

첩약 급여화 시범사업의 문제점

김 교 응

대한의사협회 한방대책특별위원회 위원장
kkung7@hanmail.net



1. 첩약급여의 배경

한방의료의 보장성 강화를 목적으로 시작하였으나, 무엇보다 시급한 필수의료의 보장성 강화가 우선이 되어야 하는바 첩약 급여화는 보험의 안전성, 유효성, 재정효과성 측면에서도 이론적 근거를 가지기에 미흡하다고 볼 수 있다. 한방의 지속적인 발전을 위한다면 한방의료의 특성을 살릴 수 있는 방향으로 개발되고 이론이 정리되어야 할 것으로 생각된다.

2. 문제점

1) 한방의료는 체질에 따른 처방이 달라진다고 하는바 표준화, 정량화를 할 수가 없다.

비법이라는 명목하에 진단과 처방이 이루어지는 경우가 대다수이기 때문에, 이에 대한 임상자료를 통계화 하는 것도 한계가 있다.

임상에서 진료에 대한 표준화와 통계화를 갖출

수 없다는 것은 이론적으로 더 이상 공적인 의료보험을 적용하는 데는 무리가 따른다는 뜻이다. 단순히 한의약 육성 발전법에만 의지하여 미비점을 그대로 두고, 이론적 근거 혹은 통계적인 임상 자료 없이 객관화하기에는 현대의 질병들이 너무도 다양하다.

첩약 급여화의 문제점을 짚어보겠다.

첫째, 시범사업은 요식 행위이다.

환자에게 연간 한 가지의 질환에 대해 10일간만 급여 적용을 한다고 하면서 시범사업을 하겠다고 한다. 뇌혈관질환 후유증, 안면신경마비, 월경통 모두 장기적인 경과 과정 관찰이 필요하다. 이 세 가지 질환을 1년에 10일씩 첩약 급여화하여 유효성, 안전성을 확보겠다는 것은 어불성설이다. 결국은 시범사업 자체가 형식적인 절차일 뿐이고 결과에 상관없이 본 사업을 진행하겠다는 요식행위에 불과할 뿐이다. 있을 수 없는 일이다.

또한 시범사업 어디에도 유효성을 입증할 방법이 명문화 되어있지 않다. 이것 역시 반드시 개선되어야 할 부분이다.

둘째, 세 가지 질환에 대해 객관화 표준화를 위해 임상진료지침을 만들었지만 이는 임상에서 적용할 수가 없다. 그 이유에 대해 예를 들어 설명하겠다.

한방의료의 진료 및 처방에 있어 객관화, 표준화를 할 수 없다는 사실에 대해 복지부 및 한의계에서는 임상진료지침이라는 가이드라인을 책자로 정리하여 이것을 근거로 처방을 객관화 하겠다고 주장한다. 그래서 이 세 가지 질환에 한 임상 진료지침을 확인해 보았다. 일반 국민들이 어쩌면 가장 이용할 가능성 많은 것이 65세 이상의 ‘뇌혈관질환 후유증’에서의 첩약 급여화일 것이다. 『중풍 한의표준임상진료지침』(2017) 책자 내용 중에 저자들이 쓴 것을 그대로 인용해 해석을 붙여보겠다.

『중풍 한의표준임상진료지침』 (2017), p.14
발체인용 및 필자해석

- 1) “문헌근거의 대다수가 중국에서 수행한 연구 결과이다” ⇒ (필자해석) 우리나라에서 일정기간동안 치료한 결과에 대한 통계가 아니다
- 2) “연구대상 인구집단도 다르고” ⇒ (필자해석) 중국인에 대한 내용이다
- 3) “중재기술 시행 방법이 완전히 동일하지 않기도 하다” ⇒ (필자해석) 우리나라에서 상용화된 방법이 아니다
- 4) “비약물치료에 비해 약물치료 지침의 내용이 부족하였다” ⇒ (필자해석) 첩약치료의 지침으로는 부족하다
- 5) “한약처방은 주로 보양 환오탕에 대한 문헌 근거위주로 하였다” ⇒ (필자해석) 우리나라에서 거의 보편화 되어있는 우황청심원은 내용이 빠지고 대신에 중국에서는 주로 보양 환오탕을 사용하기 때문에 이에 대한 자료일 뿐이다
- 6) “우황청심원 등 국내에서 빈용하는 처방을 검색하였으나 근거가 부족하여” ⇒ (필자해석) 임상통계가 아닌 문헌 즉 중국의 처방 위주
- 7) “안전성에 대한 정보를 누락한 경우가 많아” ⇒ (필자해석) 안정성 담보하지 못한다

위의 임상진료 지침의 책자에 나오는 글이 첩약 급여화의 현주소인 것이다. 이에 대한 사전 준비와 미비점 보강이 우선되어야 할 것이다.

셋째로 원외탕전실 현주소를 알아보도록 하자. 먼저 한약을 조제하는 탕전실에 대해 알아보자면 원내탕전실(한의원 내에 위치한다), 원외탕전실(한의원 부속 시설로 한의원 외부에 위치하며 거리가 멀어도 가능하게 되어있기 때문에 개설자인 한의사가 현장에 없으면 관리 및 감독에 있어서 문제가 될

수밖에 없다), 공동탕전실(두 곳 이상의 한의원이 공동으로 사용하는 탕전실)로 나누어지며 원외탕전실은 대부분 공동탕전실이며, 원외가 아니어도 공동이용이 가능한 경희대한방병원 공동탕전실처럼 한방병원 내부에 위치하는 경우도 있다.

원외탕전실은 한의원의 부속 시설이기 때문에 한 의사만 설치가 가능하며 약사나 한약사는 불가능하다. 원외탕전실에는 한의사 또는 한약사를 반드시 배치해야 한다. 한의사는 직접 진료한 환자에 대해서만 조제가 가능하고 한약사는 다른 한의사들의 처방을 조제할 수가 있다.[약사법 23조, 의약품의 조제:1항]

그 중 원외탕전실의 문제점을 알아보도록 하겠다.

2018.12.6연합뉴스 보도에 따르면 보건복지부는 원외탕전실 인증제를 새로 시행하면서 전국의 98개 원외탕전실 중, 초기 인증을 신청한 11개 중에서 일반 한약분야에서 모커리한방병원 성남 원외탕전실과 약침분야에서 자생한방병원 남양주 원외탕전실 두 곳만 인증하였다. 9곳은 기준미달이었으며 이때 복지부 한의약정책과장은 원외탕전실 인증을 통해 안전하게 조제된 한약인지 국민이 쉽게 확인할 수 있게 되었고, 지속적인 인증을 통해 인증 받은 탕전실을 늘려가겠다고 장담하였다. 그런 후 올해 2020년 9월 4일 복지부는 원외탕전실 인증현황을 발표하였는데 98개의 원외탕전실중에 인증 받은 곳은 일반한약 조제 5곳, 약침 조제 2곳 등 7곳일 뿐이다(보건복지부 공고 제 2020-655호).

인증 받은 그 내용을 보면 청연한방병원 원외탕전실(일반한약)은 공동이용의료기관수가 1,396곳이며 한약사는 1명을 두고 있고, 자생한방병원 남양주 원외탕전실(약침조제)은 6,683곳의 한의원이 이용하며 한약사는 3명을 두고서 처방을 확인하고 조

제한다고 한다. 이와 같이 도저히 조제를 할 수 없는 상황으로 추정할 수 있으며, 제조 및 판매를 하는 기관으로 변질되어 있다(2018년 김순례의원, 2020년 서정숙의원 국감지적).

또한 첩약조제는 약사가 약을 조제하는 작업보다 훨씬 복잡한 일인데 원외탕전실의 한약사 1인당 조제건수에 대한 정립이 안 되어 있어 대형 원외탕전실에서도 한약사는 1~2명밖에 없기 때문에 무자격자들이 조제작업을 하고 있는 실정이다.(2019 국정감사에서 윤일규 의원 지적) 문제는 첩약급여화의 수가책정과 연관되어 원내탕전인 경우는 한의사가 직접 조제하도록 규제하는 반면에 원외탕전실에서는 한약사가 직접 조제하라는 규정이 정립되어 있지 않다는 점이다.

3. 해결방향

1) 유효성 검증이 반드시 필요하다.

복지부에서는 시범 사업을 하면서 안전성 유효성을 검증하겠다고 했지만 한의계에서는 그동안 몇 백 년 동안 써와서 증명된 것을 또 무슨 검증을 하느냐고 한다. 전혀 다른 말이다. 한방의료에서 하는 말은 만족도 조사일 뿐이지 유효성 검증을 해왔던 것은 아니다. 따라서 의·약·한·정 협의체를 제대로 구성하여 유효성을 입증할 방법을 구체적으로 만들어 이것을 실질적으로 적용하는 것이 반드시 필요하다.

2) 한의약분업이 반드시 필요하다.

1993년에 한약 조제권 문제로 한의사와 약사간의 분쟁이 일어났을 때 경실련의 중재로 마무리되면서 의약분업 시행 3년 후 한의약분업을 실시한다

고 약속하면서 중재가 성립되고 그때부터 한약사가 배출되기 시작하였다. 의약분업이 2000년에 시작 된바 이제는 한의약분업이 실제적으로 시행되어 한 방의료에서도 조제의 안전성과 유효성이 더욱 정립

되어야 대부분 인증 안 된 원외탕전실의 문제도 해결될 수 있을 것이라 본다. 그래야만 첩약에 대한 더 이상의 안전성, 유효성 문제도 대두되지 않을 것으로 본다.

참고문헌

- [1] 대한중풍순환신경학회. 중풍 한의표준임상진료지침. 2017. 14 p.
- [2] 서한기. “복지부, 탕약 등 한약전문조제시설 2곳 첫 인증”. 「연합뉴스」. 2018년 12월 6일
- [3] 보건복지부 공고 제2020-655호. “인증 원외탕전실 공고문”. 2020년 9월 4일