
**『KMA POLICY 특별위원회』
제75차 정기총회 상정 [안] 처리결과**

2023. 04. 23.

대한의사협회 KMAPOLICY 특별위원회

- 목 차 -

1. KMA POLICY 특별위원회 위원 변동 현황 보고	1
2. 2022년도 KMA POLICY	11
○ 분과별 KMA POLICY(안) 목록	12
○ 의무홍보분과위원회	12
- 의료및의학정책분과	
- 경상북도의사회	
- 전문위원회	
○ 보험학술분과위원회	40
- 건강보험정책분과	
○ 법령및정관분과위원회	102
- 법제및윤리분과	

KMA POLICY

특별위원회 위원 변동 현황 보고

가. 배 경

- KMA POLICY 특별위원회는 지난 제74차 정기대의원총회에 위원 구성 변동 현황을 보고한 이후, 정관 제20조 제1항 제12호에 따라 2022년도 회기 및 최근 변동된 위원을 반영하여 보고하고 의결하고자 함

나. 관련 근거

- 정관 제20조(대의원총회 의결사항)

제20조(대의원총회 의결사항) ① 총회는 다음 사항을 심의 의결한다.

1. 예산 및 결산에 관한 사항
2. 정관개정에 관한 사항
3. 사업계획에 관한 사항
4. 대의원회 의장, 부의장, 부회장, 감사, 중앙윤리위원장, 중앙윤리위원 및 중앙선거관리위원장의 선출에 관한 사항
5. 임명직 임원의 인준에 관한 사항
6. 임원 불신임에 관한 사항
7. 입회비, 연회비 및 부담금에 관한 사항
8. 자산에 관한 사항
9. 기관지 및 학술지발간에 관한 사항
10. 의사윤리강령, 의사윤리지침 제·개정에 관한 사항
11. 대한의사협회 정책(KMA Policy) 제·개정에 관한 사항
12. 대한의사협회 폴리스(KMA Policy)특별위원회 구성에 관한 사항
13. 특별감사위원회 구성에 관한 사항
14. 기타 이사회 및 상임이사회에서 부의된 사항

② 제1항 제12호 및 제13호에 따른 위원회의 위원구성 및 운영에 관한 사항은 대의원회 운영규정으로 정한다.

- 대의원회 운영규정 제25조의 2(KMA POLICY 특별위원회의 구성)

- 제25조의 2(KMA Policy 특별위원회의 구성) ① KMA Policy 특별위원회(이하 이 조에서 ‘위원회’라 한다)는 위원장 1인을 포함한 60인 이내의 위원으로 구성한다.
- ② 위원의 임기는 대의원의 임기와 같으며, 연임할 수 있다.
- ③ 위원회에 위원장 1인을 두며, 위원 중에서 2인 이내의 부위원장을 둘 수 있다.
- ④ 위원장 및 부위원장은 대의원회 운영위원회의 의결을 거쳐 의장이 임명한다.
- ⑤ 위원회의 위원 구성 등에 따른 기타 필요한 사항은 대의원회 운영위원회의 의결을 거쳐 되, 위원 구성 등은 차기 대의원총회에 보고한다.

다. KMA POLICY 특별위원회 활동 경과

구분	차수	일시	장소 / 회의방식
워크숍	상반기	2022. 07. 02.(토) 17:00 ~ 07. 03.(일) 14:00	부산 호메르스호텔 20층 호메르스 홀
	하반기	2023. 01. 28.(토) 17:00 ~ 01. 29.(일) 14:00	서울 더케이호텔 본관3층 거문고 홀
심의위원회	제7차	2022. 05. 07.(토) 16:30	용산 임시회관 7층 회의실
	제8차	2022. 08. 06.(토) 16:30	용산 임시회관 7층 회의실
	제9차	2022. 09. 03.(토) 16:30	용산 임시회관 7층 회의실
	제10차	2022. 10. 06.(목) 19:00	비대면(화상) 회의
	제11차	2022. 11. 05.(토) 16:30	용산 임시회관 7층 회의실
	제12차	2022. 12. 03.(토) 16:30	용산 임시회관 7층 회의실
	제13차	2023. 01. 02.(월) 19:00	비대면(화상) 회의
	제14차	2023. 01. 29.(일) 08:00	서울 더케이호텔 1층 우철헤
	제15차	2023. 03. 04.(토) 16:30	의협 4층 대회의실
전문위원회	제3차	2022. 09. 02.(금) 19:00	용산 임시회관 7층 회의실
	제4차	2022. 11. 04.(금) 19:00	용산 임시회관 7층 회의실
	제5차	2023. 03. 03.(금) 19:00	의협 4층 대회의실
법제및윤리분과	제4차	2022. 05. 17.(화) 19:30	용산 임시회관 7층 회의실
	제5차	2022. 07. 12.(화) 19:30	용산 임시회관 8층 회의실
	제6차	2022. 08. 23.(화) 19:30	용산 임시회관 8층 회의실
	제7차	2022. 09. 16.(금) 19:00	용산 임시회관 7층 회의실

구분	차수	일시	장소 / 회의방식
	제8차	2022. 11. 16.(수) 19:30	용산 임시회관 8층 회의실
	제9차	2023. 01. 11.(수) 19:00	의협 회관 2층 회의실
	제10차	2023. 02. 16.(목) 19:00	비대면(화상) 회의
의료및의학 정책분과	제5차	2022. 05. 21.(토) 17:00	용산 임시회관 8층 회의실
	제6차	2022. 08. 20.(토) 17:00	용산 임시회관 8층 회의실
	제7차	2022. 10. 15.(토) 17:00	용산 임시회관 8층 회의실
	제8차	2022. 11. 24.(목) 19:00	비대면(화상) 회의
	제9차	2023. 01. 14.(토) 17:00	의협 회관 5층 노조사무실
	제10차	2023. 02. 25.(토) 17:00	의협 회관 5층 노조사무실
건강보험 정책분과	제4차	2022. 05. 21.(토) 16:30	비대면(화상) 회의
	제5차	2022. 07. 16.(토) 16:30	용산 임시회관 8층 회의실
	제6차	2022. 08. 27.(토) 16:30	용산 임시회관 7층 회의실
	제7차	2022. 09. 24.(토) 16:30	비대면(화상) 회의
	제8차	2022. 10. 15.(토) 16:30	용산 임시회관 10층 회의실
	제9차	2022. 11. 26.(토) 16:30	비대면(화상) 회의
	제10차	2022. 12. 17.(토) 16:30	서울역 만복림 회의실
	제11차	2023. 02. 25.(토) 16:30	비대면(화상) 회의

라. KMA POLICY 특별위원회 POLICY(안) 보고

제출 분과 등	제목	총회 분과
법제윤리	<input type="checkbox"/> 비대면 진료의 의학적 안정성과 관련한 대한의사협회의 의료윤리에 대한 입장 <input type="checkbox"/> 의사의 SNS 등 미디어 활용에 대한 대한의사협회의 윤리적 입장	법정관
의료의학	<input type="checkbox"/> 공공의료의 올바른 이해 <input type="checkbox"/> 정부의 원격의료 확대기조와 의료계의 대응책 논의 필요성 <input type="checkbox"/> 비대면 진료의 위험성과 이에 대한 관심의 필요성 <input type="checkbox"/> 진료보조인력에 대한 의사의 지휘 감독에 따른 책임	의무홍보

제출 분과 등	제목	총회 분과
	<input type="checkbox"/> 필수의료에 대한 지원의 필요성	
경상북도 의사회	<input type="checkbox"/> 합리적인 의료전달 체계 확립 <input type="checkbox"/> 의사 면허자 보건소장 우선 채용 원칙 이행 권고	의무홍보
전문위원회	<input type="checkbox"/> 과학적 근거 없는 한방의료 행위에 대한 국가 지원 반대	의무홍보
건강보험	<input type="checkbox"/> 외국인 건강보험 지역가입 대상자의 보장성 강화 <input type="checkbox"/> DUR(의약품안전사용서비스)의 합리적 개선 방안 <input type="checkbox"/> DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)수가 신설 <input type="checkbox"/> 육아상담료 신설의 필요성 <input type="checkbox"/> 과도한 법정 의무교육과 행정규제 반대	보험학술

* 대의원총회 분과위원회별 회의(2023. 04. 22.)에서 심의 예정임

마. KMA POLICY 특별위원회 위원 구성

☐ KMA POLICY 특별위원회 위원 변동현황

(2022. 04. 25. ~ 2023. 04. 21. 현재)

No.	직책	성명	임기	비고
1	의료밋의학분과 자문위원	이재욱	2022-05-07 ~ 2023-01-02	사임
2	의료밋의학분과 위원	이재욱	2023-01-02 ~ 현재	<u>신임</u>
3	의료밋의학분과 위원장	임구일	2021-10-17 ~ 2023-01-02	사임
4	의료밋의학분과 위원장	신동일	2023-01-02 ~ 현재	<u>신임</u>
5	법제밋윤리분과 위원	전성훈	2021-10-17 ~ 2022-08-06	사임
6	법제밋윤리분과 위원	최청희	2022-08-06 ~ 현재	<u>신임</u>

No.	직책	성명	임기	비고
7	법제및윤리분과 위원	장영록	2021-10-17 ~ 2022-08-06	사임
8	법제및윤리분과 위원	양용준	2022-08-06 ~ 현재	<u>신임</u>
9	법제및윤리분과 위원	김성배	2021-10-17 ~ 2022-09-03	사임
10	법제및윤리분과 위원	이재만	2022-10-06 ~ 현재	<u>신임</u>
11	법제및윤리분과 위원	박한나	2021-10-17 ~ 2022-10-06	사임
12	법제및윤리분과 위원	이한결	2022-10-06 ~ 현재	<u>신임</u>
13	법제및윤리분과 위원	정태중	2021-10-17 ~ 2022-10-06	사임
14	법제및윤리분과 위원	전영	2022-10-06 ~ 현재	<u>신임</u>
15	전문위원회 위원	전성훈	2021-10-17 ~ 2022-08-06	사임
16	전문위원회 위원	최창희	2022-08-06 ~ 현재	<u>신임</u>
17	전문위원회 위원	김강현	2022-10-06 ~ 현재	<u>신임</u>
18	전문위원회 위원	신동일	2021-10-17 ~ 2023-01-02	사임
19	건강보험정책분과 위원	조영삼	2021-10-17 ~ 2022-09-03	사임
20	건강보험정책분과 위원	김기범	2022-09-03 ~ 현재	<u>신임</u>
21	심의위원회 위원	임구일	2021-10-17 ~ 2023-01-02	사임
22	심의위원회 위원	신동일	2023-01-02 ~ 현재	<u>신임</u>

□ KMA POLICY 특별위원회 전체 명단

분과	성명	직책	근무처	비고
심의위원회	김홍식	위원장	배산메디칼내과의원	
심의위원회	박정율	부위원장	고대안암병원 신경외과	
심의위원회	김교웅	부위원장	구로정형외과의원	
심의위원회	조영주	위원	이화여자대학교의대부속목동병원 알레르기내과	

분과	성명	직책	근무처	비고
심의위원회	신동일	위원	강원도삼척의료원	
심의위원회	김영재	위원	교보생명 부속의원	
심의위원회	길광채	위원	가슴뛰는내과의원	
심의위원회	김정철	위원	김정철성형외과의원	
심의위원회	남기남	위원	한마음가정의학과의원	
심의위원회	문석균	위원	중앙대학교병원 이비인후과	
심의위원회	이동필	위원	법무법인 의성	
심의위원회	이동훈	위원	중앙대학교병원 응급의학과	
심의위원회	박상호	위원	박상호의원	
심의위원회	임민식	위원	참재활의학과의원	
심의위원회	임인석	위원	중앙대학교병원 소아청소년과	
심의위원회	장유석	위원	장유석외과의원	
심의위원회	최정섭	위원	맑은소리최정섭이비인후과의원	
전문위원회	김교웅	위원장	구로정형외과의원	
전문위원회	오승준	간사	경희대학교의과대학병원 내과	
전문위원회	최청희	위원	법무법인CNE	
전문위원회	정재원	위원	연세신통마취통증의학과의원	
전문위원회	조정호	위원	골드만비뇨기과의원	
전문위원회	오동호	위원	미래신경과의원	
전문위원회	유진목	위원	유진목내과의원	
전문위원회	김강현	위원	제중요양병원	
전문위원회	김재윤	위원	예일소아청소년과의원	
전문위원회	김학준	위원	고려대학교의료원 구로병원	
전문위원회	백재욱	위원	동동가정의학과의원	
연구지원단	박정율	위원장	고대안암병원 신경외과	
연구지원단	오승준	위원	경희대학교의과대학병원 내과	
연구지원단	문석균	위원	중앙대학교병원 이비인후과	
연구지원단	김범태	위원	순천향대부천병원 신경외과	
연구지원단	이상훈	위원	고대안암병원 산부인과	
연구지원단	박정훈	위원	의협 의료정책연구소	
연구지원단	임지연	위원	의협 의료정책연구소	
법제및윤리분과	조영주	위원장	이화여자대학교의대부속목동병원 알레르기내과	
법제및윤리분과	최청희	간사	법무법인CNE	

분과	성명	직책	근무처	비고
법제및윤리분과	김강현	위원	국민연금공단 송파지사	
법제및윤리분과	이재만	위원	연세본정형외과의원	
법제및윤리분과	도화범	위원	도화범신경과의원	
법제및윤리분과	백재욱	위원	동동가정의학과의원	
법제및윤리분과	이한결	위원	서울대학교병원 가정의학과	
법제및윤리분과	오동호	위원	미래신경과의원	
법제및윤리분과	유지혜	위원	지혜샘정신건강의학과의원	
법제및윤리분과	이명진	위원	명이비인후과의원	
법제및윤리분과	이윤수	위원	이윤수조성완비뇨기과의원	
법제및윤리분과	양용준	위원	오늘 정신건강의학과의원	
법제및윤리분과	정유남	위원	제주대학교병원	
법제및윤리분과	조병욱	위원	칠곡경북대학교병원 소아청소년과	
법제및윤리분과	전영	위원	고려대학교의료원안산병원 정형외과	
법제및윤리분과	채설아	위원	로하스가정의학과의원	
의료및의학정책분과	신동일	위원장	강원도삼척의료원	
의료및의학정책분과	정재원	간사	연세신통마취통증의학과의원	
의료및의학정책분과	강정중	위원	목포부부요양병원	
의료및의학정책분과	강민구	위원	고려대학교 예방의학과	
의료및의학정책분과	김건	위원	참편한내과통증재활의학과의원	
의료및의학정책분과	김기영	위원	자애내과의원	
의료및의학정책분과	김수진	위원	고대안암병원 응급의학과	
의료및의학정책분과	김용한	위원	수성아동병원	
의료및의학정책분과	김현송	위원	미래연합의원 응급의학과	
의료및의학정책분과	손문호	위원	손정형외과의원	
의료및의학정책분과	이재욱	위원	코벨소이비인후과의원	
의료및의학정책분과	유진목	위원	유진목내과의원	
의료및의학정책분과	이석재	위원	제주대병원	
의료및의학정책분과	임현수	위원	포이즌홍부외과의원	
의료및의학정책분과	조승국	위원	원주의료원	
의료및의학정책분과	최주혁	위원	예산미소천사의원	
건강보험정책분과	김영재	위원장	교보생명 부속의원	
건강보험정책분과	조정호	간사	골드만비뇨기과의원	
건강보험정책분과	김기범	위원	김기범내과의원	

분과	성명	직책	근무처	비고
건강보험정책분과	김민관	위원	서울이비인후과병원	
건강보험정책분과	김영우	위원	W(더블유)병원	
건강보험정책분과	김재운	위원	예일소아청소년과의원	
건강보험정책분과	김준호	위원	키즈메디소아청소년과의원	
건강보험정책분과	김학준	위원	고려대학교의료원 구로병원	
건강보험정책분과	신석철	위원	신통의원	
건강보험정책분과	류광재	위원	우리정형외과의원	
건강보험정책분과	임민식	위원	참재활의학과의원	
건강보험정책분과	장정진	위원	삼성연합의원	
건강보험정책분과	조향훈	위원	현대가정의학과의원	
건강보험정책분과	지영건	위원	차의과학대학교 예방의학교실	

바. 의결 주문

- 정관 제20조 제1항 제12호에 따라 제74차 정기대의원총회 이후 KMA POLICY 특별위원회 위원 변동현황 보고의 건을 의결함

□ KMA POLICY 특별위원회 조직도

2023. 01. 02. 현재

위 원 60명
자문위원 4명
합 계 64명

대한의사협회 KMA POLICY 특별위원회



2022년도 KMA POLICY 확정 항목

1. 분과별 KMA POLICY(안) 목록

제출 분과 등	제목	총회 분과
법제윤리	<input type="checkbox"/> 비대면 진료의 의학적 안정성과 관련한 대한의사협회의 의료윤리에 대한 입장 <input type="checkbox"/> 의사의 SNS 등 미디어 활용에 대한 대한의사협회의 윤리적 입장	법정관
의료의학	<input type="checkbox"/> 공공의료의 올바른 이해 <input type="checkbox"/> 정부의 원격의료 확대기조와 의료계의 대응책 논의 필요성 <input type="checkbox"/> 비대면 진료의 위험성과 이에 대한 관심의 필요성 <input type="checkbox"/> 진료보조인력에 대한 의사의 지휘 감독에 따른 책임 <input type="checkbox"/> 필수의료에 대한 지원의 필요성	의무홍보
경상북도 의사회	<input type="checkbox"/> 합리적인 의료전달 체계 확립 <input type="checkbox"/> 의사 면허자 보건소장 우선 채용 원칙 이행 권고	의무홍보
전문위원회	<input type="checkbox"/> 과학적 근거 없는 한방의료 행위에 대한 국가 지원 반대	의무홍보
건강보험	<input type="checkbox"/> 외국인 건강보험 지역가입 대상자의 보장성 강화 <input type="checkbox"/> DUR(의약품안전사용서비스)의 합리적 개선 방안 <input type="checkbox"/> DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)수가 신설 <input type="checkbox"/> 육아상담료 신설의 필요성 <input type="checkbox"/> 과도한 법정 의무교육과 행정규제 반대	보험학술

2. KMA POLICY 특별위원회 의료및의학정책분과, 경상북도의 사회 및 전문위원회 POLICY(안) : [의무홍보분과]

가. 배경

- KMA POLICY 특별위원회는 2021년 10월 17일 제2기 출범식과 함께 정식 가동에 들어가 산하 의료및의학정책분과위원회 및 전문위원회, 그리고 제안주체인 경상북도의사회가 제출한 제안서를 토대로 집중적인 논

의과정을 거쳐 8개의 KMA 폴리시(안)을 마련하였음

- 이에 의무·홍보 분과위원회 및 본회의 의결을 거쳐 <KMA 폴리시>로 확정하고 우리협회 홈페이지 'KMA 검색창' 등록하는 등 회원뿐 아니라 일반 국민들에게도 알리어 향후 우리협회 의료정책을 정립하는데 기여하고자 함

나. KMA 폴리시(안) 아젠다 내용

1. 공공의료의 올바른 이해
2. 정부의 원격의료 확대기조와 의료계의 대응책 논의 필요성
3. 비대면 진료의 위험성과 이에 대한 관심의 필요성
4. 진료보조인력에 대한 의사의 지휘 감독에 따른 책임
5. 필수의료에 대한 지원의 필요성
6. 과학적 근거 없는 한방의료 행위에 대한 국가 지원 반대
7. 합리적인 의료전달 체계 확립
8. 의사 면허자 보건소장 우선 채용 원칙 이행 권고

다. 의결주문

- KMA POLICY 특별위원회가 제안한 8개 아젠다의 KMA POLICY(안)을 원안과 같이 각각 심의·의결함

라. POLICY(안)

1) 공공의료의 올바른 이해

KMA POLICY 제안서			
접수번호	-	제안자	임구일 위원장
접수일자	2022년 02월 25일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회 의료및의학정책분과
접수담당		연락처	
분류코드	- -	E-mail	

심의위원회 결정사항	개 최 일	2022년 09월 03일		제9차 심의위원회	
	부의결과	원안 의결			
	담당분과	법제 및 윤리		의료및의학정책	건강보험정책
	책임위원	위원		위원장	임 구 일

※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,

제 목	공공의료의 올바른 이해
내 용	<p>공공의료를 명확하게 정의하기 어려운 이유는 단어가 글로벌 하게 사용되는 용어가 아니기 때문이다. 일반적 컨센서스가 없는 단어를 기존의 용어로 정의하려다 보니 생기는 부조화 현상이다. 공공의료를 영어로 번역하기는 마땅하지 않다. 외국 문헌에서도 공공의료와 민간의료라는 용어는 찾기 어렵다.</p> <p>공공의료란 단어의 기원은 1977년 의료보험이 도입되면서 의료서비스의 수요가 폭발적으로 늘어나고 그에 대한 공급을 주로 민간의료기관이 담당하며 상대적으로 위축된 공공병원의 위상과 관련이 있다. 공공성 강화라는 것은 그 맥락이 공공병원의 확충이라는 주장과 동일시되었고 한국에서 공공의료 강화는 공공병원 확충이라는 등식이 성립하게 되었다.</p>

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	<p>1977년 당시 전체 병상 수 대비 공공병원이 50% 정도를 담당하였으나 의료보험 도입 이후 1985년에 민간 병상의 비중이 80%까지 증가하였다. 그 원인은 정부의 미흡한 재정투자가 주된 이유였지만 결과적으로 공립병원 등이 민간병원과 비교하여 점점 경쟁력을 잃고 외면당하는 결과를 초래하였다. 그러한 맥락에서 보건의료의 공공성 강화주장은 1992년 ‘건강사회를 위한 보건의료인 연대회의’가 결성되며 사회운동으로의 공공성 강화 주장이 힘을 얻게 되었다.</p> <p>1998년 새정치국민회의 정책위원회의 “보건의료선진화 정책보고서”에서 공공보건의료정책의 정비에 필요한 사항을 법제화하고 공공보건의료 영역에 속한 모든 기관의 기본적인 활동을 규정하는 등</p>

의 입법을 추진하도록 명시하였다. 1999년8월 의원입법으로 발의되었고 2000년1월12일 법률 제6159호로 ‘공공보건의료에 관한 법률’ 이 제정되었다.

한국 의료의 문제가 민간의료기관의 확대 때문이라는 시각은 결국 공공의료 기관의 확대를 공공성 강화와 동일시 하게 된다. 이러한 주장은 김대중 정부가 들어서면서 2000년에 제정된 ‘공공보건의료에 관한 법률’ 에서 볼 수 있다. 공공보건의료란 국가, 지방자치단체 또는 기타 공공단체가 설립, 운영하는 공공보건의료기관 이라고 정의하였고(법률2조) 노무현 정부에서는 공공성 강화정책이 공공의료기관 30%로 확대라는 정책으로 발표되었다. 즉 소유주체가 국,공립 이어야만 공공보건의료를 수행할 수 있고 공공성 확충은 공공의료기관을 늘리는 것이라고 말하고 있다. 그래서 한국에서 공공성 강화란 공공의료(기관)의 확대란 말과 동일시 된다. 일반적인 공공성과는 동떨어진 개념으로, 공공의료를 공공성으로 설명하지 못하는 이유가 되기도 한다.

그러나 이러한 법률시행과 정책은 담보상태를 맞이하게 된다. 사회보험 안에서 같은 가격에 비슷한 서비스를 제공하고 있고 모든 요양기관은 당연지정제로 모든 국민을 치료하고 있기 때문에 공공의료기관 만이 공공성 있는 의료를 제공할 수 있고 그래서 확대해야만 한다는 정책은 현실과 부합하지 않아 결국 ‘공공보건의료에 관한 법률’ 은 전부 개정되게 된다. 2013년2월2일 시행된 ‘공공보건의료에 관한 법률’ 에서는 2조(정의)에 공공보건의료 수행기관으로 공공보건의료기관 뿐만 아니라 민간의료기관 중에 의료취약지 거점의료기관, 공공전문진료센터, 지자체와 협약을 체결한 의료기관을 포함하게 된다.

따라서 공공의료 확대라는 단어는 2가지 측면에서 비판받을 수 있다. 첫번째는 잘못된 단어의 조합이다. 공공의료기관의 확대를 공공의료의 확대로 줄여 씌으로써 공공의료기관 만이 공공성을 가지고 있다는 생각과 그 안에 내포된 민간은 공공성이 없다는 편견을 가지게 된다는 점이다.

둘째로 공공성(公共性)에 대한 정의와 해석을 公(public)에 국한

	<p>함으로써 public-private relationship 을 통해 얻을 수 있는 국가 의료체계의 발전에 장애를 초래한 점이다.</p> <p>의료행위 자체는 공공의 성격을 띠고 있다. 소유주체가 누구든간에 국민의 건강권을 향상시키는 선한 가치를 행하고 있는 것으로 굳이 의료 앞에 공공이란 말을 덧붙일 필요는 없는 것이다.</p> <p>특히 한국의 특수한 의료체계, 공급은 민간이 주로 하고 재원은 보험료로 운영되며 강제적으로 전체 의료기관이 사회보험의 적용을 받는 의료체계라면 그 의료체계 자체가 공공의료라 지칭할 수 있다. 공익의 목표는 공과 공의 개념이 모두 포함되는 것이 합당하지만 지금까지의 공공성의 강화는 공이 강조되고 그 중에서도 소유의 개념으로 한정시켰기 때문에 공공의료의 강화, 공공성의 강화 등의 구호는 허상에 불과했다.</p> <p>즉 현재 시행되고 있는 건강보험이라는 사회보험 체계는 이미 전 국민을 대상으로 하는 국가 크기의 공동체에 관한 의료서비스 제공 체계를 법률로 정의한 것으로 이 사회보험 체계의 연속성과 지속성을 보편적인 법률로 논의하는 것이야 말로 공공성을 논의하는 것이라 할 수 있다.</p>
목적 및 기대효과	<p>한국에서 공공의료는 공공의료기관의 줄임말이다. 한국에서만 사용되는 공공의료란 단어의 함축적 의미를 이해하고 공공성과 공공의료의 차이점을 확인함으로써 전국민을 대상으로 하는 사회보험인 건강보험이 올바른 방향으로 발전할 수 있을 것을 기대한다.</p>
의견 및 관련자료	<ol style="list-style-type: none"> 1. 김용익. 2016. 한국보건의료의 모순 구조와 핵심과제. 포정건강정치학 발제문, 2016년12월16일 2. 김창엽. 2012. 한국 보건의료의 공공성- 경로의존 또는 “근대화”. 한국사회사학회 가을학술대회, 2012년10월19일 3. 신중섭. 2014. 대한민국 발목 잡는 공공성의 허구. 자유경제원 제1차 공공성의 허구 연속토론 회 발제문, 2014년10월13일 4. 손명세. 2010. 공공보건의료에관한법률 개정 방향 연구. 연세대학교의료법윤리학연구원

	5. 이규식. 2016. 의료개혁을 위한 제안:보건의료체계 전면적인 새 판이 필요하다. 건강복지정책연구원, Issue Paper No 19
	6. 임구일. 2017. 公(공) 과 共(공), 公共醫療(공공의료). Public Health Affairs 2017;1(1): 59-64.

2) 정부의 원격의료 확대기조와 의료계의 대응책 논의 필요성

KMA POLICY 제안서						
접수번호	-	제안자	최주혁 위원			
접수일자	2021년 11월 29일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회 의료및의학정책 분과			
접수담당		연락처				
분류코드	- -	E-mail	ywolf30@naver.com			
심의위원회 결정사항	개 최 일	2022년 10월 06일		제10차 심의위원회		
	부의결과	승인				
	담당분과	법제 및 윤리	의료및의학정책	건강보험정책		
	책임위원	위원	최 주 혁	위원장	임 구 일	
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,						
제 목	정부의 원격의료 확대기조와 의료계의 대응책 논의 필요성					
내 용	<p>COVID-19의 장기화와 새로운 변이바이러스의 연속적인 출현등으로 비대면 사회로의 진화가 가속화되어가고 있다.</p> <p>COVID-19 팬데믹 상황에서 개원가에서도 의료법이 아닌 ‘감염병 예방법’에 의거하며 경증 코로나 환자의 재택진료 시스템이 허용되는 등 비대면 진료 실적이 축적되고 있다. 이로 인해 의료인과 환자들 사이에 비대면진료에 대한 거부감이 조금은 줄어들어 있는 상태다. 더군다나 새 정부에 들어서면서 비대면진료는 ‘110대 국정과제’에 포함될 정도로 정책 관심도가 높은 상태다.</p>					

	<p>비대면 진료를 포함한 원격의료제도는 의료의 본질차원에서 분명한 단점이 있고, 법적 제도적 미비점이 여전히 존재하고 있는 상태다. 그러나 의료산업 진흥이라는 명목하에, 세심한 준비없이 원격진료는 강행될 가능성이 있는 상태다. 따라서 의료계는 국민의 안전을 위해 정책에 대한 철저한 대비와 관련 연구를 준비하고, 대한의사협회를 중심으로 ‘국민이 안전한 한국형 원격의료시스템’을 안정적으로 구현해내기 위해 다양한 의견을 수렴하고, 광범위한 연구를 해야 할 시점이라고 판단한다.</p>
--	--

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	<p>원격의료의 정의를 살펴보자면 보통 3가지 요소로 구성되어 있다고 보는데, 원거리(1)에 있는 의료수요자(의사(의료인) 혹은 환자)와 의료 공급자 사이에 정보통신기술(2)을 이용하여 의료정보나 의료서비스를 실시간 혹은 비실시간 제공(3)하는 것 이라고 정리할 수 있다.</p> <p>원격의료는 김대중 정부인 2000년 처음 공론화되었으며 이후 모든 정부에서 공히 추진되었다. 2013년만 해도 의사-환자간 원격의료 허용 관련 의료법 개정안이 발의되었으며, 의협 노환규 의협 집행부는 ‘의료민영화 원격의료 반대’를 걸고 파업투쟁을 진행했었다. 2015년 추무진 의협 집행부에서도 ‘규제기요틴과 원격의료 저지를 위한 투쟁’을 이어갔다. 2020년 최대집 의협 집행부의 이른바 ‘4대악법 저지투쟁’에 이르기까지 의료계는 기본적으로 ‘원격의료에 대한 반대입장’을 꾸준히 견지하고 있는 상황이다.</p> <p>여기에는 원격의료 제공자에 대한 기준과 책임을 명확히 규정하여 의료전달체계의 안정성을 잘 유지할 수 있는지, 정보통신기술과 관련하여 개인 정보보호 문제에 대한 철저한 대비를 명확하게 갖추었는지, 환자의 응급상황 발생시 긴급 대응을 위한 시스템이 체계적인지, 원격의료 시범 사업을 충분한 기간 동안 집행한 후 시행상의 오류를 충분히 개선과정에 반영하는 과정이 있었는지가 아직 모호하고, 제한된 시범사업 등을 통한 ‘긍정적 평가결과’를 의사들이 충분히 동의하기 어렵기 때문이다.</p>

그러나 코로나19의 출현을 계기로 한국 사회는 비대면 사회로 진화하고 있으며 의료제도 예외일 수 없었다. 환자의 안전과 의료인의 안전을 확보하면서, 의료전달체계의 안정성을 지속적으로 유지하기 위해서는 원격의료의 적극적 연구와 도입과정이 필요하다는 여론이 과거에 비해 많아졌다.

결국 의협 제74차 정기대의원총회(2022. 04. 23.)에선 「원격의료 대책 심의의 건」이 가결되었으며, 1) 일차의료기관이 중심이 되어야 하며 2) 의협 주체의 원격의료 추진될 것과 3) 대면진료 대비 1.5배 이상의 수가가 보장되어야 한다는 조건이 제시되었다.

당연히 의료는 ‘대면진료가 원칙’이며, 산업논리에 의해 의료의 본질을 훼손해서는 안된다. ‘는 것이 의료계의 분명한 원칙이 되어야 한다.

선부른 정책 확대는 진료과정상의 법적문제, 의료전달체계의 왜곡 우려, 원격의료수가의 체계적 연구부족, 개인정보 유출의 우려 등의 문제점을 드러낼 수밖에 없다.

최근 국내에도 닥터나우, 메디히어, 똑닥 등의 원격의료 애플리케이션과 수많은 아류 플랫폼 등이 쏟아지고 있다. 정부의 ‘비대면 진료 정책확대’ 기조와 더불어, 산업계를 중심으로 조여 오는 압박 속에서, 의료계에는 의료의 본연인 대면진료의 원칙을 최대한 준용하면서도, 일부 수요자 층의 원격진료에 대한 패러다임 변화에도 어느 정도 적절한 대응책을 마련할 필요성이 제기되고 있다.

구체적으로는 환자의 안전과 비밀을 지켜내며, 중환자의 신속하고 안전한 이송시스템의 확립, 의료사고시 책임소재를 명확히 하거나 불가피한 의료사고에 대한 면책조항 확보 등의 다양한 법적 안전망을 확보하려는 등의 노력을 들 수 있겠다.

또한 비대면 혹은 원격진료시의 수가책정단계에서 대면진료보다 적은 정보만으로 최선의 진료를 해야 하는 위험부담이, 수가에 반

	<p>영되어야 합당한 진료수가를 보장받게 되고, 이로 인해 진료 현장에서 소신 있고 적극적인 의료진의 진료행위를 기대할 수 있을 것이다.</p>
최근 문제점	<p>1. 수가문제</p> <p>서울특별시 의사사회 원격의료 연구회에 따르면, 원격의료 진료수가가 별도로 마련되어야 한다는 의견이 전체의 68.9%에 달했다. 또한 원격의료시행이 정부의 저수가정책으로 이어질 것이라는 의견이 전체의 72%에 달했다.</p> <p>따라서 의료분쟁에 대한 일정부분 리스크를 안고 시행할 수밖에 없는 원격의료의 특성이 고려된 진료수가가 반영되어야 할 것이다. 수가문제를 명확히 하지 않은 상태에서 선부른 원격의료의 도입은 의료전달체계와 의료계 전반에 상당한 왜곡을 불러일으킬 가능성이 높다.</p> <p>2. 원격의료 밸류체인의 안정망구축 (약 배송문제의 해결)</p> <p>원격의료 밸류체인은 ‘전화·화상 등 비대면 진료’, ‘약 배송’, ‘원격 모니터링’ 등으로 나뉜다. 비대면 진료에 대해선 정부와 의료계가 약간의 공감대가 생겼지만, 약 배송은 여전히 갈등이 첨예하다. 대한약사회는 불법 약 유통 조장 등을 내세워 비대면 처방과 약 배송에 대해 ‘절대 불가’ 입장을 유지하고 있다. 반면 업계에선 약 배송이 필수적이라고 주장한다.</p> <p>3. 원격의료의 대상규정(초진환자는 원격/비대면의료에 해당할 수 없다.)과 관련하여 의료계에선 안전성 문제 등으로 재진 환자에게만 허용해야 한다는 의견이 압도적으로 우세하다.</p> <p>그러나 원격의료 관련 산업계는 초진도 포함해야 한다고 주장한다. 의료계는 진료과정의 의료적 안전을 위해서라도 이 부분에 대한 적극적인 방어논리가 필요하다.</p> <p>4. 개인정보 유출사고에 대한 책임주체</p> <p>정부는 정보보호 규정 강화, 관리, 감독체계 신설 등을 추진하고 원격의료 시설, 장비 기준에도 정보보안에 필요한 시스템 및 프로</p>

	<p>그럼 기준을 규정하겠다고 하였으나 그동안의 유출사고를 보았을 때 여전히 우려가 높은 상황이다. 개인정보보호에 대한 보다 철저한 대비책이 필요하다.</p> <p>5. 산업계 위주의 무분별한 원격의료 도입정책 경계</p> <p>원격의료는 대면진료의 연장선이고 의료행위의 일부이다. 따라서 모든 정책은 의사가 중심이 되고 현장의 목소리가 실시간으로 정책에 반영되어야 할 것이다. 그러나 현실은 관련 산업계의 목소리와 요구가 중심이 되고 있다. 원격의료산업협회나 민간보험업계, 이권을 가진 일부 의사들에 의해 정책 입안 단계에서 왜곡이 우려되는 상황이다.</p> <p>따라서 의료계의 공식 대표단체인 대한의사협회 중심의 ‘국민이 안전한 한국형 원격의료시스템’에 대한 준비가 긴 안목을 두고 진행되어야 할 것이다.</p>
<p>목적 및 기대효과</p>	<p>현재 원격의료는 산업계와 민간보험업계의 지속적인 요구와 편의성만을 추구하는 수요자층의 요구가 과반영 되어 진행되고 있는 상태이다.</p> <p>원격의료는 환자와 의사 사이에 새로운 정보전달 매개체가 자리잡은 간접적 진료형태일 수밖에 없으므로, 이에 대한 의료적 문제나 법적 문제는 언제든지 발생할 수 있다.</p> <p>의료계는 이 부분에 대한 문제점을 지속적으로 제기하는 것이고, 정부와 유관부서는 이에 대한 철저한 준비와 합당한 대안을 제시해야 할 것이다.</p> <p>IT산업의 고도화로 인해 원격의료는 언젠가는 진료행위에 적용될 가능성이 있다. 그러나 원격의료의 안정적으로 진료행위에 정착하기 위해서는 납득한 만한 수준의 진료수가보장, 이를 가능하게 할 재원 확보, 의료사고 시 의료진에 대한 법적 안전장치 확보, 철저한 개인정보보호 대책마련 등에 대해 지속적인 연구와 건의를 거듭해야 한다.</p> <p>그로 인해 우리는 의료의 영리화 및 산업화를 일정부분 저지할</p>

	수 있을 것이다. 더불어 안정적인 소신 진료행위를 보장할 수 있게 될 것이며, 국민이 안전하게 진료를 받을 수 있는 환경을 보장받게 될 것이다.
의견 및 관련자료	1. COVID-19 시대 국내외 원격의료 동향과 의료서비스산업의 균형 성장을 위한 정책 제언 국제문화기술진흥원 이재희 /Lee, Jaehee , 가천대학교 2. 원격의료 글로벌 동향 및 한국의 대응방향, 전경련 2021.4.20 3. 프랑스 원격의료 입법례 - 국회도서관 (최신 외국 입법정보, 통권 제121호 2020.3.17) 4. 의사-환자간 원격진료 (KMA-Policy 제1토의 안건분과 위원회) 5. 원격의료 정책 현황 분석 연구 (의료정책 연구소 2015년 5월. 김진숙, 오수현, 김석영) 6. 계간정책포럼 (의료정책 연구소 제19권 4호 2022년 3월) 7. 대한개원의 협의회 '비대면 진료 대책 TF 회의록' (2022년 6월 2일)

3) 비대면 진료의 위험성과 이에 대한 관심의 필요성

KMA POLICY 제안서					
접수번호	-	제안자	KMA POLICY 특별위원회 이재욱 위원		
접수일자	2022년 08월 11일	소속단체	의료 및 의학정책 분과		
접수담당		연락처			
분류코드	- -	E-mail			
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일		제15차 심의위원회	
	부의결과	원안 의결			
	담당분과	법제 및 윤리	의료및의학정책	건강보험정책	
	책임위원	위원	이 재 욱	위원장	신 동 일
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	비대면 진료의 위험성과 이에 대한 관심의 필요성				
내 용	비대면 진료는 부정확한 정보에 의존하여 환자를 진단, 치료하여 대면				

진료보다 더 높은 위험성이 있으며, 그로인한 의료사고 발생 위험성 역시 높아, 이에 따른 의료 분쟁과 국민건강을 위협하는 요소들에 대해 의사 개인과 협회의 많은 관심이 필요하다.

제 안 설 명

제안사유 (배 경)

현재 논의가 진행되고 있는 비대면 진료는 환자의 진술에만 의존한 채, 잘못된 정보를 보정할 수 있는 진찰의 기회를 가질 수 없으므로, 필연적으로 불완전성을 내포한 진료 행위일 수밖에 없다. 당연히 대면진료보다 환자에게 위해를 가할 가능성이 더 높고, 이에 따라 의료 사고와 의료 분쟁의 발생 가능성 또한 더 높다.

특히 환자의 진술에만 의존하여 진단 행위를 하는 것에는 다음과 같은 문제로 인하여 근본적인 한계와 위험이 있다.

1. 환자가 제공하는 정보의 정확성 문제

환자는 자신의 상태를 객관적으로 표현하는 훈련을 받지 못했기 때문에 환자가 구술하는 정보의 정확성은 대면진료에서 의사에 의해 확인되는 정보에 비하여 현저히 떨어질 수밖에 없다. 환자가 의도치 않게 자신의 상태를 과장하거나 축소하거나 혹은 부분적으로 말하지 않은 부분이 있을 때, 비대면 진료 상태의 의사는 그 진위여부나 정확성을 확인할 수 없다.

2. 환자가 제공하는 정보의 신뢰성 문제

환자가 직장, 보험, 법률 문제와 같은 사회적, 경제적인 이유로 의도적인 거짓 정보를 제공할 때, 대면진료에서는 그것을 시·청·타·촉 등의 방식을 통해 의사가 직접 확인하고 환자의 말이 진실인지 거짓인지를 확인할 수 있지만 비대면 진료에서는 진찰과정의 생략으로 인해 환자가 구술로써 제공하는 정보의 진위 여부를 확인할 방법이 없다.

3. 검사 불가에 의한 정보의 부족 문제

만약 환자가 자신의 병을 정확히 표현했다 할지라도 병변이 정확히 확인되지 않은 상황에서는 병을 진단할 수 없다. 이를테면 환자가 말한 덩어리가 양성 종양인지 악성 종양인지를 알 수 없다는 의미

	<p>이다. 대면진료에서도 초음파 등의 진단 도구를 사용해야만 알 수 있는 것을 최소한의 촉진조차 불가능한 비대면 진료로 진단하는 것은 불가능한 일이다. 이런 검사의 가능성이 봉쇄된 비대면 진료에서는 대면진료에 비해 진단 및 치료가 지연되는 위험성이 높아지게 될 수밖에 없다.</p>
<p>최근 문제점</p>	<p>위에서 살펴본 바와 같이 비대면 진료에서 환자 진술의 정확도와 신뢰도가 떨어지기 문제로 인하여 발생하는 불완전한 의료행위로 인해 오진 및 의료사고의 가능성은 증가할 것으로 예상된다.</p> <p>이는 <원격의료 관련 대의원 인식조사> 에서 원격진료에 반대하는 이유 항목의 답변 중 원격진료에 대한 <안전성, 유효성 미검증으로 인한 오진가능성> 때문이라는 답변(29.1%)이 가장 많았으며, 2022년 6월 대한내과의사회, 대한소아청소년과의사회, 대한이비인후과의사회, 대한가정의학과에서의 시행한 모바일 설문조사에서도 94%의 응답자가 <충분한 진찰을 하지 못하여 발생하는 오진의 위험성>을 꼽았으며, <전화 상담만으로 충분한 진료가 이루어지지 않았다> 는 응답자가 92.04% 라는 점에서 더욱 확실해진다.</p> <p>게다가 2021년 시행한 모바일 설문조사에서는 초진환자에게도 비대면 처방이 가능해야한다는 의견이 70%에 달했지만 2022년 조사에서는 50%로 급감한 것은 COVID-19 관련 비대면 진료를 직접 시행해본 의사들이 비대면 진료에 대한 위험성을 피부로 느낀 뒤의 인식 변화의 결과로서, 이는 시사하는 바가 큰 데이터라고 할 수 있다.</p> <p>이런 위험성이 내포된 비대면 진료는 의료인의 안전을 보장할 수 없는 것은 물론이고, 환자 입장에서 보면 의료인이 자신의 안전을 불모로 하면서 환자에게 적절한 진료를 제공할 것이라고 기대하기는 어려워, 이는 전체적인 의료 수준의 하락을 일으키고 궁극적으로 국민 건강에 악영향을 끼칠 수밖에 없다.</p>
<p>목적 및 기대효과</p>	<p>이상의 비대면 진료시 발생하는 위험성에 의거하여 이에 대한 대응방안에 관심을 가지고, 의료진의 안전을 보장하는 것은 국민 다수에게 적절한 진료를 제공할 수 있는 초석이 될 것이며, 이에 대한 의사 개인과 협회의 관심과 대응이 필요하다.</p>
<p>의견 및</p>	<p>1. 원격의료 관련 대의원 인식조사, 의료정책연구소 연구보고서</p>

관련자료	2922 No. 1.
	2. <비대면 진료 경험 의사 70%가 도입 반대 > 후생신보 2022/07/08
	3. < ‘비대면 진료 2년 겪어보니...’ 의사들, 비대면 진료 부정적 > 매일뉴스 2022/07/08

4) 진료보조인력에 대한 의사의 지휘 감독에 따른 책임

KMA Policy 제안서					
접수번호	-	제안자	의료및의학정책분과 신동일 위원장		
접수일자	2023년 02월 14일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회		
접수담당		연락처			
분류코드	- -	E-mail			
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일		제15차 심의위원회	
	부의결과	수정 의결			
	담당분과	법제 및 윤리		의료및의학정책	건강보험정책
	책임위원	위원	-		위원장 신 동 일
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	진료보조인력에 대한 의사의 지휘·감독에 따른 책임				
내 용	<p>의료법 제27조 제1항에서는 “의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며, 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다” 고 규정하여 의료행위를 할 수 있는 사람을 엄격하게 규제하고 있어서 간호사 및 의료기사 등을(이하 진료보조인력) 통한 진료보조행위에서 의사의 책임범위와 한계가 명확해야 한다고 할 것이다.</p> <p>이에 그 책임에 관한 가이드라인을 미국의사협회의 입장을 통해 현재 우리나라에 맞게 재구성하는 바이다. 다음의 가이드라인이 인용되는 경우 가이드라인의 전체 내용을 참고하고 인용할 것을 권장한다.</p>				

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의사는 모든 의료행위에서 진료보조인력을 지휘·감독해야 하는 책임과 환자에 대한 의료서비스를 관리해야 하는 책임이 있다. 2. 의사는 환자에게 제공되는 의료 서비스의 품질을 보장하기 위해 진료보조인력에 대한 적절한 정보 제공을 통한 환자의 치료 조정 및 관리에 대한 최종적인 책임을 가진다. 3. 의료서비스 전달에 있어서 진료보조인력의 역할은 의료행위 프로토콜, 직무내용설명, 및 가이드라인에 규정되어야 한다. 이 가이드라인 등은 정기적으로 검토되어야 한다. 4. 환자가 자신의 치료를 의사가 담당하는지 아니면 진료보조인력이 담당하는지에 대해 항상 명백하게 인식할 수 있도록 관련 정보가 제공되어야 한다. 5. 모든 국민들이 의사가 아닌 비의사에 의한 질병의 진단·치료·교육·지시·수술 등으로 인해 환자가 위험에 처하게 되는 부정적인 결과를 명확히 인식할 것을 촉구한다. 6. 비의사 그룹이 적절한 의사의 지휘·감독을 받지 않고 의료행위에 참여하는 것을 허용하는 법안을 적극적으로 반대해 나갈 것이다. 7. 의료계의 모든 분야에서 비의사 임상 스태프에 대한 의사 감독의 필요성에 대해서 적극적으로 지지 및 주장을 할 것이다. 8. 의사와 진료보조인력 간에는 환자 치료에 대한 노력을 서로 인정하고 존경하며 존중하는 관계가 구축되어야 한다.
--	--

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	‘의료법 제2조 제2항 제5호 제나목’에서 간호사의 업무로 “의사 등 지도하에 시행하는 진료의 보조”라 하였고 ‘의료기사 등에 관한 법률 제1조의2’에서 의료기사란 “의사 등의 지도 아래 진료

나 의화학적 검사에 종사하는 사람” 이라고 규정하여, 진료보조인력은 의료행위 시 의사 등의 지도하에 진료의 보조를 수행한다.

대한의사협회 의사윤리지침 제19조(동료 의료인 등의 존중)에서 “최선의 진료를 위해 의료 현장에 함께 일하는 모든 사람을 존중하고 신뢰하여야 한다. 동료 의료인이 수행하는 직무의 가치와 내용을 이해하여야 하며, 상호 간에 협력적인 직무관계를 이루도록 노력을 다하여야 한다.” 고 하여 동료의료인 및 의료 현장에서 함께 일하는 진료보조인력과 신뢰 · 협력 · 존중의 관계를 강조하고 있다.

현대의료기술의 발달과 의료기기의 급속한 발전은 의료행위가 전문화 · 세분화되었고 각 해당과마다 독자적인 전문영역을 가짐으로 인해 많은 의사와 의료관계자들이 참여하여, 한 환자의 진료과정에 분업적 역할 분담을 행하고 있다.

이에 따라 의사간의 분업적 의료행위 뿐 아니라 진료보조인력에 의한 분업적 의료행위도 그 역할의 확대와 중요성이 점차 커지고 있다. 그러한 상황에서 진료의 보조를 담당하고 있는 진료보조인력에 대한 의사의 지휘 · 감독에 따른 책임을 확인하는 것은 큰 의미가 있다 할 것이다. 이에 따라 미국의사협회 AMA POLICY를 참조하여 진료보조인력에 대한 지휘 · 감독 시 의사 등의 책임에 대하여 입장을 밝힌다.

대법원은 1998. 2. 27. 선고 97도2812판결에서 “의사는 전문적 지식과 기능을 가지고 환자의 전적인 신뢰 하에서 환자의 생명과 건강을 보호하는 것을 업으로 하는 자로서, 그 의료행위를 시술하는 기회에 환자에게 위해가 미치는 것을 방지하기 위하여 최선의 조치를 취할 의무를 지고 있고, 간호사로 하여금 의료행위에 관여하게 하는 경우에도 그 의료행위는 의사의 책임 하에 이루어지는 것이고 간호사는 그 보조자에 불과하므로, 의사는 당해 의료행위가 환자에게 위해가 미칠 위험이 있는 이상 간호사가 과오를 범하지 않도록 충분히 지도 · 감독을 하여 사고의 발생을 미연에 방지하여야 할 주의의무가 있고, 이를 소홀히 한 채 만연히 간호사를 신뢰하여 위해가 발생하였다면 의사는 그에 대한 과실책임을 면할 수

	<p>없다.” 고 판시하였다.</p> <p>또한 대법원은 2001도3667 판결에서 “간호사가 ‘진료의 보조’를 함에 있어서는 모든 행위 하나하나마다 항상 의사가 현장에 입회하여 일일이 지도·감독하여야 한다고 할 수는 없고, 경우에 따라서는 의사가 진료의 보조행위 현장에 입회할 필요 없이 일반적인 지휘·감독을 하는 것으로 족한 경우도 있을 수 있다 할 것인데, 여기에 해당하는 보조행위인지 여부는 보조행위의 유형에 따라 일률적으로 결정할 수는 없고 구체적인 경우에 있어서 그 행위의 객관적인 특성상 위험이 다르거나 부작용 혹은 후유증이 있을 수 있는지, 당시의 환자 상태가 어떠한지, 간호사의 자질과 숙련도는 어느 정도인지 등의 사정을 참작하여 개별적으로 결정하여야 한다” 고 했다.</p>
목적 및 기대효과	<p>의료기술·기기의 발전, 의료행위의 전문화·세분화·분업화로 환자들을 성공적으로 치료할 수 있게 되었지만 환자의 치료에 참가하는 의료인, 의료기사 등이 많아지면서 역할분담적 치료과정을 계획하고 조정하고 통제하는데 더 많은 신중함과 통찰력이 요구됨과 동시에 진료보조인력에 대한 지휘·감독에 따른 책임에 대한 인식의 필요성이 커지고 있다.</p> <p>의사는 국민의 생명·건강을 책임지는 주체이며, 의료행위의 주관자여서 사회적 책임이 있음을 인식하고, 의료인 및 의료기사 등이 협력하여 국민의 생명과 건강을 지키기 위해 공동으로 노력할 수 있는 기반을 마련한다.</p>
의견 및 관련자료	<ol style="list-style-type: none"> 1. 대법원 1998.2.27.선고 97도2812판결 2. 대법원 2003.8.19.선고 2001도3667판결 3. 대한의사협회 의사윤리강령, 의사윤리지침 4. 의료정책연구소 자료집 21 AMA POLICY 192-194 5. 전병남, “의료분업과 신뢰의 원칙”, 대한의료법학회, 의료법학 제4권 제1호, 2003

5) 필수의료에 대한 지원의 필요성

KMA POLICY 제안서

접수번호	-	제안자	KMA POLICY 특별위원회 최주혁 위원		
접수일자	2023년 02월 21일	소속단체	의료 및 의학정책 분과		
접수담당		연락처			
분류코드	- -	E-mail			
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일		제15차 심의위원회	
	부의결과	원안 의결			
	담당분과	법제 및 윤리	의료및의학정책	건강보험정책	
	책임위원	위원	최 주 혁	위원장	신 동 일
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	필수의료에 대한 지원의 필요성				
내 용	<p>아산병원 간호사 출혈성 뇌졸중 사망사건(2022.7)과 소아청소년과 전공의 지원의 급격한 감소등으로 인해 소위 필수의료분야의 위기와 심각성에 대한 사회적 관심이 높아지고 있다.</p> <p>국내 필수의료는 전 분야에 걸쳐 낮은 수가와 높은 의료사고 위험에 비해 (의료인에 대한) 법적 보호대책의 미비 등으로 대단히 위험한 상황에 이르렀고 특히 의료취약지 등에서는 그 존립이 위협받고 있어서 수가지원 및 재정을 통한 특별지원이 요구된다.</p> <p>그러나 아직 필수의료분야에 대한 ‘정확한 정의와 범위’에 대해서는 조금은 모호한 상태다.</p> <p>대한의사협회 “필수의료중심의 건강보험 적용과 개선방안 Vol. 1”에 따르면, 필수의료의 개념은 -광의의 개념으로 국민의 생명과 건강을 보호,증진하기 위한 의료이며, 협의의 개념으로는 국민생명과 삶에 직결되는 분야로서 응급,외상,암,심뇌혈관질환, 중환자,신생아,고위험산모등과 같이 긴급하게 제공되어야 하는 의료이며, 건강보험 우선적용순위를 정할 시, 재정적 상태를 고려하여 의사, 정책 전문가. 정부가 원칙에 따른 투명하고 합리적인 논의를 통하여 결정되어야 한다고 규정하고 있다.</p>				

최근 코로나 이후 3년만에 재개된 의.정간 ‘의료현안간담회’에서는 필수의료분야에 대한 일차적인 해결분야로 중증, 응급, 분만, 소아 분야를 선정한 바 있다.

또한 보건복지부자료(2022.4)에 따르면 필수의료의 범위를 1) 생명에 직접적인 위협에 대응하기 위한 의료분야. 2) 지역성 특성 또는 시장수요의 부족으로 제대로 제공되기 어려운 의료분야. 3) 전공의 충원율이 평균에 미달하는 분야로 규정한 바 있다.

그러나 필수의료의 정의와 범위에 대해, 현장의 의료인들이 바라보는 시각은 더욱 광범위하다. 의학이라는 방대한 학문안에서 사실상 필수적이지 않은 의료분야는 존재할 수 없기 때문이다. 따라서 의료계는 범 필수의료분야 전반의 여건개선을 꾸준한 상시 목표로 설정하되, 현재 시급한 분야로 지적된 중증질환, 응급의학, 분만 산부인과, 소아청소년과 분야, 더 나아가 뇌혈관, 심혈관 분야등을 ‘논의 중심적 필수의료분야’로 편의상 이해한 후, 본 사안에 접근할 필요가 있다고 생각한다. 앞으로 의료계의 긴 논의를 통해 ‘필수의료의 본질’에 조금 더 접근해 갈 수 있을 것으로 본다.

물론 최근 무과실 의료사고에 대해 국가가 100% 보상하는 내용을 담은 ‘의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정등에 대한 법률 일부개정안’이 국회에서 다뤄지고 있고, 소위 ‘선한 사마리아인의 법’으로 알려진 ‘응급의료에 관한 법률 일부개정안’이 국회에서 논의되고 있지만 여전히 바이탈(Vital)을 다루는 분야에서는 흡족한 수준이라고 볼 수 없다.

또한 지역과 광역시간의 의료격차도 점점 심각하게 벌어지고 있음을 간과할 수 없다. 이를 위해 현 정부의 필수의료 지원대책인 ‘공공정책수가’와 별도의 ‘지역의료가산제’ 개념이 필요하다. 이미 피폐해져 버린 지역의 필수의료는 국가전체의 필수医료를 체계적으로 논의할 여유조차 없을 정도로 상황이 심각하기 때문이다. 의료계는 이 부분에 대한 현장의 고통을 외면하지 말고, 적극적인 의견수렴과 당국을 향한 강력한 개선요구를 해야 할 것이다.

이른바 지역의료 가산제는 보다 큰 개념의 ‘공공정책수가’ 제도에 일부 포함될 수 있다.

실제 2022년 12월 8일 '건강보험 지속가능성 제고방안 및 필수의료 지원대책' 공청회를 열고 현 정부가 추진할 필수의료 및 건강보험 재정 구조 개편 계획을 발표했다

일례로 광역시를 제외한 전체 시·군·구에 현재 분만수가의 100%를 취약지역수가로 추가 지급하고 여기에 더해 '인적·안전 정책수가'라는 명목으로 현재 분만수가의 100%를 추가로 지급하게 된다. 결과적으로 현재 분만수가에서 200%를 인상하는 셈이다. 여기에 감염병 위기시 '감염병 정책수가'를 100%를 추가로 적용한다. 결국 감염유행시 의료취약 지방소도시에서는 300%의 분만수를 달성 할 수 있게 되는 것이다.

이른바 ‘지역의료 가산제 개념의 도입’ 이라고 할 수 있다. (물론 이 제도 마저도 일선 분만산부인과에서는 충분하지 않다는 비판이 존재함을 알고 있다.)

또한 공공정책수가제에서는 중증의료에 대한 지원대책으로 상대가치 개편에서 저평가된 수술, 입원 등 항목에 대한 중별가산을 확대하고 병원급 의료기관의 환산지수 조정을 통해 수술, 처치 등 필수의료 분야 수가인상을 추진한다.

또한 응급진료 가산율을 평일주간 현행 50%에서 100%로 인상하고 평일야간, 공휴일주간은 100%에서 150%까지 확대했다. 공휴일야간은 최대 175%까지 상향조정하기도 했다.

이렇듯 필수의료의 발전을 위해서는 이에 추가 재원확보, 수가인상, 의료사고특례법등 관련법정비,더 나아가 의료일원화정책, 등이 필요하겠지만, 가장 빠르게 숨통을 트일수 있는 방법중의 하나는 공공정책수거나 지역의료가산제등을 통한 긴급한 특별수가신설이 될 것이다.

6) 과학적 근거 없는 한방의료 행위에 대한 국가 지원 반대

KMA POLICY 제안서					
접수번호	-	제안자	전문위원회 김강현 위원		
접수일자	20 년 월 일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회		
접수담당		연락처			
분류코드	- -	E-mail	33007kim@hanmail.net		
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일		제15차 심의위원회	
	부의결과	원안 의결			
	담당분과	법제 및 윤리	의료및의학정책	건강보험정책	
	책임위원	위원	김 강 현	위원장	김 교 응
제 목	과학적 근거 없는 한방의료 행위에 대한 국가 지원 반대				
내 용	<p>한방이 학술적 한계에 봉착하자 이를 타개할 수단으로 끊임없이 한방 진료를 국가사업으로 격상시키려는 시도를 하고 있다. 이러한 목적을 달성하고자 그들은 아전인수격으로 외국 사례와 연구내용을 막연히 열거하면서 그 당위성, 효율성 그리고 효과성만을 과대 포장하고 있다.</p> <p>게다가 중국의 TCM 연구는 2021년까지 단 한건의 TCM herb drug 도 미국 FDA 3상 시험을 통과하지 못하고 있는 엄연한 한계와 현실에서도 외국의 대학이나 연구소 등에서 잠시 연구하다가 실적이 없어 사라진 것들도 마치 현재 활동하고 있는 것처럼, 관련 연구도 단계별로 진행하다 효과를 입증하지 못하고 중단된 것조차 연구 중인 것처럼 왜곡하고 있다.</p> <p>여기에서 그치지 않고 그들은 지속적으로 정부나 지방자치단체가 이런 연구에 효과가 있다고 오인하도록 하여 결국 공적자금이 투입되어 국가 재정 낭비를 초래하는 지경에 이르러 대한의사협회는 이에 대한 보다 과학적이고 체계적인, 그리고 공정하고 투명한 검증절차가 마련되기를 정부에 요구한다.</p>				

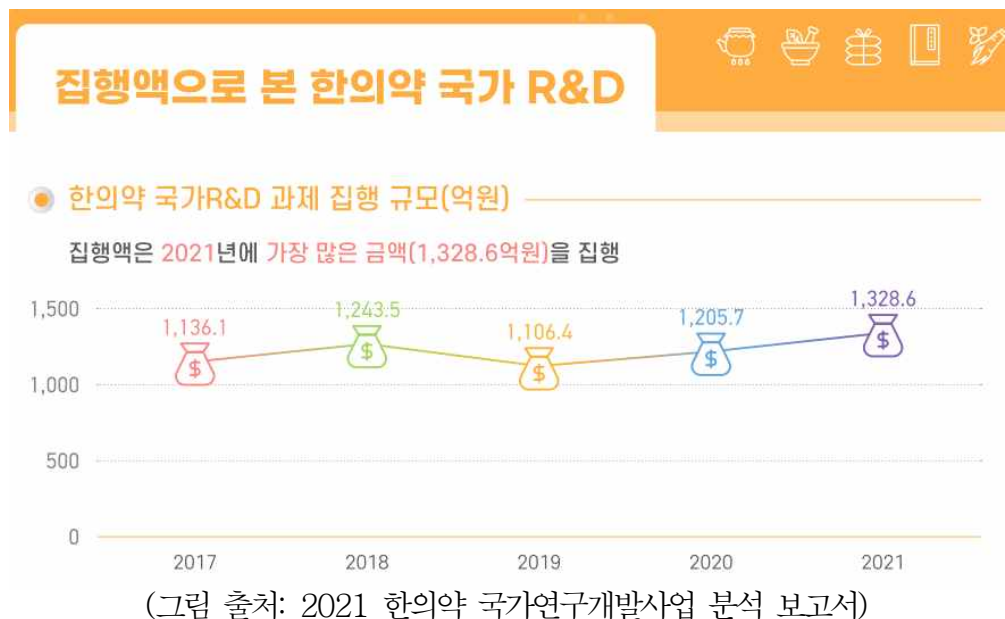
제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	한의학계측은 한방진료에 대한 국가적 지원을 이끌어 내기 위하여, 수시로 미국·중국·일본, 대만 등의 국가적 지원 사례를 왜곡하거나 한방관련 연구논문 결과를 고의로 과장하면서 마치 외국에서는 한방이나 대체의학에 국가적인 지원사업이 활발히 이루어지고 있는 것처럼 오인하게 하는 피해를 바로잡고 예방하여 국민의 알권리 보장과 건강권을 보호하고자 한다.
목적 및 기대효과	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한의학계측이 인용 발표한 외국의 TCM이나 대체의학 지원 사례 및 왜곡된 외국 사례에 대한 주장을 면밀히 파악하여 정부나 지자체가 재정과 행정력을 낭비하지 않도록 대책을 수립함 2. 대한의사협회는 정부와 지자체에 정확한 자료와 객관적 근거를 지속적으로 제공하여 한의학계측의 일방적이고 왜곡된 주장의 실체를 파악할 수 있도록 알림 3. 평소 외국의 TCM이나 대체의학에 대한 실태와 경향에 대한 지속적인 연구로 철저한 대비책을 세움 4. 의학 연구 논문 중에서 일부를 대체의학으로 둔갑시켜 마치 한방의료 관련 연구로 악용하는 것을 방지함
의견 및 관련자료	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한의사들은 미국의 현황을 과장하며 국립암센터에 한의과를 설치해야 한다고 주장해왔다. 2007년과 2019년 기사들이 대표적인 사례다. “왜 국립암센터 내에 한방부서가 필요한가!!!” 민족의학신문, 2007.11.09. http://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=12403 “국립암센터 등 국공립의료기관에 한의과 설치될까?” 한의신문, 2019 010.30. https://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=36961 2. 한의학계에서는 미국의 유명 암센터에서 한방치료를 활용한다며 국립암센터에 한의과를 설치해야 한다고 주장한다. 그러나 미국 암센터의 한방치료는 암을 치료하려는 목적이 아닌 통증, 메스꺼움 등 불편한 증상이나 스트레스

를 덜어주려는 목적에 불과하다. 또한, 한의학 전체를 활용하는 것이 아니라 통합의학센터에서 침술을 마사지, 요가, 명상(mindfulness), 음악치료 등과 함께 활용하는 수준이다. 마약성 진통제 오남용 문제가 심각한 미국의 특수성도 고려해야 한다. 뉴스위크(Newsweek)에서 선정한 2022년 중앙학 분야 병원 순위 상위권에 드는 프랑스의 Institut Gustave Roussy(6위), 독일의 Charité - Universitätsmedizin Berlin(7위)에서는 미국과 달리 침술을 활용하지 않는다.

3. 한의사들은 미국에서 한의학 등 보완대체의학을 적극적으로 연구하고 활용한다고 주장해왔다. 그러나 실상을 보면 미국의 연구 및 투자 결과는 오히려 우리나라에서 한의학을 제한해야 하는 근거에 가깝다. 미국에서 보완통합의학 관련 연구를 지원하고 정보를 제공하는 NIH 산하 NCCIH(National Center for Complementary and Integrative Health)의 홈페이지에는 여러 보완통합요법과 그 근거에 대해 설명하고 있다(<https://www.nccih.nih.gov/health>). 부항(cupping)에 대해서는 연구 대부분이 품질이 낮고, 통증 완화에 대한 근거는 강력하지 않다고 평가한다. 한약(Chinese herbal products)에 대해서는 여러 질환에 대한 연구가 있었고, 미국인의 1/5이 사용 경험이 있다고 조사됐지만, 연구의 질이 낮아서 효과에 대해 확실한 결론을 내릴 수 없다고 설명한다. 뜸에 대해서는 항목이 없고 중의학(traditional Chinese medicine) 항목에서도 언급되지 않았다. 특히, 암과 보완통합요법을 설명한 항목에서는 대해서는 암 예방이나 치료 효과가 확인된 보완통합요법은 없다며, 검증되지 않은 치료법으로 현대의학 암치료를 대체하거나 미루지 말라고 경고하고 있다.
4. 미국에서는 한방치료 중 침술에만 보험(공공보험 메디케이드 및 사보험) 적용이 되고 있다. 보장 범위는 근골격계 관련 통증, 두통 등 몇몇 질환에 국한되며, 횡수 제한과 부수적인 조건을 두고 있다. 반면에 우리나라의 국민건강보험은 모든 질환에 매일 보장해준다. (Bleck R, Marquez E, Gold MA, Westhoff CL. A scoping review of acupuncture insurance coverage in the United States. *Acupunct Med.* 2021;39(5):461-470.)
5. 미국에서 암환자 및 암치료 후 생존자 각각 100명을 대상으로 보완통합요법 9가지에 대한 관심도를 설문조사한 연구에서 마사지(암환자 63%, 생존자 71%)가 가장 관심이 높았고, 침술(암환자 40%, 생존자 51%)이 두번

째였다. 침술 외의 부항, 뜸, 한약 등 우리나라에서 널리 활용되는 한방치료는 10가지의 조사항목에 포함되지 못했을 정도로 인지도가 낮다. (Mascaro JS, Catic A, Srivastava M, et al. Examination of Provider and Patient Knowledge, Beliefs, and Preferences in Integrative Oncology at a National Cancer Institute–Designated Comprehensive Cancer Center. Integr Med Rep. 2022;1(1):66–75.)

6. 한의학 연구에 매년 1천억원 이상의 연구예산이 소모되고 있다. 그러나 한의사들은 한방 연구예산으로 개발한 한방의료기기가 아닌 의과의료기기를 요구하며 영역을 침해하고 있다. 또한 한방치료의 효과와 안전성을 검증하는 엄밀한 임상시험은 회피하며 연구예산만 낭비하는 실정이다.



7. 대한한 의사협회는 2022년 6월 10일 “난임부부에 도움을 주진 못할망정 한의학 치료 기회마저 박탈하려는 양의사들은 각성하라!!” 는 제목의 성명서를 발표했다. 여러가지 거짓말이 담겨있는데 특히 “보건복지부 연구결과 한의난임치료 임신성공률 14.44%로 양방 인공수정 성공률 보다 높고” 라는 주장이 심각하다. 해당 연구는 동국대 일산한방병원 김동일 교수팀이 실시한 연구로 보건복지부의 연구결과가 아니다. 연구팀은 2019년 결과를 언론에 발표하며 한약복용 4개월 + 관찰기간 3개월로 총 7개월 동안에 14.44%가 임신한 임신성공률을 1개월(월경 1주기)에 14% 정도가 임신에 성공하는 인공수정과 대등한 수준이라고 주장했다. 한의난임치료 조례 제정을 주도한 도봉구의회 조미애 의원은 2020년 한의신문 인터뷰에

	<p>서 이 허위 주장을 인용하기도 했다(현재는 기사가 삭제됨).</p> <p>8. 미국에서 허가된 한약제제는 아직까지 없으며 중국의 제약회사가 미국에서 FDA 신약허가를 위해 한약 임상시험을 실시한 사례가 있다. YIV-906(PHY906/KD018)는 간세포암에 대해 소라페닙(sorafenib)과 병용했을 때 플라시보와 소라페닙의 병용에 비해 생존기간을 연장하는 효과가 있는지 검증하는 2상 임상시험을 2020년 1월부터 진행하고 있으나 아직 결과는 발표되지 않았다(https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=&term=YIV-906). T89은 협심증에 대해 3상 임상시험을 2017년부터 실시했으나 효과 입증에 실패했고, 또 다른 2건의 3상 임상시험을 진행하고 있다(https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=&term=t89). T89는 국내에 ‘심적환’이라는 제품명으로 함소아제약이 수입해 판매하고 있다. 식품의약품안전처는 심적환이 일반의약품으로 허가된 근거에 대한 정보 공개 요청에 대해 해당 업체에서 비공개 의견을 제시했다며 공개를 거부했다(http://blog.naver.com/i-sbm/222058382149).</p>
--	--

7) 합리적인 의료전달 체계 확립

KMA POLICY 제안서					
접수번호	-	제안자	경상북도의사회 서의태		
접수일자	2022년 11월 1일	소속단체	경상북도의사회		
접수담당		연락처	053-941-7785		
분류코드	- -	E-mail	cugkma14@hanmail.net		
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 01월 02일		제13차 심의위원회	
	부의결과	수정 의결			
	담당분과	법제 및 윤리		의료및의학정책	건강보험정책
	책임위원	위원		위원장	
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					

제 목	합리적인 의료전달체계 확립
내 용	대한의사협회는 건강한 의료전달체계의 확립을 위하여 의료기관 중별 기능 및 역할 구분과 각 의료 기관들이 각각의 기능과 역할에 집중하고, 효율적인 의료 서비스 제공을 위해 협력할 수 있는 환경을 조성하는 노력을 정부에 요구한다.

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	<p>한국의 보건의료 체계는 평균 수명 연장을 비롯한 국민의 건강 수준을 나타내는 지표가 OECD 국가의 평균을 상회하고 있으며, 전 국민 건강보험 달성을 통해 접근성이 크게 개선되어 이제 의료 이용의 과잉 문제를 고민해야 하는 단계에 도달하였다. 이에 반하여 우리나라의 의료전달체계는 일차 의료기관에 적합한 경증 질환 치료에 있어서도 동네 의원을 이용하는 비중이 낮아지고 있으며, 전체 요양기관의 1%가 되지 않는 상급 종합병원 진료 비중이 갈수록 증가하고 있는 실정이다. 또한 이 과정에서 수도권 대형병원으로의 쏠림 현상은 갈수록 심화되어 의료전달체계의 정책적 목표인 의료기관 중별 기능 분화와 연계는 형식적 틀에 머무르고 있는 것이 현실이다.</p> <p>의료전달 체계의 허브이자 필수적이고 연속적인 의료 서비스 제공의 기반을 이루는 일차의료의 경우 상급 의료 기관과 차별화되는 지속적, 맞춤형 의료 서비스를 제공하지 못하며, 진단과 처방 등 사후적, 단편적 의료만 제공하면서 상급 의료기관과 경쟁 관계를 형성하여 일차 의료기관의 역할을 다하지 못하고 있는 실정이다.</p> <p>중소병원 또한 종합적 의료 서비스의 제공에 고착되면서 동네 의원부터 상급 종합병원까지 동일한 환자를 두고 경쟁함으로써 경영난 심화와 도산 증가라는 현실에 직면해 있다. 중소병원의 경우 아 급성기 서비스를 특화하고, 상급 종합병원과의 의뢰-회송의 연계 체계를 마련하여 중별 기능 분립과 연계라는 의료 체계의 본래 목표를 달성할 필요가 있다.</p> <p>중증 종합병원의 경우 본연의 기능인 고난도, 중증 질환 진료, 입</p>

	원 치료 위주의 기능을 유도하도록 하여야 하며, 외래 환자의 경우 일차의료 기관 의뢰 환자와 입원, 수술 후 추적 관찰 환자에 국한할 수 있도록 정책적 배려를 하여야 한다. 또한 보건의료 인력 교육과 연구 개발 활동에도 적극적인 재정 지원이 이루어져야 할 것이다.
목적 및 기대효과	의료전달체계의 미래 지향적 전환을 방해하는 비효율, 중복 투자, 인력 낭비 등의 문제점을 파악함으로써 고령화, 만성질환 증가, 저성장 경제 등의 미래 환경 변화에 효과적으로 대처할 수 있을 것이며 이를 통하여 지속 가능한 국민 건강보험 제도를 만들 수 있을 것이다.
의견 및 관련자료	1. Health at a Glance 2017 – OECD Indicator. 2. 2017 보건 통계 핸드북, 의료정책연구소. 3. 의료전달체계 확립을 위한 과제, 의료정책포럼, 2015 vol.13 No 4. 4. 한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향, 윤강재외, 한국보건사회연구원, 2014. 5. 한국 일차의료 발전방향의 모색, 윤희숙, 이상일, KDI, 2012.

8) 의사 면허자 보건소장 우선 채용 원칙 이행 권고

KMA POLICY 제안서					
접수번호	-	제안자	경상북도의사회 최왕용		
접수일자	2022년 11월 1일	소속단체	경상북도의사회		
접수담당		연락처	053-941-7785		
분류코드	- -	E-mail	cugkma14@hanmail.net		
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일		제14차 심의위원회	
	부의결과	원안 의결			
	담당분과	법제 및 윤리		의료및의학정책	건강보험정책
	책임위원	위원		위원장	
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	의사 면허자 보건소장 우선 채용 원칙 이행 권고				

<p>내 용</p>	<p>보건소의 업무에는 코로나19와 같은 감염병의 예방과 관리, 그리고 보건의료 및 지역 주민 건강증진 등 전문적인 업무가 많아서 지역보건법 시행령에는 보건소장을 의사 면허자로 우선 채용할 것을 규정하고 있다.</p> <p>하지만 이를 지키지 않는 사례가 많이 발생하고 있어 대한의사협회는 보건소장 채용 시 지역보건법 시행령에 명시된 의사 면허자 우선 채용 준수를 강력히 권고한다.</p>
-------------------	---

<p>제 안 설 명</p>	
<p>제안사유 (배 경)</p>	<p>보건소장은 보건소의 장으로서 감염병에 대한 예방·관리·역학조사·모자 보건·건강증진 등의 공중보건사업을 수행하는 직책이다. 그러므로 지역보건법 시행령 제13조 제1항에 따르면 의사 면허가 있는 사람 중에서 보건소장을 임용하도록 하면서 의사 면허가 있는 사람 중에서 임용하기 어려운 경우에 한정하여 보건 등 직렬의 공무원을 보건소장으로 임용할 수 있도록 하고 있다.</p> <p>하지만 2021년 상반기 기준 전국 보건소장 중 의사 면허 보유자는 40% 정도에 불과하며 심지어 공개 채용에서 의사 면허 보유자와 아닌 자가 같이 지원하였을 때 의사 면허 보유자가 탈락하는 경우도 발생하고 있다.</p> <p>보건소장은 개방형 직위로 지방자치단체에서 임명·관리·감독하도록 되어 있다. 많은 지방자치단체에서 의사 면허자가 보건소장에 지원하지 않아 채용이 어렵다고들 이야기한다. 하지만 이는 보건소장이라는 자리의 불안정성, 책무를 수행하면서 지방자치단체의 입김으로부터 자유롭지 못하다는 점, 기존 보건소 직원의 비협조 등의 문제점과 한계 때문에 많은 의사 면허 보유자들의 보건소장 지원을 막고 있다.</p> <p>이에 보건소장을 지방자치단체장이 아니라 보건복지부에서 임명·관리·감독하도록 하고, 임기의 확실한 보장·업무 추진에 대한 독립성 확보·적절한 처우 등이 담보된다면 지방자치단체에서도 의사 면허를 가진 보건소장 채용이 수월해질 것이고 보건소의 기능</p>

	<p>및 사업도 훨씬 전문성을 띠고 원활하게 진행될 것이며 나아가 국민 건강증진에 큰 보탬이 될 것이다.</p> <p>덧붙여 보건소장이라는 자리에 보건의료라는 전문성과 특수성을 무시하고 내부 직원 승진 도구로 악용하는 지방자치단체에 대해 책임을 물을 수 있는 법적 장치의 강화도 본연의 의사 보건소장 확보에 큰 도움일 될 것이다. 의사 면허자와 아닌 사람이 공개 채용에 동시 지원할 때 반드시 의사 면허자가 채용에 우선 되어야 한다.</p>
목적 및 기대효과	<p>1. 보건소의 주 업무인 감염병 역학·예방 접종·모자 보건·지역 주민의 건강증진·지역 보건 위생 등 모든 공중보건사업에 전문적이고 효율적이며 올바르게 수행될 수 있다.</p> <p>2. 지역 의사회 등과 연계가 더욱 긴밀해지는 효과가 있어 의료 취약 계층, 취약 지역에 대한 서비스 강화를 포함한 여러 문제들(중환자·분만·응급)을 충분히 해결할 수 있다.</p>
의견 및 관련자료	<p>1. law.go.kr 지역보건법시행령 [시행 2022. 8. 18.] [대통령령 제32864호, 2002. 8. 9., 일부개정]</p> <p>2. 보건복지부, 보건복지통계연보</p>

3. KMA POLICY 특별위원회 건강보험정책분과 POLICY(안) : [보험학술분과]

가. 배경

- KMA POLICY 특별위원회는 2021년 10월 17일 제2기 출범식과 함께 정식 가동에 들어가 산하 건강보험정책분과위원회를 통해 집중적인 논의 과정을 거쳐 5개의 KMA 폴리시(안)을 마련하였음
- 이에 상정된 안건을 논의하고, 보험·학술 분과위원회 의결을 거쳐 <KMA 폴리시>로 확정하고 우리협회 홈페이지 'KMA 검색창' 등록하는 등 회원

뿐만 아니라 일반 국민들에게도 알리어 향후 우리협회 의료정책을 정립하는데 기여하고자 함

나. KMA 폴리시(안) 아젠다 내용

- 1) 외국인 건강보험 지역가입 대상자의 보장성 강화
- 2) DUR(의약품안전사용서비스)의 합리적 개선 방안
- 3) DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)수가 신설
- 4) 육아상담료 신설의 필요성
- 5) 과도한 법정의무교육과 행정규제 반대

다. 의결주문

- KMA POLICY 특별위원회가 제안한 5개 아젠다의 KMA POLICY(안)을 원안과 같이 각각 심의·의결함

라. POLICY(안)

1) 외국인 건강보험 지역가입 대상자의 보장성 강화

KMA POLICY 제안서					
접수번호	-	제안자	김기범		
접수일자	2022년 5월 15일	소속단체	건강보험정책분과		
접수담당		연락처			
분류코드	- -	E-mail			
심의위원회 결정사항	개 최 일	2022년 09월 03일		제9차 심의위원회	
	부의결과	승인			
	담당분과			건강보험정책	
	책임위원	위원	김 기 범	위원장	김 영 재
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	외국인 건강보험 지역가입 대상자의 보장성강화				
내 용	외국인의 기본권 보장을 위해 건강보험 지역가입자 당연가입 체류자격을 확대하고, 체류기간에 따라 건강보험 가입내용을 다양화하는 방안을 고려해야 한다.				

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	<p>대한의사협회는 외국인 건강보험 가입에 대해서 인도주의적이고, 인류애적으로 접근해야 한다. 최근 외국인 지역가입자 체류자격이 확대되고 있지만, 여전히 외국인은 의료사각지대에 놓여 있다. 경제적으로 취약계층인 외국인의 의료 공백은 우리 사회 불안 요소가 될 것이다.</p> <p>외국인의 급여혜택 과잉문제는 주로 직장가입자의 피부양자와 위장취업자 때문이고, 지역가입자와 연관성은 낮다. 또한 외국인 지역가입자의 의료비를 외국인 직장가입자가 부담하는 구조가 문제라고</p>

	<p>하지만, 이런 불평등은 외국인만의 특별한 상황이 아닌 국민건강보험의 근본적인 고민이다. 오히려 외국인 지역가입자를 확대하는 정책은 역선택을 방지하여, 건강보험재정에 기여할 수도 있다.</p> <p>그러므로 국내 체류 외국인의 체류기간 조건을 단축하여 건강보험 지역가입자로 유인하되, 외국인의 체류기간 및 가입내용에 따른 건강보험료와 보장범위의 차등화를 고려해야 한다.</p>
목적 및 기대효과	<ol style="list-style-type: none"> 1. 외국인의 의료보장성을 확대하여, 보편적건강보장을 달성함 2. 외국인의 의료공백과 불법체류를 방지하여, 우리 사회의 불안요소를 줄임 3. 외국인 지역가입자의 역선택을 방지하여, 건강보험 재정위험을 분산함
의견 및 관련자료	<ol style="list-style-type: none"> 1. AMA(American Medical Association) POLICY <u>H-160.956</u> 2. 고액진료비 외국인 건강보험가입자의 진료비 영향요인, 고려대학교원 윤형숙 2019. 3. 외국인 건강보험가입자의 의료서비스 이용 현황 분석 한국콘텐츠학회, 박형아, 2021. 4. 외국인 지역가입자의 진료비 지출실태와 과제 보험연구원 KIRI 고령화리뷰 제22호, pp.17-20, 김동겸 2018. 5. 이주노동자의 건강권 보장 실태 및 정책 과제, 보건복지포럼 계명대 주유선 2021.5. 6. 외국인 건강보험가입자의 의료서비스 이용 현황 분석 연세대학교원 박형아. 2020.6. 7. 외국인 건강보험 가입자의 의료이용 분석 및 제도 개선방안 연구 건강보험정책연구원 이정면, 2016

외국인 건강보험 지역가입 대상자의 보장성 강화

KMA 폴리시 건강보험정책분과 김기범 위원

1. 배 경

대한의사협회는 건강보험의 안정적인 재정운영에도 관심을 가져야 하지만, 인도주의적 측면에서 환자의 건강과 생명을 첫번째로 고려해야 한다.

외국인 건강보험에 대하여 2016년 이전까지는 인간의 기본권을 강조하여 가입을 확대하자는 연구가 다수였지만, 최근에는 외국인의 건강보험 보험료 부과체계와 급여혜택의 문제점을 제시하는 연구가 늘어나고 있다.

그러므로 대한의사협회가 외국인의 건강보험보장에 대해 고민해야 하는 시점이다.

미국의사협회(AMA)는 이미 불법체류 외국인들의 의료서비스에 대해 보상을 제공하도록 의회에 영향을 행사한다는 폴리스(H-160.956)를 가지고 있다.

Federal Funding for Safety Net Care for Undocumented Aliens H-160.956

Our AMA will lobby Congress to adequately appropriate and dispense funds for the current programs that provide reimbursement for the health care of undocumented aliens.

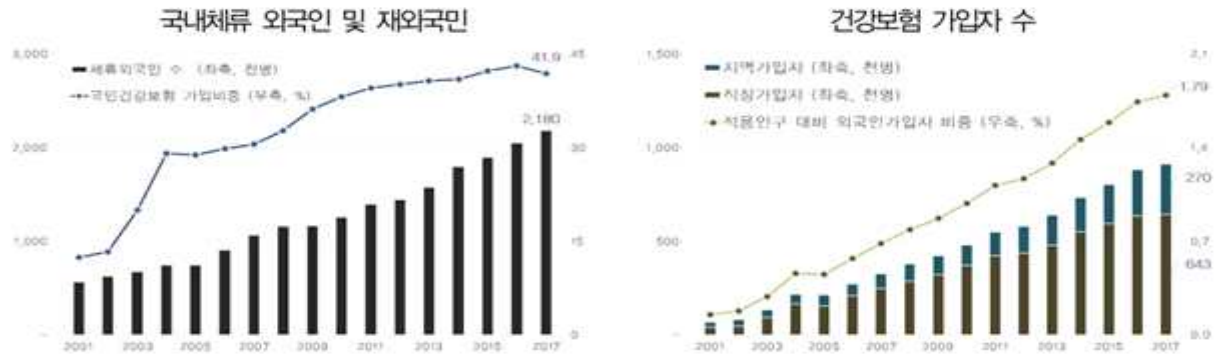
미국의사협회(AMA)는 불법체류 외국인들의 의료 서비스에 대해 보상을 제공하는 현행 프로그램에 적절한 기금을 책정 및 제공할 수 있도록 의회에 영향력을 행사할 것이다.

노인인구의 급속한 증가와 저출산을 문제를 동시에 가진 대한민국이, 국가로서 지속되기 위해서 외국인의 유입은 반드시 필요하다. 그러므로 대한의사협회가 외국인 유입의 중요 요인인 보편적 의료복지서비스에 대한 대안을 제시해야 한다.

2. 외국인 건강보험 지역가입자의 체류기간 및 가입내용 차등화 방안

최근 일련의 정책으로 외국인에게 건강보험 급여혜택이 확대(그림1)되고 있으나, 여전히 의료공백에 처한 외국인이 많고 이들은 경제적으로 약자인 경우가 많다. 국민 건강보험법 109조 (외국인 등에 대한 특례) 조항은 건강보험 무자격자를 유발하기도 하고, 가입자의 도덕적 해이도 유인하고 있다. 외국인 지역가입자는 내국인 평균보험료를 부담해야 하지만, 건강보험을 제한없이 이용할 수도 있기 때문이다. 건강한 외국인은 건강보험가입을 꺼리고, 질병이 있는 외국인만 건강보험에 조기에 가입하려는 역선택이 유발되는 것이다.

<그림 1> 국내체류 외국인 및 재외국민 및 건강보험 가입자 수 추이



자료: 국민건강보험공단(2018), 건강보험 주요통계

자료: 법무부(2018), 출입국 외국인정책 통계월보

*외국인 지역가입자의 진료비 지출실태와 과제, 보험연구원 KIRI 고령화리뷰 제22호, 김동경, 2018.

하지만 외국인의 의료공백은 우리 사회의 불안 요소가 될 것이므로 건강보험재정수지에 큰 영향이 없다면 외국인의 건강보험 지역가입자 당연가입 체류자격을 확대해야 한다. 한국에 거주하는 외국인의 건강보험가입을 통해, 우리나라의 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)에 더욱 다가설 수 있을 것이다.

구체적으로는 외국인 지역가입자의 건강보험보장성을 강화하기 위해, 체류기간 조건을 단축하여 건강보험 지역가입자로 유인하되, 건강보험재정 안정성을 위해 보험료 납입의무를 강화하고 체류기간 및 가입내용을 고려한 건강보험 이용차등화를 고려해야 한다. 즉, 자동차보험의 책임보험과 종합보험처럼 급여의 범위(depth & height)를 선택적으로 적용하여, **처음 3-6개월은 최소보험료를 납입하고 일차의료기관의 외래진료만을 보장하되, 그 후에는 내국인과 동일한 건강보험료와 급여를 적용하는 외국인전용보험제도를 고려할 수도 있다.**

또한 외국인 피부양자의 건강보험급여 과잉혜택 문제는 직장가입자 피부양자 자격을 배우자와 미성년 자녀로 제한하고, 위장취업 등을 관리함으로써 해결해야 한다.

지역가입자의 의무가입확대는 외국인 거주자의 의료보장성 상승 외에도 불법 체류자를 양성화하고, 구직을 유인하여 우리 사회 불안요소를 줄이는데 기여할 것이다.

3. 외국인의 건강보험 가입 의무화 제도의 역사

외국인 건강보험제도는 1999년도에 자영업자 외국인을 대상으로 본인신청에 따라 지역가입자 자격을 취득할 수 있게 허용하면서 시작되었다. 2003년에 외국인 근로자 고용 등에 관한 법률 제정에 따라 비전문취업(E9) 외국인도 건강보험 당연지정 직장가입자

로 편입되었다(2004년 8월 17일 시행). 2006년 1월부터는 공무원 및 교직원으로 채용되거나 **직장가입자** 취득이 적용되는 사업장에 근무하는 외국인 및 재외국민의 건강보험 가입을 의무화하였다. 소위 ‘3D 업종’에서 우리 사회에 기여하는 외국인들이 건강보험혜택을 받을 수 없는 점을 고려하여, 외국인 직장가입자들이 건강보험혜택을 받을 수 있도록 개선한 것이다. 하지만 국내에 일자리를 구하러 오는 외국인들이 대부분 젊고 건강한 사람들이기 때문에, 외국인 직장가입자는 오히려 건강보험의 흑자에 기여하였다.

<그림 2> 외국인 등 보험료 부과 대비 보험급여 재정수지 현황(연합뉴스 자료 인용)



2008년도부터 **지역가입자**는 3개월이 경과해야 건강보험에 가입(선택적 가입)할 수 있도록 자격취득조건이 강화되었다. 2015년부터는 직장가입 대상이 아닌 사업장(농축산업 등)에 근무하거나 직장이 없는 외국인은 최종 입국일로부터 3개월이 경과하여 국내거소 및 외국인등록 신고를 하면, 건강보험 **지역가입자** 취득자격이 부여되었다. 하지만 이 제도는 외국인 지역가입대상자 중에서 원하는 사람만 선택적으로 보험에 가입하게 유도함으로써, 건강이 나쁜 사람들만 지역가입자로 들어오는 역선택을 유발하였다.

2019년의 7월 이전의 외국인 건강보험가입 대상자별 자격과 보험료는 아래와 같다.

<표 1> 국내에 체류하는 재외국민 도는 외국인에 대한 국민건강보험 적용

구분	직장가입 대상자	지역가입 대상자
대상 및 자격취득 시기	건강보험 적용사업장에 사용된 날 또는 공무원·교직원으로 임용·채용일	국내 최종입국일로부터 3개월이 경과한 날 * 유학(D-2), 결혼 등의 사유로 3개월 이상 거주할 것이 명백한 사람: 신청일
보험료 부과기준	「국민건강보험법」 제69조~제86조 규정 준용 ① 보수월액보험료(근로자와 사용자 절반 부담) = 보수월액 × 당해 보험료율(6.24%) * 하한: 28만 원, 상한: 7810만 원 ② 소득월액보험료(보수외소득 연 7,200만 원 초과 시) = 소득월액 × 당해 보험료율(6.24%) × 50/100	○ 소득(임금)과약이 가능한 외국인: 보수월액 × 부과당시 직장가입자 보험료율 ○ 소득(임금)이 없거나 과약이 어려운 외국인: 전년도말 지역가입자 세대 당 평균보험료 ○ 영주 외국인(방문동거, 거주, 영주, 결혼) 및 재외국민: 내국인 지역가입자와 동일 기준
기타 (보험료 할인)	-	○ 체류자격 D-6(종교): 보험료 30/100 경감 ○ 체류자격 D-2(유학) 및 D-4(일반연수): 산정된 보험료의 50/100 경감

주: 1) 보수월액은 직장가입자가 지급받는 보수를 기준으로 하며, 하한 28만 원, 상한 7,810만 원으로 설정함

2) 소득월액은 보수월액 산정에 포함된 보수를 제외한 직장가입자의 소득이 연간 7,200만 원을 초과하는 경우 보수 외 소득을 기준으로 하여 산정되며, 소득월액이 7,810만 원을 넘는 경우에는 7,810만 원을 소득월액으로 함

자료: 보건복지부고시 제2015-138호 「장기체류 재외국민 및 외국인에 대한 건강보험 적용기준」을 참고로 작성

*외국인 지역가입자의 진료비 지출실태와 과제,” 보험연구원 KIRI 고령화리뷰 제22호, 김동겸, 2018.

그러므로 보건복지부는 **2019년 7월부터** 건강보험대상자를 확대하고 역선택을 방지하기 위해 **6개월 이상 거주하는 외국인·재외국민은 직장가입자나 피부양자가 아닌 경우 의무적으로 건강보험 지역가입자가 되도록 강제하였다. 또한 외국인 지역가입자의 피부양자 범위도 배우자와 미성년 자녀로 한정하여, 건강보험 급여에 대한 도덕적해이 가능성을 방지하였다.** 현재 내국인 지역가입자는 배우자·자녀 외에 직계 존비속, 형제자매까지 피부양자로 인정되고 있다.

그러나 2019년 7월 건강보험 시행규칙 개정은 외국인의 건강보험보장성 강화와 더불어 외국인 건강보험 지역가입자의 재정적자 증가를 방지한다는 목표로 추진되었으므로, 일부 외국인에게는 불안정한 체류요건을 유발하였다. 구체적으로는 영주와 결혼이민(유학생은 감면)을 제외한 외국인은 내국인 지역가입자의 **평균과 동일한 보험료**를 내야 하고, **보험료를 1회 체납하더라도 보험급여가 제한되며, 체납이 길어지면 체류기간 연장을 제한**하는 정책까지 함께 도입되었다. 중국인의 건강보험과다 이용을 제한하고자 시행된 대책이 다른 모든 나라의 이주노동자에게 악영향이 된 것이다.

예를 들어 **농축산업이나 일용직건설 노동자는 상당수가 어쩔 수 없이 지역가입자(그립3)**가 되고 있으므로, 지역가입자의 체류자격별로 미세한 접근이 필요하다. 그래서 농어촌 지역이나 섬벽지에 거주하는 경우는 본인부담률에서 각각 22%, 50%를 경감하고 있다. 또한 D-2(유학), D-4(일반연수) 등 유학생은 외국인 지역가입자 당연가입 체류자격에 포함시킬 때는 보험료를 차등적용하고 있다(2021년 3월 1일시행). 유학생이 체류목적에 따라 고정소득이 없는 점을 고려하여, 전체가입자 평균보험료의 50%만을 부담하는 것이다(2021년 30%, 2022년 40%, 2023년 50%).

<표 2> 국민건강보험법 시행규칙 제61조의2 에 따른 지역가입자 가입조건

제61조의2(외국인 등의 지역가입자 자격취득 신고 등) 에 따라 6개월 이상의 거주하면 무조건 보건복지부령으로 정하는 지역가입자가 되어야 하는 자는 아래와 같다.

가. 「출입국관리법」 제10조제2호에 따른 영주자격을 받은 경우

나. 「출입국관리법 시행령」 별표 1의2 제21호에 따른 비전문취업(E-9)의 체류자격을 받은 경우

다. 「출입국관리법 시행령」 별표 1의2 제27호에 따른 결혼이민의 체류자격을 받은 경우

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 유학 또는 일반연수의 체류자격을 받은 경우

사회보험은 건강한 사람이 미래의 건강위험에 대비해서 각자의 경제능력에 맞는 책임을 나누고, 공평하게 의료보장의 기회를 얻는 것이 목적이다.

외국인들이 우리나라에게 안정적으로 거주하는 것은 인구절벽이 다가오는 우리 사회에 반드시 필요하므로, 대한의사협회가 외국인들이 건강보험제도를 통해 건강을 유지할 수 있도록 노력해야 한다.

4. 외국인 체류자격에 따른 건강보험 가입 형태

2020년 기준 법무부의 출입국자 및 체류 외국인 통계에 따르면, 한국에 거주하는 외국인은 203만 6,075명이다. 이 가운데 중국동포를 포함한 한국계 중국인(64만 7,576명)과 중국인(24만 7,330명)이 89만 4,906명으로 44%를 차지하고 있다.

외국인 중에서 근로 목적의 이주자는 비전문취업(E9), 방문취업(H2), 대부분 중국동포인 재외동포(F4) 및 구직(D10)군이다.

<표 3> 국민건강보험법 시행규칙 별표 9

<표3>은 외국인 근로자 중에서 한국인 기피업종 등 300인 미만 중소기업의 인력 부족을 해결하기 위해 도입된 비전문취업(E9)군, 39개 단순노무 분야에 한정되어 일하는 방문취업(H2)군, 중국동포가 대부분을 차지하는 재외동포(F4)군의 건강보험 가입유형을 비교하였다.

체 류 코 드					
D-1	문화예술	E-1	교수	F-1	방문동거
D-2	유학	E-2	회화지도	F-2	거주
D-3	산업연수	E-3	연구	F-3	동반
D-4	일반연수	E-4	기술지도	F-4	재외동포
D-5	취재	E-5	전문직업	F-5(5E)	영주
D-6	종교	E-6	예술흥행	F-6	결혼이민
D-7	주재	E-7	특정활동		
D-8	기업투자	E-9	비전문취업	H-1	관광취업
D-9	무역경영	E-10	선원취업	H-2	방문취업

- * 지역취득 불가 체류코드(A~C코드, D-10, G-1)
- 직장취득은 등록 외국인이면 모두 가능
- * 공단에서 임의부여 하는 코드
- C0(재외국민), C9(재외국민유학), C10(외국국적동포유학)
- * 재외동포의 개념
- 재외국민: 한국국적 소지자로 외국영주권 취득자
- 외국국적동포: 외국 시민권 소지자
- * 취득신청: 가입자 본인 내방 신청

3가지 군(약 90만명)의 가입 유형은 직장건강보험 58.40%, 지역건강보험 38.01%이다. 구체적으로는 H2/F4군은 지역가입이 62.46%로 가장 많고 직장가입은 34.56%였으며, E9군은 직장가입이 84.99%로 가장 많았고, 지역가입이 10.74%였다(그림3). E9의 직장건강보험 가입률이 높은 것은 이들이 사업장 고용을 전제로 한국에 입국하기 때문이니 당연한데, 10.74%가 지역가입자로 남아 있는 점은 의문이다.

H2/F4군은 지역가입이 직장가입보다 높는데, 이것은 E9 집단과는 달리 농·축산업 및 어업 등과 같이 건강보험 당연적용사업장이 아닌 곳에 근무하거나, 일용노동자, 가사와 간병 노동자처럼 직장가입에서 제외되는 경우가 많기 때문으로 보인다. 이들은 우리 사회에서 꼭 필요한 부분을 담당하면서도 어쩔 수 없이 지역가입자가 된 점을 고려해야 한다.

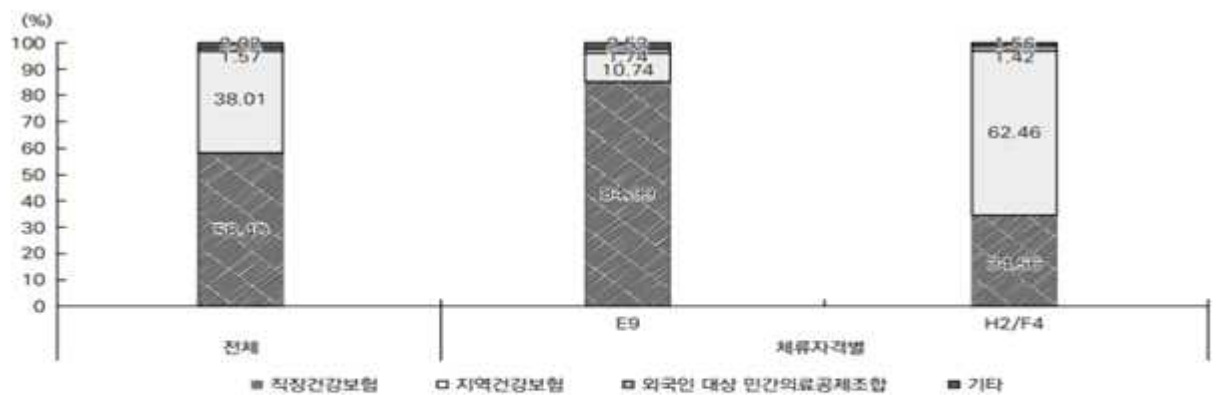
<그림 3> 집단별 건강보험 가입 유형

* 이주노동자의 건강권 보장실태 및 정책과제, 보건복지포럼 2020. 5. 계명대 주유선

5. 외국인 건강보험에 대한 이슈 정리

가. 최근 이슈는 중국인의 건강보험 직장가입자의 피부양자 과잉혜택 문제

2022년 서정숙 국회의원이 국민건강보험으로부터 받은 자료에 따르면 2017~2020년 중국인 가입자에 대한 건강보험 재정적자 합계는 3,843억원이었다. 2020년 기준



자료: 김가태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 269. [그림 7-2-3].

3) 농·축산업 및 어업 등과 같이 건강보험 당연적용사업장이 아닌 곳에서 일하는 이주노동자는 건강보험법 제109조(외국인 등에 대한 특례)에 따라 입국 후 6개월이 지난 후부터 지역가입자로 가입되어 왔다. 정부는 보도자료(2021. 3. 3.)를 통해 농·어촌 외국인 근로자의 건강보험 사각지대 해소를 위해 외국인근로자는 입국 후 즉시 지역가입을 적용할 계획이라고 밝혔다(관계부처합동 보도 자료, 2021. 3. 3.).

중국인들은 1인당 평균 보험료로 97만 2,621원을 냈고, 급여비는 100만 9,885원이었다. 우리나라 건강보험에는 중국인 외에 미국·일본인 등 다양한 외국인이 가입해 있지만, 중국을 제외한 나머지 모든 국가는 건강보험재정 흑자였다. 특히 중국계 외국인의 1인당 보험료대비 급여비가 월등히 높았다. 지리적으로 가까운 나라의 외국인일수록 상대적으로 저렴한 이동비용으로 인해 부양가족의 진료를 당연히 더 받게 하는 것은 당연하다.

직장가입자와 달리 외국인 지역가입자는 피부양자를 배우자와 미성년 자녀로 한정하고 있으므로, 이것은 직장가입자의 피부양자로 급여가 발생되었을 것으로 추정된다.

<표 4> 2018년 기준, 외국인 건강보험 가입자 수와 의료서비스 이용 외국인의 수를 국적별로 비교

N = 979,612 / 단위: 원, %

구분	중국	베트남	미국	필리핀	우즈베키스탄	네팔	일본	인도네시아	태국	미얀마	기타
1인당 급여비	657,722	353,253	611,171	198,183	342,319	145,312	532,451	85,324	122,589	104,476	365,896
1인당 보험료	574,451	604,447	1,460,026	594,571	570,181	618,293	1,316,921	611,653	575,456	580,130	766,357
보험료 대비 급여비	114.5	58.4	41.9	33.3	60.0	23.5	40.4	13.9	21.3	17.7	47.7

*외국인 건강보험가입자의 의료서비스 이용 현황 분석 한국콘텐츠학회, 박형아, 2021.3.

나. 외국인 직장가입자가 건강보험재정을 흑자로 만들어 놓고, 외국인 지역가입자가 재정을 갹아먹는 셈이라는 지적

외국인 지역가입자의 문제점은 외국인 직장가입자의 도덕적 해이와는 전혀 관점이

다르다. 건강보험공단이 발표한 ‘2013~2017년 국민·외국인·재외국민 건강보험료 현황’ 자료에 따르면, 외국인 전체 가입자의 건강보험 재정수지는 2017년 2,490억 원 흑자였고 2013년부터 5년간 총 1조 1천억 원의 흑자였다. 이 기간 동안 외국인 지역가입자는 1인당 평균 137만원의 보험료를 내고 472만원의 보험급여를 받아 5년간 총 7,092억 원의 건강보험적자를 기록했다. 물론 여기서 건강보험 운영비를 제외한다면 흑자의 폭은 약간 감소할 것이다.

반면에 외국인 직장가입자는 1인당 평균 537만원의 건강보험료를 내고 220만원의 보험혜택을 받았다. 국내 체류 외국인 직장가입자들은 주로 근로 목적의 입국이므로 연령대가 낮고 상대적으로 건강할 가능성도 있으나, 외국인 직장가입자들이 언어문제로 건강보험 접근도 면에서 상대적으로 열악하다는 점을 반증한다.

의료정책연구소 박정훈 연구원이 2022년에 산출한 자료에 따르면, 직장가입자의 보험료 대비 급여비율은 87.8%이고 지역가입자는 191.6%이다(표8). 결국 내국인도 직장가입자가 지역가입자 건강보험료의 상당부분을 부담하는 구조이므로, 직장가입자와 지역가입자의 불평등은 외국인 가입자만의 특별한 상황은 아닌 것이다. 오히려 이것은 가입자 간 소득활동의 차이에 기인할 가능성이 있다.

<표 5> 2020년 보험료 현황

구 분	보험료 현황(천 원)	적용인구(명)
직장가입자(근로자, 공·교)	53,689,602,911	36,066,630
지역가입자	9,474,459,839	13,925,236
합 계	63,164,062,750	49,936,866

※ 자료: 건강보험통계연보 2020. 보험료 현황(총계), 보험료분위별 보험료 현황

<표 6> 2020년 요양급여실적 (총계)

구 분	진료실인원	내원일수	급여비(천원)
전체(입원, 외래)	47,244,193	938,574,355	65,291,607,059

※ 자료: 건강보험통계연보 2020. 요양급여실적(총계)

<표 7> 직장가입자와 지역가입자의 비율 및 가입자별 급여비 산출

구 분	적용인구(명)	비율	가입자별 급여비(천 원)
직장가입자 (근로자, 공·교)	36,066,630	72.2%	47,140,540,297

지역가입자	13,925,236	27.8%	18,151,066,762
합 계	49,936,866	100%	65,291,607,259

- * 적용인구(명)을 기준으로 직장가입자와 지역가입자의 비율을 산출하였음.
 - 급여비 총액에 직장가입자와 지역가입자의 비율을 적용하여 가입자별 급여비로 산출하였음.
 * 국민건강보험공단이 산출한 2020년 보험료 대 급여비 비율은 98.4%임.
 - 보험료에는 보험료(C1), 정부지원금 중 보험재정국고지원금(C2)와 담배부담금(C3)이 포함됨.
 - 정부지원금(보험재정국고지원금 및 담배부담금)은 직장가입자와 지역가입자로 분배하기 어려우므로, 보험가입자별 보험료 대 급여비 비율 계산에서 제외하였음.
 * 의료정책연구소 박정훈연구원 자료 2022.

<표 8> 보험료 대 급여비 비율 산출

구분	가입자별 보험료(천원) (A)	가입자별 급여비(천원) (B)	보험료 대 급여비 비율(B/A)
직장가입자 (근로자, 공·교)	53,689,602,911	47,140,540,297	87.8%
지역가입자	9,474,459,839	18,151,066,762	191.6%
합계	63,164,062,750	65,291,607,259	103.4%
2020년 건강보험 통계연보	72,326,633,865 (보험료+보험재정국고 지원금+담배부담금)	71,165,241,189 (보험급여비(실급여비))	98.4%

* 의료정책연구소 박정훈연구원 자료 2022.

다. 내국인 지역가입자에 비하여 외국인 지역가입자의 혜택이 많다는 지적

2021년 이용호 의원이 발표한 자료에 따르면 2018년 이전 3년 간 외국인 건강보험 지역가입자 건강보험재정 수지는 매년 적자였다. 특히 내국인 지역가입자는 1인당 54만원을 납부해 약 104만원의 급여혜택을 받은 반면, 외국인 지역가입자는 1인당 31만원을 납부하고 102만원의 급여혜택을 받았다. 내국인이 1.9배 혜택을 받을 때 외국인은 3배 이상의 혜택을 받았다는 의미다. 이 부분 때문에 외국인 지역가입자의 도덕적 해이를 주장하고 있다.

하지만 이 통계들은 건강보험가입자들을 대상으로 했다는 점에서, 근본적인 오류(selection bias)가 있다. 즉 지역가입자의 역선택 가능성을 염두해야 한다. 만약 외국인의 가입요건을 완화하여, 대부분의 외국인이 의무적으로 건강보험에 가입하게 되면,

위험을 분산하는 효과가 더 생김으로써 건강보험손해율이 오히려 감소할 수도 있다. 외국인 지역가입자의 급여혜택이 많다는 수치가, 오히려 가입자를 확장해야 하는 근거가 될 수도 있는 것이다. 하지만 지역가입자의 건강보험료가 낮은 수준은 아니므로(12만원 정도), 지역가입자 의무가입 확대는 건강보험료 체납이나 위장취업을 유발할 수도 있지만, 긍정적으로는 구직활동을 유도할 수도 있다.

라. 건강보험증 도용은 감소중임

2016년부터 2019년까지 전체 건강보험지출대비 건강보험증 양도 및 대여로 인한 손해율은 0.0029%에서 0.0015%로 감소중이다. 2020년에는 건강보험지출이 늘어났을 가능성이 높은데도, 심지어 건강보험증 양도 및 도용에 의한 손해액이 더 감소하였다.

그러므로 건강보험증 양도와 도용으로 인한 손해액은 전체 건강보험재정에 비하면 심각한 수준이 아니며, 오히려 미미하다고 볼 수 있다. 4억 8천여만원(2021년 고지금액 기준)의 손실을 막기 위해 전체 건강보험 환자의 건강보험증과 신분증을 매번 확인해야 하는 막대한 행정 업무를 부과하는 것은, 그야말로 <빈대잡으려다 초가삼간을 태우는 격>이다. 심지어 **고지된 금액 중에 환수된 것을 제외한 순 손실액은 경우 1억 5천 1백만원(2021년 기준)에 불과하다<표 9>**

이렇게 건강보험증 도용자체가 감소하는 추세이므로, 이 중에서 **외국인의 도용도 함께 감소하고 있을 것으로 추정된다.** 이것은 최근 외국인 지역가입자 의무가입제도의 긍정적인 효과로 보인다. 그러므로 지역가입자 의무가입제도를 확대하는 것이 건강보험 도용을 줄임으로써, 외국인의 건강문제의 사회적 위험을 줄일 수 있을 것이다.

<표 9> 건강보험지출 대비 건강보험증 양도 및 도용 손해액비율 (데일리메디 자료 변경)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년
건강보험지출(원)	52.6조	57.3조	62.3조	70.9조
건강보험증 양도(원)	428,000,000	203,000,000	274,000,000	347,000,000
건강보험증 도용(원)	1,120,000,000	1,140,000,000	1,004,000,000	783,000,000
건강보험증 양도/도용 손해액의 합(원)	1,5억 4천8백만	13억 4천3백만	12억 7천8백만	11억 3천만
건강보험지출대비 손해액비율(%)	0.002942966	0.002343805	0.002051364	0.001593794

2021.8.31.기준 (단위: 백만원, %)

구분		2016	2017	2018	2019	2020	2021.8.
건강보험증 양도대여	고지금액	428	203	274	347	158	67
	환수금액	361	231	169	216	151	88
	환수율	84.3	113.8	61.7	62.2	95.6	131.3
건강보험증 도용	고지금액	1,120	1,140	1,004	783	580	419
	환수금액	639	635	550	423	420	247
	환수율	57.1	55.7	54.8	54.0	72.4	58.9

※ 당년도 및 과년도 고지금액에 대한 당년도 환수금액으로, 환수금액이 고지금액보다 많을 수 있음

* 데일리 메디 기사 인용

마. 보편적건강보장(UHC, universal health coverage)

2013년 WHO는 “모든 사람들이 재정적 어려움을 겪지 않으면서 양질의 필수 건강 서비스를 받을 수 있도록 보장” 한다는 보편적건강보장(UHC) 개념을 제시했다.

여기서 말하는 건강서비스는 좁은 의미의 치료적 서비스뿐만 아니라, 건강증진, 예방, 치료, 재활, 완화의료를 모두 포괄한다. 또한 건강을 보호하고 향상시킬 수 있는 양질의 의료서비스라는 질적 개념이 포함되었다. 이를 근거로 학계는 의료서비스에 대한 ‘공평한 접근’을 보장하고, ‘의료의 질’을 향상시켜 건강수준 향상에 기여하며, 과중한 의료비 부담으로부터 이용자를 ‘재정적으로 보호’할 수 있어야 한다는 개념을 일반화하고 있다.

결국 보편적건강보장(UHC)이란 건강보험가입자의 급여의 범위(depth & height)를 어디까지 할 것인지 뿐만 아니라, 한국에 거주하는 인구 중에 어느 누구까지 건강보험을 적용할 것인지(breadth)를 포함하는 훨씬 폭넓은 개념이다(그림8). 그러므로 외국인 지역가입자의 확대는 보편적건강보장(UHC)에도 부합한다.

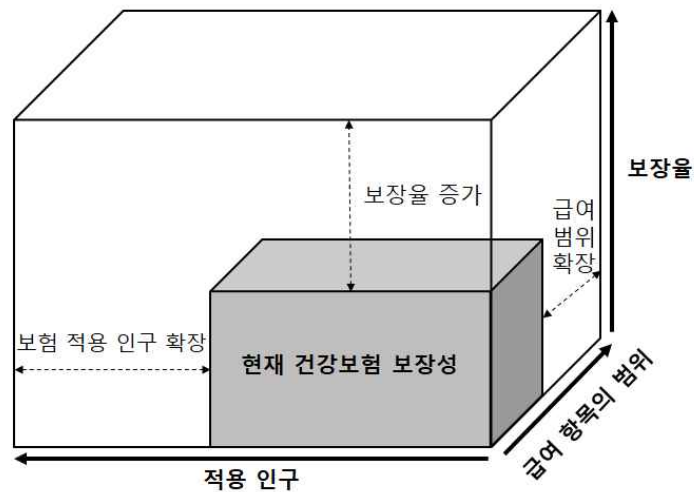


그림 13. WHO 제시 건강보험 보장성 정책 고려 요소

6. 외국인 건강보험제도 해외사례

(외국인 건강보험 가입자의 의료이용 분석 및 제도 개선방안 연구 건강보험정책연구원 이정면, 2016 건강보험정책연구원, 이정면 2016)

독일, 프랑스, 벨기에, 네덜란드는 고용관계가 없는 외국인에게 거의 동일한 기준을 적용하고 있다. 3개월 이상을 체류해야 공적보험에 가입할 수 있으며, 3개월 이상 체류하는 모든 외국인은 정부로부터 거주허가(residence permit)를 받아야 한다. 유럽 주요국가 중에는 영국만이 6개월기준을 적용하고 있다. 그 외 캐나다와 대만은 각각 6개월, 일본은 12개월 기준을 적용한다.

가. 유럽

1) 독일

- 고용관계에 있는 외국인- 체류기간과 상관없이 해당 직장의 공적보험에 바로 가입.
- 고용관계가 없는 외국인(3개월 미만 단기체류자)
(EU, EEA, 스위스, 사회보장협약 체결국3))
 - 유럽건강보험카드(EHIC)나 해당국가의 신분증을 소지하면, 내국인과 동일하게 공적보험의 건강보장 혜택을 누릴 수 있음
- (그 밖의 국가)

- 의료서비스를 이용할 경우 의료비 전액 본인 부담

○ 고용관계가 없는 외국인(3개월 이상 장기체류자)

(최소 체류기간)

- 3개월 이상을 체류해야 공적보험에 가입할 수 있으며, 3개월 이상 체류하는 모든 외국인은 정부로부터 거주허가(residence permit)를 받아야 함

(의무가입)

- 거주허가는 공적보험 또는 민간보험 중 하나에 반드시 가입하는 조건임.

2) 프랑스

○ 고용관계에 있는 외국인 - 체류기간과 상관없이 해당 직장의 보험에 바로 가입.

○ 고용관계가 없는 외국인(3개월 미만 단기체류자)

(EU, EEA, 스위스)

- 유럽건강보험카드(EHIC)를 소지하면, 내국인과 동일하게 공적보험의 건강보장 혜택을 받을 수 있음

(그 밖의 국가)

- 의료서비스를 이용할 경우 의료비 전액 본인 부담

○ 고용관계가 없는 외국인(3개월 이상 장기체류자)

(최소 체류기간)

- 3개월 이상을 체류해야 공적보험에 가입할 수 있으며, 3개월 이상 체류하는 모든 외국인은 정부로부터 거주허가(residence permit)를 받아야 함

(의무가입)

- 거주허가는 공적보험 또는 민간보험 중 하나에 반드시 가입하는 조건임.

(실질적 주재)

- 체류기간 동안 1년 중 183일 이상 프랑스에서 살고 있다는 사실이 확인되어야 공적보험 자격취득이 가능

3) 영국

○ 유럽공동체(EU, EEA, 스위스) 소속 국가

(6개월미만 단기체류자)

- 유럽건강보험카드(EHIC)1) 취득하면, 내국인과 동일기준

(6개월이상 장기체류자)

- 비자 신청(visa application)을 통해, NHS 자격 취득해야 함

○ 유럽공동체(EU, EEA, 스위스) 비소속 국가

(6개월 미만 단기체류자)

- NHS 자격 취득과 혜택을 받을 수 없고, 의료서비스를 이용할 경우 의료비 전액 본인 부담

(6개월 이상 장기체류자)

- NHS 자격을 취득하기 위해 체류비자를 취득하고 건강부담금2)을 납부해야 함

나. 캐나다

○ 온타리오 주에서 건강보장 혜택을 받기 위해 필요한 조건

(거주권 획득)

- 등록 원주민이거나 시민권 및 영주권 또는 캐나다 이민국에서 발급한 **6개월 이상**의 노동허가증 소지

(1차 거주지)

- 최초 거주일로부터 183일 동안에 153일 이상 온타리오 주에 거주.

다. 대만

○ 직장가입자 - 체류기간과 상관없이 고용과 동시에全民건강보험제도에 자동적으로 가입되어 건강보험 혜택을 받음

○ 피부양자 및 지역가입자

(최소 체류기간)

- 2013년 제2세대 건강보험제도 시행 이후, 건강보험 자격취득을 위한 체류기간이 기존 4개월에서 6개월로 늘어났음

(6개월 미만 단기체류자)

- 全民건강보험에 가입할 수 없어, 본인이 의료비 전액을 부담하거나 민간보험에 가입함

(6개월 이상 장기체류자)

- 부모, 배우자, 자녀와 같은 피부양자와 고용관계가 없는 외국인인 거주지 등록 후 6개월이 경과한 후에 全民건강보험에 의무가입 대상임.

(피부양자 범위)

- 배우자, 직계존속, 직계비속

라. 일본

○ 직장가입자 - 체류기간과 상관없이 해당 직장의 공적보험에 가입되어 혜택받음

○ 지역가입자

(1년미만 단기체류자)

- 공적보험에는 가입할 수 없어, 민간보험에 가입하거나 본인이 의료비 전액을 부담해야 함

(1년이상 장기체류자)

- 외국인등록(alien registration) 후, 1년 이상 거주했거나 거주할 것이 인정되는 경우에 건강보험의 의무가입 대상자가 됨

(의무가입)

- 지역가입자 자격이 충족된 외국인은 입국일로부터 일정기간 내에 건강보험에 직접 가입해야 하며, 일정기간이 지난 후에 가입 신청을 하면 보험료 소급 적용.

○ 피부양자 범위

피보험자에 의해 생계를 유지하는 가족구성원(배우자, 직계존속, 직계비속, 형제·자매)

2) DUR(의약품안전사용서비스)의 합리적 개선 방안

KMA POLICY 제안서					
접수번호	-	제안자	김기범		
접수일자	2022년 7월 4일	소속단체	건강보험정책분과		
접수담당		연락처			
분류코드	- -	E-mail			
심의위원회 결정사항	개 최 일	2022년 09월 03일		제9차 심의위원회	
	부의결과	승인			
	담당분과	법제및윤리	의료및의학정책	건강보험정책	
	책임위원	위원	김 기 범	위원장	김 영 재
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	DUR(의약품안전사용서비스)의 합리적 개선 방안				
내 용	DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)은 ‘의약품 안전 사용을 위한 정보제공’ 목적에 부합하게 운영되어야 한다.				

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의사는 DUR을 의약품정보를 확인하기 위한 보조수단으로 이용할 수 있다. 2. 대한의사협회는 DUR 프로그램의 개발, 시행 및 유지에 적극적으로 관여한다. 3. 의사단체가 약제 처방의 조건과 기준에 관여하며, DUR 항목은 전문지식을 가진 의사의 경험과 의학적 문헌을 근거로 한다. 4. DUR은 의약품정보 확인외의 다른 목적으로 이용되지 않도록 관리되어야 하며, 국민들의 자유와 권리를 제한하는 방향으로 활용될 경우에는 반드시 사회적 합의와 당사자의 동의를 구해야 한다. 5. DUR을 통한 개인정보 수집항목과 보관기한은 최소한으로 한다. 6. DUR 검토항목에 요양기관에서 처방·조제된 한약과 약국판매 일반 (over the counter) 의약품을 포함시켜야 한다. 7. ‘점검대상의약품’이라는 명칭은 불량약품이라는 뜻으로 오해할 수 있으므로 ‘병용/연령/임부 주의의약품’으로 변경해야 한다. 8. DUR 점검팝업 개수와 방법을 개선하여 위험알람의 효용성을 올려야 한다. 대한의사협회는 위험알람의 효용성을 올리는데 참여해야 한다. 9. DUR의 효과지표는 의약품안전성확보와 관련한 통계(정보제공률, DUR 대상약물의 부작용지표)로 한정하고, 비용절감액 등의 경제적 지표는 포함하지 않아야 한다.
--	--

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	2015년 12월 19일 제정된 의료법 18조의2(의약품정보의 확인) 조

	<p>항에 따라 의사 및 치과의사는 처방전을 작성하거나, 의약품이 자신이 직접 조제하는 경우에는 의약품정보를 미리 확인하여야 한다. 이에 따라 대부분의 요양기관이 DUR을 의약품정보를 확인하는 보조수단으로 활용하고 있으므로, DUR프로그램 사용 강제화는 실익이 없다.</p> <p>DUR은 코로나 위기상황에서 마스크 분배와 해외입국자 확인에 도움이 되었으나, 이로 인해 DUR이 앞으로 국민들을 감시하고 자유를 제한할 수 있다는 가능성을 열었다. 그러므로 DUR이 의약품정보확인 목적이외로 활용될 경우에 반드시 동의 절차가 필요하다.</p> <p>대한의사협회는 DUR프로그램에서 항목을 개발하고, 항목을 결정하는데 적극적으로 관여해야 한다. 현재 과도한 검토항목으로 인해, 전산시스템이 느려지고 진료에서 부정적인 영향이 생기고 있다. 심지어 처방을 취소하였거나, 조제를 하지 않은 의약품까지 팝업이 생기는 것은 불합리하다. 너무 많은 검토항목은 위험알람으로서의 DUR 효용성을 낮출 수 있으므로, 항목을 재평가하거나 알람방식을 전환해야 한다. 반면에 한약이나 약국에서 판매되는 일반의약품에 대한 안전성, 유효성 및 상호작용에 대한 검토는 강화되어야 한다.</p> <p>DUR은 환자안전성 지표이다. 의약품성분은 중복되지만 효과가 다른 의약품을 처방하는 것이 환자에게 위해가 되지 않을 수도 있다. 즉 환자안전성 향상이 의약품변경률이나 처방액의 감소로 평가될 수 있는지 연구가 필요하다.</p> <p>우리나라의 DUR은 외국과는 큰 차이가 있다. 우리는 의사처방과 약국조제 두가지를 실시간으로 검토하는 모형이고, 외국은 약국조제에만 의약품중복여부를 검토한다. 그러므로 우리나라 의료현실에 맞는 DUR 연구가 필요하고, 이를 통해 합리적으로 운영될 수 있도록 해야 한다.</p>
목적 및 기대효과	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의약품 정보의 적정한 제공을 통해 안전관리환경 조성 2. 한약과 건강기능식품 정보를 포함한 포괄적 관리 3. 개인정보의 효율적이고 안전한 관리 4. 국민들이 의약품을 처방받을 권리 보장 5. AMA-Policy, H-120.978 Principles of DUR
의견 및 관련자료	<ol style="list-style-type: none"> 1. DUR 고도화를 위한 발전방안 연구 결과보고서 2019. 02. 서울대학교병원 오정희(건강보험심사평가원 의뢰연구)

	2. 의약품안전사용정보시스템(DUR) 도입에 대한 효과, 2016.1. 차의과대학원 오진희, 지영건 3. DUR 사업의 성과와 과제, HIRA정책동향 2019. 13권 2호 건강보험심사평가원 정동극 4. 의약품적정사용정보(DUR)정책방향. 2020.9. 식품의약품안전처 5. 의약품안전사용정보시스템의 구축·운영을 지원하기 위한 지침
--	--

DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)의 합리적 운용

KMA POLICY 특별위원회 보험정책분과 김기범 위원

※ 본문의 그림과 표는 자료의 근거를 밝히기 위해, 원본을 캡처하여 수정없이 작성함.

우리나라 DUR은 의사의 처방과 약국조제를 동시에 검토하는 모형이므로, 약국조제 시에 의약품중복여부를 검토하는 외국과는 큰 차이가 있다. 그러므로 대한의사협회가 우리나라 의료현실에 맞는 DUR을 연구하고, 합리적으로 운영될 수 있도록 관심을 가져야 한다.

1. DUR 지침의 역사

DUR 지침은 「의료법」 제18조의2(2015년 12월 제정), 같은 법 시행규칙 제13조의2 및 「약사법」 제23조의2, 같은 법 시행규칙 제15조의2에 따른 의약품정보의 대상·확인방법 및 절차에 관한 세부사항을 규정하고 「약사법」 제23조의3 및 같은 법 시행규칙 제15조의3에 따른 의약품안전사용정보시스템의 구축·운영을 지원하기 위한 것이다. DUR 지침은 2016년 12월에 시행되었고, 2019년 6월 1일에 최종 개정하여 현재 시행중이다.

의료법 제18조의2(의약품정보의 확인)

① 의사 및 치과의사는 제18조에 따른 처방전을 작성하거나 「약사법」 제23조제4항에 따라 의약품의 자신이 직접 조제하는 경우에는 다음 각 호의 정보(이하 “의약품정보”라 한다)를 미리 확인하여야 한다.

1. 환자에게 처방 또는 투여되고 있는 의약품과 동일한 성분의 의약품인지 여부

2. 식품의약품안전처장이 병용금지, 특정연령대 금지 또는 임부금지 등으로 고시한 성분이 포함되는지 여부

3. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 정보

- ② 제1항에도 불구하고 의사 및 치과의사는 급박한 응급의료상황 등 의약품정보를 확인할 수 없는 **정당한 사유**가 있을 때에는 이를 확인하지 아니할 수 있다.
- ③ 제1항에 따른 의약품정보의 확인방법·절차, 제2항에 따른 의약품정보를 확인할 수 없는 **정당한 사유** 등은 보건복지부령으로 정한다.[신설 2015. 12. 29.]

국내의 DUR 시행은 ‘10년도의 전국 확대 실시, ‘16년의 법 개정에 따른 의무화 등 참여율을 점점 확대하여, 2018년 4월 기준 **요양기관 참여율 99.7%**에 이르렀다.(DUR 사업의 성과와 과제, HIRA정책동향 2019. 정동극)

(표 3) 연도별 DUR 점검 참여 현황(외래)

(단위: 개소, %)

구분	2014년		2015년		2016년		2017년		2018년	
	점검기관	참여율	점검기관	참여율	점검기관	참여율	점검기관	참여율	점검기관	참여율
계	70,158	96.2	71,504	96.3	73,016	96.4	73,875	95.8	75,402	96.0
상급종합	43	100.0	43	100.0	43	100.0	43	100.0	42	100.0
종합병원	283	98.6	290	98.6	293	98.3	297	98.7	305	98.1
병원	1,435	97.4	1,449	96.9	1,471	97.2	1,417	96.7	1,434	97.9
요양병원	1,266	94.7	1,350	98.4	1,415	99.1	1,456	95.2	1,496	95.9
의원	27,022	93.6	27,643	93.7	28,460	94.0	29,036	93.9	29,797	93.9
치과병원	204	99.5	207	97.2	220	98.7	225	97.4	234	98.7
치과의원	15,914	98.4	16,339	98.4	16,738	98.3	17,058	98.2	17,393	98.4
보건기관	3,459	99.4	3,459	99.5	3,456	99.4	3,452	99.3	3,453	99.3
약국	20,532	97.5	20,724	97.4	20,920	97.6	20,891	96.1	21,248	96.2

주: 1) 한방, 조산원, 서면기관, 폐업기관 제외

2) 참여율: 연도별 대상기관수 대비 DUR 정보시스템을 통해 1회 이상 점검한 기관수

3) 종합병원 미점검 사유: 휴업 및 신규개설기관 등

자료: 건강보험심사평가원 DUR 내부 자료.

[표 1-1] 의약품 안전사용 서비스 시행 경과

일시	시행 경과
2004.01	• 병용금지 및 연령금지 의약품 최초 보건복지부 고시
2004.08	• 금기 의약품 요양급여비용 심사 시스템 구축 - 약제비 청구 후 사후 점검
2008.04	• 동일 처방전 내 의약품 DUR 사전 점검 - 병용·연령·임부금지, 안전성 관련 사용중지 의약품
2009	• 다른 처방전 간 DUR 교차 점검 시범사업 - 경기도 고양시 (2009.05 ~ 2010.11), 제주도 (2009.11 ~ 2010.11) - 병용금지, 동일성분 의약품 중복
2010.12 ~ 2018.08	• 처방전간 DUR 점검 전국 확대 (2010.12) - 약국 판매약 DUR 적용 (2011.09) - 자동차보험, 산업재해 보상보험 대상 DUR 적용 (2012.07) - 보건진료소 DUR 적용 (2013.01) - 치료 용량·투여기간 주의 의약품 DUR 실시 (2014.09) - 분할주의 의약품 DUR 점검 (2015.09) - 노인주의 의약품 DUR 점검 (2015.10) - 약제 허가사항 관련 주의 의약품 DUR 적용 (2018.08) - 안전성 관련 사용중지 의약품 처방전 간 DUR 점검 (2018.08)
2015.12 ~ 2017.09	• DUR 관련 의료법, 약사법 개정 (2015.12) - 의료법 및 약사법 시행규칙 개정 (2016.12) - 의약품정보의 확인 및 정보시스템 운영 등에 관한 지침 개정 (2017.09)

2. DUR의 쟁점

가. DUR 점검 강제화와 처벌조항 입법에 대한 논쟁

2019월 2월 의료법개정안(전혜숙의원)에 따르면 의료법 제18조의2에 따라 의사 및 치과의사가 처방전을 작성하는 경우 의약품정보를 미리 확인하는 것은 의무화된 반면, DUR을 통한 의약품정보 확인은 의무화되어 있지 않기 때문에 개정안을 발의한다고 발표하였다. 법안은 DUR 미사용시 처벌조항을 신설하여, DUR을 실효적으로 만들기 위함으로 설명하고 있다.

현재 대부분의 요양기관이 실시간 CDSS를 통해 처방전 간의 중복내용과 병용금기를 확인하고 있다. 실제로 심사평가원이 공개한 자료에 따르면 2017년 8월 기준으로 **한방 진료분야를 제외한** 전국 요양기관 7만 4,703개 대상 기관 중 7만 4,379개 기관 (99.6%)이 DUR에 참여하고 있었고, 2018년 4월 기준 요양기관 참여율이 99.7%에 이르고 있다.

의사가 처방전을 작성하기 전에 해당 의약품에 대한 정보를 확인하는 것은 당연한 의무일 수 있다. 하지만 건강보험법이나 의료법에서 DUR사용 의무를 규정하는 것은, 국민의 건강권과 의사의 처방권한을 모두 저해할 가능성이 있다.

더군다나 대부분의 요양기관이 DUR을 사용하고 있는데, 실효성을 확대하기 위해 DUR을 강제화한다는 것은 실효성이 없다. 오히려 사각지대에 있는 **처방조제된 한약과 약국판매 일반(over the counter)의약품**에 대하여 DUR을 확대·적용하는 것이 국민들의 건강에 실효성이 있는 대책이 될 것이다.

수많은 DUR 점검으로 대량정보를 제공하는 것이 환자의 안전성에 도움이 되는지도 의문이다. 일반적으로 요양기관이 사용하는 전자처방전 처방전내 의약품 검토를 제공하고 있을 뿐만 아니라, 인터넷 포털사이트에서도 의약품 허가사항을 검색할 수도 있다.

나. 개인정보보호의 문제

「의약품정보의 확인 및 정보시스템 운영 등에 관한 지침」(이하 지침)을 에 따르면, 요양기관은 수진자 주민번호, 처방전 교부번호, 처방 의료인 면허번호, 주상병코드

등을 전송하고 있다.

그러나 대부분의 의사와 국민들은 DUR을 통해 어떤 정보가 수집되고 있는지, 어떻게 보관되고 있는지, 얼마의 기간 동안 보관되는 지 알 수 없다. 의약품 처방과 관련성이 낮은 정보의 수집과 보관이 국민들의 동의도 없이 이루어지는 점도 우려될 만하다. 또한 국민입장에서도 본인이 여러 요양기관에 다녔다는 사실을 다른 요양기관에 알리고 싶지 않을 수 있다.

그러므로 대한의사협회는 의약품처방 안전성확보와 국민의 민감정보관리를 위해 노력해야 한다.

2019년 대한의원협회는 DUR에 대하여 아래와 같이 주장한 바 있다.

개인정보보호법의 원칙은 "민감정보의 수집, 처리시에는 당사자의 동의를 받았거나 법률의 규정이 있다고 하더라도 최소수집의 원칙, 익명 처리의 원칙 등 개인정보보호 원칙과, 정보를 제공받을 권리, 접근권, 열람 및 정정, 삭제, 처리중지 요구권, 철회권 등의 정보주체의 권리는 보장되어야 함. 침해시에는 권리구제를 받을 수 있음"이라고 규정하고 있다.

현재 자신의 질병 및 복약정보가 실시간으로 심평원에 전송되어 건강보험청구자료 서버가 아니라 DUR만을 위한 새로운 데이터서버에 저장·활용되고, 최소 5년 이상 보관되고 있다는 사실을 알고 있는 환자와 의료인들은 거의 없다. 이는 심평원이 이 사실을 전혀 고지하지 않았기 때문이다.

만약 이런 사실을 알고 있다면, 이 자료가 해킹으로 유출될 것을 두려워해 자신의 정보가 전송되는 것을 반대할 환자들이 분명히 있을 것이다. 따라서 환자의 질병정보가 DUR 서버에 전송·저장된다는 사실과 이를 철회할 권리를 전혀 알리지 않는 것은 개인정보보호법을 위반한 행위에 해당한다.

이런 주장에 대하여 심사평가원은 아래와 같이 답변하였다.

○ 보건복지부장관은 「약사법」 제23조의3(의약품안전사용정보시스템의 구축·운영 등) 제1항 및 제2항에 따라 의약품안전사용정보시스템 운영을 전문기관에 위임할 수 있고, 전문기관의 장은 동 시스템을 운영하기 위해 「약사법」 제23조의3 제3항에서 「개인정보보호법」 제23조의 민감정보와 제24조의 개인고유식별정보를 요청하여 처리할 수 있도록 하고 있으며, 「개인정보보호법」에서도 이를 명시하고 있습니다. 따라서 개인정보 또는 민

감정보 주체 등의 동의가 없다고 하더라도 다른 법령에 근거가 있는 경우에는 가능하므로 적법 타당하다고 사료됩니다.

- 따라서 정보시스템 운영을 위탁받은 심사평가원장은 개인정보 및 민감정보를 수집할 수 있으며, 그 범위 역시 보건복지부장관이 정한 정보시스템 운영지침의 범위를 넘어서지 않는다는 것을 말씀 드립니다.

다. 처방변경률과 성과지표의 문제

DUR은 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간 제공하여, 처방을 점검할 수 있는 편의를 제공하는 목적이 있다고 하였다. 그러나 환자의 의지로 요양기관을 선택하고 새로운 의약품 처방받는 현실에서, 처방변경률 수치로 국민건강에 위해가 될지, 이득이 될지를 판단할 수는 없다.

DUR의 효과는 **과정지표와 성과지표로 평가될 수 있다**. 여러 연구에서 과정지표에는 주로 의약품정보를 제공하는 비율이 포함되고, 성과지표에는 처방변경을 통한 비용효과분석이 포함되고 있다. 이때 처방변경률이 성과지표가 되기 위해서는 DUR로 검토되는 항목이 적절한지에 대한 연구가 선행되어야 한다. 다른 나라의 DUR은 의사들의 처방시에 관여하지 않기 때문에, 성과지표에 처방변경률이 포함되지 않는다. 연구를 통해 중요도가 낮은 항목이 제외된다면, 처방변경률은 자연스럽게 상승될 것이다.

[표 1-5] DUR 효과 지표

평가구분		평가 내용	자료원
DUR 과정	기준년도 정보제공률 (alerts % / 전체 점검처방)	실시간 처방 점검 중 DUR 기준 경고 발생	DUR 점검자료
	기준년도 변경률 (변경 % / 정보제공 alerts)	경고 정보제공 중 변경 또는 수용 현황	DUR 점검자료
	정보제공률/변경률 연도별 변화	DUR 적용 전년대비 연도별 변화	DUR 점검자료
	절감액	중복 처방변경으로 인한 약제비 절감	DUR 점검자료
DUR 성과지표	부작용 평가 지표	DUR 대상약물 관련 부작용 분석	부작용 자료
	비용효과분석	처방 변경건 또는 부작용 감소 건수 대비 DUR 사업비	처방변경, 부작용 자료
	비용편익분석	약제비절감액 또는 부작용 예방 의료비 대비 DUR 사업비	처방변경, 부작용 자료

(* DUR 고도화를 위한 발전방안 연구 결과보고서 2019 서울대병원 오정희)

의사가 DUR 점검이 생기지 않도록 미리 신중하게 고려하여 처방을 발행하면, 점검 요청건수와 처방변경률이 자연스럽게 감소할 것이다. 이런 상황에서 처방교체비율을 지표로 이용하는 것은 근본적인 오류가 있다. 오히려 불합리한 팝업이 반복되면 위험을 알리는 효용성이 떨어질 수 있으므로, 중요도에 따라 **팝업알람의 방법이나 갯수를 조정하는 정책이 필요하다.**

또한 의약품 절감액을 DUR의 성과지표로 설정하는 것도 합리적이지 않다. DUR은 환자의 의약품 중복투여를 방지하여 안전성을 높이는 것이 목표이므로, 의약품처방액 감소로 환자가 더 안전해졌다고 판단할 수는 없다, 이런 지표는 DUR이 환자안전성 확보목적이 아니라, 건강보험재정 보전이 목표임을 간접적으로 알려주는 것이다.

(표 6) 연도별 처방변경을 통한 약품비 절감액 현황

(단위: 억 원, %)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
약품비 절감액	244	297	373	436	552
전년 대비 증감률	-	21.6	25.4	16.8	26.6

주: 1) 약품비 절감액 = 최초 전송 처방전의 약품비 - 최종 점검완료건의 약품비

2) 약품비 = 약품상한가 × 1회 투여량 × 1일 투여횟수 × 총 투여일수

3) 입력오류 등 이상치 제외: 최초 전송 처방전과 최종 점검완료건의 약품비 건당 차액이 50만원 이상인 처방전, 점검 횟수가 11회 이상인 처방전, 총 투여량이 증가한 처방전

4) 정보제공된 처방전 전체 금액의 변화를 추정한 것으로, 동일 처방전 내 DUR 정보제공이 되지 않은 약품의 변화액 포함

5) 비급여의약품 목록 내 의약품으로 상한가 정보가 없는 의약품은 '0'으로 계산

자료: 건강보험심사평가원 DUR 내부 자료.

라. 팝업알람 방법 & 갯수 & 항목의 문제

DUR의 ‘점검대상 의약품’에서 ‘점검’이라는 명칭은 주로 기계 장치나 시스템에 문제가 있는지 검사하는 것을 말하므로, 이 용어는 ‘병용/연령/임부 주의 의약품’으로 변경해야 한다.

DUR 항목이 늘어남에 따라 점검요청 건수와 정보제공 건수가 늘어나고 있다. DUR 항목이 늘어날수록 전산처리 속도가 느려지고, DUR항목을 검토하느라 환자에게 투입해야 할 시간이 감소되는 부작용도 있다.

DUR 항목의 적정성과 효율적인 개수에 대한 연구가 필요하다. 처방을 취소하였거나, 조제를 하지 않은 의약품까지 DUR팝업 알람이 있는 것은 불합리하다. 현재의 전자차트 내에서도 어느 정도에 해결할 수 있는 처방전내 검토, 같은 내용의 반복 알람,

모든 약에 해당하는 고령환자의 신증투여경고 등은 DUR팝업에 대한 의사의 감수성을 낮아지도록 유도하고 있다. 결국 항목을 재평가하여 조정하는 것이 절실하다.

(표 4) 연도별 DUR 점검 및 정보제공 현황

(단위: 만 건, %)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
점검요청 건수	112,123	111,115	115,830	119,572	139,334
정보제공 건수	6,397	8,632	8,996	9,899	12,813
정보제공률	5.7	7.8	7.8	8.3	9.2

주: 입원·외래 및 처방·조제

자료: 건강보험심사평가원 DUR 내부 자료.

(표 1) DUR 점검대상 및 범위

구분	내용
대상기관	• 전체 요양기관(한방 진료분야 제외)
점검대상	• 모든 처방 조제 의약품(급여, 비급여)
점검 내용	처방전 내 • 병용·연령·임부금기, 안전성 관련 사용 중지·주의, 용량주의, 투여기간주의, 분할주의, 노인주의, 약제 허가사항 관련 주의, 비용 효과적인 함량 사용 대상 의약품
	처방전 간 • 병용금기, 동일투여 경로 동일성분 중복, 효능군 중복의약품

자료: 건강보험심사평가원 DUR 내부 자료.

마. 대체조제 및 전자처방전으로 활용문제

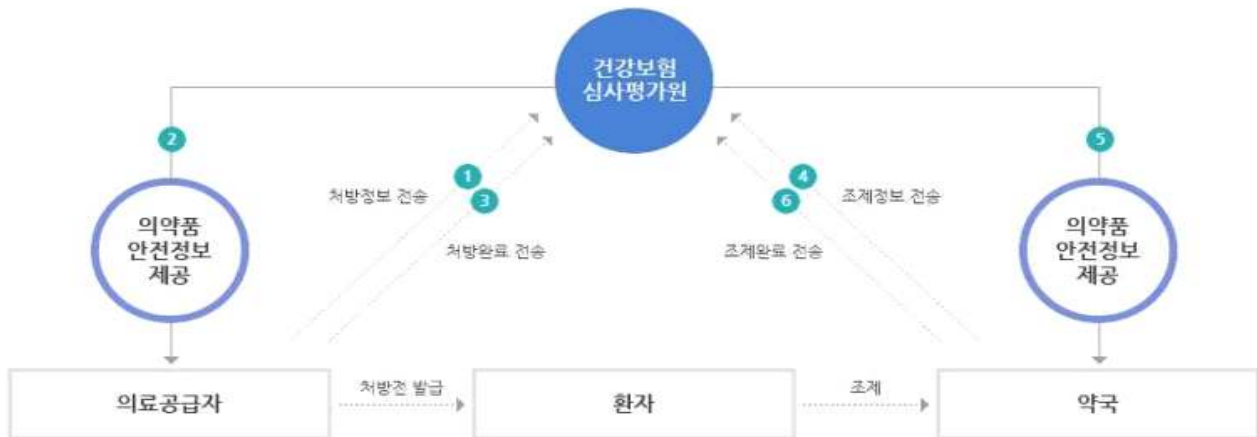
정보시스템 점검일반 전자문서의 40항목 중에서 32번 항목에는 대체시 내용을 기록할 수 있다고 되어 있다. 이것은 대체조제시 DUR의 활용 가능성을 열어둔 것이다. 향후 비대면진료시대에서 DUR이 전자처방전과 함께 대체조제에서도 역할을 할 가능성이 있다.

32	조제 기타 내용	조제 시 처방의 변경, 수정, 확인, 대체 시 내용
----	----------	------------------------------

3. 우리나라 DUR과 외국의 차이점

국내 DUR과 해외 DUR은 실시간여부, CDSS포함 여부 측면에서 다르다. [국내 의약품 안전사용(Drug Utilization Review, DUR) 서비스]는 의약품 처방·조제 시 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간 제공하고 있다. 그러므로 우리나라의 의약품처방검

토는 의료기관에서 의사의 처방 시 의사결정에 영향을 주는 의사결정지원시스템 Clinical Decision Support System, **CDSS**)과 약국에서 조제시 Cross Checking하는 복합모형이다. 하지만 다른 나라는 약국에서만 DUR을 시행하고 있다. 우리나라는 의사들이 처방할 때 실시간으로 의약품검토가 이루어지는 것이 가장 큰 특징이다(그림 1-1. 건강보험심사평가원 홈페이지).



[그림 1-1] 의약품 안전사용 서비스

1960년대에 개념을 도입한 미국도 주로 약국에서 전향적인 DUR(환자가 복용하기 전에 체크)을 시행하고 있다.

[표 4-61] **미국** CMS의 DUR 연간보고서(2017) 내 포함 정보

구분	내용
전향적 DUR	<ul style="list-style-type: none"> DUR 정보원(Source) 현황 새로운 DUR 기준 추가율 각 약국으로부터 활동내역 보고를 주기적으로 받는지 여부 Override가 많은 HCP에게 follow-up을 실시하는지 여부 이른 리필에 대한 서비스 중재 현황 약국에서 경구약물 상담 후 순응도 모니터링 의무 부과 여부
후향적 DUR	<ul style="list-style-type: none"> 후향적 DUR 실시 여부 후향적 DUR을 통한 교육자료 제공 여부
의사 투여 약제	<ul style="list-style-type: none"> 전향적 DUR에 포함 여부 후향적 DUR에 포함 여부
제네릭 의약품	<ul style="list-style-type: none"> 제네릭 사용 정책에 따른 의약품 사용양상: 제네릭 의약품 사용율
프로그램 성과평가, 비용 절감	<ul style="list-style-type: none"> 총 비용절감 추산액(ProDUR에 의한 비용절감 추산액 + RetroDUR에 의한 비용절감 추산액 + 기타) 비용절감율(비용절감 추산액/전체 약제비용, %)
과도한 사용 및 남용 파악 (Fraud, waste and abuse detection)	<ul style="list-style-type: none"> 마약류 등 오남용 우려약물(controlled substances)에 대한 문서화된 절차 여부 Lock-in 프로그램 운영을 통한 비용절감 추산액 통증관리약물: 마약성진통제(methadone) 처방 후 모니터링 및 관리 프로그램, 속효성 opioids 처방량/일수 제한, 최대 Morphine Equivalent Daily Dose(MEDD)를 얼마나 정하고 있는지 등 항정신병약, 자극제: 소아에서 사용 관리 및 모니터링 여부

(* DUR 고도화를 위한 발전방안 연구 결과보고서 2019 서울대병원 오정희)

그러므로 미국에서는 약사가 DUR 경고창에 “DUR Reason for Service Code” , “DUR Professional Service Code” , and “DUR Result of Service Code” 중에 골라서 사유를 입력한다.

[표 4-91] VDP DUR rejection override

Field Name	Field Number	Accepted Values
DUR reason for service code	439-E4	DD = Drug-drug interaction HD = High dose ID = Ingredient duplication TD = Therapeutic duplication
DUR professional service code	440-E5	00 = No intervention M0 = Prescriber consulted P0 = Patient consulted R0 = Pharmacist consulted other source
DUR result of service code	441-E6	1A = Filled as is, false positive 1B = Filled prescription as is 1C = Filled, with different dose 1D = Filled, with different directions 1F = Filled, with different quantity 1G = Filled, with prescriber approval 4A = Prescribed with acknowledgement

(* DUR 고도화를 위한 발전방안 연구 결과보고서 2019 서울대병원 오정희)

캐나다도 약사가 전향적 DUR(약물 상호작용, 약물 알레르기, 중복 처방, 치료군 중복, 부적절하게 사용된 약물, 약물 오남용, 과다/과소 사용, 내약성 정보)를 시행하고 있다. 그러므로 약사가 타당한 의학적 이유를 가지고 DUR rejection을 override해야 한다.

호주도 약사가 처방전의 오류, 약물 알리지, 약 상호작용, 용량/용법의 오류 등에 전문적인 행위를 했고, 환자에게 주었는지 정부에 보고하면 정부가 보상을 한다.

이에 반하여 우리나라는 의사가 대개 처방단계에서 변경하거나, 변경이 필요없는 경우는 사유를 기재하고 넘어가므로, 조제단계에서 검토율은 낮을 수 밖에 없다. DUR팝업이 발생하였을 때, 의사는 처방사유를 입력하거나 변경하지 않으면 처방 진행이 안되기 때문에 과정을 따를 수 밖에 없다.

영국에서도 약사가 1년에 1-2회 약 처방검토 수가를 받고 있다. 영국 NHS(National Health Service)에서 시행하고 있는 영국 의약품 적정사용 평가지표는 의료위탁 계약기관

(Clinical Commissioning Groups, CCGs)에서 자료를 수집하여 후향적으로 평가하고 있을 뿐이다. 즉, 처방오류 점검 프로그램을 사용하고 있는지를 주로 평가하고, 변경률은 평가대상이 아니다.

[표 4-63] MO 서비스의 모니터링 지표

구분	지표
1. 안전한 처방을 위한 평가 지표	처방오류 점검 프로그램(PINCER audit software PINCER audit software) 사용여부
2. 만성질환자 대상자의 관리 지표 : QOF (Quality and Outcomes Framework) 적절한 약물 선택, 모니터링	1) QOF Epilepsy : % underlying achievement at CCG level : 18세 이상 뇌전증 환자, 일정기간 경련이 나타나지 않는 환자 비율 2) QOF Mental Health : % underlying achievement at CCG level : 정신질환 환자, 리튬(lithium)을 적정 농도 유지 환자의 비율 3) QOF Diabetes Mellitus : % underlying achievement at CCG level: 당뇨병 환자, 적정 목표 조절(IFCC-HbA1c ≤ 59 mmol/mol) 이 된 환자 비율 4) QOF Atrial Fibrillation : % underlying achievement at CCG level: 심방세동 환자에서는 적절한 항응고제 사용 비율 5) QOF Osteoporosis : % underlying achievement at CCG level: 65세 이상 노인 골다공증환자, 적절한 골 보존 약물 사용 비율 6) QOF Epilepsy : % practices in CCG achieving maximum points: 18세 이상 뇌전증 환자, 적정 목표를 달성하기 위한 활동비율 - 환자의 복약순응도를 평가하는 지표 7) QOF Mental Health : % practices in CCG achieving maximum points: 정신질환 환자, 적정 목표 달성을 위한 활동 비율 8) QOF Diabetes Mellitus : % practices in CCG achieving maximum points: 당뇨병 환자, 적정 목표 달성을 위한 활동 비율 9) QOF Atrial Fibrillation : % practices in CCG achieving maximum points: 심방세동 환자, 적정 목표 달성을 위한 활동 비율을 지표로 한다. 10) QOF Osteoporosis : % practices in CCG achieving maximum points: 골다공증 환자, 적정 목표 달성을 위한 활동 비율
3. 처방 관행이나 처방단계에서 남아있는 안전문제를 측정하는 지표	1) Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs : Ibuprofen & naproxen % items: 소염진통제 중 이부프로펜과 나프록센의 처방 비율 2) Cephalosporins & Quinolones % items: 세팔로스포린계와 퀴놀론계 처방 비율 3) Antibacterial Items/STAR PU : 나이와 성별을 고려한(STAR PU: Specific Therapeutic group Age-sex Related Prescribing Unit) 항생제 처방 비율
4. 지역약국 활동 평가 지표	1) New Medicine Service (NMS) 수행 비율: 지역약국에서의 NMS 수행비율 * NMS는 만성질환자 대상으로 이 환자들이 새로운 약물을 처방받았을 때 복약순응도를 높이기 위해 제공하는 서비스 2) New Medicine Service (NMS) 약물 수: 처방된 1000가지 약물 당 NMS를 수행한 약물수 3) Medicine Use Review (MUR) 수행 비율: 지역약국에서의 MUR 수행비율을 지표로 한다. * MUR은 다약제를 복용하는 만성질환 대상으로 복약순응도를 높이고 보다 효과적인 약물 사용을 위해 제공하는 서비스 4) Medicine Use Review (MUR) 약물 수: 처방된 1000가지 약물 당 MUR을 수행한 약물 수

(* DUR 고도화를 위한 발전방안 연구 결과보고서 2019 서울대병원 오정희)

4. DUR처리 절차(정보제공 - 15가지 항목점검 - 처방변경 또는 사유입력)

DUR은 앞서 언급한 바와 같이 처방단계, 조제단계에서 모두 시행되고 있으며, 의료기관의 입장에서는 3단계를 거치게 된다.

(표 2) DUR 점검 처리 절차

구분	추진 내용
처방 단계	• 의사는 처방단계에서 환자의 처방(의약품) 정보를 건강보험심사평가원 DUR 시스템으로 전송
	• 건강보험심사평가원의 환자별 투약정보 DB 및 DUR 기준 DB 점검 후 그 결과를 처방의사에게 제공
	• 처방의사는 점검결과를 바탕으로 처방변경 또는 부득이하게 처방해야 하는 경우 처방·조제사유 기재 후 최종 처방내역을 건강보험심사평가원으로 전송
조제 단계	• 약사 조제단계에서 처방전에 기재된 의약품 정보를 DUR 시스템으로 전송
	• 건강보험심사평가원의 환자별 투약정보 DB 및 DUR 기준 DB 점검 후 그 결과를 약사에게 제공
	• 약사는 점검결과를 바탕으로 의사와 사전 협의 후 조제 변경 또는 부득이한 경우 처방·조제사유 기재 후 최종 조제내역을 건강보험심사평가원으로 전송

자료: 건강보험심사평가원, 의약품안전사용서비스(DUR) 110호, 2018.

(*DUR 사업의 성과와 과제, HIRA정책동향 2019. 13권 2호 심평원 정동극)

가. DUR의 첫 단계는 요양기관이 기본 인적사항과 약품관련 항목을 심평원에 전송하는 것으로 시작한다.

□ 정보시스템 점검일반 전자문서

구분	전송 내용	설 명
1	처방조제 구분	M(Medical):처방, P(Pharmacy):조제
2	수진자 주민번호	수진자 주민번호
3	수진자 성명	수진자 성명
4	수진자 보험자 구분	보험자 종별 구분 (04:건강보험, 05:의료급여, 07:보훈, 08:자동차보험, 09:일반, 10:산재보험)
5	수진자 임부 여부	임부 여부 (Y:임부, N:임부가 아닌 경우)
6	처방일자	처방일자(YYYYMMDD: 연·월·일)

구분	전송 내용	설 명
7	처방시간	처방시간(HHMMSS: 시·분·초)
8	처방기관 기호	처방전 발행 요양기관 기호
9	처방전 교부번호	처방전 교부번호(YYYYMMDD: 연·월·일 8자리+일련번호)
10	처방기관명	처방 요양기관명칭
11	처방기관 전화번호	처방 요양기관 전화번호
12	처방기관 팩스번호	처방 요양기관 팩스(Fax: 모사전송)번호
13	처방·조제 면허종별구분	의료인(약사) 면허 종별구분 (의사:AA, 약사:BB, 치과의사:CC, 한의사:DD, 간호사:EE)
14	처방 의료인 면허번호	처방 의료인 면허번호(보건진료소는 간호사 면허번호)
15	처방 의료인 성명	처방 의료인 성명
16	특정기호 코드	특정기호 코드 * 주)1 참조
17	진료과목 코드	진료과목 코드 * 주)1 참조
18	주상병 코드	주상병 코드 * 주)1 참조 (의료기관: 필수 기재, 약국: 처방전에 기재된 경우 기재)
19	처방조제 유형구분	처방 01:입원처방, 02:외래 원외처방, 05:외래 원내처방, 06:퇴원처방, 07:성분명 외래 원외처방, 09:의약분업 예외기관 외래 원내조제, 10:외래예약 원외처방, 23:외래예약 원내처방, 31:입원처방 및 직접 조제, 33: 외래예약 원내처방 및 직접 조제, 35:외래 원내처방 및 직접 조제, 36:퇴원처방 및 직접 조제
		조제
20	처방조제 참고사항	처방조제 시 참고사항
21	처방주사제 처방내역	처방주사제 처방내역
22	처방전 사용일수(기간)	처방전 사용일수(기간)
23	처방용법	처방약의 용법·용량 기재
24	처방 약품수	처방 약품수
25	조제일자	조제 일자(YYYYMMDD: 연·월·일)
26	조제시간	조제 시간(HHMMSS: 시·분·초)
27	조제기관 기호	조제 요양기관 기호
28	미전송 발생원인	미전송 발생사유 코드 및 시간 (오류코드 5자리 + 발생시간 14자리 + 저장시간 14자리)
29	조제요양기관전화번호	조제 요양기관 전화번호
30	조제 약사 면허번호	조제 약사 면허번호
31	조제 약사 성명	조제 약사 성명
32	조제 기타 내용	조제 시 처방의 변경, 수정, 확인, 대체 시 내용
33	조제 약품수	조제 약품수
34	DUR(COM)/SW 버전	심사평가원 제공 DUR 점검 프로그램 버전

구분	전송 내용	설 명
35	기준DB(데이터베이스)버전	심사평가원 제공 처방전내 점검 등 기준DB 버전
36	요양기관기호 및 청구S/W 검사승인번호	요양기관기호(8)+청구S/W검사승인번호(30)
37	송신매체 구분	
38	미전송 내부점검 코드	미전송 발생 시 상태 코드 (N: 점검, Y: 완료, R: 사유입력, D: 점검장애, F: 완료장애)
39	요청 점검단계 구분	요청 점검단계 구분
40	요청 점검구분	요청 점검구분 (N:점검, Y:완료, M:수정, O: 통보, C:취소, T:테스트, D:미전송 전송, R:데일리 점검)

□ 점검약품 관련 항목

구분	전송 내용	설 명
1	약품 일련번호	약품 수에 대한 순서번호(약품 일련번호)
2	보험 청구코드	보험 청구코드 [A:급여, B:비급여, C:100분의100 D:약국 판매약(조제기관용)]
3	분류 유형코드	분류 유형코드 [1:수가,3:보험등재약,4:원료,조제(제제약), 5:보험등재약의 일반(성분명), 8:재료]
4	약품코드	급여: "약제급여목록 및 상한금액표"의 제품코드 비급여: 심평원장이 공고한 의약품 표준코드 4~12번째 자리
5	약품명	의약품 제품명
6	성분코드	급여: "약제급여목록 및 상한금액표"의 주성분코드 비급여: 심평원장이 공고한 비급여의약품목록의 주성분코드
7	성분명	급여: "약제급여목록 및 상한금액표"의 주성분명칭 비급여: 심평원장이 공고한 비급여의약품의 주성분명칭
8	1회 투약량	1회 투약하는 의약품량 기재 -소수 넷째자리까지 기재
9	1일 투여횟수	1일 투여횟수 기재 - 소수 넷째자리까지 기재
10	총 투약일수	총 투약일수 기재
11	원외, 원내코드	1: 원외, 2:원내
12	처방 용법	조제약의 용법·용량 기재

나. 두 번째 단계는 심사평가원의 프로그램이 의사 등이 전송한 정보를 점검하여, 동일 처방전 내 및 다른 처방전 간의 의약품에 대하여 표2의 적용기준에 따라 확인하고, 의약품 안전사용 등을 위해 추가로 정보를 제공한다.

□ 별표2의 점검사항 요약

세부적용기준	비고
○ 병용금기 의약품	'의약품 병용금기 성분 등의 지정에 관한 규정'
○ 특정 연령대 금기 의약품	
○ 임부금기 의약품	
○ 안전성 관련 사용중지 의약품	식품의약품안전처 안전성 속보 및 행정처분 등
○ 안전성 관련 사용주의 의약품	식품의약품안전처 안전성 서한 등
○ 동일성분 중복의약품예시: 생리식염주사액 등)	의료법,약사법
○ 효능군 중복 의약품	식품의약품안전처 공고
○ 용량주의 의약품(1일 최대투여량)	
○ 투여기간주의 의약품(최대투여량)	
○ 노인주의 의약품	
○ 분할주의 의약품	
○ 비용효과적인 함량 사용대상 의약품	별표 7
○ 기 조제 완료 처방전 점검	
○ 점검 제외 기준	
○ 약제 허가사항 관련 주의 의약품	심사평가원 약제 허가사항 전산심사

다. 세 번째 단계는 심사평가원이 제공한 정보에 따라 의사가 별표2의 점검사항을 확인하여, 별표4의 사유를 입력하는 것이다.

□ 별표4의 사유 코드 요약

구분	내 용	코드
중복 처방	○ 환자가 미리 내원한 경우	A
	○ 특정성분만 별도 처방할 수 없는 경우(powder 등)	B
	○ 약제가 소실·변질 된 경우(항암제 투여, 소아환자의 구토에 한함)	C
중복, 병용금기 (처방전간)	○ 복용기간이 중복되지 않는 경우	F
	○ 주 단위 또는 월 단위로 복용하는 약제	G
	○ 용법·용량을 변경했음에도 팝업이 다시 발생한 경우	H
	○ 투여일수를 변경했음에도 팝업이 다시 발생한 경우	I

구분	내 용	코드
	○ 기존 처방약을 복용하지 않고 있거나, 복용을 중단시킨 경우	L
	○ 처방의사 또는 조제약사와 전화통화 안 되는 경우	K
	○ 필요시 투약하는 약제 (PRN)	P
	○ 입원환자의 기존 외래 처방·조제된 약과 처방전간 점검이 발생하는 경우	R
	○ 용량조절이 필요한 경우	W
	○ 기존 처방전을 조제하지 않은 경우	X
	○ 신경차단술 등 국소치료에 조영제 투여	D
	○ 조영제 투여 48시간 전 Metformin 투약 중지 조치	Y
임부금기	○ 절박 유·조산 또는 습관성 유·조산 치료 시 투여	M
	○ 분만 시(분만유도, 분만촉진, 출혈방지 등)에 투여	N
	○ 유산유도(불가피한 사유로 인한 합법적 인공임신중절 시)	O
	○ 임신중 검사(용모막채취검사(CVS), 양수검사, 수축자극검사(CST) 등)	Q
	○ 보조생식술에 투여하는 경우	S
	○ 임부에 해당하지 않는 경우(출산후 투여, 폐경 등)	V
text로 기재	○ 처방·조제 사유코드 이외에 부득이하게 처방·조제하는 경우 의·약학적 적정사유를 기재	

3) DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)수가 신설

KMA POLICY 제안서(안)				
접수번호	-	제안자	건강보험정책분과위원회 김기범 위원	
접수일자	2022년 9월 26일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회	
접수담당		연락처		
분류코드	- -	E-mail		
심의위원회 결정사항	개 최 일	2022년 11월 05일	제11차 심의위원회	
	부의결과	승인		
	담당분과	법제및윤리	의료및의학정책	건강보험정책

	책임위원	위원	김 기 범	위원장	김 영 재
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)수가 신설				
내 용	DUR검토행위는 기존 진찰행위에 포함되지 않은 새로운 의사업무량 이므로, 제도의 정착 및 지속성을 제고하기 위해 DUR 상대가치수가를 신설해야 한다.				

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	<p>DUR 검토는 기존 진찰행위가 끝난 후 처방단계에서 시작되는 행위이고, 이는 DUR 시행 이전에는 없었던 새로운 업무임</p> <p>DUR점검으로 팝업이 생기면 의약품처방 변경유무와 상관없이 의사업무량이 발생하며, 과거에 비해 항목이 점점 증가됨에 따라 업무량과 진료시간 지체도 심화되고 있음</p> <p>DUR 검토행위는 총 7단계로 구분할 수 있음.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DUR 팝업을 읽고 사유를 분석하는 과정 <ul style="list-style-type: none"> - 팝업사유(동일성분 의약품, 효능군중복 의약품, 노인주의 의약품, 병용금지 의약품, 특정연령대 금기 의약품, 임부금기 의약품, 안전성관련 사용중지 의약품, 용량주의 의약품, 투여기간주의 의약품, 분할주의 의약품, 비용효과적인 함량사용대상 의약품, 기 조제완료 처방전 점검, 허가사항관련주의 의약품) 2. 식약처 허가사항 관련 팝업이 뜬 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 규정대로 처방 변경 3. 동일성분 또는 효능군 중복 팝업이 떠서, 처방여부를 가치판단하는 과정 <ul style="list-style-type: none"> - 중복약품의 타병원 진료사유와 중복약품 복용사유를 문진함. 이때 환자가 타병원 진료내역을 기억하지 못하거나, 부인할 경우에는 상당한 시간과 노력 필요 4. 동일성분 또는 효능군 중복 약품 처방을 유지하는 과정

	<ul style="list-style-type: none"> - 21가지 처방사유 중에서 고르거나 text로 직접 사유를 입력. 이후 환자에게 타병원 중복 약품의 중지·변경 방법을 교육 <p>5. 동일성분 또는 효능군 중복 처방을 변경·입력하는 과정</p> <ul style="list-style-type: none"> - DUR시스템이 다시 구동되면서 단순시간 소요 <p>6. 처방변경에도 불구하고 팝업이 발생한 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 팝업이 뜨지 않을때까지 반복적인 문진·처방을 시행하여 완료 <p>7. 처방변경 후 생긴 부가적인 행위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의무기록에도 사유를 기록하여, 차기 진료에 반영. 특히 처방중지한 약품이 만성질환과 관련하여 지속복용이 필요한 경우에 상담이 필요
목적 및 기대효과	DUR 제도의 정착과 지속성을 제고하여, 의약품 안전관리환경을 조성한다.
의견 및 관련자료	<ol style="list-style-type: none"> 1. DUR 고도화를 위한 발전방안 연구 결과보고서 2019. 02. 서울 대학교병원 오정희(건강보험심사평가원 의뢰) 2. DUR 평가연구에 대한 체계적 문헌고찰, 보건사회연구 42(2), 2022, 158-178, 김진이, 홍지윤, 손희정 3. 안전 제고를 위한 동시적 의약품처방조제지원시스템 도입에 따른 사용자 영향 분석, 2012. 최중수 4. DUR 도입에 대한 효과, 2016. 1. 차의과대학원 오진희, 지영건

DUR(Drug utilization review, 의약품안전사용서비스)상대가치수가 신설

KMA POLICY 특별위원회
보험정책분과 김기범 위원

1. DUR검토행위는 진찰이 끝나고 다시 시작하는 새로운 업무임

의사는 진료가 끝나고 처방전을 발행하는 시점에, 환자와 DUR 관련 상담을 다시 시작해야 한다. DUR 검토된 약품의 변경 혹은 삭제여부를 결정하기 위해서, 의사는 전문지식을 바탕으로 문진을 시행한다. 이것은 **DUR 실시 전에는 없었던 업무이고, 기존 진찰행위에 포함되지 않은 업무량이다.**

2. 팝업이 생기면, 약품의 변경유무와 무관하게 의사업무량이 생김

외부의 시각에서는 약품을 변경할 때만 업무량이 많다고 여기지만, 실제로는 약을 그대로 유지할 때도 많은 업무가 필요하다. 그러므로 **처방변경률이 낮다는 것을 근거로, DUR점점을 소홀히 한다고 판단하는 것은 잘못이다.**

예를 들어 만성질환으로 처방하는 약품을 그대로 유지하고 급성질환 관련 약품복용을 변경하라고 지시하는 경우에, 해결과정이 매우 복잡하다(아래의 4번의 글에서 상세 기술).

점검된 약품을 변경하지 않을 경우에는 우선 21가지의 사유 중에 합당한 것을 고르거나, text로 직접 사유를 입력해야 한다.

변경없이 처방한 후에도 환자에게 중복된 타병원 약품의 중지 또는 복용 방법 변경을 교육한다. 이를 위해 의사는 타 병원에서 처방받은 약품 전체를 복잡한 과정을 거쳐서 알아내야 한다. 또한 환자에게 중복된 의약품을 제외하도록 지시하기 위해 해당 약품의 모양, 크기 등을 설명하고, 해당 약품의 제외 기간 및 목적을 설명하는 과정까지 필요할 수 있다.

3. 식약처 허가사항과 관련된 팝업에 대한 의사의 검토과정

허가사항과 관련된 점검항목은 비교적 짧은 시간이 요구된다. 이때는 DUR이 진료에 도움되고, 업무량도 많지 않다고 느낄 수 있다. **하지만 이렇게 느끼는 것은 DUR점검 항목이 불필요하게 많다는 반증이다.**

이런 항목들에는 노인주의 의약품, 특정 연령대금기 의약품, 임부금기 의약품, 안전성관련 사용 중지 의약품, 용량주의 의약품, 투여기간 주의 의약품, 분할주의 의약품, 비용효과적인 함량사용대상 의약품, 허가사항관련 주의 의약품 등이 포함된다.

이것들은 점검항목을 확인만 하거나, 약품의 복용 횟수나 용량, 처방기간의 변경으로 해결될 수 있다. 즉 환자와의 문진과정을 거치지 않고 수정할 수 있는 것이다. 하지만 이것들은 **전자차트내에서도 해결가능하므로, 항목의 간소화와 중요도에 따른 재배치가 필요하다.**

4. 동일성분중복 팝업에 대한 의사의 가치판단 과정

동일성분중복 팝업이 뜰 경우, 의사는 기존 복용하는 약을 그대로 유지하거나 기존

약품 중지 및 새로운 처방을 하기 위해 종합적이고 세밀한 판단을 해야 한다. **이런 과정은 진찰에 준하거나, 간혹 기존 진찰보다 많은 시간이 소모되기도 한다.** 우선 타병원 진료사유와 중복약품 복용사유를 문진해야 한다. 이때 환자가 타병원 진료내역을 기억하지 못하거나, 약 복용 사유를 모르는 경우에는 자료수집을 위해 상당한 시간과 노력이 필요하다.

기저 만성질환으로 꾸준히 내원하는 환자가 기존에 처방하던 약품과 급성기 질환으로 타병원에서 처방받은 약품이 중복될 경우는 더욱 복잡해진다.

예를 들어 심장질환으로 베타차단제(비소프롤롤, 카르베딜롤) 처방 중에, 환자가 타병원에서 불안장애로 베타차단제(인데놀)을 처방받는 때를 가정해보자. 이때는 기존 협심증과 불안장애질환을 고려하여 한쪽의 약품을 중지하는 편이 나올지, 중복으로 복용하는 편이 나올지를 의학적인 효용성을 고려하여 가치판단해야 한다. 또한 타 병원 약품의 처방기간과 향후 지속여부를 고려하여, 베타차단제(비소프롤롤, 카르베딜롤)의 용량이나 처방기간을 변경할 수도 있다. 만약 장기적으로 처방하던 약품을 변경한 경우에는 의무기록에 사유를 기록하여, 다음 진료시에 변경된 처방의 유지 여부를 환자와 상의해야 한다.

<예> 퇴행성관절염으로 NSAIDs 처방 중에, 타 병원에서 타박상, 치과질환, 고열을 동반한 급성호흡기 질환 등으로 NSAIDs를 처방받은 경우

<예> 협심증 및 뇌혈관질환으로 항혈전제(아스피린, 클로피도그렐) 처방 중에, 타 병원에서 효능군 중복인 (리마프로스트)를 처방받은 경우

<예> 식도염으로 프로톤펌프억제제 유지요법 처방 중에, 타 병원에서 관절염으로 NSAIDs와 프로톤펌프억제제성분 복합제를 처방받은 경우

병용금지 처방이지만, 기간을 달리하여 복용하는 경우가 있다.

환자에게 질병의 중요도를 비교하여 복용여부를 결정할 수 있도록 설명하고, 해당 약품의 모양, 크기 등을 설명하여 환자가 기간을 달리하여 복용할 수 있도록 한다.

<예> 고지혈증으로 (스타틴제제)처방 중에, 타 병원에서 백선증으로 (이트라코나졸제제를 처방받은 경우

<예> 당뇨병으로 (메트포르민)처방 중에, 타 병원에 조영제를 사용하는 촬영을 시행하는 경우

<예> 협심증으로 (이소소르비드일질산염)처방 중에, 타 병원에서 (비아그라)를 처방받은 경우

5. DUR 검토행위에 대한 의사업무량 연구 사례 분석

최종수(2012)는 ‘환자 안전 제고를 위한 동시적 의약품처방조제지원시스템 도입에 따른 사용자 영향 분석’ 논문에서 DUR 점검 알고리즘을 제시하고, 의사 행위 소요시간을 분석하였다.

연구에 따르면 DUR 팝업이 발생하여 보고사유를 고르거나 입력하는 의사의 행위에 **는 평균 20.6초(n=1,752)가 소요되었다.** 최종수(2012)는 서울 소재 2,000병상 규모의 3차 S종합병원 외래진료 수행의사들의 관점에서 DUR 점검 알고리즘을 다음과 같이 제시하고, 의사의 행위에 대한 소요시간(2012.1.2.~2012.1.8. 처방자료 기준)을 분석하였다.

또한 연구에서는 DUR 행위를 5단계로 구분하였다.

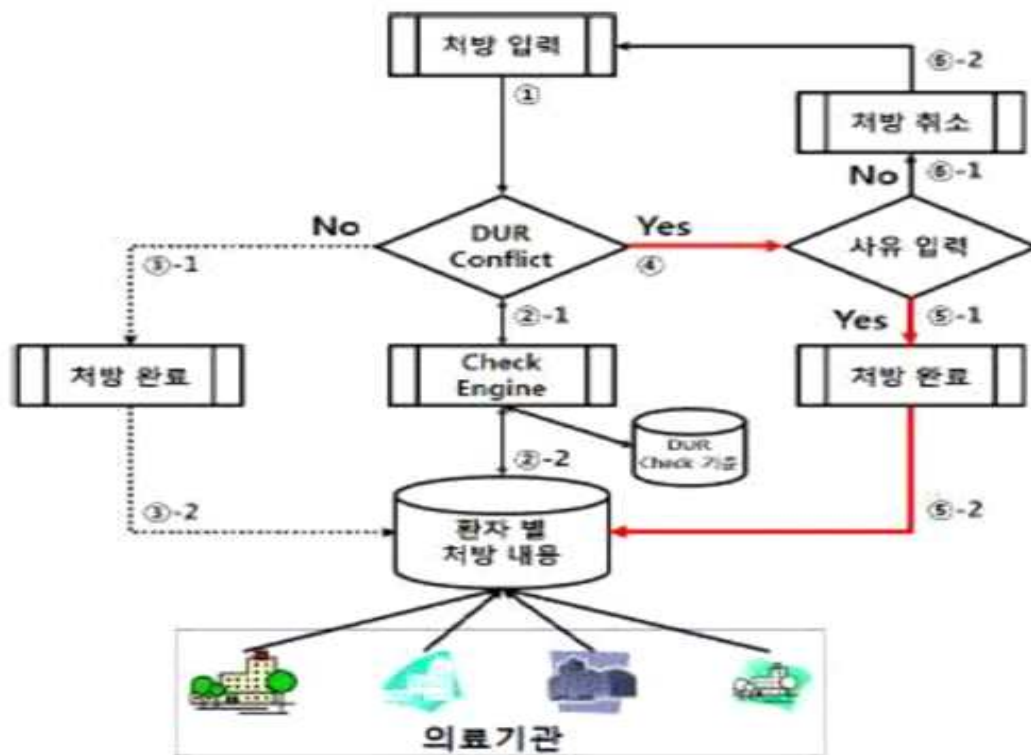
- ① 의사 외래 진료 시 PC에 처방을 입력하면,
- ② 심평원 DUR 기준에 따라 처방 내용을 점검하고
- ③ DUR Conflict Event가 없는 경우 처방 내용을 저장하여 처방을 완료
- ④ DUR Conflict Event가 있게 되면
- ⑤ 팝업된 내용을 보면서 사유를 입력, 저장하여 처방을 완료.

5단계를 ‘팝업된 내용을 보면서 사유를 입력, 저장하여 처방을 완료’ 라고 단순화하였지만, 이에 해당하는 경우는 식약처 허가사항과 관련된 팝업일 때 뿐이다(3번 항목에 기술).

최종수(2012)는 DUR 팝업이 발생하였을 경우 환자가 내원하고 있는 의료기관, 복용 중인 의약품, 그리고 동일성분 중복 의약품 설명 등 실질적으로 상담하는 시간을 고려한다면 시간 부담은 더 클 것이라고 하였다.

이 연구가 **2012년에 발표된 점을 감안한다면, 현재는 점검항목과 검토사유가 더욱 복잡해졌으므로 논문저자가 당시 생각한 것보다 의사업무량이 훨씬 더 증가하였다.**

그림1. 의사입장에서 DUR 모식도. 최종수(2012)



위의 논문에서 누락된 의사의 업무량

1. 환자가 타병원 진료내역을 기억하지 못하거나 부인할 경우의 업무량
2. 중복된 의약품 외의 타 병원 의약품을 종합적으로 파악하여, 중복처방 의약품 처방여부를 가치판단하는 업무량.
3. 처방을 유지할 경우 - 환자에게 타병원 중복 약품의 중지여부 또는 변경 복용방법을 교육하는 업무
4. 처방변경 후 생긴 부가적인 행위
 - 의무기록에도 사유를 기록하여, 차기 진료에 반영.
 - 처방중지약품이 만성질환과 관련하여 지속복용이 필요한 경우에 상담.

6. DUR로 생긴 시간지체에 대한 보상 필요성

최근 진료환자를 접수할 때는 코로나로 인해 감염병 발생국 입국자 정보 검토 및 해외여행 이력 정보 제공 시스템(이하 ITS)을 거쳐야 한다. 이로 인해 진료프로그램의 구동이 느려지는 상황이 많았고, 접수와 저장 및 처방 행위마다 DUR 시스템이 연동되

므로 시간이 더욱 지체되었다.

심사평가원 의뢰 연구에서도 ‘중요한 팝업은 반드시 사유를 기재하고, 중요하지 않은 팝업은 확인만 하고 넘기는 기능이 필요하다’ (DUR 고도화를 위한 발전방안 연구 결과보고서 2019.2. 서울대병원 오정희)고 주장하였다.

또한 21개의 DUR연구를 분석한 자료에서도 DUR의 효용성은 긍정 평가가 높지만, **편이성과 환류성부문은 부정 평가가 높았다.** 특히 편이성을 검토한 4개의 논문은 모두 DUR 처리과정(3편)과 소요시간(1편)측면에서 부정평가를 내렸다(표5. DUR 평가연구에 대한 체계적 문헌고찰, 김진이, 홍지윤, 손희정 보건사회연구 42(2), 2022, 158-178).

김진이 등은 ‘사용자가 DUR를 활용하여 안전한 의약품 처방과 조제를 할 수 있는 여건을 마련해야 한다고 제안’ 하고 있으며, 결국 **이것은 서비스 개선과 비용 보상을 통해서 가능할 것이다.**

과거 건강보험심사평가원은 진료기록을 서면이나 전자로 관리하는 것은 의료인의 선택사항이고, 전자차트를 이용하는 것과 DUR시스템 프로그램 설치하는 진료 편의를 위한 것이므로 시스템 설치 및 운영에 따른 비용을 건강보험에서 지원해야 한다는 의견은 타당하지 않다고 주장한 바 있다.

하지만 진료편의를 위한 시스템을 굳이 강제화하려는 것은 앞뒤가 맞지 않는 논리이다. 이는 **DUR을 현장에서 실제 사용하고 있는 의료인의 사기를 저하시키고 DUR제도의 정착과 지속성에 큰 걸림돌로 작용할 수 있다.** 그러므로 투약안전성과 약품비용감소로 인한 재정효과를 감안하여, DUR 수가신설을 고려해야 한다.

7. DUR 검토행위에 대한 상대가치 수가 신설 방향

가. 행위별수가보다는 진찰료가산 형태로 제안한다.

DUR 수가는 기존 진찰행위와는 별개의 행위이므로, 기존 상대가치 총점에서 분할하는 형태가 아닌 순증 형태로 진행해야 한다. 이때 특정행위(DUR 검토행위) 단위별로 수가를 신설할 경우에는, 수가가 지급될 때와 지급되지 않을 때의 차이가 명확하지 않아서 형평성의 문제가 생길 수 있다.

약제 처방개수를 기준으로 보상하거나, 처방전간 점검으로 팝업창이 생긴 경우만을 수가로 보상하는 것은 일부러 약 개수를 늘리거나 팝업창을 유도하는 부작용을 유발할 수 있다. 또한 DUR의 팝업이 발생하지 않도록 고민을 많이 하고, 처방을 작성한 의사가 오히려 수가를 받지 못하는 역차별이 생길 수도 있다.

DUR 시스템에서 확인이 가능하고, 행위가 명확하게 정의될 수 있는 경우에만 수가로 보상한다는 전제가 생긴다면, 처방을 변경하지 않은 불가피한 사유에 대하여 의무기록을 요구할 수도 있다. 이것은 만성질환관리료(AH200)의 건강보험공단 방문확인 과 유사한 사례를 유발할 수 있다.

반면에 정부는 DUR수가를 예측가능한 방향으로 만들고자 할 것이다. 예를 들면 점검건수 기준으로 요양기관 등급을 나누고, 요양기관별로 연간 일정액을 지급하는 방식이다. 물론 이때는 DUR 지표를 도입하여 처방변경률에 따라 지급액수의 차등을 부여하거나, 불가피하게 처방을 변경하지 않게 된 사유를 기록하도록 요구할 수도 있다.

그러므로 DUR 상대가치수가는 ‘65세 이상의 노인’ 과 같이 고위험군에서 진찰료 가산 유형으로 우선 신설하고, 이를 65세미만으로 점진적으로 확장하는 방안을 제안한다.

나. 인센티브 지급 대상 다양화 방안

환자 안전을 위해 필요하거나 장려해야 할 행위 등은 인센티브 형태로 추가 보상하는 방안을 고려해야 한다. DUR이 전국적으로 확대 실시된 이후 금기 및 중복 의약품에 대한 처방률 및 심사조정률이 모두 감소한 것을 확인할 수 있었다.(DUR 도입에 대한 효과, 2016. 1. 차의과대학원 오진희, 지영건)

즉 금기약품 처방률 및 심사조정률이 감소하면, DUR 검토율도 따라서 감소할 수 있다. 그러므로 DUR 검토율과 함께 변경률은 -이미 꼭 필요해서 처방했기 때문에 추가 변경도 어려움- 함께 낮아지게 된다. 그러므로 DUR검토율이 낮거나, 검토율이 전년도에 비하여 매우 호전된 요양기관은 인센티브 대상이 될 수 있어야 한다.

* 첨부 자료(표1-5)

표1. 정보시스템 점검일반

구분	전송 내용	설 명
----	-------	-----

구분	전송 내용	설 명
1	처방조제 구분	M(Medical):처방, P(Pharmacy):조제
2	수진자 주민번호	수진자 주민번호
3	수진자 성명	수진자 성명
4	수진자 보험자 구분	보험자 종별 구분 (04:건강보험, 05:의료급여, 07:보훈, 08:자동차보험, 09:일반, 10:산재보험)
5	수진자 임부 여부	임부 여부 (Y:임부, N:임부가 아닌 경우)
6	처방일자	처방일자(YYYYMMDD: 연·월·일)
7	처방시간	처방시간(HHMMSS: 시·분·초)
8	처방기관 기호	처방전 발행 요양기관 기호
9	처방전 교부번호	처방전 교부번호(YYYYMMDD: 연·월·일 8자리+일련번호)
10	처방기관명	처방 요양기관명칭
11	처방기관 전화번호	처방 요양기관 전화번호
12	처방기관 팩스번호	처방 요양기관 팩스(Fax: 모사전송)번호
13	처방·조제 면허종별구분	의료인(약사) 면허 종별구분 (의사:AA, 약사:BB, 치과의사:CC, 한의사:DD, 간호사:EE)
14	처방 의료인 면허번호	처방 의료인 면허번호(보건진료소는 간호사 면허번호)
15	처방 의료인 성명	처방 의료인 성명
16	특정기호 코드	특정기호 코드 * 주)1 참조
17	진료과목 코드	진료과목 코드 * 주)1 참조
18	주상병 코드	주상병 코드 * 주)1 참조 (의료기관: 필수 기재, 약국: 처방전에 기재된 경우 기재)
19	처방조제 유형구분	<div>처방</div> <div>01:입원처방, 02:외래 원외처방, 05:외래 원내처방, 06:퇴원처방, 07:성분명 외래 원외처방, 09:의약분업 예외기관 외래 원내조제, 10:외래예약 원외처방, 23:외래예약 원내처방, 31:입원처방 및 직접 조제, 33: 외래예약 원내처방 및 직접 조제, 35:외래 원내처방 및 직접 조제, 36:퇴원처방 및 직접 조제</div> <div>조제</div>
20	처방조제 참고사항	처방조제 시 참고사항
21	처방주사제 처방내역	처방주사제 처방내역
22	처방전 사용일수(기간)	처방전 사용일수(기간)
23	처방용법	처방약의 용법·용량 기재
24	처방 약품수	처방 약품수
25	조제일자	조제 일자(YYYYMMDD: 연·월·일)
26	조제시간	조제 시간(HHMMSS: 시·분·초)

구분	전송 내용	설 명
27	조제기관 기호	조제 요양기관 기호
28	미전송 발생원인	미전송 발생사유 코드 및 시간 (오류코드 5자리 + 발생시간 14자리 + 저장시간 14자리)
29	조제요양기관전화번호	조제 요양기관 전화번호
30	조제 약사 면허번호	조제 약사 면허번호
31	조제 약사 성명	조제 약사 성명
32	조제 기타 내용	조제 시 처방의 변경, 수정, 확인, 대체 시 내용
33	조제 약품수	조제 약품수
34	DUR(COM)/SW 버전	심사평가원 제공 DUR 점검 프로그램 버전
35	기준DB(데이터베이스)버전	심사평가원 제공 처방전내 점검 등 기준DB 버전
36	요양기관기호 및 청구S/W 검사승인번호	요양기관기호(8)+청구S/W검사승인번호(30)
37	송신매체 구분	
38	미전송 내부점검 코드	미전송 발생 시 상태 코드 (N: 점검, Y: 완료, R: 사유입력, D: 점검장애, F: 완료장애)
39	요청 점검단계 구분	요청 점검단계 구분
40	요청 점검구분	요청 점검구분 (N:점검, Y:완료, M:수정, O: 통보, C:취소, T:테스트, D:미전송 전송, R:데일리 점검)

표2. 점검약품 관련 항목

구분	전송 내용	설 명
1	약품 일련번호	약품 수에 대한 순서번호(약품 일련번호)
2	보험 청구코드	보험 청구코드 [A:급여, B:비급여, C:100분의100 D:약국판매약(조제기관용)]
3	분류 유형코드	분류 유형코드 [1:수가,3:보험등재약,4:원료,조제(제제약), 5:보험등재약의 일반(성분명), 8:재료]
4	약품코드	급여: "약제급여목록 및 상한금액표"의 제품코드 비급여: 심평원장이 공고한 의약품 표준코드 4~12번째 자리
5	약품명	의약품 제품명
6	성분코드	급여: "약제급여목록 및 상한금액표"의 주성분코드 비급여: 심평원장이 공고한 비급여의약품목록의 주성분코드
7	성분명	급여: "약제급여목록 및 상한금액표"의 주성분명칭 비급여: 심평원장이 공고한 비급여의약품의 주성분명칭

구분	전송 내용	설 명
8	1회 투약량	1회 투약하는 의약품량 기재 -소수 넷째자리까지 기재
9	1일 투여횟수	1일 투여횟수 기재 - 소수 넷째자리까지 기재
10	총 투약일수	총 투약일수 기재
11	원외, 원내코드	1: 원외, 2:원내
12	처방 용법	조제약의 용법·용량 기재

표3. 별표2의 점검사항 요약

세부적용기준	비고
○ 병용금기 의약품	'의약품 병용금기 성분 등의 지정에 관한 규정'
○ 특정 연령대 금기 의약품	
○ 임부금기 의약품	
○ 안전성 관련 사용중지 의약품	식품의약품안전처 안전성 확보 및 행정처분 등
○ 안전성 관련 사용주의 의약품	식품의약품안전처 안전성 서한 등
○ 동일성분 중복의약품예시: 생리식염주사액 등)	의료법,약사법
○ 효능군 중복 의약품	식품의약품안전처 공고
○ 용량주의 의약품(1일 최대투여량)	
○ 투여기간주의 의약품(최대투여량)	
○ 노인주의 의약품	
○ 분할주의 의약품	
○ 비용효과적인 함량 사용대상 의약품	별표 7
○ 기 조제 완료 처방전 점검	
○ 점검 제외 기준	
○ 약제 허가사항 관련 주의 의약품	심사평가원 약제 허가사항 전산심사

표4. 별표4의 사유 코드 요약

구분	내 용	코드
중복 처방	○ 환자가 미리 내원한 경우	A
	○ 특정성분만 별도 처방할 수 없는 경우(powder 등)	B

구분	내 용	코드
	○ 약제가 소실·변질 된 경우(항암제 투여, 소아환자의 구토에 한함)	C
중복. 비용금기 (처방전간)	○ 복용기간이 중복되지 않는 경우	F
	○ 주 단위 또는 월 단위로 복용하는 약제	G
	○ 용법·용량을 변경했음에도 팝업이 다시 발생한 경우	H
	○ 투여일수를 변경했음에도 팝업이 다시 발생한 경우	I
	○ 기존 처방약을 복용하지 않고 있거나, 복용을 중단시킨 경우	L
	○ 처방의사 또는 조제약사와 전화통화 안 되는 경우	K
	○ 필요시 투약하는 약제 (PRN)	P
	○ 입원환자의 기존 외래 처방·조제된 약과 처방전간 점검이 발생하는 경우	R
	○ 용량조절이 필요한 경우	W
	○ 기존 처방전을 조제하지 않은 경우	X
	○ 신경차단술 등 국소치료에 조영제 투여	D
	○ 조영제 투여 48시간 전 Metformin 투약 중지 조치	Y
임부금기	○ 절박 유·조산 또는 습관성 유·조산 치료 시 투여	M
	○ 분만 시(분만유도, 분만촉진, 출혈방지 등)에 투여	N
	○ 유산유도(불가피한 사유로 인한 합법적 인공임신중절 시)	O
	○ 임신중 검사(용모막채취검사(CVS), 양수검사, 수축자극검사(CST) 등)	Q
	○ 보조생식술에 투여하는 경우	S
	○ 임부에 해당하지 않는 경우(출산후 투여, 폐경 등)	V
text로 기재	○ 처방·조제 사유코드 이외에 부득이하게 처방·조제하는 경우 의·약학적 적정사유를 기재	

표5. 의약품안전사용서비스(Drug Utilization Review, DUR) 평가연구에 대한 체계적 문헌고찰, 김진이, 홍지윤 등 보건사회연구 2022, 158-178

표 5. 기존 DUR 평가문헌의 제시 결과

긍정적 평가			부정적 평가			합계					
			문헌 번호	문헌수	%	문헌 번호	문헌수	%	문헌수	%	
대분류	중분류	소분류				중분류	소분류				
합계				21	58.3	합계		15	41.7	36	100
	소계			18	85.7	소계		3	14.3	21	100
		계		10	83.3	부적절한 약물사용 감소효과 없음	계	2	16.7	12	100
	부적절한 약물사용 감소	노인주의 약물사용 감소	1, 3, 4	3	25.0		호흡기 약물 중복 감소효과 없음	30	1	8.3	
		연령금기 약물사용 감소	8, 9, 23	3	25.0		처방전당 약물 수 감소효과 없음	15	1	8.3	
		소염진통제 중복 감소	2, 6	2	16.7						
		처방 간 병용금기 감소	17	1	8.3						
		부적절한 약물의 알람비용 비교	19	1	8.3						
		계		4	100.0					4	100
		ADRs 감소	DUR 중재 ADRs 감소	5, 6	2	50.0					
		DUR 미변경 처방 ADRs 증가	7, 25	2	50.0						
효용성		계		2	66.7		계	1	33.3	3	100
	비용 절감 효과	시험사업 형태에 따른 비용 절감	19	1	33.3	비용절감 효과 없음	미변경처방 ADRs에 의한 비용 변화 없음	6	1	33.3	
		시험사업지역 외원의 약품비 감소	20	1	33.3						
		계		2	100.0					2	100
	DUR 용도 확장	감염병 사전감시체계	24	1	50.0						
		의약품 모니터링 시스템	13	1	50.0						
편이성		소계						4	100.0	4	100
		계						3	75.0		
	DUR 처리 과정					DUR 제공 정보 비 등급화		14	1	25.0	
						예외사유코드 선택의 불편함		12	1	25.0	
						임부표기 수동체크		31	1	25.0	
	소요시간 분석				시간 소요		18	1	25.0		
환류성		소계						5	100.0	5	100
	점검항목 분석				점검항목의 불완전성		11, 26	2	40.0		
	사후관리· 모니터링				모니터링과 사후관리 미시행		25, 28, 29	3	60.0		
만족도	소계			3	50	소계		3	50	6	100
	인지도	DUR에 대한 긍정적 인지	22	1	16.7	인지도	DUR에 대한 낮은 인지도	21	1	16.7	
	수용도	DUR 알람 수용/만족도 점수 높음	10	1	16.7	수용도	DUR 만족도에서 의사 저항성의 영향	16	1	16.7	
	요구도	만족(63.1%) 임상정보 요구도 있음	27	1	16.7	요구도	DUR에 대한 요구도 전반	28	1	16.7	

주: PIMs: Preventable Inappropriate Medications, 예방가능한 부적절한 약물사용, ADRs: Adverse Drug Reactions, 약물이상반응

4) 육아상담료 신설의 필요성

KMA POLICY 제안서					
접수번호	-	제안자	건강보험정책분과 김준호 위원		
접수일자	2022년 월 일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회		
접수담당		연락처			
분류코드	- -	E-mail			
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 01월 02일		제13차 심의위원회	
	부의결과	원안 의결			
	담당분과	법제및윤리	의료및의학정책	건강보험정책	
	책임위원	위원	김 준 호	위원장	김 영 재
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,					
제 목	육아상담료 신설의 필요성				
내 용	<p>육아상담료란 기본적인 진료 이외로 육아에 대한 상담이 진행될 때 의사에게 지급되어야 할 비용이다.</p> <p>한국의 출산율은 갈수록 낮아져서 국가의 존폐위기를 걱정하게 되었다. 아이들이 줄어드니 육아에 대한 직·간접적인 경험이 없어서, 부모들은 진료시 의사에게 육아에 관한 다양한 어려움을 호소하지만, 기본진찰료 외에 육아 상담에 관한 별도의 수가는 없는 상황에서 충실한 육아 상담이 진행되기는 어려운 현실이다.</p> <p>육아 상담은 일반적인 진료와 구분이 되는 전문 분야로 기본 진료 외에 육아에 대한 상담이 진행될 경우 육아상담료를 별도 수가로 책정해서 지원한다면, 아이 키우기 편한 사회를 만드는 데 도움이 될 것이다.</p>				
제 안 설 명					
제안사유 (배 경)	미래의 세상을 살아갈 아이들이 잘 커가기 위해서는 건강과 교육 및				

	<p>환경 등이 중요하다. 아이들을 키우는 부모는 육아에 있어서 다양한 고민이 있지만, 경험이 부족하기에 이를 편하고 올바르게 해결해나가기가 쉬운 것만은 아니다.</p> <p>감기나 장염, 알레르기 등의 질병으로 병원을 찾는 수가 많지만, 식습관의 문제나 수면, 성장, 비만 등 다양한 육아에 대한 고민으로 아이들을 데려오는 경우도 흔하다. 이렇듯 육아상담은 진료실에서 언제나 생기는 진료 과정이지만, 많은 시간을 투자하여 다양한 고민에 대해 상담하여도 적절한 보상이 되는 수가는 없는 상황이다.</p> <p>합리적인 비용으로 육아상담료가 의사들에게 지급된다면 부모들도 육아에 관하여 편하게 상담할 수 있을 것이다. 또한 육아상담을 주로 담당할 소아청소년과에 대해서는 필수의료 지원정책의 하나가 될 수 있다.</p>
목적 및 기대효과	<ol style="list-style-type: none"> 1. 올바른 육아 문화 지원이 저출산 정책에 도움이 될 것이다. 2. 필수의료에 대한 다양한 정책이 필요하다.
의견 및 관련자료	<ol style="list-style-type: none"> 1. 제3차 저출산·고령사회기본계획 2020년도 시행계획 - 대한민국정부 2. 저출산 해결을 위한 의사의 역할 / 하정훈 - 계간의료정책포럼 2017년 Vol.15 No.3 3. 안아키 사태가 우리에게 남긴 과제 / 강병철 - 계간의료정책포럼 2017년 Vol.15 No.3 4. “육아진료 못하는 현실, 저출산 문제의 원인” - 하정훈 소아과 전문의 (청년 의사, 2017. 11. 22) 5. ‘삐뽀삐뽀 육아 선생’의 쓴소리… “온 가족 동원되는 약탈육아는 그만” - 하정훈 소아과 전문의 (조선일보, 2022.07.02.) 6. "원장실 있는게 고통...아프다고 집에 가면 무책임한 걸까요?" - 임현택 (메디칼 읍저버, 2020. 10. 21) 7. “곧 소아청소년 진료대란” … 소청과학회 '응급조치' 요구 (청년 의사 2022. 12. 09)

	8. 미국 2021년 메디케어의사수가 개정 - 의료기기뉴스라인 (2021.11.29.) 이상수의 health policy insight (참조 원본) Medicare's 2021 Physician Fee Schedule: A Redistribution That Requires Further Refinement - John D. Goodson, Sara Shahbazi, Zirui Song JULY 8, 2021 DOI: 10.1377/forefront.20210706.220969
--	--

육아상담료 신설의 필요성

1. 배경

저출산이 사회적 문제에서 국가의 존폐위기가 되어가고 있다. 정부는 아이를 많이 낳기를 독려하고 금전적 지원도 점차 늘리고 있지만, 막상 아이를 키우는 부모가 받는 육아 스트레스를 줄이기에는 아직은 부족한 듯하다. 인터넷을 통하여 육아에 대한 여러 정보를 많이 받고 있겠지만, 다양한 궁금증과 건강과 연결되는 부분을 고려한다면 의사만큼 좋은 상담가는 없을 것이다. 그렇지만, 진료 중에 추가되는 비용 없이 많은 상담을 하는 것은 의사와 부모 모두에게 부담이 되고 서로 눈치를 볼 수밖에 없다.

우리나라는 행위별 수가제로 의사가 진료 중 행위를 많이 할수록 수가를 더 받고 있다. 하지만 아이들의 진료과정은 어른들과는 다른 특성이 있다. 아이들의 진료시 대부분의 경우 전반적인 신체를 진찰하고, 발육 상태도 확인하며 육아에 대한 궁금증도 해결하여야 한다. 투자한 시간에 비하여 진료수가도 낮지만, 육아에 대한 상담을 아무리 하여도 전혀 수가로 인정받지 못하고 있다. 이에 육아상담에 대한 시간과 노력이 수가로 인정된다면, 의사들이 올바른 육아문화를 만들어가는 데 큰 도움이 될 것이다.

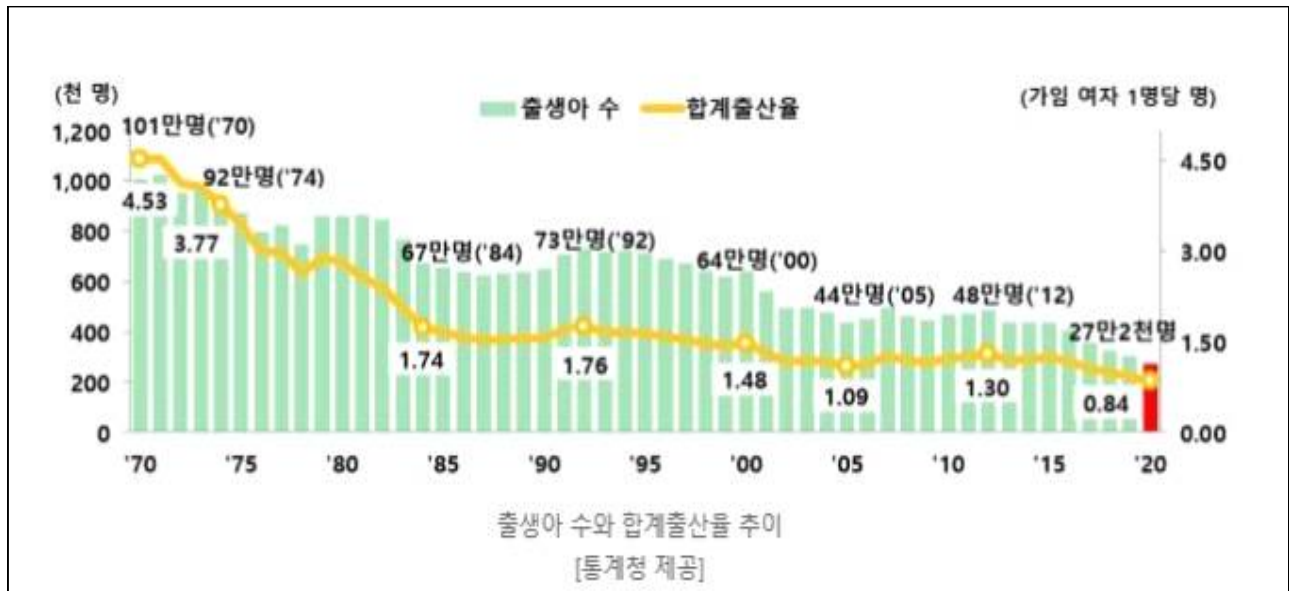
2. 심각한 저출산 경향

1970년대의 베이비붐 시대에는 연간 출생아수가 100만 명대에 달했으나 2000년대에 들면서 50만 명대로 줄었으며, 이후 점점 더 줄어가는 추세를 보인다. 최근 10년간의 인구통계를 통해서 보면 출생아수가 2012년도에 484,550명이었으나, 2021년도에는 260,500명으로 급속하게 줄어들었다.

합계출산율은 출산율을 나타내는 지표의 한 종류로 국가나 사회의 인구수 변화를 예측하기 위해 기본 자료로 사용된다. 한 여자가 평생 낳을 것으로 예상되는 아이의 수로, 국가나 사회가 현재의 인구 규모를 유지하기 위해서는 약 2.1의 수치가 필요하다.

합계출산율은 80년대에 들어 2 미만으로 내려왔으며, 점차 줄어서 2000년도에는 1.5 미만으로 더욱 줄었다. 인구절벽을 실감하게 되는 최근 몇 년은 더욱 심해졌으며, 2021년도에는 0.81로 2020년도에 비해서도 0.03이 더 줄었다. 이는 통계 작성 이래 역대 최저치로, 경제협력개발기구(OECD) 38개 회원국 가운데 합계출산율이 1명에 못 미치는 나라는 우리나라뿐이었다.

* 합계출산율 : 한 여자가 가임기간(15~49세)에 낳을 것으로 기대되는 평균 출생아 수



3. 경제적 지원이 늘어도 떨어지는 출산율

저출산, 고령화 정책에 대한 예산은 한해 60조가 넘고, 이중 저출산 정책에 대한 지원은 40조가 넘어가고 있다. 그동안 국가 차원에서 저출산 대책을 위해 직간접적으로 몇 년동안 수 백조원에 달하는 천문학적인 비용을 투입하였지만 저출산은 점점 심각해져 가고 있으며, 출산율은 이미 OECD 국가 중 최하이며, 2021년 0.81명으로 추락해 국가 존립이 위협을 받고 있는 상황이다.

현재 우리나라의 저출산은 부모의 경제력이나, 교육 수준과 상관없이 전 계층에서 동시에 발생하는 사회 공통 현상이고, 엄마가 집에 있든 없든, 부부가 맞벌이를 해서 보육지원을 받든 말든 지원 유무와도 무관하게 공히 발생하는 현상이란 점이 중요하다.

아이를 낳기만 하면 대신 키워주겠다는 다양한 보육지원 정책과 결혼, 직업 및 집까지도 지원해 나가는 여러 경제적 지원도 이루어지고 있다. 이런 정책적 지원들이 아이

를 키우는 부모들에게 엄청난 도움이 되는 것은 사실이지만, 이러한 지원만으로 아이 한 명 낳은 부모들이 한 명을 더 낳아서 저출산이 해결되느냐는 다른 이야기인 듯하다. 지금의 대한민국은 다양한 지원을 늘리고 있지만 부부들이 더 이상 아이를 낳지 않는다는 것이다.

4. 육아 문화의 중요성

현재 시행되고 있는 정부의 다양한 저출산 대책도 매우 중요하지만, 많은 의사들은 육아문화에 대해 더 많은 관심을 두기를 바라왔다. 저출산이 해결되기 위해서는 아이를 1명이 아니라 2명 이상을 낳아야 하겠지만, 현실은 1명의 아이를 키우기도 너무 어려워한다. 아이를 키우는 것은 평범한 가정에서도 쉽고 재밌게 키울 수 있어야 하는데, 금전적 여유도 되고 도와주는 분들이 있는 부모들조차도 힘들어하고 있다. 그러다 보니 둘째를 갖겠다는 것은 엄청난 용기가 필요하게 되었다.

예전에도 아이를 낳고 키우는 것이 힘들기만 했을까? 과거에는 어디를 가도 아이가 많았다. 대가족인 집도 많았고, 주변에 친척이나 친한 이웃들도 항상 있었다. 그러다 보니 주위에 커가는 아이들이 항상 있었고, 이런 아이들을 키우는 모습을 볼 수도 있었고 육아에 조금이나마 참여할 기회가 많았었다. 특별히 누가 꼭 알려주지 않아도 저절로 조금씩 보고 느끼고 알게 되며, 아이를 키워가며 함께 살아간다는 것을 직간접적으로 배우는 것이 바로 ‘육아 문화’이다. 엄마가 아이를 보면서 힘들어하면 가족이 함께 돕고, 특히 먼저 경험한 친척들이 도와주는 경우도 많았으며, 할아버지와 할머니의 느긋한 한마디로 조금했던 마음이 달래지기도 하였다. 이러한 ‘육아 문화’가 있었던 과거에는 육아는 가족과 집안의 즐거움이고 기쁨이며, 결혼하여 아이를 가지게 된 엄마와 아빠에게는 무엇보다 바꿀 수 없는 행복이었다. 따라서 첫 아이의 기쁨과 행복은 자연스레 둘째와 셋째를 가지고 싶게 하는 원동력이었다.

급격한 경제 성장과 핵가족화가 된 현대의 사회는 이전과는 너무도 달라졌다. 대부분의 부모가 아이들이 커가는 모습을 이전에 경험한 적이 없으며, 할아버지와 할머니들도 본인들의 자식 외에는 기억이 거의 없다. 이러다 보니 부모들도 아이 한명 키우기에도 찢찢매고, 이를 도와주는 할아버지, 할머니들도 많이 힘들어하는 것은 마찬가지인 듯하다. 육아에 대한 지식도 부족하고 가족의 도움도 사라져가기에 부모들은 인터넷을 뒤지고 잘못된 정보에 노출되어 더욱 혼란과 어려움에 직면하게 되었다. 아이를 낳자마자부터 이러한 고통의 순간은 아이를 키우는 동안 반복되기에 진정으로 ‘독박 육아’란 말이 가슴에 와 닿는다.

출산과 육아에 대한 다양한 국가적 지원은 당연히 필요하며, 여기에 올바른 ‘육아 문화’ 만들기도 국가와 국민의 지속적인 관심이 있어야 할 것이다.

5. 소아청소년과의 역할

육아에 관하여 이야기할 수 있는 사람은 많다. 아이를 키워본 어른이라면 누구나, 아니 키워보지 않은 사람들도 아이들에게 조금이라도 관련된 직업을 가졌다면 수많은 이야기를 할 수 있을 것이다. 2017년 봄에는 대한민국을 경악하게 만든 ‘안아키(약 안 쓰고 아이 키우기)’ 파동은 대구에서 개인 한의원을 운영하는 한의사가 ‘자연주의 육아’를 표방하는 인터넷 카페를 설립하면서 시작되었었다. 홍역백신 등 필수 예방접종을 받을 필요가 없다고 하거나, 중이염을 앓는 아이에게 간장으로 비강세척을 한다거나 하는 등 의학적 근거도 없는 치료법들을 홍보함으로써 아동학대 및 의료법 위반에 해당하는 범죄를 저질렀다. ‘안아키’ 뿐만 아니라 지금도 인터넷 공간에는 맘 카페와 상업적 공간을 통해 잘못된 의학정보와 육아상식이 난무하고 있다. 어렵게 아이를 키우는 부모에게 절실히 필요한 것은 육아의 의료적 접근이며, 소아청소년과의 의사가 육아에 대해 바라보는 시각은 당연히 전문적이며 안전하고 올바른 방향이다.

오랜 세월 무료로 육아상담을 해오신 하정훈 소아청소년과 원장님은 엄마들에게 소중한 ‘국민 육아 멘토’이다. 스테디셀러인 ‘빠빠빠 119 소아과’의 저자이며, 여러 글을 통하여 ‘육아상담’의 중요성을 늘 강조하였다. 하정훈 원장님은 2017년 ‘청년의사’에서 아래와 같이 이야기하셨다.

“육아는 의사가 전문 분야로, 그중 소아청소년과는 출생 시부터 성장기 아이들을 돌보는 과다. 소아청소년과 진료과는 질병을 치료하는 분야, 접종분야, 성장발달 관리분야, 육아분야로 나뉘어진다. 육아는 아이를 키우는데 필수적인 분야를 다루기 때문에 전문적인 지식이 필요하다. 2돌까지 정기적으로 육아검진을 하고 육아문제를 발견, 진료로 해결하는 등의 시스템이 필요하다.”

소아청소년과는 질병뿐만 아니라 건강한 아이들의 성장발달과 질병 예방도 담당하고 있으며, 아이를 올바르게 키우기 위한 육아상담을 하고 있다. 소아청소년과 의사들의 육아상담이 절실히 필요하지만, 현실은 육아진료를 보기 어려운 구조이기에 이를 바꾸지 않고서는 저출산 문제를 해결할 수 없다는 점도 강조했다.

“우리나라는 아픈 아이를 치료하는 분야는 건강보험제도를 적용하고 거의 모든 예방접종 비용도 국가가 부담하고 있다. 그럼에도 육아분야는 질병이 아니라는 이유로 아무리 오랜 시간 상담을 해주고 문제를 해결해줘도 기본진찰료 외에는 비용을 지불하지 않는다. 육아 상담을 아무리 길게 해줘도 약 처방전이 나가지 않으면 진료를 하지 않은 것으로 간주해 진료비조차 지급하지 않아 결국 제대로 된 육아분야 진료에 거의 불가능하게 됐다. 소청과 진료 영역 중 육아진료를 하지 못해 질병치료 실패 이상 엄청난 일인 저출산 문제가 발생하고 있다”

6. 소아청소년과의 위기

소아청소년과는 미래를 짊어질 아이들의 건강을 담당하는 1차 의료이지만, 심해져가는 저출산과 열악한 의료수가로 인해 전공의 지원은 꾸준히 줄어들고 있다. 대한소아청소년과학회에 따르면 소아청소년과 전공의 지원율은 코로나19 국내 유행 이전인 2019년 80% 수준에서 2020년 74%, 2021년 38%, 2022년 27.5%로 급감하기 시작했고, 2023년은 역대 최저인 16.6%까지 떨어졌다. 여기에 더하여 코로나19가 지나간 2020년도 요양급여비용이 전년 대비 약 40% 가까이 감소하였던 상황은 소아청소년과의 존폐위기를 느끼게 하였다. 전공의 수련을 담당하는 여러 종합병원에서 전공의 부족으로 인하여 야간 응급진료나 입원이 어려워진 곳이 늘어나고 있으며, 이는 지방의 경우가 특히 두드러지게 나타나고 있다.

소아청소년과는 비급여가 거의 없는 진료과다. 소아청소년과에서는 오래전부터 소아가산제도와 육아상담료를 신설을 주장해왔지만, 정부는 진찰료 안에 육아상담료 등이 모두 포함돼 있다는 일관된 주장을 반복하고 있다. 소아 진료는 어른과 달리 몇 배로 힘이 든다. 환자로 온 아이들과 의사소통도 어렵고 진찰시간도 오래 걸리며, 저출산으로 인해 이전보다 육아에 대한 상담시간은 늘어나고 있다.

7. 메디케어 수가의 변화

메디케어의 정책이 시술자(proceduralists)에게 유리하게 수십년간 지속되어 오면서 의사인력의 불균형이 일어났다. 일부 전문과의 경우는 수입이 다른 과에 비해 몇 배에 달하게 되었고, 그로 인하여 1차 진료 및 전염병, 내분비학, 신경외과 등에서는 인력부족 현상이 일어났다. 이에 미국보험청(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)은 이러한 왜곡을 해결하기 위해 꾸준히 노력하여 왔다.

가장 주목할 만한 것은 2021년 메디케어 의사수가 비시술 의사 서비스에 지불보상을 올려줬다는 점이다. 미국의 의사서비스는 메디케어에서 상대가치단위(relative value units, RVUs)로 가격을 책정하며 이는 사보험에서도 의사 지불방식으로 사용된다. 이러한 메디케어 지출 변화는 사보험까지 확대되며 전체 의사 보상에 훨씬 더 큰 영향을 미칠 것임을 시사한다. 따라서 비시술 외래환자 관리에 더 높은 우선순위를 둬서 의사간의 소득격차가 줄어들었다면, 졸업하는 의사가 지원이 적었던 1차 진료과를 선택할 가능성을 늘릴 수 있을 것이다. 궁극적으로는 행정부의 책임 있는 보건정책이 의료환경에 균형을 맞출 수 있다.

8. 육아상담료의 제안

육아상담료 수가 신설에 대하여 아래와 같은 의견을 제안해 본다.

첫째는 진료 중 일정 시간 이상 육아상담 과정이 진행된 경우에 청구가 가능한 수가를 만드는 것이다. 예를 들어, 감기로 진료를 마친 후 수유에 대한 상담이 5분 이상 진행이 되었을 경우라든지, 예방접종 후 수면 상담으로 10여 분의 시간이 필요했던 경우 등이다. 아파서 오든 예방접종으로 방문하였든, 이를 위해 시행한 진찰 이외로 육아상담이 일정 시간 이상 필요한 경우에 인정해 주는 수가이다.

둘째는 특정 연령에 대하여 육아상담료를 진료비에 포함시키는 방법이다. 현재의 소아가산 이외에 육아상담 명목으로 진료수가를 올려주는 것이다. 이는 아이들의 진찰과정 중에 육아상담이 흔히 일어나며, 이를 의사가 해결해주고 있음을 인정해 주는 것이다. 아이들의 모든 진료에서 육아상담이 있지는 않겠지만, 시간이 짧을 때도 있고 길 때도 있는 육아상담이 아이들의 진료 중 매우 흔히 있기 때문이다.

셋째는 어떠한 방법으로 육아상담료가 책정된다고 하더라도, 되도록 본인부담금이 추가로 발생하지 않아야 한다. 육아상담료는 저출산에 대한 정책의 하나로 정부에서 지원되어야 한다. 코로나19 유행으로 이에 대한 검사비와 관리료 등을 정부에서 지원한 것은 이러한 큰 재난을 국가가 책임진다는 의미였을 것이다. 저출산도 국가의 눈으로 본다면 국가 존폐를 불러올 수 있는 엄청난 재난이기에 이와 관련된 비용은 무엇보다 적극적인 지원이 필요하다.

9. 맺음말

진료실에는 열나고 보채는 아이를 데리고 오기도 하지만, 수유 및 이유식 문제나 수면 문제로도 많이 찾아온다. 영유아검진도 중요하지만 1년에 한 번 정도이기에 부모가 힘들어하는 수많은 육아 문제가 해결될 수는 없다. 그러하기에 아이를 키우면서 맞이할 수많은 어려움이 빠르고 올바르게 해결이 되려면 육아상담은 정말로 중요하다.

수요가 없으면 공급도 없어진다는 것은 너무도 당연한 이야기이다. 그렇지만 국가의 미래인 아이들에 관하여 수요와 공급의 논리로만 바라볼 수는 없다. 전공의 지원율이 사상 최저인 16.6%가 필수의료인 소아청소년과가 받은 성적표이다. 2022년도 수련병원 조사에서 24시간 소아 응급진료가 가능한 수련병원은 36%뿐이었으며, 지금 상황대로 가면 소아 진료체계 붕괴도 머지않을 것 같다. 아픈 아이를 제대로 치료해줄 수 없는 상황까지 온다면, 부모에게는 아이를 낳아 키우는 것이 너무나 큰 두려움일 것이다.

아이들이 아플 때 쉽게 치료받을 수 있는 진료 시스템이 흔들리지 않고, 아이들을 키우며 힘들 때 편하게 문의할 수 있는 육아상담이 강화되어야 한다. 그래야 미래를 담당할 우리 아이들이 늘어나고, 부모들도 아이를 건강하고 올바르게 키울 수 있다.

5) 과도한 법정 의무교육과 행정규제 반대

KMA POLICY 제안서						
접수번호	-	제안자	건강보험정책분과 김기범 위원			
접수일자	2023년 1월 1일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회			
접수담당		연락처				
분류코드	- -	E-mail				
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일			제15차 심의위원회	
	부의결과	수정 의결				
	담당분과	의료정책분과			건강보험정책	
	책임위원	위원	김 기 범		위원장	김 영 재
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다.						
제 목	과도한 법정 의무교육과 행정규제에 반대					
내 용	의료관계법 및 사회서비스와 연계된 법정 의무교육이 검증 없이 강제 시행되면서 의사업무량과 의료기관의 행정업무가 증가되었음. 법정 의무					

	<p>교육은 국민의 권익을 보호하기 위해 생겼으나, 너무 많은 항목으로 인해 일일이 내용을 파악하기도 어려운 현실임</p> <p>사회가 복잡해짐에 따라 의무교육도 늘어날 가능성이 높으므로, 대한의사협회는 각 의무교육의 필요성과 적정성을 검토하여 축소·통합을 요구해야 함. 또한 대한의사협회가 주최하는 연수교육에 의무교육을 포함시켜, 회원들이 누락 없이 법정 의무를 다할 수 있도록 노력해야 함</p> <p>환자에게 제공되는 보건의료 서비스의 질 향상을 기대효과로 고려한 법정 의무교육은 의료진의 시간과 노력을 수반하므로, 이에 대한 적절한 보상이 연계되어야 함. 하지만 앞으로는 사회적으로 해결되어야 할 문제를 민간의료기관에 떠넘기는 방식에서 벗어나 합리적으로 재정비되어야 할 것임</p>
--	---

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	<p>대한민국 모든 의사들은 직업적 전문성을 유지하기 위해 매년 8점 이상의 연수평점을 획득해야 함. 그리고 의료기관에 속하게 되면, 사회적 책무와 관련하여 법정 의무교육을 추가로 받아야 함</p> <p>의사는 각자의 근무상황에 따라 직장 내 성희롱 예방·아동학대·노인 학대·직장내 장애인 인식개선·장애인 학대 및 장애인 성범죄 예방·긴급복지 지원신고·산업안전보건·퇴직연금·개인정보보호·진단용 방사선 안전관리·결핵예방·의료폐기물 배출자 교육 등을 수료하고 있음</p> <p>이런 교육 중에 상당수는 단순히 수료만으로 끝나는 것이 아니라, 추가적인 수많은 행정업무를 과생시키고 있기에 사회적인 이슈가 생길 때마다 규제를 만드는 것은 정부와 사회가 해결해야 할 문제를 의료기관에 떠넘기는 것이므로, 이에 대한 검증과 합리적인 대책이 필요함</p>
목적 및 기대효과	과도하고 보상되지 않는 행정제도를 간소화하여 보건의료비용을 줄인다.
의견 및	1. 긴급복지지원법 제7조

관련자료	2. 아동복지법 제26조, 아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제10조 3. 노인복지법 제39조의6 4. 장애인복지법 제25조 5. 장애인고용촉진 및 직업재활법 제5조의2 6. 남녀고용평등과 일 가정 양립지원에 관한법률 제13조 7. 개인정보보호법 제28조 8. 근로자 퇴직급여보장법 제48조의1 9. 근로기준법 제116조 10. 산업안전보건법 제3조 11. 의료법 제37조, 진단용방사선발생장치 안전관리에 관한 규칙 3조 12. 결핵예방법 제11조의1 13. 폐기물 관리법 제35조
-------------	--

의료기관 법정 의무교육 정리

1. 직장 내 성희롱 예방교육 (1시간)

- 연 1회 (미실시 500만원 이하 과태료), 3년간 보존
- 상시근로자 10인 이상 사업장 - 교육자료 홍보물을 배포 및 게시
- 상시근로자 10인 이하 사업장 - 대면교육 또는 온라인교육

2. 직장 내 장애인 인식개선교육 (1시간)

- 연 1회 (미실시 1차 100만원, 2차 200만원, 3차이상 300만원 과태료), 3년간 보존
- 상시근로자 50인 이상 사업장 - 1시간 이상, 대면 또는 온라인교육
- 상시근로자 50인 미만 사업장 - 1시간 이상, 대면/온라인교육/교육자료 게시 중 1개의 방법을 선택
- 온라인교육 (<https://edu.kead.or.kr>)

3. 아동학대 신고의무자교육 (1시간) - 의료인, 의료기사

- 연 1회 (미실시 1차 150만원, 2차 이상 300만원 과태료)
- 자체교육 1시간 이상, 사이버교육 (<https://sll.seoul.go.kr>)

4. 노인학대 신고의무자교육 (1시간) - 의료인, 의료기사

- 연 1회 (미실시 처벌 없음)
- 자체교육 1시간 이상, 사이버교육 (<https://in.kohi.or.kr>)

5. 장애인학대 및 장애인대상 성범죄 예방교육 (1시간) - 의료인, 의료기사

- 연 1회 (미실시 처벌 없음)
- 자체교육 1시간 이상, 사이버교육 (sll.seoul.go.kr)

6. 개인정보 보호교육 (1시간)

- 사업장의 개인정보취급자
- 연 1,2회 권고 (미실시 과태료 규정 없음)
- 자체교육 또는 위탁교육 (<https://www.privacy.go.kr>)

7. 직장 내 괴롭힘 예방교육 (1시간) - 10인 이상 사업장 모든 근로자

- 연 1회 (미실시 처벌 없음)
- 자체교육 1시간 이상

8. 의료기관 결핵예방교육 (보건소에서 교육실시 요청시에 시행) - 의료인, 의료기사, 간호조무사 등 의료기관 종사자

- 연 1회 (보건소에서 교육 실시 요청시) (미실시 처벌 없음)
- 자체교육 (각구 보건소마다 상이)

9. 퇴직연금교육 (퇴직연금에 가입한 사업장만 해당)

- 연 1회 (미실시 1,000 만원 이하 과태료), 3년간 보존
- 자체교육 또는 위탁교육 (서면/전자우편/대면교육/온라인교육/사업장에 상시 게시 방법 중 1개의 방법 선택)

10. 산업안전보건교육 (50인미만 의원급은 미해당)

11. 그 외 교육

가. 진단용방사선 안전관리책임자교육: 한국방사선의학재단

나. 의료폐기물 배출자교육: 대한의사협회 등 환경부 인가받은 교육기관

다. 긴급복지지원 신고의무자교육: 한국보건복지인재원

[의료인 및 의료기관이 필수적으로 이수해야 할 법정교육]

구분	의료기관 결핵예방교육	예방접종 위탁의료기관 교육	의료폐기물 배출자교육	진단용방사선 안전관리책임자교육	산업안전보건교육	긴급복지지원교육	퇴직연금교육
관련법령	결핵예방법	예방접종 위탁계약서 중 준수사항	폐기물관리법	진단용 방사선 발생장치 안전관리에 관한 규칙	산업안전보건법	긴급복지지원법	퇴직급여보장법
대상	의료인, 의료기사, 간호조무사 등 의료기관 종사자	의료인	지정폐기물을 배출하는 사업자나 처리 담당자	진단용 방사선 안전관리 책임자	병원급 (50인 미만의 의원급은 해당사항 없음)	의료법에 따른 의료기관 종사자	퇴직연금제도 운영 사업주 및 근로자 (개인형퇴직연금제도 제외)
교육횟수	연1회 (보건소에서 교육 실시 요청시)	● 보수교육 시기 - 3년에서 5년으로 변경됨 (*2017.10.19기준 으로, 이전 계약 체 결시 3년마다 1회, 이후 계약 체결시 5 년마다 1회 보수교육 이수)	● 사업장폐기물 배출자 신고시 ● 폐기물관리법 위반 시 (*교육이수 직원이 퇴사 시 재교육 대상에는 해 당되지 않으나, 재교육 관장)	● 진단용 방사선 안 전관리 책임자로 선 임된 후 한 번도 교 육을 받지 않은 자 ● 과거에 교육을 받 았으나 교육을 받은 날짜로부터 2년이 경 과된 후에 신규개원, 이전, 이직 등의 사 유로 다시 진단용 방 사선 안전관리책임자 로 선임된 자	연4회 (분기당 1회)	연1회 (1시간)	연1회
교육방법 (*선택)	● 자체교육 (서울시에서 연1회 이 상 교육 실시하도록 권 고하고 있으며, 각 구 보건소마다 상이함)	● 사이버교육 (https:// edu.cdc.go.kr) - 자체교육 자료 없 음	● 사이버교육 (http://edu.kma.org) ※ 회원무료 (회비납부여부와 무관)	● 한국방사선의학재단 현장교육 (*35,000원, 4시간) - 자체교육 자료 없음	● 자체교육 - 사무직(3시간) - 그 외 근로자(6시) ● 위탁교육	● 집합교육 또는 인 터넷교육(1시간)	● 자체교육 및 위탁 교육 (퇴직연금사업자): 배포/게시 -교육일지 양식 없음
증빙자료 (보관시기)	교육 후 교육결과 제출서식을 작성하여 보건소에 제출	이수증 보관 (차기 계약시)	이수증 보관 (폐업 시)	이수증 보관 (폐업 시)	교육 후 교육일지(사진포함)를 작성하여 보관	교육 후 중앙행정기관 보고	없음
차별내용 (교육미실시)	없음	없음 (미이수시 차기 계약불가)	● 1차: 50만원 ● 2차: 70만원 ● 3차 이상: 100만원	없음	500만원 이하	없음	● 1,000만원
연락처 (관련부서)	보건복지부 질병정책과 044-202-2511	질병관리청 예방접종관리과 043-719-6837,6838	환경부 지정-의료폐기물 폐기물 폐자원관리과 044-201-7367,7362	보건복지부 의료자원정책과 044-202-2456,2457	고용노동부 산업보건과 044-202-7739,7738	보건복지부 기초생활보장과 044-202-3047	고용노동부 퇴직연금복지과 044-202-7556,7557 고용노동부 고객상담센터 1350

[의료인 및 의료기관이 필수적으로 이수해야 할 법정교육]

구분	개인정보 보호교육	직장내 성희롱 예방교육	직장내 장애인 인식개선 교육	아동학대신고 의무자교육	노인학대신고 의무자교육	장애인학대신고 및 장애인 성범죄 예방교육
관련법령	개인정보보호법	남녀고용평등과 일,가정 양립지원에 관한 법률	장애인 고용촉진 및 직업재활법	아동복지법 아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법	노인복지법	장애인복지법
대상	개인정보처리자	사업주 및 근로자	사업주 및 근로자	의료인, 의료기사	의료인, 의료기사	의료인, 의료기사
교육횟수	연2회	연1회	연1회	연1회	연1회	연1회
교육방법 (*선택)	<ul style="list-style-type: none"> ● 자체교육 ● 온라인교육 (www.privacy.go.kr 무료) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 자체교육 <ul style="list-style-type: none"> - 10인 이하: 배포/게시 (*10인 미만의 경우 교육자료나 홍보물 게시 및 배포방법으로 대체가능) - 10인 이상: 1시간 이상 ● 사이버교육 (https://112cyber.kohi.or.kr 무료) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 자체교육 <ul style="list-style-type: none"> - 50인 이상: 1시간이상 - 50인 미만: 배포/게시 (*50인 미만의 경우 교육자료나 홍보물 게시 및 배포방법으로 대체 가능) ● 사이버교육 (https://cyedu.lead.or.kr 무료) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 자체교육: 1시간이상 ● 사이버교육 (https://112cyber.kohi.or.kr 무료) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 자체교육: 1시간이상 ● 사이버교육 (https://112cyber.kohi.or.kr 무료) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 자체교육: 1시간이상 (아동학대신고 의무자교육과 함께 실시 가능) ● 사이버교육 (https://112cyber.kohi.or.kr 무료)
증빙자료 (보관시기)	교육 후 교육일지를 작성하여 보관 (만3년)	교육 후 교육일지를 작성하여 보관 (만3년)	교육 후 교육일지를 작성하여 보관 (만3년)	교육 후 교육일지를 작성하여 보관(만3년) 보건복지부 교육조사 시 제출	교육 후 교육일지를 작성하여 보관(미정) 보건복지부 교육조사 시 제출	교육 후 교육일지를 작성하여 보관(미정) 보건복지부 교육조사 시 제출
처벌내용 (교육미실시)	없음	● 500만원	<ul style="list-style-type: none"> ● 1차: 100만원 ● 2차: 200만원 ● 3차이상: 300만원 	<ul style="list-style-type: none"> ● 1차: 150만원 ● 2차이상: 300만원 	없음	없음
연락처 (관련부서)	행정안전부 개인정보보호 정책과 02-2100-4106	고용노동부 여성고용정책과 044-202-7473 고용노동부 고객상담센터 1350	고용노동부 장애인고용과 044-202-7498 중앙장애인권익옹호기관 02-6951-1790	보건복지부 아동권리과 044-202-3435 중앙아동보호전문기관 02-558-1391	보건복지부 노인정책과 044-202-3457 중앙노인보호전문기관 02-3667-1389	보건복지부 장애인권익지원과 044-202-3302 중앙장애인권익옹호기관 02-6951-1790

4. KMA POLICY 특별위원회 법제및윤리분과 POLICY(안) : [법령및정관 분과]

가. 배 경

- KMA POLICY 특별위원회는 2021년 10월 17일 제2기 출범식과 함께 정식 가동에 들어가 산하 법제및윤리분과위원회를 통해 집중적인 논의과

정을 거쳐 2개의 KMA 폴리시(안)을 마련하였음

- 이에 상정된 안건을 논의하고, 법령및정관 분과위원회 의결을 거쳐 <KMA 폴리시>로 확정하고 우리협회 홈페이지 'KMA 검색창' 등록하는 등 회원 뿐 아니라 일반 국민들에게도 알리어 향후 우리협회 의료정책을 정립하는데 기여하고자 함

나. KMA 폴리시(안) 아젠다 내용

- 1) 의사의 SNS 등 미디어 활용에 대한 대한의사협회의 윤리적 입장
- 2) 비대면 진료의 의학적 안정성과 관련한 대한의사협회의 의료윤리에 대한 입장

다. 의결주문

- KMA POLICY 특별위원회가 제안한 2개 아젠다의 KMA POLICY(안)을 원안과 같이 각각 심의·의결함

라. POLICY(안)

1) 의사의 SNS 등 미디어 활용에 대한 대한의사협회의 윤리적 입장

KMA POLICY 제안서						
접수번호	-	제안자	김 성 배			
접수일자	2022년 07월 21일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회 - 법제및윤리분과			
접수담당		연락처				
분류코드	- -	E-mail				
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일		제14차 심의위원회		
	부의결과	원안 의결				
	담당분과	법제 및 윤리		의료및의학정책		건강보험정책
	책임위원	위원	최 청 희		위원장	조 영 주

※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,

제 목	의사의 SNS 등 미디어 활용에 대한 대한의사협회의 윤리적 입장
내 용	<p>의사는 SNS 등 미디어를 활용함에 있어 의료 전문가로서 전문성 및 강한 윤리적 태도를 견지하여 국민에게 정확한 의료정보를 제공하여야 하며, 개인의 경제적 이익을 위하여 부적절한 미디어 사용으로 의사 전체의 신뢰를 훼손하고 전문가로서 품위를 손상시켜서는 아니 된다.</p>

제 안 설 명	
제안사유 (배 경)	<p>현대사회는 과거와 달리 SNS 등 다양한 미디어를 통한 정보의 유통이 이루어지고 있으며, 의료 분야도 동일한 양상을 보이고 있음은 주지의 사실이다. 이에 따라 의사들도 다양한 미디어를 통해 의료정보를 생산하고 유통시키는 중추적인 역할을 담당하고 있다.</p> <p>의사가 다양한 미디어를 통해 국민에게 의료정보를 제공하고 소통하는 것은 국민에게 유익한 의료정보에 관한 접근성을 높이고 의사와 국민 간 신뢰를 형성할 수 있는 중요한 수단임은 분명하다.</p> <p>그러나 이러한 의사의 미디어 활용은 한 번 잘못된 의료정보가 노출되면 그 속성상 국민에게 빠르게 유통, 확산되어 추후 그 내용을 수정하기 매우 어렵다는 문제 또한 내포하고 있다.</p> <p>나아가 잘못된 의료정보의 유통 및 확산은 국민건강에 심각한 위해로 작용할 수 있고, 이는 미디어를 활용한 의사 개인뿐만 아니라 의사 전체에 대한 불신으로 이어질 것이며, 결국 의료 전문가로서의 심각한 품위 손상행위가 될 것임은 자명하다.</p> <p>따라서 의료정보를 생산하는 전문가인 의사는 이를 유통하기 위하여 미디어를 활용함에 있어 경제적인 이익 추구가 아닌 매우 강력한 윤리적 태도를 견지하여야 한다.</p> <p>위와 같은 문제 인식으로 현재 의료법 시행령에서 의사가 방송 등</p>

	에서 거짓 또는 과장하여 의료정보를 제공하는 것을 품위 손상 행위로 규정하고 있으며, 대한의사협회는 의사 소셜미디어 사용 가이드라인을 마련하기도 했다.
목적 및 기대효과	의사가 SNS 등 미디어를 활용함에 있어 국민에게 잘못된 의료정보를 제공하지 않도록 사전 예방하여 잘못된 의료정보의 유통, 확산을 방지함으로써 의사로서 품위 손상 행위를 막고, 직업 전문성 및 윤리성을 제고할 수 있다. 이를 통해 궁극적으로는 잘못된 의료정보로 인한 국민건강의 위해를 방지하고, 의사와 국민 간 신뢰형성에 이바지할 수 있다.
의견 및 관련자료	1. 의료법 시행령 제32조(의료인의 품위 손상 행위의 범위) 2. 대한의사협회, 의사 소셜미디어 사용 가이드라인

2) 비대면 진료의 의학적 안전성과 관련한 대한의사협회의 의료윤리에 대한 입장

KMA POLICY 제안서						
접수번호	-	제안자	조 병 욱 위원			
접수일자	2022년 07월 21일	소속단체	KMA POLICY 특별위원회 - 법제및윤리분과			
접수담당		연락처				
분류코드	- -	E-mail				
심의위원회 결정사항	개 최 일	2023년 03월 04일		제14차 심의위원회		
	부의결과	수정 의결				
	담당분과	법제 및 윤리		의료및의학정책		건강보험정책
	책임위원	위원	조 병 욱		위원장	조 영 주
※ 짙은색 란은 제안자가 작성하지 않습니다,						
제 목	비대면 진료의 의학적 안전성과 관련한 대한의사협회의 의료윤리에 대한 입장					
내 용	대한의사협회는 의료행위의 안정성을 침해하고 재정절감과 편리하다					

	는 목적으로 도입하는 비대면 진료는 비윤리적인 행위로 간주하여 반대한다.
--	--

제안 설명	
제안사유 (배경)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 진료는, 의사가 환자 진찰(문진, 이학적 검사)을 통해 진단을 내리고, 즉시 진단이 어려운 경우 감별진단을 위해 추가적인 이학적 검사 등을 시행하며, 그에 따른 처방과 치료를 시행하는 의료행위이다. 이와 같은 일련의 과정에서 이학적 검사를 생략한 채 진단을 내리게 되는 비대면 진료는 본질적으로 그 위험성이 크다. 이에 우리나라 의료법도 대면 진료가 원칙임을 천명하고 있다(의료법 제33조 제1항 참조). 2. 따라서 의사가 환자에 대하여 대면 진료를 할 수 없는 부득이한 경우를 제외하고 공급자인 의사나 이용자인 환자의 경제성, 편의성만을 위한 비대면 진료는 허용되어서는 안 된다. 3. 환자가 의료기관에 방문하여 대면 진료를 받을 수 있음에도 비대면 진료를 하는 것은, 환자 안전을 무시하고 오로지 경제성과 편의성을 위한 것으로, 이는 비윤리적 의료행위이다. 4. 그런데 현재 정부는 비대면 진료에 있어 경제성, 편의성 등 산업적 부가가치 창출에만 주목한 나머지 의료행위의 본질인 환자 안전을 확보하기 위한 구체적인 방안을 제시하지 못하고 있다.
목적 및 기대효과	<ol style="list-style-type: none"> 1. 경제성과 편의성만을 위한 비대면 진료를 비윤리적 의료행위로 간주함으로써 비대면 진료로 인한 환자 안전을 확보하여 국민 건강상 위해를 방지한다. 2. 정부는 비대면 진료의 남용되지 않도록 부득이하게 비대면 진료의 허용되는 상황을 엄격히 제한하고, 이를 관리할 수 있는 시설, 인력, 장비 등에 관한 시스템을 구축하여야 하며, 법적 근거 규정 마련 등을 위한 관계 법령을 정비하여 비대면 진료의 국가 관리하에 제한적으로 이루어질 수 있도록 한다.
의견 및 관련자료	