

Considerations in the ‘Healthcare Reform 1st Implementation Plan’ From the Perspective of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery

Ji Min Yun¹ , Kye-Hyun Kim² , and Seog-Kyun Mun^{1,2} 

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

²Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association, Seoul, Korea

이비인후-두경부외과 관점에서 본 ‘의료개혁 1차 실행방안’의 고려 사항

윤지민¹ · 김계현² · 문석균^{1,2}

¹중앙대학교 의과대학 이비인후-두경부외과학교실, ²대한의사협회 의료정책연구원

Received January 7, 2025

Revised February 19, 2025

Accepted February 20, 2025

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

In the past year, the government announced various unfounded healthcare policies, namely “the 2nd Comprehensive Plan for National Health Insurance,” “the Essential Healthcare Policy Package” and “Healthcare Reform 1st Implementation Plan.” However, these policies have not received much attention due to a policy that aimed to expand medical school admissions quota by 67%. The national health insurance plan has until now eased the burden of people’s medical expenses because of the expanded coverage; but at the same time, the medical coverage rate and structural problems in essential medical care have not been adequately improved. The government wants to reorganize its spending structure around essential health care and strengthen financial management to maintain the sustainability of national health insurance. However, this is the same as trying to restrain people’s medical use and restrict doctors’ medical practice. In particular, “Healthcare Reform 1st Implementation Plan” contains many policies that will affect the Korean medical system, as well as parts that need to be considered from the perspective of otorhinolaryngology-head and neck surgery. Here, I would like to suggest policy proposals concerning this.

Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg 2025;68(5):177-82

Keywords Health services; Health workforce; Physician.

서론

UN 산하 자문기구인 지속가능발전해법네트워크(Sustainable Development Solutions Network, SDSN)에서 발표한 ‘2024 세계행복보고서(World Happiness Report 2024)’를 보면 대한민국은 전체 143개국 중 52위에 머물렀고, OECD 38개국 중에서는 33위에 위치하고 있다.¹⁾ 세계 10위권의 경제 국가

이면서, 한국 문화(K-culture)의 파급력을 통해 강대국의 반열에 들어섰기 때문에, 이 결과는 쉽게 납득이 되지 않는다. UN의 행복지수를 측정하는 6가지 독립변수는 1인당 GDP, 사회적 지원, 기대수명, 선택의 자유, 관용, 부정부패 의식인데, 특히 소득과 기대수명은 최상위권이지만 나머지는 매우 낮은 점수를 받았다. 이는 1인당 GDP가 3만 달러를 넘길 수 있도록 국민들이 열심히 일했을 뿐만 아니라, 국민들이 건강한 삶을 유지할 수 있도록 의사들의 많은 노력이 있었다는 것을 의미한다. 하지만 정부는 사회적 안녕을 위해 해야 할 일들이 따로 있음에도 불구하고, ‘응급실 뱅뱅이’나 ‘소아과 오픈런’

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.

등과 같은 사회적 이슈를 들어 2024년 2월 1일에 ‘필수의료 정책 패키지’를 발표하고, 의사 수가 부족하다며 의대 정원 2천명을 증원하겠다고 하면서,²⁾ 잘 작동하고 있던 의료 시스템의 혼란을 야기시켰다. 또한 2024년 8월 30일에는 구체적인 추진 방안인 ‘의료개혁 1차 실행방안’을 발표하였는데,³⁾ 특히 이비인후-두경부외과 관점에서 검토해야 할 부분들이 있기 때문에, 본 논문에서는 이에 대한 고려 사항들을 나열하고 정책적으로 제언을 하고자 한다.

본 론

의료개혁 1차 실행방안의 배경을 살펴보면, 의료개혁에 대한 국민적 지지와 범정부적 역량 결집에 따른 강력한 추진동력이 확보된 상황으로 판단하고 인력 기반 확충을 바탕으로 의료체계 정상화와 질적 성숙을 견인하겠다고 했다.³⁾

우리나라는 국민들의 건강 수준을 나타내는 기대수명, 영유아 사망률, 암 생존율 등에서 세계 최상위 수준을 유지하고 있는 의료 시스템을 가지고 있다.⁴⁾ 정부가 걱정하는 대로 향후 10년간 초고령사회로 진입하면서 의료 수요의 급증과 지역과 필수의료 위기를 극복하기 위해 의료 현장을 고려하지 않은 정책들을 일방적으로 추진해야 하는지 의문이 든다. ‘개혁’은 제도나 기구 등을 새롭게 만드는 상황에 사용되는 단어로, 좋게 바꾼다는 뜻보다는 그저 새롭게 바꾼다는 뜻이 더 많이 내포되어 있는데, 무리한 의료개혁으로 인해 지금까지 잘 유지되고 있던 의료 시스템이 망가질 수 있다. 실제로 정부의 무리한 정책 강행으로 인해 전공의들이 병원을 떠나면서 의료현장의 의료인력 부족 문제가 이어지고 있고, 소아과, 산부인과 등의 전공의 지원율이 더욱 낮아지며, 의료체계의 붕괴가 우려되기도 한다.⁵⁾ 정부는 의료개혁 1차 실행방안의 우선 과제로 인력 공급 및 양성 시스템 선진화, 상급병원 구조 전환을 통한 의료 공급과 이용체계 정상화와 지역의료 재건, 충분하고 공정한 보상체계 전환 본격화, 의료사고 예방부터 분쟁 해결까지 전주기 의료사고 안전망 토대 구축 등을 언급하고 있지만, 세부 실행 계획을 보면 이비인후-두경부외과 입장에서 고려해야 할 부분들이 있다.

인턴제 개편

필수의료 정책 패키지에서 의료 질 향상을 위해 임상 수련 강화와 연계한 의사면허 관리 방안의 도입을 검토하겠다고 밝힌 뒤, 2024년 8월 20일에 보건복지부 의료개혁 추진 상황 브리핑에서 의사면허와 독립진료역량의 연관성에 미흡한 점이 있고, 진료 가능 여부 등을 주기적으로 검증하는 가칭 ‘진료 면허’ 도입을 검토한다고 했다. 이는 의대를 졸업하고 의사

면허를 취득한 뒤 의무적으로 수련을 받아야만 진료를 볼 수 있는 의사로 활동할 수 있게 한다는 것으로 ‘개원 면허’라고도 불린다. 의사 인력을 통제하기 위한 수단으로 악용될 수 있고, 직업 선택의 자유를 침해한다는 이유로 의료계의 강한 반대에 부딪힌 뒤,⁶⁾ 의료개혁 1차 실행방안에서는 진료(개원) 면허제는 빠지고 ‘인턴제 개편’을 들고 나왔다. 그러나 근본적인 인턴제 혁신(임상수련의제 등)은 후속 논의를 한다는 것으로 보아 기본 취지는 크게 다르지 않다는 것을 알 수 있다. 정부의 주장대로 인턴제가 개편될 경우 이비인후-두경부외과에서도 다른 과보다 먼저 준비를 해야 할 부분이 있다. 첫째, 인턴 수련 프로그램을 빨리 개발해야 한다. 정부는 인턴 기간 동안에 난이도 낮은 ‘위임 가능 활동’을 중심으로 진료역량 강화를 위해 내·외·산·소 각 4주 외에 선택 2과목 이상을 프로그램에 넣으려고 하고 있는데, 이비인후-두경부외과는 임상 및 지역의료의 독립진료역량에 필수적인 호흡기 감염병 관리를 하는 중추적인 과이기 때문에 이에 맞는 일차의료 관련 수련 프로그램을 준비하고 정부에 알릴 필요가 있다. 둘째, 인턴 수련 책임 지도전문의의 역할 및 관리 방안을 만들어야 한다. 이를 통해 이비인후-두경부외과는 체계적 관리 하에 내실 있는 인턴 수련이 가능한 과라는 것을 인식하게 해야 한다. 향후 대한의학회 및 수련환경평가위원회 등과 논의를 한다고 하지만, 이비인후-두경부외과의 현실과 미래를 고려한 인턴 수련 책임 지도전문의의 역할과 관리방안을 선제적으로 제시하는 것이 바람직할 수 있다. 셋째, 전공의 수련 커리큘럼을 수정해야 한다. 인턴 수련 기간을 따로 언급하지 않았지만, 의대 졸업 후 전문의가 되기 위한 총 수련기간(4-5년)을 유지한 상태에서 독립진료역량 습득에 필요한 합리적 기간을 설정한다고 했다. 전공의만을 위한 커리큘럼에서 인턴 과정을 포함한 통합 커리큘럼이 필요할 때이다.

상급종합병원 구조전환 지원사업

정부는 지속가능한 중증·응급·희귀질환 중심의 진료체계를 유지하고 왜곡된 의료전달체계를 바로잡을 수 있도록 상급종합병원 구조전환을 추진하고 있다. 먼저 시범사업을 통해 상급종합병원이 안정적으로 구조전환을 할 수 있도록 3년간 총 10조원의 건강보험 재정 투입계획을 공개했고, 진료, 진료협력, 병상, 인력, 전공의 수련 등 5대 분야에 초점을 맞추었다. 주요 내용을 살펴보면 상급종합병원의 중증진료 비중을 50%에서 70%로 상향하고, 병상은 현재보다 5%-15% 감축하면서 응급·소아 병상은 종전대로 유지하는 것이다. 또한 2차 병원 등 진료협력병원과 강력한 협력체계를 구축하고, 전문의 및 진료지원간호사 중심으로 업무를 재설계하여 전문인력 중심 병원으로 단계적으로 전환하며, 전공의에게 다기

관 협력 수련 등 밀도있는 수련을 제공해야 한다(Fig. 1). 그러나 상급종합병원이 중증·응급·희귀질환 중심으로 진료를 해야 한다는 취지는 누구나 공감하지만, 상향된 중증진료 비중은 병원의 운영을 위해 의료비 지출이 높고 입원 일수가 짧은 암 또는 급성 심혈관계 질환 환자들에게 집중하게 된다. 상급종합병원이 많은 수도권으로 해당 질환 환자들의 유입이 더욱 가중되면서 환자들은 상급종합병원을 이용하기 위해 더 치열한 경쟁을 하게 될 것이다.

특히, 이비인후-두경부외과 입장에서 몇 가지 더 생각할 부분이 있다. 첫째, 중증도가 상대적으로 낮은 이비인후-두경부외과의 병원 내 입지는 더욱 축소될 수 있다. 정부가 말하는 중증환자는 전문진료질병군(DRG-A) 환자를 기본으로 하고 있고, 2차급 진료협력병원 전문의뢰 환자, 중증응급(KTAS 1-2)으로 응급실을 거쳐 입원한 환자, 연령가산이 적용되는 소아중증수술 등이 중증 환자에 포함되어 있다. 현재 478개의 전문진료질병군 중 이비인후-두경부외과의 질환은 4% 밖에 되지 않고, 지난 20여년간 외과계의 상대가치점수 상향 곡선에서 소외되어 낮은 보상을 받고 있다.⁷⁾ 상급종합병원에서 중증 질환에만 집중하다 보면 이비인후-두경부외과는 위축될 수 밖에 없어 환자들에게 내실있는 진료를 할 수 없게 된다. 그동안 중증도 개선을 위해 나름 노력했으나 여러 과의 이해 관계로 아직도 답보상태이다. 따라서 학회가 중심이 되어 진료과목별 전문진료질병군 개수 비율에 차이가 존재하니 형평성 있게 질병군 개수가 결정될 수 있도록 건강보험심사평가원에 지속적으로 의견을 제시해야 한다. 또한 중증도 및 상대가치 점수 개선을 위해 학회 차원에서 간담회

나 학술대회 등을 통해 지속적으로 개선방안을 제안하고 대응할 필요가 있다. 둘째, 이비인후-두경부외과 전담 병상이 줄어들 가능성이 있다. 47개 모든 상급종합병원이 구조전환에 참여하면서 일반 병상이 3625개(전체 상급종합병원 일반 병상의 8.6%)가 줄어드는 만큼 가장 먼저 영향을 받는 과 중에 하나일 것이다. 병원이 클수록 줄이는 병상은 많고, 인력 재배치 등 조정 규모가 클 수 밖에 없다. 줄어드는 병상을 효율적으로 운영하기 위해서는 이비인후-두경부외과를 담당했던 간호사들의 재배치가 이루어져, 전문성은 떨어지고 노동강도는 높아지게 된다. 과의 특성상 전신마취가 필요한 소아나 고령 환자, 장애인 환자 등이 많기 때문에 환자관리가 더욱 어려워지게 된다. 따라서 간호사 재배치에 따른 교육, 훈련과 보상 등이 충분히 이뤄질 수 있도록 관련 학회들과 함께 정부에 기준 마련을 요구해야 한다. 셋째, 전공의 교육에 차질이 빚어질 수 있다. 간호사 뿐만 아니라 의대 교수들도 구조전환의 영향권에 놓여 있다. 상급종합병원 진료는 전문 과목으로 나뉘어져 있기 때문에 결원이 생길 경우 해당 전문 과목 전공 교수를 다시 뽑아야 하지만, 병원에서 소극적인 대응을 할 경우 충원을 하지 못해, 교육을 위해 다른 병원으로 파견을 나가야 할 수도 있다. 정부는 중증 환자 뿐만 아니라 경증 환자에 대한 수련 기회를 제공하고, 지역·필수의료도 경험할 수 있도록 다기관 협력 수련을 권장하고 있다. 그러나 교육에 대한 참여기관의 역량 및 질 확보, 체계적이고 구체적인 교육 프로그램 구축, 전공의 숙소 등 생활지원 방안 마련과 같은 부분이 먼저 해결되어야 할 것이다. 다기관 협력수련 권장인 비수련 종합병원의 부족한 의사 인력 보충이나 채우

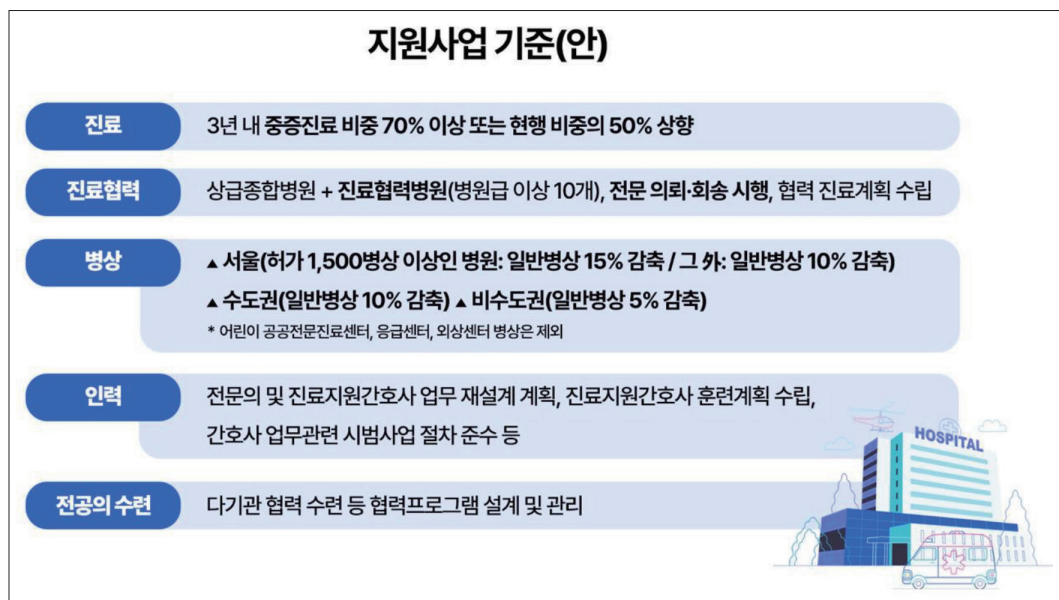


Fig. 1. The standards for the restructuring support project for tertiary hospital.

지 못한 공공의료의 의사 인력 보충 방안으로 악용되지 않도록 대한의학회와 함께 전문학회로서 노력해야 한다.

비급여 관리 강화

우리나라는 총 진료비와 비급여 규모가 증가 추세를 보이는 가운데, 국민건강보험의 보험금 지출이 늘어남에 따라 2026년에 적자 전환 후 2031년에 누적 준비금 소진이 예상되고 있다.⁸⁾ 따라서 정부는 비급여 팽창을 막고 건강보험 보장성을 강화하기 위해 비급여 관리를 강화하려고 한다. 세부 방안으로는 비급여 모니터링 및 정보 제공을 확대하고, 비급여 분류를 체계화하는 목록 정비를 통해 표준화 작업을 추진한다 (Fig. 2). 특히 비중증 과잉 비급여는 집중 관리를 하는데, 비중증·비급여 진료에 대해 의학적 필수성이 낮은 경우 건강보험 급여와 병행하여 진료 시 급여를 제한하고(혼합진료 금지), 의학적 필수성이 불명확한 경우에는 병행진료 관리급여를 신설하여 건강보험체계 내에서 관리 방안을 모색하고, 주기적 의료기술 재평가와 효과성 검증을 통해 문제가 되는 기술은 비급여 항목에서 퇴출하는 방안을 검토하고 있다. 그러나 혼합진료 금지는 요양기관 당연지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법상 위헌 소지가 생길 뿐만 아니라,⁹⁾ 급여 진료만 할 경우 확립된 의료서비스만 국민들에게 제공될 수 밖에 없다. 또한 National Health Service 체계를 가지고 있는 영국이나 북유럽 국가들은 의료의 질이 떨어지고 입원 대기 환자가 급증하며, 자유주의 의료체계를 가지고 있는 미국은 고비

용 민간보험 중심으로 의료 접근성이 낮고 불평등이 심화되는 문제를 갖고 있다. 반면 National Health Insurance 의료 보장 체계를 가지고 있는 우리나라는 혼합진료가 가능한 덕분에 OECD 국가들보다 낮은 수가로도 의료기관을 유지할 수 있었으나, 이제는 이것도 힘들게 되었다. 2024년 9월 보건복지부와 국민건강보험공단은 2023년 하반기 비급여 보고자료 분석 결과를 발표했는데, 진료과목별로는 정형외과, 신경과, 내과, 일반외과, 산부인과 순으로 비급여 진료비 규모가 높았고, 상병별로는 근골격계통 및 결합조직 질환, 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타결과, 기타, 신생물 순이었으며,¹⁰⁾ 이비인후-두경부외과는 진료과목별/상병별 비급여 진료비 현황에서 순위에 들지 않을 정도로 비급여 항목이 거의 없는 진료과로 나타났다. 따라서 상대적으로 피해를 덜 보기는 해도 몇 가지 대비할 필요는 있다. 첫째, 정부는 비급여 관리에 관한 법률(가칭) 제정을 검토하기로 했다. 이를 통해 비급여 진료를 하려면 의사가 환자에게 해당 진료 항목이 의학적으로 얼마나 검증됐는지 등을 구체적으로 설명하고 서면 동의를 의무화 하는 내용이 포함될 것으로 보인다. 따라서 회원들을 위해 설명서와 동의서에 들어갈 최소한의 내용들을 미리 논의할 필요가 있다. 둘째, 선정된 신의료 기술들이 퇴출되지 않도록 노력이 필요하다. 대부분의 신의료 기술들이 비급여 진료로 묶여 있다. 비급여 항목들의 효과를 주기적으로 재평가해서 안전성과 유효성이 부족하면 퇴출시키기 때문에, 학문적으로 이를 뒷받침 할 수 있어야 한다. 셋째, 신의료 기술

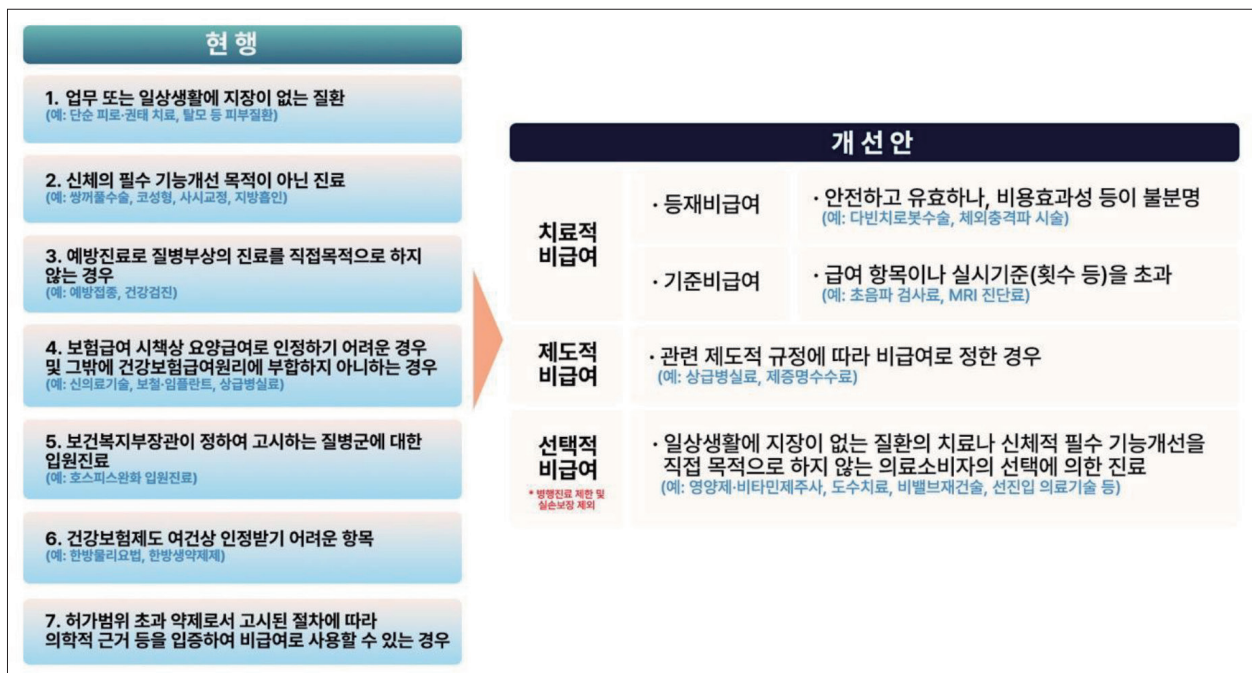


Fig. 2. Review of improvement in non-covered benefit.

을 발굴할 TF를 운영해, 회원들의 권익을 증진하고 의학 패러다임의 변화를 선도할 중증난치질환 치료에 앞장설 필요가 있다. 이는 정제되어 있는 상대가치점수 상향을 위해서도 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다.

실손보험 제도 개선

정부는 비중증 보장은 대폭 줄이고 중증 보장은 늘리는 '5세대 실손보험'을 계획하고 있다. 주요 내용은 실손보험 청구가 빈번한 비중증·비급여 치료에 대해서는 실손보험의 본인 부담률을 현행 20% (평균)에서 90% 이상으로 대폭 인상하고, 비중증 치료에 대한 실손보험 보장 한도를 현행 5천만 원에서 1천만 원으로 축소하면서 일일 20만 원까지만 보장하게 하고, 실손보험 청구가 가장 많은 상위 '10대 비중증·비급여 항목 리스트'를 만들어 관리하는 내용들이 포함되어 있다. 리스트에는 도수 치료, 영양 주사, 일부 척추 시술, 비급여 MRI, 증식 치료, 체외 충격파, 비밸브 재건술 등이 해당될 가능성이 높다. 그러나 본인 부담률을 인상하는 것은 민간보험사가 부담하던 비용 부분을 실손보험 가입자에게 전가하는 것으로 민간보험사의 이익만 증가시키는 정책이 될 것이다. 실손보험은 민간 보험사와 보험 소비자 개인이 맺은 사적 계약의 영역이므로 국가가 개입해서는 안된다. 최근에 나온 신문기사나 보험연구원 세미나에서 발표된 자료를 보면 이비인후-두정부외과의 비급여 지급보험금 비율이 증가하고 있는데,^{11,12)} 비밸브 재건술이나 독감 치료를 위한 일부 의료기관의 비급여 주사치료가 영향을 준 것으로 분석하고 있다. 의학적으로 인정되는 적응증 범위 안에서 진료상 필요에 따라 적절하게 실시된 경우는 문제가 없기 때문에, 회원들이 관련 서류나 차트 작성시 주의하도록 주기적으로 안내할 필요가 있다.

결론

대한민국 헌법 36조 3항에는 '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다'고 기술되어 있다. 이는 국가가 국민 개 개인의 안녕과 건강을 위해 다양한 정책들을 만들고 수행하며, 국민들은 이를 믿고 따를 때 평생 건강한 삶을 살 수 있다는 믿음에 바탕을 두고 있다. 따라서 많은 비용이 드는 보건 의료정책을 효율적으로 실행하기 위해서는 통계와 과학적 근거를 기반으로 의료 현장에서 일하고 있는 전문가들과 끊임없이 함께 논의해야 한다. 하지만 일련의 정부 정책들은 현장의 목소리는 배제한 채, 일방적이고 감정적으로 진행되는 것처럼 보인다. 의사 수를 늘리는 것만으로는 초고령사회를 대비하고 필수·지방의료를 활성화 시킬 수 없다. 근본적인 저수가 체계를 개선하면서 의료인의 법적 부담을 줄이는 것부터

시작해야 한다. 정부는 의료개혁 2차, 3차 실행방안들을 계속 준비하고 있다. 이에 앞서 의료개혁 1차 실행방안에서 언급한 많은 정책들이 과연 국민들을 위한 정책인지 돌아볼 필요가 있다. 이비인후-두정부외과 회원들 역시 정부의 정책 발표에 지속적으로 관심을 가지고, 문제점을 분석하며, 국민들에게 진짜 필요한 정책이 무엇인지 끊임없이 목소리를 낼 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.

ORCIDs

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) Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve JE, Aknin LB, Wang S. World happiness report 2024 [online] [cited 2024 Dec 27]. Available from: URL: <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2024/WHR+24.pdf>.
- 2) 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>.
- 3) Ministry of Health and Welfare. Healthcare reform 1st implementation plan [online] [cited 2024 Dec 27]. Available from: URL: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1482955&tag=&nPage=1.
- 4) Ministry of Health and Welfare. OECD health statistics 2024 [online] [cited 2024 Dec 28]. Available from: URL: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483195&tag=&nPage=1.
- 5) Lim HT, Park IH. [Proposals for resolving medical conflicts and addressing essential and regional healthcare disparities in Korea]. J Korean Med Assoc 2024;67(8):494-9. Korean
- 6) Korean Medical Association. Immediately stop discussion on introducing a medical licensing system that exploits residents [online] [cited 2025 Feb 17]. Available from: URL: https://www.kma.org/notice/sub1_view.asp?nridx=6815.
- 7) Cho JH, Lee SY, Lee SH, Mun SK, Park CS. [Analysis of changes in RBRVS and frequency of implementation of surgical and treatment procedures in surgical departments over the past 20 years]. Korean J Insur Med 2024;19:23-32. Korean
- 8) National Assembly Budget Office. NABO medium-term fiscal projection: 2024~2033 [online] [cited 2024 Dec 28]. Available from: URL: <https://nabo.go.kr/q/yUrXzhd5>.
- 9) Hong SR, Hwang SJ. A study on the legal theory of the national health insurance system [online] [cited 2025 Feb 19]. Available from: URL: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf.

- 10) Ministry of Health and Welfare. Analysis results of non-covered reporting data for the second half of 2023 [online] [cited 2024 Dec 28]. Available from: URL: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1483136&act=view.
- 11) Seo JY. Otolaryngology ranks first in non-coverage increase rate for accident insurance...Non-valve reconstruction surgery is the main culprit [online] [cited 2025 Jan 5]. Available from: URL: <https://biz.heraldcorp.com/article/3844246>.
- 12) Kim KS. Current status and improvement challenges of loss medical insurance [online] [cited 2025 Feb 18]. Available from: URL: https://www.kiri.or.kr/pdf/%EC%84%B8%EB%AF%B8%EB%82%98%EC%9E%90%EB%A3%8C/smn_20241205_2.pdf.

정답 및 해설

답 ③

해설 비내시경상 좌측 상비도에 bluish한 박동성(문제에서는 생략) 종괴가 관찰되며, CT 및 MRI상 좌측 cribriform plate와 연결된 낭성(T2-weighted image [W]에서 hyperintense, T1WI에서 hypointense) 병변이 관찰된다. 재발성 뇌수막염 병력을 고려할 때, 가장 가능성 높은 진단은 meningocele이다. Meningoencephalocele은 신경조직이 지주막하 연결을 유지한 채로 중추신경계에서 탈출한 것으로, 비강 내에서는 주로 lateral wall of sphenoid sinus (56%), cribriform plate (25%), posterior wall of frontal sinus (13%) 등에서 발생한다. 치료는 주로 endoscopic surgery이며, meningocele을 절제한 후 nasoseptal flap, abdominal fat, fascia, glue 등을 이용하여 skull base defect를 재건한다.

참고 문헌: 대한이비인후과학회. 이비인후과학:비과. 개정2판. 파주: 군자출판사;2018. p.478-80.