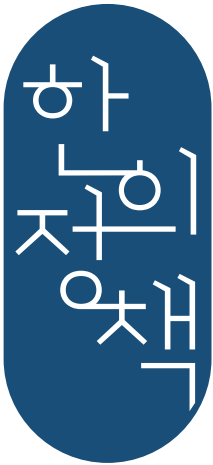


ISSN 2288-4408



The Journal of
Korean Medicine
Policy

2023 제11권 제1호

한의학료의 보험급여



한의정책

2023 제11권 제1호 (Volume 11 Number 1 June 2023)



- ISSN 2288-4408
발행일 2023년 6월
- 발행인 이진용
발행처 한국한의학연구원
주소 34054
대전광역시 유성구 유성대로 1672
- 편집처 한의정책팀
Tel 042-868-9257
Fax 042-869-2703
E-mail bjs20@kiom.re.kr
- 제작·인쇄 디자인화랑 (042)625-5310

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



CONTENTS



•• 발간사	06
•• 정책아젠다	08
한의학 보험급여 중요성과 역사	
우리나라 건강보험의 발전 과정	10
송재동 한국한의학연구원 전문위원 (前 건강보험심사평가원 상임이사)	
한의 건강보험의 과거와 현재	16
임병욱 부산대학교 한의학전문대학원 교수	
•• 이슈브리프	26
한의학계의 건강보험 보장성 확대 노력	
추나보험급여 진행과정과 시사점	28
신병철 부산대학교 한의학전문대학원 원장 한방재활의학과 학회장	
한의학 실손의료보험의 역사와 현황	38
김경한 우석대학교 한의과대학 교수	
현장 진료 반영을 위한 한의 시술분야 행위정의 개정	50
서병관 경희대학교 한의과대학 교수 대한한의학회 보험이사	
한의학계 건강보험 정책방향	60
이은경 함소아제약 의학기술연구센터 센터장	
•• 정책돋보기	78
한의 건강보험 이용행태 분석	
의·한 협진 시범사업에 따른 진료실적 분석과 추진과제	80
김한성 한국폴리텍대학교 의료정보학과 교수 우정식 한국폴리텍대학교 의료정보과 교수 박영준 제주한라대학교 방사선과 교수	
•• 구독 및 홈페이지 안내	91

PREFACE
발 간 사

“ 국민건강 증진을 위한 한의 보장성 강화 ”



우리나라는 지난 2018년 ‘고령사회’ 진입 후 저출생·고령화가 빠르게 진행되어 왔습니다. 이러한 추세라면 2025년 경 ‘초고령사회’ 진입이 예측되는 등 증가하는 고령층에 맞는 의료 체계의 개선이 필수적인 상황입니다. 이에, 그동안 ‘치료’에 중점을 두었던 보건의료 시스템은 ‘돌봄’으로 그 영역을 확장하고 있으며, 이 변화된 의료 패러다임에 따라 예방·참여 의료에 강점을 가지고 있는 한의약의 미래는 더욱 무궁무진할 것으로 기대합니다.

그러나 한의건강보험 보장률은 양방에 비해 여전히 저조하며, 현대 진단기기를 활용한 의료행위와 이에 대한 보험급여, 한의물리요법의 급여화 등 한의계에는 풀어나가야 할 숙제가 많은 실정입니다. 급변하는 의료 패러다임에 대응하기 위해, 우리는 국민건강 증진을 위한 정책에 생산적인 대안 논의를 지속해야 할 것입니다.

이에, 「한의정책」 11권 1호는 ‘한의학의료의 보험급여’를 주제로 구성하였습니다. 한의학 보험급여의 과거, 현재, 미래를 돌아보고, 이를 통해 앞으로 한의학은 어떻게 나아가야 하는지 또한 한의 보장성 강화를 위한 다양한 논의를 시도하고자 하였습니다. ‘정책아젠다’에서는 건강보험의 역사를 살펴보았으며, ‘이슈리포트’에서는 그동안 한의계가 보장성 확대를 위해 노력해온 과정을 짚어보았습니다. ‘정책돋보기’에서는 의·한 협진 시범사업에 따른 진료실적 분석과 추진과제를 정리하며 한의학 건강보험의 이용행태를 분석하였습니다.

이번 「한의정책」이 국민건강 증진을 위한 한의 보장성이 어떠한 식으로 강화되어야 하는지 고민해 볼 수 있는 계기가 되었으면 합니다. 끝으로, 귀한 의견을 해주신 전문가들께 지면을 빌어 감사의 말씀을 전합니다.

한국한의학연구원 원장 **이진용**

01

정책 아젠다

우리나라 건강보험의 발전 과정

송재동 한국한의학연구원 전문위원
(前 건강보험심사평가원 상임이사)

한의 건강보험의 과거와 현재

임병목 부산대학교 한의학전문대학원 교수

우리나라 건강보험의 발전 과정

송재동 한국한의학연구원 전문위원
전) 건강보험심사평가원 상임이사



* 한의정책에 실린 모든 원고는 작성자 개인 의견으로 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

● 1. 들어가며

우리나라의 건강보험제도는 1963년 의료보험법이 제정되었고, 1977년 직장료 보험이 시작된 이후 관리 운영 방식의 갈등, 적정 수가에 대한 갈등, 보장성 강화의 우선순위 등 많은 논쟁의 굴곡을 겪으면서 오늘에 이르고 있다.

건강보험은 질병, 부상이라는 예견치 못한 불확실한 위험의 발생과 분만, 사망 등으로 인해 발생한 과도한 의료비를 가계가 일시에 지출함에 따라 겪게 되는 부담을 덜어주기 위해 국가가 법으로 정하여 실시하는 대표적인 사회보장제도이다. 즉, 건강보험은 국가가 개입하여 국민의 기본적인 의료문제를 해결하고 개별가계가 일시에 겪는 의료비의 과중부담을 방지하여 국민보건 향상과 국민생활의 안정을 도모한다.

건강보험은 사회보장제도로 보험의 기술 원리에 의해 개인의 위험을 보험 가입자 전원 즉 전 국민 모두에게 위험을 분산하고 있다. 따라서 각 개인이 경제적 능력에 따라 보험료를 부담하고 개별부담에 관계없이 필요에 따라 균등한 보험급여를 받게 함으로써 예기치 못한 질병 및 부상 발생 시 가계에 일시적으로 나타나는 경제적 부담을 경감시켜 주어 가계 안정을 도모해준다. 뿐만 아니라 건강한 사람이 아픈 사람에게 자연스럽게 소득을 재분배하여 의료비용을 사회연대성의 원리에 따라 국민 모두가 공동체적으로 해결한다.

오늘날의 건강보험은 1963년 의료보험법이 제정되었으나 당시 경제 여건 등으로 시행은 되지 못하다 경제성장으로 소득 수준이 향상된 1977년 500인 이상 사업장의 직장 근로자를 대상으로 우리나라 최초의 의료보험이 시작되었다.

의료보험이 시작된 무렵은 남북 간 이념 경쟁이 치열한 시대로 서로 체제 우위를 선전하였었다. 당시 우리나라는 가난한 사람들이 적기에 질병을 치료받는 것이 경제적으로 어려웠는데, 이를 두고 남한의 '의료 참상'이라고 하는 북한 뼈라가 많이 날아왔다고 한다. '무상의료'를 시행하고 있던 북한이 "세상에 돈이 없어서 병원에 못 가 죽어? 우리는 무상의료다."라고 하며 북한 체제의 우위를 선전했던 것이다. 이러한 이념 경쟁 외에도 우리나라의 경제적 여건이 나날이 좋아지면서 분배 욕구도 늘어나 의료보험을 시작할 수 있는 사회적 여건이 조성되었기에 대규모 사업장의 근로자를 대상으로 의료보험이 우선 실시되었다.

대규모 사업자의 피용자 중심으로 시작된 의료보험은 점차 이를 소규모 사업장의 피용자뿐만 아니라 농어촌 지역의 자영자와 도시 지역의 자영자로 적용 범위를 확대하여 의료보험이 시작된 12년 만인 1989년 7월 1일 전국민으로 확대되어 '전국민 보험시대'를 맞이하였다.

이후 관리운영 체계 등의 여러 논쟁을 통해 2000년 7월부터는 질병치료 중심의 의료보험에서 질병치료 뿐만 아니라 건강검진 등 예방중심의 건강보험으로 패러다임을 전환, 국민 건강의 질이 한층 더 높아지는 건강보험으로 거듭나게 되었다. 이에 본고에서는 건강보험의 발전 과정 중 적용 대상자의 확대 과정을 살펴보고 더불어 한방 의료보험의 확대와 실시배경, 중요성, 필요성 등을 찾아보고자 한다.

● 2. 건강보험의 발전 과정

1) 임의 보험시기 (1977년 이전)

1963년 최초로 제정된 의료보험법은 피용자만을 대상으로 하는 조합방식의 임의가입제도를 채택하였다. 당시 사회보험 제도인 의료보험에 대한 인식이 부족했고, 경제적 어려움으로 인해 보험료에 대한 부담감이 컸기 때문에 임의가입 형식의 의료보험은 별다른 관심을 받지 못하였다. 정부는 시범사업 등을 통해 의료보험을 정착하기 위한 노력을 계속해서 펼쳤으나 자발적으로 조합을 설립하는 사업장이 나타나지 않았다. 이런 와중에 1965년 서울 소재의 7개 사업장이 공동으로 중앙의료보험조합을 설립하였다. 중앙의료보험조합은 우리나라 최초의 의료보험조합으로 보험급여를 개시하였으나 조합 운영의 어려움으로 7개월 만에 문을 닫았다.

중앙의료보험조합이 어려움을 겪고 있는 시기, 전남 나주에 있는 호남비료에서 1개 회사 단독으로 호남비료의료보험조합이 설립되었고 1966년에는 경북 문경에 봉명흑연광업소의료보험조합이 설립되었다. 이후 대한석유공사의료보험조합과 협성의료보험조합이 설립되어 1977년 본격적으로 의료보험제도가 시행되기 전까지 피용자 의료보험조합은 해산된 중앙의료보험조합을 포함하여 5개에 불과하였다.

의료보험 확대가 지지부진하던 시기에 최초로 1968년 부산에서 자영자 중심의 자발적인 청십자의료보험조합이 설립되었다. 청십자의료보험조합은 장기려 박사의 노력으로 빠르게 성장하였다. 조합의 활동은 청십자운동으로 발전하며 전국적으로 확대되었고, 청십자의료보험조합은 의료보험의 성공모델로 큰 관심을 받았다.

1970년 의료보험법이 개정되어 자영자조합 설립의 근거가 마련되자 전국적으로 많은 자영자 조합이 설립 신청을 하였다. 그러나 대부분이 반려되었고 옥구청십자의료보험조합 등 7개 조합만이 설립되었다. 1977년 강제 보험이 시작되기 전까지 설립된 의료보험조합은 피용자 5개소(중간에 해산된 중앙의료보험조합 포함)와 자영자 8개소 모두 13개소였다.

2) 피용자 의료보험 확대 과정

1970년대 중반까지도 의료보험은 정착되지 못하고 임의보험 시기로 존속되고 있었다. 이러한 가장 큰 이유는 정부의 부족한 재원으로 인한 보험재정 문제 때문이었다. 그러나 1970년대 중반이 지나면서

경제개발 정책 등에 힘입어 경제 상황이 밝아졌다. 정부재정도 점차 호전되었고 국민들의 생활수준도 크게 향상되었다. 소득이 증가함에 따라 의료보장에 대한 욕구도 커졌고, 이에 1976년 정부는 의료보장 10개년 계획을 수립하여 본격적인 의료보험 시행단계로 나아갈 수 있게 되었다.

동 계획에 의거 1976년 의료보험법을 개정하여 의료보험을 강제·임의적용 방식을 병행하였다. 단, 조합방식에 의해 일정 규모 이상 사업자의 피용자부터 단계적으로 강제적용 범위를 확대하였다. 1977년 7월 1일부터 상시 500인 이상 근로자를 사용하는 사업자의 근로자와 사용자를 피보험자로 하고 그 부양자를 피부양자로 당연적용하는 피용자 의료보험이 시행되었다. 비로소 우리나라도 강제적용의 의료보험 시대를 맞이한 것이다.

1979년 1월부터 피용자 중 특수직역으로 의료보험의 강제적용에서 제외되었던 공무원, 군인, 사립학교 교직원과 그 피부양자를 대상으로 의료보험이 확대되었다. 1979년 7월, 대규모 사업장부터 점차 소규모 사업장까지 의료보험 적용 대상을 확대하기로 한 당초 계획에 의거하여 300인 이상 사업장을 대상으로 의료보험이 확대되었다. 이후 1981년 1월 100인 이상 사업장, 1983년 4월 16인 이상 사업장으로 의료보험이 확대되었으나, 16인 이상 사업장의 경우 영세사업자에 한하여 4년 간의 강제 적용을 유보한 후 1987년 4월에 당연 적용 되었다.

임의 적용 대상이었던 5인 이상 사업장은 1988년 1월 농어촌지역에 지역의료보험이 시행되면서 여러 가지 문제가 발생하여 1988년 7월부터 당연 적용하였다. 이러한 확대 과정을 거치면서 일부 영세 사업장에서는 의료보험 가입을 회피하는 경우도 발생하기도 하였다.

3) 자영자 의료보험 확대 과정

피용자를 중심으로 대규모 사업장에서 소규모 사업장으로 의료보험을 점차 확대하면서 의료보험은 국민 생활에 꼭 필요한 한의제도로 정착하였고, 국민 건강의 파수꾼으로서 건강증진에 필수 불가결한 제도가 되었다. 이렇게 의료보험이 국민생활에 밀접해질수록 그 혜택이 피용자에 한정되는 것이 사회적 문제로 나타났다. 특히 상대적으로 경제 여건이 어려워 도움이 절실한 농어촌 주민과 영세한 도시 자영자가 더 많은 의료비를 부담하게 되어 사회복지에서 소외되는 결과가 나타났다. 이에 농어촌 주민과 도시 자영자들이 의료보험 적용을 요구하게 되었다. 언론 및 학계, 연구기관 등이 사회 전반적으로 자영자에 대한 의료보험을 조속히 실시하여 국민 모두가 의료보험의 혜택을 받아야 한다고 주장하였다.

사회 여론 등으로 정부에서도 더 이상 자영자에 대한 의료보험을 미룰 수 없다고 판단하였다. 이에 1981년 7월 강원도 홍천군, 전라북도 옥구군, 경상북도 군위군 등 3개 군지역을 대상으로 농어촌지역 의료보험 시범사업을 실시하였다. 시범사업은 보험료 부과에 대한 형평성 제기, 보험료 징수율 저조 등으로 많은 어려움을 겪었지만, 정부는 문제점을 개선하여 1982년 7월 중소도시형인 전라남도 목포시, 도서어촌형인 경기도 강화군, 평야농촌형인 충청북도 보은군 등 3개 유형으로 구분하여 2차 시범사업을 실시하였다.

시군 단위 지역에 대한 자영자의 의료보험 적용 시범사업을 시행하면서 동일 직종에 종사하는 자영자에 대해서 직종의료보험을 실시하였다. 1981년 12월 문화예술인의료보험조합이 처음으로 실시되었고 이후 1987년까지 양곡상, 개인택시, 이미용, 숙박업, 의사, 약사, 생명보험모집인, 해외취업선원, 기독교교역자 등 14개 직종 의료보험조합이 설립되어 운영되다 전국민 의료보험 시대를 맞아 폐지되었다.

6개 시군 지역에 대한 시범사업은 소득 파악 미비로 인한 보험료 부과 형평성, 보험료 징수율 저조, 보험재정 악화 등 정책 여건이 좋지 못하여 지역 확대에는 많은 부담이 있었다. 그러나 의료보험에서 소외되어 의료비 부담이 큰 국민들의 의료보험 실시 요구가 계속되었고, 이에 따른 국민 계층 간 갈등이 심화되자 위화감 해소를 위하여 1988년 1월 134개 농어촌지역, 1989년 7월 110개 시·구에서 의료보험을 실시하였다. 의료보험을 실시한지 12년 만에 명실상부한 ‘전 국민 의료보험시대’를 맞이한 것이다.

4) 전 국민 의료보험 시기

1989년 7월 1일을 기해서 직장 근로자, 공무원과 사립학교 교직원, 농어촌 이어 도시 자영자까지 의료보험의 적용을 받게 됨에 따라 우리나라에서 ‘전 국민 의료보험 시대’가 개막되었다. 이는 전 세계에 유례없는 12년 만에 달성한 것으로 모든 국민이 의료비 걱정 없이 의료혜택을 누릴 수 있게 되어 영국, 독일 등 유럽의 복지국가와 같은 사회보장 제도를 이룬 것이다.

피용자에서 자영자까지 단계적으로 의료보험을 확대하는 과정에서 의료보험의 관리운영 및 보험료 부과 방식 등에 대하여 많은 논쟁이 있었으나 의료보험의 확대라는 큰 명제에 논쟁은 잠잠하였다.

농어촌 지역 자영자에 대한 의료보험이 시작되고 도시 자영자에 대한 의료보험 확대를 준비하는 과정에서 의료보험의 통합 논쟁은 사회적 문제로 대두되었다. 당시 정부는 어느 정도의 광역화를 통하여 전 국민 의료보험 달성 계획을 수립하였으나 당시 여소야대 국회는 야당의 주도하에 지금과 같은 전국을 단일화하는 법안을 통과시켰다.

대통령의 거부권으로 시행되지 못한 의료보험의 관리운영체계 통합일원화는 조합간 재정 격차 등으로 정치권, 학계 및 사회단체에서 재요구되어 여러 논쟁을 거친 후 자격관리, 보험료 부과·징수, 보험급여비용 지급, 건강증진을 위한 예방사업 등은 국민건강보험공단에서 담당하고 진료비 심사와 평가 등의 업무는 건강보험심사평가원에서 담당하는 건강보험법을 제정하여 2000년 7월부터 현행 관리체계를 마련하였다.

● 3. 한방 의료보험의 발전 과정

한방의학은 오랜 세월 우리 민족과 함께한 우리 고유의 전통의학이다. 이러한 이유로 1977년 의료보험이 시작된 이래 한방의학도 의료보험에 포함되어야 한다는 주장이 한의학계를 중심으로 끊임없이 제기되었으나, 한방 의료의 특수성을 반영한 보험체계를 마련하는데 어려움이 많아 의료보험이 시작하는 시점에는 포함되지 못하였다. 특히 한약재는 양약과 달리 정해진 규격이 없고 한의사마다 다양한 경험에 의하여 투약하여 획일화된 투약기준을 만들지 못하였을 뿐만 아니라 보약처방이 많아 보험급여 대상 약제를 선정하는 것이 매우 어려웠다.

이러한 논의 과정에서 한방병원과 한의과대학 등을 중심으로 점차 한방 의료의 과학화가 이루어지면서 청주시와 청원군 지역을 대상으로 1984년 12월 한방 의료보험 시범사업을 실시하게 되었다. 2년여의 시범사업 결과와 국민들의 요구 사항 등을 반영하여 진찰, 입원, 생약제 투약, 침, 구, 부황과 약제는 시범사업 때의 63개 처방에서 복합 생약제제로 시판되는 26개 처방으로 축소하여 1987년 2월 한방 의료보험의

전국화가 달성되었다. 이후 한방 의료보험은 1987년 9월 10개 처방이 추가되었고 1990년 2월 20개 처방이 추가되어 56개 처방으로 확대되는 등 급여범위가 지속적으로 늘어났다.

한동안 한방 의료보험은 진찰, 입원, 침, 뜸, 부황, 68종의 단미 엑스산제와 이들 단미 엑스산제를 혼합한 56개 기준처방의 혼합엑스산제로 급여 범위가 확대되지 못하다 보장성 확대 차원에서 2019년 4월 추나요법이 보험급여 되었으며 의약계와 한의학계의 오랜 논쟁 끝에 2020년 11월부터 안면신경마비, 뇌혈관질환후유증(65세 이상), 월경통 환자를 대상으로 협약에 대하여 시범사업이 시행되고 있다.

● 4. 맺음말

1977년 건강보험 제도가 시행되고 이후 우리나라의 건강보험 제도는 경제성장과 더불어 괄목할만한 성장을 이루어 시행 12년 만에 전국민 의료보험을 달성하였다. 우리나라의 건강보험 제도는 세계에서 가장 우수한 공적 의료보험제도로 평가받고 있다.

이는 그간 건강보험 제도를 총괄한 보건복지부와 전 세계 유일한 건강보험의 관리운영 주체인 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단의 지속적인 혁신을 통한 보장성 확대와 의료 질 향상의 결과라 할 수 있다. 우리나라의 건강보험 체계가 전 세계의 모델이 되고 새로운 미래로 나아가기 위해서는 소득 중심의 보험료 부과, 잦은 병원 방문 및 대형 병원의 집중화로 인한 의료비 증가 문제 등을 해소할 필요가 있다고 생각한다. 더불어 한방의학의 보험급여 확대와 기존의 진료방법과의 협진으로 국민건강 증진에 기여하는 건강보험으로 거듭 발전하기를 기대한다.



참고 문헌 및 자료

1. 건강보험심사평가원. 건강보험심사평가원. 스물. 2020.12.
2. 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 국민건강보험 40년사. 2017.07.
3. 한국보건사회연구원. 건강보험제도의 발전과정 비교연구. 2005.12.
4. 이규식. 국민건강보험의 발전과 과제. 2022.04.

한의 건강보험의 과거와 현재

임병묵 부산대학교 한의학전문대학원 교수



* 한의정책에 실린 모든 원고는 작성자 개인 의견으로 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

● 1. 여는 말

우리나라 건강보험에서 1987년 한의약 행위와 한약을 급여한 지 어느덧 26년이 되었다. 초기 저평가된 행위 수가와 제한된 급여 범위로 시작한 이래, 급여 항목 확대에 여러 어려움을 겪으면서도 한의 건강보험은 지속적으로 성장하였고, 일반 대중들의 한의약에 대한 접근성을 획기적으로 높이고, 한의약이 국민의료의 한 축으로 자리잡는 데 기여하였다. 이 글에서는 한의 건강보험의 시작부터 성장, 그리고 현재에 이르는 과정을 핵심적인 사건들을 중심으로 다시 살펴보고, 이를 토대로 당면한 과제와 해결 방안을 고찰해 보고자 한다.

● 2. 한의 건강보험의 도입

1) 도입을 위한 초기 시도들

우리나라는 1963년 공공의료보험을 위한 의료보험법을 제정하였으나, 관련 재원의 부족 등을 이유로 법 실행이 미뤄지다가 1977년 7월 1일, 500인 이상의 근로자를 상시 고용하고 있는 사업장과 수출공업단지 및 지방공업단지에 입주한 사업장의 근로자를 피보험자로 의료보험을 실시하였다. 시행 준비과정에서 한의는 한약재규격화와 수가체계가 미비하다는 이유로 적용에 배제되었다.¹⁾

의료보험이 도입된 당일, 대한한의사협회는 한의 의료기관도 의료보험에 참여할 수 있게 해달라는 요구서를 정부에 제출하였고, 아울러 한의 의료보험의 진찰료, 침구료, 물리치료료, 진단료 및 처방 한약재 가격도 제시하기도 하였다. 당해 9월 22일에는 ‘의료보험 한방수가산정기준안’을 보건사회부에 제출하였다.¹⁾

1980년 8월 29일, 대한한의사협회는 ‘한방의료보험 실시계획(안)’을 작성하여 당시 보건사회부에 제출하였는데 이 계획(안)은 비교적 구체적인 실행방안을 담고 있었다. 한의계의 요구에 따라 보건사회부는 한의 의료보험 도입을 위한 방안을 탐색하였는데, 1980년 9월, 서울, 수원, 천안 등지의 56개 한의원을 대상으로 침구시술의 관행수가 실태를 조사하였고, 1981년에는 ‘한방표준치료제 규격 통일방안’을 마련하는 연구 용역을 시행하였다.²⁾

아울러, 1981년까지 한약재 유통수급체계연구, 국산한약재 지역특산성조사, 한방표준처방집 제정, 한약재 원가조사(266종) 등 보험 도입에 필요한 기초 작업을 실시하였다.¹⁾

1982년 8월, 대한한의사협회는 ‘한방의료보험’ 조기 실시를 촉구하는 건의서를 제출하였고, 그해 11월 ‘한방의료보험 시범사업 실시계획(안)’을 다시 제출하면서 보험급여 적용범위를 1980년에 발간된 ‘한방의료보험기준처방집’을 중심으로 적용 가능한 치료 한약재로 하되, 보약재와 고가 한약재 및 비방은 제외하는 것으로 하였다. 1984년 2월, 보건사회부는 한약가격 시장 조사에 착수하여 본격적인 보험수가 및 약가개발을 하는 동시에 시범사업 실시를 위한 급여의 범위, 실시지역의 선정 등에 대한 연구를 하기에 이르렀다.²⁾

2) 한의 건강보험 시범사업

‘한방의료보험’ 시범사업은 1984년 12월 1일부터 2년간 충청북도 청주시와 청원군에 거주하는 직장 의료보험, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험의 피보험자 및 피부양자 182천명(전체 인구의 37%)을 대상으로 실시되었다. 시범사업의 개요는 다음과 같다.³⁾

- **사업기간** : 1984년 12월 1일부터 1986년 11월 30일까지 (실제는 1987년 1월 31일까지 실시)
- **실시지역** : 충북 청주시, 청원군
 - 보험적용대상 : 직장 의료보험, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 가입자 129,062명 대상
 - 의료보험 요양취급기관 : 26개 한의의료기관 지정
- **급여범위**
 - 시술 : 침, 구, 부항
 - 약제 : 한약재 (98종, 69개 기준처방)
- **진료수가**

		84.12.1	85.3.1이후
진찰료	초진료	2,340원	2,530원
	재진료	1,520원	1,520원
입원료	한의원	3,760원	4,140원
기술료	침	240원	
	구	200원	
	부항	240원	
조제료	1일당	100원	110원

* 진료기준

- 투약은 1회 10일분까지 한정 즉, 하루 2첩 복용 시 20첩(한제) 초과 못하게 규제
- 투약은 증상에 따라 조절할 수 있으나 과잉투약방지 규제위한 투약기준 제정
- 조제 한약재의 품질은 중급품
- 한·양의 진료 이중급여 배제

‘한방의료보험’ 시범사업의 이용자와 제공자를 대상으로 한 ‘청주, 청원 한방의료보험 실태조사¹⁴⁾ 결과에 따르면, 이용자들의 72.5%가 한방의료보험의 조속한 전국 확대가 필요하다고 했으며, 제공자의 77.7%가 시범사업 도입 후 환자 수가 10~100% 증가하였다고 응답했다.

진료실적을 살펴보면, 시범사업 실시 1년간 총 진료건수는 58,083건, 진료비 지급액은 6억3천2백23만 원으로서, 1개 의료기관 당 월평균 진료건수 201건, 진료비 210만 원으로 나타났다.¹⁵⁾ 상위 10개의 다빈도 질환을 보면, 관절염, 염좌, 위십이지장염, 만성경풍, 만성위축성위염, 편두통, 한성역절풍, 어혈 요통, 한요통, 급성위염 순으로 집계되었다.¹⁾

3) 시범사업 전국확대를 위한 노력

시범사업에서 한의의 건당 진료비가 일반 병원보다 낮았고, 시범사업을 전국적 본사업으로 확대하는 것에 대해 이용자와 제공자의 평가가 긍정적이었지만, 정부는 1986년에 접어들어도 한방의료보험의 전국 확대 방침을 정하지 않고 있었다. 첩약의 보험급여가 가격고시, 고시가 유지, 규격 관리에 어려움이 있고, 한약업사, 한의사, 의사, 약사 단체간의 직역분쟁의 제기 가능성이 있다는 이유로 본 사업 확대가 무산될 수 있는 상황이었다.¹⁾

이러한 상황에서 먼저 움직인 것은 한의대생들이었다. 3월경부터 경희대학교 한의대생들은 학생회 산하에 민족의학발전추진위원회(약칭: 민발추)를 결성해서 한방의보 전국 확대를 위한 캠페인을 벌이기 시작했다. 전국 한의과대학들에 민발추가 속속 만들어져서 전국 단위로 조직화되었고, 1학기 수업거부, 중간고사 거부를 시작으로 집단행동에 나섰다. 보건사회부 앞에서 시위를 하고 거리에 나가 대국민 홍보전을 벌이는 한편, 한방의료보험 확대에 미온적인 태도를 취하던 한의사들을 추동하기 위해 대한한의사협회를 압박하고, 각 분회장들이 한의원들을 찾아가 설득작업을 하였다.

7월에 대한한의사협회는 한국갤럽조사연구소에 의뢰하여 ‘한방과 양방의료기관의 이용실태 및 의식조사’를 시행하였고, 그 결과 국민의 96.8%가 한방의료보험 확대를 희망하는 것으로 나타났다. 한의대생들과 한의사들의 집단행동이 여음이 지나도록 지속된 결과, 9월 11일 보건사회부는 최수일차관을 위원장으로 하고 대한한의사협회 안영기회장을 포함한 20명의 위원이 참여한 한방의료제도협의회를 구성하고, 한방의료제도, 한의학발전 및 한방의료보험 등에 관한 사항을 심의하였다. 이 협의회의 한방보험분과위원회는 진찰, 입원, 침구, 부항, 한약제제에 대한 급여를 시행하기로 결의하면서 시범사업을 종료하고 1987년 2월 1일부터 한방의료보험을 전국적으로 확대함을 발표하였다.¹⁾

3. 한의 건강보험의 성장

1) 약제 급여의 확대

한방건강보험에서 한약 급여는 시범사업에서 첩약이 급여되었으나, 한방의료제도협의회가 본 사업 확대를 결정하면서 한약제제를 먼저 급여하고 첩약에 대해서는 약가관리 대책을 마련한 후 급여하기로 하면서 한약제제 급여로만 시작하게 되었다. 급여 대상 처방 수도 시범사업에 비해 축소되었는데, 시범사업 시 급여되던 98종의 단미약제와 이들 단미약제로 처방할 수 있는 68개의 처방이 본 사업에서는 26개의 처방으로 축소되었다.

이후 약제급여는 단미엑스산제라는 제형과 68종의 단미엑스산제 종류가 변화되거나 확대되지 않고 기준 처방만 추가되는 형태로 확대되었다. 같은 해 9월 1일부터 36개 처방으로 확대되었고, 1990년 2월 1일부터 56개 기준처방으로 확대되었다. 1997년 9월 1일의 수가개편을 통해 한가지 획기적이라 할 만한 변화가 있었는데 그것은 고시된 기준처방 외에 한의사의 자율처방을 인정한 것이다. 한의사가 환자의 상병명과 증상을 고려하여 고유의 처방으로 투여하는 경우 1일당 단미엑스산제 15종, 총투여량 50g, 총투약가 2,000원의 범위 내에서 산정토록 하였다.⁶⁾ 한방건강보험 초기 10년간 약제급여의 처방수와 조제료의 변화 추이는 다음 <표 1>과 같다.

<표 1> 초기 10년간 연도별 약제급여범위 및 조제료 추이

연도	'87	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95 (4.1.)	'95 (12.10)	'97 (1.6.)	'97 (9.1.)	
급여항목													
처방수	26	36	36	56	56	56	56	56	56	56	56	56 및 고유처방	
조제료 (원)	110 (의원) 120 (병원)	110 (의원) 120 (병원)	130	140	1회 1일분	50	55	60	65	70	80	80	100
					1회 2일분	300	310	320	330	350	360	360	470
					1회 3일분	450	480	500	530	560	580	580	750
					복약 지도로	50	50	50	60	70	70	70	100

출처: 임병욱. 1999에서 재인용

약제급여의 처방수가 증가하였으나 1990년~1994년 사이 한방건강보험 총 진료비 중 투약료 비율은 26~31%를 유지하였고, 1994년부터 침시술의 급여 범위가 확대되면서 13.3%로 급감한 이후 점차 감소하게 되었다. 단미한약제제를 혼합하여 처방 조제된 혼합제제 급여방식으로 인해, 개별 한약제제의 부형제를 그대로 포함하면서 약량이 많아지고 치료효과가 떨어지는 구조적 문제가 지속되면서, 한약제제 급여는 한의사의 주된 치료법으로 활용되지 못하게 되었다. 그 결과 2022년에는 총 진료비 중 투약료의 비율이 2013년 1.6%까지 감소하였으며, 연조제 등 급여 제형이 확대되면서 2021년에는 2.2%로 소폭 증가하였다.

2) 침구, 부항 시술 급여의 확대

침시술은 1987년 일반경혈만 급여되었다가 1990년 2월 1일부터 특수경혈에 대한 급여가 적용되면서 일반경혈 수가의 50%가 가산되었고, 대장침과 자락술도 급여되어 각각 50%와 20%가 가산되는 형태로 급여되었다. 침시술 급여의 범주를 획기적으로 확대시킨 것은 1994년 8월 1일부터 적용된 특수침술의 급여확대로서, 안와내침술, 관절강내침술, 척추간침술, 투자법, 전기 전자레이저침이 추가되었고, 1995년 4월 1일부터 비강내침술과 복강내침술이 추가되었다. 당시 일반경혈 침술의 수가가 360원 정도였는데 이들 특수침술의 수가는 790원(척추간침술)부터 2,780원(관절강내침술, 투자법)으로 비교적 높은 편이었고, 일반경혈침술에 부가적으로 시행할 수 있어서 이들 특수침술의 급여화 이후 침시술 진료비가 급증하게 되었다. 1994년 총 진료비 중 18.6%를 차지하던 시술료의 비중이 1995년에는 42.5%, 1996년에는 43.5%까지 증가하였다. 2021년 시술 및 처치료의 비중은 57.3%로서 타 항목에 비해 압도적으로 높은 수치를 보이고 있다.

구시술은 1989년 7월 1일부터 직접구와 간접구가 분리되어 직접구 수가의 50%를 가산하는 형태로 간접비 수가가 책정되었다. 부항의 경우에도 같은 시기에 건식부항과 습식부항이 분리되었는데, 건식부항 수가의 50%를 가산하여 습식부항 수가로 적용하였다.

<표 2> 초기 10년간 연도별 침구, 부항 시술의 수가 추이 (단위: 원)

급여항목	연도		'87 (2.1)		'88 (2.15)		'89 (7.1)		'90 (2.1)	'91 (5.1)	'92 (5.1)	'93 (3.1)	'94 (8.1)	'95 (4.1)	'95 (12.10)	'97 (1.6)		
	의원	병원	의원	병원														
침	일반경혈	240	250	240	240	260		280	300	320	340	360	400	450	490			
	10개 경혈초과시																	
	특수 경혈	1개 경혈																
		2개 경혈																
	대장침																	
	자락술																	
	안와내																	
	관절강내																	
	척추간																	
	투자법																	
	전기,전자, 레이저침																	
	비강내																	
	복강내																	
구	200		210		200		210		직접구	250	270	350	380	410	420	490	580	640
									간접구	직접구의 50%가산	400	500	530	560	570	670	770	840
부항	240		250		240		250		건식 부항	260	280	360	380	400	410	470	540	590
									습식 부항	자락50% 가산	450	550	580	610	620	680	780	860

출처: 최문석 외, 1997에서 재인용

3) 주요 행위의 급여화

한방건강보험의 급여 범주가 시술과 한약제제에 국한되었다가 1994년부터 일부 검사항목들이 급여에 적용되기 시작했다. 양도락검사, 맥전도검사, 경락기능검사 등이 급여화되면서 관련 장비들이 급속히 보급되는 계기가 되었다.

한방물리요법도 지속적으로 급여화가 추진되어 왔었는데, 1993년~1994년에 이어진 한방물리요법의 정의와 비급여 대상 여부, 물리치료기 사용 등에 대한 보건복지부의 유권해석을 통해 한방물리요법의 사용에 대한 법적 근거를 일부 확보하였다. 그러나 이후 급여화 추진이 미미하다가, 2006년 대한한의사협회가 비급여 대상인 한방물리요법 중 모든 한의사가 실시할 수 있는 12개 항목에 대해 보험급여화를 요청하였고, 이에 대해 건강보험심사평가원은 당해 6월 검토 결과를 제출하였는데, 그간의 행정해석 등을 참고하여 한방물리요법으로 온열치료(적외선조사요법, 온습포), 한냉치료(냉습포), 심층열치료(초음파요법, 극초단파요법, 단파요법) 등을 급여 전환 시 우선적으로 고려할 항목으로 제시하였다.⁷⁾

대한한의사협회의 지속적인 급여화 추진의 결과로 한방물리요법 급여화에 대해 정부와 공감대가 형성되었고, 2008년 5월 국민건강보험공단에서 ‘한방 물리요법 보험급여화의 타당성 및 적정성 연구용역’을 발주하였다. 연구를 통해 한방물리요법의 분류, 사용현황 조사, 급여 행위에 대한 상대가치 산출, 급여 시 소요재정 추계가 이루어졌고,⁸⁾ 이를 토대로 2009년 12월부터 경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법 등 3개 물리요법에 대해 급여화가 결정되었다.

한의건강보험 역사에서 매우 의미 깊은 급여화의 사례는 2019년 4월 8일 추나요법이 급여항목으로 등재된 것이라 할 수 있다. 1991년 추나요학회 창립 이후 임상가에 본격적으로 확산되던 추나요법은 2012년 척추신경추나요학회의 급여 추진 정책 결정 이후 급여화에 대비한 임상 연구자료를 축적하였다. 대한한의사협회와 척추신경추나요학회의 공동 노력을 통해 2015년 2월 보건복지부가 ‘14~18 건강보험 중기 보장성 강화 계획’에 추나요법의 급여화 추진을 명시하였고, 척추신경추나요학회가 발주하여 ‘추나요법의 건강보험 급여 시범사업 시행방안 연구’가 수행되었다.⁹⁾

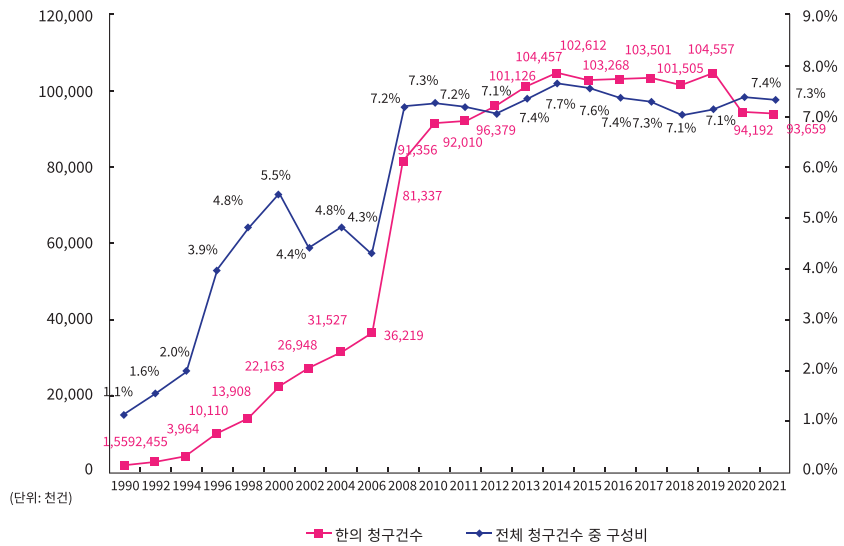
2016년 제19차 건강보험정책심의위원회에 ‘추나요법 시범사업 추진계획’이 보고되었고, 2017년 1월부터 2018년 6월까지 전국 65개 한방병원, 한의원에서 급여화 시범사업이 수행되었다. 2017년 5월부터 건강보험심사평가원의 의뢰로 한국보건사회연구원이 ‘추나요법 급여 전환을 위한 시범사업 평가 연구’를 수행하여 급여 시범사업 환경에서의 추나요법의 효과성을 평가하고 본 사업 시 재정소요를 분석하였다.⁹⁾ 이후 2018년 11월 추나요법 급여화는 한방의료행위전문평가위원회를 거쳐 건강보험정책심의위원회 소위원회와 본 회의를 통과하여 의결되었다. 추나요법의 급여화는 급여화 추진의 각 단계를 거치는 동안, 학회 차원에서 연구하여 축적한 추나요법의 임상적 유효성과 안전성에 대한 근거자료를 통해 추나요법 급여화의 타당성을 요구하고, 타 단체의 저지 추진을 극복했다는 점에서 큰 의미를 둘 수 있다.

● 4. 한의 건강보험의 현재

현재 한의 건강보험의 급여 대상 세부행위 수는 201개이나, 진찰료와 입원료 외에 한의의 주 행위들에 대한 개수는 상대가치 점수가 부여된 것으로 기준으로 볼 때, 검사 6개, 시술 중 침술이 12개, 뜸과 부항이 각 4개, 변증기술로 1개, 온냉경락요법이 3개, 추나요법이 3개며, 정신요법료가 6개, 입원환자에 대한 처치료가 13개에 불과한 수준이다.¹⁰⁾

협소한 급여 범위로 인해 한의 건강보험의 보장률, 즉 환자들에 대한 치료비 총액에서 건강보험이 급여하는 행위와 약이 차지하는 비용의 비중이 한의원은 56.6%, 한병원은 35.8%로서 전체 보건의료분야의 보장률인 64.5%에 밀리고 있다.¹¹⁾

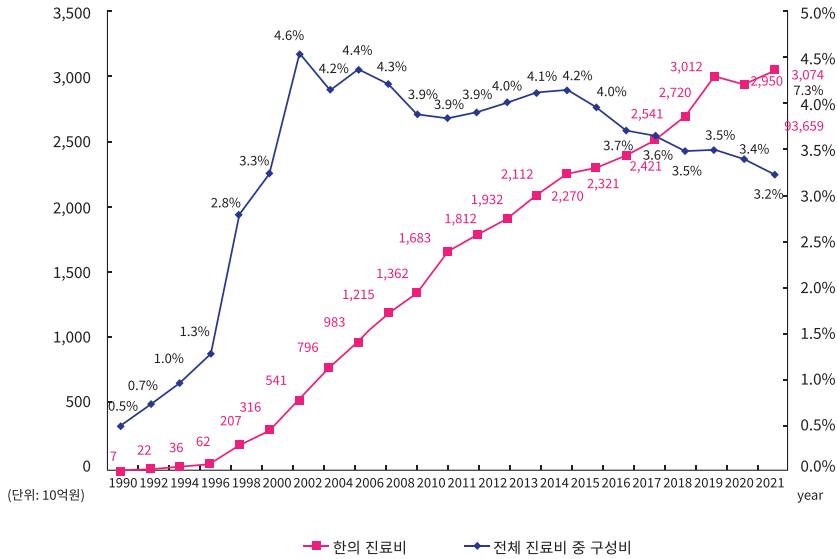
한의 건강보험의 급여실적을 보면, 먼저 청구 건수는 2008년까지 급속히 증가하여 2019년 1억4백만건까지 증가하였으나 코로나 유행이 시작된 2020년 이후 9천4백만건 수준으로 하락했다. 전체 청구건수에서 차지하는 비율은 2008년 이후 7%대를 유지하고 있다.[그림 1]



[그림 1] 연도별 한의 건강보험 청구건수의 증가 추이

출처: 의료보험연합회, 의료보험통계연보 각년도; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 건강보험통계연보 각년도

진료비 역시 한의 건강보험 도입 이후 지속적으로 증가했는데, 2006년에 1조원, 2013년에 2조원을 넘어 2019년에 3조원을 기록하였다. 그러나 전체 보건의료기관의 진료비에서 차지하는 비중은 2000년에 4.6%를 기록한 이후 점진적으로 하락하여 2021년에 3.2%까지 줄어든 상황이다.[그림 2]



[그림 2] 연도별 한의 건강보험의 진료비 증가 추이

출처: 의료보험연합회, 의료보험통계연보 각년도; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 건강보험통계연보 각년도

한의 의료기관의 건강보험 청구건수와 진료비 증가에도 불구하고 한의의 진료분야가 협소해지고 있음은 한의 건강보험이 당면한 심각한 숙제다. 2021년 통계를 보면, 한의 의료기관의 외래 다빈도 상병 상위 10개 중 기능성 소화불량을 제외한 9개가 등, 허리, 관절부위의 통증과 장애를 호소한 근골격계질환이었으며, 입원의 경우에도 근골격계질환이 아닌 상병은 치매와 편마비, 뇌경색증 등 3개에 불과하다. <표 3, 표 4>

<표 3> 2021년 한의의료기관 외래 10대 다빈도 상병 급여 현황

(단위: 명, 일, 천 원, 원)

순위	상 병 명		실인원	내원일수	총진료비	내원일당 진료비
1	M54	등통증	3,672,017	21,948,617	625,510,775	28,499
2	S33	요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	1,812,589	7,761,153	249,027,842	32,086
3	M79	달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	1,791,901	9,144,778	250,028,213	27,341
4	M62	근육의 기타 장애	1,125,696	5,228,432	153,268,824	29,314
5	M25	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	796,167	4,465,667	118,560,111	26,549
6	S13	목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	781,374	2,774,187	99,336,875	35,808
7	S93	발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	730,201	2,827,234	81,559,764	28,848
8	K30	기능성 소화불량	678,163	2,707,488	72,732,783	26,864
9	M75	어깨병변	581,249	3,015,080	82,603,725	27,397
10	S43	견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	486,122	2,172,322	66,394,507	30,564

출처: 한국한의약진흥원 외. 2021 한국한의약연감. 2023

<표 4> 2021년 한의의료기관 입원 10대 다빈도 상병 급여 현황

(단위: 명, 일, 천 원, 원)

순위	상 병 명		실인원	내원일수	총진료비	내원일당 진료비
1	M54	등통증	48,119	406,574	55,735,822	137,087
2	S33	요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	33,034	468,251	49,010,226	104,667
3	M79	달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	25,353	40,827	18,867,101	462,123
4	M51	기타 추간판장애	20,579	446,394	48,998,949	109,766
5	M17	무릎관절증	19,268	173,674	25,616,543	147,498
6	M25	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	14,969	55,337	14,023,407	253,418
7	F00	알츠하이머병에서의 치매 (G30.+)	14,426	2,060	10,735,515	5,211,415
8	G81	편마비	12,369	13,571	11,697,363	861,938
9	I63	뇌경색증	10,877	68,925	15,055,211	218,429
10	M48	기타 척추병증	8,721	111,278	14,444,840	126,816

출처: 한국한의약진흥원 외. 2021 한국한의약연감. 2023

● 5. 맺음말

이상으로 간략히 한의 건강보험 성장의 역사와 현재의 상황을 살펴보았다. 마지막으로 당면한 과제들을 제시하는 것으로 글을 맺고자 한다.

한의 건강보험의 당면 과제는 무엇보다 급여 범위의 확대이다. 그중에서도 한약의 급여 확대가 절실한 상황이다. 앞서 한의 건강보험의 급여실적에서도 볼 수 있듯이 다빈도 상병이 근골격계질환으로 치우치고 다양화되지 못한 것은 급여 범주가 침구시술 중심으로 발전되었기 때문이다. 혼합제제 형태의 한약 급여방식, 20여년간 정제된 약가로 인해 보험한약의 질이 향상되지 못한 결과로, 보험 한약은 한의사나 환자들에게서 거의 버림받은 상황이라 할 수 있다.

이를 타개하기 위한 방안은 이미 잘 알려진 대로 복합한약제제를 급여 제형으로 포함시키고 급여 대상 처방수를 획기적으로 확대시키는 것이다. 복합한약제제는 한약을 처방대로 구성하여 전탕, 추출하고 부형제 없이, 또는 소량만 투입하여 분말이나 과립으로 만든 것으로서, 일본, 중국, 대만의 급여 한약제제가 취하고 있는 방식이다. 우리나라에서도 이미 약국에서 많은 종류의 복합한약제제들이 처방 없이 판매되고 있는 실정이다. 복합한약제제를 일본의 급여 범주인 140여 개 정도까지 확대하여 급여한다면, 우리나라 건강보험의 다빈도 상위 상병인 상기도 감염, 소화불량 환자가 한방병원에 유입될 것이며, 임상가는 침구 시술 중심의 치료를 하는 한의사와 한약제제 처방 위주로 임상을 하는 한의사로 분분될 것으로 예상된다.

복합한약제제 급여 확대가 약사들과의 의약분업이라는 전제조건으로 인해 가로 막혀 있는 상황인데, 한의사들의 전향적이고 전락적인 사고 전환이 필요한 시점이라고 생각된다. 비보험 한약의 비중이 갈수록 감소하고 보험 한약은 명백한 상황에서 의약분업을 두려워하여 복합제제를 놓치고 있는 현실이 지속되는 한 한의 임상계의 생존과 발전은 기대하기 어렵다.

참고 문헌 및 자료

- 1) 송경섭. 한의학의 발전과정과 사회기여도에 관한 연구. 경산대학교 박사학위논문. 1994.
- 2) 최문석 외. 한약(첩약)의료보험대책에 관한 연구. 대한한의사협회 연구보고서. 1997.
- 3) 양명생. 전국민의료보험과 보험급여 개선방안. 대한병원협회지. 18권 9호. pp 36-45. 1989.
- 4) 한의사협보. 청주, 청원 한방의료보험 실태조사. 1985.06.15.
- 5) 한의사협보. 피보험 35%가 한방의보이용. 1986.07.31.
- 6) 임병목. 한방의료보험의 한약제제급여 개선방안. 대한한의사협회 연구보고서. 1999.
- 7) 건강보험심사평가원 급여기준실. 한방물리요법의 보험급여화에 대한 검토 내용. 내부 보고자료. 2016.12.
- 8) 임병목, 이명종 외. 한방물리요법 보험급여화의 타당성 및 적정성에 관한 연구. 국민건강보험공단 연구보고서. 2008.
- 9) 임병목, 유지은 외. 추나요법의 건강보험 급여화 백서. 척추신경추나의학회 연구보고서. 2020.
- 10) 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2023년 2월판. 2023.
- 11) 국민건강보험공단. 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 2023.

02

이슈 브리프

추나보험급여 진행과정과 시사점

신병철 부산대학교 한의학전문대학원 원장
한방재활의학과 학회장

한의학 실손의료보험의 역사와 현황

김경한 우석대학교 한의과대학 교수

현장 진료 반영을 위한 한의 시술분야 행위정의 개정

서병관 경희대학교 한의과대학 교수
대한한의학회 보험이사

한의계 건강보험 정책방향

이은경 함소아제약 의학기술연구소 센터장

추나보험급여 진행과정과 시사점

신병철 부산대학교 한의학전문대학원 원장
한방재활의학과 학회장



* 한의정책에 실린 모든 원고는 작성자 개인 의견으로 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

2019년 4월 8일, 추나요법의 급여화가 시작되었다. 1987년 전국민 의료보험에 시작된 이후 한의계 보험역사에서 근 20년만에 추가로 급여에 진입한 기술로 평가되는 추나요법의 급여화 진행과정과 그 시사점을 알아 본다.

● 1. 추나보험 급여화 진행과정

1) 추나요법 급여화 이전의 추나요법

한의사들의 비약물치료기술인 추나요법은 한의원 단위로 서로 전수하는 형태로 존재하다가 1991년 대한추나의학회(이후 척추신경추나의학회로 명칭 변경)의 결성과 더불어 초대 회장인 신준식 회장을 중심으로 빠르게 한의계에 교육되고 전파되었다.

또한 12개 한의과대학(한의학전문대학원 포함)에서의 추나교육도 빠르게 증가하여 2017년 기준 12개 한의과대학(원)에서의 추나요법 관련 교육시간은 평균 87시간으로 파악되었다.¹⁾

2003년 보건복지부는 추나요법에 대하여 한방물리요법에 해당하는 “기결정행위”(보건복지부 행정해석)로 행정해석을 내렸으며 그 이후로 추나요법은 비급여 상태의 한의의료기술로 유지되었다. 2005년에는 추나요법이 자동차보험에 급여기술로 진입(상대가치점수 149.16점)하였으나, 비급여로 인한 장벽으로 인하여 국민에게 보편적인 한의기술로 사용되지는 못하였다.

2) 추나요법 보험 급여화의 진전

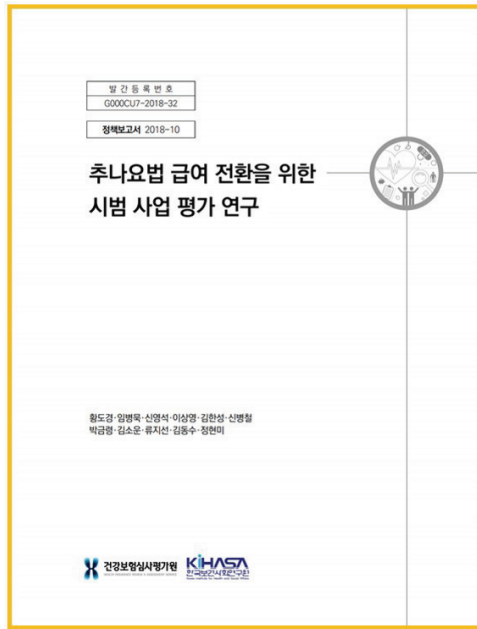
추나요법의 보험급여화에 대한 공식적인 첫 발은 2015년 2월 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)에서 <2014~2018 건강보험 중기보장성강화계획>이 통과되면서 부터라 생각된다[그림 1]. <2014~2018 건강보험 중기보장성강화계획>²⁾에는 “척추 및 관절 질환에 대한 건강보험 보장 강화(18년)”에 “국민들의 요구도가 높은 근골격질환의 한방 치료 분야에 대하여 건강보험의 보장범위 확대, 특히 근골격질환의 추나요법에 대하여 효과성 검토, 시범사업 등을 수행하며 타당성 검증을 통하여 단계적으로 건강보험을 적용하는 방안”을 발표하였다.



[그림 1] <2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획>

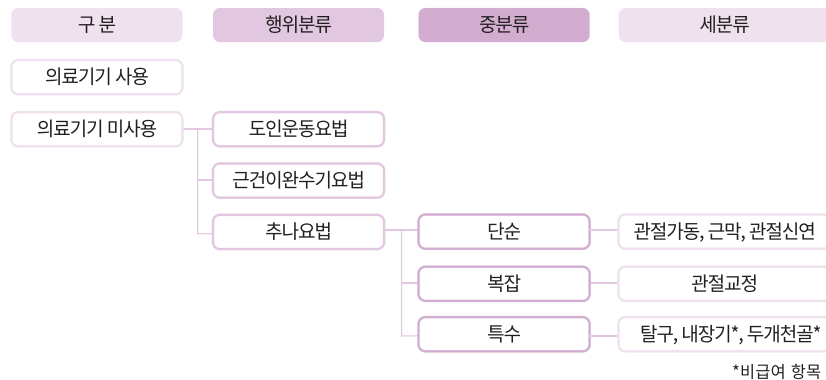
중기보장성강화계획에 따라 보장성 강화계획에 따른 시범사업을 준비하기 위하여 2016년 보건복지부와 심평원, 공급자단체(대한한의사협회, 대한한방병원협회), 학계(대한한의학회, 한방재활의학과학회, 척추신경추나의학회 전문가)로 구성된 “**한방물리요법 급여화 자문단**”이 꾸러졌으며, 지속적인 자문회의를 통하여 추나요법의 정의, 행위정의, 수가개발을 진행하였다.

자문단의 의견에 따른 모형을 바탕으로 2017년 추나요법 시범사업이 실시(전국 65개 한의의료기관; 한방병원 15개소, 한의원 50개소; 모집경쟁률 7.4:1)되었다. 시범사업 기간동안 “추나요법 급여 전환을 위한 시범 사업 평가 연구(연구책임자: 황도경), 한국보건사회연구원”이 2018년 수행되어 발간되었으며[그림 2]³⁾, 이를 바탕으로 2018. 11. 29. 추나요법 건강보험 본사업이 건강정책심의위원회(건강심)를 통과하여, 추나요법의 보험급여화의 역사가 시작되었다.



[그림 2] 추나요법 급여 전환을 위한 시범 사업 평가연구, 건강보험심사평가원(2018)

2019. 3. 26. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」이 발표되었고, 2019. 4. 2. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 고시되었으며, 드디어 2019. 4. 8. 추나요법 건강보험 급여화가 개시되었다. 현재 추나요법은 한방물리요법 내 의료기기 미사용 한방물리요법으로 분류되어 있다[그림 3].⁴⁾ 또한 추나요법의 급여 상대가치는 단순, 복잡, 특수로 분류하여 난이도와 안전성에 비례한 차등 상대가치를 적용하고 있다<표 1>.⁴⁾



[그림 3] 한방물리요법 내 추나요법 행위분류⁴⁾

<표 1> 추나요법 시술료

분류번호	코드	분류	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 한가지만 산정한다.	
	40710	가. 단순추나	219.50
	40720	주 : 관절가동추나, 근막추나, 관절신연추나를 실시한 경우에 산정한다.	
		나. 복잡추나	370.60
		주 : 1. 관절교정추나를 실시한 경우에 산정한다. 2. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 본인부담률 80%에 해당하는 경우에 적용하며 소정점수를 산정한다	
	40721		
	40730	다. 특수(탈구)추나	568.08

3) 추나요법 급여화 이후 현재 상태

2018년 11월 29일 20차 건정심 회의에서 통과된 추나요법 본사업 재정추계 규모는 약 1,100억 원선이었으나¹⁾, 현재 추나요법의 청구금액은 약 600억 수준인 것으로 사료된다.⁵⁾ 단순추나 280억 원, 복잡추나 270여억 원, 특수추나 1천 600만 원 수준(2019년 2월~8월, 자료제공: 건강보험심사평가원) 내외의 청구경향을 보이고 있다.⁵⁾

<표 2> 추나요법건강보험 청구현황('19.2~'19.8.)

구분	실시횟수 (단위 : 회)	진료금액 (단위 : 천원)
추나요법	합계	2,038,564
	단순추나	1,302,179
	복잡추나	330,863
	복잡추나 (본인부담 80%)	405,222
	특수(탈구)추나	300
		54,946,709
		27,996,749
		12,206,392
		14,726,930
		16,639

출처 : 메디칼타임즈. 2020.04.05.

4) 추나요법 급여화의 한계

현재 추나요법에 대한 급여금은 연간 600억 수준에 머무르는 것으로 알고 있다⁵⁾. 또한 추나요법은 보험진입 시 과다청구의 우려로 인하여 일반적인 건강보험 보장성(본인부담율 30%)과는 다르게 상대적으로 낮은 보장율(본인부담율 50%~80%)로 책정되어 있으며, 시술자 1일당 18회 제한 및 수신자(환자) 당 연간 20회 제한 등 많은 제한 조건이 붙어 있다.⁴⁾

환자의 접근성을 향상시키고 문턱을 낮추기 위해서라도 본인부담률은 30%로 조정되어야 할 것이며, 수진자(환자)당 연간 20회가 제한되어 있는 것은 논리가 부족하여 이에 대한 확대가 절실하다. 그 이유는 오래 치료받는 환자의 경우 추나요법이 꼭 필요한 만성환자이기 때문이다.

또한 복잡추나의 경우 추간판탈출증과 척추협착증의 경우 복잡추나의 보장성이 50%인 반면, 기타 상병명에 대하여는 본인 부담률이 80%로 제한되어 있는데 이는 논리가 빈약하고 단지 복잡추나의 통제수단으로 제한을 두기 위한 조치이기에 하루빨리 임상논리에 맞는 개선이 필요하다.

하지만 현재 시점에서 추나요법 보험급여화 이후 4년이 경과하였으나 보완책에 대한 활발한 논의는 없는 상태이며, 이에 대한 개선이 필요해 보인다.

● 2. 추나보험 급여화의 주요 시사점

1) 한의 의료보험 상 의의

추나요법의 건강보험 진입의 의미를 되새겨보면, **한의학기술 최초로 보편적 의료기술의 보장성강화 진입모형에 따라 체계적으로 안전성, 유효성, 경제성의 검토를 거치고, 시범사업을 통해 건정심을 통과한 최초의 한의의료기술**이라는 데 의미가 크다고 할 수 있다.

대개의 한의의료기술에 대한 보험수가는 의과의 유사기술과 견주어 수가가 책정되거나, 협상에 의하여 상대기술에 대한 추정치를 합의하여 결정하는 방식으로 수가가 관례적으로 책정되었다. 예를 들면 초기의 침수가는 양방의 주사시술료를 기준으로 동일하게 적용하였다고 한다.

하지만 추나요법의 건강보험 진입은 행위정의를 기반으로 소모되는 자원과 의료인력의 소요시간, 기술의 난이도와 안전성을 고려한 상대가치점수 산출(RBRVS)*에 의하여 그 수가가 결정되었다.

(참고) 상대가치점수 산출(RBRVS)*

* 상대가치점수(RBRVS, Resource-Based Relative Value Scale, 자원소모량을 기준으로 요양급여 의료행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수 산정)

2) 근거확보를 통한 근거의 제시 - 추나요법 급여화를 위한 근거창출 연구

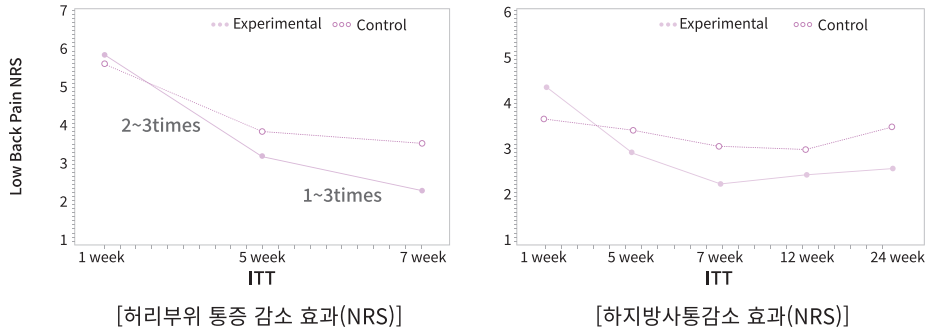
보건복지부는 3년 연구과제(2015년~2018년)인 “추나근거창출 임상연구(연구책임자: 신병철)”를 발주하여 추나보험급여화를 위한 근거확보에 나섰다. 당시 추나요법의 근거 확보는 2가지 방향으로 진행되었는데, 1) 체계적 문헌 고찰을 통한 유효성, 안전성, 경제성 근거와 2) 임상연구를 통한 유효성, 안전성, 경제성 근거를 확보하였다.⁶⁾

(1) 효과성에 대한 근거

체계적 문헌고찰을 통한 추나요법 관련 무작위배정임상연구(RCT)는 2017년 기준 778편이 확보되었으며, 그 중 근골격계 질환에 대한 무작위배정이 잘 수행된 질이 확보된 무작위배정임상연구 66편을 체계적 문헌고찰의 연구방법론을 통해 분석하였을 때 추나요법은 근골격계 질환의 통증감소와 기능개선에

효과적이었으며, 통증감소효과가 기능개선효과보다 앞섰다(NW Lee et al, eCAM, 2017).⁷⁾

그 이후 시행된 요통에 대한 무작위배정 pragmatic RCT의 결과도 통증과 기능개선에 통상치료(usual care)만 한 그룹보다 좋은 개선효과를 보여주고 있다(그림 4; Park et al. J Clin Med. 2020).⁸⁾



[그림 4] 추나요법의 통증 감소효과

(2) 안전성에 대한 근거

2017년까지 체계적 문헌고찰을 통해 조사된 총 78편의 안전성 관련 문헌에서 추나요법은 총 47건의 안전성 관련 보고가 있었으며, 신경계손상 34건, 혈관계손상 4건, 결합조직의 손상 3건, 기타 6건이 보고 되었다(신병철, 발표자료). 또한 2015년~2018년 의료분쟁백서를 살펴본 결과 추나요법은 전체 한의의료기술 관련 의료분쟁의 2.95%를 점유하는 것으로 나타났다<표 3>.

<표 3> 의료분쟁백서 통계(2015~2018)

진료유형	사고 건수(건)	사고 비중(%)	손해액(원)	손해액 비중(%)
01. 뜸	199	13.36%	659,053,087	12.21%
02. 매선치료	19	1.28%	67,515,508	1.25%
03. 물리치료	31	2.08%	105,482,132	1.95%
04. 부항	60	4.03%	178,657,121	3.31%
05. 약물부작용	234	15.70%	909,967,104	16.86%
06. 오진	15	1.01%	90,149,655	1.67%
07. 추나	44	2.95%	145,037,824	2.69%
08. 침	664	44.56%	2,258,724,376	41.84%
09. 기타	224	15.03%	983,434,120	18.22%
총합계	1,490	100.00%	5,398,020,927	100.00%

(3) 경제성에 대한 근거

체계적문헌고찰을 통한 수기치료의 경제성 분석 상 총 18편의 경제성평가논문이 검색되었고, 이중 수기요법이 경제성있는 기술로 보고한 논문은 4편, 비용효과적이라고 보고한 논문은 7편, 비용효과적이지 않다는 논문은 7편으로 나타났다.⁶⁾

또한 요통에 대한 추나요법의 경제성평가 RCT의 결과는 국내 Threshold인 20,000,000 KRW per QALYs를 고려하면, EQ-VAS로 산출된 QALYs를 대입한 비용효용분석 결과, 추나 치료는 일반치료에 비해 비용효과적인 것으로 연구되었다(그림 5: Kim NG et al. unpublished data).⁶⁾

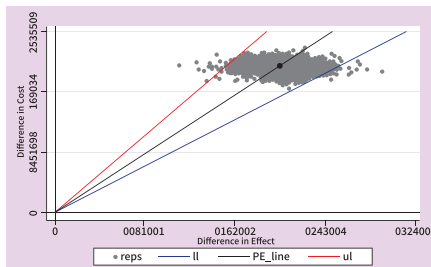


Fig. 1. Confidence interval of ICER (EQ-VAS) from bootstrapping

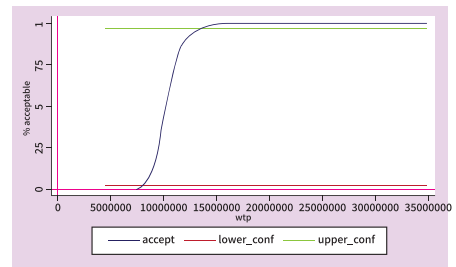


Fig. 2. Cost effectiveness acceptability curve (QALYs derived from EQ-VAS)

[그림 5] 요통에 대한 추나요법의 경제성 평가연구

3) 건강보험 등재를 위한 선결과제 및 전략

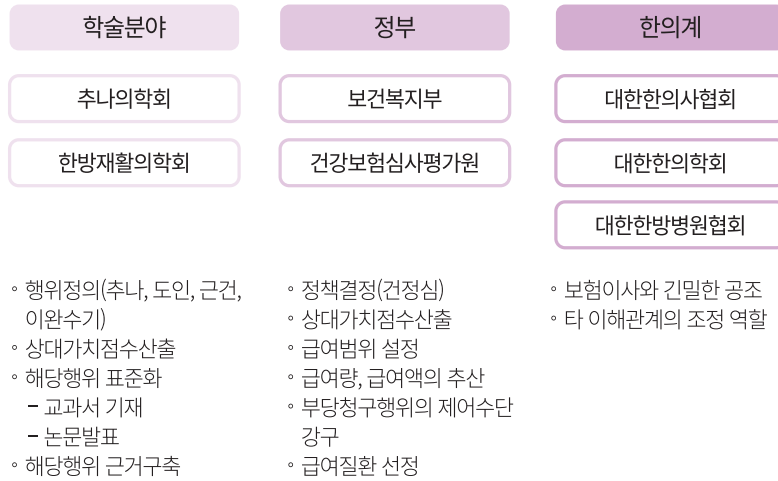
먼저 한의의료기술이 건강보험 급여화를 진입하기 위하여는 몇 가지 선결과제가 이루어져야 한다.

첫 번째는 해당 의료행위의 명확한 행위정정이 필요하다. 또한 행위정정을 바탕으로 행위의 표준화가 필요한데, 이는 누가 시술하더라도 그 행위가 표준화되어 편차가 없어야 한다는 의미이다.

그리고 한의계 이해단체 간의 이견이 없어야 하며 일치된 내부의 한목소리를 보건복지부에 전달할 필요가 있다. 대한한의사협회나 대한한방병원협회가 해당 의료기술에 대한 건강보험 진입의 영원을 같은 목소리로 정부에 호소해야 하며, 한의학회와 유관 학술학회의 이견도 없어야 한다.

4) 유관기관의 역할과 협조

크게 유관기관이라면 정부측의 보건복지부, 건강보험심사평가원이 있으며, 한의계의 경우 대한한의사협회, 대한한방병원협회, 대한한의학회가 있다. 또한 학술분야로는 해당 의료기술에 대한 학술활동을 하는 추나요법을 예로 들면 한방재활의학과학회와 척추신경추나의학회가 있다[그림 6].



[그림 6] 추나요법 보험진입 시 해당 분야별 역할

위의 3개 파트의 조화와 상호 협조는 급여화의 지름길이며, 어느 한 곳에서의 반대 목소리는 해당 의료기술의 급여화에는 치명적인 약점으로 작용한다.

● 3. 향후 타 의료기술의 보험급여 진입 시 시사점

1) 추나요법 급여화 추진 시 제기되었던 이슈

추나요법의 급여화 추진 시 제기되었던 이슈 중 몇 가지를 담아보고자 한다. 이에 대한 내용은 향후 타 한의의료기술이 보험급여화를 진입 시 도움이 될 것으로 판단된다.

(1) 행위 관련 이슈

- 추나요법과 도수치료는 무슨 차이가 있는가?
- 추나요법과 마사지는 무슨 차이가 있는가?
- 추나요법, 도인운동요법, 근건이완수기요법의 차이는?

(2) 표준화 관련 이슈

- 한의사마다 추나요법을 시행하는 방식이 모두 다르다.
- 국제적 표준화는 되어 있나?
- 중국추나와 동일한가 아니면 다른가?

(3) 의료사회적 이슈

- 과다청구의 해결방안은?
- 도덕적 해이의 해결방안은?

이러한 문제를 해결할 수 있는 방안은 다음과 같이 사료된다. 추나요법의 보험급여화 시 난관을 극복하기 위한 자료제시와 대안제시를 하였던 경험을 공유해 보고자 한다.

(1) 협회 또는 학회를 통한 표준화된 행위와 기술의 보급

- 정기세미나, 보수교육을 통한 행위정의와 표준행위의 교육, 보급
- 표준화된 한의의료기술의 임상보급

(2) 교과서, 논문 등의 학술활동을 통한 표준화 노력

- 교과서나 논문 등에 용어표준화, 행위표준화, 기술표준화를 위한 노력 경주
- 해당 한의의료기술과 관련된 논문을 지속적으로 수록

(3) 국제학술활동을 통한 국제표준화를 위한 노력

- 척추신경추나의학회는 세계수기의학회(FIMM)에 가입하며 세계수기학회와의 교류를 수행하였으며, 이러한 노력은 보험급여화에 고무적이며 긍정적인 역할을 하였다.

2) 급여화를 위한 전략

(1) 학술적 노력

- 학술적으로 명료한 행위정의와 용어정정이 필요하다.
- 해당 교과서에 해당 한의의료행위의 기재가 있다면 큰 도움이 된다.
- 논문을 통한 증례보고, 임상연구, 무작위배정연구의 수록 노력이 필요하다.
- 해당 기술과 관련된 논문을 지속적으로 투고를 장려한다.

(2) 연구분야

- 해당 의료기술에 대한 연구목적에 맞는 연구디자인을 설계(PCT, RCT, CER 등)와 수행
- 안전성, 유효성, 경제성에 대한 근거 확보(체계적 문헌고찰 연구 방법론)
- 해당 의료기술을 대상으로 한 연구과제 수주

(3) 급여화를 위한 대상기술의 선정

- 비교적 근거수준이 어느정도 확보된 기술의 가장 근거가 높은 질환을 급여화 요청
- 비교적 표준화 되고, 교과서나 논문에 언급된 기술의 선정
- 의과(또는 타 의료분야)와 이해상충이 적은 기술 선정

(4) 정부측과의 신뢰를 바탕으로 한 설명과 근거자료 제시

- 근거확보 후 해당기술에 대한 급여화 의지와 근거내용 전달
- 효과성, 안전성, 경제성에 대한 근거확보가 가장 중요

● 4. 맺음말

추나요법은 비약물, 비수술 수기치료법으로 근골격계 질환에 대한 효과와 안전성이 어느 정도 확보된 기술이다. 추나요법의 보험 급여화를 준비한 기간이 3년 여 걸렸으며, 중기보장성강화계획으로 그 속도가 빨리지면서 급여화에 도달한 기간이 약 5년이 소요된 듯하다.

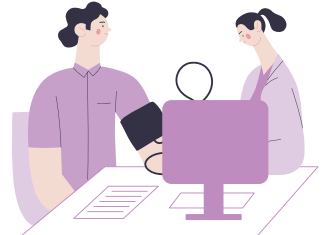
하나의 의료기술을 급여화까지 가져가기 위해서는 많은 준비작업과 표준화노력이 많은 분야, 특히 학술적 준비와 정부와의 교감이 필요하다. 향후 추나요법의 급여화가 확대되길 희망하고 타 한의의료기술도 추나요법의 급여화 트랙을 따라서 추가 진입이 이루어지길 희망한다.

참고문헌

- 1) 척추신경추나학회. 추나요법 건강보험 급여화 백서. 2020.
- 2) 보건복지부. <2014~2018 건강보험 중기보장성강화계획>. 2015.
- 3) 추나요법 급여 전환을 위한 시범 사업 평가 연구(연구책임자: 황도경). 한국보건사회연구원. 2018.
- 4) 추나요법 시술 및 급여청구 지침. 대한한의사협회. 2019.04.08.
- 5) 메디칼타임즈. 한방 추나요법 급여화 1년...한의원 얼마나 청구했나. 2020.04.04.
- 6) 보건복지부-부산대학교. 추나요법 근거창출 임상연구—유효성, 안전성, 경제성 평가—(연구책임자: 신병철). 2018.07.10.
- 7) NW Lee et al. Chuna (or Tuina) Manual Therapy for Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. eCAM. 2017. Article ID 8218139.
- 8) Park et al. Comparative Effectiveness of Chuna Manipulative Therapy for Non-Acute Lower Back Pain: A Multi-Center, Pragmatic, Randomized Controlled Trial. J Clin Med. 2020 Jan 5;9(1):144. doi: 10.3390/jcm9010144.

한의학 실손의료보험의 역사와 현황

김경한 우석대학교 한의과대학 교수



* 한의정책에 실린 모든 원고는 작성자 개인 의견으로 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

● 1. 국내 의료보험의 역사

1) 국가 의료보험의 도입

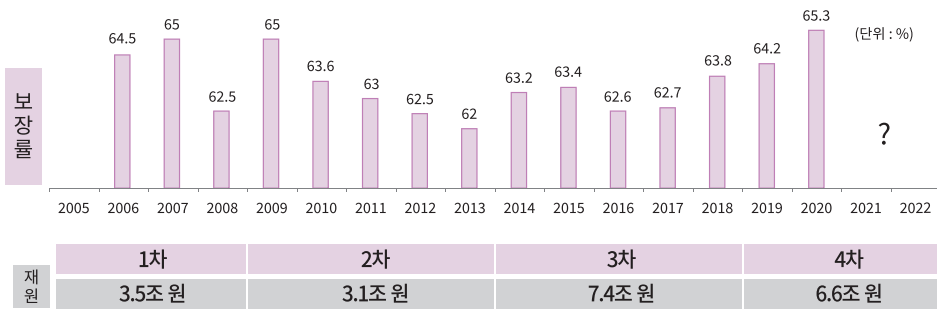
우리나라는 1963년 의료보험법이 제정되면서 국가 차원에서 의료보험을 실시할 기반을 갖추게 되었다. 이후 정부에서 추진한 ‘제4차 경제개발 5개년 계획’의 일환으로, 1977년 종업원 500명 이상 사업장을 대상으로 국가에서 실시하는 의료보험이 처음으로 시작되었다. 이후 1979년 공무원 및 사립학교 교직원 및 300명 이상 사업장까지 대상자가 확대되었고, 1987년 한의학 의료서비스도 보험 내용에 포함되었다. 1988년 농어촌 지역 의료보험이 실시되었고, 1989년 도시 지역 의료보험이 실시됨으로써, 의료보험제도 도입 후 12년 만에 국가에서 운영하는 전국민의료보험을 달성하게 되었다. 당시 우리나라에 비해 경제적 상황이 좋았던 일본도 1927년 국가의료보험을 도입하고 30여년이 지난 1961년 전국민의료보험을 실시하였고, 대만 또한 1950년에 국가 의료보험을 시작한 후 45년이 지난 1995년에서야 의료보험 대상자를 전국민으로 확대할 수 있었던 점을 고려하면, 우리나라는 상당히 빠른 시간 내에 전국민 의료보험을 달성한 것이다.¹⁾

당시 제한적인 여건에서 국가 의료보험이 실시되면서, 보험 수가를 결정하는 것이 제도 설계의 핵심이었다. 현재 보건복지부 전신인 당시 보건사회부 복지연금국을 중심으로 의사협회와 병원협회가 함께 참여하여 11개 주요 의료기관의 의료수입내역을 모두 조사하였다.²⁾ 이를 바탕으로 주요 진료행위에 대해서 과별 가중치 부여, 난이도 상대평가 등을 통해서 관행수가가 결정되었으며, 이를 바탕으로 의료행위별 보험수가가 1976년 고시되었다. 당시 발표된 보험수가는 관행수가의 55% 수준으로 의사협회에서는 강력하게 시정을 촉구하였지만, 관행수가가 서울지역 종합병원 기준의 수가였으며, 의료기관의 소재지역과 규모에 따른 차등수가 적용, 기술행위료에서 약가와 재료대를 분리하여 지급한다는 등을 근거로 정부에서는 발표한 보험수가를 고수하였다. 이때 결정된 보험수가는 현재까지 이어져 2017년 국회 보건복지위원회가 건강보험심사평가원으로부터 제출받은 ‘건강보험 의료행위 유형별 원가보상 수준’을 보면 원가보상 수준은 85%에 그쳤다.

우리나라는 민간중심의 의료기관에서 주로 의료서비스가 제공되고 있어 원가 이하의 보험수가만으로는 기관 운영이 불가능한 상황이었다. 따라서 국민 의료보험으로 의료기관 운영에 손해가 생기는 부분은 다른

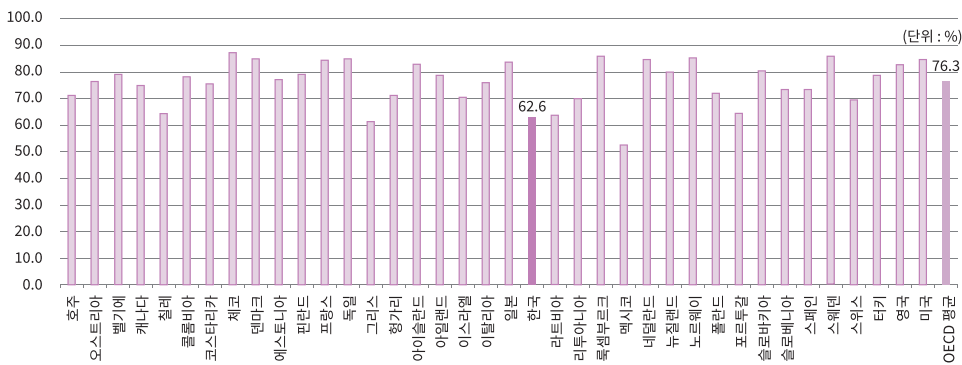
의료비로 전가하는 것은 자연스러운 현상이었다. 실제 1989년 전국민 의료보험이 실시되기 전에는 의료보험 미가입자에게 의료비를 전가하였으며, 전국민 의료보험 실시 이후에는 불필요한 검사를 시행하는 등 과잉진료가 이루어졌고, 건강보험 대상 진료항목이 아닌 다양한 비급여 항목을 확대하면서 장례업과 같은 의료 외의 수익 모델을 개발하는 방식으로 대응하였다.³⁾

국가 의료보험이 시작된 이후 정부는 꾸준히 급여항목을 늘리는 방향으로 보장범위를 확대하였음에도 불구하고, 민간 의료기관에서는 빠른 속도로 비급여 행위를 늘려나갔다. 이러한 결과 2022년 기준 15년간 20조 원 이상의 재원을 투자하였지만, 전체 의료비 중에서 건강보험이 보장해주는 비율은 수 십 년간 60% 초·중반대를 유지하고 있으며[그림 1], 이는 OECD 평균 보장률 74.2% 보다 훨씬 낮은 수준이다.[그림 2] 비급여 진료비는 2015년 기준 11.5조원 수준에서 2021년 17.3조원으로 추정하고 있으며, 최근까지도 빠르게 증가하고 있음을 볼 수 있다.



[그림 1] 건강보험 보장률 및 보장성 강화 정책의 투입 재원

자료: 보험연구원, 2022.

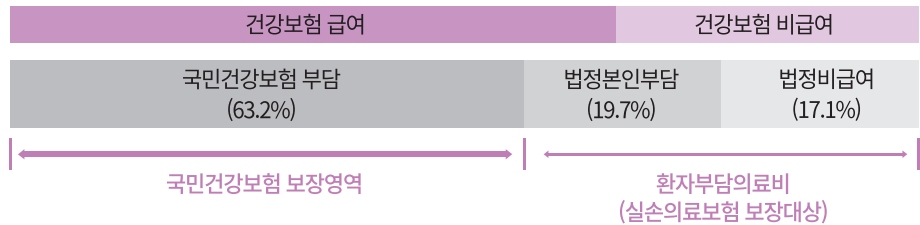


[그림 2] 공공재원을 해한 보건의료 지출 비중 및 공공재원 GDP 비중(OECD, 2020년 기준)

2) 민간 의료보험의 도입

한국전쟁 직후 정부는 복구작업에 집중하느라 국민들에게 적절한 의료서비스를 제공하기 어려웠다. 이러한 배경에서 민간에서 먼저 의료보험이 시작되었다. 1955년 10월 ‘사단법인 부산노동병원’에서 개원의사 6명, 간호사 10명, 약사 1명, 조사원 2명 의료진과 20여개의 병상을 두고 부두 노조 등 약 3만 8000명의 회원을 둔 보험이 우리나라의 최초의 근대식 의료보험으로 보고 있다.⁴⁾ 이후 정부에서는 기업에서 자체적으로 의료보험 조합을 만드는 경우에 일부 보조하는 형식으로 제도를 기획하게 된다. 그 결과 1965년 서울 종로구의 현대병원을 중심으로 7개 사업장이 공통의 조합을 설립한, 중앙의료보험조합이 정부로부터 제1호 의료보험조합으로 설립인가를 받게 된다. 하지만 가입자의 인식부족, 의료기관의 부족, 보험진료 수가와 보험료의 현실적 배려 부족 등으로 인하여 활성화되지 못하였다. 이후 정부는 정부 주도의 의료보험을 기획하게 되면서 민간 의료보험은 국가 의료보험을 보조하는 형태로 발전하였다.⁵⁾

우리나라에서 환자가 실제로 지출한 의료비 또는 약제비를 보상해주는 형태의 실손의료보험은 1963년 상해로 인한 의료비를 보상하는 “실손보상 상해보험”이 처음으로 보고 있다. 이후 손해보험회사를 중심으로 1970년대 단체건강보험 및 특약 형태의 질병보험을 거쳐, 1999년 상해 및 질병으로 인한 의료비 중 본인 부담금을 보상하는 현재 형태의 보험이 출시되었다.[그림 3]



[그림 3] 의료비 구성 및 실손의료보험 보장 범위

주 : ()는 2014년 전체 의료비 중 점유율
 자료 : 보험연구원, 2016.

2003년 개정된 보험업법을 통해 실손의료보험을 법률에서 정의하고 기존 손해보험회사 뿐만아니라 생명보험회사에서 취급하게 되면서 각 회사별로 자율적으로 다양한 상품을 개발하였다. 하지만 상품별 보장영역, 갱신주기 등이 상이하여 소비자 혼란이 발생하여 2009년 생명보험업계와 손해보험업계의 합의를 통해 실손의료보험이 표준화되었다. 금융감독원에서 표준약관을 만들고 이를 각 보험사에서 준용하도록 하여 회사별 보장 대상 및 내용이 사실상 동일하게 되었다. 이후 표준약관은 2009년 도입 이후 2017년과 2021년 2차례 개정되었으며, 이를 각 세대로 구분하여 부르고 있다.<표 1>

<표 1> 실손의료보험의 세대별 구분

구분	1세대(舊)	2세대(표준화 실손)	3세대(착한 실손)	4세대
시기	~'09.9월	'09.10월~	'17.4월~	'21.7월~
특징 및 상품 구조	회사별 내용 상이	- 보장내용 표준화 - 자부담 도입 - 보장종목: 상해, 질병, 종합 각 입/통원	- 기본형(급여+비급여) (주계약)과 특약(특정 비급여(3개))* 분리 *①도수치료 등 ②주사 ③MRI - 종목: (기본형)상해,질병 입/통원 / (3개 특약)	- 급여(주계약)와 비급여(특약)로 분리 - 비급여 이용량 연계 보험료 할증·할인 - 종목: 상해,질병 급여/상해,질병,3대 비급여
주요 보장 내역	보장비율 100%도 존재	- (입원) (급여 본인부담 +비급여)의 80% 또는 90% (5천만원 限) - (통원) (급여 본인부담+비급여) - 종별 공제액 (日 30만원, 年 180회 限)	- (기본형) 좌동 - (3개 특약) ▲본인부담 상향(20→30%) ▲특약 항목별 연 누적 보장한도·회수 설정	- 급여: 보장질환확대 - 비급여: 보장축소 *도수: 10회마다 효과 확인 - 보장한도: 급여 및 비급여 각 5천만원 - 자기부담비율 및 통원공제금액 상향
기타	-	- 보장(자율→15년)('12년~)	실손 끼워팔기 금지	- 보장(15→5년)

2세대 실손의료보험에서부터 의과는 여전히 급여 항목과 비급여 항목을 모두 보장해주는 것과 달리, 치과와 한의과는 급여 항목은 실손의료보험에서 보장하고 있으나 비급여 항목은 보상하지 않는 항목에 포함하여 현재까지 유지하고 있다.<표 2> 이에 대해서 보험업계에서는 과잉진료, 부당천구 등 도덕적 해이로 인하여 보험업계 손해증가 가능성이 높으며, 치료목적 여부의 판단이 어려운 점을 주원인으로 제시하였다. 이에 치과의사회와 한의사협회에서는 비급여 항목 전체를 보장 대상에서 제외하는 것은 과도한 조치라고 주장하였으나 받아들여지지 않았다.

<표 2> 실손의료보험 표준약관('21년 7월) 관련 규정

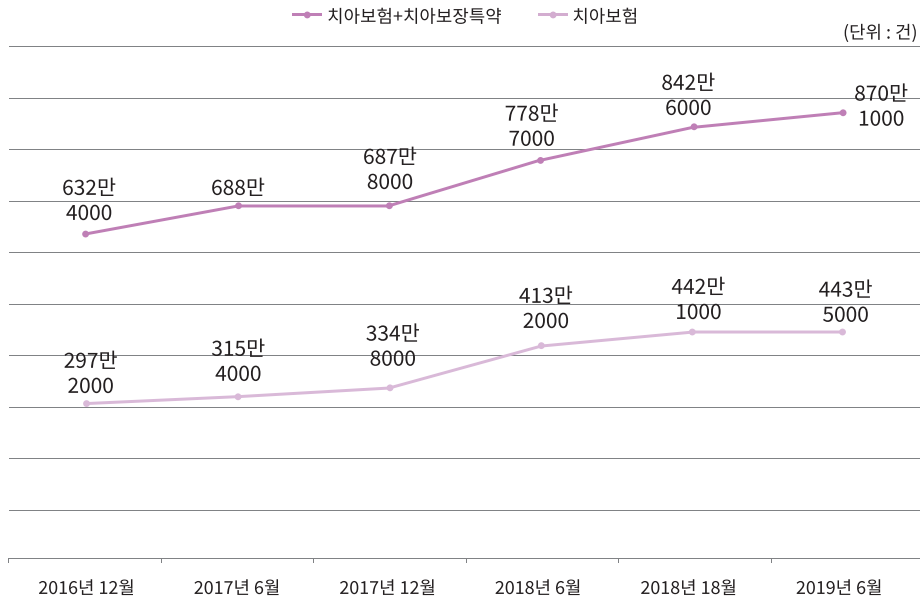
보장종목	관련 규정
상해비급여 질병비급여	제4조(보상하지 않는 사항) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. (중략) 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)
3대비급여	④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. (중략) 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)

치과 분야에서는 2000년대 이후 실손의료보험 외에 다양한 민간의료보험 상품이 개발되고 있었으며, 실손의료보험 표준화 이후 치과의 비급여 항목이 보상대상에서 제외되자 출시 보험회사와 상품수가 꾸준히 증가하였다.<표 3>⁷⁾ 한국신용정보원 자료에 따르면 2019년 기준 치아보험 가입자는 443만명 수준이며, 치아보장특약에 가입한 사람까지 포함하면 870만명이 가입하고 있다.[그림 4]⁸⁾

치아보험이나 치아보장특약의 경우 실손의료보험과 같이 폭넓게 비급여 항목을 보장하지 않고, 임플란트·의치 등 주요 비급여 항목에 대해서 횟수 및 상한 금액을 제한하는 방식으로 설계되어 있다.

<표 3> 국내 민간치과보험 현황

구분	출시 상품 수	출시 보험사	전체 가입자 규모
2008년	2	라이나, 에이스	-
2009년	2	라이나, 에이스	100만(한국보험신문)
2010년	2	라이나, 에이스	-
2011년	5	신규-AIA, 현대해상, 라이나2	155.8만(금융소비자 연맹) 160(한국소비자원)
2012년	12	신규-그린, 동부, 롯데, 우체국, AXA, 에이스2, 에이스3	180만(한국보험신문)
2013년	15	신규-수협, 더케이 등	-



[그림 4] 치아보험 가입 현황

자료: 한국신용정보원 2019

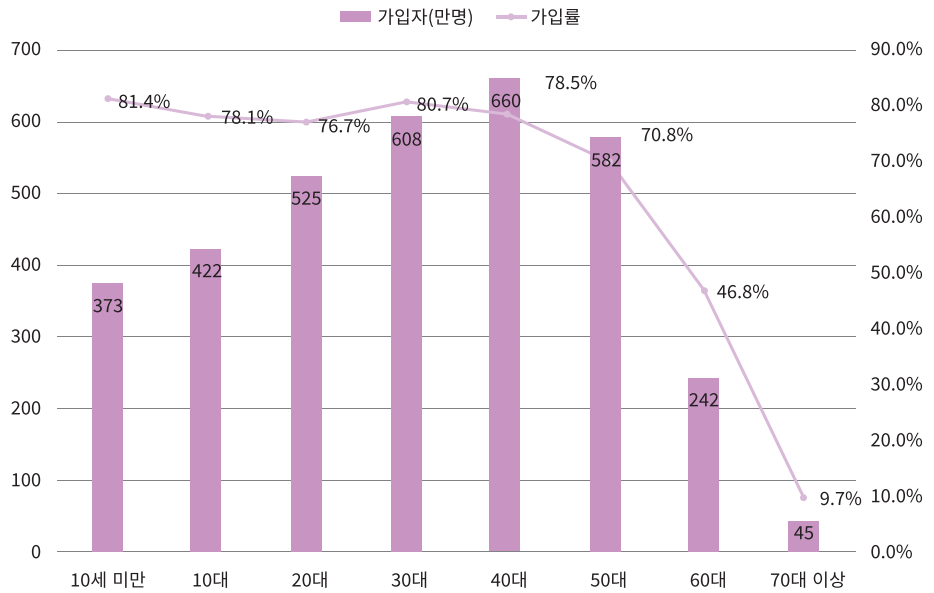
한의학에서는 표준약관을 개정하는 방식으로 실손의료보험에서 한의약 비급여 항목을 포함시키고자 하였다. 이러한 노력의 결과 2014년 7월 국민권익위원회에서 금융위원회와 보건복지부에 ‘실손의료보험 한방 비급여 의료비 보상 제도개선’을 권고하게 되었다.⁹⁾ 세부적인 내용으로는 ① 한의약 비급여 항목을 배제한 보험 표준약관 개정 ② 약침과 추나요법의 진료행위 비급여 명칭 표준화 ③ 한의약 의료 건강보장성 확대를 제시하였다. 표준약관 개정과 관련하여서는 치료목적 여부를 판단하기 쉽지 않다는 이유로 한의약 비급여 항목 전체를 보상하지 않는 것은 환자의 진료선택권 및 보험혜택 차별적 제한이므로, 입원 시 치료목적 판단 기준이 명확한 약침, 추나요법 진료행위에 대해서는 의료비를 보상하도록 표준약관을 개정하라는 것이었다. 또한 의과와 동일하게 한의과의 상급병실료 차액을 보상하도록 하는 내용도 포함되었다. 이에 2015년 한의사협회, 한방병원협회, 생명보험협회, 손해보험협회 주요 4개 단체에서 한의약 비급여 항목 진료 보장을 위해서 2018년까지 표준약관 개선을 추진하기로 하였다. 이를 위해 보험개발원 및 보험회사에서는 한의계에 대표성과 정확성을 높인 비급여를 포함한 한의 의료서비스 이용통계를 요청하였으며, 한의계에서는 비급여 보장 요구 항목의 표준화, 세분화, 적정 시행 횟수 등을 포함한 한의표준진료지침을 마련하고자 하였다. 하지만 한의계에서 추진하였던 한의표준임상진료지침사업은 2016년에 시작되어 6년이 지난 2022년에 마무리되었고, 그 사이에 한의계에서 비급여 보장 항목으로 요구했던 추나요법이 2019년 건강보험 급여화됨에 따라 자연스럽게 실손보험 보장범위에 포함되면서 관련 추가적인 논의가 원활하게 이루어지지 못하였다. 이후 2022년 이재명 대선후보가 대선후보 공약으로 ‘한의 비급여 보장을 위한 실손보험 보장 방안 마련’을 제시하며 관심이 증가하였으며, 2022년 10월 조규홍 신임 복지부 장관에게 한의사협회에서 5대 정책¹⁰⁾의 하나로 제안하고 있다.

한편으로 한의과에서도 치과와 같이 실손의료보험이 아닌 민간의료보험 상품이 2016년부터 30여 개의 정책형으로 출시되었으나¹¹⁾ 의과의 진단을 필수로 하고 있고, 보장내용이 한정적(철약 3회, 약침 5회, 물리치료 5회)이며, 이에 비해 보험료가 높은 편이어서 대중적인 인기를 얻지 못하고 판매가 중단되었다.

● 2. 실손보험의 현황 및 문제점

1) 실손의료보험 현황

우리나라가 전국민 건강보험¹²⁾을 도입한 이후로 실손의료보험은 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 항목과 급여 항목의 본인부담금을 보장하는 형태로 발전되어, 2017년 현재 3천4백만 명 이상이 가입한 대표 민간보험으로 성장하였다.¹³⁾ 실제 보험 가입이 어려운 60대와 70대를 제외하면 전 국민의 80% 이상이 실손보험 가입자로 보여진다. 이는 민간에서 다양한 비급여 항목이 새롭게 도입되고 있어, 전체 의료비 중 건강보험 보장률이 수 십 년간 60% 초반에 머무르면서 30% 이상의 의료비를 본인이 부담해야 하며<표 5>, 중증질환 발생 시 목돈이 들어갈 수 있다는 위험성 때문으로 추정된다. 실제 민간보험을 포함하면 건강보험 보장률이 70% 초반으로 높아지며,¹³⁾ 이는 OECD국가 평균과 비슷한 수준이다. 특히 새로운 의료기술이나 약물의 경우 대부분 급여 항목으로 지정되기까지 많은 시간이 소요됨에 따라 이에 대한 비급여 항목을 폭 넓게 보장하는 실손의료보험이 인기가 있는 것으로 보여진다.



[그림 5] 실손의료보험 연령별 가입자 현황 현황

자료: 한국신용정보원, 2017.

<표 4> 연도별 건강보험 보장률 및 개인직접 부담률

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
건강보험 보장률	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7
급여 본인부담률(A)	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2
비급여 본인부담률(B)	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1
개인직접부담률(A+B)	37.0	37.5	38.0	36.8	36.3	37.4	37.3

주: 국민건강보험공단에서 매년 발표하는 건강보험 보장률은 요양기관 대상의 표본조사를 통해 집계된 건강보험환자의 급여 및 비급여 진료비를 대상으로 산정된 수치임

자료: 건강보험정책연구원, 2018.

2) 실손의료보험의 문제점

(1) 실손의료보험 중심의 의료서비스 제공

실손의료보험은 국민건강보험의 부족한 보장성을 보완하고 상병으로 인한 국민의 의료비와 소득 상실 부담을 완화하면서 의료서비스 접근성을 제고하는 긍정적 역할을 수행하였다. 하지만 우리나라 인구의 80% 수준에서 실손의료보험을 가입한 상황에서 실손의료보험의 가입 여부와 보장내용에 따라서 의료이용이 달라지는 현상이 나타나고 있다. 다양한 연구에서 실손의료보험의 가입자가 비가입자에 비해서 의료이용량이 늘어나고 있다는 결과를 도출하고 있으며, 보장범위가 축소되면 해당 의료이용이 줄어드는 효과가 확인되기도 하였다.¹⁵⁾

실제로 2020년 기준 실손의료보험에서 지급한 비급여 행위 의료비 중 가장 높은 비중을 차지한 것은 도수치료로, 연간 도수치료로 지급한 보험금만 1조 1,319억 원 수준으로 나타났다. 그 뒤를 하지정맥류, 하이푸 시술, 비밸브 재건술이 뒤를 이었으며, 이들의 비급여 항목 의료비가 2018년 7,535억 원에서 2020년 기준 1조 4,035억원으로 2~3년 동안 2배 가까이 의료비가 증가한 것으로 나타났다.¹⁶⁾ 이러한 빠른 특정 의료행위에 대한 증가 추세는 획일적, 포괄적 보장의 상품구조의 맹점을 이용한 과잉 진료가 이루어지고 있는 것으로 보여질 수 있다. 반대로 백내장 수술의 경우 입원치료로 일괄 분류하여 실손의료보험에 청구하였던 관행이 2022년 대법원에서 위법하다고 판단한 이후에 입원 수술비 청구가 어려워지자 수술 건수가 약 90%가 줄어들었던 사례도 있다.¹⁷⁾

의료현장에서 급여 항목으로 가능한 치료를 실손의료보험이 적용되는 경우 고가의 비급여 항목으로 치료하거나, 지급하지 않은 치료도 실손의료보험이 적용되는 경우 치료를 진행하는 형태로 나타나고 있다. 특히 현재 실손의료보험에서 한의과 비급여 항목이 제한된 상황에서 한의 의료서비스는 의료 소비자의 선택 대상에서 제외되는 효과가 나타나고 있다. 이는 2014년에 국민권익위에서 우려하였던 차별적 보험혜택의 제공을 통하여 합리적인 의료 소비자의 선택을 제한하는 형태가 현실화되고 있다고 볼 수 있겠다.

(2) 불필요한 의료 이용과 건강보험 급여 지출 증가

실손의료보험을 포함한 민간의료보험의 가입이 의료 이용에 미치는 영향에 대해서는 다수의 연구가 진행되었으며 일부 상반된 결과가 있었지만 주로 의료 이용량을 증가시키는 요인으로 보고 있다.¹⁸⁾ 실손의료보험 가입자의 의료이용 증가는 건강보험의 급여 지출도 증가시키는 부작용을 가져오고, 나아가 정부에서 추진하는 건강보험 보장성 강화를 위해 재정을 사용할수록, 민간보험사가 지급해야 할 보험금을 줄여주는 ‘반사이익’으로 누수 된다는 비판이 있다.¹⁹⁾ 실제 보건사회연구원의 연구결과에 따르면 실손의료보험을 포함한 민간보험 가입자의 불필요한 의료 이용으로 증가한 건강보험 급여 항목의 추가 지출은 연간 약 6,000억 원 수준이며, 2013년~2017년까지 5년간 건강보험 보장성 확대로 민간 보험사가 얻은 이익의 규모는 1조 5,000억원으로 추정된다.²⁰⁾

또한 실손의료보험 가입자 중에서도 소수의 가입자가 대부분의 보험금을 청구하고 있어 형평성에 문제가 제기되고 있다. 보험연구원에 따르면 2019년 기준 입원 기준으로 실손의료보험 전체 가입자의 95%가 보험금을 청구하지 않거나, 연평균 50만원 이하의 소액만 청구하였다. 반면에 전체 청구자 중 상위 1%는 연평균 2,000만원을 보험금으로 수령하였으며, 이들이 받아간 보험금은 전체 중 15%를 차지하고 있다. 통원 기준으로도 전체 가입자의 80%가 보험금을 청구하지 않거나 연평균 10만원 이하였던 것에 비해 상위 1%는 연 평균 500만원을 수령하였다.²¹⁾ 보험금 청구가 많은 가입자는 실제 치료가 필요했을 경우도 있겠지만, 도덕적 해이 등으로 불필요한 의료이용을 하여 청구된 보험료도 다수 포함되어 있을 것으로 추정된다. 일부 가입자의 과다 의료이용은 실손의료보험의 손해율을 올리는 주된 원인으로 지목되고 있으며, 이로 인하여 인상되는 보험료의 경우 대다수의 다른 가입자가 함께 부담해야한다.

새롭게 도입된 4세대 실손의료보험에서는 보험금 누수가 많았던 일부 비급여 항목에 대해서 보장을 제한하고, 가입자의 의료이용량과 연계하여 보험료를 차등 적용하면서 이러한 문제점에 대해서 일부 해결이 될

것으로 보여진다. 하지만 근본적으로는 실손 의료보험에서 적용하고 있는 비급여 항목에 대한 관리를 강화하고, 건강보험 보장성 확대에 인하여 반사이익으로 민간 보험사에서 얻어가는 이익을 국민을 위해 환원하는 방법에 대한 고민이 필요하다.

(3) 보험청구 과정의 불편함으로 소액 청구 미비

실손의료보험은 가입자가 자유롭게 의료서비스를 이용하고 먼저 진료비를 본인이 부담한 이후에 관련 서류를 민간 보험사에 제출하여 사후에 보험금을 받는 구조로 되어 있다. 실손의료보험의 연간 보험금 청구 건수가 8천 5백만 건 정도로 많고, 보험금 청구에 필요한 서류가 5-6종 이상이며, 현재까지 다수가 종이서류를 이용하고 있어 보험금 청구 및 지급에 사회적으로 많은 자원이 투입되고 있다. 이를 가입자가 요청 시에 의료기관에서 보험중계센터로 직접 증빙서류를 전자전송하고, 보험회사에서 이 정보를 활용하여 심사 후 가입자에게 보험금을 지급하는 방안 등 청구를 간소화 하자는 의견은 오래전부터 제기되어 왔다. 이 경우 가입자는 보험료 청구 과정이 편리하고, 소액 보험료도 청구가 늘어날 것으로 보여진다. 실제 한국갤럽에서 실시한 설문조사에서 2018년 기준 실손의료보험 가입자의 보험금 미청구 비율은 47.5%로 절반수준이었으며, 미청구 이유로는 ‘진료금액이 소액(73.3%)’, 병원 방문이 귀찮고, 시간이 없음(44%), ‘까다로운 증빙서류 발송 절차(30.7%)’ 등으로 나타났다.²²⁾ 미청구 이유는 여러 가지로 표현되고 있지만 결국 청구과정의 번거로움으로 귀결되고 있어 청구 간소화가 필요한 것으로 보여진다.

하지만 의사협회에서는 민간 보험사의 편의를 위해서 의료기관에 책임을 부여하는 것은 적절치 않으며, 전산 청구과정에서 환자의 건강정보 등 민감한 개인정보의 유출 위험이 크다는 점을 들어 반대하고 있다. 또한 일부 환자단체에서도 개인의 청구자료를 바탕으로 보험사에서 보험금 지급이나 갹신 거절, 보험료 상승 등의 위험이 있다며 우려를 표하기도 하였다.²³⁾ 현재 실손의료보험 청구 간소화 규정을 담은 보험업법 개정안은 14년 만에 국회 정무위원회를 통과하였다.

한의 의료서비스는 급여 항목에 대한 치료비 중 본인부담금에서 자기부담금을 제외한 금액만이 실손의료보험 청구 대상이다. 한의원에서 받은 외래치료에 대한 최소 자기부담금이 1만원을 초과하는 급여 항목 치료비 중 본인부담금만을 실손의료비로 청구 가능하다. 하지만 진료비 통계²⁴⁾를 보면 한의원 외래 환자의 평균 본인부담금은 2019년 기준 7,776원, 2020년 8,226원, 2021년 8,546원으로 소폭 증가하고 있지만, 현재 평균 1만원 미만이다. 따라서 한의원에 외래 환자들은 대부분 실손의료보험으로 진료비를 청구할 수 없거나, 청구할 수 있더라도 소액인 경우가 다수였을 것으로 추정된다. 이러한 상황에서 실손의료보험 청구과정의 복잡하여 실제 청구까지 이루어진 경우는 극소수일 것으로 추정할 수 있겠다. 실손의료보험 청구 간소화가 이루어진다면, 소액의 금액도 환자가 청구하기 편리하여 실제 한의 의료기관에서의 실손의료보험 청구는 소폭이지만 증가할 것으로 보여진다.

● 3. 한의약 실손의료보험 보장성 강화

한의학 분야에서의 보험은 1987년 국민건강보험 내 한의학 의료서비스가 포함되면서 시작되었다. 하지만 당시 한국의 제한된 경제상황 등으로 인하여 한의학 의료서비스에 대해서 충분히 보상이 이루어지지 못하면서, 협약 중심의 비급여 항목을 중심으로 진료가 이루어졌다. 이후에 국민건강보험의 보장성이 강화되면서 2019년 추나요법이 급여화 되었고, 2020년 부터 협약은 건강보험 적용을 위한 시범사업이 진행되고 있다. 따라서 현재 한의계에서 범용적으로 활용되고 있는 비급여 항목은 약침요법, 일부 물리치료, 비급여 한약제제가 있으며, 이에 대한 실손의료보험에서의 보장이 필요하다.

보험업계에서는 관련 논의가 시작되었던 2013년부터 한의학 서비스의 비급여 항목은 진료행위의 세분화가 어렵고, 의약품 및 치료재료 등의 사용기준이 미비하며, 질병치료와 체질개선 또는 건강증진을 구분하기 어렵다는 이유 등으로 실손의료보험 적용이 어렵다고 주장하였다.²⁵⁾

한의계에서는 그동안 표준임상진료지침(CPG)와 표준임상경로(CP)를 개발하여 다양한 질환 대상 한의학 치료 중재에 대해 근거를 확보하였고, 행위정의 등을 통하여 진료행위를 세분화하는 작업을 진행하고 있다. 또한 2023년 헌법재판소에서 ‘비급여 보고제도’와 ‘비급여 진료전 사전 설명제도’가 위헌이 아니라는 판결을 내리면서 보건복지부에서는 2023년 전체 의료기관에서 총 672개 비급여 항목을 신고하도록 하고 있으며 2024년에는 보고항목을 1,212개로 확대해 나갈 예정이다. 이러한 비급여 항목에 대한 신고체계가 구축되면 한의계의 신뢰도 높은 비급여 항목의 진료 통계를 확보할 수 있어 보험상품 개발도 용이해질 것으로 보여진다.

한의학 의료서비스 중 비급여 항목에 대한 실손의료보험 미적용은 약 10년 전에 이미 국민권익위원회에서 국민의 진료선택권 및 보험 혜택 차별이라고 판단을 내렸다. 하지만 지난 10년 동안 한의계-보험업계가 이 문제에 대해서 적극적으로 해결하고자 하지 않아 현재까지 개선되지 않고 있다. 2023년 현재 의료 환경이 빠르게 변화하고 있고, 당시 보험업계가 주장하였던 자료를 한의계에서 충분히 제시할 수 있는 역량을 갖춘 것으로 보여진다. 늦었지만 지금부터라도 “국민의 진료선택권”을 보장하기 위해 한의계와 보험업계가 머리를 맞대고 해법을 모색할 필요가 있겠다. 또한 한의계 내부에서도 기존의 실손의료보험 관련 도덕적 해이 등을 예방하기 위해 내부 교육 및 제도화 방안을 위해 고민할 필요가 있겠다.



참고문헌

- 1) 신언항. 한국 건강보험법 시행 30년의 역사와 과제. 대한의법학회. 2007.
- 2) 양명생. 한국의료보험 진료수가 제정 및 인상 조정과정에 관한 연구. 경산대학교 박사 논문. 1993.
- 3) 한달선. 의료보험의 의료제도적 기능, 국민건강보험의 평가와 발전방향. 한국의학원. 2001.
- 4) 정일영, 신영전. 일제 식민지기 '원산노동병원'의 설립과 그 의의. 의사학회지. 2016.
- 5) 신언항. 의료보험발전 단계별 정책형성에 관한 연구. 연세대학교 박사 논문. 2006.
- 6) 보험연구원. 실손의료보험 현황 및 문제점. 2018.
- 7) 치과의료정책연구소. 국내외 민간치과보험 현황에 대한 기초자료 조사. 2014.
- 8) 한국신용정보원. 치아보험, 누가 얼마나 가입했을까. 2019.
- 9) 국민권익위원회. 「실손 의료보험」 한방 비급여 의료비 보상 제도개선. 2014.
- 10) 현대 진단기기 사용, 한의 물리치료 급여화, 장애인 주치제 참여, 실손의료보험 비급여 보장, 공공의료기관 한의과 설치
- 11) 동부화재 '한방애', KB손해보험보험 'KB든든양한방건강보험' 등
- 12) 1999년 12월 7일 '국민건강보험법'을 개정하고 2000년 1월 1일부터 시행하기로 하여, 이때부터 '의료보험' 대신 '건강보험'으로 사용되고 있다.
- 13) 보험연구원. 실손보험 현황과 개선방안. 2019.
- 14) 송윤아. 민영의료보험 가입유형별 의료이용 분석. 보건사회연구. 2022.
- 15) 이현복, 정홍주. 실손의료보험 보장범위 축소에 따른 가입자 의료이용 변화에 관한 연구. 보험학회지. 2016.
- 16) 아주경제 보도. 도수치료 등 '4대 비급여 항목' 실손 보험금, 지난해에만 1조4035억원. 2022.
- 17) YTN 보도. 보험금 줄자 백내장 수술 90% 급감 관련 분쟁은 늘어. 2023.
- 18) 김관옥, 신영전. 민간의료보험 가입이 의료비에 미친 영향 :실손의료보험을 중심으로. 비판사회정책. 2017.
- 19) 의협신문 보도. 건보-민간보험 연계...실손보험료 인하 유도. 2017.
- 20) 신현용. 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정. 국민건강보험공단. 2016.
- 21) 이데일리. "실손보험 가입자 95% "보험금 안타거나, 50만원 이하". 2020.
- 22) 조선비즈. "11년째 제자리걸음 '실손보험 청구 간소화', 이번에는 될까". 2020,
- 23) 청년의사. "보험사만 득보는 실손보험 청구간소화법, 왜 추진하나". 2023.
- 24) 건강보험심사평가원. 2022년 상반기 진료비통계. 2023.
- 25) 보험연구원. 실손의료보험의 한방법정비급여진료비 보장을 위한 선결조건. in KIRI Weekly. 2013.

현장 진료 반영을 위한 한의 시술 분야 행위정의 개정

서병관 경희대학교 한의과대학 교수
대한한의학회 보험이사



* 한의정책에 실린 모든 원고는 작성자 개인 의견으로 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

● 1. 의료 행위와 행위정의

1) 의료행위의 정의

의료현장에서 이루어지는 모든 행위가 법률적 판단의 대상이며 건강보험, 자동차보험, 산재보험 등의 수가 산정의 기준으로 활용되고 있음에도 불구하고 어떤 행위가 의료행위에 해당하는지 그 구체적인 범위를 법률에서 설정하고 있지 않으며¹⁾ 통상적인 범위 및 개별 사례에 대하여 전문가 및 이해관계자가 함께 참여하는 논의구조를 통하여 결정되는 특성을 가지고 있다.

의료법²⁾의 목적이 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는데 목적이 있으며(의료법 제1조), 이에 의료인의 범위를 보건복지부 장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사로서 그 종별에 따라 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지하도록 사명을 부여하고 있다(의료법 제2조). 의료행위는 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업 즉, 의료업을 하는 곳으로서 의료기관에서만 이루어질 수 있으며 각 상황에서의 예외를 아울러 명기하고 있다. 의료행위를 함에 있어 환자와 보호자가 의료행위를 하는 사람의 신분을 알 수 있도록 의료인 혹은 의료법의 부분 단서에 따라 의료행위를 하는 것이 인정되는 사람에게 명찰을 다는 등 의무를 부과하여 의료를 시행하는 사람이 명확하게 드러나도록 의무를 부과하고 있다(의료법 제4조).

의료법 제12조에서는 의료인이 하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행을 의료행위로 정의하고 의료 관계 법령에 따로 규정된 경우 외에는 누구든지 간섭하지 못하며 그 의료행위를 행하는 의료인에 대한 보호 등 의료기술 등에 대한 보호를 밝히고 있다.

의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부 그 밖의 진료에 관한 기록에 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다고 정하고 있으며(의료법 제22조), 이에 대하여 의료법 시행규칙에는 그 진료기록부에 기재해야 할 사항에 대하여 진료 받은 사람의 인적 사항, 주된 증상, 주된 증상과 관련한 병력, 가족력을 기록하고 그 진단결과 및 진단명, 진료경과, 치료내용(주사·투약·처치) 그리고 진료일시를 기재하도록 명시하고 있다.³⁾

2) 행위정의의 정의

통상적으로 의료행위라고 하면 의료를 행하는 것을 의미한다 할 수 있으나, 각 의료관계법령이나 개별 사안에 대한 판례가 다루는 의료행위의 해석 범위가 사안에 따라 일정하지는 않으나 의학, 한의학, 치의학, 조산학, 간호학 등 제도적 의료의 영역에서 사람의 건강을 보호하고 증진시키기 위하여 이루어지는 행위를 ‘당연의료’라 한다. 당연의료 외에서 이루어지는 행위 중에서 국민의 건강을 보호, 증진시키기 위하여 지도, 감독이나 규제가 필요한 행위를 ‘의제의료’라 정리하기도 한다.⁴⁾

우리나라에서는 국민건강보험법령 등 규정에 의하여 요양급여를 실시하고 비용을 산정하는 대상으로서 행위를 산정하고 있다. 진찰·처치·수술 및 기타의 치료에 대한 요양급여를 실시하는 경우 행위의 내용·성격을 따져서 상대가치를 산정하며 그 수가는 차등적용할 수 있는 등 건강보험 요양급여비용 및 급여기준의 대상 등 그 성격이 당연의료의 범주로 한정되는 특성을 가지며 행위의 성격을 급여와 비급여 행위로 구분하고 있다.

WHO에서는 International Classification of Health Interventions (ICHI)를 건강 관련 중재의 임상적이고 통계학적 목적으로 분석하고 보고하는 공통된 도구로서 정의하고 있다.⁵⁾ 보건의료 시스템의 full scope에 걸쳐서 폭넓은 범주의 진단, 약물, 수술, 정신건강, 일차의료, 기능지지, 재활, 전통의학 및 공공의료 등 중재를 분류하고 있다. 분류체계는 3개의 축으로 나뉘게 되며, (1) target 즉 action이 수행되는 범주, (2) action 즉 수행자가 target에 대하여 시행한 것, (3) means 즉 action이 실행되는 process와 methods를 기준으로 한 조합에 의하여 분류되며 각 target, action 및 means에 부여된 code의 조합으로서 건강행위를 분류하여 코딩하게 된다. ICD 및 ICF, 즉 진단 및 기능 등 WHO-FIC reference classification과 연계하여 의료현장을 분류하여 보고하는 도구로서 활용될 수 있으며, Beta-3 version은 2020년 10월 공개되었고 clinical intervention과 functioning intervention의 구성요소는 최종화되었으며, public health intervention이 최종 review를 마치는 2023년에는 최종화되어 공개될 것으로 예상된다.

3) 행위정의의 중요성

우리나라 수가제도는 건강보험 행위별수가제(fee-for-service)에 기반하고 있으며 의료기관에서 의료인이 제공한 의료서비스에 대해 서비스별로 가격(수가)을 정하여 사용량과 가격에 의해 진료비를 지불하는 방식으로 운영되고 있다.⁶⁾ 비급여 행위의 경우 의료기관 내외에 공개하는 형태로 운영되는데, 비급여 진료비용 등의 항목, 기준 및 금액 등에 대하여 현황조사·분석·공개 대상 의료기관을 대상으로 행위·약제 및 치료재료 등과 가격을 환자와 보호자에게 공지하여야 하며 건강보험심사평가원은 비급여 진료비용 등 정보를 수집할 수 있도록 하고 있다.⁷⁾

각 의료행위 정의에 기반하여 요양급여에 드는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도를 반영하여 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타난 상대가치점수를 산정하여 요양급여에 따른 사회적 편익 등을 고려하여 그 가치를 산정하고 있다.

따라서 의료현장에서 행위정의는 의료인에 의하여 이루어지는 의료행위를 target, action, means 등 기준에 따라 상호 독립적이고 인식 가능하도록 분류하는 체계로서, 의사업무량상대가치(Physician Work RVUs),

진료비용 상대가치(Practice Expense RVUs), 의료사고 위험도 상대가치(Professional Liability Insurance (PLI) RVUs)의 산정 기준이 된다.

현행 한의과 의료행위 분류체계는 다양한 버전이 존재하며 각각의 목적에 따른 특성을 가지고 있으나 실제 한의사의 교육, 연구, 진료 현장의 정보를 반영하는데 한계를 가지고 있어 현실적 개정이 필수적인 상황이다.

● 2. 한의과 의료행위 분류체계의 연혁

1) 2001년 한국한의표준의료행위분류

2001년 국내 한의사가 실제로 수행하는 한의의료행위를 기초로 하여 한의학회의 각 분과학회에서 제시된 한의의료행위에 따라 체계적으로 분류하였다. 한의학회에서 검토된 행위 특성에 따라 분류하며, 모든 행위는 단일 목적의 수행에 있어 독립적이어야 하며 행위의 수행에 있어서 상호 배타적이어야 한다는 원칙을 수립했으며 각 행위의 한의학적인 타당성을 검토하였다. 한국한의표준의료행위는 대분류를 ▲예방의료 및 건강증진 ▲진찰 및 관리 ▲검사 ▲침구수술 ▲재활 및 처치의 5가지 항목으로 구분하였으며, 각 대분류별로 각 행위가 갖는 의미를 구분하여 중분류를 설정하였고 실제 의료행위는 소분류에서 분류하였다.

특히 침 시술 행위를 살펴보면, 일반침, 특수침, 약침, 전자/광선침으로 분류하고 그 중분류를 일반침의 경우 취혈술, 지침술, 침자술, 침수기술로, 특수침을 특수침술, 분구침술, 원리응용침술, 시간응용침술, 체질이론침술로, 전자/광선침을 침전기자극술, 전자침술, 광선침술로 분류하였다.

2) 2008년 한국표준한의의료행위분류 개정

2001년 분류체계를 바탕으로 개정하여 대/중/소분류 하위에 세분류를 추가하였으며 약침술 하위에 세부적인 분류가 추가되는 등 실제 현장 정보를 반영하여 고도화되었다.

침 시술 행위를 살펴보면, 침법, 약침술로 구분하고 침법의 중분류를 취혈술, 침자술, 침수기술, 특수침술, 원리응용침술, 시간응용침술, 체질이론침술, 침전기자극술, 전자침술, 광선침술로 분류하고, 약침술을 약침보조술, 약침전술, 약침진침술, 약침자입술, 약침보사술, 경락장약침체질감별술, 분구약침술, 분구약자술, 경락장약침술, 경락장약자술, 특수약침술, 특수약자술 체질약자술 등 세분화한 것이 특징이다.

3) 2011년 한의의료행위분류 행위정의 개발 및 관리체계 구축 연구⁸⁾

2011년 건강보험 보장성 확대 등의 기초자료로 활용될 수 있도록 건강보험 급여 및 비급여, 산재보험 및 자동차보험을 포함한 한의의료행위에 대한 분류체계와 행위정의, 업무량 상대가치 및 근거자료를 포함하여 구축하였다.

침 시술 행위를 살펴보면, 침수기술, 침술, 특수침술(특수부위침술, 특수경혈침술, 특수침술, 구침술, 도침도술, 성형침술, 분구이론침술, 기기침술), 약침술(일반경혈약침술, 관절내약침술, 강내약침술, 경피약침술, 약침흡입술, 혈액약침술, 종양약침술, 매선술, 매식술, Gun약침술, 과민반응검사술), 침술마취술로 분류하였다.

4) 2013년 국제분류 호환을 위한 한국형 의료행위분류 및 상대가치 개발 연구 및 비급여 행위 항목별 분류체계 표준화 및 행위정의 개발 연구⁹⁾¹⁰⁾

급여 행위와 비급여 행위를 구분하여 2개의 보고서 형태로 제시하였으며 3 axis 기반의 분류를 도입하고 행위정의 기술서를 개발하였다.

침 시술 행위를 살펴 보면, 대분류를 침술, 약침술로 나누고 침술을 경혈침술, 특수부위침술, 특수경혈침술, 특수기법침술, 분구이론침술, 기기침술로 구분하였으며, 약침술은 일반경혈약침술, 관절내약침술, 강내약침술, 경피약침술, 약침흡입술, 혈액약침술 등으로 분류하였다.

5) 2017년 한국표준 한의과 의료행위 분류체계 개선 연구 및 2019년 한국표준 한의과 의료행위 행위정의기술서 개발 연구¹¹⁾¹²⁾

기존 연구 성과 및 분류 체계의 장단점, 제외국 사례 등을 분석하여 한의과 의료행위의 특성과 국제적인 분류체계의 주요 특성을 반영할 수 있는 분류체계를 개발하고 검토 합의 절차를 진행하였다. 행위분류의 일관된 기준 적용을 위해서 기존에 개발된 3 axis를 보완하고 3 axis의 components에 인식 code를 부여하여 한의과 의료행위의 인식성을 개선하였다.

현행 최신 버전인 한국표준한의과 의료행위 분류체계 및 행위정의 기술서는 대한한의학회 의료행위위원회에서 각 전문학회의 의료행위 전문가의 검토와 합의를 통하여 분류체계의 세부적인 적용 사항을 마련하여 총 8개장으로 편성되어 오늘에 이르고 있다. 아울러 의료행위 용어 통합 운영 시스템 및 웹 기반 통합운영체계를 마련하였다.

침 시술 행위 분류를 살펴보면 중분류로서 일반침술, 화침술, 온침술, 자락술, 도침술, 산침술, 침도침술, 매물침술, 매입통합침술, 전기자극술, 온열광자극술, 일반약침술, 약침흡입술, 종양약침술, 약침마취술, 경피활차약침술, 건약침술, 광선약침술, 전자약침술, 약침흡입술, 약침점적술로 분류하고, 세부적인 means에 의하여 소분류를 마련하였으며, 세분류로는 동의보감 등 한의서와 한의과대학 교과서 등의 해부구조 분류에 의한 target을 설정하였고, 아울러 수식자를 제공하여 추가적인 수가를 반영할 수 있는 틀을 마련하였다.

6) 한국건강행위분류 개발 4차연구¹³⁾ 및 5차연구¹⁴⁾

전통의학분야의 국제적 선도국으로서 한의과 의료행위분류체계를 국제적 표준으로 반영하기 위한 전략으로서 WHO-FIC ICHI의 분류원칙에 따른 한의행위통합본을 마련하고 현장적용시험을 시행하여 정비요소를 분석하고 개선방안을 마련하였다.

ICHI 개발 동향에 맞추어 대한민국 국내 분류의 작성 기준으로서 ICHI의 내용 타당성과 분류체계의 일관성, 안전성을 파악하고 국제 분류 개선의견을 도출하고 체계적 국내 현장 도입을 위한 방안을 마련하기 위하여 ICHI에 한의행위코드를 연계하였다. 대한민국 한의과 의료 현장을 그대로 반영하기 위하여 한의학회에서 가장 널리 받아들여지는 한의과의료행위 분류체계와 용어 체계를 선정하고 대한침구의학회 ICHI위원회, 대한한의학회 의료행위위원회 등 전문가 자문, 심의, 합의에 의거하여 대한민국 한의과 임상 현장의 특성을

반영하기 위한 mapping 기준과 방법을 마련하였다. 한의과 의료행위 분류체계의 전환 코딩을 위한 action, means, target 및 index term을 선정하고, 한의과 의료행위 ICHI 연계 테이블을 마련함. ICHI Beta-2 2019와 함께 한의통합본을 구축하고 통계청의 한국 건강행위분류 운영프로그램에 통합하여 현장시험을 통한 분류 내용의 적합성을 검증하였다.

● 3. 한의과 의료행위 분류체계의 현재

1) 현행 한의과 건강보험 급여 행위 현황

2한의 건강보험 급여의 범위는 행위와 재료, 약재의 혼합 형태를 가지고 있다. 의료행위 관련하여서는 진찰 항목의 기본진료료 8대 항목, 검사 항목의 6개 검사료 항목, 투약 및 조제료 항목의 외래 및 퇴원환자 조제료, 입원환자 조제 복약지도료, 처치 및 시술 항목의 11개 처치료 항목, 15개 시술료 항목, 3개 한방정신요법료 항목이 존재하고 있다.¹⁵⁾

<표 1> 한의과 건강보험 급여 행위

급여구분	항목	내역
급여	진찰	기본진료료: 8대 항목 (진찰료, 입원료, 회송료, 낮병동 입원료, 협의진찰료, 성인 또는 소아 집중 치료실 입원료, 가정간 기본방문료(1일당))
	검사	검사료: 6개 항목 (양도락검사, 맥전도 검사, 경락기능검사, 현훈검사, 인성검사, 치매검사)
	약제	단미엑스산제 68종 혼합엑스산제 56개 처방
	투약 및 조제료	외래·퇴원환자조제료[1회당] 입원환자 조제·복약지도료[1일당]
	처치 및 시술	처치료: 11개 항목(관장, 체위변경처치[1일당], 회음부간호[1일당], 침상목욕 간호[1일당], 통목욕 간호[1일당], 총관도수법, 접대총관도수법, 일반 처치, 산소흡입, 비위관삽관술, 비강내영양) 시술료: 15개 항목(경혈침술, 안와내 침술, 비강내 침술, 복강내 침술, 관절내 침술, 척추간 침술, 투자법 침술, 전자침술, 레이저 침술, 분구침술, 침 전기자극술, 구술, 부항술, 변증기술료, 온냉경락요법) 한방정신요법료: 3개 항목(개인정신치료, 정신과적 개인력조사, 가족치료)
식대	입원환자 식대·양방과 동일	

출처: 대한침구의학회

2) 한의과 비급여 대상 행위

행위 비급여 목록으로서 한방검사료, 한방시술 및 처치료가 포함되어 있다. 한약첩약 및 기성 한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제, 운동요법, 전자요법 등의 한방물리요법, 약침술, 금침, 경혈부위 자극술, 맥파검사, 사상체질검사, 골도법검사, 경피온열검사, 생기능검사, 전음기양도측, 정검사, 근력수행평가검사, 자율훈련법, 색채요법, 향기요법, 언어치료, 청장요법(장세척), 통전약물요법 등 비급여대상 행위는 실제 임상 현장의 그것에 비하여 매우 제한적이며 분류체계의 일관성 및 확장성이 제한적이다.

3) 건강보험심사평가원 EDI 분류

한의원 현장의 주요 수가 항목인 시술료 관련한 건강보험심사평가원의 EDI 분류는 경혈침술, 안와내침술, 비강내침술, 복강내침술, 관절내침술, 척추간침술, 투자법침술, 전자침술, 레이저침술, 분구침술 등, 침전기자극술, 약침술 등으로 실제 한의과대학 교육 현장 및 임상 진료 현장의 진료 행위, 사용 도구, 실행 방법, 시행 대상 등에 비하여 현저히 포괄적이며 제한적인 특성을 보이며 이로 인한 임상 현장의 제한 및 왜곡 발생의 원인이 되고 있다.

<표 2> 건강보험심사평가원 EDI 분류

시술료	40011-40012 경혈침술
	40030 안와내 침술
	40040 비강내 침술
	40050 복강내 침술
	40060 관절내 침술
	40070 척추간 침술
	40080 투자법 침술
	40092 전자침술
	40100 레이저 침술
	40120 분구침술 등 (피내침, 피부침, 자석침)
	40091 침전기자극술
	49020 약침술

출처: 대한침구의학회

● 4. 교과서 기반 침, 뜸, 부항 분류체계 개편 방안

1) 현행 분류체계의 문제와 극복 방안

한의 의료기관의 수입에서 건강보험 의존율은 높아지는 경향을 확인할 수 있으며 주로 1인 개원 의원급 의료기관이 많은 경향과 함께 기기, 재료 및 약제 보다는 시술 위주의 경영 특성을 보인다.¹⁶⁾ 건강보험 적용을 받는 침술, 부항술, 구술에 대하여 한의의료기관의 원가분석 연구 결과에 의한 수가대비 건강보험 수가근 각기 20.1%, 29.7%, 27.2%로서 한의 의료기관이 경영상의 특성을 고려한 수가에 비하여 현저히 낮은 특성을 보이는데 비급여 진료비 비중이 지속 감소하는 현상을 고려할 때 한의 의료기관의 어려움을 가중시키는 주요 인자로 볼 수 있다. 침술 관련 시술이 횡수도 가장 많고 비용도 많이 발생하므로 침 시술 관련 수가의 개선없이 수가 현실화는 불가능하다고 보고되었다. 특히 임상 현장에서 적용하는 침 재료의 양, 침 시술 관련 재료대의 증가, 관련 규정의 강화로 인한 인건비, 시설비, 재료대 등의 증가, 1일 내원 시 침 시술 범위가 늘어나도록 요구하는 환자 진료 특성의 변화 등이 영향을 미치는 것으로 보고 있다.

현행 건강보험요양급여비용에 등재 및 분류되어 있는 침, 뜸, 부항에 대한 시술 행위에는 실제 한의사가 임상에서 활용하고 있는 행위 중 누락된 행위가 다수 존재하며, 임상에서 업무량 및 소모성 비용에 뚜렷한 차이가 있는 행위를 명확하게 구분하지 못하는 문제가 있다. 분류체계 현장 적용의 주 사용자인 공급자, 보험자 및 관련자들의 수용성을 제고하기 위하여 한의 진료의 특성을 반영하면서도 기존 분류체계(EDI) 등과 연계되어야 한다.

이러한 문제를 해결하기 위해 2017년 ‘한국표준 한의과 의료행위 분류체계’ 개발을 통해 한의계에서 활용하고 있는 의료행위를 포괄적으로 수집하여 3 Axis를 기반으로 체계적인 분류체계를 1차적으로 완성하였으나 한의계에 존재하는 다수의 행위를 포괄적으로 수집하는 과정에서 행위분류 체계에 일관성이 부족한 부분이 존재하여 이에 대한 개선이 필요하다.

2) 교과서 기반 침 시술 행위 분류체계 개선 방안¹⁷⁾

주요 한의과 시술행위에 해당하는 침, 뜸, 부항에 대한 분류를 침구의학 교과서를 바탕으로 시술 방법(Action)과 시술 도구 및 재료(Means)를 기준으로 재분류하여, 시술 방법에 따른 난이도 차이와 시술 도구 및 재료의 차이에 따른 비용 차이를 상대가치와 수가에 반영할 수 있어야 한다.

침구의학 교과서에서는 침술 도구의 기원이 되는 다양한 형태의 침을 구침(九鍼)으로 제시하고 있으며, 한의학의 발전 및 현대화에 따라 다양한 형태로 변형, 응용 및 발전된 과정을 구조화하였으며 교육 현장에서 적용한 결과를 한의사국가고시, 전문의자격시험 등을 통하여 평가에 활용하고 있다.

<표 3> 침구의학 교과서의 침을 시술하는 방식의 분류

五刺	半刺, 豹文刺, 關刺, 合谷刺, 輪刺
九刺	兪刺, 遠道刺, 經刺, 絡刺, 分刺, 大瀉刺, 毛刺, 巨刺, 焮刺
十二刺	偶刺, 報刺, 恢刺, 齊刺, 揚刺, 直鍼刺, 輪刺, 浮刺, 短刺, 陰刺, 傍鍼刺, 贊刺

출처: 대한침구의학회

오자(五刺), 구자(九刺), 십이자(十二刺)에는 일반적인 호침을 사용해서 단순하게 피부를 찌르는 침 시술 방법 외에도, 표4와 같은 다양한 형태의 침 시술 방법을 제시하고 있다.

<표 4> 고전침자법을 기반으로 한 침 시술 방법의 분류

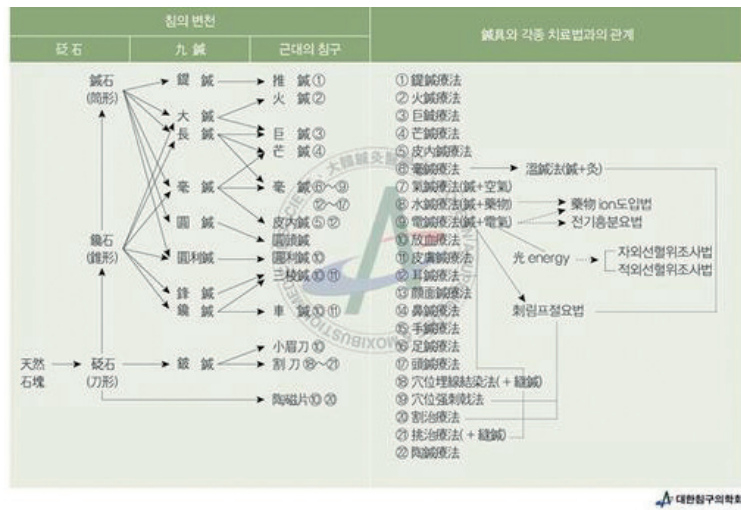
침자법	정의 및 설명
豹文刺	혈위의 전후 좌우를 산자하여, 세소혈맥을 찢러 경락 중의 울혈을 방출
絡刺	체표의 울혈된 세소락맥을 천자하여 소락을 출혈
贊刺	삼릉침이나 소미도를 사용하여 여러 차례 천자
關刺	사지관절 부근의 건이 골에 부착하는 부위 위에 자침하는 방법으로, 비교적 깊게 자입
恢刺	근건의 측방으로 자입하고, 근건의 전후 다방향으로 횡침 투자
合谷刺	기육 중에 사자하여 鷄爪의 형태와 같이 몇 개의 방향으로 투자하는 자법, 자침 시 기육이 풍후한 부위에 먼저 직자하여 득기시킨 후에 다시 피하까지 침을 끌어낸 후 좌우로 나누어 사자
分刺	침이 심층 근육까지 다다르게하는 자법
輪刺	수직으로 자침과 발침을 시행하여 골격까지 심자
短刺	요동시키면서 자침하여 골격에 직접 닿도록 심자한 후 골격 부근에서 상하로 침을 진퇴시키는 자법, 골격부근에서 침을 상하로 진퇴시켜 윤자법을 보충
大瀉刺	피침으로 화농된 응저를 절개하여 배농하는 자법
焮刺	침을 붉게 달구어 체표에 자입하는 자법

출처: 대한침구의학회

3) 교과서 기반 침술 행위 분류체계 개선 방안

시술 난이도와 사용 재료를 반영하기 위해 시술방식과 침의 종류를 중심으로 우선적인 재분류가 필요하며 한의과 진료 현장의 실제 행위를 반영하기 위하여 대상 등에 대한 추가적인 논의가 필요할 것으로 사료된다.

침 시술의 도구와 각종 치료법과의 관계를 고려할 때 중분류로 사혈, 안압, 절개, 침 삽입 자극, 온열 침 자극, 매입, 전기 자극, 광자극으로 분류하고 각기 재료에 따라 사혈의 경우 피부침, 차침, 삼릉침, 도침 등으로 분류하고, 침 삽입 자극의 경우 호침, 장침 등의 분류 하에 호침술, 투자침술, 사암침법, 분구침법 등을 분류하고, 매입의 경우 피내침, 금침, 매선침, 철봉침 등으로 재분류 세분화하는 전략의 도입이 필요하다 할 수 있다.



[그림 5] 요통에 대한 추나요법의 경제성 평가연구

출처: 대한침구의학회

4) 교과서 기반 구술 행위 분류체계 개선 방안

현행 건강보험심사평가원 EDI 분류는 구술을 직접구와 간접구로 나누고 있으며, 직접구는 직접해주구(40304)와 반흔구(40305), 간접구는 간접해주구(40306)과 기기구술(40307)로 분류하고 있어 뜸 재료, 자극 방법 등을 포괄하고 있지 못하며 임상 현장의 새로운 도구를 반영하는 틀로서 작동이 어려운 상황이다.

구법에 쓰인 재료는 최초에 일반적으로 수지 등을 이용하여 연소하는 방법이었고, 애용이 구법의 주요 연료가 된 것은 춘추전국시대부터이다. 최근 이용되는 직접구는 일반적으로 애주가 작으나 진료 목적에 따라 도구의 특성이 다양하여 화농구, 유힌구, 무흔구 등 여러 종류로 나눌 수 있으며, 애용과 피부 사이에 부과하는 물질의 특성에 따라 구분하는 간접구도 있다. 종이로 애용을 싸서 만든 뜸의 훈연을 활용한 온동구(溫筒灸)등 뿐 아니라, 일광, 전기, 천구(발포요법), 훈증구, 구배법, 애대법, 기기를 사용한 다양한 구법이 존재한다.

사용사 수용성을 위하여 현행 체계와 연계성을 고려하여, 뜸을 시술하는 열원을 신체에 접촉하는지 여부에 따른 시술 방식의 차이를 중심으로 직접 뜸 자극과 간접 뜸 자극으로 구분하고 하위에 적용하는 뜸 기기 또는 재료를 바탕으로 화농구, 소애주구, 대애주구, 연소식 기기구, 전자식 기기구, 천구, 접촉식 레이저 뜸, 애대 등

직접 뜸 자극과 함께 간접 애주구, 연소식 기기구, 전자식 기기구, 봉애주, 약애조, 비접촉식 레이저 뜸, 일광구, 양수구, 훈증구, 구배 등 간접 뜸 자극으로 재분류 세분화하는 방안을 고려할 수 있다.

5. 제언

앞서 살펴본 바와 같이 한의과 의료행위 분류체계는 수가의 기준으로서 건강보험심사평가원 요양급여비용 및 급여기준으로서 행위정의와 대한한의학회에서 전문분과학회의 참여로 운영하는 의료행위위원회에서 급여 및 비급여 행위를 포괄하여 수집하고 분류한 한국 표준 한의과 의료행위 분류체계가 존재하고 있다. 심사평가원의 급여기준으로서 행위는 단순하여 사용자가 활용하기 편하여 수가의 기준으로 활용할 때에는 유리한 부분이 있으나, 학회 중심으로 수집하고 분류한 행위에 비하여 실제 한의 임상을 반영하기 어려우며 새로운 재료, 도구, 기기 및 행위의 개발과 반영이 어려운 단점이 존재한다. 또한 현행 한국 표준 한의과 의료행위분류체계 역시 기존 분류의 개정으로서 수가의 기준으로 적용하기 위한 단순성이 개입되어 한계를 나타내고 있다. 사용자 수용성을 고려할 때, 의료행위 수행자이자 공급자의 교육 및 평가에 활용한 기준으로서 한의과대학 공통 교과서 및 문헌을 기반으로 근거를 갖춘 분류체계 도입이 필수적이다. 특히 한의 임상 현장의 경영에서 건강보험 급여 대상 행위의 비중이 높아지며, 환자의 요구도 역시 보험 급여 대상을 중심으로 이루어지는 현실을 고려할 때, 침 시술 분야부터 도구 및 시술방법을 중심으로 의료행위의 재분류 세분화 작업을 진행함으로써 한의 진료 현장을 보다 정확하게 분석하고 보고하는 도구로서 분류체계를 개선할 수 있을 뿐 아니라 부정확한 분류체계에 의한 임상 현장의 왜곡없이 국민건강의 개선에 이바지할 수 있을 것으로 기대된다.

참고문헌

- 1) 의료행위란 무엇인가요? 보건복지부 보건복지상담센터. https://www.129.go.kr/faq/faq01_view.jsp?n=2000
- 2) 의료법. 법률 제19421호. 2023.05.19. 일부 개정
- 3) 의료법 시행규칙. 보건복지부령 제918호. 2022.11.22. 타법개정
- 4) 의료행위에 관한 용어정리 및 판례 분석. 노태헌. 의료법학. 2010.11(2). 11-71.
- 5) International Classification of Health Interventions (ICHI). <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>
- 6) 우리나라 진료비 지불 제도. 건강보험심사평가원. www.hira.or.kr
- 7) 비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준. 보건복지부 고시 제2021-100호. 2021.03.29. 일부개정
- 8) 한국형 의료행위분류 한의의료행위분류 행위정의 개발 및 관리체계 구축 연구. 대한한의사협회. 2011
- 9) 국제분류 호환을 위한 한국형 의료행위분류 및 상대가치 개발 연구. 대한한의학회. 대한한의사협회. 2013
- 10) 비급여 행위 항목별 분류체계 표준화 및 행위정의 개발 연구. 대한한의학회. 대한한의사협회. 2013
- 11) 2017년 한국표준 한의과 의료행위 분류체계 개선 연구. 대한한의학회. 건강보험심사평가원. 2017
- 12) 2019년 한국표준 한의과 의료행위 행위정의기술서 개발 연구. 대한한의학회. 대한한의학회. 2019
- 13) 한국건강행위분류 개발 4차 연구. 대한한의학회, 대한치의학회. 통계청. 2020
- 14) 한국건강행위분류 개발 5차 연구. 대한치의학회, 대한한의학회. 통계청. 2021
- 15) 건강보험 요양급여비용. 건강보험심사평가원. 2023
- 16) 한의원 경영수지 분석. 대한한의사협회. 2014.
- 17) 침구의학. 대한침구의학회 교재편찬위원회. 한미의학. 2020

한 의계 건강보험 정책방향

이은경 함소아제약 의학기술연구소 센터장



* 한의정책에 실린 모든 원고는 작성자 개인 의견으로 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

● 들어가며

한의 건강보험의 정책방향을 살펴보기 위해서는 현 정부의 건강보험 관련 정책의 흐름을 우선적으로 살펴보아야 한다. 기존 한의 건강보험 보장성의 확대는 정부 보장성 확대정책과 맞물려 있었기 때문이다. 또한 한의 정책은 보건의료시스템 전반과 따로 작동할 수 없기 때문에 현재 보건의료계의 주된 이슈도 같이 검토되어야 한다. 이를 위해 먼저 현 정부의 건강보험 정책을 주로 살펴보았다. 동시에 현재 가장 이슈가 되고 있는 일차의료 만성질환 관리에 대한 정부 정책도 조사하고 그 과정에서 한의 건강보험 정책에 참고할 수 있는 시사점을 도출하였다. 마지막으로 한의 건강보험의 현재 상황을 몇 가지 통계를 통해 짚어보고 정부 정책방향과 현 한의계 상황에 맞는 정책방향에 대한 제언을 진행하였다. 각각의 주제에 대해 깊이 있는 논의는 본 지면에서 다루지 않았다. 건강보험을 제외한 타 공보험(자동차보험), 민간보험(실비보험) 및 본인부담 비급여 등도 논의하지 못했다. 한의 건강보험에 대한 개괄적 제언으로 본 기고를 갈음하고자 한다.

● 1. 정부 건강보험 정책 방향

의료정책에서 중요한 과제는 의료서비스 구매 비용의 부담을 줄여주는 것이다. 특히 한국 건강보장이 저부담-저수가-저보장이라는 특징으로 출발한 이래 건강보험의 주요 정책방향은 급여범위를 확대하고 수가를 올리는 이른바 ‘보장성 확대 정책’이었다. 한국은 1989년 전국민의료보험을 달성하고 2000년 건강보험 통합으로 의료비를 사회적으로 부담하는 시스템을 매우 빠르게 확대해 왔다. 하지만 빠르게 전국민 건강보험을 확대하는 과정에서 재정적 한계로 인해 국민 저부담 - 낮은 보장률의 구조로 발전해갔다. 낮은 의료기관 보상(저수가)과 높은 본인부담률(저보장), 의료기관의 자유로운 비급여 수익창출 보장 등 근본적 갈등요인을 가진 채 발전한 것이다. 부족한 재정으로 보험 확대를 서두르다 보니 의료기관에는 낮은 보상(저수가)을 강제할 수밖에 없었고, 대신 의료기관에는 비급여 수익창출과 운영의 자유를 주었다.

이런 구조를 개혁하기 위해 90년대 후반에서 2000년대 초반 사이 재정책보를 통한 보장성 확대가 핵심 보건의료정책으로 추진되었다. 의약분업 이후 4-50%의 보장률을 6-70%로 끌어올리기 위한 노력이 지속되었고 정부마다 암부터 무상의료(노무현정부), 4대 중증질환 보장성강화(박근혜정부),

문케어(문재인정부) 등의 보장성 확대정책을 추진해왔다. 보장률을 끌어올리기 위해서는 의료기관이 비급여로 행하던 행위를 급여범위로 포함시켜야 하며 비급여 행위의 건보 수가 책정과 급여기준이 주요 정책 이슈가 되었다. 하지만 보장성을 확대하면 비급여가 같이 커지는 풍선효과 등으로 인해 보장성 확대로 인한 보장률의 상승은 달성하지 못하고 있다. 더불어 국민 총 의료비는 급격하게 성장하면서 고령사회라는 변화에 직면하게 되었다. 이러한 배경 하에 이번 정부에서는 건강보험 보장성 보다 건강보험 지속가능성을 가장 우선 과제로 제기하고 있다.

1) 건강보험 지속가능성 확보¹⁾

(1) 보장성 강화가 아니라 지속가능성 제고방안

문재인 정부의 문케어까지는 건강보험 보장성 강화방안이 건강보험정책의 주된 내용이었다. 하지만 윤석열 정부에서는 건강보험 정책의 목적을 “건강보험 지속가능성” “필수의료 기반 강화”라고 명시하고 있다. 그간의 광범위한 건강보험 보장성 강화정책은 의료접근성을 제고하는 순기능에도 불구하고 과잉진료 등 지속가능성에 대한 우려를 야기하고 있다는 판단 하에, 건강보험 지속가능성을 확보하여 ▲국민 생명과 직결된 필수의료 ▲국민 부담이 큰 재난적 의료비에 대한 지원 강화에 집중할 계획임을 밝혔다. 국정과제 66번째는 「필수의료 기반 강화 및 의료비 부담 완화」로 ▲빈틈없는 건강보험 재정관리를 통한 지속가능성 제고, ▲공평한 건강보험료 부과를 통해 신뢰받는 건강보험제도 구축, ▲필수의료 인력 및 인프라 강화, ▲재난적 의료비 등 지원 확대의 4가지를 들고 있다. 즉, 건강보험 지속가능성 제고를 첫 번째 우선 과제로 선정하고 있는 것이다.

이를 위한 세부 정책에서는 건강보험 지출 효율화가 제시되었다. • 급여기준·항목 재점검, • 공정한 자격부과제도 운영, • 합리적 의료이용 유도, • 재정 누수 점검 및 비급여 관리 등이 우선 과제이다. 추가적으로 지불제도 다변화, 의료서비스의 가격결정체계 혁신, 건강보험 수입구조 효율화, 건강보험 투명성 및 관리 프로세스 개선 등이 후속 과제로 조치될 계획이다.

<표 1> 정부 건강보험 지속가능성 제고 방안

		세부 추진과제
관리·운영 혁신 방안 (즉시 추진)	의료적 필요도기반 급여기준· 항목 재점검	① 보장성 강화 항목 및 계획 재점검
		② 약품비 관리 강화
		③ 치료재료실거래가 조사방식 및 재평가 개선
		④ 요양병원 관리 강화
	공정한 자격·부과제도 운영	① 외국인 등에 대한 건보가입자격 정비
		② 건강보험 자격 도용 방지
		③ 건강보험료 부과·징수 관리 강화
	합리적 의료이용 유도	① 과다 의료이용자 관리 강화
		② 산정특례제도 기준 및 관리 강화
		③ 본인부담상한제 합리화
	불법행위 엄단 및 비급여 관리 혁신	① 건강보험 재정지킴이 신고센터 운영
		② 불법개설·부당청구 기관 관리 강화
③ 건보재정누수 차단 및 경영 혁신		
④ 비급여 및 실손 보험연계관리 강화		
제도·구조 개편 방향 (추후 발표)	① 지출구조개편	
	② 수입구조개편	
	③ 재정관리구조개편	

(2) 근골격계 질환에 대한 보장성의 신중한 검토와 의학적 필요도에 근거한 급여화

다음 특징은 근골격계 질환 보장성에 대한 신중한 검토이다. 정부는 근골격계 질환에 대해 필수적 의료와 같이 검토 대상에 포함되어 있다고 지적하면서 근골격계 질환을 필수적 의료와 구분해 보장성에 신중한 접근이 필요함을 강조하고 있다. 특히 기 급여화된 MRI, 초음파 등은 ‘재정목표’ 대비 지출 초과 항목, 이상사례 발견 항목 중심으로 급여기준을 명확화하고 개선할 것을 결정했다. 또한 급여 전환된 등재·기준 비급여 항목도 이용량, 급여기준 등을 검토·분석한 후 필요시 개선을 추진하겠다고 밝혔다.

[보장성 강화 계획]

근골격계 질환*은 생명과 직결되지 않는 선택적 의료가 다수 혼재되어 있으나, 다른 필수적 의료와 같이 검토대상에 포함

- * 남은 보장성 강화 검토대상: 근골격계 MRI·초음파, 척추·근골격 관련 등재·기준 비급여 등
- 국내 질환자*가 많고 고령화, 만성질환 증가 추세로 과잉이용·지출증증 가능성도 높아 신중한 검토 필요
- * '19년 국내 근골격계 질환자수 1,761만 명, 이 중 50대 이상이 60%

향후 급여화는 의학적 필요에 따라 급여화 여부를 신중하게 검토하기로 했다. 근골격계 등 MRI·초음파는 의학적 타당성 등을 검토해 필수적인 항목 중심으로 제한적 급여화를 추진하고 그 외 등재·기준비급여는 의학적 유용성, 치료효과성, 재정부담 등 급여진입 기준 적합여부를 재검토한 후 급여화하겠다는 계획이다.

(3) 의료이용에 대한 관리방안 도입

다음으로 현재 과다 의료이용의 문제가 심각하다고 보고, 이를 관리할 수 있는 방안을 제시하고 있다. 핵심 내용은 과다한 의료이용자에 대한 관리강화와 본인부담상한제의 합리화 등이다. 현행 건강보험체계에서는 과다 의료이용·공급에 대한 관리기전이 부족하여 도덕적 해이 및 불필요한 의료비용이 발생하고 있다는 문제의식이다. 그 외에도 사무장병원 등 의료기관의 불법 개설 및 부당청구에 대한 관리 강화도 강조하고 있다. 건보공단 특사경 부여(사법경찰직무법 개정안 법사위 계류 중), 은닉재산 제보자 신고 포상제 도입, 현지조사 확대 등 요양기관 부당청구 관리 강화가 주 내용이다.

[과다 의료이용자 관리 강화]

- ① (본인 부담) '외래의료이용량 기반 본인부담률 차등제(가칭)' 등 검토
 - 연간 365회 초과 외래이용에 대해 본인부담률 90% 적용(현재 평균 20%), 중증질환 등 의료이용이 불가피한 경우에 대한 예외기준 마련 병행
- ② (사후 관리) 의료이용 모니터링, 의료기관 기획조사 등 추진
 - △과다의료이용자 등록·관리시스템 등 모니터링 체계 구축, △하루 여러 의료기관을 이용하는 일일 과다이용자 대상 집중상담 강화 및 과다이용 관리기전 검토
 - 본인부담면제·할인(의료법 제27조 위반) 등 과다이용 조장 의료기관 기획조사
- ③ (실손 연계) 의료 이용의 도덕적 해이 방지를 위해 실손보험의 급여·비급여 보장 범위·수준 등 상품구조 개편 지속 협의(금융위)

[본인부담상한제 합리화]

- ① (요양병원 적정 이용) 소득하위 구간에만 적용 중인 요양병원 장기입원(120일 초과) 별도 상한을 소득 상위 구간(4~7구간)까지 확대 적용
- ② (소득상위계층 상한 조정) 소득 상위 30%에 해당하는 5~7구간은 상한액을 인상(年평균 소득의 10% 수준)
- ③ (종별 기능 정립) 경증질환(105개) 상급종합병원 외래는 적용 제외
- ④ (실손 이중수령 방지) 건강보험 본인부담상한제 환급금과 실손보험금 이중수령 방지 방안 마련(감사원 제도개선 권고)

2) 보장성은 필수의료에 집중

필수의료의 정의는 다양하지만 현 정부가 이야기하는 필수의료란 생명에 직결되거나 수요 감소, 기피과목 등 필수분야를 의미한다. 복지부에서는 2023년 업무보고에서 1단계로 중증·응급, 분만, 소아 진료 강화체계를 구축하고 2단계로 진료환경 미비·전문인력 부족으로 인해 적정 치료가 곤란한 필수의료 분야의 지원정책 추진을 발표했다. 이에 따라 2022년 12년 건강보험 지속가능성 제고 및 필수의료 지원 대책(안)이 발표되었다. 정부에서 우선적으로 해결을 제시하고 있는 필수의료는 분만 소아 응급 중증 등의 영역이다. 전 국민이 언제 어디서든 골든타임 내 중증·응급, 분만, 소아진료를 제공받는 체계를 구축하는 것을 목표로 행위별 수가의 한계를 보완해 필수医료를 지원할 수 있는 공공정책수가를 도입하겠다는 것이다.

공공정책수가의 도입

공공정책수가는 필수의료분야에 한정해서 기관협력체계 단위 보상을 도입하고 의료서비스의 질 성과기반 보상을 강화하겠다는 정책이다.

<표 2> 공공정책수가 주요 특징

	일반수가	공공정책수가
대상	전체 의료 분야	필수 의료 분야
특징	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 개별 행위기반 보상 ▶ 서비스 제공량 기준 지급 ⇒ 저빈도·저수익 필수의료는 의료공급이 줄어드는 부작용 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 기관·협력체계 단위 보상 도입 ▶ 의료서비스 질·성과 기반 보상 강화 ▶ 지역 특성, 수요·공급 반영한 보상 ⇒ 한정된 자원의 효율적 활용 및 기반 확충을 통한 필수의료 적정 제공 유도

공공정책수가의 적용기준(안)은 필수성, 공공성, 균형성에 있다. ▪ (필수성) 국민의 생명과 안전 및 건강한 삶 유지를 위해 필수적인 분야, ▪ (공공성) 수요 또는 공급 감소로 시장을 통한 적정 의료서비스 제공이 어려운 분야, ▪ (균형성) 진료과목이나 지역별로 의료서비스 제공에 차이가 큰 분야에 적용되며 중증·응급, 분만, 소아진료로 한정하고 있다. 현 정부의 필수의료 강화방안 중 공공정책수가 주요 내용은 다음과 같다.

<표 3> 공공정책수가 주요 내용

① 고난도 중증의료 인프라 집중 지원	<ul style="list-style-type: none"> 중증·응급 대응기반 강화를 위한 집중 지원 	증·응급환자의 응급실 내원 24시간 내 최종치료에 대한 가산을 확대 중환자실 전문의·간호사의 적정배치를 위한 수가 체계 개선 효율적인 중환자실 운영을 위한 집중치료실 설치·운영, 보상 강화 응급전용입원실 설치에 대한 보상 도입 중증소아 진료보상 강화
	<ul style="list-style-type: none"> 저평가된 수술·입원 등 항목 보상 강화 	상대가치 개편을 통해 외과계 수술과 입원 등 영상·검사 대비 저평가 분야 상대가치 보상 강화
② 수요부족에 대응한 인프라 유지 지원	<ul style="list-style-type: none"> 분만 기반 유지를 위한 지원 강화 	지역수가 도입(분만우선 지원) 안전정책수가 지급 고위험 분만 의료기관 내 집중치료실, 고위험수술 보상 강화 검토
	<ul style="list-style-type: none"> 상시 소아진료체계 유지 지원 	신생아·소아입원 보상 강화 재택치료 지원 아동 심층상담 시범사업 실시를 통한 동네 소아청소년과 진료 활성화
	<ul style="list-style-type: none"> 중증·희귀질환 신약 등 필수약품 접근성 강화 	중증·희귀질환 치료제 등 보험 등재절차 60일 단축 필수약품 적정 약가 보상
③ 기관간 연계·협력을 위한 네트워크 지원	<ul style="list-style-type: none"> 중증진료 협력체계 지원 강화 	상급종합병원의 중증진료 강화 및 지역 의료기관과의 연계·협력 체계 구축에 대한 기관단위·성과중심 보상체계 도입
	<ul style="list-style-type: none"> 응급진료 협력체계 지원 강화 	응급의료센터 간 신속·적정한 전원에 필요한 협력체계 구축·운영에 대한 보상방안 신설

3) 비대면진료 제도화

윤석열 정부는 후보 시절부터 대선 공약으로 원격의료 추진을 명시해왔다. 2023년 복지부 업무보고에서 원격의료 “(핵심 정책) 비대면 진료 제도화, 의대 정원 증원” 등은 의료계와 상시 협의체를 가동해 속도감 있게 추진”할 것을 명시하면서²⁾ 비대면 진료 제도화를 구체적으로 추진하고 있다. 후보 시절 “집권하면 원격의료 시행...피할 수 없는 현실³⁾, 110대 국정과제 ‘비대면 진료 제도화’⁴⁾-(비대면진료 제도화) 의료취약지 등 의료사각지대 해소 및 상시적 관리가 필요한 환자에 대해 일차의료 중심의 비대면 진료 제도화 추진 등이 그것이다.

비대면진료는 코로나로 인해 사실상 일반화되었다고 볼 수 있다. 코로나19의 확산이 심각해지자 정부는 원격의료 유형 중 가장 위험성이 높은 원격 진료(진단 및 처방)에 해당하는 전화상담·처방을 2020년 2월부터 한시적으로 허용하고 있으며 2023년 5월 현재 3년이 넘게 한시적 적용을 하고 있다. 이에 대해 정부는 “국민의 건강 증진과 의료접근성 제고를 위해 「보건의료기본법」 제44조에 따른 시범사업을 추진할 계획이며, 당·정협의를 등을 거쳐 5월 중 비대면진료 시범사업 계획을 마련한 후 6월 1일부터 시행할 예정이다.”고 밝혔다.⁵⁾ 아직 세부안이 나오지는 않았지만 비대면진료를 적극적으로 반대해오던 의사협회가 동의할 수 있는 내용으로 예측되고 있다. 의사협회 역시 지속적인 반대 입장에서 선회, 몇 가지 전제조건이 해결되는 조건으로 찬성하고 있는 것으로 알려져 있다. 의사협회에서는 비대면진료의 원칙으로 “대면진료가 원칙이고 비대면 진료는 보조적 수단이 되어야, 비대면 진료는 국민의 건강에 대한 안전성을 담보하는 방향으로 이루어져야, 비대면 진료 정책 과정에서 대한의사협회(이하, 의협)가 주도권을 가져야” 등의 원칙하에 초진불가, 공공플랫폼(민간의 경우 의협주도의 플랫폼), 의원급 한정, 배달 전문 약국 금지 등의 필수조건을 제시하고 있다.

● 2. 정부 만성질환 일차의료 관련 정책

현 정부에서는 일차의료에 대해서는 별도의 정책을 발표하고 있지는 않다. 문재인정부에서 커뮤니티케어, 지역사회 통합돌봄 등의 정책으로 추진했던 지역사회 돌봄 사업과 일차의료 및 의료전달체계 구축 관련 사업으로 추진되는 각종 시범사업들이 큰 변동 없이 추진되고는 있으나 고령사회가 급격히 진행되는 상황에서 사안의 중요도만큼의 주목은 받고 있지 못하다. 하지만 급격하게 진행되는 고령사회와 그에 따른 의료시스템 변경은 선택의 문제가 아니다.

급증하는 의료비와 급성기에 집중된 치료중심 의료체계

국가 의료비에 가장 결정적 영향을 미치는 요인으로 고령인구 비율이 꼽힌다. 고령인구 중에서도 특히 80세 이상 후기노인의 비율이 중요하며 이들 집단의 비율과 건강수준, 의료서비스 이용 행태 등이 의료비 지출에 결정적 영향을 미친다. 한국사회는 현재 고령사회 초입을 지나고 있다. 본격적 고령사회를 맞이하고 있으나 아직 노인의 인구구조가 전기노인(75세 미만의 젊은 노인)이 대다수인 고령사회 초입이다. 문제는 이런 인구구조가 매우 빠르게 변화하고 있다는 점이다. 2025년이면 65세 이상 고령인구 비율이 20%를 넘을 것으로 전망된다. 노인인구 21%부터는 초고령사회로 구분된다. 한국은 65세 이상 고령인구가 7%에서 14%에 도달하는 기간, 다시 14%에서 20%에 도달하는 기간이 각각 18년과 7년을 기록해 초고령사회 11개국 중 가장 빠르게 고령화가 진행되고 있으며 이 속도는 세계 어느 나라에서도 경험한 적이 없는 빠른 속도이다. 우리나라의 고령화 문제는 다른 나라와 달리 노령 인구 비율의 수준 자체보다 그 진행 속도에 관한 문제이다.

급성기에 집중된 치료중심 의료체계는 지속가능하지 않다.

고령사회는 젊은 인구 사회와 의료체계가 완전히 달라야 한다. 급성기 중심의 치료에서 만성질환 관리, 건강 증진, 호스피스 등의 영역이 중요해진다. 보건과 복지의 구별이 없어지고 병원과 같은 시설중심이 아닌 지역사회 기반 서비스 제공이 필요하다. 서비스는 급성기 치료중심이 아닌 만성질환, 돌봄, 보건복지연계서비스 등이 필요하다. 서비스 제공 주체 역시 의사중심이 아닌 다양한 돌봄 인력이 중심이 되어야 한다. 이를 지역사회 통합 돌봄, 지역사회 일차의료, 다학제 통합돌봄 시스템 등으로 부른다. 이 방향으로 전환하지 않으면 폭증하는 의료비를 담당할 방법이 없을 뿐 아니라 노인인구에게 필요한 서비스를 제공할 방법이 없어진다. 정부가 추진하는 건강보험 지출 관리도 고령사회를 대비한 재정관리 대책이며, 재정관리와 더불어 급성기 중심 치료서비스에서 지역사회 기반 통합돌봄 시스템으로의 전환이 동시에 진행되어야 한다. 이하의 내용은 건강보험영역에서 추진하는 통합돌봄 수가 정책들이다.

1) 정부가 건강보험 수가로 추진하는 일차의료 관련 사업

일차의료 만성질환 관리 시범사업

만성질환 관리 제도는 동네의원을 중심으로 지역사회 자원을 연계한 포괄적 고혈압·당뇨병 관리 서비스로 동네의원이 의사-케어코디네이터(간호사 혹은 영양사)로 구성된 팀 접근을 통해 고혈압·당뇨병 환자의 개인별 관리 계획을 수립하고 환자지속관리를 시행하는 것에 대한 수가를 지불하는 사업이다. 환자 개인별 관리계획에 따른 체계적인 교육·상담을 통해 환자의 자기관리 능력을 강화시키고 동네의원을 통해 지역사회 자원을 연계하여 일차의료 중심 만성질환자 포괄서비스를 제공하는 것이 목표이다. 주요 서비스는 문진 및 신체계측, 임상검사를 통한 포괄평가를 실시하고 그 결과를 바탕으로 관리계획을 수립, 이후에는 관리계획에 따라 질환관리, 상담, 치료 등을 시행하는 것이다. 환자당 연간 최대 수가는 약 34만 원으로 2021년 12월 기준으로 109개 지역, 3,781개 의원이 참여했으며, 12월 신규등록 환자는 8,484명에 달한다. 2023년 하반기부터는 본 사업으로 전환될 예정이다.

지역사회 통합돌봄 - 커뮤니티 케어

커뮤니티 케어는 돌봄이 필요한 주민이 지역사회에서 건강히 어울려 살아가도록 주거·의료·요양·돌봄서비스를 개선하는 것을 목표로 2018년 도입된 시범사업이다. 보건복지부는 2018년 지역사회 통합돌봄 기본계획을 발표했으며(대한민국 정책브리핑, 2018), 2019년 지역사회 통합돌봄 선도사업 실시 후 단계별 계획에 따라 2026년 전국적으로 보편적용하는 계획을 발표했었다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020). 지역사회 통합돌봄은 2021년 노인, 장애인, 정신질환자를 대상으로, 16개 지자체에서 국비 181억 8,800만 원을 소요했다. 2023년부터는 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업으로 전환되었으며 현 정부에서는 차기사업으로 ‘지역사회 보건·복지 연계 재가서비스 체계 구축사업’을 시행할 계획을 발표했다.

일차의료 방문진료 수가 시범사업(왕진시범사업)

지난 2019년 12월부터 거동이 불편한 환자의 의료 접근성 확대를 위해, 지역 내 의원 의사가 직접 방문진료 서비스를 제공하는 내용으로 시작됐다. 2022년 12월 현재 526곳의 의료기관-의사 696명이 시범사업에 등록했다. 실제 청구가 이뤄진 건은 의료기관 142곳-의사 185명으로 참여환자는 2020년 1,552명에서 2021년 2,904명, 2022년 4,351명으로, 매년 증가하고 있으며 현재까지 5,315명의 환자가 참여했다. 올 상반기에 시범사업 3년 기간이 종료되면서 3년을 추가 연장하면서 참여율이 저조하다는 평가 하에 동반인력 수가 신설 및 소아-의료접근 취약지 가산수가를 추가하고 정기적인 의료제공이 필요한 장기요양자 중 재택의료 시범사업 참여기관에는 월 허용 기준을 현행 월 60회에서 월 100회로 확대했다.

장기요양 재택의료센터 시범사업

장기요양 재택의료센터 시범사업은 거동이 불편한 노인의 가정을 의사, 간호사가 정기적으로 방문하여 진료와 간호서비스 등을 제공하는 사업으로, 2022년 12월부터 시작한 사업이다. 지역사회에서 병원이나 시설 입소 없이 계속 거주 할 수 있게 지원하는 것이 목표로, 장기요양 재가 수급자의 의료적 욕구를 고려한 의료-요양 연계 시범사업의 모형을 마련하는 사업이다. 의사, 간호사, 사회복지사 등 3인 이상으로 담당팀을 구성하고 공통 업무로 방문진료(월 1회), 간호(월 2회 이상) 및 기타 돌봄서비스를 연계한다. 급여기준은 건강보험시범사업 수가(일차의료 방문진료, 방문당 약 12만 원, 본인부담 30%)에 장기요양보험 재택의료기본료(환자당 월 14만 원, 본인부담 없음) 등을 더하여 지급한다. 1년차에는 지역적 분포 등을 고려하여 28개 의료기관을 선정했다.

지역기반 일차의료 수가

건강보험공단에서 2022년에 “지역기반 환자중심 일차의료 모형”을 개발했고 심평원에서 올해 모형에 근거한 수가개발 용역에 착수했다. 한국형 주치의 모델이라고도 불리는 본 모형은 단독개원·그룹개원 재택관리·다학제 팀 관리·일차의료지원센터 등 4개 유형으로 구성되어 있으며 등록환자 비대면 관리·케어코디네이션·건강관리·팀 기반 관리·지역네트워크 등으로 기능이 분류되어 있다. 이중 그룹개원(의사 2명 이상 진료의원), 다학제팀(의사·간호사·사회복지사 등 다양한 전문가집단) 등은 일차의료에 참여하는 환자를 등록해 건강관리부터 방문 진료, 비대면 관리, 교육 상담, 지역사회 보건의료자원 연계 등까지 제공하는 것이 핵심이다. 건보공단에서는올해 4월 국민건강보험공단 일산병원내에 이 한국형 주치의 모델을 실증하기 위한 ‘일차의료개발센터’를 개소했다.

2) 한의계가 참여하고 있는 사업들

이 중에서 한의계가 참여하고 있는 시범사업은 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어), 일차의료 방문진료 수가, 장기요양 재택의료센터 등이다. 통합돌봄 시범사업은 2019년 처음 시작할 당시, 의원의 참여가 저조한 반면 한의원의 참여가 매우 적극적이었다. 전체 16개 지역 중 1개 지역을 제외한 15개 지역에서 모두 한의사업을 추진할 수 있었고 이후에도 지속적으로 한의가 참여하는 사업은 활발히 진행되었다. 2023년부터는 노인 의료돌봄

통합지원 시범사업으로 이름을 바꿔 진행되고 있으며 참여자들의 만족도나 건강개선효과 등 우수한 사업결과가 나오고 있다. 하지만 예산 축소, 의과에 비해 낮은 방문진료 수가(한의 방문진료료 93,210원, 의과 12만6,900원) 등으로 사업규모는 줄어들고 있다.

한의 방문진료 수가시범사업은 의과보다 늦은 2020년 9월부터 시작되었다. 1,348개 한의원이참여기관으로 선정되었으며, 지역별로는 서울(306개), 경기(245개) 순으로 참여하고 있다. 의과와 동일하게 시범사업이 연장되면서 2023년 4월 참여기관을 추가 모집하였다. 수가가 의과에 비해 낮게 책정되어 사업 이용에 장애가 되고 있다.

재택의료센터 시범사업은 28개 기관 중 한의과 3개소 포함되어 있다. 하지만 방문진료 횟수가 한의사당 60회로 제한(의과는 60회 기준이 100회로 연장되었음에도 한의과는 60회에 여전히 묶여있음)되어 있고 기분이 되는 방문진료 수가 역시 의과의 80% 수준으로 낮아 사업 활성화에 장애요인이 되고 있다.

● 3. 향후 건강보험 정책 방향 전망 - 정부 건강보험 정책방향에 따른 시사점

근골격계 분야에 대한 급여기준 강화

근골격계 분야 급여기준 강화에서 고려되어야 할 점은 한방 보장성 확대의 주요 영역이 근골격계 질환이라는 점이다. 추나요법의 급여화는 '14~'18년 건강보험 중기보장성 강화계획에서 '척추, 관절질환에 대한 추나요법 시범사업 및 단계적 건강보험 적용 검토' 계획이 발표되면서 시작되었다. 정부는 근골격계 질환의 추나 요법은 한의 강점 분야이나 비급여로 인해 의료기관별 비용이 상이하여 환자의 치료비 부담 존재한다며 추나요법의 급여화를 추진했다. 3차 한의약육성발전계획에서도 한방 건강보험 발전방향으로 한방물리요법(운동요법, 한방물리치료, 추나) 중 일부를 시범사업 등을 거쳐 급여화를 추진하는 것으로 되어 있다. 또한 한의계가 현재 집중적으로 추진하고 있는 Tens Ict 항목 역시 물리요법에 해당한다.

의학적 필요도 등 급여적용 기준 강화

한의치료분야는 전 세계 의료계에서 연구결과가 나올 수 있는 양방과는 달리 수준있는 근거가 창출되기 어려운 인프라 구조를 가지고 있다. 특히 한국 심사기관이 중국 논문이나 잘 설계된 RCT 이외 논문 근거들을 잘 인정 해주지 않는 상황에서 의학적 필요도를 검증할 수 있는 자료 생성이 쉽지 않다. 일정 수준의 효과성 자료는 있다고 할 수 있으나 급여적용 기준에서 요구하는 임상적 유용성, 비교효과성(경제성 평가)까지 증명하기는 더욱 어렵다. 예전 문케어에서 의학적 필요가 인정되는 행위에 대해 예비급여로 우선 적용하고, 적용과정에서 추가적으로 검증을 해가는 시스템과 다르게 급여적용 기준을 엄격하게 제시하는 것은 한의 행위의 급여확대에 장애물이 된다. 예전 임플란트, 척약급여가 제시되었던 환경과 근본적으로 달라지고 있는 것이다.

비대면진료와 한의계

비대면진료는 근골격계 시술 중심의 한의계에서 활용 방안이 많지 않은 정책이다. 의과의 경우 대형병원 집

중 등을 이유로 반대했었으나, 코로나 시기 한시적 비대면 진료가 허용되었을 때의 경험으로 의원급에만 한정할 경우 충분한 메리트가 있다는 인식하에 제도를 수용해가고 있다. 하지만 한의의 경우, 한의사협회에서 지원했던 코로나19 한약치료 이외에는 한시적 비대면진료의 청구 내역이 거의 없는 것으로 확인되고 있다. 비대면진료의 허용은 의료플랫폼의 활성화와 처방약 처방을 위한 내원관행 변화 등만이 아니라 다양한 영역의 디지털 치료도구와 디지털 건강관리 영역의 확대로 이어질 전망이다. 이 분야에서 한의의 역할 내지는 활용 모델은 아직 논의되고 있지 못하다.

의료이용에 대한 관리강화와 일차의료 강화

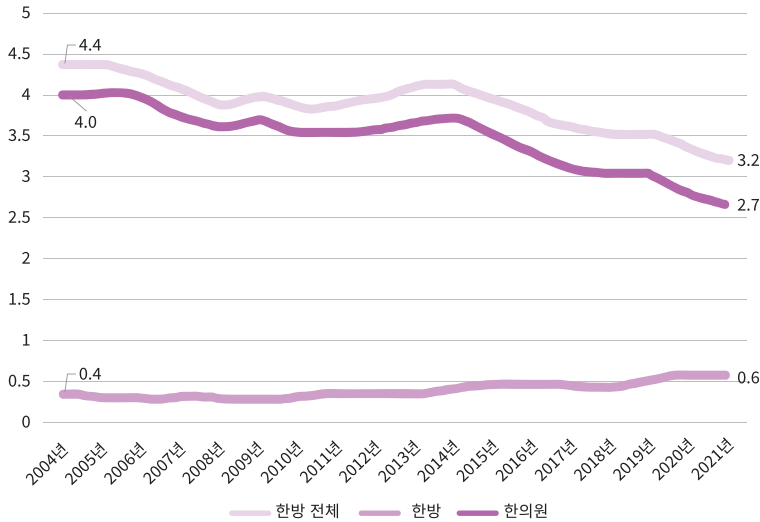
의료이용에 대한 관리강화는 경증환자의 지나친 의료기관 이용을 제한하는 것과 불법 행위에 대한 강력한 처벌 등 관리감독을 강화하는 네거티브 방식과 장기입원·입소를 줄이고 지역사회에서 포괄적 돌봄을 받는 포지티브 방식이 있다. 경증환자의 자동차보험 이용에 대한 규제를 도입하고 과도한 의료이용에 대한 본인부담금 제도를 손보거나, 불법 사무장병원에 대한 관리감독을 강화하는 것 등은 경증 근골격계 환자가 한방의료기관을 다수 이용하는 행태에 제한 요인으로 작동할 가능성이 높다.

반면 의료기관, 시설 집중도를 낮추고 급성기 치료보다 건강관리, 통합돌봄 영역을 확대하는 것은 위기와 동시에 기회가 될 수 있다. 정부가 주로 추진하는 일차의료 관련 정책의 주요 방향은 당뇨 고혈압 등의 만성질환을 가진 환자가 일차의료기관에 등록하여 꾸준히 질향치료를 건강관리를 받으면서 치료 순응도를 높이고 악화를 예방하며, 상급 의료기관으로 전원이 필요할 경우 상급기관과의 협력을 통해 의뢰·회송하는 시스템을 구축하는 것에 있다. 여기에 지역사회 돌봄자원과의 통합 관리를 통해 의료기관이나 의료인보다는 다학제 인력들의 돌봄을 확대하는 것이다. 이 분야에서는 한의의 역할 확대를 기대해볼 수 있다. 특히 필수의료 의료인력 부족이 점차 심각해지면서 의대 정원 확대 등의 논의가 진행되는 상황에서 일차의료 영역에서 한의사의 역할을 확대하는 것은 매우 중요한 정책과제이다.

● 4. 한의 건강보험 개괄

한의 건강보험은 상당히 위험한 수준으로 축소되고 있다. 건강보험 총 진료비에서 한방이 차지하는 비율이 2004년 4.4%에서 2021년 3.2%로 크게 줄었으며 이 감소는 주로 한의원에서 진행되었다.(한의원 2004년 4.0% →2.7%) 건강보험의 축소 분을 자동차보험 등으로 보전하고는 있으나 자동차보험역시 구조개혁을 단행 중에 있어, 공적 보험에서 한의계의 위치가 크게 위협받고 있다.

한의 진료비 점유율 추이

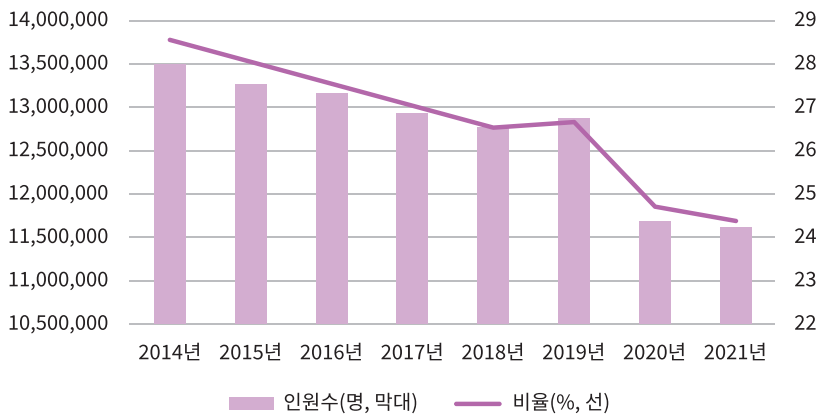


[그림 1] 한의 진료비 점유율 추이('04~'21)

출처: 건강보험통계연보_요양기관종별 진료형태별 요양급여실적 총계. 건강보험관리공단에서 추출

환자수의 감소

건강보험에서 한의 비중의 축소는 단순한 금액차이만이 아니다. 진료인원에서 크게 감소하고 있다. 다음 그림에서 보듯이 한방건강보험에서 진료실인원은 14년 13,485,417명에서 21년 11,619,689명으로 크게 감소했다. 20년부터 본격화된 코로나19의 영향은 한의계에 더욱 큰 영향을 미쳤다. 전체 진료인원대비 한방 진료인원의 비율은 14년 28.5%에서 19년 26.7%로 서서히 줄어들고 있었으나 20년 24.7%, 21년 24.3%로 코로나 시기의 감소 폭이 더욱 커졌다.



[그림 2] 한방 진료실인원 추이('14~'21)

출처: 건강보험통계연보_요양기관종별 진료형태별 요양급여실적 총계. 건강보험관리공단에서 추출

경증 근골격계 질환 중심

한방건강보험에서의 특징은 또한 경증 근골격계 질환 중심이며 질환의 집중이 매우 크다는 점이다. 한방 외래 다빈도상병 50위 상병을 분석한 결과 다빈도상병 10위까지의 상병이 50위 상병 전체의 77%를 차지하고 있었다. 치과를 제외한 의원 외래의 경우 상위 10위 질환은 50위 상병 전체의 27.3%에 달하는 것과 비교하면 매우 심한 집중 현상을 보이고 있다. 21년도는 코로나19로 인해 급성 기관지염, 감염병 질환의 특수선별검사 등이 늘어난 것을 고려하면 의원의 집중도는 더욱 낮아진다. 또한 상위 다빈도질환을 보면 영상진단 등이 어려운 조건에서 특정한 진단 명보다는 달리 분류되지 않는..기타 장애 등의 비율이 높다. 상대적으로 경증으로 평가될 수 있는 상병이다.

<표 4> 건수 상위 10위 상병 진료비가 상위 50위 총 진료비에서 차지하는 비율('21)

의원		한의원	
상병	비율	상병	비율
급성 기관지염	2.6	등통증	26.7
본태성(원발성) 고혈압	6.7	달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	10.8
등통증	6.1	요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	10.6
혈관운동성 및 알레르기성 비염	1.5	근육의 기타 장애	6.6
위-식도역류병	2.2	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	5.1
위염 및 십이지장염	1.9	목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	4.3
알레르기성 접촉피부염	1.0	발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	3.5
결막염	1.1	기능성 소화불량	3.1
감염성 및 기생충성 질환에 대한 특수선별검사	3.0	어깨병변	3.6
감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	1.1	견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	2.9
합계	27.3	합계	77.0

<표 5> 동일 상병별 총 진료일수와 진료일당 진료비

상병	총 진료일수(일)		내원일당 진료비(원)		총진료비 기준 의원대비 한의원(%)
	의원	한의원	의원	한의원	
등통증	4.4	5.5	39,946	28,552	49.1
무릎관절증	5.7	6.4	42,334	24,828	4.8
달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	2.3	4.8	27,062	27,387	103.2
어깨병변	5.0	4.9	35,445	27,461	14.4
기타 추간판장애	5.0	6.6	42,514	39,759	6.9
기타 척추병증	5.9	8.1	42,095	29,916	5.7
달리 분류되지 않은 기타 관절장애	2.7	5.3	34,392	26,588	68.4
기타 골부착부병증	3.5	4.4	29,450	28,154	13.2

● 5. 한의 건강보험 정책 방향

한의건강보험은 현재 위기상황이다. 한의계 건강보험 비중이 지속적으로 빠지고 있는 것과 더불어 건강보험을 둘러싼 외부 환경 역시 녹록치 않다. 무엇보다 위기 상황임을 인지하고 적극적인 대책을 세우는 것이 우선되어야 한다. 건강보험 이외 자동차보험이나 실손보험 등은 모두 건강보험과 연동되어 있으며 향후 건보와의 연계 및 관리감독 강화는 더욱 심해질 전망이다. 한의학이 건강보험 영역에서의 역할을 찾지 못한다면 타 공보험이나 민간보험, 개인 본인부담 영역에서는 더욱욱 활로를 찾기 힘들게 된다. 우선적으로 건강보험에서 한의의 역할을 확대할 수 있는 방향을 모색해야 한다.

1) 근골격계 질환 집중도를 낮추고 다양한 환자군을 확대해야 한다.

앞서 살펴본 바대로 근골격계, 그 중에서도 경증 통증질환에 대한 집중도가 지나치게 높다. 집중도를 낮추기 위해서는 근골격계 질환에서의 다양성과 중증도를 확보하는 방안과 비근골격 질환, 즉 내과, 소아, 부인, 만성질환 영역의 환자군을 늘리는 방안이 모두 필요하다.

의료기기를 사용한 근골격계 영상진단의 확대와 치료기기의 확대는 근골격계 질환의 중증도와 다양성을 확보하기 위한 필수조건이다. 본 기고에서는 본격적으로 다루지는 않지만 초음파에 대한 대법원의 판결이후 정책의 창이 크게 열린 상황이다. 이를 의료기기의 급여적용 확대까지 끌고 가기 위해서는 매우 세심한 정책추진이 필요하다. 우선적으로 학교와 수련과정, 보수교육 등 한의사 교육과정 개선이 중요하다. 대법원 판결의 핵심은 위해성을 관리할 수 있는 전문성 여부가 행위 사용을 가르는 기준이라는 것이다. 한의계가 해당 의료기기 사용에 대한 전문성을 획득하고, 진료현장에서 의료기기를 이용한 진료건수를 늘려가면서 근거를 축적하는 과정을 통해 급여적용 의료기기를 확대해 나가야 한다.

비근골격계 질환의 확대를 위해서는 무엇보다 한약의 급여화와 경계선상에 있는 제약회사 의약품(천연물신약, 생약제제 등)의 한방 급여확대가 필수적이다. 중증질환이 아닌 내과계 질환, 만성질환들은 비용효과성이 중요하다. 또한 정부가 추진하는 만성질환관리사업, 일차의료사업 등은 모두 보험의약품을 전제로 진행되고 있다. 한의계가 해당 질환군을 보기 위해서는 건강보험에 적용되는 한약의 범주를 확대하는 것이 가장 우선 과제가 되어야 한다. 이를 위한 과제로는 청약 건강보험 시범사업과 한약제제 보험확대가 있다.

우선 청약 건강보험 시범사업은 현재 나타나고 있는 문제점을 개선하면서 보험 적용 대상질환을 확대하고 적용기관을 병원까지 확대하는 것이 필요하다. 현재 청약보험이 거의 활용되고 있지 못한 문제점을 개선하기 위해 복잡한 행정절차 개선, 적용 기준 및 횟수, 수가 등의 제약요인 재검토 등이 동시에 진행될 필요가 있다. 초기 재정 누수 등을 우려로 지나치게 경직되게 설계한 제도를 합리적으로 개선하면서 청약 건강보험의 보장 범위를 확대해 나가야 한다.

더 중요한 과제는 한약제제 급여 확대이다. 앞에서 살펴본 바대로 급여확대에서 근거의 중요성은 갈수록 커지고 있다. 한의계가 많이 사용하고 있는 청약방식의 한약이나 약침 등보다 근거가 구축되어 있으며 해외 보험사례도 충분히 축적된 한약제제가 우선적으로 급여적용이 되어야 한다. 한약제제 급여확대에는 의과에서 급여되고 있는 천연물신약, 해외에서 다수 사용되는 한약 생약제제 등이 다수 포함되어야 하며 만성질환, 내과계 질환, 소아 부인과 질환 등 다양한 범주가 포괄되어야 한다. 해당 과제는 사실 오래된 이슈이다. 오래되었지만 한약제제 급여확대의 전제조건인 의약분업에 대한 합의 실패로 수십 년 동안 하나의 약제도 확대되지 못하고 있다. 앞서 강조한대로 현재 한방건강보험의 상황이 위기임을 인정한다면 의약분업을 포함한 한약제제 급여확대 논의를 바로 시작해야 한다.

2) 일차의료 만성질환 관리에서 한의역할 확대

앞서 논의한 바대로 해당 분야의 확대는 필연적이며 한의 역할의 가능성도 높다. 현재도 지역사회 돌봄 영역에서는 한의에 대한 수요가 높으며 의사들에 비해 한의사들의 참여가 활발하다. 하지만 이것은 의과영역에서 보험이나 시범사업 수가가 확대되면서 빠르게 역전되고 있다. 현재 의과에서 가장 성황리에 진행되는 세미나나 학회는 일차의료 만성질환 관리영역이다. 이미 방문과 돌봄을 중심으로 하는 의원이나 센터가 활성화되고 있다. 이번 간호법에서도 쟁점은 지역사회 돌봄에 대한 간호사의 역할문제였다. 해당 분야는 향후 유일하게 발전해나갈 분야로 지목되고 있으나 공급시장 역시 빠르게 확충되고 있는 상황이다. 한의가 이 영역에 참여할 수 있는 기회의 창이 쉽게 닫힐 수도 있다는 의미이다.

앞서 설명한 다양한 시범사업에 한의가 참여할 수 있는 공간을 확보해야 한다. 현재는 방문진료를 중심으로 방문해서 한의치료를 하는 형태가 일반적이다. 기존 한의사들이 많이 해왔던 지역 봉사과 유사한 모델이다. 하지만 정부가 추진하는 방향은 상대적으로 효과가 검증된 당뇨 고혈압 고지혈증 약의 복용순응도를 높이면서 꾸준히 건강관리를 하고, 지역사회 자원과 연계하는 방향이다. 의사의 역할은 치료중심이 아니라 관리자로서의 역할이 중요하게 요구된다. 한의 역시 치료중심의 모델에서 지역사회 통합돌봄의 관리조정자로서의 역할을 모색해야 한다. 주 업무는 진단 검사, 환자별 관리계획 수립, 질환별 건강관리, 타 직역과의 연계, 지역사회 자원과의 네트워크 등이다. 의사들이 만성질환 관리수거나 장애인 주치의 수가로

받고 있는 것들이 해당 항목이다. 물론 만성병을 관리할 수 있는 양방 처방약을 사용하지 못하는 한계가 있지만 그 외 행위에서의 역할을 모색하고 급여범위에 포함해야 한다. 이를 위해서 지역사회 일차의료 만성질환 관리에 필요한 내용을 교육에 포함시키고 검사, 평가, 관리계획 수립 등의 실무적 능력도 실습을 통해 배양할 필요가 있다. 현재 확대되고 있는 일차의료에서 필요한 것은 일반의가 하는 손쉬운 업무가 아니라 전문성이 갖춰진 일차의료 의사인 것이다. 다음으로 정부가 하는 시범사업에 적극적으로 참여할 필요가 있다. 현재 제도적 불균형으로 한의사가 참여할 수 있는 시범사업에는 한계가 있다. 아예 수가가 책정되지 않아 참여가 불가능한 사업도 있고 수가가 책정되었더라도 금액이나 기준에 차별이 있다. 하지만 아직 지역사회에서 한의 참여는 선호도가 높으며 실제 성과도 많이 나오고 있다. 질 좋은 일차의료 의사의 역할을 수행하는 한의사의 숫자가 늘어나는 것이 이 분야에서 한의 역할을 확대하는데 가장 중요하다. 또한 한의노인주치의, 한의만성근골격계관리주치의 등 한의 고유의 일차의료 사업을 모색할 필요가 있다. 물론 가장 필요한 것은 의과와 동일한 사업을 수행하는 것이지만 현실적 한계가 있는 상황에서 한의만의 주치관리사업을 모색하는 것도 하나의 방법이 될 수 있다.

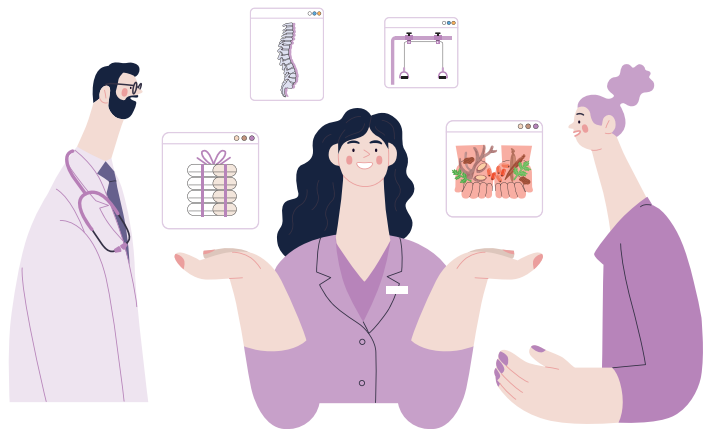
3) 건강보험과 의료통합논의

지금까지 한의 건강보험을 논의하는 과정에서 의료통합은 검토되지 않았다. 하지만 앞서 논의한대로 한의 건강보험에서의 주 이슈는 한방 고유의 영역을 확대하는 것이 아니라 중복되는 영역의 급여확대이다. 의로기기는 더 이상 한방고유의 의로기기에 대한 급여확대 정책이 불가능하다. 현재 추진하고 있는 의로기기 급여는 Tens, ICT를 비롯한 의과급여 항목들이며, 이후 혈액검사, 소변검사 등 기초검사와 초음파, X-ray 등의 급여확대가 반드시 필요하다. 한약 급여 역시 의과에서 급여하고 있는 천연물신약, 생약제제 등을 동시 급여 적용되어야 한다. 일차의료영역에서도 핵심이 되는 만성질환에 대한 처방, 의과급여되는 검사, 관리항목 등이 한의사에게 허용되지 않는 상황에서 한의 역할은 제한되어 있다.

현재 이러한 분야의 급여확대 검토는 “의료통합 논의의 진전에 따라 검토되어야 한다”는 정부 입장에 막혀 전혀 진전되고 있지 못하다. 초음파의 대법원 판결 이후, 한방원리와 한의사의 업무범위에 대해 폭넓은 해석이 가능해졌으나 건강보험에서 한양방 동시 급여는 아직 진전되고 있지 못하다.

의과 급여 범위에 포함된 행위의 급여적용을 위해서는 교육분야에서 해당 행위의 교육을 확대해야 하며 교육과 임상에서 획득된 전문성을 기반으로 공통 행위 영역을 확대해가야 한다. 특히 필수의료 분야 의료인력의 부족은 한의사의 역할을 확대할 수 있는 기회의 창이 될 수 있다. 하지만 교육통합 등 제도의 변화없이 공통 행위 영역의 확대가 자연스럽게 진행되기는 어렵다. 지금까지 건강보험 분야에서는 의료통합 등의 제도 변화는 깊이있게 고려되지 못했다. 본 기고글 역시 해당 주제를 깊게 다루기에는 한계가 있다. 하지만 한방건강보험의 방향은 공통영역을 확대하고 이에 대한 급여적용을 추진하는 것이 되어야 한다. 이를 위해서는 의약분업, 교육통합 등 의료통합과 관련된 논의를 동시에 추진해야 한다.

지금까지 한방건강보험 확대를 추진해온 경험은 이러한 제도 변화없이 보험확대가 불가능하다는 점을 잘 보여주고 있기 때문이다. 다시 한번 현재의 상황이 위기임을 인정한 상황에서의 발전방향을 모색해야 할 시점이다.



참고문헌

- 1) 보건복지부. 2023년 주요 업무 추진계획. 2023.01.09.
보건복지부 정책공청회 자료. 건강보험 지속가능성 제고 및 필수의료 지원 대책(안). 2022.12.08.
보건복지부 발표자료. 필수의료 지원대책 -중증·응급, 분만, 소아진료 중심으로-. 2023.01.31.
- 2) 보건복지부. 2023년 주요 업무 추진계획. 2023.01.09.
- 3) 윤석열 후보 “집권하면 원격의료 시행...피할 수 없는 현실”
<https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=142238>
- 4) 제 20대 대통령직인수위원회. 윤석열정부 110대 국정과제. 2022년 5월

03

정책 돋보기

의·한 협진 시범사업에 따른 진료실적 분석과 추진과제

김한성 한국폴리텍대학 의료정보과 교수

우정식 한국폴리텍대학 의료정보과 교수

박영준 제주한라대학교 방사선과 교수

의·한 협진 시범사업에 따른 진료실적 분석과 추진과제

김한성 한국폴리텍대학 의료정보과 교수
우정식 한국폴리텍대학 의료정보과 교수
박영준 제주한라대학교 방사선과 교수



* 한의정책에 실린 모든 원고는 작성자 개인 의견으로 연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

● 1. 의·한 협진 체계의 개요

의·한 협진이란 서양의학과 한의학의 상호 협력을 통해 통합 의료를 제공하는 것으로, 의사와 한의사가 서로 상이한 학문적 이론과 의료기술을 바탕으로 동일 의료기관내 또는 다른 의료기관 간에 상호협력하여 공동으로 하는 모든 의료 활동¹⁾이다.

광의적 의미로 의·한 협진이란 “환자의 질환(건강 상태)에 대하여 의사와 한의사가 서로 의료정보를 공유하고 협의하여 의과 또는 한의과 진료행위를 하는 것”으로 정의²⁾하고 있으며, 협의의 의미로 첫째, ‘동일 상병’에 대해 둘째, ‘동일 날짜’에 셋째, ‘의과와 한의과의 동시 진료 및 협진 수가 동시 발생’의 세 가지 조건을 충족시키는 것을 협의의 정의라 할 수 있다.

의·한 협진은 상호 의료기술과 의학적 지식을 공유하면서 서로의 장단점을 보완할 수 있으며, 산업적 측면에서 높은 수준의 양·한방 상호협력과 융합을 통한 시너지 효과로 새로운 의료 영역의 개척은 물론 해외환자 유치와 우리나라 의료기술의 해외진출에 기여할 수 있다. 현대의학과 전통의학의 융합은 세계 각국에서 의료서비스 향상을 위해 대체의학을 접목하고 있고, WHO에서도 전통 의학을 활용하여 각 국가별 실정에 맞는 건강증진법을 개발하도록 권장하고 있다.^{3,4)}

융합과 협력의 패러다임 추세에서 전통 의학을 배제하거나 현대 의학에 흡수시켰던 서구 국가들에 비해 우리나라는 의료원화체계 하에서 전통 의학인 한의학이 독자적인 위상 유지하고 있다. 의·한으로 구분되는 “의료원화체계”에 대해 명확한 법적 정의가 내려진 용어로 보기에는 어려우나, 보건의료정책 영역에서 우리나라 의료서비스 공급의 특성을 반영하여 활용되고 있다.

<표 1> 의료 이원화체계의 주요특징

영역	현대의학	전통의학	비고
면허	의사(전문의)	한의사(한의전문의)	의료법 및 별도 수련·자격인정 기준
수행업무	의료와 보건지도	한방의료와 한방보건지도	의료법 제2조
인력양성기관	의과대학	한의학대학	
공적 보험	건강보험 급여	건강보험 급여	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
관리·행정체계	보건복지부	보건복지부	보건복지부와 그 소속기관 직제

이러한 특징에도 불구하고 현대의학과 전통의학(한의학)의 융합·협력이 보다 높은 수준에 도달하는 과정에 한계도 명확하게 존재하고 있다. 첫째, 의사·한의사 면허에 따른 업무영역이 강한 경직성을 가지고 상호배타적으로 구분되어 있어 상대 행위에 대한 이용가능성이 원천적으로 불가능하며, 둘째, 면허로 허용된 업무범위의 해석을 둘러싼 의료계와 한의계의 직역 간 갈등이 극심하여 융합·협력을 위한 필수 전제조건인 상호신뢰관계 형성이 미숙한 상태이다. 셋째, 법적 지위는 동등하나, 실제 의료현장에서의 의·한의 간 건강보험 보장 수준 및 행위 불균형 상존하고 있다.⁵⁾

이는 건강보험 제도권 내 급여항목 수가 2015년 의과 6,533개(2018년 6,639개), 한방 289개(2018년 349개)로 건강보험 보장 수준이나 급여 행위가 한방에 비해 의과가 상대적으로 크기 때문이다. 그럼에도 불구하고 ‘의료이원화체계’라는 한국적 특수성을 반영하는 한편, 의·한의 직역 간 융합·협력을 활성화하고 저해 요인을 타개함으로써 국민 건강상의 편익을 창출하기 위한 수단으로서 ‘의·한 협진’이 제기되었으며, 두 의학의 협력에 관심을 가진 개인 또는 의료기관과 한방의료기관을 동시에 개설한 개별 기관 차원에서 수행되던 의·한 협진은 의료개혁위원회의 ‘21세기 의료정책과제’로 정부에 건의됨으로써 정책의제화⁶⁾되었다.

2010년 의료법 개정을 통해 병원급 의료기관에서의 진료과 교차개설 및 의료인 교차고용, 복수면허자의 의료기관 동시 개설이 허용되었고, 독립 기관 간에 제한적으로 이루어지던 협진이 서비스 제공 공간을 공유하는 ‘기관 내’ 협진으로 확장·발전하는 계기로 작용하였다. 정부는 기존 협진의 한계를 개선하기 위하여 제3차 한의약육성발전종합계획(2016~2020)에서 의·한 협진을 주요 과제로 포함하고, 2016년부터 총 3단계에 걸친 「의·한 협진 시범사업」 시행하였다.⁷⁾ 이에 본 연구에서는 2단계 시범사업의 의·한 협진서비스의 공급 및 이용행태 분석을 통하여 의·한 협진 사업에 대한 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

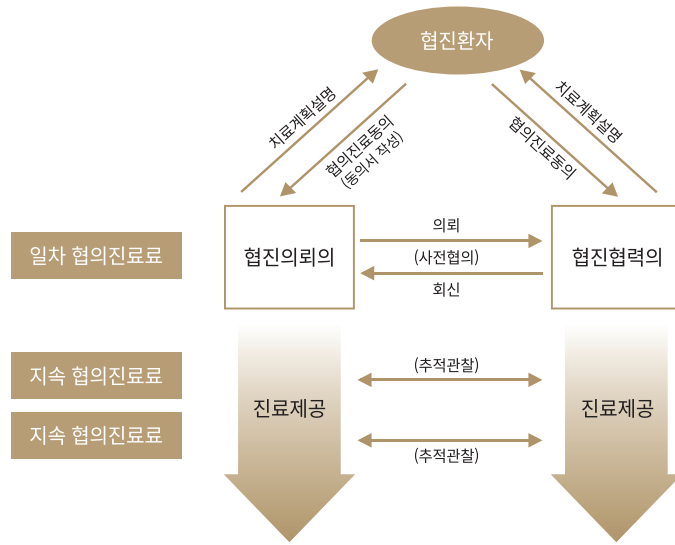
● 2. 의·한 협진 시범사업 모형

1) 협진 운영모형

협진의뢰의가 의·한 협진 필요성이 있다고 판단한 경우 (협진 협력의와의 사전 협의를 통해) 협진 계획을 수립하고 이에 대해 환자에게 치료 계획을 설명 한 후 동의를 받고, 협진협력의에게 협의진료를 의뢰한다.

협진 협력의는 의뢰를 받은 후 수립한 치료 계획을 환자에게 설명하고 협진의뢰의에게 회신하고, 협의진료가 불가피한 상황을 제외하고 동일 날 수행함을 원칙으로 적용하고 있다.

협진의뢰의는 하나의 상병에 대해서는 한 명의 협진협력의에게만 의뢰하며, 단, 기존 협의진료가 종료된 경우 1회에 한해 다른 협진 협력의에게 의뢰 가능하다.



[그림 1] 의·한 협진 2단계 시범사업 모형

2) 참여대상기관

의·한 협진의 효율적인 운영관리와 업무수행을 위해 협진매뉴얼로 세부사항을 규정하고, 협진 관련 인프라를 구축하여 의·한 협진 2단계 시범사업 대상으로 지정된 기관으로서, 기관 내 협진기관은 의과·한의과 진료과목을 동시에 개설·운영하는 기관이며, 기관 간 협진기관은 동일 대표자가 개설한 동일 소재지의 의과·한의과 기관이다.

3) 한의협진 적용질환

「국민건강보험법」에 의한 가입자 또는 피부양자 및 「의료급여법」에 의한 수급권자(이하 “가입자 등”이라 한다) 중 요양급여를 받고자 시범기관에 내원한 외래환자 중 협진진료의가 의·한 협진진료가 필요하다고 판단하고, 이에 동의한 자(협진의뢰의는 환자에게 협진에 대해 설명 후 양식에 따른 동의서 작성)로서, 아래의 협진 질환에 대하여 협진진료를 시행한 경우 ‘의·한 협진진료료’에 대해서도 건강보험수가를 적용하고 있다.

<표 2> 의·한 협진 2단계 시범사업 대분류 질환

구분	상병코드	상병분류
M상병	M00~M99	근골격계질환
G상병	G00~G99	신경계질환
S상병	S00~S99	외인성질환
C-D상병	C00~C99, D00~D48	신생물질환

<표 3> 의·한 협진 2단계 시범사업 중분류 질환

구분	상병코드	상병명
B상병	B02	대상포진
E상병	E10	1형 당뇨병
	E11	2형 당뇨병
	E13	기타 명시된 당뇨병
	E14	상세불명의 당뇨병
	E34	기타 내분비장애
F상병	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
	F00	알츠하이머병에서의 치매(G30.+)
	F01	혈관성 치매
	F02	달리 분류된 기타 질환에서의 치매
	F03	상세불명의 치매
	F06	뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애
H상병	F32	우울에피소드
	F41	기타 불안장애
	H66	화농성 및 상세불명의 중이염
	H81	전정기능의 장애
	H90	전음성 및 감각신경성 청력소실
I상병	H91	기타 청력소실
	H93	달리 분류되지 않은 귀의 기타 장애
	I10	본태성(원발성) 고혈압
	I20	협심증
	I49	기타 심장부정맥
	I60	지주막하출혈
	I61	뇌내출혈
	I62	기타 비외상성 두개내출혈
	I63	뇌경색증
	I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
	I67	기타 뇌혈관질환
	I69	뇌혈관질환의 후유증
	I73	기타 말초혈관질환

구분	상병코드	상병명
J상병	J00	급성 비인두염[감기]
	J30	혈관운동성 및 알러지성 비염
	J31	만성 비염, 비인두염 및 인두염
	J44	기타 만성 폐색성 폐질환
	J45	천식
	J47	기관지확장증
K상병	K10	턱의 기타 질환
	K20	식도염
	K21	위-식도역류병
	K25	위궤양
	K29	위염 및 십이지장염
	K30	기능성 소화불량
	K50	크론병[국소성 장염]
	K51	궤양성 대장염
	K58	과민대장증후군
K59	기타 기능성 장장애	
L상병	L20	아토피성 피부염
	L21	지루피부염
	L23	알러지성 접촉피부염
	L25	상세불명의 접촉피부염
	L30	기타 피부염
	L40	건선
	L50	두드러기
N상병	N31	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애
	N91	무월경, 소량 및 희발 월경
	N92	과다, 빈발 및 불규칙 월경
	N93	기타 이상 자궁 및 질 출혈
	N94	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태
	N95	폐경 및 기타 폐경전후 장애
	N97	여성 불임

● 3. 의·한간 진료실적 분석

1) 의·한 협진 진료내역 분석 개요

의·한 협진 2단계 시범사업을 실시하고 있는 의료기관을 대상으로 2017년 12월 ~ 2018년 5월까지 아래 조건의 진료내역을 분석하였으며, 한방외래를 1회 이상 이용한 수진자 중 의과외래를 방문하여 협진수가가 발생한 수진자의 청구건이다.

분석건수 중 보험유형에 따라서는 건강보험이 92.4%로, 중별구분에 따라서는 한방병원이 61.0%로, 외래서식 구분은 한방외래가 62.1%로 가장 많았다. 진료과목의 경우, 의과는 내과(9.9%), 재활의학과(8.9%), 신경과(4.8%)의 순으로 많았으며, 한방진료과는 한방재활의학과(19.1%), 한방내과(16.5%), 침구과(13.9%)의 순으로 많았다.

<표 4> 분석대상 및 당일진료 건수 구성비(%)

구분		청구건수 구성비	당일진료 구성비율	구분	청구건수 구성비	당일진료 구성비율			
보험 유형	건강보험	92.4	8.3	의 과	재활의학과	8.9	15.2		
	의료급여	7.6	13.0		정신건강의학과	0.8	4.7		
종별 구분	상급종합	10.4	6.0		정형외과	2.3	9.5		
	종합병원	22.4	6.3		직업환경의학과	0.0	0.0		
	병원	4.7	21.4		진단검사의학과	0.0	0.0		
	의원	0.9	15.5		피부과	1.0	5.4		
	한방병원	61.0	8.6		핵의학과	0.0	3.6		
	한의원	0.7	29.6		흉부외과	0.1	3.5		
외래 서식 구분	의 과	37.2	11.1		미표기	0.0	25.6		
	정신과	0.3	5.5		의과소계	37.5	11.0		
	치 과	0.4	6.7		구강내과	0.0	0.7		
	한 방	62.1	7.2		구강악안면	0.1	3.2		
진료 과 목	의 과	가정의학과	1.3		25.1	치 과	일반치과	0.0	3.6
		내 과	9.9		10.2		치과교정과	0.0	0.0
		마취통증의학과	0.4	30.5	치과보존과		0.3	9.1	
		방사선종양학과	0.2	3.0	치과보철과		0.0	1.7	
		비뇨의학과	1.0	5.5	치주과		0.0	0.0	
		산부인과	0.8	4.2	치과소계		0.4	6.7	
		성형외과	0.1	3.5	한 방		사상체질과	2.1	4.5
		소아청소년과	0.5	3.9			침구과	13.9	7.6
		신경과	4.8	10.1			한방내과	16.5	8.2
		신경외과	1.4	6.3			한방부인과	2.3	2.2
	안 과	0.9	6.5	한방소아과		1.4	5.9		
	영상의학과	0.1	51.0	한방신경정신과		2.1	7.0		
	외 과	0.9	8.5	한방안ibi인후과		4.5	4.9		
	응급의학과	0.6	2.0	한방응급의학과		0.2	3.5		
	ibi인후과	1.3	5.8	한방재활의학과		19.1	7.7		
	일반의	0.2	9.3	한방소계		62.1	7.2		
					합 계	100.0	8.6		

주) 당일진료건수 : 의·한 당일 모두 진료를 본 중복건수임

2) 당일 의·한 융합진료 현황

의·한간 대면진료를 위해서는 당일 의과와 한방의 진료가 이루어져야 한다. 당일 의·한 융합진료가 높다는 것은 의·한간 대면진료의 가능성이 높음을 의미한다. 다만, 당일 진료가 반드시 의·한간 대면진료로 이루어진다고는 볼 수 없으며, 현실적으로 대면진료의 확률을 추정하기 위한 분석이다.

해당 청구건수 중 당일 의·한간 진료가 모두 이루어진 진료건수를 분석한 결과, 의·한간 중복포함 총 363,956건(8.6%)가 의·한간 대면진료로 발생할 가능성이 높았으며, 기관수로는 59개 기관 중 58개 기관에서 당일 의·한간 진료가 이루어지는 것으로 분석되었다.

보험유형에 따른 의·한 당일 진료는 건강보험(8.3%)보다는 의료급여(13.0%)가 더 많았으며, 종별구분에 따라서는 한의원과 병원급이 29.6%, 21.4%로 가장 많았다. 진료과목에 따라서 의과분야는 영상의학과(51.0%), 마취통증의학과(30.5%), 가정의학과(25.1%) 순으로, 치과분야는 치과보존과가 9.1%로, 한방분야는 한방내과(8.2%), 한방재활의학과(7.7%), 침구과(7.6%) 순으로 많은 결과였다.

3) 당일 의·한 융합 협진의 형태

당일 의·한 융합진료의 유형은 ① 의·한간 처방없이 의·한 융합진찰만 이루어진 경우, ② 의과의 경우 진찰만 수행하고 한의요법이 시행된 경우, ③ 의과 영상진단과 한의요법이 같이 처방된 경우, ④ 의과 검체진단과 한의요법이 같이 처방된 경우, ⑤ 의과 물리요법과 한의요법이 같이 처방된 경우, ⑥ 의과 정신요법과 한의요법이 같이 처방된 경우, ⑦ 의과 처치와 한의요법이 같이 처방된 경우, ⑧ 의과 투약과 한의요법이 같이 처방된 경우 등의 유형으로 구분하였다.

의과의 경우는 처방의 형태에 따라 진료비의 차이가 크게 발생하기 때문에 구분하였으나, 한의의 경우는 침술, 구술, 부항술 등 환자에 따른 진료내역 유형을 구분하기 어려워 처방 유형을 구분하지 않았다.

<표 5> 당일 의·한 융합진료의 유형

유형구분	진료내역
① 한의융합진찰	의·한간 별도 고유분야의 처방없이 진찰만 이루어진 경우임. 대면 협진료로 보상되므로 별도의 처방수가 미개발
② 의과진찰 & 한의요법	의과의 경우 진찰만, 한의의 경우 침/구/부항술 등이 처방된 경우
③ 영상진단 & 한의요법	의과 방사선/CT/MRI 등 진단촬영과 함께 한의의 경우 침/구/부항술 등이 처방된 경우
④ 검체진단 & 한의요법	의과 혈액/소변/화학 등 검체진단과 함께 한의의 경우 침/구/부항술 등이 처방된 경우
⑤ 물리요법 & 한의요법	의과 이학요법의 처방과 함께 한의의 경우 침/구/부항술 등이 처방된 경우
⑥ 정신요법 & 한의요법	의과 정신요법의 처방과 함께 한의의 경우 침/구/부항술 등이 처방된 경우
⑦ 의과처치 & 한의요법	의과 주사/처치/시술 처방과 함께 한의의 경우 침/구/부항술 등이 처방된 경우
⑧ 의과투약 & 한의요법	의과 투약처방과 함께 한의의 경우 침/구/부항술 등이 처방된 경우. 투약만으로 융합진료가 수행되었다고 어려우므로 수가 미개발

주) 유형구분별 당일 융합진료의 진료건수는 유형별 중복이 가능함

의·한 협진 시범사업에 참여하여 협진진료료가 발생한 기관을 대상으로 기관내 의·한 협진 31개소와 기관간 의·한 협진기관 28개소의 당일 의·한 융합진료의 유형별 건수와 발생율을 분석하였다.

기관간 의·한 협진기관의 경우는 당일 융합진료는 ② 의과진찰과 한의요법이 시행된 경우가 28.5%로 가장 많았으며, 반면 기관내 의·한 협진기관의 경우는 영상진단 후 한의요법이 시행된 경우가 47.9%로 가장 많았다.

의과 물리요법과 한의요법은 기관간 의·한 협진기관과 기관내 의·한 협진기관 모두에서 두 번째로 의·한간 당일 융합진료가 많은 것으로 나타났다.

<표 6> 당일 의·한 융합진료 건수 및 구성비

유형구분	기관간 협진 당일 융합진료		기관내 협진 당일 융합진료	
	진료건수	건율	진료건수	건율
① 한의융합진찰	5,098	5.1	280	0.3
② 의과진찰 & 한의요법	28,572	28.5	7,051	8.0
③ 영상진단 & 한의요법	17,252	17.2	42,161	47.9
④ 검체진단 & 한의요법	15,557	15.5	2,731	3.1
⑤ 물리요법 & 한의요법	22,417	22.4	25,324	28.8
⑥ 정신요법 & 한의요법	16,382	16.4	19,195	21.8
⑦ 의과처치 & 한의요법	4,269	4.3	7,745	8.8
⑧ 의과투약 & 한의요법	3,206	3.2	1,008	1.1
당일 의한 융합진료 합계	100,184	100.0	87,952	100.0

주) 유형구분별 당일 융합진료의 진료건수는 유형별 중복이 가능함

4. 결론 및 제언

본 연구는 의·한 협진 실태파악을 위해 2단계 시범사업 실적을 중심으로 분석하였고, 의·한 협진과 관련한 정책적 시사점을 제시하고자 하며, 향후 연구의 범위와 한계점을 보완하여 지속적인 연구가 필요할 것이다.

첫째, 의·한 협진에 대한 임상적 유효성의 검토가 면밀하게 검토되어야 할 것이다. 의·한 협진은 시범사업의 환자 만족도 조사를 통하여 그 효과성이 인정되나, 의·한 협진에 대한 임상적 유효성 사례에 대한 결과는 미흡한 것이 사실이다. 따라서 보다 면밀한 수가보상 체계를 운영하기 위해서는 중장기적으로 임상적 유효성 검토가 반드시 선행될 필요가 있으며, 의·한 직역간 대립과 갈등 보다는 통합진료로 인한 효과성이나 유효성의 평가가 이루어지길 기대한다.

수가의 보상 차원에서도 의·한 협진의 임상적 유효성이 높은 질환군을 우선 선정할 필요성이 있다. 현행 의·한 협진에서 일반적으로 인정되는 질환은 근골격계 질환과 뇌졸중 및 신생물 등으로 분석되고 있으나, 이에 대한 임상적 유효성에 대한 근거는 미흡한 실정이다.

둘째, 의·한 협진이 외래뿐만 아니라 입원환자에 대한 수가개발도 필요할 것이다. 현재 시범사업이 외래환자에게 적용됨으로써 실제 임상적 필요도와 환자 요구도가 높은 입원환자를 대상으로한 가산수가 또는 융합수가에 대한 인센티브를 적용하는 것도 고려해 볼 수 있을 것이다.

셋째, 의·한 협진 수가개발에 있어 또 하나의 핵심적인 사항은 병원규모나 지원소모량에 따른 차이를 고려하지 않고, 현행 의·한 협진 행위분류(일차 협의진료료, 지속 협의진료료)의 골격을 유지하여 검토하였기에 본 분석에서는 이러한 협진 행위분류에 대해서는 면밀히 검토하지 못하였다.

향후 협진의 참여자수, 협진시간, 협진의 대상 질환, 협진시의 주요처방 내용에 따른 차이를 반영할 필요성이 있으며, 수가개발을 위하여 선행적으로 의·한 협진 임상사들의 참여하여 행위분류가 이루어져야 함에도 불구하고 향후 연구에서는 이에 대한 보완이 이루어질 필요가 있다.

넷째, 의·한 협진에 대한 수가개선을 위해서는 협진에 대한 원가수준의 파악이 불가피하게 조사되어야 할 것이다. 수가 수준에 대한 불균형은 공급자의 의료서비스 제공에 왜곡을 가져올 뿐만 아니라 양질의 의료서비스를 제공에 어려움을 줄 수 있다. 따라서 원가보상 수준에 대한 보정을 위해서는 최근의 원가보상 수준에 대한 대규모 연구자료가 필요하나, 대규모 표본의 공식적인 자료가 존재하지 않아 개선이 필요한 상황이다.

또한, 의료행위별(수가별) 원가조사를 시행하기 위해서는 협진에 대한 의료행위분류의 타당성 확보가 선행되어야 하나, 시범사업의 행위분류는 자원소모량 기준 행위분류로 보기에 어려우며, 지불보상의 편의성을 중시하고 있는 것으로 판단된다. 향후 융합협진에 대한 행위분류의 타당성이 확보되는 경우, 시범사업 대상기관을 모집단으로 상향식 또는 하향식 방법 등 다양한 방법론⁸⁾에 의거 원가조사가 이루어져야 할 것이다.

마지막으로 의학계 저변에는 아직까지도 한의계에 대한 일관된 불신이 자리잡고 있어 통합의학적 결합은 궁극적으로 달성하기 어려울 수도 있다.⁹⁾ 따라서 의료일원화가 성공하기 위해서는 학술적 장점과 성공의 경험을 양의와 한의 측이 공유하는 단계가 선행되어야 할 것이다.¹⁰⁾¹¹⁾



참고문헌

1. 임성민, 김완호, 김동아, 손지형, 이정섭, 김종배, 최현, 호승희, 이금주, 임정훈, 이슬. 뇌졸중 재활 협진모형 및 프로토콜 개발 연구. 국립재활원 재활연구소. 2012.
2. 보건복지부-건강보험심사평가원. 의·한 협진 2단계 시범사업 지침. 2017.
3. WHO. Traditional Medicine Strategy 2014-2023. 2013.
4. 윤강재, 이상영, 채수미, 김대은, 한동운. 의·한의 이원화체계 현황과 개선방안 모색. 보건복지부-한국보건사회연구원. 2017.
5. 황도경, 임병목, 신영석, 이상영, 김한성, 신병철, 박금령, 김소윤, 류지선, 김동수, 정현미. 추나요법 급여 전환을 위한 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원 · 한국보건사회연구원. 2018.
6. 의료개혁위원회. 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제. 1997.
7. 보건복지부-건강보험심사평가원. 의·한 협진 3단계 시범사업 지침. 2019.
8. Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. W. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Mc Graw-Hill/Open University Press. 2011.
9. 이태형, 김남일. 통합의학의 개념 및 한의학과와의 관계. 한국한의학연구원논문집. 제17권 제3호. pp.35-42. 2011.
10. Keshet, Y., Popper, G. A. Integrative health care in israel and traditional arab herbal medicine: when health care interfaces with culture and politics. Med Anthropol Q. Vol. 27 No. 3. pp. 368-384. 2013.
11. 임은진, 김소윤, 손명세, 최평락, 오병상. 한양방 통합의료의 갈등과 방향에 대한 연구. 동의생리병리학회지. 제28권 제2호. pp. 243-250. 2014.

한의정책 한의온라인정책서비스 구독 및 홈페이지 안내



한국한의학연구원 한의정책팀은 2012년 12월 창간 준비호를 시작으로 연간 두 차례씩 「한의정책」을 발간하고 있습니다. 그동안 독자께서 소중한 의견을 주신 덕분에 매년 한의계의 주요 이슈들을 다룰 수 있었고, 내용의 양과 질 모두 지속적으로 발전할 수 있었습니다. 지금까지 발간된 「한의정책」은 한국한의학연구원 홈페이지를 통해서도 확인하실 수 있습니다.

아울러, 한국한의학연구원 한의정책팀에서는 한의온라인정책서비스 홈페이지(policy.kiom.re.kr)를 제공하고 있습니다. 한의약 분야 정책 자료, 통계자료 및 관련 현안 이슈 등을 업로드하고 있으니 많은 이용 부탁드립니다.

또한, 「한의정책」에 수록되었으면 하는 한의계의 핵심 정책 이슈들이 있다면 언제든지 아래의 연락처로 제안해 주시기 바랍니다.

담당자 한국한의학연구원 한의정책팀 백지수

연락처 bjs20@kiom.re.kr 또는 042-868-9257

