



2014 제2권 제2호 (Volume 2 Number 2 Dec 2014)

한의정책

The Journal of Korean Medicine Policy

한국의료보장성의
현재와 미래

최근 동향

- 숫자로 보는 2000년대 한의 건강보험
- 한방건강보험의 역사와 현재
- 의료기기 인허가, 평가, 관련규정 등 기본개념의 이해

오피니언

- 약침 보장성 강화를 위한 방안
- 추나 급여화의 전망과 방향
- 한의시술(침, 구, 부항, 물리치료 등)의 급여 발전방향
- 침술 급여의 개선방향
- 치과 건강보험 현황과 전망

현장의 목소리

- 보장성 강화 논의과정에 정부가 중심을 잡아주어야
- "독립한의약법"이 제정되었으면
- 한의치료에 대한 비용효과의 지속적인 검증이 중요

한의정책 저널 소개

- 한의정책 구독 안내



한국한의학연구원
KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE



2014 제2권 제2호 (Volume 2 Number 2 Dec 2014)

한의정책

The Journal of Korean Medicine Policy



한국한의학연구원
KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

2014 제2권제2호

한의정책

••

ISSN 2288-4408

발행일 2014년 12월

••

발행인 이해정

발행처 한국한의학연구원

주소 305-811

대전광역시 유성구 유성대로 1672
(전민동 461-24)

••

편집처 한의학정책연구센터

Tel 042-868-9681

Fax 042-868-9646

E-Mail elekang@kiom.re.kr

••

인쇄처 신진기획인쇄사 042-638-7887

‘한의정책’에 실린 모든 내용은 필자 개인의 의견으로서 본 연구원 및 센터의 공식적인 견해가 아님을 밝힙니다.
본 저널에 실린 내용은 출처를 명시하여 인용할 수 있습니다.

•• CONTENTS

- 03 발간사
송미영 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터장

▶ 최근 동향(New Trends)

- 06 숫자로 보는 2000년대 한의 건강보험
이준혁 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 팀장
- 16 한방건강보험의 역사와 현재
이은경 | 경희대학교 한의과대학 교수
- 33 의료기기 인허가, 평가, 관련규정 등 기본개념의 이해
백윤희 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 연구원

▶ 오피니언(Opinion)

- 46 약침 보장성 강화를 위한 방안
조현주 | 함소아제약 이사
- 51 추나 급여화의 전망과 방향
신병철 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수, 척추신경추나의학회 회장
- 63 한의시술(침, 구, 부항, 물리치료, 침약 등)의 급여 발전방향
황영모 | 대한한 의사협회 보험이사(前)
- 74 침술 급여의 개선방향
김남권 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- 80 치과 건강보험 현황과 전망
최용찬 | 대한치과의사협회 치과의료정책연구소 책임연구원

▶ 현장의 목소리

- 92 보장성 강화 논의과정에 정부가 중심을 잡아주어야
이진호 | 자생한방병원 의료경영실장
- 96 “독립한의약법”이 제정되었으면
이승현 | 서울특별시한의사회 보험이사, 경희UN한의원 원장
- 99 한의치료에 대한 비용효과의 지속적인 검증이 중요
손지형 | 국립재활원 한방재활의학과 과장

▶ 한의정책 저널 소개

- 103 한의정책 구독 안내

발간사



올해 보건복지부는 한의약과 관련된 산·학·연·관 전문가들과 함께 한의 추나요법을 건강보험에 보장하기 위한 다양한 시도와 활동을 전개하였습니다. 이에 국민건강보험공단에서는 ‘건강보험 중기보장성 강화 계획’ 수립을 통해 추나요법의 시범사업을 시행하고 2018년부터 한의 추나요법을 건강보험에서 보장할 계획에 있습니다. 이와 같이 최근 한의 의료의 건강보험 보장에 대한 논의가 활발히 진행되고 있으며 한의 의료 보장성 강화에 대한 기대와 관심이 증대되고 있습니다.

이번 「한의정책」에서는 그동안 한의계의 이슈가 되고 있는 ‘한의 의료 보장성 강화’에 대해 다루고 있습니다. 현재 한의원의 건강보험 보장률은 전체 보건의료계의 평균 보장률에 미치지 못하고 있으며, 한의 의료는 전체 건강보험에서 차지하는 요양급여 비용실적도 약 4%대를 점유하고 있는 상황입니다. 이에 한의약 관련 정부부처는 한의 의료의 보장성이 강화되어야 한다는 것을 인지하고 대책을 마련하고 있으며, 학계와 연구계에서도 이 같은 문제를 해결하기 위해 관련 연구를 진행하고 근거자료 마련을 위해 열심히 노력하고 있습니다. 이러한 의미에서 이번 호의 주제인 ‘한의 의료 보장성의 현재와 미래’는 향후 한의학의 발전과 관련하여 정책적으로 매우 중요하다고 생각합니다.

「한의정책」을 통해 우리나라의 한의 의료 보장성에 대한 최근 동향과 주요 현안들을 공유하고 발전방안들을 이해하여, 앞으로 한의약 관련 정책을 수립하는 데 참고 자료로 활용되고 국민 건강 증진에 기여될 수 있기를 기원합니다. 감사합니다.

한국한의학연구원 한의학정책연구센터장 송 미 영



- • 숫자로 보는 2000년대 한의 건강보험
이준혁 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 팀장
- • 한방건강보험의 역사와 현재
이은경 | 경희대학교 한의과대학 교수
- • 의료기기 인허가, 평가, 관련규정 등 기본개념의 이해
백윤희 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 연구원

숫자로 보는 2000년대 한의 건강보험

한국한의학연구원 한의약정책연구센터 팀장

이 준 혁



1. 개요

한약건강보험이 전국적으로 시작된 지 약 27년이 지났다. 1984년 청주·청원 지역의 시범사업으로 시작되어 1987년 전국으로 확대 시행된 후 급여 대상 처방의 확대, 한방 검사 행위 급여, 한방치료 항목 신설, KCD 상병명에 따른 청구, 한의원 외래 본인부담 정액제 변경 등 제도적 발전을 거쳐 왔다. 제도는 지속적으로 변화했지만 한약건강보험의 시행 자체가 국민들이 저렴한 비용으로, 쉽게 한약 서비스를 이용할 수 있게 되었다는 점에서는 논란의 여지가 없다. 한약건강보험의 미래를 예측하고, 이에 대한 정책적인 대안을 수립하기 위해서는 먼저 현재까지 한약건강보험의 발자취를 살펴보는 것도 중요하다. 본 글에서는 먼저 건강보험의 개념과 연혁, 그리고 한약건강보험에 대한 연혁을 간략히 기술하고, 2001년부터 현재까지 한약 건강보험의 발자취를 청구 건수와 진료비 중심으로 살펴보고자 한다.

2. 건강보장이란 무엇인가?

건강보장은 사회보장의 한 부문이다. 사회보장이란 함은 사회구성원에게 생활의 위험이 발생했을 때 사회적으로 보호하는 대응체계를 가리키는 포괄적인 용어이고 질병이나 분만, 실업, 폐질, 직업상의 상해, 노령 및 사망으로 인한 소득의 상실이나 감소 등의 경제적 곤궁에서 유래하는 근심과 불안을 제거함으로써 사회평화를 도모하려는 것이다.

사회보장이라는 용어를 처음 사용한 것은 미국의 루스벨트 대통령이 1943년 6월 8일 의회에서 뉴딜 정책을 설명하는 가운데서 비롯된 것이며, 이것이 법률용어로 처음 등장한 것은 1935년 미국의 사회보장법(Social Security Act)이 제정된 때부터이다.

우리나라에서 사회보장이라는 용어가 사용된 것은 '사회보장에 관한 법률'(1963. 11. 5. 법률 제1437호)의 제정과 1963년 11월 5일 법률 제1438호에 의한 산재보험법과 1963년 12월 16일 법률 제1623호로 의료보험법이 제정된 이후이며, 이 용어가 보편적으로 생활화된 것은 강제적용형 의료보험이 실시된 1977년 7월 1일 이후로 볼 수 있다.

의료보장은 개인의 능력으로 해결할 수 없는 건강문제를 사회적 연대책임으로 해결하여 사회성원 누구나 건강한 삶을 향유할 수 있도록 하는데 궁극적인 목적이 있다. 1차적으로는 건강을 유지 증진하기 위한 서비스의 하나인 의료 서비스를 필요로 할 때 경제적 부담 없이 누구나 의료 서비스를 이용할 수 있도록 보장하는 것이라 할 수 있다. 그리고 건강을 보장하기 위해서는 보건의료 서비스 이외에도 건강에 영향을 미치는 생활환경과 개인적인 삶의 행태를 개선해야 한다는 점에서 건강한 공공정책의 필요성이 강조되고 있다. 또한, 의료보장을 위하여 사용할 수 있는 자원은 유한하므로, 한정된 자원으로 의료보장의 성과를 극대화해야 할 필요성도 제기된다. 요컨대, 의료보장의 목표는 예기치 못한 의료비 부담으로부터 사회성원들을 재정적으로 보호하고, 필요에 따른 의료이용의 형평성을 높이며, 국민의료비를 적절한 수준으로 유지하고, 의료수급의 효율을 진작하는 데 있다.

3. 우리나라의 건강보험 도입 과정

우리나라는 1963년에 의료보험법이 제정되었으며, 1968년에는 장기려 박사를 중심으로 하여 임의보험인 부산 청십자 의료보험조합을 만들었다. 1976년 의료보험법을 전면 개정하여 1977년 7월부터 500인 이상의 상시근로자를 고용하는 사업장의 근로자를 대상으로 강제가입주의를 채택하여 사회보험으로서의 의료보험을 처음 시작하였으며, 그 후 꾸준히 확대하여 1979년에는 공무원과 교직원에 대한 의료보험을 실시하였다. 1988년에 농어촌지역주민이 의료보험에 당연 적용되었으며, 1989년부터 도시지역 주민에 대하여 실시하여 적용대상을 점차 확대하였다. 이 결과 1977년 7월 의료보험을 시작한 이래 12년 만에 전국민의료보험이 현실화되었다. 이후 2000년에는 국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합을 통합하여 국민의료보험관리공단을 출범하였으며, 2003년에 직장재정과 지역재정을 통합하면서 실질적인 건강보험의 통합을 달성하였다. 2005년부터는 고령화사회를 대비하여 노인장기요양보험 시범사업을 실시하여 2008년부터 실시하게 된다.

〈표 1〉 건강보험 연혁

시기	내 용
1963. 12	의료보험법 제정
1977. 7	500인 이상 사업장 근로자 의료보험 실시(486개 조합 설립)
1979. 1	공무원 및 사립학교교직원 의료보험 실시
1981. 1	100인 이상 사업장 의료보험 적용 확대
1988. 1	농어촌 지역의료보험 확대실시
1988. 7	5인 이상 사업장 의료보험적용 확대
1989. 7	도시지역의료보험 실시(전 국민 의료보험 실현)
1997. 12	국민의료보험법 제정
1998. 10	지역의료보험조합(227개 조합)과 공무원·교 의료보험관리공단 통합
1999. 2	국민건강보험법 제정
2000. 7	국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합(139개) 통합 - 국민의료보험관리공단 출범
2001. 7	5인 미만 사업장 근로자 직장가입자 편입
2002. 1	국민건강보험재정건전화특별법 제정
2003. 7	직장재정과 지역재정 통합(실질적인 건강보험 통합)
2005. 7	노인장기요양보험 시범사업실시
2007. 4	노인장기요양보험법 제정(법률 제8403호)
2008. 7	노인장기요양보험 실시
2011. 1	사회보험 징수통합(건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험)

4. 한의약건강보장의 도입과정

한의약건강보험을 도입하기 위해 1984년 2월부터 한약가격 시장조사에 착수하여 본격적인 수가와 약가를 개발하는 동시에 시범사업의 접근방법, 급여의 범위와 실시 지역의 선정 등에 대한 연구검토를 실시하였다. 이 결과로 1984년 12월 1일부터 청주, 청원군 일원 거주자 및 26개 한의원을 대상으로 침, 구, 부항 및 98종 단미한약재로 구성되는 69개 기준처방을 급여범위로 한방의료보험 시범사업을 실시하였으며, 이를 통해 전국실시에 대한 검토자료가 마련되었다. 이를 통해 1987년 2월부터 전국적으로 침, 구, 부항, 진찰, 입원, 조제를 급여범위로 실시하였으며, 그 해 4월부터 68종 단미한약제제로 구성되는 26개 기준처방의 약제급여를 실시하였다.

1996년 3월부터는 한방산재보험 시범실시사업을 실시하였으며, 1999년 4월 산재보험을

전면적으로 확대하였다. 그리고 1999년 자동차손해배상보장법에 한방 자동차보험 적용이 명시되었으며, 2000년 자동차보험심의위원회 산하 전문위원회에 한방분과가 구성되었다.

〈표 2〉 한의약건강보험 연혁

시기	내 용
1984. 12	청주, 청원군 일대 거주자 및 26개 한의원을 대상으로 침, 구, 부항 및 98종 단미한약제제로 구성되는 69개 기준처방을 급여범위로 하여 한방의료보험 시범사업 실시
1987. 2	침, 구, 부항, 진찰, 입원, 조제를 급여범위로 국한한 한방의료보험 전국적 확대 실시
1987. 4	68종 단미한약제제로 구성되는 26개 기준처방의 약제급여를 실시하고 같은 해 9월 1일 36개 처방, 1990년 2월 1일 56개 처방으로 약제급여를 확대
1996. 3	전국 32개 한의원을 대상으로 한방산재보험시범사업을 실시하였고 급여범위는 한방의료보험 급여 범위와 동일하게 적용(기타 의료기관 종별 가산율, 환자관리료의 체감율, 식대, 의료기관의 확인수수료 등은 양방수가를 준용)
1997.	한의약제 급여방식이 처방명 중심의 투약방법에서 한의사의 자율적 처방권이 인정되면서 상병명 중심으로 인식 전환
1999. 4	산재보험 전면 확대
1999. 11	한방보험 급여항목에 중요 혈위침술, 변증기술로 신설, 습식부항 2부위 50% 가산 신설
1999.	자동차손해배상보장법에 한방 자동차보험 적용이 명시
2000.	자동차보험심의위원회 산하 전문위원회에 한방분과 구성
2000. 7	건강보험 심사부분의 독립(건강보험심사평가원)
2000. 7	의약분업 실시, 한방제외
2001. 1	상대가치제도, 수가계약제 도입되었으나, 한방상대가치점수는 연구점수 부재로 의과의 환산 지수로 역산하여 산출
2001. 9	한국한의표준의료행위분류 제정
2005. 7	제4기 자동차보험진료수가분쟁심의회에 공익위원으로 활동
2006. 1	100/100 본인부담 급여항목의 급여, 비급여 결정
2007. 1	자동차보험의 청약 및 탕전료가 건설교통부 고시로 등재
2007.	정율제 시행(65세 미만 총진료비용중 30% 본인부담금으로 부담 등)
2007. 10	첫 유형별 환산지수 계약(점수당 단가 : 63.3원)
2008. 1	신상대가치점수제 적용
2008. 10	2차 유형별 환산지수 계약(점수당 단가 : 65.6원)
2009. 7	한국표준사인분류(한의) 3차 개정안 고시(2010.1.1. 시행), 의과의 질병분류(KCD)를 수용하면서 한의고유사병(U코드 306개 신설)
2009. 12	경근온열요법 등 한방물리요법 3개 항목에 대한 급여화 실시
2010. 1	침술별 적용상병 기준이 삭제되고 처방별 적용상병 실시
2011. 1	한의원 외래 본인부담기준 및 본인부담액 제도 변경 - 65세 이상 노인 투약시 본인부담기준금액을 20,000원으로 상향조정
2012. 1	한방시술 중 자락관법 실시 시 일회용 부항컵이 재료대 급여 적용

5. 숫자로 보는 한의약건강보험 현황

5.1. 개괄

건강보험의 경우에 2001년도 2371만 건에 6784억 원 가량이었던 청구건수와 진료비는 2013년에는 1억 11만 건에 2조 1천 90억 가량으로 청구건수 대비 약 426% 증가하였으며, 금액대비로는 약 311% 증가하였다. 청구건수는 상대적으로 많이 늘어났으나, 한의약 건강보험의 경우 수가가 전반적으로 낮으며, 건당 진료비는 2006년까지 상승한 이후 2007년부터 급격하게 낮아졌으나, 2009년부터 다시 증가하는 것으로 나타난다. 의료급여의 경우에는 2001년도 약 83만 건에 454억 원 가량이었던 청구건수가 진료비는 2013년에는 494만 건에 1,214억 원으로 진료비 기준으로 청구건수 대비 약 595% 증가하였으며, 금액대비로는 약 267% 증가하는 것으로 나타난다. 의료급여의 경우 2007년을 기점으로 청구건수가 급격하게 늘어나고 건당진료비가 급격하게 줄어들게 된다. 이것은 2007년도 당시 청구형식의 변경에 의한 것으로 보여진다. 따라서, 자료를 분석할 시에 2001년부터 2006년까지의 자료와 그 이후 자료의 경우 건당진료비를 단순히 놓고 비교하기에는 어려움이 따르며, 별도로 분석을 해야 할 것으로 보인다. 2007년과 2008년에

〈표 3〉 2001~2013 건강보험 및 의료급여 청구건수 및 진료비

	건강보험			의료급여		
	청구건수	진료비(백만 원)	건당진료비	청구건수	진료비(백만 원)	건당진료비
2001	23,716,725	678,385,934	28,604	835,339	45,403,404	54,353
2002	26,948,428	795,642,671	29,525	905,870	47,927,159	52,907
2003	28,926,674	878,668,414	30,376	924,784	49,765,760	53,813
2004	31,526,556	983,032,012	31,181	1,019,966	58,502,739	57,358
2005	33,747,065	1,085,794,301	32,174	1,175,012	71,468,461	60,824
2006	36,127,545	1,214,910,205	33,628	1,327,098	82,628,726	62,263
2007	56,023,955	1,304,428,647	23,283	2,586,764	79,981,607	30,920
2008	81,336,711	1,361,831,852	16,743	4,441,138	81,760,626	18,410
2009	90,352,980	1,578,398,613	17,469	4,943,372	94,529,639	19,123
2010	91,356,214	1,682,713,868	18,419	4,837,786	100,533,159	20,781
2011	92,010,073	1,806,889,764	19,638	4,787,156	107,072,521	22,367
2012	96,378,959	1,941,004,964	20,139	4,812,534	112,827,967	23,445
2013	101,126,086	2,108,963,913	20,855	4,941,249	121,404,111	24,570

의료급여 대상자의 한의의료이용 진료비 비중이 감소하게 되는데 이것은 의료급여 대상자의 병의원 방문이 2007년 7월에 선택병원제도로 변경되었기 때문인 것으로 보여진다.

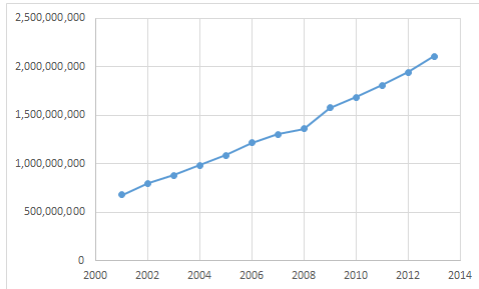
5.2. 한의원·한의사 1개 단위별 청구건수 및 진료비

한약 건강보험의 경우에는 크게 한의원과 한방병원의 경우 규모와 운영방식이 상이하기 때문에 이 두 가지 범주를 분리해서 분석하는 것이 보다 큰 시사점을 줄 것으로 생각된다. 특히, 한방병원의 경우에는 규모와 특성이 상이하여 단순한 기술통계는 의미가 없을 것으로 판단되어 제외하고, 여기에서는 한의원과 한의원에 종사하는 한의사를 중심으로 한 수치를 보도록 하겠다.

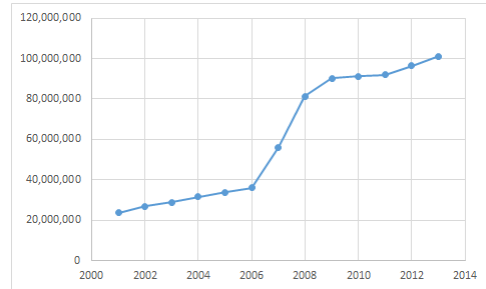
한의의료기관은 2001년에 한방병원이 131개, 한의원이 7,499개로 전체 의료기관의 18.9%를 차지하였으나, 점차 증가하여 2013년에는 한방병원이 203개, 한의원이 12,816개로 전체 의료기관에 있어서 양적인 면에 있어서는 21.4%를 차지하고 있다. 면허 한의사 수는 2001년도부터 꾸준히 증가하여 2001년 12,750명에서 매년 800명 가량씩 증가하여 2013년에는 21,355명이 되었다. 건강보험의 전체 청구건수와 진료비를 전체 한의원 수 또는 한의원 근무 한의사 수로 나눈 표는 다음과 같다.

〈표 4〉 2001~2013 한의원 1개소 및 한의원 근무 한의사 1인당 청구건수 및 진료비

	한의원 수	한의원 당 청구 건수 및 진료비		한의원 근무 한의사 수	한의사 당 청구건수 및 진료비	
		청구건수	진료비		청구건수	진료비
2001	7,499	3,025	81,598,840	8,057	2,816	75,947,586
2002	8,097	3,175	88,925,693	8,691	2,958	82,847,927
2003	8,734	3,173	91,401,754	9,422	2,942	84,727,544
2004	9,196	3,301	98,020,193	10,005	3,034	90,094,322
2005	9,765	3,337	102,722,751	10,712	3,042	93,641,492
2006	10,294	3,408	109,735,124	11,429	3,070	98,837,463
2007	10,895	5,043	110,144,187	11,936	4,603	100,537,946
2008	11,248	7,137	111,964,293	12,419	6,464	101,407,067
2009	11,705	7,617	124,923,134	12,923	6,899	113,149,059
2010	11,804	7,630	131,122,586	13,199	6,823	117,264,263
2011	12,305	7,358	134,051,898	13,576	6,669	121,501,812
2012	12,440	7,484	141,451,117	13,925	6,686	126,366,384
2013	12,816	7,624	148,892,891	14,393	6,788	132,579,121



〈그림 1〉 한의원당 연간 진료비



〈그림 2〉 한의원당 연간 청구건수

한의원 당 보험 청구 건수는 2001년 3,025건에서 2013년 7,624건으로 252% 증가하였으며, 금액은 약 8천 2백만 원에서 1억 4천 9백만 원으로 181% 증가하였다. 한의사 1인당 청구건수는 2,816건에서 6,788건으로 241% 증가하였으며, 금액은 약 7천 6백만 원에서 약 1억 3천 3백만 원으로 175% 증가하였다. 한의원 1개소당 청구건수 및 진료비의 증가는 한의사 1인당 증가와 거의 비슷하였다. 한의원 1개소당 근무 한의사가 1.07명에서 1.12명으로 늘어났으므로, 한의원의 규모가 미약하게나마 예전의 1인 근무 한의원보다는 2인 또는 다인 근무 한의원이 늘어난 것으로 추정할 수 있으며, 이에 근거하여 한의원 1개소당 청구건수 및 진료비가 한의사 1인당 청구건수 및 진료비보다는 조금 더 증가율이 높았던 것으로 판단된다.

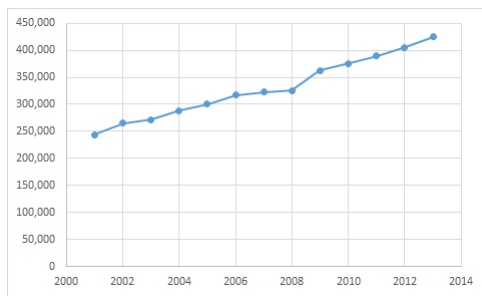
5.3. 주당·일당 청구건수 및 진료비

위의 자료를 통해서 주당 청구건수 진료비, 그리고 일평균 청구건수와 진료비를 추정해 보았다. 1년을 52주로 보고, 1주당 근무일 수를 6일로 봤을 때 전체 청구건수 진료비를 52로 나누어서 주당 청구건수와 진료비를, 다시 이를 6으로 나누어 일평균 청구건수와 일평균 진료비를 산출하였다. 2001년도에 한의원 1개당 1일 청구건수와 진료비는 약 9.7건, 26만 1천원이었으며 2013년도에는 24.4건에 47만 7천원으로 증가하였다. 한의사 1인당으로 본다면 2001년 9.0건, 24만 3천원에서 2013년 21.8건, 42만 5천원으로 증가하였다. 이를 볼 때 주당 진료비와 일평균 진료비는 꾸준히 증가해오고 있다. 청구건수의 경우 청구방식의 변화로 인해 2007년도부터 급격한 변화가 있으며, 그 전후를 나누어 2001년도부터 2006년까지 그리고, 2008년부터 그 이후를 묶는다면 각각의 시기 내에서는 큰 변화는 없는 것으로 보여진다. 건강보험 청구형식이 2007년 이후에 월별 청구형식에서 일별 청구형식으로 바뀌었다는 것을 감안한다면, 2008년 이후 자료를

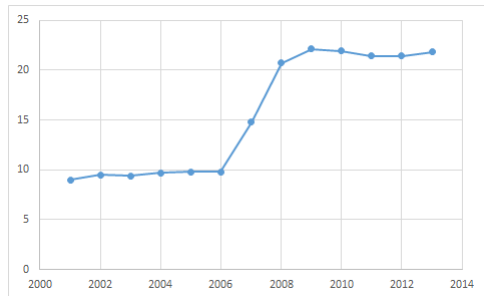
일평균 방문환자 수로 치환하여 보아도 무방할 것으로 보인다. 그렇다면 2008년 이후 한의사 1인당 평균 진료 환자 수는 21명 내외로 거의 변화가 없는 것으로 보인다.

〈표 5〉 2001~2013 한의원 1개소 및 한의사 1인당 주 평균, 일 평균 청구건수 및 진료비

	한의원 1개소당				한의사 1인당			
	주당 청구건수	주당 진료비	일평균 청구건수	일평균 진료비	주당 청구건수	주당 진료비	일평균 청구건수	일평균 진료비
2001	58.2	1,569,208	9.7	261,535	54.2	1,460,531	9.0	243,422
2002	61.1	1,710,109	10.2	285,018	56.9	1,593,229	9.5	265,538
2003	61.0	1,757,726	10.2	292,954	56.6	1,629,376	9.4	271,563
2004	63.5	1,885,004	10.6	314,167	58.3	1,732,583	9.7	288,764
2005	64.2	1,975,438	10.7	329,240	58.5	1,800,798	9.8	300,133
2006	65.5	2,110,291	10.9	351,715	59.0	1,900,720	9.8	316,787
2007	97.0	2,118,157	16.2	353,026	88.5	1,933,422	14.8	322,237
2008	137.3	2,153,159	22.9	358,860	124.3	1,950,136	20.7	325,023
2009	146.5	2,402,368	24.4	400,395	132.7	2,175,943	22.1	362,657
2010	146.7	2,521,588	24.5	420,265	131.2	2,255,082	21.9	375,847
2011	141.5	2,577,921	23.6	429,654	128.3	2,336,573	21.4	389,429
2012	143.9	2,720,214	24.0	453,369	128.6	2,430,123	21.4	405,020
2013	146.6	2,863,325	24.4	477,221	130.5	2,549,598	21.8	424,933



〈그림 3〉 한의사 1인당 일평균 진료비



〈그림 4〉 한의사 1인당 일평균 청구건수

2008년도부터 상대가치점수제가 적용이 되면서, 각 요양기관 종별로 지속적으로 점수가 변화되어 왔다. 아래의 표는 2008년부터 2015년까지 점수의 변화를 나타낸다. 조산원을 제외하고는 각 종별로 뚜렷한 차이는 보이지 않는다.

〈표 6〉 2008~2015 상대가치점수제 환산점수 변화

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
종합병원, 병원 및 요양병원	62.2	63.4	64.3	64.9	66.0	67.5	68.8	70.0
의원	62.1	63.4	65.3	66.6	68.5	70.1	72.2	74.4
치과병원 및 치과병원	63.6	65.8	67.7	70.1	71.9	73.8	75.8	77.5
한방병원 및 한의원	63.3	65.6	66.8	68.8	70.6	72.5	74.4	76.0
조산원	80.7	88.2	93.5	100.0	104.2	106.9	110.0	113.5
약국 및 한국 희귀의약품센터	63.1	64.5	65.7	67.1	68.8	70.8	72.8	75.1
보건소, 보건의료원 및 보건지소와 보건진료소	62.1	63.7	64.8	66.4	67.7	69.1	71.0	73.1

6. 결론

지금까지 2000년 이후 한의약 건강보험과 관련하여 개괄적인 수치를 살펴보았다. 전반적으로 본다면 적어도 보험급여 측면 내에서는 한의사 수의 증가에도 불구하고 한의사 1인당 청구건수는 일정하고, 한의사 1인당 진료비는 지속적으로 증가한 것으로 보여진다. 구체적이고 질적인 분석은 추후 연구가 더 필요할 것으로 보여지나, 전반적인 양적인 변화에 대해서 시각적으로 살펴보는 데 도움이 되었으면 한다. 최근 한의원의 경제적인 침체에 대한 요인에 대해서는 심층적인 분석이 필요할 것으로 보여진다. 비보험 분야의 변화와 한의사 직업군 내의 소득불균형 심화 등 여러 요인이 있을 것으로 추정은 되지만, 관련해서는 추가적인 연구가 필요하다. 또한 본 자료는 건강보험의 효과성 등 기본적인 취지보다는 서비스 공급자 측면의 일부 수치만을 보여주는 것이므로, 향후 수요자 측면을 포함한 다각도의 연구가 필요할 것으로 보인다.

참 고 문 헌

1. 보건학개론, 이시백 외, 1998
2. 2009 한국한의약연감, 한국한의학연구원 외 2011
3. 2013 한국한의약연감, 한국한의학연구원 외 2015
4. 2009 한의약 정책백서, 대한한 의사협회 2010
5. 보건복지부 고시 제2014-189호, 제2013-170호, 제2012-166호, 제2011-158호, 제2010-112호, 2009-231호, 2008-166호, 제2007-117호
6. 국민건강보험공단 홈페이지(<http://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B2160>), 2015년 2월 25일

한방건강보험의 역사와 현재

경희대학교 한의과대학 교수

이은경



전반적인 경기침체와 치열해지는 의료기관 경쟁 속에 한의계 경영의 심각성이 부각되고 있다. 의원급 의료기관의 경영난이 어제 오늘의 이야기는 아니지만, 한의계는 보다 근본적인 문제에 직면하고 있다. 건강보험에서 핵심적 치료수단인 한약이 배제되는 상황이 고착화되면서, 더 이상의 보험개선이 쉽지 않다는 점이다.

현재 한의계를 둘러싼 변화를 살펴보면, 1) 한방 건강보험 보장항목이 침, 뜸, 부항 등 근골격계 치료에 적합한 수단에 집중되면서, 근골격계 환자가 내원환자와 건강보험 수익의 대다수를 차지하게 된 반면, 2) 근골격계 환자 전체 규모에서 한의계가 차지하는 비중, 특히 수익은 2천년대 후반 이후 줄어들고 있다. 하지만 3) 새로운 치료 영역을 확보하지 못하고 있어 한방의료기관 운영에서 근골격계 치료 비중은 갈수록 높아가고 있다. 또한 4) 2013년 첩약건강보험 시범사업이 무산되고, 제재보험에서도 약사집단과의 논의를 원천적으로 봉쇄한 상황에서, 한약 보험확대는 건강보험 정책심의 안건에서 다루어지지 못하고 있다. 그 결과, 5) 건강보험 정책에서 다루어지는 보장성 논의에서 한약은 제외되고 있으며, 6) 한약을 제외한 건강보험 보장성 확대는 결국 근골격계 치료 수단의 확대에 국한될 수 밖에 없다. 현재 가장 가능성있게 논의되고 있는 7) 추나 등 한방물리요법과 약침 보험급여 역시 근골격계 질환에 주로 사용되는 수단인 것이다. 이러한 상황은 8) 한방건강보험 보장성을 질적으로 개선하는 것을 어렵게 할 뿐 아니라 9) 4대 중증질환과 3대 비급여 보장 확대, 11조가 넘는 건강보험 흑자라는 건강보험 제도의 큰 변화 속에서 한방 건강보험은 논의조차 되지 못하는 심각한 문제로 이어지고 있다. 이 글에서는 이러한 상황을 통계자료를 통해 살펴보고자 한다.

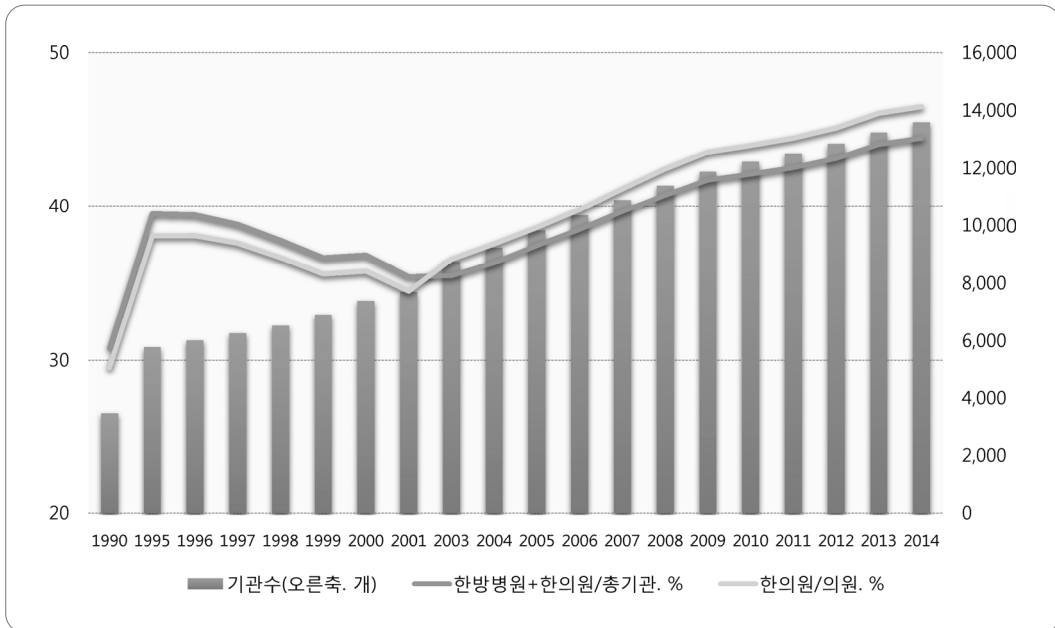
1. 경영난의 배경, 늘어나는 한의원수와 정체된 한방보험

한방의료기관 경영난의 배경은 여러 측면에서 설명될 수 있지만 가장 핵심적인 원인은 전체 의료기관 대비 한방의료기관 수가 증가하는 것에 비해 건강보험 전체에서 한방보험이 차지하는 비중은 극히 적으며, 증가율도 정체 내지 감소하고 있다는 점이다. 한방의료기관의 증가는 한의계 내에서만이 아니라 전체 의료기관, 특히 의원급 의료기관 비중의 변화와 같이 살펴볼 필요가 있다. 그 이유는 2천년대 중반 이후 의료기관수의 증가는 의원이 아닌 병원급 이상의 기관/병상의 증가가 주도하고 있기 때문이다.

2000년도 의약분업 이후, 의원과 약국의 진료수가가 큰 폭으로 인상되면서 의원 개설이 급격히 증가했다. 하지만 2천년대 중반 이후 병원, 그 중에서도 특히 대형병원급 진료에 대한 보장성 확대 정책이 추진되고, 지방환자와 경증/외래환자의 수도권 대형병원 집중이 가속화되는 상황이 전개되었다. 그 과정에서 의원 개설 증가율은 크게 감소하고, 대신 그 공백을 늘어나는 병원기관/병상이 채워갔다. 이런 상황을 전체적으로 고려하지 않고 한의계 병상수 증가율만 보아서는 한방의료기관의 규모를 제대로 볼 수 없다. 전체 기관수, 특히 의원과 대비한 한방의료기관의 수를 전체적으로 보아야 한방보험으로 인한 한의계 경영의 실태가 드러난다.

'90년도부터 전체 의료기관(치과제외 의원, 병원, 종합병원, 종합전문병원) 대비 한방의료기관의 비중 추이를 살펴보면 '90년에 30% 수준이던 한방기관 비율이 '95년에는 거의 40%에 육박했고 2천년대 후반에는 40%를 훌쩍 넘기고 있다. 특히 한의원/의원 비율은 의원개설수가 지속적으로 감소하는 2천년대 후반에 이르면 거의 45%를 상회, 2014년에는 46.5%에 달한다. <그림 1> 양방의료기관은 대형병원 중심의 병상확충과 요양병원 등에서 배출의사의 상당수를 흡수하는데 비해, 한의계는 대다수 한의원 개설을 선택하고 있는 것이다.

그렇다면 한의원/의원의 건강보험 비율은 어떠한가? 지금까지 한방진료비 비중은 진료비 점유율을 중심으로 비교해왔다. 하지만 진료비 점유율만 볼 경우, 진료비 증가가 병원급 이상에서 이루어지고, 한방의료기관수가 의원수에 비해 상대적으로 급증하고 있는 현실을 고려하지 못하게 된다. 전술한대로 의원급의 진료비 점유율이 더 크게 감소했던 상황 때문에 한방진료비는 상대적으로 높은 증가율을 보인다는 평가를 받아왔다. 또한 한방진료비가 의원에 비해 상승률이 높다는 이유로 건강보험 수가 협상에서도

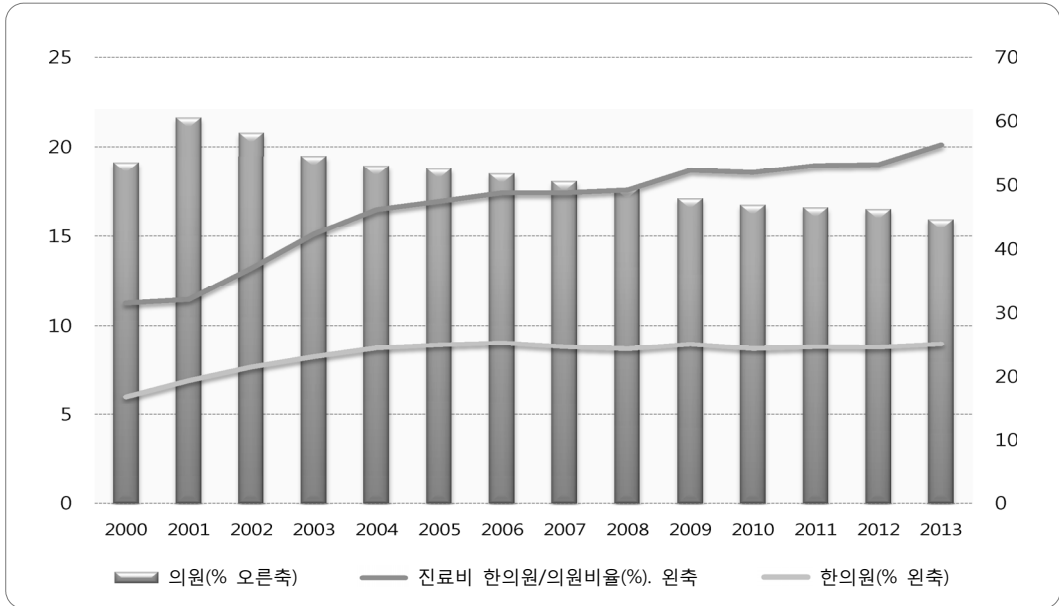


〈그림 1〉 한방의료기관/총 기관 추이

낮은 인상율을 제시받았던 이유도 있다. 하지만 한방기관수의 증가와 총 건강보험 진료비에서 차지하는 비율을 동시에 보면 다른 결론에 도달하게 된다.

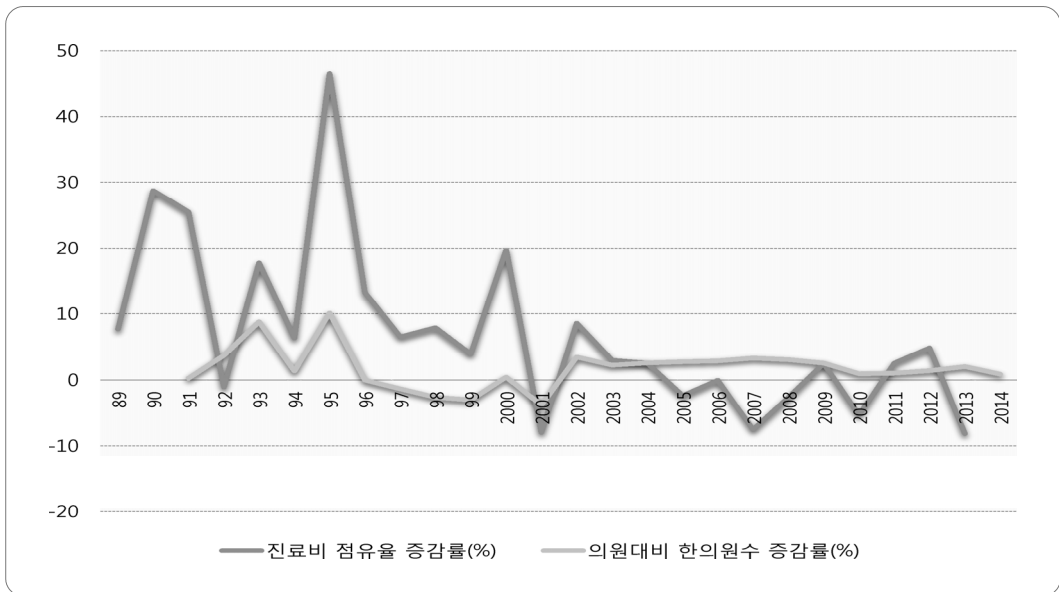
입원을 제외한 외래를 기준으로 한의원/의원의 건강보험 총진료비 점유율은 2000년 11.26%에서 '13년 20.12%로 지속적으로 상승했다.〈그림 2〉 하지만 그 비율은 가장 높은 2013년을 기준으로 해도 20%에 불과하며, 한방기관 수가 양방의원의 절반에 가깝게 증가했다는 것을 고려하면, 두 배 많은 양방의원이 5배 많은 진료비 비중을 차지하고 있다는 산술적 계산에 도달한다. 게다가 이는 입원을 제외한 것으로 한의원의 입원진료는 거의 없는 것에 비해, 양방의원의 입원진료비는 2013년 현재 총진료비의 2.53%, 의원 총진료비의 12.643%에 달한다. 이를 고려하면 양방의원대비 한의원의 진료비 점유율은 훨씬 떨어진다.

건강보험 총진료비에서 한방진료비가 차지하는 점유율의 증감과 의원대비 한의원 수 증감율을 비교해보면 이런 상황은 극명하게 드러난다. 한방진료비 점유율은 '90년대 급증을 경험한 이후 의약분업을 거치면서 감소세로 접어들었으나 의원대비 한의원수는 계속 증가해, 2002년 이후에는 꾸준하게 2~3%대의 증가율을 보이고



〈그림 2〉 의원과 한의원 진료비 비중 추이(외래)

있다.〈그림 3〉 한의원수는 의원수에 비해 큰 폭으로 늘어나는데 건강보험 점유율은 정체, 축소되는 것이 한의계 경영난의 근본적 위기로 이어지고 있다.



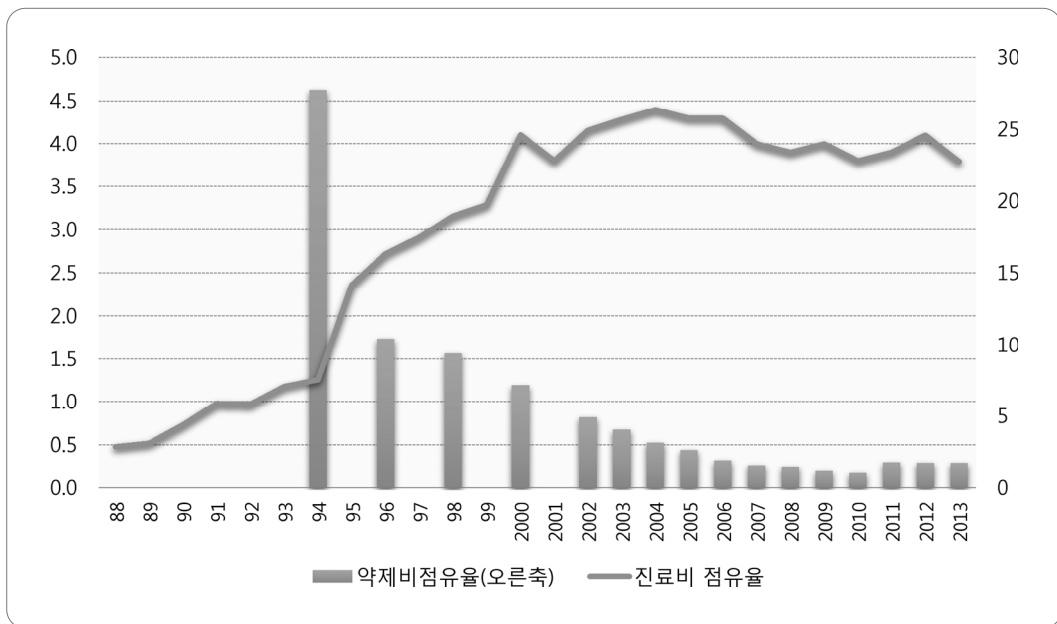
〈그림 3〉 한방진료비, 의원대비 한의원 기관수 비율 증감 추이

2. 정체된 한방건강보험, 90년대 발전 속에 내재된 근본적 한계

그렇다면, 한방건강보험 자체의 변화는 어떠한가? 한방 건강보험은 '90년대 큰 폭의 증가를 보인 이후 2천년대 들어 정체를 거듭하고 있다는 사실은 잘 알려져 있다. 그 배경에는 갈수록 축소되어 가는 한방약제비 비율이 있다. '88년 0.48%에 불과하던 한방건강보험 진료비 점유율은 2000년 최초로 총진료비의 4%를 넘긴 이후 2천년대 초반 4.4%까지 육박하는 성장세를 보였으나 2천년대 후반 다시 4%이하의 점유율을 보이면서 계속 정체상태를 거듭하고 있다.

그 과정에서 한방보험에서 한방약제비가 차지하는 비율은 '94년 27.79%에서 2000년 4.92%로 하락하면서 사실상 보험약은 한방치료에서 의미를 잃어갔다. 1988년부터 2013년까지 한방건강보험의 점유율과 전체 한방보험에서 한약약제비가 차지하는 비중 추이를 같이 보면 이런 상황을 보다 잘 이해할 수 있다. <그림 4>

그렇다면 한방진료비가 급상승했던 '94~'00년 사이에는 어떤 일이 있었던 것일까? 바로 침뜸부항 등 주요 행위에 대한 보험 급여가 큰 폭으로 확대된 것과 보험수가가 지속적으로 상승했던 건강보험 제도상의 변화가 존재한다. <표 1>



<그림 4> 한방진료비 점유율과 한방진료비 중 약제비 비율 추이(%)

〈표 1〉 90년대 중반 한방건강보험 주요 제도 변화

1992. 5. 1	수가 5.98% 인상
1993. 3. 1	수가 5% 인상
1994. 8. 1	- 1차 진료기관 육성을 위한 기술행위로 가산율의 2% 상향 조정 한의원 7% → 9% 한방병원 13% → 15%
	- 검사료 신설 : 양도락 검사 2,000원, 맥진도 검사 3,000원
	- 침, 구, 부항의 동시 시술시 시술료의 각각 인정 치료효과 상승 목적의 중복 시술로 인정하여 제2술부터 50%만 인정하던 것을 각각 인정함.(동일 상병 뿐만 아니라 특히 복합상병의 경우 재진횟수 및 치료기간 단축 효과 기대)
	- 침술 난이도가 높은 항목개발과 신설 안와 내 1,500원 관절강 내 2,700원 척추간 790원 투자법 1,000원 일반경혈은 10경혈 이내 360원, 10경혈 초과 460원 주요 경혈은 4분류항 중 1분류 540원, 2분류 이상 630원
	- 전기침술, 전자침술, 레이저침술료 신설 (종류 불문 1,000원)
	- 수가 5.8% 인상
	- 침술 중 비강 내 침술, 복강 내 침술 신설
	- 입원환자에 대한 구 및 부항술 1일 2회 이상 시술한 경우 1일 2회까지 산정
1995.12.10	수가 11.8% 인상

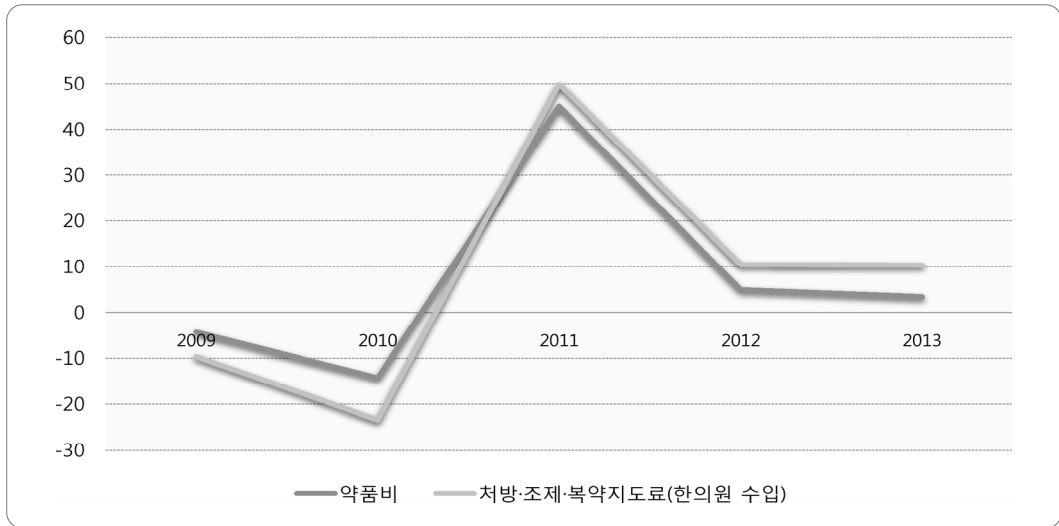
이러한 일련의 과정은 한방건강보험을 발전시켰지만 다른 한 측면으로는 침치료와 침으로 치료할 수 있는 근골격계 질환 중심의 치료영역확대로 이어졌다. 그 과정에서 한약보험은 거의 개선되지 못했고, 그 결과 한방보험에서 약제비 비율은 지속적으로 감소, '06년 이후에는 2%도 채 되지 못하는 수준까지 떨어져 거의 의미 없는 수치를 보이고 있다. 이러한 한약보장성의 퇴보는 심각한 문제를 야기하고 있다. 가장 큰 문제는 치료영역의 축소이다. 한의계 보장항목은 침, 뜸, 부항 등 근골격계 치료수단 위주로 확대되었으며, 한약은 한방의료기관에서 사실상 사용되지 않았던 단미혼합 엑스산제라는 극소수 한약제제에 한정해 적용되었다. 한약보험에 관한 제도는 거의 변동이 없는 동안, 보험약 비중은 급격히 감소했고, 그 결과 한의원은 근골격계 침치료를 하는 의료기관이라는 이미지가 고착되고 있다.

즉 90년대는 한방보험의 발전시기이기도 하지만 다른 측면으로는 절름발이 보험이 정착된 시기이기도 하다. 90년대는 국민 의료비 전체 규모가 크게 증가하고, 한의계는 한의원수의 급증과 더불어 보험영역에서 큰 폭의 증가율을 보였다. 하지만 2천년대 초반, 수가인상과 특수침, 뜸, 부항의 결합으로 건당 진료비는 상승했고, 정액정률제가 변화하면서 환자들의 심리적 저항선인 1만5천원을 맞추기 위해 보험약 사용은 더욱 줄어들었다. 환자들 역시 다른 질환치로나 투약 없이 침치료 만으로 일반 의원에 비해 높은 본인부담금을 내는 것에 대한 저항이 생기면서 “침환자 2만원=1만4천원 건강보험 급여+6천원 본인부담금” 정도에서 청구를 맞추는 관행이 자리 잡았다. 이런 상황은 2011년부터 65세 이상 노인들의 정액기준이 보험약 처방시 2만원으로 인상되면서 약처방이 급격하게 증가한 것을 통해 증명된다. <표 2>

<표 2> 약제비와 진료비 비중 변화와 관련된 제도 변화 내역

년도	건강보험 약제비 변화	보험제도 변화
'94~'96년	약제비 점유율 27.79%→10.44%로 1/3로 감소하였으나 진료비 점유율은 큰 폭으로 증가 한방 건강보험 전체 량 증가와 한약 제제 상대적 정체가 원인	한방요양기관 증가('90년 3,439→'95년 5,716개소) 한의기술 보험적용 크게 확대 - '93년 안와내, 관절강내, 척추간, 투자법, 전기침시술료가 인정/양도락, 맥진도 검사의 검사료가 인정 - '94년에는 비강내, 복강내 시술이 인정
'00~'02년	약제비 점유율 7.17%→4.92% 한방진료비 점유율 4% 상회	정액 본인부담금액 인상(1,200원→1,500원) 한방 치료료 항목 신설 의약분업으로 의과, 약국 수가 대폭 인상되며 증가율은 약간 줄어듦
'04~'05년	최초로 보험약 사용총량 감소	한의원 정액/정률선이 15,000원 수준에 근접하면서 환자 본인 부담금 저항이 심해지자 한약처방을 더욱 줄임
'09년	1.2%	부형제 감소로 질 개선되었으나 한약사용은 오히려 감소함
'11년	약제비 75% 상승	- 보험약투여 시 노인 정액기준 2만원으로 인상 - 한방물리요법(핫팩, 적외선, 콜드팩) 급여화 - 시술료 중 온냉경락요법, 경피경근 온열요법, 경피 적외선 조사요법, 경피경근 한냉요법신설 - 한약제제와 침술에서 상병명 삭제, 적응증으로 전환(상병 제한 폐지)

또한 한방약제비가 2011년에 급격하게 증가한 이후 56처방에 대한 약품비의 증가는 3~4%대로 떨어졌지만 조제료항목은 10% 이상의 증가율을 지속적으로 보이고 있다는 사실에서 보험약 처방의 가장 큰 원동력은 수가문제라는 것을 알 수 있다.〈그림 5〉



〈그림 5〉 전년대비 한방약제비 증감률 추이%('09~'13)

3. 근골격계 한의원의 등장

침·뜸·부항 중심의 보장성확대는 한의계의 치료영역이 근골격계 중심으로 재편되는 효과를 낳았다. 한의계 근골격계 질환 집중도를 알아보기 위해 ① 한방건강보험 상위 10대 상병명 검토 ② 한방건강보험 내역에서 근골격계/결합조직 상병이 차지하는 비율 ③ 근골격계/결합조직상병에서 한방건강보험이 차지하는 비중을 중심으로 검토해보고자 한다.

① 한방건강보험 상위 10대 상병명

현재 한방의료기관 건강보험의 50%이상은 근골격계 질환이며 이는 단순히 진료실 인원만이 아닌 진료비, 급여비에서 차지하는 비율에서도 50%를 상회한다. 이는 한방 의료기관 주 상병을 보면 더욱 극명하게 드러난다. '05년부터 한방보험 상위 10대 질환을 보면 근골격계 질환으로 분류되는 상병명에 집중되어 있으며 한방진료비에서 차지하는 비중도 60%를 넘는다.〈표 3〉 전체 의료기관에서 근골격계로 묶일 수 있는 근골격계

및 결합조직에 해당하는 상병의 진료비가 11% 수준인 것과 비교하면, 한방의료기관의 근골격계 집중 정도를 알 수 있다. 굵은 글씨 상병정도가 비근골격계 질환으로 그 비중은 갈수록 낮아지는 것을 관찰할 수 있다.

〈표 3〉 한방건강보험 상위 10대 상병명(2005~2013)과 10대 상병이 한방총진료비에서 차지하는 비율

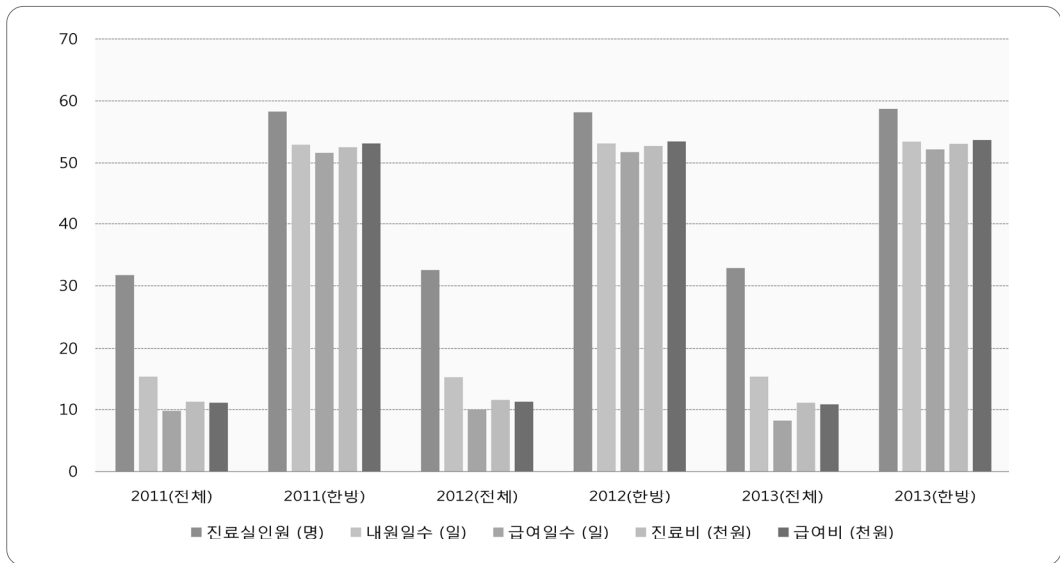
순위	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	요통	요통	요통	요통	요통	배통	등통등	등통증	등통증
2	견비통	견비통	견비통	견비통	견비통	어깨 병변	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애
3	염좌	염좌	염좌	염좌	염좌	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	어깨 병변	요추골반 관절인대 탈구염좌긴장	요추골반 관절인대 탈구염좌긴장
4	경부통	경부통	경부통	마목 감각 신경	마목: 감각 신경	요추골반 관절인대 탈구염좌긴장	요추골반 관절인대 탈구염좌긴장	어깨 병변	발목발부위 관절인대 탈구염좌긴장
5	고슬부 용저	마목: 감각 신경	마목: 감각 신경	고슬부 용저	고슬부 용저	발목발부위 관절인대 탈구염좌긴장	소화불량	발목발부위 관절인대 탈구염좌긴장	어깨 병변
6	마목: 감각 신경	고슬부 용저	고슬부 용저	경부통	경부통	근골격계결합 조직 질환	발목발부위 관절인대 탈구염좌긴장	기타 근육 장애	기타 근육 장애
7	두통	두통	두통	두통	두통	무릎관절증	기타근육장애	무릎관절증	무릎관절증
8	역절풍	복통	역절풍	역절풍	복통	소화불량	근골격계결합 조직 질환	근골격계결합 조직의 질환	근골격계결합 조직 질환
9	복통	역절풍	복통	복통	역절풍	손목손부위 관절인대 탈구	무릎관절증	소화불량	목 부위 관절인대 탈구염좌
10	위완통	상근	상근	상근	상근	목 부위 관절인대 탈구염좌	손목손부위 관절인대 탈구염좌·긴장	목 부위 관절인대의 탈구염좌	소화불량
진료비 비중 ¹⁾	74.2	73.4	72.6	74.2	75.2	59.9785	59.9785	60.99769	60.79536

1) 한방 총 진료비 중 상위 10개 상병명이 차지하는 진료비 비중. 2010년 이후 상병체계 개편으로 동일하게 비교하기 어려움.

출처 : 2005~2009 : 한국보건사회연구원, 2011년, 한방의료이용 및 한약소비실태조사. 2010~2013 : 건강보험관리공단. 건강보험 통계연보(2010~2013)

② 한방건강보험 내역에서 근골격계/결합조직 상병이 차지하는 비율

이러한 현상은 양방 의료기관을 포함한 건강보험 전체 상황과는 대비되는 내용이다. 22대 질병분류 상 근골격계 및 결합조직 질환이 전체 건강보험 진료에서 차지하는 비중을 보면, 진료실 인원으로는 30%대, 내원일수에서는 15%대를 보이지만, 진료비와 급여비에서는 11~12% 비율을 보인다. 근골격계/결합조직 질환은 진료인원에 비해 전체 진료비에서 차지하는 비중은 높지 않다는 것을 의미한다. 하지만 한의계는 이와 대조적으로 진료실인원 뿐 아니라 진료비와 급여비 전체에서 차지하는 비율 모두가 50%를 상회하고 있다.〈그림 6〉, 〈표 4〉 단순히 환자수의 집중이 아닌 진료비에서의 높은 비중이 의미하는 바를 고찰해볼 필요가 있다.



〈그림 6〉 근골격계 질환 비중 추이(전체, 한방보험)

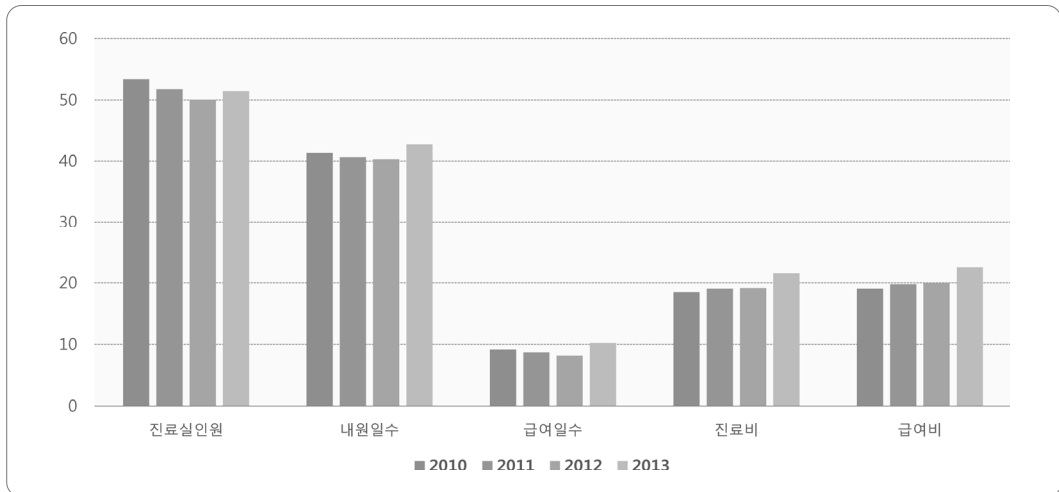
〈표 4〉 건강보험 보험내역에서 근육골격계통 및 결합조직의 질환이 차지하는 비율('10~'13)(%)²⁾

항목	'10(전체)	'10(한방)	'11(전체)	'11(한방)	'12(전체)	'12(한방)	'13(전체)	'13(한방)
진료실인원	30.58	57.78	31.7	58.3	32.5	58.2	32.8	58.76
내원일수	14.95	51.89	15.4	52.9	15.3	53.1	15.4	53.38
급여일수	9.56	50.63	9.8	51.6	10	51.7	8.27	52.15
진료비	11.28	51.21	11.4	52.5	11.7	52.7	11.1	53.045
급여비	11.02	51.74	11.1	53.1	11.4	53.4	10.8	53.64

2) 건강보험관리공단. 건강보험통계연보 2013, 2012, 2011, 2010

③ 근골격계/결합조직상병에서 한방건강보험이 차지하는 비중

하지만 근골격계/결합조직 질환의 건강보험 내역을 보면, 한방의 비중은 진료실 인원과 내원일수에서는 각각 50%, 40%를 상회하지만, 진료비, 급여비 비율에서는 20%정도에 머물러 있다. 즉, 환자 수에 비해 건강보험에서 얻는 수익은 훨씬 떨어지고 있다는 것이다. <그림 7> 근골격계 상병은 한의원의 주 건강보험 수입원임에도 불구하고, 근골격계 상병 전체에서 차지하는 비중이 매우 적다는 것, 이것은 한방물리요법 등 근골격계 질환의 한방보장성을 확대해야 하는 이유임과 동시에, 입원수술 등이 주 치료방법이 되어가는 상황에서 한의계의 새로운 치료영역을 확보하는 것이 절실한 과제임을 보여준다.



<그림 7> 근골격계/결합조직 질환 전체에서 한방이 차지하는 비율

4. 근골격계 한의원은 지속가능한가?

이상 근골격계 보험통계를 통해 도출된 논점은 1) 근골격계 질환은 진료실인원, 내원 환자에 비해 진료비가 높지 않은, 대표적으로 ‘박리다매’형 진료라는 점, 하지만 2) 한방 건강보험에서는 환자 수 뿐 아니라 한방 진료비, 급여비에서 근골격계/결합조직 상병이 차지하는 비율이 50%를 넘고 있어 저수익의 원인이 되고 있다는 점, 더구나 3) 원래도 진료비 비중이 높지 않은 근골격계 및 결합조직 질환의 총 진료비/급여에서 한방이 차지하는 비율은 20%에 불과하다는 점 등이다. 원래 진료수익이 낮은 근골격계 질환을 주로 보는 동시에, 양방에 비해 더 건강보험 수익이 낮은 진료를 하고 있다는 것을 의미한다.

더 큰 문제는 한의약 진료의 대부분을 차지하는 근골격계 질환 환자의 한방의료이용 비율이 갈수록 줄어들고 있다는 점이다. 관절염과 연관된 주요 질환을 분석대상으로 하여 골관절염(M15-M19), 류마티스 관절염(M05-M06), 통풍(M10)을 대상으로 각 질환 군별 환자들의 의료이용행태를 분석한 보고서³⁾에 따르면 대표적 근골격계 질환인 골관절염 질환의 경우, 1990년 의원에 비해 2.49배의 한방의료기관 이용을 보이던 비율이 '99년 3.67배로 최고치에 도달한 후, 지속적으로 감소하여 2010년에는 1.26배에 불과한 것을 알 수 있다. <표 5> 이는 침에 대한 건강보험 수가가 인상되면서 한방 의료기관 이용이 증가했지만 이후, 침약을 비롯한 다양한 치료수단에 대한 건강보험 적용이 확대되지 못함으로 인해 한방의료기관 이용이 줄어든 것으로 해석할 수 있다.

<표 5> 1990년 이후 골관절염 질환 외래전체와 퇴원기준 한방의료기관이용 비율 (의원을 1로 했을 때의 오즈비와 95% 신뢰구간)

년도	외래 전체	퇴원
1990	2.49 (2.29-2.70)	0
1994	2.71 (2.59-2.84)	1.21 (0.76-1.92)
1996	1.99 (1.92-2.07)	2.54 (1.65-3.92)
1999	3.67 (3.58-3.77)	1.30 (0.91-1.86)
2002	1.65 (1.61-1.69)	0.80 (0.59-1.07)
2005	1.39 (1.36-1.42)	1.29 (1.03-1.62)
2008	1.14 (1.12-1.16)	1.01 (0.82-1.24)
2009	1.13 (1.11-1.15)	0.93 (0.78-1.13)
2010	1.26 (1.24-1.29)	1.32 (1.13-1.54)

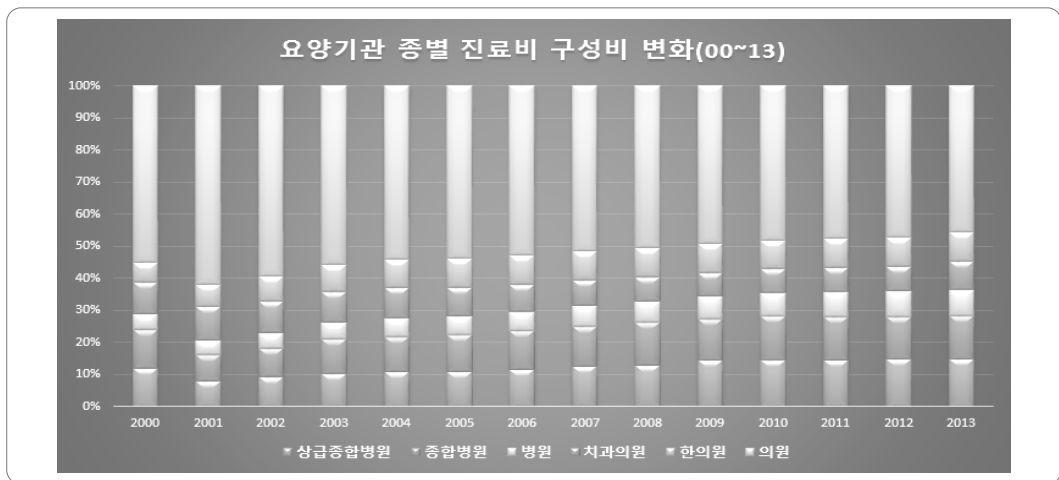
자료: 한국보건사회연구원, 2011년, 한방의료이용 및 한약소비실태조사

여기에 의원급 의료기관의 경쟁이 심화되면서 다양한 통증클리닉의 발전과 IMS 확대, 실손보험에서 양방근골격계 비급여 치료비 보상 등으로 근골격계 환자의 한방의료기관 이탈은 증가하고 있다. 특히, <그림 7>에서 보듯이 다른 지표보다 급여일수에서 큰 차이를 보이는 것은 한의계가 입원치료를 하지 못하는 것과 근골격계 치료의 방향이 진단, 수술 등 병원을 중심으로 재편되는 것에 기인한다고 볼 수 있다. 더구나 올해 논의되고 있는 건강보험 중장기 보장계획에서 만성근골격계 질환의 보험급여 확대가 이루어지면 양방병원의 수술과 입원, 물리치료, 약물치료 등이 대거 보험적용이 될 전망이다. 그 경우, 한의계 근골격계 점유율과 수익률은 더욱 위협받을 가능성이 높다.

3) 한국보건사회연구원, 2010년 환자조사 심층 분석, 2012

5. 건강보험 제도 변화의 방향

현 정부는 대선 시기 4대 중증질환과 3대 비급여에 대한 보장성 확대를 약속했고 2014년부터 구체적인 항목추가가 시작되었다. 이는 노무현정부 시기 시작된 대형병원, 질환별 치료서비스 중심의 보장성 강화 방식으로, 수도권 대형병원 집중을 더욱 가속화 시킬 것으로 평가되고 있다. '06~'10년 5년 동안 건강보험 보장성을 확대하기 위해 사용된 금액은 10조 4,494억 원에 달했으나, 사실상 보장성은 (건강보험공단 추계 방식에 따라, 국민의료비에서는 다르게 추계함) 65.2%에서 62.7%로 오히려 감소했다⁴⁾. 보장성에 쏟아부은 금액은 사실상 대형병원에 환자가 집중되고 다양한 방식으로 비급여를 늘리는 과정에서 개인부담이 증가하면서 상쇄된 것이다. 노무현정부 시절, '암부터 무상의료'를 표방하면서 암과 중증질환에 대한 보장 확대를 추진했고, 이는 중증질환만이 아닌, 일반 외래환자와 지방환자까지 수도권 대형병원에 집중시킨 효과를 낳았다. '00년 의약분업 이후, 의원급 진료수가 인상으로 줄어들었던 외래환자 종합 병원이상 비율은 04년 대형병원 보장성 확대정책 이후 급격하게 증가, 2013년 현재 27.8%에 육박하고 있다. <그림 8>



<그림 8> 요양기관 종별 진료비 구성비 변화('00~'13)

4) 국민건강보험공단. 건강보험보장성 강화 이후 진료비구성변화. 2012.09

특히 3대 비급여는 병원급의 선택진료비, 간병비, 상급병실료를 보장항목에 넣겠다는 것으로 병원으로 일반환자의 집중을 더욱 가속화시킬 것이 분명하다. 정부 보장성 계획의 큰 틀을 잡았던 보고서들에서도

“현 상태의 보장성 강화는 Big5 상급종합병원으로의 환자쏠림을 고착화시킬 것임. 부적절한 환자 쏠림을 관리하기 위해서는 서비스 중심에서 환자 중심으로 의료제공 체계의 개편이 필요함.... 개편의 주요 요소로서 지역사회 의료협력네트워크를 기반으로 중증화를 예방하기 위한 만성질환 관리체계의 강화와 아급성 의료서비스 제공체계의 새로운 구축이 필요함”⁵⁾

“선택진료비·상급병실료 문제는 환자 쏠림과 환자부담 완화간 선택의 문제..... 환자부담 완화 위해 제도개선 필요하나, 필연적으로 환자 쏠림 심화 우려..... 최종 개선방안에 의료전달체계 개선대책 보완될 필요”⁶⁾가 있다고 지적하고 있다.

현재 한국의 복지는 고령화와 저성장으로 인해 복지수요는 폭증하는데 비해 복지 재정은 수요를 충족시킬 정도로 증가하기 어려운 조건에 처해있다. 특히 의료비는 2012년 현재 97조를 넘어, 2013년부터는 사실상 의료비 100조가 넘는 시대이다. 건강보험과 국가부담은 이중 55%정도인 52.9조원 정도이나 현 정부의 보장성계획이 추진되면 임기내 70조를 넘을 전망이다.⁷⁾ 이 글의 마지막 논점은 “향후 큰 폭의 보장성 확대 정책이 가능할 것인가?”이다.

현재 건강보험의 흑자는 2013년 기준 11조원을 넘는 것으로 알려져 있다. 경제상황의 침체로 지속적인 보장성 강화정책에도 불구하고 의료비가 부담되어 병의원을 이용하지 못하는 사람들이 크게 늘고 있다는 것을 의미한다. 이런 상황에서 건강보험료를 물가 상승률 이상으로 올리는 것은 사실상 불가능하다. 그렇다면 정부에서는 어떻게 4대 중증과 3대 비급여 보장을 하겠다는 것인가? 바로 누적 흑자분을 보장성계획에 쓰는 것이다.

4대 중증질환 보장과 3대 비급여에 필요한 예산은 박근혜 정부 임기내 총 14조 정도로 추계된다. 정부 계획은 이중 건강보험 흑자 9조원과 건강보험요율 인상, 건강보험

5) 신영석외. 한국보건사회연구원. 건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향. 2013.01

6) 3대비급여 개선 국민행복의료기획단 의견. 2013.

7) 보건복지부 『2012 국민의료비 및 국민보건계정』, OECD Health Data 2014

심사평가기준 강화를 통해 14조원에 달하는 재정을 마련한다는 것이다.⁸⁾ 여기에 대형병원에 쏠릴 수밖에 없는 현 정책에 대한 반발을 무마하고 의료계의 협조를 얻기 위해 나머지 흑자분으로 의원, 치과, 약국 등의 수가인상, 보장항목 확대의 계획을 추진 중이다. 2014년 건정심에서 주로 다뤄졌던 안건 역시 4대 중증, 3대 비급여 보장과 각 직역별 핵심 요구사안 논의였다. 이것과 더불어 “의료민영화”정책으로 표현되는 원격의료, 메디텔, 건강관리법안 등 의료산업화를 위한 정책 역시 추진되고 있다.

정리하면 2014년은 건강보험 중장기 5개년 계획이 새롭게 수립되는 시기이다. 이 방향은 대형병원과 의료산업 발전을 위해 기존 질서를 교체하는 과정이고, 그 세부 내역은 ① 4대중증, 3대 비급여 등 대형병원 중심 보장성 확대 계획 ② 원격의료, 메디텔 등 의료영역의 경쟁을 확대하는 산업화 기획 ③ 그 과정에서 갈등을 최소화하기 위한 직역별 요구 수용으로 정리할 수 있다. 하지만 이를 둘러싼 가장 큰 제약은 의료비가 계속 증가하기 어렵다는 경제적 조건이다. 정부 정책 방향은 의료비를 증가시킬 것이 분명하지만 동시에 의료비 통제가 필요한 것이다. 이는 필연적으로 경증질환 진료기준강화, 심사평가기준 강화 등 일차 경증질환 기준 및 치료 근거에 대한 요구 강화와 동시에 지속적 보장성 확대기조의 폐지, 소폭의 보완수준에서 보장성을 관리하는 상황을 초래하게 된다. 이번 정부의 보장성 중장기 5개년 계획은 건강보험의 큰 틀을 마무리짓는 시기가 될 것이고 여기에 한방건강보험이 어떻게 포함되는지 여부가 향후 한의계에 매우 중요한 결정요인이 될 것이다.

하지만 현재 논의되고 있는 보장성 계획에 한방은 한방물리요법에 추나요법을 추가하는 정도의 논의가 전부이며<표 6> 그마저 양의학계의 반발로 추진에 난항을 겪고 있다. 더 중요한 것은 현재 논의되고 있는 추나요법 역시 근골격계 치료수단이며 항목 역시 한방 물리요법 영역이라는 점이다. 현재 한의계는 근골격계 질환에 지나치게 치중하고 있으며 내원환자에 비해 진료비가 적어 보장항목을 늘려야하는 측면은 분명히 있지만 근골격계 보험항목을 늘리는 것으로 획기적인 보험지표상의 변화를 꾀할 수 없다. 또한 앞서 짚어본 것처럼 한방건강보험의 핵심 과제는 한약보험의 질적 개선이며 이를 통한 치료영역의 확대이다.

8) 보건복지부. 3대 비급여 제도개선 방향[선택진료, 상급병실, 간병]. 2014. 2

〈표 6〉 '14년 건정심 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의로 보장 강화 (16개 분야)

구분	유아·아동	청소년	청장년	노년기
예방, 조기관리 등 초기단계	-	○ 구강질환	○ 병적 비만 ○ 고혈압, 당뇨 등 만성질환 ○ 니코틴 중독증	-
중증질환 치료단계	○ 선천성질환 ○ 신생아치료	-	○ 임신·출산 ○ 결핵	○ 구강질환
		○ 자살 등 정신질환 ○ 사고 등 외상		-
			○ 암, 심뇌혈관 등 4대 중증질환 ○ 척추, 무릎 등 근골격계질환 (이 중 한방물리요법 일부 논의)	
재활, 영양, 사망 등 후기 단계	-	-	-	○ 치매
				○ 말기환자의 불필요 의료비

하지만 한약보험은 근본적 한계를 가지고 있다. 첩약보험은 보험적용을 요구하기에는 표준화, 근거축적이 미비하다. 한약제제는 법적으로도 현실적으로도 약사들이 주도하고 있다. 문제는 한의계가 한약보험의 개선을 위해 무엇을 할 수 있는가? 하는 점이다. 한약보험개선을 최우선과제로 상정하고 예상되는 문제점을 적극적으로 극복하는 전략인지, 여러 현실적 제도적 한계가 있으니 한약보험개선 이외의 다른 전략과제를 추진할 것인지 여부이다.

작년 첩약보험 시범사업 철회의 과정에서 한의계는 후자를 선택했다. 그 결과 향후 한방건강보험논의에서 첩약보험은 다시 재론되기 어려운 조건에 처하게 되었다. 마지막 남은 기회는 여전히 현재 조건 내에 있다. 큰 규모의 보장성과 큰 금액의 흑자재정을 다루는, 정치적으로 문제를 풀 수 있는 마지막 시기이지만 기존 법적, 현실적 제약은 여전히 있다. 문제는 한의계가 어떤 결정을 내릴 것인가이다. 마지막으로 건강보험에 노인틀니, 스케일링, 노인인플란트 등 핵심적 비급여를 연령별, 기준별, 바우처 방식(첩약논의와 비슷한 방식)으로 수용한 치과의 상황을 짚어보는 것으로 글을 마무리하고자 한다.

- 작년 7월부터 치과 스케일링과 노인틀니 보험적용 이후 30%가 넘는 보험진료비와 건강보험요양급여비가 증가함(2014년 2사분기 건강보험 통계 자료상)
 - '14년 상반기 의원급 기관당 진료비(비급여를 제외한 총 진료비) 1억 3천3백만 원 ... 전년 동기 대비 7.5% ↑
 - ◎ 치과의원 전년 동기 대비 진료비 34.1% ↑, 기관당 진료비 31.0% ↑
 - vs 한의원 2013년 9,274억 원 점유율 3.7%
 - 2014년 9,969억 원 점유율 3.8% 증가율 7.5%
- '14년 상반기 요양급여비(총 진료비에서 건보지급금액) 19조 7,551억 원 ... 전년 동기 대비 6.6% ↑
- ◎ 치과의원 전년 동기 대비 급여비 31.6% ↑, 기관당 급여비 28.6% ↑
- vs 한의원 2013년 7,008억 원 점유율 3.8%
- 2014년 7,584억 원 점유율 3.8% 증가율 8.2%

한의학 수익과 진료형태는 건강보험 제도가 결정적 역할을 한다. 90년대~2천년대 초반 침·뜸·부항 위주의 보장성 확대는 근골격계 위주의 치료 관행을 만들었고, 건강보험 비중을 크게 늘리면서 문턱을 낮추는 효과로 인해 보험과 비급여는 상호 시너지효과를 낼 수 있었다. 하지만 2천년대 이후 한약이 빠진 절름발이 보험을 넘어서지 못하면서 침치료 위주의 근골격계 한의원으로 고착화되고 있다. 근골격계 영역에서는 진료인원에 비해 매우 저수익 진료를 할 뿐 아니라 근골격계 환자의 한의학 이탈도 가시화되고 있다. 이런 상황에서 맞이한 「건강보험 보장성 중장기 계획」은 한의계에 마지막 기회가 될 것이다. 현재의 건강보험 보장성 안에 한방보험은 거의 포함되어 있지 못하며, 현 정부시기 마지막 보장성 확대 이후 더 이상의 확대 가능성은 매우 낮다. 어려움이 있더라도 한약보험, 지불제도 개편, 1차/만성질환 관리제도 등을 적극적으로 수용할 것인지, 현재의 구도를 수용한 채 현상을 유지할 것인지 선택을 할 수 있는 시기도 그렇게 많이 남지 않았다.

의료기기 인허가, 평가, 관련규정 등 기본개념의 이해

한국한의학연구원 한의학정책연구센터 연구원

백 윤 희



1. 서론

새로운 의료기술의 도입과 의료기기 사용에 있어서 의료기술의 인허가와 평가는 시장 도입의 결정과 수익 창출에 있어 큰 영향을 미치기에 그 역할이 갈수록 중요해지고 있다. 약사법 하에서 관리되었던 의료기기 분야가 시장의 확대와 국제무대의 흐름에 발맞추기 위한 시도로 의료기기 법으로 분리, 제정되어 2004년 5월부터 발효 시행되고 있다. 또한 보건복지부는 국가적 차원에서 해당기술에 대한 체계적이고 객관적인 검증을 통해 국민의 건강을 보호하고 신의료기술의 발전을 촉진하기 위한 필요성을 제기하였으며, 이에 따라 2006년 신의료기술평가를 위한 의료법이 개정 공포되었고, 이듬해 2007년 ‘신의료기술평가에 관한 규칙’이 제정되었다.

의료기기를 제조·수입 및 판매 등을 하기 위해서는 「의료기기법」에 의거하여 대통령령인 「의료기기 시행령」과 총리령인 「의료기기법 시행규칙」, 그리고 식품의약품안전처(이하 식약처)의 고시를 준수하여야 한다. 더불어 새로운 의료기술 및 기기의 경우에는 신의료기술평가를 통해 요양급여결정과정에서 신의료기술의 안전성과 유효성을 평가 하며, 그 결과가 인정된 경우 건강보험심사평가원의 의료행위전문평가위원회는 경제성, 요양급여의 적절성을 평가하게 된다. 신의료기술평가제도가 도입되면서 새로운 의료 행위에 연계된 의료기기의 경우 시장 도입에 관한 의사결정 단계가 과거 2단계(허가-급여결정)에서 3단계(허가-신의료기술평가-급여결정)로 늘어났으며, 각 단계가 순차적, 분질적으로 이행되어 제품 개발 후 시장 도입까지 소요기간도 길어졌다. 이로 인해 시장 도입에 관한 각 의사결정의 목적과 방법의 차이로 새로 개발된 의료기기의 시장 진입 여부 및 시점에 대한 예측 가능성이 낮아지는 등 여전히 의료기술 평가 및 시장 도입 결정에 관한 많은 쟁점들이 존재하고 있다.

세계적으로는 의료기술의 건강보험에 관한 제도적, 정책적 의사결정이 증대됨에 따라, 의약품, 의료기기는 허가당국의 안전성, 유효성 심사를 거쳐 시판허가를 받아야 판매가 가능하고, 의료행위는 급여 여부 결정을 위해 의료 기술 평가를 받고 있다. 특히 의료기술평가조직은 대부분 건강보장조직에서 독립되어 있으며, 의료기술평가의 주요 목적은 건강보장체계에서의 급여 여부를 결정하는 데 필요한 정보를 생산하는 것에 초점이 맞춰져 있다.

최근 한의사의 의료기기 사용과 관련된 내용이 이슈되고 있는 가운데, 최소한 의료기기에 대한 개념과 범위, 인허가 단계를 이해하는 것은 반드시 필요한 자세라고 생각한다. 따라서 본문을 통해 의료기기의 범위와, 의료기기의 인허가 절차와 관련 제도, 국내외 신의료기술평가의 제도를 알아보고, 이를 통해 한의계에서 준비해야할 자세는 어떤 모습일지 논의하고자 한다.

2. 본론

그렇다면 의료기기분야의 인허가와 관련규정 등에 대한 기본 개념부터 알아보도록 한다.

2.1. 의료기기의 정의

의료기기의 정의는 국제적으로 IMDRF(International Medical Device Regulations Forum) Definition and Glossary of Terms Used in GHTF Documents, 2012에서

'Medical device' means any instrument, apparatus, implement, machine, appliance, implant, reagent for in vitro use, software, material or other similar or related article, intended by the manufacturer to be used, alone or in combination, for human being, for one or more of the specific medical purposes

라고 정의하고 있으며 국내에서는 의료기기법 제2조에

‘의료기기’란 사람 또는 동물에게 단독 또는 조합하여 사용되는 기구·기계·장치·재료 또는 이와 유사한 제품으로서 질병의 진단·치료 또는 예방의 목적으로 사용되거나, 구조 또는 기능의 검사·대체 또는 변형의 목적으로 사용되는 제품. 다만 「약사법」에 의한 의약품과 의약외품 및 「장애인복지법」 제65조에 따른 장애인 보조기구 중 의지·보조기는 제외한다.

라고 정의되고 있다.

또한 의료기기의 등급분류는 의료기기법 시행규칙에 따라 인체에 미치는 잠재적 위해성을 고려하여 1등급에서 4등급으로 분류하고, 두 가지 이상의 등급에 해당되는 경우에는 가장 높은 위해도에 따른 등급으로 한다. 현재 지정된 의료기기는 2,206개 품목이며, 국내 시장에서는 약 3만 여개의 제품이 존재한다.

〈표 1〉 의료기기 등급분류

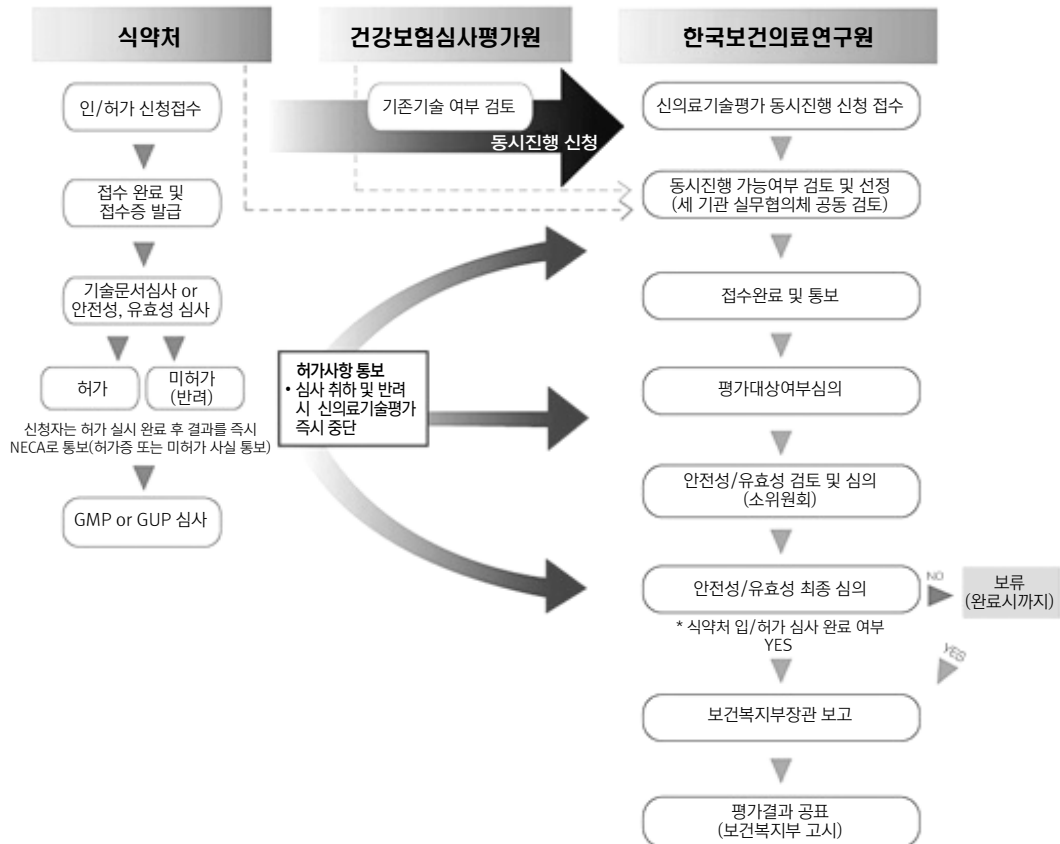
등급	구분	해당기기	품목수
1	잠재적 위해성이 거의 없는 의료기기	수술대, 수술용 무영등	601
2	잠재적 위험성이 낮은 의료기기	CT, MRI, 심전계, 진단용 엑스선 촬영장치	1,098
3	중증도의 잠재적 위해성을 가진 의료기기	가스마취기, 인공신장기, 초음파수술기	340
4	고도의 위해성을 가진 의료기기	인공심폐장치, 인공수정체, 특수재질인공무릎관절	254
계			2,206

식약처에서는 이를 기구, 기계, 장치 및 재료별로 대분류하고, 각 대분류 군을 원재재, 제조공정 및 품질관리체계가 비슷한 품목군으로 중분류하며, 각 중분류군을 기능이 독립적으로 발휘되는 품목별로 소분류하여 소분류 된 품목별로 등급을 정하여 고시한다.

또한 의료기기 제조·수입업자 및 임상시험용 의료기기 제조·수입업자에 대한 GMP (Good Manufacturing Practice) 적합성평가에 있어 평가절차 및 내용을 명확히 하여 투명성과 공정성을 확보해야 한다. 이는 의료기기법, 시행령, 시행규칙, 의료기기 제조·수입 및 품질관리기준에 근거를 두고 있으며 식약처에서 등급분류 후 의료기기 시험기관에서 기술문서심사, 시험검사를 거쳐 다시 식약처에서 제조(수입)업 및 품목 허가의 순으로 진행된다.

〈표 2〉 의료기기 GMP 심사분류

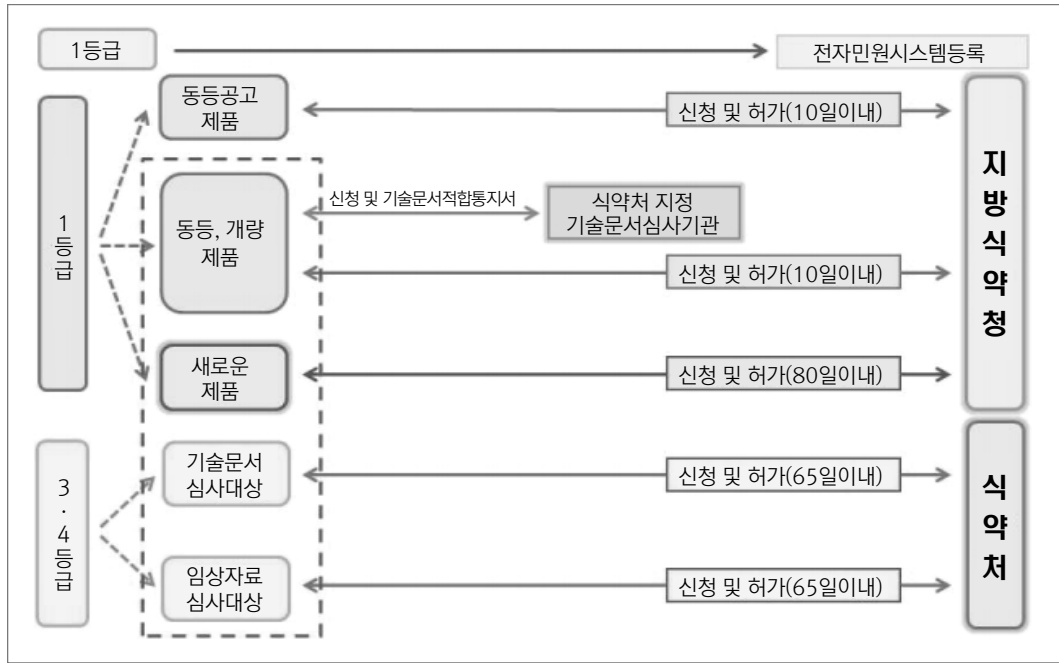
최초심사	GMP심사를 최초로 신청하는 경우(신규 업허가, 신규 외국 제조자) GMP 관리체계 구축, 시설장비 구비 등
추가심사	적합 인정받지 않은 새로운 품목군 추가하는 경우 품목군 관련 시설장비 구비, GMP관리체계 변경 등
변경심사	제조업체/외국 제조자의 소재지 이전하는 경우 제조업체의 창고, 시험실의 변경 제외
정기심사	3년마다 1회 이상 GMP 적용 실적(기록 등) 심사 적합인정서 유효기간 만료 90일 전까지 신청



〈그림 1〉 해당 기관별 의료기기 허가·심사 프로세스

2.2. 의료기기의 허가·심사 절차

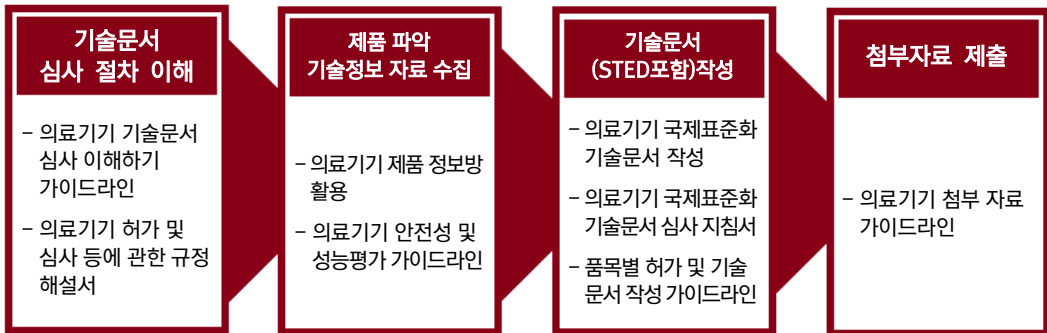
사용목적과 사용 시 인체에 미치는 잠재적 위해성의 정도에 따라 4등급으로 분류된 의료기기는 아래 그림과 같은 절차에 따라 허가 및 심사 절차를 따르게 된다.



〈그림 2〉 의료기기 허가·심사 절차

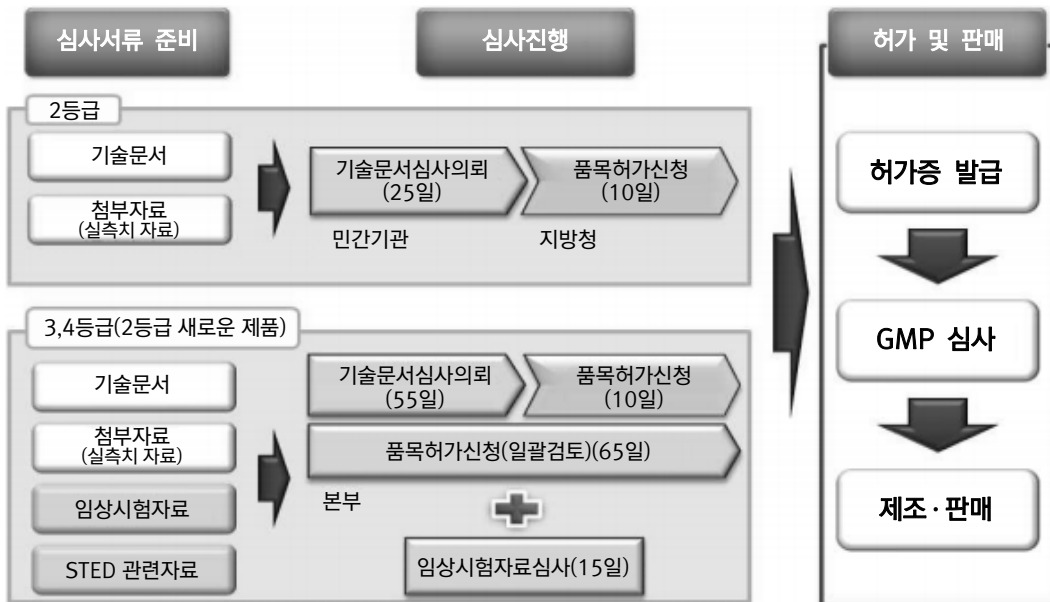
이후 의료기기 품목허가를 위해서는 기술문서를 작성해야하며, 이를 위해선 기술문서 심사를 신청하는 절차를 이해하는 단계가 선행되어야한다. 의료기기 기술문서는 ‘의료기기 허가 신청서’와 ‘첨부자료(임상시험자료 포함)’로 구성되어 있다. 이를 작성하기 위해서는 제품 파악 단계가 필요하며 제품 파악에 관한 절차는 첫째, 외형 및 작용원리를 파악하고 작동방법과 성능을 파악한다. 그 다음 사용 목적이 파악되면 해당 목적에 적절한 품목명을 파악한다. 이때 변경허가인 경우에는 변경 항목을 먼저 파악해야한다. 둘째, 인체 적용부위 및 제품의 사용방법을 파악하면 원재료가 인체에 삽입 될 시의 안전성에 대한 검증이 필요하다. 셋째, 동등품목비교를 통해 기 허가사항을 살펴보고 임상시험자료 제출여부를 판단한다. 마지막으로는 첨부자료 요건 등을 검토하여 필요한 자료를 파악하면 기술문서 작성을 위한 선행단계가 마무리 된다. 이후

기술문서 준비 단계에 대한 아래 절차에 따라 식약처에서 제공하는 가이드라인을 참고하여 진행하면 된다.



〈그림 3〉 의료기기 기술문서 준비 단계

기술문서에 대한 심사 준비가 끝나면 임상자료 심사를 준비해야하는데 이는 의료기기 허가·신고·심사 등에 관한 규정 제26조에서 임상자료를 포함하는 경우에 해당하며, 2,3,4등급은 모두 식약처에서 심사해 70일이 소요된다. 임상시험자료 심사를 포함한 의료기기의 허가 절차는 아래와 같다.



〈그림 4〉 의료기기 허가 절차도

위와 같은 절차와 그 절차에 따라 구비할 서류의 목록, 작성방법 등에 관한 가이드라인은 식약처에서 발행한 알기 쉬운 의료기기 가이드라인 활용 핸드북에 상세히 나와 있으며 보다 자세한 내용은 이를 참고하는 것을 적극 추천한다.

2.3. 국외 주요국가의 신의료기술평가제도

그렇다면 의료기기 허가 이후 급여제도 및 새로운 기술의 평가는 어떻게 진행될까. 국내 현황 파악에 앞서 호주, 영국, 캐나다, 미국 등 주요선진국의 절차를 살펴보자.

먼저 주요 선진국에서는 의료기술과 의약품에 대한 품목허가 이후 급여권 진입을 위해 의료기술 평가를 반드시 거치게 된다. 호주는 MSAC에서 신의료기술과 조기기술 등의 의료행위의 보험등재 혹은 일시적 재정지원 결정, 의료기술 평가 등을 담당한다. 이를 통해 근거를 확보하게 된 의료행위는 의료보험 수가표에 등재되고, 의료보험에서 자금을 지원하게 된다. 또한 MSAC에서는 임상 도입의 필요성 및 해당 서비스가 급여제도와도 부합하는지의 여부를 검토하여 주제를 선정하고, 계약된 의료기술평가기관에 평가를 의뢰하여 수행한 후 최종 평가보고서를 작성하여 보건국 장관에게 제출 후 최종 보험급여 승인 여부를 판단하게 되어 있다.

영국은 NETSCC에서 의료기술평가와 관련한 실용임상시험을 수행하고, 의료기술의 가치평가와 임상진료지침 개발을 위해 NICE에 의료기술평가 결과자료를 제공한다. NETSCC의 의료기술평가 관점은 해당 의료기술의 유효성과 적절성 및 비용 효과성이며, 즉, 주요 질문들은 해당 의료기술은 어떤 목적으로 수행되는가, 누구를 위해 얼마의 비용이 소요되며, 다른 의료기술과 비교할 때 어떠한가 등이다.

캐나다는 의료기술평가를 캐나다 연방정부, 주정부, 자치령 정부에서 자금을 대는 독립적 비영리 기구인 CADTH에서 수행한다. CADTH는 캐나다의 보건의료의사결정자에게 약제나 의료기술의 효과에 대한 근거 마련을 목적으로 의약품, 치료재료 등의 안전성 및 유효성, 비용-효과성을 함께 평가하고 있으며, 영국과 마찬가지로 평가주제를 공모하여 우선순위를 정하고, 평가주제를 선정한 후 자문위원회의 도움을 받아 평가를 수행한다.

미국은 FDA에서 의약품 및 의료기기에 대해 품목허가와 관련된 심사를 진행하고, 사보험 및 공적의료보장제도 하에서 급여여부 판단을 위해 AHRQ에서 의료기술평가를 수행한다. AHRQ는 의료기술 평가 시 다양한 연구 자료원으로 적절한 질적, 양적인 방법과 더불어 체계적 문헌 고찰을 수행하며, CMS에서 어떤 품목이나 서비스가 타당

하거나 필수적인지 결정하는데 있어 관련 문헌의 독립적인 모든 분석이 도움이 될 것으로 여겨지는 경우에 AHRQ에 추가 자문이나 자료제공을 요청한다.

〈표 3〉 국가별 의료기술평가제도 및 조직 비교

구분	한국	호주	영국	캐나다	미국
도입년도	2007	1998	1996	1989-90	1999
평가기구	NECA	MSAC	NETSCC	CADTH	AHRQ
평가기준	신의료기술의 안전성, 유효성 평가	신의료기술의 안전성, 유효성, 비용효과성 평가	신의료기술의 안전성, 유효성, 비용효과성 평가	신의료기술의 안전성, 유효성, 비용효과성 평가	신의료기술의 유효성 평가
평가결과 활용	신의료기술의 사용 범위 결정 및 급여 결정 지원	국가 건강보험 급여 결정에 활용	NICE에 보고되어 급여 권고, 지침 개발에 활용	급여 권고에 활용	CMS에서 메디케어의 급여결정에 활용

* NECA : 한국보건의료연구원

* MSAC : Medical Service Advisory Committee

* NETSCC : National Institute of Health Research Coordinating Centre for HTA

* CADTH : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health

* AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

* NICE : National Institute for Health and Care Excellence

* CMS : Centers for Medicine & Medicaid Services

이를 통해 볼 때 우리나라와 미국을 제외한 세계 주요 국가들에서는 안전성, 유효성 평가 시 경제성을 함께 평가하고 있으며, 의료기술평가조직은 대부분 건강보장조직에서 독립되어 있는 것을 알 수 있다.

2.4. 국내 의료기술 평가 및 도입 결정 제도

2.4.1. 의료기술의 시장도입 결정에 관한 제도

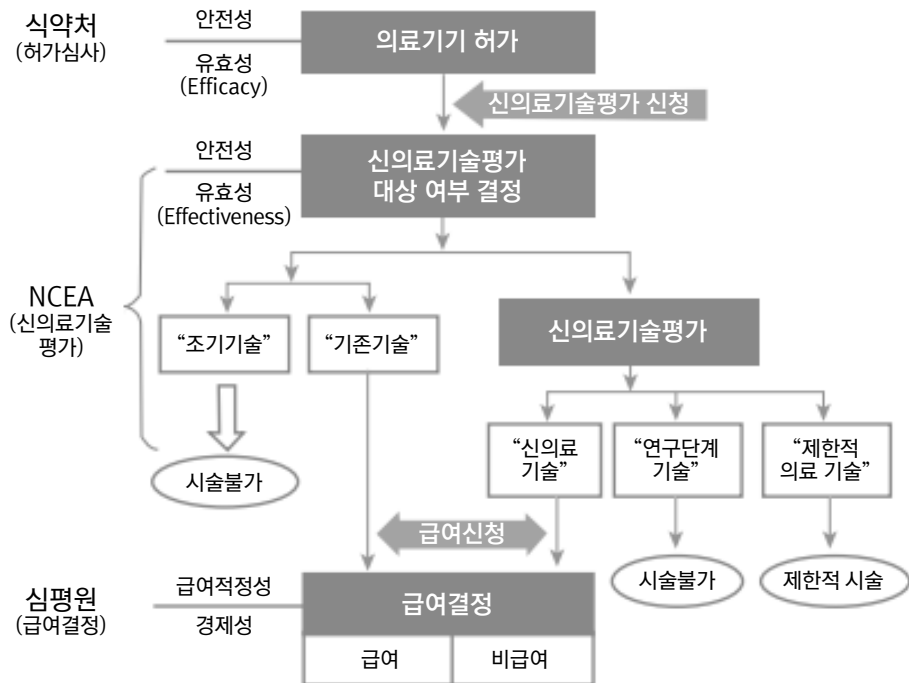
먼저 의약품과 의료기기 등의 제품은 식품의약품안전처의 품목허가를 받아야만 시판이 가능하다. 이를 위해 식품의약품안전처에서는 임상시험에 기반한 안전성(safety), 유효성(efficacy)에 관하여 허가 심사를 실시한다. 의료행위는 신의료기술평가를 거쳐 ‘신의료기술’로 인정되어야 시술 가능하고, 한국보건의료연구원(신의료기술평가위원회)에서 문헌의 체계적 고찰과 전문가의 심의를 통하여 임상진료에서의 안전성(safety), 유효성(effectiveness)을 평가한다.

건강보험 급여의 결정은 시장도입을 승인받은 이후 급여 또는 비급여의 결정을 위해 급여결정 신청이 이루어지는데, 건강보험심사평가원(전문평가위원회)에서 급여적정성(보험급여원리, 보험재정상태), 경제성(대체가능성, 비용효과성) 등에 관한 평가를 통해 급여 여부를 결정한다.

2.4.2. 신의료기술평가제도

신의료기술평가제도의 새로운 의료행위의 안전성, 유효성을 과학적 문헌을 통해 체계적으로 평가하여 근거에 기반한 의료서비스를 제공하고, 근거 개발이 필요한 의료기술의 연구를 지원하기 위한 목적으로 2007년 도입되었다. 제도 시행 전까지는 새로운 의료행위의 안전성, 유효성에 대한 확인을 관련 전문학회의 의견서에 의존했으나 신의료기술평가제도 도입 이후 독립적 위원회(신의료기술평가위원회)에서 체계적 문헌 고찰에 의한 안전성, 유효성 평가방식으로 전환되었다.

위 제도의 주요 내용은 새로운 의료행위는 의료시장에서 시술, 판매하기 전에 신의료기술평가 절차를 거쳐야하며 신의료기술평가 신청이 이루어지면 평가 대상 여부를 먼저



〈그림 5〉 의료기기 허가, 신의료기술평가, 건강보험 급여 결정의 흐름

판단하게 된다는 것이다. ‘기존기술’로 판명될 시엔 신의료기술평가 절차 없이 건강보험 급여결정 단계로 넘어가지만, ‘조기기술’로 판명 시엔 시술이 불가능해진다. ‘신의료기술’로 판명나면 건강보험 급여결정 단계로 가게 되는데 이때 ‘연구단계 기술’로 판명 시에는 시술이 불가능하며 연구지원을 받게 되고, ‘제한적 의료기술’로 판명 시엔 지정된 의료기관의 지정된 의료공급자가 한시적으로 비급여 시술을 할 수 있고 이 후에 안전성과 유효성을 평가받게 된다.

3. 결론

3.1. 국내 의료기술 평가 및 시장 도입 결정에 관한 주요쟁점

의료기술의 개발 후 시장진입 승인을 위한 제도적 절차에 소요되는 시간이 새로운 의료기술의 판매 시점에 결정적인 영향을 미치게 되었다. 의료기술을 개발하여 시판하고 하는 공급자에게는 기술의 시판시점을 앞당기는 것이 수익에서 중요한데, 시판허가와 건강보험 등재 단계에서 소요되는 시간이 길어지게 된다면 수익에 큰 영향을 미치게 될 것이다. 따라서 의료기술평가, 보험급여 각 단계별 조직 및 의사결정의 연계와 협력을 강화하려는 움직임과 요구가 증가하고 있으며, 이를 위해 허가당국 및 의료기술평가, 건강보험 조직들 간의 협력의 필요성이 반드시 필요할 것이다.

의료기술의 도입에 관련된 의사결정 간의 연계에 관해 국제의료기술평가학회 정책포럼에서는 시판허가, 의료기술평가, 보험급여 결정 간의 연계에서 고려해야 할 원칙을 다음과 같이 제시하고 있다. 먼저 허가조직, 의료기술평가조직, 건강보험조직은 환자와 일반 대중의 편익을 최대화하기 위해 함께 작업해야 한다. 둘째, 환자와 산업계, 의료공급자는 시판허가, 의료기술평가, 보험급여 과정에 대한 논의에 적극 참여할 필요가 있으며 일반 대중의 넓은 시각이 고려되어야 한다. 셋째, 모든 부문과 이해당사자는 그들의 목적과 이해에 관하여 서로 분명해야 하며 개방되어야 한다. 마지막으로 허가조직 및 보험조직 간의 협력이 적극 추구되어야 하지만 각 조직의 미션이 분명히 다르고 근거에 대한 요건도 다르며, 그에 따라 시판허가를 받았으나 보험급여 대상에서 제외되는 경우도 있다는 것을 수용해야한다.

한의계는 현재 의료기기의 사용과 관련하여 의료계와 참여한 대립을 보이고 있다. 의료계 내에서 한의사의 현대의료기기에 대한 이해체계의 부족을 근거로 사용을 반대

하고 있는데, 사용 자질에 대한 논쟁을 줄이기 위해서라도 의료기기에 대한 이해는 반드시 필요할 것이다. 또한 한의계 내에서도 신의료기술 개발 및 보험 등재는 한의학의 중장기 과제 연구 사업으로 구분될 만큼 각 단계에 대한 이해를 높여야할 필요성이 제기되고 있기에 본 원고의 집필 과정에 있어서 많은 조사가 도움이 되었다고 생각한다. 한의약이 세계화되고 양방과 더불어 국민의 건강에 증진할 수 있도록, 의료기기의 허가와 심사 과정에 대한 이해를 통해 상호간 존중과 신뢰에 바탕이 되고, 선도 기술이 되는데 큰 도움이 되길 희망해 본다.

참 고 문 헌

1. 의료법 제53조, 제55조(2006), 신의료기술평가에 관한 규칙(2007)
2. 신의료기술평가 가이드라인 개발, 한국보건의료연구원, 2013
3. 신의료기술평가제도 발전방안 연구(안정훈 외), 한국보건의료연구원, 2012
4. 알기 쉬운 의료기기 가이드라인 활용 핸드북, 식품의약품안전처, 2014

오피니언

(Opinion)

- ● 약침 보장성 강화를 위한 방안
조현주 | 함소아제약 이사
- ● 추나 급여화의 전망과 방향
신병철 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수, 척추신경추나의학회장
- ● 한의시술(침, 구, 부항, 물리치료, 첩약 등)의 급여 발전방향
황영모 | 대한한 의사협회 보험이사(前)
- ● 침술 급여의 개선방향
김남권 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- ● 치과 건강보험 현황과 전망
최용찬 | 대한치과의사협회 치과의료정책연구소 책임연구원

약침 보장성 강화를 위한 방안 - 약침행위의 보험등재를 중심으로

함소아제약 이사

조 현 주



2014년 현재 그리고 지난 십 년간 한의계의 핵심 화두 중 하나는 보장성 강화이다. 현행 한방 의료 행위의 주를 이루고 있는 침, 뜸, 부항을 비롯한 기본 진찰 행위 이외에는 거의 급여 항목이 없다시피 한 것이 사실인 실정에서, 단미혼합엑스산제를 제외한 투약행위, 추나, 약침에 대한 보장성의 확대에 대한 논의는 지속적으로 이루어져 왔다.

2013년 논의가 되었던, 노인 첩약 의료보험 시범사업의 취지 역시 한방 보장성 강화의 큰 틀을 잡아보고자 함이었으나, 사업 시행 과정에서의 당사자 간 의견 조율이 이루어지지 않아 시범사업도 시행해 보지 못하고 폐기되었다.

한방의료 행위 중 대표적인 비급여 항목으로 꼽히는 추나와 약침에 대해서는 2014년 하반기, 급여에 관한 논의가 이루어지고 있다. 특히 7월 국민권익위원회에서 추나와 약침 등 치료목적이 명확한 한방 비급여 의료비에 대해 실손의료보험의 보장범위를 개선하라고 보건복지부와 금융위원회에 권고함으로써 두 행위에 대한 보장성 강화 논의에 힘을 실어 주었다.

추나의 경우 11월 건강보험정책심의위원회 소위원회(이하 건정소위)는 회의를 열고 한방물리요법 보장성 강화방안의 하나인 '추나요법 급여화'에 대해 논의하고, 비용 효과성 확인을 위해 검증절차를 추진한 뒤 검증결과를 토대로 추후 재논의기로 결정한다. 하지만, 타당성과 효과성 입증을 거쳐야 하기 때문에 단시일 내에 급여화가 되기는 쉽지 않을 것으로 보인다.

추나와 함께 논의되고 있는 약침은, 추나보다 한층 더 쉽지 않을 것으로 예상되는데, 이는 약침이라는 한방의료행위가 행위분류에서도 지위가 명확치 않으며, 사용 의약품인 약침액이 의약품 분류나, 제조 방법 등에서 적절치 않은 위치에 있는 것에 기인한다.

따라서 본 기고에서는 약침의 나아갈 방향에 대해서, 약침술 행위의 보험등재를 중심으로 생각해 보고자 한다. 본 기고의 주장 내용은 어디까지나 필자 개인의 의견이나, 향후 약침 보장성 강화 정책을 수립함에 있어 기초 자료로 쓰이기를 바란다.

1. 한방진료행위로서의 약침

현재 대한민국 보건복지부에서 공식적으로 사용하고 있는 약침행위의 정의는 다음과 같다.

약침요법은 한의학 고유의 침구이론인 경락학설을 근거로 하여 한약에서 추출한 약침액을 압통점, 경락, 경혈점 등에 주입하여 한약과 침의 효과를 극대화하는 요법으로 한의사가 행할 수 있는 한방의료행위이다.

위의 정의에서 알 수 있듯 약침 행위는 단순한 침술이 아니라 한약의 투여 경로 변경의 의미 또한 내포하고 있다.

현행 <국민건강보험법령>에 의하여 비급여로 고시(분류번호:허-1, 코드:49010)되어 있으며, 「한국한의표준행위분류」에서는 물리요법으로 분류되어 있는 추나와는 다르게, 침, 뜸, 부항 다음으로 4번째 한방시술로 분류되어 있다. 「한국한의표준행위분류」에서의 약침의 정의는 “약침술이란 일정한 방법에 의해 조제된 각종 약물을 경락학설의 원리에 의거하여 유관한 혈위, 압통점 혹은 체표의 촉진으로 얻어진 양성반응점에 주입하여 자침과 약물작용을 동시에 발생시켜 생체기능을 조정하고 질병을 치료하는 신침요법 중의 하나인 시술행위로 크게 약물자입기를 통해 주입하는 방법과 약물을 코팅한 특수침을 자입하는 방법 등이 있다.” 라고 하여 복지부의 정의 보다는 조금 더 넓은 범위를 포괄하고 있다.

2011년 개정된 「한국한의표준행위분류」에서는 약침을 일반경혈약침술, 관절내약침술, 강내약침술, 경피약침술, 약침흡인술, 혈맥약침술, 종양약침술, 매선약침술, Gun 약침술로 9분류를 하였다.

급여가 인정되고 있는 자동차 보험에서는 침, 뜸, 부항, 각종 물리요법과 함께 시술 항목에 약침을 분류하고 있으며 시술 시 사용하는 약침 액은 부항에 사용하는 일회용 부항 컵과 함께 실비 정산을 원칙으로 재료대로 인정하고 있다.

2. 의과의 주사행위

주사의 정의는 “주사기를 사용하여 약액을 피내·피하·근육 내·정맥 내·동맥 내 등에 주입하는 일”로서 명확히 약물을 전달하는 도구로서의 주사기 사용을 지칭한다.

이와는 다르게 근막동통유발점 주사자극치료라고 하여 한의과의 약침과 유사하게 약액을 병변 부위에 주입한 후 운동을 시키는 행위가 있으나, 이는 주사행위에는 해당되지 않고, 재활치료 항목에 배속되어 있다.

의과의 의료기관에서는 주사제가 의약품업 예외 항목이므로, 주사제를 처방하여 주사를 행할 경우 주사로 이외에도 의약품 관리료와 조제료를 포함해 산정되어 있는 진찰료를 청구할 수 있다. 또한 주사행위를 이용해 환자에게 투여한 의약품에 대한 약재비를 개개에 따라 급여, 또는 비급여로 청구 할 수 있다.

3. 주사행위와 약침행위의 비교

2013년 현재 심사평가원의 행위 급여 비급여 목록에서는 제 5장 1절의 주사료 항목에서 50개의 항목으로 주사행위를 분류해 놓았다. 이는 14장의 한방시술 및 처치료 전체 숫자인 50개와 동일하다.

전체 행위 목록의 수는 6,826항목으로 이중 치과가 126항목, 약국이 36항목, 한방 의료기관이 검사료와 시술, 처치료를 합쳐 67항목을 차지하고 있다. 전국의 의원수가 3만 개소 정도이고, 치과의원이 16,000개 한의원이 14,000여개임을 비교해 볼 때, 한방행위의 숫자는 턱없이 부족함을 알 수 있다. 특히나, 진료 행위 없이 약재의 조제와 복약지도만을 담당하고 있는 약국의 행위개수와 크게 차이 나지 않으며, 치과 의료와 구강 보건지도에 국한된 영역을 담당하고 있는 치과에 비해서도 절반밖에 되지 않는 것은 한의계가 당면한 보장성 위기를 단적으로 보여주고 있다.

현행 약침 행위는 목록 제14장 한방 시술 및 처치료의 제1절 시술료(施(術)料) 항목에서 허-1 49010 약침술(藥鍼術)로 분류되어 있다. 한국한의표준행위분류에서는 아홉 가지 항목으로 세부 분류를 해 놓았지만, 정부에서는 비급여 항목이라 분류할 필요성을 느끼지 못한 이유인지, 한 가지로 뭉뚱그려 놓았다.

의과에서의 주사료는 기본이 되는 피하 또는 근육 내 주사를 1,060원으로 산정하였고,

501ml이상의 정맥 점적 주사는 2,790원으로 산정하였다. (의원 기준, 1회 기준) 한방 의료기관에서의 경혈침술의 경우 1부위 2,610원, 투자법 침술은 4,130원을 산정하고 있다. 약침의 경우 자동차 보험에서만 급여가 이루어지고 있는데, 1부위에 7,250원을 산정한다. 일견 침술이 주사 행위에 비해 높은 가치를 부여 받고 있는 것으로 보이지만, 상대가치점수 산정 시 가장 많이 고려되는 의사 업무량에 있어, 주사는 간호사나 간호 조무사에 의해 이루어지기 때문에 14.7점을 부여 받은 반면 오직 한의사에 의해서만 이루어지는 침술의 수가가 주사 행위의 2배 정도에밖에 이르지 않는 것은 한의사의 의료 행위가 지나치게 저평가되어 있는 것으로 판단 할 수 있다. 특히 위에서 언급한 근막동통유발점 주사자극치료의 경우 반드시 의사에 의해 이루어지는 의료 행위로 73점을 부여 받아 주사행위의 5배에 이르는 5,340원을 산정 받은 것을 보았을 때, 이는 더욱 자명하다. '87년 침이 의료보험에 편입 될 당시 침의 수가 조사가 적절하게 이루어 지지 않아, 의과의 간호사가 시행하는 주사료를 기반으로 수가를 산정한 것이, 30년이 다되어 가는 현재까지 문제로 이어지고 있다고 판단할 수 있다.

행위 목록과 수가 적정성 이외에도 약침과 주사의 차이점은 주입 약물을 약재로 보느냐 재료로 보느냐에 있다. 의과에서는 주사제는 전문의약품으로 품목에 따라 급여, 비급여로 나뉘어져 있으며, 의약품 관리료와 진찰료를 함께 청구할 수 있다. 이 경우 재료로 보는 것은, 주사침, 주사기 등으로 이는 별도로 재료대를 산정하지 않고, 주사료에 포함되어 있는 것으로 한다. 이에 반해 약침술은 건강보험상에서는 비급여 의료행위이기는 하지만 급여가 이루어지고 있는 자동차 보험을 기준으로 삼아 비교해 보면, 한방 생약제제 항목이 별도로 있음에도 불구하고, 재료대로 산정하고 있어 한약을 자입하여 약물의 효과를 바라는 약침의 기본 개념과도 맞지 않고, 의과나 치과의 운영형태와도 다름을 알 수 있다.

4. 행위로서의 약침술 보험 등재의 방향

약침의 보험 등재를 위해서는 비급여 행위의 재료는 급여로 인정하지 않는다는 원칙에 따라 우선 행위가 먼저 보험에 진입을 해야 하며, 그 이후 행위에 따르는 재료대나, 사용 의약품이 보험에 개별 등재되는 순서를 따라야 할 것이다.

지난 2005년 약침술이 상대가치점수 97.47점으로 건강보험에 등재 된 바가 있었다. 당시 본인부담 100%로 설정이 되어 있었으나 '타 침술과 동시에 시술하더라도 약침술

소정점수만 산정한다’는 단서가 붙어 침술과 동시 청구가 불가능하였기 때문에 한의사 협회에서 이를 비급여로 돌렸었다.

위와 같은 폐해를 막기 위해 행위분류에서 약침술을 침이 아닌 별도 행위로 분류 하였으나, 현행 급여 적용을 받고 있는 자동차 보험의 약침 항목이 1부위 2부위 두 종류로만 구분되어 있는 것을 한국한방표준행위분류의 기준을 준용하여 9개 전 항목은 아니더라도 자동차 보험에 적용이 가능한 항목들은 등재를 하고 있는 것이 우선되어야 한다.

5. 소결

위의 과정을 통해 약침술이 온전하게 한방의료행위로 재정립이 된 이후에 약침의 전달 약물인 약침액이 재료로 여겨져 재료대로 보상을 받을 것인지, 의약품으로 분류 되어 약의 사용 목적과 성질에 따라 급여 등재되는 것이 나올지를 판단하여 약침액에 대한 보상을 논의하는 것이 순서일 것이라 필자는 생각 한다.

2005년 당시 심평원의 수가책의 약침술의 단서에는 주1로 ‘약침술에 사용된 약침액은 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 7-나에 의해 비급여로 한다.’ 라고 되어 있다.

‘7-(나) 한약첩약 및 기성한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제’는 원천적으로 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우라고 못 박혀 있는 이 조항을 들어 심평원은 모든 한방 의약품의 급여 등재를 반려하고 있는 실정에서, 새로운 약침액들이 어떤 방향으로 보험급여 적용을 받을 수 있을 지는 한의계의 깊은 고려가 필요할 것이다.

추나 급여화의 전망과 방향

부산대학교 한의학전문대학원 교수, 척추신경추나의학회장

신 병 철



1. 서론

1952년 임시 수도 부산에서 《국민의료법》이 제정되면서 한의사 제도가 법제화되었다. 민족전통의학—한의학의 명운이 한의사 손에 맡겨진 이래 62년, 한국 사회 발전과 함께 성쇠와 부침을 거듭해 왔던 한의계가 최근 들어 점차 위기감을 느끼기 시작하는 듯하다.

한의학 발전을 평가하는 요소는 여러 가지가 있겠지만 “환자의 접근성 지표”로서 한방 의료기관의 건강보험 총진료비 비율이 수년 째 4.0%대의 마(魔)의 벽(壁)을 돌파하지 못한 채 정체가 지속되고 있다. 보장성 확대 등 정책적 개입 요소가 많아진 현재 한국 의료 상황에서, 환자의 접근성 개선은 주로 사회보험 제도를 통해서 이루어지고 있고, 의료계의 명맥(命脈)이 수가지불제도와 보험보장제도에 좌지우지된다고 볼 때, 환자의 접근성을 획기적으로 개선하는 보장성 확대 방안이야말로 한의계가 열어나가야 할 활로인 셈이다.

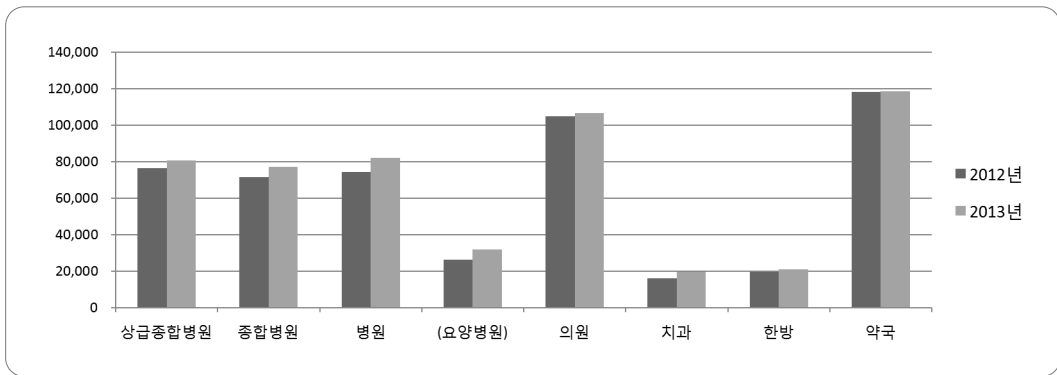
언제나 그렇듯 기회는 위기와 함께 오기 때문에 정부와 대한한 의사협회가 “한의학 보장성 강화 사업”에 머리를 맞대고 있고, 각 학회들도 위기의식에 동참하면서 보장성 강화 이슈에 동참하고 있으며, 척추신경추나의학회(이하 추나의학회로 축약) 또한 추나요법의 보장성강화에 노력을 경주하고 있다.

2. 한의 의료 보장성의 현재

2013년 한국 사회 전체의 요양급여 총비용이 처음으로 50조를 돌파하였다. 전체 50조 7,426억 원(전년 대비 5.2% 증가) 중 총 입원진료비는 17조 7,279억 원(전년

대비 7.8% 증가), 외래진료비는 21조 1,459억 원(전년 대비 5.9% 증가) 증가하였고, 요양병원은 2012년 2조 6,148억 원에서 2013년 3조 1,659억 원(21.1% 증가)하여 가장 빠른 성장세를 보였다.

전체 요양급여비 중에서 약국이 1위로 11조8천688억 원(전년대비 0.4% 증가)으로 전체 진료비의 23.4%를 차지했고, 2위는 의원(10조6천742억 원), 3위는 병원(8조2천 22억 원), 4위는 상급종합병원(8조624억 원) 순으로 나타났다(하단 그래프 참조).



〈그림 1〉 2012~2013 전체 요양급여비 (출처: 2013년 진료비 통계 건강보험심사평가원)

한방 의료기관의 건보 진료비는 한방병원(2,022억 원), 전년 대비 0.78% 증가, 한의원은 (1조9천97억 원), 전년 대비 0.09% 증가에 그쳤으며, 진료비 총액은 2조1천119억 원으로 전체 진료비 대비 4.0% 벽을 돌파하기는 커녕 간신히 유지하는데 그쳤다.

〈표 1〉 한방 의료기관의 진료비 총액 (출처: 건강보험심사평가원 2013 진료비 통계)

종별	내원형태	내원일수	급여일수	진료비(천원)	급여비(천원)	보장률
한방병원	외래+입원	5,437,302	6,028,802	202,231,204	141,617,378	70%
한의원	외래+입원	97,908,172	103,335,872	1,909,726,751	1,444,511,971	75%

“마(魔)의 벽(壁)”으로 불리는 한방 진료비의 비중을 아래 표로 살펴보자.

〈표 2〉 한방 의료기관 총진료비 비중 (참조: 건강보험심사평가원 연도별 자료)

연도	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
총계	3.9%	4.0%	3.9%	3.9%	4.0%	4.0%

2005년 한의 의료기관의 건강보험 진료비는 전체 요양기관 진료비에 대해서 4.4%의 비율이었으나, 2009년 4.0%까지 매년 감소하는 추세였다가 2012년까지 3.9~4.0% 구간에서 정체되고 있는 게 현실이다.

3. 보장성 확대 노력과 최근 성과

최근 5년간에 이루어진 한의학 분야 보장성 확대로는 2009년 3종의 한방물리치료 (경피경근온열요법, 경피적외선조사, 경피경근한냉요법) 급여화로 연간 급여비 312억 원이 추가되는데 그쳤으며, 무성한 논의들이 진행되는 가운데 2014년도 8월경에 치매 진단 비용에 대한 한의학 급여화에 미미한 진전이 있었으나 이 또한 큰 난항을 겪고 있는 것으로 알고 있다.

한방 10대 다빈도 진료의 대부분이 “근골계질환”으로서 한의원 진료의 상당 부분 (82%)이 동 질환에 대한 치료에 국한되어 있는 실정인데, 특히 한방 병·의원에서 등 통증(M54)으로 치료 받은 환자가 매년 최고 다빈도 상병명 자리를 차지하고 있으며, 2위인 기타 연조직장애(M79)의 두 배에 이르는 수치이다.

〈표 3〉 2013 한방 다빈도 상병명 진료비 통계(입원)

(출처: 2013년 진료비 통계 건강보험심사평가원)

순위	I.C.D	상병명	진료실인원	내원일수	급여일수	진료비	급여비
1	M54	등통증	52,023	354,401	359,418	31,532,217	24,142,197
2	M17	무릎관절증	25,691	107,160	108,919	13,771,358	10,765,542
3	S33	요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	23,449	299,757	302,076	16,780,026	12,471,896
4	M51	기타 추간관 장애	20,144	414,476	416,412	23,185,078	17,262,171
5	M79	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	18,930	23,306	23,918	7,929,048	6,306,048
6	I69	뇌혈관질환의 후유증	11,655	63,223	64,823	8,909,514	6,974,869
7	M25	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	9,977	21,031	21,464	4,205,609	3,321,948
8	I63	뇌경색증	9,279	132,915	134,001	10,939,993	8,282,176
9	M75	어깨 병변	7,302	25,717	26,092	3,056,671	2,388,014
10	U23	신경계통의 질환	7,258	11,086	11,341	3,677,598	2,944,055

〈표 4〉 2013 한방 다빈도 상병명 진료비 통계(외래)

(출처: 2013년 진료비 통계 건강보험심사평가원)

순위	I.C.D	상병명	진료실인원	내원일수	급여일수	진료비	급여비
1	M54	등통증	4,168,213	24,460,126	25,663,485	475,055,322	363,170,127
2	M79	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	1,785,316	8,035,378	8,398,351	157,009,215	118,953,700
3	S33	요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	1,713,956	6,901,472	7,132,175	146,561,948	106,278,499
4	S93	발목 및 발부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	1,196,681	4,270,419	4,381,553	89,283,185	64,376,118
5	M75	어깨 병변	1,162,138	5,403,419	5,602,735	106,977,613	80,315,764
6	M62	기타 근육 장애	908,690	3,751,446	3,946,112	74,688,445	55,815,072
7	M17	무릎관절증	702,295	4,545,149	4,783,097	81,565,134	65,228,888
8	U30	근골격계 및 결합조직의 질환	662,151	2,600,470	2,742,434	51,117,909	38,352,538
9	S13	목 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	629,247	2,078,027	2,165,313	45,424,697	32,456,667
10	K30	소화불량	588,924	1,974,598	2,463,960	37,838,848	28,291,515

현재 한방 분야 보장성 강화 요구는 한의사협회, 한방병원협회, 각 학회는 물론이고 한의사 회원들부터 직접 터져 나오는 단계에 이르게 되었다.

지난 2011년에 이루어진 『한방의료 이용 및 한약소비실태조사』(보건복지부, 보건사회연구원)에 의하면 근골격계 질환에 대한 한방물리치료, 추나요법, 약침술에 대한 환자 만족도와 수요가 상대적으로 높은 것으로 확인되고 있다. 협회에서는 당연히 이런 조사를 근거로 한약복합제제, 한방물리치료, 추나요법, 약침술 등을 보장성 확대 항목으로 제안을 하고 있다.

가장 최근 보장성 강화에 합류한, 2013년 한방물리요법의 경피경근온열요법 등의 총 진료비는 399억 원이며, 급여비는 300억 원 지출되었다. 910만 명이 해당 치료로

급여 혜택을 받았고 한의계로서는 어려운 의료현장에 기쁨에 단비 역할을 했다고 평가할 수 있다.

구분	실수진자수	총진료비	보험자부담금	1인당총진료비(원)
합계	9,106,953	39,903	29,967	10,606
경피경근은열요법	1,718,002	6,532	4,906	3,802
경피적외선조사요법	7,288,036	33,143	24,890	4,548
경피경근한냉요법	100,915	228	171	2,257

그러나 단계적으로 추가 보장성 강화에 합류하려던 한방물리요법은 경피전기자극요법의 경우 의료기기 사용권을 둘러싼 논란이 해결되지 않음으로써 추가 급여확대로 이어지지 못하고 있다. 추가적인 대안으로 급부상하는 보장성 강화 항목이 한약제제, 약침술 및 추나요법이 있으며, 본 원고에서는 추나요법 보장성 강화방안에 관하여 논의를 전개하기로 한다.

4. 추나요법의 급여화 진전

추나요법은 문헌 기록에 의한 유래는 2,700년 전 《황제내경》에 나오는 도인(導引), 안교(按蹠)로부터 시작되었다고 볼 수 있지만, 더 멀리 원시시대 이래 인류가 손을 치료의 수단을 인식하고 질병 치료에 사용하기 시작한 이래부터 추나요법이 존재했다고 볼 수 있다.

그러나 현대적인 추나요법의 형태는 1991년 창립된 척추신경추나의학회의 출범과 함께 시작되었다고 할 수 있다. 추나요법(Chuna-manual Therapies)은 한의계에서 지난 20년간 가장 빠르게 성장한 분과학문으로서, 세계 수기의학 제공자(manual provider profession)들의 철학적 배경이 되는 전일론(holistic approach)은 천인상응(天人相應)의 정체관(整體觀, a unity of body)을 바탕으로 하는 한의학 이론과 놀랍도록 유사한 철학적 토대 위에 형성되어 있다. 추나요법은 한의학, 중의학, 오스테오패시의학, 카이로프랙틱 등 전통의학을 모태로 성장하였고, 근골격신경계 질환을 중심으로 손을 통한 치료라는 공통 특성을 가지고 있다.

□ 추나요법의 목적 및 시술방법

- (목적) 관절, 근육, 인대 및 신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정하여 질병을 치료하고 예방하는 한의학 치료기술.
- (시술방법) 시술자가 손 또는 신체의 일부분을 이용하거나 보조기구 등을 이용하여 추나 테이블에서 환자의 근육, 건, 인대, 관절을 이완, 강화, 회전, 굴곡, 신전, 견인 등 다양한 기술과 방법으로 교정, 치료함.
- (적응증) 원인병변에 의한 통증질환, 관절기능장애(변위), 척추측만증, 추간판탈출증, 근육, 인대, 건의 질환, 관절의 탈구 외 운동장애 변위, 무릎관절염, 염좌 등 척추관절질환과, 위통, 두통 등 내과적 질환, 뇌증, 안면마비, 반신불수, 말초신경계 및 자율신경계 질환, 안검하수, 근시, 만성비염 등 안이비인후과 질환, 기타 스트레스, 공황장애, 부인과질환, 소아과질환 등 광범위에게 적용함.

추나의학회는 「추나의학아카데미 정규워크숍」을 매년 1회씩 금년까지 20기를 개최해 오면서 1995~2014(제1기~제20기) 동안 수료자 2,781명 수료를 배출하였다. 이 규모는 전체 한의사를 15,000명으로 볼 때 약 18.5%에 해당하는 수치이다. 전국 한의과대학 및 한의학전문대학원의 《추나의학 관련과목 개설현황 조사》(척추신경추나의학회지, 2010;5(1):157-168.) 등을 보면 전공 필수, 전공 선택 및 이수시간, 실습시간 등에서 차이가 있지만, 학부 교육과정에서도 대부분 추나의학이 교육이 이루어지고 있고, 많은 한의사들이 전국 범위에서 폭 넓은 시술이 이루어지고 있는 것을 알 수 있다.

추나의학회는 2012년 11기 회장단(2012~2013)의 회무기조를 “기법에서 질환으로”라는 회무 모토로 급여화 대비 연구를 시작하여 《추나요법 급여화 대비 연구보고서》(2012.8.) 및 《추나요법 급여화 대비 연구》(척추신경추나의학회지, 2012;(2):1-14.)으로 문헌화를 하였다. 2014년 12기 회장단(2014~2015)의 회무기조를 “근거중심 추나의학”으로 잡고, 그간 추나요법의 급여화에 걸림돌로 작용했던 추나의 안전성, 유효성, 경제성 근거확보에 박차를 가하였으며, 추나요법의 단계적 급여화를 위하여 전체 한의사의 공감대 형성에 주력하였다.

추나요법의 8대 기술 유형을 3개 그룹으로 분류한 것이 아래의 표와 같다. 추나요법의 단계적 급여화의 핵심은 기술의 난이도와 안전성을 고려하여 기술의 난이도가 낮고 안전성이 비교적 높은 기술을 먼저 급여화하고, 기술의 난이도가 높고 안전성에 대한 사고위험성이 있는 기술을 차후에 급여화해 나가는 것을 말한다. 현 단계에서는 단순추나 행위에 대하여 먼저 급여에 진입하고, 추나요법의 난이도와 안전성 면에서 주의수준이 요구되는 관절교정추나 등 복잡추나와 특수추나는 비급여 항목으로 유지하다가, 정부 당국의 재정이 허락하면 단계적 급여 확대를 목표로 설정하고 있다.

<input type="checkbox"/> 단순 추나 그룹핑 개념																																																																			
<ul style="list-style-type: none"> ○ 추나요법은 기술유형별로 8개 행위로 정의하며, 급여 보상체계의 운용 편의성 고려 <ul style="list-style-type: none"> • 단순추나, • 복잡추나, • 특수추나로 그룹핑할 수 있음. ○ 단순추나 행위는 시술 안전성이나 위험성을 고려할 때 반드시 정형용 교정장치(추나치료 테이블)이 필요하지 않으며 일반 진료대, 전동 진료대 등에서 시행할 수 있음. 																																																																			
<input type="checkbox"/> 추나요법 그룹핑																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">추나요법 행위분류 세부항목</th> <th style="width: 50%;">추나요법 그룹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 근막(경근)추나 2. 관절가동추나</td> <td style="text-align: center;">⇨ 단순추나(simple)</td> </tr> <tr> <td>3. 관절신연추나 4. 기기신연추나 5. 관절교정추나</td> <td style="text-align: center;">⇨ 복잡추나(complex)</td> </tr> <tr> <td>6. 두개천골추나 7. 내장기추나 8. 탈구추나</td> <td style="text-align: center;">⇨ 특수추나(special)</td> </tr> </tbody> </table>							추나요법 행위분류 세부항목	추나요법 그룹	1. 근막(경근)추나 2. 관절가동추나	⇨ 단순추나(simple)	3. 관절신연추나 4. 기기신연추나 5. 관절교정추나	⇨ 복잡추나(complex)	6. 두개천골추나 7. 내장기추나 8. 탈구추나	⇨ 특수추나(special)																																																					
추나요법 행위분류 세부항목	추나요법 그룹																																																																		
1. 근막(경근)추나 2. 관절가동추나	⇨ 단순추나(simple)																																																																		
3. 관절신연추나 4. 기기신연추나 5. 관절교정추나	⇨ 복잡추나(complex)																																																																		
6. 두개천골추나 7. 내장기추나 8. 탈구추나	⇨ 특수추나(special)																																																																		
<input type="checkbox"/> 추나요법 난이도, 안전성																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">세부항목</th> <th rowspan="2">추나행위명</th> <th colspan="3">난이도(Time, Effort)</th> <th rowspan="2">안전성 (위험도)</th> <th rowspan="2">합계</th> </tr> <tr> <th>Time</th> <th>T:E ratio</th> <th>점수</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">단순추나 (simple)</td> <td>근막경근추나</td> <td>15min.</td> <td>T>E</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>관절가동추나</td> <td>15min.</td> <td>T>E</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">복잡추나 (complex)</td> <td>기기신연추나</td> <td>25min.</td> <td>T<E</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>관절신연추나</td> <td>25min.</td> <td>T<E</td> <td>7</td> <td>9</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>관절교정추나</td> <td>25min.</td> <td>T<E</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">특수추나 (special)</td> <td>두개천골추나</td> <td>25min.</td> <td>T≤E</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>내장기추나</td> <td>35min.</td> <td>T≤E</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>탈구추나</td> <td>35min.</td> <td>T≤E</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>							세부항목	추나행위명	난이도(Time, Effort)			안전성 (위험도)	합계	Time	T:E ratio	점수	단순추나 (simple)	근막경근추나	15min.	T>E	6	6	12	관절가동추나	15min.	T>E	6	7	13	복잡추나 (complex)	기기신연추나	25min.	T<E	7	7	14	관절신연추나	25min.	T<E	7	9	16	관절교정추나	25min.	T<E	8	8	16	특수추나 (special)	두개천골추나	25min.	T≤E	10	8	18	내장기추나	35min.	T≤E	10	8	18	탈구추나	35min.	T≤E	10	10	20
세부항목	추나행위명	난이도(Time, Effort)			안전성 (위험도)	합계																																																													
		Time	T:E ratio	점수																																																															
단순추나 (simple)	근막경근추나	15min.	T>E	6	6	12																																																													
	관절가동추나	15min.	T>E	6	7	13																																																													
복잡추나 (complex)	기기신연추나	25min.	T<E	7	7	14																																																													
	관절신연추나	25min.	T<E	7	9	16																																																													
	관절교정추나	25min.	T<E	8	8	16																																																													
특수추나 (special)	두개천골추나	25min.	T≤E	10	8	18																																																													
	내장기추나	35min.	T≤E	10	8	18																																																													
	탈구추나	35min.	T≤E	10	10	20																																																													
<input type="checkbox"/> 단순추나 시술 개요																																																																			
<ul style="list-style-type: none"> ○ 목표 : 통증 완화, 관절가동범위 증가, 정상적인 운동기능 회복 ○ 진단평가 : 근육, 인대 또는 관절 기능장애 부위 특정화(specific dysfunction unit) ○ 시술 : 치료목표에 맞게 특정 기능장애 부위를 국소화(localization)하여 15분간 시술함 																																																																			

5. 수기의학 제공자 이니셔티브(M.P.I.)

《한의정책》이 한의학 발전을 위한 정책적 제안을 하기에 적합한 매체라는 점에서 보장성 강화라는 주제에서 약간 벗어나는 점은 있지만 몇 가지 정책적 제안 사항을 추가하고 싶다.

앞서 한의학 진료비가 마의 벽 4%를 수년째 돌파하지 못하고 정체하고 있는 점, 10위까지 한방 다빈도 상병명 입원 및 외래 진료 통계표를 통해 한의학 치료의 절대적인 비중을 차지하는 부분이 근골격계 질환이라는 점도 제시한 바 있다. 추가로 11~20위 까지 다빈도 상병명을 보아도 한의 치료 대부분이 근골격계 질환에 포커싱 되어 있는 점을 부인할 수 없다. 환자의 접근성 개선은 주로 사회보험 제도를 통해서 이루어지고 있는 마당에 갈수록 한의원 내원 환자가 줄고 있다는 것이 지표를 통해 확인되고 있는 것이다.

〈표 6〉 2013 한방 다빈도 상병명 10~20위

(출처: 2013년 진료비 통계 건강보험심사평가원)

순위	ICD코드	상병명
11	G81	편마비
12	M50	경추간판장애
13	G51	안면신경장애
14	M48	기타 척추병증
15	M62	기타 근육 장애
16	F03	상세불명의 치매
17	F00	알츠하이머병에서의 치매(G30,-+)
18	M47	척추증
19	U24	신경계통의 질환
20	S13	목 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장

추나의학회는 척추 변위명명 체계를 표준 운동학적 체계(standard kinesiological system)와 미국 Medicare 분류 방식에 따라 분류하였으며, 주요한 내용은 변위 판단 기준을 극돌기(spinous process)에서 추체(vertebra body)로 바꾼 것이다. 여기에 덧붙여 정태적인 명명에 불과한 위치이상(dislocation, 移位)으로서 정역학적 관점의 변위(malposition, 變位)라는 용어와 더불어 동태적인 명명인 운동제한(ROM의 제한)으로서 움직임 제한(restriction)이란 용어를 수용하였다. 표준운동학적 체계로 전환하면서부터

이제 모든 변위와 제한을 표기할 수 있으며, 방법은 의사 외에도 물리학자, 공학자들도 이해할 수 있는 6자유도(6DOF, six degrees of freedom)로 정의되는 물체의 움직임에 관한 플랫폼이다.

한의사로서 살아가는 우리는 종종 시대와의 불화를 경험 한다. 동시대인들과 언어의 불통을 느끼기도 하고, 이론적인 아노미를 경험하기도 한다. 임상에서는 전통이론과 현대의학이론을 편의적으로 가져다 쓰기도 한다. 모호함이 급여화의 최대 장애물이다. 환자들은 건강보험이든 실손보험이든 보험급여로 진료비를 지불하길 원하고 있고, 정부보험이든 민간보험이든 보험급여 지급자(payer)와 제공자(provider)의 관계에서 적응증, 유효성, 안전성 등 시술근거를 요구할 수 밖에 없고, 극심한 의료 서비스 경쟁 체제로 접어든 지금, 한의학에 대한 환자의 접근성, 한방의 보장성에 대한 획기적 개선책은 무엇일까?

《주역》의 핵심 주제가 변역(變易), Changes이다. 현대 사회의 변화는 과거 몇 십 년 전 보다 훨씬 빠르게 변하고 있다. 한의학도 마찬가지로 늘 변화하는 학문(Korean Medicine is also an ever-changing science)이라는 점에 주목한다. 한의학 전통이론과 신 이론을 구분지어 인식할 필요성이 있다. 한의학 신 이론의 토대를 이루는 기초과학으로는 기능해부학, 생체역학, 운동역학 등이 있을 수 있다.

한의학이 동시대를 살아가는 시민들에게 최선의 한의학 의료서비스를 제공하는 실천 의학(實踐醫學)이라는 점에서, 동시대인을 설득하고 이해시키려면 새로운 이론과 새로운 언어로 플랫폼으로 사용할 수밖에 없다.

이런 관점을 반영하여 한의학과 추나수기의를 보다 밀접하고 긴밀하게 결합하기 위한 제안을 드리고 싶다. 이 제안 묶음을 부르기 쉽도록 Manual Provide Initiative(이하 MPI로 축약)로 명명하였다. 세계적으로 수기요법 제공자(manual provider)는 MD 외에 정골의학 의사(DO), 카이로프랙틱 의사(DC), 물리치료사(RPT) 등이 존재하며 DO, DC, ND, RPT 등은 주로 일차 진료(primary care provider) 업무를 수행하고 있다. MPI는 여러 겹의 다중 대응 전략을 담은 제안 묶음이지만, 우선 알기 쉽게 접근할 실천적 의제로는 두 개로 요약되는 듯하다.

- 첫째, 의학은 물론 과학, 기술과 소통되는 플랫폼 공유하기
- 둘째, 전통의학 이론을 돌파하는 한의학 신이론 토대 만들기

의학계의 이런 이론적 전환 배경에는 “전통의학”으로 경시하던 D.O., D.C. 계열의 손을 통한 치료(hand on care) 및 수기치료(manual therapy)에 대한 “의학적 증거들(evidence-based medicine, evidence-based practice)”이 축적되면서 의학계에서도 수기 의학을 연구하고 새로운 기법(technique)을 창안하고 있다.

의과의 척추 정형의학은 1934년 Mixter와 Barr가 발표한 추간판 파열 학설에 의해 수술적 해결방법에 압도적으로 기울어졌다가, 1970~80년대에 “생체역학”이라는 새로운 기초학문이 의학에 도입되면서부터 척추정형의학 분야에서도 척추와 관절의 움직임, 근육과 인대의 조화 및 요추-골반-고관절 복합체 등 “생체역학”적인 정상과 비정상 문제로 관심의 초점이 옮겨지게 되었고, 이를 기초로 수기 의학의 중요성을 다시 부각시키게 된 반전의 계기를 마련하는 데는 Dr. Wolf Schamberger이 지은 본서가 끼친 영향이 결코 적지 않았다고 할 수 있다. 추나의학회가 번역한 《부정열증후군》(2판)(2013.10.)이 이런 흐름을 대표하는 명저이다.

국내에서는 극히 일부의 의사와 많은 수의 한의사가 수기요법 제공자(manual provider)이다. 한의학이 국가사회의 기대에 부응하는 전문직 서비스를 창출할 수 있는 부분이 바로 수기 의학 분야라고 생각한다. 한의학과 수기 의학의 더욱 더 긴밀한 결합은 전 세계적으로 시도되고 있는 방향이다. 1990년대 무렵부터 침술(dry needling)을 배우려는 DO, DC들의 미국 내 “동양전통의학” 세미나 열풍이 불었으며, 이는 수기 의학과 한의학 결합이 가져올 수 있는 시너지 효과를 반증해 준다고 볼 수 있다. 미국과 유럽의 CAM(보완대체의학) 진영에 침술이 “dry needling”이란 표현으로 매우 폭 넓게 수용되고 있는 것은 주지의 사실이다.

6. 결론 및 제언

추나요법은 국내의 수많은 논문과 CNKI(중국 국가지식망 웹사이트)의 검색어로 “Tuina”로 얻어진 562개 문헌, 국외 의학논문검색 사이트를 통하여 분석한 결과 요통, 오심, 각종 통증질환, 불안장애, 각종 근골격계 질환에 유효성있는 치료로 인정되며, 그 안전성은 주요 문헌에서 비교적 안전한 시술로 여겨지나 뇌졸중, 통증의 악화, 골절 등의 심각한 부작용도 보고되고 있다.

수기요법 관련 주요한 논문과 보고자료를 통해서도 그 비용효과성이나 경제성은 척추수술요법에 비하여 높은 것으로 보고되고 있으며, 국내에서도 추나관련 경제성분석이 현재 진행 중에 있다.

국민에게 유효하며 경제성있는 의료기술을 제공하는 것은 의료현장에서 필수적인 과정이며, 정부의 보장성 강화 정책과 부흥한다 사료된다. 효과적인 치료를 보다 안전하게 국민에게 양질의 의료서비스를 제공하는 것은 한의계 뿐만이 아니라 국가에서도 더 이상 간과해서는 안 될 시점이라 사료되며, 추나 보장성의 방향은 한의의료의 발달과 더불어 난이도와 안전성을 고려하여 단계적 모형으로 의료인 교육과 병합된 추진이 고려된다.

참 고 문 헌

1. 척추신경추나의학회. 추나의학 2판. 척추신경추나의학회출판사. 2014.
2. 고연석, 이정환, 황의형, 허광호, 윤종민, 박태용, 공재철, 설재욱, 정택근, 김기병, 양희천, 신병철. 추나요법 급여화 대비 연구. 척추신경추나의학회지. 2012;7(2):1-14.
3. 임병묵, 신미숙, 신병철, 송윤경, 송미연, 신승우, 김호준, 이명중. 한방물리요법 상대가치 산출과 급여 확대 시 재정부담 추계. 대한예방한의학회지. 2010;14(2):57-66.
4. 신미숙, 신병철, 이명중, 김호준, 송윤경, 송미연, 신승우, 임병묵. 한의원의 한방물리요법 이용 현황과 건강보험 급여화에 대한 인식. 한방재활의학과학회지. 2009;19(3):101-109.
5. Tae-Yong Park, Tae-Woong Moon, Dong-Chan Cho, Jung-Han Lee, Youn-Seok Ko, Eui-Hyung Hwang, Kwang-Ho Heo, Tae-Young Choi, Byung-Cheul Shin. An Introduction to Chuna Manual Medicine in Korea: History, Insurance Coverage, Education, and Clinical Research in Korean Literature. Integrative medicine research. 2014;3:49-59.
6. 황만석, 조현우, 이현엽, 허광호, 황의형, 신미숙, 신병철. 추나 치료에 대한 국내 연구 동향- 임상논문의 종류, 발표 년도, 학회지, 부위에 따른 술기 중심으로. 척추신경추나의학회지. 2013;8(1):49-61.

참고 문헌

7. 박태용, 신병철. 추나의학 관련과목 개설현황 조사. 척추신경추나학회지. 2010;5(1): 157-168.
8. Tuina-Focused Integrative Chinese Medical Therapies for Inpatients with Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ling Jun Kong, Min Fang, Hong Sheng Zhan, Wei An Yuan, Jiang Hui Pu, Ying Wu Cheng, and Bo Chen
9. Chinese Tuina: Challenge of evidence-based medicine and development strategy. HU Jun, YAN Juan-Tao, FANG Min (Department of Tuina, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)
10. Evaluation of clinical reports in treating periarthritis of shoulder by manipulation with the theory of evidence-based medicine. HU Jun, YAN Jun-Tao (Tuina Department, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China)
11. <https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/databases/health-wellness/a/acupressure,-shiatsu,-tuina/professional.aspx>.
12. WHO. Benchmarks for Training in Tuina - World Health Organization, 2010.
13. Byung-Cheul Shin, Myeong Soo Lee, Tae-Yong Park, Edzard Ernst. Serious adverse events after spinal manipulation: a systematic review of the Korean literature. Focus on Alternative and Complementary Therapies. 2010;15(3):198-201.

한의학(침, 구, 부항, 물리치료, 첩약 등)의 급여 발전방향

대한한의학협회 보험이사(前)

황 영 모



1. 서론

의료행위는 진료비에 대해 급여가 이루어지고 있는지의 여부에 따라 급여행위와 비급여행위로 나누어지는데 한의의료행위도 또한 그러하다. 한의의료행위는 행위정의로만 따져도 수백 개의 행위로 이루어지지만 크게는 급여행위로 침, 구, 부항, 급여물리요법 등이 있고 비급여행위로 첩약, 추나, 약침, 비급여물리요법 등으로 대별할 수 있다. 이 중 급여행위를 중심으로 진료현장에서 느끼는 문제점을 살펴보고 그 개선 방안을 제시하고자 한다.

2. 본론

2.1. 침술

현행 침술의료행위는

시술방법에 따라 경혈침, 특수침, 분구침으로 분류하고 시술부위에 따라 경혈침술과 경혈침술이체로 나뉜다.

경혈침술은 1부위에 시술했을 때, 경혈침술이체는 2부위 이상을 시술했을 때 적용한다.

여기서 부위라 하는 것은 인체를 다섯 개의 영역으로 구분하는 것을 말하는데 즉 5부위란 두부, 요배부, 흉복부, 상지부, 하지부로 나누는 것을 말한다. 참고로 의과는 7부위(두부, 요배부, 흉복부, 우상지부, 좌상지부, 우하지부, 좌하지부)로 나뉘어져 있다.

이런 분류가 진료현장에서 무슨 의미를 가질까?

하나의 예를 들어 보면 쉽게 이해될 듯하다.

A라는 환자가 양측 무릎 통증이 있어서 진료를 받으러 한의와 양의에게 각각 치료 받으러 갈 경우, 한의의료기관에서 치료를 할 경우 양측 무릎에 침술, 물리치료, 부항술을 시술받았을 때 오른쪽 무릎 하나만을 치료받으나 양측 무릎 모두 치료받으나 진료비는 동일하다. 이유는 5부위분류상 우측 무릎이든 좌측 무릎이든 그냥 “하지부”로 분류되기 때문이다.

반면에 의과의료기관에서 우측 무릎 수술을 받을 때와 양측 무릎수술을 받을 때의 진료비는 가산점을 적용하여 각기 산정할 수 있게 되어있다. 이유는 7부위로 분류되어 우측 무릎과 좌측 무릎이 각기 산정할 수 있게 되어 있기 때문이다.

어떤 계기로 같은 인체를 한의와 양의에 따라 다르게 체간부위를 적용하고 있는지 이유를 알 수 없다.

이번엔 KCD(한국질병사인분류)와 관련한 심사 기준의 문제점을 예를 들어보겠다.

한방의료의 특성상 환자가 여러 가지 상병을 동일한 날에 치료를 받기를 원하는 경우 (예를 든다면 “뒷목이 아프고, 등이 걸리면서 허리통증이 동반되고 양측 어깨가 아프면서 무릎이 아프다....” 라고 하는 환자가 내원했을 때 위의 환자의 경우 상병을 분류해보면 1경추통(M54.2) 2아래허리통증(M54.5) 3이두근힘줄염(M75.2) 4무릎관절증(M17.1)으로 분류할 수 있다.

이 경우 시술자는 한 가지 상병만 치료하거나 위의 네 가지 상병을 모두 치료하나 수가는 동일하다.

심사기준에는 위 네 가지 상병이 모두 KCD분류(한국질병사인분류)상 대분류가 M-code이기 때문이다.

임상에서 예를 든다면 우측 무릎 통증 한 가지 증상을 치료받은 환자나, 경추통, 아래허리통증, 이두근힘줄염, 양측 무릎관절증 모두 치료받은 환자의 진료비가 같음을 의미한다.

일반적 상식으로 이해하기 힘든 수가 체계다.

환자의 입장에서 본다면 같은 비용으로 여러 부위를 치료받을 수 있는 장점이 있다고 하겠지만, 의료진의 입장에서 본다면 진료에 투입되는 의사업무량, 위험도, 재료비 (상대가치점수 구성인자)등의 비용이 상승함을 의미한다.

즉 KCD분류상 같은 대분류라면 진료에 투여되는 진료비용은 상승하나 진료비는 고정되어 있다는 말이다.

원칙적으로는 위의 상병중 하나만 치료하고 다른 날 다른 부위를 치료하도록 하는 것이 맞겠지만 그에 따른 환자의 사회적 비용(치료받기 위해서 오고 가는 시간, 교통비 등등)상승은 엄청나다.

심사기준을 현실에 맞게 변경해야 한다는 말이다. 환자도 의료진도 서로 납득 될 수 있도록 제도개선이 필요하다.

이러한 문제의 원인을 탐구하여 거슬러 올라가면 한의에 상대가치점수가 도입 될 때의 문제로 귀결되게 되는데 당시 한의의 경우 별도의 상대가치연구가 이루어지지 않고 도입 되면서 한방의 의료행위 특성이 제대로 반영되지 못한 문제에서 기인한다고 볼 수 있다.

그 후로 상대가치점수 총점이 고정되면서 신의료기술이 아니면 총점조차 늘어나지 못하게 되었다. 현재는 유형별 수가계약으로 각 과의 특성을 반영한다고 하지만 그 한계는 뚜렷할 수밖에 없다.

근본적으로는 상대가치점수를 손봐야 하는 것이 중요하지만, 그 작업이 쉽지 안다면

우선 현재 5부위로 분류되어있는 체간부위를 7부위 즉 두경부, 요배부, 흉복부, 우상지부, 좌상지부, 우하지부, 좌하지부로 나누고

진료비 산정 시 이체간 가산비율과 대분류상 같은 코드라 하더라도 부위별, 질환별로 차등 적용하여 시술부위가 늘어남에 따라 각각 50%, 30%, 20%, 10% 등등의 차등수가를 적용하여 진료비를 산정하는 방식으로 개선되어야 할 것이다.

2.2. 구술

구술은 시술방법에 따라 직접구와 간접구로 구분되어진다.

그중 간접구와 관련하여 살펴보면

간접구의 경우 시대의 변화와 함께 간접구술에 사용되는 재료의 변화가 매우 다양해졌다.

임상에서 사용되는 간접구의 종류만 하더라도 미니뜸, 왕뜸, 황토뜸, 쑥탄 등등 상대가치점수가 도입될 당시에 비해 다양한 종류의 간접구 재료가 생산되고 있으며 그에 따라 간접구 시술시 재료대 비용이 다양화 되었다.

2012년 한의의료행위에도 “치료재료목록”이 도입되어 처음으로 일회용 부항컵이 등제되었고 현재 다양한 1회용 부항컵이 등제되어 진료현장에서 활용되고 있는 것처럼 간접구 치료재료도 변화 발전하는 추세에 맞춰 다양한 가격의 제품들을 치료재료목록에 등제하여 차등수가를 받을 수 있도록 개선되거나

만약 현실에 맞춰 급여화 하기가 어려우면 치료재료 종류에 따라 일부를 비급여 항목으로 전환하여 환자가 보다 편하고 질 높은 시술을 받을 수 있는 길을 열어주어야 할 것이다.

현재 간접구시술은 한의의료행위분류상 급여항목으로 되어있어서 간접구시술시 재료비에 대해 환자부담으로 별도 산정할 수 없게 되어있으며, 만약 직접 수납하게 되면 급여행위를 비급여로 진료한 것이 되서 허위청구로 몰리게 되어 행정처분을 받게 될 수 있다.

2.3. 부항술

부항술은 크게 습부항(부항술자락관법)과 건부항(부항술유관법, 주관법, 섬관법)로 나눌 수 있는데, 부항술과 관련하여 개선해야할 2가지를 제시하고자 한다.

첫째, 부항술 자락관법의 횡수제한에 관한 사항이다.

자락관법 심사기준 변천과정을 살펴보면, 심사기준 시기별로

2001.2.5 ~ 2007.5.31.까지는

습식부항은 환자의 상태에 따라 매일 시술이 가능하지만 동일 상병에 최대 20일까지 인정한다.

2007.6.1.~2011.1.31.까지는

습식부항('08.1.1부로 자락관법)은 환자의 상태에 따라 매일 시술이 가능하지만 동일 상병의 치료기간 중 최대 20회까지 인정한다.

2011.2.1 ~ 현재

자락관법은 동일 상병에 최초 시술부터 3주 이내는 주3회까지 인정하고, 3주 이후부터는 주2회까지 인정한다.

로 나눌 수 있는데,

현행 자락관법의 심사기준은 “한의학적 근거”를 가진 판단이라기보다는 “진료비상승”을 막기 위한 수단으로 적용함으로써 질병치료를 저해하는 요인으로 작용하고 있다.

이는 의료기관의 치료선택권 제한과 환자의 치료기회를 박탈하는 결과를 초래하고 있다.

급성기 염좌의 경우, 매일 자락관법을 시행해야 할 경우도 흔한데, 심사기준 때문에 적절한 치료행위를 제한 받고 있는 것이다.

교과서나 관련논문에서도, 매일 혹은 격일시술이 가능하며 2~3주간 매일 습식부항을 시술한 경우도 별다른 부작용이 없는 것으로 보고하고 있다.¹⁾

따라서 동일상병에 자락관법을 시술한 경우에는

- * 최초 시술 ~ 2주 이내 : 매일
- * 2주 이후 ~ 4주 이내 : 주 3회
- * 4주 이후 ~ : 주 2회

로 차등화 하여 급성기 환자의 치료효율을 증대시킬 수 있도록 개선되어야 할 필요가 있다.

둘째, 습부항 시 “일회용 부항컵” 의무사용에 대한 사항이다.

침습행위로 이루어지는 습부항은 늘상 감염우려로 안전성이 제기되었던 문제다.

다행히 2012년부터는 일회용 부항컵이 “한의학치료재료목록”에 등재되어 실비보상을 해주는 단계가 되었다. 다만 현재는 시행초기로서 일회용 부항컵 사용이 권장사항으로 되어있지만 궁극적으로는 선택사항이 아닌 의무(강제)사용으로 전환되어야 할 것이다.

1) ① 이형은. 건식 및 습식 부항요법이 급성 경·요추 염좌에 미치는 임상 효과 비교 : - 경·요추 염좌로 진단된 교통사고 환자를 대상으로. 대전대학교 대학원. 2012
 ② 이국정, 이약향. 동씨침구방혈요법. 대북: 원지서국. 1994:4-14.
 ③ 崔容泰 외. 침구학(하). 서울: 집문당. 1998:1066,1243.
 ④ 박희수, 방재성. 韓醫藥去通. 서울: 새천년, 2000: 404-19,421,423,428.
 ⑤ 이병이. 부항요법에 대한 문헌고찰 및 부항시술 현황 조사. 경원대학교 대학원. 2008.
 ⑥ 한방재활의학과학회, 한방재활의학과학, 서울: 군자출판사. 2011:54-5,342
 ⑦ 손대용, 김민수, 김상진, 임성철, 서정철, 서해경, 안희덕. 급성 좌측요통 환자에 대한 습식 부항요법과 건식 부항요법의 비교. 한방재활의학과학회지. 2003;13(4): 53-61.

2.4. 물리치료술

물리치료와 관련해서는 크게 2가지 즉 시술횟수 제한과 보험적용 물리치료기기의 종류의 개선 방향을 제시하고자 한다.

첫째, 시술횟수 제한에 관한 것이다

현재 한의치료에서 급여화 되어있는 물리치료는 경피경근온열요법(hot pack)과 경피경근한냉요법(cool pack), 경피적외선조사요법(Infra Red)이 있는데 하루 사용횟수가 20회로 제한되어있다. 이 경우 20명 안에 치료받은 환자는 급여해택을 받고 21번째 환자부터는 전액 본인부담금으로 수가가 적용되니 진료현장에서는 환자와의 마찰이 자주 발생할 수밖에 없는 문제가 된다.

항의하는 환자도 충분히 이해할 만하다. 어제는 급여적용을 받았는데 오늘은 비급여로 진료비를 부담하라고 했을 때 순순히 납득하고 진료비를 지불하는 환자는 거의 없다. 이 때문에 환자와의 마찰이 자주 발생할 수밖에 없는 문제가 된다. 환자와의 마찰을 줄이기 위해 본인부담금을 받고 청구를 안 하면 자칫 허위청구로 몰리게 되어 행정처분을 받게 될 수 있다.

처음 제도 도입 당시 하루 20명으로 급여대상인원을 제한한 것은 특별한 의학적 근거라기 보다는 건정심에서 소요예산을 300억으로 승인하므로서 하루에 대략 20명 정도로 시술횟수 제한을 할 수밖에 없는 건강보험 예산상의 문제로 인한 것이었다.

환자입장에서는 해주면 다해주고 말면 말아야지 일찍 오는 순서 대로 해택을 받을 수 있으니 소위 20명안에 들기 위한 선착순을 해야 하는 상황이다.

때문에 의료현장에서는 하루가 멀다 하고 마찰이 불거지는 원인이 되고 있는 것이다. 환자도, 한의사도 모두 곤욕스러운 대표적 사례다.

둘째, 급여로 적용되는 물리치료기 종류에 관한 것이다.

한의진료현장에서 가장 많이 사용되는 물리 치료기기는 일부 급여화 되고 있는 경피경근온열요법(hot pack), 경피경근한냉요법(cool pack), 경피적외선요법(infra red) 이외에 가장 많이 비급여로 사용되고 있는 경피중주파요법(ICT), 경피고저주파요법(TENS)가 있다.

운동계질환이 많은 한의진료의 특성상 보다 다양한 종류의 물리치료기기의 보급과 그에 대한 급여확대는 진료현장에서 당연히 요구되는 시급히 개선되어야 할 문제 중의 하나이다.

2.5. 65세 이상 어르신 진료비 문제

현재 우리나라에서 적용하고 있는 “진료비 본인부담” 체계는 정액제와 정률제로 나누어진다.

정액제는 진료비에 대해 일정 액수만 내는 방식이다.

예를 들면 급여항목 중에서 어떤 치료를 받아도 1,000원만 내는 의료급여환자나 진료 총액 15,000원도 내에서는 본인부담금을 1,500원만 부담하는 만65세 이상 어르신 진료비 지불형태이다.

정률제는 급여항목 중 총액진료비의 일정비율(현재는 30%)을 본인이 부담하는 진료비 지불형태이다.

여기서는 65세 이상 어르신 진료비 문제를 지적하고자 한다.

만65세 이상 어르신의 경우 15,000원 기준으로 15,000원미만은 정액, 그 이상은 정률로 바뀌는데,

현재 한의의료기관에서 시행하고 있는 침술, 구술, 부항술과 관련된 급여항목 중 경혈침술(1부위), 부항술(1부위)만 시술하더라도 15,000원 정액상한을 넘어버린다. 다른 시술은 엄두내기 쉽지 않다. 정률30% 적용구간으로 넘어가면 어르신들의 본인 부담금에 대한 불만이 매우 커지기 때문이다.

해마다 수가계약(환산지수계약)으로 일정비율로 진료비가 상승하는 상황에서 65세 이상 어르신 진료비 정액 상한이 15,000원으로 고정되어 있다 보니 해가 가면 갈수록 15,000원 한도 내에서 어르신들에게 해줄 수 있는 진료행위가 줄어들 수밖에 없다.

정치권도 머리 아프기는 마찬가지다. 의료계의 65세 어르신 진료비인상에 대한 요구를 보면 타당하지만 막상 정액상한을 올리자니 건강보험 재정이 문제고, 현행 정률로 바꾸자니 어르신들의 표가 무섭다.(특히 대통령선거에서 보건의료정책은 득표율에 많이 영향을 주는 듯하다)

우리나라도 고령화 사회로 접어들면서 2014년 상반기 65세 이상 어르신 진료비가 전체진료비의 36%를 넘어서고 있다.<표 1 참조>

〈표 1〉 연도별 건강보험 적용인구/내원일수/진료비

(단위: 명, 억 원, %)

구 분		2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2013 상반기	2014 상반기	증감률
적 용 인 구	전 체	48,160	48,614	48,907	49,299	49,662	49,990	49,806	50,142	0.7
	65세 미만	43,560	43,787	43,928	44,115	44,194	44,250	44,200	44,273	0.2
	65세 이상 (비율,%)	4,600 (9.6)	4,826 (9.9)	4,979 (10.2)	5,184 (10.5)	5,468 (11.0)	5,740 (11.5)	5,606 (11.3)	5,869 (11.7)	4.7
내 원 일 수	전 체	80,942	87,208	90,656	92,610	95,179	96,878	47,909	49,144	2.6
	65세 미만	60,719	64,774	66,583	67,260	68,087	68,208	33,589	34,067	1.4
	65세 이상 (비율,%)	20,223 (25.0)	22,434 (25.7)	24,073 (26.6)	25,350 (27.4)	27,093 (28.5)	28,670 (29.6)	14,320 (29.9)	15,076 (30.7)	5.3
진 료 비	전 체	348,690	393,390	436,283	462,379	478,392	509,541	247,687	264,100	6.6
	65세 미만	241,319	269,153	294,933	308,486	313,890	328,976	158,432	167,397	5.7
	65세 이상 (비율,%)	107,371 (30.8)	124,236 (31.6)	141,350 (32.4)	153,893 (33.3)	164,502 (34.4)	180,565 (35.4)	89,255 (36.0)	96,703 (36.6)	8.3

주:1) '적용인구'는 연도 말 또는 6월말 기준, 2) 내원일수는 약국의 처방조제 일수 제외

※ 출처 : 2014 상반기 건강보험 주요통계 발간(국민건강보험공단)

이런 정치 경제적 사항들을 고려하면 65세 이상 어르신 정액상한 인상은 쉽지 않은 문제이긴 하지만 몇 가지로 개선 방안을 제시하고자 한다.

첫째, 노인진료비 상승 억제를 위해 많은 부분 고통분담을 감수하고 있는 의료계의 요구를 일부 수용하여 만65세 이상 어르신의 진료비 정액상한을 18,000~20,000선으로 상향조정하는 방안이다.

둘째, 모든 연령대의 진료비 지불방식을 정률제로 바꾸는 방안이다. 단 만65세 어르신의 경우 정률제 적용비율을 10%, 15%, 20%, 25% 중의 하나로 차등화 시켜주는 방안이다.

셋째, 만65세 이상 어르신 정액구간을 해마다 이루어지는 “유형별수가계약” 인상분에 맞추어 같은 비율로 인상하는 방안이다.

넷째, 모든 연령대의 진료비 지불방식을 현재의 본인부담비율 30% 정률제로 통일시키는 방안이다.

어느 방안이라 하더라도 현재의 문제점들을 깨끗하게 해결하긴 어렵다. 하지만 의료 전달체계의 가장 base를 이루면서도, 3차 의료기관 환자쏠림 현상으로 점점 취약해져

가고 있는 1차 의료기관의 정상화를 위해서라도 특단의 조치가 이루어져야 할 것으로 보인다.

2.6. 치료용 한약의 급여화

국민건강보험공단의 ‘2014~2018년 중장기 재무관리계획’에 따르면 건강보험 재정은 2014년 48조 3,489억 원에서 2015년 51조 8,322억 원, 2016년 56조 2,352억 원, 2017년 61조 2,326억 원, 2018년 66조 6,597억 원으로 28조 원 이상 늘어난다.

바야흐로 건강보험재정 100조시대가 가까워 오고 있다. 해마다 복지분야 보장성을 늘이기 위한 재정증가가 눈에 띄게 변하고 있는데 각 유형별 진료비 점유율을 지난해 동기와 비교 해보면 <표 2>와 같다

<표 2> 요양기관별 급여비

구 분	급여비(억 원)					기관당 급여비(백만 원)		
	2013. 상반기	점유율(%)	2014. 상반기	점유율(%)	증감률 (%)	2013. 상반기	2014. 상반기	증감률 (%)
총 계	185,289	100.0	197,551	100.0	6.6	219	230	5.0
상급종합	30,328	16.4	30,284	15.3	-0.1	70,530	70,428	-0.1
종합병원	28,034	15.1	30,009	15.2	7.0	10,012	10,493	4.8
병 원	18,695	10.1	19,194	9.7	2.7	1,301	1,308	0.5
요양병원	11,336	6.1	13,466	6.8	18.8	963	1,037	7.7
치과병원	326	0.2	406	0.2	24.5	157	202	28.2
한방병원	683	0.4	751	0.4	9.9	330	351	6.3
의 원	39,785	21.5	42,448	21.5	6.7	141	148	5.3
치과의원	5,632	3.0	7,413	3.8	31.6	36	46	28.6
한 의 원	7,008	3.8	7,584	3.8	8.2	54	57	5.1
보건기관 등	673	0.4	680	0.3	1.1	19	19	0.9
약 국	42,789	23.1	45,316	22.9	5.9	204	216	5.8

주 : 1) 기관당 급여비 = 요양기관별 급여비/ 6월말 요양기관 수

※ 출처 : 2014 상반기 건강보험 주요통계 발간(국민건강보험공단)

위 <표 2>를 보면 공단이 요양기관에 지급한 요양급여비는 19조 7,551 원으로 전년 동기대비 6.6% 증가하였다.

특히 치과의원의 경우 기관당 급여비는 평균 46백만 원으로 지난해보다 28.6%증가하여 가장 큰 증가율을 보였고, 치과병원 28.2%(202백만 원), 요양병원 7.7%(1,037백만 원) 순이었다.

치과가 28.6%의 급격한 요양급여비용 상승이 이루어진 것은 2013년7월부터 부분틀니 보험급여 적용과 치석제거 급여확대로 인한 것으로 파악된다.

한의계의 경우도 2013년 10월 실시 예정으로 치료용 첩약의 보험급여시범사업 예산을 2000억 확보한 바 있었으나 한의계 내부의 의견조율 실패로 원천무효화 된 바 있다.

한의학 특성상 근거중심의학(EBM)을 토대로 하는 정부정책 안으로 들어가기 쉽지 않다. 이처럼 한의의료의 건강보험 보장성강화를 위한 항목 추가가 쉽지 않은 현실임을 감안할 때 첩약의료보험이 시범사업 조차 실시해보지 못하고 무산된 것은 매우 안타까운 일일 수밖에 없다.

국민들로부터 치료만족도에서 가장 높은 평가를 받은 한의학이지만, 첩약의 경우 비용 때문에 접근하기 쉽지 않아, 환자들로부터 외면당하는 상황이 점점 심해지고 있다.

한때는 한의원하면 “약으로 치료하는 곳”이었다, 지금은 한의원하면 “침으로 치료하는 곳”이란 인식이 주류를 형성한다, 하지만 한의학은 “한약만 하는 곳”도, “침만 맞는 곳”도 아니다. 한의학의 정수라 할 수 있는 첩약을 한의사가 사용하지 못하는 상황이 계속된다면, 이는 국민을 위해서도 한의사를 위해서도 모두 불행한 일이다.

의료보험제도가 1987년 전국민건강보험으로 확대된 이래로 침, 구, 부항은 건강보험이 적용되면서 꾸준히 국민 속으로 들어 왔지만, 한약은 그렇지 못했다는 것이다.

한의의료의 진정으로 국민을 위한, 국민속의 한의학이 되기 위해서는 치료용 첩약의 보험급여가 반드시 시행되어야 하며, 건강보험 100조 시대를 눈앞에 두고 있는 상황에서 반드시 건강보험으로 한의학의 핵심치료인 첩약치료를 받을 수 있게 되어야 한다.

3. 결론

지금까지 급여행위를 중심으로 임상가로서 느끼는 개선방안에 대하여 간략히 살펴 보았다.

급여행위에 대한 심사기준은 “건강보험료”라는 제한된 재원을 가지고 어떻게 “비용 대비 효과”를 극대화 하도록 마련할 것인가가 관건이다.

개선방향에 대해서는 지금 언급한 방안들 말고도 많은 다양한 의견이 있을 수 있다.

“학문적 근거”를 중심으로 행위를 하는 의료인과 한정된 건강보험제정을 가지고 효율성을 높이고 지출을 줄이고자 하는 정부기관 사이에는 늘 의견의 차이가 존재하기 마련이다.

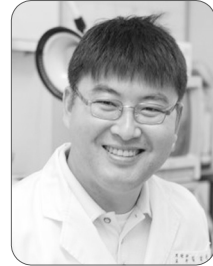
하지만 상호 신뢰를 바탕으로 그 차이를 줄이고자 하는 노력은 멈춰서는 안 될 것이다.

“건강한 국민, 행복한 나라”를 위해서 말이다.

침술 급여의 개선방향

부산대학교 한의학전문대학원 교수

김 남 권



1. 서론

우리나라 보건의료는 1977년 건강보험이 도입된 이래 최단기간에 발전적 성과를 이루어, 2010년 기준 건강보험 보장성은 62.7%, 본인부담금의 비중은 4.3%, 기대여명은 80.3세로 각각 나타나 OECD 평균 기준에 비추어 뒤지지 않을 정도의 비약적인 발전을 이루었다.

그러나 현재 대한민국에서 나타나는 전 세계적으로 유래를 찾아볼 수 없는 급격한 고령화와 저출산의 현상은, 만성질환 증가에 의한 국가 의료비용의 증가와 생산 연령 인구의 감소로 인한 보건의료 자원 확보의 어려움을 유발하고, 이는 결국 보건의료 체계 전반의 재정 악화를 초래하여 머지않아 보건의료 지표 성장의 감소로 돌아설 것으로 예상하고 있다.

따라서 정부와 민간에서는 이에 대한 대안을 모색하고자 고민하기 시작하였고, 최근 신 등¹⁾이 보건의료체계의 새로운 패러다임 구축을 제안하는 연구 보고를 발표하였다. 본 보고서에는 이상의 문제점들을 해결하기 위한 대안으로, 2020년까지 소비자 중심의 의료(Consumerism), IT, BT 등에 의한 새로운 의료기술의 접목(Integration), 양방과 한방, 예방과 치료, 의료와 복지 등의 분야 간 융합(Integration), 서비스의 국제간 이동, 정보공개, 윤리경영(Openness) 등의 4가지의 아젠다를 제안하였다.

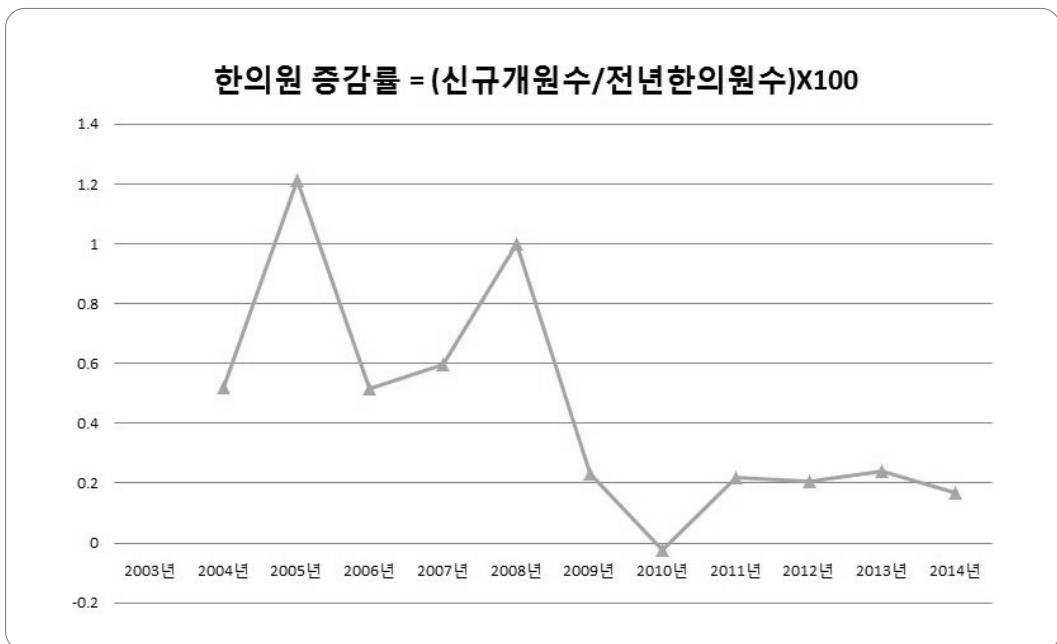
이런 사회적 변화와 새로운 의료체계 패러다임의 전환기에서 과연 한의계는 국가 보건의료체계에서 가치를 인정받고 지속적인 동반 성장을 이룰 수 있을 것인가에 대한 의문을 가질 수밖에 없다.

1) 신영석 등 : 보건의료체계의 New Paradigm 구축 연구, 한국보건사회연구원, 2014.

통계청의 자료를 이용하여 지난 10년간의 전국 한의원 숫자의 증감에 대한 간단한 분석을 시행해 보면, 전년 대비 한의원의 신규 개원 증가율이 지속적으로 저하되고 있다는 것을 확인할 수 있다. (<그림 1> 참조). 한의사 면허를 취득한 후에 일반적인 진로는 공중 보건의 군의관 등의 병역 의무 과정, 수련의 과정, 대학원 진학 등의 일차적인 경로를 거쳐 대부분 병의원의 취직과 개원으로 귀결된다.

따라서 기존의 한의원과 병원 혹은 특별한 대안들이 신규로 배출되는 한의사 인력을 수용하는 별도의 구조가 있는 것이 아니라면, 최근 10년간의 한의원 숫자 증가율의 지속적인 하향은, 결국 한의계의 단기적인 열악한 경영 환경을 대변하는 것뿐만 아니라, 장기적인 한방 의료 시스템 존재 자체의 위기 상황을 예측하는 것이라고 볼 수 있다.

이런 상황에서 한의계의 가장 대표적인 의료 행위인 침술 치료의 건강보험 수가체계가 한의계의 당면한 위기상황을 극복할 수 있도록 수가 개선의 여지가 있거나, 설령 현재는 미흡하더라도 향후 발전 가능성이 있도록 시스템이 정비되어 있는지 확인해 볼 필요가 있다.



<그림 1> 한의원 증감률

2. 본론

침술 수가는 건강보험심사평가원에서 주관하는 의료 행위에 대한 상대가치 점수와, 보험공단과 매년 계약하는 환산지수(상대가치점수 1점 당 수가)를 곱하여서 산출하게 된다. 상대가치점수는 의료행위에 소요된 자원 소모량을 기준으로 요양급여 의료행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수로서 화폐단위가 아닌 점수제로 되어 있다. 이러한 자원 기준 상대가치제도는 1979년 미국의 Hsiao와 Stason이 5개 진료과목의 27개 서비스를 대상으로 각 서비스에 소요되는 시간과 난이도에 따라 서비스의 순위를 설정하고자 하는 연구에서 시작된 개념으로서, 1992년부터 Medicare의 수가체제로 정착하였으며, 매 년마다 의료행위의 변화된 사항을 개선하기 위한 upgrade를 시행하고 있다.

우리나라는 1977년 의료보험이 최초로 도입된 이후 의료보험요양급여기준과 진료수가 산정 기준에 대한 지속적인 논의를 하였으며, 이에 대한 기구로서 1994년 6월 ‘의료보장개혁위원회’를 1994년 12월에는 ‘의료보험수가구조개편협의회’가 조직되었다. 1977년에 제기된 의료보험수가제도의 문제점들인 낮은 의료보험수가 책정, 항목별 수가 불균형, 의료보험 수가의 구조와 개정과정의 합리성 결여 등을 해결하기 위하여 보건복지부와 대한의사협회, 대한치과의사협회 등은 현행 건강보험의 수가체계의 근간이 되는 상대가치개발연구를 체계적으로 시행하였으며, 당시 한방 의료계의 상대가치 연구는 배제된 채 수행되었다.

이와 같이 상대가치제도 도입 초기 한방 의료는 별도의 연구 없이 기존의 관행수가를 당시의 환산지수(55.4)로 나누어 상대가치를 역산으로 산출하였으며, 한방 의료행위에 대한 정리 작업과 원가 계산 등의 근거가 없이 수가 결정을 수용한 태생적 한계를 가지고 있다. 이후 한의사협회와 한의학회 등에서 시행한 상대가치점수에 대한 연구들이 있었으나 이를 근거로 상대가치점수가 조정된 바는 없었으며, 건보재정의 지속가능성을 위한 상대가치점수의 총점고정 원칙은 첫 단추를 잘못 끼운 한방의료 행위들에 있어서도 적용되고 있으므로, 특별한 대안 없이 한의계의 상대가치점수 현실화 요구에 대해서 정부가 받아들이는 것을 기대하기는 힘들 것으로 사료된다.

양방 의료계에서도 한의계처럼 경영난 등으로 인해 전문 진료 분야에 따라 전공의 지원 숫자나 개원의 숫자의 명암이 바뀌고 있다. 2000년대 중반에는 저 출산의 여파에 의해 산부인과의 지원자와 개원 숫자가 급격히 감소하였으나 정부의 지속적인 지원정책과 불임 난임 등의 새로운 시장이 창출되면서 최근에는 지원자와 개원이 증가하고 있으며, 내과의 경우에는 반대로 현재 개원의 숫자 과잉과 조만간 도입될 원격 의료 등에 의한

약 영양이 예측되어 최근에는 지원이 감소되고 있고, 올해도 일부 병원들에서는 전공의 정원을 채우지 못하는 경우들도 있다고 한다.

이상의 의료계에서 발생하는 경영 위기는, 결국 내부적인 인력 수급 문제와 외부적인 의료 환경의 변화 등에 의한 것으로 종합할 수 있으며, 각각의 의료단체들은 이에 대한 해결 방안으로 단체에서 시행하는 건강보험 의료행위의 수가 인상을 요구하게 되고, 실제로 최근 산부인과의 경우는 분만 수가의 인상과 불임시술 관련 항목들의 보장성이 확대되는 성과를 얻어 냈으며, 이런 결과로 최근 산부인과 전문 수련 인력지원이 증가하는 방향으로 추세가 역전되었다.

이처럼 상대가치점수를 이용하여 의료행위의 수가를 인상하는 경우들을 살펴보면, 첫째, 해당 의료단체나 의료인이 기존의 저평가된 의료 수가에 대한 인상의 근거가 될 수 있는 연구를 수행하여 이를 토대로 하여 재평가를 요구하는 경우와, 둘째, 기존의 행위에 대비하여 비용 효과적인 신의료기술을 개발하여 이를 수가화 한 후 기존의 치료술을 대체하는 경우가 있다. 그리고 간혹 정부에서 주도하여 의료 수가를 인상하는 경우가 있는데, 이는 특정 의료행위가 사회적으로는 필수적이고 비용 효과적이지만, 의료기관의 입장에서는 원가와 기회비용의 측면에서 오히려 행위 발생 시마다 손해를 유발하는 경우가 이에 해당된다. 결국 의료기관에서는 해당 의료행위를 기피하게 되므로, 사회적으로 손실이 발생하게 되는데, 이런 경우 정부는 각 의료기관에서 해당 행위를 수행할 수 있도록 여건을 마련해 주기 위해 의료 수가를 주도적으로 인상해 주게 된다.

그렇다면 과연 한의계의 침술 의료행위는 이상에서 언급한 세 가지의 경우들 중 어느 경로를 통하여 수가 인상을 이끌어 내어 현재 의료기관의 경영위기를 극복하고, 장기적인 발전의 계기를 마련할 수 있을까?

첫째, 기존 침술 의료행위 가치의 재평가를 통해서 수가를 개선할 수 있는 여지를 먼저 살펴보면, 2010년 한국표준질병사인분류의 진단기준 도입이 유리한 역할을 할 수 있을 것으로 기대한다. 기존 한의학 기반의 진단 상병명은 한의학의 정체성을 유지하는 측면에서는 장점이 있으나, 질병연구와 임상연구 등을 통하여 의료행위를 가치화 하는 측면에서는 다소 문제점이 있었던 것으로 사료된다. 국내외에서 보고되는 질병의 사회적 부담 연구들은 결국 질병에 의한 국가적 손실을 화폐가치화 하고, 이를 극복하는 치료 기술들에 대해서는 사회적 가치를 추정하게 해주는 근거로 활용되는데, 모든 연구 대상이 국제질병사인분류에 의한 현대 의학적 상병명 들이다. 따라서 특정 침 치료술이 한방 병명인 ‘간양상항(肝陽上亢)’을 치료함으로써 얻어지는 사회적 가치는 정량화 할 수

없는데 반해, ‘고혈압’을 치료함으로써 얻어지는 사회적 가치는 정량화 할 수 있으므로, 이는 결국 해당 치료술이 특정 상병명에 대한 건강보험 급여의 근거가 되고, 가치에 기반 한 급여비용의 추정 근거가 될 수 있다.

그러나 현재의 침술 의료행위의 행위 정의와 분류 방식은 이상의 경로를 통하여 수가를 개선하기에는 문제점이 있다. 침술 행위는 크게 경혈침술, 특수침술, 분구침술, 침전기 자극술, 전자침술, 레이저침술 등의 항목들로 분류되어 있으며, 각 시술 항목들에 대한 행위정의는 행위코드, 보험분류번호, 보험 EDI코드, 행위명, 적응증, 시술개요, 전형적 사례 등으로 정의되어 있다. 가장 보편적인 치료술인 경혈침술(1부위)의 경우, 적응증은 “진단과 치료를 목적으로 혈위를 선택하여 자침하는 행위로 모든 상병에 해당함”으로 되어 있으며, 시술개요는 “한의사가 선택한 침자수법에 따라 진단의 목적과 더불어 신체의 불균형을 조절하는 한편, 저항력을 증강시켜 질병의 치료 및 예방과 건강 증진을 목적으로 생체 피부에 접촉시키거나 혹은 생체 내에 자침한 후 일정한 자극을 주어 도모하는 요법”으로 되어 있으며, 전형적인 사례는 모든 성별, 모든 연령의 외래 및 입원에서 총 17분 정도의 소요시간을 요하는 행위로 정의하고 있다.

이상의 경혈 침술의 행위 정의는 결국 모든 질환들을 적응증으로 하고 있고, 모든 목적들(예방, 치료, 건강증진)을 대상으로 하고 있기 때문에, 의료기관에 내원하는 거의 대부분의 환자들에 적용할 수 있으며, 이에 대한 보험 청구 시에도 거의 제약이 없다는 장점이 있으나, 특정 질환의 치료 효과에 대한 가치를 추정하여 이를 근거로 수가 인상을 유도하는 것은 어려울 것으로 사료된다.

둘째, 침술과 관련된 신의료기술 개발을 통하여 새로운 수가를 창출하고 기존 낮은 수가의 치료술들을 대체할 수 있는 방안 역시 기존의 침술 행위 정의 체계가 장애요인이 될 수 있다. 한방의 경혈침술과 유사한 행위 정의를 갖고 있는 양방의 창상 봉합술은 비교적 중증도에 따라 여러 단계로 차별화를 두고 있으며, 해부학적으로 다른 영역의 봉합술 들은 부위에 따라 행위 수가가 다양하게 정의되어 있다. 그러나 한방의 경우는 인체의 거의 모든 부위를 경혈침술과 특수침술이 포괄하고 있으므로 해부학적 구조에 따라 신의료기술을 정의하는 것에 문제가 있을 수 있다. 예를 들어 임상연구를 통해서 비강 안쪽의 하비갑개 점막을 자극하는 침 치료술이 알레르기 비염에 효과가 있다는 것을 밝혀내고 이를 기반으로 합당한 의료 수가를 산출한 후 신의료기술로 등재하고자 한다면, 먼저 기존의 비강내 침술로 정의된 행위와는 다른 것이라는 인정과 동의가 필요하다.

셋째, 한의계의 경영악화와 이에 따른 개원 의원수의 감소가 결국 국민 건강에 나쁜 영향을 미친다는 근거를 확보하게 되면, 정부는 침술 수가의 현실화를 통해 한의원의

경영 정상화를 유도할 수 있을 것으로 사료된다. 이를 위해서는 반대로 한의학적 치료술들이 특정 질환 영역에 대하여 효과성과 비용효과성 등이 있다는 것을 입증할 수 있어야 한다. 특히 고령화 사회에서 만성 질환이나 노인성 질환들에 대한 침술 치료의 효과를 임상연구로 규명해 낸다면 정부가 나서서 한의계의 경영 정상화를 위한 수가 개선을 앞장설 수 있을 것으로 사료된다. 그러나 이 역시 현재의 침술 수가 체계가 너무 단순화되어 있어 설령 R&D를 통해 특정 질환에 대한 근거를 창출해 낸다 하더라도 이를 기반으로 하는 수가 인상을 유도하기는 어려운 실정이다.

3. 결론 및 제언

이상의 내용을 종합하면, 침술 수가체계는 생성 과정에서부터 가치 기반의 적절한 선행 연구들이 없이 기존의 관행수가에 근거하여 상대가치점수가 생성된 태생적 한계가 있으며, 이는 결국 총점고정의 제약에 의해 현재까지 적절한 개선의 여지를 보이지 못한 채 유지되어 오고 있다. 침술 행위 정의들은 행위의 대상이 되는 특정 질환과 목적을 제한하지 않고 있어 오히려 해당 행위로 인해 도출되는 사회적 가치를 추정해 내는 것이 어려운 구조로 되어 있다. 또한 침술 행위정의의 체계는 인체의 거의 모든 부위를 단순한 형태로 포괄하고 있어서, 해부학을 기반으로 한 침술 치료의 신의료기술 개발에 장애요인으로 작용하는 등의 문제점 들이 있다.

결국 R&D 등을 통해 침술 치료의 수가 개선을 이루기 위해서는 기존의 침술 수가 체계를 행위정의부터 상대가치점수 도출까지 모두 재정립하거나, 아니면 기존의 체계를 유지한 상태에서 특정 질환과 해부학적 명칭을 결합하는 형태의 침술 치료들을 신의료기술로 등재하여 대체하는 두 가지 방안이 있다고 하겠다. 전자의 경우에는 한의계 전체가 동의하는 체계를 행위 정의 단계부터 모두 개발해야 하므로 막대한 시간과 사회적 비용을 요하지만, 후자의 경우에는 기존 수가체계의 장점을 유지한 상태에서 연구자들이 개별적으로 개발한 신의료기술을 등록하는 방식이므로 상대적으로 가능성이 높을 것으로 사료된다. 다만 이 또한 한의계 전체 혹은 해당되는 개별 학회에서의 합의가 필요한 부분이며, 만일 개발이 된다면 ‘알레르기 비염 치료를 위한 하비갑개의 침자극술’ 등과 같은 형태가 될 것이고, 이런 형태의 침술 치료는 전, 후 처치 및 행위 과정 등의 행위 정의에 기반하고 임상연구 등을 통한 가치 평가에 근거하여 적절한 치료 수가를 개발할 수 있을 것으로 사료된다.

치과 건강보험 현황과 전망

대한치과의사협회 치과의료정책연구소 책임연구원

최 용 찬



1. 머리말

지난 1977년 우리나라에 의료보험제도가 도입되고 1989년 전국민의료보험제도가 실시된 이후 의료서비스의 보편성이 지속적으로 확대 강화되고 있다.

그러나 치과 건강보험은 다른 의료기관에 비교해 보장성이 매우 더디게 확대되어 왔고 여전히 요양기관종별 건강보험 보장률은 바닥을 면치 못하고 있다. 건강보험 전체 진료비나 급여비에서 치과 병의원이 차지하는 비중이 여전히 3%를 넘지 못하고 있는 실정이다.

하지만 2000년대 들어 우리나라의 사회경제적 환경 변화가 가속화되면서 치과 건강보험에 대한 관심과 보장성 강화의 필요성이 본격적으로 제기되었다.

치과 건강보험에 대한 관심을 고조시킨 가장 두드러진 사회경제적 환경변화를 몇 가지 꼽자면 경제성장에 따른 구강건강에 대한 관심 증가, 유례없는 속도로 진행되고 있는 인구고령화, 복지담론의 형성 등을 들 수 있다.

경제성장에 따라 구강건강에 대한 관심이 커지고 인구고령화에 따라 복지에 대한 요구가 증대하면서 특히 치과 건강보험 보장성을 강화하고자 하는 요구가 자연스럽게 커졌고 치과 건강보험 보장성 확대를 요구하는 사회적 분위기가 형성됐다.

2008년 시민단체 건강세상네트워크가 실시한 ‘치과분야 건강보험 확대에 대한 시민 의견 조사’에 따르면 733명의 응답자 가운데 95%가 치과분야 건강보험 확대가 필요하다고 답했다. 게다가 ‘보험료가 다소 오르더라도 치과분야의 건강보험을 확대해야 한다’는 응답자가 87%에 이르렀다.

이런 사회적 분위기 속에서 정부 당국도 건강보험 보장성 강화를 위한 정부 계획에 치과진료를 포함해 진료비 부담이 큰 비급여 항목을 단계적으로 급여 전환하겠다는 의지를 갖고 치과 건강보험 급여화 확대를 추진해 오고 있다. 더불어 정계에서도 치과

건강보험 보장성 강화 문제에 큰 관심을 보였다. 수많은 정치인들이 각종 선거 때마다 치과의료비를 경감할 수 있는 대책을 내놓았고 치과 건강보험 보장성을 강화하겠다는 공약을 제시했다. 가장 대표적인 것이 바로 지난 대선 때 박근혜 대통령이(당시는 후보) 내걸었던 “어르신 임플란트도 건강보험으로!”라는 구호다.

2000년대 이후 치과 건강보험 보장성 강화는 시대적 흐름으로 확실히 사회 속에 뿌리내리고 있다. 가속화되고 있는 고령화사회에서 국민들의 건강에 대한 관심과 복지에 대한 욕구가 사라지지 않는 한 치과 건강보험에 대한 관심도 지속될 것으로 보인다.

이 글은 치과 건강보험의 현황과 특징을 소개하여 치과 건강보험에 대한 이해를 돕고 국민들의 건강을 향상시키기 위한 치과 건강보험의 방향성에 대한 논의를 소개하고자 한다.

2. 치과 건강보험 보장성 현황

2.1. 치과 의료비 구성

우리나라 국민들의 전체 외래 치과 의료비는 2012년 7조 6,786억 원에 달해 2011년의 7조 1,611억 원에 비해 증가했다. 2012년도 외래 치과 의료비의 재원별 구성을 살펴보면 공공재원이 1조 2,167억 원으로 15.8%, 민간재원이 6조 4,619억 원으로 84.2%였다. 공공재원 중에서는 건강보험 등의 사회보장기금이 1조 1,339억 원으로 대부분을 차지하고 있다.

민간재원의 경우 대부분이 가계 직접부담이었고, 건강보험 보장이 되지 않는 비급여 본인부담금은 5조 9,708억 원에 달했다. 특히 2012년도의 치과외래진료비증가액 5,175억 원 중 비급여본인부담의 증가액이 3,918억 원으로 대부분을 차지했다.

한편, 2012년 외래 치과 의료비의 공급자별 구성에서는 총 진료비 7조 6,786억 원 중에서 치과의원이 7조 1,472억 원으로 대부분을 차지했다. 치과병원은 5,314억 원이었다.

치과 의료비 구성에서 가장 특징적인 것은 의과나 한의과에 비교하더라도 치과 의료비가 민간재원 그것도 국민들의 호주머니에서 직접 부담되고 있는 비율이 매우 높다는 것이다. <표 1>에서 알 수 있듯이 치과 의료비는 2010년 약 6조 1천억 원, 2011년 약 7조 2천억 원, 2012년 약 7조 7천억 원으로 매년 크게 성장하고 있다. 게다가 치과의 특성상 건당 치과 치료비가 상대적으로 높아 가계부담이 더욱 클 수밖에 없는 현실이다.

구강보건에 대한 관심이 높아지면서 치과이용은 더욱 늘어나고 치과의료건강보험의 보장성이 매우 낮아 국민들의 직접 부담이 큰 상황은 민간치과보험이 새롭게 시장에

진출하는 계기가 되기도 했다. 치과민간보험은 2008년 라이나생명을 필두로 우후죽순 처럼 생겨나 TV 등을 통해 광고되어 보험회사들의 새로운 수입원으로 자리 잡고 있다.

〈표 1〉 외래 치과 의료비의 재원별 구성 : 2010-2012

(단위: 백만 원)

구분	2010년	2011년	2012년
공공재원	1,013,186	1,123,572	1,216,725
정부	71,234	76,400	82,861
- 중앙정부	60,291	64,667	70,334
- 광역정부	9,713	10,495	11,288
- 지방정부	1,230	1,237	1,240
사회보장기금	941,952	1,047,172	1,133,863
민간재원	5,102,890	6,037,498	6,461,885
민영보험	188	153	160
민영사회보험	188	153	160
민영보험회사	-	-	-
가계직접부담	5,102,703	6,037,345	6,461,725
- 비급여본인부담	4,675,869	5,579,035	5,970,815
- 법정본인부담	426,834	458,310	490,910
민간비영리단체	-	-	-
기업	-	-	-
재원별합계	6,116,076	7,161,070	7,678,610

출처 : 2012년 국민의료비 및 국민보건계정

2.2. 치과병·의원 건강보험 진료비 및 급여비

2013년 건강보험 급여비 총액은 2012년의 35조 7,146억 원에서 6.3%가량 증가한 38조 1,238억 원이었다. 이중 치과병·의원의 2013년 급여비는 치과의원 1조 2,667억 원, 치과병원 712억 원이다. 2013년 건강보험 진료비 가운데 치과병원이 차지하는 비중은 0.2%이고 치과의원이 차지하는 비중은 3.6%이다. 급여비 비중은 진료비 비중보다 다소 더 낮아 치과병원 0.2%, 치과의원 3.3%다. 이는 전체 건강보험 진료비, 급여비에서 치과 비중이 매우 낮다는 것을 의미한다.

다만 진료비 및 급여비 증가율은 매우 높은 편이다. 진료비 증가율은 치과병원이 18.6%, 치과의원이 22.2%로 요양병원과 함께 가장 높은 증가율을 기록하고 있다. 급여비 역시 마찬가지로 2012년에 비해 치과의원 20.3%, 치과병원 18.0%가 증가했다.

이것이 의미하는 바는 여전히 치과 건강보험 보장율을 매우 낮은 수준이지만 2000년대 이후로 인구고령화 등 시대적 요구에 따라 치과 보장성이 상대적으로 빠르게 개선될 수도 있음을 보여준다.

〈표 2〉 요양기관종별 건강보험 진료비 : 2012-2013

(단위: 억 원, %)

구 분	진 료 비					급 여 비				
	2012년		2013년		증감률	2012년		2013년		증감률
	금액	점유율	금액	점유율		금액	점유율	금액	점유율	
총 계	478,392	100.0	509,541	100.0	6.5	357,146	100.0	381,238	100.0	6.7
종합병원급	145,232	30.4	159,417	31.3	9.8	111,543	31.2	122,986	32.3	10.3
상급종합	74,643	15.6	81,583	16.0	9.3	58,362	16.3	64,167	16.8	9.9
빅 5병원	25,633	5.4	27,880	5.5	8.8	20,975	5.9	22,903	6.0	9.2
종합병원	70,589	14.8	77,834	15.3	10.3	53,181	14.9	58,819	15.4	10.6
병 원 급	76,485	16.0	85,492	16.8	11.8	57,058	16.0	63,837	16.7	11.9
병 원	47,727	10.0	50,569	9.9	6.0	35,505	9.9	37,599	9.9	5.9
요양병원	25,986	5.4	31,749	6.2	22.2	19,695	5.5	24,110	6.3	22.4
치과병원	971	0.2	1,152	0.2	18.6	603	0.2	712	0.2	18.0
한방병원	1,800	0.4	2,022	0.4	12.3	1,254	0.4	1,416	0.4	12.9
의 원 급	136,962	28.6	144,203	28.3	5.3	102,082	28.6	107,292	28.1	5.1
의 원	104,510	21.8	106,856	21.0	2.2	78,334	21.9	80,180	21.0	2.4
치과의원	14,931	3.1	18,249	3.6	22.2	10,528	2.9	12,667	3.3	20.3
한 의 원	17,522	3.7	19,097	3.7	9.0	13,221	3.7	14,445	3.8	9.3
보건기관 등	1,760	0.4	1,685	0.3	-4.3	1,365	0.4	1,304	0.3	-4.4
보건기관	1,752	0.4	1,674	0.3	-4.5	1,357	0.4	1,294	0.3	-4.7
조 산 원	8	0.0	11	0.0	35.2	8	0.0	10	0.0	35.7
약 국	117,953	24.7	118,744	23.3	0.7	85,098	23.8	85,820	22.5	0.8

출처 : 2013 건강보험주요통계. 국민건강보험공단

2.3. 치과병·의원 건강보험 보장률 및 급여률

비록 치과 건강보험 보장성이 상대적으로 빨리 확대되고 있다고 하지만 치과병·의원의 건강보험 보장률은 2013년 치과병원 22.4%, 치과의원 29.9%에 불과하다. 또한 비급여 본인부담률은 치과병원 63.0%, 치과의원 57.5%로 전체 요양기관 중 여전히 가장 높은 비율을 차지했다.

즉 치과 건강보험 진료비, 급여비의 증가에도 불구하고 여전히 국민들에게 치과치료는 개인들이 많은 돈을 부담해야 하는 의료 서비스다. 이 점은 다른 요양기관들과 비교하면 훨씬 더 두드러진다. 같은 의원급을 비교해 보면 치과의원의 보장률은 29.9%에 불과해 64%인 의원의 절반에도 미치지 못하고 54.9% 한의원과 비교해도 한참 낮은 수준이다. 결국 법정본인부담금과 비급여본인부담금을 합친 환자 개인의 본인부담율이 치과병원의 경우 77.6%, 치과의원에 경우 70.1%에 이른다. 게다가 건강보험환자 진료비 실태조사에서 치과 건강보험 보장률 산출 범위에는 임플란트, 미용목적의 보철, 교정은 제외되어 있다. 만약 이를 포함시킬 경우 보장률은 이보다도 훨씬 떨어진다. 이점은 추후에 다룬 OECD 본인부담 치과진료비 통계에서도 확인된다.

치과 건강보험 보장률이 턱없이 낮다보니 치과 의료서비스에 대한 가계 지출 부담이 크다. 통계청 가계동향조사를 분석해 보면, 2013년 우리나라 가구(2인 이상)의 월평균 보건관련 지출은 16만 4천원이었다. 의약품 구매는 4만원, 외래의료서비스는 4만 9천원이었다. 치과서비스에는 가구당 월평균 2만 8천원을 지출하여 전체 보건지출 중 17.3%를 차지했다. 결코 적지 않은 비중을 차지하고 있는 것이다.

그런데 2013년 환자조사를 분석해 2013년 의료기관별 외래환자의 진료비 지불방법을 살펴보면 모든 진료비를 전액자비로 부담하는 비율이 전체 평균 5.6%인데 반해, 치과 병원은 30.5%, 치과의원은 25.9%로 치과병·의원의 전액자비부담비율이 다른 의료기관에 비해 월등히 높았다. 참고로 의원은 3.4%이고 한의원은 3.2%이다.

〈표 3〉 요양기관종별 건강보험 보장률 및 급여율 : 2012

(단위: %)

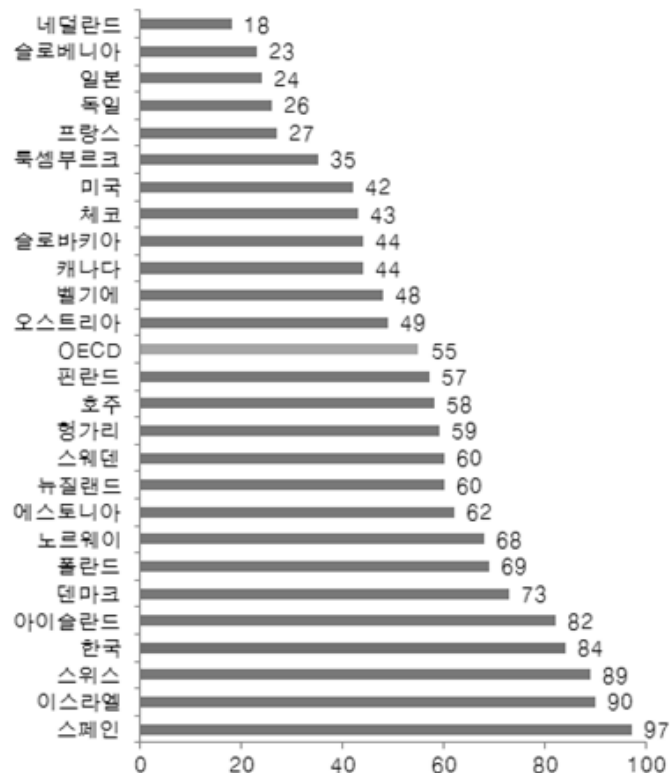
종별	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률	건강보험 급여율		
				건강보험 급여율	법정 본인부담률	
상급종합	57.4	16.4	26.3	78.2	21.8	
종합병원	58.7	19.2	22.1	75.3	24.7	
병원	일반	51.6	18.7	29.7	74.4	25.6
	요양	74.8	21.3	3.9	75.8	24.2
의원	64.6	20.8	14.8	75.0	25.0	
치과병원	22.4	14.6	63.0	62.1	37.9	
치과의원	29.9	12.6	57.5	70.5	29.5	
한방병원	37.8	15.2	47.0	69.7	30.3	
한의원	54.9	17.6	27.4	75.5	24.5	
약국	69.7	28.0	2.2	72.1	27.9	

출처 : 2012 건강보험환자 진료비 실태조사

* 치과 건강보험 보장률 산출 범위에서 임플란트, 미용목적의 보철·교정 제외됨

2.4. 본인부담률(치과)

한국의 치과 건강보험 보장성이 낮은 것은 단지 국내 의과, 한의과와 비교해서 뿐만 아니라 국제적인 수준에 견주어 보더라도 마찬가지다. OECD 주요 국가들의 전체 치과진료비 중 본인부담 치과진료비의 비중을 살펴보면, 네덜란드가 18%, 일본 24%, 캐나다가 44%에 불과했다. 한편, 호주는 58%, 노르웨이는 68%였으며 스페인은 본인부담 치과진료비가 전체의 97%로 대단히 높았다. 우리나라 국민들의 본인부담 치과진료비의 비중은 84%로 OECD 국가들의 평균치인 55%보다 훨씬 높다. OECD 통계에서 본인부담 치과진료비가 국내에서 발행하는 국민건강보험 환자 진료비 실태조사 수치인 치과병원 77.6%, 치과의원 70.1%보다 월등히 높은 것은 실태조사가 임플란트, 미용목적 보철, 교정 등을 제외하기 때문이다. 따라서 OECD 통계가 오히려 현실을 더 정확히 반영한다고 볼 수도 있다.



〈그림 1〉 본인부담 치과진료비(총 치과진료비 중 비율, %) : 2011

출처: OECD Health at a glance 2013

3. 치과건강보험 급여대상 확대 경과와 전망

3.1. 최근 치과 건강보험 급여화 주요 확대 내용

이미 밝혔듯이 2000년대 이래 치과 건강보험 보장성 강화에 대한 요구가 커지고 있는 상황에서 이에 발맞춰 몇 가지 항목들이 건강보험 급여화 대상으로 새롭게 선정되었다. 가장 대표적으로 꼽을 수 있는 것들이 어린이 충치예방을 위한 치면열구전색술(치아홈메우기), 치석제거(스케일링), 노인틀니(부분, 완전), 치과임플란트 등이다.

이 가운데 치면열구전색술(치아홈메우기)와 치석제거(스케일링)의 경우 예방적 성격의 진료이고 노인 틀니와 노인 임플란트의 경우 저작기능(씹는 기능)이 현저하게 떨어지는 노인들을 대상으로 한다. 그 주요내용을 간략하게 정리하면 <표 4>와 같다.

<표 4> 최근 주요 치과 건강보험 급여화 확대 내용

		시행시기	적용대상	내용	비고
치면열구전색술 (치아홈메우기)		2009.12.1	6~14세	제1큰 어금니	<ul style="list-style-type: none"> ○ 최초 실시 후 적용대상이 점차적으로 확대됨. - 만6세 이상 하한 구간 삭제 및 제2큰 어금니 까지 급여 확대 ○ 현재는 18세 이하의 제1큰 어금니, 제2큰 어금니 적용
노인 틀니	부분틀니	2013.7.1	75세 이상	레진상완전틀니 급여적용 (레진상완전틀니 유지관리 항목 급여화 '12년10월)	본인부담금 50%
	완전틀니	2012.7.1	75세 이상	Clasp(갈고리형 연결고리)유지형 금속상 부분틀니 급여적용 (클래스프 파절 수리 급여 신설)	
전악치석제거 (스케일링)		2013.7.1	만20세 이상	치석제거만으로 치료가 종료되는 간단 치석제거 급여적용(연회 급여)	
치과임플란트		2014.7.1	75세 이상 ¹⁾	인정개수 : 평생 동안 1인당 2개 (치과 임플란트 제거술 급여 신설)	본인부담금 50%

1) 2015년 7월부터 70세 이상, 2015년 7월부터는 65세 이상으로 대상자가 순차적 확대됨. 노인틀니도 치과 임플란트와 동일하게 연령 하향 조정

3.2. 치과 건강보험 급여화 확대의 영향

치과 건강보험 급여화 확대는 치과진료에 상당한 영향을 미치고 있는 것으로 보인다. 노인틀니, 치석제거, 노인임플란트 등이 비교적 최근에 실시되었기 때문에 그 영향을 제대로 파악하기에는 시간이 더 걸릴 것이다. 분석 가능한 통계자료들도 아직은 완전하지 않다.

하지만 대략적인 경향은 확인할 수 있다. 가장 특징적인 것으로 2013년도 치과 병·의원의 건강보험 진료비가 전년도에 비해 크게 상승했다. 2011년 대비 2012년 건강보험 진료비 및 급여비가 치과병원의 경우 진료비 2% 상승, 급여비 2.2% 상승, 치과의원의 경우 진료비 8.3%, 급여비 7.3%에 그친데 비해, 2012년 대비 2013년 건강보험 진료비 및 급여비는 치과병원 진료비 18.6%, 급여비 18%가 증가했고 치과의원의 경우도 진료비 22.2%, 급여비 20.3% 수준으로 급증했다. 건강보험 진료비 및 급여비 상승의 주원인이 2013년 하반기부터 시행된 치석제거, 노인 부분틀니 급여화라는 분석이 나오고 있다.

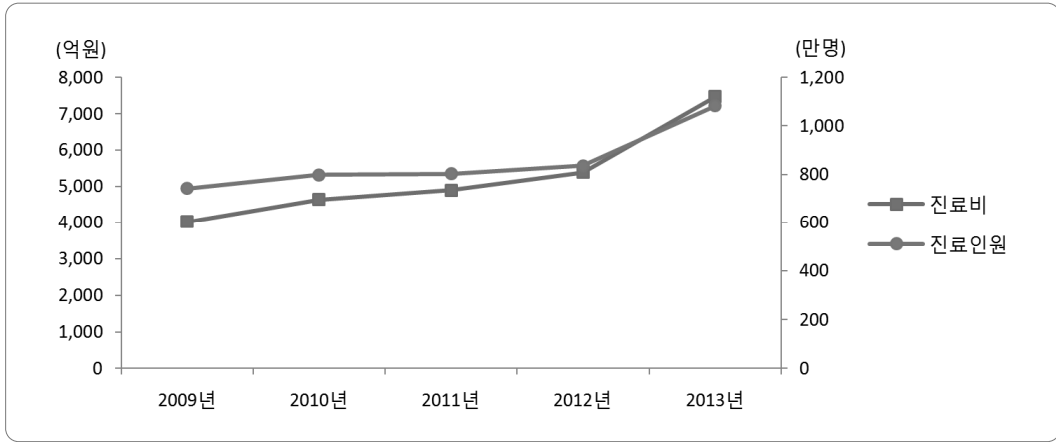
건강보험심사평가원에서 발행한 HIRA정책동향(2014년 11-12월호)에 실린 ‘치과병·의원의 최근 3년간 진료경향 분석’에 따르면 2013년 월별 치과병·의원 진료비 변화에서 2013년 7월(치석제거, 노인부분틀니 급여화 개시 시기) 진료비가 전월대비 46.5%나 급증한 것으로 나타났다. 또한 2013년 진료비가 가장 크게 증가한 연령구간이 70세 이상으로 나타났으며 가장 크게 증가한 진료행위의 대부분이 2013년에 새로 적용된 ‘치석제거’, ‘부분틀니’라고 밝히고 있다.

한편 치석제거 급여화는 연계된 치과진료에도 영향을 미치고 있다. 2013년 치주질환 환자의 치과방문이 급증한 것으로 보고되고 있다. 국민건강보험공단이 2009년부터 2013년까지 ‘치은염 및 치주질환’에 대한 건강보험 진료비 지급자료 분석 결과인 <표 5>를 지난 11월 16일 발표했다. 2013년부터 실시된 치석제거 급여화에 따라 치과 방문이 급증하면서 치석제거를 하며 다른 잇몸질환을 발견하는 경우가 늘었고 따라서 치은염과 치주질환 치료인원 및 진료비도 늘어난 것으로 해석된다.

<표 5> ‘치은염 및 치주질환’ 진료인원 및 진료비 변화 추이(2009~2013년)

(단위: 명, 천원)

구 분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
진료인원 (전년대비 증가율)	7,421,841	7,987,866 (7.6%)	8,016,395 (0.4%)	8,358,569 (4.3%)	10,825,598 (29.5%)
진료비 (전년대비 증가율)	402,000,515	463,842,098 (15.4%)	490,214,265 (5.7%)	539,369,556 (10.0%)	746,880,456 (38.5%)



〈그림 2〉 ‘치은염 및 치주질환’ 진료인원 및 진료비 변화 추이(2009~2013년)

출처 : 국민건강보험관리공단

지금까지 언급한 건강보험 진료비 및 급여비 또는 특정 질병에 대한 진료비와 진료인원 변화는 건강보험 급여화 확대의 영향 가운데 극히 일부분이다. 특히 예방적 성격이 강한 치면열구전색술(치아홈메우기)와 치석제거(스케일링)의 건강보험 급여화가 국민 구강건강에 미친 영향은 보다 장기적으로 그 성과를 확인할 수 있을 것이다. 또한 2013년, 2014년 새롭게 추가된 건강보험 급여화가 미친 영향에 대해서도 단지 진료비뿐만 아니라 다양한 측면에서의 효과를 검토하고 분석해야 할 과제가 앞으로 남아 있다.


4. 맺음말

치과 건강보험 보장성 강화는 이제 시대적 흐름이다. 국내의 다른 의료서비스와 비교해도 또 OECD국가들과 국제적으로 비교해 보더라도 한국의 치과 건강보험 보장성 수준은 매우 낮은 수준이다. 비록 최근 몇 가지 항목이 새롭게 급여화 대상으로 추가 되는 등 진전이 있지만 여전히 많은 국민들은 높은 본인부담감 때문에 치과서비스를 받지 못하고 있다.

한국보건사회연구원이 발표한 ‘한국의료패널로 본 활동제한과 미충족 의료’(보건복지 ISSUE&REPORT 120호) 조사를 보면 국민가계에서 의료관련 지출 중 가장 큰 부담을 느끼는 부분은 치과진료비로 실제로 남성의 52.3%, 여성의 57.4%가 경제적인 이유로

치과치료를 완전하게 받지 않은 것으로 나타났다. 특히 65세 이상 노인의 경우에는 더욱 심각해 81.4%에 이른다.

따라서 치과분야의 보장성은 더욱 확대될 필요가 있다. 치과 건강보험 보장성을 강화하기 위해서는 먼저 기존에 보장되는 분야에 대한 여러 제한들을 완화할 필요가 있다. 또한 예방치지를 비롯하여 급여화 대상도 더욱 확대되어야 한다. 또한 이러한 치과건강보험 급여화 논의과정에 우선순위와 관련되어 치과계와 보다 긴밀한 협력과 논의가 필요하다.



현장의 목소리

- ● 보장성 강화 논의과정에 정부가 중심을 잡아주어야
이진호 | 자생한방병원 의료경영실장
- ● “독립한약법”이 제정되었으면
이승헌 | 서울특별시한의사회 보험이사, 경희UN한의원 원장
- ● 한의치료에 대한 비용효과의 지속적인 검증이 중요
손지형 | 국립재활원 한방재활의학과 과장

보장성 강화 논의과정에 정부가 중심을 잡아주어야

자생한방병원 의료경영실장

이진호



1. 간단한 자기소개를 부탁드립니다.

저는 한방재활의학과 전문의를 취득하고, 경희대학교에서 박사과정 중에 있으며, 현재는 자생의료재단(자생한방병원)에서 의료경영실장을 맡고 있습니다.

2. 한방 보험과 관련된 연구를 하게 된 배경과 하는(또는 했던) 업무(또는 연구)는 구체적으로 무엇인지 말씀해주세요

제가 근무하는 자생한방병원은 보건복지부 지정 척추전문한방병원으로서, 급만성 척추질환 환자들이 주를 이룹니다. 특히, 가벼운 염좌나 근육통으로 오는 것 보다는 추간판탈출증이나 척추관협착증 등의 기질적 변화를 동반한 중증척추질환 환자들을 치료하고 있습니다. 추간판탈출증 등의 기질적 변화는 단기간에 생기는 것이 아니고, 오랜 기간 동안의 잘못된 생활습관에서 오는 만성질환의 일종이므로, 단순히 통증경감이나 염증제거 수준의 치료에 그치지보다는 지속적인 관리치료가 핵심이며, 이에 추나 요법이나 강근골(強筋骨) 한약 등의 한방적 접근이 경쟁력이 있습니다.

제가 속한 의료경영실의 업무는 크게 두 가지입니다. 전반적인 진료시스템에 대한 관리 및 개발이 그 한 가지고, 나머지 하나는 의료경영의 근간이 되는 R&D관리 업무입니다. 특별히 보험정책과 직결되는 업무나 연구를 하고 있지는 않지만, 환자와 대면하는 실질적인 진료시스템을 운영하는 입장에서 느끼는 한방보장체계에 대한 의견을 몇 자 적고자 합니다.

3. 한방 보험 업무(또는 연구)를 하시는 동안 가장 큰 어려운 점은 무엇인지 말씀해주세요.

전국 요양기관 중 16%에 해당하는 한방요양기관에서 4%에 머무는 국민건강보험

한방보장성의 취약 문제를 언급하는 것은 새삼스러운 것이라 생각합니다. 이 글을 쓰고 있는 오늘도 중기보장성 강화 항목에 한방추나요법을 포함시키는 결정이 연기되었다는 기사를 접했고, 아직 희망을 갖고 있기는 하지만 공공보험 보장성 강화부분은 한/양방으로 이원화 된 한국 특유의 의료체계 하에서는 계속해서 갈등요소가 될 것으로 보입니다.

저는 이번 글을 통해, 어제 오늘의 일이 아닌 국민건강보험 보장성 부분보다는, 최근에 현장에서 더욱 절실히 느끼고 있는 실손의료보험 문제에 대한 말씀을 드리고자 합니다.

아시다시피 최근 비수술 척추치료 시장은 지나친 경쟁과열상태에 있습니다. 과거 수술 위주의 양방의료기관들이 최근 앞 다투어 비수술 치료를 표방하면서, 카테터나 내시경 등을 이용한 시술 및 스테로이드 주사요법을 많게는 수백만 원에 이르는 비급여 치료로 시행하고 있습니다.

반면, 저희 병원을 비롯한 한방의료기관에서 주로 시행하는 비급여 척추치료로는, 추나요법이나 약침요법과 한약 등이 있는데, 근본적 치료를 위해 길게는 몇 개월의 치료기간이 필요하다고 해도 양방 비수술 치료보다 절대적 비용측면에서 저렴합니다.

그러나 환자는, 기대되는 치료효과나 절대적 비용 외에 다른 판단기준으로 병원을 선택해야하는 현실에 놓이게 됩니다.

보험회사는 한방치료의 위험예측이 불가하다는 이유로 표준약관을 변경을 추진하여 실손의료보험에서 한방 비급여 부분을 제외시켜줍니다.

KCD의 6차개정으로 한방과 양방이 같은 체계의 상병코드를 사용하게 되었고, 한방 의료기관에서도 동일한 체계 내 객관적인 표준 하에서 치료를 실시함에도 불구하고 말입니다.

표준약관 변경 전에 가입한 보험상품을 갖고 있는 환자분들은 저희 병원에 입원해서 실손의료보험 혜택으로 치료를 받고 있으며, 치료에 대한 만족도도 상당히 높은 것으로 파악하고 있습니다.

그러나 많은 환자들이 수술 없이, 스테로이드 없이, 진통제 없이 치료할 수 있는 한방 치료를 받고 싶더라도, 경제적인 면을 고려하여 본인이 직접 부담해야 하는 몇 십만 원의 치료비보다는 실손의료보험에서 보장해주는 몇 백만 원짜리의 시술을 선택하게 되는 것이 현실입니다.

이러한 선택에 따른 치료율과 재발율이나 그에 따른 추가적인 사회적 비용까지 굳이 언급하지 않더라도, 안전성 측면에서도 일례로 양방에서 경막외 신경차단술에 가장 많이 쓰여온 트리암시놀론이라는 스테로이드제제는 최근 그 안전성이 도마 위에 올라 사용금지된 바 있습니다.

분명한 것은 이러한 불균형적인 보험제도로 인해, 실손의료보험에 가입하고도 원하는 의료서비스를 선택하지 못하는 현실 하에서 환자도 저희들도 깊은 허탈감에 빠지게 됩니다.

4. 앞으로 언급한 어려운 점을 해결하기 위해서 정부를 포함한 이해당사자들의 어떠한 노력이 필요한지 말씀해주세요.

지속적인 노력의 결과로 최근 국민권익위원회에서 실손의료보험 체계의 균형을 권고한 바 있지만, 아직 현장은 달라진 것이 없습니다. 치료를 위한 행위임에 반론의 여지가 없는 추나요법이나 약침요법 등이라도 우선 보장범위에 들어갈 수 있도록 해야 할 것입니다.

국토교통부 고시에 따른 자동차보험에서도 추나요법과 약침요법은 치료목적의 행위로서 인정하고, 심평원 심사에 따라 보험료를 지급하고 있는데, 사보험에 해당하는 실손의료보험에서 이를 보장하지 않는다는 것은 이해되지 않습니다.

보장성 강화 논의과정에서의 불가피한 의료직역간 갈등에 대해서도 정부가 중심을 잡아주시면 감사하겠습니다. 학회활동 등을 통해 치료행위가 이미 표준화되어 있고, 효과도 입증되었으며, 무엇보다 실제 임상에서 많은 환자들이 만족하며 받고 있는 치료를 무턱대고 ‘비과학’이라고 하거나, 한의약육성법에서 한의약을 ‘한방의료행위 및 이를 과학적으로 응용, 개발한 것’까지로 정의하고 있는데도 불구하고 음양오행이나 경락 이론과 직접적 연관이 없다는 이유로 부정하는 일부 의견에 대해서, 균형 잡힌 시각과 판단을 유지해 주시면 감사하겠습니다.

5. 향후 한방 보험이 확대될 수 있는 방안이 있으시면 말씀해주세요.

아울러 드리고 싶은 말씀은, 한약제제 개발에 관한 부분입니다.

현재 임상에서는 동의보감 등의 기성한의서에서 유래한 처방들도 쓰이지만, 기성 한의서에서 유래하지 않았더라도 최근에 개발되고 임상에서 뛰어난 효과를 보이는

신 처방들이 많이 있습니다. 기술의 발달로 제형 또한 많이 다양해지고 똑똑해지고 있습니다. 이러한 새로운 경험방들이 한약제제로 개발되고 건강보험의 보장을 받게 된다면 한의약 분야와 국민건강 증진에 이바지할 것입니다.

그러나 현재 식약처 고시상, Ⅱ-7항에 해당하는 ‘한약제제’는 모두 기성한의서에서 유래한 것들로 한정되어 있으며, 다른 항목의 자료제출의약품에 해당하는 트랙을 밟으려면 많은 자료를 작성하고 제출하는데 노력과 시간을 투자해야 함에 따라, 뛰어드는 한방제약회사도 없을뿐더러 허가가 완료되더라도 처방권 부분에 있어서 애매한 위치에 놓이게 됩니다.

허가를 ‘대충’하자는 것이 아니고, 최소한 한방임상현장에서 이미 검증된 부분에 있어서는 인정을 해줌으로서 제제에 대한 보장성 확대에 한걸음 다가갈 수 있도록 하면 좋을 것 같습니다. 관련 부서간 협의를 통해 Ⅱ-7항 한약제제 파트에 기성한의서 유래처방 외에, 실제 임상에서 몇 레 이상 사용되고 안전성이 입증된 처방에 대한 적절한 허가기준이 마련되면 좋을 것 같습니다.

아무쪼록 의료직역간 상호이해와 정부의 역할로, 동등한 선상에서 환자가 치료를 선택할 수 있는 의료환경이 되었으면 하는 바람입니다. 읽어주셔서 감사합니다.

“독립한의약법”이 제정되었으면

서울특별시한의사회 보험이사, 경희UN한의원 원장

이 승 현



1. 간단한 자기소개를 부탁드립니다.

저는 서울 용산구 한남동에서 경희UN한의원을 개원 중인 한의사 이승현이라고 합니다. 개원한 지는 4년째 접어들었고, 2013년 4월부터는 서울특별시한의사회에서 보험이사를 맡고 있습니다.

2. 한방 보험과 관련된 연구를 하게 된 배경과 하는(또는 했던) 업무(또는 연구)는 구체적으로 무엇인지 말씀해주세요

개원가에서 보험 관련 매출이 점점 그 비중이 커지고 중요해지다 보니 자연스럽게 보험 업무에 관심이 있었고, 기회가 되어 서울특별시한의사회에서 보험업무를 맡게 되었습니다. 제가 주로 하고 있는 부분은 본회 회원들의 보험 관련된 다양한 민원, 예를 들어 개원가에서 많이 시행되고 있는 현지 확인 및 현지 조사 등의 건강보험 관련 사항과 현재 점차 그 비중이 커지고 있는 자동차보험 진료비 청구 관련 등에 대해서 도움을 드리는 것을 비롯하여 보험 유관기관인 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등의 기관과 회의 등을 통하여 현재 한방 보험에 대한 개선점 및 발전 방향 등에 대하여 의견 및 사업 등에 대한 교류에 힘쓰고 있습니다.

3. 한방 보험 업무(또는 연구)를 하시는 동안 가장 큰 어려운 점은 무엇인지 말씀해주세요.

전체 건강보험 재정에서 한의계가 차지하는 비중이 매년 4% 전후에 머물러 있다 보니, 전체 의료계에서 비중이 작아 우리 목소리가 커지기 힘든 구조입니다.

새로운 치료법이나 진단 도구 개발을 통해 새로운 수가를 창출해서 한방의 비중을 늘려야 하지만 타 단체와의 마찰로 인해 쉽지 않습니다.

그러다 보니 기존 주가 되는 시술(침술, 구술, 부항술, 한방물리요법 등)의 치료비 현실화를 통하여 인상시키도록 하는 것이 중요한데, ‘부항 시술의 횟수 제한 등과 같이 시술행위 횟수의 제한, 각종 시술에 대한 재료대(침, 뜸 등)의 현실화 반영 등’의 문제는 끊임없이 제기되고 있지만 크게 달라지고 있지는 않습니다.

또한 노인 인구는 계속 증가하고 있는데, 만 65세 이상 환자의 정액과 정율의 기준 금액이 과거부터 15,000원 묶여 계속 유지되고 있어 회원들의 불만이 많음은 우리 한의사 회원들의 불만으로만 볼 것이 아니라 한방의료의 보장성을 더욱 요구하는 국민(환자)의 요구에도 부응하지 못하고 있는 점이 너무 힘든 부분입니다.

4. 앞으로 언급한 어려운 점을 해결하기 위해서 정부를 포함한 이해당사자들의 어떠한 노력이 필요한지 말씀해주세요.

언제나 하는 말이지만 한의학은 우리 민족의 수천년 동안 임상 경험을 갖고 있는 민족의학이며 치료·예방 의학입니다. 우리 것을 잘 지키고 육성하여 세계화에 앞장 설 의무가 국가에 있습니다. 이런 관점에서 정부가 한의사, 의사, 약사의 직역간 갈등에 대처했으면 하는 바램입니다.

한의학의 효과에 대해서 정부와 국민들이 신뢰할 수 있도록 우리 한의계에서도 지속적인 연구와 그 결과 발표가 있어야 할 것입니다.

이를 위해서는 전무하다 할 수 있는 한의사의 현대의료기기 사용을 확대할 수 있도록 관련 법률 개정과 행정 등이 절실합니다.

5. 향후 한방 보험이 확대될 수 있는 방안이 있으시면 말씀해주세요.

“독립한의약법”이 제정되었으면 합니다. 한의사의 의료기기 사용이 보장되고 한의사의 의권이 확립된다면, 모든 국민이 높은 수준의 한의약 관련 보건의료 혜택을 받게 되면서 한방건강보험의 확대가 될 수 있을 것입니다.

또한 노인장기요양보험에 있어 한의사는 제도 실시 초기부터 적극 참여하고 있으며, 의사소견서 발급 등에 적극 앞장서고 있습니다. 그러나 2014년 7월부터 시행되고 있는 노인장기요양보험의 치매특별등급에 일반한의사도 치매등급용 의사소견서를 작성할 수 있도록 추진되었으나, 5개월이 지난 이 시점까지 아직 일반한의사의 소견서 작성을 불가능한 상태입니다. 이 외에도 현 정부 들어서 시행한 4대 중증사업에서도 한의계의 참여가 전무한 상황입니다.

국민 복지 향상을 위한 새로운 제도 시행에 한의계가 당연히 같이 참여해서 한방보험 영역을 더욱 확대할 수 있도록 해야 합니다.

조금 과장해서 비유한다면, 전 세계 주요 국가들은 서양의학의 한계에 대해 인식하여 저비용·고효율을 내는 대체의학에 대해 날개가 아닌 로켓추진장치를 부착하여 연구를 하고 이를 임상에 활용하면서 사회보장사업에 적용하여 확대 실시하고 있습니다. 그런데 우리나라는 뛰는 건 고사하고 걷다가 뛰려고 하면 발을 걸어 앞으로 나가지 못하여 계속 걷게만 하는 사항입니다. 이를 위해 “독립한의학법”은 제도 정립을 통한 국내 한방 보험 확대의 기틀을 마련할 것이며 더불어 뒤쳐져 있는 우리 한의학을 본궤도에 올릴 수 있는 계기가 될 것입니다.

한의학치료에 대한 비용효과의 지속적인 검증이 중요

국립재활원 한방재활의학과 과장
손지형



1. 간단한 자기소개를 부탁드립니다.

안녕하십니까? 국립재활원 한방재활의학과 과장 손지형입니다. 저는 경희대 한의과 대학을 졸업한 후 서울대 보건대학원 석사, 경희대 한의학 박사 과정을 마쳤으며 침구 의학과 전문의 자격증을 취득하였습니다. 현재는 보건복지부 소속 국립재활원 한방재활 의학과에서 근무 중입니다.

2. 한방 보험과 관련된 연구를 하게 된 배경과 하는(또는 했던) 업무(또는 연구)는 구체적으로 무엇인지 말씀해주세요

한방 보험은 한의원에 근무하면서 많은 관심을 가지게 되었습니다. 저의 첫 직장이 소아전문 한의원이다보니 고가의 비급여 침약과 비급여 한약제제의 처방이 빈번히 이루어 졌습니다. 하지만 비싼 가격 때문에 환자들이 치료를 도중에 포기하는 모습을 보면서 한약에 대한 보험진료에 관심을 갖게 되었습니다. 특히 한약제제 건강보험 확대 방안을 주제로 박사 논문을 준비하면서 한약제제 건강보험에 대한 전문가들의 다양한 의견을 들을 수 있었던 것 같습니다.

3. 한방 보험 업무(또는 연구)를 하시는 동안 가장 큰 어려운 점은 무엇인지 말씀해주세요.

우선 한약제제 건강보험에 관련한 연구를 시행하면서 느꼈던 어려운 점에 대해 말씀 드리겠습니다. 아시다시피 한약제제 건강보험이나 침약에 대한 건강보험은 한의계가 매우 민감하게 생각하는 주제입니다. 현재까지 한약제제 종류에 대한 건강보험의 확대는 없었으며 부형제의 감소 정도로 만족하고 있는 실정입니다. 이전의 한약제제 건강보험

확대는 약사들이 판매하고 있는 한약제제에 대한 확대까지 고려되었습니다. 이러한 경우에는 한약제제에 대한 의약분업 문제가 같이 결부되어 한의사들이 보다 더 예민하게 반응할 수 밖에 없었습니다. 그렇다면 현재로서는 한의사들이 처방하고 있는 한약제제에 대한 급여 시스템만이라도 개선을 해나가야 할 것으로 생각됩니다. 하지만 현재 한의계에서 한약제제 건강보험에 대한 개선의 의지는 크지 않은 것 같습니다. 물론 요양병원 진료에 대한 수가개발 등 다른 시급한 문제가 산적해 있습니다. 하지만 국민들이 한약에 대해 보다 친근하게 다가오게 하기 위해서는 효과 있는 한약제제에 대한 건강보험화 노력을 지속해야 할 것입니다. 정부 역시 한의사가 전문적으로 사용할 수 있는 한약제제에 대한 연구 개발 및 효과 검증에 아낌없는 지원을 해야 할 것입니다.

한편 한방건강보험 연구를 시행하면서 가장 문제라고 느낀 부분은 한방건강보험관련 연구의 장기적인 로드맵이 없다는 것입니다. 관련 연구가 각 연구자들 별로 개별적으로 진행되고 있으나 국가적인 차원에서 체계적이고 장기적인 계획아래 시행되고 있지는 않습니다. 독일이나 대만 등만 예를 들더라도 건강보험을 위해 국가차원의 대규모 임상 연구들이 시행되고 있습니다. 건강보험관련 연구들은 특성상 주로 2차자료를 분석해야 하는 연구가 많은데 이를 위해 장기적인 로드맵을 기반으로 한 기초연구가 많이 이루어져야 합니다. 또한 대규모 국가 통계에서 한의과치료부분이 공식적으로 조사가 되어야 합니다. 장애인 관련 부분만 하더라도 장애인 실태조사에서 한의원 이용여부 정도의 정보만이 제공되고 있습니다. 앞으로 보다 체계적이고 장기적인 연구 로드맵이 제시되어야 할 것으로 생각됩니다.

4. 앞으로 언급한 어려운 점을 해결하기 위해서 정부를 포함한 이해당사자들의 어떠한 노력이 필요한지 말씀해주세요.

한방건강보험과 관련하여 정부의 장기적인 로드맵 아래에서 국가차원의 대규모 연구들이 진행되어야 할 것입니다. 직역을 막론하고 의료 혜택을 받는 국민의 입장에서 어떤 진료를 제공받는 것이 보다 효과적인지에 대한 연구가 진행되어야 할 것입니다. 특히 지속적으로 의료비가 지출되는 장애인 분야에서 한의학 관련 연구들이 계속 생산되어 이를 기반으로 국민이 보다 비용효과적인 치료를 받을 수 있어야 할 것입니다.

나아가 한의계 측에서도 노력에 따른 적절한 수가를 받을 수 있는 연구를 지속해야 할 것입니다. 적절한 수가 보상이 보장되어야 한의사들이 관심을 가지고 국민들에게 보다 나은 진료를 제공하기 위해 노력할 것이기 때문입니다.

5. 향후 한방 보험이 확대될 수 있는 방안이 있으시면 말씀해주세요.

건강보험 확대의 문제는 많은 요소들이 고려되어 결정되어야 할 것입니다. 건강보험이라는 것은 국민이 질병상태에서 고액의 진료비 부담으로 인해 생활이 어려워지는 것을 막기 위해 강제적으로 가입하게 하는 사회보험의 한 종류입니다. 그렇기 때문에 질병에 가장 비용효과적인 치료가 건강보험으로 제공되어야 합니다. 한의학의 여러 가지 치료들이 이에 해당하며 국민의 건강을 지켜줄 수 있습니다. 따라서 한의학치료에 대한 비용효과 검증을 지속적으로 시행한다면 보험 적용 뿐 아니라 국민의 건강에 기여하는 한의학이 될 수 있을 것으로 생각합니다.



한의학정책 구독 안내

저희 한국한의학연구원 한의학정책연구센터에서는 이번 한의학정책 제2권 제1호 발간에 앞서, 창간준비호(2012년 12월)와 제1권 제1호(2013년 7월), 제1권 제2호(2013년 12월), 제2권 제1호(2014년 7월), 제2권 제2호(2014년 12월)를 발간하였습니다. 그동안 독자님들의 소중한 의견을 주신 덕분에 매년 중요한 이슈들을 다룰 수 있었고, 내용이 양적, 질적으로 발전하고 있습니다.

여러분들의 관심과 사랑에 보답하고자 온라인판(PDF 파일)으로도 배포를 하고 있습니다. 필요하시면 언제든지 아래로 구독문의를 해주시기 바랍니다. 또한, 한의학정책에 수록되었으면 하는 한의계 핵심 정책이슈들이 있다면 제안해 주시면 감사하겠습니다. 앞으로도 보다 발전하는 한의학정책을 위해 최선의 노력을 다하겠습니다. 감사합니다.

답 당 자 : KIOM 한의학정책연구센터 강승현 연구원

연 락 처 : elekang@kiom.re.kr 또는 042-868-9681



한국한의학연구원
KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

305-811 대전광역시 유성구 유성대로 1672(전민동 461-24)

Tel 042,861,1994 Fax 042,861,5800 www.kiom.re.kr