

## 스위스에서 국민투표에 의한 보완의학 건강보험 급여화 사례 연구

김동수<sup>1)</sup> · 임병목<sup>1)2)</sup> · 박인효<sup>3)</sup> · 이윤재<sup>4)\*</sup>

<sup>1)</sup> 한국한의학연구원 정책표준기획팀, <sup>2)</sup> 부산대학교 한의학전문대학원 인문사회의학부

<sup>3)</sup> 부산대학교 한의과학연구소, <sup>4)</sup> 자생의료재단 척추관절연구소

### A case study on benefit coverage of complementary medicine in public health insurance by the referendum in Switzerland

Dongsu Kim<sup>1)</sup>, Byungmook Lim<sup>1)2)</sup>, Inhyo Park<sup>3)</sup> & Yoon Jae Lee<sup>4)\*</sup>

<sup>1)</sup> Policy & Standards Planning Team, KM Standards Centers, Korea Institute of Oriental Medicine

<sup>2)</sup> Division of Humanities and Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

<sup>3)</sup> Research Institute for Korean Medicine, Pusan National University

<sup>4)</sup> Jaseng Spine and Joint Research Institute, Jaseng Medical Foundation

#### Abstract

**Background :** Efforts towards increasing insurance coverage for traditional Korean medicine (TKM) are being continued. However, various difficulties are faced in generating evidence for TKM due to limited financial support and the low quality of research methodology.

**Objectives :** The objectives of this study were to review the Swiss evaluation program for complementary and alternative medicine (CAM) and assess the expansion in public health insurance coverage of complementary medicine as approved by referendum in Switzerland.

**Methods :** The regulations of CAM in the European Union were assessed. Research articles, reports, government publications and websites which deal with the 'Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK)' and the referendum in Switzerland were searched for and analyzed.

**Results :** The PEK was conducted from 1998 to 2005. The PEK evaluated the efficacy, utilization and cost-effectiveness of anthroposophical medicine, homeopathy, neural therapy, phytotherapy and traditional Chinese medicine. However, clear conclusions could not be drawn from the evaluation according to the PEK Report. Later, a referendum was implemented in which 5 therapies would be added to the Switzerland Constitution with the support of the public. The coverage of CAM was approved by Swiss a plebiscite with an approval rate of 67.0%.

**Conclusions :** The reason for the successful referendum is suggested to be public support and the solidarity with CAM experts and politicians. It may be surmised that recognition of the political efforts and scientific aspects required to expand insurance coverage of TKM, and towards obtaining public support, is necessary.

• 접수 : 2017년 11월 18일 • 수정접수 : 2017년 12월 12일 • 채택 : 2017년 12월 16일

\*교신저자 : 이윤재, 서울 강남구 언주로 858 자생의료재단 척추관절연구소

전화 : 02-3218-2241, 전자우편 : goodsmile8119@gmail.com

**Key words** : complementary medicine, benefit coverage, public health insurance, Switzerland health system, Europe health system

## I. 서론

최근 국내·외에서 자원의 효율적 배분을 위해 의료 기술 평가(health technology assesment)의 중요성이 커지고 있다. 이러한 상황은 제한되지 않는 의료 기술에 대한 요구들과 제한된 자원 사이의 격차가 점차 커져가고 있기 때문인데<sup>1)</sup>, 국내에서도 2000년대 중반 이후 효율적인 보장성 확대 방안을 논의하기 시작하여<sup>2)</sup> 의약품 및 의료기술의 유효성, 안전성 및 비용효과적인 근거에 대한 요구가 높아지고 있다. 그러나 한의약 의료서비스는 임상근거의 부족으로 급여화에 많은 어려움을 겪고 있는데, 2007년 신의료기술 평가제도 도입 이후 한의 신의료기술은 단 한건도 통과되지 못하였으며<sup>3)</sup>, 한약 등 기존 비급여 행위들도 임상연구 근거 부족으로 인해 급여 행위에 쉽게 포함되지 못하고 있다.

이러한 상황속에서 제3차 한의약육성종합계획에 따라 한의약의 보장성 강화 및 공적의료 확대를 통한 한의약 서비스 접근성 제고를 위한 노력들이 시행되고 있다<sup>4)</sup>. 한국에서 의약품의 급여화를 위해서는 유효성, 안전성뿐만 아니라 비교약품과의 경제성 평가를 수행하여 비용효과성이 있는지를 검토하는 절차를 밟아야 하며<sup>5)</sup>, 이러한 측면에서 한의약의 근거를 확보하여 보장성을 강화하기 위한 많은 노력이 시행되고 있다. 그러나 한의약의 경우 한약제제 및 한의 의료기기 관련 산업의 규모가 영세하여<sup>4)</sup> 근거 창출을 위한 연구비가 대부분 국가 재원으로 이루어지고 있으며, 국가 R&D 투자는 기초연구 지원이 많은 편으로 근거 창출에 투자될 수 있는 비용은 제한적이다<sup>6)</sup>. 따라서 효과를 제대로 확인할 수 있는 충분한 환자 수의 임상연구 수행에는 한계가 있으며, 다수의 임상연구 수행에도 한계가 있다. 또한 의료기술평가 측면에서도 아직까지 침의 효과를 제대로 볼 수 있는 대조군이 무엇인가에 대한 여러 의견이 있는 상황이다<sup>7)</sup>. 따라서 유효성, 안전성 및 비용효과성에 기반한 평가를 통한 보장성 강화에 한계가

있다.

유럽에서 보완의학에 대한 시민들의 태도, 수요 및 환자들의 요구도 등을 알아보는 연구가 수행되어 이용자 및 환자들의 관점에 기반한 평가가 이루어지고 있다<sup>8,9)</sup>. 스위스 또한 의료기술평가에 기반한 연구가 이루어졌으나, 결국 국민 투표에 의한 국민들의 요구로 인해 보완 의학의 급여가 이루어진 사례가 있어 이에 대해 자세히 고찰해보고자 하였다.

## II. 본론

### 1. 연구방법

본 연구는 스위스 보완의학 건강보험과 관련한 문헌을 문헌 검색 엔진을 활용하여 조사하였으며, 또한 스위스 연방보건국 등 관련 기관 홈페이지를 통해 관련 자료를 조사하였다. 그리고 문헌 및 자료를 통해 분석한 내용을 확인하고 추가 자료를 얻기 위해 스위스 현지 조사를 진행하여 관련 전문가들에게 심층 인터뷰를 수행하였다. 마지막으로 수집된 모든 자료를 체계적인 항목을 구성하여 분석하여 고찰하였다.

### 2. 스위스의 보건의료 현황

#### 1) 보건의료체계

스위스에서 보건의료에 대한 의무와 책임은 연방 정부, 자치주(canton\*), 지방자치의 사회서비스 부서로 구분된다. 26개 canton들은 그들 자신의 헌법을 갖고 있고, 면허 공급자협력 병원 서비스보조금을 주는 기관과 개인들에 대한 책임들이 있어 스위스의 보건의료 체계는 매우 탈중앙화 되어 있다. 반면 연방정부는 보건의료 체계에 자금을 조절하는 중요한 역할을 한다. 자금은 의무 건강 보험(mandatory health insurance,

\* 스위스는 칸톤(canton)으로 불리는 26개의 자치주로 구성된 연방 국가이다.

MHI)과 다른 사회 보험, 의약품과 의료기기의 안전성과 질 담보, 공공의료 혜택에 대한 감시, 연구와 훈련 등에 영향을 받는다. 자치주(canton)는 주요하게 장기요양(가정 간호와 가정 의료 서비스)과 취약계층에 대한 다른 사회적 지원 서비스에 책임이 있다<sup>10)</sup>. 그러나 1999년 4월18일 연방 보건법(Federal Health Act)에 의사를 제외한 보건 종사자의 수련에 대한 연방권한을 확장하는 등 보건의료제도에 대한 연방정부의 규제 권한이 점차 증대되고 있다<sup>11)</sup>. 이러한 탈 중앙화는 스위스 보건의료 의사결정 권한을 세 가지로 나누었는데 이는 첫 번째 앞서 말한 정부의 세 가지 레벨(연방 정부, 자치주, 지방자치의 사회서비스 부서), 두 번째 시민 사회 단체들(보험자 연합, 공급자 등), 세 번째 국민투표를 통해 개혁을 요구하는 국민들이다<sup>12)</sup>.

연방 정부 차원에서 보건의료를 책임지고 있는 부서는 '연방 공중보건국(Federal Office of Public Health, FOPH)'이다. 이는 '연방 내무부(Federal Department of Home Affairs, FDHA)' 산하 부서로 연방 헌법과 20개 이상의 법률, 그리고 많은 조례에 기반하여 사회 보험, 의약품 등에 대한 규제, 의료 연구, 전문직 교육 등에 대한 임무를 갖는다<sup>13)</sup>. 현재 연방 위원회(Federal Council)에 의해 채택된 'Health 2020'에는 국민들의 삶의 질 향상을 위한 36개 조치가 실려 있는데, 의료 이용의 형평성을 높이고 진료의 투명성과 질을 향상시키기 위해 연방 공중보건국이 'Health 2020'의 달성에 주된 역할을 하고 있다. 연방 공중보건국은 600명의 직원이 4개의 부와 17개 과에서 근무하고 있다<sup>13)</sup>.

의료전달체계상 국민들의 대부분이 강제적인 주치의 를 갖고 있지는 않다. 국민들은 일반의(general practitioner)에 등록할 필요는 없고 우리나라에서와 같이 자영업을 하는 일반의들을 자유롭게 선택할 수 있다. 2015년에 외래부문 의사들의 38.2%가 일반의였다. 인 두제에 의해 지불받는 일부 관리 의료 계획 외에, 외래 의사들은 국가의 행위별 수가(TARMED scale)에 따라 지불 받는다<sup>10)</sup>.

## 2) 건강보험

스위스 연방정부는 1991년에 최초로 건강보험법을 제정하였다. 이는 독일이나 프랑스와는 달리 사용자 부담이 없었다<sup>14)</sup>. 그러나 임의보험 방식의 문제들이 드러나 1996년부터 모든 거주민들이 의무적으로 보험을 가

입해야 하는 '의무 건강보험(Mandatory Health Insurance, MHI)'제도를 운영하고 있다. 다만 일부 canton은 1914년에 이미 의무 건강보험 제도를 갖고 있었다. 의무건강보험 제도 도입 이후 국민들은 모두 기본 급여패키지를 다수의 민간보험자로부터 구매해야만 했다. 의무 건강보험을 구입하고자 하는 국민들은 보험자에 의해 거부될 수 없었고, 대부분의 일반의들과 전문의 서비스, 그리고 입원서비스를 포함하는 표준 급여 패키지가 연방 법에 규정되었다<sup>12)</sup>. 의무 건강보험 제도가 시행되면서 스위스 정부는 한편으로는 시장 원리를 강화하여 환자의 보험자 선택권을 증가시키고 의료이용시 본인부담 증가를 통해 개인의 책임을 강화하였고 빈민에 대한 정부보조를 증가시켰다<sup>14)</sup>.

의무 건강보험에서 제시한 보장 범위는 '질병에 대한 일반적인 서비스(Art.25)'와 '질병 관리(Art.25)', '질병 예방(Art.26)', '선천성 결함(Art.27)', '사고(Art.28)', '출산(Art.29)', '법률낙태(Art.30)', '치과치료(Art.31)'의 비용을 포함한다고 규정하였다<sup>15)</sup>. 그러나 일반적인 질병 서비스에 비해 치과치료 등은 매우 제한적인 범위 내에서만 급여를 보장해 주고 있다.

의무 건강보험 요금은 성 또는 건강상태와 상관없이 특정 건강보험 회사에 가입한 모든 사람에게 동일하다. 다만 0-19세, 19-26세, 26세 이상으로 나이에 따라 요금이 구분되며 나이가 많아질수록 요금은 높아진다. 의무 건강보험 요금은 의무 건강보험을 다루는 보험 회사들에 의해 만들어지고 재분배되는데, 이것은 나이, 성, 이전 입원기간, 약제비를 고려한 위험균등화(risk-equalization) 메커니즘을 지속적으로 수정한 자료에 기초한다. 의무 건강보험 회사들은 공제금액(deductible)의 사이즈와 공급자 선택의 제한에 관해 여러 가지 타 입을 제공한다. 공제금액(deductible) 요금은 어른에게 1년간 최소 275유로에서 최대 2300유로까지 다양하다. 그리고 모든 서비스에 10% 환자 부담이 존재하는데, 전체 이용자 부담은 920유로 또는 2945유로를 넘으면 안 된다. 또한 공급자의 선택을 제한하는 보험(예를 들어 관리 의료 스타일의 보험)은 보험료를 인하해주는 혜택이 있는데 이는 2003년에는 10% 이하였으나 2013년에는 60% 이상으로 증가하여 스위스 보험의 대체적인 형태가 되어가고 있다<sup>12)</sup>.

행위별수가제는 스위스에서 공급자 지불의 주된 방법이다. 외래와 급성 입원 서비스를 위한 수가표는 보험자와 공급자의 협상에 의해 개발된다. 입원 재활과

입원 정신과를 위해서는 국가 수가체계가 개발 중이다. 장기 요양을 위해서 의무 건강보험은 환자의 의료 요구에 기반한 분담금을 지불하고 환자는 의무 건강보험 분담금의 20% 까지를 지불한다. 그리고 canton이 나머지 비용을 커버한다<sup>12)</sup>.

의무 건강보험 회사들은 이윤을 남길 수 없으나 보충적인 건강보험(voluntary health insurance, VHI)를 제공할 수 있으며, 보충 건강보험은 이윤을 남길 수 있어 많은 의무 건강보험 회사들이 의무 건강보험 패키지와 함께 보충 건강보험 상품을 제공하고 있다. 의무 건강보험 회사들과 공급자들의 특정한 협회는 스위스 보건 의료 시스템에서 중요한 역할을 한다. 그들은 의료 서비스들의 상황을 위한 수가표를 결정할 책임이 있다. 그리고 그들은 협상을 통해 계약하고 canton 레벨에서 그들의 회원들을 감독한다. 그러나 보충 건강보험은 2012년 전체 의료비의 7.2%를 사용하고 있으며 점차 줄어들고 있다<sup>12)</sup>.

### 3. 스위스의 보완대체의학 현황

#### 1) 법률 및 규제 현황

스위스의 26개 자치주들은 각자의 헌법을 갖고 공급자의 면허를 관장하고 있어<sup>10)</sup> 원칙적으로 각 자치주는 보건기술에 대해 자체적인 규정을 갖고 있지만 연방 규정도 일부 존재한다<sup>11)</sup>. 스위스의 보완대체의학은 두 가지로 분류하여 규제하는데 보완의학(complementary medicine)은 의사만을 시술 주체로 하는 반면, 대체의학(alternative medicine)은 의사가 아니더라도 수련을 거친 시술자의 시술이 가능하다. 보완의학 자격을 보유한 의사는 3년마다 보완의학 교육을 통해 갱신해야 한다<sup>11)</sup>.

스위스의 보완대체의학 관련 규정을 유럽 타 국가와 비교하면, 유럽에서 법률내 CAM 관련 규정을 갖고 있는 나라는 17개 국가이며, 그렇지 않은 국가는 22개 국가이다. 법률 내 CAM 관련 규정을 갖고 있는 나라 중

Table 1. Regulation of Complementary and Alternative Medicine in EU<sup>†</sup>

Complementary and alternative medicine	Regulated profession and EU registered (Numbers of EU countries)	Regulated profession Not EU registered (Numbers of EU countries)	Regulated treatment Not regulated profession (Numbers of EU countries)	No regulation (Numbers of EU countries)
Acupuncture	• (2)	(0)	(24)	(13)
Traditional Chinese Medicine	(0)	(0)	• (10)	(29)
Chiropractic	• (10)	(6)	(10)	(13)
Homeopathy	• (1)	(2)	(21)	(15)
Naturopathy	• (1)	(1)	(6)	(31)
Massage	• (16)	(3)	(1)	(19)
Osteopathy	• (6)	(3)	(6)	(24)
Anthroposophic medicine	(0)	(0)	• (7)	(32)
Phytotherapy	(0)	(0)	• (10)	(29)
Neural therapy	(3)	(0)	• (3)	(36)
Ayurvedic medicine	(0)	(0)	(5)	• (34)
Naprapathy	(2)	(0)	(0)	• (37)

자료 : Vinjar Fønnebo, Solveig Wiesener, Torkel Falkenberg, Gabriella Hegyi, Johanna Hök, Paolo Roberti di Sarsina, Cambrella Work Package2—Legal status and regulation of CAM in Europe. The 7<sup>th</sup> Framework Programme of European Union Commission. 2012.」를 재구성함.

† : • - Swiss have regulation,

(n) - Numbers of EU countries that have this regulation.

CAM 독자적인 규제 법률을 갖고 있는 나라는 11개 국가이며, 보건법내에 CAM 규정이 있는 나라는 6개 국가이고 스위스는 이 6개 국가 중 하나이다. 침술에 대한 규정이 있는 나라는 26개 국가이나, 이 중 침술사(acupuncturist)에 대한 규정이 있는 나라는 스위스 포함 2개 국가 뿐이었다. 이 두 국가는 침술사를 EU 규제대상 직종 데이터베이스에 등록하고 있다. 나머지 24개 국가의 절반가량은 침술을 수련을 받은 의사만 시술할 수 있다. 중의학(TCM)은 직종과 관련된 규정이 있는 국가는 없고 단지 치료에 대한 규정이 있는 국가가 10개 였는데 그 중 하나가 스위스이다. 그 외에 스위스는 다음의 보완요법 중 카이로프랙틱, 동종요법(homeopathy), 자연요법(naturopathy), 마사지, 정골요법에 대해 시술자에 대한 규정을 두고 있는데, 이 요법들에 대해 시술자 규정을 두고 있는 유럽내 국가는 카이로프랙틱은 10개국, 마사지는 16개국, 정골요법은 6개국 중 하나이며 동종요법과 자연요법은 스위스만 유일하였다. 또한 인지의학(anthroposophic medicine), 식물요법(herbal medicine/phytotherapy), 신경요법(neural therapy)에 대해서는 시술자 직종에 대한 규정은 없으나 치료에 대한 규제가 있었으며, 유럽을 기준으로 인지의학은 7개국, 식물요법은 10개국, 신경요법은 3개국 중 하나였다. 스위스는 아유르베다와 인대요법에 대해서는 시술자와 치료에 대한 규정이 모두 없었다<sup>1)</sup>.

#### 4. 스위스의 보완의학 평가 프로젝트\*

##### 1) PEK(Programm Evaluation Komplementärmedizin) 개요

PEK라고 명명된 5가지 보완의학(anthroposophical medicine, homeopathy, neural therapy, phytotherapy, traditional Chinese medicine) 평가 프로젝트는 1998년부터 2005년까지 수행되었으며, 수행에 약 700만 프랑의 비용이 소요되었다. 스위스의 의료보험에서는 의사나 병원에서 제공하는 의료서비스가 '효과적이고', '적절하고', '효율적'이어야 한다고 규정하고 있다. PEK 평가는 5개의 보완대체요법이 이 원칙에 부합하는지를 보기 위해 유효성과 적절성, 비용효과

성이 있는지를 평가하였다. 또한 평가 원칙은 첫째 의료기술평가 기준인 과학적 요구에 부합해야 하며, 둘째 보완대체전문가와 학계가 공통적으로 평가에 참여해야 하며, 셋째 충분히 재정 지원이 이루어져서 이해관계에서 독립적으로 수행되는 것을 원칙으로 하였다. PEK는 두 파트로 구분되어 수행되었는데, Part 1에서는 5가지 보완의학 방법에 대해 ① 얼마나 사용되는가, ② 어떤 의사가 제안하는가, ③ 어떤 환자가 사용하는가, ④ 효과는 어떠한가, ⑤ 비용 대비 효과는 어떠한가를 확인하였다. 이 중 ②③⑤는 정통의료(conventional medicine)와 비교하였다. Part 2에서는 유효성, 적절성(안전성 포함)과 비용 효과성이 체계적으로 검토되었다.

##### 2) PEK 평가 결과

PEK 결과 스위스 인구의 10.6%가 5가지 보완의학 중 최소한 1가지를 이용하였으며, 5가지 치료 중에는 동종요법이 가장 많이 사용되었다. 보완의학 치료를 받은 사람은 일반적인 치료를 받은 환자들에 비해 좀 더 젊었으며 여성이 많았으며 교육수준이 높은 경향을 보였다. 또한 보완대체의학에 대해 호의적인 경향이 있었다. 갖고 있는 질환은 만성적이면서 좀 더 중증의 질환을 가진 경우가 많았다. 치료를 선택하게 되는 것은 환자의 선호도가 많은 영향을 주었다. 보완대체요법을 이용하는 경우 상담이 유의하게 더 길었으며, 보완대체요법을 제공받은 경우 환자의 만족도가 더 높은 경향을 보였으며, 식물요법을 제외하고는 기존의 의학에 비해 부작용도 적은 경향을 보였다.

보완대체요법으로 치료받는 경우 연간 총 의료비용이 기존의 의학을 받은 경우보다 유의하게 낮았다. 그러나 보완대체요법을 수행한 임상 의들이 유의하게 적은 환자를 치료했으며, 보완대체요법을 받은 환자들이 젊고 여성이 많았던 인자를 보정하자, 환자와 관련된 비용은 기존 의학과 유의한 차이를 보이지 않았다. 비용의 구성 측면에서 차이가 있었는데, 보완대체요법을 이용한 환자에서는 상담비용이 높아지고, 약물비용이 낮아지는 구성의 차이를 보였다. 결국 스위스의 보건의료에 5가지의 보완의학을 추가로 포함하는 것으로 인한 비용 증가는 예상보다 적었다.

\* 「D Melchart, F Mitscherlich, M Amiet, R Eichenberger, P Koch, Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK). Bundesamt für Gesundheit, 2005.」 보고서를 요약하여 제시함.

그러나 원래 Part 1에서 계획하였던 치료 효과에 대한 측면은 방법론적인 문제와 시간과 연관된 문제로 인해 임상연구를 시행하지 못하면서 평가되지 못했다. 따라서 Part 1에서의 분석 결과만으로는 보완대체요법이 기존의학을 대신하거나 부가적으로 수행되는 것이 적절한지 결론을 내릴 수 없었다.

Part 2에서는 5개의 보완대체요법 각각에 대해 체계적이고 전체적인 평가가 수행되었다. 5개 중 동종요법, 식물요법, 중약요법에 대해서는 메타분석도 수행되었다. 식물요법 및 동종요법은 기존에 출판된 체계적 문헌고찰과 RCT에 기반한 평가가 이루어졌다. 동종요법은 22편의 기존에 출판된 체계적 문헌고찰에서 20편에서 긍정적인 결론이 도출되었음을 확인하였으며, 상기도 감염 및 알레르기 관련 분석도 수행한 결과 긍정적인 효과가 있는 것으로 보기는 하였다. 중약요법에 대해서는 중국에서 출판된 수많은 RCT가 있다는 것은 확인하였으나, 스위스에서는 원문을 구할 수 없는 한계

가 있었다. 인지의학에서는 제한적으로 무작위배정비교임상시험이 확인되었으며, 다른 디자인의 많은 문헌을 확인하였다. 신경요법에서는 매우 제한된 수의 연구가 존재하였고, 많은 증례 연구만 확인되었다. 그러나 보고서의 최종 결과에서는 기존의 체계적 문헌고찰의 결론도출이 지나치게 낙관적으로 평가되었으며, 안전성에 대해서도 모두 좋게 평가되었는데 신경요법과 중약요법의 경우에는 의구심이 있다고 결론 내렸다. 동종요법에 대해서는 위약과의 비교 결과가 뚜렷하지 않았으며, 식물요법은 긍정적인 결과가 보였으나, 중약요법은 분명하게 평가하기에 자료의 한계로 어려움이 있었다고 결론을 내렸다.

### 5. 스위스의 급여화 과정

1996년 건강보험 개혁에 의해 의무 건강보험제도가 도입되면서 침술이 의무 건강보험에 포함되게 되었다<sup>6)</sup>.

Table 2. Design of the PEK and main results

	Design	Main results
Part 1.	1. Survey on prevalence of 5 therapies <sup>†</sup> in Switzerland	• 10.6% of the Swiss population had recourse to at least one of the five complementary therapies, with homeopathy being the individual method most frequently mentioned.
	2. Survey on Characteristics of physicians using 5 therapies	• Practitioners of complementary medicine can be distinguished from physicians providing conventional healthcare with regard to the nature, location and technical resources of their practice.
	3. Survey on Characteristics of patients using 5 therapies	• The patients they treat tend to be younger, female and better educated.
	4. Clinical study on efficacy of 5 therapies	• On account of methodological and time-related problems, the efficacy could not be evaluated
	5. Observational study on impact of 5 therapies on cost	• The total annual costs are markedly lower than the average for conventional care.
Part 2.	1. Systematic review of homeopathy	• In the view of the authors of the meta-analyses, the available placebo-controlled studies on homeopathy do not demonstrate any clear effect over and above placebo.
	2. Systematic review of phytotherapy	• A positive result is shown, as in the evaluation report, but an unequivocal assessment was not possible.
	3. Systematic review of traditional chinese herbal medicine	• A positive result is shown, as in the evaluation report, but an unequivocal assessment was not possible.
	4. Systematic review of anthroposophic medicine	• A very limited number of randomized studies and a larger number of other studies are available.
	5. Systematic review of neural therapy	• A very limited number of studies exist, as well as numerous individual case reports.

자료 : 「D Melchart, F Mitscherlich, M Amiet, R Eichenberger, P Koch, Programm Evaluation Komplementärmedizin(PEK). Bundesamt für Gesundheit, 2005.」를 재구성함.

<sup>†</sup> 5 therapies : anthroposophical medicine, homeopathy, neural therapy, phytotherapy, traditional Chinese medicine

그러나 침술 비용은 표준 수가(tariff position)가 정해져 있지 않아 실제 보장은 1999년 7월이 되어야 다른 보완의학과 함께 이루어 졌다<sup>16)</sup>. 1998년 3월 12일에 연방 내무부(Federal Department of Home Affairs)의 자문위원회(Swiss Federal Commission on Professional Services)는 6가지 보완의학들을 의무 건강보험에 받아들일 것을 권고하였다<sup>17)</sup>. 이에 6가지 보완의학들이 의무 건강보험에 포함되었으나 침술은 논란의 여지가 없어 영구적으로 포함되었지만 나머지 5가지 보완의학들은 2005년 6월 30일까지 한시적으로 보장되었다<sup>17)</sup>. 그리고 의무 건강보험에 계속해서 남아있기 위해서는 보완의학 평가 프로젝트(PEK, Programm Evaluation Komplementärmedizin)를 진행하여 그들의 효과(efficacy), 적절성(appropriateness), 경제적 효율성(cost-effectiveness)을 입증하도록 하였다<sup>18)</sup>. 여기서 효과는 통제된 임상시험에서 효과가 입증됨을 말하며, 적절성은 다른 대체 서비스에 비해 보다 나은 효과를 보여야 하며, 경제적 효율성은 비용효과성이 있어야 함을 의미한다<sup>14)</sup>. PEK를 위한 연구비는 7백만 스위스 프랑(USD \$5.5 백만달러)으로 스위스 국가 규모로 봤을 때 비교적 큰 금액이 투자되었다<sup>19)</sup>. 건강보험에 보완의학이 포함되기 위해서 프로젝트를 통한 근거를 요구한 이유는 스위스에서 의무건강보험에 대한 새로운 연방법이 발효된 1996년 이후 비약물 기술에 대해 의료기술 평가가 진행되었기 때문이다<sup>1)</sup>. 효과, 적절성, 경제적 효율성은 스위스 연방 헌법의 중심이었으며 건강보험의 보장성 계획을 위한 전제 조건이었다<sup>1)</sup>. 그러나 2005년 7월에 연방 내무부는 효과, 적절성, 비용효과성이 충분히 입증되지 못했다는 주장에 기초하여 이들 5개의 보완의학을 의무 건강보험에서 제외하였다<sup>16)</sup>. 연방 내무부의 이러한 결정은 그것이 실제 과학적인 데이터에 의한 결정인지, 아니면 정치적인 의도가 있었는지에 대해 큰 논쟁이 벌어졌다<sup>16)</sup>. Rist(2009)는 2006년에 PEK 최종보고서가 완성되었지만 연방 보건국은 2005년 6월 3일에 건강보험 제의를 결정하였다는 점, 그리고 최종 보고서 버전에서 5가지 보완의학들에 대해 긍정적인 평가들이 유지되었지만 이러한 PEK 평가 위원회의 긍정적인 권고들이 삭제되었다는 점을 들어 연방 보건국의 결정이 정치적인 결정이라고 주장하였다<sup>16)</sup>. 또한 보건국 장관이 자신의 정치적인 신념과 보완의학에 대한 반감 때문에 데이터가 완전히 분석되고 알려지기도 전에 이를 결정하였으

며<sup>19)</sup> PEK 프로젝트의 국제 검토 위원회(The international review board)의 마지막 회의를 취소하고 어떠한 토론이나 논의 없이 프로젝트를 마무리 하였고 알려져 있다<sup>20)</sup>. 그리고 이러한 매끄럽지 못한 과정은 의회의 연구 사업 위원회(Parliamentary Business-Study Committee)에서 나온 2009년 1월 23일의 연례보고서에 보건국의 결정이 객관적인 고려보다는 정치적인 고려가 결정적인 것으로 판단한다는 내용이 포함되게 하였다<sup>18)</sup>.

스위스내 연방과 자치주(canton) 모두에서 보완의학을 건강보험에 포함하기 어려운 이유는 스위스 법이 보완의학에 매우 제한적이기 때문이었다<sup>18)</sup>. 따라서 보완의학 건강보험 추진기구인 “Forum on Holistic Medicine”은 스위스 연방 헌법(Federal Constitution)에 보완의학의 존재를 확정하는 내용의 새로운 조항을 추가하게끔 이끌었다<sup>18)</sup>. 스위스에서 보완의학이 건강보험에 포함되게 하기 위해서는 어떠한 법률적인 변화도 필요 없고 관리적인 면에서 새로운 제도 또는 추가적인 수가표가 필요 없었다. 또한 다른 요법을 추가하여 치료 목록을 확장할 필요도 없었으며, 비 의학적 요법들의 업무는 여전히 단지 보충 보험을 통해서만 상환되어 지므로 이것은 추가적인 비용도 예상되지 않았다<sup>18)</sup>. 이러한 내용을 담아 처음 제기된 새로운 헌법 조항은 아래와 같다.

연방 헌법 Art. 118a (new) : 보완의학 : 그들의 책임있는 체계 안에서 연방과 자치주(canton)는 보완의학에 대한 포괄적인 인정을 장려한다.

자료 : L Rist, H Schwabl, Complementary medicine in the political process. Translated with permission of S. Karger Publisher, Freiburg, 2009.

이 법 개정을 통과시키기 위한 국민투표인 “Yes to Complementary Medicine”를 제안하기 위해 2004년 9월 21일에 시작된 국민 발의는 12개월 안에 거의 14만 명의 사인을 받았고 연방 심의회(the Office of the Federal Council-Bundeskanzlei)는 2005년 10월 4일 국민투표를 위한 절차를 공식적으로 시작하였다<sup>18)</sup>. 그러나 의회는 ‘포괄적(comprehensive)’이라는 단어가 예측불가능한 비용을 만들 수 있다는 우려 때문에 이를 반대하였고, 이를 극복하고자 자치주 지방의회 의원인 Rolf Büttiker의 주도하에 ‘직접적인 억제안(direct

counter-proposal)’인 ”The future with complementary medicine“이 제출되어 상원 의회(자치주들의 대표자들로 구성된 의회)에서 시행되었다<sup>18)</sup>. 수정되어 제출된 조항은 처음의 문장과 단지 ‘comprehensive’만 삭제되었고 아래와 같다.

연방 헌법 Art. 118a (new) : 보완의학 : 그들의 책임 있는 체계 안에서 연방과 자치주(canton)는 보완의학에 대한 인정을 장려한다.

자료 : L Rist, H Schwabl, Complementary medicine in the political process, Translated with permission of S. Karger Publisher, Freiburg, 2009.

2008년 10월 3일 최종 의회 투표에서 역제안은 스위스 상원/하원 모든 의원의 78.5%의 찬성으로 국민투표가 받아들여졌고 국민투표 위원회는 처음 안을 중단하고 의회의 역제안을 지원하기로 결정했다<sup>18)</sup>. 역사적으로 볼 때 의회의 역제안은 국민들과 자치주에서 받아들여질 가능성이 더 높는데 이는 1891년 이래로 모든 국민투표 중 단지 9%만 인정되었지만, 역제안은 37%가 인정되었기 때문이다<sup>18)</sup>.

2009년 5월 17일에 진행되었던 국민투표결과 총 유권자 수 5,010,873명 중 1,944,259명(38.80%)이 투표에 참가하였으며 이 중 1,283,894명(67.0%)이 찬성, 631,560명(33.0%)이 반대하여 의회에서 제기한 ”The future with complementary medicine” 헌법 조항이 채택되었다(무효표 28,805)<sup>21)</sup>.

이 헌법은 연방과 자치주가 보완의학을 의료시스템 내에서 고려되고 통합되도록 요구하는 것이었으며, 이를 달성하기 위한 4가지의 세부 목표의 이행 과정을 의회는 2014년 보고하였다. 이 중 네 번째 목표에 보완의학에 대한 의무건강보험 보장에 대한 내용이 포함되어 있다.

**보완의학에 대한 새로운 헌법 조항의 이행 상태**

- 앞으로 보완의학 및 식물요법을 위한 의약품이 허가조건 간소화로 시장 접근이 용이해질 것이다. 다양한 보완적인 의약품이 시장에 출시되게 하기 위하여 의약품 조례(Heilmittelgesetzes)의 개정이 진행 중이다.
- 약사 / 약사, 치과 의사 / 수의사 / 카이로 프랙틱 의사는 대학에서의 훈련 과정에서 보완 의학에 대한 충분한 지식을 습득해야한다. 해당 교육의 목표는 부분 개정으로 이미 의료법에 포함되어 있으며 곧 해당 의료 전문직

의 학습 목표에 포함될 예정이다.

- 교육연구혁신부(SBFI)는 2015년 5월 28일에 자연요법사(Naturopath)에 대한 전문 자격 시험을 승인했으며, 보완의학 요법사에 대한 보다 전문적인 자격 시험이 검토될 것이다. 이 스위스 졸업 증서는 장래에 canton의 고용 보조금을 받기 위한 전제조건이다.
- 의무 건강보험에 대한 개정안이 제안 중이다. 장래에는 모든 의료서비스에 대해 신뢰의 원칙이 적용될 것이며 장기적으로 동종요법, 식물 요법 및 한약(TCM 한약), 인지의학에 대한 의료서비스 비용이 장기간 보장될 것이다.

자료 : 스위스 연방보건국 홈페이지(<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/stand-umsetzung-des-neuen-verfassungsartikels-zur-komplementaermedizin.html>)

헌법 개정으로 인해 의사에 의해 시술되는 다섯 가지 보완의학은 2012년 1월 1일부터 의무 건강보험에 편입되었으며<sup>11)</sup>, 2016년 6월 30일 이전까지 심각한 문제가 발생하지 않는다면 2017년 5월에 확실히 의무 건강보험에 편입하기로 결정 하였다<sup>23)</sup>. 결국 2017년 6월 16일 스위스 연방정부는 보완의학의 의무건강보험 편입을 발표하였다<sup>24)</sup>.

## 6. 급여화 결과

2017년 8월 1일에 건강보험 조례(Verordnung über die Krankenversicherung, KVV)에 보완의학 관련 조항 Art.35이 삽입되어 5가지 보완의학은 의무건강보험에 완전히 포함되었다. 다만 보완의학 요법사에 의해 치료받으면 보장이 되지 않고 정해진 교육 시간을 지속적으로 인정받은 의사에 의해 진료되었을 경우에만 보장이 된다<sup>25)</sup>. 일부 보험사는 개별계약에 따라 특정 대체의학 시술을 보전하며 다른 비의료 대체의학 시술은 본인부담으로 지불한다<sup>11)</sup>. 치료를 위해 이용된 의약품도 보장 받을 수 있는데 스위스 약품기관의 특수목록(Spezialitäten-Liste)에 등록된 보완의학 의약품은 의무건강보험으로 보전되는 반면, 나머지는 보충보험에 따른 개별계약으로 보전되거나 본인부담금으로 지불된다<sup>11)</sup>.

Art.35는 조례 내에 ‘3. 혜택’의 ‘제1장 : 서비스에 대한 설명’에 포함되어 있는데 해당 장은 필수 건강보험의 보장 범위에 포함되는 서비스들에 대한 개략적인 설명과 기준이 제시되어 있는 항목이다. Art.35의 내용



Table 3. Coverage process of complementary in Swiss

Year	Contents
1996	• 침술이 의무건강보험에 포함됨.
1999.7.	• 6가지 보완의학에 대한 비용이 의무 건강보험에 의해 보장됨. ※ 6가지 보완의학 : 침술(acupuncture), 동종요법(homeopathy), 인지의학(anthroposophic medicine), 신경요법(neural therapy), 약초요법(phytotherapy), 중약요법(traditional Chinese medicine) • 이 중 침술은 영구적으로 보장이 되나 나머지 5가지 보완의학은 2005년 6월 30일까지로 제한되었으며, 그 기간 동안 보완의학 평가 프로젝트(PEK, Programm Evaluation Komplementärmedizin)를 진행하기로 함.
2005.6	• 연방 내무부, PEK 결과 근거 부족으로 5가지 보완의학에 대한 의무 건강보험 제외
2004-2005.9	• 국민투표 추진 기구 “Forum on Holistic Medicine” 구성 • 스위스 연방 헌법에 넣을 새로운 조항(“Yes to Complementary”)을 만들어, 대국민 서명운동 진행 • 1년간 약 140,000명의 국민들이 서명에 참여
2005.10	• 연방 보건국, 공식적으로 국민투표를 위한 절차를 시작함.
2006.8	• 연방 심의회, ‘보완의학에 대한 포괄적 인정’이란 용어의 문제로 인해 새로운 조항에 반대의견
2007.9	• 하원 의회, 조항을 수정하여 의회에서 제안하는 ‘직접적인 역제안(direct counter-proposal)’ 제출 • 새로운 조항은 문제가 된 ‘포괄적(comprehensive)’를 제외하였으며 조항명은 “The future with complementary medicine“
2008.10	• 상원/하원 의회, 국민투표에 역제안 조항으로 표결할 것을 78.5%의 찬성으로 건의함. • 국민투표 위원회는 의회의 역제안 조항을 받아들여기로 결정
2009.5	• “The future with complementary medicine”에 대한 국민투표 실시 및 67.0%의 찬성으로 가결됨. • 보완의학이 헌법에 포함되면서 의무 건강보험에 의해 보장됨.
2017.8	• 건강보험 조례에 보완의학 관련 조항 삽입

은 아래와 같다.

Art. 35a. 보완의학
보완 의학 서비스의 효과, 적절성 및 효율성에 대한 평가에서 다음의 기준이 특별히 중요하다.
a. 서비스가 제공된 학과의 적용과 연구 전통
b. 과학적 근거와 의학적 경험에 기반함
c. 특정 보완 교육과정에서 서비스 공급에 필요한 지식, 기술 및 능력 제공

자료 : 스위스 건강보험 조례. Verordnung über die Krankenversicherung(KVV). <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/>

특이한 점은 카이로프랙틱이 서비스에 포함되어 있는데 이는 보완의학에 포함되지 않고 ‘Art.33. 일반서비스’에 포함되어 있다. 이는 스위스 건강보험법(KVG)에도 유사하게 기재되어 있는데 ‘Art.25. 일반 질병 서비스’ 항내에 ‘진단 및 치료, 외래환자입원환자 또는 요양원, 뿐만 아니라 병원에서 수행되는 간병서비스’ 항목이 있으며 이를 다루는 자격이 기재되어 있는데, 1. 의사(physicians), 2. 카이로프랙틱 시술자(chiropractor)가 함께 수록되어 있다. 또한 침구사, 동종요법사 등과

는 달리 카이로프랙틱 시술자는 ‘Art.35. 승인 원칙’ 항내에 의사, 약사, 조산사 등과 함께 기재되어 있어 보완의학 시술자 중 유일하게 직접 보험을 청구할 수 있는 자격이 부여되었다.

### III. 고 찰

유럽에서 의료기술 평가의 중요성이 커지고 있는 상황에서 스위스는 1996년 의무건강보험에 대한 연방법이 발효된 이후 비약물(非藥物) 기술에 대해 ‘근거에 기반한 보장(CED, coverage with evidence development)’ 개념을 확고히 하였다<sup>1)</sup>. 이러한 때에 5가지 보완의학의 급여화 여부를 결정하기 위해서는 합당한 근거가 필요하였고 이에 따라 6년간 임상적 근거구축을 위한 PEK 프로젝트를 진행하였으나 스위스 연방 보건국(FOPH)은 근거 불충분을 이유로 5가지 보완의학의 급여를 정지시켰다. 스위스 시민들은 정부에 결정에도 불구하고 보완의학을 헌법에 명시하기 위한 국민투표 캠페인을 진행하였으며 결국 정부의 결정을 뒤집어 건강보험에 진입하였다. 스위스에서 보완의학이 건강보

험에 포함될 수 있었던 이유는 다음의 사항으로 여겨진다.

첫 번째 보완의학이 효과적이고 효율적이라는 근거에 의한 명분이다. 보완의학의 건강보험 급여화 찬성 그룹은 정부의 결정이 PEK 프로젝트 결과를 무시한 정치적인 결정이라는 사실을 부각시켜 임상적인 근거가 보완의학의 급여 확대에 부족함이 없다는 명분을 지속적으로 내세웠다. 보완의학에 대한 건강보험 배제 결정이 정치적인 결정이었다는 주장은 2005년부터 투표가 있던 2009년까지 계속되었으며, 결국 의회는 연례보고서를 통해 당시의 결정이 정치적 결정이라고 발표하였다. 의회의 연례보고서는 기존 결정을 되돌릴 수는 없었지만 보완의학 급여화 지지그룹에 명분을 주었을 것으로 보인다. 또한 이러한 의회에서의 정치적인 우위는 의회내에서 수정된 헌법 제안인 ‘역제안’을 결정하여 제출하게 된 계기가 되었으며 이로 인해 국민투표에 유리한 환경을 조성하였다. 그리고 2017년 의무건강보험에 보완의학이 최종적으로 포함되었을 때 보완의학 국민투표 조직(Forum on Holistic Medicine)을 이끌었던 보완의학 협회(Dachverband Komplementärmedizin)는 ‘스위스 연방정부가 드디어 보완의학의 효과와 높은 질, 안전성을 인정하였다’고 환영하였는데<sup>27)</sup> 이러한 주장들은 보완의학의 건강보험 급여화 지지그룹이 효과, 적절성, 비용효과성의 틀을 중요하게 여겼으며 이를 거스른 결정의 부당함에 대해서 의회를 설득하는 주요한 논리로 삼아 성공하였음을 잘 보여준다.

두 번째는 보완의학 관계자들과의 연대이다. PEK 프로젝트의 과정은 과학적인 근거구축의 과정이었으나 스위스에서 보완 의학을 의무 건강보험에서 배제한 것과 포함시킨 것은 모두 정치적이고 사회적인 과정에 의해서였다. 스위스 정부가 정치적인 결정으로 보완 의학을 건강보험에서 배제한 이후 보완 의학의 건강보험 급여 지지 그룹은 보완 의학과 관련된 모든 이해관계자들로 보완 의학 국민투표 조직 기구인 “Forum on Holistic Medicine”을 구성하여 함께 국민투표를 위해 노력하였다<sup>18)</sup>. 그 구성원은 의사(medical doctors), 치료사(non-medical practitioners and therapists), 약사(pharmacists), 약제사(druggists), 간호사(nurses), 의약품 제조사(drug manufacturers), 환자들로 구성되었다. 이 중 특히 의사와 치료사와의 연대는 주목할 필요가 있다. 2009년 국민투표 이후 결국 건강보험에 적용된 그룹은 의사뿐 이었는데 스위스 치료사와의 인터뷰 결과 의사와 보완 의학 시장에서 경쟁관계라고도

볼 수 있는 치료사가 국민투표를 위해 적극적으로 나선 이유는 이 국민투표가 스위스에서 보완 의학의 지위 전체를 높일 수 있는 사건이라는 공감대를 함께 공유하고 있었기 때문으로 보인다. 결국 그들은 보완 의학의 권위가 상승하면서 스위스 의료시장의 약 7%를 점유하고 있는 보충보험 시장에서 치료사들에 의한 보완 의학 시술이 포함되면서 경제적 이득도 취할 수 있었다. 그러나 이러한 의사와 치료사간의 연대는 국민투표 이전에 오랜 역사의 결과이기도 한데 스위스에서 주요 보완 의학 학회와 교육기관은 대부분 의사와 치료사가 구분 없이 함께 구성되어 활동하여 왔으며 이처럼 두 직군은 학문적인 교류를 중심으로 공감대를 형성하고 연대감을 유지하고 있었다. 이는 독일에서 보완 의학 치료사라 할 수 있는 자연치료사(Heilpraktiker)와 의사와의 관계가 깊은 역사적인 갈등으로 인해 학회 공유 및 직역간 연대를 꺼리고 있는 것과 큰 차이이다.

세 번째 국민들의 지지와 국민투표 절차이다. 스위스 치료사와의 인터뷰 결과 스위스 국민들은 PEK 연구를 진행하기 전부터 보완 의학에 대한 건강보험 급여화를 원하고 있었다. 이는 스위스가 다른 유럽 국가들과 비교할 때 보완 의학에 대한 이용율이 높고<sup>28)</sup> 규제제도가 잘 정비되어 있기 때문으로 보인다<sup>11)</sup>. 그러나 다른 나라에서는 이러한 국민들의 지지만으로 보완 의학의 건강보험 급여화를 이루기 어려웠을 것이나 스위스는 국민투표라는 독특한 제도적 절차에 의해 결국 급여화에 성공하였다. 국민투표에 의한 급여화 결정은 매우 정치적인 결정이라 볼 수 있다. 그러나 스위스에서는 1890년 질병과 사고에 대한 건강보험 제도를 연방 헌법에 포함시킬지 여부를 묻는 국민투표를 시작으로 건강보험 결정에 국민투표에 기반한 정책 결정을 진행하여 왔기 때문에<sup>29)</sup> 보완 의학의 급여화를 국민투표를 통해 결정한 것은 희귀한 일은 아니었다. 다만 스위스 시민들은 2016년 기본소득정책에 76.9%가 반대하거나<sup>30)</sup>, 2009년 이슬람 모스크의 첩탈 금지에 찬성을 하는 등<sup>31)</sup> 정치적으로 보수적인 성향이 강하고 의료에 있어서도 개인의 책임을 우선시하는 경향이 강하여 치과에 대한 보장이 포함되지 않는 것으로 볼 때<sup>29)</sup> 보완 의학에 대해서는 국민들의 지지가 상당히 높았던 것으로 보인다.

이러한 스위스의 사례는 건강보험 보장성 확대를 위해 한의계가 임상연구 근거를 확보하기 위한 과학적인 측면에서의 노력과 함께 건강보험 급여 결정의 정치적인 면을 인식하고 사회적으로 연대하기 위한 정치적인

노력이 필요함을 보여주었다. 특히 노동조합과 좌파 정당의 권력 강화가 건강보험 탄생에 많은 기여를 했던 점을 볼 때 시작부터 건강보험은 정치적인 면을 지녔다고 볼 수 있는데<sup>29)</sup> 스위스 시민들은 국민투표로 건강보험 제도를 결정함으로써 건강보험이 갖고 있던 정치적인 속성을 잘 보여주었다. 이러한 스위스의 사례가 한의계에 주는 시사점은 다음과 같다.

첫 번째 과학적인 측면에서 한의약 임상연구 근거의 양과 방법론적 한계를 극복하기 위한 노력이 필요하다. 스위스 사례에서 보듯 한의학에 대한 근거 구축은 앞으로 본질적으로 중요한 사안이다. 따라서 한의계에도 임상연구의 확대와 더불어 임상연구 문헌에 대한 체계적 고찰 연구의 활발한 진행이 더욱 요구된다. 그러나 보완대체의학에 대한 근거부족은 세계적인 현상이다. Fischer(2014) 또한 유럽에서도 지난 20년간 CAM 이용은 증가하였으나 이에 반해 근거 구축 연구가 부족하다는 점을 들어 향후 현실 반영한 임상연구 전략 수립이 필요하다고 주장하였다<sup>32)</sup>. 따라서 단순히 기존 문헌만으로 건강보험 급여를 결정하는 현재의 시스템을 극복하기 위한 방안 마련이 필요해 보이며, 이를 위해 기존 문헌에 의한 근거가 어느 정도 뒷받침된 의료 행위라면 한국 현실에 기반한 시범사업을 진행하여 이를 통해 효과와 효율성을 최종적으로 판단할 수 있는 시스템이 필요할 것으로 여겨진다. 이미 스위스와 독일은 각각 보완의학과 침에 대해 급여 포함 여부를 확인하기 위하여 체계적 문헌고찰과 더불어 급여 시범사업 기간 동안의 관찰연구를 수행하여 최종적으로 급여여부를 판단하였다. 또한 대만에서도 중의학이 강점이 있는 질환이나 사회적인 필요도가 높은 질환에 대해 일정액의 예산을 책정하여 시범사업을 실시하며 성과가 좋은 경우 건강보험 본 예산 항목에 추가하는 시스템을 구축하여 뇌혈관질환, 종양 등의 질환에 대해 사업을 시행하고 있으므로<sup>33)</sup>, 이 모델을 참고할 필요가 있다.

두 번째 정치적인 측면에서 한의약 관련 이해관계자와 더불어 전체 국민들의 지지를 얻기 위한 노력이 필요하다. 현재 한의계는 ‘한의 표준임상진료지침’ 사업과 이를 위한 임상연구를 진행하고 있으며, 임상진료지침 결과를 건강보험 보장성 확보에 연계하고 있어 과학적인 근거 창출의 필요성을 깊이 인식하고 노력하고 있으나 이에 반해 한의사 외 이해당사자들과의 연대에 대한 노력은 많지 않은 것으로 보인다. 따라서 한약사, 한약 제조업자, 한의약 연구자 등 한의약 관련 이해 당사자

들과의 교류와 협력을 이루기 위한 노력이 필요하다. 더욱 중요한 것은 국민들의 지지인데, 이를 위해서는 먼저 근골격계 질환으로 집중되어 있는 한의약 의료서비스 이용 행태를 더 많은 질환으로 확장시켜 한의약 의료서비스를 이용하는 환자의 범위를 넓히는 것이 필요하다. 더불어 국민들의 의료 선택에 대한 권한이 강화되어야 한다. 건강보험을 포함하는 공중보건(public health)의 윤리는 공식적으로 합의되지는 못하지만 크게 두 가지 방향을 포함하는데 하나는 ‘의료자원 제공에 대한 평등한 기회’이며 다른 하나는 ‘개인 자율성에 대한 균형있는 존중’이다<sup>34)</sup>. 따라서 국민들은 양방 의료서비스와 함께 한의 의료서비스를 제공받을 권리가 있으며 보장성을 높여 평등한 기회가 주어져야 함을 요구할 수 있으므로 이러한 국민들의 권한을 강화하고 보장하기 위한 노력이 필요하다. 그러나 이러한 윤리에도 불구하고 이 문제는 쉽지 않은데 보완대체의학에 대한 공평한 접근은 더 넓은 건강 불평등과 효과에 대한 자료를 모두 고려해야하기 때문이다<sup>34)</sup>. 최근 새로운 헌법에 국민들의 건강보장에 대한 권리를 추가하려는 움직임이 있는데 한의 의료서비스에 대한 국민들의 이용 선택 권한에 대한 한의계내 많은 고민과 노력이 필요할 것으로 보인다.

결론적으로 PEK 프로젝트의 국제 검토위원회(international review board) 위원장인 Walach(2006)의 말처럼 스위스의 사례는 “매우 흥미롭고, 유용한 정보를 주며, 보완의학 평가의 최근 역사 속 냉철한 한 조각이다. 정부, 보건시스템 연구자, 그리고 모든 CAM 연구자들은 최소한 이 과정을 각인하여야 한다. 왜냐하면 (스위스의 사례는) 게임 안에서 다른 이해관계자들의 파워게임, 그리고 이익에 대한 이슈의 복잡성을 이해<sup>12)</sup>할 수 있기 때문이다.

#### IV. 결론

스위스에서 보완의학이 국민투표를 통해 건강보험 급여에 포함된 사례를 살펴본 결과,

1. 스위스에서는 보완의학의 효과, 적절성, 비용효과성을 파악하기 위해 의료기술 평가 프로젝트(PEK)를 수행하였지만, 연방보건국에 의해 근거불충분으로 거부되었고 결국은 국민투표에 의해 최종적

으로 건강보험에 포함될 수 있었다.

2. 스위스에서 보완의학이 건강보험에 포함될 수 있었던 이유는 첫째 보완의학이 효과적이고 효율적이라는 명분을 갖고 있었던 점, 두 번째 보완의학 관계자들이 연대한 점, 세 번째 국민들의 적극적 인지지 때문이었다.
3. 한의계에 주는 시사점은 첫째 한의의료기술의 임상적 근거는 여전히 중요하며 근거의 양과 방법론적 한계를 극복하기 위한 노력이 필요하고 둘째 정치적인 측면에서 한의약 이해관계자와의 연대와 더불어 국민 전체의 지지를 얻기 위한 노력이 필요하다.

### 감사의 글

이 논문은 한국한의학연구원 「한의 정책 기반 연구사업(K17612)」의 연구비 지원을 받아 수행된 결과로 이에 감사드립니다.

### 참고문헌

1. U Brügger, B Horisberger, A Ruckstuhl, R Plessow, K Eichler, A Gratwohl. Health technology assessment in Switzerland: a descriptive analysis of “Coverage with Evidence Development” decisions from 1996 to 2013. *BMJ Open* 2015;5:1-10
2. Korea Institute for Health and Social Affairs. Plan about appropriate coverage of health insurance. 2007.
3. YJ Lee & JY Kim, Status of New Health Technology in Korean Medicine Field Since 2007. *J Korean Med* 2017;38(1):21-33
4. Ministry of Health & Welfare. 3rd Comprehensive development plan of Korean medicine 2016-2020. 2016.
5. MY You. Use of economic evaluation of new drugs and change of drug price system. *J. Kor. Soc. Health-Syst. Pharm* 2014;31(6): 1044-1053
6. Publication Committe on Year Book of Traditional Korean Medicine. 2015 Year Book of

- Traditional Korean Medicine, Korea Institute of Oriental Medicine, The Association of Korean Medicine, National Development Institute of Korean Medicine, Pusan National University School of Korean Medicine.
7. CM Witt, L Schützler. The gap between results from sham-controlled trials and trials using other controls in acupuncture research—the influence of context. *Complement Ther Med*. 2013;21(2):112-4
8. N Nissen, S Schunder-Tatzber, W Weidenhammer, H Johannessen. What attitudes and needs do citizens in Europe have in relation to complementary and alternative medicine? *Complementary Medicine Research*. 2012; 19(Suppl. 2):9-17.
9. S Eardley, FL Bishop, F Cardini, K Santos-Rey, MC Jong, S Ursoniu, S Dragan, G Hegyi, B Uehleke, J Vas, O Jupaneant, MC Citro, V Fønnebo, SA Quandt, G Lewith. CAM use in Europe - The patients’ perspective. Part II: A pilot feasibility study of a questionnaire to determine EU wide CAM use. 2012
10. The Commonwealth Fund, International Health Care System Profiles. <http://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/>
11. V Fønnebo, S Wiesener, T Falkenberg, G Hegyi, J Hök, P R Sarsina, CAMbrella Work Package2—Legal status and regulation of CAM in Europe. The 7th Framework Programme of European Union Commission, 2012.
12. European Observatory. Health Systems in Transition—Switzerland. 2015.
13. Federal Office of Public Health. Taking Health to heart. 2015
14. MH Lim. Trends and Future Tasks of the Switzerland Health Insurance Reform. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 2012;18(4):85-108
15. Swiss Health Insurance Law. Bundesgesetz über die Krankenversicherung(KVG). <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilatio>

- n/19940073/index.html
16. HP Studer, A Busato. Development of Costs for Complementary Medicine after Provisional Inclusion into the Swiss Basic Health Insurance. *Forsch Komplementmed* 2011;18:15-23
  17. D Melchart, F Mitscherlich, M Amiet, R Eichenberger, P Koch. Programm Evaluation Komplementärmedizin(PEK). Bundesamt für Gesundheit. 2005.
  18. L Rist, H Schwabl. Complementary medicine in the political process. Translated with permission of S. Karger Publisher, Freiburg. 2009.
  19. H Walach. The Swiss program for the evaluation of complementary medicine(PEK). *The journal of alternative and complementary medicine* 2006;12(3):231-232
  20. H Walach, K Linde, R Eichenberger, H Stalder, F B Kristensen, J Kleijnen. Summary consensus statement of the review board of the Swiss complementary medicine evaluation programme, (programm evaluation komplementärmedizin, PEK) regarding the PEK process and products. *Homeopathy* 2006;95:28-30
  21. Swiss federal referendum of 17.5.2009 <https://www.admin.ch/ch/d/pore/va/20090517/index.html>
  22. Swiss Federal Office of Public Health <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/stand-umsetzung-des-neuen-verfassungsartikels-zur-komplementaermedizin.html>
  23. The National Research Center in Complementary and Alternative Medicine. CAM Regulation <http://nafkam-camregulation.uit.no/country/switzerland/>
  24. Swiss association of complementary medicine (Dachverband Komplementärmedizin) <http://www.echamp.eu/news-and-events/news/complementary-medicine-in-switzerland-n>  
ow—a-mandatory-health-insurance-service
  25. Federal Office of Public Health. The compulsory health insurance in a nutshell. 2015.
  26. Swiss Health Insurance Act. Verordnung über die Krankenversicherung(KVV). <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/>
  27. “Complementary medicine in switzerland now a mandatory health insurance service” – Dachverband Komplementärmedizin. 2017. 7.16.
  28. N Nissen, H Johannessen, SS Tatzber, A Lazarus, W Weidenhammer. CAMbrella Work Package 3–Citizens’ needs and attitudes towards CAM. The 7th Framework Programme of European Union Commission. 2012.
  29. P Portwich. The Swiss social insurance system: social security and grass-root democracy. *International social security review* 2011;64(1):95-110
  30. Swiss federal referendum of 05.06.2016 Template No. 601 Overview <https://www.admin.ch/ch/d/pore/va/20160605/det601.html>
  31. Swiss federal referendum of 29.11.2009 <https://www.admin.ch/ch/d/pore/va/20091129/index.html>
  32. FH Fischer, G Lewith, CM Witt, K Linde, K Ammon, F Cardini, T Falkenberg, V Fønnebo, H Johannessen, Bettina Reiter, B Uehleke, W Weidenhammer and B Brinkhaus. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine : guidelines for future research. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2014;14:46-54
  33. D Kim, SH Kwon, SH Chung, BR Ahn & B Lim. The Health Insurance system and the Quality Improvement Policies for Chinese Medicine in Taiwan. *Journal of Society of Preventive Korean Medicine* 2016;20(2):27-38
  34. N Nissen, W Weidenhammer, S Schunder-Tatzber, H Johannessen. Public health ethics

for complementary and alternative medicine,  
European Journal of Integrative Medicine

2013;5:62-67