

건강보험의 보장성과 한방의료 급여확대방안

김진현¹⁾ · 김윤희^{2)*}

¹⁾서울대학교 간호대학, ²⁾서울대학교 보건대학원

The Benefits of the National Health Insurance and Oriental Medical Services

Jinhyun Kim¹⁾ & Yoonhee Kim^{2)*}

¹⁾College of Nursing, Seoul National University, Korea

²⁾School of Public Health, Seoul National University, Korea

Abstract

This paper evaluated the benefits of the National Health Insurance(NHI) and suggested the necessity of extending some oriental medical services into the benefits schedule in the NHI. Comparing the rate of public financing in national health expenditure in OECD countries and measuring out-of-pocket payments in total medical cost showed the level of insurance payments to total medical cost is approximately 50%~60% in Korea, which is quite insufficient to pay household medical expenses, although the NHI covers the whole population. A few of consumers' priority surveys for medical needs suggested herb medicine, muscle treatment, and manufactured herb medicine be included in the list of the NHI benefits, based on efficiency and equity criteria. It was estimated that the NHI can afford to cover these three items of oriental medical services.

Key words : benefits, out-of-pocket payments, oriental medicine, NHI

* Corresponding author : Jinhyun Kim, College of Nursing, Seoul National University.
Tel : 82-2-740-8818, E-mail : jinhyun@snu.ac.kr

I. 연구의 배경 및 목적

2007년은 우리나라에 건강보험제도가 도입된 지 30년이 되는 해이다. 1977년 500인 이상 기업에 근무하는 근로자를 대상으로 처음 시행된 건강보험제도는 이후 적용인구와 보험급여 범위를 단계적으로 확대하였는데, 1987년부터는 침, 뜸, 부항, 진찰, 입원 등 한방의료서비스에 대한 건강보험 급여가 실시되었다. 그러나 건강보험제도 하에서 한방의료서비스의 보험급여 범위는 도입 초기부터 대단히 제한적이었으며, 건강보험의 보장성 강화에 대한 국민의 요구가 강하게 표출되고 정부 역시 보장성 강화에 강력한 정책적 의지를 보였던 2005년 이후의 보장성 확대과정에서도 우선순위가 낮아 정체 상태를 면치 못하고 있다.

노무현 대통령은 건강보험이 실질적인 보험 역할을 담당할 수 있도록 건강보험의 보장성을 선진국 수준인 80% 이상으로 제고할 것을 대통령 선거공약으로 제시한 바 있으며, 참여정부의 '참여복지5개년계획'에서도 건강보험의 보장성을 2004년의 52%에서 2008년까지 70% 수준으로 향상시킨다는 계획을 제시한 바 있다. 그러나 이 같은 정부의 보장성 강화 대책에도 불구하고 정책집행 의지의 부족, 재정확보의 어려움 등으로 인해 참여정부가 핵심적인 정책과제로 제시한 건강보험 보장성 확대 계획의 실현은 현실적으로 불가능한 것으로 평가된다.

2005년도 건강보험공단이 조사한 자료에 의하면 비급여 진료비를 포함한 총진료비 중 건강보험 급여비가 차지하는 비율은 61.8% 수준으로서 2008년까지 70%를 달성하기에는 턱없이 미흡한 실정이다. 또한 국민의료비지출 중 공공의료재원이 차지하는 비율을 OECD 국가들과 비교하였을 때 2004년 기준으로 OECD

평균은 72%인데 비해 우리나라는 51%로서 최하위권에 머물러 있다. 우리나라의 본인부담이 이처럼 높은 이유는 초음파, 치과진료, 선택진료비, 상급병실료, 한방진료비 등 진료에 필수적인 항목에 대해 비급여 적용이 많은데다 보험급여 항목이라도 진료비가 낮은 경증질환에 대해서는 개인의 부담이 적은 반면, 진료비가 높은 중증질환에 대해서는 개인 의료비 부담이 크기 때문이다.

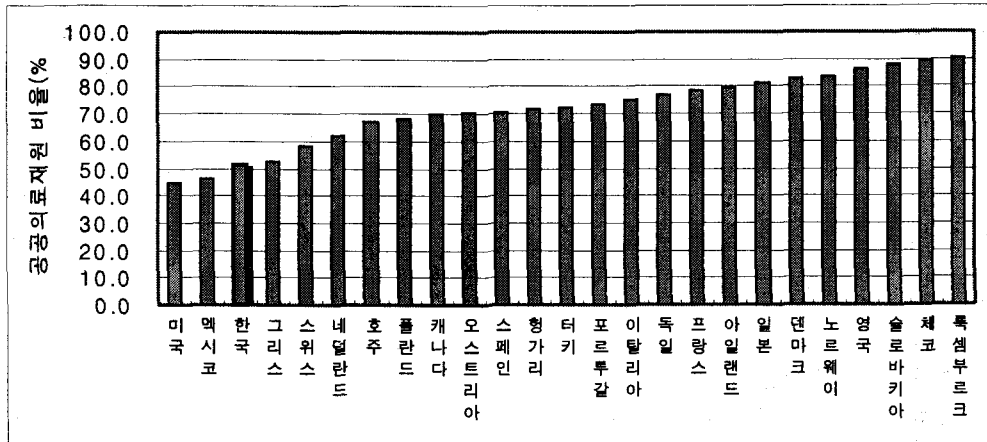
이와 관련 최근 보장성에 대한 다양한 논의들이 진행 중이지만 보장성의 범위와 수준에 대한 이론적 논거 및 사회적 합의가 이루어지지 못한 상황이며, 특히 건강보험 급여범위에 무엇이 포함되어야 하는가에 대해 사회적 합의를 이루지 못하고 있다. 정부는 2005년 건강보험 보장성 관련 공청회에서 건강보험의 보장성 70% 달성을 위한 로드맵을 제시한 바 있으나(보건복지부, 2005), 보장성의 구체적인 개념과 내용이 모호하다는 비판을 받고 있다. 또한 지금까지 기존연구에서 보장성 확대를 위한 여러 방안이 모색되어 왔지만 한방의료의 급여확대와 관련된 체계적 연구는 부족한 것으로 보인다.

본 연구에서는 건강보험의 보장성 실태를 국내자료와 OECD 자료를 통해 살펴보고, 보장성 강화를 위한 구체적 논의와 방안에 대해 한방의료의 관점에서 검토해보고자 한다.

II. 건강보험과 한방의료의 보장성 현황

1. 공공의료재원비율의 국제비교

국민의료비 지출 중 공공재원의 비율을 OECD 자료에 근거하여 국가간에 비교해보면 <그림 1>에서 보는 바와 같이 2004년 기준으로 각국 평균은 71.4% 수준인데 비해 우리나라는 51.4%로서 OECD 국가 중 미국, 멕시코 다음으로 낮



〈그림 1〉 각국의 공공의료재원비율(OECD, 2006)

은 세번째 국가이다. 공공의료재원비율은 건강보험의 보장성을 객관적으로 측정할 수 있는 지표이며 특히 국가간 비교에서 유용한 지표이다. 건강보험제도의 구체적 내용과 환경이 나라마다 다양하지만, 이러한 차이점을 감안하여 객관적으로 비교하면 우리나라의 보장성 수준은 비교대상 국가 중에서 최하위권에 해당하는 것으로 판단된다.

2. 건강보험 보장성과 한방의료

건강보험공단의 진료비 본인부담 실태조사(2006)에 의하면 〈표 1〉에 제시된 바와 같이 2005년 현재 비급여를 포함한 총진료비 중에서 건강보험 급여비는 61.8% 수준으로 조사되어, 본인부담률이 40% 수준인 것으로 나타났다. 2004년에 비해 2005년의 보장률이 미세하게 증가하였으나 법정본인부담률만 감소하였을 뿐이고 정부의 통제권 밖에 있는 비급여 본인부담은 여전히 줄어들지 않고 있다. 요양기관 종별에 따른 건강보험 보장성(보험자 부담률)을 비교해보면, 병원급 이상은 모두 보험자 부담률이 높아졌으나, 의원과 약국의 부담

률은 낮아진 것으로 나타난다. 대형 병원일수록 보장성 확대가 상대적으로 개선된 것으로 나타나며, 전체 진료비의 55.6%를 차지하는 의원과 약국의 보장성 저하로 전체 보장률 상승은 미미한 것으로 평가되었다.

종합전문병원의 경우 2004년 보험자 부담률이 가장 낮은 43.8%였으나, 2005년 52.9%로 가장 크게 증가하였는데, 이는 종합전문병원을 많이 이용하는 중증환자에 대한 본인부담 경감 조치에 따른 효과로 판단된다. 의원의 2005년도 보험자 부담률은 64.4%로 전년에 비하여 3.1% 포인트 감소하였는데, 이는 비급여의 증가에 기인하는 것으로 판단되며, 약국은 전년에 비해 2.2% 포인트 감소하였으나, 보장률이 70.8%로 전체 요양기관 중 가장 높은 수준이다. 치과는 2004년에 비해 2005년의 보장률이 높아진 것으로 나타났으나, 실제 보장률 상승 이라기보다 조사방법상의 차이에 기인한 것으로 보인다.

한의원 진료비에 대한 건강보험 보장성은 2004년 66.4%였으나 2005년에는 63.2%로 감소한 것으로 나타났으며, 한방병원은 일반병원과 마찬가지로 중증질환에 대한 급여확대에 따라

〈표 1〉 건강보험 보장성 현황

(단위: %)

종별	2004			2005		
	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담
계	61.3	23.1	15.6	61.8	22.5	15.7
종합전문 종합병원	43.8	20.8	35.4	52.9	17.7	29.4
병원	51.7	22.6	25.7	55.3	21.2	23.5
의원	51.6	22.8	25.6	55.4	19.4	25.2
의원	67.5	24.3	8.2	64.4	23.6	12.0
치과병원	22.2	16.9	60.9	35.7	27.5	31.2
치과의원	38.3	15.5	46.2	47.5	19.9	32.6
한방병원	20.6	9.4	70.0	28.6	13.9	57.5
한의원	66.4	19.5	14.1	63.2	17.9	19.0
약국	73.0	25.0	2.0	70.8	26.5	2.7

자료: 김정희·이호용, "2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사", 건강보험포럼 5(4), 2006.

〈표 2〉 건강보험 보장성 현황: 입원

(단위: %)

종별	2004			2005		
	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담
소 계	54.9	16.4	28.7	57.5	14.0	28.6
종합전문 종합병원	48.0	14.1	37.9	55.7	12.4	31.9
병원	57.0	17.5	25.5	59.8	15.5	24.7
의원	54.3	18.8	26.9	57.0	14.6	28.4
의원	72.1	17.9	10.0	58.1	13.2	28.6
한방병원	31.4	11.4	57.2	36.4	9.2	54.4

자료: 김정희·이호용, "2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사", 건강보험포럼 5(4), 2006.

2004년의 20.6%에서 2005년에는 28.6%로 증가한 것으로 조사되었다. 한의원의 보장성이 의원과 비슷한 것은 눈여겨볼만한 대목이나 한방병원의 경우에는 병원에 비해 여전히 절반 수준에 불과한 것으로 나타나, 한방의 경우 비급여의 급여 전환이 상대적으로 더 필요한 것으로 판단된다.

진료형태(입원, 외래)에 따른 보장성을 비교해보면, 입원의 보험자 부담률은 2005년 57.5%로 2004년에 비해 2.6% 포인트 증가하였는데, 이는 중증환자의 본인부담률 인하, 비급여 항

목의 급여전환, 전액본인부담 항목의 급여전환 등에 기인한 것으로 보인다. 종합전문병원의 보장률은 2004년에 비해 7.7% 높아진 55.7%인데, 이는 중증환자에 대한 본인부담률 인하로 법정본인부담률이 감소하였고, 비급여 항목의 정비 및 급여기준 완화로 비급여율이 크게 낮아졌기 때문이다. 2005년도 종합병원의 진료비에 대한 보장성은 59.8%, 병원은 57%로 전년도에 비해 각각 증가하였으며 이는 중증환자의 법정본인부담 감소 때문이다. 의원은 2004년도 72.1%에 비해 크게 낮아진 58.1%로 나타났는

〈표 3〉 건강보험 보장성 현황: 외래

(단위: %)

종별	2004			2005		
	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담
소 계	56.9	26.0	17.1	58.4	25.8	15.8
종합전문	36.0	33.5	30.5	47.5	28.1	24.4
종합병원	40.1	33.6	26.3	46.1	32.8	21.1
병 원	48.7	27.2	24.1	51.6	31.3	17.1
외래 의 원	66.4	25.9	7.7	65.5	25.5	9.0
치과병원	22.2	16.9	60.9	35.7	24.3	40.0
치과의원	38.3	15.5	46.2	47.5	19.9	32.6
한방병원	14.2	8.2	77.6	25.1	16.0	59.0
한 의 원	66.4	19.5	14.1	63.2	17.9	19.0
약 국	73.0	25.0	2.0	70.8	26.5	2.7

자료: 김정희·이호용, "2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사", 건강보험포럼 5(4), 2006.

데, 이는 일부 급여항목의 비급여 전환과 비급여 항목의 폭발적 증가 때문이거나, 2004년도 조사시 비급여 내역을 축소 보고했을 가능성에 기인하는 것으로 보인다. 한방병원의 입원 진료비에 대한 보장률은 2004년도 31.4%에서 2005년도에는 36.4%로 증가하였는데, 법정본인부담과 비급여 본인부담이 다같이 하락한 것으로 나타나 병의원에 비해 긍정적인 변화로 판단된다.

한편, 외래의 2005년 보험자 부담률은 58.4%로 2004년 56.9에 비해 1.5% 포인트 증가하였는데, 암환자의 외래본인부담률이 낮아지고, 주요 외래 비급여항목인 항암제 급여전환의 영향으로 병원급 이상의 보험자 부담률 상승 때문이다. 종합전문병원은 2004년 36.0%에 비해 2005년에는 47.5%로 대폭 증가하였으며, 같은 기간동안 종합병원은 40.1%에서 46.1%로, 병원은 48.7%에서 51.6%로 각각 증가하였는데, 이는 중증환자에 대한 보장성 확대로 법정본인부담과 비급여가 모두 감소했기 때문이다. 그러나 의원은 2004년 66.4%에서 2005년 65.5%로 다소 감소하였으며, 비급여가 늘어난 것이 원인이라고 판단된다. 한방은 급여확대의 영향

을 거의 받지 않았음에도 한방병원의 급여율이 2004년 14.2%에서 2005년 25.1%로 대폭 증가한 것으로 나타나, 자료수집상의 오류가 있거나 아니면 한방병원의 진료행태가 비급여 중심에서 급여중심으로 변화하고 있는 것으로 추정된다. 그러나 한의원의 외래는 보장성이 다소 위축되면서 비급여가 증가한 것으로 보인다.

III. 보장성 강화와 우선순위

1. 기존연구의 검토

1) 건강보험의 본인부담구조

건강보험의 본인부담구조에 대해 최병호 등(2003)은 여론조사를 실시하였는데, 연구결과에 의하면 진료비 본인부담금 재편성과 관련하여 응답자의 절반 이상이 중증질환에 대한 본인부담을 줄이고 감기와 같은 경증질환에 대해 진료비 부담을 증가시키는 방안에 찬성하는 것으로 나타났다. 또한 의료전달체계를

강화하는 방향으로 즉, 가벼운 외래질환으로 병원, 특히 3차병원을 이용할 때에는 환자본인 부담을 강화함으로써 이용억제를 유도하는 방안을 제시하였다. 정종찬·이동석(2004)은 비급여 진료비에 대한 인식도 조사에서 총진료비 중에서 본인부담비율이 높다고 응답한 사람은 전체응답자의 57.1%였고, 병실료차액에 대해서는 응답자의 77.6%가 비싸다고 응답하였으며, 식대에 대해서는 응답자의 53.0%가 현재보다 더 내려야한다는 결과를 내놓았다. 이상이의 연구(2005)에서는 서비스의 특성별로 본인부담률을 다양하게 차등화하는 선진외국의 사례를 참조할 것을 제안하였다. 서남규(2005)는 건강보험제도에 관한 국민만족도 조사에서 국민들은 건강보험의 급여범위 및 혜택이 낮은 수준에 머무르고 있으며, 부과의 형평성이 부족하고, 의료기관의 진료비 청구에 대한 관리운영이 미흡하며, 따라서 향후 건강보험에 대한 국민만족도 및 신뢰성 회복을 위해서는 무엇보다 급여범위와 혜택수준을 높이는 보장성 강화가 중점적으로 이루어져야 한다는 연구결과를 제시하였다.

2) 건강보험의 보장성

2003년 참여정부의 '참여복지5개년계획'에는 2008년까지 건강보험의 보장성을 70%까지 높이는 제시되어 있으며(복지부, 2004), 건강보험발전위원회의 보고서(2003)는 비용-효과성을 고려한 급여우선순위 결정, 기본필수의료영역에 대한 적정 요양급여 실시, 첨단의료의 제도적 수용, 고액중증질환자의 부담 경감, 체납 등으로 인한 의료사각지대의 해소를 제시하였다. 김진현(2004)은 고액중증질환 본인부담에 대한 보장성 강화방안을 제시하면서, 제로섬방식의 급여정책(crowding-out effect)을 지양하고 형평성, 비용-효과성에 근거한 급여확대정책, 급여확대와 보험료인상의 자동연결장치를 제안

하였다. 김창보(2005)는 건강보험의 급여확대 방식을 '서비스 항목별' 접근방식과 '급여율 조정'방식으로 구분하고, 급여율 조정 방식에 의해 건강보험의 급여를 확대할 것을 제시하면서 동시에 본인부담보상제는 폐지하고, 본인부담상한제에서 비급여 항목을 포함할 것을 주장하였으며, 중대상병보상제의 신설을 제안하였다.

최숙자 등(2005)은 건강보험 급여확대 우선순위에 대해 전문가조사를 통해 제시한 바 있는데, 전문가 의견을 수렴하여 도출된 평가항목의 상대적 가중치와 순위는 <표 4>와 같다. 즉, ① 환자본인부담액의 크기, ② 낮은 수요탄력성(위급성), ③ 치료효과성, ④ 국민적 수용성, ⑤ 비용효과성, ⑥ 해당질환의 환자수 등으로 조사되었다. <표 4>의 평가기준별 가중치에 근거하여 42개 질병군에 대한 우선순위를 도출한 것이 <표 5>인데, 악성신생물(여성, 생식기계 악성신생물, 소화기관 악성신생물, 백혈병, 호흡기계 악성신생물, 비호지킨림프종)이 5위 안에 포함되었고 10위 안에는 악성신생물 외에 순환기계 선선청 기형, 주요 심장질환, 신생아 관련 질환, 뇌혈관질환 등이 포함되었다.

한편, 보건복지부에서는 보장성 강화방안의 집중검토를 위하여 2005년 2월부터 6개월간 건강보험혁신TF를 구성하여 운영하였는데, 가계과탄을 막고 사회안전망으로서의 역할 강화를 위하여 진료비 부담이 큰 중증환자의 보장률을 높여 부담을 경감하는데 초점을 둔 보장성 강화 정책을 추진하였다. 환자1인당 진료비 부담크기 및 전문가 조사를 통해 급여확대기준 및 가중치를 선정하여 질환별 급여확대 우선순위 평가를 통해 1순위 암, 2순위 중증 심장기형 및 심장질환, 3순위 중증 뇌혈관질환으로 선정하였으며, 중증환자 부담경감 방법으로 비급여 부분의 급여전환 및 법정 본인부담률 인하, 식대의 보험적용 방안을 제시하였다. 당시 소요재정은 연간 약 6,100억원이 될 것으로

<표 4> 급여확대 우선기준에 대한 상대적 가중치와 순위

기 준	상대적 가중치	순위
본인부담의 크기	0.266	1
낮은 수요탄력성(위급성)	0.198	2
치료효과성	0.161	3
국민적 수용성	0.159	4
비용효과성	0.152	5
해당 상병의 환자수	0.063	6

자료: 최숙자 등(2005).

<표 5> 급여확대 우선상병 10순위

순위	질병군	가중치
1	여성 생식기계 악성신생물	0.0298
2	소화기관의 악성 신생물	0.0292
3	백혈병	0.0288
4	호흡기계 악성 신생물	0.0279
5	비호치킨림프종	0.0275
6	간/췌장/담도계의 악성 신생물	0.0274
7	순환기계선천성기형	0.0269
8	기타부위의 악성 신생물	0.0264
9	주요 심장질환	0.0263
10	신생아 관련 질환	0.0261

자료: 최숙자 등(2005).

추산하였다.

2. 급여확대 우선순위와 한방의료

위의 <표 4>에서 제시한 건강보험의 급여확대 우선순위에 근거하여 한방의료서비스의 해당 여부를 검토해보면, 한방의료의 특성상 비급여 비중이 높으므로 우선적으로 본인부담의 크기는 높은 것으로 볼 수 있으며, 침약(치료용)이 대표적 사례이다. 수요의 가격탄력성 측면에서 한방의료는 양방에 비해 가격탄력성이 상대적으로 높은 것으로 알려져 있으므로(즉, 위급성이 낮으므로), 이 기준에 해당되지는 않

는 것으로 평가할 수 있다. 치료효과성 측면에서는 질환에 따라, 치료행위에 따라 상이한 의견이 있을 수 있는 바, 기존연구에 의하면 한방의료는 주로 근골격계 질환에 대한 치료효과성이 우수한 것으로 평가되고 있다. 국민적 수용성이라는 기준에 대해서는 별도의 논의가 필요치 않을 정도로 수용성이 높은 것으로 알려져 있다. 비용-효과성 기준에 의해 한방의료의 적정성 여부를 평가해보면, 치료효과성 기준과 마찬가지로 근골격계 질환에 대한 침술행위가 양방에 치료효과성과 비용효과성이 우수한 것으로 평가되고 있다. 마지막으로 해당 상병의 환자수는 비급여하에서 한방의료의 환

자수가 얼마인지 정확하게 조사된 적이 없으므로 현재로서는 정확하게 추정하기 어려우나, 첩약이나 물리치료에 대한 수요가 일반화되어 있는 현실을 고려하면 급여확대시 혜택을 보게 될 환자수는 상당할 것으로 추정된다. 따라서 한방의료서비스 중 이러한 기준을 충족하는 항목을 우선적으로 검토하여 급여확대 우선순위가 높은 항목으로 제시할 수 있을 것이다.

IV. 한방의료의 급여확대방안

1. 급여확대의 접근방안

우리나라에서는 건강보험의 보장성 강화를 비롯한 다양한 의료자원의 할당과 관련하여 사회적 합의나, 이러한 사회적 합의에 근거한 우선순위 기준이 마련되어 있지 못한 실정인 데, 한정된 의료자원을 사용하는데 있어서 다양한 이해관계에 놓여 있는 국민이나 집단에 의해 분란이 많은 실정이다. 논의의 범위를 건강보험 보장성 확대에 둔다고 할 때, 각각의 입장에서 서로 다른 주장을 하고 있는 바, 의료서비스 항목에 대한 급여화를 통해 평균적 보장성 확대를 주장하는 그룹, 질병별 보장성 확대를 주장하는 그룹, 그리고 인구집단별 혹은 계층별 보장성 확대를 주장하는 그룹으로 구분될 수 있다.

1) 비급여 진료 항목별 보장성 확대

이 방안은 모든 사람들이 동일하게 혜택을 볼 수 있도록 전체적인 본인부담금을 낮추거나, 병실료 차액 등 계층이나 질병에 상관없이 모든 사람들이 혜택을 볼 수 있는 비급여 영역을 대폭 축소하여 급여화하여야 한다는 주장이다. 이 경우에도 비급여를 동시에 일괄적으로 급여화하되 건강보험 재정 안정을 고려

하여 초기에는 전체적인 본인부담률을 상향 조정하되 점진적으로 인하하는 방안, 우선순위를 정하여 순차적으로 비급여를 급여화하는 방안이 있을 수 있으며, 이 경우에도 어떤 의료서비스 항목부터 급여화할 것이냐에 따라 다양한 방안이 있을 수 있다. 대체로 소비자단체가 선호하는 방안은 일괄적으로 급여화하는 방식이며, 정부가 선호하는 방안은 비급여 항목별 우선순위를 정해놓고 순차적으로 급여화하는 방법이다.

2) 질병별 보장성 확대

질병별로 보장성을 확대하는 경우에는 유병률, 치명률 및 치료에 대한 비용효과성 등 어떠한 우선순위에 따라 보장성을 확대할 것인가 각각의 입장에 따라 다르게 제안될 수 있다. 정부가 그동안 취해온 방안은 암 등 중증질환에 대한 급여에 우선순위를 부여하여, 암환자에 대한 본인부담부터 감소시키는 방법이다. 결과적으로 <표 1>~<표 3>에서 본 바와 같이 암환자의 비중이 높은 종합전문병원의 보장성이 2005년 이후 높아진 것으로 확인할 수 있다. 그러나 이 방법에 대해서도 비판이 적지 않은 바, 질병에 따라 차별적으로 급여화하는 것이 과연 근거가 있는가, 사회보험의 원리에 적합한가라는 의문이 제기되고 있다. 즉, 고액의 진료비가 발생함에도 불구하고 급여우선순위에서 하순위 질병(근거가 모호한 하순위)이라는 이유만으로 급여혜택을 받지 못하는 환자의 입장에서는 이해하기 힘든 부분이다. 대개는 중증질환이 고액진료비이므로 일치하겠지만 그렇지 않은 경우도 적지 않게 발생하는 것으로 알려져 있다.

3) 계층별 보장성 확대

특정 계층별로 보장성을 확대하는 경우에는

〈표 6〉 급여확대 우선순위 평가기준과 한방의료

우선순위 평가기준	한방의료 관련	비고
본인부담의 크기	✓	첩약, 만성질환자 등
낮은 수요탄력성(위급성)		비용급성
치료효과성	✓	근골격계 질환
국민적 수용성	✓	높음(전통의학)
비용효과성	✓	침, 구, 부항 등
해당 상병의 환자수	✓	물리치료환자, 첩약환자

〈표 7〉 건강보험의 급여대상과 한방의료

접근방안	보장성 확대 대상
상병	예방접종(국가예산으로 하되 건강보험에서 대행)
비급여서비스	IVF, MRI(척추질환 등 급여기준완화), PET, 병실료 차액, 불소도포, 산소발생기, 산전진찰(패키지), 선택진료비, 소이무이재건술, 안면화상수술(급여기준 완화), 언어치료, 초음파, 치석제거, 치아홈메우기, 한방물리요법, 호스피스
의약품 및 치료재료	의치, 치과충전재료(광중합형 복합레진, 글래스 아이노머 시멘트), 한약복합제제, 한약첩약(치료)
수혜계층	6세 미만 입원 본인부담 면제

자료 : 양봉민 등(2006).

저소득층을 대상으로 먼저 보장성을 확대할 것인가 혹은 소아나 노인계층을 우선적으로 선택할 것인가 아니면 생산성이 높은 청장년층에 대한 보장성을 확대할 것인가에 대해 다른 의견이 있을 수 있다. 대표적인 사례가 차상위계층에 대한 급여확대나 2006년부터 급여가 시작된 6세미만 아동의 입원진료비 본인부담금 무료이다. 현재 우리나라에서의 보장성 확대에 대한 논의수준은 어떠한 항목을 건강보험 급여에 포함시키거나 보장률을 높일 것인지 또는 어떤 계층을 대상으로 보장을 늘릴 것인지에 대한 명확한 우선순위 기준과 절차가 마련되어 있지 않고, 사안마다 필요에 따라 보건복지부 담당 공무원과 혹은 유관기관의 종사자 및 일부 전문가 그룹의 의견을 일부 반영하여 결정하고 있다.

2. 건강보험의 급여우선순위와 한방의료

건강보험 급여에 추가로 포함되어야 할 항목을 결정하는 방법으로서 양봉민 등(2006)은 2000년 이후 급여확대 우선순위에 대한 조사 연구 결과를 바탕으로 위에서 제시한 다양한 접근 방법별로 건강보험 급여확대방안을 제시한 바 있으며, 그 주요내용은 〈표 7〉과 같다. 상병별, 비급여서비스 항목별, 의약품 및 치료재료, 수혜계층별 급여확대방안을 보면 한방 관련 부분은 서비스 부문에서 한방물리요법, 의약품 및 치료재료 부문에서 한약복합제제와 한약첩약(치료용)이 급여확대 대상으로 제시되었다. 한방의료 중에서 이 세 가지 항목이 일반 국민들을 대상으로 조사한 연구에서 반복

〈표 8〉 건강보험에서 한방의료의 급여우선순위

순위	보험급여 항목	정부 발표 또는 구체적 계획	후순위 항목
1	예방접종		
2	초음파	✓	
3	의치		
4	MRI(척추질환 등 급여기준완화)	✓	
5	호스피스		
6	안면화상수술(급여기준 완화)	급여 결정	
7	소이무이재건술		
8	산전진찰(패키지)		
9	치아홈메우기		
10	불소도포		✓
11	교정치료		
12	산소발생기	급여 결정	
13	한약첨약(치료)		✓
14	치과충전재료(광중합 레진 등)	✓	
15	선택진료비		
16	병실료 차액	✓	
17	치석제거		
18	한방물리요법		
19	한약복합제제		
20	IVF		
21	PET	급여 결정	

자료: 양봉민 등(2006)의 내용을 일부 수정하여 재편집함.

적으로 높은 요구도를 보였는데, 〈표 6〉의 기준을 대부분 충족하고 있으므로 건강보험의 급여대상으로 적합한 것으로 판단된다.

〈표 7〉의 결과를 조사 당시의 우선순위에 의해 종합적으로 평가한 우선순위는 〈표 8〉과 같다. 전체적인 급여우선순위를 보면 한방첨약(치료용)이 13순위, 한방물리요법이 18순위, 한방복합제제가 19순위로 평가되었다. 급여우선순위 항목 중 정부가 급여항목에 포함하겠다고 발표했거나 구체적인 계획을 갖고 있는 항목으로는 초음파, MRI(급여 확대), 안면화상수

술(급여기준완화), 산소발생기, 치과충전재료, 병실료 차액, PET 등이며, 불소도포의 경우 효과성에 대한 공식적 합의가 이루어지고 있지 않아 후순위로 제시되었고, 한약첨약의 경우 치료목적, 건강증진 목적 구분 및 표준화가 어려워 후순위로 제시되었다.

〈표 8〉에 제시된 항목 외에 건강보험 한방행위전문위원회에 급여대상으로 기공치료와 침대요법이 검토되었으나 〈표 6〉에서 제시한 바와 같이 임상적 유효성과 비용효과성 등의 몇 가지 측면에서 근거가 부족하다는 사유로 인해

〈표 9〉 한방물리치료 급여비 추계

(단위: 백만원)

구분		의과물리치료 /의과물리치료외 (A ¹⁾)	물리치료외 ²⁾ (B)	물리치료 총진료비 ³⁾ (C=A×B)	물리치료 급여비 ⁴⁾ (D=C×급여율)
한방병원	외래	0.7456	37,544	282	141
	입원	0.5163	31,154	162	129
한 의 원	외래	2.9752	901,338	27,639	19,347
	입원	0.9474	747	7	6
계		2.8935	970,784	28,089	19,623

주: 1) 의과의 병원급과 의원급 각각의 물리치료의 진료비 대 물리치료 진료비 비율을 한방에 동일하게 적용

2) 2003년 수진기준 한방 중별 총진료비

3) A와 B를 이용해 물리치료 진료비 추계

4) 입원의 경우는 80%, 외래의 경우는 병원 50%, 외래 70%로 계산

자료: 양봉민 등(2006).

반려되었다.

3. 한방의료 급여확대시 예상 재정소요액

1) 한방물리요법

한방물리요법을 건강보험에서 급여할 경우에 예상되는 소요재정은 335억원 규모로 추정된다. 〈표 9〉의 한방물리요법 급여비 19,623백만원에 2003~2006년 진료비 증가율을 적용한 2006년 한방물리요법 진료비는 25,803백만원이며, 급여확대로 인한 이용량 증가 30%를 반영한 최종 2006년 한방물리요법 소요재정은 335억원으로 추정된다.

2) 한약제제(과립형 엑스제)

현재 68종의 단미엑스산제와 56종의 혼합엑스산제가 건강보험 급여목록에 등재되어 있는데, 한의사들의 요구나 일본 및 대만의 현황에 비추어 볼 때 급여 품목수가 매우 적은 편이

다. 임상에서 주로 사용되는 처방이 급여목록에 포함되어 있지 않아 한방보험진료 활성화에도 불구하고 한약제제의 처방 빈도는 매우 낮게 나타난다. 건강보험급여 약품비는 2002년 이후 매년 감소 추세에 있는데, 결국 이것은 환자들의 한약에 대한 접근성을 떨어뜨리고, 상대적으로 고가인 침약(탕약)에 의존하는 진료를 야기하는 원인이 되고 있다.

한방부문의 총급여비 중 한약제제 약품비가 차지하는 비중을 이용하여 소요재정을 추계하면, 2004년 약품비 비중인 3.8%를 기준으로 하여 약품비 비중을 최소 5.5% 및 최대 7.0%로 설정하여 추가적으로 소요되는 약품비를 추정한 결과, 소요재정은 138억원~260억원 정도로 추정되었다. 그리고 급여확대시 급여상한금액의 결정 및 사후관리에 따른 추가비용이 발생할 수 있으며 또한 침약에 대한 보험급여 및 한방의약분업 시행 등 한방 관련 정책에 대한 입장 정리가 필요할 것으로 예상된다.

V. 결론

2007년은 우리나라에 건강보험이 도입된지 30년이 되는 해이고, 한방의료이 건강보험체계에서 급여화된 지 20년이 되는 시점이다. 건강보험제도의 짧지 않은 역사에도 불구하고 우리나라 건강보험의 보장성은 공공의료재원비율에 의해 측정할 때 OECD 국가의 70% 수준에 비해 50% 수준으로서 여전히 매우 낮은 상황이다. 이러한 사정은 한방의료의 경우에도 마찬가지이다. 1987년부터는 침, 뜸, 부항, 진찰, 입원 등 한방의료서비스에 대한 건강보험급여가 실시되었으나, 한방의료의 급여범위는 현재에 이르기까지 매우 제한적으로 운영되어 오고 있다. 보장성 확대과정에서도 우선순위가 낮아 정체 상태를 면치 못하고 있다. 최근의 건강보험 보장성 강화 정책의 추진과정에서도 한방의료는 정부의 급여우선순위 결정과정에서 후순위로 배치되는 양상을 보여주고 있다.

지난 수년간에 걸쳐 다양하게 실시된, 건강보험 보장성 확대에 대한 국민요구도 조사결과를 종합적으로 평가해보면 한방의료는 전체적 급여우선순위에서 한방첩약(치료용)이 13순위, 한방물리요법이 18순위, 한방복합제제가 19순위로 평가되었다. 이 항목은 효율성, 형평성 등 일반적으로 통용되고 있는 급여우선순위 결정기준에 부합하는 것이지만 정부의 급여우선순위 조정과정에서 관련 이익 단체의 반대나 근거자료 부족 등의 사유로 인해 검토대상에서 제외되고 있다. 한방의료항목의 급여시 예상되는 재정을 추정한 결과, 한방물리요법에 355억원, 한약제제에 138억원~260억원 정도가 소요될 것으로 추정되었다.

한방의료 중 한방첩약(치료용), 한방물리요법, 한방복합제제에 대한 국민의 높은 요구도를 감안할 때, 이 항목에 대한 급여화는 건강

보험재정이 허락되는 범위 내에서 적극적으로 검토될 필요성이 있다고 판단된다. 아울러 관련 이해단체의 입장보다 국민의 목소리를 먼저 헤아려서 정책결정이 이루어지는 노력이 필요하다.

참고문헌

- 김정희·이호용. “2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사”. 건강보험포럼 5 (4), 2006.
- 김진현. “고액중증질환 본인부담에 대한 보장성 강화방안”. 건강보험포럼 3(3), 2004.
- 김진현. “민간의료보험의 영향과 정책방안”. 건강보험심사평가원 조사자료집 III 2005.
- 김창보. “우리나라 건강보험 보장성 강화방안”. 건강보험보장성 강화: 어떻게 할 것인가—의료연대회의 정책토론회자료집. 2005. 1.
- 보건복지부. 건강보험발전위원회 보고서(I)-(III), 2003.
- 보건복지부. 건강보험 보장성 강화방안. 공청회 자료집, 20005. 6. 30.
- 보건복지부·보건사회연구원. 참여복지5개년계획, 2004.
- 서남규. “2004년도 건강보험제도 국민만족도 조사”. 건강보험포럼 4(1), 2005.
- 양봉민·김진현·이태진·김윤희·김정희·최숙자. 건강보험의 목표보장률 설정 및 실현방안에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원, 2006.
- 이상이. “국제수준과 비교한 우리나라 건강보험의 보장성”. 건강보험보장성 강화: 어떻게 할 것인가. 의료연대회의 정책토론회자료집, 2005. 1.
- 정종찬·이동석. “비급여진료비에 대한 인식도 조사”. 건강보험포럼 3(3), 2004.
- 정형선·이규식·신의철·김주경·최원숙·백재

현. 국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구. 국민건강보험공단, 2004.
 최병호·신운정·신현웅. 질병위험 보장성 강화를 위한 건강보험 본인부담 구조조정방

안. 한국보건사회연구원, 2003.
 최숙자·김정희. "AHP기법을 활용한 급여확대 우선상병 순위설정". 건강보험포럼 4(2), 2005.

부 록

건강보험의 보장성 현황(2004, 2005)

(단위 : %)

구분	2004			2005			
	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담	공단 부담	법정 본인부담	비급여 본인부담	
전체	계	61.3	23.1	15.6	61.8	22.5	15.7
전체	종합전문	43.8	20.8	35.4	52.9	17.7	29.4
	종합병원	51.7	22.6	25.7	55.3	21.2	23.5
	병원	51.6	22.8	25.6	55.4	19.4	25.2
	의원	67.5	24.3	8.2	64.4	23.6	12.0
	치과병원	22.2	16.9	60.9	35.7	27.5	31.2
	치과의원	38.3	15.5	46.2	47.5	19.9	32.6
	한방병원	20.6	9.4	70.0	28.6	13.9	57.5
	한의원	66.4	19.5	14.1	63.2	17.9	19.0
	약국	73.0	25.0	2.0	70.8	26.5	2.7
입원	계	54.9	16.4	28.7	57.5	14.0	28.6
	종합전문	48.0	14.1	37.9	55.7	12.4	31.9
	종합병원	57.0	17.5	25.5	59.8	15.5	24.7
	병원	54.3	18.8	26.9	57.0	14.6	28.4
	의원	72.1	17.9	10.0	58.1	13.2	28.6
	한방병원	31.4	11.4	57.2	36.4	9.2	54.4
외래	계	56.9	26.0	17.1	58.4	25.8	15.8
	종합전문	36.0	33.5	30.5	47.5	28.1	24.4
	종합병원	40.1	33.6	26.3	46.1	32.8	21.1
	병원	48.7	27.2	24.1	51.6	31.3	17.1
	의원	66.4	25.9	7.7	65.5	25.5	9.0
	치과병원	22.2	16.9	60.9	35.7	24.3	40.0
	치과의원	38.3	15.5	46.2	47.5	19.9	32.6
	한방병원	14.2	8.2	77.6	25.1	16.0	59.0
	한의원	66.4	19.5	14.1	63.2	17.9	19.0
약국	73.0	25.0	2.0	70.8	26.5	2.7	

자료 : 김정희·이호용, "2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사", 건강보험포럼 5(4), 2006.