



2026. 7. 8.

국회에산정책처 | 사업평가

지역의료 지원사업 현황과 개선과제

손동희



국회에산정책처
NATIONAL ASSEMBLY BUDGET OFFICE

지역의료 지원사업 현황과 개선과제

지역의료 지원사업 현황과 개선과제

총 괄 | 김경호 예산분석실장

기획·조정 | 전용수 사업평가심의관
이상준 사회행정사업평가과장

작 성 | 손동희 사회행정사업평가과 예산분석관

지 원 | 김선정 사회행정사업평가과 행정실무관
김성훈 사회행정사업평가과 자료분석연구원

본 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여 발간되었습니다.

문의: 예산분석실 사회행정사업평가과 | 02) 6788-3773 | sae@nabo.go.kr

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)를 통하여 보실 수 있습니다.

지역의료 지원사업 현황과 개선과제

2026. 07.

이 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라 국회의원의 의정 활동을 지원하기 위하여, 국회예산정책처 보고서발간심의위원회의 심의(2026. 06. 25.)를 거쳐 발간되었습니다.

요 약 / 1

I. 개 요 / 1

- 1. 분석의 배경 및 목적 1
- 2. 분석의 구성 및 방법 3

II. 주요 현황 / 5

- 1. 지역의료 지원사업 관련 주요 법령 및 계획 5
 - 가. 주요 법령 5
 - 나. 주요 계획 6
 - (1) 주요 계획 개괄 6
 - (2) 국정과제 7
 - (3) 공공보건의료 기본계획 9
 - (4) 응급의료기본계획 11
 - (5) 심뇌혈관질환관리종합계획 14
 - (6) 암관리종합계획 17
 - 다. 지역의료 관련 주요 추진체계 20
 - 라. 지역의료 관련 주요 정책 개편방향 22
- 2. 지역의료 지원사업 예·결산 현황 24
 - 가. 지역의료 관련 주요 재정사업 예·결산 개괄 24
 - 나. 지역의료 관련 주요 재정사업별 예·결산 현황 25

Ⅲ. 주요 쟁점 분석 / 29

1. 지역 간 의료격차 실태 분석	29
가. 지역의료 수준 개괄	29
(1) 지역별 치료가능사망률	29
(2) 지역별 자체충족률	31
나. 지역별 주요 의료자원 실태	33
(1) 권역별 주요 의료자원 개괄	33
(2) 지역별 의료기관 규모	34
① 지역별 병원급·의원급 의료기관 수	35
② 지역별 인구 10만명당 병원급·의원급 의료기관 수	35
(3) 지역별 병실 및 병상 규모	38
① 지역별 병실 수	38
② 지역별 병상 수	40
(4) 지역별·필수의료과목별 의사 규모	42
① 지역별 의사 수	42
② 필수의료과목별 전문의 수	44
(5) 지역별 간호사 수	46
다. 지역별 의료기관 개·폐업 실태	47
2. 지역의료 관련 주요 계획 분석	50
가. 법정계획의 조속한 발표 및 주요 계획 간 우선순위 설정 필요	50
나. 지역의료 관련 주요 계획별 성과관리 강화 필요	55
(1) 공공보건의료 기본계획에 따른 목표관리 강화	55
(2) 응급의료기본계획 상 주요 목표의 연례적 미달성 등 개선	61



CONTENTS

3. 지역의료기관 운영 현황 분석	68
가. 종진료권별 책임의료기관 미지정지역 의료접근성 향상	68
나. 국립대병원 지원 사업 실적행률 제고 및 기능 개선	73
다. 지역의료 취약지역 대상 의료접근성 강화	80
라. 지역완결적 암 치료 환경 개선	86
4. 지역의료 인력지원 현황 분석	90
가. 국립대병원 전공의 충원을 격차 해소	90
나. 국립대병원 공공임상교수 및 시니어의사 채용 확충	95
다. 외상센터 전담 전문의 확보 및 유지	102
라. 공중보건의 충원을 위한 제도 개편	110
IV. 결론 및 시사점 / 119	
부록. 관계법령 및 정부지정 의료기관 현황 / 123	

요 약

1. 개요

1. 분석의 배경 및 목적

- 우리나라는 수도권 중심 발전 경향의 지속으로 인구·경제·산업의 수도권 집중 뿐 아니라, 수도권-지역 간 건강 수준 및 의료접근성 격차도 유발
- 정부는 지역의료 활성화를 위해 국정과제와 더불어 다수의 계획을 수립·추진하여 왔으며, 지역의료 관련 주요 재정사업 예산도 확대 경향. 한편, 지역 의료인력 및 인프라 부족·낙후, 이른바 응급실 뱅뱅이 문제 등 필수의료 공백 문제 상존
 - 예산 추이: ('21년) 4,416억원 → ('26년) 1조 256억원
- 본 보고서에서는 지역의료 관련 주요 법령 및 제도 구축 현황, 향후 정부의 주요 제도의 개편방향, 지역의료 관련 주요 재정사업 현황, 문제점 및 성과를 심층적으로 분석·평가하고, 주요 쟁점 및 개선방안을 고찰

2. 분석의 구성 및 방법

구분		주요 분석 내용
I. 개요		<ul style="list-style-type: none"> • 분석의 배경 및 목적 • 분석의 구성 및 방법
II. 주요 현황		<ul style="list-style-type: none"> • 지역의료 지원사업 관련 주요 법령·계획 및 정책 개편방향 • 지역의료 관련 주요 재정사업 예·결산 현황
III. 주요 쟁점 분석	1. 지역 간 의료격차 실태 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 지역별 치료가능사망률, 자체충족률 등 지역의료 수준 검토 • 지역별 의료기관·병상·의사 및 의료기관 개·폐업 등 지역별 주요 의료자원 실태 분석
	2. 지역의료 관련 주요 계획 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 법정계획 수립 및 주요 계획 간 관계 검토 • 지역의료 관련 주요 계획의 목표 및 실적 점검
	3. 지역의료기관 운영 현황 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 국립대병원 등 지역의료기관 지정 실태 및 재정 상황 분석 • 지역의료 취약지역 대상 의료접근성 실태 분석 • 지역암센터 운영 실태 점검
	4. 지역의료 인력 지원 현황 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 국립대병원 전공의 충원 실태 분석 • 공공임상교수 및 시니어의사 지원 사업 점검 • 외상센터 운영 현황 검토 • 공중보건의 감소 대응 관련 실태 분석
IV. 결론 및 시사점		<ul style="list-style-type: none"> • 총괄 제언

II. 주요 현황

1. 지역의료 지원사업 관련 주요 법령 및 계획

가. 주요 법령

- 「보건의료기본법」, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」, 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」, 「보건의료인력지원법」, 「공공보건의료에 관한 법률」, 「응급의료에 관한 법률」, 「병역법」, 「농어촌 등 보건 의료 지원을 위한 특별조치법」, 「암관리법」, 「의료법」, 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 등

나. 주요 계획

- 국정과제 및 주요 법정계획
 - (국정과제) 지속가능한 보건 의료 체계로 전환 및 지역격차 해소, 필수 의료 확충, 공공 의료 강화
 - (주요 법정계획) 「공공보건 의료 기본계획」(현행 2차, 계획기간 도과), 「응급 의료 기본계획」(현행 4차), 「심뇌혈관질환 관리 종합계획」(현행 2차), 「암관리 종합계획」(현행 5차) 등

다. 주요 추진체계

- 지역 의료 관련 주요 추진체계로는 권역·지역 책임 의료 기관, 심뇌혈관질환센터, 지역 암센터, 모자 의료센터, 권역 응급 의료센터, 권역 외상센터 등이 있음
 - 지역별 책임 의료 기관: 권역(17개 광역시·도) 17개 및 지역 55개(중진료권)
 - 심뇌혈관질환센터: 중앙 1개, 권역 14개 및 지역 10개 / 지역 암센터: 13개
 - 모자 의료센터: 중앙 1개, 권역 22개(중증 2개 포함), 지역 33개
 - 권역 응급 의료센터: 44개 / 권역 외상센터: 17개

라. 주요 정책 개편 방향

- 정부는 지역완결형 의료 전달 체계 구축, 지역·필수·공공 의료 기반 및 보상 체계 강화, 응급 의료 체계 강화 등을 중심으로 한 정책 방향을 수립·추진 중

2. 지역의료 지원사업 예·결산 현황

- 지역의료 관련 주요 재정사업 예산은 2021년 4,416억원에서 2026년 1조 256억원으로 지속적인 증가세
 - 예산 규모(억원): ('21년)4,416→('23년)4,846→('25년)8,033→('26년)10,256
 - 실적행률(%): ('21년)75.4→('23년)74.3→('25년)71.5
- 예산 규모 상위 재정사업 및 실적행률 80% 미만 재정사업
 - 지역거점병원 공공성강화, 국립대병원 지원, 중증외상전문진료체계 구축 등

III. 주요 쟁점 분석

1. 지역 간 의료격차 실태 분석

가. 지역의료 수준 개괄

- (치료가능사망률) 최근 10년간 지역별 치료가능사망률¹⁾은 전국 기준으로 대체로 감소하는 경향. 지역 간 격차비는 횡보·확대되는 추이
 - 치료가능사망률 감소세(전국 기준): ('15년) 52.0명/10만명 → ('24년) 43.4명/10만명
 - 지역격차비: ('15년) 1.30배→('24년) 1.44배
- (자체충족률) 지역 간 자체충족률²⁾ 격차는 지속적인 감소세를 나타내는 등 긍정적인 추이를 보였으나, 여전히 최대-최소 지역 간 차이는 58.3%p, 격차비는 2.8배 수준으로 여전히 높은 격차

1) 치료가능사망률은 의료적 지식과 기술을 고려할 때 치료가 시의적절하게 효과적으로 이루어진다면 발생하지 않을 수 있는 조기 사망(premature death) 비율을 의미한다.

2) 자체충족률은 해당 지역 거주자의 상급종합병원, 종합병원, 병원, 보건의료원 입원 재원일수 중 해당 지역 내 동일 기관군을 이용한 재원일수 비율을 의미한다.

나. 지역별 주요 의료자원 실태

□ 의료기관 수('24년)

- 수도권: 40,309개소(전국 대비 53.9%) / 인구 10만명당 154.8개소
 - 비수도권: 34,471개소(전국 대비 46.1%) / 인구 10만명당 137.0개소
- 인구 10만명당 의료기관 수의 경우, 가장 적은 세종 대비 가장 많은 서울은 1.8배
 - (종별 최대-최소 배율) 병원급 의료기관은 5.4배, 의원급 의료기관은 2.0배 수준

□ 병상 수('24년)

- 수도권: 373,607개(전국 대비 39.2%) / 인구 10만명당 1,434.3개
 - 비수도권: 580,627(전국 대비 60.8%) / 인구 10만명당 2,306.8개
- 인구 10만명당 병상 수가 가장 적은 세종 대비 가장 많은 광주는 3.8배 수준

□ 의사 수('24년)

- 수도권: 142,876명(전국 대비 53.0%) / 인구 10만명당 548.5명
 - 비수도권: 126,738명(전국 대비 47.0%) / 인구 10만명당 503.5명
- 수도권 필수과목 전문의 수: 54,194명(전국 대비 55.7%) / 인구 10만명당 208.1명
 - 비수도권 필수과목 전문의 수: 43,171명(전국 대비 44.3%) / 인구 10만명당 171.5명
- 인구 10만명당 의사 수가 가장 적은 세종 대비 가장 많은 서울은 2.0배 수준
 - 전문의의 경우 인구 10만명당 가장 적은 세종 대비 가장 많은 서울은 2.3배 규모

다. 지역별 의료기관 개·폐업 실태

- 2021~2025년간 신규개업 의료기관이 많은 상위 3개 광역시·도는 서울·경기·부산이었고 하위 3개 지역은 세종·제주·울산이었음. 순개업 의료기관 수는 절반 이상(65.3~75.0%)이 서울·경기에 집중되는 등 수도권으로의 개업쏠림 현상이 지속적으로 나타나는 경향

2. 지역의료 관련 주요 계획 분석

가. 법정계획의 조속한 발표 및 주요 계획 간 우선순위 설정 필요

- 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 따라 수립될 계획인 ‘필수의료종합계획’이 법적 적합성을 갖추고 수립·시행될 수 있도록 현재 까지 수립되지 않고 있는 ‘보건의료발전계획’과 ‘보건의료인력 종합계획’을 수립·시행할 필요
 - ‘보건의료발전계획’은 「보건의료기본법」이 제정된 2000년부터 지난 20여년간 한 차례도 수립된 적이 없는 상태
 - 「보건의료인력지원법」에 근거하여 수립·시행하도록 규정하고 있는 ‘보건의료인력 종합계획’의 경우에도 「보건의료인력지원법」 제정 이래로 수립된 바 없음
 - 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」(2027.3.시행)에서 수립하도록 한 ‘필수의료종합계획’은 다수의 법정계획과 연계하도록 규정하고 있으며, 해당 연계계획에 보건의료발전계획과 보건의료인력 종합계획이 포함
 - 지역의료 관련 계획 간 위계가 명확히 정립되어 있지 않아 비효율적으로 추진될 가능성이 있으므로, ‘필수의료종합계획’과 여타 지역의료 관련 계획 간 우선순위를 설정·정비하거나 통합운영체계를 구축하는 등 효율적 계획 운영 도모 필요

나. 지역의료 관련 주요 계획별 성과관리 강화 필요

(1) 공공보건의료 기본계획에 따른 목표관리 강화

- 우리나라의 공공병원 병상 수는 OECD 평균 대비 적은 수준이며, 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025년)」의 주요 목표 중 하나인 지역 공공병원 20개소 이상 신·증축 목표가 공사비 상승 및 행정절차 지연 문제 등으로 인해 달성되지 못하고 있어 지역 공공병원의 병상 확보에도 부정적 영향을 미치고 있으므로, 지역 공공병원 확충 일정이 지연되지 않도록 성과관리를 강화할 필요
 - 지역의료의 경우 인구감소 및 지역소멸, 지역 간 의료격차 등의 요인에 따라 공공성 확보의 중요성이 증가하고 있다는 점에서 공공병원 병상 수 확대 등 공공

병원의 양적 확대에 정책적 우선순위를 부여하는 것에 대한 검토 필요

- 관련 재정사업인 보건복지부의 “지역거점병원 공공성강화”의 2021~2025년간 해당 사업의 실적행률은 50.4~72.8% 수준
- 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」(2021.6.)에서도 ‘지역 공공병원 20개소 이상 신·증축’이 포함하였으나, 계획이 원활히 추진되지 못하는 실정
 - (신축) 서부산의료원, 대전의료원, 진주권 공공병원의 경우 공사비 상승, 인·허가를 포함한 행정절차 지연 등으로 인해 2026년으로 계획되었던 개원 시점이 2028년에서 2030년까지 연기
 - (이전·신축) 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」에서는 2022년 예비타당성조사를 진행하는 것으로 계획 → 경기도의료원 의정부병원, 거창적십자병원, 통영적십자병원, 상주적십자병원의 경우 2024년부터 예비타당성조사나 부지 관련 협의 또는 사업계획 수립이 추진되는 등 설립 절차 지연

(2) 응급의료기본계획 상 주요 목표의 연례적 미달성 개선

- 「응급의료기본계획」의 주요 목표로 중증응급환자의 적정시간 내 최종치료기관 도착비율을 각 계획기간마다 60%로 반복 설정하여 왔으나, 해당 도착비율 실적이 40% 후반~50% 초반대에서 횡보·정체하는 등 지속적으로 목표에 미달
 - 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착비율 목표: 60%
 - 실제 도착비율(%): (‘17년) 52.4 → (‘22년) 49.6 → (‘23년) 51.1 → (‘24년) 50.6
- 3대 급성기 중증응급환자의 2023년 대비 2024년 병원 내 사망률과 최저 지역 대비 최고 지역 격차가 확대되었으며, 광역응급의료상황실을 통한 선정불가 규모도 증가세인 점을 고려하여, 지역별 응급의료 자원의 상향 평준화, 배후진료 체계 강화를 도모하는 가운데, 동 상황실을 보다 효율적으로 운영하기 위한 구조적 개선 및 기능 강화를 지속적으로 추진해나갈 필요
 - 광역응급의료상황실은 2024년부터 본격 운영. 중앙응급의료센터 내 총 6개 광역으로 구분하여 전원과 이송을 지휘·관제하는 컨트롤타워 역할 담당
 - 월평균 광역응급의료상황실 선정불가 건수(전원 지원을 하였으나 수용가능한 병원이 없는 상태로 마감된 건): (‘24년)68.3건/월 → (‘25년)79.0건/월

- 2023년과 2024년의 17개 광역시·도별로 10만명당 응급의료기관 수의 최대 지역인 전남과 최저 지역인 세종(및 경기) 간 격차가 3.8배에서 4.2배로 확대
 - 응급의료인력이 지속적으로 배출·배치될 수 있도록 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」, 「국립의학전문대학원 설립 및 운영에 관한 법률」 등과 같은 지역의료인력 배출 관련 법·제도의 활용 방안을 구체적으로 검토할 필요
 - 현행 응급의료 자원의 배치 체계 및 배후진료 체계와의 연계가 보다 세밀하게 이루어질 필요가 있으며, 현행 인력 활용도 제고를 위한 네트워크 구축 지원·관리 체계 구축 방안도 함께 고려할 필요³⁾

3. 지역의료기관 운영 현황 분석

가. 중진료권별 책임의료기관 미지정지역 의료접근성 향상

- 70개 중진료권을 설정하고 지역 책임의료기관을 지정·운영하도록 하고 있으나, 여전히 15개 중진료권에 대해서는 지역 책임의료기관이 설정되지 않고 있으며 다수의 지역에서 종합병원급 국·공립 의료기관이 설치되지 않았거나 불충분한 경향을 보였다는 점을 고려하여, 기존에 계획된 공공의료기관의 조속한 개원과 민간 의료기관의 책임의료기관 지정 활성화 및 지자체의 신청 확대 방안을 검토하는 등 지역의 의료접근성 확보 대책을 면밀히 수립·추진할 필요
- 보건복지부는 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」(2019.11.)을 통해 필수의료 정책을 70개 ‘중진료권’ 단위로 지역 책임의료기관 지정 계획을 발표
- 권역 책임의료기관은 17개 권역별로 1개씩 지정. 지역 책임의료기관은 중진료권 70개 중 15개 중진료권에서는 미지정
- 대체로 종합병원급 국·공립의료기관이 설치·운영되지 않거나 불충분한 중진료권에서 지역 책임의료기관 지정이 이루어지지 않는 경향

3) 관련하여, 응급실은 운영되고 있으나 야간·휴일에 배후진료과 전문의가 없어 타 병원으로 전원할 수 밖에 없는 상황이 반복되고 있고, 개별 의료기관 단위에서 의사를 모집할 경우 경쟁으로 인한 인건비 상승만 유발되어 네트워크 구축을 통해 인력을 공동으로 활용할 수 있도록 하는 지원이 필요하다는 시·도 현장의 의견도 개진된 바 있다. (자료: 기획예산처, 「지역완결적 필수의료체계 구축을 위한 지역필수의료 특별회계 지원방향 논의」, 2026.5.)

- 지역심뇌혈관질환센터를 단계적으로 확충하여 2025년까지 70개소(70개 증진료권 대상)를 목표로 설정한 바 있으나, 2026년 1월 기준 10개소만 운영

나. 국립대병원 지원 사업 실적행률 제고 및 기능 개선

□ 국립대병원 관련 재정사업 예산은 확대되고 있으나 실적행률이 저조하고, 국립대병원의 적자가 지속되는 경향을 보이고 있어 지역의료의 질적 향상에 장애요인으로 작용할 수 있으므로, 국립대병원 지원 사업의 실적행률 제고와 함께, 국립대병원 기능 개선 방안이 실제 이행 과정에서 실효성 있게 안착되기 위한 세부 집행체계의 정교한 설계와 관리가 일관성 있게 추진될 필요

- ‘국립대병원 지원’ 사업 예산 확대: (‘22년)746억원 → (‘26년)1,284억원
- ‘국립대병원 지원’ 사업 실적행률 하락세: (‘22년)58.5% → (‘25년) 39.1%
- 대부분의 국립대병원에서 수익성 지표가 적자를 기록하고 있어, 국립대병원을 통한 지역의료의 질적 향상에 장애요인으로 작용할 우려
 - 고유목적사업준비금 설정전(前) 당기순이익: (‘23년) 2,734억원 적자 → (‘25년) 4,281억원 적자 / 당기순이익도 유사한 추이
- 기존의 주요 적자 요인이었던 코로나19의 영향이 약화되었고, 전공의집단사직 등 의정갈등(2024.2.~2025.10.)이 일정 부분 봉합되는 양상을 보이고 있으나, 적자 폭이 대규모이고 지속된 점을 고려할 때 단기기간에 개선되는 데는 한계가 있을 것으로 보임 → 국립대병원에 대한 구조적인 개선이 수반될 필요
- 2025년 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘지방 거주민의 국립대학병원 인식도 조사’⁴⁾에 따르면 ‘전문의료인력 확보’, ‘응급 및 중증질환 대응 역량 고도화’, ‘병원 및 시설 장비 개선’ 등에서의 개선 필요성이 높으므로, 교육부의 ‘국립대병원 지원’ 사업의 목표 및 내용과 밀접한 연관성을 보임
- 정부는 관계부처합동으로 「국립대학병원 종합적 육성방향(안)」(2026.6.)을 발표하고, “국립대병원을 임상·연구·교육·공공정책 기능을 수행하는 국가 핵심

4) 동 조사는 수도권(서울, 인천, 경기)를 제외한 지방에 거주 중인 만 19~69세 남녀 1,050명(강원권·충청권·전라권·경북권·경남권 각 200명 및 제주권 50명)을 대상으로 수행되었으며, 조사 내용은 지역의료에 대한 국민 인식, 지역 주민의 지역 국립대병원 이용 의도 및 추천 의사, 지역 국립대병원 개선에 대한 국민 요구도로 구성되었다. (자료: 한국보건사회연구원, 「지역 환자 유출로 인한 비용과 지역 국립대학병원에 대한 국민 인식」, 2025.6.)

의료기관으로 육성하여 지역 간 의료격차 완화”를 추진목표로 설정

- 다만, 「필수의료 혁신전략」(보건복지부, 2023.10.), 제1차~제2차 「의료개혁 실행방안」(의료개혁특별위원회, 2024.8. 및 의료개혁추진단, 2025.3.) 등에서 지속적으로 국립대병원 육성 관련 정책이 포함되었던 점을 감안하면, 국립대병원 육성을 위한 세부 이행 방안 상에 다소간의 한계가 있었던 것으로 보임

다. 지역의료 취약지역 대상 의료접근성 강화

- 의료 및 분만취약지의 의료자원 미흡 등으로 인해 지원이 이루어지지 못하는 지역이 존재하는 점을 고려하여, 의료 및 분만취약지 지원지역을 지속적으로 늘려가는 가운데 이동식·순회식 형태의 지원을 확대하거나 지역 내 또는 인접지역 간 연계체계를 강화하는 등의 방안을 보다 면밀히 검토할 필요
- 의료취약지·분만취약지 지정 지역 중 일부 지역만 실제 지원 시행중(‘26년)
 - 의료취약지 33개 중 29개 지역 미지원 / 분만취약지 108개 중 49개 지역 미지원
 - 동 지역의 경우, 지역 여건과 의료자원 현황에 따라 사업수행기관으로 신청할 수 있는 적정 의료기관이 없는 등의 사유로 공모에 참여하지 않는 경향
- 취약지역을 대상으로 한 ‘응급원격협진 네트워크 운영’ 사업의 협진실적이 최근 5년간 감소세를 보이거나 이전 대비 미진한 측면이 존재하는 것으로 보이므로, 신규 병원의 사업 참여 독려, 응급원격협진 실적에 따른 인센티브 제공체계 구축 지원 등 사업 운영 방식에 대한 개선과제 검토 필요
- ‘취약지 응급원격협진 네트워크 운영’은 권역응급의료센터(자문기관)과 지역 응급의료센터·기관, 여타 의료기관 등 의뢰기관 간의 협약을 통한 자문 지원 사업
 - 실적행률(%): (‘22년) 70.8 → (‘23년) 40.4 → (‘24년) 79.6 → (‘25년) 71.6
- 응급원격협진 건수 (‘20년) 1,699건 → (‘22년) 743건 → (‘23년) 1,163건 → (‘24년) 971건
 - 응급원격협진 실적 미보유 기관: 단국대병원(‘21~‘24년), 안하대병원 및 완광대병원(‘20년)
 - 2025년도에는 1,258건으로 다시 확대되었으나, 2020년과 2021년 수준의 실적까지는 회복하지는 못하고 있는 실정
- 협진을 수행하지 않은 기관들의 경우에도 거점병원 운영비가 편성·지원(2025년 및 2026년 각각 2,000만원/개소)되어 온 집행 상황을 고려할 때 보다 효

을적인 집행방안에 대한 검토가 필요할 것으로 보임⁵⁾

- 협진 의사(意思)가 있는 신규 병원의 사업 참여 추진, 일정 기간 응급원격협진 실적이 없는 지역 거점병원의 지원대상 배제 또는 참여 독려, 협진건수가 많은 기관 대상 인센티브 확대 등 응급원격협진 네트워크 운영 사업을 통한 지원 수준을 각급 기관에서 실질적으로 체감할 수 있도록 하는 개편 방안 강구 필요
- ‘의료취약지 원격협진 지원’ 사업의 경우 사업참여 지자체와 기관 수가 증가하고 있으나 대상자 수의 경우 최근 감소세를 보인 점을 고려하여, 의료취약지 주민의 의료접근성 향상을 위한 원격협진 대상자 확대를 위한 사업안내 및 홍보, 참여기관 간 네트워크 강화 등의 개선 방안을 검토할 필요
- 동 사업은 도서·벽지 등 의료취약지 주민과 취약계층에게 지역보건의료기관을 중심으로 정보통신기술(ICT)을 활용한 ‘의사-의료인 간 원격협진’ 의료서비스 제공을 통해 의료접근성을 제고하고자 하는 사업
 - 예산 규모: (‘21년) 40억원 → (‘25년) 28억원
 - 실적행률: 77.3~88.9% 수준에서 등락을 반복하는 경향
- 원격협진건수: 2017년 4,811건에서 2023년 64,493건으로 증가한 이후 2024~2025년에는 3만여건으로 감소⁶⁾
- 원격협진 대상자 수: 2017년 2,789명에서 2020년 9,418명으로 증가하였다가 2021년 7,582명으로 감소한 이후 2023년 10,306명으로 증가하였으나, 2024~2025년에는 7,677~8,435명 규모로 다시 감소하는 추이

라. 지역완결적 암 치료 환경 개선

- 지역내 암치료의 거점기관인 지역암센터의 경우 센터당 연간 1억원 수준의 운영비를 지원받으며 법령에 규정된 다양한 사업을 수행해야 하는 현실적인 제약이 있으므로, 지역암센터의 지원 규모 현실화나 지역암센터의 역내 암치료를 집중 환경

5) 관련하여, 보건복지부에서는 기존에 개별 시·도내의 지역 거점병원(권역응급의료센터)과 해당 지역의 의뢰기관 사이에서의 협약을 지원조건으로 설정하였으나 지침 개정을 통해 지역 내가 아닌 인근 권역까지로 협약 대상을 확대하는 등 다각적인 개편을 추진하고 있다고 설명하고 있다.

6) 이와 관련하여, 보건복지부는 매년 사업참여 지자체와 참여기관 수가 지속적으로 증가하고 있고, 변경된 실적산정기준이 현장에 적용됨에 따라 점진적으로 실적이 개선될 것이라는 입장이다.

조성을 위한 사업수행범위 구체화 방안 등을 검토할 필요

- 13개 지역암센터가 운영되고 있음에도 불구하고, 서울로 암환자가 집중되어 지역 간 의료격차가 심화되는 상황이 여전히 발생
 - 10대 암 수술의 자체충족률이 평균 대비 높은 곳은 17개 시도 중 7개에 불과(24년)
 - 자체충족률이 가장 높은 서울(91.8%)과 가장 낮은 경북(11.7%) 간 차이는 80.1%p 수준 → 지역완결적 암 진료·치료의 중요성이 높은 실정 → 지역암센터가 원활하게 작동할 경우 수도권으로의 원정 진료를 감소시키는 데 기여
- 지역암센터에서 「암관리법」에 규정된 다양한 사업을 수행하기 위해서는 현행 지원 예산 규모로는 다소간의 한계가 있을 것으로 보이므로, 지원 규모 현실화 방안 또는 지역암센터의 암치료 집중 환경 지원 방안 등을 검토할 필요

4. 지역의료 인력지원 현황 분석

가. 국립대병원 전공의 충원을 격차 해소

- 국립대병원의 경우 비수도권의 전공의 충원율이 수도권 대비 낮은 수준이고 회복세도 저조하며, 필수의료과목에서도 유사한 경향이 보인 점을 고려하여, 지역 국립대병원 개선 사업을 지속적·일관적으로 추진하되, 보건복지부로의 소관 변경을 감안한 국립대병원 기능 강화를 위한 구조 개선방안을 면밀히 설계·운영할 필요
- 의정갈등에 따른 전공의 사직 및 미충원 등으로 인해 국립대병원의 전공의 정원 충원율이 급감하면서 2023년 88.7%였던 전공의충원율이 2024년 8.9%로 급락 → 2025년 63.9%, 2026년 72.9% 수준으로 점차 회복세
- 수도권 중심의 전공의 충원율 회복 경향이 두드러지는 경향
 - 의정갈등이 본격화되기 이전인 2023년에도 수도권(95.8%)이 비수도권(85.1%) 대비 10.7%p 높았음 → 2025년에는 16.2%p, 2026년에는 28.4%p로 비수도권과 수도권과의 격차가 확대되는 양상
- 비수도권 지역 국립대병원 의료자원 확보를 위한 제도 개선의 영향이 조속히 발현될 수 있도록, 권역 책임의료기관으로 역할하고 있는 지역 국립대병원의 역량 강화 제도를 지속적이고 일관성 있게 시행할 필요

나. 국립대병원 공공임상교수 및 시니어의사 채용 확충

- 공공임상교수제는 지역의료 활성화와 지방 의료인력 확충에 기여할 수 있는 공공성 확보 사업이나 저조한 충원율을 보이고 있는 점을 고려하여, 신분 안정성 확보를 위한 법적·제도적 장치 강화, 순환근무 중에도 교육·연구 등 안정적인 커리어패스 구축 지원 등과 같이 공공임상교수로의 신규편입 확대 방안 검토 필요
 - 국립대병원 공공임상교수제 지원 사업의 경우 2023~2025년간 지원인원 미달 등으로 인해 지속적으로 예산규모가 축소
 - 예산 규모의 축소를 통해 집행률은 상승하였으나, 2025년 집행액 규모는 전년 대비 2억원 가량 감소한 37억원 수준
 - 지원인원 미달 등에 따라 공공임상교수제 정원은 2022년 150명에서 2025년 50명으로 축소
 - 공공임상교수 채용인원 수는 2022년말 기준 23명에서 2025년 5월 기준 31명으로 4년여간 8명 확대되는 데 그침
- 시니어의사 채용지원금 지원 사업이 예산 편성 시의 채용계획을 충족하지 못하고 있는 점을 고려하여, 실태조사 등을 통한 기존 채용인력 유지·확충 방안 마련, 시니어의사 수급의 편의성·접근성 증진을 위한 플랫폼 개편 등을 검토할 필요
 - ‘시니어의사 채용지원금 지원’은 지역 필수의료 분야 의사 부족 해소와 지역 의료공백 최소화를 목적으로, 시니어의사(일정 기준을 충족하는 60세 이상 전문의) 신규 채용과 고용 유지를 장려하려 하기 위해 지원금을 지급하는 사업
 - 2025년 실제 채용된 시니어의사 수는 85명 → 2026년에는 76명으로 감소
 - 이들 76명의 경우 2025년에 채용된 시니어의사 85명 중 계속 채용된 인원으로, 실질적인 신규 유입은 없는 실정
 - 보건복지부는 시니어의사를 지역의료기관과 매칭하는 플랫폼인 ‘닥터링크’를 운영하고 있으나, 닥터링크를 통한 매칭 실적은 기능상 한계로 미흡한 실정

다. 외상센터 전담 전문의 확보 및 유지

- 예방 가능한 외상 사망률은 감소세를 보이고 있으나 지역 간 격차는 확대되는 경향을 보였으며, 외상학 세부 전문의의 자격갱신율과 신규 편입 인원이 감소세를 보이고 있으며, 권역외상센터별 전담 전문의가 목표에 미달하는 등의 문제 발생
 - 각 연도의 권역 간에 예방 가능한 외상 사망률 격차 확대: ('15년) 최소 대비 최대 배율이 1.6배 → ('23년) 2.2배
 - 2015~2023년간 예방 가능한 외상 사망률은 전국 기준으로 지속적인 감소세
 - 지역별 권역외상센터의 전담 전문의 규모
 - 17개 권역외상센터의 전담 전문의 수: ('21년) 197명 → ('25년) 184명
 - 17개 권역외상센터 중 10~14개 센터가 전담 전문의 채용 계획 미충족
- 중증외상 전문진료체계 구축 사업의 경우 권역외상센터별로 인건비를 지원하는 형태로 운영되고 있어 전담전문의·간호사·외상코디 등 권역외상센터 구성원의 업무강도에 따라 인센티브가 지원되는 구조는 아니므로, 중증응급의료 현장의 최전선에 있는 권역외상센터 구성원들에 대한 추가적인 처우개선 방안을 검토할 필요
 - 중증외상 분야의 경우 민간병원(기관)만으로 운영하는데 현실적인 한계가 있을 것으로 보이므로, 국가의 지원이 필수불가결한 분야
 - 권역외상센터별 전담 전문의 1인당 환자 수 편차가 큰 상황임에도 불구하고, 권역외상센터별 구성원들에게 동일한 수준의 지원을 한다는 것은 권역외상센터 구성원들의 사기를 저하할 우려
 - 권역외상센터 간 연간 전담 전문의 1인당 환자 수: 가장 많은 전남과 가장 적은 충북 간 차이는 321명('24년 기준)
 - 수가 차등화 외에 환자 수 또는 중증도에 따른 인센티브 제공체계는 미운영
- 중증외상 치명률은 감소세를 보이고 있으나, 2024년 기준 장애율은 74.9%에 이르는 등 중증외상 환자의 후유 장애 재활시스템과 연계를 강화할 필요
 - 중증외상환자의 장애율: ('22년) 67.3% → ('24년) 74.9%

7) 다만, 권역외상센터에 환자 수가 적다는 것은 해당 권역에 절대적인 중증외상환자 수 자체가 적다는 것을 의미하는 것일 수도 있으므로, 부정적인 신호로만 해석하는 데는 유의할 필요가 있다.

라. 공중보건의 충원을 위한 제도 개편

- 현역병 대비 장기인 복무기간(3년)이 공중보건의 지원에 애로사항으로 작용하고 있고, 공중보건의 복무기간 단축 관련 법안이 다수 발의되었으나 부처·기관 간 이견이 존재하는 것으로 보이므로, 정부부처·기관 간에 보다 건설적이고 적극적인 의견 조율 과정 운영 및 국회 보고·협의, 국민 의견 수렴을 위한 공론화 과정 운영을 포함하여 공중보건의 유지·확대를 위한 제도 운영 방안을 설계할 필요
- 공중보건의 전체 복무 인원: ('17년) 3,614명 → ('26년) 1,995명
 - 같은 기간 공중보건의로 신규 편입된 인원도 1,368명에서 553명으로 급감
- 의과대학생 2,469명이 응답한 지원을 감소 원인 설문 결과: '사병에 비하여 상대적으로 긴 복무기간'이 99.0%로 가장 높은 응답률을 보였음
 - 지원을 향상 유인책 설문응답률: '복무 기간 단축'이 97.7%로 최대 응답률
- 국회 국방위원회와 보건복지위원회 등에서 공중보건의 복무기간 단축 법안이 「병역법」, 「군인사법」 및 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 일부개정법률안의 형태로 발의
 - 법안에 따라 의무복무기간 등에 차이가 있으나, 대체로 의무복무기간을 사병과 유사한 수준인 2년 가량(2년 또는 2년 2개월로 단축)으로 조정하는 취지
- 정부 부처 및 기관에 따라 의무복무기간 단축에 대하여 서로 다른 의견을 제시
 - 보건복지부: 지원을 상승을 통해 의료공백을 해소하는 측면에서 긍정적인 입장
 - 국방부 및 병무청: 공익법무관, 공중방역수의사 등 유사한 편입요건과 복무형태를 가진 제도와 형평성, 복무기간 단축의 불가역성 등을 고려한 신중 검토 필요
- 공중보건의 이외에도 군의관, 공익법무관, 공중방역수의사의 경우에도 전반적으로 충원율이 감소세를 보이고 있는 실정
 - 군의관 충원율: ('17~'25년) 각 100% → ('26년)38.7%
 - 공익법무관 충원율: ('17년) 93.2% → ('25년)64.0% → ('26년)32.0%
 - 공중방역수의사 충원율: ('17~'21년) 각 100% → ('25년)68.0% → ('26년)1.6%
 - 현역병에 비해 장기인 의무복무기간(3년)의 영향을 원천 배제하기는 어려운 실정
- 정부는 공중보건의 감소에 대한 의사인력 확보 방안으로 시니어의사 지원사업과

- 지역필수의사제 등을 보완하여 활용하는 방안을 발표. 다만, 단기적으로는 공중보건의 감소에 일부 대응이 가능할 수 있겠으나, 현실적인 한계가 있을 가능성
- 공중보건의의 주요 배치기관인 보건소 및 보건의료원의 시니어의사 채용인원: ('25년) 15명 → ('26년) 12명
 - 계약형 지역필수의사제: 지역 종합병원급 이상 의료기관에서 채용되는 경우에도 2025년 90명에서 2026년 88명으로 감소한 상황
- 의무복무기간의 점진적·단계적 조정, 공중보건의 선발과정 및 횟수 개편 등을 통한 제도 변화 충격 완화, 전역(소집해제) 이후 경력인정 제도 개선 등을 통한 경력단절 우려 감소, 지역의료기관 임용 시 인센티브 제공구조 검토 등과 같은 방안을 다양하게 고려하여, 역종간 형평성을 도모하는 가운데 증장기적으로 현역병 입영이 아닌 공중보건의로 편입 확대 제도 마련 필요

IV. 결론 및 시사점

□ 지역의료 관련 주요 계획 측면

- 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 따라 수립될 계획인 '필수의료종합계획'이 법적 정합성을 갖추고 수립·시행될 수 있도록 현재까지 수립되지 않고 있는 '보건의료발전계획'과 '보건의료인력 종합계획'을 수립·시행할 필요
- 지역의료 관련 계획 간 위계가 명확히 정립되어 있지 않아 비효율적으로 추진될 가능성이 존재하므로, '필수의료종합계획'이 수립되기 이전까지 '필수의료종합계획'과 여타 지역의료 관련 계획 간 우선순위를 명확히 설정·정비하거나 통합운영체계를 구축하는 등 효율적인 계획 운영을 도모할 필요
- 「공공보건의료 기본계획」 상 지역 공공병원 20개소 이상 신·증축 목표가 공사비 상승 및 행정절차 지연 문제 등으로 인해 달성되지 못하고 있어 지역 공공병원의 병상 확보에도 부정적 영향을 미치고 있으므로, 지역 공공병원 확충 일정이 지연되지 않도록 성과관리를 강화할 필요
- 제2차~제4차 「응급의료기본계획」의 주요 목표 중 하나로 중증응급환자의 병원 내 사망률 감소를 포함하였으나 3대 급성기 중증응급환자의 2023년 대비

2024년 병원 내 사망률과 최저 지역 대비 최고 지역 격차가 확대되었으며, 광역응급의료상황실을 통한 선정불가 규모도 증가세인 점을 고려하여, 지역별 응급의료 자원의 상향 평준화, 배후진료 체계 강화를 도모하는 가운데, 동 상황실을 보다 효율적으로 운영하기 위한 구조적 개선 및 기능 강화를 지속적으로 추진해나갈 필요

□ 지역의료기관 운영 측면

- 70개 중진료권 중 15개 중진료권에 대해서는 지역 책임의료기관이 설정되지 않고 있으며 다수의 지역에서 종합병원급 국·공립 의료기관이 설치되지 않았거나 불충분한 경향을 보였다는 점 등을 고려하여, 기존에 계획된 공공의료기관의 조속한 개원과 민간 의료기관의 책임의료기관 지정 활성화 및 지자체의 신청 확대 방안을 검토하는 등 지역 의료접근성 확보 대책을 면밀히 수립·추진할 필요
- 권역 책임의료기관 중 대부분을 차지하는 국립대병원 관련 재정사업 예산은 확대되고 있으나 실집행률이 저조하고, 국립대병원 적자가 지속되는 경향을 보이고 있어 지역의료의 질적 향상에 장애요인으로 작용할 수 있으므로, 국립대병원 지원 사업의 실집행률 제고와 함께, 국립대병원 기능 개선 방안이 실제 이행 과정에서 실효성 있게 안착되기 위한 세부 집행체계의 정교한 설계·관리 추진 필요
- 의료 및 분만취약지의 의료자원 미흡 등으로 인해 지원이 이루어지지 못하는 지역이 다수 존재하는 점을 고려하여, 의료 및 분만취약지 지원지역을 지속적으로 늘려가는 가운데 이동식·순회식 형태의 지원을 확대하거나 지역 내 또는 인접 지역 간 연계체계를 강화하는 등의 방안을 보다 면밀히 검토할 필요
- 취약지역을 대상으로 한 ‘응급원격협진 네트워크 운영’ 사업의 협진실적이 최근 5년간 감소세를 보이거나 이전 대비 미진한 측면이 존재하는 것으로 보이므로, 신규 병원의 사업 참여 독려, 응급원격협진 실적에 따른 인센티브 제공체계 구축 지원 등 사업 운영 방식에 대한 개선과제를 검토할 필요
- ‘의료취약지 원격협진 지원’ 사업의 경우 사업참여 지자체와 기관 수가 증가하고 있으나 대상자 수의 경우 최근 감소세를 보인 점을 고려하여, 의료취약지 주민의 의료접근성 향상을 위한 원격협진 대상자 확대를 위한 사업안내 및 홍보, 참여기관 간 네트워크 강화 등의 개선 방안을 검토할 필요

- 지역 내 암치료의 거점기관인 지역암센터의 경우 센터당 연간 1억원 수준의 운영비를 지원받으며 법령에 규정된 다양한 사업을 수행해야 하는 현실적인 제약이 있으므로, 지역암센터의 지원 규모 현실화나 지역암센터의 역내 암치료에 집중 환경 조성을 위한 사업수행범위 구체화 방안 등을 검토할 필요

□ 지역의료 인력지원 측면

- 국립대병원의 경우 비수도권의 전공의 충원율이 수도권 대비 낮은 수준이고 회복세도 저조한 실정이며, 필수의료과목의 경우에도 유사한 경향이 보이는 점을 고려하여, 지역 국립대병원 개선 사업을 지속적·일관적으로 추진하고 해당 병원의 기능 강화를 위한 구조 개선방안을 면밀히 설계·운영할 필요
- 공공임상교수제는 지역의료 활성화와 지방 의료인력 확충에 기여할 수 있는 공공성 확보 사업이나 저조한 충원율을 보이고 있는 점을 고려하여, 신분 안정성 확보를 위한 법적·제도적 장치 강화, 순환근무 중에도 교육·연구 등 안정적인 커리어패스 구축 지원 등과 같이 공공임상교수로의 신규편입을 확대할 수 있는 방안을 검토할 필요
- 시니어의사 채용지원금 지원 사업이 예산 편성 시의 채용계획을 충족하지 못하고 있는 점을 고려하여, 실태조사 등을 통한 기존 채용인력 유지·확충 방안 마련, 시니어의사 수급의 편의성·접근성 증진을 위한 플랫폼 개편 등 검토 필요
- 예방 가능한 외상 사망률의 지역 간 격차가 확대되는 경향을 보이고, 외상학 세부 전문의의 자격갱신율과 신규 편입 인원이 감소세를 보이며, 권역외상센터별 전담 전문의가 목표에 미달하는 등의 문제가 나타나고 있는 가운데, 중증외상 전문진료체계 구축 사업이 권역외상센터별로 인건비를 지원하는 형태로 운영되고 있어 구성원의 업무강도에 따라 인센티브가 지원되는 구조는 아닌 것으로 보이므로, 권역외상센터 구성원들에 대한 추가적인 처우개선 방안을 검토할 필요
- 현역병 대비 장기인 복무기간(3년)이 공중보건의 지원에 걸림돌로 작용하고 있고, 복무기간 단축을 위한 법안이 다수 발의되었으나 부처·기관 간 이견이 존재하는 것으로 보이므로, 정부부처·기관 간에 보다 건설적이고 적극적인 의견 조율 과정 운영 및 국회 보고·협의, 국민 의견 수렴을 위한 공론화 과정 운영을 포함하여 공중보건의 유지·확대를 위한 다양한 제도 운영 방안 설계 필요

1

분석의 배경 및 목적

우리나라는 수도권 중심 발전 경향의 지속으로 인구·경제·산업의 수도권 집중뿐 아니라, 수도권-지역 간 건강 수준 및 의료접근성 격차도 유발하는 경향을 보이고 있다.

지역 간 건강수명 격차를 살펴보면, 세종이 71.00세로 가장 높은 건강수명을 보였으며, 서울(70.81세), 제주(70.10세), 경기(70.09세) 등의 순이었으며, 건강수명이 가장 낮은 부산(68.32세)과 가장 높은 세종과의 격차는 2.68년이었으며, 세종·서울·제주·경기·대전을 제외하고는 전국 평균보다 낮은 건강수명을 보였다.¹⁾

또한, 지역별 필수의료자원 상의 격차도 나타나고 있다. 일례로, 2024년 기준 17개 광역시·도의 인구 10만명당 전문의 수를 살펴보면, 수도권의 필수의료과목²⁾ 전문의 비중이 전체 필수의료과목 전문의 중 55.7%를 차지하였다. 또한, 필수의료과목 전문의 수가 가장 많은 서울은 가장 적은 세종 대비 2.3배 많았다.

이와 함께, 서울 등 수도권으로의 원정진료도 현재까지 발생하는 것으로 나타났다. 2024년 기준으로 서울 의료기관에서 진료를 받은 환자 15,033,620명 중 41.5%인 6,234,923명은 서울 이외 지역에서 서울 의료기관으로 진료를 받으러 온

1) 지역별 건강수명 현황(2022년 기준)은 아래와 같다.

지역	건강수명	지역	건강수명	지역	건강수명	지역	건강수명
세종	71.00세	충남	69.71세	대구	69.29세	전남	68.34세
서울	70.81세	강원	69.68세	경남	69.22세	부산	68.32세
제주	70.10세	경북	69.63세	광주	68.89세	전국	69.89세
경기	70.09세	인천	69.49세	울산	68.78세		
대전	69.95세	충북	69.41세	전북	68.68세		

주: 건강수명은 몸이나 정신이 건강한 상태로 활동을 하며 산 기간으로, 평균수명에서 질병으로 몸이 아픈 기간을 제외한 기간을 의미

자료: 한국건강증진개발원, 「건강수명통계집 - 한 눈에 보는 건강수명 2022」, 2025.1.

2) 필수의료과목의 유형에 대하여 법령에서 명시적으로 규정하고 있지 않아, 본 보고서에서는 보건복지부·한국보건사회연구원, 「국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구」, 2025.5. 및 보건복지부, 「튼튼한 약자복지, 탄탄한 의료개혁 이행을 위한 집중투자」, 2024.8. 등에 수록된 필수의료과목인 내과, 신경과, 외과, 신경외과, 심장혈관흉부외과, 산부인과, 소아청소년과, 응급의학과 등 8개 진료과목을 필수 의료과목으로 설정·분석하였다.

환자로 조사된 바 있다.³⁾ 이는 지역 국립대학병원의 역량 부족과 서울 상급종합병원으로의 환자 쏠림 현상으로 인해 사회적 비용 증가에 대한 우려로 이어지고 있다. 예를 들어, 서울 상급종합병원으로 유출된 지역 환자로 인해 발생하는 연간 순비용(교통 및 숙박비용, 서울 상급종합병원과 지역 국립대학병원 간 진료비 차이 반영 시 연간 순비용)이 약 1조 7,537억원 규모로 추산된다는 연구 결과도 존재한다.⁴⁾

이와 같은 수도권으로의 의료 쏠림 현상을 완화하고자, 정부는 지역의료 활성화를 위해 국정과제 설정과 더불어 다수의 계획을 수립·추진하여 왔다. 세부적으로, 「공공보건의료 기본계획」, 「응급의료 기본계획」, 「심뇌혈관질환관리종합계획」, 「암관리종합계획」 등의 계획이 발표되어 왔으며, 2027년 3월부터 시행되는 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 근거한 ‘필수의료종합계획’도 수립될 예정이다.

이러한 경향에 따라, 지역의료 관련 주요 재정사업 예산 규모도 확대되는 경향을 보였다. 동 재정사업 예산은 2021년 4,416억원에서 2026년 1조 256억원으로 최근 5년여간 2.3배 규모로 확대되어 왔다.

[지역의료 관련 주요 재정사업 예산 현황 (2021~2026년)]

(단위: 백만원)

2021	2022	2023	2024	2025	2026
441,564	503,458	484,598	620,312	803,267	1,025,628

주: 2021년과 2022년은 추가경정예산, 2023년과 2024년은 본예산 기준, 2025년은 추가경정예산, 2026년은 본예산 기준

자료: 보건복지부 및 교육부 제출자료를 바탕으로 재작성

이와 같이, 지역의료 관련 정책이 지속적으로 추진되고 있으며, 관련 재정사업 예산 규모도 확대되고 있으나, 저출산·고령화의 영향이 수도권 대비 상대적으로 큰 지역의 경우에는 여전히 지역 의료인력 및 인프라 부족·낙후, 이른바 응급실 뺑뺑이 문제 등 필수의료 공백과 같은 문제가 상존하고 있다.

이에, 본 보고서에서는 지역의료 관련 주요 법령 및 제도 구축 현황, 향후 정부의 주요 제도의 개편방향, 지역의료 관련 주요 재정사업 현황, 문제점 및 성과를 심층적으로 분석·평가하고, 주요 쟁점 및 개선방안을 고찰하였다.

3) 국민건강보험공단, 「2024 지역별 의료이용 통계연보」, 2025.10.을 바탕으로 재작성하였다.

4) 한국보건사회연구원, 「지역 환자 유출로 인한 비용과 지역 국립대학병원에 대한 국민 인식」, 2025.6.

본 보고서에서는 지역의료 관련 주요 정책·사업 현황, 문제점 및 성과를 심층적으로 분석·평가하고, 주요 쟁점에 따른 개선과제를 검토하였다.

지역의료 관련 주요 정책·사업 현황 측면에서는, 현재까지 추진되어 온 지역의료 관련 주요 법령 및 계획, 추진체계와 함께 정부의 지역의료 관련 주요 정책 개편방향에 대하여 검토하였다. 지역의료 관련 주요 재정사업 예·결산 내역의 경우 보건복지부와 교육부 등 관계 부처에서 제출한 지역·필수·공공의료 관련 주요 재정사업을 지역의료 관련 주요 재정사업으로 간주하고 사업내역을 검토하였다.

주요 쟁점 분석에서는 크게 지역 간 의료격차 실태, 지역의료 관련 주요 계획 및 성과, 지역의료기관 운영 및 지역의료 인력지원 사업 현황을 분석하였다.

지역 간 의료격차 실태 분석 부문에서는 지역별 치료가능사망률과 자체충족률을 중심으로 지역별 의료 수준을 점검하였고, 지역별 의료기관 및 병실·병상 규모, 의사·간호사 수와 함께 지역별 의료기관 개·폐업 실태도 함께 검토하였다.

지역의료 관련 주요 계획 분석 부문에서는 법령에 근거한 법정계획 수립 여부, 주요 지역의료 관련 계획의 목표 및 성과관리 현황을 분석하고, 개선과제를 검토하였다.

지역의료기관 운영 현황 분석 부문에서는 권역·지역·진료권별 정부 지정센터 현황, 국립대병원 재정상태, 지역 암치료에 있어 지역암센터 역할, 의료취약지역 대상 사업추진 동향 등을 중심으로 분석을 실시하고 개선방안을 고찰하였다.

지역의료 인력지원 현황 분석 부문에서는 지역에서 책임의료기관 역할을 담당하고 있는 국립대병원의 전공의 충원 및 외상센터 의료인력 확보 상황, 공공임상교수·시니어의사 채용 실태, 공중보건의 복무 현황 등을 중심으로 개선과제를 분석하였다.

이와 함께, 분석의 객관성 제고를 위하여, 관계 부처 및 기관과 협의하고 전문가 간담회 및 현장 방문 등을 실시하였으며, 각종 문헌 및 통계자료, 세미나 및 토론회 자료 등을 종합적으로 활용하였다.

다만, 전술한 바와 같이, 2025~2026년의 경우 지역의료와 관련하여 법적·제도적 변화가 다방면에서 이루어지기 시작한 만큼, 향후에는 본 보고서에서의 분석 결과와 더불어 신규 도입 또는 개편이 이루어진 제도의 성과 창출 여부에 대해서도 추가적인 분석이 이루어질 필요가 있을 것으로 보인다.

[지역의료 지원사업 현황과 개선과제의 구성과 주요 내용]

구분		주요 분석 내용
I. 개요		<ul style="list-style-type: none"> • 분석의 배경 및 목적 • 분석의 구성 및 방법
II. 주요 현황		<ul style="list-style-type: none"> • 지역의료 지원사업 관련 주요 법령·계획 및 정책 개편방향 • 지역의료 관련 주요 재정사업 예·결산 현황
III. 주요 쟁점 분석	1. 지역 간 의료격차 실태 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 지역별 치료가능사망률, 자체충족률 등 지역의료 수준 검토 • 지역별 의료기관·병상·의사 및 의료기관 개·폐업 등 지역별 주요 의료자원 실태 분석
	2. 지역의료 관련 주요 계획 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 법정계획 수립 및 주요 계획 간 관계 검토 • 지역의료 관련 주요 계획의 목표 및 실적 점검
	3. 지역의료기관 운영 현황 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 국립대병원 등 지역의료기관 지정 실태 및 재정 상황 분석 • 지역의료 취약지역 대상 의료접근성 실태 분석 • 지역암센터 운영 실태 점검
	4. 지역의료 인력 지원 현황 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 국립대병원 전공의 충원 실태 분석 • 공공임상교수 및 시니어의사 지원 사업 점검 • 외상센터 운영 현황 검토 • 공중보건의 감소 대응 관련 실태 분석
IV. 결론 및 시사점		<ul style="list-style-type: none"> • 총괄 제언

1

지역의료 지원사업 관련 주요 법령 및 계획

가. 주요 법령

지역의료 지원사업 관련 주요 법령으로는 「보건의료기본법」, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」, 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」, 「국립의학전문대학원 설립 및 운영에 관한 법률」, 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」, 「환자기본법」, 「보건의료인력지원법」, 「공공보건의료에 관한 법률」, 「응급의료에 관한 법률」, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」, 「병역법」 및 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」, 「암관리법」, 「의료법」, 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」, 「인구감소지역 지원 특별법」 등이 있다. 이외에도 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」, 「모자보건법」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 등 의료와 관련된 다양한 법령과 연계되어 있다.⁵⁾

[지역의료 관련 주요 법령 현황]

주요 법령
<ul style="list-style-type: none"> • 주요 법령: 「보건의료기본법」, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」, 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」, 「국립의학전문대학원 설립 및 운영에 관한 법률」, 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」, 「환자기본법」, 「보건의료인력지원법」, 「공공보건의료에 관한 법률」, 「응급의료에 관한 법률」, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」, 「병역법」, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」, 「의료법」, 「암관리법」, 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」, 「인구감소지역 지원 특별법」 등 • 유관 법령: 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」, 「모자보건법」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 등

주: 주요 법령은 본 보고서의 본문에서 수록하고 있는 법령을 중심으로 구분하였음
 자료: 국가법령정보센터 및 국회의안정보시스템 자료를 바탕으로 재작성

5) 보다 상세한 각 법령별 주요 내용은 부록에 수록되어 있다.

나. 주요 계획

(1) 주요 계획 개괄

지역의료 관련 주요 계획으로는 국정과제와 함께 관계 법령에 따른 법정계획인 「공공보건의료 기본계획」, 「응급의료 기본계획」, 「심뇌혈관질환관리 종합계획」, 「암관리종합계획」 등을 들 수 있다. 법정계획 이외에도, 정책적 필요성에 따라 수시로 발표되는 「의사인력 양성 및 지원 방안」(2026.2.), 「공보의 감소 등에 따른 지역보건의료 대응방안」(2026.3.) 등이 있다.

한편, 법정계획인 “보건의료발전계획”과 “보건의료인력 종합계획”은 관계법령 제정 이래로 현재까지 수립되지 않고 있다.

지역의료 관련 주요 계획 현황 및 개별 계획별 주요 내용은 다음과 같다.

[지역의료 관련 주요 계획 현황]

구분	주요 계획
국정 과제	<ul style="list-style-type: none"> 83. 지속가능한 보건의료체계로 전환 84. 지역격차 해소, 필수의료 확충, 공공의료 강화
법정 계획	<ul style="list-style-type: none"> 공공보건의료 기본계획(「공공보건의료에 관한 법률」 제8조 등) <ul style="list-style-type: none"> - 제1차(계획기간: 2016~2020년) 및 제2차(계획기간: 2021~2025년) ※제3차 미수립 응급의료 기본계획(「응급의료에 관한 법률」 제13조의2 등) <ul style="list-style-type: none"> - 제1차(계획기간: 2005~2010년), 제2차(계획기간: 2013~2017년), 제3차(계획기간: 2018~2022년) 및 제4차(계획기간: 2023~2027년) / 제1차와 제2차 간에 “응급의료 선진화 계획”(계획기간: 2010~2012년) 추진 심뇌혈관질환관리 종합계획(「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제4조 등) <ul style="list-style-type: none"> - 제1차(계획기간: 2018~2022년) 및 제2차(계획기간: 2023~2027년) 암관리종합계획(「암관리법」 제5조 등) <ul style="list-style-type: none"> - 제1차(계획기간: 1996~2005년), 제2차(계획기간: 2006~2015년), 제3차(계획기간: 2016~2020년), 제4차(계획기간: 2021~2025년) 및 제5차(계획기간: 2026~2030년)
수시 계획	<ul style="list-style-type: none"> 의사인력 양성 및 지원 방안 (2026.2.수립) 공보의 감소 등에 따른 지역보건의료 대응방안 (2026.3.수립)
미 수립	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료발전계획(「보건의료기본법」 제15조 등) 보건의료인력 종합계획(「보건의료인력지원법」 제5조 등)

주: 1. 국정과제는 대한민국 정부, 「이재명 정부 123대 국정과제」, 2025.9. 중 지역의료 관련 주요 국정과제를 의미

2. 수시 계획은 2026년 발표된 법정계획 이외의 정부 발표 계획을 수록

자료: 국가법령정보센터 및 국회의안정보시스템 자료 등을 바탕으로 제작성

(2) 국정과제

정부는 지역의료 지원과 관련하여 다양한 국정과제를 발표한 바 있으며, 재정 건전성 확보, 의료공공성 및 필수의료 강화, 소아·응급의료를 포함한 지역·필수·공공의료 인력 확대 및 수가·보상체계 개편, 의료기관 간 협력·연계체계 강화 등을 포함하는 경향을 보였다.

정부는 지역의료와 관련하여 다양한 국정과제를 설정하고, 과제별 목표와 이에 따른 추진과제를 설정하여 왔다.

현(現) 정부인 이재명 정부에서는 123대 국정과제(2025.9.) 상 지역의료 관련 국정과제로 “83. 지속가능한 보건의료체계로 전환”과 “84. 지역격차 해소, 필수의료 확충, 공공의료 강화” 등을 포함한 바 있다.⁶⁾ “83. 지속가능한 보건의료체계로 전환” 국정과제에서는 ‘GDP 대비 국민 총의료비 지출을 OECD 평균 수준으로 관리’와 ‘국민 중심 의료개혁 추진으로 사회적 갈등 해소 및 환자권리·안전 보장’을 과제목표로 설정하고, ‘건강보험 재정 안정화’, ‘협력적 의료전달체계 구축’, ‘의료보상체계 합리적 개편’ 및 ‘국민 중심 의료개혁 추진’을 주요 추진과제로 포함하였다.

“84. 지역격차 해소, 필수의료 확충, 공공의료 강화” 국정과제에서는 ‘필수의료 자체 충족률 제고를 통해 지역 간 치료 가능 사망률 격차 완화’를 목표로 하여, ‘공공의료체계 강화’, ‘지역·필수의료 보상 강화’, ‘지역·필수·공공의료 인력 양성’, ‘소아·응급의료체계 강화’ 및 ‘감염병 대응체계 개선’을 해당 목적 달성을 위한 주요 추진과제로 설정한 바 있다.

이재명 정부의 지역의료 관련 국정과제(83 및 84)의 주요 세부내용은 아래와 같다.

6) 지난 정부에서도 지역의료 관련 국정과제를 발표한 바 있다. 윤석열 정부에서는 120대 국정과제를 발표(2022.7.)하면서, “45. 100세 시대 일자리·건강·돌봄체계 강화”, “66. 필수의료 기반 강화 및 의료비 부담 완화”, “67. 예방적 건강관리 강화” 및 “70. 농산촌 지원강화 및 성장환경 조성” 등의 지역의료 관련 추진과제를 국정과제로 설정한 바 있다. 문재인 정부에서는 100대 국정과제(2017.7.) 상에 “45. 의료공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공”과 “81. 누구나 살고 싶은 복지 농산어촌 조성” 등의 지역의료 관련 국정과제가 포함된 바 있다.

[이재명 정부의 지역의료 지원사업 관련 주요 국정과제]

국정과제	주요 내용
83. 지속 가능한 보건의료 체계로 전환	<ul style="list-style-type: none"> • 과제목표 <ul style="list-style-type: none"> - GDP 대비 국민 총 의료비 지출을 OECD 평균 수준*으로 관리 *(15년) OECD 평균 8.7% / 우리나라 6.5% → (23년) OECD 평균 9.1% / 우리나라 8.5% - 국민 중심 의료개혁 추진으로 사회적 갈등 해소 및 환자권리·안전 보장 • 주요 내용 <ul style="list-style-type: none"> - (건강보험 재정 안정화) 건강보험 재정 국고지원 확대, 보험료 부과체계를 소득 중심으로 지속 개편하여 공정한 부과기준 확립 - (협력적 의료전달체계 구축) 대형병원의 수도권 쏠림을 막기 위해 지역 내 역량을 갖춘 병원 육성* 및 1·2·3차 병원 간 유기적인 연계·협력**체계 구축 *필수의료 분야 24시간 진료 유지 종합병원 및 병원 육성 등 **환자 협력진료 패스트트랙 구축 - (의료보상체계 합리적 개편) 수술·치과 등 저평가된 건강보험 수가 인상 및 영상 진단·검사 등 고평가된 수가 현실화를 위한 상시 조정체계* 구축 *의료기관 규모에 따라 확일적으로 책정된 건강보험 수가 가산체계 → 환자의 건강 성과, 효율·효과적 진료 등 바탕의 성과보상제로 전환 - (국민 중심 의료개혁 추진) 의료현장 정상화 및 의료체계 왜곡 해소를 위해 국민·의료계 모두 지지하는 의료개혁 추진체계 및 로드맵 마련(법·제도·인프라 강화)
84. 지역격차 해소, 필수의료 확충, 공공의료 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 과제목표 <ul style="list-style-type: none"> - 필수의료 자체 충족률 제고를 통해 지역 간 치료 가능 사망률* 격차 완화 *(23년) 인구 10만명 당 1위 시도: 49.9명 / 17위 시도: 36.9명 • 주요 내용 <ul style="list-style-type: none"> - (공공의료체계 강화) 국립중앙의료원^(중앙)-국립대병원^(권역)-지방의료원·보건의료^(지역) 간 공공의료 협력체계 구축 및 진료권별 공공의료 인프라 확충* *공공병원이 없는 곳에 지방의료원 신설 추진, 공공병원 및 공공의료 수행 병원 대상 공공성 평가·보상 등 **국립대병원 소관을 복지부로 이관하고, 권역 거점병원으로 체계적 육성 - (지역·필수의료 보상 강화) 필수의료 집중 지원을 위해 건강보험 공공정책수가 신설·확대, 지역필수의료기금 신설 및 법령 제정 추진 *지역의료 자원분석을 토대로 의료 취약지역을 집중 보상하는 지역수가 제도 신설, 필수의료 분야 의료사고 국가책임 강화 - (지역·필수·공공의료 인력 양성) 지역 의사제 신설, 공공의료 사관학교 설립 및 의대 없는 지역에 의대 신설 추진 *전공의 등 의료인력 양성을 위한 수련환경 혁신 등 국가지원 확대 - (소아·응급의료체계 강화) 환자 증증도에 따른 응급의료기관 종별 기능 명확화 및 역할에 따른 차등 보상, 응급환자 신속 이송·수용·전원체계 확립 *진료권 중심의 중증·응급질환 24시간 전문의 대응체계 및 야간·휴일 소아환자 진료협력체계 구축 (달빛어린이병원 등 확충을 통해 달빛어린이병원^(경주)-소아긴급센터^(중등중)-소아응급센터^(중중) 협력 등) - (감염병 대응체계 개선) 감염병 예측·감시·역학조사 강화, 방역·의료 통합대응 체계 강화, 코호트 격리 등 방역 조치의 인권 보호 강화

자료: 대한민국 정부, 「이재명정부 123대 국정과제」, 2025.9.를 바탕으로 재작성

(3) 공공보건의료 기본계획

「공공보건의료 기본계획」은 「공공보건의료에 관한 법률」에 근거하여 매 5년마다 보건의료발전계획과 연계하여 수립하도록 규정하고 있는 법정계획으로, 2026년 6월 현재 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」까지 발표되어 있다.

「공공보건의료 기본계획」은 「공공보건의료에 관한 법률」 제4조(공공보건의료 기본계획) 등에 근거하여 수립되는 법정계획으로, 「보건의료발전계획」과 연계하여 5년마다 수립하도록 하고 있으며, 이에 따른 공공보건의료 시행계획을 매년 수립·시행하도록 규정하고 있다. 7) 동 기본계획의 주요 포함사항은 아래와 같다.

[공공보건의료 기본계획 주요 포함사항]

- 공공보건의료의 목표와 방향
- 공공보건의료의 추진 계획 및 방법
- 공공보건의료 확충을 위한 인력, 병상, 시설 등 보건의료자원의 조달 및 관리 방안
- 공공보건의료 전달체계의 구축·관리 방안
- 공공보건의료가 취약한 지역·계층·분야에 대한 지원 방안
- 공중보건 위기 상황 시 대응 방안 등

자료: 「공공보건의료에 관한 법률」 제4조(공공보건의료 기본계획)를 바탕으로 재작성

7) 「공공보건의료에 관한 법률」

제4조(공공보건의료 기본계획) ① 보건복지부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 제5조에 따른 공공보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획과 연계하여 공공보건의료 기본계획을 5년마다 수립하여야 하고, 이를 기초로 매년 주요 시책 추진계획을 수립·시행하여야 한다.

② 제1항에 따른 공공보건의료 기본계획(이하 “공공보건의료 기본계획”이라 한다)에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 공공보건의료의 목표와 방향
2. 공공보건의료의 추진 계획 및 방법
3. 공공보건의료 확충을 위한 인력, 병상, 시설 등 보건의료자원의 조달 및 관리 방안
4. 공공보건의료 전달체계의 구축·관리 방안
5. 공공보건의료가 취약한 지역·계층·분야에 대한 지원 방안
6. 공중보건 위기 상황 시 대응 방안

7. 그 밖에 공공보건의료 강화를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사항

③ 보건복지부장관은 보건의료시책상 필요한 경우 제5조에 따른 공공보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 공공보건의료 기본계획을 변경할 수 있다.

④ 관계 중앙행정기관의 장, 공공단체의 장과 시·도지사는 매년 공공보건의료 기본계획에 따라 공공보건의료 시행계획(이하 “시행계획”이라 한다)을 수립·시행하여야 한다. 이 경우 시·도지사는 제5조의2에 따른 시·도공공보건의료위원회의 심의를 거쳐 시행계획을 변경할 수 있다.

⑤ 관계 중앙행정기관의 장, 공공단체의 장과 시·도지사는 전년도 시행계획에 따른 추진실적 및 다음 연도의 시행계획을 매년 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 시행계획의 수립·시행 및 추진실적의 평가 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

「공공보건의료 기본계획」은 2026년 6월 현재 「제2차 공공보건의료 기본계획 (2021~2025)」(2021.6.)까지 발표되었다. 동 기본계획은 ‘필수의료 제공체계 확충’, ‘공공보건의료 역량 강화’ 및 ‘공공보건의료 제도 기반 강화’ 등 3대 분야 11개 추진과제가 포함되었으며, 차수별 주요 내용은 아래와 같다.

[제1차~제2차 「공공보건의료 기본계획」 주요 내용]

구분	주요 내용										
제1차 기본계획 (‘16~’20) (2016.3.)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 비전: 모든 국민이 건강한 삶을 보장받는 사회 <input type="checkbox"/> 추진전략 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. 지역 간 균형 잡힌 공공 보건의료 제공체계 구축</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 의료취약지 지원 강화 ◆ 공공보건의료전문인력 양성·지원 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. 필수분야에 보건의료 서비스 적정공급</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 감염·재난·응급 의료서비스 강화 ◆ 공급이 부족한 필수의료 확충 ◆ 의료수요 증가 예상분야에 대한 선제적 대응 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. 취약계층에 대한 의료 안전망 강화</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 저소득층에 대한 의료지원 강화 ◆ 취약집단별 맞춤형 의료서비스 제공 ◆ 고액진료비 발생질환의 의료비 부담완화 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4. 공공보건의료 지원기반 확충 및 서비스 질 제고</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 전달체계 구축을 위한 기능 정립 ◆ 공익적 기능 수행에 대한 지원 확대 ◆ 공공보건의료서비스의 질 제고 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5. 공공의료기관 운영 효율성 제고</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 평가체계 정비 및 평가결과 환류강화 ◆ 공공의료기관 경영체계개선 ◆ 공공의료통계 및 정보체계 개선 </td> </tr> </table> 	1. 지역 간 균형 잡힌 공공 보건의료 제공체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 의료취약지 지원 강화 ◆ 공공보건의료전문인력 양성·지원 	2. 필수분야에 보건의료 서비스 적정공급	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 감염·재난·응급 의료서비스 강화 ◆ 공급이 부족한 필수의료 확충 ◆ 의료수요 증가 예상분야에 대한 선제적 대응 	3. 취약계층에 대한 의료 안전망 강화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 저소득층에 대한 의료지원 강화 ◆ 취약집단별 맞춤형 의료서비스 제공 ◆ 고액진료비 발생질환의 의료비 부담완화 	4. 공공보건의료 지원기반 확충 및 서비스 질 제고	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 전달체계 구축을 위한 기능 정립 ◆ 공익적 기능 수행에 대한 지원 확대 ◆ 공공보건의료서비스의 질 제고 	5. 공공의료기관 운영 효율성 제고	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 평가체계 정비 및 평가결과 환류강화 ◆ 공공의료기관 경영체계개선 ◆ 공공의료통계 및 정보체계 개선
1. 지역 간 균형 잡힌 공공 보건의료 제공체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 의료취약지 지원 강화 ◆ 공공보건의료전문인력 양성·지원 										
2. 필수분야에 보건의료 서비스 적정공급	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 감염·재난·응급 의료서비스 강화 ◆ 공급이 부족한 필수의료 확충 ◆ 의료수요 증가 예상분야에 대한 선제적 대응 										
3. 취약계층에 대한 의료 안전망 강화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 저소득층에 대한 의료지원 강화 ◆ 취약집단별 맞춤형 의료서비스 제공 ◆ 고액진료비 발생질환의 의료비 부담완화 										
4. 공공보건의료 지원기반 확충 및 서비스 질 제고	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 전달체계 구축을 위한 기능 정립 ◆ 공익적 기능 수행에 대한 지원 확대 ◆ 공공보건의료서비스의 질 제고 										
5. 공공의료기관 운영 효율성 제고	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 평가체계 정비 및 평가결과 환류강화 ◆ 공공의료기관 경영체계개선 ◆ 공공의료통계 및 정보체계 개선 										
제2차 기본계획 (‘21~’25) (2021.6.)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 비전: 모든 국민 필수보건의료 보장으로 포용적 건강사회 실현 <input type="checkbox"/> 정책 목표 <ul style="list-style-type: none"> • 1. 누구나 어디서든 이용할 수 있는 공공보건의료 <ul style="list-style-type: none"> - 치료가능사망률 및 지역 격차 감소: 10만명당 43.8→30.7명, 5분위 격차비 1.41→1.27배 - 지역 공공병원 20개소 이상 신·증축: 지역 공공병원 병상 1만개→1.5만+α개 • 2. 양질의 적절한 공공보건의료 제공 <ul style="list-style-type: none"> - 지역책임의료기관 의료인력 확충: 기관별 평균 전문의 30→40명, 간호사 150→200명 - 인턴·레지던트 수련 지방의료원 확대: 7개소→20개소 • 3. 공공보건의료의 효과적 협력 및 운영 <ul style="list-style-type: none"> - 중앙 및 시·도 공공보건의료 위원회 운영: 1개 지역→중앙 및 17개 시·도별 구성 - 시·도 공공보건의료지원단 전국 설치 <input type="checkbox"/> 3대 분야 및 11개 추진 과제 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. 필수의료 제공 체계 확충</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 수행기관 확충 및 역할 정립 ◆ 지역 완결적 필수중증의료 보장 ◆ 건강 취약계층 및 수요 증가 분야 지원 ◆ 공중보건의기 대응 체계 구축 및 역량 강화 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. 공공보건의료 역량 강화</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 인력 양성 및 지원 ◆ 공공보건의료기관 운영 개선 및 역량 강화 ◆ 국립중앙의료원 및 국립대학병원의 공공적 역할 확대 ◆ 첨단 정보통신기술 활용 강화 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. 공공보건의료 제도 기반 강화</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 협력 및 지원 기반 확대 ◆ 재원 및 유인 체계 강화 ◆ 평가 체계 정비 </td> </tr> </table> 	1. 필수의료 제공 체계 확충	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 수행기관 확충 및 역할 정립 ◆ 지역 완결적 필수중증의료 보장 ◆ 건강 취약계층 및 수요 증가 분야 지원 ◆ 공중보건의기 대응 체계 구축 및 역량 강화 	2. 공공보건의료 역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 인력 양성 및 지원 ◆ 공공보건의료기관 운영 개선 및 역량 강화 ◆ 국립중앙의료원 및 국립대학병원의 공공적 역할 확대 ◆ 첨단 정보통신기술 활용 강화 	3. 공공보건의료 제도 기반 강화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 협력 및 지원 기반 확대 ◆ 재원 및 유인 체계 강화 ◆ 평가 체계 정비 				
1. 필수의료 제공 체계 확충	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 수행기관 확충 및 역할 정립 ◆ 지역 완결적 필수중증의료 보장 ◆ 건강 취약계층 및 수요 증가 분야 지원 ◆ 공중보건의기 대응 체계 구축 및 역량 강화 										
2. 공공보건의료 역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 공공보건의료 인력 양성 및 지원 ◆ 공공보건의료기관 운영 개선 및 역량 강화 ◆ 국립중앙의료원 및 국립대학병원의 공공적 역할 확대 ◆ 첨단 정보통신기술 활용 강화 										
3. 공공보건의료 제도 기반 강화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 협력 및 지원 기반 확대 ◆ 재원 및 유인 체계 강화 ◆ 평가 체계 정비 										

자료: 각 차수별 「공공보건의료 기본계획」을 바탕으로 재작성

(4) 응급의료기본계획

「응급의료기본계획」은 「응급의료에 관한 법률」에 근거하여 「공공보건의료 기본계획」과 연계하여 5년마다 수립하도록 규정하고 있는 법정계획으로, 2026년 6월 현재 「제4차 응급의료기본계획(2023~2027)」이 추진 중에 있다.

「응급의료기본계획」은 「응급의료에 관한 법률」 제13조의2(응급의료기본계획 및 연차별 시행계획) 등에 따라 수립되는 법정계획으로, 「공공보건의료 기본계획」과 연계하여 5년마다 수립하도록 하고 있다. 또한, 동 기본계획에 따른 연차별 시행계획을 수립하도록 규정하고 있다.⁸⁾

[응급의료기본계획 주요 포함사항]

- 1. 국민의 안전한 생활환경 조성을 위한 다음 각 목의 사항
 - 국민에 대한 응급처치 및 응급의료 교육·홍보 계획
 - 생활환경 속의 응급의료 인프라 확충 계획
 - 응급의료의 평등한 수혜를 위한 계획
 - 응급의료 취약지역에 대한 응급의료 강화 및 대응 계획
- 2. 응급의료의 효과적인 제공을 위한 다음 각 목의 사항
 - 민간 이송자원의 육성 및 이송체계의 개선 계획
 - 응급의료기관에 대한 평가·지원 및 육성 계획
 - 응급의료 인력의 공급 및 육성 계획
 - 응급의료정보통신체계의 구축·운영 계획
 - 응급의료의 질적 수준 개선을 위한 계획
 - 재난 등으로 다수의 환자 발생 시 응급의료 대비·대응 계획
- 3. 기본계획의 효과적 달성을 위한 다음 각 목의 사항
 - 기본계획의 달성목표 및 그 추진방향
 - 응급의료제도 및 운영체계에 대한 평가 및 개선방향
 - 응급의료재정의 조달 및 운용
 - 기본계획 시행을 위한 중앙행정기관의 협조 사항

자료: 「응급의료에 관한 법률」 제13조의2(응급의료기본계획 및 연차별 시행계획)를 바탕으로 재작성

8) 「응급의료에 관한 법률」

제13조의2(응급의료기본계획 및 연차별 시행계획) ① 보건복지부장관은 제13조에 따른 업무를 수행하기 위하여 제13조의5에 따른 중앙응급의료위원회의 심의를 거쳐 응급의료기본계획을 5년마다 수립하여야 한다. < 중 략 >

⑤ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라 기본계획에 따른 연차별 시행계획을 수립하여야 한다.

「응급의료기본계획」은 2026년 6월 현재 ‘전국 어디서나 최종치료까지 책임지는 응급의료’를 비전으로 한 「제4차 응급의료기본계획(2023~2027)」이 추진되고 있다. 제4차 기본계획에서는 ‘현장·이송 단계’, ‘병원 단계’, ‘전문분야별 대응’ 및 ‘응급의료기반’ 등 4개 영역별 핵심 성과지표를 설정하고 있다. 최근 10년간 (2018~2027년) 발표된 「응급의료기본계획」의 발표 경과와 이에 따른 주요 내용은 아래와 같다.

[제3차~제4차 「응급의료기본계획」 주요 내용 (2018~2027년)]

구분	주요 내용										
제3차 기본계획 (‘18~’22) (2018.12.)	<input type="checkbox"/> 비전: 전국 어디서나 최종치료까지 책임지는 응급의료 <input type="checkbox"/> 목표 <ul style="list-style-type: none"> • 예방가능한 외상사망률(%): (‘15년)30.5→(‘22년)23.0 • 급성심근경색 사망률*(%): (‘16년)9.2→(‘22년)7.5 • 뇌졸중(허혈성/출혈성) 사망률*(%): (‘16년)3.7→(‘22년)3.2 / (‘16년)15.6→(‘22년)14.0 *사망률: 입원 30일 이내 사망률 <ul style="list-style-type: none"> • 응급의료서비스 신뢰도(%): (‘17년)46.4→(‘22년)55.0 <input type="checkbox"/> 영역별 핵심 성과지표										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>영역</th> <th>핵심 성과지표</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 현장·이송 단계</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 일반인에 의한 심폐소생술 시행률(%): (‘17년)21.0→(‘22년)30.0 ◆ 중증응급환자의 119구급차 이용률(%): (‘17년)46.5→(‘22년)60.0 ◆ 병원 도착 전 자발순환 회복률(%): (‘17년)7.6→(‘22년)10.0 ◆ 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): (‘17년)52.4→(‘22년)60.0 ◆ 구급차 3인 이상 탑승률(%): (‘17년)41.9→(‘22년)90.0 </td> </tr> <tr> <td>2. 응급실 단계</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 권역·지역응급센터 중증응급환자 비율(%): (‘17년)7.1→(‘22년)10.0 ◆ 권역·지역응급센터 병상포화지수(%): (‘17년)49.2→(‘22년)40.0 ◆ 응급실 보안인력 확보율(%): (‘17년)67.7→(‘22년)100 ◆ 권역·지역응급센터 전원 수용가능 응답률(%): (‘17년)89.1→(‘22년)95.0 ◆ 전원 부적절 지연율(%): (‘17년)21.2→(‘22년)15.0 ◆ 취약지 응급의료기관 지정기준 충족률(%): (‘17년)82.5→(‘22년)90.0 </td> </tr> <tr> <td>3. 전문 진료 단계</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 연간 외상수련기관 수료 인원 수(명): (‘17년)6→(‘22년)20 ◆ 권역외상센터 중증외상환자 수용률(%): (‘17년)27.0→(‘22년)50.0 ◆ 급성심근경색 조기재활 시행률(%): (‘17년)40.0→(‘22년)50.0 ◆ 뇌졸중 조기재활 시행률(%): (‘17년)75.0→(‘22년)80.0 ◆ 정신건강복지센터 응급개입팀 배치: (‘17년)미배치→(‘22년)배치 ◆ 자살시도자 사후관리 서비스 동의율(%): (‘17년)56.7→(‘22년)61.4 ◆ 소아 야간·휴일 진료기관(달빛어린이병원)(개소): (‘17년)22→(‘22년)30 </td> </tr> <tr> <td>4. 응급 의료 기반</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 시·도 응급의료체계 평가: (‘17년)미실시→(‘22년)실시 ◆ 소방구급활동기록자·국가응급진료정보망 매칭률(%): (‘17년)87.0→(‘22년)100 ◆ 중앙응급의료센터 재편: (‘22년)완료 ◆ 시·도 응급의료지원센터 재편: (‘22년)완료 </td> </tr> </tbody> </table>	영역	핵심 성과지표	1. 현장·이송 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 일반인에 의한 심폐소생술 시행률(%): (‘17년)21.0→(‘22년)30.0 ◆ 중증응급환자의 119구급차 이용률(%): (‘17년)46.5→(‘22년)60.0 ◆ 병원 도착 전 자발순환 회복률(%): (‘17년)7.6→(‘22년)10.0 ◆ 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): (‘17년)52.4→(‘22년)60.0 ◆ 구급차 3인 이상 탑승률(%): (‘17년)41.9→(‘22년)90.0 	2. 응급실 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 권역·지역응급센터 중증응급환자 비율(%): (‘17년)7.1→(‘22년)10.0 ◆ 권역·지역응급센터 병상포화지수(%): (‘17년)49.2→(‘22년)40.0 ◆ 응급실 보안인력 확보율(%): (‘17년)67.7→(‘22년)100 ◆ 권역·지역응급센터 전원 수용가능 응답률(%): (‘17년)89.1→(‘22년)95.0 ◆ 전원 부적절 지연율(%): (‘17년)21.2→(‘22년)15.0 ◆ 취약지 응급의료기관 지정기준 충족률(%): (‘17년)82.5→(‘22년)90.0 	3. 전문 진료 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 연간 외상수련기관 수료 인원 수(명): (‘17년)6→(‘22년)20 ◆ 권역외상센터 중증외상환자 수용률(%): (‘17년)27.0→(‘22년)50.0 ◆ 급성심근경색 조기재활 시행률(%): (‘17년)40.0→(‘22년)50.0 ◆ 뇌졸중 조기재활 시행률(%): (‘17년)75.0→(‘22년)80.0 ◆ 정신건강복지센터 응급개입팀 배치: (‘17년)미배치→(‘22년)배치 ◆ 자살시도자 사후관리 서비스 동의율(%): (‘17년)56.7→(‘22년)61.4 ◆ 소아 야간·휴일 진료기관(달빛어린이병원)(개소): (‘17년)22→(‘22년)30 	4. 응급 의료 기반	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 시·도 응급의료체계 평가: (‘17년)미실시→(‘22년)실시 ◆ 소방구급활동기록자·국가응급진료정보망 매칭률(%): (‘17년)87.0→(‘22년)100 ◆ 중앙응급의료센터 재편: (‘22년)완료 ◆ 시·도 응급의료지원센터 재편: (‘22년)완료
	영역	핵심 성과지표									
	1. 현장·이송 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 일반인에 의한 심폐소생술 시행률(%): (‘17년)21.0→(‘22년)30.0 ◆ 중증응급환자의 119구급차 이용률(%): (‘17년)46.5→(‘22년)60.0 ◆ 병원 도착 전 자발순환 회복률(%): (‘17년)7.6→(‘22년)10.0 ◆ 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): (‘17년)52.4→(‘22년)60.0 ◆ 구급차 3인 이상 탑승률(%): (‘17년)41.9→(‘22년)90.0 									
	2. 응급실 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 권역·지역응급센터 중증응급환자 비율(%): (‘17년)7.1→(‘22년)10.0 ◆ 권역·지역응급센터 병상포화지수(%): (‘17년)49.2→(‘22년)40.0 ◆ 응급실 보안인력 확보율(%): (‘17년)67.7→(‘22년)100 ◆ 권역·지역응급센터 전원 수용가능 응답률(%): (‘17년)89.1→(‘22년)95.0 ◆ 전원 부적절 지연율(%): (‘17년)21.2→(‘22년)15.0 ◆ 취약지 응급의료기관 지정기준 충족률(%): (‘17년)82.5→(‘22년)90.0 									
3. 전문 진료 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 연간 외상수련기관 수료 인원 수(명): (‘17년)6→(‘22년)20 ◆ 권역외상센터 중증외상환자 수용률(%): (‘17년)27.0→(‘22년)50.0 ◆ 급성심근경색 조기재활 시행률(%): (‘17년)40.0→(‘22년)50.0 ◆ 뇌졸중 조기재활 시행률(%): (‘17년)75.0→(‘22년)80.0 ◆ 정신건강복지센터 응급개입팀 배치: (‘17년)미배치→(‘22년)배치 ◆ 자살시도자 사후관리 서비스 동의율(%): (‘17년)56.7→(‘22년)61.4 ◆ 소아 야간·휴일 진료기관(달빛어린이병원)(개소): (‘17년)22→(‘22년)30 										
4. 응급 의료 기반	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 시·도 응급의료체계 평가: (‘17년)미실시→(‘22년)실시 ◆ 소방구급활동기록자·국가응급진료정보망 매칭률(%): (‘17년)87.0→(‘22년)100 ◆ 중앙응급의료센터 재편: (‘22년)완료 ◆ 시·도 응급의료지원센터 재편: (‘22년)완료 										

구분	주요 내용										
제4차 기본계획 (‘23~’27) (2023.3.)	<input type="checkbox"/> 비전: 전국 어디서나 최종치료까지 책임지는 응급의료 <input type="checkbox"/> 목표 <ul style="list-style-type: none"> • 중증응급환자 치료 성과 개선 <ul style="list-style-type: none"> - 중증응급환자 병원 내 사망률(%): (‘22년)6.2→(‘27년)5.6 • 신속하고 적절한 이송 <ul style="list-style-type: none"> - 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): (‘22년)49.6→(‘27년)60.0 • 지역응급의료체계 평가(‘22년)미실시→실시) <input type="checkbox"/> 영역별 핵심 성과지표										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="362 544 486 578">영역</th> <th data-bbox="486 544 1202 578">핵심 성과지표</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="362 578 486 793">1. 현장 이송 단계</td> <td data-bbox="486 578 1202 793"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 119 중증응급환자 적정 이송비율(%): (‘22년)20.8→(‘27년)24.9 ◆ 일반인에 의한 심폐소생술 시행률(%): (‘22년)28.8→(‘27년)30.0 ◆ 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): (‘22년)49.6→(‘27년)60.0 ◆ 닥터헬기 확충(기): (‘22년)8→(‘27년)12 ◆ Mobile ICU 확충(개): (‘22년)1→(‘27년)시범사업 후 단계적 확대 ◆ 대국민 응급의료서비스 만족률(%): (‘22년)54.9→(‘27년)60.0 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 793 486 891">2. 병원 단계</td> <td data-bbox="486 793 1202 891"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 중증응급센터 적정 중증도 진료 비율(%): (‘22년)10.3→(‘27년)12.3 - 권역센터 내원 환자 중 중증응급환자 비율 ◆ 중증응급환자 병원 내 (표준화)사망률(%): (‘22년)6.2→(‘27년)5.6 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 891 486 1107">3. 전문 분야별 대응</td> <td data-bbox="486 891 1202 1107"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 응급실 전담 보안인력 확보율(%): (‘22년)89.0→(‘27년)100.0 ◆ 예방가능한 외상 사망률(%): (‘19년)15.2→(‘27년)10 ◆ 소아전문응급의료센터 확충(개소): (‘22년)8→(‘27년)12.0 ◆ 달빛어린이병원 확충(개소): (‘22년)35→(‘27년)100 ◆ 재난응급의료 대응능력 강화: (‘22년)중증외상 10명 내외 가정→(‘27년)대규모 사상자 기준 매뉴얼 마련 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1107 486 1244">4. 응급 의료 기반</td> <td data-bbox="486 1107 1202 1244"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 지역응급의료체계 평가: (‘22년)미실시→(‘27년)실시 ◆ 소방구급활동일지-응급진료정보 연계(%): (‘22년)92.0→(‘27년)100.0 ◆ 시·도 응급의료지원단 확충(개): (‘22년)일부→(‘27년)17 </td> </tr> </tbody> </table>	영역	핵심 성과지표	1. 현장 이송 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 119 중증응급환자 적정 이송비율(%): (‘22년)20.8→(‘27년)24.9 ◆ 일반인에 의한 심폐소생술 시행률(%): (‘22년)28.8→(‘27년)30.0 ◆ 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): (‘22년)49.6→(‘27년)60.0 ◆ 닥터헬기 확충(기): (‘22년)8→(‘27년)12 ◆ Mobile ICU 확충(개): (‘22년)1→(‘27년)시범사업 후 단계적 확대 ◆ 대국민 응급의료서비스 만족률(%): (‘22년)54.9→(‘27년)60.0 	2. 병원 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 중증응급센터 적정 중증도 진료 비율(%): (‘22년)10.3→(‘27년)12.3 - 권역센터 내원 환자 중 중증응급환자 비율 ◆ 중증응급환자 병원 내 (표준화)사망률(%): (‘22년)6.2→(‘27년)5.6 	3. 전문 분야별 대응	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 응급실 전담 보안인력 확보율(%): (‘22년)89.0→(‘27년)100.0 ◆ 예방가능한 외상 사망률(%): (‘19년)15.2→(‘27년)10 ◆ 소아전문응급의료센터 확충(개소): (‘22년)8→(‘27년)12.0 ◆ 달빛어린이병원 확충(개소): (‘22년)35→(‘27년)100 ◆ 재난응급의료 대응능력 강화: (‘22년)중증외상 10명 내외 가정→(‘27년)대규모 사상자 기준 매뉴얼 마련 	4. 응급 의료 기반	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 지역응급의료체계 평가: (‘22년)미실시→(‘27년)실시 ◆ 소방구급활동일지-응급진료정보 연계(%): (‘22년)92.0→(‘27년)100.0 ◆ 시·도 응급의료지원단 확충(개): (‘22년)일부→(‘27년)17
	영역	핵심 성과지표									
	1. 현장 이송 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 119 중증응급환자 적정 이송비율(%): (‘22년)20.8→(‘27년)24.9 ◆ 일반인에 의한 심폐소생술 시행률(%): (‘22년)28.8→(‘27년)30.0 ◆ 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): (‘22년)49.6→(‘27년)60.0 ◆ 닥터헬기 확충(기): (‘22년)8→(‘27년)12 ◆ Mobile ICU 확충(개): (‘22년)1→(‘27년)시범사업 후 단계적 확대 ◆ 대국민 응급의료서비스 만족률(%): (‘22년)54.9→(‘27년)60.0 									
	2. 병원 단계	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 중증응급센터 적정 중증도 진료 비율(%): (‘22년)10.3→(‘27년)12.3 - 권역센터 내원 환자 중 중증응급환자 비율 ◆ 중증응급환자 병원 내 (표준화)사망률(%): (‘22년)6.2→(‘27년)5.6 									
3. 전문 분야별 대응	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 응급실 전담 보안인력 확보율(%): (‘22년)89.0→(‘27년)100.0 ◆ 예방가능한 외상 사망률(%): (‘19년)15.2→(‘27년)10 ◆ 소아전문응급의료센터 확충(개소): (‘22년)8→(‘27년)12.0 ◆ 달빛어린이병원 확충(개소): (‘22년)35→(‘27년)100 ◆ 재난응급의료 대응능력 강화: (‘22년)중증외상 10명 내외 가정→(‘27년)대규모 사상자 기준 매뉴얼 마련 										
4. 응급 의료 기반	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 지역응급의료체계 평가: (‘22년)미실시→(‘27년)실시 ◆ 소방구급활동일지-응급진료정보 연계(%): (‘22년)92.0→(‘27년)100.0 ◆ 시·도 응급의료지원단 확충(개): (‘22년)일부→(‘27년)17 										

자료: 각 차수별 「응급의료 기본계획」을 바탕으로 재작성

(5) 심뇌혈관질환관리종합계획

「심뇌혈관질환관리종합계획」은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」에 근거한 5년 단위 법정계획으로, 2026년 6월 현재 「제2차 심뇌혈관질환관리종합계획(2023~2027)」이 추진 중이다.

「심뇌혈관질환관리종합계획」은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제4조(심뇌혈관질환관리종합계획의 수립) 등에 근거하여 수립하도록 규정된 5년 단위 법정계획으로, 동 종합계획에 포함하도록 규정된 주요 사항은 아래와 같다.

[심뇌혈관질환관리종합계획 주요 포함사항]

- 심뇌혈관질환관리사업의 기본목표 및 방향
- 심뇌혈관질환관리사업의 추진 계획 및 추진 방법
- 심뇌혈관질환관리에 필요한 전문 의료인력의 양성에 관한 사항
- 심뇌혈관질환에 관한 통계 및 정보의 관리 방안에 관한 사항
- 심뇌혈관질환의 예방, 치료 및 재활과 심뇌혈관질환 발생자(이하 “유병력자”라 한다)의 재발방지 방안에 관한 사항 등

자료: 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제4조(심뇌혈관질환관리종합계획의 수립)를 바탕으로 제작됨

또한, 시·도지사와 시장·군수·구청장으로 하여금 해당 지자체의 실정을 고려하여 동 종합계획에 따른 세부집행계획을 수립하도록 하고 있으며, 해당 세부집행계획은 「지역보건법」 제7조(지역보건의료계획의 수립 등)에 따른 지역보건의료계획에 포함하여 수립하도록 규정하고 있다.⁹⁾

9) 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」

제4조(심뇌혈관질환관리종합계획의 수립) ① 보건복지부장관은 심뇌혈관질환관리종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다.

② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 심뇌혈관질환관리사업의 기본목표 및 방향
 2. 심뇌혈관질환관리사업의 추진 계획 및 추진 방법
 3. 심뇌혈관질환관리에 필요한 전문 의료인력의 양성에 관한 사항
 4. 심뇌혈관질환에 관한 통계 및 정보의 관리 방안에 관한 사항
 5. 심뇌혈관질환의 예방, 치료 및 재활과 심뇌혈관질환 발생자(이하 “유병력자”라 한다)의 재발방지 방안에 관한 사항
 6. 그 밖에 심뇌혈관질환관리에 필요하다고 보건복지부령으로 정하는 사항
- ③ 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다) 또는 시

「심뇌혈관질환관리종합계획」은 2026년 6월 현재 「제2차 심뇌혈관질환관리종합계획(2023~2027)」이 추진 중이다. 동 종합계획은 ‘24시간 어디서나 심뇌혈관질환 걱정 없는 건강한 일상’을 비전으로 ‘심뇌혈관질환 환자 중심 의료 이용체계 확보’, ‘중증·응급 심뇌혈관질환 치료 대응체계 확보’, ‘지역사회 예방관리체계 강화’, ‘과학적 정책 기반 확립’ 및 ‘수평적 협력 거버넌스 구축’ 등 5대 추진전략과 이에 따른 세부과제를 포함하였다. 「심뇌혈관질환관리종합계획」의 발표 경과와 이에 따른 주요 내용은 아래와 같다.

장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 그 지방자치단체의 실정을 고려하여 종합계획에 따른 세부집행계획을 수립하여야 한다.

- ④ 제3항에 따른 세부집행계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획에 포함하여 수립한다.
- ⑤ 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 종합계획 또는 세부집행계획을 수립하기 위하여 필요한 경우 관계 기관·단체·시설에 자료제공 및 업무협조를 요청할 수 있다. 이 경우 협조 요청을 받은 관계 기관 등은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.
- ⑥ 그 밖에 종합계획 및 세부집행계획의 수립·시행에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[제1차~제2차 「심뇌혈관질환관리종합계획」 주요 내용 (2018~2027년)]

구분	주요 내용													
제1차 기본계획 (‘18~’22) (2018.9.)	<p>□ 비전: 심뇌혈관질환 걱정 없는 건강한 사회</p> <p>□ 추진전략 및 관련 지표</p> <table border="1" data-bbox="362 368 1196 752"> <thead> <tr> <th data-bbox="362 368 582 397">전략</th> <th data-bbox="582 368 1196 397">관련 지표별 목표</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="362 397 582 466">대국민 인식개선과 건강생활 실천</td> <td data-bbox="582 397 1196 466"> <ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 증상 인지율(%): (‘17년)45.5→(‘22년)55.0 뇌졸중 증상 인지율(%): (‘17년)51.2→(‘22년)61.0 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 466 582 535">고위험군 및 선행질환 관리 강화</td> <td data-bbox="582 466 1196 535"> <ul style="list-style-type: none"> 고혈압 조절률(%): (‘13~’15년)46.2→(‘18~’20년)50.0 당뇨병 조절률(%): (‘13~’15년)26.6→(‘18~’20년)35.0 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 535 582 623">지역사회 응급대응 및 치료역량 강화</td> <td data-bbox="582 535 1196 623"> <ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 치명률*(%): (‘14년)8.1→(‘22년)7.5 출혈성 뇌졸중 치명률*(%): (‘16년)7.5→(‘22년)6.6 <p>*치명률: 입원 30일 이내 사망률</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 623 582 691">환자 지속관리 체계 구축</td> <td data-bbox="582 623 1196 691"> <ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 조기재활 시행률(%): (‘17년)40.0→(‘22년)50이상 뇌졸중 조기재활 시행률(%): (‘17년)75.4→(‘22년)80이상 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 691 582 752">관리 인프라와 조사·R&D 강화</td> <td data-bbox="582 691 1196 752"> <ul style="list-style-type: none"> 국가통계 산출: (‘22년)승인통계 생산 </td> </tr> </tbody> </table>		전략	관련 지표별 목표	대국민 인식개선과 건강생활 실천	<ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 증상 인지율(%): (‘17년)45.5→(‘22년)55.0 뇌졸중 증상 인지율(%): (‘17년)51.2→(‘22년)61.0 	고위험군 및 선행질환 관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> 고혈압 조절률(%): (‘13~’15년)46.2→(‘18~’20년)50.0 당뇨병 조절률(%): (‘13~’15년)26.6→(‘18~’20년)35.0 	지역사회 응급대응 및 치료역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 치명률*(%): (‘14년)8.1→(‘22년)7.5 출혈성 뇌졸중 치명률*(%): (‘16년)7.5→(‘22년)6.6 <p>*치명률: 입원 30일 이내 사망률</p>	환자 지속관리 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 조기재활 시행률(%): (‘17년)40.0→(‘22년)50이상 뇌졸중 조기재활 시행률(%): (‘17년)75.4→(‘22년)80이상 	관리 인프라와 조사·R&D 강화	<ul style="list-style-type: none"> 국가통계 산출: (‘22년)승인통계 생산
전략	관련 지표별 목표													
대국민 인식개선과 건강생활 실천	<ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 증상 인지율(%): (‘17년)45.5→(‘22년)55.0 뇌졸중 증상 인지율(%): (‘17년)51.2→(‘22년)61.0 													
고위험군 및 선행질환 관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> 고혈압 조절률(%): (‘13~’15년)46.2→(‘18~’20년)50.0 당뇨병 조절률(%): (‘13~’15년)26.6→(‘18~’20년)35.0 													
지역사회 응급대응 및 치료역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 치명률*(%): (‘14년)8.1→(‘22년)7.5 출혈성 뇌졸중 치명률*(%): (‘16년)7.5→(‘22년)6.6 <p>*치명률: 입원 30일 이내 사망률</p>													
환자 지속관리 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색 조기재활 시행률(%): (‘17년)40.0→(‘22년)50이상 뇌졸중 조기재활 시행률(%): (‘17년)75.4→(‘22년)80이상 													
관리 인프라와 조사·R&D 강화	<ul style="list-style-type: none"> 국가통계 산출: (‘22년)승인통계 생산 													
제2차 종합계획 (‘23~’27) (2023.7.)	<p>□ 비전: 24시간 어디서나 심뇌혈관질환 걱정 없는 건강한 일상</p> <p>□ 목표 및 성과지표</p> <ul style="list-style-type: none"> 신속한 중증·응급 해결 파이프라인 확보 <ul style="list-style-type: none"> 심뇌혈관질환(심근경색) 골든타임 내 병원 도착 비율(%): (‘22년)48→(‘27년)58 심뇌혈관질환(뇌졸중) 골든타임 내 병원 도착 비율(%): (‘22년)52→(‘27년)62 진료 자원·인프라의 최적 연계 <ul style="list-style-type: none"> 네트워크 확보 의료 이용권 비율(%): (‘22년)49→(‘27년)100 환자 중심의 포괄적 관리체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> (심근경색) 권역 및 지역센터 등록 환자 비율(%): (‘19년)11.1→(‘27년)20.0 (뇌졸중) 권역 및 지역센터 등록 환자 비율(%): (‘19년)6.3→(‘27년)15.0 근거 기반 정책 실현을 위한 모니터링 <ul style="list-style-type: none"> 지표 개발 및 모니터링 체계 확보 건수(개): (‘22년)25→(‘27년)40 <p>□ 추진전략 및 과제</p> <table border="1" data-bbox="362 1152 1196 1667"> <thead> <tr> <th data-bbox="362 1152 629 1181">추진전략</th> <th data-bbox="629 1152 1196 1181">과제</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="362 1181 629 1279">(환자중심) 심뇌혈관질환 환자 중심 의료 이용체계 확보</td> <td data-bbox="629 1181 1196 1279"> <ul style="list-style-type: none"> 중증·응급 위험신호 조기 인지 및 대처법 확산 골든타임을 지키는 최적의 의료이용 경로 확보 질 높은 치료 보장을 위한 심뇌혈관질환 치료기관 인증 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1279 629 1377">(문제해결) 중증·응급 심뇌혈관질환 치료 대응체계 확보</td> <td data-bbox="629 1279 1196 1377"> <ul style="list-style-type: none"> 치료 거점기관으로의 권역심뇌혈관질환센터 혁신 심뇌혈관질환 인적 네트워크 도입과 지역센터 지정 심뇌혈관질환 문제해결을 위한 기술포럼 및 제도개선 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1377 629 1475">(예방관리) 지역사회 예방관리체계 강화</td> <td data-bbox="629 1377 1196 1475"> <ul style="list-style-type: none"> 주요 선행질환의 포괄적 관리 지역사회 일차의료 연계 예방관리 사업 활성화 재발 및 악화 예방과 재활서비스 확대 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1475 629 1573">(근거기반) 과학적 정책 기반 확립</td> <td data-bbox="629 1475 1196 1573"> <ul style="list-style-type: none"> 국가 심뇌혈관질환 데이터 구축 및 활성화 심뇌혈관질환 국가연구개발사업 확대 심뇌혈관질환센터 기반 예방·치료·관리 모니터링 체계 구축 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1573 629 1667">(현장소통) 수평적 협력 거버넌스 구축</td> <td data-bbox="629 1573 1196 1667"> <ul style="list-style-type: none"> 정책 협력 거버넌스 강화 중앙심뇌혈관질환센터 도입과 중앙·권역·지역 체계 확립 의료 현장 소통 강화 </td> </tr> </tbody> </table>		추진전략	과제	(환자중심) 심뇌혈관질환 환자 중심 의료 이용체계 확보	<ul style="list-style-type: none"> 중증·응급 위험신호 조기 인지 및 대처법 확산 골든타임을 지키는 최적의 의료이용 경로 확보 질 높은 치료 보장을 위한 심뇌혈관질환 치료기관 인증 	(문제해결) 중증·응급 심뇌혈관질환 치료 대응체계 확보	<ul style="list-style-type: none"> 치료 거점기관으로의 권역심뇌혈관질환센터 혁신 심뇌혈관질환 인적 네트워크 도입과 지역센터 지정 심뇌혈관질환 문제해결을 위한 기술포럼 및 제도개선 	(예방관리) 지역사회 예방관리체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> 주요 선행질환의 포괄적 관리 지역사회 일차의료 연계 예방관리 사업 활성화 재발 및 악화 예방과 재활서비스 확대 	(근거기반) 과학적 정책 기반 확립	<ul style="list-style-type: none"> 국가 심뇌혈관질환 데이터 구축 및 활성화 심뇌혈관질환 국가연구개발사업 확대 심뇌혈관질환센터 기반 예방·치료·관리 모니터링 체계 구축 	(현장소통) 수평적 협력 거버넌스 구축	<ul style="list-style-type: none"> 정책 협력 거버넌스 강화 중앙심뇌혈관질환센터 도입과 중앙·권역·지역 체계 확립 의료 현장 소통 강화
추진전략	과제													
(환자중심) 심뇌혈관질환 환자 중심 의료 이용체계 확보	<ul style="list-style-type: none"> 중증·응급 위험신호 조기 인지 및 대처법 확산 골든타임을 지키는 최적의 의료이용 경로 확보 질 높은 치료 보장을 위한 심뇌혈관질환 치료기관 인증 													
(문제해결) 중증·응급 심뇌혈관질환 치료 대응체계 확보	<ul style="list-style-type: none"> 치료 거점기관으로의 권역심뇌혈관질환센터 혁신 심뇌혈관질환 인적 네트워크 도입과 지역센터 지정 심뇌혈관질환 문제해결을 위한 기술포럼 및 제도개선 													
(예방관리) 지역사회 예방관리체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> 주요 선행질환의 포괄적 관리 지역사회 일차의료 연계 예방관리 사업 활성화 재발 및 악화 예방과 재활서비스 확대 													
(근거기반) 과학적 정책 기반 확립	<ul style="list-style-type: none"> 국가 심뇌혈관질환 데이터 구축 및 활성화 심뇌혈관질환 국가연구개발사업 확대 심뇌혈관질환센터 기반 예방·치료·관리 모니터링 체계 구축 													
(현장소통) 수평적 협력 거버넌스 구축	<ul style="list-style-type: none"> 정책 협력 거버넌스 강화 중앙심뇌혈관질환센터 도입과 중앙·권역·지역 체계 확립 의료 현장 소통 강화 													

자료: 각 차수별 「심뇌혈관질환관리 종합계획」을 바탕으로 작성성

(6) 암관리종합계획

「암관리종합계획」은 「암관리법」에 근거하여 5년마다 수립하도록 규정하고 있는 법정계획으로, 2026년 6월 현재 「제5차 암관리종합계획(2026~2030)」이 추진 중이다.

「암관리종합계획」은 「암관리법」 제5조(암관리종합계획의 수립) 등에 근거하여 수립하도록 규정된 5년 단위 법정계획으로, 동 종합계획에 포함하도록 규정된 주요 사항은 아래와 같다.

[암관리종합계획 주요 포함사항]

- 암관리사업의 기본목표와 추진방향
- 암관리사업의 계획 및 추진 방법
- 암관리에 필요한 전문 인력의 육성에 관한 사항
- 암 치료 후 사후관리에 관한 사항 등

자료: 「암관리법」 제5조(암관리종합계획의 수립)를 바탕으로 재작성

또한, 시·도지사와 시장·군수·구청장으로 하여금 해당 지자체의 실정을 고려하여 동 종합계획에 따른 세부집행계획을 수립하도록 하고 있으며, 해당 세부집행계획은 「지역보건법」 제7조(지역보건의료계획의 수립 등)에 따른 지역보건의료계획에 포함하여 수립하도록 규정하고 있다.¹⁰⁾

10) 「암관리법」

제5조(암관리종합계획의 수립) ① 보건복지부장관은 제6조에 따른 국가암관리위원회의 심의를 거쳐 암관리종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 5년마다 세워야 한다.

② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 암관리사업의 기본목표와 추진방향
2. 암관리사업의 계획 및 추진 방법
3. 암관리에 필요한 전문 인력의 육성에 관한 사항
4. 암 치료 후 사후관리에 관한 사항
5. 그 밖에 암관리에 필요한 사항

③ 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 그 지방자치단체의 실정을 고려하여 종합계획에 따른 세부집행계획을 각각 세워야 한다.

④ 제3항에 따른 세부집행계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획에 포함하여 수립한다.

⑤ 그 밖에 종합계획 및 제3항에 따른 세부집행계획의 수립·시행에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

암관리종합계획은 2026년 6월 현재 「제5차 암관리종합계획(2026~2030)」이 추진 중이다. 동 종합계획은 ‘암 조기 발견으로 생존율 향상’, ‘지역완결적 암 의료 체계 구축’, ‘암생존자 건강 증진 및 돌봄 강화’ 및 ‘AI 기반 구축을 통해 암 연구 가속화’ 등 4대 목표에 따라 12개 중점 과제와 68개 세부과제를 설정하였다.

[제3차~제5차 「암관리종합계획」 주요 내용]

구분	주요 내용										
제3차 종합계획 (‘16~’20) (2016.9.)	<p>□ 비전: 전국민을 암으로부터 보호하고 암 전주기에 걸친 환자와 가족의 삶의 질 향상</p> <p>□ 목표</p> <ul style="list-style-type: none"> • 암발생률을 OECD 평균 수준으로 감소 • 암 조기발견 및 생존률 증가 • 암생존자 및 말기암환자의 삶의 질 향상 • 맞춤형 정밀의료 기반 구축 <p>□ 6대 분야(①감시 및 예방, ②조기검진, ③진단, 치료 및 생존자 지원, ④완화의료, ⑤인프라, ⑥연구) 22개 과제 추진계획 포함</p>										
제4차 종합계획 (‘21~’25) (2021.3.)	<p>□ 비전: 어디서나 암 걱정 없는 건강한 나라</p> <p>□ 목표</p> <ul style="list-style-type: none"> • 고품질 암데이터 구축 및 확산: 약 300만명(전체 암환자 70%) 규모의 암 빅데이터 구축 • 예방 가능한 암 발생 감소: 75세 미만 암환자(위,대장,간,자궁경부) 20% 이상 (연 5.6만→4.5만) 감소 • 암 치료·돌봄 격차 완화: 완치완 암생존자 중 돌봄지원 2배 이상(0.7만→1.8만) 확대 <p>□ 영역별 핵심 성과지표</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>영역</th> <th>핵심 성과지표</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 암 빅데이터 활성화</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 빅데이터 구축(만명): (‘21.3.)40→(‘25년)300 ◆ 암 감시지표 공개(건): (‘21.3.)9→(‘25년)50 </td> </tr> <tr> <td>2. 암 예방검진 고도화</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 예방 가능한 암 신규 확진자 수(만명, 75세 미만): (‘21.3.)5.6→(‘25년)4.5 ◆ 주요암의 말기암 발생률(명/인구 10만명당): (‘21.3.)24.6→(‘25년)22.0 </td> </tr> <tr> <td>3. 암 치료·대응 내실화</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 주요암/희귀암 생존율 격차(%p): (‘21.3.)5.8→(‘25년)5.0 ◆ 암 유병자 중 5년 초과생존자 비율(%): (‘21.3.)57.8→(‘25년)65.0 </td> </tr> <tr> <td>4. 균등한 암관리 기반 구축</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 권역별 회피 가능 암 사망률 격차(명): (‘21.3.)9.9→(‘25년)8.9 ◆ 암생존자통합지지센터 누적 등록자 수(만명): (‘21.3.)0.7→(‘25년)1.8 </td> </tr> </tbody> </table>	영역	핵심 성과지표	1. 암 빅데이터 활성화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 빅데이터 구축(만명): (‘21.3.)40→(‘25년)300 ◆ 암 감시지표 공개(건): (‘21.3.)9→(‘25년)50 	2. 암 예방검진 고도화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 예방 가능한 암 신규 확진자 수(만명, 75세 미만): (‘21.3.)5.6→(‘25년)4.5 ◆ 주요암의 말기암 발생률(명/인구 10만명당): (‘21.3.)24.6→(‘25년)22.0 	3. 암 치료·대응 내실화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 주요암/희귀암 생존율 격차(%p): (‘21.3.)5.8→(‘25년)5.0 ◆ 암 유병자 중 5년 초과생존자 비율(%): (‘21.3.)57.8→(‘25년)65.0 	4. 균등한 암관리 기반 구축	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 권역별 회피 가능 암 사망률 격차(명): (‘21.3.)9.9→(‘25년)8.9 ◆ 암생존자통합지지센터 누적 등록자 수(만명): (‘21.3.)0.7→(‘25년)1.8
영역	핵심 성과지표										
1. 암 빅데이터 활성화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 빅데이터 구축(만명): (‘21.3.)40→(‘25년)300 ◆ 암 감시지표 공개(건): (‘21.3.)9→(‘25년)50 										
2. 암 예방검진 고도화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 예방 가능한 암 신규 확진자 수(만명, 75세 미만): (‘21.3.)5.6→(‘25년)4.5 ◆ 주요암의 말기암 발생률(명/인구 10만명당): (‘21.3.)24.6→(‘25년)22.0 										
3. 암 치료·대응 내실화	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 주요암/희귀암 생존율 격차(%p): (‘21.3.)5.8→(‘25년)5.0 ◆ 암 유병자 중 5년 초과생존자 비율(%): (‘21.3.)57.8→(‘25년)65.0 										
4. 균등한 암관리 기반 구축	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 권역별 회피 가능 암 사망률 격차(명): (‘21.3.)9.9→(‘25년)8.9 ◆ 암생존자통합지지센터 누적 등록자 수(만명): (‘21.3.)0.7→(‘25년)1.8 										

구분	주요 내용									
제5차 종합계획 (‘26~’30) (2026.3.)	<input type="checkbox"/> 비전: 모두를 위한 암관리, 더 나은 건강한 미래 <input type="checkbox"/> 목표 <ul style="list-style-type: none"> • 암 조기 발견으로 생존율 향상(6대 암의 조기 진단율,%): (‘25년)57.7→(‘30년)60.0 • 지역완결적 암 의료체계 구축(10대 암의 수술 자체충족률,%): (‘25년)63.6→(‘30년)65.0 • 암생존자 건강 증진 및 돌봄 강화(암생존자 삶의 질,점): (‘25년)80.0→(‘30년)85.0 • AI기반 구축을 통해 암 연구 가속화(암 특화 멀티모달 데이터 구축,건): (‘25년)0→(‘30년)70,000 <input type="checkbox"/> 분야별 중점 과제									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="362 664 554 693">4대 분야</th> <th data-bbox="554 664 1198 693">중점 과제</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="362 693 554 799">1. 예방·검진</td> <td data-bbox="554 693 1198 799"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 금연, 금주 등 국민 암 예방 실천 강화로 암 예방 ◆ 대장암 및 폐암 국가암검진 개선 및 사후관리 강화 ◆ 정보 검증 강화와 이해도 높은 암 정보 제공 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 799 554 905">2. 치료</td> <td data-bbox="554 799 1198 905"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 지역암센터 역량 강화로 지역완결적 암 의료체계 구축 ◆ 소아청소년암환자, 항암 신약 등 접근성 제고 ◆ 국립암센터 진료·연구·교육·정책 지원 기능 강화 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 905 554 1011">3. 사후관리</td> <td data-bbox="554 905 1198 1011"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 암생존자 통합지지 인프라 확충 및 서비스 고도화 ◆ 연명의료결정제도 개선과 호스피스 활성화 ◆ 암관리 지표 개발 및 체계적인 지역 암관리 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 1011 554 1117">4. 연구</td> <td data-bbox="554 1011 1198 1117"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 멀티모달 데이터 구축과 AI 활용 암 연구 가속화 ◆ 암 예측, 진단, 치료 및 내성 연구 강화 ◆ 암 통계 및 모니터링 고도화로 활용가치 증대 </td> </tr> </tbody> </table>	4대 분야	중점 과제	1. 예방·검진	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 금연, 금주 등 국민 암 예방 실천 강화로 암 예방 ◆ 대장암 및 폐암 국가암검진 개선 및 사후관리 강화 ◆ 정보 검증 강화와 이해도 높은 암 정보 제공 	2. 치료	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 지역암센터 역량 강화로 지역완결적 암 의료체계 구축 ◆ 소아청소년암환자, 항암 신약 등 접근성 제고 ◆ 국립암센터 진료·연구·교육·정책 지원 기능 강화 	3. 사후관리	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 암생존자 통합지지 인프라 확충 및 서비스 고도화 ◆ 연명의료결정제도 개선과 호스피스 활성화 ◆ 암관리 지표 개발 및 체계적인 지역 암관리 	4. 연구
4대 분야	중점 과제									
1. 예방·검진	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 금연, 금주 등 국민 암 예방 실천 강화로 암 예방 ◆ 대장암 및 폐암 국가암검진 개선 및 사후관리 강화 ◆ 정보 검증 강화와 이해도 높은 암 정보 제공 									
2. 치료	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 지역암센터 역량 강화로 지역완결적 암 의료체계 구축 ◆ 소아청소년암환자, 항암 신약 등 접근성 제고 ◆ 국립암센터 진료·연구·교육·정책 지원 기능 강화 									
3. 사후관리	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 암생존자 통합지지 인프라 확충 및 서비스 고도화 ◆ 연명의료결정제도 개선과 호스피스 활성화 ◆ 암관리 지표 개발 및 체계적인 지역 암관리 									
4. 연구	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 멀티모달 데이터 구축과 AI 활용 암 연구 가속화 ◆ 암 예측, 진단, 치료 및 내성 연구 강화 ◆ 암 통계 및 모니터링 고도화로 활용가치 증대 									

자료: 각 차수별 「암관리종합계획」을 바탕으로 재작성

다. 지역의료 관련 주요 추진체계

2026년 1월 기준으로 지역별 책임의료기관은 권역(17개 광역시·도) 17개와 지역 55개가 지정되어 있으며, 심뇌혈관질환센터는 중앙 1개와 함께 권역에 14개, 지역에 10개가 지정되어 있다. 지역암센터는 13개가 지정되어 있으며, 모자의료센터는 중앙에 1개, 중증·권역에 22개, 지역에 33개가 설정되어 있다. 권역응급의료센터의 경우 44개, 권역외상센터는 17개가 지정되어 있다.

지역의료와 관련하여 정부가 지정한 책임의료기관과 필수의료 정부 지정센터 유형을 살펴보면, 권역·지역 책임의료기관, 권역·지역 심뇌혈관질환센터, 지역암센터, 중증·권역·지역 모자의료센터, 권역·지역응급의료센터, 권역외상센터 등이 있다. 해당 기관별 주요 기능, 역할 및 지정 현황¹¹⁾은 아래와 같다.

[주요 지역의료기관의 기능 및 역할]

구분		주요 기능 및 역할
책임의료 기관	권역	• 고난도 필수의료 제공, 지역 필수의료 역량 강화를 위한 권역 내 협력체계 기획·조정 및 교육·파견 등
	지역	• 양질의 필수의료 제공, 지역별 필수의료 문제 해결을 위한 지역 보건의료기관 등과의 연계·조정 등 역할
심뇌혈관 질환센터	권역	• 고난이도 전문진료, 조기재활 및 예방관리 등 (최)중증 응급심뇌혈관질환 전주기 관리, 인력교육 등
	지역	• 24시간 전문진료 및 급성기 최종치료(전원 포함), 지역사회 예방사업 등
지역암센터		• 암관리종합계획에 따른 세부진행계획 수립 및 수행 지원 • 암 진료 및 암관리사업의 질적 향상, 지역사회 암생존자 관리, 지역사회 암 관련 진료자원 및 관리자원 연계 등
모자의료 센터	중증	• 전국 단위 최고 수준의 최종중 산모와 신생아 치료 및 다학제 진료제공, 최종 전원기관으로 기능 수행 등
	권역	• 고위험 산모·신생아 통합치료 제공, 권역 내 거점 역할수행 및 진료 연계 체계 구축 등
	지역	• 저체중아, 다태아 등 고위험 신생아 진료 유지 위해 신생아집중치료실(NICU) 병상 확충 및 운영 등
권역응급의료 센터		• 응급환자 진료, 대형재난 등 발생 시 응급의료 지원, 권역 내 응급의료종사자 교육·훈련 등 (지역응급의료센터도 존재)
권역외상센터		• 365일 24시간 중증외상환자에게 병원 도착과 함께 전문의 협진, 신속조치 등 최적 치료 제공 등

주: 본 표에 수록된 주요 지역의료기관 이외에도 여타 정부 지정 지역의료기관이 있을 수 있음
 자료: 각 기관별 근거법령 및 보건복지부, 각 연도별 「예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」 등을 바탕으로 제작됨

11) 보다 지역별 주요 지역의료기관 지정 현황은 부록에 수록되어 있다.

[주요 지역의료기관 지정 현황 (2026.6.기준)]

구분		주요 기능 및 역할
책임의료기관	권역	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 17개소 지정 지정지역: 서울(1), 경기(1), 인천(1), 부산(1), 경남(1), 울산(1), 대구(1), 경북(1), 대전(1), 충남(1), 충북(1), 세종(1), 광주(1), 전남(1), 전북(1), 강원(1), 제주(1)
	지역	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 55개소 지정지역: 서울(4), 경기(11), 인천(4), 부산(1), 경남(4), 울산(2), 대구(1), 경북(6), 대전(0), 충남(5), 충북(3), 세종(0), 광주(1), 전남(2), 전북(5), 강원(5), 제주(1)
심뇌혈관질환센터	중앙	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 1개소 (서울대병원)
	권역	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 14개소 지정지역: 서울(0), 경기(1), 인천(1), 부산(1), 경남(1), 울산(1), 대구(1), 경북(1), 대전(1), 충남(1), 충북(1), 세종(0), 광주(1), 전남(0), 전북(1), 강원(1), 제주(1) ※전남은 2026.2. 지정되어, 2026.5.현재 세종만 미지정
	지역	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 10개소 지정지역: 서울(1), 경기(2), 인천(1), 부산(0), 경남(1), 울산(1), 대구(0), 경북(1), 대전(1), 충남(0), 충북(1), 세종(0), 광주(0), 전남(1), 전북(0), 강원(0), 제주(0) ※2026.2.부산, 충남, 전북, 제주 지역이 추가 지정(예정)되어 12개 광역시·도에 총 13개소 지정(예정)
지역암센터		<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 13개소 지정지역: 서울(0), 경기(2), 인천(1), 부산(0), 경남(1), 울산(1), 대구(1), 경북(0), 대전(1), 충남(1), 충북(1), 세종(0), 광주(0), 전남(1), 전북(1), 강원(1), 제주(1)
모자의료센터	중앙	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 1개소 (국립중앙의료원)
	중앙	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 2개소 (서울대병원, 삼성서울병원)
	권역	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 20개소 지정지역: 서울(3), 경기(4), 인천(1), 부산(2), 경남(1), 울산(0), 대구(2), 경북(0), 대전(1), 충남(1), 충북(1), 세종(0), 광주(1), 전남(0), 전북(1), 강원(1), 제주(1)
	지역	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 33개소 지정지역: 서울(0), 경기(8), 인천(2), 부산(6), 경남(3), 울산(1), 대구(3), 경북(0), 대전(2), 충남(1), 충북(0), 세종(1), 광주(1), 전남(1), 전북(2), 강원(2), 제주(0)
권역응급의료센터	권역	<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 44개소 지정지역: 서울(7), 경기(9), 인천(2), 부산(2), 경남(3), 울산(1), 대구(2), 경북(3), 대전(2), 충남(2), 충북(1), 세종(0), 광주(2), 전남(2), 전북(2), 강원(3), 제주(1)
권역외상센터		<ul style="list-style-type: none"> 지정개소 수: 17개소 지정지역: 서울(1), 경기(2), 인천(1), 부산(1), 경남(1), 울산(1), 대구(1), 경북(1), 대전(1), 충남(1), 충북(1), 세종(0), 광주(1), 전남(1), 전북(1), 강원(1), 제주(1)

주: 1. 본 표에 수록된 주요 지역의료기관 이외에도 여타 정부 지정 지역의료기관이 있을 수 있음
 2. 보건복지부에 따르면, 권역응급의료센터와 관련하여 중앙에 국립중앙의료원 중앙응급의료센터가 운영되고 있으나 직접 응급의료를 제공하는 기관이 아닌 정책지원 기관으로 본 표에서는 제외
 자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 작성됨

라. 지역의료 관련 주요 정책 개편방향

정부는 지역의료 강화와 관련하여, 지역완결형 의료전달체계 구축, 지역·필수·공공의료 기반 및 보상체계 강화, 응급의료체계 강화 등을 중심으로 한 정책방향을 수립·추진하고 있다.

정부는 지역의료 강화와 관련하여 아래와 같은 주요 정책 방향을 수립·시행하거나 계획하고 있다.

지역완결형 의료전달체계 구축과 관련하여, 국립대병원을 지역거점책임병원으로 육성함으로써 국립대병원을 중심으로 지역완결 필수의료체계를 구축하고자 하였다. 또한, 상급종합병원의 기능을 중증·희귀·난치 질환 중심으로 재편하고, 포괄 2차 종합병원을 선정·육성하는 등 지역 2차 병원 육성을 추진하고 있다. 이와 함께, 국립대병원 소관부처를 보건복지부로 단계적으로 이관하여 지역의료 기능을 강화하려는 계획을 추진하고 있다.

지역·필수·공공의료 기반 및 보상체계 강화 측면에서는, 지역·필수·공공의료 인력의 안정적 공급을 위해 계약형 지역필수의사제를 확대하고 지역의사제를 도입하며 국립의학전문대학원(공공의대) 설립 계획을 추진하고 있다. 또한, 전공의 수련환경 혁신 등을 통해 미래 의사인력 육성을 도모하고자 하였다. 더불어, 지역수가와 공공정책수가를 신설·확대하면서 지역·필수·공공의료에 대한 보상구조의 개편·적용을 추진하고 있으며, 의료진 대상(고액)배상 지원 확대를 통해 국가책임을 강화하고자 하였다. 이와 함께, 지역필수의료특별회계를 신설하면서 지역·필수·공공의료 사업추진을 위한 안정적인 재원을 확보하고자 하였다.

응급의료체계 강화 측면에서는 광역응급의료상황실 인력 확충 등을 통해 광역응급의료상황실 기능을 강화하고, 닥터헬기 미설치 권역을 대상으로 단계적인 추가 배치를 추진하고 항공이송과 관련하여 범부처 협력을 강화하고자 하였다. 또한, 권역응급의료센터 추가 지정, 권역외상센터 대비 병상과 장비를 보강한 거점외상센터 지정, 권역·지역 심뇌혈관질환센터 확충 등을 추진하고자 하였다.

지역완결형 의료전달체계 구축, 지역·필수·공공의료 기반 및 보상체계 강화, 응급의료체계 강화의 주요 세부내용은 아래와 같다.

[정부의 지역의료 강화 관련 주요 정책 추진방향]

구분	주요 내용
지역 완결형 의료전달 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 어느 지역에서나 충분한 진료 제공 국립대병원을 중심으로 지역완결 필수의료체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 인력·인프라·R&D 등의 패키지형 지원 등을 통해 지역거점책임병원(지역의료 컨트롤타워)으로 육성 상급종합병원 기능 재편(중증·희귀·난치 질환 중심 진료) 지역 2차 병원 육성(포괄 2차 종합병원 선정·육성 등) <ul style="list-style-type: none"> - 급성기병원 의료기관 인증, 지역응급의료기관 이상 지정, 포괄수가제(진단명 기준 환자군(DRG, Diagnosis Related Group) 분류체계를 이용한 환자 진료비 보상제도) 350개 이상을 모두 충족하는 포괄 2차 종합병원 지정·확대 국립대병원 소관부처를 보건복지부로 단계적 이관 등 <ul style="list-style-type: none"> - 「국립대학병원 설치법」 및 「국립치과대학병원 설치법」 등 개정(2026.2.)
지역· 필수· 공공의료 기반강화 및 보상체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> 지역·필수·공공의료 인력의 안정적 공급을 위한 (계약형)지역필수의사제 확대, 지역 의사제 도입 및 국립의학전문대학원(공공의대) 설립 추진 <ul style="list-style-type: none"> - 지역 의사제: 의대 신입생 중 일정비율 선발(지역의사선발전형) 및 학비 등 지원 → 졸업 후 특정 지역 의무복부(10년) <ul style="list-style-type: none"> *「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」 제정(2025.12.) - 국립의학전문대학원(공공의대): 국가인재 양성을 위한 전국단위 교육기관으로 선발-교육-배치 단일 양성체계 구축 → 졸업 후 특정 기관에 의무복부(15년) <ul style="list-style-type: none"> *「국립의학전문대학원 설립 및 운영에 관한 법률」 제정(2026.5.) - 계약형 지역필수의사제: 既배출된 전문의 대상 수당·정주여건 지원으로 지역 장기근무 유도 <ul style="list-style-type: none"> - 전공의 수련환경 혁신 등 국가지원 확대 <ul style="list-style-type: none"> *「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률」 개정(2025.12.) - 의대 없는 지역에 의대 신설 추진, 공공병원 없는 곳에 지방의료원 신설 추진 등 건강보험 수가 개편 <ul style="list-style-type: none"> - 상대가치점수 상시 조정, 과보상 분야 수가 인하 재원으로, 저보상 필수의료 보상 강화 - 「국민건강보험법」 개정 등을 통한 지역수가 및 공공정책수가 신설·확대 지역필수의료특별회계 신설 <ul style="list-style-type: none"> - 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」 제정(2026.3.) 필수의료진 대상 (책임)배상보험료 지원 확대, 고액배상에 대한 국가지원 등을 통한 지역·필수의료 분야 의료사고 국가책임 강화 등 <ul style="list-style-type: none"> - 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 개정(2026.5.) 등
응급의료 체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> 진료권 중심 중증·응급질환 24시간 전문의 대응체계 구축 광역응급의료상황실(응급환자 이송·전원을 지휘·관제하는 컨트롤타워) 기능 강화 <ul style="list-style-type: none"> - 광역응급의료상황실 인력 확충, 중증·응급환자의 이송 및 전원 통합관리 닥터헬기 미설치 권역(4개) 대상 단계적 추가 배치 및 범부처 항공이송 협력 강화 응급의료기관 지정기준 개편(재지정) 및 지원 확대, 권역응급의료센터 추가 지정 거점외상센터 지정(권역외상센터 대비 병상·장비 보강) 권역·지역 심뇌혈관질환센터 확충 등

자료: 보건복지부, 「기본이 튼튼한 복지강국, 국민 모두가 행복한 대한민국」, 2025.12., 대한민국정부, 「이재명정부 123대 국정과제」, 2025.9. 등을 바탕으로 재작성

가. 지역의료 관련 주요 재정사업 예·결산 개괄

첫째, 지역의료 관련 주요 재정사업은 보건복지부와 교육부 세부사업 기준으로 22개(보건복지부 21개, 교육부 1개)가 있다.

보건복지부에서는 지역·필수·공공의료는 2026년도 예산 및 기금운용계획부터 본격 추진되는 지원 분야이나, 분야 간 긴밀한 연계성을 갖고 있는 특성을 고려할 때 3개 분야별 사업 범위를 명확하게 구획하기 어려운 한계가 존재한다고 설명하고 있다.

이러한 특성을 고려하여, 본 보고서에서의 지역의료 관련 주요 재정사업은 기획재정부에서 2025년 8월 발표한 「2026년도 예산안」의 “중점 투자방향”에 포함된 ‘지역·필수·공공의료 확대’ 관련 주요 사업을 중심으로 보건복지부와 교육부에서 제출한 지역의료 관련 주요 재정사업의 예·결산 내역을 취합하여 작성하였다.

둘째, 지역의료 관련 주요 재정사업 예산은 2023년 4,846억원에서 2026년 1조 256억원으로 지속적인 증가세를 보였다.

지역의료 관련 주요 재정사업 예산은 2021년 4,416억원에서 2022년 5,035억원으로 증가하였다가 2023년 4,846억원으로 감소한 이후 2026년 본예산 기준 1조 256억원으로 지속적으로 확대되는 경향을 나타냈다.

2021~2025년간 연도별 실적행률은 70% 초중반 수준으로, 2021년 75.4%에서 2022년 72.7%로 감소하였다가 2023년 74.3%로 증가한 이후 2025년 71.5% 수준으로 감소세를 보였다.

[지역의료 관련 주요 재정사업 예·결산 추이 (2021~2026년)]

(단위: 백만원, %)

2021		2022		2023		2024		2025		2026
추경	결산	추경	결산	본예산	결산	본예산	결산	추경	결산	본예산
441,564	333,046	503,458	365,913	484,598	360,256	620,312	455,794	803,267	574,170	1,025,628
	(75.4)		(72.7)		(74.3)		(73.5)		(71.5)	

주: 결산은 실적행액 기준. 괄호 안의 수치는 연도별 실적행률을 의미

자료: 보건복지부 및 교육부 제출자료와 각 부처별 「2025회계연도 세입세출 및 기금 결산 사업설명자료 (II-1)」, 2026.2.를 바탕으로 재작성

나. 지역의료 관련 주요 재정사업별 예·결산 현황

2021~2026년간 지역의료 관련 주요 재정사업의 연도별 예산 규모 상위 3개 세부사업으로 '지역거점병원 공공성강화', '국립대병원 지원'이 지속적으로 해당되었으며, 이외에도 '중증외상전문진료체계 구축', '응급의료기관지원발전프로그램', '국립중앙의료원 운영지원'이 각 연도별 예산 규모 상위 3개 사업에 포함되었다. 이 중 '지역거점병원 공공성강화'의 경우 해당 기간 동안 가장 큰 예산 규모를 보였다.

연도별로 살펴보면, 2021년에는 '지역거점병원 공공성강화'가 1,433억원으로 예산 규모가 가장 컸으며, '중증외상전문진료체계 구축'(610억원), '국립대병원 지원'(568억원) 등의 순이었다. 2022년의 경우, '지역거점병원 공공성강화'(1,703억원), '국립대병원 지원'(746억원), '중증외상전문진료체계 구축'(649억원) 순으로 예산 규모가 컸으며, 2023년에도 2022년과 유사한 경향이 지속되었다. 2024년의 경우 지역거점병원 공공성강화(1,940억원), 국립대병원 지원(1,114억원), 국립중앙의료원 운영지원(570억원) 등의 순으로 큰 예산 규모를 보였으며, 2025년에도 전년과 유사한 경향을 보였다. 2026년의 경우, 지역거점병원 공공성강화가 3,459억원으로 가장 예산 규모가 컸으며, 응급의료기관지원발전프로그램(1,783억원), 국립대병원 지원(1,284억원) 등의 순으로 예산 규모가 컸다.

2021~2025년간 지역의료 관련 주요 재정사업 중 연도별 실적행률이 80% 미만인 사업의 경우에도, '지역거점병원 공공성강화'(50.4~72.8%), '국립대병원 지원'(39.1~79.5%)이 지속적으로 포함되었다.

연도별 실적행률 80% 미만 사업을 살펴보면, 2021년의 경우 '지역거점병원 공공성강화'(50.4%), '의료 및 분만취약지 지원'(72.1%), '중증외상전문진료체계 구축'(76.8%), '취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원(공중보건장학제도)'(77.3%), '국립대병원 지원'(79.5%) 등 5개 사업이 해당되었다. 2022년에는 '지방의료원 등 정보화지원'(36.3%), '지역거점병원 공공성강화'(52.2%), '국립대병원 지원'(58.5%), '중증외상전문진료체계 구축'(76.2%) 사업의 실적행률이 80%에 미치지 못하였다. 2023년에는 '국립대병원 지원'(43.2%), '지역거점병원 공공성강화'(59.5%) 등 2개 사업이 실적행률 80%에 미달하였다. 2024년의 경우에는 '중증외상전문진료체계 구축'(27.8%), '국립대병원 지원'(54.4%), '지역거점병원 공공성강화'(72.8%), '국가암

관리(균등한암관리기반구축(소아청소년암진료체계구축))(74.3%), ‘응급의료종사자전문
문화교육’(75.3%) 사업이 해당되었다. 2025년에는 ‘국립대병원 지원’(39.1%), ‘취약
지 등 전문의료인력 양성 및 지원(지역필수의사제 운영)’(56.3%), ‘지역거점병원 공
공성강화’(61.9%), ‘중환자실 관리체계 마련’(63.4%), ‘고위험산모·신생아 지
원’(72.9%) 등 5개 사업이 해당되었다.

[지역의료 관련 주요 지원 사업 예·결산 내역 (2021~2023년)]

(단위: 백만원, %)

세부사업명 (내역사업명)	회계/ 기금	2021			2022			2023		
		추경(A)	실집행액 (B)	실집 행률 (B/A)	추경(C)	실집행액 (D)	실집 행률 (D/C)	본예산 (E)	실집행액 (F)	실집 행률 (F/E)
지역거점병원 공공성강화	지특	143,266	72,269	50.4	170,348	88,996	52.2	151,115	89,864	59.5
국립대병원 지원	고특	56,840	45,188	79.5	74,635	43,657	58.5	78,833	34,032	43.2
중증외상전문진료체계 구축	응급	61,046	46,890	76.8	64,903	49,465	76.2	58,467	47,380	81.0
국립중앙의료원 운영지원	건증	40,317	40,317	100.0	42,453	42,453	100.0	45,805	45,805	100.0
응급의료기관지원발전 프로그램	응급	29,843	27,739	92.9	30,893	28,673	92.8	30,819	30,583	99.2
응급의료이송체계지원 취약지역 응급의료기관육성	응급	20,590	20,026	97.3	24,663	19,800	80.3	23,961	21,662	90.4
의료 및 분만취약지 지원	지특	17,330	12,487	72.1	16,890	14,486	85.8	16,836	14,093	83.7
고위험 산모·신생아 지원	응급	10,175	9,247	90.9	10,831	10,325	95.3	10,961	10,212	93.2
중앙응급의료센터운영 지원	응급	9,889	9,114	92.2	10,182	9,816	96.4	10,854	13,080	120.5
중증·응급 심뇌혈관질환 대응체계 지원	응급	7,103	6,880	96.9	7,103	6,460	90.9	10,258	9,255	90.2
국가재난의료체계운영	응급	6,199	5,461	88.1	5,647	5,053	89.5	7,426	6,181	83.2
응급환자미수급대지급	응급	4,016	4,016	100.0	6,220	10,868	174.7	5,598	5,598	100.0
응급처치활성화지원	응급	3,950	3,334	84.4	3,950	3,724	94.3	5,250	4,939	94.1
응급의료정보망구축 (정보화)	응급	1,276	1,251	98.0	1,336	1,413	105.8	1,624	1,621	99.8
지방의료원 등 정보화지원	지특	640	636	99.4	2,978	1,081	36.3	1,100	1,037	94.3
응급의료종사자전문화 교육	응급	1,213	1,213	100.0	1,213	1,132	93.3	1,092	1,022	93.6
취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원 (공중보건강화제도 운영)	일반	410	317	77.3	544	538	98.9	778	751	96.5
국가암빅데이터구축 (정보화)	일반	2,453	2,443	99.6	3,661	3,661	100.0	564	562	99.6
합계		441,564	333,046	75.4	503,458	365,913	72.7	484,598	360,256	74.3

주: 일반은 일반회계, 지특은 지역균형발전특별회계, 응급은 응급의료기금, 건증은 국민건강증진기금, 고특은 고등·평생
교육지원특별회계를 지칭

자료: 보건복지부 및 교육부 제출자료를 바탕으로 재작성

[지역의료 관련 주요 지원 사업 예 · 결산 내역 (계속, 2024~2026년)]

(단위: 백만원, %)

세부사업명 (내역사업명)	회계/ 기금	2024			2025			2026
		본예산 (G)	실집행액 (H)	실집 행률 (H/G)	추경 (I)	실집행액 (J)	실집 행률 (J/I)	본예산
지역거점병원 공공성강화	지특	193,955	141,155	72.8	313,326	193,896	61.9	345,818
응급의료기관지원발전 프로그램	응급	54,848	45,735	83.4	75,033	63,171	84.2	178,276
국립대병원 지원	고특	111,369	60,572	54.4	117,057	45,775	39.1	128,357
중증외상전문진료체계 구축	응급	56,211	15,604	27.8	67,508	57,858	85.7	82,600
국립중앙의료원 운영지원	건증	56,953	56,953	100.0	66,371	66,276	99.9	78,852
취약지역 응급의료기관육성	응급	24,021	23,315	97.1	22,810	22,263	97.6	42,446
중앙응급의료센터운영지원	응급	23,878	23,137	96.9	27,074	25,556	94.4	29,144
응급의료이송체계지원	응급	25,712	22,486	87.5	27,159	22,122	81.5	26,372
의료 및 분만취약지 지원	지특	17,154	14,517	84.6	17,575	15,964	90.8	19,256
중증·응급 심뇌혈관질환 대응체계 지원	응급	10,048	9,794	97.5	11,471	11,274	98.3	16,371
고위험 산모·신생아 지원	응급	10,811	10,444	96.6	14,266	10,402	72.9	15,388
국가암관리 (균등한암관리기반구축(소 아청소년암진료체계 구축))	건증	6,350	4,719	74.3	9,006	8,830	98.0	10,144
응급의료정보망구축(정보화)	응급	2,164	2,430	112.3	1,800	1,788	99.3	8,833
취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원 (시니어의사 지원)	일반	-	-	-	3,205	2,572	80.2	7,225
국가재난의료체계운영	응급	7,144	6,135	85.9	6,901	5,598	81.1	6,960
응급환자미수급대지급	응급	7,310	7,310	100.0	6,583	6,583	100.0	6,845
응급처치활성화지원	응급	4,339	4,225	97.4	4,107	3,986	97.1	4,075
취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원 (공공의료 전문인력 양성)	일반	-	-	-	-	-	-	3,900
국가암관리 (균등한암관리기반구축(지 역암센터 시설장비))	건증	1,500	1,500	100.0	3,600	3,600	100.0	3,600
응급의료종사자전문화교육	응급	3,155	2,377	75.3	2,855	2,323	81.4	2,828

(단위: 백만원, %)

세부사업명 (내역사업명)	회계/ 기금	2024			2025			2026
		본예산 (G)	실집행액 (H)	실집 행률 (H/G)	추경 (I)	실집행액 (J)	실집 행률 (J/I)	본예산
취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원 (지역필수의사제 운영지원)	일반	-	-	-	1,352	761	56.3	2,794
취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원 (지방협업형 필수 의료체계 구축 시범사업)	일반	-	-	-	-	-	-	1,323
취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원 (공중보건장학제도 운영)	일반	1,038	1,018	98.1	1,038	895	86.2	1,038
중환자실 관리체계 마련	일반	-	-	-	1,301	825	63.4	1,014
국가암빅데이터구축(정보화)	일반	1,372	1,372	100.0	969	969	100.0	969
지방의료원 등 정보화지원	지특	1,000	996	99.6	900	883	98.1	900
지역필수의료 실태조사	일반	-	-	-	-	-	-	300
합계		620,332	455,794	73.5	803,267	574,170	71.5	1,025,628

주: 일반은 일반회계, 지특은 지역균형발전특별회계, 응급은 응급의료기금, 건증은 국민건강증진기금, 고특은 고등·평생교육지원특별회계를 지칭

자료: 보건복지부 및 교육부 제출자료와 각 부처별 「2025회계연도 세입세출 및 기금 결산 사업설명자료(II-1)」, 2026.2.를 바탕으로 재작성

1

지역 간 의료격차 실태 분석

가. 지역의료 수준 개괄

(1) 지역별 치료가능사망률

최근 10년간 지역별 치료가능사망률은 전국 기준으로 대체로 감소하는 경향을 보였으나, 같은 기간 지역 간 격차비는 1.27~1.47배 수준에서 횡보·확대되는 추이를 보였으며, 대체적으로 서울이 가장 낮았으며 충북이 가장 높은 경향을 보였다.

최근 10년간(2015~2024년) 치료가능사망률¹²⁾을 살펴보면, 전국 기준으로 2015년 52.0명/10만명에서 2024년 43.4명/10만명으로 감소하는 경향을 보였다.¹³⁾

반면, 17개 광역시·도를 기준으로 지역 간 치료사망률 격차는 다소간 악화되는 추이를 보였다. 치료가능사망률의 전국 지역격차비¹⁴⁾는 2015년 1.30배에서 2024년 1.44배로 대체적으로 증가하는 경향을 보였으며, 5분위 지역격차비¹⁵⁾의 경우에도 같은 기간 1.21배에서 1.27배로 확대·횡보한 것으로 나타났다.

세부적으로, 충북의 경우 2015~2024년 동안 7년간 17개 광역시·도 중 가장 높은 치료가능사망률을 보였으며, 서울의 경우 5년간, 세종의 경우 3년간 가장 낮았다. 한편, 서울은 여타 4년간에도 치료가능사망률이 16위 수준으로 지속적으로 최하위 수준의 치료가능사망률을 보이는 등 양호한 지표가 지속된 것으로 나타났다.

12) 치료가능사망률은 의료적 지식과 기술을 고려할 때 치료가 시의적절하게 효과적으로 이루어진다면 발생하지 않을 수 있는 조기 사망(premature death) 비율을 의미한다. 치료가능사망률은 특정 연령의 연간 사망자 수를 해당 연도의 연령별 연앙인구로 나눈 수치를 100,000분비하여 나타낸 연령별 사망률(age-specific death rates, ASDR)에 표준인구의 연령 규모를 적용하여 연령표준화사망률(age-adjusted death rates, ADR)을 통해 산출된다. (자료: 국립중앙의료원 제출자료)

13) 코로나19 발생시기(2020년 1월 발생~2024.5.관심단계로 하향)에는 일부 증가하는 경향도 보였으나, 최근 10년간 전반적으로 감소세를 보였다는 의미이다.

14) 전국 지역격차비는 (최대 치료가능사망률 지역/최소 치료가능사망률 지역)으로 산출되는 지표이다.

15) 5분위 지역격차비는 (상위 20% 치료가능사망률 지역/하위 20% 치료가능사망률 지역)으로 산출되는 지표이다.

[지역별 치료가능사망을 추이 (2015~2024년)]

(단위: 10만명당 명, 배, 위)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
전국	52.0	50.6	47.6	46.6	44.3	43.3	43.7	45.5	44.3	43.4	
지역격차비	전국 1.30	1.32	1.38	1.27	1.30	1.47	1.34	1.40	1.35	1.44	
5분위	1.21	1.24	1.27	1.20	1.21	1.31	1.21	1.29	1.24	1.27	
수도권	서울	45.4 (17)	45.2 (16)	40.4 (17)	40.6 (17)	38.6 (17)	37.5 (15)	38.6 (17)	40.2 (16)	39.5 (16)	39.7 (16)
	인천	57.1 (6)	53.0 (7)	51.3 (7)	51.3 (4)	47.9 (4)	48.6 (2)	51.5 (1)	51.3 (2)	49.6 (2)	46.2 (6)
	경기	49.2 (15)	49.3 (12)	45.6 (14)	45.2 (15)	43.1 (14)	42.8 (12)	42.3 (14)	44.8 (11)	42.3 (13)	40.3 (15)
비수도권	부산	57.4 (5)	55.8 (4)	54.3 (2)	51.7 (1)	46.9 (7)	45.1 (7)	46.9 (4)	48.4 (7)	49.5 (3)	46.0 (7)
	대구	55.0 (9)	56.4 (3)	53.5 (3)	49.0 (9)	45.9 (10)	46.7 (6)	45.7 (8)	42.7 (13)	45.9 (9)	42.4 (12)
	광주	52.1 (12)	46.6 (15)	48.7 (10)	47.4 (12)	41.9 (15)	44.7 (8)	43.5 (11)	40.6 (15)	45.5 (11)	42.4 (11)
	대전	50.5 (14)	47.5 (14)	46.4 (13)	41.1 (16)	43.8 (13)	42.3 (13)	39.2 (16)	43.4 (12)	41.8 (14)	42.2 (13)
	울산	53.6 (11)	49.8 (11)	43.5 (15)	47.0 (13)	45.0 (12)	39.8 (14)	43.1 (12)	41.0 (14)	36.9 (17)	41.9 (14)
	세종	59.2 (1)	54.9 (5)	47.1 (12)	48.5 (10)	38.8 (16)	34.3 (17)	42.4 (13)	37.8 (17)	41.0 (15)	35.8 (17)
	강원	58.6 (3)	57.5 (2)	53.4 (4)	51.7 (1)	49.5 (2)	48.1 (3)	49.6 (2)	51.2 (3)	49.3 (4)	48.8 (4)
	충북	58.8 (2)	58.9 (1)	55.7 (1)	50.2 (5)	50.1 (1)	50.6 (1)	46.4 (5)	52.9 (1)	49.9 (1)	51.5 (1)
	충남	51.2 (13)	49.0 (13)	49.1 (9)	49.3 (7)	46.3 (8)	44.7 (9)	44.2 (10)	47.3 (10)	46.4 (8)	45.3 (8)
	전북	54.2 (10)	54.5 (6)	50.8 (8)	45.2 (14)	48.5 (3)	44.0 (11)	46.1 (6)	49.9 (4)	48.1 (5)	49.6 (3)
	전남	55.0 (8)	52.9 (8)	51.4 (6)	51.7 (1)	47.3 (6)	47.5 (4)	45.6 (9)	49.4 (5)	47.6 (7)	47.9 (5)
	경북	57.5 (4)	52.1 (10)	48.5 (11)	49.8 (6)	47.7 (5)	47.0 (5)	45.8 (7)	48.3 (8)	47.9 (6)	50.2 (2)
	경남	55.7 (7)	52.8 (9)	51.8 (5)	49.0 (8)	45.6 (11)	44.2 (10)	47.3 (3)	47.5 (9)	44.3 (12)	44.2 (9)
제주	47.7 (16)	44.6 (17)	40.8 (16)	48.3 (11)	46.2 (9)	36.6 (16)	41.1 (15)	48.8 (6)	45.7 (10)	44.2 (10)	

주: 괄호 안의 수치는 각 연도별·지역별 순위를 의미. 순위가 낮을수록(17위에 가까울수록) 치료가능사망률이 낮음을 의미

자료: 보건복지부 및 국립중앙의료원 제출자료를 바탕으로 작성

(2) 지역별 자체충족률

지역 간 자체충족률 격차는 지속적인 감소세를 나타내는 등 긍정적인 추이를 보였으나, 여전히 최대-최소 지역 간 차이는 58%p를 상회하고 있으며 해당 지역 간 격차비도 2.8배 수준으로 여전히 높은 격차를 보였다.

자체충족률¹⁶⁾은 해당 지역 거주자의 상급종합병원, 종합병원, 병원, 보건의료원 입원 재원일수 중 해당 지역 내 동일 기관군을 이용한 재원일수 비율을 의미한다. 특정 지역의 자체충족률이 높다는 것은 해당 지역의 주민이 해당 지역에 위치한 의료기관의 이용률이 높다는 것을 의미하므로, 지역별 의료 수준을 직·간접적으로 파악하는데 활용할 수 있는 지표라 할 수 있다.

2019~2024년간 자체충족률 지표의 지역 간 격차는 2019년 85.4%p에서 2024년 58.3%p로 지속적인 감소세를 나타냈으나, 2024년 기준으로 자체충족률 최대 지역과 최소 지역 간 차이가 58%p를 상회하고 전국 지역격차비도 2.8배로 여전히 높은 격차를 보였다.

지역별로 살펴보면, 대구의 경우 17개 광역시·도 중 지속적으로 가장 높은 자체충족률을 보였으며 해당 수치도 2019년 88.8%에서 2024년 90.2%로 전반적으로 상승하는 경향을 보였다. 이외에도, 부산(2019~2023년간 2위, 2024년 1위), 대전(2019~2020년간 3위), 광주(2020~2024년간 3위) 등의 순으로 높은 자체충족률을 보였다.

반면, 세종의 경우 자체충족률이 2019년 3.4%에서 2024년 31.9%로 확대되기는 하였으나, 2019~2024년간 지속적으로 17개 광역시·도 중 가장 낮은 자체충족률을 보였다. 이외에도, 충남(2019~2020년 16위)과 경북(2021~2024년 16위)이 저조한 자체충족률을 보였다.

16) 자체충족률은 (해당 지역 거주자가 해당 지역에 소재한 상급종합병원, 병원, 보건의료원에서 입원하여 발생한 재원일수 합계 / 해당 지역 거주자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 보건의료원(해당 지역 내외 전체)에서 입원하여 발생한 재원일수 합계)로 산출된다. (자료: 보건복지부 및 국립중앙의료원 제출자료)

[지역별 자체충족률 추이 (2019~2024년)]

(단위: %, %p, 배, 위)

구분	2019		2020		2021		2022		2023		2024		
	%	순위	%	순위	%	순위	%	순위	%	순위	%	순위	
수도권	서울	81.0	7	80.5	7	82.7	5	83.7	5	85.2	4	83.4	6
	인천	77.9	9	77.9	9	77.3	9	74.9	10	76.6	9	78.9	9
	경기	72.4	12	71.6	12	72.0	12	71.7	12	73.4	11	76.0	11
비수도권	부산	85.8	2	86.2	2	87.1	2	87.9	2	88.7	2	90.2	1
	대구	88.8	1	87.1	1	89.0	1	89.3	1	90.1	1	90.2	1
	광주	85.2	4	84.0	3	84.8	3	86.4	3	87.4	3	88.9	3
	대전	85.5	3	84.0	3	83.0	4	83.8	4	84.8	5	85.8	4
	울산	82.4	5	81.8	6	79.9	6	80.6	6	82.1	6	84.2	5
	세종	3.4	17	10.7	17	25.4	17	27.8	17	28.9	17	31.9	17
	강원	76.1	11	76.0	11	73.2	11	72.6	11	71.9	12	72.2	12
	충북	69.8	13	68.2	13	67.0	14	68.3	14	68.2	14	69.9	14
	충남	57.0	16	57.1	16	58.9	15	58.9	15	59.6	15	60.2	15
	전북	82.4	5	82.8	5	79.7	7	79.6	8	79.7	7	80.1	8
	전남	67.6	14	67.1	14	67.2	13	68.4	13	68.8	13	70.1	13
	경북	63.2	15	62.7	15	57.5	16	55.3	16	55.0	16	60.0	16
	경남	77.1	10	76.4	10	75.6	10	76.0	9	75.9	10	76.7	10
제주	79.2	8	78.7	8	79.2	8	80.0	7	79.7	7	80.9	7	
(최대-최소)	85.4	-	76.4	-	63.6	-	61.5	-	61.2	-	58.3	-	
지역격차비	26.1	-	8.1	-	3.5	-	3.2	-	3.1	-	2.8	-	

주: 1. 순위가 높을수록(1위에 가까울수록) 자체충족률이 높은 지역을 의미
 2. (최대-최소)는 연도별·지역별 자체충족률 (최대값-최소값)(%p)을 의미. 지역격차비는 전국 지역격차비를 의미하며, 전국 지역격차비(배)는 (최대 자체충족률 지역/최소 자체충족률 지역)으로 산출
 자료: 보건복지부 및 국립중앙의료원 제출자료

나. 지역별 주요 의료자원 실태

(1) 권역별 주요 의료자원 개괄

본 절의 지역별 의료자원 관련 실태는 지역별 의료기관(병·의원) 수, 병실 및 병상 수, 의사 수, 간호사 수를 중심으로 분석하였다.

2024년을 기준으로, 전국의 의료기관(병·의원) 수는 74,780개소였으며 인구 10만명당 규모는 146.0개소/10만명이었다. 전국의 병실 수는 241,423개였고, 10만명당 병실 수는 471.4개/10만명이었다. 전국 기준 병상 수는 954,234개였으며, 10만명당으로 환산할 경우 1,863.1개/10만명이었다. 전국의 의사 수는 269,614명이었으며, 10만명당 의사 수는 526.4명/10만명 규모였다.

권역별로 살펴보면, 수도권의 경우 **의료기관 수, 의사 수 및 필수의료과목 전문의 수가 비수도권 대비 많았으며**, 비수도권의 경우 병실 및 병상 수, 간호사 수가 수도권 대비 많았다. 세부적으로, **수도권의 의료기관(병·의원) 비중은 전국 대비 53.9%(40,309개소)로 전국 의료기관 대비 절반 이상을 차지하였다. 수도권**의 **의사 수 비중은 전국 대비 53.0%(142,876명)로 비수도권 대비 많은 비중을 보였다.**

[수도권 및 비수도권 주요 의료자원 현황 (2024년 기준)]

(단위: 개소, 개, 명, 10만명당 명, %)

구분	전국		수도권		비수도권	
	합계	10만명당	소계	10만명당	소계	10만명당
의료기관 (병·의원) 수	74,780 (100.0)	146.0	40,309 (53.9)	154.8	34,471 (46.1)	137.0
병실 수	241,423 (100.0)	471.4	97,336 (40.3)	373.7	144,087 (59.7)	572.5
병상 수	954,234 (100.0)	1,863.1	373,607 (39.2)	1,434.3	580,627 (60.8)	2,306.8
의사 수	269,614 (100.0)	526.4	142,876 (53.0)	548.5	126,738 (47.0)	503.5
필수과목 전문의 수	97,365 (100.0)	190.1	54,194 (55.7)	208.1	43,171 (44.3)	171.5
간호사 수	282,712 (100.0)	552.0	138,300 (48.9)	531.0	144,412 (51.1)	573.8

주: 괄호 안의 수치는 의료자원에별 전국 대비 수도권 및 비수도권 비중을 의미

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11. 및 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」을 바탕으로 재작성

(2) 지역별 의료기관 규모

「의료법」 제3조(의료기관)에서는 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(의료업)을 하는 곳으로 의료기관을 정의하면서, 크게 병원급·의원급 의료기관과 조산원 등으로 아래의 지정 요건을 기준으로 구분하고 있다.

[종별 의료기관 기능 및 주요 지정 요건]

주요 내용
<p>□ 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관</p> <ul style="list-style-type: none"> • (상급)종합병원 <ul style="list-style-type: none"> - ①보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것, 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것 - ②보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것 - ③질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것 • 종합병원 <ul style="list-style-type: none"> - ①100개 이상의 병상을 갖추어 것 - ②100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 - ③300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 • 병원 <ul style="list-style-type: none"> - 병원·치과병원·한방병원 및 요양병원은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상)을 갖추어 것 <p>□ 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의원, 치과의원, 한의원 <p>□ 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관</p>

자료: 「의료법」을 바탕으로 제작됨

① 지역별 병원급·의원급 의료기관 수

전국의 2024년 병원급·의원급 의료기관 수는 합계 기준 74,780개소로, 가장 적은 세종 대비 가장 많은 서울은 43.5배 규모였으며, 병원급 의료기관의 최소 지역 대비 최대 지역 배율은 64.3배, 의원급 의료기관의 경우 43.7배 수준이었다.

2024년을 기준으로 전국의 병원급 및 의원급 의료기관 수는 총 74,780개소로, 서울이 19,187개소로 가장 많았고, 경기(17,373개소), 부산(5,538개소) 등의 순으로 병원급·의원급 의료기관 수가 많았다. 반면, 세종이 441개소로 가장 적었으며, 제주(974개소), 울산(1,393개소) 등의 순으로 의료기관 수가 적은 것으로 나타났다. 합산 기준 병원급·의원급 의료기관 수의 최소값(세종) 대비 최대값(서울) 배율은 43.5배에 달하였다.

세부적으로, 병원급 의료기관 수는 경기가 900개로 가장 많았으며 가장 적은 지역인 세종(14개) 대비 64.3배 수준이었으며, 의원급 의료기관 수가 가장 많은 서울(18,639개소)의 경우 가장 적은 세종(427개소) 대비 43.7배에 달하였다.

② 지역별 인구 10만명당 병원급·의원급 의료기관 수

2024년 병원급·의원급 의료기관 수는 전국 기준 146.0개소/10만명으로, 가장 적은 세종 대비 가장 많은 서울은 1.8배 수준이었으며, 병원급 의료기관의 최소 지역 대비 최대 지역 배율은 5.4배, 의원급 의료기관의 경우 2.0배 규모에 달하였다.

한편, 2024년의 인구 10만명당 전국 기준 병원급·의원급 의료기관 수는 146.0개소/10만명이었으며, 서울이 205.6개소/10만명으로 가장 많았고, 대구(174.4개소/10만명), 부산(169.5개소/10만명) 등의 순으로 인구 10만명당 병원급·의원급 의료기관 수가 많았다. 반면, 세종이 112.9개소/10만명으로 가장 적었으며, 경북(113.0개소/10만명), 강원(114.2개소/10만명) 등의 순으로 적었다. 전국 기준 인구 10만명당 병원급·의원급 의료기관 수의 최대값(서울) 대비 최소값(세종) 배율은 1.8배 수준이었다.

세부적으로, 인구 10만명당 병원급 의료기관 수는 광주가 19.3개소/10만명으로 가장 많았으며 가장 적은 지역인 세종(3.6개소/10만명) 대비 5.4배 규모였으며, 의원급 의료기관의 경우 가장 많은 서울(199.7개소/10만명)이 가장 적은 전남(102.4개소/10만명) 대비 2.0배 많은 수준이었다.

[2024년 지역별 병원급·의원급 기관 수 현황]

(단위: 개소, 인구 100,000명당 개소, 배)

구분		합계	병원급 의료기관 수	의원급 의료기관 수
전국		74,780 (146.0)	4,217 (8.2)	70,563 (137.8)
수도권	서울	19,187 (205.6)	548 (5.9)	18,639 (199.7)
	인천	3,749 (124.1)	220 (7.3)	3,529 (116.8)
	경기	17,373 (126.9)	900 (6.6)	16,473 (120.3)
비수도권	부산	5,538 (169.5)	405 (12.4)	5,133 (157.1)
	대구	4,121 (174.4)	231 (9.8)	3,890 (164.6)
	광주	2,300 (163.3)	272 (19.3)	2,028 (144.0)
	대전	2,333 (162.1)	133 (9.2)	2,200 (152.9)
	울산	1,393 (126.9)	93 (8.5)	1,300 (118.4)
	세종	441 (112.9)	14 (3.6)	427 (109.3)
	강원	1,734 (114.2)	103 (6.8)	1,631 (107.5)
	충북	1,931 (121.4)	115 (7.2)	1,816 (114.1)
	충남	2,453 (114.8)	172 (8.1)	2,281 (106.8)
	전북	2,531 (145.6)	193 (11.1)	2,338 (134.5)
	전남	2,056 (114.9)	224 (12.5)	1,832 (102.4)
	경북	2,861 (113)	220 (8.7)	2,641 (104.3)
	경남	3,805 (117.9)	346 (10.7)	3,459 (107.1)
	제주	974 (145.3)	28 (4.2)	946 (141.1)
최대		19,187 (205.6)	900 (19.3)	18,639 (199.7)
최소		441 (112.9)	14 (3.6)	427 (102.4)
최대/최소		43.5 1.8	64.3 5.4	43.7 2.0

주: 1. 괄호 안의 수치는 지역별 인구 10만명당 의료기관 수(지역별 의료기관 수/지역별 인구수 *100,000(명))를 의미
 2. 본 표에 수록된 수치는 「의료법」, 「약사법」 등에 따른 의료기관, 약국 등의 기관 수 및 근무인력 등과는 '요양급여비용을 청구하는 요양기관 대상', '요양급여비용 청구기관이 건강보험심사평가원에 신고한 인력, 시설, 장비 현황을 연도말 기준으로 산출' 기준임
 3. 본 표에서는 「의료법」 제3조에 따른 병원급 의료기관과 의원급 의료기관을 중심으로 수록(조선원, 보건의료원, 보건(지)소, 보건진료소, 약국은 본 표에서 제외)
 자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11. 및 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」을 바탕으로 재작성

[2024년 지역별·종별 병원급·의원급 의료기관 수 현황]

(단위: 개소, 인구 100,000명당 개소, 배)

구분	합계	병원급 의료기관 수							의원급 의료기관 수		
		상급종합병원	종합병원	병원	요양병원	정신병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원
전국	74,780 (146.0)	47 (0.1)	331 (0.6)	1,412 (2.8)	1,342 (2.6)	263 (0.5)	241 (0.5)	581 (1.1)	36,685 (71.6)	19,142 (37.4)	14,736 (28.8)
서울	19,187 (205.6)	14 (0.2)	44 (0.5)	225 (2.4)	107 (1.1)	13 (0.1)	56 (0.6)	89 (1.0)	10,103 (108.3)	4,882 (52.3)	3,654 (39.2)
부산	5,538 (169.5)	4 (0.1)	25 (0.8)	143 (4.4)	160 (4.9)	23 (0.7)	25 (0.8)	25 (0.8)	2,652 (81.2)	1,331 (40.7)	1,150 (35.2)
대구	4,121 (174.4)	5 (0.2)	14 (0.6)	92 (3.9)	71 (3.0)	16 (0.7)	13 (0.6)	20 (0.8)	2,035 (86.1)	946 (40)	909 (38.5)
인천	3,749 (124.1)	3 (0.1)	18 (0.6)	59 (2.0)	62 (2.1)	17 (0.6)	13 (0.4)	48 (1.6)	1,831 (60.6)	1,006 (33.3)	692 (22.9)
광주	2,300 (163.3)	2 (0.1)	23 (1.6)	80 (5.7)	60 (4.3)	9 (0.6)	12 (0.9)	86 (6.1)	1,066 (75.7)	644 (45.7)	318 (22.6)
대전	2,333 (162.1)	2 (0.1)	8 (0.6)	48 (3.3)	45 (3.1)	7 (0.5)	7 (0.5)	16 (1.1)	1,139 (79.1)	555 (38.6)	506 (35.2)
울산	1,393 (126.9)	1 (0.1)	8 (0.7)	31 (2.8)	36 (3.3)	6 (0.5)	4 (0.4)	7 (0.6)	643 (58.6)	384 (35.0)	273 (24.9)
세종	441 (112.9)	-	2 (0.5)	3 (0.8)	3 (0.8)	1 (0.3)	1 (0.3)	4 (1.0)	229 (58.6)	99 (25.3)	99 (25.3)
경기	17,373 (126.9)	6 (0.0)	66 (0.5)	294 (2.1)	285 (2.1)	53 (0.4)	46 (0.3)	150 (1.1)	8,373 (61.1)	4,741 (34.6)	3,359 (24.5)
강원	1,734 (114.2)	2 (0.1)	14 (0.9)	36 (2.4)	32 (2.1)	9 (0.6)	4 (0.3)	6 (0.4)	816 (53.8)	439 (28.9)	376 (24.8)
충북	1,931 (121.4)	1 (0.1)	12 (0.8)	39 (2.5)	36 (2.3)	12 (0.8)	4 (0.3)	11 (0.7)	934 (58.7)	475 (29.9)	407 (25.6)
충남	2,453 (114.8)	1 (0.0)	12 (0.6)	47 (2.2)	66 (3.1)	17 (0.8)	12 (0.6)	17 (0.8)	1,139 (53.3)	622 (29.1)	520 (24.3)
전북	2,531 (145.6)	2 (0.1)	11 (0.6)	56 (3.2)	74 (4.3)	11 (0.6)	3 (0.2)	36 (2.1)	1,226 (70.5)	606 (34.9)	506 (29.1)
전남	2,056 (114.9)	1 (0.1)	25 (1.4)	72 (4.0)	79 (4.4)	11 (0.6)	7 (0.4)	29 (1.6)	962 (53.8)	515 (28.8)	355 (19.8)
경북	2,861 (113)	-	21 (0.8)	50 (2.0)	103 (4.1)	26 (1.0)	11 (0.4)	9 (0.4)	1,317 (52.0)	694 (27.4)	630 (24.9)
경남	3,805 (117.9)	3 (0.1)	22 (0.7)	129 (4)	113 (3.5)	30 (0.9)	22 (0.7)	27 (0.8)	1,721 (53.3)	955 (29.6)	783 (24.3)
제주	974 (145.3)	-	6 (0.9)	8 (1.2)	10 (1.5)	2 (0.3)	1 (0.1)	1 (0.1)	499 (74.4)	248 (37.0)	199 (29.7)
최대	19,187 (205.6)	14 (0.2)	66 (1.6)	294 (5.7)	285 (4.9)	53 (1.0)	56 (0.9)	150 (6.1)	10,103 (108.3)	4,882 (52.3)	3,654 (39.2)
최소	441 (112.9)	0 (0.0)	2 (0.5)	3 (0.8)	3 (0.8)	1 (0.1)	1 (0.1)	1 (0.1)	229 (52.0)	99 (25.3)	99 (19.8)
최대/최소	43.5	-	33.0	98.0	95.0	53.0	56.0	150.0	44.1	49.3	36.9
최소	1.8	-	3.2	7.1	6.1	10.0	9.0	61.0	2.1	2.1	2.0

주: 1. 괄호 안의 수치는 지역별 인구 10만명당 의료기관 수(지역별 의료기관 수/지역별 인구수 *100,000(명))를 의미

2. 본 표에 수록된 수치는 「의료법」, 「약사법」 등에 따른 의료기관, 약국 등의 기관 수 및 근무인력 등과는 '요양급여비용을 청구하는 요양기관 대상', '요양급여비용 청구기관이 건강보험심사평가원에 신고한 인력, 시설, 장비 현황을 연도말 기준으로 산출' 기준임

3. 본 표에서는 「의료법」 제3조에 따른 병원급 의료기관과 의원급 의료기관을 중심으로 수록(조선원, 보건의료원, 보건(지)소, 보건진료소, 약국은 본 표에서 제외)

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11. 및 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」을 바탕으로 제작됨

(3) 지역별 병실 및 병상 규모

① 지역별 병실 수

전국의 2024년 기준 병실 수는 241,423개로, 가장 적은 세종 대비 가장 많은 경기도가 47.8배에 달하였으며, 인구 10만명당 병실 수가 가장 적은 세종 대비 가장 많은 광주군은 3.7배에 이르렀다. 한편, 인구 10만명당 병실 수가 가장 적은 세종의 경우, 분만실 및 신생아실 병실 수의 경우는 가장 많은 경향을 보였다.

2024년 기준 전국 병실¹⁷⁾ 수는 총 241,423개로, 일반입원실이 차지하는 비중 (178,118개, 73.8%)이 가장 많았으며, 분만실·응급실 등을 포함하는 특수진료실은 42,936개로 17.8%의 비중을 보였다.

광역시·도별 병실 수가 가장 많은 지역은 경기(47,669개, 전국 대비 19.8%)였으며, 서울(37,899개, 15.7%), 부산(22,874개, 9.5%) 등의 순으로 지역별 병실 수가 많았다. 상위 3개 지역의 병실 수는 전국 대비 44.9% 수준으로 절반 가량을 차지하였다. 병실 수가 가장 많은 경기 지역의 경우 가장 적은 세종(998개) 대비 47.8배 많은 것으로 나타났다.

지역별 병실 유형을 살펴보면, 일반 입원실은 경기, 중환자실은 서울이 가장 많았으며, 특수진료실 중 수술실은 서울이, 분만실·신생아실·응급실은 경기도가 가장 많았다. 가장 적은 지역은 세종이었으며, 일반입원실, 중환자실, 특수진료실 모두 가장 적은 비중을 보였다.

인구 10만명당 병실 규모의 경우 광주가 940.5개/10만명으로 가장 많았으며, 일반입원실(779.6개/10만명) 및 특수진료실(110.1개/10만명) 수도 가장 많았다. 또한, 광주의 경우 인구 10만명당 병실 수가 가장 적은 세종(255.4개/10만명) 대비 3.7배 규모를 보였다. 한편, 인구 10만명당 병실 수 규모가 가장 많은 광주의 10만명당 신생아실 수는 0.6개/10만명으로 가장 적었다. 한편, 세종의 경우 인구 10만명당 병실 수가 255.4개/10만명으로 가장 적었으나, 인구 10만명당 분만실과 신생아실의 경우 가장 많은 수준이었다.

17) 병실은 일반입원실, 정신과(개방/폐쇄), 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실, 특수진료실(분만실, 신생아실, 수술실, 회복실, 응급실, 인공신장실, 물리치료실, 강내치료실, 방사선옥소입원치료실, 낮병동), 기타(조혈모세포치실, 혈액은행, 임상검사실, 모자동실, 조제실, 탕전실) 유형으로 구분할 수 있다. (자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11.을 바탕으로 재작성)

[지역별 병실 수 현황 (2024년 기준)]

(단위: 개, 인구 10만명당 개)

구분	합계	일반입원실 수	중환자실 수	특수진료실 수					
				소계	분만실	신생아실	수술실	응급실	
전국	241,423 (471.4)	178,118 (347.8)	1,135 (2.2)	42,936 (83.8)	1,185 (2.3)	544 (1.1)	8,906 (17.4)	920 (1.8)	
수도권	서울	37,899 (406.1)	25,722 (275.6)	293 (3.1)	10,235 (109.7)	208 (2.2)	91 (1.0)	2,357 (25.3)	118 (1.3)
	인천	11,768 (389.5)	8,391 (277.8)	57 (1.9)	2,292 (75.9)	75 (2.5)	33 (1.1)	415 (13.7)	46 (1.5)
	경기	47,669 (348.1)	35,078 (256.1)	278 (2.0)	8,751 (63.9)	281 (2.1)	126 (0.9)	1,904 (13.9)	190 (1.4)
비수도권	부산	22,874 (700.2)	18,043 (552.3)	70 (2.1)	3,267 (100.0)	108 (3.3)	38 (1.2)	734 (22.5)	48 (1.5)
	대구	13,580 (574.5)	9,786 (414.0)	58 (2.5)	2,603 (110.1)	50 (2.1)	22 (0.9)	483 (20.4)	36 (1.5)
	광주	13,246 (940.5)	10,980 (779.6)	28 (2.0)	1,550 (110.1)	25 (1.8)	9 (0.6)	360 (25.6)	42 (3.0)
	대전	7,449 (517.6)	5,765 (400.6)	45 (3.1)	1,251 (86.9)	43 (3.0)	17 (1.2)	299 (20.8)	16 (1.1)
	울산	5,146 (468.6)	3,990 (363.4)	17 (1.5)	765 (69.7)	26 (2.4)	12 (1.1)	148 (13.5)	22 (2.0)
	세종	998 (255.4)	705 (180.5)	3 (0.8)	242 (61.9)	14 (3.6)	7 (1.8)	34 (8.7)	3 (0.8)
	강원	5,831 (384.2)	4,154 (273.7)	54 (3.6)	1,101 (72.5)	47 (3.1)	26 (1.7)	222 (14.6)	54 (3.6)
	충북	7,195 (452.2)	4,940 (310.5)	24 (1.5)	1,315 (82.6)	41 (2.6)	22 (1.4)	216 (13.6)	39 (2.5)
	충남	9,062 (424.1)	6,282 (294.0)	27 (1.3)	1,538 (72.0)	59 (2.8)	25 (1.2)	259 (12.1)	57 (2.7)
	전북	11,907 (684.8)	9,292 (534.4)	27 (1.6)	1,605 (92.3)	43 (2.5)	23 (1.3)	293 (16.9)	36 (2.1)
	전남	13,141 (734.6)	10,437 (583.5)	35 (2.0)	1,612 (90.1)	28 (1.6)	17 (1.0)	298 (16.7)	60 (3.4)
	경북	12,779 (504.8)	8,897 (351.5)	50 (2.0)	2,015 (79.6)	44 (1.7)	34 (1.3)	340 (13.4)	70 (2.8)
	경남	18,961 (587.3)	14,404 (446.2)	55 (1.7)	2,296 (71.1)	78 (2.4)	32 (1.0)	457 (14.2)	67 (2.1)
	제주	1,918 (286.1)	1,252 (186.8)	14 (2.1)	498 (74.3)	15 (2.2)	10 (1.5)	87 (13.0)	16 (2.4)
	최대	47,669 (940.5)	35,078 (779.6)	293 (3.6)	10,235 (110.1)	281 (3.6)	126 (1.8)	2,357 (25.6)	190 (3.6)
	최소	998 (255.4)	705 (180.5)	3 (0.8)	242 (61.9)	14 (1.6)	7 (0.6)	34 (8.7)	3 (0.8)
최대/최소	47.8 3.7	49.8 4.3	97.7 4.6	42.3 1.8	20.1 2.3	18.0 2.8	69.3 2.9	63.3 4.6	

주: 1. 괄호 안의 수치는 지역별 인구 10만명당 병실 수(지역별 병실 수/지역별 인구수*100,000(명))를 의미
 2. 병실은 일반입원실, 정신과(개방/폐쇄), 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실, 특수진료실(분만실, 신생아실, 수술실, 회복실, 응급실, 인공신장실, 물리치료실, 강내치료실, 방사선옥소입원치료실, 낮병동), 기타(조혈모세포치실, 혈액은행, 임상검사실, 모자동실, 조제실, 탕전실) 유형으로 구분되나, 본 표에서는 가장 비중이 높은 일반입원실을 비롯한 일부 지표를 중심으로 수록
 3. 합계는 기타를 제외한 모든 유형의 병실 수를 합산치이며, 특수진료실 소계는 모든 특수진료실 유형 병상 수의 합산치임

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11. 및 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」을 바탕으로 제작됨

② 지역별 병상 수

전국의 2024년 기준 병상 수는 954,234개로, 가장 적은 세종 대비 가장 많은 경기도가 54.8배에 달하였으며, 인구 10만명당 병상 수가 가장 적은 세종 대비 가장 많은 광주는 3.8배에 이르렀다.

2024년 기준 전국 병상¹⁸⁾ 수는 총 954,234개로, 일반입원실 병상이 차지하는 비중(616,609개, 64.6%)이 가장 많았으며, 분만실·응급실 등을 포함하는 특수진료실은 249,846개로 26.2%의 비중을 보였다.

광역시·도별 병상 수가 가장 많은 지역은 경기(191,558개, 전국 대비 20.1%)였으며, 서울(132,778개, 13.9%), 부산(88,631개, 9.3%) 등의 순으로 지역별 병상 수가 많았다. 상위 3개 지역의 병상 수는 전국 대비 43.3% 수준이었으며, 병상 수가 가장 많은 경기 지역의 경우 가장 적은 세종(3,497개) 대비 54.8배 많은 것으로 나타났다.

지역별 병상 유형을 살펴보면, 일반 입원실 병상은 경기, 중환자실 병상은 서울이 가장 많았으며, 특수진료실 병상 중 수술실 병상은 서울이, 분만실·신생아실·응급실 병상은 경기도가 가장 많았다. 가장 적은 지역은 세종이었으며, 일반입원실, 중환자실, 특수진료실 병상 모두 가장 적은 비중을 보였다.

인구 10만명당 병상 규모의 경우 광주가 3,420.5개/10만명으로 가장 많았으며, 인구 10만명당 병상 수가 가장 적은 세종(895.1개/10만명) 대비 3.8배 규모를 보였다.

18) 병상 수는 일반입원실, 정신과(개방/폐쇄), 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실, 특수진료실(분만실, 신생아실, 수술실, 회복실, 응급실, 인공신장실, 물리치료실, 강내치료실, 방사선옥소입원치료실, 낮병동), 기타(조혈모처치실, 혈액은행, 임상검사실, 모자동실, 조제실, 탕전실) 유형의 병실에 따른 병상 수로 구성된다. (자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11.을 바탕으로 재작성)

[지역별 병상 수 현황 (2024년 기준)]

(단위: 개, 인구 10만명당 개)

구분	합계	일반입원실	중환자실	특수진료실					
				소계	분만실	신생아실	수술실	응급실	
전국	954,234 (1,863.1)	616,609 (1,203.9)	12,023 (23.5)	249,846 (487.8)	1,739 (3.4)	6,377 (12.5)	9,142 (17.8)	8,950 (17.5)	
수도권	서울	132,778 (1,422.9)	80,383 (861.4)	2,871 (30.8)	44,290 (474.6)	333 (3.6)	1,036 (11.1)	2,369 (25.4)	1,334 (14.3)
	인천	49,271 (1,630.9)	30,969 (1,025.1)	672 (22.2)	13,407 (443.8)	94 (3.1)	412 (13.6)	442 (14.6)	452 (15.0)
	경기	191,558 (1,398.8)	121,993 (890.8)	2,496 (18.2)	52,421 (382.8)	403 (2.9)	1,543 (11.3)	1,955 (14.3)	1,895 (13.8)
비수도권	부산	88,631 (2,713.3)	63,503 (1,944.0)	986 (30.2)	18,483 (565.8)	155 (4.7)	452 (13.8)	744 (22.8)	579 (17.7)
	대구	54,484 (2,305.1)	35,772 (1,513.4)	621 (26.3)	13,472 (570.0)	82 (3.5)	386 (16.3)	495 (20.9)	451 (19.1)
	광주	48,175 (3,420.5)	35,900 (2,549.0)	409 (29.0)	9,588 (680.8)	43 (3.1)	132 (9.4)	356 (25.3)	412 (29.3)
	대전	30,073 (2,089.6)	20,254 (1,407.4)	450 (31.3)	7,857 (545.9)	68 (4.7)	249 (17.3)	308 (21.4)	225 (15.6)
	울산	19,542 (1,779.7)	13,559 (1,234.8)	237 (21.6)	4,313 (392.8)	37 (3.4)	245 (22.3)	148 (13.5)	193 (17.6)
	세종	3,497 (895.1)	1,872 (479.2)	39 (10.0)	1,402 (358.9)	14 (3.6)	48 (12.3)	44 (11.3)	40 (10.2)
	강원	22,913 (1,509.7)	13,844 (912.1)	431 (28.4)	6,508 (428.8)	66 (4.3)	187 (12.3)	234 (15.4)	389 (25.6)
	충북	29,570 (1,858.4)	16,969 (1,066.4)	320 (20.1)	8,662 (544.4)	49 (3.1)	157 (9.9)	218 (13.7)	372 (23.4)
	충남	38,521 (1,802.9)	22,936 (1,073.5)	368 (17.2)	10,813 (506.1)	75 (3.5)	253 (11.8)	261 (12.2)	343 (16.1)
	전북	50,387 (2,898.0)	33,331 (1,917.0)	413 (23.8)	12,852 (739.2)	65 (3.7)	203 (11.7)	304 (17.5)	446 (25.7)
	전남	54,312 (3,036.2)	35,949 (2,009.6)	392 (21.9)	13,522 (755.9)	40 (2.2)	188 (10.5)	307 (17.2)	486 (27.2)
	경북	54,050 (2,135.2)	33,212 (1,312.0)	540 (21.3)	12,314 (486.5)	74 (2.9)	337 (13.3)	354 (14.0)	506 (20.0)
	경남	78,160 (2,421.0)	51,759 (1,603.2)	624 (19.3)	16,611 (514.5)	121 (3.7)	492 (15.2)	516 (16.0)	693 (21.5)
	제주	8,312 (1,239.9)	4,404 (657.0)	154 (23.0)	3,331 (496.9)	20 (3.0)	57 (8.5)	87 (13.0)	134 (20.0)
	최대	191,558 (3,420.5)	121,993 (2,549.0)	2,871 (31.3)	52,421 (755.9)	403 (4.7)	1,543 (22.3)	2,369 (25.4)	1,895 (29.3)
	최소	3,497 (895.1)	1,872 (479.2)	39 (10.0)	1,402 (358.9)	14 (2.2)	48 (8.5)	44 (11.3)	40 (10.2)
최대/최소	54.8 3.8	65.2 5.3	73.6 3.1	37.4 2.1	28.8 2.1	32.1 2.6	53.8 2.3	47.4 2.9	

주: 1. 괄호 안의 수치는 지역별 인구 10만명당 병상 수(지역별 병상 수/지역별 인구수*100,000(명))를 의미
 2. 병실은 일반입원실, 정신과(개방/폐쇄), 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실, 특수진료실(분만실, 신생아실, 수술실, 회복실, 응급실, 인공신장실, 물리치료실, 강내치료실, 방사선옥소입원치료실, 낮병동), 기타(조혈모세포치실, 혈액은행, 임상검사실, 모자동실, 조제실, 탕전실) 유형으로 구분되나, 본 표에서는 가장 비중이 높은 일반입원실을 비롯한 일부 지표를 중심으로 수록
 3. 합계는 기타를 제외한 모든 유형의 병실 수를 합산치이며, 특수진료실 소계는 모든 특수진료실 유형 병상 수의 합산치임

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11. 및 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」을 바탕으로 작성됨

(4) 지역별 · 필수의료과목별 의사 규모

① 지역별 의사 수

전국의 2024년 의사 수는 269,614명으로, 가장 적은 세종 대비 가장 많은 서울의 48.7배였으며, 인구 10만명당 의사 수가 가장 많은 서울은 가장 적은 세종의 2.0배 수준이었다. 전문의의 경우에도 가장 많은 서울이 가장 적은 세종 대비 54.8배 많았으며, 인구 10만명당 전문의의 경우에도 최대-최저 지역 간 2.3배 수준의 격차를 보였다.

전국의 지역별 의사 수는 2024년 기준으로 269,614명으로, 서울이 65,911명으로 가장 많았으며, 경기(62,310명), 부산(20,004명) 등의 순으로 많았다. 반면, 세종이 1,353명으로 가장 적었으며, 제주(3,081명), 울산(4,711명) 등의 순으로 의사 수가 적은 것으로 나타났다. 합산 기준으로 의사 수가 가장 많은 서울의 경우 가장 적은 세종 대비 48.7배에 이르렀다.

의사 중 전문의 규모의 경우에도 서울(27,304명)이 가장 많았으며, 경기(21,899명), 부산(7,313명) 등의 순이었다. 한편, 세종의 경우 498명으로 가장 적었으며, 제주(1,088명), 울산(1,622명) 등의 순으로 전문의 수가 적은 것으로 나타났다. 전문의 수가 가장 많은 지역인 서울은 가장 적은 세종 대비 54.8배 많았다.

인구 10만명당 의사 수는 전국 기준으로 526.4명/10만명이었으며, 서울이 706.3명/10만명으로 가장 많았고, 광주 656.3명/10만명, 대구 625.3명/10만명 등의 순으로 많았다. 10만명당 의사 수가 가장 적은 지역은 세종(346.3명/10만명)이었으며, 경북(395.9명/10만명), 충남(410.5명/10만명) 등의 순으로 인구 10만명당 의사 규모가 적었다. 인구 10만명당 의사 수가 가장 많은 서울 대비 가장 적은 세종 간 격차(배율)는 2.0배 수준이었다.

인구 10만명당 전문의 수를 살펴보면, 가장 많은 지역은 서울로 292.6명/10만명이었으며, 광주(231.7명/10만명), 대구(227.4명/10만명) 등의 순으로 많았다. 반면, 가장 적은 지역은 세종(127.5명/10만명)이었으며, 경북(127.7명/10만명), 충남(131.0명/10만명) 등의 순으로 적게 나타났다. 전문의 최대 지역인 서울의 경우 최소 지역인 세종 대비 2.3배 규모로 나타났다.

[지역별 의사 수 현황 (2024년 기준)]

(단위: 명, 인구 10만명당 명)

구분	합계		의사										
			소계		일반의		인턴		레지던트		전문의		
	명	10만 명당	명	10만 명당	명	10만 명당	명	10만 명당	명	10만 명당	명	10만 명당	
전국	269,614	526.4	109,274	213.4	10,684	20.9	113	0.2	1,112	2.2	97,365	190.1	
수도권	서울	65,911	706.3	30,689	328.9	2,858	30.6	49	0.5	478	5.1	27,304	292.6
	인천	14,655	485.1	5,634	186.5	579	19.2	6	0.2	58	1.9	4,991	165.2
	경기	62,310	455.0	24,355	177.8	2,254	16.5	17	0.1	185	1.4	21,899	159.9
비수도권	부산	20,004	612.4	8,096	247.8	692	21.2	17	0.5	74	2.3	7,313	223.9
	대구	14,780	625.3	5,844	247.2	429	18.2	5	0.2	36	1.5	5,374	227.4
	광주	9,243	656.3	3,599	255.5	311	22.1	1	0.1	23	1.6	3,264	231.7
	대전	8,864	615.9	3,484	242.1	348	24.2	4	0.3	31	2.2	3,101	215.5
	울산	4,711	429.0	1,819	165.7	179	16.3	-	0.0	18	1.6	1,622	147.7
	세종	1,353	346.3	556	142.3	58	14.8	-	0.0	-	0.0	498	127.5
	강원	6,444	424.6	2,562	168.8	277	18.3	-	0.0	40	2.6	2,245	147.9
	충북	6,898	433.5	2,496	156.9	316	19.9	3	0.2	17	1.1	2,160	135.7
	충남	8,771	410.5	3,224	150.9	398	18.6	1	0.0	26	1.2	2,799	131.0
	전북	9,454	543.7	3,473	199.7	362	20.8	5	0.3	36	2.1	3,070	176.6
	전남	8,410	470.1	3,098	173.2	470	26.3	3	0.0	31	1.7	2,594	145.0
	경북	10,023	395.9	3,640	143.8	397	15.7	1	0.0	9	0.4	3,233	127.7
	경남	14,702	455.4	5,474	169.6	635	19.7	1	0.0	28	0.9	4,810	149.0
제주	3,081	459.6	1,231	183.6	121	18.0	-	0.0	22	3.3	1,088	162.3	
최대	65,911	706.3	30,689	328.9	2,858	30.6	49	0.5	478	5.1	27,304	292.6	
최소	1,353	346.3	556	142.3	58	14.8	-	0.0	-	0.0	498	127.5	
최대/ 최소	48.7	2.0	55.2	2.3	49.3	2.1	-	-	-	-	54.8	2.3	

주: 1. 합계에는 치과 의사, 한의사, 조산사, 약사, 한약사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사가 포함된 수치이며, 본 표에서는 의사를 중심으로 수록

2. 10만명당 의사 수는 지역별 인구 10만명당 의료기관 수(지역별 의료기관 수/지역별 인구수 *100,000(명))를 의미

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11. 및 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」을 바탕으로 작성

② 필수의료과목별 전문의 수

지역별 필수의료과목 전문의 수는 97,365명으로, 수도권 필수의료과목 전문의 비중이 55.7%로 절반을 상회하였고, 필수의료과목 전문의 수가 가장 많은 서울은 가장 적은 세종 대비 54.8배 많았으며, 세부 진료과목별로는 서울·경기에 필수의료과목 전문의가 집중되는 경향을 보였다. 인구 10만명당 필수의료과목 전문의 규모는 전국 기준 190.1명으로, 가장 많은 서울은 가장 적은 세종 대비 2.3배 많았다.

지역별 필수의료과목¹⁹⁾의 전문의 규모는 전국 기준으로 97,365명이었으며, 수도권 전문의 수가 54,194명으로 절반 이상(55.7%)을 차지하였으며, 비수도권 전문의 규모는 43,171명(44.3%)으로 수도권 대비 낮은 비중을 보였다.

지역별로 살펴보면, 서울이 27,304명으로 가장 많았으며, 경기(21,899명), 부산(7,313명) 등의 순으로 필수의료과목 전문의 수가 많았다. 반면, 세종의 필수의료과목 전문의 수가 498명으로 가장 적었으며, 제주(1,088명), 울산(1,622명) 등의 지역 순으로 필수의료과목 전문의 수가 적은 것으로 나타났다.

필수의료과목별 전문의 수를 살펴보면, 전국 기준으로 내과 전문의 수가 18,756명으로 가장 많았으며 외과(6,699명), 소아청소년과(6,467명) 등의 순으로 전문의 수가 많았다. 반면, 심장혈관흉부외과가 1,178명으로 가장 적었다.

지역별 인구 10만명당 필수의료과목 전문의 규모를 살펴보면, 전국 기준 190.1명/10만명이었고, 수도권은 208.1명/10만명, 비수도권은 171.5명/10만명으로 수도권의 인구 10만명당 규모가 비수도권 대비 많았다. 지역별로는 서울이 292.6명/10만명으로 가장 많았으며, 세종이 127.5명/10만명으로 가장 적었다.

세부 필수의료과목별 전문의 수를 살펴보면, 서울이 내과, 신경과, 외과, 심장혈관흉부외과, 산부인과 등 5개 필수의료과목 전문의 수 및 10만명당 전문의 수가 가장 많았다. 경기 지역은 신경과, 소아청소년과, 응급의학과 전문의 수가 가장 많았다. 반면, 세종의 경우, 전체 필수의료과목 전문의 수와 인구 10만명당 필수의료과목 전문의 수가 전반적으로 가장 적은 수준을 보였다.

19) 필수의료과목의 유형에 대하여 법령에서 명시적으로 규정하고 있지 않아, 본 보고서에서는 보건복지부·한국보건사회연구원, 「국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구」, 2025.5. 및 보건복지부, 「든든한 약자복지, 탄탄한 의료개혁 이행을 위한 집중투자」, 2024.8. 등에 수록된 필수의료과목인 내과, 신경과, 외과, 신경외과, 심장혈관흉부외과, 산부인과, 소아청소년과, 응급의학과 등 8개 진료과목을 필수의료과목으로 설정·분석하였다.

[지역별 필수의료 전문의 현황 (2024년 기준)]

(단위: 명, 인구 10만명당 명)

구분	합계	내과	신경과	외과	신경외과	흉부외과	산부인과	소청과	응급과	
전국	97,365 (190.1)	18,756 (36.6)	2,208 (4.3)	6,699 (13.1)	3,138 (6.1)	1,178 (2.3)	6,033 (11.8)	6,467 (12.6)	2,450 (4.8)	
수도권	서울	27,304 (292.6)	5,077 (54.4)	599 (6.4)	1,701 (18.2)	702 (7.5)	318 (3.4)	1,624 (17.4)	1,497 (16.0)	515 (5.5)
	인천	4,991 (165.2)	1,002 (33.2)	97 (3.2)	341 (11.3)	191 (6.3)	58 (1.9)	304 (10.1)	358 (11.9)	195 (6.5)
	경기	21,899 (159.9)	4,211 (30.7)	487 (3.6)	1,395 (10.2)	723 (5.3)	220 (1.6)	1,402 (10.2)	1,702 (12.4)	634 (4.6)
비수도권	부산	7,313 (223.9)	1,550 (47.4)	165 (5.1)	526 (16.1)	227 (6.9)	91 (2.8)	465 (14.2)	459 (14.1)	117 (3.6)
	대구	5,374 (227.4)	1,086 (45.9)	142 (6.0)	393 (16.6)	193 (8.2)	53 (2.2)	335 (14.2)	360 (15.2)	92 (3.9)
	광주	3,264 (231.7)	659 (46.8)	73 (5.2)	226 (16.0)	125 (8.9)	34 (2.4)	206 (14.6)	225 (16.0)	99 (7.0)
	대전	3,101 (215.5)	597 (41.5)	88 (6.1)	186 (12.9)	102 (7.1)	49 (3.4)	178 (12.4)	215 (14.9)	54 (3.8)
	울산	1,622 (147.7)	304 (27.7)	31 (2.8)	112 (10.2)	56 (5.1)	22 (2.0)	113 (10.3)	120 (10.9)	46 (4.2)
	세종	498 (127.5)	99 (25.3)	6 (1.5)	25 (6.4)	12 (3.1)	5 (1.3)	34 (8.7)	80 (20.5)	11 (2.8)
	강원	2,245 (147.9)	440 (29.0)	52 (3.4)	179 (11.8)	81 (5.3)	33 (2.2)	158 (10.4)	155 (10.2)	79 (5.2)
	충북	2,160 (135.7)	382 (24.0)	50 (3.1)	156 (9.8)	92 (5.8)	32 (2.0)	140 (8.8)	142 (8.9)	58 (3.6)
	충남	2,799 (131.0)	505 (23.6)	64 (3.0)	250 (11.7)	89 (4.2)	42 (2.0)	189 (8.8)	175 (8.2)	96 (4.5)
	전북	3,070 (176.6)	615 (35.4)	68 (3.9)	243 (14.0)	101 (5.8)	32 (1.8)	180 (10.4)	203 (11.7)	95 (5.5)
	전남	2,594 (145.0)	483 (27.0)	44 (2.5)	242 (13.5)	104 (5.8)	42 (2.3)	164 (9.2)	147 (8.2)	69 (3.9)
	경북	3,233 (127.7)	595 (23.5)	81 (3.2)	287 (11.3)	121 (4.8)	57 (2.3)	192 (7.6)	197 (7.8)	122 (4.8)
	경남	4,810 (149.0)	971 (30.1)	137 (4.2)	353 (10.9)	185 (5.7)	70 (2.2)	283 (8.8)	361 (11.2)	115 (3.6)
	제주	1,088 (162.3)	180 (26.9)	24 (3.6)	84 (12.5)	34 (5.1)	20 (3.0)	66 (9.8)	71 (10.6)	53 (7.9)
최대	27,304 (292.6)	5,077 (54.4)	599 (6.4)	1,701 (18.2)	723 (8.9)	318 (3.4)	1,624 (17.4)	1,702 (20.5)	634 (7.9)	
최소	498 (127.5)	99 (23.5)	6 (1.5)	25 (6.4)	12 (3.1)	5 (1.3)	34 (7.6)	71 (7.8)	11 (2.8)	
최대/ 최소	54.8 2.3	51.3 2.3	99.8 4.2	68.0 2.8	60.3 2.9	63.6 2.7	47.8 2.3	24.0 2.6	57.6 2.8	

주: 1. 흉부외과는 심장혈관흉부외과, 소청과는 소아청소년과, 응급과는 응급의학과를 각각 지칭

2. 괄호 안의 수치는 인구 10만명당 지역별·진료과목별 전문의 수를 의미

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11., 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」 및 보건복지부·한국보건사회연구원, 「국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구」, 2025.5.을 바탕으로 재작성

(5) 지역별 간호사 수

지역별 간호사 수는 282,712명으로, 가장 간호사 수가 많은 지역인 서울은 가장 적은 세종 대비 60.5배였으며, 인구 10만명당 간호사 수의 경우에는 광주가 가장 많았으며 가장 적은 세종 대비 3.0배였다.

2024년 기준 전국 간호사 수는 282,712명으로, 서울이 65,393명으로 가장 많았으며, 경기(57,673명), 부산(23,642명) 등의 순으로 많았다. 서울은 가장 적은 지역인 세종(1,081명) 대비 60.5배에 달하였다.

인구 10만명당 간호사 수의 경우, 광주가 824.0명/10만명으로 가장 많았으며, 부산(723.7명/10만명), 대구(721.2명/10만명) 순으로 많았다. 반면, 가장 적은 세종과 광주 간 격차는 3.0배 수준에 이르렀다.

[지역별 간호사 수 현황 (2024년 기준)]

(단위: 명, 인구 10만명당 명, %)

구분	명	10만명당
전국	282,712 (100.0)	552.0
수도권	소계	531.0
	서울	700.8
	인천	504.3
	경기	421.1
비수도권	소계	573.8
	부산	723.7
	대구	721.2
	광주	824.0
	대전	655.9
	울산	555.0
	세종	276.7
	강원	503.0
	충북	404.4
	충남	369.4
	전북	565.3
	전남	582.4
	경북	465.2
	경남	563.2
제주	498.4	
최대	65,393	824.0
최소	1,081	276.7
최대/최소	60.5	3.0

주: 본 표에서의 간호사 수는 (일반)간호사, 가정전문간호사, 보건전문간호사, 마취전문간호사, 정신전문간호사의 합계임
 자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2024 건강보험통계연보」, 2025.11., 국가통계포털(KOSIS), 「주민등록인구현황」 및 보건복지부·한국보건사회연구원, 「국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구」, 2025.5.을 바탕으로 제작됨

다. 지역별 의료기관 개·폐업 실태

2021~2025년간 신규개업 의료기관이 많은 상위 3개 광역시·도는 서울·경기·부산이었고 하위 3개 지역은 세종·제주·울산이었으며, 순개업 의료기관 수는 절반 이상(65.3~75.0%)이 서울·경기에 집중되는 등 수도권으로의 개업 쏠림 현상이 지속적으로 나타나는 경향을 보였다.

2021~2025년간 지역별 의료기관의 연도별 개·폐업 수를 살펴보면, 신규개업 의료기관 수는 5,353~5,756개소였으며, 폐업 의료기관은 3,783~4,097개소였다.

지역별로 살펴보면, 2021~2025년간 신규개업 의료기관 수 상위 3개 광역시·도는 서울·경기·부산이었으며, 폐업 상위 3개 지역도 이와 동일한 것으로 나타났다. 한편, 신규개업 의료기관 수 하위 3개 광역시·도는 세종·제주·울산이었으며, 폐업 하위 3개 지역도 이와 같은 곳으로 나타났다.

같은 기간 동안 신규개업에서 폐업 의료기관 수를 차감한 순개업 의료기관 수 상위 3개 지역은 서울·경기·인천이었다. 반면, 순개업 하위 3개 지역은 각 연도별로 차이를 보였으며, 2021년 경북·울산·세종, 2022년 울산·대전·충북, 2023년 대전·전남·경남, 2024년 전남·울산·충북, 2025년 전북·강원·세종 지역이었다.

한편, 폐업 의료기관 수가 신규개업 의료기관 수보다 많은(순개업 의료기관 수 ≤ 0) 지역도 2021년 경북(-6개소), 2023년 대전(-3개소), 2024년 전남(-10개소) 및 울산(-6개소), 2025년 전북(-1개소) 등과 같이 존재하였다.

권역별로 살펴보면, 서울·경기·인천 등 수도권 의료기관의 신규개업과 폐업이 비수도권보다 상대적으로 활발하게 이루어진 것으로 보이며, 수도권의 순개업 의료기관 비중이 65.3~75.0%(962~1,252개소)를 차지하는 등 수도권으로의 의료기관 개업 쏠림 현상이 지속적으로 나타났다.

[지역별 의료기관 개·폐업 현황 (2021~2023년)]

(단위: 개소, %)

구분	2021				2022				2023				
	신규 (A)	폐업 (B)	순개업 (A-B)		신규 (C)	폐업 (D)	순개업 (C-D)		신규 (E)	폐업 (F)	순개업 (E-F)		
	개소	개소	개소	%	개소	개소	개소	%	개소	개소	개소	%	
전국	5,520	3,783	1,737	100.0	5,756	3,839	1,917	100.0	5,463	4,097	1,366	100.0	
수도권	소계	3,275	2,084	1,191	68.6	3,429	2,177	1,252	65.3	3,277	2,315	962	70.4
	서울	1,524	1,070	454	26.1	1,475	1,067	408	21.3	1,441	1,146	295	21.6
	인천	287	174	113	6.5	366	181	185	9.7	330	226	104	7.6
	경기	1,464	840	624	35.9	1,588	929	659	34.4	1,506	943	563	41.2
비수도권	소계	2,245	1,699	546	31.4	2,327	1,662	655	34.7	2,186	1,782	404	29.6
	부산	371	272	99	5.7	447	273	174	9.1	360	292	68	5.0
	대구	248	172	76	4.4	248	168	80	4.2	271	177	94	6.9
	광주	147	125	22	1.3	197	114	83	4.3	148	123	25	1.8
	대전	144	108	36	2.1	141	125	16	0.8	115	118	△3	△0.2
	울산	71	65	6	0.3	63	49	14	0.7	74	55	19	1.4
	세종	44	28	16	0.9	44	16	28	1.5	59	32	27	2.0
	강원	123	82	41	2.4	112	86	26	1.4	100	88	12	0.9
	충북	159	99	60	3.5	127	104	23	1.2	152	115	37	2.7
	충남	171	149	22	1.3	184	140	44	2.3	172	130	42	3.1
	전북	148	118	30	1.7	174	142	32	1.7	150	117	33	2.4
	전남	143	100	43	2.5	118	88	30	1.6	119	119	0	0.0
	경북	160	166	△6	△0.3	166	134	32	1.7	185	167	18	1.3
	경남	258	177	81	4.7	228	194	34	1.8	222	211	11	0.8
제주	58	38	20	1.2	78	29	49	2.6	59	38	21	1.5	

주: %는 각 연도의 전국 순개업(신규-폐업) 개소 수 대비 지역별 순개업 개소 수 비율을 의미
 자료: 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템, 「요양기관 개·폐업 현황(2021~2025)」(2026.5.13. 검색기준)을 바탕으로 재작성

[지역별 의료기관 개·폐업 현황 (계속, 2024~2025년)]

(단위: 개소, %)

구분	2024				2025				
	신규(G)	폐업(H)	순개업(G-H)		신규(I)	폐업(J)	순개업(I-J)		
	개소	개소	개소	%	개소	개소	개소	%	
전국	5,596	4,050	1,546	100.0	5,353	3,885	1,468	100.0	
수도권	소계	3,448	2,288	1,160	75.0	3,286	2,193	1,093	74.5
	서울	1,651	1,128	523	33.8	1,613	1,095	518	35.3
	인천	314	191	123	8.0	299	206	93	6.3
	경기	1,483	969	514	33.2	1,374	892	482	32.8
비수도권	소계	2,148	1,762	386	25.0	2,067	1,692	375	25.5
	부산	348	283	65	4.2	347	290	57	3.9
	대구	274	178	96	6.2	242	171	71	4.8
	광주	146	122	24	1.6	130	116	14	1.0
	대전	162	124	38	2.5	167	127	40	2.7
	울산	69	75	△6	△0.4	65	44	21	1.4
	세종	34	26	8	0.5	32	26	6	0.4
	강원	108	79	29	1.9	96	94	2	0.1
	충북	124	121	3	0.2	112	101	11	0.7
	충남	184	139	45	2.9	184	146	38	2.6
	전북	130	115	15	1.0	123	124	△1	△0.1
	전남	94	104	△10	△0.6	110	98	12	0.8
	경북	168	128	40	2.6	169	135	34	2.3
	경남	241	215	26	1.7	232	170	62	4.2
제주	66	53	13	0.8	58	50	8	0.5	

주: %는 각 연도의 전국 순개업(신규-폐업) 개소 수 대비 지역별 순개업 개소 수 비율을 의미

자료: 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템, 「요양기관 개·폐업 현황(2021~2025)」 (2026.5.13. 검색기준)을 바탕으로 재작성

가. 법정계획의 조속한 발표 및 주요 계획 간 우선순위 설정 필요

첫째, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 따라 수립될 계획인 ‘필수의료종합계획’이 법적 정합성을 갖추고 수립·시행될 수 있도록 현재까지 수립되지 않고 있는 ‘보건의료발전계획’과 ‘보건의료인력 종합계획’을 수립·시행할 필요가 있다.

‘보건의료발전계획’은 2000년 1월 제정(2000년 7월 시행)된 「보건의료기본법」 제15조(보건의료발전계획의 수립 등)²⁰⁾에 근거하여 수립하도록 하고 있는 지역의료 관련 최상위 계획의 성격을 지닌다.

동 발전계획은 보건복지부장관으로 하여금 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 5년 단위로 수립하도록 규정하고 있다. 또한, ‘보건의료발전계획’의 실행계획 성격의 ‘지역보건의료계획’을 시·도지사 및 시장·군수·구청장으로 하여금 수립·시행하도록 규정하고 있다.²¹⁾

「보건의료기본법」 제17조(지역보건의료계획의 수립·시행)는 ‘보건의료발전계획’이 확정되면, 시·도지사 및 시장·군수·구청장으로 하여금 관계 법률에서 정하는 바에 따라 지자체의 실정을 감안하여 ‘지역보건의료계획’을 수립·시행하도록 규

20) 「보건의료기본법」

제15조(보건의료발전계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다.

② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 보건의료 발전의 기본 목표 및 그 추진 방향
2. 주요 보건의료사업계획 및 그 추진 방법
3. 보건의료자원의 조달 및 관리 방안
4. 지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책
5. 보건의료의 제공 및 이용체계 등 보건의료의 효율화에 관한 시책
6. 중앙행정기관 간의 보건의료 관련 업무의 종합·조정
7. 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획
8. 보건의료 통계 및 그 정보의 관리 방안
9. 그 밖에 보건의료 발전을 위하여 특히 필요하다고 인정되는 사항

21) 「보건의료기본법」

제17조(지역보건의료계획의 수립·시행) 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사 및 시장·군수·구청장은 보건의료발전계획이 확정되면 관계 법령에서 정하는 바에 따라 지방자치단체의 실정을 감안하여 지역보건의료계획을 수립·시행하여야 한다.

정하고 있다.

그러나 ‘보건의료발전계획’은 「보건의료기본법」이 제정된 2000년부터 지난 20여년간 한 차례도 수립된 적이 없는 상태이다. 이와 관련하여, 「보건의료기본법」이 제정된 이래로 2026년 2월까지 보건의료발전계획 수립을 위한 연구용역이 총 8차례 진행되었으나, 해당 연구용역이 동 발전계획 수립으로 이어지지는 않았다.

보건복지부는 ‘보건의료발전계획’ 수립과 관련된 최근 연구용역인 “중장기 보건의료발전 방향 연구”(연구용역 수행기간: 2025년 5월 ~ 2026년 2월)를 포함한 관련 연구 결과가 사장되지 않고 실질적인 활용 방안을 검토함으로써 실제 보건의료발전계획 수립으로 이어질 수 있도록 할 필요가 있다.

[2000~2026년 2월까지 추진된 보건의료발전계획 수립 관련 보건복지부 연구용역 내역]

구분	주요 내역
중장기 보건의료발전 방향 연구 (2025~2026)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2025.5.2.~2026.2.6. 시행기관: 한국보건사회연구원
보건의료발전계획 추진계획 및 이행방안 연구 (2019)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2019.5.15.~2019.11.29. 시행기관: 한국보건사회연구원
보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구 (2018)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2018.6.12.~2018.11.20. 시행기관: 한국보건사회연구원
미래 보건의료 발전계획 정책과제 개발 연구 (2015)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2015.9.15.~2015.12.31. 시행기관: 한국보건사회연구원
보건의료발전계획 수립 연구 (2009~2010)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2009.5.29.~2010.2.28. 시행기관: 한국보건사회연구원
국민건강증진을 위한 보건의료발전 5개년계획안 (2006~2007)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2006.12.1.~2007.6.30. 시행기관: 한국보건사회연구원
참여정부 보건의료발전계획 (2003~2004)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2003.4.28.~2004.12.27. 시행기관: 한국보건사회연구원
보건의료발전 10개년 종합계획 수립에 관한 연구 (2000~2001)	<ul style="list-style-type: none"> 연구기간: 2000.7.26.~2001.2.28. 시행기관: 한국보건복지연구원

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

또한, 「보건의료인력지원법」에 근거하여 수립·시행하도록 규정하고 있는 ‘보건의료인력 종합계획’²²⁾의 경우에도 2019년 4월 「보건의료인력지원법」 제정

22) 「보건의료인력지원법」

제5조(보건의료인력 종합계획의 수립) ① 보건복지부장관은 보건의료기관의 원활한 인력 확보와 근무

(2019.10.시행) 이래로 수립되지 않은 실정이다.

한편, 2027년 3월 시행되는 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에서 수립하도록 한 ‘필수의료종합계획’은 다수의 법정계획과 연계하도록 규정하고 있으며, 해당 연계 계획 중 보건의료발전계획과 보건의료인력 종합계획이 포함²³⁾되어 있다.

그러나 ‘보건의료발전계획’과 ‘보건의료인력 종합계획’은 2026년 6월 현재까지 수립되지 않고 있다는 점을 고려하여, ‘필수의료종합계획’이 법적 정합성을 갖추고 수립·시행될 수 있도록 보건의료발전계획과 보건의료인력 종합계획을 수립할 필요가 있다.

환경 개선 등을 지원하기 위하여 5년마다 제7조에 따른 실태조사 결과를 고려하여 보건의료인력 종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 수립하여야 한다.

② 종합계획에는 다음 각 호의 사항을 포함하여야 한다.

1. 보건의료인력에 관한 정책목표 및 방향에 관한 사항
2. 보건의료환경 변화에 따른 보건의료인력 수요 추계에 관한 사항
3. 보건의료인력의 양성 및 공급에 관한 사항
4. 보건의료인력의 자질 향상을 위한 면허·자격관리 및 교육·연수에 관한 사항
5. 보건의료인력 및 보건의료기관 종사자(이하 “보건의료인력등”이라 한다)의 근무환경 개선 및 복지 향상에 관한 사항
6. 지역별, 보건의료기관 유형별 보건의료인력의 적정 배치에 관한 사항
7. 의료취약지 및 공공의료분야의 보건의료인력 양성 및 배치에 관한 사항
8. 그 밖에 보건복지부장관이 보건의료기관의 원활한 인력 확보와 근무환경 개선을 위하여 필요하다고 인정하는 사항

③ 종합계획은 제8조에 따른 보건의료인력정책심의위원회 심의를 거쳐 확정한다. 이 경우 보건복지부장관은 확정된 종합계획을 관계 중앙행정기관의 장 및 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)에게 알려야 한다.

④ 보건복지부장관은 종합계획을 수립하는 경우 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획과 연계되도록 하여야 한다.

⑤ 보건복지부장관은 종합계획을 수립하는 경우 이를 지체 없이 국회 소관 상임위원회에 보고하여야 한다.

⑥ 종합계획의 수립·시행 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

23) 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」

제5조(필수의료종합계획의 수립 등) ④ 보건복지부장관이 종합계획을 수립할 때에는 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획, 「보건의료인력지원법」 제5조에 따른 보건의료인력 종합계획, 「공공보건의료에 관한 법률」 제4조에 따른 공공보건의료 기본계획, 「응급의료에 관한 법률」 제13조의2에 따른 응급의료기본계획, 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제4조에 따른 심뇌혈관질환관리종합계획, 「암관리법」 제5조에 따른 암관리종합계획, 「국민건강증진법」 제4조에 따른 국민건강증진종합계획 등과 연계되도록 한다.

둘째, 지역의료와 관련하여 다수의 계획이 수립·시행되고 있으나 관련 계획 간 위계가 명확히 정립되어 있지 않아 비효율적으로 추진될 가능성이 존재하므로, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 근거한 ‘필수의료종합계획’이 수립되기 이전까지 ‘필수의료종합계획’과 여타 지역의료 관련 계획 간 우선순위를 명확히 설정·정비하거나 통합운영체계를 구축하는 등 효율적인 계획 운영을 도모할 필요가 있다.

「보건의료기본법」에 근거하여 수립·시행되어야 하는 ‘보건의료발전계획’은 지역의료와 관련된 최상위계획²⁴⁾의 성격을 가지고 있으나, 「보건의료기본법」 제정 이후 현재까지 수립되지 않고 있다.

지역의료 관련 주요 계획 간 연계와 관련해서는 주요 계획별 근거법령에서 주요 연계 계획을 대체적으로 규정하고 있으나, 여타 주요 계획 간 법적·제도적 우선순위에 대한 규정은 미비한 실정이다.

한편, 개별 법령에 따른 지역의료 관련 주요 계획은 수립 목적에 따라 추진 방향을 설정하고 있는 등 차별적인 부분이 존재한다. 그러나 다수 계획이 중복적으로 적용되는 분야가 존재할 경우, 해당 계획간 충돌이 발생할 가능성도 배제하기 어렵다. 이와 함께, 설령 충돌이 발생하지 않는다 하더라도 개별 계획에 따른 성과평가가 중복적으로 시행될 우려 또한 존재한다.

이를 고려할 때, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 근거한 ‘필수의료종합계획’이 수립되기 이전까지 ‘필수의료종합계획’과 여타 지역의료 관련 계획 간 우선순위를 명확히 설정·정비하거나 통합운영체계를 구축하는 등 효율적인 계획 운영을 도모할 필요가 있다.

한편, 「보건의료기본법」 제17조와 「지역보건법」 제6조 등에서는 ‘지역보건의료계획’이라는 동일한 명칭의 법정계획을 수립하도록 규정하고 있으나, 두 법령 간 지역보건의료계획 간 관계가 명확히 설정되어 있지 않다는 점을 고려하여, 서로 다른 법령에 근거한 동일 명칭의 지역보건의료계획 간 체계적 관계 설정 방안을 검토할 필요가 있다.

24) 「보건의료기본법」

제16조(주요 시책 추진방안의 수립·시행) 보건복지부장관과 관계 중앙행정기관의 장은 보건의료발전계획이 확정되면 이를 기초로 하여 보건의료와 관련된 소관 주요 시책의 추진방안을 매년 수립·시행하여야 한다.

나. 지역의료 관련 주요 계획별 성과관리 강화 필요

(1) 공공보건의로 기본계획에 따른 목표관리 강화

우리나라의 공공병원 병상 수는 OECD 평균 대비 적은 수준이며, 「제2차 공공 보건의로 기본계획(2021~2025년)」의 주요 목표 중 하나인 지역 공공병원 20개소 이상 신·증축 목표가 공사비 상승 및 행정절차 지연 문제 등으로 인해 달성되지 못하고 있어 지역 공공병원의 병상 확보에도 부정적 영향을 미치고 있으므로, 지역 공공병원 확충 일정이 지연되지 않도록 성과관리를 강화할 필요가 있다.

우리나라의 공공병원 병상수는 인구 1,000명당 1.2개로 OECD 평균(2.7개)보다 적은 수준이다. 세부적으로, 우리나라의 인구 1,000명당 공공병원 병상 수는 1.2개로 38개국 중 27위 수준이었다.²⁵⁾

전체 병상 수의 경우 우리나라가 OECD 38개국 중 최상위(2018년 2위, 2023년 1위)권이라는 점을 고려할 때 민간을 통한 병상 공급이 많아 공공병원 병상 수가 적다는 점은 감안할 필요는 있다.

그럼에도, 지역의료의 경우 인구감소 및 지역소멸, 지역 간 의료격차 등의 요인으로 인해 공공성 확보의 중요성이 다시금 증가하고 있다는 점에서 공공병원 병상 수 확대 등 공공병원의 양적 확대에 정책적 우선순위를 부여하는 것에 대한 검토가 병행될 필요가 있을 것으로 보인다.

[OECD 국가의 인구 1,000명당 공공병원 병상 수 현황 (2018년 및 2023년)]

(단위: 개/인구 1,000명)

구분	전체		공공병원		구분	전체		공공병원	
	2018	2023	2018	2023		2018	2023	2018	2023
호주	3.8	-	2.6 (15)	- (-)	한국	12.4 (2)	12.6 (1)	1.2 (27)	1.2 (27)
오스트리아	7.3	6.6	5.1 (4)	4.5 (5)	라트비아	5.5	5.0	4.9 (5)	4.7 (4)
벨기에	5.6	5.4	1.5 (26)	1.4 (26)	리투아니아	6.4	5.5	6.3 (1)	5.4 (1)
캐나다	2.6	2.5	2.5 (16)	2.5 (13)	룩셈부르크	4.5	3.9	- (-)	- (-)
칠레	2.1	1.9	1.6 (25)	1.5 (25)	멕시코	1	1.0	0.7 (29)	0.7 (29)
콜롬비아	1.8	1.9	0.6 (30)	0.6 (30)	네덜란드	3.2	2.3	- (-)	- (-)
코스타리카	1.1	1.1	1.1 (28)	1.0 (28)	뉴질랜드	2.6	2.5	2.2 (20)	2.1 (21)
체코	6.7	6.4	5.7 (2)	5.4 (1)	노르웨이	3.5	3.3	2.7 (14)	2.5 (13)

25) 2018년과 2023년의 인구 1,000명당 공공병원 병상 수는 동일한 수준이었다.

(단위: 개/인구 1,000명)

구분	전체		공공병원		구분	전체		공공병원	
	2018	2023	2018	2023		2018	2023	2018	2023
덴마크	2.6	2.3	2.5 (16)	2.3 (19)	폴란드	6.5	6.3	5.2 (3)	5.0 (3)
에스토니아	4.5	4.1	4.2 (7)	3.9 (7)	포르투갈	3.4	3.4	2.3 (19)	2.3 (19)
핀란드	3.6	2.6	3.4 (10)	2.5 (13)	슬로바키아	5.7	5.7	- (-)	- (-)
프랑스	5.9	5.4	3.6 (8)	3.3 (9)	슬로베니아	4.4	4.1	4.4 (6)	4.0 (6)
독일	8	7.7	3.2 (11)	3.0 (10)	스페인	3	2.9	2.0 (23)	2.0 (22)
그리스	4.2	4.2	2.8 (13)	2.8 (11)	스웨덴	2.1	1.9	- (-)	- (-)
헝가리	7	6.5	- (-)	- (-)	스위스	4.6	4.4	- (-)	- (-)
아이슬란드	2.9	2.6	2.9 (12)	2.6 (12)	튀르키예	2.9	3.1	2.2 (20)	2.4 (17)
아일랜드	3	2.9	- (-)	2.5 (13)	영국	2.5	2.4	2.5 (16)	2.4 (17)
이스라엘	3	3.0	2.0 (23)	2.0 (22)	미국	2.8	2.8	0.6 (30)	0.6 (30)
이탈리아	3.2	3.0	2.1 (22)	2.0 (22)	평균	4.4	4.2	2.8	2.7
일본	13	12.5	3.5 (9)	3.5 (8)					

- 주: 1. 2018년의 경우 호주는 2016년 수치임
 2. 2023년의 경우 코스타리카, 폴란드, 미국은 2022년 수치임
 3. 헝가리, 룩셈부르크, 네덜란드, 슬로바키아, 스웨덴, 스위스는 공공병원 병상 수 통계를 별도로 제공하지 않음
 4. 평균은 2018년과 2023년(혹은 인접 과거 연도) 통계가 있는 회원국(2018년 공공병원 31개국, 2023년 공공병원 31개국)의 평균을 의미
 5. 괄호 안의 숫자는 각 국가의 연도별 순위를 의미

자료: 보건복지부/한국보건사회연구원, OECD health Statistics 2025, 2025.8.

이와 관련하여, 보건복지부는 지역거점공공병원(지방의료원 35개소, 적십자병원 6개소 등)에 필수의료 제공 및 감염병 대응을 위한 노후시설·장비·운영지원, 파견 의료인력 인건비 지원, 권역지역 책임의료기관 역할 수행 등을 지원하여 지역완결적 필수공공의료체계 구축 기반을 마련하려는 목적으로, “지역거점병원 공공성 강화” 사업을 2005년부터 시행하고 있다.

동 사업은 최근 5년간(2021~2025년) 지역의료 관련 주요 재정사업 중 가장 예산 규모가 큰 사업이었으나 실적행률은 50.4~72.8% 수준으로 저조하여, 전반적으로 (실)집행률에 대한 지적이 지속적으로 이루어진 바 있다. 특히 2024~2025년의 경우, 공사비 상승에 따른 설계변경, 행정절차 지연, 다년도 건축공사로 인한 실적행 부진, 권역책임의료기관 시설장비비 지방비 미매칭으로 인한 불용 등이 발생한 바 있어 이에 대한 대응조치의 필요성이 제기된 바 있다.

[최근 5년간 '지역거점병원 공공성강화' 사업 예·결산 추이]

(단위: 백만원, %)

2021		2022		2023		2024		2025	
추경	실집행액 (실집행률)	추경	실집행액 (실집행률)	본예산	실집행액 (실집행률)	본예산	실집행액 (실집행률)	추경	실집행액 (실집행률)
143,266	72,269 (50.4)	170,348	88,996 (52.2)	151,115	89,864 (59.5)	193,955	141,155 (72.8)	313,326	193,896 (61.9)

주: 실집행률은 각 연도의 추경 또는 본예산 대비 실집행액을 의미

자료: 보건복지부 및 교육부 제출자료와 각 부처별 「2025회계연도 세입세출 및 기금 결산 사업설명자료(II-1)」, 2026.2.를 바탕으로 재작성

['지역거점병원 공공성강화' 사업 관련 주요 외부지적사항 및 평가 내용]

회계연도	주요 내용
2021	<ul style="list-style-type: none"> 지역거점병원 공공성강화 사업 집행률 제고 필요 - (집행부진사유) 영주적십자병원 지원사업 BTL 운영비 재산정, 개소 예정이던 경북 지원단 미설치에 따른 불용, 코로나19로 인한 국내출장 감소 등에 따른 불용 등 - (실집행부진사유) 피보조기관(충남 서산의료원) 파견 의료인력 사직, 대부분 지방의료원이 코로나19 감염병 전담병원으로 운영되어 착공 불가, 공사 지연 등으로 정상적인 시설 공사 추진 상의 어려움 등
2022	<ul style="list-style-type: none"> 광주·울산의료원 타당성조사 제도 개선 및 예비타당성 조사 면제 필요 - (집행부진사유) 광주·울산의료원 타당성재조사 검토 결과가 연내에 발표되지 않아 설계비 불용, 지방의료원 의료운영체계 연구에 대한 지자체 신청이 적어 불용 등 - (실집행부진사유) 대부분 지방의료원이 코로나19 감염병 전담병원으로 운영되어 착공 불가, 공사 지연 등으로 정상적인 시설 공사 추진 상의 어려움 등
2023	<ul style="list-style-type: none"> 대전의료원, 진주병원 설립 사업 일정 조정 등을 통해 부실한 집행 예방 필요 - (집행부진사유) 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원사업 집행잔액, 영주적십자병원 지원 사업 집행잔액 등 - (실집행부진사유) 대부분 지방의료원이 코로나19 감염병 전담병원으로 운영되어 착공 불가, 공사 지연 등으로 정상적인 시설 공사 추진 상의 어려움 등
2024	<ul style="list-style-type: none"> 지방의료원 시설장비 현대화 사업의 실집행률 저조 - (집행부진사유) 기존 공모 계획 대비 지역 책임의료기관 1개소 미지정, 지방의료원 BTL지원사업 임대료 상향 예측분 잔액 등 - (실집행부진사유) 행정절차 지연 등
2025	<ul style="list-style-type: none"> 지역거점공공병원 경영 정상화를 위한 방안을 마련할 것, 신설 추진을 위한 예타 면제 등 적극 대책을 마련할 것, 공공병원 필수의료 서비스 제공을 위한 지원방안을 마련할 것 - (집행부진사유) 권역책임의료기관 시설장비비 지방비 미매칭으로 인한 불용 등 - (실집행부진사유) 공사비 상승에 따른 설계변경, 다년도 건축공사로 인한 실집행 일부 부진

자료: 보건복지부, 2024회계연도 및 2025회계연도 「세입세출 및 기금 결산 사업설명자료(II-1)」, 2025.3. 및 2026.2.를 바탕으로 재작성

이는 지역의료 관련 주요 계획에서 제시한 주요 성과지표의 미달성과도 밀접한 연관성이 있는 것으로 보인다. 보건복지부에서 2021년 6월 발표한 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」에서는 “1. 누구나 어디서든 이용할 수 있는 공공보건의료”, “2. 양질의 적절한 공공보건의료 제공” 및 “3. 공공보건의료의 효과적 협력 및 운영”을 목표로 주요 성과지표를 설정한 바 있다.

세부적으로, “1. 누구나 어디서든 이용할 수 있는 공공보건의료”의 경우 ‘치료가능사망률 및 지역 격차 감소’와 ‘지역 공공병원 20개소 이상 신·증축’을 성과지표로 하고 있다. “2. 양질의 적절한 공공보건의료 제공”의 성과지표로는 ‘지역 책임의료기관 의료인력 확충’과 ‘인턴·레지던트 수련 지방의료원 확대’를, “3. 공공보건의료의 효과적 협력 및 운영”의 경우 ‘중앙 및 17개 시·도 공공보건의료 위원회 운영’과 ‘시·도 공공보건의료지원단 전국 설치’를 성과지표로 설정하였다.

〈 제2차 공공보건의료 기본계획 주요 목표 〉

1. 누구나 어디서든 이용할 수 있는 공공보건의료
 - 치료가능사망률 및 지역 격차 감소: 10만명당 43.8→30.7명, 5분위 격차비 1.41→1.27배
 - 지역 공공병원 20개소 이상 신·증축: 지역 공공병원 병상 1만개→1.5만+ α 개
2. 양질의 적절한 공공보건의료 제공
 - 지역책임의료기관 의료인력 확충: 기관별 평균 전문의 30→40명, 간호사 150→200명
 - 인턴·레지던트 수련 지방의료원 확대: 7개소→20개소
3. 공공보건의료의 효과적 협력 및 운영
 - 중앙 및 시·도 공공보건의료 위원회 운영: 1개 지역→중앙 및 17개 시·도별 구성
 - 시·도 공공보건의료지원단 전국 설치

자료: 보건복지부, 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」, 2021.6.을 바탕으로 재작성

주요 성과지표 중 하나인 지역 공공병원의 신·증축의 경우 지역 공공병원 병상 수 확대를 통한 공공보건의료 접근성 확대와 밀접한 관계가 있는 성과지표이나, 계획이 원활하게 추진되지 못하고 있는 것으로 보인다.

〔제2차 공공보건의료 기본계획〕 상 지역 공공병원의 신·증축 관련 주요 성과지표 내역

구분	주요 대상
(주요 성과지표) 지역 공공병원 20개소 이상 신·증축	
신축(3+ α)	서부산의료원, 대전의료원, 진주권 공공병원 + α
이전·신축(6)	삼척의료원, 영월의료원, 의정부의료원, 거창적십자병원, 통영적십자병원, 상주적십자병원
증축(11)	속초의료원, 충주의료원, 마산의료원, 서귀포의료원, 포천의료원, 순천의료원, 포항의료원 등

자료: 보건복지부, 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」, 2021.6. 등을 바탕으로 재작성

지역 공공병원 신축 추진 현황을 살펴보면, 지역 공공병원 주요 신축 대상인 서부산의료원, 대전의료원, 진주권 공공병원의 경우 공사비 상승, 인·허가를 포함한 행정절차 지연 등으로 인해 2026년으로 계획되었던 개원 시점이 2028년에서 2030년까지 연기되고 있다. 이로 인해, 총 900개의 지역 공공병원 병상이 적시에 공급되지 못하고 있다.

[지역 공공병원 신축 추진 현황 (3개소)]

(단위: 개)

구분	병상수 (개)		완공/운영개시 시점		지연 사유
	계획	실제	기존(계획)	지연	
서부산의료원	300	300	2026년	2028년	공사비 상승, 인허가 등 행정절차 지연 등
대전의료원	300	300	2026년	2030년	
진주권 의료원 (경상남도 서부의료원)	300	300	2026년	2029년	

자료: 보건복지부 제출자료

지역 공공병원의 이전·신축 추진의 경우에도 「제2차 공공보건의료 기본계획 (2021~2025)」(2021.6.)에서는 2022년 예비타당성조사를 진행하는 것으로 계획한 바 있으나, 경기도의료원 의정부병원, 거창적십자병원, 통영적십자병원, 상주적십자병원의 경우 2024년부터 예비타당성조사나 부지 관련 협의 또는 사업계획 수립이 추진되는 등 설립 절차가 지연되고 있는 것으로 보인다.

[지역 공공병원 이전·신축 추진 현황 (6개소)]

(단위: 개)

구분	병상수		완공/운영개시 시점		지연 사유
	계획	실제	기존(계획)	지연	
삼척의료원	250	250	2024년	2026년	오염토 발생 등 추가 공사 발생
영월의료원	300	300	2030년	-	-
경기도의료원 의정부병원	미정	미정	미정	미정	설립주체인 경기도에서 사업계획 수립 중 (설립 타당성 조사 용역 시행중)
거창적십자병원	300	미정	2029년	미정	예비타당성조사 진행중('24.8.~현재)
통영적십자병원	300	미정	미정	미정	대한적십자사-통영시 이전·신축 부지 관련 협의 중('24~계속)
상주적십자병원	350	미정	미정	미정	상주시 부지 매입 및 예비타당성조사 신청 준비('24~계속)

자료: 보건복지부 제출자료

이와 함께, 지역 공공병원 증축의 경우에도 공사비 상승 및 사업계획 변경 등으로 인해 부산의료원, 마산의료원, 대구의료원, 서산의료원 등에서 사업계획 추진이 지연되었거나 연기될 예정인 것으로 보인다.

[지역 공공병원 증축 추진 현황 (14개소)]

(단위: 개)

구분	병원명	증축 대상	병상수		완공/운영개시 시점		지연 사유
			계획	실제	기존(계획)	지연	
추진 중	부산 의료원	호흡기센터 증축, 주차장 증축	48	48	2027년	2028년	공사비 급등으로 증축규모 축소(지하주차장 1개층 제외) 및 사업계획 변경, 설계변경 수행
		어린이병원 건립, 주차장 증축	50	50	2028년	-	정상 추진
	마산 의료원	급성기 병동, 주차장 증축	100	50	2027년	2028년	공사비가 급등하였으나 추가사업비 확보가 어려워 증축규모 축소 및 사업계획 변경, 설계변경 등 수행
	강릉 의료원	복합병동(호스피스 등) 증축	177	133	2027년	2027년	공사비가 급등하였으나 추가사업비 확보가 어려워 증축규모 축소 및 사업계획 변경, 설계변경 등 수행
	대구 의료원	외래진료센터 증축, 주차장 증축	31	31	2026년	2027년	본관 리모델링 → 외래진료센터 증축으로 사업계획 변경, 사업비 증가 따른 계획 변경 및 심의에 기간 소요
	서산 의료원	신관(병동 등) 증축, 지하주차장 증축	40	32	2026년	2027년	공사비가 급등하였으나 추가사업비 확보가 어려워 증축규모 축소 및 사업계획 변경, 설계변경 등 수행
	속초 의료원	급성기 병동, 검진센터 증축	75	75	2024년	2026년	기본설계안 재수립, 사업 진행과정에서 공사비 급등으로 추가사업비 확보, 각종 행정절차 이행 등
포항 의료원	별관 긴급치료 병동, 주차장 증축	90	90	2024년	2026년	주차장 설치 원외부지 추가매입 등 기간 소요, 별관 수직증축 위한 구조 보강공사 추가 및 병원민원처리 등	
추진 완료	서귀포 의료원	의료시설(병동, 검진센터) 증축, 주차장 증축	119	119	2023년	2025년	종합시설계획 용역 수행, 공사비 급등에 따라 추가사업비 확보 및 행정절차 수행 등
		수술실 외래리모델링 및 주차장 확충	4	4	2025년	-	정상 추진
	영주 적십자 병원	병동 증축	94	94	2024년	2025년	기초 터파기 구간 광케이블 이설 공정 추가, 관급자재(내진철근) 수급지연, 적정 공사기간 추가확보
	군산 의료원	급성기 진료시설, 감염병동, 중환자실, 분만실 증축	111	111	2023년	2024년	종합시설계획 연구용역 수행, 공사비 급등에 따라 추가사업비 확보, 각종 행정절차 이행
	인천 의료원	정신병동, 심뇌센터 증축	50	50	2023년	2024년	건축허가 및 통영영향평가 심의 등 행정절차 추가수행에 기간 소요
	원주 의료원	병동 및 외래, 음압격리, 호스피스 개활 등 증축	184	174	2020년	2022년	질병관리청 국가지정 입원치료병상(5병상) 사업 선정(국격병상 추가)으로 중복되는 사업범위 제외 및 계획변경
	충주 의료원	호스피스, 재활 등 병상 증축, 음압격리 병실 설치	54	54	2020년	2022년	사업 진행과정에서 음압격리병실 설치 사업 연계추진으로 기간 소요, 코로나-19 전담병원 지정 및 대응
	영월 의료원	인공신장실, 분만병동 증축	3	3	2020년	2021년	사업 진행과정에서 분만부 연계 배치 변경, 공사비 급등으로 추가사업비 확보에 따른 사업일정 지연

자료: 보건복지부 제출자료

(2) 응급의료기본계획 상 주요 목표의 연례적 미달성 등 개선

첫째, 제2차~제4차 「응급의료기본계획」의 주요 목표로 중증응급환자의 적정시간 내 최종치료기관 도착비율을 각 계획기간마다 60%로 반복 설정하여 왔으나 지속적으로 목표에 미달하고 있으며, 해당 도착비율 실적은 40% 후반~50% 초반대에서 정체되어 있는 실정이다.

최근 10년여간 시행되었거나 시행되고 있는 제2차~제4차 「응급의료기본계획」에서는 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착비율, 예방가능한 외상 사망률 등의 목표가 설정된 바 있다.

〈 제2차~제4차 응급의료기본계획 주요 목표 예시 〉

1. 제2차 응급의료기본계획
 - 예방가능한 외상 사망률(%): ('10년)35.2→('17년)20미만
 - 심정지 생존퇴원율(%): ('10년)3.3→('17년)8.2이상
 - 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): ('11년)48.6→('17년)60이상 등
2. 제3차 응급의료기본계획
 - 예방가능한 외상사망률(%): ('15년)30.5→('22년)23.0
 - 급성심근경색 사망률*(%): ('16년)9.2→('22년)7.5
 - 뇌졸중(허혈성/출혈성) 사망률*(%): ('16년)3.7→('22년)3.2 / ('16년)15.6→('22년)14.0
 - *사망률: 입원 30일 이내 사망률
 - 응급의료서비스 신뢰도(%): ('17년)46.4→('22년)55.0
 - 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): ('17년)52.4→('22년)60.0 등
3. 제4차 응급의료기본계획
 - 중증응급환자 병원 내 사망률(%): ('22년)6.2→('27년)5.6
 - 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착률(%): ('22년)49.6→('27년)60.0
 - 지역응급의료체계 평가('22년)미실시→실시 등

자료: 보건복지부의 각 차수별 「응급의료기본계획」을 바탕으로 재작성

이 중, 중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착비율 목표의 경우 60%로 반복적으로 설정되어 왔다.²⁶⁾ 그러나 실제 도착비율은 2017년 52.4%, 2022년 49.6%, 2023년 51.1%, 2024년 50.6%로 50% 전후 수준에서 횡보·정체하는 경향을 보이며, 각 계획기간별 목표도 달성되지 못한 것으로 나타났다.

26) 3대 급성기 중증질환별 적정시간은 심근경색의 경우 발병 후 2시간 이내, 출혈성·허혈성 뇌졸중의 경우 3시간 이내, 중증외상의 경우 1시간 이내이다. (자료: 국립중앙의료원·중앙응급의료센터, 「2024 지역응급의료 역량지표」, 2025.11.)

[중증응급환자 적정시간 내 최종치료기관 도착비율 추이]

(단위: %)

구분	제2차 기본계획('13~'17)		제3차 기본계획('18~'22)		제4차 기본계획('23~'27)		
	'17목표	'17실적	'22목표	'22실적	'27목표	'23실적	'24실적
도착비율	60.0	52.4	60.0	49.6	60.0	51.1	50.6

자료: 보건복지부, 제2차~제4차 「응급의료기본계획」 및 국립중앙의료원·중앙응급의료센터, 「2024 지역응급의료 역량지표」, 2025.11.을 바탕으로 재작성

둘째, 「제4차 응급의료기본계획」의 주요 목표 중 하나로 중증응급환자의 병원 내 사망률 감소를 포함하였으나 3대 급성기 중증응급환자의 2023년 대비 2024년 병원 내 사망률과 최저 지역 대비 최고 지역 격차가 확대되었으며, 광역응급의료상황실을 통한 선정불가 규모도 증가세인 점을 고려하여, 지역별 응급의료 자원의 상향 평준화, 배후진료 체계 강화를 도모하는 가운데, 동 상황실을 보다 효율적으로 운영하기 위한 구조적 개선 및 기능 강화를 지속적으로 추진해 나갈 필요가 있다.

「제4차 응급의료기본계획」에서는 중증응급환자의 병원 내 사망률을 2027년까지 5.6%로 감소시키는 목표를 포함한 바 있다.

그러나 3대 급성기 중증응급환자(급성 심근경색, 급성 뇌졸중, 급성 중증외상환자)의 병원 내 사망률²⁷⁾의 경우, 전국 기준으로 2023년 7.5%에서 2024년 7.9%로 확대된 바 있다. 또한, 병원 내 사망률의 최저 지역 대비 최고 지역 비율도 2023년 1.6배(6.2% 대비 9.7%), 2024년 1.9배(5.6% 대비 10.4%)로 확대되어, 지역 간 격차도 확대되었다.

[3대 급성기 중증응급환자의 병원 내 사망률 현황]

(단위: %, 위)

구분	2023		2024		구분	2023		2024	
	%	순위	%	순위		%	순위	%	순위
전국	7.5	-	7.9	-	경기	6.7	14	7.2	15
서울	7.3	12	7.8	8	강원	7.5	10	8.4	6
부산	9.3	2	10.4	1	충북	8.4	3	9.7	3
대구	8.1	4	8.8	5	충남	7.9	6	8.9	4
인천	7.8	7	8	7	전북	6.2	16	6.2	16
광주	6.6	15	7.8	8	전남	7.6	8	7.7	10
대전	7.6	8	7.7	10	경북	9.7	1	10	2
울산	7.5	10	7.3	14	경남	7.3	12	7.4	13
세종	6.2	16	5.6	17	제주	8.1	4	7.7	10

자료: 국립중앙의료원·중앙응급의료센터, 「2024 지역응급의료 역량지표」, 2025.11.을 바탕으로 재작성

27) 3대 급성기 중증응급환자의 병원 내 사망률은 응급실에 내원한 3대 급성기 중증응급환자의 응급실 내 또는 입원 후 사망한 환자의 비율로 산출된다.

응급의료체계 지원과 관련하여, 보건복지부는 “중앙응급의료센터 운영지원 (2834-301)” 세부사업의 내역사업으로 ‘광역상황실 운영’을 2024년부터 편성·운영하고 있다.

[‘광역상황실 운영’ 내역사업 예·결산 내역 (2024~2026년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2024			2025			2026
	예산	실집행	불용	예산	실집행	불용	예산
중앙응급의료센터 운영지원(2834-301)	26,792	22,817 (85.2)	3,975 (14.8)	27,074	25,556 (94.4)	1,518 (5.6)	29,144
광역상황실 운영	12,945	9,902 (76.5)	3,044 (23.5)	14,845	13,476 (90.8)	1,369 (9.2)	16,915

주: 괄호 안의 수치는 각 연도의 실적행률(예산액 대비 실적행액) 및 불용률(예산액 대비 불용액)을 의미
 자료: 보건복지부, 각 연도별 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)를 바탕으로 재작성

광역응급의료상황실은 2024년부터 본격 운영되고 있으며, 2026년 3월말 현재 중앙응급의료센터 내 총 6개 광역으로 구분하여 전원과 이송을 지휘·관제하는 컨트롤타워의 역할을 담당하고 있다.

[광역응급의료상황실별 관할 시·도]

구분	서울·인천	경기·강원	대전·충청	광주·전라	대구·경북	부산·울산·경남
관할 시도	서울, 인천, 제주	경기, 강원	충북, 충남, 대전, 세종	전북, 전남, 광주	대구, 경북	부산, 울산, 경남

자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.

세부적으로, 병원 간 전원의 경우에는 진료역량 부족 등 타 응급의료기관에서 진료하는 것이 적절한 경우²⁸⁾ 진료가능한 타 응급의료기관 의뢰와 선정을 지원한다. 이송과 관련해서는 응급환자의 상태·중증도(pre-KTAS 등급²⁹⁾) 및 응급의료기관 내 의료자원 현황 등을 고려하여 치료가능한 적정 병원의 선정을 지원하는 기능을 수행한다.

28) 응급실 재실 중이며, 해당 의료기관의 진료역량이 부족하여 전원이 필요한 환자로서, 담당 의료진이 전원 지원을 요청하는 경우 등을 의미한다.

29) Pre-KTAS는 ‘병원 전 한국형 응급환자 분류도구’로, 119구급대원이 환자 이송 전 현장에서 중증도를 분류(1~5단계)하여 적절한 응급실로 환자를 분산·이송하는 시스템으로, 1단계에 가까울수록 긴급(중증)환자임을 의미한다.

각 광역응급의료상황실별 구성 인력은 상황실장(1인/상근), 상황의사(근무당 1인 2교대), 상황요원(근무당 4인 3교대), 행정요원(1~2인/상근) 등으로 구성된다. 상황의사는 필요시 응급환자에 대한 의료적 진단을 수행하고 전원을 지원하며, 상황요원은 응급환자 전원·이송 시 수용가능한 병원 선정 등 조정을 지원한다.

광역응급의료상황실 전원 지원 현황을 살펴보면, 권역별 광역응급의료상황실 전원 지원 시, 선정 성공으로 분류하는 이송결정·응급실 외 방문·자체결정 건수³⁰⁾의 전체 전원 접수 건수 대비 비율은 2024년 58.3%에서 2025년 63.8%으로 상승한 것으로 나타났다. 권역별로는 대전·충청 권역의 광역응급의료상황실 선정 성공 비율이 62.6%로 타 권역 대비 가장 높았으며, 경기·강원(62.2%), 서울·인천(61.6%) 등의 순으로 높은 선정성공률을 보였다.

반면, 광역응급의료상황실에서 전원 지원을 하였으나 수용가능한 병원이 없는 상태로 마감된 '선정불가' 건수의 경우, 2024년 683건에서 2025년 948건으로 확대되는 추이를 보였다. 광역권별로 살펴보면, 2024년 대비 2025년의 선정불가건수는 6개 광역권 중 5개 광역권에서 확대되었다. 세부적으로, 부산·울산·경남 권역은 121건에서 255건으로, 대구·경북 권역은 134건에서 182건으로, 대전·충청 권역은 90건에서 144건으로, 경기·강원 권역은 75건에서 125건으로, 광주·전라 권역은 94건에서 99건으로 각각 상승하였다.

30) 광역응급의료상황실 관련 주요 용어의 개념은 다음과 같다.

1. 전원 지원(접수): 응급환자를 수용한 응급의료기관 내에서 최종치료가 불가해 전원을 보낼 의료기관을 찾는 과정에서, 광역응급의료상황실에 같이 찾아달라고 지원 요청한 건(전체 접수건수)
2. 선정 - 센터선정: 광역응급의료상황실에서 찾은 의료기관으로 전원이 결정된 건
3. 선정 - 응급실 외 방문: 광역응급의료상황실에서 응급시 외의 경로로 전원할 의료기관을 찾았고, 해당 기관으로 전원 결정된 건
4. 선정 - 자체선정: 광역응급의료상황실에서 전원 가능 의료기관을 찾았으나, 해당 기관으로 전원하지 않은 건(예. 전원 요청 병원에서 별도로 찾은 의료기관으로 전원 결정된 건)
5. 미선정 - 선정불가: 광역응급의료상황실에서 전원 지원을 하였으나 수용 가능한 병원이 없는 상태로 마감된 건
6. 미선정 - 자체종결: 광역응급의료상황실을 통해 수용기관이 선정되기 전 전원지원 요청병원이 자체적으로 해결한 건
7. 접수취소 - 광역응급의료상황실로 접수된 건 중 접수대상에 해당하지 않아 요청병원이 자체적으로 해결하도록 한 건
8. 접수철회 - 광역응급의료상황실로 접수하던 과정 중 요청병원에서 자체적으로 해결가능하여 전원요청을 철회한 경우
9. 이관: 중앙응급의료상황실로 이관한 경우(예. 중증인 경우)

[광역응급의료상황실 광역권별 전원 지원 현황 (2024~2025년)]

(단위: 건, %)

연도	구분	서울·인천	경기·강원	대전·충청	광주·전라	대구·경북	부·울·경	합계	
2024	접수 (A)	2,091	1,224	1,239	1,091	2,331	1,429	9,405	
	선정 성공	소계 (B)	1,289	761	775	617	1,311	728	5,481
		B/A	61.6	62.2	62.6	56.6	56.2	50.9	58.3
		이송결정	1,053	658	661	501	1,099	618	4,590
		응급실 외 방문	18	9	3	5	5	1	41
		자체결정	218	94	111	111	207	109	850
	미선정	소계	365	201	207	242	514	382	1,911
		선정불가 (C)	169	75	90	94	134	121	683
		C/A	8.1	6.1	7.3	8.6	5.7	8.5	7.3
		자체종결	196	126	117	148	380	261	1,228
		이관	1	0	1	3	5	1	11
접수취소	315	115	179	163	369	198	1,339		
접수철회	121	147	77	66	132	120	663		
2025	접수 (D)	1,600	2,763	1,740	1,212	2,318	2,963	12,596	
	선정 성공	소계 (E)	978	1,934	1,144	770	1,476	1,733	8,035
		E/D	61.1	70.0	65.7	63.5	63.7	58.5	63.8
		이송결정	840	1,701	1,011	615	1,291	1,468	6,926
		응급실 외 방문	3	13	1	14	17	5	53
		자체결정	135	220	132	141	168	260	1,056
	미선정	소계	293	348	283	229	454	679	2,286
		선정불가 (F)	143	125	144	99	182	255	948
		F/D	8.9	4.5	8.3	8.2	7.9	8.6	7.5
		자체종결	150	223	139	130	272	424	1,338
		이관	3	15	8	15	24	19	84
접수취소	203	210	197	129	247	330	1,316		
접수철회	123	256	108	69	117	202	875		

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

광역응급의료상황실이 2024년 3월 개소한 점을 고려하여, 월평균 선정불가 건수의 경우에도 광주·전라 권역 이외에는 유사한 경향을 보였다.³¹⁾ 세부적으로, 월평균 전체 선정불가 건수는 2024년 68.3건/월에서 2025년 79.0건/월로 확대되었으며, 광역권 기준으로는 6개 광역권 중 4개 광역권에서 확대되었다.

권역별로 살펴보면, 부산·울산·경남 권역은 12.1건/월에서 21.3건/월으로, 대구·경북 권역은 13.4건/월에서 15.2건/월으로, 대전·충청 권역은 9.0건에서 12.0건으로, 경기·강원 권역은 7.5건에서 10.4건/월로 증가하였다. 광주·전라 권역에서는 2024년 대비 2025년 전체 선정불가 건수는 확대되었으나, 월평균 선정

31) 광역응급의료상황실이 2024년 3월 개소한 점을 감안하여, 2024년의 경우 10개월 기준(3~12월), 2025년의 경우 12개월(1~12월)을 기준으로 월평균 선정불가 건수를 산출하였다.

불가 건수의 경우 9.4건/월에서 8.3건/월로 감소하였다.

[광역응급의료상황실 광역권별 월평균 선정불가 건수]

(단위: 건/월)

구분	전국 평균	서울·인천	경기·강원	대전·충청	광주·전라	대구·경북	부산·울산·경남
2024	68.3	16.9	7.5	9.0	9.4	13.4	12.1
2025	79.0	11.9	10.4	12.0	8.3	15.2	21.3

주: 광역응급의료상황실이 2024년 3월 개소한 점을 감안하여, 2024년의 경우 10개월 기준(3~12월), 2025년의 경우 12개월(1~12월)을 기준으로 월평균 선정불가 건수를 산출

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 작성

한편, 전체 접수건수 대비 선정불가건수(선정불가 비율)의 경우에도 7.3%에서 7.5%로 확대되었으며, 총 6개 광역권 중 4개 광역권에서 증가하였다. 세부적으로, 서울·인천 권역의 경우 2024년 8.1%에서 2025년 8.9%로, 부산·울산·경남 권역은 8.5%에서 8.6%로, 대전·충청 권역의 경우 7.3%에서 8.3%로, 대구·경북 권역의 경우 5.7%에서 7.9%로 선정불가 비율이 확대되는 추이를 보였다.

전술한 바와 같이, “중앙응급의료센터 운영지원” 세부사업의 ‘광역상황실 운영’ 내역사업의 불용 규모는 감소하였으나 여전히 불용이 발생하고 있으며, 동 세부사업의 불용액 중 대부분을 ‘광역상황실 운영’ 내역사업의 불용액³²⁾이 차지하고 있는 가운데 2026년 예산은 확대된 점을 고려할 때, 광역응급의료상황실의 보다 원활하고 효율적인 운영을 도모할 필요가 있다.

이 과정에서, 접수대상에 해당하지 않거나(접수취소) 요청병원에서 자체 해결가능하여 전원요청이 철회되는 경우(접수철회)를 병원 자체적으로 스크리닝(screening)할 수 있는 지침·운영체계의 수립·적용 방안도 함께 고려할 필요가 있다.

관련하여, 2026년 2월부터 추진 중인 ‘응급환자 이송체계 혁신 시범사업’³³⁾의

32) 동 불용과 관련하여, 보건복지부는 광역응급의료상황실이 의정갈등으로 인한 비상진료상황이 심화되던 2024년 3월부터 개소(3월 임시 개소 및 4월 본격 개소)하여 인력수급이 원활하지 않은 등 현실적인 한계가 있었으며, 일부 임차료 절감 노력에 따른 불용도 포함되어 있다고 설명하고 있다. (자료: 보건복지부 제출자료)

33) 보건복지부는 2026년 3월부터 5월까지 광주, 전북, 전남 등 3개 광역지자체 지역에서 ‘응급환자 이송체계 혁신 시범사업’을 추진 중이며, 해당 결과를 토대로 관련 지침 정비 등을 추진할 계획이다. 동 시범사업의 주요 내용은 중증응급환자 이송 시 광역상황실이 수용가능여부를 확인해 적정병원을 선정하고, 적정시간을 넘어 이송이 지연될 경우 광역상황실이 우선수용병원을 지정하여 환자를 수용하도록 하는 것이다. 또한, 119구급대가 이송한 중증응급환자 중 최종치료를 위해 초기 처치 및 치료 후 타 병원으로 전원 필요 시 119구급대에서 지원 등 포함하고 있다.

전국 확대 방안 마련 또는 지침 개편 시에 광역응급의료상황실의 선정 성공률 확대를 위한 방안을 반영함으로써 보다 체계적·종합적 개선을 도모할 필요가 있다.

이와 함께, 중장기적으로는 지역 간 응급의료 자원 격차를 해소하고 해당 자원의 상향 평준화를 도모하며, 배후진료 체계도 강화해 나갈 필요가 있을 것으로 보인다. 세부적으로, 17개 광역시·도별로 10만명당 응급의료기관 수의 경우, 2023년과 2024년의 최대 지역인 전남과 최저 지역인 세종(및 경기) 간 격차가 3.8배에서 4.2배로 확대된 점을 고려할 때, 지역 응급의료 자원의 상향 평준화가 지역 응급의료 접근성 강화의 주요 과제로 보인다.

이 과정에서 응급의료인력이 지속적으로 배출·배치될 수 있도록 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」(2026.2.시행), 「국립의학전문대학원 설립 및 운영에 관한 법률」(2026.11.시행) 등과 같은 지역의료인력 배출 관련 법·제도의 활용 방안을 구체적으로 검토할 필요가 있다.

이와 함께, 현행 응급의료 자원의 배치 체계 및 배후진료 체계와의 연계가 보다 세밀하게 이루어질 필요가 있으며, 현행 인력 활용도 제고를 위한 네트워크 구축 지원·관리 체계 구축 방안도 함께 고려할 필요가 있다.³⁴⁾

[17개 광역시·도별 10만명당 응급의료기관 수 현황]

(단위: %, 위, 배)

구분	2023		2024		구분	2023		2024	
	%	순위	%	순위		%	순위	%	순위
전국	0.8	-	0.8	-	강원	1.4	3	1.4	3
서울	0.5	15	0.5	15	충북	0.9	7	1.0	7
부산	0.9	7	0.9	8	충남	0.8	10	0.8	10
대구	0.8	10	0.8	10	전북	1.1	5	1.1	5
인천	0.7	12	0.7	12	전남	1.9	1	2.1	1
광주	1.5	2	1.5	2	경북	1.2	4	1.2	4
대전	0.6	13	0.6	13	경남	1.1	5	1.1	5
울산	0.6	13	0.6	13	제주	0.9	7	0.9	8
세종	0.5	15	0.5	15	최대/	3.8	-	4.2	-
경기	0.5	15	0.5	15	최저				

자료: 국립중앙의료원·중앙응급의료센터, 「2024 지역응급의료 역량지표」, 2025.11.을 바탕으로 재작성

34) 관련하여, 응급실은 운영되고 있으나 야간·휴일에 배후진료과 전문의가 없어 타 병원으로 전원할 수밖에 없는 상황이 반복되고 있고, 개별 의료기관 단위에서 의사를 모집할 경우 경쟁으로 인한 인건비 상승만 유발되어 네트워크 구축을 통해 인력을 공동으로 활용할 수 있도록 하는 지원이 필요하다는 시·도 현장의 의견도 개진된 바 있다. (자료: 기획예산처, 「지역완결적 필수의료체계 구축을 위한 지역필수의료 특별회계 지원방향 논의」, 2026.5.)

가. 중진료권별 책임의료기관 미지정지역 의료접근성 향상

2019년부터 70개 중진료권을 설정하고 지역 책임의료기관을 지정·운영하도록 하고 있으나, 여전히 15개 중진료권에 대해서는 지역 책임의료기관이 설정되지 않고 있으며 다수의 지역에서 종합병원급 국·공립 의료기관이 설치되지 않았거나 불충분한 경향을 보였다는 점을 고려하여, 기존에 계획된 공공의료기관의 조속한 개원과 민간 의료기관의 책임의료기관 지정 활성화 및 지자체의 신청 확대 방안을 검토하는 등 지역의 의료접근성 확보 대책을 면밀히 수립·추진할 필요가 있다.

보건복지부는 2019년 11월 「민고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」을 발표하면서, 인구규모·접근성 등을 고려하여 필수의료 정책을 ‘중진료권’ 단위로 관리하는 계획을 제시한 바 있다. 이 때, 중진료권은 권역 경계와 인구수·이동시간·의료이용률·시도공급계획을 기준으로 70개(수도권 20개 및 비수도권 50개)로 구분하고 있다.

[70개 중진료권(지역 진료권) 구분 기준 및 설정 현황 (2019년 11월~)]

구분	주요 기준
인구규모	• 지역 내 일정수준 이상 의료수요 존재: 약 15만명 이상
이동시간	• 의료접근성과 골든타임 담보: 약 60분 이내
의료이용률	• 현재 의료이용 행태 고려: 약 30% 이상
공급계획	• 의료공급 계획, 건강형평성 등 고려



권역별 중진료권	<ul style="list-style-type: none"> • 수도권: 서울(4개), 인천(4개), 경기(12개) • 비수도권: 부산(3개), 대구(2개), 광주(2개), 대전(2개), 울산(2개), 세종(1개), 강원(6개), 충북(3개), 충남(5개), 전북(5개), 전남(6개), 경북(6개), 경남(5개), 제주(2개)
-------------	--

자료: 보건복지부, 「민고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」, 2019.11.

보건복지부는 이들 70개 중진료권 단위로 양질의 필수의료 제공, 지역별 필수 의료 문제 해결을 위한 지역보건의료기관 등과의 연계·조정 역할을 수행하도록 지역 책임의료기관을 지정·운영하고자 하였다. 지역 책임의료기관은 종합병원급 이

상 공공보건의료 수행기관으로, 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 신경과, 신경외과, 정형외과, 응급의학과, 재활의학과 중 7개 이상을 설치·운영하는 등의 추가적인 자격 요건을 모두 충족하는 경우 지정할 수 있다.

[지역 책임의료기관 지정 기준]

구분	지정 기준
종별	<ul style="list-style-type: none"> • 종합병원급 이상 공공보건의료 수행기관* * 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 공공보건의료 수행기관
진료과목	<ul style="list-style-type: none"> • 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 신경과, 신경외과, 정형외과, 응급의학과, 재활의학과 중 7개 이상 설치·운영
간호등급	<ul style="list-style-type: none"> • 간호관리료 차등제 3등급 이상
보조사업 수행	<ul style="list-style-type: none"> • 「보조금 관리에 관한 법률」 제31조의2(보조사업 수행 배제 등)에 해당되는 경우 제외

자료: 보건복지부 고시(제2022-201호), 「책임의료기관 지정기준」, 2022.8.

책임의료기관 지정 현황을 살펴보면, 권역 책임의료기관은 17개 권역별로 1개씩 지정이 되어 있고, 지역 책임의료기관의 경우 중진료권 70개 중 55개 중진료권에는 지역 책임의료기관이 지정되어 있으나, 15개 중진료권(수도권 1개 및 비수도권 14개 중진료권)에는 지정이 이루어지지 않고 있다.

관련하여, 2024년 1월과 4월에 지역책임의료기관 지정 공고가 실시되었고 2024년 3월말 기준으로 14개 중진료권을 대상으로 지역 책임의료기관의 추가 지정이 이루어졌으나, 당시 지정되지 않은 15개 중진료권 지역 책임의료기관의 경우 2026년 6월 현재까지도 지정되지 않고 있다.³⁵⁾

35) 보건복지부에 따르면, 2024년 4월 이후 지역 책임의료기관 지정 관련 추가 공고는 미 실시되었다.

[권역 책임의료기관 및 권역별 중진료권 책임의료기관 현황 (2026.1.기준)]

구분	권역 책임의료기관		지역 책임의료기관		구분	권역 책임의료기관		지역 책임의료기관			
	권역	기관명	권역별 중진료권	기관명		권역	기관명	권역별 중진료권	기관명		
수도권	서울	서울대학교병원	서울서북	서울적십자병원	비수도권	울산대 학교병원	울산서남	동강병원	대구 학교병원	울산동북	울산병원
			서울동북	서울의료원			경북대	대구동북		미지정	
			서울서남	서울특별시서남병원			대구 학교병원	대구서남		대구의료원	
			서울동남	서울특별시보라매병원			충남대 학교병원	대전서부		미지정	
	인천	가천대 길병원	인천서북	나은병원		대전 학교병원	대전동부	미지정			
			인천동북	인천세종병원		충남 단국대 학교병원	천안권	천안의료원			
			인천중부	인천광역시의료원			공주권	공주의료원			
	경기	분당 서울대학교 병원	수원권	경기도의료원수원병원		충북 학교병원	서산권	서산의료원			
			성남권	성남시의료원			논산권	백제병원			
			의정부권	경기도의료원의정부병원			홍성권	홍성의료원			
			안양권	한림대학교성심병원			충주권	충주의료원			
			부천권	부천세종병원		충주권	충주의료원				
			평택권	경기도의료원안성병원		제천권	명지병원				
안산권			근로복지공단안산병원	광주 학교병원	전남대	광주광역시	미지정				
고양권			국민건강보험일산병원		광주동남	광주기독병원					
남양주권			미지정	전남 화순전남 대학교 병원	목포권	목포시의료원					
파주시			경기도의료원파주병원		여수시	미지정					
이천권	경기도의료원이천병원	순천권	순천의료원								
포천시	경기도의료원포천병원	전북 학교병원	나주권	미지정							
부산	부산대학교 병원		부산서부	미지정	해남권	미지정					
			부산중부	부산광역시의료원	영광권	미지정					
			부산동부	미지정	강원대 학교병원	전주권	전주예수병원				
경북	칠곡경북대학교 병원	포항권	포항의료원	군산시		군산의료원					
		경주권	동국대학교경주병원	익산시		원광대학교병원					
		안동권	안동의료원	정읍권		정읍아산병원					
		구미권	김천의료원	남원권	남원의료원						
		영주권	영주적십자병원	제주대 학교병원	춘천권	미지정					
상주권	상주적십자병원	원주권	원주의료원								
경남	경상국립대학교 병원	창원권	마산의료원		영월권	영월의료원					
		진주권	미지정		강릉시	강릉의료원					
		통영권	통영적십자병원	동해권	삼척의료원						
세종	세종충남대학교 병원	김해권	양산부산대학교병원	속초권	속초의료원						
		거창권	거창적십자병원	제주시	미지정						
세종	세종	미지정	서귀포시	서귀포의료원							

자료: 보건복지부 제출자료 및 보건복지부, 「지역완결적 필수의료체계 핵심인 책임의료기관 14개소 추가 지정」, 2024.3.을 바탕으로 재작성

15개 미지정 지역 책임의료기관의 미지정 사유를 살펴보면, 지자체가 지역 책임의료기관 지정 신청을 하지 않은 중진료권이 11개, 신청하였으나 의료기관이 지정 요건을 충족하지 못한 중진료권이 4개로 나타났다.³⁶⁾

[중진료권 지역 책임의료기관 미지정 진료권 내역 (2025년 4분기 기준)]

구분	
지자체 미신청 (11개)	부산서부권, 대구동북권, 세종권, 대전서부권, 춘천권, 나주권, 해남권, 여수시, 영광권, 진주권, 제주시
지정요건 미충족 (4개)	남양주권, 부산동부권, 광주광역시권, 대전동부권

자료: 보건복지부·국립중앙의료원, 「2024년 공공보건의료 주요 통계」, 2025.10., 보건복지부 제출자료 및 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템(지역별·종별·설립구분별 기관수 - 2025년 4분기) 자료를 바탕으로 재작성

이 중, 종합병원급 국·공립의료기관이 설치되지 않은 부산서부권(서부산의료원), 대전서부권(대전의료원), 진주권(경상남도 서부의료원)의 경우, 기존 설치·운영 개시 시점이 2026년이었으나 공사비 상승과 인허가를 포함한 행정절차 지연 등에 따라 서부산의료원의 경우 2028년, 대전의료원은 2030년, 경상남도 서부의료원은 2029년으로 개원 시점이 지연된 것으로 나타났다.

〈 부산서부권, 대전서부권 및 진주권 공공병원 신축 지연 동향 〉

- 부산서부권: 서부산의료원 / 개원 시점: (기준)2026년 → (지연)2028년
- 대전서부권: 대전의료원 / 개원 시점: (기준)2026년 → (지연)2030년
- 진주권: 경상남도 서부의료원 / 개원 시점: (기준)2026년 → (지연)2029년

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이와 함께, 「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」(2021.6., 보건복지부)에서는 지역심뇌혈관질환센터를 단계적으로 확충하여 2025년까지 70개소(70개 중진료권 대상)를 목표로 설정하였으나, 2026년 1월 기준 10개소만이 운영되고 있다.

36) 관련하여, 보건복지부는 미지정 중진료권 지역 책임의료기관의 지정을 추진할 계획이나, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」 제정에 따라 중진료권 재설정 방안을 검토 중이며 해당 검토결과에 따라 지역 책임의료기관 지정 등을 논의할 예정이라는 입장이다.

상기 사항을 고려할 때, 보건복지부는 기존에 신축이 계획되었으나 현재까지 준공·개원이 이루어지지 않은 공공의료기관을 조속히 설치할 필요가 있다.

또한, 지역 책임의료기관의 법령상 근거를 명확히 하는 등 민간 의료기관의 지정을 활성화할 필요가 있다. 관련하여, 책임의료기관 관련 주요 법령인 「공공보건의료에 관한 법률」과 같은 법 시행령 및 시행규칙에서는 책임의료기관의 역할을 명확히 규정하지 않고 있으며, 권역 책임의료기관과 지역 책임의료기관의 역할 구분 또한 적시되지 않은 측면이 있다. 이는 민간 의료기관의 책임의료기관 참여를 저해하는 요인으로 작용할 수 있다.³⁷⁾ 실제로, 상기에서 분석한 권역 및 지역 책임의료기관의 지정 현황을 살펴보면, 대부분 국·공립의료기관이 책임의료기관으로 지정되어 있는 실정이다.

이에, 중장기적으로는 책임의료기관의 책무와 기능·역할에 대한 법적 근거를 명확히 하고 지자체의 신청 확대 방안을 검토하는 등 지역 책임의료기관 등의 미지정에 따른 지역의 의료접근성 저하 해소 대책을 면밀히 수립·추진할 필요가 있다. 또한, 단기적으로는 국민건강보험 재정으로 추진되는 포괄 2차 병원 지원 사업의 대상이 되는 민간 병원의 지역 책임의료기관 지정을 확대하는 방안 등도 함께 검토할 필요가 있을 것으로 보인다.³⁸⁾

37) 관련하여, 보건복지부에서는 권역 책임의료기관과 지역 책임의료기관의 지정 단위와 기능·역할을 구분하고 있으나, 법령 상에 명확한 역할 지정 및 기능 구분이 이루어지지 않는 등 민간 의료기관을 책임의료기관으로 지정하는 데 현실적인 한계가 있다고 설명하고 있다.

[권역 및 지역 책임의료기관 기능과 역할]

구분	권역 책임의료기관	지역 책임의료기관
지정 단위	<ul style="list-style-type: none"> 17개 광역시·도 단위 	<ul style="list-style-type: none"> 70개 중진료권 단위
기능·역할	<ul style="list-style-type: none"> 고난도 필수의료 제공 지역 필수의료 역량 강화를 위한 권역 내 협력체계 기획·조정 및 교육·파견 등 역할 	<ul style="list-style-type: none"> 양질의 필수의료 제공 지역별 필수의료 문제 해결을 위한 지역 보건의료 기관 등과의 연계·조정 등 역할

자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.를 바탕으로 제작성

38) 참고로, 보건복지부에서는 지역 책임의료기관 미지정 지역을 대상으로 지정을 추진할 계획이며, 필수 의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법 제정에 따라 중진료권 재설정 방안을 검토 중으로, 그 결과에 따라 책임의료기관 지정 등을 논의할 예정이라는 입장도 밝힌 바 있다.

나. 국립대병원 지원 사업 실적행률 제고 및 기능 개선

권역 책임의료기관 중 대부분을 차지하는 국립대병원의 경우 관련 재정사업 예산은 확대되고 있으나 저조한 실적행률을 보이고 있고, 국립대병원의 적자가 지속되는 경향을 보이고 있어 국립대병원을 통한 지역의료의 질적 향상에 장애요인으로 작용할 수 있다는 점을 고려하여, 국립대병원 지원 사업의 실적행률 제고와 함께, 국립대병원 기능 개선 방안이 실제 이행 과정에서 실효성 있게 안착되기 위한 세부 집행체계의 정교한 설계와 관리가 일관성 있게 추진될 필요가 있다.

주요 지역의료 관련 재정사업 중 국립대병원과 관계된 주요 사업으로 교육부의 '국립대병원 지원(2743-301)'을 들 수 있다.

교육부의 '국립대병원 지원' 사업은 국립대병원 신축, 개·보수 등에 따른 경비를 지원하여 새로운 의료 환경에 적극 대응하며, 의학교육·연구 및 진료 기능을 강화하여 지역중심병원으로서의 역할을 제고하려는 목적으로 추진되는 사업이다. 동 사업은 국립대병원의 시설 확충 및 보수, 장비 구입 및 교체, 공공임상교수제 등을 포함한 정책사업을 주요 내용으로 하고 있다.

'국립대병원 지원' 사업 예산은 2022~2026년간 746~1,284억원/연 규모이며, 지역의료 관련 주요 재정사업 중 예산 규모 상위 2~3위의 사업으로 지속적인 예산 확대가 이루어지고 있는 사업이다. 그러나 동 사업은 국립대병원이 추진하고자 하는 사업의 총사업비 중 일부(25~75%)만을 지원하고 있으므로, 국립대병원의 재정여건 등이 실적행률에 영향을 미칠 수 있다. 실제로, 국립대병원의 최근 5년간 동 사업의 지원대상인 국립대병원의 적자 경향이 지속되고 있으며, 실적행률도 2022년 58.5%에서 2025년 39.1%로 지속적인 하락세를 보였다.

[국립대병원 지원 사업 예산 추이 (2022~2026년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2022	2023	2024	2025	2026
국립대병원 지원(2743-301)	74,635 (58.5)	78,833 (43.2)	111,369 (54.4)	117,057 (39.1)	128,357

주: 괄호 안의 수치는 연도별 실적행률을 의미

자료: 교육부, 각 연도별 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)를 바탕으로 재작성

동 사업의 실적행률 저조 관련 주요 요인으로 코로나19와 의정 갈등으로 인한

병원 재정 악화에 따른 시설 확충 및 보수 사업 포기·취소 및 계획 축소, 국립대병원 공공임상교수 채용 부진(중간퇴사 포함) 등을 들 수 있다.³⁹⁾

대부분의 권역 책임의료기관이 국립대병원인 점을 고려할 때, 국립대병원의 역량 강화는 권역 책임의료기관의 역할 개선에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 핵심 요인으로 볼 수 있다. 또한, 「국립대학병원 설치법」 제19조제3항에서는 국립대학병원의 운영비와 시설·설비 비용 등을 원칙적으로 대학병원의 수익으로 충당하도록 규정하고 있으며, 부족한 경우에 정부가 보조할 수 있도록 하고 있다.⁴⁰⁾

〔「국립대학병원 설치법」 상 국립대병원 경비 부담 관련 법조항〕

법령	법조항
국립대학병원 설치법	제19조(출연 또는 보조) ③ 대학병원의 운영비 및 시설·설비에 드는 경비와 차관(借款)의 원리금 상환 경비는 대학병원의 수익으로 충당한다. 다만, 부족한 경우에는 정부가 보조할 수 있다.

자료: 「국립대학병원 설치법」

그러나 대부분의 국립대병원에서 의료이익, 고유목적사업준비금 설정전(前) 당기순이익 등 수익성 지표가 적자를 기록한 것으로 나타나 국립대병원을 통한 지역 의료의 질적 향상에 장애요인으로 작용할 우려가 있다.

2021~2025년간 국립대병원(서울대병원 및 지역 국립대병원 본원·분원 포함 17개⁴¹⁾)의 손익 추이를 살펴보면, 전체 국립대병원의 의료이익 손실 폭은 2021년 -3,619억원, 2023년 -4,507억원, 2025년 -7,510억원으로 증가세를 보였다. 세부적으로, 분당서울대병원과 화순전남대병원(2021년 및 2023년)을 제외하고는 모두 손실을 기록하였다.

고유목적사업준비금 설정전(前) 당기순이익의 경우, 2021년에는 4,250억원 규모의 흑자 폭을 보였으나, 2023년과 2025년에는 각각 -2,734억원, -4,281억원 규

39) 교육부, 「2025회계연도 세입세출 및 기금 결산 사업설명자료(II-1)」, 2026.3. 및 「국립대병원 지원 사업 집행률 제고 방안」, 2026.3.을 바탕으로 재작성하였다.

40) 다만, 같은 법 제19조제1항에서는 정부가 국립대병원의 기본 시설·설비 등의 설치를 위하여, 필요한 경우 출연금을 지급할 수 있도록 하는 규정도 존재한다.

41) 본 보고서에서의 국립대병원 손익 추이와 관련하여, 빛고을전남대병원의 경우 규정 상 정식 분원이 아니므로 전남대병원(본원)에 포함하여 손익 추이를 작성하여 손익 추이는 16개 국립대병원을 대상으로 분석하였다. (자료: 교육부 제출자료)

모의 적자를 기록하였다. 세부적으로, 2021년에는 10개 국립대병원에서 22~3,478억원의 흑자 폭을 보였으나, 2023년에는 3개 국립대병원에서 3~317억원 흑자를, 2025년에는 4개 국립대병원에서 2~176억원의 흑자를 기록하였지만 기관별 흑자 폭은 감소하는 경향을 보였다.

당기순이익의 경우에도 고유목적사업준비금 설정전(前) 당기순이익과 유사한 추이를 보였으며, 2021년 2,982억원 흑자였으나, 2023년 -2,808억원 적자, 2025년 -3,892억원 적자로 적자 규모가 확대되는 추이를 보였다.

기존의 주요 적자 요인이었던 코로나19의 영향이 약화되었고, 전공의집단사직 등 의정갈등(2024.2.~2025.10.)이 일정 부분 봉합되는 양상을 보이고 있으나, 적자 폭이 대규모이고 지속된 점을 고려할 때 단기간에 개선되는 데는 한계가 있을 것으로 보인다. 또한, 병원 본연의 활동인 진료를 통해 창출되는 의료이익의 경우에는 지속적으로 대규모 적자를 보이고 있어, 국립대병원에 대한 구조적인 개선이 수반될 필요가 있을 것으로 보인다.

[참고. 의료기관 손익계산서 상 주요 지표 설명]

구분	주요 개념
의료수익(A)	<ul style="list-style-type: none"> 환자에게 의료서비스를 제공하고 그 대가로 얻는 주된 영업수익 병원 고유의 의료활동에서 발생하는 모든 수익을 합한 금액. 입원수익, 외래수익, 기타의료수익으로 구분
의료비용(B)	<ul style="list-style-type: none"> 환자 진료 및 관련된 의료서비스를 제공하기 위해 소요된 제반 비용 병원의 고유 의료 활동을 수행하는데 직접적으로 투입되는 자원의 가치 소모를 총칭. 인건비, 재료비, 관리운영비, 기타의료비용으로 구분
의료이익(C=A-B)	<ul style="list-style-type: none"> 병원 본연의 의료서비스업을 통해 발생한 이익으로, 의료수익에서 의료비용을 차감하여 산출한 금액 의료수익이 의료비용보다 많으면 의료이익, 적으면 의료손실로 표시
의료외수익(D)	<ul style="list-style-type: none"> 의료활동 이외의 활동(매점, 주차장, 임대료, 이자, 연구, 기부금 수익 등)에서 발생하는 수익
의료외비용(E)	<ul style="list-style-type: none"> 병원의 의료활동 이외의 활동(차입금에 대한 이자비용, 기부금, 연구비, 연구비지원금 등)에서 발생하는 비용
법인세차감전순이익(F=C+D-E)	<ul style="list-style-type: none"> 의료이익에서 의료외수익과 의료외비용을 가감한 후 법인세를 반영하기 전 단계의 경영성과를 나타내는 이익(손실)
법인세비용(소득세)(G)	<ul style="list-style-type: none"> 병원이 일정 회계기간 동안 발생한 법인세차감전순이익에 대해 세법 규정에 따라 납부해야 할 법인세(또는 소득세)
고유목적사업준비금 설정 전 당기순이익(H=F-G)	<ul style="list-style-type: none"> 법인세차감전순이익(순손실)에서 법인세비용(소득세)을 차감한 후, 고유목적사업준비금을 설정하기 전 단계에서 확정되는 순이익

구분	주요 개념
고유목적사업준비금 전입액(I)	<ul style="list-style-type: none"> • 병원이 수익사업에서 발생한 과세소득 중 일부를 법적 요건에 따라 본래의 의료 목적사업(예: 연구비, 장학금, 사회공헌 등)에 사용할 목적으로 준비금으로 설정·전입하는 금액 • 비용으로 처리되므로 그만큼 최종 당기순이익을 감소시키는 요인
고유목적사업준비금 환입액(J)	<ul style="list-style-type: none"> • 과거에 고유목적사업 수행을 위해 적립해 두었던 고유목적사업준비금을 실제 사용하거나, 사용 목적이 소멸·변경되어 바꿔 넣을 때 병원의 수익으로 계상하는 금액 • 당기순이익을 증가시키는 요인
당기순이익 (K=H-I+J)	<ul style="list-style-type: none"> • 고유목적사업준비금설정전 당기순이익에서 고유목적사업준비금 전입액·환입액을 반영한 후 최종 확정되는 이익(손실)

자료: 한국보건산업진흥원, 「2023년 병원경영분석」, 2025.12. 등을 바탕으로 재작성

[국립대병원 손익 추이 (2021~2025년)]

(단위: 억원)

구분	의료이익			고유목적사업준비금 설정전(前) 당기순이익			당기순이익		
	2021	2023	2025	2021	2023	2025	2021	2023	2025
서울대병원	△643	△917	△1,564	3,478	△209	88	2,894	△4	308
분당서울대병원	42	150	△189	431	317	176	△18	26	339
강원대병원	△210	△213	△387	△104	△196	△337	△104	△196	△337
경북대병원	△282	△474	△933	△117	△338	△851	△117	△338	△851
칠곡경북대병원	△247	△117	△167	324	△70	△79	324	△70	△79
경상대병원	△50	△64	△304	103	3	△242	103	3	△242
창원경상대병원	△344	△269	△319	△241	△286	△354	△241	△286	△354
부산대병원	△244	△409	△650	255	△305	△416	255	△305	△416
양산부산대병원	△55	△243	△405	155	△131	△302	155	△131	△302
전남대병원	△343	△437	△683	△34	△392	△554	△273	△385	△548
화순전남대병원	263	154	△10	349	173	39	349	174	39
전북대병원	△238	△214	△588	22	△76	△406	22	△76	△406
제주대병원	△199	△365	△354	△34	△339	△316	△30	△335	△316
충남대병원	△239	△362	△208	82	△180	2	82	△180	2
세종충남대병원	△590	△576	△284	△474	△659	△327	△474	△659	△327
충북대병원	△240	△151	△465	55	△46	△402	55	△46	△402
합계	△3,619	△4,507	△7,510	4,250	△2,734	△4,281	2,982	△2,808	△3,892

주: 1. 각 연도말 자료 기준

2. 의료이익은 (의료수익-의료비용), 고유목적사업준비금 설정전 당기순이익은 (의료이익+의료외수익-의료외비용-법인세비용), 당기순이익은 (고유목적사업준비금 설정전 당기순이익-고유목적사업준비금전입액+고유목적사업준비금환입액)으로 산출

3. 빛고을전남대병원은 규정 상 정식 분원이 아니므로 전남대병원(본원)에 포함하여 작성

자료: 각 병원별 손익계산서 및 교육부 제출자료를 바탕으로 재작성

[2023~2025년간 국립대병원의 주요 적자 요인]

구분	주요 적자 요인
서울대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나19에 따라 낮아진 병상이용률 및 환자수 등 진료실적 회복세 둔화 및 손실보상개산급 등 정부 재정지원 감소 2024년: 전공의 공백으로 진료역량 축소에 따라 의료수익 감소, 중증·응급환자 중심의 진료체계 전환에 따른 구조적 재료비 상승
분당서울대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2024년: 비상진료체제로 인한 환자수 감소 등으로 의료수익 감소
강원대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나 손실보상개산급 감소 2024~2025년: 의정 갈등으로 인한 의료수익 감소, 전문의(계약의) 급여 상승
경북대 병원 및 칠곡경북대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나로 인한 환자 수 감소 2024~2025년: 의정갈등으로 인한 환자 수 감소
경상대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정갈등 장기화에 따른 매출감소 및 고정비 부담 가중
창원경상대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나19 상황이 지속되었으나 손실보상개산급 대폭 축소 및 인건비성 비용 증가 2024년: 의정갈등에 따른 수익 대비 인건비 증가 2025년: 의정갈등 장기화에 따른 매출감소 및 고정비 부담 가중
부산대 병원 및 양산부산대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나19 손실보상개산급 감소 및 보건의료노조파업(23.7.13.~23.8.1.)으로 인한 의료수익 감소 2024년: 전공의 의료공백(24.2.20.~)으로 인한 의료수익 감소 2025년: 전공의 의료공백(24.2.20.~)으로 인한 의료수익 감소, 비상진료체계 장기화에 따른 전문의 급여 증가, 중증환자 입원 비상진료 사후보상 시범사업 등 의료기관 비상진료 관련 보조금 감소
전남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023~2024년: 코로나19로 인한 의료수익 감소 2025년: 전공의 파업으로 인한 의료수익 감소
화순전남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2024년: 환자수 감소에 따른 의료수익 감소
빛고을전남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 의료수익 대비 의료비용 과다, 코로나19 회복기(국고보조금 수익 감소) 2024년: 의료수익 대비 의료비용 과다, 의정갈등으로 인한 수술건수 감소 및 병동 축소 2025년: 의료수익 대비 의료비용 과다, 병원 기능 이전 준비에 따른 운영 규모 축소
전북대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나19 여파로 의료수익 대비 인건비, 재료비 등 각종 비용 증가 2024~2025년: 의정갈등 이후 의료공백에 따른 의료수익 감소
제주대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나19 이후 환자 수 미회복으로 의료수익 감소, 신규채용·정규직 전환 등으로 인건비 증가, 재료비·이자비용 등 전반적인 운영비용 증가 2024년: 전공의 집단 이탈로 진료 건수 및 병상 가동률 하락, 대체 인력 운용으로 인건비 부담 가중, 재료비·이자비용 등 비용 지속 증가 2025년: 의료외수익 감소, 전공의 사태 장기화로 환자 수 감소 및 의료수익 회복 지연, 물가 상승에 따른 인건비·재료비 증가
충남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나19
세종충남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나19 2024~2025년: 의정사태로 인한 의료진 이탈
충북대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2023년: 코로나 손실보상개산급 감소로 적자 전환 2024~2025년: 의정사태로 의료공백이 발생하여 의료수익이 감소하면서 적자 발생

자료: 교육부 제출자료를 바탕으로 재작성

국립대병원의 개선 필요 부분과 관련하여, 2025년 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘지방 거주민의 국립대학병원 인식도 조사’⁴²⁾에 따르면 ‘전문의료인력 확보’, ‘응급 및 중증질환 대응 역량 고도화’, ‘병원 및 시설 장비 개선’ 등에서의 개선 필요성이 높으므로, 교육부의 ‘국립대병원 지원’ 사업의 목표 및 내용과 밀접한 연관성이 있는 것으로 보인다.

[지역 국립대병원 개선 필요 부문에 대한 국민 인식]

(단위: %)

구분	개선 필요성				
	매우 필요	필요	보통	불필요	매우 불필요
전문의료인력 확보	36.1	44.9	13.9	3.8	1.3
응급질환 역량 고도화	43.2	37.3	14.8	3.7	1.0
중증질환 역량 고도화	43.8	36.3	14.7	3.6	1.6
필수진료과 확충	33.3	45.2	15.4	4.6	1.4
병원 및 시설 장비 개선	33.6	42.9	17.6	4.8	1.1
연구 및 교육 기능 강화	31.7	41.9	21.6	3.7	1.0
환자 중심 문화 구축	29.9	41.4	23.0	4.7	1.0
지역 의료기관 연계	30.6	44.1	20.5	3.1	1.7

자료: 한국보건사회연구원, 「지역 환자 유출로 인한 비용과 지역 국립대학병원에 대한 국민 인식」, 2025.6.

종합하면, 권역 책임의료기관 중 대부분을 차지하는 국립대병원의 경우 관련 재정사업 예산은 확대되고 있으나 저조한 실적행률을 보이고 있고, 국립대병원의 적자가 지속되는 경향을 보이고 있어 국립대병원을 통한 지역의료의 질적 향상에 장애요인으로 작용할 수 있으므로, 국립대병원 지원 사업의 실적행률 제고⁴³⁾와 함께, 국립대병원 기능 개선 방안이 실제 이행 과정에서 실효성 있게 안착할 수 있도록 하는 세부 집행체계의 정교한 설계와 관리가 일관성 있게 추진될 필요가 있다.

관련하여, 정부는 2026년 6월 관계부처합동으로 「국립대학병원 종합적 육성방향(안)」을 발표하고, “국립대병원을 임상·연구·교육·공공정책 기능을 수행하는

42) 동 조사는 수도권(서울, 인천, 경기)을 제외한 지방에 거주 중인 만 19~69세 남녀 1,050명(강원권·충청권·전라권·경북권·경남권 각 200명 및 제주권 50명)을 대상으로 수행되었으며, 조사 내용은 지역의료에 대한 국민 인식, 지역 주민의 지역 국립대병원 이용 의도 및 추천 의사, 지역 국립대병원 개선에 대한 국민 요구도로 구성되었다. (자료: 한국보건사회연구원, 「지역 환자 유출로 인한 비용과 지역 국립대학병원에 대한 국민 인식」, 2025.6.)

43) 관련하여, 교육부는 2026년 3월에 「국립대병원 지원 사업 집행률 제고 방안」을 발표한 바 있다. 향후 보건복지부로 해당 사업의 소관이 변경되는 점을 감안하여, 국립대병원 지원 사업의 실적행률을 실효적으로 제고할 수 있도록 보건복지부 차원의 노력이 이루어질 필요가 있다.

국가 핵심 의료기관으로 육성하여 지역 간 의료격차 완화”를 추진목표로 하고 관련 추진전략을 설정한 바 있다.

다만, 상기 육성방향(안) 발표 이전에도 「필수의료 혁신전략」(보건복지부, 2023.10.), 제1차~제2차 「의료개혁 실행방안」(의료개혁특별위원회, 2024.8. 및 의료개혁추진단, 2025.3.) 등에서 지속적으로 국립대병원 육성 관련 정책이 포함되었던 점을 감안하면, 국립대병원 육성을 위한 주요 방안의 세부 이행 상에 다소간의 한계가 있었던 것으로 보인다.

향후 보건복지부로 국립대병원 지원 사업이 이관되는 등 관리체계가 개편되는 점을 고려할 때, 보건복지부는 국립대병원이 지역의료 관련 핵심 기관으로 기능할 수 있도록 「국립대학병원 종합적 육성방향(안)」(2026.6.) 추진 시 세부 이행체계에 대한 면밀한 설계와 이에 따른 일관성 있는 정책 추진체계를 구축할 필요가 있다.

다. 지역의료 취약지역 대상 의료접근성 강화

첫째, 의료 및 분만취약지 지원 사업이 시행되고 있으나, 해당 취약지의 의료자원 미흡 등으로 인해 지원이 이루어지지 못하는 지역이 다수 존재하는 점을 고려하여, 의료 및 분만취약지 지원지역을 지속적으로 늘려가는 가운데 이동식·순회식 형태의 지원을 확대하거나 지역 내 또는 인접지역 간 연계체계를 강화하는 등의 방안을 보다 면밀히 검토하여 취약지의 의료접근성 확대에 기여할 필요가 있다.

보건복지부는 소아청소년과 및 인공신장실 등 필수 보건의료서비스의 공급이 부족한 지역을 '의료취약지'로 지정·지원하고, 분만 의료기관까지 접근성 및 의료이용이 취약한 지역을 '분만취약지'로 지정·지원하는 것을 주요 내용으로 하는 사업이다. 2026년 기준으로 의료취약지는 총 33개, 분만취약지는 108개 지역이 지정되어 있다.

[의료취약지 및 분만취약지 지원 내용 (2026년 기준)]

구분		주요 지원 내용
의료 취약지	소아청소년과	• 시설·장비비 2억원(신규선정) 및 운영비 2.5억원
	인공신장실	• 운영비 3억원
분만 취약지		• 분만 산부인과: 시설·장비비 10억원(신규선정) 및 운영비 5억원 • 외래·순회 산부인과: 시설·장비비 1억원(신규선정) 및 운영비 2억원

주: 분만취약지의 경우 A~C등급으로 구분되며, A등급에 가까울수록 취약등급이 높음. A등급 지역은 분만의료접근성과 의료이용률 모두가 취약한 지역, B등급 지역은 분만의료접근성 또는 의료이용률 취약 지역, C등급 지역은 가임 배경인구수 부족 또는 분만취약지 사업 既往 지원 지역을 지칭
자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.를 바탕으로 재작성

해당 사업 예산은 2022년 169억원에서 2026년 193억원으로 확대되었으며, 실행률은 83.7~90.8%로 양호한 수준을 보였다.

[의료 및 분만취약지 지원 사업 예산 추이 (2022~2026년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2022	2023	2024	2025	2026
의료 및 분만취약지 지원 (2750-301)	16,890 (85.8)	16,836 (83.7)	17,154 (84.6)	17,575 (90.8)	19,256

주: 괄호 안의 수치는 연도별 실행률을 의미

자료: 보건복지부, 각 연도별 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)를 바탕으로 재작성

한편, 의료취약지와 분만취약지의 경우 지정된 지역 중 일부 지역만 실제 지원이 이루어지고 있다. 세부적으로, 2026년 기준으로 의료취약지의 경우 총 33개 지정지역 중 29개 지역에서 동 사업을 통한 지원이 이루어지지 못하고 있으며, 분만취약지의 경우 총 108개 지정지역 중 49개 지역이 미지원되고 있다.

이는 필수의료 기피, 취약지 특성 상 한정된 의료자원 등으로 인해 사업 참여율이 저조한데 기인하는 것으로 나타났다. 보건복지부에 따르면, 의료취약지 및 분만취약지 미지원 지역의 경우, 지역 여건과 의료자원 현황에 따라 사업수행기관으로 신청할 수 있는 적정 의료기관이 없는 등의 사유로 공모에 참여하지 않는 경향을 보였다.

[의료취약지 및 분만취약지 미지원 지역]

구분	미지원 지역	
의료 취약지 (총 33개 중 29개 지역)	소아청소년과 (총 22개 중 18개 지역)	인천 옹진군, 경기 연천군·가평군·양평군, 강원 홍천군·평창군·화천군·인제군, 충북 영동군·단양군, 충남 금산군·청양군·태안군, 전북 무주군·장수군, 전남 신안군, 경북 영양군·울릉군
	인공신장실 (총 11개 중 11개 지역)	인천 옹진군, 강원 평창군·화천군·인제군, 전북 진안군·장수군, 전남 신안군, 경북 청송군·영양군·울릉군, 대구 군위군
분만 취약지 (총 108개 중 49개 지역)	A등급 (13개 지역)	경기 연천군·가평군·양평군, 강원 홍천군·평창군, 전북 무주군·장수군, 전남 신안군, 대구 군위군, 경북 청송군·영덕군·청도군, 경남 남해군
	B등급 (17개 지역)	강원 횡성군·고성군·양양군, 충북 진천군·음성군, 충남 금산군·청양군·예산군·태안군, 전북 임실군·순창군·부안군, 전남 곡성군·구례군·장흥군, 경북 성주군, 경남 고성군
	C등급 (19개 지역)	경기 여주시, 강원 강릉시, 충북 옥천군·증평군, 충남 서산시·계룡시·당진시·서천군, 전북 완주군, 전남 나주시·담양군·화순군·영암군·무안군·장성군, 경북 고령군·칠곡군, 경남 함안군·창녕군

주: 분만취약지 중 A등급 지역은 분만의료접근성과 의료이용률 모두가 취약한 지역, B등급 지역은 분만 의료접근성 또는 의료이용률 취약 지역, C등급 지역은 가임 배경인구수 부족 또는 분만취약지 사업 既지원 지역을 지칭

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

종합하면, 보건복지부는 의료 및 분만취약지 지원지역을 지속적으로 확대해나가되, 의료·분만취약지의 의료자원이 불충분한 실정을 고려하여 이동식·순회식 기관 수와 횟수를 확대하거나 지역 내 또는 인접지역 간 연계체계를 강화하는 등의 방안을 보다 면밀히 검토하여 취약지 의료접근성을 강화할 필요가 있다.

둘째, 취약지역을 대상으로 한 응급원격협진 네트워크 운영 사업의 협진실적이 최근 5년간 감소세를 보이거나 이전 대비 미진한 측면이 존재하는 것으로 보므로, 신규 병원의 사업 참여 독려, 응급원격협진 실적에 따른 인센티브 제공체계 구축 지원 등 사업 운영 방식에 대한 개선과제를 검토할 필요가 있다.

취약지역 응급의료기관 육성 사업의 내역사업인 ‘취약지 응급원격협진 네트워크 운영’은 ICT 기술을 활용하여 대도시 거점병원의 전문인력(응급의학과 및 배후 진료과 전문의)이 농어촌 등 취약지의 응급환자 진료를 지원하는 것으로 목적으로 시행되는 사업이다.

동 내역사업은 권역응급의료센터로 지정된 11개 지역 거점병원(자문기관)과 지역응급의료센터, 지역응급의료기관, 응급의료기관 외 의료기관, 보건(지)소(의뢰기관) 간의 협약을 통해, 지역 거점병원이 응급원격협진의 자문기관으로 기능하는 것을 지원하며, 2026년 기준 지역 거점병원 운영비 2억 2,000만원(개소당 2,000만원)과 시스템운영비 5억 3,400만원 등 7억 5,400만원의 예산이 편성되어 있다.

동 사업의 2022~2026년간 실적행률은 2022년 70.8%에서 2023년 40.4%로 감소하였다가 2024년 79.6%로 상승한 이후 다시 71.6%로 감소하였다.

[취약지 응급원격협진 네트워크 운영 내역사업 예결산 내역 (2022~2026년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2022		2023		2024		2025		2026
	예산	실집행	예산	실집행	예산	실집행	예산	실집행	예산
취약지역 응급의료기관육성(2833-316)	25,135	24,312 (96.7)	23,257	21,993 (94.6)	24,021	23,315 (97.1)	22,810	22,379 (98.1)	42,446
취약지 응급원격협진네트워크운영	800	566 (70.8)	643	260 (40.4)	1,254	998 (79.6)	754	540 (71.6)	754

주: 괄호 안의 수치는 실적행률을 의미

자료: 보건복지부, 각 연도별 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)를 바탕으로 재작성

2020년부터 2024년간 지역 거점병원(권역응급의료센터)별 연간 응급원격협진 건수를 살펴보면, 2020년 1,699건에서 2022년 743건으로 절반 미만으로 감소한 이후 2023년 1,163건으로 증가하였다가 2024년에는 971건으로 재차 감소하였다. 이 중, 단국대병원은 2021~2024년간, 인하대병원과 원광대병원⁴⁴⁾은 2020년부터

44) 인하대병원과 원광대병원은 동 내역사업이 개시된 2018년부터 협진이 한차례도 수행되지 않았다. (자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.)

응급원격협진이 한 건도 이루어지지 않은 것으로 나타났다.

[지역 거점병원(권역응급의료센터)별 응급원격협진 건수 (2020~2024년)]

(단위: 건)

구분	2020	2021	2022	2023	2024
합계	1,699	1,316	743	1,163	971
목포한국병원	867	667	305	540	600
원주세브란스병원	246	341	247	336	223
제주한라병원	219	133	108	172	57
안동병원	116	21	12	14	4
충북대병원	105	32	12	37	10
성가롤로병원	24	58	30	48	77
길병원	41	62	24	5	0
단국대병원	6	0	0	0	0
춘천성심병원	75	2	5	11	0
인하대병원	0	0	0	0	0
원광대병원	0	0	0	0	0

자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.

응급원격협진건수의 경우 2025년도에는 1,258건으로 다시 확대되었으나, 여전히 2020년과 2021년 수준의 실적까지는 회복하지는 못하고 있는 실정이다. 이와 함께, 협진을 수행하지 않은 기관들의 경우에도 거점병원 운영비가 편성·지원(2025년 및 2026년 각각 2,000만원/개소)되어 온 집행 상황을 고려할 때 보다 효율적인 집행방안에 대한 검토가 필요할 것으로 보인다.

관련하여, 보건복지부에서는 기존에 개별 시·도내의 지역 거점병원(권역응급의료센터)과 해당 지역의 의뢰기관 사이에서의 협약을 지원조건으로 설정하였으나 지침 개정을 통해 지역 내가 아닌 인근 권역까지로 협약 대상을 확대하는 등 다각적인 개편을 추진하고 있다고 설명하고 있다.

이와 같은 개선노력과 더불어, 협진 의사(意思)가 있는 신규 병원의 사업 참여 추진, 일정 기간 응급원격협진 실적이 없는 지역 거점병원(권역응급의료센터)의 지원대상 배제 또는 참여 독려, 협진건수가 많은 기관 대상 인센티브 확대 등 응급원격협진 네트워크 운영 사업을 통한 지원 수준을 각급 기관에서 실질적으로 체감할 수 있도록 하는 개편하는 방안을 강구할 필요가 있다.

셋째, 의료취약지 원격협진 지원의 경우 사업참여 지자체와 기관 수가 증가하고 있으나 대상자 수의 경우 최근 감소세를 보인 점을 고려하여, 의료취약지 주민의 의료접근성 향상을 위한 원격협진 이용자(대상자) 확대를 위한 사업안내 및 홍보, 참여기관 간 네트워크 강화 등의 개선 방안을 검토할 필요가 있을 것으로 보인다.

“의료 및 분만취약지 지원” 세부사업의 내역사업인 ‘의료취약지 원격협진 지원’은 도서·벽지 등 의료취약지 주민과 취약계층에게 지역보건의료기관을 중심으로 정보통신기술(ICT)을 활용한 ‘의사-의료인 간 원격협진’ 의료서비스 제공을 통해 의료접근성을 제고하고 건강권을 보장하려는 목적으로 시행되고 있다.⁴⁵⁾

동 사업의 최근 5년간(2021~2025년) 예산 규모를 살펴보면 2021년 40억원에서 2025년 28억원 규모로 감소하였으며, 실적행률은 77.3~88.9% 수준에서 등락을 반복하는 경향을 보였다.

["의료 및 분만취약지 지원" 세부사업 중 '의료취약지 원격협진 지원' 내역사업 예·결산 현황 (2021~2025년)]

(단위: 백만원, %)

2021		2022		2023		2024		2025	
예산	실집행액	예산	실집행액	예산	실집행액	예산	실집행액	예산	실집행액
4,041	3,348 (82.9)	4,176	3,229 (77.3)	3,967	3,347 (84.4)	2,777	2,336 (84.1)	2,773	2,465 (88.9)

주: 괄호 안의 수치는 실적행률(예산 대비 실적행액)을 의미

자료: 보건복지부, 각 회계연도별 「세입세출 및 기금 결산 사업설명자료(II-1)」를 바탕으로 재작성

의료취약지 원격협진 지원 내역사업이 개시된 2017년부터 2025년까지의 의료취약지 원격협진 운영 현황을 살펴보면, 참여지자체 수와 참여기관 수는 전반적으로 증가하는 경향을 보였다.

한편, 원격협진건수의 경우 2017년 4,811건에서 2023년 64,493건으로 증가한 이후 2024~2025년에는 3만여건으로 감소하였다. 대상자 수의 경우 2017년 2,789명에서 2020년 9,418명으로 증가하였다가 2021년 7,582명으로 감소한 이후

45) 의료취약지 원격협진 지원 내역사업의 주요 대상은 의사의 의학적 판단에 따라 원격협진으로 지속적인 진료와 건강관리가 가능한 만성질환자이다. 이 때, 원격협진은 환자와 함께 있는 의료인(의뢰인)이 입력한 환자의 기본건강정보를 의료인(자문인)에게 공유하고 실시간 화상통신으로 원격협진을 수행하는 것이며, 의뢰의료기관(보건소 등)↔자문의료기관(민간·공공 병·의원) 간 화상장비 및 시스템을 활용한 체계로 수행된다. (자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.)

2023년 10,306명으로 증가하였으나, 2024~2025년에는 7,677~8,435명 규모로 다시 감소하는 추이를 보였다.

대상자당 원격협진건수의 경우에도 2017년 1.7건/명에서 2022년 8.0건/명으로 확대된 이후 2023년부터는 감소세를 보이며 2025년 기준 4.4건/명으로 하락하였다.

[의료취약지 원격협진 운영 현황]

(단위: 개소, 건, 명, %)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
참여 지자체 수	27	25	45	47	47	46	50	56	63
참여기관 수	244	230	419	437	430	473	526	763	843
원격협진건수(A)	4,811	14,905	45,007	56,903	59,357	62,111	64,493	37,088	37,276
대상자 수(B)	2,789	3,495	8,687	9,418	7,582	7,736	10,306	7,677	8,435
A/B	1.7	4.3	5.2	6.0	7.8	8.0	6.3	4.8	4.4

주: 1. 참여 지자체 수는 참여 시군 기준

2. 참여기관 수는 보건소, 보건진료소, 민간 병·의원, 공공의료기관 등 전체 참여기관 기준임

자료: 보건복지부, 2026년도 예산 및 사업설명자료(II-1), 2025.12. 및 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이와 관련하여, 보건복지부는 매년 사업참여 지자체와 참여기관 수가 지속적으로 증가하고 있고, 변경된 실적산정기준⁴⁶⁾이 현장에 적용됨에 따라 점진적으로 실적이 개선될 것이라는 입장이다.

다만, 2024~2025년간 원격협진 대상자 수의 경우에는 2019년이나 2022년 또는 2023년 수준으로 하락한 점을 고려할 때, 의료취약지 주민의 의료접근성 향상을 위한 원격협진 이용자(대상자) 확대를 위한 사업안내 및 홍보, 참여기관 간 네트워크 강화 등의 개선 방안을 검토할 필요가 있을 것으로 보인다.

46) 원격협진 건수 감소와 관련하여, 보건복지부는 2023년까지 중앙 원격협진시스템인 디지털의료지원 시스템(DHIS, Digital Healthcare Information System)과 강원지역 자체 원격협진시스템으로 이원화하여 실적을 집계·관리하였으나, 2024년부터는 DHIS로 일원화하여 관리하고 환자 참여 영상협진만을 실적으로 인정하는 등 실적 산정기준을 정비한 결과로 설명하고 있다.

이를 기준으로, 2023년 실적을 재산출하면 2023년 원격협진건수는 26,924건으로, 2024년에는 전년 대비 37.8% 증가하여 실제 실적 감소는 아닌 것으로 설명하고 있다.

라. 지역완결적 암 치료 환경 개선

지역내 암치료의 거점기관인 지역암센터의 경우 센터당 연간 1억원 수준의 운영비를 지원받으며 법령에 규정된 다양한 사업을 수행해야 하는 현실적인 제약이 있으므로, 지역암센터의 지원 규모를 현실화하는 방안이나 지역암센터가 역내 암치료를 집중할 수 있도록 사업수행범위를 구체화하는 방안 등을 검토할 필요가 있다.

암진료의 경우 13개 지역암센터가 운영되고 있음에도 불구하고, 암진료 경험이 풍부하고 다수의 의료인력이 포진하고 있으며 첨단 시설·장비를 갖추고 있는 등의 장점을 보유하고 있는 서울로 암환자가 집중되어, 지역 간 의료격차가 심화되는 상황이 여전히 발생하고 있다.

예를 들어, 17개 광역시·도별 1시간 내 의료이용률의 경우, 서울을 제외하고는 암으로 인한 1시간 내 의료이용률이 주요 타 질환 대비 낮은 수준을 보였다.

[17개 광역시·도별 1시간 내 의료이용률 (2023년 기준)]

(단위: %)

구분	암(C00~C97)	심장(I20~I51)	뇌(I60~I69)	간(K70~K76)
전국 평균	50.6	69.3	69.1	70.2
서울	87.9	88.3	84.3	87.1
부산	76.6	88.4	89.2	87.6
대구	78.6	90.3	92.4	89.9
인천	69.3	83.3	84.7	78.9
광주	73.2	90.3	90.9	91.1
대전	69.0	87.5	88.9	85.2
울산	57.9	77.7	78.6	81.6
세종	29.8	59.2	56.3	44.1
경기	62.6	73.8	75.8	73.7
강원	32.8	51.4	48.4	49.5
충북	32.7	59.7	61.7	58.3
충남	32.2	53.4	49.1	60.6
전북	40.1	60.5	60.8	69.0
전남	22.1	49.2	51.1	63.9
경북	24.3	49.1	49.4	46.9
경남	38.7	59.5	60.2	67.2
제주	32.8	56.0	53.1	58.0

주: 1. 의료이용률은 해당 지역 거주 환자의 의료이용량 중 기준시간(60분) 내 이용량 비율을 의미
 2. 괄호 안의 내용은 각 질환별 질병코드 범위를 의미
 자료: 국립암센터 제출자료

또한, 2024년을 기준으로 10대 암 수술의 자체충족률이 전국 평균 대비 높은 곳은 17개 시도 중 7개에 불과하였으며, 해당 자체충족률이 가장 높은 서울(91.8%)과 가장 낮은 경북(11.7%) 간 차이는 80.1%p에 달한 것으로 나타났다. 이와 같은 실태를 고려할 때, 지역의료 활성화 차원에서 지역완결적 암 진료·치료의 중요성이 높은 실정이다.

[10대 암 수술의 자체충족률 (2024년 기준)]

(단위: %)

구분	자체충족률	구분	자체충족률
서울	91.8	경남	50.0
대구	82.9	광주	48.7
부산	78.6	제주	48.2
울산	70.6	충남	39.4
대전	67.9	전남	33.8
인천	67.7	충북	33.8
전북	65.3	세종	19.1
경기	63.3	경북	11.7
강원	56.1	전국 평균	63.6

주: 1. 10대 암은 암 발생률 기준으로 갑상선, 대장, 폐, 유방, 위, 전립선, 간, 췌장, 담낭 및 기타 담도, 신장 순임
 2. 수술의 자체충족률은 신규암환자의 지역 내 수술 치료 비율을 의미
 자료: 국립암센터 제출자료를 바탕으로 재작성

이를 위해, 정부는 2004년부터 15개 시·도에 13개 지역암센터를 운영 중이며, 지역암센터가 원활하게 작동할 경우 수도권으로의 원정 진료를 감소시키는 데 기여할 수 있을 것으로 보인다.

[지역암센터 지정 현황 (2026년 3월 기준)]

구분	지정연월	구분	지정연월
전북(전북대병원)	2004.9.	충북(충북대병원)	2006.3.
광주전남(화순전남대병원)	2004.9.	제주(제주대병원)	2006.3.
경남(경상국립대병원)	2004.9.	인천(가천대길병원)	2011.2.
부산(부산대병원)	2005.3.	울산(울산대병원)	2011.6.
대전(충남대병원)	2005.3.	경기(아주대병원)	2011.6.
대구경북(칠곡경북대병원)	2005.3.	충남(단국대병원)	2023.2.
강원(강원대병원)	2006.3.	합계	13

자료: 국립암센터 제출자료를 바탕으로 재작성

지역암센터 지원 사업으로 보건복지부의 “국가암관리(2756-301)” 사업의 내내 역사업인 ‘지역암센터 암관리사업비’와 ‘지역암센터 장비비’가 있다. 최근 5년간 (2022~2026년) ‘지역암센터 암관리사업’은 지역암센터 1개소당 국비 1억원의 인건비 및 운영비 지원을 목적으로, 2022년 12억원에서 2023년 13억원으로 증액되었고 이후 2026년까지 13억원으로 동일한 금액이 매년 편성되고 있다. ‘지역암센터 장비비’의 경우 2024년에는 지역암센터 1개소, 2025년과 2026년에는 각각 3개소를 대상으로 한 장비비 지원예산이 편성된 바 있다.

해당 사업 이외의 지역암센터 지원 사업은 추진되고 있지 않으며, 지역암센터의 경우 암환자 진료에 따른 요양급여를 지급받는 등의 구조로 운영⁴⁷⁾되고 있다.

[지역암센터 지원 사업(암관리사업비 및 장비비) 예산 추이 (2022~2026년)]

(단위: 백만원)

구분	2022	2023	2024	2025	2026
국가암관리(2756-301)	58,309	60,618	69,484	83,570	126,640
균등한 암관리기반 구축	2,620	2,920	10,765	15,521	16,659
지역암센터 암관리사업비	1,200	1,300	1,300	1,300	1,300
지역암센터 장비비	-	-	1,500	3,600	3,600

자료: 보건복지부, 각 연도별 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)를 바탕으로 재작성

한편, 「암관리법」 제19조 등에 근거하여 지역암센터는 ‘암의 발생·예방·진단·치료 및 관리 등에 관한 조사·연구’, ‘암검진, 암환자의 진료 및 재활 등의 의료 서비스 제공’, ‘암의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육·훈련’, ‘종합계획 관련 사업 수행’ 등을 수행하도록 규정하고 있다.

이와 같은 다양한 사업을 지역암센터에서 수행하기 위해서는 현행 지원 예산 규모로는 다소간의 한계가 있을 것으로 보이므로, 지원 규모 현실화 방안 또는 지역암센터의 암치료 집중 환경 지원 방안 등을 검토할 필요가 있을 것으로 보인다.

47) 예를 들어, 위암수술이 급여 대상이고 지역암센터에서 해당 수술을 수행한 경우 국민건강보험공단에 서 해당 수가를 지급하는 구조를 들 수 있다.

〔암관리법〕 상 지역암센터 관련 주요 법조항

주요 내용
<ul style="list-style-type: none"> • 「암관리법」 제19조(지역암센터의 지정 등) <ul style="list-style-type: none"> - ① 「의료법」 제33조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있음 - ② 지역암센터 수행 사업 <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 1. 암의 발생·예방·진단·치료 및 관리 등에 관한 조사·연구 ❖ 2. 암검진, 암환자의 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공 ❖ 3. 암의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육·훈련 ❖ 4. 종합계획 관련 사업 수행 등 </div> - ③ 보건복지부장관은 지역암센터가 제2항 각 호의 사업을 하지 아니하거나 잘못 수행한 경우에는 시정을 명할 수 있음 - ④ 보건복지부장관은 지역암센터가 수행하는 사업을 정기적으로 평가하고 그 결과를 지원에 반영할 수 있음 - ⑤ 보건복지부장관은 지역암센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소할 수 있음 등 • 「암관리법」 제46조(비용 지원) <ul style="list-style-type: none"> - 국가와 지자체는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음 <ol style="list-style-type: none"> 1. 지역암센터가 제19조제2항의 사업을 하기 위하여 필요한 시설·인력 및 장비 등을 확충하는 데 드는 비용

자료: 국가법령센터 자료를 바탕으로 재작성

가. 국립대병원 전공의 충원을 격차 해소

권역 책임의료기관 역할을 담당하는 국립대병원의 경우 비수도권의 전공의 충원율이 수도권 대비 낮은 수준이고 회복세도 저조한 실정이며, 필수의료과목의 경우에도 유사한 경향이 보이는 점을 고려하여, 지역 국립대병원 개선 사업을 지속적·일관적으로 추진하되, 보건복지부로의 소관 변경을 감안하여 해당 병원의 기능 강화를 위한 구조 개선방안을 면밀히 설계·운영할 필요가 있다.

국립대병원은 인천을 제외한 16개 광역시·도에서 권역 책임의료기관 또는 지역 책임의료기관으로 지정되어 있다. 이를 고려할 때, 국립대병원의 전공의(인턴 및 레지던트) 충원은 권역 및 지역의 중점의료기관을 지속적인 운영과 질적 향상에 핵심 요인으로 작용할 수 있다.

의정갈등(2024.2.~2025.10.)에 따른 전공의 사직 및 미충원 등으로 인해 국립대병원의 전공의 정원충원율이 급감하면서 2023년에는 88.7%였던 전공의충원율이 2024년 8.9%로 급락하였으나, 의정갈등이 일부 봉합된 이후 2025년 63.9%, 2026년 72.9% 수준으로 점차 회복세를 나타내고 있는 것으로 보인다.

한편, 권역별 전공의 정원충원율을 살펴보면, 수도권 중심의 회복 경향이 두드러지고 있는 것으로 보인다. 세부적으로, 수도권의 경우에는 2023년 전공의 정원충원율이 95.8%였고 2024년 7.7%로 급락한 이후 2025년 75.2%, 2026년 93.6%로 의정갈등 이전 수준까지 회복이 이루어진 것으로 보인다.

그러나 비수도권의 경우 의정갈등이 본격화되기 이전 시기인 2023년의 경우에도 정원충원율이 수도권에 비해 저조(85.1%)하였으나, 의정갈등으로 인해 2024년 전공의 충원율이 급감(9.5%)한 이후 2025년 59.0%, 2026년 65.2%로 상승하였음에도 여전히 수도권 대비 저조한 전공의 정원충원율을 보였다.

이와 함께, 필수의료과목 등 비인기 진료과목에 대한 기피 현상과 더불어 수도권 병원 쏠림 현상이 지속되는 등 구조적인 문제도 여전히 자리잡고 있는 것으로 보이며, 해당 현상은 비수도권의 전공의 충원에 불리한 요소로 작용하고 있는 것으로 보인다.

[국립대병원 전공의 정원총원을 현황 (2023~2026년)]

(단위: 명, %)

구분	2023			2024			2025			2026			
	정원 (A)	현원 (B)	총원율 (B/A)	정원 (C)	현원 (D)	총원율 (D/C)	정원 (E)	현원 (F)	총원율 (F/E)	정원 (G)	현원 (H)	총원율 (H/G)	
수도권	소계	1,125	1,078	95.8	1,128	87	7.7	1,123	845	75.2	1,051	984	93.6
	서울대병원	827	793	95.9	829	60	7.2	821	618	75.3	761	763	100.3
	분당서울대병원	298	285	95.6	299	27	9.0	302	227	75.2	290	221	76.2
비수도권	소계	2,254	1,919	85.1	2,428	231	9.5	2,620	1,547	59.0	2,804	1,828	65.2
	강원대병원	118	101	85.6	129	16	12.4	136	77	56.6	133	90	67.7
	경북대병원	222	194	87.4	232	11	4.7	249	152	61.0	300	167	55.7
	칠곡경북대병원	115	86	74.8	133	5	3.8	143	72	50.3	178	83	46.6
	경상대병원	168	146	86.9	178	10	5.6	186	106	57.0	184	114	62.0
	창원경상대병원	48	39	81.3	60	6	10.0	67	36	53.7	69	37	53.6
	부산대병원	275	244	88.7	290	71	24.5	314	193	61.5	305	225	73.8
	양산부산대병원	196	164	83.7	214	2	0.9	233	146	62.7	229	176	76.9
	전남대병원	257	229	89.1	274	9	3.3	286	198	69.2	290	231	79.7
	화순전남대병원	80	64	80.0	88	65	73.9	96	9	9.4	91	52	57.1
	빛고을전남대병원	5	5	100.0	5	0	0.0	6	0	0.0	-	-	-
	전북대병원	223	189	84.8	237	6	2.5	261	171	65.5	268	195	72.8
	제주대병원	113	97	85.8	119	16	13.4	128	76	59.4	132	80	60.6
	충남대병원	266	218	82.0	286	6	2.1	313	201	64.2	419	246	58.7
	세종충남대병원	-	-	-	9	0	0.0	9	3	33.3	14	4	28.6
충북대병원	168	143	85.1	174	8	4.6	193	107	55.4	192	128	66.7	
합계	3,379	2,997	88.7	3,556	318	8.9	3,743	2,392	63.9	3,855	2,812	72.9	

주: 1. 각 연도말 자료 기준

2. 2026년 수치의 경우, 전남대병원과 빛고을전남대병원은 2026년 3월 기준, 서울대병원, 분당서울대병원, 경북대병원, 칠곡경북대병원, 전북대병원, 제주대병원은 2026년 4월 기준, 여타 국립대병원은 5월 기준임

3. 충북대병원의 2025년 자료는 2025년 9월 기준

4. 빛고을전남대병원의 2026년도 전공의 정원 미배정은 권역 류마티스 공공전문진료센터 기능 본원 이 전, 노인특화병원 및 임상교육훈련센터로 전환 중인 등의 기능전환에 따른 수련병원 정원 반납에 기인

5. 세종충남대병원의 2023년도 전공의 정원 미배정은 충남대병원(본원)과 세종충남대병원(본원) 간의 모자 협약에 의거하여 수련의가 본원과 본원에서 근무할 수 있어, 2023년도 세종충남대병원의 전공의 정원 수는 충남대병원(본원)에 포함됨에 기인

자료: 교육부 제출자료를 바탕으로 재작성

[2023~2025년간 국립대병원의 전공의 정원충원을 저조 요인]

구분	주요 적자 요인
서울대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 기존 전공의 사직, 기피 진료과 신규 지원 저조 등
분당서울대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정갈등으로 인한 미복귀 인원, 심장혈관흉부외과 등 지원율이 낮은 과목의 신규 지원 저조 등
강원대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 코로나 장기화로 인한 충원을 감소 추세 지속, 의정갈등으로 인한 전공의 사직 및 (일부)미복귀 발생 등
경북대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정사태로 인한 전공의 사직 및 의대졸업자 감소 등
칠곡경북대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정사태로 인한 전공의 사직 및 의대졸업자 감소 등
경상대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 전공의 미지원 및 집단사직 등
창원경상대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 전공의 미지원 및 집단사직 등
부산대 병원 및 양산부산대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 지원자 미달 및 전공의 사직 등
전남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정갈등으로 인한 집단 사직 등
화순전남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정갈등으로 인한 집단 사직 등
빛고을전남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정갈등으로 인한 집단 사직 등
전북대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 비인기 진료과 지원자 저조, 의정갈등으로 인한 전공의 지원율 저조 등
제주대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 일부 필수과목 중심 지원 부족 지속 및 수도권 수련병원과 경쟁 심화 의정갈등 장기화에 따른 전공의 대규모 사직 및 기존 수련 전공의 이탈 전공의 지원 심리 위축, 필수과 지원 감소 및 수련 지속성에 대한 불확실성 수도권 집중 현상 및 지역 정주 부담으로 일부 과목 충원 제한 등
충남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 의정갈등 인기과 및 수도권 병원 쏠림 현상 등
세종충남대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 레지던트 수련병원 미지정(2023년), 의정갈등, 인기과 및 수도권 수련병원 쏠림 등
충북대 병원	<ul style="list-style-type: none"> 필수·중증의료분야 중심의 기피현상에 따른 전공의 수급 미원할 의정사태로 인한 전공의 사직 및 미복귀 신규 의대 졸업생 및 의사 국가시험 응시자 급감에 따른 신규 유입 지연, 레지던트 공백 지속 및 필수·중증의료과목 기피 고착화 경향 등

자료: 교육부 제출자료를 바탕으로 재작성

국립대병원의 필수의료과 전공의 정원충원율을 살펴보면, 의정갈등이 본격화되기 이전인 2023년에도 수도권(95.5%)이 비수도권(75.3%) 대비 20.2%p 높았으며, 2025년에는 24.6%p, 2026년의 경우에도 35.7%p로 비수도권과 수도권과의 격차가 확대되는 양상을 보였다.

이처럼 의정갈등이 회복세를 보이는 상황에서도 수도권을 중심으로 전공의 충원이 이루어지며 권역간 격차도 확대되는 등 수도권으로의 쏠림 현상은 지속적으로 나타나고 있다.

이와 같이, 지역에서 상대적으로 의료자원의 모집이 원활하다고 평가되는 국립대병원의 경우에도 수도권 국립대병원 대비 필수의료자원 충원이 저조하다는 것은 비수도권 지역의 1차, 2차 병원의 경우에는 필수의료자원의 모집이 더욱 용이하지 못한 실정이라는 것 또한 의미할 수 있다.

관련하여, 정부는 관계부처합동으로 2026년 1월 「권역 책임의료기관 최종치료 역량 강화방안」을 발표하면서, 지역의료 격차 완화를 위해 노후화된 권역 책임의료기관의 노후화된 시설과 장비를 첨단화하여 최종치료 역량을 강화할 수 있도록, 2026년부터 서울 이외 지역의 권역 책임의료기관에 대한 차등 지원체계를 구축·시행하고자 하였다.

정리하면, 권역 책임의료기관으로 역할하고 있는 비수도권 지역 국립대병원 의료자원 확보를 위한 제도 개선의 영향이 조속히 발현될 수 있도록, 권역 책임의료기관으로 역할하고 있는 지역 국립대병원의 역량강화 제도를 지속적이고 일관성 있게 시행하는 가운데, 국립대병원 지원 사업이 2026년 8월 보건복지부로 소관이 변경될 예정인 점을 감안하여 보건복지부 차원의 국립대병원 지원 사업 집행율 개선 및 구조 개선 방안을 면밀히 설계·운영할 필요가 있다.

[국립대병원 필수의료과 전공의 정원총원을 현황 (2023~2026년)]

(단위: 명, %)

구분	2023			2024			2025			2026			
	정원 (A)	현원 (B)	총원율 (B/A)	정원 (C)	현원 (D)	총원율 (D/C)	정원 (E)	현원 (F)	총원율 (F/E)	정원 (G)	현원 (H)	총원율 (H/G)	
수도권	소계	426	407	95.5	439	18	4.1	429	306	71.3	385	332	86.2
	서울대병원	301	285	94.7	312	16	5.1	306	222	72.5	275	264	96.0
	분당서울대병원	125	122	97.6	127	2	1.6	123	84	68.3	110	68	61.8
비수도권	소계	871	656	75.3	937	72	7.7	1,006	470	46.7	1,033	522	50.5
	강원대병원	48	33	68.8	52	7	13.5	57	20	35.1	53	20	37.7
	경북대병원	84	68	81.0	88	2	2.3	95	44	46.3	105	46	43.8
	칠곡경북대병원	46	32	69.6	55	2	3.6	57	24	42.1	68	26	38.2
	경상대병원	67	52	77.6	70	6	8.6	73	33	45.2	69	33	47.8
	창원경상대병원	23	14	60.9	27	4	14.8	30	7	23.3	31	12	38.7
	부산대병원	99	75	75.8	99	1	1.0	106	51	48.1	101	62	61.4
	양산부산대병원	82	57	69.5	87	2	2.3	94	38	40.4	81	42	51.9
	전남대병원	104	84	80.8	112	7	6.3	118	74	62.7	117	75	64.1
	화순전남대병원	29	25	86.2	33	26	78.8	37	3	8.1	36	17	47.2
	전북대병원	79	60	75.9	86	2	2.3	90	56	62.2	89	58	65.2
	제주대병원	46	33	71.7	44	6	13.6	50	24	48.0	53	24	45.3
	충남대병원	94	68	72.3	105	4	3.8	110	61	55.5	139	67	48.2
	세종충남대병원	-	-	-	8	0	0.0	8	2	25.0	12	2	16.7
	충북대병원	70	55	78.6	71	3	4.2	81	33	40.7	79	38	48.1
합계	1,297	1,063	82.0	1,376	90	6.5	1,435	776	54.1	1,418	854	60.2	

주: 1. 각 연도말 자료 기준

- 2026년 수치의 경우, 전남대병원과 빛고을전남대병원은 2026년 3월 기준, 서울대병원, 분당서울대병원, 경북대병원, 칠곡경북대병원, 전북대병원, 제주대병원은 2026년 4월 기준, 여타 국립대병원은 5월 기준임
- 충북대병원의 2025년 자료는 2025년 9월 기준
- 빛고을전남대병원의 필수의료과 전공의 정원 미배정은 인턴만 수련하여 전공 구분이 없었고, 2026년 도의 경우 권역 류마티스 공공전문진료센터 기능 본원 이전, 노인특화병원 및 임상교육훈련센터로 전환 중인 등의 기능전환에 따른 수련병원 정원 반납에 기인하여 전공의 정원이 미배정되어 본 표에서 제외
- 세종충남대병원의 2023년도 필수의료과 전공의 정원 미배정은 충남대병원(본원)과 세종충남대병원(분원) 간의 모자 협약에 의거하여 수련의가 본원과 분원에서 근무할 수 있어, 2023년도 세종충남대병원의 전공의 정원 수는 충남대병원(본원)에 포함됨에 기인

자료: 교육부 제출자료를 바탕으로 재작성

나. 국립대병원 공공임상교수 및 시니어의사 채용 확충

첫째, 공공임상교수제는 지역의료 활성화와 지방 의료인력 확충에 기여할 수 있는 공공성 확보 사업이나 저조한 충원율을 보이고 있는 점을 고려하여, 신분 안정성 확보를 위한 법적·제도적 장치 강화, 순환근무 중에도 교육·연구 등 안정적인 커리어패스 구축 지원 등과 같이 공공임상교수로의 신규편입을 확대할 수 있는 방안을 검토할 필요가 있다.

교육부에서는 “국립대병원 지원(2743-301)”의 내역사업으로 ‘국립대병원 공공임상교수제 지원’을 시행하고 있다.

국립대병원 공공임상교수제는 국립대학병원에서 공공임상교수를 임용하여 소속 국립대병원에서는 임용기간의 1/2 이하를 근무하도록 하고 여타 1/2 이상의 기간 동안을 지역 거점 공공병원(지방의료원, 적십자병원 등)에서 파견근무하도록 하는 제도이다. 교육부의 ‘국립대병원 공공임상교수제 지원’ 내역사업은 해당 공공임상교수 인건비의 50%를 지원하는 것을 주요 사업 내용으로 하고 있다.

동 내역사업의 경우 최근 3년간(2023~2025년) 지원인원 미달 등으로 인해 지속적으로 예산규모가 축소된 바 있다.

이와 같은 예산규모의 축소를 통해 집행률은 상승하였으나, 2025년 집행액 규모는 전년 대비 2억원 가량 감소한 37억원 수준이었다.

[최근 3년간 국립대병원 공공임상교수제 지원 사업 집행 내역]

(단위: 백만원, %)

회계 연도	부처			사업시행주체(피출연·피보조기관 등)					
	예산			교부액	예산현액	집행액 (B)	이월액	불용액	실집행률 (B/A)
	본예산	추경(A)	집행액						
2023	19,069	19,069	3,515	3,515	3,515	3,222	-	293	16.9
2024	6,350	6,350	4,271	4,271	4,271	3,939	-	332	62.0
2025	3,940	3,940	3,779	3,779	3,779	3,707	-	72	94.1

주: 내역사업명은 2023회계연도의 경우 국립대병원 공공임상교수제 한시지원사업, 2024~2025회계연도의 경우 국립대병원 공공임상교수제 지원 사업

자료: 교육부, 각 연도별 세입세출 및 기금 결산 사업설명자료(II-1)을 바탕으로 재작성

연도별로 살펴보면, 공공임상교수제 배정인원(정원)을 2022년 150명에서 2025년 50명으로 1/3 규모로 축소하여 충원율은 같은 기간 15.3%에서 62.2%로 상승하였으나, 공공임상교수 채용인원 수는 2022년말 기준 23명에서 2025년 5월 기준 31명으로 4년여간 8명 확대되는 데 그친 것으로 나타났다.

이는 2022~2024년간의 국립대병원 공공임상교수제 지원사업 공공임상교수 채용부진, 미채용 또는 중간퇴사 등에 기인한 것으로 보인다.⁴⁸⁾

한편, 교육부는 2025년의 경우 공공임상교수제 배정인원(정원)은 50명이었으나, 2025년도 예산을 통한 지원 인원의 경우 현원 등 적정수요를 반영하여 31명으로 축소 조정한 바 있다.⁴⁹⁾ 이에, 2025년의 경우 편성된 예산을 기준으로 한 공공임상교수 지원 인원 목표는 달성되었다. 다만, 해당 목표 달성은 공공임상교수의 충원 확대에 따른 것이라기 보다는 예산상 지원 인원 규모 축소의 영향이 큰 것으로 보이므로, 향후 해당 사업이 보건복지부로 이관될 경우 공공임상교수 충원 및 유지에 대한 정책적 지원 방안을 면밀히 마련할 필요가 있다.

상기 내용을 종합하면, 국립대병원 공공임상교수제는 지역의료 활성화와 지방의료인력 확충에 기여할 수 있는 공공성 확보 사업으로, 공공임상교수 초빙 확대 및 유지를 위한 개선책 마련이 필요할 것으로 보인다.

예를 들어, 공공임상교수의 신분 안정성 확보를 위한 법적 근거를 강화⁵⁰⁾하고, 예산 편성에 따라 사업의 유지·폐지가 결정될 수 있는 등 신분상의 불안정성을 해소하며, 지방의료원 근무 중에도 교육 및 연구 등 커리어 패스 구축을 고려한 세밀한 지원체계를 마련하는 등 공공임상교수의 신규임용 및 유지를 위한 추가적인 방안을 검토할 필요가 있다.

48) 교육부, 「2026년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(II-1)」, 2025.9. 등을 바탕으로 재작성하였다.

49) 교육부, 「2026년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(II-1)」, 2025.9.

50) 이와 관련하여, 성일종위원이 대표발의한 ‘서울대학교치과병원 설치법 일부개정법률안’(의안번호 2205314), ‘국립대학치과병원 설치법 일부개정법률안’(의안번호 2205315), ‘서울대학교병원 설치법 일부개정법률안’(의안번호 2203892), ‘국립대학병원 설치법 일부개정법률안’(의안번호 2203890) 등 4개 법안에서는 공공임상교수제의 법적 근거를 마련하고자 하였으며, 해당 법안은 2026년 6월 기준으로 소관 위원회인 교육위원회에 계류 중이다.

[국립대병원 공공임상교수 배정인원(정원) 대비 채용인원 내역 (2022년~2025년 5월)]

(단위: 명, %)

구분	기준연월	배정인원 (A)	채용인원 (B)	총원율 (B/A)	지원대상 공공의료기관(진료과목)
강원대 병원	2022년말기준	18	7	38.9	영월의료원(3), 속초의료원(2), 삼척의료원(1), 강릉의료원(1)
	2023.9.기준	18	8	44.4	영월의료원(2), 속초의료원(2), 삼척의료원(1), 강릉의료원(1)
	2024.4.기준	8	4	50.0	영월의료원(2), 속초의료원(1), 삼척의료원(1)
	2025.5.기준	8	4	50.0	영월의료원(3), 속초의료원(1)
경북대 병원	2022년말기준	15	1	6.7	울진군의료원(1)
	2023.9.기준	15	2	13.3	영주적십자병원(1), 울진군의료원(1)
	2024.4.기준	4	2	50.0	영주적십자병원(1), 울진군의료원(1)
	2025.5.기준	4	2	50.0	영주적십자병원(1), 울진군의료원(1)
경상 국립대 병원	2022년말기준	14	-	0.0	-
	2023.9.기준	14	-	0.0	-
	2024.4.기준	2	-	0.0	-
	2025.5.기준	2	-	0.0	-
서울대 병원	2022년말기준	17	8	47.1	경기도의료원(이천)(3), 인천적십자병원(3), 경기도의료원(안성)(2)
	2023.9.기준	17	7	41.2	경기도의료원(이천)(2), 인천적십자병원(3), 경기도의료원(안성)(2)
	2024.4.기준	19	12	63.2	경기도의료원(이천)(2), 인천적십자병원(3), 경기도의료원(안성)(3), 경기도의료원(수원)(1), 충남서산의료원(3)
	2025.5.기준	19	11	57.9	경기도의료원(이천)(3), 인천적십자병원(4), 경기도의료원(수원)(1), 충남서산의료원(3)
전남대 병원	2022년말기준	15	-	0.0	-
	2023.9.기준	15	-	0.0	-
	2024.4.기준	2	2	100.0	강진의료원(1), 목포시의료원(1)
	2025.5.기준	2	2	100.0	강진의료원(1), 목포시의료원(1)
전북대 병원	2022년말기준	19	3	15.8	진안군의료원(3)
	2023.9.기준	19	3	15.8	진안군의료원(3)
	2024.4.기준	5	4	80.0	진안군의료원(3), 군산의료원(1)
	2025.5.기준	5	5	100.0	진안군의료원(4), 군산의료원(1)
충남대 병원	2022년말기준	15	3	20.0	공주의료원(1), 서산의료원(2)
	2023.9.기준	15	5	33.3	공주의료원(2), 서산의료원(2), 천안의료원(1)
	2024.4.기준	7	5	71.4	공주의료원(2), 서산의료원(2), 천안의료원(1)
	2025.5.기준	7	6	85.7	공주의료원(3), 서산의료원(2), 천안의료원(1)
충북대 병원	2022년말기준	15	1	6.7	청주의료원(1)
	2023.9.기준	15	1	6.7	청주의료원(1)
	2024.4.기준	3	1	33.3	청주의료원(1)
	2025.5.기준	3	1	33.3	청주의료원(1)
제주대 병원	2022년말기준	15	-	0.0	-
	2023.9.기준	15	-	0.0	-
부산대 병원	2022년말기준	7	-	0.0	-
	2023.9.기준	7	-	0.0	-
합계	2022년말기준	150	23	15.3	
	2023.9.기준	150	26	17.3	
	2024.4.기준	50	30	60.0	
	2025.5.기준	50	31	62.2	

자료: 서울대학교병원, 「공공임상교수제 시범사업 평가 및 발전방안 제언연구」, 2023.9., 김원익의원실, “2023년도 국정감사 자료(교육부 제출자료)”, 2023.10., 국회예산결산특별위원회, 「2023회계연도 결산 및 예비비지출 승인의 건 검토보고(부처별II-교육위원회)」, 2024.8. 및 교육부, 「2026년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(II-1)」, 2025.9.를 바탕으로 재작성

둘째, 시니어의사 채용지원금 지원 사업이 예산 편성 시의 채용계획을 충족하지 못하고 있는 점을 고려하여, 실태조사 등을 통한 기존 채용인력 유지·확충 방안 마련, 시니어의사 수급의 편의성·접근성 증진을 위한 플랫폼 개편 등을 검토할 필요가 있다.

‘시니어의사 채용지원금 지원’은 보건복지부의 “취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원(2750-303)”의 내내역사업으로, 지역 필수의료 분야 의사 부족 해소와 지역 의료공백 최소화를 목적으로, 시니어의사⁵¹⁾ 신규 채용과 고용 유지를 장려하려 하기 위해 기관에 지원금을 지급하는 사업이다.

‘시니어의사 채용지원금 지원’ 내내역사업의 지원대상은 서울 소재 기관 및 상급종합병원을 제외한 지방의료원, 적십자병원, 지역 책임의료기관, 보건소·보건의료원⁵²⁾ 등이 있다. 지원 유형은 크게 1형(전일제/월 1,100만원)과 2형(시간제/월 400만원)으로 구분할 수 있고, 두 유형 모두 계속 지원의 경우 12개월, 신규 지원의 경우 6개월 단위로 추진되며, 지원 인원의 경우 예산의 범위 내에서 조정할 수 있는 형태로 추진된다.

[시니어의사 지원 내역사업 예·결산 추이 (2025~2026년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2025			2026
	본예산	실집행액	실집행률	본예산
취약지 등 전문의료인력 양성 및 지원(2750-303)	4,243	3,467	81.7	16,280
시니어의사 지원	3,205	2,572	80.2	7,225
시니어의사 채용지원금 지원	3,000	2,367	78.9	7,020

자료: 보건복지부, 각 연도별 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)를 바탕으로 재작성

2025년 시니어의사 채용지원금 지원 예산을 기준으로 한 총 지원인원 110명 중 99명이 시니어의사 채용 대상으로 선정되었으며, 이 중 실제 채용으로 이어진 시니어의사는 85명⁵³⁾ 수준이었다.

51) 시니어의사는 전문의 취득 이후 대학병원종합병원급 이상 수련병원에서 10년 이상 근무경력 또는 20년 이상 임상 경력(병원급 이하 경력 포함)이 있는 60세 이상 의사를 지칭한다. 한편, 2026년부터는 시니어의사 근무경력 조건이 ‘전문 의 취득 이후 종합병원급 이상에서 10년 이상 근무경력 또는 일반의 면허 취득 이후 20년 이상 임상 경력(병원급 이하 포함)이 있는 60세 이상 의사’로 완화되었다.

52) 2026년부터 보건소·보건의료원의 경우 의료취약지 소재 기관으로 한정하지 않고 서울 소재 기관만 제외하고 있다.

53) 보건복지부에 따르면, 2025년 채용인원 85명은 예비 선정인원 중 채용인원 4명을 포함한 수치이다.

2026년의 경우에는 160명 규모의 시니어의사 채용지원금 지원 예산이 편성되었으나, 2026년 3월말 기준으로 실제 시니어의사 채용인원은 전년 대비 9명(충남 1명, 경기 1명, 전북 2명, 전남 1명 및 예비 선정인원 중 채용인원 4명⁵⁴⁾) 감소한 76명이었다. 이들 76명의 경우 2025년에 채용된 시니어의사 85명 중 계속 채용된 인원으로, 실질적인 신규 유입은 없는 것으로 나타났다.

[시니어의사 선정 및 채용 현황]

(단위: 명)

지역	지역의료기관	2025		2026	
		선정 (총 지원인원 110명 중)	채용	선정 (총 지원인원 160명 중)	채용
전국	합계	99	81+ 4(예비추가)	84	76
충남	충남 소계	21	19	19	18
	- 충남 천안의료원	2	2	2	2
	- 충남 공주의료원	4	4	4	4
	- 충남 서산의료원	4	4	4	4
	- 충남 홍성의료원	4	4	4	4
	- 서산시보건소	1	-	1	-
	- 서천군보건소	1	-	-	-
	- 홍성군보건소	1	1	-	-
	- 청양군보건의료원	2	2	2	2
	- 태안군보건의료원	2	2	2	2
강원	강원 소계	17	12	15	12
	- 강원도 원주의료원	2	2	3	3
	- 강원도 강릉의료원	2	2	1	1
	- 강원도 삼척의료원	3	2	2	2
	- 강원도 영월의료원	3	3	3	3
	- 속초시보건소	2	1	1	1
	- 영월군보건소	1	-	1	-
	- 정선군보건소	1	-	1	-
	- 고성군보건소	1	-	1	-
	- 평창군보건의료원	2	2	2	2
경북	경북 소계	17	16	16	16
	- 경북 포항의료원	2	2	3	3
	- 경북 김천의료원	2	2	2	2
	- 경북 안동의료원	2	2	1	1
	- 울진군의료원	1	1	1	1
	- 영주적십자병원	4	4	4	4
	- 상주적십자병원	3	3	3	3
	- 동국대 경주병원	2	2	2	2
- 청송군보건의료원	1	-	-	-	

54) 2025년 예비 선정인원 중 채용인원 4명은 강원도 원주의료원 1명, 경기도의료원 파주병원 1명, 경북 포항의료원 1명, 충남 공주의료원 1명이다.

(단위: 명)

지역	지역의료기관	2025		2026	
		선정 (총 지원인원 110명 중)	채용	선정 (총 지원인원 160명 중)	채용
경기	경기 소계	15	14	13	13
	- 경기도의료원 수원병원	2	2	1	1
	- 성남시의료원	1	1	1	1
	- 경기도의료원 의정부병원	2	2	1	1
	- 경기도의료원 파주병원	2	2	3	3
	- 경기도의료원 이천병원	2	2	2	2
	- 경기도의료원 안성병원	1	1	1	1
	- 경기도의료원 포천병원	2	2	2	2
	- 국민건강보험공단 일산병원	1	1	1	1
	- 이천시보건소	1	1	1	1
	- 연천군보건의료원	1	-	-	-
전북	전북 소계	13	10	9	8
	- 전북 군산의료원	2	2	2	2
	- 전북 남원의료원	3	3	2	2
	- 정읍아산병원	1	1	1	1
	- 정읍시보건소	1	1	1	1
	- 남원시보건소	1	-	1	-
	- 부안군보건소	2	1	1	1
	- 장수군보건의료원	1	1	1	1
	- 임실군보건의료원	1	1	-	-
	- 순창군보건의료원	1	-	-	-
전남	전남 소계	6	3	5	2
	- 전남 강진의료원	1	1	1	1
	- 해남군보건소	1	-	1	1
	- 영암군보건소	1	-	1	-
	- 진도군보건소	1	1	-	-
	- 신안군보건소	1	-	1	-
	- 구례군보건의료원	1	1	1	-
충북	충북 소계	3	2	2	2
	- 충북 충주의료원	2	2	2	2
	- 단양군보건의료원	1	-	-	-
경남	경남 소계	3	1	1	1
	- 경남 마산의료원	1	-	-	-
	- 통영적십자병원	1	-	-	-
	- 거창적십자병원	1	1	1	1
부산	부산 소계	2	2	2	2
	- 부산광역시의료원	2	2	2	2
제주	제주 소계	2	2	2	2
	- 제주도 서귀포의료원	2	2	2	2

주: 1. 2026년은 3월말 기준

2. 2025년의 경우 예비 선정인원 중 채용인원 4명은 제외한 수치임. 이를 포함할 때 총 채용인원은 85명임

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

한편, 보건복지부는 시니어의사들을 지역의료기관과 매칭하는 플랫폼인 ‘닥터링크(DoctorLink)’⁵⁵⁾를 시니어의사지원센터에서 운영하고 있다.

[닥터링크(DoctorLink) 주요 기능]

주요 기능	내용
인력 풀 구축	은퇴했거나 은퇴를 앞둔 시니어의사들의 데이터를 체계적으로 관리하여 필요시 적합한 정보를 제공받을 수 있도록 지원
맞춤형 채용정보 제공	시니어의사 개인의 경력, 전문 분야, 근무조건 등을 고려하여 맞춤형 채용공고 제공
매칭 서비스	시니어의사와 지역의료기관의 요구를 파악하여, 양측이 만족할 수 있는 최적의 매칭 제공
교육 프로그램 안내	시니어의사들이 지역의료기관에 원활하게 적응할 수 있도록 다양한 임상 교육 프로그램 정보 제공

자료: 닥터링크 홈페이지 자료를 바탕으로 재작성

보건복지부에 따르면, 2025년부터 2026년 3월간 닥터링크 가입 의사 수는 272명, 채용공고 건수는 197건이었으나, 닥터링크를 통해 매칭된 실적은 플랫폼 기능상 한계로 매칭 여부 관리가 미흡한 실정이다.

상기 사항을 고려하여, 실태조사 등을 통한 기존 채용인력 유지·확충 방안 마련, 시니어의사 수급의 편의성·접근성 증진을 위한 닥터링크 플랫폼 개편 등을 검토할 필요가 있다.

55) 닥터링크의 주요 기능으로는 시니어의사 인력 풀 구축, 맞춤형 채용정보 제공, 매칭서비스, 교육프로그램 정보 제공 등이 있다.

다. 외상센터 전담 전문의 확보 및 유지

첫째, 예방 가능한 외상 사망률은 감소세를 보이고 있으나 지역 간 격차는 확대되는 경향을 보이고 있고, 외상학 세부 전문의의 자격갱신율과 신규 편입 인원이 감소세를 보이고 있으며, 권역외상센터별 전담 전문의가 목표(계획)에 미달하는 등의 문제가 나타나고 있다.

‘예방 가능한 외상 사망률’은 외상으로 사망한 환자 중 적절한 시간 내에 적절한 치료가 제공되었다면 생존 가능성이 있었을 것으로 판단되는 사망자의 비율로, 외상진료체계의 접근성·적시성·전문성을 종합적으로 평가하는 주요 지표이다.⁵⁶⁾

2015~2023년간 권역별로 예방 가능한 외상 사망률을 살펴보면, 전국 기준으로 지속적인 감소세를 보였다. 주요 권역별로도 대체적으로 감소하는 경향을 보였으며, 대전·충청·강원·세종과 광주·전라·제주 권역에서는 2019년 대비 2021년 수치가 악화되었다가 2023년에는 2019년보다 낮은 수준으로 다시 감소하였다.

그러나 각 연도의 권역 간에 예방 가능한 외상 사망률 격차는 조사가 개시된 2015년에는 해당 사망률의 최소 대비 최대 권역간 배율이 1.6배였으나 2023년에는 2.2배로 2015~2023년간 가장 높은 격차를 보이는 등 예방 가능한 외상 사망률과 관련한 지역 간 격차 완화의 필요성이 확대될 것으로 보인다.

[5개 권역별 예방 가능 외상 사망률 추이]

(단위: %, 배)

구분	2015	2017	2019	2021	2023
전국	30.5	19.9	15.7	13.9	9.1
서울	30.8	30.2	20.4	12.0	7.8
경기·인천	27.4	16.7	13.1	10.0	6.4
대전·충청·강원·세종	26.0	15.0	14.7	16.0	7.9
광주·전라·제주	40.7	25.9	17.1	21.3	14.3
부산·대구·울산·경상	29.4	16.0	15.5	13.5	11.4
최고/최저	1.6	2.0	1.6	2.1	2.2

주: 자료제출율이 낮은 지역(광주 57.1%, 부산 60.9%, 서울 73.8%, 대구 및 전남 각각 75.0% 등)의 경우 예방 가능한 외상 사망률이 실제보다 낮게 평가되었을 가능성 존재

자료: 보건복지부, 「2015년 30.5%에서 2023년 9.1%로 예방 가능한 외상 사망률 꾸준한 감소 추세, 2026.1.

56) 보건복지부는 2015년부터 2년 주기로 전국 단위 조사연구를 실시하고 있으며, 2026년 1월 보건복지부에서 발표한 조사연구는 2023년 외상 사망 통계에 대한 데이터 분석과 함께 305개 병원(권역 외상센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)의 1,294개 외상 사망 사례 표본을 대상으로 실시되었다. (자료: 보건복지부, 「2015년 30.5%에서 2023년 9.1%로 예방 가능한 외상 사망률 꾸준한 감소 추세, 2026.1.)

한편, 외상학 세부 전문의 규모와 자격갱신을 추이를 살펴보면, 2025년 기준 외상학 세부 전문의 수는 384명이며, 연간 신규 편입인원은 감소세를 보였다. 더불어, 2011년 도입된 외상학 세부 전문의 자격제도(57)를 통한 2025년 갱신율은 2011년 제도 도입 이후 최저치인 21.4% 수준으로 나타났다. 이를 고려하면, 외상학 전문의 규모의 확대가 원활히 이루어지지 못하는 것으로 보인다.

[외상학 세부 전문의 연도별 배출내역 및 자격 갱신율 (2021~2025년)]

(단위: 명, %)

구분		2021	2022	2023	2024	2025
외상학 세부 전문의 수	누적	311	335	351	371	384
	신규 편입	15	24	16	20	13
외상학 세부 전문의 자격	자격갱신 대상자 수(A)	88	115	80	113	56
	실제 자격갱신자 수(B)	27	31	35	46	12
	B/A	30.7	27.0	43.8	40.7	21.4

자료: 보건복지부

더불어, 지역별 권역외상센터의 전담 전문의 규모를 살펴보면, 2021~2025년 간 17개 권역외상센터의 전담 전문의 수는 2021년 197명에서 2025년 184명으로 전반적으로 감소세를 보였다.⁵⁸⁾

이와 함께, 같은 기간 동안 17개 권역외상센터 중 10~14개 센터가 전담 전문의 채용 계획을 충족하지 못한 것으로 보인다. 이 중 전남·부산·전북 등 3개 권역외상센터의 경우 해당 5년간 실적이 계획에 미달하였으며, 강원·광주·대전·충북·경북·제주·경남 등 7개 권역외상센터는 같은 기간 중 4년간 계획(목표)을 달성하지 못한 것으로 나타났다.⁵⁹⁾

57) 외상학 세부 전문의 자격은 5년마다 갱신해야 함. 대한외상학회 보수 교육을 1회 이상 수강하고, 학술 대회 참석 등으로 일정 학점을 이수해야 자격을 유지(갱신)할 수 있다.

58) 한편, 2021~2025년간 권역외상센터 전담 전문의 충원율(권역외상센터 전담 전문의 계획 대비 실적)은 계획 인원 감소에 따라 2021년 85.7%에서 2025년 89.3%로 증가세를 보였다.

59) 보건복지부에 따르면, 계획 대비 실적이 많은 경우는 실적이 해당 연도 12월 말 기준 인원으로 실 인원과 상이할 수 있어 계획 대비 실적이 많아 보이는 경우도 있을 수 있고, 국고 지원 이외에 병원에서 자부담하는 전담전문의 수도 실적에 포함되어 병원이 지원받은 예산 이외에 자부담으로 전담전문의를 뽑았을 경우가 있을 수 있다고 설명하고 있다.

[권역외상센터별 전담 전문의 운영 내역]

(단위: 명)

구분	기관명	최종지정시점	2021		2022		2023		2024		2025	
			계획	실적	계획	실적	계획	실적	계획	실적	계획	실적
전남	목포한국병원	2014.2.21.	11	7	11	6	10	5	7	5	6	5
인천	가천대길병원	2014.7.21.	16	16	16	16	18	17	18	20	21	21
충남	단국대병원	2014.11.13.	13	12	13	12	13	14	15	13	13	13
강원	연세대원주 기독교병원	2015.2.12.	18	16	17	16	17	11	12	8	7	7
울산	울산대병원	2015.9.17.	12	13	13	14	14	14	15	14	15	12
광주	전남대병원	2015.9.22.	11	13	13	12	14	12	14	13	13	9
부산	부산대병원	2015.11.9.	27	19	25	19	22	17	19	16	20	18
대전	을지대병원	2015.11.24.	8	6	7	6	7	7	8	7	8	7
경기 남부	아주대병원	2016.6.13.	22	23	21	18	19	19	19	21	21	23
충북	충북대병원	2017.12.28.	11	11	13	11	13	12	14	12	14	10
경기 북부	의정부 성모병원	2018.5.11.	11	9	12	13	12	11	13	8	10	8
대구	경북대병원	2018.9.20.	15	9	11	8	9	10	10	8	9	10
경북	의료법인 안동병원	2018.7.16.	12	8	11	8	10	9	10	9	10	10
전북	원광대병원	2019.10.31.	12	9	11	5	8	4	6	4	5	3
제주	제주 한라병원	2020.3.23.	19	17	19	16	19	15	15	17	17	13
서울	국립중앙 의료원	2023.7.21.	6	7	8	5	8	7	8	7	10	12
경남	경상대병원	2023.12.29.	6	2	6	3	6	5	6	5	7	3
합계			230	197	227	188	219	189	209	187	206	184

주: 연도별 실적은 각 연도의 12월말 기준임
 자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

둘째, **현행 중증외상 전문진료체계 구축 사업의 경우 사실상 중증외상을 지원 하는 유일한 사업이나, 권역외상센터별로 인건비를 지원하는 형태로 운영되고 있어 사실상 전담전문의·간호사·외상코디 등 권역외상센터 구성원의 업무강도에 따라 인센티브가 지원되는 구조는 아닌 것으로 보이므로, 중증응급의료 현장의 최전선에 있는 권역외상센터 구성원들에 대한 추가적인 처우개선 방안을 검토할 필요가 있다.**

응급의료기금을 재원으로 하는 보건복지부의 “중증외상 전문진료체계 구축(2833-317)” 세부사업은 권역외상센터를 지원하는 사실상 유일한 사업으로, 권역외상센터를 대상으로 한 기관별 인건비 지원 중심의 사업체계로 운영되고 있어, 국가가 권역외상센터 운영 병원(기관)의 인건비를 대신 지급하는 구조로 볼 수 있다.

「중증외상 전문진료체계 구축」 내역사업별 주요 사업 목적 및 내용

구분	주요 사업 목적 및 내용
권역외상센터 운영지원	365일 24시간 중증외상환자에게 병원 도착과 함께 전문의 협진, 신속조치 등 최적 치료를 제공하기 위해 전국의 17개 권역외상센터를 대상으로 권역외상센터 전담인력 인건비, 평가에 따른 보조금, 외상체계팀 운영비 등을 지원
외상학 전문인력 양성	중증외상환자를 전담하는 전문인력 수요 증가에 대비하기 위해 수련 전문의를 대상으로 인력 양성 지원
외과계 전공의 등 전문외상교육	외상 관련 교육의 활성화와 지속적인 질 개선을 위해 양질의 교육 프로그램을 발굴하고, 인증된 교육프로그램 수료자에게 교육경비 지원
권역외상센터 설치지원	전국에 권역외상센터를 설치하여 중증외상환자에게 전국 어디서나 24시간 병원도착 즉시 응급수술 등 최적의 치료를 제공하기 위해 선정된 권역외상센터를 대상으로 시설·장비비 지원

자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.를 바탕으로 재작성

2025년과 2026년간 “중증외상 전문진료체계 구축(2833-317)” 세부사업 중 예산비중이 가장 높은 ‘권역외상센터 운영지원’은 두 연도 각각 628억 2,600만원으로, 2025년 비중은 93.1%, 2026년은 76.1%로 가장 예산 규모가 컸다.

이 중에서도 인건비 비중이 가장 컸으며 2025년과 2026년 각 연도의 인건비 비중은 69.4%(468억원 규모), 2026년 56.7%(468억원 규모)로 전체 세부사업 예산의 절반 이상을 차지하고 있다.⁶⁰⁾ 세부적으로, 권역외상센터 구성원별 인건비는 의

60) 이외에도, ‘권역외상센터 운영지원’ 내역사업에 당직비 및 교육훈련비 등, 외상팀 운영비와 평가보조금이 편성되어 있으나, 본문에서는 “중증외상 전문진료체계 구축(2833-317)” 세부사업 중 가장 높

사 1인당 1억 6,000만원, 간호사 1인당 4,220만원, 외상코디 1인당 5,250만원이 지원된다.

[중증외상 전문진료체계 구축 사업의 내역사업별 예산 편성 내역 (2025~2026년)]

구분	2025년 산출내역	2026년 산출내역
전체	67,508백만원 (계획현액 기준)	82,600백만원 (본예산 기준)
권역외상 센터 운영지원	<input type="checkbox"/> 인건비: 46,830백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 의사 210명×160백만원 • 간호사 250명×42.2백만원 • 외상코디 51명×52.5백만원 <input type="checkbox"/> 운영비: 11,526백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 당직비 540백만원×17개소 • 교육훈련비 등 138백만원×17개소 <input type="checkbox"/> 평가보조금: 4,000백만원 <ul style="list-style-type: none"> • A등급 500백만원×4개소 • B등급 200백만원×10개소 <input type="checkbox"/> 외상팀 운영비: 470백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 연구용역비 70백만원+홍보비 200백만원+운영비 200백만원 	<input type="checkbox"/> 인건비: 46,830백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 의사 210명×160백만원 • 간호사 250명×42.2백만원 • 외상코디 51명×52.5백만원 <input type="checkbox"/> 운영비: 11,526백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 당직비 540백만원×17개소 • 교육훈련비 등 138백만원×17개소 <input type="checkbox"/> 평가보조금: 4,000백만원 <ul style="list-style-type: none"> • A등급 500백만원×4개소 • B등급 200백만원×10개소 <input type="checkbox"/> 외상팀 운영비: 470백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 연구용역비 70백만원+홍보비 200백만원+운영비 200백만원
외상학 전문인력 양성	<input type="checkbox"/> 수련전문의: 868만원 <ul style="list-style-type: none"> • 124백만원×7명 ※기준에는 미편성 → 기금변경을 통해 868백만원으로 증액	<input type="checkbox"/> 지도의사: 320백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 160백만원×2명 <input type="checkbox"/> 수련전문의: 620백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 124백만원×5명
권역외상 센터 설치지원	<input type="checkbox"/> 중앙외상센터 신축·이전: 246백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 설계비 244, 시설부대비 2백만원 <input type="checkbox"/> 권역외상센터 노후장비 교체: 3,200백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 8개소×400백만원 	<input type="checkbox"/> 중앙외상센터 신축·이전: 2,606백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 공사비 2,387, 설계비 171, 감리비 33, 시설부대비 15백만원 <input type="checkbox"/> 권역외상센터 노후장비 교체: 400백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 1개소×400백만원 <input type="checkbox"/> 거점권역외상센터 지원: 15,420백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 2개소×10,920백만원×50% • 2개소×4,500백만원×50%
사업 관리비	<input type="checkbox"/> 98백만원	<input type="checkbox"/> 408백만원 <ul style="list-style-type: none"> • 전년 대비 일반연구비 310백만원 증액

자료: 보건복지부, 「2026년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)」, 2025.12.

은 비중을 차지하는 인건비를 중심으로 기술하였다.

중증외상 분야의 경우 중증도·난이도·응급도가 높은 사례가 많다는 점을 고려할 때, 민간병원(기관)만으로 운영하는데 현실적인 한계가 있을 것으로 보이므로, 국가의 지원이 필수불가결한 분야로 판단된다.

이에, 정부는 권역외상센터 설치·운영을 위한 투자비용으로 2012~2023년간 약 6,717억원으로 추계한 바 있으며, 중증외상 진료체계 구축을 위한 비용 대비 편익도 5.21~29.11로 중증외상 진료체계 투자 대비 편익이 큰 것으로 발표한 바 있다.⁶¹⁾

그럼에도, 앞서 살펴본 바와 같이, 권역외상센터의 전담 전문의 수는 감소세를 보이고 있으며, 2024년 2월경 의정 갈등이 본격화되기 이전 기간인 2021~2023년 간 권역외상센터의 전담 전문의 1인당 환자 수도 3,606명에서 3,796명으로 확대되는 경향을 보였다.⁶²⁾

한편, 2021~2024년의 권역외상센터 간 연간 전담 전문의 1인당 환자 수를 살펴보면, 2021년의 경우 전담 전문의 1인당 환자 수가 가장 많았던 경남권역(경상대학교병원)과 가장 적은 서울권역(국립중앙의료원) 간 차이는 514명에 달하였다. 2022년의 경우 권역외상센터 전담 전문의 1인당 환자 수가 가장 많은 전북(원광대학교병원)과 부산(부산대학교병원) 간 편차는 281명, 2023년에는 390명 규모였다. 2024년의 경우 전담 전문의 1인당 환자 수가 가장 많은 전남(목포한국병원)과 충북(충북대학교병원) 간 차이는 321명 수준이었다.

또한, 2021~2024년간 울산대학교병원, 부산대학교병원, 충북대학교병원의 전담 전문의 1인당 환자 수가 타 기관 대비 낮은 수준을 보였다.

다만, 권역외상센터에 환자 수가 적다는 것은 해당 권역에 절대적인 중증외상 환자 수 자체가 적다는 것을 의미하는 것일 수도 있으므로, 부정적인 신호로만 해석하는 데는 유의할 필요가 있다.

61) 보건복지부, 「2015년 30.5%에서 2023년 9.1%로 예방 가능한 외상 사망률 꾸준한 감소 추세」, 2026.1.

62) 보건복지부에 따르면, 2024년의 경우 전년 대비 권역외상센터 전담 전문의 1인당 환자 수가 감소하였는데, 이는 의정갈등으로 인해 비상대응체계를 운영하는 기간 동안 전공의 인력으로 상당 부분 운영되던 상급종합병원이 신규(응급)외상 환자를 받기 어려웠던 상황과 더불어, 비상진료대책에 따라 119 구급대로 하여금 경증외상환자를 지역 병의원으로 우선 이송하도록 지침을 운영하여 권역외상센터로 내원하는 경증 외상환자 수가 감소한 데 기인한 것으로 설명하고 있다.

또한, 해당 기간에 권역외상센터 전담 전문의가 비외상 응급환자의 진료를 볼 수 있도록 한시적으로 허용한 점도 전담 전문의 1인당 외상환자 수 감소에 기여한 것으로 설명하고 있다.

그러나 권역외상센터별 전담 전문의 1인당 환자 수 편차가 큰 상황임에도 불구하고, 권역외상센터별 구성원들에게 동일한 수준의 지원을 한다는 것은 중증응급의료의 최전선에 있는 권역외상센터 구성원들의 사기를 저하할 우려도 있을 것으로 보인다.

[권역외상센터별 전담 전문의 1인당 환자 수 현황]

(단위: 명)

구분	기관명	전담 전문의 1인당 환자 수			
		2021	2022	2023	2024
전남(목포시)	목포한국병원	275	333	441	379
인천	가천대길병원	169	155	169	102
충남(천안시)	단국대병원	199	213	165	106
강원(원주시)	연세대원주기독병원	140	130	187	212
울산	울산대학교병원	124	110	105	65
광주	전남대학교병원	133	132	148	85
부산	부산대학교병원	88	91	94	70
대전	을지대학교병원	338	354	302	189
경기남부(수원시)	아주대학교병원	134	193	206	166
충북(청주시)	충북대학교병원	90	118	111	58
경기북부(의정부시)	의정부성모병원	357	279	341	305
대구	경북대학교병원	239	277	293	158
경북(안동시)	의료법인안동병원	348	323	236	314
전북(익산시)	원광대학교병원	217	372	484	252
제주	제주한라병원	104	135	150	114
서울	국립중앙의료원	68	157	133	140
경남(진주시)	경상대학교병원	582	312	231	142
전체(합계)		3,606	3,683	3,796	2,859
평균		212	217	223	168
최대 최소 편차(최대-최소)		514	281	390	321

자료: 보건복지부 제출자료

현행 권역외상센터 운영구조 하에서는, 국비 지원과는 별개로 중증외상환자 진료 시 건강보험을 통해 중증도에 따라 수가 상 가산(차등)을 통한 보상체제로 운영되고 있다. 예를 들어, 권역외상센터 전문의 진찰료, 외상환자 관리료, 검사료 및 영상진단·방사선치료료, 마취료 및 처치료·수술료의 경우 ISS(Injury Severity Score, 손상중증도점수)에 따라 수가의 100~150% 수준의 가산을 지급하고 있다.

한편, 수가 이외에 환자 수 또는 중증도에 따른 인센티브 제공체계는 운영되지 않고 있다.⁶³⁾

63) 보건복지부에 따르면, 권역외상센터 평가 시 중증외상환자 수를 평가에 반영하고 있으며, 평가 결과에 따라 센터별 보조금이 차등지급(A등급 5억원, B등급 2억원)되는 체계는 운영되고 있다.

종합하면, 현행 중증외상 전문진료체계 구축 사업의 경우 사실상 중증외상을 지원하는 유일한 사업이나, 권역외상센터별로 인건비를 지원하는 형태로 운영되고 있어 사실상 전담전문의·간호사·외상코디 등 권역외상센터 구성원의 업무강도에 따라 인센티브가 지원되는 구조는 아닌 것으로 보이므로, 권역외상센터 구성원들에게 인건비 외의 인센티브를 지급할 수 있는 제도를 마련하는 등 추가적인 처우개선 방안을 검토할 필요가 있다.

셋째, 중증외상 치명률은 감소세를 보이고 있으나 2024년 기준 장애율은 74.9%에 이르는 등 중증외상 환자의 후유 장애 재활시스템과 연계할 필요가 있다.

질병관리청의 「2024 중증손상 및 다수사상조사 통계」(2025.12.)에 따르면, 중증외상환자의 치명률(사망)은 2016년 60.5%에서 2024년 54.7%로 감소하였다.

한편, 중증장애율은 2016년 29.3%에서 2022년 23.8%로 감소하였다가 2024년 30.8%로 증가하였으며, 장애율도 유사한 경향을 보였다.

[중증외상환자 치명률, 중증장애율 및 장애율 추이]

구분	2016	2018	2020	2022	2024
중증외상 치명률	60.5	55.3	54.5	56.3	54.7
중증장애율	29.3	29.0	25.4	23.8	30.8
장애율	62.8	64.9	62.8	67.3	74.9

(단위: %)

- 주: 1. 중증외상 치명률: 중증외상 환자 중 사망한 환자의 비율
 2. 중증장애율: 생존환자 중 퇴원시 글라스고우 장애척도(Glasgow Outcome Scale, GOS)로 평가된 활동장애 정도가 식물인간, 중증장애인 분류
 3. 장애율: 생존환자 중 퇴원시 글라스고우 장애척도로 평가된 활동장애 정도가 식물인간, 중증장애, 중등도장애인 분류

자료: 질병관리청, 「2024 중증손상 및 다수사상조사 통계」, 2025.12.를 바탕으로 작성성

이를 고려할 때, 중증외상환자의 적시 진료 및 처리뿐만 아니라, 중증외상으로 인해 발생한 후유 장애를 관리하고 원활한 재활이 이루어질 수 있도록 하는 지원체계도 병행하여 운영할 필요가 있다.

라. 공중보건의 충원을 위한 제도 개편

첫째, 공중보건의 신규 편입 인원 감소에 따라 전체 복무 인원이 급감하여 공중보건의 미배치 보건지소 수가 확대될 것으로 예상되며, 현역병으로 입대하는 의대생 수가 급증하고 있어 전체 공중보건의 복무 인원이 감소세가 당분간 지속될 것이라는 전망도 존재한다.

공중보건의사(이하, 공중보건의)는 의사·치과의사 또는 한의사 자격을 가진 사람으로서 「병역법」과 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서 규정하는 공중보건업무에 복무하는 임기제공무원을 지칭한다.⁶⁴⁾

「병역법」 제34조제2항과 제3항에서는 공중보건의사로 편입될 경우 해당 분야에 3년간 복무하여야 하며, 군사교육소집 기간은 복무기간이 산입하지 않도록 규정하고 있다.

[공중보건의 편입 관련 주요 내용]

구분	주요 내용
신분	• 의사·치과의사 또는 한의사 자격을 가진 사람으로서 「병역법」과 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서 규정하는 공중보건업무에 복무하는 임기제공무원
의무복무	• 공중보건의로 3년간 복무 (군사교육소집 기간은 복무기간 불산입)
제도개요	• 의사·치과의사 또는 한의사 자격이 있는 사람으로서 현역 의무장교의 필요인원을 충원하고 남은 사람을 원에 의하여 보충역에 편입시켜 공중보건업무에 3년간 종사하게 한 후 사회복무요원의 복무를 이행한(마친) 것으로 보는 제도
편입대상	• 현역병입영대상자로서 의무분야 현역장교 병적에 편입을 지원하였으나 편입이 되지 아니한 사람 • 의무사관후보생의 병적에 편입된 사람으로서 의무분야 현역장교의 병적에 편입되지 아니한 사람 • 사회복무요원소집대상자로서 보충역에 해당하는 사람
편입절차	• 의무사관후보생: 의무분야 현역장교에 편입되지 않는 경우 공중보건의사에 지원한 것으로 간주하므로 별도 지원 불요

자료: 병무청 홈페이지의 '병역이행안내 - 공중보건의사, 병역판정검사전담의사'를 바탕으로 재작성

64) 「병역법」

제2조(정의 등) ① 이 법에서 사용되는 용어의 뜻은 다음과 같다.

11. “공중보건의사”란 의사·치과의사 또는 한의사 자격을 가진 사람으로서 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서 정하는 바에 따라 공중보건업무에 복무하는 사람을 말한다.

「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “공중보건의사”란 공중보건업무에 종사하게 하기 위하여 「병역법」 제34조제1항에 따라 공중보건의사에 편입된 의사·치과의사 또는 한의사로서 보건복지부장관으로부터 공중보건업무에 종사할 것을 명령받은 사람을 말한다.

최근 10년간(2017~2026년) 공중보건의 전체 복무 인원을 살펴보면, 2026년의 경우 2017년 대비 55.2%(1,995명) 수준으로 감소하였다. 또한, 같은 기간 공중보건의로 신규 편입된 인원도 40.4% 수준으로 급감한 것으로 나타났으며, 충원율의 경우에도 2017년 96.9%에서 2026년 65.9%로 전반적인 감소세를 보였다.⁶⁵⁾

[최근 10년간 공중보건의 현황 (2017~2026년)]

(단위: 명, %)

구분	2017	2019	2021	2023	2025	2026
필요인원(A)	1,412	1,489	1,182	1,484	784	839
편입인원(B)	1,368	1,211	1,035	1,114	743	553
- 충원율(B/A)	96.9	81.3	87.6	75.1	94.8	65.9
복무인원(C)	3,614	3,539	3,524	3,172	2,548	1,995

- 주: 1. 2026년은 5월 기준 자료임
 2. 필요인원: 소관부처에서 요청한 당해연도 신규 편입 수요인원
 3. 편입인원: 해당연도 신규 편입인원
 4. 충원율: 해당연도 필요인원 대비 신규 편입인원 비중
 5. 복무인원: 연도말 기준 복무 중인 전체인원

자료: 병무청 제출자료

다만, 의대생의 현역병 입영인원이 2018년 66명에서 2025년 2,895명으로 급증하고 있다는 점을 고려할 때, 해당 추세가 지속될 경우 공중보건의 편입 인원 회복이 용이하지 않을 수 있다. 2018~2025년간 의대생의 현역병 입영자 수를 살펴보면, 대체적으로 현역병의 복무기간⁶⁶⁾이 가장 짧은 육군이 70.6~93.7%로 가장 높은 비중을 보였다.

65) 보건복지부는 읍·면 단위 공중보건의 미배치 보건지소 수는 2025년 730개소에서 2026년 1,023개소로 증가하였으며, 2027년에는 1,083개소까지 확대될 것으로 전망하고 있다. 또한, 보건복지부는 향후 의과 공중보건의 규모를 전망하면서 2027년은 신규 편입 규모가 100명 미만으로 예측되어 전체 복무 인원은 400~500명대 규모로 감소할 것으로 전망하고 있으며, 2028~2031년 전체 복무인원은 300~500명대, 2032~2033년에는 1,000명대 이상으로 회복될 것으로 예상하고 있다. (자료: 보건복지부, 「전공의 수련 공백 등으로 인해 올해 공중보건의사 급감, 농촌 지역 의료 공백 최소화 에 총력」 및 「공보의 감소 등에 따른 지역보건의료 대응방안」, 2026.3.)

66) 국방부는 2018년 9월 발표한 「국방개혁 2.0」에 따라 2018년 10월 1일 전역자부터 단계적으로 병 복무기간을 단축하였으며, 2026년 현재 육군과 해병대는 각 18개월, 해군은 20개월, 공군은 21개월의 복무기간으로 운영되고 있다. (자료: 국방부, 「2018년 10월 1일 전역자부터 병 복무기간 단축 시행」, 2018.9. 등을 바탕으로 재작성)

[의대생 현역병 입영자 수 현황 (2018~2025년)]

(단위: 명, %)

구분		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
의대생의 현역병 입영자 수	전체	66 (100.0)	94 (100.0)	122 (100.0)	189 (100.0)	170 (100.0)	249 (100.0)	1,324 (100.0)	2,895 (100.0)
	- 육군	59 (89.4)	86 (91.5)	114 (93.4)	174 (92.1)	156 (91.8)	229 (92.0)	1,241 (93.7)	2,043 (70.6)
	- 공군	5 (7.6)	8 (8.5)	5 (4.1)	12 (6.3)	10 (5.9)	18 (7.2)	50 (3.8)	765 (26.4)
	- 해군	2 (3.0)	0 (0.0)	3 (2.5)	2 (1.1)	2 (1.2)	1 (0.4)	13 (1.0)	62 (2.1)
	- 해병대	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	2 (1.2)	1 (0.4)	20 (1.5)	25 (0.9)

주: 괄호 안의 수치는 각 연도의 전체 대비 군종별 비중을 의미

자료: 병무청 제출자료를 바탕으로 작성됨

또한, 지역의사제를 통해 실제 의사인력이 배출된다 하더라도, 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률」에서 지역의사제를 통해 선발·배출된 지역의사의 공중보건의 복무 관련 규정이 명확하지 않은 점을 고려할 때, 공중보건의 규모가 이전 수준으로 회복될지 예측하기가 어려울 것으로 보인다.

둘째, 의대생의 공중보건의 편입 감소에 대한 주요 요인으로 현역병에 비해 상대적으로 긴 복무기간, 병 급여인상 등이 지목되고 있다.

국방부와 병무청에서는 의대생이 현역병으로 입영하는 주요 사유로 현역병에 비해 상대적으로 긴 의무장교의 복무기간, 현역병 임금인상 등에 따른 것으로 추정하고 있다.⁶⁷⁾

관련하여, 최근 수행된 의과대학생 대상 군의관·공중보건의 지원을 감소 원인과 지원을 향상을 위한 유인책에 대한 설문 결과에서도 이와 유사한 응답이 이루어진 바 있다. 설문 결과를 살펴보면, 가장 높은 응답률을 보인 설문 항목은 복무기간 관련 응답이었다. 세부적으로, 의과대학생 2,469명이 응답한 지원을 감소 원인 설문의 경우 '사병에 비하여 상대적으로 긴 복무기간'이 99.0%, 지원을 향상 유인책 설문의 경우 '복무 기간 단축'이 97.7%의 응답률을 보였다.

67) 국방부 및 병무청 제출자료

[의과대학생 대상 군의관·공중보건의 지원을 감소 원인 및 지원을 향상을 위한 유인책 설문 결과
(단위: 명, %)]

구분		명	비율
지원을 감소 원인 설문 결과	사병에 비하여 상대적으로 긴 복무기간	2,445	99.0
	개선되지 않는 처우(급여, 생활환경 등)	1,452	58.8
	진료 관련 법적 책임 부담	675	27.3
	과중한 업무 부담	576	23.3
	일반의/군의관 병행 선발 (2022년 개정)	549	22.2
지원을 향상 유인책 설문 결과	복무 기간 단축	2,412	97.7
	급여 인상, 생활관 리모델링 등 처우 개선	1,287	52.1
	진료 관련 법적 책임 완화	765	31.0
	군의관/공보의 별도 지원	680	27.5
	법제화를 통한 신분 상태 개선	621	25.2
	업무 부담 조정	593	24.0
	지원 대상자 확대(의대정원 확대, 여성인력 등)	388	15.7
	민간의료기관과 의료전달체계 통폐합	271	11.0

주: 설문응답자 수는 각 문항당 2,469명. 복수응답 가능

자료: 의료정책연구원 「의과 공중보건의사 감소 대책 및 복무기간 단축 효과 분석」, 2025.5.를 바탕으로 재작성

셋째, 공중보건의와 더불어 군의관, 공익법무관, 공중방역수의사의 충원율이 대체로 감소세를 보였고, 공중보건의와 관련하여 국회에서 의무복무기간 단축을 위한 법안이 다수 발의되었으나 정부부처·기관 간 이견이 존재하는 것으로 보므로, 정부부처·기관 간에 보다 건설적이고 적극적인 의견 조율 과정 운영 및 국회 보고·협의, 국민 의견 수렴을 위한 공론화 과정 운영을 포함하여 공중보건의 유지·확대를 위한 다양한 제도 운영 방안을 설계할 필요가 있다.

최근 1년간(2025~2026.4.) 국회 국방위원회와 보건복지위원회 등에서 공중보건의 복무기간 단축 법안이 ‘병역법’, ‘군인사법’ 및 ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법’ 일부개정법률안의 형태로 발의된 바 있다. 발의법안에 따라 의무복무기간 등에서 차이(2년 또는 2년 2개월로 단축)가 있으나, 대체로 의무복무기간을 사병과 유사한 수준인 2년 가량으로 조정하는 것을 취지로 하고 있다.

[「병역법」 상 공중보건의 의무복무기간 개정 관련 주요 법안 발의 내용 (2025~2026.4.)]

주요 제안 이유 및 내용
<input type="checkbox"/> 의안번호 2218117 (2026.4. 황희의원 대표발의) - 국회 국방위원회 위원 <ul style="list-style-type: none"> • 현행법은 의사·치과 의사 등의 자격을 가진 사람이 보충역에 편입되어 공중보건의사나 병역판정검사전담의사로 복무할 경우 약 3년간 의무복무를 하도록 하고 있음 • 한편, 현역병의 복무기간은 점차 단축되어 육군은 18개월, 해군은 20개월, 공군은 21개월 동안 의무복무하고, 입영하는 즉시 복무기간을 계산하고 있으나 공중보건의사나 병역판정검사전담의사의 의무복무기간은 오랜 기간 변동 없이 3년이며, 군사교육기간을 복무기간에 포함하지 않아

주요 제안 이유 및 내용	
	<p>같은 보충역인 전문연구요원·산업기능요원과 비교하여 형평성에 어긋난다는 의견이 있음</p> <ul style="list-style-type: none"> • 그 결과 의무복무기간이 짧은 현역병으로 병역의무를 이행하는 것을 선호함에 따라 농어촌·도서벽지 등의 의료취약지의 공중보건 의사 숫자가 지속적으로 감소하여 의료 공백이 가시화되고 있음 • 이에 공중보건 의사 등의 의무복무기간을 현행 “3년”에서 “2년”으로 단축하고, 공중보건 의사·병역판정검사전담 의사·공익법무관 및 공중방역수의사의 군사교육소집기간을 복무기간에 포함하여 계산하도록 하여 해당 분야로 편입 지원율을 높이고 병역의무 형평성 및 복무여건 개선을 확보하고자 함 <p><input type="checkbox"/> ‘군인사법 일부개정법률안’(의안번호 2218118, 황희의원 대표발의(2026.4.))과 연동</p>
<input type="checkbox"/>	<p>의안번호 2216081 (2026.1. 서영석의원 대표발의) - 국회 보건복지위원회 위원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 현행법은 의사·치과의사 또는 한의사 자격이 있는 사람으로서 일정한 요건에 해당하는 사람이 공중보건 의사 또는 병역판정검사전담 의사로 편입하여 3년간 복무하는 것으로 규정 • 그러나 2020년 6월 2일 입영자부터 일반 현역병의 복무기간이 18개월로 단축되면서 공중보건 의사 또는 병역판정검사전담 의사로의 편입이 아닌 일반 현역병으로 복무하는 사례가 늘고 있고, 이에 따라 의료취약지역에서는 공중보건 의사가 부족한 상황이 계속되고 있음 • 이에 공중보건 의사, 병역판정검사전담 의사의 복무기간을 2년으로 조정하고, 군사교육소집기간을 복무기간에 포함하여 계산하도록 함으로써 공중보건 의사 또는 병역판정검사전담 의사로의 편입 유인을 강화하고, 공공보건의료의 질을 높이려는 것임 <p><input type="checkbox"/> ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 일부개정법률안’(의안번호 2216082, 서영석의원 대표발의(2026.1.))과 연동</p>
<input type="checkbox"/>	<p>의안번호 2214942 (2025.12. 정동만의원 대표발의) - 국회 산업통상자원중소벤처기업위원회 위원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 현행법은 의사·치과의사 또는 한의사 자격이 있는 사람으로서 일정한 요건에 해당하는 사람이 공중보건 의사 또는 병역판정검사전담 의사로 편입하여 3년간 복무할 경우 병역의무를 다한 것으로 보고 있음 • 그러나 2020년 6월 2일 입영자부터 일반 현역병의 복무기간이 18개월로 단축되면서 공중보건 의사 또는 병역판정검사전담 의사로의 편입이 아닌 일반 현역병으로 복무하는 사례가 늘고 있고, 이에 따라 의료취약지역에서는 공중보건 의사가 부족한 상황이 계속되고 있음 • 이에 공중보건 의사, 병역판정검사전담 의사의 복무기간을 2년 2개월로 조정해 공중보건 의사 또는 병역판정검사전담 의사로의 편입 유인을 강화하고, 공공보건의료의 질을 높이려는 것임 <p><input type="checkbox"/> ‘군인사법 일부개정법률안’(의안번호 2214868, 정동만의원 대표발의(2025.12.))과 연동</p>
<input type="checkbox"/>	<p>의안번호 2210500 (2025.5. 한지아의원 대표발의) - 국회 보건복지위원회 위원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 현행법은 의사·치과의사 등의 자격을 가진 사람은 보충역에 편입되어 공중보건 의사나 병역판정검사전담 의사로 복무할 수 있도록 하면서 의무복무기간은 3년으로 규정하고 있음 • 그런데 일련의 국방개혁에 따라 현역병의 복무기간은 점진적으로 단축되어 육군 현역병의 경우 현재 1년 6개월간 복무하도록 하고 있음에 반해 공중보건 의사나 병역판정검사전담 의사의 복무기간은 수십년간 변동이 없어, 긴 복무기간으로 인하여 공중보건 의사 등으로의 편입 지원율이 감소하여 농어촌 등 보건의료 취약지역에서 의료 공백 등의 문제가 발생할 우려가 있다는 지적이 있음 • 이에 공중보건 의사 및 병역판정검사전담 의사의 의무복무기간을 현행 “3년”에서 “2년”으로 단축하도록 함으로써 해당 분야의 편입 지원율을 높이고 보건의료 취약지역과 군 보건의료 분야의 의료 공백을 예방하며 병역의무의 형평성을 확보하려는 것 <p><input type="checkbox"/> ‘군인사법 일부개정법률안’(의안번호 2210496, 한지아의원 대표발의(2025.5.))과 연동</p>

주: ‘병역법 일부개정법률안’ 외에도 공중보건 의사 등의 의무복무기간 개정안을 담은 ‘군인사법 일부개정법률안’ 등이 있으나, 본 표에서는 ‘병역법 일부개정법률안’을 중심으로 수록

자료: 국회의안정보시스템 자료를 바탕으로 재작성

한편, 정부 부처 및 기관에 따라 의무복무기간 단축에 대하여 서로 다른 의견을 제시한 바 있다. 보건복지부의 경우 복무기간 단축을 통한 편입지원율 상승을 통해 의료공백을 해소하는 측면에서 긍정적인 입장을 보였으나, 국방부와 병무청은 공익법무관, 공중방역수의사 등 유사한 편입요건과 복무형태를 가진 제도와 형평성, 복무기간 단축의 불가역성 등을 고려하여 신중한 검토가 필요하다는 입장이다.

[공중보건의 의무복무기간 단축 관련 정부부처 및 기관 입장]

구분	주요 내용
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> 편입지원율을 높여 의료취약지 진료공백을 예방하고자 하는 취지에 동의
국방부 및 병무청	<ul style="list-style-type: none"> 국방부: 의무장교, 공중보건의, 병역판정검사전담의 등의 복무기간(3년)은 다른 분야 특수병과 장교 및 보충역과 동일하게 설정되었고, 선발 가능 인원이 한정되어 있는 상황에서 복무기간 단축에 따른 선발 소요 인원 증가가 예상되므로, 병역이행의 형평성, 수급에 미치는 영향 등을 종합적으로 고려하여 어느 정도 단축하는 것이 적정할지 여부에 대한 충분한 검토가 필요 병무청: 공중보건의사 등(병역판정검사전담의사, 공익법무관, 공중방역수의사 포함)은 공공분야 보충역 복무제도로써 의무·법무·수의 분야 현역장교와 유사한 자격요건 및 선발절차를 따르는 등 근간을 같이 하고 있으므로, 복무기간 단축은 의무·법무·수의 분야 현역장교와의 연계성과 형평성을 고려하여 신중하게 검토할 필요
법무부	<ul style="list-style-type: none"> 타 보충역 및 현역장교와의 형평성, 병역자원 현황·추이, 전문성 있는 병역미필 자원의 효율적·공익적 활용, 병역 이행의 공정성·형평성 등을 종합적으로 고려하여 중장기적으로 심도 있는 논의가 필요

자료: 국방부 및 병무청 제출자료, 보건복지위원회 전문위원, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 일부개정법률안 검토보고」, 2026.3. 및 국방위원회 전문위원, 「병역법 일부개정법률안 검토보고」, 2026.3.을 바탕으로 재작성

다만, 군의관, 공익법무관, 공중방역수의사의 경우에도 전반적으로 충원율이 감소세를 보이고 있는 실정으로, 사병에 비해 장기인 의무복무기간(3년)의 영향을 완전히 배제하기는 어려울 것으로 보인다.

세부적으로, 군의관의 경우 2017~2025년간 충원율이 100.0%였으나, 2026년의 경우 38.7%로 감소하였다. 공익법무관의 경우 2017년 충원율은 93.2%였으나, 2025년에는 64.0%, 2026년에는 32.0%로 2017년 대비 약 1/3 수준으로 감소하였다. 공중방역수의사의 경우에는 2021년까지 100.0%⁶⁸⁾였으나 이후 2023년

84.7%, 2025년 68.0%, 2026년 1.6%로 하락세를 보였다.⁶⁹⁾

[군의원, 공익법무관, 및 공중방역수의사 수 현황]

(단위: 명, %)

구분		2017	2019	2021	2023	2025	2026
군의원	필요인원(A)	748	706	822	754	692	785
	편입인원(B)	748	706	822	754	692	304
	- 충원율(B/A)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	38.7
	복무인원(C)	2,444	2,449	2,446	2,426	2,430	2,001
공익법무관	필요인원(D)	192	130	130	102	100	100
	편입인원(E)	179	61	28	63	64	32
	- 충원율(E/D)	93.2	46.9	21.5	61.8	64.0	32.0
	복무인원(F)	583	324	142	131	195	195
공중방역 수의사	필요인원(G)	150	150	150	150	150	127
	편입인원(H)	150	150	150	127	102	2
	- 충원율(H/G)	100.0	100.0	100.0	84.7	68.0	1.6
	복무인원(I)	469	497	447	423	332	207

- 주: 1. 2026년은 5월 기준 자료임
 2. 필요인원: 소관부처에서 요청한 당해연도 신규 편입 수요인원
 3. 편입인원: 해당연도 신규 편입인원
 4. 충원율: 해당연도 필요인원 대비 신규 편입인원 비중
 5. 복무인원: 연도말 기준 복무 중인 전체인원
 자료: 국방부 및 병무청 제출자료를 바탕으로 재작성

또한, 보건복지부는 「공보의 감소 등에 따른 지역보건의료 대응방안」(2026.3.)을 발표하면서, 공중보건의 감소에 대한 의사인력 확보 방안 중 시니어의사 지원사업, 계약형 지역필수의사제, 보건진료 전담공무원을 보완하여 활용하는 방안 등을 발표한 바 있다. 예를 들어, 시니어의사 지원사업의 경우 2026년 지원대상 선정 시 취약지 지역보건의료 기관 지원을 추진하고, 계약형 지역필수의사제의 경우 현재 참여기관(종합병원급 이상 의료기관)에 보건의료원을 포함하였으며, 보건진료전담공

68) 공중방역수의사의 경우 2016~2022년간 충원율이 100.0% 수준이었다. (자료: 병무청 제출자료)
 69) 병역판정검사전담의사의 경우 2016~2026년간 대체적으로 100.0%의 충원율을 보였다. 한편, 2022년에도 98.1% 수준으로 상대적으로 높은 수준을 보였으며, 2026년의 경우 74.5%로 감소하였으나, 현 시점에서 감소세나 상승세를 판단하는 것이 유의미하지 않을 수 있으며, 공익법무관이나 공중방역수의사 대비 필요인원 규모가 적어(2016~2026년간 필요인원: 49~66명), 본문에서는 공익법무관과 공중방역수의사의 충원율을 중심으로 수록하였다.

무원70) 역량 제고 및 확충 등을 추진하고자 하였다.

다만, 이와 같은 정책 추진을 통해 단기적으로는 공중보건의 감소에 일부 대응이 가능할 수 있겠으나, 공중보건의의 주요 배치기관인 보건소 및 보건의료원의 시니어의사 채용인원은 2025년 15명에서 2026년 12명으로 감소하였으며, 계약형 지역필수의사제의 경우 지역 종합병원급 이상 의료기관에서 채용되는 경우에도 2025년 90명에서 2026년 88명으로 감소한 상황에서 공중보건의 감소에 대응하는데 현실적인 한계가 있을 가능성도 배제하기 어려울 것으로 보인다. 또한, 보건진료전담 공무원의 경우 현행 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서는 ‘보건진료소’에 근무하도록 규정하고 있고 경미한 의료행위로 한정하고 있으므로, 보건진료전담 공무원의 배치 가능 범위 확대 및 경미한 의료행위에 대한 범위 조정을 통해 공중보건의 부족을 보완하고자 할 경우 관계 법령 개정이 수반되어야 하는 등 단기적·즉각적 활용 가능성에 있어 실질적인 제약이 따를 수 있을 것으로 보인다.

[2025~2026년간 시니어의사(보건소, 보건의료원) 및 지역필수의사 채용 규모]

구분	2025	2026
보건소 및 보건의료원 시니어의사 채용인원	총 채용인원 85명 중 15명	총채용인원 76명 중 12명
계약형 지역필수의사제에 따른 지역필수의사 채용인원	90명 (계획: 96명)	88명 (계획: 268명)

주: 계약형 지역필수의사제의 2026년 계획인원은 추정 기준임

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이를 고려할 때, 공중보건의 의무복무기간 단축에 대하여 보건복지부·국방부 등 관계부처는 국회 보건복지위원회와 국방위원회에서 관련 법안이 상기와 같이 지속적으로 발의되고 있다는 점 등을 고려하여, 보다 건설적이고 적극적인 협의 과정을 운영하여 관계 부·처·청 간 이견을 조율하고 국회에 보고할 필요가 있다.⁷¹⁾

70) 보건진료전담공무원은 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 등에 근거하여 간호사·조산사 면허 소지자로 24주 이상 관련 직무교육을 받은 지방공무원으로, 의사가 배치되어 있지 않고 계속하여 의사를 배치하기 어려울 것으로 예상되는 의료 취약지역의 보건진료소에서 91종의 의약품 처방, 예방접종, 응급처치 등 경미한 의료행위를 단독으로 시행할 수 있도록 규정하고 있다.

71) 관련하여, 공중보건의 의무복무기간 단축과 관련하여 신중한 검토가 필요하다는 입장인 국방부의 관계부처 간 협의 과정을 살펴보면, 국방부의 경우 2025년 5월과 11월에 보건복지부와 실무급 면담과 「군의관·공보의 확충 및 제도개선 정책토론회」(2026.3., 서영석의원실 주관)를 통해 공중보건의 복무기간 단축 필요성에 대한 의견을 청취하고 국방부 의견을 설명하였다는 입장이다. 병무청의 경

더불어, 군 의무복무기간의 경우 군 운영체계의 근간이자 국민적 관심사가 높은 사항인 만큼, 이견 조율 과정에서 국민 의견 수렴을 위한 공론화 과정이 이루어질 필요가 있다.

이와 함께, 의무복무기간 관련 의견 조율 과정에서 역종 간 형평성을 도모하는 가운데, 의무복무기간의 점진적·단계적 조정, 공중보건의 선발과정 및 횡수 개편 등을 통한 제도 변화 충격 완화, 전역(소집해제) 이후 경력인정 제도 개선 등을 통한 경력단절 우려 감소, 지역의료기관 임용 시 인센티브 제공구조 검토 등과 같은 방안을 다양하게 고려할 필요가 있다.

이를 통해, 중장기적으로는 의대생들이 공중보건의 복무기간을 임상경험 축적을 위한 유의미한 경력 확보, 지역의료 경험을 통한 지역사회 의사로의 유입을 위한 선형적 계기 등으로 인식하여 공중보건의로 지속적인 유입이 이루어질 수 있도록 관련 제도를 설계·운영해 나갈 필요가 있다.

우 공중보건의사의 의무복무기간 단축과 관련하여 국방부와 기본적인 입장을 같이 하고 있어 별도의 협의를 추진하지 않았다고 설명하고 있다. (자료: 국방부 및 병무청 제출자료)

본 보고서에서는 지역의료 관련 주요 법령 및 제도 구축 현황, 향후 정부의 주요 제도의 개편방향, 지역의료 관련 주요 재정사업 현황, 문제점 및 성과를 심층적으로 분석·평가하고, 주요 쟁점 및 개선방안 고찰을 통해 아래와 같은 시사점을 도출하였다.

지역의료 관련 주요 계획 측면에서는, 첫째, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 따라 수립될 계획인 ‘필수의료종합계획’이 법적 정합성을 갖추고 수립·시행될 수 있도록 현재까지 수립되지 않고 있는 ‘보건의료발전계획’과 ‘보건의료인력 종합계획’을 수립·시행할 필요가 있다. 둘째, 지역의료 관련 계획 간 위계가 명확히 정립되어 있지 않아 비효율적으로 추진될 가능성이 존재하므로, ‘필수의료종합계획’이 수립되기 이전까지 ‘필수의료종합계획’과 여타 지역의료 관련 계획 간 우선순위를 명확히 설정·정비하거나 통합운영체계를 구축하는 등 효율적인 계획 운영을 도모할 필요가 있다. 셋째, 「공공보건의료 기본계획」상 지역 공공병원 20개소 이상 신·증축 목표가 공사비 상승 및 행정절차 지연 문제 등으로 인해 달성되지 못하고 있어 지역 공공병원의 병상 확보에도 부정적 영향을 미치고 있으므로, 지역 공공병원 확충 일정이 지연되지 않도록 성과관리를 강화할 필요가 있다. 넷째, 제2차~제4차 「응급의료기본계획」의 주요 목표 중 하나로 중증응급환자의 병원 내 사망률 감소를 포함하였으나 3대 급성기 중증응급환자의 2023년 대비 2024년 병원 내 사망률과 최저 지역 대비 최고 지역 격차가 확대되었으며, 광역응급의료상황실을 통한 선정불가 규모도 증가세인 점을 고려하여, 지역별 응급의료 자원의 상향 평준화, 배후진료 체계 강화를 도모하는 가운데, 동 상황실을 보다 효율적으로 운영하기 위한 구조적 개선 및 기능 강화를 지속적으로 추진해나갈 필요가 있다.

지역의료기관 운영 측면에서는, 첫째 70개 중진료권 중 15개 중진료권에 대해서는 지역 책임의료기관이 설정되지 않고 있으며 다수의 지역에서 종합병원급 국·

공립 의료기관이 설치되지 않았거나 불충분한 경향을 보였다는 점 등을 고려하여, 기존에 계획된 공공의료기관의 조속한 개원과 민간 의료기관의 책임의료기관 지정 활성화 및 지자체의 신청 확대 방안을 검토하는 등 지역의 의료접근성 확보 대책을 면밀히 수립·추진할 필요가 있다. 둘째, 권역 책임의료기관 중 대부분을 차지하는 국립대병원 관련 재정사업 예산은 확대되고 있으나 실집행률이 저조하고, 국립대병원 적자가 지속되는 경향을 보이고 있어 지역의료의 질적 향상에 장애요인으로 작용할 수 있으므로, 국립대병원 지원 사업의 실집행률 제고와 함께, 국립대병원 기능 개선 방안이 실제 이행 과정에서 실효성 있게 안착되기 위한 세부 집행체계의 정교한 설계와 관리가 일관성 있게 추진될 필요가 있다. 셋째, 의료 및 분만취약지의 의료자원 미흡 등으로 인해 지원이 이루어지지 못하는 지역이 다수 존재하는 점을 고려하여, 의료 및 분만취약지 지원지역을 지속적으로 늘려가는 가운데 이동식·순회식 형태의 지원을 확대하거나 지역 내 또는 인접지역 간 연계체계를 강화하는 등의 방안을 보다 면밀히 검토할 필요가 있다. 넷째, 취약지역을 대상으로 한 ‘응급원격협진 네트워크 운영’ 사업의 협진실적이 최근 5년간 감소세를 보이거나 이전 대비 미진한 측면이 존재하는 것으로 보이므로, 신규 병원의 사업 참여 독려, 응급원격협진 실적에 따른 인센티브 제공체계 구축 지원 등 사업 운영 방식에 대한 개선과제를 검토할 필요가 있다. 다섯째, ‘의료취약지 원격협진 지원’ 사업의 경우 사업참여 지자체와 기관 수가 증가하고 있으나 대상자 수의 경우 최근 감소세를 보인 점을 고려하여, 의료취약지 주민의 의료접근성 향상을 위한 원격협진 대상자 확대를 위한 사업안내 및 홍보, 참여기관 간 네트워크 강화 등의 개선 방안을 검토할 필요가 있다. 여섯째, 지역 내 암치료의 거점기관인 지역암센터의 경우 센터당 연간 1억원 수준의 운영비를 지원받으며 법령에 규정된 다양한 사업을 수행해야 하는 현실적인 제약이 있으므로, 지역암센터의 지원 규모 현실화나 지역암센터의 역내 암치료에 집중 환경 조성을 위한 사업수행범위 구체화 방안 등을 검토할 필요가 있다.

지역의료 인력지원 측면에서는, 첫째 국립대병원의 경우 비수도권의 전공의 충원율이 수도권 대비 낮은 수준이고 회복세도 저조한 실정이며, 필수의료과목의 경우에도 유사한 경향이 보이는 점을 고려하여, 지역 국립대병원 개선 사업을 지속적·일관적으로 추진하고 해당 병원의 기능 강화를 위한 구조 개선방안을 면밀히 설

계·운영할 필요가 있다. 둘째, 공공임상교수제는 지역의료 활성화와 지방 의료인력 확충에 기여할 수 있는 공공성 확보 사업이나 저조한 충원율을 보이고 있는 점을 고려하여, 신분 안정성 확보를 위한 법적·제도적 장치 강화, 순환근무 중에도 교육·연구 등 안정적인 커리어패스 구축 지원 등과 같이 공공임상교수로의 신규편입을 확대할 수 있는 방안을 검토할 필요가 있다. 셋째, 시니어의사 채용지원금 지원 사업이 예산 편성 시의 채용계획을 충족하지 못하고 있는 점을 고려하여, 실태조사 등을 통한 기존 채용인력 유지·확충 방안 마련, 시니어의사 수급의 편의성·접근성 증진을 위한 플랫폼 개편 등을 검토할 필요가 있다. 넷째, 예방 가능한 외상 사망률의 지역 간 격차가 확대되는 경향을 보이고 있고, 외상학 세부 전문의의 자격갱신율과 신규 편입 인원이 감소세를 보이고 있으며, 권역외상센터별 전담 전문의가 목표(계획)에 미달하는 등의 문제가 나타나고 있는 가운데, 중증외상 전문진료체계 구축 사업이 권역외상센터별로 인건비를 지원하는 형태로 운영되고 있어 구성원의 업무 강도에 따라 인센티브가 지원되는 구조는 아닌 것으로 보이므로, 권역외상센터 구성원들에 대한 추가적인 처우개선 방안을 검토할 필요가 있다. 다섯째, 현역병 대비 장기인 복무기간(3년)이 공중보건의 지원에 걸림돌로 작용하고 있고, 복무기간 단축을 위한 법안이 다수 발의되었으나 부처·기관 간 이견이 존재하는 것으로 보이므로, 정부부처·기관 간에 보다 건설적이고 적극적인 의견 조율 과정 운영 및 국회 보고·협의, 국민 의견 수렴을 위한 공론화 과정 운영을 포함하여 공중보건의 유지·확대를 위한 다양한 제도 운영 방안을 설계할 필요가 있다.

1. 지역의료 지원사업 관련 주요 법령

가. 필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법

[「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」 주요 내용]

구분	주요 내용
목적 (제1조)	<ul style="list-style-type: none"> 필수医료를 지역완결적으로 강화하는 데 필요한 사항을 규정함으로써 지역 간의 의료격차를 해소하고 전 국민에게 필수医료를 보장 - 이 법은 필수의료 강화 및 지역 간 의료격차 해소에 관하여 다른 법률에 우선하여 적용 (제4조)
정의 (제2조)	<ul style="list-style-type: none"> (필수의료) 국민의 생명, 건강과 직결된 의료분야로서 그 시급성과 중대성 등을 고려하여 국가의 정책적 추진이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 것 (진료권) 효율적인 의료자원 관리를 위하여 의료이용 및 의료자원 현황 등을 고려하여 보건복지부장관이 지정·고시하는 행정구역 또는 그 묶음 (필수의료 자체충족률) 필수医료를 필요로 하는 환자가 진료권 내의 의료기관에서 적절한 치료를 받는 비율 (보건의료인) 「보건의료기본법」 제3조제3호에 따른 보건의료인 - 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자 (보건의료기관) 「보건의료기본법」 제3조제4호에 따른 보건의료기관 - 보건의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 보건의료서비스를 행하는 보건기관, 의료기관, 약국, 그 밖에 대통령령으로 정하는 기관 (필수의료인력) 보건의료기관에서 필수의료에 종사하는 보건의료인 (지역필수의사) 특정지역 내에서 일정기간 이상 필수의료 분야에 복무하기로 한 의사
국가 및 지자체 책무 (제3조)	<ul style="list-style-type: none"> 국가는 전국 어디서나 국민이 제때 필요한 필수医료를 제공받을 수 있도록 필수의료 강화 및 지원을 위한 정책을 마련하고 추진하여야 함 지자체는 국가가 추진하는 필수의료 강화 및 지원 정책에 부응하고, 지역에 필요한 정책을 주도적으로 수립·추진하여야 함 등
계획 수립 (제5조~제8조)	<ul style="list-style-type: none"> [제5조 필수의료종합계획의 수립 등] 보건복지부장관은 필수의료종합계획(이하, 종합계획)을 필수의료정책심의회회의 심의를 거쳐 5년마다 수립 - 종합계획 포함 사항: 정책 기본목표 및 추진방향, 지역별 필수의료 기반 확충 및 필수의료 공급취약지역 대상 필수의료 제공 개선, 필수의료 진료협력체계 구축·운영, 필수의료인력의 양성·배치·처우개선, 자원 조달 및 활용계획 등 - 종합계획과의 연계: 보건의료발전계획, 보건의료인력 종합계획, 공공보건의료 기본계획, 응급의료기본계획, 심뇌혈관질환관리종합계획, 암관리종합계획, 국민건강증진종합계획 등과 연계되도록 하여야 함 [제6조 시·도 필수의료시행계획의 수립 등] 시·도지사는 필수의료종합계획에 따라 시·도 필수의료위원회회의 심의를 거쳐 시·도 필수의료시행계획(이하, 시행계획)을 수립하여야 함 - 시행계획 포함 사항: 시·도 정책목표 및 추진방향, 관할지역 내 필수의료 기반 확충 및 필수의료 공급취약지역 대상 필수의료 제공 개선, 관할지역 내 진료협력체계 구

구분	주요 내용
	<p>성 및 운영 개선, 관할지역 내 필수의료인력의 양성·배치·처우개선, 관할지역 내 재원 조달 및 활용계획 등</p> <ul style="list-style-type: none"> - 시행계획과의 연계: 시·도 지역보건의료계획, 보건의료인력 시행계획, 공공보건의료 시행계획, 지역응급의료시행계획, 시·도 심뇌혈관질환관리세부집행계획, 암관리사업시행계획, 시·도 국민건강증진실행계획 등 • [제8조 실태조사] 보건복지부장관은 종합계획을 수립하기 위해 5년마다 실태조사를 실시하고 그 결과를 공개하여야 함 - 실태조사 포함 사항: 진료권별 필수의료 공급 및 수요 현황, 의료기관·진료과목 종류별 운영 현황, 진료권별 필수의료 자체충족률 등 필수의료 제공 실태, 필수의료 취약지 현황, 진료협력체계 구축 및 운영 실태, 필수의료인력 양성 및 공급 등
<p>평가, 관련 주체 및 기관 (제9조~제14조, 제16조)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • [제9조 필수의료 성과평가] 보건복지부장관 및 시·도지사는 필수의료 강화 및 지역간 의료격차 해소를 위한 정책 추진실적 등을 매년 평가(이하, 성과평가)하고 그 결과를 공개하여야 함 <ul style="list-style-type: none"> - 성과평가 포함 사항: 진료권별 필수의료 수요 대비 병상·인력·시설 등 공급 적정성, 필수의료 자체충족률, 진료협력체계 구축·운영 등에 관한 사항을 포함하여야 함 - 평가결과의 반영: 보건복지부장관과 시·도지사는 필수의료에 관한 지원시책을 시행하는 경우 지원대상의 선정 및 지원내용의 결정 등에 성과평가 결과 반영가능 • [제10조 필수의료 진료협력체계 구축·운영 등] 보건복지부장관 또는 시·도지사는 필수医료를 지역완결적으로 제공하기 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 필수의료 진료협력체계를 진료권별로 구축·운영할 수 있음 <ul style="list-style-type: none"> - 진료협력체계: 책임의료기관(진료협력체계 관리·운영 총괄), 필수의료 거점의료기관(이하, 거점의료기관), 필수의료 전문센터(이하, 전문센터) 등 보건의료기관으로 구성 - 추진사항: 진료협력체계 참여 보건의료기관 진료기능강화, 해당 기관 간 필수의료 환자 이송·전원 및 진료정보 교류, 필수의료인력 교류, 교육·수련·연구 협력 등 • [제11조 필수의료 거점의료기관의 지정] 보건복지부장관 또는 시·도지사는 필요한 시설·인력·장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하는 보건의료기관 중 필수의료 거점의료기관을 지정할 수 있음 <ul style="list-style-type: none"> - 주요 수행업무: 필수의료 환자에 대한 진료, 이송·전원 및 진료정보 교류, 필수의료 강화를 위한 교육·연구 등 - 비용 지원: 보건복지부장관 또는 시·도지사는 지정한 필수의료 거점의료기관의 시설·장비 확충 및 운영에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음 • [제12조 전문센터 지정·지원] 보건복지부장관은 필수의료 분야의 진료기능 강화를 위하여 필수의료 전문센터를 지정할 수 있으며, 이 경우 진료권 내에서 적절한 필수의료가 공급될 수 있도록 진료권별 의료수요를 고려하여야 함 • [제13조 거점의료기관 및 전문센터의 지정 취소 등] 보건복지부장관 또는 시·도지사는 거점의료기관 또는 전문센터의 지정을 취소할 수 있거나, 취소하여야 함 <ul style="list-style-type: none"> - 취소 사유: 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우 (의무직 지정취소), 국가·지자체가 지원한 예산을 부당하거나 목적과 달리 집행한 경우 등 • [제14조 필수의료인력 파견·지원] 거점의료기관 등 진료협력체계에 참여하는 보건의료기관은 지역 내 필수의료이 적절히 제공되도록 상호 간 필수의료인력을 파견·지원할 수 있음 • [제16조 필수의료지원센터의 설치·운영] 보건복지부장관은 필수의료지원센터(이하, 지원센터)를 설치·운영할 수 있음

구분	주요 내용
위원회 (제15조, 제17조)	<ul style="list-style-type: none"> • [제15조 필수의료정책심의위원회] 필수의료에 관한 주요 정책을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 필수의료정책심의위원회를 둠(매년 정기적 개최) - 구성: 위원장(보건복지부장관) 1명 포함 20명 이내의 위원(관계 중앙행정기관 및 시·도 소속 공무원, 필수의료 수요자 및 공급자 대표, 필수의료 관련 학식·경험이 풍부한 사람 중 위원장이 임명 또는 위촉) - 심의사항: 종합계획 수립·변경, 필수의료 관련 정책·사업의 조정·평가, 진료협력체계의 구축·운영, 시행계획 및 시·도 필수의료에 관한 사업평가 등 • [제17조 시·도 필수의료위원회] 시·도의 필수의료에 관한 중요사항을 심의하기 위해 시·도에 시·도 필수의료위원회를 둠 - 구성: 위원장(시·도지사) 및 공동위원장(해당 시·도의 진료협력체계 대표 1인) 포함 20명 이내의 위원(시·도 내 필수의료 공급자 및 수요자 대표, 시·도 또는 시·군·구 소속 공무원) - 심의사항: 시행계획의 수립·변경, 관할지역 내 필수의료 관련 정책·사업 조정, 관할지역 내 진료협력체계의 협력·강화 등 - 타 위원회와의 관계: 시도공공보건의료위원회, 지역보건의료심의위원회 등 타 위원회와 그 기능이 중첩된다고 인정되는 경우 시·도 조례에 따라 통합·연계하여 운영 가능
지원 시책 (제18조~ 제24조)	<ul style="list-style-type: none"> • [제18조 필수의료인력 양성·지원 등] 국가와 지자체는 필수의료인력의 양성, 확보 및 인력개발을 위하여 노력하여야 하며, 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있음 • [제19조 지역필수의사 양성·지원 등] 보건복지부장관은 필수의료인력의 원활한 수급을 위하여 계약형 지역필수의사 등 지역 보건의료기관에 종사하는 의료인력의 양성, 확보 및 인력개발을 위한 시책을 강구하고 이를 추진하여야 함 - 의무복무형 지역의사: 필수의료 분야에 복무할 의료인 양성(「고등교육법」 제34조에 따른 입학전형) 지원 - 계약형 지역필수의사: 전문의 자격인정을 받은 의사(「의료법」 제77조제1항)가 일정기간 동안 특정 지역에서 필수의료 분야에 종사하기로 계약을 체결하는 경우에 대한 지원 • [제20조 필수의료취약지 지원] 보건복지부장관은 진료권별 필수의료의 공급 및 이용실태, 필수의료 자체충족률 등을 고려하여 필수의료 취약지를 지정할 수 있음 • [제21조 지역필수의료 수가 지원] 보건복지부장관은 필수의료로 지역완결적으로 강화하고 진료협력체계를 원활하게 운영하기 위하여 진료협력체계에 참여하는 보건의료기관(책임의료기관, 거점의료기관, 전문센터 등)과 이 법 제20조에 따른 필수의료 취약지 내 보건의료기관 등에 대하여 「국민건강보험법」에 따른 요양급여비용을 달리 정하여 지급할 수 있음 • [제22조 필수의료 기반시설 강화 등] 국가와 지자체는 필수의료 제공 시설, 물자 등 기반시설의 확보 및 강화를 위하여 필요한 지원을 할 수 있음 • [제23조 필수의료 연구개발 촉진] 국가와 지자체는 필수의료 분야 관련 연구·개발의 촉진을 위하여 연구·교육기관의 육성, 연구개발 인력 및 정보통신 인력의 확충, 연구 협력 강화 등에 필요한 지원을 할 수 있음 • [제24조 우수사례 보급 및 인식개선 등] 국가와 지자체는 필수의료의 강화 및 지역간 의료격차 해소에 기여한 우수사례를 발굴·전파하고, 인식개선 사업 실시 등
지역 필수의료 특별회계 (제25조~ 제26조)	<ul style="list-style-type: none"> • [제25조 지역필수의료 특별회계의 설치] 필수医료를 집중적·안정적으로 지원하고 지역 필수의료 강화에 필요한 자금을 확보·공급하기 위하여 지역필수의료 특별회계(이하, 특별회계)를 설치 • [제26조 회계의 관리·운영] 보건복지부장관이 본 특별회계를 관리·운영

구분	주요 내용
	<ul style="list-style-type: none"> • [제27조 세입] 특별회계의 세입은 다음 각 호와 같음 <ul style="list-style-type: none"> - 「개별소비세법」에 따라 담배에 부과하는 개별소비세 총액의 100분의 55 - 「관세법」에 따라 담배 등(「관세법」 별표 제4부제24류)에 대하여 부과되는 관세액 중 「농어촌구조개선 특별회계법」 제6조제1항에 따라 농어촌구조개선 특별회계로 전입되는 금액을 제외한 금액 - 일반회계, 여타 특별회계 또는 기금으로부터의 전입금 및 예수금 - 「공공자금관리기금법」에 따른 공공자금관리기금으로부터의 예수금 - 제29조에 따른 차입금, 그 밖의 수입금 • [제28조 세출] 특별회계의 세출은 다음 각 호와 같음 <ul style="list-style-type: none"> - 지역 필수의료인력 양성 및 확충 지원에 필요한 경비 - 진료협력체계 구축·운영 지원에 필요한 경비 - 책임의료기관, 거점의료기관 및 전문센터 등의 시설·인력·장비 확충 및 운영 지원 - 필수의료취약지 내 보건의료기관의 시설·인력·장비 등 기반 확충에 필요한 경비 - 지역 필수의료 강화를 위한 지자체 사업 지원에 필요한 경비 등 • [제29조 차입금] 특별회계 세출재원 부족 시, 국회의 의결을 얻은 금액의 범위 내에서 특별회계의 부담으로 장기차입을 할 수 있음 <ul style="list-style-type: none"> - 특별회계는 자금의 일시적 부족 시 특별회계의 부담으로 일시차입 가능. 이에 따른 일시차입의 원리금은 해당 회계연도 내에 상환하여야 함 • [제30조 세출예산의 이월] 특별회계 세출예산 중 해당 회계연도 내에 지출하지 아니한 것은 「국가재정법」 제48조에도 불구하고 다음 회계연도로 이월하여 사용할 수 있음 • [제31조 잉여금의 처리] 특별회계의 결산상 잉여금은 다음 회계연도의 세입에 이입 • [제32조 예비비] 특별회계는 예측할 수 없는 예산 외의 지출 또는 예산을 넘는 지출에 충당하기 위하여 세출예산에 예비비를 계상할 수 있음

자료: 국회의안정보시스템, 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법안(대안)」, 2025.12. 및 보건복지부, 「지역필수의료법 본회의 통과, 특별회계 설치로 지역필수의료 투자 본격화」, 2026.2.를 바탕으로 재작성

나. 지역 의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률

[지역 의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률 주요 내용]

구분	주요 내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> • 의료인력이 부족한 지역의 의료기관 등에서 근무할 의사를 양성하고 그 관리에 필요한 기본적인 사항을 규정함으로써 지역 간 의료인력 불균형을 해소하고 지역의료의 질 향상에 이바지 (제1조)
지역 의사 선발전형	<ul style="list-style-type: none"> • 선발 규모 (제4조) <ul style="list-style-type: none"> - 대통령령으로 정하는 지역에 소재한 의과대학에서 대통령령으로 정하는 일정 비율을 지역 의사 선발전형으로 선발하여야 함 ※시행령수정안 제2조제2항: 지역 의사 선발전형으로 선발해야 하는 인원의 총합은 해당 의과대학 전체 정원 총합의 100분의 10 이상 • 지역 학생 선발 (제4조 및 시행령수정안 제2조제4항) <ul style="list-style-type: none"> - 지역 의사 선발전형 선발인원 중 일정 비율을 해당 지역 학생으로 선발하되, 아래의 요건을 모두 충족한 사람으로 선발해야 하는 비율은 100분의 100으로 함 ※요건1: 해당 의과대학이 소재한 지역 또는 인접 지역으로서 대통령령으로 정하는 지역의 중학교 및 고등학교를 졸업할 것(입학부터 졸업까지의 모든 과정 이수 및 졸업. 고등학교의 경우 졸업예정자 포함) ※요건2: 요건1에 따른 중학교 및 고등학교의 재학기간 내에 해당 학교가 소재한 지역에 거주할 것 - 지역 의사 선발전형 비율은 지역 의사 선발전형이 적용되는 중학교 및 고등학교의 소재지역에 따른 지역별로 ㉠시·도별 의료기관 수, ㉡부족한 의료인력 수, ㉢의료취약지 분포, ㉣의과대학의 지역별 분포, ㉤수급체계 결과 등을 고려하여, 보건복지부장관이 교육부장관과 협의하여 고시
학비 등 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지급주체 및 종류 (제5조) <ul style="list-style-type: none"> - 국가 및 지자체 - 지역 의사 선발전형으로 입학하는 학생 대상 입학금, 수업료, 교재비, 기숙사비 등 대통령령으로 정하는 비용(이하, 학비 등) • 지원 중단 및 반환 사유 (제6조) <ul style="list-style-type: none"> - (재학 중) 퇴학 등 제적, 자퇴 - (졸업 후) 3년 이내에 「의료법」 제9조에 따른 의사 국가시험 미합격 - (면허 취득 후) 의무복무 미이행, 의무복무 기간 중 면허취소 ※의무복무 기간 중 의사 면허가 취소된 경우, 의무복무한 기간을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 반환금 감면 가능 - (예외 사유) 질병, 신체상·정신상 장애, 사망 등 대통령령에 따른 부득이한 사유 발생 시 반환금의 전부 또는 일부를 반환하지 않을 수 있음

구분	주요 내용
의무복무 기간	<ul style="list-style-type: none"> • 복무형 지역 의사 복무 기간: 의무복무지역에서 10년 (제7조) • 복무형 지역 의사의 의무복무 산입기간 제외 사유 (제7조) <ul style="list-style-type: none"> - 병역의무를 마치기 위해 징집·소집된 경우 - 전문의 자격 취득을 위해 수련하는 경우. 단, 예외적으로, ①의무복무지역 소재 수련병원에서 보건복지부장관이 고시하는 전문과목(필수과목)을 수련하는 경우 그 수련기간의 전부. ②의무복무지역 소재 수련병원에서 상기 외(필수과목 외)의 전문과목을 수련(기타과목 및 인턴 수련)하는 경우 해당 수련기간의 1/2은 산입 - 시정명령 불이행 기간, 의사 면허 자격 또는 효력이 정지되거나 취소된 경우 등 • 계약형 지역 의사 계약 기간: 의무복무지역에서 5년 이상~10년 이내 (제10조) <ul style="list-style-type: none"> - (시행령수정안 제9조) 5년 이상~7년 이하. 전체 계약기간이 10년을 넘지 않는 범위에서 계약기간 연장 가능
의무복무 지역·기관	<ul style="list-style-type: none"> • 지역: 의무복무지역 중 지역 의사 선발전형 대학을 졸업한 복무형 지역 의사의 의무복무지역을 함께 공고하여야 함 (제7조 및 시행령수정안 제8조) <ul style="list-style-type: none"> - 의무복무지역 내 의료기관 중 선택하여 근무 • 기관: 보건복지부장관은 시·도지사 및 관계 전문가의 의견을 들어 의무복무지역에서 복무형 지역 의사의 의무복무기관의 종류 및 범위 등을 고시 (제7조)
의무이행 확보방안	<ul style="list-style-type: none"> • 조건부 면허: 의무복무지역에서 10년 의무복무 조건부 면허 발급 (제7조) • 겸직금지: 복무형 지역 의사 의무복무 완료 전까지 의무복무지역 이외 지역 또는 계약형 지역 의사의 계약기간 만료 전까지 계약체결 의료기관 이외 기관에서 근무 금지 (제11조) <ul style="list-style-type: none"> - (예외) 복무형 지역 의사가 전공의 수련을 위하여 근무하는 경우는 제외 • 시정명령: 의무복무 불이행 등 동법 위반 시 시정명령 (제15조 및 제16조) <ul style="list-style-type: none"> - 복무형 지역 의사의 의무복무기간 미이행, 겸직, 의무복무 보고 사유(의무복무 시작, 의무복무 지역 내 의무복무기관 변경 등) 위반 - 의료기관의 장이 보건복지부장관 또는 시·도지사의 지역 의사 근무 상황에 대한 자료제출 요청을 거부 - 시정명령 미이행 시 1천만원 이하의 과태료 부과 등 (제18조) • 면허 정지: 복무형 지역 의사의 시정명령 불이행 시 1년 이내 면허 정지 (제17조) • 면허 취소: 면허정지 3회 이상 또는 의무복무 미이행 시 면허 취소 (제17조) <ul style="list-style-type: none"> - 면허 취소 시 의무복무 잔여기간 내 면허 재교부 금지. 단, 의무복무 이행 조건으로 재교부 가능
지역 의사 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원주체 및 종류 (제12조) <ul style="list-style-type: none"> - 국가 및 지자체 - (복무 중) 주거, 직무교육, 경력개발, 진로선택 및 해외 연수 등 - (복무완료 후) 해당 기관 또는 지역 내 공공보건의료기관 우선채용, 의료취약지역의 의료기관 개설·운영에 대한 행정적·재정적 지원 등

자료: 보건복지부, 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률안(대안) 국회 본회의 통과」, 2025.12., 「지역의사양성법 시행령, 선발비율·지원요건 명확히 규정하여 재입법예고 실시」 및 「지역의사의 양성 및 지원 등에 관한 법률 시행령안」, 2026.2.를 바탕으로 작성성

다. 보건의료기본법

〔「보건의료기본법」 상 지역의료 관련 주요 내용〕

구분	주요 내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지자체의 책임을 정하고 보건의료의 수요·공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지 증진에 이바지 (제1조)
정의	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료인 (제3조) <ul style="list-style-type: none"> 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료 서비스에 종사하는 것이 허용된 자 보건의료기관 (제3조) <ul style="list-style-type: none"> 보건의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 보건의료서비스를 행하는 보건기관, 의료기관, 약국 등 공공보건의료기관 (제3조) <ul style="list-style-type: none"> 국가·지자체, 그 밖의 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관
국가 및 지자체 책임	<ul style="list-style-type: none"> 국가 및 지자체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원을 확보하도록 노력하여야 함 (제4조) 국가 및 지자체는 모든 국민의 기본적 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 함 등 (제4조)
타법과의 관계	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료에 관한 법률을 제정하거나 개정할 때에는 이 법에 부합되도록 하여야 함 (제9조)
보건의료 발전계획 수립·시행	<ul style="list-style-type: none"> (보건의료발전계획) 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관장과의 협의와 보건의료정책심의위원회(위원장: 보건복지부장관)의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 함 (제15조) <ul style="list-style-type: none"> 포함 사항: ㉠보건의료 발전의 기본 목표 및 그 추진 방향, ㉡주요 보건의료사업계획 및 그 추진 방법, ㉢보건의료자원의 조달 및 관리 방안, ㉣지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책, ㉤보건의료 제공 및 이용체계 등 보건의료 효율화에 관한 시책, ㉥중앙행정기관 간 보건의료 관련 업무 종합·조정, ㉦보건의료 취약계층(노인·장애인 등)에 대한 보건의료사업계획, ㉧보건의료 통계 및 그 정보의 관리 방안 등 보건의료에 관한 주요 시책을 심의하기 위해 보건복지부장관 소속으로 보건의료정책심의위원회를 둠 (제20조) (주요 시책) 보건복지부장관과 관계 중앙행정기관의 장은 보건의료발전계획이 확정되면 이를 기초로 하여 보건의료와 관련된 소관 주요 시책의 추진방안을 매년 수립·시행하여야 함 (제16조) (지역보건의료계획) 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 보건의료발전계획이 확정되면 관계 법령에서 정하는 바에 따라 지자체의 실정을 감안하여 지역보건의료계획을 수립·시행하여야 함 (제17조) <ul style="list-style-type: none"> 국가는 예산의 범위에서 지역보건의료계획의 시행에 필요한 비용의 전부 또는 일

구분	주요 내용
	<p>부를 지자체에 보조할 수 있음 (제19조)</p> <ul style="list-style-type: none"> (국회 보고) 보건복지부장관은 매년 보건의료발전계획의 주요 내용, 주요 시책의 추진방안 및 전년도 추진실적을 확정된 후 지체없이 국회 소관 상임위원회에 보고하여야 함 (제18조의2)
수급체계	<ul style="list-style-type: none"> (수급추계위원회) 보건의료인력에 대한 주기적인 중장기 수급추계를 실시하고, 그 결과를 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 직종별 수급추계위원회를 둠 (제23조의2) <ul style="list-style-type: none"> - 대상 직종: 의사·치과의사·한의사 / 간호사 / 약사·한약사 / 의료기사 등 - 심의 사항: 직종별 보건의료인력의 국가 및 지역 단위 수급추계, 직종별 전문과목 및 진료과목별 수급추계 관련 사항을 심의 (의료인력수급추계센터) 보건복지부장관은 수급추계위원회의 전문적 수급추계를 지원하기 위해 정부출연연구기관, 공공기관을 의료인력수급추계센터로 지정·운영할 수 있으며, 예산의 범위에서 사업 수행에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음 (제23조의3)
공공·민간 보건의료 기관의 역할분담	<ul style="list-style-type: none"> 국가와 지자체는 공공보건의료기관과 민간보건의료기관 간 역할 분담과 상호협력 체계를 마련하여야 함 (제27조) 국가와 지자체는 기본적인 보건의료 수요 충족을 위하여 필요 시 공공보건의료기관을 설립·운영할 수 있으며, 관련 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음 국가와 지자체는 공공보건의료를 효율적으로 운영·관리하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 함 (제27조)
보건의료 제공 및 이용체계	<ul style="list-style-type: none"> 국가와 지자체는 보건의료에 관한 인력, 시설, 물자 등 보건의료자원이 지역적으로 고루 분포되어 보건의료서비스의 공급이 균형 있게 이루어지도록 노력하여야 하며, 양질의 보건의료서비스를 효율적으로 제공하기 위한 보건의료의 제공 및 이용체계를 마련하도록 노력하여야 함 (제29조) <ul style="list-style-type: none"> - 국가와 지자체는 보건의료의 제공 및 이용체계를 구축하기 위하여 필요한 행정·재정상 조치와 그 밖에 필요한 지원을 할 수 있음
응급의료 체계	<ul style="list-style-type: none"> 국가와 지자체는 모든 국민이 응급 상황에서 신속하고 적절한 응급의료서비스를 받을 수 있도록 응급의료체계를 마련하여야 함 (제30조)
보건의료 사업·서비스 평가	<ul style="list-style-type: none"> 국가와 지자체는 매년 주요 보건의료사업의 성과를 평가하여 이를 보건의료 시책에 반영하도록 하여야 함 (제51조) 보건복지부장관은 보건의료서비스의 질적 향상을 위하여 관계 법령에서 정하는 바에 따라 보건의료서비스에 대한 평가를 실시하여야 함 (제52조)
보건의료 실태조사	<ul style="list-style-type: none"> 보건복지부장관은 국민의 보건의료 수요 및 이용 행태, 보건의료에 관한 인력·시설·물자 등 보건의료 실태에 관한 전국적인 조사를 5년마다 실시하고 그 결과를 공표하여야 함 (제55조) <ul style="list-style-type: none"> - 단, 보건의료정책 수립에 필요하다고 인정하는 경우에는 임시 보건의료 실태조사를 실시할 수 있음

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

라. 보건의료인력지원법

[「보건의료인력지원법」 상 지역의료 관련 주요 내용]

구분	주요 내용
국가 및 지자체 책무	<ul style="list-style-type: none"> • ①국가는 보건의료인력의 원활한 수급과 복지 향상을 지원하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 함 (제3조) • ②지방자치단체는 관할지역 내 보건의료인력의 원활한 수급과 복지 향상을 지원하기 위하여 지역 보건의료환경 및 특성에 적합한 시책을 수립·시행하여야 함
보건의료인력정책심의위원회	<ul style="list-style-type: none"> • ①보건의료인력에 관한 주요 시책을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 보건의료인력정책심의위원회를 둔 (제8조) - 1. 종합계획 및 시행계획의 수립에 관한 사항 - 2. 보건의료인력 양성 및 수급관리에 관한 사항 - 3. 의료취약지 보건의료인력 배치 지원에 관한 사항 - 4. 보건의료인력 지원과 관련되는 국가 및 지방자치단체의 역할에 관한 사항 등
보건의료인력 종합계획 및 시행계획	<p>〈 종합계획 〉 (제5조)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ①보건복지부장관은 보건의료기관의 원활한 인력 확보와 근무환경 개선 등을 지원하기 위하여 5년마다 제7조에 따른 실태조사 결과를 고려하여 보건의료인력 종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 수립하여야 함 - 6. 지역별, 보건의료기관 유형별 보건의료인력의 적정 배치에 관한 사항 - 7. 의료취약지 및 공공의료분야의 보건의료인력 양성 및 배치에 관한 사항 등 • ③등 종합계획은 보건의료인력정책심의위원회 심의를 거쳐 확정 • ④보건복지부장관은 종합계획을 수립하는 경우 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획과 연계되도록 하여야 함 <p>〈 시행계획 〉 (제6조)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ①보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 매년 종합계획에 따라 보건의료인력 시행계획을 수립·시행하여야 함 • ② 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 다음 연도의 시행계획 및 전년도의 시행계획에 따른 추진실적을 매년 보건복지부장관에게 제출하고, 보건복지부장관은 매년 시행계획에 따른 추진실적을 평가하여야 함 등
보건의료인력 수급관리	<ul style="list-style-type: none"> • ①보건복지부장관은 보건의료인력의 지역별, 보건의료기관 유형별 수급 불균형 해소를 위하여 보건의료인력이 적정하게 분배되도록 하여야 함 (제9조) • ②보건복지부장관은 제1항에 따른 정책을 수립하는 경우 보건의료기관 이용량, 병상 규모 등을 고려한 장기적인 인력수요 전망을 반영하여야 함 • ③보건복지부장관은 보건의료인력의 지역별, 보건의료기관 유형별 수급 불균형 해소를 위하여 보건의료인력이 적정하게 분배되도록 하여야 함 등
보건의료인력확보	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 보건의료기관이 보건의료인력을 원활하게 확보하도록 지원 - 3. 의료취약지 및 공공의료기관의 원활한 보건의료인력 확보를 위한 지원 사업 등

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

마. 공공보건의료에 관한 법률

〔공공보건의료에 관한 법률〕 상 지역의료 관련 주요 내용

구분	주요 내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> 공공보건의료의 기본적인 사항을 정하여 국민에게 양질의 공공보건医료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함 (제1조)
정의	<ul style="list-style-type: none"> 공공보건의료: 국가, 지자체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동 (제2조) 공공보건의료사업 <ul style="list-style-type: none"> - 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역·분야에 대한 의료 공급 사업 - 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료 공급 사업 등 공공보건의료기관 <ul style="list-style-type: none"> - 국가, 지자체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료 제공을 주요 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관 - 공공보건의료기관, 의료취약지 거점의료기관, 공공전문진료센터, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장과의 협약 체결기관, 책임의료기관, 중앙·권역·지역심뇌혈관질환센터, 권역·지역외상센터, 지역암센터 등 공공보건의료 전달체계: 아래 기관 간 역할 수행체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 국립중앙의료원, 서울대학교병원, 국립대학교병원, 권역별 설치·운영 및 보건복지부장관 지정 보건의료기관, 지방의료원, 기타 공공보건의료 수행기관
공공보건의료계획	<ul style="list-style-type: none"> (공공보건의료 기본계획 및 시행계획) 보건복지부장관은 ‘공공보건의료정책심의위원회’(위원장: 보건복지부장관)의 심의를 거쳐 보건의료발전계획과 연계하여 공공보건의료 기본계획을 5년마다 수립하여야 하고, 이를 기초로 매년 주요 시책 추진계획을 수립·시행하여야 함 (제4조) <ul style="list-style-type: none"> - 포함 사항: 공공보건의료의 목표·방향, 추진 계획 및 방법, 공공보건의료 확충을 위한 보건의료자원의 조달·관리 방안, 공공보건의료 전달체계 구축·관리 방안, 공공보건의료가 취약한 지역·계층·분야에 대한 지원방안 등 관계 중앙행정기관·공공단체의 장, 시·도지사는 전년도 시행계획에 따른 추진실적 및 다음 연도 시행계획을 매년 보건복지부장관에게 제출하여야 함 등 (제4조) <ul style="list-style-type: none"> - 시·도별 시행계획의 수립·변경, 의료취약지 거점의료기관 지정, 지역내 공공보건의료의 협력·육성 및 시책·사업 조정 등은 ‘시·도공공보건의료위원회’(위원장: 시·도지사가 지명)에서 심의 (제5조의2) (공공보건의료계획) 공공보건의료기관의 장은 공공보건의료 기본계획의 시행을 위한 공공보건의료계획을 매년 수립하고 이를 전년도 시행결과와 함께 보건복지부장관에게 보고하여야 함 (제8조) <ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부장관은 공공보건의료계획의 시행결과를 평가하여야 하며, 공공보건의료기관 또는 공공보건의료 수행기관의 이행성과를 평가에 반영하여야 함 (제9조)
공공보건의료기관 설치·운영	<ul style="list-style-type: none"> 국가와 지자체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 함 (제6조)

구분	주요 내용
의료 취약지	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 국민의 의료 이용 실태 및 의료자원 분포 등에 관한 사항을 분석·평가하고 해당 결과를 토대로 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 지정·고시할 수 있음 (제12조) - 의료취약지 대상 보건의료인력 공급 지원, 의료기관의 설립·운영을 위한 비용 보조 등
의료 취약지 거점의료 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 시도지사는 관할 의료취약지 주민을 대상으로 필요한 시설·인력·장비를 갖추었거나 갖추 능력에 있다고 인정하는 의료기관 중 거점의료기관을 지정할 수 있음 (제13조) - 의료취약지 거점의료기관은 의료취약지에서의 보건의료계획 수립 및 시행결과를 시·도지사에게 보고하여야 함 - 보건복지부장관 또는 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 의료취약지 거점의료기관의 시설·장비 확충 및 운영 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음
공공전문 진료센터	<ul style="list-style-type: none"> • 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않은 전문진료, 국가가 육성하여야 할 필요성이 큰 전문진료, 지역별 공급 차이가 커 국가 지원이 필요가 있는 전문진료를 위해 필요한 시설·인력·장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하는 의료기관 중 공공전문진료센터를 지정할 수 있음 (제14조) - 공공전문진료센터는 지정받은 전문진료 분야의 업무수행 계획을 수립하고 시행결과를 보건복지부장관에게 보고하여야 함 - 보건복지부장관 또는 시·도지사는 공공전문진료센터의 시설·장비 확충 및 운영 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음
책임의료 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 공공보건의료와 관련하여 아래의 업무 수행을 위한 시설·인력·장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하는 보건의료기관 중 책임의료기관을 지정할 수 있음 (제14조의2) - 주요 업무: 공공보건의료사업의 수행 및 기획·연구·조정, 공공보건의료 수행기관 간 협력체계 구축 및 공공보건의료 전달체계의 조정·관리, 의료인력 파견·교육 등 - 책임의료기관은 업무수행 계획을 수립하고 시행결과를 보건복지부장관에게 보고하여야 함 - 보건복지부장관 또는 시·도지사는 책임의료기관의 시설·장비 확충 및 운영 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음
공공보건 의료사업 시행결과 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 의료취약지 거점의료기관, 공공전문진료센터, 책임의료기관에 대하여 공공보건의료사업의 시행결과를 평가할 수 있음 (제15조) - 해당 평가결과에 따라 각 기관 대상 재정적·행정적 지원에 차등 지원 가능 - 해당 평가결과에 공표 또는 시정요구 등
공공보건 의료 지원센터 및 지원단	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 다음의 업무 수행 지원을 위해 공공보건의료 지원센터를 설치·운영할 수 있음 (제21조) - 주요 업무: 공공보건의료 수행기관에 대한 기술 및 경영개선 지원, 공공의료분야 지킴 개발 및 보급 지원, 공공보건의료인력 교육·훈련 프로그램 개발·보급, 공공보건의료계획·사업 시행결과 평가, 공공보건의료 지원단 간 교류·협력 지원 등 • 시·도지사는 공공보건의료 지원단을 설치·운영할 수 있음 (제22조)

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 제작됨

바. 응급의료에 관한 법률

〔응급의료에 관한 법률〕 상 지역의료 관련 주요 내용

구분	주요 내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> • 응급상황에서 신속하고 적절한 응급의료를 받을 수 있도록 응급의료에 관한 국민의 권리와 의무, 국가 및 지자체의 책임, 응급의료제공자의 책임과 권리를 정하고 응급의료자원의 효율적 관리에 필요한 사항을 규정함으로써 응급환자의 생명과 건강을 보호하고 국민의료를 적정하게 함 (제1조)
정의	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료: 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위협에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 상담·구조·이송·응급처치 및 진료 등의 조치 (제2조) • 응급의료종사자: 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사 (제2조) • 응급의료기관등: 응급의료기관, 구급차등(응급환자의 이송 등 응급의료에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등 이송수단)의 운전자 및 응급의료지원센터 (제2조)
응급의료 권리 및 의무	<ul style="list-style-type: none"> • 모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가짐 (제3조) • 응급의료종사자는 업무 중에 응급의료를 요청받거나 응급환자를 발견하면 즉시 응급의료를 하여야 하며 정당한 사유 없이 이를 거부하거나 기피하지 못함 (제6조)
응급의료 기본계획 및 실태조사	<ul style="list-style-type: none"> • 국가 및 지자체는 응급환자의 보호, 응급의료기관등의 지원 및 설치·운영, 응급의료종사자 양성, 응급이송수단의 확보 등 응급의료 제공을 위한 시책을 마련·시행하여야 함 (제13조) • (응급의료기본계획 및 연차별 시행계획) 보건복지부장관은 중앙응급의료위원회(위원장: 보건복지부장관)의 심의를 거쳐 응급의료기본계획을 5년마다 수립하여야 함 (제13조의2) <ul style="list-style-type: none"> - 응급의료기본계획은 공공보건의료 기본계획과 연계하여 수립하여야 함 - 보건복지부장관은 응급의료기본계획에 따른 연차별 시행계획을 수립하여야 함 • (지역응급의료시행계획) 시·도지사는 응급의료기본계획에 따라 매년 지역응급의료 시행계획을 수립·시행하여야 함 (제13조의3 및 제13조의6) <ul style="list-style-type: none"> - 포함 사항: 지역응급의료 현황, 지역응급의료 이송체계 마련, 지역응급의료 주요 사업 추진계획 수립 및 실적 관리, 응급의료정책추진 기반 마련 및 지역 내 응급의료기관 간 협력체계 구축 등 - 시·도에 시·도응급의료위원회를 두고, 지역응급의료시행계획 수립·변경 등 심의·평가: 보건복지부장관은 지역응급의료시행계획 및 그 시행결과를 평가할 수 있음. 해당 평가 결과를 토대로 시·도지사에게 계획 및 사업의 변경·시정 요구 가능 등 • (응급의료 실태조사) 보건복지부장관은 응급의료 정책 수립에 필요한 기초자료로 활용하기 위해 5년마다 응급의료 실태조사를 실시하고, 그 결과를 공표하여야 함
재정지원	<ul style="list-style-type: none"> • (재정지원) 국가 및 지자체는 예산의 범위에서 응급의료기관등 및 응급의료시설에 대하여 필요한 재정 지원을 할 수 있음 (제16조)

구분	주요 내용
	<ul style="list-style-type: none"> • (응급의료기금) 보건복지부장관은 응급의료의 효율적 수행을 위해 응급의료기금을 설치 (제19조) - 기금 조성: 요양기관으로부터의 과징금 징수액 중 일부, 응급의료 관련 기관·단체의 출연금 및 기부금, 정부출연금 등 (제20조) - 기금 용처: 응급환자 진료비 중 미수금 대지급, 응급의료기관등 및 응급환자 진료 관련 자금 융자·지원, 응급의료 관련 보조사업, 기본계획 및 지역응급의료시행계획 시행 지원, 응급의료종사자 양성 지원 등 (제21조)
응급의료 기관 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 응급의료기관등의 시설·장비·인력, 업무의 내용·결과 등에 대하여 평가를 할 수 있음 (제17조) - 보건복지부장관은 응급의료기관등에 대한 평가 결과에 따라 응급의료기관등에 대하여 행정적·재정적 지원 가능 등
응급의료 기관 종류	<ul style="list-style-type: none"> • (중앙응급의료센터) 보건복지부장관은 응급의료 관련 업무 수행을 위한 중앙응급의료센터를 설치·운영할 수 있음 (제25조) - 주요 업무: 응급의료기관등에 대한 평가 및 질적 향상 지원, 응급의료종사자 교육 훈련, 응급의료기관등 간 업무조정·지원 및 관련 정보 수집 및 추적관리, 응급의료정보통신망 구축 및 관리·운영, 응급환자 이송체계 운영 및 관리 지원, 응급의료분야 의료취약지 관리 업무 등 ※2025년 4월부터는 응급의료 취약지역에 대한 응급의료 강화 및 대응 계획 포함 • (권역응급의료센터) 보건복지부장관은 상급종합병원 또는 300병상 초과 종합병원 중 권역응급의료센터를 지정할 수 있음 (제26조) - 주요 업무: 중증응급환자 중심 진료, 재난 대응 거점병원, 권역 내 응급의료종사자 대상 교육·훈련, 권역내 다른 의료기관에서 이송되는 중증응급환자 수용 등 • (응급의료지원센터) 보건복지부장관은 응급의료자원의 분포와 주민의 생활권을 고려하여 지역별로 응급의료지원센터를 설치·운영하여야 함 (제27조) - 주요 업무: 응급의료에 관한 각종 정보의 관리·제공, 지역내 응급의료종사자 대상 교육·훈련, 지역내 응급의료기관 간 업무조정 및 지원 등 • (전문응급의료센터) 보건복지부장관은 소아환자, 화상환자 및 독극물중독환자 등에 대한 응급의료를 위하여 권역응급의료센터, 지역응급의료센터 중 분야별 전문 응급의료센터를 지정할 수 있음 (제29조) • (지역응급의료센터) 시·도지사는 「의료법」 제3조의3에 따른 종합병원 중에서 지역 응급의료센터를 지정할 수 있음 (제30조) • (권역외상센터) 보건복지부장관은 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있음 (제30조의2) • (지역외상센터) 시·도지사는 관할지역 주민에게 적절한 외상의료를 제공하기 위해 응급의료기관 중 지역외상센터를 지정할 수 있음 (제30조의3) - 국가 및 지자체는 중증 외상으로 인한 사망률 감소 및 효과적인 외상의료체계 구축을 위해 권역외상센터 및 지역외상센터에 대한 행정적·재정적 지원 실시 가능 (제30조의4)

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

사. 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률

〔지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률〕 주요 내용

구분	주요 내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> 지방의료원의 설립·운영 및 지원에 관한 사항을 규정함으로써 지역주민의 건강 증진과 지역보건의료 발전에 이바지 (제1조)
정의	<ul style="list-style-type: none"> 지방의료원: 지역주민에 대한 의료사업 수행을 목적으로 이 법에 따라 설립된 의료기관 (제2조)
주요 사업	<ul style="list-style-type: none"> 지역주민의 진료사업 (제7조) 공공보건의료사업 의료인, 의료기사 및 지역주민 대상 보건교육사업 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항 국가 또는 지자체의 공공보건의료 시책의 수행 감염병에 관한 각종 사업의 지원 등
재원 등	<ul style="list-style-type: none"> (재원) 지방의료원은 제7조에 따른 사업의 수익금, 제17조에 따른 보조금·출연금 및 기부금, 그 밖의 수입금으로 운영 (제18조) 보조금 등 (제17조) <ul style="list-style-type: none"> - 국가는 공공보건의료 시책을 수행하기 위하여 필요한 경우에는 지방의료원의 설립, 시설·장비 확충 및 우수 의료인력 확보 등 공공보건의료사업에 드는 경비의 일부를 예산의 범위에서 지원할 수 있음 - 지자체는 지방의료원의 설립에 드는 경비를 출연(出捐)하거나 운영에 필요한 경비를 보조할 수 있음 등 (자금 차입) 지방의료원은 지자체 장의 승인을 받아 필요한 자금을 장기 또는 일시 차입할 수 있음. 지자체 장은 이를 보증할 수 있음 (제19조)
폐업 등	<ul style="list-style-type: none"> 지자체의 장은 지방의료원이 폐업하거나 해산하려는 경우에는 미리 보건복지부장관과 협의하여야 함 등 (제20조의2)
평가	<ul style="list-style-type: none"> 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방의료원에 대한 운영평가를 실시하고, 그 결과에 따라 필요한 조치를 마련하여야 함 - 다만, 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 경우에는 지방자치단체의 장으로 하여금 운영평가를 하게 할 수 있음
운영진단, 지도·감독 등	<ul style="list-style-type: none"> 보건복지부장관은 제21조제1항 본문에 따라 운영평가를 하거나 같은 조 제3항에 따른 서류 등을 분석한 결과, 지방의료원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방의료원에 대한 운영진단을 실시하고 그 결과를 공표할 수 있음 등 (제22조) 지방자치단체의 장은 지방의료원의 업무를 지도·감독하며, 업무·회계 등에 관하여 필요한 사항을 보고하게 하거나 필요한 서류의 제출을 명할 수 있음

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

아. 병역법 및 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

〔「병역법」 및 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 상 지역의료 관련 주요 내용〕

구분	주요 내용
「병역법」	
공중보건 의사	<ul style="list-style-type: none"> 의사·치과의사 또는 한의사 자격을 가진 사람으로서 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서 정하는 바에 따라 공중보건업무에 복무하는 사람 (제2조)
공중보건 의사 편입	<ul style="list-style-type: none"> ① 병무청장은 의사·치과의사 또는 한의사 자격이 있는 사람으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람이 원할 경우 공중보건의사 또는 병역판정검사전담의사 (한의사 자격이 있는 사람은 제외)로 편입할 수 있음. 이 경우 현역병입영 대상자는 보충역에 편입 (제34조) <ul style="list-style-type: none"> - 1. 현역병입영 대상자로서 제58조제1항제1호에 따른 의무 분야 현역장교의 병적 편입을 지원한 사람 중 편입이 되지 아니한 사람 - 2. 제58조제2항제1호에 따른 의무사관후보생의 병적에 편입된 사람으로서 의무 분야 현역장교 병적에 편입되지 아니한 사람 - 3. 의사·치과의사 또는 한의사 자격이 있는 사람으로서 사회복무요원 소집 대상인 보충역에 해당하는 사람 ② 제1항에 따라 공중보건의사 또는 병역판정검사전담의사로 편입된 사람은 해당 분야에 3년간 복무하여야 하며, 그 기간을 마치면 사회복무요원의 복무를 마친 것으로 봄 ③ 제1항에 따라 공중보건의사 또는 병역판정검사전담의사에 편입된 사람에 대하여는 제55조에 따른 군사교육소집을 하되, 군사교육소집 기간은 복무기간에 산입하지 아니함 ④ 공중보건의사 또는 병역판정검사전담의사의 편입·복무 등에 필요한 사항은 대통령령(동법 시행령 제69조, 제69조의2, 제70조, 제70조의2, 제71조)으로 정함
「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」	
공중보건 의사 신분	<ul style="list-style-type: none"> 공중보건의사란 공중보건업무에 종사하기 위하여 병역법 제34조제1항에 따라 공중보건의사에 편입된 의사·치과의사 또는 한의사로서 보건복지부장관으로부터 공중보건업무에 종사할 것을 명령받은 사람 (제2조) 공중보건의사는 「국가공무원법」 제26조의5에 따른 임기제공무원으로 함 (제3조)
수급관리 및 실태조사	<ul style="list-style-type: none"> 보건복지부장관은 국방부장관과 협의하여 공중보건의사의 적정 수급을 위한 정책을 수립·시행하여야 함 (제3조의3) 보건복지부장관은 공중보건의사의 신규 편입 현황 등을 고려한 장기적인 인력수요 전망을 반영하여야 함 보건복지부장관은 공중보건의사의 실태 및 특성을 파악하기 위하여 3년마다 다음 각 호의 사항에 관하여 실태조사를 실시하고, 그 결과를 공표하여야 함 <ul style="list-style-type: none"> - 1. 공중보건의사 공급 현황 - 2. 의료취약지 등 공중보건의사 배치 현황 - 3. 공중보건의사의 근무형태, 근무여건 및 처우, 근무만족도 등 근무환경 및 복지 등에 관한 사항 등

구분	주요 내용
종사명령 및 복무	<ul style="list-style-type: none"> • 시·도지사는 제1항에 따른 명단 통보를 받으면 지체 없이 해당 공중보건의를 소집하여 공중보건업무 수행에 필요한 직무교육을 한 후 근무할 지역·기관 또는 시설을 지정하고, 그 결과를 지체 없이 보건복지부장관에게 통보하여야 함 (제5조) • 직무교육기간은 의무복무기간에 산입(算入) (제5조) • 시·도지사는 제2항에 따라 공중보건의사가 근무할 지역·기관 또는 시설을 지정할 때에는 군 보건소와 읍·면의 보건지소에 공중보건의사가 우선 배치되도록 하여야 함 등 (제5조) • 공중보건의사는 의무복무기간 동안 공중보건업무에 성실히 종사하여야 하며, 공중보건업무 외의 업무에 종사하여서는 아니 됨 (제9조) <ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부장관은 공중보건의사가 제1항을 위반하여 공중보건업무 외의 업무에 종사하였을 때에는 그 업무에 종사한 일수의 5배의 기간을 연장하여 근무할 것을 명할 수 있음 등 (제9조)
배치시설	<ul style="list-style-type: none"> • 공중보건의사 배치 기관·시설: 보건소 또는 보건지소, 공공병원(국가·지자체 또는 공공단체가 설립운영하는 병원), 공공보건의료연구기관, 공중보건사업의 위탁 사업을 수행하는 기관·단체 등 (제5조의2)
수련	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 공중보건의사에 대하여 1년의 범위에서 전공의 수련을 허가할 수 있음. 단, 해당 수련기간은 의무복무기간에 산입하지 아니함 (제12조)
배치 적정성 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부장관은 공중보건의를 효율적으로 활용하기 위하여 공중보건의사 배치의 적정성을 평가하고 그 결과를 다음 연도의 배치에 반영할 수 있음 (제14조의3) • 보건복지부장관은 해당 평가를 관계 전문기관에 위탁할 수 있음. 또한, 공중보건 의사 배치의 적정성을 평가하기 위하여 필요한 경우 현장조사를 하거나 관계자 의견을 들을 수 있음

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

자. 의료법

〔「의료법」 상 지역의료 관련 주요 내용〕

구분	주요 내용
면허 조건 및 등록	<ul style="list-style-type: none"> ①보건복지부장관은 보건의료 시책에 필요하다고 인정하면 제5조 및 제6조에 따른 면허를 내줄 때 3년 이내의 기간을 정하여 특정 지역이나 특정 업무에 종사할 것을 면허의 조건으로 붙일 수 있음 (제11조)
병상 수급계획	<ul style="list-style-type: none"> ①보건복지부장관은 병상의 합리적인 공급과 배치에 관한 기본시책을 5년마다 수립하여야 함 (제60조) ②시·도지사는 제1항에 따른 기본시책에 따라 지역 실정을 고려하여 특별시·광역시 또는 도 단위의 지역별·기능별·종별 의료기관 병상 수급 및 관리계획을 수립한 후 보건복지부장관에게 제출하여야 함 ③보건복지부장관은 제2항에 따라 제출된 병상 수급 및 관리계획이 제1항에 따른 기본시책에 맞지 아니하는 등 보건복지부령으로 정하는 사유가 있으면 시·도지사와 협의하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 이를 조정하여야 함
비대면 진료 (예정)	<ul style="list-style-type: none"> ②제1항에도 불구하고 의료인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 비대면진료(의료인이 의료기관 밖에 있는 환자에 대하여 유무선 통신, 화상통신, 컴퓨터 등 정보통신기술을 활용하여 실시하는 진료로서 지속적 관찰, 상담 및 교육, 진단 및 처방에 해당하는 진료를 말한다.)를 실시할 수 있음 (제34조의2) <ul style="list-style-type: none"> - 1. 환자가 해당 의료기관에서 일정 기간 내에 동일한 증상으로 대면하여 진료받은 기록이 있는 경우 - 2. 제1호에 해당하지 아니한 경우로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> *가. 환자의 거주지와 의료기관 소재지가 동일 지역에 위치하는 경우 *나. 희귀질환자, 제1형 당뇨병 환자 등 가목에 따른 동일 지역 밖에서 비대면진료를 받을 필요가 있는 환자의 경우 ③제2항제2호의 경우 비대면진료를 실시하는 의료인은 의약품의 종류, 처방 일수 등이 제한된 범위에서만 의약품을 처방할 수 있음 ④비대면진료는 의원급 의료기관에서 실시. 다만 희귀질환자, 제1형 당뇨병 환자, 교정시설 수용자, 수술 후 경과 관찰이 필요한 환자 등 불가피한 경우에는 병원급 의료기관에서 비대면진료를 실시할 수 있음 ⑤ 비대면진료를 실시하는 의료인은 제15조제1항에도 불구하고 환자의 건강상태 등을 고려하여 비대면진료를 실시하는 것이 적절하지 아니하거나 대면진료가 필요하다고 판단하는 경우에는 비대면진료를 실시하지 아니하거나 중단할 수 있다. ⑦ 비대면진료를 실시하는 의료인은 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 짐 (감경·면제 사유도 별도 규정)

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 제작됨

차. 암관리법

[「암관리법」 상 지역의료 관련 주요 내용]

구분	주요 내용
암관리 종합계획	<ul style="list-style-type: none"> ①보건복지부장관은 제6조에 따른 국가암관리위원회의 심의를 거쳐 암관리종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 5년마다 세워야 함 (제5조) <ul style="list-style-type: none"> - 포함 사항: 암관리사업의 기본목표와 추진방향, 계획 및 추진방법, 암관리에 필요한 전문인력 육성, 암치료 후 사후관리 등 ③특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장)은 그 지방자치단체의 실정을 고려하여 종합계획에 따른 세부집행계획을 각각 세워야 함 ④제3항에 따른 세부집행계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획에 포함하여 수립하여야 함
암생존자 통합지지 사업	<ul style="list-style-type: none"> ②보건복지부장관은 암생존자통합지지사업을 효율적으로 추진하기 위하여 국립암센터와 지역암센터를 중앙암생존자통합지지센터와 권역암생존자통합지지센터로 각각 지정할 수 있음 (제12조의2)
지역 암등록 본부 지정 등	<ul style="list-style-type: none"> ②보건복지부장관은 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 제19조에 따른 지역암센터 또는 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 관련 전문기관 중 1개 기관을 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 “시·도”) 별 지역암등록본부로 지정할 수 있음 등 (제17조) <ul style="list-style-type: none"> - 1. 해당 지역의 암 발생률 및 생존율 등 암 통계 산출을 위한 자료의 수집·분석·관리 - 2. 해당 지역의 암등록통계사업과 관련한 조사·연구 등 ③보건복지부장관은 중앙암등록본부 및 지역암등록본부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우(업무 미수행, 지도·감독 미수용, 지정기준 미달 등)에는 그 지정을 취소할 수 있음 등
지역 암센터 지정 등	<ul style="list-style-type: none"> ①보건복지부장관은 「의료법」에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있음 (제19조) <ul style="list-style-type: none"> - 수행 사업: 암의 발생·예방·진단·치료 및 관리 등에 관한 조사·연구, 암검진과 암환자의 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공, 암의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육·훈련, 종합계획 관련 사업 수행 등 ③보건복지부장관은 지역암센터가 제2항 각 호의 사업을 하지 아니하거나 잘못 수행한 경우에는 시정을 명할 수 있음 ④보건복지부장관은 지역암센터가 수행하는 사업을 정기적으로 평가하고 그 결과를 지원에 반영할 수 있음 ⑤보건복지부장관은 지역암센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우(거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정, 지정기준 미달, 사업 미수행, 시정명령 미이행 등)에는 그 지정을 취소할 수 있음 등
비용 지원	<ul style="list-style-type: none"> 국가와 지자체는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음 (제46조) <ul style="list-style-type: none"> - 1. 지역암센터가 담당업무(사업)를 수행하기 위하여 필요한 시설·인력 및 장비 등을 확충하는데 드는 비용 - 2. 중앙암등록본부 및 지역암등록본부의 암등록통계사업에 드는 비용과 의료기관의 암등록통계자료 제출에 드는 비용 등

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

타. 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률

[「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 상 지역의료 관련 주요 내용]

구분	주요 내용
정의	<ul style="list-style-type: none"> • 심뇌혈관센터란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙심뇌혈관질환센터, 권역심뇌혈관질환센터, 지역심뇌혈관질환센터를 지칭 (제2조) - 의료기관: 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 하는 곳 (「의료법」 제3조) <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> *의원급 의료기관: 의사·치과의사·한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관(의원, 치과의원, 한의원) *조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관 *병원급 의료기관: 의사·치과의사·한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관(병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원) 등 </div>
심뇌혈관질환관리종합계획	<ul style="list-style-type: none"> • ①보건복지부장관은 심뇌혈관질환관리종합계획(이하 “종합계획”)을 5년마다 수립하여야 함 (제4조) • ③특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”) 또는 시장·군수·구청장(자치구의 구청장)은 그 지방자치단체의 실정을 고려하여 종합계획에 따른 세부집행계획을 수립하여야 함 • ④제3항에 따른 세부집행계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획에 포함하여 수립함
중앙심뇌혈관질환센터 지정	<ul style="list-style-type: none"> • ①보건복지부장관은 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제3조의3에 따른 종합병원 중에서 중앙심뇌혈관질환센터를 지정할 수 있음 (제12조) - 1. 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 운영에 필요한 기술지원 및 평가지원 - 4. 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 심뇌혈관질환등록통계사업 관련 자료수집·분석 및 제공 - 6. 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 사업 인력에 대한 교육·훈련
권역·지역심뇌혈관질환센터 지정 등	<ul style="list-style-type: none"> • ①보건복지부장관은 다음 각 호의 사업을 수행하기 위하여 「의료법」 제3조의3에 따른 종합병원 중에서 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터를 지정할 수 있음 (제13조) - 2. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환 관련 예방, 진료 및 재활 등에 대한 조사·연구 - 3. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환조사통계사업 관련 자료의 수집·분석 및 제공 - 4. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육 • ② 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 의료기관에 대하여 지정기준, 운영실적 등을 평가할 수 있음

구분	주요 내용
	<ul style="list-style-type: none"> • ③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 평가결과를 고려하여 3년마다 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터로 재지정할 수 있음 • ④ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제17조에 따른 지도·감독을 따르지 아니한 경우 시정을 명할 수 있음 • ⑤ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우(사업 미수행, 시정명령 미이행, 지정기준 미달, 지도·감독 미수용 등) 그 지정을 취소할 수 있음 등

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

파. 인구감소지역 지원 특별법

[「인구감소지역 지원 특별법」 상 지역의료 관련 주요 내용]

구분	주요 내용
의료기관 확충	<ul style="list-style-type: none"> • ① 국가와 지방자치단체는 인구감소지역 주민의 건강 증진과 노인의 만성질환 예방·치료 등을 위하여, 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있음 (제23조) • ③ 국가와 지방자치단체는 인구감소지역의 보건의료 여건을 개선하기 위하여 의료기관의 설치와 의료인(「의료법」 제2조) 확보에 필요한 시책을 수립·시행하고, 지역보건의료기관(「지역보건법」 제2조제1호) 간 협력이 강화될 수 있도록 하여야 함 • ④ 국가와 지자체는 응급·심혈관·뇌혈관 등 생명과 직결된 필수의료료를 수행할 수 있도록 의료시설, 인력, 의료서비스의 품질 등 국가 또는 지방자치단체가 정하는 기준을 충족하여 필수의료 제공이 가능한 의료기관을 지정하고 의료시설 및 인력 확충과 의료서비스의 품질 향상 등에 드는 비용을 보조하거나 지원할 수 있음 • ⑤ 시·도지사는 「공공보건의료에 관한 법률」에 따른 의료취약지이면서 인구감소지역에 소재한 의료기관 중에서 의료취약지 거점의료기관을 지정하고 우선 지원할 수 있음

자료: 국가법령정보센터 자료를 바탕으로 재작성

2. 권역·지역 책임의료기관 및 필수의료 정부 지정센터 현황

[권역·지역 책임의료기관 및 필수의료 정부 지정센터 현황 (2026.6.기준)]

시도 (17)	권역 책임의료 기관 (17)	지역 책임의료 기관 (55)	권역 심뇌혈관 질환센터 (14)	지역 심뇌혈관 질환센터 (10)	지역 암센터 (13)	중증·권역 모자의로 센터 (22)	지역 모자의로 센터 (33)	권역 응급의료 센터 (44)	권역 외상센터 (17)
중앙			서울대 병원			국립중앙 의료원 (중앙모자 의료센터)	국립중앙 의료원 (중앙모자 의료센터)	국립중앙 의료원 (중앙응급 의료센터)	
서울	서울대 병원	서울 적십자 병원 서울 의료원 보라매 병원 서울서남 병원		순천향대 서울병원		(중증) 서울대 병원 (중증) 삼성서울 병원 고대구로 병원 고대안암 병원 가톨릭대 서울성모 병원		서울대 병원 이대목동 병원 고대안암 병원 한양대 병원 고대구로 병원 서울 의료원 강동경희대 병원	국립중앙 의료원
경기	분당서울대 병원	건강보험공단일산 병원 수원병원 의정부 병원 안성병원 파주병원 이천병원 포천병원 성남시 의료원 근로복지공단안산 병원 한림대 성심병원 부천시세종 병원	분당 서울대 병원	의정부 을지대 병원 국민건강보험일산 병원	아주대 병원	분당서울대 병원 아주대 병원 고려대 안산병원 건강보험공단일산 병원	순천향대 부천병원 한림대 성심병원 의정부 성모병원 분당 차병원 성빈센트 병원 한림대 동탄성심 병원 동국대 일산병원 한양대 구리병원	분당서울대 병원 순천향대 부천병원 한림대 성심병원 의정부 성모병원 명지병원 분당 차병원 고대안산 병원 아주대 병원 건강보험공단일산 병원	아주대 병원 의정부 성모병원

시도 (17)	권역 책임의료 기관 (17)	지역 책임의료 기관 (55)	권역 심뇌혈관 질환센터 (14)	지역 심뇌혈관 질환센터 (10)	지역 암센터 (13)	중증·권역 모자의료 센터 (22)	지역 모자의료 센터 (33)	권역 응급의료 센터 (44)	권역 외상센터 (17)
인천	길병원	인천 의료원 인천적십자병원 나은병원 인천세종병원	인하대 병원	인천세종 병원	길병원	길병원	인하대 병원 인천성모 병원	길병원 인하대 병원	길병원
부산	부산대 병원	부산 의료원	동아대 병원	-	부산대 병원	부산 백병원 해운대 백병원	부산대 병원 동아대 병원 고신대 복음병원 부산성모 병원 일신기독 병원 좋은문화 병원	동아대 병원 인제대 해운대 백병원	부산대 병원
경남	경상대 병원	양산 부산대 병원 마산 의료원 통영 적십자 병원 거창 적십자 병원	경상대 병원	창원 한마음 병원	경상대 병원	양산 부산대 병원	경상대 병원 삼성창원 병원 창원 경상대 병원	경상대 병원 양산 부산대 병원 삼성창원 병원	경상대 병원
울산	울산대 병원	동강병원 울산병원	울산대 병원	동강병원	울산대 병원		울산대 병원	울산대 병원	울산대 병원
대구	경북대 병원	대구 의료원	경북대 병원	-	칠곡 경북대 병원	칠곡 경북대 병원 계명대 동산병원	경북대 병원 대구 가톨릭대 병원 대구 파티마 병원	경북대 병원 영남대 병원	경북대 병원

시도 (17)	권역 책임의료 기관 (17)	지역 책임의료 기관 (55)	권역 심뇌혈관 질환센터 (14)	지역 심뇌혈관 질환센터 (10)	지역 암센터 (13)	중증·권역 모자의료 센터 (22)	지역 모자의료 센터 (33)	권역 응급의료 센터 (44)	권역 외상센터 (17)
경북	칠곡경북 대병원	안동 의료원 포항 의료원 김천 의료원 영주 적십자 병원 상주 적십자 병원 동국대 경주병원	안동병원	세명기독 병원	-	-	-	안동병원 구미 차병원 포항성모 병원	안동병원
대전	충남대 병원		충남대 병원	대전 을지대 병원	충남대 병원	충남대 병원	건양대 병원 을지대 병원	충남대 병원 건양대 병원	을지대 병원
충남	단국대 병원	천안 의료원 공주 의료원 서산 의료원 홍성 의료원 백제병원	순천향대 천안병원	-	단국대 병원	단국대 병원	순천향대 천안병원	단국대 병원 순천향대 천안병원	단국대 병원
충북	충북대 병원	청주 의료원 충주 의료원 명지병원	충북대 병원	효성병원	충북대 병원	충북대 병원	-	충북대 병원	충북대 병원
세종	세종충남 대병원	-	-	-	-	-	세종충남 대병원	-	-
광주	전남대 병원	광주기독 병원	전남대 병원	-	-	전남대 병원	조선대 병원	전남대 병원 조선대 병원	전남대 병원

시도 (17)	권역 책임의료 기관 (17)	지역 책임의료 기관 (55)	권역 심뇌혈관 질환센터 (14)	지역 심뇌혈관 질환센터 (10)	지역 암센터 (13)	중증·권역 모자의료 센터 (22)	지역 모자의료 센터 (33)	권역 응급의료 센터 (44)	권역 외상센터 (17)
전남	화순 전남대 병원	목포시 의료원 순천 의료원	-	성가롤로 병원	화순 전남대 병원	-	현대여성 아동병원	목포한국 병원 성가롤로 병원	목포한국 병원
전북	전북대 병원	군산 의료원 남원 의료원 예수병원 원광대 병원 정음아산 병원	원광대 병원	-	전북대 병원	전북대 병원	원광대 병원 예수병원	전북대 병원 원광대 병원	원광대 병원
강원	강원대 병원	원주 의료원 영월 의료원 강릉 의료원 삼척 의료원 속초 의료원	강원대 병원	-	강원대 병원	강원대 병원	원주세브 란스병원 강릉아산 병원 강릉아산 병원	원주세브 란스병원 강릉아산 병원 춘천성심 병원	원주세브 란스병원
제주	제주대 병원	서귀포 의료원	제주대 병원	-	제주대 병원	제주대 병원	-	제주한라 병원	제주한라 병원

주: 1. 괄호 안의 수치는 2026년 6월 기준으로 각 기관의 전체 수(중앙 제외)를 의미
2. 보건복지부에 따르면, 권역응급의료센터와 관련하여 중앙에 국립중앙의료원 중앙응급의료센터가 운영되고 있으나 직접 응급의료를 제공하는 기관이 아닌 정책지원 기관임
자료: 보건복지부 제출자료

지역의료 지원사업 현황과 개선과제

발간일 2026년 7월 8일

발행인 국회예산정책처장 지동하

편 집 예산분석실 사회행정사업평가과

발행처 **국회예산정책처**

서울특별시 영등포구 의사당대로 1

(tel 02 · 2070 · 3114)

인쇄처 (주)디자인여백플러스(tel 02 · 2672 · 1535)

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)에서
보실 수 있습니다.

ISBN 979-11-6799-260-4 93350

© 국회예산정책처, 2026



(07233)서울특별시 영등포구 의사당대로 1
Tel. 02-2070-3114 www.nabo.go.kr

발 간 등 록 번 호

31-9700487-002308-01



국회에산정책처
NATIONAL ASSEMBLY BUDGET OFFICE