대한예방한의학회지 제22권 제3호(2018년 12월) doi : 10.25153/spkom.2018.22.3.004
Journal of Society of Preventive Korean Medicine 2018 ; 22(3) : 31-44

# 한약제제 보험급여 확대 및 활성화 방안에 대한 한의사 인식도 조사

주용준[1] · 김주철[2] · 이은경[3] · 장보형[3]* · 박선아[1] · 박준상[1] · 정덕현[4] · 최재영[4] · 신용철[3] · 고성규[3]
[1] 경희대학교 대학원 한의학과, [2] 한의학정책연구원
[3] 경희대학교 한의과대학 예방의학교실, [4] 경희대학교 대학원 한방응용의학과

# Survey on the Korean Medicine Doctor's Awareness of the Extension and Activation of Herbal Medicine Preparations Insurance Benefits

Yong-Joon Joo[1], Ju-Chul Kim[2], Eun Kyung Lee[3], Bo-Hyoung Jang[3]*, Sun Ah Park[1], Joonsang Park[1], Dukhyun Jung[4], Jae Young Choi[4], Yong-Cheol Shin[3] & Seong-Gyu Ko[3]
[1] Department of Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University
[2] Research Institute of Korean Medicine Policy
[3] Department of Preventive Medicine, College of Korean Medicine, Kyung Hee University
[4] Department of Applied Korean Medicine, Graduate School, Kyung Hee University

## Abstract

**Objectives :** The aim of this study was to investigate the Korean medicine doctor's perception of the extension and activation of herbal medicine preparations insurance benefits.

**Methods :** The sample of Korean medicine doctors' panel pool which is extracted by examining the square root quota of city location of Korean medicine clinics was used. In case of a vacancy in some participants, the number of Korean medicine doctors were supplemented and placed for investigation.

**Results :** It has 54.0% awareness of the separation of prescribing and dispensing herbal preparations, 87.0% agreed on the need to be insured, but the separation as a necessary condition for being insured was only 60.3% agreed. When a large number of herbal preparations are being insured, it was expected that 30% to 50% of patients(30.3%) will be prescribed herbal preparations and the number of new patients will increase by 5 to 15 for the purpose of prescriptions only(49.3%). Increase amount of medical expense(₩3,000) as a result of the separation of prescribing and dispensing herbal preparations are insufficient(54.3%).

**Conclusions :** From the results of this study, extension of national health insurance to cover herbal preparations must be needed to activate herbal medicine preparations and improve Korean medical services.

**Key words :** Health insurance to Korean medicine, herbal medicine preparation, Korean medicine doctors' awareness, separation of prescribing and dispensing herbal preparation

• 접수 : 2018년 11월 7일 • 수정접수 : 2018년 12월 13일 • 채택 : 2018년 12월 17일
*교신저자 : 장보형, 02447 서울 동대문구 경희대로 26 한의과대학 8층 예방의학교실
전화 : +82-2-961-9278, 팩스 : 02-961-2383, 전자우편 : bhjang@khu.ac.kr

# I. 서 론

사회경제적 발전 및 고령화로 말미암은 만성질환의 증가와 높아지는 의료비에 대한 대처 방안으로 전통의학에 대한 관심과 중요성은 계속 늘어나고 있다[1]. 이미 보완대체의학 시장 규모는 2015년 1,141억 8,000만 달러에서 2020년 1,542억 7,400만 달러로 확대 전망이며 Herbal Medicine이 58.1%로 가장 크고 그 다음으로 중의학(中醫學)이 29.4% 점유율을 보이고 있다[2]. 이러한 중요성을 일찍이 인식하여 각 국가 마다 글로벌 전통의학 시장 내 점유율을 높이기 위해 노력하는 한편, 보다 보편적인 국민 혜택 및 양질의 의료서비스 제공을 위해 전통의학을 국가 보험 시스템에 안정적으로 정착시키기고 그 보장 범위를 넓히고 있는 추세이다.

전통의학에서 제제(製劑) 관련 현황을 살펴보자면 중국에서는 정부 주도로 국가기본약물목록에 첩약과 함께 중약제제(중성약) 포함시키고 있으며, 더 나아가 '13년판 국가기본의료보험약품목록에 수록된 중약제제 총 927개 품종 중 일반적으로 임상에서 기본약물로 적용되는 135개 품목을 갑류로 지정하여 전액 보험급여 적용을 하였고 나머지 792개 품목을 일부 환자 부담하는 형태로 보험급여를 대폭 확대해 나가고 있다. 이는 고스란히 사용량 증가 및 기술 개발로 이어져서 2014년 기준 220여개의 중성약이 임상시험 진행중이며 다양한 제형과 질환에 맞춘 중성약 개발로 선순환이 이루어지고 있다[3].

일본의 경우 민간 및 제약회사 중심의 활발한 움직임으로 이미 148 품목의 한약처방이 보험급여 대상이며 900여개의 한약제제가 출시되어있다. 이를 토대로 일본 내 한약처방 시장규모는 2013년 기준 1조 5천억원이며, 생산 시장 전체를 모두 보험급여 적용하고 있다. 대만 또한 중약농축제제 400 품목 이상 건강보험 적용되고 있으며 한약처방 시장규모 역시 2014년 기준 2,700억원에 이른다[3].

우리나라의 경우에도 1984년 한방의료보험 시범사업에서 보험급여 적용을 시작으로(98단미제, 69처방) 1987년 한방의료보험 본사업에 포함되었고(68단미제, 26처방), 1990년 적용 처방(56처방) 확대되어 보험급여 되었으나, 현재 「한약제제급여목록 및 상한금액표」에 등재된 단미엑스제제 67종, 단미엑스혼합제 56종을 끝으로 30년 가까이 더 이상의 개정이 이루어지지 않고 있다[4]. 시장 규모 측면에서도 2002년 기준 한약제제 생산실적 3,654억원, 국내 제약시장 생산액 대비 4.72%으로 정점에 올랐으나, 이후 지속적으로 감소하여 2016년 기준 한약제제 생산규모는 2,959억원으로 하락하였으며 이는 국내 제약시장 생산액 대비 1.6%, 제약시장 규모로 봐도 1.4% 정도로 매우 협소한 수준으로 위축되어 있다[5]. 한약제제 급여비용은 더욱 저조하여 다른 나라 한약제제 급여비용을 우리나라 인구규모로 환산해 비교해 보았을 때, 중국 99배, 일본 21배, 대만 20배 규모로 극심한 차이를 보이고 있으며 과거 연구[6]에서도 국내 한약제제 사용량을 높여야 이에 따른 한약제제 연구개발과 생산 및 세계화가 가능하다는 결론을 도출하였다.

따라서 낮은 수준의 한약제제 보험급여 범위를 넓히고 사용 활성화를 통해 시장규모 키우기 위해서는 한약제제 활성화 방향 및 보험급여 방안에 대해 한의사들의 인식을 평가할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 향후 한약제제 사용 활성화와 보장성 확대 계획의 기초자료를 마련하고자 한의사를 대상으로 한약제제 한정 의약분업을 포함한 보험급여 확대방안 설문조사를 진행하였다.

# II. 연구대상 및 방법

## 1. 조사대상

연구 목적을 달성하기 위하여 한국한의학연구원에서 전국 한방의료기관을 시도별로 제곱근 비례 할당 조사를 통해 추출한 표본 한의사 패널 풀(pool)을 활용하였다[7]. 한국한의학연구원이 구축한 한의사 패널 300명을 대상으로 설문지를 배부하였으며, 이 중 총 200부의 설문지가 회수되었다. 모자란 결원만큼 조사업체 보유 한의사 목록에서 보충하여 별도로 설문조사 진행, 100부를 추가하여 총 300부가 최종 분석대상이었다.

## 2. 조사방법

본 연구의 설문조사 대상, 항목 등은 경희대학교 연구윤리위원회(IRB)에서 승인받은 절차와 방법에 따라 수행되었으며(KHSIRB-18-023(EA)), 2018년 5월 말부터 6월 중순까지 해당 한의사에게 팩스/이메일을 통

하여 설문지를 배포하여 설문조사를 시행한 후 완성된 설문지를 취합하였다.

### 3. 설문내용

설문지는 한약제제 관련된 연구 및 보고서를 검토하고 임상 한의사와 한의계 연구원, 보건의료계 연구자, 협회 관계자 등 다양한 분야 전문가들의 의견 및 자문을 거쳐 설문문항을 구성하였다. 이후 임상 한의사 10명에게 설문지를 제공하고 문항이 모호하거나, 지나치게 어려운 부분에 대한 의견을 받았다. 이 내용을 다시 전문가들 논의를 통하여 최종적으로 설문문항을 확정하였다.

구조화된 설문지의 주요 내용은 응답 한의사의 일반적 특성, 한약제제 한정 의약분업, 통계처리용 질문 등으로 구성되어 있다. 응답자의 이해를 돕기 위해 설문지에 한약제제 한정 의약분업 등에 대한 개념과 예시를 기술하였고, 설문문항에 보험급여 한약제제, 비급여 한약제제 정식명칭 혼동 우려로 한의사에 익숙한 보험제, 비보험제 용어로 질문하였다.

### 4. 자료분석

이 연구를 위해 수행된 설문조사를 통해 모집된 정보는 1차적으로 엑셀프로그램을 이용해 입력 및 변환하였다. 구체적인 세부분석은 SPSS 23.0 program(IBM) 사용해 빈도분석(Frequency Analysis)을 수행하였고, 각 변수별 관계성을 파악하기 위해 카이제곱 분석과 피셔의 정확성 검정을 실시하였다. 연령, 임상경력 등 개방형 질문(Open-ended Questions)에 대해서는 평균, 각 구간별 비율 등을 통해 구간을 나눠 활용하였고 주관식의 경우 공통범위 내에서 내용-항목별로 분류하여 통합분석 하였다. 유의수준은 0.05로 유의확률 $p<0.05$ 인 경우 통계적 유의성을 인정하였다.

## III. 연구결과

### 1. 응답자의 일반적 특성

조사 대상자의 일반적 특성을 분석하면, 조사 대상자의 성별은 남자가 88.3%, 여자가 11.7%로 대다수 남자였으며, 연령대로는 41-50세가 46.3%로 가장 많았고, 51세 이상이 33.0%, 40세 이하가 20.7%를 차지하였다.

근무기관으로는 한의원이 90.0%로 가장 많았으며 한방병원 9.7%, 요양병원 0.3%순이었고, 일반의 85.0%이며 전문의는 15.0%로 한방내과(26.7%), 침구의학과(24.4%), 한방재활의학과(17.8%), 한방부인과(13.3%), 사상의학과(8.9%), 한방신경정신과(4.4%), 한방소아과(2.2%) 및 한방안이비인후피부과(2.2%) 순이었다.

임상경력은 '11년-20년'가 45%, '21년-30년'가 27%, '10년 이하'가 21%, '31년 이상'이 7%이었으며, 근무기관 매출별로는 '1-3억원'이 47.3%, '3-4억원'이 19.3%, '5억원 이상'이 16.3%, '4-5억원'이 11.7%, '1억원 미만'이 5.3%로 나타났다.

하루 평균 진료환자 인원수로는 '20-30명'이 28.3%로 가장 많았으며, '10-20명'이 27.0%, '30-40명'이 21.7%, '40-50명'이 10.0%, '60명 이상'이 6.7%, '10명 미만'이 5.0%, '50-60명'이 1.3% 순서를 차지하고 있었다.

시도별로는 서울 14.0%로 가장 많았으며, 부산 7.7%, 대구 6.7, 인천 6.0%, 광주 5.3%, 대전 5.0%, 울산 4.0%, 경기 12.3%, 강원 4.3%, 충북 4.3%, 충남(세종) 5.0%, 전북 5.7%, 전남 4.7%, 경북 6.0%, 경남 6.3%, 제주 2.7%로 나타났다(Table 1).

### 2. 한약제제 한정 의약분업에 대한 한의사들의 인식도

보험급여 확대방안으로 한약제제에 한정한 의약분업(제제한정 의약분업)이 제기되는 상황에 대한 인식도에서는 54.0%가 알고 있다, 46.0%가 알고 있지 못한다고 답하였다.

제제한정 의약분업을 조건으로 한 비급여 한약제제의 보험급여화 필요성에 대해서는 찬성 60.3%, 반대 39.7%로, '제제한정 의약분업도, 비급여 한약제제 급여화도 찬성'이 32.7%, '제제한정 의약분업 반대하지만, 비급여 한약제제 급여화가 된다면 찬성'이 27.7%였으며, '비급여 한약제제 급여화에는 찬성하지만, 제제한정 의약분업이 조건이라면 반대'가 26.7%, '비급여 한약제제 급여화도, 제제한정 의약분업도 반대' 역시 13.0%로 나타났다.

제제한정 의약분업을 조건으로 한 비급여 한약제제 보험급여 필요성에 동의하는 응답자에 한해 그 이유를

Table 1. The Socio-demographic Characteristics of Respondents

| Classification | | N(=300) | % |
|---|---|---|---|
| Sex | Male | 265 | 88.3 |
| | Female | 35 | 11.7 |
| Age | Less than 40 | 62 | 20.7 |
| | 41-50 | 139 | 46.3 |
| | 51- | 99 | 33.0 |
| Medical institution | Hospital | 29 | 9.7 |
| | Clinic | 270 | 90.0 |
| | Long-term hospital | 1 | 0.3 |
| Specialist license | No | 255 | 85.0 |
| | Yes | 45 | 15.0 |
| Durations of clinical experience(years) | Less than 10 | 63 | 21 |
| | 11-20 | 136 | 45 |
| | 21-30 | 81 | 27 |
| | 31- | 20 | 7 |
| 2017 Annual sales of medical institution (won) | Less than 100 million | 16 | 5.3 |
| | 100-300 million | 142 | 47.3 |
| | 300-400 million | 58 | 19.3 |
| | 400-500 million | 35 | 11.7 |
| | 500 million- | 49 | 16.3 |
| Regular patients per day | Less than 10 | 15 | 5.0 |
| | 10-20 | 81 | 27.0 |
| | 20-30 | 85 | 28.3 |
| | 30-40 | 65 | 21.7 |
| | 40-50 | 30 | 10.0 |
| | 50-60 | 4 | 1.3 |
| | 60- | 20 | 6.7 |
| Working area | Seoul | 42 | 14.0 |
| | Busan | 23 | 7.7 |
| | Daegu | 20 | 6.7 |
| | Incheon | 18 | 6.0 |
| | Gwangju | 16 | 5.3 |
| | Daejeon | 15 | 5.0 |
| | Ulsan | 12 | 4.0 |
| | Gyeonggi | 37 | 12.3 |
| | Gangwon | 13 | 4.3 |
| | Chungbuk | 13 | 4.3 |
| | Chungnam(Sejong) | 15 | 5.0 |
| | Jeonbuk | 17 | 5.7 |
| | Jeonnam | 14 | 4.7 |
| | Gyeongbuk | 18 | 6.0 |
| | Gyeongnam | 19 | 6.3 |
| | Jeju | 8 | 2.7 |

물어본 결과, '한의사들이 한약제제 적극 사용할 수 있도록 긍정적 효과'가 32.6%로 근소하게 가장 많았으며, '환자의 한의의료서비스 선택권 확대' 32.0%, '비급여 한약제제 투여하여 치료 효과 향상' 18.2%, '다양한 제제 폭넓게 사용함으로 첩약 선택거부감 최소화' 17.1% 응답했다.

제제한정 의약분업을 조건으로 한 비급여 한약제제 보험급여 필요성에 반대하는 응답자의 경우, '급여 한

약제제의 확대가 제제분업을 할 만큼 한의계에 큰 이익 되지 못함' 39.5%, '첩약까지 의약분업 될 가능성 우려' 31.1%, '한의약 원리는 의약분업과는 맞지 않음' 16.8%, '제제분업을 해도 한의사 단독 전문의약품 크게 늘기 어려움' 10.1%, 기타의견 2.5%로 나타났다(Table 2).

'한약제제 한정 의약분업 하는데 가장 중요한 선결조건(1순위, 2순위)'에서는 '한의사가 한의의료행위 하는데 필요한 의약품은 제한 없이 처방(생약제제, 천연물의약품, 한양방복합제제 등)'이 61.7%로 가장 많았으며 '첩약에 대한 의약분업이 진행되지 않아야 한다' 20.0%, '진찰료 인상이 동반되어야 한다' 9.7%, '합리적인 전문의약품 분류가 전제되어야 한다' 7.7%, 기타의견 1.0%

Table 2. Separation of Prescribing and Dispensing Herbal preparations – Recognition, Agree/Disagree, and Reason

| Classification | N(%) |
|---|---|
| Have you aware of the Separation is being raised as an extension for insurance benefits? | 300(100.0) |
| ① Yes | 162(54.0) |
| ② No | 138(46.0) |
| The need for extension of insurance benefits on the condition of the Separation | 300(100.0) |
| ① No Separation, but if extension of insurance benefits, Yes | 83(27.7) |
| ② Agree on the Separation and extension of insurance benefits | 98(32.7) |
| ③ Agree on the extension of insurance benefits, but if the Separation, No | 80(26.7) |
| ④ Disagree on the Separation and extension of insurance benefits | 39(13.0) |
| Reason for agreeing to extension of insurance benefits on condition of the Separation (Agreed, n=181) | 181(100.0) |
| ① Expansion of patient's medical service options | 58(32.0) |
| ② Positive effect on Korean medicine doctors to use herbal preparations actively | 59(32.6) |
| ③ Non-insured herbal preparations can be used to improve treatment effectiveness | 33(18.2) |
| ④ By using various herbal preparations, it will help patient to choose decoction easily | 31(17.1) |
| Reason for disagreeing to extension of insurance benefits on condition of the Separation (Disagreed, n=119) | 119(100.0) |
| ① The Separation is not an appropriate aproach to Korean medicine principle | 20(16.8) |
| ② The Separation process could include decoction | 37(31.1) |
| ③ Insured herbal preparations expansion is not profitable enough to do Separation | 47(39.5) |
| ④ Prescription-based herbal preparations would be few though Separation | 12(10.1) |
| ⑤ Other opinion | 3(2.5) |

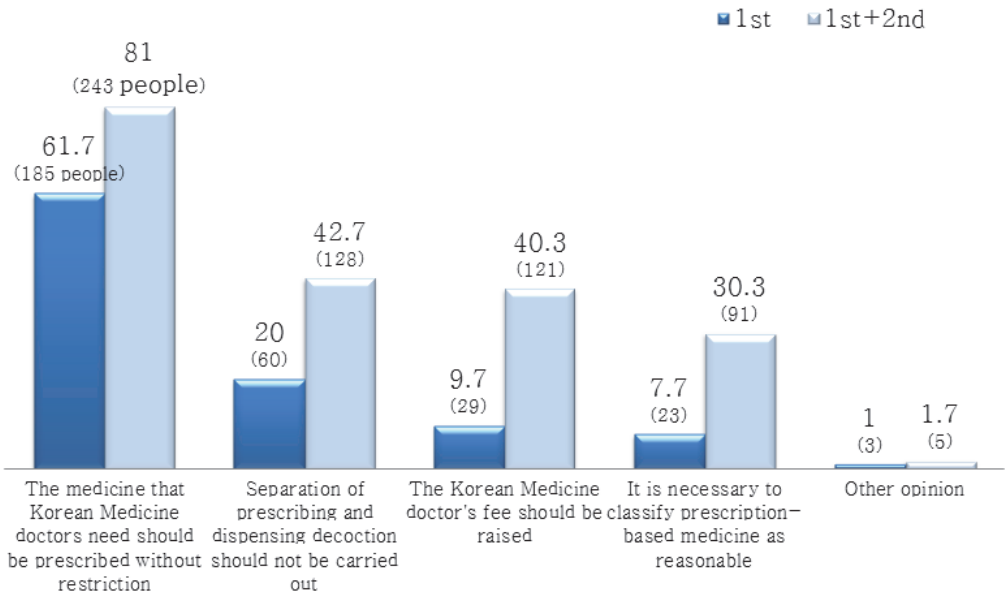


Fig. 1. Separation of Prescribing and Dispensing Herbal preparations – Most Important Prerequisite(%)

순으로 나타났다(Figure 1).

보험급여화 되어야 하는 한약제제 범주를 우선순위대로 선택했을 때, 1순위로 복합엑스제제(당귀수산 엑스과립 등)가 56.3%로 가장 많았으며, 천연물신약 7종(조인스정, 아피톡신주, 시네츄라시럽 등) 16.3%, 한약처방 유래 생약제제(살사라진정[방풍통성산 건조엑스] 등) 14.0%, 한양방복합제제(모두펜정 등) 9.0%, 중국한약제제(중성약), 일본한약제제(감포제제) 3.7%, 천연물 유래 생약제제(은행엽, 아이비엽, 인사돌 등) 0.7% 순으로 나타났다.

2순위로 한약처방 유래 생약제제가 41.0%로 가장 많았으며, 중국한약제제, 일본한약제제 14.7%, 천연물

Table 3. Separation of Prescribing and Dispensing Herbal preparations – Insurance benefits Priority

| Classification | N(%) |
|---|---|
| The range of herbal preparations should be insured (1st) | 300(100.0) |
| ① Combined herbal preparations | 169(56.3) |
| ② Crude drug preparations that originated in herbal medicine | 42(14.0) |
| ③ Crude drug preparations that originated in natural products | 2(0.7) |
| ④ 7 kinds of new drugs from natural products | 49(16.3) |
| ⑤ Herb-chemical combined drugs | 27(9.0) |
| ⑥ Foreign herbal preparations | 11(3.7) |
| The range of herbal preparations should be insured (2nd) | 300(100.0) |
| ① Combined herbal preparations | 32(10.7) |
| ② Crude drug preparations that originated in herbal medicine | 123(41.0) |
| ③ Crude drug preparations that originated in natural products | 41(13.7) |
| ④ 7 kinds of new drugs from natural products | 39(13.0) |
| ⑤ Herb-chemical combined drugs | 21(7.0) |
| ⑥ Foreign herbal preparations | 44(14.7) |
| The range of herbal preparations should be insured (3rd) | 300(100.0) |
| ① Combined herbal preparations | 26(8.7) |
| ② Crude drug preparations that originated in herbal medicine | 59(19.7) |
| ③ Crude drug preparations that originated in natural products | 85(28.3) |
| ④ 7 kinds of new drugs from natural products | 61(20.3) |
| ⑤ Herb-chemical combined drugs | 34(11.3) |
| ⑥ Foreign herbal preparations | 35(11.7) |
| The range of herbal preparations should be insured (4th) | 300(100.0) |
| ① Combined herbal preparations | 13(4.3) |
| ② Crude drug preparations that originated in herbal medicine | 38(12.7) |
| ③ Crude drug preparations that originated in natural products | 75(25.0) |
| ④ 7 kinds of new drugs from natural products | 80(26.7) |
| ⑤ Herb-chemical combined drugs | 56(18.7) |
| ⑥ Foreign herbal preparations | 38(12.7) |
| The range of herbal preparations should be insured (5th) | 300(100.0) |
| ① Combined herbal preparations | 27(9.0) |
| ② Crude drug preparations that originated in herbal medicine | 34(11.3) |
| ③ Crude drug preparations that originated in natural products | 70(23.3) |
| ④ 7 kinds of new drugs from natural products | 49(16.3) |
| ⑤ Herb-chemical combined drugs | 77(25.7) |
| ⑥ Foreign herbal preparations | 43(14.3) |
| The range of herbal preparations should be insured (6th) | 300(100.0) |
| ① Combined herbal preparations | 33(11.0) |
| ② Crude drug preparations that originated in herbal medicine | 4(1.3) |
| ③ Crude drug preparations that originated in natural products | 27(9.0) |
| ④ 7 kinds of new drugs from natural products | 22(7.3) |
| ⑤ Herb-chemical combined drugs | 85(28.3) |
| ⑥ Foreign herbal preparations | 129(43.0) |

유래 생약제제 13.7%, 천연물신약 7종 13.0%, 복합엑스제제 10.7%, 한양방복합제제 7.0%순으로 나타났다.

3순위로 천연물 유래 생약제제가 28.3%로 가장 많았으며, 천연물신약 7종 20.3%, 한약처방 유래 생약제제 19.7%, 중국한약제제, 일본한약제제 11.7%, 한양방복합제제 11.3%, 복합엑스제제 8.7%순으로 나타났다.

4순위로 천연물신약 7종이 26.7%로 가장 많았으며, 천연물 유래 생약제제 25.0%, 한양방복합제제 18.7%, 한약처방 유래 생약제제와 중국한약제제, 일본한약제제 모두 12.7%, 복합엑스제제 4.3%순으로 나타났다.

5순위로 한양방복합제제가 25.7%로 가장 많았으며, 천연물 유래 생약제제 23.3%, 천연물신약 7종 16.3%, 중국한약제제, 일본한약제제 14.3%, 한약처방 유래 생약제제 11.3%, 복합엑스제제 9.0%순으로 나타났다.

6순위로 중국한약제제, 일본한약제제가 43.0%로 가장 많았으며, 한양방복합제제 28.3%, 복합엑스제제 11.0%, 천연물 유래 생약제제 9.0%, 천연물신약 7종 7.3%, 한약처방 유래 생약제제 1.3%순으로 나타났다 (Table 3).

### 3. 보험급여 처방변화에 대한 한의사들의 인식도

선택한 의약품 범주까지 보험급여 확대될 경우, 현재 진료환자 중 얼마만큼의 한자에게 한약제제 처방할 것인지 묻는 질문에는 약 '30%이상-50%미만'의 환자한테 한약제제 처방할 것으로 예상한다는 응답이 30.3%로 가장 많았다. '50%이상-70%미만'의 환자한테 처방 예상은 23.7%, '10%이상-30%미만'은 21.0%, '70%이상-90%미만'은 11.7%, '10%미만'은 7.7%, '90%이상'은 5.7%로 나타났다(Figure 2).

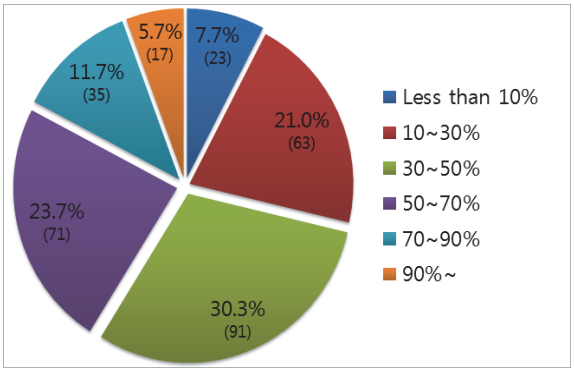


Fig. 2. After Extension of Insurance benefits, Estimated Prescriptions rate to the patients
(N=300)

선택한 의약품 범주까지 보험급여 확대될 경우, 현재 진료환자 아닌 처방전만을 목적으로 신규 창출되는 예상 증가 인원수(하루 기준)에 대해서는 약 '5명-15명'이 49.3%로 가장 많았다. 그 다음으로 '5명 미만' 내에서 증가할 것이라 답변한 비율이 38.3%, '15명 이상' 12.3% 순으로 나타났다(Figure 3).

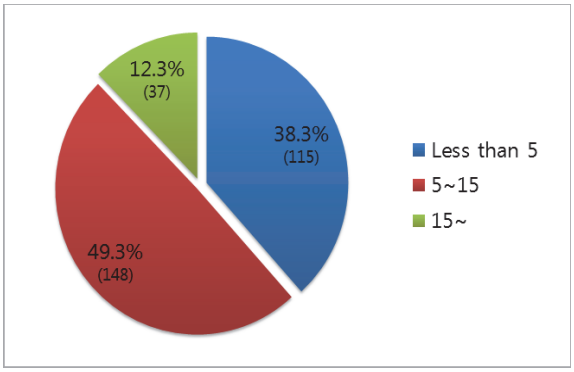


Fig. 3. After Extension of Insurance benefits, Increased number of new patients only for the Prescription (per day)
(N=300)

### 4. 진찰료 인상에 대한 한의사들의 인식도

제제한정 의약분업 하였을 경우, 진찰료(처방료 포함) 인상액 3000원에 대한 적정성을 묻는 질문에 부족하다 54.3%, 적정하다 41.7%, 많다 2.7%, 거절 및 무응답 1.3% 순으로 나타났다. 인상액 기준으로 2000년 의약분업 전후 대략적인 양방 진찰료 인상액(약 2300원)을 참고하여 설정하였다.

선택한 이유에 대해 '인상액 3000원 부족하다'의 경우, '진찰 소요시간 대비 적어서' 31.6%, '처방의 전문성을 수가에 반영 시 적어서' 17.2%, '경영상 문제가 되어서' 14.3%, '환자 숫자 자체가 적어서' 11.5%, '제제한정 의약분업 후 수익보존으로 부족해서' 8.1%, '양방과 비교 시 부족하다고 생각해서' 4.0%, 기타 분류되지 않는 의견 13.2%로 나타났다.

'인상액 3000원 적정하다'의 경우, '양방과 비교 시 적정하다고 생각해서' 47.0%, '환자부담액이 적정해서' 22.7%, '실현 가능한 금액이라서' 12.1%, '환자수 증대가 중요해서' 3.8%, '한의사 처방내기에 적정해서' 3.0%,

기타 분류되지 않는 의견 11.4%로 나타났다.

'인상액 3000원 많다'의 경우, '환자 부담금 증가' 89.3%, '양방과 비교 시 많다고 생각해서' 10.7%를 우려 사항으로 서술하였다(Table 4).

## 5. 보험급여 범주 순위별 가중치 부여에 대한 인식도

보험급여화 되어야 하는 한약제제 선택 시, 1순위 6점, 2순위 5점, 3순위 4점, 4순위 3점, 5순위 2점, 6

Table 4. Separation of Prescribing and Dispensing Herbal preparations – Propriety of Increase amount of Medical expense (includes prescription fee)

| Classification | N(%) |
|---|---|
| Increase amount of ₩3,000 as a medical expense (includes prescription fee) after the Separation | 300(100.0) |
| ① The increase in the amount of ₩3,000 is insufficient | 163(54.3) |
| ② The increase in the amount of ₩3,000 is reasonable | 125(41.7) |
| ③ The increase in the amount of ₩3,000 is excessive | 8(2.7) |
| * refusal or non-response | 4(1.3) |
| (insufficient)Please write down the reason for your choice (overlaping opinion) | 163(100.0) |
| • As contrasted with clinical examing time, the price is low. | 51(31.6) |
| • The price is cheap against professional prescription | 28(17.2) |
| • Management problems | 24(14.3) |
| • The number of patients is few | 19(11.5) |
| • Lack of profitability after the Separation | 13(8.1) |
| • Inexpensive compared to western clinics | 7(4.0) |
| • unclassified opinions | 21(13.2) |
| (reasonable)Please write down the reason for your choice (overlaping opinion) | 125(100.0) |
| • Appropriate compared to western clinics | 59(47.0) |
| • Proper patient's charge | 28(22.7) |
| • Practicable price | 15(12.1) |
| • Increasing the number of patients is important | 5(3.8) |
| • The price is fit to prescribe | 4(3.0) |
| • unclassified opinions | 14(11.4) |
| (excessive)Please write down the reason for your choice (overlaping opinion) | 8(100.0) |
| • Increased patient's charge | 7(89.3) |
| • Expensive compared to western clinics | 1(10.7) |

Table 5. Weighted analysis of Insurance benefits Priority, according to the responded rank

| Classification | 1st 6points | 2nd 5points | 3rd 4points | 4th 3points | 5th 2points | 6th 1points | Sum(rank) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Combined herbal preparations | 1014 | 160 | 104 | 39 | 54 | 33 | 1404(1) |
| Crude drug preparations(herbal) | 252 | 615 | 236 | 114 | 68 | 4 | 1289(2) |
| New drugs from natural products | 294 | 195 | 244 | 240 | 98 | 22 | 1093(3) |
| Crude drug preparations(natural) | 12 | 205 | 340 | 225 | 140 | 27 | 949(4) |
| Herb-chemical combined drugs | 162 | 105 | 136 | 168 | 154 | 85 | 810(5) |
| Foreign herbal preparations | 66 | 220 | 140 | 114 | 86 | 129 | 755(6) |
| Total | 1800 | 1500 | 1200 | 900 | 600 | 300 | |

순위 1점으로 순위별 가중치를 부여하여 분석하였다. 가중치 부여 분석 결과, 복합엑스제제가 1,404점으로 가장 높았으며, 한약처방 유래 생약제제가 1,289점으로 2위, 천연물신약 7종이 1,093점으로 3위, 천연물 유래 생약제제가 949점으로 4위, 한양방복합제제가 810점으로 5위, 수입한약제제가 755점으로 6위로 나타났다. 천연물 유래 생약제제와 천연물신약 7종을 제외하고 전체적인 순위 변동은 나타나지 않았다(Table 5).

## 6. 인구학적 특성별 진찰료 인상에 대한 인식도

인구학적 특성에 따라 통계적인 차이를 분석한 결과 총 매출에서 유의미한 차이(p=0.011)가 나타났으며 성별, 연령, 근무기관, 전문의 여부, 임상경력, 하루 평균 진료 환자 수에서는 나타나지 않았다(Table 6).

진찰료(처방료 포함) 인상액 적정성의 경우 총 매출

**Table 6. Depending on Demographic Characteristics, the Propriety of Increase amount of Medical expense (includes prescription fee)**

N(%)

| Classification | Increase amount of ₩3,000 as a medical expense (includes prescription fee) after the Separation | | | Sum | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | insufficient | reasonable | excessive | | |
| Sex | | | | | |
| Male | 147 (56.3) | 106 (40.6) | 8 (3.1) | 261 (100.0) | 0.270 |
| Female | 16 (45.7) | 19 (54.3) | 0 (0.0) | 35 (100.0) | |
| Age | | | | | |
| Less than 40 | 33 (53.2) | 29 (46.8) | 0 (0.0) | 62 (100.0) | 0.505 |
| 41-50 | 74 (54.0) | 57 (41.6) | 6 (4.4) | 137 (100.0) | |
| 51- | 56 (57.7) | 39 (40.2) | 2 (2.1) | 97 (100.0) | |
| Medical institution | | | | | |
| Hospital | 19 (65.5) | 10 (34.5) | 0 (0.0) | 29 (100.0) | 0.438 |
| Clinic | 144 (54.1) | 114 (42.9) | 8 (3.0) | 266 (100.0) | |
| Long-term hospital | 0 (0.0) | 1 (100.0) | 0 (0.0) | 1 (100.0) | |
| Specialist license | | | | | |
| No | 138 (55.0) | 105 (41.8) | 8 (3.2) | 251 (100.0) | 0.737 |
| Yes | 25 (55.6) | 20 (44.4) | 0 (0.0) | 45 (100.0) | |
| Durations of clinical experience (years) | | | | | |
| Less than 10 | 37 (59.7) | 25 (40.3) | 0 (0.0) | 62 (100.0) | 0.230 |
| 11-20 | 67 (50.0) | 61 (45.5) | 6 (4.5) | 134 (100.0) | |
| 21-30 | 45 (56.3) | 34 (42.5) | 1 (1.3) | 80 (100.0) | |
| 31- | 14 (70.0) | 5 (25.0) | 1 (5.0) | 20 (100.0) | |
| 2017 Annual sales of medical institution(won) | | | | | |
| Less than 100 million | 7 (46.7) | 6 (40.0) | 2 (13.3) | 15 (100.0) | 0.011* |
| 100-300 million | 68 (48.2) | 68 (48.2) | 5 (3.5) | 141 (100.0) | |
| 300 million- | 88 (62.9) | 51 (36.4) | 1 (0.007) | 140 (100.0) | |
| Regular patient (per day) | | | | | |
| Less than 10 | 9 (60.0) | 4 (26.7) | 2 (13.3) | 15 (100.0) | 0.539 |
| 10-20 | 48 (60.8) | 30 (38.0) | 1 (1.3) | 79 (100.0) | |
| 20-30 | 43 (51.2) | 38 (45.2) | 3 (3.6) | 84 (100.0) | |
| 30-40 | 34 (53.1) | 29 (45.3) | 1 (1.6) | 64 (100.0) | |
| 40-50 | 16 (53.3) | 13 (43.3) | 1 (3.3) | 30 (100.0) | |
| 50- | 13 (54.2) | 11 (45.8) | 0 (0.0) | 24 (100.0) | |
| Total | 163 (55.1) | 125 (42.2) | 8 (2.7) | 296 (100.0) | |

P-value was calculated by Fisher's exact test.

집단에서 '부족하다'가 가장 많았으나, 1-3억원 군에서는 '부족하다'와 '적정하다'가 각각 48.2%로 동일하게 많이 나타났다.

### 7. 한약제제 의약분업 인식도와 필요성에 대한 교차분석

보험급여 확대방안으로 한약제제 한정 의약분업에 대한 인식도가 한약제제 의약분업 필요성 비율에 대해 유의한 차이가 있는지 분석하였으며 그 결과 인식도에 따라 필요성 비율은 유의한 차이($p<0.001$)가 나타났다(Table 7).

한약제제 의약분업 인식도에 대해 알고 있다고 답한 162명 중 한약제제 의약분업 필요성에 대해 동의한 응답자가 112명(69.1%), 반대는 50명(30.9%)로 나타났다. 모른다고 답한 138명 중 한약제제 의약분업 필요성에 대해 동의한 응답자가 69명(50.0%), 반대 또한 69명(50.0%)로 동일하게 나타났다.

## Ⅳ. 고 찰

설문조사 대상자의 일반적 특성을 살펴보면 40대가 46%로 가장 많았고 응답인원의 90%가 한의원에 소속되어 있었다. 85%정도가 일반의이며, 11년-20년 임상경력이 45%로 가장 많았다. 2017년 한 해 1억원-3억원 매출을 기록한 기관이 47.3%로 나타났으며, 하루 평균 진료 환자 20명-30명 기관이 28%, 10명-20명 기관이 27%로 나타났다. 시도별로 서울이 14.0%로 가장 많았고 경기, 부산 순서로 응답하였다.

보험급여 확대방안으로 한약제제에 한정한 의약분업(제제한정 의약분업)이 제기되는 상황에 대해 인식하고 있는 비율은 54.0%이며, 제제한정 의약분업 조건으로 한 비급여 한약제제의 보험급여화 필요성에 찬성하는 비율은 60.3%로 조사되었다. 이전 연구[8]에서도 그렇다 63.64%(112명), 보통이다 24.43%(43명), 아니다 11.93%(22명)로 찬성 비율이 유사하게 나타났다.

찬성하는 응답자의 경우, 한의사는 한약제제를 보다 적극적으로 사용할 수 있는 여건이 마련되고 환자는 보험적용을 통해 치료 선택권 확대될 것으로 기대하고 있는데 이는 보험급여 적용 한약제제 확대될 경우 한의사 입장에서는 종류, 품질, 치료효과 등이 상대적으로 뛰어난 비급여 한약제제를 보다 적극적으로 사용할 수 있는 환경이 조성되고, 환자로서는 보험급여 적용으로 가격적인 부담이 줄어들어 좀 더 다양한 치료 선택이 가능해진다고 유추할 수 있다. 이전의 연구[9]에서도 80%가 넘는 한의사가 보험확대를 통해 기대되는 효과로 '처방수단의 다양화로 한의원 접근성 및 이용률 증가'(59.0%)와 '보다 쉽게 한약을 접함으로서 대국민 인식도 상승'(21.2%)을 응답하였다.

반면에 반대하는 응답자는 제제한정 의약분업에 따른 한약제제 보험적용 확대로 기대할 수 있는 이익이 크지 않으며, 첩약의약분업까지 영향을 미칠 수 있는 가능성에 대한 우려가 있는 것으로 나타났다.

보다 자세히 살펴보자면 응답자에 따라 다수의 노인환자에게 급여 한약제제를 자주 투약하는 기관일수록,

Table 7. Cross analysis of Recognition and Necessity for the Separation of Prescribing and Dispensing Herbal preparations

N(%)

| Classification | Awareness of the Separation is being raised as an extension for insurance benefits | | Sum | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | Known | Unknown | | |
| Agree/Disagree the Separation | | | | |
| Agree | 112 (69.1) | 69 (50.0) | 181 (60.3) | <0.001 |
| Disagree | 50 (30.9) | 69 (50.0) | 119 (39.7) | |
| Total | 162 (100.0) | 138 (100.0) | 300 (100.0) | |

P-value was calculated by Chi-square test.

제제분업이 시행되면 의약분업 미실시 기관에 적용되는 노인 정액제 기준 상향 조정을 적용 받지 못하게 되어 결과적으로 전체 수익이 감소할 가능성 또한 존재하나 이에 대한 인과관계를 확인하기 위해서는 추가적인 조사가 필요할 것이다.

또한 한약제제 및 첩약은 약사법상 동일 부칙[10] 하에 한의사 자가조제 행위의 근거가 되기 때문에 제제분업이 진행될 경우, 해당 부칙 개정 과정에서 이해당사자의 첩약에 대한 분업 요구까지 나타날 가능성이 있다.

제제한정 의약분업과는 별도로 비급여 한약제제 보험급여화 자체에 대해서는 대다수 응답자들이 보험급여 필요성을 공감하고 있는 것으로 볼 때(87.0%), 개개인이 제제한정 의약분업 받아들이는 정도에 따라 결과적으로 제제분업 조건 보험급여 입장이 나뉘는 것으로 파악할 수 있다.

그러한 결과, '한약제제 한정 의약분업 하는데 가장 중요한 선결조건(1순위, 2순위)'에서 한의사가 생약제제, 천연물의약품, 한양방복합제제 등을 처방하는데 제한이 없어야 할 것, 첩약의약분업이 진행되지 않아야 할 것 순으로 다빈도 응답이 이루어진 점 또한 이러한 각 입장의 인식을 반영한 것이라 할 수 있다.

한약제제 시장 대부분을 차지하고 있는 비급여 한약제제 중에서 복합엑스제제가 보험급여 1순위로 조사되었다. 이는 한의사가 한약제제 중 급여 한약제제 다음으로 많이 사용하고, 급여 한약제제 생산하는 한방제약회사에서 복합엑스제제를 같이 취급하기 때문에 한의사에게 상대적으로 익숙한 품목이기 때문으로 해석할 수 있다. 전체 순위 중 가장 높은 비율로 조사된 것(56.3%) 또한 밀접한 관계가 있음을 시사한다.

한약처방 유래 생약제제가 2순위로 응답하였으며 이는 한약처방에서 유래되었기 때문에 제도 개선에 따른 보험급여 적용시 범주에 포함되어야한다고 인식할 수 있다. 반면에 천연물 유래 생약제제의 경우 생약제제 분류이나, 기존 한약처방이 아닌 천연물에서 유래되어 개발되었으며, 천연물 신약의 경우에도 일반 생약제제와 다른 트랙으로 임상시험까지 마친 약품이기 때문에 다른 한약제제에 비해 상대적으로 보험적용 어려움이 있을 것이라 판단한다고 볼 수 있다. 마찬가지로 한약과 양약 성분이 혼합되어 있는 한양방복합제제나 수입한약제제의 경우에도 현재 한의사가 진료현장에서 흔히 접하는 처방과는 거리감이 있기 때문에 후순위로 응답하였을 가능성이 있다.

우선순위별 가중치를 부여하여 1순위 6점, 2순위 5점, 3순위 4점, 4순위 3점, 5순위 2점, 6순위 1점으로 계산하였을 때는 천연물신약 7종이 3번째, 천연물 유래 생약제제가 4번째로 바뀐 결과가 분석되었다. 이는 천연물신약 7종의 경우 임상시험까지 거친 별개의 신약으로 볼 수 있으나, 한편으로는 기성 한약 처방을 근거로 천연물 신약 개발이 이루어졌기 때문에 선순위에 배치되는 양상을 나타내어 가중치 부여 시, 천연물 유래 생약제제보다 높은 점수를 얻었다고 짐작 할 수 있다.

보험급여 한약제제 확대될 경우 현재 진료환자 중 얼마만큼의 환자에게 한약제제 처방할 것인지 묻는 질문에 과반수의 응답자가 '30-50% 환자'와 '50-70% 환자'에게 처방할 것으로 답변하였으며 이는 보험적용 확대가 적극적인 사용증가로 연결되어 한약제제 사용 활성화에 긍정적으로 작용할 것으로 추측할 수 있다.

현재 진료환자 아닌 처방전만을 목적으로 신규 창출되는 예상 증가 인원수는 반수 가까운 응답자가 '5-15명'으로 응답하여, 진료환자 숫자 또한 늘어날 것이라 예상한다고 판단할 수 있다. 이는 특히 감기나 내과질환 등 복약만을 목적으로 새롭게 방문하는 환자들이 늘어 기존 근골격계에 편중된 한방의료기관 진료 환자들의 질환군 확장을 추정할 수 있다. 실제 중국의 경우 기관지 천식, 2형 당뇨병 등 103개의 서양의학에 비해 강점이 있는 중의우세병종을 발굴하고 중의임상진료지침을 제작하여 임상에서 다방면의 질환에 대한 접근이 이루어지고 있으므로[3], 관련 제도 및 환경이 개선될 경우 진료환자 질환군 다변화 가능성을 유추할 수 있다.

다만 '5명 미만'으로 예상한 38.0% 응답에서는 보험급여 적용이 실질적으로 내원하는 환자 숫자 변동에 영향을 주기에는 어려울 것으로 생각한다는 것을 알 수 있으며, 양방과는 달리 현재 한방의료기관에 처방전만을 목적으로 내원하는 시스템이 생소하기 때문에 회의적으로 선택하였을 가능성 또한 존재한다.

한편 선행연구[8]에서는 설문조사를 통해 3,292원±1,134원을 제시한 바 있으며, 본 연구에서는 2017년 기준 처방료 제외한 한의원 초진진찰료는 12,160원, 재진진찰료는 7,680원인 상황에서 제제한정 의약분업 하였을 경우 진찰료(처방료 포함) 인상액 3000원에 대해 '부족하다'는 응답 비율이 54.3%로 나타났다. 양방과 달리 진찰에서 소요되는 시간, 처방 전문성 등 실질적인 투입되는 노력이 많다고 인식하고 있으며, 양방에 비해 진료환자 숫자 및 검사항목도 떨어지고, 제제한정

의약분업에 따른 수익보전으로 인상액 부족하다고 예상하는 등 경제적 측면에서의 이유 또한 조사되었다. 이는 '부족하다'고 인식하는 한의사의 경우 일정한 진료환자 인원수 대비 한방의료기관이 좀 더 많은 수익을 얻을 수 있는 구조를 희망하는 것으로 해석할 수 있다.

'적정하다'고 보는 응답에서는 양방과의 형평성 및 환자 부담액을 고려사항으로 제시하였으며, 몇몇 '많다'고 보는 응답에서도 환자 부담금 증가를 우려 사항으로 조사되었다. 진찰료 인상이 양방과의 가격경쟁력을 잃어 진료환자 감소 가능성 및 노인 환자의 경우 노인외래정액제와 연관되어 진찰료 인상 시 정액기준을 초과, 가격저항을 우려하는 측면으로 바라볼 수 있다. 이는 '적정하다' 또는 '많다'고 인식하는 한의사의 경우 일정 금액의 인상액을 설정하여 진료환자 인원 숫자가 증가하는 구조를 기대하는 것으로 해석할 수 있다.

인구학적 특성별 인식도를 살펴보면 진찰료(처방료 포함) 인상액 적정성은 총 매출에서 유의미한 차이($p=0.011$)가 있는 것으로 나타났다. 총 매출 집단 대부분에서도 '부족하다'가 가장 많았으며, 투입 노력 대비 진찰료 인상액이 적은 것으로 인식한다고 볼 수 있다. 다만 1-3억원 군에서는 '부족하다'와 '적정하다'가 동일하게 48.2.%로 나왔으며, '적정하거나 많다'로 분석할 경우 1-3억원 군에서는 51.7%, 1억원 미만 군에서는 53.3%로 가장 많이 나타났다. 이는 총 매출 집단의 하위 군에서는 양방과의 가격경쟁력 및 환자 가격저항성을 우려, 일정 금액만 인상하여 환자 유입의 증가를 바라는 측면이 있다고 해석할 수 있으나, 이에 대한 추가적인 조사 또한 필요하다 할 수 있다.

보험급여 확대방안으로 한약제제 한정 의약분업에 대한 인식도가 한약제제 의약분업 필요성에서 유의미한 차이($p<0.001$)가 있는 것으로 나타났다. 인식도에 대해 알고 있다는 응답자의 경우 70% 가까운 비율이 한약제제 의약분업 필요성에 동의하였으나, 모른다는 응답자는 필요성에 대해 정확히 절반으로 나뉘는 양상이 나타나는 것으로 볼 때, 한약제제 한정 의약분업에 대한 인식 및 사전 정보 여부가 필요성에 공감하는데 영향을 주는 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서는 현재 각 한방의료기관에서 사용하는 한약제제 현황 외 진료환자 중 노인 환자가 차지하는 비율은 파악할 수 없다는 한계를 가진다. 이전의 연구[11]에서도 노인 외래 본인부담 정액제 기준 상향 조정이 한방의료기관의 한약제제 사용량을 대폭 증가시키는 주요한 원인으로 지목되었다. 이를 토대로 제제한정 의약분업 시행되면 이전과 달리 투약 행위에도 노인 정액제 기준이 상향 조정되지 않으므로, 해당 기관에서 진료하는 노인 환자 비율 및 투약 빈도에 따라 수익 변동이 불가피하게 된다. 따라서 노인 환자 진료 비율은 한의사의 제제한정 의약분업 필요성에 대한 인식에 영향을 미치는 요인이 될 수 있다.

제제한정 의약분업 시 제시한 진찰료 인상 금액의 경우에도 대략적인 양방 의약분업 진찰료 인상액을 참고하여 설정하였으나, 당시 의약분업 과도기적 측면으로 '01.7.1. 전문과목별 분류 산정, '02.1.1. 병원급이상 진찰료 단일화, '03.1.1. 병원급 이상 가/나/다군 통합 및 라군 분리, '03.3.1. 의원급 분류 통합 · 의원급 진찰료 단일화 등 단기간에 수차례 액수가 변동하였으며[12], 전문과목별 가, 나, 다군 분리하여 진찰료 차등 적용이 이루어졌으므로 정확한 금액을 파악하는데 어려움이 있었다. 또한 진찰료 자체도 상대가치점수 등의 영향을 받아 매년 금액이 결정되는 구조이므로, 제제한정 의약분업에 따라 정확한 인상 액수를 제시하기에는 무리가 있다.

마지막으로 설문 후반부에는 보험급여 확대방안으로 제제한정 의약분업이 시행되는 것을 전제하고 항목이 구성되어, 반대하는 응답자는 제제분업 전제된 문항에서 반대견해 피력하거나, 문항 넘어가거나, 답변 거부할 선택지가 없어 선택 바이어스(selection bias)를 완전히 배제하지 못하였다. 그럼에도 불구하고 보험급여 확대방안 및 제도 개선 방향에 대한 인식도를 조사함으로써 향후 정책방향 수립 시 중요한 근거자료로 활용할 수 있을 것이며, 이를 기초로 보다 세부적인 조건과 자세한 설문을 통하여 제제한정 의약분업까지 아우르는 한약제제 보험급여 연구가 필요하다 할 수 있다.

## V. 결 론

1. 보험급여 확대방안으로 한약제제에 한정한 의약분업에 대한 인식도는 300명 중 54.0%(162명)이며, 한약제제 보험급여화 자체에 대한 필요성은 87.0%(261명)가 공감하고 있으나 제제분업이 조건인 보험급여화에는 60.3%(181명)가 찬성하였다.
   찬성(181명)의 경우 '한의사들이 한약제제 적극 사용할 수 있도록 긍정적 효과'(32.6%, 59명), '환자

의 한의의료서비스 선택권 확대'(32.0%, 58명) 순으로 나타났으며, 반대(119명)의 경우 '보험한약제제의 확대가 제제분업을 할 만큼 한의계에 큰 이익되지 못함'(39.5%, 47명), '첩약까지 의약분업 될 가능성 우려'(31.1%, 37명) 순으로 나타나 각자 제제분업 받아들이는 정도의 차이에 따라 다르게 나타났다.

제제한정 의약분업 하는데 가장 중요한 전제조건으로 '한의사가 한의의료행위 하는데 필요한 의약품은 제한 없이 처방(생약제제, 천연물의약품, 한양방복합제제 등)'이 61.7%(185명)로 가장 많았고 '첩약에 대한 의약분업이 진행되지 않아야 한다'(20.0%, 60명) 순이었으며, 이는 찬성 또는 반대의 이유와 연관이 있다 할 수 있다.

2. 보험급여 우선순위로 복합엑스제제(56.3%, 169명), 한약처방 유래 생약제제(41.0%, 123명), 천연물 유래 생약제제(28.3%, 85명), 천연물신약 7종(26.7%, 80명), 한양방복합제제(25.7%, 77명), 수입한약제제(43.0%, 129명) 순으로 나타났으며 이는 한의사 진료현장에서 익숙한 정도와 관련이 있음을 시사한다. 우선순위별 가중치 부여하여 분석하였을 때는 천연물 유래 생약제제와 천연물신약 7종의 순위가 바뀌었는데, 천연물신약 7종은 기성 한약 처방 근거로 개발된 점 등으로 인해 상대적으로 선순위 배치되었기 때문으로 볼 수 있다.

   보험급여 확대 시 향후 진료 환자의 30-50% 대상으로(30.3%, 91명) 한약제제 처방할 것으로 기대하고 있으며, 처방전만을 목적으로 신규 창출되는 환자 인원수는 5-15명 증가로(49.3%, 148명) 예상하는 것으로 나타났다. 이는 보험적용 확대가 한약제제 사용 활성화 및 한방의료기관 질환군 다변화에 긍정적 효과로 작용할 것으로 해석할 수 있다.

3. 제제한정 의약분업에 따른 진찰료 인상액 3000원으로 제시된 물음에 부족하다는 의견은 54.3%(163명)로 주로 금액 대비 투입 노력 많고 경제적 측면에서 부족하다 인식하고 있으며, 인상액이 적정(41.7%, 125명) 또는 많다는 의견(2.7%, 8명)에서는 양방과의 가격경쟁력 저하 및 환자부담, 노인외래정액제 적용 환자의 가격저항을 주된 고려사항으로 분석되었다. 응답자 대부분 금액과 진료환자 숫자는 반비례하는 구조로 인식하여 어느 부분에 초점을 맞출 것인지에 따라 시각차가 발생한다고 해석할 수 있다.

4. 일반적 특성별 인식도에서 진찰료(처방료 포함) 인상액 적정성은 총 매출에서 유의미한 차이($p=0.011$)가 있는 것으로 나타났으며, 1-3억원 군에서는 '적정하다'가 상대적으로 높았다. '적정하다'와 '많다'를 합할 경우 다른 군과 달리 1억원 미만 군, 1-3억원 군에서 비율이 가장 높게 나타났다.

5. 보험급여 확대방안으로 한약제제 한정 의약분업에 대한 인식도는 한약제제 의약분업 필요성에서 유의미한 차이($p<0.001$)가 있는 것으로 나타났으며, 제제분업 인식도 유무에 따라 필요성에 동의하는 비율이 다르게 나타났다.

6. 한약제제 활성화와 한의의료서비스 제고 및 보장성 확대를 위해서는 한약제제 보험급여 적용 확대가 선행되어야 하며, 관련된 사회적, 경제적, 제도적 마련이 필수적이다.

## 참고문헌


1. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. 2013.
2. Global Industry Analysts. 2012.
3. Minstry of Health and Welfare. Third comprehensive plan for the development of Korean medicine 2016-2020. 2016.
4. Kim JH. Study on expansion of herbal medicines. Seoul National University · Association of Korean Medicine 2012.
5. Korea Health Industry Development Institute. Pharmaceutical Industry Analysis Report for 2017. 2017.
6. Shin HK. Study on the Direction of Policies to Manage and Develop Herbs and their Products. The Society of Korean Medicine. 2000;21(2);14-24.
7. Oriental Medicine Policy Research Center, Korea Institute of Oriental Medicine. https://policy.kiom.re.kr/sub0301
8. Son CH, Kim YH, Sabina Lim. A Study on Korean Oriental Medical Doctors' Use of Uninsured Herbal Extracts and How to Promote

the Insurance Coverage of Such Herbal Extracts. The Society of Korean Medicine. 2009;30(4):64-78.
9. Chan KY, Yoo WK, Seo BI. A Study on the Current Status of Prescribed Drugs in Oriental Health Insurance and their Improvement. The Korea Journal of Herbology. 2012;27(2):1-16.
10. Korea Ministry of Government Legislation. 약사법 부칙 제8조 법률 제8365호. 2007.
11. Jeong DB. Analysis of the behavior of Korean medical doctors before and after upward revision of elderly outpatients copayment system. The Graduate School of Seoul National University. 2017.
12. Tchoe BH. Evaluation on the Financial Crisis of National Health Insurance. The Korean Social Security Association. 2002;18(1):37-66.