

실거래가상환제의 건강보험재정에 대한 영향

정형선[‡], 이의경*, 김은정*, 류근춘*, 송양민, 김선주
연세대학교 보건행정학과, 한국보건사회연구원*

<Abstract>

Impact of the Purchasing Price Reimbursement System for Insurance Drugs upon the Health Insurer's Financial Situation

Hyoung-Sun Jeong[‡], Eui Kyung Lee*, Eun Jung Kim*, Gun-Chun Ryu*, Yang Min Song
Department of Health Administration, College of Health Sciences, Yonsei University;
*Korean Institute of Health and Social Affairs**

The objective of this paper is to examine what impact the newly introduced Purchasing Price Reimbursement System, where insurance drugs are reimbursed at the prices as they were purchased by medical care providers under the maximum allowable cap, has upon the health insurer's financing situation. The impact of the Purchasing Price Reimbursement System is considered to be confined mainly to the inpatient department among three drug reimbursement fields such as inpatient department, out-patient department and pharmacy. Hypothesis was set and tested in this study for each of three components of inpatient drug reimbursement in health insurance, *i.e.* average price level, composition of drugs and their overall volume.

Drug price level calculated in this study from 403 selected reimbursement drugs according to the Laspayres methodology revealed faster decline under the new Purchasing Price Reimbursement System than previously by 1.53% on the annual average basis. However, additional 1.4 percent financial burden in the ratio of the total inpatient

* 접수 : 2005년 2월 25일, 심사완료 : 2005년 8월 22일

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

reimbursement was owed by the health insurer. This was analysed to be a combined result of both 2.0-3.1 percent of reduced reimbursement due to drug price decline and 3.4-4.5 percent of additional reimbursement due to drug volume increase. These results suggest that recalling the Purchasing Price Reimbursement System would not have so much impact upon the health insurer's financial situation given that the current compulsory separation between doctor's prescribing and pharmacist's dispensing is irrevocable.

Key Words : Purchasing Price Reimbursement System, Average Price Level, Composition of Drugs, Volume of Drugs

I. 서론

1. 논의의 배경

1977년 의료보험의 도입과 함께 보험약가는 고시가제도로 운영되어 왔다. 그 뒤 고시가의 설정을 위한 생산원가의 조사방식이 직권실사제에서 신고제로 바뀐 것은 있으나, 보험상환이 '실제의 거래가격이 아니고 공정(公定)가격으로 설정된 고시가에 따라' 이루어지는 큰 원칙은 변하지 않고 유지되었다(변재환, 2000; 배은영, 2001). 그러나 고시가제도가 시행된 이후 실제 거래가격과 고시가격의 차이에서 생기는 마진이 요양기관으로 하여금 과잉투약을 유도하고, 한편으로 의약품의 저가공급을 위한 제약업체 간의 과당경쟁은 의약품의 품질개선에 장애요인으로 작용한다는 지적이 계속되어 왔다.

실거래가상환제도는 1999년 11월 의약분업을 앞두고 약가 차액을 없앴으로써 의약분업 등 의약관련 정책의 추진을 위한 토대를 마련한다는 차원에서 시행되었다. 또한 이를 통해 약가 차액을 소비자에게 환원하고, 병의원은 진료 수가를 중심으로 병원경영을 유지하고 기존의 약가차액에 의한 교차보전은 더 이상 없도록 한다는 것이 그 취지로 제시된 바 있다.

흔히 실거래가상환제도를 논하면서 의약분업제도를 인용하고, 의약분업제도를 평가하면서 실거래가상환제도를 거론하는 경우를 본다. 하지만 엄밀히 말해서 이 두 가지는 별개의 제도이다. 실거래가상환제도는 '실제의 거래가격대로 보험상환을 하자는 것'이고 의약분업제도는 '의사와 약사의 기능을 분리하자는 것'이다. 다만 실거래가상환제도가 다분히 의약분업제도를 의식하고 시행된 것이기 때문에 실거래가상환제도와 의약분업제도의 관련성이 큰 것은 사실이다. 더욱이 실거래가상환제도는 1999년 11월에, 그리고 의약분업은 그로부터 1년이 채 지나

지 않은 시점에서 실시되었기 때문에 양 제도의 효과는 상당부분 혼합적으로 나타난다. 따라서 이 양 제도가 우리의 의료제도에 어떤 영향을 주었는지를 구별해 내는 것, 특히 2000년 이후의 약제비의 변화 중에서 1999년11월 실거래가상환제가 실시됨에 따라 생긴 변화와 2000년 후반 ‘의약분업’이 실시됨에 따라 생긴 변화를 구분하는 것은 실거래가상환제가 작동하는 기전에 대한 이해, 더 나아가 실거래가상환제의 평가를 위해서 반드시 필요한 작업이다.

2. 연구목적

본 연구는 실거래가상환제가 보험재정에 미치는 영향 정도를 파악하는 것을 목적으로 한다. 실거래가상환제의 공과에 대한 평가는 첫째, ‘약가변동과 마진 측면에 대한 평가’ 즉, 약가가 실거래가를 반영하여 변동하고 있는지 그리고 이러한 과정에서 약가마진이 발생하고 있는지, 둘째, ‘약가관리 작동기전 측면에 대한 평가’ 즉, 저가구매를 위한 유인구조, 실거래 내역의 투명공개, 상한가조정의 시장기전, 제도 실시에 따른 행정비용, 사후관리의 효과성과 방법론적 타당성 여부, 셋째, ‘약가관리 성과 측면에 대한 평가’ 즉, 저가구매에 따른 약가마진의 귀속, 의약품 사용의 합리성, 관련 기관의 수익성, 건강보험 재정의 안정성의 정도 등 여러 측면의 평가가 종합적으로 이루어짐으로써 가능해진다. 본 논문은 이러한 다양한 정책 평가의 측면 중에서 실거래가상환제도가 건강보험 재정에 미치는 영향을 중점적으로 보고자 한다.

본문에서 의약분업 자체의 효과도 언급하지만 이는 어디까지나 실거래가상환제의 효과를 이해하기 위한 것에 국한된다. 의약분업이 이미 실시되어 있는 현재의 상황에서는, 과거 의약분업이 실시되기 이전의 상태에서 실거래가상환제가 보험재정에 미쳤던 영향 자체보다는 ‘의약분업제도가 계속 유지되는 상황 하’에서 현행 실거래가상환제의 변화가 보험재정에 어떠한 변화를 가져올지가 더 큰 관심의 대상이다. 본 연구에서는 실거래가상환제와 의약분업을 거치는 과정에서 생긴 의약품 관련 보험재정의 실제적인 변화과정을 실증적으로 분석한다.

II. 선행연구 및 가설

1. 선행연구

실거래가상환제도가 보험재정에 미치는 영향을 실증적으로 다룬 선행연구는 찾기 힘들다. 실거래가상환제도의 시행을 전후하여 그 정책적 의미에 대한 정성적인 논의들만이 있었을

뿐이다. 여기서는 실거래가상환제도를 포함한 보험약가제도에 관한 외국의 사례와 약가지수의 산출을 위한 선행연구를 중심으로 살펴본다.

1) 외국의 보험약가제도와 실거래가상환제도

외국의 약가제도에 대한 연구는 다양하게 이루어져서 이미 국내에 많이 소개가 되어 있다 (정우진, 2001; 건강보험심사평가원, 2001; 김성욱·최숙자, 2002a 및 2002b; 이규식·정형선, 2003). 본 연구에서는 본고의 연구주제와의 관련이 높은 일부 국가의 경우를 살펴본다.

OECD 국가의 의약품 상환가격의 설정방식은 크게 고정가격방식(price fixing)과 이윤규제 방식(cost plus)으로 대별된다(Jacobzone, 2000). 영국, 스페인, 체코 정도가 이윤규제방식을 취하는 것으로 분류될 수 있으나, 대체로 고정가격방식이 보다 일반적이다. 고정가격방식도 약가가 어느 선에서 고정되는지에 따라 단일의 고정가격을 정하는 방식과 최대허용가격을 정하는 방식으로 대별된다. 우리나라는 과거에는 고정가격방식의 고시가제도로 운영되었으나 1999년11월부터는 최대허용가격제도(실거래가상환제의 상한가격 설정)로 바뀐 것이다.

캐나다에서는 특히 약품에 대해 최대허용가격을 정하는 방식이 1987년부터 도입되었다 (Palmer D'Ancelo Consulting Inc., 2002). 특허약품가격검토탄(Patented Medicines Price Review Board: PMPRB)이 신규 (또는 혁신) 처방의약품에 대한 최종가격을 협상하여 정하는데, 이러한 연방차원의 가격이 설정되면 이는 모든 주정부 협상가격의 상한(price cap)이 되게 된다. 주정부는 제네릭 대체조제, 상환의약품의 제한, 상한가격의 재설정 등 추가적 가격 통제정책을 펼 수 있다. 다만, 주정부의 상한가격은 연방정부의 상한가격을 넘어설 수 없다. 캐나다의 브리티시콜롬비아주에서는 우리의 실거래가상환제와 유사한 제도가 시행되며 동시에 참조가격제가 적용되고 있다. 브리티시콜롬비아주의 처방약 비용을 보조하는 의약품 프로그램인 PharmaCare는 실구입비용(Actual Acquisition Cost; AAC)에 따라 보험상환을 하되, 도매약가의 107%를 최대상환가격(maximum price)으로 하며, 약국은 개인이나 기관에게 부과된 실제 요금을 초과하여 PharmaCare에 청구할 수 없다.

미국의 메디케이드는 판매자 지불 (vender payment) 프로그램으로 운영되며 처방약을 조제하는 약국에 대해서 의약품 상환가격과 조제료를 지불한다. 대부분의 경우 메디케이드가 모든 약값을 먼저 지불한 후 제약회사로부터 할인가(Medicaid rebate net price)를 소급보상의 형태로 받게 된다(Hansen, J.). 소매약국은 메디케이드 수급자에게 약을 조제해주고 주정부 공정가격에 따라 상환을 받게 되는데, 상환가격의 설정방식에는 두 가지가 있다. 제네릭 품이 존재하지 않는 브랜드명의약품(single-source drugs)은 제조비용에 대한 추정구입가격(Estimated Acquisition Cost: EAC)을 비용상한(cost limit)으로 한다. 이는 평균도매가격(AWP)의 85~95% 수준인 것으로 조사된 바 있다. 제네릭품이 존재하는 품목(multiple-

source drugs)은 동일 성분규격의 최저가격제품의 150%를 연방정부 최고허용비용(Maximum Allowable Cost; MAC or Federal Upper Limits: FUL)으로 한다. 이 최고허용비용은 6개월마다 공표된다. 의원 조제의 경우는 특정 의약품에 대해서만 메디케이드 상환이 이루어지는데, 상환가격은 평균도매가격(AWP)의 95%이다. 또한, 미국의 메디케어 Part B에서는 간단한 수술, 내구의료장비, 수액장치, 장기이식, 투석, 화학요법과 암치료통증관리 등에 필요한 특정 의약품을 급여대상으로 상환하는데 상환가격은 AWP의 95% 수준이다.

2) 약가지수의 산출

건강보험에 급여되는 의약품 가격의 전체적인 변화 양상을 보여주는 약가지수의 산출은 소비자 물가지수(Consumer Price index)의 산출방식을 따르는 것이 보통이다. 대상품목 바스켓 즉, 지수 측정의 대상품목 리스트는 소비자들의 소비행태를 대표할 수 있는 상품 중 시장 점유율이나 소비량이 높은 것, 지속적으로 조사 가능한 품목으로 구성하는 것이 일반적이다. 약가지수에 관한 연구에서는 처방빈도 및 사용량을 기준으로 대상의약품을 선정하고 있다.

1992년 미국의 회계감사원(U.S. General Accounting Office)에서는 미국과 캐나다의 약가를 비교하기 위하여 미국과 캐나다의 동일 처방품목 중 121개의 다빈도 처방약품에 대한 가격조사를 실시한 바 있다.

캐나다에서는 새로운 특허약의 제조업체 가격이 어떻게 변동하는 지를 파악하기 위하여 6개월마다 모든 특허약을 조사대상으로 한 특허약가지수(Patented Medicine Price Index, PMPI)를 만들어 사용하고 있다. 이를 위해 캐나다에서 판매되거나 허가된 모든 특허약의 포장단위당 평균가격 및 수입에 관한 모든 정보가 제출된다.

인도에서는 국가의약품가격당국(National Pharmaceutical Pricing Authority, NPPA)이 가장 소비가 많은 200개의 약품을 대상으로 약가지수(Pharmaceutical Price Index, PPI) 조사를 진행하고 있다. 약가지수조사는 각각의 성분(formulation)에 따른 가격의 변동과 효능군에 따른 지수변동을 포함한다. 이 약가지수의 목적은 가격감시를 체계화하고 제약산업의 움직임을 파악하는데 있다.

국내에서는, 배은영·김진현(2001)이 2001년 6월의 보험급여 의약품 중에서 전체 약제비에서 차지하는 비중이 높은 의약품 375개 품목을 선정하여 1995년부터 2001년까지 각 품목에 대한 가격 및 사용량을 바탕으로 파슈방식에 따라 약가지수를 조사한 바 있다. 동 연구에 의하면, 고시가제도가 시행중이던 1995년부터 1997년까지 매년 0.9%씩 하락했고, 1999년 11월 실거래가제도의 시행을 앞두고 25.5%¹⁾의 가격인하가 있었으며, 1999년 11월 실거래가상환제도

1) 1998년의 자료는 제외되어 있기 때문에 1997년도 대비 상승률이다.

시행 이후 2000년 7월까지 0.3%의 약가하락이 있었고, 이후 2001년 6월까지의 약가하락이 있었던 것으로 나타났다.

2. 실거래가상환제의 영향에 대한 가설

약제비는 가격요소와 사용량요소로 분해된다. 약제비의 변화는 첫째, 개별의약품 가격의 평균(이하, 평균단가)의 변화, 둘째, 의약품의 구성(composition) 즉, 고가약 사용비중의 변화, 셋째, 의약품 사용물량(volume)의 변화를 포함한다. 같은 맥락에서 본 연구는 실거래가상환제의 약제비에 대한 영향을 평균단가, 고가약구성 및 물량의 세 가지 구성요소 별로 구분하여 가설을 설정하고 분석한다.

1) 의약품 평균단가에 대한 영향

실거래가상환제가 입원부문 의약품의 평균단가에 미치는 영향은 가변적이다. 행위주체가 주어진 물대로 가격을 형성하게 된다면 실거래가상환제의 상한(上限)가격은 사후관리라는 행정행위에 힘입어 빠른 속도로 내려가게 될 것이나, 이는 현실적으로 기대하기 힘들다. 인하된 가격에 따른 구매가 경제적 인센티브를 주지 못하기 때문에 행위주체들이 굳이 가격을 낮추어 거래할 이유가 없고, 한편으로 상한가격이 실제의 거래가격에 대한 시그널로 작동하기 때문에 의약품의 거래는 자연스럽게 이 상한가격에 맞추어 이루어질 가능성이 큰 것이다. 따라서 현행방식의 실거래가상환제는 장기적으로 약가인하에 부정적인 영향을 준다는 것이 보다 논리적인 가설인 것으로 보인다.²⁾ 즉, 현행 실거래가상환제를 과거방식(고시가제도)으로 환원하게 되면 장기적으로는 의약품 가격 인하가 보다 용이해질 것으로 가정할 수 있다. 다만, 단기적으로는 이러한 시장의 변화에 미처 적응하지 못한 공급자나 정부의 영향력이 상대적으로 큰 중대형 병원을 대상으로 한 행정적 가격인하가 가능하기 때문에 실거래가상환제의 가격에 대한 영향은 장단기에 따라 가변적으로 나타날 것이다.

2) 의약품 구성에 대한 영향

입원의 경우

입원부문에서 '실거래가상환제'는 저가약을 통한 약가차액 확보의 유인을 없애기 때문에 의사들이 오리지널의약품이나 외제특허약을 선호하게 만들고 이는 처방 상의 고가약 구성을

2) 반면에 '의약분업'은 의약품 가격 자체와는 직접적인 관계가 없다. 이는 의약품 가격은 별도의 기전에 의해서 결정되므로 현재의 상황에서 의약분업만을 과거로 되돌린다고 해도 의약품 가격은 영향을 받지 않는다는 것을 의미한다.

높이는 결과를 가져온다.³⁾ 즉, 고시가제도에서는 약가마진이 큰 제품이 선호될 가능성이 컸으나, 실거래가상환제에서는 최소한 공식적으로는 이러한 마진이 없어지게 되었기 때문에 의료기관으로서(오리지널의 고가약이 환자를 만족시킬 가능성이 크다는 점에서) 같은 조건이면 오리지널의 고가약을 선호할 것이다. 요컨대 ‘실거래가상환제’는 입원환자에 대한 고가약 구성을 높이는 결과를 가져올 것으로, 즉, 현행 실거래가상환제가 철회되었을 때 입원 부문에서의 고가약 구성이 줄어들 것으로 가정할 수 있다.

외래 또는 약국 이용의 경우

‘실거래가상환제’ 자체는, 특히 의약분업이 실시되어 있는 상태에서는, 의료기관의 외래부문 및 약국에서의 의약품 구성에 직접적인 영향을 주지 않는다.⁴⁾ 다만, 1999년11월부터 2000년 후반까지처럼 의약분업이 되어 있지 않은 상태 실시된 실거래가상환제는 의사들로 하여금 오리지널의약품이나 외제특허약 등의 처방을 선호하게 함으로써 외래부문의 고가약 구성을 높이는 결과를 가져왔을 것이다. 실거래가상환제가 저가약을 통한 약가차액 확보의 유인을 없애기 때문에 향후 실시 예정인 의약분업의 시행을 앞두고 약가차액에 대한 기대를 사전에 없애는 것도 실거래가상환제 실시의 의도 중 하나이었다.

하지만 의약분업이 이미 실시되어 있는 현재의 상황에서는 외래부문에서 의사의 의약품 처방 자체가 원칙적으로 금지되어 있기 때문에, 의약분업이 지속되는 한 현행의 실거래가상환제를 고시가제도 등으로 환원하게 되더라도 고가약 처방 수준에는 변화가 없다. 물론 참조가격제 등 다른 조치가 취해질 경우는 별개이다. 의약분업이 실시된 상태에서는 실거래가상환제가 의료기관의 외래부문 및 약국에서의 의약품 구성에 직접적인 영향을 주지 않는다는 것은 따라서 가설이라기보다는 당연논리에 해당한다.

3) 의약품 물량에 대한 영향

입원의 경우

‘실거래가상환제’ 하에서는 입원부문 의약품에서의 마진이 공식적으로 금지되게 되어 투약의 유인이 약화되므로 실거래가상환제는 의약품의 물량을 줄이는 효과가 있다.⁵⁾ 즉, 현행 실

3) 반면에 의약분업은 외래부문에서의 변화이므로 입원부문에서의 의약품 사용 자체와 직접적인 관계가 없다.

4) 반면에 의약분업은 처방 상의 고가약 구성을 높리게 된다. ‘의약분업’ 이전에는 의료기관들이 저가약을 사용함으로써 약가차액을 도모할 유인이 있었으나, 의약분업 이후에는 이러한 유인이 작동할 약제의 조제 및 판매 자체가 금지되게 됨에 따라 의료기관의 입장에서는 같은 값이면 환자가 선호하고 약효가 더 나으리라 기대되는 오리지널의약품이나 외제특허약 등의 처방을 선호하게 된다.

5) 반면에 의약분업은 외래 처방과 약국 조제판매 사이의 문제이므로 입원부문에서의 의약품 물량과는 직접적인 관계가 없다.

거래가상환제를 철회하게 되면 입원부문의 의약품 물량은 늘게 된다고 가정할 수 있다.

외래 또는 약국 이용의 경우

‘실거래가상환제’ 자체는, 의약분업이 이미 시행되어 있는 상황에서라면, 의료기관의 외래 부문 및 약국에서의 의약품 물량과는 직접적인 관계가 없다.⁶⁾ 다만, 의약분업이 실시되어 있지 않았던 1999년11월부터 2000년 후반까지의 상황에서는, 실거래가상환제의 실시가 의사의 조제 및 판매의 인센티브를 약화시킴에 따라 의약품 물량을 줄이는 효과가 있었을 것이다. 그러나 의약분업이 일단 이루어진 상황에서는 물량의 변화는 의약분업의 효과로 흡수되어 있기 때문에 실거래가상환제도 자체의 효과로는 볼 수 없게 된다. 의약품 구성의 경우와 마찬가지로 이는 논리적으로 당연한 것이며 가설의 성격을 갖지 않는다.

표 1은 이상의 가설과 논리적 귀결을 정리한 것이다. ‘실거래가상환제’의 영향을 중심으로 요약하면, 주로 외래 및 약국에서의 의약품 이용의 변화에 영향을 주는 ‘의약분업’과는 달리 ‘실거래가상환제’는 주로 ‘입원’ 의약품 이용의 변화에 (물량의 감소와 고가약 처방의 증가를 통해) 영향을 주며, 가격에 대한 영향은 단기적으로는 가변적인 것으로 가정한다.

III. 분석 데이터 및 추계 방법

1. 의약품 가격수준의 변화

본 연구에서는 1995-2003년 사이의 보험약가지수를 1995-1998년 사이의 고시가⁷⁾, 1999년의 고시가 및 실거래상한가⁸⁾, 2000년의 실거래상한가 그리고 2001년 이후의 평균상환가⁹⁾를 기준으로 산출한다. 분석결과의 활용에 있어서는 외환위기의 영향이 큰 1998년을 제외한 그

6) 반면에 의약분업 제도 자체는, 의사의 조제/판매를 금하고 약사의 진단/처방과 일반의약품 조제를 금함에 따라, 의료기관의 외래부분에서 의약품의 물량을 줄이는 효과가 있다. 의사는 어차피 조제와 판매를 할 수 없기 때문에 의약품 과잉 처방에의 유혹에서 그만큼 자유로울 수 있다는 것이 그 논거이다. 이는 의약분업 시행의 이유이기도 했다.

7) 해당연도에 고시가의 변화가 있는 경우 적용일수를 가중치로 부여하여 해당연도에 각 품목에 대한 가중평균 가격을 이용하였다.

8) 1999년도의 경우는 고시가와 실거래가의 상환가격이 혼재해 있어 분석의 어려움이 있지만 실거래가가 11월에 도입되었기 때문에 실거래가 도입후의 약가변화에 대한 영향은 실질적으로 2000년도의 청구량에 나타난다고 볼 수 있다.

9) 2001년 이후에는 이전 데이터와 달리 EDI 청구량과 실제청구금액에 대한 정보가 있었으므로 이를 바탕으로 평균상환가(청구금액/청구수량)를 적용하여 약가지수를 구한다. 이것이 실제 상환가격에 해당하므로 건강보험 제정에 직접적인 영향을 미치는 가격으로 볼 수 있다.

<표 1> 실거래가상환제의 보험약제비 구성요소별 영향에 대한 가설

약제비 구성요소	약제비 지출부문	영향요인		고시가제 대비 실거래가상환제의 효과
		의약분업의 효과		
(동일품목) 평균단가	의료기관 입원부문			장기적 효과: (+), 단기적 효과: 가변적
	의료기관 외래부문 약 국	△		
(고가약) 구성	의료기관 입원부문	△		(+)
	의료기관 외래부문	△		△
	약 국	(+)		△
물량	의료기관 입원부문	△		(-)
	의료기관 외래부문		(-: 약국에의 이전)	△
	약 국		(+: 의료기관에서의 이전)	△

- 주 : 1. 가격의 경우 (+)는 의약품 평균단가의 인상을 의미함
 2. 구성의 경우 (+)는 고가약 비중의 증대를 의미함.
 3. 물량의 경우 (-)는 의약품 소비 물량의 감소를 의미함.
 4. △는 해당사항이 없음을 의미함
 5. 음영처리부분은 본 연구의 가설 부분

이전의 약가지수의 변동률을 고시가제도 하에서의 가격변화로, 2001년 이후의 약가지수의 변동률을 실거래가상환제 하에서의 가격변화로 간주한다.

표본의약품으로는 건강보험의 2004년 1/4분기 EDI 청구량을 기준으로 상위 1000품목 중에서 1995년 이전 등재품목¹⁰⁾을 선정한 결과 모두 403개 품목이었다. 표 2는 이들 표본의약품의 약효군별 분포를 보여준다. 전체 403개의 품목 중 제네릭이 생산되고 있는 다품목 성분 의약품(multi source drug)은 356품목으로 전체 샘플의 약 88%에 달했고, 단독품 (single source drug)은 47개로 약 12%에 불과했다.

약가지수의 산출방식으로는 이들 품목의 2003년도의 청구량을 기준으로 한 라스파이레스 방식(Laspeyres Methodology)을 사용하였다. 라스파이레스방식은 기준년도에 소비자가 많이 사용하는 물품을 선정한 뒤 각 물품의 물량에 따른 가중치를 부여하여 기준년도에 비하여 현재 얼마나 가격이 변화했는지를 측정하는 방식이다. 계산식은 다음과 같다.

10) 1996년도부터 2003년도에 이르기까지 계속적인 가격조사가 가능한 제품을 선택하기 위해서이다.

<표 2> 산정을 위한 표본의약품의 약효군별 구성

약효군	제품갯수		비율(%)
	multi source	single source	
해열·진통·소염제	28	-	6.9
중추신경계용약	15	3	4.5
말초신경계용약	17	1	4.5
알레르기용약	20	2	5.4
순환계용약	37	6	10.6
호흡기관용약	76	12	21.8
소화성궤양용제	12	3	3.7
제산제	14	3	4.2
소화기관용약	30	5	8.7
호르몬제	3	1	1.0
간장질환용제·독제	5	-	1.2
자양강장변질제	4	-	1.0
혈액및제액용약	2	3	1.2
기타대사성의약품	31	3	8.4
항생제	39	3	10.4
기타항병원생물성의약품	1	-	0.2
기타	22	2	5.9
전 체	356	47	100.0

* 2004년 1/4분기 건강보험 EDI 청구량 기준으로 상위 1000품목 중 1995년 이전 등재 품목.

$$P_{0t}^L = \frac{\sum P_t Q_0}{\sum P_0 Q_0}$$

$$P_{0t}^L = \sum \frac{P_t}{P_0} \left(\frac{P_0 Q_0}{\sum P_0 Q_0} \right)$$

$$P_{01}^L, P_{02}^L, P_{03}^L = \frac{\sum P_1 Q_0}{\sum P_0 Q_0}, \frac{\sum P_2 Q_0}{\sum P_0 Q_0}, \frac{\sum P_3 Q_0}{\sum P_0 Q_0}$$

(여기서 P_0 는 기준년도의 가격, Q_0 는 기준년도의 수량, P_t 는 비교년도의 가격을, P_{0i}^L 는 0년도 기준의 i 년도 라스파이레스식 가격지수를 가리킴)

라스파이레스식은 기준년도의 생산량을 사용하기 때문에 비교년도에 특정 상품의 생산량이 큰 폭으로 줄고 가격이 오른 경우, 이 특정품목의 가격상승이 과도하게 포함된다는 단점

이 있다. 즉, 특정 품목의 가격이 올라 이에 대한 대체품으로 소비를 늘릴 수 있는 대체효과를 제대로 반영하지 못하기 때문에 가격상승을 실제보다 과대평가하는 경향이 있다. 하지만, 이는 실용적인 장점이 있어 물가지수에 일반적으로 많이 사용되며, 또한 본 연구에서처럼 사용량의 변화를 별도로 고려하여 약제비의 변화를 파악하는 경우에는 사용량의 변화에 따른 영향을 배제한 가격의 변화만을 보여주는 동 지수 산출방식이 보다 적합한 것으로 보인다.

2. 보험상환약제비 규모의 변화

보험상환약제비의 규모를 산출하기 위해 건강보험통계연보 상의 종별 진료형태별 의료비를 기본데이터로 사용했다. 의료기관의 경우는 이러한 의료비 중에서 약제비 규모가 어느 정도인지를 구분하는 절차가 필요하다. 본 연구에서는 요양급여비용청구내역경향조사 상의 기본진료료, 진료행위료, 약품비, 재료대의 4대 진료형태별 진료비 구성비율 중 ‘약품비’ 비율을 종별 진료형태별 의료비에 곱하여 약제비 규모를 추출했다. 요양급여비용청구내역경향조사가 되어 있지 않은 1998년과 1999년은 대부분 실거래가상환제 및 의약분업 실시 이전 상황이므로 1997년의 약제비 패턴과 같을 것으로 가정하여 1997년의 약품비 비율을 적용했다.

IV. 결과 및 고찰

1. 결과

1) 의약품 가격수준의 변화

표 3은 보험상환약가의 변동에 대한 조사결과이다. 약가지수는 라이파이레스방식에 따라 2003년도의 청구량을 기준으로 산출한 것이기 때문에 2003년도를 “100”으로 하여 산출했지만 표 3에서는 1995년도를 100으로 하여 변환한 값도 함께 제시하였다. 본 연구의 약가지수 변화는 배은영외(2001)에서의 의료보험약가지수 변화와 유사한 변동추이를 보여주고 있으며 연구표본의 차이에 기인한 미세한 차이만이 있을 뿐이다.

조사 대상년도가 짧아서 한계는 있으나 ‘예년에 (고시가제도 하에서) 계속되어 오던 보험의 약품 상환가격의 인하수준은 1996년과 1997년 인하율의 평균인 0.78%로 간주했다(금융위기로 인해 단기적 가격변동이 있었던 1998년은 제외). 실거래가상환제가 실시되어 있던 2001년, 2002년, 2003년의 인하율 평균인 2.31%는 ‘예년의 평균적인 가격인하’와 ‘실거래가상환제 등 제도변화에 의한 영향’이 복합적으로 반영된 것이다. 따라서 ‘실거래가상환제 등 제도변화에

다른 영향은 2001년, 2002년, 2003년의 인하율 평균인 2.31%에서 예년평균 인하율 0.78%를 차감한 1.53% 인하로 간주된다.¹¹⁾

<표 3> 약가지수의 산출 결과

구분	95	96	97	98	99	00	01	02	03
2003년기준	138.25	137.42	136.38	147.90	143.05	107.25	104.34	102.23	100
1995년기준	100	99.20	98.46	106.77	103.27	77.43	75.32	73.80	72.19
변 동 률		-0.80%	-0.76%	8.44%	-3.28%	-25.02%	-2.72%	-2.02%	-2.18%

* 음영부분의 변동율은 동 연구에서 활용된 부분

2) 보험상환약제비 규모의 변화

1998년에서부터 2002년 사이의 입원, 외래, 약국별 보험상환약제비의 규모는 표 4와 같다. 2000년 의약분업을 계기로 2001년 이후 뚜렷한 보험상환약제비의 증가가 있었다.¹²⁾ 입원부문에서 약제비를 위한 보험상환액 즉, 건강보험의 재정부담은 1997년 6,899억원, 1998년 7,675억원(전년대비 11.3% 증가), 1999년 8,759억원(14.1% 증가)으로 계속 증가하던 것이 2000년에는 6,799억원으로 급감했다(-22.4% 감소). 그 뒤 2001년과 2002년에는 각각 7,460억원(9.7% 증가), 7,537억원(1.0% 증가)으로 약간 늘었으나 이전의 수준에는 못 미치고 있다.

의료기관 외래부문에서의 건강보험의 재정부담은 1997년 9,204억원, 1998년 1조602억원(전년대비 15.2% 증가), 1999년 1조2,742억원(20.2% 증가)으로 계속 증가하다가, 실거래가상환제가 실시되어 있고 의약분업의 효과가 약간이나마 나타난 2000년에는 1조1,779억원으로 줄었고(7.6% 감소), 의약분업이 본격적으로 시행되어 있던 2001년과 2002년에는 각각 1,837억원 및 1,934억원으로 급감했다. 사실상 의약분업 예외품목, 예외지역, 예외환자를 위한 약제비 발생이 있기는 하나 이제 의료기관 외래부문에서의 약제비는 의미를 상실하게 된 것이다. 약국에서의 건강보험의 재정부담은 1997년 1,470억원, 1998년 1,633억원(전년대비 증가율 11.1%), 1999년 2,042억원(증가율 25.0%)의 미미한 수준에 있다가, 실거래가상환제가 실시되어 있고, 의약분업의 효과가 약간이나마 나타난 2000년에는 8,479억원으로 크게 늘었고(315.3%), 의약분업이 본격적으로 시행되어 있던 2001년에는 3조4,089억원으로 급증했으며(증가율 302.1%), 2002년에도 3조6,289억원으로 꾸준한 증가를 보이고 있다(증가율 6.5%).¹³⁾

11) 다만, 이 1.53%라는 수치에서 여타 교란요인을 정확히 구분해 내어 실거래가상환제만의 약가인하효과를 알기 위해서는 좀 더 장기간의 데이터가 필요하다.

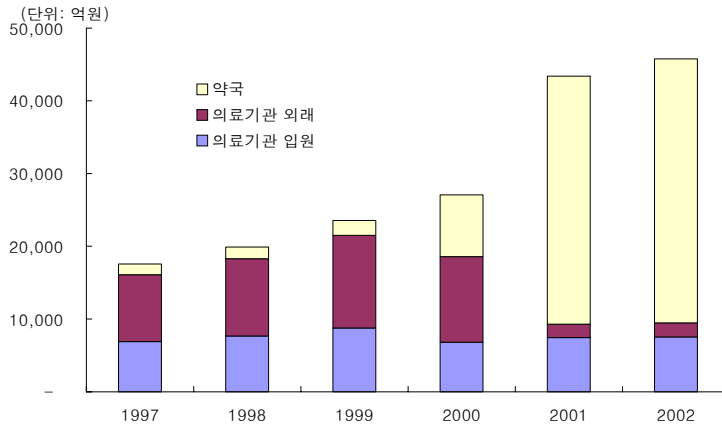
12) 이러한 보험상환약제비의 증가는, 특히 약국에서의 보험상환약제비의 증가는 의약분업 이후 보험재정이 악화된 주원인이었다(정형선·이재현, 2003; Jeong, 2005).

<표 4>

보험상환약제비의 규모 및 변화

(단위 : 억원)

연도	총계	입원부문	외래부문+약국		
			소계	외래부문	약국
1998	19,910	7,675	12,235	10,602	1,633
1999	23,543	8,759	14,784	12,742	2,042
2000	27,057	6,799	20,258	11,779	8,479
2001	43,386	7,460	35,926	1,837	34,089
2002	45,760	7,537	38,223	1,934	36,289



2. 고찰

1) 의약품 가격수준의 변화

표 3에서 보듯이 실거래가상환제가 실시되어 있던 2001년-2003년의 인하율 평균(2.31%)은 ‘예년의 평균적인 가격인하율’(0.78%)보다 약간 더 컸다. 보건복지부는 1999년 11월 실거래가상환제도 도입을 위한 대폭적인 약가인하 조치 이후 2004년 7월 1일 까지 총 14회에 걸쳐 약가인하를 단행한 것으로 알려져 있는데(표 5), 본 연구결과에 비추어볼 때 이러한 약가 인하조치가 전체 보험상환가격에 미친 영향은 그다지 크지 않았음을 알 수 있다.

13) 특히 2001년과 2002년의 보험약제비에는 의약품비에 대한 상환과 약국의 5가지 기술료(조제료등)가 포함되어 있는 바, 2001년의 의약품비는 2조1,013억원이었고 조제료등은 1조3,077억원이었으며, 2002년에는 각각 2조3,729억원과 1조2,560억원이었다.

<표 5> 실거래가상환제 이후의 약가인하조치

년도	고시일(적용일)	보험의약품 인하	
		품목수	인하율
2000	소계(2회)	617	2.57%
	'00. 2. 1('00. 5. 1)	322	2.22%
	'00.10. 1('01. 2. 1)	295	2.95%
2001	소계(3회)	5,819	7.40%
	'01. 3. 7('01. 4. 1)	-	-
	'01. 8. 8('01. 9. 1)	1,715	5.35%
	'01. 9.20('01.10. 1)	663	6.15%
2002	소계(4회)	1,953	5.66%
	'02. 3. 8('02. 4. 1)	323	2.89%
	'02. 6.27('02. 7. 1)	782	2.98%
	'02. 6.29('02. 8. 1)	776	9.14%
	'02.11.13('02.12. 1)	72	9.62%
2003	소계(3회)	1,794	3.19%
	'03. 3.15('03. 4. 1)	526	2.72%
	'03. 6.14('03. 7. 1)	282	5.43%
	'03. 8.30('03.10. 1)	986	2.80%
2004	소계(2회)	401	2.38%
	'04. 4.14('04. 5. 1)	192	1.43%
	'04. 6. 8('04. 7. 1)	209	3.25%
계(14회)		10,584	5.89%

자료 : 건강보험심사평가원

과거의 고시가제도 하에서는 시장가격에 따른 인하요인이 기준선인 24.17% 이상인 경우만 고시가를 인하했기 때문에, 가격인하선 24.17%까지는 제약기업이 가격경쟁 하에 의약품을 구입하게 되나 그 이상의 가격인하부터는 음성적인 가격거래를 한 것으로 알려져 있다(배은영, 2001). 제약기업으로서는 가격을 유지해야 지속적으로 마진폭을 크게 하여 판촉경쟁에서 유리한 입장을 가질 수 있으며 요양기관으로서도 고시가가 높아야 약가차익의 마진이 커지므로 제약기업의 가격인하 방지노력에 협조한 것이다. 고시가제도 하에서 고시가인하가 충분치 못했던 것은 경쟁에 따른 실제 거래가격의 하락이 고시가 인하로 반영되는 데에 이러한 제약이 있었던 것에 기인한다.

한편, 실거래가상환제도 하에서는 사후관리 기준선이 상한가이므로 고시가제도와 같은 24.17%의 버퍼가 없이 바로 상한가의 인하가 단행될 수 있다. 그러나 실제로 큰 가격인하가 없었던 것은 이러한 가격인하를 두려워한 행위주체들 사이에서 공식적인 거래가격을 상한가에 맞게 유지하려는 노력이 작용하고 있기 때문이다. 따라서 비공식적 거래를 통해 사실상의 가격인하가 이루어질 가능성이 커진다. 하지만 실거래가상환제 하에서는 실제로 거래되는 가격에 있어서도 경쟁에 따른 인하 가능성은 과거보다 훨씬 줄어들게 된다. 공식적 약가차익의 마진폭인 24.17% 부분이 사라졌고, 비공식적 가격인하에는 한계가 있기 때문이다.

2) 보험재정에 대한 영향

실거래가상환제에 따른 보험상환약제비의 변화는 의약품 '가격'의 변화와 의약품 '사용량'의 변화 양 쪽의 영향을 반영한다. 이 두 요인의 효과를 구별하게 되면 실거래가상환제의 영향 경로가 보다 분명해지고 정책에 대한 이해를 높일 수 있을 것이다. 다만, 의약품 '사용량'의 변화에는 전체 의약품 '물량'의 평균적인 변화 외에도 의약품의 품목별 규모의 변화에 따라 생긴 고가약 등의 '구성'의 차이가 포함되어 있다(본고에서는 양자를 합하여 '의약품 사용량'으로 지칭함). 1999년11월 실거래가상환제 실시의 영향이 나타났으리라 생각되는, 따라서 본 연구의 주된 관심 대상인 2000년도 입원부문 보험상환약제비를 분해하면 식 1과 같다.

$$E_{2000} = (P_{1999} + \Delta P_{2000\text{실거래가}} + \Delta P_{2000\text{기타}}) \times (Q_{1999} + \Delta Q_{2000\text{실거래가}} + \Delta Q_{2000\text{기타}}) \quad (\text{식 1})$$

[여기서, E_{2000} : 2000년 입원부문 보험상환약제비, P_{1999} : 1999년 보험상환의약품의 가격수준, ΔP_{2000} : 동일 의약품의 1999년~2000년 가격수준 변화, Q_{1999} : 1999년 보험상환의약품의 사용량(물량+구성), ΔQ_{2000} : 1999년~2000년 보험상환의약품의 사용량(물량+구성)의 변화. 아래첨자 '실거래가'는 실거래가상환제에 기인한 부분, 아래첨자 '기타'는 실거래가상환제 이외의 요인에 기인한 부분.]

식 1의 우변에서 $\Delta Q_{2000\text{기타}}$ 는 '실거래가상환제 이외의 요인에 의해 2000년에 추가적으로 발생한 입원 보험의약품 사용량(물량+구성)의 변화'를 지칭하나, 입원부문은 의약분업의 대상도 아닌데다 2000년에는 실거래가상환제 이외에 입원 보험의약품의 사용량(물량+구성)에 영향을 줄 기타 요인들이 뚜렷하지 않다는 점에서 여기서는 $\Delta Q_{2000\text{기타}} = 0$ 으로 간주한다. 이를 반영하여 식 1을 풀면 식 2와 같이 된다.

$$E_{2000} = (P_{1999} \cdot Q_{1999} + \Delta P_{2000\text{실거래가}} \cdot Q_{1999} + \Delta P_{2000\text{기타}} \cdot Q_{1999}) + (P_{1999} \cdot \Delta Q_{2000\text{실거래가}} + \Delta P_{2000\text{실거래가}} \cdot \Delta Q_{2000\text{실거래가}} + \Delta P_{2000\text{기타}} \cdot \Delta Q_{2000\text{실거래가}}) \quad (\text{식 2})$$

2000년의 입원부문 보험상환약제비는 표 4에서 보듯이 1999년의 입원부문 보험상환약제비의 22.4%인 1,960억원만큼 감소했다. 다만, 이 변화에는 실거래가상환제 실시에 따른 변화만이 아니라 1999년 11월 1회적으로 13,923품목이 30.59% 인하된데 따른 변화가 포함되어 있다. 이는 실거래가상환제의 실시와 동시에 단행되었던 것일 뿐 실거래가상환제 자체의 효과는 아니다. 따라서 이러한 1회적 교란요인을 통제한 실거래가상환제의 효과를 찾아내는 작업이 본 연구의 핵심에 해당된다.

2000년 전체의 약가지수는 전년 대비 25.02%의 큰 하락폭을 보였는데 여기에는 ① 고시가 제도 하에서도 (예년에도) 계속되어 오던 보험의약품 상환가격의 인하수준, ② 1999년 1회적인 가격인하가 예년의 수준을 넘어서 이루어진 부분, ③ 실거래가상환제 등 제도변화에 따른 추가적 가격변화가 포함되어 있다. 식 2에서 $\Delta P_{2000\text{실거래가}}$ 부분은 ③에 해당하고 그 값은 앞에서 본 바와 같이 1.53%이며, $\Delta P_{2000\text{기타}}$ 부분은 ①과 ②를 합한 23.49%에 해당한다. 1999년 의약품 가격수준(P_{1999})을 1로 하고 2000년 가격수준은 이에 대한 상대가격을 표시하는 것으로 하면, ΔP_{2000} 는 2000년의 약가 인상률이 되며, Q_{1999} 는 1999년의 입원부문 보험상환약제비 8,759억원에 해당하는 사용량(물량+구성)이 된다. 이상의 수치를 식 2에 대입하면 $\Delta Q_{2000\text{실거래가}}$ 를 구할 수 있다.

$$6,799 = (8,759 - 0.0153 \times 8,759 - 0.2348 \times 8,759) \\ + (\Delta Q_{2000\text{실거래가}} - 0.0153 \cdot \Delta Q_{2000\text{실거래가}} - 0.2348 \cdot \Delta Q_{2000\text{실거래가}})$$

$$\Delta Q_{2000\text{실거래가}} = 308.8$$

$\Delta Q_{2000\text{실거래가}}$ 의 값 308.8은 1999년의 보험상환 의약품의 *사용량 물량 구성*을 8,759억원어치에 해당하는 것으로 했을 때 308.8억원에 해당하는 의약품 *사용량 물량 구성*이 2000년도에 실거래가상환제에 기인해서 늘게 되었음을 의미한다. 앞서서도 언급했지만 의약품 *사용량*의 변화(ΔQ)에는 의약품 ‘평균 물량’의 변화 외에도 의약품의 품목별 규모의 변화에 따라 생긴 ‘고가약 구성’의 차이가 포함되어 있다. 현재의 정보로는 이 둘의 상대적 크기를 정확히 구분해내기 힘들다. 다만 실거래가상환제의 이 두 요인별 작용방향이 반대 즉, 평균 물량은 줄고 구성은 고가약 위주로 될 것이라는 점을 참고로 할 때, 전체 *사용량 물량 구성*의 증가는 ‘평균 물량의 감소보다는 고가약 구성의 증가가 더 컸다는 것’을 암시한다.

실거래가상환제의 실시에 따른 보험상환약제비의 변화 즉, 보험재정에 대한 영향을 확인하기 위해서 식 2의 우변항에서 실거래가상환제와 관련된 항만을 남기면 식 3과 같이 된다.

$$\begin{aligned} \Delta E_{2000\text{-실거래가}} &= \Delta P_{2000\text{-실거래가}} \cdot Q_{1999} + P_{1999} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}} \\ &\quad + \Delta P_{2000\text{-실거래가}} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}} + \Delta P_{2000\text{-기타}} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}} \end{aligned} \quad (\text{식 3})$$

[여기서, $\Delta E_{2000\text{-실거래가}}$ 는 실거래상환제에 기인한 입원부문 보험상환약제비의 변화]

$\Delta P_{2000} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}} = \Delta P_{2000\text{-실거래가}} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}} + \Delta P_{2000\text{-기타}} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}}$ 이므로, 식 3은 다음과 같이 전환될 수 있다.

$$\begin{aligned} \Delta E_{2000\text{-실거래가}} &= \Delta P_{2000\text{-실거래가}} \cdot Q_{1999} + P_{1999} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}} + \Delta P_{2000} \cdot \Delta Q_{2000\text{-실거래가}} \\ &= -0.0153 \times 8,759 + 1 \times 308.8 + (-0.2502) \times 308.8 \\ &= -134.0 + 308.8 + (-77.3) \\ &= 97.5 \end{aligned}$$

위의 결과에서 실거래가상환제는 입원에 있어서의 보험상환약제비를 98억원 늘리게 되었음을 알 수 있다.¹⁴⁾ 식 3의 셋째 항 즉, 77억원의 감소는 실거래가상환제에 따른 사용량(물량+구성) 변화와 2000년의 약가인하가 동시에 작용한 부분이므로, 이를 감안할 때 우변의 첫째 항을 중심으로 파악되는 ‘약가인하’에 따른 보험상환약제비의 감소 규모는 134~211억원, 우변의 둘째 항을 중심으로 파악되는 사용량 증가에 따른 보험상환약제비의 증가 규모는 232~309억원으로 추정된다. 즉, 실거래가상환제 이후 약가는 인하되었지만 고가약 구성이 늘어남에 따라 보험재정의 부담이 커진 것이다. 그러나 실거래가상환제에 따른 추가적인 재정부담 98억원은 1999년 입원부문 보험상환약제비 총액 8,759억원의 1.1%, 2000년 입원부문 보험상환약제비 총액 6,799억원의 1.4%에 불과하다. 그 중 약가 인하의 영향은 2000년 입원부문 보험상환약제비 총액의 2.0~3.1% 감소, 사용량 증가의 영향은 입원부문 보험상환약제비 총액의 3.4~4.5% 증가에 해당한다. 표 1에서의 가설과 가설 검증 결과를 입원부문에 대한 영향을 중심으로 다시 정리한 것이 표 6이다.

의약분업의 실시 결과 과거 의료기관 외래부문에서의 보험상환 약제비가 대부분 약국에서의 보험상환 약제비로 바뀌게 되었다. 이렇게 지출 장소가 전환됨에 따른 약제비 규모의 변화도 같이 섞여 있기 때문에, 의료기관의 외래부문에서의 약제비와 약국의 약제비의 합계가 어떻게 변화하고 있는지는 양자를 동시에 볼 수밖에 없다. 양 부문에서의 건강보험 재정부담 변화의 합계액은 표 4에서 제시된 바와 같다. 앞에서 언급한 바와 같이 외래 및 약국 부문의

14) 1회적인 약가인하에 따른 입원부문 보험상환약제비의 감소 규모는 입원부문 보험상환약제비의 감소분 1,960억원만이 아니라 2,158억원이지만 실거래가상환제가 실시됨에 따라 생긴 추가적인 재정부담 98억원으로 인해 1,960억원으로 나타난 것이다.

보험약제비에 주로 영향을 주는 의약분업과는 달리 실거래가상환제는 외래 및 약국 부문의 보험약제비에는 영향을 주지 않는다. 이는 일단 의약분업이 실시된 상황에서는 실거래가상환제가 의사들의 보험대상 의약품의 처방행위에 영향을 줄 기반 자체가 없으며, 의약분업이 유지되어 있는 한 현행 실거래가상환제의 철회 여부가 건강보험 외래 및 약국 부문의 약제비지출에 영향을 주지 않는다는 것을 의미한다.

<표 6> 입원부문 보험재정에 대한 실거래가상환제도의 영향

영향요인	가설	실제 변화	입원부문 보험재정에 대한 영향
약제비의 구성요소 (같은 제품의) 평균단가	장기 효과: (+) 단기 효과: 가변적	단기 효과: -1.53%*	2.0~3.1%** 감소
(고가약의) 구성	(+)	(+) (사용량 감소를 상쇄)	3.4~4.5%** 증가
사용량	(-)	(-)	

* 가격변화율, ** 입원부문 보험상환약제비 전체에 대한 비율

V. 결 어

실거래가상환제도는 의약분업을 앞두고 약가 차액을 없앴으로써 의약분업 등 의약관련 정책의 추진을 위한 토대를 마련한다는 차원에서 시행되었지만 엄밀히 말해서 의약분업과는 별개의 제도이다. 실거래가상환제도는 실제의 거래가격대로 보험상환을 하자는 제도이고 의약분업제도는 의사와 약사의 기능을 분리하자는 제도인 것이다. 양 제도의 효과가 시기적으로 혼합적으로 나타나고 있지만 대체로 실거래가상환제도는 입원부문에 영향을 주기 때문에 본 연구에서는 실거래가상환제가 보험재정에 미치는 영향을 입원에서의 보험상환 약제비의 구성요소를 분해함으로써 파악할 수 있었다.

실거래가상환제 하에서의 약가지수 평균 인하율 2.31%는 고시가제도 하에서의 인하율 0.78%보다 1.53% 더 컸던 것으로 나타났다. 또한 실거래가상환제에 따른 추가적인 재정부담은 입원부문 보험상환약제비의 1.4%이었는데, 이는 약가 인하에 따른 영향으로 2.0~3.1%의 보험재정부담 감소, 사용량 증가에 따른 영향으로 3.4~4.5%의 보험재정부담 증가가 발생하는데 기인한다.

이러한 분석의 현실적인 실익은 이를 통해 실거래가상환제도의 철회가 가져올 보험재정에

대한 영향을 예측할 수 있다는 점이다. 상기 분석 결과는 의약분업 등 현재의 여타 조건이 변하지 않는 상황 하에서, 실거래가상환제를 철회한다고 가정해도 입원부분 보험 재정에는 보험상환약제비 전체의 1% 남짓한 정도의 미미한 재정효과만이 있게 될 것임을 시사하고 있다.

여기서 주의할 점은 실거래가상환제의 가장 비판받는 취약점인 장기적인 가격인하 유인의 상실이라는 측면이 본 연구에서는 반영될 수 없었다는 점이다. 약가의 실제적인 변화 과정은 약가의 인하가 현실적으로 고시가제도나 실거래가제도와 같은 제도의 설정 이전에 따라 구분되어 이루어지기 보다는 각종 행정적인 약가관리 조치에 의해서 이루어지고 있는 측면이 강하다. 따라서 이러한 단기 데이터를 중심으로 한 결과를 가지고 제도의 효과를 단언하는 데는 한계가 있는 것이 사실이다. 가격에 대한 영향을 충분히 고려한 평가를 하기 위해서는 앞으로 의약품 가격의 변화에 관한 실증 데이터가 더 많이 축적되어야 한다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원, 『요양급여비용 청구내역 경향조사』, 2003.
- 건강보험심사평가원, 『외국의 의약품 관련제도』, 서울, 건강보험심사평가원, 2001.
- 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 2003.
- 김성욱·최숙자, 『외국의 보험약가관리제도』, 국민건강보험공단, 2002a.
- 김성욱·최숙자, 『건강보험재정안정화를 위한 보험약가관리제도 개선방안』, 국민건강보험공단, 2002b.
- 배은영, 우리나라 약가제도의 변천사, 대한병원협회지, 12-19, 2001년7-8월호.
- 배은영, 김진현, 『보험약가관리제도의 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 변재환, 신구 의료보험 약가제도에 대한 이해, 한국병원경영연구원, 2000.
- 변재환, 실거래가상환제의 허와 실 그리고 전망, 46-57, 2001년7-8월호.
- 이규식, 정형선, 선진국의 약가정책 고찰을 통한 건강보험 약가제도의 개선방안, 병원경영학회지, 8(1), 1-23, 2003.
- 정우진, 주요 외국의 공적 의료보장부문 약가제도, 대한병원협회지, 20-31, 2001년7-8월호.
- 정형선, 이재현, OECD의 기준에 따른 국민의료비의 추세를 통해 본 의약분업 전후 우리나라 의료비의 구조변화, 보건경제연구, 9(2), 2003.
- Jacobzone, S., Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals, OECD Labour and Social Policy Occasional Papers, OECD, 2000
- Jeong, H.S., Health care reform and change in public-private mix of financing: a Korean

case, *Health Policy*, 74, 133-145, 2005.

Hansen, J., Prescription Drug Pricing and Reimbursement Policies, Country Profile-United States, United States General Accounting Office.

Palmer D'Anceolo Consulting Inc., Cost Impact Study of a National Pharmacare Program for Canada, Palmer D'Anceolo Consulting Inc., 2002.