



한의학정책

The Journal of Korean Medicine Policy

2019 제7권 제1호 (Volume 7 Number 1 Dec 2019)



한의학 서비스 주요 이슈와 시사점

- 의한 협진 2단계 시범사업의 의의와 향후 방향에 대한 제언
- 추나요법 보장성 강화와 향후 대응 과제
- 한의 의료기기 활성화를 위한 과제
- 한의사 의료기기 사용에 있어서 한방의료행위의 현황과 한계, 그리고 새로운 접근

통계로 보는 한의학 현황

- 통계로 보는 한의학 R&D 현황
- 통계로 보는 한의 의료서비스 현황

알기쉬운 한의정책(카드뉴스)

- 추나 건강보험
- 커뮤니티케어
- 의·한협진 서비스



한국한의학연구원
KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE



한의학정책

The Journal of Korean Medicine Policy

2019 제7권 제1호 (Volume 7 Number 1 Dec 2019)



한약 서비스 주요 이슈와 시사점

- 의한 협진 2단계 시범사업의 의의와 향후 방향에 대한 제언
- 추나요법 보장성 강화와 향후 대응 과제
- 한의 의료기기 활성화를 위한 과제
- 한의사 의료기기 사용에 있어서 한방의료행위의 현황과 한계, 그리고 새로운 접근

통계로 보는 한약 현황

- 통계로 보는 한약 R&D 현황
- 통계로 보는 한의 의료서비스 현황

알기쉬운 한의정책(카드뉴스)

- 추나 건강보험
- 커뮤니티케어
- 의·한협진 서비스



한국한의학연구원

KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

한의정책

2019 제7권 제1호 (Volume 7 Number 1 Feb 2019)



- ● ISSN 2288-4408
발행일 2019년 12월
- ● 발행인 김종열
발행처 한국한의학연구원
주소 34054
대전광역시 유성구 유성대로 1672
(전민동 461-24)
- ● 편집처 한의학정책연구센터
Tel (042) 868-9629
Fax (042) 869-2703
E-Mail ehyi@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
-----------	----

▶ 한의약 서비스 주요 이슈와 시사점

의한 협진 2단계 시범사업의 의의와 향후 방향에 대한 제언	06
윤강재 한국보건사회연구원 보건정책연구실 연구위원	
추나요법 보장성 강화와 향후 대응 과제	18
신병철 부산대학교 한의학전문대학원 교수	
한의 의료기기 활성화를 위한 과제	28
이은경 한의학정책연구원 원장	
한의사 의료기기 사용에 있어서 한방의료행위의 현황과 한계, 그리고 새로운 접근	40
박용신 밝은눈한의원 원장	

▶ 통계로 보는 한의약 현황

통계로 보는 한의약 R&D 현황	52
백윤희 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 행정원	
통계로 보는 한의 의료서비스 현황	66
박지은 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 선임연구원	

▶ 알기쉬운 한의정책(카드뉴스)

추나 건강보험	82
커뮤니티케어	84
의·한협진 서비스	86

발간사

국민들은 한의 의료기관의 의료서비스를 통해서 한의약을 접하게 됩니다. 국민들이 더 쉽게 질 좋은 한의 의료서비스를 받기 위해서는 물리적, 경제적 장벽을 낮춰야 합니다. 이를 위해서는 한의약 분야의 의료인력, 연구개발, 산업육성 등 다양한 분야의 정책을 관리하고 이해당사자의 이견을 조율하는 일이 필요합니다. 이러한 관리와 조율을 통해서 하나하나의 정책이 구체화되고 실현됩니다.

2019년은 추나요법이 건강보험을 통해 처음 급여화 되었습니다. 한의 의료기관에 대한 국민들의 접근성을 높이기 위한 노력의 결실입니다. 한의약 서비스의 건강보험 보장성을 강화하는 것은 한의 의료기관을 방문하기 위한 경제적 장벽을 낮추는 데 매우 중요한 이슈입니다. 이렇듯 건강보험 보장성 강화, 의료기기 활용, 의한협진 등 한의 의료서비스의 활용성을 높이기 위한 여러 분야의 현안들이 여전히 놓여 있으며, 많은 전문가들이 이를 해결하기 위한 정책을 수립하기 위해 노력하고 있습니다.

이에, 이번 「한의정책」은 “한의약 서비스 주요 이슈와 시사점”을 주제로 구성·발간 하였습니다. 「한의정책」 제7권 제1호는 3단계에 돌입한 의한협진 시범사업과 올해 처음으로 건강보험 급여화가 된 추나요법 등 최신 한의약 서비스 정책 현황과 시사점을 다루었습니다. 또한, 한의사의 의료기기 사용과 관련된 이슈도 다루어 향후 관련 정책 진행 시 고민해 보아야 할 사항들도 짚어보았습니다. 연구원에서 발간하고 있는 한국한의약연감과 한의약산업실태조사 자료를 정리하여 한의약 연구개발과 의료서비스 분야의 동향을 살펴보는 자리도 마련했습니다. 아울러, 추나요법, 의·한협진, 커뮤니티케어 등 한의약 정책이 생소한 독자들의 이해를 돕고자 카드뉴스 형태로도 정책을 소개하는 내용을 수록했습니다.

「한의정책」 이번호가 한의약 정책 수립자와 연구자는 물론 관련 종사자에게 한의약 서비스 정책의 현재를 진단하고 미래를 가늠하는데 든든한 길잡이가 되기를 기대합니다. 「한의정책」 저널에 많은 분들의 지속적인 관심과 조언을 부탁드립니다.



한의학 서비스 주요 이슈와 시사점

- 의한 협진 2단계 시범사업의 의의와 향후 방향에 대한 제언
윤강재 | 한국보건사회연구원 보건정책연구실 연구위원
- 추나요법 보장성 강화와 향후 대응 과제
신병철 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- 한의 의료기기 활성화를 위한 과제
이은경 | 한의학정책연구원 원장
- 한의사 의료기기 사용에 있어서 한방의료행위의 현황과 한계, 그리고 새로운 접근
박용신 | 밝은눈한의원 원장

의한 협진 2단계 시범사업의 의의와 향후 방향에 대한 제언¹⁾

윤 강 재 | 한국보건사회연구원 보건정책연구실 연구위원

1. 들어가며

많은 국가들이 인구고령화와 난치성 만성질환, 의료비 부담 증가 문제를 겪고 있다. 이 문제를 타개하기 위하여 시도되고 있는 방안 중 하나가 전통의학의 활용, 나아가 현대의학과 전통의학의 협력과 상호 활용이다. 미국과 EU는 보완대체의학의 근거를 마련하고 육성하기 위한 「국립보완통합의학센터(NCCIH) 전략계획 2016~2020」, 「Horizon 2020」 등을 수립하였고, 중국은 ‘중서의결합(中西醫結合)’을 정책적으로 추진하고 있다(보건복지부, 2016).

일견 우리나라는 현대의학과 전통의학의 협력에 강점을 가지고 있다고 말할 수 있다. 현대의학과 한의학 모두 전문인력 양성체계를 갖추고 있으며, 서비스를 제공하는 기관이 전국에 분포한다. 국민들 역시 자유롭게 의과와 한의과 서비스를 이용할 수 있고, 공적보장 기제인 건강보험이 작동함으로써 접근성을 제고한다. 그러나 이와 같은 강점에도 불구하고 실제 현장에서 현대의학과 한의학의 협력 수준은 높다고 보기 어렵다. 여러 가지 이유가 있겠지만 가장 중요한 조건, 즉, 협력을 위한 첫 번째 전제조건인 상호신뢰관계의 형성에 어려움이 있기 때문이다. 국민의 눈높이에서 바라보는 우리나라 의-한의 직역관계에는 협력보다는 극심한 갈등이 자리잡고 있는 것이 사실이다.

1) 이 원고는 다음 보고서 내용을 중심으로 작성하였음 : 윤강재 외(2018), 의한 협진 2단계 시범사업 평가 연구, 건강보험심사평가원 · 한국보건사회연구원.

현대의학과 한의학은 서로 다른 역사적 발전과정을 거쳐 왔고, 학문적 뿌리와 인체 및 질병을 바라보는 관점에 상이한 측면이 많다. 하지만 두 의학은 동일한 질병에 대응하며 국민건강증진과 건강수명 연장이라는 목표를 공유한다. 따라서 다음과 같은 질문이 등장하여 관심을 받는 것은 자연스러운 일이라 할 것이다. “현대의학과 한의학을 함께 활용함으로써 더 나은 효과를 얻을 수 있지 않을까?”

‘의한 협진 시범사업’은 이 질문에 대한 답을 얻기 위한 시도이다. 물론 의과와 한의과가 협력하여 진료하는 것이 본 시범사업에서 최초로 시도된 것은 아니다. 1971년 경희의료원 개원 당시 목표 중 하나로 “동서의학의 융화를 통한 제3의학 창조”가 제시된 것에서도 알 수 있듯이 의한 협진을 시도한 역사는 짧지 않다. 그러나 2016년부터 시작된 의한 협진 시범사업은 첫째, 개인이나 개별 요양기관 차원이 아니라 정부정책으로 추진되고 있다는 점에서, 둘째, 건강보험이라는 공적재원을 정책적 동력으로 삼고 있다는 점에서 현대의학과 한의학의 관계 설정에 중요한 전기로 평가할 수 있다.

현재 의한 협진 시범사업은 1단계 및 2단계를 종료하고 2019년 하반기부터 최종 3단계 시행을 예정하고 있다. 본 고에서는 먼저 의한 협진의 역사적인 전개 과정을 전반적으로 살펴본 후 2단계 시범사업을 중심으로 의의를 살펴보고자 한다. 마지막으로 향후 의한 협진 방향에 대해 제언하고자 한다.

2. 의한 협진의 전개와 ‘의한 협진 시범사업’의 제기

어느 정책이나 마찬가지로이겠지만, 정부 정책의제로의 포함 및 법·제도적 기반 마련은 해당 제도의 추진에서 매우 중요한 의미를 가진다. 의한 협진도 마찬가지다. 관심있는 개인 또는 개별 기관에서 시도되던 의한 협진은 1997년 국무총리 소속 자문기구였던 의료개혁위원회의 ‘21세기 의료정책과제’로 정부에 공식건의됨으로써 정책의제화의 중요한 전기를 마련하였다. 의료개혁위원회는 의한 협진 활성화를 위해 <표 1>과 같이 ①진료체계 개선 ②의학 및 한의학 교육 ③공동 학술활동 지원 영역에서

세부과제를 제안하였다. 당시 건의된 내용들은 현대의학과 한의학의 관계 설정에서 현재까지도 중요한 함의를 담고 있는 과제들이다. 또한 이 과제들의 현실화 정도를 보면 의한 협진이 걸어진 지난한 과정을 짐작할 수 있다. 예컨대 진료과의 교차 개설과 교차고용이 「의료법」 개정(2010.1.31. 시행)을 통해 병원급 의료기관에서 공식적으로 허용되기까지는 이후 10년이 넘는 시간을 필요로 하였다.

〈표 1〉 의료개혁위원회의 의한 협진¹⁾ 세부 과제 제안

개선 과제	세부 과제
진료체계 개선	<ul style="list-style-type: none"> · 이중면허자에게 제한없는 의·한의 진료 허용: 의료기관 명칭 및 진료과목 공동 표방 허용 · 상호 교차 진료과 개설 허용 · 노인병원, 척추질환 특수클리닉 등에서의 의사, 한의사 공동근무 허용 · 의한 협진 수가체계 구축 · 진료비 심사에서 진료행위의 인정범위를 확대하되 심사를 강화
의학 및 한의학 교육	<ul style="list-style-type: none"> · 의과대학 교육과정에 기본적인 한의학 관련 교과목 개설 유도 · 의학과 한의학 모두에 충분한 지식을 갖춘 의료인력 양성 <ul style="list-style-type: none"> - 의과대학 및 한의과대학 간 졸업생 상호 편입학제도 확대 - 의학과 한의학을 모두 교육하는 과정 설치방안 강구
공동 학술활동 지원	<ul style="list-style-type: none"> · 보건의료기술연구개발사업 자금 배정에서 협진 연구에 우선순위 부여, 공동연구 지원 · 한약을 이용한 신약개발, 한의학의 임상효과 증진, 한방의료기기 개발 지원 · 협진으로 진단·치료·예방의 효율이 증대될 수 있는 상병이나 진료영역 설정 · 대학의 의학연구소 및 한의학연구소에 의한 협진 및 공동연구 부서 설치 장려

우여곡절 끝에 법·제도적 전환점이 마련되고, 임상 현장에서 다양한 유형의 협진이 시도되기는 하였으나 전체적인 활성화 수준은 그리 높지 않았다. 협진 표방 기관의 숫자는 이를 간접적으로 보여준다. 2011년에 전체 병원의 4.7%를 차지했던 126개 협진병원은 2016년에 3.9%인 129개 기관에 머물렀다. 협진한방병원은 116개 기관에서 177개 기관으로 수적인 측면에서는 증가하였다. 그러나 전체 한방병원에서 차지하는 비중은 69.4%에서 62.8%로 오히려 하락하였다 (보건복지부·건강보험심사평가원, 2017). 의료서비스의 공급·이용규모 확장과 「의료법」 개정이라는 뒷받침을 고려할 때

1) 주) 당시에는 '양한방 협진'으로 명명되었으나, 「의료법」 및 시범사업 명칭 등을 고려하여 '의한 협진'으로 표기함.
자료) 의료개혁위원회(1997)

정체되었다는 평가가 타당할 것이다.

의한 협진에 대한 기존 연구들을 종합해 보면 정체 이유는 크게 세 가지로 분류할 수 있다. 우선 글머리에서 언급한 바와 같이 의과와 한의과 사이에 존재하는 상대 영역에 대한 이해와 신뢰 부족을 지적하지 않을 수 없다. 한방병원과 협진하는 의사들을 대상으로 한 김계현의 연구(2004)는 협진 필요성 자체에 대한 인식은 낮지 않음(‘협진이 필요하다’는 응답 46.8%)에도 불구하고 ‘의학 이론과 접근방법의 근본적 차이’에 따른 문제점 인식 역시 크게 나타났다. 권영규 외의 연구(2012) 역시 협진이 어려운 이유로 의사들은 ‘한의학의 근거 부족(54.3%)’을, 한의사들은 ‘믿고 의뢰할 파트너 부족(44.8%)’을 지적하였다.

두 번째 원인은 공급자와 소비자들로 하여금 협진에 적극적으로 참여할 수 있도록 하는 동기 부여가 미흡했었다는 점이다. 협진을 위해 추가로 투입해야 하는 비용을 고려하면 더욱 그렇다. 공급자 개인은 상대 학문을 이해하기 위한 노력을 기울여야 하고, 기관 입장에서는 인력, 장비, 시설, 공간 등 협진을 작동시키기 위한 추가 투입분을 고려해야 한다. 환자 입장에서는 번거로움과 더불어 동일 날짜, 동일 상병으로 의과와 한의과에서 진료를 받을 경우 후행 행위에 대해서는 건강보험 급여를 인정받지 못하고 본인이 비용을 부담해야 했다.²⁾ 협진을 이용할 경우 경제적 부담이 있을 수밖에 없었던 것이다.

마지막으로 협진 수준 자체가 만족스럽지 못하였다. 협진에 적합한 질환이 발굴·제안되고(권영규 외, 2012), 근골격계 및 일부 순환기계 질환을 중심으로 협진의 효과가 꾸준히 보고되어 왔으나, 임상적 치료효과를 주장하기에 부족함이 있었다. 의과와 한의과가 함께 서비스를 제공해야 하는 현실 상 질 높은 무작위 대조 임상연구를 수행하기 어렵다는 연구설계 상의 한계도 고려할 수 있다. 그러나 협진 서비스 행태 자체가 단순한 자문이나 의무 기록 회람 정도에 머무르는 경우도 적지 않아 소비자가 기대하는 ‘현대의학과 한의학의 상호 보완’이라는 이상형(ideal type)에

2) 보건복지부 고시 제2010-18호(2010.1.28.)

미치지 못했던 것이 현실이기도 했다.

의한 협진의 정체 이유는 활성화 과제와 동전의 양면을 이룬다. 즉, 표준적인 절차를 통해 의과와 한의과의 협력체계를 구축하고, 공급자 및 소비자에게 협진 참여에 대한 인센티브를 부여하며, 나아가 질 높은 협진 서비스를 국민들에게 제공해야 한다는 것이다. 물론 단시일 내에 이 모든 과제를 충족하기에는 한계가 존재한다. 보건복지부가 『한의약육성발전계획』에 “의한 협진 활성화”를 중요한 정책과제로 지속적으로 포함³⁾시키는 정책의지를 견지한 것도, 단년도 시범사업이 아닌 3단계에 걸친 단계적 과정을 기획한 것도 협진 활성화를 위해 제기된 과제를 보다 효과적으로 해소하기 위한 취지로 해석된다.

3. 의한 협진 2단계 시범사업의 정책성과와 공급자 인식

가. 의한 협진 2단계 시범사업 제도 설계의 특징

의한 협진 시범사업은 3단계로 기획되었는데, 협진의 저변을 확장하고 질적 수준을 높이기 위하여 단계별로 조금씩 상이하게 설계되었다. 단계별 주요 특징은 <그림 1>과 같다.

1단계 시범사업	2단계 시범사업	3단계 시범사업
협진 후행행위 급여 적용	협진수가 적용	협진 인증 기준 적용
전체 질환	다빈도 질환	협진 적합 질환
국공립병원 중심	민간병원 중심확대	협진 인증기관
협진 현황 파악을 위한 자료수집	수가체계 타당성 협진효과성 확보	협진 인증 기준 검증 관리방안 마련

자료) 보건복지부·건강보험심사평가원(2017)

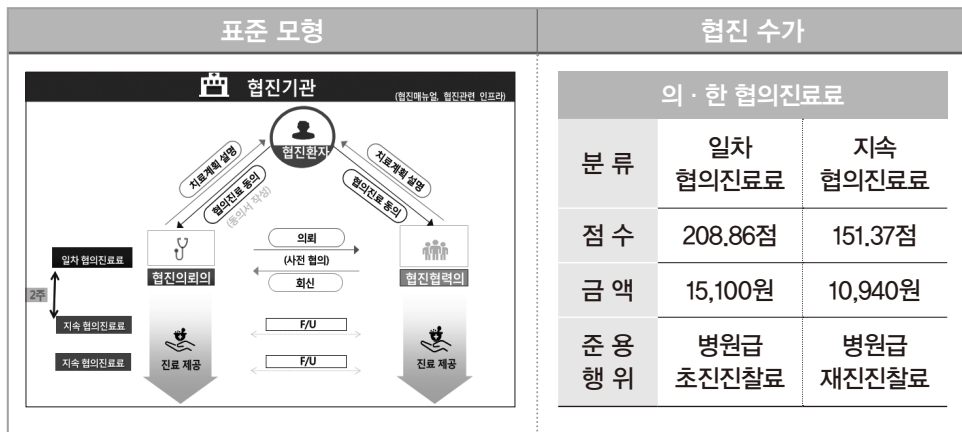
<그림 1> 의한 협진 시범사업 단계별 주요 특징

3) 현재까지 세 차례 수립된 『한의약육성발전계획』에는 빠짐없이 의한 협진이 정책과제로 포함되었음.

1단계는 의한 협진의 현황을 파악하는 것에 초점을 두었다. 그리고 후행행위에 대한 건강보험 급여를 적용하였다. 즉, 동일 날짜, 동일 상병으로 의과와 한의과를 동시에 이용한 경우 기존에는 소비자가 부담했던 후행행위를 건강보험으로 보상한 것이다.

2단계는 공급자 인센티브가 추가되었다고 할 수 있다(후행행위 급여는 2단계에서도 지속 시행). 별도로 책정된 의한 협진 수가를 의과와 한의과에 동시 적용함으로써 ‘협력 진료’라는 추가행위에 대한 보상 기제를 마련한 것이다.

건강보험 수가의 설정은 의한 협진 서비스를 제공하기 위한 표준적인 절차와 모형이 설정되었음을 의미한다. 사전에 대상질환으로 지정된 질환⁴⁾을 가진 환자가 외래서비스를 받는 과정에서 의사와 한의사의 ‘의뢰’와 ‘회신’의 과정을 거쳐 협진이 이루어지는 경우 일차협진료료와 지속협진료료를 청구하도록 한 것이다.



자료) 보건복지부 · 건강보험심사평가원(2017)

〈그림 2〉 의한 협진 2단계 시범사업 표준 모형 및 협진 수가

2019년 하반기부터 시행이 예정된 3단계 시범사업의 키워드는 ‘인증’이다. ‘인증’이 의미하는 목표지점은 분명하다. 1단계와 2단계 시범사업이 의한 협진을 제공하기 위한

4) 의한 협진 2단계 시범사업의 대상질환은 대분류 기준 근골격계 질환(M코드), 신경계 질환(G코드), 손상·외인성 질환(S코드), 신생물(C-D)코드이며, 이외 중분류 코드 기준으로 B, E, F, H, I, J, K, L, N 등에서 3단 상병 코드 기준 60개 상병이 해당됨.

들을 구축하고 공급자와 이용자 인센티브를 통해 저변을 확장하는 것에 주안점을 두었다면, 3단계에서는 질 높은 협진 서비스를 국민들에게 제공하는 것에 초점을 맞추었다. 이를 위해 3단계 시범사업에서는 협진 성과 등을 평가하여 차등화된 보상 기전이 작동될 전망이다.

나. 의한 협진 2단계 시범사업의 정책성과

의한 협진은 기존 의료서비스 공급체계에 변화를 주는 일종의 ‘개입(intervention)’이라 할 수 있으므로 정책적 개입에 의한 변화를 평가할 수 있다. 이를 위해 건강보험심사평가원으로부터 시범사업에 참여한 기관에서 약 7개월 간(2017.11.27. ~2018.6.30.) 한방 외래를 1회 이상 이용한 수진자의 모든 청구건을 제공받아 자료를 구축하였다.

평가를 위한 대상 질환은 의한 협진 2단계 시범사업에서 다빈도 질환으로 나타난 등통증(M54), 안면신경장애(G51), 요추 및 골반의 탈구·염좌(S33), 기타 추간판장애(M51), 편마비(G81), 뇌경색증(I63) 등 6개 질환을 선정하였다. 이들 질환에 대해 이용자의 인구학적 특성 및 기관 특성을 보정한 후 질환별 총 치료기간, 총 치료비용, 내원 1회당 치료비용을 비교하였다. 협진군과 비협진군의 비교방법으로는 성향점수매칭추정법(PSM: Propensity Score Matching Estimation)을 활용하였다.

〈표 2〉 의한 협진 2단계 시범사업 정책성과 : 성향점수매칭을 활용한 협진군과 비협진군 비교

(단위 : 일, 원)

	등통증 (M54)	안면신경장애 (G51)	요추 및 골반의 탈구 염좌(S33)	기타 추간판장애 (M51)	편마비 (G81)	뇌경색증 (I63)
총 치료기간 ¹⁾	-7.04~ -7.79	-7.95~ -9.93	-5.15~ -6.88	-8.21~ -14.79	-1.61~ -3.73	-29.75~ -36.76
총 치료비용 ²⁾	-15,900~ 5,847	-41,617~ -73,419	-45,167~ -45,692	-75,011~ -144,624	-147,962~ -314,543	-134,039~ -232,339
1회 내원당 총 치료비용 ³⁾	38,332~ 39,375	34,135~ 34,446	30,734~ 34,362	29,946~ 33,369	27,649~ 27,959	31,114~ 40,434

주1) 총 치료기간 : (협진군의 총 치료기간 - 비협진군의 총 치료기간)의 평균

주2) 총 치료비용 : (협진군의 총 치료비용 - 비협진군의 총 치료비용)의 평균

주3) 1회 내원당 총 치료비용 : (협진군의 1회 내원당 총 치료비용 - 비협진군의 1회 내원당 총 치료비용)의 평균

협진군과 비협진군의 정책성과를 비교한 결과는 <표 2>와 같다. 질환에 따라 일부 차이가 있으나 전체적으로 유사한 경향이 관찰되었다. 즉, 의한 협진을 이용한 경우 비협진군에 비해 1회 내원 시 치료비용을 더 많이 지불하였으나 치료기간과 전체 치료비용은 감소하였다. 예를 들어 안면신경장애(G51)의 경우 협진을 이용한 환자는 1회 방문할 때마다 약 34,000원을 추가로 부담해야 했다. 그러나 협진 이용자의 치료기간은 7~9일 정도 유의하게 감소하였고, 전체적인 비용지출 역시 41,000~73,000범위로 줄어들었다. 6개 질환에 국한된 분석이기는 하나, 의한 협진을 이용하는 환자들은 기존 단독진료에 비해 1회 이용을 위한 비용부담은 증가하나 총 치료기간이 단축됨으로써 결과적으로 총 치료비용까지 감소하는 효과를 기대할 수 있다고 할 수 있다.

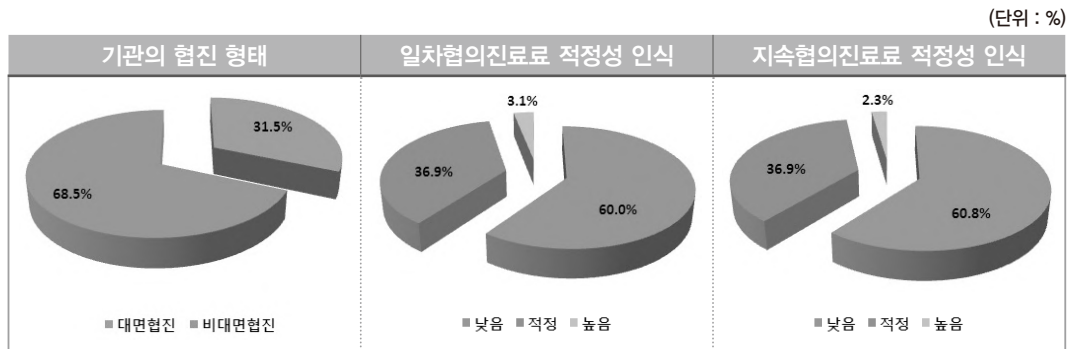
물론 이상과 같은 분석에는 한계점도 존재한다. 의한 협진 2단계 시범사업은 외래서비스에 국한되어 이루어졌으며, 중증도를 비롯한 임상정보가 풍부하게 포함되어 있다고 보기 어려운 건강보험 청구자료를 사용하여 분석했기 때문이다. 시범사업 중간 시점에 평가가 이루어졌기 때문에 ‘전체’ 2단계 시범사업의 성과로의 확대해석도 조심스러울 수밖에 없다. 그러나 우리나라 보건의료체계의 문제점으로 지적되는 과다 이용과 중복 이용 해결을 위한 가능성을 제시했다는 점에 의미를 부여할 수 있을 것으로 여겨진다. 또한 이러한 한계지점은 향후 의한 협진을 보다 정확히 평가하기 위한 보완의 출발지점이기도 하다. 평가시점을 다변화하고 임상자료와 연계하는 한편, 질환과 요양기관의 특성을 고려한 협진 모형을 개발한다면 ‘현대의학과 한의학의 협력’으로부터 보다 의미있는 편익 도출을 기대할 수 있을 것이다.

다. 의한 협진 2단계 시범사업 참여 공급자의 인식

서비스를 제공하는 공급자의 적극적 참여 정도는 성과의 수월성 제고와 제도개선 방안 마련에 긍정적인 영향을 미칠 수밖에 없다. 특히 앞서 언급한 바와 같이 임상 현장에서 의과와 한의과 사이에 이해와 신뢰 부족이 현실적으로 상존하는 상황에서는 더욱 그러하다.

이에 따라 의한 협진 2단계 시범사업 참여하는 기관에서 실제 협진 서비스를 제공하고

있는 공급자(의사 및 한의사)들을 대상으로 경험과 인식을 조사하였다. 의사와 한의사를 각각 100명씩 배정하여 조사를 의뢰하였으며, 44개 기관에서 총 130명(의사 48명, 한의사 77명, 복수면허자 5명)이 참여하였다. 본 고에서는 향후 의한 협진의 방향성 설정과 관련성이 높다고 판단되는 내용, 즉, 협진의 형태와 협진에 대한 보상, 제도 개선 필요성을 비롯한 직역간 협력에 대한 인식 결과를 제시하고자 한다.



주) 수가 적정성 인식에서 '낮음'은 '매우 낮음'과 '낮음', '높음'은 '매우 높음'과 '높음'의 합임.

〈그림 3〉 의한 협진 2단계 시범사업에서의 협진 형태와 보상에 대한 인식

〈표 3〉 의·한 협진 서비스 공급자 희망수가

(단위 : 원)

구 분	2단계 수가	평균±표준편차	최소값	최대값	중위수
일차협진의료료	15,100	20,684.71±6,538.603	15,000	50,000	20,000
지속협진의료료	10,940	14,760.08±4,143.615	10,000	30,000	15,000

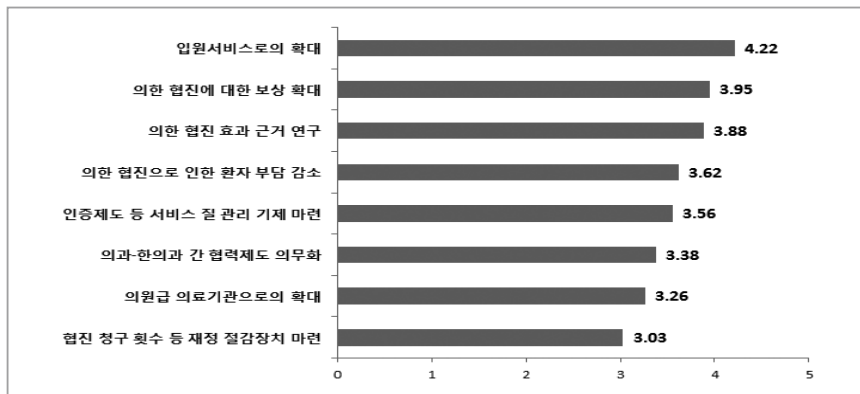
먼저 근무하고 있는 기관에서 이루어지고 있는 협진의 형태는 비대면협진(68.5%)이 대면협진(31.5%) 보다 많은 것으로 나타났다.⁵⁾ 의과와 한의과 직역간 갈등 관계와 외래에 국한하여 시행된 2단계 시범사업 특성 등을 고려할 때 대면협진을 전면적으로 실시하기에는 어려운 점이 있었다. 그러나 협진의 속성을 “서로 상이한 학문적 이론과 의료기술을

5) 조사에서 대면협진은 상대 직역과의 '대면, 육성, (전자)네트워크 등 실시간 논의'로 정의하였고, 궁 형태는 공식적·비공식적 논의구조와 유선·메일·원내 통신망 등을 통한 소통으로 제시하였음.

바탕으로 상호협력하여 공동으로 하는 의료활동(손명세·이원철, 2010)”으로 본다면 대면협진은 비대면협진에 비해 환자 상태에 대한 상호 대응력을 높임으로써 치료성과와 환자만족도를 제고하는 효과가 있을 것으로 여겨진다. 따라서 대면협진에 대한 지향은 향후 의한 협진의 개선에서 중요한 방향이다. 보상을 확대하거나 협진 근거가 확보된 질환을 중심으로 입원서비스로 확장하는 등 점진적으로라도 대면협진을 지향하는 것이 바람직하다고 사료된다.

의한 협진 2단계 시범사업에서는 병원급 초진진찰료와 재진진찰료를 준용하여 15,100원의 일차협의진료료와 10,940원의 지속협의진료료가 수가로 책정되었다. 의과와 한의과가 같이 참여하는 협진은 기존 단독진료와는 상이한 의료서비스 공급방식이다. 따라서 환자 기록의 확인과 작성, 협진 특성을 고려한 진료, 지역 간 협의(대면협진의 경우) 등에 추가적인 투입량이 존재할 것으로 예상된다. 일차협의진료료에 대해서는 60.0%가, 지속협의진료료에 대해서는 60.8%가 ‘낮다’는 인식에는 이러한 추가 투입분 반영 요구가 내재하는 것으로 해석된다. 참고로 공급자들이 걱정하다고 생각하는 희망수가의 평균은 각각 20,685원과 14,760원이었다.

(단위: 점)



주) ‘매우 낮음’~‘매우 높음’의 5개 척도로 조사하였으며, 필요성이 높은 수준에 따라 5점 척도로 환산함.

〈그림 4〉 의한 협진 제도 개선 항목별 필요성 인식

향후 의한 협진의 제도 개선 방향성에 대한 의견을 8개 항목으로 나누어 조사하였다. 의한 협진 서비스를 제공하는 공급자들이 보기에 제도 개선을 위해 가장 필요성이 높은

것은 ‘입원 서비스로의 (협진) 확대(4.22점)’로 나타났다. 또한 수가 인상이나 참여자 인센티브 등 보상 확대(3.95점)와 의한 협진 효과에 대한 근거 마련 연구(3.88점) 역시 제도 개선 필요성이 높은 항목이었다. 반면 의한 협진 청구횟수를 제한하는 등 재정 절감장치를 마련하는 보완(3.03점)이나 의원급 의료기관으로의 협진 확대(3.26점)에 대해서는 상대적으로 필요성을 낮게 보았다.

4. 나가며 : 의한 협진의 향후 방향에 대한 제언

현재 의한 협진 1단계 및 2단계 시범사업은 종료되었고, 최종 3단계 시행을 앞두고 있다. 그동안 시범사업에서 일차적인 목표로 둔 것은 의한 협진의 틀을 마련하고 수요자 및 공급자의 참여를 촉진시켜 저변을 확장·활성화하는 것이었다. 반면 의한 협진 3단계 시범사업은 ‘인증’을 핵심적인 작동 기제로 삼았다. 국민들에게 양질의 협진 서비스를 제공하는 것을 목표로 한 것이다. 이를 위해 협진 성과를 평가할 수 있는 장치를 마련하고 성과에 따라 차등하여 보상하는 차등수가가 설계되었다. 타당성 있는 개선이라 사료되며, 몇 가지 방향성에 대한 제언을 덧붙이고자 한다.

의한 협진의 효과에 대한 근거 마련은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 의한 협진 서비스를 실제로 제공하는 공급자들 역시 근거 마련에 대한 필요성을 높게 인식하고 있을 뿐만 아니라 과학적 근거는 직역간 갈등을 불식시켜 협진의 발전을 가져올 수 있는 방법이기도 하다. 이런 측면에서 협진 임상연구 논문의 양적 증가에도 불구하고 무작위 대조 임상연구 등 질높은 연구는 부족하다는 지적(허광호 외, 2013)은 여전히 제도 개선의 출발점이어야 한다. 3단계 시범사업에서는 초기 단계부터 의한 협진의 임상적 효과를 판단하기 위한 자료를 수집하고 연구를 설계할 필요가 있다. 또한 의한 협진은 아니지만 의·한의 융합 치료기술 개발 등의 성과가 보다 적극적으로 활용될 필요도 있다.

중장기적으로는 요양기관의 특성을 고려한 다양한 협진 모형을 발굴할 필요가 있다. 의과계열 또는 한의과계열인지 여부, 종합병원급 요양기관과 병원급 요양기관인지 여부에 따라 협진의 목표 및 대상 질환과 중점 서비스 등을 특색있게 구성하는 것이다.

예를 들어 상급종합병원을 비롯한 종합병원에서 의한 협진이 이루어진다면 그 목표를 질병 치료와 함께 직역간 전문지식의 교류와 융합을 통한 ‘새로운 의학’의 근거를 마련하는 것에도 두는 것이 바람직하다. 반면 병원이나 한방병원에서는 기관별로 협진 강점질환을 발굴, 질병치료에 우선순위를 둔 서비스를 제공하는 것이 타당하다고 여겨진다. 또한 각 기관에서는 전체적으로 ‘대면협진’에 대한 비중을 점진적으로 높이는 방향성을 가질 필요가 있다. 환자에 대한 기록만이 교류되는 협진은 치료성과와 환자만족도를 정체시킬 가능성이 높고, 최악의 경우 협진 수행에 따른 보상을 얻기 위한 수단으로 전락할 수도 있기 때문이다.

“융합은 기본은 분과체제로는 해결할 수 없는 내용이나 좁은 관점으로 인해 파악할 수 없었던 문제점을 볼 수 있도록 해 주어 문제점에 대한 새로운 가능성과 대안을 제시(김문옥, 2012)”할 수 있도록 한다. 갈수록 복잡화되고 전문화되는 사회환경 속에서 전문가들이 지식을 교류하고 협력하는 것은 필요를 넘어 필수적인 과정이 되고 있다. 보건의료 영역 역시 예외는 아니다. 우리나라는 서로 다른 역사적 발전과정과 인체관·질병관이 다른 현대의학과 한의학을 나란히 보유하고 있다. 의한 협진이 인구구조와 질병구조의 변화 가운데 한국사회가 당면한 다양한 보건의료 문제점에 새로운 관점을 제시하고 그 해결과정에 단초를 제공하는 역할을 담당하기를 기대한다.

참고 문헌

- 권영규 외(2012), 치료의 효과성을 고려한 한·양방 협진 대상 질환 발굴 기초 연구. 보건복지부·부산대학교.
- 김계현(2004), 한방병원과 협진하는 의사 실태 조사연구, 대한의사협회 의료정책연구소.
- 김문옥(2012), 통합의학의 통섭적 요소. 한국정신과학학회지 제16권제1호, p.51~70.
- 보건복지가족부(2010), 협진병원 관리 안내.
- 보건복지부(2016), 제3차 한의약육성발전종합계획 2016~2020.
- 보건복지부·건강보험심사평가원(2017), 의한 협진 2단계 시범사업 설명회 자료.
- 손명세·이원철(2010), 협진제도 발전과제 연구. 보건복지부·한국보건의료연구원.
- 의료개혁위원회(2017), 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제.
- 허광호 외(2013), 뇌질환 재활통합등록체계 자료를 통한 한양방 협진병원과 양방병원의 뇌졸중 환자 치료효과 분석. 한방재활의학과학회지 제23권제3호. p.117~124.

추나요법 보장성 강화와 향후 대응 과제

신 병 철 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수

1. 서론

2019년 4월 8일부터 시행된 추나요법의 급여화로 근골격계 환자의 한의 치료에 대한 접근성이 한층 높아졌다. 추나요법 급여화로 한의 치료의 문턱을 낮춰 국민 건강에 기여할 수 있게 된 점은 추나요법 보장성 강화의 가장 큰 의미라 생각한다. 또한 추나요법의 건강보험 진입은 한의기술 최초로 보편적 의료기술의 보장성강화 진입모형에 따라 체계적으로 안전성, 유효성, 경제성의 검토를 거치고, 시범사업을 통해 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)를 통과한 최초의 한의의료기술이라는데 큰 의미가 있다.

그 간의 추나요법 급여화 경과를 되돌려 보면 추나요법의 급여화는 필자의척추 신경추나의학회 회장 재임 기간 내 진행되었던 중요 정책적 이슈로, 약 7년의 기간이 소요된 중장기 프로젝트였다.

정부 및 대한한 의사협회와 합심하여 추나요법의 보장성강화를 본격적으로 진행한 것은 2014년으로 <2014~2018 건강보험 중기 보장성강화계획 (2015.2월)>에 추나요법을 포함시키기 위한 업무부터 시작되었다.

추나요법 급여화 이후에 야기된 의·한 갈등의 양상은 2014년 <2014~2018 건강보험 중기 보장성강화계획 (2015.2월)>에 포함되었을 당시부터 시작되었다. 본 고에서는 그 후 추나요법 급여화 집입 과정을 더 자세히 살펴보고, 급여화 이후의

현황과 갈등을 돌아보고자 한다. 그리고 이러한 추나요법의 보장성 강화 과정은 차후 타 한의기술의 보장성 강화 과정에서 겪게 될 장애와 부담을 미리 예측하고 준비하는데 도움이 될 것으로 생각한다. 이의 과정과 향후 전망은 미래 한의학 발전에 초석이 될 것으로 사료된다.

2. 본론

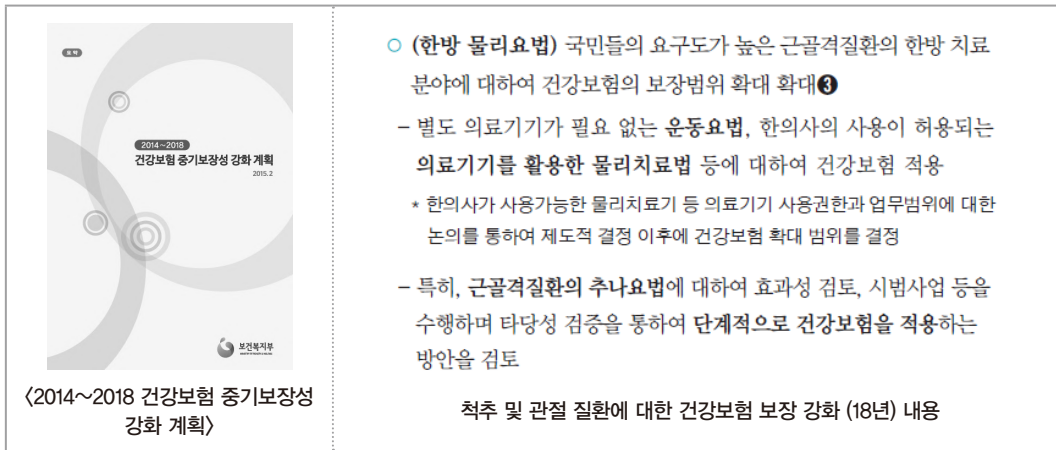
최근 정부에서는 지속적으로 복지확대 정책을 추진하고 있으며, 그 일환으로 건강보험 보장성 강화를 점점 강조하고 있다. 이번 문재인 정부의 ‘문케어’에서 건강보험 보장성 강화정책은 기존 보험급여시장에서 일부 소외되었던 한의의료이 참여할 기회가 될 수 있다는 점에서 한의계의 청신호가 되었다고 할 수 있다.

가. 추나요법 건강보험 급여화 진입 과정

척추신경추나의학회는 2012년 이사회를 통해 추나요법 급여화의 소극적 입장을 적극 추진 입장으로 선회하였다. 2012년 4월 추나요법 보장성 확대의견서(추나 제13-16호 (2012-04-24))를 제출하였으며, 그 이후 연구용역을 발주하여 추나 요법의 안전성과 유효성 근거구축에 박차를 가하였다.

2012년 『추나요법 급여화 대비 연구』결과를 토대로 임상적 유효성과 안전성에 대한 근거가 필요하다는 판단에 따라, 2014년 『추나요법의 임상적 유효성에 대한 연구』를 수행하여 유효성과 안전성에 대한 체계적 근거를 마련하였다.

정책적으로는 당시 보건복지부에서 〈2014~2018 건강보험 중기보장성강화 계획〉을 수립하였으며, 2015년 2월 건강보험정책심의위원회(이하 건정심) “척추 및 관절 질환에 대한 건강보험 보장 강화(18년)”에 “국민들의 요구도가 높은 근골격질환의 한방 치료 분야에 대하여 건강보험의 보장범위 확대, 특히 근골격질환의 추나요법에 대하여 효과성 검토, 시범사업 등을 수행하며 타당성 검증을 통하여 단계적으로 건강보험을 적용하는 방안”을 발표하였다(그림 1).



〈그림 1〉 〈2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획〉의 주요내용(p.26)

이를 근거로 2016년 정부와 건강보험심사평가원(이하 심평원), 공급자단체(대한한의사협회, 대한한방병원협회), 학계(척추신경추나의학회, 한방재활의학과학회, 전문가)가 “한방물리요법 급여화 자문단”을 구성, 여러 차례의 자문회의를 통해 추나요법 행위 정의(척추신경추나의학회, 한방재활의학과학회)와 수가개발을 진행하였다.

이에 척추신경추나의학회는 『추나요법의 건강보험 급여 시범사업방안 연구』(2015) 보고서를 발간하면서, 추나요법 급여화 대비에 필요한 시범사업 방안에 대한 사전 작업을 진행하였다. 이와 같은 점진적 진행과정을 통하여, 마침내 2017년 2월 시범사업이 전국 65개 한방의료기관을 대상으로 실시되었다. 특히, 추나요법 시범사업 연구결과 환자의 추나치료 만족도는 92.8%를 보여, 치료기술로서의 추나급여화 필요성을 국민이 강하게 원하고 있음을 알 수 있었다. 정부는 〈추나요법 급여 전환을 위한 시범 사업 평가 연구(연구책임자: 황도경), 한국보건사회연구원, 2018〉를 통하여 본 사업의 재정추계를 진행하였으며, 이런 노력의 결과로 2018년 11월 29일 건정심 본회의를 통과하여 2019년 4월 8일 추나요법 급여화 원년을 맞이하게 되었다.

〈표 1〉 추나요법 치료행위 보험진입 역사

2012. 『추나요법 급여화 대비 연구』발간(척추신경추나의학회 정책기획팀)
 2014. 『추나요법의 임상적 유효성에 대한 연구』발간
 2015. 『추나요법의 건강보험 급여 시범사업방안 연구』발간
 2015. 〈14-18 중기보장성 강화정책〉(보건복지부) 추나요법 건보 시범사업 발표
 2017. 추나요법 시범사업 실시(전국 65개 한의의료기관)
 2018. 11. 29. 추나요법 건강보험 본사업 건강정책심의위원회(건정심) 통과
 2019. 4. 2. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(고시)
 2019. 4. 8. 추나요법 건강보험 급여화 개시

나. 추나요법 보장성 강화 진입의 성공요인

한 의사 고유의 수기치료 기술인 추나요법이 급여화 진입에 성공할 수 있었던 여러 요인이 있다. 그 중 척추신경추나의학회와 한방재활의학과학회, 그리고 전국 12개 한의과대학(원)들이 협력을 통해 추나요법 안전성·유효성에 대한 근거보고서 발간과 교과서 편찬(추나의학, 척추신경추나의학회)을 통해 추나요법의 표준화·체계화 정립 및 학문적 토대를 튼튼히 세웠다는 점은 큰 성공요인으로 작용했으리라 생각한다(그림 2).



〈그림 2〉 추나요법 급여화 당시 주요 유효성근거, 학술표준화 자료

학회의 유기적인 정책적 또한 또한 추나요법 건강보험 진입은 정부, 대한한의사협회, 대한한방병원협회, 학회의 유기적인 정책적 의사합의가 중요한데, 이들의 의지와 유기적 소통 및 신속한 정책합의는 건강보험진입의 가장 큰 성공요인으로 꼽고 싶다. <그림 3>.

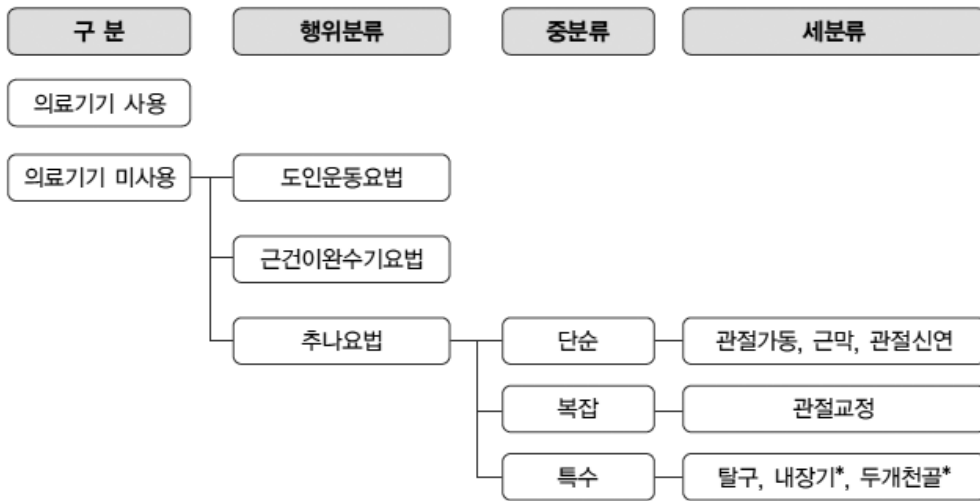
척추신경추나의학회는 건강보험 진입이라는 목표를 달성하기 위해서 모든 역량을 집중하여 협회와 정부를 도왔으며, 추나교육 수행 등에 있어서도 대승적 양보 및 모범을 보여 추후 한의계 건보진입을 위해서 해당 기술의 전문학회가 보여줄 수 있는 좋은 본보기를 보여주었다고 생각된다. 급여화 과정에서 ‘추나의학교수협의회(의장 차운엽교수)’는 추나의학 기본 교육과정 표준화와 한의과대학(원)의 공통 강의교안 개발 등에 협의회를 중심으로 커다란 역할을 하였다. 또한 척추신경추나의학회는 2016년 국제 수기근골의학 연합회(FIMM)에 회원국으로 가입하여 국제 수준의 교육훈련 기준을 수용하는 등 술기 교육훈련 표준화에 대한 노력이 높은 평가를 받았다.



<그림 3> 추나요법 급여화 진입과정 요약

다. 추나요법 건강보험, 자동차 보험급여 현황

현재 추나요법은 한방물리요법 내 의료기기 미사용 한방물리요법으로 분류되어 있다(그림 4). 또한 추나요법의 급여 상대 가치는 단순, 복잡, 특수로 분류하여 난이도와 안전성에 비례한 차등 상대가치를 적용하고 있다(표 2).



〈그림 4〉 한방물리요법 내 추나요법 행위분류

〈표 2〉 추나요법 상대가치점수

분류번호	코드	분 류	점수
하-71		제1절 시술료 추나요법(推拿療法) 주 : 1. 한의사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1일 1회만 산정한다. 3. 「가, 「나, 「다」 각 항목을 동시에 실시한 경우에는 한 가지만 산정한다.	
	40710	가. 단순추나 주: 관절가동추나, 근막추나, 관절신연추나를 실시한 경우에 산정한다.	219.50
	40720	나. 복잡추나 주: 1. 관절교정추나를 실시한 경우에 산정한다.	370.60
	40721	2. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 본인부담률 80%에 해당하는 경우에 적용하며 소정점수를 산정한다.	
	40730	다. 특수(탈구)추나	568.08

2018년 11월 29일 20차 건정심 회의에서 통과된 재정추계 규모는 약 1,100억 원 선이며, 추나요법의 건강보험 급여를 적용받기 위해서는 대한한의사협회가 주관하는 ‘추나급여 사전교육’ 15시간을 한의사는 반드시 이수해야 한다. 추나요법은 일반적인 건강보험 보장율인 70%(본인부담율 30%)에 못 미치는 50%에 불과하며, 행위별로 심지어 본인부담금이 80%에 이른 경우도 있고 시술자 1일당 18회 제한 및 수진자(환자) 당 연간 20회 제한 등 많은 제한 조건이 붙어 있다.

한의사협회에 따르면 2019년 6월 기준으로 ‘추나급여 사전교육’ 15시간 교육을 모두 이수한 한의사 회원은 약 16,300명으로서, 5월 기준으로 협회에 신상신고 되어 있는 한의사 약 21,600명 중에서 약 75%의 회원이 교육을 이수한 상태라고 한다.

추나요법의 건강보험 급여 진입 단계에서 노출된 문제점은 건강보험 보장율 67%에 못 미치는 상대적으로 낮은 보장성 (본인부담율 50%~80%)을 들 수 있다. 현재 추나요법의 건강보험 급여화 이후 자료는 민감한 시기임을 감안하여 아직 파악이 안되는 상황이지만, 최근 급여화 시행 이후 추나요법 청구 동향은 특이한 과도 청구 경향은 없고 적정범위를 유지하는 것으로 보이고 있다.

하지만, 자동차보험의 추나 수가 조정과정에서는 2019년 4월~6월 대한한의사협회와 심평원 자보센터, 국토교통부 등과 심한 갈등을 빚은 상황이며, 이는 주요 한방비급여 항목 진료비 청구현황(표 3)을 참고하였을 때 추나요법은 2018년 청구진료비가 49%증가, 청구량은 52.8% 증가하여 매우 가파른 증가세를 보이고 있기 때문에 과도청구의 우려를 담고 있다고 판단된다.

라. 추나요법 급여화에 따른 파급효과

추나요법의 급여화 시작으로 환자의 접근성이 크게 향상되어 추나 진료 진입 문턱이 낮아졌기 때문에 일선 한방병·의원에서는 추나요법 환자가 증가하였다. 추나요법은 비약물, 비수술 수기치료요법이기에 앞으로도 많은 근골격계 질환 환자들은 추나요법에 대한 치료 선택의 폭이 증가할 수 있다.

〈표 3〉 주요 한방비급여항목 진료비 청구 현황(아시아타임스, 2019.7.28.기사참조)

주요 한방 비급여항목 진료비 청구 현황

(단위: 억 원, 만 회, %)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	전년 대비 증가율		
							2016년	2017년	2018년
청구 진료비 (억 원)	전체	1,338	1,767	2,344	2,824	3,537	32.7	20.5	25.2
	물리요법	135	174	331	370	261	90.2	11.8	-29.5
	추나요법	252	355	420	498	742	18.3	18.6	49.0
	침약	787	1,008	1,272	1,500	1,884	26.2	17.9	25.6
	약침	164	230	321	456	650	39.6	42.1	42.5
청구량 (만 회)	전체	1,702	2,142	2,705	3,205	4,101	26.3	18.5	28.0
	물리요법	338	367	475	538	618	29.4	13.3	14.9
	추나요법	149	205	238	286	437	16.1	20.2	52.8
	침약	1,073	1,373	1,730	2,039	2,561	26.0	17.9	25.6
	약침	143	197	262	342	485	33.0	30.5	41.8

자료: 건강보험심사평가원

추나요법 급여화의 효과는 그간 비급여 항목으로 머물렀던 침약, 약침술이나 우수한 한의의료 기술들이 속속 다양한 형태의 보험급여 진입을 추진하고 확산하는 계기가 될 것이며, 추나요법 급여화 진입 모형은 타 한의의료기술에 좋은 본보기가 될 것이다. 또한 추나요법 건강보험 진입은 다른 의료기술의 급여화를 통해 어느 정도 예상하였듯이, 자동차보험 추나요법 급여 수가개선('19년 6월)과 산재보험, 실손보험 등의 공적 또는 사적 보험시장에 강한 임팩트를 가하였다.

추나요법 건강보험 진입 전후로 의과의 추나요법 급여화에 대한 반대의견도 만만치 않게 공격적으로 펼쳐지고 있는 게 사실이다. 70조가 넘는 건강보험 재정('18년 기준) 중에서 추나요법 급여에 투입되는 재원이 약 1,100억 원 정도인데, 추나요법과 동시에 급여화가 이루어진 MRI의 급여화 재원에 비하면 그 금액이 적음에도 불구하고, 의과는 추나요법 급여화에 대한 불만을 지속적으로 표출하고 있다.

바른의료연구소 등의 추나요법 급여 진입에 관하여 의과 쪽 주장을 요약하면 다음과 같다.

1. 추나요법의 유효성·안전성 등 학술문제에 대한 근거부족 논쟁
2. 추나요법 급여 고시 등 행정 절차에 대한 논쟁
3. 언론 매체나 산하 단체를 동원한 추나요법 급여화 반대 의견 개진
4. 추나요법에 투입되는 의료재정을 자원 낭비로 규정

이러한 주장은 적정 안전성, 유효성 근거의 제시를 통해 진행된 한의기술에 대한 결과 없는 소모적인 논쟁에 불과하며, 한의 급여화에 대한 의과의 시비는 상존하는 변수로 인식하고 이를 돌파할 수 있는 방법론을 마련해야 할 것 같다.

중의와 서의로 이원화된 의료체제를 가지고 있는 한국과 중국, 대만 등지에서 한의(또는 중의) 치료에 대한 각국 정부의 보장성 강화정책은 견고하게 확대되고 있는 추세이며, 침구와 한약에 대한 급여화는 완성 단계를 향해 가고 있고, 추나요법 치료행위도 중국, 대만에 비해 오히려 늦게 시행된 감이 있을 정도이다.

3. 향후 도전과 과제

대한한 의사협회는 <추나요법 시술 및 급여청구 지침>(제1판, 2019.4.8.)을 척추신경 추나학회와 한방재활의학회와 함께 발행하고, 추나요법 시술의 표준화와 적정진료를 유도하고 있다. 당초 우려했던 과도한 청구로 재정의 악화우려는 발생하고 있지 않다는 점에서는 안도의 한숨을 쉴 수 있었다.

앞으로 예상되는 추나급여화의 문제점은

1. 한의사 4분의 3(총 한의사 약 21,600명 중 75%의 회원이 급여화 사전교육을 이수)이 참여하는 추나요법 시술에 대한 쏠림 현상
2. 체계적인 교육훈련 결여와 추나요법 교육훈련 시장 팽창
3. 진료 리스크(위험도) 증가로 인한 의료사고 분쟁 처리비용의 증가

위 문제점을 요약하자면 “자원 대비 인력의 미스매치”라는 공통점을 생각할 수 있다. 전체의 4분의 3에 해당하는 한의사가 모두 당장 추나요법 진료에 나선 것은 아니지만, 이 수치가 시사하는 의미는 적지 않기 때문이다.

또 우리가 주목할 부분은 이번 결정 내용에 급여화 이후 “향후 2년간 질 관리 모니터링”을 시행하기로 한 부분이다. 정부는 이런 제한 조건 외에도 재정추계를 감안하여 표준화된 추나요법이 아닌 질 낮은 추나요법이 공급되지 않도록 ‘추나요법 시술의 질 관리’를

강조하고 있다. 따라서 일선 한방 병·의원에서는 향후 2년간 적정진료와 환자 중심의 질 높은 추나 서비스 제공으로 지속가능한 성장을 해나갈 수 있도록 해야 할 것이다.

향후 한의학 미래 발전을 전략적인 관점을 요약하면,

1. 건강보험 진입은 한의 시장가치를 확대한다.
2. 건강보험 진입은 한의학의 경쟁력을 회복시킨다.
3. 건강보험 진입은 한의학 미래를 위한 투자 재원 마련에 도움을 준다.

요컨대, 의료 공급자들은 의과든 치과든 한의과든 상관없이 이미 급여화 시대에 깊이 진입해 있다는 것이다. 피하고 싶다고 피할 수 없는 상황이라는 점을 빨리 깨달을수록 좋을 것 같다. 추나요법 급여화 경험을 발판으로 후속적인 급여 항목을 개발하고 의료 자원 배분을 받을 수 있도록 한의계의 역량을 급여화에 초점을 맞추고 전방위적인 사고 전환을 할 필요가 있다고 본다.

끝으로 2015년 2월 추나요법 급여화를 최초로 결정했던 건정심 회의에서 「보장성 강화를 위한 급여 우선 순위 결정기준」이라는 급여 보장성 강화에 대한 원론적, 선언적 문서를 발표한 바 있는데, 한의계 해당 분야에서 이 문서가 담고 있는 핵심적인 메시지를 숙지하여 향후 급여화의 지침으로 삼을 것을 제안드리며 이 글을 마치고자 한다. 추나요법의 건강보험 진입은 한의계 구성원 모두의 염원을 결집해서 협력한 결과로 추나요법 급여화 원년 시대를 맞이하게 되었다고 생각한다. 특히 추나요법 보험급여화를 기반으로 최근 이슈가 되고 있는 침약건강보험 진입 프로세스가 한의 의료서비스의 보장성 확대와 한방의료서비스의 성장, 건강증진을 위해 단합하여 지혜를 모으는 시점이 되기를 희망한다.

한의 의료기기 활성화를 위한 과제

이 은 경 | 한의학정책연구원 원장

1. 들어가며

한의학의 현대 의료기기 사용은 오래된, 하지만 아직 돌파구를 찾지 못한 과제이다. 국가로부터 의료인 면허를 부여받은 한의사가 진료에 의료기기를 자유롭게 활용하는 것은 국민에게 보다 정확하고 안전한 의료서비스를 제공하기 위한 당연한 책무이자 권리이며, 한의학의 현대화와 과학화를 위한 기본적 전제조건이다.

한의학의 의료기기 사용을 통해 한의학 관련 임상 데이터 축적을 통한 한의과학의 발전과 한의학 세계화라는 목표를 달성할 수 있으며, 불필요한 이중진료를 방지함으로써 환자의 진료편의성을 높이고, 진료비의 추가 지출과 사회적 갈등비용을 줄일 수 있다. 또한 국내 한의학 산업 발전을 선도하고 이를 바탕으로 한의학의 국제 경쟁력을 강화하여 국익 창출에 기여하고, 현재 한의와 양방에서 공통으로 사용하고 있는 KCD(한국표준질병사인분류) 상병명에 적합한 진단을 내리기 위한 기초 자료가 될 것이다.

가. 의료비 절감과 환자 불편감소, 의료산업 발전의 지름길

현재, 한의사가 의료기기로 진단을 하지 못함으로 인해 한의원에 오는 환자들은 따로 검사를 받아야 하는 이중진료를 강요받고 있다. 환자 불편은 물론, 의료비 낭비가 심한 상황이다. 의료기술 발전과 산업화에도 심각한 장애가 된다. 한국의 한의사들만 진료에서 의료기기를 사용하지 못하고 있어 한의학의 종주국인 한국이 중국에 추월당하고 있는 상황이다. 정확한 데이터 축적을 통한 한의과학기술의 발전 및 한의학

세계화 달성이 어렵기 때문이다. 본 글에서는 한의 의료기기 사용의 현황과 사용확대를 위한 그동안의 활동을 살펴보고, 사용확대를 위한 전략 방향에 대해 다루고자 한다.

나. 정체되고 있는 한의 의료기기 시장

2017년 현재 국내 주요 한의 의료기기 생산액은 약 579억 원이며, 2015년 대비(약 525억 원) 10.4% 증가하였으나 대부분 침, 부항기 등 의료기구에 의한 증가에 불과하다. 한의의료기기 산업 규모는 2017년 12월 기준, 633억 원이며, 이는 2013년 1,221억 원에 비해 48.2%가 감소한 것이다.

〈표 1〉 한의 의료기기 산업의 연도별 규모

	2013년	2015년	2017년	2013년 대비 증감률(%)
매출액(백만 원)	1,221	776	633	-48.2
업체 수(개)	65	56	49	-24.6
종사자 수(명)	864	815	664	-23.1

자 료) 한의사의 의료기기 사용 확대 전략, 대한한의사협회, 2019에서 재인용
원출처) 한국한의학연구원, 2014년~2018년 한의약산업실태조사, 2014~2018.

한방의료기관 보유 의료기기는 '12~'18 총 6년 간 58.2%가 증가하였으나, 주로 치료 관련 의료기기만 증가하고 있다. 한방행위 장비가 75.1%를 차지하여 가장 높았으며, 그 다음으로 이학요법 행위 관련 장비 순이다. 2012년 이후 2018년까지 6년 간 52,396대가 증가하였으나, 이 중 이학요법 의료기기가 19,887대, 치료장비가 31,138대 증가한 것이다.

다. 한의사 의료기기 사용에 대한 의견

반면 한의사들의 의료기기 활용에 대한 요구도는 매우 높으며, 특히 진단·검사를 위한 요구가 높게 나타나고 있다. 한의사들은 만일 한의사가 사용할 수 있는 의료기기가 개발된다면 진단기기는 93%, 치료기기는 87%가 구매할 의향이 있다고 응답하고 있다. 또한 R&D 투자 분야를 묻는 질문에 1순위로 '한의진단분야(한방병원

종사자 38.1%, 한의원 종사자 35.2%)를 꼽았으며, 한의약 임상기술 중 가장 부족한 분야로 ‘진단, 치료의 객관성 부족(33.1%)’이 나타났다.(한국한의학연구원, 2015).

국민들 역시 한의사의 현대의료기기 사용에 적극 동의하고 있다. 2017년 한국사회여론연구소에 따르면 국민들의 75.8%가 한의사의 현대의료기기 사용에 찬성하고 있으며, 이를 위한 법안 마련에 65.5%가 공감하고 있다. 한국 리서치 조사결과에 따르면(2015) 국민들의 대다수는 한의사의 현대의료기기 사용이 가격인하, 편의성 증대, 치료효과 증진에 영향을 줄 것이라 기대하고 있었다.

〈표 2〉 연도별 한의의료기관 보유 의료기기 수

(단위 : 대)

연 도	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2012년 대비 증가율(%)
전체	89,995	103,847	113,758	121,328	127,027	134,871	142,391	58.2
검사 행위 관련 장비	616	735	841	953	1,042	1,240	1,355	120.0
영상진단· 방사선치료 행위	150	113	215	309	368	492	562	274.7
이학요법 행위 관련 장비	13,471	23,288	26,670	29,878	30,744	32,327	33,358	147.6
기타	34	21	50	86	129	180	242	600.0
한방 행위 관련 장비	75,724	79,690	85,982	90,102	94,744	100,632	106,874	41.1
검사장비	10,085	10,199	10,301	10,189	10,109	10,124	10,097	0.1
치료장비	65,639	69,491	75,681	79,913	84,635	90,508	96,777	47.4

자 료) 한의사의 의료기기 사용 확대 전략, 대한한 의사협회, 2019에서 재인용
원출처) KOSIS 국가통계포털, 중별의료장비현황.

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA48_1&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=354_MT_DTITL E&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE

라. 한의 의료기기 사용 연혁

한의사의 의료기기 사용에 대한 기간의 경과를 일정한 흐름을 보인다. 한의사들이 의료기기를 임상현장에서 적극적으로 사용하기 시작한 시기는 90년대 후반부터이다.

2000년대 들어서면서 임상학회를 중심으로 한 적극적 강의, 개별적 사용으로 의료기기의 영역확대가 이루어졌다. 하지만 한의사들의 의료기기 사용이 활발해지자, 의사들의 고소고발이 크게 증가하면서 법적 다툼이 시작되게 된다. 이를 계기로 임상현장에서의 사용은 축소되면서, 대한한의사협회를 중심으로 범 한의계의 대응이 전개되었다.

법적 다툼 과정에서 초기 대응의 미비로 불리한 판례가 쌓이게 되면서 임상현장에서의 한의사 의료기기 사용은 더욱 위축되게 되었으나 반면에 한의계가 조직적으로 적극적인 활동을 시작하게 된 계기가 되었다. 주된 활동으로는 국회를 통한 입법시도와 이를 관철하기 위한 대국민 홍보, 대정부 활동이 활발히 이루어졌다. 그 과정에 헌법재판소나 복지부 유권해석을 통해 한의사가 의료기기를 사용할 수 있는 조건에 대한 법적 해석이 이루어졌고, 국민들에게 한의사 의료기기 사용의 정당성이 많이 알려지게 되었다.

한의계의 적극적 활동으로 법률개정안이 발의되고, 국정감사, 국회토론회, 국민 설문조사, 공정거래위원회, 규제기요틴 등 다양한 영역에서 한의사 의료기기 사용이 쟁점이 되면서 보건복지부가 협의를 위한 협의체를 제안하게 된다. 규제기요틴에 한의사 의료기기 사용이 포함되면서 시작된 의사협회장의 단식에 대해 김용익 의원 등이 의료일원화 등 제반 합의를 전제로 검토가 가능하다고 하면서 출발한 협의체는 15년 국민의료향상을 위한 의료현안 협의체, 17~18년 한의정협의체로 이어졌다. 하지만 의료일원화 등 큰 틀의 논의만 진행되고 의료기기 사용에 대한 논의는 진전되지 못하였다.

법적으로는 한의약 육성법 한의학 정의에 ‘과학적으로 응용·개발’이라는 개념을 추가하면서 한의사 영역 확대를 위한 법적 기반을 마련하게 되었고, 헌법재판소의 판결로 한의사 의료기기 사용을 위한 법적 기준이 정립되게 되었다. 또한 치과의사의 보톡스 사용 판례를 통해 의료행위의 개념을 확대할 수 있게 되었다.

〈표 3〉 한의사 의료기기 사용 연혁

연도	구분	주요 경과	분석
2011 이전	개별적 사용시기	<ul style="list-style-type: none"> ■ 한의사가 사용할 수 있는 기기에 대한 복지부 유권해석 <ul style="list-style-type: none"> - 청진기, 물리치료, 혈액채취, 현미경 사용 허용, 주사행위, 의료기사 지휘, 혈액·소변검사, 방사선진단, 초음파진단 불허용 ■ CT 의료기기 사용, X선 이용 성장판 진단 소송 패소 (고등법원, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 사례별 법률적 대응 한의사 의료기기 사용이 활발해지자 의사들의 고소 고발이 이어지면서 불리한 판결들이 나오게 됨
2011	기본 구도 형성시기	<ul style="list-style-type: none"> ■ 한의약육성법 개정 한의약 정의에 '과학적으로 응용 개발한' 개념포함 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 한의사 의료기기 사용의 법적 근거를 마련함 ■ 한의계 내부역량 강화를 위한 국시, 교과과정, 보수교육 개선 등 모색
2012		<ul style="list-style-type: none"> ■ 초음파진단기 사용 소송 패소(헌법재판소) 	
2013		<ul style="list-style-type: none"> ■ 헌법재판소, 한의사 현대의료기기(5종) 사용 가능 판결 한의사 사용 의료기기에 대한 법률적 기준 제시 	
2014	한의계 조직적 대응 및 한의정 협의체 구축 시기	<ul style="list-style-type: none"> ■ 정부, 규제기요틴에 한의사 의료기기 확대 포함 ■ 보건복지부, 국정감사를 통해 현재판결 및 국내요구 등을 판단해서 검토하는 것으로 입장변화 ■ 보건복지부, 한의사 혈액분석기 사용 유권해석 ■ 필러, IPL 사용 소송 패소 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료기기 TFT 수립으로 의료기기 사용에 대한 적극적인 활동 개시 <ul style="list-style-type: none"> - 대정부 질의 및 의견제출 - 입법활동 - 대국민 홍보
2015		<ul style="list-style-type: none"> ■ 보건복지부, 「국민의료 향상을 위한 의료현안 협의체」 운영('15.9.~12.) 	
2016		<ul style="list-style-type: none"> ■ 공정거래위원회, 대한의사협회 등 3개 의사단체의 거래 거절 강요 행위 제재 ■ 대법원, 치과의사의 보톡스시술 판결로 의료행위의 개념변화를 판결문에 명시 	
2017		<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료법 개정안 국회 발의 ■ '한·의·정 협의체' 구성·운영 	
2018		<ul style="list-style-type: none"> ■ 의사협회에 의한 한·의·정 협의체 파행 	

이상의 내용은 <표 3>에 정리되어 있다. 이상을 살펴보면 한의사 의료기기 사용에 대한 양방 의료계의 계속되는 공격에 근거를 마련하고 대응해온 역사임을 알 수 있다. 판단의 주체로 보면 ▲국회를 통해서서는 입법활동이, ▲행정부(복지부)를 통해서서는 의협과의 협의 및 한의사 사용의 가이드라인 제정 활동이, ▲사법부에서는 개별 행위와 도구들에 대한 법률적 판단이 진행되어 왔다.

2. 한의 의료기기 사용 활성화를 위한 전략 방향

위의 배경에는 법적, 임상적, 사회통념적, 학술적 근거가 있다. 의료기기의 법률적 판단 논거는 헌법재판소의 판결을 통해 확보하였으며 다음과 같다.

- 보건위생상 위해의 우려가 없는 경우
- 기기들의 작동이나 결과 판독에 의사의 전문적인 식견이 필요치 않는 경우
- 한의대에서 교육이 된 경우
- 한의학적 해석을 바탕으로 한방의료행위 방식으로 치료가 이루어지는 경우

하지만 이런 기준을 증명하기 위한 근거는 개별 기기와 행위별로 다르게 준비되어야 한다. 의료기기는 ▲법적으로 한의사 사용이 확인된 기기, ▲관행적으로 인정된 기기, ▲명확한 판례는 없으나 한의학적 해석을 통해 임상에서 충분히 사용 근거를 축적할 수 있는 기기, ▲법적으로 명확하게 사용불가로 판례가 나온 기기 등으로 구분할 수 있다.

우선적으로 1) 법적 논란이 있는 기기에 대해서는 기기별로 위 기준을 입증할 수 있는 자료들을 철저히 준비하여 한의사들이 의료기기를 사용할 자격이 있음을 보여줄 필요가 있다. 이를 위해서는 개별기기에 대한 구체적인 연구를 통해 근거를 구축해야 한다. 개별 기기를 사용한 행위를 한의학적으로 해석하는 과정과 고전에서의 근거찾기가 기본이 되며 이러한 콘텐츠가 교과서, 학부교육과 임상실습, 연구 내용과 도구, 진료현장에서 활용되어야 한다. 이를 위해서는 한의사 임상, 교육, 연구 전 분야의 혁신이 필요하다. 무엇보다 한의사, 한의대생을 대상으로 한 교육이

필수적이다. 의료기기의 사용 적응증 및 사용방법에 대한 매뉴얼을 개발해야하며 임상 사용 교육프로그램을 개발하고 보수교육을 실시해야 한다. 또한 의료기기의 한방기관 사용례에 대한 국내외 학술대회 발표 및 학술지 게재를 통해 한의사의 의료기기 사용에 관한 근거와 타당성을 보일 필요가 있다.

다음으로, 2) 현재 사용이 인정된 의료기기는 사용을 확대해야 하는 과제가 있다. 앞서 이야기한대로 법적 논란이 없이 한의사가 쓸 수 있는 기기는 많이 있다. 하지만 사용과 관련한 경제적, 임상적 동기가 부여되지 않아서 현장에서의 사용이 제한적이다. 단적인 예가 혈액검사로, 한의사는 혈액검사와 단순 혈액검사기기를 사용할 수 있으나 보험급여 적용을 받지 못함으로 인해 임상에서 사용량이 갈수록 줄어들고 있다. 사용량이 확보되지 못한 의료기기는 급여적용이 쉽지 않고 급여적용이 되지 못한 의료기기는 사용량이 늘지 않는다. 따라서 급여적용과 사용량 확보를 동시에 추진할 필요가 있다. 의료기기와 관련 행위의 급여적용은 한의 보장성 측면에서도 매우 중요한 의미를 지닌다.

가. 한의 건강보험의 문제점

한의 건강보험보장률은 같은 종별 의과 보장률에 비해 2007년도 이후 꾸준한 하락세를 보이고 있다. 한방병원의 보장률이 35.3%인 것에 비해 일반병원 50.0%이고, 의원이 65.5%인데 비해 한의원은 47.2%에 불과하다.

한의 건강보험이 갈수록 침체되는 이유는 한의보장성의 편중에 있다. 한의 치료는 크게 침, 뜸, 부항 등 시술행위와 추나, 도인요법 등 수기요법, 그리고 한약으로 구성되어 있음에도 불구하고, 한의 건강보험은 침, 뜸, 부항 등의 시술에만 편중되어 발전해왔기 때문이다. 이러한 한의 급여의 편중은 건강보험 침체 뿐 아니라 한의 진료를 근골격계 중심으로 왜곡시킨 원인이기도 하다. 건강보험심사평가원에 따르면 2015년 ‘한의 의료기관 10대 다빈도 상병’ 중 근골격계 질환은 외래의 경우 9개, 입원의 경우 8개로 근골격계에 편중된 환자군을 치료하고 있다.

나. 시술 이외 급여 확대 노력

2000년대부터 한의계는 이를 해결하기 위해 기존의 침, 뜸, 부항 등 근골격계 시술에 집중된 보장 항목을 첩약, 제제, 추나 등의 영역으로 확대하기 위해 노력해왔다. 첩약, 한약제제, 수기요법, 등재비급여와 기준비급여 항목 개선 등을 추진해왔으나, 실제로 추진된 것은 침, 뜸, 부항 등 기존 급여에 대한 세부 조정에 그쳤다. 하지만 추나요법이 정부의 건강보험 중기보장성 강화 계획 수립을 통해 시범사업을 진행하고, 2019년 4월 급여화가 적용되면서 한의계 보장성 추진에 의미 있는 결과를 얻어낼 수 있었다. 현재는 기존에 요구했던 첩약건강보험 시범사업을 앞두고 있어, 한의 보장성에 큰 전기가 마련되고 있다. 한의 보장성에서 가장 중요한 과제는 수기요법, 한약의 급여화였고 이는 추나요법급여적용과 첩약급여 시범사업으로 일정 부분 달성되고 있는 것이다.

그 다음으로 필요한 과제는 한의 행위의 확대이다. 의과의 급여행위는 2015년 기준으로 5,611개에 달하나, 한의과는 201개로 28배나 차이난다. 이번에 비급여의 전면급여화 정책으로 의과의 3,600개에 달하는 비급여 항목이 전면 급여로 전환된다.

〈표 4〉 의원, 병원급 보장성 추이(2009~2017)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
의 원	70.3	65.6	62.7	62.7	61.3	63.4	65.5	62.1	60.3
한 의 원	62.6	54.3	49.7	49.7	52.7	53.2	47.2	53.9	56.1
일반병원	59.2	57.3	54.8	54.8	49.8	53.7	50.0	47.8	47.1
한방병원	38.2	37.4	32.3	32.3	30.8	36.7	35.3	33.3	31.4

출처) 건강보험 통계연보, 연도별

다. 의료기기 사용 근거는 표준진료매뉴얼로부터

또한, 의료기기 사용의 근거 역시 진료과정에서 도출되어야 한다. 추나요법이 급여적용이 되면서 복잡추나의 기준이 척추관협착증과 추간판탈출증이 되었다.

이 상병을 진단하고 치료경과를 관찰하기 위해서는 X-Ray, MRI 등 현대 의료기기 사용이 필수적이다. 추나진단은 한의사 의뢰없이 촬영한 영상사진으로는 한계가 있기 때문에 직접 의뢰하고 결과를 판독해야 한다. 의료기기 사용의 정당성과 근거는 이런 임상진료의 표준 매뉴얼에 필수항목으로 포함되고, 한의사 직무와 교육, 국시 등에 포함되어야 인정받을 수 있는 것이다.

따라서 근거구축과 급여추진을 위해 우선적으로 임상 진료 매뉴얼 내에 의료기기와 행위가 구조적으로 포함되어 표준화 될 필요가 있다. 보장성 확대 역시 급여 영역의 진료에 필수적으로 필요한 항목이 순차적으로 급여를 요구해야 하기 때문에 관련 근거를 마련하는 것이 중요한 것이다.

〈표 5〉 의과 비급여 급여화 계획 및 추진 현황

(단위 : 억 원)

구분	합계	선택진료 · 상급병실	MRI · 초음파	의학적비급여
목표	6조 8,000(100%)	1조 600(100%)	2조 5,500(100)	3조 2,000(100%)
해소	1조 9,000(28%)	9,600(91%)	5,000(20%)	5,000(16%)
잔여	4조 9,000(72%)	1,000(9%)	2조 500(80%)	2조 7,000(84%)
주요내용		선택진료폐지, 병원급 이상 2·3인실 급여적용	상·하복부 초음파, 뇌 등 MRI 급여적용	347개 항목 급여적용

출 처) 건강보험정책심의회 회의자료 정리

〈표 6〉 의과 의학적 비급여 추진 계획 및 현황

'17년 12월	치매신경인지검사, 가온·가습 호흡회로 등 62개 비급여 항목 건강보험 적용
'17년 8월~12월	면역항암제, 소아 급성 백혈병 치료제 등 121개 비급여 항목 건강보험 적용
'18년 4월	수면장애검사, 인지 및 행동치료 등 42개 비급여 항목 건강보험 적용
'18년 1월~6월	위암치료제, 전립선암치료제 등 105개 비급여 항목 건강보험 적용
'18년 12월	선천성대사이상검사, 청각검사 등 94개 비급여 항목 건강보험 적용
'18년 7월~12월	비호지킨림프종 치료제, 특발성폐섬유증 등 77개 비급여 항목 건강보험 적용
'19년 7월~8월	응급실·중환자실 진료에서 치료에 필요한 응급검사, 모니터링·수술·처치분야 비급여 항목 149개 건강보험 적용
'19년 1월~7월	척추성 근위축증 치료제 등 118개 비급여 항목 건강보험 적용

출처) 건강보험정책심의회 회의자료 정리

3. 마치며

이상 한의사 의료기기 사용에 관한 연혁, 주요 쟁점, 향후 전략과 급여화를 위한 기본 조건을 검토해보았다. 다시 원칙으로 돌아가면, 한의사가 의료기기를 사용해야 하는 이유는 정확한 진단과 효율적인 치료를 하기 위함이다. 모든 의료기기를 개별 한의사가 다 쓰는 것이 목적이 아니라, 한의사의 한의약 진료 과정 내에 필요한 정보와 도구가 있다면 면허 범위의 제한 없이 사용 할 수 있는게 목적이다. 검사와 판독을 의뢰할 수 있으며 치료에 필요한 기기가 있다면 진료 의뢰를 할 수도 있다. 중요한 점은 이런 진료과정이 한의약 의료행위라는 것이 인정되어야 하며, 궁극적으로는 한방건강보험 보장항목으로 포함이 되어야 하는 것이다.

이를 달성하기 위해서는 위에 기술한대로 근거구축, 사용확대, 급여적용 등의 과제를 진행해야 한다. 현재 한의사협회는 “의료기기 사용 확대 범한의계 대책 위원회(이하 범대위)”를 구성, 관련 사업을 추진중에 있다. 대한한의학회와 동시에 필수적 의료기기에 대한 근거구축과 교육과정 포함을 진행하고, 법적 근거마련을 위해 전문가들과 현재 진행되고 있는 법적 분쟁을 대비하고 있다. 무엇보다 중요한 점은 임상현장에서의 사용을 늘리고, 이를 통해 근거를 축적하는 것이다. 이를 위해 한약복용 과정에서 혈액검사를 하는 한의원을 지원, 임상현장에서 필요한 사용례를 확보하고 있다. 이러한 사업은 한의계 전체가 힘을 모아야 하는 일이다. 근거구축과 임상 진료 표준화, 임상현장에서의 사용 확대를 위한 각자의 노력이 필요한 시점이다.

참고문헌

- 한의사의 의료기기 사용 확대 전략. 대한한 의사협회. 2019.
- 한국한의학연구원. 2014년-2018년 한의약산업실태조사. 2014-2018.
- KOSIS 국가통계포털. 종별의료장비현황.
- http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA48_1&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=354_MT_DTITLE&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE
- 한국사회여론연구소(KSOI). 한방병의원 이용 및 현대의료기기 사용에 대한 인식조사. 2017.
- 한국리서치. 한방병의원 현대의료기기 사용에 대한 여론조사 보고서. 2015.
- 한국한의학연구원. 2016년 한의약산업실태조사. 2016.
- 한국한의학연구원. 한의사패널 구축 수요조사. 2015.
- 건강보험통계연보. 연도별
- 2018-2019 건강보험정책심의회 회의자료

한 의사 의료기기 사용에 있어서 한방의료행위의 현황과 한계, 그리고 새로운 접근

박 용 신 | 밝은눈한의원 원장

1. 들어가며

한방의료행위는 의료법 제2조 제2항에서 ‘한 의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다’로 되어 있다. 헌법재판소는 한방의료행위를 ‘사회통념상 우리의 옛 선조로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 질병의 예방이나 치료행위 및 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위’라고 하였다. 우리나라는 의사와 한의사가 별도로 존재하고 있으며 둘 사이에 의료행위를 법적으로 명확히 구별하도록 하고 있다. 그러나 한방의료행위를 의료법에서 구체적으로 기술하지 않고 있어 항상 다툼이 있어 왔으며 현재는 재판부의 판결 또는 보건복지부의 고시에 의해 일일이 해석을 내리는 실정이다.

이에 대해 헌법재판소는 ‘한방의료행위 부분은 비록 법령에 아무런 적극적인 개념정의 규정을 두고 있지는 아니하다 하더라도 (중략) 의료법의 입법목적, 의료인의 사명에 관한 의료법상의 여러 규정들과 한방의료행위에 관련된 법령의 변천과정을 볼 때, 그리고 건전한 상식과 통상적인 법 감정을 가진 사람으로서 (중략) 죄형법정주의의 명확성의 원칙에 위배된다고 할 수 없다.’¹⁾고 하였다. 한 의사 면허로 허용되는 행위의 범위가 법에서 구체적으로 규정되어 있지는 않지만 헌법재판소는 한방의료행위를 사회의 변화와 과학의 발전에 따라 항상 변하기 때문에 구체적으로 기술하기 보다는 당시 현실에 맞춰 구체적 사안에 따라 판단하도록 하였다.

1) 헌법재판소 2003. 2. 27. 선고 2002헌바23 결정.

즉, 구체적인 행위가 한방의료행위에 해당하는지 여부는 구체적인 사안에 따라서 가릴 수밖에 없는 것으로, 한 의사가 한의학적 판단 하에 하는 질병의 예방 및 치료행위 및 한의학적 전문지식이 있는 의료인인 한 의사가 행하지 않으면 사람의 생명, 신체나 공중 위생에 위해를 발생시킬 우려가 있는 행위가 한방의료행위에 해당된다고 할 것이다.²⁾

한방의료행위의 범위는 1951년 국민의료법에 의료인으로서 한 의사가 규정된 이후로 계속 변화해왔다. 지금은 한방의료행위와 의료행위에 대해 사회적 논란이 되고 있지만 논쟁을 과거로부터 살펴보면 처음부터 이런 구도가 성립됐던 것은 아니다. 한 의사의 의료행위에 복지부는 처음에는 애매한 입장을 가지고 있었다. 논쟁이 시작되는 1970, 80년대 또는 1990년대까지만 해도 한방의료행위에 대한 적극적인 해석도 하지 않았다. 이때까지 해석의 주요 내용은 '의료법상 양·한방이 완전 구분되면서도 현대의학의 발전에 따라 진료기술 및 방법이 점차 접근되어 가는 상황에서 양·한방 업무의 한계를 실제 구분한다는 것은 어려운 실정이나, 한방의료기관에서의 의료행위에 있어서 한의학적 이론 및 학술에 의하고 한 의사가 이를 임상적으로 입증할 수 있으면 한 의사의 면허된 의료행위로 볼 수 있다.'고 하였다.

최근 한방의료행위에 대한 범위를 규정하는 데 결정적인 판결은 CT 소송이다. 1심에서 '한의학에서 CT 기기를 사용한 진찰을 학문적으로 인정하고 있으며 한 의사의 CT 촬영지시도 면허된 의료행위이다'³⁾라고 판결하였다가 2심에서는 '한 의사가 방사선사로 하여금 CT기기로 촬영하게 하고 이를 이용하여 방사선진단행위를 한 것은 한방의료행위에 포함된다고 보기 어렵다'⁴⁾고 하여 이후 진행되는 한방의료행위 논쟁에서 기준점이 되었다. 재판부는 한방의료행위가 아니라는 근거로 '의학과 한의학은 그 원리 및 기초가 다르고, 해부학에 기초를 두고 인체를 분석적으로 보는 서양 의학과 달리 한의학은 인체를 하나의 소우주로 보고 종합적으로 바라보는 등 인체와 질병을 보는 관점도 달라 진찰방법에 있어서도 차이가 있는 점 등'을 들고 있다. 이후 대법원에서는 '한 의사가 진단용 방사선 발생장치인 X-선 골밀도

2) 대법원 2007. 6. 28. 선고 2005도8317 판결.

3) 서울행정법원 2004. 12. 21. 선고 2004구합10715 판결.

4) 서울고등법원 2006. 6. 30. 선고 2005누1758 판결.

측정기를 이용하여 환자들에 대하여 성장판검사를 한 것은 한의사의 면허 범위 이외의 의료행위를 한 것에 해당한다.⁵⁾고 하였다. 또 대법원에서 ‘한의사가 잡티 제거 등 피부질환 치료를 위한 광선조사기인 IPL 기기를 이용한 행위는 한방의료행위에 해당하지 않는다.’⁶⁾고도 하였다. 또한 헌법재판소에서 한의사가 초음파 골밀도 측정기를 사용하여 성장판 검사를 한 사건에 대해 ‘영상의학과 의사나 초음파검사 경험이 많은 해당과의 전문의사가 시행하여야 하고, 이론적 기초와 의료기술이 다른 한의사에게 이를 허용하기는 어렵다.’⁷⁾고 결정하였다. 이러한 법원 판결의 근거는 ‘학문적 기초 원리’와 ‘전문성’이다. 그리고 지금까지의 이러한 한방의료행위 판단의 기준은 ‘한의학적 이론 및 학술에 의하고 한의사가 이를 임상적으로 입증’해야 하는 것이었다. 죄형법정주의의 엄격한 적용을 양의사가 아닌 한의사에게 요구하였다.

또 한편, 헌법재판소는 한의사들이 진료에 사용한 안압 측정기, 자동안굴절검사기, 세극등현미경, 자동시야측정장비, 청력검사기를 사용한 사건에 대하여 ‘측정결과가 자동으로 추출되는 기기들로서 신체에 아무런 위해를 발생시키지 않고, 측정결과를 한의사가 판독할 수 없을 정도로 전문적인 식견을 필요로 한다고 보기 어렵다.’⁸⁾고 결정하였다.

최근 복지부에서도 한의사의 의료기기 사용에 관련해서 이와 비슷한 의견을 보이고 있다. 한의사가 소변검사기를 사용할 수 있는 이유를 들면서 ‘기계적으로 측정하여 그 어떠한 의학적 판단이 필요 없고 측정방법이 매우 간단하여 기계조작에 대한 약간의 교육만으로도 누구나 검사를 수행할 수 있으며 보건위생상 위해가 생길 우려가 거의 없는 검사기기의 경우에는 한의사도 실시가 가능하다고 한 바 있습니다.’라고 하였다. 또 혈액검사기의 사용이 가능하다는 이유로 ‘헌법재판소의 판결취지 및 한의과대학 교과과정, 그리고 현대의학의 발전에 따라 의과, 한방 의료 간의 진료방법 및 치료기술이 점차 접근되어 가고 있는 상황 등을 고려할 때 채혈을 통하여 검사결과가 자동적으로 수치화되어 추출되는 혈액검사기를 한의사가 사용하는 것은 가능하고

5) 대법원 2011. 5. 26. 선고 2009도980 판결.

6) 대법원 2014. 2. 13. 선고 2010도10352 판결.

7) 헌법재판소 2013. 2. 28. 선고 2011헌바398 결정.

8) 헌법재판소 2013. 12. 26. 선고 2012헌마551·561 결정.

판단됩니다.’라고 하였다.

지금까지의 역사적 경과와 논쟁점을 살펴보면 1980년대와 1990년대 중반까지는 논쟁이 심화되지 않고 행정부서인 복지부의 유권해석에 의해 구분이 이루어졌다. 그러나 현재는 대법원과 헌법재판소의 판결로 의료행위와 한방의료행위의 구분이 법적 판단을 해야 하는 상황이 되었다. 또 ‘관계법령에서 의료행위나 한방의료행위에 관한 적극적인 정의규정을 두고 있지 않은 이상, 구체적인 사안에 따라 의료법의 목적, 구체적인 의료행위에 관련된 관계 규정, 구체적인 의료행위의 목적, 태양 등을 감안하여 사회통념에 비추어 판단하여야 하는 것으로 어떠한 진료행위가 의사만이 할 수 있는 의료행위에 해당하는지 아니면 한의사만이 할 수 있는 한방의료행위에 해당하는지 여부는 결국 해당 진료행위가 학문적 원리를 어디에 두고 있는가에 따라 판단한다.’⁹⁾고 하였다. 결국 의료행위와 한방의료행위의 구분 기준은 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 1) 학문의 기초원리 2) 교육과정 및 전문성 3) 위험성¹⁰⁾이 된다. 그리고 그 기준은 의료행위와 한방의료행위 구별의 3가지 기준인 1) 학문의 기초원리 2) 교육과정 및 전문성 3) 위험성 중에서 어디에 중점을 두고 해석할 것인가로 압축되었다. CT, 초음파, IPL 판결은 ‘학문의 기초원리 > 교육과정 및 전문성 > 위험성’ 순으로 중요도를 보았고 안과의료기 판결은 ‘위험성 > 교육과정 및 전문성 > 학문의 기초원리’ 순으로 중요도를 보았다.

9) 서울행정법원 2008. 10. 10. 선고 2008구합11945 판결.

10) 광숙영, 한의사의 의료기기사용에 대한 판례의 입장고찰: 의료법상 ‘면허된 의료행위’ 해당여부의 판단. 의료법학, 2014 ; 15(1) : 59-80.

2. 한계

한방의료행위에 대해서는 여전히 논란이 있다. ‘한방의료와 양방의료는 각각 고유의 독자성을 가지고 있으므로 법과 제도는 이러한 독자성을 중시하는 쪽으로 운영되어야 하며, 이것이 우리가 이원화 체계를 취하는 강력한 이유가 될 것이다.’¹¹⁾라고 하였다. 다른 측면에서 ‘의료의 영역이 점점 넓어지고 의료인들의 임상영역 다각화에 따라서 환자에 대한 치료효과와 국민건강권 확보라는 측면에서 입법정책의 변화를 이끌어내는 것도 병행되어야 할 작업이 될 것이라고 생각한다.’¹²⁾는 의견도 있다.

한방의료행위에 대한 해석은 의료이원화를 좀 더 명확히 하는 방향으로 해야 한다는 주장과 변화하는 의료환경에 비추어 개념을 변화시켜야 한다는 주장이 현재 서로 양립하고 있다.

CT나 초음파 소송에서 보듯이 ‘한방의료행위’에 대한 정의 또는 범위를 어떻게 규정하느냐는 현재 한방의료행위를 규정하는 데 중대한 영향을 미친다. 헌법재판소의 규정에서 의료행위와 다른 점은 ‘우리의 옛 선조로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한’이라는 내용이다.

‘옛 선조로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한’ 한의학과 한방의료를 뒷받침하는 근거는 이전에 쓰였던 한의학 서적들이다. 한의학의 역사를 적어도 3000년 이상으로 잡고 있기 때문에 그 동안 쓰였던 서적들은 아주 방대하다. 그래서 이 서적 안에 쓰여 있는 내용을 모두 한의학이라고 할 수 있다. 한의학의 기준 서적으로 약사법 제45조 제4항에 ‘제1항에 따라 허가를 받은 한약업사는 환자가 요구하면 기존 한약서에 실린 처방 또는 한의사의 처방전에 따라 한약을 혼합 판매할 수 있다.’고 하였고 기존 한약서의 범주¹³⁾를 ‘1. 방약합편(方藥合編) 2. 동의보감(東醫寶鑑) 3. 향약집성방(鄕藥集成方) 4. 광제비급(廣濟秘笈) 5. 제중신편(濟衆新編) 6. 삭제

11) 박철. 한방의료행위에 대한 형사법적 고찰. 연세대학교 박사학위 논문. 2014

12) 이해웅. 한방의료행위의 법적 개념에 관한 연구. 대한예방한의학회지. 2017 ; 21(2) : 1-10.

13) 한약서에 대한 잠정 규정(1969. 6. 7. 보건사회부 예규 제233호).

7. 동의수세보원(東醫壽世補元) 8. 의학입문(醫學入門) 9. 경약전서(景岳全書) 10. 수세보원(壽世補元) 11. 본초강목(本草綱目)’이라고 하였다. 이 범주는 한약업사가 혼합 판매할 수 있는 처방의 범위를 나타낼 뿐이고 한방의료행위를 전체적으로 포함하고 있지 못하다. 그러나 그 동안의 법 판결을 보면 한의학의 내용으로 동의보감 이외에 인용한 적은 없다. 한의학의 내용 자체가 쉽게 이해하기 어렵기 때문이지만 적극적으로 노력하지 않은 한의계의 잘못이기도 하다.

그리고 위에서 제시한 의료행위와 한방의료행위에서 가장 논란이 되는 부분은 ‘학문의 기초원리’가 무엇인가 하는 점이다. 이에 대해 2006년 6월 30일 CT에 관한 서울고등법원 판결(2005누1758)에서 서양의학과 한의학적 원리, 진찰방법을 자세히 서술하였는데 그 내용을 정리하면 <표 1>과 같다. 학문적 원리는 그 바탕이 되는 학문의 특성에 기반을 둔다. 법원은 학문의 특성으로 서양의학은 서양과학에 기초를 두고 인체의 특정부위의 증상을 실험적, 분석적으로 보고 외과적인 수술이나 각종 약물의 투여로 치료하는 반면 한의학은 인체를 하나의 소우주로 보고 신체기능을 종합적으로 보는 관점에서 균형을 회복시키는 것으로 치료한다고 보았다.¹⁴⁾

그러나 한의사들의 한방의료행위의 수준을 17~18세기 조선시대의 한의학의 수준으로 한정짓는 것은 현실적으로 의료를 담당하는 인력으로서 한의사라는 점을 고려할 때 적절하지 못하고, 일반인의 사회통념에도 어긋난다. 특히나 오늘날의 한의사들은 한의대 교육과정 중에 서양의학의 다양한 기초의학 및 임상의학의 교과 과정을 배우고 있다.

14) 서울동부지방법원 2010. 07. 22. 선고 2010노449 판결.

〈표 1〉 법원에서 본 서양의학과 한의학의 특징 비교¹⁵⁾

구분	서양의학	한의학
학문특성	분석적	종합적
학술사상	사실적, 실증적, 객관적	주관적, 직관적, 전체적
학문구성의 기본	실험과학	자연과학의 원용
인지	해부조직을 기본으로 하는 이화학적 방법	생명, 기(氣), 소우주
학문구성의 기본	물질적 조직탐사	생체현상의 관찰
인지	질병이란 인체의 특정부위에 변화가 생겨서 나타나는 것이므로 치료도 그 부위에 행함.	질병이란 인체가 어떠한 원인에 의하여 변화를 일으키는 것으로 여러 증상이 모두 긴밀한 연계를 갖고 있어 자각증상만으로 질병의 증후가 충분함.
진단	해부, 조직, 생화학의 이론을 기초로 생화학, 내분비, 면역, 유전자, 방사선등의 검색.	오장의 5기능계이론과 12경락이론을 기초이론으로 시진 및 8강으로 검색.

또 한의사의 주의의무는 일부 의료기기의 사용 제한 등으로 인하여, 한의 의료기관과 양의 의료기관에서의 진료 행태가 현실적으로 다른 만큼, 한의사의 주의의무를 검토함에 있어서 ‘같은 업무와 직종에 종사하는 일반적 보통인의 주의 정도’가 중요한 기준점이 되며, 사고 당시의 일반적인 한의학의 수준과 의료환경 및 조건, 의료행위의 특수성 등이 고려되어야 한다.¹⁶⁾ 의사와 한의사 모두 의료행위를 할 수 있는 영역에서는 일부 서양의학의 잣대가 적용될 수밖에 없지만, 한의사의 교육범위를 벗어나거나 면허받은 업무 영역을 벗어나는 잣대를 기준으로 할 수는 없다. 한의사는 ‘국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적’이 있기 때문에 현재의 일반적인 의료기술에 맞게 의료인으로서 기본적인 의무이다. 특히나 오늘날의 한의사들은 한의대 교육과정 중에 서양의학의 다양한 기초의학 및 임상의학의 교과 과정을 배우고 있다. 그러나 이는 ‘서양의학의 잣대’가 아니다. 한의학 또는 한방의료행위의 일부분이다.

15) 서울고등법원 2006. 6. 30. 선고 2005누1758 판

16) 황건순, 한의사의 주의의무와 설명의무, 고려대학교 법무대학원 석사학위 논문, 2018

서양의학의 잣대를 일부 적용하더라도 ‘양방임상의학 수준’을 그대로 적용할 수는 없고 한의사에게도 양방의사의 직역에 속하는 지식 중 ‘일부 기초적인 범위’에 있어서는 일반인 이상의 주의의무를 인정할 수 있다. 여기에서 ‘양방임상의학 수준’과 ‘일부 기초적인 범위’ 사이에 간극이 생긴다. ‘면허받은 업무 영역’은 ‘사회통념에 비추어 학문적 원리를 어디에 두고 있는가에 따라 판단’하여야 하기 때문에 이미 법적 판결이나 복지부 유권해석인 경우에는 명확하다. 그러나 그렇지 않은 경우에는 명확하지 않고 앞으로 법적 판단을 요구할 것이다. ‘기초적인 범위’는 한의과대학에서 배우는 양방의학 범위인 데 이 부분은 앞으로 한의계와 법조계가 더 연구할 사안이다. 한방의료행위가 ‘기초적인 범위’인지 ‘양방임상의학 수준’인지는 논란의 여지가 있다. 환자들이 한의와 양의 의료를 모두 이용하는 현실에서 현재 법과 제도는 한방의료와 양방의료의 차이를 정확히 구별하려고 하지만 현실 사회에서는 그 차이를 점점 없애고 있다.

3. 새로운 접근

한방의료행위는 당시 현실에 맞춰 구체적 사안에 따라 판단한다. 한방의료행위의 판단은 ‘한의학적’이라는 학문적 근거와 그리고 ‘한 의사’라는 의료행위적 근거라는 두 측면에서 찾아볼 수 있다. 한의학적 근거는 재판 관련자들이 서양의학의 교과서에 비하여 내용에 쉽게 접근할 수 없는 어려움이 있다. 그러나 한의학의 학문적 근거는 전통적으로 내려오는 서적들을 근거로 하면서 또한 현재 한의학대학의 교과서, 한의임상진료지침, 한의표준의료행위분류 등이 기준이 되어야 한다. 한의학은 과거의 경험을 바탕으로 현대 사회의 질병을 해결하기 위해 계속 발전하는 과정에 있다. ‘과거’가 아니라 ‘바로 지금’에서 답을 찾아야 한다. 많은 한방의료 관련 재판에서도 이미 ‘교육과정 및 전문성’을 판단할 때 이 자료를 참고하고 있지만 더 나아가 ‘학문의 기초원리’를 파악할 때도 참고해야 한다.

한 의사의 의료 행위적 근거는 현실적으로 법적 안정성 때문이라도 ‘당시 의료기관 등 임상의학 분야에서 실천되고 있는 의료행위의 수준’을 기준으로 한다. 주의의무에서도 이 내용은 핵심이며 ‘한의사들이 교육받은 범위 내에서는 일부 서양의학의 잣대가

적용'될 수밖에 없다면 한방의료행위를 적극적으로 해석하는 새로운 정의를 규정해야 한다. 의학과 한의학의 영역이 물과 기름과 같이 완전히 구분된다는 오해를 많이 받는데, 둘 다 동물이나 기계가 아닌 '사람'을 대상으로 한다는 점에서 공통점이 많을 수밖에 없을 것이다.¹⁷⁾ 인체에 위해가 크지 않고 환자의 상태를 정확하게 판단하기 위한 기초가 될 뿐 아니라 기기의 조작과 결과에 대한 판단에 대한 전문지식을 양의사나 한의사가 구비하는 것에 큰 어려움이 없다는 점에서 공통 사용하는 것을 인정¹⁸⁾할 필요가 있다. 그리고 헌법재판소는 안과 의료기에 대한 판단에서 다음과 같은 몇 가지 중요한 언급¹⁹⁾이 있었다.

- 가. 의료법 제1조는 '국민의 건강을 보호하고 증진'하는 것이 목적으로 한방의료행위 여부는 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데 중점을 두어야 한다.
- 나. 의료기기의 성능이 향상되어 보건위생상 위해의 우려 없이 진단이 이루어질 수 있다면 자격이 있는 의료인에게 사용권한을 부여해야 한다.
- 다. 죄형법정주의 원칙에 따라 그 의미와 적용범위가 의료인(한의사)의 입장에서 명확하여야 하고, 엄격하게 해석되어야 한다.

한약약 육성법 제2조 제1항에서 '한약약'이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 '한방의료'라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.'라고 규정하고 있다. 본질적으로 한의사의 한방의료행위 범위는 과도기적인 성격이 있다. '과학적으로 응용·개발한 한방의료행위'는 한방의료행위를 현대 사회의 필요와 요구에 따라 적극적으로 적용해야 한다는 것을 의미한다. 헌법재판소의 안과의료기 판결에서 '한의학에서는 집게손가락으로 안구를 살짝 압박하여 그 저항의 정도 등을 가지고 안압을 측정하기도 하였으므로 안압측정기의 사용은 이러한 절진(切診)의 현대화된 방법으로 볼 수도 있다.'라는 언급이나 '시야계측기나 자동안굴절검사기는 기기를

17) 황진순. 앞의 논문

18) 백경희, 장연화. 양방의료행위와 한방의료행위의 의의 및 중첩 양상에 관한 판례의 태도에 대한 고찰. 한국의료법학회지, 2014 ; 22(1) : 123-143.

19) 헌법재판소 2013. 12. 26. 선고 2012헌마551·561 병합 결정.

이용한 망진(望診)이나 문진(問診)의 일종이며 한의학적 해석을 바탕으로 침술이나 한약처방 등 한방의료행위 방식으로 치료가 이루어지고 있어'라는 언급은 '과학적으로 응용·개발한 한방의료행위'에 해당한다. 정부가 한의사에게 면허를 부여한 것은 '국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적'이 있으며 현재의 발전된 의료기술에 맞게 의료인으로서 기본적인 역할을 하도록 해야 한다. 응급상황의 경우, 예컨대 환자의 심장이 정지한 경우 한의사가 심폐소생술을 시행하거나 심장제세동기를 사용하는 것은 문제가 되지 않을 것으로 보이며, 이러한 환자를 방치한다면 오히려 위험한 결과를 회피하지 않았으므로 주의의무 위반이 될 것이다.²⁰⁾ 의료이원화를 채택하고 있는 우리나라 의료계상 한방과 양방 의료행위의 많은 중첩영역을 법적으로 표현해야 한다. 법적인 애매모호함을 없애고 '명확성'을 위해서 점차 학문적 차이보다는 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데 중점을 두고 현실에 맞게 새롭게 한방의료행위를 해석해야 한다. 한방의료와 양방의료의 구별기준인 '학문적 원리'라는 요소는 명확하지는 않다.

결국 애매모호한 '학문적 원리'라는 잣대로 해결하기 보다는 일반국민의 건강보호에 도움이 되는 방향으로 해석할 필요가 있으며, 진단장비와 같은 의료기기에 있어서는 인체에 대한 위험성이 크지 않고 의사나 한의사가 그것에 관한 전문지식을 충분히 갖추었다고 인정되는 부분에 한하여서는 양자 모두에게 공통사용을 인정하는 것이 타당하다.²¹⁾

20) 황건순. 앞의 논문

21)곽숙영. 앞의 논문



통계로 보는 한의약 현황

- 통계로 보는 한의약 R&D 현황
백윤희 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 행정원
- 통계로 보는 한의 의료서비스 현황
박지은 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 선임연구원

통계로 보는 한의약 R&D 현황

백 윤 희 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 행정원

1. 들어가며

세계적으로 고령화 사회의 진입과 질병구조의 변화 등으로 보완대체의학 및 전통의학에 대한 관심과 역할이 증가하고 있다. 이에 따라 세계 보완대체의학 시장 규모도 점차 성장하게 되었고, 한의학 또한 세계시장 속 경쟁력 확보를 위한 노력이 요구되었다. 보완대체의학과 전통의학으로써 한의약이 더욱 인정받고 세계 시장 속 주도권을 선점하기 위해선 치료효과에 대한 과학적인 연구와 입증은 필수적이다. 그렇기 때문에 한의약의 안전성과 신뢰성, 효과성을 보여줄 수 있는 연구개발(R&D)에 대한 중요성은 나날이 강조되고 있다. 하지만 이러한 한의약 R&D에 대한 사회적, 국가적 중요성의 증대에도 불구하고, 한의약 R&D예산은 서양의학의 1개 질환에도 미치지 못하는 매우 낮고 미미한 수준¹⁾이다. 미국을 비롯한 많은 선진 국가에서는 질병 중심의 보건의료 R&D를 집중 지원하고 있으며, 국민의 건강증진과 미래성장 동력으로서 보완대체의학 분야의 기초연구를 위한 대형 투자가 이루어지고 있다.²⁾ 우리나라 정부의 R&D예산이 증가율과 총지출 대비 R&D예산의 비중도 감소되고 있는 상황³⁾ 속에서 한의약 분야의 효과적인 R&D투자과 수행을 위해, 그 간의 한의약 R&D 투자 현황 파악을 살펴보는 것은 매우 중요하다.

1) 한국보건산업진흥원, 대형 중장기 한의학 R&D 사업 전략 수립, (2015), P.15 인용

2) 한국연구재단, 통합의학 기술 동향 및 정책적 시사점, (2013), P.6 인용

3) 한국과학기술기획평가원, 2018년 정부 R&D예산의 주요 현황과 특징, (2018), P.2 인용

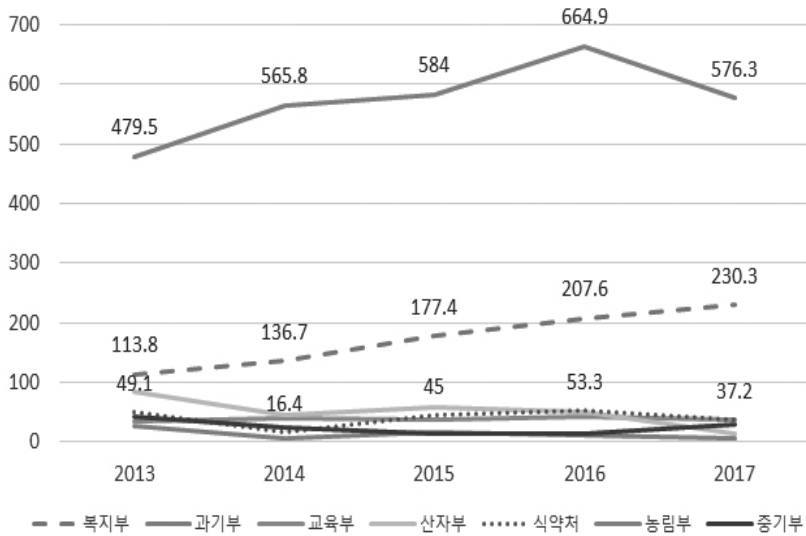
이에 본 글에서는 한의약 R&D 투자 규모와 보완대체의학 및 전통의학 R&D에 많은 투자를 하고 있는 주요국과의 투자 규모 비교를 통해 최근의 한의약 R&D 투자 현황을 살펴보고자 한다. 또한 한의약 R&D 주요사업 및 과제 등을 파악함으로써 장기적인 관점에서 효과적인 R&D 기획 및 수행을 위한 방안을 논의해보고자 한다. 본고는 이를 위한 비교와 분석을 위해 한의약 분야 R&D 통계 내용을 담고 있는 한국한의약연감⁴⁾과 국가승인통계로 지정 및 수행된 한의약산업실태조사의 일부 내용을 활용하였다.

2. 주요내용

가. 한의약 R&D 정부 투자규모

한의약 분야에 대한 정부의 R&D 투자는 1994년 한국한의학연구원이 설립되면서 보건복지부를 중심으로 이루어졌다. 한국한의학연구원을 중심으로 기획과제를 발굴하고 대규모 연구 사업을 유치함으로써 한의약 R&D 투자는 확대되었고, 투자하는 부처 또한 증가하여, 현재는 과학기술정보통신부를 중심으로 보건복지부, 산업통상자원부, 식품의약품안전처 등 여러 부처에서 지원 중이다. <그림 1>과 같이 2017년 가장 많은 한의약 R&D 예산을 투자한 부처는 과학기술정보통신부이며, 그 다음으로는 보건복지부, 교육부, 식품의약품안전처 순이다. 이러한 정부부처의 한의약 분야 R&D 투자예산은 <표 1>, 2017년도 기준 약 940.4억 원으로 전년도인 2016년 1,041억 원에 비해 약 100억 원 감소한 것으로 조사되었다. 반면 정부의 R&D와 보건의료분야의 R&D 투자액은 전년대비 모두 소폭 성장한 것으로 조사되었다. 최근 5년간(2013~2017)의 연구비로 비교해본다면 한의약 R&D 예산은 총 4,574.4억 원이며, 연평균 성장률은 3.2%로, 동일한 5개년 간의 정부와 보건의료 분야 R&D 연평균 성장률인 3.5%, 8.1%와 비교할 때 낮은 수준의 성장률을 보이는 것을 파악할 수 있었다.

4) 2017 한국한의약연감에 수록된 데이터를 기준으로 함



〈그림 1〉 2017 부처별 한의약 R&D 규모

〈표 1〉 최근 5개년, 정부 및 보건의료 R&D 투자현황

(단위 : 억 원, %)

구 분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	연평균 성장률
정부 R&D	169,139	176,395	188,747	190,044	194,615	3.6
보건의료 R&D	11,970	13,109	15,261	15,505	16,373	8.1
한의약 R&D	829.1	832.9	930.9	1,041.1	940.4	3.2

주1) 연평균 성장률(CAGR)은 2013-2017

출처) 국가과학기술지식정보서비스-과학기술통계-주요과학기술통계(2018 게시 기준) - 한의약 분야 R&D 수치는 2017 한국한 의약연감기준

2017년도 기준 최근 5개년 간 주요 부처별 한의약 R&D 투자현황은 아래 〈표 2〉와 같다. 〈표 2〉에서 보면 가장 많은 예산을 투자하고 있는 부처는 과학기술정보통신부로 이는 한국한의학연구원 출연금 사업이 포함되어있는 수치이다. 2013년부터 2016년까지는 매년 R&D 투자 예산이 증가했지만, 2017년 3.3% 소폭 감소하는 경향을 보였다. 보건복지부의 경우 한의약 선도기술개발사업과 양·한방융합기반기술개발사업을 중심으로 전체예산 230.3억 원으로 전년도 대비 10.9% 증가하는 양상을 보였다. 더불어 중

소벤처기업부의 경우에도 기존 산업통상자원부 소속의 사업 및 과제 일부 이관으로 2017년도 투자 예산이 28.8억 원으로 전년대비 많은 증가를 보였다. 전체적으로 한의약 R&D 투자 관련 주요부처를 중심으로 보았을 때 2개의 부처만이 전년대비 증가양상을 보였으며, 5개의 부처는 적게는 전년대비 0.2%에서 많게는 30.3%까지 감소하는 경향을 보였다. 이처럼 한의약 R&D에 대한 예산 투자는 다수의 부처에서 소폭 감소하고 있음 알 수 있으며, 산림청과 해양수산부 등 일부 부처의 소액 R&D 예산의 증가만이 큰 성장률을 보이는 특징을 발견 할 수 있었다.

〈표 2〉 최근 5개년, 주요 부처별 한의약 R&D 투자현황

(단위 : 억 원)

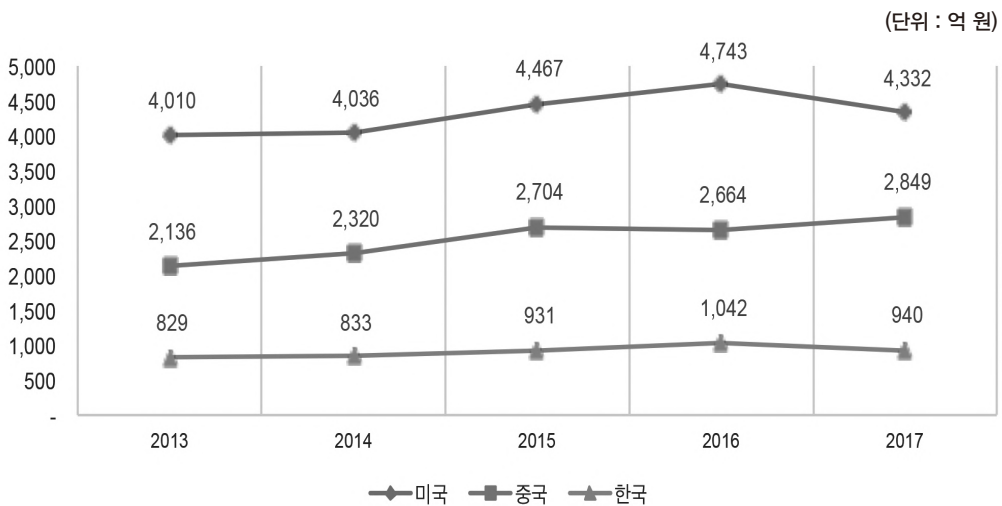
부 처 명	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	전년대비	연평균 성장률
보건복지부	113.8	136.7	177.4	207.6	230.3	▲10.9%	▲15%
과학기술정보통신부	479.5	565.8	584	664.9	576.3	▽3.3%	▲4%
교육부	35.4	39.1	36.8	41.5	38.2	▽7.9%	▲2%
산업통상자원부	83.4	44	57.1	49.2	12.6	▽0.2%	▽31%
농림축산식품부	25.7	7.2	17.3	11.4	5	▽6.1%	▽5%
중소벤처기업부	42.2	23.7	13.3	13.2	28.8	▲118.1%	▽28%
식품의약품안전처	49.1	16.4	45	53.3	37.2	▽30.2%	▽5%
기 타	-	-	0.45	1.2	12	▲900%	▽416%
총 계	829.1	832.9	930.9	1,041.1	940.4	▽9.7%	▲3.2%

주1) 소수점 둘째 자리에서 반올림하여 세부 계산 내역과 일치하지 않을 수 있음

나. 국외 주요국(중국, 미국)전통의학 및 보완대체의학 R&D 투자규모

미국의 시장조사 전문업체인 'Global Industry Analysts, Inc.(GIA)'의 2012년 보고서에 따르면 2010년에서 2015년 동안 세계 보완대체의학시장은 5.98%의 연평균 성장률을, 2018년까지 약 1,059억 달러의 허브 보충제 및 치료제의 시장 매출을 예상하였다. 이처럼 시장 변화와 보건의료 환경변화에 따라 해외 주요 각 국에서도 보완대체의학에 대한 관심과 수요가 점차 증가하고 있음을 볼 수 있다. 더불어

보완대체의학 및 전통의학의 R&D 투자 규모도 미국과 중국을 중심으로 증가의 경향을 보이고 있으며, 세계전통의학시장 선점과 전통의학 표준화 주도를 위해 국가별 전략을 공표하는 등 각 국의 경쟁이 가속화 되고 있다. 아래에서는 우리나라의 한의약 R&D 투자규모와의 구체적인 비교를 위해 보완대체의학 및 전통의학 R&D 주요투자 국가인 미국과 중국의 R&D 예산을 살펴보고 비교하고자 한다.



〈그림 2〉 한국, 중국, 미국 전통의학 및 보완대체의학 R&D 투자 규모 비교

주1) 연도별 원화 기준환율: 각 연도별 기말기준

(2017년도 원화 기준환율 : 미국달러 = 1,071.4원, 중국원(元) = 163.65원(2017.12.29. 기준))

중국의 경우 1950년대 중의약 발전 정책을 시작한 이래 현재까지도 12.5 규획과 13.5 규획을 통해 중의약 연구개발을 위한 투자를 강화하고 있다. 중의약의 R&D 투자예산은 2013년 약 10억 위안의 규모에 들어섰고, 2017년 예산은 전년 대비 약 13% 증가한 17억 위안(한화 약 2,849억 원) 의 큰 증가폭을 보였다. 이는 우리나라 한의약 R&D 투자 규모의 약 3배 수준이다. 보다 구체적으로 살펴보면 <표 3>와 같이 2017년 중의 국가급 과학연구기관이 약 609,393천 위안, 성단위급 중의 연구기관이 1,025,613천 위안, 지역·시급 중의연구기관이 96,536천 위안으로 총 1,731,542천 위안 투자되었다. 모두 전년대비 10% 이상의 성장률을 보였으며 전체적으로도 2013년

도 이후 매년 10%정도의 R&D 투자 규모는 성장하고 있다. <그림 3>과 같이 각 연구기관 단위별 투자비율은 성단위급 연구기관이 59%로 가장 많은 R&D 투자액을 받고 있었으며, 다음으로는 국가급 연구기관이 35%, 지역·시급 연구기관이 6%의 비율을 보이고 있었다. 하지만 중의약 R&D는 국가연구기금과 부처별 연구예산, 지방정부의 중의약연구예산 등 다양한 경로로 R&D 자금이 투자되고 있으며, 부분별로 예산 공개를 하지 않는 곳이 많아 정확한 추계가 어렵다. 공개된 데이터만을 보았을 때의 규모로 보아도 한화 2,848.6억 원에 해당하는 중의약 연구기관의 R&D 예산은 우리나라 부처의 한의약 R&D 예산보다도 매우 크기 때문에, 포함되지 않은 대학 및 기타 연구기관의 중의약 R&D 예산을 합산한다면, 전체 중의약 R&D 예산은 매우 클 것으로 생각한다.⁵⁾

〈표 3〉 연도별 중의약 R&D 투자 연구비 현황

(단위 : 천 위안)

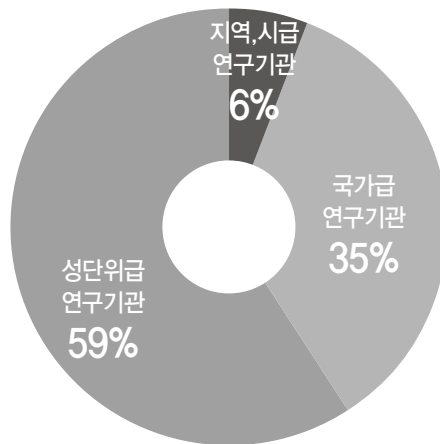
구 분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	연평균 성장률
중의 국가급 과학연구기관	577,822	549,933	640,922	536,205	609,393	1%
성단위급 중의연구기관	552,553	691,157	819,620	930,602	1,025,613	17%
지역, 시급 중의연구기관	69,084	74,155	59,627	74,394	96,536	9%
합 계	1,199,459	1,315,245	1,520,169	1,541,201	1,731,542	10%

주1) 연평균 성장률(CAGR)은 2013-2017

미국의 경우에는 미국 의회가 지원하여 국립보건원(NIH) 산하 국립보완통합의학연구소(NCCIH)를 설립하여 보완대체의학의 안전성과 유효성에 대한 전문연구를 수행하고 있다. 2017년 NCCIH의 총 예산은 약 1억 2천 9백만 달러이며, 내부연구비는 전체

5) 2017 한의신문 '중국 상해 중의약대학 한 곳의 연구비가 한국 복지부 한의약 R&D 예산의 3.7배' 기사의 일부 내용을 재인용

연구비에서 약 7%를 차지하고 있고, 나머지는 외부로 지원되는 연구비로 활용되고 있다. NCCIH의 연구비 지원 분야는 기초연구분야와 중개연구분야, 관찰연구 및 임상조사가 있으며, 질환별로 보완대체의학의 근거중심의학(EBM) 연구를 중점적으로 추진하고 있다.



〈그림 3〉 중의약 R&D 투자 연구기관 단위별 비율

NIH의 보완대체의학 R&D 투자액은 2017년 기준 한화로 약 4,332억 원으로 전년대비 411억 원 정도(2.87%) 감소하였지만 꾸준히 비슷한 규모의 예산이 투자되어 여전히 우리나라의 한의약 R&D 사업 투자에 비해 약 5배 정도 수준의 차이가 나고 있음을 볼 수 있다. 또한 관련 보완대체의학을 포함한 임상연구는 1,600건 이상이 수행되었다.

이를 통해 미국과 중국, 양 국가 모두 정부가 국가연구기관 설립을 통한 전통의학 및 보완대체의학에 대한 육성과 투자의 의지를 강력히 보이며 큰 규모의 연구비 투자가 진행되고 있음을 알 수 있다. 우리나라도 한의약의 발전과 세계화를 위해서 보다 장기적인 관점에서의 기초연구를 위한 대형 투자기획과 꾸준한 R&D 자금 지원, 그리고 담당 연구 및 임상연구기관의 설립과 운영이 뒷받침 된다면 세계 전통의약시장 속에서 새로운 경쟁력을 확보할 수 있는 기회로 작용할 수 있을 것이라고 생각한다.

다. 주요부처 한의약 R&D 사업 및 과제

한의약 분야의 대표적인 주요 R&D 사업은 주로 보건복지부와 과학기술정보통신부를 중심으로 가장 많은 투자비율 및 과제를 구성하고 있었다. 아래에서는 두 부처의 한의약 R&D 사업 및 과제를 중심으로 R&D 현황을 분석하였다.

보건복지부의 한의약 R&D 사업은 1)한의약선도기술개발사업과 2)양·한방 융합기술개발사업을 주요 사업으로 볼 수 있다.

먼저 한의약선도기술개발사업은 한의약의 과학화·표준화·제품화·세계화를 통해 국민건강 증진 및 한방산업 활성화를 목표로 한방치료기술의 안전성 및 유효성 확보, 한의약임상연구 인프라 구축, 한의약 제품화를 촉진 등을 추구하는 연구개발 사업이다.⁶⁾ 2017년도 기준 163.1억 원이 투자된 것으로 나타났다. 계속과제에 136억 원이, 신규과제에 27억 원이 각각 책정되었고, 신규과제로 진행되는 ‘한방의료기기개발’사업은 한의의료에 활용 가능한 의료기기개발과 연구용·허가용 임상시험 및 임상평가시험 지원을 통한 원천기술 개발로 한의치료기술의 안전성과 유효성에 대한 객관성을 확보하기 위한 것으로 4억5,000만원이 편성되었으며, ‘정책연구’를 위해서도 일부 예산이 지원된 것으로 파악되었다. 연구비별로 보자면 과학적인 검증과 한의약의 안전성과 효과성을 입증하기 위한 한의표준임상진료지침의 개발과 보급 지원을 위한 ‘한의약 근거창출 임상연구’가 약 78억으로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 신약 개발을 통한 상품화 및 시판 촉진을 위한 한약제제·한방신약 개발과 신규과제 지원사업인 한의약임상인프라 사업 순으로 중점 투자되고 있으며, 점차 근거중심과 한의약 의료서비스의 표준화, 과학화로 ‘한의의료서비스 품질제고’ 및 ‘산업화 기반마련’을 목표로 연구비 투자가 조정되고 있는 것으로 파악된다.

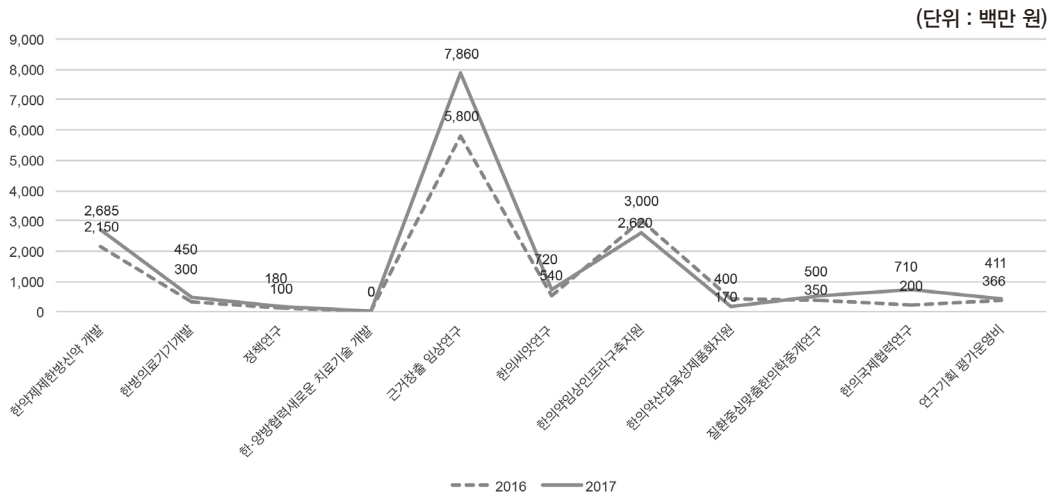
6) 한국보건산업진흥원, 2012, 보건산업백서

〈표 4〉 연도별 한의약선도기술개발사업 예산 및 과제 수(2013~2017)

(단위 : 억 원, 건)

구 분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
예 산	90.8	86	106.7	132.1	163.1
과제수	45	42	46	43	54

출처) 2017 한국한의학연구(한국보건산업진흥원 내부자료)
(세부 연도별 자료는 policy.kiom.re.kr 자료실)통계)연감 DB 참고)



〈그림 4〉 한의약선도기술개발사업 연구비 추이 비교

또한 한의학과 현대의학간의 융합의료기술을 통해 4대 중증질환과 만성 및 난치성질환에 대한 대응력과 보건의료 산업경쟁력을 갖추기 위하여 신약후보물질 발견 혹은 융합형 치료기술 또한 진단·치료 기기 개발을 목표로 하는 양·한방융합 기반기술개발사업은 2014년도부터 35.6억 원을 규모로 신규 추진되었다. 전통의학의 강점과 현대학을 융합하여 새로운 부가가치 창출을 목표로 수행되어왔다. 2017년도에는 신규과제는 없고 계속과제를 위한 예산으로 총 60.9억 원이 투자 되었으며, 이 중 양·한방 융합 연구를 통한 신약후보 물질 발굴 및 비임상 실험인 ‘전임상연구’에 약 39억 원, 융합을 통한 치료효과개선 및 증진을 위한 ‘임상연구’에는 약 10억 원이, 양·한방 병행 치료에 대한 유효성과 안전성을 규명하기 위한 ‘치료기술 개발’에 9억 5천만 원이 투자 되었다.

〈표 5〉 연도별 양·한방융합기반기술개발사업 예산 및 과제 수(2014~2017)

(단위 : 백만 원, 건)

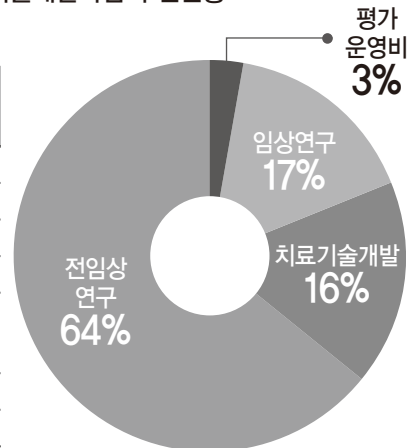
구 분	2015년	2016년	2017년	총 계
예 산	7,490	7,488	6,092	24,630
과제수	28	26	23	91

출처) 2017 한국한의약연감(한국보건산업진흥원 내부자료)

〈표 6〉,〈그림 5〉 2017년도 양·한방융합기반기술개발사업 추진현황

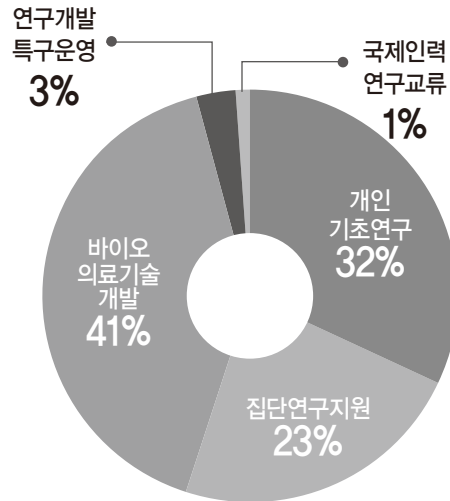
(단위 : 백만 원)

구 분	세부분야	과제수	정부투자 연구비
양·한방융합기반 전임상연구	의약품	12	3,140
	비의약품	3	780
양·한방융합기반 임상연구	의약품	2	390
	비의약품	3	630
한·양방협력연구를 통한 새로운 치료기술 개발	임상	2	952
평가관리운영비	-	1	200
총 계		23	6,092



출처) 2017 한국한의약연감(한국보건산업진흥원 내부자료)

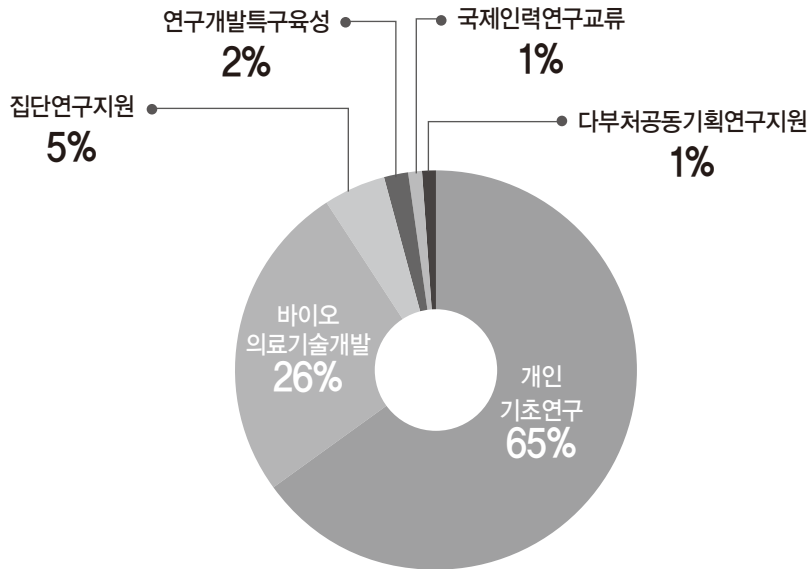
과학기술정보통신부는 2017년 연구개발사업의 한의학 관련 주요 예산을 한국한의약연구원 연구운영비 지원과 한의학의 과학화, 표준화, 기초원천기술 등의 기반기술 개발사업 지원을 위해 사용하였다. 전체적으로 대학의 일반연구자에 대한 지원과 출연연구원에 대한 지원이 많은 비중을 차지하고 있었고, 사업성격별로 보면 기초연구의 비중이 높은 편이었다. 예산의 투자 비율로 보자면 한국한의약연구원의 연구운영비 지원예산을 제외, 바이오·의료기술개발을 위한 연구비가 가장 많은 부분을 차지했고, 그 다음은 개인 기초연구에 전체 연구비의 32%정도가 투자되었다. 뒤를 이어 집단연구지원과 연구개발특구 운영을 위해 각 23%와 3% 정도의 예산이 투자되었으며, 국제인력연구교류와 다부처 공동연구기획지원을 위해서는 1% 정도의 예산이 투자되었다.



〈그림 6〉 2017년도 과학기술정보통신부 사업성격별 R&D 예산투자 비중

과학기술정보통신부의 2017년 한의약 관련 R&D 과제수를 보면 작년에 비해 전체 과제수는 85개로 15개가 감소하였으나, 바이오 의료기술 개발 및 개인 기초연구와 관련된 과제는 큰 변동 없이 꾸준한 규모로 진행되고 있었다. 사업성격별로 세분화하여 살펴보면 개인기초연구의 과제수가 55개로 65%의 가장 많은 부분을 차지하고 있었고, 다음으로는 바이오·의료기술개발의 과제수가 22개로 약 26%를, 집단연구지원이 4건으로 약 5%를 차지하고 있었다. 하지만 한의약 관련 과제 목록 중 과학기술표준분류(중) 기준으로 보면 임상학과 관련된 과제 목록은 전체 과제 중 총 3건으로 기초연구 관련 투자 대비 낮은 비중을 차지하고 있었다.

과제수행주체와 과제책임자의 소속을 기준으로 R&D 참여 현황을 보면 과학기술정보통신부의 과제는 주로 대학과 출연연구소를 중심으로 투자되고 있다. 이러한 연구기관 및 대학을 제외했을 때, 기업의 정부 R&D 참여는 85개 과제 중 총 3곳(중소기업 기준)으로 매우 저조한 것으로 나타났다. 물론 타 부처의 R&D 과제에서는 기업의 R&D 참여율이 이 보다 더 높을 수 있지만, 전제적으로 한의약 산업계에서 기업의 R&D 참여율이 낮음은 기 수행된 조사 등을 통해 알 수 있다. 2017년도를 기준 수행된 한의약산업실태조사의 결과는 한의약 산업과 관련된 제조업체의 R&D 전담부서 여부의



〈그림 7〉 2017년도 과학기술정보통신부 사업성격별 R&D 예산투자 비중

응답이 「있음」이 1.9%, 「없음」이 98.1%로 나타났으며, 기업의 R&D 활동 지원과 이를 위한 환경조성이 미흡함을 볼 수 있다. 과제당 평균 연구비의 경우 출연연구소와 대학원에 비해서도 기업의 R&D 연구비는 낮은 수준이었다. 따라서 기업의 R&D 활동 참여를 독려할 수 있는 전략 고민이 필요할 것이며, 정부의 지원을 통한 수동적인 R&D 참여가 아닌 기업 스스로 출연연과 대학의 R&D에 협력하거나 투자의 유도할 수 있는 정책적 지원이 중요할 것이라고 생각한다.

〈표 7〉 제조업 연구인력 및 연구개발 투자 비중

	연구개발(R&D) 전담부서 여부			평균 연구인력 (명)	연구개발 투자 평균 비중 (%)
	합 계	있 음	없 음		
[제조업 전체]	100.0	1.9	98.1	3.5	8.9
인삼식품 제조업	100.0	6.5	93.5	3.1	10.3
한방음료 제조업	100.0	16.1	83.9	2.8	6.4
식품추출 및 가공업	100.0	15.6	84.4	3.8	15.8
건강보조용 액화식품 제조업	100.0	0.3	99.7	3.0	6.7
한 의 약 품 제 조	100.0	20.3	79.7	4.8	7.0
완 제 의 약 품 제 조	100.0	34.3	65.7	20.5	1.5
한방 의료기기 제조	100.0	19.7	80.3	4.3	3.7
한방 화장품 제조	100.0	46.6	53.4	2.6	10.5
한 방 세 제 제 조	100.0	26.6	73.4	2.2	15.5

출처) 2017 한의약산업실태조사

3. 맺음말

본 고에서는 한의약 R&D 투자규모와 주요 선진국과의 비교, 주요 부처별 관련 사업과 과제 분석을 통해 한의약 R&D 현황을 정리하고자 하였다. 세계 보완대체의학 및 전통의학 시장 속에서 경쟁력을 확보하고 성장하기 위해서는 유효성과 안전성의 과학적인 검증을 바탕으로 한 R&D의 선진화는 필수적이다. 하지만 한국한의약연감 등 여러 통계자료를 통해 볼 때, 한의약 분야의 R&D 투자는 국내 타 분야에 비해서도, 세계 주요 국가에 비해서도, 절대 규모와 연평균 성장률 면에서 다소 열악한 수준임을 알 수 있었다.

먼저 R&D 예산의 비중이 감소되고 부처별 한의약 R&D 예산 투자의 추세가 줄어들고 있는 만큼 한의약 R&D 예산 효율적인 집행이 중요할 수 있음을 볼 수 있었다. 본 고에서는 보건복지부와 과학기술정보통신부의 R&D 현황만을 살펴보았지만, 각 부처의

성격에 맞는 R&D 사업 및 과제가 수행을 검토하고, 중복되는 성격의 과제 기획이 아닌 효과적인 R&D 예산 집행을 위해 집중적인 투자 및 확대 방안을 고민하는 것이 필요할 것이라고 생각한다. 또 부처별 과제의 명확한 성과 공유와 연구 역할 분담에 대한 고민도 필요할 것이다.

임상연구 투자와 연구의 과학적 검토 관련 R&D 현황을 주요 보완대체의학 및 전통 의학 R&D 투자 국가들과 비교할 때 다소 미진하였기 때문에 좀 더 중점적으로 추진해야 할 부분이라고 생각한다. 세계 주요국의 R&D 전략과의 비교와 다각적인 검토를 통해 부족한 부분 및 분야에 대한 깊이 있는 고민이 더욱 요구될 것이다.

정부 R&D 예산의 효율적 활용과 효과적인 R&D 성과창출을 위한 고민은 반드시 필요하다. 이를 위해 수행되고 있는 과제와 사업, 수행주체의 성격을 고려한 역할 분담이 명확히 하고, 그 간의 참여가 저조했던 기업의 R&D 활동 참여도 독려할 수 있다면, 한의약 R&D의 새로운 경쟁력 확보가 가능할 것이라고 생각한다.

본 고에서 참고자료로 활용한 통계자료는 이러한 현황을 알리고 공유하고자 제작되고 있다. 하지만 관련 자료를 검토하며 아직까지 다양한 분야의 연구자 및 정책입안자들에게까지 활용되지 못하고 있는 것 같아 다소 아쉬움이 느껴졌다. 앞으로는 기존에 진행되고 있는 통계자료와 실태조사 결과도 보다 널리 활용되어 수요자의 특성을 파악한 R&D 기획 및 수행에 도움이 될 수 있도록 도움이 되길 희망한다.

참고 문헌

- 2017년 한국한의약연감. (2019). 한국한의약연구원, 한약진흥재단, 부산대학교 한의학전문대학원, 대한한의사협회
- 2018년 한의약산업실태조사. (2019). 한국한의약연구원
- 한의약선도기술개발사업 대형 중장기 한의학 R&D 사업 전략 수립. (2015). 한국보건산업진흥원
- 2018년 정부 R&D예산의 주요 현황과 특징. (2018). 한국과학기술기획평가원

통계로 보는 한의 의료서비스 현황¹⁾

박 지 은 | 한국한의학연구원 한의학적정책연구센터 선임연구원

1. 들어가며

한국의 건강보장체계는 건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험 등으로 구성되어 있다. 국가는 건강보장체계를 마련하면서 국민이 의과, 치과, 한의과 등에서 필요로 하는 양질의 의료서비스에 접근하여 이용할 수 있도록 다양한 제도적 장치를 마련하고 있다. 이러한 제도 덕분에, 국민은 손쉽게 의료서비스에 접근할 수 있으며 2017년 기준으로 전 국민의 90% 이상은 1년에 의료기관을 한 번 이상 방문하고 있다(건강보험통계연보, 2018).

한국은 의과와 한의과가 구분되어 이원화 체계로 존재하는 국가 중 하나로, 한의 의료이용을 행정자료로 파악할 수 있는 국가 중 하나이다. 덕분에 한의과는 독립적인 진료권을 가지고 진료를 수행해 왔으며, 2017년 기준으로 약 1,288만 명(약 25%)의 국민이 한의 의료서비스를 이용하고 있다(건강보험통계연보, 2018).

의료서비스가 투입되고 산출되는 과정을 모니터링하는 것은 중요하다. 이는 국민의 건강과 직접 관련된 것이기 때문인 이유도 있으나, 국가가 보건의료정책 수단을 개발하고 합리적으로 정책 결정을 내리기 위한 전제 조건이기 때문에 더 그러하다. 이러한 이유로 많은 국가는 자국의 의료서비스 현황을 모니터링하기 위한 기반과

1) 한국한의학연구원, 건강보험통계연보, 보건복지통계연보, 진료비통계지표 등을 활용하여 재구성함.

체계를 구축하려고 노력하고 있다.

한국은 전 국민 의료서비스 이용 모니터링이 가장 잘되고 있는 국가 중 하나이다. 현재는 총괄적인 의료이용 자료를 제공하는 것에서 나아가 진료과목별, 성별, 연령별, 지역별 등 세부적인 통계까지 제공하고 있다. 이처럼 세부적인 자료가 가능해지면서 정책 설계도 더욱 섬세해지고 있다.

한의학 분야도 마찬가지다. 한의학 의료서비스는 의과보다 절대적인 규모가 작기에 별도의 통계로 다루어지기 보다는 전체 건강보장체계의 일부로 다루어졌다. 그 때문에 한의계는 한의과만의 현황을 다루는 통계 자료 구축의 중요성을 강조했다. 그 결과, 현재는 국가승인통계인 「한방의료이용 및 한약소비실태조사」와 「한의학산업실태조사」가 수행되기에 이르렀으며, 건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험에서도 한의과를 별도 섹션으로 구분하여 이용 현황을 제공하고 있으며, 한의학 전반적 현황을 다루고 있는 「한국한의학연감」도 매년 발간되고 있다. 그러나 양질의 자료가 주기적으로 조사되고 공개되고 있음에도 불구하고 이러한 자료를 활용하여 세부적인 분석이 충분히 되고 있다고 보기 어렵다. 이에, 본 고에서는 「한국한의학연감」과 「건강보험통계연보」 자료를 중심으로 건강보장체계에서 급여되고 있는 의료 서비스를 중심으로, 2008년부터 2017년까지 지난 10년간 한의 의료서비스의 공급과 이용 변화 추세를 살펴보고, 한의과 이외 분야에서의 의료서비스 현황과 비교하고자 한다.

〈표 1〉 한의 인력과 시설 수 변화

(단위 : 명, 개소)

	한의사	복수 면허자	한약사	한방병원	한의원	한약국	한약방
2008년	17,541	189	1,222	139	11,248	510	1,537
2017년	24,627	316	2,404	312	14,155	603 ^{주1)}	769 ^{주1)}
전년대비 ^{주2)}	1.03	0.99	1.04	1.10	1.02	1.08	0.91
연평균증가율(%) ^{주2,3)} (2008-2017)	▲3.84	▲5.88	▲7.80	▲9.40	▲2.59	▲2.11 ^{주3)}	▽8.29 ^{주3)}

주1) 2016년 기준

주2) 소수점 셋째 자리에서 반올림

주3) 한약국, 한약방은 2008-2016년 연평균 증가율(CAGR), 그 외는 2008-2017년 CAGR

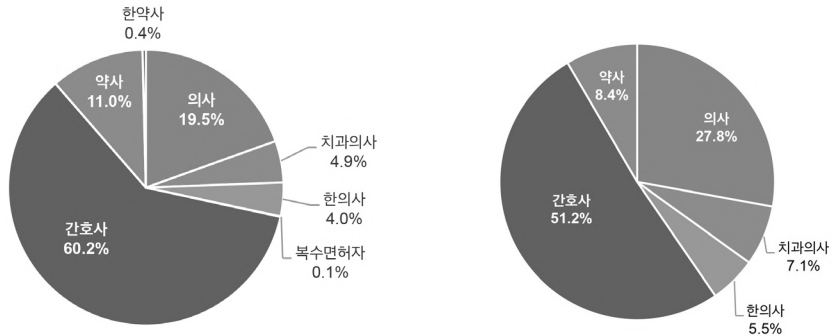
2. 인력과 의료기관을 통해 살펴보는 한의 의료서비스 공급 현황

본 장에서는 한의 인력 수와 한의 의료기관 수를 중심으로 한의 의료서비스 공급을 살펴보고자 한다. 지난 10년간 한의 인력과 한의 의료기관 변화를 〈표 1〉에 제시했다.

한의 인력수를 기준으로 보면, 한의사는 2008년 17,541명, 2017년 24,627명으로 10년간 7,086명이 증가했다(연평균 700여 명 증가). 2017년 기준으로 한의사는 의사수(121,638명) 대비 16.8%를 차지하고 있으며²⁾, 2008년 15.6% 대비 1.2%p 증가했다. 의사와 한의사 면허를 모두 소지하고 있는 복수면허자 수는 2008년 189명에서 2017년 316명으로, 지난 10년간 1.67배 증가한 것으로 나타났다. 면허한의사 수가 증가한 만큼 근무한의사의 수도 증가하였으나 유휴 한의사 수도 함께 증가하여 근무 한의사 비중은 80%대로 유지되고 있다. 2017년에는 면허한의사 중 약 82.8%가 의료기관에서 근무하고 있었다. 한약사는 2017년 2,404명으로 지난 10년간 1.96배 증가했으며, 한의사 수 대비 8.9%의 비중을 차지하고 있었다. 실제 근무 인력 비중을 계산해보면 간호사(간호조무사 제외)가 전체 의료인력의 51.2%로 가장 많고,

2) 한의사 비중 = 면허한의사수 ÷ (면허한의사수 + 면허의사수), 한약사 비중 = 면허한약사수 ÷ (면허한의사수 + 면허한약사수)

의사(27.8%), 약사(8.4%), 치과의사(7.1%), 한의사(5.5%) 순서로 나타난다.



〈그림 1〉 면허 의료인력 비중(좌) : 실제 근무 의료인력 비중(우)³⁾ (2017년 기준)

의료기관 수를 기준으로 보면, 개설 의료기관 수는 지난 10년간 꾸준히 증가하고 있다<표 1>. 한의 의료기관 수의 증가 추세도 마찬가지인데 2008년 11,387개소에서 2017년 14,467개소로 3,080개소 증가했다(연평균 300여 개소 증가). 한방병원은 312개소(2.1%)로, 2017년 처음으로 300개소를 넘어섰으며, 한의원은 14,155개소로(97.9%) 여전히 한의 의료기관의 절대다수를 차지했다.

의료기관 수 대비 한의 의료기관이 차지하는 비중을 기준으로 보면, 지난 10년간 전체 한의 의료기관 비중은 20% 초반을 유지하고 있다<그림 2>.⁴⁾ 그러나 이를 병원급과 의원급으로 구분해보면 다른 양상을 확인할 수 있다. 한의원은 2008년 29.7%에서 2017년 31.4%로 1.7%p 증가하는데 그치고 있다. 그에 비해 한방병원은 2008년 병원급 의료기관 중 6.8%를 차지했었으나 2017년에는 17.5%로 10.6%p 증가하였다.⁵⁾ 그리고 요양병원 수를 포함하면 5.1%(2008년)에서 9.4%(2017년))로

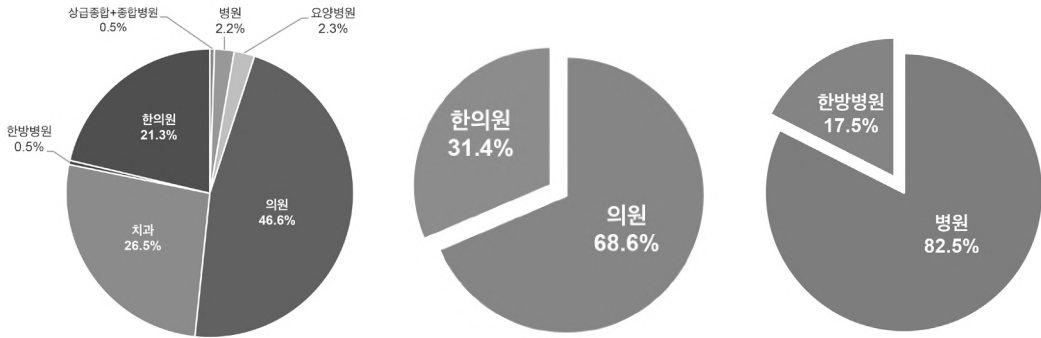
3) 근무 복수면허자 수와 근무 한약사 수에 대한 정보는 구할 수가 없어서 제외함. 근무 약사 수는 2017년 대한약사회 연보, 나머지 인력은 2017년 보건복지통계연보 참고

4) 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원, 치과, 한의원, 한방병원, 보건기관 수의 총합(약국, 보건기관 등 제외)

5) 한의의료기관 비중 = 한의원 수 ÷ (한의원 수 + 의원 수) 또는,

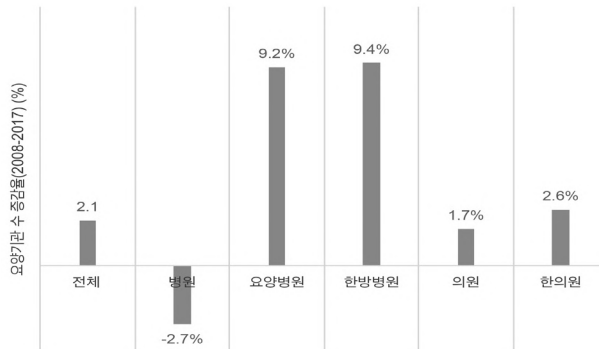
한방병원 수 ÷ (병원 수 + 한방병원 수) - 상급종합병원, 종합병원, 치과병원, 요양병원 제외 또는,

4.3%p 증가했으며, 이 역시 한의원 수의 증가 폭보다 높은 수준이다. 한의 의료기관 대비 한약국과 한약방은 9%의 비중⁶⁾을 차지했다.



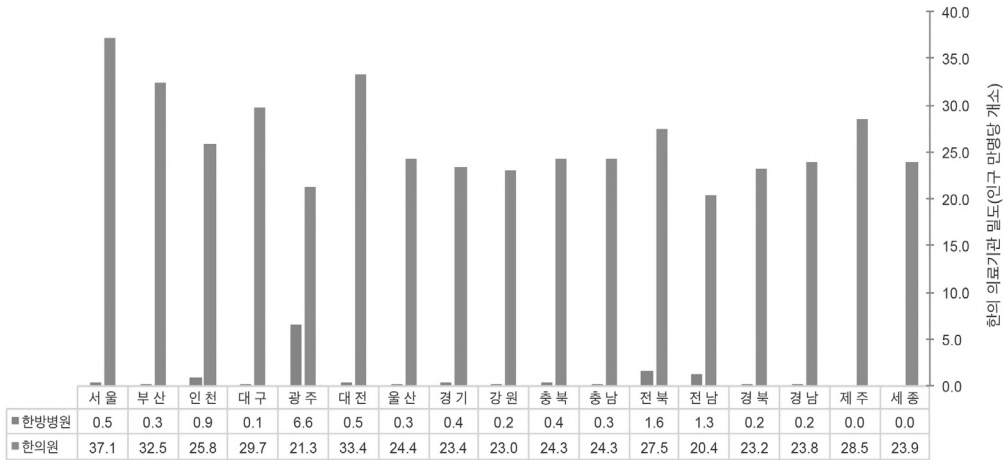
〈그림 2〉 2017년 기준 종별 의료기관 수 비중

의료기관 수를 기준으로 지난 10년간 연평균 증감률(CAGR)을 비교해보면 마찬가지로 종별로 다른 양상을 나타낸다<표 1> <그림 3>. 전체 의료기관 수는 10년간 54,811개소에서 2017년 66,307개소로 약 2.1%가 증가한데 비해, 반대로 병원은 2.7% 감소하였으며, 요양병원과 한방병원은 각각 9.2%, 9.4%의 높은 연평균 증가율을 나타내면서 병원급 의료기관과 대조적인 양상을 나타냈다. 의원과 한의원은 지난 10년간 각각 1.7%, 2.6%의 증가율을 나타냈으며, 의원 수보다는 한의원 수의 증가율이 더 높았다.



〈그림 3〉 10년간 요양기관 수 증감률

한방병원 수 ÷ (병원 수 + 한방병원 수 + 요양병원 수) - 상급종합병원, 종합병원, 치과병원 제외
 6) 한약관련기관 비중 = (한약국 수 + 한약방 수) ÷ (한방병원 수 + 한의원 수 + 한약국 수 + 한약방 수) - 한약국수와 한약방수는 2016년 값 사용



〈그림 4〉 지역별 단위 인구 당 한의 의료기관 분포 현황 (2017년 기준)

한의 의료기관의 지역별 분포를 살펴보면 〈그림 4〉와 같다. 전체 의료기관⁷⁾을 지역별 인구(만 명)로 나누었을 때 104.3에서 175.6의 분포를 보인다. 단위 인구당 의료기관 수가 가장 많은 지역은 서울>부산>대전 순서였고, 반대로 가장 적은 지역은 경북<강원<충남 순서였다. 한의 의료기관으로만 한정하여 보면, 단위 인구당 한의 의료기관의 밀집도가 가장 높은 지역은 서울>대전>부산 순서였다. 전체 의료기관 밀집도 순서와 비교해보면 서울이 단위 면적당 가장 많은 한의 의료기관이 많은 것은 동일하였으나 부산보다 대전의 한의 의료기관 밀집도가 더 높았다. 한의 의료기관의 밀집도가 가장 낮은 지역은 전남<강원<경남 순서로 전체 의료기관 밀집도와는 차이가 있었다. 한의원의 경우 인구 만 명당 20.4개소(전남)에서 많게는 37.1개소(서울)까지 분포하고 있었으며, 한방병원은 한방병원이 없는 지역(제주, 세종)과 가장 많은 지역(광주) 6.6개소로 한의원보다 편차가 컸다. 광주, 전남은 단위 인구 당 한의원이 가장 적었으나 한방병원은 가장 많은 지역이었다. 광주는 특히 전체 한방병원의 31.7%인 99개소가 밀집하고 있는데, 전북, 전남, 광주에 있는 한방병원을 합치면

7) 병원(종합병원, 요양병원, 일방병원)과 의원, 특수병원(결핵병원, 한센병원, 정신병원), 치과병의원, 한의병·의원, 부속의원, 조산원의 합

152개소로 전체 한방병원의 48.7%에 해당하는 한방병원이 전라지역에서 운영되고 있는 치우친 분포를 보인다(세 지역의 인구수는 전체 인구 대비 9.9% 차지).

3. 진료비 규모를 통해 살펴보는 한의 의료서비스 제공 현황

본 장에서는 건강보험 이용자를 중심으로 한의 의료서비스 이용을 분석하되, 가용한 자료 범위 내에서는 건강보장 형태별로 한의 의료서비스 제공 현황을 비교한다. 건강보장별로 발생한 한의 진료비⁸⁾ 규모를 <표 2>에 제시했다. 2017년 기준으로, 건강보험은 2.54조 원, 의료급여 1,664억 원, 산재보험 35.2억 원, 자동차보험 5,631억 원으로 총 3.27조 원의 진료비가 한의과에서 발생했다. 이는 전체 건강보장 진료비 약 79조 원 대비 4.14%에 해당하는 규모이다.

<표 2> 건강보장별 한의진료비 현황(2017년 기준)

	건강보험		의료급여	산재보험	자동차보험
	전 체	요양병원 ^{주1)}			
한의진료비(억 원)	25,412	1,092	1,664	35.2	5,631
한의진료비 비중(%) ^{주2)}	3.65	0.07	2.33	0.61	31.82
(1) 한의를 제외한 진료비 증가율(%) ^{주3)} (전년 대비)	▲7.8	▲12.4	▲5.7	▽2.4	▲0.97
(2) 한의진료비 증가율(%) ^{주3), 주4)} (전년 대비)	▲4.9	▲7.1	▲7.2	▲52.6	▲21.5
(3) 한의진료비 증가율(%) ^{주3), 주4)} (2008-2017)	▲7.2	▲18.8 ^{주5)}	▲8.2	▲8.4	▲25.4 ^{주5)}

주1) 요양병원 진료비는 건강보험 전체 진료비에 포함되는 것으로, 정보제공을 위해 별도로 구분하여 제시

주2) 해당 건강보장 형태 내에서의 진료비 비중, 소수점 셋째자리에서 반올림

주3) 소수점 둘째자리에서 반올림

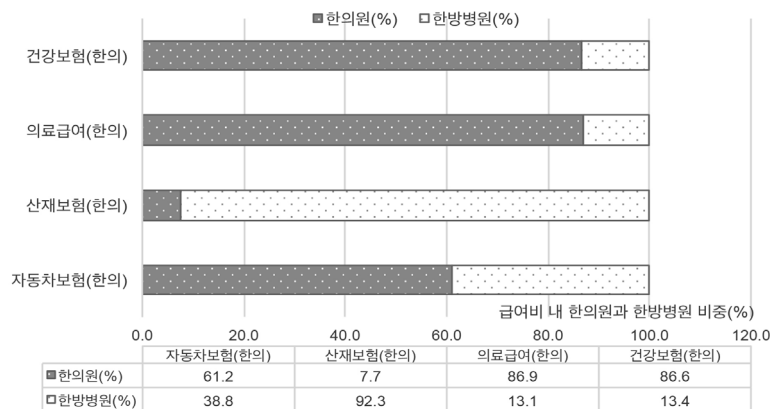
주4) 전체진료비(의과, 한의과, 치과 등)에서 한의과진료비를 제외한 2016-2017 증가율

주5) 요양병원은 2010-2017 연평균 증가율; 자동차보험은 2015-2017 연평균 증가율(2015년도부터 자료 가용)

8) 요양기관에서 환자 진료에 소요된 비용으로, 보험자부담금(급여비)과 환자본인부담금을 합한 금액, 청구진료비 중 심사결정된 진료비를 의미. 100/100 미만 진료비용 포함(건강보험, 의료급여: 2015년부터)

한의 진료비는 수가 인상, 보장성 확대 등으로 인해 절대적 액수는 매년 증가하고 있으나, 진료비에서의 비중을 기준으로 보면 건강보장마다 다른 양상을 보인다.

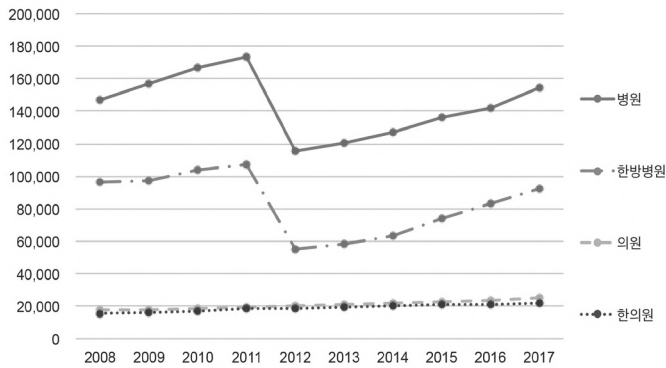
예를 들어, 건강보험 내 한의 진료비 비중은 3.65%로 2014년(4.17%)부터 매년 감소하고 있다. 그러나 요양병원의 경우, 한의 진료비의 절대적인 금액 비중은 1% 미만으로 낮으나 연평균 진료비 증가율은 18.8%로 매우 높은 양상을 나타내고 있다. 의료급여 내 한의진료비 비중은 2.3%로 낮으나 꾸준히 증가하고 있다. 산재보험 내 한의진료비 비중 역시 1% 미만이나 비중은 꾸준히 증가하고 있다. 자동차보험의 경우 한의진료비 증가율이 가장 높았다. 2017년도 자동차보험 한의의료 진료비는 5,631억 원으로, 건강보험 내 한의진료비의 20% 수준이며, 의료급여 내 한의진료비보다 3.38배가 높은 수준으로, 연평균 25.4%의 높은 증가율을 보이고 있다.



〈그림 5〉 건강보장별 한의의료기관별 진료비 비중

또한, 한의 급여비를 한의원과 한방병원 비중으로 구분해보면 건강보장에 따라 다른 양상을 나타낸다(그림 5). 건강보험과 의료급여는 한의원이 86%, 한방병원이 14% 정도의 급여비 비중을 차지하는데 비해 산재보험 한의 급여비는 한방병원이 대부분(92.3%)을 차지하고 있으며, 자동차보험 한의급여비는 한의원이 61.2%, 한방병원이 38.8%를 차지하고 있다.

한의 진료비를 청구 건당 평균비용과 기관당 평균비용으로 구분해 <그림 6>과 <그림 7>에 제시했다. 건강보험에 한정해보면 지난 10년간 청구 건당 평균 금액과 기관 당 평균 금액 모두 증가하는 추세이다. 청구 건당 진료비는 병원)한방병원)의원)한의 원 순서로 낮아짐을 알 수 있다<그림 6>. 2017년 기준으로 병원은 한방병원보다 청구 건 당 진료비가 약 6만 원 더 높았으며, 의원과 한의원의 청구건 당 평균진료비는 각각 25,656원과 22,053원으로 의원에서의 청구건 당 진료비가 3,600원 정도 높았다. 청구 건 당 진료비 차이는 병원과 한방병원은 6만 원 내외를 유지하고 있으며, 의원과 한의원은 매년 벌어지고 있다.

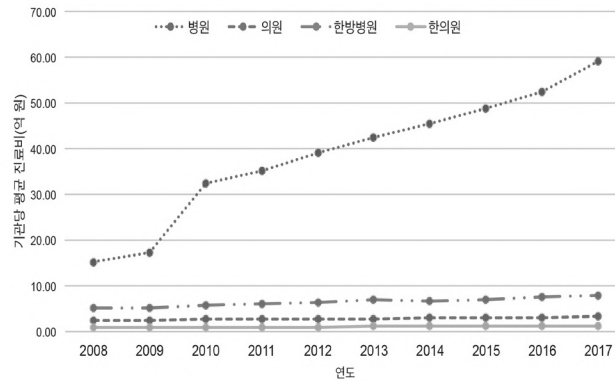


<그림 6> 건강보험 청구 건당 진료비

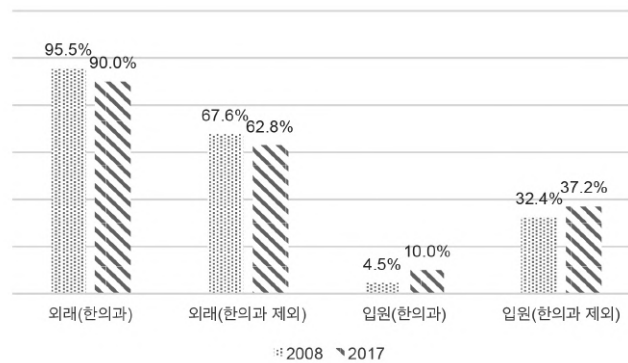
주) 2012년 1월 1일부터 병원급 이상 요양기관의 외래 청구방법이 방문 일자별로 변경됨. 이에 청구 건수가 증가했고 2012년부터 건당진료비가 감소한 것으로 나타남. (총 진료비 금액은 증가)

진료비를 기관수로 나누어 기관당 평균 진료비를 살펴보면 <그림 7>과 같다. 기관당 평균 진료비도 청구건 당 진료비와 마찬가지로 병원)한방병원)의원)한의원 순으로 낮아진다. 그러나 2017년 기준으로 병원은 기관 당 59억 원의 진료비가 발생 하였고, 한방병원은 7.8억 원, 의원은 3.3억 원, 한의원은 1.2억 원으로 청구건 당 진료비 차이보다 종별 차이가 더 컸다.

9) (상급)종합병원, 요양병원, 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 기준금



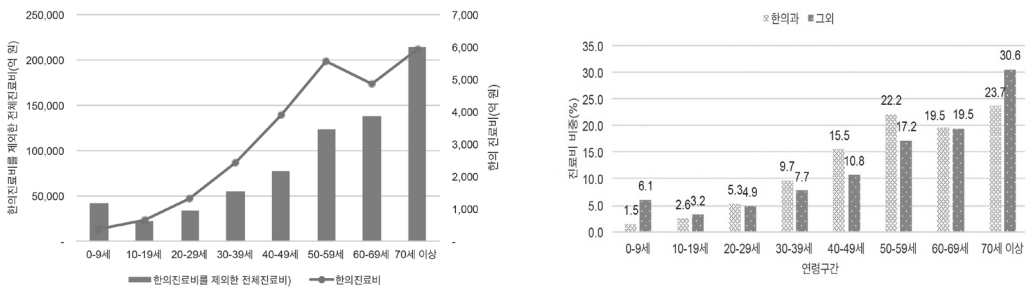
〈그림 7〉 기관당 평균 진료비 추세



〈그림 8〉 건강보험에서 입원 진료비와 외래 진료비 비중 변화

입원과 외래 진료비 비중을 기준으로 의료기관 현황을 비교한 결과를 〈그림 8〉에 제시했다. 건강보험에서 한의과는 진료비의 절대다수인 90% 이상이 외래에서 발생하고 있어 한의과는 의과보다 외래 의존도가 높다는 것을 알 수 있다. 그에 비해 의과에서의 외래 진료비는 그보다 낮은 수준인 60%대를 차지하고 있다. 다만 한의과와 의과 모두 공통으로 외래 진료비의 비중이 감소하고, 입원 진료비의 비중이 증가하고 있었다. 지난 10년간 외래 진료비 비중은 5%p 정도 감소하였고, 입원 진료비 비중은 그만큼 증가하였다.

진료비 규모와 비중을 연령별 분포로 구분하면 <그림 9>와 같다. 전체적으로는 10대 미만의 유아동기 연령대에서 진료비와 진료비 비중이 높다가 10대에서 지출되는 진료비가 가장 낮고, 연령이 높아질수록 진료비와 진료비 비중이 증가하는 J 커브 형태를 보인다(<그림 9(좌)>). 그러나 한의 진료비는 전체적인 진료비와는 약간 다른 추세를 보인다. 첫째로는 10대 미만의 유아동기에서 진료비와 진료비 비중이 가장 낮기 때문에 10대부터 50대까지의 진료비 지출이 J가 아닌 우상향하는 직선 형태를 보인다. 둘째로는 30세 미만 인구에서 지출되고 있는 진료비 비중은 각각 의과가 14.2%, 한의과는 9.4%로 젊은 층에서 지출되고 있는 한의 진료비 비중이 더 낮았다. 셋째, 60대에서 발생한 진료비와 진료비 비중이 50대의 그것보다 낮았다.

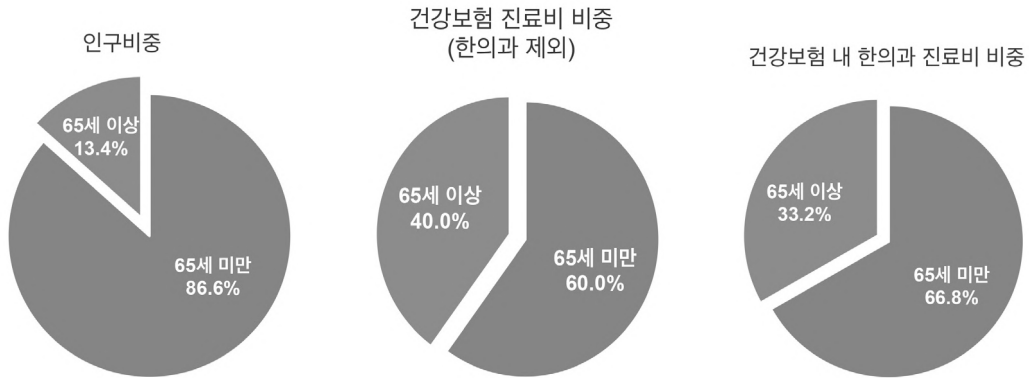


<그림 9> 연령 구간에 따른 건강보험 진료비 분포(좌): 건강보험 진료비 비중(우) (2017년 기준)

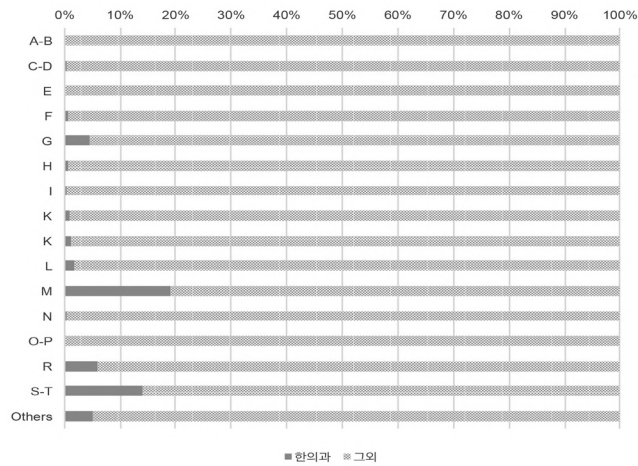
65세 이상 인구가 차지하는 진료비 비중을 살펴보면 <그림 10>과 같다. 2017년 기준으로 65세 이상 인구는 전체 인구 대비 13.4%를 차지하고 있으며, 이들은 한의 진료비의 33.2%를 지출하고 있고, 의과 진료비 기준으로는 40%를 지출하고 있는 것으로 나타난다.

4. 질환 특성을 통해 살펴보는 한의 의료 이용 현황

본 장에서는 건강보험 이용자를 기준으로 어떠한 질환을 사유로 한의 의료서비스를 이용하고 있는지 살펴보고자 한다. 잘 알려져 있다시피 한의 의료는 다빈도 상위 10개 질환 중 근골격계 질환이 9개를 차지하고 있을 정도로 근골격계 질환으로 인한 이용 집중도가 높다.



〈그림 10〉 노인 인구 비중과 진료비 비중



〈그림 11〉 KCD 22대 질병분류별로 구분한 진료비 비중(2017년 기준)

질환을 22개 군으로 나누어 진료비 점유율을 산출했을 때¹⁰⁾ 한의 건강보험 진료비 비중인 3.65%보다 높은 비중을 차지한 질병은 신경계 질환(G00-G99), 근골격계 및 결합조직 질환(M00-M99), 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사 이상 소견(R00-R99), 손상·중독 및 외인성 질환(S00-T98)이었다. 근골격계

10) 한국표준질병사인분류(KCD) 제 7차 개정안에 따른 22개 대분류

및 결합조직 질환 건강보험 진료비의 19.1%, 손상·중독 및 외인성 질환으로 인한 건강보험 진료비의 13.9%가 한의 진료를 통해 지출되고 있었다. 또한, 건강보험 한의 진료비 중 M코드(M00-M99)과 S/T(S00-T98) 코드가 차지하는 진료비 비중은 각각 53.9%, 23.3%로, 건강보험 한의 진료비 중 약 77.2% 이상이 근골격계 질환으로 인해 지출되었다(그림 11). 한의과 이외의 진료과에서 M/S/T 질환으로 건강보험 진료비가 차지하는 비중이 15%인 것과는 대조적이다.

근골격계 이외의 질환에서의 의료이용 현황을 비교하면 <표 3>과 같다. 외래 방문 기준으로 한의과에서 다빈도로 치료하는 질환은 소화불량>감기>복부 및 골반 통증>두통>비염 순서였으며, 입원 기준으로는 편마비>뇌경색증>치매>뇌혈관질환 후유증>안면 신경장애로 뇌(혈관) 질환으로 인한 한의과 이용 빈도가 높았다.

<표 3> 외래 및 입원 다빈도 질환 비교(건강보험 급여기준, 2017)

	한의 의료기관	전체 의료기관
	외래 다빈도 질환	
1	K30 기능성 소화불량	J20 급성 기관지염
2	J00 급성 비인두염[감기]	K05 치은염 및 치주질환
3	R10 복부 및 골반 통증	J30 혈관운동성 및 알러지성 비염
4	R51 두통	J03 급성 편도염
5	J30 혈관운동성 및 알러지성 비염	J06 다발성 및 상세불명 부위의 급성상기도 감염
	입원 다빈도 질환	
1	G81 편마비	A09 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염
2	I63 뇌경색증	Z38 출산 장소에 따른 생존 출생
3	F00 알츠하이머병에서의 치매(G30.-+)	H25 노년 백내장
4	I69 뇌혈관질환의 후유증	J18 상세불명 병원체의 폐렴
5	G51 안면신경장애	K64 치핵 및 항문주위 정맥 혈전증

주1) 요양병원 진료비는 건강보험 전체 진료비에 포함되는 것으로, 정보제공을 위해 별도로 구분하여 제시

5. 소결

본 고에서는 한의 의료서비스의 공급과 이용 현황을 분석하고, 한의과가 아닌 분야의 현황과 비교하였다. 분석 결과 지난 10년간 한의 의료인력과 한의 의료기관, 한의 의료서비스 이용량 모두 증가한 것을 확인할 수 있었다. 그러나 의료체계 내에서 한의사와 한의 의료기관이 차지하는 비중에 비해 진료비가 차지하는 비중은 작았다. 한의 의료기관 수의 증가 추세는 한의원보다 한방병원에서 더 두드러졌다. 그러나 한의 의료서비스 이용량은 한방병원보다 한의원에 더 집중되어 있었으며 진료비는 한방병원 비중이 높아지는 추세였다. 한방병원과 한의원 간 진료비 격차도 커지고 있었다. 건강보장 유형 중에서는 건강보험에서의 한의 진료비 점유율이 감소하는 추세였고, 산재보험과 자동차보험에서의 한의 의료비 증가율이 특히 높게 나타났다.

연령별 이용 측면에서는 한의과도 의과와 마찬가지로 65세 이상 인구의 의료 이용량과 진료비 비중이 증가하고 있었으며, 이 추세는 계속 될 것으로 보인다. 그러므로 한의계는 이들을 대상으로 어떠한 의료서비스를 효과적이고 효율적으로 제공할 것인지에 대한 고민이 필요해 보인다. 또한, 한의과는 의과와는 달리 50대보다 60대에서 지출되고 있는 진료비가 더 적었다. 이는 이용자 수 감소 또는 지출되는 진료비 감소의 요인 등이 동시에 작용한 것으로 보인다. 이용자 수 측면에서는 60대가 50대 인구보다 290만 명가량 적고, 실제 의료서비스 이용자 수도 50대보다 60대가 적다는 점과 암, 심뇌혈관질환 등 중증 질환 등으로 인한 고액 의료비 지출이 주로 의과에서 이뤄지고 있다는 점 등이 복합적으로 작용한 것으로 예상된다. 그러나 이는 가능한 설명 요인 중 하나일 뿐 보다 정확한 현황을 파악하기 위해서는 추가 분석이 필요하다. 그 밖에도, 한의과는 의과에 비해 30세 미만에서 한의 의료서비스를 적게 이용하고 있었다. 이들은 미래에 한의 의료서비스 이용 정도를 예상할 수 있는 잠재적 인구집단으로, 한의 의료서비스 노출이 낮은 이유를 파악하고 그에 대비할 필요가 있다.

마지막으로 의료 이용 사유 측면으로는 한의과가 의과에 비해 근골격계 질환 진료에 집중도가 높았다. 이는 한의과에서 급여되는 항목이 근골격계 질환 치료에 유리한 침, 구, 부항, 물리치료 등에 집중된 현실을 반영한다고 볼 수 있다. 그렇기에 이러한 이용 질환과 치료법의 차이는 의과와의 공통분모를 감소시켜 협력 가능성을 감소시키는 요인으로 작용할 것으로 보인다.

건강보험에서 급여되는 항목인 침, 구, 부항이 근골격계 이외의 질환에도 활용할 수 있다는 점과 건강보장에서 급여되지 않는 의료이용이 있다는 현실을 고려한다고 하더라도, 한의과에서 다루는 질병 스펙트럼이 좁은 현실은 향후 한의과 진료가 확대되고 다양화되는데 걸림돌로 작용할 수 있다.

본고는 자료의 한계로 기초적인 수준의 현황만 분석했으나, 향후에는 동일 질환에서 한의과 의과 동시 이용자 현황이나 한약제제 등 의약품 이용 현황 등 주제별로 심층적인 분석이 가능한 자료가 분석될 필요가 있다. 아울러 현재 분석되고 있는 내용에 대한 모니터링이 지속적으로 이루어져야 하며 분석 결과 역시 합리적인 한의약 정책 결정에 반영되는 선순환이 이루어질 필요가 있다.

참고 문헌

- 2017년 건강보험통계연보. (2018) 건강보험공단, 건강보험심사평가원.
- 2017년 대한약사회통계. (2018). 대한약사회.
- 2017년 자동차보험 진료비 통계. (2018). 건강보험심사평가원.
- 2017년 진료비 통계지표. (2018). 건강보험심사평가원.
- 2017년 한국한의약연감. (2019). 한국한의약연구원, 한약진흥재단, 부산대학교 한의학전문대학원, 대한한의사협회.
- 2018년 한국한의약연감. (2018). 보건복지부.



알기쉬운 한의정책(카드뉴스)

- 추나 건강보험
- 커뮤니티케어
- 의·한협진 서비스

추나 건강보험

[policy.kiom.re.kr > 정책자료실 > 추나요법 급여 전환을 위한 시범 사업 평가연구]에서 확인해 보실 수 있습니다.
 "한의정책 카드 뉴스에 실린 모든 내용은 작성자 개인의견으로 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝힙니다."

1

**“첫 번째 주제는 바로!
 2019년 4월 8일부터 시행된
 추나 건강보험”**

한방 '추나요법'도 건강보험 적용된다

8일부터 '추나요법 치료'에 건강보험 적용

초기 허리디스크 추나요법으로 개선 가능... '건강보험 통해 부담없이 이용 가능'

추나? 도수치료랑 다른건가? 추나 건강보험 적용이면 그냥 써지는건가?
 추나요법... 많이 들어는 왔는데 정확히 뭔지 잘 의문지 않아?

2

**한인사 손은 악손?!
 밀고 당겨서 잘못된 자세를 바로잡고,
 신통방통한 추나요법!!**

추나요법이란?

추나요법은 **한인사가 직접 손이나 신체 일부부분으로 밀고 당겨서 잘못된 자세를 바로잡고, 어긋나거나 비틀린 척추, 관절, 근육, 인대 등이 제자리를 찾아가게 만드는 치료법**이에요.

3

**양방에서는 도수치료?
 한방에서는 추나치료!!**

서양의학
해부학적 구조인식 + 동양의학
전인적관점 = 추나치료

주로 근골격계 질환에서 많이 쓰이는 도수치료와 비슷하지만 약간의 차이가 있습니다.

도수치료	추나치료
<p>의사 → 물리치료사 → 환자</p> <p>주로 물리치료를 거쳐 환자에게 시행</p>	<p>한의사 → 환자</p> <p>한인사가 환자에게 직접 시행</p>

4

**근골격계 질환에 참 좋은데~
 진료비 때문에 높았던 추나치료의 문턱**

근골격계 질환에 참 좋은데~
 아쉽게도 표현할 방법이 없네


도수치료 추나치료

KIOM


근골격계 질환에는 이러한 도수 및 추나 치료가 많이 이용되는데, 도수치료는 의료실비에 가입되어있으면 혜택을 받을 수 있었던 반면, 추나치료는 건강보험과 의료실비 모두 보장이 되지 않아 환자들의 진료비 부담이 컸습니다.

5


이렇게 건강보험 적용에 차이가 있어 양방과 한방 간 보장범위의 불균형이 심화되었고, 한방 의료이용 보장성 확대에 대한 지속적 요구 끝에




제3차 한방의료정책심의회 주요 목표
한방 의료이용 보장성 확대 포함



2014~2018 건강보험
중기보장성 강화 계획 포함



2017.2. 추나 건강보험
시행사업 실시




2018.11. 건강보험정책심의회
추나 건강보험 적용 결정

긴 과정을 거쳐서
추나요법의 건강보험 적용이 가능해졌습니다.

6

**안전성, 유효성, 경제성
모두 인정받은 추나요법**



기나긴 과정과 기다러운 검토 끝에 추나요법의 급여화가 결정되었고 안전성과 유효성, 경제성 모두를 인정받은 한방치료요법이라는 점에서 매우 큰 의미가 있다고 볼 수 있습니다.

7

**추나요법 급여화로
국민들의 의료비 부담 완화**



50% 지원

앞으로 한 환자당 연간 20회까지 지원을 받을 수 있고 한 의료기관당 하루 18명의 환자까지 진료할 수 있게 되었다.

* 단순 진료 기준

2019년 4월부터는 **진료비의 50%를 국민건강보험으로 지원**받아 추나 치료를 이용하는 국민들의 의료비 부담이 **완화될 것으로 기대됩니다!**

8

**추나요법으로 인한
진료비 급증 예상**

:

車보험 추나요법 연 20회 제한

의 vs 한...추나요법 급여화 대립 중

병의원, 추나요법 급여화 관련 고시 집행정지 신청

하지만 아직까지 사회적으로는 **안전성과 유효성에 대한 논란과, 자동차보험과 관련된 진료비 급증 우려** 등 추나와 관련된 여러 가지 논란이 진행 중입니다.

9

따라서 이러한 문제 해결을 위해 **추나요법의 유효성과 안전성을 입증, 표준화로 연계**할 수 있는 **지속적인 추가 연구 필수!**



앞으로도 활발한 연구를 통해 국민건강보험이 적용되는 한의학 치료가 **확대**되길 바랍니다!

커뮤니티케어

더 많은 한의정책 관련 자료는 policy.kiom.re.kr 를 통해서 확인하실 수 있습니다.

1

한국은 지금 고령화 사회

노인인구의 증가, 주거, 보건의료, 요양, 돌봄 등 **포괄적인 케어가 필요한** 분들이 점점 많아지고 있습니다.

여기서 케어가 필요한 대상은 노인 뿐 아니라 환자, 장애인, 정신질환자 등도 포함 됩니다.

2

불충분한 재가 서비스

케어 대상자들은 주로 병원과 시설에서 오랜 기간 생활하고 있는데요. 그 이유는 **불충분한 재가 서비스와 가족 돌봄의 부담** 등 때문입니다.

노인 57.6% '거동이 불편해도 살던 곳에서 여생 마치고 싶다'

의료급여 장기입원자의 약 48%가 간병인의 부재, 주거 열악의 이유로 입원

*출처: '18년 보건수요조사결과'

하지만 케어 대상자 다수는 좀 불편해도 평소 살던 곳에서 지내고 싶어 합니다.

3

거주지에서 누리는 통합적 돌봄 커뮤니티 케어

이러한 수요를 바탕으로 만들어진 '지역사회 통합 돌봄' (이하 '커뮤니티 케어')

주거지원, 보건의료, 돌봄지원, 생활지원

거주하는 지역에서 필요에 따른 서비스를 누리고, 지역사회에서 아늑히 살아갈 수 있도록 통합적으로 지원해주는 지역주도형 사회서비스 정책

4

복지 선진국은 이미 커뮤니티 케어 진행중

스웨덴, 영국과 일본 등에서는 **주거 및 복지, 의료서비스**가 지자체 행정 및 보건의료전문기관의 협력을 통해 잘 정착되어 진행되고 있습니다.

그렇다면 우리나라의 경우는?

5

포용적 복지 국가 실현을 위한 체계적인 노력

현재 우리나라는 주거, 건강의료, 요양, 돌봄, 서비스 연계를 통해 2025년까지 케어 제공기반을 구축하는 것을 목표로!

각 지역 실정에 맞는 선도사업을 실시 중!

19년 6월 부터 총 8곳 실시

- 노인시범**
 - 광주 서구
 - 경기 부천시
 - 충남 천안시
 - 전북 전주시
 - 경남 김해시
- 장애인 시범**
 - 대구 남구
 - 제주 제주시
- 정신시범**
 - 경기 화성시

6

종합적인 케어를 위한 한의계의 고민

공공과 민간의 연계 뿐만 아니라 다양한 분야의 협력도 중요하기 때문에 직능간의 협업을 통해 보다 종합적인 케어가 가능할 수 있도록 역할을 고민하고 있습니다.

7

한의학의 강점을 살려 보건의료서비스에 기여

한의계는 장애인주치의사업과 한의약건강증진사업을 통해 보여준 한의학의 현장성과 범용성을 바탕으로 커뮤니티 케어의 보건의료서비스에 기여할 수 있는 방법을 구상하고 있습니다.

8

보건의료환경 대응을 위한 정책적 노력 필요

중국은 적극적으로 중의약서비스*를 제공 중이며 우리나라 역시 한의약이 가진 장점을 활용하여 국민의 선택권을 넓히고 효과적으로 보건의료 환경에 대응할 수 있도록 꾸준한 정책적 노력이 요구되는 바입니다.

*중의약서비스: 만성질환관리(예, 치매)국가책임제, 커뮤니티케어 등

의·한협진 서비스

더 많은 한의정책 관련 자료는 policy.kiom.re.kr 를 통해서 확인하실 수 있습니다.

1

복합적인 치료법이 필요한 교통사고 후유증

MR/CT 검사 같은
의과 치료를 받아보지 그래?

에요... 사고 이후
몸 이곳저곳이 계속 아프네...

경사문도 정확히
알 수 없는 경우가 있어.
아침 때문에 이쁜게 아닐까?
한의과 치료는 어때?

2

교통사고 후유증 치료를 위해 의과 치료와 한의과 치료를 함께 받을 수는 없을까요?

의료법 개정 이전*까지는 병원에서는 한의사를,
한방병원은 의사를 고용할 수 없었기 때문에
환자가 의과와 한의과 치료를 모두 받으려면
병원과 한방병원을 따로 방문해야 했습니다.

* 의료법 제43조 (2009.11월 개정, 2010년 1월 31일 시행)

3

불편 해소와 진료비용 절감 '의·한 협진 서비스'의 탄생!

의료법 개정 이후 의사와 한의사가 동시에
같은 병원에서 진료할 수 있게 되어
환자들은 본인의 선택에 따라 의과와 한의과 진료를
동시에 받을 수 있게 되었습니다.

이처럼 **환자의 질환에 대해 의사와 한의사가
서로 의료정보를 공유하고, 의과·한신 등을 통해
의과·한의과 간 협업 진료 행위를 하는 것을
'의·한 협진 서비스' 라고 합니다.**

4

3단계에 걸친 의·한 협진 시범사업 시작!

보건복지부는 이러한 **의·한 협진 활성화**를 위해
총 3단계 시범사업을 각 목표에 따라 기획하였고,
2016년 7월 1단계, 2017년 11월 2단계를 실시,
올해 10월부터는 **최종 단계인 3단계 시범사업**을 시작하여
내년 말까지 실시할 예정입니다.

	2016. 7	2017. 11	2019. 10
	1단계 시범사업	2단계 시범사업	3단계 시범사업
목표	협진 이용 환자 진료비 절감	협진 매뉴얼 구축 및 협진 절차 표준화	협진 서비스 질 관리
주요 내용	협진 수행행위 건강보험급여 적용	표준 절차에 따라 협진 시 협진 수가 적용	협진 성과 평가 통해 기관별 차등 수가 적용

5

의·한 협진 시범사업 소개

1단계 시범사업

국립암병원 13개 기관에서 같은 날 같은 질환으로 협진을 받은 경우, **나중에 진료받은 행위에도 건강보험을 적용하는 방식**으로 환자의 진료비 부담을 완화하고자 했습니다.

2단계 시범사업

적용기관이 늘어 국립암병원과 일부 민간병원 등 총 45개 기관에서 기관별 협진 매뉴얼을 구축하도록 하고 이 절차에 따라 협진을 한 경우 **협진수가***를 추가 지급하는 방식으로 진행하였습니다.

* 협진수가
- [일차 협진(진료명) 협진실현으로 협진기관에 내원한 외래환자에게 의료인 한인과 의사기 차등으로 협의하여 행하는 진료행위에 대한 수가]
- [다중 협진(진료명) 협진실현으로 협진기관에 내원한 외래환자에게 일차 협진으로 이후 의료인 한인과 의사기 경과관찰이 필요하다고 판단되어 협의하여 행하는 진료행위에 대한 수가]

6

의·한 협진 시범사업 소개

올해 시작된 3단계 시범사업에서는 이전 1,2단계에 비해 **대상기관의 규모가 더 커졌습니다.**

총 70개의 기관에서 협진 성과 평가 등을 통해 협진 기관 등급을 부여하고, 등급별로 협진수가를 차등적으로 적용, 협진 서비스에 대한 질관리를 강화하여 실시되고 있습니다.

1단계 13개 기관 → 2단계 45개 기관 → 3단계 70개 기관

3단계 시범사업

등급 기관 구분 → 협진 성과 평가 → 등급별 차등적인 수가 적용

7

의·한 협진 시범사업 성과

그간 1, 2 단계의 의·한 협진 시범사업을 통해 **협진 대비도 6개 질환 대상으로 협진군-비협진군 환자의 치료성과 특성을 비교한 결과, 협진군이 비협진군에 비해 총 치료기간이 짧고, 총 치료비용도 줄어드는 효과를 확인**하였으며, **협진 치료효과에 대해 90.6%가 만족**한다고 응답했습니다.

비협진군 vs 협진군

총 치료기간: -7.95~9.93일

총 비용: -41,617~73,419원

* 보건의복지부 보도자료 2019.10.15

8

이번 3단계 시범사업이 종료되는 2020년 말에는 **협진의 효과성과 건강보험 적용의 타당성을 확인할 예정**입니다. 이를 통해 **합리적인 제도 개선 및 확산의 기반이 마련되는 기회**가 될 수 있으면 좋겠네요!

한의정책 구독 안내

한국한의학연구원 한의학정책연구센터 2012년 12월 창간 준비호를 시작으로 1년에 두 차례씩 「한의정책」을 발간하였으며, 현재까지 총 11호를 발간하였습니다. 그동안 독자께서 소중한 의견을 주신 덕분에 매년 중요한 이슈들을 다룰 수 있었고, 내용의 양과 질 모두가 지속적으로 발전할 수 있었습니다.

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

담 당 자 : 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 이은희 선임행정원

연 락 처 : ehyi@kiom.re.kr 또는 042-868-9629



한의정책

The Journal of Korean Medicine Policy

2019 제7권 제1호 (Volume 7 Number 1 Dec 2019)



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