제1차 공공보건의료 기본계획
(2016 ~ 2020)

2016. 3.

보 건 복 지 부
공공보건정책관

목 차

Ⅰ. 추진배경 ····· 1

Ⅱ. 공공보건의료정책 현황 및 여건진단 ····· 4

Ⅲ. 공공보건의료 기본계획 추진체계 ····· 7

Ⅳ. 추진전략별 세부과제 및 실행과제 ····· 9

1. 지역간 균형잡힌 공공보건의료 제공체계 구축 ····· 11
2. 필수 분야에 보건의료서비스 적정 공급 ····· 21
3. 취약계층에 대한 의료안전망 강화 ····· 36
4. 공공보건의료 지원기반 확충 및 서비스 질 제고 ····· 46
5. 공공의료기관 운영 효율성 제고 ····· 60

Ⅰ. 추진배경

1 공공보건의료정책 환경변화에 따른 체계적·종합적인 계획 수립 필요

○ **'공공보건의료'의 개념 전환에 따른 서비스 주체 및 대상의 확대**

- **민간의료기관이 90%**에 이르는 보건의료 환경에서 소유주체에 기반한 이분법적인 접근으로는 **실효성 있는 공공보건의료 정책 수행 곤란**

- 이에 **소유주체 중심**(공공vs민간)에서 '공공의 이익 실현'이라는 **기능 중심으로 공공보건의료의 개념 전환** ('13년 2월 공공보건의료법 개정)

< 공공보건의료의 개념 >

구 분	종전 개념	현재 개념
정 의	공공부문(public sector)에 의해 제공되는 보건의료	공공의 이익(public interest)을 위한 보건의료
분류기준	서비스 공급주체에 의한 분류	서비스 기능에 의한 분류
제공기관	공공보건의료기관 (국공립의료기관 및 보건소)	공공보건의료기관 + 민간의료기관 (공공부문의 주도적 역할 필요)
대 상	취약계층 중심	모든 국민

○ 공공의료 정상화를 위한 국정조사 등을 계기로 **공공의료기관의 역할 강화, 공공성과 경쟁력 제고 필요성에 대한 사회적 관심 증대**

- 국립대병원을 제외한 대부분의 공공의료기관이 경쟁력 약화로 인해 **보건의료 분야에 있어 선도적 역할 수행에 한계**

○ **체계적이고 종합적인 공공보건의료정책 수행**을 위해 **공공보건의료 전반을 아우르는 청사진** 필요

- '05년 「공공보건의료 확충 종합대책」 이후 공공보건의료 정책에 대한 **종합적인 계획 단절**

- 그간 공공보건의료 정책이 즉각적·분절적으로 이루어진 측면이 있어 **국가 전체적인 차원에서의 종합적 비전 마련 필요성 증대**

2 기본계획 수립을 위한 법적 기반 마련

○ '12.2월 보건복지부장관이 5년마다 공공보건의료 기본계획을 수립하도록 **「공공보건의료에 관한 법률」 개정**

- 기본계획에 따라 **매년 지자체와 공공보건의료기관은 각각 시행계획과 공공보건의료계획** 마련 필요

구 분	공공보건의료 기본계획	공공보건의료 시행계획	공공보건의료계획	공공보건의료계획 시행결과
수립 주체	◆보건복지부	◆관계 중앙행정기관 ◆관계 공공단체 ◆시·도	◆공공보건의료기관 ※ 보건소·보건지소·보건진료소 및 의원급 기관 제외	
수립 시기	◆매 5년	◆매년 (1월31일까지 제출)	◆매년 (1월31일까지 제출)	◆매년 (3월31일까지 제출)
수립 절차	◆보건의료정책심의위원회 심의	◆지침에 따라 수립하여 보건복지부장관에게 제출	◆관계 중앙행정기관·공공단체 및 시·도를 거쳐 보건복지부장관에게 제출	
수립 내용	◆목표와 방향 ◆추진계획 및 방법 ◆공공보건의료 확충을 위한 보건의료자원 조달 및 관리방안 등 ◆그 밖에 재원확보계획, 통계·정보관리방안, 기관 간 연계 협력방안 등	◆'기본계획'에 따라 수립 ◆시·도는 '지역보건의료계획'과 연계	◆지역 내 공공보건의료 이용현황 및 실태 ◆설립목적에 부합하는 사업 ◆인력, 예산 등 사업 추진체계 ◆'기본계획' 및 주요 시책 추진계획에 따른 사항 등	◆공공보건의료계획에 따른 시행결과

공공보건의료 정책 추진 경과

1 공공보건의료 기반 구축 단계 (2000~2004년)

○ (상황) **민간의료기관 중심의 국가 보건의료체계**가 구축되었으나 ´90년대 말 **의료 분야에서의 시장경쟁 심화***로 **보건의료의 공공성 저하**

* 병원 간 경쟁 심화, 과잉진료, 의료자원의 수도권 집중, 필수 의료서비스 공급 감소, 저소득층 진료 기피 등

⇒ (대책) **민간 중심 보건의료체계 보완**을 위해 **국공립의료기관 중심의 공공보건의료 개념에 기반**한 「**공공보건의료에 관한 법률**」 **제정**(´00년)

2 공공보건의료 확충 단계 (2005~2012년)

○ (상황) **지역·계층별 의료접근성 격차 증가, 일부 필수의료 분야의 의료공급 감소 심화** 등으로 **공공의료의 지속 가능성** 문제 대두

⇒ (대책) **공공보건의료의 기반 확충***을 통해 공공보건의료를 **지속 발전 가능한 체계로 개편**하는 「**공공보건의료 확충 종합대책**」 **수립**(´05년)

* 국공립의료기관 비중을 30%까지 확충, ´05~´09년 간 4조원 규모의 공공의료재원 투자 등

3 공공보건의료 기능 재정립 단계 (2013년~)

○ (상황) **공공보건의료기관 중심 인프라 확충정책의 한계**로, **민간을 포괄**하는 공공보건의료 수행체계 개편 필요성 제기

⇒ (대책) **공공보건의료의 개념**을 **기관 중심에서 기능 중심**으로 개편*하도록 「**공공보건의료에 관한 법률**」 **개정**(´13년)

* 공공적 기능을 수행하는 민간의료기관 지원 근거 마련 등

Ⅱ. 공공보건의료정책 현황 및 여건진단

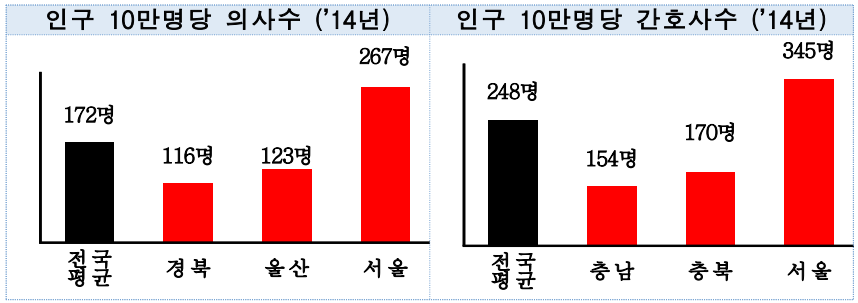
1 보건의료 자원의 지역 간 불균형 심화

○ **의료기관 및 인력이** 수도권·대도시로 **집중**되어 **지역적 불균형** 가속화

- 민간중심 보건의료 공급체계로 인해 시장 논리가 크게 작용하여, 지역 간 균형 있는 보건의료 서비스 공급에 한계

* 전체 의료기관 대비 기관수는 5.6%(공공보건의료수행기관 포함시 18.3%), 병상수는 9.6%, 의사인력은 11.3% (´14년)

- 의사(전문의, 전공의), 간호사 등 **의료인력의** 수도권 집중



○ **농어촌 지역을 중심**으로 **의료취약지 발생**

- 비수도권 지역 의료기관의 경영난이 가중되고, 의료자원이 다시 수도권으로 이동하는 악순환 반복

* 휴·폐업한 지방병원 현황 : (´01년)43개소→(´05년)39개소→(´09년)95개소

2 필수 분야 보건의료서비스 공급 부족

○ **주요 필수 의료서비스 분야**에 대한 **인프라 확충 필요**

- 글로벌화에 따라 **감염병의 전파 속도가 빨라지고**, 메르스 등 **신종 감염병의 위협이 증가**하고 있음에도 **위기 대처 시스템**은 다소 **미흡**

- 세월호 사고 후 **재난 대응을 위한 응급의료지원체계 강화 필요성** 대두

○ **일부 의료서비스**에 대한 **민간의료기관의 공급 기피 현상** 발생

- 우리나라 **모성사망비**('12년 9.9명)는 OECD 평균('12년 6.9명)보다 **높으나** 관련 **인프라의 공급은 부족**

○ 환경 및 사회적 여건 변화 등에 따라 **수요가 증가하는 분야에 선제적 대응 필요**

- 정신건강 문제와 그로 인한 사회적 부담이 심화되고 있으나, **충분한 서비스 제공 및 서비스전달체계 구축 미흡**

- **수요자 중심의 완화의료 체계 및 간병 시스템**으로의 개편 필요

* 4대중독(알코올·마약·도박·인터넷중독)의 사회경제적 비용: 109조 5천억원으로 추산 (보건복지부, 2011; 여성가족부, 2011; 전종설 외, 2011; 정우진 외, 2009; 한국마사회, 2009)

3 취약계층의 의료접근성 한계

○ GDP 대비 **국민의료비 비중**('00년 4.5%→'12년 7.6%, OECD 평균 9.3%)은 **꾸준히 증가**하고 있으며, **1인당 의료비 지출**도 **빠른 증가 추세**

- 건강보험 보장성 강화정책이 지속적으로 확대되고 있지만 선진국에 비해 **거시적 수준의 보장률 개선이 여전히 미흡한 수준**

* 국민의료비 중 가계직접부담 비율 : ('07년) 36.0%→('12년) 35.9%로 5년간 0.1%p 감소 (OECD 평균은 '07년 20.3%→'12년 19.0%로 1.3%p 개선)

○ 가계의 높은 의료비 부담비율로 인해 계층 간 소득 격차가 의료접근성 격차로 이어짐

* **중증질환자**(암, 심뇌혈관질환 등)의 **상급종합병원 이용율: 의료급여 환자** 21.4% vs 건강보험 환자 46.8% ('13년 12월, 국민건강보험공단 요양급여청구자료)

4 공공의료기관의 경쟁력 저하

○ 지역거점공공병원(지방의료원 · 적십자병원)은 민간의료기관 대비 경쟁력 확보에 어려움을 겪고 있는 상태로, **적자 지속 누적**

< 지역거점공공병원 당기 순손익 현황 >

(단위: 억원)

구 분	'10	'11	'12	'13	'14
◇ 합계	△492	△615	△842	△784	△616
· 지방의료원	△442	△585	△794	△753	△622
· 적십자병원	△50	△30	△48	△31	6

○ 국립대병원 외 대부분의 **공공의료기관의 질 관리체계 미비**

* 의료기관 평가인증: 국립대병원 100%, 지방의료원은 33개소 중 19개소 획득 ('15년)

5 공공보건의료정책 지원 및 평가 체계 미흡

○ (정책지원) 중앙, 시도의 **공공보건의료 정책 수행을 지원할 전문적인 기술지원 조직**이 **미흡**하거나 **부재**한 상황

* (중앙) 「공공보건의료 지원센터」가 운영 중(NMC)이나 규모가 작아 기능 수행에 어려움 (지방) 시·도의 공공보건의료 정책지원 조직 부재 (현재 서울·부산·인천만 공공보건의료지원단 운영 중)

○ (평가환류) 그간 공공보건의료기관 평가는 그 **결과와 인센티브 등이 연동되지 않아** 평가의 **실효성 미흡**

○ (정보통계) 공공보건의료정책 수립 근거가 되는 **정보가 산발적으로 산출**되고 **분산 관리**되어, **체계적 정보·통계 생산이 어려움**

Ⅲ. 공공보건의료 기본계획 추진체계

공공보건의료 기본계획 수립 범위

○ 「공공보건의료 기본계획」은 **민간 중심 보건의료체계**에서 발생하는 **문제를 보완**하기 위한 「**공공보건의료 3대 영역***」에 **집중**

* 보건의료의 **지역간 균형 공급**, 보건의료 보장이 **취약한 계층**에 대한 보건의료 제공, **적정공급이 이루어지지 않는 필수 분야**의 보건의료 제공

- **보건의료 전반의 과제**는 「보건의료발전계획」이 다루어야 할 과제로 **제외**하되, 공공보건의료와 밀접한 관련이 있는 필수의료 분야는 포함

<보건의료분야 타 법정계획 현황>

분야	근거 법	법정계획
총괄	보건의료기본법	보건의료발전계획(미수립)
공공보건의료	공공보건의료에 관한 법률	공공보건의료 기본계획
건강증진	국민건강증진법	국민건강증진종합계획(3차 ´11~´20)
임신·출산 노인의료	저출산·고령사회기본법	저출산·고령사회기본계획(3차 ´16~´20)
재활	장애인복지법	장애인정책종합계획(4차 ´13~´17)
정신	정신보건법	국가정신보건사업계획('16~'20)
감염	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획(´13~´17)
	결핵예방법	결핵관리종합계획(´13~´17)
응급	응급의료에 관한 법률	응급의료기본계획(´13~´17)
암	암관리법	암관리종합계획(제3기 암관리종합계획(´16~´20))
희귀질환	희귀질환관리법	희귀질환관리종합계획(미수립)
호스피스 등	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	호스피스와 연명의료 및 연명의료중단등결정에 관한 종합계획(미수립)

Ⅳ. 추진전략별 세부과제 및 실행과제

추진전략	세부과제	실행과제
1 지역간 균형잡힌 공공보건의료 제공체계 구축	1 의료취약지 지원 강화	• 분만 취약지 지원 강화 • 응급의료 취약지 이송체계 및 인프라 확충 • 의료취약지 모니터링 체계 구축 • 1차의료 취약지 의료 접근성 향상 • 기타 취약지 지원 확대
	2 공공보건의료 전문인력 양성·지원	• 공공보건의료 전문인력 양성 • 공공의료기관의 안정적 인력관리체계 구축 • 공공보건의료 인력에 대한 교육·훈련 강화
2 필수분야에 보건의료서비스 적정공급	1 감염·재난·응급 의료서비스 강화	• 감염병 전문병원 등 전문치료체계 구축 • 권역외상센터 확충 및 의료비 부담 완화 • 권역응급의료센터 확충 및 응급의료 수가 개선 • 재난시 응급의료 지원체계 강화
	2 공급이 부족한 필수의료 확충	• 분만 의료 인프라 확충 • 공공전문진료센터 지정 및 관리 체계화 • 수요가 적은 필수의료서비스 유지 기반 강화
	3 의료수요증가 예상분야에 대한 선제적대응	• 공공의료기관 내 중증·만성질환 퇴원환자 관리체계 구축 • 정신보건의료체계 구축 및 정신질환 분야 지원 강화 • 완화의료 제공체계 확대 및 공공의료기관과의 연계 제고 • 간호·간병통합서비스를 통한 간병부담 경감 추진
3 취약계층에 대한 의료안전망 강화	1 저소득층에 대한 의료지원 강화	• 보건의료복지 통합지원체계 구축을 통한 취약계층 지원 강화 • 의료급여 보장성 강화 • 결핵환자 치료비 면제 등 지원 강화
	2 취약집단별 맞춤형 의료서비스 제공	• 노인 대상 치매관리체계 확충 및 지원 강화 • 장애인 건강권 및 의료접근성 보장 확대 • 외국인 근로자 등 소외계층에 대한 의료지원
	3 고액진료비 발생 질환의 의료비 부담 완화	• 선천성 기형 및 신생아 의료지원 확대 • 난임 가정, 고위험 임산부 지원 강화 • 장기이식 및 중증화상에 대한 건강보험 보장 강화

4 공공보건의료 지원기반 확충 및 서비스 질 제고	1 공공보건의료 전달체계 구축을 위한 기능 정립	• 공공보건의료 정책기능 강화 및 기관별 기능 정립 • 공공의료체계의 총괄기관으로서 국립중앙의료원 역할 강화 • 권역거점 의료기관으로서의 국립대병원 역할 및 지원 강화 • 지역거점 공공병원의 공공의료 기능 강화 및 기능 특성화 • 특수 기능병원의 역할 확대 • 민간의료기관 활용 및 지원을 통한 공공의료전달체계 보완
	2 공익적 기능 수행에 대한 지원 확대	• 공익적 기능수행에 대한 재정지원 강화 • 공공의료기관 경영 개선을 위한 제도적 보완
	3 공공보건의료서비스의 질 제고	• 의료 질 향상 및 적정진료 강화를 위한 지원 체계 마련 • 의료 질 관리 인프라 확충 및 지원
5 공공의료기관 운영 효율성 제고	1 평가체계 정비 및 평가결과 환류 강화	• 공공보건의료 평가체계 정비 • 평가결과에 따른 보상 및 차등지원
	2 공공의료기관 경영체계 개선	• 국립중앙의료원 운영의 효율성 제고 및 공공성 강화 • 국립대병원의 책임 경영체계 확립 • 지방의료원 운영의 효율성·투명성 제고
	3 공공의료 통계 및 정보체계 구축	• 공공보건의료 통계 기반 확충 • 공공보건의료 현황 및 통계의 공개 및 공유 • 응급의료 및 암 관련 빅데이터 활용 기반 강화

1 지역간 균형잡힌 공공보건의료 제공체계 구축

1-1 의료취약지 지원 강화

가. 현황 및 문제점

□ 수도권과 대도시 중심으로 **의료자원과 이용이 집중**되면서 **지역 의료체계 약화 및 의료취약지 증가 초래**

○ **환자들이** 질병 종류에 관계없이 **수도권 대형병원으로 몰려** 경제적 · 시간적 부담 가중

* 서울 내 병원에 입원한 타지역 환자 비중 ('02년) 32.2% → ('08년) 39.6% → ('13년) 44.2%

○ 비수도권 지역의 **의료자원이 수도권으로 유출**돼 **농어촌 지역을 중심**으로 **의료취약지가 발생**하는 악순환 반복

□ **취약지 지원 정책에도 불구하고 취약성 해소 미흡**

○ 폐업, 전문의 감소, 응급실 운영중단 등으로 인해 **매년 새로운 취약지**가 **발생**하여 **취약지 지원사업의 효과 반감**

* 분만 취약지 수: ('11년)52개→('12년)48개→('13년)48개→('14년)46개→('15년)37개

** 응급의료기관이 없는 군(郡): ('06년)43개→('12년)12개→('13년)12개→('14년)12개
응급의료기관이 없는 군(郡) 지역에 신규 구축된 기관: ('12년)1개→('13년)2개→('14년)1개

○ 공중보건의 중심의 운영 및 다양한 진료과목 전문의 부재에 대응한 **취약지 응급실의 질적 수준 제고방안 마련 필요**

* 예) 응급처치 이후 후속진료가 필요하나 취약지에는 다양한 진료과 전문의가 없어, CT를 찍어도 제대로 판독하지 못하고 대도시로 이송되면서 생존율 저하

○ 연육되어 있지 않은 **작은 도서** 또는 대중교통 운행 횟수가 적은 **산간지역** 등에서의 **응급상황에 신속히 대응**할 수 있는 **이송체계 확충 필요**

나. 정책과제

1 분만 취약지 지원 강화

○ **2020년까지 단계적으로 모든 분만 취약지(37곳) 해소 추진**

- 분만 수요 등을 고려하여 지역 상황에 맞는 **분만 산부인과 설치·운영 지원**

○ **분만 취약지** 산모 대상 **임신·출산진료비**(국민행복카드) **추가 지원** (50만원→70만원, '16년)

- 취약지 특성을 고려하여 **응급이송을 위해 민간 구급차를 이용한 경우**에도 **사용**할 수 있도록 제도 개선

○ 분만 취약지 산부인과 운영 개선을 위하여 **관련 수가(분만 수가 등) 가산 추진('16년)**

2 응급의료 취약지 이송체계 및 인프라 확충

□ **도서지역 등 응급의료 이송체계 확충**

○ **도서 · 산간 등** 이송 취약지역의 응급환자 이송체계 확충을 위해 **닥터헬기 추가 배치 추진** (현재 5대)

- 환자이송 시 헬기 내에 **의료진이 탑승**하여 이송과 응급진료를 동시에 진행함으로써 환자 생존률 향상 기대

- **닥터헬기 미운영지역**이거나 **동시다발 환자 이송** 필요 시 '범부처 헬기 공동활용체계 운영 지침'에 따라 **타부처 응급의료헬기***로 환자 이송

* 현재 국민안전처 26대, 산림청 47대 등

○ 닥터·소방·해경헬기 등 착륙장을 공동 활용토록 하고, **헬기 착륙장 안전성 확보방안 마련**(관계부처 협의)

- 헬기 착륙장 추가 건설 필요성 검토

□ 응급의료기관 확충 및 질적 격차 해소

○ 전국 어디서나 30분내 응급의료기관에 도달할 수 있도록 **농어촌 취약지 군(郡) 지역에 응급의료기관 신규 육성**(´15년 부재郡 12개) 검토

* 응급의료기관으로 육성할 병원이 없는 지역에는 대도시 거점병원에서 의료인력을 파견하여 응급실을 위탁운영하는 시범사업 추진

- **지역 응급의료기관이 없는 취약지를 현재의 절반 수준(6개)으로 감소**토록 추진(~'20년)

○ **원격협진 네트워크를 구축**하여 권역센터급 거점병원에 상주하는 **응급의학과, 영상의학과 등의 전문의**가 야간·휴일 취약지 기관의 **협진요청에 응대**

* 협진결과 취약지 병원에서 감당하기 어려운 환자라면 이송하되, 이송 전 필요 시술을 조언하고, 이송하는 동안 거점병원에서는 환자상태 파악 및 수술준비 사전완료

- 응급상황에서 **신속하게 대응**하도록 **지역 내 상시적 협력체계 구축**

* 거점병원에서 취약지 병원 의료진 대상으로 교육, 원격 사례관리 등 수행

□ '취약지 기준 확대 및 세분화'를 통한 지원 내실화

○ 현재 군(郡) 단위에 한정된 **응급의료 취약지 지정을** 인구 15만 미만의 **도농 복합시 지역으로 확대 지정**하고, 취약도에 따라 병원 **운영비 차등지원** 추진

< 운영비 차등지원(안) >

구분	의료기관 수준					
	법정기준 충족			법정기준 미충족		
	상위 40%	중위 40%	하위 20%	1회	연속2회	연속3회
현행	3.85억원	3.3억원	2.75억원	2억원	1억원	OUT

개선방향	취약도 A (30%)	4억원	3.5억원	3억원	2억원	1억원	OUT
	취약도 B (40%)	3.5억원	3억원	2.5억원	1.5억원	0.75억원	OUT
	취약도 C (30%)	3억원	2.5억원	2억원	1억원	0.5억원	OUT

3 의료취약지 모니터링 체계 구축

○ 지역별 의료수요·공급·이용, 의료 취약지 및 병상 수급상황 등 **통계자료를 지도형태로 시각화**한 **Health Map 웹 서비스 제공**

- **지자체별** 보건의료 이용·공급 현황 **통계 제공**을 통해 지자체의 보건의료정책 수립·집행 지원 (예:지역보건의료계획 수립, 지역 병상 허가 등)

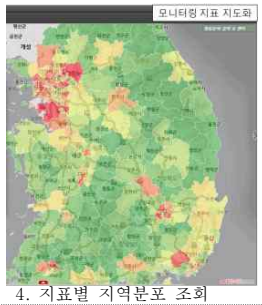
- **의료이용 및 공급** 관련 **주요지표**의 **추이 분석**을 통해 국가 및 지자체 **보건의료정책의 효과성 판단 근거**로 활용 가능

< Health Map 웹서비스 기능 예시>

1. 모니터링 지표 및 지역단위 선택

2. 범례 분석 및 색상 선택

3. 지역별 결과 값 조회 (필요시 엑셀 등으로 다운로드하여 분석 가능)



4. 지표별 지역분포 조회

○ 모니터링 결과를 활용해 **매년 1차 및 2차 의료취약지를 도출**하여 **공공보건의료인력 배치** 및 **의료취약지 지원사업** 등에 적극 활용

- 의료기관 **배치 최적화 수리모형을 개발**하여 취약지 거점 의료기관, 고위험 산모·신생아 통합치료센터 등의 **최적 배치안 도출**

- 데이터 기반의 과학적 정책 수립 지원으로 정부 3.0 달성 도모

4 1차의료 취약지 의료 접근성 향상

□ 1차의료 취약지에 의료인 간 원격의료 제공체계 구축

○ 의료기관이 아예 없거나 접근성이 낮은 **1차의료 취약지***(29개 면) 주민이 **원격**으로 **전문의**의 진료를 받을 수 있도록 **지원**

* △1차 의료기관(의원급, 보건소, 보건지소 등)까지 30분 내 도달하기 어려운 인구 비율이 30%이상이면서 △30분 내 1차 의료이용률(TRI)이 30% 미만인 지역

- '취약지 인근 **지역거점 공공병원 전문의**'와 '취약지 소재 **보건진료소 간호사**' 간 **원격의료** 지원

* 지역거점공공병원 및 보건기관 시설·기능보강 예산을 통해 원격진료시설·장비 구축을 지원하고, 도서지역 대상 시범실시 후 단계적 확대

□ 보건기관의 시설 · 장비 현대화 및 공중보건의사 우선 배치

○ **보건(지)소 및 보건진료소**의 시설 신 · 증축, 개보수, 의료장비 및 이동순회 진료를 위한 차량 지원 등을 통해 **취약지의 1차의료 접근성 확보**

* 시설개선율: 전체 보건기관의 73.7% 이전신축 완료('94～'16년 9,386억 투자)

- **특히 농어촌**의 치매 및 정신보건센터, 농부증 재활치료실 등 **지역특화사업 발굴시 우선 지원** (예: 전남 곡성군 보건의료원 농부증 재활치료실)

○ **의료취약지**의 보건소 및 보건지소 등에 **공중보건의사를 우선적으로 배치**해 필수 의료서비스 공급

* '15년 12월 기준 전체 공보의(3,628명)의 84.1%를 보건소, 보건지소에 배치

○ 낙도 지역 등 **순회 병원선**에 대한 **지원 강화**

* (전국 5척) 인천, 전남 목포·여수, 충남, 경남

5 기타 취약지 지원 확대

○ **취약지 소재 병원**이 해당지역의 **거점의료기관으로 기능**할 수 있도록 **미충족된 필수의료(내·외·소아과) 시설·장비·인건비 지원**

* '16년 4개소 지원 중

- 농어촌(郡단위) 주민이 1차의료 외 **내·외·소아과 등 다빈도 질환**의 **입원과 수술**에 대해서도 **의료서비스를 보장받을 수 있도록 지원**

○ 취약도가 높은 지역에 대한 **정부의 재정지원 비율 인상 검토**

- 정부 합동평가에 '해당 지역내 의료취약지 해소 노력' 지표를 반영하여 **취약지 해소에 대한 지자체의 적극 관심 유도**

○ 농어촌 등 잠재적 의료 부족지역의 의료서비스 접근성 및 건강형평성 제고를 위한 **의료취약지 수가 가산체계 마련 검토**

< OECD 각국 건강보험의 지역적 취약성에 대한 보상기전 >

◆(미국) 지역별 진료비용 보정계수 도입, 의료취약지에 대한 진료비 지불금액 조정정책 (진료비 가산 방식)

◆(일본) 일부 수가 항목에 대한 가산이나 취약지역 및 분야에 대한 재정지원

◆(독일) 인구 대비 의사 수 등 일정기준에 따른 지역별 총액 배분, 의사공급 수준에 따른 지역별 수가 차등, 건강보험조합의 구조기금 설치 등의 정책

1-2 공공보건의료 전문인력 양성 · 지원

가. 현황 및 문제점

□ 지역 공공보건의료분야 의료수급 문제 심화

○ **의료취약지 및 공공의료분야 인력**은 상당부분 **공중보건의에 의존**하고 있으나 불안정한 공중보건의 수급과 전문성 부족 문제 상존

- 의학전문대학원은 축소될 전망이나 의대 여학생 합격률 증가와 의무복무기간 감축 요구 등 **공중보건의의 수급 예측 불확실성 증가**

* 공중보건의 총 복무인원(연도말 기준) : ´09년 5,287명 → ´14년 3,793명

- 지역사회 개원의의 90%가 전문의 자격을 가진 것에 비해 **공중보건의**는 **약 57%만이 전문의 자격**을 보유하여 **전문적 서비스 제공에 한계**

< 100병상당 전문의 수 및 공중보건의사 비율 >

구분	100병상 당 전문의 수	
	공중보건의사 포함	공중보건의사 제외
지역거점 공공병원(A)	9.5명	6.9명
종합병원 평균(B)	12.1명	12.1명
A/B	79%	57%

A) 지역거점공공병원운영평가 현황 자료 (´11년)
B) 160～299병상 이상의 민간 종합병원의 평균 (한국보건산업진흥원, ´09년)

○ 공중보건의 감소에 대응해 공공의료에 대한 사명감을 갖고 **의료취약지 등에서 지속적으로 근무**할 인력의 **안정적 확보 필요성 대두**

- 1970년대 취약지 근무를 조건으로 공중보건장학제도를 신설·운영하였으나 실효성이 없어 중단

< 공중보건장학을 위한 특례법(´76년 제정) >

- (내용) 졸업후 **일정기간(장학금을 받은 기간) 취약지 근무**를 **조건**으로 의대·간호대 학생에게 **장학금 지원**
- (문제점) 계약파기시 **불이익 제도 설계의 문제, 의료취약지 및 공공의료에 대한 교육 부재**, 의무복무 후 **지속 근무 연계 방안 부재** 등 → 1996년 장학생 선발 중단
- (배출인원) **총 1,519명** (의사 772명, 치과의사 50명, 간호사 697명)

나. 정책과제

1 공공보건의료 전문인력 양성

□ 공공의료인력 양성을 위한 기반 구축

○ 의료취약지, 공공의료기관 등에서 **지속적**으로 근무할 **공공의료 인력의 안정적 확보**를 위한 **별도 양성 추진**

- 공공의료인력의 선발, 양성, 배치 등 **공공의료분야의 맞춤형 인력 양성**을 위한 **모형 개발**

○ 공공보건의료 분야에 전문적으로 종사할 의료인력을 양성하는 **대학 설치(~´20년) 추진**

* 관련 법률 국회 계류 중

** 일본 자치의과대학 사례 : 47개 현으로부터 추천받은 2-3명 선발(연 123명), 의사고시 합격 후 9년간 취약지역에서 의무복무

- 일정 기간 **공공보건의료기관 복무를 조건**으로 **의사 면허 부여**

- 교육과정은 **필수 진료과목 중심**으로 편성해 **의료의 질 향상을 도모**하고, 별도의 **공공보건의료 교육을 실시**하여 사명감 제고

- **의무복무 후**에도 의료취약지 등에서 **지속 근무**할 수 있도록 **교육 제공, 경력개발 지원, 공공의료기관 채용 우대** 등 인센티브 지원

○ **현행 공중보건장학의 제도를 보완**하여 **대학 설치 이전이라도 공공보건의료 인력을 공급**하는 방안 검토

* 공공의료 인력 보충의 시급성을 감안, 분만 등 필수의료 중심으로 추진

○ 중장기적으로 의사뿐 아니라 간호인력 등 공공보건의료 전반의 인력을 양성해 간호·간병통합서비스 확대에 따른 간호인력 부족 문제 완화 등도 도모

2 공공의료기관의 안정적 인력관리체계 구축

□ 공공보건의료 적정 소요인력 추계

○ **중장기 공공보건의료 인력 수급 전망을 실시**하고, 각 단계별(단기-중기-장기) 합리적 인력 관리의 기초로 활용

* 복지부 및 공공보건의료지원센터(중앙 단위)와 공공보건의료지원단(광역 단위)이 서로 협조하여 국가 및 지역단위 인력소요 추계

□ 공공보건의료 인력 통합관리체계 구축

○ **시·도별 "공공보건의료지원단"** 을 통해 지역 내 **공공보건의료인력 조달계획 수립, 인력 교류 등 지원**

- 권역 내 공공보건의료인력 조달계획을 수립, 인력배정 시 기초자료로 활용하고, 공공병원 희망자 간 교환배치, 단기 인력교류 등 지원

□ 공공의료기관 간 인력교류 활성화 지원

○ **국립대병원*과 지방의료원을 매칭**하여 국립대병원이 지방의료원으로 **의사·수련의 파견, 위탁 경영** 등을 할 수 있도록 연계 강화

* 경우에 따라 사립대병원도 가능

- 권역거점의료기관이 지역거점의료기관에 **인력파견을 활성화**하여 **기술 이전 및 협진이 활성화**될 수 있도록 **정부 지원 확대 검토**

○ **인력교류 활성화를 위한 평가 및 인센티브 지원 강화**

- 국립대병원과 지방의료원 간의 교수 파견 실적을 **공공보건의료 계획 평가에 반영**하고 **인센티브 지원 방안 검토**

3 공공보건의료 인력에 대한 교육·훈련 강화

□ 공공보건의료 교육훈련센터 설치 및 운영 지속 추진

○ **공공보건의료 교육훈련센터 설치 및 운영**을 통해 각 직무별 교육 프로그램* 개발·운영

* 임상교육, 공공보건의료사업 수행 관련 교육, 지자체 공무원 대상 공공보건의료교육 등

- 중앙 교육훈련센터는 공공보건의료 인력에 대한 **표준화된 교육·훈련 프로그램 개발·보급, 사이버 교육강좌 개설** 등 수행

- 시·도는 권역 거점병원을 중심으로 **권역 내 공공의료인력에 대한 임상교육** 등 역량강화를 위한 교육·훈련 실시

□ 가정의학과 전공의 지역사회 공공의료 수련 강화

○ **가정의학과 전공의 수련기간 중 일정기간**(6개월 이상)을 **공공의료에 참여**토록 전공의 **수련과정 개선 검토**

- 보건(지)소 등 농어촌 보건 기관에 배치하여 지역 보건사업 및 농어촌 주민의 1차 의료를 담당

2 필수 분야에 보건의료서비스 적정 공급

2-1 감염 · 재난 · 응급 의료서비스 강화

가. 현황 및 문제점

□ 감염병 관리 인프라 확충 및 시·도별 특성화 기반 마련 필요

○ 메르스 등 **신종감염병의 위협**이 증가하고, 교통·교역 발달에 따라 **해외 발병 감염성 질환**의 **국내 전파가 증가**하고 있으나 **전문 치료병원 부족**

- 현재 국가지정입원치료병상 19개소를 통해 감염병환자 치료를 수행하고 있으나, 대규모 환자 발생에 대비한 전문적인 치료 인프라 구축 필요

○ 감염병 발생의 **지역적 편차***, **해외 감염병**의 **국내유입 경로 다변화** 등 **감염병 발생 환경 변화**에 따라 **시·도 단위 특성화된 감염병 관리대책 필요**

* 말라리아, 쯔쯔가무시증 등 지역적 발생 편차가 큰 감염병의 경우 지역별로 차별화된 관리 전략 필요

- 감염병 관리는 국가 및 지자체의 책무이나 그간 중앙정부 중심의 정책 추진 및 조직 확대로 시·도의 감염병 관리 지원체계 미비

* (중앙-질병관리본부) 2개 센터, 8개 과, 2개 T/F, (시·도) 1개 과(혹은 팀)

□ 중증외상진료 및 응급의료의 전문인력 및 시설투자 부족

○ **중증외상진료에 대한 민간의 투자기피** 등으로 **외상 전문진료체계가 부족**하여 선진국에 비해 외상환자의 예방가능 사망률이 높음

* 선진국은 1990년대에 외상전문진료체계를 도입, 예방가능한 외상환자 사망률을 평균 20% 이상 감소시킴 (level 1 외상센터: 미국 203개, 독일 90개)

- 교통사고 사상자가 연간 30만명, 0~44세 사망원인 1위가 '외상'으로, 중증외상전문진료체계 확충 필요성 제기

○ '**응급의료**'의 경우 의료기관의 **전문인력 및 시설투자가 부족**하여 **중증응급환자의 신속한 치료에 한계** 노정

* 매년 5천명이 3개 이상 병원 전원, 수술시간 2.5시간 지연, 사망률 4배 증가

** 현재 20개 권역응급의료센터로는 1시간 내 재난현장 도착이 불가하여 신속한 의료지원 및 환자 이송 곤란

○ 2014년 세월호 침몰사고를 비롯한 각종 다수사상자 발생 사고를 경험하면서 **재난 시 응급의료지원체계 강화 필요성 부각**

* 초기 대응체계 개선 및 재난의료지원을 위한 시설 · 인력 등 인프라 확충 필요

나. 정책과제

1 감염병 전문병원 등 전문치료체계 구축

□ 감염병 전문 치료병원 지정·운영

○ **국립중앙의료원**을 감염병 진료부터 임상연구·교육까지 전담하는 **'중앙 감염병 전문병원'**으로 지정하고, 별도 전문센터 설립

* 음압격리병상(150개 이상)·생물안전4등급(BL4) 실험실 등 운영

○ **국립대병원 등 공공의료기관**을 우선으로 **'권역별 감염병 전문병원'** 3~5개소 내외 지정

○ 신종감염병 발생 시 감염환자를 감염병 전문병원으로 즉시 이송하며, 중앙·권역 감염병 전문병원 설립비 등은 국가가 지원

* ('16년) 운영방향 연구용역 실시 → (~'19년) 전문병원 완공

□ '시 · 도 감염병 관리본부' 지정 · 운영 확대

○ **시 · 도** 단위 **감염병 감시, 역학조사, 통계자료 분석** 등 감염병 관리업무를 지원하는 '감염병 관리본부' 확대 지정·운영

- 대학병원 이상 의료기관(공공의료기관 중심)에 **위탁 운영**하고 **'19년까지 단계적으로 확대 추진**

* ´15년 2개소 → ´16년 6개소 → ´17년 10개소 → ´18년 14개소 → ´19년 17개소

□ **음압 격리병상의 단계적 확충**

○ 현재 **국가지정 입원치료 격리병상 등**에서 500개 음압병실 운영 중

- **대규모 환자 발생** 시 **국립중앙의료원 전체를 감염병 전담병원**으로 **전환**

* 모든 입원 환자를 전원하고 외래 중단하여 492병상을 감염병 환자 수용

○ 국가지정격리병상에서 민간에 이르기까지 **점차적으로 음압 격리병상 확충**

- **국가지정 입원치료 격리병상 운영 의료기관**(19개소), **권역 및 지역 응급의료센터**(144개)에 1인 음압병실 확충 (~´16)

- **민간의 상급종합병원(43개소), 300병상 이상 종합병원에** 일정 수의 **음압 격리병실 설치를 의무화** (´17~´19)

- **중앙 및 권역별 감염병 전문병원***을 통해 **최소 300병상 이상**의 음압격리병상 확보 (´20~)

* (중앙) 1개소 150병실, (권역) 3개소 150병실(각 50병실)로 예정

<음압 병실(1인실) 확충 계획>

	현재(´15년)	단기(´16년)	중기(´17~´19년)	장기(´20년)
국가지정입원 치료병원	71	188	188	188
권역별 호흡기센터	18	18	18	18
민간병의원	287	287	733	733
응급의료센터	20	117	195	195
감염병 전문병원	-	-	-	300
계	396	610	1,134	1,434

의료관련 감염 예방 등을 위한 의료문화 개선 추진

1 추진경과

○ 전문가·의료계 등으로 **'의료관련감염대책 협의체' 구성·운영**(´15년~)

* **위원장: 의학회장 이윤성**/ 위원 : 18인(전문학회, 의료계, 시민사회단체, 언론, 복지부 보건의료정책관 등)

○ '의료기관 입원환자 **병문안 기준' 권고** 마련(´15.10월) 및 **홍보 추진**

- **환자단체연합-소비자시민모임-병원협회**와 민·관 합동 캠페인 진행

2 추진사항

○ **각종 법령·지침 개정 및 건강보험 수가개편 추진**

- **(법령개정)** 환자안전·병원감염 평가 확대 실시(의료법), 감염관리실 설치 의무 단계적 확대(의료법 시행규칙), 음압·격리병상 설치 및 시설기준 법제화(의료법 시행규칙) 등

- **(지침개정)** 표본감시 대상기관 확대, 비응급환자 이송 제한 등

- **(수가개편)** 감염전문관리료 등 감염활동 보상 강화, 의료인 보호 및 감염 치료재료 수가 신설, 음압격리실 수가 현실화 등

○ 병문안 문화개선을 위해 **병원계-시민사회단체 양 방향(Two-Track)으로 홍보 추진**

- **(병원계)** 지역별·병원 종별로 병문안 문화개선을 **선도적으로 실천**하는 **거점병원**을 **발굴**, 지역 내 **분위기 조성·확산**

- **(시민사회)** 국민의 자발적인 인식개선이 필요한 사안이므로 **환자단체-소비자단체** 주도의 다양한 인식개선 캠페인 지속 추진

2 권역외상센터 확충 및 의료비 부담 완화

○ 24시간 수술팀, 전용 중환자실 등을 갖춘 현 15개소의 **권역외상센터를 '17년까지 전국 17개소까지 확대**하여 중증외상체계 구축

○ 다수의 복합수술, 중환자실 이용 등 고액 의료비가 발생하는 **중증외상 환자의 외상센터 진료비 본인부담**을 암환자 수준으로 **경감(20→5%, '16~)**

3 권역응급의료센터 확충 및 응급의료 수가 개선

○ 기존 행정구역(시·도) 중심 20개 권역을 **생활권 중심 29개 권역*으로 개편 및 권역센터 확충** (41개소)

* 수도권 및 광역시 복수지정, 농어촌 1개소 지정

○ **권역응급의료센터 중심**으로 추가 투입된 응급자원 및 의료서비스를 응급수가로 보상하되('16년~), **중증응급환자 수용률 등을 평가하여 수가 차등화**('17년~)

○ 중증응급환자, 취약지 응급환자 등의 의료비 부담 완화를 위하여 **본인부담 경감 또는 보험 확대**(이송처치료, 응급관리료 등) 추진

4 재난시 응급의료 지원체계 강화

□ 24시간 재난응급의료상황실 운영

○ 중앙응급의료센터에 재난응급의료상황실을 설치(전담인력 배치)하여 **24시간 재난상황 접수** 및 **의료진 출동 요청 대응**

<24시간 재난응급의료상황실의 임무 및 역할>

• **(재난시)** 재난발생 시 재난의료지원요청 대응, 응급의료자원 확보 및 출동명령, 실시간 정보전파, 대내외 연계망 운영, 현장 상황 모니터링·보고

• **(평시)** 응급의료자원(병상·구급차·헬기 등) 정보 수집·관리·제공, 응급환자 병원간 환자이송* 조정, 재난의료 교육·훈련 지원, 비상연락망 관리

* 중환자실 등 병상정보와 전문의 인력정보를 수집·관리 → **받아줄 곳이 없는 응급환자가 전원될 수 있도록 직접 조정**

□ 재난 컨트롤 타워로서 중앙거점병원 역할 강화

○ 대규모 재난 시 90% 이상을 민간의료에 의존하고 있는 상황으로, **컨트롤타워**로서 국립중앙의료원이 **국가재난거점병원** 역할 수행토록 추진

□ 권역별 재난거점병원에 대한 지원 강화

○ 신속한 현장 출동을 위해 구급차 1대에 탑승가능한 인원으로 **재난의료지원팀**(DMAT*) 개편(팀당 8명 → 4~5명)

* DMAT(Disaster Medical Assistance Team) : 재난시 의료지원을 위해 출동하는 인력으로 시도당 평균 4개 팀(의료인 5~6명, 의료보조요원 2~3명 등 총 8명)으로 구성

○ 재난거점병원마다 **재난의료책임자 지정 및 응급의료정보센터 직원 1명**을 전담인력*으로 배치

* 평시 지역내 전문인력 의료지원 교육·훈련 주관, 재난시 현장 의료지원 지휘 역할 수행

○ 재난물품(대형 에어텐트, 들것 등), 각종 집기 탑재를 위한 **현장 응급의료지원 차량**(2.5t 화물차) 배치 확대 검토(현 18대)

□ 재난의료지원 교육·훈련 강화

○ 의료인용 **비상대응 매뉴얼을 마련**하고, 재난의료지원팀 규모 조정에 따른 **역할 재정립** 및 다른 의료진과 **협업 체계** 교육 강화

○ **국가가 직접 제공**하는 과정과 재난거점병원(권역응급의료센터)을 중심으로 **지역**에서 **제공**하는 과정을 별도로 마련하여 상시 제공 추진

* 교육 대상자의 규모, 직종, 교육이수 현황 등을 고려하여 교육과정을 기초·심화·특수과정 등 다양하게 개발·발전

2-2 공급이 부족한 필수의료 확충

가. 현황 및 문제점

□ 낮은 의료수익 및 위험기피 경향으로 인해 민간의 자발적 공급 부족

○ **고령산모, 다태아 증가** 등으로 **고위험 산모 및 미숙아 등의 출산**이 **증가하**고 있으나 이들을 **전문적으로 담당할 전문시설 부족**

- 고위험 산모를 담당하는 대학병원(상급종합병원)에도 **산모전용수술실, 산모중환자실**(산모-태아집중치료실)**은 거의 없고,** 산부인과-소아과 운영이 이원화되어 **태아-신생아**에 대한 **통합적 치료체계 부재**

* 국립대병원 14개소 중 산모집중치료실 4개소, 산모전용수술실 2개소에 불과하며, 산부인과 전문의 평균 인원수는 산과 2.6명, 부인과 7.4명임 (´12년)

- **일본**은 1996년부터 **주산기**(임신 20주~출산 후 4주) **통합치료체계를 구축**하여 세계적으로 **우수한 분만 및 출생 지표***를 나타냄

* 모성사망비(´12년) : OECD 평균 6.9명, 일본 4.8명, 한국 9.9명
영아사망률(´12년) : OECD 평균 4.0명, 일본 2.2명, 한국 2.9명

□ 공공전문진료센터 지정기준 부재 등 관리 체계 미흡

○ 공공전문진료센터 지정기준이 없어 현재까지 설치된 전문질환센터, 어린이병원 등에 대해 공공전문진료센터 지정을 하지 못하고 있음

- 이로 인해 전문진료 분야에 대한 체계적 관리 미흡 및 권역 간 불균형 발생

* 지역암센터(암관리법), 권역심뇌혈관센터(보건의료기본법), 권역외상센터(응급의료에 관한 법률) 등은 현재 개별법령에 근거를 두고 지정 · 관리 중

< 전문질환센터 등 현황 >

구 분	수도권	경기서부	경기남부	강원	충북	충남대전	전북	전남광주	경북대구	경남부산울산	제주
권역별 전문질환센터				▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨
노인보건 의료센터				▨		▨	▨		▨		
어린이병원				▨			▨	▨	▨	▨	

나. 정책과제

1 분만 의료 인프라 확충

□ 고위험 산모·신생아 통합치료센터 등 확충 및 모아(母兒)전달체계 구축

○ **고위험 산모·신생아 통합치료센터, 신생아집중치료 지역센터 확충**

- 산모 집중치료실(MFICU), 신생아 집중치료실(NICU)을 갖춘 **고위험 산모·신생아 통합치료센터 확충 추진**

* ('15년) 6개소 → ('16년) 9개소 → ('20년) 20개소

- 고위험 신생아 치료를 담당하는 **신생아집중치료실 병상을 부족지역 중심으로 확충**

* ('15년) 380병상 → ('16년) 430병상 → ('20년) 630병상

○ 고위험 산모·신생아 통합치료센터를 중심으로 **의료기관 간 응급이송 및 진료 연계 체계 강화**

- **집중치료 또는 합병증 치료가 필요한** 산모·신생아를 일반 산부인과에서 **고위험 산모·신생아 통합치료센터로 신속하게 이송**하는 체계 구축

- 권역 내의 산부인과 병의원과 **환자의뢰 및 이송체계에 관한 상시적인 진료체계를 구축**하고, **환자 및 진료정보를 기관 간 공유**하도록 함

○ **신생아 중환자실 수가 및 보험기준 체계**를 보완하고 **정부지원**을 **강화**

* 신생아 집중치료실의 재원기간, 소모품 등 보험산정기준 개선 및 신생아 재태주수 등에 따른 수가 차등화

□ 분만 지원 관련 법적 근거 구체화

○ **별도 법률 제정 또는 현행 「공공보건의료에 관한 법률」 개정**을 통해 분만 지원 관련 법적 근거 구체화 추진

- 분만 취약지 지원, 산모·신생아 지원, 전달체계 구축 및 전문인력 확충 및 분만 및 산모·신생아 의료에 관한 사항 등 체계적 정책 수행 기반 마련

2 공공전문진료센터 지정 및 관리 체계화

○ 민간 부문에서 공급이 부족한 의료 분야(어린이·노인 등)에 대해 공공전문진료센터를 지정·관리하여 균형 있는 의료서비스 공급

○ **공공전문진료센터 지정기준 마련**을 통해 기존 전문질환센터 등을 **공공전문진료센터**로 지정하고, **체계적**으로 **운영관리**

- 공공전문진료센터의 지정기준에 관한 고시*를 우선 제정하고, 이후 전문진료분야 신청 및 선정 지정 추진('16년)

* 「공공보건의료에 관한 법률 시행규칙」 제12조에서 공공전문진료센터의 지정기준을 고시하도록 규정

○ **시장성이 낮아 민간진입이 어렵지만 향후 수요증가가 예상**되는 분야에 대한 **신규 공공전문진료센터 지정 여부 검토**

* 신규 공공전문진료분야 지정 필요시 고시 개정('16. 6월~), 예시) 재난거점의료지원센터, 글로벌 의료지원센터 등

3 수요가 적은 필수의료서비스 유지 기반 강화

○ **환자수가 극히 적은 질환의 진료기능을 유지하는 병원**에 대한 지원체계 구축 (예: 잠수병)

○ **공급이 필요한 희소서비스** 발굴 및 전문기관 육성

* 외국에서 운영 중인 전문센터 사례 참고, 외국 전문센터와의 연계 지원

○ 희소서비스 유지기반 강화 및 육성을 위한 **기본원칙 수립**(국립중앙의료원)

- (모니터링) 희소서비스제공 병원 현황 및 지원성과 모니터링
- (교육 및 관리) 희소서비스제공 병원 교육 및 지원 관리

2-3 의료수요증가 예상분야에 대한 선제적 대응

가. 현황 및 문제점

□ **만성질환의 연속적 관리 미흡으로 건강 악화 및 불필요한 의료이용 증가**

○ **당뇨·고혈압·천식 등** 일부 만성질환의 경우 **'피할 수 있는 입원'**이 **OECD 평균보다 2배** 이상 높게 나타남

* 당뇨 등의 질환으로 인한 병원 입원율이 높은 것은 일차의료 환경에서의 관리가 제대로 안 돼 질병이 악화되었음을 의미 (OECD, 2012)

<주요 만성질환별 피할 수 있는 입원률>

(단위: 15세 이상 인구 십만명당 퇴원건수)

구분	당뇨 (단기합병증)	당뇨 (장기합병증)	고혈압	천식	만성폐쇄성 폐질환	심부전증
OECD(30개국)평균	19.4	100.4	99.0	47.7	200.1	238.9
한국	16.7	207.9	217.0	102.8	220.2	114.8

자료: OECD Health statistics 2014

□ **정신보건인프라의 분절로 정신보건환경 변화대응에 한계**

○ 학교(성·가정)폭력 가(피)해자, 재난피해자, 보호관찰대상자 등 **새로운 정신건강 취약계층이 증가하고 있으나 대응 미흡**

* 재난, 재해목격자 PTSD 발생률 7.3%('14년 대한정신건강재단 재난정신건강위원회)

○ 정신건강 문제는 **효율적 연계** 및 **지속적 관리** 필요하나 현재의 인프라 및 서비스전달체계는 **분절적 서비스 제공**하여 **효과성 저하**

□ 수요자 중심의 호스피스·완화의료 제공체계 미흡

○ **말기암환자·가족**을 위한 **입원환자 호스피스 제공체계**는 있으나 **호스피스 전용병동 이외의 입원병상 및 가정**에서의 **제공체계** 미비

* 가정 호스피스 제공체계는 있으나, **암생존자** 상담, **암수술** 후 상처 관리 등에 한정되어 **말기암환자 및 그 가족**이 원하는 서비스 제공 미흡

○ 호스피스에 대한 부정적 정서, 주치의 등의 호스피스 안내 미흡 등으로 인해 ´14년 기준 **호스피스 이용률**(13.8%)과 **평균이용기간**(23일)은 선진국에 비해 저조

□ 간병의 제도화 미비로 인한 환자부담 증가 및 입원서비스 질 저하

○ 외국과 달리 **간병을 제도적으로 지원하지 않아** 가족 간병 또는 간병인 고용 등 사적으로 해결하며 간병인 고용에 **年 2조원**(´12년) **부담**

* 간병으로 인한 생업 중단, 간병인 고용 부담 등 환자·보호자 문제 발생 뿐 아니라 **환자 안전·감염** 등 **입원서비스 질 저하 우려**

나. 정책과제

1 공공의료기관 내 중증·만성질환 퇴원환자 관리체계 구축

○ **공공의료기관**에서 **중증·만성질환 퇴원환자**를 대상으로 **질병관리 교육, 지역사회**의 이용가능한 **보건복지서비스** 및 **병원 정보** 등을 제공

- 퇴원 후 **지속적 건강관리**를 통해 **피할 수 있는 입원 및 재입원 방지**

○ **지역거점 의료기관 시범 운영**(취약계층 우선)을 위한 모델 개발, 시범사업 실시 후 권역거점 의료기관으로 확대 검토

< 해외사례 : 호주 빅토리아주 Health Independence Program >

○ (사업 목적) **불필요한 입원방지, 퇴원 후 건강관리**를 위한 **지역사회 프로그램 연계지원**

○ (전달체계) 서비스 방문→환자 요구도 확인 → 평가 → 환자 동의 → 서비스 계획 및 실행→모니터링→타 시설 연계 및 서비스 종료

<Health Independence Program 전달체계>

○ (내용) 급성기 이후 진료, 아급성 외래진료, 만성질환관리 등 통합적·유기적 프로그램

- **급성기 이후 진료 (PAC)**
  - · (대상자) **공공병원 퇴원환자**로, 단기적 **지역사회 지원이 필요**하다고 평가된 사람
  - · (주요 내용) 수요에 따라 지역사회 서비스 구매·조정. 필요시 장기요양 제공자에게 의뢰
  - · (서비스 구성) 주로 지역사회 간호서비스, 기본 진료(센터기반, 가정기반)
- **아급성 외래진료 (SACS)**
  - · (대상자) 전체 연령의 대상자 이용 가능
  - · (주요 내용) 입원서비스의 확장·보완 성격, 환자의 집 혹은 센터를 기반으로 서비스 제공
  - · (서비스 구성) 지역사회 재활서비스, 전문 클리닉(배뇨장애, 통증관리, 인지장애 및 치매 등)
- **만성질환관리 (HARP)**
  - · (대상자) 만성 심장질환·호흡기질환·신장질환·간염, 당뇨등 통합진료 필요 환자
  - · (주요 내용) 만성질환이나 복합적 의료수요를 갖고 있는 사람에게 강도 높은 통합 서비스 제공, 지역사회 서비스 연계 증진, 재입원 및 응급진료 예방
  - · (서비스 구성) 2·3차 예방서비스, 전문의 및 일반의 진료, 24시간 상담, 자기관리법 등

2 정신보건의료체계 구축 및 정신질환 분야 지원 강화

□ 일반 국민 정신건강 서비스 이용 확대 및 정신질환 인식 개선

○ 정신건강증진센터에서 **"마음건강 주치의"**(정신과 의사)를 통해 1차 진단 및 상담 서비스 이용('17년)

- 상대적으로 **접근성이 높은** 정신건강증진센터(전국 224개소)를 통해 정신적인 어려움으로 인한 일상 생활에서의 어려움을 가까운 곳에서 해소

○ 정신질환에 대한 **편견 없는 사회적 환경 조성**

- 범부처 TF를 구성('16년)하여 정신질환자에 대한 불합리한 편견을 조장하는 **법령·제도·행태**에 대한 **실태조사 및 개선방안 마련**

□ 국립정신병원의 정신건강서비스 제공 기능 강화

○ **국립정신병원 조직개편**을 통한 **정신보건의료 전달체계 확립**

- **정신건강 취약계층*** 대상 양질의 **의료서비스 지원** 등 **공공기능을 강화**

  * 학교·성·가정 폭력 피해자, 재난 피해자, 새터민 가정

- **국립정신건강센터**는 정신건강분야 R&D 수행, 근거 기반의 정신건강 정책 기획 및 개발지원 등 **국립정신병원의 컨트롤 타워 역할 수행**

- **지역별 국립정신병원**은 **권역별 정신건강 거점 기관**으로서 **새로운 정신건강 수요*에 대응**하고 **특화된 연구 및 진료기능** 중심으로 구조화

  * 자살·학교폭력·게임중독·우울증 등

  ※ (예) 나주병원(중복장애인 대상), 부곡병원(마약 중독자 치료보호), 춘천병원(군장병 심리지원)

○ **지역사회 기반 '찾아가는 정신건강서비스' 기능 강화**

- **학교·성·가정폭력 가·피해자** 등을 위한 **병원학교 운영**과 **취약계층의 아동·청소년**을 위한 **정신건강 상담** 등 제공

□ 정신질환 초기 관리를 위한 건강보험 보장 확대('17년)

○ **외래 정신치료의 본인부담**(30~60%)을 **입원과 동일하게 20%로 경감**하여 정신과 외래이용의 비용장벽을 완화하고 초기 치료 유도

○ 높은 비용부담 때문에 지속적 치료를 방해하는 **비급여 정신요법**(행동치료, 인지치료), **의약품** 등에 대한 **보험 적용 확대**

○ **자살, 외상후스트레스장애(PTSD)** 등에 대한 위기중재 및 집중관리를 위해 **건강보험 보장범위를 확대**

  * 현재 심층요법 등을 주2회로 제한하는 등 보험기준이 지나치게 협소

3 완화의료 제공체계 확대 및 공공의료기관과의 연계 제고

○ 완화의료 제공체계 종류·범위 및 규모 확대

- **호스피스의 범위**를 **환자의 선택폭**(입원형 + **가정형·자문형**), **대상질병**(말기암환자 + **非암성말기환자**) 및 **제공기관**(병·의원 및 한방병·의원 + **요양병원**)의 측면에서 확장 (현재 1,118병상)

○ **지역암센터, 공공병원**(지방의료원 및 시·도립병원)**과 지역사회 내 복지자원 간 연계**를 통한 사업(가칭 '암생존자 통합지지센터') 운영 모형 개발

  * 암환자 분포, 완화의료 전문인력 등을 고려한 전국의 적정 병상규모 설정 검토 등

4 간호·간병통합서비스를 통한 간병부담 경감 추진

○ **간병 부담 경감** 및 **입원서비스 질 제고**를 위해 **간병서비스**까지 병원에서 제공하고, **건강보험이 적용**되는 **간호·간병통합서비스 제도화**

- **간호사** 및 간호업무를 보조하는 **간호조무사**로 구성된 '**팀 간호인력**'이 **간호·간병**을 포함한 **통합적 입원서비스**를 **제공**

  * 간호·간병통합병동에서는 **사적 간병인**이나 **보호자의 병실 내 상주 제한**

- 간호인력 수도권 쏠림현상을 고려, **공공의료기관** 중심에서 **지방·중소병원**(´15~´17), 전체 병원(´18)까지 **연차적 대상 확대 추진**

  * MERS로 인한 간호·간병통합서비스 조기 확대 요구에 따라 서울 및 상급종합병원의 감염 관리가 필요한 1~2개 병동 우선 확대 추진(´16년)

○ 간호·간병통합서비스 확대에 따른 간호인력의 수요 증가를 충족하기 위하여 **지방중소병원 등의 간호인력 확충** 검토·추진

- 유휴(또는 신규) 간호사들에 대한 사전 교육 및 취업 연계를 지원하는 중앙센터(1개소) 및 권역별 센터(6개소) 운영

  * ´18년까지 전국 확대 시 약 14,000명의 간호사 추가 배치 예정

3 취약계층에 대한 의료안전망 강화

3-1 저소득층에 대한 의료지원 강화

가. 현황 및 문제점

○ **경제적 이유로 인한 질환 미치료**가 상당수에 이르며, 차상위계층 및 비수급 빈곤층 등 **저소득층에서 더욱 심각**

  * 경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율은 전국 평균 21.7%(국민건강영양조사, 2013)

  ** 피할 수 있는 사망률은 저소득층(하위 25%)이 고소득층(상위25%)의 2.6배 (대한의학회지, 2013)

○ 다양한 통로를 통한 생계비 및 의료비 지원 제도가 존재함에도 불구하고, **정보 부족**으로 혜택을 받지 못하는 취약 계층이 다수

○ **취약계층**은 **복지 및 보건의료에 대한 복합적 수요**를 가진 경우가 대부분이나 이를 **통합적으로 연계·지원하는 체계는 부재**

  * 예) 남양주시 '희망케어센터' 역시 보건과 복지는 연계되었으나, 의료서비스 연계는 미흡

나. 정책과제

1 보건의료복지 통합지원체계 구축을 통한 취약계층 지원 강화

□ **보건의료복지 통합서비스 제공체계 구축을 위한 지원기반 마련**

○ 취약 대상자 발굴·의뢰, 지역사회서비스 연계방안 등 「**보건의료복지 통합지원서비스 제공체계***」 **구축**을 위한 **모델 개발·보급·교육**

  * **권역 및 지역거점의료기관 중심**으로 유관기관(보건소·복지관·주민센터 등)간 연계체계를 구축하여 **의료 사각지대 발굴·연계·지원·사후관리 등 포괄적 서비스 제공**

  ** 중앙(복지부 및 국립중앙의료원)에서 전반적인 모델 개발의 지침과 모델 내 포함될 주요 서비스 등을 제시하고, 권역 및 지방 의료기관에서 현장에 적합한 형태로 모델 개발·보완

○ 보건소·복지관·주민센터·공공의료기관 등의 연계체계에서 발굴된 의료 사각지대를 지원할 수 있는 **'취약계층 의료비 지원 기금*' 민간 재원 확보**

* 사회복지공동모금회, 한국의료지원재단 등과 협력체계 구축을 통해 마련

○ 보건·의료·복지 기관간 의뢰·연계를 위한 **정보시스템을 구축·운영***하고, **의료취약계층 의료이용·건강결과** 등에 대한 **형평성 모니터링 추진**

* (가칭) 301포털의 개발 및 운영

** 저소득층, 저학력층, 장애인, 외국인, 미혼모, 북한이탈자, 여성결혼이민자 등에 대한 의료이용 및 건강결과(불필요한 합병증, 사망률) 모니터링 지표 개발 연구 추진

□ 지역거점 공공병원 내 보건의료복지 통합지원센터 구축

○ 유관기관과 협력하여 질병·빈곤 등 **복합적 위기상황에 처한 취약계층**에게 **맞춤형 보건의료복지 연계·지원·사후관리 서비스 제공**

- (구성) 의료기관 내 공공의료사업팀, 사회사업실 등 개별적으로 운영되던 기존 조직을 **'보건의료복지 통합지원센터*'**로 통합

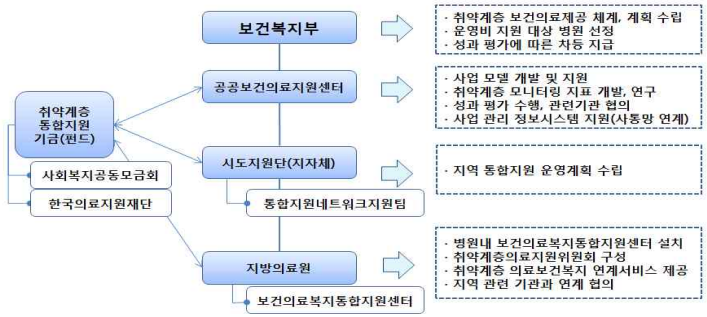
* 의사 1인, 간호사 2인, 의료사회복지사 100병상당 1인으로 구성

- (기능) ▲병원방문시 **행정대행서비스**, ▲**진료비지원**, ▲간병지원 및 퇴원 후 **지속적인 질병 관리**, ▲지역사회 **자원 연계계획 수립** 등

- (지원) **지역거점 공공병원**에 사업 운영비(전담인력 인건비, 사업비) **지원 추진** (사회복지사 1인 인건비 0.3억, 관리운영비 0.2억 등 개소당 총 0.5억원)

* 16년 현재 6개소 지원 중

【 취약계층 보건의료복지 통합지원체계 구축(안) 】



< 사례 : 서울 북부병원 301 네트워크 >

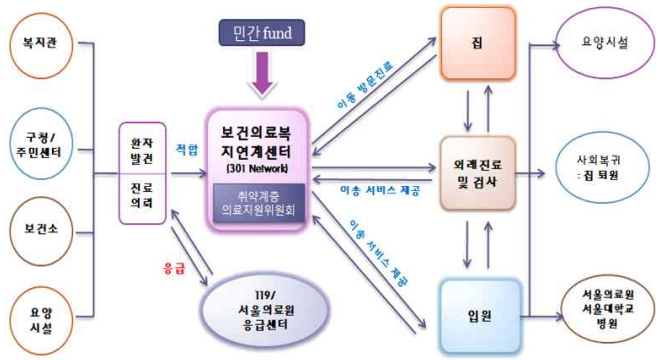
◆ (조직) 의사1, 간호사1, 사회복지사4, 운전원1명

◆ (운영) **지역사회 기관간 공동 MOU**를 체결하여 **대상자 발견·치료·사회복귀 지원**

- (**취약대상자 발굴·의뢰**) **구청·주민센터·복지관** 등의 사회복지사, **보건소·의료기관**의 간호사가 웹사이트, 이메일, 전화 및 팩스 등으로 **의뢰**

- (**서비스 제공범위**) **의료서비스**(외래·입원·방문진료 등), **의료비 지원**, **간병지원**, 입원시 필요한 **물품지원**, **기타 의료 소모품비** 지원 등

- (**지역사회서비스 연계**) 원내 가정복귀지원사업 또는 관련기관 사례관리에 연계, 요양병원 또는 3차병원으로 전원, 퇴원이후 지속적 모니터링



2 의료급여 보장성 강화

○ 중증질환, 고액 비급여, 필수의료 부담 완화를 위한 건강보험 보장성 강화 계획에 따라 의료급여 보장성 강화 추진

- 4대 중증(암, 심·뇌혈관, 희귀난치)보장강화, 3대 비급여(상급병실, 선택진료, 간병)개선 및 중기 보장성 강화계획 추진

3 결핵환자 치료비 면제 등 지원 강화

○ 결핵 치료 실패 및 중단 시 국민보건에 위협을 초래하며, 특히 저소득층이 결핵에 취약함을 고려하여 **결핵환자의 본인부담금 면제(10%→0%, ´16년)**

* 치료 과정에서 전파차단을 위하여 소득활동이 일시 제한되거나 다제내성결핵 환자 등의 경우 입원명령 등 개인의 자유 제한

○ 잠복결핵자 발굴 및 취약계층 결핵환자 생활 지원 지속 추진

* ´14년 전국 결핵 환자수는 4.3만명으로, 노숙인의 경우 일반인에 비해 결핵 유병률이 10배 이상 높으나 치료율은 절반 이하

3-2 취약집단별 맞춤형 의료서비스 제공

가. 현황 및 문제점

□ 치매인구 증가에 대한 대응 및 치매의 사회적 비용 경감 필요

○ **고령화 심화**에 따라 **노인성 질환인 치매환자도 빠르게 증가**

※ 10년 후 노인인구는 54%(´14년 639만명 → ´24년 983명) 증가하나, 치매노인은 65% (´14년 61만명 → ´24년 101만명) 증가

○ 치매환자의 직접의료·요양비용 뿐 아니라, **가족의 간병부담으로 인한 사회경제적 비용 경감**을 위한 대책 필요

※ 1인당 치매진료비(본인부담금): (´06년) 180만원(32.4만원) → (´14년) 364만원(77만원)

< 치매의 사회적 비용 >

(단위 : 조원, %)

		´13년	´20년	´30년	´40년	´50년
실질GDP(C)		1,134.9	1,471.3	1,938.6	2,384.7	2,787.8
치매의 사회적 비용*	실질비용(D)	11.7	15.2	23.1	34.2	43.2
	GDP대비 비율(D/C)	1.0	1.0	1.2	1.4	1.5

자료 : 국회 예산정책처, 2014년

* **치매의 사회적 비용 11.7조원**(´13년) = **환자 1인당비용 2,030만원**{직접의료비(의료·약제비), 직접비의료비(간병비 등), 교통비, 보조용품구입비, 시간비용(환자 및 보호자), 장기요양비용, 간접비(생산성 손실 등)} X **환자 수 576,176명**(´13년)

□ 장애인 의료서비스 수요의 지속적 증가

○ 장애인은 **건강상 취약한 계층**이며, 장애인의 **의료보장 욕구가 지속적으로 증가**하고 있음에도 이에 대한 효율적·체계적 정책 미비

- 장애인은 비장애인보다 건강이 취약하고 질병에 대한 감수성이 높아 **만성질환이 조기에 발병**하고 **이차적 기능장애가 쉽게 발생**

* 장애인은 비장애인보다 고혈압(2.3배), 심혈관질환(6.5배), 관절염(3.1배), 당뇨(3.9배) 등 질환에 취약

** 의료보장에 대한 욕구 : ´00년(19.0%) → ´05년(30.1%) → ´11년(31.5%)

□ 제도권 밖 의료 사각지대 발생

○ 외국인 근로자, 결혼이민자 등 소외계층의 의료접근성 제한

- 낙후된 주거환경, 경제적 어려움 등으로 인해 **질환의 조기예방 및 치료에 취약**

나. 정책과제

1 노인 대상 치매관리체계 확충 및 지원 강화

○ (전달체계) 중앙치매센터-광역치매센터-공립요양병원으로 구성된 **치매관리 전달체계 내실화를 위한 지원 강화**

- 광역단위의 치매 예방·인식 개선, 치매환자 가족 교육 프로그램 등을 운영하는 **광역치매센터 확대 구축*** 및 **사업비 지원**

  * ´15년 13개소 → ´16년 17개소

- 치매 전문병동 설치 및 운영을 위한 **공립요양병원 시설·장비 보강 지원**(연 2개소)

○ (치매 확진 전) 보건소 치매상담센터에서 60세 이상 어르신 대상 치매선별검사 지원, 고위험군에 대해서는 정밀검진 지원*(´17년)

  * (대상) 전국가구평균소득 100% 이하, ´14년 약 8만명, (내용) 전문의 진료, 신경인지검사, CT·MRI 촬영 등

○ (치매 확진 후) 치매 환자 및 그 가족에 대한 지원 확대

- 치매 확진 후 **보건소에 치매환자로 등록시 치매진료약제비 지원***

  * (대상) 전국가구평균소득 100% 이하, ´14년 10.2만명, (내용) 월3만원 이내 진료약제비 실비

- 신경과·정신건강의학과 등 **전문의 치매가족 상담수가를 신설**(´17년~)하여 치매환자에 대한 꾸준한 치료 및 관리 지원

  * 치매는 타질환과 달리 진료 시 가족 동행이 필요하며, 가족에게 치매 대응 요령, 복약지도, 돌봄기술 등 장시간 설명 필요

2 장애인 건강권 및 의료접근성 보장 확대

* 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제정('17.12월 시행)

○ 장애인의 생애 주기에 적합한 **건강검진·건강관리** 사업을 추진하는 한편, 활동지원서비스 및 방문진료 등을 활용하여 **장애인 의료 접근성 확대**

○ 장애인 건강권 향상 지속 추진을 위하여 **장애인 건강보건연구, 통계·정보 등 구축**을 통해 정책 기반 마련

○ 적합한 시설·인력·장비 등 기준을 갖춘 기관을 재활의료기관 및 중앙-지역장애인보건의료센터으로 지정하여 **장애인 보건의료 인프라 구축**

3 외국인 근로자 등 소외계층에 대한 의료지원

○ 외국인 근로자 대상으로 입원 및 수술과 연계되는 외래진료를 지원하고, 지원 비용 중 본인부담금 수준 및 범위 개선 검토

○ 정부지원 대상이 아닌 의료취약계층(다문화가족, 북한이탈주민 등)에 대해서는 기업·대학병원 등과 협력하여 민간자원을 펀딩 받아 의료비 지원

3-3 고액진료비 발생 질환의 의료비 부담 완화

가. 현황 및 문제점

□ 국민의료비 증가로 인한 가계 부담 가중

○ GDP 대비 **국민의료비 비중**은 꾸준히 증가(´00년 4.5%→´12년 7.6%)하고 있으며, **1인당 의료비 지출**도 **빠른 증가 추세**

- 국민의료비 중 **공적재원**이 차지하는 비중은 꾸준히 증가(´00년 49.0% → ´12년 54.5%)하고 있으나 OECD 평균(´12년 72.2%) 대비 **아직 낮은 수준**

- 우리나라 국민의료비 중 **가계지출 비중은 32.1%**(OECD평균 20.1%)로 OECD 국가 중 **4번째로 높은 수준** (´12 OECD Health Data)

□ 의료비 부담으로 인한 의료접근성 문제 발생

○ 의료비로 인한 가계파탄도 여전히 높은 수준으로 발생하고 있어 **고액 의료비용에 대한 지원 강화 필요**

- **재난적 의료비**(가처분소득의 40% 가정) **발생가구**는 ´11년 4.26%로 73만 가구로 추정되고 있으며, ´10년 3.69%에 비해 **증가**

- 저소득계층(58.7%) 뿐만 아니라 중간계층(10.5%)에서도 상당수 발생

< 의료비로 인한 가계부담 현황, ´11년 빈곤실태조사 >
◆ 의료비로 인한 재산처분, 전세축소, 사채이용 등 54만 가구가 경험
◆ 소득의 10% 이상을 의료비로 지출한 가구는 16.3%, 30% 이상은 4.0%

○ 4대 중증질환 외에 **고액의료비가 발생**하는 **타 중증질환**에 대한 **보장성 강화**를 통해 가계 부담 완화 필요

나. 현황 및 문제점

1 선천성 기형 및 신생아 의료지원 확대

○ **신생아 집중치료에 대한 건강보험 보장 확대**

- **신생아 중환자실** 치료과정에서 의학적 필요성이 높고 비용 부담이 큰 초음파, 치료재료, 주사제 등 **주요 비급여 항목**에 대하여 **건강보험 적용 확대** (´16년)

  * 신생아 중환자실에서 치료 받은 경우 선택진료비 29.2%, 초음파 검사 20.6%, 치료재료 15.0%, 주사료 9.5% 순으로 비급여 부담 발생 (´12년)

○ **선천성 기형 치료에 대한 의료비 부담 완화**

- **선천성 악안면 기형의 구순비교정술 및 치아교정**에 대해 **건강보험 적용** (´18년)

  * 선천성 기형 질환군의 개인의료비는 ´11년 기준 약 2.164억원, 전체 진료비 대비 비급여 본인부담율이 30.2% 수준

2 난임 가정, 고위험 임산부 지원 강화

○ 난임부부 예산지원 사업*의 한계점을 고려, **난임치료 시술비** 및 시술 **제반비용(검사·마취·약제 등)**에 **건강보험을 적용**하여 실질적인 부담 경감(´17년)

  * 현행 난임부부 지원 사업(정부예산)의 경우 소득수준, 지원 금액 및 횟수 제한

○ 전국가구 평균소득의 150% 이하 중 **3대 고위험 임신질환***으로 입원치료를 받은 사람에게 **비급여 진료비 및 본인부담금 지원 지속 추진** (300만원 한도)

  * 조기진통, 분만관련 출혈 및 중증 임신중독증

3 장기이식 및 중증화상에 대한 건강보험 보장 강화

○ **이식환자가 전액 부담** 중인 **장기 구득을 위한 간접비용*** 및 이식을 위한 **공여적합성 검사비용** 등에 **건강보험 적용** (´16년)

* 뇌사자관리비, 검사비용, 적출장기 이동 교통비용 등 간접비용은 380~500만원 수준

○ **중증화상환자**에 **필수적인 인공(생체)피부, 드레싱 재료** 등 고가의 치료재료를 충분한 수준까지 보장하도록 **건강보험 적용 확대** (´18년)

* 화상환자 1인당 치료기간 8.3개월, 피부이식술 3.6회, 치료비 부담 1,488만원, 가계 빚 1,123만원 발생 (화상환자의 삶의 질에 관한 연구, ´03년)

4 공공보건의료 지원기반 확충 및 서비스 질 제고

4-1 공공보건의료 전달체계 구축을 위한 기능 정립

가. 현황 및 문제점

□ 지자체의 정책수립 역량 및 공공의료기관의 기능정립 미흡

○ **시·도**의 공공보건의료정책을 전문적으로 지원할 **전담조직이 부재**하여 **체계적인 공공보건의료정책 수립·집행에 한계** 노정

○ 국립중앙의료원은 국가 중추 공공의료기관임에도 **진료 수준의 질적 우월성과 차별성 부족**

○ 국립대병원은 해당 권역 내에서 거점의료기관으로서 역할을 수행해야 함에도 불구하고 **지역 거점의료기관과의 연계 체계 미흡**

○ **지방의료원**은 시설 노후화, 의료인력 수급 곤란 등으로 민간 의료기관에 비해 경쟁력이 낮아 **지역거점 의료기관으로서의 역할 미흡**

□ 기능 중심의 공공보건의료체계 구축 방안 모색 필요

○ 그동안 공공보건의료정책은 **공공의료기관 중심**이었으나, **공공의료에 관한 법률개정**으로 **민간의료기관도 공공보건의료 기능 수행** 가능

○ 법적 기반과 함께 **민간의료기관의 공적 기능수행**에 대한 **적절한 지원대책**이 마련되어야 **민간의 자발적 참여 유인 가능**

나. 정책과제

1 공공보건의료 정책기능 강화 및 기관별 기능정립

□ 공공보건의료정책 지원조직 확충 및 기능강화

○ (중앙) **공공보건의료지원센터**(현재 국립중앙의료원 위탁운영 중) **확충**

- 지역거점의료기관 **경영개선**(조직·인사·재무·성과 컨설팅 등)**을 체계적으로 관리·지원**할 수 있도록 **경영혁신팀 신설**

- 공공의료수행기관의 적정진료* 및 의료안전망** 지원 기능 강화를 위하여 **공공성강화팀 신설**

* 표준진료지침(CP) 개발 및 배포, 적정진료 컨설팅

** 의료취약지 지원, 취약계층 보건의료복지 통합지원 및 모니터링 등

○ (광역) 시·도 **공공보건의료지원단*** **확충 지원**

- 권역 내 의료 **수요·공급 현황 파악, 시·도 공공보건의료 시행계획 수립 지원**, 의료인력 DB 구축을 통한 **취약지 인력 지원** 등의 기능 수행

- 전문성 확보 및 효율적인 공공보건의료전달체계 구축을 위해 **국립대병원에 위탁 운영** (지자체 사정에 따라 다른 공공보건의료기관 위탁 가능)

- 공공보건의료지원단의 **전문 인력**(의료·경영·교육 등 연구원, 행정직 등 5명 이상) **확보** 및 정책 개발 등 **추진**

* 공공보건의료법상 시·도에 설치할 수 있도록 규정되어 있으나 현재 서울·부산·인천 운영 중

□ 주요 공공보건의료기관의 기능 정립

○ (국립중앙의료원) 응급, 중증외상, 재난의료, 감염병관리 등 **국가 공공의료 중앙병원**으로서의 역할 강화 등 **공공의료의 최종 안전망** 기능 수행

○ (국립대병원) 교육·연구·인력 양성 및 진료기능 외에 **권역 내 공공보건의료를 선도**하고 지방의료원 등 **지역 내 공공의료기관의 후견 기능 수행**

○ (지방의료원·적십자병원) **민간기피 필수의료** 제공, **취약계층 진료 강화** 등 지역 내 거점의료기관으로서 **양질의 적정진료 수행**

* 타 부처 소관 공공의료기관 또한 특성화된 공공의료 기능 수행 분담
(예) 보훈병원(PTSD·재활), 원자력병원(방사능 재난 대비), 경찰병원(화상·외상) 등

2 공공의료체계의 총괄기관으로서 국립중앙의료원 역할 강화

□ 국립중앙의료원 현대화 사업 역점 추진

○ **도심**에 위치하여 교통체증·헬기이착륙 제한 등으로 중증외상·감염병 대응 등 **공공의료기능 수행에 한계**가 있는 의료원('58년 건립)을 이전하여 **현대화 추진(~'20년)**

○ 응급·중증외상·재난의료·감염병관리(BL4, 음압격리병상 설치) 등 **국가 공공의료 중앙병원**으로서 **국립중앙의료원의 기능 확대**

- **(일반진료)** 의료서비스 질 개선 등 **환자 관리 역량 제고**

- **(특수진료·정책의료) 응급, 중증외상, 재난의료, 감염병 관리, 국제 보건의료** 등 민간 기피 또는 민간 대비 우위 확보 영역으로 기능 전환

* 중앙 감염병 전문병원으로 지정, 고도격리병상·생물안전4등급(BL4) 실험실 등 운영

- **(공공의료지원)** 공공보건의료정책의 **'Test-bed'**로서 정책수행 지원

- **(연구·교육) 공공보건의료교육훈련센터 운영**, E-learning **체계** 구축(교육 접근성 제고, 맞춤형 컨텐츠 제공), **시뮬레이션 센터** 구축(전문화된 임상술기 실습)

<국립중앙의료원 현대화에 따른 기능 전환 방향(안)>

구 분	주요 시설	
일반진료	외과(정형외과, 성형외과, 구강외과), 내과(류마티스, 알레르기, 감염, 혈액종양, 호흡기, 신장), 비뇨기과, 정신과, 안과, 치과	
특수진료·정책의료	중증외상센터	외상외과, 응급의학과, 심장혈관외과, 신경외과, 정형외과, 마취과
	감염병관리센터	감염내과, 호흡기내과 중심, BL4, 음압격리병상 등
	국가중앙재난의료센터	국가 재난 발생 대비(일반진료 병상 전환 활용)
	국제보건의료	남북 보건의료 및 국제 보건의료 협력·지원
공공의료지원	임상연구센터(희귀난치질환), 공공보건의료지원센터, 중앙응급의료센터	
연구·교육	공공보건의료교육훈련센터 운영, E-learning 교육훈련체계 구축, 시뮬레이션 센터 구축	

3 권역거점의료기관으로서 국립대병원 역할 및 지원 강화

○ **시·도 단위 권역에서 최고수준의 전문의료서비스 제공**

- 암, 심뇌혈관, 응급, 외상, 신생아 집중치료실 등 전문진료에 대해 **권역 내 거점의료기관**으로서 **최고 수준의 의료서비스 제공**

- 일반적인 진료 외에도 **중요하지만 상대적으로 연구자들의 관심이 적은 분야**에 대한 **연구 수행** (예:희귀난치)

○ **공공의료서비스 제공에 있어 중추적 역할 수행**

- 권역 내 보건의료 수요·공급, 취약계층 및 취약지에 대한 정확한 현황 파악을 바탕으로 **지역 적합성이 높은 공공보건의료계획 수립**

- **'공공보건의료계획 평가'** 결과를 **국립대병원 경영평가** 시 공공성 영역 평가에 **활용**하고, 지원과 연계하는 방안 검토

○ **지역거점 의료기관에 대한 지원 기능 강화**

- **시·도 공공보건의료지원단을 위탁**받아 광역 지자체를 정책적으로 지원하고 **권역 내 공공보건의료기관**을 **총괄**하는 **중심 역할 수행**

* 현재 국립대병원에서 운영 중인 공공보건의료 전담팀은 조직 및 인력 구성, 예산 등을 고려했을 때 그 기능이 매우 미흡한 수준

- 시·도 공공보건의료지원단을 중심으로 공공의료기관간 **환자안전 및 진료 적정성 활동**을 위한 **네트워크 구축**

- **지역거점 의료기관에 인력 파견·교류** 등을 통해 **인력 부족 문제 해소 및 의료 기술 전수**

4 지역거점 공공병원의 공공의료 기능 강화 및 기능 특성화

□ **필요 공공의료 기능 강화**

○ **지역주민의 기본적 의료 욕구를 충족할** 수 있도록 필요 진료과목 및 진료시설 유지

- **종합병원 및 응급의료에 대해 수요가 많은 의료원***은 **우선 지원**하고, 요구도가 낮은 의료원은 신·증축 등 대규모 지원 지양

* 300병상 이상 종합병원에 대한 요구도가 높은 지역에 위치한 지방의료원은 22개소로 전국 34개 지방의료원 중 65% 차지('14년)

< 필요 공공의료 기능강화 기본원칙 >

- 농어촌 등 취약지는 지역별 수급상황에 따라 필요한 진료과목(내과,외과,산부인과, 소아청소년과,비뇨기과,신경과,신경외과,정형외과,정신건강의학과) 강화
- 도시지역 의료원은 민간과의 경쟁분야는 축소하고, 대상·분야별 전문화, 보건복지연계, 건강증진 등 특화 기능 강화를 통해 의료서비스 제공

○ 간호·간병통합서비스 제공을 통해 **환자가족의 간병 부담 경감**

□ **지역 내 공공보건의료 수요·공급 상황을 반영한 기능 특성화**

○ 민간 기피 필요의료(재활, 화상, 완화의료, 고압산소치료 등)에 대한 **지역내 수요 및 공급 상황을 감안하여 미충족 필수의료 기능 강화 추진**

- 민간에서 **경쟁이 과열된 분야 지양**, 지역 내 **공급이 원활하지 못하고 지역 요구도가 높은 분야**를 중점적으로 강화하도록 유도

○ 기능특성화사업 대상으로 선정된 의료원은 해당분야 의료인력을 「공공병원 파견인력 인건비 지원사업*」으로 지원

* 지역거점공공병원이 대학병원 또는 국립중앙의료원과 의료인력 교류협약(MOU) 체결 후 의사인력을 파견 받는 경우 1인당 1.5억 이내로 인건비 보조

5 특수 기능병원의 역할 확대

□ 군 병원의 의료수준 향상 및 민간의료기관과의 연계 확충

○ 군 병원 의료서비스 질 제고

- 군에서 자주 발생하는 총상, 폭발상 등 **외상환자에 대한 진료능력을 향상**시키기 위해 국군수도병원 내 **'국군외상센터' 설립**

- 공무수행 중 신체장애를 입은 전·공상 장병들에게 최상의 보장구(의수, 의족 등) 지원

○ 군 병원 - 민간의료기관 간 연계성 제고

- 공무수행 중 **질병·부상을 입은 직업군인들이 불가피하게 민간병원에서 진료** 받을 경우 **민간병원 진료비를 전액 지원 및 소급 적용**

  * 현역병은 불가피한 사유로 민간병원 진료 시 공상·비공상 여부 상관없이 진료비 전액 지원 중
  * 이와 관련해, 「군인연금법」 개정안이 '16. 3월 시행 예정

- 공무상 질병·부상을 치료한 후에 **재발하거나 후유증이 발생**된 경우에는 **추가로 민간병원에서 진료**를 받을 수 있도록 **'재요양제도'** 도입

- 장병이 민간병원에 입원 시 군의관, 간호사, 의정장교로 구성되는 **'민간병원 위탁환자 전담팀'을 구성**하여 **환자 및 보호자를 직접 방문하여 지원**

□ 보훈병원 확충 및 역할 특성화

○ **중앙보훈병원**은 **진료-재활-연구기능이 융합**된 진료체계 운영

  * 고엽제, PTSD 등 연구를 위한 보훈의학연구소 건립 추진('16~'17년, 164억원)

○ **지방보훈병원**은 **특성화 전문진료센터 지속 육성** 및 진료역량 제고

  * 부산(당뇨 및 말초혈관), 광주(척추·관절·뇌신경), 대전(심혈관) 등

- **국가보훈인천병원 건립**을 차질 없이 추진(~'18년, 437억원)

□ 산재병원별 진료기능 특화 및 근로복지공단의 의료재활 역량 제고

○ 다빈도 상병 분석을 통해 **산재병원별 중점 급성기 진료기능 특화**

지역	인천	안산	창원	순천	대전	태백	동해
특화분야	신경외과	신경외과	정형외과	정형외과 일반외과	정형외과	정형외과	정형외과

- (내부) 각 진료기능 특화를 위한 **의료장비 보강 및 현대화** 추진

  * '16년(디지털 X선 촬영장치 등) 총 약 28억, '17년(등속성 관절시스템 등) 총 약 13억

- (외부) **민간의료기관과의 진료협력 다양화**를 통해 효과적 운영

○ 근로복지공단의 **의료재활 연구역량 강화** 및 **재활 시스템 고도화** 추진

- 서울대병원과 진료협력 및 합동연구를 통한 의료재활 연구역량* 강화

  * 아급성기 재활시스템 운영, 산재의료재활 표준화('16년), 고난이도 의료재활 시스템 정착('17년) 등을 통한 산재병원의 재활 시스템 고도화

- 산재의료재활 표준화·선진 재활프로그램 제공 등 의료재활 연구 역량 강화 및 산재근로자 직업·사회복귀 촉진

6 민간의료기관 활용 및 지원을 통한 공공의료전달체계 보완

□ 공공의료전달체계 내 민간의료기관의 활용 및 지원

○ **지역거점 공공병원**(지방의료원, 적십자병원) 부재 지역에 역량을 갖춘 **민간의료기관을 지역거점 의료기관으로 지정·관리**

- 민간의료기관의 **자체적인 진료는 그대로 수행**하되 **공익적 기능 수행 의무 부과**

  * 예시 ▲필요 진료과목 시설 운영, ▲취약지 순회 진료 실시, ▲격리병상 운영, 정책적 시범사업 참여 등

○ 일부 지방에서 공급이 부족한 분야에 대해 **민간 의료기관 대상으로도 전문질환센터 설치를 지원**하여 지역 간 의료 질 격차 완화

□ 공익적 기능 수행 민간의료기관에 대한 지원

○ **취약지 거점의료기관 지원사업**을 통해 필요 진료과목 및 진료 시설을 갖추도록 **시설·기능보강 예산 지원**

4-2 공익적 기능 수행에 대한 지원 확대

가. 현황 및 문제점

□ 공공의료기관의 취약계층 진료, 저수익 서비스 제공 등으로 인한 수익 감소

○ 입원환자 중 의료급여수급자 비중(17.3%)은 병원·종합병원 평균(7.1%)보다 높고, 민간이 기피하는 저수익 필수의료서비스를 동급대비 더 많이 제공*

* 동급대비 격리병상 2.1배, 호스피스 병상 2.7배 (´12년)

□ 공공보건의료를 체계적으로 지원하고 육성할 안정적 재원 미비

○ 공공보건의료 사업을 위한 재원은 대부분 일반회계를 통해 형성되나, 보충적으로 농어촌구조개선특별회계 및 국민건강증진기금에서 일부 지원

< 연도별 '공공보건의료확충' 예산 > (단위: 백만원)

회계	2011년		2012년		2013년		2014년		2015년	
일반회계	143,055	(68.7)	117,675	(49.8)	155,833	(58.8)	144,163	(55.0)	98,024	(45.7)
농어촌특별회계	65,314	(31.3)	58,347	(24.7)	59,373	(22.4)	57,614	(22.0)	49,903	(23.3)
건강증진기금		(-)	60,302	(25.5)	50,011	(18.9)	60,370	(23.0)	66,555	(31.0)
전체	208,369	(100)	236,324	(100)	265,218	(100)	262,147	(100)	214,482	(100)

○ 보건복지부예산 중 '공공보건의료확충' 항목 절대 규모 증가에 한계

- 세부적으로 살펴보면, '지방대병원특화육성'을 제외한 나머지 단위 사업들은 큰 변화를 보이지 않음

* 공공보건의료 확충을 위한 예산의 절대 규모 감소 (´11년)1431억→(´15년)980억

나. 정책과제

1 공익적 기능수행에 대한 재정지원 강화

□ 지방의료원 공익적 기능 수행 강화를 위한 지원 확대

○ 공공의료기관의 **공익적 비용 계측 체계화**

- 지방의료원 등의 원가분석 자료를 이용하여 적자규모가 체계적으로 산출할 수 있도록 전산시스템을 개발하여 공익적 비용 계측 체계화

* 각 지방의료원별 EMR시스템 구축하는 한편 원가분석 자료가 적용될 수 있는 표준적인 회계기준 및 용어 정립 필요

○ 지방의료원의 **공익적 비용**에 대해서는 **신포괄수가 인센티브**(´14년 15% → ´15년 35%)**를 통해 보전**

- 공익적 비용 계측 결과 등을 종합하여 향후 인센티브 비율 조정 검토

○ 지방의료원 **시설·장비 현대화**를 위한 **지원 강화**

- 신축·증축·개축시 지방의료원이 규모의 경제를 달성하고 종합병원으로서의 적정 기능을 수행할 수 있도록 300병상 이상 권고

* 손익분기점 병상 규모는 병상 이용률 80% 가정시 315병상 (보건산업진흥원, ´04년)이나 ´13년 말 기준 지방의료원 평균 병상수는 254병상 (병원급 제외시 265병상)

- 국가와 지방자치단체의 **부담 비율 조정또는 재정자립도 연동 부담 비율** 설정 방안 검토

□ **국립대병원의 공익적 기능 수행 강화를 위한 지원 확대**

○ 국립대병원이 권역 내 총괄 공공의료기관으로서 그 역할을 충실히 수행할 수 있도록 **시·도 공공보건의료지원단 위탁 운영**

○ 취약계층 진료 및 필수 진료시설 유지 등 **공공의료 기능**을 **강화**하도록 하고, 이에 대해서는 '**의료 질 향상 분담금**'을 통해 **보전 지원**

- **취약계층 진료비율, 중환자실·응급실 운영** 등의 공공적 기능수행에 대해 보전하고, **보전하는 공공성 영역**을 연차적으로 **확대 추진**('16~)

2 공공의료기관 경영 개선을 위한 제도적 보완

□ **공공의료기관을 대상으로 총액계약제 등 재정지원체계 적용방안 마련**

○ **공공의료기관의 공적진료·연구·사업**의 지속가능한 추진을 위한 **적정 재정지원체계 모형 개발**을 위한 연구 추진 ('16~'17년 모형 개발)

- 국민의 눈높이에 부응하는 **공공의료기관**의 **공적기능**과 그 **활동기준**을 우선 정립해 **발전 목표**를 설정하고 이를 위한 **재정지원체계** 모형을 구축

○ **구축된 재정지원체계 모형**을 단계적으로 **확대 적용 추진**

- 제도이행이 쉽고 효과가 큰 정책수단을 **선별·협의**하여 **시범사업**을 실시 (국립중앙의료원 대상)

* 건강보험 **지불제도**(포괄수가제, 총액계약제) 개편, **재정지원**방식 개편, 각종 **세금 특례**(조세 등), **제도 특례**(임상연구 등) 등

- **시범사업** 및 그 **평가결과**를 바탕으로 국립정신병원, 국립재활원, 결핵병원 등 공공의료기관 **확대적용 가능성 검토**

□ **회계처리 방법 개선**을 통한 **공공의료기관 채무액의 객관화**

○ 의료기관 국고보조금 회계처리에 관한 「**재무제표 세부작성 방법**」을 개정하여 국고보조를 통해 취득한 자산의 감가상각비를 비용 산정 시 제외

* '12년 지방의료원 적자 794억 중 국가보조 취득자산의 감가상각비 제외 시 적자 117억원으로 기존에 적자가 과대 계상된 측면 있음 (공공의료 정상화를 위한 국정조사, '13년)

□ 공익적 비용에 한해 **지자체의 공공의료기관에 대한 직접 지원 협의**

○ 지방의료원 채무의 대부분은 '지역개발기금 차입'에서 충당하고 있어 이를 해소하기 위한 지방자치단체의 역할 필요

○ 공익적 역할 수행으로 발생한 채무는 '지역개발기금 차입' 대신 지자체에서 직접 직원토록 지자체와 협의

□ **지방의료원**의 **시설 기준 등 특성화·유연화** 검토

○ 지방의료원이 지역별 특성에 적합하게 진료 기능을 갖출 수 있도록 타 의료기관과는 별개의 특화된 인력·장비·시설 기준 적용 검토

* (예시) 호스피스병상 설치 의무화, 필수 인력 기준 일부 완화 등

- 향후 지방의료원 등 관계자 의견을 수렴하여 법률 개정을 통해 추진

4-3 공공보건의료서비스의 질 제고

가. 현황 및 문제점

□ 국립대병원 외 공공의료기관의 서비스 질 저하

○ **국립대병원 외** 대부분의 **공공병원의 질 관리체계가 미비**하고, 교육 제공 부족 등 질 관리 수행에 한계

- **지방의료원**은 주요 국가 보건문제 해결을 위한 선험적 모델이 될 수 있는 강점에도 불구하고, **지역별 의료수준 편차가 커** 양질의 의료서비스 제공 미흡

* 지방의료원의 진료권내 의료서비스 제공량의 최대/최소의 격차는 7.3배 (최대: 2.54, 최소: 0.35)

○ 적정 진료 미흡으로 인해 **비용 효율성** 및 **건강 문제** 야기 가능성 초래

- **지역의료원 운영평가시** 환자안전은 높은 점수를 나타내나 **진료 적정성*은 다소 미흡**

* 신포괄수가 기반에서도 의료서비스 제공 행태에 차이 발생(심평원, ´14년)
→ 비급여서비스 제공은 병원별 8.7배, 재원일수는 1.6배(건강보험환자)~1.9배 (의료급여환자)의 격차를 보임

- 지방의료원 및 적십자병원의 **상기도감염 항생제 처방률 평가 등급은 변이가 큰 것으로** 나타남

* 피평가 36개 기관 중 1등급은 10개 기관(28%)에 불과, 2등급 7개(33%), 3등급 12개 (33%), 4등급 7개(19%)로 3, 4등급이 절반 이상을 차지(건강보험심사평가원, 2014)

나. 정책과제

1 의료 질 향상 및 적정진료 강화를 위한 지원 체계 마련

□ 표준진료지침(CP) 보급을 통한 질과 비용의 편차 완화

○ **공통 다빈도 입원질환·필수 분야** 중심의 표준진료지침(CP) **보급**을 통해 양질의 적정진료 담보

* (´15년) 4개 완료 → (~´16년) 단계적 추가 개발 (안정화 기간 고려) → (´17년) 일괄 개발

- CP개발 경험이 있는 국립대병원에서 기존에 검증한 CP*를 활용하되, 지방의료원 등 중소병원에 적합한 형태로 수정·보완하여 보급

* 서울대병원(약 200개), 보라매병원(약 70개), 서울삼성병원(약 200개), 분당서울대병원 (약 160개) 등

- 개발된 CP를 「공공의료포탈」에 게재하여 민간의료기관 활용도 가능케 함

○ 공공보건의료지원센터*에서 CP 가이드라인 개발·배포, 병원 적용 등에 관한 **교육훈련 및 컨설팅 제공**

* 대한의학회 등의 전문가로 구성된 심의위원회를 구성하여 모든 단계의 주요 의사결정 지원

○ **표준진료지침 등록시스템 구축**을 통해 사용자 접근성 제고

- 의학적 타당성과 효과성이 공인된 다양한 CP 제공을 위한 등록 시스템* 구축을 통해 사용자 접근성 제고

* 질환 및 시술 유형, 병원 유형(대형병원 vs. 중소병원), 사용자 유형(의사 vs. 간호사 vs. 환자) 등 다양한 기준을 이용하여 원하는 CP를 손쉽게 검색 가능

○ **병원차원에서** 우선순위가 높은 영역을 선정, 활동목표 설정·모니터링·관리를 통해 **CP를 수정하는 자체 학습 메카니즘 구축 유도**

- 자체 CP 개발·적용을 **공공보건의료계획 및 지방의료원 운영 평가에 적극 반영**

② 의료 질 관리 인프라 확충 및 지원

□ 지역거점 공공병원 정보시스템 구축 확대 및 표준화

○ 지방의료원에 표준병원정보시스템(EMR*)을 구축 지원하여 진료·운영 효율성 및 고객 만족도를 높여 지역거점 공공병원 경쟁력 제고

* ´16년 현재 20개소에 보급

○ EMR의 표준화를 통해 시스템 활용도 제고 및 병원 간 정보 교류 기반 마련

- 시스템 내에 **표준서식을 '기본값(default)'으로 내장하고, '보건의료용어 표준고시*'를 반영**하는 등 서식·용어 등의 표준화 정도를 제고

* 용어 23만건, 진료용그림 540종

□ 지역거점 공공병원 인증 획득 지원

○ 환자 안전 수준 및 의료의 질 향상을 위해 지방의료원, 적십자병원 등 **지역거점 공공병원**이 **'의료기관 인증'을 받을 수 있도록 지원**

* 의료기관 평가인증 : 국립대병원 100%, 지방의료원은 33개소 중 19개소 획득 (´15년)

** 지방의료원 평가인증 계획: (´16년) 25개소→(´17년~) 34개소

- 주요 미획득 원인은 '건물 신축·이전*', '조직·인력 구성 미비**'등임

* 공주의료원 등 8개소, ** 진안군의료원

- 국고지원사업 가점부여, 지방의료원 운영평가 등을 활용해 원인 해소 후 조기 인증 독려

5 공공의료기관 운영 효율성 제고

5-1 평가체계 정비 및 평가결과 환류 강화

가. 현황 및 문제점

□ 평가기준의 타당성 및 실효성 부족

○ **각각의 공공의료기관**이 공공의료체계 내에서 **역할이 다름**에도 불구하고 **공공보건의료계획 평가는 동일한 평가기준 적용**

* 국립대병원, 지방의료원 및 시도립병원, 공립요양병원, 특수병원 등

○ **지방의료원 평가** 시 설립 주체인 지자체에 대한 평가가 이루어지지 않음으로써 지방의료원 운영에 대한 **지자체 관심 유도 부족**

○ 평가결과에 따른 **보상체계 부재 및 지원정책과의 연계 미흡** 등으로 인해 피평가기관의 적극적인 참여 유도 곤란

* 현재 공공보건의료계획 및 지방의료원 평가 결과에 따라 보건복지부장관 표창 수여

□ 공공의료기관 각 유형별 평가 분산 및 중복

○ **전체 공공의료기관**은 「공공보건의료에 관한 법률」에 따라 **매년 공공보건의료계획 평가의 대상**이 되고,

- 이와 별개로 **국립대병원과 지방의료원**은 각각의 관련 법에 따라 교육부의 **경영평가**와 복지부의 지방의료원 **운영평가**를 받음

- 국립대병원은 공공보건의료계획 평가결과를 교육부 경영평가에 활용하나, **지방의료원은 2개의 평가를 별개로 진행**

나. 정책과제

1 공공보건의료 평가체계 정비

□ **공공보건의료기관 평가 타당성 · 실효성 확보**

○ 공공보건의료기관 평가 기준 개선

- 전문가 및 의료수요자 등으로 구성된 평가단을 조직하여 **공공보건의료기관 평가의 전문성 및 객관성을 지속 확보**하고,
- 각 공공보건의료 **유형에 따른 평가기준 차별화** 도모

○ 공공보건의료기관의 평가 실효성 향상

- 지자체가 수립하는 공공보건의료 시행계획에 대한 평가를 내실화하여 지방의료원 운영 주체인 지자체의 역할 및 기능 강화 유도
- **'공공성'** 전반을 평가할 수 있도록 사업실적 위주의 과정지표보다 **거시적·결과지표** 위주로 평가지표 구성하고, 평가-지원 간 연계 검토

  * **의료의 질 향상**, **의료이용 격차 해소**, 필**수 보건의료서비스 제공** 등

□ **공공보건의료기관 평가 간 연계 · 통합**

○ 광역 및 기초지자체, 공공보건의료기관을 대상으로 실시하는 **각종 평가와 연계**하여 **평가의 효과를 극대화** 할 수 있는 체계 마련

- 공공보건의료계획 평가와 타 유사 평가와의 중복을 배제하여 피평가기관 부담 완화

2 평가결과에 따른 보상 및 차등지원

□ **평가에 따른 대상별 보상체계 마련**

○ 공공의료기관이 내실있는 **공공보건의료계획**을 **수립·실행**하도록 적절하고 실질적인 **보상체계 마련 검토**

- 공공의료기관의 공익적 역할의 성실한 수행여부를 판단하려는 **평가 목적에 부합한 보상체계 마련 검토**
- **공공보건의료계획 평가 결과**가 우수한 기관은 **각종 복지부 공모사업 지정 시 가점** 부여
- 광역지자체·국립대병원·지방의료원 등이 **함께 수행하는 사업**에 우선적으로 재정적인 **인센티브 지원 고려** 필요

○ 지방의료원 대상의 **각종 지원에 평가결과 적극 활용**

- 지방의료원 **시설·장비 보강 및 인력지원** 등에 있어 **지방의료원 경영개선 실적**을 모든 예산사업에 적극 반영하여 예산 **차등지원**

  * 경영수익 증가율, 단체협약 개선율, 진료비 감면지침 이행률 등 경영개선 지표를 추가 발굴·반영함으로써 경영 효율화를 통한 경쟁력 강화

- **공공성 강화 및 경영 개선 노력이 우수**한 지방의료원이 더 많은 **신포괄수가 인센티브**를 받을 수 있도록 **지표 설정**

비교 기준	종 전			개 선	
참여	5%	사업참여	⇒	5%	사업참여
효율성	5%	평균재원일수 감소	⇒	15%	경영성과 5% 의료의 질 10%
공익성	5%	의료급여 환자분율 의료안전망(분만실, 중환자실)	⇒	15%	취약계층진료 9% 필수진료시설 유지 6%

5-2 공공의료기관 경영체계 개선

가. 현황 및 문제점

□ 국립대병원의 일부 비효율적 운영으로 인한 문제 발생

○ 국립대병원은 기타 공공기관으로 분류되어 공공기관으로 분류되어 있으나 **비합리적, 비효율적 경영 등 방만경영의 문제 야기**

* (사례) 과도한 경조비, 유가족 특별채용, 노조의 경영권 개입, 연차보상비 과다지급 등

- 국립대병원의 방만경영으로 인한 **적자누적 등 정상적인 경영상의 어려움으로 국립대병원의 본질적인 업무 수행**(연구·교육 및 공공보건의료)**에 장애**

□ 만성적자 등으로 인한 지방의료원의 지속가능성 위기

○ 낮은 의료수익 대비 높은 관리비용 등으로 **만성 적자와 부채 누적이 심화**되고 있으나 **경영혁신 자구 노력 일부 미흡**

* ´14년 당기 순손실 622억원 (개소당 평균 19억원), ´14년 기준 부채 5,345억원

○ 적자누적으로 **시설·장비·인력 투자가 미흡**하고 이로 인해 경쟁력 약화, 수익저하, 재정 건전성 악화의 **악순환 반복**

* 100병상당 의료수익(´12년) : 민간병원의 62%, 공공병원의 63%

** 의료수익 대비 인건비율(´12년) : 지방의료원 71%, 민간병원 44%, 다른 공공병원 50%

나. 정책과제

1 국립중앙의료원 운영의 효율성 제고 및 공공성 강화

□ 국립중앙의료원 경영개선을 위한 수익증대 및 지출효율화 방안 마련

○ **(수익증대 방안)** 진료수익 증대를 통해 경영효율성을 높이고, 정부 출연금 지원규모를 이와 연계

구분	내용
목표관리제 도입	- 진료과별 목표관리제를 도입하고, 목표달성 여부를 성과연봉에 직·간접적으로 연계함으로써 목표진료수익 달성을 위한 자구노력 유도
진료과 특화 육성	- 진료과 특성을 고려한 선별지원 체계 구축
진료시간 확대 운영	- 진료시간 확대를 통해 환자 편의 제공 및 진료수익 증대 추진 * 토요검진 추진, 토요진료 활성화, 야간진료 활성화 등

○ **(지출 효율화 방안)** 기관의 효율적 운영을 위해 비용절감 노력을 지속적으로 수행하되 경쟁력 확보를 위한 투자성격 지출은 확대

□ 국립중앙의료원 현대화사업 추진을 통한 경영정상화 추진

○ **(기능 재정립)** 일반진료 위주의 현 국립중앙의료원 기능을 **특수진료 센터중심 진료체계와 협력진료체계로 재정립**

- 중증외상, 희귀난치, 감염병 등 특수진료를 담당하는 전문과목을 특화 육성

○ **(의료서비스 질 향상)** 신축·이전을 통해 **병원 규모 확대**(병상수 등) **및 최신 시설·장비 구축, 우수 의료진 영입** 등을 통한 진료서비스 질 향상 및 수익 증대 추진

2 국립대병원의 책임 경영체계 확립

○ **국립대병원「방만경영 정상화」계획 이행 지속 모니터링**

- 국립대병원의 방만경영 위반사항을 개선하고 **'방만경영 정상화 계획' 이행 여부 지속 점검・확인**

○ **국립대병원 경영평가 시 공공성 평가 강화 추진**

- 경영평가(교육부) 시 **공공보건의료사업** 비중*이 강화할 수 있도록 **평가지표 구성 및 가중치 확대 추진**

* 전체 100점 중 가중치 12점 → 16점 확대

〈각 범주별 주요 평가내용〉

평가범주	주요 평가내용
경영관리	경영전략 및 사회공헌, 업무효율, 조직・인적자원 및 성과관리, 재무예산 관리 및 성과, 보수 및 복리후생 관리
주요사업	공공기관의 주요사업별 계획・활동・성과를 종합적으로 평가
기 타	기관의 자율 특색 사업

3 지방의료원 운영의 효율성·투명성 제고

□ **중기 경영(운영)개선 계획 수립·이행 점검**

○ 지방의료원의 **경영 효율성 제고**를 위한 의료원별 자구노력 등에 대해 **경영개선계획**을 **수립·시행**하도록 **관리·지원**

* 공공의료・병원경영 관련 전문가 등을 평가단을 구성, 지방의료원별 수립한 추진계획의 적절성을 평가

○ **「표준운영지침」 마련·보급**을 통해 지방의료원의 효율성·투명성 제고

- 지방의료원의 **운영목표 및 기능, 필수 공공의료사업, 필요한 진료 역량, 경영관리 기준*** 등 필요한 표준화된 가이드라인 제시

* 경영개선계획 수립, 인사 운영, 성과관리, 예산 운용, 계약, 이사회 운영 등

□ **지방의료원장 성과계약 체결 의무화**

○ 원장의 임기 내 자율적 운영을 최대한 보장하면서 그에 상응한 책임과 성과를 강화하도록 **지자체-의료원간 경영성과계약 체결 의무화**

- 지자체는 **공공성과 효율성을 50%씩** 반영한 경영핵심목표를 제시하고, 목표달성 여부를 평가하여 **인사 및 보수에 반영**

* 경영성과계약 : 지자체장-병원장간 미체결(5개소), 병원장-간부직간 미체결(31개소)

- 복지부는 경영성과계약 달성 여부를 **운영평가에 반영**하고 **예산지원과 연계**하여 실효성 제고

□ **공익성 강화 및 비효율성 경감을 위한 컨설팅 제공**

○ **3년이상 당기 순손실 발생, 공공보건의료사업 비중이 현저히 낮은 지방의료원**에 대해 컨설팅 전문업체(복지부 주도)를 통한 **운영진단 실시**

- **적자의 원인을 분석**하고, 지자체 상황에 맞는 **진료과목별 운영전략 및 경영혁신 전략**(Buseness Process Reenginiering) **제시**

□ **지방의료원 「업무상황 등에 대한 공시제」 도입**

○ **매년 사업계획서, 인건비 예산과 집행현황, 단체협약** 등을 **매년** 지방의료원 홈페이지 및 복지부장관이 지정하는 통합매체에 **공시**

- **모든 공시사항**을 **통합공시**하여 **불합리한 단체협약 및 진료비 감면 등에 대해 스스로 개선해 나가도록 유도**

○ **거짓 사실의 공시**에 대해 복지부는 **그 사실을 공고**하도록 하고, 해당 지자체 장에게 관련자에 대한 **인사상의 조치 등을 하도록 요청**

5-3 공공의료 통계 및 정보체계 구축

가. 현황 및 문제점

□ 정책수립을 위한 공공보건의료 통계생산·정보화 기반 미흡

○ 효과적인 공공보건의료정책 수립을 위해서는 **체계적인 자료수집**과 그에 기반한 **실적 모니터링이 뒷받침**되어야 하나

- **필요시마다 자료를 수집**함으로써 자료의 **정합성이 떨어지고 자료간 연계가 부족**하여 효과적인 모니터링 곤란

○ 공공보건의료분야에 **전문화된 통계지표 생산 미흡**

- 기존 통계에 대한 명확한 범주구분이 안 되어 있으며, 공공의료 분야에 **전문화된 지표 생산** 및 **국가 승인 통계 부재**

□ 응급의료, 암 관련 빅 데이터의 활용도 제한

○ 현재 **운영 중인 응급의료 진료정보망**(NEDIS)은 **▲병원단위로 정보가 분절**되어 응급환자의 흐름을 알 수 없으며, **▲외부 데이터와의 연계가 어려워** 정보 활용이 제한*되는 한계

* 응급환자의 1개월 이상 생존률, 장애발생률, 산재환자의 응급의료기관 이용 비율 등의 정보는 외부 행정데이터와 연계가 이루어져야 산출될 수 있음

○ 암 관련 주요 데이터 및 정보는 **부처·기관별로 산재**해 있고 그 내부에서도 **업무 분야별로 각각** 관리·운영 중에 있어 **실효성 저하**

○ 정부 3.0 중점추진과제*로서 빅데이터를 활용한 과학적 행정 구현 필요

* 일 잘하는 유능한 정부(빅데이터 활용)

나. 정책과제

1 공공보건의료 통계 기반 확충

○ 공공보건의료기관 통계 신뢰성 제고

- 공공보건의료 통계가 **국가승인통계**(통계청)로 지정받을 수 있도록 추진하여 **양질의 공공보건의료 통계 생산 기반 확보**

- 매년 '**공공보건의료통계 연보**' 발간·보급(온·오프라인)

○ 보건의료 공공성 조사 강화

- 의료취약지역 모니터링, 의료취약계층 모니터링 결과를 활용하여 **보건의료 공공성 보고서*** **발간**

* National Healthcare Disparities Report(미국) : ①주요 질환(암, 심뇌혈관, 당뇨병 등)의 의료이용 실태 및 결과, ②환자 안전, ③치료의 시의 적절성, ④환자 중심적 치료 등 4가지 분야를 중심으로 형평성 조사

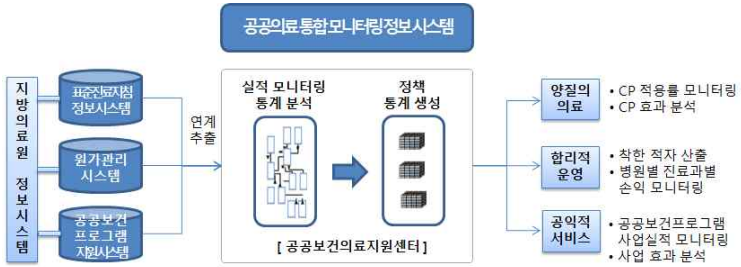
2 공공보건의료 현황 및 통계의 공개 및 공유

○ 공공의료기관 현황 정보 제공을 통해 **공공병원 투명성 및 신뢰도를 제고**하고, 정부 3.0의 가치인 '개방' 및 '공유'의 활성화 도모

- 지방의료원 통합 운영공시 웹 서비스 및 전체 국공립병원 현황 정보(인력·시설, 진료·경영실적 등) 제공이 가능한 「**공공의료 포탈**」 운영

- 포탈 내에 지방의료원 **표준진료지침(CP), 원가관리, 공공보건프로그램** 정보시스템을 연계하는 **통합 모니터링 시스템 구축 추진**

- 통합 모니터링 시스템을 통해 지방의료원별 **공익적 비용** 산출, **CP 적용률 평가지표** 산출, **공공보건프로그램 실적** 및 효과 분석 등 수행



○ **직원 역량** 및 **평가결과 환류** 강화를 위한 **시스템 구축**

- 공공의료기관 종사자의 업무역량 강화를 위한 **"사이버 교육 시스템" 구축**

* off-line 학습자 관리 기능 외 on-line 교육 제공이 가능하도록 기존 웹서비스 확대 개편

- **공공의료기관 평가**를 효율적으로 수행하기 위한 **평가지원시스템 구축 평가 등을 통해 수집한 자료**를 **체계적으로 가공하여 제공**

3 응급의료 및 암 관련 빅데이터 활용 기반 강화

□ 응급의료 모니터링 시스템 구축

○ **(정보연계) 심평원 데이터**와 응급의료 진료정보망 정보를 연계

- **개인을 식별하고 모든 응급의료기관의 응급환자 발생현황 파악**

- 파악된 주민등록정보를 기반으로 장애, 119 등 **외부 데이터 연계**

* 정보입수 이후 동일인을 파악할 수 있는 **식별자(ID)를 부여**하고 주민등록번호, 이름 등 **개인식별 정보는 일괄 삭제** 조치

* 응급의료 모니터링 시스템은 정책, **통계, 평가, 연구목적**으로만 활용

○ **(DB 구축)** 연계된 다종의 정보를 **단일 데이터베이스로 통합**하고, 활용도 높은 정보는 **정형화하여 DW 구축**

* DW(Data Warehouse) : 의사결정을 위한 핵심 데이터를 추출·정제하여 만든 정보 모음

○ **(모니터링)** 응급환자의 **발생, 이송, 진료, 퇴원** 과정에서 응급의료 체계의 가동실태를 파악할 수 있는 **다종의 모니터링 지표** 관리체계 마련

- **국가, 지자체, 개별 의료기관** 범위에서 응급의료 실태파악 지원

- 책임성이 명확하고 개선이 필요한 지표는 평가지표로 활용

○ **(의사결정 지원)** 구축된 데이터와 관리되는 지표를 효과적으로 제공하여 **근거에 기반한 정책 의사결정** 지원시스템 구축

- 관리자를 위한 전자상황판(Dash Board), 실무자를 위한 데이터 분석 도구(OLAP), 연구자를 위한 지리정보시스템(GIS) 제공

□ 암 빅데이터 플랫폼 구축

○ 암환자의 인구·사회경제·환경 등의 정보 등 관련 기관이 보유한 암 유전체, 종양은행, 진단·치료 정보 등을 연계하는 암 빅데이터 플랫폼*을 구축해 연구자 등 지원 추진

* 국립암센터·지역암센터(암등록, 종양은행 및 연구정보), 질병관리본부(유전체 정보), 건보공단·심평원(진료정보), 행정자치부·고용부·환경부(환자 또는 발암원 정보) 등