

## 한국고령사회 노인의료비 절감을 위한 1차 의료로서 침구사제도 도입방안에 관한 연구

- 외국의 침구사제도를 중심으로 -

A Study about the Method for Introducing the Acupuncture and  
Moxibustion Expert System as the 1st Medicine in order to Reduce  
the Elderly's Medical Expenses in the Korean Aged Society

- Focused on the Foreign Acupuncture and Moxibustion Expert System -

이 주 은\*

### 〈목 차〉

- |                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| I. 서론           | III. 한국의 고령화와 노인의료비 현황  |
| 1.1. 연구의 필요성 목적 | 3.1 한국 고령화 현황           |
| 1.2 연구범위와 방법    | 3.1 한국 노인 의료비 현황        |
| II. 이론적 배경      | IV. 한국 노인 의료비 문제점과 개선방안 |
| 2.1 1차 진료       | 4.1 한국 노인의료비 문제점        |
| 2.2 침구사제도       | 4.2 한국 노인의료비 개선방안       |
| 2.3 외국의 침구사제도   | V. 결 론                  |
| 2.4 한국의 침구사 제도  | 참고문헌                    |
| 2.4 선행연구        | Abstract                |

**국문 요약:** 한국의 경상의료비 변화를 보면 1980년대 1.4조원 이었던 것이 2013년 98.3조원이 되어 무려 70.2 %가 증가하였다. 또한 '2014년 한국 건강보험 급여비는 총 42조 8,275억 원, 진료비 54조 4,272억 원으로 2013년 대비 각각 7.9%, 6.8%로 증가한 수치다. 이는, 2014년 한국정부 총예산 355조 8천억 원의 15.3%다. 더불어 고령화율 12.7%인 상태에서 65세 이상 노인인구 진료비가 19조 9,687억 원으로 전체 진료비의 36.7%를 점유하였다. 이러한 현상은 세계에 가장 가파르게 진행되고 있는 한국의 고령화 현상에서 비롯되며, 부적절한 의료시스템의 문제에서 비롯된다.

노인들의 질병 특성은 만성 퇴행성 질환으로 응급처방 위주의 현대의료로서는 치료효과를 보기 힘들다. 노인들은 지속되는 통증으로 끊임없이 현대의료에 의존하고 있어 의료비를 증가시키는 역할을 하고 있다. 이로서 2014년 노인 전체 진료비중 주요 만성질환 진료 현황은 전체인구의 27.8%를 차지했고, 주

\* 강동대학교 경영학과 겸임교수(E-mail: jeun15@hanmail.net).

요 만성질환진료비는 전체 진료비의 36.2%를 나타냈다.

설상가상 노인들은 대형병원 선호현상이 있어 엄청난 의료비를 지불하며, 불필요한 검사와 진료·수술·약물투여 등을 멈추지 않고 있다. 이를 이용해 대형병원들은 불합리한 고액의 비 급여 항목 청구도 엄청나다. 이로서 2014년 노인 수검인원의 76.6%가 대형병원에 높은 검진비용을 지불한 것으로 나타났다. 이러한 문제의 원인으로 한국의 의료 체계는 1차 의료기 부재한 상황이고, 이에 대한 개념조차 확립되어 있지 않다. 하여 노인들은 응급상황이 아닌 만성질환의 경우에도, 무분별하게 대형병원에 의존하며 의료비를 증가시키고 있다.

이로서 한국 의료체계의 구조 개혁이 요구되고 있는 현실이다. 이에 본 논문에서는 이의 대안으로 1차 의료에 침구사제도를 도입하는 방안을 모색해 보고자 한다. 침구사제도 도입은 세계적인 현상으로 수많은 나라에서 침구의 우수한 유용성에 관심을 갖고, 적극적으로 연구·육성·보급을 활성화 하고 있는 현실이다. 침구의료의 효과 및 장점은 고가의 장비나 시설 없이도 간단한 침구로서 빠른 시간에 저렴한 비용으로 즉시 만족할 만한 치료효과를 얻을 수 있고, 치료 효과 면에서 서양의료보다 우수하고 원리 면에서 인본주의에 뿌리를 두고 있으며, 약물중독이나, 수술 후유증, 합병증 등의 폐해에서 안전할 수 있고 예방이 가능하여 더욱더 효율적이다.

이로서 침구는 고령사회 만성퇴행성 질환이 대부분을 차지하는 노인의료 현장에 1차 의료로 적절하며, 관계의 지속성과 충분한 상담, 다양한 질환에 대한 폭넓은 진료, 응급상황에 대한 빠른 진단으로 상급병원으로의 빠른 의뢰와 조정 등이 가능하여 1차 의료로서의 기능을 충분히 해낼 수 있다.

그러나 한국의 특수성은 침구의 사용을 한의사들에게만 허용하고 있어 문제점을 안고 있다. 한의사들은 6년 동안 한의대에서 대부분 약제처방 위주의 수업을 마치고, 현실적으로 침구처방 위주의 치료는 병원운영에 심각한 타격을 입어, 약제 처방 위주의 처치와 보조처치 정도로 침구를 활용할 뿐이다. 이로서 현재 한국의 한의사들에게 침구의료의 활성화를 기대하기 힘든 상황이다. 이에 본 논문에서는 한의사 제도와는 별도로 세계의 침구사제도를 검토해 보고 한국현실에 맞는 침구사 제도를 도입하는 방안을 모색하리 한다. 이를 위해 다음과 같이 제안한다.

첫째, '1차 의료법' 법률제정과 개혁을 통해 1차 의료체계의 정립과, 단계별 의뢰제도를 확립해야 한다. 둘째, 1차 의료체계의 확산과 발전을 위해 초기평가·치료계획·교육·홍보·합리적 전달체계 등이 갖추어져야 한다. 셋째, 의료시스템 개편을 통해 각 단계별 의료 사용 의무화, 응급과 비 응급 등의 명확한 기준을 체계화 법제화 한다. 넷째, 1차 의료 의뢰 당 횟수제한과, 전 단계 의료기관의 의뢰 없이 3차 의료기관 방문 시, 본인부담 수가의 횟수에 누진제를 적용한다. 또한 비 급여 부문 상한제를 둔다. 다섯째, 1차 의료에 대한 세제혜택 및 수가 조정으로 운영 안정화가 가능하여 1차 의료 단계에서 충분한 상담과 정서적 지원을 통해 심리적 안정을 함께 도모하도록 한다. 여섯째, 만성질환을 사유로 3차 응급병상에 입원하는 것을 제한함과 동시에 요양 병원에 전원 시키는 방안을 모색한다. 일곱째, 일본을 비롯한 세계의 다양한 나라의 '1차 의료전담의사 제도'를 검토하여 한국 현실에 맞게 도입하고, 그 제도 안에 침구사 제도를 포함하는 방안을 모색한다. 여덟째, 보건복지부에 침구정책과를 두어 1차 의료인 침구사제도에 대한 체계적인 관리가 있어야 한다. 아홉째, 외국의 다양한 침구사 제도를 검토 후 한국 현실에 맞는 2-3년제 침구전문대학을 설립하고, 학습자들의 침구 전문성 검증을 위해 국가시험을 제도화 한다. 열 번째, 전통침구의 과학화와 체계화를 위해 재야침구사들을 제도권 안으로 진입시켜, 그들의 침구능력의 유용성에 대한 검증과 연구를 거쳐, 그들의 침구능력을 침구치료원리로서 이론적 체계의 성립가능성과 활용가능성을 모색한다. 미국의 경우 예방의학인 침 치료를 통한 의료비 절감의 기대효과는 기존 병리학적 사후치료 중심 의료비에 비해 95%였으며, 침 치료를 위한 투자가 단 5% 뿐이었으나 효과는 훨씬 높았다고 했다. 이렇듯 1차 의료로서 침구사 제도를 활용함으로써 고령사회 의료비 대란을 미연에 방지할 수

있는 방안 마련은 필수 불가결한 절대성을 갖는다 하겠다.

본 논문의 의의는 첫째, 가파르게 치닫고 있는 한국 고령사회에 노인들의 의료비 대란이 예고되는 바, 이를 미연에 방지할 수 있어 국가적 엄청난 손실을 막을 수 있다는 점이다. 둘째, 의료시스템의 정립을 통하여 의료시장의 안정화를 기대할 수 있어, 환자들의 혼란을 막고 무분별한 의료남용을 미연에 방지할 수 있다는 점이다. 셋째, 체계적인 의료시스템을 통하여 병원의 불합리한 의료의 폭리 착취를 미연에 방지할 수 있다는 점이다. 넷째, 만성퇴행성 질환의 노인들이 치유가 가능하여 건강한 일상을 맞이할 수 있다는 점이다.

본 논문의 한계점은 첫째, 상급병원과 의원에 대한 노인들의 만성퇴행성 진료비와 내원 횟수를 비교 분석할 수 없던 부분이다. 이에 대한 연구는 후속 연구로 미룰 수밖에 없었다.

둘째, 상급병원과 의원의 진료를 통한 만성 퇴행성 질환의 정확한 치료 결과를 알 수 없어 아쉬움으로 남는다. 이 또한 후속 연구로 미루었다. 셋째, 상급병원의 불합리한 비 급여 부분의 비용을 정확하게 알 수 없어 아쉬움으로 남는다.

제언 본 논문의 결과로 의료시스템의 안정화와 노인들의 안정된 의료 활용, 나아가 노인 의료비 절감의 효과를 얻기 위해서는 국민적 합의를 통한 정부의 적극적인 홍보와 관리가 필요하다.

키워드 : 고령사회, 노인의료비, 1차 의료, 만성질환, 침구사제도

## I. 서론

### 1.1 연구 필요성과 목적

통계청에 의하면 한국의 65세 이상 고령층인구는 2007년에 9.9%로였으나, 매년 증가세를 보여 2014년엔 12.7%, 2016년 현재 13.2%를 나타내고 있다. 이는 OECD 평균 증가율보다 4.06배나 빠른 증가속도며, 세계에서 가장 빠르게 초고령 사회로 접어드는 일본보다도 4배정도 더 빠른 증가 속도다(건강보험 심사평가원, 2016).

또한, 한국의 고령인구 비율추이는 2030년 25%에서 2060년 40%에 육박 할 것으로 내다보고 있다. 더불어 2016년 3월 사회지표에 나타난 유소년 대비 한국의 노령화 지수는 1978년 첫 10%대를 넘어 선 이래 지속적인 증가를 보여 2015년엔 94.1%를 나타냈다. 더불어 미래 한국의 노령화 지수 추계내용을 보면, 2020년 119.1%,에서 2060년엔 394%를 육박할 것으로 내다보고 있다(보건사회연구원, 2016).

한편 2014년 보건사회 연구원에서 발표된 한국의 경상의료비 변화를 보면 1980년대 1.4조원이던 것이 2013년 98.3조원이 되어 무려 70.2 %가 증가했다. 이는 GDP 대비 1980년대 3.5%였던 것이 2013년 6.9%가 되어 2배 가까이 증가한 수치다. 이러한 증가는 노인의료비 증가에서 비롯됨을 알 수 있다. 1990년부터 2004년까지 고령인구는 1.9배 증가 했으나, 고령 1인 진료일수는 7.4배, 고령1인 진료비는 11.2배 증가하였다(이규식 외, 2005). 또한 2014년 9월 보건사회 연구원 자료, 65세 이상 노인진료 인원 점유율은 33%, 노인의료 진료비 점유율은 44.3%로 전체 의료보험료의 35.4를 차지한 것으로 나타났다. 이는 전년 대비 6.9% 증가한 수치로, 그간 평균 5.4%보다 27% 높은 증가율이다. 또한 건강보험 심사평가원, 2014년 한국의 건강보험 급여비는 총 42

조 8,275억 원으로 2013년 대비 7.9% 증가하였고, 건강보험 진료비는 54조 4,272억 원으로 전년 대비 6.8% 증가로 나타났다. 이러한 진료비 수준은 2014년 한국정부 총예산 355조 8천억 원의 15.3%다. 이러한 진료비 증가는 고령화율이 12.7% 인 상태에서 65세 이상 노인 진료비가 19조 9,687억 원으로 전체진료비의 36.7%를 차지한 것으로 미루어 보아 노인의료비 증가 원인으로 볼 수 있다. 이는 2014년 65세 이상 노인 1인당 연평균 진료비가 339만원으로 전체인구 1인당 진료비 109만원에 비해 3.2배에 달한 것으로도 알 수 있다. 또한 2015년 65세 이상 노인 진료비는 22조 2,361억 원으로 전체인구 1인당 진료비 113만원에 비해 65세 이상 1인당 진료비 362만원으로 여전히 3.2배에 달하고 있어 이를 뒷받침하고 있다. 2016년 고령화율 13.2%를 보이는 한국의 노인의료시장은 장기요양보험 확대 등으로 노인 의료비와 진료비 증가율이 미미하게 둔화된 모습을 보였으나, OECD 평균 1.3% 보다 3.6% 더 높아 여전히 높은 증가세를 보여주고 있다. 한편 2014년 65세 이상 노인 전체 진료 인원 중 만성질환 진료 현황이 1천 399만 명으로 전체인구의 27.8%를 차지했고, 이는 65세 이상 노인 전체 진료비의 36.2%를 차지했다(보건사회연구원, 1988). 2011년 보건복지부 노인실태조사에 의하면, 노인의 88.5%가 만성질환을 갖고 있으며, 노인1인 만성질환 평균수는 2.5개이며, 2개 이상의 복합 환자가 68.3%, 3개 이상 복합 환자도 44.3%를 보여, 노인들은 만성질환을 복합적으로 갖고 있음을 보여주었다. 노인들의 만성질환은 대부분 인체의 통로가 막혀 기혈순환이 원활하지 못함으로 자연 회복력 및 신체 방어력이 저하되어 생기는 질환으로, 대부분 뚜렷한 병명을 알 수 없으며, 지속되는 통증으로 끊임없이 병원에 의존하는 특성을 갖는다.

그런데 현대의 한국의료기관들은 대부분 급성

환자 위주의 진료와 처치가 진행되고 있어 노인들의 만성질환에 대한 치료효과는 얻기 힘든 가운데, 끊임없는 진단과 각종 검사, 수많은 수술, 지속적인 약물투여 등의 처치가 행해지고 있다. 이의 결과로 약물중독, 수술 후유증, 합병증 등의 이차적인 질환을 가져와 노인들은 더 심각한 고통 속에서 병원에 더 의존하는 현상이 되풀이 되고 있다. 더구나 병원들은 이러한 특성을 악용하여 의료수가 저축을 받지 않는 비 급여 부분의 새로운 고가장비들로 끊임없는 검사와 진료를 계속하고 있어 노인의료비 증가속도는 더욱 박차를 가하고 있다(김남수 외, 2004). 설상가상 더욱 심각한 것은 한국의 노인들은 대부분 응급환자를 돌보는 고가의 3차 의료기관인 대형병원을 선호하고 있어 의료비 증가는 더욱 가중되고 있다. 통계청 자료에 의하면 한해 평균 65세 이상 수검 인원의 76.6%가 대형병원에 검진비용을 지불한 것으로 나타나 이를 증명하고 있다.

사실 노인들의 만성질환 특성상 효율적이고 효과적인 의료 서비스를 이용할 수 있도록 하려면, 저렴한 비용으로 지속적인 관리와 처치, 상담 등이 가능한 1차 의료서비스가 절실한 상황이다. 이러한 현실에 선진 외국의 수많은 나라에서는 1차 의료를 활성화 시키고, 1차 의료에 침구의료를 대대적으로 활용하고 있다.

이러한 세계적 변화는 현대의료처리 결과 약물중독과 수술 후유증, 합병증 등의 이차적 질환에 고통 받는 환자들이 지속적으로 늘어나면서 딜레마에 빠진 나머지, 전인치료가 가능한 수많은 외국의 의료기술을 찾다가 발견한 것이 침구였기 때문이다. 침구의료의 특성은 약물과 수술 방법을 쓰지 않고, 기혈 통로인 경락과 경혈을 자극해 몸 전체의 기혈 순행을 돕고, 면역력을 증강시켜 인체 자체의 자연치유와 예방이 가능한 의료이다. 또한 고가의 의료장비나 장소에 구애받지 않고 편리하게 언제 어디서나 간단하게 즉

시 효과를 볼 수 있다. 더불어 약물중독 혹은 수술 후유증, 합병증 등의 부작용이 없는 의료로서 저비용 고효율의 효과를 가짐과 동시에 전인치료가 가능한 탁월한 의료이다(김남수, 2004). 이러한 침구의료는 고령사회로 접어든 세계의 수많은 나라에서 이미 그 효과와 효능을 입증해오고 있고, 세계보건기구(WHO)에서도 1976년부터 현대 의료에 병용하도록 회원국에 권장하고 있다. 또한 1998년에는 300여종의 질병을 침구의료로 치료할 수 있다고 확인 발표하면서 1차 진료에 활용할 것을 권하였다(김미숙, 2003). 2006년 등양월(중국)은 WHO 세계보건기구에서 '침구를 세계 1차 의료체계에 받아들여야 하며', '침구의 입법과 표준화'는 실천해 나갈 세계적 중요 과제이고, 서양의학과 결합된 의료로 활용함으로써 국민의 행복을 증진해 나가야하며, 특히 노인들의 질환을 위한 전인적 1차 치료에는 더욱 필요하다'며 침구의 중요성 입장을 재 표명했다(허동수, 2016). 또한 다양한 침구학술단체들이 WHO와 협력하여 세계적인 심포지엄을 갖고, 고령사회 의료비 절감의 대안과 저비용 고효율의 전인 치료가 가능한 1차 의료로서 침구에 집중적 관심과 투자를 아끼지 않고 연구에 박차를 가하고 있다. 이에 발맞추어 미국을 비롯한 수많은 선진외국에서는 2-3년제 침구전문대학을 설립하여 전문침구사 배출에 박차를 가하고 있으며, 이들을 1차 의료시장에서 폭넓게 활용하고 있다(대한침구사협회, 2006).

하지만 침구 중주국인 한국은 특수한 상황으로 한의사라는 제도가 존재하고 있어, 침구의 사용을 한의사들에게만 허용하고 있는 상황이다. 그런데 한의사들은 6년 동안 한의대에서 대부분 약제처방 위주의 수업을 마치고, 의료현장에서 약제 처방 위주의 처치가 진행되고, 침구는 보조 처치 정도로 활용 할 뿐이다(성상문 외, 2005). 이는 현실적으로 한의원 운영에 재정적 어려움을

쉬게 됨으로서, 수익창출이 월등히 높은 약초저방 위주의 처치를 행하기 때문이다. 이로서 현재 한국의 한의사들로서는 침구의료의 활성화를 기대하기란 힘든 상황이다. 그럼에도 이들은, 침구사 제도의 제도권 진입 또한 막고 있어 문제는 더욱 심각하다. 이로서 한해 40-50만 명에 달하는 한국의 침구관련자들이 외국의 한의대에 유학하여 침구사 자격증을 얻기 위해 한해 10조원이 넘는 외화를 낭비하고 있으며, 이들이 한국에 돌아와 의료시장에 설 곳이 없어 문제의 심각성은 더하기만 하다(대한침구사협회, 2006). 더불어 재야 침구사들은 일제히 훌륭한 의료행위를 사장시켜야 하는 현실의 벽에 간혀 있으며, 환자들 입장 또한, 긴 시간 동안 각종 현대의료의 도움을 받았으나, 질환의 고통에서 벗어날 수 없다가 재야의 침구사들을 통해 간단한 침구처치를 받고 고통에서 벗어났던 기회들이 박탈당하고 있어 문제의 심각성은 가중되고 있다.

이러한 한국의 의료시스템에 대대적인 개선이 필요한 시점이다. 하여 본 논문에서는 이러한 문제의 개선을 위한 대안으로 1차 의료 시스템의 정립과 1차 의료로서 침구를 활용할 수 있는 방안을 모색해 보고자 한다. 이를 위해 선진 외국을 비롯한 세계 각국의 1차 의료로서 침구활용의 상황과 다양한 침구사 제도를 살펴보고자 한다. 이로서 한국현실에 맞는 1차 의료로서 침구사제도 도입을 통해 고령사회 노인의료비를 절감할 수 있는 방안을 모색해 보고자 한다.

## 1.2 연구의 범위와 방법

연구 방법은 각종 공식기관의 통계자료를 통하여 한국의 고령화 현황과 추이, 노인의료비 현황과 추이 등을 살펴보고, 그 문제점을 검토해 본다. 더불어 침구관련 기존문헌 중심의 이론적 고찰과, 실증적 자료들을 검토해 본다. 또한 침구사제도를 다양한 모습으로 발전시켜 1차 의료로

활발하게 활용하고 발전시켜가고 있는 세계 각국의 1차 의료 상황을 검토해 본다. 이로서 한국현실에 맞는 1차 의료로서 침구사제도를 정착할 방안을 모색하고, 고령사회에 폭발적으로 증가할 노인의료비를 예방할 수 있고, 더불어 노인들의 건강한 삶을 통해 행복한 일상이 가능할 방안도 함께 모색하게 된다.

## II. 이론적 배경과 선행연구

### 2.1 1차 의료

국제사회에서 1차 의료라는 개념이 구체화 된 것은 1978년 9월 알마티에서 WHO 후원으로 열린 '국제의료회의'에서였으며, 이 회의에서 1차 의료의 개념을 정립한 '알마타 선언'이 채택됐다. 알마타 선언에서는 '1차 의료는 단순히 1차 진료를 넘어 국가보건체계의 중심적 기능을 담당하며, 개인·가족 및 지역사회를 위한 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 서비스가 통합된 'Health For All'을 의미하는 개념' 이라고 천명했다. 또한 1차 의료는 1. 최초 접촉 2. 관계의 지속성 3. 서비스의 포괄성 4. 조정 및 의뢰 기능 등 4가지의 속성을 갖는 것으로, 환자의 질병치료를 위한 의료의 최초 문 역할을 하고, 질병의 대부분을 포괄적으로 진료할 수 있어야 하고, 1차 진료에도 불구하고 건강 문제가 호전되지 않을 때는 상급병원에 연결해주고 조정하는 역할이 진행되며, 지속적으로 환자를 돌보는 곳이다(보건사회연구원, 2012). 한국의 의료 기관은 크게 3가지로 구분하여 3차 종합병원, 2차 병원<sup>1)</sup>, 1차 의원<sup>2)</sup>으로 나누고 있다. 종합병원은 입원환자 100인 이상, 병원은 30인 이상의 수용시설을 갖춘 곳이며, 그

1) 한방병원, 치과병원, 요양병원 포함한다.(인구 5만~50만 수준)

2) 치과의원, 한방의원 포함한다.

의는 모두 의원으로 1차 의료기관이라 할 수 있다

## 2.2 침구사제도

침구의료란 동양의 고유 전통의학 중 한 분야이며, 음양오행 학설, 경락학설, 장상학설 등 동양의학 기초이론과, 현대의학의 신경조절학설을 근거로, 일정 부위에 물리적 자극을 주어, 생체에 반응이 일어나도록 하여, 질병을 예방, 완화, 치료하는 동양의학 의료기술의 한 분야다(김남수 외, 2004). 침구의료 행위는 혈(음)과 기(양)에 이상이 생겨 순환이 안 되거나 균형이 깨진 상태를 병으로 보고, 바늘과 같은 자침으로서 경혈자리에 자극을 주고, 뜸으로서 같은 자리에 쑥을 태워 그 열기를 보내어 막힌 경맥을 뚫어 순환을 돕고, 균형이 깨진 것은 혈과 기를 조절하여 균형을 맞추어 줌으로서 신진대사를 원활히 하여 인체 스스로 면역력을 증진해 능히 외부의 병원균을 이겨 낼 수 있도록 하는 것이다(성상문 외, 2004).

이러한 침구의료는 만성 퇴행성 질환과 생활습관에서 빚어지는 고질화된 질환들에 탁월한 효과를 보이고, 통증 완화에다 즉시 효험이 있어 노인성 질환에 아주 효과적이다. 또한 침구는 때와 장소에 구애 받지 않고, 간편하고 편리한 시술로 인해 효율성과 경제성을 기대할 수 있고, 예방과 전인 치료가 가능하고, 수술 후유증, 약물중독, 합병증 등의 의료 후유증은 전무하여 안전한 시술이 가능한 의료이다. 이러한 침구의료행위를 하는 사람을 침구사라 하고, 침구는 침과 뜸을 합친 단어로서 침사와 구사(뜸사)를 함께 칭한다. 이러한 침구를 이행하는 의료법을 침구사 제도라 칭할 수 있다(김남수, 2002).

## 2.3 외국의 침구사 제도

김남수 외(2004)의 '외국사례를 들어 침구사 제도의 발전방향에 관한 연구'와 성형근 외(2005)

의 '외국의 침구활용 상황에 대한 연구' 자료를 중심으로 세계 각국의 침구사 제도를 살펴보고, 그들이 침구의료를 받아들인 목적과 활용상황 등을 살펴보았다.

### 2.3.1 아시아

#### 2.3.1.1 중국

중국의 침구의료는 중국 전통의학의 중요 부분이며, 2천여 년 전에 이미 완전한 이론적 체계를 갖추었다(정형근 외, 2005). 최근엔 현대의학의 과학적 지식을 흡수하여 더욱 세밀한 체계를 갖추고 있으며, 60<sup>3)</sup>여개 국가에서 이를 활용하고 있다. 또한 임상에서는 1차 의료로 침구를 가장 활발하게 활용하며, 국민들도 1차적으로 침구를 먼저 찾는다(국회입법정책연구회, 2005). 또한 전국적으로 27개 대학에 침구학과를 설치하였고, 학제는 5-7년으로 각각 학사와 석사학위를 수여한다. 매년 졸업생은 약 1,100명으로 졸업 후 침구 임상, 과학적 연구와 교수 업무 종사하며, 허가를 받은 대학은 박사 생을 모집하여 박사학위를 수여한다(김남수 외, 2004).

임상분야에서 치료 가능한 질병이 계속 증가해, 전국 2,864개의 현 급 이상의 중의의료기관 전부에 침구과가 있고, 대규모 중의 병원에는 침구 병동이 설치되어 있으며, 일부 시는 침구병원을 열고 지역의료와 농촌 의료기관에 1차적으로 침구를 제공한다. 또한 침구의 과학화를 위해 연구 투자비 확대, 연구 방법 개선, 연구 수단 선진화, 연구 질과 양의 계속적 향상 등으로 침구와 경락기초이론 정립, 침구통한 진통과 질병치료 구조 원리 등을 정립하였다(성상문 외, 2005). 중국의 침구의료중심에는 TCM<sup>4)</sup>이라는 한의학 브

3) 아세아주 국가 및 서유럽, 북유럽, 북미, 남미, 호주 등 다수 국가

4) TCM(Traditional Chinese Medicine<sup>1)</sup>) 한의학 브랜드. TCM은 안전성 및 유효성, 그리고 품질 확립

랜드가 있다. 2010년엔 TCM 연구에 2001년의 4배가 넘는 연구비 49억 위안을 할당하였으며, 이때 고용된 연구 인력은 6천 93명으로, 2001년 대비 53%나 증가한 인원이다. 또한 2011년 5월, 세계 70여 개국과 파트너십 협정을 맺고, TCM 연구와 개발에 한층 노력을 기울이고 있어, 세계적으로 침구 보급을 통한 의화 수입의 효과도 특특히 보고 있으며, 외국 학생들을 통한 의화 수입도 상당하다(김태웅, 2013).

### 2.3.1.2 일본

일본은 침구의료를 현대적으로 재조명하여(조병희, 2003), 한·중·일 중 가장 현대화 된 침구를 자랑하고 있으며 국가에서 제도적 지원을 아끼지 않고 있다(성상문 외, 2005). 현재 일본에서는 의사, 치과의사와 별도로 안마, 지압사, 침사, 구사 등에 관한 법률이 있다. 이 법률에 따르면, 침구사 면허는 국가에서 수여하는 면허로, 면허증이 있는 사람은 병원에 취직할 수도 있고, 독립 개업도 가능하다. 또한 의사 면허 소지자와 침구사 면허소지자만이 침구 의료를 행할 수 있다. 침구사 면허시험은, 1992년 국립보건원 산하에 대체 의학연구소를 설립한 이후 1993년부터 국가시험<sup>5)</sup>이 되었으며, 1998년 국립보완대체의학연구소로 확대 개편하였다. 또한 중앙정부 차원에서

침구의료에 관한 연구, 평가, 정보 교류, 교육 및 훈련을 지원해 오고 있으며, 1차 의료로서 침구 치료는 의료보험이나 개호보험도 적용을 받을 수 있다(김남수 외, 2004). 일본은 침구의료에 관하여 공적 자질과 지위를 향상시키려는 의도가 높고, 고령자와 현대인의 각종 질병을 치료하는데 그 탁월한 치료효과를 인정하고 현대적 보건의료에 적극 활용하기 위해 국가고시 제도를 마련하였다. 명치 침구 대학에서는 침구의료를 치료의학, 예방의학, 건강의학, 노년의학 등으로 나누고, 자연치유력인 비 약물요법으로 병을 치료하는 특징을 더욱 수준 높게 발전시켜가고 있다. 침구사가 되려면 후생노동대신과 문부과학대신이 인정한 3년제 이상의 침구대학을 졸업 한 후, 후생노동대신이 시행하는 자격시험에 합격하면 된다. 침구학교의 학습 프로그램은 다양하며 660시간의 임상 훈련을 포함한 1,950시간의 기초과정과 900시간의 임상훈련을 포함하는 3,000시간의 기초과정이 있다. 침구학교는 2001년 전국에 126개교<sup>6)</sup>나 되며, 매년 2500여 명씩 배출되고, 2001년 당시 약 24만 명의 졸업생이 있었으며(김남수 외, 2004), 2013년엔 입학 정원이 약 6,100명(김태웅, 2013)이 되어 매년 침구사 졸업생들이 대거 늘어나고 있다.

일본의 침구대학에서는 MRI, 비만, 혈압, 당뇨, 스트레스, 난치병, 고질병, 아토피와 침구에 관한 새로운 분야의 개척을 위한 노력도 활발하다. 또한 신경운동기계, 내과계통, 치과, 산부인과, 통증클리닉, 스포츠 의학, 정신보건, 고령보건, 재활보건, 산업보건, 터미널 케어(말기환자 돕기) 등 각 부분별 전문화된 침구치료가 가능한 첨단 의학으로 발전 시켜나가고 있다(성상문 외, 2005). 또한 초 고령사회에 접어든 일본 환경에서 침구는 필

위해서 많은 연구와 개발이 필수이다.

- 5) 학교 교육법(昭和) 22년 법률 제26호) 제56조의 규정에 의해 대학에 입학할 수 있는 자로서 3년 이상 문부과학성령(文部科學省令), 후생노동대신령(厚生労働大臣令)으로 정해진 기준에 적합한 자로서 문부과학대신이 인정한 학교 또는 후생노동대신이 인정한 양성시설에 의한 해부학, 생리학, 병리학, 위생학, 그 외 안마, 마사지, 지압사, 침사, 구사가 되는데 필요한 지식과 기능을 습득한 자로서 후생노동대신이 행하는 안마, 마사지, 지압사, 침사(鍼師), 구사(灸師) 시험에 합격한 자에 대해 후생노동대신이 이것을 수여함. 그리고 학교에서는 3년 동안에 침구사 자격만 취득하는 코스와 인마·마사지·지압사 수험 자격을 동시에 취득하는 코스가 있다.

- 6) 침사, 구사, 안마·마사지·지압사 시험에 응시할 수 있는 학생을 배출하는 교육기관은 시·도·지·군·구 교육청을 포함한다.



수적인 1차 의료가 되었으며, 의료대란의 만반의 대비책으로도 충분히 활용하고 있다(김남수 외, 2004).

### 2.3.2 미국

미국은 1972년 닉슨 대통령의 관심표명으로부터 급속도로 발전하게 되었고(정형근 외, 2005), 1973년에 네바다 주에서 첫 침구의료 관련법이 제정되었으며, 침구의사, 침구의사 조무원, 한의사 및 한약종상 법 등이 제정되어 공포되었다. 1976년엔 캘리포니아 주와 하와이 주에서 침구사 면허시험제도가 채택 되고 시험이 실시되었으며, 21개 주에서 독자적인 침구사 면허 발급을 인정하고, 법적지위는 1차 진료자로서 양의사와 동등한 자격으로 환자를 진료하고 있으며, 재활의학 분야로도 진료범위를 확장시켜가고 있다. 미국 국립침구위생연구원은 2005년 당시 60억 달러로 성장하였고, 침구효과에 대한 평가와, 검증, 응용 등을 통해 탁월한 치료 효과와, 저렴한 의료비를 확증하고, 고령사회 의료비절감 대비책으로 각 주마다 특화된 방법으로 주정부의 적극적인 지원과 제도를 통해 침구의료 활용에 적극적인 노력을 기울이고 있다(성상문, 2005). 캘리포니아 주에서는 해마다 약 2백50명의 침구사들이 배출되고 있고(정형근 외, 2005), 2004년 당시 미국은 약 8천2백여 명의 침구사가 면허를 갖고 활동하였는데, 이 중 양의사들은 300시간의 침구교육 과정을 마치고 면허를 취득한 자들이었다. 존스 홉킨스 대학 등 몇몇 의대에서는 한의대와 연계를 맺고 학생들이 침구 강좌를 들을 수 있게 하였고, 40여개 주<sup>7)</sup>에서 침구입법이 완성되어, 침

구면허를 받으면 자립적으로 침구 의료업을 행할 수 있도록 하였다(김남수 외, 2004).

침구사 면허시험제도는 주정부에서 년 1회씩 실시하는데, 필기시험 8시간 2백50 문제 및, 엄격한 실기시험으로 구성되어 있고, 내용은 침구에만 국한되는 것이 아니라, 한의학 전반을 깊이 있게 다루고 있으며, 필기시험 합격 후 실기시험에서는 소독법, 본초의 판별 및 그 성미, 귀경, 임상응용, 금기시술 취혈 등과 함께, 실제 환자에 대한 진단 및 처방 등을 테스트하고 있다.

### 2.3.3 유럽

유럽의 많은 나라들에서도 침구의료의 다양한 장점을 최대한 활용할 방안을 마련하기 위해 많은 노력을 아끼지 않고 있다. 이러한 유럽의 침구활용 상황을 살펴보겠다.

#### 2.3.3.1 프랑스

프랑스는 16세기에 유럽국가 가운데 가장 먼저 침구를 받아들여 발전시킨 나라로, 1952년 프랑스 의학 아카데미가 '침구는 현대의학적인 의료행위'에 속한다는 성명을 발표하면서, 과학자들의 활발한 관심과 노력으로 침의 진통효과를 입증했으며, 현대의학에서 해결하지 못하는 각종 질병의 후유증이나 불쾌감을 해결해줄 수 있음을 증명하였다. 이로서 침구에 대한 믿음과 관심이 더욱 증대 되었으며, 양의사들의 교육수요가 폭주하였고, 정부와 의사들이 1985년 침 치료에 관한 문제 연구회를 설립하여 교육내용을 점검하고, 침구치료 의사 자격을 규정하는 규칙을 제정하였다. 이로서 각 의과대학에서 침구관련 공통교재를 선정해, 일정한 수준의 교육을 이수한 자에게 침구사 자격을 인정하게 하였다. 2005년 당시 60% 이상의 병원에서 1차 의료로서 침구의료를 시술하고 있다(정형근 외, 2005).

7) 미국 침구법 공포: 네바다 주, 오레곤 주, 몬타나 주, 하와이 주, 뉴욕 주, 캘리포니아 주(네바다 주, 몬타나 주 및 하와이 주, 캘리포니아는 침구사가 독자적으로 침구 업을 경영가능하다, 오레곤 주와 뉴욕 주에서는 침구면허 받아도 의사의 감독 하에 동업가능하다)

### 2.3.3.2 독일

독일은 30-40% 정도의 대형병원 내에 1차 의료를 두고 침구의료를 시행하고 있으며, 의사와 간호사가 함께 침을 놓을 수 있다. 많은 의사들이 침구 학습을 위해 중국으로 유학을 떠나 몇 개월 정도 단기 코스로 침구를 배워 침 기술을 하기도 한다. 의료현장 전반에서 1차 의료로서 침구의료가 행하여지고 있고, 침구의료를 배우기 위해 외국행을 선택하는데 주저함이 없이 활발하게 진행되고 있다(김남수 외, 2004).

### 2.3.3.3 영국

영국의 의료정책 기조는 환자의 동의 과정을 거치면 기본적으로 모든 사람이 모든 의료행위<sup>8)</sup>를 할 수 있도록 허용하고 있다<sup>9)</sup>(2004, 김남수 외). 따라서 침구의료도 전문적으로 자유롭게 이루어지고 있고, 5개의 자발적 조직이 있으며, 그 중 침구 평의라는 조직을 통한 침구인의 자격과 교육을 규정하고 있고, 침구학원 관리는 철저하다. 일례로 약 2000명의 회원을 가지고 있는 영국의 침구학회는 3년에 걸쳐 약 1000시간 정도의 교육을 받게 하고, 기초이론부터 시작해 임상 실습을 하고 시험을 거쳐 침구사 자격을 부여한다. 한편 원칙적으로 의사 책임 아래에서만 침을 시술할 수 있으나, 실제로는 자격증이 있는 사람이라면 단독으로 개업할 수도 있어 1차 의료 역할을 다할 수 있다(정형근 외, 2005).

### 2.3.3.4 러시아

구소련의 공식적인 침구수입은 1950년대였고, 1970년대 침구의 세계적 붐에 따라 활성화 되었고, 1975년 브레즈네프의 뇌졸 중을 침구로서 치료하면서 침구에 대한 관심이 더욱 높아졌다. 소련 정부는 우주비행사들에게 보건 훈련의 하나로

기초적인 침구 치료법을 가르쳤고, 이의 임상실험으로 우주 공간에서 비행사들이 생리기능의 평형을 유지하는데 침구가 효과적이었음을 증명하였다. 그 후 침구치료가 통증치료, 마취, 천식, 비만, 금연, 금주 등에 활발하게 응용되고 있고, 24개 의과 대학에서 침구학 강의가 진행되고 있다. 침구교육은 1년 과정으로, 6개월 동안은 이론을 배우고, 6개월간은 침구 임상 실습을 한다. 현재 약 10만 명의 침구 의사가 있는데 이 가운데 30% 정도는 국가의 공식적 인정을 받은 상태며, 원칙은 의사만 침을 시술할 수 있으나, 의사의 감독, 책임 하에서는 외국 의사나 침구사도 시술할 수 있다(성 상문 외, 2004).

### 2.3.4 기타

침구는 이외에도 호주의 빅토리아, 멕시코, 파나마, 브라질, 콜롬비아, 성 아르헨티나에서 합법적 지위를 얻었으며, 쿠바에서는 중국침구가 국가의료 보건체제의 하나로 인정되었다. 또한 오스트리아, 이태리, 네덜란드, 덴마크, 벨기에 등에서도 정부의 인정을 받았으며, 아세아의 타이, 싱가포르, 인도네시아 등에서도 합법적 지위를 얻었다. 기타 유럽국가 스페인, 핀란드, 포르투갈, 그리스, 알바니아 등에서도 침구치료에 대한 긍정적 태도를 취하고 있다. 더불어 아프리카 이집트, 남아프리카, 가나, 짐바브웨, 나미비아, 모리셔스 등도 이미 중국의 침구를 전통의학 관리부문에 넣고 인정하고 있다(정형근 외, 2005).

## 2.4 한국의 침구사 제도

침은 중국에 앞서 신석기 시대 한국 한반도에서 펴석<sup>10)</sup>을 사용하여 질병을 치료한 의료술이 최초였으며, 석침에서 동침 또는 철침으로 신화

8) 성병, 암, 분만 등 일부 질환은 제외된다.

9) 원칙적으로 의사 명칭이나 자격을 사칭하지 않는 전제가 있다.

10) 펴석은 추(錐)형 혹은 설(楔)형으로 연마해서 만들어진 석기로 피부를 자극하고, 천자(淺刺)해서 출혈시키며, 절개 배농하는데 사용하였다.

발전되었다(대한침구사 협회, 2006). 그러나 당시 한국엔 문자가 없어 이를 체계화·이론화하지 못한 상태에서 중국으로 진출되어 중국에서 침구의료를 체계화 시킨 것이 황제내경(皇帝內經)<sup>11)</sup>의 영추경(靈樞經)이다. 중국의학자 용백경이 저술한 황제내경 개론에 송나라 철종8년에 고려가 헌납한 침경9권을 사송이 개편하여 영추라 이름 하였으며, 고려의 침경헌납 설을 주장하였다. 이처럼 침경은 고려시대에 중국에서 한국으로 역수입된 것으로, 한국 침구기술은 매우 높은 수준이었다고 했다. 통일신라 때 침구의료는 공식적 제도로화되었고, 의료 학교교육에 침구학도 함께 학습하였으며, 고려 광종 9년 과거시험에 의업(醫業)이 실시되고, 성종 때 경학으로 침구의학 박사들을 추천하고 권장하였다. 문종1314년에 침구의료 관련 81난경을 만들고, 의료제도를 정비하여 의침사(醫鍼史)라는 침구관련 관직을 두었다(김남수 외, 2004).

조선시대 세종13년에 편찬된 향약집성방(鄉藥集成方)은 각 편에 침구치법이 편입되어 있고, 권수에 자생경(資生經)에서 인용한 침구의 경혈명이 기록되어 있으며, 동 27년에 편찬된 의방유취(醫方類聚)에는 각 편마다 역시 침구방(鍼灸方)이 수록되어있다. 광해군 때, 허임(許任)과 같은 명 침의가 발탁되었으며, 그는 평소 경험한 침구의료를 종합하여 침구경험방 1권을 저술하였는데, 이는 보사법(補瀉法)의 독창적인 영역을 개척한 것으로 알려져 있다(손중양, 2005). 일제시대 한일합방 후 근대적인 제도화를 갖고, 해방

후 1951년 9월25일에 제정된 국민의료법은 안마사, 접골사 등과 함께 침구사에 관한 규정을 두고, 같은 법 제59조에서 침구사 등의 의료유사업자 제도는 주무부령으로 정하도록 규정 두다, 제2공화국 시대에 주무 부령에 의료유사업자 령과 접골사, 침사, 구사, 안마사 자격시험 규정이 제정되게 되었으며, 1957년 12월 3일 침구사 양성기관 설립이 인가되었다(정형근 외, 2005). 그러나 제3공화국에 이르러 국민의료법이 폐지(1962년)되고, 의료법(의료법 제25조 제1항)이 신설되면서 침구사는 의료유사업자에 대한 명문의 규정에서 제외되어 침구사 자격시험제도가 사라지게 되었다. 이후 한의사들에게만 침구기술을 허용하였다. 하여 한국의 침구기능은 제도권과 비 제도권으로 이원화되어, 전자는 일제 강점기 침구면허를 획득한 자로 해방 후 기득권을 인정받은 침구사와 한의사 제도를 통하여 의사면허를 취득한 자이며, 후자는 침구단체나 사설 교육기관, 사사 등으로 침구기술을 익혀 자가 치료나 봉사활동에 종사하는 재야 침구사다. 이들 봉사자들은 현재 대부분 80세를 넘긴 고령으로 전국적으로 50명 내외에 불과하다(김남수 외, 2004).

최근 많은 대학의 평생교육원에서 1-2년 과정으로 침구를 가르치고 있으나 이를 이수한 학생들의 설 자리가 전무한 상태이고, 더구나 고등교육 법에 의한 교육은 국내에서 불가하여 역으로 한국의 40-50만 명에 달하는 침구관련 학생들이 중국이나 미국, 캐나다 등에 유학하여 침구사 자격증을 얻기 위해 한해 10조원이 넘는 수업료를 지불하고 있다(황정욱, 2006). 그러나 이들이 한국에 돌아와도 자격이 불인정되어 설자리는 전무한 상태여, 막대한 외화 낭비를 비롯한 국가적 손실만 증폭되고 있다(정형근 외, 2005). 정부는 현재 한의사 안에 전문의 제도를 두어 침구의료를 활성화 하겠다 하였으나 지켜지지 않고 있다.

외국의 다양한 사례에서 보았듯이 침구의료는

11) 초기 황제내경은 소문경(素問經)9권과 침구경(鍼灸經)9권으로 구성되었으며, 이것이 후대에 와서 소문경 9권을 다시 81편으로 나누어 졌다. 그러나 당시 나누어진 문헌은 소실되고, 소문은 당나라시대(唐代)에 이르러 제7권의 9편이 소실되어 총 8권밖에 남지 않았으나, 비본을 찾아 보충하였고, 나머지 2편도 송나라시대(宋代)에 이르러 보충되었다.

더 이상 제도권 밖의 의료가 아님을 살필수 있었다. 세계는 저렴한 비용으로 치료효과가 탁월하고, 전인치료가 가능한 침구의료의 우수성을 높이 평가하여 고령사회 의료비 대란을 막을 만반의 대비책과 삶의 질을 높일 방안으로, 1차 의료로 침구를 적극 활용하고 이를 활성화 할 방안에 총력을 기울이고 있다. 나아가 침구의 임상효과 검증, 의료표준화, 교육규범화를 위한 집중적인 논의도 진행되고 있다(대한침구사 협회, 2006). 2006년엔 세계침구연합회 주석(등양월)과 Matsoso Malebona<sup>12)</sup>와의 면담에서 침구를 국가의료 체계에 받아들여야 하며, '1차 의료로서의 침구입법과 표준화는 실천해 나갈 국가적 중요과제이고, 서양의학과 결합된 의료로 활용함으로써 국민의 행복을 증진해 나가야한다'는 WHO입장을 재 표명해 다시 한 번 1차 의료로서 침구의료의 중요성을 제기하기도 하였다(허동수, 2016).

더불어 한국의 비 제도권에 있는 많은 제야의 침구사들은 끊임없이 침구의료와 관련된 많은 보고서와 논문들을 제출하고, 심포지엄과 세미나를 열고(조병희 외, 2003), 헌법소원 내지는 다양한 방법을 통하여 의료법 개정을 촉구해오고 있다. 이러한 노력의 결과 하나로 위헌제청법원의 판결문 내용을 받은 상태다. 이의 내용은 입법자들이 엄중한 검토와 모색, 수고를 통하여 침구사 제도를 부활시킬 수 있음의 여지를 남긴 것으로 판단할 수 있다. 또한 현재 제도권 내 의사들의 의료 행위만이 모든 질병을 치료할 수 있다는 오판에서 자성의 기회를 가질 때가 왔다고 보아야 할 것이다. 나아가 국민의 안전과 건강을 보장하기 위한 모든 차원의 의료기술의 활용이 활발하게 연구되고 검토되어야 할 과업으로도 해석될 수 있다(이석시, 2015).

판결문: “의사 아닌 자의 의료행위를 전면 금지하는 것이 가장 적절하고 합리적인 방법인지 매우 의심스럽고(중략), 또한 면허가 없더라도 실제로 의료능력이 있는 자의 의술은 살리면서 폐해는 막을 수 있고, 의료질서의 유지에도 별 문제가 없을(중략), 무면허 의료행위라도 유형별로 세분하여 자격과 면허를 다양하게 부여하는 방법들의 연구가 가능할 것으로 생각되는데 이는 입법자의 과제에 속한다.(중략) 불필요한 과잉규제를 통하여 시술자와 환자 모두의 생명권, 건강권, 신체활동의 자유, 보건의 관하여 국가권력의 침해로 받지 아니할 권리 등의 본질적인 내용을 침해함으로써 인간으로서 존엄과 가치를 훼손하고 있어(중략) 제고의 여지가 있다”<sup>13)</sup>

## 2.5 선행연구

### 2.5.1 침구사 제도 도입 필요성

대한침구사협회(1996)는 ‘침구사제도는 존속되어야 한다’를 통해, 침구사 제도의 활용을 통한 다양한 국가적 의료적 효용과 이익을 공표하였다. 조병희(2003)는 ‘서양에서는 모든 의사들의 침 시술이 보편화되고 있는 상황에 의사들도 침구를 배워 시술할 수 있어야 한다’고 하였다. 김남수 외(2004)는 ‘전통의학에 대한 연구나 시술을 할 수 있는 법적 개신이 필요하며, 의학과 한의학은 제도적으로 통합되어야 한다고 선언하였다.

김미정(1996)은 ‘침구사 자격증 제도가 부활될 방법은 없을까요?’를 통해 침구사 제도 부활의 필요성과 중요성을 메시지로 던졌다. 조병희 외(2003)는 침구영역의 제도권 도입의 타당성을 국가의 의료적 효익을 들어 설명하고, 침 뜸 현황과 과제에서 침구의료의 필요성과 나아가갈 방향을

12) WHO 전통의학과 합작사 사장이며 세계보건기구의 일원이다.

13) 헌재 1996.10.31. 94헌가7. 의료법 제 25조 제 1항 등 위헌 제청.

제시 하였다.

황중국 판사(2005)는 「의사가 못 고치는 환자는 어떻게 하나」라는 책자를 통해 '침구의료의 특이성과 우수성을 주장하며 제도권 의료에서 못 고치는 만성퇴행성 질환의 예방과 치료를 위해 침구 활용의 당위성을 들고 있다. 이우관(2008)은 수난의 역정: 침구술의 법제화를 위하여'를 통하여 미래사회에 침구사 제도의 당연 필요성과 이를 위한 침구사제도 법제화를 웅변하였다. 이석기(2015)는 '침, 뜬의 이론과 실재를 통하여'로 침 뜬의 효과성과 필요성을 논하면서 고령사회 만성퇴행성 질환에 침구의료의 필요성을 논증하고 있다. 허동수(2016)는 '한국 전통침구 역사의 재조명과 발전방향에 관한 연구'를 통하여 침구사 제도의 국가 경제적 효익과 활용의 타당성과 도입의 필요성을 논하였다.

## 2.5.2 의료비 절감을 위한 침구사제도 도입 당위성

성상문 외(2004)는 고령사회 의료비 대란을 막고 노인들의 삶의 질을 향상시킬 침구의료의 활성화 방안의 타당성을 논하였다. 김남수 외(2004) 다수는 외국사례를 들어 침구사 제도의 발전방향에 관한 연구에서, 고령사회에서의 의료비 절감을 위한 침구사 제도의 도입 타당성을 논증하였다. 김세영(2004)은 미국한의사제도 분석과 유형별 합격가이드를 통하여 침구사제도의 도입과 활용을 통한 의료비 절감의 타당성을 논하였다. 정형근과 김춘진 의원(2005)은 세계침구제도의 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄을 통해 '고령사회 의료비 대란의 절감대안으로 침구사 제도 도입의 필요성을' 논증하였다. 이주은(2007)은 '고령사회에서의 침구사 제도 활용방안에 관한 연구'를 통하여 고령사회에서 의료비 대란을 막을 대안으로 침구사 제도의 도입 필요성을 논하였다. 임종훈(2009)은, '입법과 경제적 효

율성으로 침구사제도 입법에 관한 비교제도 분석을 중심으로' 고령사회 의료비 절감을 위한 침구사 제도 필요성을 법적으로 논증하였다. 박경용(2009)은 '귀순 침술인 박정규의 생애와 침구제도 회고록과 구술 생애사를 중심으로'에서 침구사제도 부활의 당위성과 의료비 대란을 막을 국가적 효익을 위해 침구사 제도 도입을 논하였다. 김태용(2013)은 '전통 침구의료의 활성화 방안'에 대한 연구를 통해, 전통 침구 기술의 부활의 타당성을 설파하며, 국가적 의료비 절감의 효용성을 논하였다. 박경용(2009)은 침구사 제도 존립 필요성과 타당성을 검토하며, 침구의료의 우수성과 국가적 의료비절감의 큰 효자노릇으로서 침구사 제도 도입 필요성을 논하였다.

이처럼 침구활성화의 필요성과 당위성을 논한 다양한 논문과, 보고서, 도서들은 많으며, 고령사회에서의 의료비 절감을 위한 대안으로서 1차 의료로서 침구의료의 중요성을 모두 논하고 있다. 이에 본 논문에서는 앞선 논문들이 중요시 다룬 부분들을 통합하여 살펴보고 현 시점에서 가장 중요하게 인식되는 고령사회 의료현장에서의 의료비절감 문제와 1차 의료로서 침구가 자리매김되어야 할 방안을 모색해 보고자 하였다.

## III. 한국 노인 의료비 현황

### 3.1 한국의 고령화 현황

한국의 65세 이상 고령층 인구는 2007년에 9.9%에서 가파르게 증가<sup>14)</sup>하여 2014년엔 12.7%로 나타났다. 이는 OECD 국가 평균 증가율보다 4.06 배 빠른 속도며, 급속한 고령화를 보이는 일본 보다 4배정도 빠른 속도다(보건사회 연구원,

14) 2008년 10.30%, 2009년 10.70%, 2010년 11.04%, 2011년 11.36%, 2012년 11.78%, 2013년 12.22%의 고령화 상태를 보였다..

2015). 나아가 2016년 현재 13.2%를 보여 그 빠른 증가 속도를 증명하고 있다. 더불어 2016년 3월 사회지표에 나타난 한국의 노령화 지수<sup>15)</sup>는 1978년 첫 10% 대를 넘어 선 이래 지속적 증가세<sup>16)</sup>를 보여 2015년엔 94.1%를 나타냈다. 한편 KD자료는 1993년-2013년 20년 동안 OECD 주요국 고령화 평균 속도 측정결과 1993년 12.15%에서 2003년 13.56%, 2013년 15.39%를 발표했다. OECD 국가평균 고령화율은 한국보다 훨씬 높지만 고령화 속도는 매우 낮다(보건사회연구원, 2015). 더불어 베이비붐 세대가 고령으로 접어들며 미래 추정으로는 2020년 119.1%로 시작으로 계속 증가 추세로<sup>17)</sup> 2060년 394%를 육박할 것으로 내다보고 있다(보건사회연구원, 2016).

또한 2016 통계청 한국의 고령화를 추계에 의하면, 2030년 25%에서 2060년엔 40%에 육박할 것으로 추계하고 있어 그 증가속도의 가파름을 추정할 수 있다.

### 3.2 한국 노인 의료비 현황

건강보험심사평가원 2016 통계연보에서, '2014년 한국의 건강보험 총 진료비는 54조 4,272 억 원으로 2013년 대비 6.8%로 증가하였고, 총 급여비는 42조 8,275억 원으로 2013년 대비 7.9% 증가하였다.

한편, 고령화율이 12.7%인 상태의 65세 이상 노인진료비가 19조 9,687억 원으로 전체진료비의 36.7%를 보였다. 또한 2013년 전년대비 노인 1인당 진료비가 10.1% 증가, 노인 1인당 외래진료

12.5% 증가, 노인 1인당 내원일수 4.9% 증가, 1인당 진료건수 5.8% 증가 등의 변화를 보였다. 2014년엔 65세 이상 노인 외래진료비는 6.9% 증가, 입원 7.4% 증가, 외래 입원 포함한 평균은 전년대비 6.6% 증가했다. 2013년 65세 이상 노인 1인당 연평균 진료비는 339만원, 전체인구 1인당 연평균 진료비는 109만원으로 나타났다. 2015년엔 65세 이상 총 노인진료비는 22조 2,361억 원, 65세 이상 1인당 진료비가 362만원, 전체인구 1인당 진료비는 113만원이었다.

한편 2014년 보건사회연구원자료에, 65세 이상 인구는 13%, 노인진료 인원은 33%, 노인진료비 44.3%로 전체 건강보험료의 35.4%를 차지했다. 한편 2004년 65세 이상 노인만성질환 보유율이 87%, 2009년 60대 이상 83.7%, 70대 이상이 91.3%, 2011년 60대 이상 88.5 등으로 나타났다. 또한 2009년 노인 1인 보유한 만성질환 개수는 60대 이상 3개, 70대 이상 3.5개로 나타났으며, 2011년엔 65세 이상 노인 평균 2.5개이며, 2개 이상 복합 환자 68.3%, 3개 이상 복합 환자 44.3%를 보여 노인대부분이 만성질환이 중복하여 나타났다. 2013년 전체 주요 만성질환 진료현황은 1천 399만 명으로 전체인구의 27.8%를 차지하였고, 2015년엔 21.5% 증가하여 만성질환 노인진료비가 21조 2,994억 원으로 나타났다. 한편 OECD 평균 6.9%인 당뇨병이 한국은 2012년 유병률 7.7%였으나, 2013년엔 28%로 3.6배 증가하였다. 이중 만성신장병은 16만 명에서 17만 명으로, 8.9% 증가, 악성 신생물이 117만 명에서 123만 명으로 4.9% 증가하였다. 만성질환 노인진료비는 21조 2,994억 원<sup>18)</sup>으로 나타났다. 다음은 2008년에서 2015년 한국의 노인 만성질환 증가내역이다.

15) 통계청 자료: 유소년 인구대비 노령화 지수: 해당 인구 100명당 노령화 지수란 15세 미만 인구 대비 65세 이상 노령인구 비율을 의미한다.

16) 1990년 20%, 1998년 30%, 2006년 50%, 2008년 59.5%, 2009년 63.9%, 2010년 68.4%, 2011년 72.8%의 증가를 보였다.

17) 2030년 193%, 2040년대에는 288.6%, 2050년 376.1%로 추계하고 있다.

18) 악성 신생물에 4조 9,362억원, 정신 및 행동장애 3조 839억 원, 고혈압 2조 8,499억원, 대뇌혈관 2조 4,033억원, 당뇨병 1조 8,150억 원 순으로 나타났다.

Table 1. Status of treatment cost for chronic diseases in 2008-2015

With respect to the change rate of treatment status for chronic diseases from 2008 to 2015, the number of treatment patients we increased from 13,992 million in 2014 to 14,391 million in 2015 by 2.9%, demonstrating annual increase rate of 3.5% from 2008 to 2015. The treatment costs were increased from 197,256 trillion won in 2014 to 21,994 trillion won in 2015 by 8.0% compared to the previous year, and the compound annual growth rate was 8.2% from 2008 to 2015. In addition, the annual growth rates of the treatment cost for the chronic diseases from 2008 to 2015 were 8% for malignant neoplasm, 11.7% for mental and behavioral disorders, 4.3% for hypertension, 9.4% for cerebral diseases, 6.9% for diabetes, and 7.6% for cardio diseases, demonstrating the increases of treatment costs for most of chronic diseases to cause the increase of treatment costs.

(Unit: thousand persons, 100 million won, %)

Classification	Number of treated patients					Treatment cost				
	2008	2014	2015	Growth rate		2008	2014	2015	Growth rate	
				compared to previous year	Annual average				compared to previous year	Annual average
Total	11,340	13,992	14,391	2.9	3.5	123,045	197,256	212,994	8.0	8.2
malignant neoplasm	707	1,172	1,230	4.9	8.2	28,805	45,806	49,362	7.8	8.0
mental and behavioral disorders	1,935	2,522	2,628	4.2	4.5	14,220	28,340	30,839	8.8	11.7
Hypertension	4,601	5,557	5,706	2.7	3.1	21,248	27,385	28,499	4.1	4.3
cerebrovascular diseases	657	846	880	4.0	4.3	12,845	21,615	24,033	11.2	9.4
Diabetes	1,788	2,409	2,521	4.6	5.0	11,417	16,762	18,159	8.3	6.9
Heart diseases	944	1,271	1,314	3.4	4.8	10,768	16,415	17,961	9.4	7.6
Disease of neural system	2,174	2,629	2,741	4.3	3.4	7,567	15,306	16,699	9.1	12.0
Chronic kidney disease	83	158	172	8.9	11.0	8,324	14,436	15,671	8.6	9.5

Health Insurance Review and Assessment Service: days of reimbursement, treatment cost, reimbursement cost including pharmacy cost

#### IV. 한국 노인 의료비 문제점 및 개선 방안

##### 4.1 한국 노인의료비 문제점

###### 4.1.1 노인 의료비 급속한 증가

2002년 10월 9일 KBS 9시 뉴스에 따르면 한

국은 '질병으로 인한 경제적 손실이 진료비와 소득 손실액을 포함해 해마다 36조원을 넘어서고 있다'고 발표했었다. 의료비가 해마다 15%씩 증가한다는 보도다(허동수, 2016). 실제 한국의 경상의료비 변화를 보면 1980년대 1.4조원 이었던 것이 2013년 98.3조원이 되어 무려 70.2 %가 증가하였다. 이는 1980년대 GDP 대비 3.5%였던

것이 2013년 6.9%가 되어 2배 가까이 증가한 수치다. 이러한 의료비 증가의 원인에는 노인 의료비의 급속한 증가가 한 몫을 하고 있음을 알 수 있다.

건강보험심사평가원 자료를 보면 1990년부터 2004년까지 전체 의료비가 1.9배 증가하였으나, 노인진료비는 11.2배 증가했다(이규식 외, 2005). 또한 한국 전체 진료비 중 65세 미만은 2008년 55만 3,989원인 반면, 65세 이상은 233만 4,373원으로 4배 이상 증가했고, 2013년엔 65세 이상 노인 1인당 연평균 진료비 339만원으로 전체인구 1인당 연평균 진료비 109만원에 비해 3.2배나 더 증가했다. 2015년엔 65세 이상 노인 총 진료비가 22조 2,361억 원이었으며, 65세 이상 1인당 진료비가 362만원으로 전체인구 1인당 진료비 113만원에 비해 3.2배 더 많은 증가세를 보였다

이러한 노인진료비 증가 추세로 2013년 한국 전체 진료비는 50조 9,552억 원이 되어 2012년 대비 6.5% 증가했고, 의료급여비는 38조 1,248억 원이 되어 전년대비 6.7% 증가했다. 65세 이상 노인 진료비는 18조 852억 원으로 전년 대비 9.9% 증가로 전체 진료비의 35.5%를 차지했다. 이는 2006년 대비 2.5배 증가한 수치다. 2014년엔 전체 진료비가 54조 4,272으로 한국정부 총예산 355조 8천억 원의 15.3%를 차지'했고, 2013년 대비 진료비 6.8% 증가하였고, 총 급여비는 42조 8,275억 원으로 2013년 대비 7.9% 증가하였다. 2015년엔 60조 6136억 원으로 전년대비 7.7 % 증가하였으며, 노인진료비는 전체의 2.6배가량 더 사용한 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2016).

더불어 2014년 9월 보건사회 연구원 발표 자료에 의하면, 고령화율이 12.7% 인 상태에서 65세 이상 노인 진료비가 19조 9,687억 원으로 전체진료비의 36.7%를 차지하였고, 고령화율이 13% 상태에서, 노인 진료비가 전체의 44.3%를 차지한 것으로 나타내고 있어 노인의료비 급증의 심각성

을 증거하고 있다. 한편 고령 1인 진료일수는 2004년 대비 2013년에 7.4배나 증가했고, 2013년 1인당 의사 진찰건수가 14.6건으로 OECD 평균 6.7건보다 2배가 넘는 높은 수치를 보여, 초 고령 사회인 일본(26.7%)의 12.9건을 제치고 OECD 국가 중 가장 많은 수치를 나타냈다(한국보건사회연구원, 2016년). 이로서 노인의료비 증가원인에 노인들의 진료일수와 진찰건수의 증가도 한 몫을 하고 있음을 알 수 있다.

한편 건강보험 공단(2016)에서는 급속도로 증가되는 노인 의료비로 인해 건강보험재정수지가 적자추계로 돌아서 2020년 6조3천억 원, 2030년 28조원, 2040년 64조5천억 원, 2050년 102조1천 700억 원, 2060년에는 132조원에 달할 것으로 전망하고 있어 건강보험 재정에 적신호를 보내주고 있어 그 심각성을 알 수 있다.

#### 4.1.1.1 만성질환 의료비 증가

노인의료비 급증원인의 하나로 노인들의 만성 질환 진료의 문제점을 들 수 있겠다. 한국의 65세 이상 노인의 87% 이상이 만성질환을 하나 이상씩 가지고 있다(김승권, 2005). 2013년 노인만성질환 진료현황은 1,399만 명으로 전체인구의 27.8%를 차지하였고, 이의 상세내역<sup>19)</sup>을 통해 그 증거를 가늠할 수 있는데, 그중 악성 신생물이 4조 5,806억 원으로 진료비<sup>20)</sup>가 가장 많았다.

19) 치주질환 3,717천명, 급성기관지염 3,471천명, 노인성 백내장 194천명, 고혈압은 556만 명, 신경계 질환 264만 명, 정신 및 행동장애 252만 명, 당뇨병 241만 명, 인슐린 비 의존성 당뇨병질환 208만 명, 간질환 147만 명, 만성신장질환 16만 명, 폐렴 76천명, 알츠하이머 치매 69천명으로 나타났다.

20) 정신 및 행동장애 2조 8,340억 원, 고혈압 2조 7,385억 원, 대뇌혈관 2조 1,625억 원, 당뇨병 1조 6,762억 원, 만성 신장질환 1조 4,436억 원, 인슐린 비의존성 당뇨병질환 1조 3,501억 원, 치은염 및 치주질환 2,855억 원, 급성기관지염 2,654억 원, 노인성 백내장 2,340억 원, 폐렴 2,314억 원, 알츠하이머 치매 8,216억 원 순으로 나타났다.



2015년엔 주요만성질환<sup>21)</sup> 노인진료인원은 1,439만 명으로 2013년 대비 증가했고, 진료비는 21조 2,994억 원<sup>22)</sup>으로 나타났다. 한편 정영호 외(2011), 2009년 한국의료패널 기초분석보고서(2)에서 연령별 만성질환자 비중 60대 이상이 83.7%, 70대 이상 91.3%를 보였고, 이들의 평균 만성질환 보유개수는 60대 이상 3개, 70대 이상 3.5개 나타났다. 또 한편 OECD 평균 6.9%인 당뇨병은 한국이 2012년 유병률 7.7%였으나, 2013년엔 28%가 되어 3.6배 증가되었다. 이로써 노인들의 만성질환 진료비가 의료비 증가원인으로 작용되고 있음을 알 수 있다.

#### 4.1.1.2 대형병원 의존현상

노인의료비 증가의 또 다른 원인으로 노인들의 대형병원 의존 현상을 들 수 있겠다. 만성질환을 가진 노인들은 응급상황이 아닌 경우에도 무분별한 대형병원 선호현상을 보여 대형병원 응급실로 내원하여 진료를 받고, 이를 대형병원 입원을 위한 도구로 활용함으로써 고가의 의료비를 계속 남용하고 있다. 2014년 만성질환 수검인원의 76.6%가 대형병원에 높은 검진비용을 지불한 것으로 나타나 이를 증명하고 있다(한국보건사회연구원, 2016년). 하지만 대형병원 현장에서는 의사 1인이 1일 200-300명 가까이 외래 진료를 하고 있어, 환자들은 대부분 단순한 반복 처방만 받고 제대로 의사와 대화도 할 수 없는 현실이다. 이로써 대형병원은 주체할 수 없을 정도로 환자들이 넘쳐나, 역으로 응급환자들의 진료와 입원을 위한 대기시간이 늦어지기만 하여 위험한 응급상황도 수시로 벌어지고 환자들은 질 높은

서비스를 받을 수 없다. 반면 지역의원들은 환자 방문이 적어 병원 운영이 어려울 정도로 나타나, 의료현장의 부익부 빈익빈 현상들이 팽배함과 동시에 국가의 의료비 손실비용은 비효율적인 상태로 계속증가하고 있다. 더욱 심각한 것은 노인들의 만성질환 특성상 완치가 불가하여 대형병원에서는 끊임없는 검사와 수술, 지속적인 대량의 약물투여가 이루어지고 있어, 이는 이차적인 약물중독, 수술 후유증, 합병증 등으로 이어져, 더욱 심각한 상태의 질환을 얻고 고통을 호소하다 또 다시 대형병원에 매달리는 현상이 되풀이되고 있어 의료비증가는 계속되고 있다. 또 다른 의료비 손실 문제로는 대형병원들의 황포로서 노인들의 만성질환 특성상 수많은 검진에도 병명이 나타나지 않는 점을 악용하여 필요치 않은 수많은 검진과 수술, 약물 투여 등을 지속함으로써 노인의료비 증가를 가중시키고 있으며, 더욱이 의료수가 저축을 받지 않는 새로 들여온 고가의 의료장비를 통한 무분별한 고액의 검사를 지속하고 있어 비급여부문의 노인의료비 증가에 한 몫을 하고 있다(김남수, 2004). 더구나 기존 비 급여는 의학적인 효과나 근거를 갖고 높은 수가를 책정하여 환자 부담을 가중 시켰으나, 새롭게 책정되는 비 급여는 근거도 없고 의학적인 타당성도 없는 항목들이 추가되어 환자 부담만 커지고 노인 의료비 증가의 불기둥에 기름만 붓고 있다(허동수, 2016).

#### 4.1.2 의료체계 문제

##### 4.1.2.1 1차 의료 불신

한국의 급속한 노인의료비 증가의 또 다른 원인으로 1차 의료불신을 들 수 있겠다. 노인들의 만성질환은 지속적인 관리와 예방이 필요한 경우로, 급성환자 위주의 치료가 이루어지는 3차 의료 현장에서는 치료효과를 보기가 더욱 힘들어 1차 의료 기관에서 저렴한 비용으로 꾸준한 관리와 예방, 상담 등이 필요한 특성을 보인다. 따라

21) 고혈압 571만 명, 신경계질환 274만 명, 정신 및 행동장애질환 263만 명, 당뇨병 252만 명, 간질환 149만 명으로 나타났다.

22) 약성 신생물에 4조 9,362억원, 정신 및 행동장애 3조 839억 원, 고혈압 2조 8,499억원, 내분비관 2조 4,033억원, 당뇨병 1조 8,159억원 순으로 나타났다.

서 실병의 70-80%는 개인 의원에서 치료와 관리가 가능하고(원미자, 2003), 이의 불가능 상황엔, 2차 병원에서 해결할 수 있으며, 이에 해결이 어려운 질환이나 급성위주의 응급질환은 종합병원<sup>23)</sup>에 의뢰하는 절차를 밟으면 된다. 이러한 의료체계를 활용하여 만성질환은 1차 의료 기관에 의존함이 합당하다. 그럼에도 불구하고 만성질환을 가진 한국노인들은 대부분 1차 의료기관 불신 풍조가 만연되어 대형병원에만 의존하고 있다.

OECD가 2012년 펴낸 '한국의료의 질 검토 보고서'를 통해 '한국의 1차 의료기능이 취약해 '문지기' 역할을 제대로 수행하지 못하고 있으며, 병원과 의원이 경쟁구도 체제를 유지하고 있다' 고 하였다. 또한 보건복지부가 2012년부터 만성질환자 즉 고혈압, 당뇨병 등을 가진 환자가 동네의원을 지정해 등록한 후 이를 지속적으로 치료·관리할 경우 환자에게 진찰료 본인부담률 경감(30%에서 20%로)해 준다는 취지가 실효를 거두지 못했고, 2014년부터 시작 한 1차 의료 활성화 정책의 일환으로 '지역사회 1차 의료 시범사업을 위해 지역 의원 급에서 만성질환자 건강교육·상담 기능을 확대한다는 취지의 진행이 환자들로부터 외면을 받았다(보건사회 연구원, 2013). 이런 현상들이 1차 의료에 대한 불신의 심각성을 증거하고 있다. 또한 2016년 10월 국회<sup>24)</sup>에서 '한국의 1차 의료는 현재 온전히 수행할 수 없다고 실토했다. 더불어 현재 의원급 의료기관이 환자의 1차 의료 역할을 제대로 하는지, 지속성을 갖고 포괄적인 서비스를 제공하고 있는지, 또는 시스템이 제대로 갖추어져 있는지 이해될 수 없는 상황이라고 실토 했다'(보건사회 연구원, 2016). 또한 한국의 현 1차 의료시스템은 서비스의 포괄성

과 지속성이 전무한 상황으로, 급성질환 위주의 사후적 치료중심에서 노인들의 만성질환 특성이 배려된 노인의료서비스 공급체계가 구축되어 있지 못한 것으로 판단된다고 선포한 건강보험 심사평가원(2016)의 자료에서도 1차 의료기관의 신뢰성을 찾아보기 힘든 상황이다. 이러한 현상은 현 1차 의료에 대한 정확한 개념정립이 되어 있지 않은 사회구조적 문제와, 의료전달체계의 문제점에서 비롯되었다고 볼 수 있다.

실제 만성질환노인들은 대부분 다수의 병원과 의원을 방문하며 병을 키워오다 치료가 안 되면 3차 종합병원에서 암 진단을 받거나 심각한 증세를 확인받기도 하여, 이러한 사건들이 쌓여 1차 의료기관에 대한 불신으로 이어지고 있다. 더욱이 지역의원들은 아픈 부위별로 전문의가 각기 달라 종합적으로 자신의 건강을 믿고 맡길만한 1차 의료기관은 전무한 상황이며 불신의 고리는 깊기만 하다. 따라서 응급상황이 아닌 만성질환자들도 대형병원을 이용해 의료비증가에 한 몫을 다하고 있다.

#### 4.1.2.2 침구의료체계의 문제

한국 노인의료비 증가 원인의 하나로 침구의료체계의 문제를 들 수 있겠다. 한국은 1차 의료로 충분히 활용 가능한 침구를 한의사들에게만 허용하고 있어 침구의료체계의 문제점을 안고 있다. 한의사들은 6년 동안 한의대에서 대부분 약세처방 위주의 수업을 마치고, 약제처방 위주의 처치가 주를 이루고, 침구는 보조처치 정도로 활용할 뿐이다(정상문 외, 2005). 현실적으로 침구처방 위주의 처치로서는 한의원운영에 재정적 어려움을 겪게 됨으로서, 수익창출이 월등히 높은 약초처방 위주의 처치가 주를 이룬다. 이로써 현재 한국의 한의사들에게 침구의 활성화는 기대하기 힘든 상황이며 의료비 절감을 위한 기대는 더더욱 불가능한 상황이다.

23) 인구 50만-500만 수준이다.

24) 보건복지위원회, 대한의사회, 보건의료개혁 국민연대 공동주최로 '국민건강 향상 위한 1차 의료 활성화 방안 대 토론회'

노인질병의 대부분을 차지하는 만성질환은 저렴한 비용으로 1차 의료현장에서 간단한 침구처치로 치료와 예방이 가능하다. 그럼에도 불구하고 대부분 노인들은 대부분 병을 키워 대형병원으로 내방하는 상황들이 벌어져 노인의료비 증가가 이어지고 있다. 더불어 또 다른 문제로 한해 40-50만 명에 달하는 한국의 침구관련자들이 외국의 한의대에 유학하여 침구사 자격증을 얻기 위해 한해 10조원이 넘는 외화를 낭비하고 있으나, 이들이 한국에 돌아와 의료시장에 설 곳이 없어(김남수, 2004) 또 다른 의료관련 비용의 손실이 발생되고 있다. 더불어 재야 침구사들은 일제히 훌륭한 의료행위를 사장시켜야 하는 현실의 벽에 간혀 있으며, 환자들 또한, 긴 시간 동안 각종 현대의료의 도움을 받았으나, 질환의 고통에서 벗어날 수 없다가 재야의 침구사들을 통해 저렴한 의료비로 간단한 침구처치를 받고 고통에서 벗어나는 기회들이 박탈당하고 있어 의료비 가중과 더불어 환자들의 삶의 질은 더욱 악화되고 있다.

## 4.2 한국 노인의료비 개선방안

### 4.2.1 노인 의료비 절감 방안

#### 4.2.1.1 노인 만성질환예방 및 관리

노인 만성질환관리를 위해 1차 의료로 충분히 활용될 필요가 있겠다. 이의 대안으로 1차 의료현장에 침구처치를 활성화 하는 일이다. 노인들의 질환은 대부분 만성퇴행성 질환으로 대부분 기혈순환이 안되어 제대로 인체의 기능을 다하지 못함으로 나타나는 만성질환들로 이는 침구<sup>25)</sup>로

25) 침구의료는 인체의 막힌 통로를 열어줌으로서 기혈순행을 원활히 하여 인체의 자가 면역체계를 강화시켜 외부의 다양한 병인들을 스스로 퇴치하여 자가 면역치유력을 활발하게 활동하게 함으로서 질병 예방이 가능하다. 특히 침구의료는 때와 장소에 제한 없이 어느 곳에서든 간단하게 치료가 가능하여 만성질환이 발생하지 않도록 미연에 방지할 수 있는 충분한 역할이 가능하다.

서 간단하게 처치가 가능하다. 특히 예방이 가능하여 노인들의 만성질환을 미연에 방지할 수 있다.

미국은 예방의학인 침구치료를 통해 의료비 절감의 기대효과를 기존 병리학적 사후치료 중심 의료비에 비해 95%였다고 했다. 침구치료를 위한 투자가 단 5% 뿐이었으나 효과는 훨씬 높았으며, 사망률도 40%이상 하락되었고, 수명연장 또한 30여년 중 25년으로 나타났다고 했다. 이렇듯 침구로서 노인들의 만성질환 예방이 가능함이 점차 밝혀지고 있어 한국의 1차 의료현장에서도 침구활용의 활성화를 통해 노인들의 고질적인 만성질환의 예방을 통한 국가의 최대 위기인 노인 의료비 절감을 실현해야 할 것이다.

#### 4.2.1.2 대형병원 의존 방지

노인들의 대형병원 의존현상 방지를 위해 만성질환을 사유로 3차 응급병상에 입원하는 것을 제한함과 동시에 요양 병원에 전원 시키는 방안도 함께 모색해야 한다. 동시에 전 단계 의료기관의 의뢰 없이 3차 의료기관 방문 시, 본인부담수가의 횟수에 누진제를 적용해야 하고, 환자의 본인 부담금 내지는 비 급여 부분에 상한제를 두어 의료비 과다 발생을 미연에 방지해야 할 것이다. 더불어 단계별 의료 시스템 정립을 통하여 1차 2차 3차 의료 기관에 의뢰를 위한 중재와 조정, 소통을 원활히 할 필요가 있겠다. 이로서 폭발적인 대형병원 의존도를 낮춤과 동시에 대형병원 응급실의 수요를 분산시켜 노인의료비를 절감시켜 나갈 수 있도록 한다.

### 4.2.1 의료체계 개선

#### 4.2.1.1 1차 의료 개선

1차 의료의 국민적 신뢰를 갖기 위해서는 우선 고객의 접근편의성, 관계의 지속성, 충분한 상담과 교육의 가능성, 포괄적인 질환에 대한 진료의 가능성, 질환의 응급상황엔 상급의료기관으로 신

속한 의뢰와 조정 등이 원활해야 할 것이다. 따라서 환자가 질병이 발생하면 질환에 상관없이 초기에 1차 의료 기관을 통해, 질환에 대한 포괄적인 처치와 관리가 이루어 져야 함과 동시에 질환관련 전반적 교육과 안내가 있어야 할 것이다. 이를 위해 1차 의료에 대한 정부의 세제혜택 및 수가 조정으로 운영 안정화를 실현시켜, 충분한 상담과 정서적 지원이 가능하여 환자의 심리적 안정을 도모함과 동시에 지속적 관리로서 신뢰를 쌓아 국민적 공감대를 형성해 나가야 할 것이다.

이를 위해 1차 의료에 대한 국민적 합의를 거친 후 '1차 의료법' 개선을 서둘러 실행해야 한다. 이의 방법<sup>26)</sup>으로, 첫째, '1차 의료법' 법률제정과 개혁 통해 1차 의료체계정립과, 의료단계별 의뢰 제도를 확립해야 한다. 둘째, 1차 의료체계 확산과 발전 위해 초기평가·치료계획·교육·홍보·합리적 전달체계 정립 등을 위한 정책지원과 재정 지원이 있어야 한다. 셋째, 응급과 비 응급의 단계별 명확한 기준을 체계화하고, 비 응급의 경우 1차부터 단계별 진료를 받는 것을 의무화해야 한다. 넷째, 1차 의료의 3차 의뢰 횟수제한과, 전 단계 의료기관 의뢰 없이 3차 의료기관 방문하였을 때는, 본인부담수가 횟수 따라 누진제 적용하여 의료비 과다 발생을 방지해야 할 것이다.

#### 4.2.1.2 침구의료체계 개선

다양한 선진 외국에서는 고령사회 폭발하는 의료비 절감의 대안으로 1차 의료에 침구사 제도를 도입하여 폭 넓은 의료분야에서 활발하게 활용하고 있다.

이를 위해 세계의 수많은 나라에서는 침구의 효과와 효능을 입증해오고 있고, 세계보건기구(WHO)에서도 이미 1976년부터 현대의료에 병용하도록 회원국에 권장하고 있으며, 1998년엔

300여종의 질병을 침구의료로 치료할 수 있다고 확인 발표하면서 1차 진료에 활용할 것을 권고하였다(대한침구사협회, 2006)하였다. 이로서 아시아·미국·유럽의 다양한 외국에서는 2-3년제 침구전문대학을 제도화 하여 전문침구사를 대대적으로 배출하여 1차 의료시장에서 폭넓게 활용하고 있다. 이러한 세계적 흐름은 다양한 침구학술단체들이 WHO 와 협력하여 세계적인 심포지엄을 갖고 지속적으로 침구연구에 박차를 가하고 있으며, 침구의 우수한 유용성에 관심을 갖고, 이를 적극 연구·육성<sup>27)</sup>·보급 하고 있으며, 집중적으로 관심과 투자를 아끼지 않고 있다.

침구의 중주국인 한국으로서, 세계에서 가장 가파르게 고령사회로 치달으며 의료비가 폭발적으로 증가하고 있는 한국의 현실에, 이러한 세계적 흐름에 발맞추어 침구사 제도를 1차 의료에 서둘러 도입함은 너무도 당연한 일이다. 앞서도 살펴보았듯이 한국의 한의사들에게 침구의 활성화는 기대하기는 힘든 상황이다.

하여 본 논문에서는 한의사와는 별도로 다양한 선진외국의 경우처럼 한국현실에 맞는 2-3년제 침구전문대학을 설립하여 전문 침구사를 배출하여 이들을 1차 의료현장에서 전폭적으로 활용할 방안을 모색하기를 제안한다. 침구사들에게 2-3년제 침구 정규과정 수료 후 국가 검정제도를 통해 국가고시를 통과 할 때 국가자격증을 부여함으로써 전문침구사로서 거듭날 수 있도록 해야 할 것이다. 동시에 1차 의료자인 전문침구사들에 대한 국민적 합의와 신뢰를 얻을 수 있는 홍보

26) 한국보건사회연구원 제1차'의료발전협의회'협의자료 참조

27) 미국에는 침구전문대학이 있고, 20여개의 주에서 침구능력만으로 한의사자격을 주고 있으며, 거의 대부분 주에서 침구의료를 허용하고 있다. 중국·일본 등 침구의 동양제국은 원래 있던 침구사제도를 양성 발전시켜, 다양한 침구전문대학을 두고, 해마다 수많은 침구사들을 배출하고 있으며, 세계 수많은 나라에서도 침구사 제도를 별도로 두어 침구사를 양성하는 것이 지배적인 현실이다.

기회를 전폭적으로 제공함으로써 침구사제도를 통해 1차 의료 현장의 경제성과 접근성, 지속성을 실천해 나가도록 해야 할 것이다. 이를 위해 1차 의료보험급여 범위 확대와, 적정수준의 의료보호 제공, 공공의료체계로의 활용 등을 시급히 마련해 할 것이다. 더불어 1차 의료에 대한 확산과 정착을 위한 교육·홍보가 필요하고, 합리적인 1차 의료전달체계의 정립을 위한 전폭적인 연구와 검토, 그리고 정책지원과 재정지원이 함께 있어야 할 것이다. 이를 위해 선진외국을 비롯한 다양한 나라에서 1차 의료로 침구를 대대적으로 활용하고 있음과 침구의료의 강화를 위해 재정지원은 물론 의료개혁을 적극적으로 진행하고 있는 점, 1차 침구의료 강화를 통해 산출된 수많은 효익적 의료성과들을 검토하고 연구하고 있는 점등을 면밀히 검토하여 한국 현실에 맞게 제도화시켜야 할 것이다. 더불어 1차 의료 활성화 방안의 하나로 일본의 '1차 의료전담의사 제도<sup>28)</sup>'를 검토하여 한국현실에 현실에 맞게 도입하고, 그 제도 안에 침구사 제도를 두어 활용함이 타당하다 하겠다. 또한, 보건복지부에 침구정책과를 두어 1차 의료인 침구사제도에 대한 체계적인 관리가 있어야 할 것이다.

또한 전통침구의 과학화와 체계화를 위해 재야침구사들을 제도권 안으로 진입시켜, 그들의 침구능력의 유용성에 대한 검증과 연구를 거쳐, 침구치료원리로서 이론적 체계의 정립가능성과 활용가능성을 타진할 필요성이 있다 하겠다. 더불어 침구 종주국으로서의 한국 침구 우수성을 세계만방에 알려 외국의 침구 유학생들이 한국의 우수한 침구를 배우러 올 수 있도록 할 방안도

마련하여 역으로 침구로 인한 외화 수입을 특특히 할 수 방안도 함께 마련하여야 할 것이다. 이러한 일련의 1차 의료로서의 침구사 제도 활성화를 통해 노인 의료비 급증을 미연에 방지 할 수 있다 하겠다.

## V. 결론 및 제언

한국의 고령화 현상은 세계 어느 나라보다 가파르게 진행되고 있으며, 노인들의 질환특성상 만성질환이 대부분이며 의료비를 증가시키고 있다. 특히 노인들의 만성질환은 급성환자 위주의 처치를 하고 있는 현대 의료체계에서는 치유가 불가하여 끊임없이 병원에 의존하는 현상을 낳고 있다. 특히나 한국은 1차 의료의 부재로 만성질환을 가진 노인들조차 고가의 비용을 지불하며 3차 의료기관인 대형병원을 선호하고 있다. 하지만 노인들의 만성질환 특성상 대형병원을 통하여 치유가 불가하여 끊임없이 불필요한 진료와 검사, 그리고 불필요한 약물투여가 계속 되어 있어, 약물중독, 수술 후유증, 합병증 등의 고통을 호소하는 가운데, 대형병원들은 이를 악용하여 의료수가 저축을 받지 않는 새로운 고가의 장비들을 통하여 지속적으로 비 급여 항목을 증가 시키고 있어 의료비 증가는 끝을 모르고 치닫고 있는 현실이다. 이러한 한국의 현실적 문제점은 1차 의료시스템이 정립되지 않은 점과, 노인들의 만성질환 관리에 대한 잘못된 처치, 1차 의료에 대한 불신과 대형병원 선호현상, 침구의료 체계의 문제점 등을 들 수 있겠다. 이에 본 논문에서는 노인의료비 절감을 위한 만성질환 관리, 1차 의료 시스템 정립, 1차 의료체계와 침구의료 체계의 개선을 통한 노인 의료비 증가 문제를 해결해 보고자 한다. 이를 위해 선진 외국을 비롯한 다양한 많은 나라에서 1차 의료로서 침구의료를 활용하고 발전시켜 나가는 점을 검토하여 한국현실

28) 일본: 현재 1차 의료전담의사 본격 양성 과도기 시스템 준비, 기존 단과전문의 침, 1차 의료전담의사 전환 위한 교육 및 연구과정의 개발 등 가교제도 시행 및 기회비용 보상 국가재정 투입 필요성을 인정했다(대한의사협회 의료정책연구소, 이용민 소장 2016).

에 맞는 침구사 제도 도입 방안을 모색하고자 하였다.

1차 의료로서 침구사제도 도입은 세계적인 현상으로 고령사회 의료비 절감을 위한 대안으로 세계 수많은 나라에서 침구의 우수한 유용성에 관심을 갖고, 침구사제도를 법제화하여, 적극적으로 연구·육성·보급을 통한 활성화 하고 있다. 침구의료의 효과 및 장점은 고가의 장비나 시설 없이도 간단한 처치로서 빠른 시간에 저렴한 비용으로 즉시 만족할 만한 치료효과를 얻을 수 있는 점이며, 치료 효과 면에서 서양의학보다 우수하고 원리 면에서 인본주의에 뿌리를 두고 있으며, 약물중독이나, 수술 후유증, 합병증 등의 폐해에서 안전할 수 있고 예방이 가능하여 더욱 매력적이고 효율적인 의료이다. 더욱이 노인들의 만성 질환에 탁월한 의료효과를 기대 할 수 있음과 동시에 예방이 가능하여 의료비 절감에도 탁월한 효과를 줄 수 있다.

하지만 한국의 특수성은 침구의 사용을 한의사들에게만 허용하고 있어 문제점을 안고 있다. 한의사들은 6년 동안 한의대에서 대부분 약제 처방 위주의 수업을 마치고, 현실적으로도 약제 처방 위주와 보조처치 정도로 침구를 활용할 뿐이다. 실제 침구처방 위주의 치치료는 병원운영에 심각한 타격을 입어 약제처방 위주의 저지가 어려운 상황이다. 이로써 현재 한국의 한의사들에게 침구의료 활용의 활발 성을 기대하기는 어렵다.

이에 본 논문에서는 한의사제도와는 별도로 세계의 침구사제도를 검토해 보고 한국현실에 맞는 침구사 제도를 도입하는 방안을 모색하려 한다. 이를 위해 다음과 같이 제안한다.

첫째, '1차 의료법' 법률제정과 개혁을 통해 1차 의료체계의 정립과, 단계별 의뢰제도를 확립해야 한다. 둘째, 1차 의료체계의 확산과 발전을 위해 초기평가·치료계획·교육·홍보·합리적 전달 체계 등이 갖추어 져야 한다. 셋째, 의료시스템

개편을 통해 각 단계별 의료 사용 의무화, 응급과 비 응급 등의 명확한 기준을 체계화 법제화 한다. 넷째, 1차 의료 의뢰 당 횟수제한과, 전 단계 의료기관의 의뢰 없이 3차 의료기관 방문 시, 본인부담 수가의 횟수에 누진제를 적용한다. 또한 본인부담금 및 비 급여 부문 상한제를 둔다. 다섯째, 1차 의료에 대한 세제혜택 및 수가 조정으로 운영 안정화가 가능하여 1차 의료 단계에서 충분한 상담과 정서적 지원을 통해 심리적 안정을 함께 도모하도록 한다. 여섯째, 만성질환을 사유로 3차 응급병상에 입원하는 것을 제한함과 동시에 요양 병원에 전원 시키는 방안을 모색한다. 일곱째, 일본을 비롯한 세계의 다양한 나라의 '1차 의료전담의사 제도'를 검토하여 한국 현실에 맞게 도입하고, 그 제도 안에 침구사 제도를 포함하는 방안을 모색한다. 여덟째, 보건복지부에 침구정책과를 두어 1차 의료인 침구사제도에 대한 체계적인 관리가 있어야 한다. 아홉째, 외국의 다양한 침구사 제도를 검토 후 한국 현실에 맞는 2-3년제 침구전문대학을 설립하고, 학습자들의 침구 전문성 검증을 위해 국가시험을 제도화 한다. 열 번 제, 전통침구의 과학화와 체계화를 위해 재야침구사들을 제도권 안으로 진입시켜, 그들의 침구능력의 유용성에 대한 검증과 연구를 거쳐, 침구치료원리로서 이론적 체계의 정립가능성과 활용가능성을 모색한다. 미국의 경우 예방 의학인 침 치료를 통한 의료비 절감의 기대효과는 기존 병리학적 사후치료 중심 의료비에 비해 95%였으며, 침 치료를 위한 투자가 단 5% 뿐이었으나 효과는 훨씬 높았다고 했다. 이렇듯 1차 의료로서 침구사 제도를 활용함으로써 고령사회 의료비 대란을 미연에 방지할 수 있는 방안 마련은 필수 불가결한 절대성을 갖는다 하겠다.

본 논문의 의의는 첫째, 가파르게 치닫고 있는 한국 고령사회에 노인들의 의료비 대란이 예고되는 바, 이를 미연에 방지할 수 있어 국가적 엄청난

난 손실을 막을 수 있다는 점이다. 둘째, 의료시스템의 정립을 통하여 의료시장의 안정화를 기대할 수 있어, 환자들의 혼란을 막고 무분별한 의료납용을 미연에 방지할 수 있다는 점이다. 셋째, 체계적인 의료시스템을 통하여 대형병원의 불합리한 의료 폭리 착취를 미연에 방지할 수 있다는 점이다. 넷째, 만성질환 노인들이 치유가 가능하여 건강한 일상을 맞이할 수 있다는 점이다.

본 논문의 한계점은 첫째, 상급병원과 의원에 대한 노인들의 만성퇴행성 진료비와 내원 횟수를 비교 분석할 수 없던 부분이다. 이에 대한 연구는 후속 연구로 미룰 수밖에 없었다. 둘째, 상급병원과 의원의 진료를 통한 만성 퇴행성 질환의 정확한 치료 결과를 알 수 없어 아쉬움으로 남는다. 이 또한 후속 연구로 미루었다. 셋째, 상급병원의 불합리한 비 급여 부분의 비용을 정확하게 알 수 없어 아쉬움으로 남는다.

제언 본 논문의 결과로 의료시스템의 안정화와 노인들의 안정된 의료 활용, 나아가 노인 의료비 절감의 효과를 얻기 위해서는 국민적 합의를 통한 정부의 적극적인 홍보와 관리가 필요하다.

## 참고문헌(References)

- 국민건강보험공단(2008), 2007 노인 총 진료비. 건강보험 통계 지표.  
(Translated in English) National Health Insurance Service(2008), Total treatment cost for the aged people in 2007. Statistical index of health insurance.
- 국민건강보험공단(2013), 2014-2015 의료보험 급여기 증가요인 분석.  
(Translated in English) National Health Insurance Service(2013), Analysis of incremental factors for medical insurance reimbursement.
- 국민건강보험공단(2014), 2014 가입자 현황 통계지표.  
(Translated in English) National Health Insurance Service(2014), Statistical index of members in 2014.
- 국민건강보험공단(2015), 재정 건전성 확보 방안 연구: 노인의료비 절감을 중심으로.  
(Translated in English) National Health Insurance Service(2015), A study on the securing plans of financial soundness focusing on the cost saving of senile treatments.
- 국민건강보험공단(2016), 65세미만과 이상의 연도별 총 진료비 비율.  
(Translated in English) National Health Insurance Service(2016), The ratios of total treatment costs by years for those less than 65 years old and for those over 65 years old.
- 건강보험심사평가원(2016), 2007-2015 건강보험 통계연보.  
(Translated in English) Health Insurance Review and Assessment Service(2016), Health Insurance Statistical Yearbook in 2007-2015.
- 김남수 외(2004), 외국사례를 들어 침구사 제도의 발전 방향에 관한 연구, 정통침뜸연구소, 1.  
(Translated in English) Kim, N. S., et al(2004), A study on the improvement plans of acupuncture specialist system from overseas cases. *Authentic Acupuncture moxibustion Laboratory*, 1.
- 김남수(2002), 침사랑 뜸사랑 아-내사랑. 정통침뜸연구

- 소, 1.  
(Translated in English) Kim, N. S.(2002), Acupuncture love, moxibustion love, and my love. *Authentic Acupuncture-moxibustion Laboratory*, 1.
- 김미숙(2003), 고령화 사회의 사회경제적 문제와 정책대응방안: OECD 국가의 경험을 중심으로, 한국 보건사회연구원, 연구보고서, 1.  
(Translated in English) Kim, M. S.(2003), Socio-economic problems in the aged society and plans for counter-polices; focusing on the experiences in OECD countries. *Korea Institute for Health and Social Affairs*, Study Report, 1.
- 김미정(1996), 침구사 자격증 제도가 부활될 방법은 없을까요? 한국인, 1(1) 15 -134.  
(Translated in English) Kim, M. J.(1996), Are there any ways to revive the license system for acupuncture pecialists? *Korean People*, 1(1) 15 -134.
- 김세영(2004), 미국 한의사제도 분석과 유형별 합격가이드, 서울: 굿인포메이션 1-334.  
(Translated in English) Kim, S. Y.(2004), Analysis of Oriental Medicine Doctors System in America and success guide by types, *Seoul: Good Information* 1-334.
- 김승권(2005), 고령화 사회 도래의 심각성과 대응방안. 사회법연구보고서. 단행본.  
(Translated in English) Kim, S.G.(2005), Seriousness of arrival for aged society and its countermeasures. *Study report of social laws*. Book chapter.
- 김태용(2013), 전통 침구기술의 활성화 방안에 대한 연구, 민족사상, 1(7), 173-211.  
(Translated in English) Kim, T. Y.(2013), A study on the activation plan for traditional acupuncture medicine. *National Idea*, 1(7), 173-211.
- 대한침구사협회 침구사법 부활추진위원회(1996), 대한 침구사협회. 단행본, 1-288.  
(Translated in English) Driving Committee for Revitalization of Acupuncture Specialist Law, Korea Acupuncture-Moxibustion Association (1996), Korea Acupuncture-Moxibustion Association. Book Chapter, 1-288.
- 대한침구사협회(2006), 세계 침구의 흐름과 과제, 민족의학신문.  
(Translated in English) Korea Acupuncture-Moxibustion Association(2006), Trend and homework of international acupuncture. *National Medicine Paper*.
- 박경용(2009), 귀순 침술인 박정규의 생애와 침구제도 회고록과 구술 생애사를 중심으로, 남북문화예술연구, 4(1), 37-73.  
(Translated in English) Park, K. Y.(2009), A life of Jung Kyu Park, a defected acupuncture specialist, focusing on reminiscences for acupuncture system and dictated biography. *Study on Culture and Art in South and North Korea*. 4(1), 37-73.
- 배병철(1978), 황제내경 소문12. 이법방의, 성보사부설 전통의학연구소. 단행본.  
(Translated in English) Bae, B. C.(1978), Sommon in Huang Di Nei Jing 12. Yibupbangeui, *Traditional Medicine Research Center annexed by Sungbo Temple*. Book Chapter.
- 보건복지부(2016), 2007-2015 보건복지 통계연보.  
(Translated in English) Ministry of Health and Welfare(2016), Statistical Yearbook of Health and Welfare in 2007-2015.
- 보건사회 연구원(2014), 2004-2013 의료기관 평균 재원일수.  
(Translated in English) Korea Institute for Health and Social Affairs(2014), Average days of hospitalization in 2004-2013.
- 보건사회 연구원(2014), 2013 OECD 국가 평균 재원일수.  
(Translated in English) Korea Institute for Health and in OECD countries in 2013.
- 보건사회 연구원(2014), 2011-2013 일반건강 검진 수검률.  
(Translated in English) Korea Institute for Health and Social Affairs(2014), The rate of general health check-up in 2011-2013.
- 보건사회 연구원(2014), 2002-2013 전체의료기관 1일 노



- 인외래환자.  
(Translated in English) Korea Institute for Health and Social Affairs(2014), Daily number of aged out patients in total medical institutions in 2002-2013.
- 보건사회연구원(2014), 2013 전체의료기관 연령별 상별 분류별 외래환자 수.  
(Translated in English) Korea Institute for Health and Social Affairs(2014). Number of outpatients in total medical institutions by ages and therapeutic categories.
- 성상문 외(2005), 고령사회 대비를 위한 의료정책 발전 방향, (사)입법정책연구회, 1, 1-236.  
(Translated in English) Sung, S.M., et, al. (2005). Direction of medical policy advancement to prepare aging society. *Study Group of Legislation Policy*, 1, 1-236.
- 손중양(2005), 침뜸 의료의 제도화와 전문화의 역사에 관한검토, 입법공청회 자료집, 125-139.  
(Translated in English) Son, J. Y.(2005), A review on the history for systemization and specialization of acupuncture-moxibustion. *Data Book of Hearing for Legislation*. 125-139.
- 원미자(2003), 병원의 고객만족 결정요인과 그 결과에 관한 연구 - 1차와 2·3차 진료기관 비교를 중심으로 - 인제대학교 경영 석사 논문.  
(Translated in English) Won, M. J.(2003), *A study on the determinants of customer satisfaction in the hospital and their outcomes; focusing on the primary, secondary, and tertiary medical institutions* - Thesis for master degree, Inje University.
- 이규식 외(2005), 고령화시대의 보건의료정책, 연세대학교 의료복지연구소, 1, 1-140.  
(Translated in English) Lee, K. S. et., al(2005), Public medical policies in the aging society. *Medical Welfare Research Center, Yonsei University*, 1, 1-140.
- 이석기(2015), 침구의학 총론: '침, 뜸의 이론과 실재를 통하여', 서울: (주)침술연합신문, 1, 1-496.  
(Translated in English) Lee, S. K.(2015), *Collection of Acupuncture Medicine; by the theories and practices of acupuncture and moxibustion. Seoul: Acupuncture United Newspaper Co. Ltd.*, 1, 1-496
- 이우관(2008), 침구수난의 역정: 침구술의 법제화를 위하여, 침술연합신문, 1, 1-520.  
(Translated in English) Lee, W. G.(2008), Difficulties in Acupuncture practices; for legislation of acupuncture. *Acupuncture United Newspaper*, 1, 1-520.
- 이주은(2007), 고령사회에서의 침구사 제도 활용방안에 관한 연구, 상명대학교 대학원, 사회복지 석사 논문.  
(Translated in English) Lee, J. E.(2007), *A study on the utilization plan of acupuncture specialists system in the aging society*. Thesis for master degree of Social Welfare, Graduate School of Sang Myung University.
- 임종훈(2009), 입법과 경제적 효율성으로 침구사제도: 입법에 관한 비교제도 분석을 중심으로, 홍익법학, 10.(1), 151-174.  
(Translated in English) Lim, J. H.(2009), A system of acupuncture specialist in terms of legislation and cost -efficiency; focusing on the system comparisons of legislations. *Hong Ik Law*, 10.(1), 151-174.
- 정영호 외(2011), 2009년 한국의료패널 기초분석보고서 (2). 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 보건복지포럼, 2014. 1.  
(Translated in English) J, Y. H.(2011), Korea Medical Panel Basic Analysis Report (2), *Korea Health & Research Institute. National Health Insurance Corporation, Health & Welfare Forum*, 2014. 1.
- 정형근·김춘진(2005), 세계침구제도의 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄, 국회입법정책 연구회. 1, 1-160.  
(Translated in English) Jung, H. G., Kim, C. J. (2005), Symposium on the current status of

- acupuncture systems in the world and the future in Korea. *Study Group of Legislation Policy in National Assembly*. 1, 1-160.
- 조병희(2003) 침구영역을 둘러싼 전문직간의 집단갈등, *보건과 사회과학*, 14(1), 87-126.  
(Translated in English) Cho, B. II.(2003), Collective conflicts among specialists around acupuncture practices. *Public Health and Social Science*, 14(1), 87-126.
- 침뜸 살리기 국민연대 준비모임(2002), 침뜸정책자료집, 1.  
(Translated in English) Preparatory Group of People's Unification for revitalization of acupuncture-moxibustion.(2002), *Data Book for the policies of acupuncture-moxibustion*, 1.
- 침술연합신문(2010), 헌법재판소 합헌결정의 의미, 신문논설기사, 1.  
(Translated in English) Acupuncture United Newspaper(2010), Meaning of constitutionality decision in Constitutional Court of Korea. *An article in the paper*, 1.
- 통계청(2006), 고령인구전망.  
(Translated in English) Statistics Korea(2006), Prospect of aging population.
- 통계청(2016), 2014 한방외래 이용자의 이용 횟수.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Frequency of oriental medicine utilizations in 2014.
- 통계청(2016), 2012-2014 건강보험환자 진료비 실태조사.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), A survey for the practices of treatment costs for the reimbursed patients in 2012-2014.
- 통계청(2016), 2011 지역별 병상 수 현황.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Status of number of beds by regions in 2011.
- 통계청(2016), 2006-2011 지역별 병의원 진료과 현황, 지역별 보건의료.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Status of specialties in the hospitals and clinics by regions. *Public Medicine by Region Statistics Korea* (2016).
- 통계청(2016), 2007-2016 의료기관 별 급여 적정성 평가 현황.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Status of reimbursement properness by institutions in 2007-2016.
- 통계청(2016), 2014 한방외래이용자의 이용횟수, 진료이용률, 한방 외래이용 시 총 진료비.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Number of visiting, utilization rate of treatment, and total treatment cost of Oriental Medicine outpatients.
- 통계청(2016), 2006-2011 건강보험 대상의 연령별 외래다빈도 상병현황.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Status of frequently occurred diseases in outpatients under the health insurance system by ages in 2006-2011.
- 통계청(2016), 1990-2014 연도별 상병분류별 1일 외래환자 수 추이, 평균 재원일수 추이, 의료기관 종별 1일 외래 환자 수 추이, 의료기관 종별 1일 평균 재원 환자 수 추이.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Trends of daily outpatient number by years and disease classifications, length of stays in the hospitals on average, daily outpatient number by institutions, and daily number of hospitalization by institutions in 1990 - 2014.
- 통계청(2016), 2002-2014 연도별 성 연령별 1일 외래환자 수 추이, 1일 외래환자 수진율 추이.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Trends of daily outpatient number by years and ages, and rate of daily treatments for outpatients in 2002-2014.
- 통계청(2016), 2007-2016 의료기관 별 급여적정성 평가 현황.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Status of reimbursement properness by institutions in 2007-2016.
- 통계청(2016), 1970-2014 기능별 공급자별 의료지 지출

- 규모, 기능별 재원별 의료비 지출 규모.  
(Translated in English) Statistics Korea(2016), Size of health expenditure by functions and supplies in 1970 -2014, size of health expenditure by functions and funding sources.
- 하재규(2006), 침구전문 자격시험 부활하라, 민족의학신문, 1.  
(Translated in English) Ha, J. K.(2006), Revitalize the license test for acupuncture specialist. *National Medicine Paper*, 1.
- 한국보건사회연구원(2011), 보건복지 현안분석과 정책 과제 2011, 한국보건사회연구원, 2. 329-447.  
(Translated in English) Korea Institute for Health and Social Affairs(2011), Analysis of current public health and welfare, and policies in 2011, *Korea Institute for Health and Social Affairs*, 2. 329-447.
- 한국침술연합회(2013), 침구사·유사의료업자 제도 부활 청원서, 한국침술연합회.  
(Translated in English) Korea Acupuncture Association(2013), Appealing letter to revitalize the system for acupuncture specialists and similar medicine providers. *Korea Acupuncture Association*.
- 허동수(2016), 한국 전통침구 역사의 재조명과 발전방향에 관한 연구, 선문대학교 통합의학대학원, 석사논문.  
(Translated in English) Huh, D.S.(2016), *A study on highlighting history of Korean traditional acupuncture and its direction of progression*. Thesis for master degree, Unified Medicine Graduate School of Sunmoon University.
- 황종국(2005), 의사가 못 고치는 환자는 어떻게 하나, 도서출판 - 한국.  
(Translated in English) Hwang, J. K.(2005), How about the patients who cannot be cured by doctors? *Hankook Publisher*. Jurisdictional conflicts among professions: the fall and the rise of the acupuncturist system in the folk sector.  
<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=86882>

The Journal of Eurasian Studies · Vol. 13, No. 4 · December 2016

## A Study about the Method for Introducing the Acupuncture and Moxibustion Expert System as the 1st Medicine in order to Reduce the Elderly's Medical Expenses in the Korean Aged Society

- Focused on the Foreign Acupuncture and Moxibustion Expert System -

Ju-Eun Lee

### Abstract

The Korean current medical expenses underwent their changes. In the 1980s, the Korean current medical expenses reached KRW 1.4 trillion, and in 2013, such expenses rose up to KRW 98.3 trillion and 70.2%. Also in 2014 the Korean health insurance benefit costs and consultation fees totalled KRW 428,275 hundred million and KRW 544,272 hundred million which were the figures increased to 7.9 % and 6.8%, respectively in turn compared with 2013. This is equivalent to 15.3% of KRW 355,800 billion of the Korean government total budgets in 2014. Besides, the consultation fees of the aged population of more than 65 years old took up KRW 199,687 hundred million or 36.7% of total consultation fees in proportion to 12.7% of the aging rates.

One of the main causes for this phenomenon is due to chronic degenerative disease that is often found among the elderly. Although first-aid-focused contemporary medical technology hardly gives therapeutic effects, most of the elderly depend on contemporary medicine, constantly. Thus, the consultation fees of major chronic illness out of the total consultation fees for the elderly accounted for 36.2% of Korea's total consultation fees in 2014 (Health Insurance Corporation, 2015).

To make it worse, even the elderly suffering from chronic degenerative diseases indiscreetly tend to prefer large-scale hospitals even though they are not in emergency situation. For this reason, they pay more substantial medical expenses than they paid in the 1st medical institution, and continue to take medical checkups. It is found that large-scale hospitals took advantage of the elderly suffering from chronic degenerative diseases to conduct unreasonably high-priced medical tests, consultations, operations, and prescribe drugs to them constantly. As a result, it is indicated that 76.6% of the elderly who took medical tests paid high medical expenses to large-scale hospitals in 2014. This problem is caused by Korea's absence of the 1st medical system, and even a lack of the concept of the 1st medicine. Taking it into account, it is a reality that the structure reform of the 1st medical system is required to reduce medical expenses in the Korean aged society.

In this regard, this research study is going to find an alternative to applying the Acupuncture and Moxibustion Expert System into the 1st medicine. It is the global trend to apply the Acupuncture and Moxibustion system into the 1st medicine and use it. A number of countries have a concern for the excellent

\* Adjunct professor in the Department of Business Administration, Gangdong University(E-mail: jeun15@hanmail.net).

usefulness of Acupuncture and Moxibustion, and make keen efforts to research, wide-spread, utilize it. The effect and good point of Acupuncture and Moxibustion medicine is that this provides an immediately satisfactory therapeutic effect at the low cost within fast hours without high-priced equipment or facilities. This is not only simple but is more excellent and humanitarian than Western medicine, in a therapeutic effect aspect. Also it can be safe from the damage of drug abuse, operation side-effects, complications. Besides, it is preventable and is very effective. Because of such characteristics, Acupuncture and Moxibustion medicine can be used adequately as the 1st medicine in elderly medical markets. And such a medicine accommodates quick referral to large-scale hospitals and quick adjustment through steadfast relationships, adequate counseling, broad medical consultation for various diseases, and swift medical diagnosis for emergency situations. Moreover, it can carry out much enough its function as the 1st medicine.

However, the Korean medicine area has a problem that using Acupuncture and Moxibustion is allowed to only oriental doctors. Oriental doctors have finished pharmacy prescription-oriented educational training in Oriental Medicine College for six years, and uses Acupuncture and Moxibustion only as pharmacy prescription-focused treatment and auxiliary treatment since Acupuncture and Moxibustion-directed treatment gives a serious blow to hospital management. Thus, it is difficult now to expect that Korean oriental doctors would reinforce Acupuncture and Moxibustion as the 1st medicine. Thus, this research study is to investigate the international Acupuncture and Moxibustion Systems apart from the Acupuncture and Moxibustion System, and to develop the method for introducing the Acupuncture and Moxibustion System as the 1st medicine fit for the Korean reality. To do it, this study proposes as follows.

First, it is necessary to establish the 1st medical system and mandate the medical referral system at every level by constituting and reforming the legislation of 'the 1st medical law.' Second, early evaluation, therapeutic planning, education, PR, and reasonable delivery systems must be established in order to reinforce and develop the 1st medical system. Third, the definite standard for emergency and non-emergency medical consultation must be made to mandate the 1st medical consultation for non-emergency patients. Fourth, the limit of the frequency of the referral of the 1st medicine must be put, and the progressive stage system should be applied to those medical charges patients should pay when visiting the 3rd medical institution. Fifth, it makes sense to stabilize the medical management by offering taxation advantage of the first medicine and adjusting medical expenses, and promote mental health through adequate counseling, psychological and emotional supports. Sixth, it is desirable to investigate 'the 1st Medical Expert System' implemented by various countries including Japan, and pursue the method for introducing it according to the Korean reality and establish the Acupuncture and Moxibustion System within such a system. Seventh, it is necessary to install the Department of the Policy of Acupuncture and Moxibustion in the Ministry of Health and Welfare, and promote the systemic maintenance and support of the Acupuncture and Moxibustion Expert System as the 1st medicine. Eighth, it is required to investigate various Acupuncture and Moxibustion systems implemented in foreign nations, build 2-3 year-Acupuncture and Moxibustion colleges or universities suitable for the Korean reality and establish the state examination necessary to test the professionalism of Acupuncture and Moxibustion that learners have. Lastly, it is necessary to allow external Acupuncture and Moxibustion experts in the medical institutions for scientific and systemic traditional Acupuncture and Moxibustion, and test and research their competency as Acupuncture and Moxibustion Expert to use it as the principle of the treatment of Acupuncture and Moxibustion as the 1st medicine. In the case of the U. S, it is reported that the expectation effect of the reduction of medical expenses involving the 1st Acupuncture and Moxibustion treatment as preventive medicine has accounted for 95% compared with the existing pathological follow-up treatment-centered medical expenses, and Acupuncture and Moxibustion has been invested by only 5%, but its effect is

even higher. Using Acupuncture and Moxibustion as the 1st medicine heightens treatment effect of geriatric diseases and can prevent, in advance, the turmoil of medical expenses for the aged society.

This research study is significant in the following aspects. First, as the great turmoil of medical expenses is anticipated in the aged society very closely approaching, utilizing Acupuncture and Moxibustion as the 1st medicine can prevent such an incident in advance and fails to bring about the loss of national medical expenses. Second, it is expected that institutionalizing the use of Acupuncture and Moxibustion could stabilize the 1st medical market, stopping patients from getting in chaos and preventing, in advance, patients' reckless medical abuse. Third, utilizing Acupuncture and Moxibustion as the 1st medicine could prevent, in advance, medical institutions' unreasonable medical scandal. Lastly, using Acupuncture and Moxibustion as the 1st medicine can heal the elderly's chronic degenerative diseases so that they could have a daily healthy life.

This research study has the limits. In the first place, unfortunately it is difficult to conduct a comparative analysis of the frequency of the elderly's hospital visit and the medical expenses of the elderly's chronic degenerative diseases paid to large-scale hospitals and doctors as the 1st medical checkup. Therefore the study on it will be conducted through subsequent research. In the second place, unfortunately it is difficult to analyze accurate therapeutic effect of the elderly's chronic degenerative diseases based on medical services for the elderly provided by large-scale hospitals and doctors in the Korean medical markets. This is another task to be solved through subsequent research.

According to all the analytic research results, it is urgent that the government should promote active PRs and perform a strict maintenance of medical services through public agreements, in order to stabilize the 1st medical system, assist the elderly in utilizing stable medicine, and furthermore, get the effect to reduce the elderly's medical expenses.

*Key Words* : Aged society, the elderly's medical Expense, chronic illness, the first medicine, acupuncture and moxibustion expert system