능별 평가 → 각기 유형에 맞는 성과 달성 시, 최고등급 성과 평가 가능

아울러 유사·중복 평가체계를 통합·정비하고 가칭 ‘평가통합포털’ 을 구축하여 자료 제출을 최소화하고 의료기관의 행정부담을 대폭 완화한다.

평가체계 개편을 위한 기반도 확립해 나간다. ▲ 중증도를 고려한 환자 건강 성과 개선 정도 ▲ 효율적·효과적 진료 등 결과 중심의 평가가 가능한 데이터 기반*을 마련한다.

* 예: 미국 CMS는 HCC(Hierarchical Condition Category)에 기반한 비용 분석 기능 수행

또한, 같은 수술시술이라도 환자 나이, 복합상병 등 상태를 반영하여 중증도를 분석할 수 있도록 분류체계를 재설계하여 현장 수용성을 높여나갈 계획이다.

* 예: 환자 나이, 중증도에 영향을 미치는 복합 상병 보유 환자, 재수술 등 2차 병원 진료 곤란 등 반영

2. 비급여 적정 관리 및 실손보험 개혁

① 꼭 필요한 치료적 비급여는 급여화하고
과잉 우려 큰 비급여는 가격진료기준 설정 등 별도 관리체계를 적용합니다.
비급여 모니터링 및 투명한 정보공개로 비급여를 적정하게 관리합니다.

【 비급여 관리체계 혁신 방향 】

비급여 모니터링 및 평가
비급여 보고제 + 진료비 실태조사 + 비급여 재평가

비급여 분류·선별 및 맞춤형 적정 관리
(의료계·수요자·전문가 참여 의사결정 체계 구축)

< 적정 관리 4대 원칙 >
 ① 효과성·안전성 등 국민건강 최우선 ② 과학적 근거·데이터 기반 ③ 의료진·환자 자율성·선택권 존중 ④ 의료계·수요자 등 당사자 참여에 의한 의사결정

꼭 필요한 치료적 비급여	일반 비급여	과잉 우려 큰 비급여
↓	↓	↓
급여 전환	모니터링 + 정보공개	별도 관리제도 적용
비급여의 급여화 지속 추진 중증·필수분야 행위·재료·약제 중증·희귀·응급 등 신의료기술	① 보고제도 지속 고도화 항목 수 등 포괄성 제고	① 관리급여 신설 가격·진료기준 관리 주기적 평가, 적용 여부 등 결정
	② 수요자 친화적 정보공개 유효성·안전성 평가결과 등 공개 포털 등 통해 정보 접근성 제고	② 급여 제한 확대 미용·성형 목적 비급여와 병행되는 불필요한 급여 제한
	③ 명칭·코드 표준화 선택 비급여 대상, 비급여 보고 및 진료비 세부산정내역 발급 시 활용	③ 사전 설명·동의 표준화된 체계적 설명 실질적 선택권 보장

+

통합적 체계적 비급여 관리에 관한 법체계 마련 / 비급여 진료 등 고려한 환산지수 개선 병행

① 치료에 필수적인 비급여는 급여화를 적극 추진한다.

수술이나 처치에 널리 활용되는 꼭 필요한 치료적 비급여는 건강보험 급여 전환을 적극 추진한다. 특히, 중증·필수의료 분야를 중심으로 행위·치료재료·약제 등 급여 전환이 필요한 항목을 지속 발굴한다. 특히, 중증·응급·희귀 환자 치료에 필수적이고 대체 곤란한 혁신성 높은 신의료기술 등은 비용효과성을 폭넓게 인정하여 신속하게 급여로 전환해나간다.

② 과잉우려 비급여에 대한 가격, 진료기준 등 관리체계를 신설한다.

그간 비급여는 급여와 달리 시장 자율영역으로 보아 의료기관이 비급여 가격을 고지하고, 일부 비급여의 가격, 진료내역 등을 보고하도록 하는 등 간접적인 관리를 시행해왔다. 다만, 비급여 시장이 과도하게 팽창하면서 필수의료를 약화시킨다는 지적에 따라, 의료계 등 참여를 통해 의료체계를 왜곡시키고 환자 안전에 문제를 일으킬 수 있는 일부 과잉 우려 큰 비급여에 대해 별도 관리체계를 신설한다.

이를 위해 선별급여제도 내 ‘관리급여’를 신설하여 가격과 진료기준을 설정하고 일반적 급여와 달리 95%의 본인부담률을 적용한다. 합리적 가격과 진료기준을 설정함에 따라 환자들이 관리급여 항목을 의학적 안전성·효과성을 담보할 수 있는 수준에서 적정 가격으로 이용할 수 있을 것으로 기대된다.

관리급여 대상 선정방식은 다음과 같다. 의료계와 수요자, 전문가 등이 참여하는 의사결정체계를 통해 진료비·진료량 및 그 증가율, 가격편차 등이 크거나 환자안전 우려 등 사회적 이슈가 되는 비급여 항목을 선별하고, 이후 치료 필수성·대체가능성, 오남용가능성 등을 종합적으로 고려하여 제한적으로 관리급여 대상을 선정하고 관리급여 항목별 가격·진료기준 등을 최종 확정한다. 이후 일정 기간(예: 5년)이 지나면 관리급여 항목별 평가를 통해 관리급여 지속 여부를 결정한다.

< 관리급여 관련 검토 기준(안) >

- ▶ (의료적 기준) 치료 필수성, 효과성·안전성, 대체 가능성, (오·남용 시) 위해성
- ▶ (사회적 기준) 오·남용 가능성, 공정 보상 등 의료체계 왜곡 가능성, 편익 저해
- ▶ (재정적 기준) 국민 의료비 부담, 관리급여 적용에 따른 비용효과성

③ 치료 효과성에 따른 비급여 사용관리를 강화한다.

사용 중인 비급여 중 안전성에 우려가 있거나 임상적 유효성 등이 변경된 것으로 판단되는 항목을 재평가할 수 있는 근거를 마련한다. 특히, 신의료기술 평가 도입 이전부터 사용되어 오던 비급여 항목에 대해서도 재평가를 통해 사용 목적, 대상, 방법 등 사용범위를 명확하게 제시한다. 이에 따라 의료공급자나 이용자는 비급여가 사용범위를 벗어나지 않는지 확인할 수 있게 된다. 또한 재평가 결과 안전성·유효성이 부족한 비급여가 신의료기술 목록에서 삭제되는 경우 비급여 목록에서 삭제하는 등 퇴출 기전을 마련한다.

이와 더불어, 현재 미용성형이나 라섹 등 신체 필수 기능개선 목적이 아닌 경우 실시·사용되는 행위·약제·치료재료는 비급여 대상인 점을 참고하여, 미용·성형목적 비급여를 하면서 실손보험 청구를 위해 불필요하게 급여를 병행하는 경우 등에 한하여 급여 제한을 확대한다. 다만, 의학적 필요성이 있어 통상적으로 이루어지는 급여-비급여 병행진료는 현행처럼 급여를 인정하여 불합리한 환자 부담이 발생하지 않도록 한다.

④ 누구나 알고 선택할 수 있도록 비급여 투명성을 제고한다.

그간 비급여는 표준화된 코드나 명칭이 없거나 표준코드·명칭을 사용하지 않아 환자가 ‘진료비 세부 산정 내역서’ 등을 통해 비급여 상세 내역을 확인하기 어려웠다. 또한 환자들은 자신이 받게 되는 비급여 의료서비스에 대한 충분한 정보가 없어 진료 결정 등에 어려움을 느끼는 경우도 많았다.

이러한 문제를 해결하기 위해 의료현장의 의견을 수렴하여 영양주사와 같이 표준화된 코드·명칭이 없는 선택비급여의 명칭·코드를 표준화하고, 비급여 보고나 진료비 세부산정내역 발급 시 표준코드·명칭 사용을 의무화한다. 또한 가칭 ‘비급여 통합 포털’을 구축하여 비급여 항목별 가격뿐만 아니라 총진료비, 안전성·유효성 평가 결과 등 의료 질 정보를 한 곳에서 쉽게 볼 수 있게 된다.

특히, 과잉 우려 큰 비급여에 대해서는 항목별 가격, 사유, 대체 항목 여부 등을 사전에 설명하고 동의서를 받도록 하는 등 환자 선택권을 강화한다.

이와 함께 비급여 보고 및 진료비 실태조사 등 비급여 자료 수집을 확대하고 신의료기술 평가를 통과하여 시장에 신규 진입한 비급여를 등록·관리하여 비급여 사용 현황에 대한 모니터링을 강화해나간다.

⑤ 비급여 관리를 위한 통합적·체계적 관리 틀을 확립한다.

현재 비급여는 「의료법」과 「국민건강보험법」에 관련 법 규정이 산재되어 있다. 앞으로는 ‘국민건강보험법’에 별도 장(章)을 신설하거나 가칭 ‘비급여 관리에 관한 법률’을 제정하는 등 비급여 적정 관리를 위한 통합적·체계적 법체계 정비를 추진한다. 또한 비급여 진료비를 포함한 진료비 전체를 고려한 환산지수 산출방식 개편을 검토한다.

② 실손보험의 역할을 재정립하고 보험료 부담 완화 및 필수의료 강화를 위해 실손보험 상품구조·운영 및 관리체계를 개선합니다.

【 실손보험 개혁 방향 】

상품구조 개선		관리·운영 개선	
新 실손보험		공통	
건강보험 급여 본인부담 적정 보장	중증 중심 비급여 보장 합리화	분쟁조정 기준의 객관성 제고	보험 운영 투명성 강화
<ul style="list-style-type: none"> 입원: 현행 유지 외래: 건강보험 급여 본인부담률 연동 	<ul style="list-style-type: none"> 중증 보장 강화 * 자기부담금 상한 신설 非중증 보장 합리화 	<ul style="list-style-type: none"> 의료계·소비자단체 등 참여 下 주요 비급여 분쟁조정기준 마련 	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 친화적 정보공개 강화 * 운영실적·보험료 공시 확대
↓	↓	↓	↓
적정 의료 이용 위한 본인부담률 기능 회복	보험료 30~50% 인하 비급여 적정화	보험금 지급의 예측 가능성 제고	소비자 신뢰 강화 선택권 제고
+			
자발적 舊 실손 계약 재매입, 실손 광고 금지 등			

① 적정 보장을 위해 실손보험 상품 구조를 개편한다.

국민 대다수가 실손보험 가입자(피보험자수 약 4천만 명)인 상황에서 실손보험 보장으로 의료서비스에 대한 비용 의식이 약화되어 적정 본인부담을 기반으로 한 의료 이용 관리가 어려워졌다는 지적이 있었다. 또한 의료비 통제 기전이 부족한 실손보험 구조로 실손보험료가 지속 인상되어 보험가입자의 보험료 부담이 가중된다는 지적도 있다.

정부는 전 국민에 대한 보편적 의료보장을 실시하는 건강보험의 취지를 존중하며 건강보험을 보완하는 역할을 충실히 수행할 수 있도록 실손보험 상품구조를 개편한다.

우선, 중증도에 적합한 의료기관 이용을 유도한다는 건강보험 본인부담 제도 취지를 고려하여 급여 본인부담분에 대해 실손보험의 자기부담률을 합리화한다. 입원의 경우, 중증이 많아 의료비 부담은 크고 남용 우려는 낮으므로 기존 4세대 실손보험과 동일하게 급여 본인부담금에 대해 20%의 자기부담률을 유지하나, 외래의 경우, 급여 본인부담의 실손보험 자기부담률을 건강보험의 본인부담률과 연동하여 본인부담 기능이 정상 작동할 수 있도록 개선한다. 예를 들어, 비응급 환자의 권역 응급의료센터 응급실 외래 이용 시 건강보험 본인부담률은 90%로 설정되어 있으나, 실손보험 보장(4세대 기준)으로 18%만 본인 부담하면 되게 되어 적합의료기관 이용 유도 취지가 무력화되었다. 그러나, 이번 개혁으로 5세대 실손보험 가입자의 경우 81% 수준의 자기부담률을 적용받게 되어 적합의료기관 이용 유인이 강화된다.

또한, 기존 4세대 실손보험은 단일한 비급여 보장 특약만을 제공하였으나, 이번 개혁을 통해 비급여에 대해 중증/비중증 특약을 구분하여 가입자가 비급여 보장 여부뿐만 아니라 비급여 보장범위를 선택할 수 있게 된다. 앞으로는 중증/비중증 비급여 특약 각각의 손해율에 따라 보험료가 조정되어 보험가입자는 보험료 수준, 건강상태, 의료이용 성향 등에 따라 비급여 중증/비중증 특약 가입여부를 선택하고 보험료 부담을 경감할 수 있을 것으로 기대된다.

중증 비급여 특약의 경우, 건강보험 산정특례 질환 대상자 등 중증환자의 해당 질환 치료에 대해서는 **현행 보장수준을 유지하면서** 과도한 본인부담 발생 시 보험가입자에게 초과분을 추가 보상하는 **연간 자기부담금 한도**(상급 종합병원·중합병원 입원에 한정)를 신설하여 가입자 보호를 강화한다.

비중증 비급여 특약의 경우, 과도한 보상으로 실손보험이 의료체계를 왜곡하거나 보험가입자에게 과도한 보험료 부담이 발생하지 않도록 자기부담률(현 30%) 상향, 보장한도 축소 등 **보장을 합리화**한다.

이를 통해 일부 가입자의 과잉 의료이용 유발요인이 줄어들어 보험가입자의 보험료 부담은 기존 보험 대비 30~50% 내외로 인하될 것으로 기대된다.

실손보험 상품의 경우, 일정 주기마다 당시 판매 중인 상품으로 계약을 전환하고 기존 계약을 해지하는 재가입 주기(예: 2~3세대 15년, 4세대 5년)를 두어 건강보험정책 등 의료환경 변화에 적절히 대응하고 있다. 다만, 상품의 재가입 주기가 없어 지속적인 금융당국의 실손보험 상품 개선에도 **보장 합리화 적용이 어렵고**, 보험료 부담이 계속 늘어날 구세대(1~2세대, '13년도 이전) 실손 가입자에 대해서는 희망하는 가입자에 한하여 적정 금액을 전제로 한 계약 재매입을 추진한다. 이때, 충분한 설명과 상담, 상당한 숙려기간 부여, 철회권·취소권 보장 등을 검토하여 소비자의 권익 침해 우려를 최소화한다. 이를 통해 보험 가입자는 향후 예측되는 보험료 부담과 재매입 조건을 비교하여 현재 판매 중인 상품으로 계약을 전환할 수 있게 된다.

② 국민 보험료 부담을 완화하고 의료체계 왜곡을 방지하기 위해 실손보험 상품 관리·운영체계를 개선한다.

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제33조에 따라 금융감독원은 금융분쟁조정 위원회를 두어 금융소비자 등 사이에 발생하는 분쟁조정에 관한 사항을 심의·의결하고 있다.

앞으로 실손보험금 지급 분쟁이 빈번한 주요 비급여에 대해서는 금융감독원이 의료계, 소비자단체, 전문가 등 의견을 수렴하여 실손보험의 보장 대상이 되는 치료

목적 비급여 시행기준 등 분쟁조정기준을 구체적으로 마련함으로써 보험금 지급 관련 예측 가능성이 높아질 것으로 기대된다.

또한 보험가입자의 비급여 이용량을 바탕으로 한 보험료 할인·할증제를 지속 적용한다. 기존 4세대 실손보험은 보험료 갱신 전 1년간의 비급여 이용량에 따라 비급여 특약 보험료를 할증하고 비급여를 이용하지 않은 경우 할증금액을 활용하여 보험료를 할인하고 있다*. 이를 통해 가입자 간 보험료 부담의 형평성이 제고될 것으로 기대된다. 다만, 중증 비급여는 기존 4세대와 같이 할인·할증제가 적용되지 않는다.

* 비급여 이용량이 100만~150만 원, 150만~300만 원, 300만 원 이상인 경우 각각 비급여 특약 보험료가 100%, 200%, 300% 할증, 비급여 미이용시 할증된 금액을 활용하여 보험료 할인

현재 보험업법 등 관련규정에 따라 생명보험사 및 손해보험사들은 보험사 전체 경영실적과 직전 3년간 4세대 실손보험료 인상률 및 2~4세대 실손보험의 손해율을 공시하고 있으며, 소비자 편의를 위해 상품 유형·성별·연령·보험사별 4세대 보험료를 비교 서비스도 제공하고 있다.

앞으로 보험가입자의 알권리를 두텁게 보장하고 실손보험 운영의 투명성을 강화하기 위해 보험사 전체의 경영실적 뿐만 아니라 실손보험사별 보험료 수익, 보험손익, 사업비율, 손해율(위험·경과합산) 등을 세대별로 공시한다. 또한 소비자 편의를 위해 4세대뿐만 아니라 전체(1~4세대) 세대별 연령·성별·보험사별 보험료도 공시한다.

* 위험손해율: 발생손해액1) / 위험보험료2)

경과손해율: 발생손해액 / 보험료수익

사업비율: 실제사업비 / 보험료수익

합산비율: 경과손해율 + 사업비율 = (발생손해액 + 실제사업비) / 보험료수익

1) 발생손해액 : 당기에 지급된 보험금과 미보고발생손해액(IBNR) 증감이 포함된 보험금 비용

2) 위험보험료 : 보험금 지급을 위한 재원이 되는 보험료

이를 통해 보험가입자는 본인의 실손보험 보험료가 타 보험사나 다른 세대와 비교할 때 높은 편인지, 연령에 따른 보험료 부담이 어떻게 달라지는지 등을 확인할 수 있을 것으로 기대된다.

이와 더불어 소비자가 부담해야 하는 비급여 진료비용 등을 오인하지 않도록 실손보험 적용 가능 여부 등에 대한 의료기관 광고 금지 규정을 구체화한다. 현재도 ‘의료법’ 제56조는 소비자를 속이거나 잘못 알게 할 우려가 있는 방법으로 비급여 진료비용을 할인하거나 면제하는 내용의 광고를 금지하고 있다. 그런데 일부 의료기관에서 “실손보험 가능” 등의 문구를 활용하여 의료광고를 실시하는 경우, 보험가입자의 가입조건에 따라 실손보험 적용 여부 등이 달라질 수 있고, 환자 입장에서는 특정 의료행위가 조건 없이 본인부담금이 무료인 것으로 오인할 수 있는 점, 해당 의료기관에서만 실손보험 적용이 가능한 것으로 비취지는 점 등을 고려하여 관련 내용을 하위법령을 통해 구체적으로 규율한다.

3. 환자-의료진 모두 신뢰하는 의료사고안전망 구축

1 의료사고 예방 및 소통 활성화를 통해 환자-의료진 간 신뢰를 강화하고 분쟁조정제도 혁신 등을 통한 조속한 분쟁해결을 지원합니다.

1 의료사고 예방 체계 강화를 통해 사고를 미연에 방지하고 환자-의료진 간 신뢰 구축을 위한 설명·소통 체계를 구축하여 사고 초기에 분쟁을 해결한다.

그동안 의료사고 발생을 막기 위한 의료기관별 사고 예방 유인체계가 미흡하고 의료진과 의료기관은 사고 초기 민·형사상 법적 부담으로 사고 발생 후 환자와 가족에 대한 상세한 설명 등에 소극적인 경향이 있었다.

이로 인해, 환자와 의료진 간 불신과 갈등 악화로 민·형사상 소송이 빈발하고 환자-의료진 모두 장기간 소송*으로 인한 어려움을 겪어 왔다.

* 의료과오소송(민사) 1심 평균 소요기간 26개월 v.s. 의료분쟁 평균 조정 기간 86.7일

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

이러한 해외사례를 참고하여 의료사고 예방 체계 및 활동 등을 배상책임 보험료 산정 및 의료분쟁조정 판단 근거로 활용하여 적극적인 사고 예방 활동을 유인하고자 한다.

아울러, 사고 초기 환자-의료진 간 신뢰 형성과 갈등 증폭을 막기 위해 의료사고 설명 및 소통 활동을 법제화하고 설명 과정에서 발생할 수 있는 유감 표현 등이 수사나 재판 과정에서 불리하게 작용하지 않도록 제도화할 방침이다.

이와 함께, 사고로 인한 환자와 의료진의 트라우마 회복을 지원하기 위한 심리 상담 및 지원, 소통 관련 교육 등에도 국가가 적극 지원하고자 한다.

< 의료사고 소통 지원 주요 내용 >

- ① (사고 설명) 의료사고 상해 정도 등 고려, 사고 발생 경위 및 상황에 대한 설명·소통 법제화
 - 상해 발생 시: 담당 의료진(의사, 간호사) 등이 경위와 상황 설명
 - 중상해·사망 발생 시: 병원장 또는 진료과별 안전관리자가 수술 계획과 실제 치료 내용, 환자 상태 및 문제 상황, 결과에 대해 상세 설명
- ② (증거채택 제한) 설명 과정 유감 또는 사과 표시 등 수사·재판 과정에서 불리한 증거채택 제한
- ③ (심리·소통 교육) 환자-의료진 상담 및 심리지원, 소통 관련 교육 지원

② 환자와 의료진 모두가 신뢰하는 분쟁조정체계를 확립하기 위해 환자 조력 기능을 강화하고 의료감정 및 조정절차의 전문성과 공정성을 강화한다.

2012년 의료분쟁 조정제도가 도입된 이후 환자, 의료계 모두 의료사고 감정과 조정·중재 절차의 객관성과 공정성 강화가 필요하다는 지적*이 있었다.

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

이에, 의료분쟁 조정절차를 조력하는 ‘환자 대변인*’ 을 신설하고 사회 각계가 참여하여 의료사고의 실체를 다양한 관점에서 규명하는 컨퍼런스 감정 체계를 강화한다.

* 법적, 의학적 지식이 부족한 환자의 실효적 피해 회복 조력을 위한 전문가 조력 제도

아울러, 의료인 복수·교차 감정을 도입하고 감정위원 풀을 대폭 확대(300→1,000명)하여 의료감정의 전문성을 강화하는 동시에 ‘국민 옴부즈만’ 등을 설치해 분쟁조정체계의 투명성과 공정성을 강화할 방침이다.

* 의료분쟁조정체계의 전문성과 공정성을 강화하기 위한 정책 제안기구

< 의료분쟁조정제도 혁신 방안 >

- ① 환자 대변인, 컨퍼런스 감정* 등을 통한 환자 조력 및 공정성 확보
* 의료인 외 환자, 소비자, 법조인 등 사회 각계 참여 + 질문권 등 실질적 결정 참여 보장
- ② 의료인 복수·교차 감정, 감정위원 풀 확충(300→1,000명), ‘표준 감정서’ 활용 등 의학적 감정 강화
- ③ 국민 옴부즈만, 분쟁조정 DB 공개 등을 통해 분쟁조정제도 운영의 공정성·투명성 강화

② 의료사고 책임보험 의무화 및 공적 배상체계 도입을 통해 신속하고 충분한 배상을 보장하고 공적 지원을 통한 필수의료진 부담을 완화한다.

- ① 모든 의료기관 개설자의 책임보험 가입 의무화와 동시에 필수의료 특별배상 등 공적 기능이 강화된 보험상품 등을 개발하여 신속·충분한 배상을 보장한다.

그동안 민간보험 및 공제회 중심의 의료사고 배상체계는 전문적 위험평가 체계 및 고액 배상 보장 부족으로 고위험 필수의료 분야 보호에 한계*가 있다는 지적이 있었다.

* 전체 의료사고 배상액 중 책임보험·공제를 통한 배상 규모는 약 20~30% 추정

이에, 모든 의료기관 개설자 대상 책임보험 가입 의무화를 통해 고액 배상에서 필수의료진을 충분히 보호하고 규모의 경제를 통한 재원 확보, 국가의 공적 지원·관리가 가능한 배상체계로 발전시킨다.

특히, ▲적정 보험료 설정 ▲필수의료 특별배상(5억 원 이상) ▲소액 사건 신속배상 ▲분쟁조정제 통한 지급 보장 등을 통해 합리적 보험료 부담과 함께 의료사고 피해자에 대한 신속하고 충분한 배상체계로 혁신한다.

구체적으로 의료기관별 합리적 보험료율 산정체계를 구축하여 저위험-고위험 진료과 간 보험료율 격차를 평준화*하고 중증·응급 등 고위험 필수진료는 고액 배상도 보장하는 특별배상 기능을 부여할 방침이다. 그리고 사망 등 중대 사건은 분쟁조정절차를 통한 조정액 지급도 의무화**할 계획이다.

* (現) 진료과별 보험료율 10배 이상 차이 → (改) 진료과별 보험료율 차등 상한제 도입

** 의료분쟁조정제도에 따른 조정 결과에 대해 산정 오류 등이 아닌 경우, 보험자는 배상금 당연 지급

한편, 분쟁의 조기 종식과 분쟁 비용 절감을 위한 의료사고 예방·소통 지원 및 긴급 치료지원 등 정책기능도 책임보험에 부과할 예정이다.

< 의료사고 배상체계 공적 기능 강화(안) >

- ▶ (긴급 피해지원) 배상 결정 前 의료사고 피해로 긴급히 치료가 필요한 경우 일정액 限 긴급 지원
- ▶ (신속배상) 소액 사건(예: 1천만 원 미만)은 배상기관 자체 심사를 통해 30일 內 신속배상
- ▶ (사고 예방 지원) 의료사고 예방 교육 및 시스템 구축 연구지원, 의료사고 소통 지원을 위한 전문인력 양성, 환자 안전사고 예방 및 피해 회복 제도 연구 등 사업 추진
- ▶ (소통 지원) 의료사고 소통 지원 법제화에 따라 의료사고 원인 분석 결과 등을 의료진과 함께 피해자에게 설명하고 의료진·피해자 트라우마 회복을 위한 심리지원
- ▶ (분쟁 중재제도 활용 지원) 의료사고 발생 시, 의료진·환자에게 의료분쟁조정 절차 소개 및 법률 지원 방안 안내, 배상 절차 및 체계 등을 소개하여 신속하게 분쟁을 해결할 수 있도록 지원

② 공적 의료사고 배상 및 보상체계 구축을 통해 의료사고 국가 책임을 강화한다.

필수진료과 보험(공제)료 부담을 완화하기 위해 올해부터 국가가 보험료를 지원하고, 향후 필수의료 특별배상 신속 도입 등도 추진할 계획이다.

한편, 최대 3억 원까지 국가 지원하는 불가항력 사고 보상에 대해서도 대상 확대를 검토할 방침이다.

< 의료사고 배상보험 관련 공적 재원 지원 해외사례 >

- ▶ (캐나다) 의료사고배상공제조합 가입비 80% 이상을 주 정부 등에서 보조
- ▶ (호주) 배상보험료가 일정 수준 이상일 경우, 보험료 일부를 건강보험에서 보조금 형태 지원
- ▶ (뉴질랜드) 정부 소유 의료사고 배상보험공단 설립, 정부 예산 중심으로 사고 배상액 지급

또한, 현재 불가항력 분만 사고 보상 심의 기능만을 담당하던 ‘의료사고 보상심의위원회’를 확대 개편하여 책임보험 상품 및 국가재정 지원 등을 종합적으로 심의할 예정이다. 한편, 배상보험을 전문적으로 심사하고 평가하기 위한 전문기관 신설 또는 지정도 추진할 계획이다.

이를 통해, 환경오염배상책임보험 등과 같이 의료사고 배상보험의 정책적 기능을 담보하고 배상금 지급 등 배상체계의 책임성도 강화할 예정이다.

< 공적 관리 및 지원체계 구축(안) >

- ▶ (추진체계) 현행 「의료분쟁조정법」상 ‘의료사고보상심의위’ 확대개편 통해 심의 기능 부과 + ‘의료사고보상심의위’ 기능을 보조할 수 있는 전문 위탁기관 신설 또는 지정
- ▶ (심사·평가) 의료사고 배상 상품구조 및 지급 절차 등 적절성 심사·평가
 - * 보험상품 적정성 심사 탈락 배상상품은 판매 또는 재정지원 제한 검토
 - 보장한도, 범위, 적정 보험료 산출 방법 등 심사
 - 위험(손해) 평가 방법 및 보험금 지급 의무, 절차 등 심의·감독
 - 필수의료 특별배상 지원 및 신속한 의료분쟁 해결을 통한 비용 절감 효과 등 평가
 - 불가항력 의료사고 보상 여부 및 보상액 심의(* 현행 법령에 따른 심의기능)
- ▶ (재정지원) 심사평가 결과 연계, 국고 및 건보 재정을 통한 배상보험료 적정 지원 규모 및 절차, 방식 등 심의·결정
- ▶ (보증 및 긴급 지원) 배상 기관 지급 불능 시, 지급 보증 기능 부과 + 보험금 지급 지연·불능 또는 긴급한 치료 비용 등은 피해자에게 긴급 지원하고 배상기관에게 구상
- ▶ (소통 및 분쟁해결) 환자·의료진 간 소통 및 트라우마 회복 지원 + 가입자-배상 기관 간 분쟁해결 심의

③ 신속하고 전문적인 의료사고 수사를 위해 사전심의 시스템을 구축하고 국민의 건강과 생명을 살리는 필수요소는 사법적 보호 강화한다.

① 의학적 전문성에 기반한 신속한 수사체계를 마련하여 150일 이내에 필수의료 및 중대 과실 여부 등에 따라 수사·기소 방향을 결정한다.

의료사고 발생 시, 잦은 소환조사와 수사·재판의 장기화*는 필수의료 종사자에게 큰 부담을 가져왔다. 특히, 불명확한 형사책임 규정 등에 따른 형사처벌 위험은 중증·응급 등 고위험 필수진료를 기피하고 방어 진료를 유발하는 문제를 발생시켰다.

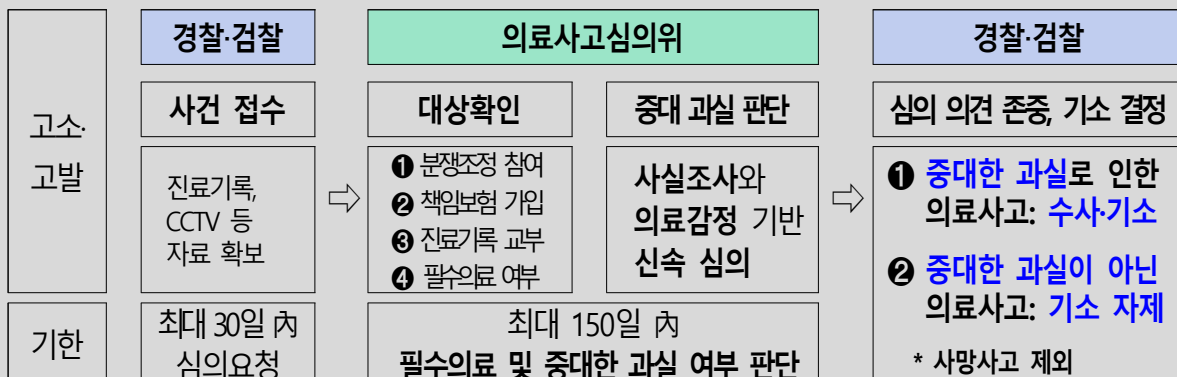
* 의료사고 사망 사건(형사) 1심 평균 기간 42개월 vs 他 형사 소송 1심 평균 기간 약 18개월

이러한 문제를 해결하기 위해 의료계, 수요자, 법조계 등이 참여하는 가칭 ‘의료사고심의위원회(이하 ‘심의위’)’를 신설하여 사실조사 및 의학적 감정에 기반해 수사와 기소의 근거를 제공하고자 한다.

특히, 심의위는 신속한 수사를 위해 최대 150일 이내에 필수의료 및 중대 과실 여부 등을 심의할 예정이며, 심의 기간 중 소환조사를 자제하는 것을 법제화할 방침이다.

< 가칭 ‘의료사고심의위’ 신설에 따른 신속 수사체계(안) >

- ▶ (심의 대상) ① 분쟁조정 참여 ② 책임보험 가입 ③ 진료기록 교부, 3가지 요건 충족
+ 심의추가 ④ 필수의료행위로 인해 발생했다고 판단한 의료사고 (* 사망사고는 제외)
- ▶ (기능) ① 대상 확인: 의료행위의 긴급성, 치명성 등을 고려, 고위험 필수의료 해당 여부
② 과실판단: 명백한 주의의무 위반, 의료행위로 인한 환자의 손해(피해) 발생 검토

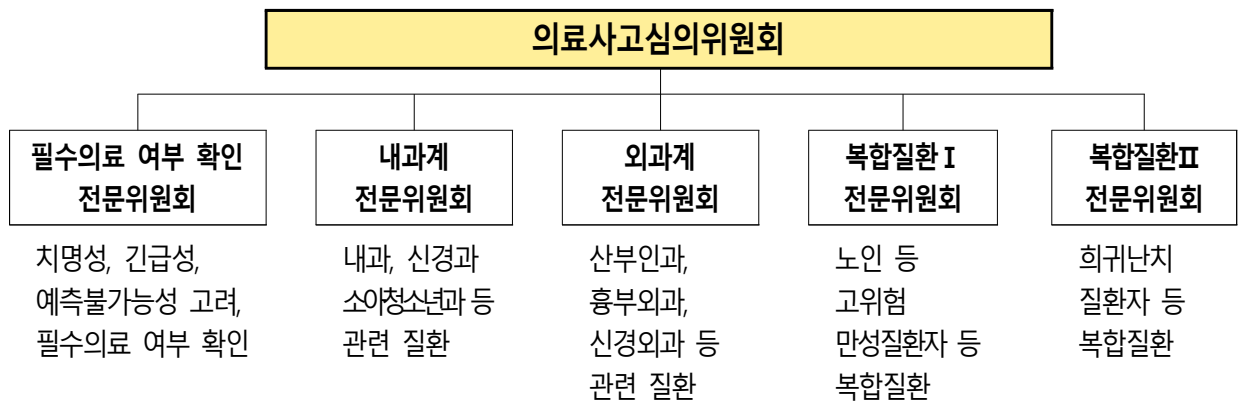


심의회는 의료계, 수요자, 법조계 등 추천 전문가와 정부, 공공기관 등 총 20명 내외로 구성될 예정이며, 내과계, 외과계, 복합질환계 등 유형별 전문 위원회를 구성·운영할 방침이다.

특히, 전문적인 의료사고 심의를 위해 수사 과정 및 의료분쟁조정절차에서 확보된 사실관계 및 의학적 감정 등을 충분히 활용하여 의학적 근거 기반의 사고 심의를 진행할 계획이다.

한편, 심의회의 전문성을 보좌하기 위해 관련 부처 공무원이 참여하고 별도 지원체계 마련도 병행할 계획이다.

< 가형 의료사고심의회위원회 구성 방안 >



심의회는 중대 과실*로 인한 의료사고는 수사 기소 권고하되, 중대하지 않은 과실은 기소 자제를 권고하여 수사·기소 결정의 근거를 제공하는 동시에 불필요한 수사 등을 줄여나갈 예정이다.

- * ① (명시적 중대 과실) 수술 부위 착오, 수혈·투약 오류 등 명백한 중대 과실은 법률에 명시·판단
- ② (비명시적 중대 과실) 현저한 주의 의무 일탈 및 피해 발생 과실 등은 중대 과실 여부를 심의회 개별 판단

② 의료사고의 특수성을 고려하여 결과(상해 정도)가 아닌, 엄격한 처벌이 필요한 중대 과실(원인 행위) 의료행위 중심 기소체계로 전환한다.

예측 불가능성이 높고 회피 가능성이 낮은 의료행위의 특수성을 고려하여, 사고 결과가 아닌 원인 행위의 책임 정도에 따르는 ‘의료사고 특화 사법체계’ 를 구축한다. 다만, ‘의료사고 특화 사법체계’ 는 피해에 대한 충분한 실체 규명과 보상 여건을 전제*로 적용할 방침이다.

- * ① 책임보험 가입 + ② 의료분쟁조정제 참여 + ③ 진료기록 교부 등

우선, 환자-의료진 간 조정성립 및 합의에 따른 반의사불벌을 폭넓게 인정한다. 현재 경상해에만 적용하는 반의사불벌 범위를 중상해까지 확대하고 사망사고는 중대성을 고려해 필수의료에 한정하여 적용하는 방안을 검토할 예정이다. 다만, 사망사고, 중대 과실 범위 등 쟁점이 있는 사항에 대해서는 향후 국회 입법 과정에서 사회적 합의를 통해 결정한다는 방침이다.

둘째, 국민건강 보호 등 고위험 수반 필수의료는 공익성을 고려해 강화된 사법보호를 적용하고자 한다. 심의위를 통해 중대 과실 중심으로 수사기소하되 단순 과실은 분쟁조정을 통해 신속하고 충분히 배상하도록 할 방침이다.

다만, 필수의료와 중대 과실 유형·기준은 법령에 규정하되, 복합질환 등은 전문적 판단이 필요한 영역이므로 개별·구체적 판단은 가칭 ‘의료사고심의위원회’에서 심의할 예정이다.

셋째, 중증·응급 등 필수의료에 한해 단순 과실로 사망한 사고에 대해서는 사고 당시 긴급성과 구명 활동 등을 고려하여 형 감경/면제 등을 적용하고자 한다.

의료사고 안전망 구축 방안의 주요 내용 중 ▲의료사고 예방·소통 활성화 ▲분쟁조정제도 혁신 ▲의료사고 공적 배상체계 강화 ▲‘의료사고 특화 사법체계’ 구축 등 주요한 의료사고 안전망 주요 과제는 ‘의료분쟁조정법’ 개정을 통해 제도화할 예정이다.

노연홍 특위 위원장은 “의료개혁은 지역·필수의료 강화라는 시대적 과제를 해결하기 위해 무엇보다 시급한 구조 개혁”이라고 언급하면서 “지역병원의 획기적 역량 강화, 의료체계 왜곡을 막는 비급여 적정 관리 및 실손보험 개선, 의료사고 안전망 강화 등 2차 실행방안이 현장을 변화시킬 수 있도록 과감하고 신속하게 추진해야 한다”라고 강조했다.

한편, 조규홍 보건복지부 장관은 “지역 2차 병원 역량 강화, 의료사고 안전망 구축은 의료계도 시급한 과제로 공감하고 있으며, 비급여·실손보험 대책에 대해 개원가 중심으로 일부 우려는 있지만 실행 과정에서 의료계 의견을 수렴하며 수용성과 실효성을 높일 계획”이라고 밝히면서, “의료개혁의 과감하고 신속한 이행을 통해 미래 의료 주역인 의대생, 전공의 등이 활약할 더 나은 미래 의료로 나아갈 수 있을 것”이라고 강조했다.

<붙임> 제8차 의료개혁특별위원회 개요

<별첨> 의료개혁 2차 실행방안

담당 부서 (총괄)	의료개혁추진단 의료개혁총괄과	책임자	과장	강 준 (044-202-1860)
		담당자	사무관	권용진 (044-202-1861)
담당 부서 (지역병원, 일차의료)	의료개혁추진단 의료체계혁신과	책임자	과장	유정민 (044-202-1870)
		담당자	사무관	성경은 (044-202-1873)
			사무관	유규연 (044-202-1877)
담당 부서 (비급여)	보건복지부 필수의료총괄과	책임자	과장	조우경 (044-202-2670)
		담당자	사무관	김현아 (044-202-2667)
담당 부서 (실손보험)	금융위원회 보험과	책임자	과장	고영호 (02-2100-2965)
		담당자	사무관	서승리 (02-2100-2962)
담당 부서 (의료사고)	보건복지부 의료기관정책과	책임자	과장	권민정 (044-202-2470)
		담당자	사무관	김수영 (044-202-2474)



일 시: '25. 3. 19.(수) 15:00~16:30

장 소: 정부서울청사 광화문홀

참석대상

- (정부위원) 기재부·교육부·법무부·행안부·복지부 장관, 금융위원장
- (민간위원) 위원장, 공급자·수요자단체 추천, 관계부처 추천 민간위원 20인

논의안건

- ① 전차 회의(제7차 회의, 11.13.) 결과 보고
- ② 의료개혁 2차 실행방안(안)

진행순서

시간		주요 내용	비고
15:00~15:05	'5	모두 말씀	위원장
15:05~15:55	'50	안건 보고 및 토의	
15:55~16:25	'30	질의응답 및 종합토의	
16:25~16:30	'5	마무리 말씀	위원장