

신의료기술에 대한 한의사의 인식 실태 파악을 위한 전화조사

이상남¹⁾ · 이봉효²⁾ · 이영준³⁾ · 한창현^{4)*}

대구한의대학교 한의과대학 ¹⁾기공학교실, ²⁾침구경혈학교실,
³⁾예방학교실, ⁴⁾한국한의학연구원 문헌연구그룹

Telephone Survey for Actual State of Recognition of New Health Technology in Korean Medical Doctors

Sang-Nam Lee,¹⁾ Bong-Hyo Lee,²⁾ Young-Joon Lee³⁾ & Chang-hyun Han^{4)*}

¹⁾Department of Qigong, ²⁾Acupuncture, Moxibustion and Acupoint,

³⁾Preventive Medicine, College of Korean Medicine, Daegu Haany University

⁴⁾Group for Medical History and Literature, Korea Institute of Oriental Medicine

Abstract

Objectives : This study was aimed to contribute to the establishment of base for the development of new health technology in Korean Medicine.

Methods : Survey was performed with 200 samples obtained through stratified sampling from the list of members of Association of Korean Medicine.

Results : For the question about the recognition of new health technology, 54.0% answered 'yes' and 45.0% answered 'no'. For the question about whether using the therapy not listed in the medical care of national health insurance, 43.5% answered 'use'.

Conclusion : Doctors of Korean Medicine seem to want the enlargement of new health technology in the Korean Medicine.

Key words : New Health Technology, Telephone Survey, Korean Medicine, Korean Medical Doctors

· 접수: 2012년 12월 12일 · 수정접수: 2013년 8월 6일 · 채택: 2013년 8월 10일

* 교신저자: 한창현, 대전광역시 유성구 유성대로 1672, 한국한의학연구원 문헌연구그룹
전화: 82-42-868-9498, 전자우편: chhan@kiom.re.kr

I. 서론

최근 산업과 문명의 발달과 더불어 현대인의 생활방식과 환경이 급속도로 변화하고 있다. 이러한 변화에는 공해, 노인인구 급증, 이상 기후 등의 여러 가지 것들이 있으며, 이에 따라 과거에는 많지 않았던 새로운 질병들이 발생하고 있다. 따라서 세계 여러 나라에서는 자국민의 건강 보호와 의료비 지출의 감소를 위하여 많은 노력을 기울이고 있으며, 그 결과로 새로운 의료 기술들이 발전하고 있다¹⁾. 그러나 이런 새로운 의료기술들은 안전성과 유효성을 평가받을 필요성이 있으며, 세계 여러 나라에서는 이러한 의료기술을 평가하는 제도를 시행하고 그와 함께 합리적인 건강보험급여를 결정하고자 하고 있다²⁾. 우리나라의 경우에는 2000년 7월에 국민건강보험의체제하에서 신의료기술에 대한 급여와 비급여의 여부를 결정하는 신의료기술결정신청제도가 시행되었으며³⁾, 이후 신의료기술에 대한 평가와 급여결정에 있어서 문제점과 미비점을 보완하기 위하여 2007년 4월 관련 의료법이 개정되어 시행됨에 따라, 신의료기술평가과정은 신의료기술 등의 결정신청과정과 신의료기술평가로 세분화 되었다⁴⁾.

하지만 그 이후의 신의료기술의 신청 및 평가를 살펴볼 때 주로 의학계를 중심으로 활발하게 진행되었으며, 한의학과 관련하여서는 매우 저조한 것이 현실이다. 관련한 연구 또한 엄⁵⁾, 이⁶⁾, 김⁷⁾ 등 의료계나 보건분야를 중심으로 연구되고 있으며 한의계의 관련논문은 거의 없다시피한 것이 실정이다. 이러한 원인으로서는 한의학과 관련한 법률적 제도에서의 문제점, 신의료기술과 관련한 교육 및 홍보 등의 여러 가지 면에서 살펴볼 필요가 있을 것으로 생각된다.

따라서 본 연구에서는 한의대 졸업 후 현재 임상에서 의료기술을 이용하고 있는 한의사들

을 대상으로 하여 신의료기술에 대한 인식과 이용실태를 조사함으로써 앞으로 한의학에서의 신의료기술의 발전에 대한 기반을 마련하고 국민건강에 기여하고자 한다.

II. 연구 대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 대한한의사협회에서 발행된 2012년도 한의사 회원 명부를 기준으로 층화추출을 실시하였다. 층화추출 방법은 한의사협회에 등록된 전체 한의사 수를 기준으로 각 지부의 한의사수 비율을 구한 다음 전체목표 설문조사 대상 200명을 곱하여 각 지부별로 전화 설문조사 인원을 산출(반올림)하여 무작위로 추출하였다. 그 결과는 아래 표와 같다(Table 1). 행정구역의 기준은 시, 도별로 구분하였으며 하위 행정구역의 구분은 전체 조사 대상자 수를 고려하였을 때 의미가 없어 더 이상 구분하지 않고 추출하였다. 추출 방법은 SPSS 20.0 statistic package를 이용하여 무작위 추출하였다. 대상자 중 응답거부 및 접촉 불가인 경우 예비표본을 사용하여 조사하였다.

2. 연구방법

본 연구에서 통계분석은 SPSS version 20.0을 이용하여 분석하였다. 연속형 변수의 경우 평균과 표준편차로 표시하였으며, 범주형 자료는 빈도수와 분율(%)로 표시하였으며, 범주형 자료 중 Likert's score로 측정된 자료의 경우 평균과 표준편차로 표시하였다. 통계검정의 경우 연속형 변수와 Likert's score는 정규성 검정 또는 등분산 검정을 거쳐 모수적 방법을 사용할 수 있는 가정이 성립되는 경우에는 두 군간 평균비교에는 student's t test를 수행하였으며, 다군간 평균비교에는 ANOVA test를 실시하여 군

Table 1. Result of stratified random sampling

Service area	No. of Korean Medicine Doctor	%	No. of primary sampling	No. of secondary sampling	Total
Seoul	4,159	28.67	57	29	86
Busan	1,044	7.20	14	7	22
Daegu	822	5.67	11	6	17
Gwangju	604	4.16	8	4	12
Incheon	474	3.27	7	3	10
Daejeon	612	4.22	8	4	13
Ulsan	321	2.21	4	2	7
Gyeonggi-do	2,741	18.90	38	19	57
Gangwon-do	349	2.41	5	2	7
Chungcheongbuk-do	371	2.56	5	3	8
Chungcheongnam-do	457	3.15	6	3	9
Jeollabuk-do	596	4.11	8	4	12
Jeollanam-do	417	2.87	6	3	9
Gyeongsangbuk-do	636	4.38	9	4	13
Gyeongsangnam-do	760	5.24	10	5	16
Jeju-do	143	0.99	2	1	3
Total	14,506	100.00	200	100	300

간 차이를 평가한 후 군간 차이가 있음이 확인된 결과는 Tukey test로 사후검정을 실시하였다. 다 군간 평균비교에서는 응답이 하나인 경우는 제외하고 군간 비교를 수행하였다. 또한 모수적 방법을 사용할 수 있는 가정이 성립되지 않는 경우에는 두 군간 비교에는 Mann-Whitney test를 실시하여 평가하였으며, 다 군간 비교에서는 Kruskal-Wallis test와 사후검정으로 Tamhane test를 실시하여 분석하였다. 범주형 자료는 교차분석을 실시하여 차이를 비교하였다. 통계검정의 유의수준은 5%에서 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 인구학적 특성

전화설문에는 총 200명이 응답하였다. 응답한

한의사들의 평균연령은 39.5±8.9세이었으며, 성별분포는 남자가 176명으로 88%를 차지하였고 여자는 24명으로 12%를 차지하고 있었다. 평균 연령은 남자는 39.9±9.2세, 여자는 36.3±4.9세로 남자의 평균연령이 여자의 평균연령보다 더 높은 것으로 분석되었다(Mann-Whitney test, p=0.042).

근무지역은 서울이 28.0%로 가장 많았으며, 경기도 17.5%, 부산 7.0% 순으로 분포하였다. 지역별 연령분포에서는 강원도가 54.6±11.9세로 가장 높았으며, 그 다음으로 대전 46.6±8.1세, 충청북도 42.0±8.2세 순으로 분석되었고 경상남도가 29.1±5.5세로 가장 낮은 것으로 조사되어 지역에 따른 응답자들의 연령 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 2, Kruskal-Wallis test, p<0.001).

Table 2. Characteristics of Respondents

		Gender				Age (Mean±S.D.)
		Male	Female	Total	%	
Gender	Male	176	0	176	88.0	39.9±9.2
	Female	0	24	24	12.0	36.3±4.9
Service area	Seoul	45	11	56	28.0	40.9±11.1
	Busan	12	2	14	7.0	40.4±7.1
	Daegu	10	1	11	5.5	39.2±8.1
	Gwangju	6	1	7	3.5	39.4±6.9
	Incheon	8	0	8	4.0	39.1±3.6
	Daejeon	8	0	8	4.0	46.6±8.1
	Ulsan	6	0	6	3.0	36.7±3.4
	Gyeonggi-do	31	4	35	17.5	39.2±5.6
	Gangwon-do	4	1	5	2.5	54.6±11.9
	Chungcheongbuk-do	4	1	5	2.5	42.0±8.2
	Chungcheongnam-do	6	0	6	3.0	34.2±3.3
	Jeollabuk-do	6	2	8	4.0	40.5±8.2
	Jeollanam-do	6	0	6	3.0	37.3±6.1
	Gyeongsangbuk-do	8	1	9	4.5	35.7±7.0
	Gyeongsangnam-do	11	0	11	5.5	29.1±5.5
	Jeju-do	2	0	2	1.0	33.5±2.1
	Non-response	3	0	3	1.5	38.7±2.9
Total		176	24	200	100.0	39.5±8.6

2. 신의료기술에 대한 인지 정도

신의료기술에 대한 인지 정도를 살펴본 결과 항목별 무응답자를 제외하고 신의료기술을 알고 있다는 응답은 108명(54.0%)이었고, 모른다는 응답은 90명(45.0%), 무응답은 2명으로 나타났다. 성별에 따라서는 남자의 54.6%(95명)가 알고 있다고 답하였으며, 여자는 54.2%(13명)가 알고 있다고 답하여 성별에 따른 차이는 없는 것으로 조사되었다. 연령대별로는 40대 64.9%(48명)가 알고 있다고 답하여 가장 높게 나타난 반면 20대에서는 36.0%(9명)가 알고 있다고 답하여 가장 낮게 나타났다. 근무지역에 따라서는 인천과 대전에서 신의료기술을 알고 있는 비율이 각각 75.0%로 가장 높게 나타났으며 경상남

도에서 18.2%로 가장 낮게 조사되었다. 그러나 신의료기술의 인지에 대한 결과는 성별, 연령별, 근무지역별 통계적 유의한 차이는 없는 것으로 분석되었다(Table 3).

3. 신의료기술에 대한 세부 인지도

신의료기술에 대한 세부 인지도는 Likert's score(5점 척도)로 측정하였으며 '들어본 적이 없다.'를 최소값으로 1점, '아주 잘 알고 있다.'를 최대값으로 5점을 부여하여 평가하였다. 신의료기술에 대한 세부 인지도는 신의료기술에 대해 알고 있다고 응답한 응답자들을 대상으로 분석하였다(Table 4).

신의료기술의 신청 및 평가절차에 대한 인지

Table 3. Cognition of new health technologies

		'신의료기술'에 대해 알거나 들어본 적이 있습니까?		Total
		Yes(%)	No(%)	
Gender	Male	95(54.6)	79(45.4)	174
	Female	13(54.2)	11(45.8)	24
Subtotal		108(54.5)	90(45.5)	198
Age	20~29	9(36.0)	16(64.0)	25
	30~39	40(51.3)	38(48.7)	78
	40~49	48(64.9)	26(35.1)	74
	50~59	9(60.0)	6(40.0)	15
	60~69	0(0.0)	2(100.0)	2
	70~79	0(0.0)	1(100.0)	1
	>80	1(100.0)	0(0.0)	1
Subtotal		107(54.6)	89(45.4)	196
Service area	Seoul	39(70.9)	16(29.1)	55
	Busan	4(28.6)	10(71.4)	14
	Daegu	8(72.7)	3(27.3)	11
	Gwangju	3(42.9)	4(57.1)	7
	Incheon	6(75.0)	2(25.0)	8
	Daejeon	6(75.0)	2(25.0)	8
	Ulsan	3(50.0)	3(50.0)	6
	Gyeonggi-do	18(51.4)	17(48.6)	35
	Gangwon-do	1(25.0)	3(75.0)	4
	Chungcheongbuk-do	2(40.0)	3(60.0)	5
	Chungcheongnam-do	3(50.0)	3(50.0)	6
	Jeollabuk-do	4(50.0)	4(50.0)	8
	Jeollanam-do	3(50.0)	3(50.0)	6
	Gyeongsangbuk-do	5(55.6)	4(44.4)	9
	Gyeongsangnam-do	2(18.2)	9(81.8)	11
	Jeju-do	1(50.0)	1(50.0)	2
	Subtotal		108(55.4)	87(44.6)

여부를 살펴본 결과 평균 2.2±0.9점으로 조사되었다. 성별에 따라서는 남자 2.1±0.9점, 여자 1.6±0.8점으로 나타나 성별 간 차이는 없으므로 분석되었으며, 연령대별로는 30대가 1.8±0.7점인 것에 반해 50대가 2.9±1.1점으로 분석되었다. 근무지역에 따른 점수는 대구지역의 응답자들 평균점수가 2.5±0.9점으로 가장 높았으며, 전라북도 지역의 평균점수가 1.3±0.6점으로 가장 낮

게 조사되었으나 연령이나 지역에 따른 인지 정도의 차이는 없는 것으로 분석되었다.

진단 및 치료기술 중 신의료기술 평가를 통해 요양급여 목록에 등재된 것이 아니면 환자들이 게 비용청구를 할 수 없는 현행법에 대한 인지도 조사에서는 평균 3.4±1.1점으로 나타났다. 성별에 따라서는 남자(3.5±1.0점)가 여자(2.6±1.3)보다 더 잘 알고 있는 것으로 분석되었으며, 근

Table 4. Detailed cognition of new health technologies

		신의료기술 신청 및 평가 절차			요양급여 제외목록 비용청구 금지 법률			한의학 분야 신의료기술		
		Mean±SD	Statistic	p-value	Mean±SD	Statistic	p-value	Mean±SD	Statistic	p-value
Gender	Male	2.1±0.9	453.5 ^a	0.057	3.5±1.0	414.5 ^a	0.025	2.6±1.0	455.5 ^a	0.099
	Female	1.6±0.8			2.6±1.3			2.2±0.8		
Service Area	Seoul	2.2±1.0	0.955 ^b	0.505	3.3±1.2	12.402 ^c	0.648	2.4±1.0	1.188 ^b	0.296
	Busan	2.0±0.0			2.5±0.6			2.5±0.6		
	Daegu	2.5±0.9			3.1±1.6			2.4±1.2		
	Gwangju	1.7±0.6			3.0±1.0			2.3±0.6		
	Incheon	1.7±0.5			3.5±0.8			3.0±0.9		
	Daejeon	2.2±0.4			3.8±0.4			3.8±0.4		
	Ulsan	2.3±0.6			3.7±0.6			3.0±0.0		
	Gyeonggi-do	1.8±0.9			3.4±1.0			2.9±1.1		
	Gangwon-do	2.0			4.0			3.0		
	Chungcheongbuk-do	2.0±1.4			3.5±0.7			2.5±0.7		
	Chungcheongnam-do	2.0±0.0			4.0±0.0			2.7±0.6		
	Jeollabuk-do	1.8±1.0			3.5±0.6			2.5±0.6		
	Jeollanam-do	1.3±0.6			2.7±1.2			1.7±0.6		
	Gyeongsangbuk-do	1.4±0.5			4.0±0.0			2.0±1.0		
	Gyeongsangnam-do	3.0±1.4			4.0±1.4			3.0±1.4		
Jeju-do	2.0	4.0	2.0							
Age	20~29	2.0±0.7	4.331 ^b	0.006	2.9±1.2	0.823 ^b	0.484	2.2±0.4	2.975 ^b	0.035
	30~39	1.8±0.7*			3.5±1.0			2.4±0.9		
	40~49	2.1±0.9			3.4±1.0			2.8±1.0		
	50~59	2.9±1.1*			3.5±1.4			3.3±1.2		
	>80	3.0			4.0			3.0		

a; Mann-Whitney U statistics, b; ANOVA F statistics, c; χ^2 statistics from Kruskal-Wallis test, *; Significant difference between groups by Tukey post hoc test

무지역에 따라서는 충청남도과 경상북도, 경상남도에서 근무하고 있는 한의사들이 현행법에 대해 잘 알고 있는 것으로 조사되었으나 지역에 따른 인지도의 차이는 없는 것으로 나타났다. 또한 연령에 따른 인지도에서도 30대와 50대에서 가장 높은 평균점수를 보이고 있었지만 연령에 따른 차이는 없는 것으로 분석되었다.

한의학 분야의 신의료기술에 대한 인지도 조사에서는 평균 2.6±1.0점을 보였다. 성별에 따른 차이에서는 남자 2.6±1.0점, 여자 2.2±0.8점으로

차이가 없는 것으로 분석되었으며, 근무지역에 따라서는 대전지역에서 평균 3.8±0.4점으로 조사되어 가장 높은 점수를 보였지만 지역에 따른 차이 역시 없는 것으로 나타났다. 연령에 따른 인지도 결과에서는 50대가 3.3±1.2점을 보인 반면 20대가 2.2±0.4점으로 나타나 연령이 증가할수록 인지도가 증가하는 것으로 분석되었다.

신의료기술을 들어본 적이 없다고 응답한 사람들을 대상으로 이유를 알아본 결과 ‘한의사협회의 홍보 부족’을 주 원인으로 삼고 있었다. 성

별에 따른 주요 이유로 남자 응답자의 37.7%가 ‘한의사협회의 홍보 부족’을 선택하여 가장 높은 응답률을 보이고 있었으며, 여자 응답자는 ‘신의료기술 담당 정부기관의 홍보 부족’과 ‘한의사협회의 홍보 부족’을 각각 27.3%로 많이 선택하였지만 성별에 따른 이유의 차이는 없는 것으로 분석되었다. 지역에 따른 이유로는 ‘신의료기술 담당 정부기관의 홍보 부족’은 서울이 31.2%로 가장 높게 나타났으며, ‘한의사협회의 홍보 부족’은 부산 18.8%, ‘국가 의료 정책에 대한 한의사의 관심 부족’은 경기도 33.3%, ‘한의사 회원들 간의 정보 교류 부족’은 경기도 22.7%로 가장 높은 응답률을 보였지만 통계적으로 의미가 있는 차이는 없는 것으로 분석되었다. 연령에 따른 이유로는 20대는 ‘신의료기술 담당 정부기관의 홍보 부족’을 제외한 나머지 이유들을 각각 31.2%로 선택하여 높은 비율을 보이고 있었으며, 30대는 ‘한의사협회의 홍보 부족’을 47.4%로 가장 많은 응답을 하였고 40대 이상은 ‘신의료기술 담당 정부기관의 홍보 부족’을 30.3%로 주요 이유로 답하고 있었지만 연령에 따른 차이 역시 없는 것으로 분석되었다(Fig 1).

4. 신의료기술 이용 현황

전화설문 조사 응답자 200명을 대상으로 현재 진료에서 요양급여 목록에 해당하지 않는 기술 이용 여부에 대한 조사에서 총 199명이 응답하였으며 그 중 43.5%에 해당하는 87명이 요양급여 목록에 포함되어 있지 않은 기술을 진료에서 사용하고 있다고 답하였다. 성별에 따른 차이를 살펴본 결과 남자는 40.6%가 사용하고 있다고 답한 반면 여자는 66.7%가 사용하고 있다고 답하였다(Fig 2). 연령별 차이에서는 30대는 사용하고 있는 비율과 사용하고 있지 않는 비율이 동일하게 나타났으나 나머지 연령대에서는 사용하고 있지 않은 비율이 높게 나타났으며, 연령대에 따른 이용비율의 차이는 없는 것으로 분석되었다. 근무지역에 따라서는 전라북도 87.5%, 광주 85.7%로 이용비율이 높게 나타났으며, 경상남, 북도와 제주도에서는 이용하고 있다고 응답한 경우가 없는 것으로 조사되어 근무지역에 따른 이용비율의 차이가 있는 것($p < 0.001$)으로 분석되었으나 응답자 수가 적어 지역적 차이가 있다고 해석하기에는 무리가 있었다.

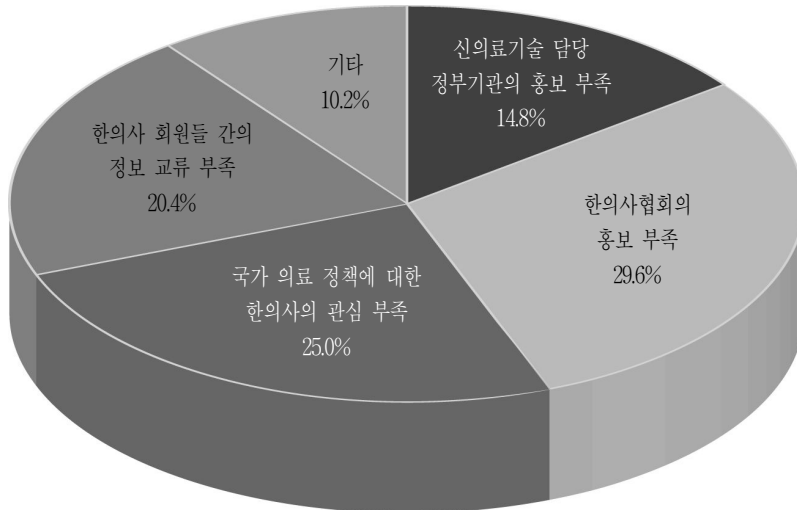


Figure 1. Reasons of the ignorance of new health technologies

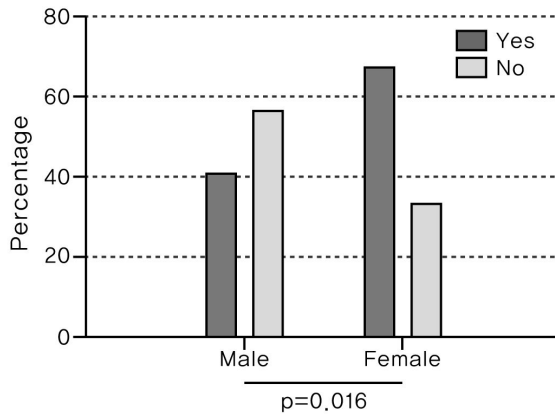


Figure 2. Gender difference in the clinical technologies usage which was not included in care insurance catalog.

또한 현재 영양급여 목록에 포함되지 않은 기술을 사용하고 있다고 응답한 87명을 대상으로 기술의 종류와 빈도를 조사한 결과 한 가지 기술을 이용하고 있는 경우와 매일 사용하고 있다고 답한 경우가 가장 높게 나타났다(Fig 3).

성별에 따른 차이에서는 2, 3가지를 이용하는 비율이 여자보다 남자에게서 많은 것으로 조사되었지만 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 30대에서는 한 가지를 가장 많이 사용하고 있다고 답한 반면 20대와 40대 이상에서는 두 가지를 가장 많이 사용하고 있다고 답하였으나 또한 차이는 없는 것으로 나타났다. 근무지역에 따른 이용분포에서는 서울, 부산, 울산, 경기도, 강원도, 충청북도가 한 가지를 사용하고 있는 비율이 가장 높은 지역으로 조사되었고, 두 가지는 광주, 전라북도, 전라남도이었으며, 세 가지는 대구, 네 가지는 대전, 다섯 가지는 충청남도로 나타나 통계적으로 유의한 차이(p=0.026)는 보이고 있었으나 응답자 수가 적어 근무지역에 따른 이용하는 종류의 차이가 있다고 판단하기에는 무리가 있었다.

기술의 평균 사용 빈도 결과에서는 남자(67.6%)와 여자(64.3%) 모두 다 1일에 1회 이상 이용한다고 답한 경우가 가장 높은 비율을 차지하고 있었으며 빈도가 낮을수록 응답비율도 낮아지는 경향을 보이고 있지만 성별에 따른 차이는 없는 것으로 분석되었다. 연령에 따른 사용 빈도 분석에서도 모든 연령에서 1일 1회 이상 이용 비율이 가장 높게 나타났으며 특히 40대 이상에서는 주 2~5회 사용 빈도가 다른 연령대에 비해 높은 것으로 조사되었으며, 20대에서는 월 2~3회 이용이 다른 연령대보다 높은 것으로 나타났지만(p=0.033) 연령에 따른 차이가 있다고 해석하기에는 표본 수가 적어 무리가 있다. 근무지역에 따른 분포에서도 대전을 제외한 모든 지역에서 1일 1회 이상이 가장 많은 것으로 조사되어 지역에 따른 차이 역시 없는 것으로 분석되었다.

영양급여 목록에 포함되지 않은 기술을 사용하지 않는다고 응답한 112명을 대상으로 그 이유를 조사한 결과 ‘환자에게 비용청구를 할 수 없기 때문’이라는 응답이 27.4%로 가장 높게 나

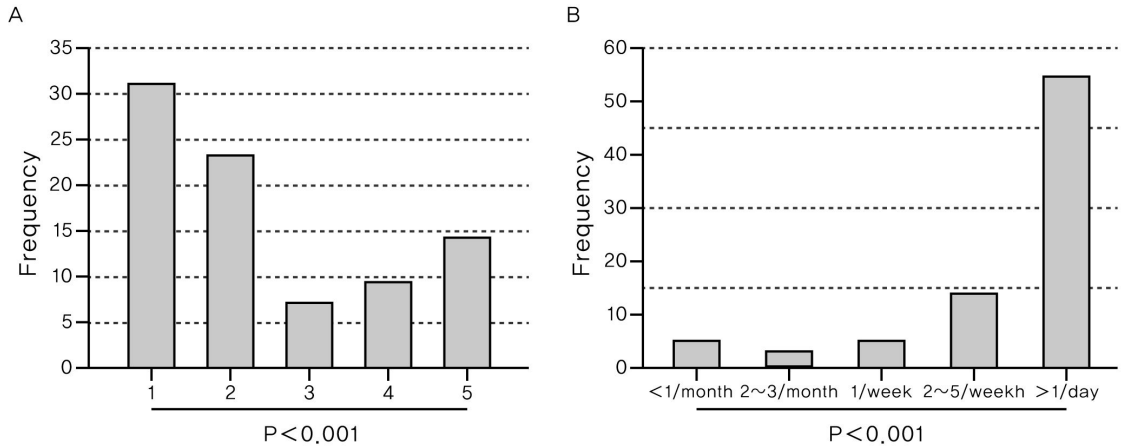


Figure 3. Number and frequency of using new health technologies

타났으며, ‘교육을 받은 경험이 없기 때문’ 23.0%, ‘요양급여 기술로도 치료가 충분하기 때문’ 20.4% 순으로 나타났다($p < 0.001$)(Fig 4).

성별에 따른 이유로는 여자는 ‘환자에게 비용청구를 할 수 없기 때문’이라는 응답이 75.0%로 분석되어 여성 응답자 대부분이 경제적인 이유를 들고 있는 반면에 남자는 ‘교육을 받은 경험이 없기 때문’이라는 응답이 25.7%로 가장 높게 조사되어 성별에 따른 이유의 차이가 있는 것으로 나타났지만($p < 0.001$), 여자 응답자들의 응답이 집중되어 있어 통계결과를 신뢰하기에는 무리가 있었다. 20대에서는 53.3%가 ‘교육을 받은 경험이 없기 때문’을 가장 많이 선택하였고, 30대 이상에서는 ‘환자에게 비용청구를 할 수 없기 때문’이라는 응답을 가장 많이 선택한 것으로 조사되었으나 연령에 따른 이유의 통계적 차이는 없는 것으로 분석되었다. 하지만 연령이 낮을수록 교육을 받지 않은 이유를 선택한 비율이 높아지는 반면 연령이 높을수록 요양급여 기술만으로도 충분히 치료할 수 있기 때문이라는 응답 비율이 증가하는 경향을 보였다.

현재 요양급여 목록에 포함되어 있는 기술만으로 임상진료가 충분한지를 5점 척도로 측정한

결과 조사 대상자 200명의 평균점수가 2.34 ± 0.95 점으로 분석되어 충분하지 못하다고 생각하는 것으로 나타났다. 성별에 따른 차이는 남자가 평균 2.35 ± 0.96 점으로 나타나 여자 평균 2.21 ± 0.88 점 보다 높은 점수를 보이고 있었지만 통계적으로 차이는 없었다. 근무지역에 따라서는 경상북도가 평균 3.22 ± 0.88 점으로 가장 높게 나타났으며, 충청북도가 1.80 ± 0.45 점으로 가장 낮게 조사되었지만 역시 지역에 따른 차이는 없는 것으로 분석되었다. 연령에 따른 차이에서는 60대 이상에서 평균 3점 이상의 점수를 보여 현 요양급여 목록만으로도 만족하고 있는 것으로 나타났으며, 40대가 2.25 ± 0.93 점으로 가장 낮은 점수를 보였지만 통계적으로 차이는 없는 것으로 조사되었다.

한의 신의료기술을 평가를 통해 요양급여 목록에 등재시키고자 할 때 가장 걸림이 되는 문제로 ‘임상 효과에 대한 근거부족’을 선택하였으며, ‘신청 기술에 대한 양방과 한방간의 정책적 판단 필요’ 등의 순으로 나타났다(Fig 5).

성별에 따라서는 남자는 39.8%가 ‘임상 효과에 대한 근거부족’을 선택하여 가장 높은 비율을 보이고 있었으나, 여자는 45.8%가 ‘신청 기술

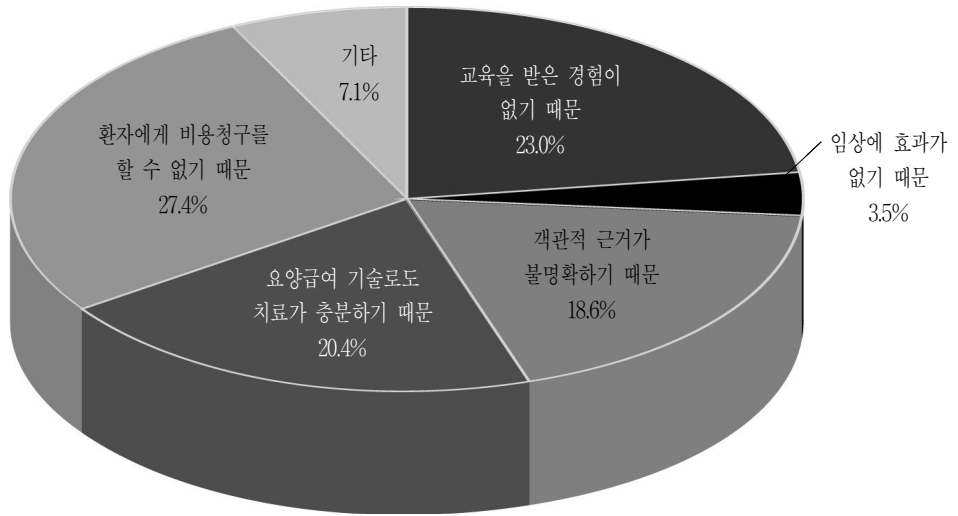


Figure 4. Cause of disuse a clinical technologies which was not included in care insurance catalog.

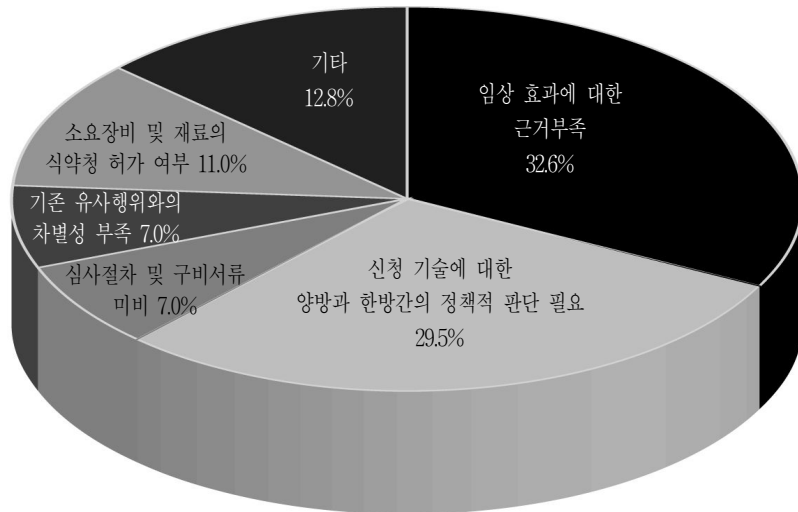


Figure 5. Obstacle to listing technologies which was not included in care insurance catalog.

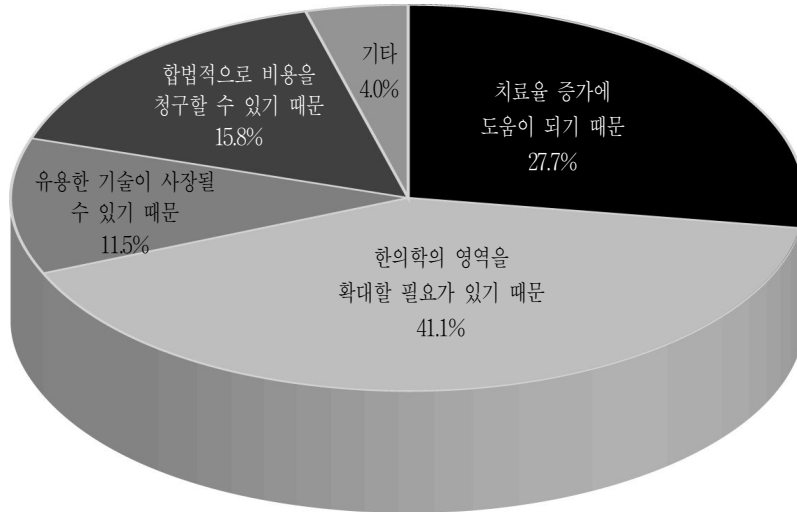


Figure 6. Reasons to be listed as new health technologies

에 대한 양방과 한방간의 정책적 판단 필요'를 선택하여 요양급여 목록 등재 시 걸림이 되는 문제에 대해 성별에 따른 서로 다른 의견을 보이고 있었지만 통계적인 차이는 없는 것으로 분석되었다. 연령대에 따른 문제점의 차이에서는 20대와 30대가 '임상 효과에 대한 근거부족'을 각각 64.0%, 35.9%로 가장 많이 선택한 반면 40대 이상에서는 '신청 기술에 대한 양방과 한방간의 정책적 판단 필요'를 가장 많이 선택하였다. 근무지역에 따른 분포에서는 '임상 효과에 대한 근거부족'을 가장 큰 문제점으로 선택한 지역은 대구, 광주, 울산, 경기도, 충청북도, 경상남, 북도, 제주도로 조사되었으며, 나머지 지역은 '신청 기술에 대한 양방과 한방간의 정책적 판단 필요'를 가장 큰 문제점으로 들고 있었다. 하지만 연령과 근무지역에 따른 문제점의 차이는 없는 것으로 분석되었다.

한의학에서 사용되고 있는 임상기술을 조사, 수집하여 한의 신의료기술로 등재할 필요성에 대한 조사결과 200명 대상자 중 198명이 응답하였으며 평균 4.26±0.68점으로 나타나 등재할 필

요성이 있는 것으로 생각하고 있었다. 성별에 따라서는 남자가 평균 4.25±0.68점으로 여자 평균 4.38±0.71점 보다 낮은 점수를 보이고 있었지만 성별에 따라 필요성에 차이는 없는 것으로 분석되었으며, 30대에서 평균 4.15±0.70점으로 가장 낮게 나타났지만 나머지 연령대에서는 평균 4.3점대 이상의 응답을 보였다. 지역에서는 대구가 평균 4.64±0.92점으로 가장 높은 필요성을 나타내고 있는 반면에 부산은 평균 3.79±0.80점으로 가장 낮은 점수를 보이고 있었다. 하지만 연령이나 근무지역에 따른 점수의 차이는 없는 것으로 분석되었다.

신의료기술로 등재될 필요가 없다고 응답한 응답자는 총 7명이었으며 그 이유로는 '지금 등재된 항목으로도 충분하기 때문에'가 4건, '등재되지 않은 유용한 기술이 더 이상 없기 때문에'가 1건, 기타 2건의 응답이 있었다.

신의료기술로 등재되어야 할 이유에 대해서는 총 187명이 복수응답하여 253건의 응답이 있었으며, 가장 많이 응답한 이유는 '한의학의 영역을 확대할 필요가 있기 때문'으로 조사되었으

며 그 다음으로 ‘치료율 증가에 도움이 되기 때문’을 들고 있었다(χ^2 test, $p < 0.001$)(Fig 6).

성별에 따라서는 남자와 여자 모두 다 한의학의 영역 확대를 가장 많은 이유로 선택하고 있었으며, 모든 연령층에서도 같은 이유를 선택하고 있었다. 또한 근무지역에서는 울산과 전라남도, 전라북도는 치료율의 증가를 이유로 선택한 반면 나머지 지역에서는 모두 한의학의 영역 확대를 이유로 선택하였다.

IV. 고찰

신의료기술이란 안전성과 유효성이 평가되지 않은 의료기술과 신의료기술로 평가를 받았으나 사용대상이나 사용목적, 시술방법이 변경된 것으로 복지부 장관이 평가가 필요하다고 인정한 것을 말한다. 이러한 신의료기술은 과학 기술의 발전, 새로운 질병의 출현, 보다 효과적인 의료기술에 대한 요구 등의 급변하는 의료환경에 따라 관심이 높아져가는 분야이다. 그러나 2007년 4월 우리나라에서 신의료기술평가와 관련하여 의료법이 개정되어 시행된 이후 전체 신의료기술 신청을 볼 때 한의사와 관련된 신청은 930건 중 37건(13%)에 불과 하였으며 주요시설 의료인이 한의사 단독인 경우는 19건(2%)에 불과하였다⁸⁾. 이러한 결과는 신의료기술이라는 분야에서 한의학의 영역이 매우 좁다는 것을 나타내며 앞으로 학문의 영역 확대 및 한의학 임상 기술의 개발 및 발전에서 전망이 밝지 않음을 나타낸다고 볼 수 있다. 따라서 그 원인을 밝히고 그에 따른 대비책을 마련하기 위하여 실제 임상에서 의료기술을 직접 사용하고 있는 한의사를 대상으로 하여 신의료기술에 대한 인식과 실제 이용현황 등에 대한 조사를 함으로써 향후 한의 신의료기술의 발전에 토대가 될 수 있는 기초 자료를 마련할 필요가 있다.

특히 이번 조사에서는 전체 한의사를 대상으

로 각 지역별 지부별로 한의사 수의 비율을 구한 다음 전화 설문조사의 대상자를 선정하여 무작위 설문조사에 따른 지역별 편차를 최소화 하고 조사 결과에 대한 타당성을 높이고자 하였다. 그리하여 전화 설문조사에 남자가 88%(176명), 여자는 12%(24명)로 총 200명이 참가하였다.

근무지역은 서울이 가장 많았고 경기도, 부산 등의 순으로 분포하였다. 지역별 연령분포에서는 강원도가 54.6±11.9세로 가장 높았고, 경상남도가 29.1±5.5세로 가장 낮았으며 이를 볼 때 지역에 따라 응답자들의 연령 차이가 있는 것으로 나타났다.

신의료기술에 대한 인지정도에서는 ‘신의료기술을 알고 있다’는 응답은 108명(54.0%), ‘모른다’는 응답은 90명(45.0%), ‘무응답’은 2명으로 신의료기술에 대하여 알고 있는 경우와 모르고 있는 경우는 비슷하였으며 성별, 연령별, 근무지역별에 따른 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

신의료기술에 대한 세부 인지도를 조사한 결과, 첫째 신의료기술의 신청 및 평가절차에 대한 인지도는 평균 2.2±0.9점으로 조사되어 잘 알고 있지 못한 것으로 분석되었다. 성별에 따른 차이는 없는 것으로 분석되었으며, 연령대별로는 30대가 1.8±0.7점인 것에 반해 50대가 2.9±1.1점으로 분석되어 연령이 높아질수록 신청 및 평가절차에 대해 더 많이 알고 있는 경향을 보이고 있었다. 근무지역에 따른 인지정도의 차이는 없는 것으로 분석되었다.

신의료기술 평가를 통해 요양급여 목록에 등재된 것이 아니면 새로운 진단 및 치료기술을 환자들에게 비용청구를 할 수 없는 현행법에 대한 인지도를 조사한 결과 평균 3.4±1.1점으로 나타나 비교적 잘 알고 있는 것으로 분석되었으며 성별이나 지역, 연령에 따른 차이는 없는 것으로 분석되었다.

한의학 분야의 신의료기술에 대한 인지도 조사에서는 평균 2.6±1.0점을 보여 어느정도 인지하고는 있지만 잘 모르고 있는 것으로 파악되었

다. 성별과 지역에 따른 차이 역시 없는 것으로 나타났다. 그러나 연령에 따른 인지도 결과에서는 연령이 증가할수록 인지도가 증가하는 것으로 분석되었다.

신의료기술을 들어본 적이 없다고 응답한 한의사를 대상으로 그 이유를 조사한 결과 ‘한의사협회의 홍보 부족’이 29.6%, ‘국가 의료 정책에 대한 한의사의 관심부족’ 25.0%, ‘한의사 회원들 간의 정보 교류 부족’ 20.4% 순이었다. 그리고 성별, 지역별, 연령에 따른 차이는 통계적인 의미는 없는 것으로 분석되었다. 이를 볼 때 신의료기술에 대한 정보를 적극적으로 홍보함과 동시에 협회 차원의 관심과 노력이 무엇보다 필요한 것으로 생각되며, 협회 뿐 만 아니라 이와 관련한 학회나 소모임 등의 활동을 통하여 한의사 간의 정보의 교류를 활성화 시킬 필요성이 있는 것으로 보인다.

현재 진료에서 요양급여 목록에 해당하지 않는 기술을 이용하는지의 여부에 대한 조사에서는 200명 중 총 199명이 응답하였으며 그 중 43.5%에 해당하는 87명이 ‘요양급여 목록에 포함되어 있지 않은 기술을 진료에서 사용하고 있다’라고 답하였다. 성별에 따른 조사에서는 남자 40.6%, 여자는 66.7%로 여자가 요양급여 목록에 포함되지 않은 기술을 더 많이 이용하고 있는 것으로 분석되었다. 연령대에 따른 이용비율의 차이는 없는 것으로 분석되었으나 근무지역에 따른 이용비율의 차이는 있는 것($p < 0.001$)으로 분석되었다. 그러나 응답자 수가 적어 이 결과만으로 지역적 차이가 있다고 해석하기에는 무리가 있는 것으로 생각된다.

현재 요양급여 목록에 포함되지 않은 기술을 사용하고 있다고 응답한 87명을 대상으로 기술의 종류와 빈도를 조사한 결과 한 가지 기술을 이용하고 있는 경우와 매일 사용하고 있다고 답한 경우가 가장 높게 나타났다(Fig 3).

요양급여 목록에 포함되지 않은 기술을 사용하지 않는다고 응답한 112명을 대상으로 그 이

유를 조사한 결과 ‘환자에게 비용청구를 할 수 없기 때문’이라는 응답이 27.4%, ‘교육을 받은 경험이 없기 때문’ 23.0%, ‘요양급여 기술로도 치료가 충분하기 때문’ 20.4% 순으로 나타나 요양급여 목록에 포함되지 않은 기술을 사용하지 않는 것은 경제적인 이유 때문으로 나타났다($p < 0.001$).

성별에 따른 이유로는 여자는 ‘환자에게 비용청구를 할 수 없기 때문’이라는 응답이 75.0%로 분석되어 여성 응답자 대부분이 경제적인 이유를 들고 있는 반면에 남자는 ‘교육을 받은 경험이 없기 때문’이라는 응답이 25.7%로 가장 높게 조사되어 성별에 따른 이유의 차이가 있는 것으로 나타났지만($p < 0.001$), 여자 응답자들의 응답이 집중되어 있어 통계결과를 신뢰하기에는 무리가 있다. 또한 연령에 따른 이유의 통계적 차이는 없는 것으로 분석되었다. 하지만 연령이 낮을수록 교육을 받지 않은 이유를 선택한 비율이 높아지는 반면 연령이 높을수록 요양급여 기술만으로도 충분히 치료할 수 있기 때문이라는 응답비율이 증가하는 경향을 볼 때 연령이 높아지며 경험에 따른 치료기술의 향상으로 신의료기술에 대한 필요성이 낮아지는 것으로 해석할 수 있다.

현재 요양급여 목록에 포함되어 있는 기술만으로 임상진료가 충분한지를 5점 척도로 측정한 결과 조사 대상자 200명의 평균점수가 2.34 ± 0.95 점으로 분석되어 충분하지 못하다고 생각하는 것으로 나타났다. 그리고 성별, 지역별, 연령별에 따른 차이는 없는 것으로 조사되었다.

또한 한의 신의료기술을 평가를 통해 요양급여 목록에 등재시키고자 할 때 가장 걸림이 되는 문제로는 ‘임상 효과에 대한 근거부족’을 선택하였으며, ‘신청 기술에 대한 양방과 한방간의 정책적 판단 필요’를 그 다음으로 들고 있어 신의료기술로 등재 시 문제가 되는 점으로 한의사들은 정책이나 행정절차보다 임상에서의 근거확보를 더 중요하게 생각하는 것으로 해석할 수

있다(χ^2 test, $p < 0.001$).

한의계에서 사용되고 있는 임상기술을 조사, 수집하여 한의 신의료기술로 등재할 필요성에 대한 조사결과 200명 대상자 중 198명이 응답하였으며 평균 4.26 ± 0.68 점으로 나타나 등재할 필요성이 있는 것으로 생각하고 있었으며, 성별, 연령별, 지역별에 따른 점수의 차이는 없으므로 분석되었다.

신의료기술로 등재되어야 할 이유에 대해서는 총 187명이 복수응답하여 253건의 응답이 있었으며, '한의학의 영역을 확대할 필요가 있기 때문'이 가장 많았으며, 그 다음으로 '치료율 증가에 도움이 되기 때문'을 들고 있었다(χ^2 test, $p < 0.001$).

성별과 연령별에서 모두 다 한의학의 영역 확대를 가장 많은 이유로 선택하고 있었으며, 근무지역 별로는 울산과 전라남, 북도가 치료율의 증가를 이유로 선택하고 나머지 지역에서는 동일하게 한의학의 영역확대를 이유로 선택하고 있는데 이는 현재 점차 위축되어 가고 있는 한방 의료시장의 상황이 반영된 이유라 판단된다.

따라서 이상과 같은 조사 결과를 볼 때 한의사들의 신의료기술에 대한 인식 정도는 확실히는 아니라도 알고는 있는 것으로 판단된다. 세부 인지도를 살펴보면 신의료기술평가를 통하여 요양급여에 등재된 것이 아닌 새로운 기술은 비용청구를 할 수 없는 현행법에 대하여는 비교적 잘 알고 있는 편이나 신청 및 평가절차에 대하여서는 잘 모르는 것으로 나타났다. 그러나 신의료기술 등재에 대한 필요성에서는 대부분의 한의사가 등재의 필요성이 있다고 한 점과 기존의 기술만으로는 충분하지 못하다고 생각하는 점을 볼 때 한의 신의료기술의 확대를 원하는 것으로 보인다. 그러나 한의신의료기술의 평가와 등재에서 가장 걸림이 되는 것을 '임상 효과에 대한 근거 부족'을 선택한 것과 신의료기술의 인식 부족에서 협회의 홍보부족을 가장

큰 이유로 선택한 것을 볼 때 앞으로 협회 차원에서의 적극적인 홍보와 정책마련과 동시에 여러 한의 신의료기술에 대한 한의학계의 활발한 연구와 검증이 필요한 것으로 생각된다.

본 연구는 200명이라는 한정된 숫자의 한의사를 대상으로 한 점에서 전체 한의학계의 인식을 파악하기에는 부족한 것이 사실이다. 그러나 실제 임상에서 의료기술을 사용하는 한의사를 대상으로 지역별 편차를 줄여 실제 인식의 정도와 의료기술 사용현황을 파악한 점에서 의의가 있으며 향후 보다 많은 대상자를 통한 연구 확대가 필요한 것으로 생각된다.

V. 결론

전국 200명의 한의사를 대상으로 하여 신의료기술에 대한 인식 및 임상현황을 전화조사하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 한의사들은 신의료기술에 대한 인식에서는 관련한 현행법 등에 대하여는 비교적 잘 알고 있는 편이나 신청 및 평가절차에 대하여서는 잘 알고 있지 못하는 것으로 사료된다.
2. 한의사들은 한의학의 영역 확대를 위하여 한의 신의료기술이 보다 많이 등재되기를 원하고 있다.
3. 앞으로 협회 차원에서의 적극적인 홍보 및 정책마련과 동시에 여러 한의 신의료기술에 대한 한의학계의 활발한 연구와 검증이 필요한 것으로 사료된다.

감사의 글

이 연구는 한국한의학연구원 新동의보감 편찬 사업(K13380) 과제의 지원을 받아 수행되었습니다.

참고문헌

1. 최상은. 우리나라 의료의 신기술 도입양상에 관한 연구. 보건과 사회과학. 2001; 165-89.
2. 임문혁. 캐나다 Medicare의 신의료기술평가와 건강보험 급여결정. 보건복지포럼. 2009; 155:66-75.
3. 전운천. 신의료 기술 : 신의료 기술의 정의와 현황. 대한임상중양연구 심포지엄. 2008; 4(2): 4-15.
4. 이의경, 유근춘, 정영호, 임재영, 고숙자, 박세정, 박은자, 손현순. 신의료기술 등이 경제성 평가 및 활용을 위한 정책방안: 의약품을 중심으로. 한국보건사회연구원. 2005; 1-17.
5. 엄영진. 한국 신의료기술평가의 미래 및 국제 HTA의 현황. 대한외과학회 초록집. 2010; 45: 55-62.
6. 이선희. 한국의 신의료기술평가제도. 대한임상중양학회지. 2009; 5(2):47-64.
7. 김형호. 신의료기술: 신의료기술 도입의 평가 - 의료인측의 입장 -. 대한임상중양연구 심포지엄. 2008; 16:27-30.
8. 한창현, 박황진, 이봉효, 이영준, 권오민. 한의 신의료기술 행위 동향 분석. Korean Journal of Acupuncture. 2012; 29(2): 319.