
필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현을 위한
공공보건의료 발전 종합대책

2018. 10. 1.

보건복지부

순 서

I. 추진 배경	1
II. 공공보건의료 현황 및 문제점	3
III. 공공보건의료 발전방향	6
IV. 공공보건의료 발전 추진과제	10
1. 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화 ..	10
2. 필수의료 전 국민 보장 강화	14
3. 공공보건의료 인력 양성 및 역량 제고	18
4. 공공보건의료 거버넌스 구축	21
V. 향후 추진계획	23

- 한국은 단기간 내 전국민 건강보험을 시행('77 도입, '89년 전국민)하고, 의료접근성 향상 등을 통해 양호한 건강성과를 달성
 - GDP 대비 의료비 지출(7.6%)이 OECD 평균(8.9%, [17p])보다 낮으며, 기대수명·암사망률 등 건강지표는 우수한 비용효과적 의료체계 운영
 - * '16년 기대수명 82.4년(OECD 80.8년), 암사망률 10만명당 168.4명 (OECD 201.9명)
 - ** 세계보건기구(WHO)는 한국을 짧은 기간에 전 국민에게 효율적 의료보장 체계를 제공한 모범사례로 소개(World Health Report, 2010)
 - 우수한 의료인력, 의료기관 등 의료자원을 빠른 시간 내에 확충함으로써 손쉽게 의료서비스를 받을 수 있는 의료접근성 보장
- 반면, 1인당 경상의료비 증가율(6.2%, '06.~'16.)은 OECD 평균(1.9%)의 3배, 가계직접부담 비중(33.3%, '16.)은 1.6배(OECD 20.3%)로 높은 수준
 - ⇒ 정부는 의료비에 대한 가계 부담을 대폭 줄이기 위해 의학적 비급여의 급여화 등 '건강보험의 보장성 강화'를 추진 중
- 또한, 민간 위주의 보건의료서비스 공급*으로 국민의 생명·건강과 직결되지만 수익성이 낮은 필수의료 서비스의 공백이 있는 실정
 - * 공공보건의료기관 비율 5.4%, 공공병상 비율 10.3%(OECD 최하위) [16]
 - 수도권·대도시로 의료자원이 집중되어, 수도권과 非수도권간, 도시와 농어촌간 의료 접근성, 사망률 등 건강수준의 격차 존재
 - ⇒ 국민 누구나 어디에 살든지 차별 없이 필수의료 서비스를 이용하기 위해서는 의료 공공성과 공공의료의 강화 필요

< 그간의 공공보건의료 정책 흐름 >

- '05년 참여정부 「공공보건의료 확충 종합대책」 수립, '09년까지 공공의료기관 30%까지 확충, 4조원 투자 목표 설정
 - 지역거점병원을 육성하는 등 공공보건의료 인프라 강화 추진
- '12년 신포괄수가제 시범 도입, '13년 진주의료원 폐쇄, '15년 메르스 사태 등을 계기로 공공의료에 대한 관심이 제고
 - 지방의료원 등에 정책가산 및 경영개선 노력 등으로 운영 적자 감소*, 메르스 이후 음압격리병상 확대, 역학조사관 확충 등 시행
- * 지방의료원 전체 당기순이익(억원) : -623('14년) → -168('15년) → +117('16년)
- 「공공보건의료에 관한 법률」('12.2. 개정)에 의거, '16년 「제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)」을 마련

< 금번 종합대책 수립경과 >

- 새 정부 출범 이후 「의료 공공성 강화」를 국정과제로 확정('17.7.)
- 민-관 합동 '공공보건의료발전위원회*' 발족('17.11.17.)
 - * (위원장) 보건복지부차관·국립중앙의료원장 (총괄위원) 보건의료전문가 등 14명
- 위원회 총괄 및 분과*회의 개최, 종합대책(안) 마련('17.11.~'18.3.)
 - * 지역 분과, 인력 분과, 거버넌스 분과, 감염병 분과,
- 종합대책(안)에 대한 관계기관·전문가 자문회의* 실시('18.3~6.)
 - * 시도, 보건소, 국립대병원, 지방의료원, 필수의료 관련 학회 등
- '조직문화 및 제도개선 위원회 의료 공공성 강화방안 마련 권고('18.4.18)
- 종합대책(안) 관계부처(기획재정부, 교육부, 국무조정실 등) 협의('18.7~9.)

□ 생명·건강과 직결된 필수의료 서비스 공급 불충분

- 응급·외상·심뇌혈관 등 생명과 밀접한 필수중증의료 분야에서 지역별로 건강수준 격차*가 나타나고 이송체계가 미흡한 상황

* 10만명 당 심장질환으로 인한 사망률 : 서울 28.3명 vs 경남 45.3명 ['16.]

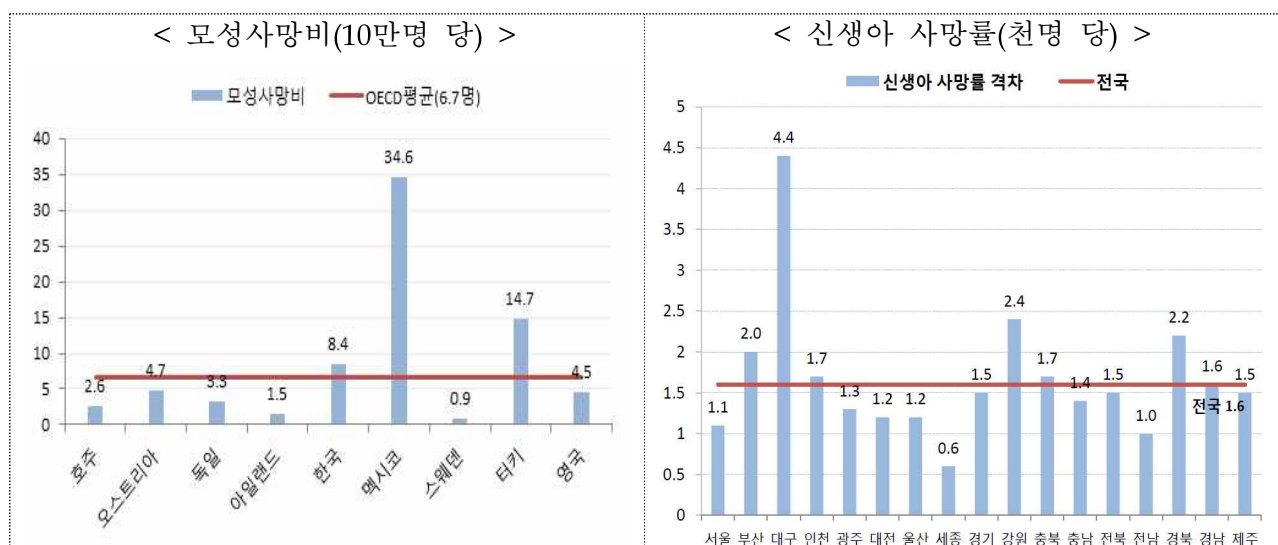
- 3대 중증응급환자(급성심근경색, 뇌졸중, 중증외상)의 발병 후 응급 의료센터 도착시간이 평균 240분에 달하고,
- 중증외상환자는 전문치료기관인 권역외상센터로 바로 이송되는 비율*이 낮고, 외상센터에서 치료받는 비율(26.7%, ['15.])도 저조

* 119 구급대 기준, 중증외상환자가 권역외상센터로 바로 이송되는 비율 6.5%('17)

- 고위험 산모·신생아가 증가하고 있고, 분만 의료기관에 접근이 어려운 분만 취약지('18. 30개) 산모는 의료이용이 제한적

* 산모가 분만의료기관에 도달하는 평균시간 : 서울 3.1분, 전남 42.4분

- OECD 대비 모성사망비가 높고(10만명 당 8.4명 vs OECD 6.7명, ['16.]), 신생아 사망률의 지역 편차 존재(천명 당 대구 4.4명 vs 서울 1.1명, ['16.])



- 어린이 중증질환자를 위한 전문병원*과 어린이 재활치료 전문기관**이 수도권에 집중되어 있는 실정

* 어린이 전문진료를 위해 지정된 어린이 공공전문진료센터 7개 중 3개가 서울에 위치

** 만 7세 미만 아동이 연간 50건 이상 재활치료를 받았다고 진료비를 청구한 기관 223개소 중 43%가 수도권에 위치('17.)

- 장애인은 적절한 조기 진료 등이 어려워 건강상태가 열악하고, 의료 접근성이 낮아 '미충족 의료이용률*'이 높은 상황

* 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험률 : 장애인 17.2% vs 전체인구 8.8% ['17.]



- 해외여행 증가, 기후변화 등으로 대규모·신종 감염병이 발생하고, 살충제 달걀·미세먼지 등 다양한 건강 위해요인 대두

* 사스('03) - 신종플루('09) - 메르스('15), C형간염 집단발생('15.) - 콜레라('16)

□ 지역 의료체계 약화 및 지속적 건강관리 체계 부족

- 수도권과 대도시로 양질의 의료자원이 집중되어, 지역 간 의료이용 불균형이 존재하는 여건

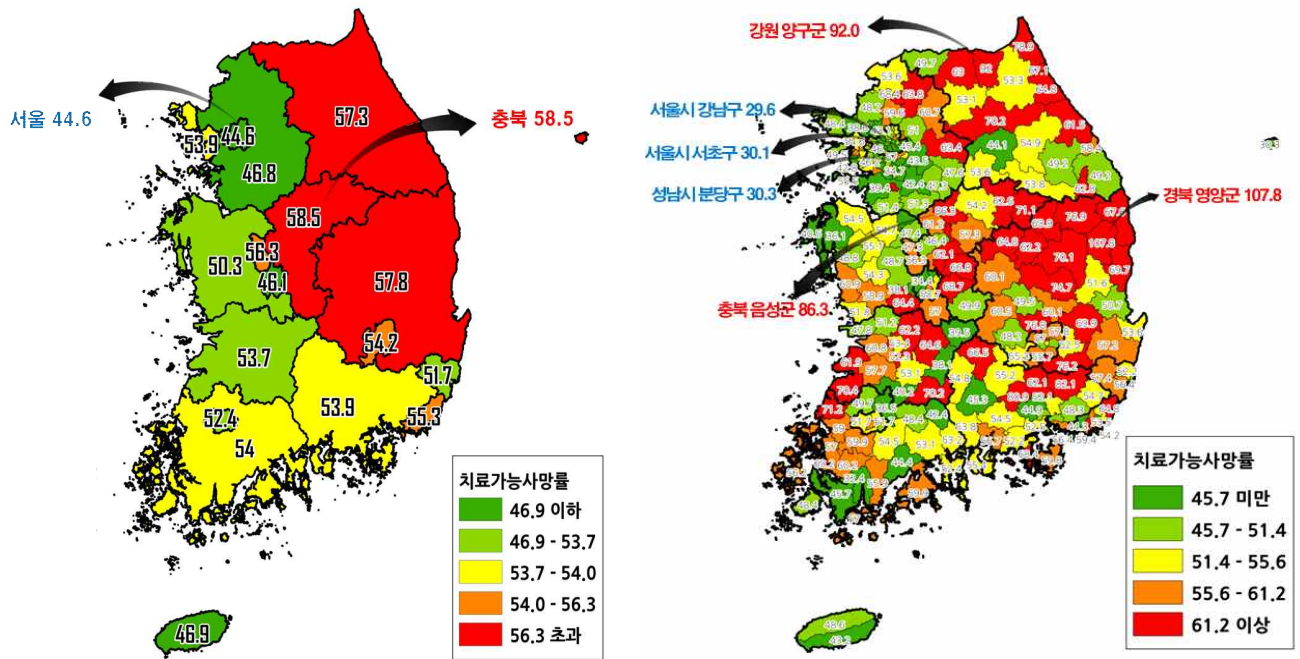
- 양질의 보건의료서비스가 제공되지 못해 발생하는 '치료 가능한 사망률(amenable mortality rate)'의 지역 격차가 발생

* (시도) 인구 10만 명 당 치료가가능한 사망 서울 44.6명 vs 충북 58.5명 ['15.]

** (시군구) 인구 10만 명 당 서울 강남구 29.6명 vs 경북 영양군 107.8명 ['15.]

- 시·군의 69%는 전국 평균(50.4명) 대비 사망률이 높아 비수도권과 중소도시·농어촌에서 적절한 의료서비스를 제공받지 못하는 실정

< '15년 기준, 치료 가능한 사망률 ['17년 보건의료실태조사] >



- 지역사회에서 퇴원 환자나 만성질환자를 위한 건강관리가 미흡하여 피할 수 있는 재입원*, 건강상태 악화 등 유발

* 계획되지 않은 퇴원환자 재입원비(기준: 100) : 광주 90.4 vs 강원 112.4 ['16.]

□ 공공보건의료 인력 부족 및 거버넌스 미흡

- 공공의사인력으로 공중보건의사를 활용중이나 사명감·전문성이 부족하고, 지속적 감소 추세[('10) 5,179 → ('13) 3,876 → ('17) 3,622명]

- 필수의료 인력인 산부인과 전문의가 감소하고('01~'16년 △64%), 시도별 격차 존재(10만 명 당 산부인과 전문의 서울 15.3명 ↔ 경북 8.1명)

- 공공보건의료에 대한 중앙 차원의 조정·지원 기능이 미흡하고, 부처별*로 관리·운영하는 공공병원 간 협력체계 부족

* 국립대병원(교육부), 국립암센터(복지부), 보훈병원(보훈처), 산재의료원(노동부) 등

- 지역별 특성에 따른 의료수요 다양화, 감염병·공중보건위기 대응 등 지자체 역할이 증가함에도, 시도의 조직과 전문성* 부족

* 대부분 시·도에서 보건의료 담당부서는 국 단위가 아닌 2개 과 수준

1 기본 방향

- 공공보건의료는 지역·계층·분야에 관계없이 보편적인 의료이용을 보장하고, 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 의미(공공보건의료에 관한 법률)
 - 그러나 지금까지 공공보건의료는 여전히 취약지, 취약계층, 시장 실패 등 잔여적 접근 형태로 운영되고 있는 실정
 - 미충족된 분야를 보완하는 수준의 기능만으로는 현재의 의료 공급체계 문제와 급증하는 의료수요에 대응 곤란
- 전 국민 필수의료 보장과 효과적 전달을 위한 공공보건의료의 역할과 기능 확대 필요
 - 모든 국민을 대상으로 생명·건강, 삶의 질과 직결되는 필수의료에 대해서 선제적·기본적인 역할을 수행하는 것으로 기능 확대
 - * 공공보건의료발전위원회 논의를 거쳐 ‘필수의료’의 범위를 설정
 - 공공의료기관 간 협력적 전달체계를 구축하고, 의료공급의 90% 이상을 담당하는 민간의료기관에도 적극적 역할 부여

구 분	현 재	개 선
정 의	시장실패로 인해 보건의료서비스 제공이 취약한 분야	국민의 생명·안전 및 기본적인 삶의 질을 보장하는 필수의료
	보완적	선제적·기본적
제 공 기 관	지역 내 분절적 의료수행 권역-지역-기초 협력체계 부재	권역·지역 책임의료기관 지정 권역-지역-기초 전달체계 수립
대 상	취약계층 중심	모든 국민
분 야	① 취약지 ② 취약계층 ③ 취약분야 : 응급, 분만 ④ 신종감염병 등	① 필수중증의료 (응급·외상·심뇌혈관 등) ② 산모(모성·분만), 어린이 의료 ③ 장애인, 재활 ④ 지역사회 건강관리 ⑤ 감염 및 환자 안전

② 발전 과제

(비전) 필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현

핵심목표	핵심지표	2016년	⇒ 2025년
필수중증의료 국가 책임 강화	치료 가능 사망률 격차 (10만명 당, 시도)	1.31배 ^[15년]	1.15배
산모·어린이·장애인 의료서비스 확대	모성사망비(10만명 당)	8.4명	6.7명
	신생아 사망률 격차 (천명 당, 시도)	4배	2배
	장애인 미충족의료율	17.2% ^[17년]	13%
지역공동체 기반의 건강관리 체계 강화	퇴원환자 재입원비 격차 (실제 재입원 / 계획 재입원, 시도)	1.24배	1.12배

4대 분야

12대 과제

1. 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화

- ① 공공보건의료 강화를 위한 책임의료기관 지정
- ② 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축
- ③ 지역공동체 기반 지속적·예방적 건강관리 확대

2. 필수의료 전 국민 보장 강화

- ① 응급·외상·심뇌혈관 등 필수중증의료 강화
- ② 산모·어린이·장애인·재활환자 의료서비스 확대
- ③ 감염병, 공중보건위기 대응 등 안전체계 구축

3. 공공보건의료 인력 양성 및 역량 제고

- ① 공공의료 핵심인력 양성을 위한 국립공공의대 설립
- ② 필수 공공보건의료 인력 양성 및 관리
- ③ 공공보건의료기관 역량 제고

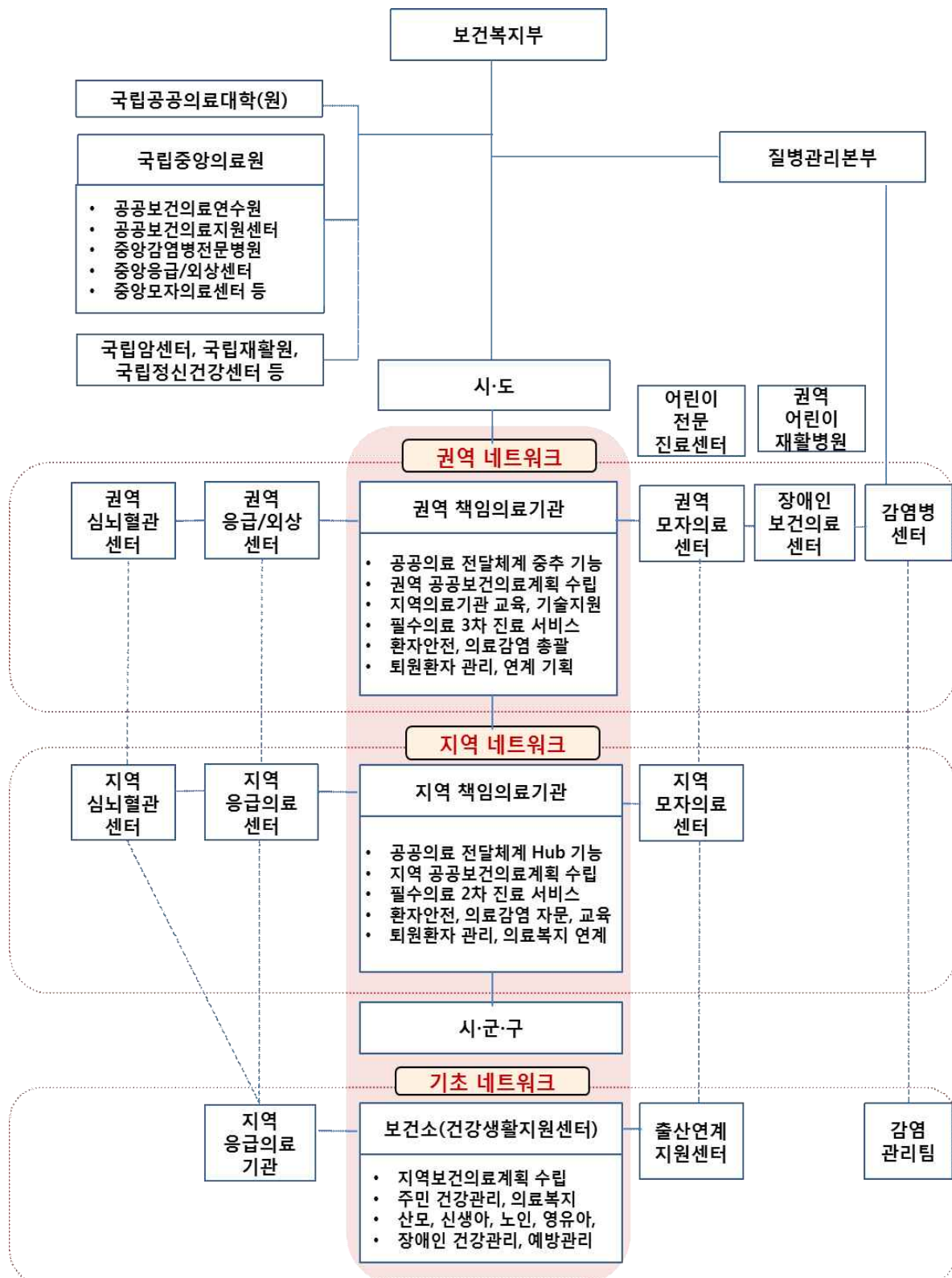
4. 공공보건의료 거버넌스 구축

- ① 지방정부 역할 및 책임 확대
- ② 중앙정부 내 수평적 거버넌스 구축
- ③ 중앙정부의 조정 및 지원기능 강화

③ 공공보건의료의 달라지는 모습

구 분	현 재		개 선
공공보건 의료 책임성 강화	- 국립대병원의 지역 공공의료 책임성 미흡 - 교육부 중심의 국립대병원 평가로 공공의료의 기능 미흡	⇒	- 시도별로 권역책임의료기관을 지정하고 정책적 재정적 지원 - 국립대병원 복지부-교육부 공동평가로 공공의료 기능 강화
	의료취약지 중심 거점의료기관 지정		70여개의 진료권으로 구분, 각 진료권별 지역책임의료기관 지정 - 진료권에 적정 병원이 없는 경우 기능 보강 또는 신축
	개별 공공의료기관 중심 분절적 공공의료사업 계획 수립과 실행		시도별, 진료권별 통합·협력을 통한 공공의료계획 수립과 실행
	농어촌 등 의료취약지에 대한 별도의 수가 가산 없음		농어촌 등 의료취약지에 대한 지역 가산제도 도입
필수의료 전국민 보장	취약계층 중심 진료 기능	⇒	필수의료(응급·외상·심뇌혈관, 여성·어린이·장애인, 감염병 등) 서비스는 모든 국민에게 보장
	응급·외상·심뇌혈관질환 등 중증의료 지역 간 골든타임 차이 현저		응급·외상·심뇌혈관질환 등 중증의료는 골든타임 내 접근 보장
공공보건 의료인력 양성 및 역량제고	별도의 공공보건의료인력 양성 과정 없음	⇒	- 공공의료리더 양성을 위한 국립 공공의료대학원 설립 - 공중보건장학생 제도 재도입
	공공의료인력과 공공의료기관에 대한 체계적인 지원 부족		NMC에 설치된 공공보건의료지원센터, 공공보건의료 교육훈련센터 강화
공공보건 의료 거버넌스 구축	- 공공보건의료정책에 대한 시도 기능과 역할 제한 - 일부 시도에 공공보건의료지원단 설치(5개)	⇒	- 시도 공공보건의료위원회 설치를 통한 시도 거버넌스 기능 강화 - 시도에 공공보건의료지원단을 설치토록 국비 지원, 공공보건 의료의 싱크탱크 기능 수행
	중앙정부 각 부처별 공공병원 간의 협력 미흡		국무조정실에 공공병원 협의체 TF를 운영하여 협력 방안 도출
	보건복지부 내 공공보건의료 관련 조직 간 협력 미흡		보건복지부 내 공공보건의료 관련 정책 및 사업의 연계·통합 추진
	국립중앙의료원의 기능 미흡		국립공공의료대학원 교육병원 및 필수의료 국가중앙센터 역할

< 발전과제 체계도 >



1

지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화

1. 공공보건의료 강화를 위한 권역/지역 책임의료기관 지정

□ 권역책임의료기관 지정

- (지정기준) 행정체계 등을 고려하여 시도를 중심으로 권역(대진료권)을 분류하여 지정('19. 「공공보건의료에 관한 법률」 개정~)
 - 국립대병원을 중심으로 지정하고, 국립대병원인 없는 권역은 사립대병원 등을 지정
- (역할·기능) 권역 내 공공보건의료 전달체계의 총괄, 필수의료 기획·연구, 의료인력 파견·교육 등 지역의료 강화 역할 수행

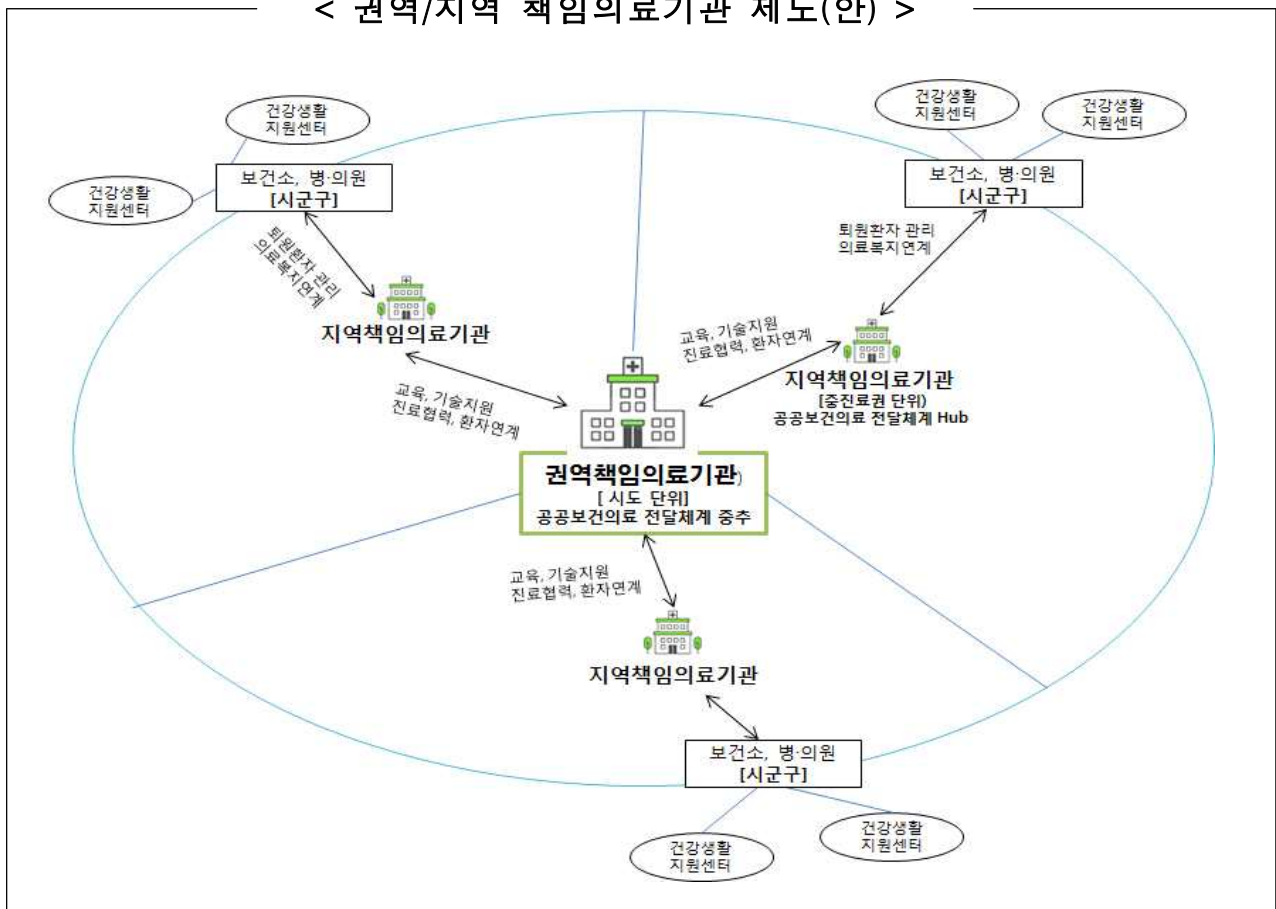
□ 지역책임의료기관 지정 및 육성

- (지정기준 등) 전국을 인구수·거리·의료이용률 등을 기준으로 70여개 지역(중진료권)으로 분류하여 지정 및 육성('19. 법률 개정~)
 - (지정) 필수의료 제공을 위한 급성기 진료 가능한 역량 있는 종합병원급 공공병원(지방의료원·적십자병원 등) 또는 민간병원*을 지정
 - * 「공공보건의료에 관한 법률」에 의한 공공의료수행기관으로 지정·계약하거나, '(가칭)공익특수의료법인'로의 전환 등을 요건으로 지정
 - (기능보강) 공공병원의 인프라 및 역량이 낮은 취약한 지역은 공공병원 기능보강을 통해 지역책임의료기관 육성
 - (신축) 공공병원이 없고 역량 있는 민간병원도 없는 지역은 공공병원을 신축하여 육성
- (역할·기능) 2차 의료기관으로서 양질의 필수의료 제공, 퇴원 환자 지역사회 연계, 보건의료-복지 연계 등 공공보건의료 전달체계의 허브 역할 수행

☐ 책임의료기관에 대한 정책적 지원

- 권역/지역책임의료기관 내 ‘(가칭)공공의료협력센터’ 설치 및 연계·협력을 위한 사업비 지원(’19. 30억원 신규편성, 국립대병원부터 실시~)
- 권역책임의료기관에서 지역책임의료기관으로 파견되는 의료진을 전임 교원 또는 기금교수로 채용하는 등 안정적 근무환경·교육기회 부여
- 지역책임의료기관에 필수의료 진료기능 강화에 필요한 시설과 인력을 갖추도록 지원(지방의료원 등의 기능보강, 의료인력 파견지원 사업 등과 연계)
 - ※ 지방의료원·적십자병원 기능보강 예산 84% 증액(’18. 530억원 → ’19. 977억원)
- 농어촌 등 의료취약지역 주민의 의료 접근성 및 건강권 보장을 위한 ‘의료 취약지 건강보험 수가 가산체계’ 도입 방안 마련

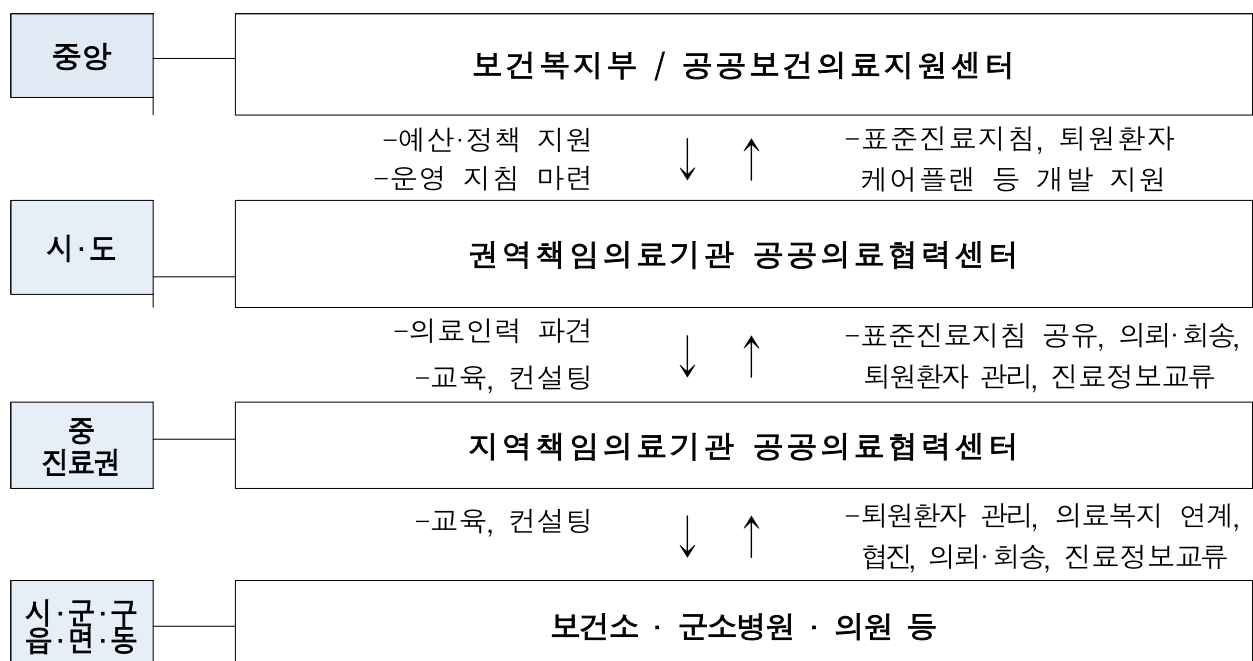
< 권역/지역 책임의료기관 제도(안) >



2. 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축

- (진료협력) 권역/지역 책임의료기관이 함께 필수질환에 대한 '표준 진료지침(Critical Path)'을 개발·공유하여 양질의 적정진료 유도
 - 권역-지역책임의료기관-병·의원 간 필수의료 분야에 대한 환자 의뢰·회송, 진료정보교류 강화 등 협력 체계 확대
- (교육·파견) 권역책임의료기관이 지역책임의료기관으로 의료인력 파견, 임상의료 교육·컨설팅 확대, 필수의료 분야 순환 수련 활성화
- (퇴원관리) 책임의료기관에서 환자가 퇴원하는 경우 질환 특성에 맞는 체계적인 건강관리 계획 수립 및 질병관리 교육 등 실시
 - 지역사회 내 이용 가능한 병의원 또는 보건소를 연계하고, 퇴원 환자에 대한 모니터링 및 주기적 관리 실시
 - 취약계층 및 자가 관리가 어려운 경우, 보건소·읍면동·복지관 등과 보건의료-복지 서비스 연계 및 사례관리 실시

< 공공보건의료 협력 및 지원체계 >



3. 지역공동체 기반 지속적·예방적 건강관리 확대

- (인프라) 지역공동체 중심의 지역 밀착형 건강관리를 위해 건강생활지원센터('18. 66개)의 읍면동 생활권별 설치 추진
 - ※ 동 주민센터 유휴공간 활용, 도시보건지소 기능 전환 등
- 방문건강관리서비스, 주민참여형 건강관리, 만성질환 예방관리 등 지역공동체 건강관리 기능 강화
- (만성질환) 의원급 만성질환관리사업을 통합하여 일차의료기관의 만성질환자 관리계획 수립, 교육·상담, 보건의료 서비스 연계 등 포괄적 서비스 모형 적용·확산
 - 일차의료기관에 케어 코디네이터를 고용하거나 지역의사회 주도 일차의료 지원센터 연계 또는 보건소 건강생활지원센터와 연계
 - * 일차의료기관에 조정기능 부여, 교육·상담 서비스 지원 등 역할 강화
- (건강증진) 지역사회 특성에 맞는 통합건강증진사업 내실화('18.下), 보건소의 정책기획 등 지역보건 컨트롤타워* 역할 강화
 - * 보건행정, 정책기획, 질병관리, 주민건강관리 등의 기능 강화, 각 분야의 전문성을 갖고 직무를 수행할 수 있도록 표준 가이드라인 마련 검토
- 보건지소·건강생활지원센터는 건강관리 서비스, 주민참여 건강사업, 주민 진료(취약지 보건지소) 등 지역사회 밀착형 기관으로 기능 강화
- (돌봄연계) 퇴원 후 돌봄 제공을 위해 주거 등 지역사회 정착 지원을 위한 커뮤니티 케어 선도사업 모델 마련('18) 및 시범사업 추진('19.~)
 - 재가와 지역사회를 기반으로 케어 서비스 연계, 주거지원 등을 통해 돌봄 수요자의 지역사회 정착을 지원

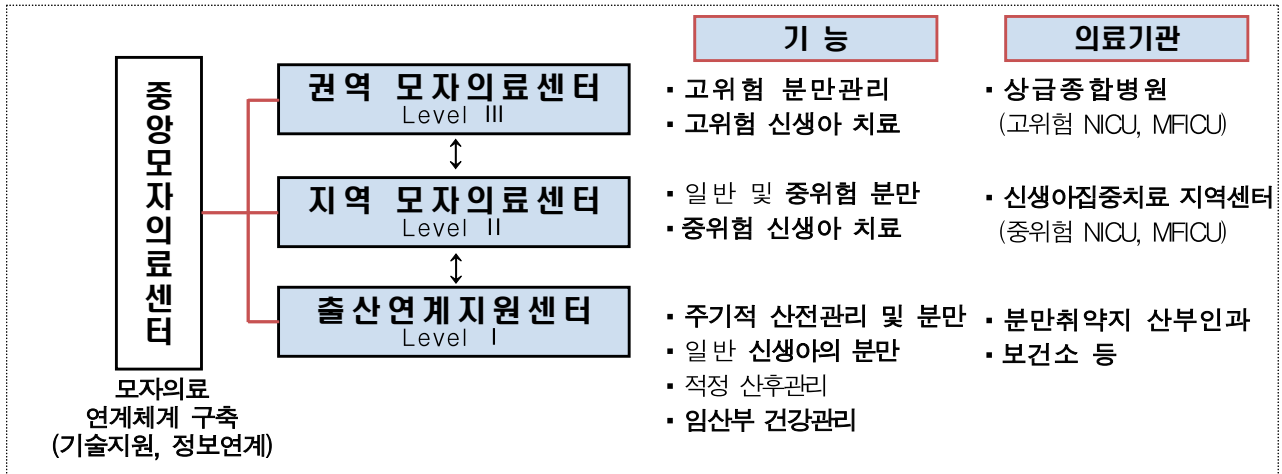
1. 응급·외상·심뇌혈관 등 생명과 직결된 필수중증의료 강화

- (응급) 3대 중증응급환자(급성심근경색, 뇌졸중, 중증외상)의 발병 후 응급의료센터 도착시간을 평균 240분에서 180분 이내로 단축
 - 시도-소방청-권역센터 협업 강화를 통해 지역별 이송지침과 환자 이송지도(map) 마련, 지자체 중심의 전원 조정 총괄기능 강화
 - 소아전문응급의료센터를 확대(3개→ '22. 13개 목표)하고, 도서·산간 응급환자를 위한 헬기 이송지원 확충 등 취약지 지원 강화
- (외상) 외상센터를 중심으로 응급의료기관·119구급대 등과 연계 하여 중증외상환자가 외상센터에서 치료받는 비율*을 3배 향상
 - * 권역외상센터 중증외상환자 수용률 ('15) 26.7% → ('25) 75%
 - ** 예방가능한 외상사망률 절반으로 감소 : ('15) 21.4% → ('25) 10%
 - 외상 전문인력 양성을 위한 수련기관 확대 및 적정 인력추계 연구, 외상 모니터링 시스템(이송·진료기록 연계 등) 및 표준운영체계 마련
- (심뇌혈관) 중앙-권역-지역 심뇌혈관센터 체계로 촘촘한 안전망 구축
 - 국가 심뇌혈관질환 관리 사업의 컨트롤 타워 및 기술지원을 위한 '중앙심뇌혈관질환센터' 지정·운영
 - 권역심뇌혈관센터(現 14개)의 응급시술·재활·예방·교육 역할 강화 및 중진료권 단위로 '지역심뇌혈관질환센터'를 지정하여 응급시술 등 수행
 - 퇴원 전 의료기관 내 조기재활 치료 강화, 퇴원 후 환자·보호자를 위한 체계적인 정보제공 및 상담, 지역사회 서비스 연계 실시

2. 산모·어린이·장애인 등 건강취약계층 의료서비스 확대

- (산모·신생아) 중앙(연구·교육·지원)-권역(고위험 산모 치료-지역모자의료센터 (중위험 산모 치료)-출산연계지원센터(일반 산모)로 이어지는 전달체계 구축

< 산모·신생아 지원체계 >

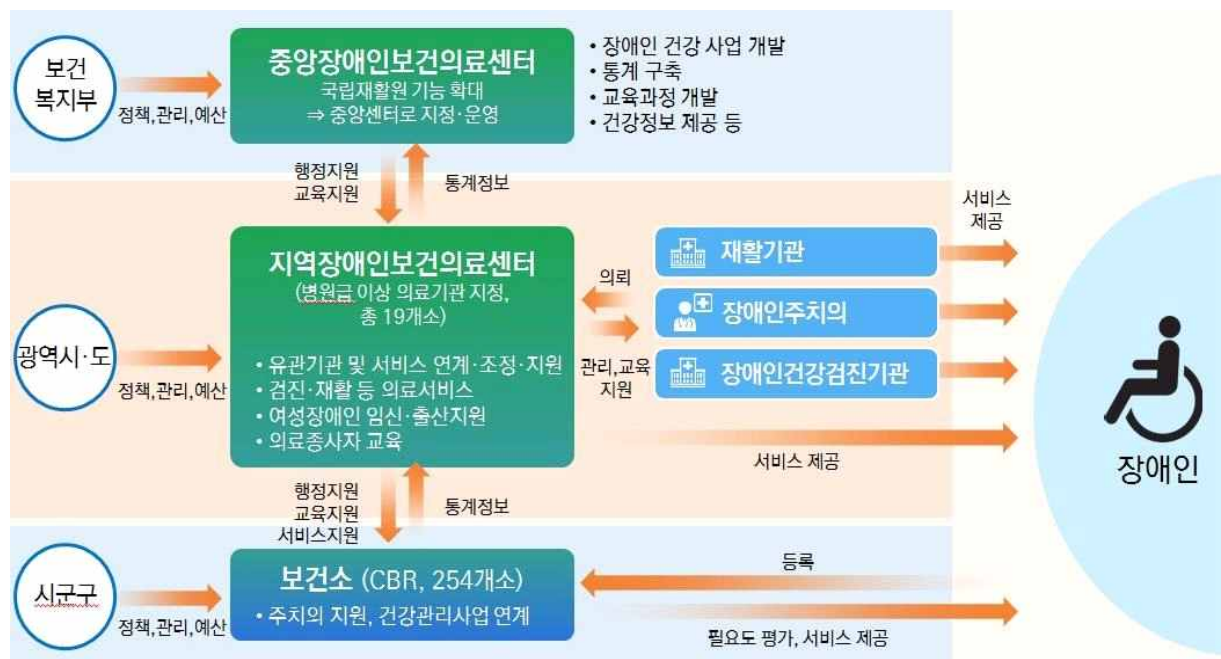


- 고위험 임신부 등록·판별·관리를 위한 모바일 시스템 구축, 권역 모자의료센터 확대(16개→'20. 20개 목표) 등 위험도별 연계체계 강화

< 고위험·일반 산모 연계지원 사업 >



- (어린이) 수도권에 집중된 어린이 공공전문진료센터(7개) 지정을 확대하고('19~), 수가 인상 등을 통해 전문인력을 안정적으로 확보
 - 어린이 공공전문진료센터를 중심으로 지속적 의료서비스가 필요한 중증소아환자 대상 '재택의료 시범사업' 추진('18.하)
- (장애인) 검진·진료·재활, 임신·출산지원 등을 위한 거점병원으로서 시도별 지역장애인보건의료지원센터 지정(3개 →'22. 19개 목표)
 - 장애인검진기관 확대(10개→'22. 100개 목표), 중증장애인을 위한 '장애인 건강 주치의' 도입('18. 시범, 단계적 확대) 등 의료 접근성 강화



- (재활) 중증장애아동의 집중재활치료를 위한 권역별 공공어린이 재활의료기관 확충(~'22. 9개 목표) 및 건강보험 수가개선방안 마련 추진
 - 회복기 재활인프라 확충을 위해 수술·치료 후 기능회복 시기에 집중 재활치료 및 조기 사회복귀를 목표로 하는 재활의료기관 지정*
- * 시범사업 중('17.10~'18.12월/ 15개소/ 2,800병상)으로 '19년부터 본 사업 예정, 향후 10년간 15~25천 병상 규모, 점진적 지정 확대

3. 감염병, 공중보건위기 대응 등 안전체계 구축

- (감염병 대응) 중앙-시도-기초 간 신속한 대응체계를 구축하고, 전담 역학조사관 확충 등 조직·인력 기반 확대 협의

- 중앙 및 권역별 감염병 전문병원 설치·지정 등 전문 진료체계 마련

< 감염병 환자 전문진료체계 >

구분	명 칭	방 법
국가	중앙 감염병 전문병원 권역 감염병 전문병원	설치(국립중앙의료원) 지정(상급종합병원 또는 종합병원)
시·도	시·도 감염병 관리병원	지정(국립대병원 등 권역책임의료기관)
중진료권	지역 감염병 관리병원	지정(지방의료원 등 지역책임의료기관)

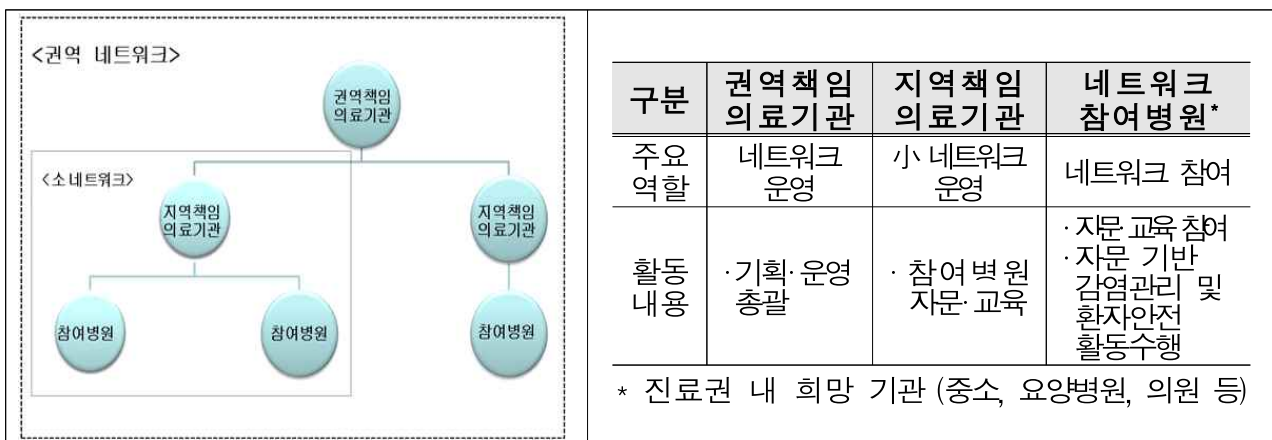
- * 병원의 생물안전등급연구시설(BSL)수준, 인프라, 인력 등을 평가하여 지역별로 대응병원을 수직적으로 배치(의심 감염균주별 매핑)

- (다부처 협업) 부처 간 건강위협요인의 신속한 정보공유·의사소통·공동대응 협의체계(One Health⁺) 마련, 건강위해분석시스템 등 구축

- (의료감염·안전) 권역/지역책임의료기관에 ‘감염관리·환자안전지원 센터(팀)’을 구성하여 권역 및 지역 네트워크 구축

- 감염관리 등 환자안전영역의 상호점검·교육·기술지원 등 수행

- 감염병 전문병원 및 권역·지역책임의료기관 중심으로 의료감염 환자(다제내성균환자 등) 치료, 의뢰·회송 체계 확립



1. 공공의료 핵심인력 양성을 위한 국립공공의료대학원 설립

- (목적 및 필요성) 사명감을 가지고 지역 보건의료를 이끌어 갈 의료인력을 국가가 직접 양성하여 지역별·계층별 평등한 양질의 보건의료 접근권 보장
 - 의대 졸업자의 수도권 집중으로 지역 의료인력 부족현상이 심화됨에 따라 특별한 제도적 장치를 통해 국가가 직접 인력공급 불가피
 - 기존 의대교육으로는 공공의료 인력 양성에 한계가 있어 공공의대를 설립하여 공공보건의료를 선도해 나갈 국가의 핵심 의료전문가로 양성
- * (기존 의대교육과 차별성) 학생선발-교육-졸업 후 수련-의무복무-지역정착 전 과정에 걸쳐 국가가 학생들을 관리하고 집중지원해주는 시스템 구축
- (설립형태) 4년제 국립대학법인 형태로 설립하며 '22.3월 개교 목표
 - * 「국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률안」 발의 예정
- (학생선발) 시·도별로 학생을 일정 비율 배분, 미래 공공의료 인재로서 적절한 역량을 갖춘 학생을 별도의 평가체제로 선발
 - 공공보건의료에 대한 이해도가 높거나 관련 경험이 있으며, 공공보건의료에 기여하고자 하는 동기와 헌신 의지가 확고한 학생 선별
 - 도 지역에서 충분한 거주 경험(중·고교 졸업)이 있는 학생 선발
 - 대학뿐만 아니라 지역 및 공공보건의료 전문가를 포함한 선발위원회를 구성하여 선발의 타당성을 높임
- (교육과정) 국립중앙의료원을 교육병원으로 구축하고 국립병원·지방의료원 등을 활용하여 공공의료에 특화된 교육 실시

- 기존 의과대학에서 부족하거나 목표로 두지 않는 **지역사회 임상 실습 및 공공보건의료 분야의 교육이 강화된** 과정을 운영
- 일차진료 수행에 필요한 지식과 역량을 갖춘 의사, 공공보건의료 정책기획 및 문제해결 능력을 보유한 의사를 양성

<교육과정 예시>

- ① 3학년까지 표준교육과정으로 운영하고 **4학년에 트랙제**(공중보건, 공공의료, 국제보건)를 운영하여 학생 선택 기회 제공
- ② 지역사회 또는 공공보건의료 전문가와 학생 간 **1:1 매칭** 지도
- ③ **몰입형 지역사회 조기노출 프로그램** 운영(스웨덴 제네바대학 사례 참고)
- ④ 지방의료원, 보건소, 의료취약지, 일차의료 실습 의무화(**장기통합임상실습과정**)
- ⑤ **통일의료, 국제보건분야**에 진출할 핵심자원 양성 프로그램 운영
- ⑥ **MD(Doctor of Medicine)-MPH(Master of Public Health)** 과정을 의무화하여 졸업 후 보건행정과 의료정책의 전문가로서 역할 수행

- **(학생 지원)** 학비 전액을 국가(지자체 포함) 지원, 기숙사 제공
- **(의무근무)** 의사면허 취득 후 지방의료원 등 공공병원·역학조사관 등 지정된 공공보건의료분야에서 일정기간 의무근무(일본 9년)
 - 의무근무 후에도 **경력설계지원, 정부기관 우선채용, 국제기구 파견** 등을 통해 충분한 경쟁력 및 자긍심을 가질 수 있는 환경 조성
 - 의무복무를 수행하지 않을 경우 **지원금액 환수** 및 의사로서 업무를 제한하는 강력한 의무복무 실효성 확보수단(면허취소 등) 마련

<일본 자치의대 사례>

- **(설립목적)** '72년 취약지 등에서 근무하고 엄격한 의료윤리와 전문성을 갖춘 의사 양성을 위해 전국 47개 도·도·부·현이 공동 설립·운영
- **(선발)** 총 120여명, **도·도·부·현별로 할당**, 별도 시험으로 선발
- **(교육과정)** 임상 및 지역사회 노출 기간을 길게 주고, 6년 기숙사 생활 의무화
- **(의무근무)** 9년, 지방정부의 공무원으로서 주로 취약지 1차 의료담당
- **(성과)** 의무 복무 후에도 68%는 해당 도도부현에 근무

2. 필수 공공보건의료인력 양성 및 관리

- 공중보건장학제도를 통해 취약지 등 근무 의료인력 양성('19년~)
 - 시·도지사 추천에 의해 해당 지역 출신자를 선발하고, 해당 지역에 근무하도록 함으로써 지역 의료에 대한 사명감 고취
 - 학생 선발 기준을 마련하여, 경제적 취약 학생 중심이 아닌 지역 의료 관심자를 중심으로 선발·양성
 - 장학금 지급받은 기간과 동일하게 의무근무(최소 2년 이상), 지속 근무를 유도할 수 있는 경력개발 지원 등 검토

< 舊 공중보건장학제도 개요 >

- 법적근거 : 「공중보건장학을 위한 특례법」('76년)
- 지원대상 : 의과대학·치과대학·간호대학 재학생으로서 장학금 지급 및 면허취득 후, 일정기간 동안 공중보건업무에 종사할 것을 서약한 자
- 의무 복무기간 : 장학금 지급기간에 따라, 최소 2년, 최장 5년까지
 - * '77~'96년 총1,519명 (의사772명, 치과50명, 간호사697명) '96년 선발 중지

- 현재의 파견 의료인력 인건비 지원사업*을 권역책임의료기관이 지역책임의료기관을 총괄 책임지고, 2년 이상 계약으로 전환 검토
 - * 현재는 지방의료원·적십자병원이 국립대병원 등과 1:1 협약(1년 단위)을 맺고 의사를 파견 받는 경우 지방의료원 등에 인건비 지원(권역 무관)
- 공공의료인력에 대한 전문교육을 강화하기 위해 국립중앙의료원 내 '공공보건의료교육훈련센터'의 기능 확대(공공보건의료 연수원 등)

3. 공공보건의료기관 역량 제고

- 의료 질 편차 완화와 양질의 적정진료를 위한 표준진료지침 개발·보급 지원, 적용대상 및 모니터링 시스템 확대 등 기술지원 강화
- 지방의료원 등의 체계적인 기능보강을 위한 병원설계 가이드라인 개발·보급, 필수의료 중심 기능특성화 및 평가·컨설팅 내실화

1. 지방정부 역할 및 책임 확대

- 시도 내 권역/지역책임의료기관, 보건소, 전문가 등이 함께 참여하는 ‘(가칭) 시도 공공보건의료위원회’ 설치
 - 권역 내 공공의료기관이 수립한 ‘공공보건의료계획’ 심의 등 공공보건의료 정책에 대한 주요사항 심의·결정
 - * 위원회 구성 및 운영, 계획간 연계 등이 지역 현장에서 정착될 수 있도록 지역보건법, 공공보건의료에 관한 법률 등 관련 법률 및 제도 개선 검토
- 시도의 정책지원을 위해 설치된 공공보건의료지원단에 국비지원(‘19년~)을 통해 정책역량 강화 및 전국적 설치 유도
 - 지역 특성에 맞는 사업 발굴, 공공의료기관 기술지원, 필수의료 분야 조사·연구, 네트워크 구축 지원 등 시·도 공공보건의료의 싱크탱크 역할 수행
 - 시도에 설치된 각종 지원단*을 공공보건의료지원단 중심으로 연계하여 보건의료정책의 연계 및 체계적 지원 추진
 - * 시도 통합건강사업지원단, 감염병관리지원단, 정신보건사업지원단 등
 - 향후 시도 보건의료지원단을 전문적인 독립 재단으로 확대할 수 있도록 법적근거 등 마련
 - * 시도 보건의료지원단을 공공보건의료기관에만 위탁할 수 있도록 규정한 「공공보건의료에 관한 법률」 개정 추진
- 지역별 특성에 의료수요 대응 및 공공보건의료 정책수립 등 지방정부 역할 확대를 위한 시도 조직·인력 기반 강화 추진

2. 중앙정부 내 수평적 거버넌스 구축

- 국립대병원의 공공의료 역할 강화를 위해 교육부-보건복지부가 공동으로 경영평가 실시('19.~)
 - 교육부-복지부 공동으로 평가지표 개편 및 평가위원회 구성 등 추진
 - * '18년도 평가항목 : 경영관리(22점) + 사회적 책임과 성과(19점) + 교육사업(18점) + 연구사업(18점) + 진료사업 및 공공보건의료사업(23점)
- 중앙 차원의 공공보건의료 정책 심의기구로 '(가칭)공공보건의료위원회'를 설치하여 주요정책의 조정 및 의결 등 실시
 - 보건의료정책심의위원회, 시도 공공보건의료위원회 등과 연계하여 중앙-지역 간, 분야별 협력 강화
- 중앙정부 관할 공공병원 간 협력적 거버넌스 구축방안을 마련하기 위해 국무조정실에 공공병원 협의체 TF* 구성·운영('18. 하)
 - * TF 운영 및 논의결과에 따라 단계적으로 추후 법제화 등 추진
 - 공공병원* 간 기능적 연계, 재난·전염병 등 분야별 대응체계 모색, 향후 지역 단위 공공보건의료기관까지 포함하여 확대 운영
 - * 국립중앙의료원, 국립암센터 등(보건복지부), 국립대병원(교육부), 보훈병원(국가보훈처), 산재의료원(고용노동부) 국립교통재활병원(국토교통부) 등
- 보건복지부 내 분산된 공공보건의료 관련 정책 및 사업을 연계·통합하고, 조직을 국민의 필수의료 보장을 위한 보건의료와 복지의 연계 강화 방향에 맞춰 개편 검토

3. 중앙정부의 조정 및 지원기능 강화

- 중앙은 종합적 관점에서 보건의료발전계획을 수립하고('19.~), 중앙- 시도 간 보건의료 관련 계획·목표의 연계 강화
- 신속하게 국립중앙의료원의 이전 사업을 추진하여 필수의료 분야의 국가 중앙센터로서의 기능 강화
 - * 중앙감염병병원, 중앙응급의료센터, 중앙외상센터, 중앙모자의료센터 운영 등
 - 공공의료 관련 위원회, 공공병원 협의체 등 사무국 운영, 남북협력 및 통일의료 관련 연구 실시 등 공공의료 정책에 기여
 - 향후 국립공공의료대학(원) 교육병원으로서 공공의료 인력 양성을 위한 교육 역량 강화(인력, 시설 등) 추진
- 국립중앙의료원에 설치된 '공공보건의료지원센터'와 '공공보건의료교육훈련센터'를 전문기관으로 확대·강화
 - 공공보건의료 분야의 정책연구, 평가·기술지원, 공공의료인력 역량 제고 등을 위한 기능을 강화하고, 전문기관 운영에 필요한 인력 및 예산 등 확대 추진

V

향후 추진계획

- 종합대책 이행 민-관 추진단 마련(10월~)
- 종합대책 주요과제별 정책포럼 운영 등(10월~)
- 공공병원 협의체 TF 구성(10월~)

참고 1

공공보건의료 발전 종합대책 추진일정

추진과제		추진일정	비 고	소관부서
1. 지역 격차 해소 위한 공공보건 의료 책임성 강화	1-1. 권역/지역책임의료기관 지정			
	가. 권역/지역별 책임의료기관 지정	‘19년~	법령 개정 등	공공의료과
	나. 책임의료기관 정책적 지원	‘19년~	연계협력 사업 추진 등	공공의료과
	1-2. 권역지역기초 연계·협력체계 구축	‘19년~	연계협력 사업 추진 등	공공의료과
	1-3. 지역공동체 기반 건강관리 확대			
	가. 건강관리 인프라·서비스 강화	‘18년~	건강생활지원센터 확충 등	건강정책과
	나. 퇴원 후 돌봄 연계 체계 마련	‘18년~	선도사업 모델 마련 등	복지정책과
2. 필수의료 전국민 보장 강화	2-1. 생명과 직결된 필수중증의료 강화			
	가. 응급의료기관 적정 이송체계 구축	‘18년~	지역별 이송지침 마련 등	응급의료과
	나. 외상 운영체계 구축 및 적정 인력 확보	‘18년~	전문인력 양성 수련기관 확대 등	응급의료과
	다. 심뇌혈관질환 대응역량 강화	‘19년~	중앙-권역-지역 체계 구축 등	질병정책과
	2-2. 산모·어린이·장애인 등 의료 서비스 확대			
	가. 임신·출산 지역 협력체계 구축	‘19년~	권역모자의료센터 확충 등	공공의료과
	나. 어린이 중증질환 접근성 향상	‘18년~	재택의료 시범사업 등	보험급여과 등
	다. 장애인 건강 향상 기반 마련	‘18년~	장애인보건의료센터 지정 등	장애인정책과
	라. 재활의료 전달체계 구축	‘18년~	공공어린이재활병원 확충 등	장애인정책과 등
	2-3. 감염병 등 대응안전체계 구축			
	가. 감염병 대응역량 강화	‘18년~	감염병 전문병원 구축 추진 등	질병정책과, 질본
	나. 한국형 원헬스 대응체계 구축	‘19년~	부처 공동대응체계 구축 등	질병정책과, 질본
	다. 의료감염·안전 대응체계 구축	‘19년~	감염·안전팀 구성 등	질병정책과, 질본
3. 공공보건 의료인력 양성 및 역량 제고	3-1. 국립공공의료대학원 설립	‘18년~	대학설립 법령 제정 등	공공의료과
	3-2. 필수 공공의료 인력 양성 및 관리			
	가. 공중보건장학제도 개선 추진	‘19년~	시범사업, 법령 개정 등	공공의료과
	나. 필수의료인력 양성 및 관리	‘19년~	과제안력 지원사업 개선 검토 등	공공의료과
	3-3. 공공보건의료기관의 역량 제고	‘18년~	CP개발 보급, 시스템 확대 등	공공의료과
4. 공공보건 의료 거버넌스 구축	4-1. 지방정부 역할 및 책임 확대			
	가. 지방정부 권한 및 역할 강화	‘19년~	공공보건의료위원회 법령 마련 등	공공의료과 등
	나. 지방정부 역량·전문성 제고	‘19년~	시도 보건의료지원단 지원 등	공공의료과
	4-2. 중앙정부 내 수평적 거버넌스 구축	‘19년~	국립대병원 공동평가 추진 등	공공의료과
	4-3. 중앙정부 조정·지원 기능 강화			
	가. 중앙 및 지역 계획·목표 연계 관리	‘19년~	보건의료발전계획 마련 등	보건정책과 등
	나. 정책적 조정 및 지원기능 강화	‘19년~	국립중앙의료원 이전 추진 등	공공의료과

참고 2

핵심지표 설명 자료

목표 지표	지표 설명	목표치	출처
치료가가능 사망률 (Amenable mortality rate) (10만명 당)	(정의) 의료적 지식과 기술을 고려했을 때, 양질의 보건의료서비스를 통해 피할 수 있는 원인에 의한 사망 (인구 10만명당) (기준) $\frac{\sum(\text{성,연령별 사망률} \times \text{표준인구의 성별,연령별 인구})}{\sum \text{표준인구}} \times 100,000$ (사망원인 목록) 심뇌혈관 질환, 감염, 모성사망 등 10개 그룹·42개 질환군 포함¹⁾ ※ '11년 OECD에서 인용한 바 있는 '피할 수 있는 사망원인 목록'(Nolte and McKee, '08) 기준	'15년 : 1.31배 '25년 : 1.15배 * 최고 시도충북 58.5명 / 최저 시도서울 44.6명)	국민보건 의료실태 조사 ('17, 복지부)
모성사망비 (Maternal mortality ratio) (10만명 당)	(정의) 출생아 10만명 당 임신과 관련된 원인으로 임신 또는 분만 후 42일 이내에 발생한 여성 사망자수 (기준) (당해년도 모성사망자 수/출생아수)*100,000	'16년 : 8.4명 '25년 : 6.7명* * '16년 OECD 평균	사망원인 통계보고서 ('16 통계청)
신생아 사망률 (천명 당)	(정의) 출생아 천명 당 사망자수 중 생존기간 28일 미만의 사망자수 (기준) 출생아 천명당 사망자수 중 생존기간 28일 미만 (0~6일, 7~27일)의 사망자수 합계	'16년 : 4배 '25년 : 2배 * 최고 시도(대구 4.4명)/ 최저 시도(서울 1.1명)	사망원인 통계보고서 ('16 통계청)
장애인 미충족의료 이용률 (%)	(정의) 장애인이 최근 1년간 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험률 (기준) 전국 총 36만 가구 방문 면접조사 결과('17.9~10월)	'17년 : 17.2% '25년 : 13%	장 애 인 실태 조사 ('17, 복지부)
퇴원환자 재입원비 (기준 100)	(정의) 의원급 이상 입원환자의 퇴원 후 30일 이내에 동일 또는 타 병원에 계획되지 않은 재입원에 대하여 실제 재입원 환자수와 환자의 중증도를 고려한 기대 재입원 환자수의 비 (기준) 5개 진료군(외과계, 내과계, 심혈관계, 심호흡계, 신경계)별 중증도 보정을 통해 기대 재입원비 산출 $\frac{[\text{실제재입원수}] \times \text{외과계} + \text{내과계} + \text{심혈관계} + \text{심호흡계} + \text{신경계}}{[\text{기대재입원수}] \times \text{외과계} + \text{내과계} + \text{심혈관계} + \text{심호흡계} + \text{신경계}} \times 10$	'16년 : 1.24배 '25년 : 1.12배 * 최고 시도(강원 112.4)/ 최저 시도(광주 90.4)	국민보건 의료실태 조사 ('17, 복지부)