

# 의료개혁 2차 실행방안

'25.3.



의료개혁추진단

## 목 차

기본 방향 .....	1
-------------	---

실행방안 .....	5
------------	---

Ⅰ. 역량 있고 신뢰받는 지역병원 육성 및 일차의료 강화 ....	6
--------------------------------------	---

Ⅱ. 비급여 적정 관리 및 실손보험 개혁 .....	24
------------------------------	----

Ⅲ. 환자-의료진 모두 신뢰하는 의료사고안전망 구축 .....	36
------------------------------------	----

---

# 기본 방향

---

## 지역·필수의료 강화를 위한 근본적 구조 개혁 및 실행방안 고도화

### □ 필수·지역의료 투자에도 불구하고, 구조 개혁 없이는 효과 반감

- 2차 실행방안은 첨예한 이해 갈등, 다양한 쟁점 속에 지체되어 온 근본적 구조 개혁과제 구체화, 1차 실행방안 심화·확장에 초점
- 전달체계 및 보상체계 혁신 완성, 의료사고 분쟁 해결 시스템 개선 등 구조 개혁을 통해 지역·필수의료 기피 및 개원 쏠림 최소화



모든 국민이 언제 어디서나 안심하고 의료를 이용할 수 있는 환경 조성

### 【 2차 실행방안의 문제 인식 】

	의료인력 확충	전달체계·지역의료 혁신	공정 보상체계 확립	의료사고 안전망
<b>1차 실행방안 (현안 중심)</b>	의학 교육 선진화 전공의 수련 혁신	상종 구조 전환 지역의료 투자 확대	필수의료 저수가 퇴출 로드맵 제시	환자-의료진 소통 강화 의료분쟁조정제도 혁신
<b>구조적 한계</b>	인력 양성체계와 진료 현장-일자리 불일치 ⇒ 수급 불균형 초래 ↑ 병원 인력 부족 + 개원가 인력 쏠림	병원·의원 역할 미정립 + 수가 역전, 질 관리 미흡 ⇒ 유사 환자군 대상 낭비적 무한 경쟁 의료자원 불균형	실손보험 구조적 문제 ⇔ 비급여 과잉 팽창 ⇒ 수가 아무리 올려도 低위험 高보상 고착 도덕적 해이 유발	의료사고 특성 고려 미흡한 형사체계 ⇒ 수사·소송 장기화 환자-의료진 부담 ↑ 사법리스크 상존

수가·재정투자 해도 “구조적 한계 극복 없이는 사상누각, 밑 빠진 독에 물 붓기”



<b>2차 실행방안 (구조 개혁)</b>	전문의 일자리 확대 (구조 전환 연계) 필수지역 인력 유입	병원급 구조 전환 의원급 역할 정립 지원 연계협력 구조 전환	급여 전환 및 충분 보상 비급여 적정 관리 실손보험의 합리적 개선	환자 피해 회복 지원 의료사고 특화 형사체계 개편
----------------------------	--	---	--	-----------------------------------

## □ 전달체계, 공정 보상, 의료사고안전망 등 3대 구조 개혁 본격화

### ① 지역 2차 병원 육성을 통해 지역완결 의료 및 전달체계 정상화

- 중증 중심 상급종합병원 구조 전환 후속 '믿을 수 있는 지역병원', '내 건강 지킴이 동네의원'을 위한 병원·의원급 구조 전환 착수
- 구조 전환 완성을 위한 ▲의료기관 간 연계·협력 기반 확충  
▲환자 중심 이용체계 혁신 ▲기능·성과 중심 보상체계 개편 병행

### ② 비급여 적정 관리 및 실손보험의 합리적 개선

- 모든 필수의료 행위·재료·약제 등은 원칙적으로 건강보험 급여로 전환하고, 공급이 활성화될 수 있도록 충분히 보상
- 의료현장의 자율성과 환자 선택권을 존중하되, 의료적 필요도를 넘어 남용되는 비급여를 의료계-수요자 참여 통해 적정 관리
- 건강보험의 보충적 보험으로 실손보험 역할 정립 및 과잉 우려 비급여 과다 보상 방지를 위한 실손보험 보장 및 관리체계 개선

### ③ 환자 권리구제와 안정적 진료 여건 보장을 위한 의료사고 안전망 구축

- 민·형사 소송에 의존한 사고 실체 규명, 보상에서 탈피할 수 있도록 소통 활성화, 분쟁조정제도 신뢰성 제고, 신속·충분한 보상체계 확립
- 충분한 환자 권리구제를 바탕으로 안정적 진료 여건 보장을 위한 신속 수사, 중대 과실 중심 기소 체계 전환 등 형사체계 개선

◇ 세부 이행계획 마련 및 시행 과정에서 국민, 의료계 등 의견 적극 수렴

## ◇ 핵심과제는 이미 이행 단계, 30조 원 규모 재정투자 계획 구체화

## ① 중증 중심 진료 등 상급종합병원 구조 전환 본격화(年 3.3조 원 투자)

- 47개 전체 상급종합병원 참여, 3,625개 일반병상 감축(전체 상중 일반병상의 8.6%), 5대 분야 구조 전환 계획 수립·이행('24.10월~)

## ② 필수의료 저수가 퇴출 로드맵 이행

- 중증 응급, 소아, 분만 등 수가 인상 지속(1.2조 원 既 투자), 상중 구조 전환 계기 심뇌, 외상, 소화기, 외과 등 다빈도 중증 수술·마취료 등 1,009개 인상(年 5천억 원)

## ③ 지역 완결 필수의료 생태계 활성화 및 역량 강화 지원

- 지역 필수의료 중추인 지역 국립대병원 전임교원 확충(3년간 1,000명 증원), 총액 인건비 규제 혁신 통한 필수의료 특별수당 신설, 필수의료 R&D 집중 투자
- 적시 진료를 위한 필수의료(소아, 심뇌, 중증 외상) 진료협력 네트워크 확립
  - \* ▲(소아) 소아암거점병원(5개 권역) 및 소아진료네트워크(20개) ▲(심뇌혈관) 중양(1개소)-권역(14개소)-지역 대응체계 구성, 네트워크 시범사업 ▲(중증외상) 전담전문의 등 지원, 전문진료체계 구축
- 광역 응급의료 상황실 신설(6개소), 권역 응급의료센터 확대(44개소) 등 응급의료 인프라 확대

## ④ 전공의 수련 혁신 및 인력 운영시스템 개선

- 연속근무 단축(36→24~30시간) 시범사업, 전공의 수련비용 지원 예산('25) 대폭 확대\*
  - \* 전공의 수련 예산: ('24) 79억 원 → ('25) 2,788억 원
- 필수의료 종사 간호사 양성 및 간호법 제정('24.9) 통한 진료지원업무(PA) 제도화
- '의료인력수급추계위원회' 구성 추진, 의료인력통합정보시스템 도입 등 수급추계 지원

---

## 실행 방안

---

## I. 역량 있고 신뢰받는 지역병원 육성 및 일차의료 강화

### 【 병원·의원급 기능 강화의 의미 】

#### ▶ 상급종합병원 구조 전환을 시작으로 의료 공급 및 이용체계 정상화 착수

- 상급종합병원은 중증·응급·희귀질환 진료에 집중하고, 2차 병원에서 의뢰된 환자 중심으로 진료하는 3차 기능 확립 및 「임상-수련-연구」의 균형적 발전 도모

#### ▶ 의료 공급·이용체계 정상화 완수를 위해 지역병원, 의원의 구조 전환 시급

- 환자의 중증도에 맞춰 믿고 찾아갈 수 있는 지역의 병원, 의원이 생겨야 대형병원 쓸림 현상을 궁극적으로 막고, 환자도 최적의 의료 이용 가능

#### ▶ 특히, 지역완결 필수의료의 핵심인 지역의 병원급 역량 제고 중요

- 종합병원 및 병원급 의료기관은 약 1,700여 개로 다수이고, 의료기관별 역량과 기능이 다르나, 이를 환자들이 알기 어려워 아플 때 지역의 어느 병원을 갈지 모르는 상황

⇒ 병원의 기능에 맞춰 역량을 집중할 수 있도록 역량과 기능 특화 필요

#### ① 지역 내 대부분 의료수요를 해결(포괄성)하고 골든타임 내 중증도 수준의 응급 기능 및 상급종합병원 회송 환자 집중 모니터링 가능한 「포괄적 2차 진료」 기능 지원 강화

#### ② 특정 질환 진료역량이 높은 전문화된 병원은 그 특성에 맞게 평가, 지원체계 재정비

- \* 예: 화상, 수지접합, 심뇌, 분만(산부인과, 주산기) 등 역량이 높은 병원은 중증/24시간 진료 기능을 수행하거나, 3차(상급종합병원)에서도 의뢰하는 등 필수의료 기능을 수행 중이나, 낮은 보상(종별가산 상급종합병원 15%, 종합병원 10%, 병원 5%) / 24시간 진료보상 부재

#### ▶ 지속·통합적 건강관리를 위한 의원급 기능 활성화 및 진료 질 확보 필요

- 증가 추세인 복합·만성질환자의 건강관리를 위해 의원급의 주치의 기능을 강화하는 한편, 전문과목 중심의 의원도 환자 안전 관점에서 진료 질 향상을 위한 지원·관리 필요

⇒ 지속·통합적 관리를 통한 예방 기능 강화 및 의원 신뢰도 제고



## 【 지역의료 및 의료전달체계 再建 방향 】

### 기능에 맞춰 진료 역량 집중, 의료 공급체계 혁신

상급종합병원 구조전환 + 지역 포괄2차 종합병원 지원 + 필수특화기능 전문화 + 일차의료 혁신

#### ① [병원] 지역 병원급 의료기관 구조전환

구분	기능 및 역할	지원 내용
3차	상급종합병원 구조전환	중증·응급·희귀질환 중심 임상 + 수련 + 연구기능 강화  3년간 10조 원 지원 중환자실, 입원료, 24시간 진료 지원 + 성과지원
2차	지역 포괄2차 종합병원 지원사업	포괄 + 거점 기능 중등도 중심의 입원 기능 24시간 진료* 등 필수기능 * 응급 수술 및 입원 등  3년간 2조 원 지원 * 연간 6,600억 원 중환자실, 24시간 진료 지원, 성과지원, 지역 가산 등
	필수특화기능 지원사업	필수특화기능 전문화 * 심뇌, 소아, 분만, 암, 화상, 수지접합 등 24시간 진료필요 분야  3년간 3천억 원 이상 지원 * 연간 1천억 원 이상 ① 국가차원 특수목적 기능(암, 감염병 등) 지원 ② 화상, 수지접합, 소아, 분만 등 24시간 진료 지원 ③ 응급·야간수술 필요 중등증 급성복증 진료 지원 ④ 필수특화기능 전문진료 성과 보상 강화

#### ② [의원] 통합·지속적 관리를 위한 일차의료 육성

일차	일차의료혁신 시범사업	예방부터 치료까지 통합·지속적 관리 * 외래 중심  시범사업모델 구체화 중
----	----------------	---

#### ③ [병원 ↔ 의원] 지역 의료문제 해결 역량 강화

지역의료 혁신시범사업	지역 여건에 맞춰 의원·병원 연계협력 강화	참여 지역별 3년간 최대 500억 원
----------------	----------------------------	-------------------------

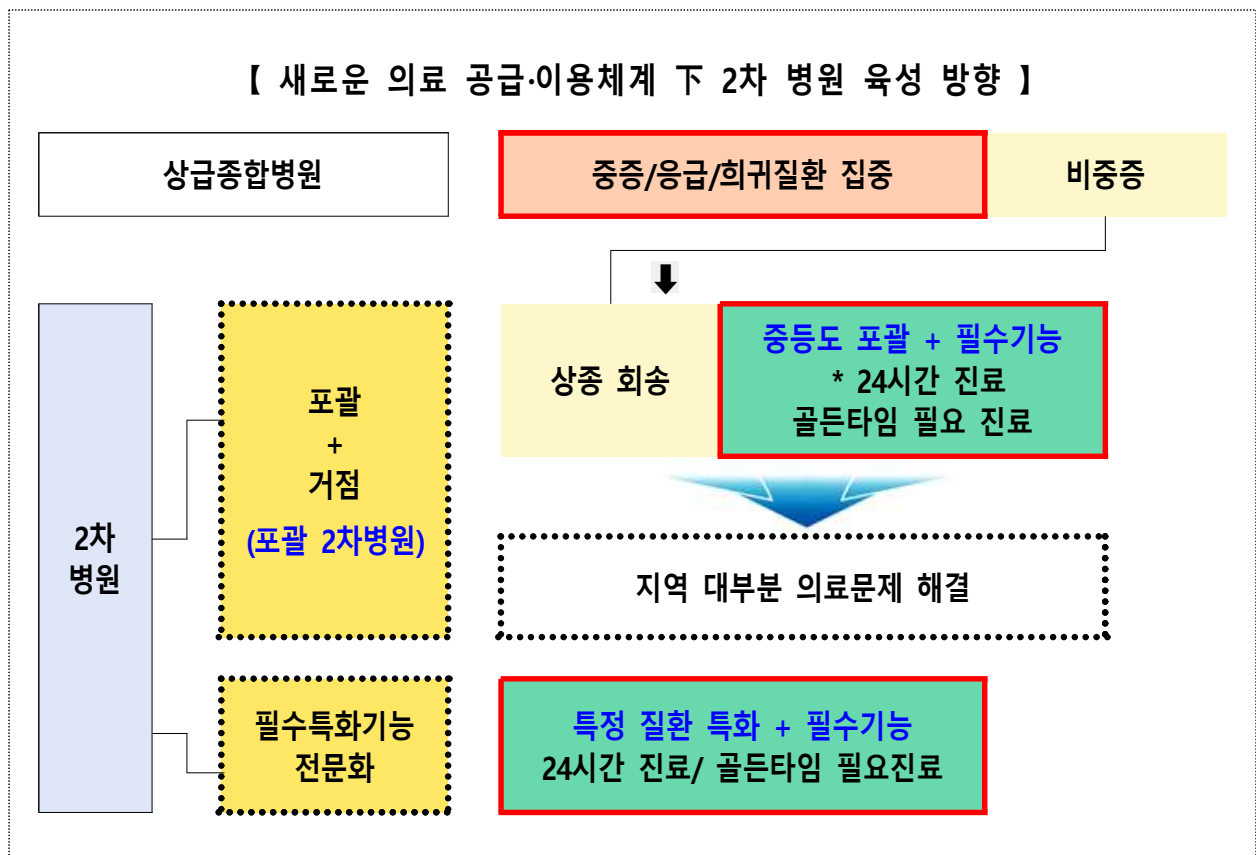
#### ④ [기반] 의료기관 평가체계 개선 \* 지역병원의 기능별 성과를 측정할 수 있도록 별도 지표 분리

# 1 지역 병원급 의료기관 구조 전환

- ◆ 지역완결 의료 및 접근성 격차 해소를 위한 지역 2차병원 구조 전환
- ◆ 각 기능에 맞는 병원급 의료기관 생태계 복원 병행

## 1 2차병원 역량 강화 추진방향

- 「새로운 의료 공급·이용체계 확립」 방향 下에서 단계적 추진
  - 각 의료기관이 기능에 맞춰 필수진료 역량을 집중할 수 있도록 의료 공급체계 구조 전환
  - 상급종합병원은 중증·응급·희귀질환에 집중, 2차 병원은 중등도 환자 진료 기능 및 24시간 진료 등 필수 기능에 집중



[현행] 2차 병원 기능 모호, 종합병원/병원 형식적 구분 ⇨  
[개선] ▲포괄 + 거점 및 ▲필수특화기능 전문화로 기능 전환

## 2 지역 포괄2차 진료 및 필수기능 강화(포괄 2차 종합병원\* 지원사업)

\* 상급종합병원과 협력하여 지역의 대부분 의료문제 해결 가능한 포괄성 갖추고, 입원 중심의 중등도 수준 진료역량을 갖춘 종합병원

- (대상) 포괄적 진료역량 갖추고, 응급 등 필수기능 수행하는 종합병원 거점화, 지역 내 의료수요 대부분 대응 가능토록 집중 지원
  - 지역 여건 고려하여 중진료권 내 상급종합병원과 '지역 포괄 2차 병원'이 모두 없는 경우는 예비 지정 병행

### < 기준 예시 >

- ▶ (지정요건) 진료역량 및 포괄성을 갖추고 필수기능을 수행하는 종합병원
  - 평가인증 통과(기본 인프라 구비)
  - 진료 포괄성(진료 가능한 수술·시술종류 350개\* 이상)
    - \* 질환 중증도, 재원일수 등 종합고려하여 포괄2차 기능 가능한 수준, 종합병원의 58.2% 해당
  - 필수 기능(응급의료기관 이상 역할 수행)
- ▶ (운영기준) 지역 내 필수진료 기능
  - 24시간 진료기능 수행 / 각 병원별 지역 내 필수기능 수행(자율적 선택) / 상급종합병원과 중환자 치료 협력체계 구축 등

- (기능 혁신) 종합병원의 ▲적정 진료 ▲진료 효과성 강화 ▲지역 의료 문제 해결 ▲진료협력 강화의 4대 기능 혁신
  - 지역 주민이 수도권 상급종합병원에 가지 않더라도 안심하고 진료받을 수 있는 여건 조성

### < 4대 기능 혁신 >

- ▶ (2차 적합 진료) 입원·수술(DRG B + 지역 병·의원 전문의뢰 + 상급종합병원 회송환자) 집중, 비급여 진료 감소
- ▶ (효율·효과적 진료) 진료비 증가율 완화 + 건강성과 개선(재입원비 완화 등)
- ▶ (지역의료 문제 해결) 24시간 진료 등 필수 기능 강화, 지역환자 비중 상향(CI 지수 상향)
- ▶ (진료 협력) 지역 내 병·의원 의뢰 및 상급종합병원 회송 환자 비중 상향

- (지원 강화) 무리한 진료량 확대보다 포괄 2차 진료에 역량을 집중할 수 있도록 보상 개편, 종합병원급 수련 역량 강화 지원 병행
  - 3년 지원사업 후 본 사업화 추진, 3년간 2조 원(연간 6,600억 원) 투자
  - '지역의료지도' 활용하여 의료수요와 공급이 취약할수록 보상을 강화하는 '지역수가'\* 본격 적용, 단계적으로 확대·고도화

\* 지역, 분야별 수급 상황 토대로 공급, 수요 부족 지역은 기존 수가 대비 추가 가산

#### < 보상 개편 예시 >

- ▶ (기능 강화 보상) 중환자실(일정 등급 이상) 50% 보상
- ▶ (응급의료행위 보상) 응급수술 등 응급의료에 필요한 항목 보상 \* 비상진료 → 제도화
- ▶ (24시간 진료 지원) 응급 상황 대기 등에 필요한 보상 강화
- ▶ (성과 지원) 2차 진료 집중, 급여 중심 진료, 진료협력, 지역의료 문제 해결(지역환자 비중) 및 진료비 대비 의료 질과 환자 건강 개선 정도를 평가하여 성과 지원
- ▶ (지역 지원) 지역의료지도 활용, 응급 등 의료 접근성이 취약한 지역에는 수가 추가 가산

- 향후 종합병원급 의료 質 평가제도를 분리·개편, 포괄 2차 병원 성과 지원과 통합 ⇨ 종합병원 특화 성과지원체계 확립('26.上)

### ③ 지역 2차병원의 필수진료 특화 기능 지원(필수특화 기능 지정)

#### 필수기능 예시

[ 골든타임 내 치료 ]  
심·뇌, 외상, 응급

[ 수요 감소 ]  
소아, 분만

[ 생명 직결 ]  
암

[ 그 외 질환별 24시간 진료 ]  
화상, 수지 접합 등

#### 필수특화 기능 중심의 전문화 방향

■ 센터 지정 고도화  
<기존>

- 지역 내 수급 고려한 거점화
- 병원의 배후진료 역량 함께 고려

■ 전문병원 제도  
<기존>  
필수 기능 강화

■ 필수특화 기능 지정  
<신설>

- 필수특화 기능에 합당한 보상
- 특정 센터 또는 병원 지정 여부에 관계없이

필수특화 기능 ⇨  
합당한 보상

상급종합병원, 포괄 2차 종합병원 등으로 규모화하지 않고도  
필수특화기능 우수한 경우 이를 전문화할 수 있는 여건 확립

- (기능 지정) ▲골든타임 내 치료(심·뇌, 외상, 응급) ▲수요 감소(소아, 분만) ▲암 ▲그 외 24시간 진료 분야 등 필수특화 기능 지정
  - 의료기관을 규모화하지 않더라도, 필수특화 기능·역량 강화할 수 있는 의료 공급체계 마련
- (지원 강화) 필수특화 기능 수행 여부 및 역량에 따라 보상하는 가칭 '필수특화 기능 보상\*' 도입 (3년간 3천억원, 연간 1천억 원 이상)
  - \* 필수특화 기능 역량 및 종합적인 성과에 맞춰 보상이 이루어지도록 기관 단위 성과 보상
  - 암·응급·감염병 등 국가 차원 특화 기능\*, 상급종합병원 수준 전문진료에 대한 지원 강화
    - \* 예 : 암, 응급·감염병 등 법률로 지정된 중앙 차원의 특화 기능 수행 병원(국립암센터, 국립중앙의료원) 대상 기관 단위 성과 보상 지원 (상급종합병원 수준의 지원 투자)
  - 화상, 수지접합, 소아, 분만 등 특화된 진료에 대해 24시간 진료 체계 유지 지원 \* 예 : 해당 질환 응급수술 가산, 24시간 대기비용 보상 등
  - 응급·야간 수술이 필요한 중등증 급성복증 진료 기능 지원\*
    - \* 외과계 병원 응급복부수술 및 지역협력 지원 시범사업 (25.6월 시행 목표)
  - 필수특화기능 전문진료에 대한 성과 보상

< 전문화 특성 반영한 보상·평가 재정비 예시 >

현황 및 문제점	진료역량	24시간 진료	성과 평가
	■ 중증·고난도 환자 치료 역량 높아도 상급종합병원 아니면 일률적 낮은 보상  * 진료역량 무관, 획일적 중별 가산(상중15%/ 중병 10%/ 병원 5%)	■ 필수질환에 특화한 24시간 진료체계 유지에 대한 보상 無  * 특정 질환만 24시간 진료→ 응급센터 등 아니면 응급 수가 미적용	■ 상급종합병원 중심의 평가 * 의료 질 평가, 적정성 평가 등  ■ 전문화된 특성상 포괄 진료 역량 低→ 동일 평가표 적용 시 낮은 평가 불가피
개선안	■ 해당 전문분야 중증/고난도 진료는 상중 수준 보상 적용  ■ '중앙 특성화 병원' 특화 기능 지원	■ 해당 질환 24시간 진료 조건으로 응급 보상 강화  ■ 전문질환 관련 응급 이송 체계에 포함	■ 전문화 특성 반영한 필수특화 평가체계 마련 ⇨ 성과평가 체계 합리화

## 【 지방의료원, 국립중앙의료원, 국립암센터 역량 강화 방안 】

### ① 지방의료원

- ▶ (역량 강화) 지역의료 취약지 수, 의료수요, 기관 역량(진료 포괄성) 등 유형화

- 유형별 필수의료 역량 발전 로드맵 마련 및 이행 지원

- ⇒ 사전 지원 + 인센티브 체계를 통해 역량 혁신 유도('25~)

- \* 지역거점 공공병원 필수의료 강화사업: '25년 1,062억 원 투입

- ▶ (인프라 고도화) 노후화된 시설 현대화, 중환자실 확충 등 핵심 인프라 지원

- \* 지방의료원 등 지역 거점 공공병원 인프라 보강: ('24.) 1,136억원 → ('25.) 1,408억원

- ▶ (지불체계 다변화) 의료공급 부족한 지역에 필수의료 책임지는 공공병원 육성할 수 있도록 '가칭 필수의료 기관 수가제' 도입

- \* 예: 1~2개 지방의료원부터 시작, 포괄 2차 병원 등 의료 공급 부족 지역에 적용, 성과 목표 제시 ⇒ 이를 달성할 수 있는 비용 사전·사후 지급 방식

- ▶ (진료협력체계 구축) 상급종합병원 등 3차병원과의 협력 및 지역병의원 협력 강화

### ② 중앙특성화 병원

- ▶ (방향) 감염병, 응급, 암 등 기능에 특화된 지원 ⇒ 국가 중앙병원으로 역할 강화

- ▶ (국립중앙의료원) 포괄적 진료역량 및 감염병, 응급 등 필수진료 특화 기능에 맞는 보상 적용, 중앙감염병 병원 특화 운영모델 마련·적용

- ▶ (국립암센터) 포괄적 진료역량, 암 특화 기능 및 암 통합데이터 구축, 암 통계 수집·분석, 암 R&D 등 정책 지원 기능에 맞는 보상 적용

- ▶ (보상 예시) 특화된 필수기능을 고려한 기관 단위 성과 보상 지원

#### 4 아급성 기능 확립

- (기능 정립) 중증 수술 등 퇴원 후 재활·회복 필요 환자에게 최적의 서비스를 제공할 수 있도록 단계별 아급성 기능 강화
  - \* 수요 충족률(%): 뇌졸중 등 중추신경계 24.4, 근골격계 10.5, 암 10.4, 심장 1.6, 신경계 5.7(건보공단 '20)
- 특히, 중증 수술 후 퇴원 어려운 환자 중심으로 전환기간 동안 집중 관찰 기준 확립

##### < 단계별 아급성 기능 예시 >

급성기	아급성기 (유지기)		
중증 수술	수술 후 전환기 (회복 상황 집중 관찰)	재활 치료	재택 또는 요양

- (환자 연계) 환자의 회복상황에 따라 병원 회송, 퇴원 후 재택 관리 등 기능에 적합한 후속 관리가 가능하도록 연계 강화
  - 종합병원 이상에서 퇴원하는 환자 대상 퇴원 전 기능 평가, 적정 후속 관리 연계 및 적절한 후속 관리 여부 모니터링
  - \* 퇴원 후 환자 관리 수가 사업 활성화를 위한 개편 검토
- (지원체계) 병원별 아급성 기능 확립에 따른 수가 개선
  - 환자 연계에 대한 보상 개선 및 아급성 진료 실적, 퇴원 관리, 효율적 진료와 환자 건강개선 등 종합 고려한 성과 지원 강화
  - \* 일부 병원 및 요양병원, 아급성 기능하도록 구조 전환 추진

#### 5 지역 2차병원 기능 강화를 위한 제도개선

- (환산지수 개선) 수가 개선해도 병원이 의원보다 더 낮은 보상을 받게 되는 환산지수 역전 현상\* 합리적 개선 추진
  - \* 「건강보험 수가 = 상대가치점수 × 환산지수(점수당 가격)」로 구성, 병원이 의원보다 환산지수가 낮은 현상 ⇨ 보다 정확한 비용 분석 등을 토대로 환산지수 결정구조 개편 추진
  - 환산지수 계약 시 비급여 포함 총진료비 증가율 고려 방안 검토
- (불요불급 규제개선) 진료과 설치, 전담인력 등 규제를 병원별 기능 수행에 적합하도록 개선

【 참고 : 포괄 2차병원 지정-운영-보상기준 체계도 예시 】

지정기준		운영기준	보상연계
기본적 진료수준	평가인증 통과		
진료영역	포괄적 진료	<b>적합질환</b> ① DRG B 중심 ② 지역병의원 의뢰 ③ 상급종합병원 회송 ④ 응급 (KTAS 1~4) ⑤ 외래 경증질환 하향  <b>급여중심 진료</b>	성과보상
필수기여도	24시간 진료 유지 (응급의료기관 이상)	<b>지역 내 필수기능</b> ① 필수기능 병원 선택 ② 응급환자 수용률 등  <b>지역 친화도</b> * 지역내 환자 비중(CI)	24시간 진료지원금  성과보상
의료서비스 수준		<b>중환자실 우수</b> ① 중환자실 비중 ② 적정성 평가 등급  <b>효율효과적 진료</b> ① 중증화 보정 사망비 재입원비 ② 중증화 보정 진료비	중환자실 보상강화  성과보상  성과보상
진료협력		<b>진료협력 성과</b> ① 지역병의원 협력 ② 상급종합병원 협력	성과보상
기타 정책기능		의료비용자료 제출	필수조건 성과보상



## 2 일차의료 의원 육성 및 특정과목 의원 質 관리 강화

- ◆ 질병 예방 및 통합·지속적 건강관리를 위한 일차의료 역할 정립 및 집중 육성
- ◆ 의원급 의료기관 의료 質 향상 등을 위한 관리체계 혁신

### 【 의원급 기능 개편(안) 】

현행

- 의원급 의료기관, 포괄진료보다 전문진료 다수
- 만성·복합질환자 증가 추세 ⇨ 다양한 질환 진료하고 통합 관리하는 의원 필요

기능적 일차의료(30.66%)

특정과목 의원(54.0%)

기타(15.4%)

### 통합·지속적 관리를 위한 일차의료 육성

개선

- 예방, 건강관리, 치료 등 주치의 기능이 가능한 일차의료 육성

\* 환자군 포괄성, 최초 접촉, 통합·지속적 관리

- 전문화된 특정과목 의원: 양질의 진료를 제공할 있도록 환자중심 질 관리 강화

### 1 통합·지속적 건강관리 중심의 일차의료 의원 육성

- (일차의료 혁신 시범사업) 질환 단순 관리가 아닌, 환자 중심으로 지속적 주치의 진료를 제공하고, 건강개선 결과 등 성과 보상
  - 일차의료 수요 및 수행 가능성 높은 지역 중심으로 우선 추진
  - 서비스 質, 환자 만족도 향상과 의원의 안정적 운영이 가능한 혁신적 지불 + 추가 성과 보상 세부 방안은 의료계와 함께 설계

#### < 일차의료 혁신시범사업(안) 예시 >

- ▶ (지역) 일차의료 수요 및 수행 가능성 높은 지역 우선 시작 후 확대 검토
- ▶ (대상) 인구집단(65세 이상, 아동, 청소년 등)
- ▶ (지불제도 혁신) 최적의 서비스 제공을 위한 수가 혁신 + 성과 보상 등
- ▶ (제공서비스) 맞춤형 정보관리, 개인화된 건강목표 달성 지원 등 환자 중심 통합관리서비스
- ▶ (성과 평가) 건강 개선 정도, 환자 만족도, 급여 진료 중심 등

- (지원 거버넌스) 일차의료 서비스 質 제고 및 환자 만족도 향상을 위해 병원, 지역 의사회 등 연계 지원\* 기능 강화

\* 예: 병원 內 (가칭) 일차의료 지원센터 운영 시 인센티브 제공, 지역 내 다양한 의원 연계, 케어코디네이터 등 지원, 케어코디네이터 등 지원인력의 탄력적 근무(2~3개 의료기관에 파트타임 근무) 허용

- (전문인력 양성) 의사, 간호인력, 약사 등이 양질의 일차의료 서비스를 제공할 수 있도록 교육 프로그램 마련(PRR) 및 주기적 교육 지원

\* 일차의료 적합 전공의 수련체계 마련 등 수련체계 전반 종합 검토, 충분한 독립진료 및 일차의료 역량 확보토록 수련의 質 개선 추진

- (기존사업 정비) 일차의료 만성질환 관리, 장애인 등 각종 주치의 제도 등 기존사업 평가 거쳐, 성과 보상 기전 강화 등 개선방안 도출

## 2 의원급 구조전환 통해 진료 質 담보

- (기능) 의원급 기능을 ▲일차의료와 ▲특정과목 진료로 구분

- 의원의 수술 및 입원진료 質 확보, 質 수준에 따른 차등 지원

\* 다빈도 주요 수술 34개 약 207만건('22) 중 의원(38.1%), 종합병원(22.3%), 상급종합병원(20.1%), 병원(19.5%) 順 / '18~'22년 5년간 증감율은 의원 4%, 종합 3%, 상급 2%, 병원 0.1% 증가 順

- (정보 제공) 의원의 전문의 및 전문과목 등 정확한 정보 제공

- (표시 강화) 전문의 진료 여부를 쉽게 알 수 있도록 전문의·일반의 여부, 전문과목 표시제 개선\*(의료법 改)

\* 예: (現) 개설자 전문의 여부와 관계없이 진료과목 표시 → (改) 개설자 전문의 여부에 따른 표시 구분

- (정보 포털) 전문의 여부·경력 등 인력 관련 정보를 쉽게 알 수 있는 정보공개 포털 구축

◇ 환자 안전 및 의료 質 향상을 위한 의원급 관리 및 지원 방안에 대해서는 국민, 의료계 의견을 수렴하여 현장에서 실행 가능한 실효적 대안 마련

### 3 지역의료 역량 대폭 강화

- ◆ 무한경쟁 아닌 지역 내 「필수의료 중심의 연계·협력 강화」 기반 확충
- ◆ 지역 여건에 맞는 「Bottom-up 방식의 지역완결 의료체계」 구축

#### 1 지역 내 필수의료 연계·협력 강화

- (진료협력 강화) 상급종합병원-2차병원-일차의료 협력 강화를 통해 큰 병원에 가지 않더라도 안심하고 진료받을 수 있는 체계 구축
  - 진료협력병원 회송 후에도 환자를 지속 협력 관리하고, 증상 악화 시 상급종합병원 최우선 진료하는 패스트트랙 확대\*
  - \* 상급종합병원 구조 전환에 따른 패스트트랙 도입·확대(現 32개 상급종합병원 既 적용)
- (암 진료협력) 지역 2차 병원의 암 진료역량을 지속 강화할 수 있도록 '암 진료협력체계' 제도화
  - 암 환자가 지역 가까운 병원에서 안심하고 진료·관리받을 수 있도록 상급종합병원과 암 진료 협력병원 간 협력 확대

#### < 암 진료 협력체계 제도화 방향 예시 >

- ▶ (현황) 암 적정성 평가 1~2등급, 암 수술 건수 등 고려 70개 2차 병원 지정 상급종합병원 전원 의뢰받은 환자 대상 진료협력지원금 지원(8.5만원/ 건) 진료협력 인력 채용 인건비 지원
- ▶ (제도화 방향) 암 진료협력병원 지정체계 유지 /  
현 비상진료체계 지원 중인 보상 ⇨ 비상진료체계 종료 후에도 유지

- (중환자 진료협력) 중환자에 대한 종합적 네트워크 체계가 강화될 수 있도록 가칭 '지역 중환자실 네트워크 사업' 도입·시범 추진
  - \* 예시: 인천시 상급종합병원-종합병원 역량과 기능에 따른 효율적 배분체계 구축 중
- (자원 네트워크) 현행 운영 중인 심뇌 네트워크 사업 고도화 및 분만 네트워크 도입·강화

## 2 인력 공유형 연계·협력 강화

- (방향) 장소적 제한에서 벗어나 환자 중심 진료 협력을 활성화할 수 있도록 다양한 방식의 인력 이동 및 협력진료 지원
- (제도개선) 의료기관 간 인력 공유에 장애요인이 되는 불합리한 규제 개선(지침 개선)

### < 개선 예시 >

현행	개선
▶ 개설자 참여 제한	▶ 개설자도 참여 가능
▶ 참여 병의원 → 병원의 일방향	▶ 종별 무관, 종적·횡적 공유 허용
▶ 이동 주체 제한(의사+환자 한정)	▶ 이동 주체 제한 완화 (의사, 진료지원팀, 의사+환자 등)
▶ 병상, 근거리 조건 등 실시조건	▶ 실시조건 완화
▶ 기관 평가, 수가 불이익	▶ 평가, 수가 불이익 없도록 개선

- (우선 적용 분야) 수요 감소, 공급 부족 등으로 지역단위 대응 곤란한 질환·영역을 중심으로 협력체계 확장

구분	주요 분야 예시(안)
연계형	<p>▶ 응급상황·긴급대응 필요, 원격협진 가능 분야 ⇒ 인적 네트워크 구성, 원격협진 등 활용</p> <p>질환 예시: 심뇌혈관 질환, 고위험 산모·신생아, 소아 등 원격 영상판독, 소아 심초음파 원격자문 등</p>
파견형	<p>▶ 수요 감소 영역, 발병률 낮은 희귀·난치 질환 등 ⇒ 취약지 등으로 의료인력 파견</p> <p>질환 예시: 소아청소년과, 산부인과, 투석 / 소아암, 소아심장, 류마티스 등</p>

- (활성화 기반) 인력 공유 정착 및 활성화를 위한 지원과 함께, 필수 의료 분야 인력 공유 지원을 위한 제도 개선사항 추가 발굴 추진

### < 인력 공유형 연계·협력 지원방안 예시 >

- ▶ 상급 종합병원 구조 전환, 포괄 2차 종합병원 시범사업 참여기관
  - “진료협력 강화” 성과 평가 지표에 인력 공유·협력 등 실적 반영
- ▶ 지역의료혁신 시범사업 참여기관
  - 지역문제 해결을 위한 인력 공유형 연계·협력에 대해 성과 연계 지원

### 3 지역 내 의료문제 해결 역량 강화

- (지역의료 지도 활용) 지역(시도, 시군구, 읍면동), 필수분야(분만, 응급 등) 의료자원 수요·공급 상황을 분석할 수 있는 지표체계 구축 활용
  - \* 지역의료지도 연구('25.上) → 지역별 의료지원 정책 결정 시 활용 가능토록 고도화
- 실제 환자 이동 거리 등을 토대로 적정 제공기관까지 접근성 등 취약 지역 분석 ⇨ '지역수가' 신설·확대 기반 확립
  - \* 상급종합병원 구조 전환 지원사업, 포괄 2차병원 지원사업에 반영
- (지역의료 혁신시범사업) 지역 의료생태계 강화를 위해 혁신적 문제 해결 지원 시범사업 추진
  - 의료취약지 등 지역완결 어려운 지역은 지자체 중심으로 자율적 문제 해결 지원(지역문제 해결형, 지역의료발전기금 연계)
  - 일정 수준 지역완결 가능 지역은 보다 강화된 연계·협력방식 도입\*, 他 지역·네트워크로 환자 이동 줄고 진료비 절감 시 성과 보상
  - \* 상급종합병원 구조 전환, 포괄 2차 병원 지원사업, 일차의료 혁신시범사업 등 우선 안착 후, 각 사업의 진료협력 성과 등을 토대로 단계적 추진

#### < 지역의료혁신 시범사업 유형(안) 예시 >

유형	지원 내용	지원 방식
<b>유형 1</b> <b>지역문제 해결형</b>	▶ 지역완결이 어려운 취약지 대상 ▶ 기존 수가로 해결 못하는 지역문제 해결 목표 ▶ 문제 해결방식은 지역 자율로 제시 ▶ 효율성 < 필수의료 제공 성과에 중점	<b>지역의료 발전기금 연계</b>
<b>유형 2</b> <b>지역완결 연계협력형</b>	▶ 어느 정도 지역완결이 가능한 지역 + 각자도생/무한경쟁이 아닌 상생체계 구축 목표 ▶ 강화된 연계협력 구축 * 목표/이익/정보의 공유 등 적용 ▶ 종적 네트워크(1-2-3차) 구축 필요 * 진료권별 종적 네트워크 구성 유형 상이 ▶ 진료 효율성(환자 건강성과 + 진료비 절감)	<b>진료협력 사업 연계</b>  *상급종합병원 구조전환 / 포괄2차병원 지원사업/ 일차의료 혁신시범사업

## 4 의료기관 평가체계 개선

- ◆ 상급종합병원 중심 평가에서 탈피, 기능에 맞는 성과평가체계 재설계
- ◆ 유사·중복 평가 개선, 평가를 위한 행정부담 과감히 완화

### 1 기능 중심의 성과평가체계 구축

- (기능별 평가) 상급종합병원, 종합병원이 함께 평가\*를 받는 구조 개편 ⇨ 「수행 기능별 맞춤형 평가체계」로 전환  
\* 예: 중증진료(DRG A) 실적을 평가에 반영, 상급종합병원에 비해 종합병원은 저평가 불가피
- (평가지표 개선) 인력투입 등 구조지표 축소 ⇨ 환자 건강개선 및 효율·효과적 진료 등 결과 지표로 전환
- (성과지원 개편) 획일적 종별 가산제, 의료 질 평가와 적정성 평가 재정비와 함께 '성과 보상제' 전면 개편('25~'27)

#### < 성과보상제 전면 개편 방안 예시 >

- ▶ (지표) ▲적합질환 진료 ▲진료 효과성 ▲지역필수의료 역할 등
- ▶ (보상수준) 의료 질 평가 지원금, 종별 가산금, 적정성 평가 등 통합(1.5조 원) 및 추가 투입하여 충분한 성과보상 재원 확보
- ▶ (보상방식) 행위가 아닌 기관별 총액(lump-sum) 보상
- ▶ (평가체계) 행위별 진료심사 중심에서 의료 질, 성과 및 진료비를 함께 보는 의료기관 평가 중심으로 심사·평가체계 개편(EMR 기반)

#### < 성과 보상에 따른 변화 예시 >

현행			개선안 예시	
상급 종합병원	종별가산 15%	의료질 평가 지원금 * 상중+중병 동일 지표평가	A 유형: 중환자 중심	A 유형 성과 평가
종합병원	종별가산 10%		B 유형: 2차 종합 진료	B 유형 성과 평가
병원	종별가산 5%	전문병원 외 의료질 평가 없음	C 유형: 특정과목 전문진료	C 유형 성과 평가
의원	종별가산 無		D 유형: 일차의료	D 유형 성과 평가

\* 現 상중+중병 같은 평가 → 포괄2차 기능 등 우수한 2차 병원도 최고등급 의료 질 평가 곤란  
改 중증, 포괄2차 등 기능별 평가 → 각기 유형에 맞는 성과 달성 시, 최고등급 성과 평가 가능

## 2 유사·중복 평가체계 개선 및 행정부담 대폭 완화

- (유사·중복지표 개선) 각종 평가에서 유사한 평가를 받는 구조지표는 통합하여 유사한 평가를 반복 수행하지 않도록 개선
  - \* 예: ▲의료기관 인증평가 ▲적정성 평가 ▲상종 지정평가 ▲의료 질 평가 등 구조지표 정비
- (통합 지표관리체계) 의료기관 자료 제출 최소화 및 상시 자료 수집 체계 구축
  - 의료기관 자료수집·산출 일원화, 지표 중복조사 방지 및 공동 활용을 위한 가칭‘평가통합포털’ 구축 추진

## 3 평가체계 개편 기반 확립

- (평가기반 확립) ▲환자 건강성과 개선 ▲효율적·효과적 진료 등 결과 중심의 평가가 가능한 데이터 기반\* 마련
  - \* 예: 미국 CMS는 HCC(Hierarchical Condition Category)에 기반한 비용 분석 기능 수행
- (환자 중증도 분류) 같은 수술·시술이라도 환자 나이, 복합상병 등 상태를 반영하여 중증도를 분석할 수 있는 분류체계 재설계\*
  - \* 예시: 환자 나이, 중증도에 영향을 미치는 복합 상병 보유 환자, 재수술 등 2차 병원 진료 곤란 등 반영
- (총괄 거버넌스) 분야별로 파편화된 평가체계에서 벗어나 종합적·거시적 관점에서 평가체계를 관리할 총괄 거버넌스 마련
  - \* 現 분절적인 평가관리기구(의료기관 평가인증원, 심평원, 국립중앙의료원 등) 총괄 거버넌스 구축

## 【 환자·소비자의 의료 이용 지원 방안 】

### ① 소비자가 원하는 의료 정보 제공 확대

- ▶ (의료 상담) 야간·휴일에 아픈 경우, 응급실 가야 하는지 상담을 원하는 경우 다수, 특히, 자녀(소아) 의료상담에 대한 높은 수요

- 非 중증 응급 소아 환자에 대한 처치법 안내, 의료기관 연계 지원 등  
24시간 상담센터 도입·운영

- \* 24시간 소아 의료상담센터 시범운영('25)

- ▶ (의료정보 플랫폼) 환자·소비자가 의료기관 정보를 쉽게 알 수 있는 체계 마련, 의료에 대한 정보 부족 문제 해소

- 기관·인력·평가 등 既 제공 중인 의료정보에 대하여 사용자 편의성 향상 추진  
(의료평가통합 정보시스템 개선, '25.下)

- 건보공단, 심평원 등 각 기관의 보유 정보를 활용하여 환자·소비자가 쉽게 알 수 있는 의료정보 통합 플랫폼 시스템 구축('27~)

- 현재 보유하고 있는 정보 外 환자·소비자가 알고 싶어 하는 정보 추가 확대

### ② 적절한 의료 이용이 가능하도록 비용구조 재편

- ▶ 비중증 환자의 대형병원 응급실 이용 등의 경우는 이용 부담 증가,  
중증 환자의 상급종합병원 이용 / 중등증 환자의 2차 병원 이용 등의 경우는  
이용 부담 완화



## 【 역량 있고 신뢰받는 지역병원 육성 및 일차의료 강화 기대효과 】

### 환자는

	현행	개선
❶ 2차병원 역량강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 앓을 때 신뢰할 지역병원 부재</li> <li>▶ 수도권 대형병원 쓸림 심화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 믿고 갈 수 있는 지역병원 안심이용</li> <li>▶ 큰 병 아니면 집 근처에서 치료</li> </ul>
❷ 일차의료 의원 육성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 진료과별 지나치게 세분화된 의원 진료</li> <li>▶ 아프면 최소 2~3개 의원 방문해야</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 경증은 일차의료 의원에서 통합 진료</li> <li>▶ 주치의가 건강관리부터 치료까지</li> </ul>
❸ 지역의료 역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 지역별로 사망, 재입원 비율 편차</li> <li>▶ 상급종합병원 ⇨ 지역병원 화송시 불안감</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 어디 살아도, 질 높은 치료</li> <li>▶ 진료협력병원 이용 시, 큰 병 나면 상급종합병원으로 패스트트랙</li> </ul>

### 의료 생태계는

	현행	개선
❶ 2차병원 역량강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 아무리 잘해도 상급종합병원보다 적은 보상</li> <li>▶ 포괄성 + 전문화 두 마리 토끼 모두 잡아야 생존 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 2차 병원 기능에 적합한 적정 보상</li> <li>▶ 병원 여건에 맞춰 포괄성 또는 전문화 역량 집중 ⇨ 필수기능 중심 역량 강화</li> </ul>
❷ 일차의료 의원 육성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 특정 진료과목 중심의 분절적 개원</li> <li>▶ 의원에 대한 신뢰 저하</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 통합·지속적 일차의료 공급체계 확립</li> <li>▶ 믿고 이용하는 단골 의원 활성화</li> </ul>
❸ 지역의료 역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 지역 여건을 반영하지 못하는 중앙 집중형 일률보상</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 지역 여건에 맞춰 다양하고 혁신적 시스템이 작동하는 의료생태계</li> </ul>



◇ 상급종합병원 구조 전환 + 지역병원 육성(포괄 2차, 필수특화 기능 강화)  
+ 통합·지속적 일차의료 + 협력 강화 ⇨ 지역완결적 의료생태계 구축

## II. 비급여 적정 관리 및 실손보험 개혁

### 1 비급여 적정 관리를 위한 관리체계 혁신

- ◆ 남용 우려 큰 비급여 집중관리 + 모니터링·정보제공 등 상시 관리체계 보완
- ◆ 비급여 관리 + 실손보험 개혁 선순환 ⇨ 비급여 과잉 팽창 + 과도한 보상 방지

#### 【 비급여 관리의 구조적 문제 】

- ▶ (비급여) 의료기술 발전, 다양한 수요 충족 등 순기능에도 불구하고, 관리 사각지대 속 의료적 필요도를 넘어서 **이용·공급 과잉, 과다 보상** 등으로 **필수의료 기피** 초래
- ① **(적정 사용관리 미흡)** 비급여는 급여와 달리 **시장 자율영역**으로 간주, 항목별 가격·진료기준·적정 사용 여부 등 **관리 미흡**, 동일 비급여 항목도 가격 편차 발생\*
  - \* (예: 도수치료) 산재보험 수가 36,080원 vs 건강보험 비급여 진료비 중간금액 10만원, 최고금액 28만원('24)
  - 안전성에 문제가 있다고 의심되는 경우에도 재평가 등 퇴출 기전 부재
- ② **(비급여 과잉 팽창)** 한국은 주요국에 비해 **비급여 범위가 넓고 규모 지속 증가**
  - \* **(해외)** 치과안과 등 의학적 필요가 있으나 공적 보장에서 제외된 항목이나 진료 대기 단축 등 편의 목적 서비스에 국한 vs **(한국)** 급여기준 초과 검사 등 치료적 성격 항목까지 광범위하게 포함
  - 특히, **실손보험**은 비급여에 대한 **과도한 보장** 등 가격을 통한 수요억제 약화, 시장 팽창 유인
  - 비급여는 **상급병원보다는 병·의원 중심으로 주로 발생\***, **선택 비급여 비중 지속 증가\*\***
    - \* 비급여 본인부담률('22): 상급중병 7.7%, 중병 9.4% vs **병원 29.2% vs 의원 19.7%** ('22년 건강보험공단)
    - \*\* 비급여 유형 중 **선택비급여**(미용성형·치과, 검진, 예방접종, 시력교정, 침약, 건강증진제 등) **비중:** ('17) 42.8% → ('22) 53.4% ('22년 건강보험공단)
- ③ **(모니터링 및 정보 부족)** 보고제도 등과 같은 사후적 비급여 관리로는 계속 생성되는 비급여 이용실태 등 **확인 곤란**
  - \* 최근 5년간 신의료기술 중 비급여 등재 건수 **누적 59건** / 비급여 진료비 규모 ('11) 9.5조 → ('23) 20.2조
  - 환자들은 정확한 비급여 정보 확인이 어려워 **의료공급자의 판단에 의존**
    - \* 등재·기준 비급여는 표준코드·명칭이 있으나 의료기관의 표준코드·명칭 사용률은 60%대에 불과, **선택 비급여는 표준코드·명칭 없음**('22년 건강보험공단)

필수의료 低 보상 + 비급여 高 보상 → 국민 의료비 부담 ↑ + 필수 의료 악화 악순환

## 【 비급여 관리체계 혁신 방향 】

### 비급여 모니터링 및 평가

비급여 보고제 + 진료비 실태조사 + 비급여 재평가

### 비급여 분류·선별 및 맞춤형 적정 관리

(의료계·수요자·전문가 참여 의사결정 체계 구축)

< 적정 관리 4대 원칙 >

- ① 효과성·안전성 등 국민건강 최우선 ② 과학적 근거·데이터 기반 ③ 의료진·환자 자율성·선택권 존중 ④ 의료계·수요자 등 당사자 참여에 의한 의사결정

꼭 필요한 치료적 비급여

일반 비급여

과잉 우려 큰 비급여



급여 전환

모니터링 + 정보공개

별도 관리제도 적용

#### 비급여의 급여화 지속 추진

중증·필수분야 행위·재료·약제  
중증·희귀·응급 등 신의료기술

① 보고제도 지속 고도화  
항목 수 등 포괄성 제고

② 수요자 친화적 정보공개  
유효성·안전성 평가결과 등 공개  
포털 등 통해 정보 접근성 제고

③ 명칭·코드 표준화  
선택 비급여 대상, 비급여 보고 및  
진료비 세부산정내역 발급 시 활용

① 관리급여 신설  
가격·진료기준 관리  
주기적 평가, 적용 여부 등 결정

② 급여 제한 확대  
미용·성형 목적 비급여와  
병행되는 불필요한 급여 제한

③ 사전 설명·동의  
표준화된 체계적 설명  
실질적 선택권 보장

+

통합적·체계적 비급여 관리에 관한 법체계 마련

비급여 진료 등 고려한 환산지수 개선 병행

## ① 치료에 필수적인 비급여는 급여화 적극 추진

- (급여 전환) 수술·처치 등에 널리 활용되는 꼭 필요한 치료적 비급여는 건강보험 급여로 대폭 전환
  - 중증·필수의료 분야 중심으로 행위·치료재료·약제 등 급여 전환 필요항목 지속 발굴, 적정 수가 설정
  - 중증·응급·희귀 환자 치료에 필수적이고 대체 곤란한 혁신성 높은 신의료기술 등은 비용효과성 폭넓게 인정, 급여 신속 전환

### < 최근 필수의료 분야 급여 전환 사례 >

#### ▶ 중증·희귀질환 고가의약품 급여 전환

\* 예: 졸겐스마(척수성근위축증, '22.8. 19.8억→ 1.98억/ 본인부담상한제 적용시 최대 1,014만원)  
렉라자정(비소세포폐암, '24.11. 6,870만원→ 343만원), 엔허투주(유방암·위암, '24.4. 8,345만원→ 417만원)

#### ▶ 중증, 응급, 소아, 분만 등 필수의료 급여화

\* ▲1형 당뇨병 환자 연속혈당측정검사 급여화('22.8) ▲장애아동 발 보조기 급여화('23.7)  
▲2세 미만 입원진료 본인부담 제로화('24.1) 등

#### ▶ 중증 진료 수반 필수적 검사 급여화

\* 유방암 디지털 단층 촬영술 등 급여화('25)

## ② 과잉 우려 큰 비급여에 대한 가격·진료기준 등 적정 관리체계 신설

- (원칙) 의료계 참여를 통해 의료체계 왜곡 및 환자 안전에 문제가 야기될 수 있는 과잉 우려 큰 비급여 항목 선정·관리
  - 가격 + 진료기준(적응증, 실시 횟수 등) 설정 ⇨ 적정 이용·공급 유도
- (방식) 과잉 우려가 큰 비급여에 대해 선별급여 內 '관리급여'로 전환하여 진료기준(적응증, 횟수 등), 가격 등 설정하여 관리
  - 일반 급여와 달리 본인부담률 95% 설정, 한시(예: 5년) 운영 후 평가 통해 항목별 지속 적용 여부 등 결정
  - \* 「국민건강보험 시행령」 및 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 [별표1] 평가 기준 등 개정

- (대상) 모니터링 결과 등 활용\*, 진료비·진료량 및 그 증가율, 가격 편차 등이 크거나 환자 안전 우려 등 사회적 이슈가 되는 항목 중

\* 비급여 보고제도 및 진료비 실태조사 결과 등 활용

- 치료 필수성·대체 가능성, 오·남용 가능성 등을 종합적으로 고려하여 제한적으로 대상 선정

#### < 관리급여 관련 검토 기준(안) >

- ▶ (의료적 기준) 치료 필수성, 효과성·안전성, 대체 가능성, (오·남용 시) 위해성
- ▶ (사회적 기준) 오·남용 가능성, 공정 보상 등 의료체계 왜곡 가능성, 편익 저해
- ▶ (재정적 기준) 국민 의료비 부담, 관리급여 적용에 따른 비용효과성

- 의료계·수요자 등 참여하는 의사결정체계\* 통해 ▲비급여 모니터링·평가 ▲과잉 우려 큰 비급여 선정 ▲관리급여 가격·진료기준 등 결정

\* 현재 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 구성·운영하는 적합성평가위원회 등 확대 개편

### [3] 치료 효과성에 따른 비급여 사용 관리 강화

- (재평가) 안전성 우려 또는 임상적 유효성 등이 변경된 것으로 판단되는 비급여 항목 재평가 근거 마련(신의료기술평가규칙 개정)

\* (現) 신의료기술평가 후 비급여 재평가 근거 無 → (改) 치료효과성·안전성 문제 비급여 등 재평가

- 신의료기술평가 도입 前 사용 비급여 항목(예: 체외충격파, 증식치료 등)도 재평가 결과 활용, 비급여 사용 목적·대상·방법 등 사용 범위 고시

\* 현재는 신의료기술평가 도입 後 기술만 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」에 사용 범위 고시

#### < 비급여 사용 범위 활용 사례 >

- ▶ (무릎주사) 신의료기술로 인정된 '무릎 골관절염에 대한 골수 흡인 농축물 관절강내 주사'는 KL 2~3등급 해당 무릎 골관절염 환자에게 장골능에서 채취한 자가 골수를 원심 분리하고 농축된 골수 흡인물을 무릎 관절강 내 주사하는 기술로 고시(23.7월)

⇒ 사용범위 초과 비급여 사용 여부 등 모니터링, 실손보험 관련 금감원 분쟁조정기준 등 활용

○ (퇴출 기전 마련) 안전성·유효성 부족으로 신의료기술 목록 삭제 시  
비급여 목록 삭제 등을 통해 퇴출

\* 안전성·유효성이 부족한 비급여에 대해 「요양급여기준에 관한 규칙」 개정으로 직권조정 근거 신설  
하고 건정심 등 거쳐 등재 목록 삭제

○ (급여 제한 확대) 미용·성형목적 비급여를 하면서 실손보험 청구를  
위해 불필요하게 급여를 병행하는 경우 등에 한해 급여 제한 확대

\* 현재도 미용성형, 라섹 등 신체 필수 기능개선 목적이 아닌 경우 실시·사용되는 행위·약제·  
치료 재료는 비급여 대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2])

- 다만, 의학적 필요성이 있어 통상적으로 이루어지는 병행진료는  
현행처럼 급여를 인정하여 불합리한 환자 부담 발생 無

**4 누구나 알고 선택할 수 있도록 비급여 투명성 제고**

○ (표준화·모니터링) 비급여 표준화 및 비급여 등록·보고 등 모니터링

- (표준화) 표준화된 명칭·코드가 없어 의료기관별 제각각 쓰이는  
선택 비급여 명칭·코드 표준화\*

\* 예 여러 영양주사를 섞은 칵테일주사는 주성분을 기준으로 비급여 명칭 표시, 별칭으로 불리는 영양  
주사는 주성분 명확히 표시(신데렐라 주사 → 티옥트산 주사, 백옥주사 → 글루타티온 주사)

· 비급여 보고\* 및 진료비 세부 산정 내역 발급 시 사용 제도화

\* (現) 보고항목 중 선택 비급여(영양주사, 예방접종 치과교정, 한방첩약)는 실사용 명칭 제각각 제출 →  
(‘25.下) ‘영양주사·예방접종 표준코드명칭 사용 의무화 → (‘26) ‘치과교정·한방첩약 확대 검토

- (보고·실태조사) 비급여 보고제도, 진료비 실태조사 등 비급여  
모니터링 및 관리 개선을 위한 근거 자료수집 확대

· 제한적 비급여 보고항목(3·9월분 진료내역 보고, ‘25. 1,251개) 확대,  
심층 분석을 위한 진료비실태조사 표본기관(‘24. 약 2,600개) 확충

- (신규 비급여 등록·관리) 비급여 목록 고시 등재 前 시장 신규  
진입 비급여는 의료기관 실사용 前 가격, 적응증 등 보고 추진

· 등재 前 시장 신규 진입 비급여 표준명칭·코드 제시, 보고 지원

< 신규 비급여 등록 관리 방안 >

- ▶ (대상) 신의료기술 평가 후 등재 前 비급여 + 평가유예 신의료기술, 제한적 의료기술, 혁신의료기술, 시장 즉시 진입 기술 등
- ▶ (내용) 표준코드 및 명칭, 가격, 상병명 등 적응증, 기타 관리를 위해 필요한 사항
- ▶ (시기) 실사용 前, 변경 시 수시
- ▶ (방법) 비급여 보고시스템 활용하여 등록

○ (선택권 강화) 국민이 원하는 비급여 정보공개 확대 및 설명·동의 강화로 수요자의 실질적 선택권 강화

- (정보제공) 항목별 가격뿐만 아닌 총진료비, 안전성·유효성 평가 결과 등 의료 질 정보까지 비급여 정보제공 범위 확대

\* (現) 항목별 가격 → (改) ▲진료비: 총진료비, 종별·지역별 세부 진료비 정보(최소/최대/평균/중간), 상세 분석정보(목적, 맥락, 진료비 증가율 등) ▲안전성·유효성 평가 결과 등

\*\* (예) 난임 환자는 항목별(예: '난자 해동') 가격이 아닌 총진료비, 의료기관 평가결과 등 정보 필요

• 가칭 비급여 통합 포털을 구축하여 여러 기관(공단·심평원·보건의료연구원 등)에 산재해 있는 비급여 정보 한 곳에서 제시

• 특히, 가격 편차가 커서 수요자 민원이 많은 비급여 항목 중심 상세 가격정보 공시 및 민간 포털(예: 네이버 등) 연계

\* (現) 주요 비급여(24,623항목) 최대·최소·중간금액 공시 → (改) 최빈값·중간값·평균값 등 공시

- (환자 동의) 과잉 우려 큰 비급여에 대해 항목, 사유, 대체 항목 여부 등 사전 설명 後 환자 동의서 구득 의무화(의료법 改)

\* (現) 가격공개 항목(24,623개)에 한해 의료기관의 비급여 항목·가격 설명의무 →

(改) 과잉 우려 큰 비급여 대상 항목·가격·사유·대체 항목 등 설명·동의서 구득 의무

• 의료기관 행정부담 완화를 위해 표준화된 사전 설명자료 개발 지원

< 비급여 사전 설명·동의 의무 해외사례 >

- ▶ (독일) 진료 전 진료 동의·서면 계약 의무화(항목, 추가 비용 요인, 예상 진료비 등)
- ▶ (미국) 환자 설명·동의하여 서명받아야 비용 청구 가능(항목, 사용 사유, 예상 진료비 등)
- ▶ (일본) 비급여 실시 시 비용 및 치료 내용 등에 대한 설명 및 환자 동의 필요
- ▶ (대만) 비급여 진료 시 사전 설명 및 동의 필요(예상 진료비, 사용 사유, 유사 급여와 비교 등)

## 5 통합적·체계적 비급여 관리 틀 확립

○ (법체계 정비) 「국민건강보험법」 내 비급여 관련 별도 장(章) 마련 또는 <sup>가칭</sup>‘비급여 관리에 관한 법률’ 제정 검토

- 의료계의 높은 자율성, 낮은 의료적 필수성 등을 고려하여 비급여에 대한 통합적·체계적 법체계 정비 추진

\* 의료법: 신의료기술 및 비급여 보고제 등 의료기관 사용 현황 관리 국민건강보험법: 비급여 범위 정의

\*\* 비급여 관리를 위한 법체계 정비 관련 연구용역 추진(25)

### < 비급여 관리를 위한 관련 법령 주요 내용(안) >

- ▶ (정의) 비급여에 대한 정의, 법에서 관리할 비급여 범위 규정
- ▶ (거버넌스) 비급여 관리를 위한 위원회 등 설치 운영
- ▶ (모니터링) 신규 비급여 포함 비급여 보고제도 등 근거 규정
- ▶ (환자보호) 비급여 사전 설명 및 서면동의, 주기적 재평가로 안전성 제고
- ▶ (가격관리) 비급여 가격관리 근거 규정 등
- ▶ (자료제출) 비급여 관련 자료 제출 요구 권한 신설

○ (보상구조 개선) 비급여 등을 고려한 보상 기전 개선 검토

- 비급여 진료비를 포함한 진료비 전체를 고려한 환산지수 산출 방식 개편 등 검토

◇ 과잉 우려 큰 비급여 등 구체적 관리 대상 범위, 방식 등은 의료계, 환자·소비자 참여 별도 논의체 통해 결정



## 2 의료체계 정상화와 국민 부담 완화를 위한 실손보험 개편

- ◆ 실손보험 역할 정립을 통한 의료 공급·이용 및 보상체계 왜곡 방지
- ◆ 보험료 부담 완화 및 필수의료 강화에 조응하는 상품구조·운영 및 관리체계 개선

### 【 실손보험의 구조적 문제 】

- ① (의료체계 영향) 실손보험으로 인해 의료서비스에 대한 비용 의식 약화, 본인부담 차등을 기반으로 한 의료 이용 관리 무력화(상급종합병원과 의원 이용 간 본인 부담 차이 無)
- ② (도덕적 해이) 의료기관이 제외된 兩者 구조(가입자-보험자)로 의료비 통제 기전 부재  
 ⇨ 과잉 진료 유발로 의료비 증가\*, 보험료 부담 증가, 필수의료 공정 보상 저해  
 \* ▲비급여 증가 56% 실손 유인(21, 건보) ▲실손 가입자 年 의료비 4배(미가입자 比) 지출(16, 한양대)
- ③ (국민 부담) 다수는 보험료 납부만 하고 소수만 보험금을 지급받는 가운데 지속적인 보험료 인상으로 국민의 부담 가중 + 보험금 지급 분쟁 상존

### 【 실손보험 개혁 방향 】

상품구조 개선		관리·운영 개선	
新 실손보험		공통	
건강보험 급여 본인부담 적정 보장	중증 중심 비급여 보장 합리화	분쟁조정 기준의 객관성 제고	보험 운영 투명성 강화
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 입원: 현행 유지</li> <li>▶ 외래: 건강보험 급여 본인부담률 연동</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 중증 보장 강화 * 자기부담금 상한 신설</li> <li>▶ 非중증 보장 합리화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 의료계·소비자단체 등 참여 下 주요 비급여 분쟁조정기준 마련</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 가입자 친화적 정보공개 강화 * 운영실적·보험료 공시 확대</li> </ul>
↓	↓	↓	↓
적정 의료 이용 위한 본인부담制 기능 회복	보험료 30~50% 인하 비급여 적정화	보험금 지급의 예측 가능성 제고	소비자 신뢰 강화 선택권 제고
+			
자발적 舊 실손 계약 재매입, 실손 광고 금지 등			

## 1 보완형 의료보험으로서 건강보험 급여 본인부담 보장 합리화

- (원칙) 건강보험 급여 본인부담에 대한 실손보험 자기 부담률 합리화를 통해 적정 의료 이용을 위한 건강보험 본인부담률 기능 정상화
- (외래) 건강보험 급여 본인부담의 실손보험 자기부담률(현행 20%)은 건강보험 본인부담률과 연동(실손 자기부담률 20~90%)\*
  - \* 보험금 지급 실무상 전체 의료행위 합산 비용 기준
  - 예: (건보) 비응급(KTAS 4~5)환자의 권역응급의료센터 응급실 외래방문으로 90% 본인부담금 설정 시
  - (現) 실손에서 20% 본인부담 적용 →  $90\% \times (1-20\%) = 72\%$  보험사 보장
  - (改) 실손에서 90% 본인부담 적용 →  $90\% \times (1-90\%) = 9\%$  보험사 보장
- (입원) 외래와 달리 의료비 부담은 높고, 남용 우려는 낮은 입원 급여 본인부담에 대해서는 현행 보장수준 유지(실손 자기부담률 20%)

### < 실손보험의 건강보험 급여 부분 자기부담률 개선안 >

구분	현행 실손보험	개선안
입원	20%	현행 동일
외래	20%와 1/2만원* 중 최대치	건강보험 본인부담률*, 20%, 1/2만원** 중 최대치

\* 일반환자 외래 기준, 경증비응급 환자 권역응급의료센터 90% 상증 60% 중병 50%, 병원 40%, 의원 30%

\*\* 병·의원+약국: 1만원 / 상급·종합+약국: 2만원

## 2 중증 중심 비급여 보장 전환

- (원칙) 가입자가 보장 희망 범위와 보험료 부담을 고려하여 비급여 특약 선택 가능하도록 상품구조 개선\* 및 중증 중심 보장 전환
  - \* (現) 단일한 비급여 특약 → 보험가입자가 중증만 이용해도 일괄 보장에 따른 보험료 부담↑
  - (改) 중증 비급여 특약/ 非중증 비급여 특약 중 선택 가능 → 가입자 선택에 따른 보험료 부담 적정화
- (중증 비급여) 건강보험 산정특례 질환 대상자 등 중증환자의 해당 질환 치료에 대해서는 현행 보장수준을 유지\*하면서
  - \* 현행 4세대 실손보험은 비급여 특약 자기부담률 30%, 보장한도 입원 연 5천, 외래 회당 20만원 (비급여 100회) + 도수체외증식치료 연 350만원(50회)/주사료 연 250만원(50회)/MRI 연 300만원 한도

- 과도한 본인부담 발생 시 추가 보상하는 연간 자기부담금 한도를 (상종·종병 입원 限) 신설, 가입자 보호 강화(현행 4세대는 자기부담 한도 無)
- (非중증 비급여) 과다 보상으로 의료체계를 왜곡하거나 과도한 보험료 부담이 발생하지 않도록 보장 합리화

< 非중증 비급여 보장 합리화 방향 >

- ▶ 자기부담률(현 30%) 상향
- ▶ 한도 축소: 年 보장한도(현 입원 年 5천만 원) 축소, 병원·의원 입원 회당 한도 신설
- ▶ 기준 변경: 통원 상한(20만원)을 회(回)당 → 일(日)당 변경
- ▶ 보험금 부지급 항목(현 치료 목적 외 미용·성형 등) 확대

### ③ 국민부담 완화 및 관리·운영 신뢰성 제고

- (보험료 부담 완화) 적정 보상 및 보상의 공정성 제고에 따른 보험 가입자의 보험료 부담 완화
  - 개별 가입자의 非중증 비급여 이용량을 바탕으로 한 보험료 할인·할증제 지속 적용\*
    - \* 현행 4세대 실손보험의 경우 비급여 이용량(100만원/150만원/300만원 이상)에 따라 비급여 특약 보험료 할증(100%/200%/300%), 비급여 미이용 시 할증금액 활용한 보험료 할인
  - ⇒ 非중증 비급여 특약 선택 여부에 따라 4세대 실손보험 대비 보험료 30~50% 내외 인하\* 효과 기대
    - \* 보험료 인하율은 非중증 비급여 특약상품 선택에 따라 변경 / 일부 보험사 시뮬레이션 결과로서 변경 가능
- (舊세대 실손 관리) 상품 재가입 주기가 없으므로 보장 합리화 적용이 어려워 보험료 부담이 계속 늘어날 舊세대 실손 대책 마련
  - 특히, 희망하는 경우에만 ▲금융당국 적정 금액 제시 ▲가입자 권익 보호 절차 마련을 바탕으로 계약 재매입 도입
    - \* 설명상담 강화, 숙려기간 부여, 재매입 철회권·취소권 보장 등 검토

- (심사체계 마련) 가입자 예측 가능성 제고 등을 위해 보험금 지급 분쟁 빈발 주요 비급여는 분쟁조정기준 마련
  - \* 소비자-금융사 간 금융분쟁에 대한 조정기준으로서, 실손보험 보장 대상인 치료목적 비급여의 시행 기준 등 규정(주요 비급여는 연동기준으로 운영)
- 금융감독원이 의료계·소비자단체 등 참여 통해 구체화(필요시 보건당국 협조)
- (투명성 강화) 보험상품 운영 관련 공시 확대\* 등 가입자 친화적 정보제공 강화로 보험 운영 신뢰성 제고 및 가입자 선택권 강화
  - \* **현행 공시내용:** ▲보험사 전체 경영실적 ▲직전 3년간 4세대 실손보험료 인상률 및 2~4세대 손해율 ▲상품유형·성별·연령별 보험사별 4세대 상품 보험료 비교 서비스 제공
- (운영) 보험사 전체 경영실적뿐만 아니라, 보험사별·세대별 실손보험의 보험료 수익, 보험손익, 사업비율, 손해율(위험·경과·합산) 등 공시
- (알권리 및 선택권) 4세대뿐만 아니라, 실손보험 전체 세대별 (1~4세대) 연령대·성별·보험사별 보험료 공시
- (광고 금지) 소비자가 부담해야 하는 비급여 진료비용 등 오인하지 않도록 의료기관의 실손 가능 여부 등 광고 금지 구체화\*(의료법 시행령 改)
  - \* 의료법 제56조(의료광고의 금지 등) 제2항은 소비자를 속이거나 잘못 알게 할 우려가 있는 비급여 진료비용 할인·면제 내용 광고 금지, 그 밖의 대통령령으로 정하는 내용의 광고 금지

◇ 의료개혁 실행방안을 바탕으로 구체적 5세대 실손보험 상품구조 설계 및 관리·운영체계 개선은 금융당국 시행

## 【 비급여 걱정 관리 및 실손보험 개혁의 기대효과 】

### 환자는

	현행	개선
① 건강보험 급여 전환	▶ 치료에 필수적인 의료행위·재료·약제 높은 본인 부담	▶ 건강보험 급여 전환으로 진료비용은 낮아지고, 본인부담 대폭 완화
② 비급여 적정관리	▶ 높은 가격부담, 과잉 진료 시 환자 안전 우려 ▶ 환자 선택권 제한	▶ 표준적·합리적 가격부담, 의료적으로 필요한 수준의 진료 이용 가능 ▶ 비급여 진료 제대로 알고 이용 가능
③ 실손보험 개혁	▶ 비용의식 낮춰 경증환자 등 상종응급 이용, 중증응급 환자 이용 제약 ▶ 꼭 필요한 비급여 진료가 아니어도 이용 유인↑ → 실손보험료↑악순환 ▶ 보험금 부지급 관련 민원↑	▶ 적정 본인부담 → 중증도 따른 이용 ▶ 개인 선택에 따른 비급여 보장상품 선택으로 보험료 부담 완화 ▶ 정보공개 확대, 공정하고 명확한 분쟁 조정 기준 → 신뢰성 제고

### 의료진은

	현행	개선
① 건강보험 급여 전환	▶ 치료에 필수적인 비급여 항목 상존 치료법 선택에 제약요인 작용	▶ 필수의료 분야 급여 확대, 수가 개선 으로 어렵고 힘든 진료 보상 강화
② 비급여실손 개혁	▶ 低위험, 低난도 진료 과다 보상으로 상대적 박탈감, 개원 유인↑	▶ 의료체계 왜곡 방지, 개원쏠림 완화 ▶ 비급여 진료 이용자 불신 해소



- ◇ 보장성 확대 및 비급여 적정 이용으로 국민 의료비 부담 완화
- ◇ 어렵고 힘든 진료 보상 강화 + 非중증 비급여 적정 보상 및 과잉 방지

### Ⅲ. 환자-의료진 모두가 신뢰하는 의료사고 안전망 구축

#### 【 의료사고 분쟁 해결의 구조적 문제 】

- ① **(불충분한 소통·조정)** 체계적 의료사고 예방·소통 활동과 환자가 의학적 근거 기반 의료사고 원인·실체 규명할 수 있는 합리적 분쟁 조정절차 미흡\*

\* 최근 5년간 사망 등 중상해 분쟁조정 성공률('19~'23): 55.7%

- 소극적 예방·소통과 불충분한 조정절차로 빈번한 민·형사상 고소·고발 유발, 장기간 민사소송\* 등으로 환자-의료진 모두 불필요한 사회적 비용 소모

\* 의료과오소송(민사) 1심 평균 소요 기간 26개월 v.s. 의료분쟁 평균 조정 기간 86.7일

- ② **(공적 배상체계 미흡)** 의료사고배상정책 부재 下 민간보험·공제에 맡겨진 배상체계는 전문적 위험평가 및 고액 배상 보장 미흡으로 고위험 필수의료 보호에 한계

\* 의료배상공제조합(의사협회 운영) 가입률: 의원 약 33%, 병원·종합병원 약 35.6% 가입

- 고액 배상이 빈번히 발생하는 고위험 필수과 종사자 보호 미흡, 의료기관별 위험평가 없이 획일적 보험료를 산정\*으로 인한 가입 유인 저

\* 보험료를 산정 시, 의료기관별 의료사고 예방·소통체계 등 별도 위험평가 절차不在

- ③ **(소모적 수사 절차)** 의학적 전문성을 확보하기 어려운 수사체계 및 절차는 잦은 소환조사와 수사·재판 장기화\*로 이어져 현장에서 느끼는 가장 큰 형사적 부담 작용

\* 의료사고 사망 사건 1심 선고 기간 42개월 v.s. 他 형사 소송 1심 판결 기간 약 18개월 ('25.3.11, 동아일보)

- ④ **(사법리스크)** 불명확한 형사책임 규정 下 형사처벌 등에 대한 불안 높아 환자의 생명과 직결되는 고위험 필수과, 고위험 수반 중증·응급진료 기피 심화

\* 형법 제268조는 업무상과실을 중대한 과실과 동일 조문 규정, 업무상 과실 중대성 여부 규범 모호

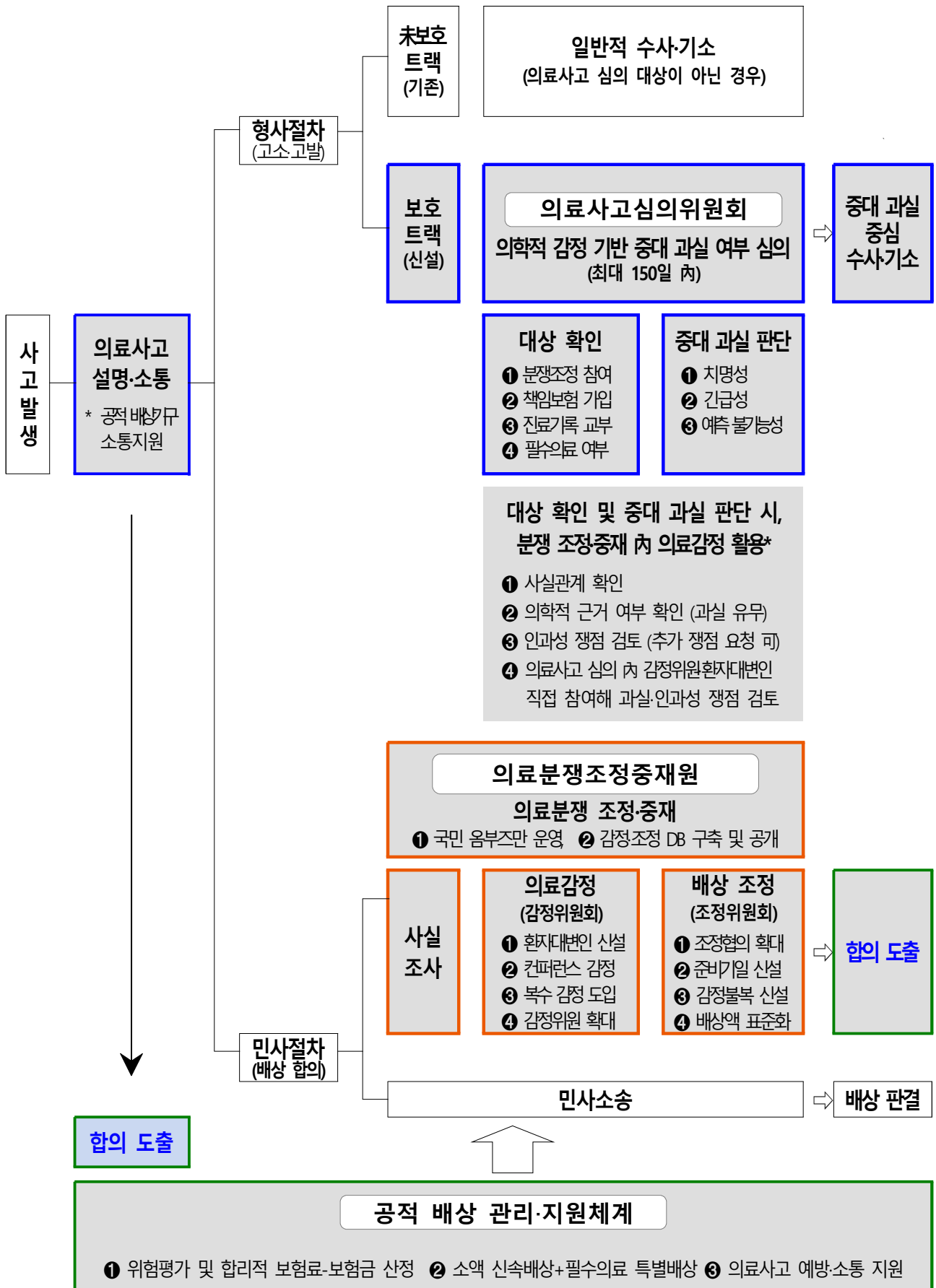
\* '17년 대학병원 신생아 중환자실 사망 사건 ⇨ 소아청소년과 전공의 지원 감소 초래

▲ 담당 의료진 등 병원 관계자 소환 및 대면 조사 진행

▲ 수사, 기소, 재판 등 장기간 형사절차 진행으로 필수진료과 사법리스크 문제 대두

- 공익성이 높은 필수의료 중심으로 의료사고 사법리스크 완화를 통해 사법 불안 없는 안정적 진료환경 조성 필요

## 【 의료사고 안전망 구축 방향 】



## < 참고: 주요국의 의료사고 사법리스크 딜레마와 정책적 대응 >

### ▶ (영국) 다운증후군 소아 진료에 따른 소아과 전공의 유죄 판결 사건(Dr. Hadiza Bawa-Garba case)

- 다운증후군과 심장병 병력을 가진 소아(6세)가 호흡곤란, 구토, 설사 등을 동반하며 입원, 담당 의사인 Dr. Hadiza Bawa-Garba는 늦은 항생제 투약과 심장병 약물 투약 오류 등으로 환자 사망

⇒ 영국 형사법원은 Dr. Hadiza Bawa-Garba 의료과실에 대해 유죄 판결(집행유예 2년)

- 의료면허기구(GMC) 조사 과정에서 당시 병원 내 인력 부족으로 담당 의사가 과도한 근무에 시달리고 있었고 의사를 보조할 숙련된 간호인력 부족한 상황에서 전공의 개인 책임은 과도

- 영국 의사협회와 의료면허기구 등은 Dr. Hadiza Bawa-Garba 유죄 판결에 항의  
의료진 대상 과도한 형사처벌은 방어 진료 발생 등으로 의료서비스 발전 등을 위축 주장

⇒ 영국 보건부는 의료서비스의 질적 발전을 위해 의료진의 과실 등에 대한 형사책임 추궁보다는 환자 안전과 의료사고 예방, 소통을 위한 제도적 개선 추진 입장 발표 (Learning not Blaming)

### ▶ (일본) 오오노병원 분만 사고로 인한 산부인과 의사 체포 사건

- 산전 검사에서 태반 위치가 정상적이지 않은 산모 대상 제왕절개 시술 후 질 출혈로 산모 사망
- 수사당국은 담당 산부인과 의사를 업무상 과실치사 혐의로 체포 후 기소 → 최종 무죄 판결
- 일본 의사협회 등은 i) 태반유착에 따른 질 출혈은 예측하기 어려운 고난도 수술이라는 점  
ii) 산부인과 의사 부족 상황 下, 지역의료에 헌신하는 담당의에게 형사책임 추궁은 과도

⇒ 일본 후생노동성은 의사, 법률가, 환자 중심이 된 '의료사고 조사위원회' 설치 방안 발표

### ▶ (미국) 소송 부담으로 인한 필수의료 기피 및 방어진료 현상

\* Effects of a Malpractice Crisis on Specialist Supply and Patient Access to care ('05, Michelle M. Mello 등) 참고

- (소송 경험) 주요 외과계열 의사 824명 설문 결과, 소송 경험이 있는 의사 87% (소송 경험 無 12%)
- (필수의료 기피) 필수의료 공급 감소 요인으로 의료사고 사법비용(보험비용) 75% (1위) (2위 낮은 수가 21%)
- (방어진료) 사법비용(보험비용) 등으로 고위험 진료를 회피할 수 있다는 응답 59%
- (소송비용) 의료사고 소송비용(변호사 수임료 등)으로 손해배상금 70% 이상 소진,  
실질적 환자 피해 회복을 위해 사용금액은 손해배상금 30% 수준 (미국 의회 회계감사원(GAO), 2003)

⇒ 과도한 사법비용을 줄이기 위해 '소송 前 심사 패널제도'(전문가 참여 민사적 조정) 도입, 신속 소송 해결

### ▶ 시사점: 의료사고 딜레마 의미와 의료사고 안전망 강화 필요성

- 의료사고 딜레마: 의료사고로 인한 환자 피해회복과 사법리스크로 인한 의료서비스 질 하락 우려 간 상충
- 의료사고 딜레마 해결을 위한 정책 방향

❶ 환자 안전 실효적 피해 회복을 위한 개방·공정한 소통 + 신속·충분한 배상(보상)체계 구축 필요

❷ 의료사고 사법리스크는 고위험 필수의료진 중심으로 방어 진료와 필수의료 기피 유발  
특히, 숙련된 의료인력과 최첨단 시설·장비가 부족한 지역병원에 부정적 영향이 가중

⇒ 의료사고에 대한 전문적 조사와 함께 의료진 개인의 형사책임보다는 사회적 합의를 통한 의료사고 예방 및 지역·필수의료 강화 등 의료체계 개선을 중점 검토



## 1 소통·신뢰 중심 분쟁 해결 지원체계 확립

- ◆ 의료사고 예방 및 소통 활성화를 통한 환자-의료진 간 신뢰 관계 구축
- ◆ 공신력 있는 분쟁조정제 혁신을 통해 실효적 피해 회복 지원

### 1 의료사고 예방 강화 및 소통 활성화

- (사고 예방) 의료사고 예방체계·활동 등을 배상책임 보험료 산정 및 의료분쟁조정 판단 근거로 활용, 적극적 사고 예방 활동 유인
- (소통 지원) ▲ 신뢰 형성 및 갈등 증폭 방지를 위한 의료사고 설명 법적 보호(분쟁법 改) ▲ 환자·의료진 트라우마 회복 지원
  - \* 의료진·의료기관의 사고 원인 설명, 설명과정에서 유감 표시 등 재판 증거 활용 제한 법제화

#### < 의료사고 소통 지원 주요 내용 >

- ▶ (사고 설명) 의료사고 상해 정도 등 고려, 사고 발생 경위 및 상황에 대한 설명·소통 법제화
  - 상해 발생 시: 담당 의료진(의사, 간호사) 등이 경위와 상황 설명
  - 중상해·사망 발생 시: 병원장 또는 진료과별 안전관리자가 수술 계획과 실제 치료내용, 환자 상태 및 문제 상황, 결과에 대해 상세 설명
- ▶ (증거채택 제한) 설명 과정 유감 또는 사과 등 수사·재판 과정에서 불리한 증거 채택 제한
- ▶ (심리·소통 교육) 환자-의료진 상담 및 심리지원, 소통 관련 교육 지원

### 2 환자·의료진 모두 신뢰하는 분쟁조정제 혁신

- (조력 강화) 상담, 검토, 자료제출 등 분쟁조정제도 절차 참여를 조력하는 ‘환자 대변인\*’ 시행(25.4) + 환자-의료진 전문 상담\*\* 강화
  - \* 법적·의학적 지식이 부족한 환자의 실질적 피해 회복 조력을 위한 전문가 조력 제도
  - \*\* 의료분쟁 대상 여부 판단, 감정·조정절차 안내, 법률 상담 등

### < 환자 대변인 사업 개요 >

▶ **지원대상:** 중대사고\*로 조정 등에 참여한 당사자(‘환자’ 및 ‘그 가족’)

\* 조정 자동개시 건(☉사망사고, ☉1개월 이상 의식불명, ☉심한 후유장애)

▶ **지원내용**

감정 단계	조정 단계
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶(전문상담/조력) 환자가 제출한 자료 및 신청서 검토, 법률적 보완사항 지원</li> <li>▶(감정쟁점 검토) 감정쟁점 내용 검토, 쟁점사항 의견 제시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 감정결과 기반 법적 지원</li> <li>▶ 조정 준비기일 및 기일 지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- (준비기일) 주요 쟁점 검토·제시</li> <li>- (조정기일) 적정 배상액 검토</li> </ul> </li> </ul>

▶ **절차:** 희망하는 경우 신청, 중재원 추천 및 신청자 수요 등 반영, 대변인 선정

▶ **자격요건:** 의료 분야 전문성(관련 사건 수행여부, 前 감조정위원 등)이 있는 3년 이상 경력 변호사중 선발 및 교육프로그램 이수자로 복지부 위촉

- (감정 신뢰도 제고) 정확한 감정을 통한 실체 규명이 가능하도록 컨퍼런스 감정, 감정 보완 절차 신설, 감정위원 확충 및 표준화

### < 의료사고 감정 신뢰도 제고 >

▶ (컨퍼런스 감정) 의료인 외 환자, 소비자, 법조인 등 사회 각계 참여 + 의료인 참여 확대, 非의료인 감정위원의 질문권 등 실질적 결정 참여 보장으로 감정의 정확성 제고

\* 중대사건은 감정부 내 의료인 위원 확대 추진 (기존 2명→ 3명 이상)

▶ (감정 보완절차) 고난도 사례로 해당 진료과 확인이 반드시 필요한 경우, 사고원인이 2개 이상인 경우 등 결과에 영향을 주는 추가자료 및 내용 보완이 필요한 경우 감정 보완 실시

▶ (감정위원 확충/표준화) 감정위원 300명 → 1,000명 확대, 표준 감정서 지침 개발 및 교육 강화

- (수용성 높은 조정) 조정기일 확대\*, 추가감정·재감정\*\* 기회 보장으로 당사자 참여를 통해 조정 결과 수용성 제고

\* (現) 조정기일 1회 운영 → (改) 준비기일 신설 및 조정기일 다회 운영/ '25.7월 시행

\*\* (추가 감정) 추가 쟁점, 중대한 상황 변화 발생 등 / (재감정) 의료기록 재검토가 필요한 경우 등

- (투명한 운영) '국민 음부즈만\*' 운영, 분쟁조정 결과 DB화 및 대국민 공개 등 투명성 강화

\* ▲구성: 법조인, 의료인, 환자소비자 단체 등 참여 ▲역할: 조정제도 개선 권고, 제도개선 과제 발굴 등  
▲운영: 年 2회 정기 회의 개최, 매년 결과보고서 제출 ▲시행: '25.7월

- ◆ 책임보험 의무화 및 배상체계 혁신으로 신속·충분 배상 및 의료진 부담 완화
- ◆ 공적 관리 및 지원체계 등 국가 책임 강화로 환자-의료진 신뢰 강화

### 1 실효적 의료사고 배상 강화

- (책임보험 의무화) 실효적 피해 회복을 보장할 수 있도록 모든 의료기관 개설자 대상 책임보험 가입 의무화

\* 전체 의료사고 배상액 중 보험·공제를 통한 배상 규모는 약 20~30% 추정  
독일(의원 限), 일본(의사회 가입자 限), 영국, 스웨덴, 핀란드 등 의료사고배상보험 가입 의무화

⇒ ▲개인→기관 책임 전환 ▲규모의 경제를 통한 재원 확보 및 위험 분산 ▲공적 관리·지원 강화 등 의료진 배상 부담 완화

- (배상체계 실효성 제고) ▲적정 보험료 설정 ▲필수의료 특별 배상 ▲신속 배상 ▲분쟁조정제 지급 보장 등 배상체계 혁신

- (적정 보험료) 행위별 위험 外 기관별 사고예방·소통 평가를 통해 합리적 보험료를 산정 + 低위험-高위험 진료 간 보험료를 평준화\*

\* (現) 진료과별 보험료를 10배 이상 차이 → (改) 진료과별 보험료를 차등액 상한제 도입 격차 최소화

#### <적정 보험료 산정을 위한 합리적 위험평가(안) >

- ▶ (일반적 위험평가) 주요 의료행위별 일반화된 사고 위험평가 → 보험료를 산정 기초 마련
  - 위험평가를 위해 의료기관별, 진료과목별 사고 발생 확률, 배상액 등 기초자료 산출
- ▶ (보험료를 할인/할증) 사고 前 예방, 사고 後 소통체계 마련 등 의료사고 발생 확률 및 소송비용, 배상액 등에 영향을 미치는 가감 요인을 평가하여 개별 의료기관별 보험료를 산정
  - 의료사고 예방·소통 체계를 통한 소송비용 절감은 개별 의료기관 보험료를 산정 시, 적극 반영
- \* (예시) 의료사고 예방을 위한 '투약 오류 방지 전산시스템' 등을 갖춘 의료기관은 보험료를 10% 할인
- ▶ (정책 할증/할인) 중대 과실 의료사고 발생 시, 강화된 보험료 할증 및 보험료 국가지원 감축

- (특별배상) 중증·응급 등 생명 직결 고위험 필수진료는 보험료 지원 下 실제 배상액을 고려, 고액 배상체계(예: 5억 원 이상) 신설
  - (신속배상) 빠른 분쟁 해결을 위해 소액 사건 신속배상 체계 구축 + 긴급 피해지원 및 예방·소통·중재 등 공적 기능 수행
  - (지급보장) 중대 사건(사망, 중상해)은 분쟁조정<sup>\*</sup>에 따른 지급 의무\* 부과
    - \* 의료분쟁조정제도에 따른 조정 결과에 대해 산정 오류 등 아닌 경우 보험자는 배상금 당연 지급
- (공적 기능 강화) 의료사고 예방·소통 지원, 긴급 치료지원 등 정책적 역할 수행 강화

< 배상체계 공적 기능 강화(안) >

- ▶ (사고 예방 지원) 의료사고 예방 교육 및 시스템 구축 연구지원, 의료사고 소통 지원을 위한 전문인력 양성, 환자 안전사고 예방 및 피해 회복 제도 연구 등 사업 추진
- ▶ (소통 지원) 의료사고 소통 지원 법제화에 따라 의료사고 원인 분석 결과 등을 의료진과 함께 피해자에게 설명하고 의료진·피해자 트라우마 회복을 위한 심리지원
- ▶ (긴급 치료지원) 배상 결정 前 의료사고 피해로 긴급히 치료가 필요한 경우 일정액 限 긴급 지원
- ▶ (분쟁조정제도 활용 지원) 의료진·환자에게 의료분쟁조정 절차 소개 및 법률 지원방안 안내, 배상 절차 및 체계 등을 소개하여 신속하게 분쟁을 해결할 수 있도록 지원

## ② 의료사고 배상 및 보상에 대한 국가 책임 강화

- (필수의료 지원) 필수진료<sup>科</sup> 배상보험료 국가 지원<sup>\*</sup>(‘25)을 시작으로 특별배상 신속 도입 등을 위한 지원 확대 방안 검토
  - \* 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 신경과, 신경외과, 흉부혈관외과, 응급의학과 등 8개 진료 科

< 의료사고 배상보험 관련 공적 재원 지원 해외 사례 >

- ▶ (캐나다) 의료사고배상공제조합 가입비 80% 이상을 주 정부 등에서 보조
- ▶ (호주) 배상보험료가 일정 수준 이상일 경우, 보험료 일부를 건강보험에서 보조금 형태 지원
- ▶ (뉴질랜드) 정부 소유 의료사고 배상보험공단 설립, 정부 예산 중심으로 사고 배상액 지급

○ (국가보상) 불가항력인 분만사고 의료사고 국가보상 한도 상향  
(최대 3천만 원 → 최대 3억 원)과 함께 대상 확대 검토

○ (공적 관리·지원체계) ‘의료사고보상심의위원회’ 확대 개편\*을 통해  
배상 정책 의사결정, 배상체계 공적 관리·지원 강화(분쟁법 改)

\* (現) 불가항력 의료사고 보상 심의 → (改) 불가항력 보상 외 책임보험 상품 및 재정 지원 심의

- 배상보험 심사·평가 기능 수행 전문기관 신설 또는 지정 병행

\* 유사 例: 환경보건위원회(환경오염배상책임보험 심의), 풍수해·지진재해보험심의위원회

#### < 공적 관리 및 지원체계 구축(안) >

▶ (추진체계) 현행 「의료분쟁조정법」상 ‘의료사고보상심의위원회’ 확대·개편 통해 심의 기능 부과  
+ ‘의료사고보상심의위원회’ 기능을 보조할 수 있는 전문 위탁기관 신설 또는 지정

▶ (심사·평가) 의료사고 배상 상품구조 및 지급 절차 등 적절성 심사·평가

\* 보험상품 적정성 심사 탈락 배상상품은 판매 또는 재정지원 제한 검토

- 보장한도, 범위, 적정 보험료 산출 방법 등 심사

- 위험(손해) 평가 방법 및 보험금 지급 의무, 절차 등 심의·감독

- 필수의료 특별배상 지원 및 신속한 의료분쟁 해결을 통한 비용 절감 효과 등 평가

- 불가항력 의료사고 보상 여부 및 보상액 심의(\* 현행 법령에 따른 심의기능)

▶ (재정 지원) 심사·평가 결과 연계, 국고 및 건보 재정을 통한 배상보험료 적정 지원 규모 및  
절차, 방식 등 심의·결정

▶ (보증 및 긴급 지원) 배상 기관 지급 불능 시, 지급 보증 기능 부과 + 보험금 지급 지연불능 또는  
긴급한 치료 비용 등은 피해자에게 긴급 지원하고 배상기관에게 구상

▶ (소통 및 분쟁해결) 환자-의료진 간 소통 및 트라우마 회복 지원 + 가입자-배상 기관 간 분쟁해결 심의

#### < 참고: 바람직한 의료사고 배상 정책 방향 (OECD, '06) >

▶ **충분한 배상력 보장을 위한 보험구조**

- 의료사고 관련 자료 분석에 기반 전문적 위험평가

- 합리적 보험료를 할증/할인 체계 + 예상치 못한 고액 배상을 보장하기 위한 비영리적 배상체계

▶ **민·관 협력에 기반한 공적 배상체계 확립**

- 환자 피해 회복 지원 등을 위한 책임보험 의무화

- 배상력 담보를 위한 비영리 공제조합 혹은 보험자 Pool 마련

- ‘환자 피해보상 기금’(혹은 대불제) 등 공적 기금을 통한 초고액 배상 등에 대한 대비 체계 마련

- 모든 의료 공급자들이 책임보험 가입할 수 있도록 정부가 필요한 보험료 등 지원

- ◆ 의료사고 수사 前 심의 시스템 구축으로 소모적 소환조사 등 수사리스크 최소화
- ◆ 고위험 내재 필수의료는 공익성 등 반영 중대 과실 중심 기소체계 전환

### 1 의학적 전문성 기반 신속 수사체계 마련

- (사전심의 체계) <sup>가칭</sup>‘의료사고심의위원회’ 신설, 본격 수사 前 사실 조사 및 의학적 감정에 따른 필수의료 및 중대 과실 여부 판단

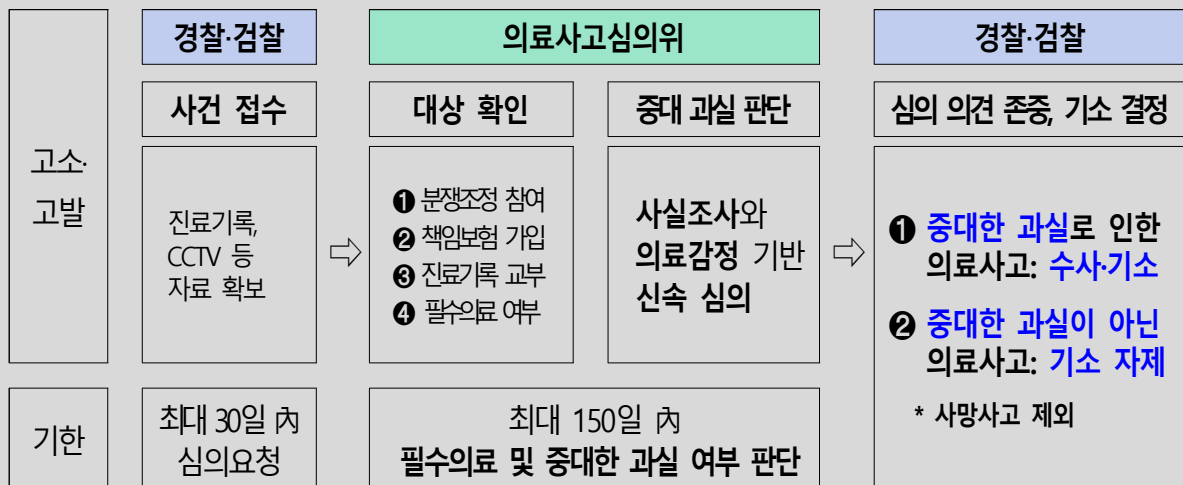
\* 의료계·수요자·법조계 등 참여한 정부 상설 심의기구, 명백한 중대 과실 외 불분명한 경우 심의

- (신속 심의·권고) 최대 150일 內 신속 심의 통해 수사당국에 기소 자제 등 권고, 심의위 판단 前 소환조사 자제\*

\* 필요시 소환조사 아닌 사실관계 중심 서면조사 대체

#### < 가칭 ‘의료사고심의위’ 신설에 따른 신속 수사체계(안) >

- ▶ (심의 대상) ① 분쟁조정 참여 ② 책임보험 가입 ③ 진료기록 교부, 3가지 요건 충족  
+ 심의조사 ④ 필수의료행위로 인해 발생했다고 판단한 의료사고 (\* 사망사고는 제외)
- ▶ (기능) ① 대상 확인: 의료행위의 긴급성, 치명성 등을 고려, 고위험 필수의료 해당 여부  
② 과실 판단: 명백한 주의의무 위반, 의료행위로 인한 환자의 손해(피해) 발생 검토



## 【 '의료사고심의위원회' 심의·운영 방안 】

▶ (구성) 법조계·의료계·환자·소비자단체별 각 추천 전문가 5명(총 15명)

+ 정부·공공기관 3명 등 총 20명\* 내외로 가칭'의료사고심의위원회' 구성

\* 필요한 경우 사건별 의료감정 담당 감정위원(의료계) 1명, 환자 대변인 1명 심의 참여

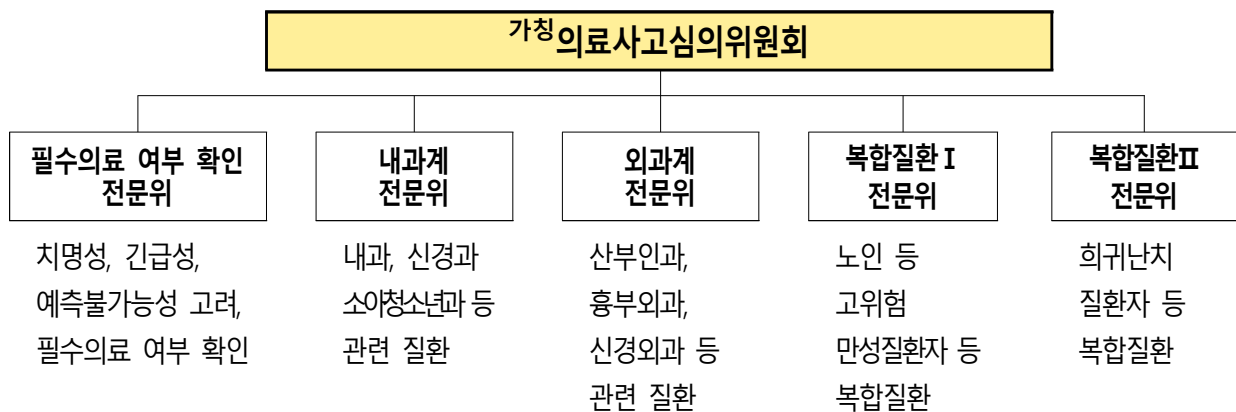
▶ (운영) 가칭'의료사고심의위원회' 산하 내과계, 외과계, 복합질환계 등 의료사고 유형별 5개 전문위원회 구성·운영

- 개별 전문위원회 관련 진료과목별 의료전문가, 법조계, 환자·시민단체 추천 전문가가 참여하여 의학적 근거\*에 기반한 중대 과실 심의

\* ❶ 수사당국이 확보한 사실 자료 + ❷ 의료분쟁절차에 따른 사실조사서 및 의료감정서 등 활용

▶ (지위) 법정 상설 심의기구로서 관련 부처 공무원 참여, 전문적 심의 보조를 위한 지원체계 마련 병행\*

\* (해외사례) ❶ (프랑스) 사법부, 환자, 의료기관 대표 등 참여, 의료사고 사실관계 조사 및 조정·보상 결정  
❷ (일본) 정부 내 의료사고조사위를 두고 의학적 전문성 바탕 사고 조사 결과 제시, 법적 처벌 여부 판단



▶ (심의 권고) 중대한 과실\*로 인한 의료사고는 수사·기소 권고하되,  
중대하지 않은 과실은 기소 자제 권고, 수사·기소 결정의 근거 제공

\* ❶ (명시적 중대 과실) 수술 부위 착오, 수혈·투약 오류 등 명백한 중대 과실은 법률에 명시·판단  
❷ (非명시적 중대 과실) 현저한 주의 의무 일탈 및 피해 발생 과실 등은 심의위원회 내 중대 과실 여부 개별 판단

- 수사당국은 심의 권고를 존중하여 수사·기소 여부 결정하되,  
반복적 사고, 새로운 사실관계 파악 등 특별한 사유가 있는 경우, 예외적 수사·기소

## ② 중대한 과실 중심 형사 기소체계 전환

○ (기본원칙) 엄정한 수사·기소 필요한 중대 과실 의료행위 중심 기소체계 전환으로 합리적 형사체계 확립 ➡ 최선 다한 진료 사법적 보호

- 환자가 의료사고의 원인과 피해에 대한 충분한 실체 규명과 보상이 가능한 여건을 토대로 사법적 보호 적용

\* ① 책임보험 가입 + ② 의료분쟁조정제 참여 + ③ 진료기록 교부 등

○ (사법보호 구체화) 모든 의료행위 당사자 합의 기반 사법보호 + 고위험 수반 필수의료\*는 공익성을 고려한 강화된 사법보호

\* 특정 분야·과목 아닌 국민건강·생명과 직결되며 긴급성, 치명성, 예측 불가능성 높은 의료행위

- 조정성립 또는 합의에 따른 '반의사 불벌'을 폭넓게 인정하되, 사망사고는 중대성을 고려해 필수의료 限 적용 검토

\* 사망사고는 亡者の 의사 대리가 필요하므로 유족 전원 동의 시에만 반의사 불벌 적용

(유사 例) 연명의료결정법 제18조 1항, 환자 의사 확인 불가 시 환자 가족 전원 동의 통해 의사 추정

### < 사망사고 반의사불벌 적용 등 관련 각계 입장 차이 >

- ▶ (환자·소비자) 사망사고의 중대성, 반의사 불벌 의사 대리 불가능하므로 사망 제외 바람직
- ▶ (의료계) 결과가 아닌 원인에 대한 책임이어야 하므로 사망까지 포함해야 충분한 사법적 보호 가능

- 필수의료는 공익성 등을 고려하여 ▲중대 과실 중심 기소(사망 제외)  
▲단순 과실은 분쟁조정, 신속·충분 배상 등 민사적 분쟁 해결

· 필수의료·중대 과실 유형·기준은 법령에 규정하되, 개별·구체적 판단은 전문성을 갖춘 '의료사고심의위'에서 판단·적용

⇒ 의료사고심의위 기소 자제 의견 권고 시 수사·기소가 꼭 필요한 사정이 없는 한 수사당국은 권고 존중 법제화

- 중증·응급 등 필수의료 限 단순 과실 사망사고는 사고 당시 긴급성·구명 활동 등 고려하여 刑 감경/면제

◇ '의료분쟁조정법' 개정 통해 '의료사고심의위' 신설, 반의사 불벌 확대 등 근거 마련, 중대 과실 범위 등 이견 있는 과제에 대해서는 입법 과정에서 사회적 논의를 통해 법제화



## < 참고: 의료사고 형사책임 관련 해외사례 >

▶ 시사점: 해외 각국도 필수의료 기피 해소 등을 위해 의료사고에 대한 적정 형사책임 논의

⇒ 신속하고 충분한 환자 권리구제와 최선 다한 진료에 대한 사법적 보호 병행 제도화

\* 독일에서도 의료행위의 특수성을 고려해 중과실에만 형사책임을 부과할 수 있도록 형법 개정 논의

### ① 영국(잉글랜드): 의료사고 설명의무(Apology law) + 중과실 중심 기소

- (환자권익) 환자 안전을 위해 의료진-환자 소통 강조, 소통 초기 단계부터 조정-중재  
사고 보상액 25,000파운드(약 4,200만 원) 이하는 NHS에서 1일 이내 지급 완료하는 절차 도입 논의\*

\* 신속 보상 절차 논의 취지는 환자들에게 법적 절차로 인한 보상과 신속 보상 중 선택하게 하여  
환자와 NHS 모두 의료사고로 인한 시간과 법정 비용을 절감하자는 목적

- (중과실 기소) 사망 사건 한정 중과실치사죄 적용 + 상해 등 민사 배상으로 해결  
“객관적으로 예상되는 심각하고 명백한 사망 위험” 등 객관적 주의 의무 위반으로 중과실로 판단

### ② 스코틀랜드: 의료사고 설명의무(Apology law) + 중과실 중심 기소

- (환자권익) 잉글랜드와 같이 의료사고 설명의무 부과하며 의료진-환자 소통 강조

- (중과실 기소) 객관적 기준 외 해당 의료행위가 사회적으로 비난 받을만한 행위인지 판단  
특히, Bawa-Garba 사건\* 등 의사가 처한 상황과 노력 여부도 중요한 판단기준으로 작용

\* 소아과 전공의 Bawa-Garba 사건

(개요) Bawa-Garba 담당이던 6세 소년 Jack Adcock 패혈증 사망 후 중과실치사죄 유죄 판결

(NHS 조사) NHS 조사 결과, Bawa-Garba의 주의 의무 위반은 병원 시스템의 문제로 발생

① 전공의를 지도-조력할 전문의 부재, ② 과도한 업무량, ③ 혈액검사 장비 고장, ④ 전문 간호사 부재

⇒ 형사 재판과 별개로 Bawa-Garba에 대한 의료면허는 유지 결정

### ③ 일본: 의료사고 조사 제도 + 중과실 중심 형사처벌 경향

- (환자권익) 사망사고 발생 시, 의료기관 설명의무 + 유족 요청 시, 전문기관\* 의료사고 조사 실시

\* 의사회, 의료관계 단체, 대학병원, 학술단체 등을 조사 전문기관으로 지정

- (중과실 수사) “정상적 의료에서 현저히 일탈한 의료행위(중과실)”에 형사처벌 필요 의견\* 제시,  
수사 전문성 강화를 위한 체계 정비 + 형사 재판상 형사책임 제한 경향 발생(무죄율 20%)

\* '08년 후생노동성은 ‘의료안전 확보 시안’을 발표하며, 관련 내용 제시

### ④ 프랑스: 무과실 보상체계 + 단순 과실 형사책임 제한 + 중과실 형사책임 넓게 인정

- (환자권익) 심각한 의료사고 피해자는 무과실이더라도, 국가가 보상하는 체계 마련

- (형사책임) 단순 과실은 손해 직접 초래 경우로 제한적 인정 + 중과실은 간접 인과성 추정으로 넓게 인정

### ⑤ 오스트리아: 의료행위 동의 의무 강조 + 중과실 외 형사처벌 면책

- (환자권익) 의학적 원칙에 따른 경우라도 환자 동의 없이 진료한 자는 형사처벌

- (형사면책) 의사에게 중대한 잘못이 없고, 의료결과로 인한 노동력 상실이 2주 이내는 형사책임 면제

## 【 의료사고 안전망 구축 기대효과 】

### 환자는

	현행	개선
① 소통 활성화	▶ 사고 경위 설명위로가 충분치 않아 피해자가족 울분 및 고통 해소 미흡	▶ '의료사고 소통' 법제화로 충분한 설명위로, 트라우마 회복
② 의료분쟁 조정 혁신	▶ 의학법 지식 부족 환자 제도 활용 제약 ▶ 공정성·투명성 논란, 수용성 저하	▶ 환자 대변인 등 제도 적극 활용 可 ▶ 공정한 컨퍼런스 감정, 의학적 감정 강화로 수용성 제고
③ 신속·충분 피해구제	▶ 배상체계 미흡, 배상 지연 ▶ 불가항력 의료사고 국가보상 미흡	▶ 책임보험 의무화 ⇨ 신속·충분 배상 ▶ 보상액 현실화 ⇨ 충분한 치료·회복 可

### 의료진은

	현행	개선
① 수사 개선	▶ 장기간 잦은 소환조사로 필수의료 기피 및 방어 진료 발생	▶ '의료사고심의회' 판단 통한 신속 수사 진행 ⇨ 수사리스크 완화
② 사법 불안 해소	▶ 단순 과실도 기소·처벌될 수 있다는 형사처벌 불안감 팽배	▶ 중대 과실 기소 체계로 전환 ⇨ 소신 진료 여건 마련
③ 고액 배상 부담 완화	▶ 고액 배상 판결 등으로 개별 의료인/의료기관 부담 가중	▶ 쉼 의료기관 책임보험 가입 의무화, 고위험 필수과 보험료 지원 등 ⇨ 고액 배상 부담 완화



- ◇ 분쟁조정, 신속한 피해구제로 소송 의존적 의료사고 분쟁 해결 탈피
- ◇ 중대한 과실은 엄격히 처벌하되, 최선 다한 진료는 사법 리스크 해소