

[단독] 같은 도수치료, 일반 국민은 15회 국가유공자는 70회...4.7배 벌어진 치료 문턱

고영준기자 입력 2026.09.01 16:40 댓글 19

보훈부, 본지 질의에 "고령·복합질환 특성 반영해 연 70회 지원"...복지부는 "15회면 98%가 제한 못 느껴"



[단독] 같은 도수치료, 일반 국민은 15회 국가유공자는 70회...4.7배 벌어진 치료 문턱

(기사 이해를 돕기 위한 이미지 AI / 고영준 기자)

같은 도수치료를 두고 국가보훈대상자에게는 연 70회까지 지원되는 반면 일반 국민은 연 15회로 묶여 있는 것으로 확인됐다. 국가보훈부는 본지 질의에 대한 서면 답변에서 관리급여가 시행된 7월 1일부터 국가보훈대상자에게 주 2회, 연 최대 70회까지 보훈진료비를 지원하고 있다고 밝혔다. 일반 환자에게 적용되는 연 15회, 예외 인정 시 24회와 비교하면 최대 4.7배 차이이다.

보훈부가 밝힌 근거는 환자 특성이다. 그동안 비급여로 운영하던 도수치료를 적정하게 관리할 필요성은 있으나, 국가보훈대상자는 고령층 비중이 높고 상이에 따른 퇴행성·만성·복합질환이 많아 이러한 특성을 반영할 필요가 있다는 것이다. 보훈의료는 국가 책임 차원에서 일반 국민보다 더욱 두터운 지원이 필요하다는 점, 도수치료가 전액 비급여이던 시절에도 고령의 보훈대상자에게 보훈진료비로 지원해온 점도 이유로 들었다. 그간 횟수 제한 없이 지원해오던 것을 7월부터 주 2회, 연 70회로 정비했다는 설명이다.

지원 구조는 두 갈래다. 본지가 입수한 관리급여 국가보훈대상자 지원방안 문서에 따르면, 24회까지는 건강보험 선별급여 체계 안에서 본인부담률 95%에 해당하는 금액을 보훈진료비로 감면한다. 25회부터 70회까지는 건강보험 급여 인정 범위를 벗어나므로 관리급여 단가 4만3850원 전액을 보훈부 예산으로 감면한다. 대상은 건강보험과 의료급여, 무자격 국가유공자를 포함하며 지원기관은 6개 보훈병원이다. 24회까지는 도수치료관리시스템으로 횟수를 확인하고, 25회 이후는 보훈병원이 자체 관리한다.

복지부의 설명은 정반대 방향이다. 복지부 필수의료총괄과장은 시행 하루 전인 6월 30일 국회 토론회에서 연 15회, 최대 24회 기준으로도 이용자의 98%는 제한을 체감하지 않을 것이라고 밝혔다. 한국보건의료연구원 연구와 388편의 무작위 임상시험 분석을 근거로 대다수 환자에게 충분한 범위라는 것이었다. 무릎 수술을 18차례 받고 8년간 주 3회씩 도수치료를 이어온 환자가 자신의 다리는 어떻게 되느냐고 호소했을 때, 정부가 내놓은 답은 다른 치료법도 있다는 것이었다.

기준 설계 방식에 대한 설명도 나왔다. 복지부 비급여관리팀장은 지난달 26일 본지와 통화에서 급여기준을 만들 때 상병별로 되고 안 되고를 정하지는 않기 때문에 어떤 질병인지가 중요하지 않고, 관절 구축 등 관절계 장애가 왔을 때 사용할 수 있도록 했다고 밝혔다. 기본적인 치료를 먼저 하고 도수치료로 넘어가는 것을 전제로 만들었다는 설명이다. 기준을 만들 당시 논의된 예외 적용은 두 가지밖에 없었으며, 이후 다른 의견이 들어와 검토 중이라고 했다. 즉 일반 환자에게는 개별 질환의 특성을 기준에 반영하지 않는 방식을 택한 것이다.

정작 그 특성이 보훈 영역에서는 인정됐다. 고령이고 퇴행성·만성·복합질환을 앓는 환자는 보훈대상자만이 아니다. 뇌졸중과 파킨슨병, 사지마비 환자, 관절 구축이 진행 중인 고령 환자, 선천성 근육성 사경 영아 모두 같은 사정에 놓여 있다. 정부가 한 부처에서는 획일적 횟수 제한이 환자 특성에 맞지 않는다고 판단해 예산을 투입하면서, 다른 부처에서는 15회가 98%에게 문제되지 않는다는 입장을 유지하고 있는 셈이다.

보훈병원 안에서는 같은 치료실에서 상한이 갈린다. 보훈대상자 자격이 있는 환자는 70회까지 이어갈 수 있지만, 옆 침상의 일반 환자는 15회에서 멈춰야 한다. 의학적 판단이 아니라 자격에 따라 치료 상한이 정해지는 구조다. 보훈대상자에 대한 두터운 지원 자체를 문제 삼기는 어렵다. 다만 그 근거로 제시된 고령과 복합질환이라는 사유가 일반 환자에게는 왜 인정되지 않는지에 대한 설명은 나오지 않았다.

시행 두 달간 확인된 것은 획일적 기준의 부작용이었다. 대학병원 재활의학과가 도수치료를 중단했고, 협회 접수 기준으로 임금 동결·삭감 161건과 권고사직·부당해고 98건이 쌓였다. 도수치료를 막자 신장분사치료 청구가 급증하는 풍선효과도 나타났다. 서울중앙지법은 지난 7월 보험사가 적정성을 이유로 지급을 거부한 도수치료비에 대해 주치의의 판단을 존중해야 한다며 전액 지급을 명령했다.

보훈부는 향후 보훈대상자 도수치료 진료 실적과 복지부의 관리급여제도 운영 현황 등을 고려해 지속 관리하겠다고 밝혔다. 복지부는 청구 자료를 통한 모니터링을 준비 중이며 의원급 청구 특성상 객관적 근거를 확보하려면 3~6개월은 지켜봐야 한다는 입장이다. 예외 기준 확대와 평가 주기 단축도 검토하겠다고 했다.

정부가 한쪽에서는 고령과 복합질환을 이유로 70회를 지원하고, 다른 쪽에서는 같은 조건의 환자에게 15회를 통보한다. 두 정책 모두 정부가 만든 것이다. 무엇이 적절한 치료 횟수인지에 대한 판단이 부처와 대상에 따라 네 배 넘게 달라진다면, 그 기준의 근거가 의학인지 예산인지 정부가 답해야 한다.

고영준기자 kyjseoulilbo@kakao.com

원문: <https://www.seoulilbo.co.kr/news/articleView.html?idxno=21609>