

한의학정책

The Journal of Korean Medicine Policy

2017 제5권 제1호 (Volume 5 Number 1 Aug 2017)



한의학 주요사업 추진경과와 시사점

- 한의표준임상진료지침 개발 사업의 현황과 과제
- 추나요법 급여화 시범사업의 현황과 과제
- 의·한 협진 시범사업의 추진현황 및 시사점
- 한의학 공공인프라 구축사업의 현황과 쟁점

통계로 보는 한의학 현황

- 한국한의학연구원을 통해 본 한의학 연구개발 현황
- 통계로 보는 한의 의료서비스 현황



한국한의학연구원

KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

한의학정책

The Journal of Korean Medicine Policy

2017 제5권 제1호 (Volume 5 Number 1 Aug 2017)



한의학 주요사업 추진경과와 시사점

- 한의표준임상진료지침 개발 사업의 현황과 과제
- 추나요법 급여화 시범사업의 현황과 과제
- 의·한 협진 시범사업의 추진현황 및 시사점
- 한의학 공공인프라 구축사업의 현황과 쟁점

통계로 보는 한의학 현황

- 한국한의학연합을 통해 본 한의학 연구개발 현황
- 통계로 보는 한의 의료서비스 현황



한국한의학연구원

KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

한의정책

2017 제5권 제1호 (Volume 5 Number 1 Aug 2017)



- ● ISSN 2288-4408
발행일 2017년 8월
- ● 발행인 이해정
발행처 한국한의학연구원
주소 34054
대전광역시 유성구 유성대로 1672
(전민동 461-24)
- ● 편집처 한의기술표준센터 정책표준기획팀
Tel (042) 868-9375
Fax (042) 869-2703
E-Mail janesky@kiom.re.kr
- ● 인쇄처 신진기획인쇄사 (042) 638-7887

'한의정책'에 실린 모든 내용은 필자 개인의 의견으로서 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝힙니다.
본 저널에 실린 내용은 출처를 명시하여 인용할 수 있습니다.

Contents

발간사	03
이혜정 한국한의학연구원 원장	

제3차 한의약육성발전종합계획 세부과제 추진 현황	05
----------------------------------	----

▶ 한의약 주요사업 추진경과와 시사점

한의학표준임상진료지침 개발 사업의 현황과 과제	08
김동수 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원	

추나요법 급여화 시범사업의 현황과 과제	21
임병목 부산대학교 한의학전문대학원 교수	

의·한 협진 시범사업의 추진현황 및 시사점	32
박지은 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원	

한의학 공공인프라 구축사업의 현황과 쟁점	46
이준혁 한국한의학연구원 정책표준기획팀 책임연구원	

▶ 통계로 보는 한의약 현황

한국한의학연감을 통해 본 한의약 연구개발 현황	58
김동성 한국한의학연구원 정책표준기획팀 연구원	

통계로 보는 한의 의료서비스 현황	62
박지은 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원	

▶ 한의정책 저널 소개

한의정책 구독 안내	69
------------------	----

발간사

제3차 한의약육성발전종합계획('16~'20)은 한의약 육성과 발전을 통해 국민 건강을 향상하고 국가경쟁력을 제고하고자 수립한 국내 유일의 한의약 관련 종합 계획으로, 정부가 그린 세 번째 큰 그림입니다. 이후 다양한 부처와 분야에서 계획을 성공적으로 추진하기 위해 활발한 노력을 하고 있습니다. 2016년이 제3차 종합계획 수행을 위한 추진 체계와 기반을 마련하는 한해였다면, 2017년은 추진체계와 시행계획에 따라 개별과제를 구체적으로 실행해 나가는 한해라 할 수 있습니다.

이번 「한의정책」은 제3차 종합계획을 통해 추진 중인 과제 중 보건의료서비스와 긴밀한 연관이 있는 대표 과제(한의표준임상진료지침사업, 추나요법 시범사업, 의·한의 협진 활성화 시범사업, 한의약 공공인프라 설계 사업)를 선정하고, 추진 현황과 시사점을 살펴보고자 합니다. 아울러 그동안 연구원에서 발간한 한국한의약연감과 한의약산업실태조사 자료를 정리하여 한의약 R&D와 의료서비스 분야의 동향을 살펴보는 자리도 마련했습니다.

모쪼록 「한의정책」이번호가 한의약 정책 수립자와 연구자는 물론 관련 종사자에게 의미 있는 자료로서 널리 활용될 수 있기를 기대합니다. 「한의정책」저널에 지속적인 관심과 조연을 부탁드립니다.

한국한의학연구원 원장 이혜정

제3차 한의약육성발전종합계획 세부과제 추진 현황

2016년 제3차 한의약육성발전종합계획('16~'20)이 수립된 이후 각 분야별로 다양한 사업이 추진되었다. 2016년에는 각 과제의 추진 체계와 기반을 마련하고 일부 과제는 시범사업이 추진되기도 했다. 2017년에는 추진 체계와 시행계획에 따라 각 부처와 지자체, 유관기관 등이 협력하여 개별과제를 구체적으로 실행하고 있다.

구 분	2016년도 추진 실적	2017년도 추진 계획
주요 특징	제3차 종합계획 수행을 위한 추진 체계 및 기반 마련	추진 체계 · 시행계획에 따른 개별과제 실행
I. 한의표준 임상진료지침 개발 · 보급을 통한 근거 강화 및 신뢰도 제고	<ul style="list-style-type: none"> 「근거중심한의약추진위원회」 및 「한의 표준 임상진료지침 개발사업단」 출범(2월) 한의표준임상진료지침 30개 질환 선정(7월) 	<ul style="list-style-type: none"> 세부과제별 한의표준임상진료지침 연구 진행(1월~) 임상정보 공유 및 데이터 축적 위한 통합 임상정보센터 구축(12월)
II. 보장성 강화 및 공공의료 확대를 통한 한의약 접근성 제고	<ul style="list-style-type: none"> 「한의약보장성강화 T/F」구성 · 운영(2월~) 의 · 한의 협진 활성화 1단계 시범사업 시행(7월) 추나요법 급여화를 위한 「한방물리요법 급여화 자문단」 운영(8~11월) 영유아, 청소년, 취약아동 건강증진 프로그램 개발(11월) 	<ul style="list-style-type: none"> 추나요법 건강보험 시범사업 시행(2월) 의 · 한의 협진 활성화 2단계 시범사업 시행(10월) 장애인 · 성인 한의약 건강증진 프로그램 개발(11월) * 영유아, 청소년, 취약아동 프로그램 시범 사업 실시
III. 기술혁신과 융합을 통한 한의약 산업 육성	<ul style="list-style-type: none"> 한의약 공공인프라(GMP, GLP, 표준탕약 조제시설) 추진 계획 마련(12월) 한약제제 활성화를 위한 「한약제제발전 협의회」구성 · 운영(8월~) 	<ul style="list-style-type: none"> 한의약 공공인프라 설계(12월) 원외탕전실 평가인증기준 마련(상반기) 한약제제 발전협의회 실무협의체 운영 및 세부과제별 개선 추진(하반기) 한의약 효과규명을 위해 국제공동임상연구 추진(1월~)
IV. 선진인프라 구축 및 국제경쟁력 강화	<ul style="list-style-type: none"> 한약진흥재단 설립(1월) 제15차 한 · 중동양의학협력 조정위원회 개최(5월) 컨설팅 · 홍보관 운영 등을 통한 한의약 해외환자 유치 증가 ('15년 1.3만명→'16년 약 1.8만명) 	<ul style="list-style-type: none"> 한약진흥재단 기타 공공기관 신규지정(2월) 및 정책지원 강화(12월) 한의약 국제표준 제정 참여 강화(연중) * WHO ICD 11 개정판, ISO 표준안 국제행사 등*에 한의약 홍보관 및 한의 진료소 운영 * 명동홍보관(4월~), 제천국제한방바이오산업 엑스포(9월), Medical Korea 2017 (10월)

출처 보건의복지부, 제3차 한의약육성발전종합계획 2017년도 시행계획 재인용



한의학 주요사업 추진경과와 시사점

- 한의표준임상진료지침 개발 사업의 현황과 과제
김동수 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원
- 추나요법 급여화 시범사업의 현황과 과제
임병목 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- 의·한 협진 시범사업의 추진현황 및 시사점
박지은 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원
- 한의학 공공인프라 구축사업의 현황과 쟁점
이준혁 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 책임연구원

한의표준임상진료지침 개발 사업의 현황과 과제

김 동 수 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원

1. 들어가며

작년 한의약 관련 종합적인 육성 정책인 ‘한의약육성발전종합계획¹⁾’의 3차 계획이 수립되었다. ‘제3차한의약육성발전종합계획(이하 3차계획)’은 ‘한의표준임상진료지침 개발·보급’을 첫 번째 성과목표로 계획의 전면에서 제시하여 기존의 1차와 2차 계획과는 달리 임상근거 확보가 계획의 가장 중요한 특징임을 분명히 하였다. 그리고 이에 대한 의지로 보건복지부는 2021년까지 한의표준임상진료지침 개발 대상 30개 세부질환을 최종 확정하였으며, 총 300억 원의 사업비를 투입할 예정이다. 또한 사업을 실질적으로 운영할 ‘한의표준임상진료지침 개발사업단(이하 사업단)’이 2016년 2월에 공식 출범하여 한의표준임상진료지침의 개발과 함께 평가·인증, 그리고 확산 역할을 현재 수행하고 있다.

2. 한의임상진료지침 개요

(1) 임상진료지침 개요

임상진료지침(Clinical Practice Guideline, CPG)은 “특정한 상황에서 임상 의사와 환자의 의사결정을 돕기 위해 체계적으로 정리하여 서술한 진술(Field MJ 외,

1) ‘한의약육성발전종합계획’은 한의약육성법에 근거한 한의약의 육성·발전 등에 관한 종합계획으로 2005년부터 보건복지부 장관이 관계부처와 협의하여 5년마다 수립함.

1990.)”로 최근 근거중심의학(Evidence Based Medicine, EBM) 사상이 확대되면서 임상진료지침에 대한 중요성이 커지고 있다.

임상진료지침을 개발하는 대표적인 목적은 첫째 근거 중심의 명확하고 접근 가능한 표준 제공, 둘째 외래 및 입원 환자를 대상으로 보다 용이하고 객관적인 임상적 의사결정, 셋째 전문가의 업무 수행 평가 척도 제공, 넷째 업무의 부담 제정, 다섯째 최신의 가장 적절한 의료에 대한 환자 및 의료인 대상 교육 가능, 여섯째 보건의료서비스의 비용-효과 개선이다(김제신 외, 2013). 이처럼 임상진료지침은 단순히 임상 의사들만을 위한 것이 아니라 환자, 교육자, 정책결정자에게도 활용도가 높다. 특히 우리나라 뿐만 아니라 외국에서도 임상진료지침은 적절한 의료제공에 대한 평가 도구로 활용되어 건강보험의 보험급여 및 심사기준 등의 여러 보건의료정책에 반영되고 있다(신인순, 2012).

임상진료지침의 활용이 커짐에 따라 주요 국가들에서도 임상진료지침 개발과 확산 노력을 기울이고 있다. 미국, 캐나다, 유럽, 호주 등 주요 국가들은 임상진료지침 개발 비용은 주로 정부가 지원하고 대신 전문가 조직이 임상진료지침을 개발하고 확산하는 형태의 정부와 전문가 집단 공동작업 방식으로 1990년대 초부터 기반을 구축하기 시작하였다(신인순, 2012).

(2) 기존 한의임상진료지침

이러한 상황에서 국내 한의계도 2005년부터 표준화된 한의진료 모델을 제시하기 위하여 임상진료지침 개발에 관심을 기울였으며, 매뉴얼 작성 및 질환별 임상진료지침을 개발하여왔다. 현재까지 개발된 한의임상진료지침은 총 32편이며 초기에는 전문가 의견을 중심으로 지침을 개발하였으나 점차 체계적인 문헌 고찰을 담은 근거기반 방법론을 채택하고 있다.

〈표 1〉 현재까지 개발된 한의임상진료지침

	지침 명	개발기관	개발년도
1	교통사고 상해증후군 추나요법 진료지침서	척추신경추추나의학회	2005
2	질환별 임상진료지침 마련을 위한 매뉴얼 개발	대한한의사협회	2006
3	임상진료지침개발연구-경추부질환	대한한의사협회	2007
4	임상진료지침개발연구-요추부질환	대한한의사협회	2007
5	한의를 위한 신종인플루엔자(H1N1) 예방 및 환자관리지침	대한한의사협회 신종인플루엔자 한의임상연구위원회	2009
6	금연침 시술 및 환자 상담 가이드라인	대한한의사협회	2010
7	교통사고상해증후군WAD: Whiplash-associated Disorders 한의진료가이드	척추신경추추나의학회	2010
8	화병 진료지침 개발 연구	한방신경정신과학회 화병연구센터	2010
9	난임 한방임상진료지침	대한한의사협회 저출산, 고령화 특별대책위원회	2010
10	경향통의 침구임상 진료지침	침구학회	2010
11	요통의 침구임상 진료지침	침구학회	2010
12	슬통의 침구임상 진료지침	침구학회	2010
13	한의 일차진료 임상매뉴얼 작성지침 개발	대한한의사협회 한의학정책연구원	2011
14	학회 아카데미 과정 임상 기초 & 심화 & 클리닉 과정(처방 Protocol)	대한상한금궤의학회	2009/2010/2011
15	고혈압 일차진료 매뉴얼 Ver 2	대한한의사협회	-
16	당뇨병 일차진료 매뉴얼 Ver 2	대한한의사협회	-
17	비만환자에서의 방풍통성산 투약지침	한방비만학회	2012
18	비만환자에서의 방기황기탕 투약지침	한방비만학회	2012
19	화병 임상진료지침개발	보건복지부	2013
20	경향통의 침치료 진료지침	보건복지부	2013
21	요통의 침치료 진료지침	보건복지부	2013
22	슬통의 침치료 진료지침	보건복지부	2013
23	요추 추간판 탈출증 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2013
24	아토피피부염 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2014
25	족관절염좌 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2015

	지침 명	개발기관	개발년도
26	견비통 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2015
27	특발성 안면신경마비 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2015
28	한의 암치료의 임상 가이드라인	대한암한의학회	2015
29	사상체질병증 임상진료지침 개발	경희대학교	2015
30	교통사고 상해 증후군 한의진료가이드	척추신경추추나의학회	2015
31	비만 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2016
32	우울증 한의임상진료지침	한국한의학연구원	2016

자료 2011년 이전은 『이명수 외. EBM 기반 한의임상진료지침 개발. 한국한의학연구원, 2013.』을 참고하였으며, 2012-2015년은 『보건복지부. 제3차한의약육성발전종합계획, 2016.』을 참고함. 그 외 2016년도 출판된 임상진료지침 2건을 추가함.

(3) 한의임상진료지침 내용

한국한의학연구원은 2013년도부터 한의임상진료지침을 체계적으로 개발하고 있다. 그 개발 경험을 바탕으로 일반적인 임상진료지침과 구분되는 한의임상진료지침의 특성을 반영한 개발 매뉴얼인 「한의임상진료지침 개발 보고 가이드(Preferred Reporting Items for DEvelopment of Clinical Practice Guideline in Korean Medicine, PRIDE-CPG-KM)」를 개발하였다. 이에 따르면 한의임상진료지침은 5개의 구성에 40개 검토 항목을 포함한다.

〈표 2〉 한의임상진료지침 내용

구 성	주요 내용
개발방법론(Development Methodology)	<ul style="list-style-type: none"> • 22개 검토항목 • 필수적인 방법론적 요소 기술
질환의 개요(Overview of diseases/symptoms)	<ul style="list-style-type: none"> • 사용자 이해를 돕기 위해 질환의 전반적인 진단 및 치료 기술
권고사항(Recommendation)	<ul style="list-style-type: none"> • 권고 도출을 위한 근거분석, 권고안 등급체계 기술
실행 및 확산(Implementation and dissemination)	<ul style="list-style-type: none"> • 5개 검토 항목 • 단계별 의사결정 흐름도 제시 • 확산 및 실행에 필요한 다양한 도구 제시
기타(Etc)	<ul style="list-style-type: none"> • 임상진료지침에서 사용한 용어정의, 참고문헌, 부록 등 정리

자료 이명수 외. 韓醫임상진료지침 개발 보고 가이드. 한국한의학연구원, 2015.

이 중 권고사항은 임상진료지침의 가장 핵심적인 부분이다. 한의임상진료지침의 권고안은 각 권고내용별로 권고등급과 근거수준을 제시하고 있다. 근거수준은 문헌 검토 결과를 반영하며 권고등급은 문헌 검토결과와 전문가들의 의견을 종합적으로 반영하여 결정한다. 한국한의학연구원 임상진료지침의 권고등급 및 근거수준의 내용은 <표 3> 및 <표 4>와 같다.

<표 3> 한의임상진료지침의 권고 등급별 정의

등급	정의	표기법
A	근거수준(High)과 편익이 명백하고 임상현장에서 활용도가 높을 경우 권고한다.	사용할 것을 매우 권고함 (Is recommended)
B	근거수준(Moderate)과 편익이 신뢰할만하고, 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 권고의 근거관련 연구의 근거자료가 부족하더라도 임상적 이득이 명백한 경우 부여한다.	사용할 것을 고려해야함 (Should be considered)
C	근거수준(Low)과 편익을 신뢰할 수 없으나, 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 권고의 경우 부여한다.	환자에게 사용할 것을 고려할 수 있음 (May be considered)
D	근거수준(Low 혹은 Insufficient)과 편익을 신뢰할 수 없고, 위대한 결과를 초래할 수 있으면서, 진료현장에서 활용도가 낮은 권고의 경우 부여한다.	사용하지 않을 것을 권고함 (Is not recommended)
GPP	근거중심 의학적 자료가 부족하여 근거수준 (Low 혹은 Insufficient)을 편익을 판단내릴 수 없으나 진료현장에서 활용도가 높아 개발그룹의 경험에 근거하여 부여한다.	임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하였을 경우 권고함

자료 한국한의학연구원, 우울증 한의임상진료지침, 2016.

<표 4> 한의임상진료지침의 근거수준별 내용

수준	내용
높음(High)	추후연구로 효과추정치에 대한 확신 정도가 바뀔 가능성은 매우 낮다.
중등도(Moderate)	추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다.
낮음(Low)	추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다.
불충분(Insufficient)	관련 연구가 전혀 없거나 결과에 대한 근거가 너무 약해서 결론을 내릴 수 없다.

자료 한국한의학연구원, 우울증 한의임상진료지침, 2016.

한국한의학연구원의 한의임상진료지침은 임상한의사들에게 임상진료진료지침이 보다 용이하게 활용될 수 있도록 권고안을 바탕으로 한 임상 의사결정 지원체계(Clinical Decision Support System, CDSS)를 개발하여 수록하고 있다.

3. 한의학표준임상진료지침 사업

(1) 사업 개요

사업의 목적은 한의학표준임상진료지침을 개발·보급하는 것과 통합임상정보센터를 구축하는 것으로 크게 두 가지로 구분되며 세부적으로 한의계의 참여와 동의하에 사업을 추진할 것을 방향제시하고 있다.

‘한의학표준임상진료지침 개발-사업단’ 지원 목적

- 한의약 의료서비스의 질적 제고 및 보장성 강화를 위한 근거 중심 한의 표준 임상진료지침의 개발·보급 및 정보센터 구축
 - 범한의계내 거버넌스를 통해 한의계의 적극적 참여와 동의하에 사업을 추진함으로써 현장 활용 가능한 한의학표준임상진료지침 개발 추진
 - 한의학표준임상진료지침 개발을 통한 한의약의료서비스의 질적 제고 및 보장성 강화 촉진

자료 보건복지부, 2016년도 한의약 R&D 사업 공모안내, 2015.

사업은 총 6년으로 구성되며 3년을 단위로 두 단계가 구분된다. 매년 50억원 정도의 사업비가 지원될 예정이며 임상연구 수행 결과를 담은 진료지침 30건 개발과 통합임상정보센터를 구축하고 운영하는 것이 주된 사업 방향이다. 주목할 점은 2단계에서 개발된 임상진료지침의 확산 노력 여부를 요구 성과로 본다는 점이다. 특히 건강보험과 연계된 수가개발을 명시한 점은 본질적인 확산 방법이면서도 한의계 건강보험에 중요한 의의를 주는 것으로 보여 진다.

〈표 5〉 한의표준임상진료지침 개발 사업의 단계별 목표 성과

단 계	기 간	단계별 최소요구 성과
1단계	3년 이내	<ul style="list-style-type: none"> • 근거기반 진료지침 개발 및 인증 20건 (2차년도 10건 완료, 3차년도 추가 10건 완료) • 기존 진료지침 임상연구 수행 완료(3차년도 10건 완료) • 통합정보센터(가칭) 운영체계 개발, 시스템 구축·운영 • 본부과제(연구자 대상 인력교육 등) 수행 완료
2단계	3년 이내	<ul style="list-style-type: none"> • 1단계 개발 완료된 진료지침의 임상연구 수행 완료 20건 (5차년도 10건 완료, 6차년도 추가 10건 완료) • 통합정보센터(가칭) 운영·관리 • 개발된 임상진료지침 활용(건강보험 수가개발 등 보장성 강화 연계, 한의과대학 교육과정 반영, 면허시험 및 보수교육 반영, 한방병원 수련의 교육과정 반영, 한의약 공공보건프로그램(건강증진사업) 반영) 결과 증빙 자료 제출 • 개발된 임상진료지침의 보급(발간책자 배포 및 한의 임상진료지침 활용 지원센터 홈페이지를 통한 파일 다운로드 총 10만건 이상)

자료 보건복지부, 2016년도 한의약 R&D 사업 공모안내, 2015.

(2) 임상진료지침 개발 질환

임상진료지침 개발은 기존에 한국한의학연구원 등에서 개발된 질환과 기존에 개발된 적이 없는 질환으로 구분되어 진행된다. 지침이 이미 개발된 질환은 작년에 지침을 전면 검토하고 지침의 근거가 부족한 부분에 대한임상연구를 2년간 진행한 후 임상연구 결과를 반영하여 지침을 최종 개정한다. 반면 지침이 개발되지 않은 질환은 올해 말까지 먼저 지침을 개발한 후 3년간 임상연구를 진행하고 이후 마찬가지로 해당 임상연구 결과를 반영하여 지침을 최종 개정한다. 30개 질환은 아래와 같다.

〈표 6〉 2017년 현재 한의표준임상진료지침 개발 30개 과제명 및 주관연구기관

구분	No	과제명	주관연구기관
지침 개발	1	중풍 한의표준임상진료지침 개발	동국대학교 경주캠퍼스 산학협력단
	2	감기 한의임상진료지침 개발 및 근거창출 임상연구	부산대학교 한방병원
	3	알레르기 비염 한의표준임상진료지침 및 보장성 강화를 위한 의료기술 개발 연구	우석대학교 산학협력단
	4	현훈(어지럼증)의 한의표준임상진료지침 개발	경희대학교 산학협력단

구분	No	과제명	주관연구기관	
지침 개발	5	수술 후 증후군 한의표준임상진료지침	가천대학교 산학협력단	
	6	교통사고상해증후군의 한의표준임상진료지침개발 및 근거찰출 임상연구	부산대학교 한방병원	
	7	월경통 한의표준임상진료지침 개발	경희대학교 산학협력단	
	8	기능성소화불량의 한의표준임상진료지침 개발	경희대학교 산학협력단	
	9	불안장애의 한의표준임상진료지침 개발 및 임상연구	동국대학교 경주캠퍼스 산학협력단	
	10	고혈압 한의임상진료지침 개발	우석대학교 산학협력단	
	11	퇴행성 요추 척추관 협착증 한의표준임상진료지침 개발	부산대학교 한방병원	
	12	편두통 한의 표준임상진료지침 개발	원광대학교 광주한방병원	
	13	치매 한의표준임상진료지침 개발	대전대학교 산학협력단	
	14	수족냉증 한의표준임상진료지침 개발	상지대학교 산학협력단	
	15	파킨슨병에 대한 한의치료기술(한약, 침, 뜸, 기공 등) 임상진료지침의 개발 및 근거평가 임상연구	경희의료원	
	16	지속성/만성 피로의 한의표준임상진료지침 개발	상지대학교 산학협력단	
	17	턱관절 장애의 한의표준임상진료지침개발 및 근거찰출 임상연구	경희대학교 산학협력단	
	18	갱년기 장애 및 폐경기 후 증후군의 한의표준임상진료지침	동국대학교 경주캠퍼스 산학협력단	
	19	암 관련증상완화 한의표준임상진료지침 개발 -소화기암, 폐암등을중심으로	경희대학교 산학협력단	
	20	암 관련증상완화 한의표준임상진료지침 개발 -소화기암, 폐암등을중심으로	경희대학교 산학협력단	
	21	불면장애의 한의표준임상진료지침 개발	동의대학교 산학협력단	
	22	자폐스펙트럼장애 한의표준임상진료지침 개발	경희대학교 산학협력단	
	임상 연구	1	자폐스펙트럼장애 한의표준임상진료지침 개발	동신대학교 산학협력단
		2	안면신경마비 한의표준임상진료지침 임상연구	우석대학교 산학협력단
		3	견비통의 한의표준임상진료지침 임상연구	원광대학교 광주한방병원
		4	경항통의 한의표준임상진료지침 수용개작 및 임상연구	자생의료재단
5		만성 요통 증후군의 한의임상진료지침 개발 연구	경희대학교 산학협력단	
6		슬통 한의임상진료지침 임상연구	세명대학교 산학협력단	
7		요추 추간판 탈출증의 한의표준임상진료지침 임상연구	경희대학교 산학협력단	
8		화병 한의표준임상진료지침 임상연구	경희대학교 산학협력단	

자료 한의표준임상진료지침 개발사업단 내부자료(3) 한의표준임상진료지침 사업단

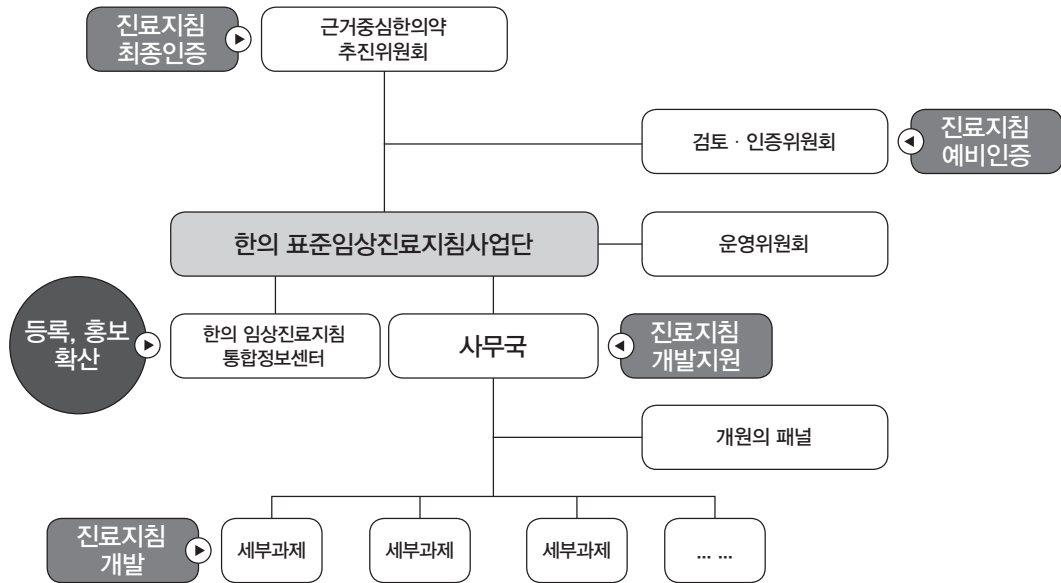
앞서 밝힌 것처럼 사업단은 임상진료지침 개발·보급과 함께 이와 관련된 제반 사업들을 실행하는 것을 목적으로 하는 조직이다. 현재 정석희 단장(경희대 한방재활의학과 교수)과 김종우 부단장(경희대 한방정신과 교수)을 중심으로 한약진흥재단 산하에 구성되어 있다. 사업단은 지원 목적(표 1 참조)을 바탕으로 미션과 비전, 핵심 가치를 제시하고 있는데 명확히 ‘한의 임상 근거 강화’를 내세우고 있다.

한의표준임상진료지침 개발-사업단

- 미션
 - 한의진료의 근거를 강화하여 신뢰도를 높이고 보장성 확대에 기여한다.
- 비전
 - 한의 표준임상진료지침의 개발 및 보급
 - 근거 창출을 위한 임상연구 지원
 - 한의 연구자 양성 및 역량 강화
 - 한의 임상자원의 정보화
- 핵심가치
 - 근거중심
 - 공공성 확보
 - 열린 전문성
 - 소통과 화합
 - 국민건강 증진

자료 한의표준임상진료지침 개발사업단. 2017년도 임상진료지침개발 전문가·개발자 합동회의. 2017.

사업단은 임상진료지침이 활성화되기 위해서는 한의계의 협조와 동의가 반드시 필요하다는 인식하에 개발부터 인증과 홍보까지 한의계와 함께 하기 위한 체계를 구성하였다. 특히 임상진료지침 개발 사업 관련한 전반에 대해 자문의 역할과 함께 가장 중요한 사업방향을 설정하는 ‘근거중심 한의약 추진위원회’를 대한한 의사협회, 대한한 의학회, 한국한 의학연구원 등 범한의계 거버넌스 형태로 구성하였다. 복지부에 의하면 ‘근거중심 한의약 추진위원회’를 구성한 배경으로 ‘지침 개발이 필요한 질환 선정과정에서 한의계 대표 의견제시, 개발 지침 인증, 사업 운영 전략 등 주요 사안에 대한 think tank 기능 등 실질적 기능을 수행하여 범한의계 참여 및 지지 유도’를 제시하고 있다(보건복지부, 2016년도 한의약 R&D 사업 공모안내, 2015.). 또한 임상진료지침 개발 과정에 임상 한의사들의 의견을 적극적으로 받아들이기 위해 개원의 패널을 구성하여 운영 중이다.



〈그림 1〉 한의표준임상진료지침 개발사업단 조직도

자료) 한의표준임상진료지침 개발사업단, 한의CPG개발 기본교육, 2016.

4. 결론

근거기반 의료가 강조되고 있는 요즘, 정부 및 한의계의 협력을 통해 한의 임상진료지침 개발이 본격화 되고 있다는 점은 국민건강과 한의약 발전의 모든 측면에서 매우 환영할만하다. 그러나 임상진료지침 개발이라는 큰 방향성에 대한 동의에도 불구하고 한의계에서는 본 사업에 대해 다음의 세 가지 우려사항이 조심스럽게 제기되고 있다.

첫째, 현재까지 구축된 한의약 관련 근거가 부족하다는 점이다. 최근 전 세계적인 보완대체의학 임상연구의 증가에도 불구하고 아직 근거의 양이 부족하다는 점은 많은 연구자들로부터 제기되어 왔다. 이(2013)는 한의계에 임상진료지침 개발을 위한 근거 데이터가 부족하며, 이는 의학계에 비해 상대적으로 소수의 국가에서만 연구가 진행되고 있기 때문이라고 상황을 분석한바 있다. 유럽에서도 지난 20년간 CAM 이용은 증가하였으나 이에 반해 근거 구축 연구가 부족하다는 점을 들어 향후 현실 반영한 임상연구 전략 수립이 필요하다고 보았다(FH Fischer, 2014). 이러한 임상 근거의 부족은 임상진료지침의 질을 떨어뜨릴 수 있는데 임상진료지침의 권고등급이 대부분 '근거 부족'으로 판정될 수 있기 때문이다. 한의약 임상연구를 대상으로 한 체계적 문헌고찰 연구들의 대부분이 '근거 불충분'으로 결론 내려진 것에 대해 '청년의사'에서 2015년에 이미 문제제기를 한 바 있다(리뷰 논문 60편 중 단 1편만 '한의학 효과 있다'-청년의사 2015.03.08. 21:12.). 현재 한의 임상진료지침 개발 사업은 질환마다 추가적인 임상연구를 수행할 수 있도록 연구가 구성되어 있어 한의계 임상 근거의 부족을 복지부에서도 충분히 인지하고 있으며 해결하기 위한 노력을 하고 있는 것으로 보인다. 그러나 질환별 한 건의 임상연구는 한의계 현실을 온전히 극복하기는 어려우므로 향후 꾸준한 임상연구 지원을 통한 지침 개정이 필요할 것으로 보인다.

둘째, 임상진료지침이 한의사들에게 부정적으로 인식되어 확산되지 못할 가능성이 있다는 점이다. 외국에서 임상진료지침은 보험 급여 지불 기준으로 활용 되는 등 보건의료 정책들에 반영되어 왔으며 이에 대한 의료계의 반응은 부정적이었다(신인순, 2012). 임상진료지침이 행위 규제의 기준이 될 수 있기 때문이다. 이와 유사한 문제가 최근 CAM 분야에서도 발생하였다. 영국은 NICE(National Institute for

Clinical Excellence)에 의해 의료기술과 신약의 효과 및 경제성을 평가하여 전국적인 진료지침을 개발하고 일반 병의원이 해당 지침을 따라야 한다. 그러나 NICE는 2016년 3월 요통(low back pain) 지침에 침치료 권고를 삭제하여 일반 병의원에서의 침치료를 어렵게 하였다(“Acupuncture for low back pain no longer recommended for NHS patients”-the guardian 2016.3.24.). 외국에서는 개발에 대한 중장기 노력보다는 최신 지견을 담은 진료지침을 현장에 활용하기 위한 보급, 확산에 정책적 지원을 강화하고 있다고 한다(신인순, 2012). 한의계에도 임상진료지침의 부정적 인식 변화를 위한 교육과 홍보 등 다양한 방법을 통해 개발된 최신 임상진료지침이 빠르게 임상 현실에 반영될 수 있도록 노력할 필요가 있다. 현재 건강보험심사평가원은 새롭게 개발된 한의임상진료지침을 건강보험의 급여확대 기준으로 활용할 계획을 구상 중인 것으로 보이는데(정형선, 2016), 건강보험과 연계된 인센티브는 확산을 위해 교육과 홍보 이상으로 좋은 방안이 될 것으로 여겨진다.

셋째, 대규모 임상진료지침 개발을 위한 한의계 여건의 부족이다. 한의계 임상 연구 풀은 12개 한의과대학과 자생한방병원 외 몇몇 연구가 가능한 중소 한방병원이 전부이기 때문에 30개 임상진료지침 개발 연구를 동시에 진행하기에 연구 환경이 넉넉지 않다. 또한 제도적인 여건도 어려움이 많은데 침, 뜸과 같은 한의의료기술은 임상연구가 가능하나 기구나 한약, 약침 등을 활용한 임상연구가 제도적으로 수월치 않기 때문이다. 한의 임상진료지침은 6년간 30개 질환을 개발하는 것이 목표인데 이러한 여건의 미비는 목표한 시간내 모든 지침 개발을 어렵게 할 가능성도 있다.

한의 임상진료지침 사업은 한의계 내·외적으로 쉽지 않은 환경 속에서 추진되고 있다. 그러나 이는 한의계의 근본적인 숙원과도 같은 일관되고 근거가 명확한 진료를 제공할 수 있는 발판이 될 것이다. 향후 한의표준임상진료지침 사업단의 사업추진과 더불어 한의 임상계 및 한의 연구계의 협력과 노력이 요구될 것으로 보인다.

참고자료

1. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. 김제신, 황민우, 이준희 외. 사상체질병증 임상진료지침 개발 연구-목적, 개발 전략 및 절차. J Sasang Contitut Med 2013;25(1):23-33
3. 신인순. 국내 임상진료지침의 개발동향과 당면과제. J Korean Med Assoc 2012;55(4):371-378
4. 이명수, 박태용, 이주아, 최태영, 최지애. EBM 기반 한의임상진료지침 개발. 한국한의학연구원. 2013.
5. 보건복지부, 제3차 한의약육성발전종합계획. 2016.
6. 이명수, 이주아, 최태영, 최지애, 전지희. 韓醫임상진료지침 개발 보고 가이드. 한국한의학연구원. 2015.
7. 한국한의학연구원. 우울증 한의임상진료지침. 2016.
8. 보건복지부. 2016년도 한의약 R&D 사업 공모안내. 2015.
9. 한의표준임상진료지침 개발 사업단 내부자료. 한의표준임상진료지침 개발 30개 과제명 및 주관연구기관.
10. 한의표준임상진료지침 개발사업단. 2017년도 임상진료지침개발 전문가·개발자 합동회의. 2017.
11. 한의표준임상진료지침 개발사업단. 한의CPG개발 기본교육. 2016.
12. FH Fischer, G Lewith, CM Witt et al. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine : guidelines for future research. BMC Complementary and Alternative Medicine 2014;14:46-54
13. “리뷰 논문 60편 중 단 1편만 ‘한의학 효과 있다’”-청년 의사 2015.03.08. 21:12.
14. “Acupuncture for low back pain no longer recommended for NHS patients”-the guardian 2016.3.24.
15. 정형선, 김동수, 임병묵, 한동운, 박지은. 한의 표준임상진료지침을 연계한 新수가모형 개발 기획연구. 건강보험심사평가원. 2016.

추나요법 급여화 시범사업의 현황과 과제

임 병 목 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수

1. 개요

추나요법(推拿療法, Chuna manual therapy)은 한의사가 손 또는 신체의 일부분이나 추나테이블 등 기타 보조기구를 이용하여 환자의 신체 구조에 유효한 자극을 가하여 구조나 기능상의 문제를 치료하는 한방 수기요법을 말한다(척추신경추나의학회, 2014). 특히 척추관절계의 모든 구조적 변위에 의하여 발생하는 병리적 현상을 다양한 추나기법을 통하여 경결 혹은 위축된 근육 등에 피동적 운동을 통한 자극을 주거나 변위를 바르게 교정해 줌으로써 신경 등 과 같은 매개체를 통해 뇌 등에 신호로 전달되어 관련 기관의 조절기능을 정상적인 상태로 회복시키는 것이다.

임상가에서 추나기술이 확대되면서 추나요법의 건강보험 급여에 대한 요구들이 지속적으로 제기되었고 2011년에는 대한한의사협회가 추나요법의 급여화 추진을 발표하기도 하였다. 2015년 2월, 보건복지부 산하 건강보험정책심의위원회가 추나요법 급여화를 포함한 ‘건강보험 중기보장성계획’을 내놓음에 따라 추나요법 급여화가 공식화되었고, 마침내 2017년 2월 13일 추나요법 급여화의 시범사업이 시작되기에 이르렀다. 본 고에서는 그간 추나요법 급여화 시범사업의 과정과 시범사업 내용을 살펴보고, 향후 추진 전망에 대해 고찰해 보고자 한다.

2. 추나요법 급여화 추진과정

가. 급여화 추진 전기

추나요법은 1992년 대한추나학회(척추신경추나의학회의 전신)가 출범한 이후 임상 한의사들을 대상으로 확산되기 시작했는데, 추나요법의 확산에는 신준식 회장(초대-10대)을 중심으로 추나기술의 정립과 교육의 표준화가 이루어진 데에 힘입은 바가 컸다. 1999년에 자동차보험에서 한의의료행위들이 급여되기 시작했는데 추나요법은 제한적인 질병범주에서 허용되다가 2005년부터 확대 적용되게 되었다.

2000년대 들어 추나요법을 시술하는 한의사들이 급증하고 많은 환자들이 이용하면서 추나요법을 급여화에 대한 관심이 증가했다. 그러나 추나요법 시술 한의사들이 주축인 척추신경추나 의학회는 추나시술의 질적 하락과 수가 하락을 우려해 추나요법의 급여화에 미온적이었고, 대한한의사협회도 기존 시술들의 수가 상향이 주된 관심이었지 새로운 시술의 급여화를 위한 의지가 강하지 못했다. 다만, 정부나 국회에 대해 한의 급여확대를 요구할 때는 추나요법의 급여화 항목이 포함되었는데, 대표적으로 2011년 ‘한방건강보험 보장성강화를 위한 국회토론회’에서 추나요법의 급여화가 제안되기도 했다.

나. 척추신경추나학회의 급여화 추진

2012년 척추신경추나의학회 11대 회장으로 신병철회장이 취임하면서 학회 내에서 추나요법 급여화 추진에 대한 전향적 방향 전환이 나타나게 되었다. 많은 추나요법 시술 한의사들 사이에서는 추나요법을 비급여로 유지하고자 하는 의견들이 많았으나, 신병철회장은 장기적인 시각에서 추나요법을 급여화하여 보다 대중화하는 것이 필요하다는 점을 학회 구성원들에게 설득하였다. 소장 회원들을 중심으로 정책 연구모임을 구성하여 ‘추나요법 급여화 대비 연구(고연석 외, 2012)’를 진행하였으며, 아울러 추나요법의 임상적 근거에 대한 국내외 의학 문헌을 탐색하여 ‘추나요법의 임상적 유효성에 대한 연구’(고연석 외, 2014) 보고서를 발간하였다.

이 보고서는 임상연구 문헌에 대한 검토를 통해 추나요법이 경부통, 요통, 경추부 염좌 및 요추부 염좌, 경추증, 경추추간판탈출증, 요추 추간판탈출증, 어깨통증, 어깨관절주위염, 발목염좌, 골관절염, 골다공증, 턱관절장애, 두통, 안면신경마비 등의 다양한 질환에 통계적으로 유의한 증상 개선 효과가 있음을 제시한 것으로서, 보건복지부의 급여화 정책추진과정에서 추나요법 급여화의 타당성을 뒷받침하는 중요한 근거자료로서 활용되었다. 또한 한국한의학연구원표준센터에서 용역발주된 ‘한의학 수기요법 교육 표준안 정책제안 학술용역(신병철, 2015)’을 통하여 추나 교육표준의 기틀을 마련하였다.

다. 정부의 추나요법 급여화 정책 수립

척추신경추나학회와 대한한 의사협회의 협력을 통해, 2015년 1월 9일 개최된 건강보험정책심의위원회(건정심) 소위원회에서는 「'14~'18 건강보험 중기보장성장화계획」에 ‘특히 근골격질환의 추나요법에 대해 효과성 검토, 시범사업 등을 수행하며 타당성 검증을 통해 단계적으로 건강보험을 적용하는 방안을 검토’한다는 내용을 채택하였다. 이는 2월 3일 열린 건정심 본회의에서 아래의 내용으로 최종 확정되었으며, 구체적으로 보건복지부는 추나요법 시범사업을 거쳐 2018년부터 건강보험에서 추나요법을 급여할 계획이라고 발표하였다.

5. 고액 중증질환에 대한 두터운 보장으로 의료비 안심

② 척추 및 관절 질환에 대한 건강보험 보장 강화(18년)

- (한방물리요법) 국민들의 요구도가 높은 근골격질환의 한방치료 분야에 대하여 건강보험의 보장범위 확대
 - 특히, 근골격질환의 추나요법에 대하여 효과성 검토, 시범사업 등을 수행하며 타당성 검증을 통하여 단계적으로 건강보험을 적용하는 방안을 검토

출처 보건복지부, 2014-2018 건강보험중기보장성장화계획, 2015.

「'14~'18 건강보험 중기보장성 강화계획」의 후속 조치를 위해 2015년 12월~2월 사이에 보건복지부 한의약정책과와 건강보험심사평가원의 수가개발2부에서 추진계획안들이 수립되었으며, 2016년 8월~11월 중에 ‘한방물리요법 급여화 자문단’ 회의가 8차에 걸쳐 열렸다. 보건복지부, 건강보험심사평가원, 한의사협회, 한방병원협회, 한방척추신경추나의학회, 한방재활의학과학회, 부산대한방병원 등이 참여한 자문단 회의에서 기존 학계, 학회, 임상에서 정립된 추나요법 행위분류를 바탕으로 추나요법 건강보험 시범사업의 행위분류 및 수가체계(안)를 마련하였고, 이 결과는 12월 20일 열린 제19차 건강보험정책심의위원회에 「추나요법 시범사업 추진계획」(보고안건 제2016-19-05호, '16.12.20)으로 보고되었다.

라. 추나요법 급여화 시범사업 추진방안 연구

추나요법에 대한 공식적인 급여화 추진계획이 발표된 후, 척추신경추나학회는 2015년 5월, 부산대학교 한의학전문대학원 임병묵교수팀에 ‘추나요법의 건강보험 급여 시범사업 시행방안 연구’를 의뢰하였다. 연구팀은 추나요법의 현황을 파악하기 위해 온라인 설문조사와 추나 전문한의사 면접조사를 수행하였고, 자동차보험의 추나요법 진료통계를 분석하여 건강보험 급여화의 시사점을 도출하였다. 아울러 추나요법 각 행위들에 대한 상대가치를 산출하였으며, 산출된 수가를 토대로 급여확대 시 재정추계를 하였다. 최종적으로 추나요법 급여화 시범사업의 모형을 개발하여 제시하였다.

이 추진방안 연구보고서는 시범사업의 세부 계획을 수립하는데 활용되었으나 실제 시범사업을 도입하면서 항목에 따라 선별적으로 선택되거나 변경된 내용들이 있었다. 우선 시범사업 참여기관 선정에 대해 연구보고서에서는 1안) 일부 지역을 한정하여 모든 지역 내 한방병원을 포함시킴, 2안) 일부지역을 한정하여 참여 기관을 선발, 3안) 전국을 대상으로 일정 개수의 참여기관을 선정하는 안을 제시하였는데 최종적으로 3안의 형태로 실시되었다. 급여 대상 행위의 경우, 연구보고서에서는 단순과 복잡으로만 제시하고 특수는 배제했으나 시범사업에서는 단순, 전문, 특수로 지칭하고 세 행위를 모두 포함시켰다.

3. 추나요법 급여화 시범사업 내용

2017년 1월, 전국 한의원, 한방병원으로 대상으로 한 시범사업 선정과정을 거쳐 65개 한방병의원(50개 한의원, 15개 한방병원)이 시범사업 기관으로 선정되었다. 2월 9일 시범사업 설명회를 거쳐 2월 13일 마침내 추나요법 급여화 시범사업이 시작되었다.

시범사업의 주요 내용은 다음과 같다.

가. 시범사업 급여 기준 행위

적응증, 시술방법 등에 따라 7개 세부 추나행위기법으로 나누고, 이를 난이도, 안전성에 따라 ‘단순’, ‘전문’, ‘특수’로 분류하였다. 건강보험 시범사업 대상을 ‘근골격계질환의 추나요법’으로 한정하여 非근골격계 추나요법 2종(내장기 추나, 두개천골추나)은 시범사업에서 제외하였다.

〈추나요법 건강보험 시범사업 행위분류〉

추나 세부기법	시범사업 행위분류	시범사업 대상범위
관절가동추나	단순추나	추나요법 시범사업 대상 (근골격계)
근막경근추나		
관절신연추나		
관절교정추나	전문추나	시범제외(非근골격계)
탈구추나	특수추나	
내장기추나*	(특수추나)	
두개천골추나*		

* 단순 : 상대적으로 난이도가 낮고 안전성이 높은 추나요법으로, 관절의 정상적인 생리학적 운동범위 내의 추나기법(관절가동/신연/근막경근추나) / 15~20분 내외 소요

* 전문 : 단순에 비해 난이도가 높고, 안전성이 더 고려되어야 하는 추나요법으로, 관절의 생리학적 운동범위를 넘는 추나기법(관절교정추나) / 20~25분 내외 소요

* 특수 : 시술에 대한 전문지식 및 안전교육이 필요하며, 난이도가 높고 시술시간*이 긴 추나요법(탈구/내장기/두개천골추나) / 40분 이상 소요

나. 시범사업 대상 요양기관 선정

한방병원과 한의원 중 추나요법 급여화 시범사업에 참여신청을 한 곳 중 보건복지부장관이 지정하여 선정하였다. 시범사업 관리를 맡은 건강보험심사평가원이 2017년 1월 9일~1월 20일 시범기관을 모집한 결과, 483개 한방의료기관이 신청하여 평균 7.4:1의 경쟁률을 보였다. 보건복지부장관은 신청기관 중 한방병원 및 국공립한의료기관 15개소, 한의원 50개소 등 65개소를 시범기관으로 지정하여 2월 7일 통보하였다.

국공립 및 한의대 부속 한방병원을 우선으로 선정하되 환자층의 접근성을 고려하여 지역별 인구 비율과 한방의료기관 전국적 분포 등을 고려하였으며, 척추전문병원 여부, 추나요법 실시현황 및 한방재활의학과 전문의 현황 등도 참고하여 선정하였다.

〈 추나요법 건강보험 시범기관 선정 결과 〉

	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	세종·충남	전북	전남	경북	경남	제주	합계
한방병원	3	1	1	1	1	1	0	2	1	1	0	1	1	0	1	0	15
한의원	12	3	2	1	1	3	1	11	1	2	1	2	1	4	4	1	50
합계	15	4	3	2	2	4	1	13	2	3	1	3	2	4	5	1	65

시범사업 기관들은 의학적 판단에 따라 필요한 추나요법을 제공하며, 시범사업 평가와 관련한 자료 제출 요구에 협조하여야 한다.

다. 수가 산정 및 지불 기준

건강보험에 가입되어 있는 외래환자와 입원환자는 근골격계 질환의 치료를 위해 65개 시범기관에서 추나요법을 받을 경우 건강보험 급여를 적용받을 수 있다. 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내로 보상이 제한된다.

행위분류(단순 또는 전문 또는 특수), 종별 가산율(한의원 또는 한방병원) 등에 따라 수가가 정해지며, 총 4부위 (두·경부, 흉·요추부, 상지부, 골반·하지부) 중 2부위 이상인 경우 수가가 가산된다. 시범사업 수가와 본인부담액은 다음 표와 같다.

〈추나요법 건강보험 시범사업 수가 및 본인부담액〉

(단위: 원)

구분	한방병원		한의원		
	수가*	본인부담액	수가*	본인부담액	
단순추나	1부위	16,857	6,700	16,154	4,800
	2부위이상	25,284	10,100	24,231	7,200
전문추나	1부위	28,466	11,300	27,280	8,100
	2부위이상	42,699	17,000	40,920	12,200
특수추나		64,161	25,600	61,487	18,400

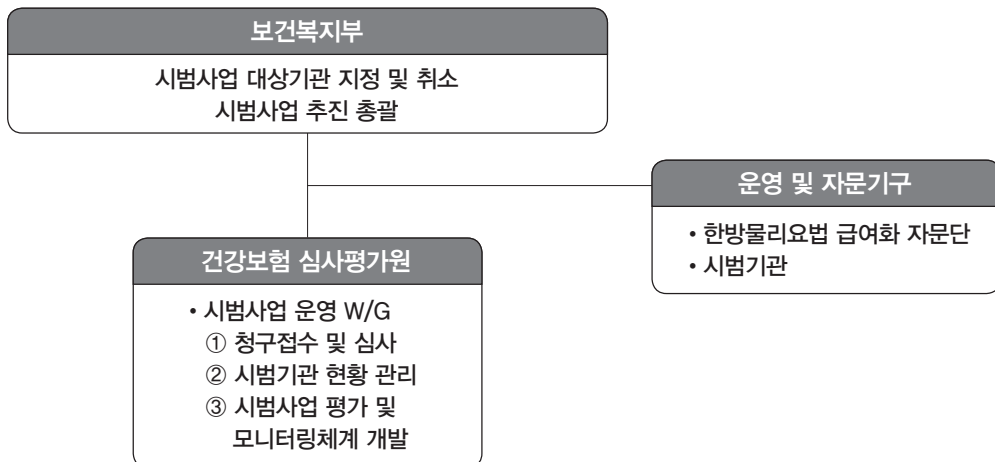
* 종별가산율(한방병원 20%, 한의원 15%), 외래 본인부담률(한방병원 40%, 한의원 30%) 적용 가정

* 의료기관 종별, 본인부담률 등에 따라 실제 수가 및 본인부담금이 달라질 수 있음

라. 시범사업 기간

지침 공고에 따른 시범사업 실시일로부터 1년으로 하되, 사업 성과에 따라 필요시 단축 또는 연장할 계획이다.

마. 시범사업 관리 운영 조직 및 기능



바. 시범사업 평가

건강보험심사평가원은 시범사업의 효과와 타당성 등을 평가하기 위해 2017년 5월 한국보건사회연구원의 황도경박사팀에 평가 연구용역을 의뢰하였다. 연구용역은 2018년 3월까지 진행될 예정이며, 연구용역에서 수행할 주요 연구내용은 다음과 같다.

■ 추나요법의 효과성 분석

- 평가 방법 및 지표 설정
 - 평가 방법 및 지표 설정을 위한 참고문헌 검토
 - 세부 평가영역별 평가지표 개발 및 기준 설정
- 추나요법 효과성 검토
 - 개발한 평가지표를 활용하여 추나요법 효과성 검토

■ 추나요법 급여화 시범사업 타당성 평가

- 시범기간내 청구자료를 활용한 추나요법 실시 현황 파악
(자동차보험 청구경향 및 규모와의 비교 등)
- 비용효과성을 고려한 수가 수준의 적절성 분석
- 시범사업의 문제점 도출 및 개선방안 제시 등
- 추나요법 급여화를 위한 소요 재정 추계
- 추나요법 급여시 기타 한방물리요법에 미치는 영향력 분석

4. 시범사업 추진 과정에서의 고려 사항

가. 소요예산

시범사업 1년간 건강보험공단이 부담할 급여비는 당초 17억원으로 계획되어 있으며, 2017년 2월 9일에 있었던 시범사업 설명회에서 남점순 보건복지부 한의약정책과장은 사업진행 상황에 따라 시범사업 급여액이 증가될 수도 있다고 밝혔다. 아직 추나요법 청구 건에 대한 데이터와 모니터링 결과가 공개되고 있지는 않은 상태이나 일부 시범사업 참여 한의사들에 따르면 그간 비용이 높아 받지 못하였던 추나요법을

받으려는 환자수가 늘고 있다는 반응들이 나타나고 있어 시범사업 급여액은 예산 규모를 넘어설 수 있다.

시범사업을 이용하는 환자수가 많다는 것은 한편으로 시범사업이 성공적이라는 평가를 받을 수 있는 요인이 될 수도 있으나, 다른 한편으로는 보험자의 재정 부담 우려를 증가시킬 수도 있다. 급여비 지출액이 추계액 보다 상당한 정도로 증가할 경우 시범사업의 주체인 건강보험심사평가원에서는 시술 횟수 제한과 같은 급여 기준의 변경을 고려할 가능성도 있다.

나. 시범사업 평가

시범사업이 본 사업으로 확대될 수 있는지는 시범사업 평가결과에 따라 좌우된다. 이번 6월부터 본격적으로 수행될 시범사업 평가는 앞서 소개한 바와 같이 크게 추나요법의 효과성과 시범사업의 타당성으로 구성되어 있다. 그런데 연구제안서가 요구하는 추나요법의 효과성 분석은 ‘개발한 평가지표를 활용하여 효과성을 분석’한다는 정도로 구체적이지 않게 기술되어 있다. 통상적으로 특정 요법의 효과성은 임상시험이나 지역사회실험 등 다양한 형태의 임상연구를 통해 확인하게 된다. 65개의 시범사업 참여기관을 통해 환자에게 시술되는 추나요법의 유효성을 평가한다면, 가능한 평가방법은 현실의 진료환경(real-world setting)에서 행해지는 시술을 임상적으로 평가하는 기법인 실용적 임상시험(pragmatic trial)이 될 것이다. 지난 2001년부터 2004년까지 독일에서 수행되었던 ‘일상 진료에서의 침 연구(Acupuncture in Routine Care Study)’가 대표적인 pragmatic trial이다.

연구제안서만으로는 건강보험심사평가원에서 이 정도의 평가연구를 요구하는지는 명확하지 않다. 기존에 추나요법의 유효성과 안전성을 확인하기 위한 임상연구들이 국내외에서 적지 않게 행해지기도 했고, 현재에도 시범사업과 별도로 ‘추나근거창출연구(연구책임자:신병철, 2015.06-2018.05)’가 보건산업진흥원에서 발주되어 추나요법에 대한 임상시험이 진행되고 있기 때문에 추나요법 자체 보다 시범사업의 효과, 즉 사업의 만족도나 효율성, 절차의 적정성 등을 기준으로 평가를 하고자 할 수도 있다. 이는 시범사업평가 연구진과 건강보험심사평가원이 평가 결과의 활용을 감안하여 판단할 것이다.

5. 맺음말

추나요법은 전통적인 수기치료기술을 현대적으로 재구성하여 표준적인 시술법을 마련하고, 체계적인 졸업 후 연수시스템을 통해 한의사들 내의 부분적인 대중화에 성공하였다. 추나요법이 더 많은 의료소비자들에게 활용되는 대중적 시술이 되려면 건강보험 급여화가 필수적이었으나 이에 대해 추나학계는 학문의 질적 하락과 기술의 퇴보를 우려하여 소극적 입장이었다. 2012년부터 추나학계가 급여화를 추진하기로 전향적으로 인식을 전환한 뒤 추나학계는 표준적이라 할 급여화 과정을 거쳤다. 본 추나요법의 급여화 모델이 가장 중요하고 주목받는 이유는 한의계에서 최초로 의과의 급여모형을 따라 행위정의와 수가개발, 재정추계, 시범사업, 본 사업으로 이어지는 최초의 한의의료기술이라는 점이다.

추나요법의 안전성과 유효성에 대한 학술적 근거를 구축하는 한편, 임상적 근거를 토대로 대한한 의사협회와 함께 보건복지부 및 건강보험 담당 부서를 대상으로 적극적으로 정책 제안을 하였다. 외부 환경도 우호적이어서 건강보험 운영 주체인 건강보험공단과 건강보험심사평가원도 추나요법 급여화에 긍정적인 입장이었고, 공익단체들도 한의계의 급여확대를 지원하는 분위기였다. 2015년 추나요법 급여화에 대한 정부 방침이 수립되자 학회 차원에서 추나 수가 모형과 시범사업 모형을 개발하는 등 시범사업에 대한 구체적 대안을 마련하였고, 이는 올해 2월부터 시범사업이 원만하게 착수될 수 있는 바탕이 되었다.

시범사업 착수만으로 전국민 대상 급여화를 낙관할 수는 없으나, 몇몇 시범사업 기관들을 통해 전해지는 의료소비자들의 반응은 추나요법 이용의 문턱이 낮아져 매우 긍정적이다. 급여지출액 관리 등 적절한 시범사업 관리와 시범사업의 효과성과 타당성에 대한 체계적 평가가 더욱 중요한 시점이라 하겠다. 성공적인 시범사업의 결과를 통해 2018년부터 추나요법의 전국민 급여 확대가 이루어지기를 기대한다.

참고자료

- 고연석 외. 추나요법 급여화 대비 연구. 척추신경추나의학회지. 2012;7(2):1-14
- 고연석 외. 추나요법의 임상적 유효성에 대한 연구. 척추신경추나의학회 연구보고서. 2014. 11.
- 보건복지부 보도자료. 한방 추나요법 건강보험 시범사업 65개 기관 지정. 2017. 2. 7.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. 추나요법 시범사업 지침. 2017. 2.
- 보건복지부 한의약정책과. 추나요법 설명자료. 건강보험정책심의위원회 위원 설명자료. 2016. 12.
- 신병철. 한의학 수기요법 교육 표준안 정책제안 학술용역. 부산대학교 연구보고서 (한국한의학연구원 용역연구). 2015.
- 임병목 외. 추나요법의 건강보험 급여 시범사업 시행방안 연구. 부산대학교 연구보고서. 2015. 11.
- 척추신경추나의학회 편저. 추나의학 제2판. 척추신경추나의학회. 2014.
- Claudia Witt, et al. Pragmatic Randomized Trial Evaluating the Clinical and Economic Effectiveness of Acupuncture for Chronic Low Back Pain. American Journal of Epidemiology. 2006;164:487-496.

의·한 협진 시범사업의 추진현황 및 시사점

박 지 은 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원

1. 들어가며

한국은 의과와 한의과가 보건의료제도 내에 공존하고 있다. 각각은 인력, 교육, 의료행위 등을 뚜렷이 구분하고 있으며 독립적인 철학과 규범, 관행 하에서 상호배타적인 이원화 제도를 유지하고 있다. 양자는 협력보다는 긴장 또는 갈등 관계에 있는 것이 사실이지만, 각각이 가진 강약점과 상호보완적 특성을 기반으로 환자 삶의 질을 향상하려고 함께 고민해 온 부분도 있다. 의한협진의 범주나 선호도에 대한 인식 정도는 당사자마다 다른데, 이는 의한협진이 공식적으로 제도화되지 못했던 탓도 있다. 의과와 한의과 사이의 협력의 제도적 환경이 마련된 것은 2010년 진료과 교차개설 및 의료인 교차고용이 허용되면서이다. 그러나 제도 정착 수준은 미흡하다고 평가된다.

복지부는 이후 한의약정책과의 주관하에 2015년 부산대 한방병원에 의한협진 모니터링센터를 설치, 2016년 10월부터 의한협진 활성화 시범사업을 추진하는 등 의한협진을 활성화하기 위한 적극적인 행보를 보이고 있다. 본 고에서는 의한협진이 추진된 배경과 현황, 의한협진 시범사업의 내용을 살펴보고, 다양한 의견을 살펴봄으로써 향후 의한협진 발전 방안에 대해 고찰해 보고자 한다¹⁾.

1) 의한협진(양한방협진, 통합의료 등으로 불리는)의 범주는 합의된 안이 없어 논의하지 않음. 현재의 의료이원화 제도 하에서의 협의의 협진 시범 사업에 대한 내용만을 다룸. 용어는 모두 의한협진으로 통일하여 사용하되, 협진(의과 전문과목 간, 치과 등 타과의 협진 포함)과 의한협진(의과와 한의과 사이의 협진)을 구분하여 사용함.

2. 추진 경과 및 사업개요

가. 초기

의한협진은 1970년대 민간분야에서, 의과대학과 병원, 한의과대학과 한방병원 시스템을 모두 갖춘 경희대에서 최초로 시도한 것으로 알려져 있다. 이후 일부 (한방)병원도 협진에 참여하기는 했으나 교육목적 이상을 벗어나지 못했고, 타 의료기관으로 확산되지도 못했다.

국가 차원에서는 의한협진을 제도화하는데 훨씬 더 오랜 기간이 소요되었다. 정부는 협진을 공식화하기에 앞서 의과와 한의과의 접촉면적을 넓히는 시도를 했다. 1991년에 공공의료기관인 국립중앙의료원에 최초로 한방진료부가 설치되었으며, 1993년에는 복지부에 한방의료담당관이 설치(現 한의약정책관)되면서 한의약 정책이 더욱 활발히 논의되고, 구체화되기 시작했다. 1994년에는 요양병원이 법률로 규정되면서 공식적 민간 의료기관으로서 의사와 한의사가 함께 진료할 수 있는 시험장(場)이 마련되었다.²⁾ 그러나 당시 요양병원의 수는 10여 개 안팎으로 적었으며³⁾, 협진 행위를 인정해주는 수가 항목도 없어 협진을 추진할 의사들의 경제적 유인동기도 없었다.

나. 중기

제도권 밖에서는 다양한 형태로 의한협진이 이루어지고 있었다. 첫 번째 형태는 앞서 언급한대로 의한협진을 표방하는 민간병원으로, 대개 의료법 내에서 한방병원을 중심으로 의과와 협력을 하는 방식으로 운영되었다. 의한협진을 표방하는 한방병원은 1997년 55개소, 2008년에는 112개소로 전체 한방병원의 54.5%(1997년 기준)에서 82.4%(2008년 기준)에 달하는 수준으로, 한방병원의 상당수가 어떤 의미로든 의한간 협력을 하고 있었다(보건복지부, 2016). 이에 반해, 의과가 중심이 되어 한의과와 협력하는 방식이나 의과와 한의과가 동등한 수준으로 환자 치료에 참여하는 방식에 대한 사례는 전자만큼 잘 알려져 있지 않다. 의과와 한의과 간의 의뢰나 (진료)자문은 직종 간 신뢰 부족이나 이해 방식의 큰 차이로 현재까지 의한협진이 잘 이루어지지

2) 당시 의료법 제3조5항은 요양병원을 '의사나 한의사가 그 의료를 행하는 곳'으로 명시.

3) 요양병원 수는 13개소(2000년 기준)에서 1,372개소(2015년 기준)로 증가. 노인장기요양보험제도는 2008년 7월부터 시행.

않는 주된 이유로 꼽히고 있다. 다학제 통합진료를 추구하는 집단이나 의사와 한의사를 함께 고용한 요양병원이 증가하면서 의한협진의 사례도 증가하고 있다고 짐작하고 있을 뿐이다⁴⁾. 또 다른 형태는 의료서비스 이용자가 개별적으로 의과와 한의과를 동시에 이용하는 방식으로, 가장 일반화되고 오래된 방식이다. (한)의사는 의료서비스 이용자의 의과와 한의과 동시 이용 여부를 모르거나 크게 개입하지 않았다⁵⁾.

국가 차원에의 의한협진 제도는 2003년 한의약육성법 제정과 2005년 제1차 한의약육성발전종합계획('06~'10) 수립 과정을 통해 구체화되었다. 이러한 논의는 국립중앙의료원에 2005년 양·한방(의학·한의학)중풍협진센터를 설치하면서 가시적인 첫 결실을 본다. 2006년에는 의료산업선진화 위원회가 「양·한방 협진 실태조사 및 활성화방안 연구」 용역을 발주하고, '국민의 편의와 의료계의 자율성 확보'라는 목적으로 의한협진을 제안하게 된다. 이후 의과, 한의과, 치과 간 협진을제도화하기 위한 의·치·한 협진 TF가 구성되었으며, 의료법도 개정되어 의한협진이 가능한 환경과 제도가 마련되기 시작했다. 2009년에는 의사와 한의사 복수면허자가 의원을 동시에 개설할 수 있게 되었고, 2010년에는 진료과의 교차개설 및 의료인의 교차고용이 허용되었다. 이후 제2차('11~'15)와 제3차('16~'20) 한의약육성발전종합계획에 의한협진이 세부과제로 지속적으로 채택되면서 의한협진을 활성화하기 위한 정책이 고안된다.

<표 1> 의한협진 관련 제도 및 환경 변화 과정

(52년) 국민의료법 제정으로 의과, 한의과 이원화제도 수립
(71년) 경희대병원, 국내 최초로 양한방 복합진료시스템 도입
(91년) 국립중앙의료원, 국가의료기관으로는 처음으로 한방진료부 개설
(94년) 요양병원을 법률로 공식적인 요양기관으로 규정, 요양병원이 의사와 한의사가 함께 진료하는 공식적 요양기관이 됨
(05년) 국립의료원에 양·한방(의학·한의학)중풍협진센터 설치
(05년) 제1차 한의약육성발전종합계획('06~'10년)에 '한·양방 협진체계 활성화'를 세부과제로 선정
(05~'06년) 의료산업선진화위원회, 의료법 개정을 통한 한·양방 협진 제안

- 4) 요양병원 1,232개소 중 952개소(77.3%)가 의사와 한의사가 같이 근무(2013년 기준). (박민정, 2016재인용). 의한협진 수준은 알 수 없음
- 5) 의사-한의사 간 협진이라기보다는 의과와 한의과의 장점을 취해 치료 효과를 향상하려는 시도에 해당. 근골격계 질환자의 경우 21.2%가 의과와 한의과를 동시에 이용(김성영과 박재용, 2012)

- (‘08년) 부산대학교, 국립대 최초로 한의과 설치(한의학전문대학원)
- (‘09년) 의·치·한 협진 TF 운영
- (‘09년) 복수면허자의 의원 동시 개설 가능(의료법 개정)
- (‘10년) 진료과의 교차개설 및 교차고용 허용 - 의료법 제 43조(진료과목 등)의 개정으로 병원급 이상 의료기관에서 타 면허 의료인을 고용, 의료법 시행규칙에 규정된 진료과목 설치 가능(1월 31일~)
- (‘10년) 국립재활원, 한방재활의학과 설치(12월~)
- (‘11년) 제2차 한의약육성발전종합계획(‘11~’15년)에 ‘양·한방 협진체계 활성화’를 세부과제로 재선정
- (‘14년) 입원 중 협의진찰료, 다학제 통합진료로 급여기준 신설 (8월~)
- (‘15년) 부산대 한방병원이 의·간간 협진모니터링센터로 지정, 운영 시작
- (‘15년) 제3차 한의약육성발전종합계획(‘16~’20년)에 ‘양·한방 협진체계 활성화’를 세부과제로 지속선정
- (‘16년) 입원 중 협의진찰료 급여기준 확대(7월~)
- (‘16년) 의·한 협진활성화 시범사업 시행 및 모니터링 시작 (7월~)
- (‘17년) 모니터링과 점검 결과에 따라 2단계 시범사업 방안을 마련하여 하반기에 건강보험 정책심의회에 보고 예정

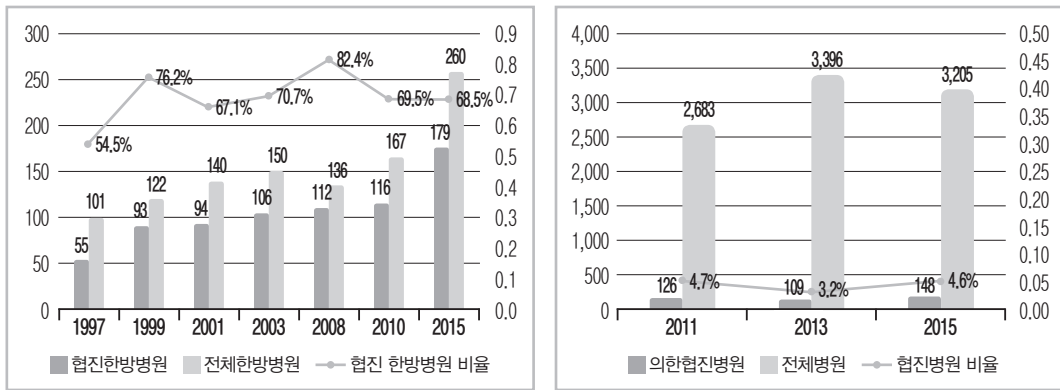
2010년 개정된 의료법(진료과 교차개설 및 의료인 교차고용)은 동일 의료기관 내에 의과와 한의과 치과 등이 동시에 설치될 수 있다는 것이 주된 내용이다. 물리적으로 의사와 한의사의 접촉 면적이 넓어진 것인데 의원급이 절대다수인 한의원⁶⁾에는 적용되지 않고, 병원급 요양기관에만 적용된다는 한계가 있었다. 또한, 의한협진에 따른 진료 수가 산정되어 있지 않아 의사와 한의사가 협진을 할 만한 경제적 유인동기가 없었다. 이러한 문제제기로 2014년에는 입원 중 협의진찰료⁷⁾(월 1회 인정)가 신설되고, 2016년에는 협의진찰료 적용 횟수와 범위 등이 확대⁸⁾되었다. 그럼에도 불구하고 기술적인(technical) 수가 체계 도입과 확대에 앞서, 근본적으로 현행 협의진찰료가 포괄적인 협의진찰의 개념을 포함하지 못한다는 점은 여전히

- 6) 전체 한의 요양기관 중 한의원은 98.1%(개소 기준), 96.6%(청구건수 기준), 88.9%(건강보험진료비 기준)을 차지 (2015년 기준)
- 7) 협의진찰료 산정기준 (입원중 협의진찰료 급여기준 고시 제2016-99호(행위))
 - 협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함.
- 8) 진료과목당 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수 (입원중 협의진찰료 급여기준 고시 제2016-99호(행위))
 - 가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원: 입원기간 중 30일에 5회 이내. 다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능
 - 나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원: 입원기간 중 30일에 3회 이내
 - 다. 병원·한방병원·치과병원: 입원기간 중 30일에 2회 이내
 - 라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원: 입원기간 중 30일에 1회 이내

숙제로 남아있다. 다시 말해 현재 제도권 내에서 협의진료는 협의진찰료 수준으로만 규정되어 있는 것이다. 협의진찰료나 교차고용과 같은 제도는 현재 이루어지고 있는 협의진료의 범위를 포함하지 못하며, 타면허 의료인 간의 진료를 정확하게 규정하지 못한다.

다. 의한협진 관련 현황⁹⁾

의한협진 참여 현황을 살펴보면 다음과 같다. 병원에서의 의한협진은 한방병원에 의과가 설치되거나 의과병원에 한의과가 설치된 두 가지 유형으로 크게 구분할 수 있다¹⁰⁾. 전자의 경우, 60% 이상의 한방병원이 의한협진을 하는 것으로 알려져 있다. <그림 1(좌)>에서 알 수 있듯이 의한협진을 표방하고 있는 한방병원 수는 1999년부터 2010년 사이에는 100여 개 내외로 큰 변화가 없었으며, 2015년에 179개소로 증가했다. 다만 한방병원 내 비중을 기준으로 보면 감소 또는 정체 추세를 보인다. 후자 형태의 경우, 2010년 의료법 개정 이후의 자료만 가용한데, 전체 병원의 4.6% 정도만이 한의과를 설치하여 구조상 의한협진이 가능한 상태다<그림1(우)>.



<그림 1> 협진한방병원 증감 추세(좌) ; 의한협진병원 증감 추세(우)

자료 박민정, 2016; 보건복지부, 2016를 합하여 재구성

9) 이 장에서의 의한협진은 협의진찰료 청구 기준이 아닌 의한협진 표방 또는 의사-한의사 교차고용 기관 수 기준
 10) 두 유형이 보이는 의한협진의 목적이나 내용, 수준은 다를 수 있음. 또한, 의한협진 (한방)병원 수의 증감도 중요하나 의한협진을 표방하는 (한방)병원에서의 협진 (건수) 증감이나 질적인 측면도 중요한데, 구체적으로 알려진 바가 별로 없음.

다빈도 질환 측면에서 보면 의한협진은 일부 질환을 중심으로 이뤄지고 있다. 외래에서는 근골격계 위주의 환자가, 입원에서는 근골격계 환자 외에도 재활 분야와 밀접한 관련이 있는 뇌경색, 사지마비 등의 환자가 의한협진의 대상이 되고 있음을 알 수 있다<표 2>.

<표 2> 의한협진 다빈도 질환(2012년 1월 ~ 2013년 12월 심평원 청구자료 분석기준)

외래환자		입원환자	
상병코드	설명	상병코드	설명
M5456	상세불명의 요통, 요추부	I639	상세불명의 뇌경색증
M179	상세불명의 무릎관절증	M511	추간관 장애로 인한 좌골신경통
S3350	요추의 염좌 및 긴장	G825	사지마비 NOS
M750	어깨 관절주위염	I619	상세불명의 뇌내출혈
M170	양쪽 일차성무릎관절증	S3350	요추의 염좌 및 긴장
G510	안면마비	M501	달리 분류된 기타 질환에서의 척추병증, 상세불명의 부위
M511	추간관 장애로 인한 좌골신경통	M170	양쪽 일차성무릎관절증
M171	한쪽 일차성무릎관절증	C73	갑상선의 악성 신생물
M771	테니스팔꿈치	G510	안면마비

자료 부산대 의한협진 모니터링센터

라. 의한협진 시범사업의 내용과 한계

현재의 의한협진 제도는 외래 진료에는 협의진찰료가 적용되지 않는다. 또한, 협진에 필요한 절차는 복잡한데 동일 상병으로 병원 이용 시 협진 횟수가 제한되거나 중복 진료로 평가되어 진료비가 삭감되는 등 협진이 활성화되기 어려운 여건이다. 마찬가지로 의한협진을 표방하고 있는 (한방)병원 역시 대부분이 민간병원으로 이윤추구 차원을 벗어나기 어려워 비용대비 효과 수준을 판단하기 위해 필요한 근거를 생산하는 데 한계가 있었다. 이 때문에 국공립 (한방)병원을 중심으로 치료효과성을 고려한 의한협진 대상 질환을 발굴할 필요가 있다는 주장도 제기되어 왔다. 다시 말하면 의한협진이 비용대비 효과적이라든가 이용자의 삶의 질이 개선된다는지 하는

근거가 충분히 있는 상황에서 시행되는 것이 아니라 한의약에 대한 접근성 개선이라는 상징적인 정책 이상을 벗어나지 못한다는 비판이 있었다.

이러한 근본적, 현실적 문제의식은 제3차 한의약육성발전종합계획 수립 과정에서 해결방안을 모색하게 했다. 그 결과 효과적인 협진 대상을 확인하고, 협진모형과 수가 개발 등을 위한 의한 협진 시범사업을 추진하기로 결정된다. 복지부 역시 의한협진이 필요하다고 원론적으로 주장하기보다는 의한협진의 효과를 검증하기 위해 시범사업을 추진한다는 입장이다. 효과가 있다면 효과가 있는 부분에 대한 의한협진을 촉진하는 제도를 만들어 나가겠다는 것이다.

이러한 배경하에 복지부는 의과와 한의과가 수행하고 있는 협진 중 효과적이고 경제적인 것을 찾아내고, 이러한 진료를 활성화하고자 2016년 의한협진 시범사업에 착수했다. 시범사업에 투여되는 추정 예산은 약 37억 원으로¹¹⁾ 복지부는 ① (1차 시범사업) 1차 시범사업에서는 2016 하반기부터 2017년까지 1년간 시범사업을 수행하고, 모니터링을 통해 협진모형과 수가모형을 개발, ② (2차 시범사업) 2017년 하반기부터는 다빈도 질환으로 한정하여 예비 시범사업 결과 개발된 수가를 적용하여 협진의 효과성을 1년간 추가로 확인, ③ (3차 시범사업) 2018년도 하반기부터는 조정된 협진수가와 협진병원 인증기준을 검증하면서 의한협진에 대한 경제성 평가 등을 수행할 계획을 발표했다.

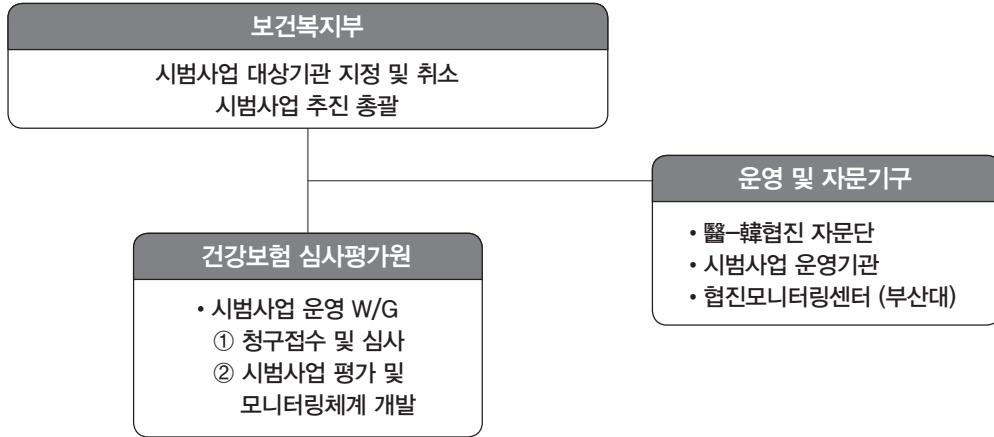
시범사업 기관 주요 선정 기준은 ① 국·공립병원 우선, ② 국·공립에 없는 모형(한방병원 내의과 설치), ③ 의과·한의과 협력진료 건수, ④ 개설 진료과목 및 협진 의사 수 등이었다. 총 44개 기관이 신청을 했고, 이 가운데 공립병원 8개와 의과·한의과 간 협력진료 건수 등이 많은 민간병원 5개가 선정되어 2016년 7월 15일부터 시범사업이 시행된다(복지부, 2016).

11) 시범사업 관련 예산은 별도로 제한을 두지 않을 계획이라고 언급되면서 추정된 예산 규모

〈표 3〉 의한협진 시범사업계획 개요

1단계 시범사업 (’16~’17)	목적	동일 질병에 대해 한의과적 진료와 의과적 진료를 함께 적용해 치료 효과 높이기 위함
	협진범위	시범사업 기관이 (한)의사의 의학적 판단에 따라 협진 대상 질환을 선정하고, 협진 프로토콜을 마련하여 진료
	건강보험 적용	건강보험이 적용되는 진료에 대해 모두 적용(같은 날, 같은 기관, 의과·한의과 이용 시 한쪽은 비급여 이던 것을 둘 다 건보 적용) 단, 약제의 경우 현행과 같이 한의과 또는 의과 약제 중 하나만 급여로 인정
	모니터링	협진대상 질환, 프로토콜, 의료행위량과 자원사용량, 협진성과 등 모니터링을 통한 협진모형과 수가모형 개발
2단계 시범사업 (’17 하반기~)	참여기관	공립병원(8곳): 부산대병원, 군산의료원, 의정부병원, 국립재활원 재활병원, 서울시 북부병원, 양산부산대병원-부산대한방병원, 국립중앙의료원-국립중앙의료원한방진료부, 청주의료원-청주의료원부설한의원 민간병원(5곳): 원광대 산본병원, 나사렛국제병원, 동국대 분당한방병원, 통합의료진흥원전인병원, 경희대학교병원-경희대학교 한방병원
	목적	개발된 협진모형 및 협진수가 적용, 협진 효과성 확보
	추진내용	다빈도 질환으로 협진모형 제한, 예비 시범사업 결과 개발된 수가 적용, 시범사업 기관은 일부 민간병원으로 확대
3단계 시범사업 (’18~하반기)	결과활용	협진 효과성 검증, 협진수가 조정, 협진병원 인증기준 마련
	목적	조정된 협진수가 검증 및 협진병원 인증기준 검증
	추진내용	협진 프로토콜이 마련된 질환에 한정하고 협진병원 인증기준에 적합한 시범기관 선정(공모), 협진인증 및 협진 프로토콜 적용
	결과활용	시점사업 효과분석(유효성, 경제성), 본 사업 협진수가, 협진수가 심사 방안, 협진기관 관리방안 마련

자료 보건복지부, 2016; 대한한 의사협회 2017(p.46) 재인용



〈그림 2〉 의한협진 시범사업 운영체계(복지부, 심평원, 2016)

시범사업은 복지부에서 총괄하고 있으며 그 밑에 자문기구와 부산대에 의·한의 협진 모니터링센터를 두고 있다¹²⁾. 건강보험심사평가원은 실무작업반을 운영하여 의한협진의 청구건을 접수하고 심사하며, 시범사업을 평가하고 모니터링 체계를 개발하고 있다(건강보험심사평가원, 2016). 의한협진 시범사업에서 생성되는 자료는 분석을 통해 의한협진의 (비용)효과성과 (비용)효과적인 분야(질환군)가 제시될 예정인데, 연구는 부산대 의·한의 협진 모니터링 센터가 수행한다. 이를 위해 부산대 센터는 시범사업 참여기관의 협진 자료를 전향적으로 등록하는 시스템을 구축했으며, 의한협진에 참여한 환자를 대상으로 심평원 청구자료를 후향적으로도 분석할 계획을 세웠다. 이밖에도 부산대 센터는 의한협진 수가 모형을 제시할 수 있는 연구도 수행하고 있다.

12) 복지부는 의한협진 시범사업 추진에 앞서 2015년 부산대에 의·한간 협진모니터링 센터를 설치했다. 센터의 목표는 ① 한·양방 협진 모니터링센터와 협진환자 등록연구 시스템 및 네트워크 구축, ② 급·만성 다빈도 협진환자 등록연구, ③ 임상진료지침(CPG)과 임상경로(CP) 등을 개발 제안, ④ 협진 진료 모형 보급 확산, 후속 연구 제안

1차 의한협진 시범사업의 요지는 같은 날 동일 질환을 가진 환자가 외래에서 의과와 한의과 진료를 함께 받았을 때 모두 급여를 적용한다는 점이다. 그동안 의한협진이 활성화되지 못한 이유로 제한된 협진 수가체계가 지적되고 있다는 점을 반영하여 이를 해소한 것이다. 시범사업에서 의한협진의 범위는 “시범사업 기관이 (한)의사의 의학적 판단에 따라 협진 대상 질환을 선정하고, 협진 프로토콜을 마련하여 진료”하는 것으로(복지부, 2016), 대상질환이나 협진방식 등의 구체적 기준을 제시하지 않고 있다. 의한협진 시범사업이 협진에 참여하고 있는 기관과 (한)의사에게 비교적 큰 재량권을 부여하는 것처럼 보일 수는 있으나 여러 제약이 있는 것 또한 사실이다. 우선 병원급 요양기관에 방문한 외래환자만을 대상으로 한다는 점이며, 둘째, 협의진찰료는 기존과 마찬가지로 의과 또는 한의과 한쪽에서만 청구할 수 있다는 점¹³⁾, 셋째, 진료행위에 대해서는 의과와 한의과 급여를 모두 인정하지만 약제는 의과 또는 한의과 한쪽만 급여로 인정한다는 점이다¹⁴⁾. 더욱이 주어진 협진 프로토콜이 없는 상황에서 시범사업 참여기관이 보일 다양한 수준의 의한협진의 질과 강도(단순 검사 협조부터 통합진료 수준의 협진)를 어떻게 고려하여 결과를 평가할 것인지는 본 시범사업이 가지고 있는 숙제이다.

바. 의한협진에 대한 인식차이¹⁵⁾

의한협진에 대한 인식은 크게 의사와 한의사(의료제공자), 의료이용자, 의료제공자 단체(협회), 정부 등의 입장으로 구분해 볼 수 있는데, 본 장에서는 가용한 자료 한도 내에서 다양한 입장을 정리해 제시한다.

우선 협회 차원에서는 대한한 의사협회와 대한 의사협회가 상반된 의견을 보이고 있다. 복지부가 의한협진 시범사업 시행계획을 발표한 후 대한한 의사협회는 지지성명을, 대한 의사협회는 반대 성명을 내놓았다. 대한한 의사협회는 서양의학의

13) 이 때문에 참여기관이 시범사업으로 인해 투입해야 하는 인력과 자원의 비용보다 경제적 인센티브가 크지 않을 수도 있다는 우려가 있다.

14) 시범사업 초안은 의과와 한의과 양쪽의 약제를 모두 포함하는 것이었으나, 건강보험정책심의위원회에서 한쪽 약제만 인정하는 쪽으로 결정됨. 복지부는 한약제제가 빠져 문제가 있다면 추가를 고려할 수 있다는 입장.

15) 본 장에서는 의한협진 시범사업이 종료되지 않아 진행상황에 대한 언급을 하기는 어렵고, 기존에 의한협진을 둘러싸고 어떠한 인식이 있는지 정리한다.

한계를 보완하는 방식으로서의 의한협진을 주장하고 있으며, 대한의사협회는 효과성에 대한 근거가 부족한 상황에서 시범사업을 추진하는 것에 우려를 표하고 있다<표 4>.

<표 4> 의한협진 활성화 시범사업 추진에 대한 각 협회의 공식적 의견

대한한의사협회 보도자료(2016.7.18)	대한의사협회 보도자료(2016.8.11.)
<p>“한·양방 협진은 양의사나 한의사의 이익문제로 바라볼 일이 아닌, 국민에게 최선의 서비스를 제공하기 위한 차원에서 바라봐야 할 문제”</p> <p>“세계적으로 서양의학의 한계를 인정하고 이를 한·양방 협진으로 뛰어넘으려는 노력은 선택이 아닌 필수적인 상황”</p>	<p>“의한 협진이 충분한 효과가 있었다면 국민의 요구 등으로 자연스럽게 활성화되었을 것이며, 보건복지부에서 의한협진 시범사업을 추진할 필요성도 전혀 없었을 것”</p> <p>“한의계는 한방의 과학화 및 표준화를 우선적으로 추진하여 이에 대한 명확한 근거를 마련한 후에 ‘의한협진’을 검토하는 것이 합당”</p>

의한협진의 직접적 주체인 의사와 한의사를 대상으로 비교적 포괄적인 조사를 수행한 연구는 2010년 한국보건의료연구원과 2012년 부산대학교 연구진이 수행한 설문인데, 결과를 요약하면 다음과 같다. 한의사는 대체로 협진을 찬성하는 입장이었으며, 의사는 협진을 지지하거나 반대하는 자들이 고루 분포하고 있었다. 의한협진을 지지하는 입장에 따르면 치료효과를 높일 수 있다는 기대를 하고 있는 (한)의사들이 가장 많았고, 검사나 진단 분야와 같이 현장에서 실질적인 협력이 필요한 이유가 그 뒤를 이었다. 의한협진이 의료비 지출을 감소시키고, 환자의 만족도를 높이기 때문에 의한협진을 지지한다는 의견도 있었다. 이에 반해 반대 입장을 가진 의사들은 이와는 정반대의 인식을 보였다. 이들은 기본적으로 상대방과 상대방의 지식체계에 대한 신뢰가 부재하여 의한협진 자체를 부정적으로 인식하고 있었다. 이들은 의한협진이 오히려 진료와 치료 효과에 부정적인 영향을 미칠 수 있다고 생각하고 있었으며, 의한협진을 하지 않아도 현재 진료만으로도 충분하다는 의견, 치료효과에 큰 차이가 없으면서 의료비를 증가시킬 것이라는 의견도 제시했다<표 5>.

이밖에도 의한협진에 기대하는 바가 있더라도 의료현장에서 의료진과 관리자, 병원행정 업무수행자가 겪는 현실적인 어려움도 적지 않은 것으로 나타났다. 대표적인 어려움으로는 협진에 필요한 절차는 복잡한데 협진 매뉴얼이나 교육이 부재하고, 인센티브도 없으며, 오히려 환자의 의료비 부담은 증가하여 의한협진을 권유하기가 어려울 때가 있다는 점이었다. 또한, 진료관리 시스템 및 문제 발생 시 책임소재의 불분명함 등 제도적인 장치가 필요한 부분에 대한 문제도 제기되었다.

〈표 5〉 (한)의사의 의한협진에 대한 상반된 입장 비교

의한협진 지지 의견	의한협진에 대한 부정적 의견
<ul style="list-style-type: none"> • 서구의 보완통합의학처럼 상호협력을 통해 치료효과를 높일 수 있음 • 치료효과의 객관적인 평가나 검증을 위한 검사 및 진단에 협력이 필요 • 치료의 부작용이나 한계를 극복하기 위한 대안으로 협력 필요 • 비정규, 비제도권 의료에 지불되는 불필요한 의료비 감소 및 의료의 공공기능 강화 • 치료효과와 관계없이 환자의 의료서비스 만족도가 높아질 수 있음 • 치료, 재활, 환자관리를 비롯하여 질병예방 및 건강증진 등의 효율 증대 • 학문적인 교류를 바탕으로 한 상호발전 및 우리나라 전체 의학계의 발전 • 통합의학적인 신치료기술 및 신약개발을 통한 국제 경쟁력 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 진료 및 치료 효과에 부정적인 영향을 미칠 수 있음 • 현재 진료만으로도 충분한 의료서비스가 제공되고 있음 • 치료효과는 큰 차이가 없으면서 추가적 의료비용이 발생 • 협진을 위한 시간을 내기 어려움 • 협진 시 인센티브 없고, 협의 진찰료가 너무 적게 산정되어 있음 • 진료비 부담으로 협진 권유가 어려움 • 환자가 진료비를 높게 인식하여 지속적인 진료가 필요할 때도 이루어지기 어려움 • 지속적 진료 관리 시스템 부재 • 의료사고 문제시 책임소재 불분명 • 양한방 의사의 서로에 대한 신뢰 부족 • 치료효과가 기대되지만 믿고 의뢰할 만한 진료의 파트너가 없음 • 학술적 근거가 부족하여 치료차원에서 도입하기 어려움

자료 한국보건의료연구원, 2010; 부산대, 2012 재구성

3. 나가며

민간분야에서 의한협진을 시도한 이래 30여 년이 지나서야 의한협진이 가능한 기초적인 제도 환경이 구축되었고 정부 주도로 시범사업을 시행하게 되었다. 의한협진 시범사업은 제한적 범위의 협진부터 수행되고 있으며, 근거가 있다고 밝혀진 협진분야부터 제도화될 예정이다. 그러나 의한협진이 목표하는 바에 대한 합의는 여전히 이루어지지 않았으며, 이번 시범사업 역시 진료현장의 최전선에 있는 의원급 의료제공자나 의료이용자와 같은 아래로부터의 요구로부터 시작되었다기보다는 관련 전문가와 정부주도로 실시되고 있는 것 또한 사실이다.

협진이 지향하는 바는 이상적이거나, 의과 내조차 전문성 차이 때문에 협진이 쉽지 않다고 알려져 있다. 하물며 서로에 대한 신뢰 수준이 더 낮은 의과와 한의과 사이에서의 협진은 더욱 어려울 것이라고 쉽게 예상할 수 있다. 현재로서는 협진의 가시적인 이득이 크지 않은 것 또한 사실이다. 의과의 협조가 절대적으로 필요한 의한협진이 시범사업을 거쳐 수가라는 경제적 유인을 넘어서고, “의한협진은 당연하거나 필요한 것”이라는 보편적 제도로 정착되기에는 더 많은 시간이 필요할 것이다.

의한협진 시범사업의 결과는 비용효과적이어야만 하는 상황이고, 이를 어떤 방식으로 보여줄 수 있을지는 의사와 한의사 집단에게 도전적인 과제가 주어졌다고 할 수 있다. 나아가 의한협진이 비용효과적이더라도 연구결과가 제도로 연결되는 과정에서 많은 난관이 예상된다. 의한협진은 또한 단순히 진료 영역에서 두 과와 두 의료인 사이의 협력이라는 차원을 넘어선다. 직능단체, 의료서비스 이용자, 요양기관, (행정)실무 담당자, 정부 등의 이해관계가 행정, 교육, 연구, 시스템, 문화라는 다양한 영역과 복잡하게 연결되어 있어 이를 해결해 나가는 쉽지 않아 보인다. 의한협진 시범사업의 성과와 그 결과가 어떻게 제도화되는지 귀추가 주목된다.

참고자료

- 김성영, 박재용. 근골격계질환자의 양·한방 외래 의료이용과 관련요인. 보건의료산업학회지. 2012. 6(1): 27-38.
- 박민정. 한·양방 협진의 도입 및 성과 - 뇌졸중 환자의 의료이용과 질을 중심으로 - 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문. 2016.
- 2015 보건복지통계연보. 보건복지부, 2016.
- NMC, 국립병원 최초 양한방중풍협진센터 설립. 보건복지부 국립의료원. 보도자료. 2005.6.16.
- 국내 의과·한의과 협진 근거창출 및 실행을 위한 전문가 심포지엄 발표자료. 2017.6.23.
- 대통령자문 의료산업선진화위원회. 의료산업 선진화 전략. 2006.
- 미국 암치료에는 있고 한국 암치료에는 없는 것은? ‘한·양방 협진’. 대한한의사협회 보도자료. 2016.7.18.
- 先 활성화 - ‘양·한방 협진’ - 後 제도화. 남점순 (한의약정책과장), 전문가기자협의회 간담회 내용. 데일리메디. 박대진 기자 정리. 2016.7.13.
- <http://www.dailymedi.com/detail.php?number=808256> (접근일: 2017.6.29.)
- 안전성 유효성 검증 없는 한방과 협진은 국민 건강 및 생명 위협. 대한의사협회 보도자료. 2016.8.11.
- 양·한방협진센터 매뉴얼. 청주의료원. 2009.
- 의·한의 협진모니터링센터 홈페이지. <http://www.mcmc.re.kr> (접근일: 2017.7.3.)
- 의료법 34년만에 전면 개정 추진. 보건복지부 보도자료. 2007.2.5.
- 의한 협진 1단계 시범사업 지침. 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2016.
- 醫·韓간 협진, 7월 15일부터 13개 기관에서 시범사업 실시. 보건복지부 보도자료. 2016.7.12.
- 중풍협진센터 운영 규정. 국립의료원. 2008.
- 진료비 통계지표. 건강보험심사평가원, 2015
- 치료의 효과성을 고려한 한·양방 협진 대상 질환 발굴 기초연구. 부산대학교 한의학전문대학원. 보건복지부 용역과제. 2012.
- 한·의·치 협진제도 추진방안. 보건복지부. 2010.
- 협진병원 관리 안내. 보건복지부. 2010.2.
- 협진제도 발전방안 연구. 한국보건의료연구원. 보건복지부 용역과제. 2010.

한약 공공인프라 구축사업의 현황과 쟁점

이 준 혁 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 책임연구원

1. 들어가며

보건복지부는 2016년 12월 28일 보도자료를 통해서 한약의 안전성과 유효성 검증을 지원하기 위한 공공인프라를 향후 3년간 구축하겠다고 발표하였다. 구체적으로는 한약 비임상시험관리기준(GLP) 인증 연구시설과 GMP급의 임상시험용 한약제제 생산시설, 그리고 탕약표준조제시설의 3가지 공공인프라에 대한 3년간 약 300억 원을 투자한다는 내용이다.

보건복지부는 한약에 대한 대국민 신뢰도를 제고하고, 한약제제에 대한 해외 시장 진출을 확대하기 위한 취지로 본 사업을 추진한다고 밝히고 있다. 또한, 장기적으로는 한약제제 또한 의약품과 마찬가지로 전임상, 임상, PMS로 이어지는 관리과정 확립을 목표로 하고 있다. 그리고 현재의 탕약제제의 경우 단기적으로는 표준화를 거치고, 장기적으로는 한약제제로 유도함으로써, 한약에 대한 관리과정을 체계화하겠다는 목표를 가지고 있다.

정부의 계획이 발표되고 나서, 관련 업계는 찬성의 여론이 우세한 가운데 우려의 의견도 조금씩 나타나고 있다. 찬성 측 입장은 정부가 한약에 대한 육성 의지를 보여주었다는 환영의 입장이다. 그리고 우려의 입장은 이번에 구축하고자 하는 시설들의 효율성에 대한 우려와 개인한의원들에 장기적인 피해에 대한 우려를 드러내고 있다.

따라서, 본 글에서는 정부가 진행하고자 하는 공공인프라인 GLP, GMP 및 원외탕전에 대해서 좀 더 상세히 살펴보고, 향후 본 사업이 정부의 취지에 맞게 성공적으로 진행되기 위한 정책적인 제언을 마련해보고자 한다.

2. GLP, GMP, 원외탕전

GLP기관이란 GLP(Good Laboratory Practice)기준을 준수하는 기관을 뜻한다. 우리나라는 이와 관련하여 식품의약품안전처 고시로 “비임상시험관리기준”이 있으며, 이 고시를 통해 비임상시험실시기관에서 수행하는 시험의 계획·실행·점검·기록·보고되는 체계적인 과정 및 이와 관련된 전반적 사항을 규정하고 있다. 다시 말해서, GLP란 의약품, 화학물질 등의 안전성 평가를 위하여 실시하는 각종 독성시험의 신뢰성을 보증하기 위하여 연구인력, 시험시설, 시험방법 등 시험의 전 과정에 관련되는 모든 사항을 “조직적, 체계적으로 관리하는 규정”을 말한다.

그럼 GLP라는 것은 왜 필요한 것이고 어떻게 도입되었는지 살펴보도록 하자. 세계 각국은 화학물질의 사용이 점점 늘어나고, 환경과 보건에 미치는 영향이 크게 증가됨에 따라, 화학물질의 위해성평가에 있어 안전성시험자료의 신뢰성이 매우 중요하다는 것을 알게 되었다. 특히, 1960년대 탈리도마이드 사건 이후 의약품 규제에 대해 높은 관심을 가지게 된 미국에서부터 1970년대 시작되었으며, 향후 세계 각국에서 개별적으로 진행되던 규제가 1981년 OECD GLP를 통해 상호인정되게 되었다.

1960년대에 일어난 탈리도마이드 사건 이후 미국 의회는 의약품 규제에 대해 높은 관심을 나타냈고, 1974년 상원 보건 소위원회는 허가 신청된 신약의 비임상시험자료의 신뢰성에 대한 조사를 실시하여 제약기업 및 미국 FDA에 몇 가지 문제점을 제시하였다. 이에 따라 미국 FDA는 해당 제약기업 및 시험기관을 조사하여 시험기초자료와 최종보고서의 불일치, 통계처리 등의 실수를 발견하였다. 또한 제약기업뿐만 아니라 미국 FDA 관할 연구소에서도 발암성시험에서 대조군과 시험물질 투여군의 혼동과 부적절한 동물관리, 실험동물의 폐사로 조직병리검사가 불가능한 상태 등 폐사동물의 취급 문제 등이 분명하게 나타났다.

이에 대한 상원 보건 소위원회는 지적으로 1975년 미국제약기업연합회는 GLP 가이드라인 안을 작성하고 1976년 3월에 이것을 최종화하였다. 그러나 미국 FDA는 이것을 불충분하다고 판단하고 법적규제에 착수할 것을 결정하여 ①동물조직, 조직표본 또는 시험기초자료 원본 등의 분실 ②시험기초자료와 최종보고서의 불일치 ③시험계획서의 미비 ④담당자의 훈련 부족 ⑤부적절한 동물관리 절차 ⑥동물식별의 혼동 ⑦시험기초자료의 자의적인 선택 등의 모든 문제점이 발생하지 않도록 하는 것을 주요 목적으로 1976년 11월 19일 규제안을 공표했다. 그래서 미국 FDA의 GLP는 1978년 12월에 공포되어 다음 해 1979년 6월 20일자로 시행되었다.

1981년 5월 OECD 이사회는 화학물질의 안전성 평가에 있어서 데이터상호인정(Mutual Acceptance of Data, MAD)을 결정하였다. 따라서 이에 필요한 OECD 시험법가이드라인 및 OECD의 GLP 원칙 등 관련문서가 제정되었다. MAD란“중복시험으로 인한 시간과 비용부담을 덜기 위한 목적으로 OECD 회원국이 OECD GLP 원칙 및 OECD 시험법가이드 라인에 따라 실시한 비임상시험 결과를 서로 다른 회원국이 인정하는 것”을 말한다. 그 후 GLP를 적용하는 대상은 화학물질뿐만 아니라 의약품, 농약 등을 포함해서 보다 넓은 범위의 건강 및 환경의 안전성에 관한 시험으로 확대되고 있다.

우리나라의 GLP제도는 1980년대 신약개발에 박차를 가하면서 보건복지부에서 신약허가용 독성시험자료의 신뢰성을 확보하기 위해 처음 도입하였다. 그 후, 국내 독성시험자료의 생산이 미미하여 GLP 제도 운영기반이 성숙되지 않았으나, 1996년에 우리나라가 OECD에 가입하게 됨에 따라 국제조화를 위해 1998년 OECD 규정에 근거하여 관련규정을 개정·운영하고 있다. 또한, 1998년부터 산업용 화학물질, 의약품, 화장품 및 농약분야에 GLP제도를 도입하여 운영하고 있으며, 식품의약품안전청, 환경부, 농촌진흥청의 3개 부처가 공동으로 GLP 프로그램을 운영하고 있다.

식품의약품안전처의 GLP기준인 비임상시험관리기준을 조금 더 구체적으로 살펴보자. GLP기관으로 지정받기 위해서는 제4조 지정요건에 따라 인력, 장비·기구·시설, GLP에 적합하게 비임상시험을 수행하였음을 증명하는 각 목의 자료 또는 서류 등을 적합하게 제시하여야 한다<표 1>.

〈표 1〉 GLP기관 인정에 필요한 항목

항 목	내 용	
1. 인력현황	조직도	관련된 조직과 직원의 업무
	인력현황자료	운영책임자, 시험책임자, 시험담당자, 신뢰성보증업무담당자, 자료보관책임자 등 필요한 인력을 모두 포함하고, 시험 건수 등을 고려하여 적절한 인원 배치
	자격과 경력을 증명하는 서류	운영책임자, 시험책임자, 시험담당자, 신뢰성보증업무담당자의 경력을 증빙하는 자료와 비임상시험을 적정하게 관리·실시하기 위해 필요한 교육·훈련기록을 포함
2. 장비, 기구 및 시설의 현황 (평면도 포함)	장비, 기구에 관한 자료	신청분야별로 해당 비임상시험의 실시에 필요한 장비, 기구를 포함하고, 예상되는 시험 건수 등을 고려하여 적절한 수량을 확보
	시설 현황	1) 시설의 배치, 구조 및 면적 2) 시험생물의 사육 및 유지시설 3) 시험생물용품공급시설 4) 시험물질 및 대조물질의 취급시설 5) 시험작업구역 6) 자료보관시설 7) 관리용 시설 8) 폐기물취급시설
	평면도	신청분야별로 해당 비임상시험의 실시에 필요한 공간과 제2호의 장비, 기구 및 나목의 시설이 표시되고, 예상되는 시험 건수 등을 고려하여 충분한 공간
3. GLP에 적합하게 비임상시험을 수행하였음을 증명하는 다음 각 목의 자료 또는 서류	운영현황내역서	1) 운영책임자 및 시험책임자의 준수사항 2) 신뢰성보증업무담당자의 구성, 운영 및 활동 3) 시험생물의 사육관리사항 4) 기록 등 자료의 보관관리상태 5) 기타 시설 및 운영 관련 추진계획
	시험분야별로 시험항목에 대하여 GLP에 적합하게 작성된 시험계획서와 최종보고서	

2017년 2월 현재 비임상시험기관으로 지정되어 있는 기관은 한국화학연구원 부설 안전성평가연구소를 비롯하여 총 22개 기관으로 <표 2>와 같다. 시험항목은 6개분야 20개 항목으로 각 기관별로 허가받은 항목은 기관별로 다양하다.

<표 2> 지정 비임상시험기관

(2017년 2월 현재)

번호	기관	지정날짜	주소	비고
1	한국화학연구원 부설 안전성평가연구소(1호)	'88.07.22	대전광역시 유성구	공공
2	(주)엘지생명과학기술연구원 안전성센터(4호)	'95.05.24	대전광역시 유성구	민간
3	(주)바이오톡스텍(6호)	'02.03.14	충북 청주시 청원구 오창읍	민간
4	산업안전보건연구원 화학물질독성연구실(7호)	'02.06.04	대전광역시 유성구	공공
5	(주)케이온 비임상연구소(8호)	'02.08.12	경기도 용인시 처인구 경기도 수원시 영통구	민간
6	서울대학교병원 의생명연구원(10호)	'03.01.09	서울시 종로구	공공
7	(재)한국화학융합시험연구원 화순(11호)	'03.05.30	전남 화순군 화순읍	공공
8	(주)메드빌(12호)	'03.09.20	서울시 금천구	민간
9	바이오코아(주)(13호)	'05.05.24	서울시 금천구	민간
10	대구카톨릭대학교 GLP센터(15호)	'05.07.26	경북 경산시 하양읍	민간
11	크리스탈지노믹스 부설 서울의약연구소(17호)	'06.07.21	서울시 금천구	민간
12	한국건설생활환경시험연구원 바이오융합연구소(18호)	'06.11.06	인천광역시 연수구길	공공
13	(주)바이오인프라(19호)	'09.01.15	경기 수원시 영통구	민간
14	한국원자력의학원 방사선비임상센터(20호)	'09.03.02	서울특별시 노원구	공공
15	(주)한국의약연구소(21호)	'11.05.23	경기도 성남시 중원구	민간
16	호서대학교 안전성평가센터(22호)	'11.07.12	충청남도 아산시 배방읍	민간
17	(주)스카스비티티 바이오애널리시스(23호)	'11.07.12	충북 청주시 청원구 오창읍	민간
18	안전성평가연구소 전북흡입안전성연구본부(25호)	'12.12.12	전라북도 정읍시	공공
19	(주)인터내셔널사이언티픽스탠다드(27호)	'14.10.01	강원도 춘천시	민간
20	(주)크로엔리서치(28호)	'14.11.10	경기도 수원시 영통구	민간
21	(주)엘리드(29호)	'16.04.22	경기도 성남시 분당구	민간
22	(주)우정비에스씨(30호)	'16.06.01	경기도 수원시 영통구	민간

탕약은 한약제제 제형의 한 형태로 한약재를 물 추출한 제형을 일컫는다. 한방의료기관이 처방하는 제형 중 가장 보편적인 형태로 탕약을 조제하는 곳을 탕전실이라고 한다. 현재 탕약은 임상연구(인허가) 및 생산(GMP) 관련 별도 기준 없이 한의사가 한의원 등의 기관 내부의 탕전실에서 조제가 가능하다. 단 대한약전에 등재된 한약재를 사용시에는 hGMP 생산 제품만 사용이 가능하다. 이는 한의사의 조제에 대한 자율성을 높일 수 있었던 반면에 한약에 대한 낮은 신뢰도의 주요한 이유가 되어 왔다. 원외탕전실은 일반적으로 여러 한방 의료기관에서 공동으로 사용하는 탕전실을 말한다. 정부는 2008년 9월 의료법 시행규칙을 개정하여 2009년 5월 한약·한약제제의 조제·유통 및 한방의료기관의 탕전 관련 냄새 등 불편을 해소하기 위해 「원외탕전실 설치·이용 및 탕전실 공동이용에 관한 지침」을 마련하여 다른 한방 의료기관도 공동이용이 가능하도록 허용하여 제도를 시행해오고 있다. 원외탕전실은 평소 의료기관에서 잘 사용하지 않던 약재들도 여러 의료기관에서 공동으로 구비해서 쓸 수 있고, 탕전실 조제와 관리를 전담으로 하는 한의사 또는 한약사가 있어 적절한 한약 조제 품질관리가 용이한 장점이 있다. 현재 원외 탕전실 설치 및 운영에 관한 사항에 따른 시설규격은 다음과 같다.

의료법 시행규칙 제34조 11의 2

- 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.
- 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
- 다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 라. 작업실에는 수도물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질 기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.
- 마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.
- 바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.
- 사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

현재 한의원에서 공동으로 활용하는 원외탕전실은 100여 곳 내외일 것으로 추정된다. 주요한 공동탕전실은 다음과 같다.¹⁾

〈표 3〉 대표적 공동 원외탕전실

자생한방병원(성남탕전원, 남양주원외탕전실)
 부산광역시 한의사회
 대한면역약침학회 원외탕전실
 동서비교한의학회 원외탕전실, 대한약침제형연구회 일반탕전실
 원미공동탕전, 옥천당 서울탕전실
 해밀 공동탕전실
 춘원당 한방병원, 자연생 탕전실
 대한약침
 흑부리 한의원 원외탕전실

3. 주요 쟁점

본 계획 발표 이후에 여러 의견들이 제기되고 있다. 본 고에서는 2017년 상반기까지 여러 언론 기관들을 통해 보도된 주요 쟁점을 살펴보았다. 2017년 6월 30일까지 보도된 자료를 바탕으로 문제점들을 취합했으며, 중복 제기된 문제는 하나의 문제로 통합하였다. 그리고 제기된 문제에 대한 관련 해명자료를 동시에 기록하였다. 전체적으로 13건의 문제점이 제기되었으며, 이를 유사한 문제점으로 구분하여 분류하였으며, 문제점을 포괄할 수 있는 명칭을 부여하였다. 이를 통해 분류작업을 진행한 결과, 의약분업, 과도한 규제, 준비 미비, 자원 중복의 4개의 분류로 나누어졌으며, 결과는 다음과 같다.

1) 현재 한의원에서 공동으로 활용하는 원외탕전실은 100여 곳 내외일 것으로 추정된다. 주요한 공동탕전실은 다음과 같다.

	제기된 문제점	관련 해명	분류
1	의약분업 전초적 성격으로 보여지며, 향후 의약분업을 위한 포석이 아닌가?	본 사업의 목표는 탕약의 표준 조제, 안전한 프로세스 정립, 국민의 알권리 등 공공성 목적을 수행코자 진행되는 사업으로 의약분업의 전초적 성격은 우려에 불과함.	의약 분업
2	GMP에서 제제를 개발했는데, 오히려 한의사들이 사용하지 못 하게 되면 어떻게 하는가?	GMP에서 제제를 개발했는데, 오히려 한의사들이 사용하지 못 하게 되면 어떻게 하는가?	
3	한의사에게 과도한 규제로 작용할 가능성이 있지 않은가?	한약 품질을 제고해 한의계를 좀 더 부흥시키고자 하는 취지임. 따라서, 어떻게 하면 잘 되는 방향으로 끌고가 한의계에 유용한 자산으로 남길 것인가가 중요함.	과도한 규제
4	한의사가 가감을 할 수 없도록 제한되는 것이 아닌가?	현재 설치된 원외탕전원과 같이 한의원 처방이 들어오는 대로 조제할 계획이기 때문에 가감 등이 제한되는 것이 아님.	
5	탕전 시설의 기준은 거대 탕전원이 아니고서는 마련될 수 없어 보인다. 이로 인해 한약이 제품화되고 안전성이 검증되는 것에 공감하지만 의료인의 손을 떠나 비의료인에게 유통될 가능성이 있지 않은가?	모든 한방 의료기관에는 적용이 불가능함. 최상의 모형이 무엇인지 연구 도출하려는 것임. 시범사업 후에 한의계와 충분한 협의 후에 점진적으로 모델을 만들어나갈 예정임.	
6	탕약의 안전성을 개선하겠다고 했는데, 기존의 탕약은 안전하지 않다는 건가?	현재 hGMP를 통해 생산에 대한 안전성은 제도적으로 담보가 되었지만, 조제 공정의 안전성까지 담보할 수 있는 것은 아니라고 봄.	
7	사업이 출발하는 시점에서 다양한 의견을 수렴해 사업 초기 방향을 바로 잡을 수 있었으면 하는데 어떻게 진행되고 있는지?	공공인프라추진위원회에 한의계가 참여해 있으며, 의견을 수용 중임.	준비 미비
8	원외탕전의 표준모델을 만들기 위한 연구사업인데, 시설사업이 중심인 것 같다. 모델에 대한 연구는 아직 미비한 것으로 보이는데 어떻게 생각하는지?	한약인프라 기획연구를 바탕으로 추진 중임. 공공인프라추진위원회나, 협회에서도 추천 받은 한의계 인사들과 함께 논의 진행 중	

	제기된 문제점	관련 해명	분류
9	시설비는 많은데 사업에 배정된 돈은 없어 보인다. 공공인프라라고 했는데, 국공립 기관에서 원외탕전사업을 하는 것이 이상하지 않은지?	기획재정부에서도 한의약 안전성 개선이 필요하다는 데에 공감을 하고 설계비를 반영해줬으므로, 추후 예산도 가능할 것으로 본다. 보건복지부도 향후 노력해야 할 부분이다.	준비 미비
10	GMP 시설은 수요가 없는데 어떻게 운영할 것인가?	현재 표준임상진료지침 사업단이 발족되었으며, 1년에 한 20건 정도의 수요가 있을 것으로 판단됨.	
11	한약진흥재단에서 만들고자 하는 것은 결과적으로 제약회사를 설립하고자 하는 얘기로 들린다.	-	
12	첨단의료복합단지가 있음에도 별도 인프라를 구축하는 것이 자원 낭비로 보이는데, 이에 대해서 어떻게 생각 하는지?	첨단의료복합단지 내 시설은 양약 중심 시설로 본 사업에 활용할 수 없으며, 첨복단지 내에 구축한다고 하더라도 관련 인프라를 모두 새로 만들어야 해서 들어가는 재정은 동일함. 직접 관리하게 될 한약진흥재단 인근에 관련 인프라를 마련한다는 기준을 따른 것뿐임.	자원 중복
13	한약 GLP는 민간기관과 어떤 점이 다른가?	한약에 국한된 시험을 할 것임.	

첫 번째는 의약분업에 대한 우려였다. 원외탕전시설과 GMP시설이 의약분업을 진행하기 위한 사전 단계가 아니냐는 우려가 있었다. 원외탕전의 경우 장기적으로 첩약을 의약품으로 가기 위한 사전 단계이며, GMP시설에 의해서 개발된 한약제제 또한 결국은 한의사가 사용을 할 수 없을 것이다라는 우려가 있었다. 이에 대해서, 탕약의 표준조제 과정에 대한 연구를 통해 안전한 한약의 공급과 국민들의 알 권리를 보장하려는 공익적인 사업이며, 의약분업은 과도한 우려라는 지적이 있었다. 그리고 GMP제제가 곧 의약분업이 되는 것 또한 과도한 우려라는 해명이 있었다. 즉, 한약제제 개발과 의약분업은 전혀 다른 2개의 정책으로 상호 전제가 되거나, 촉진시키는 것은 아니라는 점을 밝혔다.

두 번째는 과도한 규제에 대한 부분이다. 실제 원외탕전사업이 진행되면, 한의사가 가감을 할 수 없을 거라는 얘기가 있으며, 원외탕전원에 대한 기준이 마련되더라도 일반적인 소규모의 한의원에서는 시설기준을 맞추기 어려워질 것이라는 추측이 있다. 또한 한약이 안전하지 못하기 때문에 공공인프라를 추진한다는 논리는 자칫하면 기존의 한약이 안전하지 않다는 전제를 가질 것이라는 우려를 낳을 것이라는 점을 지적하였다. 이에 대해 한의사가 가감을 할 수 없을 것이라는 것은 전혀 맞지 않다고 분명히 하였다. 행정당국의 경우 원외탕전 기준의 경우 실제로 모든 한방의료기관에 적용하는 것은 불가능할 것으로 판단하고 있으며, 이에 대해서는 사업을 진행하면서 한의계의 의견을 적극적으로 수렴할 것이라고 의견을 피력하였다. 한약 안전성의 경우 한약재의 유통단계에서의 안전과 제조공정에서의 안전은 차이가 있을 수 있으며, 제조공정 단계에서의 국민들의 신뢰를 높이기 위한 사업이라는 점을 분명히 하였다.

세 번째는 준비미비에 대한 부분이다. 사전 및 진행상의 의견수렴의 문제, 수요 및 재정예측의 문제, 기능상의 불명확성에 대한 문제가 지적되었다. 사업의 사전기획과 진행상의 의견수렴의 경우 향후 지속적으로 한의계의 의견을 받아들이는 것으로 이야기 되었다. 그리고 수요 및 재정예측, 기능상 불명확성의 경우 향후 임상진료지침사업단의 수요가 이 부분을 보완할 수 있을 것이며, 기획재정부의 경우 취지에 대한 공감성이 있었으므로, 추후 예산 확보도 가능할 것으로 보았다.

마지막으로 자원중복이다. 기존의 시설 및 기관과 중복투자가 아닌가 하는 우려이다. 이에 대해서는 GLP의 경우 한약에 특화된 기관이므로 중복이 아니라는 점이 강조되었다.

결론

현재까지, 2016년도 말 한의약 공공인프라 구축계획이 발표되고 나서, 2017년도 6월까지 제안되었던 주요쟁점들을 살펴보았다. 제안된 문제점의 경우 합리적인 추론이 가능한 문제점들도 있지만, 과도한 우려로 보이는 점들도 있다. 하지만, 가장 큰 문제는 쟁점사항에 대해서 판단할 수 있을만한 구체적인 판단기준이 현재까지 보이지 않는다는 점이다. 불확실성은 사람들로 하여금 의심을 키우는 토양을 제공할 뿐이다. 이를 해결하기 위해서는 한의약 공공인프라 추진에 대한 개괄적인 방향뿐만 아니라 구체적인 운영계획이 빠른 시일 내에 나와야 할 것으로 보인다.

한의학도 이를 적극적으로 활용하려는 노력이 필요하다. 사회학의 이론 중에 현상유지편향(Status Quo Bias)이라는 이론이 있다. 미래에 대한 불확실성은 현재 상태를 그대로 유지하는 쪽으로 결정을 내리게 된다는 의사결정의 편향을 설명하는 이론이다. 현재까지 공공인프라 구축계획의 불확실성은 높은 것으로 보인다. 하지만, 구체적인 계획이 미비하다고 해서 사업을 진행하지 못 한다면, 아마 향후에는 어떤 사업도 진행하기 어려울 것이다. 정부 입장에서도 한의약 예산을 어렵게 확보했는데, 한의학의 반대로 추진할 수 없다면, 더 이상 한의약 관련 사업을 추진할 이유가 없어질 것이다. 적극적으로 개입하고 활용하려는 노력이 필요하다.

참고자료

한약 산업화 및 해외시장 진출 지원을 위한 공공인프라 구축방안. 복지부 보도자료.
2016.12.28.



통계로 보는 한의약 현황

- 한국한의약연감을 통해 본 한의약 연구개발 현황
김동성 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀
- 통계로 보는 한의 의료서비스 현황
박지은 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀

한국한의약연감을 통해 본 한의약 연구개발 현황¹⁾

김 동 성 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 연구원

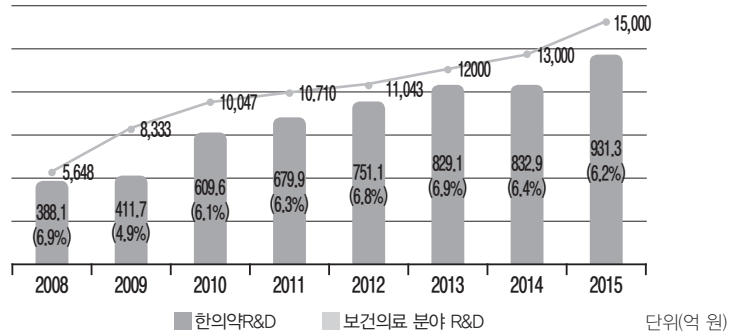
한의약 연구개발 정부투자 개요

한의약 분야에 대한 정부의 연구개발(R&D) 투자는 1994년 한국한의약 연구소(現, 한국한의학연구원)가 개소되면서 시작되었으며, 1997년 보건복지부의 한의학발전연구사업(現, 한의약선도기술개발사업)으로 인해 본격적으로 확장된다. 이후 교육과학기술부(現, 미래창조과학부, 교육부)와 보건복지부가 한의약 분야의 정부 R&D에 주로 투자해왔으며, 2004년부터는 한국한의학연구원이 기획과제 발굴을 통해 대규모 연구 사업을 유치하기 시작했다. 산업통상자원부(前 지식경제부), 식품의약품안전처(前 식품의약품안전청)의 한의약 분야 R&D 투자 또한 증가하고 있다.

한의약 연구개발 정부투자비

최근 5년 동안(2011~2015) 한의약분야 정부의 연구개발 투자는 약 4,703억 원에 달했다. 2011년에는 679.9억 원, 2012년에는 751.1억 원, 2013년 829.1억 원, 2014년 832.9억 원, 2015년 931.3억 원으로 꾸준히 증가했다<그림 1>. 2015년에는 2011년 대비 약 36.9%가 증가했으며 5년 간 연평균 약 8.2%의 성장률을 나타냈다. 보건의료분야 R&D 예산과 비교하면 약 6~7%의 비중을 유지하고 있다.

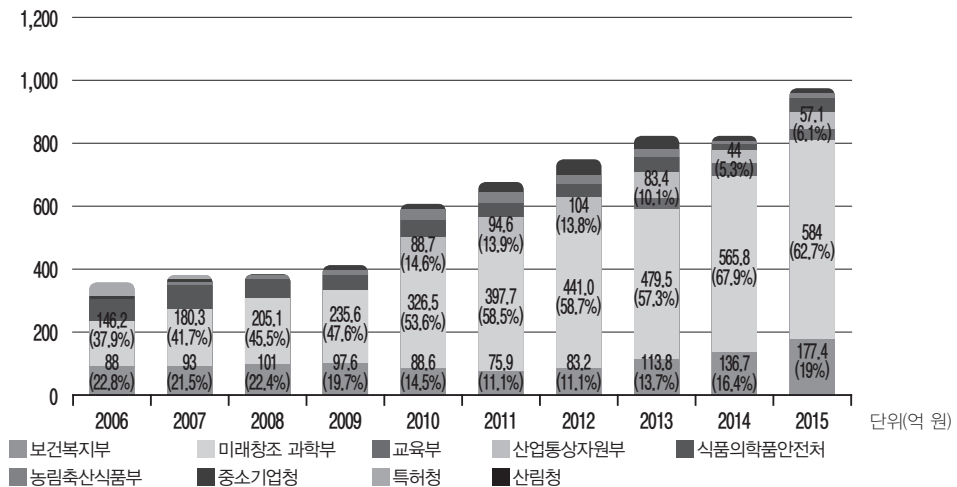
1) 한국한의약연감 자료를 통해 2015년까지 한의약 연구개발 정부 투자 현황을 정리하여 소개한다.
2015년 한의약 R&D 정보에 오류가 발견되어 이를 정정한 값으로 재계산, 재서술함.



<그림 1> 보건의료 분야와 한의학 R&D의 연도별 정부투자 현황

부처별 한의학 연구개발 투자비

정부부처별로 한의학 R&D 투자 금액을 살펴보면 다음과 같다. 미래부는 2006년 이래 연평균 약 17.6%가 증가하면서 한의학 연구개발 분야에서 가장 많은 투자를 하고 있는 것으로 나타났다. 2015년 기준으로 미래부는 584억 원을 투자하고 있으며, 뒤를 이어 복지부가 177.4억 원(19%), 산업부가 57.1억 원(6.1%), 식약처가 45억 원(4.8%), 교육부 36.8억 원, 농림축산식품부 17.3억 원, 중소기업청 13.3억 원, 산림청 0.5억 원 순으로 한의학 연구개발 분야에 투자를 하고 있다<그림 2>.



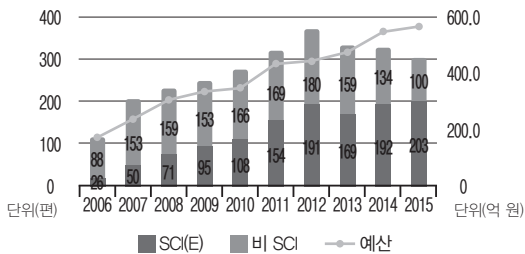
<그림 2> 정부부처별 한의학 R&D 투자 현황

한의학 연구개발 성과

한의학 연구개발 성과는 미래부의 예산 주요 투여 대상인 한국한의학연구원과 보건복지부의 한의약선도기술개발사업의 성과를 정리하여 수록한다.

한국한의학연구원 연구성과

• 논문

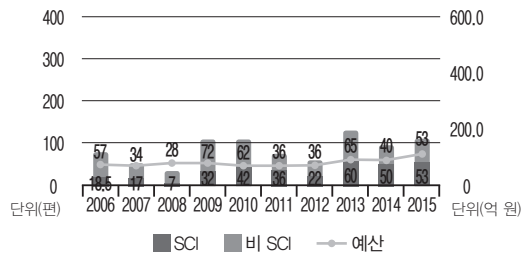


• 특허

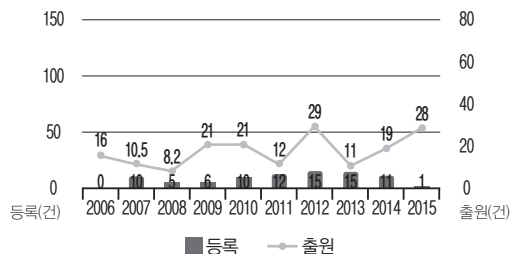


한의학선도기술개발사업 연구성과

• 논문



• 특허



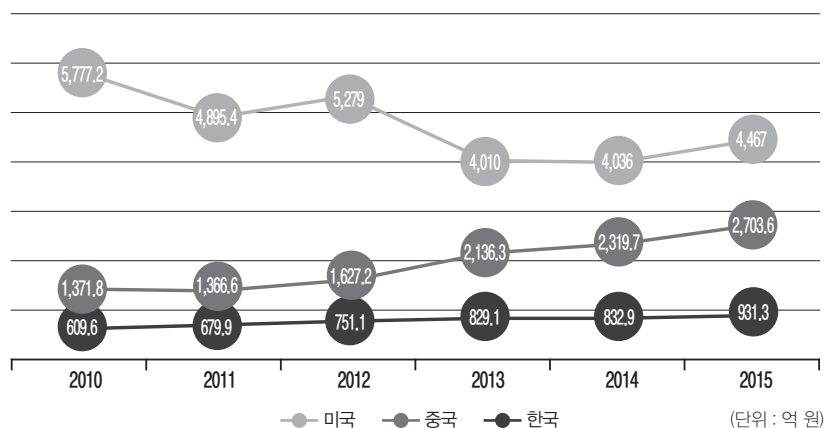
〈그림 3〉 연도별 한의학 연구개발 연구성과(좌) 한국한의학연구원, (우) 한의약선도기술개발사업

한국한의학연구원의 예산은 2006년도 170.4억 원에서 2015년 567.7억 원으로 연평균 14.3% 증가했다. 논문 성과는 2004년까지는 매년 50여 편 수준에 머물렀으나, 2005년부터 연구비와 인력의 증가와 함께 체계적인 연구가 시작되어 급격히 상승했다. 2015년 SCI(E) 등재 논문 편수는 203편으로 지난 10년 간 연평균 25.6%의 높은 증가율을 나타냈다. 특허 출원 및 등록 또한 대폭 증가하고 있다. 2004년까지는 매년 10여건이 등록되는 수준이었으나, 2015년도 특허출원 건수는 해외출원 35건을 포함하여 125건이었으며, 특허등록의 경우 22건의 해외특허가 등록되는 등 총 67건의 특허가 등록되었다〈그림 3(좌)〉.

보건복지부는 한의학 연구개발과 관련하여 한의학선도기술개발사업(1998~현재)과양한방융합기반기술개발사업(2014~현재) 두 사업을 관장하고 있다. 한의학선도기술개발사업의 연도별 투자금액을 살펴보면 사업 개시 연도인 1998년부터 2015년까지 총 1,042억 원이 투자되었다. 1998년 24억 원 75개 과제 투자를 시작으로 2015년도에는 ‘한약제제 개발 지원’, ‘한의학임상인프라구축’, ‘한의학근거창출임상연구’ 3개 분야를 중점으로 총 46개 과제에 106.7억 원이 투자되었다. 논문, 특허 등 정량적 성과는 과제당 연구비 소요가 많은 직접적인 제품화단계를 지원하면서 2006년과 2007년에 잠시 주춤했으나 2015년에는 SCI 논문 53편, 특허 등록 1건, 출원 28건으로 이후 계속 양적 성과가 증가하고 있다<그림 3(우)>.

주요국가의 전통의학 및 보완대체의학 연구개발 투자 현황

한국의 한의학 연구개발 사업 투자액은 2015년 기준 931.3억 원으로 중국 중의학 연구비 예산의 34.4%, 미국 보완대체의학 연구비 예산의 20.8% 수준이다. 미국은 NCCIH가 보완대체의학 연구에 2011년 5,777억 원을 투자한 이후 2015년까지 전반적으로 감소 추세를 보이고 있다. 이에 반해 중국은 2011년 1,366억 원에서 2015년에는 2,703억 원으로 5년 간 전통의학 연구개발 투자가 2배 가까이 증가했다.



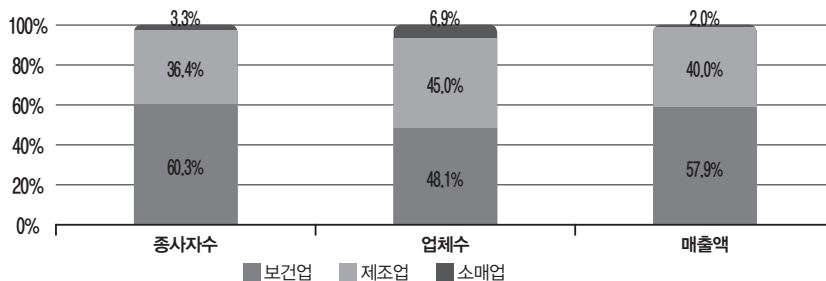
<그림 4> 한국, 중국, 미국 전통의학 R&D투자 규모 비교(2010-2015)

통계로 보는 한의 의료서비스 현황¹⁾

박 지 은 | 한국한의학연구원 정책표준기획팀 선임연구원

한의약산업 규모 개괄

한국한의학연구원은 한의약산업실태조사를 통해 한의약산업에 규모를 추정하고 있다(국가승인 통계번호 제421001호). 2015년 12월 기준으로, 분야별로 보면 한의약산업 규모는 보건업이 가장 크고 제조업과 소매업 순이었다(그림 1).²⁾ 한의약산업에서 종사하고 있는 자는 약 10만 명이고, 업체수는 29,293개사, 매출 추정 규모는 약 8조 2천억 원이다. 이 가운데 가장 많은 비중을 차지하고 있는 분야는 보건업으로, 종사자수 기준으로는 60.3%, 업체수 기준으로는 48.1%, 매출액 기준으로는 57.9%를 차지한다. 본 장에서는 보건업 중 한의원과 한방병원을 중심으로 지난 10년 간 추세를 살펴보고, 필요시 의과 현황과도 비교한다.



〈그림 1〉 한의약산업의 규모(분야별)

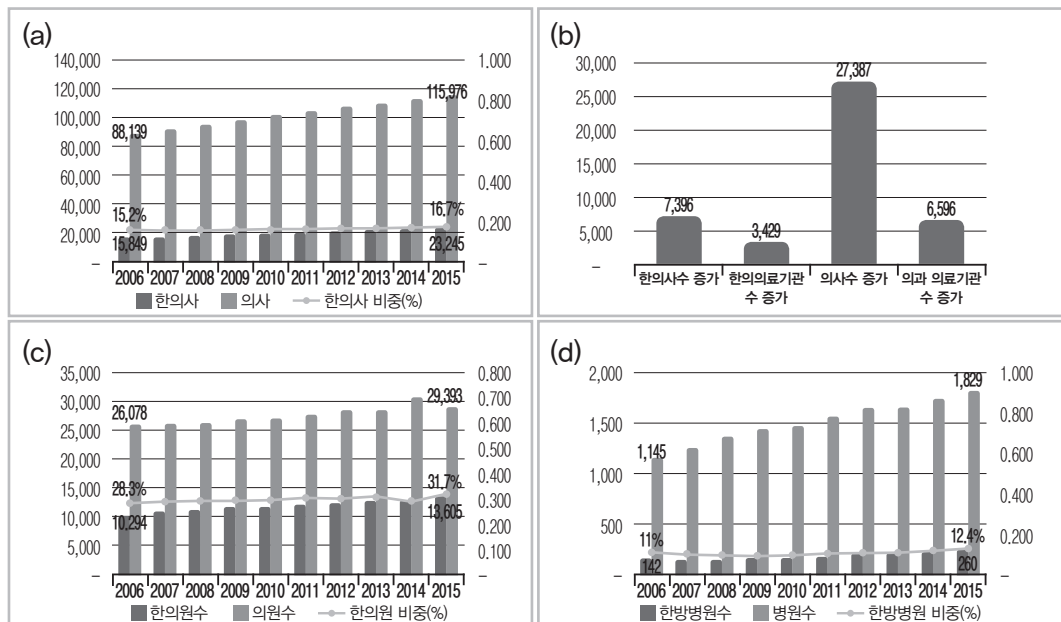
자료) 한의약산업실태조사(2015년 12월 기준)

- 1) 한의약산업실태조사, 한국한의학연구원, 건강보험통계연보 등의 자료를 활용하여 재구성
- 2) 한의약산업실태조사에서 각 분야에 대한 정의는 보건업(한방병원, 한의원, 한방유사업), 제조업(인삼식품 제조업(한방음료 제조업, 식품추출 및 가공업, 건강보조용 액화식품 제조업, 한의약품 제조, 완제의약품 제조, 한방 의료기기 제조, 한방 화장품 제조, 한방 세제 제조), 소매업(한약국, 한약방)

한의사와 병의원 수 기준으로 살펴본 한의 의료서비스 규모

한의사는 2006년 15,849명, 2015년 23,245명으로 10년 간 약 7,000여 명이 증가했다. 의사의 경우 2006년 88,139명에서 115,976명으로 약 27,000여 명이 증가했다. 한의사는 의사와 비교 시 15.2%(2006년)에서 16.7%(2015년)를 차지하고 있으며 10년 간 비중은 유사하게 유지했다<그림 2(a)>.¹⁾

의료기관 수를 기준으로 보면 지난 10년 간 한의 의료기관 수와 비중 모두 증가한 것으로 나타난다. 한의원수는 2006년 10,294개소에서 2015년 13,605개소로 약 3,000개소 증가했다. 의원급 요양기관과 비교시 2006년 28.3%에서 2015년 31.5%로 개원 한의원수와 비중 모두 약간 증가했다. 한방병원은 2006년 142개소에서 2015년 260개소로 2배 정도 증가했다. 병원급 요양기관과 비교하면²⁾ 2006년 11%에서 2015년 12.4%로 10년 간 비중은 1.4%p 증가한 것으로 나타난다<그림 2(c), (d)>.



〈그림 2〉 (한)의사와 (한)의요양기관 증감 추세

1) 한의사비중 = 면허한의사수 ÷ (면허한의사수 + 면허의사수). 한지(한)의사, 치과의사 제외

2) 한의의료기관 비중 = 한의원수 ÷ (한의원수 + 의원수) 또는 한방병원수 ÷ (종합병원수 + 일반병원수 + 한방병원수). 요양병원, 치과병원, 치과의원 제외

건강보험 진료비와 매출 규모로 살펴본 한의 의료서비스 현황

건강보험 청구건수 기준으로 보면 2006년에는 약 3,600만 건이, 2015년에는 3배가량 증가한 1억 여건이 한의 의료기관에서 청구되었다. 전체 건강보험에 청구된 건수 비중³⁾으로는 2006년 4.3%에서 7.6%로 증가했다<그림 3(a)>. 그러나 건강보험 진료비⁴⁾(=공단부담금+환자본인부담금) 기준으로 계산하면 2006년 4.3%에서 2015년 4%로 감소했음을 알 수 있다<그림 3(b)>.

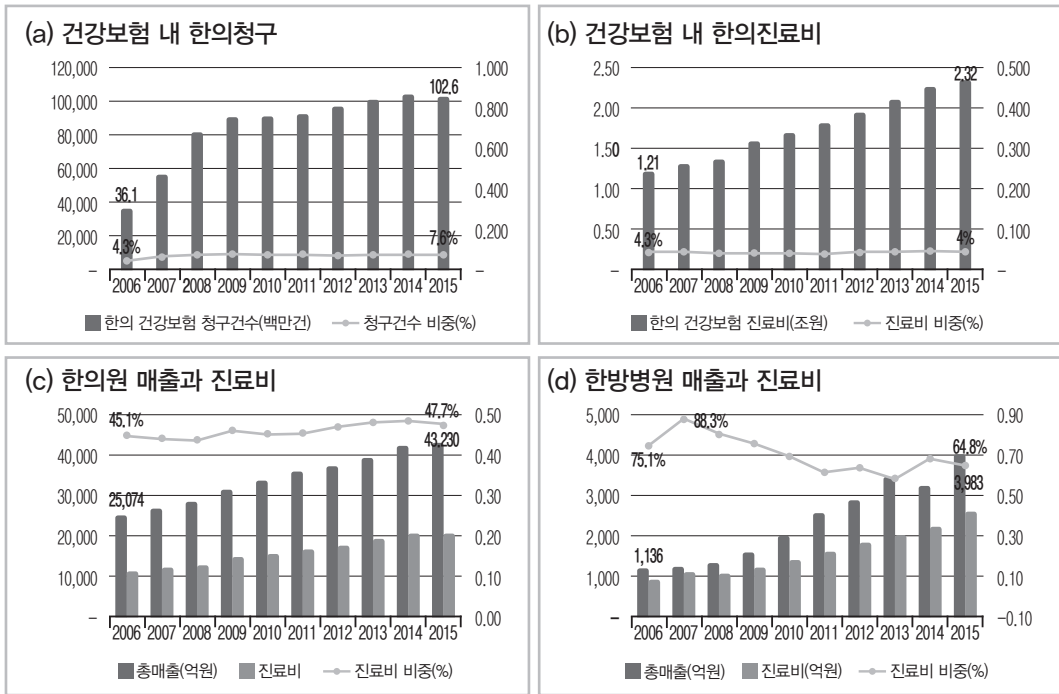
한의 의료기관의 매출액과⁵⁾ 건강보험 진료비의 관계를 살펴보면 다음과 같다. 2006년 한의원의 매출액은 약 2.5조였고 진료비 비중은 45.1%였다. 2015년 한의원 매출액은 4.3조로 2006년 대비 약 1.72배 증가하였으며, 진료비 비중은 47.7%로 2006년 대비 2.6%p 증가 수준에 그쳤다. 한방병원은 한의원보다 매출 성장 수준이 훨씬 높았다. 한방병원 매출액은 2006년 1,136억 원에서 2015년 3,983억 원으로 3.5배 증가했다. 한의원의 10년 간 매출 연평균 증가율은 6.2%였으나 한방병원의 경우 매출 연평균 증가율이 14.9%에 달했다. 또한, 한방병원은 한의원보다 매출대비 진료비 비중이 높았는데, 한의원과는 반대로 건강보험 진료비 비중이 감소하는 추세였다(2006년 75.1%에서 64.8%로 감소) <그림 3(c), (d)>.

요양기관 유형에 따른 건강보험 진료비 비중을 비교하면 다음과 같다. 요양기관 단일 유형으로는 약국(22.1%)이 가장 많은 진료비를 차지하고 있으며, 상급종합(16.9%), 종합병원(15.8%), 의원(19.5%), 병원(9%), 요양병원(7.3%), 치과의원(5.1%), 한의원(3.3%), 한방병원(0.5%) 순서였다<그림 4(a)>. 가장 많은 비중을 차지하고 있는 약국을 제외하면 한의 의료기관은 진료비의 약 4.6%(한의원(4%)+한방병원(0.6%))를 차지하고 있는 것으로 나타난다.

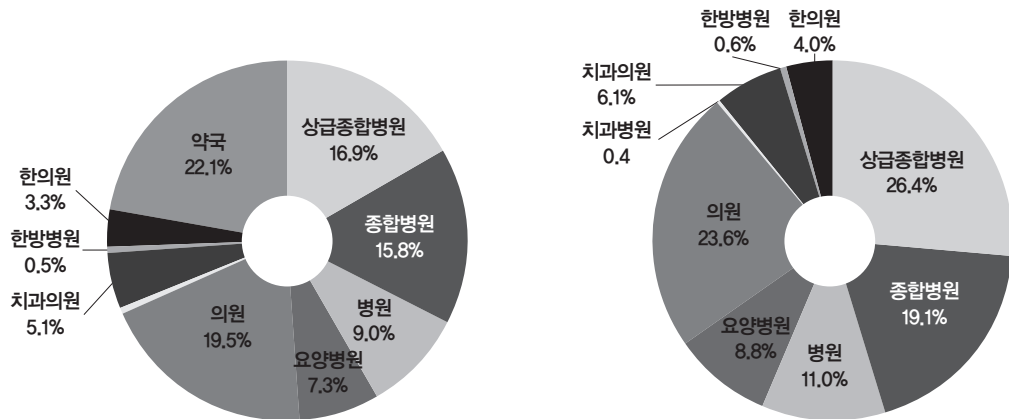
3) 의과병의원, 치과병의원, 보건소/보건지소/보건진료소/보건의료원, 약국, 조산원 모두 포함한 청구 건 수.

4) 물가상승률이 고려되지 않은 명목금액임을 유의. 비급여 진료비는 포함되지 않음.

5) 매출액과 순이익은 다름. 매출액에는 인건비, 관리비 등이 포함됨.

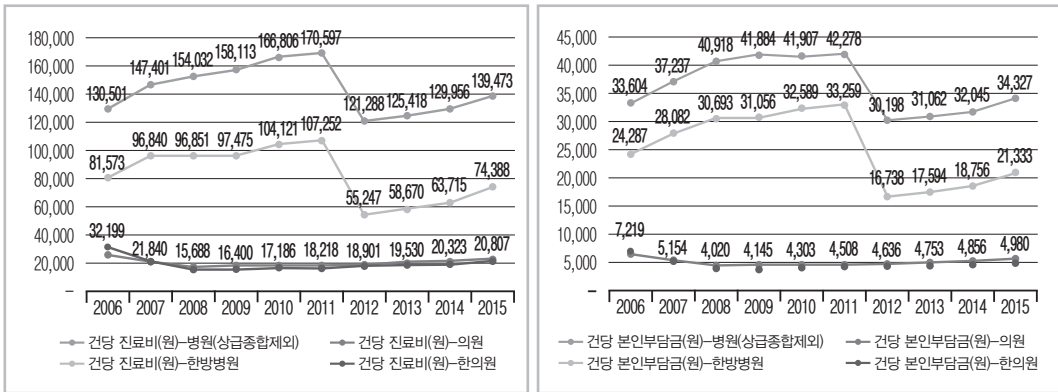


〈그림 3〉 한의 요양기관의 건강보험진료(비)와 매출액



〈그림 4〉 요양기관 유형에 따른 건강보험 진료비 비중(2016년 기준)

요양기관 별로 건당 진료비와 건당 환자본인부담금을 비교하면 다음과 같다⁶⁾⁷⁾. 건당진료비와 건당 본인부담금은 의과병원이 한방병원보다 모두 높았다. 그러나 의원의 경우 10년 내내 한의원과 유사한 수준이었다. 2015년 기준으로는 의과병원의 건당 진료비는 약 14만원이었고, 한방병원은 절반 수준인 74,388원, 의원은 22,933원, 한의원은 20,807원이었다<그림 5>.



<그림 5> 요양기관 종별 건당 진료비(좌)와 건당 본인부담금(우) 추세

- 6) 해당 요양기관 전체 진료비 합÷ 해당 요양기관 전체 청구건수 합. 또는 해당 요양기관 전체 본인부담금 합÷ 해당 요양기관 전체 청구건수 합. 청구건당 진료비용의 변이 때문에 실제 체감비용과는 다름. 일당진료비가 아니라 건당진료비임.
- 7) 상급종합병원은 의료기관 특성상 진료비가 다른 요양기관보다 높아 비교가능성을 위해 진료비 계산에서 제외함. 병원급은 종합병원과 병원(요양병원 포함) 진료비의 합임(건강보험통계연보는 요양병원 진료비를 별도로 제시하지 않음)

다빈도 질병

다빈도 질병 측면에서도 한의 의료기관과 전체 의료기관의 양상은 매우 달랐다. 한의 의료기관은 근골격계 질환이 다빈도 상위 10개 질환 중 9개를 차지하고 있었다. 이와는 반대로 의료기관 전체 기준으로는 급성기관지염으로 의료기관을 방문한 경우가 가장 많았고, 두 번째는 치과질환인 치은염 및 치주질환이었다. 한의 의료기관 다빈도 최다 질병인 등통증은 전체로 보면 10번째 다빈도 질병에 해당되었다.

〈표 1〉 10대 다빈도 질환 비교(2015년도 기준)

	한의 의료기관	전체 의료기관
1	M54 등통증	J20 급성 기관지염
2	S33 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	K05 치은염 및 치주질환
3	M79 달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	J03 급성 편도염
4	S93 발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	J30 혈관운동성 및 알러지성 비염
5	M75 어깨병변	J06 다발성 및 상세불명 부위의 급성상기도 감염
6	M62 근육의 기타 장애	K02 치아우식
7	K30 기능성 소화불량	I10 본태성(원발성)고혈압
8	S13 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	K29 위염 및 십이지장염
9	M17 무릎관절증	J02 급성인두염
10	M25 달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M54 등통증

한의학정책 구독 안내



한국한의학연구원 정책표준기획팀은 2012년 12월 창간 준비호를 시작으로 1년에 두 차례씩 「한의학정책」을 발간하였으며, 현재까지 총 9호를 발간하였습니다. 그동안 독자께서 소중한 의견을 주신 덕분에 매년 중요한 이슈들을 다룰 수 있었고, 내용의 양과 질 모두가 지속적으로 발전할 수 있었습니다.

또한, 「한의학정책」은 연구원 홈페이지를 통해서도 온라인 버전으로 배포되고 있습니다. 인쇄본을 원하시는 분들은 아래로 구독 문의를 해주시기 바랍니다. 아울러, 한의학정책에 수록되었으면 하는 한의계의 핵심 정책이슈들이 있다면 역시 아래의 연락처로 제안해주시기 바랍니다.

앞으로도 보다 발전하는 한의학정책을 위하여 노력하겠습니다.
감사합니다.

답 당 자 : 한국한의학연구원 한의기술표준센터 정책표준기획팀 박지은 선임연구원
연 락 처 : janesky@kiom.re.kr 또는 042-868-9375



한의학정책

The Journal of Korean Medicine Policy

2017 제5권 제1호 (Volume 5 Number 1 Aug 2017)



한국한의학연구원

KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

34054 대전광역시 유성구 유성대로 1672(전민동 461-24)

Tel (042) 861-1994 Fax (042) 861-5800 policy.kiom.re.kr