

사상체질처방 복합제제의 보험급여화 추진 과제

임병목

부산대학교 한의학전문대학원 인문사회의학부

Abstract

Tasks for Insuring the Composite Herbal Preparations of Sasang Constitutional Medicine in the National Health Insurance

Byung-Mook Lim

Division of Humanities and Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University, Korea

Reforming the insurance scheme for herbal drugs in the National Health Insurance is a long-cherished desire for Korean Medicine doctors. Because most Korean Medicine doctors distrust the quality of existing insured herbal drugs, which are powdered mixes of each herbal extract, the use and the expenditure of insured herbal drugs have been decreased in the last ten years.

To address this, it has been demanded to insure the composite type of herbal preparation, which is the extracted powder of the whole prescription, to the benefit coverage for herbal drugs. Many stake holders, however, have so far been unable to reach an agreement on this. In this situation, Sasang Constitutional prescriptions are expected to make a breach of insuring the composite herbal preparations, because some of them were approved as prescription drugs in 1999.

In this review, I discussed the problems of insured herbal drugs, the necessity of insuring the composite herbal preparations and Sasang Constitutional prescriptions, and the tasks of Sasang Constitutional Society to insure them.

Key Words: Sasang Constitutional Medicine, National Health Insurance, Herbal drug

• 접수일 2011년 02월 25일; 심사일 2011년 02월 25일;
승인일 2011년 02월 28일
• 교신저자 : 임병목
경상남도 양산시 물금읍 범어리 부산대학교
한의학전문대학원 인문사회의학부
Tel : +82-51-510-8453 Fax : +82-51-510-8446
E-mail : limb@pusan.ac.kr

I. 緒 論

근래 국민건강보험의 한약 급여에 대한 개선을 요구하는 한의계 구성원들의 목소리가 그 어느 때 보다 높아지고 있다^{1,2,3,4}. 매년 심화되는 한방병원들의 경영난을 해소하기 위한 대안으로 거론되고 있는 것이나, 기실 한의 의료행위들과 단미 엑스산제가 의료보험에 급여되기 시작했던 1987년 이래로 한약 급여에 대한 개선과 확대는 한의계의 당면과제가 되어 왔다.

그러나 그간 한약 급여의 개선 실적은 매우 미미했다. 한방의료보험 도입 초기 24종의 기준 처방이 56종으로 확대되고, 1999년 기준 단미제 외에 기준처방에 대한 혼합제제가 급여로 된 것 외에 현재까지 한약 관련 급여는 기준처방과 단미제의 수와 제형, 약가 수준에 이르기까지 개선된 것이 거의 없었다고 할 수 있다^{5,6}.

한약 급여의 개선이 미진했던 이유는 몇 가지로 요약해 볼 수 있다. 첫째, 대한한의사협회의 건강보험 정책이 한약급여 보다 급여 대상 의료행위들을 세분화하고, 새로운 행위를 추가하거나, 기존 행위들의 수가를 인상하는데 주력했다. 둘째, 단미제와 혼합제제로 구성된 보험 한약의 품질에 대한 한의사들의 불신으로 제제약 급여 확대를 전면적으로 요구하지 않았다. 셋째, 일부 연구자, 한의사 단체 등에서 첩약에 대한 보험급여를 지속적으로 요구해왔으나, 첩약으로 인한 수입원 축소를 우려하는 한의사들의 소극적 태도와 한약의 안전성에 대한 시비로 인해 급여화의 동력을 얻지 못했다.

보다 현실적인 한약 급여 확대 방안으로서 복합한약제제 급여화가 일부 연구과제들을 통해 제기되기 시작하였고^{7,8}, 양방의약분업 시행 이후 한약을 둘러싼 한의사와 약사들간의 갈등이 완화되면서 2006년부터 보건복지부 내에 한방건강보험 TF가 운영되어 복합한약제제의 급여화를 위한 논의가 진행⁹되기도 하였으나 아직 관련 단체 간의 이견을 좁히지 못한 채 논의가 중단되어 있는 상태다.

본고는 복합한약제제 급여화에 대한 그간의 논의들을 재조명함으로써 현재 당면한 문제와 급여화의 당위성을 짚어보고, 한약제제로서 전문의약품으로

승인된 사상체질처방들이 복합한약제제 급여화의 단초로서 역할을 할 수 있을 것인지, 그렇기 위해서는 어떤 과제를 해결해 나가야 할 것인지를 고찰해 보고자 한다.

II. 本 論

1. 한약제제의 보험급여 과정과 현황

1984년~1986년 2년간 청주, 청원지역에서 실시되었던 한방의료보험 시범사업에서는 한약제 98종과 사물탕 등 첩약 69처방으로 한약급여가 이루어졌다.¹⁰ 그러나 1987년 본 사업에 들어서면서 첩약 대신 단미 엑스산제 68종과 26개 기준처방으로 제형이 바뀌고 처방이 축소되었다. 이후 기준처방은 56개로 확대되고, 1997년부터 기준처방 외에 한의사의 고유처방이 인정되고 있으나 단미엑스산제의 종류는 현재까지 동일하게 유지되고 있다. 보험한약의 제공형태는 단미 엑스산제로 원내에서 조제된 기준처방에 한해 급여되다가 1999년 말부터 각각의 단미엑스산제를 제약회사가 처방별로 혼합한 혼합제제도 급여 형태로 확대되었다.

조제료의 경우, 제도 도입 시 1일분에 한의원 110원, 한방병원 120원으로 일정액이었으나, 1990년도부터 종별 구분이 없어졌으며, 1991년부터 투약 1일부터 15일분까지 일별로 일정액을 지급하고 16일부터 30일까지 단일액을 지급하는 방식으로 전환되었다.⁸ 지난 24년간 조제료는 의원급 1일분 기준으로 2.6배 인상되는데 그쳤는데 같은 기간 일반경혈침술 수가는 240원에서 2,396원(34.84점)으로 10배 인상되었다¹¹. 처방별 보험약가의 경우 1988년 이후 변동이 없어 건강보험에서 한약급여의 실상을 보여주는 대표적인 사례가 되고 있다.

2. 소멸 직전의 보험한약제제

연도별 보험급여 한약제제에 대한 투약료는 2000년의 388억원을 고점으로 매년 감소하고 있으며, 이에 따라 총진료비에서 차지하는 투약료의 구성비도 1990년 27.1%였다가 1995년부터 급속히 감소하고 있다. 1990년에서 2000년까지의 기간은 급여행위 확대

Table 1. 연도별 한약제제 보험급여 범위 및 조제료 (단위 : 종, 원, 점)

	'87	'88	'90	'91	'97	'99	'01	'04	'08	'09	'10	'11	
단미제 수	68												
기준처방 수	26	36	56	56	56 및 고유처방								
제형	단미엑스산제						단미엑스산제 + 혼합제제						
조제료 (외래환자/ 내복약 기준)	1일분	110 (의원) 120 (병원)	110 (의원) 120 (병원)	140	50	100	150	150	150	190	220	250	280
	2일분			300	470	520	520	530	550	510	470	430	
	3일분			450	750	830	830	850	840	760	600	560	
...	
입원환자 복약지도료				50	100	150	260	530	530	490	430	370	
							[4.69]	[9.38]	[8.40]	[7.42]	[6.43]	[5.45]	

* 56개 고시처방에 의하지 않고 환자의 상병명과 증상을 고려하여 고유의 처방으로 투여하는 경우 1일당 단미엑스산제 15종, 총투여량 50g, 투약가 2,000원의 범위에서 산정 []는 자원기준상대가치 점수
출처: 1987년~1999년 자료; 임병욱 1999. 2000년 이후 자료; 각년도 건강보험요양비용 책자.

에 따라 진찰료와 시술료가 급증하던 시기로서 투약료가 증가하였음에도 총 진료비 중의 투약료 구성비는 감소하게 되었다. 2000년대 들어 보험한약의 사용이 급감하면서 2009년의 경우 한방 총진료비(1조 5,784억원)에서 차지하는 투약료의 구성비는 1.2%에 불과하다.¹²

보험한약제제의 사용이 극도로 저조한 이유에 대

한 기존의 논의들^{3,6,7,8}을 살펴보면 다음 다섯 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 보험한약제제의 급여 범위가 협소하다. 사용할 수 있는 처방과 단미제가 원천적으로 제한되어 있다. 둘째, 낮은 조제료로 인해 조제, 투약에 대한 원가 보전이 어렵다. 셋째, 과다한 부형제, 유당 혼입에 따라 약효를 신뢰할 수 없고 소화불량 등 부작용이 나타난다. 넷째, 조제가 번거롭고 환자들

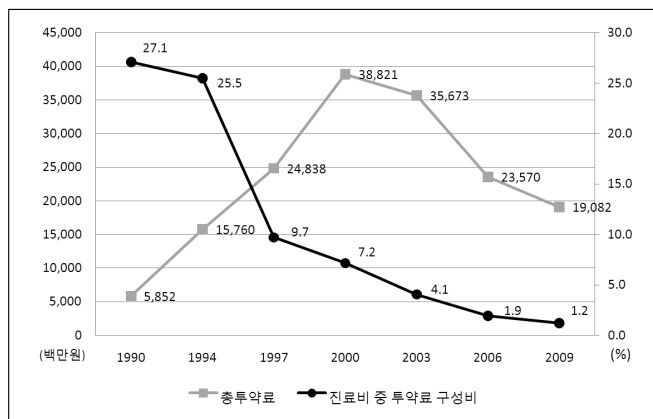


Fig 1. 연도별 한약제제 총투약료*와 총진료비 중 투약료 구성비

* 내복약 약가, 처방기술료, 조제료, 복약지도료를 포함.

출처 : 1994년 이전; 임병욱 1999. 1997년 이후; 각년도 건강보험통계연보.

도 과도한 용량으로 복용이 불편하다. 마지막으로 65세 이상 환자의 본인부담금 정액제 상한선이 15,000원인 점이 추가적인 투약을 어렵게 했다. 이 중 뒤 세가지 이유는 1999년의 혼합제제가 인정되어 조제가 간소화되고, 2009년 제제별 1일 용량을 폐지하고 주성분인 건조엑스함량을 기준으로 ‘한약제제급여목록및상한금액표’를 개정하여 복용량을 감소시키고, 2011년부터 정액제 상한이 20,000원으로 조정되면서 일부 해소된 측면이 있다.

3. 복합한약제제 급여화의 당위성

한약 보험급여를 활성화하기 위한 대안으로 가장 중점적으로 추진해야할 것으로 복합한약제제의 급여화가 대두되어 왔다. 복합한약제제는 개별 한약재를 제제화하여 혼합한 혼합제제와 달리 처방 탕전액을 제제로 만든 것이다. 여러 연구에서 동일처방의 혼합제제에 비해 효과가 있는 것으로 나타난 바 있으며, 부형제를 대폭 감소시킬 수 있어 동일 혼합제제에 비해 복용량과 부작용, 생산비용을 줄이고, 복용편의성을 높일 수 있다.^{7,8} 유통 한약재의 안전성 논란에서 한방병의원이 자유로울 수 있다는 장점이 있다.

내외부 환경도 우호적으로 형성되고 있다. 우선 복합한약제제에 대한 한의사들의 인식이 크게 개선되었

는데, 연구별로 응답 한의사의 63.6%가 복합과립제의 건강보험 급여화를 찬성하고 있거나⁹, 85.4%가 급여화가 필요하다고 의견을 제시하였다¹³.

현재는 중단된 상태지만 2006년부터 2008년까지 지속되었던 보건복지부의 ‘한방제도 및 건강보험 개선을 위한 합동 T/F(태스크포스)’에서 복합한약제제의 급여화를 위한 다각도의 논의가 진행되었으며¹⁴, 최근 정부 관계자가 복합과립제의 급여화에 관심을 갖고 있음을 표명하기도 하였다⁴. 아울러 올해부터 조정된 65세 이상 환자의 본인부담금 정액상한도 보험제제의 사용을 촉진하는 환경을 조성할 수 있을 것으로 예상되고 있다.

복합제제를 중심으로 한 보험한약 급여 개선의 요구가 높아지고 있는 이 시점에서 전문의약품으로 분류되어 있는 사상체질처방 한약제제의 활용을 고려할 필요가 있다.

4. 복합제제 급여화의 단초로서 사상체질처방

보건복지부 고시 사항인 ‘의약품 분류기준에 관한 규정’에 따라 생약제제는 일반의약품으로 분류되고 있으나, 사상체질처방에 대해서는 1999년 12월, 기성한약서 중 동의수세보원에 수제된 처방에 대해 전문의약품으로 허가한다는 중앙약사심의위원회의 의결

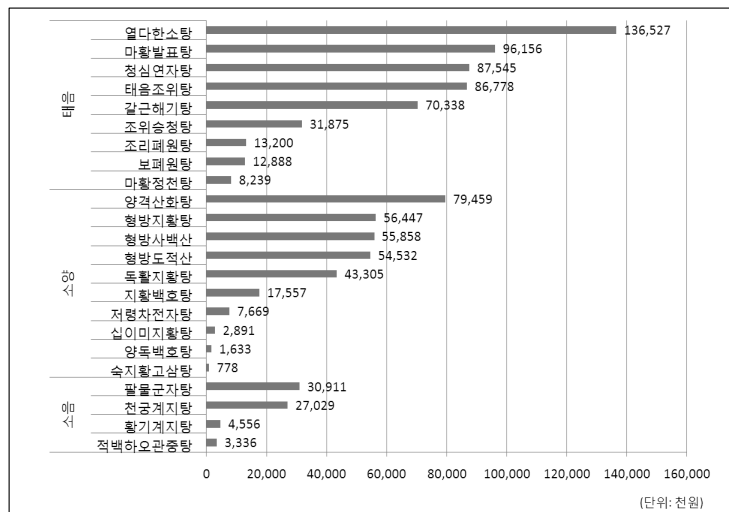


Fig 2. 2009년 사상체질처방별 전문의약품 판매금액
출처: 대한한의학협회 내부자료, 2011.

에 따라 전문의약품으로 승인되기 시작했다¹⁵. 사상체질처방이 전문의약품으로 승인된 배경으로는 사상처방의 특성상 한의사의 체질과 병증에 대한 진단이 전제되어야 하기 때문인 것으로 볼 수 있다.

현재 전문의약품의 허가된 사상체질처방제제의 2009년 판매현황은 Fig 2.와 같다. 제약회사는 4곳에서 생산되고 있으며, 한해 총 매출액은 약 9억3천만원 수준으로 아직 저조한 편이다. 가장 많은 판매액을 보이는 처방은 열다한소탕으로 판매액은 약 1억3천6백5십만원이며, 그 뒤로 마황발포탕, 청심연자탕, 태음조위탕의 순이다. 전체적으로 태음인처방이 5억4천3백만원으로 58.5%, 소양인처방이 3억2천만원으로 34.4%, 소음인처방은 6천5백만원으로 7.1%를 차지하고 있다.

전문의약품은 의사의 전문적 진단, 지시, 감독에 따라 사용되어야 하는 의약품을 분류¹⁶하는 것이므로 엄밀하게 말해서 전문의약품 여부와 건강보험 급여는 별개의 문제이다. 그러나 전문의약품으로 분류가 되었다는 것은 의사의 처방을 전제로 투약하는 것으로 치료용 약으로서의 자격을 전제로 하는 것이며, 현재 양방약제 중에서도 전문의약품으로 분류된 것들은 일부 고가약, 신약을 제외하고 기본적으로 건강보험 급여 대상이 되고 있다.

이런 점에서 전문의약품인 사상체질처방 한약제제들에 대해 보험약으로 우선 등재하는 노력이 필요하다는 의견¹⁷이 제기되고 있다. 사상체질처방제제의 급여화는 복합한약제제 급여화의 한 부분이지만, 반면

전체 복합한약제제의 급여화를 이끌어낼 돌파구 역할을 할 수도 있을 것으로 기대되고 있다.¹⁸

참고로 사상체질처방 복합제제의 보험약 등재를 우선 추진할 경우 그 급여범위에 대해 기존 연구⁸에서 제시되고 있는 것은 Table 2.와 같다. 우선 급여대상 처방은 현재 승인된 전문의약품을 중심으로 향후 의료환경의 변화를 반영하여 재정립이 필요한 부분이다.

5. 사상체질처방의 급여화를 위한 과제

사상체질처방 급여화의 장단기 추진 과제를 제시하면 다음과 같다.

우선 추진이 가능한 과제로는, 첫째, 학회원들을 대상으로 사상처방제제에 대한 인식을 제고하여 제제 사용량을 증대시키는 노력을 기울여야 한다. 앞서 제시한 바와 같이 현재 연간 판매액 9억원 정도의 협소한 이용 수준으로는 급여화의 명분을 인정받기 어렵다. 둘째, 조직적인 제도개선 움직임이 필요하다. 제약회사와의 협력을 통해 사상체질처방의 전문의약품 등재 범위를 확대해야 하며, 공식 경로를 통한 사상체질처방의 보험급여화 요구를 지속적으로 개진할 필요가 있다. 셋째, 학회 내의 보험 관련 정책 역량을 강화하는 것이다. 보험이사 산하에 보험위원회를 구성하여 보험과 관련한 학습과 정보 공유가 활발히 이루어지게 해야 하며, 이를 통해 보험 뿐 만 아니라 이와 연관된 표준행위분류, 상대가치 개발 등에도 적극적으로 참여하고 정책개발 역량을 갖춘 인적 자원을 확보하

Table 2. 보험급여화 권장 사상체질처방

태양인처방	인동등지골피탕					
태음인처방	태음조위탕	조위승청탕*	청심연자탕*	열다한소탕*	보폐원탕*	갈근해기탕*
	마황정통탕	조리폐원탕*	생맥산	천금문무탕	오매전	
소양인처방	형방폐독산	형방도적산*	형방사백산*	도적강기탕	저령차전자탕*	활석고삼탕*
	형방지황탕*	숙지황고삼탕*	양격산화탕*	지황백호탕*	소양인육미지황탕	독활지황탕*
	십이미지황탕					
소음인처방	궁귀향소산	천궁계지탕*	팔물근자탕*	십전대보탕	독삼팔물탕	황기계지탕*
	소음인보중익기탕	승양익기탕*	이중탕	백하오부자이중탕	십이미관중탕	소음인곽향정기산
	향사양위탕	소합향원	인삼진피탕	관계부자이중탕	인삼오수유부자탕	오수유부자이중탕

* 현재 전문의약품 승인 처방
출처 : 임병욱, 한방의료보험의 한약제제급여 개선방안. 1999.

는 것이다. 넷째, 기획연구 등을 통해 사상체질처방 급여화의 전략과 로드맵을 작성할 필요가 있다. 아울러 다수 임상 한의사를 대상으로 한 사상체질처방의 실제 사용 양상을 조사하여 우선 급여 대상 처방을 선정하고, 급여시의 사용빈도 변화와 경제적 파급효과를 예측하는 등 급여 타당성 타진을 위한 데이터를 확보하는 연구를 추진한다.

중장기적으로 다양한 질환에 대한 사상체질처방의 효과와 안전성을 보여줄 수 있는 근거자료 축적이 필요하다. 새로 등재를 신청한 항목은 물론이고 기존 급여항목에 대해서도 임상적 근거에 대한 심사와 평가가 강화되는 추세에서, 기성한의서에 수재되었다는 것만으로 사상체질처방에 대한 급여기준의 판단근거가 확보되었다고 인정되기는 어렵다. 학회 차원에서 타겟 질환들을 선정하여 이들에 대한 임상연구를 권장, 지원할 필요가 있으며, 타 기구, 학회와의 협력을 통해 임상적 근거 구축을 위한 연구사업 기획과 발굴에도 적극적으로 참여할 필요가 있다.

Ⅲ. 結 論

앞서 건강보험 한약급여가 쇠퇴하고 있는 현실과, 그 대안으로서 복합한약제제의 급여화에 대한 기존의 논의들을 살펴보았으며, 이러한 상황에서 사상체질처방 복합한약제제가 갖는 역할에 대해 검토하였다.

사상체질처방의 보험급여화는 다른 복합한약제제의 급여화와 별개로 다루어지기 어려우며, 사상체질 분야만의 노력으로 해결할 수 있는 것도 아니지만, 학회 차원의 노력들이 바탕이 되지 않은 상태에서 정치적 추진만으로는 최소한의 진전도 기대할 수 없을 것으로 보인다. 사상체질처방제제 급여화를 위해서는 학회를 중심으로 한 사상체질처방제제 활용의 대중화 노력과 제도개선을 위한 전략적 접근이 병행되어야 할 필요가 있다.

아울러 건강보험의 급여 확대는 건강보험의 재정 상황이나 보건의료정책, 또한 거시 사회경제정책 등에 밀접히 영향을 받고 있으므로, 건강보험 보장성 강화와 같은 사회적 움직임에 대해 지지할 수 있는 보다 폭넓은 보건의료적 관점이 요구된다 하겠다.

Ⅳ. 參 考 文 獻

1. 한의약 건강보험, 그 해법을 찾다. 한의신문. 1728호 24면. 2010.7.5.
2. 이은경. 한의 건강보험은 반쪽짜리 보험. 한의신문. 1724호 7면. 2010.6.14.
3. 보험급여약제 활성화, 어떻게 할 것인가? 한의신문. 1751호 8면. 2010.11.15.
4. 보험급여화 확대, 56종 처방 개선 움직임 가시화. 민족의학신문. 782호 2면. 2010.11.18.
5. 김용호, 손지형, 문옥륜, 김수영, 임사비나. 첩약의 건강보험 급여형태 및 급여범위에 대한 연구. 대한한의학회지. 2007;28(3):244-260.
6. 손지형, 김용호, 임사비나. 한의사의 복합과립제 사용 실태 조사 및 복합과립제 건강보험 급여 시행방안에 대한 연구. 2009;30(4):64-78.
7. 한국한의학연구소. 한방의료보험 활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여 확대 모형개발. 1996.
8. 임병목, 최문석, 이민정. 한방의료보험의 한약제제 급여 개선방안. 대한한 의사협회. 1999.
9. 보건복지부. '한방제도 및 건강보험 개선을 위한 합동 T/F 회의' 개최에 대한 보도자료. 2006.3.23.
10. 양명생. 전국민의료보험과 보험급여 개선방안. 대한병원협회지. 1989;18(9):36-45.
11. 건강보험요양급여비용. 건강보험심사평가원. 2003. ~2011.
12. 건강보험통계연보. 국민건강보험공단/건강보험심사평가원. 1997. 2000. 2003. 2006. 2009.
13. 이기남. 비급여한약 실태조사 및 제도개선 연구. 대한한 의사협회. 2008.
14. 손지형. 한약제제 보험급여 확대과정과 쟁점: 한약제제 보험급여 확대를 위한 공청회 자료집. 2009.
15. 한약제제 전문의약품 분류 시급. 민족의학신문. 690호. 2005.10.28.
16. 보건복지부고시 제2010-141호. 약사법 제2조제9항 및 제10항에 따른 "의약품 분류기준에 관한 규정". 2010.12.30.
17. 정채빈. 한약제제 보험급여 확대에 대한 대한한의사협회의 입장. 한약제제 보험급여 확대를 위한 공청회 자료집. 2009.

18. 대한한의학협회, 사상체질의학회 이사회 관련 자료. 2007.10.13.