

자동차보험 한방진료 현황과 개선방안

2017. 12

송윤아 · 이소양

머 리 말

자동차보험에서는 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위하여 한방진료를 광범위하게 보장하고 있다. 양방진료의 대체재 또는 보완재로써 한방진료를 선택하는 교통사고 환자와 한방비급여 항목의 이용량이 늘어남에 따라 자동차보험의 한방진료비가 급격히 증가하고 있다.

그동안 한방진료는 건강보험에서 보장하지 않는 비급여항목이 많아 적정성 및 투명성에 대한 논의가 제대로 이루어지지 않았다. 교통사고 환자가 적정수준의 한방진료를 안심하고 이용할 수 있도록 한방진료를 둘러싼 법적·제도적 환경을 검토하고 바람직한 방향에 대해 고민할 시점이다.

본 보고서는 자동차보험 한방진료비의 세부현황과 증가원인, 그리고 한방진료의 적정성 및 투명성 관련 현황을 파악하고 자동차보험 한방진료의 개선방안을 제시하였다. 이를 위해 건강보험심사평가원이 제공한 자동차보험 진료비에 대한 통계자료를 분석하였다. 본 연구의 결과는 교통사고 환자가 투명하고 적정한 진료를 보장받을 수 있는 한방이용 환경 조성에 기여할 것으로 판단된다.

아무쪼록 본 보고서의 논의가 자동차보험 한방진료의 적정성 및 투명성 제고에 기여할 수 있기를 바란다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 우리 원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀둔다.

2017년 12월
보 험 연 구 원
원장 한 기 정

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 11

1. 연구배경 / 11
2. 연구 내용 및 방법 / 13

II. 자동차보험 한방의료 진료수가기준 / 15

1. 자동차보험 진료수가기준 개요 / 15
2. 한방의료 진료수가기준 / 19

III. 자동차보험 한방진료비 분석 / 30

1. 자동차보험 진료비 개요 / 30
2. 의료기관 종별 진료비 / 33
3. 세부항목별 한방진료비 / 45
4. 소결 / 50

IV. 자동차보험 한방진료의 문제점 / 53

1. 진료수가 및 인정기준 불명확 / 54
2. 진료수가 결정체계 미비 / 59
3. 정보비대칭 심각 / 65
4. 감독 사각지대 / 72

V. 개선방안 / 76

1. 기본원칙 / 76
2. 진료수가 및 인정기준 구체화 / 77
3. 진료수가 결정체계 합리화 / 84
4. 한약에 대한 정보 제공 강화 / 91
5. 한방의료기관에 대한 검사 강화 / 93

VI. 결론 / 100

| 참고문헌 | / 103

■ 표 차례

- 〈표 Ⅱ-1〉 자동차보험 진료수가의 인정범위 및 산정방법 / 19
- 〈표 Ⅱ-2〉 건강보험 한방급여 진료항목(2017년 2월 기준) / 22
- 〈표 Ⅱ-3〉 건강보험 급여·비급여 행위 항목 수 / 23
- 〈표 Ⅱ-4〉 자동차보험에서 달리 인정하고 있는 한방진료 / 25
- 〈표 Ⅱ-5〉 자동차보험 한방물리요법의 진료수가 및 인정기준 변화 / 28
- 〈표 Ⅱ-6〉 자동차보험 한방물리요법의 진료수가 / 28
- 〈표 Ⅲ-1〉 자동차보험 진료비 현황 / 32
- 〈표 Ⅲ-2〉 의료기관 종별 자동차보험 진료비 / 34
- 〈표 Ⅲ-3〉 의료기관 종별 자동차보험 외래진료비 / 35
- 〈표 Ⅲ-4〉 의료기관 종별 자동차보험 입원진료비 / 36
- 〈표 Ⅲ-5〉 한방진료비: 자동차보험 vs. 건강보험 / 37
- 〈표 Ⅲ-6〉 의료기관 종별 교통사고 환자 수 / 38
- 〈표 Ⅲ-7〉 한방의료 자원 현황 / 40
- 〈표 Ⅲ-8〉 의료기관 종별 교통사고 환자 1인당 진료비 / 41
- 〈표 Ⅲ-9〉 교통사고 환자의 내원일수(2016년) / 42
- 〈표 Ⅲ-10〉 상해등급별 양·한방 병·의원급 진료비(2014년) / 44
- 〈표 Ⅲ-11〉 자동차보험 양·한방 진료비: 급여 vs. 비급여 / 46
- 〈표 Ⅲ-12〉 자동차보험 양·한방 환자 수와 1인당 진료비: 급여 vs. 비급여 / 47
- 〈표 Ⅲ-13〉 한방비급여 항목별 자동차보험 진료비 / 48
- 〈표 Ⅲ-14〉 한방비급여 항목별 교통사고 환자 수 / 49
- 〈표 Ⅲ-15〉 한방비급여 항목별 청구건수에서 차지하는 비율(2014년) / 50
- 〈표 Ⅲ-16〉 한방의료기관 매출액 구성 / 51
- 〈표 Ⅳ-1〉 자동차보험 한방물리요법의 진료비 구성 / 55
- 〈표 Ⅳ-2〉 한방의료기관 이용 교통사고 환자당 처방 첩약 수 / 56
- 〈표 Ⅳ-3〉 자동차보험 다빈도 상병 진료비 편차(2016년) / 59
- 〈표 Ⅳ-4〉 심의회의 진료수가기준 제정권한 삭제 / 61
- 〈표 Ⅳ-5〉 심의회의 진료수가 인정범위 제정권한 삭제 / 61

■ 표 차례

- 〈표 IV-6〉 심의회의 진료수가 산정방법 제정권한 삭제 / 62
- 〈표 IV-7〉 진료비 심사 현황: 건강보험 vs. 자동차보험 / 63
- 〈표 IV-8〉 심사평가원 심사위탁(2013년 7월) 전후의 심의회 심사실적 / 65
- 〈표 IV-9〉 향후 한약 및 한방의료 이용 의향(2014년) / 66
- 〈표 IV-10〉 한약 정보 제공의 불투명성 / 72
- 〈표 IV-11〉 건강보험 거짓청구 요양기관 명단 현황 / 74
- 〈표 V-1〉 건강보험 다빈도 질병의 의료기관 이용률(2013년) / 80
- 〈표 V-2〉 자동차보험 외래 다빈도 상병 순위별 심사실적(2016년) / 80
- 〈표 V-3〉 교통사고 환자의 양 · 한방 중복이용 추이 / 81
- 〈표 V-4〉 진료수가 인정범위에 관한 법규: 건강보험 vs. 자동차보험 / 89
- 〈표 V-5〉 「자동차손해배상보장법」 개정안 / 90
- 〈표 V-6〉 보건복지부의 건강보험 현지조사 개관 / 95
- 〈표 V-7〉 보건복지부의 요양기관 현지조사 적발실적 / 95
- 〈표 V-8〉 건강보험 수진내역 안내제도의 서면통보 실적 / 97
- 〈표 V-9〉 현지 확인심사 및 검사: 자동차보험 vs. 건강보험 / 99

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅲ-1〉 의료기관 종별 외래진료비의 비중 / 35
- 〈그림 Ⅲ-2〉 의료기관 종별 환자 수 / 38
- 〈그림 Ⅲ-3〉 의료기관 종별 외래환자 수 / 38
- 〈그림 Ⅲ-4〉 의료기관 종별 1인당 진료비 / 41
- 〈그림 Ⅲ-5〉 의료기관 종별 1인당 외래진료비 / 41
- 〈그림 Ⅲ-6〉 2014~2016년 자동차보험 진료비 증가 요소 / 51
- 〈그림 IV-1〉 자동차보험 한방진료의 문제점 / 54
- 〈그림 IV-2〉 자동차보험 진료수가 분쟁심의 절차 / 64
- 〈그림 IV-3〉 한약도매상의 판매량 상위 10품목 한약재 수입 비율(2013년) / 70
- 〈그림 IV-4〉 원산지 자율표시 대상 한약재 수입 비율(2013년) / 72
- 〈그림 V-1〉 자동차보험 진료제도의 방향 / 77
- 〈그림 V-2〉 진료수가 결정체계: 건강보험 vs. 자동차보험 / 87

The Present Status and Future Direction of Oriental Medical Services in the Automobile Insurance

This study examines current status, problems, and improving plans of oriental medical services in the automobile insurance. The automobile insurance covers oriental medical services, most of which are not covered by National Health Insurance(hereafter, NHI).

The oriental medical expenses in the automobile insurance exceed 463 billion won(28% of total) in 2016, growing at a rate of about 37% per year from 2014 to 2016. We find that the rapid increase in the oriental medical expenses is attributed to the rise in the per capita expenses of the uninsured oriental medical services(growing 8% CAGR) as well as the number of patients who utilized the oriental medical services(24%) during the same period.

The increase in the per capita expenses of the uncovered oriental medical services implies that the rapid increase in the oriental medical expenses could be reflective of the lack of specificity of a fee schedule. Medical services rendered for injuries covered by the automobile insurance are compensated according to a medical fee schedule which is based on the NHI Schedule of Benefits and Fees. Unlike the covered services, fees and service intensity for the uncovered oriental medical services are not set out in the NHI Schedule of Benefits and Fees.

In addition, despite the increase in the number of patients, the oriental medical services show low levels of transparency, keeping patients from making reasonable decisions. In addition to the lack of safety and effectiveness information, oriental medicine is not required to have efficacy, list of ingredients, and a country of origin appear on the container or packaging.

Based on the implications derived from the analysis, the following suggestions

were made to improve transparency and quantitative/qualitative adequacy of oriental medical services. Among others, fees and service intensity of the NHI uncovered oriental medical services must be specified in a medical fee schedule. Second, marking requirements for oriental medicine must be strengthened.

요 약

I. 서론

■ 최근 자동차보험의 한방진료비가 급격하게 증가하였음

- 2014~2016년 기간 동안 자동차보험에서 한방병원과 한의원에 지급한 진료비는 연평균 45.5%, 24.6% 증가하여 2016년 자동차보험 진료비 1조 6,586억 원의 27.9%를 차지함
- 한방진료비는 2014년 2,698억 원에서 2016년 4,635억 원으로 71.8% 증가한 반면, 그 외 의료기관의 진료비는 2014년 1조 1,536억 원에서 2016년 1조 1,951억 원으로 3.6% 증가함
- 동 기간 건강보험의 한방진료비(본인부담금과 비급여 포함)는 연평균 9.1% 증가하여 건강보험에서 한방이 차지하는 비율이 7.1%라는 점을 감안하면, 자동차보험 한방진료비의 급격한 증가와 높은 구성비는 이례적임

■ 자동차보험 한방진료비가 증가하자, 그 원인에 대한 관심이 높음

- 자동차보험의 한방진료비 급증이 한방의료에 대한 교통사고 환자의 선호 및 인식 변화에 따른 환자 수 증가로, 자연스런 현상인지 아니면 한방진료 관련 자동차보험 제도의 미비에 따른 문제인지를 두고 이해당사자 간 의견을 달리함
- 자동차보험의 한방진료비 급증이 환자 수 증가뿐만 아니라 제도 미비에 따른 문제라면 이에 상응하는 개선방안이 논의되어야 할 것임

■ 그동안 한방진료수가 및 인정기준 마련을 주장하는 몇몇 연구가 있었으나, 정작 한방진료비의 증가나 동일상병의 환자 간 한방진료비 편차가 한방진료수가 및 인정기준 미비에 기인함을 입증한 연구는 없어 당위성이 부족함

- 구체적으로, 이태진 외(2015)는 의료기관·지역 간 한방비급여 진료비 편차,

한방의료의 높은 진료강도 등을 확인함으로써 한방 표준진료지침 마련을 주장함

- 순천향대학교(2016)는 기술통계를 이용하여 한방진료비, 한방이용 환자 수, 한방진료항목별 진료비 등의 증가 추이를 기술하고 심사위탁제도의 발전방안으로 한방진료수가의 법제화와 심사기준의 정비를 주장함
 - － 한방의료의 진료수가 및 인정기준 정비는 한방비급여에 해당되는 사항으로, 그 필요성에 대한 주장은 한방비급여의 진료수가 및 인정기준, 1인당 한방비급여 진료비 추이, 환자 간 한방비급여 진료비 편차 등에 대한 검토에 근거해야 함
 - － 순천향대학교(2016)에서 제시한 한방진료 제도개선안은 한방진료비의 추이가 진료수가기준 미비에 따른 결과임을 보이는 실증적 근거에 입각하기 보다는 추론이나 질적 분석에 근거한 것으로 보임

■ 또한 선행연구에서는 한방진료수가 및 인정기준 마련의 필요성을 선언적으로 주장하고 있을 뿐, 개별 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준의 문제점과 개선방안에 대한 고찰이 없어 그 활용에 한계를 가짐

- 더불어, 한방医료를 이용하는 교통사고 환자가 급격히 증가하고 있음에도 불구하고 한방진료의 투명성이나 사후감독제도에 대한 연구는 없음

■ 이 보고서에서는 자동차보험 한방진료비의 세부현황과 증가원인, 그리고 한방진료의 적정성 및 투명성 관련 현황을 파악하고 자동차보험 한방진료의 개선방안을 제시함

- 구체적으로 먼저, 자동차보험 한방진료비의 증가가 한방이용 환자 수뿐만 아니라, 1인당 한방비급여 진료비 증가에 기인함을 확인함
 - － 2014~2016년 기간 동안 자동차보험 진료비 자료를 토대로 한방진료비를 급여 여부 · 진료항목별 환자 수와 1인당 진료비로 분해하여 동 기간 한방 진료비 증가를 구성하는 요소를 파악함

- 1인당 한방비급여 진료비 증가는 한방비급여 항목의 단가 또는 진료이용량의 증가를 의미한 것으로, 바꿔 말하면 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준 미비를 뜻함
- 둘째, 침약·약침·추나요법·한방물리요법 등 개별 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준의 문제점과 개선방안을 제시함
- 셋째, 한방진료의 적정성에 대한 검토와 더불어 한방진료의 투명성 및 사후감독 등 교통사고 환자의 한방진료 이용환경에 대해 검토함

II. 자동차보험 한방의료 진료수가기준

- 국토교통부장관은 교통사고 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 분쟁방지를 위해 진료수가의 인정범위 및 산정기준을 정하여 고시함
 - 자동차보험은 환자의 조속한 원상회복을 위해 건강보험과 산재보험의 급여항목뿐만 아니라, 건강보험 요양급여 기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대해서도 보장함
 - 건강보험기준과 달리 적용할 필요가 있거나 건강보험 기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대해서는 자동차보험진료수가에 관한 기준(이하 ‘자보수가기준’)에서 별도로 규정함
 - 자동차보험은 건강보험 급여항목에 대해 건강보험과 동일한 금액으로 비용을 산정하며 다빈도 비급여항목에 대해서는 자보수가기준에서 진료수가 및 인정기준을 별도로 규정하고 있음
 - 건강보험기준의 경우 건강보험부담 급여항목은 수가 및 인정기준을 모두 정하고 있으나, 환자전액부담 비급여항목은 진료항목(즉, 코드만 있고, 진료수가 및 인정기준 없음)만 정하고 있음

- 자동차보험은 건강보험에서 인정하는 한방급여 항목뿐만 아니라 한방비급여 항목을 진료수가로 인정하고 있음
 - 현재 첩약과 탕전료, 한방 관련 의약품인 복합엑스제와 파스, 약침술, 추나요법, 일부 한방물리요법 등 한방비급여 항목을 진료수가로 인정함
 - － 한방의료는 1999년부터 자동차보험 진료수가 적용을 받기 시작함
 - 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준은 자보수가기준을 따름

Ⅲ. 자동차보험 한방진료비 분석

- 2014~2016년 기간 동안 자동차보험 한방진료비는 연평균 31.1% 증가하여 2016년 기준 4,635억 원으로, 전체 진료비의 27.9%를 차지함
 - 자동차보험 진료비는 2016년 기준 종합병원(24.4%), 한의원(17.9%), 병원(15.8%), 의원(14.8%), 상급종합병원(12.9%), 한방병원(10.1%) 순으로 높게 나타남
 - 자동차보험의 한방진료는 외래 위주로, 외래진료비의 경우 2015년부터 한방이 양방을 추월함
 - － 동 기간 한방병원과 한의원의 외래진료비는 각각 연평균 54.5%, 24.6% 증가하여, 자동차보험 외래진료비에서 한방의료기관이 차지하는 비율이 2014년 47.2%에서 2016년 58.3%로 한방이 양방을 추월함
 - 한방진료 중에서도 한방비급여 진료비가 연평균 34.2%씩, 한방급여 진료비(26.3%)보다 빠르게 증가함
- 분석 결과, 최근 한방진료비의 급증은 한방이용 환자 수(연평균 24.2%)뿐만 아니라 1인당 한방비급여 진료비(연평균 8.0%)의 증가에 기인함
 - 2014~2016년 기간 동안 양방의료기관의 환자 수는 연평균 0.9% 감소한 반면 한방의료기관의 환자 수가 연평균 23.9%씩 증가하여 자동차보험 전체 환자

수 대비 한방의료기관 이용 환자 수의 비율이 2014년 18.7%에서 2016년 26.5%로 증가함

- 급여 여부에 상관없이 한방의료 이용 환자가 연평균 23.3% 증가함
- 양방급여, 양방비급여, 한방급여의 1인당 진료비는 각각 연평균 2.2%, -5.4%, 2.5% 증가한 반면, 1인당 한방비급여 진료비는 연평균 8.0% 증가함
 - 급여항목은 양·한방 상관없이 금액 및 상대가치점수와 인정기준 및 심사 기준이 명확히 정해져 있기 때문에 교통사고 환자가 급여항목에 지급한 1인당 진료비는 큰 변동이 없음
- 2014~2016년 기간 동안 자동차보험에서 지급한 한방비급여 진료비는 협약이 가장 높으며, 자동차보험에서 진료수가가 정해지지 않은 한방물리요법이 가장 빠르게 증가함
 - 한방비급여 진료비는 2016년 기준 협약(55.5%), 추나요법(17.8%), 한방물리요법(13.2%), 약침(12.5%) 순으로 높으며, 연평균증가율은 한방물리요법(89.1%), 약침(40.1%), 협약(29.1%), 추나요법(26.0%) 순으로 높음

- 한방진료비 증가가 1인당 한방비급여 진료비 증가에 일부 기인한다는 것은 바뀌 말하면, 한방진료비 증가가 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준 미비로 인한 문제임을 의미함

IV. 자동차보험 한방진료의 문제점

- 환자 1인당 한방비급여 진료비가 증가하고 있다는 점에 주목하여 한방진료수가 및 인정기준의 문제를, 한방의료를 이용하는 교통사고 환자 수가 증가하고 있다는 점에 주목하여 한방의료 이용환경의 문제를 검토함
- 구체적으로 첫째, 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준이 명확하지 않아 적

정진료를 담보할 수 없음

- 현행 자보수가기준에는 한방 관련 의약품에 대한 수가가 정해져 있지 않고, 첩약, 한방물리요법, 약침술 등 건강보험 비급여항목에 대하여 시술(투약)횟수, 유사시술 제한 등 인정기준이 구체적으로 명시되어 있지 않음
- 질병의 원인이나 치료방법, 의약품 등에 관한 지식과 정보는 매우 전문적인 내용이어서 의료서비스에 대한 소비자의 선택은 의료인이라는 대리인을 통해 이루어지는 경향이 강함
- 자동차보험에서 채택하고 있는 지불제도, 즉, 행위별 수가제하에서는 공급자 유인수요가 발생하게 되는데, 이는 환자가 직접 비용을 지불하지 않는 자동차보험에서 더 뚜렷하게 나타날 수 있음
- 그 결과 동일상병·동일진료항목임에도 환자 간 진료비 편차가 큼

■ 둘째, 진료수가 결정절차에 대한 명확한 규정과 전문심의기구가 없어 자동차보험 진료수가기준의 공정성·전문성·일관성이 우려됨

- 자동차보험에서는 건강보험에서 인정하지 않는 비급여항목에 대해서도 진료수가로 인정하기 때문에 해당 비급여항목의 금액 및 상대가치점수와 세부인정기준을 별도로 정하여 고시해야 함
- 「자동차손해배상보장법」은 진료수가기준 결정 및 변경과 관련하여 국토교통부장관의 자동차보험분쟁심의회(이하, '심의회') 의견 청취를 규정하고 있으나, 이는 강행규정이 아닌 임의규정임

■ 셋째, 한방의료를 이용하는 교통사고 환자 수가 증가하고 있지만 한방의료는 정보비대칭이 심각하여 환자의 합리적인 의사결정을 어렵게 함

- 한약의 안전성 및 유효성에 대한 정보가 부족하고 성분 및 원산지 정보가 제공되지 않아 한방진료 이용환자의 알권리 및 자기결정권이 침해됨
 - － 한약은 안전성·유효성에 대한 심사가 이루어지지 않아, 개별 한약재와 한약제제에 대한 과학적 안전성 및 유효성에 대한 정보가 부족한 상황임

- 조제한약의 경우 성분표기의무와 처방전발급의무가 없어 성분에 대한 정보가 원천 차단됨
- 한약재는 재배지에 따라 한약의 재배(수확)조건, 생산 및 제조과정 등이 다르고 국가 간의 규제 조건도 서로 통일되지 않기 때문에 원산지에 따른 품질의 차가 현저하지만, 한약은 원산지 표기의무 대상이 아님

■ 건강보험 비급여항목이 많은 한방진료는 관리감독의 사각지대에 있음

- 건강보험의 심사는 요양급여비용의 대부분을 차지하는 양방의료 및 양방의료 기관에 집중되고, 건강보험 요양급여비용의 5%에도 미치지 않는 한방의료에 대한 심사나 조사는 상대적으로 미미할 수밖에 없음
- 건강보험 등재 급여행위 중 한방의료는 240개로 양방의료(5,676개)의 4.2% 수준으로, 건강보험 요양급여비용 중 한방의료기관이 차지하는 비중은 2016년 기준 한방병원이 0.5%, 한의원이 3.3%에 불과함
- 건강보험 급여항목의 경우 인정기준 및 심사기준이 구체적으로 적시되어 있고 건강보험의 현지심사 및 조사 등 사후 관리감독을 받기 때문에 거짓·과잉진료 방지와 적정진료 유도가 가능하나, 건강보험 비급여 비중이 높은 한방진료의 경우 거짓·과잉진료에 대한 통제가 어려움
- 심사평가원의 현지확인 심사는 심사 중인 건만을 대상으로 진료비 산정내역의 사실을 확인하고 일부 거짓청구가 적발되더라도 진료비 삭감과 벌금부과만 가능하여, 거짓·부당청구의 적발 및 예방 효과는 미미함

V. 개선방안

- 의료기관과 환자 간 정보비대칭과 공급자 유인수요가 강하게 존재하는 자동차보험 의료서비스 시장에서는 소비자의 합리적인 선택을 돕기 위해 정부의 개입이 필요함

- 정부는 진료의 적정성을 보장하기 위해 진료수가 및 인정기준을 마련·제공하며, 의료서비스에 대한 유익한 정보를 생산·제공하고, 환자에게 필요한 진료수가 보편·타당한 방법으로 전달되었는지 감독해야 함
- 구체적으로 첫째, 필요·타당한 의료서비스가 적정하게 공급될 수 있도록 구체적인 진료수가 및 인정기준을 정해야 함
 - 양방과 한방을 중복으로 이용하는 환자의 다빈도 질병을 대상으로 의과와 한방 각각의 치료 효과, 의과와 한방 치료를 병행하였을 때의 효과, 양·한방의료 간 대체·보완관계를 파악하여 양·한방 중복이용에 대한 기준을 마련할 필요가 있음
 - 양방약제와 마찬가지로 한약도 건강보험 급여약제를 우선 처방하도록 하며, 환자의 증상 및 상병의 정도에 따른 처방기준을 마련하고 중복처방에 대한 기준을 마련할 필요가 있음
 - 시술횟수, 시술시간, 시술자, 치료실 요건 등 한방물리요법의 인정기준을 구체화해야 함
- 둘째, 자동차보험 진료수가기준의 결정절차를 명확히 하고 공정성과 전문성이 확보된 결정기구를 구성해야 함
 - 자동차보험 진료수가기준을 정하거나 변경하는 경우 국토교통부장관의 심사평가원과 심의회 의견 청취를 의무화할 필요가 있음
 - 보건의료의 성격상 자보수가기준에 기준이 없거나 불분명한 경우 심사평가원이 심의회의 심의를 거쳐 심사기준을 정하도록 하여 진료수가기준의 추상성을 적시에 보완하여야 함
- 셋째, 진료수가 청구서 및 명세서에 첩약의 주요 성분·원산지·효능 표기를 의무화하여 심사평가원이 환자를 대신하여 첩약의 안전성뿐만 아니라 필요·타당성을 확인하도록 하여야 함

- 의약품의 오·남용 가능성, 영업비밀, 중국산 한약재에 대한 환자의 부정적인 선입견을 우려하여 한의계는 한약의 주요 성분·원산지·효능 정보 공개에 부정적임
 - 한약의 특수성상 한약의 주요 성분·원산지·효능 정보를 환자에게 사전 제공하는 것이 불가능하다면, 사후적으로 심사평가원에 제공하는 방안이 검토되어야 함
 - 심사평가원이 첩약의 주요 성분·원산지·효능 등을 확인함으로써 환자는 안심하고 첩약을 이용할 수 있을 뿐만 아니라, 해당 첩약이 치료목적으로 사용했는지, 또는 건강증진 목적으로 사용됐는지 처방목적에 대한 심사가 가능해짐
- 넷째, 건강보험과 마찬가지로 자동차보험에서도 현지조사제도 도입을 통한 진료비 적정성 심사 및 관리가 필요함
- 더불어 거짓·부당청구 의료기관의 명단 공표제도를 도입하여 요양기관의 자발적인 부정행위 방지 노력을 유도하고 무엇보다도 국민의 알권리와 의료선택권을 보장할 필요가 있음
 - 자동차보험에서는 의료기관이 거짓·부당청구로 적발되더라도 진료비를 삭감·환수하거나 5천만 원 이하의 벌금을 부과하는데 그쳐 실효성 있는 법적 제재가 미비한 상황임

VI. 결론

- 이 연구에서는 한방의료 이용 환자 수의 증가를 문제로 인식·접근하기 보다는 한방의료 이용환경 개선의 계기로 인식·접근하였음
- 한방의료를 이용하는 환자 수의 증가를 확인하고 교통사고 환자가 투명하고 적절한 진료를 보장받을 수 있는 한방이용 환경 및 제도에 대해 논의하였음
 - 또한 1인당 한방비급여 진료비 증가, 즉 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정

기준 미비가 한방진료비 증가를 초래하였음을 확인하고 진료수가기준 구체화 및 결정체계 개편을 논의하였음

- 자동차보험에서 한방진료의 적정성 및 투명성 제고는 교통사고 환자의 의료서비스에 대한 합리적인 의사결정과 조속한 원상회복을 돕는 한편, 국가보건의료체계에서 한방의료의 역할을 강화할 것으로 기대됨

I. 서론

1. 연구배경

우리나라는 1951년 「국민의료법」 제정 당시 한방의료의 독자성을 인정하면서 의과와 한방으로 구분된 이원적 의료체계를 구축하여 지금까지 유지해 오고 있다. 1987년 건강보험의 급여범위로 들어온 한방진료는 1999년부터 자동차보험 진료수가의 적용을 받기 시작하였다. 자동차보험에서는 건강보험에서 인정하는 한방급여뿐만 아니라 침약, 추나요법을 포함한 한방물리요법, 한방의약품, 약침술 등 건강보험 비급여진료도 인정하고 있다.

최근 자동차보험의 한방진료비가 급격하게 증가하였다. 2014~2016년 기간 동안 자동차보험에서 한방병원과 한의원에 지급한 진료비는 각각 연평균 45.5%, 24.6% 증가하여 2016년 자동차보험 진료비 1조 6,586억 원의 27.9%를 차지하였다. 한방진료비는 2014년 2,698억 원에서 2016년 4,635억 원으로 71.8% 증가한 반면, 그 외 의료기관의 진료비는 2014년 1조 1,536억 원에서 2016년 1조 1,951억 원으로 3.6% 증가하였다. 동 기간 건강보험의 한방진료비(본인부담금과 비급여 포함)는 연평균 9% 증가하여 건강보험에서 한방이 차지하는 비율이 7.1%라는 점을 감안하면, 자동차보험 한방진료비의 급격한 증가와 높은 구성비는 이례적이라 할 수 있다.

이처럼 자동차보험 한방진료비가 급증하자, 그 원인에 대한 관심이 높다. 자동차보험의 한방진료비 급증이 한방의료에 대한 교통사고 환자의 선호 및 인식 변화에 따른 환자 수 증가로 자연스런 현상인지, 아니면 한방진료 관련 자동차보험 제도의 미비에 따른 문제인지를 두고 이해당사자 간 의견을 달리 하고 있다. 정책적 대응 여부는 자동차보험 한방진료비 급증의 원인에 따라 달라질 수 있다. 자동차보험의 한방진

료비 급증이 환자 수 증가뿐만 아니라 제도 미비에 따른 문제라면 이에 상응한 개선 방안이 논의되어야 할 것이다. 또한 교통사고 환자의 조속한 원상회복에 필요한 한방 의료서비스가 충분한 정보 제공과 함께 보편·타당한 방법으로 전달되고 있는지 등 교통사고 환자의 한방의료 이용환경에 대해서도 검토가 필요하다.

그동안 한방진료수가 및 인정기준 마련을 주장하는 몇몇 연구가 있었으나, 정작 한방진료비의 증가나 동일상병의 환자 간 한방진료비 편차가 한방진료수가 및 인정기준 미비에 기인함을 입증한 연구는 없었다. 이태진 외(2015)는 의료기관·지역 간 한방비급여 진료비 편차와 한방의료의 높은 진료강도 등을 확인함으로써 한방 표준진료지침 마련을 주장하였다.¹⁾ 순천향대학교(2016)는 보험개발원의 2009~2014년 진료비 자료와 건강보험심사평가원의 2013년 3분기~2014년 4분기 자료를 이용하여 한방진료비, 한방이용 환자 수, 한방진료항목별 진료비 등의 증가 추이를 보여주고 심사위탁제도의 발전방안으로 한방진료수가의 법제화와 심사기준의 정비를 주장하였다. 한방의료의 진료수가 및 인정기준 정비는 한방비급여에 해당되는 사항으로, 그 필요성을 주장하기 위해서는 한방비급여의 진료수가 및 인정기준, 1인당 한방비급여 진료비 추이, 환자 간 한방비급여 진료비 편차 등에 대한 검토가 필요하다. 순천향대학교(2016)에서 제시한 한방진료 관련 제도 개선안은 한방진료비의 추이가 진료수가기준 미비에 따른 결과임을 보이는 실증적 근거에 입각하기 보다는 추론이나 질적 분석에 근거한 것으로 보인다.

또한 선행연구에서는 한방진료수가 및 인정기준 마련의 필요성을 선언적으로 주장하고 있을 뿐, 개별 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준의 문제점과 개선방안에 대한 고찰이 없어 그 활용에 한계를 가진다. 더불어 한방医료를 이용하는 교통사고 환자가 급격히 증가하고 있음에도 불구하고 한방진료의 투명성이나 사후감독제도에 대한 선행연구가 없다.

이 보고서에서는 자동차보험 한방진료비의 증가를 구성하는 요소와 세부현황, 그리고 한방진료의 적정성 및 투명성 관련 현황을 파악한 후 자동차보험 한방진료의 개

1) 이 보고서에서 비급여항목은 건강보험의 비급여로 자동차보험에서는 진료비로 인정·보상하는 항목을 의미함

선방안을 제시하고자 한다. 구체적으로 먼저, 2014~2016년 기간 동안 자동차보험 진료비 자료를 토대로 한방진료비를 급여·세부진료항목별 환자 수와 1인당 진료비로 분해하여 동 기간 한방진료비 증가를 구성하는 요소를 파악한다.²⁾ 이로부터 자동차보험 한방진료비의 증가가 한방이용 환자 수뿐만 아니라 1인당 한방비급여 진료비 증가에 기인함을 확인한다. 1인당 한방비급여 진료비 증가는 한방비급여 항목의 단가 또는 진료이용량의 증가를 의미한 것으로, 바꿔 말하면 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준 미비를 뜻한다. 둘째, 침약·약침술·추나요법·한방물리요법 등 개별 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준의 문제점과 개선방안을 제시한다. 셋째, 한방진료의 적정성에 대한 검토와 더불어 한방진료의 투명성 및 사후감독 등 교통사고 환자의 한방진료 이용환경에 대해 검토한다.

2. 연구 내용 및 방법

이 보고서의 구성은 다음과 같다. 제2장에서는 자동차보험 한방진료비 분석에 앞서 자동차보험 한방의료의 진료수가 및 인정기준에 대해 구체적으로 살펴본다. 제3장에서는 2014~2016년 동안의 자동차보험 진료비 자료를 토대로, 동 기간 자동차보험에서 한방병원 및 한의원에 지급한 진료비를 분석한다. 2013년 진료비 심사를 건강보험심사평가원에 위탁한 이후 자동차보험 진료비의 추이를 개략적으로 살펴보고, 의료기관 종별 진료비 분석을 통해 한방진료비의 증가 추이, 비중, 특성을 살펴본다. 또한 자동차보험 한방진료비를 급여·비급여 진료항목별로 검토함으로써 진료수가 및 인정기준이 한방진료비에 미친 영향을 살펴보고 제4장에서는 자동차보험 한방진료의 문제점을 살펴보고 제5장에서는 개선방안을 논의한다.

2) 자동차보험 한방진료비를 다음 항등식의 구성요소로 분해하여 2014~2016년 기간 동안 각 구성요소들의 변화를, 어느 항목이 한방진료비의 급격한 증가를 유도하였는지를 기술통계를 통해 살펴봄: 한방진료비 = 환자 수 × 1인당진료비 = (급여 환자 수 × 1인당 급여진료비) + (비급여 환자 수 × 1인당 비급여진료비) = (급여 환자 수 × 급여 청구단가 × 1인당 급여이용량) + (비급여 환자 수 × 비급여 청구단가 × 1인당 비급여이용량)

이를 위해 이 보고서에서는 건강보험심사평가원에서 제공한 2014~2016년 기간 동안의 자동차보험 진료비 자료를 주로 활용하였다. 2013년 7월을 전후하여 통계집계 기관 및 방식이 상이하고, 무엇보다도 2013년 7월 이후 자동차보험의 한방진료 인정 범위가 명시적으로 확대되었기 때문에 분석기간을 2014년 이후로 한정하였다. 2013년 7월부터 자동차보험 진료비 심사는 개별 보험회사에서 건강보험심사평가원으로 위탁되었다. 또한 2013년 6월 이전까지는 한방비급여 항목 중 첩약 및 탕전료만 자동차보험 진료수가기준에 명시적으로 등재되어 있었으나, 이후 첩약, 탕전료, 생약제제, 추나요법, 약침 등 한방비급여 항목이 진료수가기준에 추가되었다. 이처럼 심사 위탁과 함께 한방비급여에 대한 인정범위가 명시적으로 확대되고 심사기준이 보다 명확해짐에 따라 한방진료비가 심사위탁 이전에 비해 증가하는 것은 필연적이기에 2014년 이전 통계에 대한 검토나 심사위탁 전후 비교연구의 실익이 없다.

Ⅱ. 자동차보험 한방의료 진료수가기준

1. 자동차보험 진료수가기준 개요

가. 진료수가기준 발전과정

자동차보험 진료수가란 자동차의 운행으로 사고를 당한 자가 「의료법」에 따른 의료기관에서 진료를 받음으로써 발생하는 비용을 의미한다. 자동차보험 진료수는 수가인정범위와 수가산정방법(가격 및 상대가치점수)으로 구성된다.

자동차보험이 도입된 1964년 당시의 진료수는 일정한 기준이 없는 상태에서 일반수를 적용하여 지역별, 병원별 차이가 났다. 1982년 6월 한국자동차보험(주)에서 표준의료수를 만들어 의원급은 동 수가를 적용하였으며 종합병원급은 당해 의료기관이 정한 일반수가로 청구하였고, 1983년 자동차보험이 다원화된 이후에도 각 보험회사에서 이를 그대로 사용하였다.

1980년대 후반 자동차의 대중화 및 자동차사고의 급증으로 보험업계와 의료업계 간의 분쟁이 많아졌고 1989년 의료기관이 임의로 정한 일반수를 적용하면서부터 분쟁이 격화되어 자동차보험 진료수가의 법정고시에 대한 사회적 필요성이 대두되었다. 1992년 12월 교통부장관의 의료보수 고시를 골자로 하는 「자동차손해배상보장법」 개정이 있었다.³⁾ 1964년 자동차보험이 도입된 이후 1995년 6월에 이르러서야 건설교통부에서 자동차보험의료보수를 고시, 같은 해 8월부터 법정 단일수를 사용하게 되

3) 「자동차손해배상보장법」(법률 제4488호) 제12조의2 (의료보수) “① 교통부장관은 피해자가 「의료법」에 의한 의료기관(이하 “의료기관” 이라 한다)에서 진료를 받는 경우에 적용할 의료보수를 정하여 고시할 수 있다. ② 교통부장관은 제1항의 규정에 의한 의료보수를 정함에 있어서는 보험사업자를 대표하는 자와 의료기관을 대표하는 자의 의견을 들어야 한다.”

었다. 이후 법정 단일수가는 건설교통부의 고시에 의해 여러 차례 개정·보완되었다.

1995년 6월 고시된 ‘자동차보험의료보수’는 기본적으로 의료보험수가체계를 따르되, 의료보험수가에 의료기관 종별 가산율을 추가로 적용하도록 하였다. 의료기관 종별 가산율은 기존에 적용하고 있던 자동차보험 일반수가의 평균적인 수준과 건강보험 수가수준과의 차이를 보전하기 위한 조치였다.

1998년 개정 고시된 진료수가기준에서는 자동차보험 진료수가의 적용범위 및 인정범위, 진료수가의 청구 및 지급절차에 대한 규정을 명시하고 의료기관이 진료수가를 청구할 때 보험회사가 이를 임의로 삭감할 수 없도록 하였다. 1999년 개정된 「자동차손해배상보장법」에서는 자동차보험 진료수가분쟁심의회(이하 ‘심의회’)를 설립, 운영토록 하고 진료수가기준 개정고시를 통해 자동차보험 종별 가산율을 산재보험 수준으로 하향 조정하였다.

자동차보험 진료수가 적용기준 및 방법이 개별 보험회사마다 상이하여 의료기관과의 분쟁이 빈번해지자 2013년 6월 28일 자동차보험 진료수가의 심사·조정업무를 건강보험심사평가원(이하 ‘심사평가원’)에 위탁하였다.⁴⁾ 이에 따라 진료수가기준의 적용범위, 진료수가 인정범위 및 산정방법, 진료수가의 청구·지급절차 및 방법 등을 위탁 심사에 맞게 개정하였다.⁵⁾ 진료수가 인정범위에 속한 심의회 기준은 구체적인 적용기준 미비, 의학적 판단 근거 부족, 수가 역전현상 등 문제가 있고 분류번호 및 코드가 없어 「자동차보험 진료수가 심사업무처리에 관한 규정」에 따른 진료수가 명세서 작성 및 심사 등이 곤란하였다. 이에 기존의 심의회 기준을 통·폐합하고 분류번호 및 코드를 신설하였다.

4) 순천향대학교(2016)에 따르면, 심사위탁 이전에는 각 보험회사의 심사담당직원, 위탁심사직, 보상담당자 등이 자체적으로 진료비를 심사하였음. 그러나 심사인력의 전문성 부족으로 심사결과에 대한 의과학적 수용성이 높지 않았으며, 개별 청구 건에 대한 심사 및 사례 위주의 심사로 청구 전건에 대한 광범위하고 균질한 심사가 사실상 불가능한 실정이었음. 또한 진료비 심사를 담당하는 보험회사가 이해당사자이므로 보험회사의 심사에 대한 불만과 분쟁이 빈번하였음. 이에 전문성을 가진 제3의 기관에 진료비 심사를 위탁하여 심사의 공정성과 객관성을 확보하고자 하였음

5) 국토교통부고시 제2013-391호

나. 자동차보험 진료수가에 관한 기준

1995년부터 국토교통부장관은 교통사고 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 의료기관 및 교통사고 환자 간의 진료비에 관한 분쟁을 방지하기 위하여 자동차보험진료수가에 관한 기준을 정하여 고시한다. 2008년 대법원 판례에 따르면,⁶⁾ 자동차보험 진료수가에 관한 기준은 교통사고 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 보험사업자 등과 의료기관 간의 교통사고 환자의 진료비에 관한 분쟁을 방지하기 위한 기준의 의미를 가지는 것으로서 피해자가 사고로 인하여 입은 치료비 손해액 산정의 절대적 기준이 되는 것은 아니다. 교통사고 피해자는 교통사고로 인한 치료비로 그 불법행위와 상당인과관계가 있는 범위 내의 실제 손해액을 배상받을 수 있으므로 당해 치료행위에 대한 치료비는 부상의 정도, 치료내용, 횟수, 의료보험수가 등 의료사회 일반의 보편적인 진료비 수준 등 제반 사정을 고려하여 합리적으로 그 범위를 산정하여야 한다.

「자동차보험 진료수가에 관한 기준」(이하 '자보수가기준')은 자동차보험 진료수가의 인정범위·산정방법·청구절차 및 지급절차, 그 밖에 국토교통부령으로 정하는 사항을 포함한다. 자보수가기준에 따르면 의료기관은 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위하여 필요한 진료에 최선을 다하되, 그 진료는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 보편·타당한 방법·범위 및 기술 등에 따라 행하여야 한다. 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위해 자동차보험은 건강보험과 산재보험의 급여항목뿐만 아니라, '건강보험 요양급여 기준'(이하 '건강보험기준')에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대해서도 보장하고 있다(〈표 Ⅱ-1〉 참조). 건강보험기준과 달리 적용할 필요가 있거나 건강보험기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대해서는 자보수가기준에서 별도로 규정하고 있다.⁷⁾ 고용노동부장관이 고시한 「산업재해보상보험 요양급여 인정기준」의 별표 "산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용인정기준"에 규정된 사항도 자동차보험 진료수가 인정범위에 해당한다. 또한 건강보험에서 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결

6) 대법원 2008. 10. 23 선고(2008다41574,41581 판결)

7) 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 별표1, 별표2

정되지 않은 새로운 행위 및 치료재료(신의료기술 등)도 의학적으로 불가피한 경우 자동차보험에서 보장한다.⁸⁾

건강보험에서 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정되지 않은 새로운 행위 및 치료재료(신의료기술 등)를 교통사고 환자에게 시행 또는 사용하는 경우 건강보험 요양급여대상 여부의 결정신청서가 접수된 행위·치료재료로서, 건강보험기준 중 대체 가능한 행위·치료재료가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 의학적으로 불가피한 경우에 인정한다.

자동차보험에서는 건강보험 급여항목에 대해 건강보험과 동일한 금액으로 비용을 산정하며 그 외 진료항목에 대해서는 자보수가기준을 따른다.⁹⁾ 건강보험기준의 경우 건강보험부담 급여항목은 수가 및 인정기준을 모두 정하고 있으나, 환자전액부담 비급여항목은 진료항목(즉, 코드만 있고, 진료수가 및 인정기준 없음)만 정하고 있어, 자보수가기준에서 다빈도 비급여항목에 대해 진료수가 및 인정기준을 별도로 규정하고 있다. 비용이 정해지지 않은 의료행위에 대해서는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 “제2부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침” 중 가장 유사한 분류항목의 점수 및 금액으로 비용이 산정된다. 의료행위는 상대가치점수로, 치료재료 및 약제는 상한금액으로 보상한다. 건강보험기준의 비급여 대상으로 상대가치점수가 정해지지 아니한 행위는 해당 진료에 소요된 실제비용, 비급여로 정해진 치료재료 및 상한금액이 정해지지 않은 약제는 의료기관의 실구입가로서 비용을 산정한다.

8) 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 별표3(자동차보험 진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항)

9) 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 제8조

〈표 II-1〉 자동차보험 진료수가의 인정범위 및 산정방법

구분	진료수가 인정범위 (자보수가기준 제5조)	진료수가 산정방법 (자보수가기준 제8조)	종별 가산
건강 보험과 동일한 사항	국민건강보험법 제41조 제2항 및 제3항에 따라 보건복지부장관이 정한 내역 및 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 행위: 상대가치점수 • 치료재료약제: 상한금액 	의료기관 종별 가산을 적용
	국민건강보험법 시행규칙 별표7에 따른 장애인보장구에 대한 보험급여기준	<ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험법시행규칙 별표7에 의한 금액 	
	응급의료에 관한 법률 제23조 제1항에 대한 다른 응급의료수가기준	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료관리료 상대가치점수 	
건강 보험과 달리 하는 사항	건강보험기준과 달리 적용할 필요에 의하여 별표1에 규정된 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 자보수가기준 별표2에서 정하고 있는 상대가치점수 및 금액 	금액으로 정한 항목은 의료기관 종별 가산을 적용하지 않음
	건강보험기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목(별표2)	<ul style="list-style-type: none"> • 비용이 정해지지 않은 행위는 가장 유사한 행위의 점수 및 금액 	
	별표2에서 정하지 아니한 항목의 진료수가에 대하여 고용노동부장관이 고시한 산업재해보상보험 요양급여인정기준의 별표 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용인정기준에 규정된 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험기준의 비급여항목으로 상대가치점수가 정해지지 아니한 행위는 해당 진료에 소요된 실제비용 • 비급여로 정해진 치료재료 및 상한금액이 정해지지 않은 약제는 의료기관의 실구입가 	

2. 한방의료 진료수가기준

한방의료는 우리의 옛 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 질병의 예방이나 치료를 의미한다.¹⁰⁾ 한방의료는 기본진찰, 검사에 의한 병명진단, 변증진단, 치료원칙설정을 위한 방제,¹¹⁾ 처방, 투약(조제, 복약지도 포함) 및 시술·처

10) 헌법재판소 1996. 12. 26 선고(93헌바65 결정), 2003. 2. 27 선고(2002헌바23 결정)

치의 과정으로 이루어진다.¹²⁾ 한방치료는 크게 약물요법과 시술 및 처치의 비약물요법으로 구분할 수 있다. 약물요법은 한의사가 환자 개개인의 증상을 변증한 후 그 변증에 맞는 한약치료법을 설정한 후 여러 개의 한약 중 처방의 약물을 선택하고 이에 따른 나머지 가감행위를 행하여 환자를 치료하는 행위이다. 비약물요법은 침술, 구술, 부항술 등의 침구요법과 추나요법, 이학요법 등의 한방요법 및 처치로 분류할 수 있다.

한방의료는 1999년부터 자동차보험 진료수가 적용을 받기 시작하였다. 자동차보험은 건강보험에서 인정하는 한방급여 항목뿐만 아니라 건강보험에서는 비급여항목인 ① 첩약과 탕전료, 한방 관련 의약품인 복합엑스제와 파스, ② 약침술, ③ 추나요법, ④ 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법 제외)을 진료수가로 인정하고 있다.

가. 건강보험의 한방급여

건강보험은 1984년 청주, 청원군 일대 거주자 및 26개 한의원을 대상으로 침, 구, 부항 및 98종 단미한약제제로 구성되는 69개 기준처방을 급여범위로 하여 한방의료보험 시범사업을 실시하였다. 1987년 급여범위를 침, 구, 부항, 진찰, 입원, 조제로 국한한 한방의료보험을 전국적으로 확대 실시하였다. 1987년 68종 단미한약제제로 구성되는 26개 기준처방의 약제급여를 실시하고 같은 해 9월 1일 36개 처방, 1990년 2월 1일 56개 처방으로 약제급여를 확대, 2009년 경근온열요법 등 한방물리요법 3개 항목을 급여화하였다.

2017년 현재 건강보험 한방급여에는 기본진료료, 한방검사료(양도락, 맥전도, 경락기능, 현훈, 인성, 치매검사), 시술료(침술, 구술, 부항술, 변증기술료, 온냉경락요법), 처치료 및 한방요법료(관장, 체위변경처치, 일반처치, 산소흡입, 비위관삽관술,

11) 방제한 치료원칙을 위한 규율을 세우는 것으로, 일반적으로 약제를 이용하여 환자개개인 별 고유의 증상과 체질에 맞도록 치료대책을 세우는 것에 적용됨

12) 염용권 외(1998)를 참조함

비강내영양), 한방 정신요법료(개인정신치료, 정신과적 개인력 조사, 가족치료), 투약 및 처방, 조제료(56개 기준처방, 68종 단일엑스산제, 56종 혼합엑스산제) 등이 속한다 (〈표 II-2〉 참조).¹³⁾

건강보험 한방비급여로는 맥파검사, 골도법검사, 사상체질검사, 혈액어혈검사, 경근무늬측정검사, 약침술, 한방물리요법, 한방 향기요법, 자율훈련법, 색채요법, 수면 주기교정을 위한 Light Box 대여비용, 출생 후 플라로이드 촬영이 있다.¹⁴⁾ 또한 한약 첩약 및 기상한의사의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제 등은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 제7호 “건강보험제도의 요건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우”에 따라 건강보험 비급여 항목이다.¹⁵⁾

한방은 양방에 비해 비급여에 대한 진료항목이 세분화되어 있지 않고 비급여 항목이 많다. 2016년 8월 기준 의과와 한방의료 행위 중 급여 또는 비급여로 등재된 목록의 수는 6,546개이며, 이 중 한방의료 행위가 차지하는 비중은 4%(256개)에 불과하다. 의료행위 중 급여는 의과 5,676개, 한방의료 240개이며, 비급여는 의과 614개, 한의는 16개 항목이다. 특히 급여행위 중 검사료는 의과 1,673개인데 반해 한의는 8개에 불과하며, 처치 및 수술료 등도 의과는 2,350개인데 반해 한의는 38개뿐이다.

13) 한약제제의 요양급여대상 기준 및 상한금액은 보건복지부장관이 고시함(한약제제 급여목록 및 상한금액표 별표1)

14) 건강보험심사평가원(2017), 「행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수, 2017년 2월판」

15) 비급여 한방 진료항목의 건강보험 급여 전환과 관련해서는 여러 가지 쟁점이 있음. 예를 들어, 첩약 및 복합엑스산제 등의 경우 건강증진이 아닌 질병치료 목적으로 쓰임을 구분할 수 있는 기준 마련과 첩약 조제 표준화 등이 선결과제로 지적되고 있음. 상세는 김동환 외(2015)를 참조 바람

〈표 II-2〉 건강보험 한방급여 진료항목(2017년 2월 기준)

항목	내용
기본진료료	진찰료, 입원료, 회송료, 낮병동 입원료, 협의진찰료, 성인 또는 소아 집중치료실 입원료, 가정간호 기본방문료 등 8개 항목
검사료	양도락검사, 맥전도검사, 경락기능검사, 현훈검사, 인성검사, 치매검사 등 6개 항목
약제	단미엑스산제 68종, 혼합엑스산제 56개 처방
투약 및 조제료	외래: 퇴원환자조제료(1회당), 입원환자 조제 및 복약지도료(1일당)
시술료	경혈침술, 안와내침술, 비강내침술, 복강내침술, 관절내침술, 척추간침술, 투자법침술, 전자침술, 레이저침술, 분구침술, 침전기자극술, 구술, 부항술, 변증기술료, 온냉경락요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법) 등 15개 항목
치료료	관장, 체위변경치료, 회음부간호, 침상목욕간호, 통목욕간호, 총관도수법, 첩대총관도수법, 일반치료, 산소흡입, 비위관삽관술, 비강내영양 등 11개 항목
한방정신 요법료	개인정신치료, 정신과적 개인력조사, 가족치료 등 3개 항목
식대	입원환자 식대(양방과 동일)

자료: 건강보험심사평가원(2017), 「행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수 2017년 2월판」; 한약제제 급여목록 및 상한금액표 별표1

〈표 II-3〉 건강보험 급여·비급여 행위 항목 수

(단위: 개)

구분	급여			비급여		
	의과	한의	계	의과	한의	계
기본진료료	370	169	539	11	1	12
검사료	1,673	8	1,681	488	9	497
영상진단 및 방사선치료료	916	-	916	13	-	13
투약 및 조제료	61	19	80	-	-	-
주사료	79	-	79	6	-	6
마취료	96	-	96	2	-	2
이학요법료	71	-	71	16	-	16
정신요법료	21	6	27	6	3	9
처치 및 수술료 등	2,350	38	2,388	70	3	73
전혈 및 혈액성분제제료	39	-	39	-	-	-
기타	-	-	-	2	-	2
계	5,676	240	5,916	614	16	630

주: 1) 건강보험 급여비급여 행위 목록 수가파일 2016년 8월 1일자 EDI 5단 코드 기준임

2) 의과의 등재행위 항목 수는 치과(459개 = 급여 431개 + 비급여 28개), 요양병원(1,296개), 완화의료(428개)를 포함하지 않음

자료: 건강보험심사평가원

나. 한방비급여 항목

1) 첩약

첩약은 일반적 의약품과 달리 한약사나 제약회사가 아닌 한의사가 한방의료기관에서 자체적으로 조제 가능하다. 「약사법」 부칙 제8조에 따라 한의사는 자신이 치료용으로 사용하는 한약 및 한약제제를 직접 조제할 수 있다.¹⁶⁾ 조제란 특정인의 특정

16) 「약사법」 제23조 (의약품 조제) “① 약사 및 한약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없으며, 약사 및 한약사는 각각 면허 범위에서 의약품을 조제하여야 한다. 「약사법」 부칙 제8조(한의사·수의사의 조제에 관한 경과조치) 한의사가 자신이 치료용으로 사용하는 한약 및 한약제제를 자신이 직접 조제하거나 수의사가 자신이 치료용으로 사용하는 동물용 의약품을 자신이 직접 조제하는 경우에는 제23조 제1항 및 제2항의 개정규정에도 불구하고 이를 조제할 수 있다.”

된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 약제를 만드는 것을 의미한다(「약사법」 제2조 제11호). 반면 제조는 일반대중의 일반적인 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것이다. 처방은 건강증진이 아닌 질병치료 목적으로 쓰임을 구분할 수 있는 기준이 없고 조제의 표준화가 어려워 건강보험에서 급여로 전환되지 못하였다(채정미 외 2015).

자동차보험에서는 처방과 처방을 조제할 때 발생하는 탕전료를 보장하고 있다. 처방 및 탕전료 수가는 2003년 2월부터 처방 1처방 4,870원, 탕전료 1처방 670원으로 적용하다가 2013년 1월 한 차례 인상되었다. 현재 처방 1처방 6,690원, 탕전료 1처방 670원이 적용되고 있다(〈표 II-4〉 참조). 자동차보험에서는 처방을 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 필요 적절하게 투여하고 1회 처방 시 10일, 1일 2처방 이내에 한하여 산정하도록 정하고 있다.¹⁷⁾

17) 한방 처방은 예로부터 아침과 점심에 각 1처방씩 탕전해서 복용 후 저녁에는 아침·점심에 탕전한 2처방을 재탕전해서 복용해왔으며 현재도 통상적으로 1일 2처방을 탕전하여 1일 3회 투여하고 있는 점을 고려하여 1일 2처방 이내로 산정하도록 정하고 있음

〈표 II-4〉 자동차보험에서 달리 인정하고 있는 한방진료

	구분	코드	분류	상대가치점수 또는 금액	
건강보험에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 않은 사항에 대한 사항	한방 투약 및 조제료	13010	한방 첩약(1첩당)	6,690원	
		13020	한방 탕전료(1첩당)	670원	
		92011	한방 관련 의약품-복합엑기스	실구입가	
		92012	한방관련 의약품-한방파스	실구입가	
	한방 시술 및 치치료	93011	약침술(1부위)	97.47점	의료기관 종별에 따라 가산하여 산정
		93012	약침술(2부위)	146.21점	
		93021	추나요법(1부위)	149.16점	
		93022	추나요법(2부위)	223.74점	
건강보험의 비급여대상	한방 시술 및 치치료	93023~ 93034	한방물리요법(경피경 근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법 제외)	진료에 소요된 실제비용* (2017년 9월 11일부터 상대가치점수 부여, 적용)	
건강보험과 달리 적용하는 사항	한방 시술 및 치치료	[시술료] 온냉경락요법(하-70)은 수상일로부터 17일까지 외래는 1일 1회 2부위까지, 입원은 1일 2회 2부위까지 산정하며, 수상일로부터 18일 이후부터는 부위 불문하고 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정			

주: 2015년 한방물리요법의 행위분류 세분화(하-2-1 분류코드 49020 → 93023~93034)
자료: 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」(국토교통부 고시 제2015-356호)

2) 추나요법

추나요법은 관절, 근육, 인대 및 신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정하여 질병을 치료하고 예방하는 한의학 치료기술이다. 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, 치료한다. 추나요법의 행위 분류 시 시술부위 및 방법에 따라 관절교정추나기법, 관절가동추나기법, 관절신연추나기법, 경근추나기법, 내장기추나기법, 두개천골추나기법, 탈구추나기법의 7가지 종류와 시술자의 동작형태에 따른 전통적인 추나기법 24가지 종류로 분류할 수 있다(고연석 외 2012).

추나요법은 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」 별표 2 제7호에 해당하는 비급여대상으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법이며 2011년 비급여로 결정되었다. 보건복지부는 2017년 2월 13일부터 65개 시범기관을 통해 근골격계 질환의 추나요법에 대한 건강보험 시범사업을 수행하고 있다.¹⁸⁾ 근골격계 질환의 추나요법에 대해서 건강보험 수가체계를 마련하여 건강보험에 가입되어 있는 외래환자와 입원환자는 근골격계 질환의 치료를 위해 65개 시범기관에서 추나요법을 받을 경우 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내 건강보험 급여를 적용받을 수 있다.¹⁹⁾

자동차보험에서는 추나요법(허-2, 93021~93022)을 상대가치점수 149.16점으로 보상하고 있으며 신체를 두부, 경상지부, 흉요추부, 골반하지부 등 4부위로 구분하여 2개 부위 이상을 시술한 경우에 소정점수의 50%를 가산한다. 추나요법, 도인운동요법, 근건이완수기요법은 1일 2회 이상 실시하였다 하더라도 1회만 인정하고 추나요법, 도인운동요법, 근건이완수기요법은 1일 2종 이상 실시하였다 하더라도 1종만 인정한다.

3) 한방물리요법

한방물리요법은 주로 이학적인 자극인자를 이용하여 경락, 경혈, 경근, 경피 등 인체에 이학적, 기계적인 기전을 일으켜 질병의 치료 및 건강증진에 효과를 미치는 치료방법이다. 「한국한의표준행위분류」에서는 한방물리요법을 온냉요법, 혈위전자광음요법, 수치료, 운동치료, 작업치료, 언어치료, 추나요법, 기기도인술 등으로 분류한다. 2009년 12월부터 경피경근온열요법, 경피적외선조사, 경피경근한냉요법 등 3종의 한방물리치료를 급여화하고 나머지에 대해서는 분류항목 “허-2 한방물리요법”을 신설하여 비급여로 지정하였다.

자동차보험에서는 2015년 9월 31일 이전까지는 한방물리요법에 단일 코드(허-2, 49020)를 적용하고 실제소요비용을 청구하였다. 모든 한방물리요법이 동일 코드로

18) 보건복지부 2016년 2월 9일 보도자료, “한방 추나요법 건강보험 시범사업 65개 기관 지정”

19) 근골격계 질환의 추나요법은 행위의 전문성, 안전성 등에 따라 단순추나, 전문추나, 특수(탈구)추나로 나뉘고, 행위분류(단순 또는 전문 또는 특수), 부위(1부위 또는 2부위 이상), 종별(가산율(한의원 또는 한방병원) 등에 따라 수가가 정해짐)

청구되면서 청구 및 심사의 정확성이 떨어져 혼란이 가중되자 국토교통부는 2015년 10월 1일부터 자동차보험의 한방물리요법의 행위를 초음파·초단파·극초단파요법, 경피전기자극요법(TENS), 경근간섭저주파요법(ICT), 경추견인, 골반견인, 도인운동요법, 근건이완수기요법 등 7개 행위와 한방물리요법 기타로 세분하고 인정기준도 마련하였다(〈표 II-5〉참조).²⁰⁾ 또한 국토교통부는 진료수가가 정해지지 않아 실제소요비용으로 청구되던 한방물리요법 7개 항목에 상대가치점수를 부여하여 이를 2017년 9월 11일 진료분부터 적용하였다(〈표 II-6〉참조).²¹⁾

한방물리요법은 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 의료기관의 침구실 등에서 한의사가 직접 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 인정하고 있다. 의료기관(보건의료원 포함)의 침구실 등에서 한방물리요법을 실시한 경우에 상근하는 한의사 1인당 한방물리요법 실시인원, 즉 한방물리요법 실시 총청구건수는 월평균 1일 20명까지 인정한다. 다만, 시간제, 격일제 근무자는 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상인 경우 0.5인으로 보아 월평균 1일 10명까지 인정한다.²²⁾ 경피전기자극요법(TENS), 경근간섭저주파요법(ICT)은 수상일로부터 17일까지 외래는 1일 1회 2부위까지, 입원은 1일 2회 2부위까지 인정하며, 수상일로부터 18일 이후부터는 부위 불문하고 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 인정한다. 경추견인, 골반견인은 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 인정한다.

20) 국토교통부 행정해석, 자동차보험진료수가 한방물리요법에 대한 행위분류 및 인정기준 알림(자동차운영과-3554호)

21) 국토교통부 행정해석, 자동차보험진료수가 한방물리요법의 진료수가 및 인정기준 알림(자동차운영보험-4737호)

22) 월평균 한방물리요법 실시인원 = 1개월간 총한방물리요법 청구건수 ÷ 1개월간 한의사 근무일수

〈표 II-5〉 자동차보험 한방물리요법의 진료수가 및 인정기준 변화

적용일자	내용
~ 2015. 9. 31	한방물리요법에 단일 코드(허-2, 49020) 적용
2015. 10. 1	<ul style="list-style-type: none"> 모든 한방물리요법이 동일 코드(허-2, 49020)로 청구되면서 청구 및 심사의 정확성이 떨어져 혼란 → 자동차보험진료수가 한방물리요법에 대한 행위분류 및 인정기준 알림(자동차운영과-3554호) 2015년 10월 1일부터 자동차보험의 한방물리요법 행위분류 세분화(허-2, 49020 → 허-2-1, 93023~93034) 세부인정기준 마련
2017. 9. 11	<ul style="list-style-type: none"> 한방물리요법(허-2, 49020)의 진료수가가 정해지지 않아 실제소요비용으로 청구 → 자동차보험진료수가 한방물리요법의 진료수가 및 인정기준 알림(자동차운영보험-4737호) 실제소요비용으로 산정하던 7개 항목에 상대가치점수 부여 등

〈표 II-6〉 자동차보험 한방물리요법의 진료수가

코드	명칭	상대가치점수
93023	초음파 · 초단파 · 극초단파요법[1일당]	20.37
93026	경피전기자극요법(TENS)	45.93
93027	경근간섭저주파요법(ICT)	45.93
93028	경추견인	82.76
93029	골반견인	80.48
93030	도인운동요법 [1일당]-1부위	138.84
93031	도인운동요법[1일당]-2부위 이상	208.26
93032	근건이완수기요법 [1일당]-1부위	50.38
93033	근건이완수기요법 [1일당]-2부위 이상	75.57

4) 약침

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(조현주 2014).

현행 약침 행위는 목록 제14장 한방 시술 및 치료의 제1절 시술료 항목에서 약침

술(허-1, 49010)로 분류되어 있다. 2011년 개정된 「한국한의표준행위분류」에서는 약침을 일반경혈약침술, 관절내약침술, 강내약침술, 경피약침술, 약침흡인술, 혈맥약침술, 종양약침술, 매선약침술, 약침술로 9분류를 하였다. 「한국한의표준행위분류」에서는 9개 항목으로 세부 분류를 해놓았지만, 건강보험에서는 비급여 항목이라 세부 분류의 필요성을 느끼지 못한 이유인지, 단일 코드를 적용하고 있다.

자동차보험에서는 약침술을 침이 아닌 별도 행위로 분류하고 침, 뜸, 부항, 각종 물리요법과 함께 시술항목에 약침을 분류(허-1, 93011~93013)하고 있다. 「한국한의표준행위분류」에서는 약침을 9개로 분류하고 있지만 자동차보험은 약침을 1부위 2부위 2종류로만 구분하고 있으며, 97.47점으로 인정하고 있다.²³⁾ 사용된 약제는 시술부위 불문하고 1회당 2,000원으로 인정하며, 신체를 두 · 경부, 흉 · 복부, 요 · 배부, 상지부, 하지부의 5부위로 구분하여 2개 부위 이상을 시술한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다. 한의사가 약침술을 실시하고 진료수가 청구 시에는 특정내역 기재란에 사용한 약침약제명을 기재해야 한다.

5) 복합엑스제와 한방파스

복합엑스제는 2종 이상의 한약재를 배합 및 추출 등의 과정을 거쳐 제조된 것으로, 한방병원, 한의원뿐만 아니라 약국, 한약국에서도 처방되고 있다. 자동차보험은 복합엑스제(키-100, 92011)와 한방파스(키-100, 92012)에 대해 실제소요비용을 보상하고 있다.

23) 지난 2005년 약침술이 상대가치점수 97.47점으로 건강보험에 등재 된 바가 있었음. 당시 본인부담 100%로 설정이 되어 있었으나 '타 침술과 동시에 시술하더라도 약침술 소정점수만 산정한다'는 단서가 붙어 침술과 동시 청구가 불가능하였기 때문에 한의사협회에서 이를 비급여로 전환함

Ⅲ. 자동차보험 한방진료비 분석

이 장에서는 심사평가원에서 제공한 2014~2016년 동안의 자동차보험 진료비 자료를 토대로, 동 기간 자동차보험에서 한방병원 및 한의원에 지급한 진료비를 분석한다. 제1절에서는 2013년 심사위탁 이후 자동차보험 진료비 추이를 개략적으로 살펴본다. 제2절에서는 의료기관 종별 진료비 분석을 통해 한방진료비의 증가 추이, 비중, 특성 등을 살펴본다. 제3절에서는 자동차보험 한방진료비를 급여·비급여 및 세부진료항목별로 살펴봄으로써 진료수가 및 인정기준이 한방진료비에 미친 영향을 살펴 보도록 한다.

1. 자동차보험 진료비 개요

2016년 기준 자동차보험 진료비는 1조 6,586억 원으로 2014~2016년 기간 동안 진료비가 연평균 7.9% 증가하였다(〈표 Ⅲ-1〉 참조). 동 기간 입원진료비는 연평균 3.6% 증가하여 2016년 1조 433억 원으로 전체 진료비의 62.9%를 차지하며, 외래진료비의 경우 연평균 16.8% 증가하여 2016년 6,153억 원이다. 외래진료비가 빠르게 증가함에 따라 전체 진료비 중 외래의 점유율이 2014년 31.7%에서 2016년 37.1%로 증가하였다.

2016년 기준 자동차보험 진료 환자는 204만 명으로 지난 3년 동안 교통사고 환자 수는 연평균 2.5% 증가하였다. 교통사고 환자는 입원보다 외래를 선택하는 경향을 보이고 있다. 지난 3년 동안 입원환자는 연평균 2.7% 감소하여 2014년 73만 명으로 전체 환자의 37.6%를 차지하였지만 2016년 69만 명으로 전체 환자의 33.9%를 차지한다. 반면 외래환자는 연평균 4.5% 증가하여 2016년 172만 명에 이른다.

동 기간 입원환자 감소 및 외래환자 증가는 정부의 통원치료 유도정책 및 심사체

계 변화와 관련이 있을 것으로 보인다. 순천향대학교(2016)에 따르면 심사위탁 이전 연 3~5%p 하락하였던 입원율이 심사위탁 이후 5~8%p로 더욱 크게 하락하였다. 입원 하락 추세를 통제된 후에도 심사위탁을 기점으로 입원율이 유의미하게 하락하였다. 이는 심사위탁 이후 전문적이고 체계화된 심사와 심사기준 정비로 인해 불필요한 입원이 줄어들었기 때문일 수 있다. 무엇보다도 심사위탁에 즈음하여 강화된 정부의 외래치료 유도정책과 부재환자 점검 및 집중단속, 그리고 상해등급 상향조정 등이 영향을 미쳤을 개연성이 크다.²⁴⁾ 국토교통부는 2012년 6월 자동차사고 경상환자 입원기준을 마련하여 보험회사와 의료계가 이를 자율적으로 적용하도록 하였으며, 동 기준 적용의 실효성을 높이기 위해 권역별로 보험협회, 지방자치단체와 함께 경상환자 입원기준 적용실태를 조사해왔다. 국토교통부가 권고한 자동차사고 경상환자 입원기준에 따르면 자동차사고로 인한 뇌·경추·요추의 타박상 및 뺨 등 경미한 상해환자에 대해서는 통원치료를 원칙으로 하고 있다. 또한 경미한 환자의 입원기간이 3일을 초과할 경우 보험회사가 필요 시 입원상태 점검서를 작성하여 의료기관에 입원 필요성에 대한 재판단을 요청할 수 있다. 확인서 작성을 위해 보험회사의 요청이 있을 경우 의료기관은 진료기록, 임상소견서 및 치료경위서 등의 열람을 지원해야 한다. 이러한 경상환자 입원기준은 심사평가원 심사 시 일부 적용되도록 하였다. 2014년 2월에는 「자동차손해배상보장법 시행령」 개정에 따른 상해등급 변경으로 8~9급에 포함된 상해가 12~14급으로 상향 조정되어 상해등급 10~14급에 해당하는 경상환자 수의 비중이 2013년 59.2%에서 2014년 88.1%로 증가하였다.²⁵⁾

한편 교통사고 환자 1인당 진료비는 2014년 73만 원에서 2016년 81만 원으로 연평균 5.4% 증가하였다. 동 기간 1인당 진료비는 환자 수보다 더 빠르게 증가하였는데,

24) 한편 이 보고서의 심사자는 2013년 하반기 이후 교통사고 환자의 입원을 감소가 심사위탁의 경찰효과라는 의견을 제시함. 다시 말해, 자동차보험 진료비 심사를 위탁받은 심사평가원이 의료기관과의 관계에서 사실상 지배적 위치에 있기 때문에, 심사위탁 전에 비해 의료기관이 불필요한 입원을 자제한다는 의견임

25) 「자동차손해배상보장법 시행령」 상해등급 개정(2014. 2. 5): 자동차사고로 인한 피해의 합리적 보상을 위하여 상해 1급인 고관절의 골절 또는 골절성 탈구를 상해 1급부터 상해 5급까지로 세분화하는 등 상해의 경중을 반영한 상해의 부위별 상해 등급 및 한도금액을 조정함

이는 자동차보험 전체 진료비 증가가 환자 수보다는 1인당 진료비 증가와 더 밀접한 관련이 있음을 시사한다. 1인당 진료비는 입원이 외래보다 더 높지만, 외래가 더 빠른 속도로 증가하고 있다. 교통사고 환자의 1인당 입원진료비는 매해 평균 6.5%씩 증가하여 2016년 151만 원에 이르며, 1인당 외래진료비는 연평균 11.7% 증가하여 2016년 36만 원이다.

종합해보면, 지난 3년 동안 외래진료비가 뚜렷한 증가세를 보였으며, 이는 외래환자 수와 1인당 외래진료비의 증가에 기인하지만, 주로 후자에 더 많은 영향을 받은 것으로 볼 수 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 자동차보험 진료비 현황

(단위: %)

구분		2014년	2015년	2016년	연평균 증가율
진료비 (억 원)	전체	14,234	15,558	16,586	7.9
	입원	9,723(68.3)	10,233(65.8)	10,433(62.9)	3.6
	외래	4,511(31.7)	5,324(34.2)	6,153(37.1)	16.8
환자 수 (천 명)	전체	1,941	1,995	2,038	2.5
	입원	729(37.6)	707(35.4)	690(33.9)	-2.7
	외래	1,573(81.0)	1,656(83.0)	1,718(84.3)	4.5
1인당 진료비 (천 원)	전체	733	780	814	5.4
	입원	1,334	1,447	1,512	6.5
	외래	287	322	358	11.7

주: 1) 환자 수는 사고접수번호, 보험회사코드, 주민등록번호로 산출함

2) 입원, 외래별 환자 수를 단순 합산 시 중복환자가 발생할 수 있음

3) 괄호 안은 구성비임

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

2. 의료기관 종별 진료비

가. 진료비

2014~2016년 기간 동안 자동차보험 진료비는 종합병원이 가장 높으며 동 기간 양방의료기관의 진료비는 큰 변화가 없는 가운데 한방의료기관의 진료비가 빠르게 증가하여 자동차보험 진료비에서 한방의료기관의 점유율이 증가하였다.²⁶⁾ 구체적으로, 진료비는 2016년 기준 종합병원(24.4%), 한의원(17.9%), 병원(15.8%), 의원(14.8%), 상급종합병원(12.9%), 한방병원(10.1%) 순으로 높게 나타난다(〈표 Ⅲ-2〉 참조).²⁷⁾ 지난 3년 동안 한방병원과 한의원의 진료비가 각각 연평균 45.5%, 24.6% 증가함에 따라 전체 자동차보험 진료비에서 한방의료기관이 차지하는 비율은 2014년 19.0%에서 2016년 27.9%로 증가하였다. 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 등 양방의료기관의 진료비는 2016년 기준 1조 1,275억 원으로 한방병원, 한의원 등 한방의료기관의 진료비(4,635억 원)보다 약 3배 높게 나타난다.

26) 이하의 분석에서 양방의료기관은 상급종합병원·종합병원·병원·의원을, 한방의료기관은 한방병원·한의원을 포함함

27) 2016년 기준 총 18,327개 요양기관에서 자동차보험 진료비를 청구하였고, 청구건수는 한의원 10,719기관(58.5%), 의원 4,976기관(27.2%), 병원 291기관(5.7%) 순으로 많음

〈표 Ⅲ-2〉 의료기관 종별 자동차보험 진료비

(단위: 억 원, %)

구분	2014년	2015년	2016년	연평균 증가율
상급종합	2,037(14.3)	2,118(13.6)	2,141(12.9)	2.5
종합병원	3,904(27.4)	4,130(26.5)	4,047(24.4)	1.8
병원	2,638(15.5)	2,661(17.1)	2,629(15.8)	-0.2
의원	2,438(17.1)	2,466(15.9)	2,458(14.8)	0.4
한방병원	787(5.5)	1,100(7.1)	1,667(10.1)	45.5
한의원	1,911(13.4)	2,479(15.9)	2,968(17.9)	24.6
기타	518(3.6)	603(3.9)	676(4.1)	14.2
양방 ¹⁾	11,017(77.4)	11,374(73.1)	11,275(68.0)	1.2
한방 ¹⁾	2,698(19.0)	3,580(23.0)	4,635(27.9)	31.1
합계	14,234	15,558	16,586	7.9

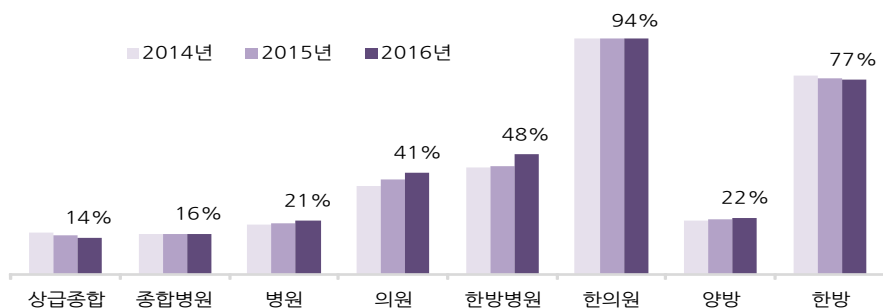
주: 1) 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원을, 한방은 한방병원·한의원을, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건료원을 포함함

2) 괄호 안은 구성비임

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

자동차보험의 한방진료는 외래 위주로, 외래진료비의 경우 2015년부터 한방이 양방을 추월하였다. 2016년 기준 한방진료비에서 외래진료비의 비중은 77%인 반면 양방진료비에서 외래의 비중은 22%에 불과하다(〈그림 Ⅲ-1〉 참조). 자동차보험의 외래진료비 비중은 2016년 기준 한의원(45.4%), 의원(16.2%), 한방병원(12.9%), 종합병원(10.5%), 병원(9.2%), 상급종합병원(5.0%) 순으로 높게 나타난다. 지난 3년 동안 한방병원과 한의원의 외래진료비는 각각 연평균 54.6%, 24.6% 증가하여, 자동차보험 외래진료비에서 한방의료기관이 차지하는 비율이 2014년 47.2%에서 2016년 58.3%로 한방이 양방을 추월하게 되었다(〈표 Ⅲ-3〉 참조).

〈그림 Ⅲ-1〉 의료기관 종별 외래진료비의 비중



주: 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원을, 한방은 한방병원·한의원을, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건의료원을 포함함

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

〈표 Ⅲ-3〉 의료기관 종별 자동차보험 외래진료비

(단위: 억 원, %)

구분	2014년	2015년	2016년	연평균 증가율
상급종합	339(7.5)	326(6.1)	306(5.0)	-5.1
종합병원	617(13.7)	670(12.6)	645(10.5)	2.2
병원	525(11.6)	545(10.2)	565(9.2)	3.8
의원	851(18.9)	933(17.5)	996(16.2)	8.2
한방병원	333(7.4)	473(8.9)	797(12.9)	54.6
한의원	1,796(39.8)	2,325(43.7)	2,790(45.4)	24.6
기타	49(1.1)	53(1.0)	55(0.9)	5.4
양방 ¹⁾	2,333(51.7)	2,474(46.5)	2,511(40.8)	3.8
한방 ¹⁾	2,129(47.2)	2,797(52.5)	3,587(58.3)	29.8
전체	4,511	5,324	6,153	16.8

주: 1) 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원을, 한방은 한방병원·한의원을, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건의료원을 포함함

2) 괄호 안은 구성비임

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

지난 3년 동안 자동차보험의 입원진료비는 종합병원이 가장 높으며, 양방의료기관의 입원진료비는 감소하거나 소폭 증가한 가운데, 한방의료기관의 입원진료비는 뚜렷한 증가세를 보인다. 입원진료비는 2016년 기준 종합병원(32.6%), 병원(19.8%), 상

급종합병원(17.6%), 의원(14.0%), 한방병원(8.3%) 순으로 높게 나타난다(〈표 Ⅲ-4〉 참조). 지난 3년 동안 한방병원과 한의원의 입원진료비는 각각 연평균 38.4%, 24.4% 증가함에 따라, 자동차보험 입원진료비에서 한방의료기관이 차지하는 비율이 2014년 5.9%에서 2016년 10.0%로 증가하였다.

〈표 Ⅲ-4〉 의료기관 종별 자동차보험 입원진료비

(단위: 억 원, %)

구분	2014년	2015년	2016년	연평균 증가율
상급종합	1,698(17.5)	1,792(17.5)	1,836(17.6)	4.0
종합병원	3,286(33.8)	3,459(33.8)	3,402(32.6)	1.7
병원	2,114(21.7)	2,116(20.7)	2,064(19.8)	-1.2
의원	1,587(16.3)	1,533(15.0)	1,462(14.0)	-4.0
한방병원	454(4.7)	628(6.1)	870(8.3)	38.4
한의원	115(1.2)	155(1.5)	178(1.7)	24.4
기타	469(4.8)	550(5.4)	621(6.0)	15
양방 ¹⁾	8,685(89.3)	8,901(87.0)	8,764(84.0)	0.5
한방 ¹⁾	569(5.9)	783(7.7)	1,048(10.0)	35.7
전체	9,723	10,233	10,433	3.6

주: 1) 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원을, 한방은 한방병원·한의원을, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건의료원을 포함함

2) 괄호 안은 구성비임

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

분석 기간 동안 자동차보험 한방진료비의 급격한 증가세와 높은 구성비는 상당히 이례적이다. 2016년 기준 건강보험의 환자와 건강보험공단이 양·한방의료기관에 지급한 급여·비급여 진료비에서 한방이 차지하는 비율은 약 7.1%로, 자동차보험(29.1%)의 1/4에 불과하다(〈표 Ⅲ-5〉 참조). 또한 건강보험의 한방진료비는 연평균 9.1% 증가한 반면, 자동차보험은 연평균 31.1% 증가하였다.

〈표 Ⅲ-5〉 한방진료비: 자동차보험 vs. 건강보험

(단위: %)

구분		한방진료비의 비율			양·한방 진료비 연평균증가율		
		2014년	2015년	2016년	한방	양방	전체
자동차 보험	입원	6.1	8.1	10.7	35.8	0.5	3
	외래	47.7	53.1	58.8	29.8	3.8	16.8
	소계	19.7	23.9	29.1	31.1	1.2	7.9
건강 보험	입원	1	1	1	7.1	6.9	6.9
	외래	11.8	12.1	13.2	9.3	2.9	3.7
	소계	6.6	6.7	7.1	9.1	4.8	5.1

주: 1) 한방진료비 비율 = '한방병원 + 한의원' 진료비 / '상급종합병원 + 종합병원 + 병원 + 의원 + 한방병원 + 한의원' 등 의료기관 6종 진료비

2) 상기 계산에 사용된 건강보험 진료비는 국민건강보험공단 급여부담금, 환자 본인부담금, 비급여 본인 부담금을 포함함

3) 국민건강보험공단에서 조사한 비급여 본인부담 진료비 추정치를 포함하여 산출하였으며, 2016년 비 급여 본인부담률 추정치 부재로 인해 2013~2015년 값을 사용함

자료: 건강보험심사평가원; 국민건강보험공단

나. 환자 수

2014~2016년 기간 동안 양방의료기관의 환자 수는 소폭 감소한 반면 한방의료기관의 환자 수가 연평균 23.9%씩 증가하여 자동차보험 전체 환자 수 대비 한방의료기관 이용 환자 수의 비율이 2014년 18.7%에서 2016년 26.5%로 증가하였다.²⁸⁾ 환자 수는 2016년 기준 의원(33.2%), 병원(20.7%), 한의원(18.8%), 종합병원(16.3%), 한방병원(7.7%), 상급종합병원(3.3%) 순으로 많다. 특히 외래환자 수는 2016년 기준 한의원(22.1%)이 의원(32.9%) 다음으로 많다.

28) 의료기관 종별 환자 수를 단순 합산 시 중복환자가 발생할 수 있으며, 의료기관 종류별 환자 수 구성비 계산 시 의료기관 간 중복환자를 고려하지 않았으며, 2016년 전체 환자 수는 204만 명으로 의료기관 간 중복환자를 고려하지 않으면 278만 명임

〈표 Ⅲ-6〉 의료기관 종별 교통사고 환자 수

(단위: 천 명, %)

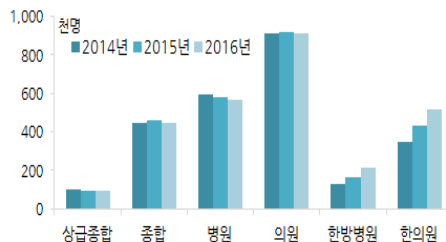
구분	전체				외래			
	2014	2015	2016	CAGR	2014	2015	2016	CAGR
상급종합	101 (4.0)	97 (3.7)	91 (3.3)	-5.1	92 (4.6)	88 (4.1)	80 (3.5)	-6.7
종합병원	445 (17.6)	463 (17.5)	448 (16.3)	0.3	341 (17.0)	362 (16.8)	347 (15.3)	0.9
병원	598 (23.6)	581 (21.9)	568 (20.7)	-2.5	447 (22.2)	442 (20.5)	441 (19.5)	-0.7
의원	915 (36.1)	920 (34.7)	914 (33.2)	-0.1	707 (35.2)	735 (34.2)	745 (32.9)	2.7
한방병원	128 (5.1)	161 (6.1)	213 (7.7)	29.0	88 (4.4)	110 (5.1)	152 (6.7)	31.4
한의원	347 (13.7)	429 (16.2)	516 (18.8)	21.9	335 (16.7)	415 (19.3)	501 (22.1)	22.3
양방 ¹⁾	2,059 (81.3)	2,061 (77.7)	2,021 (73.5)	-0.9	1,587 (79.0)	1,627 (75.6)	1,613 (71.2)	0.8
한방 ¹⁾	475 (18.7)	590 (22.3)	729 (26.5)	23.9	423 (21.0)	525 (24.4)	653 (28.8)	24.2
전체	2,534	2,651	2,750	4.2	2,010	2,152	2,266	6.2

주: 1) 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원을, 한방은 한방병원·한의원을, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건의료원을 포함함

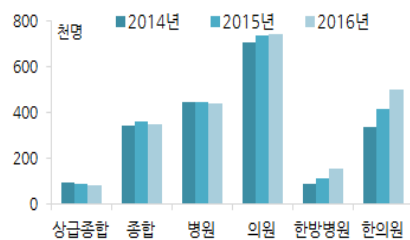
2) 의료기관별 환자 수를 단순 합산하여 중복환자가 발생할 수 있음

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

〈그림 Ⅲ-2〉 의료기관 종별 환자 수



〈그림 Ⅲ-3〉 의료기관 종별 외래환자 수



자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

최근 한방의료기관을 이용하는 교통사고 환자 수의 증가는 한방비급여 인정범위 확대 및 명확화, 정부의 외래치료 유도정책, 한의약산업 내 경쟁 심화 및 마케팅 증가, 그리고 한방의료기관의 높은 접근성 및 환자의 선호 등과 관련이 있을 것으로 보인다. 구체적으로, 먼저 한방진료에 대한 자동차보험의 진료비 심사기준이 2013년 이전 보다 명확하고 투명해졌을 뿐만 아니라 그 적용에 있어 일관성이 확보되자 한방의료기관의 자동차보험 진료비가 증가했을 개연성이 있다. 2013년 6월 이전 자보수가기준에서는 첩약과 탕전료에 대해서만 가격을 명시할 뿐 이외 한방비급여 항목의 경우 가격 및 인정기준은 커녕 등재조차 되지 않았다.²⁹⁾ 개별 보험회사가 자체적으로 진료비를 심사하던 2013년 상반기까지는 청구건별·보험회사별 통일된 세부심사기준이 존재하지 않았고 개별 청구건에 적용된 심사기준마저도 외부에 공개되지 않았다. 더욱이 순천향대학교(2016)에 따르면 환자에 대한 진료의 적합성을 판단할 수 없었던 보험회사는 진료기관이 청구한 금액을 삭감하는 데에 역량을 집중하였다.³⁰⁾ 이에 한방의료기관은 한방비급여 진료에 대한 개별 보험회사의 심사기준도 모른 채, 즉 진료비 지급 여부가 불확실한 상황에서 교통사고 환자에 대한 진료 및 청구를 적극적으로 할 수 없었다. 2013년 6월 첩약, 탕전료, 생약제제, 추나요법, 약침 등 한방비급여 항목이 자보수가기준에 등재되고 미흡하나마 인정기준이 일부 정해졌으며³¹⁾ 이후로도 고시 등을 통해 한방비급여에 대한 진료수가기준이 보완되었다. 또한 심사평가원은 법적 구속력은 없지만 일부 한방비급여에 대해 지속적으로 통일된 심사기준을 마련·공개하고 일관성 있게 적용하고 있다. 이처럼 2013년 6월 이후 자동차보험에서 한방진료비 지급 여부에 대한 불확실성이 다소나마 제거되자 한방의료기관의 자동차보험 진료 및 청구가 증가한 것으로 보인다. 둘째, 2012년 6월 경미한 자동차사고 상해환자 입원기준 마련 및 적용, 정부 및 지자체의 거짓입원 환자 합동 단속, 그리고 상해등급 상향조정 등 정책은 교통사고 환자의 외래치료를 유도하였으며, 주택가 또

29) 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」(국토교통부고시 제2013-284호) 별표2

30) 순천향대학교(2016)에 따르면, 의료기관이 청구한 진료비 대비 실제 지급액 비율, 즉 삭감률은 심사위탁 이후 크게 하락함

31) 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」(국토교통부고시 제2013-391호) 별표2

는 사무실 밀집지 등에 자리한 한방의료기관의 높은 접근성은 외래·보존적 치료를 요하는 경산환자에게 적합하였을 것으로 보인다. 마지막으로, 한의약산업 내 경쟁 심화 및 마케팅 증가가 한방진료 이용 환자의 증가에 일부 기여하였을 것으로 추정된다. 2009~2016년 기간 동안 한방병원은 8.6% 증가하여 282개소, 한의원은 2.4% 증가한 1만 3,868개소인 반면, 동 기간 한의사 1인당 인구 수는 연평균 3.3% 감소하여 경쟁이 심화되었다(〈표 Ⅲ-7〉 참조). 의료공급자의 유인수요(Provider-induced demand)이론에서는 진료수가 인상이 통제되거나 의료공급자의 수가 증가할 때 의사들이 과잉진료 또는 유도진료를 유발할 수 있으며, 이러한 현상은 행위별수가제(Fee-for-service)하에서 더욱 심한 것으로 보고 있다(Shain and Roemer 1959; Evan 1974; Schonfeld et al 1972; Fuchs & Kramer 1972). 또한 지난 몇 년 동안 한의계는 교통사고 환자 유치를 위한 라디오 및 지면 광고를 적극적으로 추진하였다. 이는 교통사고 환자가 한방진료의 자동차보험 인정 여부를 인지하는 창구로 작용하였을 것으로 보인다. 이는 어디까지나 추론으로, 한방의료기관을 이용하는 교통사고 환자 수가 증가한 원인에 대해서는 향후 보다 정교한 분석이 필요할 것이다.

〈표 Ⅲ-7〉 한방의료 자원 현황

(단위: 개소, 명, %)

구분	한방의료기관			면허 한의사	한의사당 인구 수
	한방병원	한의원	계		
2009년	158	11,782	11,940	18,401	2,680
2010년	168	12,061	12,229	19,132	2,590
2011년	184	12,401	12,585	19,912	2,508
2012년	201	12,705	12,906	20,668	2,429
2013년	212	13,100	13,312	21,355	2,361
2014년	231	13,423	13,654	22,074	2,299
2015년	260	13,613	13,873	23,245	2,195
2016년	282	13,868	14,150	-	-
연평균 증가율	8.6%	2.4%	2.5%	4%	-3.3%

주: 각 연도 4/4분기 기준

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도

다. 1인당 진료비

2014~2016년 기간 동안 1인당 진료비는 한방병원이 가장 빠르게 증가하고, 상급종합병원이 가장 높은 반면 1인당 외래진료비의 경우 한방의료기관이 양방의료기관에 비해 현저히 높게 나타난다. 동 기간 1인당 진료비의 연평균 증가율은 한방병원(12.7%), 상급종합병원(8.1%), 병원(2.4%), 한의원(2.2%), 의원(0.4%) 순으로 높게 나타난다(〈표 Ⅲ-8〉 참조). 1인당 진료비는 2016년 기준 상급종합병원(240만 원), 종합병원(90만 원), 한방병원(78만 원), 한의원(57만 원), 병원(46만 원), 의원(27만 원) 순으로 높게 나타난다. 또한 1인당 외래진료비는 2016년 기준 한의원(56만 원), 한방병원(52만 원), 상급종합병원(38만 원), 종합병원(19만 원), 병·의원(13만 원) 순으로 높다.

〈표 Ⅲ-8〉 의료기관 종별 교통사고 환자 1인당 진료비

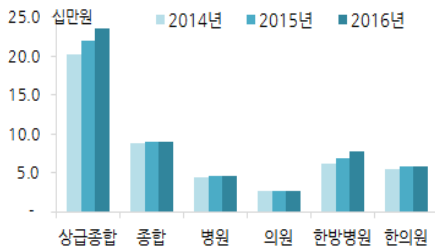
(단위: 십만 원, %)

구분	전체				외래			
	2014	2015	2016	CAGR	2014	2015	2016	CAGR
상급종합	20.1	21.9	23.5	8.1	3.7	3.7	3.8	1.8
종합병원	8.8	8.9	9.0	1.5	1.8	1.8	1.9	1.4
병원	4.4	4.6	4.6	2.4	1.2	1.2	1.3	4.5
의원	2.7	2.7	2.7	0.4	1.2	1.3	1.3	5.4
한방병원	6.2	6.8	7.8	12.7	3.8	4.3	5.2	17.6
한의원	5.5	5.8	5.7	2.2	5.4	5.6	5.6	2.0

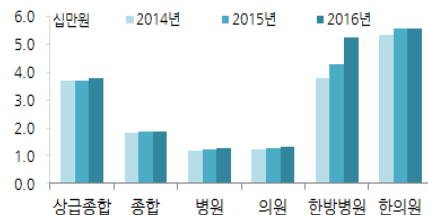
주: 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원을, 한방은 한방병원·한의원을, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건의료원을 포함함

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

〈그림 Ⅲ-4〉 의료기관 종별 1인당 진료비



〈그림 Ⅲ-5〉 의료기관 종별 1인당 외래진료비



자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

라. 1인당 내원일수와 1일당 진료비

교통사고 환자 1인당 내원일수는 양방보다는 한방의료기관에서 길게 나타나며, 내원일당 진료비도 외래의 경우 한방이 양방보다 높게 나타난다. 2016년 기준 한방의료기관의 1인당 입원일수는 8.5일로 양방(11.3일)보다 짧은 반면, 1인당 외래일수는 9.7일로 양방에 비해 4.7일 길게 나타난다(〈표 Ⅲ-9〉 참조). 한방의료기관의 입원일당 진료비는 11만 원으로 양방(12만 원)에 비해 다소 낮은 반면, 외래일당 진료비는 5만 6,681원으로 양방의 1.8배 수준이다.

〈표 Ⅲ-9〉 교통사고 환자의 내원일수(2016년)

(단위: 일, 원)

구분		양방의료기관	한방의료기관	양·한방
입 원	내원일수	7,146,140	952,304	8,098,444
	인당 내원일수	11.3	8.5	10.9
	내원일당 진료비	122,621	110,097	121,149
외 래	내원일수	8,128,129	6,326,870	14,454,999
	인당 내원일수	5.0	9.7	6.4
	내원일당 진료비	30,882	56,681	42,186
전 체	내원일수	15,274,269	7,279,174	22,553,443
	인당 내원일수	7.6	10.0	8.2
	내원일당 진료비	73,809	63,680	70,540

주: 1) 환자 수는 사고접수번호, 보험사코드, 주민등록번호로 산출함

2) 입원·외래별 환자 수를 단순 합산 시 중복환자가 발생할 수 있음

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

마. 상해등급별 한방진료비

한방의료기관은 상해등급 12~14급이 진료인원의 85.4%, 진료비의 68.5%로, 경상환자에 대한 진료의존도가 같은 병·의원급의 양방의료기관에 비해 높은 편이다(〈표 Ⅲ-10〉 참조). 병·의원급 양방의료기관의 경우 12~14급에 해당하는 환자가 전체의 83.9%로 한방의료기관과 유사하나, 진료비에서 경상환자가 차지하는 비율은 48.5%에 불과하다. 상급종합병원과 종합병원이 중상환자 위주임을 감안하면, 진료인원과 진료비 기준 양방의 경상환자 의존도는 더 낮을 것으로 보인다.

상해등급별 환자 1인당 진료비를 살펴보면, 한방은 1~7급의 경우 양방에 비해 다소 낮지만, 8급 이상에서는 양방에 비해 현저히 높고 그 격차는 상위등급으로 갈수록 커진다. 1인당 진료비는 상해등급 8급의 경우 한방이 174만 원으로 양방의 1.7배 수준이며, 상해등급 14급의 경우 한방이 43만 원으로 양방(14만 원)의 3배에 이른다. 동일 상해등급이라도 한방의 1인당 내원일수와 1일당 진료비도 높아 한방은 양방에 비해 진료이용량이 높은 편이다.

특히 한방진료의 경우 부상정도에 따라 평균 치료기간만 다를 뿐 1일당 진료비에 차이가 없다는 점은 주목할 만하다. 한방의 경우 상해등급이 높을수록 1인당 내원일수가 감소하지만, 1일당 진료비는 상해등급에 상관없이 4~5만 원 수준으로, 상해등급별로 1일당 진료비에 뚜렷한 차이가 관찰되지 않는다.

바. 소결

2014~2016년 기간 동안 자동차보험 진료비에서 관찰된 특징적인 현상은 다음과 같다. 첫째, 자동차보험 한방진료비가 연평균 31.1% 증가하여 전체 진료비의 27.9%를 차지하며, 외래진료비의 경우 2015년부터 한방이 양방을 추월하였다. 둘째, 동 기간 자동차보험 한방진료비의 급격한 증가는 한방이용 환자 수(연평균 23.9%)뿐만 아니라 1인당 한방진료비(한방병원, 연평균 12.7%)의 증가에 기인한다. 다만, 1인당 한방진료비가 한방진료비에 미치는 영향은 급여 여부에 따라 다를 수 있다. 이를 확인하기 위해 제3절에서는 1인당 한방진료비를 급여 여부에 따라 살펴본다. 셋째, 한방진료는 1인당 진료비와 1인당 내원일수 등 진료이용량이 양방에 비해 높다. 넷째, 한방진료는 경상환자에 대한 의존도가 양방에 비해 높다. 마지막으로, 한방진료의 경우 부상정도에 따라 평균 치료기간만 다를 뿐 1일당 진료비에 차이가 없다.

〈표 III-10〉 상해등급별 양 · 한방 병 · 의원급 진료비(2014년)

상해 등급	양방					한방				
	환자 수 (명)	총진료비 (억 원)	인당 진료비 (천 원)	인당내원 일수 (일)	일당 진료비 (천 원)	환자 수 (명)	총진료비 (억 원)	인당 진료비 (천 원)	인당내원 일수 (일)	일당 진료비 (천 원)
1~7급	15,745 (1.7)	870 (24.2)	5,526	83	66	1,676 (0.6)	80 (4.0)	4,748	90	53
8급	32,450 (3.4)	328 (9.1)	1,012	22.7	44	9,565 (3.3)	167 (8.5)	1,742	42.2	41
9급	87,257 (9.2)	509 (14.2)	584	12.8	46	26,817 (9.2)	323 (16.4)	1,206	27.6	44
10급	1,889 (0.2)	17 (0.5)	895	20.4	44	446 (0.2)	6 (0.3)	1,249	30.6	41
11급	17,103 (1.8)	123 (3.4)	717	12.1	59	3,773 (1.3)	42 (2.1)	1,121	19.3	58
12급	198,259 (20.9)	888 (24.7)	448	8.6	52	58,404 (20.1)	501 (25.4)	858	15.6	55
13급	91,750 (9.7)	148 (4.1)	161	5.6	29	34,964 (12.0)	190 (9.6)	543	10.9	50
14급	505,278 (53.2)	707 (19.7)	140	4.1	34	154,662 (53.3)	660 (33.5)	427	7.8	54
합계	949,731	3,590	378	8.1	47	290,307	1,971	678	13.4	51

주: 1) 병 · 의원급 기준으로 통계기간 중 완전 종결진, 대인 1+2 동시가입진, 부상진을 대상으로 작성하였으며 입원과 외래는 긴 단위가 아니라 입원은 일원한 적이 있는 대상자, 외래는 일원한 적이 없고 외래치료만 이루어진 대상자를 기준으로 구분하고 합계는 기타를 포함함

2) 괄호 안은 구성비임

자료: 이태진(2015)의 자료를 이용하여 재산출함

3. 세부항목별 한방진료비

자동차보험 진료비 분석 결과, 2014~2016년 기간 동안 한방이용 환자의 1인당 진료비가 증가하고 1인당 내원일수가 양방에 비해 높게 나타났다. 진료수가나 인정기준이 명확한 급여항목의 경우 환자 1인당 진료비와 1인당 내원일수 등이 단기간에 급격한 변화를 보이기는 어렵다. 한방이용 환자의 1인당 진료비, 나아가 자동차보험 한방진료비 증가가 진료수가나 인정기준이 명확하지 않은 비급여진료에 기인했을 개연성이 있다. 따라서 이 절에서는 자동차보험 한방진료비를 급여·비급여 진료항목별로 살펴보기로 한다.

가. 한방 급여·비급여 진료비

최근 한방진료비 증가는 주로 한방비급여 진료비의 증가에 기인한다. 자동차보험에서 한방비급여 항목에 지급한 진료비는 2016년 기준 전체 한방진료비의 48.4%로 이는 지난 3년 동안 연평균 34.2% 증가하였다(〈표 Ⅲ-11〉 참조). 동 기간 한방급여 항목의 진료비도 연평균 26.3% 증가하였지만, 한방비급여 항목의 진료비가 더 빠르게 증가하면서 한방진료비의 증가를 견인하고 있다. 반면 양방의 경우 전체 양방진료비 중 비급여항목이 차지하는 비율은 2016년 기준 3.9%로 지난 3년 동안 매해 평균 5.1%씩 감소하고 있는 상황이다. 양방의 경우 건강보험기준에서 비급여로 정해진 행위·약제·치료재료에 대해서는 요양급여 대상인 행위·약제·치료재료를 우선 인정하고, 요양급여대상에 대체가능한 행위가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정하도록 자보수가기준(별표 3)에서 규정하고 있어 양방비급여 진료비가 상대적으로 낮게 나타났다.

〈표 Ⅲ-11〉 자동차보험 양·한방 진료비: 급여 vs. 비급여

(단위: 억 원, %)

구분	양방의료기관			한방의료기관		
	급여	비급여	소계	급여	비급여	소계
2014년	10,989	523 (4.5)	11,512	1,488	1,234 (45.3)	2,722
2015년	11,472	510 (4.3)	11,981	1,932	1,644 (46)	3,576
2016년	11,517	471 (3.9)	11,988	2,374	2,224 (48.4)	4,598
CAGR	2.4	-5.1	2.0	26.3	34.2	30.0

주: 1) 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원, 한방은 한방병원·한의원, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건의료원을 포함함

2) 급여, 비급여는 건강보험 기준임

3) 환자 수는 입원과 외래 중복가능함

4) 괄호 안은 구성비임

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

양방과 달리 한방의료기관을 이용한 환자의 대부분은 급여항목뿐만 아니라 비급여항목의 치료를 받는 것으로 나타난다. 지난 3년 동안 한방급여 항목 이용 환자는 연평균 23.3% 증가하였으며, 한방비급여 항목을 이용한 환자는 근소한 차이로 이보다 높게 나타난다(〈표 Ⅲ-12〉 참조). 반면 양방의 경우 지난 3년 동안 비급여항목 이용 환자 수(0.3%)가 급여항목(0.1%)에 비해 빠르게 증가하고 있지만 이는 여전히 양방의료기관 이용 환자의 10% 남짓한 수준이다.

지난 3년 동안 진료수가기준이 명확하게 정해지지 않은 한방비급여에 지급한 1인당 진료비가 빠르게 증가하였다. 금액 및 상대가치점수와 인정기준 및 심사기준이 명확하지 않은 한방비급여 항목의 청구단가나 시술횟수 등 진료량이 늘어난 결과로 보인다. 2014~2016년 기간 동안 1인당 한방비급여 진료비는 연평균 8% 증가하여 교통사고 환자가 한방비급여에 지급한 비용은 2016년 기준 평균 약 31만 원에 이른다. 반면, 동 기간 1인당 한방급여 진료비의 연평균 증가율은 2.5%로 양방급여(2.2%)와 유사하다. 급여항목은 양·한방 상관없이 금액 및 상대가치점수와 인정기준 및 심사기준이 명확히 정해져 있기 때문에 교통사고 환자가 급여항목에 지급한 평균 진료비는 큰 변동이 없다.

〈표 Ⅲ-12〉 자동차보험 양·한방 환자 수와 1인당 진료비: 급여 vs. 비급여
(단위: 천 명, 십만 원, %)

구분		양방의료기관			한방의료기관		
		급여	비급여	소계	급여	비급여	소계
환자 수	2014년	2,096	350	2,097	500	471	500
	2015년	2,117	374	2,118	615	584	616
	2016년	2,102	352	2,103	761	728	761
	CAGR	0.1	0.3	0.1	23.3	24.2	23.3
1인당 진료비	2014년	5,24	1,49	5,49	2,98	2,62	5,44
	2015년	5,42	1,36	5,66	3,14	2,82	5,81
	2016년	5,48	1,34	5,70	3,12	3,05	6,04
	CAGR	2.2	-5.4	1.9	2,5	8,0	5,3

주: 양방은 상급종합병원·종합병원·병원·의원, 한방은 한방병원·한의원, 기타는 요양병원·치과병원·치과의원·보건의료원을 포함함

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

종합하면, 지난 3년 동안 자동차보험 한방진료비 증가는 급여 여부에 상관없이 한방 의료를 이용하는 환자 수 뿐만 아니라 1인당 한방비급여 진료비의 증가에 기인한다.

나. 한방비급여 항목별 진료비

2014~2016년 기간 동안 자동차보험에서 지급한 한방비급여 진료비는 침약이 가장 높으며, 자동차보험에서 진료수가 정해지지 않은 한방물리요법이 가장 빠르게 증가하였다. 한방비급여 진료비는 2016년 기준 침약(55.5%), 추나요법(17.8%), 한방물리요법(13.2%), 약침(12.5%) 순으로 높으며, 연평균증가율은 한방물리요법(89.1%), 약침(40.1%), 침약(29.1%), 추나요법(26.0%) 순으로 높게 나타난다(〈표 Ⅲ-13〉 참조). 특히 한방병원에 지급한 한방물리요법 진료비는 연평균 197.3% 증가하여 2016년 한방병원 비급여진료비의 22.2%를 차지하는 등 한방물리요법은 한방병원의 중요한 수입원으로 자리매김하였다.

〈표 Ⅲ-13〉 한방비급여 항목별 자동차보험 진료비

(단위: 백만 원, %)

구분		척약	추나요법	약침	물리요법	기타
한 방 병 원	2014년	17,257(59.5)	3,889(13.4)	5,450(18.8)	1,704(5.9)	684(2.4)
	2015년	23,326(57.0)	5,866(14.3)	7,619(18.6)	3,383(8.3)	722(1.8)
	2016년	33,637(49.5)	6,215(9.2)	11,800(17.4)	15,055(22.2)	1,191(1.8)
	CAGR	39.6	26.4	47.1	197.3	32.0
한 의 원	2014년	55,752(60.7)	20,725(22.6)	8,491(9.2)	6,413(7.0)	459(0.5)
	2015년	72,103(59.8)	27,278(22.6)	11,733(9.7)	8,951(7.4)	454(0.4)
	2016년	87,994(58.2)	32,848(21.7)	15,562(10.3)	13,956(9.2)	832(0.6)
	CAGR	25.6	25.9	35.4	47.5	34.6
전 체	2014년	73,009(60.4)	24,614(20.4)	13,941(11.5)	8,117(6.7)	1,143(0.9)
	2015년	95,429(59.1)	33,144(20.5)	19,352(12.0)	12,334(7.6)	1,176(0.7)
	2016년	121,631(55.5)	39,063(17.8)	27,362(12.5)	29,011(13.2)	2,023(0.9)
	CAGR	29.1	26.0	40.1	89.1	33.0

주: 환자 수는 입원과 외래 중복가능함
 자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

2016년 기준 자동차보험 한방 입원환자의 96.5%, 한방 외래환자의 95.4%가 한방 비급여 진료항목 가운데 하나를 이용하였고, 한방의료기관을 이용하는 대부분의 환자는 척약을 처방받았다(〈표 Ⅲ-14〉 참조). 구체적으로, 한방병원에서 척약과 약침을 처방받은 환자 수의 비율은 각각 77.4%, 78.2%로 한방병원을 이용하는 교통사고 환자의 대부분은 기본적으로 척약과 약침을 이용하였다. 또한 한방병원을 이용하는 환자의 28.4%가 추나요법을, 53.5%가 한방물리요법을 이용하였다. 한의원을 이용하는 교통사고 환자 중에서는 79.5%가 척약을, 45.5%가 추나요법을, 40.5%가 약침을, 55.6%가 한방물리요법을 이용하였다. 한의원에서는 한방병원에 비해 약침 시술이 덜 빈번한 것을 알 수 있다.

지난 3년 동안 한방병원에서 한방물리요법을 이용한 환자 수가 빠른 속도로 증가하였다. 한방병원에서 한방물리요법을 이용한 환자 수는 연평균 52.7% 증가하여, 한방병원을 이용한 교통사고 환자 중 한방물리요법을 이용한 환자 수의 비율은 2014년 38.9%에서 2016년 53.5%로 증가하였다. 다시 말해, 지난 3년 동안 한방병원의 한방

물리요법 이용 환자 수의 증가는 단순히 한방병원 이용 환자 수의 증가에만 기인한 것이 아니라, 한방병원의 한방물리요법 시술률 증가에도 기인한 것으로 볼 수 있다. 동 기간 한의원에서 한방물리요법을 이용한 환자 수의 연평균증가율은 13.3%로, 한방병원에 비해 현저히 낮을 뿐만 아니라, 한의원을 이용한 환자 중 한방물리요법을 이용한 환자 수의 비율은 2014년 64.7%에서 2016년 55.6%로 감소하였다.

지난 3년 동안 한방병원과 한의원 모두 약침 시술이 증가하였다. 2014~2016년 기간 동안 한방병원에서 약침을 이용한 환자 수는 연평균 41.1% 증가하였을 뿐만 아니라, 한방병원 이용 전체 환자 수 대비 약침 이용 환자 수의 비율이 2014년 66.0%에서 78.2%로 증가하였다. 마찬가지로, 동 기간 한의원에서 약침을 이용한 환자 수는 연평균 37.7% 증가하였으며, 한의원 이용 전체 환자 수 대비 약침 이용 환자 수의 비율도 2014년 31.9%에서 40.5%로 증가하였다.

〈표 Ⅲ-14〉 한방비급여 항목별 교통사고 환자 수

(단위: 천 명, %)

구분		첩약	추나요법	약침	한방물리요법
한방 병원	2014년	110(76.4)	42(29.2)	95(66)	56(38.9)
	2015년	138(75.4)	63(34.4)	130(71)	68(37.2)
	2016년	188(77.4)	69(28.4)	190(78.2)	130(53.5)
	CAGR	30.7	27.8	41.1	52.7
한 의 원	2014년	277(78.9)	139(39.6)	112(31.9)	227(64.7)
	2015년	345(79.5)	188(43.3)	154(35.5)	247(56.9)
	2016년	416(79.5)	238(45.5)	212(40.5)	291(55.6)
	CAGR	22.6	30.9	37.7	13.3

주: 1) 의료기관별 입원, 외래 중복환자가 발생할 수 있음

2) 괄호 안은 각 의료기관 입원·외래 환자 수 대비 진료항목별 환자 수의 비율임

3) 환자 수는 입원과 외래 중복가능함

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

김동환 외(2015)에 따르면, 첩약 및 탕전료, 약침, 추나요법, 한방물리요법 등 한방비급여 청구건의 1~5위 다빈도 상병은 모두 동일했다. 경추의 염좌 및 긴장(S134)이 가장 많았고 40% 이상을 차지하였다(〈표 Ⅲ-15〉 참조). 그 다음으로는 요추의 염좌

및 긴장(S3350), 기타 및 상세불명의 목 부분의 관절 및 인대의 염좌 및 긴장(S337) 순이었다. 상위 5개 질환이 각 진료항목 청구건의 약 80%를 차지하였다.

〈표 Ⅲ-15〉 한방비급여 항목별 청구건수에서 차지하는 비율(2014년)

(단위: %)

질병분류기호	첩약	약침	추나요법	한방물리요법
S134	46.4	45.4	48.5	40.9
S3350	17.3	16.8	16.1	16.7
S136	7.4	6.6	7.9	8.1
S337	4.3	4.6	5.3	5.7
S434	4.1	4.3	3.5	4.9
합계	79.5	77.7	81.3	76.2

주: S134 경추의 염좌 및 긴장, S3350 요추의 염좌 및 긴장, S136 기타 및 상세불명의 목 부분의 관절 및 인대의 염좌 및 긴장, S337 기타 및 상세불명의 요추 및 골반부분의 염좌 및 긴장, S434 어깨 관절의 염좌 및 긴장

자료: 김동환 외(2015)

4. 소결

분석 결과, 최근 자동차보험에서 한방진료비의 급증은 한방치료를 받은 교통사고 환자 수뿐 아니라 1인당 한방비급여 진료비 증가에 기인한다. 2014~2016년 기간 동안 자동차보험에서 한방병원과 한의원에 지급한 진료비는 각각 연평균 45.5%, 24.6% 증가하여 2016년 자동차보험 진료비 1조 6,586억 원의 27.8%를 차지하였다. 한방진료 중에서도 한방비급여 진료비가 연평균 34.2%씩, 한방급여 진료비(26.3%)보다 빠르게 증가하였다. 급여 여부에 상관없이 한방의료 이용 환자가 연평균 23.3% 증가하였다. 또한 가격과 양이 통제된 한방급여 항목의 1인당 진료비 증가율은 연평균 2.5%로 안정적인 반면, 한방비급여 항목의 1인당 진료비는 연평균 8.0%씩 증가하였다. 한방진료비 증가가 1인당 한방비급여 진료비 증가에 일부 기인한다는 것은 바꿔 말하면, 한방진료비 증가가 한방비급여 항목의 진료수가 및 인정기준 미비로 인한 문제임을 의미한다.

〈그림 Ⅲ-6〉 2014~2016년 자동차보험 진료비 증가 요소



주: 이 장에서는 자동차보험 한방진료비를 다음 항등식의 구성요소로 분해하여 2014~2016년 기간 동안 각 구성요소들의 변화를, 어느 항목이 한방진료비의 급격한 증가를 유도하였는지를 기술통계를 통해 살펴봄:
 $\text{한방진료비} = \text{환자 수} \times \text{1인당진료비} = (\text{급여 환자 수} \times \text{1인당 급여진료비}) + (\text{비급여 환자 수} \times \text{1인당 비급여진료비}) = (\text{급여 환자 수} \times \text{급여 청구단가} \times \text{1인당 급여이용량}) + (\text{비급여 환자 수} \times \text{비급여 청구단가} \times \text{1인당 비급여이용량})$

정부의 외래치료 유도정책, 한방진료에 대한 교통사고 환자의 인식과 선호 변화 가능성, 한의사 및 한방의료기관 수 등을 감안하면, 향후 자동차보험 한방진료비의 지속적인 증가가 예상된다. 교통사고 환자의 진료가 한방의료기관의 중요한 수익원으로 자리매김하고 있는 추세이다. 2015년 한방의료기관의 매출액에서 자동차보험이 차지하는 비율은 한방병원이 27.6%, 한의원이 5.7%로 추정되며, 전년 대비 각각 3.2%p, 1.2%p 증가하였다.

〈표 Ⅲ-16〉 한방의료기관 매출액 구성

구분		2014년	2015년
총매출액(억 원)	한방병원	3,221	3,983
	한의원	42,253(39,446)	43,230
1사업자당 매출액(백만 원)	한방병원	1,122	1,319
	한의원	299	306
건강보험 비율	한방병원	68.2%	64.8%
	한의원	48.6%	47.7%
자동차보험 비율	한방병원	24.4%	27.6%
	한의원	4.5%	5.7%

주: 건강보험 비율은 총매출액 대비 건강보험 요양급여비용임

자료: 1) 한방의료기관의 매출액은 국세통계와 국민의료비계정을, 한방의료기관의 건강보험 요양급여비용과 자동차보험 진료비는 건강보험심사평가원의 진료비심사통계를 참고함

2) 한의원 매출액의 괄호 안은 국민의료비 계정의 '기타보건의료임상종사자 HP3.3' 값임

지난 3년 동안 한방의료를 이용하는 교통사고 환자 수와 1인당 한방비급여진료비가 급격히 증가했고, 이러한 경향은 향후에도 지속될 것으로 전망된다. 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위해 한방의료 이용환경과 자동차보험 진료수가기준에 대한 검토가 필요하다.

IV. 자동차보험 한방진료의 문제점

2014~2016년 기간 동안 자동차보험의 한방진료비 증가는 한방의료를 이용하는 교통사고 환자 수 증가와 1인당 한방비급여 진료비 증가에 기인한다. 정부의 경상환자 외래치료 유도정책, 한의계 내 경쟁 심화 및 마케팅 증가 등을 감안하면, 자동차보험의 한방진료비는 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 전망된다.

이 장에서는 먼저, 교통사고 환자 1인당 한방비급여 진료비가 증가하고 있다는 점에 주목하여 자보수가기준의 문제점을 살펴보고자 한다. 보건의료서비스 시장에서는 의료기관과 환자 간 비대칭적 정보에 의해 환자의 합리적 선택이 어렵다. 의료기관은 환자보다 더 많은 정보를 가지고 있기 때문에 의료공급자가 자신의 이익을 위한 수요를 유도하고자 환자와의 대리인 관계를 남용하면 공급자 유인수요 현상이 나타난다. 이러한 현상은 환자의 본인부담이 없는 자동차보험에서는 더욱 심각하게 나타날 수 있으며, 이를 보정하기 위해 정부는 진료수가 및 인정기준을 마련하여 진료의 적정성을 도모한다. 건강보험을 준용하여 진료수가와 인정기준이 명확하게 정해진 급여항목은 진료의 적정성이 일정 수준 보장된다. 비급여항목은 건강보험에서 정한 진료수가나 인정기준이 없어 국토교통부에서 별도로 정해야 한다. 특히 한방비급여 항목의 경우 진료수가 및 인정기준이 명확하게 정해져 있지 않아 과잉진료가 우려되며, 자동차보험의 진료수가 결정체계도 명확하지 않은 상태이다.

다음으로, 한방의료를 이용하는 교통사고 환자가 증가하고 있다는 점에 주목하여 한방의료 이용환경의 문제에 대해 살펴보고자 한다. 의료기관과 환자 간 정보의 편향성으로 인해 환자의 합리적 선택이 어렵다는 점을 감안하여 일반적으로 정부는 진료수가기준을 마련하여 적정진료를 도모할 뿐만 아니라 환자에게 관련 정보를 적극 제공·생산하고 적정진료를 유도하기 위해 사후적으로 모니터링한다. 그러나 한방의

료의 경우 환자의 합리적인 선택에 필요한 정보의 제공이 충분히 이루어지지 않고 부당진료에 대한 사후적 감독도 미흡한 상황이다.

〈그림 IV-1〉 자동차보험 한방진료의 문제점

현황	검토	문제점
한방비급여 1인당진료비↑	진료수가 기준	① 진료수가 & 인정기준 미비 ② 진료수가 결정체계 미흡
한방이용 자동차보험 환자↑	한방의료 이용환경	① 정보비대칭 심각 ➡ 알권리 침해 ② 진료수가기준 준수와 진료내용 적법여부 확인 위한 제도 미비 ➡ 진료의 적정성 우려

1. 진료수가 및 인정기준 불명확

가. 진료수가 부재

2017년 8월 국토교통부는 진료수가가 정해지지 않아 실제소요비용으로 청구되고 있는 한방물리요법에 상대가치점수를 부여하고, 이를 2017년 9월 11일부터 적용하도록 안내하였다.³²⁾ 현재 복합엑기스, 한방파스 등 한방 관련 의약품은 자보수가기준 상 금액 및 상대가치점수가 정해지지 않고 실구입가로 청구되고 있는 유일한 한방비급여 항목으로 남아 있다.

한방물리요법은 진료수가의 부재가 동 진료행위의 청구단가의 급격한 상승을 유도함으로써 자동차보험에서 진료수가가 정해져야 하는 이유를 단적으로 보여주는 사례이다. 그동안 자동차보험의 한방물리요법에 대한 진료수가 부재는 한방물리요법의 청구단가 상승 및 진료비 급증과 의료기관간 높은 진료비 편차를 초래하였다. 2014~2016년 기간 동안 자동차보험에서 한방병원에 지급한 한방물리요법 진료비의 급격한 증가는 한방물리요법을 이용하는 환자 수와 한방물리요법의 단위가격 상승

32) 국토교통부, 자동차보험진료수가 한방물리요법의 진료수가 및 인정기준 알림(자동차운영보험-4737호)

에 주로 기인한다. 동 기간 자동차보험에서 한방병원에 지급한 한방물리요법 외래진료비는 연평균 259.9% 증가하였으며, 환자 수는 연평균 65.9%, 청구단가는 125.4% 증가하였다(〈표 IV-1〉 참조). 또한 동일상병 환자를 대상으로 진료비 순위별로 상·하위 10% 환자 그룹을 비교한 결과, 행위별 진료수가 마련되지 않은 한방물리요법의 환자 간 진료비 편차가 현저히 높게 나타났다. 2016년 한방병원을 이용한 S134(경추 염좌 및 긴장) 환자의 한방물리요법 진료비를 살펴보면, 상위 10%의 평균진료비는 65만 4,073원, 하위 10%의 평균진료비는 4,443원으로 상·하위 10% 환자 그룹 간 진료비 편차가 147배로 높게 나타난다.

〈표 IV-1〉 자동차보험 한방물리요법의 진료비 구성

(단위: %)

구분		총진료비 연평균증가율 (2014~2016년)			1인당 진료비 연평균증가율 (2014~2016년)	
		총진료비	환자 수	1인당 진료비	1인당 청구건수 (진료이용량)	청구건당 진료비 (청구단가)
한방 병원	입원	119.6	35.4	62.1	3.9	56.0
	외래	259.9	65.9	116.9	-3.8	125.4
한의 원	입원	48.2	22.8	20.7	-0.4	21.1
	외래	47.5	12.8	30.7	-1.1	32.2

주: 1인당 진료비 = (청구건수 / 환자 수) × (총진료비 / 청구건수) = 1인당 진료이용량 × 청구단가
자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

나. 인정기준의 구체성 결여

자동차보험은 건강보험의 요양급여 진료수가기준을 표준으로 삼아 따른다. 하지만 건강보험이 적용되지 않는 비급여항목은 건강보험 심사 대상에 해당되지 않아 사실상 준용할 수 있는 수가기준이나 심사기준이 없다. 현행 자보수가기준에는 침약, 한방물리요법, 약침술 등 건강보험 비급여항목에 대하여 시술(투약)횟수, 유사시술 제한 등 인정기준이 구체적으로 명시되어 있지 않다.

먼저, 침약과 관련하여 자보수가기준에서는 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 필

요·적절하게 투여하고, 1회 처방 시 10일, 1일 2첩 이내에 한하여 산정할 것을 규정하고 있다. 자동차보험은 처방 1회 투여 시 하루 2첩, 10일 기준으로 청구하도록 하며 10일 투약 이후 환자 상태를 확인한 후 추가 투약하도록 함으로써 장기간 일시 투약을 지양하고 있다. 그러나 1회 처방일수 기준만 있고 증상별·상해별 처방기준이나 추가 처방에 대한 기준 등 세부인정기준이 없어 진료의 적정성 여부 심사가 곤란하고 경상 환자에 대한 과잉처방과 처방기간 중 중복처방의 우려가 있다. 한방의료기관은 상해 정도에 상관없이 내원하는 대부분의 교통사고 환자에게 처방을 처방하고 있다. 한방 의료기관 이용 환자 중 처방을 처방받은 환자의 비율은 2016년 기준 한방병원이 77.4%, 한의원이 79.5%에 이른다. 2014년 기준 한방의료기관을 이용한 환자의 85.4%가 12급 이하의 경상환자인데, 동 기간 한방의료기관에서 처방한 처방 수는 환자당 20~30첩에 이른다(〈표 IV-2〉 참조). 또한 추가처방에 대한 세부기준이 없어 처방기간 중 중복처방이 발생하고 있다. 경미사고로 경요추 염좌 및 긴장 진단을 받은 상해급수 기준상 12급의 경상환자에게 내원 첫날 21일분의 처방을 처방하고 심사평가원 삭감 조치를 우려하여 10일치씩 2번 처방한 것처럼 청구하는 사례가 관찰되기도 한다.³³⁾

〈표 IV-2〉 한방의료기관 이용 교통사고 환자당 처방 처방 수

(단위: 첩)

구분		2014년	2015년	2016년
한방 병원	입원	22.49	23.26	24.82
	외래	20.86	22.76	24.22
한의원	입원	22.90	24.95	24.99
	외래	29.09	29.74	29.83

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

33) 심사평가원에서는 다음의 사례를 공개 심의함. 교통사고로 수상 당일 의과 외래에서 해 열 진통소염제, X-ray 검사를 시행하고 수상 2일 후 한의원에 경추 및 요추의 염좌 상병으로 14일간 입원하여 입원 당일부턴 당귀수산 처방과 오직산 건강보험 기준처방을 병용 투여한 사례, 수상 후 1년 5개월 경과하여 두통 및 타박상 상병으로 한의원 외래 내원 시 소시호탕 처방 15일분 처방 후 교통사고 환자임을 알고 5일분을 추가처방한 사례 등

추나요법을 포함한 한방수기요법과 유사한 양방의 도수치료는 자보수가기준에 시술자, 시술시간, 시술기간, 횟수 등이 명확히 규정되어 있다. 도수치료는 재활의학과, 정형외과, 신경외과 전문의가 직접 10분 이상 실시한 경우에 주 3회 이내 산정하되, 치료기간 중 15회 이내만 인정하고 있다. 그러나 추나요법과 한방수기요법은 따로 세부인정기준이 없어 한의사의 재량에 따라 시술시간, 시술기간 등이 정해진다. 심사평가원의 공개심의 사례를 보면, 적정시술기준이 없어 한의사별 임의처방에 따른 과잉진료가 우려된다. 예를 들어, 수상 후 11개월이 지났음에도, 도인요법(5회, 회당 5만원)과 추나요법(8회, 회당 1.3만원)을 교대하여 시술하거나, 염좌의 경상환자임에도 수상일로부터 1개월간 한방물리요법(TENS), 추나요법, 온냉경락요법 등 유사시술행위를 각 23회 시술하는 사례가 발생하고 있다. 심사평가원의 공개심사에서는 추나요법을 침구실의 침대 또는 추나 테이블을 이용하여 1분에서 5분정도 시행하고 진료비를 청구한 사례도 관찰된다. 뿐만 아니라 양·한방 물리요법은 적응증이 중복되는 유사한 치료임에도 양·한방에서 유사진료에 대한 세부인정기준 없이 각각 시행되고 있다.

약침술에 대하여도 자보수가기준에서 금액만을 규정하고 있다. 구체적으로, 자보수가기준에서는 사용된 약제는 시술부위 불문하고 1회당 2,000원으로 인정한다는 점, 신체를 두·경부, 흉·복부, 요·배부, 상지부, 하지부의 5부위로 구분하여 2개 부위 이상을 시술한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다는 점만 규정하고 있다. 투여 횟수, 대상상병, 용량, 증상별·상해별 시술기준, 침술 등 유사항목 간 중복시술 제한 등의 세부인정기준이 없다. 따라서 동일상병이라도 한방의 약침은 의료기관별로 시술횟수나 기간 등에 차이가 발생할 수 있다. 약침과 유사한 양방 주사의 경우 대부분 전문의약품으로 분류되어, 대상상병, 투여횟수·주기·방법·총횟수 등 시술기준을 엄격히 규정·관리하고 있다. 또한 기존 보건복지부 고시에서는 타침술과 동시 시술하더라도 약침술 소정점수만 산정하도록 함으로써 침술과 약침술의 중복시술을 제한하였다.

진료수가 인정기준은 의료공급자와 환자 간 정보비대칭을 해소하기 위한 목적으로 채택가능한 정책적 수단이라 할 수 있다. 질병의 원인이나 치료방법, 의약품 등에

관한 지식과 정보는 전문적인 내용이어서 의사나 약사, 간호사 등 의료인을 제외한 환자는 정확하고 충분한 지식을 갖추기 어렵다. 따라서 의료서비스에 대한 환자의 선택은 의료인이라는 대리인을 통해 이루어지는 경향이 강하다. 더욱이 우리나라 건강보험과 자동차보험에서 채택하고 있는 지불제도, 즉, 행위별 수가제하에서는 공급자 유인수요가 발생하게 된다. 즉, 행위별 수가제하에서는 의료인의 입장에서 더 많은 서비스를 제공할수록 이익이 커지므로 의료제공량이 불필요하게 늘어날 수 있다. 이는 환자가 직접 비용을 지불하지 않는 자동차보험에서 더 뚜렷하게 나타날 수 있다. 의료이용자가 직접 비용을 지불하지 않으므로 비용에 대한 의식이 약하고 의료공급자 입장에서는 환자의 비용부담을 고려하지 않아도 되기 때문이다. 정보비대칭이 크고 의료공급자의 유인수요가 발생하는 경우 환자는 회복을 위해 필요한 의료서비스에 대해 합리적인 소비결정을 할 수 없게 된다. 이에 정부가 개입하여 필요·타당한 의료서비스가 적정하게 공급될 수 있도록 진료수가 인정기준을 정한다고 볼 수 있다. 진료수가 인정기준은 의료공급자 입장에서는 공급량을 제한하는 규제이지만, 의약학적 전문지식이 없는 환자 입장에서는 적정진료를 제시한 지침이라고 볼 수 있다.

진료수가 인정기준은 건강보험보다는 환자의 본인부담금이 전혀 없어 의료공급자 입장에서는 환자의 비용부담을 고려하지 않아도 되는 자동차보험에서 보다 구체적으로 적시될 필요가 있다. 불필요한 진료가 늘어 자동차 보험금 청구가 늘어나면 보험료가 인상돼 선량한 보험가입자에게 비용이 전가되는 문제는 차치하고라도, 세부 인정기준 부재는 의료기관의 임의처방 및 과잉진료를 초래하여 환자의 건강회복에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

동일상병에 대한 한방의료기관 간 진료행위량의 편차는 한방비급여 항목의 세부 인정기준 미비에 따른 임의처방 및 과잉진료 가능성을 시사한다. 동일상병 환자를 대상으로 각 한방비급여 항목에 대해 진료비 순위별로 상·하위 10% 환자 집단의 평균 진료비를 비교하였다(〈표 IV-3〉 참조). 상·하위 10% 환자 집단 간 평균진료비는 큰 차이를 보인다. 상병코드 S134의 경우 행위별 진료수가가 마련되지 않은 한방물리요법에서 상·하위 10% 집단 간 진료비 편차가 가장 높게 나타난다(한방병원 147.2배, 한의원 68.5배). 침약은 한방병원 4.9배, 한의원 2.9배로 비급여 항목 중 비교적 낮은

편차를 보였으며, 추나요법 및 약침술은 각각 한방병원 25배, 22.8배, 한의원 36.5배, 28.5배로 높게 나타난다.³⁴⁾ 한방물리요법과 달리 침약, 추나요법, 약침술 등 한방비급여 항목은 자보수가기준에 금액 및 상대가치점수가 정해져 있음에도 불구하고 동일상병의 환자라 할지라도 진료비 편차가 큰 것으로 나타나는데, 이는 세부인정기준 미비에 따른 진료행위량 편차에 기인한 것으로 볼 수 있다.

〈표 IV-3〉 자동차보험 다빈도 상병 진료비 편차(2016년)

(단위: 천 원, 배)

구분		S134				S335			
		상위 10%	하위 10%	편차	평균	상위 10%	하위 10%	편차	평균
침약	한방병원	308	62	4.9	190	227	22	10.3	133
	한의원	330	115	2.9	218	326	103	3.2	206
추나요법	한방병원	349	14	25	91	82	16	5.1	40
	한의원	554	15	36.5	136	871	16	54.2	197
물리요법	한방병원	654	4	147.2	147	85	3	28.8	24
	한의원	267	4	68.5	56	292	3	88.8	56
약침	한방병원	228	10	22.8	66	97	12	8.3	41
	한의원	305	11	28.5	80	363	11	32	86

주: 상기 값은 전체 상해등급 동일상병 환자 간 진료비 편차를 나타낸 것으로 동일 상해등급 내 동일상병 환자 간 진료비 편차는 이보다 작을 수 있음

자료: 건강보험심사평가원 개별 요청자료

2. 진료수가 결정체계 미비

국토교통부장관은 교통사고 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 보험회사, 의료기관 및 교통사고 환자 간의 진료비에 관한 분쟁을 방지하기 위하여 자동차보험 진료

34) 전술한 편차는 전체 상해등급 내 동일상병 환자 간 진료비 편차를 나타낸 것으로 동일 상해등급 내 동일상병 환자 간 진료비 편차는 이보다 작을 수 있음. 다만, 한방의료기관을 이용하는 교통사고 환자의 85% 이상이 12급 이상의 경상환자이기 때문에 상·하위 10% 환자 집단 간 진료비 편차는 상해등급 통제여부에 따라 큰 차이를 보이지 않을 것으로 추정됨

수가에 관한 기준을 정하여 고시할 수 있다. 자보수가기준에는 자동차보험 진료수가의 인정범위·산정방법·청구절차 및 지급절차, 그 밖에 국토교통부령으로 정하는 사항이 포함되어야 한다. 자동차보험의 진료수가 인정범위 및 산정방법은 기본적으로 건강보험을 준용한다. 그러나 자동차보험에서는 건강보험에서 인정하지 않는 비급여항목에 대해서도 진료수가로 인정하기 때문에 해당 비급여항목의 금액 및 상대가치점수와 세부인정기준을 별도로 정하여 고시해야 한다. 비급여 진료항목의 진료수가기준을 결정하는 것은 공정성과 의학학적 전문성을 요하는 것으로, 자동차보험 진료수가 결정체계는 「자동차손해배상보장법」과 그 하위법령에서 규정하고 있다.

자동차보험 진료비 심사를 심사평가원에 위탁한 시점을 전후하여 자동차보험 진료수가 결정체계에 변화가 있었다. 심사위탁 이전에는 자동차보험 진료수가기준 결정에 있어 심의회가 중추적인 역할을 담당하였다. 먼저, 「자동차손해배상보장법」에서는 자보수가기준을 정하거나 변경하는 경우 국토교통부장관이 심의회의 의견을 의무적으로 청취하도록 규정하였다(〈표 IV-4〉 참조). 또한 자보수가기준에서는 심의회의 진료수가 인정범위 및 산정방법 제정권한을 명시하였다(〈표 IV-5〉 참조). 구체적으로 자보수가기준에서 규정하지 않은 사항에 관하여 심의회가 별도의 진료기준 및 수가를 정한 경우 이를 자보수가기준으로 인정하였다. 또한 준용하기 곤란한 진료행위이거나 새로운 진료행위 등에 대해 심의회가 정한 진료료를 적용하도록 자보수가기준에 명시하였다(〈표 IV-6〉 참조).

그러나 심사평가원 심사위탁 이후 자보수가기준을 정하거나 변경할 시 요구되었던 국토교통부장관의 심의회 의견 청취 의무는 임의규정으로 변경되었으며, 심의회의 진료수가 인정범위 및 산정방법 제정권한을 규정한 자보수가기준 조항도 삭제되었다.

〈표 IV-4〉 심의회의 진료수가기준 제정권한 삭제

2012. 5. 23 시행 「자동차손해배상보장법」	2012. 8. 23시행 「자동차손해배상보장법」
제15조 ③ 국토해양부장관은 자동차보험진료수가기준을 정하거나 변경하려면 제17조에 따른 자동차보험진료수가분쟁심의회 의견을 들어야 한다	제15조 ③ 국토교통부장관은 자동차보험진료수가기준을 정하거나 변경하는 경우 제17조에 따른 자동차보험진료수가분쟁심의회 의견을 들을 수 있다

〈표 IV-5〉 심의회의 진료수가 인정범위 제정권한 삭제

2013. 5. 30 시행 「자동차보험진료수가에 관한 기준」	2013. 6. 28 시행 「자동차보험진료수가에 관한 기준」
제5조 (진료수가의 인정범위) ①다만, 다음 각 호의 사항에 대하여는 해당 기준에 의한다	제5조(진료수가의 인정범위) ② 제1항에서 정한 인정범위(이하 “건강보험기준”이라 한다)와 달리 정하는 사항에 대해서는 다음 각 호에 따른다
1. 건강보험기준 또는 응급의료에 관한 법률에 의하여 보건복지가족부장관이 고시한 응급의료수가기준(이하“응급의료기준”이라 한다)과 달리 규정할 필요에 의하여 별표 1에 규정된 사항	1. 건강보험기준과 달리 적용할 필요에 의하여 별표 1에 규정된 사항
2. 건강보험기준에 규정되지 아니하여 별표 2에 규정된 사항 <개정 2001. 1. 22>	2. 건강보험기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대해 별표 2에 규정된 사항
3. 별표 1 및 별표 2에 규정되지 아니한 사항에 관하여 심의회가 별도의 진료기준 및 수가를 정한 사항	3. 제2호에서 정하지 아니한 항목의 진료수가에 대하여 고용노동부장관이 고시한 「산업재해보상보험 요양급여 인정기준」의 별표 “산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용인정기준”에 규정된 사항. 다만, 제1절 치과보철료의 [진료원칙] 중 제6호 및 제11절 이송료는 제외한다

〈표 IV-6〉 심의회의 진료수가 산정방법 제정권한 삭제

2013. 5. 30 시행 「자동차보험진료수가에 관한 기준」	2013. 6. 28 시행 「자동차보험진료수가에 관한 기준」
제7조 (진료료의 산정) ③	제8조(진료수가의 산정방법) ①
건강보험기준에서 정하지 아니한 진료항목에 대한 진료료는 별표 2에 의하고, 별표 2에서도 규정되지 아니한 진료항목에 대한 진료료는 건강보험기준에서 가장 유사한 분류항목을 준용하여 진료료를 산정한다	4. 제1호 및 제3호에서 비용이 정해지지 아니한 행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 “제2부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침” 중 가장 유사한 분류항목의 점수 및 금액
<u>다만, 준용하기 곤란한 특수한 진료행위이거나 새로운 진료행위인 경우에는 심의회가 정한 진료료에 의하며,</u>	삭제
심의회가 정한 진료료가 없는 경우에는 당해 진료에 소요되는 실제비용으로 이를 산정한다	
	5. 건강보험기준의 비급여대상으로 상대가치점수가 정해지지 아니한 행위는 해당 진료에 소요된 실제비용, 비급여로 정해진 치료재료 및 상한금액이 정해지지 않은 약제는 의료기관의 실구입가

현행 자동차보험 진료수가 결정체계는 몇 가지 문제점을 가지고 있다. 첫째, 진료수가 결정절차에 대해 명확하게 규정하고 있지 않아 진료수가기준의 공정성, 전문성, 일관성이 우려된다. 「자동차손해배상보장법」은 진료수가기준 결정 및 변경과 관련하여 국토교통부장관의 심의회 의견 청취를 규정하고 있으나, 이는 강행규정이 아닌 임의규정이다. 진료수가 인정범위 및 산정방법의 평가·결정은 보험가입자, 의료공급자, 보험회사, 교통사고 피해자 등의 이해가 직결된 사안인 동시에 고도의 의학학적 전문성을 요구하는 작업이다. 최근 한방물리요법의 상대가치점수 결정은 정해진 절차가 없는 상황에서 외부기관의 개선요구에 따라 국토교통부에서 주도적으로 진행하였다. 하지만 진료수가 결정 절차에 대한 명확한 규정과 전문심의기구가 없어 진료수가기준을 적시에 결정하지 못하고 진료수가 기준 산출 시 전문성이 부족하다는 지적이 있었다.

둘째, 심의회의 진료수가기준 제정권한이 삭제됨에 따라 진료수가 인정기준 관련 규정의 추상성을 사후적으로라도 보완할 수 없게 되었다. 심사위탁 전에는 심의회가

자동차보험에서 별도로 정하고 있지 않은 사항, 그리고 준용하기 곤란한 진료행위이거나 새로운 진료행위 등에 대한 수가와 인정기준을 정해 보험금 지급심사에 적용함으로써 자보수가기준의 추상성을 적시에 보완하였다. 그러나 심사위탁 이후 심의회의 진료수가기준 제정권한이 삭제됨에 따라 현재 구속력 있는 세부심사기준 없이 보험금 지급심사가 이루어지고 있다. 심사평가원에서 진료과별 전문가 자문단 운영 또는 ‘진료심사평가위원회’의 자문을 얻어 자체기준을 적용하여 심사하고 있으나, 심사기준의 법적 구속력은 없다.³⁵⁾

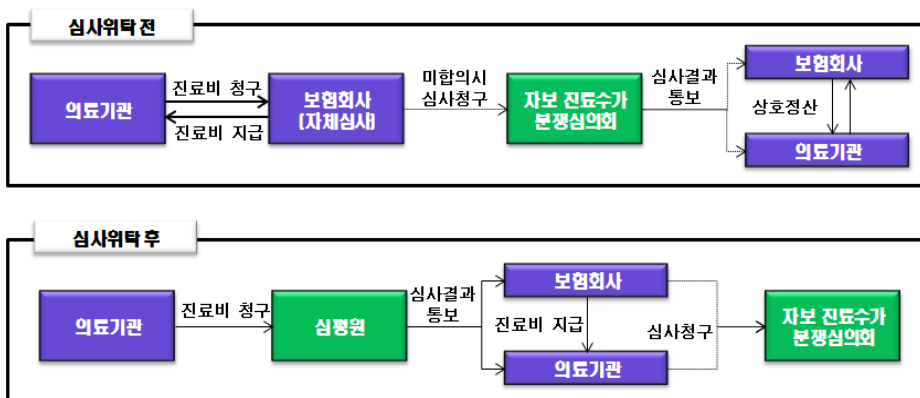
〈표 IV-7〉 진료비 심사 현황: 건강보험 vs. 자동차보험

구분		건강보험	자동차보험
심사항목		급여항목	급여항목 + 비급여항목
수가기준		진보수가기준(진보법 제45조, 시행령 제21조)	자보수가기준(자배법 제15조) : 진보수가 준용(일부항목 달리 적용), 일부 비급여항목 수가기준 별도 제정
심사기준	급여	진보법령에 근거, 심사평가원이 제정(진보법제47조·시행규칙 제20조)	진보심사기준 준용 (자보수가기준 제5조)
	비급여	〈심사대상 아님〉	일부 자체심사기준 마련·운영 (법률근거 없음)
심사프로세스		<ul style="list-style-type: none"> 전산심사 → 직원(서류)심사 → 심사위원(전문의)심사 → 심사위원회(2인 이상의 전문의) 심사 (진보) 전산심사(83%), 직원심사(16.9%), 전문위원심사(0.1%) (자보) 전산 + 직원심사(99.7%), 전문위원심사(0.3%) 필요 시 의료기관 현지확인 심사(진보·자보 동일) * 진보법시행규칙 제20조, 자배법시행규칙 제6조의3 	
이의제기 처리절차		(심사평가원) 이의신청위원회 → (진보법) 보험분쟁조정위원회 → 행정소송	(심사평가원) 전담팀 → (자배법) 자동차보험진료수가분쟁심의회 → 민사소송

35) 심사위탁 이후 59개의 공개심의 사례 발표, 이 중 23개가 한방과(이중 1개는 양·한방 협진 관련 사항) 관련이 있음

셋째, 심의회의 심사결과가 진료수가 인정기준으로 인정되지 않음으로써 심의회의 분쟁심사조정기구로서의 역할이 유명무실해졌다. 심의회는 자동차보험진료수가에 관한 분쟁의 심사·조정과 자보수가기준 조정에 대한 건의를 위해 1999년 설립되었다. 심의회는 위원장을 포함한 보험·의료·공익대표 각 6인씩 18인으로 구성되며, 보험업계와 의료업계 추천을 받은 각 진료과목별 전문의들로 구성된 전문위원회를 두어 심사청구건이 전문심사 후 심의회에 상정되도록 하고 있다. 심사평가원 심사위탁 이전에는 진료비를 보험회사가 자체 심사함에 따라 심의회는 의료기관의 이의 제기 등과 관련한 자율조정 기구로서의 역할을 수행하였으며 심의회의 심사결과가 진료수가 인정기준으로서 보험금 지급심사 시 적용되었다. 그러나 심사평가원 심사위탁 이후 심사평가원과 심의회의 심사가 상호 독립적으로 이루어지고 심의회의 분쟁조정결과가 심사평가원을 구속하지 못함에 따라 양 기관 간 심사기준의 일관성이 결여되는 등의 문제가 발생하고 있다. 이의제기 결과에 대해 심의회로 재심사를 의뢰하는 절차는 심사평가원 심사위탁 이전의 업무체계로, 양 기관 간 심사기준 불일치 등 업무 관련 갈등을 초래하고 있다(〈그림 IV-2〉 참조). 전문심사기관의 심사결과에 대해 비전문기관이 재심사하는 것은 적정하지 않다는 지적이 있으며, 심의회 심사결과에 대해 심사평가원의 법적 구속력도 없는 상황이다. 그 결과, 자동차보험 진료비 심사 관련 심의회의 기능·역할이 급격히 축소되었다(〈표 IV-8〉 참조).

〈그림 IV-2〉 자동차보험 진료수가 분쟁심의 절차



〈표 IV-8〉 심사평가원 심사위탁(2013년 7월) 전후의 심의회 심사실적

(단위: 건)

2011년	2012년	2013년 ¹⁾	2014년	2015년
10,902	10,929	6,483	642	1,172

주: 1) 2013년의 경우 9개월 심사실적임

자료: 손해보험협회 내부 자료

3. 정보비대칭 심각

한방의료에 대한 만족도는 증가하고 있는 반면, 한약에 대한 불신과 불만족은 여전히 존재한다. 보건복지부의 2014년 「한방의료이용 및 한약소비 실태조사」에 따르면, 한방의료 향후 이용에 대한 부정적인 응답은 21.6%에 불과한 반면 한약 향후 이용에 대한 부정적인 응답은 38.0%에 이른다(〈표 IV-9〉 참조). 또한 한국소비자원의 소비자시장성과지수 평가 결과 한약 및 한약재 시장이 비교용이성, 신뢰성 측면에서 소비자들에게 가장 낮은 평가를 받았다.³⁶⁾ 10개 시장 중 한약 및 한약재 시장은 소비자시장성과지수가 54.6점으로 가장 낮았다.³⁷⁾ 소비자시장성과지수의 주요 항목 중에서도 비교용이성은 한약 및 한약재(31.4점) 시장이 현저하게 낮은 평가를 받았으며, 신뢰성도 한약 및 한약재(44.6점), 외식서비스(48.9점), 이동전화서비스(49.0점) 시장 순으로 소비자로부터 낮은 평가를 받았다. 이들 시장에서는 소비자가 사업자의 법규 준수를 신뢰하기 힘든 것으로 나타났다. 안전성에 있어서도 한약 및 한약재(68.5점)는 외식서비스(66.8점) 다음으로 낮은 평가를 받았다.

36) 한국소비자원 보도자료 (2013. 6. 26), “소비자가 직접 평가한 자동차 등 10개 시장, EU와 비교해 낮아”

37) 한국소비자원은 2013년 한약 및 한약재, 외식서비스, 의복, 자동차, 부동산중개서비스, 육류, 생명보험, 대형가전, 해외패키지여행서비스, 이동전화서비스 등 10개 주요 시장에 대해 비교용이성, 신뢰성, 소비자 문제 및 불만, 만족도, 전환성, 안전성 등을 평가하였음

〈표 IV-9〉 향후 한약 및 한방의료 이용 의향(2014년)

(단위: %)

구분	전혀 이용 X	별로 이용 X	조금 이용	적극 이용	잘 모름
한약	6.3	31.7	42.9	8.6	10.5
한방의료	1.9	19.7	52.6	16.2	9.6

자료: 보건복지부(2014), 『한방의료이용 및 한약소비 실태조사』

그동안 한약 및 한약재에 대한 신뢰성 및 만족도를 확보하기 위한 정책은 대체로 의약품 품질관리를 중심으로 이루어졌다. 2014년 한약재 제조업자가 한약재를 제조할 때 준수해야 하는 「한약재 안전 및 품질관리 규정」이 신설되어 한약재 제조업체는 품목허가·신고 신청 시에 한약재 제조 및 품질관리기준에 관한 자료를 제출해 평가받아야 하고, 한약재 제조 시에 GMP(Good Manufacturing Practice) 기준을 준수해 한약재 품질을 체계적으로 관리해야 한다. 또한 정부는 향후 4년간(2017~2020년) 다빈도로 복용하고 있는 조제한약을 제조 의약품 수준으로 안전하게 조제·관리할 수 있도록 탕약 현대화 시범사업을 실시한다고 밝혔다.

그러나 한약 및 한약재에 대한 신뢰나 만족 저하는 한방의료기관과 환자 간 심각한 정보비대칭으로 인한 소비자의 알권리 및 자기결정권이 침해되는 데에서 일부 기인함을 배제할 수 없다.

가. 한약의 안전성 및 유효성 정보 부족

의약품 제조를 업으로 하려는 자는 대통령령으로 정하는 시설기준에 따라 필요한 시설을 갖추고 총리령으로 정하는 바에 따라 식품의약품안전처장의 허가를 받아야 한다(「약사법」 제31조 제1항). 그 제조업자가 그 제조한 의약품을 판매하려는 경우에는 품목별로 식품의약품안전처장의 제조판매품목 허가를 받거나 제조판매품목 신고를 하여야 한다. 또한 의약품 등의 제조판매·수입 품목허가를 받으려는 자는 의약품 등 제조판매·수입 품목 허가신청서에 안전성·유효성에 관한 자료를 첨부하여 식품의약품안전처장에게 제출하여야 한다(의약품 등의 안전에 관한 규칙 제4조 제1항). 안전성·유효성에 관한 자료는 기원 또는 발견 및 개발 경위에 관한 자료, 구조

결정, 물리화학적 성질에 관한 자료, 안정성에 관한 자료, 독성에 관한 자료, 약리작용에 관한 자료, 임상시험성적에 관한 자료, 외국의 사용현황 등에 관한 자료, 국내 유사제품과의 비교검토 및 해당 의약품 등의 특성에 관한 자료 등을 포함한다.³⁸⁾

그러나 제약회사가 생산하는 한약제제는 임상연구 및 생산 관련 규정은 있으나 한약서의 근거가 있는 경우 안전성 및 유효성 관련 임상시험이 면제된다.³⁹⁾ 여기에서 한약서란 동의보감, 방약합편, 향약집성방, 경약전서, 의학입문, 제증신편, 광제비급, 동의수세보원, 본초강목 및 「한약처방의 종류 및 조제방법에 관한 규정」으로 정한 “한약조제지침서”를 말한다. 처방량, 적응증, 복용법, 제조방법 등이 모호하거나 미기재된 경우에도 한약서 중 유사처방을 적용한 심사면제 가능하다.

일반적 의약품과 달리 탕약의 경우 임상시험(인허가) 및 생산(GMP) 관련 별도 기준 없이 한의사가 한의원 등에서 조제 가능하다(「약사법」 부칙 제8조). 이처럼 조제 한약은 한의사의 임의적 처방에 좌우되지만 안전성·유효성에 대한 심사가 이루어지지 않는다.

이렇다 보니 환자뿐만 아니라 한의사가 참고할 만한 개별 한약재와 한약제제에 대한 과학적 안전성 및 유효성에 대한 정보가 부족한 상황이다. 조선영(2016)에 따르면, 한약재 개별로 약리기전이나 독성실험이 상당히 이루어진 편이나, 한약재의 다양한 가공상태를 고려한 안전성 및 유효성 정보는 여전히 부족한 실정이다. 구체적으로, 약물 복용이 효과를 나타내는 기한, 효과를 나타내는 충분한 용량과 투약기간, 부작용을 나타내는 약물 용량과 투약기간, 주로 발생하는 약물 부작용의 종류, 약이 체내에 들어가서 작용하는 작용기전, 다른 약들과 비교한 약효 등에 관한 충분한 정보가 없는 실정이다(조선영 2016, p. 32).

38) 「한약(생약)제제 등의 품목허가·신고에 관한 규정」

39) 「한약(생약)제제 등의 품목허가·신고에 관한 규정」 제24조(안전성·유효성 심사대상)
 “① 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제4조 제1항 제1호 및 제9조에 따른 안전성·유효성 심사는 품목허가 또는 품목변경허가를 받거나 품목신고 또는 품목변경신고를 하는 의약품을 대상으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다. 4. 제2조 제14호에 따른 한약서에 수재된 처방에 해당하는 품목(처방량, 적응증, 복용법, 제조방법 등이 모호하거나 미기재된 품목인 경우 한약서 중 유사처방을 적용할 수 있는 품목을 포함한다)”

환자는 담당 의사·간호사 등으로부터 질병 상태, 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부, 부작용 등 예상 결과 및 진료 비용에 관하여 충분한 설명을 듣고 자세히 물어볼 수 있으며, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.⁴⁰⁾ 한약에 대한 안전성 및 유효성 정보 부족은 약화사고 발생 시 원인규명을 어렵게 할 뿐만 아니라, 환자의 알권리 및 자기결정권과 건강권을 침해할 수 있다. 제품화된 한약제제는 물론 한의사가 임의로 처방하는 첩약과 약침술에 대한 안전성·유효성 심사 면제 등과 관련하여 국민의 생명·신체 안전에 관한 권리, 알권리 침해 등을 이유로 헌법소원이 제기되어 심리 중이다.

나. 첩약의 성분 정보

의약품 품목허가를 받은 자와 수입자는 「약사법」 제56조에 따라 의약품 용기에 모든 성분의 명칭과 유효 성분의 분량을 기재하도록 규정하고 있다. 구체적으로 의약품의 경우 그 용기나 파우치에 의약품 품목허가를 받은 자 또는 수입자의 상호와 주소, 제품명, 제조번호와 유효기한 또는 사용기한, 중량 또는 용량이나 개수, 대한민국약전에서 용기나 포장에 적도록 정한 사항, 저장방법, 품목허가증 및 품목신고증에 기재된 모든 성분의 명칭, 유효 성분의 분량(유효 성분이 분명하지 아니한 것은 그 본질 및 그 제조방법의 요지) 및 보존제의 분량, “전문의약품” 또는 “일반의약품”이라는 문자, 용법·용량, 그 밖에 사용 또는 취급할 때에 필요한 주의 사항 등을 기재하여야 한다.

그러나 조제한약의 경우 그 약제의 용기나 포장에 성분과 성분의 분량 표기의무가 없다. 한방의료기관에서 한의사가 직접 처방·조제한 탕약이나 환 등은 의약품이지만 의약품으로 품목허가를 받지 않을 뿐만 아니라 한의사가 직접 한약을 조제하는 것은 의료행위에 해당하여 「약사법」 제56조가 적용되지 않는다. 이에 「의료법」에서는 2016년 5월 29일 조제한약의 표기의무를 규정한 조항을 신설하였다. 이에 따르면, 한의사는 자신이 직접 의약품을 조제하여 환자에게 그 의약품을 내어주는 경우에는 그

40) 「의료법 시행규칙」 제1조의 제2 제1항 관련 별표 나. 알권리 및 자기결정권

약제의 용기 또는 포장에 환자의 이름, 용법 및 용량, 약제의 내용·외용의 구분에 관한 사항, 조제자의 면허 종류 및 성명, 조제 연월일, 조제자가 근무하는 의료기관의 명칭·소재지를 기재하여야 한다(「의료법」 제18조 제5항). 동 조항에서는 조제한약의 성분 명칭 및 분량에 대한 표기의무를 규정하고 있지 않다.

더불어, 한의사는 「의료법」상 처방전 발급의무가 존재하지 않는다. 「의료법」 제18조 제1항에 따르면 의사나 치과의사는 환자에게 의약품을 투여할 필요가 있다고 인정하면 「약사법」에 따라 자신이 직접 의약품을 조제할 수 있는 경우가 아닐 시 처방전을 작성하여 환자에게 내주거나 발송하여야 한다.⁴¹⁾ 처방전에는 환자의 성명 및 주민등록번호, 의료기관의 명칭, 전화번호 및 팩스번호, 질병분류기호, 의료인의 성명·면허종류 및 번호, 처방 의약품의 명칭(일반명칭, 제품명이나 「약사법」 제51조에 따른 대한민국약전에서 정한 명칭)·분량·용법 및 용량, 처방전 발급 연월일 및 사용기간, 의약품 조제 시 참고사항 등을 포함해야 한다. 그러나 조제한약의 경우 한의사와 한약사 간 사전약속에 따른 구체적 지시가 담긴 조제지시서로 처방전 대체가 가능하다. 영업비밀, 처방 공개 시 환자 스스로 한약재를 구입·투여할 개연성이 있으며, 이로 인한 의약품의 오·남용 가능성, 그리고 한의약분업 미실시 등을 근거로 처방전 발급이 이루어지지 않고 있다.⁴²⁾

한의사의 경우 한약사의 역할을 겸하고 있고 조제한약의 경우 그 복용에 있어서 약재가 구분 가능한 형태가 아니라 여러 한약재의 포제를 통하여 만들어지나, 파우치나 용기에 성분에 대한 정보가 없다. 조제한약의 경우 성분표기의무와 처방전 발급의무가 없어 조제한약의 성분에 대한 정보가 원천 차단됨에 따라 한방진료 이용환자의 알권리 및 자기결정권이 침해될 여지가 있다. 진료비 청구 시에도 첩약명, 구성약제, 효능·효과 등 처방정보가 전혀 제공되지 않아, 치료목적으로 사용했는지, 건강증진 목적으로 사용했는지 심사도 제대로 이루어지기 어렵다.

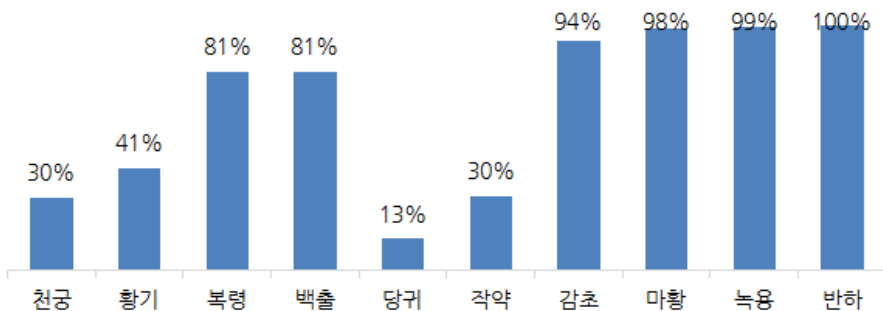
41) 「약사법」 제23조(의약품 조제) “① 약사 및 한약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없으며, 약사 및 한약사는 각각 면허 범위에서 의 pharmaceutics를 조제하여야 한다.”

42) 「약사법」 제23조(의약품 조제) “⑥ 한약사가 한약을 조제할 때에는 한의사의 처방전에 따라야 한다. 다만, 보건복지부장관이 정하는 한약 처방의 종류 및 조제 방법에 따라 조제하는 경우에는 한의사의 처방전 없이도 조제할 수 있다.”

다. 한약재의 원산지 정보

2014년 「한방의료이용 및 한약소비 실태조사」에 따르면, 한약도매상의 판매량 상위 10품목 한약재 중 복령, 백출, 감초, 마황, 녹용, 반하 등 6품목 한약재의 수입 비율은 80%를 넘는 것으로 나타난다(〈그림 IV-3〉 참조). 한약재는 재배지에 따라 한약의 재배(수확)조건, 생산 및 제조과정 등이 다르고 국가 간의 규제 조건도 서로 통일되지 않기 때문에 원산지에 따른 품질의 차가 현저한 경우가 많다(김효진 외 2006). 원산지별 한약재의 품질 차이는 한약재의 효능뿐만 아니라 가격에도 영향을 미칠 것으로 판단된다. 이러한 점에 비추어 볼 때 한약재의 원산지 정보는 소비자의 구매결정에 상당한 영향을 미칠 수 있다.

〈그림 IV-3〉 한약도매상의 판매량 상위 10품목 한약재 수입 비율(2013년)



주: 1) 2013년 한약도매상의 조사 대상 한약재 전체 판매량 상위 10품목

2) 한약도매상의 한약소비기관별 판매비율은 한방병원 2.9%, 한의원 42.8%임

자료: 보건복지부(2014), 『한방의료이용 및 한약소비 실태조사』

그러나 제조한약의 경우 「약사법」에서 규정한 원산지 표기대상에 해당하지만 이는 의무사항이 아니며, 한의사가 직접 조제하는 한약제제는 「약사법」에서 규정한 자율적 원산지 표기대상에 해당하지 않고, 「농수산물의 원산지 표시에 관한 법률」(이하 ‘원산지표시법’)상 농수산물 또는 그 가공품에 해당하지 않아 원산지 표기의무 대상이 아니다.

구체적으로, 2017년 1월 4일 신설된 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제69조 제9항

에서는 “「약사법」 제56조 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 한약재를 원료로 사용하는 의약품의 용기나 포장에는 원료 한약재의 원산지명을 표시할 수 있다”고 규정하고 있다. 즉, 「약사법」에서는 한방 의약품의 경우 그 원료 및 한약재의 원산지명을 자율적으로 표시할 수 있도록 규정하는 데에 그치고, 원산지 주체 역시 의약품 품목허가를 받은 자와 수입자로 규정하고 있어 의약품 품목허가를 받은 자 또는 수입자에 해당하지 아니하는 한방의료기관의 경우 「약사법」에 따른 한방 의약품의 원산지 표시 의무를 부담하지는 않는 것으로 판단된다. 또한 한의사가 직접 한약을 조제하는 것은 의료행위로서 상기 「약사법」의 적용을 받지 않는다.

한편 농수산물 또는 그 가공품을 수입하는 자, 생산·가공하여 출하하거나 판매하는 자 또는 판매할 목적으로 보관·진열하는 자는 농수산물 또는 그 가공품의 원료에 대하여 원산지를 표시하여야 한다(「원산지표시법」 제5조 제1항). 따라서 한방의료기관이 원산지표시법의 적용대상인 약재(약용작물)를 직접 소비자들에게 판매하거나 판매 목적으로 보관, 진열하려는 경우에는 농수산물 및 가공품 판매자로서 「원산지표시법」 제5조 제1항에 의하여 원산지 표시의무를 부담한다. 그러나 한의사가 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조·판매한 한약제제는 「원산지표시법」에서 규정한 농수산물 또는 그 가공품에 해당하지 않아 한의원 또는 한방병원이 원산지 표시의무를 부담하는 농수산물 및 가공품 판매자에 해당된다고 보기는 어렵다.

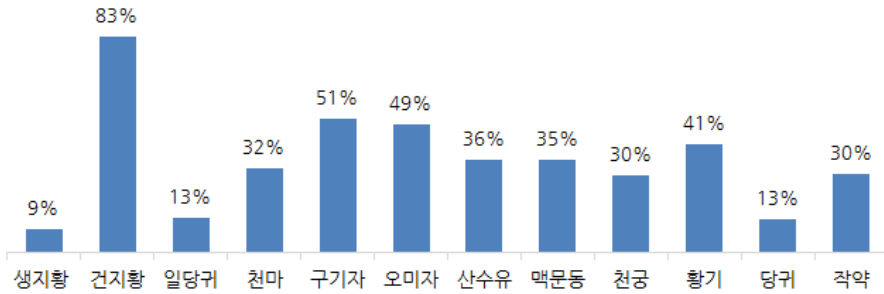
원산지 표기의 중요성을 감안하여 정부는 2010년 제약회사(2009년 3월 기준 590개), 한방병원(139개), 한의원(1만 1,424개), 한약방(1,393개), 한약조제약국(2만 7,080개), 한약국(510개) 등 최종소비처에서 조제 등에 사용된 한약과 제약회사 제품 원료에 대한 원산지 표시를 의무화한다는 계획을 발표하였으나, 이는 시행되지 않았다.⁴³⁾ 최근 보건복지부는 한의원, 약국 등에서 한약을 조제·판매 시, 주요 한약재에 대한 원산지 자율표시 시행근거를 마련하고 한의계 참여를 통한 원산지 우수표시업소 평가인증제도 신설 등과 같은 인센티브를 부여하기로 하였다.⁴⁴⁾ 그러나 이 지침은 법적 구속력이 없어 실효성이 우려되며, 원산지 자율표시 대상 한약재도 구기자, 당귀,

43) 국무총리실 보도자료(2010. 3. 25), “한의원 등 한약재 원산지 표시 의무화”

44) 보건복지부(2016), 『한약 원산지 자율표시 지침』

맥문동, 산수유, 오미자, 일당귀, 작약, 지황(생·건), 천궁, 천마, 황기 등 11품목에 한정된다(그림 IV-4) 참조).

〈그림 IV-4〉 원산지 자율표시 대상 한약재 수입 비율(2013년)



자료: 보건복지부(2016), 『원산지 자율표시 지침』; 보건복지부(2014), 『한방의료이용 및 한약소비 실태조사』

〈표 IV-10〉 한약 정보 제공의 불투명성

구분	첨약	약침	비고
안전성·유효성 검증	×	×	-
성분·원산지 등 표시	×	×	-
처방전 발행의무 (환자진료 한의사가 직접조제하지 않는 경우)	△	△	(보건복지부 유권해석) 한의사와 한약사 간 사전약속에 따른 구체적 지시가 담긴 조제지시서로 처방전 대체가능

4. 감독 시각지대

현행 우리나라의 보건의료법규들은 이원적인 의료체제와 약사체제를 규율하고 있으나, 한의약은 국가 공공의료체제에서 상대적으로 소외되어 있었다. 건강보험 등재 급여행위 중 한방의료는 240개로 양방의료(5,676개)의 4.2% 수준이며, 건강보험 요양 급여비용 중 한방의료기관이 차지하는 비중은 2016년 기준 한방병원이 0.5%, 한의원 이 3.3%에 불과하다. 국세통계에 신고된 한방의료기관의 매출액과 건강보험 진료비

심사통계에 따르면, 한방의료기관의 매출액에서 건강보험 요양급여비용이 차지하는 비율은 2015년 기준 한방병원이 64.8%, 한의원이 47.7%이다.⁴⁵⁾ 국세통계에서 매출액은 의료기관이 자진 신고한 값으로 과소신고의 가능성이 있어, 각 의료기관의 매출액에서 건강보험이 차지하는 비율은 이보다 더 낮을 개연성이 있다. 이러한 한의약의 국가의료체계 내 소외는 바꿔 말하면 한방의료가 상대적으로 관리 및 감독의 사각지대에 있다는 것을 의미하기도 한다. 한의약의 특성상 한의사의 고유처방 및 처방가감 등 조제권이 보장되어 있으나 한약의 조제과정에 대한 기준이 없다. 조제한약의 경우 한의사가 환자의 치료용으로 직접 조제가 가능한 의약품으로 환자 상태에 맞게 조제할 수 있다는 장점도 있으나, 사용 한약재 종류 및 사용량, 조제설비, 조제방법, 조제 공정 등 한약 조제 과정이 명확히 규정되어 있지 않아 품질관리 및 안전성 측면에서 우려가 지속적으로 제기되고 있다. 양약과 달리 한약에 대해서는 안전성·유효성 검증체계는 물론 한약 성분 및 한약재 원산지 등에 대한 표시규제가 없다. 뿐만 아니라 건강보험의 심사는 요양급여비용의 대부분을 차지하는 양방의료 및 양방의료기관에 집중되고, 건강보험 요양급여비용의 5%에도 미치지 않는 한방의료에 대한 심사나 조사는 상대적으로 미미할 수밖에 없다.

그럼에도 불구하고 건강보험에서는 실시하지 않은 진료비를 청구하거나, 비급여 항목을 진료하고 요양급여비용으로 이중청구하거나, 실시한 진료행위의 일수나 횟수를 늘려 청구하는 등 한방의료기관의 거짓청구가 적발되어 건강보험의 거짓청구 요양기관 명단에서 한방병원과 한의원이 드물지 않게 관찰되고 있다. 건강보험은 관련 서류를 위·변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관 중 거짓으로 청구한 금액이 1,500만 원 이상인 경우 요양기관의 명칭 등을 공표하고 있다. 2010년 11월부터 2017년 6월까지 기간 동안 총 233개의 의료기관이 건강보험 거짓청구 요양기관 명단에 등재되었고, 이 중 28.7%가 한방병원과 한의원이다(〈표 IV-11〉 참조).

45) 한국한의약연구원의 2015년 「한의약산업실태조사」에 따르면, 한방의료기관의 수입 중 건강보험 수입은 한방병원이 44.2%, 한의원이 57.4%임

〈표 IV-11〉 건강보험 거짓청구 요양기관 명단 현황

(단위: 개소, %)

병원	의원	한방병원	한의원	요양병원	치과의원	약국
12 (5.2)	126 (54.1)	4 (1.7)	63 (27.0)	3 (1.3)	12 (5.2)	13 (5.6)

주: 1) 국민건강보험법 제100조 및 같은 법 시행령 제74조에 의거 요양급여비용 거짓청구 요양기관의 명단을 공고함

2) 2010. 11. 15 ~ 2017. 6. 30 기간 동안 공고된 내용임

자료: 건강보험심사평가원

자동차보험에서는 의료기관이 의료정책당국의 체계적인 심사규제를 받지 아니하고 의료이용자인 피해자도 경제적 부담을 가지지 않기 때문에 의료기관의 거짓청구나 부당청구⁴⁶⁾의 유인이 건강보험에서보다 크다. 자동차보험의 경우 의료이용자가 직접 비용을 지불하지 않으므로 비용에 대한 의식이 약하고 의료기관 입장에서는 환자의 비용부담을 고려하지 않아도 되기 때문이다. 뿐만 아니라, 건강보험에서 한방의료기관의 청구내역의 사실관계 및 관련 규정의 준수 여부를 조사한다고 하더라도, 이는 건강보험 급여항목에 국한된 것으로, 침약, 추나요법, 한방물리요법, 약침술 등 비급여항목에 대해 관계법규 준수 여부를 조사하지는 않는다. 자동차보험의 경우 한방의료기관에 연간 약 4,635억 원이 지급되고 있으나, 의료기관의 거짓청구나 부당청구 적발을 위한 법령상의 규제가 명확하지 않다.

구체적으로, 국토교통부장관은 필요하다고 인정하면 소속 공무원에게 재할시설, 자동차보험진료수가를 청구하는 의료기관에 출입하여 업무의 처리 상황에 관한 장부 등 서류의 검사, 업무·회계 및 재산에 관한 사항을 보고받는 행위, 관계인에 대한 질문 등을 할 수 있다(「자동차손해배상보장법」 제43조). 검사를 하거나 보고를 받은 결과 법령을 위반한 사실이나 부당한 사실이 있으면 재할시설운영자나 권한을 위탁 받은 자에게 시정하도록 명할 수 있다.⁴⁷⁾ 그러나 국토교통부의 의료기관 현지검사는

46) 거짓청구란 약의 또는 고의로 실제 실시하지 않은 진료비를 청구하거나 진료내역과 다르게 진료비를 청구하는 것을 의미함. 부당청구는 진료수가기준 및 심사기준에 맞지 않는 진료행위·약제·치료재료를 사용한 후 청구하거나 저가의 진료행위·약제·치료재료를 사용하고 고가의 진료행위·약제·치료재료 비용을 청구하는 것을 의미함

47) 「자동차손해배상보장법」 제48조 제3항 “검사·보고요구·질문에 정당한 사유 없이 따르

지자체에 위임되어 입원환자 외출·외박 기록·관리점검업무로만 활용 중이어서 의료기관의 부당청구에 대한 국토교통부의 현장검사가 사실상 이루어지지 않고 있다.⁴⁸⁾

또한 심사평가원은 자동차보험 진료수가를 청구받은 때에는 그 청구 내용이 자보수가기준에 적합한 지를 심사하여야 한다. 심사평가원의 원장은 청구받은 사실을 확인할 필요가 있다고 인정하면 해당 의료기관에 관련 자료의 제출을 요구할 수 있으며, 의료기관은 특별한 사유가 없으면 이에 따라야 한다. 다만, 해당 의료기관이 관련 자료의 제출을 거부하거나 제출한 자료만으로는 사실관계 확인이 곤란한 경우에는 현지를 방문하여 확인할 수 있다(「자동차손해배상보장법」 시행규칙 제6조의3). 이는 심사 중인 건을 대상으로 하며 심사결과 진료기록부의 진료기록과 다르게 자동차보험 진료수가를 청구하거나 이를 청구할 목적으로 거짓의 진료기록을 작성한 의료기관에 대하여는 진료비를 삭감하고 5천만 원 이하의 벌금에 처하고 있다. 현재 심사평가원의 현지확인 심사 규정이 “제출받은 자료의 사실 확인이 필요한 경우”가 아닌 “의료기관의 자료제출 거부 및 제출된 자료로 확인이 곤란한 경우”로 되어 있어 현지확인 심사 업무범위에 제한이 있다. 또한 심사평가원의 현지확인 심사는 심사 중인 건만을 대상으로 진료비 산정내역의 사실을 확인하고 일부 거짓청구가 적발되더라도 진료비 삭감과 벌금부과만 가능하며, 거짓·부당청구의 적발 및 예방 효과는 미미하다.

뿐만 아니라 자동차보험 진료비를 심사하는 심사평가원은 의료기관이 청구한 진료비에 대해 청구 내용이 자보수가기준에 적합한 지를 심사하고 필요하다면 세부진료내역을 근거로 사실관계를 확인할 뿐이다. 이로 인해 첩약, 약침, 한방물리요법 등 건강보험에서도 감독의 사각지대에 있는 한방비급여 항목이 적절하게 환자에게 제공되고 있는지에 대한 확인이 어렵다.

지 아니하거나 이를 방해 또는 기피한 자, 시정명령을 이행하지 아니한 자에 300만 원 이하의 과태료를 부과할 수 있다.”

48) 「자동차손해배상보장법 시행령」 제34조의2(권한의 위임) “국토교통부장관은 법 제44조에 따라 법 제43조 제1항에 따른 검사·질문 등의 권한 중 자동차보험진료수가를 청구하는 의료기관에 대한 검사·질문 권한을 시장·군수·구청장에게 위임한다.”

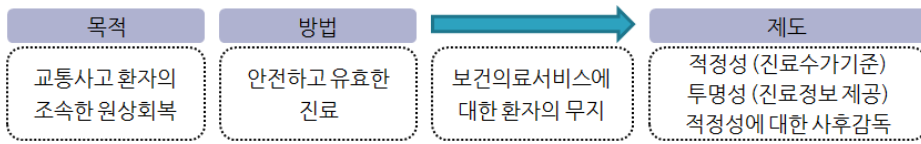
V. 개선방안

1. 기본원칙

의료서비스는 공급자에 비해 환자의 지식과 정보가 부족한 정보의 비대칭성 문제가 존재한다. 질병의 원인이나 치료방법, 의약품 등에 관한 지식과 정보는 매우 전문적인 내용이어서 환자는 정확하고 충분한 지식을 갖추기 어렵다. 의료서비스를 둘러싼 공급자와 환자 사이의 정보편향성은 의료서비스 시장에서 환자의 합리적인 선택을 가로막는다. 자신이 받게 될 의료서비스가 양질의 것인지, 얼마나 효과적인지, 반드시 필요한 것인지, 어느 정도로 필요한 것인지, 지불해야 할 가격은 적절한 것인지에 대한 환자의 무지로 인해 환자는 의료공급자의 결정에 의존하게 된다. 의료공급자는 환자의 이익을 위하여 행동해야 하지만, 행위별 수가제하에서는 의료인의 입장에서 더 많은 서비스를 제공할수록 이익이 커지므로 불필요한 의료서비스를 제공할 유인을 가진다. 이는 환자가 직접 비용을 지불하지 않는 자동차보험에서 더 뚜렷하게 나타날 수 있다. 의료이용자가 직접 비용을 지불하지 않으므로 비용에 대한 의식이 약하고 의료공급자 입장에서는 환자의 비용부담을 고려하지 않아도 되기 때문이다.

의료기관과 환자 간 정보비대칭과 공급자 유인수요가 강하게 존재하는 자동차보험 의료서비스 시장에서 환자의 합리적인 선택을 돕기 위해 정부의 적극적인 개입이 필요하다. 구체적으로, 첫째, 진료의 적정성을 보장하기 위해 진료수가 및 인정기준을 마련하며, 둘째, 환자에게 의료서비스에 대한 유익한 정보를 생산·제공하고, 셋째, 환자에게 필요한 진료가 보편타당한 방법으로 전달되었는지 사후적으로 감독하는 것이 필요하다.

〈그림 V-1〉 자동차보험 진료제도의 방향



한편, 자동차보험의 손해배상책임 성격과 우리나라 건강보험 보장률 및 재정상황 등을 고려할 때, 자동차보험에서 건강보험 비급여항목에 대한 보장이 불가피하다. 자동차보험은 배상책임보험의 성격을 가지고 있어서 교통사고 환자의 조속한 원상회복이 궁극적인 목표인 반면, 건강보험은 국민의 상호부조하에 적정진료 제공을 목적으로 하기 때문에 자동차보험의 보장범위가 더 포괄적일 수밖에 없다.

2. 진료수가 및 인정기준 구체화

환자 개인별 치료방법 차이는 불가피하더라도 의료기관별, 의료인별 다양한 치료 방법은 한의약의 신뢰와 과학적 근거 마련에 제약이 되었다. 이를 해결하기 위해 보건복지부는 교통사고 상해증후군 등을 포함한 다빈도 주요 질환 30개를 선정하여 문헌연구 및 임상연구 지원을 통해 한의표준임상진료지침을 개발 및 보급하기로 하였다.⁴⁹⁾ 교통사고 상해증후군에 대한 표준임상진료지침의 개발 및 보급은 최소 5년 이상이 소요되는 사안으로, 이에 앞서 자동차보험 한방의료의 진료수가 세부인정기준이 마련될 필요가 있다.

가. 양·한방 유사진료행위 중복시술 기준 마련

우리나라는 1951년 「국민의료법」을 제정하면서 의사, 치과의사, 한의사를 모두 의

49) 보건복지부 보도자료(2017. 1. 12), “표준임상진료지침 개발 및 한의약 건강보험 급여 확대 추진”

료인으로 인정하여 공식적인 의과-한 의과 의료이원체계를 마련하였다. 선행연구에 따르면, 양방의료가 주류를 이루고 한방의료가 대체 또는 보완적 역할을 하고 있다. 한방의료기관 이용자의 대다수가 의과 의료기관을 중복적으로 이용하고 있는 것으로 나타난다. 박윤성 외(2017)에 따르면, 의과와 한방의료기관을 중복적으로 이용한 건강보험 환자는 2002년 21.9%에서 2013년 28.1%로 증가 추세에 있다.⁵⁰⁾ 김동환 (2014)에 따르면, 2014년 한방병원을 이용하는 건강보험 환자의 93.3%, 한의원을 이용하는 환자의 94.1%가 의원을 이용하였다. 박윤성 외(2017)에 따르면, 의과와 한방 의료기관을 모두 방문한 건강보험 환자의 대부분은 등통증, 어깨 병변, 발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장, 무릎 관절증, 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 등 근골격계 통증질환 때문이다(〈표 V-1〉 참조).

기본적으로 교통사고 환자의 대부분은 근골격계 질환이다(〈표 V-2〉 참조). 자동차보험 입원 환자의 경우 골절질환이 많지만 외래 환자의 경우 염좌나 손상이 대부분이다.⁵¹⁾ 한방의료기관은 특히 외래의 경우 일부 내과질환을 제외하고는 근골격계 질환이 주된 치료대상이다(김동수 2013).

한방의료기관의 주된 치료대상이 교통사고 환자의 대부분 질병과 겹치기 때문에 한방의료기관에 대한 교통사고 환자의 선택은 일반적인 건강보험 외래환자의 특성과 크게 다르지 않다. 따라서 자동차보험에서도 최초 양방진료를 받고 추가로 한방진료를 받는 행위가 증가함에 따라 양·한방 중복이용 비중은 2014년 14.3%에서 2016년 21.2%로 증가하였다(〈표 V-3〉 참조).

2009년에 양방의료와 한방의료 간 협진을 허용하는 「의료법」이 개정되었고 정부

50) 박윤성 외(2017)는 국민건강보험공단의 표본코호트DB를 이용하여 2002년도부터 2013년도 까지 의료기관 외래 이용자현황을 파악하고, 전체 의료기관 이용자의 다빈도 질병 20개를 선정하여 질병별 의과, 한방 그리고 의과와 한방의료기관을 모두 이용한 자의 의료기관 이용률을 분석함. 2013년 기준 전체 의료기관 외래 이용자의 70.9%는 양방의료기관만을, 1%는 한방의료기관만을, 28.1%는 의과와 한방의료기관을 중복적으로 이용하였음

51) 2016년 자동차보험 외래 다빈도 질병은 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S13), 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S33), 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S43), 두개내 손상(S06), 무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S83) 순임

는 기술융합을 통한 의료기술 발전 촉진과 의료서비스 향상을 위해 양·한방 협진을 정책적으로 권장하고 있다.⁵²⁾ 그러나 근골격계와 관련한 질병은 반드시 한방의료기관을 이용하거나 의과와 한방의료기관을 병행해 이용할 필요성이 없는 질병임에도 일부 이용자들이 불필요하게 중복해 이용하고 있다는 지적이 있다(박윤서 외 2007). 장욱승(2016) 역시 기본적으로 한방진료가 양방진료의 보완재 및 대체재의 성격이 강하지만 자동차보험에서 한방의료 이용은 기존 양방 병·의원 치료에 대한 대체재 성격이 더 두드러진다고 언급하였다. 심사평가원도 양·한방 협진기관에서 한방 입원 중 수기요법(추나 또는 도인운동요법)과 동시 시행된 양방 단순운동치료 인정 여부, 자동차사고 환자의 양·한방 협진 진료의 적정성 여부 등 동일상병에 대한 양·한방 중복이용의 사례를 공개심사한 바 있다.

향후 양방과 한방을 중복으로 이용하는 환자의 다빈도 질병을 대상으로 의과와 한방 각각의 치료 효과, 의과와 한방 치료를 병행하였을 때의 효과, 그리고 양·한방의 료간 대체·보완관계 등을 파악하여 양·한방 중복이용에 대한 기준을 마련할 필요가 있다. 따라서 동일한 질병으로 양방과 한방을 중복으로 이용하는 의료소비 행태를 직·간접적으로 제한할 필요가 있다.

52) 2009년 1월 30일 「의료법」 일부개정(법률 제9386호)을 통해 병원은 한의사, 치과의사를, 한방병원은 의사, 치과의사를, 치과병원은 의사, 한의사를 각각 고용하여 진료과목을 개설할 수 있도록 함으로써 의료기관 내에서 양·한방 등 다른 종류의 의료인 사이에 협진이 가능하도록 하였음

〈표 V-1〉 건강보험 다빈도 질병의 의료기관 이용률(2013년)

(단위: %)

구분		양방	한방	양·한방 중복
근골격계	등통증	45.0	39.6	15.4
	연조직장애	58.5	35.7	5.8
	요추골반염좌	50.5	41.0	8.5
	무릎관절증	75.7	12.9	11.4
	어깨병변	58.8	31.5	9.6
	발목염좌	55.2	32.3	12.5
	소계	57.3	32.2	10.5
다빈도 질병 20개		55.2	32.3	12.5

자료: 박윤성 외(2017)

〈표 V-2〉 자동차보험 외래 다빈도 상병 순위별 심사실적(2016년)

질병분류 기호	환자 수 (천 명)	외래일수 (천 일)	진료비 (백만 원)	인당 진료비 (천 원)	일당 진료비 (천 원)
S13	955 (55.6%)	6,306 (43.3%)	279,290 (45.4%)	285	44
S33	431 (25.1%)	2,885 (19.8%)	113,007 (18.4%)	258	39
S06	105 (6.1%)	334 (2.3%)	20,683 (3.4%)	193	62
S43	104 (6.6%)	654 (4.5%)	25,114 (4.1%)	237	38
S83	53 (3.4%)	398 (2.7%)	12,545 (2.0%)	230	31

주: 1) S13: 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장, S33: 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장, S06: 두개내 손상, S43: 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장, S83: 무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장

2) 괄호 안은 전체 외래환자 수 또는 외래진료비 대비 해당 질병의 구성비를 의미함

3) 요양기관 전체를 대상으로 함

자료: 건강보험심사평가원(2016), 『진료비통계지표』

〈표 V-3〉 교통사고 환자의 양·한방 중복이용 추이

(단위: %)

구분	양방	한방	양·한방 중복
2014년	77.6	8.1	14.3
2015년	71.9	10.4	17.6
2016년	66.1	12.7	21.2

자료: 보험개발원 내부자료

나. 협약 기준 마련

양방약제와 마찬가지로 한약도 건강보험 급여약제를 우선 처방하도록 하며, 환자의 증상 및 상병의 정도에 따른 처방기준을 마련하고 중복처방 제한 기준을 마련할 필요가 있다.

1) 급여약제 우선처방

자보수가기준(별표3 일반사항)은 진료수가 인정범위와 관련하여 건강보험 급여사항을 우선 인정토록 규정하고 있다. 이는 안정성, 유효성, 경제성이 입증된 건강보험 급여 진료비를 우선 인정함을 원칙으로 하되, 비급여 진료는 반드시 필요한 경우에 한해 예외적·보충적으로 인정하기 위한 취지이다. 상기 원칙에 따라 진료수가기준(별표3 연번2)은 약제 인정범위에 대해 건강보험 급여 약제를 우선 인정토록 규정하고 있다. 즉, 교통사고 환자에게 사용하는 약제는 「약사법 시행령」에 의한 허가·신고사항(효능·효과, 용법·용량 등) 범위 내에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여하여야 한다. 이 경우 건강보험 「약제급여목록 및 급여상한 금액표」에 등재된 약제를 우선 인정하고, 등재되지 않은 약제를 사용하는 경우에는 별도 산정이 가능한 약제로서 등재된 약제 중 대체 가능한 약제가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정하고 있다.

그러나 그 구체적 적용기준은 양방약제에 대해서만 규정하고 있을 뿐, 한방약제에 대해서는 별도의 명시적 규정이 존재하지 않는다. 이로 인해 자동차보험이 적용되는

경우에는 건강보험에서 보상되지 않는 상대적으로 고가인 첩약이 진료상 불가피성 여부와 상관없이 처방되는 경향이 있다. 건강보험 다빈도 상병과 자동차보험 다빈도 상병의 상당수가 겹침에도 불구하고 건강보험과 교통사고 환자에 대한 다빈도 한약 처방이 상이하다. 건강보험 환자에게는 약 3천 원(1일)의 오적산(한약제제)이 가장 많이 사용되는 반면, 교통사고 환자에게는 14,720원(1일)의 당귀수산(첩약)이 다수를 차지한다(박희제 2016).

양방과 마찬가지로, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」를 자보수가기준에 명기 하여 한약에 대해서도 건강보험 급여약제를 우선 적용토록 할 필요가 있다. 구체적으로는 자보수가기준 별표3 연번2를 다음과 같이 개정하는 것을 고려할 수 있다: “이 경우 건강보험 「약제급여목록 및 급여상한 금액표」 및 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」에 등재된 약제를 우선 인정하고, 등재되지 않은 약제를 사용하는 경우에는 별도 산정이 가능한 약제로서 등재된 약제 중 대체 가능한 약제가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정함”. 나아가, 첩약 등 비급여 약제 사용 시 진료상 불가피성 등을 심사하기 위한 처방전 등 자료의 제출 요건 신설을 고려할 수 있다.

2) 증상별 · 상병별 처방기준 마련

첩약과 관련하여 자동차보험에서는 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 필요 적절하게 투여하여야 하며, 1회 처방 시 10일, 1일 2첩 이내에 한하여 산정하도록 하고 있다. 1회 처방일수 기준을 제공함으로써 장기일시처방을 제한하고 있을 뿐, 증상별 · 상병별 세부 기준이 없다. 상해등급별 첩약일수에 대한 기준이 없어 심사평가원은 교통사고 환자의 상병 및 진료내역 등을 비교하여 의학적 타당성 여부에 따라 심사할 뿐이다.

환자의 증상 및 질병의 정도에 따른 첩약 처방기준을 마련 · 적용할 필요가 있다. 2013년 11월 심의회는 경산환자에 대해 1일 2첩, 5일 이내로 제한하는 별도의 처방기준을 의결한 바 있으나, 심의회의 결정이 심사평가원의 심사를 구속하지는 않고 있다.

3) 중복처방에 대한 기준 마련

추가투약에 대해서는 환자 경과 및 상태 기록을 확인하여 사례별로 심사하고 있다. 심사위탁 이후 심사평가원은 처방 중복처방 사례에 대한 심의결과를 공개하였다. 이에 따르면, 처방과 건강보험 기준처방 동시 처방 시 응급증상 등 환자의 증상과 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정이 가능하나, 처방 처방 시 복합증상에 대한 가미가 가능한 점 등을 고려하여 병용투여에 대한 객관적 사유가 확인되지 않을 경우 주된 처방 1종만 인정한다. 또한 병용 투여한 기간의 처방은 1일 2처방만 인정하고 모두 삭감하였다.⁵³⁾ 그러나 심사평가원이 교통사고 환자에 대한 진료기준과 진료비용 인정범위를 정할 법적 근거가 없어 공개심의결과는 법적 구속력이 없다.

기준 처방기간 중 해당 의료기관 또는 타 의료기관을 통한 처방 중복처방에 대한 기준 마련이 필요하다. 산재보험의 경우 한방 처방은 한방의료기관에서 요양 중인 산재 근로자의 진료상 반드시 필요한 경우에 지급하도록 하고 있으며 상병상태가 추가 처방처리가 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우 추가로 인정할 것을 「산업재해보상보험 요양급여 인정기준」 별표에 명시하고 있다. 처방 처방은 환자가 출장·여행 및 처방의 부작용·용량 조절 등으로 인하여 먼저 처방 받은 처방이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우 등 부득이한 경우를 제외하고는 처방된 처방이 소진된 이후 치유경과, 환자의 증상 등에 따라 적절하게 투여하여야 한다. 따라서 먼저 처방된 처방이 소진되기 전에 재처방하여야 할 부득이한 경우에는 참조란에 사유 등을 기재하여 청구하도록 하여야 한다. 한방의료기관은 환자 구술 내용 또는 보상담당자를 통해 이전에 타 기관에서의 처방 투여 여부를 확인할 수 있으므로 타 한방의료기관 치료 후 전원된 경우는 동일한 처방을 중복사용하지 않도록 자보수가기준을 명확히 할 필요가 있다.

53) 자동차보험심사 공개심의 사례(2016. 8. 30)

다. 한방물리요법 세부인정기준 마련

한방물리요법의 시술횟수, 시술시간, 시술자, 치료실 요건 등을 구체화해야 한다. 한방물리요법에 대한 심사평가원의 공개심사결과를 자보수가기준에 반영할 필요가 있다. 심사평가원은 학회 등 관련 단체 의견을 참조하여 추나요법의 경우 자세평가 및 근력검사를 포함한 사진 및 이학적 검사를 통해 환자상태를 확인하고 치료부위와 방법을 결정하며, 환자교육을 포함하여 치료효과를 위해서는 보편적으로 1부위 경우는 10분 이상 실시함이 타당하다는 결과를 공개하였다.⁵⁴⁾ 또한 추나요법·도인운동요법·근건이완수기요법 등 한방수기요법은 환자의 상태 등에 따라 실시 간격 및 횟수 등이 달라질 수 있으나 적정 치료기간을 감안하여 시술의 종류를 불문하고 실시 횟수는 합산하여 적용하되, 수상 후 3주 초과 11주까지는 주 3회, 6개월까지는 주 2회, 이후는 주 1회 사례별로 인정한다는 심사결과를 공개하였다. 약침술과 한방수기요법의 동시 시술과 관련해서는 질병의 정도 및 환자 상태에 따라 동일 날 동시에 시행할 수는 있으나, 경·요추 염좌 및 긴장 등의 경증질환의 경우에 약침술과 한방수기요법의 동시 시술은 보편적인 적정 진료로 보기 어려우므로 단독 또는 동일부위 복합 상병의 경우 1종 1부위, 부위가 다른 2개 이상 복합 상병의 경우 부위별로 주된 시술 1종 1일 최대 2부위까지 인정하였다.

3. 진료수가 결정체계 합리화

의·약학적 전문성과 공정성을 갖춘 기구와 절차를 마련하여야 한다. 「자동차손해배상보장법」에서는 자동차보험 진료수가 결정절차에 대해 심의회의 의견을 청취할 수 있다는 점만 규정할 뿐⁵⁵⁾ 전문성과 공정성을 담보할 수 있는 절차나 기구에 대한 언급이 없다.

54) 2016년 제6차 자동차보험 심사분과위원회(한의과) 심의결과

55) 「자동차손해배상보장법」 제15조 제3항

가. 건강보험의 사례

1) 급여대상 및 상대가치점수 결정

건강보험은 안전성 및 유효성을 인정받은 의료에 한해 전문성을 갖춘 기구들이 급여 여부, 범위, 가격 등을 평가·심의한다. 건강보험 요양급여 결정신청 관련 사항은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제316호, 2015. 5. 29) 제 10~13조에서, 요양급여 대상여부 결정기준과 상대가치점수·상한금액의 결정 및 조정, 전문평가위원회의 구성 및 운영 등 평가절차 등은 행위 치료재료 등의 결정 및 조정 기준(보건복지부고시 제 2014-221호, 2014. 12. 18 시행)과 약제의 결정 및 조정기준(보건복지부고시 제2015-80호, 2015. 5. 29)에서 정하고 있다.

요양급여로 결정신청된 진료항목은 심사평가원 전문평가위원회의 심의 및 평가를 거쳐 보건복지부의 건강보험정책심의위원회에서 급여 여부와 상대가치 및 상한금액이 최종적으로 결정된다(〈그림 V-2〉 참조).⁵⁶⁾ 건강보험정책심의위원회는 보건복지부장관 소속으로 요양급여의 기준, 요양급여비용에 관한 사항, 보험료율 등 건강보험정책을 심의·의결한다. 건강보험정책심의위원회는 공급자 대표, 가입자 대표, 공익위원 등 8명씩 24명과 위원장인 보건복지부 차관을 포함해 총 25명으로 구성돼 있다.⁵⁷⁾ 공익위원은 중앙행정기관 소속 공무원 2명, 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 1명, 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명으로 구성된다.

심사평가원장은 요양급여 결정 또는 조정신청을 받은 때에는 정당한 사유가 없는 한 접수일로부터 100일 이내에 안전성·유효성에 대한 확인과 요양급여대상여부·상

56) 전문평가위원회는 의료행위, 한방의료행위, 질병군 수가, 치료재료, 인체조직을 담당하는 5개의 전문평가위원회와 약제급여평가위원회로 구성됨. 한방의료행위전문평가위원회는 대한의사협회가 추천하는 전문가 1인, 대한한의학협회장 및 대한한방병원협회장이 추천하는 전문가 각 2인, 국민건강보험공단이사장이 추천하는 전문가 2인, 심사평가원장이 추천하는 전문가 2인, 소비자단체가 추천하는 전문가 2인, 관련 학계 또는 전문기관에 종사하는 전문가 4인, 보건복지부 담당공무원 1인으로 구성됨

57) 「국민건강보험법」 제4조

대가치점수 또는 상한금액에 대한 각 전문평가위원회의 평가를 거쳐 그 결과를 장관에게 보고하여야 한다. 장관은 평가결과를 보고받은 경우에는 정당한 사유가 없는 한 결정 또는 조정신청 접수일로부터 150일 이내에 요양급여 대상여부를 결정하여야 한다. 각 전문평가위원회는 결정신청된 진료항목의 안전성 및 유효성을 확인하고 경제성과 급여의 적정성을 평가한다. 결정신청 진료항목의 안전성 및 유효성은 신의료기술평가 결과, 「약사법」 또는 의료기기법상의 품목허가 또는 품목신고 여부로 확인한다(행위 치료재료 등의 결정 및 조정기준 제8조). 전문평가위원회는 행위·치료재료 등을 평가함에 있어 경제성의 경우에는 대체가능성 및 비용효과성 등을 고려하고, 급여의 적정성의 경우에는 보험급여원리 및 건강보험 재정상태 등을 고려한다(행위 치료재료 등의 결정 및 조정 기준 제9조). 의료행위·한방의료행위전문평가위원회는 행위에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양, 행위의 위험정도 등을 고려하여 상대가치점수를 평가한다. 진료행위별 상대가치점수당 단가(환산지수)의 결정은 국민건강보험공단과 의약계 단체 간에 협상을 통해 계약하도록 되어 있는데, 공단의 의견은 보험가입자대표와 공익대표로 구성된 공단 내 재정운영위원회에서 결정되며, 협상결렬시 환산점수는 건강보험정책심의위원회에서 결정된다.

〈그림 V-2〉 진료수가 결정체계: 건강보험 vs. 자동차보험



2) 인정기준 및 심사기준 결정

건강보험은 요양급여 인정기준의 일반원칙을 보건복지부령으로 규정하고, 이를 구체화한 다수의 세부규정을 보건복지부 고시 형태로 두고 있다(〈표 V-4〉 참조). 요양급여와 관련된 내용은 건강보험법과 동법 시행령, 시행규칙을 근간으로 하여 요양급여의 기준은 보건복지부령인 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」에 의해 규정·관리된다. 구체적으로, 「국민건강보험법」 제41조 제3항은 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준을 보건복지부령 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」으로 정하도록 위임한다. 의료행위의 여러 가지 특성상 요양급여의 범위와 상한기준 등을 법에 규정하는 것은 한계가 있어 요양급여의 기준을 보건복지부령으로 정하도록 포괄적으로 위임한 것이다. 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」 제5조 제1항과 관련된 별표1(요양급여의 적용기준 및 방법)에서는 요양급여의 범위와 수준을 구체화하기 보다는 요양급여의 일반원칙을 밝히고 있다. 동 규칙의 하위에는 의학적 타당성, 비용효과성을 근거로 적응증, 시술범위 등 요양급여 인정범위를 보건복지부장관 고시로 규정한다.⁵⁸⁾

심사평가원은 건보수가기준에 따라 진료항목, 시술기준, 진료비 인정기준 등의 적정성 여부를 심사하며, 건보수가기준상 세부규정이 없거나 불분명한 경우 진료비 심사기관인 심사평가원이 별도의 심사기준을 마련·적용한다. 구체적으로, 심사평가원은 심사청구 내역이 요양급여기준에 관한 규칙에서 정한 기준(「국민건강보험법」 제41조 제2항 및 제3항), 요양급여비용의 산정내역, 보건복지부장관이 정한 요양급여비용의 산정지침(「국민건강보험법」 제45조 및 46조), 그리고 심사평가원의 원장이 진료심사평가위원회⁵⁹⁾의 심의를 거쳐 정한 요양급여비용의 심사기준에 적합한지를 심사한다(「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조 제1항). 심사지침은 심사운영에 필요한 사항, 건보급여기준과 관련된 부연설명이나 명료화 등을 위하여 심사평가원장이 공고한다. 이처럼 건강보험에서 요양급여의 인정범위와 심사지침을 구체적으로 규정하는 것은 비단 재정적인 이유뿐만은 아니며 의·약학적으로 타당한 치료를 제공함으로써 보건의료의 보편적인 판단기준인 안전성과 유효성을 공고히 하기 위함이다.⁶⁰⁾

심사평가원의 요양급여비용 심사처분, 요양급여의 적정성 평가처분, 부당이득금 징수처분, 요양급여의 대상여부의 확인 처분 등 심사평가원과 요양기관 사이에는 심사평가원의 우월적인 처분으로 이루어지는 법률관계가 주로 이루어지게 된다. 이러한 심사평가원의 처분은 요양기관에 대한 권리를 침해할 우려가 있기 때문에 심사평가원의 처분에 대한 구제절차를 두고 있다. 심사평가원 처분에 대한 이의신청이 받아들여지지 않아 불복하는 요양기관은 보건복지부의 분쟁조정위원회에 행정심판을 제기할 수 있으며 분쟁조정위원회의 조정결과는 심사평가원 심사결과를 구속한다.

58) 요양급여의 지급, 심사, 평가의 기준이 되는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수」와 「약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 인정기준」 등이 고시되며 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」 제5조 제2항을 구체화하여 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」이 고시되어 있으며 그 밖에 명확하지 않은 사항들에 대해 보건복지부의 행정해석이 이루어짐

59) 진료심사평가위원회는 건강보험심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 「국민건강보험법」 제66조에 근거한 심사평가원의 “진료심사평가위원회운영규정”에 따라 본원에 중앙심사위원회, 의료평가위원회를 두고, 지원에는 지역심사평가위원회를 두고 운영하고 있으며 중앙심사위원회에는 42개의 분과위원회를 두고 있음

60) 「요양급여의 적정성평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준」 제2조 제1항

〈표 V-4〉 진료수가 인정범위에 관한 법규: 건강보험 vs. 자동차보험

구분	건강보험	자동차보험
위임 규정	국민건강보험법 제41조 제3항	자동차손해배상보장법 제15조
일반 원칙	[시행규칙] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표 1: 요양급여의 적용기준 및 방법)	[국토교통부 고시] 자동차보험 진료수가에 관한 기준 (별표3: 자동차보험 진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항)
세부 규정	<ul style="list-style-type: none"> • [보건복지부 고시] • 건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 • 선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준 • 약제의 결정 및 조정 기준 • 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 • 요양기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준 • 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 • 치료재료 급여비급여 목록 및 급여 상한금액표 • 한약제제 급여목록 및 상한금액표 • 행위 치료재료 등의 결정 및 조정 기준 • 허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차 	없음 (건강보험 급여항목은 건강보험 관련 규칙 준용)
	행정해석(보건복지부 유권해석)	

나. 자동차보험 진료수가기준 결정체계 개편

1) 결정 절차 및 기구

진료수가 결정기준이 명확하게 규정되지 않고 보험업계와 의료업계 간 불신과 상충된 이해관계 때문에 객관적인 자료와 합리적 기준이 제대로 생성 및 활용되지 못하고 정치적 합의에 의해 결정될 가능성이 내재해 있다. 진료수가기준이 양업계 간의

정치적 합의에 의존하기보다는 기술적·전문적·객관적인 자료와 합리적인 기준에 근거하도록 해야 한다. 이를 위해서는 진료수가 결정절차를 명확히 하고, 공정성과 전문성이 확보된 결정기구를 구성해야 한다.

국토교통부장관이 자동차보험 진료수가기준을 정하거나 변경하는 경우 국토교통부장관의 심사평가원과 심의회 의견 청취를 의무화할 필요가 있다. 구체적으로, 심사평가원이 수가기준 검토를 위한 전문성과 제반여건을 갖추고 있고 심의회가 보험·의료·공익 등 관계 기관 협의체 형태임을 고려하여 심사평가원이 진료수가기준 제·개정안을 마련·제안하고, 심의회가 동 제·개정안에 대한 심의기능을 부여할 필요가 있다.

〈표 V-5〉 「자동차손해배상보장법」 개정안

현행	개정안
제15조(자동차보험진료수가 등) ① - ② (생략) ③ 국토교통부장관은 자동차보험진료수가 기준을 정하거나 변경하는 경우 제17조에 따른 자동차보험진료수가분쟁심의회 의 의견을 들을 수 있다	제15조(자동차보험진료수가 등) ① - ② (생략) ③ 국토교통부장관은 자동차보험진료수가 기준을 정하거나 변경하는 경우 <u>제12조의2에 따른 전문심사기관 및 제17조에 따른 자동차보험진료수가분쟁심의회</u> 의 의견을 <u>들어야 한다</u>

2) 인정기준 및 심사기준

보건의료의 성격상 자보수가기준에 기준이 없거나 불분명한 경우가 발생하지만 이를 보정하기 위한 장치가 없는 상황이다. 건강보험은 수가기준상 기준이 없거나 불분명한 경우 심사평가원이 진료심사평가위원회 심의를 거쳐 심사기준을 정할 수 있으며 그 기준을 공개함으로써 급여기준의 추상성을 적시에 보완한다. 자동차보험에서도 심사평가원이 진료수가기준에서 정하기 곤란한 세부사항에 대해 심의회 심의를 거쳐 심사기준 제정할 수 있는 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 심사에 대한 전문성을 고려하여 심사평가원이 심사기준을 정하도록 하되, 객관성 및 공정성 제고를

위해 심의회의 심의를 거치도록 해야 한다. 다만, 심사지침은 자보수가기준과 관련된 부연설명이나 명료화 등 세부적인 내용을 규정하는 범위로 한정되어야 한다. 자보수가기준에서 규정하지 않는 범위에 대하여도 급여를 제한하는 등 국토교통부의 급여기준과 이원화된 급여기준으로 역할하지 않도록 주의하여야 한다.

3) 심의회의 전문성과 공정성 보강

심의회의 인적구성을 전문성과 공정성을 제고하는 방향으로 재편할 필요가 있다. 심의회는 진료수가 및 인정기준 결정과 분쟁조정 등 보험업계와 의약계 간 이해가 상충되는 사안을 다루기 때문에 객관적인 공익대표의 역할이 중요하다. 심의회가 진료수가기준의 심의기구로서 역할하고 분쟁조정기구로서 심의회의 조정결과가 심사평가원의 심사결정을 구속하기 위해서는 심의회의 공익대표에 국토교통부 소속 공무원, 심사평가원 관계자, 그리고 자동차보험 전문가의 참여가 필요하다. 건강보험정책심의회위원회의 경우 공익위원은 중앙행정기관 소속 공무원 2명, 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 1명, 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명으로 구성된다. 건강보험의 분쟁조정을 담당하는 건강보험분쟁조정위원회는 고위공무원, 판사·검사 또는 변호사 자격이 있는 사람, 사회보험 또는 의료와 관련된 분야에 부교수 이상으로 재직하고 있는 사람, 사회보험 또는 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 등으로 구성된다.⁶¹⁾

4. 한약에 대한 정보 제공 강화

보건의료서비스에서 정보 제공을 통해 환자의 알권리나 자기결정권을 보장하는 궁극적인 목적은 약품의 오·남용을 막고 환자의 건강권을 보호하기 위해서이다. 한약에 대해 환자가 제공받는 정보는 양방의료에 비해 양적·질적으로 제한적이다. 환

61) 「국민건강보험법 시행령」 제62조 제1항

자는 물론 진료비를 지불하거나 심사하는 보험회사와 심사평가원도 첩약의 주요 성분·원산지·효능에 대해 어떠한 정보도 가지고 있지 않다.

환자의 건강권 제고를 목적으로 하는 정보 제공은 환자에게 사전적으로 필요한 정보를 제공하거나 환자의 대리인이 관련 정보를 사후적으로 확인하는 방법으로 이루어질 수 있다. 한의계에서는 첩약의 성분이나 원산지 정보를 환자에게 사전적으로 제공하는 것은 한약의 특수성상 신중한 접근이 필요하다는 입장이다. 한의계는 첩약의 경우 성분 공개 시 환자 스스로 약재를 구입·투여할 개연성과 이로 인한 의약품의 오·남용 가능성이 있을 뿐 아니라 영업비밀이라는 근거를 제시한다. 또한 중국산 한약재에 대한 환자의 부정적인 선입견이 있어 첩약이나 제조한약에 사용된 한약재의 원산지 정보를 환자에게 사전적으로 제공하는 것에 대해서도 부정적이다.

한약의 특수성상 한약의 주요 성분·원산지·효능 정보를 환자에게 사전 제공하는 것이 불가능하다면, 사후적으로 심사평가원에 제공하도록 하는 방안이라도 검토해야 한다. 구체적으로 진료수가 청구서 및 명세서에 주요 성분·원산지·효능 표기를 의무화하여 심사평가원이 첩약의 안전성뿐만 아니라 필요·타당성을 환자를 대신하여 확인하도록 하는 방안을 고려할 수 있다. 심사평가원이 첩약의 주요 성분·원산지·효능 등을 확인함으로써 환자는 안심하고 첩약을 이용할 수 있을 뿐만 아니라, 해당 첩약이 치료목적으로 사용했는지, 또는 건강증진 목적으로 사용됐는지 처방목적에 대한 심사가 가능해진다. 자동차보험진료수가심사업무처리에 관한 규정에 따라 한의사는 첩약을 처방한 경우 처방한 첩약명을 특정내역란에 기재토록 하고 있지만,⁶²⁾ 진료비 청구 시 구성약제, 효능·효과 등 처방정보가 제공되지 않아 해당 첩약을 치료목적으로 사용했는지, 또는 건강증진 목적으로 사용했는지 처방목적에 대한 심사가 곤란하였다.

62) 건강보험심사평가원(2017), 『자동차보험 진료수가 심사업무처리에 관한 규정, 청구서·명세서 세부작성요령』

5. 한방의료기관에 대한 검사 강화

가. 건강보험의 사례

건강보험은 제도 운영의 전 과정에서 요양기관의 부적절한 청구를 가려내는 관련 제도를 운영하고 있다. 현행 국민건강보험법상 요양기관이 진료비를 청구하면 심사평가원에서 심사가 이루어지고, 심사결과가 건보공단에 통보되어 요양기관에 해당비용을 지급하는 구조를 가지고 있다. 심사평가원의 심사과정에서 이미 진료비 청구의 적절성 등을 검토하고 있고, 진료비가 지급된 이후에도 보건복지부 등은 현지조사 등을 통해 거짓·부당청구를 조사하여 환수하고 처벌하는 제도를 운영하고 있다. 이외에도 건보공단은 환자 측 수진자를 대상으로 진료내역을 확인하는 제도 등을 통해 건강보험의 재정 누수를 사후적으로 관리하고 있다.

1) 보건복지부의 현지조사

보건복지부는 국민건강보험법 제97조에 근거하여 보험급여 관련 서류검사 및 관계질문, 관련 보고 및 서류 제출을 명령할 수 있다. 보건복지부는 심사평가원·공단의 지원을 받아 의료기관이 지급받은 요양급여비용 등에 대해 세부 진료내역을 근거로 사실관계 및 적법 여부를 현지 방문하여 확인하고 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 한다. 건강보험법, 의료급여법 등 관계 법령을 위반하여 보험급여 비용을 청구함으로써 보험자 및 가입자에게 부당하게 비용을 부담하게 하였는지 여부를 확인한다. 구체적으로 진료비 대행 청구 여부, 진료비(진찰료, 입원료, 처치 및 수술, 검사료 등) 및 약제 거짓·부당청구 여부, 본인부담금 부당징수 여부, 의료행위의 시행 주체 등을 조사한다(〈표 V-6〉 참조). 「국민건강보험법」, 「의료급여법」, 「의료법」 등 관계 법령과 제 기준에 의거 작성·비치하도록 되어있는 진료기록부, 처방전, 청구명세서 부분, 본인부담금 수납대장, 약제·치료재료 구입 증빙자료, 각종 검사대장 등의 자료를 확보하여 이를 대조하며, 필요한 경우 수진자에게 진료 받은 내용을 문

의할 수 있다.

현지조사를 한 요양기관에서는 부당금액에 대한 환수 조치와 함께, 부당비율과 부당금액에 따라 업무정지 또는 과징금 처분을 한다. 거짓청구의 경우 「의료법」 제66조 제1항 제7호에 의거 추가로 의사면허자격정지 처분이 부과된다. 또한 요양기관 업무정지 또는 과징금 부과처분을 받은 요양기관 중 관련 서류를 위·변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관 중 거짓청구금액이 1,500만 원 이상이거나 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우 건강보험공표심의위원회의 심의를 거쳐 요양기관의 명단이 공표된다. 거짓청구 요양기관 명단공표제도는 국민의 알권리 및 의료선택 보장권, 건전한 건강보험 청구문화 기반조성, 정부 및 요양기관에 대한 국민의 신뢰제고, 건강보험 재정의 안정화를 위하여 투입되었다. 거짓청구금액이 750만 원 또는 거짓청구비율이 10% 이상인 기관에 대해 형사고발할 수 있다. 2016년 기준 요양기관 974곳을 대상으로 한 현지조사에서 91.8%에 해당하는 894곳에서 총 486억 원에 이르는 부당청구가 확인되었고 행정처분 절차에 있다(〈표 V-7〉 참조). 현지조사는 부당이득을 환수하는 직접효과 뿐만 아니라, 부당청구 예방 효과, 실시기관 및 지역 내 미실시기관 파급 효과 등 현지조사의 직·간접 효과는 연평균 2,870억 원으로 추정된다.⁶³⁾

63) 건강보험심사평가원·연세대학교(2016)

〈표 V-6〉 보건복지부의 건강보험 현지조사 개관

구분		내용	비고
조사대상		요양기관 청구 또는 수령한 요양급여비용 등의 사실관계 및 관련 규정의 준수 여부 본인부담금 적법징수 여부 등 조사	-
조사방식		의무보존서류 또는 요양급여 청구내역서 확인 피해자 면담(진료사실 여부 확인) 거짓·부당청구 적발시 관계자료 징구 확인서에 의료기관 대표자/관계자 서명·날인 조사과정에 대한 녹음·녹화 등	서류제출 또는 현장방문 조사
조사 유형	정기조사	지표점검결과 또는 외부기관 조사의뢰에 따라 진행되는 일반적·통상적 조사	-
	기획조사	제도개선 필요 또는 사회적 문제가 된 분야에 대한 조사	-
	긴급조사	증거인멸·폐업우려가 있는 기관 또는 사회적 문제된 기관에 대한 긴급한 조사	-
	이행실태 조사	업무정지처분의 편법적 회피·불이행이 의심되는 기관에 대한 처분이행여부 조사	-
조사 인력	복지부	조사담당자(반장)	주무부처
	심사평가원	조사계획 수립, 대상선정, 조사실시, 정산심사 및 처분 등 조사 관련 전반업무수행	업무지원
	건보공단	요양급여 사후관리 등 지원	
적발사항 조치		형사고발: 자료제출거부, 검사거부·방해 등 명단공표: 요양급여 거짓청구 기관 행정처분: 부당금액 환수, 과징금·업무정지 등	보건복지부

〈표 V-7〉 보건복지부의 요양기관 현지조사 적발실적

(단위: 개소, 억 원)

구분	조사 기관	적발 기관	적발 금액	행정처분기관 수			
				업무정지	과징금	환수	처분절차 중
2012년	684	519	222	252	157	428	27
2013년	931	793	192	350	214	695	76
2014년	842	769	237	285	239	580	133
2015년	875	815	339	127	61	147	940
2016년	974	894	486	18	0	44	1,439

주: 1) 건강보험과 의료급여 부당청구 결과임

2) 부당금액은 정산심사 및 행정처분과정에서 변동될 수 있음

3) 행정처분기관 수는 건강보험, 의료급여로 나누어 각각 처분하고 있어 부당확인 기관 수보다 많을 수 있음

자료: 보건복지부

2) 공단과 심사평가원의 방문확인

요양기관의 요양급여 및 비용의 청구가 적법인지 그리고 타당한지 여부에 대한 확인은 자료제출을 통한 확인을 우선으로 하되 제출한 자료만으로 사실관계 확인이 곤란하거나 거짓·조작된 자료로 확인된 경우 요양기관 방문확인을 실시한다. 공단은 국민건강보험법 제57조 및 제96조 등의 관련 조항을 근거하여 요양기관의 임의적인 협력을 전제로 동 기관의 정상적인 진료를 저해하지 않는 범위 안에서 제한적이고 부분적인 현지확인을 통하여 보험급여 관리업무를 수행하고 있다. 심사평가원은 건강보험법시행규칙 제20조 제1항에 의거, 요양급여비용에 대한 심사청구를 받으면 그 심사청구 내용이 요양급여의 기준과 보건복지부장관이 고시한 요양급여비용의 명세에 적합한지를 심사하고 요양기관으로부터 제공받은 자료의 사실 여부를 확인할 필요가 있는 경우에는 현지 조사를 통하여 해당 사항을 확인하고 있다.

요양기관의 인력·시설·장비 등의 현황, 진료기록부, 본인부담금 수납대장, 검사기록지 결과 등 요양급여비용 청구 관련 자료를 확인한다. 방문확인 중 거짓·부당청구가 발견되었을 경우에는 객관적인 판단이 가능하도록 요양기관으로부터 관련 자료를 확보하고 대표자 혹은 관계자의 사실 확인서를 징구한다. 사실관계 확인결과 사위 기타 부당한 방법에 의해 월평균 부당건수가 5건 이상이면서 부당금액 및 부당비율이 행정처분 대상에 해당되는 요양기관은 보건복지부에 현지조사를 의뢰한다.

3) 진료내역 통보 및 조회 제도

「국민건강보험법」은 공단이 부당하게 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대해 부당이득을 징수하도록 정하고 있다. 이에 근거하여 건보공단은 요양기관이 요양급여 비용의 부당청구 여부를 확인하기 위해 요양급여를 제공받은 환자에게 진료받은 내역 및 비용 등을 통보하고, 수진자에게 전화로 통보 내용의 사실 여부를 확인하고 있다. 수진자는 진료받은 사실 여부, 진료일수, 진료받은 사람, 병·의원(약국)에서 납부한 진료비 등을 확인한다. 건보공단은 신고 접수 시 현지확

인을 통해 부당이득을 환수하고 신고자에 신고포상금을 지급한다. 동제도의 법적 근거가 모호하고 의료기관에 대한 불신감을 조장한다는 지적에도 불구하고 부당청구에 대한 통제효과가 높아지고 있다. 요양기관 등이 요양급여 비용을 부당하게 청구한 것으로 적발돼 환수하기로 결정한 금액이 2016년 기준 6,204억 원으로, 5년 전인 2011년 기준 1,240억 원에 비해 약 5배 가량 증가하였다(〈표 V-8〉 참조). 현재 건강보험 가입자의 알권리를 보장하고, 요양급여 비용의 부당 청구를 방지하며 부당이득 환수를 보다 용이하게 하고자 진료내역 통보·수진자 조회를 법에 명문화하는 방안이 추진되고 있다.⁶⁴⁾

〈표 V-8〉 건강보험 수진내역 안내제도의 서면통보 실적

(단위: 천 건, 백만 원)

구분	통보건수	환수건수	환수금액	환수율
2009년	3,030	106	1,116	3.50%
2010년	6,183	80	970	1.30%
2011년	6,128	123	1,247	2.00%
2012년	5,785	305	1,145	5.30%
2013년	6,038	314	2,405	5.20%
2016년	-	-	6,204	-

자료: 국민건강보험관리공단

나. 국토교통부의 의료기관 검사권한 확대

건강보험 비급여 항목도 보상하는 자동차보험의 특성상 비급여 비중이 높은 한방 진료의 과잉청구에 대한 통제가 곤란하다. 건강보험 급여항목의 경우 인정기준 및 심사기준이 구체적으로 적시되어 있고 건강보험의 현지심사 및 조사 등 사후 관리감독을 받기 때문에 거짓·과잉진료 방지와 적정진료 유도가 가능하다. 건강보험법령상 진료비 심사 및 의료기관 감독과 관련한 장치를 「자동차손해배상보장법」에 도입하여 자동차보험 한방비급여 진료에 대한 사후 관리감독을 강화할 필요가 있다. 의료기

64) 권미혁 의원 대표발의 국민건강보험법 일정 개정법률안(2017. 5. 19)

관의 거짓·과잉진료를 적발 및 통제하기 위해서는 의료기관 현지방문을 통한 사실 관계 조사가 필요하다. 건강보험의 경우 이러한 현지조사제도 운영으로 거짓·과잉진료 적발 및 적정진료 유도 등 재정누수 방지효과를 얻고 있다. 반면 자동차보험의 경우 국토교통부에 의료기관 검사권한을 부여하고 있으나, 이는 현재 지자체에 위임되어 입원환자 외출외박 기록관리 점검업무로만 활용 중이고, 진료비 심사의 일환인 현지확인 심사만을 시행하고 있어 의료기관 거짓과잉진료에 대한 실효성 있는 조사 및 통제에 한계가 있다. 자동차보험에서 심사평가원의 현지확인 심사는 의료기관 현장 확인을 통한 진료비 심사방식으로, 심사 중인 건을 대상으로 하며 심사결과 청구내역이 사실이 아닌 경우 해당 진료비를 삭감 조치한다. 건강보험과 마찬가지로 자동차보험에서도 현지조사제도 도입을 통한 진료비 적정성 심사 및 관리가 필요하다.

자동차보험 현지검사의 구체적인 실행방안으로는 다음 두 가지 안을 고려할 수 있다. 제1안은 건강보험과 유사한 방식으로 주무부처인 국토교통부가 현지조사 업무를 수행하되, 심사평가원이 조사업무 관련 전반적인 사무를 지원하는 방안이다. 현행 지자체에 위임된 검사권한 일부를 국토교통부가 회수하고, 심사평가원을 검사업무 지원기관으로 명문화하는 것이다. 정부기관에 의한 검사 실시로 의료기관의 반발을 최소화 할 수 있으며 심사평가원 조사인력, 심사정보, 건강보험 현지조사 노하우 활용 등을 통한 업무효율성 제고가 가능하다. 현재 지자체에 위임된 검사권한 일부를 심사평가원에 위탁하여 심사평가원 단독으로 검사업무 수행토록 할 경우 심사평가원의 인력, 정보, 노하우 등의 활용이 가능하나 심사평가원 단독업무 수행에 따른 검사거부 등 의료기관의 반발이 가능하다. 제2안은 국토교통부가 「자동차손해배상보장법」상 의료기관 검사권한을 보건복지부에 위탁, 심사평가원이 해당 검사업무를 지원토록 하는 방식이다. 의료기관의 검사기관 일원화에 따라 의료기관의 업무부담 경감 및 검사업무 효율성 제고가 가능하다. 구체적으로, 외출·외박기록관리 점검업무에 한하여 지자체에 국토교통부의 검사권한을 위임하고 진료 및 진료비 청구사항에 대한 검사 관련 과태료 부과 권한을 보건복지부에 위탁하는 것이다.

더불어, 자동차보험에서 서면검사가 가능하도록 관련 규정을 개정할 필요가 있다. 현재 자동차보험에서는 국토교통부 장관에게 관계 서류 검사 및 관계인 질문권한만을

부여하고, 관련 보고 및 서류제출 명령권이 없어 현지방문을 통한 검사만 가능하다. 반면 건강보험에서는 의료기관에 대한 관계 서류 검사·관계인 질문권한 외에 보고 및 서류제출 명령권도 규정하여, 현장검사뿐만 아니라 서면검사도 시행가능하다.

끝으로, 자동차보험에서도 거짓·부당청구 의료기관의 명단 공표제도를 도입하여 요양기관의 자발적인 부정행위 방지 노력을 유도하고 무엇보다도 국민의 알권리와 의료선택권을 보장할 필요가 있다. 현재 자동차보험에서는 의료기관이 거짓·부당청구로 적발되더라도 진료비를 삭감·환수하거나 5천만 원 이하의 벌금을 부과하는데 그쳐 실효성 있는 법적 제재가 미비한 상황이다. 건강보험의 경우 현지조사 결과 법 위반 사실이 확인되면 과징금부과, 업무정지, 검찰고발, 행정처분 받은 의료기관 공표 등 관련 법에 규정하여 잠재적인 부당청구를 예방하고 경찰효과를 극대화하고 있다.

〈표 V-9〉 현지 확인심사 및 검사: 자동차보험 vs. 건강보험

구분	자동차보험	건강보험
현지 확인 심사	심사평가원	건보공단·심사평가원(임의적 요청)
	청구받은 건의 진료비 산정내역 사실 확인 필요 시(심사자판단) 자료제출 요구 → 관련 자료 제출 거부 또는 제출자료만으로는 사실관계 확인이 곤란할 경우 현지방문 확인	진료내역통보, 수진자조회, 내부종사자 공익신고 등을 통해 인지한 부당건에 대해 사실확인이 필요한 기관, 거짓 및 부당 청구 개연성이 높은 8개 진료모형 기관
	진료비 삭감 또는 환수, 벌금	부당이득액 환수 또는 현지조사 의뢰
현지 검사	국토교통부 현지검사 → 지자체장에 검사권한 위임	복지부현지조사 → 심사평가원과 건보공단업무지원
	관계 서류 검사 및 관계인 질문권한	서류검사권 및 관계인질문권, 관련보고 및 서류제출명령권(현장조사와 서면조사가능)
	입원환자 외출 및 외박 기록 관리점 검업무에만 활용	요양급여기준 준수와 요양급여 및 비용청구 관련 적법 여부 확인
	벌금, 과태료	부당이득액 환수, 업무정지(과징금)처분, 명단공표, 형사고발, 거짓청구의 경우 의사면허자격 정지처분

VI. 결론

이 보고서에서는 심사평가원에서 제공한 2014~2016년 기간 동안의 자동차보험 진료비 자료를 토대로, 동 기간 자동차보험에서 한방병원 및 한의원에 지급한 진료비의 추이 및 특징을 살펴보고 자동차보험 한방진료의 문제점과 개선방안을 모색하였다.

자동차보험 한방진료비를 분석한 결과, 최근 자동차보험의 한방진료비 급증은 한방치료를 받은 교통사고 환자 수뿐 아니라 1인당 한방비급여 진료비 증가에 기인한 것으로 나타났다. 2014~2016년 기간 동안 자동차보험에서 한방병원과 한의원에 지급한 진료비는 각각 연평균 45.5%, 24.6% 증가하여 2016년 자동차보험 진료비 1조 6,586억 원의 27.9%를 차지하였다. 한방의료 이용 환자가 연평균 약 23.3% 증가하였으며, 가격과 양이 통제된 한방급여 항목의 1인당 진료비 증가율이 연평균 2.5%로 안정적인 반면, 한방비급여 항목의 1인당 진료비가 연평균 8.0%씩 증가하였다. 정부의 경상환자 외래치료 유도정책, 한의계 내 경쟁 심화 등을 감안하면, 자동차보험의 한방진료비는 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 전망된다.

한방의료를 이용하는 교통사고 환자가 증가하고 있음에도 불구하고 자동차보험 한방의료는 몇 가지 문제점을 가지고 있다. 먼저, 한방비급여 항목의 경우 진료수가 및 인정기준이 명확하게 정해져 있지 않아 진료의 적정성이 우려되며, 자동차보험의 진료수가 결정체계도 명확하지 않은 상태이다. 이는 지난 3년 동안 교통사고 환자 1인당 한방비급여 진료비 증가를, 나아가 자동차보험 한방진료비 증가를 초래한 원인이기도 하다. 또한 한방의료의 경우 환자의 합리적인 선택에 필요한 정보의 생산 및 제공이 충분히 이루어지지 않고 비급여 비중이 높아 공공의료체계 내 사후 감독도 미흡한 실정이다. 건강보험 급여항목의 경우 인정기준 및 심사기준이 구체적으로 적시되어 있고 건강보험의 현지심사 및 조사 등 사후 관리감독을 받기 때문에 거짓·과잉

진료 방지와 적정진료 유도가 가능하지만, 비급여 비중이 높은 한방진료는 감독의 사각지대에 있다.

의료기관과 환자 간 정보비대칭과 공급자 유인수요가 강하게 존재하는 자동차보험 의료서비스 시장에서 소비자의 합리적인 선택을 돕기 위해 정부의 적극적인 개입이 요구된다. 구체적으로 첫째, 진료의 적정성을 보장하기 위해 한방비급여 항목에 대해 진료수가 및 세부인정기준을 마련해야 한다. 양·한방 유사진료행위 중복시술 기준을 마련하고, 첩약의 경우 양방약제와 마찬가지로 한약도 건강보험 급여약제를 우선 처방하도록 하며 환자의 증상 및 상병의 정도에 따른 처방기준을 마련하고 기존 처방기간 중 추가처방에 대한 기준 마련이 필요하고 또한 한방물리요법에 대해서도 시술횟수, 시술시간, 시술자, 치료실 요건 등을 구체화하여야 한다.

둘째, 진료수가 결정체계를 개편해야 한다. 국토교통부장관이 자동차보험 진료수가 기준을 정하거나 변경하는 경우 심사평가원과 심의회의 의견 청취를 의무화할 필요가 있다. 자동차보험에서도 심사평가원이 진료수가기준에서 정하기 곤란한 세부 사항에 대해 심의회의 심의를 거쳐 심사기준 제정할 수 있는 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 또한 심의회가 진료수가기준의 심의기구로서 역할을 하고 분쟁조정기구로서 심의회의 조정결과가 심사평가원의 심사결정을 구속하기 위해서는 심의회의 공익대표에 국토교통부 소속 공무원, 심사평가원 관계자, 그리고 자동차보험 전문가의 참여가 필요하다.

셋째, 의약품의 오·남용 가능성, 영업비밀, 중국산 한약제에 대한 환자의 부정적인 선입견 등을 근거로 한약의 주요 성분·원산지·효능 정보를 환자에게 사전 제공하는 것이 불가능하다면, 사후적으로 심사평가원에 제공하도록 하는 방안이라도 검토해야 한다. 구체적으로 진료수가 청구서 및 명세서에 첩약의 주요 성분·원산지·효능 표기를 의무화하여 심사평가원이 첩약의 안전성뿐만 아니라 필요·타당성을 환자를 대신하여 확인하도록 하는 방안을 고려할 수 있다.

넷째, 환자에게 필요한 진료가 보편타당한 방법으로 전달되었는지 사후적으로 감독·제재하는 것이 필요하다. 주무부처인 국토교통부가 현지조사 업무를 수행하되, 구체적으로 심사평가원이 조사업무 관련 전반적인 사무를 지원하는 방안, 또는 국토

교통부가 의료기관 검사권한을 보건복지부에 위탁, 심사평가원이 해당 검사업무를 지원토록 하는 방안을 고려할 수 있다. 또한 자동차보험에서도 거짓·부당청구 의료기관의 명단 공표제도를 도입하여 요양기관의 자발적인 부정행위 방지 노력을 유도하고 무엇보다도 국민의 알권리와 의료선택권을 보장할 필요가 있다.

자동차보험에서 한방진료의 적정성 및 투명성 제고는 교통사고 환자의 의료서비스에 대한 합리적인 의사결정과 조속한 원상회복을 돕는 한편, 국가보건의료체계에 서 한방의료의 역할을 강화할 것으로 기대된다.

이 연구에서는 한방의료 이용 환자 수의 증가를 문제로 인식·접근하기보다는 한방의료 이용 환경 개선의 계기로 인식·접근하였다. 즉, 한방의료를 이용하는 교통사고 환자 수가 증가하고 있다는 사실을 기술통계를 통해 확인한 후, 교통사고 환자가 투명하고 적정한 진료를 보장받을 수 있는 한방이용 환경 및 제도에 대해서 주로 논의하였다. 또한 1인당 한방비급여 진료비 증가가 한방비급여 항목의 수가 및 인정기준 미비에 기인하였음을 확인하고 진료수가기준 구체화 및 결정체계 개편을 논의하였다.

자동차보험 한방진료비의 증가가 한방이용 환자 수의 증가와 1인당 한방비급여 진료비의 증가에 기인함을 확인할 뿐, 자동차보험에서 한방의료 이용 환자 수가 증가한 원인은 이 연구의 분석대상이 아니다. 다만, 2013년 이후 정부의 외래치료 유도정책, 한방비급여에 대한 인정범위 확대 및 명확화, 한방의료기관의 경쟁 심화 및 마케팅 증가, 한방의료기관의 높은 접근성 및 환자의 선호 등이 교통사고 환자의 한방의료 이용에 영향을 미쳤을 것으로 추론하였다. 자동차보험 내 한방의료의 수요와 공급, 그리고 정책효과를 제대로 이해하기 위해서는 향후 자동차보험에서 한방의료 이용 환자 수가 증가한 원인에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다.

참고문헌

- 건강보험심사평가원(2017), 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사 지침(2017년 8월판)』
- _____ (2017), 『자동차보험 진료수가 심사업무처리에 관한 규정, 청구서 · 명세서 세부작성요령』,
- _____ (2017), 『행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수(2017년 2월판)』
- _____, 『진료비통계지표』, 각 연도
- _____ · 연세대학교(2016), 『현지조사제도 중장기 발전방안 연구』
- 고연석 외(2012), 「추나요법 급여화 대비 연구」, 『척추신경추나의학회지』 제7권 제2호
- 권미혁 의원 대표발의 「국민건강보험법 일정 개정법률안」(2017. 5. 19)
- 김동수(2013), 『외래의료이용자 중 한방의료이용 관련요인 연구』, 연세대학교 석사 학위 논문
- 김동환 · 조수진 · 고정애(2015), 『한방 의료이용에 근거한 정책 개선 방안』, 건강보험심사평가원
- 김재영 · 김민아(2013), 『한약 및 한약재 소비자 정보 제공 강화방안 연구』, 한국소비자원
- 김효진 외(2006), 『한약제 원산지 감별에 관한 연구』, 식품의약품안전처
- 박서영 외(2009), 「교통사고 환자 544례를 통한 한방자동차보험의 실태에 관한 조사」, 『대한침구학회지』, 26(3)
- 박운성 · 김형수 · 김진숙(2017), 『질병별 의과와 한방의료기관 이용 현황 분석 연구』, 의료정책연구소
- 박희제(2016), 「자동차보험 한방진료 관련 법률적 문제점 및 개선방안」, 『손해보험』
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도
- _____, 『한방의료이용 및 한약소비 실태조사』, 각 연도
- _____ (2016), 『원산지 자율표시 지침』

순천향대학교 산학협력단(2016), 『자동차보험 위탁심사 효과 분석』, 건강보험심사
평가원

염용권 외(1998), 『한방의료수가 구조설정에 관한 연구』, 한국한의학연구원

이태진 · 김윤희 · 양동욱 · 김혜림(2015), 『자동차보험 한방진료비의 현황 및 개선
방안 연구』, 서울대학교 보건대학원

장옥승(2016), 「자동차보험 한방진료비 증가에 대한 현황 분석」, 『한의학 정책 리포트』,
제1권 2호, 한약진흥재단

조선영(2016), 「한약의 안전성 · 유효성 정보 창출과 정책 추진을 위한 제언」, 『한의
약 정책 리포트』, 제1권 2호, 한약진흥재단

조현주(2014), 「약침 보장성 강화를 위한 방안 - 약침행위의 보험등재를 중심으로」,
『한의학정책』, 제2권 2호

채정미 · 최윤정 · 최연미(2015), 『한의학 서비스 보험급여 합리화 방안 연구』, 건강
보험심사평가원

Evans R. G.(1974), "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and
Implications," *The Economics of Health and Medical Care; International
Economic Association Series*

Fuchs, V. R. & Kramer, M. J.(1972), "Determinants of Expenditures for
Physicians' Services in the United States, 1948~1968", *Health Services
and Mental Health Administration*

Scholfeld, H. et al.(1972), Number of Physicians Required for Primary Medical
Care, *New England Journal of Medicine*, 286, 16, March

Shain, M. & Roemer, M. I.(1959), "Hospital Costs Relate to the Supply of
Beds," *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 1(9)

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서, 조사보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영 · 윤성훈 · 이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식 · 채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석 · 강성호 ·
 마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸
 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열 · 최장훈 · 김유미
 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준 · 정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 이해은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환
 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정 · 박지운 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형 · 이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목 · 장동식 ·
 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식 · 이경희 · 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경 · 권오경 2009.1

- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원 · 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식 · 이창우 · 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도 · 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도 · 김대환 · 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원 · 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태 · 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익 · 김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호 · 최 원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 이태열 · 신종협 · 황진태 · 유진아 · 김세환 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익 · 이민환 · 유경원 · 최영목 · 최형선 · 최 원 · 이경아 · 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수 · 김경환 · 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 황진태 · 변혜원 · 이경희 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경 · 변혜원 · 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 김대환 · 이경희 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수 · 안철경 · 변혜원 · 최영목 · 최형선 · 김경환 · 이상우 · 박정희 · 김미화 2010.4

- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수 · 김경환 · 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산 · 고령화와 금융의 역할 / 윤성훈 · 류건식 · 오영수 · 조용운 · 진 익 · 유진아 · 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경 · 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 황진태 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린 · 이기형 · 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형 · 변혜원 · 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환 · 유진아 · 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형 · 임준환 · 김해식 · 이경희 · 조영현 · 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우 · 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익 · 오병국 · 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준 · 김해식 · 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준 · 강민규 · 이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린 · 김해식 · 김석영 2014.3
- 2014-3 공 · 사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열 · 강성호 · 김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사건강보험 협력방안 / 조용운 · 김경환 · 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식 · 조재린 ·

- 이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진억 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호 · 정봉은 · 김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준 · 이정택 · 김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업후지보험 활성화 방안 연구 / 이기형 · 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익 · 유시용 · 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목 · 최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경 · 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수 · 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실 · 정책연구실 · 동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실 · 재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재 · 장동식 · 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식 · 최영목 · 김소연 · 장동식 · 서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경 · 변혜원 · 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목 · 김소연 · 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도 · 황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태 · 기승도 · 권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아 · 정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운 · 황진태 · 김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우

- 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환 · 류건식 · 이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현 · 전용식 · 이해은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ㉠ sure 4.0 / 진 익 · 김동겸 · 김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식 · 김석영 · 김세영 · 이해은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환 · 류건식 · 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린 · 황진태 · 권용재 · 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식 · 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도 · 조용운 · 이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환 · 정봉은 · 황인창 · 이해은 · 김혜란 · 정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸 2016.5

■ 조사보고서(구)

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문 · 김진억 · 지재원 · 박정희 · 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 기승도 · 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 이상우 · 권오경 2009.3

- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 /
이진면 · 이정환 · 최이섭 · 정중영 · 최태영
2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익 · 김상수 · 김종훈 · 변귀영 · 유시용
2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환 · 전선애 · 최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교 · 오영수 · 김영진
2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환 · 이민환 ·
윤건용 · 최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운 · 김세환 · 김세중
2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식 · 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협 ·
최형선 · 최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교 · 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우 · 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원 · 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준 · 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운 · 서대교 · 김미화
2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익 · 김해식 · 유진아 · 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경 · 황진태 · 서성민
2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환 · 최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익 · 김해식 · 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 /
이창우 · 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운 · 변혜원 · 이승준 ·
김경환 · 오병국 2011.11

- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태 · 전용식 · 윤상호 · 기승도 · 이상우 · 최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우 · 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식 · 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 황진태 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 이상우 · 최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운 · 황진태 · 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식 · 변혜원 · 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원 · 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영 · 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석 · 강성호 · 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정 · 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태 · 박선영 · 권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주 · 전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식 · 윤성훈 · 채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운 · 오승연 · 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환 · 강민규 · 이해랑 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 오승연 · 이상우 · 최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영 · 김세중 · 김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식 · 조영현 · 채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영 · 권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 조재린 · 김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석-대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로- / 최창희 · 정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열 · 황진태 · 이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연 · 김유미

- 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식 · 조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준 · 민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식 · 김세중 · 김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식 · 송윤아 · 채원영 2016.4
- 2016-5 금융 · 보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석 · 임 준 · 김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중 · 소형 보험회사의 생존전략 / 이태열 · 김해식 · 김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중 · 김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형 · 김혜란 2016.9

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원 · 김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구—Own Risk and Solvency Assessment— / 장동식 · 이정환 2014.8
- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호 · 정원석 · 김동겸 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매신탁 도입방안 / 정봉은 · 이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원 · 이해랑 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근 · 박춘원 · 이항용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주 · 박선영 · 김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석 · 김미화

2015.5

2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영 · 김혜란 2015.12

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
- 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
- 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
- 제13호 Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.7
- 제14호 Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.7
- 제15호 Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.7
- 제 6 호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
- 제 7 호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
- 제 8 호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
- 제 9 호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
- 제10호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
- 제11호 Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
- 제12호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
- 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
- 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
- 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식 · 서성민 2008.12
- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식 · 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식 · 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식 · 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환 · 이상우 · 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환 · 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식 · 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체제 / 최형선 · 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환 · 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운 · 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈 · 전용식 · 전성주 · 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형 · 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안

- 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식 · 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영 · 김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열 · 조재린 · 황진태 · 송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환 · 황인창 · 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호 · 류건식 · 정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창 · 조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희 · 이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
- 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식 · 이태열 2017.7

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식 · 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경 · 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식 · 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7

33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희 · 서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료			
	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	<ul style="list-style-type: none"> - 영문연차보고서 	—	—

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775-9080 팩스 : (02) 3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성 · 등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 자료실 (02-3775-9080 / pgc0703@kiri.or.kr)

저자약력

송 윤 아

Indiana University at Bloomington 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : knuckleball@kiri.or.kr)

이 소 양

중앙대학교 경영학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : lishaoyang@kiri.or.kr)

연구보고서 2017-17

자동차보험 한방진료 현황과 개선방안

발행일 2017년 12월

발행인 한 기 정

발행처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 여의도동 35-4
대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-85691-68-8 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원