

이달의 초점

2025년 보건복지분야 정책 전망과 과제

2025년 보건의료정책 전망과 과제

|강희정|

2025년 소득보장정책 전망과 과제

|임완섭|

2025년 사회서비스 정책의 전망과 과제

|김유휘·김세진·이민경·이상정|

2025년 인구정책의 전망과 과제

|이소영|



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

2025년 보건의료정책 전망과 과제

Prospects and Tasks for Health Care Policies in 2025

강희정 한국보건사회연구원 보건정책연구실장

지역의료 강화를 위한 정책은 시대적 의제로서 우선순위가 유지되어야 하며, 보건복지부의 의료전달체계 개혁 과제로서 연속성을 가지고 추진되어야 한다. 이 글에서는 지역의료 강화를 위한 의료전달체계 개편 측면에서 2025년에 추진될 주요 정책을 전망하고 관련 중점 과제를 제안한다. 2025년에는 가치 기반 의료로 의료체계를 개편하는 정책적 수단이 보다 본격적으로 정책 전반에 반영될 것으로 전망된다. 관련된 주요 정책으로 의료 수요와 병상 기능에 따른 급성기 병상의 구조 조정, 수가 불균형 해소를 위한 정책적 개입, 공공정책수가의 활용 확대, 성과와 보상을 연동하는 대안적 지불제도의 확대, 기관 단위 성과와 보상을 연계한 평가체계 개편이 적극적으로 추진될 것이다. 정책 추진 과정에서 국가 재정의 역할을 확대하고, 환자의 선택권을 존중하며, 중소병원의 성과평가 프로그램을 도입하여 국민의 합리적 병원 이용을 위한 정보를 제공하고, 규제에서 보상에 이르기까지의 의료기관 대상 프로그램들이 역할을 분담하는 틀에서 의료전달체계 개편 정책들이 단계적으로 추진되어야 한다.

1 들어가며

코로나19 팬데믹, 경기침체의 장기화, 저출산·고령화로 인한 인구와 자원의 수도권 쏠림 현상은 지역 주민의 건강을 보호하기 위해 필수적인 전문 과목 의사와 의료 시설의 이탈을 초래하며 지역 필

수의료 공백을 더욱 심화시켰다. 특히 2020년 코로나19 팬데믹은 이미 높은 수준에 이른 의사들의 피로감을 가중시켰으며, 의료 수요 증가에 따라 의료 인력 이탈에 대한 우려와 그 원인에 대한 관심을 증폭시켰다(Popowitz, 2023). 한국에서도 응급 및 중증 질환, 소아청소년과, 산부인과 등 필수의료

분야에서 의사 인력 부족과 지역 간 불균형 문제가 심각한 정책 과제로 떠올랐다. 정부는 필수의료 기반 강화를 위해 다양한 지원 대책을 발표했으나, 근본적인 해결책의 적절성에 대한 논란은 계속되었다(임선미 외, 2023).

한국 보건의료체계는 공급자 중심에서 환자 중심으로, 진료량이 아닌 환자의 의료 경험과 결과의 향상을 두고 경쟁하는 가치 기반 의료체계로 전환되고 있으며, 이러한 변화를 지원하기 위하여 의료의 질과 결과를 향상시키는 성과에 연동하여 보상을 강화하는 가치 기반 지불제도로 의료 공급자에 대한 보상 방식을 개혁하고 있다(강희정, 2014:13; 보건복지부, 2024. 2. 5). 보건의료체계를 구성하는 여러 요소는 상호 연관되어 성과에 영향을 미치므로 대부분 국가에서 의료개혁은 의료 서비스가 제공되는 '의료전달체계의 개혁'에 중점을 두고 있다(강희정, 2016:12; 보건복지부, 2024. 2. 5). 따라서 지역의료 강화는 지역 주민의 건강 성과 개선과 격차 감소를 목표로, 국가와 지역 단위에 유기적으로 작동하는 의료전달체계 개혁의 틀에서 추진되어야 한다.

2024년 정부와 의료계의 대립은 여하를 불문하고 실현의 방법과 절차의 하자에 대한 논란을 일으켰고, 국민 보건 환경에 중대한 불편을 초래했으므로 양자는 회복의 책임을 져야 한다(양은영, 2024). 2025년에는 그동안 마련된 정책 패키지와 의사 인력 문제를 열린 자세로 논의하는 협의 절차가 성과를 거두어 국민의 불편이 신속히 해소되기를 기대

한다.

지역의료 강화는 시대적 의제로 정책의 우선순위는 유지되어야 하며, 보건복지부의 의료전달체계 개혁 과제로서 연속성을 가지고 추진되어야 할 것이다. 이 글에서는 2025년에 지역의료 강화를 위해 추진될 의료전달체계 개편에 중점을 두고, 관련 주요 정책을 전망하고 관련 정책 추진에서 중점을 두어야 할 과제를 제안하고자 한다.

2 2025년 주요 보건의료정책 전망

가. 의료 수요와 병상 기능에 따른 급성기 병상의 구조 개편

상급종합병원을 제외하고 기타 급성기 의료기관에서 상당한 규모의 병상 구조 개편이 추진될 것으로 전망된다. 제2차 건강보험종합계획과 필수의료 보장 정책 패키지가 공통으로 담고 있는 의료전달체계 관련 정책들은 첫째 의료 수요의 생애주기 변화에 맞추어 급성기, 회복기, 만성기·유지기의 연속적 서비스 제공 체계 구축, 둘째 상급종합병원, 2차 병원, 전문병원, 의원으로 의료기관 기능 정립, 셋째 필수의료 또는 지역 협력 네트워크 구축의 활성화, 넷째 개편을 지원하는 운영 기반으로써 성과평가 체계의 개편과 성과 기반 보상의 확대, 다섯째, 개편을 지원하는 제도적 기반으로써 병상 관리와 평가제도의 규제 개선으로 요약된다(표 1).

이 중 새로운 유형인 2차 병원에 관한 내용을 살

[표 1] 지역의료 강화 관련 의료전달체계 개편 정책

제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28)('24. 2. 2)	필수의료 보장 정책 패키지('24. 2)
<p>[추진 방향 2] 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장 [전달체계] 생애 질병 단계별 끊임 없는 의로서비스 보장</p> <ul style="list-style-type: none"> ① (급성기) 지역 내 필수의료 전달체계 확립 <ul style="list-style-type: none"> ○ (역량 강화) 지역 의료기관의 종별 기능별 기능 강화 ○ (연계협력) 환자 중심 지역 의료기관 간 필수의료 협력 네트워크 구축 ② (회복기) 퇴원 후 회복기 의료기관 체계 도입 ③ (만성기·유지기) 지역 내 의료·요양의 통합적 지원체계 구축 	<p>[패키지 2] 지역의료 강화(지역 완결 의료전달체계) □ 기능·수요 중심 협력적 전달체계 전환</p> <ul style="list-style-type: none"> ① (기능 정립) 상급종합병원, 2차 병원, 전문병원, 의원 등 종별 역할 명확화 및 기능 정립 지원 ② (네트워크 활성화) 중증·응급 공백 해소 및 전달체계 효율화를 위해 거점병원 책임하 권역 병의원 진료 협력 네트워크 구축 ③ (협력 유인 강화) 지역 내 협력 기반 의료 이용·공급 시 본인 부담, 기관 보상 등 더욱 유리하도록 제도 개선 ④ (미충족 수요 대응) 초고령사회 진입에 따른 의료 수요 충족을 위해 그간 미흡했던 일차, 회복기, 의료·돌봄 등
<p>[추진 방향 1] 필수의료 공급 및 정당한 보상 [지원체계] 지불제도 개편 위한 기반 조성</p> <ul style="list-style-type: none"> ② 성과 중심의 심사·평가 체계로 개편 	<ul style="list-style-type: none"> ⑤ (평가·규제 혁신) 지역 완결적 필수의료 강화를 위한 전달체계 개편 방향에 부합되도록 병원 대상 평가·규제 혁신
<p>[추진 방향 3] 건강보험의 재정적 지속가능성 제고 [과다 방지] 합리적 의료 이용 유도 및 공급 관리</p> <ul style="list-style-type: none"> ① (병상 관리 강화) 공급 과잉 지역*의 병상 신·증설 제한 	<p>□ 수도권 병상 관리</p> <ul style="list-style-type: none"> ① (분원 설치 관리) 수도권 대형병원 쏠림으로 인한 지역의료 소멸 방지를 위해 상급종합병원 수도권 분원 설치 관리체계 강화 ② (병상 관리 노력 유인) 수도권 대형병원 등 병상 적정 관리 노력과 각종 지정·평가, 재정 지원, 인력 배정(전공의 등) 연계
<p>[추진 방향 1] 필수의료 공급 및 정당한 보상 [혁신제도] 지속가능한 미래 지불제도 확립 - 지불제도 개혁을 통한 필수의료 지원(필수의료 영역에 5년간 '10조 원+α' 규모로 보상 강화) (1유형) 필수의료 집중 인상, (2유형) 보완적 공공정책수가 도입, (3유형) 대안적 지불제도 도입</p>	<p>[패키지 2] 지역의료 강화(지역 완결 의료전달체계) □ 기능·수요 중심 협력적 전달체계 전환</p> <ul style="list-style-type: none"> ③ (협력 유인 강화) 지역 내 협력 기반 의료 이용·공급 시 본인 부담, 기관 보상 등 더욱 유리하도록 건강보험제도 개선

출처: 1) "제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28)" [보도자료], 보건복지부, 2024. 2. 5, pp. 23-24, pp. 30-33, p. 43.

2) "필수의료 정책 패키지", 보건복지부 혁신24, 2024. 2. 1, pp. 8-10, p. 12.

펴보면(표 2) 건강보험 종합계획은 중진료권별로 역량 있는 종합병원 병원을 필수의료 특화 병원으로 육성하는 것이라고 제시하고 있다. 이후 발표된 필수의료 패키지에서는 중진료권별 3~4개를 설정하고 종합병원형과 단과형으로 모형을 세분하는 예시를 들고 있다. 2024년 9월 말 기준으로 종합병원은 331개, 병원은 1410개이다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2024). 계획에 따라 총

1741개 병원과 종합병원에서 최대 280개(70개 진료권 기준 최대 4개 적용 시)가 2차 병원으로 설정될 경우 1400여 개가 넘는 나머지 기관들은 2차 병원이 아니라 기능 정립 방향에 맞추어 유형과 기능을 변화시켜야 한다. 즉 자발적 통폐합을 통해 병원의 규모와 기능을 변화시키거나, 전문병원 지정을 받거나, 급성기 병상에서 회복기나 만성기 병상으로 이동하는 선택적 상황에 놓일 가능성이 크다.

[표 2] 지급성기 병원 기능 정립 방향

	제2차 국민건강보험 종합계획	필수의료 보장 정책 패키지
	지역 의료기관 역량 강화 방안	기능·수요 중심 협력적 전달체계 전환
상급 종합병원	-국립대 병원, 상급종합병원 등 지역 거점 기관을 필수의료 중추로 집중 육성하여 중증·응급 최첨단 지역 완결 및 필수의료 공백 해소	-중증진료 집중, 진료·연구·교육 등 3대 기능 균형 발전, 국립대병원 은 권역 필수의료 중추로 획기적 육성('24~) * 일부 상급종합병원은 고도 중증진료병원(4차 병원) 기능 개편 검토
2차 병원	(병원, 종합병원) -지역 필수의료의 입원·수술 기반 확충 및 의료 질 개선을 위해 필수의료 특화 병원 육성 * 중진료권별 협력 중점 가능할 역량 있는 종합병원 병원을 필수의료 특화 병원으로 육성	-인력 집중화를 통한 중증(심뇌질환 등) 및 중등증 이하 필수 의료 기능(입원·수술·응급) 활성화를 위해 지역 2차 병원 체계 개선 ○ 선도 모델로 지역 네트워크 기반 필수의료 특화 2차 병원 육성(예: 70개 중진료권별 3~4개소) 및 혁신형 수가 적용 *(종합병원형) 포괄적 필수의료 제공 민간·공공 종합병원 지정·육성 *(단과형) 소아, 분만, 응급, 외과계 수술 등 필수의료 분야 특화 진료센터 운영 지원
전문병원	- 필수의료 전문병원 확충 유도 -1~3차 의료기관 간 연계, 협력 지원을 위한 협력진료 모형 개발	-특정 치료 분야(심뇌혈관, 중독, 소아, 분만, 화상 등) 전문병원 제도 개편 , 성과 중심 사후 보상 도입 추진('25~) *의료전달체계 내 의원과 3차 병원의 중간 가교 역할 강화
의원	-1차 의료 지원 대상을 '만성질환'에서 '필수의료 전반'으로 확대 - 예방·관리, 교육·상담, 퇴원 후 관리 등 1차 의료 기능 활성화	-전문과목 외 예방 통합적 건강관리 중심 일차의료 기능 확립, 의원 간 다학제 일차의료 협력 강화 *의원은 본래 기능에 부합하도록 병상, 장비 기준 합리화 병행

출처: 1) "제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28)" [보도자료], 보건복지부, 2024. 2. 5, p. 30~33.
2) "필수의료 정책 패키지", 보건복지부 혁신24, 2024. 2. 1, p. 8~10.

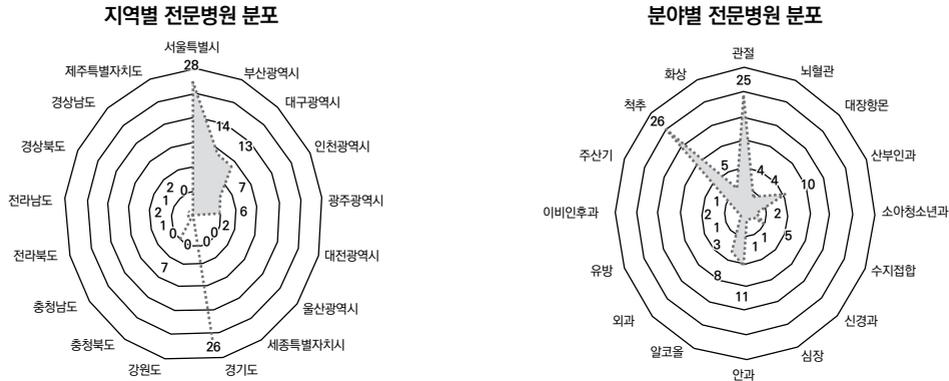
선택하지 않고 남아 있더라도 상대적으로 보상 수준에서 불리해지거나 지출의 적절성 측면에서 관리 대상에 포함될 위험이 증가할 수 있다.

이러한 맥락에서 지정 기준 완화를 통한 전문병원 확대도 추진될 것이다. 전문병원은 상급종합병원의 쓸림을 일부 해소하고자 특정 진료 과목이나 특정 질환 등에 대하여 난도가 높은 의료행위를 하는 병원을 지정하는 제도로 2011년부터 시행되었다(보건복지부, 2023. 12. 29.). 제1기(2011~2014년) 전문병원이 99곳 지정된 이후 2024년 현재 운영되는 전문병원은 109개로 13년간 10개 기관의 증

가만 있었다. 중소병원을 대상으로 전문병원 지정 비용의 일부를 보전해 주는 전문병원관리료와 의료 질 수준 유지 및 향상을 위한 의료질평가지원금 제도가 운영되고 있음에도 전문병원 지정 신청이 증가하지 않고 있다(김국일, 2020). 게다가 대부분 서울, 경기, 부산, 대구 등 광역시에 집중되어 있고, 전문 분야별 분포도 관철, 척추에 집중되어 있다. 당초의 목적과 달리 전문병원은 규모의 경제를 통한 수익성 확대 기전으로 활용되었을 가능성이 없지 않다. 따라서 지역 의료전달체계에서 전문병원의 역할 확대를 기대하기 위해서는 화상·수지접합·

[그림 1] 제5기(2024~2026년) 전문병원 운영 현황

(단위: 개)



출처: 보건복지부 보도자료(2023. 12. 29.)의 전문병원 지정기관 현황 정보를 사용하여 저자 작성.

분만 등 필수진료과 중심으로 전문병원 지정을 장려하고, 지역에서 역할을 할 수 있는 전문병원 육성을 위한 지정 기준 합리화 방안이 동시에 검토되어야 한다.

나. 수가 불균형 해소를 위한 정책적 개입과 공공정책수가의 확대

의료체계 왜곡의 근원으로 제기되는 보상의 불균형 문제를 해소하기 위해 건강보험수가를 결정하는 원가 정보의 구축을 추진하는 동시에 지역의료 강화와 필수의료 보장을 위한 공공정책수가의 한시적 적용이 확대될 것으로 전망된다. 관련하여 건강보험정책심의회(이하 건정심) 산하 의료비용 분석위원회가 대표성 있는 의료비용 자료 구축과 분석 방식을 시험 중에 있다. 의료비용 분석 정보는

단기적으로 행위 간 불균형 조정을 위해 장기적으로 투명한 건강보험수가 수준을 결정하는 원가 정보로 활용될 것이다.

지난해 7월 24일 건정심은 상대가치점수와 연계 조정되는 방식으로 2025년 의원과 병원의 환산지수를 결정했다(보건복지부, 2024. 7. 24.). 병의원의 환산지수 인상에 투입하기로 했던 재정 규모에서 일부 재정은 환산지수 인상으로, 일부 재정은 저평가된 고위험 고난도 행위의 상대가치점수를 집중하여 인상하는 방안이다. 이는 일괄적 수가 인상을 탈피하고 저평가된 항목을 집중적으로 인상하여 행위 간 보상의 불균형을 해소하고 병의원 간 수가 역전을 완화하고자 한 것으로 기존의 상대가치점수 조정과 환산지수 결정이 독립적으로 분리 운영되던 관례를 따르지 않고 예외적으로 정책적 필요성에 따라 이루어진 결정이었다(보건복지부, 2024. 7. 24.).

정부는 단기에 상대가치점수 조정과 의료비용 분석 정보의 활용이 어려운 현실적 한계를 보완하기 위해 정책적 필요성에 따라 공공정책수가를 한시적으로 적용하는 추가 보상의 틀을 운영하고 있다. 대표적 사례로 지역 분만 체계를 지원하는 목적으로 대도시를 제외한 모든 지역에 대해 기존 분만 행위 보상(자연분만은 행위별 수가 분만료 기준, 제왕절개는 포괄수가 기준)과 별도로 지역정책수가(55만 원), 안전정책수가(55만 원)의 적용을 2023년 12월 1일부터 시행하고 있다. 현재까지 8개의 공공정책수가¹⁾가 운영되고 있으며(곽성순, 2024. 6. 27), 지역의료 공백 해소와 전체 의료전달체계 개편 차원에서 지역에서 서비스를 제공하는 의사에 대한 추가 보상 등 정책적 목적을 위해 당분간 공공정책수가의 활용이 확대될 것이다. 이는 전국 표준을 적용하는 건강보험수가 정책에서 지역의료 강화를 위한 실용적 접근으로 필요성이 높기 때문이다.

다. 성과와 보상을 연동하는 대안적 지불제도의 확대

복지부 의료개혁추진단은 2025년부터 1년에 3조 3000억 원씩 3년간 총 10조 원가량이 투입되는 상종 구조 전환 시범사업을 시행할 예정이다. 시범

사업 모형은 중증 기능을 중심으로 수가를 인상하고 입원 병실을 10~15% 줄이면서 상급종합병원과 협력병원 간 환자 의뢰와 회송의 협력 성과를 기반으로 행위별 수가 외 투입 재정의 30%를 성과 보상으로 지급하는 방식이다. 전체 47개 상급종합병원도 모두 참여할 예정이다(김지예, 2024. 12. 25.).

아울러 지역에서 접근성 보장이 필요한 심뇌혈관, 소아·분만 등 특수질환에 대해서는 진료 네트워크를 강화하는 사업들이 확대된다. 지역 심뇌혈관질환센터 10곳을 신규 지정하고, 모자의로 진료협력 시범사업 시행을 통해 필요 시 신속한 이송 및 전원이 가능하도록 모자의로 이송·전원 시스템도 구축할 예정이다. 이러한 네트워크 사업 등 새로운 의료전달체계를 구축하는 모형에서 사업 설계 시 설정한 목표에 따라 기존의 행위별 수가 외에 성과보상금을 추가로 지급하는 대안적 지불제도가 본격적으로 확대될 것으로 보인다(보건복지부, 2024. 11. 1).

행위별 수가제에서는 의료기관 간 경쟁이 환자를 많이 방문시키고 오래 머무르게 하는 방식에 초점이 맞춰져 있었다. 그러나 의료기관이 환자에게 가치 있는 서비스를 찾아 효율적이고 효과적으로 제공할수록 더 높은 성과와 수익을 창출할 수 있도록 경쟁의 규칙이 바뀐다면 어떤 변화가 일어날까? 첫째, 병원은 환자의 방문 횟수를 줄이는 데 집중

1) ①분만 지역 정책수가(지역 여건에 따른 의료자원 불균형 해소 위한 정책수가, 2023. 12~), ②분만안전 정책수가(산부인과 전문의 상근하고 분만실을 보유한 의료기관 대상 지원, 2023. 12~), ③응급분만 정책수가(상시 분만실 내 의료진 대기가 가능한 기관 대상 지원, 2023. 12~), ④고위험 분만 마취 정책수가(2023. 12), ⑤소아 진료 정책수가(소아청소년과 전문의가 6세 미만 소아환자 진료 시 정책가산, 2024. 1~), ⑥고위험 신생아 진료 지역 정책수가(신생아 집중치료센터 대상 입원 환자 1인당 정책수가, 2024. 5~), ⑦고난도 외과계열 수술, 마취 소아 연령가산(고난도 외과계열 수술, 마취에 대한 연령가산 확대, 2024. 6~), ⑧고위험 임신부 통합진료 정책수가(고위험 산모, 신생아 통합진료센터 대상 입원 환자 1인당 정책수가, 2024. 6~)(곽성순, 2024. 6. 27.).

할 것이다. 기존에는 협진이 필요한 환자가 각 전문의를 만나기 위해 재방문해야 했고, 각 방문마다 추가검사와 긴 대기 시간으로 인해 병원을 여러 번 찾아야 했다. 그러나 새로운 경쟁 규칙에서는 병원이 정보 시스템과 인력을 활용해 환자가 같은 날에 여러 진료과와 검사를 모두 받을 수 있도록 조율할 것이다. 또한 정부가 외래 방문 감소로 인한 병원의 부대 수익 손실을 일부 보전하고, 환자의 치료 성과나 협진 결과에 따라 높은 수준의 추가 보상을 제공한다면 병원은 환자의 방문 일수를 줄이는 데 따른 수익 창출 가능성을 높게 평가할 것이다. 이에 따라 병원은 의료 동선을 관리하는 코디네이터 인력을 확대하고, 협진 병원과의 환자 이송 품질 관리에도 더욱 주력하게 될 것이다.

가치 기반 의료는 의료 제공자에게 자율성을 부여하는 대신 성과 목표를 설정하여 재정적 위험을 공유하는 구조를 가진다. 최근 가치 기반 지불 모델에 대한 관심이 높아지는 이유는 환자를 중심에 두고 의료 제공자 간 협력을 촉진할 필요성이 커지고 있기 때문이다. 이는 지역의료 자원 공백 문제를 해결하기 위해 전문의 협진 네트워크를 활성화하는 데 필수적이다. 따라서 이러한 혁신적 의료 전달 모델과 연계된 성과 보상 지불은 앞으로 더욱 확대될 것이다.

라. 기관 단위 성과와 보상의 연계 기반으로 평가체계 개편 추진

의료기관이 의료체계에 진입하는 첫 단계는 의

료법에 따른 개설 및 허가 기준을 충족하는 것이다. 그러나 이 단계에서 규제가 충분히 엄격하지 않을 경우 진입 후 서비스 질 관리를 위한 인증제도, 지정제도, 성과평가제도의 부담이 증가하며 일부 대상은 관리 사각지대에 놓일 수 있다. 각 단계에서 의료기관 대상 평가제도로 인해 의료기관은 여러 시점에서 복수의 평가제도로부터 다양한 정보 제출을 요구받고 있으므로 본격적인 성과보상제도의 확대를 앞두고 평가제도의 정비는 필수적이다.

평가제도 개편의 최우선 과제는 의료기관의 평가정보 제출 부담을 해소하는 것이다. 이를 기반으로 자료 수집 단계, 지표 설정 단계, 성과평가 단계로 이어지는 평가체계를 큰 틀에서 정비하고, 각 평가가 상호 연계될 수 있도록 사전에 원칙과 절차를 마련하는 통합적 개편 방안 마련이 단계적으로 추진될 것이다.

가치 기반 지불제도가 가져올 핵심적 변화는 의료 수입이 행위별 진료량이 아니라 환자의 의료 경험과 결과에 기반한 의료기관의 성과와 연동된다는 점이다. 이를 위해서는 의료기관 단위 성과평가가 필요하다. 응급의료기관 평가 등 현재 운영 중인 평가제도들이 유기적으로 연계·통합되어 기관 단위 성과평가에 반영될 수 있도록 구조도를 개발해야 한다. 이는 기관 단위 성과평가에 포함되어야 할 규범적 평가 요소와 지표에 대한 기본 모형을 개발하고, 현재 운영 중인 여러 평가제도의 지표 중에서 어떤 것이 해당 성과평가와 매칭될 수 있는지 또는 자료 수집 단계부터 어떤 정보를 통합해서 수집해야

하는지에 대한 과정의 이해와 업무의 효율적 배치를 위해 필요하다.

결과적으로 현재 급성기 의료기관에 대한 대표적 의료 질 성과 제도로 기능하는 ‘의료질평가지원금 제도’의 개편도 추진될 것이다. 보상의 공정성 측면에서 추가 자원 투입을 통해 상급종합병원과 종합병원을 분리하여 평가하고 보상하는 방안도 적극적으로 검토될 것이다. 전체 평가체계에서 의료기관의 성과와 개별 평가들이 어떻게 연계될지, 의료기관이 제출하는 수집 정보의 포괄성을 어떻게 정비할지는 가치 기반 지불제도의 기반으로서, 평가체계를 발전시키기 위한 수단으로서 계속 검토되어야 할 것이다.

3 중점 추진 과제

가. 지역의료 강화를 위한 국가 재정의 역할 확대

보건의료 재정의 관리는 보건의료체계에서 재원의 조달, 의료서비스의 구매, 의료자원의 재배치를 균형 있게 조정함으로써 보편적 서비스 보장과 아픈 국민의 재정을 보호하는 핵심 기능이다(WHO, 2024). 한국에서는 보건의료 자원이 민간 주도로 형성되면서 의료자원의 효율적 배치에 대한 공적 재정 투입과 정책적 개입이 부족했다. 보건의료체계를 구성하는 의료자원은 민간 자본에 의존적이고, 의료서비스 제공은 공적 건강보험의 가격 규제

를 받는다. 이로 인해 수익성 높은 전문 과목으로 의료 인력 등 자원 공급이 집중되면서 행위 간 수가 수준의 불균형이 민간 의료자원의 분포 왜곡을 더욱 심화시켰다. 특히 건강보험수가가 동일 의료행위에 대한 동일 보상 원칙을 전국에 적용함으로써 전문 과목 간 보상의 불균형 상황에서 수도권 인구 쏠림의 가중으로 지역 간 필수의료의 접근성 격차를 악화시키고 있다.

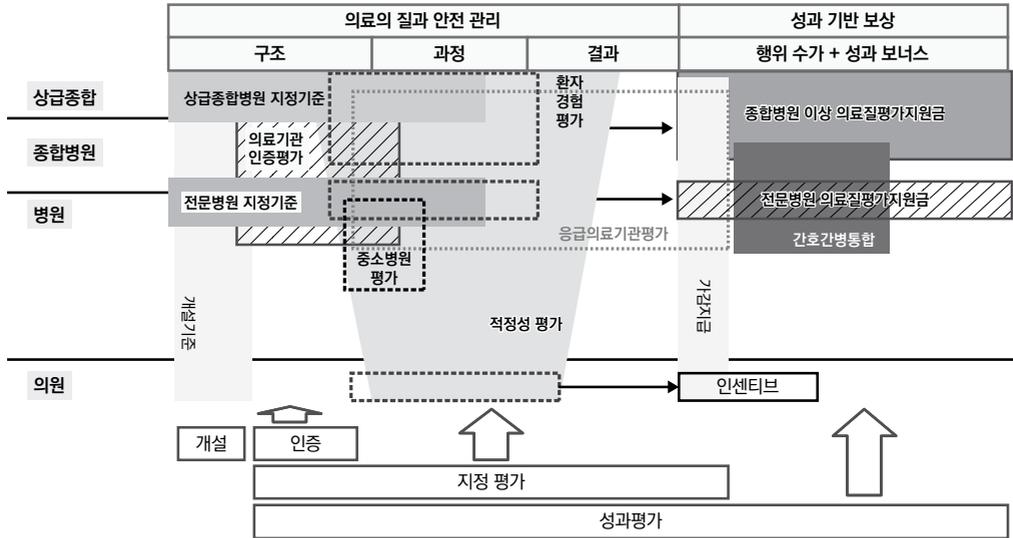
지역의료 공백으로 보건의료체계의 지속가능성을 위협받는 상황에서 의료자원에 대한 국가의 정책적 개입과 투자 확대는 필수적이다. 다양한 지역 지원 정책들이 일관성 있게 지역적 필요에 따라 가감될 수 있도록 공통의 지역 선정 기준을 개발 및 활용하고 지역 단위로 지원 현황을 모니터링해야 한다.

나. 환자의 선택권 존중과 지역 환자의 참여도에 대한 성과 반영

의료전달체계 개편의 방향은 환자 중심성의 작동에 있다. 가치 기반 지불제도는 성과보상을 통해 변화의 동인을 강화한다. 따라서 연계·협업 모형의 구성에서 지리적 범위 내 주민의 등록이나 참여를 의무화하는 방식은 지양되어야 한다.

국가 의료전달체계의 구축은 제한된 보건의료자원을 효율적으로 활용하여 국민이 건강하도록 의료서비스 제공 절차와 내용을 체계화하는 제도화 과정이라고 할 수 있다(김영삼, 2020:129). 가치 기반 의료체계에서 이러한 제도화는 규범적 관점에

[그림 2] 제5기(2024~2026년) 전문병원 운영 현황



출처: 2024년 말 기준 운영 중인 급성기 의료기관 대상 주요 인증, 지정, 성과평가 제도를 반영하여 저자가 작성함.

서 개인의 선택을 규제하지 않아야 한다. 즉 축정을 통해 주민의 건강 수준에 감소가 없고 자원 사용이 효율적이라는 근거를 공유함으로써 가장 가까운 곳에 있는 적정 의료기관으로 환자의 이동을 장려하는 것이다. 가치 기반 의료는 의사의 자율성과 환자의 선택을 동시에 존중함으로써 가치 향상의 성과에 대한 책임성을 높이기 때문에 성과 차이를 반영하여 지급액을 조정할 수 있다.

현재 진행 중인 의료기관 기능 정립 정책은 상급 종합병원을 주요 대상으로 하여 지정 기준 강화와 성과보상 모형의 적용을 확대하여 중증진료 활동의 수익 효과를 극대화하는 것에 있다. 즉 상급종합병원이 회복된 환자를 지역 협력병원으로 회송하는

동인과 지역 의료기관들이 지역 내 의료전달체계 개편을 위한 연계협력 사업에 참여할 동인을 동시에 확대하는 전략적 틀을 갖추고 있다.

향후 확대될 지역의 의료 연계·협력 모형의 설계에서 지리적 경계를 기반으로 지역 주민의 참여를 강제하는 의무화 방식보다는 의료자원의 효율적 배치를 기대할 수 있는 진료권 단위로 사전 지원금은 적용 가능한 주민을 대상으로 산정하여 성과보상재원(A)의 일정률($\alpha\%$)을 지급하고, 사후 성과 평가에서 실제 주민의 참여도(또는 이용도)를 성과로 반영하여 의료 제공자 간 성과보상 재원($A \times (100 - \alpha\%)$)을 재배분하는 방식의 도입을 고려해야 할 것이다. 가치 기반 의료에서는 환자의 선택권은 존중

하면서 의료 제공자가 환자의 의료경험 개선을 위해 다른 의료 제공자와 서비스를 연계 또는 협력 제공하여 성과를 향상시킬 때 보상을 확대하는 경쟁을 유도해야 한다.

다. 중소병원의 최소 자격을 관리하는 평가 프로그램 도입

의료법상 의료기관 분류는 종합병원, 병원, 의원으로 구분된다. 이 중 종합병원 대부분은 기관의 성과평가와 행위별 보상을 연계하는 의료질평가지원금 수가가 적용되고, 제도 진입의 요건으로 의료기관 인증 평가, 응급의료기관 평가 등 기능 평가, 건강보험 적정성 평가의 서비스 평가 대상이 된다. 반면 병원은 국민이 쉽게 접근할 수 있는 거리에서 30병상부터 300병상에 이르기까지 다양한 규모로 입원 서비스를 제공하고 있음에도 불구하고 적정성 평가와 기능 평가에서 극히 일부가 적용되는 것을 제외하고 대부분의 기관 대상 평가제도에서 배제되어 있다(그림 2).

의료기관 분류 중 병원에서, 2022년 기준 요양병원과 정신병원을 제외한 급성기 병원은 1411개로 전체 기관 수 중 3.8%에 불과하나 전체 일반 병상 수에서 40%, 전체 입원 실인원에서 23.3%, 전체 입원 진료비에서 18%를 차지하고 있다(통계청 KOSIS, 2023). 경증 환자에 대한 저위험 행위들이 박리다매로 제공될 수 있는 영역으로 환자 안전과 의료 질 수준에 대한 우려가 반복해서 제기되어

왔다(조민우 외, 2022).

보건복지부가 계획하고 있는 종합병원, 2차 병원, 전문병원으로 급성기 병원의 기능 정립 방향에서 보면 상당수 병원은 통폐합 또는 기능 전환의 대상이 될 것이다. 이 과정에서 명확한 퇴출 기전이 마련되지 않는다면 정보에 기반하여 의료기관을 선택할 수 없는 환자들은 좋은 질의 의료서비스를 받을 기회를 잃고 불필요한 의료비 지출을 계속해서 부담하게 될 수 있다. 따라서 명확한 퇴출 기전의 제시와 함께 병원에 대해서도 입원 서비스 제공 기관으로서 갖추어야 하는 최소한의 환자 안전과 의료 질 수준, 자원 일수와 비용에 대한 효율성, 의료 전달체계에서 요구되는 협력 사업에 참여할 수 있는 병원의 인프라 구축 등의 성과를 반영하여 최소 자격을 관리하는 기관 단위 성과 평가 모형을 도입할 필요가 있다. 의료질평가지원금이 의료법상 종합병원을 대상으로 우수성 경쟁을 유도하는 평가 프로그램이라면 최소 자격을 관리하는 프로그램은 최소 수준도 충족하지 못하는 의료기관에 대한 정보를 제공함으로써 경증 환자의 적정 의료기관 선택을 지원하고 경증 환자의 부적정 이용을 통제함으로써 정부의 의료기관 기능 정립 추진을 지원하는 것이다. 이러한 모형의 도입을 통해 잠재적 역량을 갖춘 병원은 지역 병원으로 육성할 수 있고, 특화된 서비스를 중심으로 전문병원 지정 지원을 장려할 수 있다.

건강보험심사평가원은 2019년부터 평가의 사각지대에 있는 중소병원을 대상으로 평가모형을 시

[그림 3] 제5기(2024~2026년) 전문병원 운영 현황

		현재 의료기관 분류				
		상급종합	종합병원	전문병원	병원	의원
3단계: 의료기관 기능 정립 정책의 효과적 추진						
기능별 의료기관 분류	상급종합					
	2차 병원					
	전문병원					
	회복기병원					
	지역 일차의료					
▲						
2단계: 비금전, 금전 프로그램 간 분담 체계 구축						
비금전 보상	인증	의무화	의무화	의무화	자율	자율
		※ 지정 또는 성과보상과 연계				※ 필수 기본 인증 프로그램 개발
	지정	기능별 지정 (정규+예비)	2차 병원		일차의료기관	
			전문병원			
회복기병원						
금전 보상	성과보상	※ 의료질평가지원금 개편		지정제도 개편과 연계	※ 성과보상 프로그램 도입	
		상급종합	종합병원	전문병원	중소병원	일차의료
	수가보상	※ 구조 기반 수가의 한시적 보상 후 성과보상 프로그램으로 전환 추진				
▲						
1단계: 규제·인증·지정·평가·보상의 연계 기반 구축						
<p>과제 ① 종합병원과 상급종합병원에 대한 평가의 공정성 제고 - 상급종합병원과 종합병원에 대해 의료 질 평가 프로그램 구분</p> <p>과제 ② 행위별 수가와 성과보상 지불의 연속적 운영 - 인력 기준 등에 따라 지급하는 구조 수가는 정책적 유인 장치로 한시적 활용 구조 수가 운영의 효과 정체 시 행위별 보상을 중단하고 기관 성과에 반영하여 보상</p> <p>과제 ③ 기관 단위 성과 평가를 위한 통합 플랫폼 운영 - 평가정보 수집 일원화, 관련 평가제도와 기관 성과 평가제도의 연동 운영 체계 구축</p> <p>과제 ④ 평가관련 기관 간 분담과 협업을 위한 평가 거버넌스 구축 - 기관 단위 성과보상 연계를 위한 정보 수집 체계 설계 및 운영의 일관성 제고</p> <p>과제 ⑤ 개설(허가) 기준 강화, 인증 의무화 또는 참여 기회 확대 - 인력, 병상 등에 대한 법적 기준 강화, 기본 인증제도 도입 등 병원 참여 기회 확대</p>						

주: 1단계는 전체 의료기관 대상 기반 구축의 과제를 제시, 2단계는 비금전·금전 보상×현재 건강보험 의료기관 분류 틀에서 방향성 제시, 3단계는 기능별 의료기관 분류×현재 건강보험 의료기관 분류 틀에서 교차 영역을 표시함. 단 이 표에서 모든 관련 제도를 포괄하고 있지 않음.

출처: 보건복지부(2024. 2. 1)의 필수의료 정책 패키지에서 의료기관 기능 정립 방향에 대해 단계적으로 추진되어야 할 과제에 대한 저자의 의견을 반영하여 작성함.

범 운영하려고 하였으나 아직도 계획 단계에 머무르고 있다(그림 2에서 점선으로 표기). 현재 정부가 계획하고 있는 2차 병원 육성, 전문병원 확대를 견인하기 위해서는 사전에 의료법상 병원이면서 병상 규모가 작지 않은 경우를 반영하여 조작적으로 정의된 명칭인 중소병원에 대한 기관 단위 성과 평가 프로그램을 도입하여 적절한 기능 전환을 유도하는 근거를 마련해야 한다.

라. 규제-지정-평가-성과보상의 연속적 일관성을 갖춘 의료기관 관리 제도 개편 추진

환자 중심에서 의료서비스의 구조, 과정, 결과가 향상되도록 의료기관 대상 개설 규제, 인증, 지정, 성과 평가, 보상에 이르기까지 관련 제도 간 역할을 분담하며 연속적 관리가 가능하도록 의료기관 관리 제도의 개편이 추진되어야 한다. 가치 기반 지불제도는 규제부터 보상에 이르기까지 연속적인 관련성을 갖고 집행되어야 하기 때문이다.

〈그림 3〉에서는 규제 개선, 평가체계 개편, 성과보상의 확대, 의료기관 기능 정립 등 지역의료를 강화하고 국가 의료체계의 지속가능성을 확보하는 개혁 과제들이 모두 연속적인 틀에서 상호 연관성을 갖고 추진되기 위한 단계적 틀을 제시하였다.

1단계는 규제·인증·지정·평가·보상이 연계될 수 있는 실행 기반을 구축하는 것이다. 이를 위해 실행 가능성 측면의 순서에 따라 5개 과제를 제시하였다. 첫째는 종합병원과 상급종합병원에 대한 평가

의 공정성 제고(상급종합병원과 종합병원의 평가 분리), 둘째는 행위별 수가와 성과 보상의 연속적 운영, 셋째는 기관 단위 성과 평가를 위한 통합 플랫폼 운영, 넷째는, 평가관련 기관 간 분담과 협업을 위한 평가 거버넌스 구축, 다섯째는 개설(허가) 기준 강화, 인증 의무화 또는 참여 기회 확대이다(그림 3).

2단계는 1단계의 실행 기반 구축과 연계하여 의료기관 대상 비금전·금전 평가 프로그램을 현재 의료기관 유형별로 확대 적용하는 과제를 제시한 것이다. 대표적으로 비금전 보상에는 인증제도와 지정제도가 있고 금전 보상에는 성과보상과 수가보상이 있다. 현재 의료기관 인증은 정신병원과 요양병원만 의무 적용이고 병원급 이상 의료기관은 자율 인증이지만, 상급종합병원, 전문병원 등 일부 기관에 대해서는 지정기준 조건으로 포함되어 있거나 의료질평가지원금 같은 성과보상 프로그램의 가점 조건으로 반영되어 있다. 따라서 종합병원 이상에 대해서는 의무인증을 확대하여 자율인증 영역을 최소화해야 한다. 향후 기능 정립 방향과 연계하여 기능과 역할에 따라 적용할 수 있는 필수 기본인증 프로그램을 개발하고 이를 금전적 보상 프로그램의 지표로 포함하여 자율적 참여 동인을 확대해야 한다. 지정제도에서도 기능별 지정 기준을 강화하면서 정규와 예비 프로그램을 통해 기능 전환을 장려하는 운영이 필요할 것이다.

의료질평가지원금은 상급종합병원과 종합병원의 평가와 재원을 분리하는 개편을 추진해야 한다.

전자에 대해서는 한국 의료체계를 선도하는 우수성 경쟁을 유도하고 후자에 대해서는 지금까지 상급종합병원 위주 지표로 인해 소외되었던 종합병원의 특성을 고르게 반영하여 성과를 보상할 수 있는 체계를 새롭게 마련해야 한다. 최근 상급종합병원 구조전환 사업으로 상당한 재원이 상급종합병원에 투입되고 있는 상황이므로 종합병원만을 대상으로 하는 프로그램 운영을 위한 추가 자원 투입도 검토될 여지가 높다.

특히 행위별 수가 보상의 틀에서 감염 예방과 의료 질 향상 관련 인력 배치 및 활동을 조건으로 100병상 이상 병원에서 입원 환자 자원 일수 단위로 보상하는 감염관리료 또는 환자안전관리료 등의 구조 수가는 일정 기간 운영 후 정기적으로 지속 여부를 평가할 필요가 있다. 행위별 수가 보상으로 일정 수준 이상의 의료기관이 관련 구조를 갖추게 되면 이후에는 개별 행위에 대한 보상을 중단하고 관련 행위료들의 재정을 통합한 재원을 입원료 수가 보상 외에 입원 서비스 질 향상을 위한 인프라 구축에 대한 의료기관 성과에 따라 재분배하는 기관 단위 보상구조를 마련하여야 한다.

3단계에서는 1단계와 2단계의 진행과 연계하여 의료기관 기능 정립을 효과적으로 추진해야 한다. 현재 의료기관 분류를 정부 계획에 따른 기능별 분류와 교차시키면, 종합병원은 2차 병원, 전문병원, 회복기병원으로, 전문병원은 2차 병원, 회복기병원, 병원은 전문병원, 회복기병원, 지역 일차의료기관으로의 전환 가능성이 열리게 된다. 이러한 변화

는 의료기관과 환자의 선택으로 점증될 수 있다. 이를 위해서는 규제를 통한 진입의 통제, 기능에 따른 지정제도의 개편, 평가 사각지대 해소를 통한 전체 의료기관의 평가 적용, 평가와 연동한 기관 단위 보상의 확대가 추진되어야 한다. 무엇보다 초기에는 의료기관 스스로 제공 수준을 인식하고 환자 스스로 적정 의료기관을 선택할 수 있는 평가 근거의 생산과 정보 공유의 기반을 구축하는 재정 투자가 우선되어야 한다.

4 나가며

우리나라는 1989년에 전국을 행정구역과 생활권에 따라 진료권을 설정하고 의료기관을 1차, 2차 및 3차 의료기관으로 분류하여 의료기관 간 기능과 역할을 분담하는 환자의뢰제도를 처음 실행하였으나, 1998년에 지역 간 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제개혁 차원에서 진료권의 개념이 폐지되며 의료법에 근거한 의료전달체계가 폐지되었다(김영삼, 2020; 129). 의료전달체계는 의료공급체계와 의료이용체계로 구분될 수 있다. 의료공급체계는 의료법에서 규정하는 의료기관의 분류와 표준업무 고시에서, 의료이용체계는 요양급여를 이용할 때 1단계와 2단계로 나누어 받도록 하는 건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙에 근거를 두고 있다. 하지만 어느 쪽도 강제하는 효력이 없어서 대형병원으로 환자가 집중되고 의료기관 간 경쟁은 심화하였다(김영삼, 2020).

지역의료의 문제는 수도권 상급종합병원으로 환자가 쏠리는 현상에서 시작되었다. 초기에는 의료기관 간 진료 수입의 불균형 문제로 언급되다가 2004년 KTX가 개통되고 ‘수도권 환자 쏠림’이 심화되면서 의료전달체계 문제로 의제화되었다(강희정, 2014;66). 환자 쏠림은 결과적으로 의료 인력, 장비 등 의료자원에 대한 투자를 일부 지역에 집중시킴으로써 국가적으로 의료자원의 효율적 배치와 건강 성과의 형평한 달성을 어렵게 하기 때문이다. 20년이 지난 현재 우려했던 대로 우리는 지역의료 공백 문제에 직면하고 있다. 빠른 속도의 인구 고령화는 수도권으로 인구를 집중시켰고 지역의료 공백 문제를 빠르게 심화시켰다.

보건복지부는 2009년 의료계, 학계, 가입자 대표로 구성된 ‘의료기관 기능 재정립 TF’를 운영하고, 2011년 3월 17일에 대형병원 경증 환자 쏠림 완화 방안을 발표했다. 이 방안에 따라 의료기관 종류별 표준업무규정 제정(2011. 6)이 이루어졌고, 경증 외래환자 약국 본인 부담 차등제(2011. 10), 전문병원 지정제(2011. 11), 의원급 만성질환관리제(2012. 4), 연구 중심 병원의 지정 및 평가에 관한 규정(2012. 11), 상급종합병원 지정 기준 개정 등이 시행되었다(강희정, 2014;70). 이러한 정책에도 불구하고 코로나19 팬데믹 이전까지 건강보험 진료비는 상급종합병원 중심으로 증가했고 보장성 강화, 실손보험 가입 증가가 환자의 의료비 부담을 낮춰 상급종합병원 환자 쏠림을 심화시켰다는 비판이 있다(김영삼, 2020).

보건의료체계의 성과를 관리하는 측면에서 보건의료체계를 구성하는 핵심 요소인 재정, 자원, 서비스 전달에서 지역의료 강화를 목적으로 하는 의료전달체계 개편은 지역의료 강화라는 시대적 의제를 해결하기 위해 모든 정책을 관통하는 최상위 정책으로 추진되어야 한다(강희정, 2024). 이러한 이유로 이 글에서는 지역의료 강화를 위한 의료전달체계에 중점을 두고 관련 정책 추진의 전망과 중점 추진 과제를 제안하였다.

지난해 3월 정부의 의대 정원 증원 정책 발표 이후 의료계와 정부의 갈등 상황이 현재까지 유지되면서 2024년 보건의료정책은 위기 상황 대책으로의 실행에 집중할 수밖에 없었다. 전 국민이 불편과 비용을 부담했다는 결과적 측면에서 보면 해법의 당위성에 대한 논란을 배제하더라도 실행 방식과 절차적 한계에 대한 정책적 회복의 책임을 피하기는 어렵다. 예상치 못한 상황은 정치적 관심과 상당한 규모의 재정 투자를 이끌어 지역 완결적 의료전달체계 구축을 위해 필요한 여러 혁신 사업들을 실행할 수 있는 기회를 제공했다는 긍정적 측면도 있었다. 하지만 의료개혁특별위원회(2024. 5~2025. 4)의 한시적 운영으로 인한 단기간 성과 도출의 부담은 상대적으로 국민의 불편과 비용 부담 증가에 대한 충분한 비판적 검토를 제한했을 위험도 있다. 2025년에는 절차적 투명성과 생산적 협의 과정을 회복하여 한국 의료전달체계의 개혁을 합심해서 진행하고, 단기간에 시행된 의료개혁 과제들에 대해서도 지속적인 검토와 정비의 기회를 가져야 할 것이다. 

참고문헌

- 강희정. (2014). 대형 상급종합병원 환자쏠림 완화정책의 현황과 방향. **보건복지포럼**, 4:65-46. p. 13.
- 강희정. (2016). 건강보험제도의 현황과 정책과제. **보건복지포럼**, 1:15-30. p. 12.
- 강희정. (2024). 2024 보건의료 정책 전망과 과제. **보건복지포럼**, 1:9-24. p. 10.
- 곽성순. (2024. 6. 27.). 공공정책수가 제도화 원칙 세운다...위원회도 구성. **청년 의사**. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3018577>
- 국민건강보험공단, **건강보험심사평가원. (2024). 건강보험통계**, 2024 3/4, 2024. 12. 13, 시도별 종별 요양기관 현황. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_MIRE01&conn_path=l2
- 김국일. (2020). 전문병원 제도의 성과와 발전 방향. **HIRA정책동향**, 14권 5호, p. 9.
- 김영삼. (2020). 한국의 의료 전달체계 개편 방향. **대한내과학회지**, 제95권 제3호. 129-133. p. 129, p. 130.
- 김지예. (2024. 12. 25.). 전국 모든 상급종합병원 구조전환 참여. **메디칼업저버**. <https://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=401536>
- 문윤희. (2018. 10. 8.). 의료질평가지원금 74.1% 상급종합병원 치중. **메디팜스투데이**. https://www.pharmstoday.com/news/articleView.html?idxno=156169&utm_source=chatgpt.com
- 보건복지부. (2023. 12. 29.). **제5기 1차년도 전문병원 94개소 지정, 2024년 109개서 전문병원 운영** [보도자료].
- 보건복지부. (2024. 2. 5.). **제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28)** [보도자료]. p. 23-24. p. 30-33. p. 43.
- 보건복지부. (2024. 7. 24.). **필수 의료 확충과 정당한 보상을 위한 '25년 병원·의원 환산지수 결정** [보도자료].
- 보건복지부. (2024. 11. 1.). **제11차 전달체계·지역의료 전문위원회 개최** [보도자료].
- 보건복지부 혁신24. (2024. 2. 1.). **필수 의료 정책 패키지**. p. 8-10, p. 12.
- 양은영. (2024). 2024년 의료정책을 둘러싼 제문제에 관한 소고. **부패방지법연구**, 7(2), 59-104.
- 임선미, 박정훈, 임지연, 김계현. (2023). 우리나라 의사의 근무지역 불균형 유발 요인. *J Korean Med Assoc. August; 66(8):508-515*. p. 508.
- 조민우, 김선하, 옥민수, 최은영, 김주영, 박영권. (2022). **중소병원 적정성 평가 개선 방안**(p. 5-6).
- 통계청 KOSIS. (2023. 12. 1.). **요양기관종별 진료 현황(계)** https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_JUN_01&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=354_1_001&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do
- Popowitz, E. (2023). Addressing the healthcare Staffing change. *Definitive Healthcare, September*. https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/the-physician-shortage-isnt-going-anywhere#, p. 13.
- WHO. (2024). *Health Financing*. https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1

Prospects and Tasks for Health Care Policies in 2025

kang, Hee-Chung

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Strengthening local healthcare should maintain the priority it has been given as one of the top agenda items of the times and proceed continuously as part of the Ministry of Health and Welfare's effort to reform healthcare delivery. In this article, I explore key policies to be implemented in 2025 and associated tasks. I expect that policy measures will be introduced in earnest in 2025 across various healthcare areas to shift current approaches toward a more value-based system. These policies aim to adjust the allocation of acute care beds to healthcare institutions with different designated functions as necessary to meet changing needs, increase policy interventions to reduce existing disparities in fee-for-service rates, broaden the scope of the public fee-for-service reimbursement scheme, and expand alternative reimbursement models that link performance to incentives. In proceeding with these policies, the government should expand the role of public finances, respect patients' right to choose, and provide information on the outcome of performance evaluation on small and medium-sized hospitals to help consumers make more informed healthcare decisions. Healthcare delivery system reforms must progress stepwise, with programs targeting healthcare institutions—including regulations and incentives—each playing distinct roles as part of a whole system.