연구보고서(수시) 2025-04

지역 의료 격차 완화를 위한 보상체계 개선방안 연구

정수경
이홍림·신현웅·김희년

사람을
생각하는
사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

연구진

연구책임자	**정수경**	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	**이홍림**	한국보건사회연구원 연구원
	신현웅	한국보건사회연구원 선임연구위원
	김희년	한국보건사회연구원 부연구위원

연구보고서(수시) 2025-04

지역 의료 격차 완화를 위한
보상체계 개선방안 연구

발 행 일	2025년 11월
발 행 인	신 영 석
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처	(사)아름다운사람들

ⓒ 한국보건사회연구원 2025

ISBN 979-11-7252-137-0 [93510]
https://doi.org/10.23060/kihasa.b.2025.04

발|간|사

지역 간 의료 접근성과 건강 수준의 격차는 우리 사회가 직면한 구조적 문제로, 고령화의 심화와 의료 인력·의료 자원의 수도권 집중, 지역 간 인구 구조 변화에 따라 그 심각성이 더욱 커지고 있다. 특히 필수의료를 중심으로 한 지역의료 기반 약화는 주민의 건강권을 위협할 뿐 아니라 지역 소멸과 사회적 불균형을 심화시키는 요인으로 작용하고 있다. 이러한 문제를 완화하기 위해서는 지역 여건과 의료 수요의 차이를 반영한 합리적인 보상체계 마련이 무엇보다 중요하다.

이에 본 연구는 지역 의료 격차 완화를 위한 보상체계 개선 방안을 모색하고자 하였으며, 국내 지역의료 관련 제도와 보상체계를 종합적으로 검토하고, 주요국의 지역 가산 및 보상 정책 사례를 비교·분석함으로써 우리나라 보건의료체계에 적용 가능한 시사점을 도출하였다. 무엇보다 지역특이적 보상체계 설계에 앞서 고려해야 할 정책적 원칙을 제시하여 실제 제도 설계의 기초 자료를 제공하고 있다. 본 연구는 지역의료 격차를 단순한 공급 부족의 문제가 아닌, 보상체계와 전달체계 전반의 구조적 문제로 인식하고, 필수의료 제공을 안정적으로 유인할 수 있는 보상체계 개선 방향을 제안하는 데 의의가 있다. 연구 결과는 향후 지역 단위 의료 정책 수립과 지역 맞춤형 보상제도 설계, 필수의료 강화 정책 논의에 있어 기초자료로 활용되기를 기대한다.

이 연구는 정수경 부연구위원의 책임하에 신현웅 선임연구위원, 김희년 부연구위원, 이홍림 연구원이 연구진으로 참여하였다. 본 연구의 진행 과정에서 귀중한 조언을 해주신 원내의 배재용 연구위원과 세종충남대학교병원 서제희 교수께 특별히 감사를 표한다. 마지막으로 이 보고서의 내

용은 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별 연구활동의 결과임을 밝힌다.

2025년 11월

한국보건사회연구원 원장

신 영 석

목 차

요 약 ····· 1

제1장 서론 ····· 7

제1절 연구 배경 및 목적 ····· 9

제2절 연구 내용 및 방법 ····· 16

제2장 국내 지역 의료 관련 정책 현황 ····· 17

제1절 국내 지역 의료 관련 정책 현황 ····· 19

제2절 국내 지역 의료 관련 전문가 의견 ····· 52

제3절 소결 ····· 61

제3장 국외 지역 의료 관련 정책 현황 ····· 65

제1절 일본 ····· 67

제2절 미국 ····· 91

제3절 소결 ····· 103

제4장 지역 의료 보상체계 설계 방향 ····· 107

제1절 지역 의료 보상체계 설계의 기본 구상 ····· 109

제2절 지역 의료 보상체계 설계 원칙 ····· 120

제5장 결론 ····· 123

참고문헌 ····· 131

Abstract ····· 139

표 목차

〈표 2-1〉 의료취약지 수가 가산제도 관련 법적 근거 ····· 19
〈표 2-2〉 의료취약지 지원사업 요약 ····· 20
〈표 2-3〉 의료취약지 소아청소년과 지원사업 지원 한도 ····· 22
〈표 2-4〉 의료취약지 소아청소년과 평가지표(2022년) ····· 23
〈표 2-5〉 분만취약지 등급 구분 및 지원 내용 ····· 25
〈표 2-6〉 분만 산부인과 평가지표(2022년 중앙모자의료센터 성과평가 기준) ····· 26
〈표 2-7〉 혈액투석 의료취약지 선정 기준 ····· 28
〈표 2-8〉 의료취약지 인공신장실 성과평가 기준 ····· 29
〈표 2-9〉 종별 분만 가산 규모 ····· 31
〈표 2-10〉 공공정책수가의 특징 ····· 35
〈표 2-11〉 분만 정책수가 산정지침 ····· 37
〈표 2-12〉 고위험신생아 진료 지역정책수가 산정지침 ····· 38
〈표 2-13〉 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 기관 선정을 위한 평가 항목 ····· 42
〈표 2-14〉 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 성과평가 항목 ····· 46
〈표 2-15〉 심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업 성과평가 항목 ····· 48
〈표 2-16〉 중증진료체계 강화 시범사업 기관 선정평가 지표 및 평가 방법 ····· 51
〈표 2-17〉 지역 의료 보상체계 논의의 필요성: “왜” 필요한가? ····· 54
〈표 2-18〉 지역 의료 보상체계 재원과 모형: “어떻게” 보상해야 하는가? ····· 57
〈표 2-19〉 지역 의료 격차 및 완화를 위한 개선 방안 ····· 60
〈표 2-20〉 지역의료 격차 완화를 위한 국내 정책 현황 ····· 61
〈표 3-1〉 일본 건강보험 재원 및 운영방식 ····· 69
〈표 3-2〉 A218 지역가산 급지 구분 예시(1일당) ····· 76
〈표 3-3〉 A252 지역의료체제확보 가산 대상 선정 기준 ····· 80
〈표 3-4〉 A232 암 거점병원 가산 대상 선정 기준 ····· 82
〈표 3-5〉 벽지 의사 확보 방안 ····· 87
〈표 3-6〉 의사 수가 적은 구역에 대한 대응(2024년 진료보수 개정 요약) ····· 89
〈표 3-7〉 의료자원이 적은 지역을 고려한 대응(2024년 진료보수 개정 요약) ····· 90

〈표 3-8〉 미국 메디케어 지역보정지수 산출 요소 ····· 92
〈표 4-1〉 진료권 도출 과정 ····· 111
〈표 4-2〉 법률에 근거한 공공의료 등 정책 요약 ····· 113
〈표 4-3〉 영역별 의료서비스 접근도 및 전문성 고려(안) ····· 115
〈표 4-4〉 지역 의료 보상체계 설계 원칙 ····· 121
〈표 5-1〉 국외 사례와의 비교: 안전망 확보 목적의 보상체계 ····· 127
〈표 5-2〉 국외 사례와의 비교: 형평성 확보 목적의 보상체계 ····· 128

그림 목차

[그림 1-1] 균등 보험료 부담과 지역별 의료 불균형 ····· 10
[그림 1-2] 2023년 의료기관 종별 폐업 사례 ····· 12
[그림 1-3] 연구 내용 및 방법 ····· 16
[그림 2-1] 의료취약지 소아청소년과 지원사업 추진체계도 ····· 21
[그림 2-2] 취약지 수가 가산제도 추진 현황 ····· 30
[그림 2-3] 중증·응급환자 최종치료 가산 확대방안 ····· 33
[그림 2-4] 공공정책수가 도입의 필요성 ····· 34
[그림 2-5] 산부인과 분만 정책수가 개선(안) ····· 37
[그림 2-6] 소아진료 지역협력체계 구축 시범사업 운영체계 ····· 40
[그림 2-7] 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 운영체계 ····· 41
[그림 2-8] 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 지원금 결정 절차 ····· 43
[그림 2-9] 심뇌혈관질환 인적네트워크 시범사업 운영체계 ····· 44
[그림 2-10] 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 지원금 지급 구조 ····· 45
[그림 2-11] 심뇌혈관질환 인적네트워크 시범사업 성과달성 구간별 추가지원금 지급률 ·· 48
[그림 2-12] 중증진료체계 강화 시범사업 개요 ····· 49
[그림 2-13] 중증진료체계 강화 시범사업 운영체계 ····· 50
[그림 2-14] 중증진료체계 강화 시범사업 성과보상금 지불 체계 ····· 52
[그림 3-1] 일본 의료보장제도 특징 ····· 68
[그림 3-2] 일본 건강보험 관리·운영 체계 ····· 71
[그림 3-3] DPC/PDPS 진료 보수 산정 방식 ····· 74
[그림 3-4] 지역의료지원병원 제도 ····· 78
[그림 3-5] 병원 사업에 대한 일반회계 부담(일반회계 이출금) ····· 84
[그림 3-6] 일본 벽지의료지원체계 개요 ····· 87
[그림 3-7] 미국 메디케어 지역보정지수 활용 의사 수가 금액 산출식 ····· 93
[그림 3-8] 연방 검토 및 주 메디케이드 지출 추정치 매칭 구조 ····· 95
[그림 3-9] 주 정부 재원별 메디케이드 지불시 FMAP 적용 예시 ····· 97
[그림 3-10] 미국 메디케어 중요 접근 병원 지정 조건 ····· 101

[그림 3-11] 미국 단독 지역사회병원 지정 조건 ····· 102
[그림 4-1] 지역 의료 보상체계 구상(안) ····· 109
[그림 4-2] 시도별 인구 현황 ····· 110
[그림 4-3] 중진료권 선정 결과(2019) ····· 112
[그림 4-4] 보완형 보상 모형 ····· 116
[그림 4-5] 대안형 보상 모형 ····· 117
[그림 4-6] 보완형 + 대안형 보상 모형 ····· 119
[그림 4-7] 지역특이적 보상체계(안) ····· 122

요약

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라 필수의료서비스는 단순한 접근성 기반의 획일적 보상체계와 지역인구 감소, 의료인력의 수도권 집중, 지역 내 의료기관 신뢰도 및 이용기회 저하 등 복합적 구조 문제에 직면해 있다. 현행 의료이용량 기반 방식의 보상체계는 단순히 행위별 동일한 수가에 의료이용 건수를 곱하는 방식으로, 인구 및 의료수요가 적은 지방 지역일수록 구조적으로 낮은 수익으로 연결된다. 이에 따라 의료 공급의 양극화, 필수의료 공백, 나아가 지역별 불균형이 심화되는 문제가 발생한다. 특히 지방 및 농어촌 지역에서 의료수요 자체가 줄어드는 동시에 의료기관 폐업이 증가하는 등 의료 공급 인프라가 축소되고 있고, 의사 인력의 수도권 집중 현상은 해마다 심화되고 있는 상황이다. 소아과·산부인과·내과·외과 등 필수 진료과와 농촌 지역에 대한 기피 경향이 뚜렷하며, 수요자의 지역 내 의료기관에 대한 신뢰 저하와 서비스 품질에 대한 우려 증가 등도 지역별 의료 격차에 영향을 주고 있다.

수도권과는 구별되는 지역만의 의료서비스 가치, 필수의료 제공 기능, 형평성 등을 반영하는 가치 기반(value-based) 보상체계로의 전환이 필요한 시점이며, 정책의 실효성을 높이기 위한 현실적이고 실용적인 방안 마련이 필요하다. 지역 의료 격차 문제의 근본적 해결을 위해 보상체계 개선의 구체화가 해결의 시작이 될 수 있다. 따라서, 본 연구에서는 지역 의료 격차를 완화하고, 필수의료서비스의 지속가능성을 확보하기 위해 필요한 지역특이적 보상체계의 방향성과 설계 원칙을 제시하는 것을 목

적으로 하였다. 국내 상황에 맞는 보상체계의 실용적 적용을 위한 정책적 방향을 제시하여 향후 제도 설계의 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 주요 연구 결과

가. 국내 지역 의료 관련 정책 현황

지금까지 우리나라에서는 다양한 방식으로 지역 의료 격차 완화를 위해 노력해 왔다. 크게 소아, 분만, 중증·응급, 인공 신장의 필수의료 영역을 중심으로 '예산 지원형', '수가 보완형(가산형, 정책수가형)', '수가 대안형(사전·사후 보상)'으로 보상방식을 달리 하여 지원이 이루어지고 있다. '예산 지원형'은 국비와 지방비 매칭으로 시설·장비비 및 운영비를 직접 지원하는 형태로 의료취약지 지원사업(소아청소년과, 분만, 인공신장실)이 이에 해당한다. '수가 보완형'은 건강보험 수가 체계 내에서 가산 또는 정책수가를 별도 지급 형태로 보상하는 방식으로 지역 조건을 반영하여 비율 가산(취약지 분만 가산)하거나, 정책적 목적에 따라 새로운 수가 항목을 신설한 공공정책수가 형태(분만 정책수가)로 지급하고 있다. '수가 대안형'은 연계와 협력이 필요한 필수의료 분야를 대상으로 네트워크 또는 전문센터 운영을 위한 사전보상과 성과 기반의 사후보상을 제공하는 형태의 지원이다. 소아진료 지역협력체계 구축 시범사업 등 소아, 중증·응급 분야의 네트워크 시범사업들이 이에 해당한다.

나. 국외 지역 의료 관련 정책 현황

일본에서는 진료보수 직접 가산 방식과 기관 단위 보상 방식을 목적에 따라 구분하여 지역 의료에 대응하고 있다. 다양한 진료보수 가산이 있는

데 중요한 점은 의료취약성, 필수의료 기능 수행 여부, 지역 의료 연계 여부, 근무환경 개선 노력 등 기능 중심의 요인들을 통합적으로 고려하고 있다는 것이다. 행정구역 기준으로 지역을 구분한 가산으로 소재지별 운영비의 지역 차이를 반영하는 지역 가산, 도서 지역 의료기관의 운영 안정성을 위한 낙도 가산이 있다. 기능 중심 가산으로 지역 의료 기능 유지 및 연계 유도를 목적으로 하는 지역의료지원병원 가산, 지역 단위 암 진료 체계 강화와 암 치료 형평성 확보를 목적으로 한 암 거점병원 가산, 필수의료 기능 유지 및 의료 인력의 근무환경 개선을 목적으로 한 지역의료체제확보 가산이 있다. 공립병원 등 의료 수익만으로 유지가 어려운 지역의 공공의료 기능 보전을 위해 지방교부세를 통해 운영을 지원하기도 하고, 벽지보건의료대책으로 실질적으로 의료기관이 없는 지역에 시설·운영비 지원, 진료소 설치, 인력 파견, 원격진료 연계, 거점병원과의 네트워크 형성, 순회진료 지원 등의 포괄적인 지원을 제공한다.

미국에서도 상대가치 산출시 지역별 가격 차이를 반영하는 메디케어 지역보정지수를 활용하지만, 메디케이드 병원비 불균형 부담 병원 지원, 중요 접근 병원 지정, 단독 지역병원 지정 등 지역 내 최소한의 안전망 확보 목적은 수사용 비용 전체 이상을 보전해주는 방식의 지원을 제공하고 있다.

다. 지역 의료 보상체계 설계 방향

지역 의료 보상체계의 궁극적 목적은 지역완결적 필수의료서비스 제공체계 구축에 있으며, 지역특이적 보상 체계 마련을 위해 크게 “어디에”, “어떻게”, “얼마만큼” 줄 것인가와 재원에 대한 고민을 종합적으로 할 필요가 있다. 앞서 살펴본 국내외 사례를 토대로 먼저 지역 의료 보상체계

설계의 목적을 구분하는 것이 우선되어야 한다. '지역 의료 격차 완화'라는 개념은 해당 지역 내 최소한의 의료기관이 존재하는지 여부를 포함할 수 있으며, 의료기관이 있더라도 지역에서 필요로 하는 양질의 의료서비스를 충분히 제공하지 못하는 경우가 있을 수 있다. 이러한 차이를 구분하여 설계할 필요가 있다. 현재 국내 지역 의료는 위에 제시된 두 가지 문제가 공존하므로 위 두 접근을 상호보완적으로 연결한 구조로 설계될 필요가 있으며, 이를 위해 단순히 지역수가를 어떻게 얼마나 주는가의 문제를 넘어 공급-수요-재원-제도를 포괄하는 구조로 설계되어야 한다. 또한 기존 관련 제도 및 사업과의 정합성 평가를 통해 중복되지 않도록 비용효율적으로 접근할 필요가 있다. 재원 역시 목적에 따라 건강보험, 국가, 지자체 재정 참여 병행 등 다원적으로 조달할 수 있다.

3. 결론 및 시사점

지역 의료 보상체계 설계는 먼저 목적이 무엇인지에 따라 접근을 달리해야 한다. 크게 ❶ 최소한의 필수의료 기능 유지를 최우선으로 하는 경우(안전망 확보 차원)와 ❷ 지역 내 일정 수준의 의료서비스 공급을 목적으로 하는 경우(형평성 확보 차원)로 구분해 목적에 집중한 설계가 필요하다. 일본과 미국에서는 두 가지 목적을 구분하여 지원 방식을 달리하고 있었으나 우리나라는 여러 목적을 한 제도 안에 포함시키려는 경향이 있었던 것으로 파악된다. 국내 정책 현황 분석 결과, 안전망 확보 차원인지 형평성 확보 차원인지를 명확히 구분하여 보상체계를 설계 및 운영하기보다 소아, 분만, 중증·응급, 인공신장 영역에 예산 지원형, 수가 가산형, 수가 대안형 보상을 집중적으로 제공하고 있다. 이로 인해 정책 간 중복과 비효율성 문제가 나타날 가능성이 있고, 안전망 확보가 우선인 지역의

경우 기본적인 진료 수요 자체가 부족하기 때문에 가산의 효과를 실질적으로 체감하기 어렵다. 결국, 보상체계 설계 목적을 구분하는 것이 선행될 필요가 있다. 대상 선정 시에도 고도화된 지역 지도화 작업과 더불어 기능 수행 정도와 체제 유지 조건 등을 명확히 하여 지속가능한 지역 의료체계가 구축될 수 있도록 해야 한다. 지역 의료 보상을 위한 재원은 건강보험 재정을 중심으로 국가 보조와 지자체의 적극적인 재정 참여가 이루어져야 하며, 별도 기금을 병행하는 복합적인 방안이 검토될 필요가 있다.

우리나라는 이미 다양한 정책 수단으로 지역 의료 강화를 위해 노력해왔으나, 통합적 설계를 통해 실질적인 형평성 개선이나 안전망 강화로 이어질 수 있도록 개선될 필요가 있다. 의료 안전망과 형평성 확보를 큰 축으로 하여 각각의 목적에 맞는 보상방식을 설계·관리하고, 단순한 행정적 지역 구분이 아닌 기능 수행, 체제 유지, 환자부담 완화라는 실질적 조건을 기반으로 기존 보상체계를 개선할 필요가 있다. 이러한 접근은 재정 효율성을 높이면서도 현장의 지속가능한 의료공급을 유도할 수 있는 실질적 구조개선의 출발점이 될 것이다.

주요 용어: 보건의료 정책, 지역 의료 격차, 보건의료 전달체계,
보건의료 보상체계, 대안적 지불제도

제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

가. 필수의료서비스 보상체계의 구조적 한계

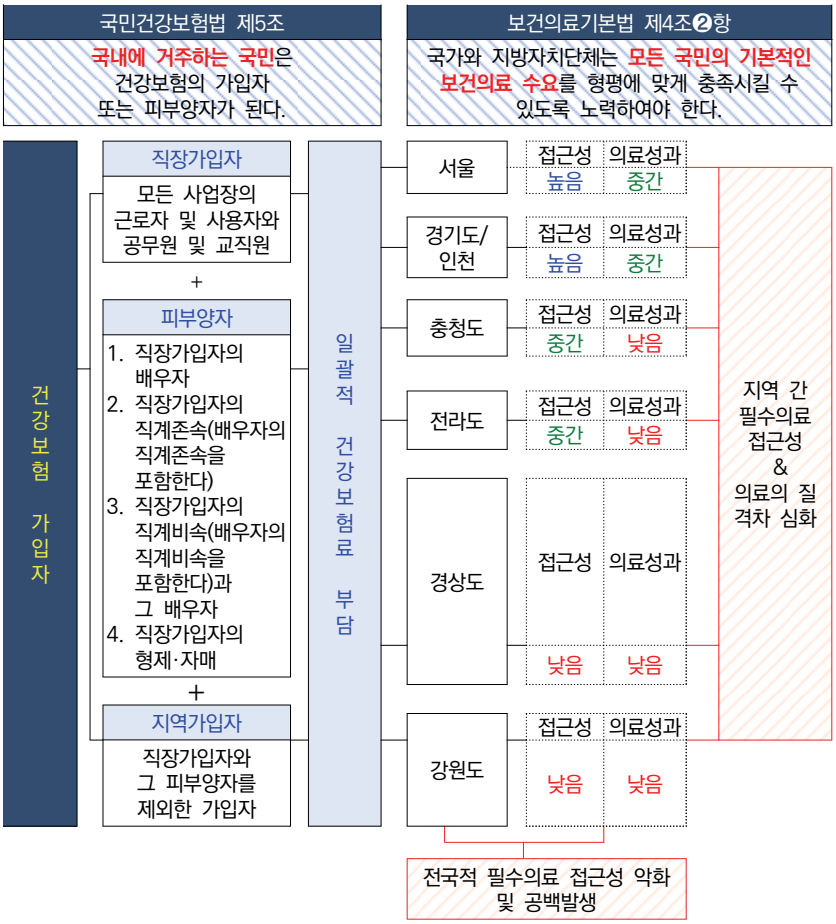
전국민 의무가입을 원칙으로 하는 우리나라 건강보험제도는 모든 의료기관을 요양기관으로 당연지정하여 생명과 건강에 필요한 모든 의료서비스를 언제 어디서나 보장하기 위해 노력하고 있으나, 필수의료서비스의 안정적 제공이라는 측면에서는 점차 구조적 한계에 직면하고 있다.

특히, 의료이용량 기반 접근의 현행 보상체계는 단순히 동일한 수가에 의료이용 건수를 곱하는 방식으로 인구 및 의료수요가 적은 지방 지역일수록 구조적으로 낮은 수익으로 연결되고, 이에 따라 의료 공급의 양극화, 필수의료 공백, 나아가 지역별 불균형이 심화되는 문제가 발생하고 있다(한국보건사회연구원, 2023). 현재 국민건강보험법 기준 행위별수가제는 모든 요양급여에 동일한 비율로 수가가 인상되는 구조로, 지역 특성이나 수요는 반영하지 못하며(획일적), 진료량 기반 보상으로 의료이용양이 적은 지역에서는 수익 확보가 어려운 구조이다(불충분성). 또한, 제공된 의료서비스에 행위 단위로만 보상이 가능한 경직된 구조이며(경직성), 일단 수가화된 항목은 인하 및 폐지 등 조정이 어려운 유연성이 낮은 구조다(불가역성).

또한, 모든 국민이 건강보험료는 일괄 부담하고 있지만 기피과 발생 및

의료진 이탈 등 필수의료서비스 공급 부족, 저출산·고령화에 따른 인구구조 변화로 인한 수요 부족(앞으로 지속적인 축소가 예상되는 소아·분만 의료 등 영역 보장의 어려움 예상), 요양기관 기능 및 역할 왜곡, 의료 인력의 수도권 집중 현상 등으로 인한 소멸지역을 중심으로 지역적 불균형은 심화되고 있는 상황이다(그림 1-1).

[그림 1-1] 균등 보험료 부담과 지역별 의료 불균형



출처: “공공정책수가 및 지역수가 구상”, 한국보건사회연구원, 2023, p. 7.

나. 인구감소 지역에서의 의료 공급 축소

「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」 제2조 및 동법 시행령 제3조에 따라 지정된 인구감소 지역, 특히 농어촌 지역을 중심으로 의료 수요 자체가 줄어드는 동시에 의료공급 인프라 축소가 동반되는 것으로 보고되었다(김동진 외, 2024, pp. 2-4). 한이철 외(2022)는 인구감소가 심화된 면 지역에서 의원급 의료기관이나 약국 등 1차 의료 접근성도 제한적인 지역이 증가하고 있으며, 그 결과 전체 면의 약 60%의 주민은 간단한 진료나 처방을 위해 인근 읍·면으로 이동할 수밖에 없는 상황이라고 보고하였다(한이철 외, 2022, p. 99). 또한, 의료서비스를 포함한 기초생활시설 및 서비스 운영을 위해서는 최소한의 수요가 필요하지만, 인구감소 지역 등에서 최소한의 수요를 충족하지 못한 지역(예: 인구 수 3,000명 이하로 감소한 지역)의 보건의료서비스 시설들의 폐업이 증가할 것으로 예측하고 있다. 전체 1,404개 읍·면 중 47.4%에 해당하는 읍·면에서는 인구가 3,000명 이하로 보건의료공급체계에 문제가 발생했거나 그럴 가능성이 큰 것으로 평가된다(한이철 외, 2022, p.101).

실제로 2025년 5월 발표된 건강보험심사평가원의 요양기관 개·폐업 현황에 따르면 의료기관 유형별로 봤을 때 2023년 병원급 폐업이 두드러졌으며, 지역 내에서 필수의료 또는 유일한 의료기관으로 역할을 하던 중소 의료기관들이 인력 확보 실패, 낮은 병상 가동률, 출산율 하락, 경영난 등을 이유로 폐업한 사례가 관찰되었다(조재민, 2025).

[그림 1-2] 2023년 의료기관 종별 폐업 사례

병원	내용	폐업 주요 원인
경남 하동한국병원	2024.09.30. 개원 뒤 10월 100병상 증설 허가를 받았으나 2025.05.29. 휴업 후 2025.07.23. 폐업	의료인력 확보 실패와 낮은 병상 가동률로 인한 경영난
양산 웅산중앙병원	2015년 개원한 웅산지역 유일 종합병원으로 365일 24시간 응급실을 운영하는 병원이었으나 2024년 3월 폐업 (2025년 재개원 준비중)	경영난
김해 김해중앙병원	2023년 10월 부도로 운영을 중단한 뒤 2025년 4월 김해복음병원에 최종 낙찰되었으며, 폐업 전까지 지역응급의료센터로서 필수의료를 담당	경영 악화, 급여 체불, 무리한 병원 확장, 의료인력 확보 실패
인천 청라좋은병원	2020년 3월 77병상으로 개원하여 야간·주말 진료(365 진료센터)와 특화센터(아동발달센터, 인공신장실 등)를 운영해왔으나 2025.05.20. 폐업	경영 악화 및 급여 체불
성남 곽여성병원	1981년 개원하여 40여 년간 운영된 분만 병원으로 필수의료에 주요 역할을 하였으나 2024년 5월 30일 폐업	출산율 하락 및 지속적인 경영난

출처: "병원 호시절 옛말…지역병원 폐업률 증가 추세- 2023년 종합병원 8곳·병원 96곳·요양병원 106곳·정신병원 14곳 문 닫아", (2025), 조재민, 데일리메디. https://dailymedi.com/news/news_view.php?ca_id=&wr_id=927942 내용을 재구성함.

다. 의료인력의 지역 및 진료과 불균형: 공급자 측면

의사 인력의 수도권 집중 현상은 해마다 심화되고 있으며, 특히 소아과·산부인과·내과·외과 등 필수 진료과와 농촌 지역에 대한 기피 경향이 뚜렷하게 나타나고 있다. 2023년 기준 전국 의사의 절반 이상이 수도권에 근무 중이며(박영주, 2025), 2023년 서울시 인구 1,000명당 의사 수 4.97명에 비해 세종 2.10명, 경북 2.21명 등 일부 지방의 의사 수가 절반 수준에 불과한 것으로 집계되었다(통계청, 2023). 한 연구에서는 의사들

의 근무지 선택이 수련 장소 및 생활 인프라, 자녀 교육 등 비경제적 요인과 더불어, 수가 수준, 근무환경, 의료책임, 그리고 의사의 출신지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련 지역이 실제 근무지역과 연관성이 높게 나타나는 등 다양한 요인에 의해 복합적으로 영향을 받는다고 보고하였다(임선미 외, 2023). 이에 따라 실제로 2024년 신규 개업한 의원은 759곳 증가하였고, 수도권 개업이 60.5%를 차지하기도 하였다(김은영, 2025). 여러 정책에도 불구하고 여전한 농어촌과 수도권 간 의료 공급 격차는 의사 수 자체의 문제로 보기보다 의사 인력의 효율적 배치와 그 인력이 지역에 머무를 수 있도록 하는 유입책 마련이 필요함을 시사한다. 임선미 외(2023) 연구에서 보고한 것처럼 의사의 의무복무나 고임금 제공에 제한된 정책보다는 의사들이 근무지 선택시 중요하게 고려하는 요건들을 반영한 맞춤형 인센티브 정책을 입체적으로 고려할 필요가 있다(박으뜸, 2025).

라. 지역 내 의료기관 이용 기피: 소비자 측면

김동진 외(2024) 연구에서는 인구감소 지역 주민들이 지역 내 병원을 실제로 있어도 가지 않는 이유가 단순한 접근성 부족이 아니라, 지역 의료기관의 신뢰와 서비스 품질에 대한 인식 문제가 주요 요인이라고 보고하였다. 인구감소지역 거주자 614명을 대상으로 실시한 설문 및 면접조사 결과, 다양한 진료과목 이용 접근성과 응급의료 이용 접근성에 대해 부정적인 응답이 높은 비중을 차지하였다(김동진 외, 2024, pp. 103-104). 진료가 필요하지만 실제로 진료를 제대로 받지 못한 경우를 나타내는 미충족의료율도 10.8%(65~74세)~33.3%(19~34세) 범위로 2021년 기준 전국 평균 상당한 비중이 미충족의료를 경험한 것으로 파악된다. 청년층의 연간 미충족 의료율은 33.3%, 중장년층 역시 22.9%로 매

우 높은 수치를 보였다. 이는 2021년 기준 전국 평균 미충족 의료율(6.7%)(질병관리청, 2024)과 비교하면 인구감소 지역의 의료 사각지대가 상당히 심각함을 보여준다(김동진 외, 2024, pp. 105-106). 주목할 점은 병의원 이용 접근성과 질적 수준 등 의료서비스 여건을 부정적으로 평가했던 경우 이주를 고려하는 경향이 강하게 나타났다(김동진 외, 2024, pp. 115-116). 이러한 현상은 의료공급자 측 인력 부족 문제를 넘어 소비자 측의 지역 의료서비스에 대한 신뢰 저하가 결합된 복합적 문제임을 시사한다. 따라서 단순히 인력과 시설을 확충하는 것만으로는 한계가 있으며, 지역사회 내에서 신뢰할 수 있는 의료서비스를 지속할 수 있는 구조를 만드는 것이 핵심이 될 수 있다.

마. 가치 기반 차등적 보상체계 실행 방안 마련의 필요성

지역 의료 격차 문제의 근본적 해결을 위해 새로운 접근 방식이 필요한 상황이며, 특히 보상체계 개선이 구체화될 필요가 있다. 「국민건강보험법」 제47조의3(요양급여비용의 차등 지급)에 따라 지역별 의료자원의 불균형 및 의료서비스 격차의 해소 등을 위하여 지역별로 요양급여비용을 달리 정하여 지급할 수 있는 법적 근거가 존재한다. 하지만, 실제 지역별 수가 차등 적용은 제한적으로 이루어지고 있다.

지역 의료 격차를 완화하기 위해서는 수도권과는 구별되는 지역만의 의료서비스 가치, 필수의료 제공 기능, 형평성 등을 반영하는 가치 기반(value-based) 보상체계로의 전환이 필요한 시점이다. 실제로 2025년 발표된 「지역·필수의료 강화를 위한 의료개혁 2차 실행방안」에서 '지역 포괄2차 종합병원 지원사업'을 통해 의료수요와 공급이 취약할수록 보상을 강화하는 '지역수가'의 본격 적용 및 단계적 확대 등을 추진하고 있지

만(보건복지부, 2025), 세부적인 지급 기준, 보상방식, 대상 설정 등 실질적 실행 방안은 아직 구체화되지 않았으며, 정책의 실효성을 높이기 위한 현실적이고 실용적인 방안 마련이 필요하다. 구체적으로, 대상 지역 선정 시 행정구역 기준과 진료권 기준이 주로 활용되고 있으나, 행정구역 기준은 의료 이용 및 공급 체계를 충분히 반영하지 못하고, 진료권 기준은 시의성 측면에서 한계가 있으며 의료서비스 세부 내역별 구분에도 제약이 있다. 또한, 재정 지원의 집행 주체와 관리 방식이 명확하지 않아, 보상 수혜 주체와 지급 방식에 대한 기준 정립이 필요하다. 현재는 법률에 근거하여 지역적 정책 개입이 이루어지고 있는 의료영역(공공의료, 심뇌혈관질환, 응급 및 외상, 암, 아급성기)을 중심으로 지역수가를 도입하고, 향후 점차 세부 영역으로 대상을 확대하는 방안이 논의되고 있다. 이에 따라, 지역수가를 적용할 필요가 있는 의료영역을 면밀히 검토하는 과정이 요구된다.

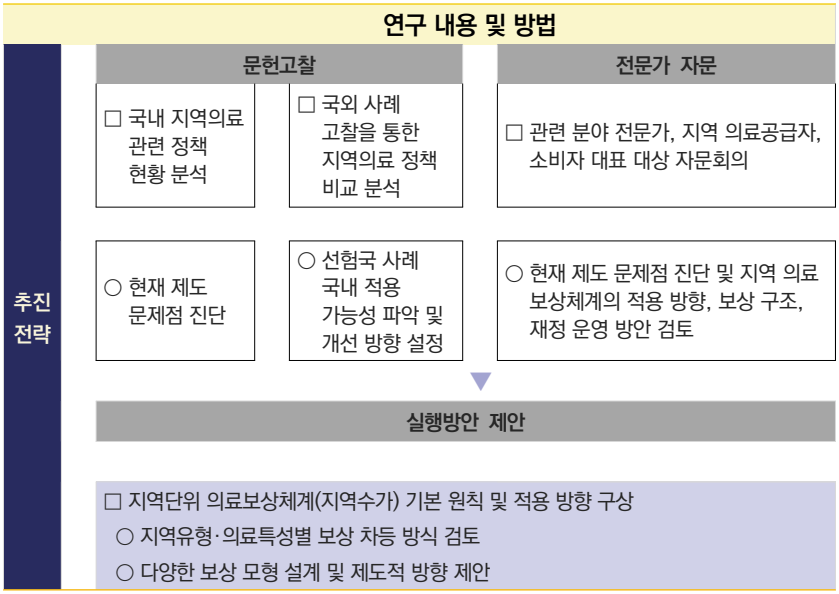
2. 연구 목적

본 연구의 목적은 지역 의료 격차를 완화하고, 필수의료서비스의 지속가능성을 확보하기 위해 필요한 지역특이적 보상체계의 방향성과 설계 원칙을 제시하는 것이다. 국내 상황에 맞는 보상체계의 실용적 적용을 위한 정책적 방향을 제시하여 향후 제도 설계의 기초 자료를 제공하고자 한다.

제2절 연구 내용 및 방법

첫째, 국내 지역의료 관련 정책 분석과 기존 인센티브 사례 등을 검토하여 우리나라 현재 제도의 문제점을 진단한다. 둘째, 국외 지역의료 관련 정책을 종합적으로 검토하여, 수가 중심의 지불모형 뿐만 아니라 기관 단위 재정지원 등 다양한 보상체계의 구조 및 운영방식을 비교 분석하고, 국내 적용 가능성을 진단하여 개선 방향을 제시한다. 특히, 일본과 미국의 사례를 심층적으로 분석한다. 셋째, 이를 바탕으로 관련 분야 전문가, 지역 의료공급자, 소비자 단체 등과의 자문회의를 통해 지역 의료 보상체계의 적용 방향, 보상 구조, 재정 운영 방안 등을 검토하여 설계 원칙과 제도적 방향을 제안한다(그림 1-3).

[그림 1-3] 연구 내용 및 방법



출처: 연구진이 작성함.

제2장

국내 지역 의료 관련 정책 현황

제1절 국내 지역 의료 관련 정책 현황
제2절 국내 지역 의료 관련 전문가 의견
제3절 소결

제 2 장 국내 지역 의료 관련 정책 현황

제1절 국내 지역 의료 관련 정책 현황

1. 예산 지원형

보건복지부는 「공공보건의료에 관한 법률」(약칭: 공공보건의료법)에 따라 의료공급 부족 지역을 의료취약지로 지정하여, 지역 거점 의료기관에 대해 시설·장비·인력을 지원하는 '의료취약지 지원사업'을 운영하고 있다. 이는 「보건의료기본법」이 규정하는 국민의 건강권 보장을 위한 국가와 지방자치단체의 의무다(표 2-1).

〈표 2-1〉 의료취약지 수가 가산제도 관련 법적 근거

법률	내용
「공공보건의료에 관한 법률」	**제12조(의료취약지의 지정·고시)** ① 보건복지부장관은 주기적으로 국민의 의료 이용 실태 및 의료자원의 분포 등에 관한 다음 각 호의 사항을 평가·분석하여야 한다. 〈개정 2019. 12. 3.〉 1. 인구 수, 성별·연령별 인구 분포, 소득 등에 따른 지역 내 국민의 의료 이용 실태에 관한 사항 2. 의료인력·의료기관의 수 등 지역 내 의료공급에 관한 사항 3. 지역적 특성 등을 고려한 의료기관 접근성에 관한 사항 4. 그 밖에 의료 이용 실태 및 의료자원 공급에 관한 사항으로서 보건복지부장관이 정하는 사항 ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가·분석 결과 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시할 수 있다. ③ 제2항에 따라 의료취약지를 지정할 때에는 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다. ④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정·고시된 의료취약지(이하 "의료취약지"라 한다)에 대하여 보건의료 공급이 원활하게 이루어질 수 있도록 다음 각 호의 지원을 할 수 있다. 1. 보건의료 인력의 공급에 대한 지원

법률	내용
	2. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 “의료기관”이라 한다)의 설립 및 운영을 위한 비용의 보조 등 ⑤ 제2항 및 제3항에 따른 의료취약지 지정의 기준, 방법, 절차 및 기간 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2019. 12. 3.〉
「보건의료 기본법」	**제4조(국가와 지방자치단체의 책임)** ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다. ③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다. ④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다. [전문개정 2010. 3. 17.]

출처: 「공공보건의료에 관한 법률」, 법률 제18897호 (2022)의 제12조와 「보건의료기본법」, 법률 제20589호 (2024). 제4조의 내용을 연구진이 표로 구성하였음.

현재 의료취약지 지원사업은 소아 청소년, 분만, 인공신장실을 중심으로 운영되고 있으며 대부분 인건비, 운영비, 시설·장비비 지원이 이루어지고 있다. 이중 유일하게 분만에 대해서는 건강보험 수가 지원이 이루어진다(표 2-2).

〈표 2-2〉 의료취약지 지원사업 요약

공공보건의료 수행기관		개소	운영지원	설치지원
의료취약지 지원사업기관	소아 청소년	10	【1차년도】 인건비(6개월분,1.25억)	시설·장비비 (1.92억)
			【2차년도】 인건비(1년,2.5억)	
	분만 취약지	49	【1차년도】 운영비(6개월, 2.5억)	시설·장비비 (1년, 6억)
			【2차년도】 운영비(1년, 5억)	시설·장비비 (1년, 6억)
	인공신장실	6	운영비(2억)	

주: 분만 취약지에 대해서는 건강보험 수가 지원(노란색 표시).
출처: “의료 취약지 지원사업”. 국립중앙의료원 중앙모자의료센터, 연도 미상, https://cmcmc.nmc.or.kr/contents/contentsView.do?MENUID=A02020400의 자료를 바탕으로 연구진이 표로 재구성함.

가. 의료영역별 지원사업

1) 소아청소년과[1)]

(개요) 의료취약지 소아청소년과 지원사업은 필수의료서비스 중 소아청소년과가 제공되지 않은 의료취약지역 주민의 의료서비스 이용을 보장한다. 2014년부터 의료취약지 거점의료기관 지원 사업을 추진해왔으며, 각 지역별 필수의료서비스 제공 역량을 갖춘 의료기관을 선정하고, 시설·인력·장비비를 지원한다.

(운영체계) 보건복지부는 지원사업을 총괄하고, 지자체는 관할 지역 내 의료취약지에 대한 지원 계획 수립, 사업 수행 의료기관 관리 등의 업무를 맡는다. 중앙모자의료센터는 의료기관이 지자체에 제출한 사업계획서 검토, 사업 모니터링 현지점검, 평가 등의 실무를 지원한다(그림 2-1).

[그림 2-1] 의료취약지 소아청소년과 지원사업 추진체계도

출처: “2024년 의료취약지 소아청소년과 지원 사업 안내”, 보건복지부, 2024a, p.12.

1) 보건복지부. (2024a). 2024년 의료취약지 소아청소년과 지원 사업 안내를 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

(대상 선정) 소아청소년과 취약지역은 '(기준①)60분 내 소아청소년과 입원 의료이용률이 30% 미만'과 '(기준②)60분 내 소아청소년과 접근 불가능한 소아청소년 인구 비율이 30% 이상'인 곳에 모두 해당하는 경우를 선정한다(보건복지부, 2024a, p.2). 이를 충족하는 기관은 소아청소년과 취약지에 설치 예정 또는 설치된 병원급 이상 의료기관(보건의료원 포함)이어야 한다(보건복지부, 2024a, p.6).

(지원 내용) 소아청소년과 취약지에서 기존에 운영 중인 병원급 이상 의료기관을 대상으로 시설·장비비, 인건비를 지원한다. 1차년도에는 시설·장비비와 최대 6개월분의 인건비를 지원하며, 지원 금액을 초과한 비용은 지자체 또는 의료기관이 부담한다. 2차년도 이후에는 연간 인건비를 지원한다.

〈표 2-3〉 의료취약지 소아청소년과 지원사업 지원 한도

(단위: 백만 원)

구분	진료과	지원 내용	지원 금액		
			국비(50%)	지방비(50%)	합계
1차년도	소아청소년과	시설·장비비	96	96	192
		인건비(6개월분)	62.5	62.5	125
		합계	**158.5**	**158.5**	**317**
2차년도 이후	소아청소년과	인건비(1년분)	125	125	250
		합계	**125**	**125**	**250**

출처: "2024년 의료취약지 소아청소년과 지원 사업 안내", 보건복지부, 2024a, p.5.

(평가) 보건복지부는 사업 모니터링을 통해 실적 파악 및 시설·장비·인력 현황을 파악한다. 사업 수행 의료기관은 분기별(분기 익월 10월까지) 모니터링 보고서를 작성 후 시·도를 경유하여 보건복지부로 제출한다. 필요시 보건복지부는 중앙모자의료센터에 성과평가를 요청할 수 있으며,

평가 결과에 따라 인건비 계속지원 및 차등 지원 여부를 결정할 수 있다. 평가 항목은 구조(시설·장비·인력), 과정(진료·공공·응급연계), 결과(사업효과)로 구분되며 구체적인 항목은 〈표 2-4〉와 같다.

〈표 2-4〉 의료취약지 소아청소년과 평가지표(2022년)

구분		평가 항목	
부문	분야	기준	배점
구조 (40)	**인력 (30)**	1. 소아청소년과 전문의 충족률	15
		2. 간호 인력 충족률	10
		3. 소아청소년과 전문의 이직률	5
	시설·장비 (10)	4. 필수·지원 시설 활용 적절성	5
		5. 필수·지원 장비 활용 적절성	5
과정 (35)	**응급연계 (5)**	6. 지역보건의료기관 연계협력 수행 여부	3
		7. 환자 이송체계구축 여부	2
	진료실적 (25)	8. 소아청소년과 입원실 인원	10
		9. 소아청소년과 외래연인원	10
		10. 다빈도 주요 질환 진료 포괄성(소아청소년과 입원)	3
		11. 다빈도 주요 질환 진료 포괄성(소아청소년과 외래)	2
	공공 (5)	12. 취약계층 진료 비율(소아청소년과 입원)	2
		13. 공공보건의료 사업실적	3
결과 (25)	**사업효과 (25)**	14. 소아위장관염 재입원율(병원/지역환자)	5
		15. 지역 내 수요 대비 의료제공률(소아청소년과 입원)	10
		16. 지역 내 수요 대비 의료제공률(소아청소년과 외래)	10
합계		-	100

출처: “2024년 의료취약지 소아청소년과 지원 사업 안내”, 보건복지부, 2024a, p.30.

2) 분만[2)]

(개요) 출생아 수 감소로 인하여 산부인과 의사 및 병원이 지속적으로 감소하고 있다. 2023년 12월 기준, 전국 250개 시·군·구 중 산부인과가 없거나 있어도 분만이 어려운 지역은 72개(28.8%)였고, 특히 농어촌 지역에서 문제가 심각했다. 분만취약지 지원사업은 산모와 신생아의 건강 증진을 위해 분만취약지역에 산부인과 설치 및 운영을 위한 시설과 장비비 등을 지원하여 안정적인 분만 환경 구축을 도모한다.

(운영체계) 분만취약지 지원사업은 앞선 의료취약지 소아청소년과 지원 사업과 동일한 체계로 운영된다(그림 2-1). 보건복지부는 사업 계획 수립과 진행 등을 총괄하고, 중앙모자의료센터가 실무 작업을 담당한다. 사업 지역 선정은 산부인과 전문의, 학계 등 전문가로 구성된 선정위원회를 통해 이루어진다.

(대상 선정) 분만취약지는 '접근성 취약도'와 '의료이용 취약도' 지표를 고려하여 3개 등급(A, B, C)으로 분류한다. A등급은 접근성이 낮고 의료이용 취약도가 높은 지역, B등급은 접근성이 낮거나 의료이용 취약도가 높은 지역, C등급은 A·B등급에 해당하지 않는 도농복합시·군 지역을 포함한다(표 2-5).

2) 보건복지부. (2024b). 2024년 분만취약지 지원 사업 안내를 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

〈표 2-5〉 분만취약지 등급 구분 및 지원 내용

등급	선정 기준
A등급	(기준 ①) 60분 내 분만 가능한 의료기관에 접근 불가능한 인구 비율이 30% 이상 (기준 ②) 60분 내 분만의료이용률이 30% 미만 - 기준 ①과 ②를 모두 만족하는 지역, 2023년 기준 총 31개 지역
B등급	(기준 ①) 60분 내 분만 가능한 의료기관에 접근 불가능한 인구 비율이 30% 이상 (기준 ②) 60분 내 분만의료이용률이 30% 미만 - 기준 ①과 ② 중 하나라도 충족하는 지역, 2023년 기준 총 22개 지역
C등급	A, B등급 취약지를 제외하고, 배경 인구수가 기준*보다 적은 도농복합시·군 지역 *분만 산부인과 운영을 위한 최소 배경 인구수는 38,497명을 기준으로 함. - 2023년 기준 총 55개 지역

출처: "2024년 분만취약지 지원 사업 안내", 보건복지부, 2024b, pp. 7-10의 내용을 연구진이 표로 구성하였음.

(지원 내용) 지원 사업의 대상은 분만 산부인과, 외래 산부인과, 순회진료 산부인과로 구분된다. ①분만 산부인과 지원사업은 분만 취약지 A·B등급에 분만실을 신규 설치하는 경우에만 기관당 시설·장비비 12억 원(1, 2차년도), 운영비 5억 원(연간)을 지원한다. C등급은 분만취약지 전환이 우려되는 지역으로, 해당 지역에 기존에 운영 중인 분만 산부인과의 의료서비스 지속을 목적으로 운영비(연간 5억 원)만을 지원한다. ②외래 산부인과 지원 사업은 분만 취약지 A·B등급에서 사업 대상기관으로 선정된 기관당 시설·장비비 1억원(1차년도)과 운영비 2억원(연간)을 지원한다. ③순회진료 산부인과 지원사업은 분만 취약지(등급과 무관) 중 분만 및 외래산부인과가 없는 지역에서 순회 진료가 가능한 배후도시의 의료기관을 대상으로 시설·장비비 1억원(1차년도)과 운영비 2억원(2차년도 이후)[3]을 지원한다.

(평가) 보건복지부는 성과평가를 위해 중앙모자의료센터에 실태조사와 관련 평가를 요청할 수 있으며, 이를 바탕으로 지원액을 차등 지원할 수

3) 사업 1차년도에는 운영비 1억원을 지원, 2차년도 이후부터 연간 2억원을 지원함.

있다. 분만 산부인과 평가 항목은 구조(시설·장비·인력, 응급·연계), 과정(진료·공공), 결과(건강 결과)로 구분되며 구체적인 항목은 〈표 2-6〉과 같다. 외래 산부인과와 순회진료 산부인과의 평가 지표는 각각의 사업 특성에 따라 세부 항목에 일부 차이가 있으나, 전반적인 평가 지표는 유사하게 운영된다.

〈표 2-6〉 분만 산부인과 평가지표(2022년 중앙모자의료센터 성과평가 기준)

구분		평가 항목	
부문	분야	기준	배점
구조 (40)	**인력 (30)**	1. 산부인과 전문의 충족률	10
		2. 간호 인력 충족률	5
		3. 간호사 비율	(3)
		4. 소아청소년과 전문의 충족률	5
		5. 마취통증의학과 전문의 충족률	5
		6. 산부인과 전문의 이직률	5
	시설·장비 (10)	7. 필수·지원 시설 운영 일치	5
		8. 필수·지원 장비 보유 및 운영 일치	5
과정 (40)	**응급연계 (5)**	9. 혈액유지 관리	3
		10. MOU 체결	2
	진료실적 (30)	11. 분만건수	10
		12. 산부인과 입원 실인원수	10
		13. 산부인과 외래 연인원수	5
		14. 적정 산전 진찰비율	5
	공공 (5)	15. 취약계층 진료 비율	2
		16. 공공보건의료 사업실적	3
결과 (20)	**사업효과 (20)**	17. 지역 내 수요 대비 의료제공률(분만)	10
		18. 지역 내 수요 대비 의료제공률(산부인과 입원)	5
		19. 지역 내 수요 대비 의료제공률(산부인과 외래)	5
합계		-	100

출처: “2024년 분만취약지 지원 사업 안내”, 보건복지부, 2024b, p.47.

3) 인공신장실[4)]

(개요) 혈액 투석 환자 수와 혈액 투석기 진료비의 지속적 증가로 의료취약지 내 운영 상황이 어려운 인공신장실에 대한 지원이 요구된다. 혈액투석 의료취약지를 도출하여, 기존에 운영 중인 인공신장실 또는 공모일 기준 6개월 이내 운영 예정인 병·의원급 의료기관 및 요양병원을 대상으로 운영비를 지원한다. 이를 통해 의료취약지의 혈액 투석 환자의 안정된 투석 치료를 제공하고, 정기적 치료 시간과 치료 환경을 보장하는 것을 목적으로 한다.

(운영체계) 소아청소년, 분만 분야 의료취약지 지원사업과 동일한 체계로 운영된다(그림 2-1). 보건복지부는 지원사업 계획 수립, 진행, 예산 지원 등을 총괄하며, 중앙모자의료센터는 사업계획서 검토와 모니터링을 실시한다.

(대상 선정) 혈액투석 의료취약지는 다른 의료취약지 지원사업의 대상 선정 기준과 같이 '접근성 취약도'와 '의료이용 취약도'를 고려한다. 60분 내 혈액투석 의료이용률이 30% 미만이면서 60분 내 혈액투석 의료기관에 접근 불가능한 인구비율이 30% 이상인 지역을 취약지로 지정하며, 2023년 기준 총 11개 지역이 선정되었다.

4) 보건복지부. (2024c). 2024년 의료취약지 인공신장실 지원 사업 안내를 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

〈표 2-7〉 혈액투석 의료취약지 선정 기준

선정 기준
(기준 ①) 60분 내 혈액투석 의료이용률 30% 미만 - 60분 내 혈액투석 의료이용 건수*/관내 총 혈액투석 의료이용 건수 *지리정보시스템(GIS)을 통해 혈액투석 의료기관과 거주지역 간의 이동시간을 도출하고, 이동시간이 60분 미만인 혈액투석 의료이용 건수를 산출
(기준 ②) 60분 내 혈액투석 의료기관에 접근 불가능한 인구비율 30% 이상 - 60분 내 혈액투석 의료기관에 접근이 불가능한 인구수*/관내 총 인구수 *지리정보시스템(GIS)을 통해 60분내 혈액투석 의료기관에 접근 불가능한 지역을 도출하고, 해당지역 내 인구수를 산출

출처: "2024년 의료취약지 인공신장실 지원 사업 안내", 보건복지부, 2024c, p.3의 내용을 연구진이 표로 재구성함.

(지원 내용) 선정된 의료기관에 대해 연 2억 원의 운영비(인건비)를 지원한다. 이는 기존에 운영 중이거나 운영 예정인 기관을 대상으로 하기 때문에, 설치비(시설·장비비)와 운영비를 함께 지원하는 소아청소년 및 분만 취약지 지원사업과는 구분된다.

(평가) 보건복지부는 의료취약지 인공신장실의 성과평가 및 관리를 총괄하며, 필요 시 국립중앙의료원에 관련 실태조사와 평가를 요청할 수 있다. 평가 결과에 따라 기관에 대한 운영비 차등 지원 여부가 결정될 수 있으며, 세부 성과평가 기준은 〈표 2-8〉과 같다.

〈표 2-8〉 의료취약지 인공신장실 성과평가 기준

구분		평가 항목	
부문	분야	기준	배점
구조 (40)	인력 (20)	1. 혈액투석 전문의 충족률	10
		2. 간호 인력 충족률	10
		3. [가산] 혈액투석 전문의 이직률	[5]
	시설·장비 (20)	4. 필수·지원 시설 운영 일치	10
		5. 필수·지원 장비 보유 및 운영 일치	10
과정 (40)	진료실적 (25)	6. 의사 1인당 1일 평균 투석 횟수	10
		7. 간호사 1인당 1일 평균 투석 횟수	10
		8. 병상당 1일 평균 투석 횟수	5
	공공 (15)	9. 건강보험심사평가원 혈액투석 적정성 평가 등급	10
		10. 취약계층 환자 비율	2
		11. 공공보건의료 사업실적	3
결과 (20)	사업효과 (20)	12. 지역 내 혈액투석 건수 대비 혈액투석 제공률	10
		13. 환자 만족도 조사 결과	10
합계		-	100

출처: “2024년 의료취약지 인공신장실 지원 사업 안내”, 보건복지부, 2024c, p.26.

2. 수가 보완형

가. 수가 가산

1) 분만취약지 가산제도

(개요) 취약지에 대한 분만 수가 인상은 2013년부터 도입되었으며, 현행 분만취약지 가산은 보건복지부 고시 제2016-195호에 따라 분만취약지 소재 요양기관에서 이루어진 분만(행위)에 대해 건강보험 수가 가산을 적용한다. 이는 행위별 수가제 기반 보상 방식에 ‘지역 가산’을 결합한 형태로, 공공정책수가 도입 이전부터 적용되었다(그림 2-2).

[그림 2-2] 취약지 수가 가산제도 추진 현황

취약지 분만수가 인상 시범사업('13.3~'14.2)	• **(대상)** 분만건수가 연간 200건 이하인 의료기관(의원, 조산원, 병원, 종합병원, 보건의료원 포함). * 휴업·폐업, 개설 6개월 미만, 분만 시설 공동 이용 기관은 대상 제외 • **(내용)** ① 자연분만건수 50건이하 : 분만 건별 기본수가 × 200% ② 자연분만건수 51건~100건이하: 분만 건별 기본수가 × 100%, ③ 자연분만건수 101건~200건 이하 : 분만 건별 기본 수가 × 50%
▼	
건강보험 중기보장성 강화 계획(2014~2018)	• 분만취약지의 분만 수가, 야간분만 수가 등 관련 수가 개선
▼	
신포괄수가 정책가산 ('15.4~)	• **(대상)** 6개 의료취약지 지역의료원 • **(내용)** 의료취약지 유무에 따라 1% 가산
▼	
제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)	• 분만 수가 가산 추진('16), 의료취약지 수가 가산체계 마련 검토
▼	
분만 취약지 수가 가산 ('16.10~)	• **(대상)** 분만 취약지 소재 요양기관 • **(내용)** 200% 가산
▼	
제2차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)	• 취약지 병·의원에 대한 추가 가산 검토
▼	
공공보건의료 발전 종합대책(2018)	• 의료취약지 건강보험 수가 가산체계 도입 방안 마련
▼	
믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책 (2019)	• 신포괄수가 정책가산 강화 추진(취약지, 필수의료 정책가산 확대) ('20~), 필수의료 취약지 내 지역우수병원 대상 지역가산 수가 검토
▼	
필수의료 정책 패키지 ('24.2)	• 지역의료지도 활용한 지역 수가* 적용 논의 * 응급 등 의료 접근성이 취약한 지역에는 수가 추가 가산

출처: "2014-2018 건강보험 중기보장성 강화 계획", 보건복지부, 2015; "신포괄수가제 정책가산 조정방안 연구", 신현웅 외, 2016, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. "제1차 공공보건의료기본계획(2016~2020)", 보건복지부, 2016; "보건복지부 고시 제2016-195호", 보건복지부장관, 2016; "제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)", 보건복지부, 2021. "공공보건의료 발전 종합대책", 보건복지부, 2018; "믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책", 보건복지부, 2019; "필수의료 정책 패키지", 보건복지부, 2024d.

(지원 내용) 분만취약지 소재 요양기관에서 분만이 이루어질 경우, 기본 분만수가의 200%를 가산 적용한다. 분만취약지는 '접근성 취약도'와 '의료이용 취약도' 지표를 고려하여 선정한 3개 등급(A, B, C)의 취약지를 의미한다(표 2-5).

(현황) 2018년 기준, 분만취약지에서 청구된 분만 가산은 1.62건, 2.29억원이었고, 고위험분만 취약지에서는 0.42건, 0.76억원으로 나타났다. 이는 전년도 대비 감소한 수치로 분만 가산의 규모가 축소되고 있음을 나타낸다(표 2-9).

〈표 2-9〉 종별 분만 가산 규모

(단위: 천 건, 억 원)

가산항목	청구빈도		가산금액		
	2017	2018	2017	2018	
분만취약지[1)]	1.94	1.62	2.49	2.29	100%
종합병원	0.64	0.55	0.60	0.57	24.9%
병원	0.42	0.38	0.46	0.45	19.7%
의원	0.88	0.68	1.43	1.27	55.5%
고위험분만취약지[1)]	0.52	0.42	0.81	0.76	100%
종합병원	0.14	0.12	0.19	0.19	25.0%
병원	0.04	0.04	0.05	0.06	7.7%
의원	0.35	0.27	0.57	0.51	67.3%

주1: 분만취약지에서 청구된 분만 가산의 규모를 나타냄.
출처: "종별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구", 정형선 외, 2019, p.195의 표 일부 내용을 나타냄.

(평가) 분만취약지 가산제도의 필요성에 대해서는 의견이 엇갈린다. 일부 연구에서는 수가 가산을 적용하는 취약지역의 분만율 감소폭이 적으며(정형선 외, 2019), 해당 제도가 기존 인력의 근무 형태 변화로 전일제 전문의를 확보하는데 기여했다는 긍정적 평가 결과를 제시한다(Ko et al., 2025). 그러나 분만 가산은 산전 진찰과 외래 진료에 대한 지원은 포

함하고 있지 않아 산모와 신생아의 건강 증진까지 영향을 주었을 것이라 보기 어렵다는 의견도 존재한다(정형선 외, 2019). 실제 2023년 분만 취약지별 관내 분만율은 평균 22.5%에 그친 것으로 나타나 정부 지원에도 불구하고 산모 대부분이 자신의 거주 시군구(분만취약지역) 외 지역에서 출산했음을 알 수 있다(이성원, 2024).

2) 중증·응급환자 최종치료 가산 확대[5)]

(개요) 중증응급질환은 수술 등의 최종 치료를 위해 의료진의 대기가 필요하지만, 병원별 당직으로 인한 의료인력의 부담과 동일 전문과목 내에서 상대적 근무 여건이 열악한 경우가 많아 긴급상황 대응에 한계가 있었다. 이에 2023년 제7차 건강보험정책심의위원회에서는 권역응급의료센터, 권역외상센터 등에서 진행되는 중증응급 수술과 시술에 적용되는 수가 가산 제도 개선에 대한 논의가 진행되었다.

(지원 내용) 중증응급환자의 응급실 내원 24시간 이내에 최종 치료가 이루어지는 경우 기존 응급 가산 50%를 100%로 확대한다. 공휴일과 야간 시간대에는 가산을 중복하여 최대 200%까지 적용하도록 한다(그림 2-3). 해당 지원은 권역응급의료센터 40개소, 지역응급의료센터(상급종합병원) 18개소에 우선 적용한 후 대상 기관을 확대할 계획이다.

5) 보건복지부. (2023a). 2023년 제7차 건강보험정책심의위원회 개최 [보도자료]를 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

[그림 2-3] 중증·응급환자 최종치료 가산 확대방안

[현행]

구분	기본 (A)	응급 (B)	최종 (A+B)
주간 (09~18시)	-	50%	**50%**
야간 (18~09시)	50%	50%	**100%**
공휴일 주간 (09~18시)	50%	50%	**100%**
공휴일 야간 (18~09시)	50%	50%	**100%**

⇨

[개선]

구분	기본 (A)	응급 (B)	최종 (A+B)
주간 (09~18시)	-	100%	**100%** (+50%)
야간 (18~09시)	50%	100%	**150%** (+50%)
공휴일 주간 (09~18시)	50%	100%	**150%** (+50%)
공휴일 야간 (18~09시)	100%	100%	**200%** (+100%)

출처: "2023년 제7차 건강보험정책심의위원회 개최", 보건복지부, 2023b, p.15.

나. 공공정책수가

(배경 및 필요성) 2023년 「필수의료 지원대책」을 통해 소아진료, 분만, 중증·응급 중심의 공공정책수가 도입이 발표되었다(보건복지부, 2023b). 현행 국민건강보험법에 기반한 행위별 수가제는 진료량에 따른 보상구조와 경직된 수가체계 등으로 인해 필수의료 공백과 지역별 불균형 심화 문제를 해결하는데 한계가 있다. 이를 해결하기 위해서는 국민건강보험법 개정을 통한 '대안적지불제' 도입이 필요하지만, 시간이 오래 소요되므로 현행 국민건강보험법 내에서 조정이 가능한 부분과 건강보험 시범사업을 활용하는 '공공정책수가'를 우선 적용하여 시급도와 중요도가 높은 필수의료 공백 문제를 해결할 필요가 있다(신현웅 외, 2023)(그림 2-4).

(개념) '공공정책수가'는 공공의료와 건강보험수가의 합성어로, 행위별 수가의 한계에서 기인한 필수의료 공백을 채워주는 건강보험 보상체계다(신현웅 외, 2023). 단기적으로는 공백이 발생하여 제공에 차질이 빚어지고 있는 필수의료 영역의 붕괴를 막는 것, 장기적으로는 필수의료 공백의 지역 불균형과 전체 의료체계 내에서 발생하는 영역, 지역, 분야 간 보상

왜곡을 없애는 것을 목표로 한다. 이는 행위별 수가제도의 한계를 보완하는 '과도기적 지불제도'로서 건강보험 제도의 지속 가능성과 효과적 운영을 위해 활용되어야 한다(신현웅 외, 2023)(표 2-10).

[그림 2-4] 공공정책수가 도입의 필요성

출처: "필수의료 지원강화를 위한 건강보험 공공정책수가 도입 방안", 신현웅 외, 2023, 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.131.

〈표 2-10〉 공공정책수가의 특징

	일반수가	공공정책수가
대상	전체 의료 분야	필수의료 분야
특징	• 개별 행위기반 보상 • 서비스 제공량 기준 지급 → 저빈도·저수익 필수의료는 의료 공급이 줄어드는 부작용	• 기관·협력체계 단위 보상 도입 • 의료서비스 질·성과 기반 보상 강화 • 지역 특성, 수요·공급 반영한 보상 → 한정된 자원의 효율적 활용 및 기반 확충을 통한 필수의료 적정 제공 유도

출처: "필수의료 지원대책: 중증·응급, 분만, 소아진료 중심으로", 보건복지부, 2023b, p.21.

(운영 모형) 공공정책수가는 보상 방식에 따라 세 가지 운영 모형으로 분류된다. '①집중지원형'은 시설 및 인력을 갖춘 기관에 대해 사후보상과 같은 집중지원을 실시한다. 이는 전문·복합 진료가 요구되는 질환 또는 적은 발생빈도로 공급 부족 문제가 발생하는 경우를 다룬다. '②인프라 유지형'은 필수분야이나 수요 부족으로 수익 보장이 어려운 경우 인프라 구축 및 운영 경비 보전을 지원한다. '③네트워크형'은 지역 내 필수의료를 위한 네트워크 구축에 필요한 비용 선지급 및 성과평가를 통해 의료자원 간 연계와 협력을 강화한다(보건복지부, 2023b).

1) 분만 정책수가

(개요) 2023년 1월 발표된 「필수의료 지원대책」에서 공공정책수가 관련 논의가 이루어졌고, 분만 기반 유지 및 인프라 유지(②인프라 유지형)를 목적으로 '지역 수가' 도입이 발표되었다. 이는 지역 여건에 따른 분만자원 분포의 불균형을 해소하기 위해 지역별로 차등화된 수가를 도입하기 위함이다. 분만 분야를 시작으로 지역별 차등 수가의 효과성 평가를 거쳐 중증소아 진료, 응급 분야까지 차등 수가 확대를 검토할 예정이다(보건복지부, 2023b). 지역 수가에 대한 논의는 취약지·필수 분야에 일정

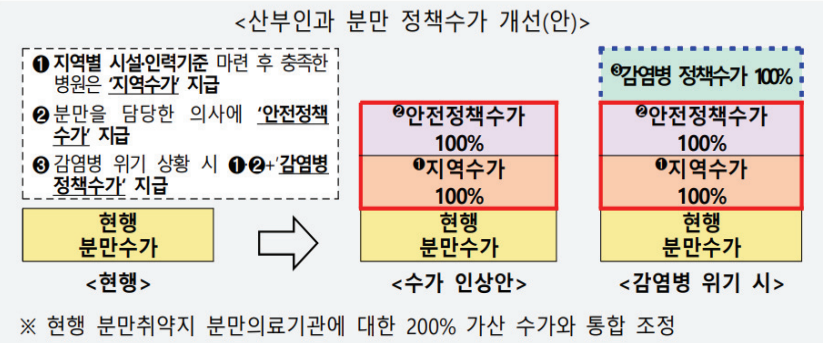
비율 추가 가산을 신설하는 형태로 2024년 의료개혁 실행방안에 포함되었다(의료개혁특별위원회, 2024).

(지원 내용) 산부인과 분만 정책수가 개선안에는 현행 분만수가에 '지역수가'와 '안전정책수가'를 추가 지급하는 내용이 포함되었으며, 감염병 시에는 '감염병 정책수가'를 추가로 지급한다(그림 2-5).

이를 기반으로 한 필수의료 분만 공공정책 수가의 신설 내용은 보건복지부 고시 제2023-222호에 명시되어 2023년 12월부터 적용되었다. 분만 정책수가는 4가지 항목(분만 지역정책수가, 분만 안전정책수가, 응급분만 정책수가, 고위험분만마취 정책수가)으로 구성되었다. 이 중 '분만 지역정책수가'는 「지방자치법」에 따른 특별시·광역시를 제외한 모든 지역[6] 요양기관에서 분만한 경우 55만원(분만수가 100%)을 지급하도록 하며, 분만취약지 가산과 중복산정할 수는 없도록 규정되었다. 이외 의료사고 예방 등 안전한 분만 환경을 조성하기 위한 '분만 안전정책수가'와 응급진료에 대한 '응급분만 정책수가'는 각각 55만원(분만수가 100%)을 지급, 고위험 분만과 동반되는 마취에 대해서는 '고위험분만마취 정책수가'를 통해 11만원을 지급하도록 한다(표 2-11)

6) 자치시와 광역시 소속 자치군은 포함한다.

[그림 2-5] 산부인과 분만 정책수가 개선(안)



출처: "필수의료 지원대책: 중증·응급, 분만, 소아진료 중심으로", 보건복지부, 2023b, p.20.

〈표 2-11〉 분만 정책수가 산정지침

분류번호	분류	코드	주요 내용	금액
공공-1	**분만 지역 정책수가**	JA100	특별시·광역시를 제외한 모든 지역 요양기관에서 분만한 경우 산정 * 분만취약지 가산과 중복산정하지 않음	550,000원
	분만 안전 정책수가	JA101	신고된 분만실을 보유, 산부인과 전문의가 상근하는 요양기관에서 분만한 경우 산정	550,000원
	응급분만 정책수가	JA102	3인 이상의 산부인과 전문의가 상근하는 요양기관에서 응급진료가 불가피하여 18시~09시 또는 공휴일에 분만한 경우 산정 * 분만 지역정책수가를 산정하는 요양기관은 2인 이상의 산부인과 전문의가 상근하는 경우로 함 * 응급의료수가 응급 가산과 중복산정하지 않음	550,000원
	고위험 분만마취 정책수가	JA103	고위험분만과 동반되는 마취 시 산정	110,000원

출처: 보건복지부 고시 제2023 - 222호, 제6편 공공정책수가 목록의 내용을 연구진이 표로 구성함.

2) 고위험신생아 진료 지역정책수가

(개요) 고위험신생아 진료 지역정책수가는 보건복지부 고시 제2024 - 64호에 따라 신설되어 2024년 5월부터 지급이 적용되었다. 「모자보건법」에 따라 지정된 신생아 집중치료 지역센터에서 중환자실 입실 환자에게 집중치료를 수행한 경우 입원 환자 1인당 일별 정액 수가를 지급할 수 있다.

(지원 내용) 지역에 따른 차등 수가를 적용하여 서울, 경기도, 인천광역시를 제외한 지역의 신생아 집중치료 지역센터에서 신생아 중환자실 입실 환자에게 집중 치료를 수행한 경우에는 10만원, 경기도·인천광역시 소재 센터에는 5만원을 각각 산정하게 된다. 고위험신생아 진료 지역정책수가는 신생아 중환자실 입원료, 신생아 중환자실 전담전문의 가산 수가와 동시 산정이 가능하나, 종별가산 및 0~6시 새벽 입원, 18~24시 야간 퇴원의 가산 등의 각종 가산과의 중복 산정은 불가하다(보건복지부, 2024e)(표 2-12).

〈표 2-12〉 고위험신생아 진료 지역정책수가 산정지침

분류번호	분류	코드	주요 내용	금액
공공-3	**고위험신생아 진료 지역정책수가Ⅰ**	JA300	신생아집중치료 지역센터에서, 신생아 중환자실 입실 환자에게 집중치료를 수행한 경우 산정(서울, 경기, 인천 제외)	100,000원
	고위험신생아 진료 지역정책수가Ⅱ	JA301	신생아집중치료 지역센터에서, 신생아 중환자실 입실 환자에게 집중치료를 수행한 경우 산정(경기, 인천)	50,000원

출처: 보건복지부 고시 제2024 - 64호, 제6편 공공정책수가 목록의 내용을 연구진이 표로 구성함.

3. 성과 기반 수가 대안형

가. 소아

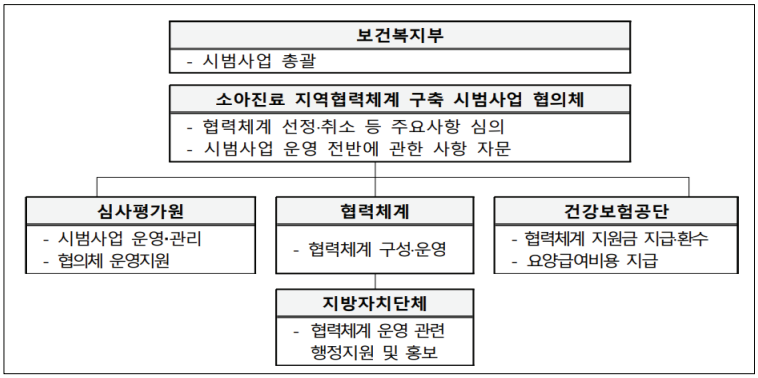
1) 소아진료 지역협력체계 구축 시범사업('24~'26)[7]

(개요) 소아 분야의 의료 수요 감소와 진료인력 부족 등으로 지역 소아 의료 공백이 발생하고 있다. 지역 간 소아 진료 병·의원 간 긴밀한 협력체계 강화를 통해 원활한 소아진료 지원 및 소아의료 전달체계 확립의 필요성이 높아짐에 따라 협력체계 단위별 사전·사후보상을 실시한다.

(운영체계) 보건복지부가 시범사업을 총괄하고, 건강보험심사평가원이 시범사업 운영·관리 등의 실무를 지원한다. 국민건강보험공단이 지원금 지급과 환수, 지방자치단체는 협력체계운영을 위한 행정 지원 및 홍보를 수행한다. 협의체는 전문가, 의료계, 소비자단체, 정부·산하기관 소속 공무원 등 총 10인으로 구성되어 주요 사항을 심의하고 자문한다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2025a, p.9)(그림 2-6).

7) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2025a). 소아진료 지역협력체계 구축 시범사업 지침을 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

[그림 2-6] 소아진료 지역협력체계 구축 시범사업 운영체계



출처: "소아진료 지역협력체계 구축 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2025a, p.8.

(대상 선정) 소아진료 협력체계는 ①아동병원 중심형(아동(전문)병원 중심으로 병·의원, 종합병원·상급종합병원, 약국으로 구성)과 ②소아진료병원 중심형(소아청소년과가 있는 지방의료원, 지역병원 등의 소아진료병원 중심으로 병·의원, 종합병원·상급종합병원, 약국으로 구성)으로 구분된다. 협력체계는 '중심기관(1개소), 참여기관(5개소 이상), 배후기관(1개소 이상)+약국(1개소 이상)'의 최소 요건을 갖추어야 한다. 참여를 희망하는 협력체계는 신청서, 계획서 등의 서류를 제출하고 선정평가를 통해 참여 여부가 결정된다.

(지원 내용) 지원금은 중심기관, 참여기관, 약국에 지급되는 사전 지원금(70%)과 운영성과에 따라 중심기관과 참여기관에 차등지급되는 사후지원금(30%)으로 구분된다. 또한, 사후지원금 기준액의 최대 5%를 운영계획 이행수준에 따라 중심기관에 차등 지급할 수 있다.

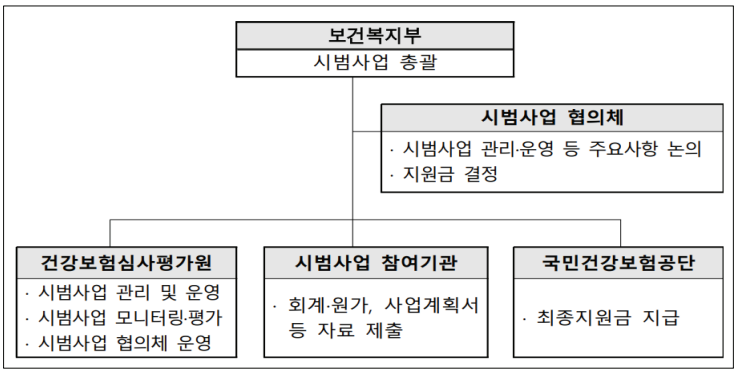
(평가) 협력체계 단위별로 협력체계 이행률, 정규시간 외 진료 제공 수준, 소아특화서비스 제공, 소아진료 접근성 강화, 협력체계 운영계획 이행 수준에 대한 성과평가를 실시하며, 평가 결과에 따라 사후보상금을 차등 지급하게 된다.

2) 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업('23~'25)[8]

(개요) 어린이 공공전문진료센터는 각 지역에서 소아청소년 대상 전문적 의료제공 역할을 담당한다. 중증 환아 및 장애 아동 증가로 전문 의료서비스에 대한 수요는 증가할 것으로 예상되나, 아동 인구 감소로 인한 어린이병원 투자 감소, 소아청소년과 전문의 확보 어려움 등으로 진료량 기반의 행위별 수가제로는 의료체계 유지가 어려운 상황이다. 이에 사후보상 방식의 지불제도 도입을 통한 어린이 공공전문진료센터 지원의 필요성이 높아지고 있다.

(운영체계) 보건복지부는 시범사업을 총괄하고, 건강보험심사평가원은 시범사업 기관 선정·관리·운영·평가, 국민건강보험공단은 지원금을 지급한다. 시범사업 협의체는 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 전문가(회계, 의료), 관련 단체 등으로 구성되어 회계·원가 자료 분석 및 계획서, 결과 보고서 등의 자료를 제출한다(그림 2-7).

[그림 2-7] 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 운영체계



출처: "어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2025b, p.4.

8) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2025b). 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 지침을 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

(대상 선정) 각 지역의 시범사업 희망 어린이 공공전문진료센터는 신청서 및 사업계획서를 제출한다. 시범사업 협의체는 의료분야(인프라, 중증진료, 진료 결과), 사업 계획(센터 기능 강화, 운영 효율화)에 대해 평가한다. 이때 수도권 외 지역의 센터가 지원할 경우 가점(10점)을 부여한다(표 2-13). 그 결과, 어린이 공공전문진료센터 9개소(7개 지역)가 시범사업 기관으로 선정되었다(주진한, 2023).

〈표 2-13〉 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 기관 선정을 위한 평가 항목

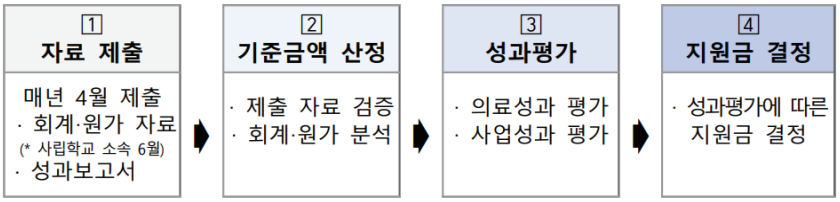
구분		평가 항목	배점	평가 방법
의료 분야 (50)	인프라(40)	1-1. 소아 전문의 확보	20	정량 (50)
		1-2. 간호사 확보	15	
		1-3. 기타 소아전담 의료인력 확보	5	
	중증진료(5)	1-4. 소아중증환자 비율	5	
	진료결과(5)	1-5. 소아진료 관련 질 평가 결과	5	
사업 계획 (50)	센터기능강화(40)	2-1. 센터 중점 사업	20	정성 (50)
		2-2. 권역 중증 어린이 진료 거버넌스 구축	20	
	운영 효율화(10)	2-3. 센터 운영 효율화를 위한 방안	10	
가점		수도권 외 지역	10	정량
가점 제외 합계			100	

출처: "어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2025b, p.6.

(지원 내용) 시범사업 기관은 매년 4월 회계 및 원가 자료와 성과보고서를 보건복지부에 제출한다. 협의체는 기준 금액 산정을 위해 우선 ①조직도를 통해 기준 금액 산정 대상이 되는 센터의 진료과를 확인하고, 이를 의료기관이 제출한 회계·원가자료 상의 원가대상(명)과 매핑한다. 이후 ②기준금액 산정 기준이 되는 수익 및 비용(원가) 계정 및 금액을 확인하고, ③어린이 공공전문진료센터의 진료과 수익 및 원가를 확인한다. 이러한 산정 절차를 거쳐 최종적으로 ④어린이 센터 기준 금액을 산정한다.

성과는 기관 선정 당시의 평가 항목을 기준으로 사업 추진 노력 수준, 장애와 문제 해결 노력 수준, 성과달성 수준 등을 평가하고, 결과에 따라 협의체가 최종 지원금을 결정한다(그림 2-8).

[그림 2-8] 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 지원금 결정 절차



출처: "어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2025b, p.10.

(평가) 3년간('23~'25) 실시되는 시범사업은 단기적으로 어린이 공공전문진료센터의 재정적 어려움 완화와 회계원가분석을 통한 사후보상 방식의 지불방식을 통해 현행 행위별 수가제의 한계를 보완할 수 있을 것이라 평가된다. 또한, 중장기적으로는 지역별 중증 어린이 진료 인프라 강화에 기여할 수 있을 것이라 기대된다(주진한, 2023).

나. 중증·응급

1) 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업('24~'26)[9]

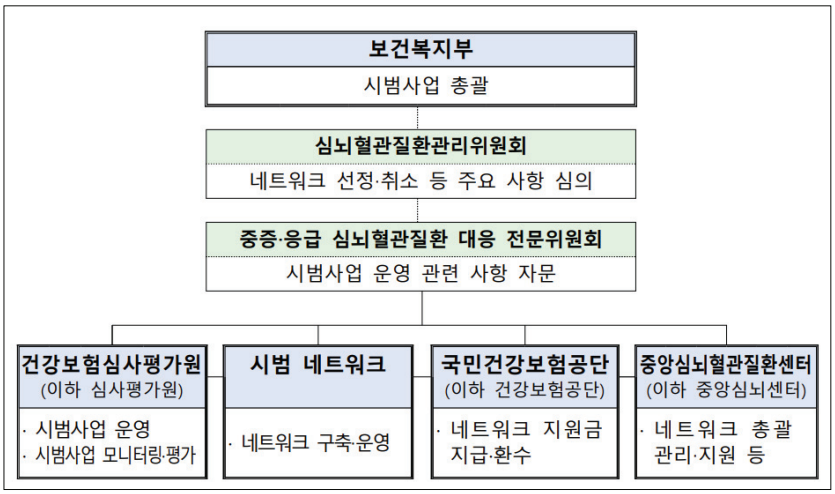
(개요) 응급 심뇌혈관질환 환자의 최초 병원 이송 오류에 따른 병원 재전원, 특히 환자 거주지에 따른 지역 간 의료 접근성과 치료 결과의 격차 문제가 심각하다. 이에 응급 심뇌혈관질환 환자의 치료 성과 향상과 신속

9) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024a). 권역심뇌혈관질환센터 기반 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 지침을 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

이송·치료 협력체계구축을 위한 네트워크 구성 및 운영성과 기반 네트워크 지원금 보상체계 도입이 필요하다. 권역심뇌혈관질환센터(이하 권역심뇌센터)는 응급심뇌혈관질환 네트워크를 자율적으로 구성하여 네트워크 구성·연계·협력을 위한 사전 지원금과 연차별 성과평가에 따른 사후 지원금을 차등 지급하는 시범사업을 운영한다.

(운영체계) 보건복지부는 시범사업을 총괄하고, 건강보험심사평가원은 시범 네트워크를 선정·평가·관리한다. 중앙심뇌센터는 네트워크를 총괄 관리·지원하며, 국민건강보험공단은 네트워크 지원금 지급과 환수를 한다. 관리위원회는 전문가, 의료계, 의·병협 및 환자단체, 정부·산하 기관 소속 공무원 등 총 15인, 전문위원회는 총 18인으로 구성되어 각각 시범사업 운영 관련 주요 사항 심의와 자문 역할을 한다(그림 2-9).

[그림 2-9] 심뇌혈관질환 인적네트워크 시범사업 운영체계



출처: "권역심뇌혈관질환센터 기반 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024a, p.5.

(대상 선정) 보건복지부 지정 권역심뇌센터가 응급의료기관[10] 및 지역 소방본부·소방서(119 구급대) 등과 네트워크(핫라인)를 구성하여 시범사업 참여 신청서와 계획서 등을 제출한다. 참여 의료기관은 급성심근경색증, 뇌졸중 최종 치료가 모두 가능해야 한다. 참여 기관은 네트워크의 심뇌혈관질환 내 외과적 치료역량, 네트워크 협력체계 구축 및 운영 계획, 지역친화도·의료 질 개선 계획의 적절성과 실현 가능성 등 평가하여 선정한다.

(지원 내용) 네트워크 지원금은 응급심뇌혈관질환 진료협력 네트워크 구축을 위한 사전 지원금(50%)과 성과평가에 따른 사후지원금(50%)으로 구성된다. 취약지 소재 의료기관이 사업에 참여할 경우, 권역심뇌센터와 취약지 소재 의료기관에 사전지원금의 30%를 추가 지급한다. 사후지원금은 성과에 따라 최대 120%까지 차등 지급하고, 추가로 사후지원금 기준액의 최대 5%를 권역 권역심뇌센터에 지급한다(그림 2-10).

[그림 2-10] 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 지원금 지급 구조

	사전지급				사후지급		
	사전지원금		취약지 지원금		사후지원금		성과관리 지원금
권역심뇌센터	(A)	+	(A)×30%	+	(A)×(0~120)%	+	(A)×(0~5)%
참여기관 (비취약지)	(B)	+			(B)×(0~120)%		
참여기관 (취약지)	(B)	+	(B)×30%	+	(B)×(0~120)%		

주1: (A) 1.75억 원, (B): 1.05억 원
주2: 참여기관이 급성심근경색증·뇌졸중 단일진료 제공 시, 사전지원금(B)의 70% 지급
출처: "권역심뇌혈관질환센터 기반 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024a, p.10.

10) 「응급의료에 관한 법률」 제26조, 제30조, 제31조에 따른 응급의료기관 3~6개소

(평가) 선정 네트워크 소속 참여 기관을 대상으로 연차별 시범사업 시행 다음 해 2~3분기에 평가를 진행하여 4분기에 사후지원금을 지급한다. 네트워크 단위와 참여 기관별 성과평가로 구분하여 평가를 진행하며 구체적인 성과평가 지표는 〈표 2-14〉와 같다. 특히 평가 항목의 일부로 '네트워크 지역친화도 개선 정도[11]'를 통해 응급 심뇌혈관질환자의 지역 완결적 치료율의 개선 정도를 평가한다는 점에서 해당 시범사업으로 인한 지역 격차 완화 효과를 고려하고 있다는 점을 알 수 있다.

〈표 2-14〉 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 성과평가 항목

구분	평가영역		성과평가 지표		가중치(점)		평가 방법
					1년	2~3년	
네트워크 단위	안전망 구축		지표①	24시간·365일 전문진료체계 유지[1]	10	10	정량 평가
	적시성	1년차	지표②	구급대 현장 도착 후 최종치료[2]까지 평균 소요시간	30	30	
		2~3년차		구급대 신고 후 최종치료[2]까지 평균 소요시간			
	경로설정		지표③	네트워크 지역친화도 개선	10	15	
	진료결과		지표④	입원 후 30일 내 사망률 개선	10	15	
참여 기관 단위	평가자료 관리		지표⑤	자료제출 정확도	20	10	
	적시성		지표⑥	적정시간 내 최종치료율	10	10	
	진료결과		지표⑦	입원 후 30일 내 사망률 개선	10	10	
합계					100		-
권역심뇌혈관질환센터의 네트워크 운영 및 성과향상 계획 이행			지표⑧	네트워크 운영체계 구축 및 성과향상 계획[3] 이행 수준	5	5	정성 평가

주1: 상주당직 및 대기당직(on-call)
주2: Primary-PCI, 정맥 내 혈전용해제 투여, 개두술, 뇌동맥류 수술 등
주3: 네트워크 참여기관 간 협력·교육, 응급환자 선별 및 이송 지침(clinical pathway) 수립, 네트워크 내 응급심뇌환자 선별, 이송경로 등 정보시스템(신속의사결정 플랫폼) 구축 및 정보 공유 등
출처: "권역심뇌혈관질환센터 기반 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024a, p.16.

11) '지역친화도'는 해당 네트워크 소재지 거주 응급 심뇌혈관질환 환자 중 해당 네트워크 소재지에서 치료받은 응급 심뇌혈관질환 환자의 비율을 의미한다.

2) 심뇌혈관질환 인적네트워크 시범사업('24~'26)[12)]

(개요) 심뇌혈관질환은 전문 치료 인력의 소진과 이탈로 골든아워 내 적절한 치료가 이루어지지 못하고 있다. 현행 권역심뇌센터 기반 응급심뇌혈관질환 네트워크 사업으로는 전국 단위 대응에 한계가 있으므로 권역심뇌센터 중심의 기관 네트워크와 상호보완적 치료 인력 중심의 네트워크 모형 도입의 필요성이 제기된다. 이를 해결하기 위해 전원·이송·치료 관련 신속한 의사결정을 목적으로 인적 네트워크를 구성하고, 성과 기반한 네트워크 지원금을 보상하기 위한 체계를 도입한다.

(운영체계) 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업과 동일한 체계로 운영된다(그림 2-9).

(대상 선정) 시범사업 대상 인적 네트워크는 심뇌혈관 전문의 중 서로 다른 의료기관에 소속된 7인 이상으로 구성되며, 심뇌혈관질환 수술·시술 등 최종치료 제공이 가능해야 한다. 네트워크 선정은 치료 역량, 네트워크 구성 및 운영 계획, 골든아워 내 최종치료 제공률 개선 계획의 적절성과 실현 가능성 등을 평가한다.

(지원 내용) 네트워크 지원금은 인적 네트워크 구성·운영·유지를 위한 사전·일괄 지급(100%)과 네트워크 운영 성과 평가에 따른 사후 차등지급(최대 40%)으로 구성된다(그림 2-11).

12) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024b). 심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업 지침을 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

[그림 2-11] 심뇌혈관질환 인적네트워크 시범사업 성과달성 구간별 추가지원금 지급률

성과평가 점수구간	사전지원금(100%)	추가지원금(40%)
90점 이상	100%	40%
80 ~ 89점	100%	30%
70 ~ 79점	100%	20%
60 ~ 69점	100%	10%
60점 미만	100%	미지급

출처: "심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024b, p.9.

(평가) 성과평가는 연차별 시범사업 시행 다음 해 2~3분기에 이루어진다. 시범사업 네트워크의 활동성, 적시성 등에 대해 평가하며, 환자 의뢰 건수가 아닌 반응성 중심으로 성과평가를 진행한다. 구체적인 성과평가 지표 및 평가 방법은 〈표 2-15〉와 같다.

〈표 2-15〉 심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업 성과평가 항목

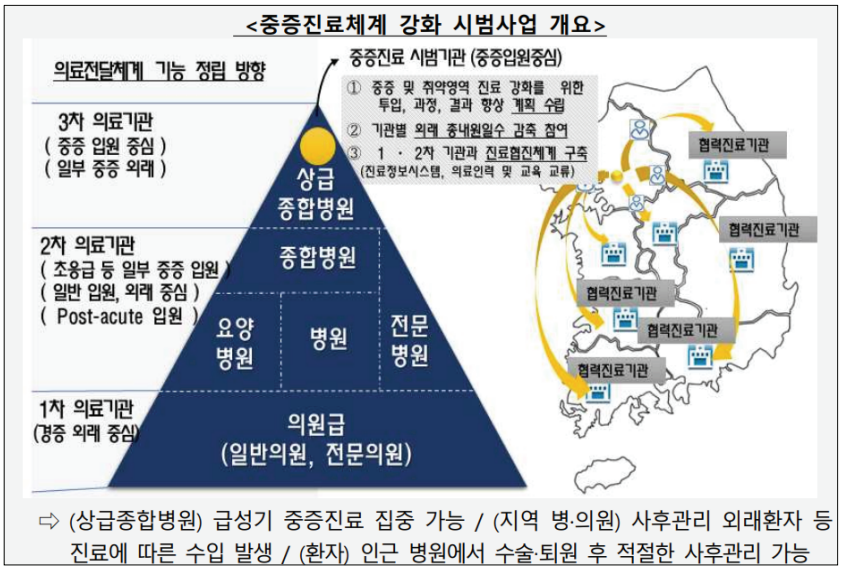
구분		지표명	가중치(점)	평가 방법
네트워크 단위	**성과평가 지표**	① 의뢰 1건당 평균 반응시간(분)	30	정량 평가
		② 의뢰-수락 비율	30	
		③ 적정시간 내 최종치료 환자 비율	40	
		합계	**100**	-
	모니터링 지표	① 재전원율	-	-

출처: "심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024b, p.14.

3) 중증진료체계 강화 시범사업('24~'26)[13)]

(개요) 대형 병원은 중증 질환자나 전문적인 치료가 필요한 환자를 중심으로 진료가 이루어져야 함에도 불구하고 대형 병원에 외래환자가 집중되는 현상이 지속되고 있다. 그러나 진료량과 개별 행위기반의 현행 보상체계로는 문제 해결에 한계가 있기 때문에 새로운 지불제도의 도입이 필요하다. 이에 시범사업을 통해 대형 병원의 자율적인 외래진료 감축, 중증진료 강화, 지역 의료기관 간 협력네트워크 구축 및 활성화, 의료 질 향상 계획에 대한 연차별 사전 보상, 사후 성과 평가 결과에 따른 차등 보상을 실시한다.

[그림 2-12] 중증진료체계 강화 시범사업 개요



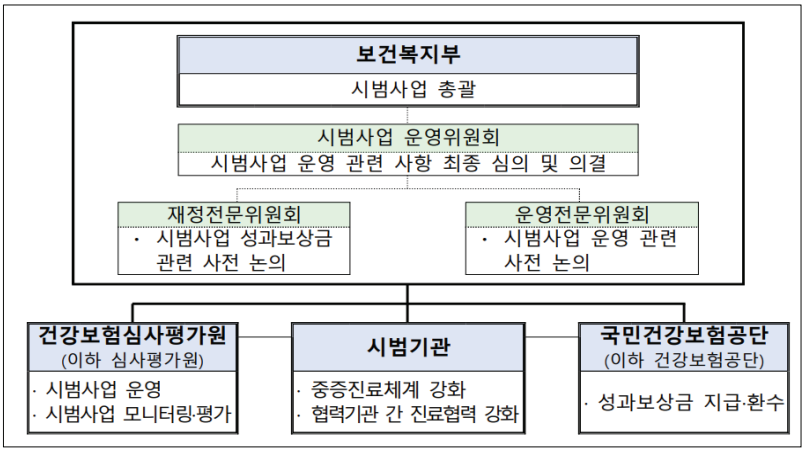
출처: "필수의료 지원대책: 중증·응급, 분만, 소아진료 중심으로", 보건복지부, 2023b, p.22.

---

13) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024c). 중증진료체계 강화 시범사업 지침을 바탕으로 연구진이 요약 및 정리함.

(운영체계) 보건복지부는 시범사업을 총괄하고, 건강보험심사평가원은 시범기관 선정, 성과보상금 산정, 성과평가 등을 수행하며 국민건강보험공단은 성과보상금을 지급·환수한다. 운영위원회는 보건의료, 회계, 법률 분야의 전문가, 의료계 및 소비자와 환자 단체 추천인, 정부·산하 기관 소속 공무원 등 총 14인으로 구성되어 시범사업 운영에 관한 사항을 최종 심의하고 의결한다(그림 2-13).

[그림 2-13] 중증진료체계 강화 시범사업 운영체계



출처: "중증진료체계 강화 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024c, p.4.

(대상 선정) 중증환자 진료역량이 일정 수준 이상[14]인 상급종합병원, 종합병원 중 시범사업 참여를 원하는 의료기관은 참여 신청서와 운영 계획서를 제출한다. 제출 자료와 진료비 청구자료를 기반으로 의료기관 기능정립, 의료전달체계 개선, 의료 질 향상 계획의 적절성 및 실현 가능성, 중증 진료역량·외래 내원 일수 감소 목표·진료협력센터 전담인력 수를 평가하여 총점 70점 이상인 경우 시범사업 기관으로 선정한다(표 2-16).

14) '18.1.1~'20.6.30. 입원환자 전문진료질병군 비율이 30% 이상

〈표 2-16〉 중증진료체계 강화 시범사업 기관 선정평가 지표 및 평가 방법

영역	지표명	평가 기준	배점	평가 방법
기능 정립	**1. 중증질환·취약분야 진료 강화**	1-1. 계획 수립의 적절성 및 실현 가능성	5	정성 평가
		1-2. 인력 증원, 시설 확대 계획의 적절성	5	
		1-3. 성과보상금 사용 계획의 적절성	5	
	2. 외래 내원일수 연차별 감소 계획	2-1. 내원일수 감소 계획의 적절성 및 실현 가능성	10	
	3. 입원환자 전문진료질병군 비율	3-1. 신청한 네트워크 유형(전국형, 지역형)에 따라 전문진료질병군에 속하는 입원환자의 비율 평가	15	정량 평가
	4. 3년 내 외래 내원 일수 감소 목표율	4-1. 신청한 외래내원일수 감축 목표율 평가	25	
의료 전달 체계 개선	**5. 진료협력 네트워크 강화**	5-1. 계획 수립의 적절성 및 실현 가능성	5	정성 평가
		5-2. 회송·의뢰 환자 관리 계획의 적절성	5	
		5-3. 진료정보 공유 확대 계획의 적절성 및 실현 가능성	5	
	6. 100병상 당 진료협력센터 전담인력 수	6-1. 신청한 네트워크 유형(전국형, 지역형)에 따라 100병상 당 진료협력센터 전담인력 수 평가	10	정량 평가
의료 질 향상	**7. 핵심 의료질 성과 지표 제시 및 향상 계획**	7-1. 계획 수립의 적절성 및 실현 가능성	5	정성 평가
		7-2. 성과지표 산출 기준·방법의 정확성	5	

출처: “중증진료체계 강화 시범사업 지침”, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024c, pp. 6-7.

(지원 내용) 시범사업 기관 선정을 위한 평가 항목에 기반하여 성과보상은 중증진료 강화, 전달체계개선, 의료 질 향상을 목적으로 한다. 성과보상금은 사전에 기준보상금의 50%를 일괄 지급하고, 사후에 중증진료 강화지원금의 50%를 차등 지급한다. 이때 기준보상금은 기관별 연차별 목표 외래 내원일수 감축률을 반영하여 산정되며, 중증진료 강화 지원금은 시범사업 후 연차별 외래 내원일수 감축 등 성과달성 수준을 반영하여 산정된다. 보상금의 사전 지급은 시범사업 시행 초기, 사후 지급은 연차별 시범사업 시행 1년 후 성과에 따라 차등 지급된다(그림 2-14).

[그림 2-14] 중증진료체계 강화 시범사업 성과보상금 지불 체계

출처: "중증진료체계 강화 시범사업 지침", 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024c, p.9.

(평가) 성과평가는 사업 기관 선정 기준 시 평가 영역(상급종합병원 기능 강화, 의료전달체계 개선, 의료 질 향상)을 기본으로 한다. 여기에 자체 설정한 '중증·취약분야 진료 강화 계획 달성률', '의료 질 달성률', '환자보고결과(PROMs) 달성률'을 포함하여 평가가 이루어진다. 평가는 연차별 시범사업 시행 다음 해 2~3분기, 사후보상은 4분기에 실시한다.

제2절 국내 지역 의료 관련 전문가 의견

다양한 분야에서 바라보는 지역 의료에 대한 의견을 파악하기 위해 2025년 10월 13일~17일 1) 지역 의료 분야 전문가(6인), 2) 지역 의료 공급자(2인), 3) 소비자 대표 전문가(수요자 측면)(2인)을 대상으로 비대면 자문을 실시하였다. 지역 의료 보상체계 설계를 목적으로 각 분야의 전문가들이 바라보는 지역 의료 보상체계 논의의 필요성, 재원과 모형에 대한 의견과, 더 나아가 지역의료 격차 완화를 위해 포괄적으로 고려해야 할 사항들은 무엇인지에 대한 의견을 수렴하였다. 위 내용을 종합한 결과는 다음과 같다.

1. 지역 의료 보상체계 논의의 필요성: “왜” 필요한가?

(지역 의료 분야 전문가) 지역 의료 보상체계 논의는 ❶ 기초 의료에 대한 접근성 강화, ❷ 적절한 전문 진료에 대한 접근성 개선, ❸ 의료 행위의 최적화·합리화 유도, ❹ 지역 이탈 방지를 위해 필요하다. 필수 의료 영역의 유지가 어려운 절대적 취약 지역을 대상으로 지역 의료 보상체계(예: 지역수가)를 적용함으로써 기초 의료에 대한 접근성을 강화하고, 필수 의료의 질 향상을 목적으로 지역별 특성과 의료 인프라 수준 차이를 보정하는 지역수가를 통해 취약 지역을 지원할 수도 있다. 또한, 지역수가의 큰 틀의 원칙은 “의료 행위의 최적화와 합리화를 유도”하는 방향으로 설계되어야 하며, 이는 의료 공급의 과소와 과대를 지양하고 환자의 건강 결과를 두고 경쟁적으로 노력할 수 있는 수가 제도를 의미한다.

(지역 의료 공급자) ❶ 보건복지제도의 지역별 불평등 개선, ❷ 현재 의료인력의 필수의료 기피와 쏠림 현상 보완, ❸ 필수의료 인력에 대한 처우 격차 해소를 지역 의료 보상체계 개선이 필요한 배경으로 볼 수 있다. 인구가 적다고 필요한 의료서비스를 없앨 수는 없으므로 결국 그 지역에서 복지제도를 수행하는 사람들에게 추가적인 보상이 없으면 유지가 어려우며, 결국 지역수가는 사회 간접서비스로서의 복원 개념으로 지방의 인력과 시설이 빠져나가는 현상을 막기 위한 인센티브로 생각할 수 있다. 무엇보다 현재 의료 인력이 절대적으로 부족한 것이 아니고, 수도권이나 성형·미용 영역으로의 쏠림 현상이 문제다. 인력이 필수의료 외의 영역으로 집중되면서 지방 및 중증 진료영역에는 인력이 지속적으로 부족하고, 이런 현상을 막기 위해서라도 지역수가는 필요하다. 대학병원이나 중증 진료를 담당하는 의료기관의 의사 및 간호사 처우는 선진국과 비교해서도 낮은 수준인데, 특히 개인 의원이나 수도권 병원의 인력은 높은 수익

및 처우를 받는 등 국내외적으로 격차가 발생하고, 결국 지역 의료 붕괴로 이어지고 있어 지역에서 필수의료에 종사하는 의료진이 버티고 일할 수 있는 여건을 만들기 위해서라도 적정한 보상체계가 있어야 한다.

(수요자 대표) 현재 지역별로 의료체계 유지 자체가 어렵거나 의료의 질이 저하되는 지역들이 증가하고 있어 이에 대한 적정 보상이 필요한데, 진료량 기반 보상인 현재의 행위별 수가제는 진료량이 절대적으로 적은 지역에 적합하지 않다. 지역별로 의료체계 유지가 우선인 곳과 의료의 질 개선이 필요한 곳이 구분되므로, 지역 수가 도입의 필요성과 지원 방식도 지역 특성에 따라 다르게 할 필요가 있다.

〈표 2-17〉 지역 의료 보상체계 논의의 필요성: "왜" 필요한가?

분야	종합 의견
지역 의료 분야 전문가	❶ 기초 의료에 대한 접근성 강화 ❷ 적절한 전문 진료에 대한 접근성 개선 ❸ 의료 행위의 최적화·합리화 유도 ❹ 지역 이탈 방지
지역 의료 공급자	❶ 보건복지제도의 지역별 불평등 개선 ❷ 현재 의료인력의 필수의료 기피와 쏠림 현상 보완 ❸ 필수의료 인력에 대한 처우 격차 해소
수요자	❶ 현행 행위별수가제의 한계

출처: 연구진이 작성함.

2. 지역 의료 보상체계 재원과 모형: "어떻게" 보상해야 하는가?

(지역 의료 분야 전문가) ❶ 보상체계 개편과 공급체계 개편은 동시에 추진되어야 한다. 즉, 보상체계 설계가 공급체계(민간 1·2·3차 의료기관, 공공의료기관-보건소·보건지소·국립대병원 등)의 역할 재배치를 유도하는 방향이어야 한다. ❷ 특별회계·기금·교부금 등 재원 형식과 무관하게 지자체에 재정을 배분해 지역 의료 격차 완화에 대한 책무성을 부여해야

하며, 특히 진료량이 절대적으로 부족한 필수 영역(소아·응급·분만·정신과 포함)은 수가 체계만으로는 유지가 어려우므로 조세 등 공공 재원으로 의료체계 유지와 공급 체계 개편(예: 저수요로 인한 술기 유지 한계를 보완하는 타 기관 로테이션 지원)을 뒷받침해야 한다. 반면 진료량이 충분한 영역(예: 노쇠 예방)은 수가 체계로 서비스의 양·질을 경쟁적으로 보장해야 한다. 종합하면, 조세는 지역 책무성 기반의 유지·개편, 수가는 수요가 존재하는 영역의 양·질 보장으로 개념적 역할을 명확히 분담하는 것이 필요한 것이다. 따라서, "어디에" 줄지에 대해 행정구역 기준 지원은 공공 재원, 진료 권역 기준 지원은 수가 형태로 주는 방안도 고려할 수 있다. ❸ 지역 의료 보상을 의료행위나 환자 단위로 지급하는 방식은 특정 행위 중심의 수익 유발을 초래하는 등 한계가 있고, 근본적인 의료 불균형 해소에는 기여하지 못한다. 특히 이러한 방식은 환자의 본인부담률 상승과 연계되는 문제가 있고, 이는 환자의 의료기관 선택에도 영향을 미쳐 본인부담률이 낮은 지역으로의 역선택 현상을 유발할 수 있다. 반면, 기관 단위 지급 방식은 지역 내에서 지속적으로 의료서비스를 제공할 수 있도록 지원 기반을 마련한다는 점에서 보다 효과적이고, 단순한 사후 정산 방식보다는 선불과 성과 기반 보상 체계의 도입이 바람직하며, 이러한 방식은 단순한 수가 가산보다 운영비 집행의 효율성과 성과 책임성을 함께 확보할 수 있다는 점에서 유효하다. 행위별 환자 단위 수가는 본질적으로 건강보험 재정의 틀 안에서 운영될 수밖에 없고, 기관 단위 지원은 기금(지방세 또는 중앙정부 재원)을 통해 운영하는 것이 합리적이다.

(지역 의료 공급자) ❶ 의료기관(병원) 단위로 지역수가 등 보상을 지급하는 방안도 검토할 만하지만, 이 경우 기관 내 인건비 배분 구조가 명확히 설정되어야 하고, 특히 조건을 충족하는 기관에 한해 보상하는 방식도 현실적인 대안이 될 수 있다. 예시로 포괄수가제에 녹여서, '이만큼의

인력을 배치하고 이런 진료를 24시간 유지하면 지역수가를 지급한다'는 식으로 명확한 조건을 만족하는 경우에 한해 지원한다거나, 소아암이나 신생아 중환자 같은 영역은 의사가 거의 없는 현실이라 소아·신생아·중증 영역을 중심으로 지원이 이루어져야 지역 의료 기반을 유지할 수 있다. 의료기관에 인센티브를 지급하더라도 병원 내 인건비 배분 과정에서 분쟁이 발생하는 경우가 있으므로 보건복지부가 '의료인력에게 최소 40% 이상 환원'과 같은 가이드라인을 함께 제시한다면 병원 내부 갈등을 완화하고 제도의 실효성을 높일 수 있을 것이다. ❷ 지자체에 재정적인 참여를 독려하는 방안도 원칙적으로 찬성하지만 지자체별 재정 격차로 인해 오히려 지역별 불평등이 더 심해질 가능성도 배제할 수 없으므로 이런 경우는 중앙 정부에서의 최소한의 재정 보전이 필요하다. ❸ 수가의 역할은 행위에 대한 대가가 아니라, 해당 지역에서 수익이 발생하지 않는 의료서비스에 대한 손실 보전 기능을 수행해야 한다. 수가 지원을 '분만' 행위에 국한하기보다, 지역 내 전체 산부인과 등 필수의료 진료 인프라를 유지하기 위한 보전적 재원 구조로 설계할 필요가 있다.

(수요자 대표) ❶ 가용 재원 규모에 따라 지역 의료 보상체계 설계가 달라질 수 있으므로 규모에 대한 파악이 우선될 필요가 있다. ❷ 지역 의료 격차 해소를 위한 재원은 건강보험-국가-지자체의 역할 분담이 필요하다. 수가 중심 접근은 지자체의 책무성을 약화시킬 우려가 있으므로 지자체가 기울여야 할 노력과 분담 범위를 명시적으로 검토해야 하며, 건강보험 재정 투입의 타당성(보험료 대비 혜택 불균형 완화)을 인정하되 국가와 지자체의 공동 참여 모형을 병행 검토해야 한다. ❸ 지역수가를 포함한 지역 의료 보상체계 설계 시 '지역'을 종별 의료기관 전반에 적용할지 또는 지역별 특성을 반영해 의료 영역이나 기능을 중심으로 차등 적용할지에 대한 합의가 선행되어야 한다. 또한, 일본의 사례처럼 지역 특성과

의료 영역을 함께 고려하여 가산 대상을 선정하는 접근이 바람직하다. ❹ 지역 의료 보상 모형 중 “사후 보상”이 가장 적절하다는 의견이 있었으나 지역별로 의료체계 유지가 우선인 곳과 의료의 질 개선이 필요한 곳이 구분됨에도 전자에도 진료량을 포함하여 보상이 이루어지는 것이 적절한지 검토가 필요하다.

〈표 2-18〉 지역 의료 보상체계 재원과 모형: “어떻게” 보상해야 하는가?

분야	종합 의견
지역 의료 분야 전문가	❶ 보상 체계와 공급 체계 개편 병행 필수 ❷ 지자체 재정 참여 필요, 수가와 조세의 역할 구분 필요 ❸ 수가보다 기관 단위 보상 고려 (수가는 건강보험, 기관 보상은 국고 및 지자체 재정)
지역 의료 공급자	❶ 인건비 배분·보상 조건 명확화를 전제로 한 의료기관 단위 보상 (의사만 한정된 인센티브가 아닌 의료인력 전반으로 확대 필요) ❷ 지자체 재정 참여 필요 ❸ 수가보다 기관 단위 적자 보전 방식 보상 고려
수요자	❶ 가용 재원 규모 고려 필요 ❷ 지자체 재정 참여 필요, 수가와 조세의 역할 구분 필요 ❸ 지역과 의료영역의 포괄적 고려 필요(일본 사례 참고) ❹ 사후보상 모형(의료체계 유지 목적과 의료 질 개선 목적 구분)

출처: 연구진이 작성함.

3. 지역 의료 격차 및 완화를 위한 개선 방안

(지역 의료 분야 전문가) ❶ 필수의료·지역완결 강화를 위해 가산수가·공공정책수가(‘23 필수의료 대책) 등 사실상 지역 수가 성격의 지원이 분산되어 시행되어 왔다. 단기적으로는 현행 제도(법·영역별 가산 등)를 ‘지역 수가’ 틀로 정리·통합하고, 장기적으로는 의료 세부 영역으로 확대하여 체계화 해나가는 것에 공감하므로 먼저 흩어진 관련 정책을 통합하여 전체적으로 검토하는 것이 필수적이다. ❷ 2·3차는 상급종합병원 구조

전환 사업과 포괄 2차 종합병원 지원사업을 통해 일부 수가 보완이 있었으나 기능 중심(포괄 2차-DRG 확대, 3차-중증 진료 확대)의 보완으로 의료 취약지에서의 과제는 충분히 다루고 있지 않으며, 특히 일차의료에 대한 설계는 사실상 없으므로 이에 대한 고려가 필요하다. 지역 일차의료 논의에서 보건진료소는 수가체계에서 사실상 사각지대로 남아 있고, 전문 간호사(nurse practitioner)에 대한 보상과 역할 규정도 부재한 상황이라 향후 상급종합병원의 전문 간호사 제도 정비가 진행되면, 지역사회에서의 전문 간호사 역할 논의가 확대될 가능성에 대비해 지역 간호인력의 역할 정의, 보상 원칙, 재원 배분을 장기 과제로 설정하고, 지역 기반 보상 모델을 마련할 필요가 있다. ❸ 지역의 우울증 등 정신건강 문제가 심각하므로, 지역사회 건강 체계에는 정신건강의학과 전문의가 필수적이고 이를 위한 지원이 필요하다. 치매 환자는 신경과에서 주로 진료하지만 정신과와 협력하면 치료와 관리 차원에서 지역 역량이 강화될 수 있다. ❹ 보건의료원은 의료서비스를 제공함에도 지역보건법상 지역보건기관 수가를 적용받으며, 보건소도 지역의 보건행정당국 역할을 부여해야 하나 의료서비스도 함께 제공하고 있다. 이는 시장 질서의 혼란을 초래한다고 생각하며, 의료취약지에서 일차 의료서비스를 제공하는 공공기관이 필요하다면 의원급 의료기관을 만드는 것이 바람직하다. ❺ 의료 취약지를 정의하는 것이 어려운데 예를 들면 면 단위에 인구가 3,000명 미만이거나 의원급 의료기관이 없는 경우 의료 취약지로 볼 수 있다.

(지역 의료 공급자) ❶ 최근 정책의 초점이 "응급" 영역에 맞춰지면서 응급의학과의 보상 수준은 개선되고 있으나, 실제 "응급" 환자 치료 과정에서는 배후 중증질환에 대응할 수 있는 의료 인력이 절대적으로 부족하다. 실제로 뇌졸중 환자가 응급실에 내원하더라도 신경과 등 전문 인력 부재로 적절한 진료가 불가능한 사례도 발생했다. 이는 단순한 장비나 시

설 미비 문제가 아니라 인력 부재에 기인한 문제이다. 특히 중증질환 환자 진료를 담당하는 진료과는 인력난과 낮은 보상 수준으로 어려움을 겪고 있고, 인력 유출이 가속화되는 상황이므로 이를 위한 제도적 개선이 시급하다. ❷ 필수의료 활성화를 위한 제도를 도입한다고 해도 의료 인력이 한정되어 있고, 또 그 분야를 전문적으로 진료할 수 있기까지 최소 6~7년이 소요되는 현실을 고려하면, 새로운 인력 배출까지는 현재 인력으로 버텨야 하는 구조이므로 이를 지지하기 위한 인센티브가 필요하다. ❸ 현재 한국 의료의 질은 이미 높은 단계에 도달했지만 이를 지탱하는 의료 인력은 과중한 업무와 불충분한 보상으로 피로도가 누적되어 있다. 의료 현장에서는 이런 구조가 '유지 가능한 구조냐'라는 우려가 커지고 있다. 소비자(국민)는 여전히 저렴한 진료비를 기대하지만, 의료진은 현재 수준의 보상체계로는 높은 수준의 진료를 지속하기 어렵다고 인식한다. 따라서, 지역 의료의 안정적 유지와 의료 질 향상을 위해서는 소비자도 일정 부분의 비용을 사회적으로 분담해야 한다는 공감대 형성이 필요하다. ❹ 현재 일차 의료기관(개원 의원)의 수익 수준이 이미 충분히 높은 상황에서 지역수가를 무한정 인상하면 수도권과 지방 간, 그리고 중증과 경증 진료 간 격차가 심화될 우려가 있다. 따라서, 개원의 등 일차 의료기관의 수익 구조를 적정 수준에서 일정 부분 통제할 필요가 있고, 이를 통해 절약된 재원을 지역 필수의료 및 중증진료 영역에 집중 지원하는 방식도 필요하다.

(수요자 대표) ❶ 지역 의료 공백 해소를 위해 공급자 관점뿐 아니라 수요자 관점도 반영해야 한다. 지역 내 의료기관이 있어도 타 지역으로 진료를 받으러 가는 경우도 많으므로, 지역에서 환자의 의료 이용 유인 및 보상을 통해 환자의 지역 내 이용을 촉진할 필요가 있다. 세부 방안은 후속 연구 의제로 검토해 나갈 수 있겠지만, 지역 수가 확정 전 환자 유인책

과 관련된 논의가 필요하다. 예시로 환자 유인책에는 직접적(예: 본인 부담 완화, 지역 내 의료기관 이용 시 인센티브 제공 등), 간접적(체계 구축) 방법이 있을 수 있다. 특히 의료의 질 뿐만 아니라 의뢰, 회송 네트워크가 실제로 작동하도록 환경을 갖추는 것이 중요하다. 예를 들어, 일본은 전원 협조의 가치를 높게 보상하여 네트워크 구축이 비교적 잘 되어있는 것으로 보이고 이런 사례를 참고할 필요가 있다. ❷ 공급자 관점의 '지역 완결'은 지역 내 1·2·3차 의료기관의 연계 이용을 의미하지만, 환자에게 '지역'은 거주지와 불일치할 가능성 등 생활권·이동성에 따라 의미가 달라질 수 있다. 따라서 환자가 상급병원을 선택하는 이유를 환자 관점에서 파악할 기회가 필요하다. 구체적으로 상급병원 선호 현상은 알려져 있으나 구체적 선택 요인에 대한 이해는 부족하므로, 지역 거주자 중 상급병원 이용자와 지역 병원 이용자를 대상으로 심층 면접을 통해 선택 요인과 장, 단점 등을 체계적으로 파악하는 방법도 고려할 필요가 있다.

〈표 2-19〉 지역 의료 격차 및 완화를 위한 개선 방안

분야	종합 의견
지역 의료 분야 전문가	❶ 기존 관련 정책 및 사업 종합 검토를 통한 정합성 평가 필요 ❷ 일차의료에 대한 추가 논의 필요(지역 간호인력 보상 포함) ❸ 지역 내 필수의료 영역 및 정신과에 대한 지원 필요 ❹ 보건의료원에 대한 지역수가 적용 ❺ 의료취약지 분류 기준 제안(면 단위 인구 3천명 미만, 의원급 의료기관이 없는 지역 등)
지역 의료 공급자	❶ 응급 영역으로의 정책 집중을 배후 중증질환에 대한 필수의료 인력 확보로 확대 필요 ❷ 의료인력 확보의 지속가능성을 위한 보완적 제도 필요 ❸ 소비자의 기여 필요(건강보험 재정 부담) ❹ 보상의 재분배(의료서비스 형평성과 지속가능성 제고)
수요자	❶ 환자 유인·보상 설계 필요 ❷ 수요자 입장의 지역완결적 필수의료 의미 파악 필요

출처: 연구진이 작성함.

제3절 소결

지역의료 격차 완화를 위한 국내 정책 현황을 의료 영역과 보상 방식에 따라 분류한 결과는 〈표 2-20〉과 같다.

〈표 2-20〉 지역의료 격차 완화를 위한 국내 정책 현황

의료 영역 / 보상방식		소아	분만	중증·응급	인공 신장
예산 지원형		· 의료취약지 소아청소년과 지원사업	· 분만취약지 지원사업		· 의료취약지 인공신장실 지원사업
수가 보완형	가산형		· 분만취약지 가산제도	· 중증·응급 환자 최종치료 가산 확대	
	정책 수가형	· 고위험신생아 진료 지역정책 수가	· 분만정책수가		
성과기반 수가 대안형 (사전·사후 보상)	네트워크 지역단위	· 소아진료 지역협력체계 구축 시범사업		· 응급심뇌혈관 질환 네트워크 시범사업 · 심뇌혈관질환 인적네트워크 시범사업 · 중증진료체계 강화 시범사업	
	적자보전	· 어린이 공공 전문진료센터 사후보상 시범사업			

출처: 제2장의 국내 정책 현황을 바탕으로 연구진이 작성함.

'예산 지원형'은 국비와 지방비를 통해 시설·장비·운영비를 직접 지원하는 의료취약지 지원사업을 포함한다. '수가 보완형'은 건강보험 수가체계 내에서 가산 또는 정책 수가 형태로 보상하는 방식이다. 이는 행위별 수가의 한계를 보완하기 위해 '지역 조건'을 반영하여 수가를 가산하거나

정책적 목적에 따라 새로운 수가 항목을 신설하는 것에 해당한다. ‘성과 기반 수가 대안형’은 연계와 협력이 필요한 필수분야를 대상으로 네트워크 또는 전문센터의 원활한 운영을 위한 사전보상과 성과 기반의 사후보상을 제공하는 유형을 말한다.

국내 관련 정책은 필수의료 분야를 중심으로 지역의료 공백을 해소하기 위해 운영되고 있음을 알 수 있다. 특히 분만 영역에서 ‘지역수가’ 형태의 가장 대표적인 수가 기반 지원이 이루어지고 있고, ‘분만 취약지 가산제도’와 최근 도입된 ‘분만 정책수가’를 통해 분만 취약지역의 분만 기능 유지와 질적 향상을 확보를 목적으로 수가체계 내 재정적 유인을 강화하고 있다. 소아 영역에서는 취약지 의료기관의 인프라 유지를 위한 예산 지원과 고위험·전문 진료 및 지역 네트워크 활성화를 위한 다양한 보상 방식이 이루어지고 있다. 최근 공공정책수가 논의 이후, 지역정책수가와 사전·사후 보상 같은 새로운 보상 방식이 확산되고 있음을 알 수 있다. 중증·응급 분야에서는 주로 지역 네트워크 활성화를 위한 사전·사후 보상이 이루어지고 있다.

이와 같이 지역 의료 격차 완화 정책은 필수의료 분야를 중심으로 다양하게 운영되어 왔다. 그러나 앞선 지역 의료 관련 전문가 의견을 종합해 볼 때, 관련 보상체계 개편을 위해서는 몇 가지 사항을 원칙으로 고려해야 한다. ❶ 지역 의료 보상 체계는 공급자의 지역 이탈 방지와 최적화·합리화된 의료서비스 제공, 수요자의 기초 의료 및 적절한 전문 진료에 대한 접근성 개선을 목적으로 해야 한다. 즉, 공급과 수요의 측면을 동시에 고려한 근본적인 공급 체계 개편, 의료 인력 지원 정책, 환자 유인책 등에 대한 논의가 함께 이루어져야 한다. ❷ 현행 종별가산체계를 지역·기능·성과 기반의 가산체계로 전환하여 행위별 수가제의 한계를 보완하고 지역 특성에 맞는 기능을 수행하는 의료기관에 대한 집중적 보상체계를 마

련할 필요가 있다(한국보건사회연구원, 2024). 이를 위해 의료체계 유지가 우선인 지역과 서비스의 질적 개선이 필요한 지역 등을 구분하여 보상의 필요성과 지원 방식을 달리할 수 있을 것이다. ❸ 지자체에 일부 재원을 배분하여 지역별 의료 격차 완화에 대한 책무성을 부여해야 한다. 수가 중심 접근만으로는 지역 의료 격차 완화에 한계가 있으므로 지자체의 노력과 역할을 검토해야 한다. 수가는 지역에서 수요가 존재하는 의료 영역의 양과 질을 보장하고, 조세는 지역 책무성을 기반으로 한 의료서비스의 유지에 초점을 두어 보완적인 재원 마련 방안을 검토해야 한다.

제3장

국외 지역 의료 관련 정책 현황

제1절 일본
제2절 미국
제3절 소결

제 3 장 국외 지역 의료 관련 정책 현황

제1절 일본

1. 의료보장제도

가. 제도 개요

일본은 우리나라와 가장 유사한 형태의 건강보험제도를 운영 중이며, 우리나라와 같이 의무 가입을 기반으로 한 사회보험 방식을 채택하고 있다. 가장 큰 차이점은 한국은 단일 보험자 체계로 운영되지만 일본은 보험자 유형별로 가입 자격이 다른 다보험자 체계를 갖췄다는 점이다. 초기에 군인이나 공무원 및 일부 기업으로 시작된 의료보험은 건강보험법 제정(1922년) 후 위험한 업종 노동자를 위한 강제 가입 형태로 의료보장이 시작되었고, 특정 직군별 근거법을 개별적으로 적용하여 사무직과 피부양자 등으로 확대되고, 고용주가 없는 자영업자나 농민 등은 지역 의료보험으로 적용하여 1938년 국민건강보험법 통과 후 현재 형태의 국민건강보험이 되었다(강주현 외, 2023, pp. 13-14). 여기에 노인보건 보장을 위한 후기고령자의료제도를 별도로 두었다. 이처럼 직장 근로자들의 직역별 상호공제제도 발달에 기반한 직장 건강보험과 여기에서 제외된 지역 거주자를 위한 지역 건강보험으로 분화된 구조이기 때문에 세부적으로 다양한 제도와 운영방식이 존재한다(임지혜 외, 2024, pp. 17-19)(그림 3-1).

[그림 3-1] 일본 의료보장제도 특징

구분	건강보험제도							후기고령자의료제도
	직장건강보험						지역건강보험	후기고령자의료제도
유형	건강보험		공제조합			선원보험	국민건강보험	
	건강보험조합 관장 건강보험	건강보험협회 관장 건강보험	국가공무원 공제조합	지방공무원 공제조합	사립학교 교직원공제조합			
보험자	건강보험조합	전국건강보험 협회	국가공무원 공제조합	지방공무원 공제조합	사립학교 교직원공제	전국건강 보험협회	시정촌	후기고령자 의료광역연합
근거법	건강보험법	건강보험법	국가공무원 공제조합법	지방공무원 공제조합법	사립학교 교직원공제법	선원 보험법	국민건강보험법	개호보험법
재원	보험료, 일부 국고부담금						보험료, 일부 국고부담금, 도도부현보조금, 시정촌의 일반회계 이월금 등	고령자 보험료, 공비, 후기고령자 지원금 등

출처: “주요국의 건강보장제도 현황과 정책 동향”, 이현옥 외, 2022, 건강보험연구원, p.55; “일본 의료보험·수가 체계 현황에 관한 연구”, 강주현 외, 2023, 대한의사협회 의료정책연구원, pp.13-14; “일본 의료보험수가제도의 이해와 시사점”, 임지혜 외. 2024, 건강보험심사평가원. pp. 18-19를 재구성함.

일본의 직장건강보험과 지역건강보험은 공통적으로 대부분 보험료 수입에 의존하면서, 일부를 국고 보조금에서 충당하는 방식으로 운영된다. 직장 및 지역건강보험 모두 현물급여가 원칙이며, 기본적으로 동일한 본인부담률 기준이 적용되고 있다. 두 가지 제도의 차이는 보험료 결정 방식과 사업주 부담 여부에서 나타난다. 직장건강보험은 조합회(조합 관장의 경우)나 운영위원회(협회 관장의 경우)가 보험료율을 정하고, 지역건강보험은 시정촌이 세대주에게 부과 및 징수하는 방식이다. 직장건강보험은 사업주 부담이 있지만, 지역건강보험은 사업주 부담이 없어 국고 보조 의존도가 높은 특징이 있다. 급여 방식은 모두 현물급여 원칙으로 동일하나 직장건강보험의 경우 근로자 본인과 피부양자를 포함하여 지급할 수 있다는 점에 차이가 있다(표 3-1)(임지혜 외, 2024, p. 18).

〈표 3-1〉 일본 건강보험 재원 및 운영방식

구분	직장건강보험	지역건강보험
재원 구조	보험료(98% 이상), 일부 국고 보조	보험료, 국고 보조(요양급여비 지원 등), 도도부현 보조금, 시정촌 일반회계 이월금 등
보험료 결정	· 조합 관장: 조합회가 3~10% 범위 내 자율 결정 · 협회 관장: 운영위원회(후생성 임명 피보험자 대표와 공익 대표로 구성)에서 광역지자체별 보험료 결정(변경 시 후생노동대신 승인 필요)	시정촌이 세대주에게 부과·징수(조합은 조합원 대상)
사업주 부담	있음	없음(가입자 부담 의존)
급여 방식	현물급여 원칙, 근로자 본인 및 피부양자 급여 원칙	현물급여 원칙
본인부담률	· 기본(6-70세 미만): 30% · 70-75세 미만: 20%, 고소득자 30% · 75세 이상: 원칙 10%, 고소득자 20~30% · 6세 미만: 20%	동일 기준 적용

출처: “일본 의료보험수가제도의 이해와 시사점”, 임지혜 외, 2024, 건강보험심사평가원. p.19를 재구성함.

나. 관리·운영 체계

일본의 건강보험 관리·운영 주체는 정책실행 단위별로 크게 국가 수준, 지역 수준, 지방 수준으로 구분되어 단위별로 구체적인 역할 분담이 이루어져 있다(그림 3-2). 가장 상위 단계인 국가 수준에서 후생성(중앙정부)은 내각 정책을 바탕으로 한 보건의료 정책 지침과 법을 제정하며, 후생성 내 보험국은 의료보장제도 내 각 보험 관련 정책을 설계 및 조정하며 보험별 보험자(건강보험조합, 공무원 공제조합, 전국건강보험협회, 시정촌 등)를 지도하고 감독한다.

지역 수준에서 2001년 설립된 8개 지방후생국은 보건·복지 서비스 제공 주체인 지방자치단체를 관리하는 역할을 하며, 구체적으로 건강보험조합과 의료기관을 관리·감독하고, 관할 내 건강보험협회 지부 및 진료수가 지불기금 지부를 지도하며, 국립병원 운영 관리와 마약 단속 등도 담당한다. 또한, 도도부현은 지역보건계획을 수립하고 있다.

지방자치단체는 가장 하위 단계의 보험 정책 수행 기관으로 중앙정부 지침을 바탕으로 일차의료 및 노인장기요양 정책 등을 시행하는 실질적 보건·복지 서비스 제공 주체이다(강주현 외, 2023, pp. 17-18; 임지혜 외, 2024, pp. 21-22).

[그림 3-2] 일본 건강보험 관리·운영 체계

정책실행 단위별 건강보험 관리 운영 체계
국가 수준: 후생노동성
· (후생성) 내각 정책 바탕의 보건정책 지침·법 제정 · (후생성 보험국) 의료보장제도 내 보험 정책 설계·조정 및 보험자 지도·감독
▼
지역 수준: 도도부현
· (지방후생국) 보건복지 서비스를 제공하는 지방자치단체 관리·조정 · (도도부현) 지역보건계획 수립 등 국가 정책의 프로그램 구현
▼
지방 수준: 지방자치단체
· 가장 하위 수준의 정책 실행 기관 · 실질적인 보건복지 서비스 제공 주체 · 중앙정부의 지침에 따라 보건복지 프로그램 실행

출처: "주요국의 건강보장제도 현황과 정책 동향", 이현옥 외, 2022, 건강보험연구원, p.55; "일본 의료보험·수가 체계 현황에 관한 연구", 강주현 외, 2023, 대한의사협회 의료정책연구원, pp. 17-18; "일본 의료보험수가제도의 이해와 시사점", 임지혜 외, 2024, 건강보험심사평가원. pp. 20-22를 재구성함.

2. 진료비 지불제도

가. 진료수가 기본 구조 및 특징

일본은 한국과 마찬가지로 현물급여 방식을 택하고 있으며, 보험자(구매자)는 가입자들이 납부한 보험료와 일부 국가 재정 지원으로 구성된 재원을 바탕으로, 의료 제공자(공급자)와 계약을 맺고 보험급여를 제공한다. 일반적으로 의료서비스 제공량에 따라 전체 의료비의 70~90%는 보험자가 비용을 부담하고, 나머지는 피보험자의 본인부담금으로 처리된다(강주현 외, 2023, p.33).

(*계약 체계와 수가 표준화*) 보험자와 공급자는 본질적으로 분리된 당사자로서 계약 관계이며, 계약의 주요 내용인 수가 및 보험급여 범위 등은 2년마다 수가 개정을 통해 법적으로 규정된다. 이에 따라 의료서비스와 의

약품의 가격을 전국적으로 동일하게 유지하고 있다. 의료기관이 보험급여를 제공하기 위해서는 지방후생국에 등록 신청을 해야 하며, 후생노동성과의 계약 체결 후에는 후생노동성이 정한 규정과 지침을 반드시 준수하도록 한다. 청구는 월 단위로 47개 도도부현별로 설치된 심사·지불 기관에 제출되며, 해당 기관은 청구된 비용을 검토하고 규정 준수 여부를 확인하여 의료기관에 수가를 지급한다. 이러한 표준화된 계약과 청구 심사 체계 덕분에, 환자의 소득 수준, 지역, 병원 유형(공공/민간) 등에 관계없이 공평한 의료서비스 접근성을 보장할 수 있도록 하고 있다(강주현 외, 2023, p.33).

나. 지불 방식 구성

의료비 지불 방식은 점수 및 계수에 단가를 곱해 산출하는 상대평가 방식으로, 행위별수가제, 일당 정액제, 부분적 포괄수가제를 혼합하여 운용하고 있다.

1) 행위별수가제

일본 진료비 지불의 기본은 행위별수가제로, 진료보수 점수표는 3개 영역(의과, 치과, 제조)으로 구분되고, 수천 개 의료서비스 항목에 점수가 부여된다. 지불 대상 의료서비스의 범위와 보상 금액은 건강보험법에 근거하여 진료보수 점수표로 공표되며, 국민건강보험법, 공제조합법, 선원보험법에도 이 기준을 준용하도록 한다. 의료 제공자(공급자)는 환자별로 의료서비스 진료보수 점수를 합산하여 1점당 10엔으로 환산한 후 환자 본인부담금을 제외한 금액을 심사 및 지불기관에 청구하는 방식이다(강주현 외, 2023, p.35).

2) 진단군 분류에 따른 일당 정액제

진단군 분류란 “의료자원 필요도의 균질성(재원일수나 실제 의료행위 비용 등)과 임상적 유사성에 따라 환자를 분류하는 방법”을 의미한다(강주현 외, 2023, p.35). 일본에서는 독자적으로 DPC(Diagnosis Procedure Combination) 제도를 개발하였으며, 이는 급성기 병원(특정 기능 병원 및 민간병원 포함)에서 수집한 퇴원 환자 데이터를 기반으로 〈표 3-2〉와 같이 DPC 점수 산정을 위한 질병분류를 작성한다. 이를 바탕으로 진단군별 1일당 정액 점수를 설정하는 방식이며, 2003년 도입 이후 2년 주기로 개정을 거쳐 DPC 참여 병원을 확대해 오고 있다. DPC 대상 병원의 급성기 입원환자에 대해 DPC 점수표에 따른 1일 정액 점수를 산정하여 일당 포괄 지불 방식(Per-Diem Payment System, PDPS)으로 청구하며, 이에 해당하지 않는 항목은 행위별 수가로 청구된다.

구체적으로 DPC 점수는 입원 기간을 I, II, III의 3개 구간으로 나누어 1일당 정액 점수를 산정하고, 평균 입원일수에 2SD를 초과하는 구간은 실적 기반, 즉 행위별 수가로 산정된다. 입원기간 I 구간은 입원 초기로 25퍼센타일 시점까지를 말하며, 가장 높은 1일당 점수를 부여한다(평균 점수의 17% 가산=A). 입원기간 II 구간은 입원 초기 이후 평균 입원 일수까지를 말하며, 평균 점수에서 A에 해당하는 부분을 제외한다(B). 입원기간 III인 평균 초과분은 평균 입원일수 이후부터 평균 입원일수에 2SD를 합한 수준까지를 말하며, 입원기간 II보다 더 낮은 정액 점수, 즉 85%를 부여한다. 이외 평균 입원일수가 3개의 구간을 초과하는 입원은 행위별 수가로 산정한다. 요약하면, 입원일수가 짧을수록 높은 점수를 부여하도록 설계되었다(후생노동성, 2024a; 강주현 외, 2023, pp. 40-41).

[그림 3-3] DPC/PDPS 진료 보수 산정 방식

병원 관련 포괄 평가 부분
진단군 분류별로 설정 입원 기본료, 검사. 영상 진단, 투약, 주사, 1,000점 미만의 처치 등

의사 관련 행위별 보상 부분
의학 관리, 수술, 마취, 방사선 치료, 1,000점 이상 처치 등

포괄평가 점수 산정				
DPC 1일당점수	×	입원 일수	×	의료기관별 계수

3단계 점수 체계 (A=25퍼센타일, B=25퍼센타일~평균 입원일수)		
기간 I	입원 초반(25퍼센타일까지)	높은 점수
기간 II	기간 I~평균 입원일수까지	A 또는 B 중 낮은 값
기간 III	평균 입원일수 + 2SD까지	A 점수의 17% 감액 또는 기간 III 점수 중 낮은 값
	평균입원일수 + 2SD 이상 또는 300일 정수배 초과 부분	행위별 수가로 전환

의료기관별 계수	
기초계수	병원 그룹별 표괄점수 대비 실제 진료 점수 반영
기능평가계수 I	입원료, 기본료 차액 및 추가 가산 반영
기능평가계수 II	병원의 기능, 역할, 규모에 따른 평가
응급가산계수	응급환자 초기 투입 자원 보정
격변완화계수	진료수가 개정 시 병원별 급격한 변동 완화 조정

출처: “入院（その5)”, 후생노동성 중앙사회보험의료협의회, 2024, 中医協 総-2, https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001171199.pdf 에서 2025.09.07. 인출 및 재구성함.

다. 진료보수 개정

진료보수 개정은 의료서비스의 범위와 가격을 검토하는 정책적 과정으로 2년마다 시행되며, 공적 건강보험이 사회경제적 환경 변화에 민감하게 반응하는 것을 목표로 한다. 내각이 마련한 보험료 결정률에 근거해

사회보장심의회에서 진료보수 개정을 위한 기본방침을 마련하고, 세부사항(수가신설, 산정 조건, 진료보상항목 등)을 중앙사회보험의료 협의회에서 심의하는 과정으로 진행된다. 진료보수점수 개정은 개정 전년도 6월 의료 경제실태조사를 기점으로 시작하여, 개정 연도 4월 1일부터 적용한다(임지혜 외, 2024, p.vii).

3. 진료보수 직접 가산을 통한 지역 가산 사례

가. A218 지역가산

(개요) 지역가산은 의료기관이 입원 치료 시 적용하는 입원 기본료나 특정 입원료에 대해 지역 간 의료 경비 차이를 보정하고자 지역 구분별로 3-18점의 점수를 추가로 부여하는 제도이다(후생노동성, 2025a, p.38).

(대상 선정) 지정된 지역(급지) 내 의료기관에 대해 진료 행위별 또는 1일 단위로 일정 점수를 추가 지급하는 방식으로, 「일반직의 직원의 급여에 관한 법률」(1950년 법률 제95호) 제11조의3 제1항에 규정된 인사원 규칙에서 정하는 지역 및 그 외 후생노동대신이 정하는 지역에 소재한 보험의료기관에 입원하고 있는 환자(제1절의 입원 기본료(특별 입원 기본료 포함), 제3절의 특정 입원료 또는 제4절의 단기 입원 수술 기본료 중 지역가산을 산정할 수 있는 것으로 지정된 환자에 한함)에 대해서, 해당 법령에서 정한 급지 구분에 준하여 소정 점수를 가산한다(후생노동성, 2025a, p.38).

(특징 및 시사점) 지역가산은 의료취약지에 보상을 주는 방식이 목적이 아닌 인건비 및 운영비가 높은 도시 지역과 상대적으로 높지 않은 지방의 차이를 고려한 형평성 유지가 주요 목적인 제도로, 지역 간 의료 전달 체

계를 원활하게 조율하고, 지역 중심의 보건의료기관 역할 강화를 목적으로 한 제도이다(후생노동성, 2025a, p.38).

〈표 3-2〉 A218 지역가산 급지 구분 예시(1일당)

급지구분	가산 점수	인사원 규칙 9149 제2조 규정 지역별 급지 예시
1급지	18점	도쿄도: 특별구
2급지	15점	이바라키현: 토리데시, 사이타마현: 와라비시 등
3급지	14점	오사카부: 모리구치시, 치바현: 마쓰도시, 도쿄도: 후추시 등
4급지	11점	치바현: 후나바시시, 교토부: 교다나베시, 오사카부: 스이타시 등
5급지	9점	이바라키현: 모리아시, 오사카부: 야오시, 아이치현: 세토시 등
6급지	5점	나라현: 나라시, 지바현: 나라시노시, 오사카부: 오사카시 등
7급지	3점	나라현: 가시하라시, 시가현: 쿠사쓰시, 오사카부: 이바라키시 등

주: 2025년 4월 개정.
출처: "別表第一 医科診療報酬点数表", 후생노동성, 2025a, https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251499.pdf 와 "平成28年度 診療報酬改定 関連通知の一部 訂正について", 후생노동성, 2016, https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000131517.pdf 를 재구성함.

나. A218-2 낙도 가산

(개요) 낙도 가산은 도서 지역 의료기관에서 적용되는 입원기본료 또는 특정입원료에 대해 1일당 18점을 추가 지급하는 가산 제도다. 해당 지역에 위치한 의료기관이 해당 가산이 가능한 입원료를 산정할 경우 자동으로 적용되며, 포괄수가 체계 사용 병동에서는 포괄입원제도의 특성과 정합성 유지 때문에 지역 가산 및 낙도가산 모두 산정이 불가능하다(후생노동성, 2025a, p.38).

(대상 선정) 별도로 후생노동대신이 정하는 지역에 소재하는 보험의료기관에 입원하고 있는 환자(제1항의 특별 입원 기본료를 포함한 입원 기

본료, 제3항의 특정 입원료 또는 제4항의 단기 입원 수술 등 기본료 중 낙도 가산을 산정할 수 있는 것을 지정된 환자에 한함)에 대해서 일률적으로 18점을 가산한다(나레티, 2025a).

(특징 및 시사점) 낙도 가산은 지역 가산과 달리 도서 지역의 의료 응대 체계 유지, 의료 접근성 저하 문제 보정을 주요 목적으로 하는 제도이다(나레티, 2025a). 도서 지역은 행정구역 단위로 기준이 단순한 편이지만, 현재 우리나라 지역의료 상황을 고려했을 때 도서 지역 뿐 아니라 전반적인 지방 지역의 의료 접근성이 낮기 때문에 우리나라 여건에 맞는 수정이 필요할 수 있다.

다. A204 지역의료지원병원 입원진료 가산

(개요) 입원진료 가산은 지역의료지원병원으로 지정된 보험의료기관에 입원하고 있는 환자(제1절의 입원 기본료 중 특별 입원 기본료 등은 제외) 중, 지역 의료 지원 병원 입원진료 가산을 실제로 산정하고 있는 환자에 대해서 입원 첫날에 한해 소정 점수 1,000점을 가산한다. 1998년 진료보수개정에서 신설되어 2006년 현재와 같은 평가 방식으로 재정비되었다. 입원진료 가산을 산정할 경우 구분 번호 A204-3에 해당하는 소개 진찰 중점 의료기관 입원진료 가산은 중복하여 산정할 수 없다(후생노동성, 2025a, p.32).

(대상 선정) 지역의료지원병원은 원칙적으로 국가, 도도부현, 시정촌, 사회의료법인, 의료법인 등에서 소개환자 중심 진료 체계를 보유한 기관을 대상으로 소개율과 역소개율 기준을 충족하면서 응급의료 제공, 공동의료기기 이용 체계 보유, 의료인 교육 수행, 200병상 이상 등 조건에 부합하는 경우 도도부현 지사가 개별적으로 승인한다(후생노동성, 2024b).

지정기관은 2011년 이후로 빠르게 확산되었고, 2024년 9월 기준 707개 기관이 지역의료지원병원으로 지정되어 있다(후생노동성, 2024c).

(특징 및 시사점) 지역의료지원병원에서 소개 환자, 즉 다른 의료기관에서 의뢰받은 환자에 대한 의료 제공, 병상 및 고액 의료기기 등의 공동 이용, 24시간 응급의료 제공 등을 평가하기 위한 가산이고, 약 70% 이상은 개설 주체가 공립의료기관으로 지역 의료격차 완화와 응급의료체계 강화 목적이 강한 제도이다(후생노동성, 2024b; 후생노동성, 2024c).

[그림 3-4] 지역의료지원병원 제도

지역의료지원병원 제도 개요		
비전	▸ 환자가 거주하는 인근 지역에서 적절한 의료를 제공받을 수 있도록, 소개환자에 대한 의료 제공, 의료기기 등의 공동 이용, 1차 진료에 대한 지원을 통해 지역의료의 안정적 제공을 보장하기 위한 제도	
역할	▸ 소개환자에 대한 진료 제공(지역 의원으로부터 의뢰된 환자) ▸ 필요시 환자를 다시 1차 진료기관으로 역 소개 가능 ▸ 의료기기·설비 공동 이용 체계 운영 ▸ 응급의료 서비스 제공 ▸ 지역 의료 종사자 대상 교육·연수 실시	
승인 요건	설립 주체: 원칙적으로 국가, 도도부현, 시정촌, 사회의료법인, 의료법인 등 소개환자 중심 진료 체계 보유 ① 소개율 80% 초과 또는 ② 소개율 65% 초과 & 역소개율 40% 초과 또는 ③ 소개율 50% 초과 & 역소개율 70% 초과 (3가지 중 하나 충족)	▸ 응급의료 제공 능력 보유 ▸ 지역 의료기관에서 공동 의료기기 이용 체계를 갖출 것 ▸ 의료인 대상 교육·연수 수행 ▸ 원칙적으로 병상 200개 이상, 또는 동일 기능을 수행하는 시설일 것

출처: "地域医療支援病院について", 후생노동성, 2024b, https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000188440.pdf와 "地域医療支援病院について", 후생노동성, 2024c, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801_00015.html?utm_source의 내용을 재구성함.

라. A252 지역의료체제확보 가산

(개요) 지역의료체제확보가산은 응급의료체계를 제공하는 체제, 병원 근무 의사의 부담 경감 및 근무환경 개선을 위한 체제, 그밖에 후생노동 대신이 필요하다고 인정하는 체제 가운데, 해당 병원이 실제로 운영하고 있는 경우에 한하여, 해당 환자의 입원 첫날에 한해 620점을 입원기본료 등에 추가하여 산정할 수 있는 제도이다. 입원 첫날이란 「제2통칙 5」에서 규정하는 기산일(起算日)을 의미하며 입원 기간이 연속되는 경우의 재입원 첫날에는 산정할 수 없다(후생노동성, 2025a, p.51).

(대상 선정) 지역의료체제확보 가산에서는 별도로 지역을 구분하고 있지는 않고, ① 지역 내 응급·주산기·소아응급 의료체계에서 중요한 역할을 수행하면서 ② 의사 근무환경 개선 체계를 갖추고 있는 기관으로 해당 요건 충족 후 지방후생국에 신고한 의료기관을 대상으로 하고 있다(나레티, 2025b).

(특징 및 시사점) 지역의료체제확보가산은 지역의 응급의료체계, 주산기 의료체계, 또는 소아 응급 의료체계에서 중요한 기능을 담당함과 동시에, 병원 근무 의사의 부담 경감 및 근무환경 개선을 위한 체계를 갖추었는지를 평가하여 인센티브 형식의 가산을 부여하는 제도이다 (나레티, 2025b). 이 제도는 의료취약지를 직접 대상으로 하지는 않지만, 기능 중심의 가산 방식이라는 점에서 우리나라 지방 거점 의료기관 중 해당 내용의 적용 가능성을 검토할 의미가 있다.

〈표 3-3〉 A252 지역의료체제확보 가산 대상 선정 기준

구분		구체적 기준
시설 측면	응급 의료체계·소아응급 의료체계	▸구급차 또는 헬기 환자 이송 건수 연간 2,000건 이상 ▸구급차 또는 헬기 환자 이송 건수 연간 1,000건 이상 및 "고위험 분만 등 관리 가산(A237)", "종합 주산기 특정 집중 치료실 관리료(A303)", "소아 특정 집중 치료실 관리료(A301-4)", "신생아 특정 집중 치료실 관리료(A302)"에 관한 신고를 한 보험의료기관인 경우
	주산기 의료체계	▸"질병·사업 및 재택 의료에 관련된 의료 제공 체제에 대해서"(2017년 3월 31일 의정지발 0331 제3호)에서 규정하는 종합 주산기 모자 의료 센터 또는 지역 주산기 모자 의료 센터 중 하나인 경우
인력 측면	병원 근무 인력 부담 경감 및 처우 개선	▸병원 근무의 근무 상황 파악과 그 개선 필요성 제언을 위한 책임자 배치 ▸병원 근무의의 근무 시간 및 당직 포함 야간 근무 상황 파악 ▸당해 보험의료기관 내에, 다직종으로 이루어지는 역할 분담 추진을 위한 위원회 또는 회의를 설치해, 「의사 노동 시간 단축 계획 작성 가이드라인」에 근거해, 「의사 노동 시간 단축 계획」을 작성 ▸병원 근무의의 부담 경감 및 처우의 개선에 관한 대처 사항을 해당 보험 의료 기관 내에 게시하는 등의 방법으로 공개
	의사 노동 시간 관리	▸의사의 노동 시간에 대해서, 원칙적으로, 타임 카드, IC 카드, PC의 사용 시간의 기록 등의 객관적인 기록을 확인 및 기록 ▸해당 보험 의료기관에 근무하는 의료법 시행규칙 제63조에 정하는 특정 지역 의료 제공 의사 및 제휴형 특정 지역 의료 제공 의사(이하, 「대상 의사」라고 함)의 1년간의 시간 외·휴일 노동 시간은 원칙적으로 다음을 따름, 2024년에는 1,785시간 이하 2025년에는 1,710시간 이하 다만, 일부 대상 의사의 연간 시간외·휴일 근로시간이 이 기준을 초과하는 경우에는, 그 사유와 개선 계획을 해당 보험 의료기관 내에서 보기 쉬운 장소나 홈페이지 등에 공개하면 예외로 인정

주: 2025년 4월 개정.
출처: "基本診療料の施設基準等", 나레티ナレティ, 2025, https://knowlety.jp/ika/r6-ks8-35_11/ 의 내용을 재구성함.

마. A232 암 거점병원 가산

(개요) 후생노동대신이 정한 시설기준을 충족하는 "암 거점병원"으로 지정된 보험의료기관에서 악성신생물로 진단된 환자(제1항의 입원기본료가 산정되는 특수기본병동 등을 제외, 제3항의 지정입원료 또는 제4항

의 병동입원료가 산정되는 경우를 포함)에 대하여, 암 거점병원 가산을 산정할 수 있다. 입원 첫날에 한해 ① 암 진료 연계 거점병원은 500점, ② 지역 암 진료 거점병원은 300점을 추가로 산정할 수 있고, ③ 소아 암 거점병원 750점을 기본적으로 가산할 수 있다(후생노동성, 2025a, p.42).

다만, 후생노동대신이 정한 시설기준을 충족하는 보험의료기관에서 다른 보험의료기관 등의 소개로 입원한 악성신생물로 진단된 환자에 대해서는, 암 진료 연계 거점병원 및 지역 암 진료 거점병원의 기본 가산 점수에 300점(연계형) 또는 100점(지역형)을 추가로 산정한다(후생노동성, 2025a, p.42). 이외에 게놈 의료에 관한 보고서를 활용하여 의료를 제공하는 기관에 입원한 환자에 대해서는 250점을 추가로 산정한다(후생노동성, 2025a, p.42).

(대상 선정) 암 거점병원은 암 진료의 거점이 되는 병원으로서, 본 가산의 대상이 되는 병원은 「암 진료 연계 거점병원 등의 정비에 관하여」(2022년 4월 1일 부 후생노동성 건강국장 통지)에 규정된 도도부현 암 진료 연계 거점병원(도도부현 암 진료 연계 거점병원 및 지역 암 진료 연계 거점병원〔특례형 포함〕)·특정 영역 암 진료 연계 거점병원 및 지역 암 진료 병원(모두 특례형 포함) 또는 「소아암 진료 거점병원의 정비에 관하여」(2022년 4월 1일 부 후생노동성 건강국장 통지)에 규정된 소아암 거점병원이다(나레티, 2025c).

(특징 및 시사점) 주목할 점은 암 진료 연계 거점병원의 형태가 국립암연구센터, 도도부현 암 진료 연계 거점병원, 지역 암 진료 연계 거점병원(고도형, 특례형), 특정 영역 암 진료 연계병원, 지역 암 진료 병원으로, 다층적이고 한 지역에 집중되지 않은 네트워크를 구축하고 있다는 점이다. 즉, 각 거점기관별 역할을 구분하여 환자 연계 및 진료와 암 연구 등 필수 기능을 유기적으로 수행할 수 있게 하고, 환자를 거점 중심으로 유

도하여 지역 간 격차를 줄이고자 한 것이다. 암은 의료 접근성 격차와 대형 병원 쏠림이 두드러진 질환으로 우리나라의 암 진료는 국립암센터와 권역별 암센터에 한정된 경향이 있어 암 환자의 수도권 유출은 지속되고 있는 상황이다. 지역에서의 암 치료 활성화를 위해 지역 암 거점병원 지정 방식과 가산 제도의 도입을 검토할 필요가 있다(나레티, 2025c).

〈표 3-4〉 A232 암 거점병원 가산 대상 선정 기준

구분	구체적 기준
암 진료 연계 거점병원	캔서보드 설치를 포함하여 암의 집약적 치료, 완화의료 제공, 지역 의료기관과의 연계, 전문의 및 타 직종 의료인 배치, 병원 내 암 등록의 적절한 실시, 상담지원센터 등의 체계를 갖춘 경우
지역 암 진료 거점병원	암의 집약적 치료, 완화의료 제공, 지역 의료기관과의 연계, 전문의 및 타 직종 의료인 배치, 병원 내 암 등록의 적절한 실시, 상담지원센터 등의 체계를 갖춘 경우
소아 암 거점병원	지역에서 소아암 환자에 대한 의료 및 지원을 제공하는 중심시설로서, 캔서보드 설치, 소아암 등록의 적절한 실시, 장기 추적관리 체계, 완화의료 제공, 지역 의료기관과의 연계, 전문의 및 타 직종 의료인 배치, 상담지원센터 등의 체계를 갖춘 경우

출처: "医科診療報酬点数表. 第2部 入院料等. A232", 나레티ナレティ, 2025c, https://knowlety.jp/ika/?code=A232의 내용을 재구성함.

4. 의료취약지 의료지원체계 및 서비스 강화 사례

가. 공립병원 대상 지방교부세

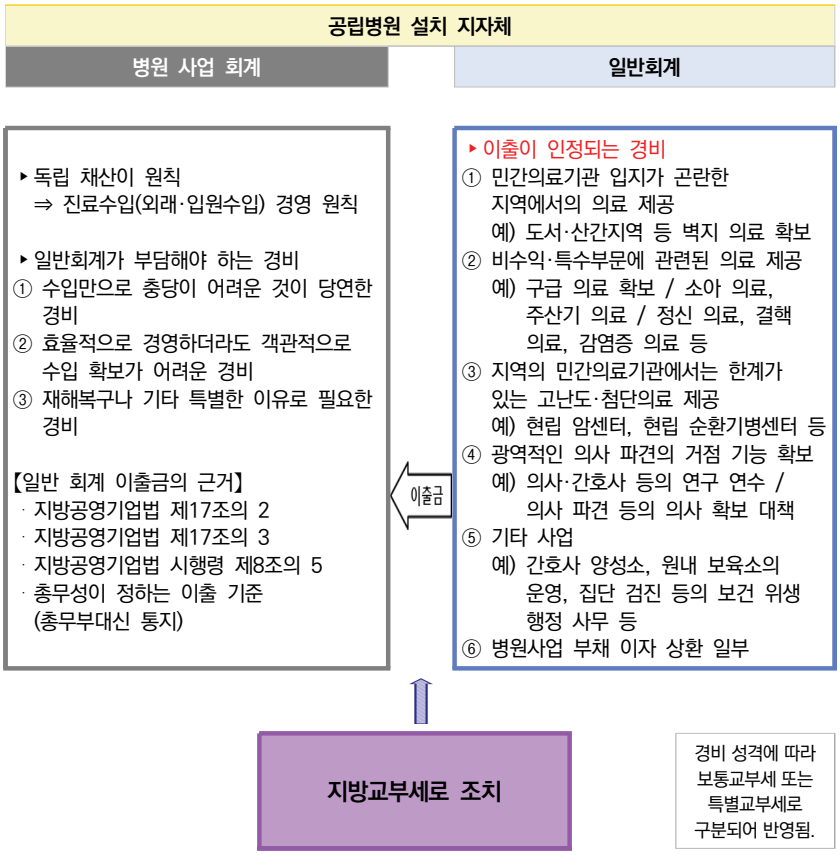
(개요) 일본에서는 지방자치단체가 설치·운영하는 공립병원(지자체병원)에 대해 의료 수익만으로 유지가 어려운 공공의료 기능 보전을 위해 지방교부세(地方交付税)를 통한 재정지원 제도를 운영하고 있다. 공립병원에 대한 지방교부세 제도는 총무성 자치재정국이 주관하며, 「지방공영기업법」 제17조의2, 제17조의3, 시행령 제8조의5를 근거로 한다. 지방

교부세는 지방공공단체 간의 재정 불균형을 조정하고, 어느 지역의 주민이라도 일정 수준의 행정서비스를 받을 수 있도록 보장하기 위한 지방의 고유 재원이다. 원래 지방이 직접 확보해야 하는 세입이나 지방 간 불균형 조정을 위해 국가가 대신 징수 후 합리적 기준에 따라 재배분하는 제도이다(소득세·법인세의 33.1%, 주세의 50%, 소비세의 19.5%, 지방법인세 전액)(총무성 자치재정국 준공영기업실, 2025, p.2).

(주요 내용) 원칙적으로 공립병원은 독립채산제에 따라 진료수익(외래+입원)으로 경영해야 하나, 이 수입만으로 경영이 어려운 경우, 능률적인 경영을 실시해도 객관적으로 그 경영에 따른 수입만으로 충당이 곤란하다고 인정되는 경우 및 재해 복구 등 기타 특별한 이유가 있을 경우 일반회계 이출금으로 충당할 수 있다(총무성 자치재정국 준공영기업실, 2025, pp.1-2).

지원 대상이 되는 경비는 ① 민간의료기관 입지가 곤란한 지역에서의 의료 제공, ② 응급·소아·산부인과 등 비수익 또는 특수 부문의 의료 제공, ③ 지역의 민간의료기관에서는 한계가 있는 고난도·첨단의료 제공, ④ 의사·간호사 파견 및 연수 등 지역 의료인력 육성 기능, ⑤ 기타 간호학교 운영 등 지역 보건의료 기반 유지에 필요한 사업 등이다. 이러한 경비는 지자체의 일반회계에서 병원회계로 이출되며, 그 재정 부담은 지방교부세로 조치되어 공공병원의 지속가능한 운영을 지원한다. 또한, 지정관리자 제도에 의한 병원이나 지방독립행정법인 병원도 동일한 재정조치를 적용받는다(총무성 자치재정국 준공영기업실, 2025, p.1)(그림 3-5).

[그림 3-5] 병원 사업에 대한 일반회계 부담(일반회계 이출금)



출처: "병원사업의 지방재정조치 病院事業の地方財政措置", 총무성 자치재정국 준공영기업실. 2025, https://www.soumu.go.jp/main_content/001005042.pdf, p.1의 내용을 재구성함.

지방교부세는 보통교부세(94%)와 특별교부세(6%)로 구분되며, 특별교부세로 불채산 지구 병원, 특수의료 병상(주산기·소아·감염), 소아 응급의료 제공 병원, 지역 교통(지역버스, 도서·산간지역 교통망 등), 문화재 보전, 소방·구급 등 특수 수요에 대한 재정을 지원한다. 특별교부세 총액은 2024 회계연도에 전년 대비 11.3% 증가하였고, 이는 지진 후 지속된

복구 사업, 공공병원 운영비, 벽지 의료 및 교통 인프라 유지를 위한 수요 증가가 반영된 결과이다(총무성 자치재정국 준공영기업실, 2025, p.2).

(불채산지구 병원 지원) 불채산지구 병원은 당해 병원의 소재지로부터 가장 가까운 일반병원까지의 거리가 15km 이상이거나, 직전 인구조사 기준 해당 병원 소재지의 반경 5km 이내 인구가 10만 명 미만인 지역에 위치하며, 허가병상 수가 150병상 미만(감염병 병상 제외)인 병원으로 정의된다. 불채산지구에 소재하면서 허가병상 수가 100병상 이상 500병상 미만(감염병 병상 제외)인 병원 중, ① 도도부현의 의료계획에서 2차 또는 3차 구급의료기관으로 지정된 병원, ② 벽지거점병원(へき地拠点病院) 또는 재해거점병원(災害拠点病院)으로 지정된 병원 역시 그 기능을 유지하기 위해 특별히 필요한 경비(불채산지구병원 운영비 제외)에 대하여 수입으로 충당할 수 없다고 인정되는 금액을 특별교부세로 조치한다. 즉, 인구가 적거나 의료수요가 제한되어 수익성이 확보되지 않지만 지역 필수 의료 제공을 위해 유지해야 하는 의료기관을 불채산지구 병원으로 구분하여 특별교부세로 지원하고 있다(총무성 자치재정국 준공영기업실, 2025, p.15).

나. 벽지 보건의료대책

(개요) 벽지의료지원기구를 중심으로, 행정, 벽지에서 근무하는 의사, 벽지의료에 협력하는 시설·기관, 그리고 벽지 주민이 각각 연계·협력하며, 또한 다른 도도부현의 선진 사례에서도 배우면서, 효과적이고 효율적이며 지속가능한 벽지 의료 제공체제를 구축한다(그림 3-6)(후생노동성, 2023).

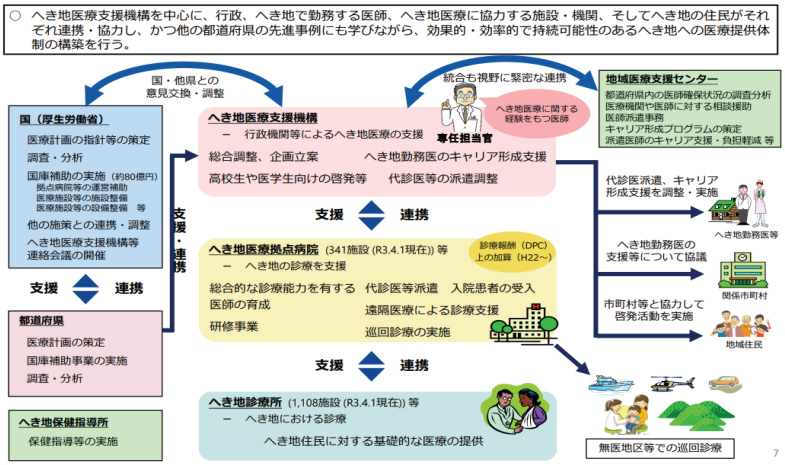
구체적으로, 벽지의료지원기구(그림 중앙)는 행정기관, 의료기관, 협력기관과 연계하여 벽지의료제공체계의 기반을 정비 및 관리하며, 벽지에

필요한 인력 및 자원의 확보를 지원한다. 벽지 의료 종합 지원 계획 수립, 벽지 의료 협력기관과의 연계, 벽지 의료에 필요한 장비 및 인력 지원을 주요 기능으로 한다. 2023년 기준 전국 1,008개소 벽지의료지원병원이 있다. 지역벽지의료센터(그림 우측)에서는 벽지 의료기관 지원 및 조정의 허브 역할과 의료자원 배분 및 긴급 대응 관리를 담당한다. 의사 파견 및 순환근무 조정, 전문 의료장비 공동 활용, 벽지 의료기관과의 원격협진 지원 등이 이에 해당한다. 젊은 의사층 확보(그림 왼쪽)를 위해서는 지역 의료실습 지원, 지역근무 체험 지원, 장학금 제도, 벽지 의료 관련 정보 제공, 지원 및 보조금 제도(의사확보 관련 보조금, 원격진료·순회진료 지원제도)를 실시하고 있다. 또한, 지역의료 관련 의견 제공, 의료기관과의 협력, 원격진료·순회진료 서비스 활용을 통한 벽지 주민 참여(그림 우측 하단)도 독려하고 있다(후생노동성, 2023).

(대상 선정) 벽지 보건의료대책에 있어서 “벽지”는 「무의지구(無医地区)」, 「준무의지구(準無医地区, 무의지구에 준하는 지역)」 등과 같이 벽지 보건의료대책을 실시할 필요가 있는 지역을 말한다.

1) 무의지구는 원칙적으로, 의료기관이 존재하지 않는 지역; 해당 지역의 중심지를 기점으로, 대략 반경 4km 이내에 50인 이상이 거주하나 주민이 의료기관을 용이하게 이용할 수 없는 지역을 말한다.
2) 준무의지구는 무의지구는 아니지만, 이에 준하여 의료 확보가 필요하다고 도도부현 지사가 판단하고, 후생노동대신이 적절하다고 인정한 지역이다.
3) 분포 현황: 무의지구 및 준무의지구를 포함하는 도도부현은 치바현, 도쿄도, 가나가와현, 오사카부를 제외한 43개 도도부현이다(후생노동성, 2023).

[그림 3-6] 일본 벽지의료지원체계 개요



출처: “へき地の医療について”, 후생노동성, 2023, https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040958.pdf, p.7.

(벽지 의사 확보 및 원격진료 가산) 어떤 벽지(僻地)는 의사편재지표상 ‘중간~다수 지역’에 포함되고, 의사 소수 지역에도 해당하지 않는 경우가 있다. 이 경우에는 의사확보계획 상 ‘중점적 대책 대상’이 되지 않는다는 문제가 있으나 벽지는 여전히 순회진료 등 지속적인 의료 확보가 필요하다. 따라서, 의사확보계획과 벽지 근무 의사 확보 대책을 어떻게 연계·정합성 있게 운영할 것인지가 쟁점이다.

〈표 3-5〉 벽지 의사 확보 방안

의사 소수 지역 설정 방식 조정	벽지의료지원기구와 의사확보계획 연계 강화
· 원칙: 시·구·정·촌 단위에서 설정 · 다만, 벽지·도서 등은 필요에 따라 더 작은 단위(구역·마을 수준)도 설정 가능 · 단, 이미 순회진료 등으로 의료가 안정적으로 제공되는 지역은 소수 지역 지정 불가(중복 지원 지양)	· 벽지의료지원기구가 지역의료지원센터와 협력하여 지역특별입학(地域枠) 의사 등 인력 파견 계획을 공동으로 수립·운영. · 현황: 벽지의료지원기구를 설치한 40개 도도부현 중 29개 현은 이미 일체화·연계 완료, 5개 현은 추진 예정(2021년도 조사 기준).

출처: “へき地の医療について”, 후생노동성, 2023, https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040958.pdf의 내용을 재구성함.

벽지의료 거점병원은 순회진료, 의사 파견, 원격진료의 3대 주요 사업을 수행하고 있으며, 전국 341개 지정 거점병원 대부분이 3개 사업을 모두 수행하고 있다(거점병원 지정 요건에 3개 사업 중 최소 1개 이상은 필수 수행하도록 요구). 원격의료(遠隔医療, 온라인진료 포함)는 의료기관 접근이 어려운 벽지·도서 지역 주민에게 중요한 대안이 되고 있다. 특히, 전문의 상담, 만성질환 관리, 응급 시 초기 대응에서 효과적이고, 코로나 팬데믹 이후 온라인진료 제도적 기반이 정비되어 활용이 확대되고 있다(후생노동성, 2023).

일본에서 원격의료는 지자체의 지원 방식에 따라 운영 성과가 크게 달라진다. 먼저 재정적 지원으로 원격진료 장비 도입비 보조, 통신 인프라 구축 지원, 국고 보조금과 지자체 재원 매칭으로 초기 시스템 도입 지원이 포함되고, 제도 및 운영 지원으로 원격진료 실시 의료기관 지정, 거점병원과 진료소 간 네트워크 형성, 순회진료와 병행 운영할 수 있도록 진료수가 가산 적용 조정이 포함된다. 마지막으로 인력 지원으로 벽지 진료소에 상주 의사 부족 시, 온라인으로 대진의가 진료를 지원하거나 간호사 및 보건사 배치 시 원격진료 교육과 훈련을 제공하는 방식이다(후생노동성, 2023).

(특징 및 시사점) 효과적·효율적인 벽지 의료제공 체계 구축을 위한 정책 연계 방안으로 진료수가 가산이 아니라, 의료인력 확보 및 지원 중심의 정책으로 볼 수 있다. 대상 지역 선정 시, 일본은 기본적으로 법령과 지침에서 의료기관 부재, 위치, 인구 수, 의료 접근성 등을 기준으로 벽지를 정의하고 후생노동대신 판단으로 준무의지구까지 관리 대상에 포함하고 있다. 의사 소수 지역 설정 방식도 기계적으로 분류하는 것이 아니라 벽지 특성을 반영해 유연하게 대응하고자 하였으며, 기존 대책이 안정적으로 작동하는 경우에는 중복 지정을 지양함으로써 자원 효율성도 고려하고 있다. 또한, 의사확보계획 및 벽지의료계획 간 통합적 운영 방식을

취하고 있다. 행정, 병원, 협력기관, 주민이 벽지의료지원기구를 중심으로 협력하는 형태로 선진 도도부현 사례 공유 및 벤치마킹을 통해 제도를 활성화하고자 노력한다(후생노동성, 2023).

5. 의료자원이 적은 지역 등에 대한 대응(2024년도 진료보수 개정)

2024년도 진료보수 개정 중 "의료인력 및 의료자원의 편재에 대한 대응"에서 의사 수가 적은 지역 및 의료자원이 적은 지역을 구분하여 기존 평가 방식을 재검토하였다. 먼저 의사 수가 적은 구역에 대한 대응으로는 의사 파견 기능 및 원격 연계 등에 관한 평가를 재검토가 포함된다(표 3-6).

〈표 3-6〉 의사 수가 적은 구역에 대한 대응(2024년 진료보수 개정 요약)

구분	주요 내용	개정 방향
DPC/PDPS 기능평가계수 II의 새로운 평가: 지역의료계수 재검토	- 체제평가지수에서 '의사 수가 적은 지역에 대한 의사 파견 기능'(대학병원 본원군에 한함)을 새로 평가 - 최근 3년간 장기 기능 1건 이상 = 0.5점, 2건 이상 = 1점 - (의료 질 향상) 의료 질 지표 관련 데이터 제출 = 0.5점, 의료 질 지표 공개 = 0.25점 - 의사 수가 적은 구역에 6개월 이상 상근 파견된 의사 수를 선형적으로 평가 = 최대 1점	신설
급성기 뇌졸중 치료의 원격 연계 평가: 초급성기 뇌졸중 가산 재검토	- 거점 의료기관과의 연계를 통해 신고를 하는 경우의 초급성기 뇌졸중 가산에 대하여, 대상 지역을 의사 부족 지역까지 확대하는 등의 개정 실시	요건 완화
급성기 뇌졸중 치료의 원격 연계 평가: 뇌혈전 회수 요법 원격 연계 평가	- 의사 수가 적은 구역 등에 있는 의료기관이 기초시설과 연계하여 뇌혈전 회수술의 적응을 판단하고, 기초시설에서 해당 수술을 실시한 경우 새로 평가 = 가산 5,000점	신설
벽지 진료소 등이 실시하는 D to P with N의 추진	- 벽지진료소 및 벽지의료거점병원에서 적절한 연수를 수료한 의사가, D to P with N을 실시할 수 있는 체제를 확보한 경우, 정보통신기기를 이용한 재진료 및 외래진료에 새로운 평가 항목을 신설 = 간호사 등 원격진료 보조 가산 50점	신설

출처: "2024년도 진료수가 개정 개요: 의료 자원이 부족한 지역 등을 배려한 대응", 후생노동성, 2024a, https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221680.pdf 내용을 재구성함.

의료 자원이 부족한 지역에 대해서는, 의료 종사자가 적거나 의료 기관이 적어 기능 분화가 곤란하다는 점에 주목하여, 시설 기준의 완화 등 그 특성을 고려한 평가를 하고 있다. 급성기에서 회복기에 이르는 기능 분화가 곤란하다는 관점에서, 일반 병동 입원 기본료나 지역포괄케어병동 입원료에 대해서 요건 완화나 혼합 병동을 인정하는 등의 대응을 하고 있다(표 3-7).

〈표 3-7〉 의료자원이 적은 지역을 고려한 대응(2024년 진료보수 개정 요약)

구분	주요 내용	개정 방향
회복기 재활 입원 의료관리료의 신설	- 의료자원이 적은 지역에서, 회복기 재활병동에 해당하는 기능을 갖춘 병실에 대해, 회복기 재활병동 입원료를 병실 단위로 신고할 수 있는 구분 신설 - 회복기 재활 입원 의료관리료 = 1,859점 가산 (생활요양을 받는 경우 1,845점)	신설
지역포괄케어병동의 요건 재검토	- 의료자원이 적은 지역에서는 지역포괄케어병동 입원료 2 및 4의 시설 기준에 포함된,「자병원의 일반병동에서 전동된 환자의 비율」과 관한 요건 완화	요건 완화
재택의료지원진료소·재택의료지원병원의 요건 재검토	- 의료자원이 적은 지역의 재택의료지원진료소 및 재택의료지원병원에 적용되는 24시간 왕진 체제 요건에 대해, D to P with N을 실시할 수 있는 체제를 갖춤으로써 해당 요건을 충족한 것으로 인정	요건 완화
대상 지역 조정	- 의료자원이 적은 지역을 고려한 평가를 적절히 추진하기 위해, 제8차 의료계획에서 예정된 2차 의료권 재검토 등을 반영하여 의료자원이 적은 지역 재검토 - 신설: 시마네현 오오다시, 오치군 - 삭제: 아키타현(다이센시, 센보쿠시, 미사토정, 요코테시, 유자와시, 우고정, 히가시나루세촌), 이시카와현(와지마시, 스즈시, 아나미즈정, 노토정)	지역 추가·삭제 조정

출처: “2024년도 진료수가 개정 개요: 의료 자원이 부족한 지역 등을 배려한 대응”, 후생노동성, 2024a, https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221680.pdf 내용을 재구성함.

제2절 미국

1. 미국 메디케어 지역보정지수

가. 제도 개요

미국에서는 별도의 지역수가 형태의 정책은 없으나, 메디케어 의사 수가표 금액에 지역보정지수(Geographic Practice Cost Index, GPCI)를 반영하여 산출하고 있다. 메디케어 지역보정지수는 1990년 제정된 「사회보장법」 1848(e)에 근거하여 적용되며, 112개 지역별로 최소 3년마다 재검토 및 개정되고 있다(Government Accountability Office [GAO], 2022, pp. 11, 17).

나. 지역보정지수를 활용한 의사 수가표 금액 산출

지역보정지수(GPCI)는 각 구성요소별 상대가치점수(relative value scale, RVU)에 해당 지역의 GPCI를 곱하여 계산되며, GPCI의 도입으로 과거의 “Medicare prevailing charge”(역사적 평균 진료비) 체계보다 지역 간 진료비용 격차가 훨씬 줄어들게 되었다는 평가가 있다(Centers for Medicare & Medicaid Services[CMS], 2025a; American Medical Association[AMA], 2025). 모든 메디케어 지급 지역에서 상대가치 단위인 지역별 ❶ 업무량, ❷ 의료기관 운영비용, ❸ 위험도에 대해 지역보정지수를 설정하여 상대가치를 산출하고 있다(CMS, 2025a)(표 3-8).

〈표 3-8〉 미국 메디케어 지역보정지수 산출 요소

구분	주요 내용
업무량	- 7개 비교 직업군 임금 자료를 바탕으로 산출 - 건축 및 공학 / 컴퓨터, 수학, 생명과학 및 물리과학 / 사회과학, 지역사회 및 사회복지 서비스, 법률 / 교육, 훈련 및 도서관 / 등록간호사 / 약사 / 예술, 디자인, 엔터테인먼트, 스포츠 및 미디어
의료기관 운영비용	- 메디케어 지불 지역별로 의원을 운영하는데 드는 상대적 비용 반영 - 4개 구성요소(직원 인건비, 임대료, 치료재료 및 장비비용, 서비스 구매비용)에 대해 지수를 계산한 후, 가중 평균하여 산출(단, 치료재료 및 장비비용은 고정값 1.0 설정)
위험도	- 전문의와 수술 여부 등에 따라 달라지는 지역별 의료과실 책임보험료 차이 반영 - 카운티별 평균 보험료를 전국 평균과 비교해 지수화한 후, Locality* 단위로 집계하여 산출(보험사 시장점유율 및 전문과목별** 차이 반영)

주: * Locality, 메디케어 진료비 지불 지역단위로, 의사서비스 진료비 산출을 위해 미국의료보장청(CMS)이 설정한 기본 지역 단위, ** 전문과목, 수술/비수술 구분, 산과 등

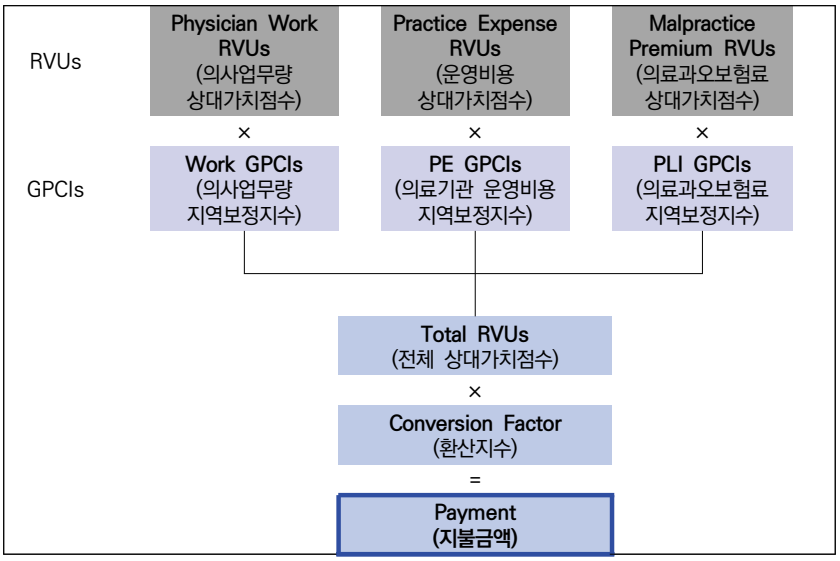
출처: "Resource-based relative value scale (RBRVS) overview", American Medical Association, 2025, https://www.ama-assn.org/about/rvs-update-committee-ruc/rbrvs-overview; "Geographic Practice Cost Indices (GPCIs) — CY 2025 Physician Fee Schedule Final Rule Addendum (E, D)", Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2025a, https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search/documentation

❶ 업무량에 대한 GPCI(work GPCI)는 지역별 의사 노동비용의 상대적 차이를 반영하기 위해 설계되었으며, 각 지역의 임금수준에 기초한다. 의사 인력 확보 필요성을 고려하여, 미국 의회는 의사 노동비용에 대해 최소값(floor) 1.00을 설정하고, 알래스카에는 최대값 1.50의 영구적인 상향치를 부여하였고, 거주비용(cost-of-living) GPCI는 전체 지리적 차이의 1/4만 반영하므로, 지역 간 변동 폭은 크지 않다.

❷ 의료기관 운영비용(practice expense, PE)에 대한 GPCI(PE GPCI)는 의료기관 운영에 필요한 투입비용의 지리적 차이를 측정하기 위한 것으로, ① 직원 임금, ② 구매된 서비스(purchased services), ③ 사무실 임대료, ④ 장비 및 기타 경비의 네 가지 하위 지수로 구성된다. 연방 의회는 'Frontier states'(개척지 주) 로 분류된 몬태나, 네바다, 노스다코타, 사우스다코타, 와이오밍 5개 주에 대해 PE GPCI의 최소값(floor)을 1.0으로 설정하였다.

❸ 위험도(professional liability insurance, PLI)에 대한 GPCI(PLI GPCI)는 메디케어 규정상 'malpractice GPCI'라고도 불리며, 지역별 의료배상보험료(PLI premium)의 차이를 반영한다. 이 지수는 $1 million/$3 million 보상 한도의 PLI 보험료 차이를 기준으로 산출되며, 지역별 변동 폭은 0.30(미네소타)부터 2.50(마이애미) 사이이다. 현재 36개 주 및 준주(Territories)는 하나의 GPCI 세트를 사용하고, 나머지 지역은 도시/농촌 구분에 따라 별도의 GPCI를 사용하며, 특히 캘리포니아는 29개 지역(localities)으로 세분되어 있다. 최종적으로 지역보정지수를 활용한 메디케어 수가 산출식은 아래 그림과 같다(그림 3-7).

[그림 3-7] 미국 메디케어 지역보정지수 활용 의사 수가 금액 산출식



주: 환산지수(2025년 기준, $32.35)

출처: "Resource-based relative value scale (RBRVS) overview", American Medical Association, 2025, https://www.ama-assn.org/about/rvs-update-committee-ruc/rbrvs-overview; "Geographic Practice Cost Indices (GPCIs) - CY 2025 Physician Fee Schedule Final Rule Addendum (E, D)", Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2025a, https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search/documentation

2. 미국 메디케이드 보상제도

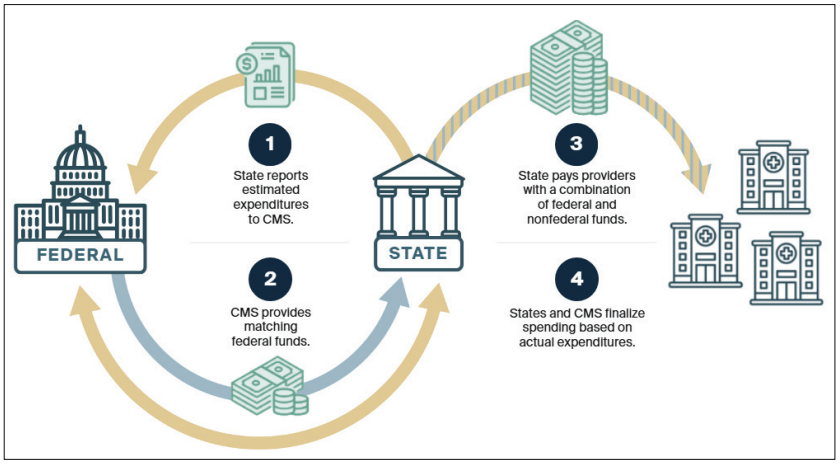
가. 제도 개요

메디케이드는 아동, 일부 성인, 임산부, 장애인 등 저소득층을 위한 공공 의료보험제도로, 메디케어와 함께 다양한 의료서비스 접근성을 확대하고 대상자의 건강 결과 개선을 위해 마련되었다. 현재 메디케이드 가입자는 7천 2백만 명 이상으로 미국에서 가장 큰 단일 보험사이다. 저소득층을 위한 주요 건강보험으로 예방, 입원, 처방을 아우르는 광범위한 서비스를 제공하며, 미국 전체 출산의 약 절반을 담당하는 등 필수의료서비스 제공에도 주요한 역할을 하고 있다(National Conference of State Legislatures[NCSL], 2025).

나. 메디케이드 보상 방식

(보상 구조) ❶ 주 정부 메디케이드 기관은 메디케어 및 메디케이드 센터(CMS)에 보장 서비스에 지출한 금액을 보고하며, ❷ CMS는 수혜자의 등록 그룹 또는 서비스 유형에 따라 FMAP에 기반한 금액을 매칭한한다. ❸ 주 정부는 연방 정부 자금과 주 정부 자금이 합해진 형태로 의료공급자에게 지급한다. ❹ 지출은 청구 데이터를 통해 확인할 수 있고, 코딩 또는 청구 오류 수정 등을 위해 조정되는 경우가 많다. 주 정부는 조정 절차를 통해 초과 지급액 반환, 미지급액 상쇄를 위한 기금 수령 및 의료제공자 또는 등록자 자격 확인을 위한 추가 정보 제공을 요청할 수 있다(GAO, 2020; Akeiisa Coleman, 2025).

[그림 3-8] 연방 검토 및 주 메디케이드 지출 추정치 매칭 구조

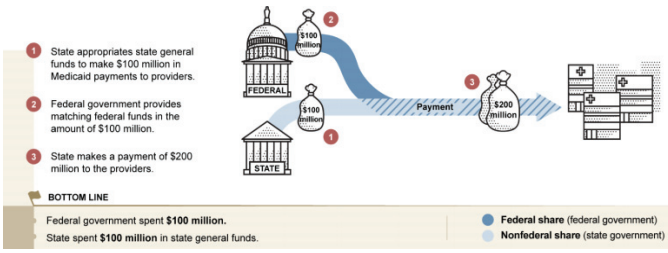
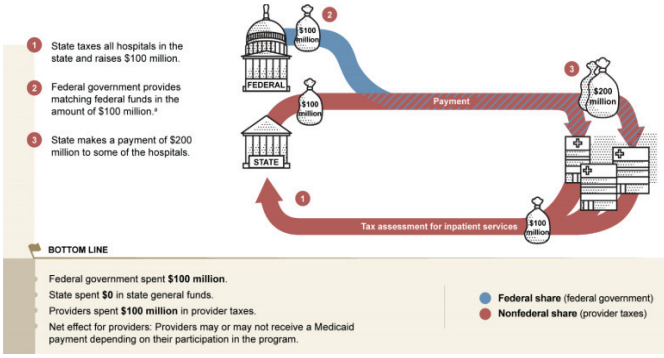


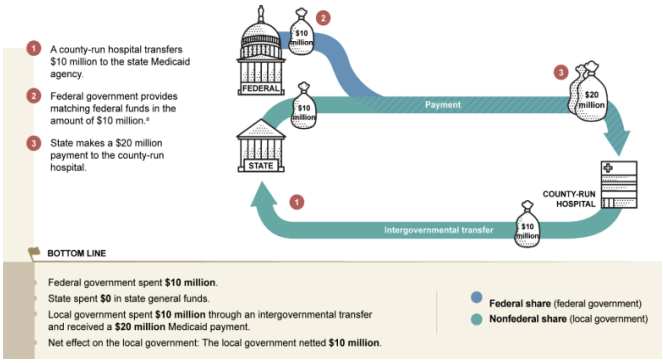
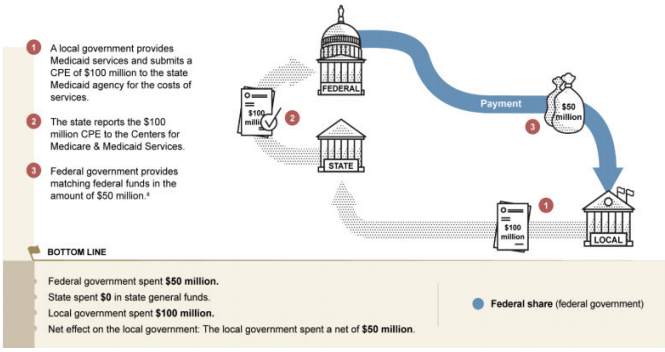
주: Akeiisa Coleman (2025)가 GAO (2020)에서 재구성한 그림을 인용함.
출처: "Medicaid: Primer on Financing Arrangement", Government Accountability Office, 2020, https://www.gao.gov/products/gao-20-571r; "How Do We Pay for Medicaid?", Akeiisa Coleman, 2025, Commonwealth Fund, https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2025/mar/how-do-we-pay-for-medicaid

(연방 의료 지원 비율) 메디케이드는 연방 정부와 주 정부의 공동 자금으로 운영되지만, 각 주는 연방 요건에 따라 자체 프로그램을 운영한다. 메디케이드 기금에서 연방 정부가 부담하는 금액은 일반적으로 연방 매칭 또는 연방 의료 지원 비율 (Federal Medical Association Percentage, FMAP)로 지칭하며, 주 정부 지출에 대한 연방 정부의 매칭 비율로 표시된다(Akeiisa Coleman, 2025). FMAP은 최소 50%에서 최대 83% 범위 내에서 주마다 다르게 책정되며, 서비스 유형, 지원 대상 인구, 주 활동 등이 고려된다. 정확한 금액은 주 1인당 소득을 전국 1인당 소득 대비 비율로 계산하는 법률에 따라 결정되며, 1인당 소득이 낮은 주는 연방 기금에서 더 많은 재정을 받는 구조이다(Kaiser Family Foundation[KFF], 2025; NCSL, 2025).

(주 정부 재원 마련) 주 정부의 메디케이드 기금 재원은 다양한 방법으로 구성된다. ❶ 주 정부 일반기금(State general funds)은 기관 간 자금도 포함되며 다른 주 정부 기관이 주 정부 예산을 통해 받은 자금으로 충당할 수도 있다. ❷ 의료공급자 세금(State provider taxes)으로도 충당할 수 있는데, 이 세금은 일반적으로 병원, 요양원 또는 관리 의료 기관에 대한 세금 형태로 한 공급자가 1년 동안 여러 종류의 세금을 동시에 부담할 수도 있다. 동일 서비스 범주 기준으로 모든 공급자에게 광범위하게 그리고 동일한 세율 및 금액 등 균등하게 적용되어야 한다는 연방 규정을 따르고 있다. ❸ 지방 정부 간 이전금(Intergovernmental transfers, IGT)은 지방 정부(local governments)에서 주 정부 메디케이드 기관으로 이전되는 자금으로 지방정부가 소유·운영하는 의료기관(예: 지방정부 요양원, 카운티 병원 등)이 포함된다. ❹ 공공지출 인증(Certified public expenditures, CPE)은 지방 정부, 병원, 또는 기타 공공기관이 수행한 메디케이드 관련 지출을 주 정부가 공식적으로 인증하여 연방 정부로부터 매칭 자금을 받는 방식이다. CPE 방식은 주 정부로 실제 자금이 이전되는 것이 아닌 지방 정부가 메디케이드 서비스 제공을 목적으로 지정한 공공자금이 실제로 지출되었음을 증명하고 이를 근거로 매칭을 신청한다(GAO, 2020). 2024 회계연도 기준, 연방 정부 자금 64.3%, 주정부 일반과 기타 주정부 자금이 35.7%로 구성되었고, 주정부의 메디케이드 총 지출은 전년 대비 5.3% 가량 증가하였고, 점차 연방 정부 자금의 증가세는 둔화되고, 주정부 자금은 증가하는 양상을 보이고 있다(National Association of State Budget Officers[NASBO], 2024; Akeiisa Coleman, 2025).

[그림 3-9] 주 정부 재원별 메디케이드 지불시 FMAP 적용 예시

주 정부 재원	메디케이드 지불 예시
주 정부 일반기금	 ❶ 주 정부: 주 정부 일반기금 1억 달러 배정 ❷ 연방 정부: 1억 달러 매칭 자금 제공 ❸ 총 2억 달러 규모 메디케이드 지불금을 공급자에게 지급
의료 공급자 세금	 ❶ 주 정부: 주 정부 내 모든 병원에 세금을 부과하여 1억 달러 징수 ❷ 연방 정부: 1억 달러 매칭 자금 제공 ❸ 총 2억 달러 규모 메디케이드 지불금을 일부 병원에 지급

주 정부 재원	메디케이드 지불 예시
지방 정부 간 이전금	 ❶ 카운티 병원이 1천만 달러를 주 정부 메디케이드 기관에 이전 ❷ 연방 정부: 1천만 달러 매칭 자금 제공 ❸ 주 정부는 카운티 병원에 총 2천만 달러 메디케이드 지불금 지급 → 결과적으로 지방 정부는 1천만 달러를 지출했으나 총 2천만 달러의 메디케이드 지불금을 수령
공공지출 인증	 ❶ 지방 정부: 메디케이드 서비스 제공, 비용 1억 달러를 CPE 형태로 주 정부 메디케이드 기관에 제출 ❷ 주 정부: CPE 1억 달러를 CMS에 보고 ❸ 연방 정부: FMAP을 적용해 총 메디케이드 지출의 반에 해당하는 5천만 달러를 주 정부에 지급 ❹ 주 정부는 연방 정부로부터 받은 자금을 지방 정부로 전달 → 결과적으로 지방 정부는 1억 달러를 지출하고 5천만 달러를 연방 정부로부터 보전

출처: "Medicaid: Primer on Financing Arrangement", Government Accountability Office, 2020, https://www.gao.gov/assets/710/708283.pdf의 pp. 6, 8, 9, 11 내용을 연구진이 번역 후 정리함.

다. 메디케이드 병원비 불균형 부담 병원 지원

(개요) 메디케이드 병원비 불균형 부담 병원(Medicaid disproportionate share hospital, DSH) 보상은 메디케이드 및 무보험자의 의료 접근성을 개선하고 안전망 병원(safety-net hospitals)의 재정 안정성 확보를 위해 의료기관의 미보상 진료 비용 상쇄를 위해 법적으로 지급이 의무화된 금액이다(Medicaid and CHIP Payment and Access Commission[MACPAC], 2023).

(발전) 1981년 메디케이드 의료기관 보상이 메디케어 보상에서 분리되면서 주 정부의 보상에 대한 재량권이 강화되었다. 이에 따라 저소득층 환자를 많이 진료하는 의료기관에 불리할 수 있다는 우려가 있었고, 메디케이드 DSH 보상이 시작되었다(MACPAC, 2023).

(대상 선정) DSH 대상 의료기관 결정에는 주 정부의 재량을 폭넓게 인정하지만, 연방법에 따라 각 주 정부는 1) 의료기관의 메디케이드 활용도가 메디케이드 지불금을 받는 주 내 의료기관의 평균보다 최소 1-SD(표준편차) 이상 높거나, 2) 해당 의료기관의 저소득층 입원 환자 이용률이 25%를 초과하는 경우 반드시 DSH 지원금을 지급해야 한다. 이외에, 주 정부는 메디케이드 이용률이 최소 1% 이상이고, 최소 2명 이상의 산부인과 의사가 메디케이드 가입자를 진료할 수 있는 권한을 가진 경우 추가적으로 DSH 수령 의료기관으로 지정할 수 있다. 따라서 DSH 기금을 받는 의료기관은 주별로 차이가 크다(MACPAC, 2023).

(지급액 산출) DSH 지급액은 연방법에서 지급 한도가 정해져 있지만, 한도 내에서 각 제공자에게 지급되는 DSH 지급액은 주 정부의 재량에 따라 결정된다. 기본적으로 지급액은 병원이 실제로 진료에 쓴 비용을 기준으로 계산되는데, 병원이 이미 메디케이드나 무보험 환자에게서 받은 돈

을 제외한 나머지 손실 부분만큼만 지급받는 구조다. 연방법에 따른 최소 지급액의 결정 방식은 1) 메디케어 DSH 조정 방법론, 2) 의료기관의 메디케이드 활용도가 평균보다 1-SD를 초과하는 정도에 비례하여 DSH 지불금을 증가시키는 방법론, 3) 의료기관 유형에 따라 기준을 다르게 하지만, 같은 유형의 의료기관에는 모두 동일하게 적용되며 메디케이드 및 저소득층 환자 이용과 합리적으로 연계된 방법론을 포함한다(MACPAC, 2023).

3. 미국 의료취약지 병원 지원 사례

가. Medicare Critical Access Hospital(CAH)

(개요) 메디케어 중요 접근 병원은 미국에서 농촌 지역의 필수의료 인프라를 유지하기 위해 지정된 중소병원을 지원하는 제도로, 의료접근성이 취약한 지역에 위치한 소규모 병원을 대상으로 재정적 취약성을 줄이고 지역 내 주민의 의료 접근성을 향상시키기 위한 목적으로 지원한다. 1997년 「Balanced Budget Act」에 근거하여 시작되었고, 최소한의 의료서비스 보장을 위한 안전망 차원의 제도로 볼 수 있다(CMS, 2025b).

(대상 선정) CAH는 현재 메디케어에 참여 중인 병원으로 1989년 11월 29일 이후 운영이 중단되었거나 이전에 병원으로 운영되다가 클리닉이나 센터도 규모가 축소된 병원이 대상이 될 수 있다. 메디케어에 참여 중인 병원의 경우 (그림 3-10) 조건을 충족하는 병원을 CAH로 지정할 수 있다(CMS, 2025b).

(지급액 산출) 기본적으로 비용 기반 지불보상(cost-based payment)에 따라 메디케어 환자 진료에 대해 일반병원보다 더 유리한 조건으로 보상을 받게 된다. 구체적으로 입원, 외래, 검사실, 재활치료, swing-bed

서비스 등에서 실제 투입 비용의 101%를 메디케어가 지급한다. CAH는 매년 메디케어에 실제 사용된 비용 보고서를 제출하고 이에 따라 급여액이 산정 및 지급되는 구조다(CMS, 2025b).

[그림 3-10] 미국 메디케어 중요 접근 병원 지정 조건

- 주립 메디케어 농촌 병원 유연성 프로그램(State Medicare Rural Hospital Flexibility Program)을 수립한 주에 위치
- 주 정부에서 CAH로 지정
- 농촌 지역이나 농촌으로 간주되는 지역에 위치
- 1) 가장 가까운 병원이나 CAH에서 35마일 이상 떨어져 있거나 / 산악지대, 보조도로만 있는 지역에서 15마일 이상 떨어져 있거나 2) 2006년 1월 1일 이전 해당 지역 주민에게 의료 서비스를 제공하는 "필수 제공자"로서 주 정부 지정을 받아 CAH로 인증된 경우
- 입원 또는 swing-bed 서비스에 사용할 수 있는 병상은 최대 25개로 유지
- 급성 입원 치료(swing-bed 서비스 및 별도의 부분 병동 내 병상 제외)의 경우 환자 한 명당 연간 평균 입원 기간을 96시간 이하로 유지
- 42 CFR Part 485 subpart F에 명시된 CAH 참여 조건(conditions of participation, CoP) 준수를 입증
- 주 7일, 24시간 응급 치료 서비스 제공

출처: "Critical Access Hospitals", Centers for Medicare & Medicaid Services, 2025b. https://www.cms.gov/medicare/health-safety-standards/certification-compliance/critical-access-hospitals

나. Sole Community Hospital(SCH)

(개요) 단독 지역사회병원은 미국에서 농촌 지역의 필수의료 인프라를 유지하기 위해 지정된 중소병원을 지원하는 제도로, 인근에 대체 병원이 없는 지역 유일한 종합병원 수준의 의료기관을 이용할 수 있도록 보장하려는 목적의 지원이다.

(대상 선정) SCH 지정의 기본 조건(a)은 다른 유사한 병원에서 35마일 이상 떨어져 있거나, 의료법 규정 §412.64에서 정하는 농촌지역에 위치

하면서 다음 중 하나의 조건을 충족할 때에 해당한다(그림 3-11).

(지급액 산출) 병원별 실적급여제(실제 사용 비용 보상)와 표준 급여율(전국 평균 기준 수가) 중 유리한 금액을 선택하여 지급받을 수 있으며, 일정 기간 동안 환자 입원건수가 5% 이상 증가하는 등의 특수 상황이 발생할 경우 추가 보상(lump-sum adjustment)을 신청할 수 있고 현장 심사 후 차액을 보정 지급한다.

[그림 3-11] 미국 단독 지역사회병원 지정 조건

❶ 다른 유사한 병원에서 25~35마일 떨어져 있으며 다음 기준 중 하나를 충족함
(i) 병원의 서비스 지역 내에 거주하는 주민 중 입원 환자 또는 메디케어 대상 입원 환자의 25% 이하만이 반경 35마일 이내에 위치한 다른 유사 병원(또는 서비스지역 내의 병원)으로 입원하는 경우
(ii) 병상이 50개 미만이고, 메디케어 행정 대행기관(MAC)가 해당 서비스 지역 내에서 반드시 필요한 전문진료의 부재로 일부 환자가 외부 병원으로 진료를 받으러 간 경우를 제외하면, ❶(i) 기준을 충족했을 것으로 판단하는 경우
(iii) 지역의 지형적 특성이나 반복적인 극한 기상 조건으로 인해, 2년 중 최소 1년에 걸쳐 30일 이상은 다른 유사 병원 접근이 불가능한 경우
❷ 병원이 다른 유사 병원으로부터 15~25마일 거리에 있지만, 지역의 지형적 특성 또는 반복적인 극한 기상 조건으로 인해 2년 중 최소 1년에 걸쳐 30일 이상 타 병원 접근이 불가능한 경우
❸ 거리, 도로 제한속도 및 예측 가능한 날씨 조건 등을 고려할 때, 해당 병원에서 가장 가까운 유사 병원까지 이동 소요 시간이 최소 45분 이상인 경우
❹ 병원 본원이 하나 이상의 원격 위치(remote location)와 단일 공급자 계약 내에 있고, 해당 위치들이 입원환자 급여제도(Inpatient Hospital Prospective Payment System) 하에 서비스를 제공 및 청구하며, § 413.65에서 명시된 '본원 및 원격 위치의 공급자 기준'을 충족할 때는, 본원과 원격 위치 전체의 자료를 합산해 ❶(i) 및 (ii) 조건을 충족하는지 입증해야 함. 단, 거리·농촌지역 요건 및 ❶~❸항에 규정된 거리·접근성·이동시간 요건은 본원과 원격 위치 각각이 독립적으로 갖추었음을 증명해야 함.

출처: U.S. Code of Federal Regulations. Title 42: Public Health, Part 412—Prospective Payment System for Inpatient Operating Costs. Subpart G—Special Treatment of Certain Facilities Under the Prospective Payment System for Inpatient Operating Costs. § 412.92 Special treatment: Sole community hospitals. https://www.customsmobile.com/regulations/title42_chapterIV_part412_subpartG_section412.92를 번역하여 연구진이 작성하였음.

제3절 소결

(일본 사례 시사점) 일본 사례를 통해 우리나라 지역 의료 보상체계 설계의 필요성과 방향을 몇 가지로 정리해 볼 수 있다. 일본에서는 의료취약지를 대상으로 최소한의 필수의료 기능 유지를 위해서는 국고와 지방보조금 지원을, 형평성 있는 지역 의료체계 유지를 위해서는 진료보수를 가산하는 방식을 사용하는 등 주요 목적에 따라 보상 수단을 달리하고 있다. 또한, 일본에서는 "어디에" 줄지에 대한 부분을 단순히 행정구역상 지역만을 기준으로 하지 않고 도서 지역 등 실제 행정구역상 의료취약지(예: 낙도 가산)와 의료취약성 지표·필수의료 기능·의료전달체계·근무환경 개선 및 이러한 기능이 유지되는지(예: 지역의료지원병원 가산, 지역의료체제확보 가산) 등을 통합적으로 고려하고 있다. 이러한 구조는 필수의료 기능을 평가하고, 암·뇌혈관질환·응급 등 지역 내 특정 의료역할을 담당하는 기관에 별도 가산을 부여하며, 환자 의뢰·연계율, 협력 네트워크 구축 등 의료전달체계와 인력 정책까지 가산요건에 반영하고 있다. 일본의 사례는 단순 입지나 지방이라는 이유만으로 재정지원하는 방식이 아니고 우리나라처럼 의료영역에 따라 보상 정책을 구분하지 않는다. 대신 실제 의료 취약성, 기능 수행 정도, 정책 연계성, 다층적 구조 등 구체적 요소를 체계적으로 반영한다는 특징이 있다. 이러한 경험은 지역수가를 포함한 우리나라 지역 의료보상체계 설계에도 의료취약도, 필수의료, 의료전달체계, 근무환경 등 다양한 기준을 통합하는 방향이 필요함을 시사한다. 진료보수에 직접 가산하는 형식이어도 각 가산이 부여하는 의미가 지역 중심, 기능 중심, 성과 중심으로 다층적 가산 구조로 구분될 수 있고, 우리나라 지역 의료 보상체계 설계에도 이러한 형태를 적용해 볼 수 있는 통합적 구조를 찾는 것이 중요하다. 또한, 후생노동성은 주기적

으로 가산 적용 대상 및 기관을 공개·관리하면서 정책을 지속적으로 개선하고 있는 것처럼 유사한 문제(의료취약지 소멸, 수도권 쏠림, 필수의료 공백, 인력 불균형)를 안고 있는 우리나라도 지역수가를 포함한 지역 의료 보상체계 개선은 선택이 아니라 필수적 정책 수단이라는 점을 일본 사례에서 살펴볼 수 있다.

(미국 사례 시사점) GPCI는 1992년부터 메디케어 수가 체계의 핵심적인 지역보정 장치로 기능해 왔지만, 그 타당성과 실제 효과에 대해서는 지속적인 논의와 평가가 이어져 왔다. 미국 회계감사원(Government Accountability Office, GAO)에서 발간한 2005년과 2007년 보고서에 따르면 CMS가 사용한 데이터의 시의성과 지역적 대표성에 한계가 있음을 지적하였다. 특히 임대료 및 직원 인건비 자료가 현실의 의료비용 변동을 충분히 반영하지 못하는 점 등을 문제로 제시하였다(GAO, 2005; GAO, 2007). 2011년 미국 의학원(Institute of Medicine, IOM)에서는 메디케어의 지리적 조정 정책을 포괄적으로 검토하였고, GPCI의 자료원 정확도, 산출 방법의 불투명성을 주요 한계로 지적하며 몇 가지 개선안을 제시하였다. 업무량 GPCI 산출시, 단순한 지역별 의사 임금이 아닌 의사 인력 확보의 난이도(physician recruitment difficulty)를 보조지표로 고려하고, 운영비용 GPCI 산출시 진료소 유형별, 지역 시장지수, 소규모 개원의 비용을 반영하고, PLI GPCI 산출시 보험사 보고 데이터와 실제 지급된 보험료 간 불일치를 개선하는 방안을 제언한 바 있다(Institute of Medicine[IOM], 2011). 이에 따라 CMS는 지역 경계의 대대적인 재조정보다 주별 균형 유지와 보정의 일관성을 우선시하지만, 장기적으로 소지역 또는 통계 지역 단위(metropolitan statistical area, MSA)로 전환하는 방안을 검토 중이다(AMA, 2025).

미국 지역보정지수는 본질적으로 지역별 임금, 운영비, 보험료 등 의료 행위를 위해 투입되는 비용에 따른 가격 차이를 반영하는 지불의 비용 측면 형평성을 확보하는 것이 주요 목적이기 때문에 의료 접근성이나 의료 공급 격차 완화를 목표로 하는 우리나라 지역수가 제도 설계에 적용하기에는 한계가 있다. 즉, 미국과는 정책적 목적과 방향이 다른 측면이 있다. 다만, GPCI가 객관적 데이터 기반의 지역별 비용 산정 체계를 구축하고, 정기적 갱신과 투명한 공개를 제도화한 점은 우리나라 지역수가 설계 시 지표 기반의 합리적 산출체계 및 정기 평가 시스템 구축 측면에서 참고할 만하다.

메디케이드는 연방 정부와 주 정부가 공동으로 재정을 부담하여 공공의료 안전망 역할을 하는 대표적 제도로 볼 수 있다. 소득이 낮은 주의 FMAP을 높게 책정하여 소득 수준 격차를 보정하고자 하였고, 다양한 형태의 주 정부 재원이 있다. 주 정부 일반기금은 메디케이드의 기본 재원으로 안정성은 높으나 탄력성이 낮다는 한계가 있고, FMAP이 소득 수준에 따라 차등되어 있어도 주 내부 카운티 단위 등 작은 단위의 지역 간 의료 공급 불균형을 고려하지는 못한다. 의료공급자의 세금을 통한 기금의 경우 병원 규모에 따라 발생할 수 있는 불균형이나 일부 주에서 연방 부담 비중을 확대하는 수단으로 악용하는 등 형평성 문제가 있을 수 있다. 지방 정부 이전금은 재정자립도가 높은 지역일수록 유리한 구조로 실제적으로 연방 지출을 확대시키는 효과가 있을 것으로 판단되어 역시 형평성 측면의 문제를 고려하지 않을 수 없다. 공공지출 인증의 경우 실제 지출 비용을 인증하는 방식으로 성과 기반 보상 구조로 발전시킬 수도 있겠으나, 주 정부가 매칭 금액의 일부를 보유하게 되면 지방 정부의 실제 이익은 감소하는 부작용이 있을 수 있다. 이외에 주 정부는 다양한 재원을 활용할 수 있기 때문에 이로 인한 연방 정부의 부담이 증가하고 효율성이나 투명성

이 저하될 우려가 있다. 또한, CMS의 데이터 보유나 감시 체계의 부족이 과다 지출이나 앞서 언급된 비효율에 대한 관리가 제한적으로 이루어질 수 있다. 이 사례는 직접적으로 지역 간 의료 격차를 완화하기 위한 정책은 아니지만, 의료행위 단가를 가산하거나 의료기관에 직접 보조금을 지급하는 형태가 아닌 지역 단위의 재정 참여에 기반한 인센티브 제도로 접근할 수 있다. 즉, 지자체가 공공의료 재정에 기여한 부분을 보전하는 구조를 통해 지역의 의료체계 전반의 재정 안정화를 도모할 수 있다.

특히, 미국 메디케이드의 병원비 불균형 부담 병원, 중요 접근 병원, 단독 지역사회병원 지원제도가 필수의료 기능 수행 과정에서 발생하는 구조적 손실을 보전하기 위한 재정 지원인 것처럼 우리나라에서도 필수의료 기능을 담당하는 지역 의료기관이 수익보다 손실이 큰 경우에 대해 수가 가산 형태가 아닌 기능 기반 인센티브 형태의 지원방안을 검토할 필요가 있다.

제4장

지역 의료 보상체계 설계 방향

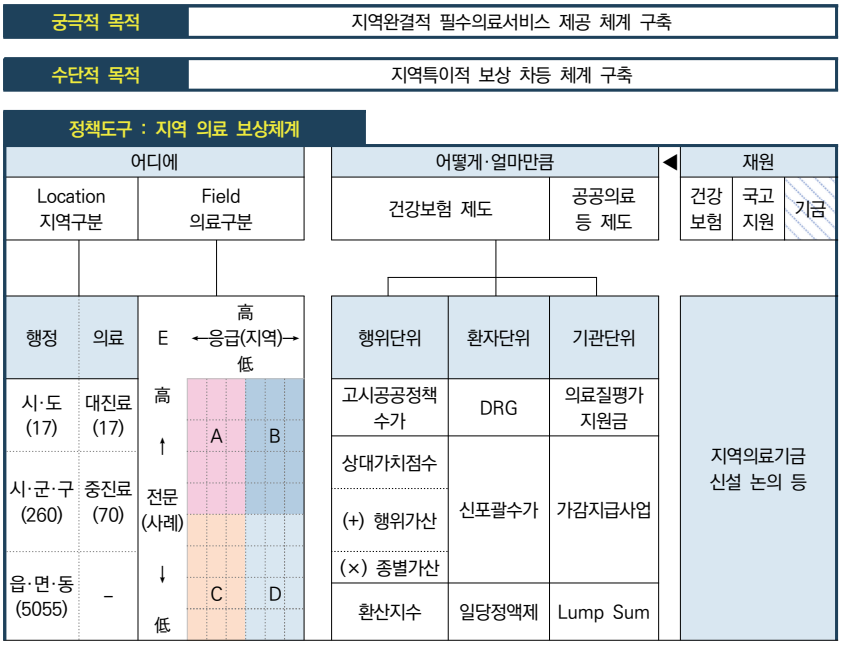
제1절 지역 의료 보상체계 설계의 기본 구상
제2절 지역 의료 보상체계 설계 원칙

제 4 장 지역 의료 보상체계 설계 방향

제1절 지역 의료 보상체계 설계의 기본 구상

지역 의료 보상체계의 궁극적 목적은 지역완결적 필수의료서비스 제공 체계 구축에 있다. 따라서 지역특이적 보상 체계, 즉, 보완적 지역 공공의료 보정 체계 마련을 지향하며, 이를 위한 정책 도구는 크게 “어디에”, “어떻게”, “얼마만큼” 줄 것인가와 재원으로 나누어 볼 수 있다(그림 4-1).

[그림 4-1] 지역 의료 보상체계 구상(안)

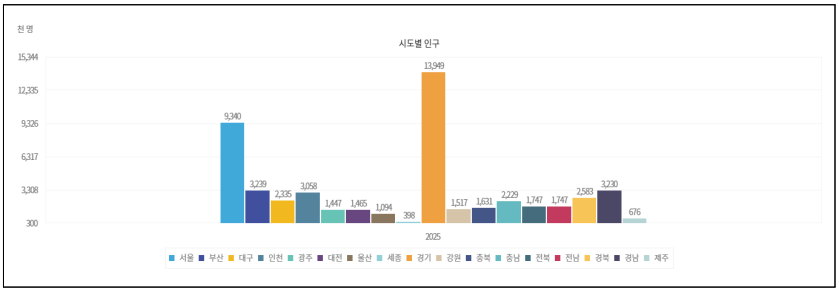


출처: “국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구”, 신현웅 외, 2025, 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.413.

1. 지역 의료 보상체계 대상 지역

첫째, 어디에 적용할 것인가에 대한 고민으로 지역과 의료영역을 모두 고려하여 정할 필요가 있고, 크게 ❶ 행정구역 기준, ❷ 진료권역 기준, ❸ 다양한 지표를 활용한 권역 기준으로 대상 지역 선정 방식을 고려해 볼 수 있다. 현재 행정구역과 진료권역이 수가 차등 단위 설정에 가장 많이 활용되고 있으며, 2024년 12월 기준 대한민국의 행정구역은 17개 '시·도', 226개 '시·군·구', 3,551개 '읍·면·동으로 구분되어 행정구역을 기준으로 할 경우 지자체 행정과의 연계가 수월하다는 장점이 있지만 의료서비스 이용 및 공급 체계 반영이 충분히 이루어지지 않는 제한점이 있다(행정안전부, 2025).

[그림 4-2] 시도별 인구 현황



주: 전국 17개 광역시도별 인구. 2022년까지는 확정 인구이고 2023년부터는 추계인구임.
출처: "「장래인구추계(시도편): 2022~2052년」", 통계청, 2024.

2019년 발표된 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」에서 전국 162개 시군 단위 자료로 기본 단위를 설정하고, 건강보험 청구자료, 주민등록 인구자료, 교통 네트워크 자료 등을 연계하여 단위별 의료이용과 인구 특성을 파악하여, 17개 권역을 대진료권, 70개 지역을 중진료권으로 구분한 바 있다(김윤 외, 2019)(표 4-1). 진료권의 경우 의료이용 및 의료서비스

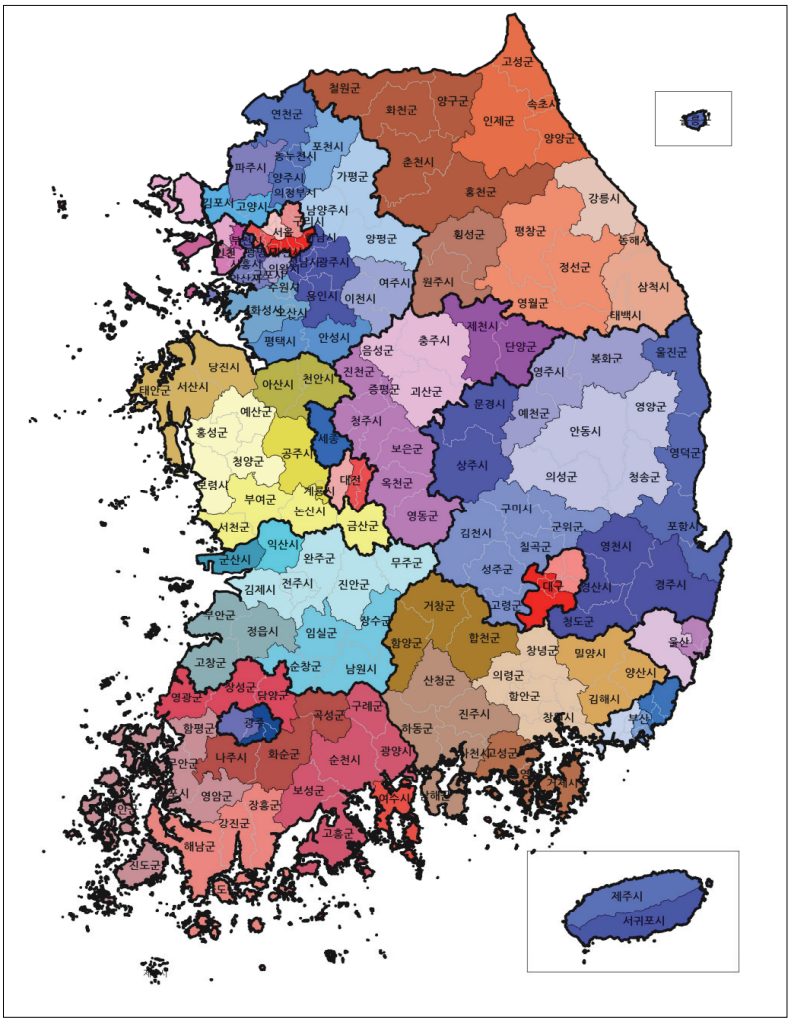
제공 특성을 반영하는 기준이 될 수 있으나 2017년까지의 자료로 설정되어 현재 상황을 반영하기 위해 최근 자료로 재설정하는 등 논의가 필요하며, 의료서비스 세부 내역별 진료권과는 차이가 없다는 제한점이 존재한다.

〈표 4-1〉 진료권 도출 과정

구분	세부	내용
1. 자료원 구축	1) 단위지역	진료권 분석을 위한 단위지역으로 162개 시/군 자료를 활용함.
	2) 단위지역 간의료 이용 자료	단위지역 간 의료이용자 정보는 건강보험 청구 자료(진료비 청구 자료 및 자격 관리 정보)를 이용하여 분석함.
	3) 단위지역별 인구자료	단위지역 인구수는 통계청 주민등록 인구 자료 중 2013~2017년도의 평균 인구자료를 이용하여 산출함.
	4) 단위지역 간 거리자료	단위지역의 인구중심점간 최단거리 소요시간의 GIS 분석은 국가교통DB센터의 교통분석용 네트워크 자료를 이용함.
2. 진료권 분석	ㅇ 진료권은 162개 단위지역을 기준으로 분석하였으며, 최종적으로 **50개의 중진료권이 도출**됨. ㅇ 최종적으로 도출된 중진료권은 진료권 구성을 위한 조건만 반영된 결과로 시도 경계를 넘어 권역이 구성됨.	
3. 진료권 조정	1) 시도 경계 기준 진료권 조정	ㅇ 일부 중진료권은 시도 경계를 넘어 권역이 구성된 경우가 있어 행정구역 단위로 공공보건의료 정책이 수행되고 있는 경우 정책적인 활용이 어려울 수 있음. ㅇ 이에 시도 경계가 일치하지 않는 지역을 대상으로 시도 내 타 권역에 병합하는 절차를 통해 정책적으로 활용 가능한 진료권을 도출함. ㅇ 시도 경계 기준 진료권을 조정한 경우 **총 59개 진료권**이 도출됨.
	2) 특·광역시 경계 기준 진료권 조정	ㅇ 단일 권역의 특별시ㅇ광역시를 대상으로 진료권을 구성함. ㅇ 도 단위 지역과 같이 인구, 거리, RI를 기준으로 진료권을 구분할 경우, 특별시ㅇ광역시 단위 통상적 진료권이 구성되지 못하는 제한점이 있음. ㅇ 특별시ㅇ광역시 세부진료권 분석 결과를 반영한 경우 **총 71개 진료권**이 도출됨.
	3) 워크숍을 통한 최종진료권 도출	ㅇ 워크숍을 통해 앞서 도출된 진료권(안)에 대해 진료권별 책임의료기관 후보자원의 분포 및 정책실현 가능성 등을 검토함. ㅇ 쟁점이 나타난 지역의 경우 시도별 의견을 수렴하여 진료권 재조정 작업을 수행하였으며, **최종적으로 70개 진료권**을 도출함.

출처: “필수의료 진료권 구분 및 의료현황 분석 연구”. 김윤 외, 2019, 보건복지부, pp. 21-39.

[그림 4-3] 중진료권 선정 결과(2019)



출처: “필수의료 진료권 구분 및 의료현황 분석 연구”. 김윤 외, 2019, 보건복지부, pp. 21-39.

일본 사례에서 볼 수 있듯이 도서·산간 지역을 대상으로 한 가산, 필수의료 영역을 중심으로 한 가산, 지역의료체제 개선을 위한 가산 등 지역과 의료영역의 복합적 고려가 필요하다. 지역수가가 필요한 의료영역을

선정할 때 현재 법률에 근거해 지역적 정책 개입이 이루어지고 있는 의료 영역을 참고할 필요가 있다(표 4-2). 공공의료영역에서 의료취약지 3분야, 공공전문진료센터 4분야, 기타 2분야 및 책임 의료기관 지정 사업이 있고, 권역 심뇌혈관질환 센터, 응급의료센터 및 응급의료기관, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 중앙 및 지역 암센터, 공공어린이재활병원 및 재활센터가 있다. 따라서, 단기적으로 현행 법률에 기반해 운영되고 있는 사업에 먼저 도입 후, 장기적으로 의료 세부 영역으로 확대하는 방안도 고려해 볼 수 있다.

〈표 4-2〉 법률에 근거한 공공의료 등 정책 요약

근거 법령	공공보건의료 수행기관		개소	운영지원	설치지원
공공보건 의료에 관한 법률	의료취약지 지원사업 기관	소아 청소년	22	【1차년도】 인건비 (6개월분, 1.25억)	시설·장비비 (1.92억)
				【2차년도】 인건비 (1년, 2.5억)	
		분만 취약지	52	【1차년도】 운영비 (6개월, 2.5억)	시설·장비비 (1년, 6억)
				【2차년도】 운영비(1년, 5억)	시설·장비비 (1년, 6억)
		인공신장실	11	운영비(2억)	
	공공전문 진료센터	노인 공공전문 진료센터	4		
		어린이공공 전문진료센터	14		건립비용 지원 시설장비비: 61억원
		호흡기 공공전문 진료센터	7		
		류마티스 및 퇴행성관절염 공공전문 진료센터	6		

근거 법령	공공보건의료 수행기관		개소	운영지원	설치지원
	기타	신생아 집중치료지역센터	50	【2차년도 이후】 10병상(0.8억), 5병상(0.4억)	【1차년도】 10병상(15억), 5병상(7.5억)
		고위험산모 신생아통합진료센터	20	【2차년도 이후】 개소당 3억원	【1차년도】 시설장비비 10억
	지역·권역 책임의료기관		17 (권역)	권역(6.6억원), 지역(4.8억)	
			56 (지역)		
장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률	공공어린이재활병원		4	지정병원(3.0억)	
	공공어린이재활센터		9	지정센터(1.2억)	
심뇌혈관 질환의 예방 및 관리에 관한 법률	중앙심뇌혈관질환센터		1	운영비(12억)	
	권역심뇌혈관질환센터		14	운영비: 전문진료(2.5억), 예방사업(3.5억)	
응급의료에 관한 법률	중앙응급의료센터 (국립중앙의료원)		1	국가운영	
	권역응급의료센터 (29개 권역)		44	평가결과보조금	
	지역응급의료센터		132	평가결과보조금	
	지역응급의료기관		244	평가결과보조금	
	전문응급의료 센터	소아전문 응급의료센터	12	운영비 지원	
		화상	1		설치비용 지원
		독극물중독	1		설치비용 지원
	권역외상센터		17	운영비 지원	설치비용 지원
암관리법	국립암센터		1	운영비 지원	
	지역암센터		13	사업비(2억) 권역암생존자통합 지지센터 사업비(2억)	건립비 지원 (인천, 경기, 울산, 충남 건립비 지원 제외)

건강보험 수가 지원

출처: “공공정책수가 및 지역출처: “공공정책수가 및 지역수가 구상”, 한국보건사회연구원, 2023, pp. 28-29.

마지막으로 ❸ 단순한 행정구역 구분이 아닌 다양한 지표들을 종합적으로 고려하여 맵핑한 데이터를 바탕으로 보상을 차등 지급하는 방안을 구상할 수 있다. 이는 국민의 생명 보호를 위해 물리적 접근성이 어느 정도인지와 의료서비스 제공자의 숙련도 및 전문성 향상과 관련해 임상 사례 등 전문성을 확보하기 위한 자원이 충분히 집중되는 정도를 고려하는 체계가 될 수 있다(표 4-3). 현재 국립중앙의료원에서 제공하는 헬스맵(Health Map)[15], 국민건강보험공단의 의료이용지표, 지역의료지도(연구 수행 중) 등을 활용하여 의료영역과 보상지역 단위와 의료특성 등을 복합적으로 고려하여 지역 가산을 위한 대상 지역을 선정할 수 있다.

〈표 4-3〉 영역별 의료서비스 접근도 및 전문성 고려(안)

분야(예시) / 접근*전문	일반적 소아진료	(희귀)중증 소아진료	분만	암	외상
권역단위 **전문센터 지원 방식**		○●		○	●
			○	●	○
지역단위 **취약지 지원 방식**	○				
고려사항	주기적 관리 (주로~3세까지)	전문성高 높은 자원 집약도	주기적 관리	전문성高 일정기간 주기적 관리	전문성高
현행사업 함께 검토	취약지 소아청소년과 지원	어린이 공공전문 진료센터	취약지 산부인과 지원	암센터 사업	
⇧					
적자보상 **자원유지 방식**	(예시) 운영 적자 발생시 회계자료 분석 및 성과평가 기반 보상 수행				

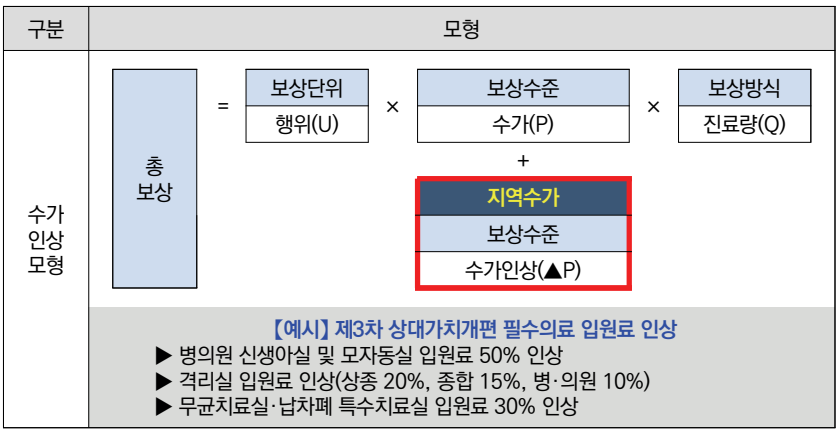
출처: “공공정책수가 및 지역수가 구상”, 한국보건사회연구원, 2023, p. 33.

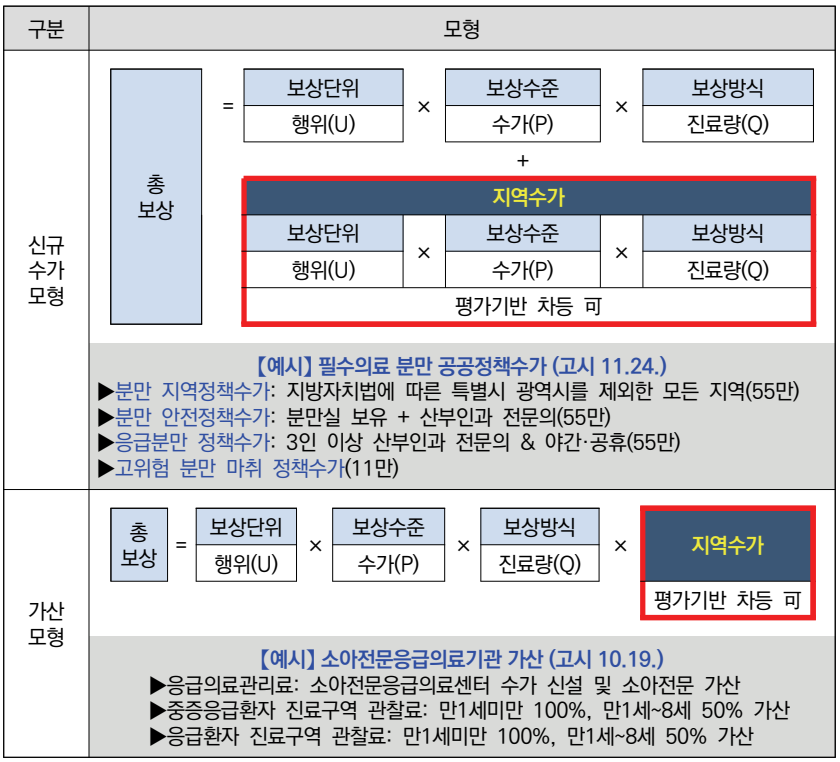
15) https://www.healthmap.or.kr/

2. 지역 의료 보상 지불방식

둘째, 어떻게 적용할 것인가에 대해 다양한 대안을 고려해 볼 수 있다. ❶ 행위 단위에서 일본의 지역의료지원병원 가산이나 지역의료체제확보 가산 사례와 유사하게 행위별 수가에 지역가산 또는 필수의료 가산 비율을 추가하는 방식(그림 4-4), ❷ 환자 단위에서 의료자원이 적은 지역을 고려하기 위해 일당정액제 산출시 지역의료계수를 재검토하는 것과 유사한 방식 활용, ❸ 기관 단위에서 성과 보상 요소(의료 질, 접근성 개선, 환자 건강성과 등)를 포함하거나 인프라 및 인력 투자비용의 보전을 고려하는 방식이 있을 수 있다. 얼마만큼 보상할지에 대한 부분은 원가조사에 근거한 보상 수준 산정이 필요하고, 아울러 취약도 평가에 따른 등급화와 차등 보상 체계를 구상할 필요가 있다.

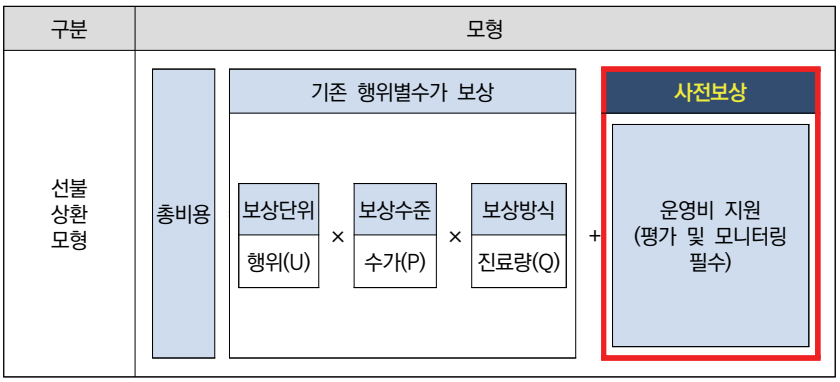
[그림 4-4] 보완형 보상 모형

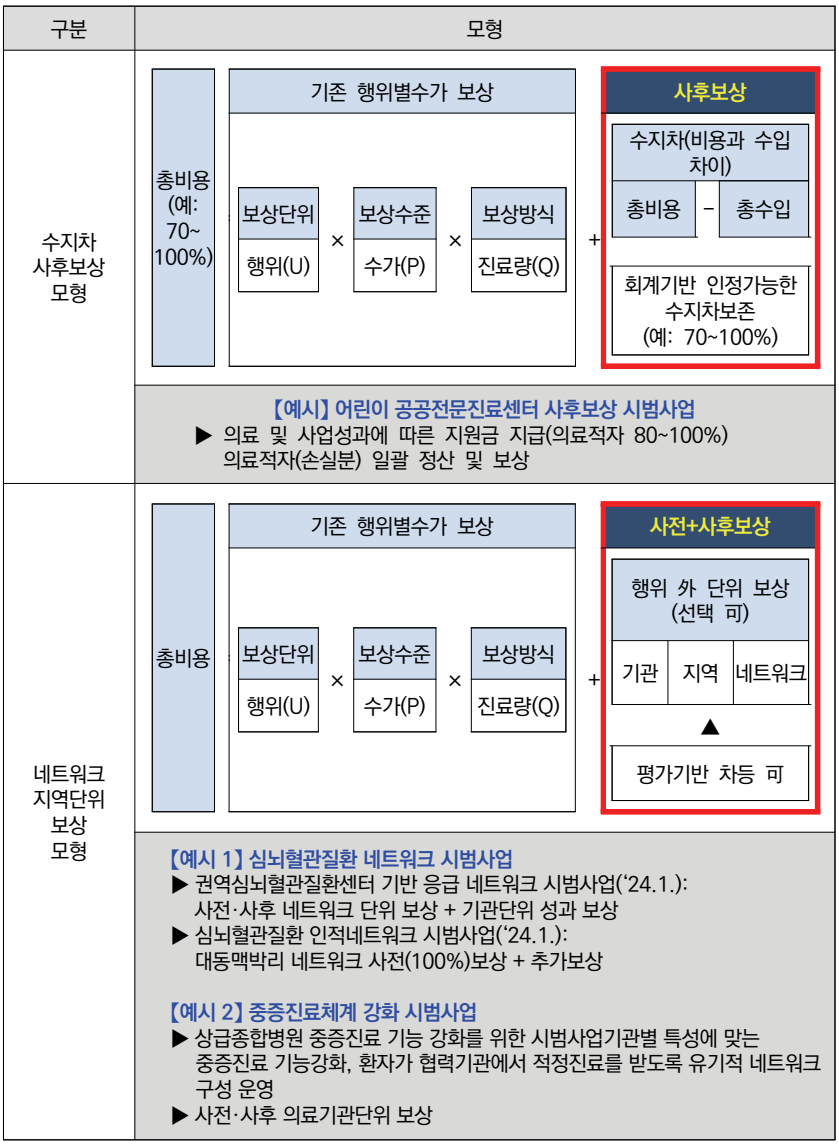




출처: “공공정책수가 및 지역수가 구상”, 한국보건사회연구원, 2023, p. 10.

[그림 4-5] 대안형 보상 모형





출처: "공공정책수가 및 지역수가 구상", 한국보건사회연구원, 2023, p. 11.

[그림 4-6] 보완형 + 대안형 보상 모형

출처: “공공정책수가 및 지역수가 구상”, 한국보건사회연구원, 2023, p. 12.

3. 지역 의료 보상을 위한 재원

셋째, 얼마만큼 보상할지에 대한 부분은 재정 출처와 지속성 등에 크게 의존하게 되며 건강보험 재정, 국고 지원, 발전기금 등의 재원을 통해 마련되어야 한다. 행위 단위 및 환자 단위 가산을 적용하게 되면 건강보험 재정을 활용할 수 밖에 없으며, 이에 따른 재정 부담 또한 불가피하게 고려되어야 한다. 재원 조달 및 배분 방식은 제도의 실효성을 결정짓는 핵심 요소로 보다 심층적인 연구가 필요하다.

제2절 지역 의료 보상체계 설계 원칙

(지역 의료 보상체계 설계 원칙) 지역 의료 보상체계 설계는 먼저 목적이 무엇인지에 따라 방향이 달라져야 한다. 크게 ❶ 최소한의 필수의료 기능 유지를 최우선으로 하는 경우(안전망 확보 차원)와 ❷ 지역 내 일정 수준의 의료서비스 공급을 목적으로 하는 경우(형평성 확보 차원)로 구분해 볼 수 있다. 예를 들어, 최소한의 필수의료 기능 유지가 필요한 지역은 일본의 불채산지구병원에 대한 보조금 지급이나 미국의 병원비 불균형 부담 병원에 대한 지원금과 같이 의료기관의 운영 손실을 보전하는 방식이나 이런 지역에 근무하는 의료진에 대한 인센티브 등 인력이 유지될 수 있도록 하는 보상에 초점을 두어야 한다. 지역 내 일정 수준의 좋은 의료서비스 제공에 목적이 있는 지역은 일본의 지역의료체제확보 가산이나 암 거점병원 가산과 같이 기능과 성과에 기반한 수가 가산이나 의료의 질 및 성과 관리와 연계된 보상 방식에 초점을 두는 것이 바람직하다. 현재 국내 지역 의료는 위에 제시된 두 가지 문제가 공존하므로 위 두 접근을

상호보완적으로 연결한 구조로 설계될 필요가 있으며, 이를 위해 단순히 지역수가를 어떻게 얼마나 주는가의 문제를 넘어 공급-수요-재원-제도를 포괄하는 구조로 설계되어야 한다. 또한 기존 관련 제도 및 사업과의 정합성 평가를 통해 비용 효율적으로 접근할 필요가 있다.

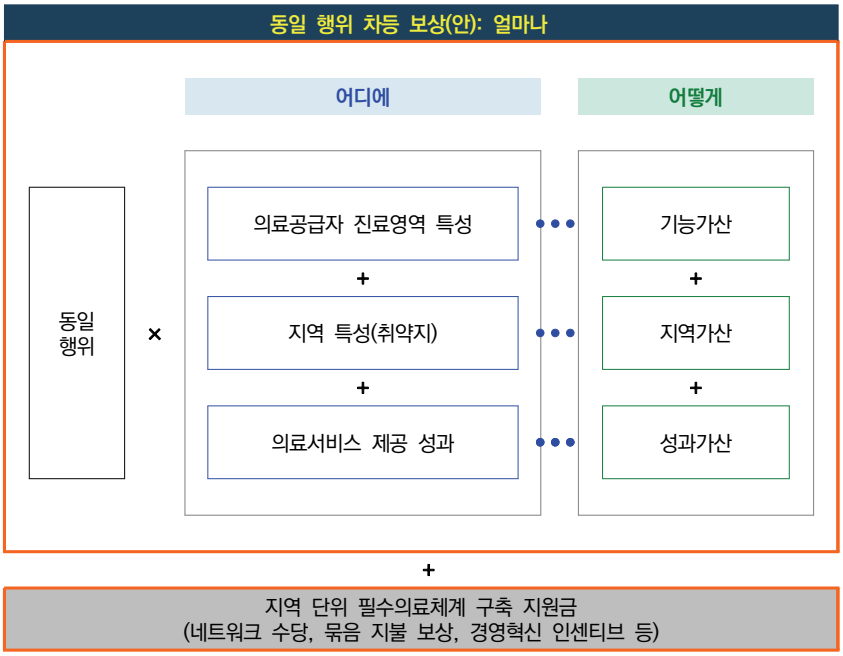
〈표 4-4〉 지역 의료 보상체계 설계 원칙

분야	원칙
왜	- 안전망 확보 차원인지 형평성 확보 차원인지에 대한 우선 목적 선정
어디에	- 목적에 따라 전략적으로 대상 선정 기준 제시 필요 - 지역 선정 시 고려되어야 하는 요인의 포괄적 논의 필요(의료기관과의 상대적 거리, 지역친화도, 필수의료 공백 정도, 인력 분포 등)
어떻게·얼마나	- 의료 공급 측면에만 제한된 접근보다 통합적 접근의 보상체계 설계 필요 - 기능, 성과, 지속가능성에 따른 다층적 보상체계 설계 필요 (기능 기반 보상, 성과 연계 보상, 복합 보상) - 지역수가, 의료기관 단위 지원금, 인력 인센티브, 기금 등 다양한 형태 고려 - 기능, 성과 등 평가 및 모니터링 체계 구축
재원	- 건강보험, 국가, 지자체 재정 참여 병행으로 다원적 재원 조달 방식 고려 - 양질의 의료서비스를 위한 일정 비용 분담 관련 소비자의 공감대 형성 필요

출처: 연구진이 작성함.

(지역특이적 보상체계) 지역 의료 보상체계 구성을 아래와 같이 제안해 볼 수 있다. 수가 가산과 더불어 개별 행위 또는 개별 기관에 대한 보상 및 지역 단위에서 지역 특성을 기반으로 한 지원을 포괄적으로 고려하는 방향으로 지역특이적 보상체계를 구상해 볼 수 있다. “어디에”에 해당하는 부분은 의료기관 특성 및 진료영역 특성, 지역 특성, 의료서비스 제공 성과 세 가지 요소를 포괄할 수 있는 개념으로 설계되는 것이 바람직하며, 지역수가를 구상한다고 하면 기능가산, 지역가산, 성과가산을 구성요소로 포함하여 설계해 볼 수 있다.

[그림 4-7] 지역특이적 보상체계(안)



출처: 제4장의 연구 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

제5장

결론

제 5 장 결론

본 연구에서는 국내 지역 의료 관련 정책 현황과 국외 주요 사례를 분석하고, 전문가 및 지역 의료 관계자와 논의하여 지역 의료 보상체계 설계를 위한 원칙과 방향성을 제시하고자 하였다.

지역 의료 보상체계 설계는 먼저 목적이 무엇인지에 따라 접근을 달리해야 한다. 크게 ❶ 최소한의 필수의료 기능 유지를 최우선으로 하는 경우(안전망 확보 차원)와 ❷ 지역 내 일정 수준의 의료서비스 공급을 목적으로 하는 경우(형평성 확보 차원)로 구분해 목적에 집중한 설계가 필요하다. 국내 정책 현황 분석 결과, 안전망 확보 차원인지 형평성 확보 차원인지를 명확히 구분하여 보상체계를 설계 및 운영해 온 것은 아닌 것으로 파악되며, 소아, 분만, 중증·응급, 인공신장 영역에 집중한 지원 체계를 유지해 왔다. 해당 영역의 의료 취약지를 대상으로 운영비, 시설비 등을 지원하는 예산 지원형 사업(의료취약지 소아청소년과 지원사업, 분만취약지 지원사업, 의료취약지 인공신장실 지원사업), 수가 대안형 사업(소아진료 지역협력체계 구축 시범사업, 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업, 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 등)에서 성과 기반의 사전·사후 보상을 제공하는 방식의 정책이 있으며, 소아, 분만, 중증·응급을 대상으로 지역가산 및 공공정책수가를 지급한 예가 있다. 목적을 구분해야 하는 이유는 분만취약지 수가 가산의 경우 분만 건당 가산되는데 '취약지'의 경우 진료량, 즉 수요 자체가 없는 경우가 많기 때문에 아무리 가산이 된다 하더라도 가산의 혜택을 제대로 받을 수 없는 구조이다. 우리나라는 예산 지원형, 수가 가산형, 대안형 등 다양한 의료 보상 방식을

특정 영역에 집중적 또는 중복적으로 적용하고 있으나, 이러한 정책 설계가 중복과 비효율을 유발할 수 있으므로 체계적 개선이 필요하다. 따라서, 형평성 보정, 안전망 유지, 지역 기여도 보상이 하나의 사업 안에서 뒤섞여 있는 현행 정책을 개선하고, 정책별 대상과 기준을 명확히 하여 현장에서도 "무엇이 어떤 목적의 지원인지" 분명히 알 수 있도록 할 필요가 있다.

이러한 원칙은 일본과 미국의 정책에서도 확인할 수 있었다. 일본은 의료행위에 대한 지역 간 형평성은 진료보수 가산으로 보정하고, 지역의료 기반 확보 및 필수의료 유지는 지방교부세·국고보조 등 별도 재원을 통해 해결한다. 즉, 보험수가와 재정보조가 명확히 분리된 구조이며, 의료공백 방지를 위한 안전망 확보 차원의 정책은 행정적·재정적 지원사업으로 간주된다. 미국은 메디케어 상대가치 산출시 지역보정지수를 가중하여 지역 간 진료비 단가를 합리적으로 보정하고자 하며, 공공병원이나 저소득층 진료를 주로 담당하는 병원에는 중요 접근 병원 지원, 단독 지역사회 병원 지원, 불균형 병원비 부담 병원 지원 등을 통해 농촌 및 의료 접근성이 취약한 지역에 최소한의 의료 서비스가 제공될 수 있도록 손실을 보전하는 방식으로 정책이 설계되어 있다. 이는 형평성 보정과 안전망 유지가 각각 보험재정과 연방 정부 보조금으로 구분되어 있다는 점에서 일본과 유사한 구조로 볼 수 있다. 한국은 현재 지역 의료 보상체계 개선을 위한 논의에서 최소한의 필수의료 기능 유지, 지역 간 형평성 보정, 지역 기여도 보상 등 여러 목적을 한 제도 안에 포함시키려는 경향이 있었고, 이에 따라 수가 가산과 보조금 지원 사업의 경계가 모호해지고, 이미 존재하는 사업(예: 포괄2차종합병원 지원사업, 응급의료기금 등)과의 중복지원 가능성이 제기될 수 있다.

〈표 5-1〉 국외 사례와의 비교: 안전망 확보 목적의 보상체계

국가별 정책도구 / 비교 항목	일본		미국	한국	
	벽지보건의료대책	불채산지구병원 지원	병원비 불균형 부담 병원 지원	의료취약지 지원사업 (소아청소년과, 분만취약지, 인공신장실)	분만취약지 가산
대상 선정 주요 기준	원칙적으로 의료기관이 없는 지역(중심지 반경 4km 이내에 50인 이상 거주하나 의료기관 이용이 어려운 경우)	가장 가까운 일반 병원까지 15km 이상이거나 인구조사 기준 해당 병원 소재지의 반경 5km 이내 인구가 10만 명 미만 지역 내 허가병상 수 150병상 미만	메디케이드 활용도가 높거나 저소득층 환자 이용률이 25% 초과하는 기관	1) 60분 내 해당 영역 의료 이용률 30% 미만; 2) 60분 내 해당 의료 영역 접근 불가 인구 비율 30% 이상	분만건수 200건
지원 내용	벽지 의사 확보, 원격진료 가산, 진료소 설치 등	공공병원 손실 보전	미보상 진료 비용 보전(손실 부분 지급)	인건비, 운영비, 시설·장비비 지원	분만 취약지 내 분만 200% 가산
보상 방식	파견 의료인력 인건비, 운영비, 시설비 등 지원	특별교부세	기관 단위 보상금 형태의 특별 지출	기관 단위 보상금	수가 가산
재원	국비(70-80%)+지자체 재정 매칭	지방교부세 (80% 국고 환급)	연방-주 정부 공동 재원(매칭)	국비+지방비	건강보험

주: 본 연구의 제2장과 제3장의 내용을 연구진이 표로 재구성함.

〈표 5-2〉 국외 사례와의 비교: 형평성 확보 목적의 보상체계

국가별 정책 도구 / 비교 항목	일본				한국							
	낙도 가산	지역의료 지원병원 입원진료 가산	지역의료 체제확보 가산	암 거점병원 가산	중증·응급 환자 최종치료 가산 확대	분만 정책수가	고위험 신생아 진료 지역 정책수가	소아진료 지역 협력 체계 구축 시범사업	응급심뇌혈 관질환 네트워크 시범사업	심뇌혈관 질환 인적 네트워크 시범사업	중증진료 체계 강화 시범사업	어린이 공공전문 진료센터 사후보상 시범사업
대상 선정 주요 기준	낙도 진흥법 등 낙도 관련 4개 특별법에서 정하는 지역	소개환자 중심 진료 체계 보유 기관 대상 소개율 및 역소개율 기준 충족+응급의료 제공+공동 의료 기기 이용 체계 보유+의료인 교육 수행+200병상 이상	지역 내 응급·주산기·소아 응급 의료체계 수행+의사 근무환경 개선 체계 확보	「암 진료 연계 거점병원 등의 정비에 관하여」에 규정된 암 진료 연계·특정 영역 암 진료 연계·지역 암 진료·소아암 거점병원	권역응급 의료센터, 지역응급 의료센터 등	모든 지역 요양기관에서 분만한 경우 (*특별시, 광역시 제외)	신생아집중 치료지역 센터에서 신생아 중환자실 환자에게 집중 치료를 수행한 경우 (*서울 제외, 지역에 따른 차등 적용)	중심기관, 참여기관, 배후기관, 약국으로 구성된 일정 조건의 협력체계를 구축한 경우	복지부 지정 권역심 뇌센터(금성 심근경색증, 뇌졸중 최종 치료 모두 가능)의 치료역량, 운영계획 등 평가를 통해 선정	서로 다른 의료기관 소속 7인 이상 심뇌혈관 전문의(심뇌혈관질환 수술, 시술 등 최종 치료 가능해야 함)로 구성된 네트워크 평가	중증환자 진료역량이 일정 수준 이상인 상급 종합병원과 종합병원 대상 평가를 통해 선정	지역별 참여 희망 어린이 공공전문 진료센터의 의료분야, 사업 계획 평가를 통해 선정(*수도권 외 지역 10점 가산)
지원 내용	입원 기본료·특정 입원료에 가산/일	입원 첫날에 한해 가산		입원 첫날에 한해 가산 (거점병원별 차등 적용)	중증응급 환자응급실 내원 24시간 이내에 최종 치료가 이루어지는 경우 응급 가산 확대	현행 분만수가에 더해 지역수가 지급		사전 지원금 (70%), 성과 기반 사후 지원금(30%)	사전 지원금 (50%), 성과 평가에 따른 사후 지원금 (50%) (*취약지 가산)	사전지원금 (100%), 성과 평가에 따른 사후 보상 (최대 40%)	연차별 사전보상금, 사후 보상금 지원	성과 기반 사후 지원금
보상 방식	수가 가산				수가 가산	정책수가		사전 지원 +사후 보상				사후 보상
재원	건강보험				건강보험			국비				

주: 본 연구의 제2장과 제3장의 내용을 연구진이 표로 재구성함.

지역 의료 보상체계 설계 시 대상 지역 선정 기준을 정교화하거나 기존의 지리정보, 즉 지도화·지표 체계를 고도화함으로써 지역별 의료 취약지 선정과 현황 파악을 보다 정확히 할 수 있을 것이다. 이러한 분석을 토대로 취약지의 유형과 특성을 구체화한다면, 목적에 따라 의료기관 단위의 보상, 수가 가산, 예산 지원 등을 다양한 방식의 통합적·맞춤형 보상 접근이 가능하다. 일본 지역 의료 관련 진료보수 가산 제도에서 확인할 수 있듯이, 지역 의료 정책의 핵심은 어디에 지원할 것인가도 중요하지만 그보다 어떤 기능과 체제를 어떻게 유지할 수 있는가에 있다고 볼 수 있다. 따라서, 고도화된 지역 지도화에 따라 일률적으로 지역을 구분하고 지원하는 방식과 더불어 기능 수행 정도와 체제 유지 조건을 명확히 하고 이에 부합하는 기관에 가산 및 지원하는 방식을 고려하는 것이 바람직하다.

또한, 모든 의료 영역이 그 지역에서 해결되는 것은 불가능하기 때문에 영역을 구분한 고민이 필요하다. 특히, 분만·소아·응급 등 시간의존형 필수의료 영역은 단순한 행위 제공보다 진료 전·후 관리 체계(산전-산후, 응급-배후 중증질환 진료-회복, 소아·청소년기 진료 연속성 등)가 갖춰진 기관에서 실질적 효과를 기대할 수 있다. 이러한 기능요건이 충족되지 않은 단일 행위 제공기관에 단순히 지역수가를 적용하는 것은 보상의 실효성을 약화시키고 정책 목표를 흐릴 우려가 있다. 또한, 지역별 의료서비스 접근성, 지역에따른 소득수준 격차, 의료이용행태 등에 따라 동일한 수가가 이용자에게 미치는 실질적 부담이 달라질 수 있기 때문에 보상체계 설계 시 환자 본인부담률(Out-of-pocket ratio) 역시 고려될 필요가 있다. 지역 의료 보상을 위한 재원은 건강보험 재정뿐만 아니라 국가 보조, 지자체의 재정 참여, 별도 기금을 병행하는 방안이 함께 검토되어야 한다.

마지막으로, 현재 수가·보조·인력 지원사업이 보건복지부 내 여러 부서에 분산되어 있는 상항을 고려할 때, 정책 간 소통체계 구축이 필수적이다. 부서 간 기능별 역할을 명확히 하되, 가능하다면 상위 차원 관리기구를 구성하여 정책의 방향성과 재정 흐름을 통합적으로 관리하는 구조가 필요하다. 결국, 지역 의료 보상체계 설계는 단순한 행정적 지역 구분이 아닌 기능 수행, 체제 유지, 환자부담 완화라는 실질적 조건을 기반으로 해야 한다.

우리나라는 이미 지역 의료 강화를 위한 다양한 정책 수단을 보유하고 있으나, 이들이 통합적 설계 없이 병렬적으로 운영되면서 실질적인 형평성 개선이나 안전망 강화로 이어지지 못하고 있다. 따라서 기존 보상체계를 형평성, 안전망, 성과의 세 축으로 재정렬하고, 이를 통합적으로 관리 및 운영할 수 있는 체계로 개선할 필요가 있다. 이러한 접근은 재정의 효율성을 높이면서도 지역 현장의 지속가능한 의료 공급을 유도할 수 있는 실질적 구조개선의 출발점이 될 것이다.

참고문헌

〈국내 문헌〉

강주현, 김계현, 문성제, 신요한. (2023). **일본 의료보험·수가 체계 현황에 관한 연구**. 대한의사협회 의료정책연구원.

김동진, 최지희, 황도경. (2024). **지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구**. 한국보건사회연구원.

김윤, 이태호, 곽미영, 신한수, 이선화, 김지수, 박주원, 김진환, 김태재, 백해빈. (2019). **필수의료 진료권 구분 및 의료현황 분석 연구**. 보건복지부, 서울대학교 산학협력단

보건복지부. (2015). **2014-2018 건강보험 중기보장성 강화 계획**.

보건복지부. (2016). **제1차 공공보건의료 기본계획**.

보건복지부. (2018). **공공보건의료 발전 종합대책**.

보건복지부. (2019). **믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책**.

보건복지부. (2021). **제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025).**

보건복지부. (2023a). **2023년 제7차 건강보험정책심의위원회 개최** [보도자료].

보건복지부. (2023b). **필수의료 지원대책: 중증·응급, 분만, 소아진료 중심으로**.

보건복지부. (2024a). **2024년 의료취약지 소아청소년과 지원 사업 안내**.

보건복지부. (2024b). **2024년 분만취약지 지원 사업 안내**.

보건복지부. (2024c). **2024년 의료취약지 인공신장실 지원 사업 안내**.

보건복지부. (2024d). **필수의료 정책 패키지**.

보건복지부. (2024e). **고위험신생아 진료 지역정책수가 관련 질의·응답**.

보건복지부. (2025. 3. 19.). **지역·필수의료 강화를 위한 의료개혁 2차 실행방안 발표** [보도자료].

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024a). **권역심뇌혈관질환센터 기반 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업 지침**.

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024b). **심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업 지침**.

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024c). **중증진료체계 강화 시범사업 지침**.

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2025a). **소아진료 지역협력체계 구축 시범사업 지침**.

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2025b). **어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 지침**.

신현웅, 고든솔, 여나금, 김희년, 옥민수, 이상일, 정형선, 윤석준, 윤장호, 김민정, 권정현, 장석용, 표지희, 안재경, 권준성, 최민영, 배정은, 이수빈, 최소영. (2025). **국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

신현웅, 여나금, 김은아, 김소형. (2016). **신포괄수가제 정책가산 조정방안 연구**. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원.

신현웅, 김희년, 여나금, 장성인, 유정훈, 문선영. (2023). **필수의료 지원강화를 위한 건강보험 공공정책수가 도입 방안**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

의료개혁특별위원회. (2024. 8. 30.). **의료개혁 1차 실행방안**.

이현옥, 김소영, 이연주, 김현기. (2022). **주요국의 건강보장제도 현황과 정책 동향-제2권 일본.** 건강보험연구원, 국민건강보험공단.

임선미, 박정훈, 임지연, 김계현. (2023). 우리나라 의사의 근무지역 불균형 유발요인 분석. **대한의사협회지**, **66**(8), 508-518.

임지혜, 채송이, 송영채. (2024). **일본 의료보험수가제도의 이해와 시사점**. 건강보험심사평가원.

정형선, 신현웅, 윤석준, 이건세, 한동운, 김한성 외. (2019). **종별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구**. 건강보험심사평가원, 연세대학교 의료복지연구소.

조재민. (2025.08.17.). **병원 호시절 옛말…지역병원 폐업률 증가 추세**. 데일리메디. https://dailymedi.com/news/news_view.php?ca_id=&wr_id=927942

주진한. (2023). **어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업**. 건강보험심사평가원.

한국보건사회연구원. (2023. 9. 25.). **공공정책수가 및 지역수가 구상** [발표자료].필수의료공정보상 전문위원회.

한이철, 이순미, 정학성, 박대식, 안규미. (2022). **인구감소 농촌 지역의 기초생활서비스 확충 방안**. 한국농촌경제연구원.

〈국외 문헌〉

총무성 자치재정국 준공영기업실. (2025). **병원사업의 지방재정조치 病院事業の地方財政措置**. https://www.soumu.go.jp/main_content/001005042.pdf

후생노동성. (2016). **平成28年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び一部変更について**. https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/000364704.pdf

후생노동성. (2023). **へき地の医療について**. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040958.pdf

후생노동성. (2024a). **2024년도 진료수가 개정 개요: 의료 자원이 부족한 지역 등을 배려한 대응**. https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221680.pdf

후생노동성. (2024b). **地域医療支援病院について**. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000188440.pdf

후생노동성. (2024c). **地域医療支援病院について**. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801_00015.html?utm_source

후생노동성. (2025a). **別表第一 医科診療報酬点数表**. https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251499.pdf

후생노동성. (2025b). **診断群分類（DPC）電子点数表について**. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000198757_00008.html

후생노동성 중앙사회보험의료협의회. (2024). **入院（その5）. 中医協 総-2**.https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001171199.pdf

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025a). *Geographic Practice Cost Indices (GPCIs) — CY 2025 Physician Fee Schedule Final Rule Addendum (E, D)*. https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search/documentation

Government Accountability Office. (2020). *Medicaid: Primer on Financing Arrangement*. https://www.gao.gov/assets/710/708283.pdf

Government Accountability Office. (2022). *MEDICARE Information on Geographic Adjustments to Physician Payments for Physicians' Time, Skills, and Effort*. https://www.gao.gov/assets/720/718915.pdf

Institute of Medicine. (2011). *Geographic Adjustment in Medicare Payment.* Washington, DC: The National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190061/

Ko, H., Ock, M., Lee, S., Park, J. W., Kwak, M. Y., & Jang, W. M. (2025). Supply-Side Impact of Supporting Obstetrically Underserved Areas: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Journal of Korean Medical Science, 40*(31), e186.

National Association of State Budget Officers. (2024). 2*024 State Expenditure Report*. Washington, DC. https://www.nasbo.org/reports-data/state-expenditure-report

〈웹페이지〉

국립중앙의료원 중앙모자의료센터. (연도 미상). **의료 취약지 지원사업**. https://cmcmc.nmc.or.kr/contents/contentsView.do?MENUID=A02020400

김은영. (2025. 5. 12.). **'일반의 개원' 5년 중 최고치···신규 의원 60% 수도권 집중**. 청년의사. https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3028334

나레티ナレティ. (2025a). **医科診療報酬点数表. 第2部 入院料等**. A218. https://knowlety.jp/ika/?code=A218

나레티ナレティ. (2025b). **医科診療報酬点数表. 第2部 入院料等**. A252. https://knowlety.jp/ika/?code=A252

나레티ナレティ. (2025c). **医科診療報酬点数表. 第2部 入院料等**. A232. https://knowlety.jp/ika/?code=A232

박영주. (2025.10.26.). **[단독]의사 절반이 수도권에…병상 72만 정점 찍고 감소세.** 뉴시스. https://www.newsis.com/view/NISX20251022_0003372788

박으뜸. (2025. 6. 9.). **'어디에, 어떻게' 빠진 지역의사 정책··정착 불가 구조가 문제**. 메디파나. https://www.medipana.com/article/view.php?news_idx=342427

이성원. (2024). **"여기선 못 낳아" 정부 지원에도 분만 취약지 병원 외면 받는 이유는**. 한국일보. https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2024050511200004849

질병관리청. (2024). **만성질환건강통계 연간미충족의료율(병의원)**. https://chs.kdca.go.kr/cdhs/biz/pblcVis/details.do?ctgrSn=70

통계청. (2023). **'의사수(인구 1,000명 당)'** [데이터 세트]. KOSIS 국가통계포털. (2025. 10. 14. 검색, https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=5069)

통계청. (2024).「장래인구추계(시도편): 2022~2052년」. https://www.index.go.kr/unity/potal/indicator/IndexInfo.do?cdNo=210&idxCd=F0002

행정안전부. (2025). **전국 읍면동 하부행정기관 현황** [데이터세트]. 공공데이터포털. (2024. 12. 31. 검색, https://www.data.go.kr/data/15059715/fileData.do)

후생노동성. (2024c). **地域医療支援病院について**. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801_00015.html?utm_source

American Medical Association. (2025). *Resource-based relative value scale (RBRVS) overview*. Retrieved October 9, 2025, from https://www.ama-assn.org/about/rvs-update-committee-ruc/rbrvs-overview

Akeiisa Coleman. (2025). *How Do We Pay for Medicaid? (explainer)*. The Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2025/mar/how-do-we-pay-for-medicaid

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025b). *"Critical Access Hospitals"*. https://www.cms.gov/medicare/health-safety-standards/certification-compliance/critical-access-hospitals

Government Accountability Office. (2005). *Medicare Physician Payments: Geographic Adjustments Are Needed but Data Are Incomplete*. Washington, DC: U.S. Government Accountability Office. GAO-05-119. https://www.govinfo.gov/content/pkg/GAOREPORTS-GAO-05-119/html/GAOREPORTS-GAO-05-119.htm

Government Accountability Office. (2007). *Medicare: Geographic Areas Used to Adjust Physician Payments for Variation in Practice Costs Should Be Revised*. Washington, DC: U.S. Government Accountability Office. GAO-07-466. https://www.gao.gov/products/gao-07-466

Kaiser Family Foundation. (2025). *Federal Medical Assistance Percentage (FMAP) for Medicaid and Multiplier*. https://www.kff.org/medicaid/state-indicator/federal-matching-rate-and-multiplier/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D

Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC). (2023). *Disproportionate share hospital payments*. Retrieved October 15, 2025, from https://www.macpac.gov/subtopic/disproportionate-share-hospital-payments/

National Conference of State Legislatures. (2025). *Medicaid Financing 101*. https://www.ncsl.org/health/medicaid-financing-101

U.S. Code of Federal Regulations. *Title 42: Public Health, Part 412—Prospective Payment System for Inpatient Operating Costs. Subpart G—Special Treatment of Certain Facilities Under the Prospective Payment System for Inpatient Operating Costs*. § 412.92 Special treatment: Sole community hospitals. Retrieved October 28, 2025, from https://www.customsmobile.com/regulations/title42_chapterIV_part412_subpartG_section412.92

〈법령〉

공공보건의료에 관한 법률, 법률 제18897호 (2022).

국민건강보험법, 법률 제20505호 (2024. 10. 22.).

보건복지부 고시 제2016-195호. (2016. 10. 19.).

보건복지부 고시 제2023-222호. (2023. 11. 24.).

보건복지부 고시 제2024 - 64호. (2024. 04. 15.).

보건의료기본법, 법률 제20589호 (2024).

응급의료에 관한 법률, 법률 제18523호 (2022).

Abstract

Strategies for improving the compensation system to reduce regional healthcare disparities

Project Head: Jung, Sukyoung

Regional disparities in healthcare access and quality remain a significant policy challenge in Korea, despite the implementation of multiple programs for strengthening essential and regional healthcare systems. These policies, including additional reimbursement and regional hospital subsidies, often operate without a clear distinction of policy goals, resulting in policy overlap, inefficiency, and limited effectiveness in reducing regional disparities and ensuring the sustainability of healthcare systems. This study aims to propose strategic approaches for improving the compensation system to reduce regional healthcare disparities through comparative policy analysis and expert consultation.

First, this study reviewed and analyzed national policies addressing regional healthcare disparities. These included budget-funded model, fee-schedule supplement model, and alternative payment model (prospective or retrospective reimbursement) applied to specific medical areas, including pediatric care, obstetric care, critical/emergency care, and hemodialysis.

Co-Researchers: Lee, Hong Lim · Shin, Hyun Woung · Kim, Heenyun

Second, this study reviewed and analyzed policies from Japan and the United States. We distinguished two primary policy orientations: equity oriented adjustments, such as geographic value indices, and safety-net-oriented supplements, such as additional payments for hospitals in medically undeserved areas. The analysis shows that Korea's current structure blends these two objectives within a single framework, which may limit transparency and weaken the link between incentives and outcomes.

To address this issue, this study suggests restructuring the existing compensation mechanisms along three interrelated dimensions (equity, safety-net, and performance) and establishing an integrated management system to coordinate these financial instruments. Such reform would enable more coherent policy targeting, improve fiscal efficiency, and promote sustainable healthcare delivery in underserved regions. Ultimately, the proposed approach provides a foundation for realigning Korea's compensation system toward both fairness and resilience, moving beyond fragmented programmatic responses toward a strategically unified framework.

Key words: Health care policy, Regional healthcare disparities, Health care delivery system, Health care compensation system, Alternative payment models