
제8차 의료혁신위원회 안건

2026. 7. 30.



의료혁신추진단

목 차

안건 1. [보고]

제7차 의료혁신위원회 결과	1
----------------------	---

안건 2. [보고]

전문위원회 운영 경과 및 향후 계획	0
---------------------------	---

안건 3. [보고]

지역·필수·공공의료 강화 추진전략	00
--------------------------	----

안건 4. [보고]

제1차 의료혁신 시민패널 공론화 결과	00
----------------------------	----

제8차 의료혁신위원회 안건

안건번호	제2026 - 8 - 1호	보고
보고일자	2026년 7월 30일	

안건명	제7차 의료혁신위원회 결과
-----	----------------

소 관	의료혁신추진단
제출일	2026년 7월 30일

1 회의 개요

- (일시·장소) '26. 6. 25.(목) 10:00~12:00, 코리아나호텔(서울 중구)
- (참석) 위원장 등 민간위원(21인), 보건복지부 장관 총 22인
- (안건) ❶<보고> 제6차 의료혁신위('26.5.28.) 결과, ❷<보고> 전문위원회 운영 경과 및 향후 계획, ❸<심의> 고위험 산모·신생아 진료 개선을 위한 대정부 권고(안), ❹<심의> 간호간병 개선을 위한 대정부 권고(안)

2 주요 논의 내용

1 고위험 산모·신생아 진료 개선

- 지역 공공병원 기능·역량을 강화하고, 산전 진찰병원-분만병원 간 연계 체계 및 네트워크 강화 필요
- 고위험 산모 등록 기반 통합관리체계 및 지역 단위 모자의료 전달 체계 제도화와 함께 취약지역 맞춤형 지원 체계 마련
- 병상·의료인력·실제 치료 가능 여부 등을 반영한 치료 자원 가용성 정보 시스템 구축 필요
- 이탈 전문의 복귀를 위한 구조적 지원, 공공병원 중심 조산사 양성·활용 확대, 국립대병원 전공 교원 확충 등 인력 기반 강화
- 소액 사고 및 필수의료 외 분야까지 의료사고 보상을 확대하고, 고위험 산모·신생아 진료에 대한 국가 재정지원 확대 필요

□ 2) 간호·간병 개선

1) 급성기 간호·간병 체계 개선

- 간호·간병 서비스 확대는 공공·민간 병원이 함께 참여할 수 있도록 제도 설계
- 간호간병통합서비스는 중증 환자 중심으로 확대하고, 간병비 부담 완화, 환자 안전관리 강화 및 이용 가이드라인 마련 필요
- 수가 개선과 장기요양보험과의 역할 재정립이 필요하며, 국민적 인식 개선과 함께 장기적으로 포괄적/통합 간호 서비스 체계로 전환 필요

2) 요양병원 기능 개편 및 간병비 부담 경감

- 간병 급여화는 요양병원 기능·체계 재편과 연계하여 단계적으로 추진하고, 구체적 대상·방식은 실행계획 수립 과정에서 면밀 검토
- 건강보험 급여 대상은 의료적 필요에 의한 간병으로 한정하고, 복지 차원의 간병은 별도의 사회적 지원 체계 마련
- 국민이 체감할 수 있도록 간병비 부담 경감 목표 설정을 구체화하고, 초고령 사회에 대비한 구강 건강 관리도 함께 강화할 필요

3) 지역사회 돌봄 및 인프라 확충

- 고령자 중심의 AI 기반 재택의료-간호-통합돌봄 통합 데이터 플랫폼 구축과 국내 기업이 개발·활용할 수 있는 환경 조성
- 재택의료에 있어 환자·보호자의 능동적 참여 기반 강화와 지역 거점 간호 인력 배치를 통한 재택간호·지역 돌봄 기능 강화 필요
- 간호·간병 인력 확충과 처우 개선, 사설 간병인 質 관리 및 외국인 인력 활용 등을 통해 지속 가능한 인력 기반 마련

1 고위험 산모·신생아 진료 개선

- 의료 공공성 강화가 핵심이며, 개별 센터 확충보다 포괄 2차 병원·책임의료기관 중심으로 지역 공공병원 기능 강화가 우선
- 산전 진찰 병원과 분만병원 간 진료 연계가 실제 현장에서 원활히 작동하는지 지속 점검 및 개선 필요
 - 네트워크 관리와 적절한 보상 체계 마련 필요
- 권고안이 향후 他 필수의료 분야에도 적용 가능한 모델이 될 것이며, 실행 단계에서 가치·전략을 명확히 설정할 필요
- 이탈 전문의 유인책은 교육 외에도 구조적 지원이 병행될 필요
- 조산사 양성 체계 구축과 활용 확대가 필요하며, 공공병원 중심 채용 및 교육 체계 마련 필요
- 국립대병원 전공 교원은 교육·진료 부담이 가중되지 않도록 충분한 규모로 확충·배정 필요
- 고액 사고 외에도 실제 빈도가 높은 소액 의료사고 보상 강화가 더욱 필요하며, 장기적으로 필수의료 外 분야까지 보상 확대 필요
- 건강보험 외에도 국가 재정지원 확대가 필수적이며 안정적인 재원 확보방안 마련 필요
- “혁신은 연결”이며, 지역의료·응급·전달체계를 통합하는 과정의 비용과 재정 지속 가능성도 함께 고려
- 병상뿐 아니라 의료인력과 실제 치료 가능 여부를 포함한 치료 자원 가용성 정보 시스템 구축을 주요 정책과제로 추진 필요

- 고위험 산모 등록 기반 통합관리체계 및 지역 단위 모자의료 전달 체계 제도화와 함께 취약지역 맞춤형 지원 체계를 마련할 계획
- 다만, 난임 정책 제안은 의료계·국민의 인식 개선이 필요한 사안으로 충분한 의견 수렴과 논의를 거쳐 검토 예정

2] 간호·간병 개선

1) 급성기 간호·간병 체계 개선

- 비수도권 국공립병원 중심 간호·간병 서비스 확대는 민간 병원 제외 시 의료기관 간 형평성 문제 등이 우려되므로, 민간 병원에도 동일한 참여 기회 제공 필요
- ⇒ 권고안의 취지는 민간 병원 배제가 아닌, 공공병원부터라도 우선 추진하자는 것으로, 취지를 살려 표현 수정 필요
- 수도권·비수도권을 막론하여 모든 공공의료기관은 간호·간병 서비스를 시행할 필요
- 간호간병통합서비스는 중증 환자 수용 확대와 간병비 부담 완화에 중점을 두고 개선 필요
- 간호간병통합서비스 이용 가이드라인 마련과 환자 안전관리 강화가 필요하며, 병원이 적극 참여하도록 정책적 유인 강화 필요
- 간호간병통합서비스의 수가 개선이 필요하며, 건강보험-장기요양보험과의 역할 재정립 필요
- 국민에게 의료가 책임질 영역과 개인의 자립 영역을 명확히 안내하는 인식 개선과 함께,
 - 장기적으로는 간호·간병이라는 개념 대신 포괄적 간호 서비스 또는 통합 간호 서비스 개념으로 전환 필요

2) 요양병원 기능 개편 및 간병비 부담 경감 등 만성기 혁신

- 의료역량 높은 요양병원 중심으로 간병 급여화 적용 시, 제외되는 요양병원 환자의 형평성 문제 발생 우려
 - 병원 단위로 급여 여부를 일률적으로 구분하기보다 병원 내 다양한 환자 특성을 고려할 필요
- ⇒ 간병 급여화는 요양병원 기능·체계 재편과 함께 접근해야 하며,
 - 단계적 급여화 추진에 있어 구체적인 대상·방식은 향후 실행 계획을 수립하는 과정에서 면밀히 검토할 계획
- 국민이 체감할 수 있도록 간병비 부담 경감 목표치를 구체적으로 제시하고, 이에 맞춘 제도 설계 필요
- 건강보험 급여 대상은 의료적 필요에 의한 간병으로 한정해야 하며, 복지 차원의 간병은 별도의 사회적 지원 체계* 마련이 필요
 - * 의료기관 후원기금 활용, 사회복지사 확충 등
- 초고령사회에서 구강 건강은 필수 요소인 만큼, 구강 건강관리 지표 및 교육프로그램 반영 필요
 - 구강위생·섭식·연하·흡인성 폐렴 예방 등이 충분히 반영될 필요

3) 재택간호서비스 등 지역사회 혁신

- 지역사회 통합돌봄은 실행 전략과 가치 전환까지 포함한 논의가 필요하며, 의료혁신위원회가 미래 방향을 제시할 필요
- 재택의료-간호-통합돌봄은 단순 데이터 연계가 아닌, 고령자 중심 통합 데이터 플랫폼으로 재설계해야 하며, AI 기반 통합관리·공유체계 구축이 필요
 - 해외사례처럼 의료부터 돌봄까지 하나의 플랫폼에서 관리하는 체계를 국내 기업이 개발·활용할 수 있는 환경 마련

- 재택의료에 있어 환자·보호자의 능동적 참여 기반* 강화 필요
 - * 디지털 기기 활용, 환자·보호자 교육, 자가관리 지원 체계 등
- 주민자치센터 등 지역 거점에 간호 인력 배치를 통해 재택간호 및 지역 돌봄 기능을 강화하는 방안 검토 제안
- 간호간병통합서비스 확대, 요양병원 기능 개편, 재택의료·통합돌봄 개편 등 정책 추진 과정에 권고안을 적극 검토하겠으며,
 - 건강보험과 장기요양보험으로 이원화된 재택의료 체계를 통합하고 지역사회 간호 공급 체계를 개편할 계획

2) 인력 수급·처우 개선 등 인프라 정비

- 장기적으로는 보호자 없는 병동을 목표로 의료·지원 인력 확충 필요
- 중증·고령 환자의 간호·간병 과정에서 발생하는 법적 위험도 함께 고려
- 간호·간병 확대는 의료인력 확충과 추가 재정 투입이 전제되어야 함
- 사설 간병인의 質 관리와 외국인 간병인 활용 확대도 함께 검토 필요
- 요양보호사, 간호사 등 간호·간병 인력 처우 개선 우선 추진 필요
- 젊은 간호사와 간호대학생의 의견을 적극 수렴하고, 간호사 경력 개발 등을 고려한 정책 설계 필요
- 권고안이 실효성을 가지려면 인력·재정 확보가 핵심이며, 경제 성장에 따른 추가 재정을 간호·간병 분야에 적극 투자

구분	성명	직위·경력	참석 여부
위원장	정기현	前 국립중앙의료원장	○
민간위원	김창수	연세대학교 의과대학 교수	○
	김유일	전남대병원 교수	○
	한성존	대한전공의협의회장	○
	권정택	중앙대학교병원 신경외과 교수	○
	조승연	영월의료원 외과 과장	○
	박진식	세종병원 이사장	○
	권공록	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	○

제8차 의료혁신위원회 안건

안건번호	제2026 - 8 - 2호	보고
보고일자	2026년 7월 30일	

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

소 관	의료혁신추진단
제출일	2026년 7월 30일

□ 제7차 회의(6.30.)

- (안건) 지역·필수·공공의료 강화를 위한 거버넌스 구축 방안 발제·논의(나백주 위원)

< 지역·필수·공공의료 강화를 위한 거버넌스 구축 방안 주요 내용 >

- (예산) 지역필수의료 특별회계 내 지방정부 자율 편성 예산 마련, 성과에 따라 차년도 예산 추가 배정 등 인센티브 제공
- (위원회) 광역·기초 단위 위원회 마련, 단순 자문·심의를 넘어 의결하는 행정위원회로 격상, 독립 사무처 마련 및 중장기 계획과의 정합성 검토
- (시민참여) 위원회 등의 정책 결정 과정에 직접 시민이 참여하는 구조 마련

- (논의결과) 지방분권은 중앙-지방정부 간 역할·책무를 재설계하는 방향으로 추진하며 지역 자율성과 중앙정부 책임의 균형 필요
 - 지역별 역량·여건을 고려한 단계적 분권 추진 필요성에 공감
 - 지역의 자율성 강화를 위한 포괄 보조 방식의 재정지원 제시

□ 제8차 회의(7.14.)

- (안건) 지역·필수·공공의료 강화를 위한 지역 권한 및 역량 강화 방안 발제·논의(이희영 분당서울대병원 교수)

< 지역·필수·공공의료 강화를 위한 지역 권한 및 역량 강화 방안 주요 내용 >

- 조례 등을 통해 협력형 조정체계, 정책센터 등 상설 전문지원체계, 지역필수의료 특별회계 등 공동 재정·계약체계, 숙의패널 등 지역필수의료 공동창출체계, 재정 환류 등 성과·형평 환류체계 마련 필요

- (논의결과) 상설 전문 지원체계의 경우 독립성을 갖춘 조직으로 구축하고 성과 평가와 지역 역량 강화 지속 지원
 - 지자체 내 지역·필수·공공의료 전담 조직 마련 및 인력 기반 강화 필요성에 공감
 - 민간의료기관 참여 활성화를 위한 계약·인센티브 필요성 제시

□ 제9차 회의(7.28)

- (안전) ^지역공공보건의료 현황(김명희 위원), ^의료 혁신과 지방의료원(조승연 위원), ^의료기관의 공익성 어떻게 높일 것인가(옥민수 위원) 발제·논의

< 발제 주요 내용 >

1. 지역공공보건의료 현황(김명희 위원 발제)

- 공공병원의 경우 정책 수단 역할 하기에 기관 수, 병상수 모두 부족
- 상급종합병원인 공공병원의 경우 민간 대비 진료역량이 부족하지 않으나, 지역거점공공병원의 경우 포괄2차 의료 보장을 목표로 지원 필요

2. 의료 혁신과 지방의료원(조승연 위원 발제)

- 단순 적자 보전이 아닌 필요한 공공의료 기능을 지정하고 이에 부합하는 보상을 제공하여 지속 가능성 담보
- 지방의료원은 지역책임의료기관이자 포괄2차종합병원 역할·기능 수행, 표준운영 지침 마련, 인프라 확충, 우수한 의료인력 확보 제시

3. 의료기관의 공익성, 어떻게 높일 것인가(옥민수 위원 발제)

- 의료기관의 공익적 역할을 구체화하고 이를 평가(전달체계, 지역완결, 의료의 질, 공공보건의료 활동 등)할 수 있는 체계 마련 필요
- 공익형 의료법인 도입은 의료기관의 책무성 제도화를 위한 정책적 대안
- 역할 부여, 평가, 지원, 환류가 연결되는 공적 거버넌스 구축 제시

- (논의 결과) 지역 필수의료 공백 해소 및 공공보건의료체계 강화를 위해 지역의료기관 등의 역할 재정립 및 역량 강화 필요
 - 기존의 공공병원 프레임(취약계층 전담 등)에서 벗어나 표준화된 적정 진료 및 지역 필수의료 거점으로 역할 재정립
 - 지방의료원의 지역책임의료기관 역할 수행을 위한 최소한의 규모와 필수의료 진료 역량 확보
 - 단기 대책을 넘어 장기적·근본적 의료인력 수급 대책을 수립하고, 공익적 기능 수행을 위한 새로운 보상 체계 검토

□ 향후 계획

- 지역·필수·공공의료 강화를 위한 인력 양성 및 국가책임 의료사고 안전망 구축 방안 논의 예정

□ 제8차 회의(7.14.)

- (안건) 초고령사회 예방적 보건의료체계 구축을 위한 지역보건·일차의료 개선방안 발제 및 논의(윤태호 위원장, 이해진 위원, 박민정 위원)

< 발제 주요 내용 >

1. 초고령사회 예방적 보건의료체계 구축을 위한 지역보건 혁신방안 (윤태호 전문위원장 발제)

- (검토 배경) 초고령화 및 지방 인구감소로 지역 간 건강격차 및 필수의료 접근성 문제 심화, 현행 지역보건의료기관 중심 체계는 문제 대응에 한계
- (주요 내용) '인구집단 건강'으로 지역보건의료체계 관점을 전환하고 소생활권 단위로 지역보건의료기관 재구조화

2. 예방적 건강관리부터 생애말기까지, 지역보건과 일차의료체계 개선방안 (이해진 위원 발제)

- (검토 배경) 고령화 심화로 여러 질환에 대한 약물관리 및 지속적 건강관리 등이 필요하나 분절적 의료서비스, 일차의료 취약으로 한계
- (주요 내용) 일차의료를 '의원'이 아닌 '최초접촉·포괄성·조정기능·지속성'이라는 속성 충족 여부로 재정의 필요, 지역사회 기반 일차의료 체계 강화 및 통합돌봄 내 재택의료·재택임종 지원 확대, 지불제도 개편 등 필요

3. 지역사회 일차의료에서 한의학 역할과 가능성 제고방안 (박민정 위원 발제)

- (검토 배경) 만성질환 증가, 의사(취약지 공보의 포함) 부족 등으로 일차의료 공백 심각, 가용 의료자원으로서 한의사 활용 검토 필요
- (주요 내용) 의료취약지 접근성 강화 및 재택의료·통합돌봄 강화 위해 한의사를 포함한 다직종 협력모형과 법적근거 마련 필요, 한의사 일차의료 역할 수행을 위한 추가교육 추진

- (논의 결과) 초고령사회에 대응하여 주민참여형 협력적 지역보건 거버넌스를 구축하여 소생활권 단위 건강돌봄 생태계 조성 필요
 - 일차의료 정의 공론화·법제화 및 통합적 환자정보 인프라 구축, 직역간 역할을 고려하여 한의 인력에 대한 정합성 있는 검토 필요

□ 향후 계획

- 초고령사회 대응 지역보건·일차의료 권고안 마련을 위한 지속 논의(8월)

□ 제9차 회의(7.28.)

- (안전) 초고령사회 예방적 보건의료체계 구축을 위한 지역보건·일차의료 권고(안) 논의

< 권고안 주요 내용 >

1. 지역 보건의료체계 구축 및 기능 강화
2. 일차의료 기능 정립과 지역사회 기능 확대
3. 소생활권 기반 지역보건-일차의료 협력 활성화
4. 지역보건의료체계 기반 혁신

- (논의 결과) 지역과 환자의 수요를 고려한 지역보건의료기관의 역할 및 기능을 재정립하고, '소생활권' 개념 및 적용범위 명확화 필요
 - 일차의료의 지역사회 내 수행 기능을 구체화하여 책임과 권한을 부여하고 지역보건 및 일차의료 인력 대상 교육·역량강화 방안 강조
 - 지역보건-일차의료 거버넌스 구조 체계화 및 거버넌스를 통한 발전과정에서 지역 주민의 참여 제고방안 마련 필요
 - 지역사회 및 의료기관 간 정보 연계 강화 및 유통되는 의료정보의 질 개선을 통해 AI·데이터 기반 디지털 혁신 수행 필요

□ 향후 계획

- 초고령사회 대응 지역보건·일차의료 개선을 위한 공개 토론회 개최, 권고안 마련 및 혁신위 상정(8월말)

□ 제7차 회의(7.7.)

- (안전) 지속가능한 국민 의료비 관리체계 마련 개관(조민우 위원)
발제 및 향후 의료비 논의계획 논의

< 발제 주요 내용 >

- (국민의료비) 평균 수명 증가는 중요한 성과이나, 급속한 고령화는 국민의료비 증가의 주요 배경
 - 우리나라 국민의료비는 아직 적정 수준이나, 근 시일내 부담이 급속히 증가할 것으로 예상
- (건강보험) 국민의료비 중 가장 큰 비중을 차지하는 건강보험 지출도 의료이용 증가에 따라 빠른 속도로 증가
 - 특히 행위별 수가제, 수가 불균형, 전문의 중심 진료, 제한적인 약제비 관리 등이 관련 요인
 - 보험료 부과체계 개편 등의 노력에도 불구하고, 건강보험 수입 증가 속도 둔화 및 민간보험 등의 문제로 소비자 측면에서의 이용 증가 및 부담 증가 요인도 상존(→건강보험 보장률 정체, 재난적 의료비 문제)
- ➔ 지속 가능한 보건의료체계를 위한 자원 확충 및 지출 관리 고민 필요

- (논의 결과) 의료비 범위 관련, 건강보험뿐 아니라 실손보험, 본인부담금까지 포함하여 포괄적으로 논의 필요
 - 향후 의료비 지출 증가 속도를 고려해 효율적인 의료비 관리 필요성 및 의료비 관리 거버넌스의 국민 참여 확대 방안 필요성도 제시
 - 건강보험 재정 논의시 자원 확충 방안에 대한 논의도 필요
- (향후 논의계획) 의료비의 지속가능성 측면에 중점을 두고 ①비급여와 실손보험 문제, 지출 관리, ②노인의료비 관리, ③지불제도(거버넌스 포함), ④수입(보험료율·재원발굴 등) 4가지 주제에 대해 논의 진행

□ 제8차 회의(7.21.)

- (안전) 건강보험 지출관리 현황(박종현 위원), 비급여관리의 필요성 및 정책방향(국민건강보험공단 서남규 비급여관리실장)

< 발제 주요 내용 >

1. 건강보험 지출관리 현황

- (현황) 건강보험 지출 관리 기전으로는 수진자 수·수진자당 내원일수·내원일당 진료량 등 진료량 요인 관리와 상대가치점수·환산지수 등 가격요인 관리가 존재
- 다만, 환산지수의 증감률 산출 모형인 SGR 모형의 불안정성 등으로 인해 환산지수가 실질적으로 지출관리 기능을 충분히 수행하지 못하고 있는 상황
- (개선) 중장기적으로 SGR 모형의 안정성 개선 및 환산지수 계약 유형 세분화를 통한 환산지수의 지출관리 역할 강화 방안 제시

2. 비급여관리의 필요성 및 정책방향

- (현황) 우리나라 국민의료비는 OECD 회원국 중 가장 빠른 속도로 증가하고 있으며, 비급여의 변동은 최근 건강보험 보장률 변동의 주요인
- 특히, 실손보험의 비약적 상승은 전체 의료비, 건강보험 재정, 보장성 정책 등에 영향
- (정책 추진 경과) 정부에서는 비급여 관리를 위해 관리급여 지정·자율시정, 비급여 보고제도 등을 추진 중

- (건강보험 지출관리) 건강보험 재정의 지속가능성 확보를 위한 진료량 등에 대한 관리체계 강화 필요성에 공감
- (비급여관리) 실손보험과 비급여에 대한 관리체계를 강화하여 건강보험 및 의료공급체계의 지속가능성 확보 필요
- 적정 진료 기준 마련, 비급여 목록화·표준화 및 관리급여·자율시정 효과 등에 대한 지속적 모니터링 등 비급여 관리체계 고도화 필요성 제시

□ 향후 계획

- 노인의료비 관리, 지불제도, 수입 등 의료비 관련 논의 지속

제8차 의료혁신위원회 안건

안건번호	제2026 - 8 - 3호	보고
보고일자	2026년 7월 30일	

안건명	지역·필수·공공의료 강화 추진전략
-----	--------------------

소 관	의료혁신추진단
제출일	2026년 7월 30일

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

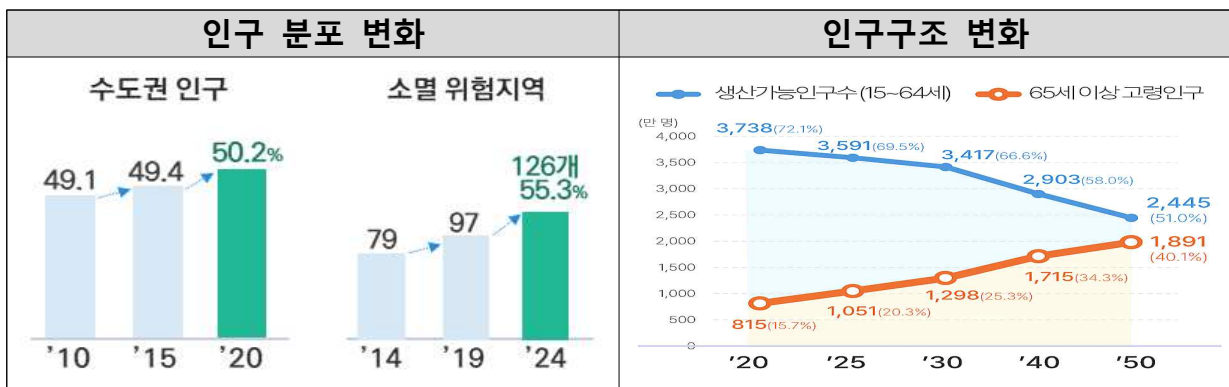
② (인구구조 변화) 저출생·고령화는 지속, 지방일수록 악영향

- 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)

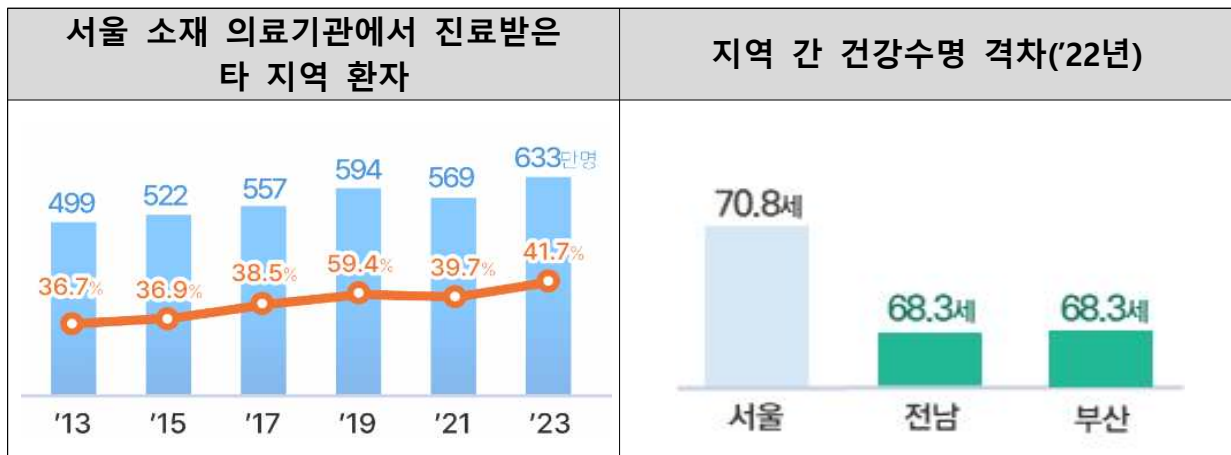
II. 지역 · 필수의료의 현황과 주요 원인

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 위라벨의 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(5급3특), 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

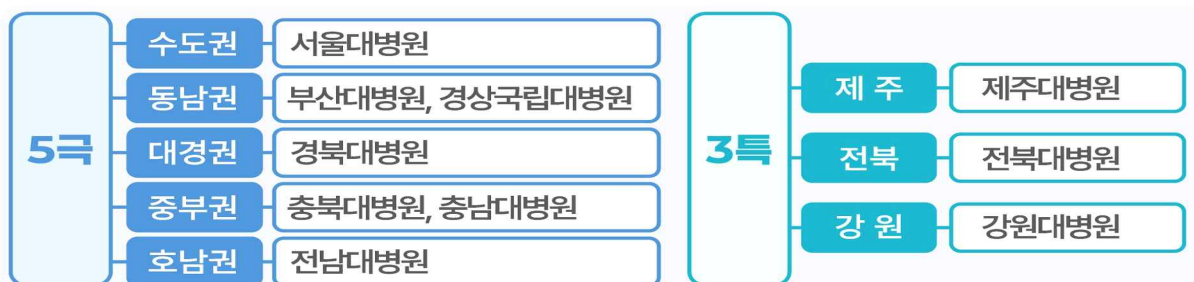
- (진료권) 대·중·소진료권별로 중증도에 따른 지역 완결적 의료체계를 구축하도록 의료기관 선별 및 집중 육성('27년~)



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

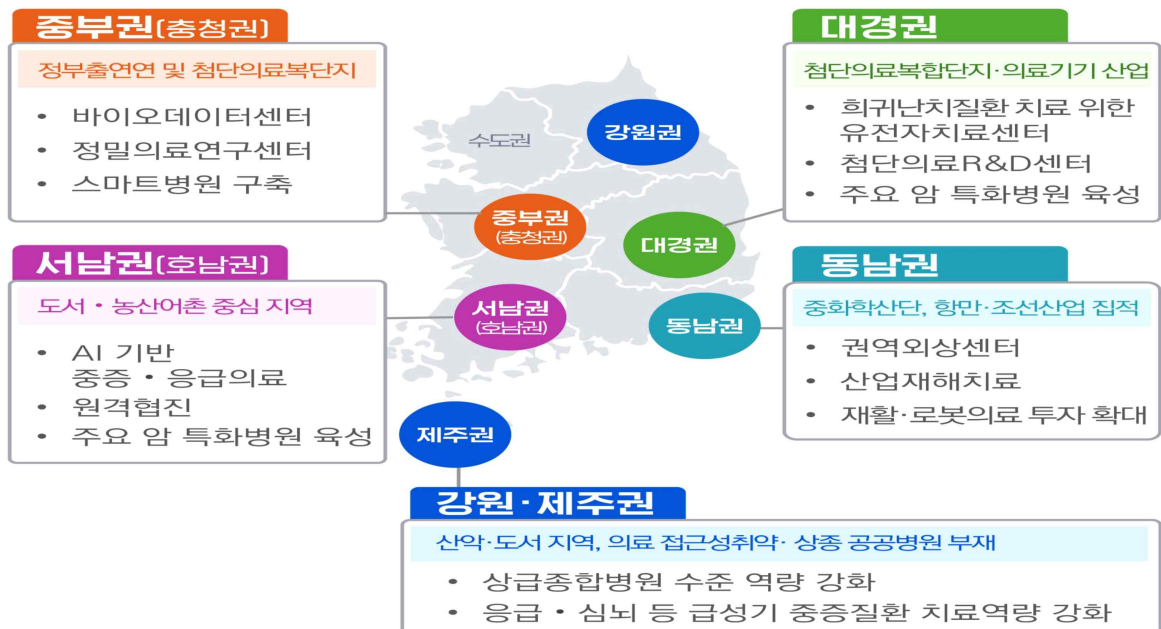
□ [대진료권] 5극3특 내 중증진료 완결 및 교육·연구체계 강화

- (국립대병원) 지역 국립대병원을 수도권 빅5 병원 수준으로 육성

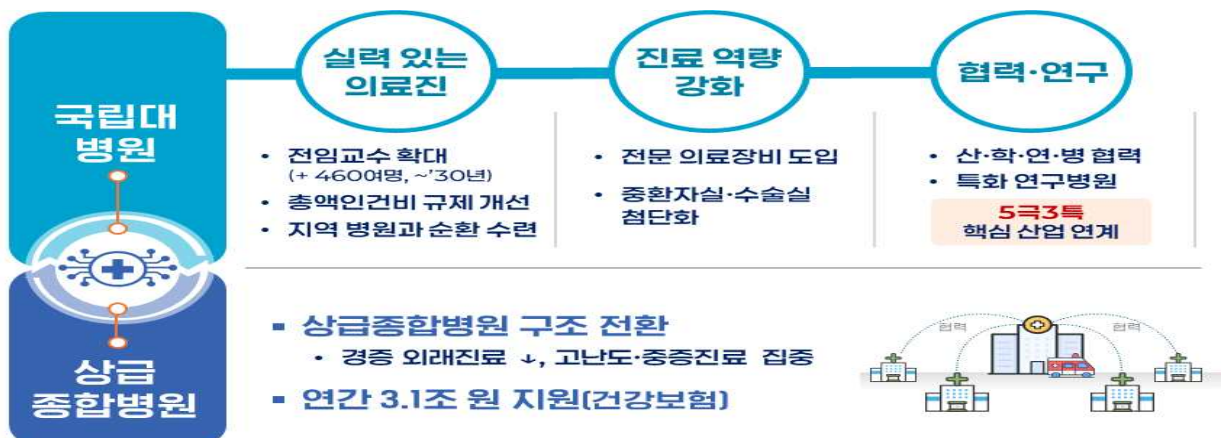


- 전임교수 확대(460여명) 및 병원별 총액인건비 제한 등 규제개선을 통해 우수 의료인력 확보(현 인력 대비 30% 확충, ~'30년),
- 5극3특 특화 발전 지원 및 암·심뇌혈관질환 등 필수의료 관련 전문센터 투자 확대

- 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 처치

□ [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~) 	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

□ [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 비의료인력 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" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;"> 지역의사제 32개 대학, 5년간('27~'31) 2,942명 • 입학부터 국가가 지원 • 10년 지역에 근무 </td> <td style="background-color: #e6f2ff;"> 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·필수공공의료에 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

지금은	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

제8차 의료혁신위원회 안건

안건번호	제2026 - 8 - 4호	보고
보고일자	2026년 7월 30일	

안건명	제1차 의료혁신 시민패널 공론화 결과
-----	----------------------

소 관	시민패널 운영위원회
제출일	2026년 7월 30일

I. 개요

1 의료혁신 시민패널

- (목적) 국민 참여 숙의를 통해 의료혁신 정책의 완성도 제고, 정책 실행력 강화를 도모하고 정책 리스크와 사회 갈등을 완화
- (구성) 성별·연령·권역·도시규모 및 논의 주제를 고려한 300인

※ 시민패널 모집 방법

- ▶ (모집 대상) 전국에 거주하는 만 18세 이상 남녀 300명
- ▶ (모집 방법) 3만 개(목표 표본의 100배수)의 휴대전화번호를 무작위 전화번호 생성 방식(Random Digit Dialing, RDD)으로 추출 후 전화면접조사 방식으로 모집
- ▶ (표본 배분) 모집단의 성별, 연령, 권역, 의료접근성별 분포에 맞게 표본을 배분하고, 상반기 공론화 의제 성격을 고려해 의료취약지를 추가 할당

- (특징) 특정 의제에 대한 단발성 숙의단 구성이 아니라, 의료혁신 논의에 대한 지속 참여가 가능한 시민패널 형태로 구성
 - * 복잡한 의료정책 관련 충분한 숙의 보장, 지속적이며 다양한 형태 숙의 진행을 도모
- 상반기 공론화(7월) 후, 의료혁신위 논의 중 필요성이 제기되는 주제에 대하여 다양한 방식(온·오프라인)으로 공론화 지속 진행

2 제1차 공론화 숙의토론회

- (행사명) 지역·필수의료 소생을 위한 의료혁신 시민패널 공론화
 - * (세부 의제) ①[이용] 지역의료에 대한 국민 기대수준 및 이용 조건, ②[공급] 지역·필수의료 공급 주체 및 투자 방향, ③[정책 성공요건] 국민 시각에서의 정책 성공 기준
- (일시 및 장소) '26. 7. 4. (토) ~ 7. 5. (일), 일산 킨텍스
- (주요 참석자) 장관, 의료혁신위원장 및 의료혁신위 위원, 시민패널 운영위원장 및 시민패널 운영위 위원, 의료혁신추진단장 등
- (토론참가) 의료혁신 시민패널 300명(최종 참석 291명)

3 의료혁신 시민패널 참석 현황

□ 최종 참석률 96.4%, 총 302명 중 291명 참석, 11명 불참

○ (성별) 남성 53.6%(156명 참석), 여성 46.4%(135명 참석)로 구성

구분	합계(명)	참석(명)	불참(명)	참석률(%)	참석자 구성비
남성	164	156	8	95.1%	53.6%
여성	138	135	3	97.8%	46.4%
소계	302	291	11	96.4%	100.0%

○ (연령) 만 18~29세 15.5%, 30대 13.4%, 40대 17.2%, 50대 22.%, 60대 32.0%로 구성

구분	합계(명)	참석(명)	불참(명)	참석률(%)	참석자 구성비
만18-29세	47	45	2	95.7%	15.5%
30대	40	39	1	97.5%	13.4%
40대	54	50	4	92.6%	17.2%
50대	65	64	1	98.5%	22.0%
60세 이상	96	93	3	96.9%	32.0%
소계	302	291	11	96.4%	100.0%

○ (지역) 서울 15.5%, 경기·인천 30.2%, 중부권 17.2%, 호남권 12.4%, 대경권 9.5%, 부울경 15.1%로 구성

구분	합계(명)	참석(명)	불참(명)	참석률(%)	참석자 구성비
서울	46	45	1	97.8%	15.5%
경기·인천	93	88	5	94.6%	30.2%
중부권	51	50	1	98.0%	17.2%
호남권	39	36	3	92.3%	12.4%
대경권	28	28	0	100.0%	9.6%
부울경	45	44	1	97.8%	15.1%
소계	302	291	11	96.4%	100.0%

Ⅱ. 조사 개요

1 설문조사 개요

구분	기초조사	사전조사	사후조사
조사시기	자가 숙의 전 실시(6.2.~6.7.)	1일차 토론회 개최 직전(7.4.)	2일차 토론회 종료 직후(7.5.)
조사대상	의료혁신 시민패널		
유효 표본수	291명 ※ 숙의과정을 완료하고 3회 조사에 모두 참여한 시민패널 기준		
표본오차	95% 신뢰수준에서 $\pm 5.74\%p$		
가중치 산정	'26.6월말 기준 모집단의 성, 연령, 권역, 도시규모에 맞게 가중(림가중*) * 조사 응답자의 구성이 실제 인구구성과 일치하도록 통계적 보정		
조사방법	자기기입식 웹조사와 전화면접조사 병행	자기기입식 웹조사와 대면면접조사 병행	

2 응답자 특성

구분		조사 완료		가중치 적용	
		사례수(명)	비율(%)	사례수(명)	비율(%)
전체		291	100.0	291	100
성별	남자	156	53.6	144	49.5
	여자	135	46.4	147	50.5
연령	만18-29세	45	15.5	43	14.8
	30대	39	13.4	44	15.1
	40대	50	17.2	49	16.8
	50대	64	22.0	56	19.2
	60세 이상	93	32.0	99	34.0
권역	서울	45	15.5	54	18.6
	경기/인천	88	30.2	95	32.6
	중부권(대전·충청·강원)	50	17.2	40	13.7
	호남권(광주·전라·제주)	36	12.4	31	10.7
	대경권(대구·경북)	28	9.6	28	9.6
	부울경(부산·울산·경남)	44	15.1	43	14.8
의료 접근성	수도권 의료 미취약지	127	43.6	143	49.1
	비수도권 의료 미취약지	106	36.4	105	36.0
	의료 취약지	58	19.9	43	14.9

[참고] 의료취약지

- ▶ 본 조사 결과 분석에서 '**의료취약지**'는 보건복지부 고시로 지정된 분만산부인과, 소아청소년과, 인공신장실, 응급의료분야 취약지와 병원급 이상 의료기관이 없는 시·군을 종합한 111개 시·군을 의미
- 거주지 의료접근성에 따라 응답자를 **수도권 의료 미취약지·비수도권 의료 미취약지·의료취약지**로 구분하여 분석

< 의료취약지 시·도별 현황 >

시·도	의료 취약 시·군	개수
인천광역시	강화군, 옹진군	2
경기도	가평군, 동두천시, 양평군, 여주시, 연천군, 포천시	6
강원특별자치도	강릉시, 고성군, 동해시, 삼척시, 속초시, 양구군, 양양군, 영월군, 인제군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군	16
충청북도	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군, 음성군, 제천시, 증평군, 진천군, 충주시	10
충청남도	계룡시, 공주시, 금산군, 논산시, 당진시, 보령시, 부여군, 서산시, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군, 홍성군	13
전북특별자치도	고창군, 김제시, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 완주군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군	11
전라남도	강진군, 고흥군, 곡성군, 광양시, 구례군, 나주시, 담양군, 무안군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군, 화순군	19
대구광역시	군위군	1
경상북도	고령군, 김천시, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 안동시, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 예천군, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군, 칠곡군	18
경상남도	거제시, 거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 사천시, 산청군, 의령군, 창녕군, 통영시, 하동군, 함안군, 함양군, 합천군	14
제주특별자치도	서귀포시	1
합 계	전국 11개 시·도	111

* 출처: 보건복지부 「의료취약지 지정 현황」 및 건강보험심사평가원 「지역별·종별 요양기관 수 현황」

3

설문조사 내용

번호	문항	기초 조사	사전 조사	사후 조사
문1	지역에서 보장받아야 할 의료서비스의 범위	-	○	○
문2	지역(진료권) 내에서 우선적으로 보장받아야 할 의료서비스	-	○	○
문3	지역 거점병원의 역량이 강화된다면, 지역 거점병원 이용 의향	-	○	○
문3-1	지역 거점병원이 갖추어야 할 필수 요건	-		○
문3-2	지역 거점병원 이용 장려 방안	-		○
문4	지역의료 문제에서 중요하게 고려해야 할 가치	-	○	○
문5	지역·필수의료 강화 정책 중요도	-	○	○
문6	지역·필수의료 강화 정책 중 최우선 추진 정책	-	○	○
문7	지역·필수의료 인력 공급 정책에 대한 동의 정도	-	○	○
문8	지역·필수의료 인력 공급 정책의 중요도	-	○	○
문9	지역·필수의료 인력 공급 정책 중 최우선 추진 정책	-	○	○
문10	정부 인력 공급 정책의 실현 가능성 인식	-	○	○
문10-1	(실현가능성이 낮다면) 그렇게 생각하는 이유			
문11	지역·필수의료를 보장하기 위한 의료 공급 방식 선호 - 공공병원 집중 투자를 통해 지역·필수의료를 안정적으로 보장 - 역량 있는 민간병원에 공공적 역할을 부여하여 지역·필수의료를 내실 있게 보장	○	○	○
문12	인구가 적은 지역의 필수의료 공급 방식 - 인구가 적어 환자가 줄어드는 지역이라도, 국가는 재정을 투입해서라도 필수의료 기능 유지 - 의료자원이 한정되어 있다면, 이용량이 적은 지역의 의료시설은 인근 지역과 통합·재편	○	○	○
문13	지역·필수의료 정책 시행 시 거주지역 의료환경 개선 기대	-	○	○
문14	정주 여건에서 의료환경 중요도	-	○	○
문15-1	지역의료 보장 시 지방 거주 의향	○	○	○
문15-2	지역·필수의료를 위한 건강보험료, 세금 인상 시 수용 의향	○	○	○
문16~22	지식측정 문항 (7개 문항)	-	○	○
문23	[공론화 평가] 공론화 효과 및 수용도	-	-	○
문24	[공론화 평가] 숙의 과정별 공정성	-	-	○
문25	[공론화 평가] 의견 형성 도움 정도	-	-	○
문26	[공론화 평가] 숙의자료 열독 정도	-	-	○
문27	[공론화 평가] 토론 환경 만족도	-	-	○
문28	[공론화 평가] 전반적 만족도	-	-	○

Ⅲ. 주요 결과

1 지역에서 보장받아야 할 의료서비스의 최소 공급 범위

○ 숙의 후 시민패널은 '경증·일상 진료는 더 가까이(내 지역), 중증·고난도는 거점·광역으로'라는 인식 강화

❶ 시민패널 10명 중 6명은 우리 시군구 안에서는 경증, 야간·휴일 소아 진료, 24시간 응급실 진료, 분만까지는 최소한 보장되어야 한다고 응답

* 골든타임 내 치료도 우리 시군구 안에서 받아야 한다는 응답이 48.1%로 상대적으로 높으나, 숙의 후 우리 시군구 안은 감소(55.3→48.1%), 인근 진료권 안은 증가(27.1→38.3%)

❷ 시민패널의 52.2%는 인근 시·군 포함 진료권 안에서 맹장 등 입원·일반 수술까지는 최소한 보장받아야 한다고 응답

* (입원·일반수술) 우리 시군구 안 40.9→17.3%로 감소, 인근 진료권 안 34.7→52.2%로 증가

❸ 시민패널의 52.9%는 광역(시·도)에서는 암 등 중증·고난도 수술까지 보장해야 한다고 응답

* 숙의 후 중증·고난도 수술을 우리 시·군·구 안에서 받아야 한다는 응답은 13.9→1.7%로 급감하고, 광역·타 지역으로 이동

< 지역에서 보장받아야 할 의료의 범위(사후조사) (단위: %) >

의료서비스	시·군·구 안	진료권 안	광역 (시·도) 안	수도권 등 타지역 까지	잘 모르겠다	사전→사후 변화
감기·만성질환 등 가벼운 진료	94.3	4.4	0.8	0.0	0.6	시·군·구 ↑
야간·휴일 소아 진료	77.1	18.8	3.1	0.8	0.3	시·군·구 ↑
분만(출산)	59.9	32.7	5.1	2.0	0.3	유지
24시간 응급실 진료	66.0	27.3	4.9	1.8	0.0	유지
심근경색·뇌졸중 등 골든타임 내 치료	48.1	38.3	11.3	1.8	0.5	진료권 ↑
퇴원 후 재활·요양	40.6	27.5	18.8	10.6	2.4	유지
입원·일반 수술(맹장 등)	17.3	52.2	26.5	3.6	0.3	진료권 ↑
암 등 중증·고난도 수술	1.7	6.6	52.9	37.2	1.6	광역·타지역 ↑

- 모든 서비스를 지역(진료권) 안에 갖추기 어렵다면, 보장받아야 할 의료서비스의 우선순위를 묻은 결과(1+2순위), 응급 계열*이 최상위를 유지

* 24시간 응급실 진료(61.9%), 심근경색·뇌졸중 등 골든타임 내 치료(55.4%) 등

- 한편, 숙의 후 소아 진료의 우선순위가 크게 상승(+11.4%p)

② 지역 거점병원 신뢰·이용

- (가치) 지역의료에서 가장 중요하게 고려되어야 할 가치로는 ‘의료의 질’이 64.5%로 ‘의료 접근성(35.1%)’을 상회

< 지역의료 문제에서 중요하게 고려해야 할 가치 (사전, 사후조사) (단위: %, %p) >

구분	사전조사			사후조사			의견 변화(사전→사후)		
	의료 접근성	의료의 질	모름	의료 접근성	의료의 질	모름	의료 접근성	의료의 질	모름
전체	35.0	64.7	0.3	35.1	64.5	0.4	+0.1	△0.2	+0.1
수도권 의료 미취약지	40.5	59.5	0.0	37.3	61.9	0.7	△3.2	+2.4	+0.7
비수도권 의료 미취약지	26.8	73.2	0.0	27.3	72.7	0.0	+0.5	△0.5	-
의료 취약지	37.0	61.1	1.9	46.9	53.1	0.0	+9.9	△8.0	△1.9

- (이용) 거점병원(국립대병원·종합병원 등) 역량이 충분히 강화되면 수도권 대형병원 대신 지역 거점병원을 이용하겠다는 의향은 81.1→89.6%로 상승
- (신뢰 요건) 신뢰의 필수 요건(1+2순위)으로는 ‘의료진 실력·경험’(68.9%), ‘24시간 응급 대응’(51.9%) 순
- (이용 장려 방안) 지역 거점병원 이용 장려 방안(1+2순위)으로는 ‘상급병원이 필요한 때는 검사·진료기록 자동 연계 및 신속한 예약 보장’이 가장 높으며(56.7%), 특히 해당 응답은 의료취약지에서 높게 나타남(64.4%)

3 의료 공급 방식과 공공·민간의 역할

- (전체) 공공병원 집중 투자를 통한 안정적 보장(51.9%)이 역량있는 민간병원에 공공적 역할 부여를 통한 내실있는 보장(47.4%)에 비해 오차 범위 내 우세
- (의료취약지) 기초·사전조사까지 ‘공공병원 집중투자’ 선호가 60% 이상으로 높았으나, 사후조사에서 격차가 좁혀짐(공공 48.6% vs 민간 47.0%)
- (분임토의 결과) 분임토의에서는 공공병원을 지역·필수의료의 중심 기반으로 강화하되 의료취약지·의료공백 지역에서는 민간 인프라를 조건부로 활용하는 보완적 공급체계를 수용가능한 대안으로 인식
 - 단, 민간병원 활용에는 회계 투명성, 관리·감독, 공적 책임·의무 부여, 적정 보상이 전제되어야 한다는 조건을 함께 제시

< 지역·필수의료를 보장하기 위한 의료공급 방식 (단위: %, %p) >

구분	기초조사			사전조사			사후조사			의견 변화 (기초→사후)	
	공공	민간	모름	공공	민간	모름	공공	민간	모름	공공	민간
전체	52.0	45.0	3.0	50.4	48.4	1.3	51.9	47.4	0.7	△0.1	+2.4
수도권 의료 미취약지	50.7	46.0	3.2	47.8	51.5	0.8	51.9	48.1	0.0	+1.2	+2.1
비수도권 의료 미취약지	50.3	46.3	3.4	48.1	50.5	1.4	53.3	46.7	0.0	+3.0	+0.4
의료 취약지	60.1	38.6	1.3	64.5	33.1	2.4	48.6	47.0	4.4	△11.5	+8.4

4 인구 감소 지역의 기능 재편

- (전체) ‘이용량이 적은 지역의 의료시설은 인근 지역과 통합·재편’하는 방식에 대한 지지(61.8%)가 ‘재정을 투입해서라도 기능 유지’(37.5%)보다 높음
 - 통합·재편 지지는 기초조사 대비 +13.5%p 상승하였으며, 상승분의 대부분(+12.4%p)이 자가속의(자료 학습) 단계에서 발생
- (의료취약지) 의료취약지에서는 통합·재편(50.8%)과 기능 유지(47.9%)가 팽팽하여 의료접근성에 따른 지역 간 인식차가 존재

5 지역·필수·공공의료 강화 정책과 인력 양성

① 강화 정책 : 중요도와 최우선 순위

- (중요도) 지역·필수·공공의료 정책별 중요도(매우+대체로)는 '응급 골든타임 내 최종치료 체계 구축'(96.6%)과 '지역·필수의료 인력 양성'(96.4%)이 가장 높으며, 두 정책 모두 숙의 후 상승(각 +3.1%p, +5.3%p)
- '동네의원·보건소 중심 기본의료 해결'은 74.8→86.4%(+11.6%p)로 상승 폭이 가장 크고, '지방 국립대병원 거점 육성'은 88.8→86.9%로 소폭 하락(-1.9%p)
- (최우선 순위) 최우선(중점 추진) 정책으로는 '응급 골든타임 내 최종치료 체계 구축'(25.4%), '지역·필수의료 인력 양성'(23.9%), '지방 국립대병원 10곳 거점병원 육성'(23.1%)이 비슷
- 대부분 정책의 중요도는 90% 안팎으로 높으나, 한정된 자원 배분을 전제하는 최우선 순위는 응급·인력 양성·거점병원 육성 3가지로 수렴

② 인력 공급 정책 : 동의도·중요도(IPA)

- (동의도) 지역 의사 선발·의무복무(89.4%)·거주여건 지원(88.9%)·수가체계 개편(87.4%)·의료사고 안전망(68.6%) 順
- 특히 '수가체계 개편'은 77.1→87.4%로 상승 폭(+10.3%p)이 가장 커 숙의 후 지역·필수의료 보상 강화 필요성에 대한 공감 확대로 해석됨
- (중요도) 지역 의사 선발·의무복무(88.6%)·거주여건 지원(84.1%)·보상 수가체계(82.2%)·의료사고 안전망(61.0%) 순이며, '보상 수가체계'(+8.9%p)·'지역 의사 의무복무'(+7.5%p)는 숙의 후 중요도가 상승

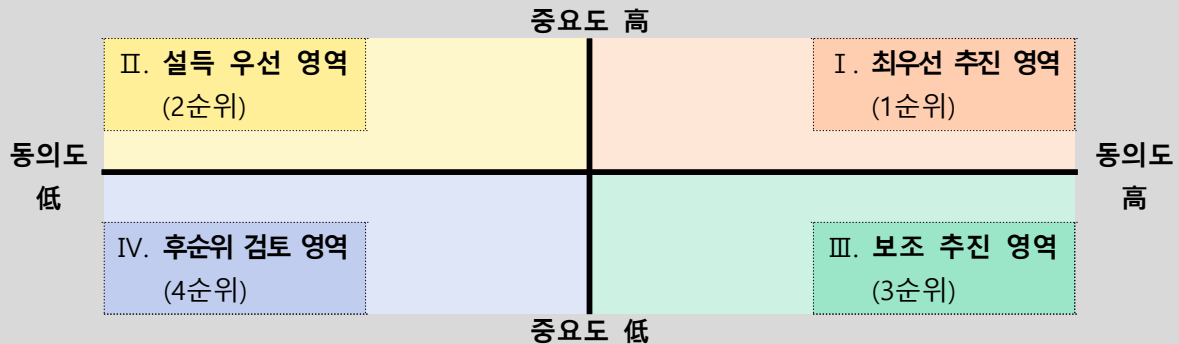
< 인력 공급 정책 동의도·중요도 및 IPA (사후, 단위: %) >

정책	동의도	중요도	IPA 영역
지역 의사 선발·의무복무	89.4	88.6	I. 최우선 추진
5년 이상 근무 거주여건 지원	88.9	84.1	I. 최우선 추진
필수·지방일수록 더 보상하는 수가체계	87.4	82.2	I. 최우선 추진*
의료사고 안전망(배상보험·형사처벌 완화)	68.6	61.0	IV. 후순위 검토

* '보상 수가체계'는 의료취약지에서만 'Ⅱ. 설득 우선 영역'(중요도 ↑·동의도 ↓)에 위치

※ **중요도-동의도 분석 : IPA(Importance-Performance Analysis)**

- ▶ IPA의 X축 중심값은 4개 정책의 동의도 평균, Y축 중심값은 중요도 평균으로, 항목 간 상대적 우선순위를 의미



사분면	동의도(X)	중요도(Y)	의미
I. 최우선 추진 영역	높음	높음	정책의 필요성도 중요하게 인식하고 정책 내용에도 동의하는 영역. 국민적 공감대가 비교적 충분하므로 우선적으로 추진할 정책
II. 설득 우선 영역	낮음	높음	정책의 중요성은 인정하지만 정책에 대한 동의가 상대적으로 낮은 영역. 바로 추진하기보다 설명·보완을 통해 동의를 확보할 필요가 있는 정책
III. 보조 추진 영역	높음	낮음	정책에 대한 거부감은 적지만 다른 정책보다 중요성은 낮게 평가된 영역. 최우선 정책을 보완하는 수단으로 추진하거나 단계적으로 시행할 정책
IV. 후순위 검토 영역	낮음	낮음	중요성과 동의도가 모두 상대적으로 낮은 영역. 즉시 추진하기보다 정책의 필요성과 설계 타당성을 재검토할 필요가 있는 정책

- (IPA) ‘지역의사 선발·의무복무’·‘거주여건 지원’·‘보상 수가체계’는 모두 평균을 상회하는 최우선 추진 영역에, ‘의료사고 안전망’은 후순위 검토 영역에 위치
- 단, ‘보상 수가체계’는 의료취약지에서 중요도는 높으나 동의도가 평균을 밑도는 설득 우선 영역에 해당하여, 해당 지역 대상 설명·설득 선행 필요

③ **정책 실현 기대**

- 정부 인력 대책의 실현 기대는 85.4%(사전)→88.6%(사후)로 상승하였고, 특히 ‘매우 그럴 것’이 23.6%→32.7%(+9.1%p)로 강화
- 실현 가능성을 낮게 본 응답자는 그 이유로 ‘의료진의 지역 정착 유인 부족’(62.1%)을 가장 많이 꼽음(단, 사례수가 적어 해석에 유의 필요)
- 세대차가 뚜렷하여 60세 이상은 전반적으로 동의·기대가 높고, 30·40대는 상대적으로 낮음

6 지역의료와 삶 : 거주·재정 부담

- (의료환경 개선 기대) 정부의 지역·필수·공공의료 정책 시행 시 거주지역 의료환경 개선 기대는 87.2%(사전)→89.8%(사후)로 상승
 - '크게 나아질 것' 응답이 30.2→38.2%(+8.0%p)로 강화되어, 정부 정책에 대한 국민들의 기대가 높은 것을 확인 가능
- (지방 거주 의향) 지역의료이 충분히 보장되면 지방에 거주(정주) 하겠다는 의향은 77.6%(기초)→79.1%(사전)→86.3%(사후)로 상승하였으며, 특히 수도권 미취약지에서 크게 증가(64.6%→80.4%)
 - 지역의료 보장이 실현된다는 신뢰가 형성되면 '정주 의향 상승 → 지역 소멸 완화'로 이어지는 선순환 가능성을 시사
- (정주여건에서 의료의 중요성) 정주 여건에서 의료서비스의 중요성에 대해 '중요하다'(매우+대체로)는 응답이 92.5%로 매우 높음
- (재정 부담) 지역·필수의료를 위한 재정 부담 수용 의향은 52.6%(기초)→57.5%(사전)→63.1%(사후)로 단계별로 상승
 - 숙의를 거치면서 '부담을 감수하더라도 지역·필수의료를 지켜야 한다'는 사회적 수용성이 커진 것으로 해석 가능

IV. 향후 계획(안)

1 거버넌스 주제 추가 공론화

- 충분한 숙의·토론 시간 확보를 위한 거버넌스 주제 공론화 추가 진행(8.26., 온라인) 및 혁신위 결과 보고(9월)

2 제2차 의료혁신 시민패널 공론화

- 제2차 의료혁신 시민패널 공론화 진행(10.31., 잠정)

참고

의료혁신 시민패널 공론화 참여 소감

참여자	참여 소감
울산/ 60세이상	진행자의 매끄럽고 전문적인 진행에 감사드리고, 정책 입안을 하시는 보건 복지부 장관께서 2일간 진행된 토론회 일정에 5시간 이상 함께 하신 점은 의료혁신에 대한 정부의 의지와 진정성을 국민들에게 확실히 각인시키고, 추후 진행되는 의료혁신위의 일정을 매우 신뢰하는 계기가 될 것 같습니다. 혁신위 활동에 끝까지 진정성을 가져 주기를 제언드립니다.
강원/ 40대	마냥 시골에 산다고 의료 체계에 불만만 가지고 '이래서 병세권으로 가야 한다'고 했습니다. 이번 토의를 통해 같은 생각에 대한 공감에 즐거웠고, 다양한 관점의 의견에 많이 도움이 되었습니다. 무엇보다! 정부에서 관심을 가지며 시민의 다양한 의견을 참고한다는 데 긍정적인 정책이 나올 것 같아 기대가 되네요.
부산/ 30대	이번 의료혁신 시민패널 공론화를 통해, 세금을 내는 국민으로서 의료 현실에 더욱더 관심을 가지고 정부가 심사숙고하여 도출하는 바른 결론에 대해 지지해야겠다고 생각했다. 바라는 점은, 국민의 생각도 중요하지만 국민의 일원이자 의료의 주요 핵심 인물인 의사들과 정부의 심도 있는 다빈도 대화가 잘 이루어지면 좋겠다.
부산/ 18~29세	25살, 아직 사회초년생이라 부르기도 힘든 제가 이런 토론회에서 의견을 피력할 수 있을까 하는 걱정이 먼저 들었습니다. 하지만 여러 사람의 시선과 의견이 필요하다고 했고, 위원회에서 배부해 주신 숙의자료집과 E-러닝을 통해 제가 모르는 사회 전반의 필수의료 취약지들의 고충과, 이에 대해 생각해야 할 점을 깊이 고민할 수 있었습니다. 1박2일 동안 뜻깊은 경험을 하여 좋았고, 앞으로도 이런 국민들의 목소리를 모으고 수용하는 위원회가 꼭 이어졌으면 합니다.
서울/ 50대	대면으로 진행된 숙의토론 과정이 정책 신뢰성에 큰 도움이 되었습니다. 평소 생각하지 못했던 의료 분야의 개혁에 대해 깊게 생각할 수 있는 기회가 된 것도, 타인의 의견을 경청할 수 있었던 것도 도움이 되었습니다.

경북/ 30대	이번 공론화를 통해 다양한 의견을 들을 수 있어 의미 있는 시간이었습니다. 지역 공공의료 정책은 지역별 의료 환경과 주민의 실제 불편을 충분히 반영하여 추진되어야 합니다. 특히 응급·분만·소아 등 필수의료는 어느 지역에서나 안정적으로 이용할 수 있도록 정부의 지속적인 지원이 필요합니다. 또한 공론화 결과가 단순한 의견 수렴에 그치지 않고 실제 정책에 반영되는 과정을 투명하게 공개해 국민이 정책 변화를 체감할 수 있기를 바랍니다.
경남/ 50대	필수의료는 매우 중요하다고 생각합니다 전 국민이 필수의료는 꼭 받아야 된다는 생각입니다. 여러가지 의견들이 제대로 잘 반영되어서 소외받는 국민들이 한 사람도 없기를 바랍니다. 다행히 정부에서 여러가지 시행을 하려는 노력이 많은 것 같아서 안심한 부분도 많고 유익한 토론의 장이 된 거 같고 이번 기회를 통해서 많은 배움과 지식을 쌓은거 같아서 도움이 많이 되었습니다
경남/ 50대	보건복지부 장관과 의료혁신위원장 등 적극적인 참여와 의견 청취로 인해 토의에 더욱 집중할 수 있었습니다. 의료혁신 과정을 보다 상세히 국민들에게 안내할 수 있는 정기적인 뉴스와 광고로 국민들이 관심을 가질 수 있도록 적극적인 홍보 부탁드립니다.
충북/ 40대	자유롭게 토론하며 정리하고, 작은 의견이라도 소중하게 여겨 주시는 노력이 느껴졌고, 국민 중심으로 정책을 만들려는 노력에 감동했습니다. 더 좋은 세상에 대한 희망이 보이네요.
전북/ 60세이상	처음 시행하는 행사지만 다들 최선을 다하는 모습에 박수를 보내고 싶고, 이런 공론화가 자주 열려서 여론 형성을 하고 홍보가 꾸준하게 이루어졌으면 합니다.
서울/ 60세이상	매우 유익했으며, 좀 더 참여 의식과 정부 시책에 관심과 참여하며 자부심을 갖게 되었습니다.