

OECD의 개념에 따른 우리나라 약제비의 국제 비교

정 형 선
연세대학교 보건행정학과

<Abstracts>

Korean Pharmaceutical Expenditure according to OECD's System of Health Accounts

Hyoung-Sun Jeong

Department of Health Administration, College of Health Sciences, Yonsei University

Detailed analyses of total health expenditure and its sub-categories are essential for the evidence-based health policy(EBHP). These analyses, again, should be based on timely and reliable data that are comparable across countries. The System of Health Accounts (SHA), published by the OECD in 2000, provides an integrated system of comprehensive and internationally comparable accounts. The author has implemented the SHA manual into Korean situation, and examined overall expenditure estimate and its basic functional breakdown following the manual.

This study explains how pharmaceutical expenditure is estimated. The results are, then, analyzed particularly from the international perspective. Both administrative data in Statistical Yearbooks (National Health Insurance, Medical Aid, Industrial Accident Compensation Insurance) and survey data on Health and Nutrition are used for the estimation.

Per capita pharmaceutical expenditure in Korea (183 US\$ PPPs) was far less than the OECD average (308 US\$ PPPs) in 2001, but pharmaceutical expenditure share in total

* 이 연구는 보건복지부 보건의료기술연구개발사업 지원으로 수행되었음.

† 교신저자 : 정형선, 연세대학교 보건행정학과(033-760-2343, jeonghs@dragon.yonsei.ac.kr)

health expenditure (20.3%) was higher than the average (16.7%). This can be explained by the fact that there is a statistically significant correlation between pharmaceutical expenditure share and per capita GDP of each country. Korean people follow the tendency of relatively low-income countries to spend less than OECD average for health care, but follow again their tendency to spend more on drugs than on other health care services.

In consideration of results and analysis as above, per capita pharmaceutical expenditure in Korea is expected to grow in the future, but the growth rate of the pharmaceutical expenditure is expected to be less than that of overall health expenditure.

Key Words : Pharmaceutical Expenditure Per Capita, Pharmaceutical Expenditure as a share of Total Health Expenditure(THE), System of Health Accounts(SHA), OECD Health Data, International Comparison

I. 서론

국가 단위 거시지표의 국제비교에 있어서 요체는 그 지표의 외연(外延)과 내포(內包)가 얼마나 국가간에 일치하는가 하는 것이다. 이러한 비교가능성(comparability)을 높임으로써 정책적 시사점을 공유하고자 하는 것이 바로 OECD Health Data가 지난 20년 가까이 추구해 온 지향점이며 매년 발간되는 통계데이터들은 그러한 노력의 성과라고 할 수 있다 (OECD, 1985; OECD, 1993; OECD Health Data File, 각 년도). 특히 '국민의료비'와 그 구성 항목들의 비교가능성을 높이고자 하는 OECD의 노력과 성과는 높이 살만하다. OECD가 제시하고 있는 의료비 개념에 맞추려는 선진 각국의 데이터 산출 노력과 산출 결과의 인용도를 보면 의료비 통계에 관한 한 OECD가 이미 세계적 표준의 위치에 있다는 점을 부인하기 힘들 것이다.

의약분업을 계기로 최근 우리나라의 약제비 규모를 외국 특히, OECD의 선진국들과 비교하는 시도가 있어왔다. 하지만 이러한 논의 중 일부가 OECD에서 정하고 있는 국민의료비나 약제비에 대한 개념에 대한 오해로 혼란을 야기하고 있는 것은 문제가 아닐 수 없다.¹⁾ 본 연구는 이러한 현실을 감안하여, 현재 가용한 데이터와 연구결과를 최대한 활용해서 OECD

1) 2003년7월 국민건강보험공단에서 분석, 발표해서 각 일간지의 지면과 방송을 타게 된 Health Data 2003 분석 자료는 이러한 오해의 대표적인 사례가 된다.

에서 정한 국민의료비(Total Health Expenditure)와 약제비(pharmaceutical expenditure)의 개념에 근접한 통계 데이터를 구축하고 이를 OECD 각국과 비교함으로써 우리의 약제비의 규모가 국제적 표준에서 볼 때 어느 위치에 있는지를 파악해보고자 한다.

II. 국민의료비와 약제비의 개념 및 선행연구

본고에서는 국민의료비에 관한 자세한 논의는 생략하고 다만 약제비가 국민의료비의 구성 요소를 이루고 있고 국민의료비에서 차지하는 약제비의 비중이 국제비교의 주된 지표로 사용되고 있는 만큼 그러한 논의의 이해에 필요한 범위 내에서 국민의료비를 논하고 주로 약제비의 개념과 이에 관한 선행연구를 중심으로 살펴본다.

1. 국민의료비

국민의료비는 보건의료(health care)의 재원(finance) 측면 즉, 돈이 어디서 오는지, 기능(function) 측면 즉, 그러한 재원이 어떠한 서비스와 재화의 구매에 쓰이는지, 그리고 공급자(provider) 측면 즉, 그러한 재원이 어느 공급자에게 흘러가는지의 세 가지 측면으로 파악할 수 있다.

OECD(2000)의 보건계정 국제분류기준(ICH: International Classification of Health Accounts)은 이러한 세 가지 측면을 다 다루고 있지만, '의료비'를 개념 정의함에 있어서 '기능'적 분류(ICH-HC)를 기초로 하고 있기 때문에 수행되는 활동의 '기능 유형'이 '국민의료비'의 내포를 정함에 있어서 주된 판단 기준이 된다. 즉 누가 공급하는가(who does it)보다는 무엇이 수행되는가(what is done)에 초점이 맞추어진다. 보다 구체적으로는 '국민의 건강 증진에 기여하기 위해 제공되는 치료/재활/장기간호/보조의료 서비스, 의료재화, 예방/공중보건 및 보건관리/건강보험관리를 위한 비용'을 포괄한다. 이렇게 기능적 분류를 우선적인 판단 기준으로 함으로써 국민계정체계(SNA: System of National Accounts)와 일관성을 유지하면서 국가간 비교를 할 수 있는 기반이 마련되게 된다.

OECD(2000)는 두 개의 의료비 총량규모를 제시했다. Total Current Health Expenditure (TCHE)와 Total Health Expenditure(THE)가 그것이다. TCHE는 '경상의료비' 내지 '정상 국민의료비' 정도로 번역하면 될 것이다. 흔히 국제 비교의 단위가 되고 있어 국내에서 '국민의료비'로 명명되고 있는 것은 후자인 THE이다. OECD가 정하고 있는 국민의료비(THE)는 기능별 분류에 따른 치료서비스(HC.1), 재활서비스(HC.2), 장기간호케어서비스(HC.3), 보조의료서비스(HC.4), 외래용의료재화(HC.5)등의 소위 '개인보건서비스/재화(personal health

services and goods)’에 예방/공중보건(HC.6)과 보건행정/건강보험관리(HC.7)등의 ‘집단보건 서비스(collective health services)’를 포함한 상기 ‘정상국민의료비(TCHE)’가 주축이 되지만, 여기에 보건의료공급기관의 고정자본형성(HCR.1)이 보건관련기능(Health-related function) 중에서는 유일하게 추가되어 있다.

본고의 주제와 관련하여 한 가지 부연해 두어야 할 사항은 국민의료비는 ‘지출’ 개념이라는 점이다. 각 항목은 그 항목과 관련하여 어느 정도의 ‘소비지출’이 이루어졌는지를 보여주는 것이지 그 항목을 위해 사용된 ‘비용’을 보여주는 것이 아니다. 즉, 보건의료의 서비스나 재화의 ‘소비’된 가치를 회계적으로 측정하는 것이다. 일반 국민계정에 관한 SNA93은 이를 “판매자가 제공하는 재화나 서비스와 교환해서 구매자가 지불하는 것의 가치”라고 정의하고 있다(SNA93, 1993). 지출은 최종 소비 단계에서 지불되는 돈을 합하는 것이기 때문에 생산을 위한 중간 비용(자본, 노동 투입 등)이 이미 포함되어 있는 개념(“all-in” value)이다. 같은 맥락에서 약품을 위한 조제비나 관리비가 별도로 지불되게 되면 이는 약제비에 포함되게 된다. 여기서 최종 재화나 서비스의 제공을 위해 소비된 의료용구나 약품비, 고정자본 비용, 의사나 병원소유자 등에 대한 인건비 등은 이미 최종 재화나 서비스의 지출에 포함되므로 중복계상이 일어나지 않도록 주의해야 한다. 우리나라의 국민의료비 추계의 초기 연구들에서 - 구득 자료의 한계에 따른 결과이기는 하지만- 지출자료와 비용자료의 혼용과 이로 인한 중복추계의 문제가 노정된 바 있다(박종기, 1979; 권순원, 1986).

또한 중복 계상이 일어나기 쉬운 경우로 최초 재원(source of funding)과 최종 재원(financing agent)의 혼동 문제가 있다. 지금까지 OECD Health Data의 우리나라 국민의료비 및 그 하위 항목에 대한 자료의 출처가 되었던 정영호 등(1998, 2000) 및 동 방식을 유지하면서 시계열적인 보충을 시도한 장영식 등(2002) 모두 OECD에서 제시하는 재원별 분류체계를 따르고 있지만, 민영보험과 관련해서 최초재원과 최종재원의 중복추계의 오류를 범하고 있다. OECD(2000)의 기준에 따르면 민영보험에서의 급여는 최초재원으로서 현금급여 형태로 가계에 지급되고 가계가 이를 보건의료서비스 등에 지출하게 되므로 이는 의료비 총계규모에 영향을 주는 것이 아니고 최초재원의 구성에만 영향을 준다(정형선 외, 2003). ‘민영보험’이라는 최초재원이 얼마가 되었건 ‘가계의 본인부담’이라는 의료기관에의 최종재원을 통해 지불되어야 의료비로 잡히게 되는 것이다. 정영호 등(1998, 2000) 및 장영식 등(2002)에서는 가계조사 자료에 의해서 산출되는 가계본인부담에 이미 이러한 재원이 포함되어 있음에도 최초재원인 민영보험 급여액을 다시 추가함으로써 중복 계상의 결과를 초래하고 있다.²⁾

2) 장영식(2002, p.93)에서는 2000년 국민의료비의 경우 1조 3,433억원이 이에 해당한다.

2. 약제비

약제비의 국제비교에서 가장 많이 사용되고 있는 것은 OECD의 기능별 분류상의 ‘약품/기타의료소모품’ 항목이다. 이는 외래용의료재화(HC.5 Medical Goods Dispensed to Out-patient)의 한 부분을 이룬다. OECD의 ‘약제비’에 대한 개념은 본고의 핵심에 해당하기 때문에 이러한 정의에 대해 비교적 자세히 살펴본다.

1) 공급자에 따른 구분의 문제

OECD(2000)는 ‘외래용의료재화’를 ‘외래환자’에게 조제되는 의료재화 및 이러한 조제와 관련된 서비스(예, 소매거래, 설치, 유지, 대여)를 지칭하는 것으로 기술하고 있다. 따라서 의료기관에서 입원환자나 당일입퇴원환자에게 제공되는 약품 등 의료재화는 제외되며, 통원 시설에서 외래환자에게 치료의 일부로 제공되는 의료재화도 여기서 제외되는 것으로 예시하고 있다.

문제는 ‘병원’의 약국에서 외래환자에게 제공되는 약품이나 의약분업 이전에는 일반적이었던 ‘의원’ 내에서 직접 조제, 판매되는 약품의 경우 이를 외래서비스(HC.1)로 분류해야 할지 외래용의료재화(HC.5)의 하위 항목인 ‘약품/기타의료소모품(HC.5.1)’으로 분류해야 할지 하는 점이다.³⁾ 결론부터 언급하면, 이는 ‘외래’에 대한 지출이 아닌 ‘약품’에 대한 지출로 분류해야 한다. ‘외래용의료재화’에 관한 상기 OECD(2000)의 기술은 원칙적으로 외래에서 약이 조제, 판매되지 않는 서구 국가적 상황을 전제로 한 것일 뿐이다. ‘외래용의료재화’라는 항목은 공급기관에 따른 구분이 아니라 ‘입원’, ‘외래’ 및 ‘약제/의료용구’라는 ‘기능’별 구분과 관련된 항목이라는 점에 대한 이해가 중요하다. 즉, 외래환자에 대한 약제의 조제라고 하는 것은 설령 그것이 의원 내부에서 이루어졌다고 하더라도 수술, 처치를 위한 약품의 사용 등 치료를 위해 직접 사용된 경우가 아닌 한 약제비로 분류되어야 한다.

2) 약제비의 내포 및 외연

‘외래용의료재화(HC.5)’는 약품/기타의료소모품(HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durables)과 치료용구/기타의료내구재(HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durables)로 나누어진다. ‘약품/기타의료소모품’은 다시 처방약품(HC.5.1.1 Prescribed medicines), 비처방약품(HC.5.1.2 Over-the-counter medicines), 기타의료소모품(HC.5.1.3 Other medical non-durables)으로 나누어진다.⁴⁾ 처방약품은 의사의 처방전(medical

3) 이의경 등(2001)은 의원 의료기관의 외래에서 지불되는 약제비가 OECD의 기준에서 ‘외래’ 지출로 분류된다고 해석하고 있다.

voucher)이 있어야만 팔 수 있는 의약품으로 공적 급여 대상 여부와는 관계없으며 일반의약품과 브랜드의약품을 모두 포함하는 것으로 정의되어 있다. 기타 의료소모품은 반창고, 요실금용품, 콘돔, 피임기구 등과 같은 광범위한 의료용 비내구재를 포함하는 것으로만 정의되어 있을 뿐 자세한 언급은 되어 있지 않다.

우리가 흔히 '약제비'로 인용하고 있는 OECD의 통계는 바로 이 '약품/기타의료소모품(HC.5.1.)' 항목이다(Jacobzone, 2000).⁵⁾ 이는 '약품비'를 주축으로 하지만 '기타의료소모품'도 포함된 것이다. 하지만, 실제로 OECD Health Data에 나타나는 각국의 '약품/기타의료소모품' 통계가 모두 이러한 기준에 부합한 것은 아니다. OECD Health Data 2003의 경우를 확인한 결과 1997년 이후의 약품/기타의료소모품 규모가 수록되어 있는 OECD 회원국 27개 국가 중에서 하위 항목인 처방의약품, 비처방의약품 및 기타의료소모품이 모두 기재되어 있고 그 합이 '약품/기타의료소모품' 항목과 일치하는 국가는 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 일본, 미국의 7개국뿐이었다(OECD, 2003a).

OECD의 보건계정체계(SHA; System of Health Accounts)의 기능별분류(ICHA-HC)에서는 '외래용의료재화'로 기본적으로 국민계정의 '목적별 개인소비지출(COICOP; Classification of Individual Consumption by Purpose)'에서 '의약품, 의료용구 및 장비' 항목에 열거되어 있는 생산품을 포함하며, 따라서 수의(獸醫)용품, 선글라스, 의용비누 등은 제외된다(SNA93, 1993). 하지만, 국민계정에서와는 달리 치료용구의 임대 및 수선비, 의료재화의 조제, 보철의 설치, 시력검사비용 등 서비스에 대한 지출도 해당 재화에 대한 지출에 포함한다(OECD, 2000). 같은 맥락으로 약품을 위한 조제비나 관리비도 '약제비'에 포함되게 되는 것이다.

장영식 등(2002)은 국민의료비의 하위 항목으로 약제비 항목을 포함하고 있다. 동 연구는 그 동안 한국보건사회연구원을 중심으로 구축되어 온 국민의료비 추계방식대로 비급여본인 부담의 산출에 있어 통계청의 도시가계조사, 농가경제조사, 어가경제조사를 이용하고 있다. 가계조사 자료는 국민의료비의 전체 규모를 파악하는 데는 유용할 수 있어도 보건의료에 대한 지출이 아주 개괄적으로 조사된 데다가 요양기관 중별 구분이 되어 있지 않아 약제비 등 세부 항목의 분석을 위한 자료로서는 한계가 있다. 또한 '의약 및 의료용품' 항목에는 질환과 직접 관계없이 몸보신용으로 복용한 인삼, 녹용, 개소주 등에 대한 지출이 포함되어 있어 약

4) 이러한 '재화'는 가계의 의료서비스 생산을 위한 '중간' 생산물로 간주될 수도 있겠으나, 국민보건계정에서는 '최종' 소비로서 다루고 있다. 국민계정에서는 모든 의료재화를 비내구재(non-durables)로 분류하였지만 국민보건계정에서는 의료내구재(medical durables)를 별도로 분리한다. 다만, 치과용 임플란트는 외래치료서비스에 포함된다(SNA93, 1993; OECD, 2000).

5) OECD의 여러 문헌에서는 단순히 '약제비(pharmaceutical expenditure)'라고 부르고 있지만 본문에서 자세히 언급한 바와 같이 이는 엄밀한 의미에서 우리의 '외래약제비'에 해당하는 개념이다. 향후 OECD SHA 매뉴얼 개정시 사용되는 용어와 그 내용이 일치될 수 있도록 수정이 요구되는 부분이다.

제비가 과다 추계될 가능성이 있다. 또한 동 연구에서는 의료기관 외래부문에서의 약제비 지출이 '외래' 항목에 포함되어 있어 OECD의 국가들과의 비교에 있어 주의를 요한다.

윤경일 등(1997), 대한약사회(1998), 정우진 등(1998), 한병현 등(2000), 류시원 등(2001)과 이의경 등(2001)은 모두 약국의 매출 규모나 수입규모에 대한 조사 내지 연구를 수행하고 있으나, 각각의 조사 대상이나 표본의 구성이 국가 전체 레벨의 약제비 규모를 산출해서 외국과 비교하는 데는 한계가 있다. 이의경 등(2001)은 의약분업 전후의 변동을 보기 위해서 조제료나 마진을 제외한 '약품비'만을 산출하여 비교하고 있는데,⁶⁾ 동 연구에서 '조제료'를 제외한 '약품비'만을 분석한 것은 일반매약의 규모를 알기 위해 IMS 데이터의 구매자료를 이용하는데 따른 불가피한 선택이었던 것으로 보이지만, 동 자료가 의료기관이나 약국에서 구입한 약품의 양과 구매가격을 곱한 것이기 때문에 실제 약품의 소비액인 OECD의 약제비 개념과 다르게 되어 여타 OECD 국가들과의 국제비교의 기회를 놓친 것은 아쉽다고 하겠다. 또한 상기 기존 연구들의 공통적이면서도 결정적인 취약점은 요양기관 개설자나 회원단체의 자기기입식 응답에 의한 데이터를 활용했다는 점일 것이다. 약국의 경우 소규모의 자영업이 주류를 이루고 대다수가 공식 회계자료를 구비하고 있지 않기 때문에 데이터의 신뢰성에 한계가 있다.

Ⅲ. OECD의 개념에 따른 약제비 규모의 산출

1. 분석 데이터 및 산출방법

약제비를 포함한 의료비지출은 재원(financing sources)에 따라 크게 세 부분으로 나눌 수 있다. 첫째, '보험급여', 둘째, 급여 대상 의료에 대한 환자의 본인부담(이하 '법정본인부담'), 셋째, 비급여본인부담부분에 대한 환자의 직접지불(이하 '비급여본인부담수입')이 그것이다. 이러한 의료비지출 중에서 약제비 지출은 특히 의료공급자(providers)에 따라 '약국'에서의 지출과 병원 등 '의료기관'에서의 지출로 나눌 수 있다. 2001년은 의약분업이 실시되어 있는 상황이기 때문에 약제비를 구성하는 가장 큰 항목은 전자인 '약국' 약제비가 된다. 후자인 '의료기관' 약제비에는 입원환자의 치료를 위한 것은 제외되고 외래에서 지출된 것만이 포함

6) 동 보고서는 의약분업 이전의 경우는 조제료의 개념이 정립되어 있지 않아 이를 포함하기 어렵다고 하고 있다. 하지만 의약분업 이전에는 사실상 보험약가와 실구입가 사이에 큰 차이가 있었기 때문에 보험약가에 이미 조제료가 포함되어 있다고 보아도 큰 무리가 없을 것이며, 실거래가상환제 실시 이후에도 실구입가와 상환가격은 큰 차이를 보여 사실상의 마진은 존재하는 것으로 알려져 있다. 실제로 동 연구에서도 보험약은 보험약가를 적용한 IMS 데이터를 보정 없이 사용하고 있다.

되는 점은 앞에서 언급한 바와 같다. 이상을 정리하면 표 1과 같다.

<표 1> 약제비(약품/기타의료소모품)의 구성

- ▶ 약국에서의 약제비 지출 = 보험자(건강보험, 의료급여, 산재, 자보)의 약제급여비 + 법정본인부담 + 비급여본인부담(일반매약 등)
- ▶ 의료기관 외래에서의 약제비 지출 = 보험자(건강보험, 의료급여, 산재, 자보)의 외래급여비 중 약제비 부문 + 법정본인부담 중 약제비 부문

1) 약국 약제비의 산출

일반 국민이 약국에서 행하는 ‘지출’은 결국 약국의 입장에서 보면 약제와 관련된 ‘매출’을 의미하게 된다. 보험자부담, 환자의 법정본인부담, 환자의 비급여본인부담등 세 가지 재원 중 ‘보험자부담’과 ‘법정본인부담’은 보험자에 대한 약국의 상환청구 과정을 통해 정확히 그 규모를 파악할 수 있으나, 일반매약을 주 구성요소로 하는 ‘비급여본인부담’ 부분은 행정통계에 의해서는 파악이 안 된다. ‘보험급여’나 ‘법정본인부담’과는 달리 청구된 자료가 없고, 약국으로서도 이를 굳이 정확히 밝힐 유인이 없기 때문이다.

전자인 ‘보험자부담’ 약제비와 ‘법정본인부담’ 약제비는 2001 건강보험통계연보, 2001 의료급여통계 및 2001 산재보험사업연보를 사용해 산출했다(국민건강보험공단, 2002; 보건복지부, 2002; 노동부, 2002). 문제의 ‘비급여본인부담 약제비’의 규모를 파악하기 위해 본 연구에서는 2001년 건강영양조사의 의료이용조사자료를 입수하여 활용했다. 동 조사는 13,200가구 약 4만명을 대상으로 11월1일부터 12월31일 사이에 실시되었다. 전국의 표본가구를 대상으로 조사원이 직접 방문하여 면접조사를 하는 방식이다. 조사 준거기간(reference period)은 만성질병은 조사일 이전 1년간, 급성질병은 조사일 이전 2주간, 대형사고중독은 조사일 이전 1년간, 경미사고중독은 조사일 이전 2주간이었다. 조사원 면접으로 이러한 준거기간 중의 ‘급성 및 만성 질병’과 ‘사고중독’의 ‘보유’ 여부가 파악되고, 2주간의 ‘보유’자 전원에 대해 의료이용조사가 실시된다. ‘의료이용조사’는 질병 내지 사고별로 조사일 직전 2주간 의료이용의 내용을 확인하는 것인데, 구체적으로는 치료상태(치료경험여부, 미치료이유, 의사진단율, 연간입원여부), 치료 및 투약일수(2주간 외래방문횟수 및 치료투약일수), 치료기관(기관선택동기 및 방문경위, 방문소요시간, 치료만족도), 지출비용(지불형태, 방문건당 및 치료일당 본인부담의료비, 교통비, 기타비용) 등이다. 보건복지부(2002)에 따르면, 조사 직전 2주 동안 5894가구 7,886명이 외래로 17,560 개소의 요양기관을 이용한 것으로 나타났다.

본 연구에서는 이러한 2주간의 1인당 약국 이용 의료비를 산출하여 전체 인구의 수치로 확장함에 있어 모집단 총계에 대한 적절한 추정치를 얻기 위한 가중치를 사용했다. 2001년 건강영양조사의 표본은 첫째, 인구주택총조사 조사구를 모집단으로 하여 둘째, 광역시도와 시지역/읍면지역에 따른 2원 층화추출방법과 각 층의 조사구 수에 비례하도록 표본조사구를 정하는 비례배분방법을 사용하여 600개 표본조사구를 추출하고 셋째, 각 표본조사구별로 22 가구를 (총 13,200 가구) 계통추출하는 작업으로 이루어진다. 이 경우 가중치조정 없는 단순 표본합계치를 사용하게 될 경우 모집단 추정에 대한 적절한 추정치를 얻기 어려워진다. ①모집단조사구수, 표본조사구수, 총가구수 중 적절가구수와 표본가구수를 이용한 설계가중치와 ②표본가구수 중 완료가구수의 비를 계산한 무응답가구 가중치를 곱하여 산출한 '조사구별 가중치'를 사용함으로써 표본의 대표성을 높일 수 있다(보건복지부, 2002).

약국에서의 '비급여본인부담약제비'는 국민건강영양조사에서 산출한 약국의 '본인부담약제비'에서 건강보험, 의료급여, 산재보험 및 자동차보험 통계에서 산출한 약국의 '법정보인부담약제비'를 차감하여 얻게 된다(비급여본인부담약제비=본인부담약제비-법정보인부담약제비).

2) 의료기관 약제비의 산출

여기서의 의료기관이라 함은 병의원, 한방병원, 치과병원, 보건소, 조산소 등 약국을 제외한 요양기관을 지칭한다. 2001년은 의약분업이 시작된 후로서 약국에 처방전을 내지 않고 의료기관 외래 부문에서 지출되는 약제비는 대부분이 의약분업 부분적용의 주사약제(항암제, 차광의약품 등)나 의약분업 예외지역의 의료기관 또는 의약분업 예외환자와 관련된다. 2001 건강보험통계연보, 2001 의료급여통계 및 2001 산재보험사업연보와 보험개발원의 2001년 통계 관련 내부자료에서는 건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험 등의 전체 보험자급여와 법정보인부담은 구분이 되어 있지만 그 중 약제비에 해당하는 부분의 규모는 구분되어 있지 않다. 따라서 의료기관 종별로 약제비 비중이 어느 정도 되는지를 구하는 절차가 필요하다.

이를 위해 건강보험심사평가원에서 2-3년에 한 번씩 실시하고 있는 요양급여비용청구내역 경향조사의 2001년도 자료를 이용했다. 앞의 통계연보 등에서 얻은 의료기관별 보험급여비와 법정보인부담에 요양급여비용청구내역경향조사에서 얻은 의료기관별 외래진료비 중 약제비와 재료비의 비율을 곱하여 의료기관별 약제비와 재료비의 '보험급여'와 '법정보인부담' 규모를 파악했다.

의약분업 적용지역이라도 주사제 등과 같이 의약분업에서 제외되는 항목은 의료기관 외래 부문에서 사용될 수 있지만 이는 '보험급여 대상'으로 되어 있으므로 '보험급여'나 '법정보인부담'을 재원으로 한다. 약국에서 비급여의약품을 구입해서 의료기관에서 주사를 맞는 경우

는 물론 약국의 비급여본인부담에 잡힌다. 따라서 의료기관 외래부문의 약제비 중에서 ‘비급여본인부담’에 해당하는 부분은 ‘의약분업 예외지역’이나 1, 2급 장애인과 같은 의약분업예외 환자 등 약사법 제21조제5항에 따라 의료기관 외래에서 사용되는 비급여의약품의 경우이다. 현재 이 부분의 규모가 얼마나 되는지는 정확히 파악되고 있지 않다.

2. 약제비의 산출 결과

앞에서 언급한 자료를 이용하여 산출한 약제비의 규모는 표 2와 같다. 전체 약제비는 6조3천억 원으로 그 중 89.4%인 5조6천억 원이 약국에서 지출되었고 기타 의료기관에서의 지출은 7천억 원 미만으로 10%를 겨우 넘는 것으로 나타났다. 이는 의약분업의 직접적인 영향 내지 결과를 보여준다. 재원별로 보면 보험자부담이 4조2천억 원으로 전체 약제비 지출의 66.4%이고 본인부담이 2조1천억 원으로 33.6%이었다. 그 중 비급여본인부담에 의한 지출은 전체 약제비 지출의 10.5%이었다.

<표 2> 국민 전체의 약제비 규모 (요양기관 종별)

재원별	기관별	전 체		약 국		의 료 기 관	
		약제비 (백만원)	백분율 (%)	약제비 (백만원)	백분율 (%)	약제비 (백만원)	백분율 (%)
보험자 ¹⁾ 부담	약제비(백만원)	4,160,835	(100.0)	3,752,724	(90.2)	408,111	(9.8)
	백분율(%)	(66.4)		(66.9)		(62.0)	
본 인 부 담	약제비(백만원)	1,451,587	(100.0)	1,201,655	(82.8)	249,932	(17.2)
	백분율(%)	(23.2)		(21.4)		(38.0)	
비 부 담	약제비(백만원)	656,293	(100.0)	656,293	(100.0)	0 ²⁾	(0)
	백분율(%)	(10.5)		(11.7)		(0.0)	
합 계	약제비(백만원)	2,107,880	(100.0)	1,857,948	(88.1)	249,932	(11.9)
	백분율(%)	(33.6)		(33.1)		(38.0)	
합 계	약제비(백만원)	6,268,715	(100.0)	5,610,672	(89.4)	658,043	(10.6)
	백분율(%)	(100.0)		(100.0)		(100.0)	

1) 여기서의 보험자에는 건강보험공단, 산재보험공단, 자동차보험자 외에도 정부(의료급여)가 포함됨

2) ‘의약분업 예외지역’이나 ‘의약분업예외환자’가 사용하는 비급여의약품이 이 경우에 해당하나, 이 부분의 규모가 얼마나 되는지는 정확히 파악되고 있지 않다.

표 3은 우리 국민 1인당 약제비를 급여의약품, 비급여의약품, 의료소모품으로 구분하여 공공과 민간의 재원 구성을 본 것이다. 1인당 약제비는 13만2천 원이었고 이 중 기타의료소모품을 제외한 순수 약품비는 12만7천 원이었다. 급여의약품에 대한 지출은 11만3천 원으로 1인당 약제비의 85.4%, 비급여의약품에 대한 지출은 1만4천 원으로 10.5%를 구성하고 있다. 약제비에 대한 공공 및 민간 재원의 구성을 보면, 공공이 66.3%이었고 민간이 33.7%이었다. 여기서의 1인당 약제비의 구성 비율은 전체 국민의 구성비율인 표 2의 경우와 동일하여야 하나, 표 2에서의 보험자부담은 표 3의 공공재원 이외에 민간사회보험에 속하는 자동차보험의 외래 약제비를 포함하기 때문에 두 표의 수치 사이에 미미하나마 차이가 있다(정형선, 2003).

<표 3> 국민 1인당 약제비 규모 (약제비 구성별)

재원별	약제비 구성별	전 체		급여의약품		비급여의약품		의료소모품1)	
		금액 (천원)	백분율 (%)	금액 (천원)	백분율 (%)	금액 (천원)	백분율 (%)	금액 (천원)	백분율 (%)
공공부담	금액(천원)	88	(100.0)	84	(96.1)	-	(0.0)	3	(3.9)
	백분율(%)	(66.3)		(74.6)		(0.0)		(63.6)	
민간부담	금액(천원)	45	(100.0)	29	(64.5)	14	(31.1)	2	(4.4)
	백분율(%)	(33.7)		(25.4)		(100.0)		(36.4)	
합 계	금액(천원)	132	(100.0)	113	(85.4)	14	(10.5)	5	(4.1)
	백분율(%)	(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)	

1) 여기서의 의료소모품에는 반창고, 요실금용품, 콘돔, 피임기구 등 의료 비내구재가 포함됨

IV. 고찰 - OECD 각국의 약제비와의 비교를 중심으로

OECD Health Data 2003의 '약품/기타의료소모품'은 앞에서 언급한대로 국가에 따라 편차가 있는 수치이다. 따라서 본 연구에서 OECD(2000)에 비교적 충실하게 산출한 우리나라 약제비 규모를 여과 없이 그대로 외국의 수치와 비교할 경우 우리의 약제비 규모가 과장되어 나타나게 된다.

기본적으로는 OECD 국가들의 비교에서 가장 많이 사용되고 있는 방식대로 본 연구에서 추계된 우리의 '의약품/기타의료소모품'과 OECD Health Data 2003에서 최근년도의 수치가 제시되어 있는 국가의 '의약품/기타의료소모품'을 비교한다. 또한, 약품비 중심의 우리 약제비만의 수치를 가지고 OECD Health Data 2003 상에서 처방의약품과 비처방의약품이 구분되

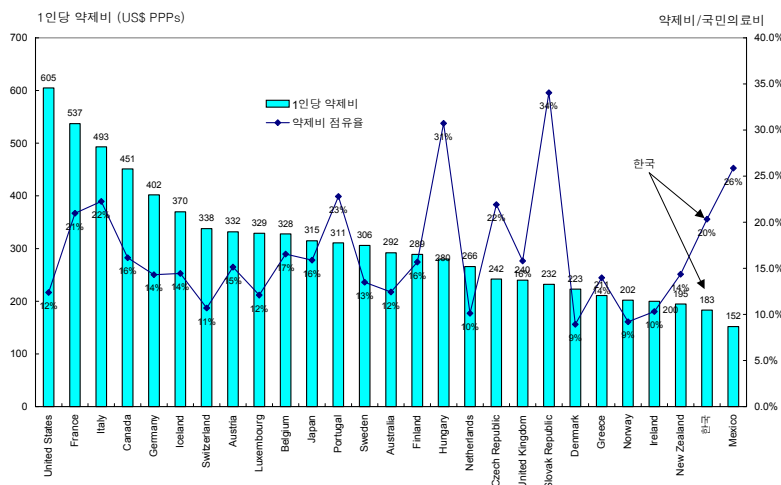
어 있는 국가들만의 '의약품비'를 별도로 비교하기도 한다. 이렇게 함으로써 제도적 차이나, 통계 내용상의 차이에 기인한 해석의 오류를 최소화할 수 있을 것이다.

1. 우리나라 약제비의 규모

1) 1인당 약제비 규모

국가마다 물가 수준이 다르기 때문에 일반 환율에 의해 환산된 달러 값으로는 국가간의 비교에 한계가 있게 된다. 이러한 이유 때문에 1인당 의료비 등을 비교하기 위해서는 각국의 화폐단위를 일반환율에 의해 환산한 값보다는 전반적인 물가 수준을 고려한 구매력 지수 (GDP PPPs: Purchasing Power Parities)에 의해 환산한 값을 사용하는 것이 일반적이다.

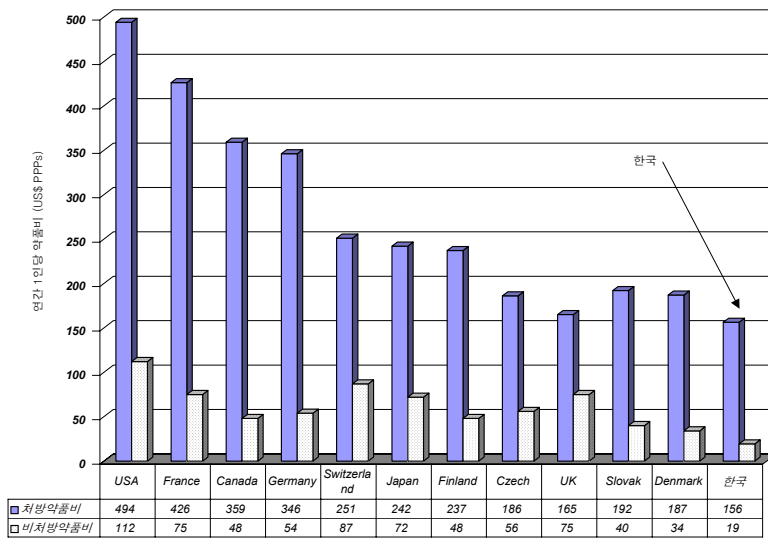
그림 1의 막대그래프는 각국의 1인당 약제비 규모를 구매력 지수로 환산한 값을 보여준다. 여기서 우리나라의 1인당 약제비 규모가 183달러라고 하는 것은 183달러로 미국에서 구매할 수 있는 정도(구매력)를 우리 국민 1인이 연간 약제비로서 지출하고 있다는 의미가 된다. OECD국가의 1인당 약제비 평균이 308달러인 것에 비추어볼 때, 우리의 약제비 지출 규모는 낮은 편에 속하는 것을 알 수 있다.



자료출처 : OECD Health Data 2003 3rd Edition. 단, 한국의 수치는 본 연구의 추계치
 연 도 : 기본적으로 2001년도 약제비 수치. 단, 일본, 룩셈부르크, 스위스는 2000년, 아이슬란드는 1999년, 포르투갈은 1998년, 벨기에, 뉴질랜드, 노르웨이, 영국은 1997년 수치.

그림 1. OECD 각국의 1인당 약제비 규모 (US\$ PPPs) 및 약제비 비율

이러한 결과는 기타소모품 내지 재료대를 제외한 약품비만을 비교해 보아도 대동소이하다. OECD Health Data에 제시된 수치는 국가 간에 어느 정도의 편차가 있다. 네덜란드처럼 처방약에 대한 지출만을 보고하고 있는 나라도 있는가 하면, 앞서 언급한대로 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 일본 및 미국과 같이 하위 항목인 처방의약품, 비처방의약품 및 기타 의료소모품이 모두 제시되어 있고 그 합이 '약품/기타의료소모품'과 정확히 일치하는 국가도 있다(OECD, 2003a). 그림 3은 OECD 국가중 처방의약품과 비처방의약품이 구분되어 파악되는 11개 국가의 의약품비와 우리의 경우를 비교한 것이다. 전체 12개 국가의 1인당 의약품비의 평균은 330달러(PPPs)인데 반해 우리나라는 176달러에 불과했다.



자료출처 : OECD Health Data 2003 3rd Edition. 한국의 수치는 본 연구에서 추계한 재료대를 제외한 약제비임. 다만 한국의 경우 보험급여대상의약품비와 비급여의약품비를 구분하고 있으므로 외국의 처방 및 비처방약품비와의 1대1 비교는 어려움.

연 도 : 2001년도 약제비 수치. 단, 일본은 2000년, 영국은 1997년 수치.

그림 2. OECD 각국의 1인당 처방 및 비처방 의약품 지출

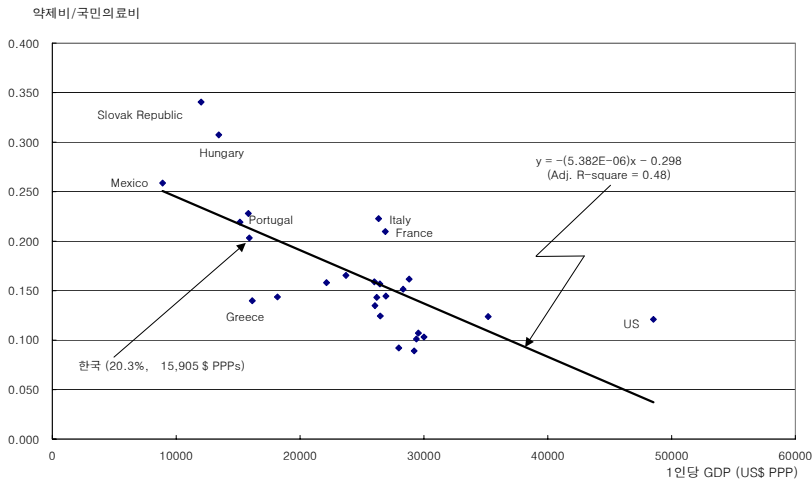
2) 국민의료비에서 차지하는 약제비의 점유율

아무리 구매력 지수로 환산한 약제비 규모라고 하더라도 구매력이 국가간의 상대적 물가 수준을 정확히 반영하고 있다는 보장이 없다. 약품을 포함한 보건의료재화의 상대적 가격 수

준을 반영한 '보건의료 구매력지수(Health PPPs)'로 개별 국가의 약제비 규모를 환산하는 경우는 그나마 소비되는 약제의 물량적 규모를 제시할 수 있지만, 현재의 '보건의료 구매력지수'는 그 신뢰성에 의문이 제기되고 있어 사용에 있어 상당한 주의를 요한다.

이러한 한계점의 대안으로 자주 사용되는 것이 국민의료비에서 차지하는 약제비의 비율, 또는 국내총생산에서 차지하는 약제비의 비율이다. 앞의 그림 1에서 실선으로 연결된 점이 표시하는 바와 같이 2001년도 우리나라의 약제비의 국민의료비⁷⁾ 점유율 20.3%는 OECD 국가의 평균 16.7%에 비추어 높은 수준이다. 이는 우리의 경우 의료에서 약에 의존하는 정도가 다른 선진국에 비해 높다는 것을 의미한다.

이러한 경향은 OECD 회원국 중에서도 상대적 저소득 국가에 속해 있는 국가에서 공통적으로 찾아 볼 수 있다. 그림 2는 OECD 각국의 '1인당 GDP(US\$ PPPs)'와 '국민의료비에서 점하는 약제비의 비율'간의 관계를 보여준다. 양 변수 간에는 높은 부(負)의 상관관계가 나타나고 있다 ($r = -0.696, p = .0000$). 즉, 비교적 국민소득이 낮은 수준에 있는 국가일수록 약제비의 의료비 점유율은 높다. 이는 국민소득이 낮은 국가일수록 의료비의 규모는 작은 반면, 의료비에서 차지하는 약제비의 비율은 높은 경향을 보이고 있다는 것을 의미한다. 우리나라도 이러한 경향에서 벗어나 있지 않다.



자료출처 : OECD Health Data 2003 3rd Edition. 단, 한국의 수치는 본 연구의 추계치

그림 3. 1인당 GDP(PPPs US달러)와 약제비점유율의 관계

7) 저자의 별도의 연구에 의하면 OECD의 Total Health Expenditure 개념에 따른 우리의 2001년도 국민의료비는 약 31조 원으로 추계되고 있다.

이상을 종합해 볼 때, 우리나라는 향후 1인당 국민소득이 증가하고 1인당 국민의료비가 늘어나게 됨에 따라 그러한 국민의료비를 구성하는 주 요소인 약제비 지출도 늘어나게 될 것이라는 점, 다만, 고소득 국가들의 약제비 점유율이 저소득 국가보다 낮다는 점과 더욱이 의약분업의 시행으로 우리의 약제비 소비 패턴이 서구 국가의 패턴에 접근할 가능성이 커진 점을 감안할 때 향후 약제비가 늘어나는 속도는 일반 의료비의 증가 속도보다는 약해질 것이며, 따라서 국민의료비에서 차지하는 약제비의 비중은 장기적으로 현재보다 낮아지게 될 것이라는 점을 예상할 수 있다.

한 가지 덧붙일 점은 우리나라 국민의 낮은 약제비 규모가 약품에 대한 낮은 물량적 소비를 의미한다든지, 비교적 높은 약제비 점유율이 약품에 대한 높은 물량적 소비를 의미하는 것은 아니라는 점이다. 앞서서도 언급한 바와 같이 약품에 대한 물량적 소비 수준을 파악하기 위해서는 국가간 약품의 상대적 가격 수준을 반영한 약품 구매력지수가 신뢰성 있는 자료로 구축되어야 한다. 보다 직접적으로는 DDD(Defined Daily Doses)와 같이 물량 규모를 단위로 하는 약품 소비량이 파악되어야 한다. 이는 추가적인 연구를 필요로 한다.

2. 추계 상의 한계

동 연구에서 활용된 자료들은 약제비의 산출을 위해서 일관되게 수집된 것이 아니기 때문에 그만큼 한계를 지니고 있다. 이는 그동안 우리나라의 약제비 규모의 산출 필요성이 인정되면서도 본격적인 추계가 이루어지지 못한 이유이기도 하다. OECD에서 요구하고 각 회원국이 제출하려고 노력하고 있는 국민의료비 및 각종 하위 레벨의 의료비 통계는 이러한 통계 자체를 생산하기 위해 처음부터 일관성 있게 추진되어 수집된 자료를 통해서 추계되는 경우는 드물다. 거의 모든 나라에서 다양한 자료원을 취합하여 산출하고 있다.

OECD는 이러한 한계 속에서도 국제 비교의 정합성을 높이기 위해서 각국별로 최대한 비교성과 일관성을 유지하는 공통의 지표를 산출하는 작업을 하도록 독려하고 있다. 본 연구는 약제비를 추계함에 있어 이러한 전체 국민의료비와의 일관성을 유지하면서 국가간 비교가능성을 높이려고 했으나 자료 제약상의 한계 내지 상이한 자료원에 따른 정합성의 한계는 여전히 남아있다. 그러한 한계점에도 불구하고 어차피 국가 단위로 산출되어서 제출되고, 원하던 원치 않던 그 데이터가 국가간 비교에 활용되고 있는 상황에서라면 최대한 국제적 표준에 가까운 데이터를 구축하도록 노력할 수밖에 없으며, 이를 위해서는 부분적으로는 한계가 있더라도 가장 근접한 자료원을 활용하게 된다.

2001년 국민건강영양조사는 11-12월에 이루어졌다. 따라서 엄격히는 계절 변동을 보정하는

절차가 필요하다. 본고에서는 현재 거의 유일한 계절변동 근거자료가 될 건강보험통계조차도 실제 진료가 이루어지는 시점, 청구시점, 심사시점, 지급시점 등이 길게는 6개월까지도 차이가 나기 때문에 청구시점을 기준으로 파악되어 있는 자료로는 계절별 보정하기가 힘들다는 점, 그리고 비급여본인부담의 크기는 보험진료비의 크기에 비례해서 커지는 부분과 보험급여에 반비례하는 부분이 혼합되어 있기 때문에 보험청구자료에 의존해서 계절별 변동을 추정하는 것은 큰 위험성이 있다는 점에서 계절 보정을 취하지 못했다. 향후 연구에서 추가적인 보완을 요하는 부분이다.

VI. 맺음말

그동안 국민의료비에서 차지하는 약제비의 비중에 관해 많은 추측과 오해가 있어왔다. 특히, OECD Health Data를 활용한 외국과의 비교에서는 그 혼란의 정도가 심했다. OECD(2003b) 또한 이러한 오해에 바탕을 둔 국내의 논문을 이용하면서 우리의 약제비가 국민의료비의 30%에 달한다고 기술하는 오류를 범하고 있다. 본 연구는 이러한 그 동안의 혼란을 바로잡기 위해 OECD(2000)가 제시하고 있는 국민의료비와 약제비의 개념에 맞추어 산출된 추계치를 가지고 OECD의 여타 국가들과 비교했다.

본 연구를 통해서 우리나라의 약제비는 1인당 약제비 지출의 절대치 면에서는 비교적 낮은 수준에 있으며 이는 우리의 국민의료비 지출 수준이 낮은 국민소득 수준을 반영하고, 약제비 또한 이러한 국민의료비의 한 부분을 구성하기 때문인 것을 알 수 있었다. 하지만 약제비가 국민의료비에서 차지하는 상대적 비중 즉, 의료에서 약에 의존하는 정도는 OECD국가의 평균에 비해 높은 편에 속했다.

OECD 통계에 반영되어 있는 각국의 수치 또한 완벽한 것은 아니다. 이런 차원에서 OECD는 매년 보건계정과 관련한 전문가 회의를 통해 통계 지표의 개선을 도모하고 각국의 경험을 공유하는 절차를 가지고 있다. 물론 약제비는 이러한 보건계정의 여러 하위 부문 중의 하나일 뿐이다. 하지만 이러한 하나의 항목(cell)을 채우기 위해서는 많은 조사와 자료가 뒷받침이 되어야 한다. 이러한 노력이 모여서 비교 가능한 통계가 구축되게 되며, 이러한 통계 정보는 증거에 입각한 보건의료정책(EBHP; evidence-based health policy)을 가능하게 할 것이다.

참 고 문 헌

건강보험심사평가원. 요양급여비용청구내역경향조사. 서울 : 건강보험심사평가원 심사기준실

- 내부자료 ; 2001.
- 국민건강보험공단. 2001 건강보험통계연보. 서울 : 국민건강보험공단; 2002.
- 권순원. 국민의료비 증가추이와 안정화 방안. 서울 : 한국개발연구원; 1993.
- 노동부. 2001 산재보험사업연보. 서울 : 노동부; 2002.
- 대한약사회. 1998년도 전국 약국 경영실태조사 및 적정조제료 산출에 관한 연구보고서. 서울: 대한약사회, 1998.
- 박종기. 한국의 보건재정과 의료보험. 서울 : 한국개발연구원; 1979.
- 보건복지부. 2001 의료급여통계. 서울 : 보건복지부; 2002.
- 보건복지부. 2001 국민건강영양조사. 서울 : 보건복지부; 2002.
- 류시원, 이의경, 황인경, 박정영, 신창우, 김태현. 약국경영평가. 서울 : 한국보건사회연구원, 2001.
- 윤경일, 장선미. 표준약국 모형개발연구. 서울: 한국보건사회연구원, 1997
- 이의경, 장선미, 신종각, 박정영. 의약분업 전후의 약제비 변동요인 분석 및 정책과제. 서울: 한국보건사회연구원, 2001.
- 장선미, 김재용, 배은영, 구영호, 황은희, 진영란 등. 의약분업제도 성과분석 및 개선방안. 서울: 한국보건사회연구원, 2001.
- 장영식, 도세록, 고경환, 이래연. 국민의료비 산출체계 개발 및 추정. 서울 : 한국보건사회연구원, 2002.
- 정영호, 강성호. 1996년 국민의료비 추계와 지출구조 분석. 서울 : 한국보건사회연구원, 1998.
- 정영호, 이견직, 강성욱. 국민의료비 산출모형 개발 및 추계. 서울 : 한국보건사회연구원, 2000.
- 정우진, 박혜경. 의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 약사조제료 산정 연구. 서울 : 한국보건사회연구원, 1998.
- 정형선, 이규식, 장영식. 보건계정의 체계 : OECD/SHA와 WHO/PG의 비교. 연세대학교보건과학연구소, 2003.
- 한병현. 의약분업 제도 도입에 따른 약국의 경영수지 분석 및 적정 조제료 산정 연구. 서울 : 대한약사회, 2000.
- Jacobzone S. Pharmaceutical Policies in OECD countries: Reconciling Social and Industrial Goals. Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.40, Paris : OECD; 2000.
- OECD. OECD Health Systems (I): Facts and Trends 1960-1991 & OECD Health Systems (II): The Socio-economic Environment Statistical References. Paris : OECD; 1993.
- OECD. System of Health Accounts. Paris : OECD; 2000.

OECD. OECD Health Data 2003 (CD Rom). Paris : OECD; 2003a.

OECD. OECD Reviews of Health Care Systems-Korea. Paris: OECD; 2003b.

SNA93. System of National Accounts 1993. Brussels/Luxembourg, New York, Paris,
Washington, D.C. : CEC, IMF, OECD,UN and the World Bank; 1993.