

국민건강권 확보를 위한

2020 총선대비 보건의료 정책제안서



〈목 차〉

1. 실효성 있는 의료전달체계 정립을 위한 구체적 방안 마련	1
2. 지속가능성 확보를 위한 건강보험체계 개선	4
3. 건강보험 보장성 강화정책 및 건강보험종합계획 전면 재검토	7
4. 보건의료정책 의사결정과정 관련 위원회 개선	9
5. 안전한 환자 진료를 위해 전공의 수련에 대한 국가 지원 및 의사인력계획 전담 전문기구 설치	11
6. 의사면허관리기구 설립 및 자율징계권 확보	14
7. 의료기관 내 무면허 의료행위 근절	16
8. 의료기관 내 폭력 근절을 위한 대책 마련	18
9. 진료환경 보호법 제정	20
10. 한의사의 불법 의료행위 근절	22
11. 원격의료 규제자유특구 사업 중단 및 대면진료 보완 수단 지원 강화	24
12. 국민 조제선택제도 시행	26

1

실효성 있는 의료전달체계 정립을 위한 구체적 방안 마련

1) 현황 및 문제점

(1) 대형병원 환자쏠림 심화

- 환자들이 자유롭게 의료기관을 선택할 수 있고, 별다른 제약없이 특정 지역의 의료기관을 이용할 수 있어 대형병원의 환자쏠림 현상이 가속화되고 있음.
- 이는 불필요한 의료자원의 낭비를 초래해 건강보험 재정지출에 악영향을 미치고, 진료대기 시간의 증가로 중증질환 치료가 필요한 환자들이 적정 치료시점에 치료받기 어려운 상황도 발생시킴.
- 참고로, 지난 10년간 의료기관 종별 진료비의 점유율은 의원급 의료기관에서 3.9%p 감소한 반면, 병원급 의료기관은 모두 증가하였으며 특히 상급종합병원의 증가폭이 2.1%p로 가장 컸음(표 1).

〈표 1〉 10년간 의료기관 종별 진료비 점유율 변화 추이¹⁾

(단위: 조원, %)

구분	2008		2018		점유율 증가 (08→18 증감)
	진료비 (조원)	점유율(%)	진료비 (조원)	점유율(%)	
상급종합병원(42개)	5.3	15.2	13.5	17.3	(2.1%p)
종합병원(311개)	5.3	15.2	12.9	16.6	(1.4%p)
일반병원(1,465개) ²⁾	2.9	8.3	6.9	8.9	(0.5%p)
의원(31,718개)	8.2	23.5	15.2	19.6	(-3.9%p)
전체 요양기관 진료비 총액	35.0	100.0	77.8	100.0	

자료: 건강보험심사평가원. 진료비 주요통계 2008, 2018.

(2) 의료기관간 분업 및 협업 불가능

- 우리나라 의료체계에서 환자들은 질병이 발생했을 때 최초 접점 의료기관을 선택하는데 어려움을 겪으면서, 일차의료기관보다 상급종합병원을 선택하여 원하는 모든 의료서비스를 받기를 원함.
- 또한 의료기관간 분업과 협업이 불가능한 분절된 의료전달체계는 환자들이 동일 질환으로 여러 의료기관을 내원할 수 있게 함으로써 고비용·비효율적인 의료체계를 초래하는 원인이 되었음.

(3) 일차의료 기능 활성화 동력 저해

- 왜곡된 의료전달체계에서 병·의원과 상급종합병원간 진료의뢰 및 회송체계는 제도와

1) 요양기관수는 '18.12월말 기준임.

2) 일반병원 진료비에서 요양병원은 제외함.

형식만 있을 뿐 제대로 작동하지 않고 있음.

- 특히 의료기관 간 진료의뢰-회송에 대한 기준과 절차의 불명확성으로 환자들이 체계적으로 필요한 의료서비스를 받을 수 없는 환경에 놓였으며, 일차의료기관이 궁극적으로 추구해야 할 역할조차 제대로 할 수 없는 상황임.

(4) 의료불균형 극대화

- 의료기관 종별 경쟁구도는 갈수록 심화되고 있으며, 이는 곧 병상수, 의료장비의 과도한 투자로 이어질 뿐 아니라 의료기관 종별, 지역별 의료자원의 불균형 및 의료양극화를 야기시킴.
- 주로 대도시 지역을 중심으로 의료자원(의료시설과 인력, 장비 등)이 편중되어 지역간 의료불균형이 심화되었으며, 무엇보다 지역내 중소병원의 역할이 모호하여 의료불균형으로 인한 피해를 고스란히 받고 있음.

※ 정부의 『의료전달체계 개선 단기대책(2019.09.04.)』 검토의견

- 정부의 왜곡된 의료전달체계의 문제해결에 대한 강한 의지로 발표된 대책임에도 불구하고, 상급종합병원을 제외한 의료기관의 역할이 명확하지 않고 예산안 등 구체적인 실행방안도 제시하지 않아 해당 단기대책의 실효성이 우려됨.

2) 정책제안

(1) 환자들의 의료이용 합리화를 위한 홍보강화

- 정부는 국민들이 의료전달체계에 대한 개념과 절차를 인지할 수 있도록 관련 정보제공 방안을 마련하고, 관련 홍보도 강화해야 함.
- 환자들이 체감할 수 있는 편의제공 및 합리적인 의료이용을 유도하기 위해 중장기적으로 일차의료기관의 본인부담금 인하 등 재정적 지원도 적극 고려해야 함.

(2) 의료기관 종별 역할과 기능의 체계적 정립 및 일차의료 활성화

- 의료기관 종별 역할과 기능에 대한 체계적인 개편으로 환자가 적절한 의료기관을 선택할 수 있는 합리적인 원칙과 기준을 정립해야 함. 만성질환에 대한 예방과 관리, 조기진단 기능의 중요성을 고려하여 일차의료의 활성화를 위한 구체적인 노력이 필요함.
- 일차의료 기능강화를 위한 수가개편 : 의원급 의료기관은 경증질환자에 대한 외래진료를, 병원급 의료기관은 입원진료, 중증·고난이도 환자에 대한 진료, 연구 등에 집중할 수 있도록 수가체계를 개편할 필요가 있음. 의원급 의료기관의 외래진찰료 수가를 인상하고 만성질환, 생활습관병 등의 예방관리를 위한 건강증진료를 신설하며 예방관리수가에 대해 검토해야 함.

- 일차의료 책임조직 신설 및 전담인력 양성 : 지속적으로 증가하는 일차의료 수요에 체계적으로 대응할 수 있도록 보건복지부 내에 일차의료 전담조직을 신설하고 정책 대안을 마련해야 함. 아울러 일차의료 전담인력을 양성하기 위해 유관기관과 협력하여 학부 및 수련교육 과정에 일차의료 역량강화를 위한 커리큘럼을 개발하고 교육·수련용 일차의료기관의 구축 및 교육수가 신설방안도 고려해야 함.

(3) 경증 및 중증질환 범위의 재정립과 의뢰·회송기준의 구체화를 통한 내실 확보

- 현재 분류되어 있는 경증·중증·복합질환의 범위를 검토하고 기존 분류기준의 근거를 평가하여 합리적인 기준으로 재정비해야 함.
- 경증질환자의 진료의뢰와 병원급으로 의뢰된 중증질환자의 치료 종료 후 회송에 대한 기준과 절차를 구체화하고, 진료의뢰-회송 이후 환자결과 등에 관한 모니터링 및 사후관리 체계를 마련해야 함. 아울러 의학적 상태에 따른 진료의뢰-회송 예외기준도 개발할 필요가 있음.

(4) 지역별 균형있는 의료전달체계 확립을 위한 보건복지부 내 중소병원정책과 신설

- 지역병원이 지역간 의료불균형을 해소하는 데 있어 의원급 의료기관과 상급종합병원간 중요한 가교역할을 할 수 있도록 기능을 명확하게 구분하고, 역할 수행을 제대로 할 수 있도록 정부가 적극적으로 지원해야 함. 이를 위해 보건복지부 내 중소병원 정책과를 신설하고 정책적·행정적 지원에 관한 종합적인 업무를 담당하도록 해야 함.

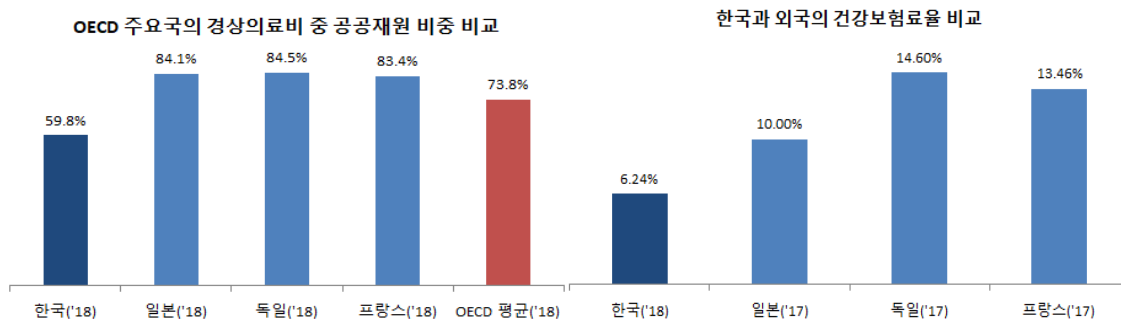
2

지속가능성 확보를 위한 건강보험체계 개선

1) 현황 및 문제점

(1) 안정적인 건강보험제도 운영을 위한 충분한 자원마련 미흡

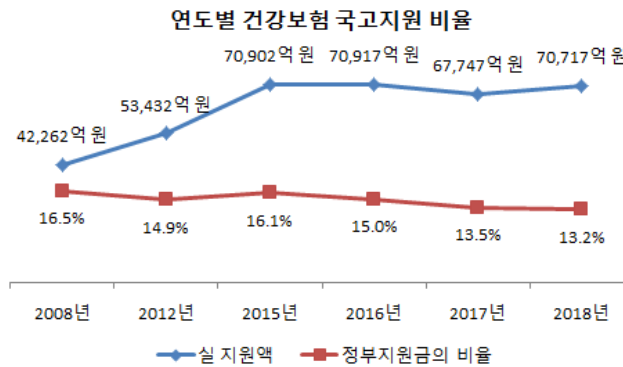
- 우리나라의 건강보험료율은 6.24%로 주요 선진국들에 비해 낮고, 경상의료비에서 공공재원이 차지하는 비중 역시 59.8%로 OECD 평균인 73.8%에 못 미침³⁾.



자료: OECD Health Statics 2019.

자료: 보건복지부, 제1차 건강보험종합계획(안), 2019.4.10.

- 그럼에도 불구하고 건강보험에 대한 국고지원율은 법에서 정한 20% 수준에 못 미치고 있어 지속가능한 건강보험제도를 위한 자원확보 방안이 미흡한 실정임.



자료: 국민건강보험공단 노동조합, 성명서 '국고지원 정상화 없는 보장성 강화', 2019. 8. 30.

(2) 낮은 건강보험 보장률과 국민들의 높은 의료비 부담

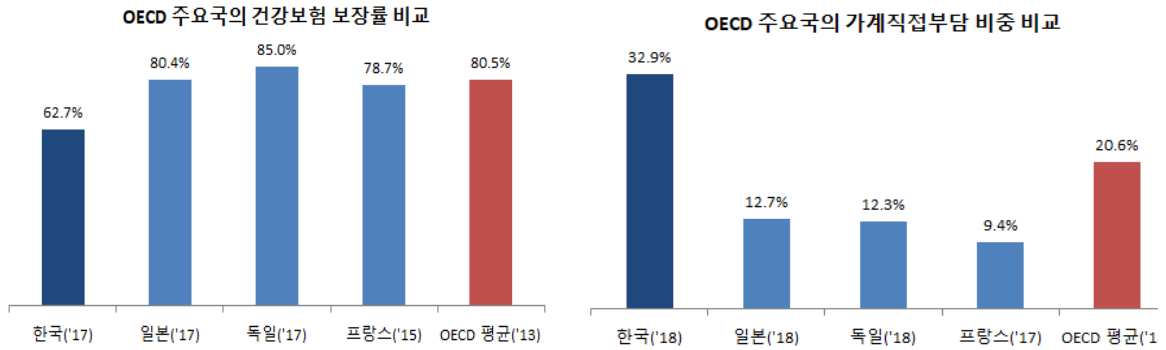
- 우리나라의 건강보장률은 62.7%로 OECD 평균인 80.5%보다 낮으며⁴⁾, 경상의료비 중 가계직접부담 비중은 32.9%로 OECD 평균인 20.6%보다 높아⁵⁾ 선진국들과 비

3) OECD Health Statistics 2019(2019.10.14. 인출), OECD평균은 2018년(혹은 인접 과거년도) 통계가 있는 36개국의 평균임.

4) OECD 국가의 건강보험 보장률 중 일본과 독일은 보건복지부, 제1차 건강보험종합계획(안)에서, 프랑스는 보건복지부 보도자료, '건강 보험료는 건강보험 보험료는 지난 10년간('07~'16)의 인상 수준을 유지 중에서 발취하였으며, OECD 평균은 KBS뉴스(2016), '계속 들어?말어? 실손보험 어야해야 하나...'의 자료로 2013년 혹은 인접 과거년도의 평균임.

5) OECD Health Statistics 2019(2019.10.14. 인출), OECD평균은 2018년(혹은 인접 과거년도) 통계가 있는 36개국의 평균임.

교했을 때 보장수준이 낮고 국민들의 의료비 부담이 높음.

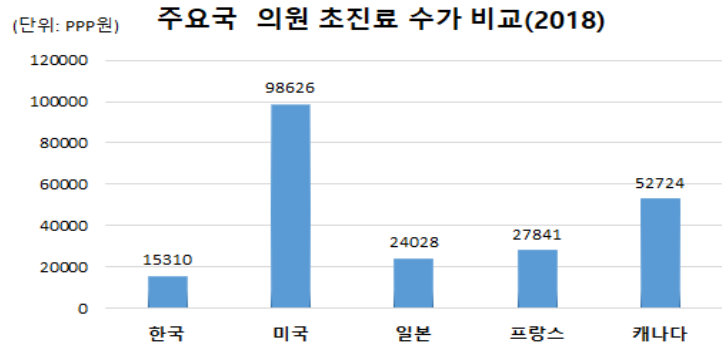


자료: 보건복지부, 제1차 건강보험종합계획(안).
2019.4.10., 보건복지부 보도자료, '건강보험 보험료는
지난 10년간('07~'16)의 인상 수준을 유지 중'.
2018.12.26., KBS 뉴스, '계속 들어? 말어? 실손보험
어이해야 하나...', 2016.3.25.

자료: OECD Health Statics 2019.

(3) 저수가로 인해 비효율적인 의료공급체계 야기

- 우리나라의 의료수가는 주요 연구들에서 원가 이하의 저수가로 평가받고 있음.
 - ※ 의원급 의료기관 원가보전을 62.6%, 진찰료 원가보전을 50.5%(연세대학교 산학협력단, 2016)
- 주요 선진국과 비교해도 건강보험 수가는 현저히 낮은 수준임.
 - ※ 우리나라 의원 초진 진찰료, 일본의 64%, 프랑스의 55%, 캐나다의 29%, 미국의 16% 수준(의료정책 연구소, 2019)
- 이러한 저수가 현상은 3분 진료의 박리다매식 진료문화를 유발하고 이는 높은 의료 이용과 서비스 질 저하 등의 부작용을 야기함.
 - ※ 2017년 기준 우리나라 국민 1인당 외래진료횟수 연간 16.6회, OECD 평균 7.1회(OECD Health Statistics, 2019)
- 이러한 고질적인 '저부담-저수가-저보장' 3低 시스템으로 인해 의료체계의 비효율과 의료서비스 질이 하락되는 악순환이 반복되고, 결과적으로 의사와 환자 모두가 만족하지 못하는 결과가 발생됨.



주) 한국: 건강보험 행위 급여·비급여목록표 및 급여 상대가치 점수, 보건복지부
미국: Medicare Physician Fee Schedule, Centers for Medicare & Medicaid Services(Level 3(최다 청구) 기준)
일본: 진료보수점수표, 후생노동성장관
프랑스: Nomenclature Générale des Actes Professionnels, Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
캐나다: Schedule of Benefits, Ontario Ministry of Health and Long Term Care
자료: 의료정책연구소, 2019

2) 정책제안

(1) 건강보험재정 안정화를 위한 재원확충 마련

- '적정부담-적정수가-적정보장'의 의료제도 정착을 위해서는 무엇보다 건강보험 재정의 안정이 선결되어야 함.
- 보험료 인상만으로는 안정적 재정운영에 한계가 있으므로 현재 제대로 이행되고 있지 않은 정부의 국고지원이 준수될 수 있도록 관련규정을 정비하고, 향후 국고지원율을 점차 확대하는 방안을 마련해야 함.

(2) 의료공급체계 효율화와 의료서비스 질 보장을 위한 적정수가 보장

- 현재 원가 이하의 저수가로는 양질의 의료서비스 제공이 담보될 수 없음. 박리다매식 진료행태를 근절하고 의사가 환자를 지속적으로 관리할 수 있는 진료환경을 조성할 수 있도록 진찰료 등의 인상을 통한 적정수가 체제를 확립해야 함.

1) 현황 및 문제점

(1) 건강보험 재정에 대한 대책 없이 시행된 무리한 건강보험 보장성 확대

- 2018년 8월 정부는 ‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’를 내세워 건강보험 보장성 강화 정책(일명 문재인케어)을 발표하였음. 정부는 건강보험 혜택을 받을 수 있는 의료서비스를 늘려 현행 62%인 건강보험 보장률을 임기 내에 70% 수준으로 확대하되, 보험료는 현행 인상 수준(3.2%)으로만 유지하겠다고 공언함. 즉 건강보험에서 더 많이 보장해주고, 환자 비용부담이 큰 비급여를 없애며, 돈은 더 건지 않겠다는 것이 보장성 강화정책의 핵심임.
- 우리나라의 건강보험제도는 양적 성장을 위해 낮은 보험료 부과 구조로 시작되었기 때문에 보장성이 낮음. 이러한 상황에서 정부는 낮은 보험료 부과 개선없이 건강보험 보장성 강화를 위한 보험급여 확대에만 지나치게 매달리고 있음.

(2) 무분별한 보장성 확대에 의한 의료이용 증가와 의료전달체계 왜곡

- 건강보험제도의 보장성 강화는 중요하지만 이로 인한 의료이용 증가, 의료비 부담 증가는 사회적 문제가 될 수 있음. 특히 향후 인구구조(미래 비용부담세대의 감소)를 감안하면 급여 확대는 신중하게 다루어야 함.⁶⁾
- 일례로, 정부의 보장성 강화정책의 일환으로 MRI 건강보험 적용이 확대되고 있는 가운데, MRI 보장성 강화 시행 전과 후 6개월간 촬영현황을 비교한 결과 촬영건수와 진료비가 2배 이상 증가한 것으로 나타남.⁷⁾

〈표 2〉 MRI 건보적용 시행일 전·후 6개월간 의료기관 종별 MRI 촬영현황

(단위: 천회, 천명, 억원)

구분	이전 6개월			이후 6개월		
	총횟수	환자수	진료비	총횟수	환자수	진료비
상급종합병원	328	218	955	507	284	1,534
종합병원	293	194	775	701	358	1,886
병원	82	67	194	196	119	479
의원	28	22	71	91	57	243
소계	730	484	1,995	1,495	790	4,143

자료: 정정숙의원실 국감발표자료, 2019. 10. 11. 재정리

6) 이규식 외, 의료개혁의 필요성, 의료정책연구소, 2007. 12. p.21.

7) 메디게이트 뉴스 2019. 10. 11. 보도. MRI 건강보험 적용으로 촬영 건수·진료비 2배 이상 증가

- MRI·초음파 등 건강보험 급여 확대, 종합병원·상급종합병원 2~3인실 입원 등에 건강보험 확대 등 환자의 비용 부담을 낮춘다는 명목의 보장성 강화정책들은 대형병원 이용의 문턱을 낮추고, 환자쏠림 현상만 가중시키고 있음.

(3) 이해관계자간 충분한 논의 없이 진행된 정부 주도의 ‘국민건강보험 종합계획’ 발표

- 정부는 2019년 4월 ‘제1차 국민건강보험 종합계획’을 발표하였음. 이는 2016년 개정된 국민건강보험법(제3조의2)에 의거, 건강보험제도의 안정적 운영과 제도의 예측가능성 확보를 위해 5년마다 제도 운영에 관한 중장기 계획을 수립한다는 취지임. 그러나 1차 종합계획 발표 후 의료계는 물론 시민사회 단체에서도 비판의 목소리가 나왔음.
- 1차 종합계획은 건강보험관련 제도를 총망라하여 다양한 쟁점사항을 포함하였으나, 이해관계자들과 충분한 논의를 거치지 않은 정부주도의 일방적 발표였음.
- 특히 종합계획은 현재 보건의료 현황에 대한 정확한 평가를 바탕으로 모든 이해당사자들과 장기적인 관점에서 건강보험정책의 비전과 방향을 설정해야 하나, 현 상황에 대한 평가는 물론 장기적 관점에서의 계획 없이 졸속으로 추진하여 발표하였음.

2) 정책제안

(1) 정부 보장성 강화정책의 객관적인 중간평가 필요

- 현재 보장성 강화정책으로 인해 대형병원의 환자 쏠림, 건강보험 재정 불안 문제 등 부작용들이 곳곳에 나타나고 있음. 현 상황에 대한 정확한 진단을 위해 이해당사자 모두가 참여한 평가위원회를 꾸려 보장성 강화정책으로 인한 장단기 영향을 검토하고, 관련 정책의 개선 기회로 삼아야 할 것임.

(2) 건강보험 보장성 강화원칙 수립

- 보장성 확대의 명확한 원칙을 세워 단계적으로 추진할 필요가 있음. 공론화를 통해 의학적으로 꼭 필요하고, 국민에게 실질적 혜택이 될 수 있는 의료서비스부터 보장성이 강화되도록 급여화 원칙을 세우고 그 안에서 우선순위를 설정하여야 함. 또한 정부는 필수의료 분야에 대한 지원 확대 및 재정 투입 계획을 마련해야 함.

(3) 제1차 국민건강 종합계획 전면 재검토

- 졸속으로 추진된 ‘제1차 국민건강 종합계획’은 전면 재검토되어야 함. 현재 우리나라 보건의료 현황에 대한 정확한 평가를 바탕으로 중장기적 관점의 건강보험정책 개선 방안을 공론화하고, 단계별 실행계획을 수립할 필요가 있음.

1) 현황 및 문제점

(1) 건강보험정책심의위원회(건정심)의 의사결정 구조 문제로 인한 조정 및 중재기능(역할) 미흡

- 국민건강보험법은 건강보험정책에 관한 심의·의결을 위해 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)를 두도록 규정하고 있음. 건정심은 건강보험정책에 관한 주요사항 전반을 심의·의결하는 기구로서, 보건의료정책 전반에 중요한 역할을 하며 막대한 영향력을 행사하고 있음.
- 특히 현행 국민건강보험법상 요양급여비용(수가) 계약제는 외형적으로는 대등한 보험자와 의료공급자 대표가 협상을 통해 요양급여비용을 계약하도록 하였으나, 계약과정에서 건정심의 역할과 권한행사로 요양급여비용(수가) 계약이 원활히 성사되지 못하고 있음.
- 건정심은 국민건강보험법 제4조에 근거하여 가입자대표 8인, 공급자대표 8인 및 위원장(보건복지부차관)등 총 25인으로 구성됨. 형식적으로는 공급자, 가입자, 공익위원이 모두 같은 비율로 배분되어 있으나, 공익위원의 구성이나 선발절차 등에서 사실상 정부의 영향력이 높아 건정심 심의·의결 과정에서 정부 입장을 고수하기에 상대적으로 유리한 구조임.

〈표 3〉 건강보험정책심의위원회 구성

위원장 : 보건복지부 차관		
가입자 대표(8인)	공급자 대표(8인)	공익대표(8인)
근로자대표(2인)	의협(2인)	보건복지부(1인)
사용자대표(2인)	병협(1인)	기재부(1인)
시민단체(1인)	치협(1인)	공단(1인)
소비자단체(1인)	한의협(1인)	심평원(1인)
농어업단체(1인)	간협(1인)	보사연(1인)
자영자단체(1인)	약업계(2인)	진흥원(1인)
		학계(2인)

- 또한 건정심의 경우 심의·의결 기능에 중점을 두고 있어, 계약당사자 간 이익갈등을 조정 및 중재하거나, 합의를 도출해내는 기능이 미흡함. 건정심 운영의 중립성·객관성 확보를 위한 구성 개편에 대한 문제제기는 감사원을 비롯한 정부 산하 연구기관, 시민단체 등에서도 꾸준히 있어왔음.

(2) 건강보험공단 재정운영위원회의 기능(역할) 문제로 인한 공정한 계약 저해 및 갈등 유발

- 공단 재정운영위원회 역시 요양급여비용(수가) 계약을 위한 협상부터 체결까지 심

의·의결에 관여하고 있어, 계약 당사자인 공단(이사장)의 자율적인 협상 권한이 보장되지 않고, 협상 과정에서 갈등만 유발하고 있음.

2) 정책제안

(1) 건정심 기능 축소 및 위원 구성 개선(중립성 및 전문성 확보)

- 건정심은 그간 독점적인 의사결정이 가능한 구조로 운영되어 온 바, 그 역할과 기능을 검토하여 과도한 권한을 축소할 필요가 있음.
- 특히 건강보험제도는 사회보험으로서 구성원 간 균형 있는 합의를 통해 주요사항을 결정하는 것이 바람직하다는 점에서, 건정심 구성의 중립성을 강화하여 조정·중재 기능을 확보하는 방향이 바람직함.
- 건정심 위원구성의 불합리성을 본질적으로 개선하기 위해 공급자와 가입자의 위원을 동수로 구성하고, 실질적인 중재와 조정이 가능하도록 가입자와 공급자가 각각 동수로 추천한 위원과 공급자와 가입자가 상호 동의한 위원으로 건정심 공익위원을 구성하는 것이 바람직함. 또한 참여위원들의 책임성 강화를 위해 논의과정을 투명하게 공개할 필요가 있음.

(2) 재정운영위원회 기능 변경

- 재정운영위원회 역시 심의·의결기구에서 자문기구로 전환하여 그 역할을 축소시킬 필요가 있음.
- 또한 재정운영위원회 위원의 전문성도 문제가 되고 있으므로 현재 가입자(직장과 지역가입자 대표 각10명)와 공익위원으로만 구성되어 있는 위원회 구성을 개편하여 의료공급자와 보건의료 전문가가 포함되도록 해야 함.

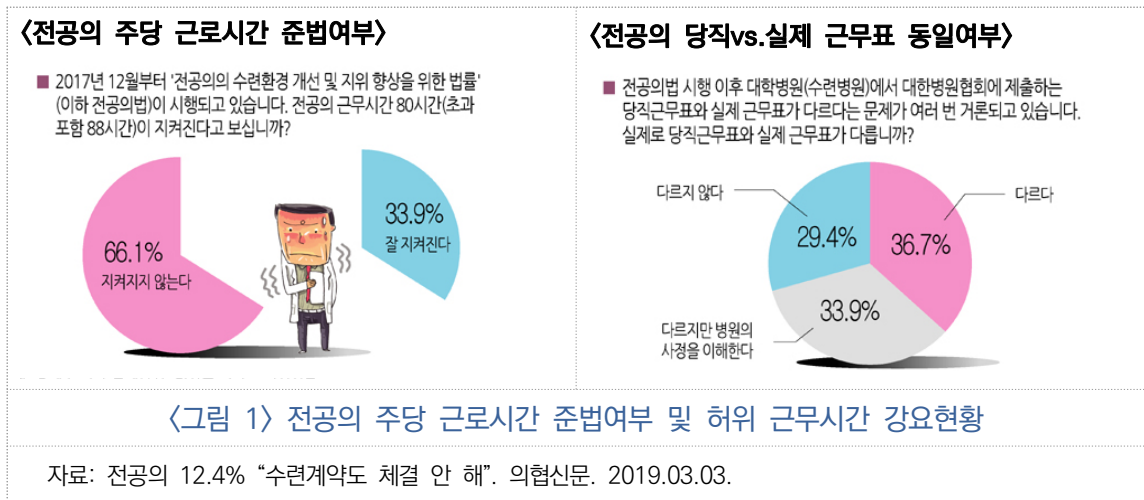
1) 현황 및 문제점

(1) 전공의 수련환경 아직 개선 안 돼 환자 안전 진료 위협

- 2016년 '전공의의 수련환경 개선 및 지위향상에 관한 법률(이하 전공의법)' 시행으로 주당 전공의 수련시간 상한설정(최대80시간/주) 이후, 주당 근로시간⁸⁾이 평균 5.1시간 감소하는 일부 효과는 있으나, 아직도 살인적인 초과 근무시간으로 인한 전공의 번아웃(burn-out)은 의사의 건강뿐 아니라, 환자들의 안전 진료까지 위협하는 요소가 되고 있음.

(2) 전공의 피로 누적 여전한 수련환경 & 타 직역 의사로 업무과중 전이 동시 발생

- 2019년 조사결과 전공의법 주당 근로시간 규정이 지켜지지 않고 있고, 수련병원에서 전공의들에게 허위 근무시간을 강요하면서 대한병원협회에 제출하는 근무표는 실제와 다름(그림 1).



- 동시에 추가의 의사인력 투입 없이 전공의법 시행으로 근무시간이 감소함에 따라 병원 내 의사부족 문제와 더불어 타 직역 의사들의 업무과중으로 이어져 환자의 안전 문제 및 왜곡된 의료서비스를 유발하는 근본적인 원인이 되고 있음.

(3) 양질의 전공의 수련을 위한 국가의 재정적 투자 및 행정적 노력은 전무

- 미국, 일본, 영국에서는 전공의 수련비용을 정부가 전적으로 지원하나, 우리나라 현실은 의사 교육 및 양성에 소요되는 모든 비용을 개인이 부담해야 하며, 특히 전공의

8) 전공의는 수련을 받는 피교육자 신분과 병원 내에서 의료서비스를 제공하는 근로자 신분을 모두 가지고 있어 일반적으로 수련시간과 근로시간은 같은 의미로 혼용되고 있음.

의 경우 전공의법 제3조 제2항⁹⁾에 관련 내용이 명시되어 있지만 국가의 지원이 전무함.

- 전공의는 피교육자 지위와 근로자 지위를 모두 가지고 있지만, 피교육자로서의 지위를 충분히 누리지 못하고 있고 오히려 수련병원 내 값싼 노동자로서 전락함에 따라 양질의 수련교육을 받을 수 없는 환경에 놓여 있음.

(4) 정확한 의사인력 수급 상황 진단 및 균형 배치 전담 전문기구와 거버넌스 구조 부재

- 양질의 수련환경 및 시스템 마련을 위한 국가적 고민과 대책이 부재한 상황에서, ① 전공의법 시행과 같은 수련환경 변화에 대한 대처, ② 전문과목별 전공의 수급에 대한 불균형 문제는 수련병원 및 전문학회의 책임과 역할만 가중시키고 있음.
- 보건의료체계 전반에 걸쳐 의료서비스에 대한 수요와 전문인력 공급의 균형을 조절하는 작업이 기반이 되어야 하지만, 이를 논의할 전문적인 기구나 조직이 부재하여 단편적인 해결책만 제시함에 따라 의사인력에 관한 제반 문제들에 대한 근본적 해법을 제시하지 못하고 있음.
- 의사인력의 분포 불균형 심화는 지속되고 있으며, 전문과목별·지역별·지역별 의사인력의 쏠림과 부족 현상이 동시에 발생하고 있으나, 정부의 인력수급대책은 여전히 부실하며, 총괄적으로 대응하기 위한 전담 조직 및 거버넌스 구조가 부재함.

2) 정책제안

(1) 전공의법 시행 이후에 대한 수련환경 평가 및 보완책 마련

- 전공의법 시행으로 인해 발생하는 파급효과(의료기관 내 공백, 타 지역 의사에 대한 업무과중 전이현상, 환자들의 진료환경에 대한 경험 등)에 대한 연구 분석이 추진되어야 함.
- 정부에서는 수련병원의 수련환경 실태(전공의 수련시간 준수, 수련규칙 이행 여부 등)를 파악하고, 수련환경 개선과 환자 안전이 직결됨을 강조해야 함.
- 전공의법이 안정적으로 정착되도록 입원전담의 등의 추가 전문인력을 투입하여 현실적인 수련환경 개선을 위한 보완책을 논의해야 함.

(2) 양질의 수련환경 구축을 위해 전공의 수련비용 국가 투자 필요

- 국가보건의료체계에서 양질의 역량있는 의사인력을 양성하는 것은 국가의 책임이고 전공의 수련을 거쳐 배출된 전문의는 국가의 공공재로서 역할을 하고 있는 바, 국가가 질 높은 수련과정을 제공하기 위한 적극적인 투자가 필요함.
- 수련병원에서 전공의 수련에 대한 제반 비용을 전적으로 부담해야 하고, 전공의법

9) 전공의법 제3조 제2항. 국가는 전공의 육성, 수련환경 평가 등에 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다

시행 이후 수련비용 부담이 가중되고 있는 현실에서 자발적인 투자를 기대하기 어려운 상황임에 따라 의사 수련비용에 대한 국가적인 재정지원이 반드시 선행되어야 함.

(3) 의사인력계획 전담 전문기구 설치

- 의사인력 수급을 비롯한 전반적인 문제를 총괄적으로 다루기 위한 거버넌스 구조가 확보되어야 하며, 독립된 전문기구를 설치하고 이해관계자들을 포함한 제대로 된 논의기구를 만들어야 함.

〈 네덜란드의 사례 : NIVEL과 ACMMP 〉

▶ NIVEL(Netherlands Institute for Health Service Research)

- 의사인력 수급 추계 분석을 하는 연구기관

▶ ACMMP(Advisory Committee for Medical Manpower Planning)

- NIVEL의 수급 추계 결과를 근거로 의사인력계획을 논의하는 이해관계자 기구

※ 정부는 ACMMP 최종 논의 결과를 바탕으로 의사인력정책 수립 및 추진 (단, 논의과정에 개입 안 함)

(4) 의사양성에 대한 국가 차원의 통합적 체계적 관리체계 마련

- 의사인력에 관한 제반 문제들은 단편적인 문제에만 초점을 둔 해결방안보다 국가 차원에서 추진되어야 하며, 무엇보다 의사인력 양성체계 단계별(의과대학생-인턴-전공의-전문의) 통합적 체계적으로 관리되어야 함(그림 2).
- 전공의 수련환경 개선 역시 전반적인 의사인력 수급 체계가 올바르게 정립되면 해결될 수 있으며, 거버넌스 구조 확보와 국가 차원에서의 체계적 통합적 재검토를 토대로 의대 입학에서부터 졸업, 면허취득, 전문과목별 전공의 확보 및 전문의 배출에 이르기까지 광범위하고 다면적인 관점에서 의사인력 수급 문제를 다루어야 함.



〈그림 2〉 전주기별 의사인력 양성체계

자료 : 의사인력 수급 진단 카드뉴스. 대한의사협회 의료정책연구소. 2016.

1) 현황 및 문제점

(1) 정부의 과도한 행정처분

- 최근 5년 간 의사 면허에 대한 행정처분 건수는 2,012건임. 이는 매년 약 402명의 의사가 행정처분을 받고 있다는 것을 의미하며, 이 중 32명이 면허취소 처분을, 370명이 면허정지 처분을 받고 있는 실정임.

〈표 4〉 최근 5년간 의사 행정처분 건수

(단위 : 건)

	2014	2015	2016	2017	2018
면허취소	20	24	46	29	43
면허정지	256	483	359	406	346

(2) 의료과오 사건의 형사범죄화

- 예기치 못한 의료사고로 인해 의료인이 형사고소를 당해 범죄자라는 낙인이 찍히는 사건이 증가하고 있음.
- 일부 의사의 비윤리적 행태가 사회적 이슈로 확대될 때마다 의료법 처벌조항이 강화되어야 한다는 주장이 제기되고 있으나, 의료법 처벌조항을 강화하는 것은 근시안적·후진적 접근 방법에 불과함.
- 의료인의 직업윤리, 경미한 과실, 중대한 불법행위 등에 대해 합리적·효율적으로 대처할 수 있는 독립적·전문적 면허관리기구가 필요함.

(3) 통합적 의료인력 관리 및 면허 관리시스템 부재

- 국제의사면허관리기구협회(International Association of Medical Regulatory Authorities)가 지향하는 면허관리기구의 역할은 크게 세 가지임.
 - ① 자격을 갖춘 국내외 인력에게 면허를 발급
 - ② 교육을 통한 의사의 전문직업성 확보
 - ③ 국민의 의료인의 진료에 대한 불만과 민원을 해결
- 우리나라의 경우 의사의 면허시험은 국시원이, 면허발급은 보건복지부가, 보수교육은 대한의사협회가 주관하고 있어 통합적인 면허관리가 불가능한 구조임.
- 공보의, 전문의 관련 정책, 의료공급 및 수급 정책을 위해서는 단일 기구가 의료인력 및 면허를 관리할 필요가 있음.

- 의료와 관련한 환자의 불만 및 민원 제기 창구가 부재하고, 의료의 질 관리 주체가 불명확한 실정이며, 면허관리에 관한 전문성, 독립성, 중립성을 담보할 수 없는 실정임.

(4) 국내외 자율규제 현황

- 캐나다 의사면허기구는 ① 의사의 면허 및 의료행위를 통합적으로 관리하며, ② 면허 등록의 기준 설정 및 심사, ③ 질 향상 프로그램 및 행위 표준 개발, ④ 직업윤리 개발, ⑤ 다른 직종과의 협력 및 대중과의 관계 증진, ⑥ 환자의 민원 접수 및 해결 등의 업무를 수행함.
- 국내에서는 대한변호사협회가 이미 회원에 대한 자격관리 및 자율징계권을 가지고 있으며, 등록 및 징계 절차를 변호사법에 규정하고 있음.
- 대한변호사협회와는 달리 의사협회는 회원에 대한 징계권이 없으며, 보건복지부 공무원은 의료행위에 대한 전문적 판단 능력이 부족함.

2) 정책제안

(1) 대한의사협회에 의사 등록 업무 이관 및 조사권·징계권 부여

- 대한의사협회는 의료법에 의해 설립되는 법정단체로서 의사 회원의 면허를 관리할 의무와 책임이 있음. 대한의사협회가 의사의 면허 등록, 징계, 취소 등의 업무를 수행할 수 있도록 그 권한과 절차 등을 의료법에 규정해야 할 필요가 있음.

(2) 전문가평가제 확대 및 지원

- 정부는 대한의사협회가 2016년부터 추진해 오고 있는 전문가 평가제가 성공적으로 안착할 수 있도록 지속적으로 확대하고 지원해야 함.
- 전문가 평가를 위해 필요한 조사권, 징계권, 징계 절차 등을 의료법에 규정해야 할 필요가 있음.

(3) 독립적·중립적·전문적 의사 면허관리기구 설립

- 선진적인 의사 면허관리시스템을 구축하기 위해 의사 면허관리기구 설립에 대한 정부의 적극적인 관심과 협조도 필요함.

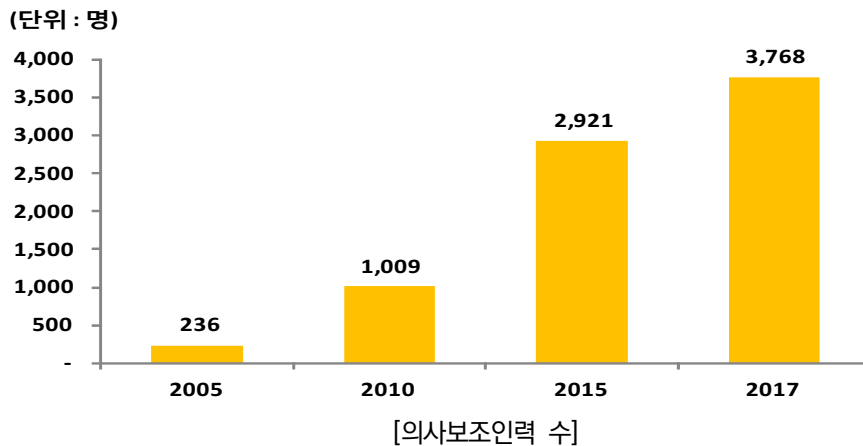
1) 현황 및 문제점

(1) 무면허·무자격자의 의료행위로 인한 의료사고 증가

- 의료기관 내에서 이루어지는 영업사원 등 무면허자에 의한 대리수술과 의사의 지도감독 없이 이루어지는 간호사, 의료기사 등에 의한 무면허·무자격자의 의료 행위 및 허용된 면허범위 이외의 의료행위는 국민의 건강을 심각하게 위협하는 행위임.

(2) 의사보조인력(Physician Assistant, PA)에 의한 불법적 의료행위 증가

- 전공의 인력 수급의 문제와 병원경영의 경제적 효율성, 활용의 편의성 등을 이유로 현행 법령에 면허 및 자격의 근거가 없는 의사보조인력 수가 증가하고 있음.
- 의사보조인력은 2005년 236명에서 2017년 3,768명으로 약 16배 증가한 상태이며, 2016년 대한전공의협의회에서 실시한 전국 수련병원 실태조사에 의하면 설문에 참여한 전국 66개 수련병원 모두 의사보조인력을 고용하고 있음.



자료: (사)대한간호협회 병원간호사회 연도별 사업보고서

- 의사보조인력의 역할과 업무범위 등에 대한 명확한 기준이 없는 상태에서 필요에 따라 의사보조인력을 채용, 활용하는 의료기관이 증가하고 있으나 정확한 실태 파악 조차 되고 있지 못함.

(3) 의사보조 인력에 의한 전공의 수급 불균형 및 수련환경 악화

- 의사보조인력의 업무와 전공의 업무범위의 중첩으로 인해 수련이 필요한 전공의의

교육 기회 및 전공의의 고유 업무 범위가 침해됨. 의사보조인력의 진료는 일부 과목 전공의 부족 문제를 고착화하고, 해당 과목 의사수의 절대적 부족현상을 유발함.

2) 정책제안

(1) 정부차원의 실태조사와 철저한 단속 및 처벌

- 대한의사협회 ‘무면허 의료행위 근절을 위한 특별위원회’는 우선 근절되어야 할 무면허 의료행위 목록을 제시한 바 있음.
- ① 의사가 아닌 자에 의한 신체에 위해를 가할 수 있는 침습적 행위 근절
 - 예: 골수검사, 피부 및 조직절개 봉합 등
- ② 의사가 아닌 자에 의한 초음파, 내시경 등 단독 검사 근절
- ③ 아이디 위임을 통한 처방 근절
 - 예: 환자에 대한 평가 없이 시행하는 처방 및 처치

(2) 전공의 수급 균형을 위한 국가 차원의 종합적 해결책 마련 필요

- 특정과목 전공의 인력 부족 이유에 대한 정확한 분석을 통해 특정전문과에 대한 전공의 기피현상과 전공의 수급 불균형 문제에 대한 해결책이 필요함.
- 전문의 취득 후 전문 과목 진료가 가능한 의료 환경 수립을 위한 안정적 일자리확보 등 정부차원의 장기적, 적극적인 해결과 지원이 필요함.

1) 현황 및 문제점

(1) 의료인 안전 및 국민 건강권 위협

- 최근 3년 간 병원의 약 11.8%, 의원의 약 1.8%에 해당하는 의료기관에서 의료인 폭행 사건이 발생함.
 - ※ 병원의 경우 병상규모가 크고 정신과가 속해 있는 기관에서 폭행 발생비율이 높았으며, 폭행대상은 환자 및 환자 보호자가 가해를 한 경우가 병원 90.1%, 의원 85.1%로 대다수를 차지함.
- 의료인 폭력은 의료인의 안전뿐 아니라 국민 건강과도 직결되는 만큼 범국가적 차원의 대응방안 마련이 시급함.



자료: 관계부처 합동, '안전한 진료환경 조성 방안' 출입기자 설명자료, 2019. 4. 4

(2) 정부 대책의 실효성 부족

- 정부는 최근 의료인 대상 폭력을 방지하기 위해 의료법 등을 개정하는 개선책을 발표함.

- ※ 응급실에서 응급의료종사자를 폭행하여 상해 또는 사망에 이르게 한 사람은 가중하여 처벌하는 응급의료법 개정안 시행('19.1.15).
- ※ 응급실이 아닌 진료실에서도 의료인 폭행시 가중하여 처벌하는 의료법 개정안이 국회 본회의 통과('19.4.5).
- ※ 의료인 폭력 방지를 위한 법안 마련 및 정신질환에 대한 치료·관리체계 개선 등의 내용을 담은 「안전한 진료환경 조성방안」 발표('19.4.4).

- 그러나 의료기관에 대한 세부 지원책과 재원마련에 대한 구체적인 사항이 포함되지 않아 의료인 폭행은 여전히 다수 발생하고 있는 것이 현실.

※ 응급실 폭행 발생 건수¹⁰⁾ : 172건('15) → 263건('16) → 365건('17) → 386건('18) → 206건('19)

10) <https://dailymedi.com/detail.php?number=848106&thread=22r20>

2) 정책제안

(1) 의료인 폭력 방지와 예방을 위한 실효성 있는 재정지원 방안 필요

- 진료실 안전을 위한 실질적인 재정지원 방안으로 '의료기관안전관리기금'을 신설하고 '안전관리료' 수가를 활용하여 의료기관에 그 비용을 직접적으로 지원하는 방안을 제안함.

(2) 의료인 폭력 처벌 강화를 위한 의료법 반의사불벌조항 삭제

- 의료법은 보건의료인 등에 대한 폭행·협박죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다고 규정하였으나(제87조제1항제2호), 가해자 처벌 강화 및 재발방지를 위해 동 조항(반의사불벌죄)을 삭제하고, 벌금형이 아닌 징역형으로 원칙 처벌해야 함.

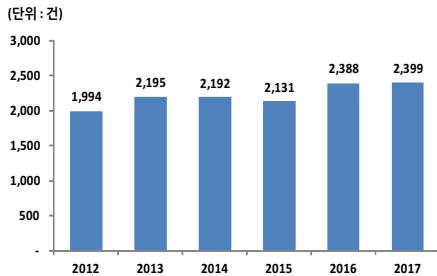
(3) 범사회적 기구 구성 및 국민과 사회전반의 인식개선 필요

- 정부의 대책이 실행력과 실효성을 담보하기 위해서는 의료계를 포함하여 보건복지부를 비롯한 범정부 부처들의 참여와 협조가 필수적이므로 범사회적 기구 구성을 제안함.
- 국민과 사회 전반의 공감대 형성을 위해 정부 차원의 공익 캠페인 등 적극적인 홍보가 필요함.

1) 현황 및 문제점

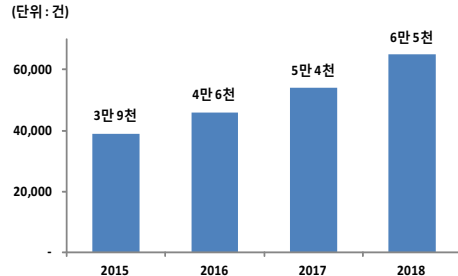
(1) 의료분쟁 및 형사소송 증가

- 의료기술이 날로 발전하고 환자 및 보호자들의 권리의식도 고조됨에 따라 의료현장에서의 갈등이 의료분쟁 및 형사소송 증가로 이어지고 있음. 이러한 현상은 의료과실을 포함한 의료행위를 범죄화 하는 것으로 확대되는 경향이 있음. 세계의사회에서는 의료행위 및 의학적 판단에 대한 정부의 처벌 및 간섭 반대를 위한 적극적 역할을 의사단체에 권고하였음.¹¹⁾



[의료관계 형사공판사건 현황]

자료: 사법연감 2013~2018



[연도별 의료분쟁 상담 건수]

자료: 한국의료분쟁조정중재원

(2) 의료인에 대한 무리한 법정 구속

- 의료인이 악의적 고의 또는 과실이 없는 선의에 의한 의료행위를 했음에도 불구하고, 나쁜 결과가 발생했다는 이유로 의료인을 법정구속 하는 사례가 발생함.

사건	8세 남아 '횡격막 탈장 및 혈흉'에 따른 저혈량성 쇼크로 인한 환자 사망사건	OO병원 신생아 중환자실 신생아 사망사고	태반조기박리, 양수색전증에 의한 산모 태아 사망사고
사건의 특징	<ul style="list-style-type: none"> · 의사 3인 법정구속 · 횡격막탈장은 1년에 2건 보고되는 희귀질환으로 외과의사가 평생 경험하기 힘든 발생 빈도가 낮은 질환이나 이러한 특수한 사정이 고려되지 않고 악결과만을 가지고 판결한 사건임. 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료인 구속기소 · 동 사건 병원의 신생아 중환자실은 5명의 의료진이 해야 할 일을 2명의 의료진이 감당하고 있었으며, 의료인력 조차 확보되지 못한 열악한 환경이었음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 의사 법정구속 · 양수색전증은 임신 합병증으로 진단하기 매우 어려우며, 발병 증상이 명확하지 않은 불가항력적 의료사고임. · 1926년 처음 발견된 이래 관련 의학 연구에도 불구하고 진단 절차와 치료 방법이 밝혀지지 않았음.

11) WMA COUNCIL RESOLUTION ON CRIMINALIZATION OF MEDICAL PRACTICE, 2013.

- 의료인의 의학적 판단을 범죄화 하는 것은 의료행위의 특수성을 무시한 채 의료인에게 무리한 형사적 책임을 지우는 것으로, 방어 진료를 양산하게 되며 최선의 의료를 제공하고자 하는 의료의 목적달성을 방해하여 환자와 의료인 모두에게 피해를 초래하게 됨.
- 선한 의도에 의한 의료행위의 형사처벌은 특별한 인적 신뢰관계를 전제로 하는 의사와 환자 간에 불신을 조장하고, 의사를 잠재적 범죄자로 취급하게 함. 의사 법정구속 사건 이후 각 수도권 대형병원 20곳이 분담한 의료분쟁 비용이 전년도에 비해 52.8% 증가하였음.

※ 해외의 의료사고 대처 현황

- 미국에서는 1982년에서 2001년까지 약 30년간 25건의 의료사고에 따른 의료진 형사처벌이 있었으나, 대부분 음주 진료에 따른 환자 사망에 이른 경우였음. 2016년 미국의사협회가 발간한 윤리규정(Code of Ethics)에 따르면, 최근 의사가 형사 처벌된 경우는 의학적 판단과 관련된 진료의 결과가 아닌 절차의 문제이거나 환자와의 관계를 이용한 금품 수수 및 성관계 등의 악의적 행동 등이었음. 캐나다에서는 1900년-2007년 사이 업무상 과실치상, 과실치사 혐의를 받은 의사는 15명이었으며, 유죄 판결을 받은 의사는 단 1명에 불과함.
- 미국의사협회는 선의를 바탕으로 한 의학적 판단이 형법의 적용 대상이 되지 않도록 모든 합리적이고 필요한 조치를 취하며, 연방정부가 의료행위를 정의하고 의료행위를 형벌을 통해 규제하려는 입법 시도 반대 정책을 채택하고 있음(AMA Policy H-160.954 Criminalization of Medical Judgment, 1993).

2) 정책제안

(1) 진료환경 보호법 제정 촉구

- 의료사고로 인한 분쟁, 소송 등을 신속하고 합리적으로 해결하기 위해서는 의료사고의 특수성을 반영한 진료환경 보호법 제정이 필요함.
- 악의적 고의 또는 과실이 없는 선의의 의료행위에 대한 형사처벌을 지양하는 법을 제정함으로써 진료기피 현상과 방어진료 현상을 예방하고, 보다 안정적인 진료환경을 조성하여 양질의 의료서비스를 제공하도록 함.
- 보험 또는 공제 등을 통해 의료사고로 인한 환자피해를 신속·공정하게 구제·보완할 수 있음.

1) 현황 및 문제점

(1) 한의사의 불법 의료행위로 인한 국민 건강권 위협

- 한의사들이 의과의료기기 및 의약품을 사용하는 불법 의료행위가 만연해 있음.
 - ※ 한약에 텍사메타손(스테로이드 성분)을 넣어 통풍치료 특효약으로 속여 판매해온 한의사가 적발됨 (2019.4).
 - ※ 한의사가 혈액약침 시술시 안전성·유효성에 대한 인정을 먼저 받아야 한다는 대법원 판결(2019.6)
- 한의사의 의과영역을 침범하는 불법 의료행위는 국민 건강을 위협할 뿐 아니라 국가면허제도의 근간을 훼손하는 일임.



(2) 검증되지 않는 한약 사용으로 인한 환자 안전 위해

- 안전성·유효성이 검증되지 않는 한약재 및 한약제제의 사용으로 인해 환자 안전에 심각한 위협을 끼치고 있음.
- 의약품은 관련 법률 및 고시에 의한 안전성 및 유효성 심사가 필수적이거나, 한약은 관련 법률에 안전성 검증 의무가 존재하지 않음.
- 안전성과 유효성이 검증되지 않는 한약으로 인한 부작용 사례가 발생하고 있으며, 국민 건강에 악영향을 미치고 있음.
- 최근 논의된 첩약 급여화 시범사업도 안전성·유효성에 대한 근거 부족.
- 지자체의 실효성 없는 한방 난임치료 지원사업.

2) 정책제안

(1) 한의사의 의과영역 침범과 불법 의료행위에 대한 단속과 처벌 강화

- 한의사가 의과의료기기 및 의약품을 사용하여 무면허 의료행위를 하는 것은 환자의 안전에 심각한 위해를 초래할 가능성이 매우 높음.
- 면허범위를 벗어나는 한의사의 의료행위에 대해서는 정부의 단속과 처벌을 강화하여 한의사의 불법의료 행위를 근절하고 재발을 방지해야 함.

(2) 한약 및 한약제제의 안전성 · 유효성을 철저히 검증할 수 있는 체제 구축

- 한약 및 한약제제에 대한 안전성 및 유효성 검증절차 의무화 필요
- 한약 조제내역서 발급, 성분표시, 한약재 원산지 표시 의무화 필요
- 전국 한의원의 한약 및 한약재 관리 실태 파악을 위한 전수조사 실시
- 한약재 제조 품질 관리 기준(GMP)에 대한 전면적인 재검토 필요

(3) 의료법상 의료행위 정의 규정 도입 및 의료기기법 개정 필요성 검토

- 현행 의료법상 의료행위에 대한 정의 규정은 없으며, 무면허 의료행위의 구체적인 의미 및 판단 기준은 법원의 판단에 의존할 수밖에 없는 한계가 존재함.
- 현행 의료기기법도 의료인 종별에 따른 의료기기의 사용 권한 또는 금지 규정을 두지 않고 있음.
- 향후 의료법상 의료행위의 명확한 정의 규정과 의료기기에 의료인 종별에 따른 사용 권한을 표시하는 방안 등이 필요함.

원격의료 규제자유특구 사업 중단 및 대면진료 보완 수단 지원 강화

1) 현황 및 문제점

(1) 중소벤처기업부 주도하에 의료법에 금지된 원격의료를 의료산업적 차원에서 우회적 허용 시도

- 현행 의료법상 의료인 간 원격의료는 허용하고 있으나 의사와 환자 간의 직접적인 원격의료는 금지되어 있음.
- 정부는 2013년 10월 29일 동네의원을 대상으로 의사-환자 간 원격의료를 허용하는 의료법 개정(안)을 입법예고를 했으나 의료계의 반대와 정권 교체로 더 이상 진행되지 못하였음.
- 그러나 2019년 7월 23일 정부는 규제자유특구위원회에서 강원도를 디지털헬스케어 규제자유특구로 지정하여 진단·처방까지 가능한 의사-환자 간의 원격의료¹²⁾를 허용하겠다고 발표함.
- 원격의료는 엄연히 의료이고, 의료는 보건복지부 소관임에도 불구하고 공급자인 의료계를 배제한 채 현재 원격의료는 중소벤처기업부가 주도적으로 진행하고 있음.
- 즉, 원격의료를 의료서비스의 제공 수단이 아니라 규제완화의 한 분야로서 산업적·경제적으로 접근하여 우회적으로 허용을 시도하고 있음.

(2) 유효성과 의학적·기술적 안전성 검증 없는 원격의료는 국민 건강권 침해

- 국민의 건강과 생명에 대한 가치는 경제성과 효율성 기준으로 산업적 측면에서 다루어져야 할 부분이 아님.
- 의학적·기술적 안전성과 유효성에 대한 검증이 제대로 이루어지지 않은 상태에서 의사-환자 간 원격의료를 허용할 경우 환자들의 건강과 생명에 치명적인 결과를 초래하고, 개인의료정보의 누출 가능성은 경제적 비용부담으로 작용할 것임.

(3) 건전한 의료질서 저해와 의료전달체계의 붕괴 가속화

- 의사-환자 간 원격의료가 허용되면 대면진료를 원칙으로 하는 의료의 본질이 왜곡되고, 산업계의 요구와 일자리 창출 등 경제적 측면에서 추진되는 원격의료는 의료시스템의 대혼란을 초래하여 건전한 의료질서를 파괴하게 됨.
- 또한, 현재는 1차 의료기관(혹은 동네의원)을 대상으로 임시적으로 원격의료를 허용한다고 하고 있으나 향후 원격의료가 완전 허용되었을 경우 자본력을 갖춘 상급종합

12) 강원도 의사-환자 간 원격의료 허용 범위 : 격오지 만성질환자(재진환자) 대상 1차 의료기관에서 원격 모니터링 및 내원안내, 진단·처방 허용

병원 의료기관들에 의해 의료접근성과는 상관없이 지역구분 없는 환자 유치가 가능해지고, 대형병원 선호현상에 따라 대형병원의 원격의료 참여를 환자들이 요구하게 돼 의료전달체계의 붕괴는 더욱 가속화될 것임.

2) 정책제안

(1) 정부의 일방적인 원격의료 규제자유특구 사업 추진 중단 촉구

- 의사-환자 간 대면진료 원칙을 훼손하는 원격의료에 대한 정부 주도의 일방적인 추진은 반대하며, 특히 의료산업적 차원의 규제자유특구 사업 추진은 중단되어야 함.
- 원격의료에 대해서는 의료계와 사전에 합리적으로 시행 타당성에 대한 논의 필요.

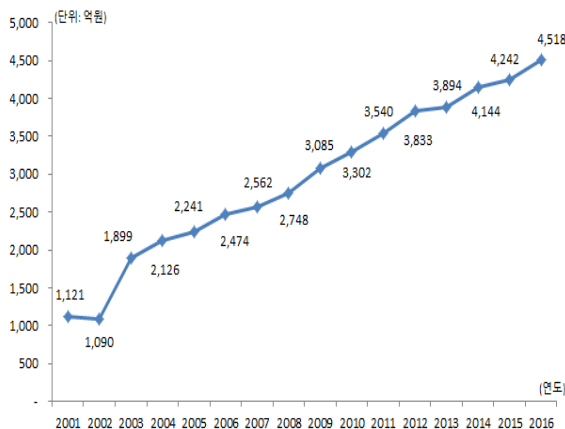
(2) 대면진료의 보완으로서 병원선, 응급헬기, 의료인간 원격상담 등 지원 강화

- 대면진료가 불가능하거나 곤란하여 원격의료이 현실적으로 꼭 필요한 경우(격오지 및 원양어선, 군사지역, 교도소 등) 병원선 혹은 응급헬기, 의료인간 원격상담 등 실효성이 높은 대면진료 보완 방안들을 우선적으로 시행할 필요가 있고 이에 대한 지원 강화가 필요함.

1) 현황 및 문제점

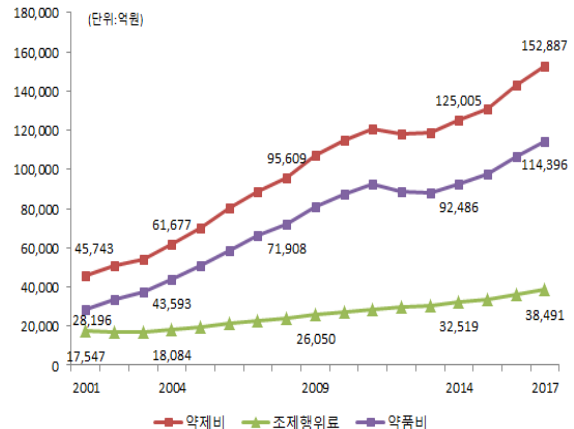
(1) 약국의 복약지도료 대비 복약지도 미흡으로 국민 불만 여전

- 꾸준히 증가하고 있는 복약지도료와는 대조적으로 약국의 복약지도가 미흡하다는 국민적 불만은 여전함.
- 한국환자단체연합회가 2012년 환자 403명을 대상으로 실시한 설문조사 결과에서 10명 중 6명은 복약지도에 대해 불만을 갖고 있었음.
- 2008~2016년 약국에 지불된 복약지도료는 총 3조 3,306억 원으로 2008년 2,747억 원에서 2016년 4,518억 원으로 64% 이상 증가했음(그림 3). 2016년 기준으로 약사 1명당 연간 1,560만원을 복약지도료 명목으로 받았음.



〈그림 3〉 연도별 복약지도료 현황

자료: 통계청 Kosis국가통계포털



〈그림 4〉 연도별 약제비 현황

자료: 통계청 Kosis국가통계포털

(2) 의약분업을 통한 약제비 절감 효과 미미

- 총 진료비 중에서 약제비가 차지하는 비중은 2001년 25.7%에서 2017년 23.7%로 의약분업 시행 이후로 약제비 절감 효과의 실효성은 없는 것으로 평가됨.
- 의약분업 이후 약제비는 조제행위료(의약품관리료, 약국관리료, 기본조제기술료, 조제료, 복약지도료)와 약품비의 증가로 234% 증가했으며(그림 4), 의약분업 이후 총 진료비 중 약제비가 차지하는 비중은 2.0% 감소하는데 그쳤음.

2) 정책제안

(1) 국민의 불편과 비용 부담을 덜어주는 국민 조제선택제도 시행

- 의약분업 정책의 효과는 미미한 수준으로 의약분업 정책 재평가가 필요함.
- 환자가 의료기관에서 진료 후 약 조제를 의사에게 원할 경우 의료기관에서 직접 조제하고, 약국조제를 원할 경우는 원외처방전을 발행하여 약사에게 조제함.
- 국민이 의사 진료 후 직접 조제를 원할 경우에 의료기관에서 직접 조제를 받을 수 있으므로 다시 약국에 가야하는 환자의 불편 및 사회적 비용 절감 가능.

국민건강권 확보를 위한
2020 총선대비
보건의료 정책제안서