



제2회 미디어 포럼

---

## 대한민국 의료이용의 문제점과 해법

---

일시 : 2024. 05. 23. (목) 오후 2시~5시 20분

장소 : 프레스센터 19층 기자회견장 (유튜브 채널 생중계)

공동주최 : 대한민국의학한림원·한국의학바이오기자협회



대한민국의학한림원  
National Academy of Medicine of Korea

KAMJ 한국의학바이오기자협회  
Korean Assc. of Medical Journalists.





프로그램 ..... 1

| 주제발표 |

응급의료전달체계의 현주소 ..... 3

이성우 · 고려의대 응급의학 교수

대한민국 의료, 공급의 문제인가, 소비의 문제인가? ..... 27

박종훈 · 고려의대 정형외과학 교수

합리적 의료 이용을 위한 의료전달체계 개선 방향 ..... 41

이상일 · 울산의대 예방의학 교수

앞으로의 바람직한 의대교육 및 전공의 교육 ..... 77

신찬수 · 서울의대 내과학 교수

| 지정토론 및 전체토론 | ..... 101

강 준 의료개혁총괄과장(보건복지부)

민태원 의학전문기자(국민일보)

신현웅 선임연구위원(한국보건사회연구원)

이지현 기자(한국경제)



## “대한민국 의료이용의 문제점과 해법”

**일시** : 2024. 05. 23. (목) 오후 2시~5시 20분

**장소** : 프레스센터 19층 기자회견장 (유튜브 채널 생중계)

**공동주최** : 대한민국의학한림원·한국의학바이오기자협회

### 프로그램(안)

사회 : **이진한** 한국의학바이오기자협회 부회장(동아일보)

13:30~14:00    **등록**

14:00~14:20    **인사말**

**왕규창** 대한민국의학한림원 원장

**김길원** 한국의학바이오기자협회 회장(연합뉴스)

#### 제1부 : 주제발표

14:20~14:50    **응급의료전달체계의 현주소**

**이성우** 교수 (고려의대 응급의학)

14:50~15:20    **대한민국 의료, 공급의 문제인가, 소비의 문제인가?**

**박종훈** 교수 (고려의대 정형외과학)

15:20~15:50    **합리적 의료 이용을 위한 의료전달체계 개선 방향**

**이상일** 교수 (울산의대 예방의학)

15:50~16:20    **앞으로의 바람직한 의대교육 및 전공의 교육**

**신찬수** 교수 (서울의대 내과학)

16:20~16:30    **Coffee Break**

#### 제2부 : 패널토의

좌장 : **임정기** 위원장(미디어포럼 운영위원회)

**김철중** 의학전문기자(조선일보)

16:30~17:20    **지정토론 및 전체토론**

**강 준** 의료개혁총괄과장(보건복지부)

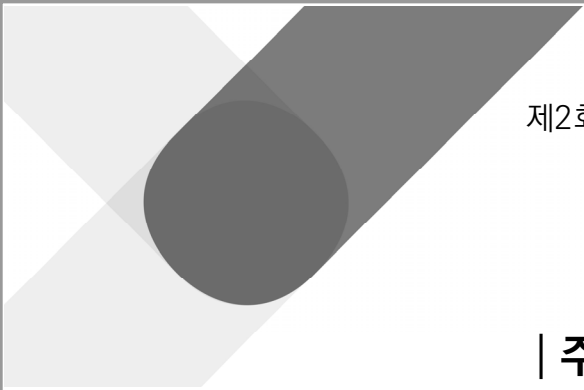
**민태원** 의학전문기자(국민일보)

**신현웅** 선임연구위원(한국보건사회연구원)

**이지현** 기자(한국경제)

17:20            **폐회**





제2회 미디어포럼 “대한민국 의료이용의 문제점과 해법”

| 주제발표 |

## 응급의료전달체계의 현주소

---

이 성 우

고려의대 응급의학 교수



## 약 력

- 성 명 : 이성우
- 소 속 : 고려대학교 의과대학 응급의학교실
- 직 위 : 교수

### [주요 학력사항]

- 1987년 3월~1993년 2월. 고려대학교 의과대학 졸업
- 1997년 3월~1999년 2월. 고려대학교 대학원 의학석사 취득(일반외과 전공)
- 1999년 3월~2001년 8월. 고려대학교 대학원 의학박사 취득(응급의학 전공)

### [주요 경력사항]

- 2014년 11월~2018년 4월. 대한의사협회 정책이사
- 2018년 5월~2021년 12월. 중증외상진료체계개선을 위한 민관외상협의체 위원
- 2018년 9월~현재. 고려대학교 안암병원 응급의료센터장
- 2021년 9월~현재. 대한임상독성학회 이사장
- 2021년 12월~현재. 고려대학교안암병원 진료협력센터장





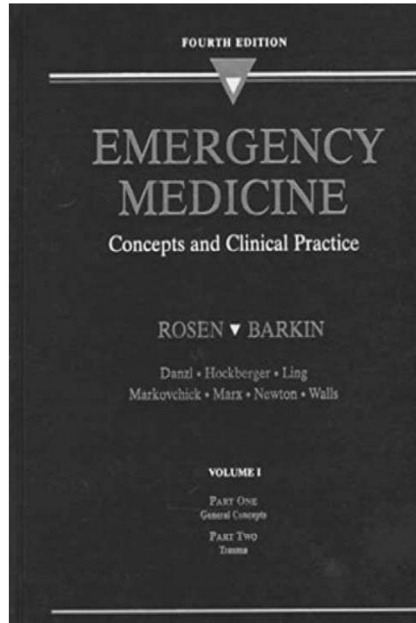
# 응급의료전달체계 현황

고려대학교 안암병원 응급의학과 교수/진료부원장  
대한응급의학회 정책이사

이성우

## 순서

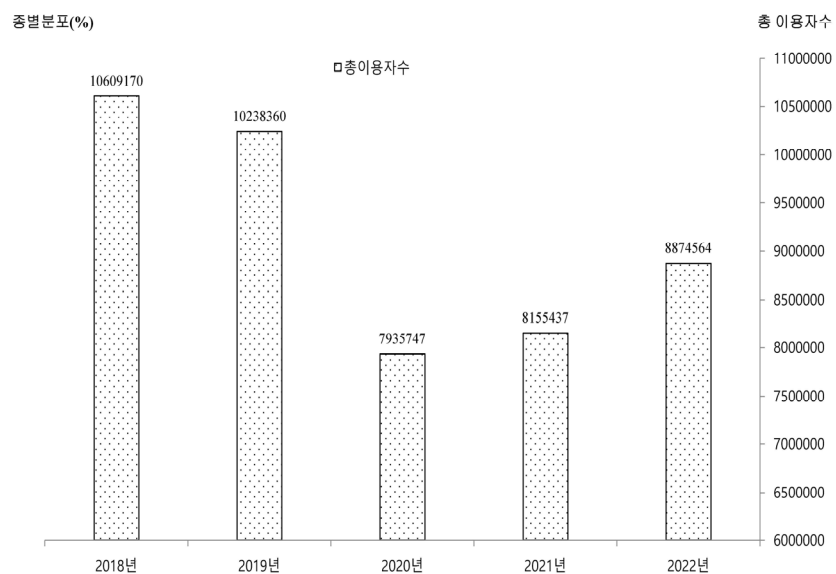
1. 서론
  - 응급의료의 목표
  - 응급의료기관 이용현황(코로나를 감안하여 2019년 통계를 중심으로)
  - 초고령사회와 응급의료
2. 본론
  - Input
    - 내원경로, 응급/중증도
  - Throughput
    - 재실시간, 응급수술/시술
  - Output
    - 입원
    - 전원
3. 결론
  - 응급의료의 목표 달성을 위한 (응급)의료자원의 효율적 사용



- 응급실은 “Melting pot” of problems
- 의학적인 문제와 비의학적인 문제
- 사회문제/교육/의료제도/응급의료제도 등
- 현재 비상진료상황/여러 현안들이 표출
  - 환자쏠림/과밀화
  - 지역응급의료의 공백
  - 배후진료역량과 경쟁
  - 체류시간 증가, 부적정 전원
  - 응급실 미수용
- 지속적 개선 노력이 필요

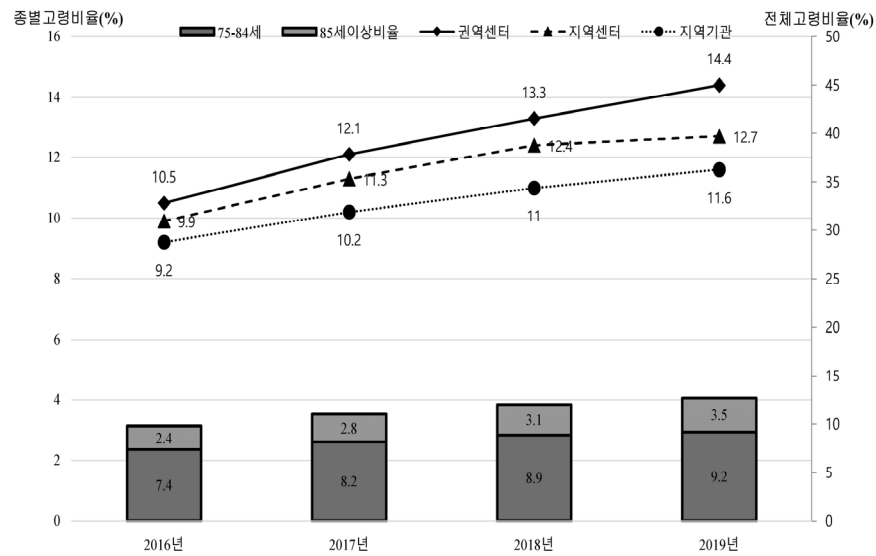
서론

## 총 응급이용환자수 및 종별분포현황 변화추이



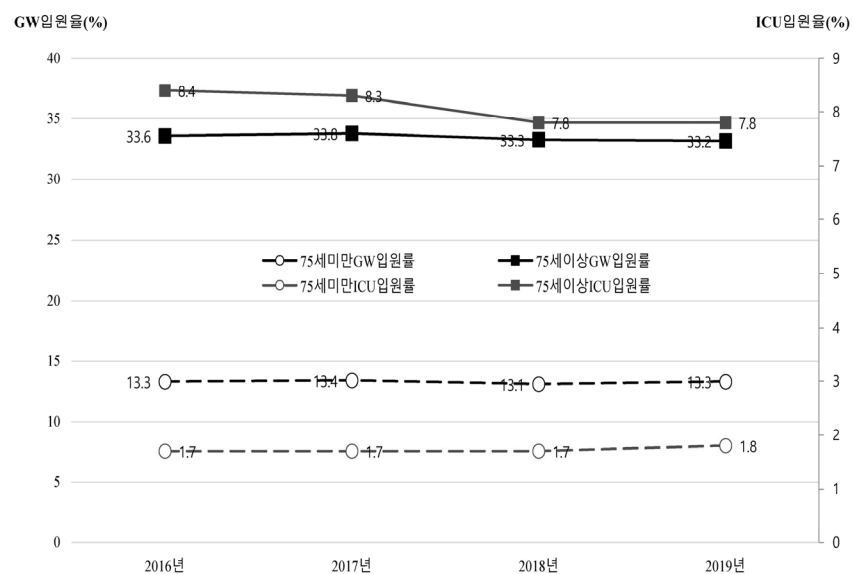
서론

## 과밀화=환자수 X 자원요구량 : 고령화 영향 추이(고령비율)1



서론

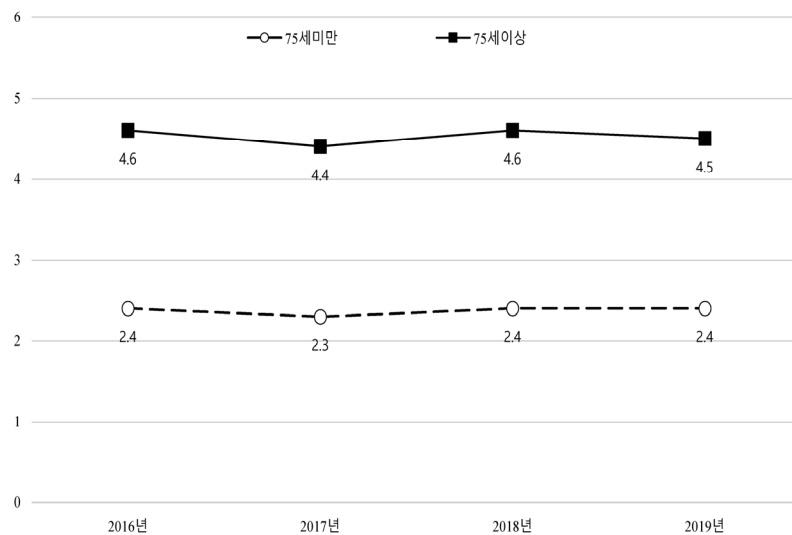
## 과밀화=환자수 X 자원요구량 : 고령화 영향 추이(입원)2



서론

## 과밀화=환자수 X 자원요구량 X 체류시간

평균총재실시간(hr)



서론: 응급의료의 목표

## 적시에 적정 응급의료제공: 의료자원의 효율적 사용

의료비상상황(응급 + 배후진료과)

응급실미수용  
(속칭 응급실 뱅뱅이)

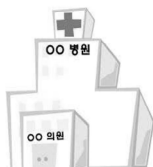
응급의료취약지  
(지역의료위기)

필수의료위기  
(최종치료자원고갈)

Input(적정응급기관 선정)



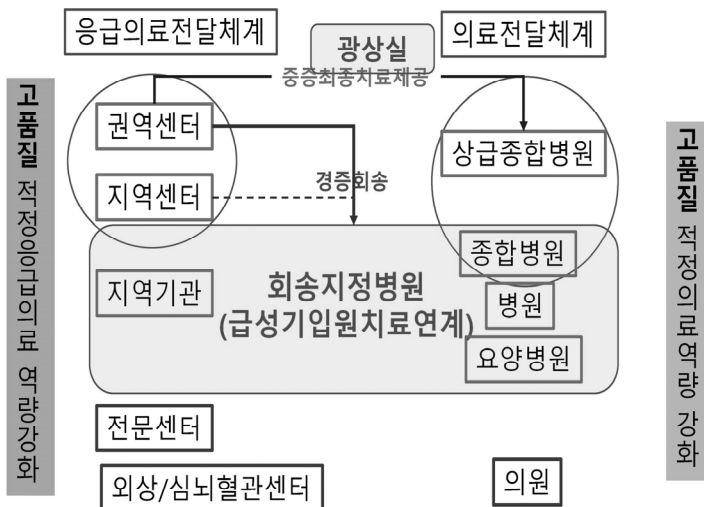
구상센터  
/광상실



안내센터



Throughput(응급의료역량)-----Output(의료역량)



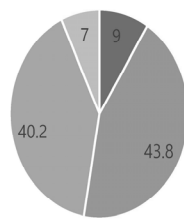
본론				
	권역응급의료센터	지역응급의료센터	지역응급의료기관	권역외상센터 전문센터
Input	내원경로 119 -----도보 초기 중증도(KTAS: Korean Triage Acuity Scale) KTAS 1,2,(3)-----KTAS 3,4,(5)-----KTAS 4,5			119 KTAS 1,2
Throughput	진단/응급치료/입퇴원의 결정: 체류시간 long-----short 응급수술 high risk/complex-----simple			
Output	응급실진료결과 입원(중환/전문질환)-----simple 전원: 경환-----중환 귀가: 낮은비중-----높은비중 배후진료(의료기관) 역량 크다-----국한 상증/중병급-----병원급			

본론	
Input	

본문

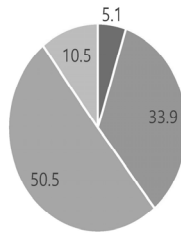
## 종별 KTAS 구성비(2019 n=9,055,185명)

권역센터(38개소, **21.4%**)



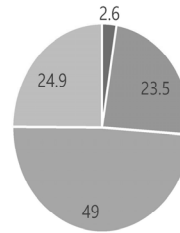
■ KTAS 1,2 ■ KTAS 3  
■ KTAS 4 ■ KTAS 5

지역센터(124개소, **44.2%**)



■ KTAS 1,2 ■ KTAS 3  
■ KTAS 4 ■ KTAS 5

지역기관(240개소, **34.4%**)

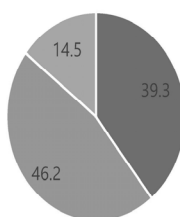


■ KTAS 1,2 ■ KTAS 3  
■ KTAS 4 ■ KTAS 5

본문

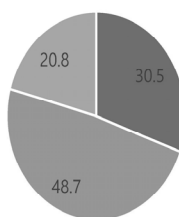
## KTAS별 종별 분담률(2019, n=9,055,185명)

KTAS 1,2 (5.3%)



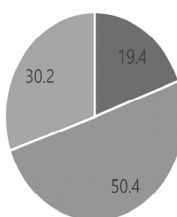
■ 권역 ■ 지역 ■ 기관

KTAS 3 (33.0%)



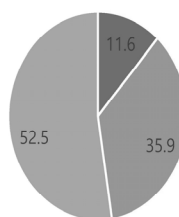
■ 권역 ■ 지역 ■ 기관

KTAS 4 (47.5%)



■ 권역 ■ 지역 ■ 기관

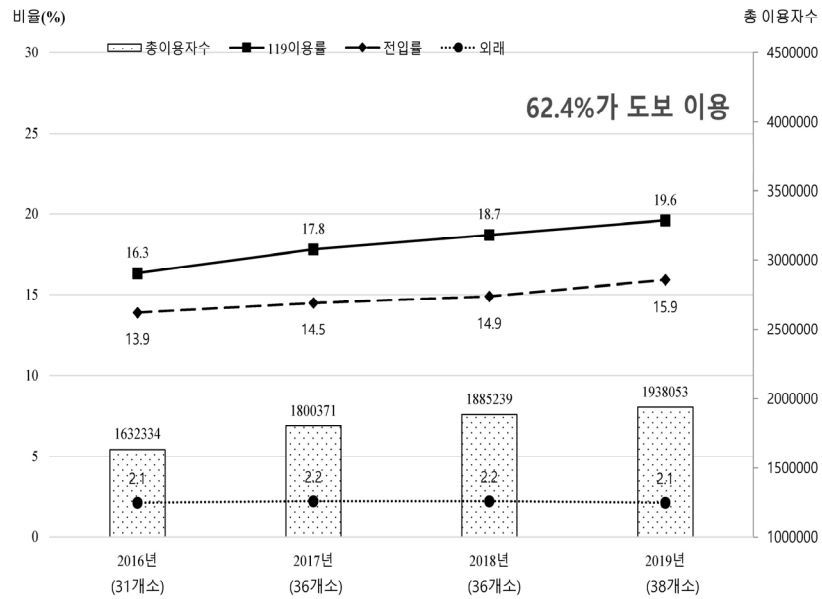
KTAS 5 (13.9%)



■ 권역 ■ 지역 ■ 기관

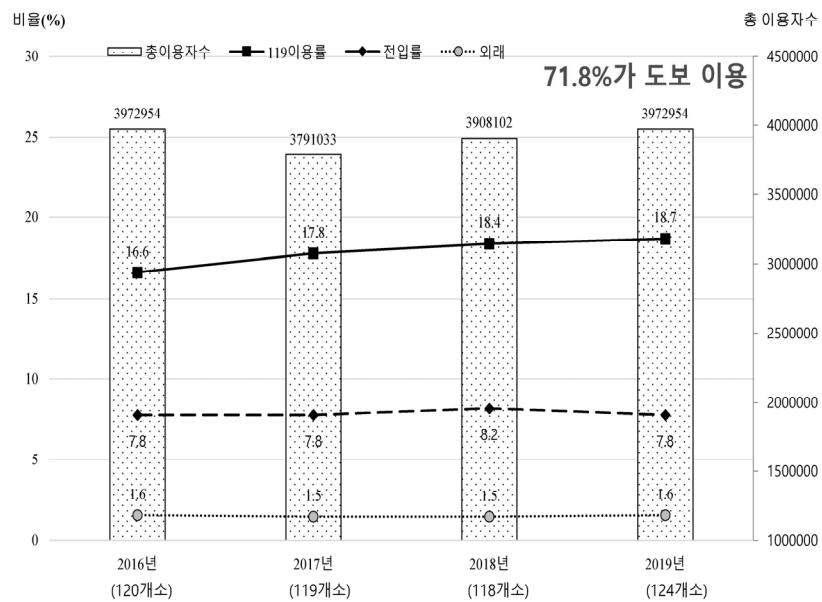
본문

## 내원단계환자흐름 추이: 권역응급센터



본문

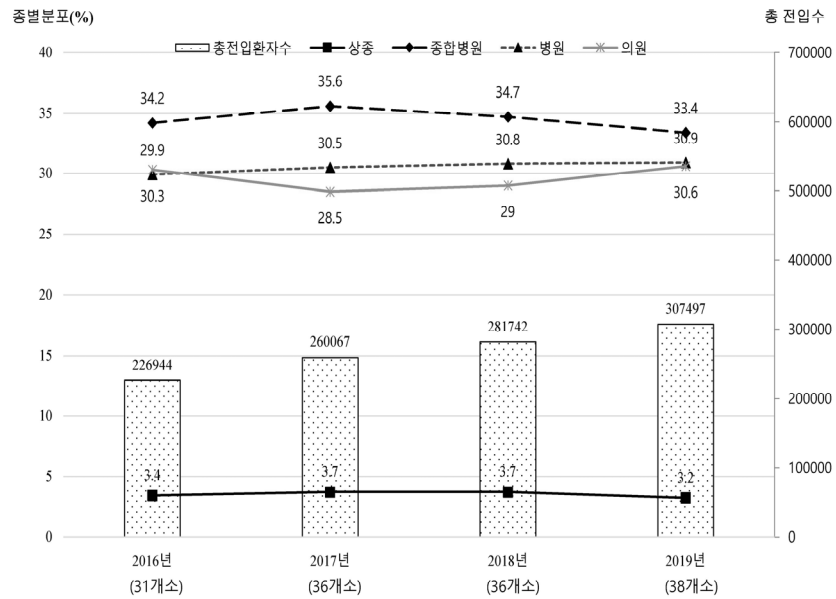
## 내원단계 환자흐름 추이: 지역응급센터



본문

## 전입환자의 의료기관종별: 권역센터

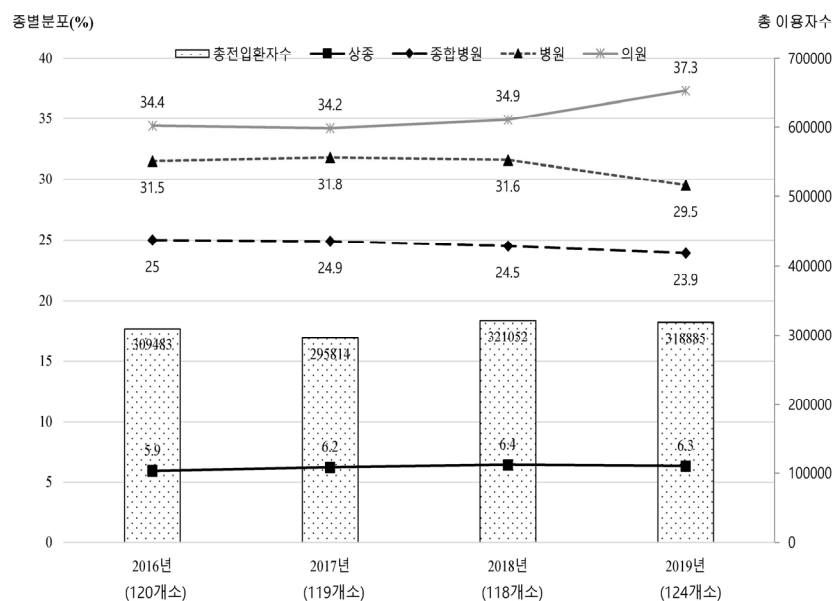
지역내 의료기관(병원급, 의원급) 대상 역할 및 중증도에 맞는 전원이 이루어지도록 홍보



본문

## 전입환자의 의료기관종별: 지역센터

의원급에서 신종별 응급의료기관 역할 및 중증도에 맞는 전원이 이루어져야 함.





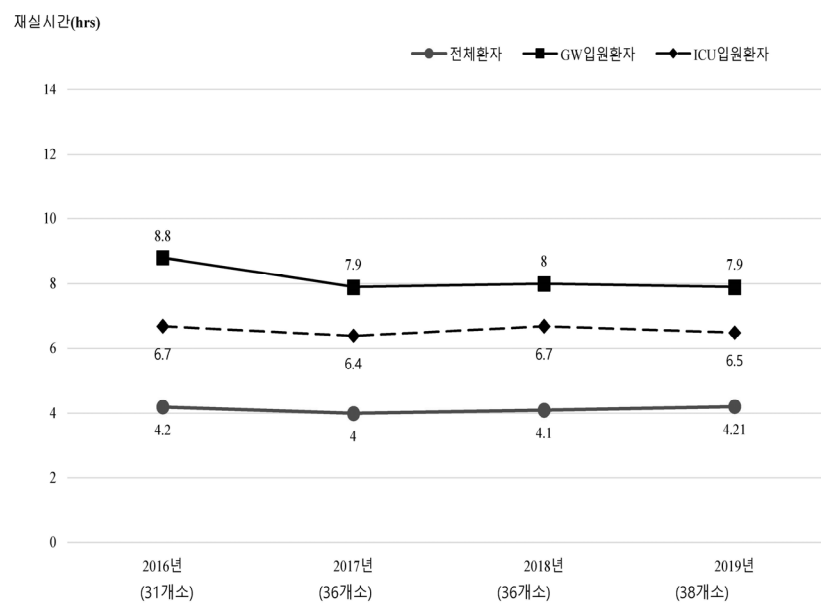
본문

# Throughput

본문

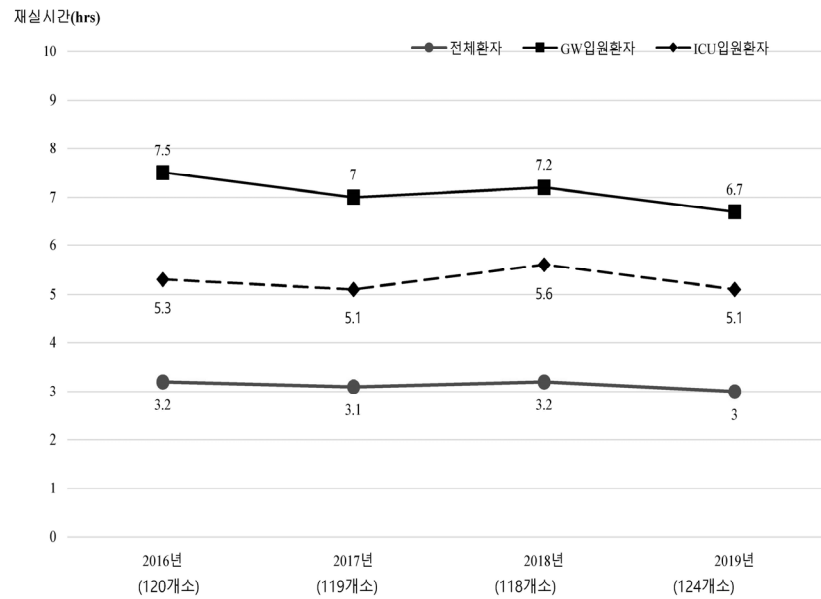
## 평균재실시간 추이: 권역응급센터

입원대기시간: 배후 입원병상부족-정규입원과 경쟁-전원의 어려움



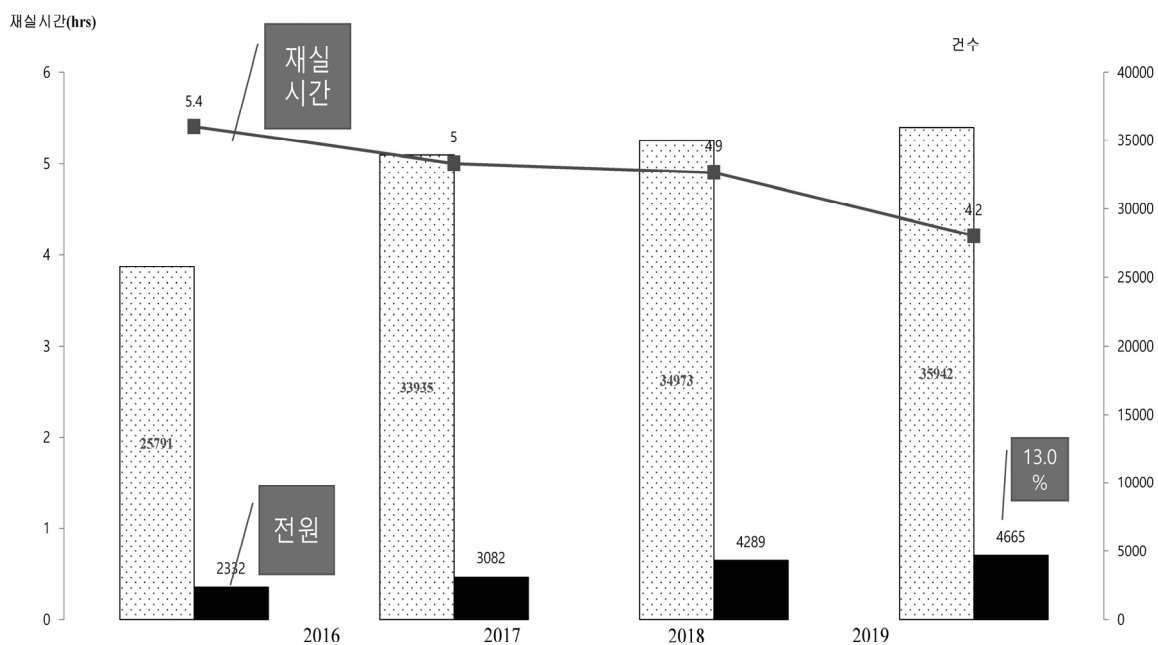
본문

## 평균재실시간 추이: 지역응급센터



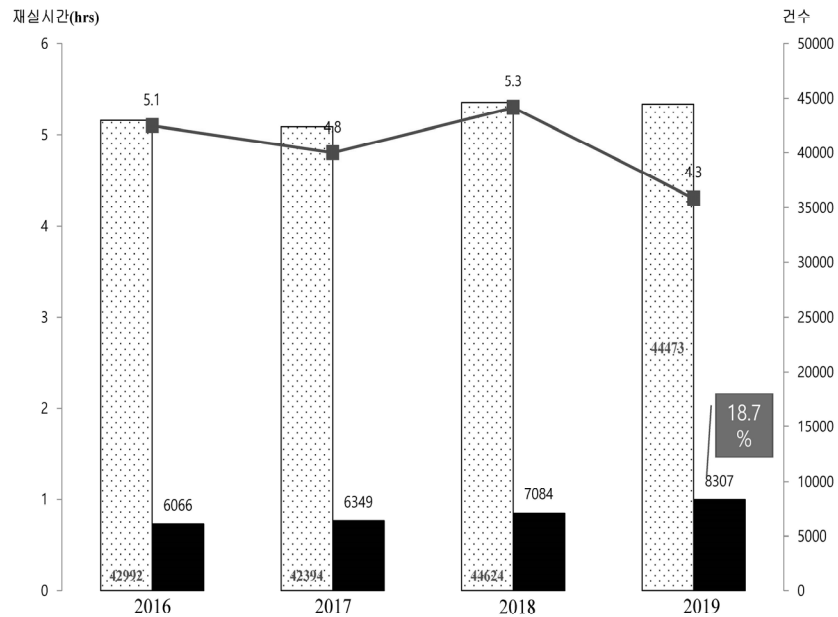
본문

## 응급수술/시술 건수: 권역응급센터 (응급실에서 곧장 수술/시술 간 후 입원, 당장 응급수술/처치 불가 전원)

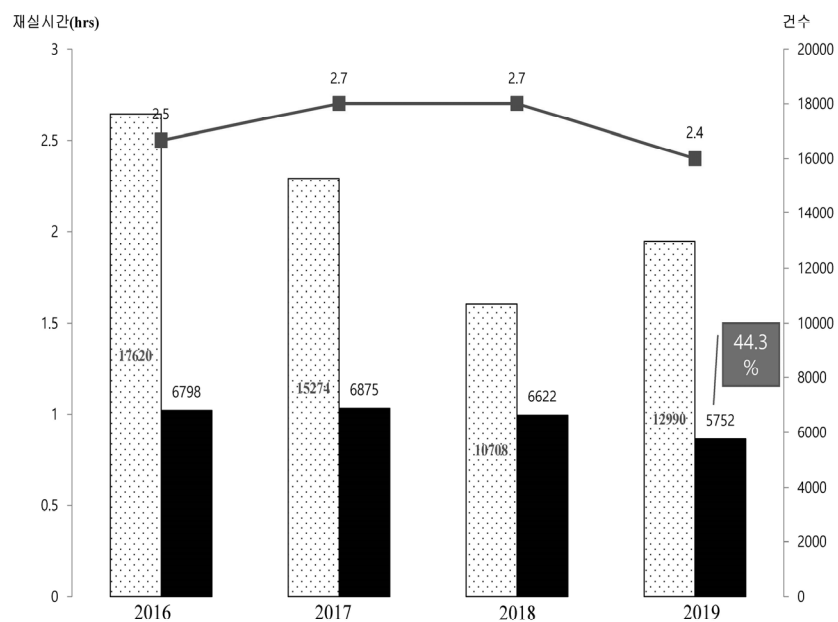


본문

### 응급수술/시술 건수: 지역응급센터 (응급실에서 곧장 수술/시술 간 후 입원, 당장 응급수술/처치 불가 전원)



### 응급수술/시술 건수: 지역응급기관 (응급실에서 곧장 수술/시술 간 후 입원, 당장 응급수술/처치 불가 전원)



본문

## 응급수술/시술 불가 사유 전원/재전원 주요 상병

전원 환자 중 응급수술/처치 불가사유  
(n=18,724)의 다빈도 주상병·퇴실주진단

재전원 환자 중 응급수술/처치 불가사유  
(n=3,027)의 다빈도 주상병·퇴실주진단

KCD code	진단명	환자수	%	KCD code	진단명	환자수	%
K358	appendicitis	1849	9.9	K358	appendicitis	480	15.9
R1049	unspecified abdominal pain	397	2.1	K810	cholecystitis	90	3.0
I219	AMI	390	2.1	K353	appendicitis c peritonitis	64	2.1
I609	SAH	298	1.6	K37	unspecified appendicitis	64	2.1
K37	unspecified appendicitis	283	1.5	R1049	unspecified abdominal pain	62	2.0
K810	cholecystitis	280	1.5	J189	pneumonia	48	1.6
K922	GI hemorrhage	265	1.4	K650	acute peritonitis	45	1.5
S0650	SDH	262	1.4	K830	cholangitis	40	1.3
I639	cerebral infarct	256	1.4	K922	GI hemorrhage	36	1.2
S610	open wound of finger	242	1.3	S72120	femur intertrochanteric Fx	34	1.1
R100	acute abdomen	227	1.2	I219	AMI	33	1.1
R074	chest pain	225	1.2	K659	peritonitis, unspecified	32	1.1
K650	acute peritonitis	213	1.1				
K353	appendicitis c peritonitis	212	1.1				
I619	ICH	182	1.0				

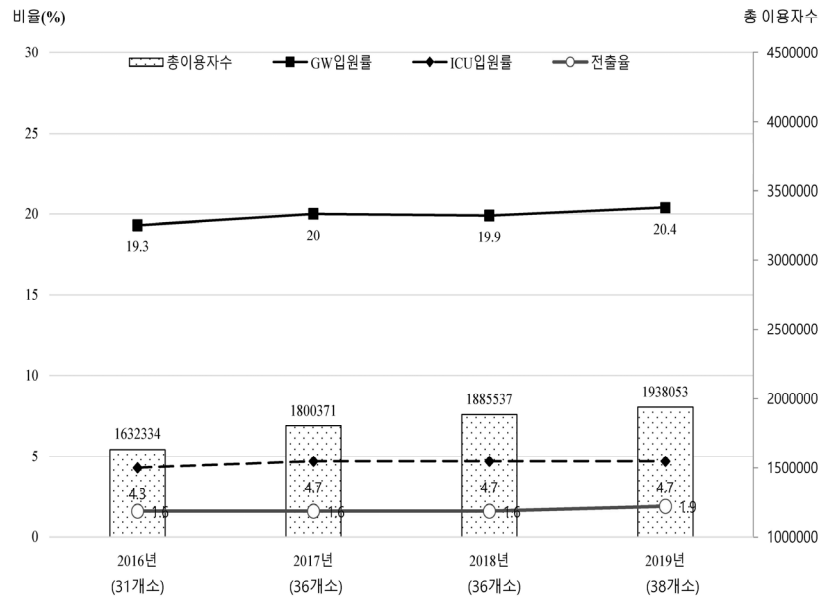
본문

Output

본문

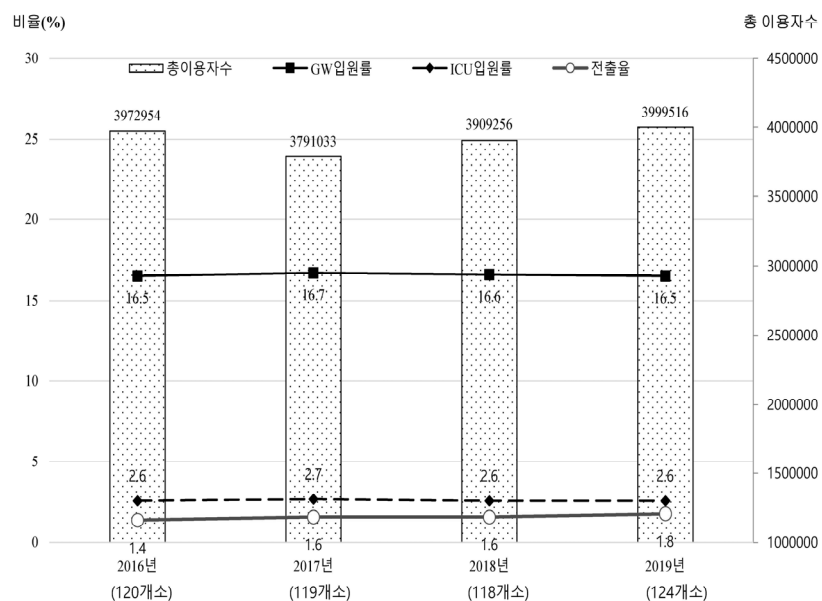
## 퇴실단계 환자흐름: 권역응급센터

배후 입원자원의 한정: 병상총량제, ICU저수가 등 -> 전원



본문

## 퇴실단계 환자흐름: 지역응급센터



본문

## 응급의료기관 종별 입원상병 상위 20개

Table 3. Top 20 common diagnoses of admitted patients

Rank	Level 1						Level 2						Level 3					
	GW		ICU				GW		ICU				GW		ICU			
	Code	Frequency (N=997153)	%	Code	Frequency (N=2551167)	%	Code	Frequency (N=1901103)	%	Code	Frequency (N=997153)	%	Code	Frequency (N=145643)	%	Code	Frequency (N=1201386)	%
1	Pneumonia	4604	4.61	Acute myocardial infarction	21005	8.35	Pneumonia	72551	3.82	Acute myocardial infarction	28151	8.39	Gastroenteritis	9176	6.30	Gastroenteritis	74992	6.24
2	Acute tubulo-interstitial nephritis	23877	2.39	Hemorrhagic stroke	15196	6.07	Gastroenteritis	78826	4.15	Pneumonia	20667	6.16	Pneumonia	7619	5.23	Sprain and strain of cervical spine	39156	3.26
3	Gastroenteritis	29845	3.00	Cerebral infarction	14097	5.61	Acute appendicitis	64260	3.38	Hemorrhagic stroke	15049	5.36	Sprain and strain of cervical spine	3578	2.46	Pneumonia	39085	3.25
4	Acute appendicitis	29718	2.98	Pneumonia	12084	4.81	Acute tubulo-interstitial nephritis	41883	2.20	Cerebral infarction	14378	4.29	Urinary tract infection	5895	4.05	Concussion	26375	2.19
5	Cerebral infarction	23797	2.39	Traumatic subdural haemorrhage	10007	3.98	Cerebral infarction	36688	1.93	Traumatic subdural haemorrhage	13800	4.11	Concussion	2819	1.94	Sprain and strain of lumbar spine	19928	1.66
6	Urinary tract infection	12806	1.28	Sepsis	6541	2.20	Urinary tract infection	24752	1.30	Heart failure	7756	2.38	Sprain and strain of lumbar spine	2570	1.76	Acute appendicitis	26484	2.21
7	Malignant neoplasm of HCC	8339	0.84	Heart failure	4222	1.68	Acute cholecystitis	24913	1.27	Gastrointestinal haemorrhage	5111	1.48	Dizziness and giddiness	2029	1.39	Dizziness and giddiness	17464	1.45
8	Convulsion	14179	1.42	Cardiac arrest	3709	1.49	Concussion	17664	0.93	Sepsis	6907	2.06	Acute appendicitis	1721	1.18	Acute tubulo-interstitial nephritis	16913	1.41
9	Acute cholecystitis	15104	1.50	Ischemic heart disease	3408	1.36	Sprain and strain of cervical spine	16813	0.88	Urinary tract infection	4155	1.24	Cerebral infarction	1573	1.08	Cerebral infarction	12273	1.02
10	Chronic kidney disease	7493	0.75	Gastrointestinal haemorrhage	3202	1.27	Dizziness and giddiness	14231	0.75	Cardiac arrest	4122	1.23	Influenza virus	1373	0.94	Urinary tract infection	11374	0.95
11	Heart failure	7253	0.73	Urinary tract infection	2465	0.98	Fracture of femur neck	14216	0.75	Ischemic heart disease	3625	1.08	Fracture of interochantric dlection of femur	1365	0.94	Influenza virus	20703	1.72
12	Fever, unspecified	6853	0.69	Convulsion	2224	0.88	Fever, unspecified	13515	0.71	Chronic kidney disease	3151	0.94	Fracture of lumbar spine	1194	0.82	Acute tonsillitis	8407	0.70
13	Acute pancreatitis	6651	0.67	Acute renal failure	2123	0.85	Malignant neoplasm of liver cell carcinoma	12856	0.68	Alcoholic liver disease	2934	0.88	Benign paroxysmal vertigo	1093	0.75	Multiple superficial injuries	8364	0.70
14	Fracture of femur neck	6315	0.63	Chronic kidney disease	1976	0.79	Acute pancreatitis	12305	0.65	Acute renal failure	2883	0.86	Fracture of thoracic spine	1026	0.70	Acute bronchitis	8283	0.69
15	Ischemic heart disease	6247	0.63	Pulmonary embolism	1676	0.67	Sprain and strain of lumbar spine	11627	0.61	Acute tubulo-interstitial nephritis	2689	0.80	Acute tonsillitis	973	0.67	Calculus of ureter	7846	0.65
16	Pneumothorax	5827	0.58	Acute tubulo-interstitial nephritis	1541	0.61	Calculus of ureter	10938	0.58	Gastroenteritis	2556	0.76	Fever, unspecified	947	0.65	Fever, unspecified	7733	0.64
17	Gastrointestinal haemorrhage	5541	0.56	Malignant neoplasm of liver cell carcinoma	1448	0.58	Malignant neoplasm of bronchus or lung	10772	0.57	Convulsions	2029	0.61	Hypo-osmolality and hyponatraemia	907	0.62	Benign paroxysmal vertigo	7331	0.61
18	Cholangitic liver abscess	5491	0.55	Diffuse brain injury	1140	0.45	Chronic kidney disease	10520	0.55	Pulmonary embolism	1843	0.55	Acute bronchitis	894	0.61	Fracture of lumbar vertebra	6777	0.56
19	Acute bronchitis	5153	0.52	Atherosclerotic heart disease	1031	0.41	Influenza virus	10356	0.54	Liver cell carcinoma	1696	0.51	Ileus	865	0.59	Fracture of interochantric dlection of femur	6553	0.53
20	Traumatic subdural haemorrhage	5008	0.50	Pulmonary edema	977	0.39	Convulsion	10039	0.53	Cardiomyopathy	1473	0.44	Acute pancreatitis	808	0.55	Lumbar intervertebral disc disorders with radiculopathy	6159	0.52

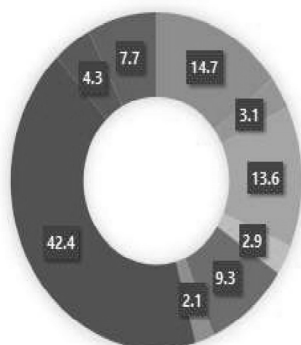
Abbreviations: GW, general ward; ICU, intensive care unit; HCC, hepatocellular carcinoma

## 응급의료기관 종별에 따른 전출 사유

- 1.보호자요청
- 2.GW부족
- 3.수술/시술불가
- 4.경증

권역센터

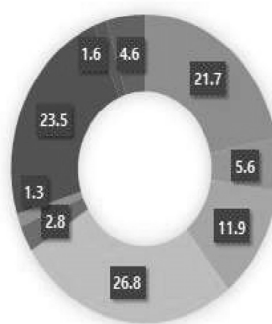
(환자수 34,267명)



- 1.상급병원
- 2.보호자요청
- 3.GW부족
- 4.수술/시술불가

지역센터

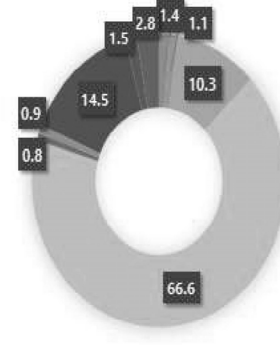
(환자수 69,537명)



- 1.상급병원
- 2.보호자요청
- 3.수술/시술불가

지역기관

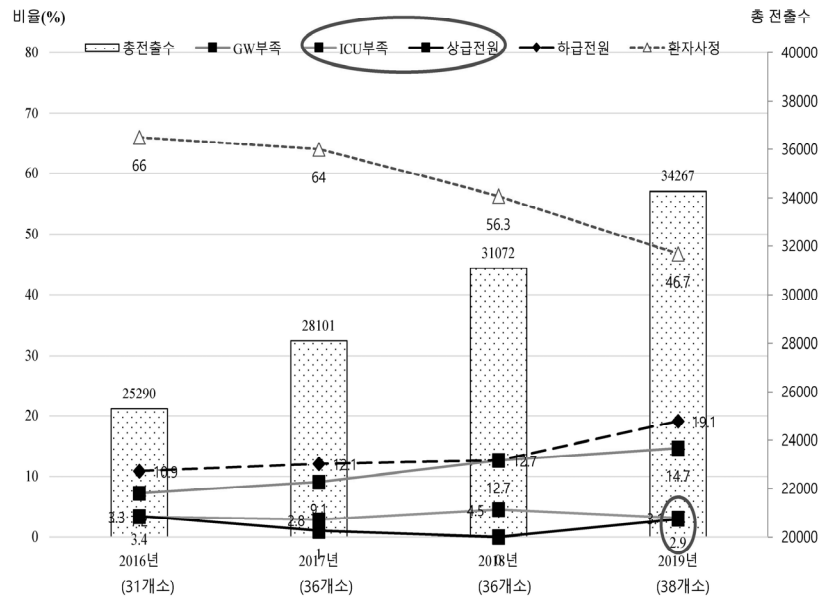
(환자수 55,817명)



- 일반병실부족
- 중환자실 부족
- 수술/시술불가
- 상급병원으로 전원
- 경증
- 요양병원전원
- 보호자요청
- 회송
- 기타

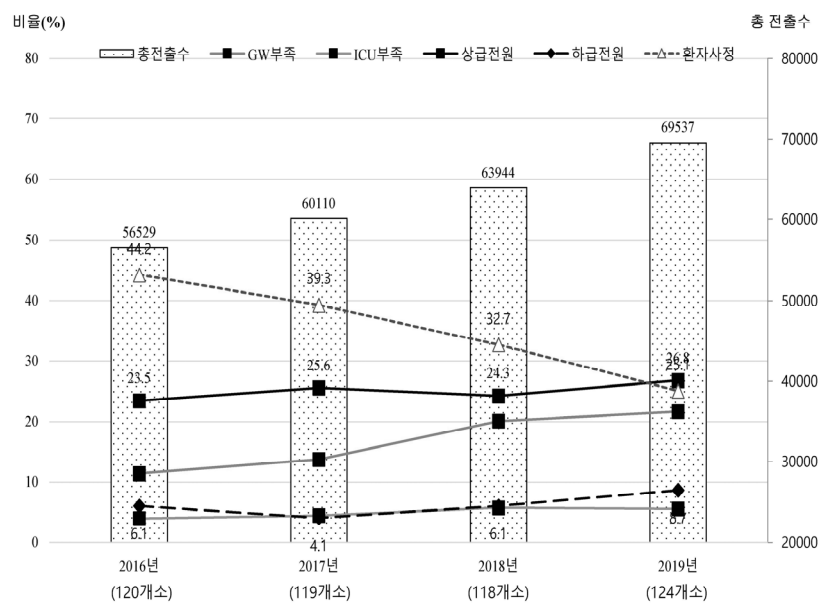
본문

## 퇴실단계 전출환자 사유: 권역응급센터



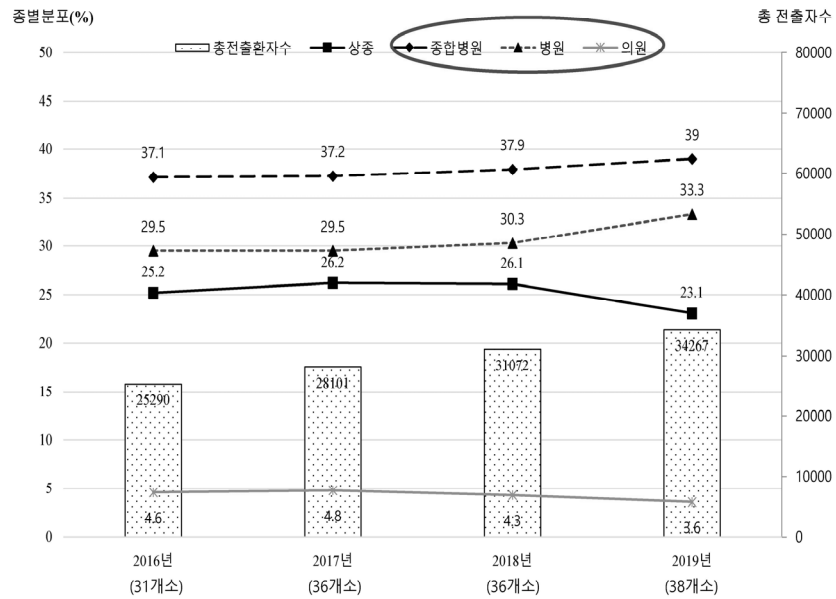
본문

## 퇴실단계 전출환자 사유분석: 지역응급센터



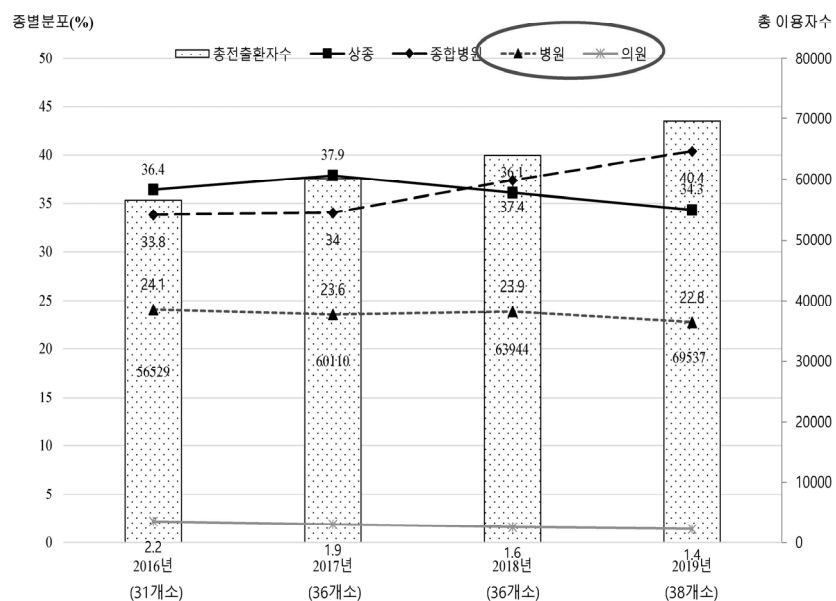
본문

## 퇴실단계 전출된 의료기관종별: 권역센터



본문

## 퇴실단계 전출된 의료기관종별: 지역센터





본문

## 상급병원 전원/재전원 주요 상병

전원 환자 중 '상급병원으로의 전원'이 사유  
(n=56,811)의 다빈도 주상병- 퇴실주진단

KCD code	진단명	환자수	%
I219	AMI	2242	3.9
R074	chest pain	1319	2.3
J189	pneumonia	1280	2.3
R1049	unspecified abdominal pain	1262	2.2
R509	fever	1224	2.2
I639	cerebral infarct	1196	2.1
R060	dyspnea	1081	1.9
S0650	SDH	871	1.5
K922	GI hemorrhage	820	1.4
R42	dizziness	765	1.3
R568	convulsion	723	1.3
I609	SAH	639	1.1
A099	gastroenteritis	638	1.1
I460	cardiac arrest	577	1.0
I469	cardiac arrest	568	1.0

재전원 환자 중 '상급병원으로의 전원'이 사유  
(n=3,174)의 다빈도 주상병- 퇴실주진단

KCD code	진단명	환자수	%
J189	pneumonia	185	5.8
R509	fever of unknown origin	98	3.1
I219	AMI	81	2.6
K922	GI hemorrhage	70	2.2
R060	dyspnea	67	2.1
R1049	unspecified abdominal pain	64	2.0
A419	sepsis	55	1.7
K810	cholecystitis	51	1.6
D649	anemia	45	1.4
I639	cerebral infarct	44	1.4
N179	acute renal failure	40	1.3
N390	urinary tract infection	35	1.1
R568	convulsion	35	1.1
K567	ileus	32	1.0
R074	chest pain	31	1.0

본문

## 중환자실 부족 사유 전원/재전원 주요 상병

전원 환자 중 중환자실 부족 사유  
(n=5,569)의 다빈도 주상병- 퇴실주진단

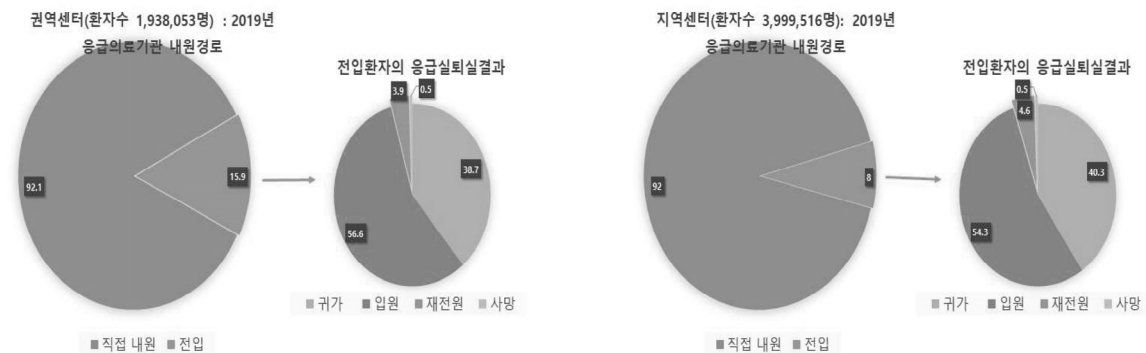
KCD code	진단명	환자수	%
J189	pneumonia	302	5.4
S0650	SDH	300	5.4
I619	intracerebral hemorrhage	208	3.7
I609	SAH	116	2.1
I639	cerebral infarct	110	2.0
I629	intracranial hemorrhage	105	1.9
A419	sepsis	102	1.8
R060	dyspnea	98	1.8
K922	GI hemorrhage	97	1.7
I610	intracerebral hemorrhage	94	1.7
I509	heart failure	85	1.5
R572	septic shock	83	1.5
J690	aspiration pneumonia	81	1.5
N390	urinary tract infection	80	1.4
I460	cardiac arrest	79	1.4
I469	cardiac arrest	75	1.3
R509	fever	74	1.3
I219	AMI	68	1.2
N179	acute renal failure	68	1.2
S0660	traumatic SAH	68	1.2

재전원 환자 중 중환자실 부족 사유  
(n=1,033)의 다빈도 주상병- 퇴실주진단

KCD code	진단명	환자수	%
J189	pneumonia	106	10.3
S0650	SDH	45	4.4
J690	aspiration pneumonia	35	3.4
A419	sepsis	29	2.8
N390	urinary tract infection	28	2.7
R572	septic shock	23	2.2
R060	dyspnea	22	2.1
R509	fever of unknown origin	20	1.9
I619	intracerebral hemorrhage	19	1.8
P599	neonatal jaundice	16	1.5
I620	nontraumatic SDH	15	1.5
I629	Intracranial hemorrhage	14	1.4
K650	acute peritonitis	14	1.4
I610	intracerebral hemorrhage	13	1.3
I509	heart failure	12	1.2
I615	IVH	12	1.2
N179	acute renal failure	12	1.2
R074	chest pain	12	1.2
S0640	EDH	12	1.2
S0680	intracranial injury	10	1.0

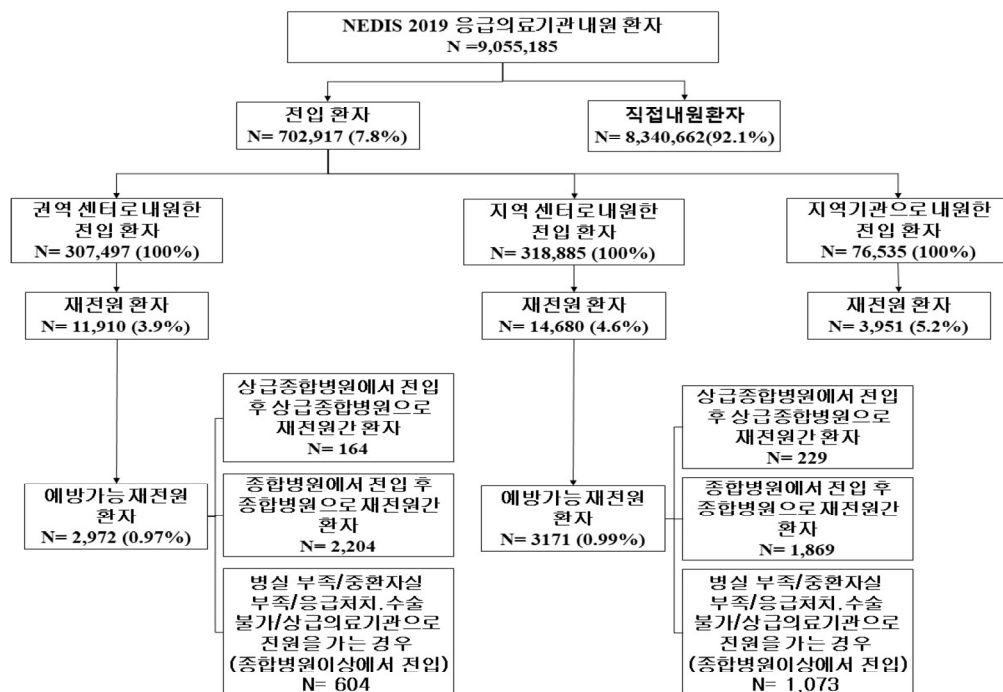
본문

## 응급진료결과 재전원 환자 분석



본문

## 응급진료결과 재전원 환자 분석



## 결론

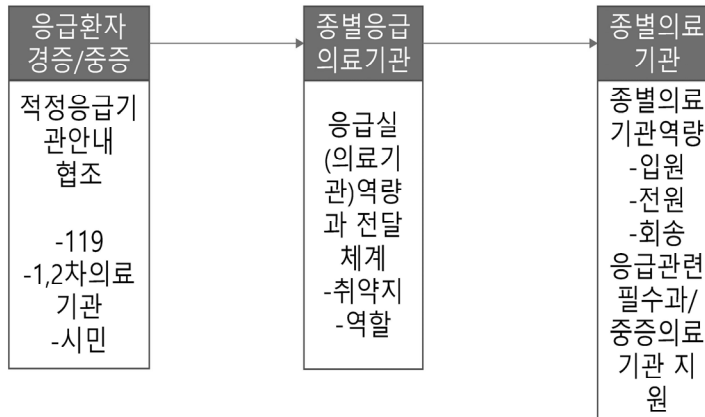
결론

### 현황요약

- 보장성 강화와 의료제도
  - 환자쏠림과 응급실 과밀화
- 사회환경의 변화
  - 고령화,
  - 만성질환의 급성합병증
- 조금씩 꾸준히 개선
  - 권역센터 119 이송률, KTAS 1,2 비중
  - 체류시간 감소, 응급수술 건수 증가
  - 적정 전원 관리
- 새로운 위기에 대한 대비
  - 감염병, 재난
- 잠재된 위기의 표출에 대한 대응
  - 지역의료/필수의료
- 여전히 모호한 중별응급의료기관의 역할
  - 현안에 대한 다른 해석과 다른 해결방향
  - 역할에 수행에 따른 평가와 보상
- 응급의료전달체계와 의료전달체계의 유기적 연계-부족

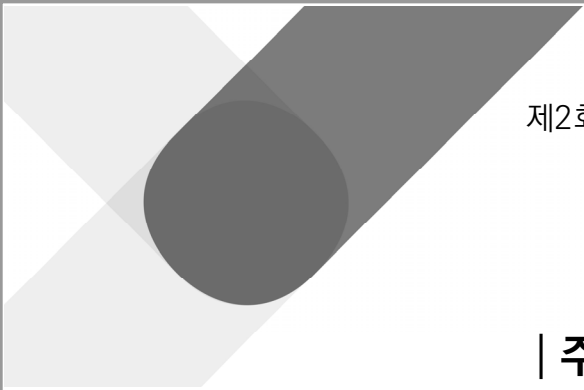
결론

## 제한된 응급의료자원내 응급의료의 목표 달성해 나가기



1. 응급의료 및 의료자원의 효율적 활용: 환자의 응급도/중증도에 따른 적정 환자흐름
2. 종별 응급의료기관 역할 명확
  - 최종치료제공: 입원/전원/회송
3. 역할 수행에 대한 적정 평가와 보상
  - 응급의료기관(응급실 + 배후 진료)
4. 응급의료기관 종별과 의료기관 종별: 일치

**경청해 주셔서 감사합니다.**



제2회 미디어포럼 “대한민국 의료이용의 문제점과 해법”

| 주제발표 |

## 대한민국 의료, 공급의 문제인가, 소비의 문제인가?

---

박 종 훈

고려의대 정형외과학 교수



## 약 력

- 성 명 : 박종훈
- 소 속 : 고려대학교 의과대학 안암병원
- 직 위 : 교수

### [주요 학력사항]

- 고려대학교 의과대학 졸업
- 울산대학교 의과대학원 생화학 석사
- 울산대학교 의과대학원 생화학 박사

### [주요 경력사항]

- 전 고려대학교 의무기획처장
- 전 고려대학교 안암병원장
- 전 한국원자력의학원장





대한민국 의료, 공급의 문제인가? 소비의 문제인가?

고려대학교 의과대학 교수 박 종훈

대한민국의학한림원 20230523

강의 내용의 상당한 부분이 이규식 교수님의  
보건의료정책 2024. 제 3판을 인용했습니다.



### 의대 2000명 증원?

필수 의료(?) 인력의 부재(?), 지역 의료의 붕괴.



국민의힘 "의료계 파업, 문재인 정부 자초한 평지풍파"

### 대한민국 의료는 지속가능한가?

만연된 과잉진료

무너진 전달체계, 수도권 집중화 현상

통제되지 않고 가파르게 상승하는 의료 이용과 건보 재정의 위기



철학 없이 급조된 개도국 시절의 의료 시스템 - 선진국 형 모델이 안됨.



RE-SET 이 필요했는데 엉뚱한 방향으로 전개됨

OECD 평균에 못 미치는 의사 인력?

OECD 평균의 3배에 달하는 병상과  
외래 의료 이용은 왜 보지 않는가?

1인당 평균 외래 및 입원 이용 및 경상의료비 비중(2020)

	외래진료일수	재원일수	경상의료비/GDP(%)
한국	14.7	19.1	8.4
일본	12.4	28.3	11.1
OECD평균	5.9	8.3	9.7
독일	9.5	8.7	12.8
스웨덴	2.2	5.4	11.5

2022년 기준 GDP 는 OECD 평균(9.2%) 을 상회한 9.7%임

이규식. 보건의료정책 2024. 제 3판

77 패러다임: 저보험료, 저수가, 저급여

공급자의 박리다매와 이용자의 남용의 토대가 됨

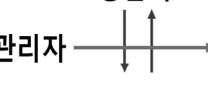
1977년 보험수가는 당시 관행 수가의 55% 수준에 불과



2000년 6월 건강보험일원화 이후 비급여가 공식적으로 허용됨: 건강보험법이  
아닌 의료법에서 적용하여 가격 통제가 불가능해 짐 즉 신고가로 운영할 수 있게 됨



공급자  
↓ ↑  
이용자



공급자  
관리자 — ↓ ↑ —  
이용자

의료 공급자와 이용자만 있다. 즉 의료 이용의 통제 시스템이 없다.

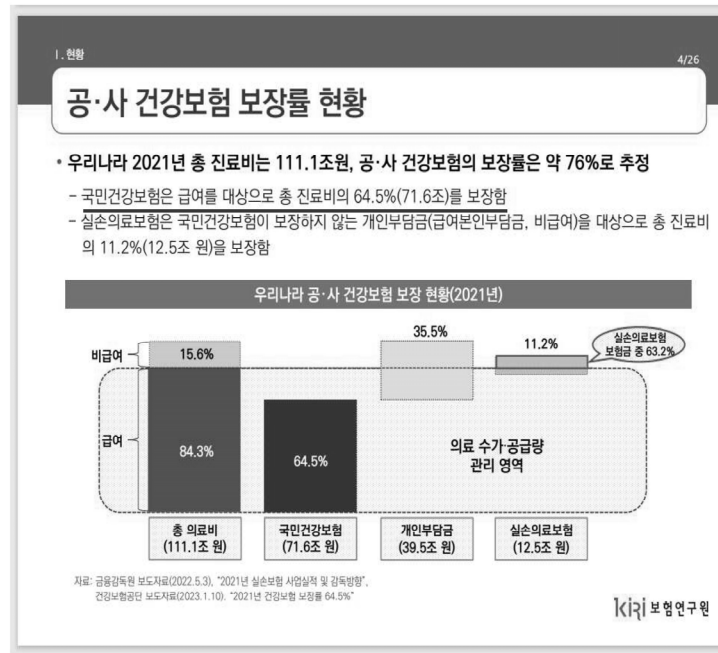
고속철의 등장으로 인한 지방 도시의 붕괴

근거없는 지방에 대한 불신

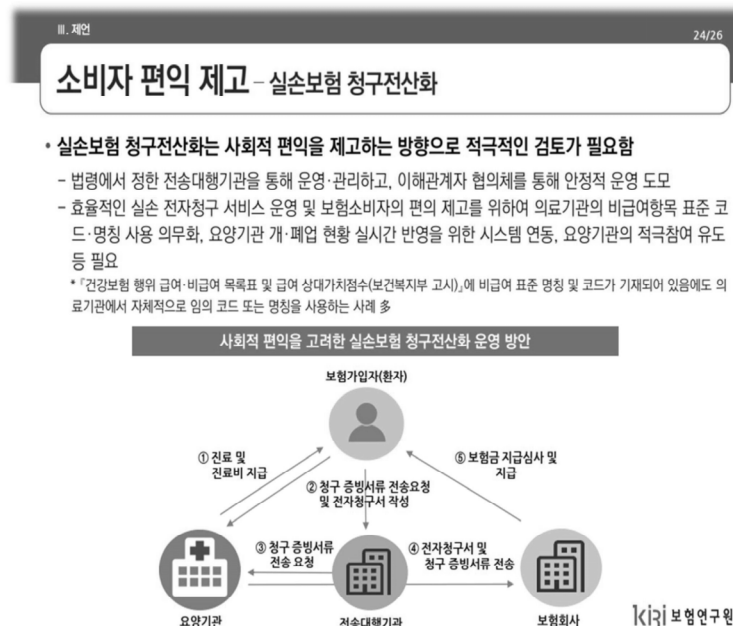
그리고 포퓰리즘

제2회 미디어포럼 “대한민국 의료이용의 문제점과 해법”





실손보험의 현황과 과제. 김 경 선 보험연구원 연구위원 2023.12. 7.



실손보험의 현황과 과제. 김 경 선 보험연구원 연구위원 2023.12. 7.

의료 생태계를 엉망으로 만든 원인에 실손 보험도 한 몫을 했다.

실손 보험의 과도한 이용은 공급자인 보험사가 초래한 면이 있다.

의료 포퓰리즘

공급과 이용 사이에 통제가 없었다



## 대한민국 의료의 근본적인 문제

### 1. 건강보험은 국민의 기본권

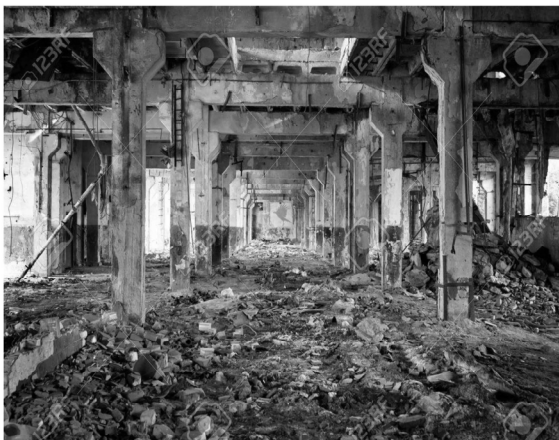
- 보편적 적용
- 포괄성
- 최소수준원칙
- 재정적 공정성 원칙

### 2. 전략적인 의료체계의 효율성 장치가 부재

### 3. 건강을 위해서는 의료 이용이 절대적이라는 과도한 믿음 - 건강검진의 극대화

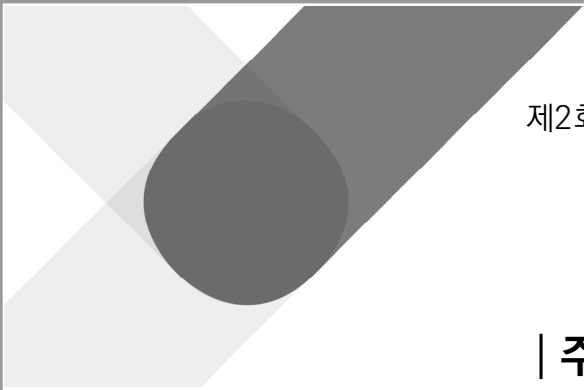


지속 가능한 시대정신이 담긴 건강한 의료의 청사진이 없다



**The economy, stupid !**

**The healthcare, stupid !**



제2회 미디어포럼 “대한민국 의료이용의 문제점과 해법”

| 주제발표 |

## 합리적 의료 이용을 위한 의료전달체계 개선 방향



이 상 일

울산의대 예방의학 교수



## 약 력

- 성 명 : 이상일
- 소 속 : 울산의대 예방의학교실
- 직 위 : 교수

### [주요 학력사항]

- 1981. 3~1985. 2 서울대학교 의과대학 의학사
- 1985. 3~1987. 2 서울대학교 대학원 의학석사
- 1987. 3~1993. 2 서울대학교 대학원 의학박사
- 1996. 9~1997. 6 하버드대학교 보건대학원 보건학석사

### [주요 경력사항]

- 2017. 1~2018. 12 한국보건의료기술평가학회 회장
- 2017. 7~2019.6 건강정책학회 회장
- 2018. 1~2019. 12 한국의료질향상학회 회장
- 2020. 1~2021. 12 대한환자안전학회 회장
- 2021. 5~2023. 7 국민건강보험공단 급여상임이사



# 합리적 의료 이용을 위한 의료전달체계 개선 방향

이 상 일  
울산대학교 의과대학

1

## 차례

- 의료전달체계: 개념
- 현황과 문제점
- 기존 개선 방안 검토
- 새로운 접근의 모색

## 의료전달체계: 개념

### Health Care Delivery System

an organization of people, institutions, and resources to deliver health care services to meet the health needs of a target population.

대상 인구집단의 건강 요구를 충족시키기 위해 보건의료 제공  
인력, 기관 및 자원을 조직함.

Piña IL, Cohen PD, Larson DB, Marion LN, Sills MR, Solberg LI, Zerzan J. A framework for describing health care delivery organizations and systems. Am J Public Health. 2015 Apr;105(4):670-9. doi: 10.2105/AJPH.2014.301926. Epub 2014 Jun 12. PMID: 24922130; PMCID: PMC4358211



## Health Care Delivery System

- A term used to describe how a national, regional, or local health care system is organized, administered, provided, and paid for, sometimes to a circumscribed system such as that under the auspices of a specific medical and hospital insurance carrier or HMO.
- Use of the word "delivery" is depreciated by critics who point out that health and health care cannot be "delivered." Health care can be offered or provided, and it may (may not) be used by those who need or want it.

Last JM. A dictionary of public health. Oxford University Press;Oxford:2007.  
<https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803095926665>

## 의료전달체계

- 이 용어는 국가, 광역 또는 지역 수준의 의료체계(때대로 특정 의료 및 병원 보험사 또는 HMO의 후원 하에 있는 것과 같은 제한된 시스템 하에서)의 조직, 관리, 제공 및 지불 방식을 설명하는 데 사용되고 있다.
- "전달"이라는 단어를 사용하는 것은 의료를 "전달"할 수 없다는 지적을 받는다. 의료는 제공하거나 공급할 수 있고, 의료를 필요로 하거나 원하는 사람들이 의료를 이용할 수도 이용하지 않을 수도 있다.

Last JM. A dictionary of public health. Oxford University Press;Oxford:2007.

## Healthcare system

### 보건의료체계

The bigger picture.

It refers to the entire organization of people, resources, and institutions involved in providing healthcare for a population.

This includes the delivery system, but also factors like:

- **Financing:** How healthcare is paid for (public vs private insurance, out-of-pocket costs)
- **Public health measures:** Disease prevention programs, sanitation, access to clean water
- **Regulation:** Laws and standards governing healthcare providers and facilities
- **Overall health of the population:** Factors like income inequality, education level, and lifestyle habits that impact health outcomes

## Healthcare Delivery System

### 의료전달체계

A part of the larger healthcare system.

It focuses specifically on the mechanism of delivering medical services to patients.

This includes:

- **Providers:** Doctors, nurses, specialists, therapists, etc.
- **Facilities:** Hospitals, clinics, urgent care centers, etc.
- **Delivery models:** How care is organized (fee-for-service, managed care, etc.)
- **Technology:** Electronic health records, telehealth services, etc.

## 보건의료체계

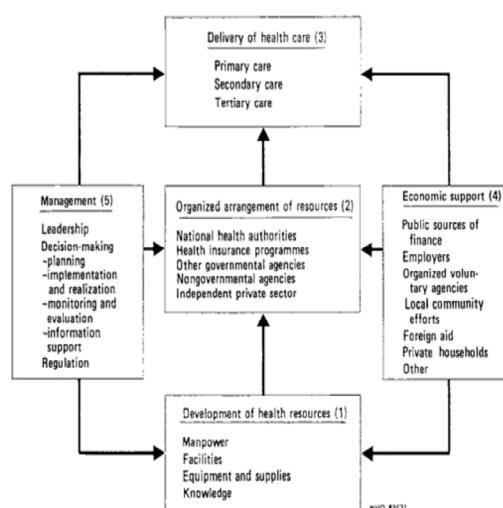
### • 의료전달체계

- 의료공급체계
- 의료제공체계
- 의료이용체계

### • 의료재정체계

### • 의료행정체계

Fig. 2. Major components of national health system infrastructures



## 건강보험과 의료전달체계

- 의료전달체계(임인택, 2022)
  - 의료 자원의 효율적인 배분을 통해, 환자가 적정 의료서비스를 적정 시기에 적합한 기관에서 받을 수 있도록 보장하는 의료체계
- 요양급여의 절차(건강보험요양급여규칙 제2조)
  - 요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하며, 2단계 요양급여를 받기 위해서는 1단계 요양급여를 통해 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진결과서 또는 요양급여의뢰서를 제출해야 한다.
    - 1단계 요양급여: 상급종합병원을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여
    - 2단계 요양급여: 상급종합병원에서 받는 요양급여

## 의료전달체계: 조작적 정의

- 넓은 의미: 의료전달체계 Health care delivery system
  - 의료공급체계
  - 의료제공체계
  - 의료이용체계
- 좁은 의미: 환자이송/의뢰 체계 Patient referral system
  - 단계화: 단계의 구분
  - 지역화: 진료권 설정

## 현황 및 문제점 1

- 동네의원의 위축과 대형병원의 무분별한 외래진료 확장
- 대형병원의 외래진료 확장
  - 국민 의료비 부담 증가
  - 건강보험재정 지출 증가
- 경증 환자를 동네의원으로 회송하지 않는 상급종합병원
- 동네의원과 기능이 중복되는 중소형 병원의 급증
- 동네의원에 불리한 건강보험 보상체계

김계현 등. 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 서울; 대한의사협회 의료정책연구소: 2015.

## 현황 및 문제점 2

- 제약 없는 의료 이용
  - 상급종합병원과 수도권 대형병원 환자 쏠림 가속화
- 환자는 많은 진료비를 지불하면서도 진료와 상담 불충분 (“3분 진료”)
- 상급종합병원 역량이 외래 경증 질환 진료로 분산
- 지역의 병·의원은 대형병원으로 이동한 환자 대신, 비급여 환자에 집중하며 진료 수익 확보 경향
- 왜곡된 의료 행태
  - 환자와 의료기관 모두에게 많은 불편 초래
  - 가계 의료비 과다 지출과 건강보험 재정 누수 야기

임인택. 더 나은 의료전달체계를 위한, 그간의 노력과 나아갈 방향. 의료정책포럼 2022; 20(3):8-11.

## 현황 및 문제점 3

- 수도권 의료 자원 집중
- 환자의 의료 이용 경향
- 상급종합병원 환자 쏠림
- 지역 격차 심화
- 구조 중심의 종별 분류 체계

최수경. 의료전달체계 개선 방향. 의료개혁정책토론회(의료개혁, 상생의 의료전달체계) 자료집, 2024.

## 현황 및 문제점 4

- 의료이용체계
  - 진료권 폐지, 실질적 의료 이용 경로 부재
  - 제약 없는 수도권 대형병원 이용 가능
- 의료제공체계
  - 의료기관 간 무한경쟁 구조
  - 개별 의료기관의 진료량 극대화 기조
- 거버넌스 체계
  - 거버넌스 부재로 지역의료기관 독자적 생존 불가피
  - 대형 병원 쏠림 및 지역의료 경쟁력 저하 심화

신현웅. 지역완결형 의료전달체계 구축을 위한 정책 방향 및 과제. 의료개혁정책토론회(의료개혁, 상생의 의료전달체계) 자료집, 2024.

## 현황 및 문제점 5

- 중앙정부, 지방자치단체: 지역의 의료 수요와 공급을 고려한 정책 및 관리 기능 미흡
- 의료기관 역할과 기능이 명확히 구분되지 않음
- 일차의료 역할과 기능 경시
- 병원(특히 상급종합병원)과 대도시(특히 서울, 경기) 중심의 의료정책
- 의료체계 분절화와 부적절한 의료이용
- 의료체계 전문화 심화
- 의료인력 문제: 의료인력 구인 어려움, 강도높은 근무환경, 경직된 인력 고용 등

유원섭. 권역 완결형 의료전달체계 구축 방안. 지역의료혁신정책세미나 자료집, 2024.

## 현황 및 문제점: 요약

- 과다 의료 이용
- 대형병원 환자 집중
- 의료 이용의 지역 간 격차

## 건보재정 압박하는 ‘과다 의료’...1년에 2050번 병원에 간 사람도 있다

2022.08.14 21:30

허남철 기자

하루 5~6곳에서 ‘외래진료’...작년 이용횟수 상위 10명 조사

매년 20만명 안팎 150회 이상...전체 건보 부담금의 7% 차지

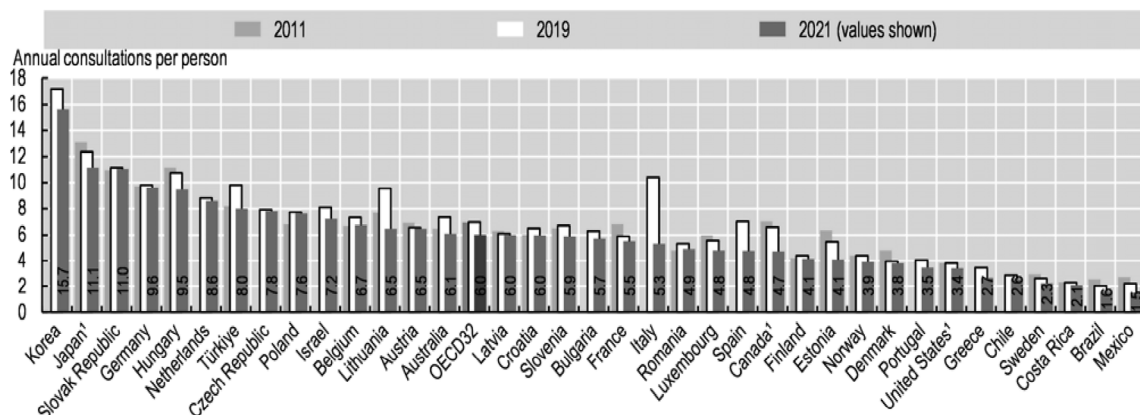
지난해 병·의원 외래진료를 가장 많이 받은 사람은 그 횟수가 2000회가 넘는 것으로 나타났다. 150회 이상 외래진료를 받은 사람은 약 19만명이었다. 이 같은 ‘과다 의료이용’ 의심 사례는 매년 전체 건강보험공단 부담금의 7% 안팎(약 2조원)을 차지한다.

14일 건보공단이 국회입법조사처에 제출한 ‘2021년 외래진료 횟수 상위 10명 현황’ 자료를 보면, 지난해 외래진료를 가장 많이 받은 사례는 24곳 의료기관을 2050번 이용한 40대로 나타났다. 이 사람은 공휴일을 포함해도 하루 5~6번꼴로 외래진료를 받은 셈이다. ‘상위 10명’이 방문한 의료기관 수는 적게는 8곳부터 많게는 101곳까지 있었다. 외래진료 횟수에서 상위 10명에 들지는 않았지만 방문 의료기관 수가 가장 많은 사람은 166개 기관을 찾았다.

건보공단은 이들을 실제 필요 이상으로 진료를 받는 과다 의료이용 사례로 의심하고 있다. 병·의원이 건보공단에 허위로 청구했을 가능성도 있다.

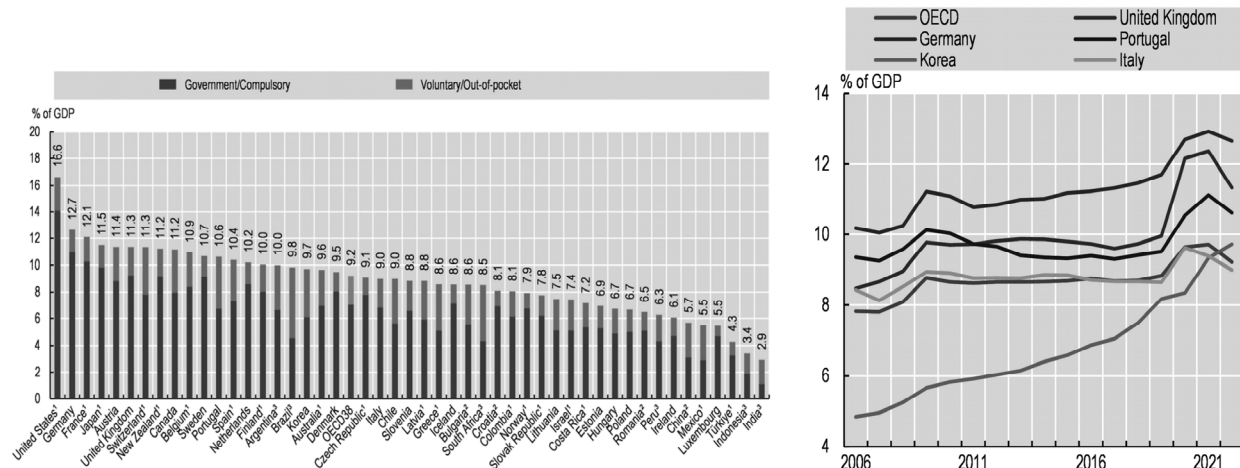
건보공단 내부 연구 결과에 따르면 과다 의료이용의 기준은 외래진료 연간 150회 이상이다. 이런 사례는 최근 5년 동안 매년 20만명 안팎에 달했

## Average number of in-person doctor consultations per person, 2011, 2019 and 2021 (or nearest years)



1. Latest available data from 2020. Source: OECD Health Statistics 2023. [StatLink https://stat.link/40rm5d](https://stat.link/40rm5d)

# 보건의료비 증가 추세



ORIGINAL ARTICLE  
Medicine General & Social Medicine

<http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2014.29.12.1590> • J Korean Med Sci 2014; 29: 1590-1596

JKMS

## Evidence of a Broken Healthcare Delivery System in Korea: Unnecessary Hospital Outpatient Utilization among Patients with a Single Chronic Disease Without Complications

Jin Yong Lee,<sup>1</sup> Min-Woo Ju,<sup>2</sup>  
Weon-Seob Yoo,<sup>3</sup> Hyun Joo Kim,<sup>4</sup>  
and Sang Jun Eun<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Public Health Medical Service, Seoul National University Borame Medical Center, Seoul;  
<sup>2</sup>Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul; <sup>3</sup>Regional Cardiovascular Center, Changnam National University Hospital, Daejeon; <sup>4</sup>Department of Public Health, Graduate School of Konkuk University, Daejeon; <sup>5</sup>Department of Preventive Medicine, Changnam National University School of Medicine, Daejeon, Korea

Received: 7 April 2014  
Accepted: 20 August 2014

Address for Correspondence:

Sang Jun Eun, MD  
Department of Preventive Medicine, Changnam National University School of Medicine, 266 Mahan-ro, Jang-gu, Daejeon 305-700, Korea  
Tel: +82-42-930-8202; Fax: +82-42-930-7501  
E-mail: sejun@nku.ac.kr

This study aims to estimate the volume of unnecessarily utilized hospital outpatient services in Korea and quantify the total cost resulting from the inappropriate utilization. The analysis included a sample of 27,320,505 outpatient claims from the 2009 National Inpatient Sample database. Using the Charlson Comorbidity Index (CCI), patients were considered to have received 'unnecessary hospital outpatient utilization' if they had a CCI score of 0 and were concurrently admitted to hospital for treatment of a single chronic disease - hypertension (HTN), diabetes mellitus (DM), or hyperlipidemia (HL) - without complication. Overall, 85% of patients received unnecessary hospital services. Also hospitals were taking away 18.7% of HTN patients, 18.6% of DM and 31.6% of HL from clinics. Healthcare expenditures from unnecessary hospital outpatient utilization were estimated at: HTN (84,058 thousands USD, 38.6% of total expenditure); DM (17,795 thousands USD, 40.6%) and HL (62,876 thousands USD, 49.1%). If 100% of patients who received unnecessary hospital outpatient services were redirected to clinics, the estimated savings would be 104,226 thousands USD. This research proves that approximately 85% of hospital outpatient utilizations are unnecessary and that a significant amount of money is wasted on unnecessary healthcare services, thus burdening the National Health Insurance Service (NHIS) and patients.

Keywords: Primary Health Care; Costs and Cost Analysis; Utilization; Referral and Consultation

Table 1. Estimated number and percentages of unnecessary hospital outpatient utilization by CCI and medical institution types

Chronic disease groups	CCI <sup>a</sup>	Hospitals' subtotal		Tertiary hospital		General hospital		Hospital		Clinic		Total		P value <sup>b</sup>
		No.	Column %	No.	Column %	No.	Column %	No.	Column %	No.	Column %	No.	Column %	
HTN	Sum	3,860	100.0	882	100.0	1,676	100.0	1,302	100.0	16,684	100.0	20,544	100.0	< 0.001
	≥ 1	3,261	84.5	765	86.8	1,427	85.2	1,068	82.0	14,186	85.0	17,447	84.9	
DM	Sum	469	100.0	115	100.0	170	100.0	184	100.0	2,082	100.0	2,551	100.0	< 0.001
	≥ 1	438	93.4	104	90.4	158	92.8	176	95.9	1,915	92.0	2,353	92.3	
HL	Sum	1,527	100.0	592	100.0	620	100.0	315	100.0	3,404	100.0	4,931	100.0	< 0.001
	≥ 1	1,310	85.8	506	85.5	532	85.8	272	86.4	2,832	83.2	4,142	84.0	
		217	14.2	86	14.5	88	14.2	43	13.6	573	16.8	790	16.0	

<sup>a</sup>In the case of the chronic disease group including DM, the DM score was excluded from the CCI calculation; <sup>b</sup>Unit of number is 1,000 visits; <sup>c</sup>P values were calculated with chi-square test for the trend between the CCI (0 and ≥ 1) and medical institution types (tertiary hospital, general hospital, hospital, and clinic). HTN, hypertension; DM, diabetes mellitus; HL, hyperlipidemia; CCI, Charlson comorbidity index.

The size and volume of extra costs were calculated and the authors further calculated how much could be saved when redirecting patient flow from hospitals to primary care. In theory, these savings would be equal to the additional healthcare costs associated with unnecessary hospital outpatient utilization. This could be calculated by subtracting the estimated cost of all patients utilizing primary care from the total health care costs generated by unnecessary hospital outpatient utilization. The authors found that a significant amount of inefficient healthcare costs were being spent on unnecessary hospital outpatient utilization: 59,660 thousands USD for HTN (NHIS, 34,340 thousands USD; OOP, 25,320 thousands USD), 11,834 thousands USD for DM (NHIS, 6,175 thousands USD; OOP, 5,659 thousands USD) and 32,733 thousands USD for HL (NHIS, 14,505 thousands USD; OOP, 18,227 thousands USD).



# "대형병원 쓸림으로 지역의료 무너져...국민·의사 불편해도 개혁해야"

머니투데이 | 구단비 기자

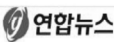
2024.03.15 16:30

인승가 0



사진 왼쪽부터 노홍진 서울대학교 교수, 장자훈 가천대학교 의과대학 교수, 서인석 대한병원협회 보임이사, 안상호 한국전  
전상상장병회우회 대표, 장지연 한국소비자연영 사무총장, 한정호 충북대학교병원 기획조정실장, 윤순영 중앙응급의료센  
터 현장이송팀장, 정경실 보건복지부 보건의료정책관, 최수경 건강보험심사평가원 건강보험학신센터장, 신현웅 한국보건  
사회연구원 선임연구위원이 15일 의료가력 정책 토론회에 참석했다./사진=구단비 기자

"무너진 지역 의료를 살리기 위해 지역 외 상급종합병원 방문 시 지정된 3차 의료기관에서 의뢰서  
를 받도록 하는 등 지역 의료기관 선택을 유도하고, 다른 의료기관을 이용하는 것은 조금 더 불편  
하게 만들 필요가 있습니다."



최신기사 정치 북한 경제 마켓+ 산업 사회 전국 세계 문화 건강 연예 스포츠 오피

#코스피 #기아 #미국 #인사 #코스닥

뉴스홈 최신기사

## 수도권 병원에 줄 선 지방사람들...'의료 블랙홀' 어찌나

송고시간 | 2023-09-15 18:35

이정훈 기자  
기자 페이지

김해 봉하마을 '깨어있는 시민 문화체험전시관' 토론회  
대학병원 수도권 분원 건립으로 병원·의사 쓸림 더 심해질 우려



대학병원 '수도권 분원' 설립 예정지 (단위:개)



## 중진료권별 300병상 이상 병상수, 자체충족률, 사망비

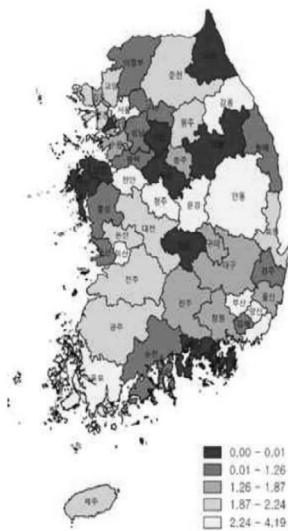


그림 41 중진료권별 인구 천명당 300병상 이상  
종합병원 병상수 분포 지도

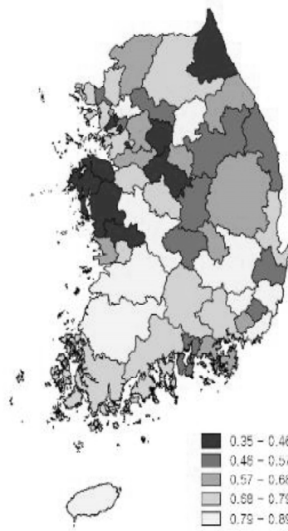


그림 48 중진료권별 자체충족률 분포 (전체)

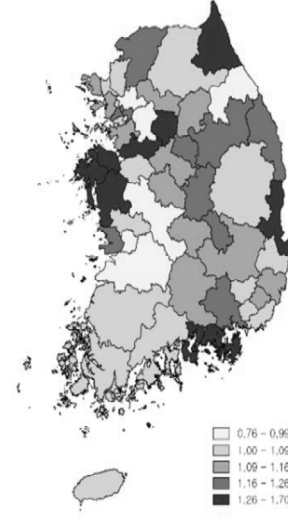


그림 50 진료권별 권내 중증도보정 사망비 (전  
체) 분포 지도

## 기존 개선 방안 검토

## 의료계의 개선 요구

- 진료의뢰수가 신설
- 회송수가의 현실화
- 의원급 의료기관 역점질환 확대
- 상급종합병원 지정기준 강화
- 무분별한 병상 증가 억제
- 의원급 의료기관 진찰료(외래관리료) 개선
- 생활습관병 관리료 신설

김계현 등. 의료전달체계 현황 분석 및 개선방안. 서울; 대한의사협회 의료정책연구소; 2015.

## 의료전달체계개선협의체(2016~2018)의 권고

- 개선 방안 제안
  - 기능 중심 의료기관 역할 정립
  - 의료기관 기능 강화 지원
  - 환자 중심 의료를 위한 기관 간 협력-정보 제공 강화
  - 의료기관 간 기능 정립을 위한 의료자원 관리체계 합리화
  - 의료전달체계 개선을 위한 상시적 추진체계 마련

## 의료전달체계 개선 단기 대책 (2019)

- 상급종합병원 평가와 보상체계 개선
  - 입원환자 중 중증 환자 비율 상향
  - 입원환자 중 경증 환자 비율 하향
  - 외래 경증 질환 진료
    - 의료질평가 수가 산정에서 제외
    - 중별 가산율 적용 배제
- 환자 의뢰 제도 내실화
  - 의뢰 회송 중계 시스템 개편
  - 상종 회송료 정규 수가 전환
  - 진료협력센터 인력 확보 수준별 수가 차등화
- 환자의 걱정 의료이용 유도
  - 상종 외래 경증환자 본인부담률 조정

임인택. 더 나은 의료전달체계를 위한, 그간의 노력과 나아갈 방향. 의료정책포럼 2022; 20(3):8-11.

## 의료전달체계 개선 TF(2019~2021)

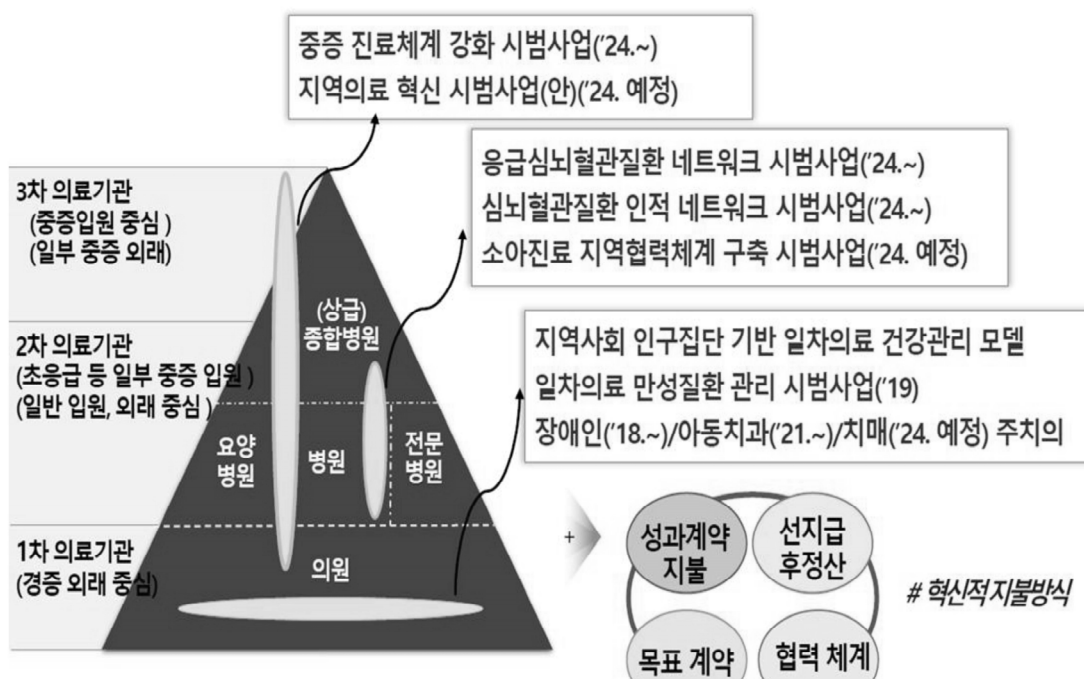
- 제시된 의견
  - 각 지역에 진료 역량이 뛰어난 우수 병원 적극 육성
  - 공공의료 강화와 연계된 의료전달체계 구축
  - 올바른 의료전달체계에 부합하는 보상체계와 지불제도 개편
- 검토 중
  - 환자 질환·상태에 따른 의료기관별 중점 기능 강화 및 이에 맞게 보상체계 개편
  - 일차의료기관 서비스 강화 방안 마련
  - 지역 중심의 진료 네트워크 구축
  - 환자가 신뢰하는 의료이용체계 확립 방안 마련

임인택. 더 나은 의료전달체계를 위한, 그간의 노력과 나아갈 방향. 의료정책포럼 2022; 20(3):8-11.

## 관련 시범사업들

- 합리적 의료 이용 및 공급 유도
  - 중증진료체계강화 시범사업
  - 어린이 공공전문진료센터 수가 시범사업
  - 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업
  - 중증소아 재택의료 시범사업
  - 중증소아 단기입원서비스 시범사업
- 협력 기반 의료공급체계 마련
  - 권역심뇌혈관질환센터 기반 응급심뇌혈관질환 네트워크 시범사업
  - 심뇌혈관질환 인적네트워크 시범사업
  - 지역의료혁신 시범사업('24년 예정)
  - 소아진료 지역협력체계 구축 시범사업('24년 예정)

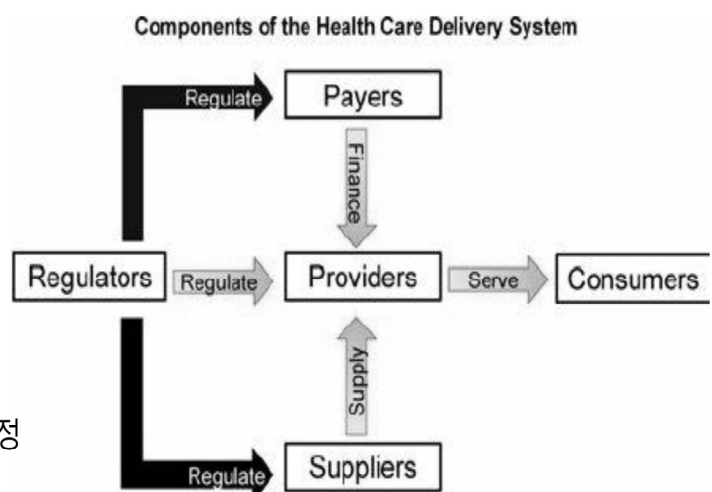
최수경. 의료전달체계 개선 방향. 의료개혁정책토론회(의료개혁, 상생의 의료전달체계) 자료집, 2024.



## 새로운 접근의 모색

### 다면적 접근의 필요성

- 공급자
  - 임상진료지침 실행 활성화
  - ‘합리적 선택’ 캠페인
- 소비자
  - 자기관리 능력 제고
  - 정보를 이용한 합리적 선택
- 정부/보험자
  - 주치의제 도입
  - 질 평가 및 향상 정책
  - 본인부담금 개편
  - 단계별 요양급여: 진료권 설정
  - 실손보험 합리적 개선
  - 비급여 관리



## 국민/환자의 시각

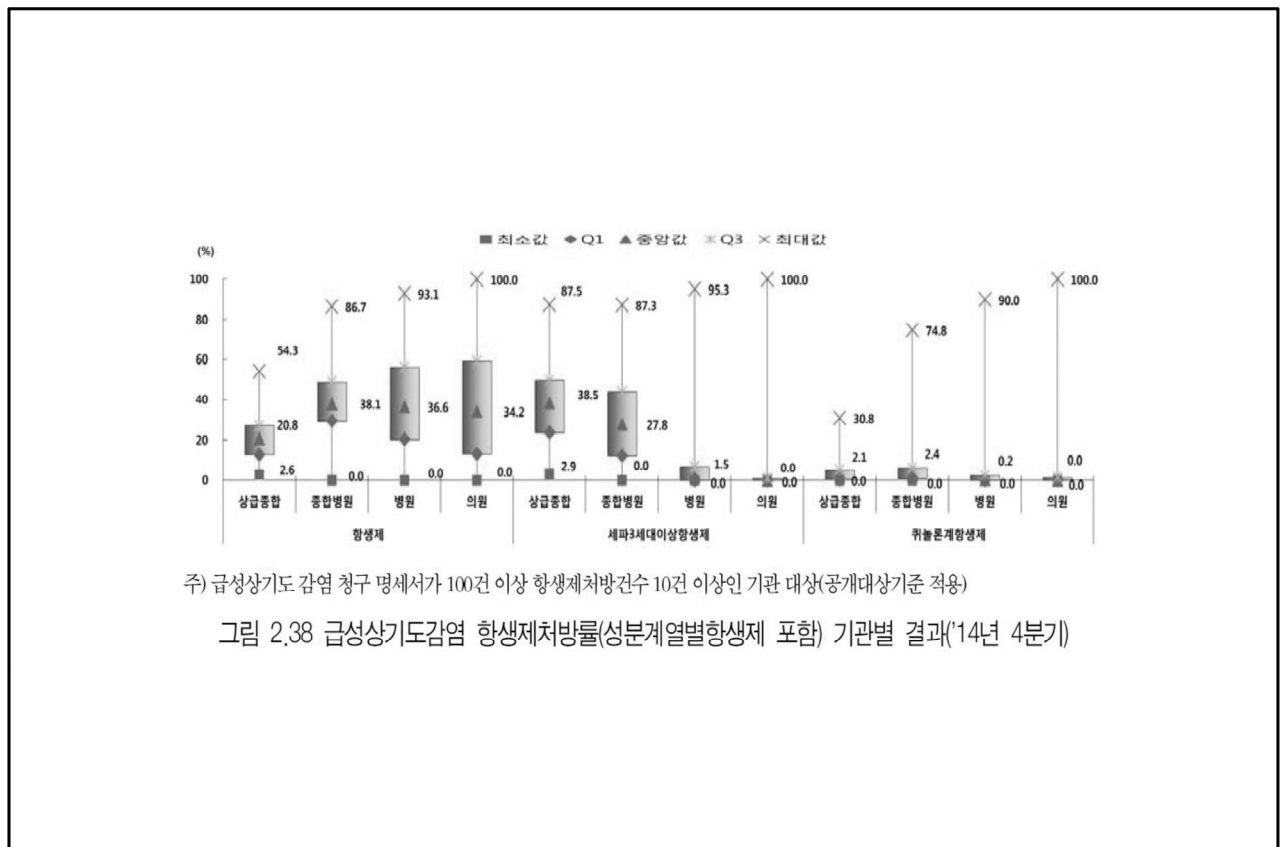
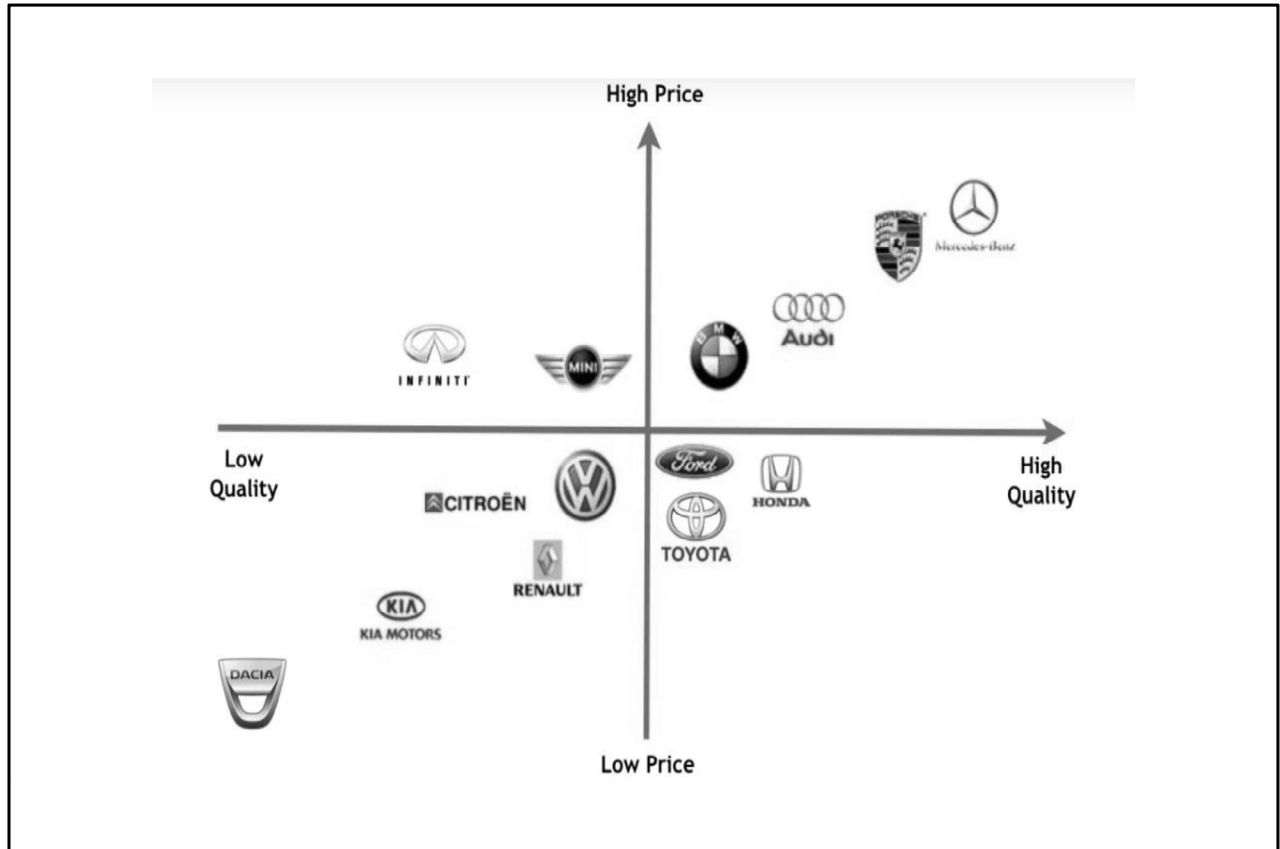
- 환자 쏠림 현상(대형병원, 수도권)의 근본원인 해결
  - 의료기관을 방문하려고 할 때 주변의 의료기관 중에서 진료에 적합한 의료기관을 찾기 어렵다 (48.9%)
  - 의료기관을 방문했을 때 적절한 치료나 진료가 이루어지지 않아 불만을 경험한 적이 있다 (66.5)
  - 품질 > 가격
- 의료기관 선택에 필요한 정보 제공
  - 가격과 품질
- 의료기관 간 정보 공유 및 협력
- 커뮤니티케어와 일차의료 강화

윤명. 환자중심의 의료전달체계는 무엇일까? 의협신문 2022. 12. 06.

## 국민들이 원하는 의료 서비스: 시민공모 contents analysis

- 현재 높은 접근성과 양질의 의료를 보존해야
- 일차의료와 대학병원의 각각의 역할 최적화: 의료전달체계 개선
- 나는 대학병원보다 동네 의원에서 치료받기를 원한다. 동네 의원에서 질병 치료가 안될 때, 대학병원에 가고 싶다.
- 충분한 소통 시간의 필요성
- 나와 나의 질병을 아는 전문가와의 대화
- 실질적인 접근성과 소통 시간의 개선
- 환자가 의사와 지속적으로 연락하는 것이 보장된 의료 시스템이 구축되어야
- 주치의 (원하는 사람은 이를 선택 가능하게) 제도의 필요성
- 일차의료 강화의 필요성
- 의사뿐 아니라 여러 전문가들과의 협업
- 질병이 발생하기 전에 사전적 조치를 취할 수 있는 모습 희망
- 재택의료가 필요한 사람에게 제공 가능해야
- 지역에서의 의료의 질 향상의 필요성
- 기술적 발전을 활용한 의무기록의 공유
- 비대면 진료의 필요성
- 인공지능(AI) 보조적 이용 필요성
- 고위험/ 고난도 진료에 더 높은 수가가 필요함
- 필요 시 보험료 인상
- 의료행위에 대한 과도한 소송의 문제 해결

국민환자들이 원하는 개선된 우리나라 의료 시스템 공청회 자료집. 서울의대 교수 비대위. 2024. 5. 14





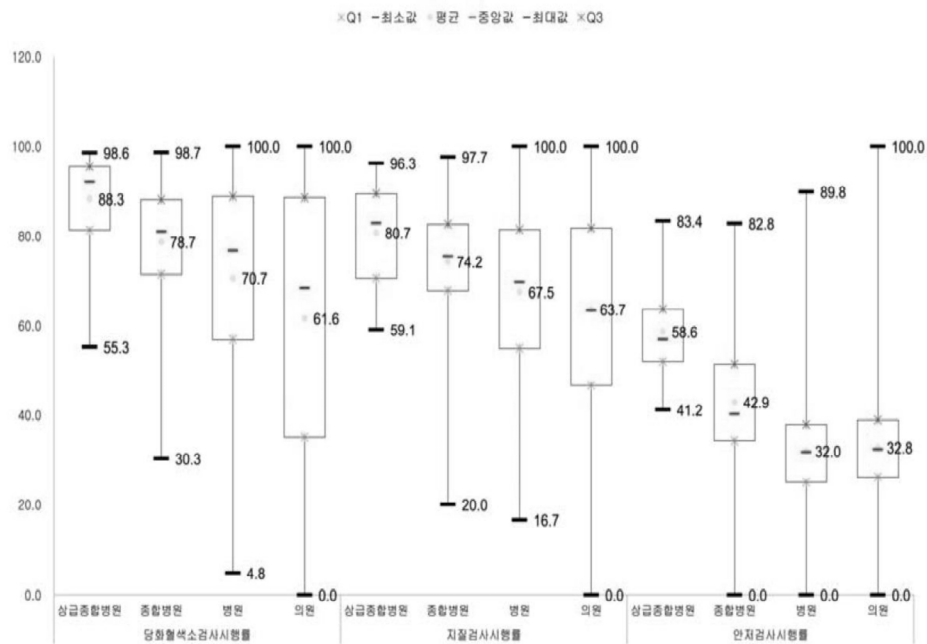


그림 2.32 당뇨병 검사 시행률 변이(종별)

### National Quality Strategy Alignment

Each lever description below includes one example for adoption, but every lever can be applied to a variety of organizations in a number of settings.



Payment



Public Reporting



Learning and  
Technical Assistance



Certification,  
Accreditation,  
and Regulation



Consumer  
Incentives and  
Benefit Designs



Measurement  
and Feedback



Health  
Information  
Technology



Workforce  
Development



Innovation and  
Diffusion

## OECD Reviews of Health Care Quality Review: Korea 2012

- The key policy priority for improving the quality of care in Korea should be the development of a strong primary care sector.
- This will require investments to scale up the primary care sector – for example, by supporting the expansion of successful models of care, and higher remuneration for cost-effective patient services.
- A stronger primary care sector will also require a larger, dedicated workforce of primary care professionals. Best practice from OECD countries suggest that group practice can help improve the quality and coordination of care.

39

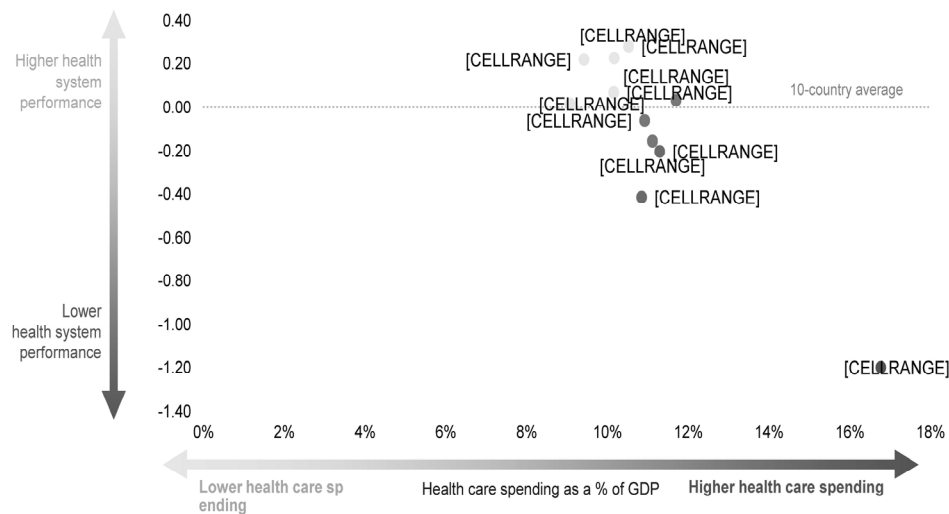
## Top 3 health reforms in high income countries

- The three most important reform areas were ‘organisation of primary & ambulatory care’, ‘governance’, and ‘organisation of hospital care’.
- An important trend in primary care reforms is a strong emphasis on the development of multi-professional group practices or health centres (i.e., increasing the size of service providers) with the aim of improving integration and coordination of health – and sometimes social – care services, improving waiting times and bringing care closer to the patient.
- This trend is in line with international recommendations and evidence on the benefits of integrated and multidisciplinary care, which shows that these models can enhance patient satisfaction, increase perceived quality of care, and enable access to services.
- Furthermore, these primary care reforms were often related to reforms in other areas
  - human-resource reforms, which aim at changing the skill-mix of professionals in primary care
  - payment reforms introducing new payment options for primary care providers.
  - reforms in the area of ‘chronic & other specialised care as better care for patients with chronic illnesses is often amongst the rationales for primary care reforms.

Polin K, Hjortland M, Maresso A, van Ginneken E, Busse R, Quentin W; HSPM network. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021 Apr 15. PMID: 34053787.

40

## Health Care System Performance Compared to Spending



- Note: Health care spending as a percent of GDP. Performance scores are based on standard deviation calculated from the 10-country average that excludes the US. See [How We Conducted This Study](#) for more detail.
- Data: Spending data are from OECD for the year 2019 (updated in July 2021).

41

## Lessons from top performing countries

- They provide for universal coverage and remove cost barriers.
- They invest in primary care systems to ensure that high-value services are equitably available in all communities to all people.
- They reduce administrative burdens that divert time, efforts, and spending from health improvement efforts.
- They invest in social services, especially for children and working-age adults.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

42

## 일차의료의 유형 분류

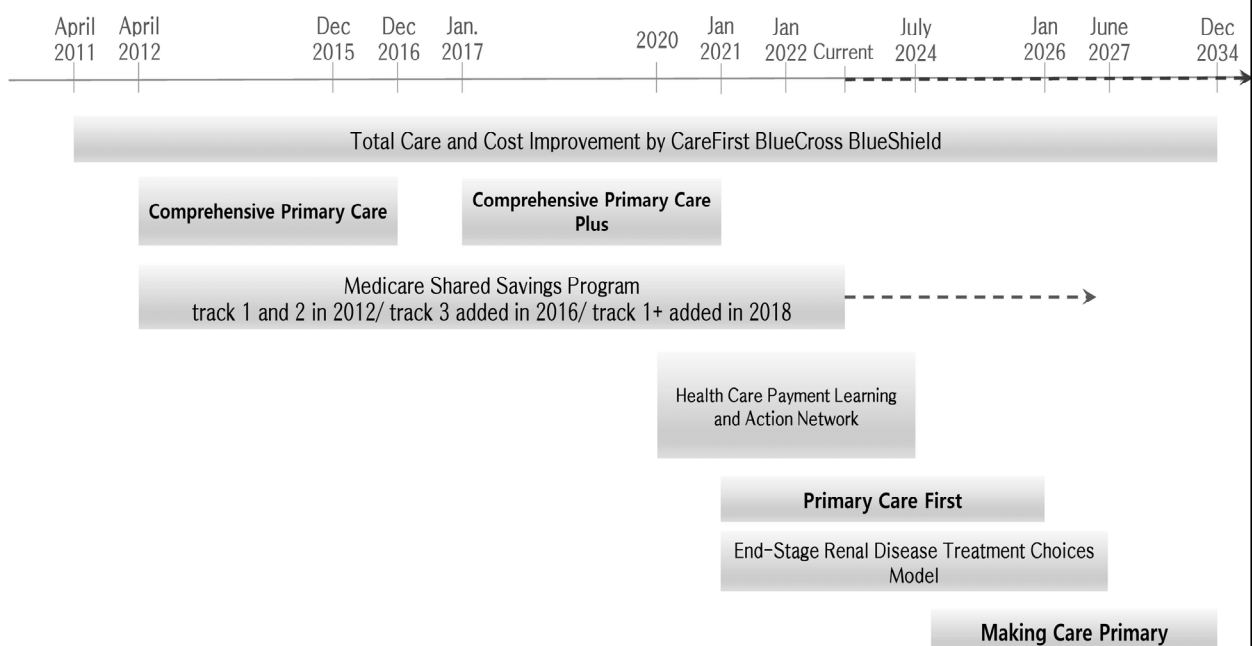
	Professional models		Community models	
	Professional contact model	Professional coordination model	Integrated community model	Non-integrated community model
Characteristics	Family physicians practicing alone or in small groups. Limited association with other health professionals. Limited integration and sharing of information with other health-care services. Likely to be paid on a FFS basis.	Funded primarily through per capita or mixed payment. The care team consists of physicians and nurses. Follow-up and continuity of services to each subscriber. Integration and sharing of information with other services to ensure coordination.	Care teams, which include professionals from various disciplines, provide a broad range of medical, social and community services. The professionals are paid based on time devoted to their professional activity. Use of information technology to integrate services and cooperation with other providers.	Same as integrated model but more limited in terms of availability, continuity towards individual patients and use of information technology to integrate services.
Examples	The United States, Canada, Germany, Belgium, Japan, France, and South Korea.	The United Kingdom, Netherlands, Denmark, Norway, the Stockholm model of Swedish primary care, some HMOs in the United States.	Sweden, Finland, primary care trusts in the United Kingdom, Quebec's local CHCs in Canada.	CHCs in the United States and Canada.

From Anell A. Health Econ Policy Law 2011;6:549-569, with permission from Cambridge University Press [24].  
FFS, fee-for-service; HMO, health maintenance organization; CHC, community health center.

※ 자료원: 이재호, 이상일. 일차의료 표준모형과 질 평가체계. 대한의사협회지 2013;56(10):866-880

43

## Roll-out the value-based payment in US



# CMS Primary Care Transformation Model

Period	Model
2007 ~	PCMH (Patient-Centered Care Medical Home)
2012 ~ 2016	CPC (Comprehensive Primary Care)
2017 ~ 2022	CPC+ (Comprehensive Primary Care Plus)
2019 ~	PCF (Primary Care First)
2024 ~	MCP (Making Care Primary)

45



2021

## Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care

High-quality primary care is the foundation of the health care system. It provides continuous, person-centered, relationship-based care that considers the needs and preferences of individuals, families, and communities. Without access to high-quality primary care, minor health problems can spiral into chronic disease, chronic disease management becomes difficult and uncoordinated, visits to emergency departments increase, preventive care lags, and health care spending soars to unsustainable levels.

[Read Full Description](#)



보건의료이슈

## 일차의료 발전 방향의 모색(울산의대 예방의학교실 이상일 교수)

NECA 한국보건의료연구원 · 2024. 3. 27. 19:36 URL 복사 +이웃추가

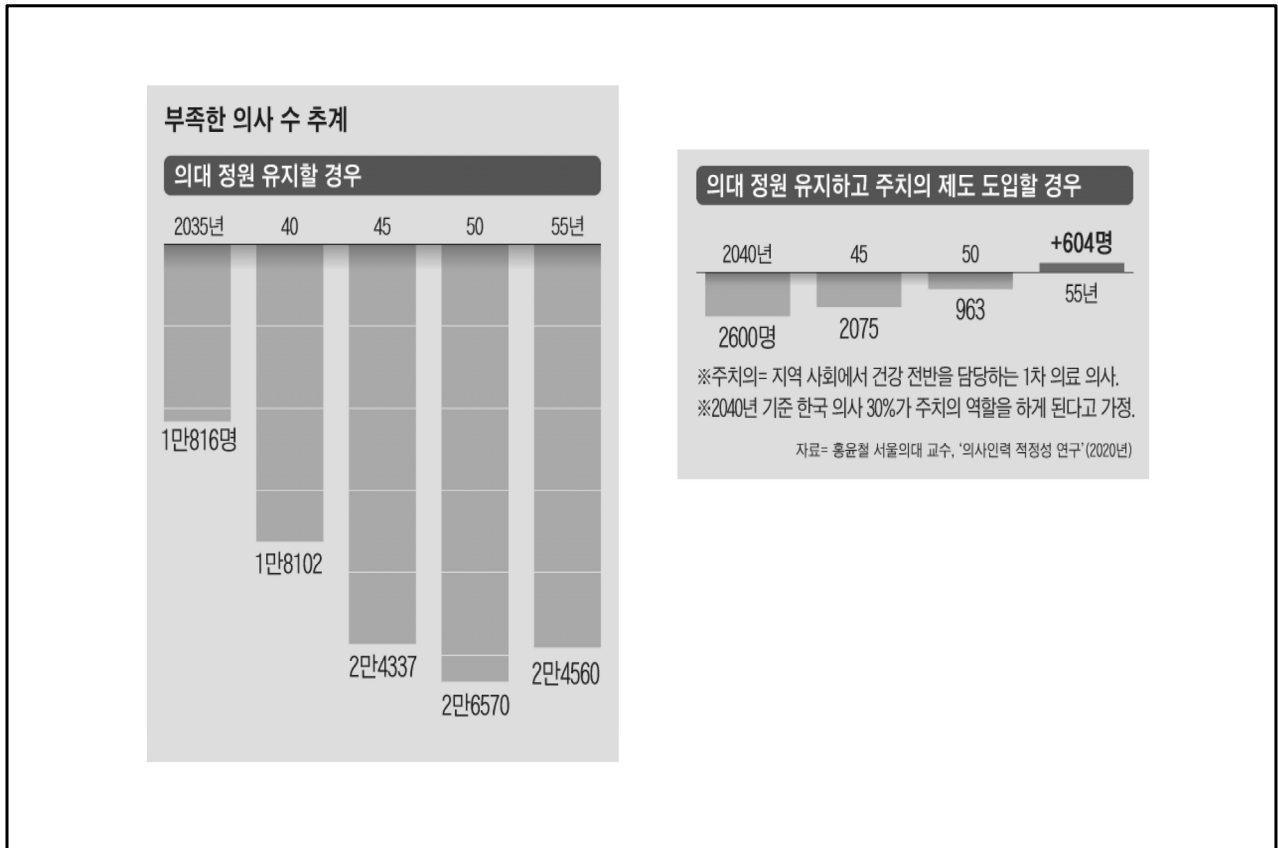
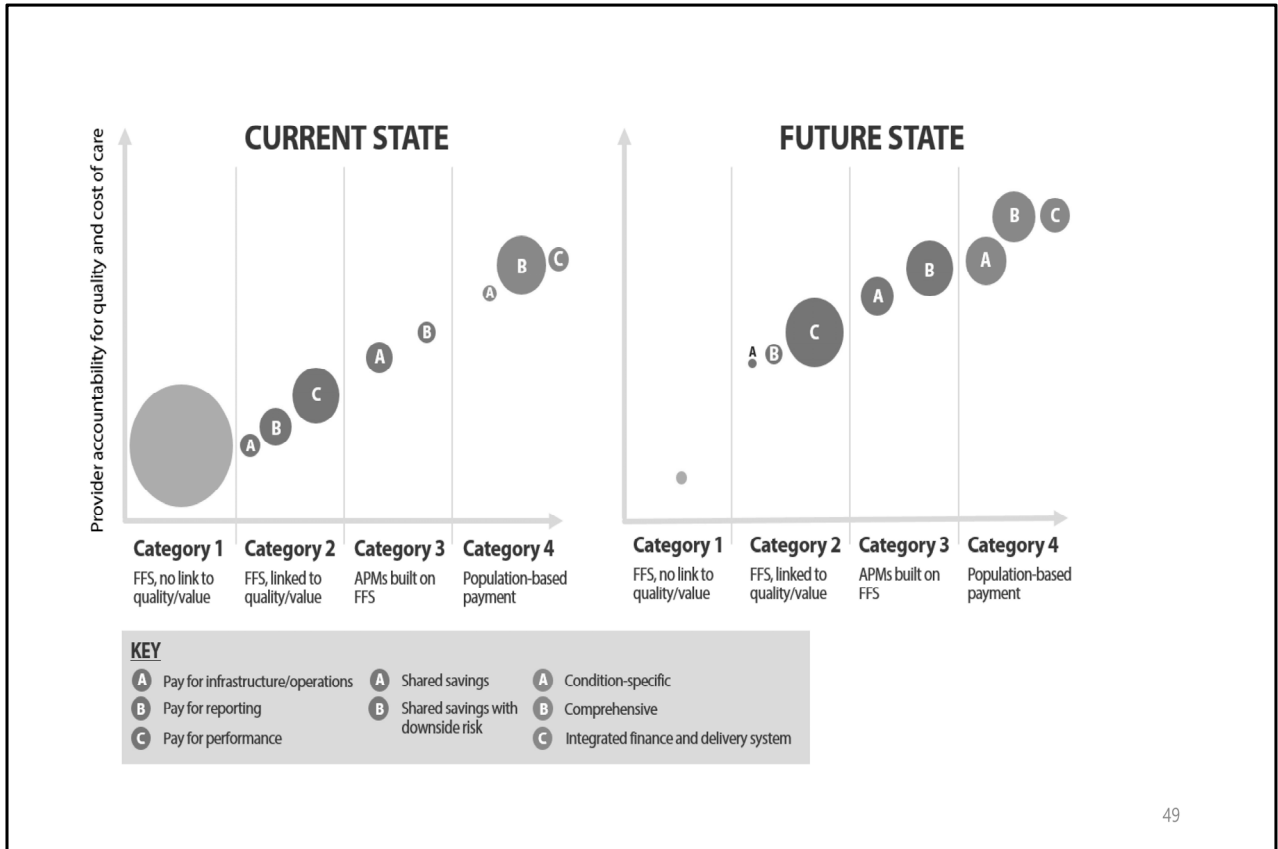
보건의료이슈는 의료, 보건 관련 주제로 의료 질환과 건강 이슈에 대한 전문가를 모시고 건강, 질환 관리의 중요성을 돌아보는 시리즈로 연재됩니다.

해당 콘텐츠는 보건의료 정책 등에 대해 칼럼 형식으로 작성된 기고문으로, 보건의료 현안 관련 전문가 의견을 공유드리고 국내외 보건의료분야 동향에 대한 이해도를 제고하고자 기획되었습니다.

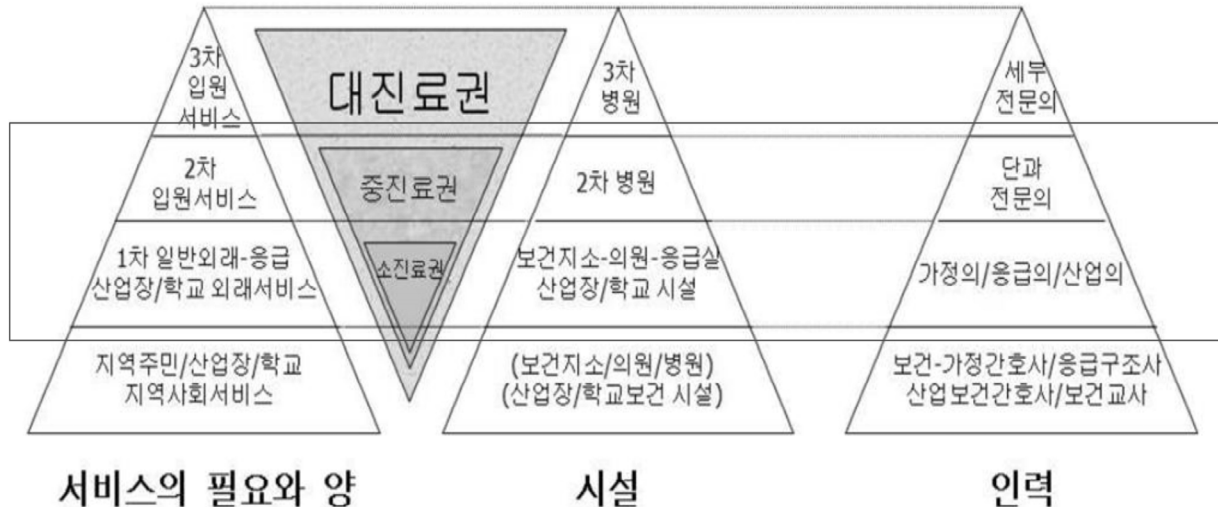
<https://blog.naver.com/necahta/223397329346>

## 일차의료 주치의제도 도입

- 환자등록제: 선택형
  - 공급자: 등록환자 관리료 지급
  - 가입자: 본인부담금 경감/면제
- 서비스 모형
  - 다학제 팀 기반 공동 개원: 인증제
  - 포괄적 건강관리 서비스 제공
- 지불모형
  - 혼합형 지불: FFS, P4P, Population-based payment
  - 점진적 변화: 진료량 → 가치 기반



## 지역화와 단계화



상대적으로 흔하고 경증인 건강문제와 응급의료와 같이 시의적절성이 중요한 건강문제

1. 의료기관의 종류별 표준업무규정  
[시행 2020. 7. 1.] [보건복지부고시 제2020-

본문 제정개정이유 연혁 관련법령 첨부파일 법령체계도 법령비교

조문선택 법령주소복사 화면내검색

### 본문

- ▶ 제1조 목적
- ▶ 제2조 적용대상
- ▶ 제3조 정의
- ▶ 제4조 표준업무의 범위
- ▶ 제5조 의료의 표준업무
- ▶ 제6조 병원과 종합병원의 표준업무
- ▶ 제7조 상급종합병원의 표준업무
- ▶ 제8조 의료기관 종류별 권장질환의 예
- ▶ 제9조 적용
- ▶ 제10조 제정토기한

### 부칙

- ▶ <제2011-69호, 2011.6.24>
- ▶ <제2019-339호, 2019.12.31.>
- ▶ <제2020-140호, 2020.7.1.>
- ▶ <제2011-69호, 2011.6.24>
- ▶ <제2019-339호, 2019.12.31.>
- ▶ <제2020-140호, 2020.7.1.>

### 별표/세칙

- ▶ [별표] 의료기관 종류별 권장질환의 예

### 의료기관의 종류별 표준업무규정

[시행 2020. 7. 1.] [보건복지부고시 제2020-140호, 2020. 7. 1., 타법개정]

보건복지부(보건 의료정책과), 044-202-2408

□ 제1조(목적) 이 규정은 「의료법」 제3조제3항에 따라 같은 법 제3조제2항의 각 호에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정함으로써 의료기관의 의료서비스 제공과 환자의 의료 이용의 적정성을 기하고 국민의 건강증진과 의료자원의 효율적 활용에 기여함을 목적으로 한다.

□ 제2조(적용대상) ① 이 규정은 의료법 제33조에 따라 개설한 의료기관 중 의원, 병원, 종합병원(상급종합병원 포함)에 대하여 적용한다.

② 제1항의 의료기관 종류를 다음 각 호와 같이 구분하여 적용한다.

1. 의원
2. 병원 및 종합병원
3. 상급종합병원

□ 제3조(정의) 이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "표준업무"란 의료행위 등 의료기관에서 일반적으로 수행하는 기본적인 업무, 제공하는 기능과 서비스를 말한다.
2. "권장질환"이란 의료기관의 종류별 업무에서 특히 중점을 두는 대상 질환으로서 권장되는 질환을 말한다.

**제10조(제정토기한)** 보건복지부장관은 이 고시에 대하여 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 2020년 7월 1일을 기준으로 매3년이 되는 시점(매 3년째의 6월 30일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

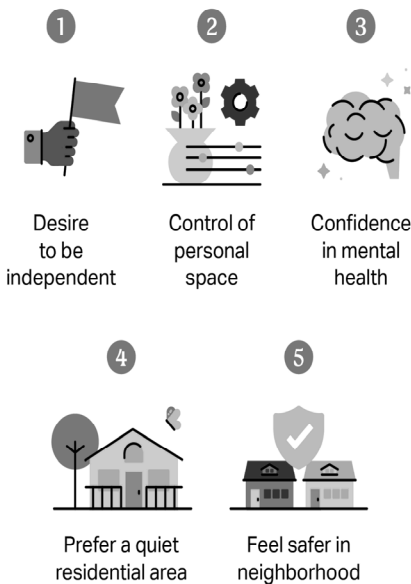


# 공급구조에 따른 진료권 유형

<div>○ 3차 병원</div> <div>■ 포괄2차 병원</div> <div>▲ 지역및전문단과 병원</div>	<b>공급 취약지형</b>	<b>2차 중심형</b>	<b>3차 중심형</b>	<b>자급자족형</b>
<div>유형</div> <div>시군구</div>				
<b>공급구조</b>	3차, 2차 모두 없음	3차 없으나 2차 존재	2차 없으나 3차 존재	3차와 2차 모두 존재
<b>해당 진료권</b>	11개: 거제, 김해, 당진, 동해, 문경, 사천, 속초, 시흥, 이천, 제천, 홍성	18개: 고성, 광명, 구미, 군산, 군포, 김천, 김포, 논산, 목포, 서산, 순천, 안동, 여수, 오산, 춘천, 충주, 평택, 포항	5개: 경주, 양산, 원주, 의정부, 익산	21개: 강릉, 고양, 광주, 구리, 대구, 대전, 부산, 부천, 서울, 성남, 수원, 안산, 안양, 울산, 인천, 전주, 제주, 진주, 창원, 천안, 청주

의료기관이 없는 지역은 의료기관 신축 혹은 증축이 필요  
의료기관이 있더라도 적절한 진료과목이나 의료 인력이 충분하지 않은 경우 보강이 필요

## Top 5 Reasons Older Adults Want To Age In Place



크 본문

- ▣ 제1장 총칙
- ▣ 제2장 통합지원 기본계획 수립 등
- ▣ 제3장 통합지원 절차
  - ▶ 제10조 신청·발급 및 조사 등
  - ▶ 제11조 퇴원환자 등의 연계
  - ▶ 제12조 종합판정 등
  - ▶ 제13조 개인별지원계획의 수립 등
  - ▶ 제14조 통합지원 제공 등
- ▣ 제4장 통합지원 정책의 추진 및 지원
  - ▶ 제15조 보건의료
  - ▶ 제16조 건강관리 및 예방 등
  - ▶ 제17조 장기요양
  - ▶ 제18조 일상생활돌봄
  - ▶ 제19조 가족 등 지원
- ▣ 제5장 통합지원 기반 조성
  - ▶ 제20조 통합지원형이체
  - ▶ 제21조 전달조직 등의 설치·운영
  - ▶ 제22조 통합지원정보시스템의 구
  - ▶ 제23조 정보의 제공·활용 등
  - ▶ 제24조 전문인력의 양성
  - ▶ 제25조 전문기관의 지정 등
- ▣ 제6장 보칙
- ▣ 제7장 벌칙

국
민
법
위
임
행
정
규
칙
규
제
생
활
법
령

**의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률** (약칭: 돌봄통합지원법)

[시행 2026. 3. 27.] [법률 제20415호, 2024. 3. 26., 제정]

보건복지부(규제개혁법무담당관, 044-202-2272)

**제1장 총칙**

**제1조(목적)** 이 법은 노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공하는 데에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강하고 인간다운 생활을 유지하고 증진하는 데에 이바지함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “통합지원”이란 제2조에 따른 통합지원 대상자에게 이 법에 따라 국가와 지방자치단체의 장이 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거, 그 밖에 대통령령으로 정하는 분야의 서비스 등(이하 “보건의료등”이라 한다)을 직접 또는 연계하여 통합적으로 제공하는 것을 말한다.
2. “통합지원 대상자”란 노쇠, 장애, 질병, 사고 등(이하 “노쇠등”이라 한다)으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인, 장애인 등으로서 대통령령으로 정하는 사람을 말한다.
3. “통합지원 관련기관”이란 통합지원 대상자에게 제15조부터 제19조까지의 통합지원 서비스를 제공하는 개인·법인·기관·단체, 그 밖에 대통령령으로 정하는 자를 말한다.

**제3조(다른 법률과의 관계)** 통합지원에 관하여 이 법에서 정한 사항에 대하여는 다른 법률에 우선하여 이 법을 적용한다.


## Top 3 health reforms in high income countries

- The three most important reform areas were ‘organisation of primary & ambulatory care’, ‘governance’, and ‘organisation of hospital care’.
- An important trend in primary care reforms is a strong emphasis on the development of multi-professional group practices or health centres (i.e., increasing the size of service providers) with the aim of improving integration and coordination of health – and sometimes social – care services, improving waiting times and bringing care closer to the patient.
- This trend is in line with international recommendations and evidence on the benefits of integrated and multidisciplinary care, which shows that these models can enhance patient satisfaction, increase perceived quality of care, and enable access to services.
- Furthermore, these primary care reforms were often related to reforms in other areas
  - human-resource reforms, which aim at changing the skill-mix of professionals in primary care
  - payment reforms introducing new payment options for primary care providers.
  - reforms in the area of ‘chronic & other specialised care as better care for patients with chronic illnesses is often amongst the rationales for primary care reforms.

Polin K, Hjortland M, Maresso A, van Ginneken E, Busse R, Quentin W; HSPM network. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021 Apr 15. PMID: 34053787.

<https://doi.org/10.1038/s41514-024-00148-2>

# Healthcare on the brink: navigating the challenges of an aging society in the United States

 Check for updates

Charles H. Jones  & Mikael Dolsten 

The US healthcare system is at a crossroads. With an aging population requiring more care and a strained system facing workforce shortages, capacity issues, and fragmentation, innovative solutions and policy reforms are needed. This paper aims to spark dialogue and collaboration among healthcare stakeholders and inspire action to meet the needs of the aging population. Through a comprehensive analysis of the impact of an aging society, this work highlights the urgency of addressing this issue and the importance of restructuring the healthcare system to be more efficient, equitable, and responsive.

## “의료 전달 체계 개편, 의료 수요·규제 조절 등 수반 돼야”

이세연 · 2024. 3. 15. 16:50



정부가 환자의 증증도에 맞는 의료 전달 체계 개편안을 내놓은 가운데, 의료 수요 및 규제 조절과 각 지방자치단체 협력 등이 수반돼야 한다는 등의 전문가 지적이 나왔습니다.

오늘(15일) 서울 중구의 한 호텔에서 열린 보건복지부 주최 ‘의료 개혁 정책 토론회’에서는 의료 전달 체계를 주제로 전문가들이 상급종합병원 쏠림 현상의 원인을 진단하고 의료 전달 체계 개편의 방향을 제시했습니다.

## 4대 의료개혁의 주요 내용

### 1 의료인력 확충

- 충분한 의사 확보
  - 의대정원 확대, 수급·조정 시스템 구축
  - 병원 수련환경 및 제도 개선
- 병원의 의사 고용·배치·운용구조 혁신
  - 전문의 중심 병원 전환
  - 공유형 진료체계 운영

### 3 의료사고 안전망 구축

- 의료인 형사소송 부담 완화
  - 의료사고처리특례법 제정 추진
- 피해자 권리구제체계 확립
  - 의료기관 책임보험 가입 의무화
- 불가항력 의료사고 보상 강화
  - 무과실 분만사고 보상 강화

### 2 지역의료 강화

- 기능·수요 중심 네트워크형 전달체계 전환
  - 종별 역할 정립 및 병원간 협력 네트워크 활성화
- 안정적인 지역인력 확보
  - 지역인재전형 확대
  - 지역필수의사제 도입
- 지역의료 투자 확대
  - 지역의료지도 기반 맞춤형 지역수가 도입
  - 지역의료발전기금 신설 검토

### 4 보상체계 공정성 제고

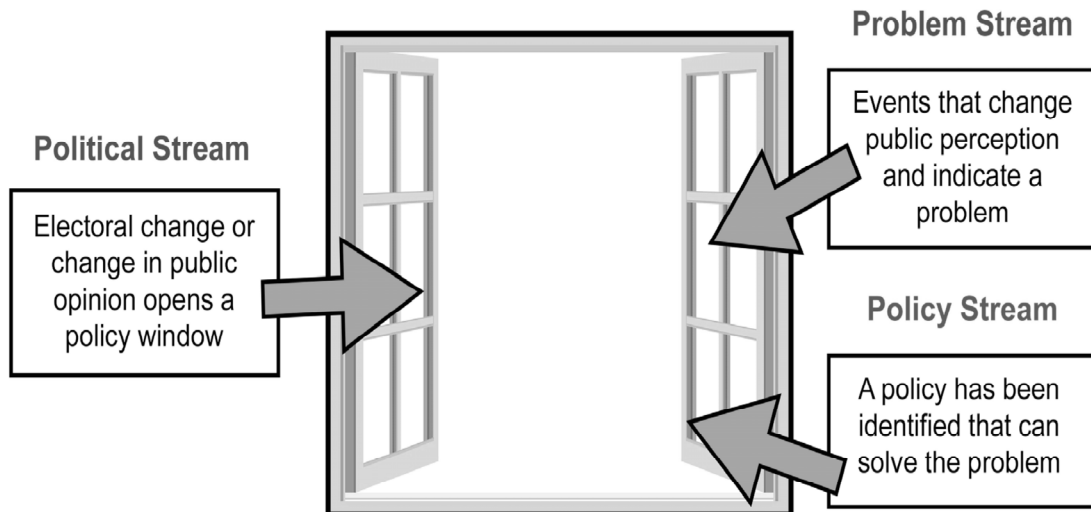
- 공정하고 충분한 필수의료 보상
  - 필수의료 분야 집중 인상
  - 공공정책수가 도입·확산
- 비급여 관리체계 확립
  - 비중증 과잉 비급여 혼합진료 금지 적용
  - 실손보험 합리적 개선
  - 미용의료 제도 개선

## 지역완결 의료전달체계 구축을 위한 정책방향 및 과제

모든 국민이 거주지역에서 안심하고 이용할 수 있는 의료체계 구축

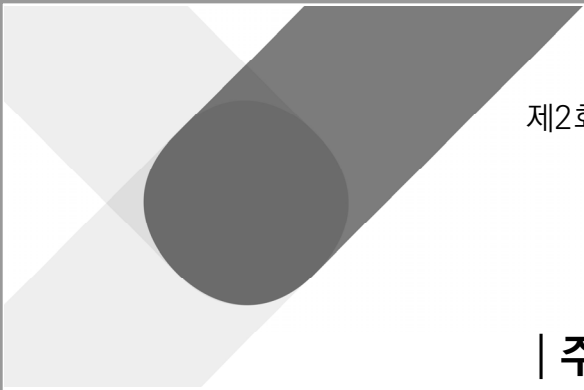


## 정책의 창 Policy Window



61





제2회 미디어포럼 “대한민국 의료이용의 문제점과 해법”

| 주제발표 |

## 앞으로의 바람직한 의대교육 및 전공의 교육

---

신 찬 수

서울의대 내과학 교수





## 약 력

- 성 명 : 신찬수
- 소 속 : 서울의대 내과
- 직 위 : 교수

### [주요 학력사항]

- 1996년3월-1998년2월 서울대학교 대학원, 의학박사
- 1988년3월-1990년2월 서울대학교 대학원, 의학석사
- 1981년3월-1987년2월 서울대학교 의과대학, 의학사

### [주요 경력사항]

- 2022년6월 - 현재 한국외과대학의학전문대학원협회, 이사장
- 2020년2월-2023년2월 과학기술단체총연합회, 부회장
- 2017년12월- 2021년12월 서울대학교 의과대학, 학장
- 2016년6월-2016년12월 서울대학교병원, 진료부원장
- 2015년8월-2016년6월 서울대학교병원, 의료혁신실장



# 앞으로의 바람직한 의대교육 및 전공의 교육

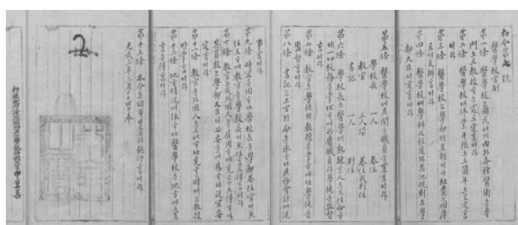
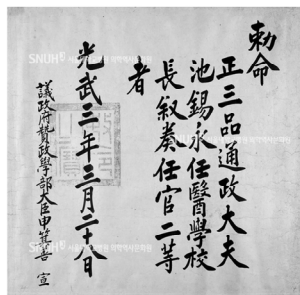
서울대학교 의과대학  
교수 신 찬 수



## 의학교 (1899) - 최초의 근대식 의학교육 기관

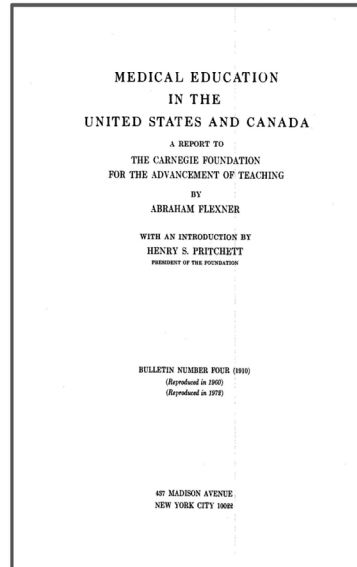


교장 지석영 선생



의학교 관제

## Flexner Report (1910)



## 전통적인 의학교육의 모습

### 기초의학 (1,2학년)

해부학, 생리학, 생화학, 조직학

약리학, 미생물학, 기생충학, 병리학, 예방의학, 인문의학

### 임상의학 (3,4학년)

내과학, 외과학, 소아과학, 산부인과학, 정신의학,

신경외과학, 흉부외과학, 비뇨의학, 안과학, 이비인후과학,  
피부과학, 마취과학, 재활의학, 정형외과학, 성형외과학, 응급의학,  
가정의학, 영상의학, 검사의학

## 의학 교육 방법론의 변천

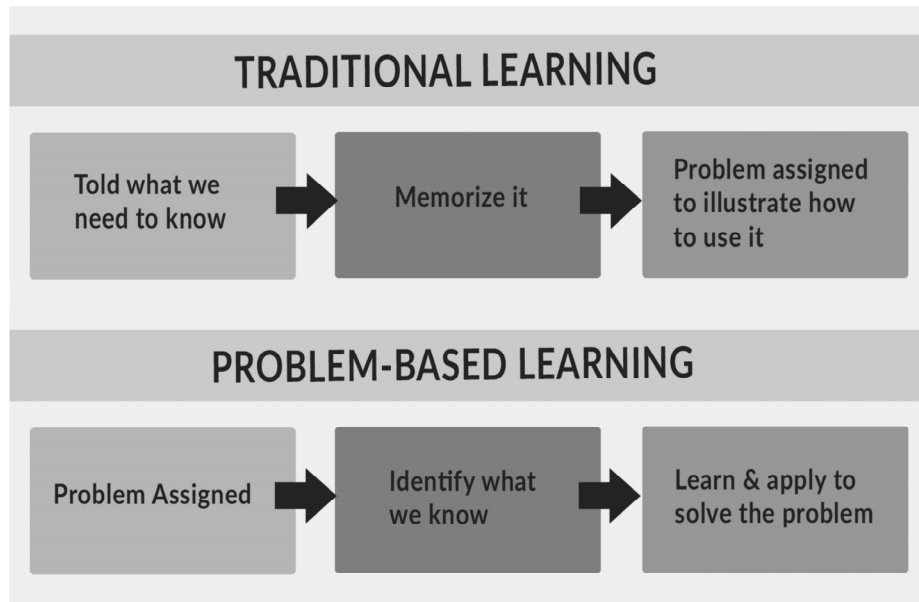
### 수평통합

JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	JULY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC
								UNIT 1 15 weeks			
UNIT 2 12 weeks			UNIT 3 12 weeks		ELECTIVE 6 weeks	HOL. 4 wk	UNIT 4 12 weeks			ELEC. 4 wk	
UNIT 5 12 weeks			UNIT 6 THE CLERKSHIP—52 weeks								
UNIT 6 (continued)			Graduation REVISION								

## PBL (Problem-Based Learning)



## PBL (Problem-Based Learning)



## 역량중심교육, 성과바탕교육

학습목표  
(learning objectives)  
기반  
↓  
교육

교육과정 개발,  
↓  
학습실행  
↓  
평가

졸업을 위해 갖추어야만 하는  
성과(outcome)  
역량 (competency)

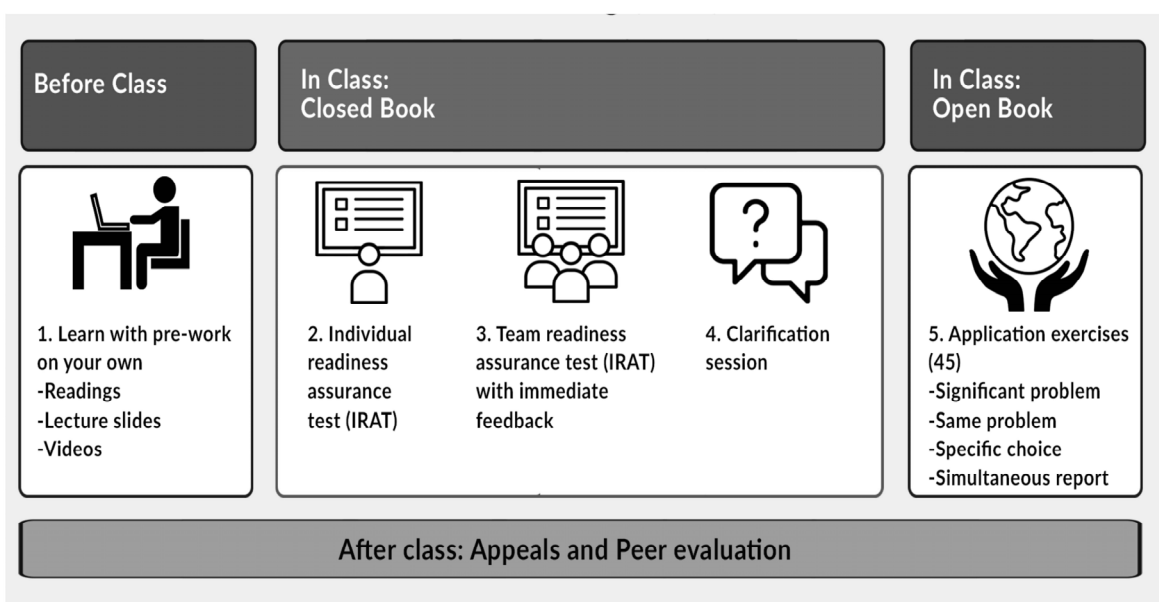
## 역량중심교육, 성과바탕교육

Table 1. Comparison of outcomes among 5 medical schools from UK, US, and Australia

SDMCG, UK (3-circle model incorporating 12 outcomes)	Sheffield, UK (generic graduate skills integrated with 94 clinical presentations)	Brown, USA (9 abilities in multidimensional matrix)	IUMS, USA (9 competencies including knowledge-base development)	UNSW, Australia (8 primary capabilities with integrated assessments)
Clinical skills	4 Clinical competencies	Effective communication	Effective communication	Using basic science in the practice of medicine
Practical procedures	Clinical skills	Basic clinical skills	Basic clinical skills	
Patient investigation	Interpersonal skills	Using basic science in the practice of medicine	Using basic science to guide diagnosis, management, therapeutics & prevention	Social and cultural aspects of health and disease
Patient management	Professional behaviors	Diagnosis management and prevention	Lifelong learning	Patient assessment and management
Health promotion and disease prevention	4 Medical sciences		Self-awareness, self-care, and personal growth	Effective communication
Communication	Basic medical sciences	Lifelong learning	Social and community contexts of health care	Team-working
Medical informatics	Clinical sciences	Self-awareness, self-care, and personal growth	Moral reasoning & ethical judgement	Self-directed learning & critical evaluation skills
Basic, social & clinical sciences	Population health sciences	Social and community contexts of health care	Problem solving	Ethical understanding & legal responsibilities
Attitudes, ethical understanding and legal responsibilities	Behavioral sciences	Moral reasoning and clinical ethics	Professionalism & role recognition	Reflective practitioner
Decision-making skills & clinical reasoning & judgement		Problem solving		
Role of the doctor within the health service				
Personal development				

SDMCG, Scottish Deans' Medical Curriculum Group; IUMS, Indiana University School of Medicine; UNSW, University of New South Wales.

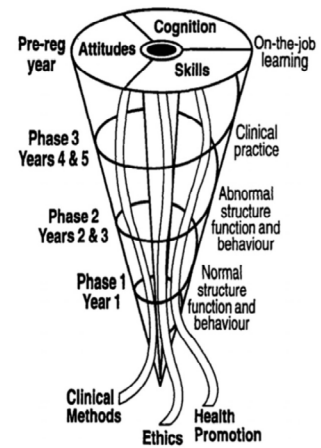
## Team-Based Learning (TBL)



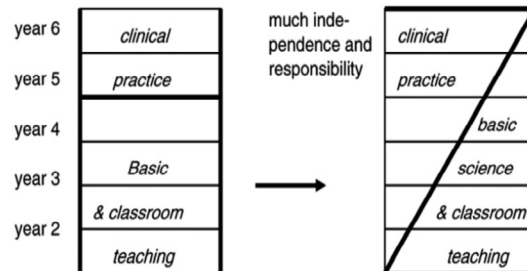
## 의학 교육 방법론의 변천

### 수평통합

JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	JULY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC
								UNIT 1 15 weeks			
UNIT 2 12 weeks			UNIT 3 12 weeks		ELECTIVE 6 weeks		HOL. 4 wk	UNIT 4 12 weeks			ELEC 4 wk
UNIT 5 12 weeks			UNIT 6 THE CLERKSHIP—52 weeks								
UNIT 6 (continued)			Graduation REVISION								



### 수직통합



### 나선형통합

## Portfolio

## 장기통합 임상실습

## 조기임상노출

## Pass/Fail 평가

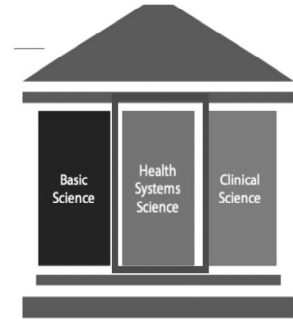


## 인문사회의학

의료인문학

인문사회의학

의료시스템과학 (Health Systems Science)



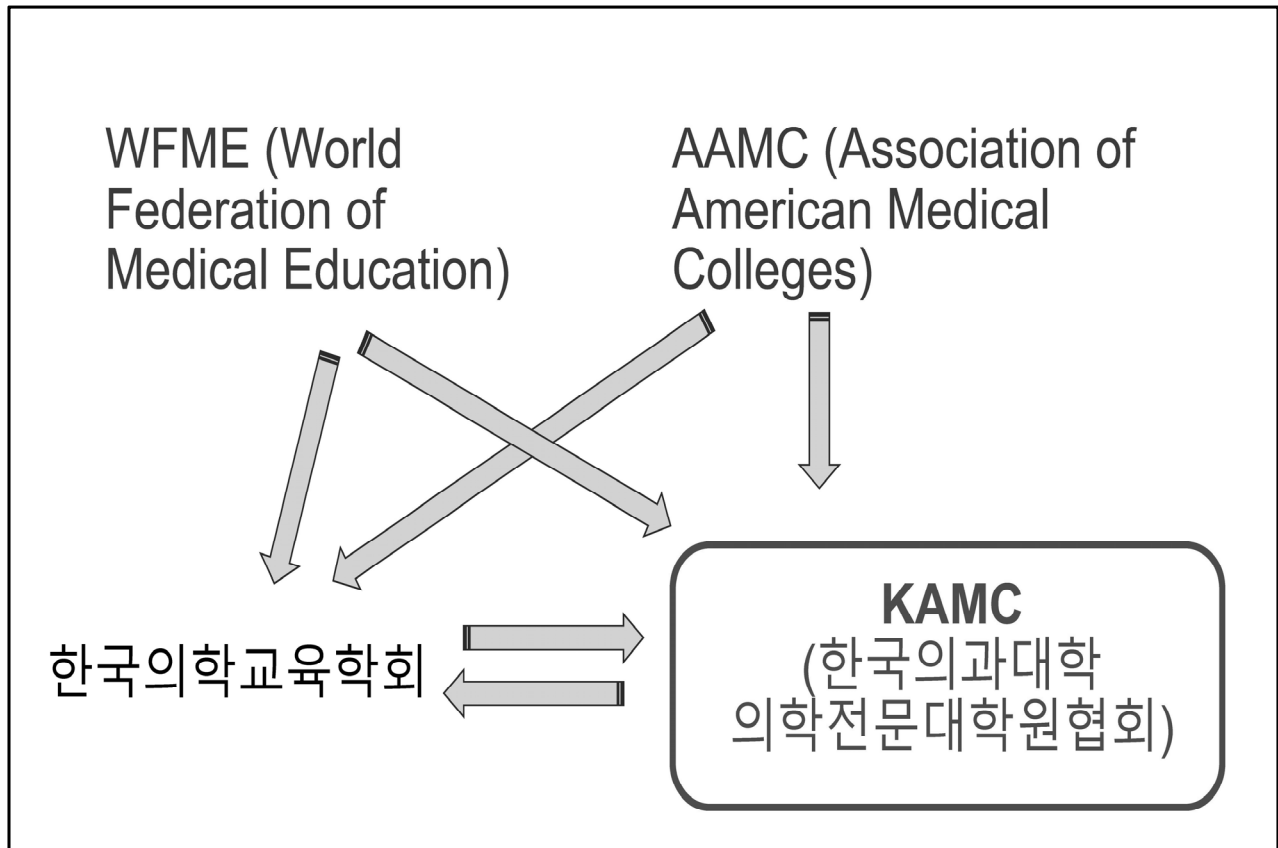
어문학, 사학, 철학, 윤리학, 사회학, 법학, 경영학, 인류학, 심리학, 예술 등  
의료인문학, 행동과학, 사회과학, 의료윤리, 의료법규  
예방의학  
전문직교육(직업교육)

1. 비판적 사고능력
2. 감동할 줄 아는 능력
3. 의사로서의 소명감 (전우택)

## 전문직간 교육

(InterProfessional Education, IPE)

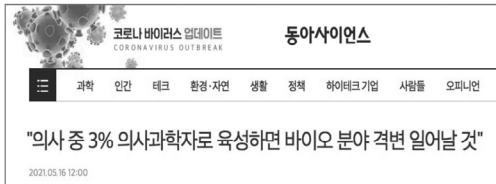
	USA (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011)	Canada (CIHC Working Group, 2010)	UK (Sheffield Hallam University, 2010)	Australia (Curtin University, 2011)
팀워크	팀과 팀워크	팀 기능	전문직 간 실무 (working)	팀 기능
의사소통 능력	전문직 간 의사소통	전문직 간 의사소통		의사소통
윤리와 태도	전문직 간 의료를 위한 가치관/윤리		윤리적인 의료	
역할과 책무성	역할과 책무성	역할 명확화		역할 명확화
환자중심/환자안전		환자/고객/보호자/지역사회 중심 돌봄		(고객 안전, 질) (고객 중심 서비스)
갈등관리		전문직 간 갈등 해소		갈등 해소
지속적 학습/성찰			성찰	성찰
기타		협력하는 리더십	실무 지식	



## 미래의학

- Big Data
- Genetics and Bioinformatics
- Machine learning, AI
- AR, VR
- Digital therapy

## 의사과학자 양성



### 의사-과학자란?

- 의사이면서 과학연구를 위해 충분한 기간 연구훈련을 받은 사람
- 환자 진료 중 발견되는 문제를 깊이있게 파고들어 진단 및 치료법 개발에 이르게 됨
- 25년간 노벨생리의학상 수상자의 37%
- 세계 상위 10개 제약회사 CTO 중 7명

## 의사과학자 양성



의학연구  
조기노출



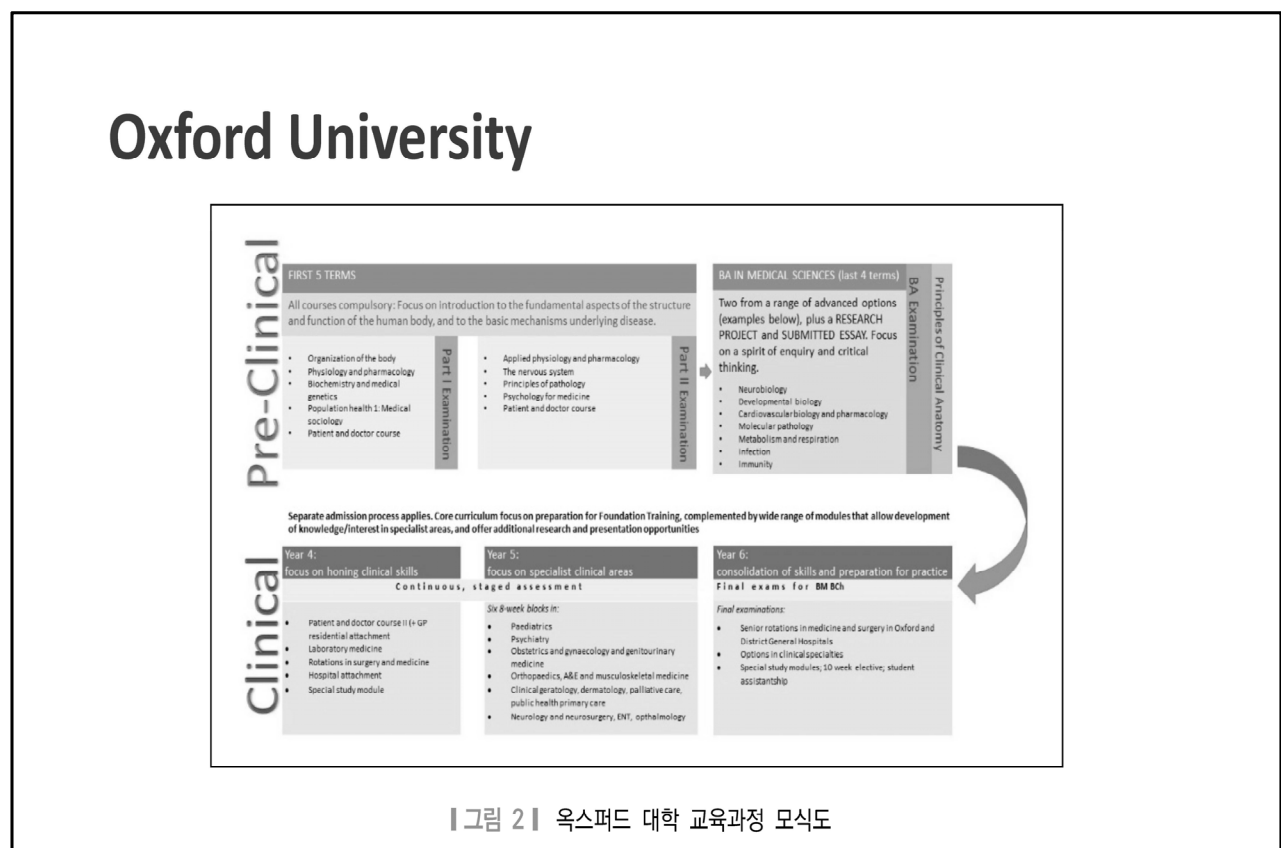
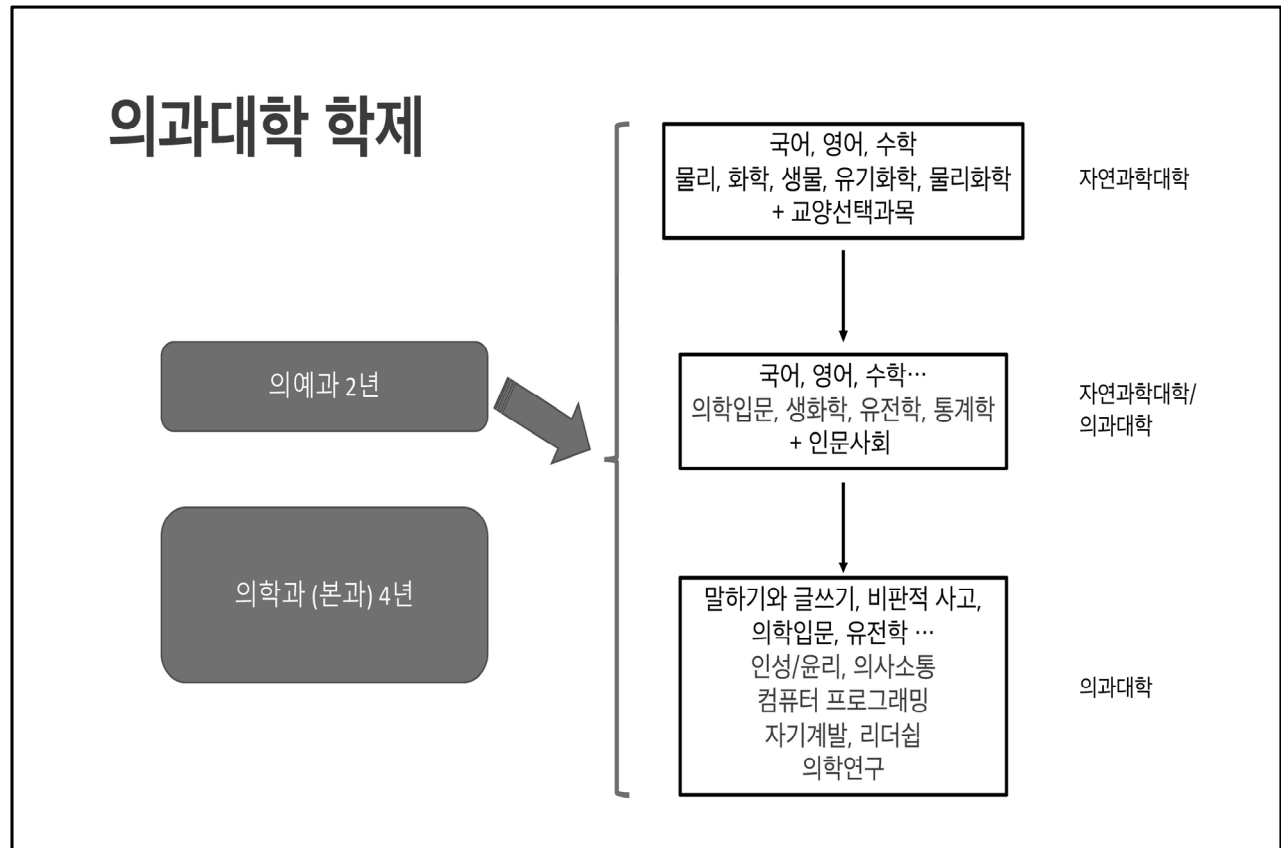
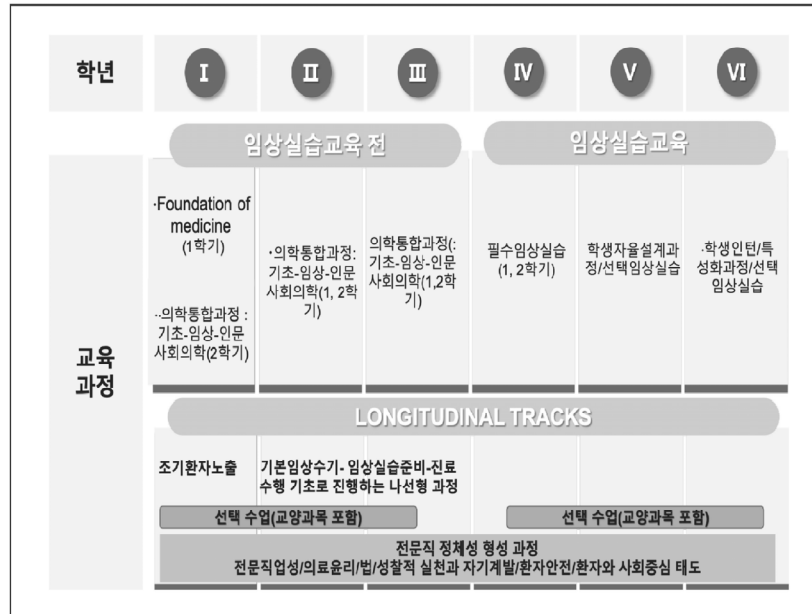


그림 2 | 옥스퍼드 대학 교육과정 모식도

## 6년제 기본의학교육과정 모델안



## 고등교육법 시행령 개정 (2024.2.20)

제25조(수업연한 등) ① 법 제31조제1항제1호에 따라 대학의 의과대학·한의학대학·치과대학 및 수의과대학 학사학위과정의 수업연한은 6년으로 한다. 이 경우 그 교육과정은 예과를 각각 2년으로, 의학과·한의학과·치의학과 및 수의학과를 각각 4년으로 운영한다.

제25조(수업연한 등) ① -----  
-----  
-----  
-----, 이  
경우 그 교육과정의 운영에 대  
해서는 학칙으로 정한다.

## 지역인재전형

권역별  
의대 지역인재 전형  
선발 비중

NO	권역	학교수	전체 선발인원	지역인재	비율
1	부산울산경남권	6	459	303	66.0%
2	호남권	4	485	309	63.7%
3	대구경북권	5	351	181	51.6%
4	제주권	1	40	20	50.0%
5	충청권	6	381	186	48.8%
6	강원권	4	267	69	25.8%
총합계		26	1,983	1,068	53.9%

수시 및 정시 합산 정원내 기준  
자료 : 종로학원

MedicalTimes  
(인포그래픽 디자인: 조진숙)

현행  
강원, 제주 20% 이상  
그외 40% 이상

2025학년 이후  
전체 60% 이상

## 지역의료

### 3. 특수 전문분야 의대생 실습 사업

- ☐ 목적: 공공-지역의료에 관심 있는 의대생을 대상으로 학교에서 경험하기 어려운 공공-지역의료 현장에서의 임상실습 기회를 제공하여 해당 분야 진로 유도
- ☐ 사업기간: 2023. 7.~2024. 2.
- ☐ 선발학생 수: 총 30명(7개 대학)
- ☐ 실습일정(안)

차수	기간	실습학생 수(명)	학교별 실습학생 수(명)							실습장소
			경상대	인제대	고신대	부산대	동아대	경북대	충북대	
1	7.3~7.14.	8	8							마산의료원
2	7.17~7.28.	6	1	4					1	
3	7.31~8.11.	2			1			1		
4	9.25~10.6.	3			3					
5	10.16~10.27.	3		3						통영적십자병원
6	12.4~12.15.	3		3						
7	12.11~12.22.	2				2				마산의료원
8	'24.1.2~1.12.	3					3			
합계		30	9	10	4	2	3	1	1	

## 필수의료?

### 2 지역필수 분야 유입 촉진

- 필수의료 수가 인상(참고2), 근무여건 개선, 안정적 진료환경 조성 등 필수의료 패키지 집중 지원을 통해 피부·미용으로의 인력 유출을 방지한다.
- 의대 입학부터 수련, 병원 인력 운영에 이르기까지 의사 인력이 지역필수의료 분야에서 안정적으로 진료할 수 있도록 하는 인력대책도 함께 추진된다.
  - (지역인재) 지역에서 성장한 학생이 의대에 입학하여 지역의 의사로 성장할 수 있도록 지역인재 선발을 지속 확대한다.
  - (수련 혁신) 전공의 수련·배정 체계를 개선하여 지역·필수 분야 경험 기회를 확대하고, 필수진료 과 수련비용도 국가에서 지원한다.
    - \* 비수도권 배정 확대(40→50%), 중장기적으로 의대 입학정원과 연계 배정
  - (전문의 중심 인력 운영) 필수의료 분야 전문의 중심 병원 운영모델\* 확산을 통해 의료 질을 높이고 필수의료 전문의가 좋은 일자리에서 안정적으로 근무할 수 있도록 여건을 개선해 나갈 계획이다.

보건복지부  
필수의료 혁신전략  
2023.10.19.

## 필수의료 교육강화?

NAVER 블로그 | 보건복지부 공식 블로그

이 블로그에서 검색

### ② 교육·수련 혁신

사회적인 수요를 충족하기 위해 의대 정원 확대와 더불어 교육·수련 체계를 혁신해 질적 상향 평준화를 이루고, 진로를 다변화하겠습니다.

- 의대 교육
- 인턴제 개선
- 수련 내실화
- 진료 다변화

#### • 의대 교육

의대 교육을 강화하기 위해 기초·임상교수진을 확충하고 필수·지역의료 교육을 강화할 예정입니다. 또한, 기준을 개선하고 학생 참여 평가를 실시하는 등 평가인증을 내실화하며, 실습 여건을 개선할 수 있도록 적극 지원하겠습니다.

\* 임상실습(52주 주당 36시간) 개선: 필수·지역의료 임상실습 추가 실시 확대

→ 필수·지역의료 정체성 형성, 외상·소아심장·감염, 신경외과 등 필수의료 실습과목 비중 50% 이상 확대

#### • 인턴제 개선

합리적 진료 선택과 기본적 임상 역량 확보가 가능하도록 수련체계 개선 방안을 마련해 인턴제를 개선하는 데도 힘을 쏟겠습니다.

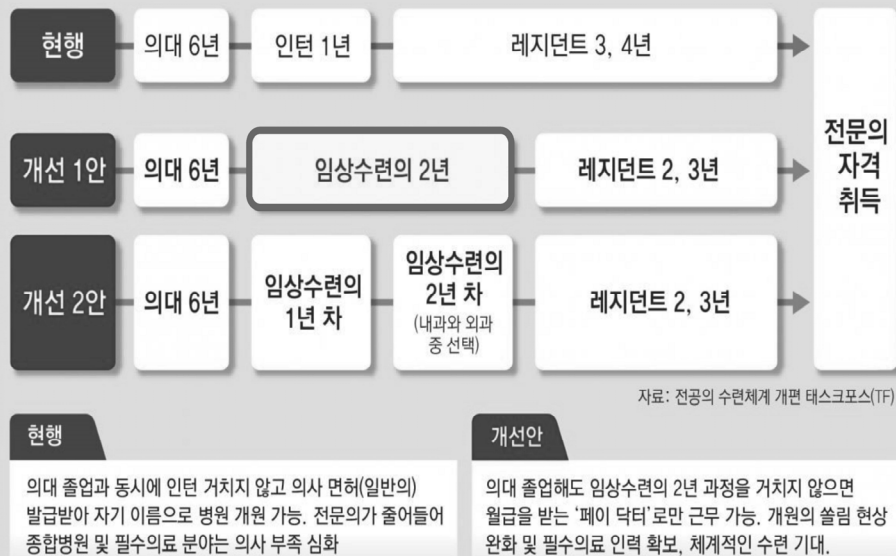
### 현행실습기간

내과 10주  
외과 5주  
산부인과 5주  
소아과 5주

안과 1주  
피부과 1주  
성형외과 1주  
....

## 전공의 수련 개선?

### 전공의 수련체계 개편안 주요 내용



재난포털

응급실현황

KBS 뉴스

분야별

뉴스9

TV 뉴스

프리미엄K

스포츠

시사프로그램

지역뉴스

사회

보건의료 위기경보 '심각'...의료계 집단행동

정부, 전공의 수련 개편 계획...“의원에서 수련·필수의료 교육 강화”

일찍 2024.05.10 (13:38)

수정 2024.05.10 (14:33)

소속 수련병원

프로그램 종류(전문과목별 상이)

상급종합병원 위주 수련 프로그램

2차 병원(종합병원, 전문병원) 연계 수련 프로그램

1차 의원 연계 수련 프로그램

인천사랑병원

청년의사

상급종합병원

협력 네트워크

의학회 “의대 증원 이어 수련체계 개편도 지속 행장”

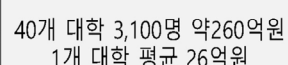
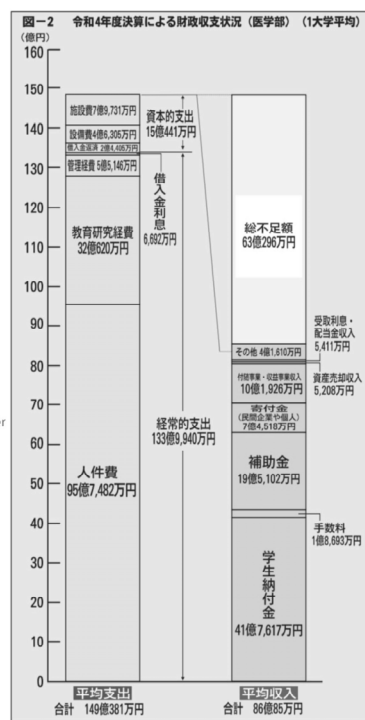
청년의사

의료개혁특위 '수련체계 개편안' 발표에 반발

의학회·26개전문학회 “전문가 의견 수렴하라”

- 94 -







시사 > 전체기사

전국 40개 의대 무크 방식 도입 실습 의료기관 다변화 추진

늘어나는 의대생 교육 어떻게...

정부, 교육 수준 업그레이드 계획  
교육 단계별 맞춤형 지원 방안도

입력 : 2024-05-08 01:42

 좋아요 1개
 







정부는 2025학년도 의대 신입생을 최대 4567명 선발할 계획이다. 단번에 선발 규모를 전년 대비 49.3%(1509명) 증원했다. 의사 단체들은 의대 교육이 '날림'이 된다고 주장하지만, 교육부는 이번 증원을 의대 교육을 업그레이드하는 계기로 활용한다는 방침이다.

의대 교육과정의 효과적 운영을 지원하기 위해 40개 의대가 무크(온라인 공개강좌 플랫폼) 방식으로 교수 자원을 공유하는 방식을 검토하고 있다. 해부학은 A대학, 약리학 B대학, 생리학 C대학 등으로 강좌를 만들면 다른 의대 학생이 수강해 학점을 받는 방식이다.

## 전시연합대학



전주 전시연합대학 1952

분류	연합대학, 종합대학
시행	1951년 2월 18일
설립	백낙준 문교부장관 문교부령 제17호 《대학교육에 관한 전시 특별조치령》
해산	1952년 3월
소재	경상남도 부산시 서구 동대신동 일원 (부산전시연합대학) 충청남도 대천시 일원 전라북도 전주시 일원 전라남도 광주시 일원
학장	유진오 고려대학 학장
부학장	윤인구 부산대학 학장 방중현 서울대학교 문리과대학장

**참여대학:** 서울대, 고려대, 국민대, 단국대, 연세대, 숙명여대, 경희대, 서경대, 동국대, 이화여대

醫史學 제9권 제2호(통권 제17호) 2000년 12월  
©大韓醫史學會

Korean J Med Hist 9 : 256-257 Dec 2000  
ISSN 1225-505X

## 전시연합대학에서의 활동

강의는 주로

구술이 위주고 실습은 해부 외에 기대하기 어려웠습니다. 임상과목은 3 4학년 합반으로 하였습니다. 의자가 없어서 명석 깔고 엎드려서 뒤쪽에서는 선 채로 필기하던 모습이 생 각합니다. 처음에는 부속병원이 없어서 임상 실습은 거의 부진하였고 1952년 4월에 부속 병원이 학교에 가까운 중구 신창동 대각사에 서 개원하였으나 임상실습이 의무적인 것은 아니었습니다. 당시 원장은 서울의대 진병호 교수였습니다.

전종휘\*

## 고등교육법

[시행 2023. 7. 10.] [법률 제19430호, 2023. 6. 9., 타법개정]

**제5조(지도·감독)** ① 학교는 교육부장관의 지도(指導)·감독을 받는다. <개정 2013. 3. 23.>

② 교육부장관은 학교를 지도·감독하기 위하여 필요하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 학교의 장에게 관련 자료를 제출하도록 요구할 수 있다. <개정 2013. 3. 23.>

[전문개정 2011. 7. 21.]

총장 임면, 학칙 개정, 재정지원사업

학생: 입학, 평가, 휴학, 유급, 진급

교수: 임용, 승진, 재임용, 정년보장, 견책, 감봉, 정직, 해임, 파면

연구: 윤리, 연구비 관리, 지적재산권, 업적관리

2022 한국외과대학 · 의학전문대학원협회 학술대회	
급변하는 21세기 한국사회에서 의과대학의 역할	
2022년 11월 25일(금) 10:00~17:30 ■ 서울 신라호텔 영빈관 2층 에메랄드홀	
	사회: 강화선 학생위원회 간사(가톨릭의대)
14:15~16:15	[학생위원회] 세상에 태어나 단 한번도 만나보지 못한 Z세대와의 만남 <신라호텔 본관 3층 마로니에홀>
14:15~14:20	인사말 정연준 학생이사(가톨릭의대)
14:20~15:00	세상에 태어나 단 한번도 만나보지 못한 Z세대와의 만남 이승희 교수(서울의대) ..... 77
15:00~15:30	패널토의: 정연준 교수(가톨릭의대), 이윤선 교수(울산의대), 임지향 교수(가톨릭의대)
15:30~16:15	전체토의: 참석자들과 각 주제별 질의응답과 의견수렴

## 요약

- 근대의학 도입 130여년간 우리나라 의료수준 뿐만 아니라 의학교육은 비약적으로 발전하였다.
- 전국 40개 의과대학(원)은 의학교육의 질 향상을 통해 우리사회가 필요로 하는 인재를 양성하기 위해 부단한 노력을 경주 중이다.
- 세계 최고 수준의 의학교육과 의료인 양성을 위해서는 의학교육에 대한 국가의 적극적인 투자가 필요하며 사회적 책무성에 더해 직업에 대한 자부심과 보람을 갖고 일할 수 있는 환경 마련이 필요하다.

## 좌장 약력

- 성 명 : 임정기
- 소 속 : 서울대학교 의과대학
- 직 위 : 명예교수

### [주요 학력사항]

- 1975.2~ 서울대학교 의과대학 졸업 (의학사)
- 1978.2~ 서울대학교 대학원 (의학석사, 방사선과학 전공)
- 1983.2~ 서울대학교 대학원 (의학박사, 방사선과학 전공)

### [주요 경력사항]

- 1983~ 2015 서울대학교 의과대학 방사선과학교실 전임강사~교수
- 2001~2022 한국과학기술한림원 정회원, 현 종신회원
- 2008~2011 한국의과대학·의학전문대학원장협회 이사장
- 2011~2014 서울대학교 연구부총장, 기획부총장
- 2012-2014 대한민국의학한림원 부회장

## 좌장 약력

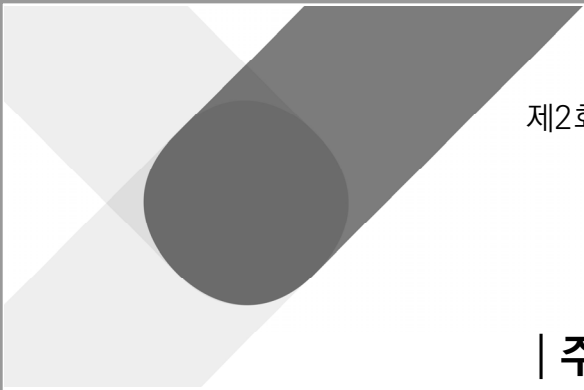
- 성 명 : 김철중
- 소 속 : 한국의학바이오기자협회
- 직 위 : 초대 회장

### [주요 학력사항]

- 고려대 의대 졸업
- 고려대 대학원 의학 박사
- 고려대 언론대학원 석사

### [주요 경력사항]

- 前 고려대병원 영상의학과 전임의
- 現 조선일보 의학전문기자, 논설위원 겸임, 일본특파원 역임
- 前 한국의학바이오기자협회 초대회장



제2회 미디어포럼 “대한민국 의료이용의 문제점과 해법”

| 패널토의 |

## 지정토론 및 전체토론

---

강 준 의료개혁총괄과장(보건복지부)

민태원 의학전문기자(국민일보)

신현웅 선임연구위원(한국보건사회연구원)

이지현 기자(한국경제)





## 강 준 약 력

- 소 속 : 보건복지부 의료개혁추진단
- 직 위 : 의료개혁총괄과장

### [주요 학력사항]

- 1994. 2. 전주고등학교 졸업
- 2002. 3. 서울대학교 졸업
- 2020. 7. UNIVERSITY OF BIRMINGHAM 석사과정 졸업

### [주요 경력사항]

- 2022. 5. 16. ~ 2022. 12. 28 의료보장관리과장
- 2022. 12. 29. ~ 2023. 12. 28. 의료보장혁신과장
- 2023. 12. 29. ~ 2024. 4. 30 지역의료정책과장



MEMO

[illegible]

MEMO

[illegible]

## 민태원 약력

- 소 속 : 국민일보
- 직 위 : 부국장, 의학전문기자

### [주요 학력사항]

- 성균관대 사회학과 졸업(1997)
- 한국과학기술원(KAIST) 사이언스저널리즘 석사(2012)
- 미국 노스캐롤라이나주립대 메디컬저널리즘스쿨 방문 연수(2014)

### [주요 경력사항]

- (현)한국의학바이오기자협회 수석 부회장
- (현)보건복지부 건강증진정책심의위원회 위원
- (현)서울시 보건의료상생협회의회 위원
- (전)한국과학기자협회 부회장
- (전)2015세계과학기자대회 조직위원회 사무총장



MEMO

[illegible]

MEMO

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings present.



## 신현웅 약력

- 소 속 : 한국보건사회연구원
- 직 위 : 선임연구위원



MEMO

[illegible]

MEMO

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features 20 horizontal blue lines spaced evenly down the page. The lines are designed to help children learn letter formation and alignment. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## 이지현 약력

- 소 속 : 한국경제
- 직 위 : 기자



MEMO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

MEMO

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings on the page.