

한약첩약의 건강보험 급여화에 대한
한의사의 인식 및 수용의사가격 연구 :
65세 이상의 감기치료를 중심으로

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

장 보 형

한약첩약의 건강보험 급여화에 대한
한의사의 인식 및 수용의사가격 연구 :
65세이상의 감기치료를 중심으로

지도 정 우 진 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2006년 6월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

장 보 형

장보형의 석사 학위 논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

2006년 6월 일

감사의 글

벼락같이 논문을 마무리하고 이렇게 감사의 글을 쓰며 지난 시간을 떠올리게 되니 감회가 새롭습니다. 연세대학교 보건대학원 국제보건을 졸업하고 논문을 마무리하기까지 수많은 분들의 도움이 없이는 불가능했을 것입니다.

먼저, 이 논문의 지도교수님이신 정우진 교수님께 깊은 존경과 감사를 드립니다. 학자의 자세를 가르쳐주시고 열정적으로 학문을 전달해주실 뿐만 아니라 신앙적으로도 큰 가르침을 주셨습니다. 그 가르침에 제 자신이 제대로 응답하지 못한 것 같아 죄송할 따름입니다. 제가 논문에 집중할 수 있게 배려해주시고 실제적인 도움을 아끼지 않으신 고성규 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 무엇보다도 풍부한 자료를 제공해주시고 많은 경험과 연구를 바탕으로 깊은 조언을 아끼지 않으셨던 박용신 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 또한 항상 웃음으로 대해주시고 제가 과대일 때 지도교수님으로서 많은 도움을 주신 오희철 교수님께도 감사드립니다. 통계와 역학에 대해 열정적으로 강의해주시며 항상 흥미를 불러일으켜주신 남정모 교수님과 지선하 교수님께 감사의 말씀을 전합니다.

논문에서 통계에 대한 조언을 구하였을 때마다 성실하게 답해주신 정혜영 선생님께도 감사의 말씀을 전합니다.

논문이 완성되기까지 여러 방면에서 도움을 주고 배려해주며 응원해준 경희대학교 예방의학교실의 이지형, 김경주, 이동원, 정창화, 정국훈, 주 송, 김지혜, 이지연, 홍명희, 신혜연, 김수화 선생님께 감사의 말을 전합니다.

보건대학원 생활을 함께 해 준 동기들인 김영미, 윤정원, 오은경, 민유

정 선생님께도 감사의 말씀을 전합니다. 또한 과대를 할 때, 그리고 논문을 쓸 때 항상 큰 도움을 준 신가영 선생님과 졸업동기인 곽동선, 안석진, 김지선 선생님을 비롯한 모든 국제보건학과 선후배 선생님들 덕분에 즐겁고 보람된 보건대학원 생활이었음을 감사의 마음과 함께 전합니다. 작년 여름 베트남의 추억을 함께 만들고 논문쓸 동안 응원해준 김정민, 송혜진 선생님께도 고마움을 전합니다.

논문을 위해 기도의 지원을 아끼지 않았던 선주, 우석, 창규 등 대방교회 2청년부 지체들에게도 감사의 마음을 전합니다. 또한 같은 마음을 품고 역시 기도로 동역해준 HVF 식구들에게도 고맙다는 말을 전하고 싶습니다.

지금은 떠나있지만 여전히 한 식구라고 생각하고 있는 샘한방병원의 권오섭 원장님 이하 모든 구성원들과, 병원 수련의 기간 중 대학원 수업을 잘 듣게 배려해준 동기 이정희 선생님을 비롯한 한방의국 선생님들께도 감사의 말씀을 전합니다.

무엇보다도 사랑하는 부모님께 감사드립니다. 무뚝뚝한 아들이 자기의 길을 고집할 때도 항상 기도와 격려로 지원해주시는 은혜와 사랑에 감사드립니다. 날마다 교회에서 기도하시는 할머니와 제대로 형 노릇 못하는데도 따라주는 동생에게 또한 감사와 고마움을 전합니다.

많이 부족하지만, 인생의 여정에서 또 하나의 작은 마침표를 찍습니다. 모든 것이 하나님의 은혜입니다. 감사와 영광을 드립니다.

2006. 6월

장보형 올림

차 례

국 문 요 약	v
I. 서 론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	3
II. 이론적 배경	4
1. 한방건강보험의 실태	4
가. 한약에 대한 건강보험의 역사적 배경	4
나. 첩약의 급여 방식	6
1) 약재별 지불방식	6
2) 처방별 지불방식	6
3) 변증별 지불방식	6
4) 상병별 지불방식	7
5) 일당 정액 지불방식	8
다. 첩약급여화의 의의	9
2. 65세이상의 급성상기도감염(감기)의 요양보험급여 현황	10
3. 수용의사가격	11
III. 연구방법	15
1. 연구의 틀	15

2. 변수의 선정 및 설문조사 방법	16
3. 연구대상 및 조사기간	17
4. 분석방법	18
IV. 분석결과	20
1. 조사 대상자의 일반적 특성	20
2. 조사 대상자의 진료현황	22
3. 첩약보험급여화에 대한 한의사의 인식 분석	24
4. 현재 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료 가격 분석	30
5. 첩약의 건강보험 급여화시 급성상기도감염(감기)의 첩약치료 수용의 사가격 분석	35
가. 단변량분석	36
나. 이변량분석	37
다. 다변량분석	41
6. 양방의 급성상기도감염(감기) 하루 진료비에 대한 한의사의 인식 ..	47
7. 첩약의 건강보험 급여화시 본인부담율에 대한 한의사의 인식	47
8. 급성상기도감염(감기)의 다빈도 예상 처방	48
V. 고 찰	50
1. 연구 결과에 대한 고찰	50
가. 첩약보험급여화에 대한 한의사의 인식	50
나. 급성상기도감염(감기) 치료에 대한 수용의사가격 분석	52
2. 연구자료 및 방법에 대한 고찰	54

VI. 결 론	56
참고문헌	58
Abstract	61

표 차 례

표 1. 자동차보험 한방 심사결정 사례	8
표 2. 조사된 한의사의 일반적 특성	21
표 3. 진료 현황	23
표 4. 첩약이 건강보험의 급여항목에 포함되는 것에 대한 한의사의 인식	24
표 5. 한의사의 일반적 특성에 따른 첩약 보험급여 찬반 인식 분포	25
표 6. 한의사의 진료 현황에 따른 첩약 보험급여 찬반 인식 분포	26
표 7. 첩약보험급여 찬성 이유	27
표 8. 첩약보험급여 반대 이유	28
표 9. 첩약이 보험급여화되고 있지 않는 이유	29
표 10. 첩약이 보험급여화 될 경우 취해야 할 방식	29
표 11. 현재 급성상기도감염(감기)에 대해 평균 첩약 치료 가격	30
표 12. 일반적 특성별 급성상기도감염(감기)의 첩약치료시 하루 평균 치료	

비	32
표 13. 진료현황별 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료시 하루 평균 치료비	34
표 14. 첩약 급여화시 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료액 WTA	35
표 15. 첩약 급여화시 65세 이상 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료액 WTA	36
표 16. 일반적 특성별 첩약보험급여시 수용의사가격	39
표 17. 진료현황별 첩약보험급여시 수용의사가격	40
표 18. 수용의사가격 모형의 변수 설명	42
표 19-1. 수용의사가격 모형의 추정결과	45
표 19-2. 수용의사가격 모형의 추정결과(계속)	46
표 20. 양방의 급성상기도감염(감기) 하루 진료비에 대한 한의사의 인식	47
표 21. 첩약의 건강보험 급여화시 본인부담율에 대한 한의사의 인식	48
표 22. 급성상기도감염(감기)의 다빈도 예상 처방	49

그 립 차 례

그림 1. 수용의사가격의 분포도	36
그림 2. 수용의사가격의 누적분포도	37

국 문 요 약

본 연구는 첩약의 건강보험 급여화에 대한 한의사의 인식 및 첩약보험 급여화시 한의사의 수용의사가격에 대한 연구로 향후 첩약보험급여화에 대한 정책적 제안점을 찾아보고자 하였다.

연구 대상은 2006년 5월 대한한 의사협회에 등록된 전체 한의사로, 한의사 명부의 12,084명 중 E-mail이 파악된 한의사 8,463명에게 설문조사를 보내 설문에 응한 414명중 본 연구에 적합한 대답을 한 342명을 최종 분석 대상으로 하였다. 자료 분석은 빈도분석과 X^2 test를 통해 첩약보험급여의 찬반과 일반적 특성, 진료 현황과의 관계를 파악하였고, 첩약보험급여의 찬성 및 반대의 이유와 선호하는 첩약보험급여의 형태에 대해 파악하였다. 그리고 급성상기도감염(감기)에 대한 현재첩약가격과 수용의사가격을 조사하고 한의사의 일반적 특성 및 진료현황과의 관계를 ANOVA를 통하여 분석하였다. 마지막으로 수용의사가격을 결정하는 사회·경제적 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 첩약보험급여화에 대해 조사된 한의사의 84.80%가 찬성하였고 보통 2.63%, 반대 11.40%, 모르겠다 1.17%로 조사되어 대부분의 한의사가 첩약보험급여에 찬성하는 것을 알 수 있었다. 한의사의 일반적 특성 및 진료 현황과의 관계는 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 첩약보험급여의 찬성이유로는 '한의학이 치료의학으로 발전할 수 있다', '환자들의 경제적 부담감소', '환자의 한방진료 선택권 확대' 순으로 나타나 환자들의 높은 경제적 부담을 덜어주어 첩약을 보다 자유롭게 이용함으로써 한방진료가 더

육 대중화되기를 원하는 것으로 나타났다.

둘째, 현재 급성상기도감염(감기)의 첩약치료시 하루 진료비로는 평균 17,252원, 중간값 15,000원으로 조사되어 기존 연구에 비해 보다 높게 나타났다. 또한 65세 이상의 급성상기도감염(감기)의 첩약보험급여시 수용의사가격으로는 평균 17,358원(± 8342 원), 중간값 15,000원으로 조사되었다. 한의사의 일반적 특성 및 진료현황에 따른 수용의사가격의 모형을 구축하여 다중회귀분석을 통해 분석한 결과, 현재의 첩약가격이 수용의사가격외의 다른 변수들은 수용의사가격을 결정하는 변수로 적합하지 않는 것으로 나타났고, 현재첩약가격의 계수의 값은 양(+)의 값을 보여 현재첩약가격보다 높은 수용의사가격을 보이는 것으로 나타났다.

이러한 결과를 종합해볼 때 한의사들은 첩약보험급여에 대해서는 대부분 찬성하지만 실제 첩약보험급여시의 수용의사가격은 현재의 첩약가격보다 높은 것을 알 수 있었다. 따라서 첩약보험급여에 관한 정책 논의시 합리적인 첩약의 수가체계에 대해 깊은 연구가 필요할 것으로 보이며 또한 한의사들을 대상으로 첩약보험급여의 인식 재고를 위한 노력이 필요할 것으로 보인다.

핵심이 되는 말 : 한방건강보험, 첩약보험급여, 급성상기도감염, 수용의사가격

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

우리나라의 한방건강보험은 1984년 12월부터 1986년 11월까지 시범사업 실시 후 1987년 2월부터 전국적으로 적용되어 실시되고 있다. 시범사업 당시 급여범위는 진찰, 입원 및 침, 구, 부항의 시술과 96개 한약재에 의한 63개 처방(첩약)으로 하였다. 이후 급여범위가 확대·조정되어 2006년 5월 현재 한방건강보험에서는 진찰, 투약, 검사, 처치 및 시술, 약제 등의 항목에서 급여화 되고 있고, 시범사업 시 실시한 첩약에 대해서는 급여항목에서 제외되었다. 현재 급여항목에 포함되어있는 약제 항목은 단미엑스산제 68종과 혼합엑스산제 56개 처방에 한하여 급여항목에 포함시키고 있는 것으로 한방의료의 중요한 치료방식 중 하나이고 실제 한방병원에서 많이 사용하고 있는 첩약(수치, 가공된 한약재를 진단에 근거하여 일정 분량을 합쳐서 물에 넣고 달여 복용하는 것)에 대해서는 현재 급여화되고 있지 않다(윤병준 외, 2003; 박용신, 2003).

첩약이 보험급여화 되지 않기 때문에 한방의료를 이용하는 환자들에게는 경제적인 부담으로 작용하고 있어서 한방의료를 이용하는 환자들 가운데에서도 한방의료의 문제점 중에서 낮은 건강보험 혜택을 가장 큰 문제점으로 꼽고 있다(조재국, 2004).

첩약의 건강보험 급여화에 대한 요구는 일반 국민은 물론 한의사들에게서도 높은 편이다. 김용해(1997)의 연구에 의하면 여론조사 결과 90% 안팎

의 국민들이 첩약보험급여에 대해 찬성하고 있으며, 박용신(2002)의 연구에서도 한의원 내원환자의 85.4%가, 일반 주민의 74.9%가 첩약보험급여에 대해 찬성하고 있다. 또한 한의사의 81.6%(대한한 의사협회, 1997) 혹은 74.8%(박용신, 2002)가 첩약보험급여에 대해 찬성하고 있다.

이에 첩약보험급여에 대해 많은 연구가 있었다. 이범용(1993)은 서울의 한의사들을 대상으로 첩약의료보험에 대한 인식을 조사하였고, 최환영 등(1995)은 한방의료보험의 현황과 약제급여 실태에 대해 분석하고 약제급여의 방식을 상병명 중심체계로 할 것을 제안하였으며, 김남주 등(1996)은 한방의료보험의 문제점과 그 활성화 방안에 대해 논하면서 첩약보험급여에 대해 한방의료보험의 상위 다빈도 발생 질병에 대해 우선적으로 실시할 것을 제안하였다. 또한 최문석 등(1997)은 상병처방중심 급여방식과 변증방제·처방중심 급여방식에 대해 논하고 변증진단과 방제기술에 대해 보험급여화 되어야 함을 주장하면서 첩약의 보험급여 기준을 제시하고 아울러 일일정액 방식을 참고로 제시하였고, 염용권 등(1998)은 바람직한 한방의료수가에 대한 연구에서 적절한 한약제제의 수가방식으로 상병명별 포괄화 방식을 제시하였다.

첩약건강보험에 대한 연구 중 비용-편익분석 등과 같은 경제학적 평가 방법을 도입한 경우는 없었다. 다만 위의 연구 중 박용신(2002)이 소비자들의 첩약 치료약에 대한 지불의사가격(Willingness To Pay;WTP)을 구하여 총진료비와 한방보험급여비를 추계한 일이 있기는 하나, 공급자를 대상으로 연구한 예는 없다.

본 연구에서는 조건부가치측정법(Contingent Valuation Method)을 이용하여 첩약의 건강보험 급여화 적용시 한의사들의 수용의사가격(willingness

to accept)에 대해 연구하고자 한다. 국외의 경우 보건의료분야에서 조건부 가치측정법을 이용하여 연구한 예가 많으나 국내에서는 보건의료분야에 적용된 경우가 부족하고 특히 한의계에 있어서는 거의 없다. 이에 본 연구는 첩약의 공급자라고 할 수 있는 한의사의 첩약건강보험에 대한 수용의사가격을 연구함으로써 한의사의 사회·경제적인 요소와 첩약의 수용의사가격의 관계를 경제학적 평가방법을 도입하는데 의의가 있다. 또한 한방건강보험 수가의 직접적인 수혜자인 한의사의 첩약건강보험에 대한 인식을 조사함으로써 향후 한방건강보험 확대, 특히 첩약의 건강보험 적용에 관한 정책이 추진될 경우 중요한 정책적 시사점을 제공할 수 있다.

2. 연구 목적

본 연구는 첩약보험급여에 대한 한의사의 인식과 첩약보험급여시 한의사의 사회·경제적 특성과 수용의사가격의 관계에 대해 연구함으로써 향후 첩약보험급여에 대한 정책 논의시 기초적인 자료를 제공하고자 한다. 이에 대해 세부목표는 다음과 같다.

첫째, 첩약건강보험에 대한 한의사들의 인식을 조사, 분석한다.

둘째, 첩약건강보험시 감기의 첩약치료에 대한 한의사의 수용의사가격을 조사, 분석한다.

셋째, 향후 첩약의 건강보험 급여화에 대한 정책적 제안점을 제시한다.

II. 이론적 배경

1. 한방건강보험의 실태

가. 한약에 대한 건강보험의 역사적 배경

1977년 7월 1일부터 500인이상 근로자를 가진 사업장으로부터 출발한 건강보험제도의 급여범위가 양방에만 국한되어 실시되어 오다가, 1984년 12월 1일부터 1986년 11월 30일까지 충북 청주시와 청원군 지역 피보험자 및 피부양자 약 182만명을 대상으로 한방건강보험 시범사업 실시하였다. 당시 급여범위는 진찰, 입원 및 침, 구, 부항의 시술과 96개 한약재에 의한 63개 처방(첩약)으로 하였다. 이후 시범사업을 바탕으로 1987년 2월부터 전국에 확대하여 실시되었다. 전국확대 실시에서는 시범사업에서 급여범위에 있던 첩약을 규격, 등급, 가격 등의 관리의 어려움과 한약업사의 참여문제 등의 이유로 한약급여의 처방범위와 대상의 전국확대가 곤란하여, 급여대상을 한약재에서 한약제제로 바꾸어 68종의 단미엑스산제로 조제할 수 있는 26개 혼합엑스산제에 한하여 보험급여를 실시하게 되었다. 그러나 26개 처방으로 적절한 급여가 이루어질 수 없어 같은 해 9월 1일에 36개 처방으로, 다시 1990년 2월 1일 20개 처방을 더 추가하여 56개 처방으로 약제급여범위가 확대되어 오늘에 이르고 있다. (윤병준 외, 2003)

그러나 건강보험의 급여항목에 해당하는 엑스산제는 실제 한의사들이 잘 사용하지 않는데 그 이유로 다음과 같은 불편함을 호소하고 있다(임병

목, 1999).

첫째, 번잡한 조제과정이다. 현행 의료보험에서 한약제제를 급여할 때에는 투약할 때마다 처방에 따라 10여가지가 넘는 단미한약제제를 각각 단미별로 계량하여 조제하여야 하므로 투약할 때 많은 시간과 인력이 필요하고 혼합에 따른 정밀한 밀도를 담보하기 어려워 약효를 저하시킬 우려가 있다.

둘째, 부형제의 과도한 산업이 문제가 된다. 일차 원료한약을 탕전하여 추출한 액체 상태 한약을 고체화하기 위해서 과도하게 부형제를 산업함으로써 약효에 대한 신뢰성이 떨어지고 복약하기 불편함을 호소하는 사례가 많아진다.

셋째, 한의사들이 의료보험한약제제에 대한 품질에 심각한 불신을 가지고 있는 것이다. 이는 전통적인 약물요법에 대한 한의사들의 편견이 어느 정도 작용한 것이므로 좀 더 정확한 연구가 필요하다.

넷째, 전체 한약에 반해서 약제급여범위가 너무 적다. 68종의 단미제만이 의료보험적용대상이기 때문에 실제로 임상한의사가 접근할 수 있는 범위가 너무 제한되었다. 또한 지금의 단미제들은 사상의학에서 많이 사용하는 약제들이 빠져있어 더욱 한국 한의사의 보험급여를 가로막고 있다.

한방의료보험의 단미엑스산제의 경우도 68종만이 급여가 되고 있는데 이는 한의대 교과서에 수록된 약제수의 16%에 불과하며 교과서에서는 381개의 기본 처방의 방제구성과 가감법을 배우고 있는 반면에 한방의료보험 급여에서는 방제의 처방수가 56종으로 15%에 불과하다. 따라서 현행 한방의료보험에서는 한의대 교과서에서 배우는 한약제 수의 16%와 한약처방의 15%만을 인정하고 급여로 투여하고 있는 실정이다(최병호 외, 2003).

나. 칩약의 급여 방식

칩약 건강보험 급여시 지불방식으로 생각해 볼 수 있는 방식은 여러 가지가 있는데 여기서는 염용권 외(1998)의 기준에 의해 분류해보고자 한다.

1) 약재별 지불방식:

현재 우리나라 건강보험에서 하는 방식과 유사한 것으로 개개 약재별로 중량당 단가를 정하고 사용한 만큼 가격이 보상되는 행위별 수가제의 형태이다. 이 경우 비용성, 효과성, 안전성, 가격 등을 고려하여 지불대상약재의 범위를 정할 수 있다. 대개는 안전성 및 효과성이 확보된 비용약재가 급여의 대상이 되며 고가의 약재는 제외된다. 이는 지불보상의 정확성 제고라는 측면에서 가장 좋은 방법이다. 하지만 사용량만큼 보상되기 때문에 의료제공자로 하여금 많이 사용하고자 하는 유인을 제공하게 되며 이는 전체적인 건강보험의 재정에 압박으로 작용할 수 있다. 또한 한약재 유통과정의 표준화, 규격화와 보험 약재의 선별, 보험 급여의 제한기준의 설정 등이 선행되어야 시행할 수 있는 방식이다.

2) 처방별 지불방식:

현재 한방건강보험에서 일부 시행하고 있는 방식으로 현재 56개 처방에 대해서 보험급여를 시행하고 있다. 이는 표준처방을 근거로 가격을 정하고 처방약재의 가감, 합방 등의 변이에 대해서는 억제하는 쪽으로 작용할 수 있는 지불방식이다. 그러나 주요 약재의 침삭이나 구성의 변화에 따라 처방명이 변화하고 이로 인해 수십만가지나 되는 한의학의 처방을 일일이 반영하기 어렵다. 이를 해결할 수 있는 방법으로는 유사처방의 그룹화를 통한 표준화 방법이 있겠으나 이 또한 현실적으로 어렵다고 할 수 있다.

3) 변증별 지불방식:

한의학의 변증방법은 크게 팔강변증, 상한변증, 온병학(溫病學) 변증, 장부변증 및 체질변증 등이 있다. 이러한 변증은 환자의 증상에 따라 분류되는 것이기 때문에 환자의 증상이 여러 가지인 경우 이를 모두 포함하여 여러 가지 변증이 내려질 수 있다. 변증별 지불방식으로 정하고자 한다면 각 변증별로 내려질 수 있는 약재 및 처방의 유형에 대한 표준적인 분류가 있어야 한다. 그러나 변증이 여러 가지일 경우에는 이를 표준화하기는 쉽지 않다. 보통 변증명은 1환자 1변증으로 적용되는 개념이라기보다는 1환자 다(多)변증 적용이 가능하기 때문에 변증에 대한 분류는 매우 복잡한 양상을 띠게 된다.

4) 상병별 지불방식:

이는 상병명을 분류해 각 그룹별로 지불하는 방식인데 이의 경우 분류된 상병내에서의 가격은 변이가 적고 구분된 타 상병명과는 질환의 특성상 뚜렷한 차이가 있어야한다. 기존의 상병별 지불방식에 대한 연구(대한한의사협회, 1998)에 따르면 크게 소화기계, 혈액질환, 심혈관 질환, 정신과 질환, 호흡기 질환, 전염성 질환, 내분비 및 대사성 질환 등으로 분류하여 모두 11개 분야로 분류하고 다시 세분류를 하여 총 152개 상병명으로 분류하였다. 이렇듯 다른 방식에 비해 그룹화를 위한 표준화가 상대적으로 용이하고 현대의학과 상호교류를 통한 한의학과 현대의학의 발전에 시너지효과를 줄 수 있다는 측면에서 유리하다. 또한 환자 치료를 위하여 적정량 이상의 약재로 한약처방을 할 경우 재정적 혜택이 사라지게 됨으로 바람직한 의료제공을 유도할 수 있다. 하지만 상병별 지불방식이 전제 조건은 모든 환자들이 상병명에 따라 정확히 분류될 수 있는 체계가 정립되고 이러한 상병명들이 지불·보상의 정확성을 보장할 뿐만 아니라 여타 바람직한

의료수가구조를 갖기 위한 기준들을 충족시킬 수 있도록 그룹화하여야 한다.

5) 일당 정액 지불방식:

이는 현재 대만에서 시행하고 있는 방식과 유사하다. 이는 급여대상 약제의 종류와 수량에 관계없이 일정한 일당 약제비를 지불하는 방식이다. 대만의 경우 약값은 투여되는 약의 종류에 관계없이 1일당 30점으로 점수가 정해져 있다. 일당제로 인해 처방일수가 무한히 늘어날 가능성을 방지하기 위해 약을 주는 일수가 7일을 초과할 수 없도록 한계를 정하고 있다 (일부 지정된 만성병에 대해서는 30일까지 가능). 의료보험에서 급여 대상이 되는 의약품은 단방 125종과 복방(처방) 180종이다. 급여대상 의약품은 모두 제약회사에서 제조된 산제, 과립제 및 정제이다.

이러한 방식은 현재 자동차보험에서 부분적으로 시행하고 있다. 아래 표 1.과 같이 약제비 등을 따로 나누지 않고 포괄적으로 적용하고 있다.

위와 같이 협약의 급여 지불방식은 여러 방법들이 있으나 많은 연구에서 상병별 지급 방식을 제안하고 있다(최환영 등, 1995; 김남주 등, 1996; 염용권 등, 1998). 이는 상병체계의 표준화가 어렵기는 하지만 다른 방식에 비해 표준화하기 용이하고 합리적인 의료제공을 유도할 수 있다는 측면에

표 1. 자동차보험 한방 심사결정 사례

항목	인정금액	인정기간
협약	1첩당 4870원	염좌, 추간관 탈출증 : 3~4주, 이후는 한약제제 급여범위 고려하여 1일 2000원 인정
탕전료	1첩당 670원	협약 인정기간에 따라 인정

서 더욱 가치가 있다고 할 수 있다. 상병별 지급방식에서도 우선 다빈도 상병부터 우선순위로 도입하는 것이 필요하다(김남주 등, 1996).

다. 첩약급여화의 의의

건강보험은 질병, 부상이라는 불확실한 위험의 발생과 분만, 사망 등으로 인하여 개별 가계가 일시에 과도한 의료비를 지출함에 따라 겪게되는 어려움을 덜어주기 위해 보험가입자에게 보험료를 각출하여 보험급여를 함으로써 국민의 경제적 부담을 덜어주고 건강을 유지·향상시켜주는 제도이다. 그 필요성으로는 과중한 의료비 부담의 경감, 국민간 균등한 의료혜택 제공, 국민의 건강권 실현 등이 있다(윤병준 외, 2003).

첩약의 보험급여화에 대한 의의도 대부분 '과중한 의료비 부담의 경감' 및 '국민간 균등한 의료혜택 제공'에 초점이 맞추어져 있다. 첩약급여화의 의의에 대해 살펴보면, 김남주 등(1996)은 기존에 들어가는 일반 한방진료비를 낮추고 보다 폭 넓은 한방의료기술의 혜택을 받을 수 있는데 의의가 있다고 하였고, 최환영 등(1995)은 같은 비용규모 하에서 보다 높은 질적 수준의 양질의 의료제공을 할 수 있다고 하였다. 또한 박용신(2002)은 국민들이 한의학을 쉽게 이용하도록 함으로서 다양한 의료혜택을 줄 수 있다고 하였으며, 조재국(2004)도 소비자들의 경제적 부담을 줄여주기 위해서 단계적으로 건강보험의 급여범위를 확대하여 첩약을 급여시키는 것이 필요하다고 하였다. 또한 최병호 등(2003)의 연구에서 일반인을 대상으로 한 설문에서 한약의 본인부담 감소시 '현재보다 한약을 더 이용하겠다'고 답한 사람이 66.53%였고 이를 바탕으로 첩약이 보험급여화될 경우 한방의료에서 약

60%의 환자증가를 예상하였으며 아울러 환자의 본인부담도 50%이상 줄어들 것으로 예측하였다.

2. 65세 이상의 급성상기도감염(감기)의 요양보험급여 현황

현재 양방의 요양보험급여에서 가장 대표적인 다빈도 상병으로는 급성호흡기감염증(감기) 관련 상병이 있다. 질병분류기호 중 급성상기도감염(J00, J02, J03, J06, J39), 급성굴(부비동)염(J01), 급성폐쇄성후두염및후두개염(J04, J05), 인플루엔자(J10, J11), 폐렴(J12~J18), 급성기관지염(J20,J22), 급성세기관지염(소아)(J21), 급성중이염(H65, H66)에 해당하는데, 이들을 유사상병군으로 분류하여 2005년 건강보험통계를 분석한 결과를 살펴보면, 외래 진료건수는 7401만건으로 약국을 제외한 외래 진료건수 3억 9465만건 중 18.8%를 차지하고, 요양급여비용 1조 3159억원은 약국을 제외한 외래 요양급여비용 11조 2335억원 중 11.7%를 차지하는 것으로 나타났다. 원외 처방에 의한 약국 약제비가 포함되면 실제 급성호흡기감염증(감기) 관련 요양급여비용은 더 크게 발생된 것으로 추정된다. 또한 요양급여비용을 총내원일수로 나누어 보았을 때 일당 요양급여비용은 10,715원, 청구건당 요양급여비용은 17,781원이다(건강보험심사평가원, 2006)

특히 65세이상 노인의 경우 2004년 노인 질병 다빈도 순위 중 외래의 경우 감기가 1위를 차지하고 있는데 총 947억원의 진료비를 지출하였고, 천명당 512.1명의 진료인원을 보여 전체노인의 50%이상이 감기로 진료를

받은 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2005, 3, 21).

한편 2004년 한방병의원에서의 평균수진횟수를 살펴보면 65세이상에서 3.2일을 나타내 전 연령 평균 수진횟수인 1.4일보다 약 2.3배 높았다. 이를 볼 때 65세이상 노인의 한방병의원 이용빈도가 다른 연령층에 비해 높음을 알 수 있다(2004년 건강보험통계연보, 2005, 12).

3. 수용의사가격

수용의사가격(Willingness To Accept ; WTA)은 조건부가치측정법(Contingent Valuation Method ; CVM)의 한 방법이다. 조건부가치측정법의 요체는 체계적인 설문방법에 입각하여, 시민-소비자가 주어진 평가대상을 얼마의 화폐적 가치로 평가하는지 직접 물어보는데 있다. 즉 어떤 평가대상이 거래되는 시장이 존재하지 않을 경우, 현실적으로는 존재하지 않는 가상의 시장(Surrogate Contingent Market)을 응답자에게 묘사해주고, 개인 시민-소비자가 그 대상에 부여하는 가치를 직접 물어보는 것이다(김태운 등, 2004). 이 측정 방법의 신뢰성과 타당성에 대하여 많은 논란이 있음에도 불구하고, 별다른 현실적 대안이 없다는 이유에서 조건부가치측정법의 적용 범위는 단순한 환경 가치의 평가를 넘어서 여타의 유·무형의 사회적 가치를 측정하는데까지 확장되고 있다(김태운, 1998).

조건부가치측정법은 1947년 자원경제학자인 Ciriacy-Wantrup이 천연자원의 가치를 측정하기 위해 처음 제시한 이래 1960년대 초반 경제학자 Robert K. Davis가 미국의 Maine주 삼림지역의 실외 레크리에이션 활동들의 이점을 연구하기 위해 설문지법을 사용하면서 본격적으로 사용하게 되

었다. 이후 경제학자들에 의해 여가활동, 수렵활동, 수질, 핵발전소 사고로 인한 사망률 감소, 독극물 무단 방류, 정부의 예술지원정책이 주는 혜택 등 여러 연구에서 탐색적으로 사용되어왔다(박성연, 1997).

이후 조건부가치측정법은 주로 공공재, 환경분야에서 많이 쓰이고 있으며 보건 의료분야에서도 예방, 보건의료서비스, 치료 분야 등 다양하게 사용되고 있다(Diener, 1998). 몇가지 예를 들어보면 **informal care**의 경제적 가치측정(Berg 등, 2005), 감기, 심근경색에서의 지불의사가격 연구(Yasunga 등, 2006), Zambia에서 향상된 말라리아치료 프로그램의 경제적 가치(Masiye 등, 2005), 심각한 외상성 뇌손상의 후유증의 재화에 대한 지불의사가격 연구(Hashimoto 등, 2006), 심혈관계질환에서의 지불의사가격 연구(Yasunaga 등, 2005) 흡입용 인슐린에 대한 지불의사가격 연구(Sadri 등, 2005) 등 수많은 연구들이 있다.

국내에서는 시민들의 통일 비용 지불의사 연구(배득중, 1993), 낙동강의 수질에 대한 지불의사가격 연구(김기환, 2004), 환경적 피해와 환경정책 평가를 위해 미래의 사망가능성 감소에 대한 지불의사가격 연구(신영철 등, 2003), 석회석 광산개발에 따른 환경가치의 편익추정에 관한 연구(남궁문 등, 2002), 교통정보제공시스템도입에 대한 편익추정에 관한 연구(이병주 등, 2002), 미집행 도시계획시설의 가치평가 연구(문경일 등, 2001), 효과적인 사회마케팅에 관한 연구(박성연, 1997), 농업의 시장과 비시장적 총합가치 평가모델 기발 연구(유진채, 1999) 등과 같이 주로 공공재 및 환경분야를 평가하는데 사용되고 있다. 국내에서는 보건의료계열에서 조건부가치측정법이 사용된 예가 노인장기요양보험에 대한 지불의사금액 추정(이수형 등, 2003), 공적 노인요양보장제도 도입의 경제성 평가(권순만 등, 2005) 외에는

거의 없는 실정이다.

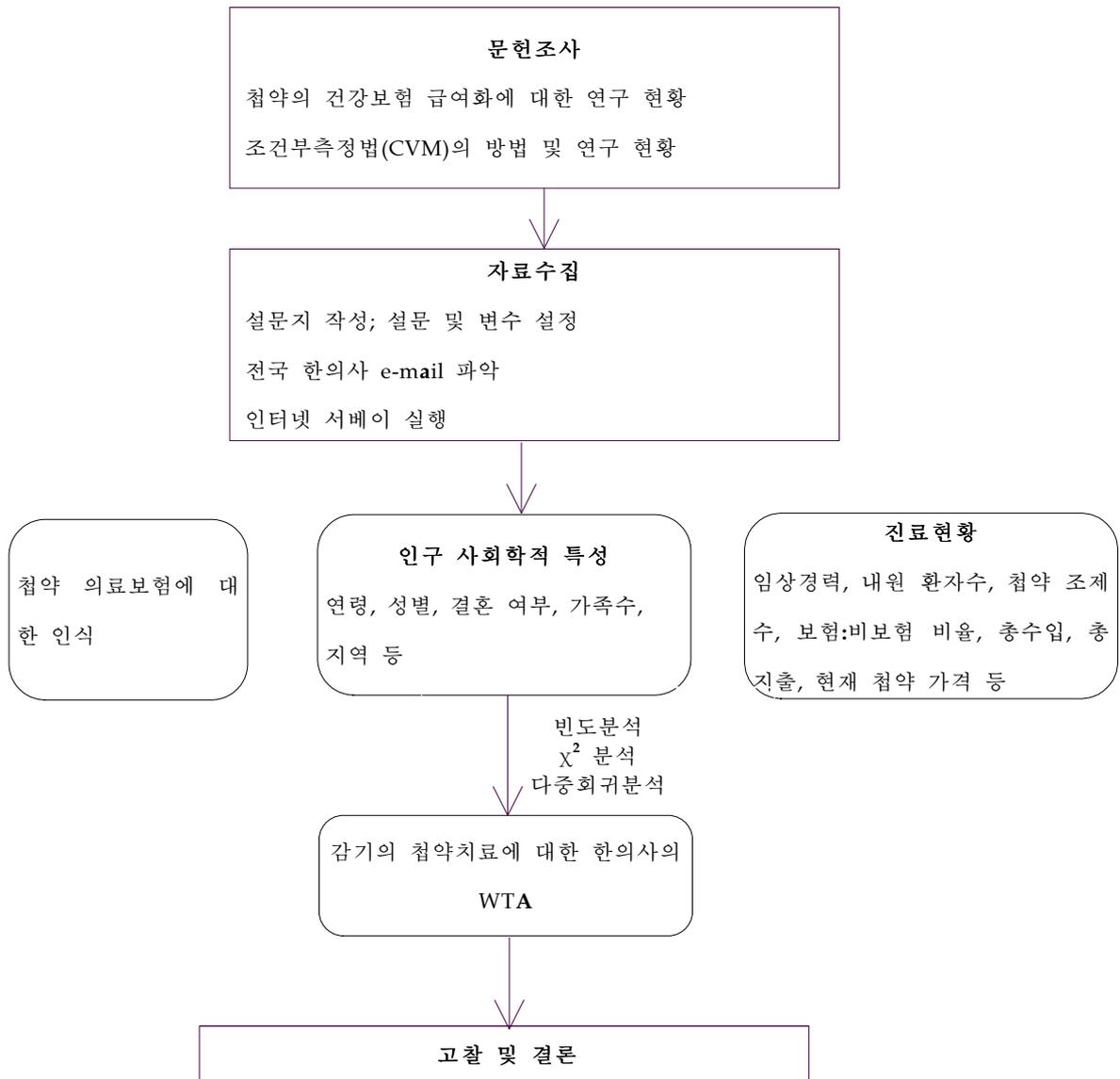
앞의 연구에서 살펴보았듯이 대부분의 연구에서 조건부가치측정법의 적용방법은 지불의사가격을 묻는 방식이다(Diener, 1998). 보건의료분야에서 지불의사가격은 건강상태에서 어떤 긍정적인 변화를 얻게 될 경우, 혹은 부정적인 변화를 피하기 위해 얼마를 지불할 의향이 있는가의 형태에서 많이 취하는 방식이고, 수용의사가격은 건강상태가 저하되어있을 때 혹은 건강의 증진을 위해 얼마나 보상을 요구하는지에 대해 물을 때 많이 취하는 방식이다(Bayoumi, 2004).

수용의사가격의 질문방법으로는 개방형 질문법(open-ended questions)과 양분선택형 질문법(dichotomous choice questions)이 있다. 양분선택형 방식은 응답자에게 미리 준비된 금액을 제시하고 응답자의 평가대상에 대한 평가가 그 금액보다 더 높거나 낮은지에 대하여 질문하는 과정을 통해 시민-소비자의 평가대상에 대한 가치구조를 파악하고자 하는 방식이다. 이 방식은 가치평가를 위해 지나친 고민을 할 필요가 없다는 면에서 응답자가 대답하기가 수월하고, 질문의 본질적 속성이 주민투표와 같은 여타의 형태의 공공선택과정과 유사해서 응답자가 편안하게 느낀다는 장점이 있다. 그러나 양분선택형 방식은 의도가 어찌되었든 응답자에게 특정한 준거 금액을 제시하기 때문에 출발점 편향(starting point bias)나 정보 편향(information bias)을 초래한다는 주요한 한계를 안고 있다. 그리고 자신이 평가대상에 대하여 부여하는 가치에 대하여 응답자 본인이 확신이 없는 경우에는 제시된 금액보다 자신의 평가가 크거나 같다고 무조건적으로 동의하는 무조건 동의현상(yes-saying)이 초래될 수도 있다. 개방형 질문방식은 양분선택법의 전술한 한계들로부터는 자유롭지만, 평가대상이 응답자에게

너무 생소하게 느껴지는 경우, 응답하기가 너무 어렵기 때문에 무응답율이 높고, 자포자기한 상태에서 지나치게 크거나 작은 금액을 제시할 수도 있다는 문제가 있다(김태윤, 2004).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구의 틀



2. 변수의 선정 및 설문조사 방법

변수의 선정은 **Informal care**와 수용의사가격의 관계를 알아본 Berg 등 (2004)의 연구를 참고로 하여 다음과 같이 정하였다.

- **첩약의료보험에 대한 인식** : 찬성 혹은 반대
- **응답 한의사의 인구사회학적 특성** : 연령, 결혼여부, 가족수, 근무지역, 임상경력, 병원 수련여부, 학교 출신 등
- **한방병의원 진료 환경** : 하루 평균 내원 환자수, 하루 평균 첩약을 투여하는 환자수, 하루평균 첩약 조제수, 첩약 치료 중 치료약과 보약의 비율, 한달 수입 중 보험과 비보험의 비율, 총수입 및 총지출, 현재 급성상기도감염(감기) 첩약치료가격 등

설문의 방법은 우선 첩약의 건강보험 급여화에 대한 일반적인 사항을 물었다. 첩약의 급여화 찬반 여부와 그 이유, 그리고 첩약이 급여화되지 못하고 있는 이유, 첩약의 급여화시 지불 방식에 대하여 물었다.

다음으로는 현재 급성상기도감염(감기)의 증상을 들어 현재 얼마를 받고 있는지 물은 후, 상병별 급여 방식에 대한 장단점을 제시한 후, 첩약의 급여화가 될 경우 최소한 얼마를 받아야 한다고 생각하는지, 즉 감기의 첩약치료에 대한 수용의사가격을 물었다. 급성상기도감염(감기)의 증상으로 제시한 문장은 다음과 같다.

“3일 전부터 몸이 피곤하고 말간 콧물이 나오더니 이틀 전부터 열이

약간 나고 기침과 가래가 나왔다. 코도 약간 막힌다. 기침은 심하지 않으나 가꿈 나고, 가래는 누렇지 않고 말갭게 나온다.”

위의 증상은 조홍준 등(2001)의 ‘상기도감염 증상의 모의환자를 이용한 개원의사와 개원약사의 약제 처방 행태 비교’에서 인용한 것이다. 이 연구에서는 위와 같은 증상을 항생제와 주사제가 필요없는 경한 상기도감염에 해당하는 증상으로 정하였는데 본 연구에서도 같은 증상을 급성상기도감염(감기)의 증상으로 제시하고 수용의사가격을 물었다.

자료 수집 방법은 E-mail 발송과 그에 응답을 하는 방법인 인터넷 서베이를 시행하였다. E-mail은 대한한 의사협회에 자료를 요청하였고 설문지를 배포하고 응답을 수집하는 것은 ‘휴먼테크’에 용역을 의뢰하여 실시하였다.

인터넷 서베이의 장·단점은 다음과 같다. 장점으로는 시간과 비용을 절약할 수 있고, 지역적으로 넓은 대상에 할 수 있다 또한 데이터의 손실이 적고, 통계처리하기 편하다는 장점이 있다. 반면에 단점으로는 인터넷 사용자에 한해서 설문 가능하기 때문에 이에 따른 **selection bias**가 존재한다. 비슷하게 사용하는 사람이 연령, 직업 등에서 제한되어 있다. 또한 정보 편의가 발생할 수 있고 스팸 처리 등으로 인해 제대로 전달되지 않을 가능성이 있으며, 응답자가 이해하지 못하는 모호한 질문에 대해 설명하기 힘든 단점이 있다(안문석 등, 2002; 유근환, 2003; Rhodes, 2003; Yasunaga et al, 2006).

3. 연구대상 및 조사기간

연구 모집단은 현재 한방병의원 및 보건(지)소에서 진료를 하고 있는 한의사와 대학 및 연구기관에서 일하고 있는 한의사를 대상으로 하였다. 표본은 대한한의사협회가 2006년 5월 현재 파악하고 있는 한의사 명부의 12084명 중에서 e-mail을 확보하고 있는 8463명에게 메일을 보냈다. 2006년 6월 7일 메일을 발송해 2006년 6월 10일 오후 1시까지 414명이 설문에 응답하였다. 총 8463명 중 반송된 메일의 수는 805개였으며 따라서 회신율은 5.4%였다. 이중 설문에 끝까지 응답하지 않았거나 적합하지 않은 대답을 한 경우, 그리고 본 연구에 적합하지 않은 대상은 제외하여 총 342명을 대상으로 자료를 분석하였다. 자료의 분석은 SAS(Statistical Analysis System) 8.0을 이용하였고 p값이 0.05이하인 경우에 유의하다고 보았다.

4. 분석방법

1. 한의사의 첩약의 건강보험 급여화에 대한 인식 조사는 급여화 찬성 여부, 찬성 혹은 반대의 이유 등을 빈도분석 하였고, 급여화 찬성여부에 대해서는 연령, 근무형태, 거주지단위, 임상경력, 수련여부, 출신학교 등을 변수로 하여 χ^2 검정을 이용하여 분석하였다.

2. 첩약 건강보험 급여화에 대한 찬성 혹은 반대 이유와 첩약이 보험화 되고 있지 않는 이유, 첩약을 급여화할 경우 적합한 지불 방식에 대해서는 빈도분석을 하였다.

3. 설문에서는 제시한 급성상기도감염(감기)의 증상에 대해서 현재 첩약으로 치료할 경우 어느 정도 받고 있는지를 물어보고, 첩약 급여화가 상병별 지급방식을 취했을 경우의 장단점을 설명한 후, 급여화시 환자를 나이에 따라 14세이하인 경우, 15~64세인 경우, 65세이상인 경우로 분류하여 각각의 WTA를 물었다.

4. 수용의사가격을 예측할 수 있다고 생각되는 설명변수를 이용, 65세이상 환자의 경우에 해당하는 수용의사가격의 모형을 구축하고 다중회귀분석을 이용하여 수용의사가격 모형을 예측해보았다.

IV. 분석결과

1. 조사 대상자의 일반적 특성

조사 대상자의 성별 분포는 남자:여자가 92:8 수준이었고, 연령별 분포를 보면 31-40세가 가장 많았고 41-50세, 21-30세 순이었으며 평균 38.82(±6.23)세이다. 미혼:결혼은 14:86 이었고, 본인을 포함한 가족수는 4명이 가장 많았고 3명, 5명 순이었으며 평균 3.68(±1.15)명이었다. 근무형태는 개인한의원에서 근무하는 경우가 287명으로 가장 많았다(휴직, 군대, 심평원 등 기타 소속 6명이 있었으나 본 연구에서 제외시켰다). 근무 지역으로는 서울, 경기 순으로 많았으며 제주가 2명으로 가장 적었고, 거주 단위로는 대도시에서 거주하는 경우가 210명으로 가장 많았다. 임상경력으로는 6~10년이 가장 많았고 5년이하, 11~15년이 그 다음이었고 평균 10.35(±6.54)년이었다. 병원수련여부를 물어보는 질문에 수련경험없음이 243명으로 가장 많았고 전문의가 70명이었다. 전문의 중에서는 한방내과 29명, 침구과 15명, 한방부인과 7명, 한방재활의학과 6명, 한방소아과 4명, 사상체질과 4명, 한방안이비인후과 3명, 무응답 2명 순이었다. 졸업학교는 경희대학교가 100명으로 가장 많았고 원광대, 동국대 순이었다.

표 2. 조사된 한의사의 일반적 특성

(단위; 명)

구 분		명(%)	평균(±표준편차)
성별	남	313(91.52)	
	여	29(8.48)	
연령	21-30세	20(5.85)	38.62(±6.23)세
	31-40세	207(60.53)	
	41-50세	101(29.53)	
	51-60세	12(3.51)	
	61세이상	2(0.58)	
결혼여부	미혼	49(14.33)	
	기혼	293(85.67)	
가족수 (본인포함)	1명	18(5.26)	3.68(±1.15)명
	2명	34(9.94)	
	3명	76(22.22)	
	4명	138(40.35)	
	5명	66(19.30)	
	6명이상	10(2.92)	
근무형태	개인한의원	287(83.92)	
	법인한의원	7(2.05)	
	한방병원	31(9.06)	
	보건소(지소)	6(1.75)	
	대학 연구기관	11(3.22)	
근무지역	강원	8(2.34)	
	경기	72(21.05)	
	경남	10(2.92)	
	경북	14(4.09)	
	광주	11(3.22)	
	대구	15(4.39)	
	대전	17(4.97)	
	부산	25(7.31)	
	서울	108(31.58)	
	울산	7(2.05)	
	인천	11(3.22)	
	전남	11(3.22)	
	전북	7(2.05)	
	제주	2(0.58)	
	충남	7(2.05)	
충북	17(4.97)		
거주지 단위	대도시	210(61.40)	
	중소도시	97(28.36)	
	군지역(읍,면)	35(10.23)	
임상경력	5년이하	94(27.49)	10.35(±6.54)년
	6-10년	112(32.75)	
	11-15년	67(19.59)	
	16-20년	44(12.87)	
	21-25년	19(5.56)	
	25년이상	6(1.75)	
수련여부	없음	243(71.05)	
	인턴수료	29(8.48)	
	전문의	70(20.47)	
졸업학교	경원	8(2.34)	
	경희	100(29.24)	
	대구(경산)	43(12.57)	
	대전	35(10.23)	
	동국	44(12.87)	
	동신	12(3.51)	
	동의	13(3.80)	
	세명	4(1.17)	
	상지	16(4.68)	
	우석	9(2.63)	
원광	58(16.96)		
총계		342(100.00)	

2. 조사 대상자의 진료현황

진료현황은 대학 및 연구기관에 종사하는 한의사를 제외하고 물어보았다. 하루 평균 내원환자는 21~30명이 95명으로 가장 많았고 31~40명, 11~20명 순이었다. 하루 평균 침약 투여 환자수는 3~5명이 162명으로 가장 많았고 2명이하가 그 다음이었다. 하루 평균 침약조제수는 41~80침이 가장 많았고 40침이하가 그 다음이었다. 한달 침약 중 치료약:보약은 9:1이 가장 많았고 8:2, 7:3 수준으로 치료약의 비율이 높은 것을 알 수 있다. 한달 수입 중 보험:비보험을 묻는 질문에는 4:6이 74명으로 가장 많았고 5:5, 6:4, 7:3 순이었다. 한달 한의원의 총수입(총매출)과 총비용은 개인한의원과 법인한의원에 근무하는 한의사를 대상으로 물어보았는데 총수입은 1501~2000만원이 71명으로 가장 많았고 2001~2500만원이 61명, 1001~1500만원이 54명 순이었다. 총비용은 1001~1500만원이 90명으로 가장 많았고 701~1000만원, 501~700만원 순이었다.

표 3. 진료 현황

(단위; 명)

	구분	명(%)
평균 내원환자	10명 이하	17(4.97)
	11~20명	75(21.93)
	21~30명	95(27.78)
	31~40명	84(24.56)
	41~50명	32(9.36)
	51~60명	14(4.09)
평균 침약투여환자수	61명 이상	14(4.09)
	2명 이하	110(32.16)
	3~5명	162(47.37)
	6~10명	43(12.57)
평균 침약조제수	11명 이상	16(4.68)
	40첩 이하	125(36.55)
	41-80첩	135(39.47)
	81-120첩	47(13.74)
치료약 비율	120첩 이상	24(7.02)
	1:9	7(2.05)
	2:8	8(2.34)
	3:7	18(5.26)
	4:6	19(5.56)
	5:5	49(14.33)
	6:4	36(10.53)
	7:3	50(14.62)
	8:2	68(19.88)
	9:1	76(22.22)
보험 비율	1:9	11(3.22)
	2:8	22(6.43)
	3:7	39(11.40)
	4:6	74(21.64)
	5:5	61(17.84)
	6:4	46(13.45)
	7:3	46(13.45)
8:2	17(4.97)	
9:1	15(4.39)	
소 계		331(100.0)
총수입(총매출)	1000만원 이하	20(5.85)
	1001-1500만원	54(15.79)
	1501-2000만원	71(20.76)
	2001-2500만원	61(17.84)
	2501-3000만원	36(10.53)
총비용	3001만원 이상	52(15.20)
	500만원 이하	12(3.51)
	501-700만원	46(13.45)
	701-1000만원	73(21.35)
	1001-1500만원	90(26.32)
1501-2000만원	37(10.82)	
2001만원 이상	36(10.53)	
소 계		294(100.0)

3. 첩약보험급여화에 대한 한의사의 인식 분석

첩약이 건강보험 급여항목에 포함되는 것에 대해 조사 대상자의 84.80%가 찬성한다고 응답하였고, 11.40%가 반대, 2.63%가 보통, 1.17%가 모르겠다고 응답하였다. 찬성한다고 응답한 대상자 중 '매우 찬성한다'가 전체의 46.20%를 차지하였고, '대체로 찬성한다'가 38.60%를 차지하였다. 반대한다고 응답한 대상자 중 '매우 반대한다'가 전체의 2.92%를, '대체로 반대한다'가 8.48%를 차지하였다.

한의사의 일반적 특성에 따라 찬성여부를 살펴볼 때, 연령별에서는 21-30세와 61세이상에서, 근무형태에서는 '대학 및 연구기관', '한방병원' 등에서, 임상경력별에서는 '16~20년'과 '5년이하'가 '매우 찬성'의 평균보다 높았으나 통계적으로는 의미가 없었다.

진료현황별로 보았을 때는 하루 평균 첩약투여환자수가 '2명이하'일 때, 첩약 중 치료약의 비율이 '70~80%'일 때, 총수입이 '1000만원' 이하일 때, 총비용이 '500만원'일 때가 '매우 찬성'의 비율이 높았으나 역시 통계적으로 의미가 없었다.

표 4. 첩약이 건강보험의 급여항목에 포함되는 것에 대한 한의사의 인식

구분	명	%
매우 찬성한다	158	46.20
대체로 찬성한다	132	38.60
보통이다	9	2.63
대체로 반대한다	29	8.48
매우 반대한다	10	2.92
모르겠다	4	1.17
합계	342	100.00

표 5. 한의사의 일반적 특성에 따른 첩약 보험급여 찬반 인식 분포 단위 : 명(%)

구분	매우 찬성	대체로 찬성	보통	대체로 반대	매우 반대	모르겠다	계	$\chi^2(P값)$	
성별	남	147(47.0)	120(38.3)	9(2.9)	24(7.67)	9(2.88)	4(1.28)	313(100.0)	4.6355 (0.4620)
	여	11(37.9)	12(43.4)	-	5(17.24)	1(3.45)	-	29(100.0)	
연령	21-30세	11(55.0)	7(35.0)	1(5.0)	1(5.0)	-	-	20(100.0)	9.4433 (0.9772)
	31-40세	93(44.9)	81(39.1)	4(1.9)	19(9.2)	6(2.9)	4(1.9)	207(100.0)	
	41-50세	47(46.5)	38(37.6)	4(4.0)	8(7.9)	4(4.0)	-	101(100.0)	
	51-60세	5(41.7)	6(50.0)	-	1(8.3)	-	-	12(100.0)	
	61세이상	2(100.0)	-	-	-	-	-	2(100.0)	
결혼 여부	미혼	24(49.0)	18(36.7)	1(2.0)	5(10.2)	1(2.0)	-	49(100.0)	1.2451 (0.9405)
	기혼	134(45.7)	114(38.9)	8(2.7)	24(8.2)	9(3.1)	4(1.4)	293(100.0)	
근무 형태	개인한의원	128(44.6)	113(39.4)	9(3.1)	23(8.0)	10(3.5)	4(1.4)	287(100.0)	10.5729 (0.9566)
	법인한의원	4(57.1)	2(28.6)	-	1(14.3)	-	-	7(100.0)	
	한방병원	18(58.1)	10(32.3)	-	3(9.7)	-	-	31(100.0)	
거주지 단위	보건소(지소)	1(16.7)	4(66.7)	-	1(16.7)	-	-	6(100.0)	12.4192 (0.2580)
	대학 연구기관	7(63.6)	3(27.3)	-	1(9.1)	-	-	11(100.0)	
	대도시	101(48.1)	79(37.6)	6(2.9)	17(8.1)	5(2.4)	2(1.0)	210(100.0)	
임상 경력	중소도시	42(43.2)	39(40.20)	-	10(10.3)	5(5.2)	1(1.0)	97(100.0)	36.1774 (0.0690)
	군지역(읍면)	15(42.9)	14(40.0)	3(8.6)	2(5.7)	-	1(2.9)	35(100.0)	
	5년이하	48(51.1)	37(39.4)	3(3.2)	3(3.2)	3(3.2)	-	94(100.0)	
	6~10년	44(39.3)	47(42.0)	1(0.9)	12(10.7)	4(3.6)	4(3.6)	112(100.0)	
	11~15년	34(50.8)	18(26.9)	5(7.5)	8(11.9)	2(3.0)	-	67(100.0)	
수련 여부	16~20년	23(52.3)	18(40.9)	-	2(4.6)	1(2.3)	-	44(100.0)	10.2039 (0.4228)
	21~25년	5(26.3)	10(52.6)	-	4(21.1)	-	-	19(100.0)	
	25년이상	4(66.7)	2(33.3)	-	-	-	-	6(100.0)	
지역	없음	117(48.2)	91(37.5)	7(2.9)	17(7.0)	8(3.3)	3(1.2)	243(100.0)	85.6666 (0.1876)
	인천수료	13(44.8)	12(41.4)	1(3.5)	1(3.5)	1(3.5)	1(3.5)	29(100.0)	
	전문의	28(40.0)	29(41.4)	1(1.4)	11(15.7)	1(1.4)	-	70(100.0)	
	강원	6(75.0)	1(12.5)	-	1(12.5)	-	-	8(100.0)	
	경기	31(43.1)	31(43.1)	2(2.8)	4(5.6)	4(5.6)	-	72(100.0)	
	경남	4(40.0)	4(40.0)	1(10.0)	1(10.0)	-	-	10(100.0)	
	경북	6(42.9)	5(35.7)	-	1(7.1)	2(14.3)	-	14(100.0)	
	광주	6(54.6)	3(27.3)	-	-	1(9.1)	1(9.1)	11(100.0)	
	대구	8(53.3)	7(46.7)	-	-	-	-	15(100.0)	
	대전	6(35.3)	8(47.1)	1(5.9)	1(5.9)	1(5.9)	-	17(100.0)	
	부산	13(52.0)	11(44.0)	-	1(4.0)	-	-	25(100.0)	
	서울	55(50.9)	33(30.6)	4(3.7)	13(12.0)	2(1.9)	1(0.9)	108(100.0)	
	울산	3(42.9)	2(28.6)	1(14.3)	1(14.3)	-	-	7(100.0)	
	인천	3(27.3)	8(72.7)	-	-	-	-	11(100.0)	
	전남	4(36.4)	6(54.6)	-	1(9.1)	-	-	11(100.0)	
	전북	1(14.3)	3(42.9)	-	3(42.9)	-	-	7(100.0)	
	제주	1(50.0)	1(50.0)	-	-	-	-	2(100.0)	
출신 학교	충남	2(28.6)	3(42.9)	-	2(28.6)	-	-	7(100.0)	29.6942 (0.9900)
	충북	9(52.9)	6(35.3)	-	-	-	2(11.76)	17(100.0)	
	경원	3(37.5)	4(50.0)	1(12.5)	-	-	-	8(100.0)	
	경희	44(44.0)	38(38.0)	5(5.0)	10(10.0)	2(2.0)	1(1.0)	100(100.0)	
	대구(경산)	41(48.8)	16(37.2)	-	4(9.3)	2(4.6)	-	43(100.0)	
	대전	17(48.6)	13(37.1)	-	3(8.6)	2(5.7)	-	35(100.0)	
	동국	22(50.0)	17(38.6)	1(2.3)	3(6.8)	1(2.3)	-	44(100.0)	
	동신	7(58.3)	4(33.3)	-	1(8.3)	-	-	12(100.0)	
	동의	6(46.2)	6(46.2)	-	-	1(7.7)	-	13(100.0)	
	세명	1(25.0)	2(50.0)	-	1(25.0)	-	-	4(100.0)	
	상지	8(50.0)	5(31.3)	1(6.3)	1(6.3)	-	1(6.3)	16(100.0)	
우석	6(66.7)	2(22.2)	-	1(11.1)	-	-	9(100.0)		
원광	23(39.7)	25(43.1)	1(1.7)	5(8.6)	2(3.45)	2(3.45)	58(100.0)		

표 6. 한의사의 진료 현황에 따른 침약 보험급여 찬반 인식 분포 단위:명(%)

구분	매우 찬성	대체로		보통	대체로		매우 반대	모르겠다	계	χ ² (p값)
		찬성	반대		반대	반대				
내원 환자수	20명 이하	41(44.6)	37(40.2)	2(2.2)	9(9.8)	2(2.2)	1(1.1)	92(100.0)	13.7018 (0.5483)	
	21~40명	82(45.8)	70(39.1)	6(3.4)	12(6.7)	6(3.4)	3(1.7)	179(100.0)		
	41~60명	22(47.8)	19(41.3)	-	3(6.5)	2(4.4)	-	46(100.0)		
	61명 이상	6(42.9)	3(21.4)	1(7.1)	4(28.6)	-	-	14(100.0)		
침약 투여 환자수	2명 이하	55(50.0)	38(34.6)	3(2.7)	5(4.6)	6(5.5)	3(2.7)	110(100.0)	26.8845 (0.1385)	
	3~5명	73(45.1)	69(42.6)	3(1.9)	14(8.6)	2(1.2)	1(0.6)	162(100.0)		
	6~10명	17(39.5)	18(41.9)	2(4.7)	4(9.3)	2(4.7)	-	43(100.0)		
	11명 이상	6(37.5)	4(25.0)	1(6.3)	5(31.3)	-	-	16(100.0)		
침약 투여수	40첩 이하	66(52.8)	42(33.6)	3(2.4)	6(4.8)	5(4.0)	3(2.4)	125(100.0)	28.6823 (0.0942)	
	41~80첩	60(44.4)	61(45.2)	2(1.5)	10(7.4)	2(1.5)	-	135(100.0)		
	81~120첩	17(36.2)	19(40.4)	2(4.3)	6(12.8)	2(4.3)	1(2.1)	47(100.0)		
	120첩 이상	8(33.3)	7(29.2)	2(8.3)	6(25.0)	1(4.2)	-	24(100.0)		
치료약 비율	10~20%	5(33.3)	5(33.3)	-	4(26.7)	1(6.7)	-	15(100.0)	23.7151 (0.2551)	
	30~40%	17(46.0)	16(43.2)	1(2.7)	3(8.1)	-	-	37(100.0)		
	50~60%	37(43.5)	39(45.9)	2(2.4)	6(7.1)	1(1.2)	-	85(100.0)		
	70~80%	62(52.5)	40(33.9)	4(3.4)	7(5.9)	2(1.7)	3(2.5)	118(100.0)		
보험 비율	90%	37(42.5)	32(36.8)	2(2.3)	9(10.3)	6(6.9)	1(1.2)	87(100.0)	28.3207 (0.1020)	
	10~20%	13(39.4)	15(45.5)	-	4(12.1)	-	1(3.0)	33(100.0)		
	30~40%	47(41.6)	47(41.6)	4(3.5)	13(11.5)	1(0.9)	1(0.9)	113(100.0)		
	50~60%	48(44.9)	42(39.3)	4(3.7)	6(5.6)	7(6.5)	-	107(100.0)		
총수입	70~80%	38(60.3)	19(30.2)	-	2(3.2)	2(3.2)	2(3.2)	63(100.0)	31.2830 (0.4016)	
	90%	12(46.2)	9(34.6)	1(3.9)	4(15.4)	-	-	26(100.0)		
	1000만원 이하	12(60.0)	5(25.0)	-	2(10.0)	1(5.0)	-	20(100.0)		
	1001- 1500만원	25(46.3)	22(40.7)	1(1.9)	1(1.9)	4(7.4)	1(1.9)	54(100.0)		
총비용	1501- 2000만원	35(49.3)	25(35.2)	3(4.2)	7(9.9)	-	1(1.4)	71(100.0)	33.4096 (0.3050)	
	2001- 2500만원	26(42.6)	29(47.5)	2(3.3)	3(4.9)	1(1.6)	-	61(100.0)		
	2501- 3000만원	16(44.4)	14(38.9)	2(5.6)	2(5.6)	1(2.8)	1(2.8)	36(100.0)		
	3001만원 이상	18(34.6)	20(38.5)	1(1.9)	9(17.3)	3(5.8)	1(1.9)	52(100.0)		
총비용	500만원 이하	6(50.0)	4(33.3)	-	-	2(16.7)	-	12(100.0)	33.4096 (0.3050)	
	501- 700만원	21(45.7)	20(43.5)	-	2(4.4)	2(4.4)	1(2.2)	46(100.0)		
	701- 1000만원	35(48.0)	29(39.7)	2(2.7)	5(6.9)	1(1.4)	1(1.4)	73(100.0)		
	1001- 1500만원	40(44.4)	36(40.0)	5(5.6)	6(6.7)	2(2.2)	1(1.1)	90(100.0)		
	1501- 2000만원	15(40.5)	17(46.0)	-	4(10.8)	1(2.7)	-	37(100.0)		
	2001만원 이상	15(41.7)	9(25.0)	2(5.6)	7(19.4)	2(5.6)	1(2.8)	36(100.0)		

첩약의 건강보험 급여화에 대해 찬성하는 응답자 중 찬성이유에 대해 물었을 때(복수응답), '한의학이 치료의학으로 발전할 수 있음'이 가장 많이 차지하였고, '본인부담금 절감으로 환자들의 경제적 부담 감소', '환자의 한방진료 선택권 확대', '환자수 증대로 인한 진료 수익 증가', '한방의료의 제도권 정착' 등의 순이었다. 기타의견으로는 '국가의 의료정책방향에 맞지 않는 불투명한 첩약은 결국 사라질 것이므로', '부의와 빈의의 격차 감소' 등이 있었다.

표 7. 첩약보험급여 찬성 이유(복수응답)

단위:명

구 분	매우 찬성	대체로 찬성	계
한의학이 치료의학으로 발전할 수 있음	111	97	208
환자수 증대로 인한 진료 수익증가	30	25	55
환자의 한방진료 선택권 확대	59	50	109
본인부담금 절감으로 환자들의 경제적 부담 감소	80	69	149
한방의료의 제도권 정착	32	19	51
기타	2	1	3
계	314	261	575

반대 이유로는 '비현실적인 낮은 수가 예상'이 가장 많았고, '심평원 및 건강보험공단과의 갈등', '고급의학으로서의 한의학의 특성 유지 필요' 등의 순이었다. 기타의견으로 '첩약보험후 한약분업의 빌미가 되어 조제와 처방권 상실 우려', '양의학처럼 정해진 약만 처방하기 어려운 한의학적 진료 특성때문' 등의 의견이 있었다.

표 8. 첩약보험급여 반대 이유(복수응답)

(단위:명)

구 분	매우 반대	대체로 반대	계
경영수지 악화	4	1	5
고급의학으로서의 한의학의 특성 유지 필요	3	4	7
건강보험 재정의 고갈 우려	5	0	5
한의원의 수입규모 노출	1	1	2
심평원 및 건강보험공단과의 갈등	17	7	24
비현실적인 낮은 수가 예상	22	5	27
기타	2	1	3
계	54	19	73

첩약이 보험급여화 되고 있지 않는 이유에 대해, '보험수가의 산정 및 심사의 어려움'이 가장 많았고, '법적, 제도적 뒷받침의 어려움', '보험급여에 관련된 기관들의 인식부족', '한의학의 표준화 미비', '양방의 반대', '한의사의 반대' 등이 었다. 기타의견으로는 '건강보험재정의 부족', '한약은 치료제라 기보다는 보약이라는 인식이 고착되어 있어서' 등이 있었다.

표 9. 첩약이 보험급여화되고 있지 않는 이유(복수응답)

단위:명(%)

구분	명(%)
한의사의 반대	45(6.64)
법적, 제도적 뒷받침의 어려움	186(27.43)
보험급여에 관련된 기관들의 인식부족	97(14.31)
보험수가의 산정 및 심사의 어려움	189(27.88)
한의학의 표준화 미비	93(13.72)
양방의 반대	62(9.14)
기타	6(0.88)
계	678(100.00)

첩약이 건강보험 급여화 될 경우 취해야 할 방식으로는, ‘약재별 지불방식’이 가장 많았고, ‘일당 정액 지불방식’, ‘처방별 지불방식’, ‘상병별 지불방식’ 등의 순이었다. 기타의견으로는 ‘약재별 및 처방별 지불방식의 혼합’, ‘약재별 및 일당정액 혼합방식’ 등 각 방식의 혼합한 형태가 있었고, ‘치료제, 보약, 녹용보약별로 일정액 지불’, ‘첩당 정액 지불방식’ 등이 있었다.

표 10. 첩약이 보험급여화 될 경우 취해야 할 방식

단위:명(%)

구분	명(%)
약재별 지불방식	106(30.99)
약 작용별 지불방식	7(2.05)
처방별 지불방식	65(19.01)
변증별 지불방식	24(7.02)
상병별 지불방식	46(13.45)
일당 정액 지불방식	81(23.68)
기타	13(3.80)
계	342(100.00)

4. 현재 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료 가격 분석

급성상기도감염(감기)에 해당하는 증상을 주고, '현재 이를 첩약으로 치료할 때 진료비, 약제비, 방제료, 탕전비 등을 포함하여 하루에 보통 얼마를 받고 있느냐'는 설문 결과, 평균 17,252원이고 표준편차는 8,609원이었으며 중간값으로 보았을 때 15,000원이며 사분위 범위는 9,500원으로 나타났다.

여기서 첩약 가격을 분석할 때 0원, 심지어는 음의 값을 적은 경우가 있었고, 지나치게 높은 가격을 적은 경우도 있어서, '0이하의 값'과 '99%수준 밖의 값, 즉 $\mu \pm 3\sigma$ 범위 밖에 해당하는 값'은 제외하였다. 또한 실제 진료를 하고 있지 않는 '대학 및 연구기관 소속'에서 대답한 값도 제외하였다.

표 11. 현재 급성상기도감염(감기)에 대해 평균 첩약 치료 가격 단위:명,원

	명	평균±표준편차	중간값±사분위 범위
현 치료가격	328	17251±8609	15000±9500

조사 대상자의 일반적 특성에 따라 현재 감기 치료 첩약의 가격을 조사하였다. 값의 변이가 크다고 생각되어 '평균±표준편차' 및 '중위값±사분위 범위'를 구하였다. 우선 각 값의 평균에 대해 비교해보면 성별에서는 남자가 여자에 비해 높았고, 연령별로는 21-30세가 높았으나 통계학적으로는

의미가 없었다. 미혼이 기혼에 비해 높았고, 가족수 별로는 본인 포함 가족이 1명인 경우가 가장 높았고 5명, 2명 순이었으며, 근무형태로는 법인한원의 경우가 가장 높았으나 모두 통계학적으로 의미가 없었다. 지역별로는 제주, 대전, 강원, 전남 순이었고 통계적으로도 의미가 있게 나왔다. 이에 대하여는 추후에 표본수를 더 늘려서 연구가 필요하다. 거주지 단위로는 대도시가 가장 높았고, 임상경력별로 보았을 때는 5년이하가 가장 높았으며 병원 수련여부에 대해서는 전문의가 가장 높았으나 모두 통계적인 유의성은 없었다. 통계적 분석 방법은 두 집단간 비교는 **t-test**를 사용하였고 세 집단 이상의 비교는 **ANOVA** 방법을 사용하였다.

표 12. 일반적 특성별 급상상기도감염(감기)의 침약치료시 하루 평균 치료비 단위:명,원

구 분		명	평균±표준편차	p 값
성별	남	300	17445±8575	0.1832
	여	28	15178±8857	
연령	21-30세	18	18778±8722	0.9320
	31-40세	200	17213±7610	
	41-50세	97	17165±10800	
	51-60세	11	16000±3821	
	61세이상	2	18500±3536	
결혼여부	미혼	46	18750±8326	0.2035
	기혼	282	17007±8645	
가족수 (본인포함)	1명	18	18944±8564	0.7106
	2명	32	17266±8218	
	3명	73	16925±7794	
	4명	132	16720±7284	
	5명	64	18477±11896	
	6명 이상	9	15556±7401	
근무형태	개인한의원	282	16914±8293	0.1120
	법인한의원	7	21429±7115	
	한방병원	30	20067±10757	
	보건소(지소)	6	14333±10985	
근무지역	강원	7	20857±21836	0.0234
	경기	72	16653±7234	
	경남	10	12000±6325	
	경북	13	16385±8617	
	광주	11	16182±7922	
	대구	15	14300±4566	
	대전	16	22938±10630	
	부산	23	14239±6812	
	서울	101	18673±8643	
	울산	7	17143±8030	
	인천	11	13636±5921	
	전남	10	19500±11048	
	전북	6	11333±5645	
	제주	2	25000±21213	
거주지 단위	대도시	200	17520±8376	0.7735
	중소도시	93	16769±9371	
	군지역(읍,면)	35	17000±7971	
임상경력	5년이하	89	18910±8328	0.2082
	6-10년	109	17037±7096	
	11-15년	64	15172±8641	
	16-20년	42	17560±11406	
	21-25년	19	17105±10816	
	25년이상	5	17000±2345	
수련여부	없음	238	17011±8219	0.4264
	인턴수료	27	16481±6530	
출업학교	전문의	63	18492±10619	0.1481
	경원	8	17375±6760	
	경희	98	16984±7825	
	대구(경산)	43	15721±6345	
	대전	33	18409±9567	
	동국	44	15500±7534	
	동신	12	22833±10513	
	동의	12	14667±4599	
	세명	4	19500±7550	
	상지	13	14538±6765	
우석	9	19778±5585		
원광	57	18939±11749		

진료 현황별로 급성상기도감염(감기)의 하루 평균 치료비를 비교해보면, 하루 평균 내원환자가 21~30명인 경우가 가장 높았고, 11~20명, 31~40명 순이었다. 하루 평균 첩약투여환자별로는 2명이하가 가장 높았고, 하루 평균 첩약조제수에서는 120첩이상이 가장 높았으며 40첩이하가 그 다음이었다. 첩약 중 치료약의 비율이 70~80%인 경우가 가장 높았고 한달 수입 중 보험비율이 70~80%가 하루 평균 치료비가 가장 높았다. 총수입에서는 1501~2000만원에서 가장 높았고 총비용에서는 500만원 이하가 가장 높았다. 이는 모두 통계학적으로 의미는 없었다. 통계 분석 방법으로는 ANOVA test를 사용하였다.

표 13. 진료현황별 급성상기도감염(감기)의 침약 치료시 하루 평균 치료비 단위:명,원

구분	명	평균±표준편차	p값
평균 내원환자	10명 이하	17	15294±6934
	11~20명	74	17358±7306
	21~30명	94	18287±9626
	31~40명	84	17042±8326
	41~50명	32	16750±7783
	51~60명	13	15500±6813
	61명 이상	14	16143±14070
평균 침약투여환자	2명 이하	110	18095±9632
	3~5명	160	16744±7525
	6~10명	42	16690±7826
	11명 이상	16	18000±12827
평균 침약조제수	40첩 이하	125	17980±9318
	41-80첩	133	16688±7795
	81-120첩	47	16521±7207
	120첩 이상	23	18043±11507
치료약 비율	1:9	7	12286±4536
	2:8	8	14750±4862
	3:7	18	14751±9597
	4:6	19	15342±6574
	5:5	49	17980±10451
	6:4	35	16586±6086
	7:3	50	19680±8833
	8:2	67	17470±8176
	9:1	75	17087±9096
	보험 비율	1:9	11
2:8		21	18286±8320
3:7		37	19392±9042
4:6		74	16122±15000
5:5		61	16254±7353
6:4		46	17337±7410
7:3		46	16935±7523
8:2		17	23824±14901
총수입 (총매출)	9:1	15	14867±8140
	1000만원 이하	20	16750±13369
	1001-1500만원	53	17275±7924
	1501-2000만원	71	17430±8296
	2001-2500만원	61	16918±8587
	2501-3000만원	36	16347±5446
총비용	3001만원 이상	51	16588±7718
	500만원 이하	12	20708±16909
	501-700만원	46	15826±8271
	701-1000만원	73	17103±8415
	1001-1500만원	89	17039±6414
	1501-2000만원	36	16889±8391
	2001만원 이상	36	17250±8171

5. 첩약의 건강보험 급여화시 급성상기도감염(감기)의 첩약치료 수용의사가격 분석

첩약이 건강보험 급여화가 되었으며 그 방식이 상병별 지급방식으로 결정되었다고 가정한 상태에서, 증상을 제시한 급성상기도감염(감기)을 첩약으로 치료할 때 하루에 최소한 얼마를 받아야한다고 생각하는지 질문하였다. 환자의 연령을 0~14세, 15~64세, 65세이상 등 세 군으로 나누어서 수용의사가격을 적도록 하였다. 앞서 조사한 현 치료액과 마찬가지로 '0이하의 값'과 '99% 수준 밖의 값, 즉 $\mu \pm 3\sigma$ 범위 밖에 해당하는 값'은 제외하였고, 또한 실제 진료를 하고 있지 않는 '대학 및 연구기관 소속'에서 대답한 값도 제외하였다. (이후 모든 수용의사가격에서는 동일한 제외기준을 적용하였다.)

분석 결과 14세이하에서는 평균 14,984($\pm 7,214$)원, 15~64세에서는 평균 18,339($\pm 7,765$)원, 65세이상에서는 17,358($\pm 8,342$)원으로 나타났다.(표 14)

표 14. 첩약 급여화시 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료액 WTA 단위:명,원

WTA	명	평균 \pm 표준편차	중위수 \pm 사분위 범위	최빈값	최소값	최대값
14세이하	326	14,984 \pm 7,214	15,000 \pm 10,000	10000	13	40000
15~64세	327	18,339 \pm 7,765	16,000 \pm 12,000	15000	15	50000
65세이상	328	17,358 \pm 8,342	15,000 \pm 8,875	15000	15	50000

이후 65세 이상의 수용의사가격에 대해 분석하였다.

가. 단변량분석

급성상기도감염(감기)의 치료 대상자를 65세 이상으로 하여 수용의사가격을 질문하였을 때 평균 17,358(±8342)원이었으며 중간값은 15,000원, 최빈값은 15,000원, 최소값 15원, 최대값 50,000원이었다.

표 15. 첩약 급여화시 65세 이상 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료액 WTA 단위:명,원

구분	명	평균±표준편차	중간값±사분위범위	최빈값	최소값	최대값
값	328	17358±8342	15000±8875	15000	15	50000

그림 1. 수용의사가격의 분포도

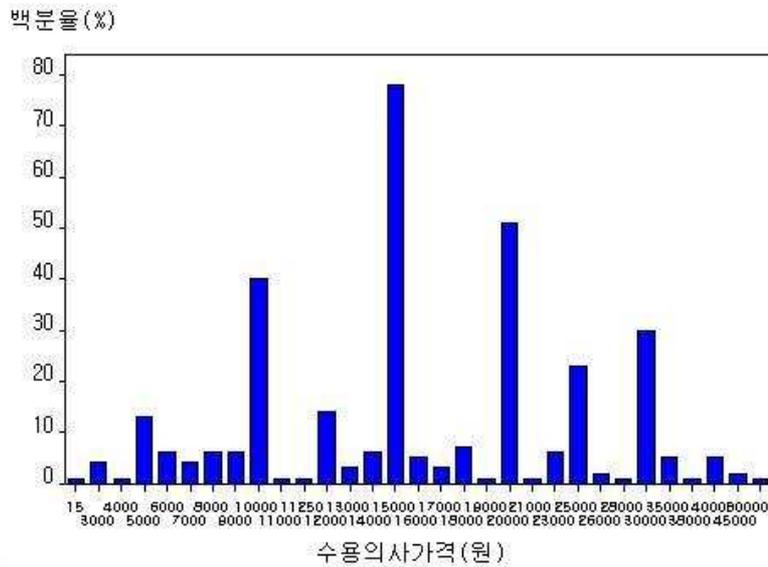
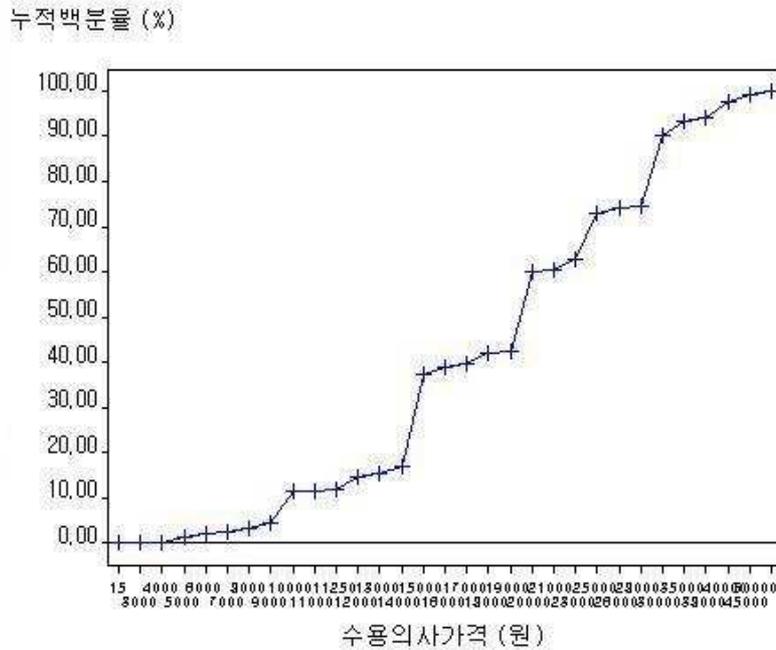


그림 2. 수용의사가가격의 누적분포도



나. 이변량분석

조사 대상자의 특성에 따른 수용의사가가격을 분석하였다. 첩약의보 찬성 여부별로 볼 때 찬성의 평균이 17,375원으로 반대보다 높았으나 통계적인 유의성은 없었다. 성별에서는 남자가 높았고 연령별로는 31~40세에서 가장 높았다. 결혼 여부에서는 미혼이 기혼에 비해 높았으며 가족수에서는 1명(본인)인 경우가 가장 높았다. 근무형태에서는 법인한의원의 경우가 평균 25,000원으로 가장 높았고 통계적으로도 유의하였으나 표본수가 적어 추후

에 더 연구가 필요한 사항이다. 근무지역에 따라서는 제주가 가장 높았고 울산, 충남 순이었다. 거주지 단위별로는 군지역(읍,면)이 가장 높았고 대도시, 중소도시 순이었다. 임상경력별로는 5년이하가 가장 높았고 25년이상, 6~10년, 16~20년 순이었다. 수련여부별로는 인턴수료 한 경우가 가장 높았다. 근무형태를 제외한 모든 특성에 따른 수용의사가격은 통계적으로 유의하지 않았으며 근무형태에 따른 것도 가장 높은 평균값이 나온 법인한의원도 표본수가 적으므로 추후 더 연구가 필요하다.

진료현황에 따른 수용의사가격을 살펴볼 때, 하루 평균내원환자별에서 11~20명에서 수용의사가격의 평균이 가장 높았고 21~30명, 31~40명 순이었다. 하루 평균 침약투여환자수별로 보면 2명이하가 가장 높았고 3~5명, 6~10명 순이었다. 하루 평균 침약조제수로 볼 경우 40첩이하가 가장 높았고 41~80첩, 81~120첩 순이었다. 침약 중 치료약의 비율별로 살펴보았을 때 치료약의 비율이 70%인 집단이 수용의사가격의 평균이 가장 높았고 60%, 80%, 50% 순이었다. 한달 수입 중 보험의 비율별로 살펴보았을 때 보험의 비율이 80%인 집단이 가장 높았고 30%, 20%, 10% 순이었다.

한달 한의원 총수입 및 총지출에 대해서는 개인한의원 및 법인 한의원을 대상으로만 분석하였다. 한달 한의원 총수입이 1001~1500만원에서 수용의사가격의 평균이 20,167원으로 가장 높았고, 2001~2500만원, 3001만원이상 순이었으며 1000만원 이하가 평균 13,650원으로 가장 낮았다. '1001~1500만원'과 '1000만원 이하' 사이의 평균의 차이는 통계적으로 유의하였다. 총비용에서는 1001~1500만원이 가장 높았고 700~1000만원, 1501~2000만원, 2001만원이상 순이었다. 한달 한의원 총수입별 수용의사가격을 제외한 진료현황에 따른 수용의사가격의 평균의 차이는 모두 통계학

적으로 유의하지는 않았다.

표 16. 일반적 특성별 침약보험급여시 수용의사가격

단위:원

구 분	명	평균±표준편차	p 값
침약의보 찬성여부	찬성	17375±8531	0.3896
	반대	16108±7351	
	보통&모르겠음	20538±6213	
성별	남	17508±8209	0.2870
	여	15750±9679	
연령	21-30세	16684±7846	0.0683
	31-40세	18394±8426	
	41-50세	15379±8299	
	51-60세	17000±6083	
	61세이상	15500±707	
결혼여부	미혼	19516±9502	0.0552
	기혼	16996±8095	
가족수 (본인포함)	1명	19389±9121	0.6100
	2명	17515±10402	
	3명	18193±8036	
	4명	17274±8268	
	5명	16159±7713	
	6명이상	15444±6502	
근무형태	개인한의원	17355±8145	0.0268
	법인한의원	25000±10408	
	한방병원	16800±9316	
	보건소(지소)	11333±4719	
근무지역	강원	14286±5992	0.3761
	경기	16097±9035	
	경남	16100±12991	
	경북	17231±8613	
	광주	15909±8961	
	대구	18643±5315	
	대전	19563±9743	
	부산	14739±6676	
	서울	18277±7955	
	울산	21000±8485	
	인천	14182±5419	
	전남	17800±8892	
	전북	13833±4262	
	제주	23500±23335	
	충남	20429±7591	
	충북	20176±7204	
거주지 단위	대도시	17596±8229	0.4875
	중소도시	16527±8299	
	군지역(읍,면)	18200±9145	
임상경력	5년이하	19244±8571	0.1167
	6~10년	17457±8640	
	11~15년	15813±6810	
	16~20년	16147±10055	
	21~25년	15333±43953	
	25년이상	18200±6611	
수련여부	없음	17224±8199	0.7707
	인턴수료	18429±6574	
	전문의	17387±9599	

표 17. 진료현황별 침약보험급여시 수용의사가격

단위:원

구분	명	평균±표준편차	p값
평균 내원환자	10명이하	17	13823±4531
	11~20명	75	18347±9245
	21~30명	95	18266±8501
	31~40명	84	16822±8418
	41~50명	32	16531±7053
	51~60명	12	16667±7177
	61명이상	13	16769±8516
평균 침약투여환자수	2명이하	110	17939±8913
	3~5명	161	17516±8229
	6~10명	42	16547±7712
	11명이상	15	13667±6275
평균 침약조제수	40첩이하	125	18058±8759
	41-80첩	134	17187±8238
	81-120첩	47	16553±7983
	120첩이상	22	16136±7421
치료약 비율	1:9	7	17286±8976
	2:8	8	14250±9543
	3:7	17	16236±8487
	4:6	19	14632±6148
	5:5	49	17531±8299
	6:4	36	17896±7943
	7:3	50	18680±7341
	8:2	68	17735±8312
보험 비율	9:1	74	17041±9552
	1:9	11	18364±9542
	2:8	22	18545±9785
	3:7	38	18684±9109
	4:6	73	15798±6881
	5:5	61	15738±7897
N=331	6:4	46	16913±8589
	7:3	45	18289±6814
	8:2	17	22588±12425
	9:1	15	18333±8139
총수입 (총매출)	1000만원이하	20	13650±7876
	1001-1500만원	54	20167±7613
	1501-2000만원	71	16891±9092
	2001-2500만원	60	17950±8306
	2501-3000만원	36	16305±5595
총비용	3001만원이상	51	17569±8853
	500만원이하	12	14833±7530
	501-700만원	46	16500±7210
	701-1000만원	73	17469±9175
	1001-1500만원	90	18411±8061
N=294	1501-2000만원	35	17657±8084
	2001만원이상	36	17611±8709

다. 다변량분석

한의사의 특성에 따른 수용의사가격을 추정하기 위해 수용의사가격 모형을 설정하고 각 변수를 표 18과 같이 설정하였다. 변수의 범위 설정은 각 범위당 30명이상이 되도록 묶었으며 제일 아래 단위를 기준집단으로 하였다. 첩약의 건강보험 급여화에 대해 찬반여부를 포함시켰고, 더불어 한의사의 일반적 특성과 진료현황을 변수로 하였으며 또한 현재 급성상기도감염(감기)의 첩약 치료가격을 변수로 설정하였다. 수용의사가격 모형은 가능한 여러 모형을 가정하여 테스트해본 결과 아래와 같은 모형이 가장 적합하다고 판단되어 다음과 같이 설정하였다. (ln은 자연로그를 의미한다.)

$$\ln WTA = \beta_0 + \beta_1 YESNO + \beta_2 SEX + \beta_3 AGE + \beta_4 MARI + \beta_5 FAMI + \beta_6 POSI + \beta_7 RESID + \beta_8 CARE + \beta_9 INTERN + \beta_{10} PATI + \beta_{11} HERBPA + \beta_{12} HERB + \beta_{13} TREAT + \beta_{14} INSUR + \beta_{15} INCOME + \beta_{16} EXPEND + \beta_{17} \ln(NOW) + \varepsilon \text{ (ln:자연로그)}$$

표 18. 수용의사가 가격 모형의 변수 설명

	구분	설명변수	변수의 범위 표현
첩약보험화에 대한 인식	첩약보험화	YESNO	매우 찬성(0)-대체로 찬성(1)-보통(2)
	찬반여부		-대체로 반대(3) - 매우 반대(4)
일반적 특성	성별	SEX	남(0) 여(1)
	연령	AGE	31세이하(0) 32~36세(1) 37~41세(2) 42세~46세(3) 47세이상(4)
	결혼여부	MARI	미혼(0) 기혼(1)
	가족수	FAMI	2명이하(0) 3명(1) 4명(2) 5명이상(3)
	근무형태	POSI	한의원(0) 한방병원(1)
	거주지단위	RESID	대도시(0) 중소도시(1) 군지역(2) 5년이하(0) 6~10년(1) 11~15년(2)
	임상경력	CARE	16~20년(3) 21년이상(4)
	수련여부	INTERN	없음(0) 인턴(1) 전문의(2)
	내원환자수	PATI	20명이하(0) 21~30명(1) 31~40명(2) 41명이상(3)
	첩약투여환자수	HERBPA	2명이하(0) 3~5명(1) 6명이상(2)
진료 현황	첩약조제수	HERB	40첩이하(0) 41~80첩(1) 81첩이상(2) 20%이하(0) 30%(1) 40%(2) 50%(3)
	치료약 비율	TREAT	60%(4) 70%(5) 80%이상(6) 40%이하(0) 50%(1) 60%(2) 70%(3)
	보험 비율	INSUR	80%(4) 90%이상(5) 1500만원이하(0) 1501~2000만원(1)
	총수입	INCOME	2001~2500만원(2) 2501~3000만원(3) 3001만원이상(4) 700만원이하(0) 701~1000만원(1)
	총비용	EXPEND	1001~1500만원(2) 1501~2000만원(3) 2001만원이상(4)
	현재첩약가격	NOW	0원-

위의 모형에서 각 변수들을 가변수 처리해서 OLS-regression를 시행하였다. 그 결과 표 19와 같은 결과를 얻었다. 이 모형에 대한 F 값은 7.92이며 p값은 <0.0001로 통계학적으로 유의한 모형이다. 결정계수는 0.593이며 보정된 결정계수는 0.518이다. 모든 모형에서 다중공선성(multicollinearity) 검사 결과 분산확대인자(VIF, Variance Inflation factor)의 값이 10이 넘는 변수가 없어서 각 독립변수는 독립임을 알 수 있고, Durbin-Watson 검증 결과 값이 1.962로 모두 2에 가까우므로 자기상관성(autocorrelation) 문제 또한 없다.

수용의사가격 모형을 변수별로 나타난 계수의 분석해보면, 칩약보험급여 찬반여부에 따라 '매우 반대'의 경우 음(-)의 값을 갖는데 이는 '매우 찬성'에 비해 수용의사가격이 낮아짐을 나타내고 있다. 성별로 보면 여성의 경우 음(-)의 값을 가지고 남성에 비해 낮은 수용의사가격을 보이고, 연령의 경우 32~41세는 양의 값을, 42세이상에서는 음의 값을 가진다. 결혼여부에서 기혼의 경우 음의 값을 가져 미혼에 비해 낮은 수용의사가격을 나타내고, 가족수에서는 모두 양의 값을 가지고 가족수가 많을수록 계수가 작아지는 경향성을 보이나 통계적인 유의성은 없다. 근무형태에서는 한방병원 근무자가 한의원 근무자에 비해 낮은 수용의사가격을 보였고, 임상경력에서는 6~10년에서 음의 값을, 그 이상에서는 양의 값을 나타내었다. 수련여부에서는 인턴수료, 전문의에서 양의 값을 보였다. 이상 모든 일반적 변수의 계수에 대해서는 통계적으로 유의하지 않았다. 보험비율에서 $p < 0.1$ 에서 통계적으로 유의한 결과를 보였는데 90%수준에서 40%에 비해 높은 가격을 제시하였다. 현재칩약가격이 $p < 0.0001$ 로 강력한 설명변수로 작용하

는데 계수가 양의 값으로 현재의 첩약가격보다 건강보험 급여화시 수용의사가 가격이 높은 경향을 보인다.

진료현황별로 살펴보면 내원환자에서는 모두 음(-)의 값을 가지나 환자수의 변화에 따른 일정한 경향성을 보이지는 않는다. 치료약비율에서는 30%에서 음(-)의 값, 40%이상에서는 양(+)의 값을 갖는다. 보험비율에서는 50%에서 음(-)의 값을 가지고 60%이상에서는 양(+)의 값을 가지고 90%에 해당하는 항목에서 통계적으로 유의한 결과를 얻었다. 총수입은 모든 항목에서 음(-)의 값을 가져 1500만원이하에 비해 낮은 수용의사가 가격을 나타내었고, 총비용에서는 모두 양(+)의 값을 가져 700만원이하에 비해 높은 수용의사가 가격을 나타내었다. 마지막으로 현재첩약가격의 계수값이 양(+)의 값을 가지고 $p < 0.0001$ 로 통계적으로 유의하였다. 이상 진료현황에 따른 수용의사 결정 모형에서는 보험비율의 90%와 현재첩약가격을 제외하고는 모두 통계적으로 유의하지 않았다.

표 19-1. 수용의사가 가격 모형의 추정 결과

구분	설명변수	항목	수용의사가 가격 모형 계수(t값)
	상수항	CONST	2.242 ^{***} (4.63)
첩약보험 화에 대한 인식	첩약보험화 찬반여부	YESNO	
		매우 찬성	-
		대체로 찬성	0.071(1.19)
		보통	0.041(0.24)
		대체로 반대	0.078(0.74)
		매우 반대	-0.015(-0.10)
성별	SEX	남	-
		여	-0.090(-0.90)
연령	AGE	31세 이하	-
		32~36세	0.105(0.92)
		37~41세	0.032(0.22)
		42~46세	-0.150(-0.95)
		47세 이상	-0.106(-0.54)
결혼여부	MARI	미혼	-
		기혼	-0.117(-1.27)
일반적 특성	가족수	FAMI	
		2명 이하	-
		3명	0.129(1.38)
		4명	0.089(0.99)
		5명 이상	0.014(0.14)
근무형태	POSI	한의원	-
		한방병원	-0.175(-1.28)
거주지단위	RESID	대도시	-
		중소도시	-0.028(-0.45)
		읍,면	0.140(1.35)
임상경력	CARE	5년 이하	-
		6~10년	-0.081(-0.95)
		11~15년	0.113(0.99)
		16~20년	0.037(0.28)
		21년 이상	0.129(0.68)
수련여부	INTERN	없음	-
		인턴수료	0.105(1.01)
		전문의	0.020(0.23)

F value=7.92, p-value<0.0001 R²=0.593, Adj R²=0.518, Durbin-Watson D=1.962

*:p<0.1, **:p<0.05, ***:p<0.01

표 19-2. 수용의사가가격 모형의 추정결과(계속)

구분	설명변수	항목	수용의사가가격 모형 계수(t값)	
진료현황	내원환자수	20명 이하	-	
		21~30명	-0.044(-0.59)	
		31~40명	-0.042(-0.49)	
		41명 이상	-0.048(-0.48)	
	첩약투여환자 수	HERBPA	2명 이하	-
			3~5명	0.074(0.71)
			6명 이상	-0.059(-0.42)
	첩약조제수	HERB	40첩 이하	-
			41~80첩	0.021(0.22)
			81첩 이상	-0.009(-0.07)
	치료약 비율	TREAT	20% 이하	-
			30%	-0.064(-0.37)
			40%	0.117(0.66)
			50%	0.044(0.30)
			60%	0.080(0.51)
70%			0.055(0.38)	
보험 비율	INSUR	80% 이상	0.039(0.28)	
		40% 이하	-	
		50%	-0.030(-0.38)	
		60%	0.009(0.10)	
		70%	0.150(1.59)	
총수입	INCOME	80%	0.024(0.17)	
		90%	0.272*(1.73)	
		1500만원이하	-	
		1501~2000	-0.122(-1.23)	
		2001~2500	-0.047(-0.39)	
총비용	EXPEND	2501~3000	-0.122(-0.83)	
		3001만원이상	-0.027(-0.15)	
		700만원이하	-	
		701~1000	0.018(0.19)	
		1001~1500	0.165(1.60)	
현재첩약가격	NOW	1501~2000	0.115(0.89)	
		2001만원이상	0.144(0.87)	
		ln(NOW)	0.756*** (16.78)	

F value=7.92, p-value<0.0001 R²=0.593, Adj R²=0.518, Durbin-Watson D=1.962

*:p<0.1, **:p<0.05, ***p<0.01

표 21. 첩약의 건강보험 급여화시 본인부담율에 대한 한의사의 인식

단위:명(%)

본인부담율	명(%)
10	3(0.88)
15	2(0.59)
20	25(7.33)
25	1(0.29)
30	216(63.34)
35	2(0.59)
40	22(6.45)
45	2(0.59)
50	64(18.77)
60	2(0.59)
80	1(0.29)
100	1(0.29)
평균(±표준편차)	33.9(±10.6)%
계	341(100.0)

8. 급성상기도감염(감기)의 다빈도 예상 처방

제시한 증상에 대해 많이 사용할 것 같은 처방을 보기 중에서 네 개까지 선택하도록 하였다. 보기의 처방은 “한방의료보험 약제급여 개선방안 및 상병범위에 관한 연구”(대한한의사협회,1995) 에서 ‘마06. 감모(感冒)’에 쓰이는 처방으로 제시한 보기에서 인용하였다. 가장 많은 것은 소청룡탕이었고, 삼소음, 구미강활탕, 인삼패독산 순이었다. 기타의견으로 사상처방, 갈근탕, 마행감석탕, 형백패독산, 은교산 등이 있었고 ‘모두 다 사용해야한다’, ‘처방자체를 정하는 것은 문제가 있다’, ‘소문원리에 의해 처방’ 등이 있었다.

표 22. 금성상기도감염(감기)의 다빈도 예상 처방(복수응답)

처방	명(%)	처방	명(%)
가미소요산	3(0.88)	갈근해기탕	119(34.80)
구미강활탕	192(56.14)	궁소산	7(2.05)
궁하탕	1(0.29)	당귀연교음	2(0.58)
대시호탕	-	대청룡탕	4(1.17)
반하사심탕	1(0.29)	반하후박탕	-
백출탕	-	복령보심탕	-
불환금정기산	45(13.16)	삼소음	222(64.91)
생맥산	2(0.58)	소시호탕	60(17.54)
소청룡탕	229(66.96)	시경반하탕	10(2.92)
시호계지탕	10(2.92)	시호소간탕	1(0.29)
연교폐독산	135(39.47)	오적산	14(4.09)
이중탕	-	이진탕	5(1.46)
인삼폐독산	187(54.68)	청상견통탕	1(0.29)
청서익기탕	2(0.58)	행소탕	27(7.89)
황련해독탕	9(2.63)	회춘양격산	4(1.17)
기타	20(5.8)		

V. 고 찰

본 연구는 2006년 6월 전국 한의사들을 대상으로 '첩약의 건강보험화에 대한 한의사의 의식조사 - 감기치료를 중심으로'에 관한 E-mail 설문조사 자료를 이용하여 한약첩약의 건강보험 급여화에 대한 한의사의 인식과 수용의사가격을 연구하기 위해 실시되었으며, 사회·경제적 요인, 진료현황과 첩약보험급여과의 관계 및 수용의사가격과의 관계를 분석하였다.

1. 연구 결과에 대한 고찰

가. 첩약보험급여화에 대한 한의사의 인식

첩약의 건강보험급여화에 대해 조사된 한의사들은 찬성 84.80%, 보통 2.63%, 반대 11.40%, 모르겠다 1.17%로 답하였다. 이는 과거의 연구에 비해 찬성율이 높아진 것인데, 대한한 의사협회(1997)의 연구에서는 찬성의 비율이 74.8%였고, 박용신(2002)의 연구에서는 찬성비율이 81.6%였으며, 국립의료원(최병호, 2003에서 재인용)의 73.68%였던 것에 비하면 찬성율이 높아졌음을 알 수 있다.

한의사의 사회·경제적 특성과 진료현황에 따른 첩약 보험급여의 찬반 인식을 분석한 결과를 볼 때 첩약 보험급여의 찬반과 한의사의 사회·통계적 특성과 진료현황이 서로 통계적으로 관련이 없다고 조사되었다. 박용신(2002)이 연령, 근무지역, 내원환자수, 하루평균 첩약조제수에 따라 첩약보험급여 찬반인식 분포를 조사한 것에서도 통계적인 유의한 차이는 없었다. 이로 볼 때 첩약보험급여의 찬반은 한의사의 사회·경제적 특성 및 진료현황과는 별다른 관계가 없음을 알 수 있다.

본 연구에서 첩약보험급여의 찬성 이유에 대해서는 ‘한의학이 치료의학으로 발전할 수 있다’는 응답이 가장 많이 나왔고 ‘본인부담금 절감으로 환자들의 경제적 부담 감소’, ‘환자의 한방진료 선택권 확대’ 순으로 나왔는데 대한한의사협회(1997)에서는 ‘국민들 경제적 부담이 적어짐’, ‘한학을 치료의학으로 발전시키기 위해’, ‘한방의료의 제도권 정착을 위해’의 순으로 조사되었고, 박용신(2002)의 경우에도 같은 순위로 조사되었다. 또한 국립의료원(최병호, 2003에서 재인용)의 연구에서는 ‘한방진료의 대중화에 기여’, ‘진료비용 부담이 가장 큰 첩약의 보험적용 필요성’, ‘환자의 한방진료 선택권 확대’ 등의 순으로 조사되었다. 이를 종합해볼 때 첩약보험급여의 찬성이유는 첩약이 보험급여화 되지 않아 본인부담금이 높아서 많은 일반 국민들이 경제적인 부담으로 첩약을 자유롭게 이용하지 못하기 때문에 보다 한방진료가 대중화되기 위해서 찬성하는 것으로 볼 수 있다. 이는 조재국(2004)의 연구에서 밝힌 한방의료 이용자들이 한방의료에서 가장 큰 문제점으로 꼽았던 ‘건강보험의 혜택이 낮다’는 것과 일맥상통한다고 할 수 있다.

첩약보험급여의 반대 이유로는 ‘비현실적인 낮은 수가 예상’, ‘심평원 및 건강보험 공단과의 갈등’ 등의 순으로 조사되었는데 이는 대한한의사협회(1997)의 조사결과인 ‘한방병원의 경영수지가 악화된다’, ‘많은 환자를 진료하게 되면 의료의 질이 떨어진다’, ‘의료보험 재정이 부족하기 때문이다’의 순이나, 박용신(2002)의 ‘건강보험 재정부족’, ‘경영수지 악화’, ‘의료의 질 저하’의 순과는 다소 다른 결과로 보인다. 연구 결과들을 종합해보면 전반적으로 현재 받고 있는 첩약의 가격보다 보험급여화시 적은 가격을 받을 것으로 예상하여 이로인해 경영상의 문제가 나타날 것을 우려하고 있는

것으로 보인다.

첩약이 보험급여화 되고 있지 않는 이유에 대해서는 '보험수가의 산정 및 심사의 어려움', '법적, 제도적 뒷받침의 어려움', '관련 기관들의 인식부족', '한의학의 표준화 미비' 등의 순으로 조사되었는데 대한한의사협회(1997)에서 첩약의보 시행의 장애요인으로 '적정한 보험수가 산정', '불합리한 한방의료보험 체계', '정부의 의지 부족' 등의 순으로 조사된 것과 비교하면 그 결과가 대략 일치한다고 볼 수 있다.

첩약보험급여화시 급여방식에 대해서는 '약재별 지불방식', '일당 정액 지불방식', '처방별 지불방식', '상병별 지불방식' 등의 순으로 조사되었는데 많은 연구(최환영 등, 1995; 김남주 등, 1996; 염용권 등, 1998)에서 제안하고 있는 '상병별 지불방식'과 다른 의견을 보이는 것으로 조사되었다.

나. 급성상기도감염(감기) 치료에 대한 수용의사가격 분석

현재 급성상기도감염(감기)를 첩약으로 치료할 때의 하루 진료비에 대한 설문에서 평균 17,252원, 중간값 15,000원으로 조사되었다. 이를 통상 한방병의원에서 첩약 단위로 쓰고 있는 한재(20첩=10일)로 계산하였을 때 평균 172,520원, 중간값 150,000원으로 환산할 수 있는데, 이는 박용신(2002)의 연구에서 정리한 연구된 적정 첩약원가인 72,615~84,724원(한국보건 의료관리연구원, 1996), 94,000~95,000원(안전회계법인, 1998)은 물론, 첩약의 관행수가인 평균 115,091원보다도 높은 수치이다. 최병호(2003)의 경우 감모의 한 건당 총진료비를 비보험의 경우 평균 131,000원으로 조사하였는데 이 경우보다도 본 연구에서 조사한 가격이 높게 책정되었다. 이렇게 과거에 비해서 첩약의 가격이 오른 요인에 대해서는 추후 연구가 필요하다.

한 의사의 사회·경제적 특성과 진료현황에 따른 현재 급성상기도감염(감기) 치료에 대한 분포는 근무지역과 보험비율에서 통계적으로 유의하게 조사되었다. 특히 근무지역의 경우에는 제주, 대전, 강원, 전남 등이 높은 가격으로 조사되었는데 대전을 제외하고는 10명이하의 적은 응답수를 보여 적은 표본수로 인한 통계적 오류인지, 실제 지역별 한약재의 가격이 차이가 있어서 현재 급성상기도감염(감기)의 진료비에 반영이 되는지 등에 대해 충분한 표본수를 가지고 통계적 오류를 최대한 배제한 채로 추후 연구가 필요한 사항이다.

65세 이상의 급성상기도감염(감기)의 첩약치료 수용의사가격을 분석한 결과 평균 17,358원(± 8342 원), 중간값 15,000원으로 조사되었고, 한의사의 일반적 특성 및 진료현황에 따른 수용의사가격 모형을 만든 후 다중회귀분석을 시행해보았을 때, 보험비율이 90%인 그룹이 40%이하인 그룹에 비해 양(+)의 계수를 나타낸 것 외에는 통계적으로 유의한 값이 없어서 수용의사가격을 일반적 특성 및 진료현황으로 설명하기는 어려워보이고, 다만 현재첩약가격이 수용의사가격을 설명하는 강력한 변수로 작용하는 것으로 나타난다. 현재첩약가격의 계수가 양(+)의 값을 갖는데, 이는 현재첩약가격보다 수용의사가격이 높다는 것을 의미하는 것으로, 일반적으로 비급여시에 받는 가격보다 건강보험 급여화시 받는 가격이 낮다는 점, 즉 원가보존이 안되고 소위 '박리다매'적인 현 수가체계를 감안할 때(이창훈, 2000) 현실적이지 않은 결과라고 할 수 있다. 이러한 결과의 이유에 대해 몇가지 추정해 볼 수 있는데 첫째, 의도적으로 현재첩약가격보다 높은 가격을 제시하였거나, 둘째, 앞서 현재첩약가격을 실제보다 낮게 대답하였거나, 셋째, 응답자가 보험급여화에 대한 인식이 부족한 경우이다.

이러한 연구 결과를 볼 때 현재의 원가보존이 안되는 보험수가체계의 상황에서 첩약보험급여를 확대한다면 한의사들의 반발이 예상된다. 이에 첩약보험급여시 합리적인 수가체계에 대한 연구가 선행되어야 할 것으로 보이며, 아울러 한의사들을 대상으로 건강보험 급여화에 대한 설명 및 교육이 필요할 것으로 보인다. 즉 건강보험이 적용될 경우 현재 첩약의 비급여 상황에 비해 어떤 변화가 예상되는지에 관한 자료를 제시한 상태에서 보다 깊은 연구를 수행해야할 것으로 생각된다.

2. 연구자료 및 방법에 대한 고찰

본 연구는 2006년 5월 현재 대한한의사협회에서 파악하고 있는 전체 한의사의 E-mail을 근거로 자료를 수집하였다. 총 8463명에게 발송하여 반송된 메일 805개를 제외하고 나머지 중에서 414명이 응답하여 5.4%의 회신율을 보였다. 이런 인터넷 서베이 방식은 선행연구인 대한한의사협회(1997)와 박용신(2002) 등의 연구에서 취한 우편설문방식과는 다른 방식인데 인터넷 서베이 방식은 시간과 비용을 절약할 수 있고, 데이터의 손실이 적으며, 통계처리하기 편하다는 장점이 있는 반면에 회신율이 낮으며, **selection bias**, 즉 인터넷을 잘 사용하는 사람이 응답할 확률이 높아 본 연구의 결과를 전체 한의사를 대상으로 적용하기에는 무리가 있다(안문석 등, 2002; 유근환, 2003; Rhodes, 2003; Yasunaga et al, 2006).

연구방법으로는 조건부가치측정법, 특히 첩약보험급여의 수용의사가격을 묻는 방식으로 하였는데, 첩약에 대해서 잘 인식하고 있다고 판단하여 질문 방식을 개방형 방식을 취하였다. 하지만 개방형 방식의 단점이라고

할 수 있는 지나치게 높거나 낮은 가격을 제시한 경우도 있어(김태윤 등, 2004) 이를 제외한 나머지를 가지고 자료를 분석하였다.

한의사의 사회·경제학적 특성이 첩약보험급여의 수용의사가격에 어떤 영향을 미칠지에 대해 연구하고자 사회·경제학적 특성을 지닌 변수들과 진료현황에 대한 변수들을 설정하여 다중회귀분석의 모형을 구축하였는데 설정한 사회·경제학적 변수와 현재첩약가격을 제외한 진료현황에 대한 변수가 수용의사가격을 적절히 설명해주지 못하여 변수 설정과 응답을 요구하는 방식에서 문제가 있던 것으로 보인다.

본 연구는 위의 단점에도 불구하고 본 연구는 우리나라의 한방의료체계에 있어서 조건부가치측정법인 수용의사가격의 개념을 처음으로 도입하여 연구한 것으로서 연구의 방법을 다양화 하였다는데 그 의의가 있다고 할 수 있다. 또한 한의사들의 첩약보험급여에 대한 인식과 실제 수용의사가격을 연구함으로써 향후 한방보험급여 확대, 특히 첩약보험급여 적용에 대한 정책 논의시 중요한 자료를 제공할 수 있다.

VI. 결 론

본 연구는 한약첩약의 건강보험 급여화에 대한 한의사의 의식 및 감기 치료를 대상으로 수용의사가격을 연구하고자 하였다. 전국 한의사를 대상으로 인터넷 E-mail 서베이를 실시하여 자료를 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

첫째, 한의사들은 첩약보험급여에 84.80%가 찬성한다고 밝히고 있으며, 찬성의 이유로 '경영수지 개선'이나 '수익증가'보다는 '한의학의 치료의학으로 발전'할 수 있거나 '환자들의 경제적 부담감소' 등에 많은 대답을 하여 한의학의 발전이나 환자들의 한방의료 이용확대에 더 큰 의의를 두고 있다.

둘째, 현재 급성상기도감염(감기)를 첩약으로 치료할 때 하루에 평균 17,251원의 치료비를 받고 있으며 첩약보험급여시 수용의사가격으로는 65세 이상의 환자군에 대해 17,358원을 제시하였다. 한의사의 사회·경제적 특성 및 진료현황과 함께 수용의사가격 모형을 설정한 결과 한의사의 사회·경제적 특성 및 진료현황이 수용의사가격을 적절히 설명하지 못한다. 다만 현재의 급성상기도감염(감기)의 첩약치료액이 수용의사가격의 결정에 영향을 끼치는데, 현재첩약가격보다 더 높은 수용의사가격을 보인다. 이에 본 연구에서 알아본 한의사의 일반적 특성 및 진료현황 외에 다른 어떤 요인이 수용의사가격을 설명할 수 있는지 더 깊은 연구를 제안한다.

셋째, 첩약의 공급자인 한의사들은 현재 첩약가격보다 수용의사가격을

높게 제시하고 있는데 이는 일반적으로 비급여 대상이었던 어떤 보건의료 서비스가 급여화 될 경우 기존 비급여시에 비해 낮은 수가로 정해지는 것과는 반대의 결과를 나타낸다. 따라서 현재의 수가체계에서 첩약보험급여가 진행된다면 한의사의 반발이 예상되며, 첩약보험급여 적용을 위한 정책 논의시 한의사들의 인식 제고와 적절한 첩약보험수가를 위한 보다 심도 깊은 사후 연구를 제안한다.

참고문헌

- 2004년 건강보험통계연보. 건강보험심사평가원. 2005
- 2005년 건강보험통계. 건강보험심사평가원. 2006
- 국민건강보험공단 보도자료. 2005, 3, 21
- 권순만, 최병호, 이석원, 전영준, 양봉민 등. 공적 노인요양보장제도 도입의
경제성 평가. 서울대학교 보건대학원. 2005.
- 김남주, 문옥륜, 신현규, 남봉현. 한방의료보험 활성화를 위한 한약 및 한약
제제 보험급여 확대 모형 개발. 한국한의학연구소. 1996
- 김태윤, 김상봉. 비용 편익분석의 이론과 실제. 전영사, 2004.
- 김태윤. 조건부 가치 측정법의 이론과 성공적 시행 지침. 정책분석평가학회
보. 1998;8(1):47-64
- 대한한의사협회 홈페이지 자동차보험자료실.
- 대한한의사협회. 한방의료보험 약제급여 개선방안 및 상병범위에 관한 연
구. 1995
- 박성연. 조건부가치측정법을 이용한 효과적 사회마케팅에 관한 연구. 이화
경영논총 제15집. 1997. 12. 61-101
- 안문석, 박성진, 맹보학. 인터넷을 이용한 설문조사방법. 정부학연구.
2002;8(1):274-308
- 유근환. 인터넷 설문조사 시스템 활용사례와 발전방안에 관한 연구. 영남지
역발전연구. 2003
- 윤병준, 이준협, 김병환. 건강보험의 이론과 실제 제2판. 계축문화사. 2003
- 이수형, 이태진, 양봉민. 노인장기요양보험에 대한 지불의사금액 추정. 한국

- 보건행정학회 학술대회지, 후기학술대회 연재집. **2003**. 175-99
- 이창훈. 보험수가의 문제점. 대한내과학회지. 춘계학술대회. **2000;58(별호 1):15-9**
- 조재국. 한방의료 이용자의 한방의료에 대한 태도 및 시장개방에 대한 인식도 분석. 보건복지포럼. **2004, 12**. 76-93
- 조홍준, 우석균, 홍춘택 등. 상기도감염 증상의 모의환자를 이용한 개원의사와 개원약사의 약제 처방 행태 비교. 가정의학회지. **2001;20(9):1394-99**
- 참의료실현청년한의사회. 첩약의료보험급여 어떻게 실시할 것인가. 세미나 자료집. 참의료실현 청년한의사회. **2005**.
- 최문석, 김현수, 임병목, 박용신. 한약(첩약)의료보험대책에 관한 연구. 대한한 의사협회. **1997, 7**
- 최병호, 신현용. 한약급여시 의료시장 변화분석 연구. 한국보건사회연구원. **2003**
- 한국 한의학연구소. 한방의료보험 활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여 확대모형 개발. **1996**
- Bayoumi AM. The measurement of contingent valuation for health economics. *Pharmacoeconomics*. **2004;22(11):691-700**
- Diener A, O'Brien B, Gafni A. Health care contingent valuation studies: a review and classification of the literature. *Health Econ*. **1998;7:313-26**
- Hashimoto K, Nakmura T, Wada I et al. How great is willingness to pay for recovery from sequelae after severe traumatic brain

- injury in Japan?. J Rehabil Med.2006;38:141-3
- Masiye F, Rehnberg C. The economic value of an improved malaria treatment programme in Zambia: results from a contingent valuation survey. Malaria J. 2005;60(4)
- Rhodes SD, Bowie DA, Hergenrather KC. Collecting behavioural data using the world wide web: consideration for researchers. J. Epidemiol. Community Health. 2003
- Sadri H, MacKeigan LD, Leiter LA et al. Willingness to pay for inhaled insulin: a contingent valuation approach. Pharmacoeconomics. 2005;23(12)1215-27
- van den Berg B, Brouwer W, van Exel J. The economic value of informal care: a study of informal caregivers' and patients' willingness to pay and willingness to accept for informal care. Health Econ. 2004; 14: 16-83
- Yasunaga H, Ide H, Imamura T, et al. Willingness to pay for health care services in common cold, retinal detachment, and myocardiac infarction: an internet survey in Japan. BMC Health Serv Res. 2006 Feb 20;6:12.
- Yasunaga H, Ide H, Imamura T. Analysis of factors affecting willingness to pay for cardiovascular disease-related medical services. Int Heart J.2006;47:273-86

Abstract

**The Study on the Opinion and Willingness to Accept of the Oriental
Doctor about the Insurance Pay of Packed Oriental Herbs :
Focussing on Treatment of Common Cold of Patients over 65 Age**

Jang, Bo-Hyoung

Dept. of International Health

The Graduate School of

Public Health

Yonsei University

This study, which is about the oriental medical doctor's opinion and their willingness to accept(WTA) when national public health care insurance pay for packed oriental herb, tried to find a policy proposition.

The object of this study is whole oriental doctors who registered in the association of Korean Oriental Medicine on May of 2005. The final object of this study is 342 doctors who gave proper answers among 414 doctors who accepted the questionnaire among 8,463 doctors who were grasped their e-mail address among 12,084 doctors who registered in the association. Research material analysis was progressed by grasping the relation between the present condition of medical treatment and the

general characteristic and the pros and cons of the wage of the insurance of packed oriental herb by frequency analysis and X^2 -Test and also grasping reasons of the pros and cons of the salary of the insurance of the packed oriental herb and preferred forms of it. Moreover, the price of the present packed oriental herb and willingness to accept was investigated about acute upper respiratory infections (common cold) and the relation of general characteristic as well as the present condition of the medical treatment was analyzed by 'ANOVA'. Finally, multiple rarity analysis was carried out to recognize the social • economical primary factor, deciding the willingness to accept.

The result of this study is like this.

Number one, 84.80% of oriental doctors, who were investigated about the salarization of the insurance of the packed oriental herb, agreed, 2.63% of them were just alright, 11.40% of them opposed, 1.17% of them said that they don't know. According to this investigation, it was noticed that most of oriental doctors agreed to the salarization of insurance of packed oriental herb. There were statistically no meaningful differences in the relationship between the general characteristic of oriental doctors and the present condition of medical treatment. Representative reasons of the wage of the insurance of the packed oriental herb are like this; 'Oriental medicine can be developed as a treatment medicine', 'Decrease of the patient's economical burdensome'

, 'Much wider selections of the patient's oriental medical treatment'. Those show that patients of the oriental medicine want that the oriental medical treatment becomes more popular by more free using of the packed oriental herb and that can lift the burden of their economical conditions.

Number two, it was shown that one day fee of the treatment, when treatment of acute upper respiratory infections(common cold) by packed oriental herb, is much higher as this investigation; the average of fee is 17,252won, median is 15,000won. Moreover, it was investigated that the average of the willingness to accept is 17,358won(± 8342 won) and median is 15,000won when the wage of the insurance of the packed oriental herb is applied to acute upper respiratory infections(common cold) patients over 65 age. The result by multiple rarity analysis, which was analyzed by constructing the model of the willingness to accept related to the general characteristic of the oriental doctor and the present condition of the medical treatment, has shown that different variables of the present price of the packed oriental herb seems that it is not proper as a variable which decides the willingness to accept. In addition, the value of the coefficient of the price of the packed oriental herb has shown a positive value and this has shown the willingness to accept is higher than the present price of the packed oriental herb.

Combined with these results, oriental doctors agree to the wage of the insurance of the packed oriental herb but it was noticed that the

willingness to accept is more expansive than the price of the packed oriental herb when the real wage of insurance of packed oriental herb was applied. Consequently, when the policy about the wage of the insurance of the packed oriental herb is discussed, it is likely that detail researches are needed about a medical charge system of the reasonable packed oriental herb and it seems that more efforts for the recognizant reconsideration of the wage of the insurance of the packed oriental herb are essential as well. All of oriental doctors will be targeted to the efforts.

key words : the wage of the insurance of the packed oriental herb ,
willingness to accept , acute upper respiratory infections

