생명과 지역을 살리는
필수의료혁신 전략

'23.10.

목 차

Ⅰ. 추진 배경 ····· 1
Ⅱ. 분석·평가 ····· 2
Ⅲ. 추진 방향 ····· 6
Ⅳ. 핵심 과제 ····· 8
Ⅴ. 추진 계획 ····· 21

보건복지부

Ⅰ. 추진 배경

국민건강·생명과 직결된 지역·필수의료 생태계 붕괴 위기

○ **수도권 대형병원 쏠림***, **필수의료 기피** 고착화 등에 따라 **지역·필수의료 생태계 붕괴** 위기 심화

* 全 의료기관 건보 급여비 중 서울 5대 병원 비중(%): ('13) 5.4 → ('21) 8.0
암 등 상위 5개 수술 수도권 의료기관 실시 비율(%): ('15) 50.0 → ('21) 53.7

➡ 지역·필수의료의 위기는 **▲지역 간 의료격차 심화**, **▲필수의료 공백**에 따른 **국민 생명·안전 위협** 초래

* ▲중증 응급환자 대응 인력·병상 부족으로 인한 응급실 표류 사망, ▲소아청소년과 등 필수진료 科 인력수급 곤란, ▲지역의료기관 의사 구인난 심화에 따른 진료 공백 등

지역완결 필수의료 및 넥스트 팬데믹 대비를 위한 의료전달체계 확립 시급

○ 지역의 **중증·필수 치료역량 저하**, **비효율적 의료전달체계** 등으로 **수도권 쏠림 악순환 지속**, 필수의료의 지역완결 확보 곤란

➡ 국립대병원 등 거점기관의 **지역 필수의료 중추 역할 확립**과 이를 뒷받침할 **임상적·정책적 리더십**의 **획기적 강화** 시급

○ **코로나19 대응** 시 **지역의료 컨트롤타워** 및 **전달체계 미흡**으로 **막대한 손실보상*** 기반 **병상·인력 확보** 등 **비효율** 초래, **신속 대응 한계**

* 손실보상('20.4~'22.12.) 8조 원을 통해 최대 32,875병상 지정

➡ 향후 감염병 등 공중보건 위기 발생 시 **능동적·효율적 의료 대응**을 지원할 **지역 의료전달체계 확립** 중요

※ 영국, 프랑스 등 넥스트 팬데믹 대비 지역의료 강화 전략 수립·추진 중

Ⅱ. 분석·평가

1 지역·필수의료 위기 요인

1 수도권 대형병원 의료자원·환자 쏠림 ⇄ 지역 의료전달체계 약화 악순환

◈ **악순환의 고리❶: 수도권 병상 ↑ ➡ 지역 인력·환자 유출 ↑ ➡ 지역 자원·역량 ↓ ➡ 지역의료 신뢰↓ ➡ 인력·환자 수도권 집중 ↑**

○ **진료권 폐지**('98), **KTX 개통**('04) 이후 **수도권 대형병원**의 **병상 확대 경쟁 지속, 지역 의료인력·환자 수도권 유출** 심화

- **중증 환자** 등 **수도권 이동** 확대에 따라 **1~3차 기관**의 **유사 환자 群** 대상 **무한경쟁, 지역 의료전달체계 효율성·경쟁력 저하**

* 지역 내 의료 이용률('21): 서울 89.2% vs 충남 66.4%, 경북 63.4%

➡ 필수의료 공백 등으로 인해 **지역 간 의료·건강 격차 악화** 초래

* 치료가능 사망(10만명 당) ('21): 서울 38.6명 vs 강원 49.6명, 경남 47.3명,

< 의료전달체계 현 실태 >

❶ 유사한 환자 群을 놓고 상급병원부터 동네의원까지 무한경쟁

- 상급병원 등 **높은 외래 비중** 여전, 평균 진료시간 4분, **중증 진료·연구 집중 곤란**
  * 전체 의료기관 중 상급병원·종합병원 외래 내원일 비중: ('16) 11.56% → ('20) 12.91%
- 불분명한 종별 기능으로 상급병원 선호 뚜렷, 중증·응급환자는 **과밀로 적기 치료 제약**
  * "12개 병원 못 받는다. 또 '표류' 사망"(동아일보, '23.5.31)

❷ 지역의료 생태계 약화 ➡ 수도권 대형병원 쏠림 심화, 필수의료 공백

- **지방 암 환자 30% 서울 상급병원 진료 / 희귀난치, 소아 암** 등 **상경 치료 불가피**
  * "포항엔 소아암 의사가 없어요, 희원이의 640km 치료길" (한겨레, '23.2.7)
- 인력난, 환자 감소 등으로 **병·의원 폐업 또는 응급, 외과수술 등 포기 ➡ 요양병원** 또는 **비급여 위주 전환 ➡** 필수의료 **인력 부족, 상급병원 중증·응급 과밀, 의료공백 악순환**
  * "부산도 밤에 맹장염이 생기면 대학병원 응급실 말고 갈 데가 없다."(동아일보, '19.5.22)
- **분원 설치 확대**로 **수도권 대학병원 병상 대폭 증가** 전망 **➡ 인력·환자 쏠림 심화**
  * ('23) 3.8만개 → ('29) 4.6만개, 7,900개 증가 예측('26~'29년간 9개 병원, 11개 분원 예정)

2 지역·필수의료 만성적 인력 부족 심화

◈ **악순환의 고리❷: 필수분야 저수익·고강도·고위험 下 비급여 시장 ↑ ➡ 필수분야 인력 유출 ↑ ➡ 업무부담, 번 아웃 ↑ ➡ 필수분야 기피 ↑**

○ 고령화, 의료수요 다변화 등 **의사 인력 수요 증가*** 속에 **장기간 의대 정원 동결*** 등으로 **지역·필수의료 인력 확보 기반 약화**

* '35년 의사 9,654명 부족 예상('21. 보사연), '50년에 2.2만명 부족 전망('22. KDI)

** '00년 의약분업 후속 합의로 의대정원 10%(351명) 감축, '06년부터 18년째 3,058명 유지

※ 인구 천명 당 임상의사 수('22): 한국 2.6 vs 독일 4.5, 영국 3.7, OECD 평균 3.7

○ 비필수·비응급·비중증 분야 의사와 비교해 **낮은 임금, 높은 업무강도, 의료사고 시 갈등 부담** 등은 **필수분야 인력 유입 저해**

* 산부인과 전공의 기피 이유: 무과실 의료사고 관련 산부인과 의사 보호 부재, 저출산과 저수가로 미래비전 상실, 보상과 지원 미흡 등 ('22. 학회 자체 조사)

- 지역의 경우 **진료 여건 격차, 생활·자녀교육** 등으로 **근무 기피**

* "지방 의대 졸업하고 취업은 수도권으로...경북 3%, 울산 7%만 지역 취업"(KBS, '23.10.6.)

➡ **의사 인력 지역 격차** 심각, **필수의료 분야 전공의 모집 곤란**

* 인구 천명 당 의사 수: 서울 3.47명 vs 충남 1.53명, 경북 1.39명, 전남 1.75명
전공의 충원률(%, '19→'22): ▲소청과 92→28 ▲산부인과 73→69 ▲흉부외과 63→35

3 비급여 시장 팽창, 비용 의식 약화 등 지역·필수의료 위기 가속화

○ **실손보험 기반 고수익 저위험 비급여 시장 팽창*** 등으로 인해 의료 공급자의 **저수익 고위험**인 **중증·필수의료 기피** 고착화

* 비급여 진료비(조원) : ('10) 8.1 → ('21) 17.3, 실손 가입자(만명) : ('10) 2,080 → ('21) 3,977

○ **보완대책***이 **미흡**한 채 추진된 **급격한 보장성 확대****와 **본인 부담**을 **무력화**하는 **실손보험**은 비용 의식 약화, **수도권 대형병원 쏠림** 심화

* 쏠림 해소를 위한 의료전달체계 및 지역·필수의료 강화대책, 비급여 관리대책 등

** 뇌·뇌혈관 MRI 상급병원 환자부담금: (급여화 前) 67만원 → (급여화 後) 18만원

2 그간 정책 평가

1 지역 의료전달체계 강화 등 근본 대책 미흡

○ 지역·필수의료 생태계 복원은 **지역 의료전달체계 확립**과 **역량 강화, 충분한 의료인력 확보** 등이 관건이나,

- **ˆ전달체계, ˆ인력, ˆ병상, ˆ보상체계**(행위별 수가) 관련 **구조적·근본적 대책 마련 소홀** ➡ 지역·필수의료 생태계 위기 심화

< 지역·필수의료 생태계 관련 구조적 대응 미흡 실태 >

- (**전달체계**) **상급병원 지정기준** 등 **평가, 각종 시범사업**을 통한 **적정 역할 유도** 수준
  의뢰·회송 시범사업('16~)은 **의뢰서 무제한 발급, 2차 병원 의뢰 미흡, 사후관리 부재**
  ※ 현행체계: (공급) 법령에서 의료기관 종별 표준업무 제시·권장, (이용) 의료 이용에 제한이 없고 상급병원 진료 시 건보 적용을 위한 의뢰서, 본인부담률 차등으로 적정 이용 유도
- (**인력**) **의대 정원**은 **18년째 3,058명 동결, 전공의 의존적 인력 운영 지속**
- (**병상**) 지역의료 자원 블랙홀인 **수도권 병상 적정 관리시스템** 부재
- (**보상**) 量 중심 **행위별 수가 다변화 미흡**, 상대가치 틀에 갇혀 **필수분야 수가 조정 한계**
  실손보험-건강보험 간 역할 미 정립으로 보장성 확대에도 불구, **비급여 의료시장 활성화**

○ **공공병원 확충 위주 접근, 임시방편적 수가 인상** 수준으로는 지역 필수 의료 위기 극복을 위한 **돌파구 마련**에 **한계**

- 국가적 **지역·필수의료 강화 로드맵** 마련, **우수한 거점병원 중심 지역·필수의료 협력체계 대폭 강화** 등 강력한 정책 추진 필요

< 주요국 지역·필수의료 강화 동향('21~'22) >

- **(英)** NHS 10개년 계획 통해 **새로운 통합의료시스템**(Integrated Care Systems, ICS)을 통해 **지자체**가 **지역의료체계 강화**와 **지역 주민 건강관리 집중 지원**
- **(佛) 네트워크형 지역의료체계** 구축을 위한 Ma Sante 법안 발의, **500~600개 지역 필수의료 공급 거점병원 지정·육성**을 통해 **지역 의료격차 해소** 추진
- **(獨)** 지역의료 강화를 위해 **의대 정원 50% 증원** 추진

2 파편·분절적 정책·사업 운영

○ **책임의료기관*** 지정('18~), **필수의료 정부 지정센터**** **확대** 등에도 불구하고 **사업·기관 간 연계·협력 미흡, 파편·분절적** 운영

* 공공의료법에 따라 지역 내 공공보건의료사업 총괄, 인력파견·교육, 공공보건의료 강화를 위해 복지부 장관이 지정(권역 책임의료기관 16개, 지역 책임의료기관 42개 지정·운영)

** 심뇌혈관(14), 암(13), 응급(40), 외상(17), 고위험산모신생아(19), 신생아집중치료(50) 등

○ **권역 책임의료기관**과 **각종 전문진료센터 분산, 분산된 자원**의 **연계·조정**을 위한 권역 책임의료기관 **권한·지원 미흡**

* 지역의 필수·공공의료 기획, 성과평가, 재원 배분 등 실질적 권한 부재
지역거점병원 의료협력체계 구축 예산('23)은 권역 책임의료기관당 6.6억 원에 불과

< 권역 책임의료기관-전문진료센터 등 분산 배치 현황 >

권역	권역 책임의료기관	공공보건의료지원단	심뇌혈관질환센터	권역 응급의료센터	권역 외상센터
부산	**부산대병원**	부산의료원	동아대병원	동아대병원	**부산대병원**
경북	**칠곡경북대병원**	김천의료원	안동병원	안동병원	안동병원
충남	**충남대병원**	**충남대병원**	순천향대천안병원	단국대병원	단국대병원

3 권역 책임의료기관 역할 미정립 및 권한·지원 미약

○ **ˆ**거점기관인 **국립대병원*** **권한·책임 부여 미흡, ˆ교육·수련기관, 공공기관** 관점 **현상 유지형 관리** 지속 ➡ **인력·재정난**** **심화**

* 권역 책임의료기관 16개소 중 14개소, 평균 5.4개 필수의료 정부 지정센터 운영 중이나, 공공부원장·공공의료본부 신설('22.8월)에도 권한·예산 미비로 책임기관 역할 한계

** 전체 국립대병원 진료 적자(억원): ('20) 3,570 → ('22) 4,007, 부대사업 등 적자 보전

○ 자율 발전을 제약하는 **공공기관 규제***에서 **탈피, 필수의료 중추**로서 **획기적 역량**(진료·연구·교육) **강화** 및 **실질적 권한 부여** 시급

* 보수·인력수요 등 시장변화 탄력 대응 곤란, 우수인력 유입 제약 및 기존인력 이탈 초래

4 지역·필수의료 국가지원 인프라 미흡

○ **국가중앙병원**으로서 **국가 보건의료 혁신**의 **중추 역할**을 해야 할 **서울대병원**의 **발전전략** 및 **지역·필수의료 지원 모델 미정립**

○ 공공의료 컨트롤타워인 **국립중앙의료원,** 국가 암 네트워크를 총괄하는 **국립암센터** 등 국가 특수목적 수행을 위한 **역량 혁신** 시급

Ⅲ. 추진 방향

1 거점 중심 전달체계 정상화로 수도권 쏠림–지역의료 약화 악순환 탈피

○ (필수의료 중추) 지역 내에서 중증·응급 최종치료 가능하도록 국립대병원 등 거점기관의 획기적 역량 강화

○ (협력 네트워크) 지역 병·의원 역할 정립 및 협력 지원을 바탕으로 각자도생 式 전달체계 → '필수의료 협력 네트워크' 대전환

○ (넥스트 팬데믹 대비) 감염병 등 지역의료 즉각 대응체계 구축

2 획기적 지역·필수 의료인력 양성·공급 확대

○ (인력 양성) 의대 정원 증원으로 지역·필수 인력 양성 기반 확충

○ (인력 공급) 필수의료 패키지 등을 통한 지역·필수의료 유입 촉진

3 지역·필수의료 혁신 추진 기반 강화

○ (지원체계 강화) 국가 거버넌스 확립 및 재정투자 확대

○ (국가중앙의료 네트워크) 서울대병원의 글로벌 임상·연구기관 육성, 국립중앙의료원 혁신 등을 통해 지역·필수의료 집중 지원

○ (관리체계 혁신) 국립대병원의 필수의료 중추 육성 및 의료 혁신을 위해 교육부 → 복지부로 관리부처 이관, 혁신 네트워크화

< 지역완결적 필수의료 3대 네트워크 >

지역 필수의료 네트워크	국가중앙의료 네트워크	국립대병원 혁신 네트워크
권역 책임의료기관 중심 1~3차 의료기관 협력 ➡ 중증·응급 공백 해소	서울대병원, 국립중앙의료원, 국립암센터 등 협력 ➡ 지역·필수의료 집중 지원	전체 국립대병원 간 진료·연구·교육 협력 ➡ 역량 강화, 운영 혁신

종적·횡적 긴밀한 연계·협력을 통한 지역·필수의료 혁신, 시너지 창출

비전 언제 어디서나 공백없는 필수의료 보장

추진 방향

◈ 거점 중심 전달체계 정상화로 수도권 쏠림–지역의료 약화 악순환 탈피

◈ 획기적 지역·필수 의료인력 양성·공급 확대

◈ 지역·필수의료 혁신 추진 기반 강화

핵심 과제

1. 필수의료 전달체계 정상화

1 국립대병원 등 필수의료 중추 육성

2 지역 내 필수의료 협력 네트워크 강화

3 넥스트 팬데믹 대응체계 확립

2. 충분한 의료인력 확보

1 인력 확충 기반 강화

2 지역·필수의료 인력 유입 촉진

3. 추진 기반 강화

1 국가지원체계 강화

2 국가중앙의료 네트워크

3 국립대병원 소관 변경

Ⅳ. 핵심 과제

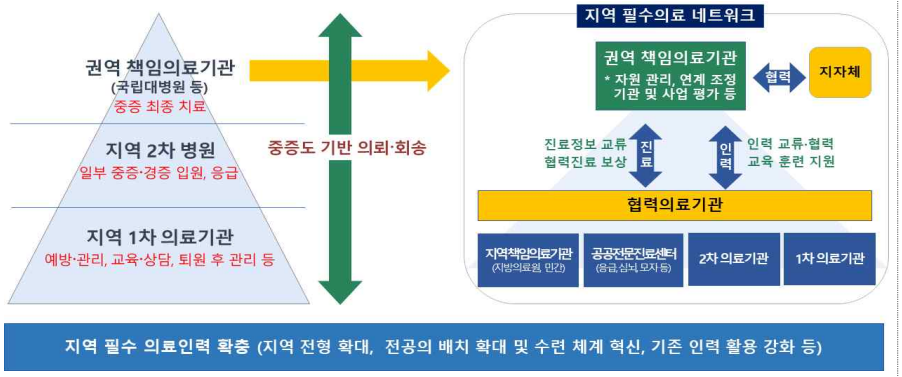
1 필수의료 전달체계 정상화

◈ 국립대병원 등 거점기관의 중증·응급 최종 치료역량 획기적 강화

◈ 역할 정립, 협력 기반 확충을 통한 지역 내 필수의료 네트워크 강화

◈ 감염병·재난 발생 시 즉각 대응 가능한 지역의료 체계 확립

< 국립대병원 등 거점기관 중심 필수의료 전달체계 >



1 국립대병원 등 필수의료 중추 육성

❶ **(우수인력 확충) 필수의료** 분야 **교수**(전임교원 등) **정원 대폭 확대** 및 **전문의 고용지원 강화 ➡ 인력확보** 및 **이탈 방지**

- 국립대병원의 적극적 탄력적 인력 확충을 어렵게 하는 **총인건비, 정원제도** 등 **공공기관 규제혁신** 추진

- 이탈 방지를 위한 **임상교수 처우 개선, 소진 방지대책*** **병행**

* 연구년 보장, 육아휴직에 따른 대체인력 고용 지원체계(인력뱅크 등) 구축

※ 국립대병원 의사 2년 내 퇴사율: ('22) 58.7%, 주된 요인은 보수, 근로 여건 문제

< 국립대병원 인력확보 장애요인 >

- **(총인건비) 연 1~2%** 증액('23. 1.7%) ➡ 민간·사립대병원과의 **보수 격차**로 **우수 인력 확보 곤란** 및 **기존 인력 유출** 초래
  * 보수는 연공서열식 산정으로 생산성 저해, 예산 심의 등에 의해 사실상 통제
- **(정원)** 기재부·행안부 심의 등을 거쳐 인력 **수요 탄력적 반영 곤란**
  * 전국 국립대병원 증원 요청('22) 4,799명 → 1,735명 배정(승인률 36.9%)

❷ **(공공정책수가) 중증·필수 분야 보상 혁신**으로 **최종치료 역량 강화**

- **수가 인상**과 함께 **병상·인력 확보** 등 중증·응급 공백 해소를 위해 행위별 수가 → **기본비용 + 성과 보상 개편***, 진료역량 강화 지원

* 국립대병원 등 권역 책임의료기관 우선 적용 및 성과평가 후 확산

< 기본비용 보상형 중환자실·응급실 운영혁신모델 예시 >

- (**중환자실**) 중환자 병상 확보에 따른 **기본비용**(인력·자원 등) **보상** + 진료 質 **성과 보상**
  - **적정성 평가, 분석심사** 등과 연계하여 중환자실 의료의 質 제고 성과 관리 병행
- (**응급실**) 중증 응급 상시 수용·진료체계 구축을 위해 **응급실 일정 병상 상시 확보 시 중증 응급 병상·인력 대기 비용 보상 + 성과 보상**

- 사회적 필요도가 높으나, 수익성이 낮은 **필수의료 정부지정 센터**의 적자 구조 해소를 위한 **기관 단위 보상강화 지속 확대***

* 어린이 공공전문진료센터('23) → 필수의료(예. 외상, 분만) 분야 중심으로 확대

<어린이 공공전문센터 적자 사후보상 시범사업('23~25) 주요 내용>

- **(대상기관)** 어린이 공공전문진료센터(10개소) 중 참여 희망기관 (既 선정, '23.1월)
- **(사업내용)** ▲**중증소아 단기입원·재택치료 시범사업** 등 센터별 중점사업 수행 ▲권역 내 **지역의료기관 대상 협력** ▲센터 운영 효율화 및 기능 강화 추진
- **(성과보상)** **발생손실 중 의료비용 해당분**에 대해 **성과평가 결과에 따라 차등 보상** 지급

❸ **(혁신적 R&D) 필수의료 R&D 투자 대폭 확대**를 통한 병원 연구 역량 강화로 **진료-연구 선순환** 구조 확립

※ ▲연구중심병원 10개소 중 권역 책임의료기관은 서울대병원, 경북대병원 2개소
▲전체 국가 R&D 27조원 중 국립대병원 비중은 0.4% ('21)
▲(日) 국립대병원 5~10년 R&D 지원, 중증외상, 난치 암 등 필수의료 R&D 선도

- 국립대병원 등 **필수의료 R&D 지원체계*** 및 **연구혁신 플랫폼****
구축, 글로벌 수준 필수의료 고도화

* 한국형 ARPA-H('24.~'33., 총 1.9조원 투자 적정성 검토 진행 중)에 필수의료 혁신형 연구 장기지원 포함
※ 美 ARPA-H('24. 25억 달러): 실패 용인 도전적 연구지원 DARPA 보건 분야 접목

** 병원별 특화 분야 연구 전담 또는 공동 연구 수행

< 필수의료 R&D 투자 확대 분야 예시 >

- **(필수의료 기술혁신) 혁신 의료기술, 신약, 신의료기기** 등 개발
- **(디지털 기반 필수의료 고도화)** 기술혁신을 통한 **공간·자원 한계 극복**을 위해 **원격협진,** 중환자실 통합관리 등 **의료 AI·빅데이터 기반 디지털 전환**
- **(인프라 혁신)** 연구 인프라 **첨단화**, **신약 임상시험·연구 인력·장비·시설·병동** 등 확충

- 필수의료 **연구 참여 활성화** 및 **안정적 연구 기반** 마련을 위해 **진료-연구 병행지원체계*** 강화 및 **산학협력단 설치**** 추진

* 병원 임상 역량을 유지하면서 연구 참여가 가능하도록 R&D 관리, 보수·정원규제 혁신

** 사립대병원과 사립대학은 같은 법인 내에 설치되어 있어 대학에 설치된 산학협력단 이용이 가능하나, 국립대병원은 대학과 별도 법인으로 운영되어 산학협력단 활용 불가

※ 美 Harvard 의대는 약 1.2만명 규모의 임상 병행 교수가 교육병원에서 연구 참여

❹ **(인프라 첨단화) 의료 質 향상**을 위한 **진료·연구 인프라 투자 강화**

- **중증·응급 진료시설·병상, 공공전문진료센터** 등 **시설·장비 개선 우선 지원** 및 노후 인프라 전면 첨단화

* 정부 지원 비율: 진료시설·장비 25% vs 교육·연구시설 75%

- **기부금품 모집 허용** 등 재원 확보 창구 다양화 검토

* 사립대병원과 달리 국립대병원은 공공기관으로서 기부금품 모집 불가(기부금품의 모집 및 사용에 관한 법률 제5조), 국립대병원은 자발적 기부금품 기탁제도에 따른 접수만 가능

2 지역 내 필수의료 협력 네트워크 강화

❶ 지역 병·의원 역할 정립

- **(1차 의료기관)** 1차 의료 지원을 **만성질환 → 필수의료 전반 확대, 예방·관리, 교육·상담, 퇴원 후 관리** 등 1차 의료 기능 활성화

< 필수의료 분야 1차 의료 강화 모델 예시 >

- (**소청과**) 아동 **건강관리 심층 교육·상담, 소아 야간·응급 지원체계** 강화
  * 현행「달빛어린이병원」모델 보완·개편 포함
- (**산부인과**) **임신·출산 통합서비스**(진료-교육·상담-협진, 난임 지원 포함), **다태아 임산부** 지원
- (**외과계**) **경증 수술·처치**, **수술 전 교육·상담** 및 **수술 후 관리 지원** 등 지원 강화
  * 현행「수술 전 교육·상담 시범사업」→「**외과계 1차 의료 시범사업**」개편

- **(2차 병원)** 지역의 필수 **입원·수술 기반 확충** 및 **의료 質 개선**을 위해 **우수한 지역 종합병원 육성**

* 권역 책임의료기관과 중점 협력할 역량 있는 종합병원을 중진료권(70개)별로 육성

< 2차 병원 필수의료 지원 방향 >

- (**목적**) **필수의료 수술·응급 공백 해소, 경증·일부중증 환자 상급병원 쏠림 방지**
- (**기능**) 일정 수 이상 필수질환 **포괄적 입원·응급** 서비스 제공, **일부 중증**(심뇌혈관 질환 등) 치료 및 **응급 대응**, 권역 책임의료기관 협력체계 구축 등 **지역 필수 종합병원** 역할
- (**보상**) **신포괄수가** 개선 연계 **기관 단위 보상 + 필수의료 제공 성과 보상**

- **(전문병원) 필수분야 전문병원 확충**을 유도하고, **1~3차 의료기관 간 협력**을 **지원**할 수 있도록 전문병원 중심 **협력진료 모델** 개발·확산

< 전문병원 중심 1~3차 협력진료 모델 예시 >

- 소아전문병원 주도 네트워크 구성, **실시간 지역 의료자원 관리** 및 **신속한 환자 연계**
  (소청과 의원 ⇆ 소아전문병원 ⇆ 상급종합병원 소아전문진료센터 등)
  ➡ ▲ **연계·협력체계 구축·관리** 지원, ▲**치료 결과 향상** 및 **재정 효율화 성과 보상**

❷ 협력 지원체계 강화

- **(협력 총괄) 국립대병원** 등 권역 책임의료기관에 권역 필수의료 **▲자원관리, ▲필수의료 공급망 총괄·조정, ▲성과평가** 등 권한 부여

< 국립대병원 등 협력 총괄 역할 >

역할	주요 내용
자원관리	▸ 인력·시설·장비 등 **필수의료 자원 통합관리 시스템** 구축 ▸ 필수의료 인력 양성·공급 및 시설·장비 확충·개선 총괄
공급망 총괄·조정	▸ 권역 내 중증·필수 **최종치료 역할 강화** ▸ 1~3차, 공공전문진료센터, 공공의료기관 간 **협력 네트워크 구성·운영** 및 **진료정보 교류 체계 확립**
성과평가·재원배분	▸ 공공전문진료센터, 지방의료원 등 **성과평가** 및 **재원 배분**에 권역 책임의료기관 참여(복지부 → 복지부+지자체+권역 책임의료기관)

- **(기관 간 협력)** 권역 책임의료기관 중심 **지역 병·의원 협력진료 활성화, 의료 質 향상**을 위한 **「필수의료 네트워크 시범사업」** 신설

※ 권역 내 1~3차 의료기관 협력진료 및 필수의료 강화 중심으로 기존 중증 진료체계 강화 시범사업(수도권 대형병원-지역 병·의원, 비용효율화 중심)과 차별화

< 필수의료 네트워크 시범사업 모형 예시 >

▸ **(네트워크) 권역 책임의료기관-협력기관**(공공진료센터, 1·2차 의료기관) **네트워크 구축**

- 중증도에 따른 **적정기관 적정진료**, **개방형 병원, 야간·휴일 진료협력 체계 구축** 등을 통한 의료전달체계 효율화 및 필수의료 공백 해소

- 권역 책임의료기관의 **협력기관 역량 강화 지원**(교육, 자문), **진료 품질관리체계** 구축

▸ **(보상) 권역 네트워크 협력 비용 사전 보상** 및 **성과 보상**(필수의료 공백 해소, 재정 효율화 등), 중증도 기반 **기능별 기관 가산 적용**, **의뢰·회송**(1 ⇆ 2 ⇆ 3차 기관) **보상 강화**

▸ **(협력 기반) 진료정보 교류 시스템**, **전자의무기록(EMR) 통합** 등 협력 인프라 구축

- **(인력 협력)** 지역 내 중증·응급 공백 해소를 위한 **▲의료기관 순환당직제*, ▲전문치료팀 운영**** 등 인적 네트워크 지원 확대·다양화

* 중증응급 대응을 위한 지역 병원 간 365일 순환당직제 운영 지원 시범사업('23~)

** 심뇌혈관질환 인적 네트워크 운영 건강보험 시범사업('24.1월)

- **(지역 내 의뢰·회송 활성화) 의료·회송 수가 시범사업 제도화** 및 **'동일 지역권**(시·도)**' 중심 개편**으로 지역 내 협력진료 유인 제고

< 동일 지역권 진료 의뢰·회송 활성화 방향 >

▸ **동일 시·도 내 진료 의뢰·회송 유인 강화**를 위한 **수가 개편**

* 상급종합병원→병·의원 회송 수가만 제도화, 병·의원→전문병원·종합병원 의뢰·회송은 수가 시범사업 중 수가: (의뢰) 의원 기준 의뢰서 1만원, 의뢰서+진료정보 1.5만원, 의뢰서+진료정보+영상정보 2만원, 동일 시·도 내 의뢰 시 3천원 가산 / (회송) 종합병원 기준 입원 5.5만원, 외래 4만원 수준

구분	동일 시·도			타 시·도		
	1차	2차	3차	1차	2차	3차
1차		▲의뢰인상	◭의뢰인상		△의뢰삭감	△의뢰삭감
2차	▲회송인상		▲의뢰인상	(회송유지)		△의뢰삭감
3차	▲회송인상	▲회송인상		(회송유지)	(회송유지)	

▸ **상급종합병원 평가**지표에 **동일 시·도 2차 의료기관 회송** 실적 **반영**

- **(디지털 협력 기반) 마이헬스웨이*** 기반 **진료 협력 강화, 취약지 원격 협진, 네트워크형 스마트병원**** 등 디지털 협력모델 활성화

* 본인 의료데이터를 ▲ 모바일앱 등을 통해 조회·확인하고 ▲ 원하는 곳에, 원하는 목적에 활용할 수 있도록 디지털 전송이 가능한 생태계

** ICT 기반 환자 안전·의료 質 제고, 개별병원 중심 → 지역 의료네트워크로 확장

3 넥스트 팬데믹 대응체계 확립

❶ (컨트롤타워) 지역보건의료심의위원회」 및 「필수의료협의체」 중심 지역의료 총괄 거버넌스 확립, 기능별 위원회*와 체계적 연계

* ▲(공공의료) 시·도 「공공보건의료심의위원회」, ▲(응급) 「시·도응급의료위원회」 등

- **지자체-권역 책임의료기관 공동 「지역보건의료계획」** 수립 등* 지역 보건의료 정책 **기획·평가** 기능 **강화**

* ▲질환별 공공진료센터 운영, ▲인력·병상 등 자원 수급·관리계획, ▲지역맞춤형 보건소 기능 개편 및 역량 강화 등 자체 수립·시행

- 지역의료 기획·평가 등 총괄·조정 역할 수행에 따른 **책임의료 성과평가 보상체계*** 마련

* 예: 가칭 「권역 책임의료 평가 지원금」 신설, 의료격차·건강지표 개선, 협력 성과 등 반영

< 권역 필수의료협의체 표준모델 예시 >

- (**구성**) **권역 책임의료기관장(협의체 장), 지자체(시·도 부단체장),** 지역 책임의료기관, 권역 필수의료센터(응급, 심뇌, 외상, 모자 등), 지방의료원 등 공공병원, 유관기관(소방청 등)
- (**역할**) 필수의료 **연계·협력시스템(이송, 전원, 협력진료)** 강화, 필수의료 분야 공공사업·연구 기획 및 지원, 지역 내 **인력·병상 등 의료자원 협력 조정**, 교육·컨설팅 등

❷ **(감염병 대응) 감염병** 등 발생 시 **환자 분류·이송** 및 **중증 병상·인력 확보** 등 **국립대병원** 등 거점 중심 **즉각 대응체계*** 구축

* 시·도 감염병대응위원회 구성·운영 및 사무국 역할 등 위기 대응 지원

- **중앙** 및 **권역 감염병병원**(5개소*)과의 **연계**를 통해 **위기 감시, 중증 병상 확충, 전문인력 양성** 등 사전 대응 지원

* 수도권(분당서울대병원), 호남권(조선대병원), 충청권(순천향대천안병원), 경남권(양산부산대병원), 경북권(칠곡경북대병원)

❸ **(공공인프라 혁신)** 지역 특성·여건에 따른 **맞춤형 권역 책임의료기관-지방의료원-보건소 협력 강화**로 팬데믹 **대응 자원 확보**

- 권역 책임의료기관-공공의료기관 간 **협력진료, 공동연구·교육, 기술 자문, 인력파견*, 위탁·운영** 등 **다양한 협력모델** 활성화

* ▲ 국립대병원 교수 임용 시 공공의료기관 파견 경력 우대, ▲국립대병원 교수 출장 진료 활성화(※ 출장 진료 수가 + 의료행위 관리책임 명확화 등 제도 개선 병행)

< 권역 책임의료기관–공공병원 표준 협력모델 예시 >

- 권역 책임의료기관이 권역 내 공공병원과 네트워크를 맺어(위탁, MOU 등), **인력교류, 전자의무기록(EMR) 통합** 등을 통한 **환자 의뢰·회송**, **교육·경영 컨설팅 등** 실시
- **공공병원-국립대병원 협력 강화, 난치·재발 환자는 권역 책임의료기관 의뢰**(진료정보 교류로 추가 검사 최소화) → **지역의료 활성화, 수도권 쏠림 완화**

2 충분한 의료인력 확보

◈ **의대 정원 확대를 통한 지역·필수 의료인력 확충 기반 강화**

◈ **양성된 인력의 지역·필수의료 유입 지원 패키지 추진**

1 인력 확충 기반 강화

❶ **(의대 정원 확대) 초고령사회** 대비 **충분한 지역·필수의료 인력 확보, 임상 外 진출** 등 **국민편의 증진**을 위한 **의대 정원 확대** 추진

- 의대의 수용역량과 입시변동 등을 고려하여 **단계적**으로 증원

❷ **(교육 質 관리) 교수 확보**(교수 1인당 학생 8명) 등 **법정 기준 준수**를 고려하여 **배정, 증원 후**에도 **평가인증***을 통해 교육여건 **지속 관리**

* (의학교육평가원) 교육과정, 교수, 교육자원, 교육평가, 대학운영 체계 등 총 9개 영역을 평가, 6년·4년·2년 단위 인증(현재 4년 인증 33개교, 6년인증 7개교)

- **교육 質 향상**을 위해 **증원 대학**에 **교수 추가채용 유도, 국립대 의대**의 경우 **교수 증원** 추진

- 학제 개편* 등 **교육과정 개선으로 사회적 필요에 부합**하는 **의사 양성, 입학부터 졸업 후 진로**까지 연계 **Pathway 교육과정**** 마련

* (현행) 예과 2년+본과 4년→ (개선) 통합 본과 6년, 고등교육법 시행령 개정('23.10월)

**「의과대학 통합 6년제를 위한 새로운 교육과정 개발」 연구 추진('23.下)

- **지역의료 경험** 및 **필수과목 핵심역량 조기 습득 지원* 확대**

* 외상·소아심장·감염, 신경외과, 지역·일차의료 등 의대생 실습지원('23. 200명, 15억)

❸ **(정원 조정기전)** 의료환경 변화 등에 따른 **과학적 인력수요 전망** 및 **합리적 정원 조정시스템 마련** 병행

* (해외) 네덜란드 의료인력자문위원회(ACMMP, '99년~), 일본 의사수급분과회('15년~) 등

2 지역·필수의료 유입 촉진

❶ **(수가 지원)** 필수의료 지원 대책 관련 **정책 수가 본격 시행('24~), 지역 필수 의료 공백 해소**를 위한 **지역 수가 확대 추진**

<필수의료지원 공공정책수가 주요 내용>

공급부족 해소 집중지원	인프라 유지 지원	네트워크 협력 지원
◆ **중증응급 보상 확대**('23.6) - 중증응급환자 응급실 내원 24시간 내 최종 치료 시 가산 확대	◆ **취약지고위험 분만지원** (건정심 의결 예정) - 분만의료기관 지역 수가, 고위험분만 보상 관련 등	◆ **응급심뇌혈관 네트워크 시범사업** (~24년) - 응급심뇌혈관 질환 발생 시 최종 치료까지 시간 단축 등 실적평가·보상
◆ **중증 응급 대응 기반 강화**('24.1) - 집중치료실, 격리실, 무균치료실 등 보상 강화	◆ **중증소아 단기입원서비스**('23.1) - 재택치료 중 중증소아 돌봄부담 경감 단기입원 진료 제공	◆ **심뇌혈관 질환 인적 네트워크 시범사업**(~24년) - 급성심근경색증, 뇌졸중 등 수술, 시술 전문의 간 인적 네트워크 구성 등
◆ **어린이 공공전문 진료센터 사후보상시범사업**('24.1) - 의료기관 단위 일괄 사후 보상	◆ **소아 일차의료 지원강화**('23.1) - 소아청소년과 전문의 주도의 영유아 건강발달 주기적 관리 시범사업	
◆ **고난도·고위험 추가 보상**('23.1) - 대동맥박리, 소아심장 수술 등 난이도 및 위험도 고려 수가	◆ **소아 신생아 입원 보상 강화**('24.1) - 병의원급 신생아실, 모자동실, 소아중환자실 입원료 등 보상강화	◆ **중증진료체계 강화 시범사업**(~24년) - 상급종합병원의 중증진료 강화 및 지역 의료기관 연계, 협력체계 구축에 대한 기관단위 성과중심 보상체계
◆ **저평가 항목 수가 인상**('24.1) - 외과계 입원 수술 등 저평가 분야 상대가치 관련	◆ **중증소아 재택의료 시범사업**('23.3) - 중증소아환자 대상 재택치료서비스 대상 연령, 서비스 제공기간 연장	

❷ **(의료사고 부담완화)** 필수의료 분야 의료분쟁 발생 시 **환자 피해 구제** 및 **의료인의 법적 부담 완화 방안** 마련

- **불가항력 분만 의료사고 보상 재원 전액 국가부담*** 및 **보상금** 인상** 등 **실효적 보상방안** 검토

* 불가항력 분만 의료사고 국가부담 70→100% (「의료분쟁법」개정, 23.12월 시행)

** 현행 보상금액: 산모사망(3천만원), 신생아 사망(2천만원), 태아사망(1.5천만원)

- **형사처벌 특례 확대***, 필수의료 분야 의료배상 **책임보험 가입 지원** 등 필수의료 종사자의 민·형사상 부담 완화

* 별도 특별법 제정 또는 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 개정 등

** 의료계·환자단체·법률전문가 등으로 구성된 '의료분쟁 제도개선 협의체' 운영

❸ **(지역인재) 지역에서 성장한 학생**이 의대에 입학하여 **지역의 의사로 성장**할 수 있도록 **지역인재 선발 지속 확대**

* 지방대육성법에 따라 '23년부터 비수도권 의대는 정원 40% 이상 지역 출신 선발

❹ **(수련 혁신) 지역·필수 의료**를 **경험**한 **양질의 의사 양성**을 위해 **전공의 수련·배정 체계 개선, 필수진료 科 수련비용** 지원

* 비수도권 배정 확대(40→50%), 중장기적으로 의대 입학정원과 연계 배정

❺ **(전문의 중심 병원)** 필수의료 분야 **전문의 중심 병원 운영 모델* 확산** → 의료 질 제고 및 **필수의료 전문의 안정적 고용 지원**

* ▲필수의료 전문의 고용 기준 강화 및 인건비 지원, ▲필수의료 인력 근무체계 개선 등 일·가정 균형 및 연구년 보장, ▲입원전담전문의 제도 개선 등

❻ **(공공병원 인력 확보)** 가칭 「**의사인력뱅크**」 설치, **개방형 병원* 협력진료 의사 확보, 시니어 의사** 공공의료기관 등 **재취업** 지원

* 상급병원 근무경력 개원의 등 협업 계약 기반 지방의료원 등 수술·진료 참여

❼ **(간호인력)** 「**제2차 간호인력지원종합대책**」에 따른 **지방병원 간호사 채용 활성화*, 필수의료 간호인력 근무환경 개선****

* 공중보건장학 확대, 중소병원 우선 지원, 신규간호사 동시 면접제 등

** 중환자실 근무간호사 배치 확대 지원, 응급·소아 등 간호사 배치기준 강화 등

❽ **(교육 훈련) 권역 내 전공의 포함 의료진** 대상 **체계적 수련·교육**을 지원하는 **권역별 임상교육훈련센터 설치 확대**(6*→10개)

* (선정현황) 충남대('21~), 제주대('21~), 경북대('22~), 전남대('22~), 서울대('23~), 전북대('23~)

< 권역 임상교육훈련센터 현황 >

- **(기능)** 국립대병원 **전공의, 지방의료원 의료인력** 대상 **모의실습** 중심 임상 교육·훈련
- **(지원내용)** ▲병원 내 전공의, 간호사 등 **모의 실습** 중심 교육, ▲병원 외부 지역 의료인의 **의료기술 재교육**, ▲예비 의료인력인 보건의료계 **학생 대상 실습** 기회 제공

3 추진 기반 강화

◈ **공공의료를 넘어 의료체계 전반을 포괄하는 국가지원체계 강화**

◈ **「국가중앙의료 네트워크」 등 지역·필수의료 국가 지원 인프라 확립**

◈ **국립대병원과 국가 보건의료 정책과의 긴밀한 연계 체계 구축**

1 국가지원체계 강화

❶ **(거버넌스 확립)** 의료체계 전반을 포괄할 수 있도록 「**보건의료정책심의위원회**」* 중심 **지역·필수의료 총괄·조정체계 강화**

* 위원장 : 복지부 장관, 위원 : 관계 부처(7) 차관, 의료계, 수요자, 전문가 등 20명 이내

- 보정심 산하 「**필수의료 확충 전문위**」* 등 정책 발굴·논의 지원

* 지역·필수의료 실태분석, 제도개선 및 지원과제 발굴, 성과평가 등 모니터링 지원

❷ **(재정투자) 지역·필수 의료인력 인프라 확충** 지원을 위한 **재정투자 지속 확대** 및 **별도 지원체계** 검토

※ (日) '지역의료개호 종합 확보기금' 신설('14), 1.6조원 규모, 도도부현 설치, 재원의 2/3 국가 지원(소비세 증가분), 전달체계 정비, 인력 및 재가 서비스 확충 등 지원

< 지역·필수의료 투자 확대 방향 예시 >

- (**목적**) ▲**지역·필수의료 위기 극복** + ▲**넥스트 팬데믹 대비** + ▲**지역소멸 위기 대응**
- **(투자내용) ❶ 지역 맞춤형 필수의료 기획·운영**(시범사업)**, ❷ 필수의료 네트워크 강화, ❸ 인력 양성·공급, ❹ 인프라 개선·확충, ❺ 필수의료 디지털 전환**(기술혁신 ➡ 의료공백 해소)
- **(투자방식) 지역 맞춤형 지원**이 가능하도록 시·도 등 **권역 단위 지역·필수의료 강화 계획**에 따라 **장기 재정투자** 및 **성과 관리**

2 국가중앙의료 네트워크

❶ **(네트워크 구축·지원) 서울대병원-국립중앙의료원·암센터 네트워크** 구축 → 지역·필수의료 **역량 강화 집중 지원**

- **(서울대병원)** 세계적 **중증·필수 의료기관**으로 육성, **임상·연구** 분야 **국가중앙병원 역할** 및 **정책 파트너십 강화**

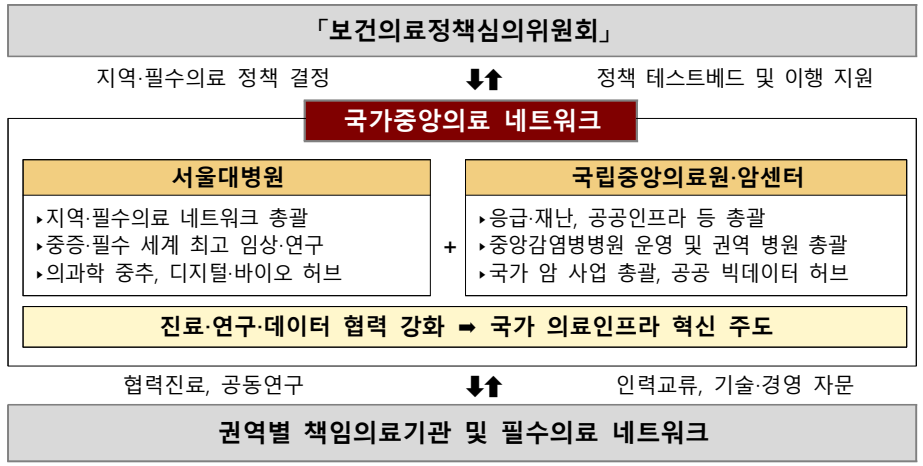
- **(국립중앙의료원·암센터) 대대적 기관 혁신** 및 **역량 강화***를 바탕으로 **명실상부한 응급, 감염병, 공공인프라 총괄·혁신 거점화**

* 조직구조 개편, 정책 수가, 보수 개선, 시설·장비 첨단화, 공공기관 규제 혁신 등

➡ **국가중앙병원 역할 분담, 협력 시너지 창출**

※ 기관 간 역할 정립을 위한 조직진단·연구 후 국가중앙의료 네트워크 거버넌스 구체화, 감염병 등 공중보건 위기 대응을 위해 보훈·경찰 등 他 국립병원까지 확장 방안 검토

< 「국가중앙의료 네트워크」 추진 방향 >



❷ **(특수목적 수행 보상) 서울대병원, 국립중앙의료원, 국립암센터** 등 국가 특수목적 수행기관 **별도 보상체계*** 마련

* 예: 건강보험 의료기관 종별 가산의 기능 중심 개편을 통해 특수목적 가산 도입

3 국립대병원 소관 변경

❶ **(정책 연계 강화) 지역·필수의료 중추** 및 **의료 혁신 거점 육성**을 위해 국립대병원 관리 **소관 부처 변경**(교육부 → 보건복지부)

- 국가 **보건의료정책 결정** 과정에 국립대병원 **참여·역할 확대**

  * 각종 보건의료 정책 관련 위원회, 정책 추진 기구 위원 참여, 국책 연구 수행 등

- **건강보험 정책 의사결정** 지원을 위한 **근거 창출 임상·연구** 수행

❷ **(혁신 네트워크) 진료·연구·교육** 등 시너지 창출을 위한 「**국립대병원 혁신 네트워크**」 구축 ➡ **국립대병원 역량 강화** 및 **운영 혁신**

- **진료정보** 및 **데이터 연계·협력 인프라*** 등 협력 기반 구축, 혁신 네트워크 **지원 전담 조직**(※ 유사 例: 지방의료원연합회 등) 설치 병행

  * 예: (1단계) EMR 표준화, 클라우드 기반 병원정보시스템 → (2단계) EMR 및 영상정보 통합

※ (日 국공립대병원 네트워크) 42개 대학 45개병원으로 구성, 13개 분야 위원회(예 : 감염성 질환-도쿄대병원, 혈액질환-오사카대병원, 외상-나고야대병원 등) 병원별 분담, 데이터 공동 활용

< 국립대병원 혁신 네트워크 협력 강화 방향 >

- (**진료협력**) **고난도 환자 협진**, **특화 분야 환자 의뢰·회송, 진료정보 교류** 활성화
- (**연구**) **공동 연구 프로젝트** 활성화, **연구용 데이터 공유·활용**
- (**인력**) **교수 인력파견, 전공의 교환 수련** 시스템 마련

❸ **(대학-병원 협업) 의사과학자** 양성, **디지털·바이오 R&D 혁신*** 등 미래 첨단의료 선도를 위해 **국립대-병원 협력시스템 강화**

  * 국립대 각 단과대학과 국립대병원 간 다학제 융합 연구, 글로벌 협력 연구 활성화

- **우수인력 확보** 및 **의대-병원 인사관리 일체화**를 위해 의대 소속 **교수정원**(기금교수 포함)에 대한 **교육부(국립대)-복지부 협의 제도화**

Ⅴ. 추진 계획

1 추진체계 구축 및 이행 로드맵 마련 ('23. 下)

○ 가칭 「**지역·필수의료 혁신추진 T/F**」 구성·운영, **혁신 비전** 및 **추진 로드맵 구체화**

○ **국립대병원 이관**(법률*, 예산·조직 등) **추진**

  * 서울대병원 / 서울대치과병원 / 국립대병원 / 국립대치과병원 등 4개 설치법

- 안정적 이관을 위한 **복지부·교육부, 국립대학·병원 협력체계** 구축

2 핵심 과제별 후속 조치 이행 ('23. 下 ~ '24)

○ **규제혁신, 법·제도 개선, 재정투자 확대, 인력 확충, 전달체계 혁신 지원 모델**(수가 혁신, 지역 병·의원 역량 강화 등) **개발** 등 추진

➡ 과제별 세부 **이행계획 확정·발표** 및 **시행**

참고 국립대병원 현황 * 치과·한방병원 제외

□ (설치) 14개 시·도 **17개(본원10 + 분원7) 국립대병원 설치·운영**

* 인천·울산·충남 미설치, 전북대병원(군산), 서울대병원(시흥), 충북대병원(충주) 분원 추진 중

※ 16개 권역 책임의료기관 중 국립대병원 14개소, 그 외 2개소(인천 길병원, 울산대병원)

○ 「국립대학병원 설치법」, 「서울대학교병원 설치법」에 근거

□ (병상) **총 15,688병상, 평균 병상 수는 개소 당 922.8병상으로 병원급 이상 전체 공공병상의 34.9%**

* 사립의과대학 부속병원은 총 73개소, 46,593병상('21)

□ (수익) 전체 의료수익은 **6조 6,858억 원**, 의료비용은 7조 302억 원, 의료이익은 **3,443억 원 적자** 발생*

* (출처) '22년 교육부 공공보건의료 시행계획' 중 '21년 결산 자료('22.3. 기준)

○ **국고지원**은 **1,424억원**('22년, 복지부 771억원, 교육부 653억원)

□ (관리) 교육부 **대학규제혁신국**(국립대병원지원팀), **경영평가·감사**

(단위 : 개, 백만원, 명, '22년 기준)

연번	병원명 (소재지, 법인화 시기)	분원명 (개원일)	허가병상 (특수병상)	권역책임	권역응급	권역외상
1	**강원대병원** (춘천, 종합병원, '00.05.18)		608 (54)	o	x	x
2	**경북대병원** (대구, 상급종합병원, '93.03.25)	**칠곡경북대병원** (대구, 상급종합병원, '11.01.03)	1,859 (456)	o	x	o
3	**경상국립대병원** (진주, 상급종합병원, '95.10.04)	창원경상국립대병원 (창원, 종합병원, '16.01.15)	1,431 (327)	o	o	o
4	**부산대병원** (부산, 상급종합병원, '94.5.20)	양산부산대병원 (양산, 상급종합병원, '08.10.24)	2,509 (357)	o	x	o
5	**서울대병원** (서울, 상급종합병원, '78.07.15)	**분당서울대병원** (성남, 상급종합병원, '03.05.10)	2,772 (360)	o	o	x
6	**전남대병원** (광주, 상급종합병원, '93.03.27)	**화순전남대병원** (화순, 상급종합병원, '16.01.15) 빛고을전남대병원 (광주, 종합병원, '14.3.5.)	1,958 (204)	o	x	o
7	**전북대병원** (전주, 상급종합병원 '94.07.04)	-	1,139 (101)	o	o	x
8	**제주대병원** (제주, 종합병원, '01.11.01)	-	658 (74)	o	x	x
9	**충남대병원** (대전, 상급종합병원, '95.08.21)	**세종충남대병원** (세종, 종합병원, '20.07.08)	1,308 (159)	o	o	x
10	**충북대병원** (청주, 상급종합병원, '95.08.21)	-	792 (108)	o	o	x