



# From the ‘Essential Healthcare Policy Package’ to the ‘Healthcare Reform 1st Implementation Plan’

Ji Min Yun<sup>1</sup> , Kye-Hyun Kim<sup>2</sup> , and Seog-Kyun Mun<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, College of Medicine, Chung-Ang University, Seoul; and

<sup>2</sup>Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association, Seoul, Korea

## ‘필수의료 정책 패키지’에서 ‘의료개혁 1차 실행방안’까지

윤지민<sup>1</sup> · 김계현<sup>2</sup> · 문석균<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>중앙대학교 의과대학 이비인후-두경부외과학교실, <sup>2</sup>대한의사협회 의료정책연구원

**Received** November 20, 2024

**Revised** December 12, 2024

**Accepted** December 16, 2024

**Address for correspondence**

Seog-Kyun Mun, MD, PhD  
Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery,  
College of Medicine,  
Chung-Ang University,  
102 Heukseok-ro, Dongjak-gu,  
Seoul 06973, Korea  
**Tel** +82-2-6299-3129  
**Fax** +82-2-6299-2859  
**E-mail** entdoctor@cau.ac.kr

Essential medical care is a concept referring to indispensable medical care. World Health Organization has defined essential healthcare services as the evidence-based technologies needed to cost-effectively solve health problems. However, most countries have no such term that describes essential healthcare services. Rather, it has been used to efficiently allocate medical resources in countries with limited resources. Therefore, a clear definition of essential healthcare services must be accompanied by a specific purpose and a clear direction for the need. The target to whom medical services are to be provided, the region and institution to be provided, the content of medical services, and the purpose of provision should be distinguished. Recently, as public interest in essential healthcare services has increased, the government announced “the Essential Healthcare Policy Package” and “the 1st Healthcare Reform Implementation Plan” to specifically promote it. But concerns of feasibility and financial estimates are being raised. So, here, I analyze the government policy package and its 1st implantation plan, and suggest policy proposals for them.

Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg 2025;68(1):1-6

**Keywords** Health service; Health workforce; Physician.

## 서론

‘응급실 뺑뺑이’나 ‘소아과 오픈런’ 등이 최근 2-3년간 언론에 회자되면서 대한민국 의료에 대해 국민들이 걱정하기 시작하다가, 2022년도 7월에 상급종합병원 근무 중 뇌출혈로 간호사가 사망하면서 필수의료에 대한 사회적 관심이 급증하였다. 사실 ‘필수의료’라는 용어는 학문적 정의를 찾기가 어려운데, 대부분의 국가들은 의료를 인간이 삶을 영위하는데 꼭 필요한 자원으로 생각하기 때문에 의료 자체를 필수라고 생각한다. 그럼에도 불구하고 World Health Organization

에서는 ‘필수의료’에 대해 보편적 의료보장이라는 개념으로 썼고, United Nations에서는 지속가능한 개발 목표(sustainable development goal)의 하나로 설정해 놓은 정도이다.<sup>1)</sup> 우리나라의 경우 한정된 자원으로 의료보장제도의 지속가능성을 위해 정부가 선택과 집중을 했고, 국민의 건강과 삶을 유지할 수 있는 의료서비스를 제공함에 있어 우선 순위나 정책적 판단이 개입되면서 필수의료라는 용어가 사용되었다.<sup>2)</sup> 따라서 나라마다 정책의 우선 순위나 정책 실행 방안에 따라 국민들에게 필수적으로 제공되어야 하는 의료 서비스를 고민하게 되어, ‘필수의료’라는 용어의 정의가 달라질 수 밖에 없다.<sup>3)</sup> 2024년 2월 1일에 정부는 필수의료 분야 문제를 해결하기 위해 ‘필수의료 정책 패키지’를 발표하였고,<sup>4)</sup> 이에 대한 구체적인 실행 방안인 ‘의료개혁 1차 실행방안’을 2024년 8월

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

30일에 발표하였다.<sup>5)</sup> 의료계의 우려에도 불구하고 정부는 문제의 원인분석 없이 의료 현장과 동떨어진 정책을 무리하게 진행하면서 대한민국이 많은 혼란을 겪고 있다. 이에 본 논문은 정부의 ‘필수의료 정책 패키지’와 ‘의료개혁 1차 실행방안’의 내용을 분석하고 문제점과 고려 사항들을 검토하여 이에 대한 정책적 방안들을 제안하고자 한다.

## 본 론

### 필수의료 정책 패키지

정부는 대통령 주재로 민생토론회를 개최하면서 ‘필수의료 정책 패키지’를 발표하였다. 핵심 과제는 의료인력 확충, 지역 의료 강화, 의료사고 안전망 구축, 보상체계 공정성 제고인데, 이를 통해 국민이 신뢰하고 의료인은 자긍심을 가질 수 있도록 의료 개혁을 추진하겠다고 했다(Table 1). 하지만 소요 재정에 대한 추계도 없고, 구체적인 실행 계획들이 빠진 핵심 과제가 필수의료를 살리는데 효과적인 방법인지에 대해 다음과 같은 의구심을 갖게 한다. 첫째, 의료인력 확충이 필요하다는 근거로 인구 천 명당 의사 수가 Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) 평균 3.7명에 비해 2.6명으로 적고, 2035년에 의사 수가 15000명이 부족할 것이라는 의사추계 보고서 3건을 들고 있다.<sup>6-8)</sup> 그러나 의사 수 이외에 국민들의 의료 이용량을 나타내는 1인당 외래 진료 횟수는 OECD 평균보다 2.8배 높을 뿐만 아니라 평균 재원일수는 2.4배가 높고,<sup>9,10)</sup> 국민들의 건강 수준을 나타내는 기대수명, 영유아 사망률, 암 생존율 등 OECD 보건지표들에서 우리나라는 세계 최상위 수준을 유지하고 있다(Table 2). 이는 우리나라가 의료 자원을 효율적으로 활용하여, 높은

수준의 건강 결과를 달성하고 있다는 것이고, 오히려 다른 OECD 국가들이 불필요하게 의사 수가 너무 많다는 것을 반증하는 것이다. 특히 정부가 의료인력 부족의 근거로 제시한 연구보고서 3건의 연구자 모두 2025년에 의사 수 2천 명 증원에 대해 회의적인 입장을 밝혔다. 또한 의과대학의 대규모 증원 계획만 담았을 뿐, 의학교육 개선을 위한 계획은 물론, 늘어난 학생들을 가르칠 의대 교수를 어떻게 양성할지에 대해서는 언급도 없다. 의사 양성에는 긴 시간이 걸리고, 양성 과정에 따라 국민 건강에 미치는 영향이 달라질 수 있기 때문에 선진국들은 의대 교육 과정, 의사 양성 과정을 중요시한다. 따라서 정부는 의사 양성을 위한 의대 교육 과정 및 수련 체계의 혁신은 단기간에 이루어질 수 없음을 알아야 하며, 교육 현장의 목소리를 경청해서 이 혼란을 빨리 잠재워야 한다. 둘째, 지역의료 강화를 위해 기능-수요 중심 협력적 전달체계 전환, 안정적 지역 인력 확보, 지역의료 투자 확대 및 수도권 병상 관리를 하겠다고 한다. 이는 필수의료 관련 정책들을 발표할 때마다 나왔던 정책들과 크게 다르지 않다. 그러나 국립대 병원 중심의 필수의료 중추 방안은 재검토되어야 한다. 이는 지역의 민간 병원들을 차별하는 것이고, 현재도 지역에서 국공립 병원들과 경쟁하며 간신히 버티고 있는 지역 의료 체계의 근간을 흔들 수 있는 정책이기 때문이다. 국립대 병원은 공공성 확보에 더 노력하도록 하고, 지역의 민간 병원은 성과를 기반으로 한 차별 없는 지원이 필요하다. 지역 의료 강화를 위해서는 전국의 의료기관을 제한 없이 이용할 수 있는 자유방임형 의료전달체계를 개선하여 국민들의 지역 의료기관 이용을 유인해야 한다. 셋째, 정부는 의료인 형사처벌 부담 완화, 피해자 권리구제체계 확립, 불가항력적 의료사고 보상 강화 및 응급실 안전 강화를 통해 의료사고 안

**Table 1.** Essential healthcare policy package and healthcare reform 1st implementation plan

	필수의료 정책 패키지	의료개혁 1차 실행방안
의료인력 확충	1) 인력 양성 혁신 2) 인력 운영 혁신	1) 인력 수급추계 조정 시스템 구축 2) 전공의 수련 혁신 3) 지역 배치 확대 4) 인력 운영 시스템 혁신
지역의료 강화	1) 기능 수요 중심 협력적 전달체계 전환 2) 안정적 지역 인력 확보 3) 지역의료 투자 확대 4) 수도권 병상 관리	1) 기능 중심으로 의료공급 체계 재건 2) 지역완결 의료체계 구축 3) 환자의 의료이용 지원 강화
보상체계 공정성 제고	1) 공정하고 충분한 필수의료 보상 2) 비급여 관리체계 확립	1) 저수가 퇴출 및 적정수가 전환 2) 공공정책 수가 우선순위 분야 집중 투자 3) 대안형 지불제도 4) 비급여 관리 강화 5) 실손보험제도 개선
의료사고 안전망 구축	1) 의료인 형사처벌 부담 완화 2) 피해자 권리구제체계 확립 3) 불가항력 의료사고 보상 강화 4) 응급실 안전 강화	1) 환자 의료진 소통 활성화 2) 의료분쟁 조정제도 혁신 3) 충분한 보상과 신속한 권리구제 4) 수사절차 개선 5) 의료사고 형사특례 법제

**Table 2.** Main health level indicators in OECD Health Statistics 2024

	Life expectancy (age)	Infant mortality rate (person)*	Cancer standardized mortality rate (person)†
Australia	83.2	3.2	190.6
Austria	81.4	2.4	191.9
Belgium	81.8	2.9	190.8
Canada	81.6	4.7	196.0
Czechia	79.0	2.3	220.9
Denmark	81.3	2.4	221.4
Finland	81.2	2.0	179.5
France	82.3	3.9	191.9
Germany	80.7	3.2	206.2
Greece	80.8	3.1	207.8
Hungary	76.0	3.6	270.6
Italy	82.8	2.3	195.7
Japan	84.1	1.8	173.7
Korea	83.6	2.4	155.0
Mexico	75.4	12.7	121.1
Netherlands	81.7	3.3	218.8
New Zealand	82.3	-	-
Norway	82.6	1.9	-
Poland	77.2	3.8	224.5
Spain	83.2	2.6	184.4
Swiss	83.7	3.8	164.1
UK	80.4	4.0	221.8
USA	76.4	5.4	181.3
OECD average‡	80.6	4.1	196.6

\*infant mortality rate (person): the number of deaths per 1000 live births; †cancer standardized mortality rate (person): the number of deaths per 100000 population; ‡average figures for OECD member countries that submitted data

전망 구축을 하려고 한다. 특히 의사의 보험공제 가입을 전제로 의료사고 대상 공소제기를 제한하는 ‘의료사고처리 특례법’을 추진하려고 하는데, 환자의 동의 유무에 따라 특례법 적용 여부를 결정하거나 사망은 특례법 적용이 되지 않는 부분 등이 법 제정 취지에 맞지 않을 뿐만 아니라 소송의 남용을 막을 수 없기 때문에 실효성이 없다. 또한 모든 의료기관이 건강보험의 적용을 받도록 당연지정제를 규정하고 있는 우리나라에서는 모든 의료기관이 공공의료를 행하고 있는 것이기 때문에, 의료사고 발생시 환자의 충분한 피해 보상을 위해서는 의무적으로 모든 의사 또는 의료기관에게 책임보험 공제를 가입하게 하지 말고 국가가 나서서 배상책임을 져야 한다. 넷째, 보상체계를 합리적으로 마련하기 위해 공정하고 충분한 필수의료 보상과 비급여 관리체계를 확립하겠다고 한다. 사실은 근본적인 저수가 체계의 문제를 현실화하는 것이 가장 합리적인 방법일 것이다. 그러나 건강보험 재정이 위

태한 상황에서 정부는 수가 현실화를 선택하기 어렵기 때문에 선택적으로 필수의료 보상을 먼저 시행하고, 비급여 관리를 위해 혼합진료(비급여+급여 진료)를 금지하려고 한다. 하지만 수가의 기본이 되는 상대가치점수는 총점 고정방식의 제로섬 구조로 한 분야의 수가 인상은 다른 분야의 수가 인하를 발생시켜 전문과목 간 형평성이 문제가 된다. 그리고 분만이나 소아 분야에 보완형 공공정책수가를 도입하려고 해도, 초저출산 시대에 분만과 소아 환자의 수요 감소로 시장 기능이 상실되어 단순 수가 인상 정책만으로는 한계가 있다. 따라서 건강보험 재정과는 별도로 필수의료지원금(가칭)과 같은 기금을 마련하여 장기적이고 안정적인 지원을 해야 한다. 또한 정부는 비급여 팽창을 막고 건강보험 보장성을 강화하기 위해 혼합진료를 금지하려 한다. 이는 요양기관 당연지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법상 위헌 소지가 생길 뿐만 아니라, 의료기관이 급여 진료만 할 경우 낮은 건보수가로 운영이 힘들게 되고, 대부분의 신의료 기술들이 비급여 진료로 묶여 있어, 획일화된 저질의 의료서비스만 국민들에게 제공될 가능성이 높아졌다. 따라서, 정부는 의료 현장에서 생각하는 문제점들을 충분히 듣고 의료 전문가들과 논의해야 국민을 위한 올바른 정책들이 만들어지고 원활하게 실행될 수 있다는 것을 재고해야 한다.

### 의료개혁 1차 실행방안

정부는 2024년 4월 25일 의료개혁특별위원회를 만들고 4개월 동안 필수의료 정책 패키지에서 언급되었던 4대 개혁안에 대해 전문위원회(의료인력, 전달체계·지역의료, 필수의료·공정보상, 의료사고 안전망)를 운영하였다. 그동안 필수의료 정책 패키지 내용들에 대해 실현 가능성이 떨어지고 재정 추계가 명확하지 않은 부분들이 문제로 제기되었는데, 국민과 전문가 의견을 반영하고 개선해서 ‘의료개혁 1차 실행방안’을 발표하였다(Table 1). 핵심 내용 4가지는 역량 있는 의료인력 확충, 의료전달체계 정상화 및 지역의료 재건, 필수의료에 대한 충분하고 공정한 보상, 환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축으로 이전 발표보다는 많이 보완되었다고는 하나, 아직도 의사들의 희생을 강요하고 있고 의료 현장의 문제점들이 반영되지 않고 있다.

### 역량있는 의료인력 확충

의료 현장의 문제점들을 제대로 파악하지 못한 상황에서 의사 인력을 2000명 늘린다고 발표한 뒤 혼란에 직면한 정부는 사태 수습을 위해 뒤늦게 인력 수급추계·조정시스템 구축, 전공의 수련 혁신, 지역배치 확대 및 인력 운영 시스템 혁신을 시행하여 의료인력을 확충하겠다고 한다. 하지만 이번에

제시된 안들도 고려해야 할 점들이 있다. 첫째, 한국보건사회연구원 내에 '의료인력수급추계센터'를 설치하고 전문위원회와 자문위원회에 공급자 추천 비중을 50% 이상으로 한다고 한다. 하지만 추계기관이 보건복지부 영향 아래에 있는 한국보건사회연구원 내에 있어 객관적으로 추계하기가 어려울 뿐만 아니라, 위원회 구성상 의료공급자도 일본처럼 의사 출신 전문가로 과반수가 넘는 것도 아니며, 의사결정기구인 보건의료정책심의위원회는 위원의 구성과 전문성 등이 부적절하기 때문에 객관적인 의료 인력 추계와 정책 결정을 할 수 없다. 따라서 외국처럼 전문성을 갖춘 별도의 전담기관을 설치하거나 대한의사협회와 같은 전문가 단체에서 자체적으로 인력 수급을 연구할 수 있도록 지원해야 한다. 둘째, 수련 프로그램 내실화를 위해 지도전문의를 위한 재정 투자 및 인턴 수련 프로그램을 개편하고 다기관 협력 수련을 도입한다고 한다. 외국처럼 전공의 수련교육과 지도전문의 지원에 재정 투자가 필요하지만 아직도 현실적으로 많이 부족하고, 명확한 지도전문의 양성 및 확보 방안이 빠져 있다. 또한 독립진료역량 강화를 위해 인턴제 개편이 필요하다고 하나, 인턴 수련을 관리하거나 인증·평가하는 기관이 없어서 수련병원별로 자체적으로 교육을 하고 있는 문제들이 해결될 수 없기 때문에, 인턴 수련을 위한 국가적인 표준 모델을 구축해야 한다. 한편 독립진료역량은 6년간 의대 교육을 받고 의사면허를 딴 후 바로 개원하여 독립적으로 진료할 경우 환자의 안전이 우려된다는 이유로 필수의료 정책 패키지에서 논의되었던 개원면허제 취지가 반영되었는데, 이는 한의사나 치과의사도 같은 경우이나 굳이 의사에게만 적용하는 것도 맞지 않고, 오히려 진료역량을 키울 수 있도록 의대 교육과정을 개선하는 것이 필요하다. 그리고 현재의 수련체계에서 다기관 협력 수련 도입은 신중해야 하는데, 참여기관의 기본적인 역량 및 질 확보, 체계적이고 구체적인 프로그램 부족, 전공의 소속 등 생활지원 방안 마련과 같은 선결과제가 많기 때문이다. 셋째, 전공의 지역 배치 확대를 위해 단순히 공공의료원이나 전문병원 등 수련병원 유형을 다양화하는 것은 지도전문의 확보가 어려운 지방의 환경을 고려할 때 수련의 질을 담보할 수 없다. 또한 수도권외의 전공의 수를 강제로 억제하는 방식보다는 지방에서 필수의료로 할 의지가 있는 전공의에게 인센티브를 부여하거나 전공의 정원 외 배정을 고려할 필요가 있다. 넷째, 인력 운영 시스템 혁신을 이루기 위해 진료역량 확보, 협력·공유형 인력 운영 및 업무범위 합리화를 진행한다고 한다. 특히 입원전담 전문의의 경우 직업적 불안전성과 제한된 역할로 현장을 떠나고 있는 문제점을 개선해야 하고, 현재 시범사업 중인 공공임상교수제의 경우 2023년 기준 24명에 불과할 정도로 실패한 정책으로 평가 받고 있기 때문에, 이를 바

탕으로 공유형 인력 운영 참여를 유도할 수 있는 실질적인 방안이 필요하다. 그리고 연속성을 가진 의료분절적 접근이 가능한 것으로 판단한 정부는 진료지원 간호사를 법제화하는 간호법을 통과시키면서, 오히려 업무 범위 혼란과 직역 간의 갈등으로 인해 의료현장의 혼란이 가중될 수 있으므로, 의료계 내 다양한 의견을 반영하고 관련 논의가 충분히 될 수 있도록 협의체를 구성해야 한다.

### 의료전달체계 정상화 및 지역의료 재건

정부는 극심한 혼란을 겪고 있는 대한민국의 의료 상황을 반전의 기회로 삼겠다면서, 지속가능한 중증·응급 중심의 진료체계를 확립하고, 바람직한 의료전달체계를 확립할 수 있도록 기능 중심으로 의료기관 공급체계를 재설계하고, 지역완결 의료체계를 구축하며, 환자의 의료이용 지원을 강화하겠다고 한다. 하지만 의료계와 충분한 논의 없이 성급하게 진행할 경우 다음과 같은 문제점들을 직면할 수 있다. 첫째, 상급종합병원은 중증이나 응급 진료를 잘 해야 하지만, 핵심 역할은 교육, 수련 및 연구이다. 그러나 현재 정부의 방향대로 전문의와 진료지원 간호사 중심으로 업무를 재설계하게 되면, 대학 교수의 역할보다 의사의 역할을 강조하게 되는 것이고 중장기적으로는 대한민국의 의학 교육 및 연구의 약화를 불러와 국민 건강에 도움이 되지 않는다. 또한 상급종합병원이 중증진료 비중을 높이는 것은 중요한 방향이지만, 상대적으로 중증 질환이 적은 진료과의 경우 진료를 축소할 수 있어 환자들에게 내실 있는 진료를 할 수 없게 되기 때문에, 중증도 분류 체계와 평가 방법의 적정성을 충분히 검토해야 하고, 진료과별로 중증도가 다를 수 있으므로 이에 대한 세밀한 검토가 선행되어야 한다. 둘째, 지역완결 의료체계 구축을 위해 국립대 병원 등 권역거점병원에 대한 집중 투자는 지역 사립대 병원의 약화를 불러 일으켜 지역 내 의료 불균형이 심화될 수 있다. 그리고 의료취약지 여부 등에 따라 맞춤형 지원으로 지역 필수의료 핵심 병원을 육성할 계획인데 의료취약지는 의료기관까지의 소요시간 기준으로 선정했을 뿐 의료기관 운영에 필요한 최소 배경 수요를 고려하지 않았기 때문에 막대한 재정만 낭비될 수 있다. 셋째, 만성·경증 질환자의 의료 이용 편의 증진과 지속적인 건강관리 등을 위해 현재 시범사업으로 추진 중인 비대면 진료를 제도화하려고 하는데, 의료접근성이 우수한 우리나라에서는 특수한 경우가 아니면 안전성이 확보되지 않은 비대면 진료는 대면 진료의 보조적 수단으로 사용해야 한다. 또한 진료의 영역인 시술 방식 등 진료 결정 과정에 환자 참여 절차를 확대하여 제도화하는 것은 자칫 의사의 진료권을 침해할 소지가 있기 때문에, 의료기관이 자발적으로 환자에게 진료 결정에 필요한 설명을 충

분히 할 수 있도록 유도하는 것이 바람직한 방법이다.

### 필수의료에 대한 충분하고 공정한 보상

정부는 올해 하반기부터 생명과 직결된 중증수술과 이에 필수적인 마취 수가를 대폭 인상하고 이를 시작으로 전체 건강보험 수가를 과학적으로 분석하여 2027년까지 저수가 문제를 해결하고, 비중증 과잉 비급여 병행진료 급여 제한과 실손보험 개혁을 하겠다고 한다. 의료 현장에 많은 영향을 줄 정책들로 인해 의료 시장의 큰 혼란이 예상되기 때문에, 다음과 같은 부분들이 고려되어야 한다. 첫째, 필수의료 중심의 보상체계 확립 및 저수가 개선을 위해 2028년까지 약 10조 원 이상의 건강보험 재정을 신규 투자한다고 발표했지만, 10조 원 중 기투자된 약 8조 원을 빼면, 원가보전을 위한 저수가 개선 투자비용이 2조 원(3천여 개 행위)에 불과해 상대적으로 부족한 상황이다. 또한 원가 대비 100% 달성하는 것은 결국 원가만 보상하는 것으로 이러한 형태는 저수가 구조를 벗어나는 것도 아니다. 의료기관의 경영 안정을 위해서는 적정 보상에 대한 개념을 바꾸어야 한다. 둘째, 우선순위와 공공정책수가를 중심으로 보상을 강화한다고 하나 건강보험 재정 이외의 추가적인 기금이나 예산 확보 방안 없이는 지속할 수 없는 단기적 정책일 뿐이다. 셋째, 행위량이 아닌 성과와 가치에 기반한 대안적 지불을 확대한다고 한다. 그러나 성과지표 선정 및 평가의 적정성 문제가 유발될 뿐만 아니라 지표 값 산출을 위한 의료제공자의 행정적 부담이 가중된다. 또한 의료제공자들이 네트워크 내 총 진료비를 고려하여 비용을 관리하는 과정에서 높은 비용이 발생하지 않도록 고위험 환자를 피하거나 의료서비스 제공을 제한할 수 있는데, 결국 환자들이 적절한 치료를 받지 못해 의료 서비스의 질이 떨어지게 된다. 넷째, 비중증 과잉 비급여에 대해 병행진료 급여 제한을 시행한다고 하는데, 필수의료 정책 패키지에서 혼합진료 금지 부분을 다른 말로 표현한 것 뿐이다. 이는 의료 현장의 현실을 이해하지 못한 불가능한 정책으로 요양기관 당연지정제의 정당성과 연계하여 신중하게 검토해야 한다. 다섯째, 실손보험의 역할을 재정립하기 위해 건강보험 본인부담금 보장을 축소하도록 실손보험을 설계한다는 것은 민간보험사가 보장하던 부분을 국민(보험가입자)에게 전가하는 것으로 이는 민간보험사의 이익이 증가되고 국민에게는 부담이 더 커진다는 것을 의미한다. 또한 비급여 과잉 팽창을 억제하기 위해 상품구조 정상화를 추진하려고 하는데, 비급여 보장범위와 수준 합리화는 의료 전문성이 필요한 부분이므로 정상화를 위한 사전 협의체에 의사 단체도 반드시 포함시켜 충분한 논의를 해야 한다. 특히 실손보험 발전과정에 관리 감독의 기능을 하지 못한 정부의 책임을 국민과 의료계에 떠넘기지 말

고, 지금이라도 공사보험의 역할과 기능, 실손보험 문제를 해결하기 위한 심도 깊은 논의의 자리를 마련해야 한다.

### 환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축

의사는 환자에 대한 설명의 의무가 있기 때문에, 의료행위를 하기 전에 환자에게 의료행위와 관련된 주요내용을 설명하고, 의료행위 후의 결과에 대해 자세히 알려준다. 하지만 정부는 그 동안 의료사고 발생 초기 의료진과 의료기관은 민형사상 법적 부담으로 인해 의료사고에 대한 상세한 설명과 유감 표시 등에 소극적이어서 환자와 의료진 간 불신과 갈등 악화로 소모적 소송이 제기되고 있다고 생각하고 있다. 그래서 의료사고 안전망 구축을 위해 의료사고 소통 지원을 법제화하고, 의료분쟁 조정제도를 전면 혁신하며, 충분한 보상과 신속한 권리 구제를 하고, 의료사고 형사 특례 법제화를 추진한다고 한다. 정책을 결정할 때 의료계의 의견을 충분히 듣기를 바라지만, 정부의 일방적인 생각대로 정책을 결정하게 되면 다음과 같은 문제점들이 생길 수 있다. 첫째, 환자-의료진 간 소통은 당사자 간 신뢰관계를 형성하는 하나의 수단이지 법으로 강제할 수 있는 성질의 것이 아니다. 환자-의료진 간 소통을 법제화 할 경우 오히려 불필요한 오해와 소송이 증가할 우려가 있다. 둘째, 의료분쟁 조정절차 중 의학적·법적 지식이 부족한 환자를 조력하는 환자 대변인 제도를 신설하는데, 의사들도 법적 지식이 부족한 것을 환자와 다를 바 없으니 의료인 대변인 제도를 같이 만들어야 정책의 형평성이 있다. 또한 전문성과 경험을 담보하고 있는 대한의사협회 의료감정원과 같은 민간 전문 의료감정기관과 체계적인 협력 방안이 병행되면 의료분쟁 조정제도도 활성화가 될 것이다. 셋째, 의료사고 환자에게 충분한 보상을 위해 의료사고 배상 책임·종합보험 및 공제를 활성화 하려고 하는데, 이는 의사나 의료기관이 책임·종합보험 가입을 전제로 특례 적용하는 것으로, 사실상 모든 의사가 의무(강제) 가입을 해야 한다. 또한 도입을 검토 중인 의료기관안전공제회는 현재 대한의사협회 의료배상공제조합과 역할이 중복되므로 별도 도입 시 실익이 없다. 넷째, 형사 특례의 경우, 중상해·사망 등의 결과는 포함하고 중과실·고의와 같은 예외적인 경우만 제외하도록 방향 설정이 필요하다. 또한 미용·성형을 특례에서 제외하려고 하는데 조정·중재를 활성화하기 위해서라면 제외할 이유가 없다.

## 결 론

우리나라는 인구 1000명당 12.8개로 OECD 국가 중 가장 많은 병상을 가지고 있다. 또한 일차의료를 담당하는 전문의

들이 모든 지역에 80% 이상 활동하고 있고, 지역의 민간 의료기관들이 역할을 하고 있다. 즉 지역의 거점 도시에서도 중증 환자들이 충분히 치료 받을 수 있는 하드웨어는 갖추어져 있다. 따라서 정부가 원하는 생명과 지역을 살리는 의료개혁을 위해서는 자유방임형 의료이용체계를 가지고 있는 우리나라의 의료전달체계를 지역별로 다시 정립해야 한다. 필수의료 분야의 문제는 의료인의 저수가 체계의 문제나 의료사고에 대한 의료인의 부담 등이 원인이다. 건강보험 재정이 어려워도 국민들을 설득하고 동의를 얻어서 근본적인 저수가 체계를 현실화하는 것이 가장 합리적이다. 또한 요양기관 당연지정제를 운영하고 있는 우리나라는 국립대 병원이나 민간병원이 같은 역할을 수행하고 있으므로 차별하지 않는 지원 정책이 필요하고, 의료행위 과정에서 명백한 의료인의 과실이 아닌 의료사고에 대해서는 국가가 나서서 배상책임을 지면서 법적분쟁 부담을 줄일 수 있는 환경을 만들어 주어야 한다.

필수의료 정책 패키지과 의료개혁 1차 실행방안에서 제시된 ‘인프라 확충’과 ‘보상 강화’만으로는 현재 제기되고 있는 의료 현장의 문제점들을 해결하기에 역부족이다. 눈앞에 다가온 초고령사회를 대비하고 국민에게 건강하고 안전한 의료 서비스 제공 환경을 마련하기 위해, 정부는 전향적인 자세로 의료계의 목소리에 귀 기울이고, 장기적인 안목으로 의료 정책을 수립할 필요가 있다.

**Acknowledgments**

None

**Author Contribution**

Conceptualization: Seog-Kyun Mun. Data curation: Kye-Hyun Kim. Formal analysis: Ji Min Yun. Investigation: Ji Min Yun. Methodology: Kye-Hyun Kim. Supervision: Seog-Kyun Mun. Visualization: Kye-Hyun Kim. Writing—original draft: Ji Min Yun. Writing—review & editing: Seog-Kyun Mun.

**ORCID**

- Ji Min Yun <https://orcid.org/0000-0002-7349-0472>
- Kye-Hyun Kim <https://orcid.org/0000-0003-3372-1253>
- Seog-Kyun Mun <https://orcid.org/0000-0001-8624-2964>

**REFERENCES**

- 1) Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the sustainable development goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health* 2018;6(2):e152-68.
- 2) Kim MJ. [A crisis caused by confusion in the concept of essential healthcare]. *Korean J Med Ethics* 2023;26(4):257-63. Korean
- 3) Eddy DM. What care is ‘essential’? What services are ‘basic’? *JAMA* 1991;265(6):782-8.
- 4) Ministry of Health and Welfare. Essential healthcare policy package [online] [cited 2024 Mar 20]. Available from: URL: <https://www.gov.kr/portal/gvrnPolicy/view/H2402000001058922?policyType=G003014>.
- 5) Ministry of Health and Welfare. Healthcare reform 1st implementation plan [online] [cited 2024 Aug 30]. Available from: URL: [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list\\_no=1482955&tag=&nPage=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1482955&tag=&nPage=1).
- 6) Lee CH, Kwon JH, Kim TH. Reflecting future population projections for 2021 labor, education, and medical sectors of population change prospects for ripple effect [online] [cited 2023 Mar 20]. Available from: URL: <https://betterfuture.go.kr/front/policySpace/publicReleaseDetail.do?articleId=106&listLen=10&searchKeyword=&position=M>.
- 7) Shin YS, Park EJ, Choi JH, Yun GJ, Shin JW, Lee NK, et al. Comprehensive health and medical manpower planning and mid-to long-term supply and demand estimation research [online] [cited 2024 Feb 22]. Available from: URL: <https://repository.kihasa.re.kr/handle/201002/42429>.
- 8) Hong YC. [Research on medical manpower adequacy to prepare for future society]. *Health Policy Forum* 2020;18(3):19-23. Korean
- 9) Jung YH, Jang YS, Kim H, Park EC, Jang SI. [Appropriate adjustment according to the supply and demand status and trend of doctors]. *Health Policy Manag* 2023;33(4):457-78. Korean
- 10) Ministry of Health and Welfare. OECD health statistics 2024 [online] [cited 2024 Sep 25]. Available from: URL: [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list\\_no=1483195&tag=&nPage=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483195&tag=&nPage=1).

**정답 및 해설**

답 ④

**해설** 우측 S자 정맥 피열(sigmoid sinus dehiscence)에 연관된 혈관성 이명 증례이다. 혈관성 이명은 반드시 환자의 심장 박동과 일치하는 이명이어야 하며, 저음역이명에 의한 차폐 효과로 저음역에 가성 감각신경성 난청이 관찰되기도 한다. 병변측 경정맥 부위 압박으로 이명이 줄어들거나 소실되고, 고개 회전 시 경정맥 혈류량이 변화하므로 병측으로 회전시 감소, 병변 반대측으로 회전시 이명의 크기가 증가하는 경향을 보인다. 빈혈, 갑상선기능 항진 등 내과적 질환에 의해 악화되므로 감별하여야 하며, 물 폐쇄 검사로 공기 펄스 기전과 와류 전도 기전을 감별하여 치료 방침 결정에 참고한다. 보존적 요법에 반응하지 않는 경우 vascular resurfacing이 가장 일반적인 치료 방법이다.

참고 문헌: 대한이과학회. 이과학. 서울: 세종의학;2022. p.661, 672-3.  
 대한이비인후과학회. 이비인후과학:이과. 개정2판. 파주: 군자출판사;2018. p.888-9.