

Health Insurance Forum

건강보험포럼

2006 • 여름호

» 기획특집 : 의약품 선별급여목록(Positive list)과 국민건강보험

- 건강보험 약가 정책의 문제와 발전방향
- 유럽국가들의 약가관리 정책과 한국에 주는 시사점
- 의약품 시장 규제
- 경제성 평가와 포지티브 리스트
- 의약품 보험급여에 있어서 의약품 평가의 중요성

» 정책분석 및 동향

- 의료급여제도의 문제점과 발전방안
- 외국의 민간의료보험정책 I : 미국의 Medigap 정책
- 우리나라 척추수술의 현황 및 추이
- 보건의료체계 비교분석사례로서 한국과 대만의 국민건강보험(NHI) 체계
: 제2회 한국-대만 국민건강보험 국제심포지엄 아젠다를 중심으로

» 최근통계

- 건강보험 주요 통계지표



제5권제2호

Health Insurance Forum

건강보험포럼

2006 • 여름호

» 기획특집: 의약품 선별급여목록(Positive list)과 국민건강보험

- 건강보험 약가 정책의 문제와 발전방향 / 2 ... 이의경
- 유럽국가들의 약가관리 정책과 한국에 주는 시사점 / 15 ... Elias Mossialos
- 의약품 시장 규제 / 43 ... 정종찬
- 경제성 평가와 포지티브 리스트 / 54 ... Reinhard Busse
- 의약품 보험급여에 있어서 의약품 평가의 중요성 / 78 ... 허순임

» 정책분석 및 동향

- 의료급여제도의 문제점과 발전방안 / 86 ... 유원섭
- 외국의 민간의료보험정책 I : 미국의 Medigap 정책 / 103 ... 최인덕
- 우리나라 척추수술의 현황 및 추이 / 116 ... 강임옥 · 서수라
- 보건의료체계 비교분석사례로서 한국과 대만의 국민건강보험(NHI) 체계 : 제2회 한국-대만 국민건강보험 국제심포지엄 아젠다를 중심으로 / 140 ... 전창배

» 최근통계

- 건강보험 주요 통계지표 / 154
-



건강보험 약가 정책의 문제와 발전방향

이 의 경

한국보건사회연구원 보건의료연구실 선임연구위원

노인 인구의 증가와 신약 개발 등으로 건강보험 재정 지출 중 약품비가 차지하는 비중은 지속적으로 증가할 것으로 전망되고 있다. 환자진료에 필수불가결한 양질의 의약품을 적시에 제공하며 동시에 보험재정의 안정화를 꾀하기 위해서는 약가의 합리적인 관리가 중요하다. 이를 위하여 신약의 가격 산정에 있어서 각 국가의 구매능력에 따라 가격을 차등화하는 “가격의 형평성”이 확보되어야 하며, 저가의 제네릭 의약품이 많이 사용될 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 현행 약가재평가제도를 확대 운영하여 사용량에 연동하여 가격을 조정하는 방식을 추가적으로 적용하며, 특히 만료 이후에는 가격인하를 단행함으로써 실효성 있는 사후관리체계를 통하여 보험의약품 등재관리의 동태성을 확보하는 것이 바람직하다. 또한 보험의약품 급여 관리의 “질적 수준”을 향상시킬수 있도록 의약품의 임상적 중요성과 비용효과성에 대한 과학적 근거에 따라(Evidence based) 투명한 절차로 급여의약품 대상범위를 결정해야 한다.

주제어: 보험약가, 약가재평가, 실거래가제도, 혁신적 신약, 경제성평가

I. 문제의 제기

2003년도 우리나라 보건의료비 중 약품비 비중은 28.8%로 OECD 국가들의 평균인 17.8% 보다 높은 수준이다(OECD, 2005). 특히 의약품업 제도 도입 이후 고가약 및 오리지날 제품의 처방이 증가함에 따라 보험약품비의 증가율은 오히려 분업 이전보다 더 높아진 결과를 보이고 있다. 더욱이 향후 노인인구가 증가하고 고가의 신약 개발과 도입이 가속화될 경우 약품비 증가는 지속

될 것으로 전망되고 있어, 약품비는 건강보험재정 부담의 주요 요인으로 작용할 것으로 우려되고 있다.

그동안 우리 정부에서는 약품비 증가율을 둔화시키고자 다각적인 노력을 기울여 왔다. 1999년 의약품 가격을 약 30% 인하하면서 실거래가제도를 도입했으며, 2002년에는 약가재평가제도를 통하여 약가 사후관리를 강화하였다. 건강보험심사평가원에서는 2002년부터 약 사용 행태를 개선하기 위하여 요양기관을 대상으로 약제적정성

평가를 실시하고, 그 결과의 일부를 공표함으로써 의사들의 합리적인 처방을 유도하고 있다. 최근 보건복지부에서는 보험급여대상 의약품의 신중한 선정을 위하여 선별목록제도(positive list) 도입 계획을 발표한 바 있다.

이러한 정부의 노력에도 불구하고 약품비 적정화 방안 중 아직까지도 가장 논란이 많은 것은 보험약가제도이다. 정부는 그동안 약가 산정 및 사후관리방식을 수차례 개선해왔으나 약가의 적정 관리에 대한 사회적인 신뢰는 상당히 미흡한 실정이다. 약가제도는 국내 뿐 아니라 국제적인 이슈이기도 한데, 그동안 미국 무역장벽보고서에서는 우리나라 약가제도의 문제점을 여러번 지적한 바 있으며, 나아가 현재 진행 중인 한미 FTA 협상에서도 주요 통상 이슈로 대두되고 있다.

한정된 건강보험재정 범위 내에서 양질의 의약품을 필요한 환자에게 적시에 제공하기 위해서는 보험약가제도의 효율적·효과적인 운영이 중요하다. 따라서 본 고에서는 건강보험 약가관리제도를 신약 및 제네릭의 가격, 약가의 사후관리, 약가 산정 기준으로 나누어 약가관리상의 현황과 문제점을 분석하고 이를 해결하기 위한 정책방향을 제안하고자 한다.

II. 신약 및 제네릭의 가격

1. 신규등재의약품의 가격 산정

신규등재의약품의 가격은 '약제상한금액 산정 기준'에 따라 기존 등재 성분의 상한금액과 비교하든지, 국내 비교가가 없을 경우에는 주요 외국 의 공장도 출하가격을 평균한 금액에 따라 산정하는 가격비교방식으로 운영되고 있다. 즉 혁신

적 신약에 대해서는 선진 7개 국가(미국, 영국, 독일, 프랑스, 스위스, 이태리, 일본)의 조정평균가에 근거하여 약가를 결정하는 반면, 일반 신약에 대해서는 상대비교가에 의하여 결정한다.

이러한 약가산정방식에 대하여 국내 시민단체와 제약기업간에는 상반된 입장을 표명하고 있다. 시민단체에서는 가격 비교대상이 되고 있는 주요 선진 7개국은 우리보다 소득 수준이 높은 국가들이므로 이를 기준으로 할 경우 신규 등재 약품의 가치를 상대적으로 고평가할 수 있다는 우려를 지속적으로 제기하고 있다. 반면 다국적 제약기업을 중심으로 제약업계에서는 우리나라에서 혁신적 신약으로 분류되는 의약품의 수가 매우 적으며, 혁신적 신약으로 분류되어도 선진 7개국 평균가격 수준에 미치지 못한다는 점 등을 문제점으로 제기해 왔다.

이와 관련하여 최근 건강보험심사평가원에서 우리나라 신약의 약가 수준을 A7 참조책자 약가와 비교하여 제시하였는데, 2000년부터 2005년까지 보험등재된 혁신적 신약 15개의 가격은 76%, 2003~2005년 등재된 일반 신약 161개 품목은 56% 수준인 것으로 나타났다.

그런데 본 통계의 해석에는 많은 주의가 필요하다. 국가마다 약가 관련 제도에는 많은 차이가 있는데, 예컨대 프랑스에서는 목표 약품비를 초과할 경우 초과분의 일정 비율을 국가에 다시 반납하는 리베이트제도를 운영하고 있어 실질적인 약가는 참조 책자의 가격보다 낮다고 할 수 있다. 또한 프랑스와 독일에서는 약사에 대한 조제료가 별도로 책정되지 않고 약가에 30%의 이윤을 부가하여 약사의 조제료를 대신하고 있기 때문에 이러한 차이가 세심하게 고려되어야 한다.

특히 미국의 경우에는 참조 책자인 Redbook의 평균 도매가격(average wholesale price: AWP)에

대하여 많은 불신이 제기되고 있다. 미국내 논문 등 공식문서에서도 AWP에서 15% 이하로 인화된 가격으로 거래되고 있다고 제시하고 있어, AWP는 실제 거래가격을 반영하지 못하고 있다. 이에 따라 최근 미국에서는 노인의료보험(Medicare)중 외래부문의 의약품 급여를 확장하면서 평균도매가격 대신 평균판매가격(average sales price: ASP)을 보험상환 기준으로 정하는 등 변화를 보이고 있다. 평균판매가는 분기별로 제약업소가 판매한 총액을 판매한 총량으로 나눈 가격으로서 리베이트, 현금 할인, 할증, 다량구매에 따른 할인 등을 모두 반영한 실질적인 거래 가격이다.

이러한 외국 약가 관련 제도의 특성을 살펴볼 때 외국과의 약가비교는 용이하지 않으며, 실제로 심평원에서 제시한 것보다는 우리나라의 약가 수준이 조금 더 높을 것이라고 판단된다. 이와 함께 우리나라에는 미국에서 개발된 약들이 많이 도입됨을 감안할 때 미국의 약가는 국내 약가 산정에 매우 중요하나, 현재 미국의 실제 약가에 대한 정보가 매우 부족하다. 따라서 미국의 실제 약가를 보다 정확히 파악할 수 있는 체계의 개발이 필요하다.

또한 보다 근본적으로는 국가에 따라 약가에 차이가 있을 수 밖에 없음을 명확히 할 필요가 있다. 약가 결정과정에는 국가간 소득 수준 차이 뿐 아니라, 대상 질병의 유병률, 보건의료제도적 환경 등이 직간접적으로 영향을 미치므로 우리나라의 특성이 반영된 자료에 기반하여 약가가 합리적으로 산정되어야 한다. 이와 관련하여 WHO에서는 “가격의 형평성(Equitable pricing)”의 중요성을 제안한 바 있다. 가격의 형평성이란 각 국가의 구매능력에 따라 가격이 조정되어야 함을 의미한다. 미국과 한국의 GDP에 많은 차이를 보이고 있으므로 기본적으로 한국에서는 약가가 미국

보다 낮게 책정되어야 한다. 국가의 지불가능성과 건강보험재정의 건전성 등도 함께 고려되어야 한다고 생각한다.

2. 제네릭 후발의약품의 가격 산정

1) 제네릭 후발의약품의 약가 수준

제네릭 후발의약품(동일성분·함량·제형 제제)에 대한 상한금액은 체감제를 적용하여, 기존 제품수가 5개 이하인 경우는 최고가의 80% 이하로, 6개 이상에서는 최저가의 90% 이하이며 최고가의 80% 이하로 산정하도록 규정되어 있다.

우리나라에서 최초 제네릭의 가격이 오리지널 의약품의 80%이하로 결정하는 것과 관련하여 제네릭의 가격 수준이 높다는 비판이 있다. 외국의 경우 오리지널 대비 첫 번째 제네릭의 가격은 이탈리아가 80% 이하, 아일랜드는 80~60%, 스페인 70%, 프랑스 70~50%, 포르투갈 65% 등으로 우리나라와 비슷하거나 다소 낮은 수준이다. 세계적으로는 복제약 가격을 하향조정하는 추세이다.

실제 우리나라 제네릭 품목의 가격을 살펴보기 위하여 제네릭 품목이 가장 많은 10대 성분에 대하여 제네릭 품목의 최대 및 최저 가격을 조사하고, 최고가 3대 품목에 대한 점유율을 산출하였다. <표 1>에 제시되어 있듯이 enalapril maleate 10mg의 경우 동일성분·함량·제형을 가지고 있는 제네릭은 64개 품목으로 최고 가격은 628원이나 최저 가격은 68원으로 최고 가격의 10.8% 수준에 불과하다. atenolol 50mg의 경우에도 제네릭은 58개 품목으로 최고는 283원, 최저는 28원으로 최고 가격의 9.9% 수준이다. 이처럼 국내 시장에는 성분별로 많은 제네릭이 도입되어 있고 제네릭 진입 순서에 따른 차등가격제로 인하여,

늦게 진입한 제네릭의 가격은 상당히 낮은 수준임을 알 수 있다.

그런데 문제는 다른 공산품과 달리 의약품의 경우에는 저가의 제품이 많이 판매되지 않고 고가의 약품비 비중이 상당부분을 차지하는 특징을 보이는 것이다. enalapril maleate 10mg의 경우 상위 가격 3대 품목이 차지하는 비중이 59.3%이고, atenolol 50mg에서는 47.0%였다. 가격 순은 아니지만, 점유율이 높은 품목에 대하여 상위 5개 품목이 해당 성분의 약품비에서 차지하는 비중이 적게는 40%에서 많게는 85%를 차지하고 있는데, 거의 대부분 상대적으로 고가의 약품이 주류를 이루고 있다. 이상을 살펴볼 때 우리나라 제네릭 시장의 문제는 가격이 높다는 점보다는, 제네릭 중에서도 고가의 제네릭이 널리 처방되고 저가의 제네릭 사용이 저조하다는 점으로 처방행태에 많은 개선의 여지가 있다.

2) 제네릭에 대한 성분별 참조가격제

참조가격제도는 치료효과는 동등하나 가격이 낮은 의약품의 사용을 촉진함으로써 약제비를 절감하기 위한 정책이다. 참조가격은 유사한 화학구조, 약리작용, 적응증 등의 기준에 따라 각각 동일한 속성을 가진 의약품들에 대해 정하며, 통상 참조가격과 제품 가격과의 차이는 환자 본인이 직접 부담하게 된다. 참조가격제는 성분별로 운영하는 방법과 치료적 동등성에 따라 운영하는 방법이 있는데, 치료군별로 적용할 경우 우선 치료적 동등성이 입증된 의약품군을 정하는 것이 선행된다. 참조가격을 적용할 의약품군이 정해지면 해당 동일군 제품중에서 최저가 내지는 평균가 등을 기준으로 환자에게 상환하는 가격을 정하는 것이 두 번째 단계이다(배은영, 2001).

이와 관련하여 호주에서는 ‘상표 프리미엄 정책(Brand Premium Policy)’을 통하여 생물학적

〈표 1〉 대표적 제네릭 성분제품의 가격 범위 및 약품비 점유율

성분명	보험 등재 품목수	가격 범위		상위가격 3대 품목	상위점유품목 점유율(%)	
		최고가격	최저가격	점유율(%)	최다 점유 품목	상위 5품목
enalapril maleate 10mg	64	628	68	59.3	19.75	56.73
atenolol 50mg	58	283	28	47.0	47.43	70.66
levosulpiride 25mg	57	223	65	13.0	14.47	46.23
serratiopeptidase 5mg	57	50	27	26.8	25.94	74.34
cefaclor 250mg	56	817	128	9.1	13.59	39.86
cetirizine HCl 10mg	55	218	39	47.9	48.25	67.91
gentamicin sulfate 1mg	54	86	59	59.0	40.53	81.07
ranitidine HCl (as ranitidine) 150mg	53	505	27	30.1	48.16	84.80
talniflumate 370mg	53	325	59	19.9	10.27	37.83
domperidone 10mg	51	81	30	22.6	19.10	62.75

* 자료원: 2005년도 건강보험 EDI 청구자료 분석, 한국보건사회연구원

동등성이 입증된 제품 중 가장 저가의 제품을 기준으로 정부의 상한가를 산정하고 약가와 정부의 상한가 차이는 소비자가 브랜드 프리미엄으로 지불하도록 하고 있다. 본 제도는 1990년 12월에 도입된 정책으로 기업은 생물학적으로 동등한 제품들 중 가장 가격이 낮은 제품의 가격 이상으로 약가를 책정할 수 있으나, 환자는 그 차액을 추가 지불한다. 이 정책 하에서 기업은 경쟁과 가격차에 대한 소비자의 인식을 고려하여 자사 제품의 가격을 결정한다. 캐나다에서도 동일성분·함량·제형 제품들 중 가장 낮은 가격의 약물가격을 기준으로 상한가격을 책정하는 대체약 최저가 제도(Lowest cost alternative: LCA)를 운영하고 있다(김성욱 외, 2002).

한국에서는 의약분업제도 도입 이후 고가약의 불필요한 조제를 방지하기 위한 방안으로서 2001년 5월 참조가격제도(당시 기준약가제도)의 도입을 고지한 바 있다. 그러나 당시 다국적 제약기업이나 의사, 소비자 등의 반대로 제도 도입이 성사되지 못했다. 내용적으로는 치료동등성이 입증된 의약품군을 어떻게 정할지, 또한 각 군별 상한가격을 어떻게 산정할 지 등 방법론적인 측면에서도 많은 논란이 있었다.

실제로 참조가격제도는 소비자로 하여금 비용 인식적으로 만들고 보다 더 싼 의약품을 선택하게 하며, 다른 한편 제약기업에 대해서는 자발적으로 가격을 낮추도록 하는 동인이 있다. 따라서 고가의 제네릭 판매 비중이 높은 한국의 실정을 고려할 때 참조가격제도의 도입은 바람직하다. 다만 지난 2001년의 실패 경험을 고려할 때 동일성분군별 참조가격제 방식을 도입하는 것이 바람직하며, 이 때 소비자가 올바른 판단을 내릴 수 있도록 정확하고 포괄적인 정보를 제공하기 위한 방안 마련이 선행되어야 한다(이의경, 2004).

특히 식품의약품안전청에서는 생물학적동등성 입증품목으로 3,000여품목을 발표하여 효과가 동일한 품목들을 공표한 바 있다. 향후 비용효과 분석 결과를 약가산정에 반영할 경우, 효과가 동일하다고 국가가 인정한 생동성 입증 제네릭의약품들에 대하여 다른 약가를 인정하는 것은 논란의 소지가 있을 것으로 예측되므로 생동성 입증 제네릭 성분에 대한 참조가격제 도입은 반드시 필요하다(이의경, 2004).

Ⅲ. 약가의 사후관리

1. 실거래가 상한제도

실거래가 상한제도하에서 보험의약품은 실제 의료기관과 제약기업간 이루어진 거래 가격에 따라 보험 상환되며, 상한가는 의료기관에서 청구한 가격에 의하여 조정되는 것이다. 과거 고시가격 제도에서는 의료기관의 의약품 구매가와 건강보험의 고시가 간에 약가 차이가 발생하여 의료기관에 주요 수입원이 되어 왔는데 이러한 약가차는 오랫동안 고질적인 문제가 되어 왔다. 이러한 문제를 해소하고자 실거래가제도가 도입되었는데 그 근본 취지는 요양기관이 의약품을 사용할 때 발생하는 약가 이윤을 배제하는데 있으며 제도 도입의 목적은 다음과 같다.

- 의약품 사용에 따른 요양기관의 이윤배제 및 과잉투약 방지
- 약가 차액을 소비자에게 환원
- 병원은 진료 수가를 중심으로 병원경영을 유지하고 기존의 약가차 마진에 의한 교차보전은 더 이상 없도록 한다.

이러한 취지에 따라 실거래가제도의 도입은 의

약분업제도 정착에는 일정 부분 기여하였다고 평가된다. 실거래가를 통하여 약가차액이 없어짐에 따라 과거의 고시가제도에 비하여 그만큼 의료기관의 저항을 완화시켜 의약분업의 실시에 기여한 측면이 있다. 또한 과거 고시가제도에서는 약가차 마진이 교차보전의 수단으로 활용되었던 것과는 달리 실거래가제도에서는 무마진 원칙에 따라 약가 기능을 원상복구하고자 시도함으로써, 행위에 대한 수가와 보험약품비의 구분을 통해 수가 구조를 정상화한 순기능도 있다.

그러나 이러한 순기능에도 불구하고 무마진 원칙에 따라 저가 구매 노력에 대한 경제적 유인이 없어서 구매자의 역할이 축소되는 문제가 있으며, 이에 따라 요양기관의 저가 구매 노력이 미흡하다. 즉 실거래가 상환제도 하에서는 의약품 저가 구매동기를 억제하여 약가를 상한가에 고정시

키는 문제점을 가지고 있다(김진현, 2002).

실제로 요양기관에서 청구한(claim) 실거래 약품비와 상한가를 적용한 약품비를 비교할 때 청구된 실거래 약품비 총액은 상한가 적용 약품비의 99.56%에 해당하여 거의 대부분 상한가 수준으로 상환(reimburse)되고 있다(유근춘 외, 2004). 예컨대 병원급은 상한가 대비 98.31% 수준에서 상환되는 반면, 의원은 99.97%, 약국은 99.92% 수준에서 상환되고 있다. 종합전문병원과 병원의 경우 의원이나 약국에 비하여 상한가 적용 약품비 차이가 큰 것은 병원급 요양기관 중 공개경쟁 입찰을 통하여 저가 구매한 가격으로 보험청구한 비율이 상대적으로 높기 때문이다(표 2 참조).

<표 3>에서는 실거래가제도 및 그 이전의 고시가제도에 있어서 약가지수 변동을 제시하였다. 고시가제도나 실거래가제도 모두 연도별 약가지

<표 2> 상한가 대비 실거래 약가의 수준 (2003. 4/4 분기)

구 분	상한가 대비 실거래가 수준(%)
전 체	상한가의 99.56 % 수준
종합전문병원	상한가의 98.60 % 수준
병 원	상한가의 98.31 % 수준
의 원	상한가의 99.97 % 수준
약 국	상한가의 99.92 % 수준

- 상한가 적용 약품비 대비 청구된 약품비
- 출처: 유근춘 외, 2004.

<표 3> 전체약가지수 변동(평균상환가 기준)

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

- 라스파이레스식(Laspeyres Methodology)에 의한 약가 지수는 기준년도에 소비자가 많이 사용하는 물품을 선정하여 각 물품의 사용량에 따른 가중치를 부여하여 기준년도 대비 현재 얼마나 가격이 상승했는가를 측정함.
- 출처: 유근춘 외, 2004.

수의 변동은 1~4%로 미미한 실정이나, 고시가제도에 비하여 실거래가제도에서의 건강보험 상환가 인하율이 조금이나마 더 크게 나타났다. 즉 1998년도 이전까지 고시가제도 하에서는 약가변화가 1%미만으로 아주 미미하다. 1998년에 약가지수가 상승하였는데 이는 IMF 경제위기로 인한 단기적 가격급등 효과가 반영된 결과라고 할 수 있다. 2000년도에는 1999년도 11월에 실거래가상환제도를 도입하면서 약 25%의 큰 폭의 약가 인하가 나타났다. 그 이후 실거래가제도 도입 이후에는 평균 상환가의 인하폭은 2.02~2.72%였다.

과거 고시가제도 하에서 실거래가는 고시가 대비 30% 밑도는 수준에서 거래되었으나, 약가지수로 살펴본 고시가 인하 실적은 매우 미약하다. 이는 대폭 인하된 약가는 거의 대부분 요양기관의 약가차 마진이 되었을 뿐, 약가 인하의 결과가 직접적인 국민의 몫이 되지는 못하고 다만 교차보조를 통해 낮은 보험수가를 유지하는 방편이 되었음을 의미한다.

그런데 현행 실거래가 제도에서도 보험상환가보다 낮은 가격과 음성적인 방법으로 거래되는 경우가 있어 일부 요양기관은 보험상환가와 실거래가간의 약가차 마진을 얻고 있다. 음성적 거래의 방법과 그 정도는 정확히 파악하기 어렵는데 허위 계약서 작성, 할인, 리베이트, 물품 제공, 장학금 및 기부금, 학회지원, 골프 접대 등이 있는 것으로 알려져 있다. 문제는 의약품 유통의 투명성 부족으로 실거래가 파악이 제대로 이루어지지 않아 시장에서의 실질 가격을 반영한 약가인하가 미흡하다는 점이다(유근춘 외, 2004).

현행 보험약가제도에 있어서 실거래가의 불투명을 초래하는 가장 큰 원인은 실거래가제도가 제대로 운영되고 있지 않기 때문이다. 실거래가상환제도가 제대로 운영되기 위해서는 시장기전

의 작동이 원활해야 한다. 이를 위해서는 첫째, 저가구매 동기의 활성화 수단인 재정적 인센티브 기전과 둘째, 담합 유인의 억제방안으로서 상환가의 독립적 운영, 셋째 적발 및 처벌의 강화 등이 필요하다.

실거래가제도 개선 방안 중 가장 중요한 것은 재정적 인센티브에 의한 저가구매 동기의 활성화이다. 시장기전의 작동을 위해 가장 중요한 정책적 개선안은 저가구매동기 활성화를 위한 재정적 인센티브를 두는 것이다. 이는 약가시장의 경쟁적 작동에 결여된 수요측의 힘을 작동하게 하는 방안이다. 그러나 인센티브제도는 실거래가제도의 근본취지인 무마진 원칙에 위배되는 문제점이 있으나, 현실적으로 어떠한 상거래에서도 마진이 없는 상거래는 다른 부작용이 있다. 따라서 마진율의 적절한 허용과 함께 가격결정에 보다 경쟁적인 요소가 포함되어야 한다는 주장이 대두되고 있다.

저가구매에 의한 재정절감분은 요양기관의 사회적 기여로 인정할 수 있으므로 재정 절감과정에서 수반된 비용을 보상한다는 측면에서 인센티브 제도의 도입을 고려할 필요가 있다. 다만, 그 전부를 요양기관의 기여로 보아 요양기관에 귀속시킬 수는 없으므로 일정 비율만을 인센티브로 정하는 것이 바람직하다.

2. 약가재평가제도를 통한 지속적인 약가 사후관리체계 구축

실거래가에 대한 모니터링만으로는 약가의 변화를 추적하는데 제한적임을 감안하여 2002년 8월 약가재평가제도를 도입함으로써 등재된 지 3년이 지난 품목을 대상으로 약값을 조정하고 있다. 과거의 실제 거래내역 실태조사와 비교할 때 약가재평가제도는 사후관리의 사각지대를 보완

하는 장치로서 그 의의가 있으나, 기존제품이나 다른 나라와의 가격비교가 주요한 조정기준이 되고 있다. 보다 합리적인 사후관리를 위해서는 제품의 치료적 가치와 경제적 편익 등 다각적인 측면에서 검토할 필요가 있다.

신규등재제품에 의한 보험의약품 시장 변화, 의료기관 및 제약기업의 구조 변화, 보건의료제도 변화, 국가의 경제지표 변동 등 제반 여건변화에 적극 대응할 수 있도록, 약가재평가에 의한 가격 조정기능을 강화함과 동시에 보험등재 여부에 대한 재평가를 병행하여 실효성있는 사후관리체제를 수립해야 한다.

1) 사용량과 약가와 관련된성

건강보험 약품비 중 고가 신약의 비중은 점점 증가하고 있고 이들 의약품 중에는 실제 사용량이 예상 사용량 보다 커서 보험 재정에 상당한 부담을 주고 있음에도 불구하고, 이를 약가에 반영할 제도적 장치와 기준이 마련되어 있지 않은 실정이다. 예컨대 한 제품의 경우 2002년 등재 시점의 예상사용량에 비하여 2004년도 실제 사용량은 약 3배 이상 증가한 바 있다(이의경 외, 2005). 따라서 일반 신약의 보험약가는 상대비교가 방식으로 산출되나 등재 이후 실제 사용량이 예상사용량을 크게 상회할 경우 비용효과성, 재정영향 분석 등에 기반한 약가 재평가가 필요하다.

사용량 연동 약가재평가제도의 도입은 제약기업에 대하여 고가의 약가를 받기 위하여 사용량에 대한 예측치를 낮게 책정하는 것에 대한 제제가 될 뿐 아니라, 과도한 관촉비 지출이나 특정의약품의 적응증 영역을 벗어난 관촉 등 의약품의 부적절한 사용에 따른 보험재정 낭비에 대한 제제 조치로서 작용할 것이다.

일본에서는 시장확대에 의한 약가 재산정제도를 도입하여 기준 연도에 비하여 연간 판매액이 2배 이상되는 제품군에 대해서는 약가를 10% 인하하고 있으며, 효능 및 용법·용량 변화에 대해서도 약가 재산정제도를 마련하였다. 프랑스에서도 연간 약품비 증가율 목표치를 약효군별로 세분화하여, 목표치 초과분에 대해서는 약가를 인하하던지 아니면 초과분 중 일부를 정부에 반납하도록 하고 있다.

우리나라의 경우 등재 시 약가는 외국 조정평균가에 비해 높지 않으나, 등재 후 사용량 증가 등 약가 변동요인 발생시에도 가격인하 조정이 미흡하여 약가에 대한 사후관리가 미약하다. 제약기업간 시장 경쟁은 있으나 약가의 인하로 나타나지 않는 문제가 있다.

따라서 사용량 변화에 연동한 약가재평가 방식의 도입이 필요하다. 보험 등재시점에 가격 뿐만 아니라 예상 판매량을 제시하고 향후 실제 판매량이 이를 초과하는 경우 해당 의약품의 가격을 인하하도록 한다. 이 때 주요 대상 의약품으로는 혁신적 신약이나 효능효과 및 용법·용량이 변경된 품목, 판매예측치가 불안정한 의약품과 매출액이 클 것으로 예상되는 의약품 등이 포함되는 것이 바람직하다. 지난 5월 3일 정부에서 발표한 약제비 적정화 계획에 따르면 국민건강보험공단에서 약가 협상을 담당하기로 정해져 있다. 보험 등재 및 약가 협상시 예상 판매량을 정하고 이를 초과하였을 때 약가의 인하 내지는 초과약품비 반납 등이 가능할 수 있는 제도적 여건 마련이 필요하다.

2) 특허만료 의약품의 약가관리

특허의약품에 대해서는 제품 개발에 소요된 연

구개발비와 처음 시장에 진입하는 과정에서 투자한 광고비, 그리고 개발과정에서 실패한 수많은 후보물질들의 개발비용까지 포함하여 높은 가격을 책정하고 있다. 그런데 우리나라에서는 특허 만료 후에도 고가의 약가가 그대로 유지되거나 인하 정도가 미미한 경우가 많다. 이는 후발의약품과의 경쟁을 통한 신약 시장 변화가 빠르지 않아, 상당기간 동안 계속적으로 독점을 유지하여 보험재정에 부담을 주고 있는 것이다. 더욱이 국내 현 산정 기준에서는 특허만료 후에 높은 독점 가격의 인하를 유도하거나 조정할 별도의 약가산정 기전이 없는 문제점이 있다.

외국의 사례를 살펴보면, 일본에서는 최초 제네릭 후발의약품이 등재된 경우 기등재된 오리지널 의약품의 가격을 4~6% 인하하되, 다만 생물학적제제, 한약, 희귀의약품은 제외한다. 오스트리아에서는 최초 복제의약품이 특허 의약품가격의 70% 이하의 가격으로 등재된 후 특허의약품의 약가를 최초 복제의약품 약가보다 10% 높지 않도록 인하하여야 등재가 유지되며, 이후 두 번째, 세 번째 복제의약품 등재 시에도 연동하여 적용된다. 스위스에서는 특허 만료된 의약품의 가격이 비교국가(덴마크, 독일, 네덜란드, 영국)에서 판매하는 동일한 의약품의 평균가격보다 높을 경우 약가를 인하한다. 네덜란드에서는 특허가 만료된 후에 약국 구매 상한가를 재계산 시, 그 제품에 대한 비교대상 국가들(벨기에, 프랑스, 독일, 영국)의 복제약 평균가를 참고로 한다. 이 경우 최소 1년에 2회 이상 가격평가를 하여야 한다. 또한 캐나다에서는 특허의약품 가격평가위원회(PMPRB: Patented Medicine Price Review Board)를 설립하여 특허의약품에 대한 가격규제를 실시한다.

현재 특허만료 의약품에 대한 가격인하의 필요

성에 대해서는 빈번하게 지적되고 있으나 그 구체적인 방법에 대해서는 아직 사회적 합의가 부족한 실정이다. 그 방안으로는 현행 약가체계를 이용하여 A7 국가의 상대비교가를 활용하는 방안과 최초 제네릭에 대한 상한금액 산정 원칙 적용 방안이 있으며 이와 관련하여 추후 구체적인 논의가 필요하다.

IV. 약가 산정 기준

보험의약품의 가격을 정하는 기준으로는 가격 비교 방식, 치료적 가치에 근거한 방식, 원가보상 방식 등이 있는데 국가에 따라 몇가지 기준을 복합적으로 고려하는 등 차이를 보인다(표 4 참조).

가격비교방식은 다른 나라의 가격을 참조하거나 이미 보험등재된 의약품 중 치료효과나 약리작용이 유사한 기존제품의 가격을 고려하여 약가를 결정하는 방식으로 우리나라에서 활용하고 있다.

원가보상방식은 1993년 이전 이탈리아에서 채택하던 방식이다. 원가 산정에는 생산비용 이외에 제품 개발과정에서 소요된 연구개발비용이 포함되는데 비용 할당 방식이나 범위 등에 있어서 임의적이고 주관적인 성격이 강하여 논란의 소지가 크다. 따라서 약가산정에 있어서 독립적인 판단기준으로 활용되기 보다는 다른 자료와 병행하여 보조적인 판단자료로서 주로 활용되고 있다. 우리나라에서는 퇴장방지의약품과 일부 신약의 가격 산정에 활용되고 있다.

치료적 가치에 근거한 방식은 프랑스가 대표적인 예이다. 프랑스에서는 정보공개위원회에서 판정한 의약품의 의학적 가치개선정도(Amelioration du Service medical rendu, ASMR) 점수와 판매고 예측(역학자료에 기초), 의약품 판매 제약회사 정

보 등에 따라 경제위원회에서 의약품 가격을 제시한 후 제약기업과 협의한다. ASMR는 효능개선과 부작용 감소 정도에 따라 혁신 제품에는 ASMR I 혹은 II를 부여하고 상대적으로 높은 가격을 부여하는 경향이 있는 반면, 혁신성이 없는 의약품에는 낮은 등급인 V등급을 부여하고 등재에서 제외한다. ASMR 평가는 질병의 특성과 중증도, 치료대상 적응증, 혁신 정도, 효과, 부작용, 사용 간편성, 용량과 포장의 적합성과 적절성, 시장점유 예측, 동일 적응증 및 동일 효능군의 기존약품과의 비교 등을 통하여 결정된다. 제약회사와 협의 과정에서 신약의 수출증가, 투자확대와 연구개발 등을 고려하여 국민경제에 이익이 제공될 것으로 예상되면 기술 가격보다 높은 경제 가격을 설정하고 있다.

그런데 이러한 의학적 가치개선정도, 혁신성 정도는 절대적인 기준이 아니라 '상대적인 가치 판단'이다. 물론 혁신성 판단에는 치료의 개선 정

도의 평가가 가장 중요하나 이외에 국가별 재정 부담 능력도 고려되어야 한다. 국가의 재정부담 능력이 넉넉하면 상대적으로 미세한 혁신성에 대해서도 많은 가치를 부여할 수 있겠지만, 넉넉지 못하면 치료개선정도가 월등한 혁신성에 대해서만 가치를 부여할 수 밖에 없는 제한점이 있다. 따라서 혁신성을 보험급여에 활용하기 위해서는 우리나라의 여건에 맞는 혁신성 판단 방식이 마련되어야 한다.

다음으로 경제성평가에 대한 고려가 있다. 의약품에 대한 경제성평가를 보험급여에 활용하는 것은 1993년 호주에서 시작되었다. 즉 보험의약품 급여의 우선순위를 선정하기 위한 근거를 마련하기 위하여 등재 신청한 의약품의 효과와 비용을 다른 대안적 치료법과 비교하여 평가하고 있다. 즉 보험의약품 급여관리의 질적 수준을 향상시키기 위하여 의약품의 비용효과성과 임상적 중요성에 대한 과학적 근거 및 투명한 절차로 급

〈표 4〉 OECD국가의 의약품 개별품목 가격결정시 고려하는 특성

국 가	의약품의 치료적 가치	기존 의약품의 가격	의약품의 경제기여도	국제적 가격비교
호주	○	○	○	○
오스트리아				○
벨기에	○	○	○	○
캐나다	○	○	○	○
프랑스	○	○		○
이태리				○
일본	○	○		○
멕시코				○
네덜란드				○
스페인	○	○	○	○
스웨덴	○	○		○
스위스	○	○		○

출처: Jacobzone. S. 2000.

여대상 범위 및 약가를 결정한다. 이를 위하여 첫째 약품에 대한 평가는 임상적 성과, 경제적 성과, 삶의 질 등에 기반하여 다각적인 측면에서 종합적으로 이루어질 필요가 있다. 현재 급여 및 비급여 여부는 주로 적응증을 기준으로 구분되고 있는데, 경제적 성과 측면에서 보험재정지출규모 등에 대한 고려도 수반되어야 하며, 환자 측면에서 삶의 질에 대한 성과평가도 종합적으로 고려되는 것이 바람직하다.

우리나라의 경우 보건복지부 고시 제2002-60호 「신의료기술 등의 결정 및 조정기준」에 의하면 의약품의 보험등재 여부와 상환가격은 식품의약품안전청에서 검토한 안전성·유효성 이외에, 대체가능성 및 비용효과성 등 경제성을 고려하여 평가하도록 명시하고 있으나 비용효과성 평가는 아직 구체적으로 실시되고 있지 않다. 신규등재 의약품의 대체가능성 및 비용효과성 자료제출 기준이 구체적으로 제시되고 있지 않아, 간혹 일부 기업에서는 의약품의 우월성과 특수성을 강조하면서 기존 등재된 비교대상 의약품 보다 높은 가격을 요구할 수도 있지 않을까 하는 우려도 있다.

한편 정부의 평가자 입장에서는 외국이나 기존 약가에 의존하는 방식의 경직된 약가관리를 탈피하고 가격비교방식 이외에 다른 평가 잣대가 필요하다. 이와 관련하여 호주의 경우에는 신규등재약의 가격을 결정할 때 다음의 여러 가지 요소들을 종합적으로 고려하여 판단하고 있으므로 우리나라 제도 개선에 참고할 필요가 있다.

- 대상 의약품의 임상적 측면과 비용 효과성에 대한 검토
- 대안적으로 사용할 수 있는 다른 약들 (brands)의 가격
- 같은 치료군내에 있는 다른 약들의 가격과 비교

- 원가에 대한 정보
- 처방 양, 특허만료일, 저장 조건, 제품의 안정성과 특수한 제조 조건등과 같은 다른 요소
- 해당 기업이 호주내에서 수행한 활동의 수준 (신규 투자, 생산, 연구 개발 활동 포함)
- 비교가능한 다른 국가의 약가
- 기타 정책적인 고려나 신청 기업의 희망사항 등
- 이외에도 정부의 연간 지출 예상액이 천만 달러 이상으로 평가되면 수상과 재경부 장관 (Minister of Finance and Administration)의 승인이 필요하다.

이외에도 A7 가격에 의존하여 가격을 산정할 경우 국내 보험등재 시 참조국가가 2개국 이하인 경우가 50%를 넘는 등 신약이 조기 진입되고 있어 약가 비교기준으로 7개국 조정평균가의 의미가 적다. 또한 약가 산출 공식의 경직성으로 가격의 합리적 산정에 장애요인이 될 수도 있다. 따라서 우리나라에서도 호주와 같이 대체가능성 및 비용효과성 등이 종합적으로 판단되는 유연한 약가관리체계의 구축이 필요하다. 이를 위해서는 좀 더 다양한 기준을 만족시킬 수 있는 다양한 기초 자료의 생산이 선행되어야 한다.

V. 결론

환자진료에 필수불가결한 양질의 의약품을 적시에 제공하며 동시에 보험재정의 안정화를 꾀하기 위해서는 약가의 합리적인 관리가 중요하다. 이를 위하여 신약의 가격 산정에 있어서 각 국가의 구매능력에 따라 가격을 차등화하는 “가격의 형평성”이 확보되어야 하며, 저가의 제네릭 의약품이 많이 사용될 수 있는 제도적 장치가 필요하

다. 현행 약가재평가제도를 확대 운영하여 사용량에 연동하여 가격을 조정하는 방식을 추가적으로 적용하며, 특히 만료 이후에는 가격인하를 단행함으로써 실효성 있는 사후관리체계를 통하여 보험의약품 등재관리의 동태성을 확보하는 것이 바람직하다. 또한 보험의약품 급여 관리의 “질적 수준”을 향상시킬수 있도록 의약품의 임상적 중요성과 비용효과성에 대한 과학적 근거에 따라 (Evidence based) 투명한 절차로 급여의약품 대상범위를 결정해야 한다.

WHO에서는 2000년 9월, 새천년 개발 목표 (Millenium development goals)¹⁾ 제안 과정을 통하여 의약품 접근성(access)의 개념을 재정립하였는데, 어느 누구라도 필요한 의약품을 쉽게 이용할 수 있도록 하는 “접근의 형평성 확보(equitable access)”의 이념적인 측면을 강조한 바 있다. WHO에서는 이러한 의약품 접근성을 실현하기 위한 구체적인 방안으로 의약품의 합리적인 선정, 지불 가능한 가격, 재정의 지속가능성, 신뢰할 만한 의약품 공급체계 구축을 제안하고 있다.

이처럼 형평을 중시하는 WHO의 의약품 정책 목표는 건강보험 의약품 정책과 일맥상통하는 부분이 있다. 통상 건강보험제도에서는 국민의 건강권을 보호하기 위하여 필요한 보건의료서비스를 국가나 사회가 제도적으로 제공한다. 집단적인 진료비 조달 기전을 통하여 질병에 대한 경제적 위협에 국가나 사회가 공동으로 대처하는 것으로, 이를 통하여 국민이 필요로 하는 서비스에 대하여 접근성을 확보하는 것이 그 주요 목표라고 할 수 있다. 따라서 이러한 논리를 확장할 때 건강보험 의약품 정책은 WHO 의약품 정책목표

와의 밀접한 관계 속에서 논의되는 것이 바람직하다.

참고문헌

- 김성옥 · 최숙자. 『외국의 보험약가관리제도』, 2002.
- 김진현. 「우리나라 보험약가 관리제도의 문제점 및 개선방향」. 『건강보험포럼』, 제1권 제2호. 국민건강보험공단 건강보험연구센터. 2002.
- 배은영 · 김진현. 『보험약가관리제도의 개선방안』. 한국보건사회연구원. 2001.
- 유근춘 · 이의경 · 정형선 · 김은정. 『보험의약품 실거래가 상환제도 평가』, 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 2004.
- 이의경 · 이태진 · 박은자 · 유근춘 · 박세정. 『사용량을 감안한 약가재평가방안 개발』, 한국보건사회연구원 · 건강보험심사평가원, 2005.
- 이의경 · 박은자 · 이태진 · 유근춘 · 박세정. 『선별목록 중심의 보험의약품 등재관리제도 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 2004.
- 이의경 · 이태진 · 박은자 · 박세정. 『의약품 약효특성군별 보험급여수준 차등화 방안』, 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 2004.
- 이의경 · 배은영 · 이태진 · 최용준 · 박은자 · 김동숙. 『보험의약품의 급여관리제도 개

1) WHO의 새천년 개발 목표 (Millenium development goals)는 2000년 9월, 새천년을 맞이하는 기념으로 새천년 선언 (the Millennium Declaration)을 채택하면서 제시된 것으로, 189개국에 의해 서명된 새천년 선언은 2015년까지 도달할 목표를 중심으로 로드맵이 작성됨.

- 선방안』, 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 2003.
- 이의경 · 장선미 · 신종각 · 박정영. 『의약분업 전후의 보험약제비 변동요인분석』. 한국보건사회연구원. 2001.
- Jacobzone S. Pharmaceutical Policies in OECD countries: Reconciling Social and Industrial Goals; Labour Market and Social Policy—Occasional Papers No.40, OECD, 2000.
- Pricing and Reimbursement in Europe. Scrip Report. PJB Publications Ltd, 2002.
- Rosian. I, Habl. C, Vogler. S. Pharmaceuticals—Market Control in Nine European Countries. Austrian Health Institute. 1998.
- Wallerstein. K. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe. Scrip Report. 1997.
- WHO, Indicators for Monitoring National Drug Policies, 1994.
- AMCHAM POLICY ISSUE PAPER 2005
- OECD, OECD Health Data, 2005.

유럽국가들의 약가관리 정책과 한국에 주는 시사점

Elias Mossialos

영국 런던 정경대(London School of Economics)



방법을 결정하기 위한 목적을 설정

목적을 선택한 다음 목적을 달성하는
최선의 방법을 기술적인 차원에서
선택 (가격결정, 급여, 지불방식 및
인센티브, 모니터링).

규제

1. 제약시장에서 규제의 목적은 무엇인가?
2. 어떤 형태의 규제책을 취할 것인가?
3. 규제책의 이론적인 기대치는 무엇인가?
4. 효능, 질, 접근의 형평성에 대해 특별히 강조하는 규제책의 영향에 대한 실증적 결과는?
5. 규제 환경은 어떻게 개선될 수 있는가?

제약시장에서의 정책 이슈

- 의약품 시장의 구조 (산업구조, 시장유형: 특허, 제네릭 및 일반의약품)
- 보건의료와 의약품에 대한 환경의 특징 (자원조달, 보장성, 비용, 처방패턴, 지불방법)
- 공급측 실패 (특허)
- 수요측 실패 (three-tired demand, 제 3자 지불)

의약품 정책의 목적

- 공중보건
- 보건의료 정책
- 산업정책

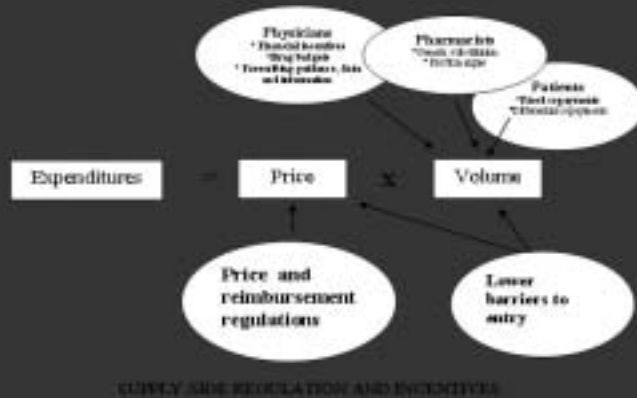
보건정책의 목적

- 거시적 비용 통제 (특히 불경기).
- 미시적 차원의 경제적 효율성과 질.
- 접근성에 대한 형평성.

공중 보건 측면의 목적

- 안전하고, 효능 효과적인 의약품 사용
- 부작용과 의약품에 대한 감시
(**pharmacovigilance**)
- 부적절한 처방 감소 (항생제, 진정제)

의약품 시장에 대한 규제 의 틀



의약품 사용에 대한 국제 비교 -2005

국가	의약품 비용 (총체 보건의료비 대비 비율%)	의약품 처방에 있는 진단의 비율(%)	GDP 대비 보건의료비 지출 비율(%)	GDP 대비 보건의료비 지출 비율(%)
네덜란드	11.8	62.9	9.5	0.9540
벨기에	16.3	83.9	8.7	1.4840
프랑스	20.1	76.7	9.5	1.9031
독일	13.6	70.0	10.6	1.4458
영국	15.9	69.9	8.2	1.0052
이탈리아	22.6	94.5	8.2	1.8196
스페인	19.0	91.5	7.9	1.4551
스웨덴	12.8	66.0	8.5	1.0891

미국이 의약품 세계 시장을 주도: 양과 가격 때문

세계 시장	2003년		성장률(%)	
	10억 USD	세계 시장 점유율(%)	2003년	CAGR 99-02
남 아메리카	\$17.4	3.7%	+5.5	-2.8
아시아/아프리카/호주	\$33.8	7.2%	+9.3	+11.0
일본	\$52.4	11.2%	+3.4	+4.0
유럽 (전체)	\$134.5	28.8%	+9.4	+8.8
북 아메리카	\$229.5	49.1%	+11.1	+15.2
전 세계	\$467.9	100.0%	+9.3	+10.4
10대 시장	\$389.2	83.2%	+9.1	+11.3
유럽연합 (15개 국가)	\$116.3	24.9%	+8.0	+8.4

Source: IMS Health Incorporated

환자 수요에 영향을 주는 정책

환자본인부담. 이러한 정책이 '낭비'를 감소시키는가,
또는 낭비는 의사의 적절치 않은 결정으로
생기는가?

환자본인부담(co-payments)이 있다면 얼마인가,
환자 본인부담(co-payments)에 대한 조건과
면제는?

환자측 유인

- 가격에 대한 비율(%) 개념의 환자 본인부담 :
 - 벨기에, 핀란드, 프랑스, 그리스, 포르투갈, 스웨덴
- 정률 환자 본인부담:
 - 오스트리아, 이탈리아, 독일, 룩셈부르크, 영국
- 급여액을 고정 (잠조가격제):
 - 덴마크, 독일, 네덜란드, 스페인, 스웨덴
- 가격 차이에 대한 정보 제공:
 - 덴마크: 약사가 환자에게 브랜드와 제네릭 사이의 가격 차이를 알려주어야 함
 - 스웨덴: 약사가 환자에게 가격이 저렴한 대체약물을 알려주어야 함

환자 수요에 영향을 주는 정책

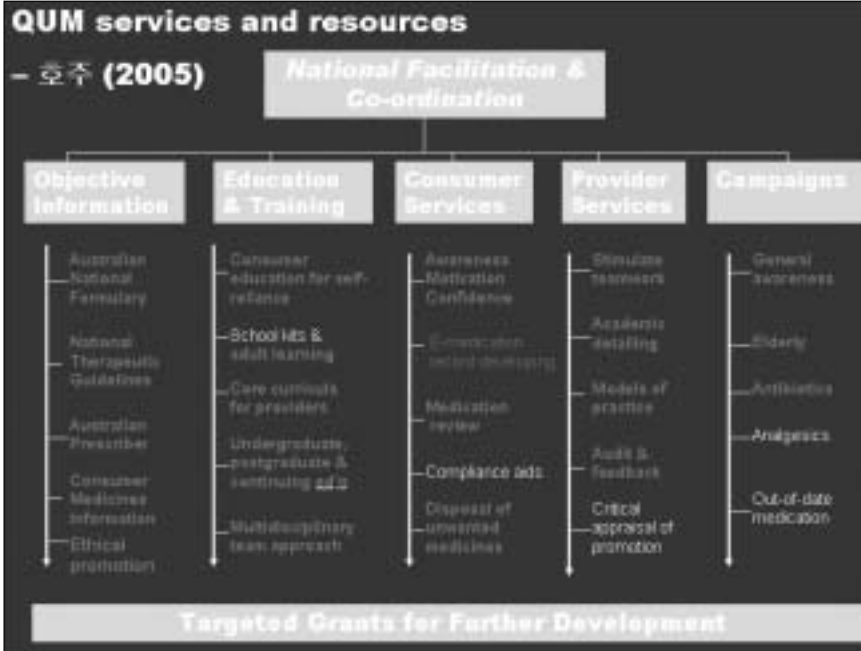
- 일반의약품 시장 개발.
- 일반의약품에 대한 급여? 일반의약품은 어떻게 정의되는가?
- 환자 수요에 대한 교육이 미치는 영향은?
- 처방약에 대한 직접소비자 광고.

의약품 치료 순응(Adherence)

- WHO 보고서 (2003):

- 선진국에서 만성질환에 대한 장기치료에 대한 치료 순응도가 50%.

- 미국의 경우 고혈압 치료에 대해 51%의 순응도를 나타냄
- 호주의 경우 천식환자의 43%가 투약
- HIV의 경우는 의약품과 인구학적 요인에 따라 37%-83%로 차이가 남



공급자에게 영향을 주는 정책

지침, 프로토콜과 의약품 사용 평가, 지침에
경제학적 요소가 있는가, 있다면 어떤 형태인가?

제공자의 순응도?

효과의 최대화와 지침의 범위

기존의 서비스에 대한 효과를 향상시킬 수 있는 지점
개발:

1. - 주요 진료영역에 초점을 둠,
2. - 재정부담이 높은 부분,
3. - 유의한 위험이나 이익이 있는 부분
4. - 적절한 사용에 관한 합의가 이루어지지 못한 부분

자첨: 문제가 될 수 있는 부분

- 임상적 결과를 얻는 데 신속하지 못함
- 의약품 처방정책을 뒷받침하는 실증적 결과보다 처방습관이 우세
- 나쁜 순응도
- 법적인 문제

Main task of drug company employees, 2000



Source: PhRMA Industry Profile 2000; percentages calculated by Sager and Sacchar

예산 제한

프랑스: 전체 일차진료예산 – 원외 처방에 대한
상한선 설정

이탈리아: 지역보건서비스에 대한 예산 상한선.
지역과세, 의약품급여목록 및 처방예산

스페인: 보건센터에서 치료에 대한 전체 예산 설정

독일: 직접적인 처방예산

영국: PCTs에 대한 직접적인 처방예산

영국의 처방행태 실증분석

	Fundholders	Non-Fundholders
Cost per prescribing unit	10 – 16%	24%
Volume of prescriptions per unit	5 – 12%	9%
Increased in average cost per item	15 - 19%	23%
Increase in use of generics	12 – 13%	5%
Increase in # items per prescribing unit	14 – 16%	13%
Prescribing expenditure increase (short term studies)	2%	7%
Prescribing expenditure increase (long run – 6 year study)	56 - 59%	66%

영국의 진료의뢰 패턴 실증분석

	Fund-holders	Non-Fund-holders
진료의뢰 비율	8%	27%
노인을 위한 고가 재가 삼리치료사에 대한 진료의뢰	- 50%	ND
전체 진료의뢰	- 17%	ND
목입통증에 의한 진료의뢰	- 7%	ND
외래 진료의뢰	- 7%	ND

- Overall NHS 전체 진료의뢰는 안정적임, 이와 유사한 변화가 NFH 진료에서 발생할 수도 있음.

영향 평가에 대한 이슈

- 행정비용
 - Transaction costs (£232M) > Savings of fund-holders (£206M)
- 정책 이슈
 - 이러한 변화가 단독으로 발생하는 것이 아니기 때문에, NHS 예산에 대한 영향은 다른 요인들과 함께 평가되어야 함.

처방행태가 변화되었으나, 시스템의 효율성이나 환자에 대한 이익에 대해 결론을 내릴 수 없음.

처방 지표에 대한 보고서

제한된 임상적 가치를 가지는 의약품에 대한 비용.

고가 의약품에 대한 비용

고가의약품 – 복합제에 대한 비용.

Benzodiazepines

Cost per DDD - inhaled corticosteroids.

DDDs for inhaled corticosteroids

제네릭 의약품에 대한 비율.

의료제공자에 영향을 주는 정책

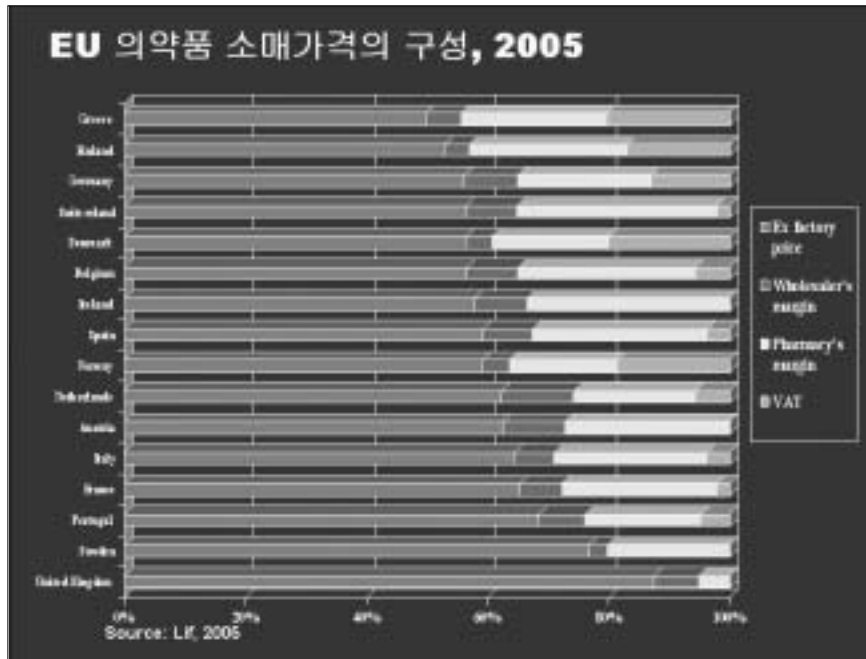
- 처방행태 모니터링;
- 컴퓨터를 이용한 처방 지원 시스템; 과다 처방이나 부적절한 처방에 대한 벌칙;
- 처방에 대한 지식과 실증 결과들을 배포;
- Risk management errors.
- 의료상담(consultations)을 받은 경우 처방을 받은 비율

일반적으로 의료과실은 어느 정도인가?

- 처방된 의약품의 1/3 정도가 의학적으로 타당하지 않은 것으로 나타남(Brooke et al. 1990).
- * 2-35%의 입원환자가 약물 부작용을 경험하였음 (평균 7%)
- 시험 결과 비정상적인 결과의 1/3은 의사들에 의해 고려되지 않았음 (Brooke et al. 1990).

의료공급자에 영향을 주는 정책

- 제네릭 의약품 대체:
 - 일반명 처방 여부와 상관없이 대체: 덴마크, 스페인
 - 일반명 처방 대체 권장 : 프랑스, 이탈리아, 독일, 독생부르크, 스웨덴, 영국
- 마진 구조 :
 - 처방당 고정된 조제수가: 아일랜드, 네덜란드, 스페인, 스웨덴, 영국
 - **regressive scaled margin**이나 가격의 특정 비율로 고정된 마진 : 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 그리스, 이탈리아, 포르투갈
 - 처방예산: 덴마크
 - **Digressive margins**



제약산업에 대한 정책

- 상환 규제 (비용-효과성).
- 의약품에 대한 공공의 상환체계
- 급여대상 여부와 보험 약가를 결정하는 요소들은 무엇인가?

신규 의약품 현황

1989년~2000년 동안 FDA는 1,035개의 신규 의약품을 승인하였음.

- 116개 제품 : 기존 의약품과 동일
- 558개 제품 : **incrementally modified**
 - 88개 제품 : 실질적인 임상효과 개선
- 361개 제품 : 새로운 성분
 - 152개 제품 : 실질적인 임상효과 개선

Source: National Institute of Health Care Management

선별목록 구성의 기준

- 임상적 효능
- 임상적 효과
- 상대적인 효과성
- 외국의 가격
- 평균가격(**Explicit price averaging**)
- 비용-효과성
- 예산에 대한 영향
- 산업정책
- 비용분담으로 인한 편익과의 연관성

의약품 가격결정: 사회 후생 극대화:

- 독점수입(monopoly rent)의 보장;
- 신기술은 적절한 방법으로 확산
- 제약 분야에 대한 적절한 보상 유지
(혁신적 활동과 고용창출을 보장하기 위해)

가격결정 정책: 문제점

생산비용에 대한 정보의 비대칭. 규제기관은 연구개발 비용을 완벽하게 파악할 수 없음.

- 혁신적 생산과정에 대한 불확실성: 시장경쟁력 확보에 성공한 제품들과 실패한 제품들간의 교차보조.
- 규제기관이 제조사의 비용절감 노력을 파악하는 것이 어려움.
- 가격결정 결과: 교섭력(bargaining skill)과 정치 경제적 권력에 의존함.

가격 및 급여여부 결정에 대한 방법론: 공급측 규제

- 자유가격제 (미국, 독일)
- 평균가 적용 가격결정(이태리, 네덜란드)
- 국가간 가격비교 (다수 국가들)
- Cost-Plus Pricing (스페인)
- 참조가격제 (독일, 네덜란드, 스웨덴, 덴마크, 캐나다, 뉴질랜드)
- 이익규제 (영국)

국가간 가격비교는?

- 실제 소요된 비용과 연구개발에 대한 자료는 확보하기가 매우 어려움
- 가격의 전이?
- 주도적 위치의 남용
 - 과도한 가격

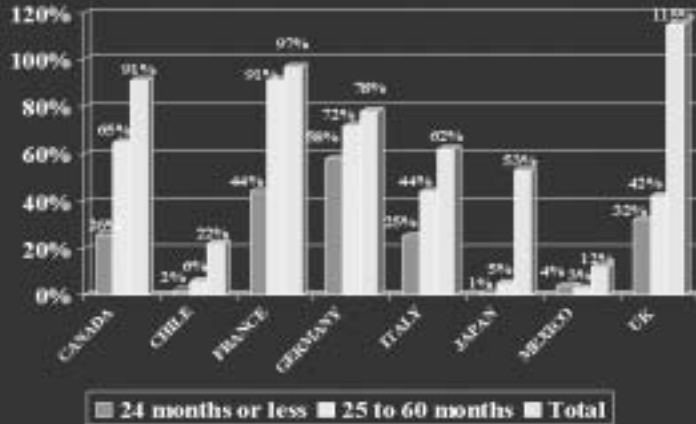
사후 조정

- Inflation indexation (or indexation according to some other cost indices)
- Nominal freeze
- Arbitrary price cuts
- External referencing pricing
- Ex post adjustments based on cost (e.g. rusj-sharing approach used in UK for drug for multiple sclerosis)
-

사후 조정

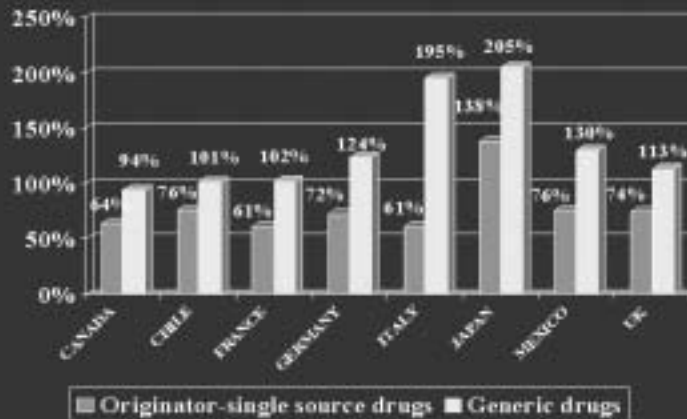
- 치료효과에 대한 재평가
- 치료군내 입찰 방식
- 가격-사용량 연동규제 (사용량이 일정 수준에 도달하면 가격 인하)
- 상한가격을 실제 거래가격 수준으로 조정(일본)

국민 1인당 소비, 연령, 미국대비 소비 비율



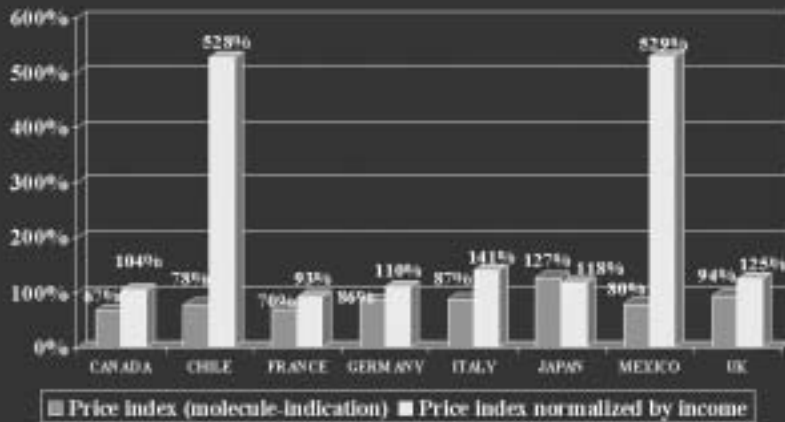
Note: United States equals 100%. Source: Danzon and Furdones, Health Affairs Oct. 2003

가격지표: 특허 의약품 대 제네릭 의약품



Note: United States equals 100%. Source: Danzon and Furukawa, Health Affairs Oct. 2003

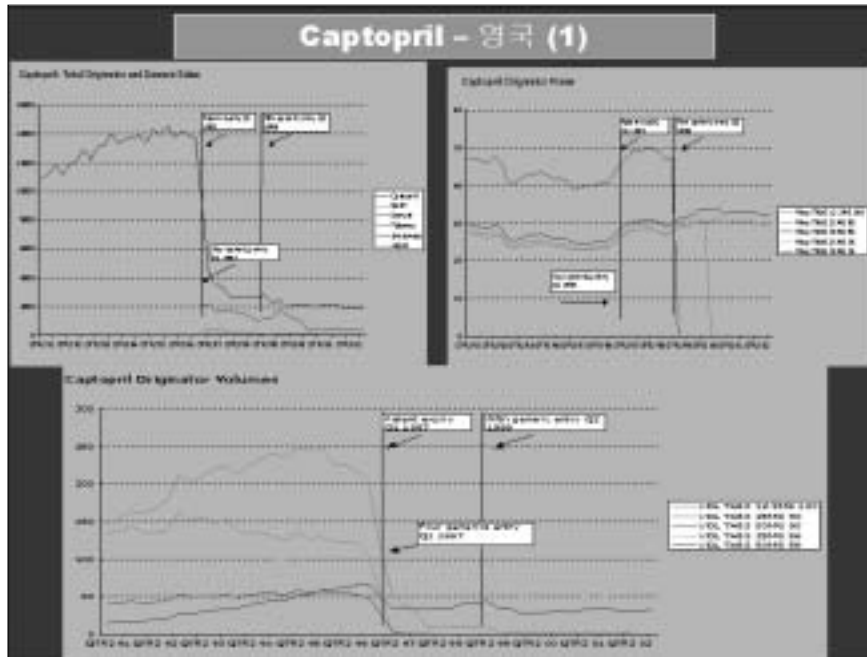
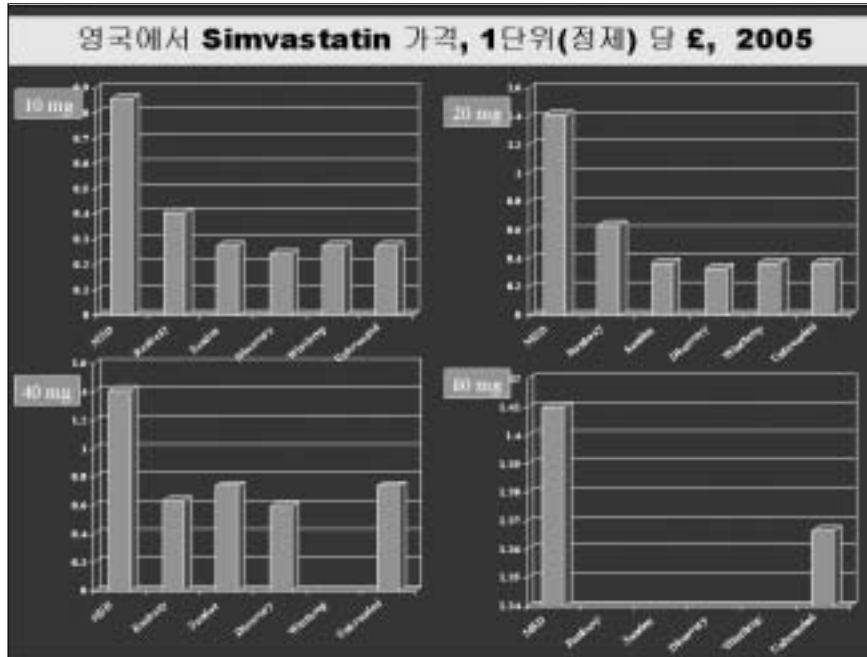
국민 1인당 소득대비 가격지표



Source: Danzon and Furukawa, *Health Affairs* Oct. 2003

위험분담 체계

- 다발성경화증에 대한 4가지 약품에 적용
 - Avonex (Biogen), Betaferon (Schering), Copaxone (Teva) and Rebif (Sereno)
- NICE에 의한 의사결정
- 개별 회사들과의 가격 및 결과 협상
- 치료적 결과(cost/QALY threshold)가 인정되는 경우에만 가격 유지
- 결과가 인정되지 않는 경우 가격 인하



의약품가격규제체계 (PPRS)

- NHS에 공급하여 얻어진 이익 규제
- 가격에 대한 간접규제
- 브랜드 의약품만을 대상으로 한 규제

이익 규제 – 영국의 가격규제 체계

장점

- 운영의 안정성
- 규제자의 유연성
- 행정절차의 간소성
- 자본투자에 대한 '합리적' 보상

단점

- 자본에 대한 과잉투자
- 비효율적 운영
- 생선비용의 전이
- 투명하지 않은 과정

참조가격제

정의

- 유사한 제품들을 범주화하고 상대적인 가격을 설정하는 운영 체계. 상환의 기준가격으로 그 참조가격을 적용하는 것으로서 정부는 그 가격만으로 보상함. 참조가격을 초과하는 부분은 환자 부담으로 보상됨.
- 독일, 스웨덴, 덴마크, 이태리, 벨기에, 네덜란드, 노르웨이, 호주, 뉴질랜드, 캐나다(British Columbia)

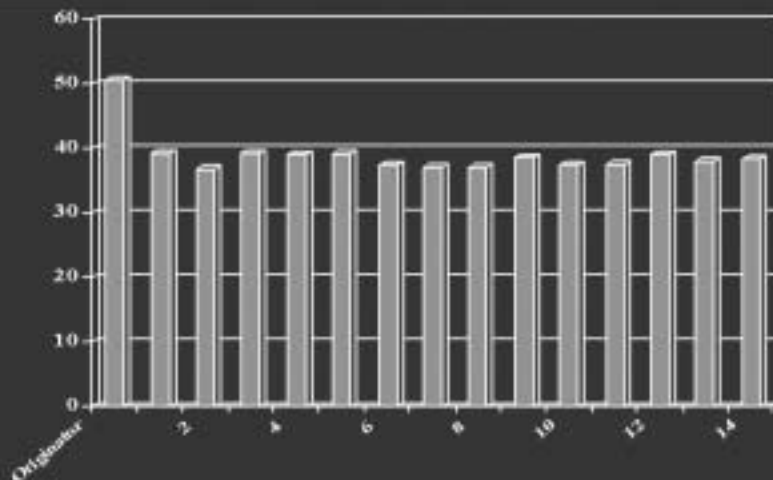
참조가격제의 영향

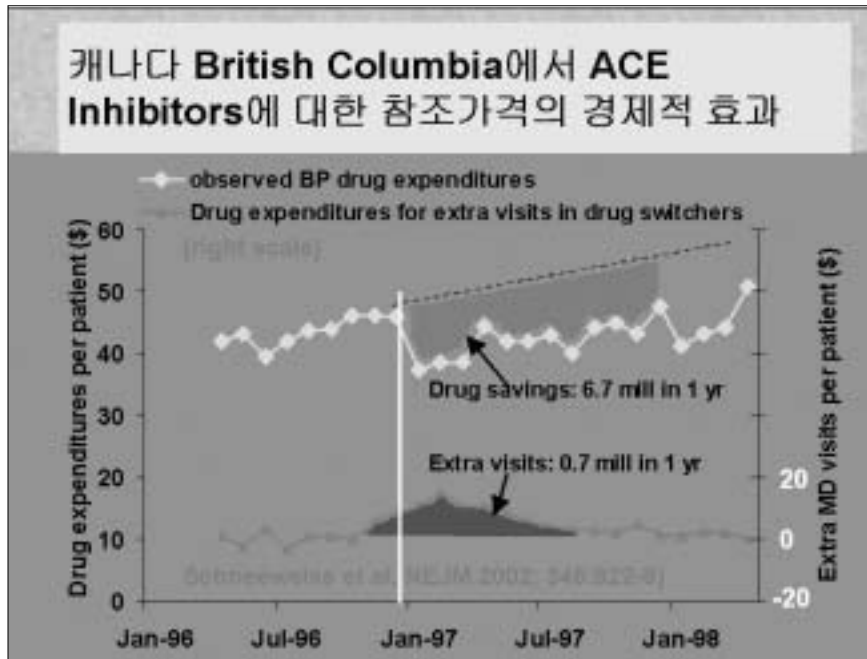
- 이 시스템이 적용되는 의약품의 가격수준을 감소시키는데 성공적; 다른 의약품들의 가격은 다음 사항들에 따라서 증가함:
- a) 참조가격제 적용 시장의 범위 (유사한 활성성분을 가진 의약품, 치료적으로 비교 가능한 활성성분을 가진 의약품, 비교 가능한 치료효과를 가진 의약품)
- b) 나머지 시장에서의 가격결정 시스템

참조가격제의 영향

- 이 시스템이 적용되는 의약품의 가격수준을 감소시키는데 성공적; 다른 의약품들의 가격은 다음 사항들에 따라서 증가함:
 - a) 참조가격제 적용 시장의 범위 (유사한 활성성분을 가진 의약품, 치료적으로 비교 가능한 활성성분을 가진 의약품, 비교 가능한 치료효과를 가진 의약품)
 - b) 나머지 시장에서의 가격결정 시스템
- 그러나, 제네릭 의약품 경쟁에 영향을 주는가?

개별 의약품 시장에서 가격경쟁 사례:
독일, **Omeprazole 20mg/30** (가격은 포장당 €), 2005





- 가격과 상환(급여)여부에 대한 결정

HTA Process의 핵심적인 특징

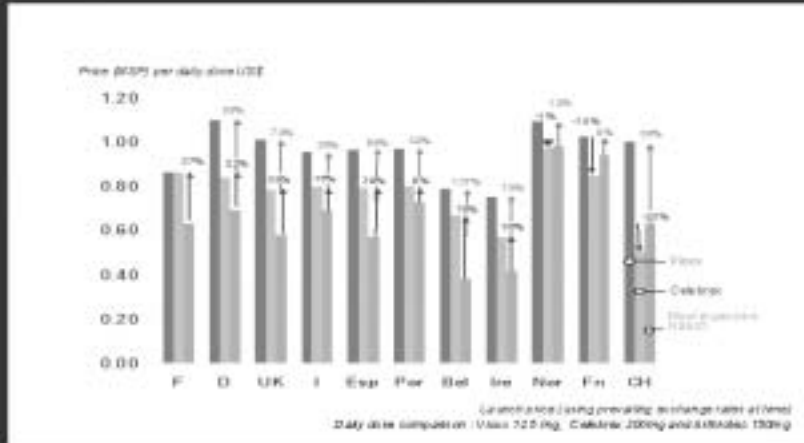
- 주제 선정
- 평가 절차
- 이해당사자 포함
- 방법론의 개선

Cochrane-Style Reviews 는 항상 유용한가?

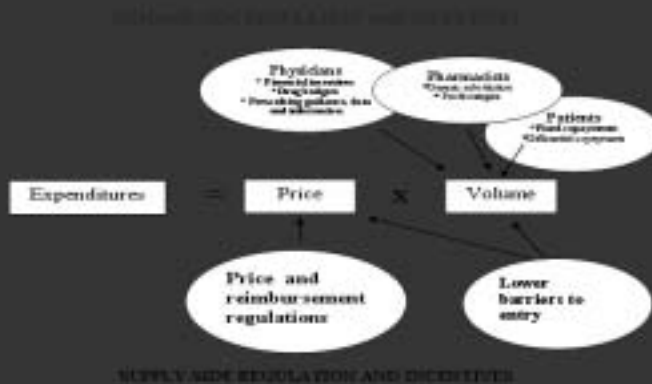
Respite care for frail older people: an appraisal of effectiveness and cost-effectiveness (Mason et al, in press)

Number of hits (In the literature review)	12,927
Papers retrieved	379
No. of potential studies	171
Potential economic evaluations	41
Actual number of economic evaluations (EEs)	22
Number of EEs of respite care meeting criteria for inclusion	5
Number of such studies undertaken in the UK	1

모든 유럽시장에서, **Cox2s**는 상품명 **NSAIDs**와 비교하여 항상 비싼 가격을 획득하였음



제약시장에 대한 규제의 틀 - 한국의 시장과 정책



의약품 시장 규제

정 종 찬
건강보험연구센터

우리나라의 약제비 지출은 그 규모와 증가 속도가 선진국에 비해 빠르다는 것이 지속적으로 문제시 되고 있다. 대부분의 유럽 국가들이 약제비 증가 요인들에 대한 포괄적인 접근을 통하여 약제비 지출을 효과적으로 통제하고 있다는 점은 약제비 적정화 방안을 모색하고 있는 우리나라에 의미 있는 시사점을 제공하고 있다. 본고에서는 최근 국민건강보험공단에서 주관한 「합리적인 약가정책 방향 모색을 위한 토론회」에 초빙된 Elias Mossialos 교수의 강연과 그의 논문을 중심으로 유럽 국가들의 의약품 시장규제의 틀을 고찰하였다. 국가마다 자국의 정책 우선순위에 따라서 다양한 의약품 시장규제 정책을 사용하고 있는데, 가격측면에서는 보험약가 결정과 참조가격제도 등의 보험 상환 가격 결정이 주요한 정책이슈가 되고 있다. 사용량 측면에서는 의사에 대한 처방예산 및 처방정보 제공이, 그리고 약사와 환자에 대해서는 대체조제와 본인부담 구조가 각각 정책 개입의 대상이 되고 있다. 가격과 사용량을 동시에 고려하여 약제비를 통제하는 규제 정책으로는 가격-수량 연동규제와 이익규제 등이 시행되고 있다.

주제어: 의약품시장, 보험약가, 선별목록, 참조가격제도, 가격-수량연동규제

I. 머리말

의약품의 시장규제에 대한 이론적 근거는 도덕적해이(Moral hazard)와 사회보험에 대한 재원조달자로서의 정부의 역할에서 찾아볼 수 있다. 의료서비스에 대한 보험의 적용은 서비스의 인지 가격을 하락시켜 소비자와 공급자는 과다 서비스 이용 및 제공 현상을 야기하는데, 경제이론에서는 보험자가 의료의 부적절한 이용을 완벽하게 모니터링할 수 없는 경우에는 도덕적해이를 방지하

기 위한 적절한 전략이 필요하다는 결론을 내리고 있다. 도덕적해이에 대한 최적의 규제는 현재의 예산비용에 대한 통제와 연구개발에 대한 인센티브를 부여하는 것이 조화를 이루는 것이다(Danson, 1997). 이를 위해서는 소비자 측면과 공급자 측면 모두에서 의약품의 과잉이용을 억제할 수 있는 정책과 합리적인 약가결정의 기전을 마련하는 것이 필요하다.

특히, 연구 집약적인 특성을 가지고 있는 제약산업의 최종 생산물인 의약품은 합리적인 가격에

대한 논의의 대상이 될 수 있다. 의약품 한 단위를 생산하는데 소요되는 비용들 중에서 한계 생산비용은 작은 반면, 연구개발비와 광고비 등으로 사전에 지출된 매물비용은 매우 큰 편이다. 보험의약품에 대하여 보험자나 정부가 한계 생산비용만을 부담하는 수준에서 가격을 결정하려 한다면, 제약회사는 매물비용을 회수하지 못하고 그 결과 다음 회기의 연구개발 활동이 위축되게 된다. 하지만, 사회보험체계에서 의약품에 대한 독점 구매자인 정부나 보험자는 자국의 단기적인 이익에 초점을 맞추려는 동기가 강하고, 국제적 차원에서 연구개발에 대한 인센티브를 부여하는 것은 등한시 하는 경향이 있다. 따라서 국제적 차원에서 의약품 가격이 왜곡되지 않는 범위 내에서 자국의 실정에 맞는 적절한 약가결정 방식을 개발하는 것이 중요한 정책과제가 될 것이다.

우리나라의 경우 약제비 지출의 규모와 증가속도가 빠르다는 것이 지속적으로 문제시 되고 있는데, 의사의 처방행태 및 사용량의 측면과 처방약의 가격 측면 모두에서 그 원인을 찾을 수 있다. 고가 약 선호 현상과 처방 의약품의 종류 수가 많다는 점은 사용량 측면에서, 비합리적인 약가 결정방식은 가격 측면에서 각각 규제의 대상이 되고 있다. 신약에 대한 약가결정방식은 외국 약가 비교방식을 적용하고 있어 연구개발비를 보상한다는 측면에서 비교적 타당한 방식을 적용하

고 있으나, 세부적으로는 많은 문제점들이 지적되고 있다¹⁾. 본고에서는 주요국의 의약품 시장규제에 대한 고찰을 통해 우리나라의 지속 가능한 의약품 정책 수립에 대한 함의를 논의하고자 한다. 특히, 최근 국민건강보험공단에서 주관한 「합리적인 약가정책 방향 모색을 위한 토론회」에 초청된 Elias Mossialos 교수의 강연과 그의 논문을 중심으로 주요국에서 적용하고 있는 의약품 시장규제의 틀을 고찰하고자 한다²⁾.

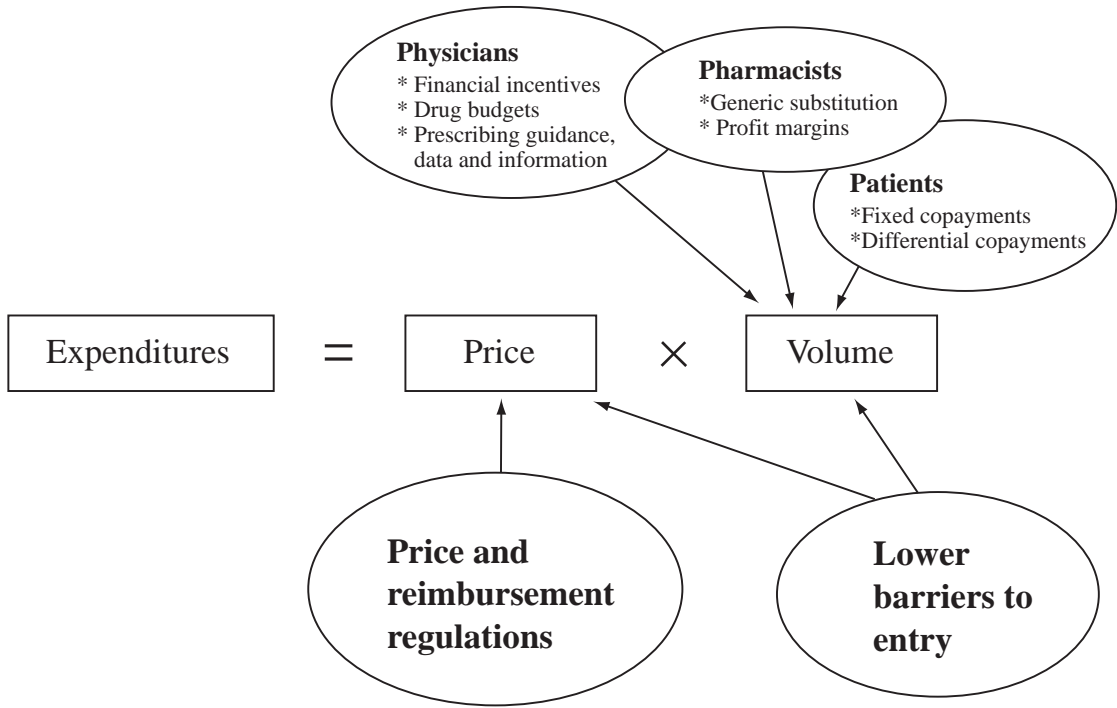
II. 의약품 시장규제에 대한 고찰

총약제비는 처방약의 사용량과 가격의 곱으로 결정되는 함수이다. 약제비 지출 증가를 결정하는 요인으로는 의약품 전환(product mix)의 효과와 신약 및 고가약의 도입, 계량신약(me-too drug)의 증가 등이 있고, 의약품에 대하여 공급자와 수요자간의 정보 비대칭으로 인한 시장실패 또한 중요한 요인이 된다. 약제비 절감을 위한 정책적 개입(intervention)의 대상은 가격측면과 사용량측면으로 나누어 볼 수 있다(그림 1). 가격측면에서는 보험약가 결정과 참조가격제도 등의 보험 상환 가격 결정이 주요한 정책이슈가 되고 있다. 사용량 측면에서는 의사에 대한 처방예산 및 처방정보 제공이, 그리고 약사와 환자에 대해서

1) 첫째, 혁신적 신약과 일반 신약을 구분하는 기준이 명확하지 않다는 점.
둘째, 외국 7개국의 약가 수준과 소득 수준이 우리나라보다 높아 신약의 가치가 고평가될 가능성이 높다는 점.
셋째, 상대비교가의 경우 소수 국가의 상대 가격비율에만 의존하게 되므로 가격비가 불안정할 가능성이 있다는 점.
넷째, 신약의 약가에 약의 사용량이 반영되지 않아 연구개발비를 보상하는 수준 이상으로 약가가 결정될 수 있다는 점.

2) Mossialos, E., Regulation pharmaceutical markets, 외국석학 Elias Mossialos and Reinhard Busse 교수 초청강연회 자료집, 국민건강보험공단, 2006.6
Mossialos, E. Mrazek, M., Walley, T., Regulation pharmaceutical in Europe; striving for efficiency, equity and quality, Open university, 2004, pp.114-129

DEMAND-SIDE REGULATION AND INCENTIVES



SUPPLY-SIDE REGULATION AND INCENTIVES

[그림 1] 의약품 시장에 대한 규제의 틀

는 대체조제와 본인부담 구조가 각각 정책 개입의 대상이 되고 있다. 가격과 사용량을 동시에 고려하여 약제비를 통제하는 규제정책으로 가격-수량 연동규제와 이익규제 등 의약품의 진입장벽을 낮추는 제도들이 시행되고 있다.

1. 사용량에 대한 규제

1) 소비자(환자)에 영향을 주는 정책

소비자에 영향을 주는 정책은 환자본인부담 제도가 핵심적인 항목을 구성한다. 다만, 불필요한 약제비 지출이 환자의 선택에 기인하는가, 아니

면 의사의 부적절한 처방에 기인하는가에 따라서 본인부담 정책의 타당성에 대한 평가는 달라질 것이다.

본인부담 정책의 형태는 가격에 대한 비율이나 정률제 개념으로 부담을 부과하는 방식과 참조가격제도와 같이 급여율을 고정하는 방식 및 가격 차이에 대한 정보를 제공하는 방식 등이 있다. 환자본인부담으로서 가격에 대한 비율의 개념을 도입하고 있는 국가들로는 벨기에, 핀란드, 프랑스, 그리스, 포르투갈, 스웨덴 등이 있고 정률제로서의 본인부담을 적용하는 국가들로는 오스트리아, 이탈리아, 독일, 룩셈부르크, 영국 등이 있다. 참조가격제도는 덴마크, 독일, 네덜란드, 스페인, 스

웨덴 등의 국가에서 시행되고 있다. 가격 차이에 대한 정보를 제공하는 방식에 있어서 약사가 환자에게 브랜드 제품과 제네릭 제품간의 가격 차이를 알려주는 경우도 있고, 의사가 환자에게 가격이 저렴한 대체약물을 알려주는 경우도 있다. 전자의 경우는 덴마크를, 후자의 경우는 스웨덴을 예로 들 수 있다.

환자들의 치료 순응도(adherence) 또한 환자수요에 중요한 영향을 미친다. 2003년 WHO의 보고에 의하면, 선진국에서는 만성질환에 대한 장기치료에 대한 치료 순응도가 50%에 불과했다. 미국의 경우 고혈압 치료에 대해 51%의 순응도를 보였고, 호주의 천식환자들에 대한 투약율은 43%에 그쳤다. 이밖에도 일반의약품에 대한 정의와 급여여부 및 시장규모 및 소비자에 대한 직접광고 등도 환자수요에 중요한 영향을 미친다.

2) 공급자(의사)에 영향을 주는 정책

(1) 처방가이드라인 및 처방정보의 제공
 의약품 처방가이드라인은 재정적 요소를 포함

하고 있는가의 여부와 가이드라인의 형태가 중요시 된다. 처방가이드라인은 기존의 서비스에 대해 비용-효과성을 향상시킬 수 있는 방법을 제시할 수 있다는 장점이 있지만, 처방의사들이 실증적 결과보다 처방습관에 더 크게 좌우된다는 점과 임상결과를 얻는데 신속하지 못하고 순응도가 낮다는 점이 단점으로 지적된다. 처방행태에 대한 모니터링 수단으로는 컴퓨터를 통한 처방시스템 지원과 과다 처방이나 부적절 처방에 대한 별책을 부과하는 방식이 있다.

처방에 대한 지식과 실증 결과들을 배포하는 것 역시 중요한 정책수단 중의 하나이다. 처방된 의약품의 1/3 정도가 의학적으로 타당하지 않았고, 임상시험 결과 비정상적인 결과의 1/3은 의사들에 의해 고려되지 않았다는 사실은 이를 설명해 준다(Brooke et al, 1990). 의료상담 시 처방을 받은 비율도 정책적으로 고려되어야 하는 사항이다. 의료상담 시 처방전 발행 비율을 국가별로 살펴보면, 네덜란드가 62.9%로 가장 낮고 스웨덴과 잉글랜드가 각각 66.0%와 69.9%로 비교적 낮은 수준이다. 반면, 이탈리아와 스페인은 각각

〈표 1〉 의약품 사용에 대한 국제비교(2005)

국가	의료비중 약제비 비중(%)	의료상담시 처방발행 비율(%)
네덜란드	11.8	62.9
벨기에	16.3	83.9
프랑스	20.1	76.7
독일	13.6	70.0
잉글랜드	15.9	69.9
이탈리아	22.6	94.5
스페인	19.0	91.5
스웨덴	12.8	66.0

출처 : Mossialos, E., Regulation pharmaceutical markets, 외국석학 Elias Mossialos and Reinhard Busse 교수 초청 강연회 자료집, 국민건강보험공단, 2006. 6

94.5%와 91.5%로 가장 높은 수준이다(표 1).

(2) 예산제한

이 방식은 부문별로 의약품 처방에 대한 총지출액의 상한을 미리 설정하여 약제비 지출을 통제하는 방식이다. 프랑스는 전체 1차 진료 예산으로서 원외처방에 대한 상한을 설정하고 있다. 이탈리아의 경우 지역 보건의료서비스에 대한 예산상한, 지역과세, 의약품급여목록 및 처방예산을 구성하고 있다. 스페인은 보건센터에서 치료에 대한 전체 예산을 설정하고 있고, 독일과 영국은 직접적인 처방예산을 운영하고 있다. <표 2>는 영국의 기급보유 의사와 그렇지 않은 의사들간의 처방행태를 보여주고 있는데, 예산제한 방식이 처방당 비용과 제네릭의약품 사용 증가의 측면에서 상당한 효과가 있음을 설명하고 있다.

(3) 제네릭 의약품 대체

제네릭 의약품의 대체조제를 활성화하고 비

용-효과적인 의약품 사용을 장려하는 방향으로 약국의 마진구조를 조정한다면 약제비 지출을 줄일 수 있다. 덴마크, 스페인 등은 일반명 처방 의무 여부와 상관없이 대체조제가 가능하고, 프랑스와 이탈리아, 독일, 룩셈부르크, 스웨덴, 영국 등은 일반명 처방제도 하에서 대체조제를 권장하고 있다.

2. 가격 규제

1) 제약산업에 대한 정책

제약산업에 대한 가격 정책에서 중요하게 고려되는 것은 비용-효과성을 기준으로하는 급여체계와 보험약가 결정에 영향을 주는 요소들은 무엇인가 하는 것들이다. 1989년~2000년 동안 미국 FDA에서 승인한 1,035개 신규 의약품 중 실질적으로 임상효과가 개선된 신약은 240개 품목 정도였다³⁾. 이것은 선별급여목록(Positive list) 구

<표 2> 영국 의사들의 처방행태

	Fundholders	Non-Fundholders
Cost per prescribing unit	10~16%	24%
Volume of prescriptions per unit	5~12%	9%
Increased in average cost per item	15~19%	23%
Increase in use of generics	12~13%	5%
Increase in # items per prescribing unit	14~16%	13%
Prescribing expenditure increase (short term studies)	2%	7%
Prescribing expenditure increase (long run - 6 year study)	56~59%	66%

출처 : Mossialos, E., Regulation pharmaceutical markets, 외국석학 Elias Mossialos and Reinhard Busse 교수 초청 강연회 자료집, 국민건강보험공단, 2006.6

3) - 치료효과 개선 없는 기존약과 동일 약품 : 116개
 - 점진적 개선약 558개 중 임상적 개선효과가 있는 약 : 88개
 - 361개의 신물질 중 152개만이 임상적 치료효과가 있음

성이 필요함을 시사하고 있는데, 일반적으로 선별목록의 구성은 임상적 효능·효과, 외국의 가격, 평균가격, 비용-효과성, 예산에 대한 영향, 산업정책, 비용분담으로 인한 편익과의 연관성 등이 고려된다.

의약품의 가격결정은 사회후생 극대화를 목표로 하고 있고, 신기술의 적절한 확산과 제약산업에 대한 적절한 보상 유지를 원칙으로 하고 있다. 다만, 생산비용에 대한 정보부족은 불가피한 문제를 야기한다. 즉, 혁신적 생산 과정에 대한 불확실성은 시장 경쟁력 확보에 성공한 제품들과 실패한 제품들 간의 교차보조를 야기하고, 규제기관이 제약회사의 비용절감 노력을 파악할 수 없기 때문에 가격결정의 결과는 교섭능력(bargaining skill)과 정치경제적 권력에 의존하게 된다.

2) 가격결정과 사후조정에 대한 방법론

(1) 협상을 통한 약가결정과 행정적 가격결정
 약가는 협상을 통해서 결정되기도 하고, 국가당국에 의해 행정적으로 결정되기도 한다. 협상을 통해 약가가 결정되는 국가들로는 오스트리

아, 프랑스, 이탈리아, 포르투갈, 스페인 등이 있다. 협상을 통한 약가결정과 행정적 가격결정은 모두 보험 상환 가격을 직접적으로 결정하는 방식에 해당하고, 영국과 독일을 제외한 모든 유럽 국가들은 특히 의약품에 대해서도 이와 같은 방식으로 직접규제가 이루어진다. 영국과 독일의 경우 신약이 출시될 때는 자유롭게 가격이 결정되지만 이후에는 이익 규제에 의해 간접적으로 약가가 조정된다. 약가규제에 있어 고려대상이 되는 요소들은 규제의 목적이 비용절감을 위해 최소가격을 달성하는 것에 있는지 아니면 산업인센티브와 비용절감 목표의 성과 간에 균형을 맞추는 것에 있는지에 따라 다르게 나타난다. 가격 수준의 적절성에 대해서는 예산상한, 처방행태, 의료이용행태, 제약산업 중요성의 비중 등에 따라서 국가마다 다양한 판단을 내리고 있다.

(2) 국가간 가격비교

제약산업이 총비용에서 연구개발비가 차지하는 비중이 크다는 것은 가격 결정의 문제를 야기한다. 즉, 연구개발 활동의 혜택은 특정 국가에서 가져가는 것이 아니라 모든 국가에서 누리는 것

〈표 3〉 각국의 국가간 가격비교를 통한 약가 결정(2003)

국 가	가격비교
벨 기 에	프랑스, 독일, 룩셈부르크, 네덜란드의 제도가 비교
덴 마 크	그리스, 포르투갈, 스페인, 룩셈부르크를 제외한 유럽 제도가의 평균
핀 란 드	유럽의 도매가 평균
아일랜드	덴마크, 프랑스, 독일, 네덜란드, 영국의 도매가 평균
이탈리아	룩셈부르크와 덴마크를 제외한 유럽 제도가의 가중 평균
네덜란드	벨기에, 프랑스, 독일, 영국의 제도가 평균
포르투갈	프랑스, 이탈리아, 스페인의 제도가 중 최소

출처 : Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T., Regulation pharmaceutical in Europe; striving for efficiency, equity and quality, Open university, 2004

이기 때문에 연구개발비라는 매물비용은 해당 의 약품을 사용하는 모든 국가가 공동으로 부담해야 한다는 논거를 가지고 있다. 따라서 신약에 대해 외국의 약가를 참조하여 자국의 약가를 결정하는 것은 비교적 합리적인 방안이라고 볼 수 있고, 많은 국가들에서 이 방식을 채택하고 있다(표 3).

국가간 가격 비교를 다룬 연구들은 방법론들에 큰 차이가 있고 대부분 완벽하고 명확한 방법론을 제시하지 못하고 있기 때문에 이들의 결과를 비교하는 것은 쉽지 않다⁴⁾. 국가비교방식의 약가 결정은 참조 대상 국가의 가격이 건전한 기초를 가지고 있다는 가정이 불가피하다는 한계를 가지고 있을 뿐만 아니라 참조 대상 국가가 다시 자국의 가격을 참조하는 파생적 순환(circular in derivation)의 현상을 야기하기도 한다. 또한 의약품 개발 국가의 주도적 위치를 남용하게 되면 과도한 가격 형성이라는 부작용을 초래할 수도 있다.

특정 국가의 가격 수준을 참조하여 규제의 틀을 적용하려는 연구들은 몇 가지 흥미로운 결과를 제공한다. 1980년대 후반에서 1990년 초반까지 프랑스와 독일, 스웨덴, 영국에서의 처방약 소비 규제는 약가 상승을 물가상승률보다 낮게 유지하는데 효과적이었다. 하지만, 사용량의 효과 때문에 전체적인 약제비 지출의 증가를 막을 수는 없었다. 강력한 가격 규제를 가진 국가들(프랑스, 이탈리아, 스페인)은 덜 강한 규제를 가진 국가들(독일, 스웨덴, 영국)보다 약가수준이 낮았다는 연구 결과가 있는 반면, 규제가 약한 국가들(영국, 독일)이 경쟁을 통해서 더 낮은 가격수준

을 유지한다는 결과도 있다. 이러한 결과들의 차이는 대상 의약품이 범위(특히, 특허 만료약의 포함 여부)와 대상 기간, 지표를 계산하는 방법 등에 있어서 서로 다른 방법을 적용한 결과였다.

가격 비교가 가격결정 과정의 공정성을 평가하는 기초를 제공하는 하지만 방법론적인 문제를 안고 있고 의약품이 해당시장에서 유용해도 국가마다 해당 의약품의 시장지배력과 제형, 포장규모가 다르다는 사실 때문에 적용이 복잡하다.

(3) 이익규제

영국은 1957년 이후 제약회사가 얻는 이익의 상한을 설정함으로써 NHS에 판매되는 브랜드 의약품의 가격을 간접적으로 규제하는 가격규제 체계(PPRS, Pharmaceutical Price Regulation Scheme)를 운영해 왔다. 가격규제체계의 목적은 NHS에 합리적인 가격의 의약품을 보장하는 것과 혁신적 신약의 개발이 가능한 제약산업 육성과의 균형을 맞추는 것이었다.

영국에서 신약의 가격은 제약회사가 자유롭게 결정한다. 가격규제체계 내에서 최대 허용 마진은 21%인데, 이것은 투입된 자본에 대한 수익에 해당하는 수치로서 주요한 자본 투자가 없는 회사들의 경우에는 판매에 대한 수익에 해당한다. 이익이 한계를 초과하는 경우 회사는 가격을 인하하고 잉여분을 보건부에 반납함으로써 이익을 감소시켜야 한다. 연구개발에 허용된 양은 NHS 총비용의 20%까지이고 회사들은 특허 의약품의 수에 따라서 추가적으로 3%가 허용된다.

4) 방법론에 있어서의 차이가 발생하는 항목들은 다음과 같다.

- 제조가격, 도매가격, 소매가격의 차이
- 가격단위(용량 및 포장단위)
- 비교되는 약물의 범위
- 현재가치로의 환산 단위(환율이나 구매력)
- 의약품의 시장 점유율을 설명하는 기준

이와 같이 영국의 가격규제체계는 안정적이고 예측 가능한 규제 환경을 유지하고 연구개발 비용을 국제 평균 수준 이상으로 유지함으로써 투자를 촉진시킨다는 장점이 있다. 그러나, 가격규제체계의 허용되는 수준에서 가격 인상이 가능하기 때문에 또 다시 비용 증가를 야기할 수 있어 효율성에 대한 인센티브를 제공하지 못할 수도 있다. 게다가 수익의 수준이 자본 투자에 대한 가능한 비율로 계산되기 때문에 제약회사는 자본에 과잉 투자할 것이고 자산을 인위적으로 부풀릴 것이다. 결국, 목표 마진이 협상되고 그 과정이 투명하지 않아 ‘포획(regulatory capture)’의 가능성이 존재한다. 가격규제체계가 NHS에 대해 낮은 약가를 보장했다는 확실한 증거는 없고, 1967에서 1997년 동안 매년 약가 예산이 약 10%씩 증가하였기 때문에 가격규제체계가 약가를 통제하는데 거의 기여하지 못했다는 평가도 있다.

(4) 참조가격제도

참조가격제도는 유사한 의약품에 동일한 그룹으로 묶어 동일한 가격의 참조가격을 설정하여 상환하는 제도로서 참조가격을 초과하는 부분은

환자 본인이 부담한다. 다수의 유럽 국가들은 이 제도가 시장의 투명성을 향상시킴으로써 대체 가능한 약품들 간의 가격 차이를 효과적으로 감소시킬 수 있다는 점에서 제도에 대한 선호도가 높은 편이다.

참조가격제도 대상의약품의 범위, 가격결정수단, 특허의약품의 포함여부에 따라서 국가마다 다양하게 형태를 보인다. 덴마크와 독일, 스페인은 특허 의약품도 포함하지 않는 반면, 네덜란드는 특허 의약품도 포함하고 있다. <표 4>는 국가별로 참조가격군의 설정범위와 참조가격의 형태를 보여주고 있다. 덴마크와 벨기에, 이탈리아, 포르투갈 등은 동일 성분군을 참조가격군으로 하는 국가들인데, 이 중 벨기에를 제외한 나머지 국가들은 제네릭 의약품 중 최저가를 적용하는 통상적인 방식을 적용하는 반면, 벨기에에는 오리지널 의약품의 26% 낮은 가격을 참조가격으로 설정하는 독특한 방식을 적용하고 있다. 독일과 네덜란드 및 스페인은 약물치료효과와 효능을 기준으로 참조가격군을 설정하는 다소 복잡한 구분 방식을 적용하고 있다.

참조가격제도를 시행하는 국가들은 일반적인

<표 4> 국가별 참조가격제도의 형태

국 가	도입연도	형 태
독일	1989	동일 활성물질과 유사한 효능을 지닌 약가들의 중앙값
네덜란드	1991	유사한 약물치료효과를 지닌 약들의 평균가격
덴마크	1996	제네릭 최저가
스페인	2000	제형 범주에서 일당 약제비가 낮은 하위 3가지 약품의 평균가
벨기에	2001	오리지널의약품의 가격보다 26% 낮은 가격
이탈리아	2001	제네릭 최저가
포르투갈	2003	제네릭 최저가

출처 : Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T., Regulation pharmaceutical in Europe; striving for efficiency, equity and quality, Open university, 2004

로 낮은 수준으로 가격이 수렴하는 결과를 보인다. 이 제도가 약제비 지출을 일정 부분 감소시켰지만, 그 효과는 네덜란드와 독일, 이탈리아의 경우 단기적인 효과였다. 이것은 이 제도의 영역 밖에 존재하는 의약품들의 양과 가격이 증가하여 이 제도의 약제비 지출 감소효과를 상쇄했다는 것이 하나의 설명이다. 예를 들면, 독일의 일부의 사들은 소비자와 본인부담에 대해 논의하는데 시간을 낭비하기보다 참조가격제도에 포함되지 않는 처방약을 더 선호한다. 실제로 참조가격제도에 포함되지 않는 약들의 가격은 제도 도입 초기보다 20% 이상 증가하였다.

참조가격제도는 가격경쟁이 가능한 제네릭 의약품에 초점을 두기 때문에 수요측의 비용인식을 어떻게 촉진시킬 것인가가 주요한 관심사가 된다. 노르웨이의 경우 수요측의 인센티브가 없었기 때문에 기대된 약제비 절감효과를 달성하지 못했다. 독일이 참조가격제도를 보완한 것은 참조가격을 보험 상한금액 이하로 이동시키는 것이었다. 왜냐하면 약사들에 대한 약제비 보상의 의약품의 가격에 따라 결정되는 마진을 기준으로 결정되었기 때문에 할인 구매에 대한 인센티브가 없었고 결과적으로 의약품의 시장가격을 감소시키지 못했기 때문이다.

일부 국가들에서 나타난 제도의 한계점에도 불구하고, 참조가격제도는 전반적으로 약제비 절감에 대해 긍정적인 제도로 평가되고 있다. 다만, 다른 규제정책들과 환자의 건강상태, 전체 의료비, 신약의 개발 등이 약제비 절감에 미치는 영향을 통제된 분석과 형평성 이슈에 관한 좀 더 세부적인 연구가 요구되고 있다.

(5) 사후조정

사후조정은 주로 치료효과에 대한 재평가와 실

거래가 수준의 상환가격 설정 등의 기전으로 이루어진다. 치료효과에 대한 재평가는 임상 평가가가 가격결정에도 영향을 준다는 점에서 주목할 만하다. 영국의 경우 NICE(National Institute for Clinical Excellence)가 의약품의 치료효과를 평가하고 나면, 제약회사들과 가격결정기구 간에 개별 협상이 이루어진다. 이 협상은 가격과 치료 효과를 대상으로 하여 치료효과가 인정되는 경우에만 가격이 유지되고, 인정되지 않는 경우에는 가격이 인하된다.

(6) 가격-사용량 연동규제

의약품의 가격규제가 약가를 감소시키기는 하지만 약제비는 지속적으로 증가하는 경우가 흔히 발생한다. 이것은 사용량의 증가와 신약이 급여 목록에 등재됨에 따라서 급여대상 의약품의 구성이 변화하기 때문이다(change in the mix of drug). 실제로 프랑스에서는 1975년 이후 약가규제의 공급측면에 다양한 정책을 사용하여 유럽에서 낮은 수준의 가격을 달성하였으나, 사용량이 통제되지 않아 약제비 지출은 처방건수의 증가와 함께 증가하였다. 이에 대한 적절한 대응 방안으로서 사용량을 고려한 가격규제 정책이 제시되어 오스트리아와 프랑스, 스페인, 스웨덴 등의 일부 국가에서 시행되고 있다. 이 정책은 의약품의 실제 판매량이 예상 판매량을 초과하면 가격을 인하하거나 초과 이익을 정부나 보험에 환수하는 기전을 갖는다. 프랑스는 정부 지출 목표가 초과하는 경우 제약산업 전체 및 개별 기업과 환수에 대한 협상을 실시한다. 벨기에의 경우 계획은 있었으나, 보험자와 제약사간에 혁신적 신약의 분류에 대한 논쟁 때문에 실행되지 못했다.

가격-수량 연동제도가 성공적인지 또는 산업이 선호하는지에 대해서는 아직 가시화되지 않고

있다. 핀란드와 이탈리아는 결국 이 제도를 수용하지 않는 대신 가격결정 시스템에서 의약품 사용자의 규모와 판매 수준에 대한 예측에 제한적으로 이용하였다.

Ⅲ. 요약 및 결어

의약품 정책의 목표는 거시적 차원에서 약제비를 적절히 통제하고, 미시적 차원에서는 효율성과 형평성을 달성하는 것이다. 공중보건의 측면에서는 안전하고 효과가 우수한 의약품 사용의 촉진, 부적절한 처방의 감소, 부작용과 의약품 사용에 대한 감시체계 구축 등이 정책목표가 된다. 이와 같은 의약품 정책의 목표를 달성하기 위하여 각 국가는 자국의 현실에 부합되는 적절한 제도를 마련하고 있다.

의약품 가격결정은 사회 후생의 극대화를 목표로 하고 있으나, 그 목표를 달성하는 데는 상당한 현실적 한계를 갖는다. 의약품의 생산비용에 대한 정보의 불완전성 때문에 가격결정은 제약회사, 보험자, 정부간의 교섭능력(bargaining skill)과 정치·경제적 권력에 의존하게 된다. 이러한 한계를 극복하기 위한 시도로서 급여대상 의약품 선별(Positive list)과 직접적인 가격규제, 국가간 가격비교, 참조가격제도, 이익규제, 가격-수량 연동규제 등 다양한 방법들이 실시되고 있다.

급여대상 의약품 선별의 기준으로는 임상적 효능·효과, 외국의 가격, 비용-효과성, 예산에 대한 영향, 산업정책, 비용분담으로 인한 편익과의 연계성 등이 제시되고 있다. 국가간 가격비교는 국제적 차원에서 연구개발비를 보상한다는 측면에서 비교적 합리적인 방식이라고 할 수 있지만 의약품 개발 국가의 주도적 위치를 남용하게 되

면 과도한 가격 형성이라는 부작용을 야기할 수도 있다. 참조가격제도는 수요측면과 제약산업 측면 모두에 작용하는 정책으로서 제도의 효과는 무엇보다도 의약품의 가격 수준을 성공적으로 인하하는 것이고, 제네릭 의약품의 경쟁유발 효과는 여전히 논의 중이다. 의약품의 가격 규제가 약가를 감소시킨다 해도 약제비는 지속적으로 증가하는 경우가 흔히 발생하는데 이에 대한 대안으로서 사용량을 고려한 가격규제 제도가 일부 국가에서 시행되고 있다. 영국의 경우 치료효과에 대한 재평가를 통하여 가격을 조정함으로써 임상 평가가 가격결정에도 영향을 준다는 점에서 주목할만하다.

이상에서 살펴본 외국의 의약품 시장규제의 사례들은 합리적인 약가정책 방향을 모색하고 있는 한국의 약가정책 전반에 걸쳐 유용한 정보를 제공하고 있다. 지난 5월 초 정부는 『건강보험 약제비 적정화 방안』을 발표한 바 있다. 이 방안은 선별목록의 구성(Positive list)과 가격결정 방식의 개선이 핵심적인 사항으로서 경제성 평가를 통해 비용-효과적인 의약품만을 급여목록으로 선별하고, 선별된 의약품은 국민건강보험공단과 제약회사간의 협상을 통해 약가를 결정한다는 것을 실행 목표로 하고 있다. 이것은 기존의 Negative list 방식에서 Positive list 방식으로의 전환을 의미하고, 기존의 고시를 통한 약가결정에서 협상을 통한 약가결정으로의 전환이라는 획기적인 변화를 의미한다. 무(無)에서 유(有)를 창조해야하는 상황에서 외국의 사례들을 면밀히 검토하여 우리나라 실정에 맞는 제도를 설계한다면 새로운 제도 시행에서 필연적으로 발생하는 시행착오를 최소화할 수 있을 것이다.

참고문헌

- Danzon, Patricia M., Pharmaceutical Price Regulation, The AEI Press, 1997
- Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T., Regulation pharmaceutical in Europe; striving for efficiency, equity and quality, Open university, 2004, pp.114-129
- Mossialos, E., Regulation pharmaceutical markets, 외국석학 Elias Mossialos and Reinhard Busse 교수 초청강연회 자료집, 국민건강보험공단, 2006. 6

경제성 평가와 포지티브 리스트

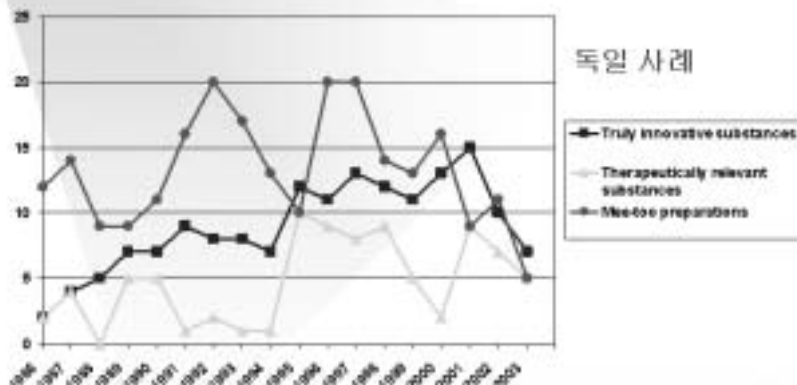
Reinhard Busse

독일 공과대학(Technical University Berlin,
European Observatory on Health System and Policies)



의약품 규제	
선별등재목록 (Positive List)	호주(AU), 오스트리아(AT), 캐나다(CA), 프랑스(FR), 네덜란드(NL), 노르웨이(NO), 뉴질랜드(NZ), 스웨덴(SE), 스위스(CH)
Negative List	오스트리아(AT), 독일(DE), 스웨덴(SE), 영국(UK)
참조가격제	호주(AT), 벨기에(BE), 덴마크(DK), 독일(DE), 프랑스(FR), 뉴질랜드(NZ), 네덜란드(NL), 노르웨이(NO), 스페인(ES), 스웨덴(SE)
가격결정	호주(AU), 벨기에(BE), 캐나다(CA), 덴마크(DM) 핀란드(FI), 그리스(GR), 이탈리아(IT), 룩셈부르크(LU), 네덜란드(NL), 포르투갈(PT), 스페인(ES), 스웨덴(SE), 스위스(CH)
가격협상	오스트리아(AT), 프랑스(FR), 아일랜드(IR), 뉴질랜드(NL)
이익동체	영국(UK)

시판허가 후 평가에 대한 합리적 근거 1: 부가적 이익이 없는 신약이 너무 많음



Source: Schwabe and Paffrath 2004



시판허가 후 평가에 대한 합리적 근거 2: 시판허가는 부가이익을 요구하지 않음

- 안전성
- 의약품의 질
- 효능

⇒ 기존의 치료와 비교하지 않음

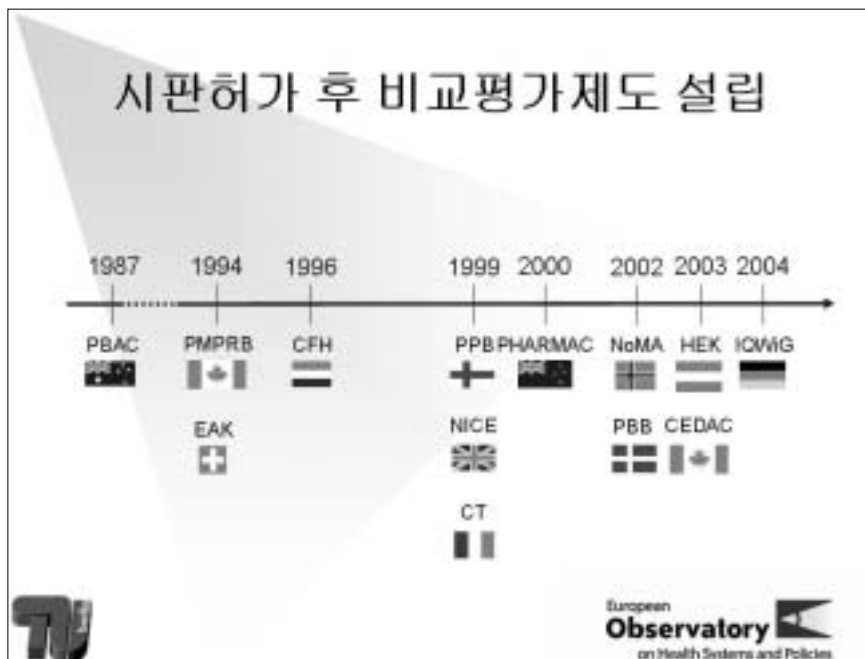


시판 후 의약품에 대한 평가의 주체는?

국가 의약품 평가기관과
자문기구



Austria (AT)	Federates of Austrian Social Insurance Institutions/Drug Evaluation Committee (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger/Heilmittel-Evaluierung-Kommission)
Australia (AU)	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee/Economic Sub-Committee
Belgium (BE)	National Institute for Sickness and Invalidity Insurance/Commission for Reimbursement of Medicines (Institut national de Assurance maladie-invalidité/Commission de remboursement des médicaments)
Canada (CA)	PMPRB - Patient/Medical Prices Review Board/Human and Veterinary Drug Advisory Panels CDR - Canadian Expert Drug Advisory Committee/Consumer Drug Review Directorate at Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
Finland (FI)	Pharmaceuticals Pricing Board (Lääkemedien hintapalkkio)
France (FR)	Economic Committee for Health Products/Transparency Commission (Comité économique des produits de santé/Commission de Transparence)
Germany (DE)	Federal Joint Committee/institute for Quality and Efficiency in Health Care (Gemeinsamer Bundesausschuss/Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität in Gesundheitswesen)
The Netherlands (NL)	Health Care Insurance Board/Committee for Pharmaceutical Aid (College voor zorgverzekering/Commissie Farmaceutische Hulp)
Norway (NO)	Norwegian Medicines Agency (Statens Legemiddelverk)
New Zealand (NZ)	Pharmaceutical Management Agency/Pharmacology and Therapeutic Advisory Committee
Sweden (SE)	Pharmaceutical Benefits Board (Läkemedelsförordningsnämnden)
Switzerland (CH)	Swiss Federal Office of Public Health/Federal Drug Commission (Bundesamt für Gesundheit/Eidgenössische Arzneimittelkommission)
United Kingdom (UK)	National Institute for Clinical Excellence





- ### 평가대상 의약품
- 신규 의약품 전체 (오스트리아, 호주, 네덜란드)
 - 신 물질 의약품 (캐나다 [CDR])
 - 특허의약품 (캐나다 [PMPRB])
 - 신규 외래 의약품 (핀란드)
 - 신규 외래 처방약 (프랑스)
 - 신규 및 “기존” 처방약 (스웨덴)
 - 우선순위에 따른 특정 의약품 (영국)
- European Observatory on Health Systems and Policies

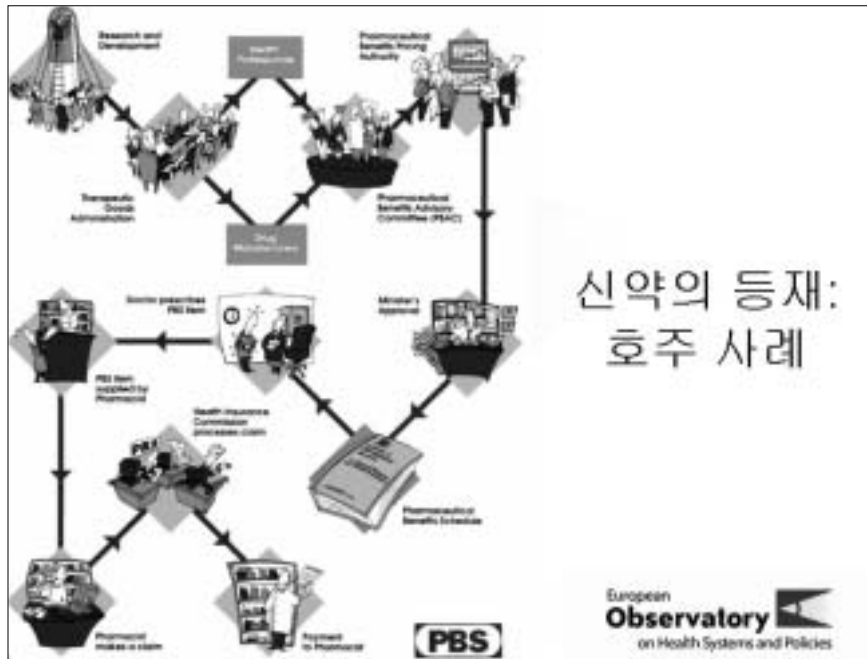


데이터 제공과 분석 주체

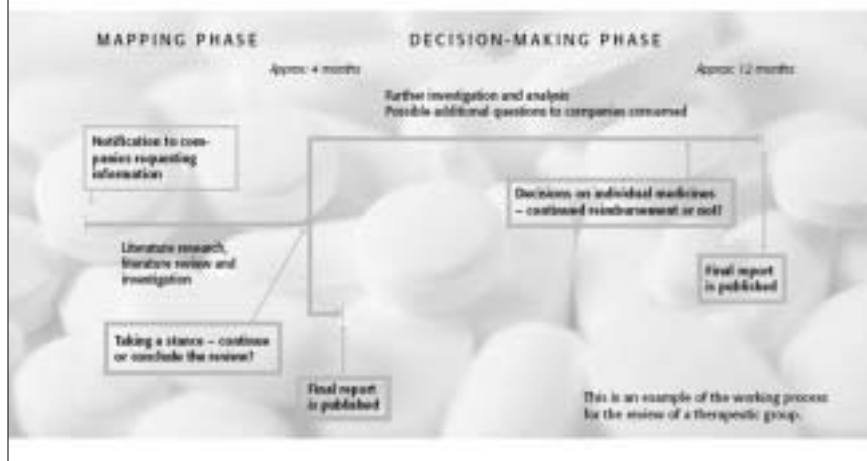
호주, 노르웨이, 네덜란드 : 평가주체는 제약업체가 제공한 자료를 확인 및 평가함. 제약회사는 의약품의 효과와 비용-효과에 대한 종합적인 검색자료와 게재 및 미 게재된 자료를 바탕으로 포괄적으로 정리하여 제출해야 함.

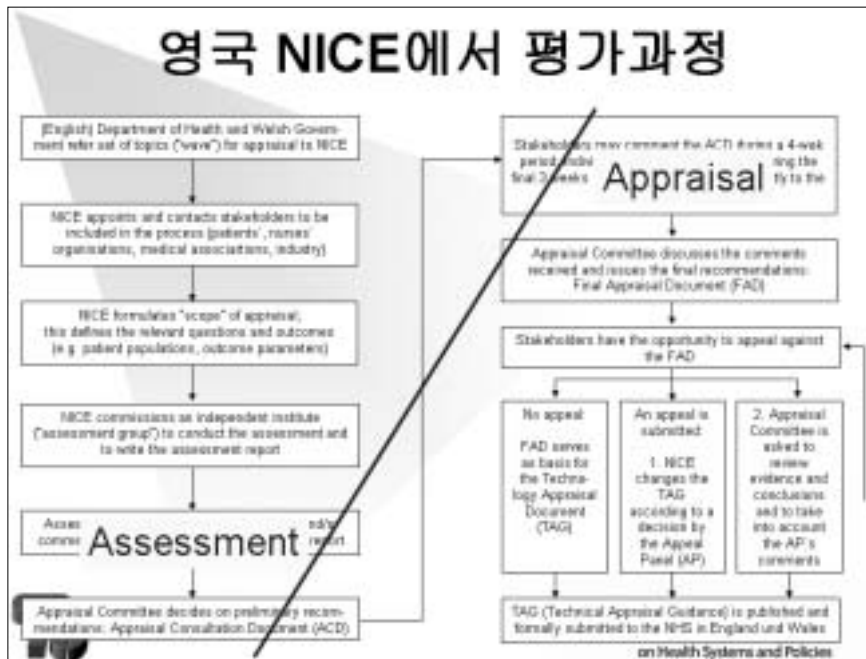
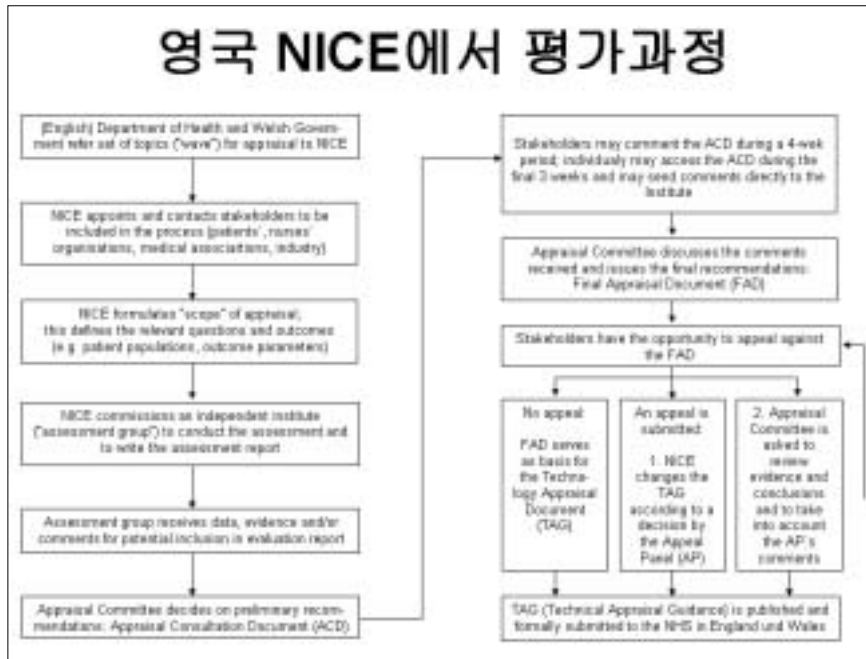
캐나다 (CDR), 뉴질랜드, 스웨덴, 영국 : 평가주체 스스로 임상 및 경제성에 대해 회사가 제공한 연구 및 자료와는 독립적으로 종합적인 검토를 실시함.

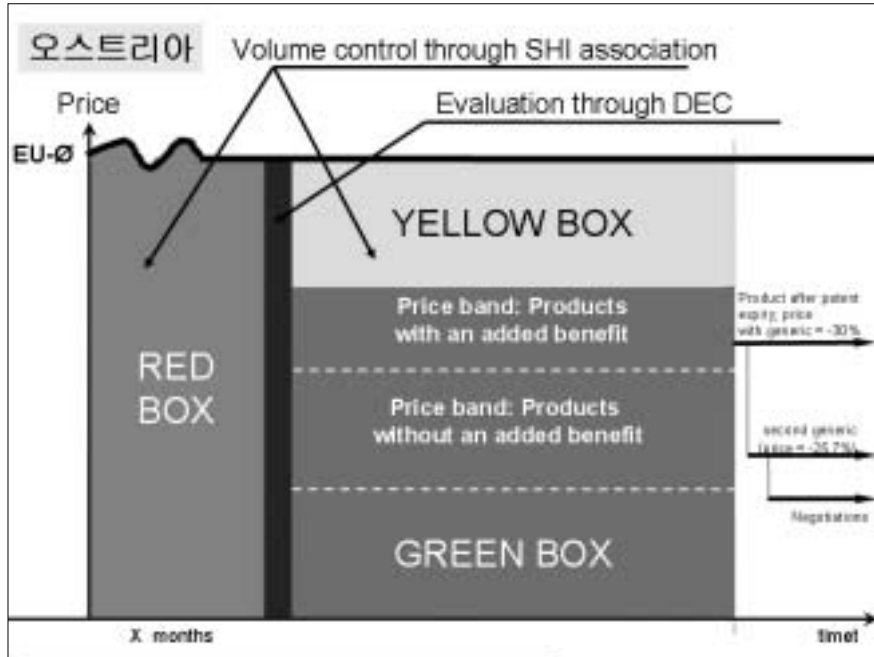
오스트리아, 캐나다 (PMPRB), 스위스, 핀란드, 프랑스 : 평가는 주로 제약회사가 제출한 한정된 수의 임상 또는 경제성 연구에 근거하여 이루어짐. 종합적인 평가가 선호되나 요구사항은 아님.



스웨덴: PBB에서 평가과정







재평가

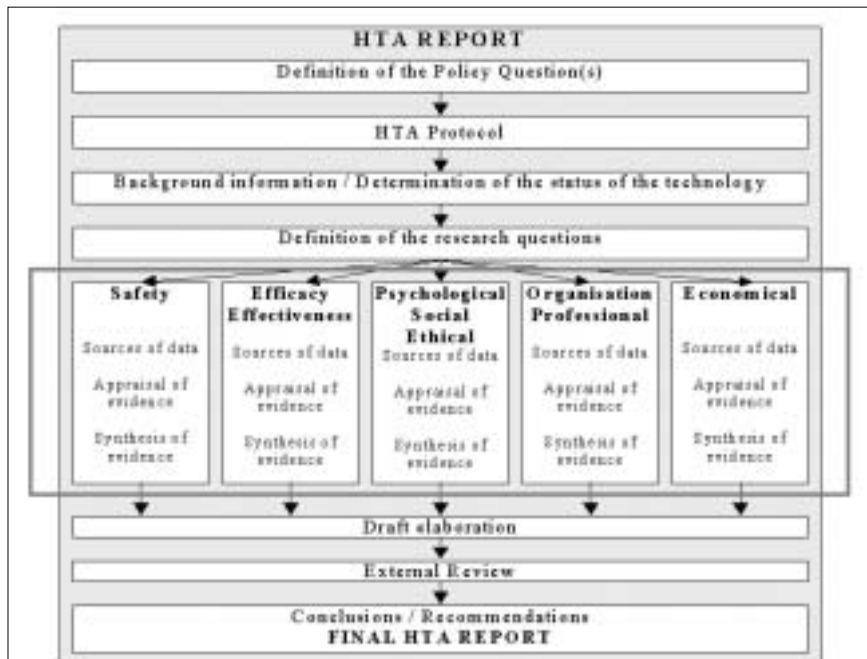
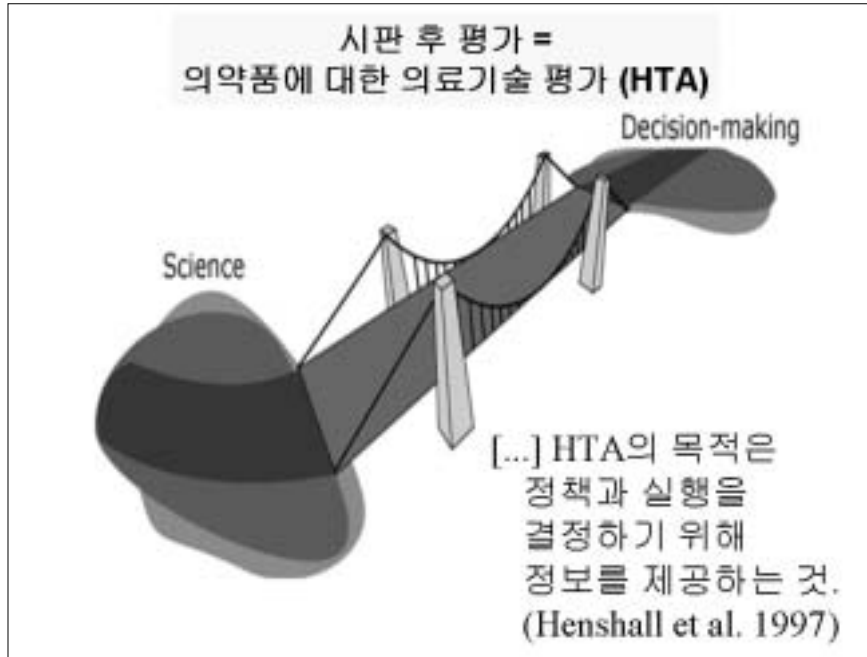
- 고정 또는 임의 간격 (FI, FR, UK)
- 의약품의 새로운 특성 (예 새로운/추가 적응증)
- 새로운/개선된 임상결과/경제성에 대한 증거가 있는 경우 (AT, CH)



의약품 평가 내용

평가 및 결정 범위

구분	A T	A U	B E	C A	C H	D E	F I	F R	N L	N O	N Z	S E	U K
치료학적 이익	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
환자에 대한 이익	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
비용-효과성	X	X	X	X			X		X	X	X	X	X
재정에 대한 영향		X	X	X			X	X	X	X	X		X
약리학적/혁신적 특성	X		X	X			X	X					X
대체 가능한 치료	X	X							X		X	X	X
형평성에 대한 고려				X						X	X	X	X
지역사회의 필요		X										X	
보건학적 영향				X			X						
연구개발(R&D)		X					X						
정부의 우선순위												X	





비교대상 선택

대부분의 국가에서 의약품 비교대상은

- “일반적인 처치”(즉, 가장 많이 처방되는 약 또는 가장 흔한 의약품 외의 치료) 및/또는
- 최선의 치료 (e.g. FI, NO, NZ, UK) 또는
- 최저가의 대체 치료 (e.g. CA, FR, NZ)

대개 허가된 모든 적응증에 대해 평가하나 AU와 FR는 주 적응증만 평가; CA는 허가된 적응증 외 사용(off-label use)에 대해서도 평가.



비교대상 선택은 평가결과에 결정적임! 평가방법에 대한 지침은 일관성(close adherence)을 요구함

연구 디자인

- “head-to-head” 무작위실험이 선호됨(직접적인 비교)
- 대부분 최종 결과 지표(사망률,유병률 및삶의 질의 변화)가 선호됨. “자연적인” 연구와 국가별 특수 상황에서의 연구
- 비용-효용분석이 가장 빈번하게 권장되고 있음(AU, NZ, UK); 4개 국가에서의 결과지표로서 QALYs가 요구되고 있음.



세부적인 방법론

방법론은 다음의 사항들에 따라 달라짐:

하부집단 분석, time horizon, 선호되는 결과지표(임상, 환자 편의, 두 가지의 조합), 지역사회 효과, 자료의 이용 (가장 선호됨), 간접적인 비교(가장 비선호), 삶의 질 측정 도구, 경제적 분석의 관점, 분석에 포함되는 비용, 약제비 산출, 점증적 분석, 할인율 (0%-15%), 모델링 기술의 이용, 민감도분석, 결측치와 신뢰도 낮은 데이터 처리...



재정적 성과

VS

대리변수



Coronary thrombosis (thrombolysis)	Quality-adjusted survival	Number surviving	Number with specified level of left ventricular function	Number achieving coronary reperfusion
Unstable angina (various interventions)	Quality-adjusted survival	Number surviving	Number with myocardial infarction	Number with adequate relief of pain
Stable angina (various interventions)	Quality-adjusted survival	Number with acceptable quality of life	Number who can walk a specified distance	Number with adequate relief of pain
Asthma (various drugs)	Quality-adjusted survival	Number surviving	Number with adequate control of bronchial hyperreactivity	Number achieving a target level of airways function
Depression (various drugs)	Quality-adjusted survival	Number avoiding suicide	Quality of life (may be improved by drugs)	Number achieving a target Hamilton or Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
Hypertension (various drugs)	Quality-adjusted survival	Number avoiding stroke	Quality of life (may be worsened by drugs)	Number achieving a target blood pressure

Source :PBAC



효능 vs 효과

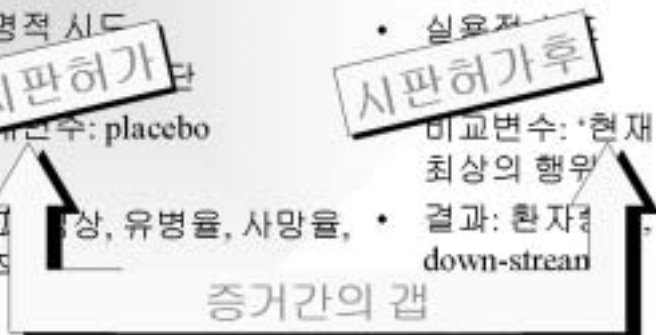
<p>효능</p> <ul style="list-style-type: none"> • 설명적 시도 • 선별된 인구집단 • 매개변수: placebo • 결과: 임상, 유병율, 사망율, 부작용 • 'what it says on the packet' 	<p>효과</p> <ul style="list-style-type: none"> • 실용적 시도 • 소수 제외 • 비교변수: '현재 최상의 행위' • 결과: 환자중심, down-stream resources • 'the real life effect'
---	--






효능 vs 효과

<p>효능</p> <ul style="list-style-type: none"> • 설명적 시도 • 시판하기 전 • 매개변수: placebo • 결과: 임상, 유병율, 사망율, 부작용 • 'what it says on the packet' 	<p>효과</p> <ul style="list-style-type: none"> • 실용적 시도 • 시판하기 후 • 비교변수: '현재 최상의 행위' • 결과: 환자중심, down-stream resources • 'the real life effect'
--	--

증거간의 갭



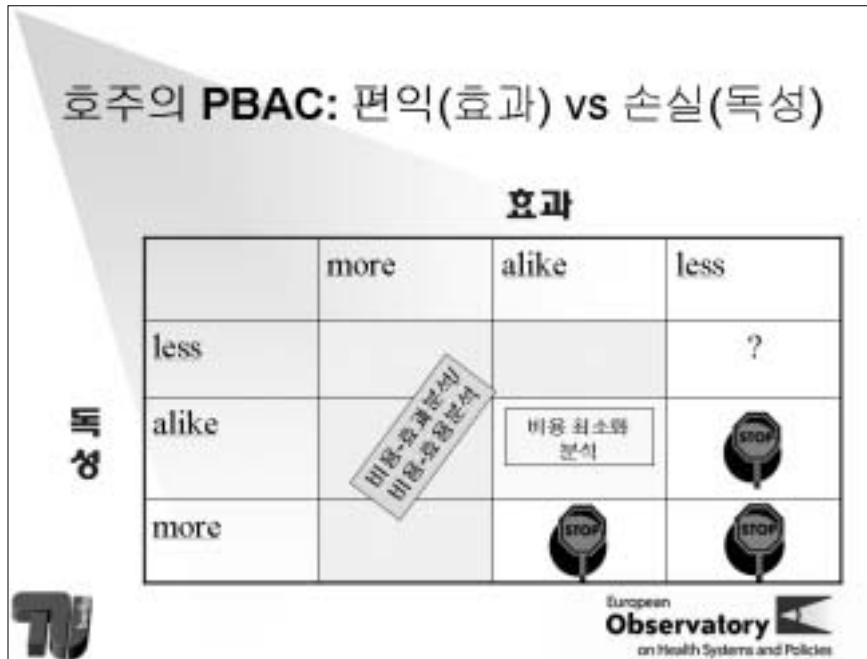
결측치 및 불완전한 데이터에 대한 방법론적 접근

- 다양한 연구 디자인과 전문가 조언
- 간접적인 비교
- 모델링




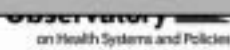
편익의 분류 (또는 편익 vs. 손실)

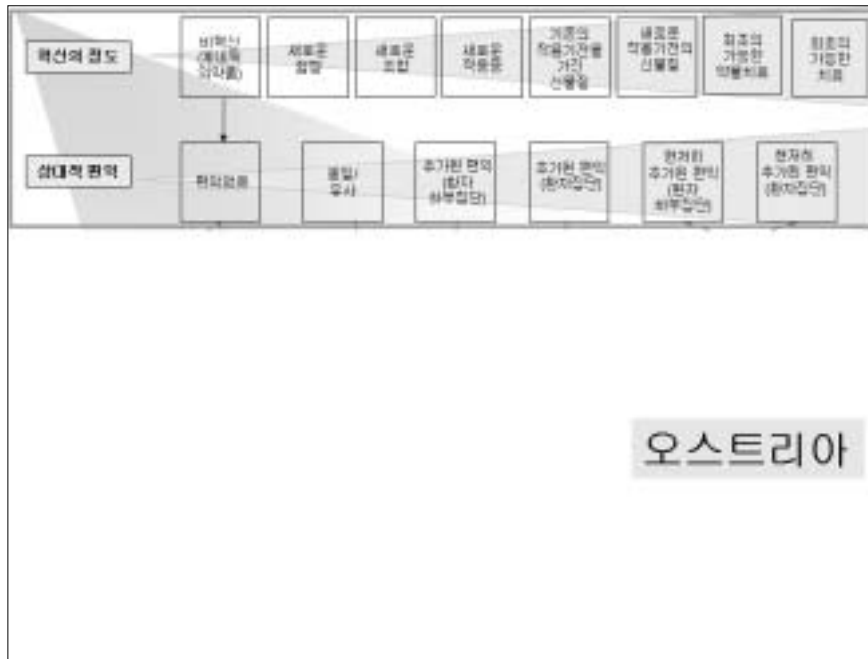




프랑스: ASMR에 따른 가격협상

ASMR I	중요한 치료학적 향상
ASMR II	효능 측면 및 부작용 감소 측면에서의 획기적인 개선
ASMR III	중간 수준의 개선
ASMR IV	약간 개선
ASMR V	개선사항 없지만 치료비용 절감
ASMR VI	개선사항 없음: 선별목록에 포함되지 않음



의사결정: 의약품 이용에 대한 제한

- 특수한 적응증,
- 질병 또는 질환의 유형 및 중증도,
- 인구 특성(연령,성별),
- 치료전략(first/ second line, salvage),
- 치료형태(입원서비스/ 외래서비스/ 전문 서비스),
- 처방자(예. 전문의만: FI, NZ) 또는
- 질병금고를 통한 사전 승인(AT, BE)



의사결정: 의약품 이용에 대한 제한

- 특수한 처지,
- 질병이나 질환의 형태 및 중증도,
- 인구구조(연령,성별),
- 치료전략(first/ second line, salvage),
- 치료형태(입원서비스/ 외래서비스/ 전문 서비스),
- 처방자(예. 전문의만: FI, NZ) 또는
- 질병금고를 통한 사전 승인(AT, BE)



의사결정: 의약품 이용에 대한 제한

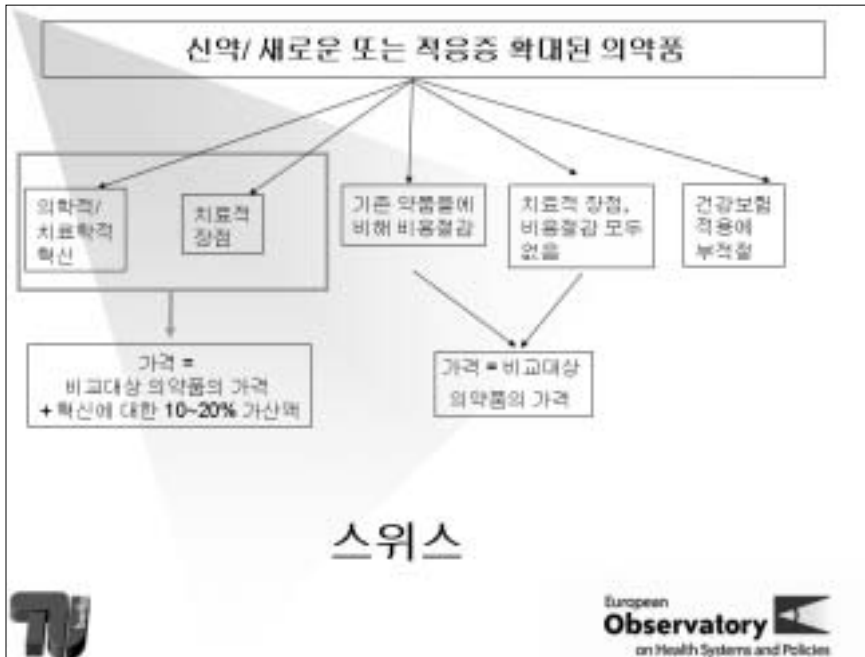
- 특수한 처지
- 질병 C: 하부집단 분석 필요 - 다만, 대부분의 RCTs는 완전한 집단의 통계적 유의성에
- 인구: 대해서만 설명력이 있음
- 치료전략(first/ second line, salvage),
- 치료형태/이외 서비스/이계 서비스/저부 서비스: 제한된 자원을 이익이 가장 많거나 증거수집이 가능한 인구를 대상으로 시도
- 저항자(예. 전문의만, FI, NZ) 또는
- 질병금고를 통한 사전 승인(AT, BE)

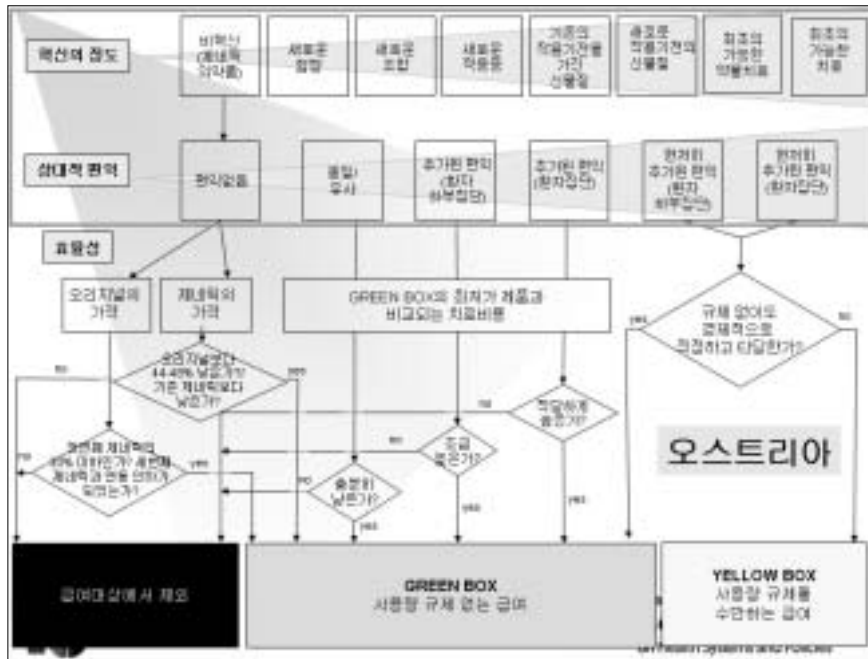


NICE의 권고사항

		모든 의료기술	의약품
		%	%
A	권고	90.4	95.7
	- 모든 적응증	27.4	38.3
	- 특수한 적응증 및/또는 인구	63.0	57.4
B	임상시험 내에서만 권고	6.9	4.3
C	비 권고	2.7	0.0
	계	100	100







결론 I: 기준과 과정

의약품에 대한 시판허가 후 평가는 유용한 정책 도구임
다만, 다음과 같은 전제 하에...

- ... 평가가 체계적이고 증거에 기반한 비교 접근법을 따르고(아직 표준화되어 있지는 않음),
- ... 평가가 독립적으로 수행되고, 의사결정 과정에서 다른 기준들에 의해 보완



결론 II: 방법론적 시도

의약품에 대한 시판허가 후 평가는 유용한 정책 도구임
다만, 다음과 같은 잠재 하에...

- ... 의사결정자는 평가의 방법론적인 장점과 제한점을 숙지하고,
- ... 새로운 증거가 있다면 평가는 다시 시도되어야 함.

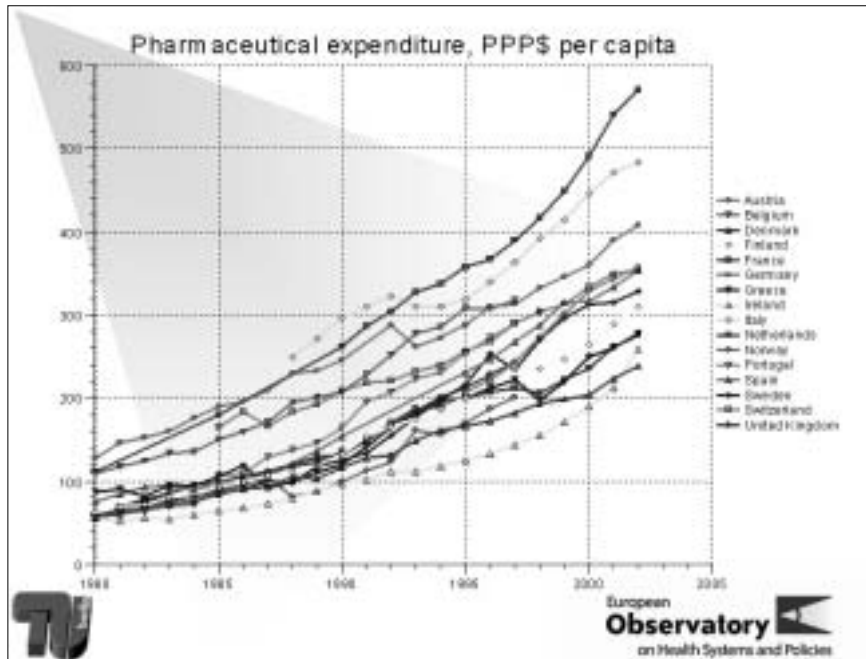


결론 III: 정책적 시도

의약품에 대한 시판허가 후 평가는 유용한 정책 도구임
다만, 다음과 같은 잠재 하에...

- ... 평가가 완전 급여 및/또는 자유가격설정 또는 우위가격설정(premium pricing)의 견지에서 제조사에 대한 보상에 신뢰성 있는 영향을 가지고,
- ... 투명성과 수용성을 높이기 위한 국가간 협력에 대한 가능성이 점차 증가.





의약품 보험급여에 있어서 의약품 평가의 중요성

허 순 임
건강보험연구원

의약품 비용이 의료비를 증가시키는 주된 요인으로 주목받으면서 각국 정부는 의약품 비용통제를 위한 정책수단을 모색하고 있다. 의약품 비용 통제와 관련하여 합리적인 지출 방안이 필요하며, 이런 점에서 의약품 경제성 평가의 중요성이 강조되고 있다. 의약품 경제성 평가는 비용과 성과 두 가지를 고려하여 대체 가능한 치료에 대한 상대적 가치를 평가하므로 합리적인 비용 지출을 위한 근거를 제공할 수 있고, 의약품 가격결정과 보험급여에 활용할 수 있다는 점에서 중요하다.

평가주체, 평가대상, 평가과정, 판단 기준에 있어서 실행방안을 마련하는 것이 필요하며, 평가방법과 관련된 실질적인 문제로 비교대상 선택, 연구디자인, 비용과 결과지표 선정 등을 고려해야 한다.

우리나라는 앞으로 의약품 급여체계가 선별등재목록(Positive list)으로 변화될 예정이기 때문에 경제성 평가의 활용도가 높을 것이다. 합리적인 의약품 비용 지출을 위해서는 의약품이 가지는 상대적인 가치를 판단하여 보험급여와 가격결정에 반영하는 것이 필요하고, 이를 통해 필요한 의약품에 대한 평등한 접근을 보장하고 의약품 급여의 지속성을 유지할 수 있을 것이다.

I. 서론

의료기술의 발전, 특히 신약 개발은 질병을 치료하고 건강을 유지하는데 기여하고 있다. 인구의 고령화에 따른 만성질환의 부담이 커지고 약물치료에 대한 의존도가 높아지면서 의약품 비용이 의료비를 증가시키는 주된 요인으로 주목받고 있다. 각국 정부는 의약품, 비용을 통제하기 위한 여러가지 정책수단을 모색하고 있으며, 의약품의 가격 및 보험급여 결정은 지속적인 정책 논제이다.

의약품 비용통제와 관련하여 우선적으로 던질 수 있는 질문은 의약품 가격이나 상환에 대한 통제가 정당화될 수 있는지는 것이다. 이에 대해서는 의약품 시장이 제대로 작동할 수 없는 이유를 설명하는 것으로 답을 대신할 수 있다. 의약품에 대한 자유시장이 제대로 작동할 수 없는 이유는 첫째 환자가 대체 치료를 선택할 만큼의 지식을 갖고 있지 못하고, 둘째 환자는 의약품 비용의 일부만 지급하므로 가격에 대한 민감도가 낮고, 셋째 의약품 사용을 결정하는 의사는 환자의 대리

인으로 행동하며 구매에 대한 재정부담의 책임을 가지지 않기 때문이다.

이러한 특성 때문에 여러 국가에서는 의약품 비용 통제를 위해 정부 주도의 가격결정과 상환 정책을 실시하고 있으며, 정책의 목표가 단순히 비용절감에만 있는 것이 아니라 시장이 잘 작동하지 않는 영역에서의 효율을 높이기 위한 측면도 포함하는 것을 염두에 둘 필요가 있다.

의약품 비용과 관련된 또 하나의 핵심적인 질문은 비용을 지출하여 얻는 편익이라는 관점에서 비용이 정당화될 수 있는지의 여부이다(Reinhardt, 2001). 즉, 의약품 비용 지출이 합리적이냐에 대한 문제인데, 이는 국민들의 의약품에 대한 접근성을 보장하는 것이 정부의 책임인 상황에서 지속적인 의약품 급여를 정책의 목표로 삼을 경우 매우 중요하다. 이와 같은 맥락에서 의약품의 경제적 가치에 대한 평가는 비용과 성과 두 가지를 고려하여 대체 가능한 치료와 비교함으로써 합리적인 비용 지출을 위한 근거를 제공할 수 있고, 의약품 가격결정과 보험급여에 활용할 수 있다는 점에서 중요하다.

II. 의약품 경제성 평가

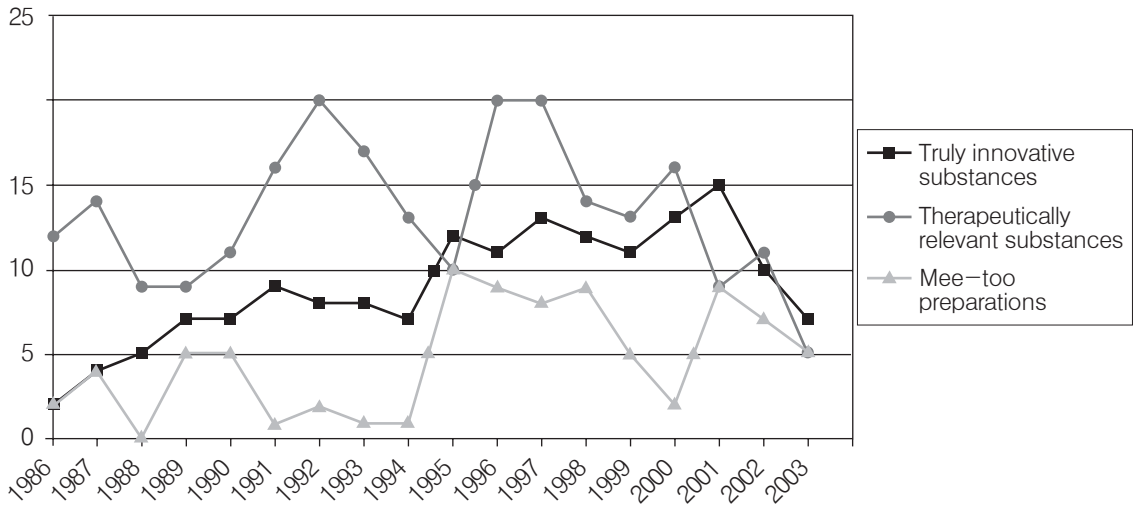
자원이 한정된 상태에서는 선택과 우선순위 결정이 필요하며, 이를 위한 객관적인 판단근거를 제공할 수 있는 경제성 평가의 중요성이 강조되고 있다. 신약의 도입이 늘어나면서, 신약이 기존 약품이나 치료에 비해 얼마만큼의 부가적인 이익을 제공하는지에 대한 평가의 필요성이 제기되고 있다. 대부분의 신약이 고가이므로 대체 가능한 치료와의 비교를 통해 가격만큼의 가치가 있는지 판단할 필요가 있다.

1. 시판허가 후 평가에 대한 필요성

의약품에 대한 시판허가는 약물 자체의 유효성과 안전성에 대한 평가를 중심으로 과학적 측면에서 이루어지고, 다른 의약품이나 치료와의 비교는 이루어지지 않는다. 많은 신약이 비용은 훨씬 높지만 기존 약품에 비해 추가되는 효과는 미미하다는 주장이 제기되면서 (Mason and Freemantle, 1998) 시판허가 후 의약품 평가의 필요성이 확산되고 있다. 최근의 연구에 따르면 (Prescrire International 2003), 지난 22년간 허가된 2,693개의 특허신약 중 0.3%만이 우수한 치료를 나타냈고, 2.7%는 중요한 치료이익을 제공하지만 제한점을 가지는 것으로 나타났다. 7.9%는 다소의 치료가치를 가지지만 기존 치료를 근본적으로 바꾸지는 않았으며, 16.0%는 최소의 부가적 가치를 제공할 뿐이었다. 나머지 신약은 치료학적으로 불필요하며 일부는 장점이 없고 단점을 가지고 있는 것으로 나타났다. 또한, 독일에서 이루어진 연구에서도 혁신적인 약물은 10% 내외에 불과한 것으로 나타나(그림 1) 부가적 이익이 없는 신약이 많다는 것을 알 수 있다.(Busse, 2006)

2. 경제성 평가의 활용

경제성 평가는 비용과 건강에 대한 성과를 함께 고려하며, 비용-효과분석을 통해 신약에 대한 상대적 가치를 평가하여 가격을 결정하거나 보험상환과 연결하는 것으로 많이 활용되고 있다. 경제성 평가의 활용도가 커지는 이유는 기존의 규제방식으로는 약품비 증가를 억제하기 어렵기 때문이다. 의약품 비용을 억제하기 위한 수단으로는 선별등재 급여목록 체계를 실시하여 의약품 사용을 제한할 수 있고, 최근 들어 OECD 국가에



자료: Schwabe and Paffrath, 2004., Richard Busse(2006) 발표자료에서 재인용

[그림 1] 신약의 혁신성에 대한 구분: 독일의 경우

서 의약품의 보험급여 여부를 결정하는 기준으로서 경제성 평가가 빠르게 확산되고 있다(Dickson 등, 2003). 가격결정 부분에서는 경제성 평가 결과가 직접적으로 영향을 미친다기보다 급여 여부 결정과정을 통해 간접적으로 영향을 주는 것으로 보인다(배은영 등, 2005).

3. 평가방법

경제성 평가를 중심으로 시판허가 후 의약품 평가가 이루어지며 평가방법에서 고려할 부분은 평가주체, 평가대상, 평가과정 등이다. 이와 관련하여 각국의 사례를 살펴보는 것은 앞으로 우리나라의 실행방안을 만드는 데 참고가 될 것이다. 각국의 현황에 대해 <표 1>에 요약하였다.

1) 평가주체

주로 국가기관이 주관하고, 그 아래 자문기구

를 두는 경우가 많다. 자문형태의 기구를 운영하는 국가는 오스트리아, 호주, 벨기에, 스위스, 덴마크, 네덜란드, 노르웨이, 영국 등이다. 한편 핀란드, 뉴질랜드, 스웨덴은 규제형 의약품 심사기구를 운영하고, 캐나다와 프랑스는 두 가지 형태가 혼재된 형태이다. 의약품 심사기구의 구성원은 대체로 의사, 보건경제학자, 약사 및 임상약리학자, 역학자, 정부 및/또는 보험자가 공통적으로 포함되고, 호주, 스웨덴, 영국은 소비자를 포함시키고 있으며, 영국은 제약업체도 참여하고 있다.

2) 평가대상

평가대상의 범위도 국가마다 다양하게 운영되고 있다. 오스트리아, 호주, 네덜란드의 예와 같이 모든 신규 의약품을 대상으로 하는 경우가 있고, 캐나다는 신약과 특허의약품을 CDR과 PMPRB에서 각각 분리하여 평가하고 있다.

핀란드는 신규 외래의약품 모두를, 프랑스는

〈표 1〉 각국의 의약품 평가 실시 현황

국 가	기 구	도입시기	평가기구 형태	평가대상
오스트리아	Federation of Austrian Social Insurance Institution/Drug Evaluation Committee	2003	자문형	전체 신규의약품
호주	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	1987	자문형	전체 신규의약품
벨기에	National Institute for Sickness and Invalidity Insurance/Commission for Reimbursement of Medicines	-	자문형	-
캐나다	PMPRB – Patented Medicine Prices Review Board/Human and Veterinary Drug Advisory Panels CDR – Canadian Expert Drug Advisory Committee /Common Drug Review–Directorate at Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment	1994	혼합형	특허의약품(PMPRB)
		2003		신물질 의약품:(CDR)
핀란드	Pharmaceutical Pricing Board	1999	규제형	신규 외래의약품
프랑스	Economic Committee for Health Products/ Transparency Commission	1999	혼합형	신규 외래 처방약
독일	Federal Joint Committee/Institute for Quality and Efficiency in Health Care	2004	-	
네덜란드	Health Care Insurance Board/ Committee for Pharmaceutical Aid	1996	자문형	
노르웨이	Norwegian Medicines Agency	2002	자문형	
뉴질랜드	Pharmaceutical Management Agency/ Pharmacology and Therapeutic Advisory Committee	2000	규제형	
스웨덴	Pharmaceutical Benefits Board	2002	규제형	신규 및 기존 처방약
스위스	Swiss Federal Office of Public Health/ Confederal Drug Commission	1994	자문형	
영국(UK)	National Institute for Clinical Excellence	1999	자문형	우선순위에 따른 특정 의약품

자료: Richard Busse(2006) 발표자료

신규 외래 처방의약품을 평가하고 있으며, 스웨덴은 신규 및 기존 처방약을, 영국은 우선순위 결정에 따라 특정 의약품을 평가하고 있다.

3) 평가 과정

의약품 평가과정에서 중요한 점은 자료제공과

분석의 주체이다. 호주, 노르웨이, 네덜란드 등은 제약회사가 종합적인 자료검색을 하고 게재 및 미게재 자료를 바탕으로 포괄적으로 정리하여 제출하면 평가기관에서 검토하고 있다. 이와 달리 캐나다(CDR), 뉴질랜드, 스웨덴, 영국은 평가기관 스스로 독립적인 종합검토를 실시한다. 오스트리아, 캐나다의 PMPRB, 스위스, 핀란드, 프랑스 등은 제약회사가 제출한 자료 중 한정된 수의 임상 또는 경제성 연구를 검토한다. 이 때 종합적인 평가가 선호되지만 요구사항은 아니다.

4) 평가와 의사결정에 대한 기준

국가마다 판단 근거로 삼는 기준이 다양하지만 공통적으로 치료학적 이익과 환자의 이익은 포함

된다. <표 2>에 각국이 사용하는 기준에 대해 정리하였다.

비용-효과성을 판단 기준에 포함하는 국가가 많지만 스위스, 덴마크, 프랑스 등은 사용하지 않고 있다. 보험재정에 대한 영향, 약리학적 특성과 혁신성, 대체치료의 유용성, 형평성까지 고려하는 경우도 상당히 있으며, 그 밖에 지역사회의 필요, 공중보건에 대한 영향, 연구개발(R&D), 정부의 우선순위 등을 고려하기도 한다. 각 국가별로 보면 치료학적 이익과 환자의 이익만 고려하는 스위스와 덴마크를 제외하고는 한 국가에서 네 가지 이상의 기준을 동시에 적용하고 있다.

3. 경제성 평가와 관련된 고려사항

<표 2> 평가와 의사결정에 사용하는 기준

기준	오스트리아	호주	벨기에	캐나다	스위스	덴마크	핀란드	프랑스	네덜란드	노르웨이	뉴질랜드	스웨덴	영국
치료학적 이익	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
환자 이익	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
비용-효과성	○	○	○	○			○		○	○	○	○	○
재정에 대한 영향		○	○	○			○	○	○	○	○		○
약리학적/혁신적 특성	○		○	○				○	○				○
대체 치료제 유용성	○	○							○		○	○	○
형평성에 대한 고려				○						○	○	○	○
지역사회 필요		○									○		
공중보건에 대한 영향				○				○					
R&D		○					○						
정부 우선순위											○		

자료: Richard Busse(2006) 발표자료

1) 비교대상 선정

의약품에 대한 경제성 평가 시 고려해야 할 가장 중요한 문제는 비교대상 선정이다. 대부분의 국가는 가장 빈번히 처방되는 의약품 또는 우세한 비약물 치료를 비교대상으로 한다. 또한 이용 가능한 최선의 치료나 가장 저렴한 대체치료를 비교대상으로 삼기도 한다. 대부분의 국가에서는 허가된 적응증을 모두 평가하지만, 호주와 프랑스는 주 적응증에 대해서만 평가하고 캐나다도 허가된 적응증 이외의 사용(off-label use)에 대한 평가도 실시한다.

2) 연구디자인

비교약물을 일대일로 직접 비교하는 무작위 시험(head-to-head randomized controlled trials)이 가장 선호된다. 최종 결과지표로는 사망률, 유병률, 삶의 질에 있어서의 변화가 선호되고 있으며, 비용-효용(cost-utility) 분석이 권장되고 있다. 호주, 뉴질랜드, 영국의 경우에는 비용-효용 분석을 요구하고 있고 결과지표로서 질보정수명(QALYs: quality-adjusted life years)을 요구하고 있다.

3) 비용과 결과지표

경제성 평가를 실시함에 있어서 비용과 결과지표에 대한 관점의 선택이 매우 중요하다. 즉, 비용과 관련하여 사회적 관점에서부터 보험자 관점까지 그 범위가 넓은데 어떤 비용이 분석에 포함될 것인지 결정해야 한다. 건강 결과지표로는 QALY를 사용하는 경우가 많은데, 만약 QALY 당 비용이 표준이 될 경우 의사결정자는 QALY

당 비용의 목표 역치(threshold)를 설정할 필요가 있다.

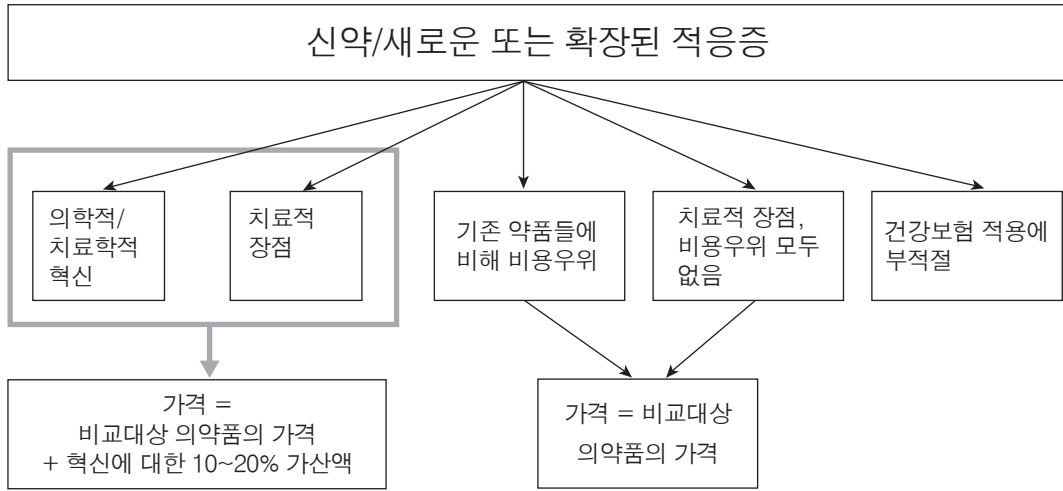
중요한 문제는 비용과 환자의 이익을 기술적으로 조작할 가능성이 있으며, 필요한 정보가 부족할 수 있고, 무엇보다 연구비 지원자로부터 중립적인 입장을 견지하기 어렵다는 점을 들 수 있다 (Freemantle and Maynard, 1994).

4. 가격 및 보험급여 결정과의 연계

경제성 평가는 대체 치료와 비교하여 의약품이 주는 부가적 가치를 결정하므로 의약품 가격과 보험상환 결정에 있어서 중심이 된다. 많은 국가에서 가격과 보험상환결정이 분리되어 있지만 이 두 가지 결정은 개념적으로 연결되어 있다. 그러나 돈에 대한 가치(value-for-money)를 평가하는 경제성 평가가 반드시 가격과 보험 상환을 결정하는 것은 아니며, 이와 관련하여 중요한 점은 이들을 결정하는 데 있어서 적절한 규칙(rule)을 세우는 것이다.

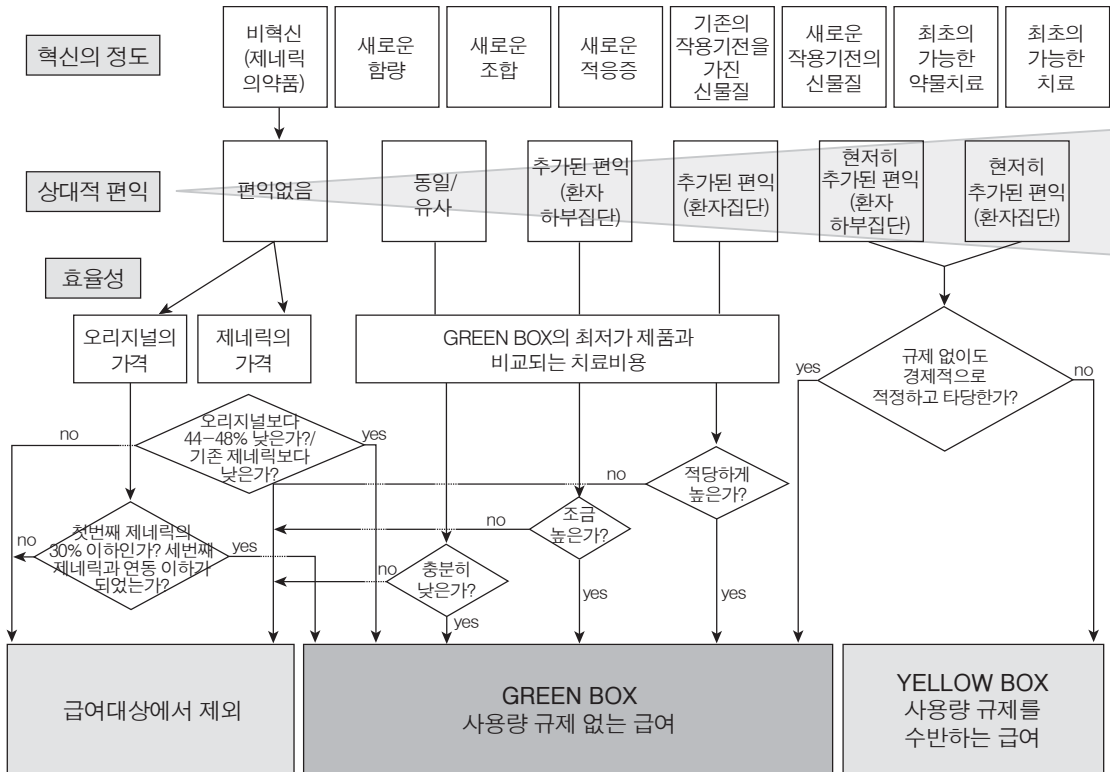
의학적, 치료학적 혁신을 나타내거나 뚜렷한 치료적 장점이 있는 경우에 가격결정과 보험 상환에 반영하는 방식은 다양하다. 스위스와 같이 혁신성에 대해 10-20%의 가산액을 적용하거나(그림 2), 오스트리아의 경우는 혁신의 정도와 규제 필요성을 고려하여 의약품 상환을 분류하기도 한다(그림 3).

의약품 평가가 유용한 정책도구가 되기 위해서는 다음 조건들이 충족되어야 한다(Busse, 2006). 첫째, 증거에 기반한 체계적인 평가가 이루어져야 하며, 평가가 독립적으로 실시되고 의사결정 과정에서 다른 기준으로 보완되어야 한다. 둘째, 정책결정자들이 평가방법의 장점과 제한점을 충분히 인식하고 새로운 증거들이 제시될 때 평가



자료: Richard Busse(2006) 발표자료

【그림 2】의약품의 상대적 우수성을 가격결정에 활용: 스위스



자료: Richard Busse(2006) 발표자료

【그림 3】의약품의 상대적 우수성을 가격 및 급여결정에 활용: 오스트리아

를 반복해서 실시해야 한다. 셋째, 의약품 급여 또는 가격결정을 통해 제약회사에 보상함에 있어서 평가의 영향을 신뢰할 수 있어야 하고, 투명성과 수용성을 높이기 위한 협력이 필요하다.

Ⅲ. 우리나라 의약품 정책에 주는 시사점

의약품의 상대적인 치료 가치가 가격에 반영되고, 의약품이 제공하는 이익과 실제 비용에 대한 정보를 환자와 의사에게 제공하는 것은 합리적인 의약품 비용 지출에 꼭 필요하다(Morgan 등, 2003). 이런 점에서 의약품 경제성 평가의 중요성이 강조되며, 평가를 통해 얻은 결과를 가격결정과 보험 급여에 활용하는 것은 앞으로의 정책과제이다.

우리나라는 앞으로 의약품 급여체계가 선별등재목록(Positive list)으로 변화될 예정이기 때문에 급여와 가격을 결정하는데 있어서 경제성 평가의 활용도가 높을 것이다. 이와 관련된 방법론적인 문제들에 대해 일관성 있는 원칙을 정립하는 노력을 기울여야 한다. 또한 국민건강 향상이라는 궁극적인 목표 하에 의약품 정책의 목표를 설정하는 것이 필요하다. 건강보험의 취지에 견주어 보면, 필요한 의약품에 대한 평등한 접근을 보장하고 의약품 급여의 지속성을 유지하는 것이 의약품 정책 목표가 될 수 있을 것이고, 이는 합리적인 의약품 비용 지출을 통해 실현될 수 있을 것이다.

참고문헌

배은영, 김정희, 최상은. 의약품 보험급여제도에

서 경제성 평가자료의 활용방안 및 평가 지침 개발. 2005, 건강보험심사평가원.

Dickson, M., Hurst, J. and Jacobzone, S. Survey of Pharmaceutical Assessment Activity in Eleven Countries. 2003, Paris: OECD
 Freemantle, N. and Maynard, A. Something rotten in the state of clinical and economic evaluations? Health Economics 1994; 3(2):63-7.

Mason, J. and Freemantle, N. The dilemma of new drugs: are costs rising faster than effectiveness? Pharmacoeconomics 1998;13:653-7.

Morgan SG, Barer ML, Agnew JD. Whither Seniors' Pharmacare: Lessons from(and for) Canada. Health Affairs 2003;22(3): 49-59.

Prescrire International. A review of new drugs and indications in 2002: financial speculation or better patient care? Prescrire International 2003;12: 74-7.

Busse, R. Positive lists and similar regulations: evaluating the (comparative) benefit of pharmaceuticals. 2006, 약가관리 정책에 대한 토론회 발표자료, 국민건강보험공단.

Uwe E. Reinhardt. Perspectives on the Pharmaceutical Industry. Health Affairs. 2001;20(5):136-149

의료급여제도의 문제점과 발전방안

유 원 섭
을지의과대학교

의료급여제도는 빈곤층의 의료를 보장하는데 많은 기여를 하고 있으며, 수급권자 규모 및 급여확대가 지속적으로 이루어지고 있다. 그러나 빈곤층 규모에 비해 미흡한 수급권자 수, 소액 진료비가 발생하는 경우에 비해 고액 진료비가 발생할수록 불리한 급여범위 및 본인일부부담제도, 적절한 재정확보 기전의 불완전성 및 자치단체간 재원부담의 불형평성, 건강보험에 비해 낮은 수가와 수급권자의 경제적 부담능력의 취약성으로 인한 의료이용 접근성에 있어서의 각종 차별 등은 의료급여제도의 지속적인 문제점으로 지적되고 있다. 이러한 문제점을 개선하기 위해서는 수급권자 선정기준의 완화와 급여범위 확대 등을 통한 보장성 강화, 수가제도의 합리적 개선, 안정적 재정운영을 위한 예비비 적립, 수급권자의 합리적인 의료이용 및 공급자의 적정 의료서비스 제공을 유도할 수 있는 제도적 장치, 의료서비스의 질을 모니터링하기 위한 조사와 연구 등이 필요하다. 또한 의료보장제도라는 큰 틀에서 볼 때, 빈곤층의 절대다수가 속한 건강보험의 보장성 강화 또한 내실있는 의료급여제도의 발전에 기여할 수 있는 요인이라고 할 수 있다.

주제어 : 의료급여, 의료보장, 보장성, 차별

I. 서론

의료급여제도는 빈곤층 중 일정 기준에 해당하는 이들에게 의료를 보장하는 공적부조제도로 국민건강보험(이하 건강보험)과 아울러 우리나라 의료보장제도의 주축을 이루고 있는 제도이다. 2000년 10월 생활보호법이 국민기초생활보장법으로 개정됨에 따라 의료보호법 또한 2001년 10

월에 의료급여법으로 개정되었으며, 과거 시혜적인 성격에서 벗어나 ‘수급권’이라는 권리적 개념을 도입하였다. 현재의 의료급여제도가 과거에 비해 관리운영과 보장성 측면에서 많은 개선이 이루어져왔지만¹⁾, 수급권자 선정, 보장성, 수가 및 진료비 지불방법, 관리운영, 재정운용 등의 측면에서 개선이 필요하다고 지적되고 있다(신영석 2005; 남기동 2004; 이준영 2002).

1) 예를 들어, 의료보호 2종의 입원시 본인부담율은 의료보호제도 시행 초기 70%로 현재의 15%에 비해 크게 높은 수준이었음.

의료급여제도의 가장 큰 특징 중 하나는 제도의 주요 내용들이 다른 제도에 의해 결정된다는 점이다. 예를 들어 수급권자의 규모를 결정하는 의료급여 수급권자 선정기준의 경우, 의료급여가 국민기초생활보장법에 의한 7가지 급여²⁾ 중 하나이기 때문에 국민기초생활보장 제도에 의한 의료급여 수급권자(사회복지시설 수급권자 포함)가 전체 의료급여 수급권자의 대부분(2004년 말 현재 전체 수급권자의 93.2%를 차지)을 차지한다. 또한 의료급여의 적용기준 및 방법³⁾, 급여범위⁴⁾, 수가⁵⁾에 관한 주된 내용은 국민건강보험 관련 법령에서 규정하고 있는 내용을 적용하고 있다. 이와 같이 의료급여제도 전반에 영향을 미치는 내용들 중 대부분이 타 제도에 의해 결정되기 때문에 의료급여제도의 문제점으로 지적되는 상당부분은 의료급여제도 고유의 문제라고 하기가 어렵다. 따라서 의료급여제도의 문제점을 개선한다는 것은 의료급여제도 이외 관련된 제도의 변화를 의미할 수 있다.

의료급여제도의 문제점은 이해당사자의 관점에 따라 차이가 있을 수 있다. 수급권자의 관점에서 우선순위가 높은 문제는 수급권자 규모와 보장성이라고 할 수 있으며, 의료서비스 공급자의 관점에서는 수가와 진료비 지불, 중앙정부 및 지방자치단체의 관점에서는 재정과 관련된 문제라고 할 수 있다. 최근 정부는 의료급여 진료비의 급격한 증가로 인해 재정안정화 및 효율적인 관리를 위한 대책을⁶⁾ 수립하였다. 그러나 의료급여 진료비의 높은 증가추세는 이전부터 지속되고 있

었던 것으로, 특히 2005년도 의료급여 진료비의 급격한 증가는 수급권자 확대와 본인부담을 인하 등 보장성 강화에 기인한 것이다(건강보험심사평가원 2006). 따라서 최근 정부가 발표한 대책은 2005년도 의료급여 진료비 증가에 대한 대책이라기보다는 과거부터 의료급여제도의 문제점으로 지적되었던 불필요한 진료비 발생을 억제 또는 방지함으로써 재정 효율성을 높이는데 초점을 둔 대책이라고 할 수 있다.

이 글에서는 의료급여제도의 문제점과 발전방안을 모색하기 위해 보장성과 재정안정화 관점에서 의료급여제도와 관련 제도의 문제점을 고찰하고 개선방안을 제안하고자 한다.

II. 의료급여제도의 현황 및 문제점

1. 수급권자

1) 수급권자 규모와 선정기준

수급권자, 비수급빈곤층 및 차상위 계층 이하 빈곤위험계층의 규모는 전체 인구의 약 10%~15%로 추정되지만(박순일 2005; 이현주 2005), 2005년 말 현재 의료급여 수급권자 수는 176만 2천명으로 전체 인구의 3.6%에 해당한다. 따라서 차상위계층 이하 빈곤인구의 약 1/5 ~ 1/3에게만 의료급여 수급권이 주어지고 있다.

2) 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여 : 국민기초생활보장법 제7조(급여의 종류)

3) 방법 의료급여법 시행규칙 제6조(의료급여의 적용기준 및 방법)

4) 의료급여법 시행규칙 제8조(의료급여의 범위 등)

5) 의료급여수가의기준및일반기준 제1조(급여비용 산정)

6) 보건복지부 사회정책본부 기초의료보장팀. 의료급여 제도혁신 추진계획(안). 2006. 4

이와 같이 빈곤인구 규모에 비해 의료급여 수급권자 수가 적은 근본적인 이유는 소득 및 재산을 모두 고려한 소득인정액이 최저생계비 이하에 해당하더라도 부양의무자 기준을 충족하지 못하거나, 차상위계층 중 일정 기준(12세 미만 아동 및 국내 입양 18세 미만 아동, 희귀난치성질환자 및 만성질환자⁷⁾)에 해당하지 않는 경우에는 의료급여 수급권자에서 배제되기 때문이다.

의료비의 경우 최저생계비와 달리 이환된 건강 문제에 따라 발생하는 진료비 규모의 편차가 크기 때문에 모든 수급자에게 일률적으로 평균적인 기준을 적용할 수 없을 뿐만 아니라 개개인별 미래에 발생할 진료비 규모와 그에 따른 진료비 부담을 예측하기 어렵다. 예를 들어 차상위계층 중 의료급여 특례를 인정받는 이들 외에도 급성질환 또는 부상으로 인해 고액의 진료비 부담이 발생하는 경우가 존재하기 때문에 수급권자 선정에 있어서 국민기초생활보장 수급권자를 주된 대상으로 적용하는 현재의 의료급여제도 하에서는 의료급여가 필요한 많은 이들이 제도적으로 배제될 수밖에 없다.

2) 종별 구분

의료급여 수급권자들은 종별(1종, 2종)에 관계 없이 최저생계비 이하에 해당하는 이들임에도 불구하고, 단지 근로능력이 있다는 이유만으로 2종으로 분류되어 본인일부부담금이 면제되는 1종과 달리 본인일부부담제도(입원의 경우 총진료비의 15%, 외래의 경우 무료~1,500원)를 적용받고 있다(표 1). 현행 최저생계비 산출방식은 의료유

험 발생 시 의료급여 제도가 위험을 완전히 해소해 줄 수 있다는 가정 하에 산출되며(신영석 2005), 근로소득만큼 생계급여를 차감지급하기 때문에 근로여부에 따라 수급권자의 의료비 부담능력이 증가하지 않는다. 따라서 의료급여 2종 수급권자는 진료비 규모에 비례하여 증가하는 정율제 방식의 본인일부부담금을 부담하여야 하기 때문에, 특히 고액의 진료비가 발생하는 의료서비스를 이용하기 어렵거나 과도한 본인부담으로 인해 빈곤수준이 더욱 악화될 수밖에 없다.

2. 보장성

1) 본인부담

의료급여의 급여범위는 건강보험을 기준으로 하기 때문에 본인일부부담금 이외에 건강보험과 마찬가지로 상당규모의 비급여 의료서비스로 인한 본인부담금이 발생한다. 서울의 한 대학병원의 입원서비스를 이용한 의료급여 수급권자의 비급여를 포함한 총진료비 중 본인부담율의 평균치는 1종의 경우 34.4%, 2종의 경우 46.2%였으며(건강연대 2001), 경기도 소재 지방공사의료원 2개소를 이용한 의료급여 수급권자의 본인부담율은 1종의 경우 외래 7.5~15%, 입원 5~8.4%, 2종의 경우 외래 30.9~52.5%, 입원 25.0~39.9%(김창엽 2003), 27개 공공의료기관의 입원서비스를 이용한 의료급여 수급권자의 본인부담율 평균치는 1종의 경우 15.5%(법정 본인일부부담금 0.9%), 2종 27.6%(법정 본인일부부담금 13.4%)로 건강보험 적용자의 본인부담율 34.8%(법정

7) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환(2006년 107개 질환) 이외에 6월 이상 치료를 받고 있거나 6월 이상 치료를 요하는 자

<표 1> 의료급여의 본인일부부담금

구 분		본 인 부 담 금
1 종		<ul style="list-style-type: none"> ○ 기금부담 급여비용범위내 본인부담 없음 ○ 단, 입원식대비용 1식 680원 부담(단, 정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외)
2 종	없 음	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 ○ 1차의료급여기관에서의 외래 진료(의료법에 시·군·구청장에게 개설 신고된 의료기관, 보건의료원)
	1,000원	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2차의료급여기관에서 보건복지부 고시 만성질환자에 대해 그 질환에 대한 외래진료 <ul style="list-style-type: none"> * 복지부 고시 만성질환자(의료급여수가의기준및일반기준제17조) 1. 만성신부전증 환자가 인공신장투석 또는 계속적 복막관류술 실시 당일 외래진료, 복막관류액 수령 당일 외래진료 2. 혈우병 환자가 항응고인자?동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 3. 대사장애 환자가 해당 상병으로 의료급여를 받은 당일 외래진료 4. 암 환자가 해당 상병으로 치료를 받은 당일의 외래진료 5. 근육병환자가 그 상병으로 자율신경제 또는 면역억제제 투여를 받은 당일의 외래진료 6. 장기(신장, 간장, 심장, 췌장)이식환자가 조직이식거부반응 억제제(간이식환자의 경우에는 간염예방 치료제 포함)를 투여 받은 당일의 외래진료
	1,500원	○ 약사법제21조제5항에 따라 1차 의료 급여기관 및 2차 의료 급여기관에서 직접 조제한 경우, 처방전을 교부하지 아니하고 진료하는 경우
	15%	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1차의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우에 소요되는 급여비용으로서 전산화단층(CT) 등 보건복지부장관이 정하는 진료에 대한 급여비용 ○ 2차, 3차 의료급여기관 외래진료 ※ 암 등 중증질환자 본인부담금은 10% 적용(2005.9.1부터)
	입 원	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1차, 2차, 3차 의료급여기관의 입원 진료 <ul style="list-style-type: none"> - 단, 입원식대비용 1식 680원 부담(단, 정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외) - 암 등 등록된 중증질환자 본인부담금은 10% - 자연분만 및 6세미만 아동의 입원진료는 전액 무료
	약 국	<ul style="list-style-type: none"> 500원 ○ 의료기관 및 보건의료원이 교부한 처방전에 의해 의약품을 조제하는 경우 900원 ○ 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제 하는 경우

* 자료: 보건복지부, 의료급여사업안내, 2006

본인일부부담금 13.92%)에 비하면 낮은 수준이 었지만(신영석 등 2005), 수급권자의 부담능력을 고려하면 매우 높은 수준이다.

본인일부부담금이 면제되거나 건강보험에 비해 상대적으로 낮은 의료급여에서 높은 본인부담율이 발생하는 이유는 건강보험의 급여범위가 미흡함에도 불구하고⁸⁾ 이를 의료급여의 급여범위 기준으로 적용하고 있어 비급여 부담금이 진료비 규모에 비례하여 발생하기 때문이다. 일반적으로 고액의 진료비 발생하는 입원서비스의 경우 정율제 방식의 본인일부부담제를 적용하고 있기 때문에 고액의 진료비가 발생할수록 그에 비례하여 본인부담금의 절대금액이 증가하기 때문이다.

이러한 과도한 본인부담 수준은 의료급여 수급권자의 경제수준을 악화시키는 요인이기도 하지만, 과도한 본인부담을 우려한 환자가 치료를 기피 또는 포기하거나, 의료공급자로 하여금 적절한 치료를 제공하지 못하는 요인이 될 수 있다. 실제 김창엽 등(2003)이 의료보장 형태에 따른 뇌혈관질환자의 사망률을 비교한 결과 의료급여 뇌혈관질환자의 성연령 보정 사망위험이 건강보험 뇌혈관질환자의 2.43배(95% 신뢰구간 2.10~2.82)에 달하여 의료이용의 차이가 사망위험에 영향을 주었을 가능성을 시사하고 있다.

반면 과도한 본인부담금으로 인한 부담을 경감시켜주기 위해 본인부담보상금제(30일 기준 급

여대상 진료비 중 본인일부부담금 20만원 이상 발생할 경우 20만원 초과금액의 50%를 보상)와 본인부담상한제(180일 기준 급여대상 진료비 중 본인일부부담금이 120만원을 초과할 경우 120만원 초과금액을 보상)를 시행하고 있지만, 본인일부부담금에 비례하여 비급여 본인부담금이 발생하는 현재의 급여범위 하에서는 제도의 실효성이 거의 없다.

2) 급여

(1) 건강검진

현행 의료급여법⁹⁾은 의료급여 수급권자에 대한 건강검진을 기초자치단체장의 재량에 따라 실시할 수 있도록 규정하고 있어, 건강보험¹⁰⁾ 과 달리 건강검진을 의무로 규정하고 있지 않을 뿐만 아니라 건강검진 결과에 따른 사후관리가 이루어지고 있지 못하다. 2004년 30세 이상 의료급여 수급권자 1,014,835명을 대상으로 2년 주기로(매년 704,116명이 건강검진 대상) 건강검진을 실시하되, 건강검진 수검율을 2004년 건강보험 지역가입자 및 세대원의 수검율(1차 수검율 24%, 2차 수검율 37%)과 건강검진 건당 평균 비용¹¹⁾을 적용하여 추산한 건강검진 소요비용은 약 91억원으로 이는 2004년 의료급여기관부담금의 0.42%에 해당한다.

8) 건강보험 적용자의 경우 비급여를 포함한 총진료비 중 본인부담금(법정보인일부부담금 + 비급여 부담금)이 차지하는 비율은 약 40%로 추정하고 있으며, 건강보험 보장성 강화를 통해 2008년까지 환자부담율을 30% 이하로 낮출 계획을 가지고 있음(보건복지부 보도자료 2005. 1. 26)

9) 의료급여법 제14조 (건강검진) ①시장·군수·구청장은 이 법에 의한 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료급여를 하기 위하여 건강검진을 할 수 있다.

10) 국민건강보험법 제47조 (건강검진) ①공단은 가입자 및 피부양자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다.

11) 2004년 건강보험 건강검진 건수는 6,862,734건, 검진비용은 약 1,880억원으로 검진 1건당 약 2만7천 원이 소요되었다.

(2) 장제비

현행 국민기초생활보장제도는 의료급여와 별도로 장제비를 급여항목으로 설정하고 있어 건강보험과 달리 의료급여제도의 급여항목에서는 장제비에 관한 규정이 없다. 따라서 국민기초생활보장 수급권자가 아닌 의료급여 수급권자(의료급여 특례 수급권자)는 장제비를 보장받지 못하는 차별을 경험하고 있다.

(3) 진료일수

건강보험 요양급여일수 상한제도가 2006년 1월 16일부터 폐지된 것과 달리 의료급여의 경우에는 365일을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 경우에는 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 기초자치단체장이 승인을 얻도록 하고 있어 의료이용의 접근성을 제한하고 있다. 진료일수의 상한을 두는 이유는 수급권자의 과도한

의료이용을 방지하기 위함이지만, 동시에 의료이용이 필요한 이들의 접근성을 저해할 가능성이 있다. 뿐만 아니라 의료이용은 수급권자의 욕구와 공급자의 서비스 제공이 동시에 발생함으로써 이루어진다는 점에서 진료일수 상한제도는 수급권자에게만 그 책임을 전가하는 제도적 차별이라고 할 수 있다.

3. 수가 및 진료비 지불방법

1) 수가

의료급여의 수가제도는 행위별수가제를 근간으로 만성신부전증환자의 외래 혈액투석 및 정신질환자의 입원 및 외래 진료에 대해서는 정액수가제를 적용하고 있다. 각각의 수가제도에 대한 문제점은 다음과 같다.

<표 2> 의료급여와 건강보험 종별 가산율 비교

의료급여(A)	건강보험(B)	A/B(%)
제3차 의료급여기관으로 지정된 종합병원 및 제3차 의료급여기관으로 지정된 종합병원과 동일 구내에 설치된 치과대학부속치과병원 22%	종합전문요양기관 30%	73.3
제3차 의료급여기관이 아닌 종합병원, 치과대학부속치과병원, 한의과대학부속 한방병원(허가병상 30병상 이상, 한방 6개과 설치된 경우), 국립병원 한방진료부 18%	종합병원 25%	72.0
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 15%	병원 20%	75.0
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원 11%	의원 15%	73.0

자료 : 건강보험요양급여행위및고상대가치점수(보건복지부 고시 제2000-67호) ; 의료급여수가의 기준 및 일반기준(보건복지부 고시 제2005-93호)

12) 종별 가산율이란 의료기관의 종별 구분에 따라 동일한 서비스라 하더라도 해당 서비스의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 산출한 금액에 차등을 두기 위한 것으로, 예를 들어 건강보험 종합전문요양기관의 경우 가산율은 30%, 의원의 경우 15%인 경우 A라는 서비스의 단가가 1,000원이라면 종합전문요양기관에서 제공하는 A의 가격은 1,300원(1,000원 + 1,000원*30%), 의원에서 제공하는 A의 가격은 1,015원(1,000원 + 1,000원*15%)으로 환자에게 청구된다.

(1) 행위별 수가의 종별 가산율

행위별수가제에 적용되는 의료급여기관 종별 가산율¹²⁾ (건강보험의 요양기관 종별 가산율에 해당)의 경우 건강보험 가산율의 약 75% 수준으로 낮게 책정되어 있다(표 2). 따라서 동일한 서비스를 제공하더라도 건강보험 적용 환자에 비해 지불받는 서비스의 가격이 상대적으로 낮기 때문에, 건강보험 적용 환자에 비해 의료기관이 의료급여 환자에게 차별적인 진료를 제공하거나, 적극적으로 진료하는 것을 기피하도록 만드는 구조적 요인으로 작용할 가능성이 있다.

(2) 정액 수가

정액수가제도는 정신질환 및 만성신부전증 환자의 혈액투석으로 인한 진료비 증가를 억제하기 위한 목적으로 정신질환 입원 및 외래, 만성신부전증 환자의 외래 혈액투석에 한하여 도입되었다.

정신질환 외래 수가의 경우 내원 및 투약 1일당 2,520원, 입원의 경우 진료기관 및 입원기간에 따라 차등을 두고 있는데 건강보험에 비해 수가가 낮아(표 3) 공급자로 하여금 의료서비스 제공 동기를 감소시킴으로써 적절한 치료를 받지 못하고 장기입원화되는 악순환을 초래하는 것으로 지적되고 있다(한국보건산업진흥원 1999, 이대희 2003에서 재인용). 이대희 등(2003)이 3개 정신병원 입원환자를 대상으로 건강보험 환자와 의료

급여 환자가 진료량을 비교한 결과 건강보험 환자의 진료량은 의료급여 환자의 1.3~2배에 달하였으며, 그 원인으로 진료비 지불방식과 낮은 수가를 지적하고 있다.

혈액투석 정액수가제도는 2001년 11월 도입되었다. 당시 수가인 혈액투석 1회당 136,000원(진찰료, 혈액투석수가료, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 조혈촉진제(Erythropoietin제제) 등 투석 당일 약제 및 검사료를 포함)은 2006년 5월 현재까지 동일하여 낮은 수가로 인해 건강보험 환자에 비해 차등적인 진료가 이루어질 가능성이 있다.

2) 진료비 지불방법

행위별수가제도는 공급자가 제공하는 서비스의 양에 비례하여 수입이 증가하기 때문에 공급자의 비용의식적인 행태를 기대하기 어렵다. 이와 아울러 본인일부부담금이 면제되는 1종 의료급여 수급권자가 비급여 서비스가 발생하지 않아 본인부담금이 전혀 발생하지 않는 경우 과도한 의료이용이 발생하기 쉬운 제도적 특성을 갖는다. 반대로 비급여 서비스로 인한 본인부담금이 발생하는 입원 및 일부 외래 서비스의 경우에는 과도한 의료이용이 발생하기 어렵다. 이와 같이 건강보험에 비해 상대적으로 수가가 낮은 정액수가제 하에서는 서비스의 양과 질이 저하될 가능

〈표 3〉 건강보험 대비 의료급여 정액수가 수준 비교

구분	정신과 수가	혈액투석 수가
내원일(회)당 수가	외래 : 2,520원 입원(사립진료기관) : 30,800원	136,000원
건강보험대비수준	평균 75%	평균 90~95%

자료 : 보건복지부 내부자료(2005), 신영전 등(2005)에서 재인용

* 정액수가 적용시기: 정신과(1991년), 혈액투석(2001년)

성이 있음에도 불구하고, 서비스 질을 감시하고 적절한 질적 수준을 보장할 수 있는 기전은 별도로 마련되어 있지 않다.

4. 관리운영

1) 의료급여제도 관리운영

의료급여의 관리운영 주체는 중앙정부 및 지방자치단체와 이들로부터 각각 진료비 지급 업무와 진료비 심사 업무를 위탁받아 수행하고 있는 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이다. 중앙정부는 의료급여사업의 기본방향, 대책수립, 급여기준 및 수가 등에 관한 사항을 결정하고, 수급권자 자격관리 업무는 해당 기초자치단체가 담당하고 있다. 의료급여제도의 관리운영에 있어서 주요한 이슈 중 하나는 수급권자 및 의료서비스 공급자의 적정 의료이용과 공급을 유도하는 것이라고 할 수 있다. 건강보험의 경우 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 건강보험 적용자 및 요양기관에 대한 사후관리, 요양급여의 적정성 평가 등을 통해 적정 의료이용과 공급을 유도하기 위한 기전을 마련하고 있다. 의료급여의 경우 구상권, 부당이득의 징수 업무 등이 기초자치단체의 소관업무로 되어 있으나 기초자치단체의 의료급여 관리에 대한 인식과 동기가 부족하고, 담당 인력의 전문성이 미흡하고, 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 관련 인력 부족 및 관리운영에 필요한 정보체계 지원이 미흡하여(보건복지부 2006) 건강보험에 비해 관리운영 능력이 상대적으로 취약하다.

2) 수급권자 의료이용 관리

의료급여 수급권자 관리에 있어서 중요한 문제점 중 하나는 수급권자의 의료서비스 과다이용 또는 남용이다. 의료서비스 공급자가 환자에게 적절한 의료서비스를 제공할 의무가 있지만, 의료기관을 방문한 수급권자의 방문 이전 의료이용 내역을 확인할 수 없는 경우 중복된 처방을 제공할 가능성이 존재할 뿐만 아니라 부적절한 의료서비스가 발생할 경우 그 책임소재를 명확히 하기 어렵다. 또한 의료서비스 과다 또는 남용자라 하더라도 수급권자의 필요가 충족되었는가는 별도의 문제이다. 예를 들어, 증상이 잘 호전되지 않는 관절염 환자의 경우 여러 의료기관을 중복 이용함에도 불구하고, 여전히 증상이 호전되지 않는 경우에는 또 다른 의료기관을 중복이용할 가능성이 있다. 따라서 의료서비스를 과다이용하거나 남용하는 수급권자들에 대한 접근은 규제 중심의 접근만으로는 해결하기 어려울 수 있다.

5. 의료서비스 전달체계

의료급여의 경우 3단계(제1, 2, 3차 의료급여기관)로 구분되어 있어, 각 진료단계별로 이전 단계의 진료의뢰서가 필요한 반면, 건강보험의 경우 2단계(종합전문요양기관 및 그 외 기관)로 구분되어 있다. 3단계로 구분한 이유는 1차 의료급여기관에서의 과도한 입원 진료를 방지하기 위함이다. 그러나 1차 의료급여기관이 문을 닫는 야간에는 가까운 1차 의료급여기관에서 진료를 받기 어려워 현실적으로 2·3차 의료급여기관을 이용할 수밖에 없는 경우가 발생하지만, 응급의료에 관한 법률에 규정된 응급환자가 아닌 경우에는 진료의뢰서를 발급받아야만 의료급여의 적용을 받을 수 있다. 따라서 진료의뢰서 없이 불가피하게 2·3차 의료급여기관을 이용하게 되는 경우, 일부 의

료급여기관이 수급권자의 부담능력과 편의를 고려하여 사후에 진료의뢰서를 받는 조건으로 진료를 먼저 제공하지만 진료를 받은 수급권자가 진료의뢰서를 제출하지 않아 진료비 청구와 관련된 불이익을 당하는 사례가 발생하고 있다. 현실적으로 야간에 진료하는 의료기관이 제한되어 있고, 입원 여부를 판단하고 그에 따른 입원 서비스를 제공하는 주된 책임자가 의료서비스 공급자인 점을 고려할 때 수급권자의 권리만을 제한하는 정책이라 할 수 있다.

6. 재정운용

1) 재원

의료급여의 재원은 국고보조금(일반회계), 자치단체 출연금 및 기타 재원¹³⁾으로 구성되며 국고와 지방비의 비율은 서울의 경우 국고 50%, 지방비 50%, 그 외 광역시와 도는 국고 80%, 지방비 20%이다(표 4). 2005년도 보건복지부 일반회계 사업비 중 의료보장지원 예산(건강보험 국고지원금 및 의료급여 국고보조금)이 차지하는 비율은 64.5%로 다른 사회복지부문 예산비중 축소 of 한 원인으로 지적되고 있다(국회예산처 2006).

서울특별시 및 광역시 자치구의 경우 의료급여 비용을 분담하지 않아 적극적으로 의료급여를 관

〈표 4〉 의료급여 비용의 국고와 지방비 분담 비율

구분	서울특별시		광역시		도		군
	시	자치구	시	자치구	도	시	
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		
합계	100%		100%		100%		

자료 : 보건복지부(2006)

〈표 5〉 의료급여 및 건강보험 진료비 증가율(1999~2005)

구분	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	연평균 증가율
의료급여	47.1	21.4	26.3	7.3	9.0	17.9	23.8	21.8
건강보험	15.3	4.6	12.9	4.3	10.6	6.8	10.5	9.3

자료: 신영전 등(2006)

〈표 6〉 의료급여 진료비 청구액 및 부족액

구분	2002	2003	2004	2005	2006(예상)
청구액(증가율)	19,824(7.6)	21,655(9.2)	26,132(20.7)	33,128(26.8)	37,368(12.8)
부족액(국고부담금)	902(695)	239(166)	1,069(823)	4,256(3,277)	4,536(3,492)

자료: 보건복지부 내부자료, 2006. 신영전 등(2006)에서 재인용

13) 상환받는 대불금, 부당이득금 징수금, 과징금 징수금, 잉여금 및 기타 수익금

리하기 위한 동기가 낮다. 또한 수급자의 지역별 분포 및 자치단체의 재정자립도에 차이가 있음에도 불구하고 일률적으로 재정분담율을 설정하고 있어 비용분담의 형평성에 문제가 있다. 예를 들어, 2004년 기준 재정자립도가 각각 21.1%, 25.9%로 가장 낮은 전남과 전북의 경우, 전체 인구 중 수급권자 비율은 각각 7.7%, 6.6%로 수급

권자 비율과 그에 따른 의료급여 기금 부담액이 전국에서 가장 높은 수준이어서 지역간 의료급여 비용 부담의 역진성이 존재한다(신영전 2006).

의료급여 진료비의 증가율은 건강보험의 진료비 증가율을 크게 상회하고 있어 그에 따른 안정적인 재원조달이 필요하지만(표 5) 예산 증액의 속도는 진료비 증가속도를 따라가지 못하고 있다

〈표 7〉 건강보험 및 의료급여 21대 질병분류별 적용인구 1,000명당 진료실인원
(건강보험 진료실인원 대비 진료실인원비)

21대 질병분류	건강보험(명)		의료급여(명)			
			급여1종		급여2종	
특정 감염성 및 기생충질환	165	(100)	191	(116)	179	(109)
신생물	31	(100)	64	(210)	32	(105)
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애	8	(100)	18	(230)	12	(147)
내분비, 영양 및 대사질환	53	(100)	133	(251)	66	(125)
정신 및 행동장애	30	(100)	170	(572)	70	(235)
신경계의 질환	38	(100)	120	(318)	63	(166)
눈 및 눈부속기의 질환	203	(100)	273	(134)	206	(102)
귀 및 유양돌기의 질환	90	(100)	108	(120)	91	(102)
순환기계의 질환	102	(100)	316	(310)	123	(121)
호흡기계의 질환	551	(100)	581	(105)	629	(114)
소화기계의 질환	446	(100)	511	(115)	487	(109)
피부 및 피하조직의 질환	216	(100)	261	(121)	245	(114)
근골격계 및 결합조직의 질환	210	(100)	424	(202)	271	(129)
비뇨생식기계의 질환	143	(100)	145	(101)	138	(97)
임신, 출산 및 산욕	14	(100)	4	(29)	5	(35)
주산기에 기원한 특정병태	3	(100)	3	(85)	1	(30)
선천성 기형, 변형 및 염색체 이상	3	(100)	5	(159)	4	(126)
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상조건	84	(100)	150	(178)	106	(126)
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	212	(100)	284	(134)	278	(131)
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	32	(100)	42	(129)	25	(78)

주) 굵은 이탤릭체 부분은 건강보험 적용인구에 비해 인구 1,000명당 진료실인원수가 2배를 넘는 항목임.

자료) 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2004 건강보험통계연보. 2005

보건복지부, 국민건강보험공단. 2004 의료급여통계. 2005

(표 6). 인구고령화 및 보장성 확대, 의료기술의 발달 등으로 인해 의료급여비용은 향후에도 지속적으로 높은 증가추세를 보일 것으로 예상되므로, 안정적인 재원조달을 위해서는 전전연도 의료급여비용을 기준으로 책정하고 있는 현재의 예산책정 방식을 보다 정교한 방식으로 개선하거나 생계급여와 같이 예산편성시 예비비를 계상하는 것이 필요하다.

2) 진료비

의료급여 수급권자의 진료비는 수급권자 규모에 비해 건강보험 진료비보다 크게 높다. 2005년 의료급여비용 심사청구액은 3조 2,372억원으로 건강보험 심사청구액의 13.1%(2005년 말 기준 의료급여 수급권자는 전체 의료보장인구의 3.6%)에 달한다.

의료급여 수급권자 규모에 비해 의료급여 비용이 높은 이유는 건강보험에 비해 의료이용량이 많은 노인인구, 장애인, 정신질환자, 희귀난치성질환자의 적용인구 당 비율이 높기 때문이다. 노인인구의 경우 건강보험에 비해 3.4배, 장애인 6.1배, 정신질환자 4배, 희귀난치성질환자 25배로 건강보험에 비해 크게 높다(신영전 2006). (표 7) 에서 보는 바와 같이 21대 질병분류 항목 중 신생물(암 포함), 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애, 내분비·영양 및 대사질환, 정신 및 행동장애, 신경계의 질환, 근골격계 및 결합조직의 질환과 같이 만성, 중증질환의 경우 건강보험 적용인구에 비해 의료급여 1종 수급권자의 인구 1,000명당 진료실인원 비율이 2배 이상 높은 항목들이다.

의료급여 수급권자의 진료비가 건강보험에 비해 높은 또 다른 이유는 고가의 치료비가 소요되

는 비급여 서비스를 이용할 경제적 능력이 부족한 일부 수급권자의 경우 장기입원을 통한 전통적 치료를 받고 있으며(신영석 2005) 정신질환을 앓고 있는 수급권자들이 장기입원화되고 있기 때문이다. 정신 및 행동장애(ICD-10 F00-F99)로 인한 2004년 의료급여 진료비는 약 4,386억원으로 의료급여 전체 진료비의 17.2%를 차지하는데, 정신보건시설에 입원·입소된 의료급여 1종 정신질환자의 평균 재원기간은 2,026일(중위수 1,042일)로 같은 시설에 입원·입소된 건강보험 정신질환자의 평균 재원기간 710.8일(중위수 123일)의 약 3배에 달한다(서동우 2002). 이영문 등(1999)에 의하면 한국 정신보건시설의 재원적절성은 45.1%로 정신보건시설에 입원·입소된 정신질환자의 절반가량은 지역사회에서 적절한 보호와 치료 하에 생활이 가능할 이들과라고 할 수 있다. 따라서 정신질환으로 인한 의료급여비 중 상당부분은 치료가 아닌 정신질환자의 부적절한 수용에 기인한 비용에 해당한다고 할 수 있다.

Ⅲ. 의료급여제도 발전방안

현재의 수급권자 규모 및 보장성 수준을 고려할 때 의료급여 수급권자의 확대 및 보장성 강화는 향후 의료급여제도의 지속적인 정책과제가 될 것으로 예상된다. 한편 그에 따른 적절한 재원 마련 및 소요 재정의 효율적인 관리운영, 그리고 건강보험보다 낮은 수가체계 하에서의 적절한 질을 보장하는 것 또한 주요한 정책과제라 할 수 있다.

1) 보장성 강화

(1) 수급권자 확대

빈곤층의 대다수가 적용받는 건강보험의 급여 수준이 낮아 과도한 본인부담금이 발생하고 있기 때문에, 이들 빈곤층을 대상으로 한 건강보험의 보장성이 현행 의료급여제도의 급여수준 만큼 개선되지 않는 한 의료급여 수급권자 규모의 확대가 필요하다.

차상위계층 중 소득 및 재산 기준과 부양의무자 기준을 충족하는 계층에게 의료급여 수급권을 부여하는 것을 일차적으로 고려할 수 있으며, 중장기적으로는 부양의무자 기준을 제외한 소득 및 재산 기준을 충족하는 모든 차상위계층에게 의료급여 수급권 자격을 부여하는 것이 필요하다.

(2) 급여범위 확대

고액 비급여 진료비로 인한 과중한 본인부담금 부담과 빈곤의 심화를 방지하기 위해서는 일차적으로 건강보험의 급여범위를 기준으로 한 의료급여의 급여범위를 확대하는 것이 필요하다. 이를 위해 일차적으로 1종 및 2종 의료급여 수급권자의 입원 진료비에 대하여 비급여 진료비를 의료급여 급여 항목으로 포함시키며, 의료급여기관이 별도로 수급권자에게 비급여 항목을 청구하는 것을 방지하기 위해 비급여 진료비 청구 금지에 관한 법적 규정을 마련한다. 또한 비급여 폐지로 인

한 의료급여기관의 진료비 과다 청구를 방지하기 위해 진료비 심사기능을 강화하여 감시하도록 하는 것이 필요하다. 중장기적으로는 비급여로 인한 고액 본인부담금이 발생하는 외래 진료의 경우에도 비급여를 폐지하는 것이 필요하다. 아울러 현행 1종과 2종 종구분에 따른 본인일부부담의 차등을 폐지하되, 단기적인 재정부담을 고려하여 의료비 부담이 과중한 입원 부문부터 단계적으로 폐지하는 것이 필요하다.

(3) 건강보험 급여와의 차별 해소

건강보험의 건강검진과 마찬가지로 의료급여 수급권자의 건강검진제도를 자치단체장이 의료급여 수급권자에게 의무적으로 제공해야 할 사항으로 규정하도록 의료급여법을 개정하는 것이 필요하다. 의료급여 수급권자의 건강검진 결과는 수급권자의 건강상태를 모니터링하는 기초자료로 활용할 수 있도록 건강보험공단에서 관리하고 매년 건강보험 대상자와 검진결과를 비교하도록 하는 것이 필요하다. 또한, 건강검진 결과를 보건기관 및 의료급여 사례관리 인력이 전산으로 조회하여 수급권자의 건강상태 파악 및 관련 서비스 제공을 할 수 있도록 하여 보건기관의 방문보건 등 보건서비스 및 의료급여 사례관리서비스

〈표 8〉 보건복지부 의료급여 분야 중기재정계획

구분	2006	2007	2008	2009	2010
수급권자(천명)	1,702	1,738	1,815	1,896	1,980
차상위확대(천명)	100	378	378	583	740
전체 수급권자(천명)	1,802	2,116	2,193	2,479	2,720
전체인구 중 비율(%)	3.7	4.3	4.5	5.1	5.5
소요예산(억원)	36,623	43,620	43,772	53,969	62,463
예산 증가율(%)	20.2	63.8	0.3	23.3	15.7

주) : 2007년 예산은 2005년 부족액 2,104억 원, 2006년 부족액 3,492억 포함
 자료 : 보건복지부 내부자료(2005). 신영전 등(2006)에서 재인용

제공에 활용할 수 있을 것이다.

차상위계층 의료급여 특례 수급권자에 대한 장제비 보장을 위해 국민기초생활보장법에 규정된 장제비를 의료급여법에서 규정하도록 관련 법률의 개정이 필요하다.

행위별수가제에 적용하는 종별 가산율 및 정액 수가는 건강보험의 수가수준과 동일하게 개선이 필요하며, 수가수준의 개선이전에 의료급여 수급권자에 대한 차별적인 진료 또는 불충분한 의료이용으로 인하여 건강결과에 끼치는 영향을 모니터링하기 위한 조사와 연구가 필요하다.

2) 재정 운용

(1) 예산 운용

의료급여 진료비 증가는 수가인상, 의료이용량 증가 등 자연적인 요인 이외에 2009년까지 차상위계층 임신부 및 장애인에게 의료급여 수급권 자격을 부여하는 등 의료급여 수급권자 확대에 따른 정책적 요인이 지속적으로 영향을 미칠 것으로 예상된다(표 8). 따라서 의료급여 진료비로 소요될 예산 규모의 불확실성 및 추가경정예산 집행의 지연으로 인한 진료비 체불문제를 방지하기 위해서는 매년 의료급여비 예산 중 일정 비율을 적립하도록 하여 예산 부족으로 인한 진료비 체불문제에 대처하는 것이 필요하다(신영전 등 2006).

(2) 재원의 통합관리

의료비 부담능력이 취약한 이들에 대해서 건강

보험 및 의료급여제도 외부의 다양한 의료비 지원제도가 시행되고 있다(표 9). 이들 제도운영으로 인해 의료급여 또는 건강보험과의 이중급여 문제¹⁴⁾로 예산과 의료급여와의 통합적 관리가 필요하다. 다양한 의료비지원사업 중 의료급여 수급권자의 본인일부부담금에 대하여 지원하는 의료비지원사업의 예산을 건강보험공단에 위탁함으로써, 의료급여 재원과 통합운영할 수 있도록 개선하는 것이 필요하다. 또한 사실상 행정부담이 많은 현행 의료이용 후 사후 정산하는 방식을 개선하여 의료기관에서 의료비를 정산할 당시 지원되는 본인일부부담금이 차감된 나머지 금액을 수급권자가 부담하는 방식으로의 전환이 필요하다. 현재의 본인일부부담금 보상제의 경우 일정 기간(30일) 동안 발생한 본인일부부담금을 대상으로 하기 때문에 제도의 지원대상이 되는 금액을 산정하기 어려운 점을 고려하여, 지원대상 산정이 용이하고, 의료기관 이용시 정산이 용이하도록 입원 및 외래 진료비 건별로 본인일부부담금이 일정액을 초과하는 경우에 지원하는 방식으로 개선하는 것이 필요하다.

3) 관리운영의 효율화

최근 정부가 제시한 의료급여 재정 효율화를 위한 정책 중 의료기관에 대한 특별실사 및 의료급여 수급권자에 대한 사례관리의 경우 단기적으로는 재정절감 효과가 미미할 것으로 판단된다. 2001년 의료급여기관 790개소에 대한 기획실사 결과 327개소(41.4%)가 약 13억원을 부당청구한

14) 이중급여가 발생하는 영역은 본인일부부담금에 대한 의료비지원에서 발생하는데, 의료급여 및 건강보험에서 본인일부부담금을 사후 보상하기 위해 시행하고 있는 본인일부부담금 보상금제도 및 본인일부부담상한제와 중복급여가 발생할 가능성이 있으며, 민간보험에 가입한 의료비지원대상자 또는 민간단체로부터 치료비를 보조받은 경우에도 중복급여 사례가 발생하고 있음.

<표 9> 정부가 시행하고 있는 각종 의료비지원사업의 지원 내용

사업명	선정대상	지원액
■ 응급대불제도	응급의료에 관한 법률에 의한 응급대상(보험, 급여대상자)	법정본인부담 및 비급여비대불
■ 법정본인부담 지원		법정 본인부담 외래 50%,
○ 장애인의료비지원	2종장애인의료급여수급권자	법정 입원본인부담 전액 (비급여제외)
○ 암치료지원	암검진대상, 수급자 및 건보하위 50% 이하(보험, 2종대상자)	최대 300만원 이하 (법정본인부담, 비급여제외)
■ 비급여까지 지원		
○ 희귀난치성질환	최저생계비의 300~1,000% (보험, 2종대상자)	법정본인부담금, 간병비 (임의비급여제외)
○ 소아백혈병지원	18세미만, 4인가구기준 341만원이하 (보험, 급여대상자)	최대 2,000만원지원 (법정본인부담, 비급여포함)
○ 입양장애아의료비지원	장애아동을 입양한 가정 (보험, 급여대상자)	최대 240만원까지지원 (법정본인부담, 비급여포함)
○ 아동학대치료비지원	아동학대를 당한 아동 (보험, 급여대상자)	정신과 20만원, 응급치료 50만원 (법정본인부담, 비급여포함)
○ 미숙아치료비지원	저소득층대상 (보험, 급여대상자)	최대 700만원까지 지원 (법정본인부담, 비급여포함)
○ 위기가정의료비지원	SOS상담소 상담신청 결정자 (보험, 급여대상자)	최대 200만원까지 지원 (법정본인부담, 비급여포함)
○ 공동 모금회 의료비 지원	시군구 등에서 의뢰된 불우이웃 (주로 급여 대상자)	최대 200만원 까지 지원 (법정 본인부담, 비급여 포함)
○ 자치단체 자체 의료비 지원	지자체에 자체 사업으로 지원 (주로 급여대상자)	금액은 다양함

자료 : 신영전 등(2006)

사실이 확인되었다. 또한 의료급여 수급권자 중 일부 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 관절염 환자를 대상으로 사례관리 사업을 시행한 결과 사례관리 비대상자에 비해 사례관리 대상자 1인당 3개월 동안 진료비가 약 7,000원(연간 약 28,000원, 10년 동안 약 28만원) 낮아 적어도 단기적인 비용 절감 측면에서 현재의 의료급여 사례관리사업의 효과는 크지 않을 것으로 추정된다(이익섭 등 2004).

재정 효율화 측면에서 중점을 두어야 할 영역은 본인일부부담금이 면제되는 1종 수급권자 중 비급여 진료비가 발생하지 않아 수급권 및 공급자 모두 비용의식이 낮은 진료 영역(예, 1종 수급권자의 경증 또는 흔한 만성질환으로 인한 외래 진료)이거나 의료이용을 하더라도 건강문제가 해결되지 않아 지속적인 의료이용이 이루어지는 경우, 불필요한 장기입원이 이루어지는 경우라 할 수 있다.

수급권자 및 공급자의 비용의식이 낮아 과도한 의료이용이 발생하는 것을 방지하기 위해서 1종 수급권자라 하더라도 소액의 본인일부부담금(예, 외래 방문 건당 500원)을 부과하되, 생계급여를 지급받는 국민기초생활보장 수급권자의 경우 생계급여에 연평균 본인일부부담금을 포함하여 지원하는 방식을 고려할 수 있다. 또한 공급자의 경우 불필요한 진료를 제공할 동기가 없음에도 불구하고 해당 의료기관을 방문한 수급권자의 사전 진료내역을 알 수 없어 중복된 의료서비스를 제공할 수 있으므로, 수급권자의 사전 진료내역을 파악할 수 있는 제도를 마련하는 것이 필요하다(예, 의료급여 수급권자에게 의료급여 자격사항 및 진료기록을 기록할 수 있는 ‘의료급여 IC카드’를 발급하고, 의료기관에서 최근 6개월간의 진료기록을 확인하고 진료내용을 기록함).

건강문제가 해결되지 않아 지속적인 의료이용

이 이루어지는 수급권자를 위해 주치의제도를 도입하고, 이들 집단에게 적절한 건강관리 및 생활 지원을 위한 사례관리 서비스를 중점적으로 제공하는 것이 필요하다.

불필요한 장기입원이 이루어지는 경우에는 진료비 심사정보를 통해 중점관리 대상 수급권자 및 의료급여기관을 파악하여 장기입원의 적절성을 파악하고, 적절한 중재가 이루어질 수 있도록 하는 것이 필요하다.

4) 의료의 질 및 접근성 보장

의료급여 수급권자의 적정 의료서비스의 질을 보장하기 위해서는 건강보험에 비해 상대적으로 낮게 책정되어 있는 행위별수가제 적용 종별 가산율의 현실화 및 정액수가의 현실화가 필요하다. 일부 의료기관에서 관행적으로 이루어지고 있는 입원 또는 수술 보증금을 요구하는 문제를 방지하기 위해 비급여 폐지가 선행되어야 하며, 의료급여 대불제도 지원대상 의료비에 비급여를 포함하는 것이 필요하다.

또한 과도한 의료이용을 제한하기 위해 도입된 3단계 의료급여 전달체계를 건강보험과 동일하게 2단계로 개선하는 것이 필요하다.

5) 합리적 의료이용/제공 유도

의료급여 수급권자의 적정 의료이용을 유도하기 위해서는 일차적으로 공급자가 수급권자의 과다 또는 과소 의료이용을 판단할 수 있도록 제도적인 장치를 갖추는 것이 필요하다. 의료이용 당시 최근 3-6개월 정도의 의료이용 내역을 의료인이 확인할 수 있도록 전자카드를 도입하는 것이 하나의 대안이 될 수 있다.

IV. 결론

의료급여제도가 빈곤층의 의료를 보장하는데 많은 기여를 하고 있음에도 불구하고 의료급여제도 자체의 문제점 및 국민기초생활보장제도와 건강보험 등 의료급여제도의 틀을 규정짓는 관련 제도로 인해 보장성, 질, 재정안정 측면에서 많은 제한점을 가지고 있다는 것을 부인하기 어렵다.

특히, 실질적인 빈곤층을 모두 포괄하지 못하는 현재의 수급권자 선정기준, 고액의 진료비가 발생할수록 불리한 의료급여제도의 보장성과 건강보험에 비해 차별적인 대우를 받음으로써 건강 결과에도 영향을 미칠 수 있는 제도적 문제점은 의료급여제도의 취지를 고려할 때 가장 우선적으로 개선되어야 할 것이다. 또한 건강보험의 낮은 보장성으로 인해 장기간 고액 진료비가 발생함으로써 의료급여 수급권자가 되는 고리를 끊기 위해서는 건강보험의 보장성 또한 시급히 개선되어야 할 것으로 판단된다. 또한 이러한 문제점을 개선하는데 필요한 재원을 안정적으로 확보하고, 제도운영의 효율성과 전문성을 향상시키기 위한 관리운영 측면의 개선이 필요하며, 수급권자의 합리적 의료이용 행태를 유도하기 위한 제도적 장치의 마련과 의료서비스의 질적 수준을 모니터링하고 개선하기 위한 조사·연구 또한 필요하다.

참고문헌

건강보험심사평가원. 2005년도 의료급여비용 3조 2,372억원, 전년대비 23.7% 증가. 건강보험심사평가원 ; 2006. 2. 6 보도자료
국회에산정책처. 2005년도 예산안 분석(Ⅲ) : 부문별 분석. 국회예산정책처. 2004. 10

- (284-286)
- 김창엽, 신영전, 유원섭, 전경자, 허선. 저소득층 의료보장 장기발전계획에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 2003;(p95-97)
- 남기동. 의료급여정책의 운영평가와 개선방안. 복지행정연구 2004;제20집:357-379
- 보건복지부. 보험급여의 획기적 확대를 통해 전체 진료비 중 환자본인부담금 비율을 현행 40%에서 '08년까지 30%이하로 낮추기로. 보건복지부; 2005. 1. 26 보도자료
- 보건복지부a. 2006년도 의료급여사업 안내. 2006
- 보건복지부b. 의료급여 제도혁신 추진계획(안). 보건복지부. 2006
- 서동우. 사회인구학 및 임상적 특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의 재원기간 분포. 신경정신의학 2002;41(6):1174-1184
- 신영석, 최병호, 신현웅, 황도경, 윤석준. 의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안. 보건복지부, 한국보건사회연구원 ; 2005
- 신영석. 국민기초생활보장제도와 의료급여. 보건복지포럼 2005;108:43-54
- 신영전, 유원섭, 최영은, 신상진, 김수정, 우경숙. 의료급여 재정효율화 및 중·장기 제도 개선 방안. 보건복지부, 한양대학교 예방의학교실 ; 2006(p110-111)
- 이대희, 박은철, 남정모, 이상규, 이동한, 유승흠. 건강보험과 의료급여 환자간의 정신요법 진료량 차이 비교. 예방의학회지 2003;36(1):33-38
- 이영문, 김현수, 이호영. 한국 정신보건시설 입원/입소에 대한 재원적절성 분석. 신경

- 정신의학 1999;38(5):973-983
- 이익섭, 이윤로, 강홍구. 의료급여 사례관리사업 평가에 관한 연구. 연세대학교 사회복지연구소. 2004. p88-89
- 이준영. 의료급여제도의 문제점과 개선방안. 사회복지정책 2002;제14집:59-73
- 이현주, 백화종, 신영석, 김안나, 박능후, 이선우, 홍경준, 황덕순, 유진영, 김계연, 이승경, 황정하, 임완섭, 전해숙, 정순영, 박신영. 차상위계층 실태분석 및 정책제안. 한국보건사회연구원 ; 2005:(p12-13)
- 한국보건산업진흥원. 정신병원의 운영효율화 및 수가체계 개선에 관한 연구. 한국보건산업진흥원. 1999

외국의 민간의료보험정책 I : 미국의 Medigap 정책

최 인 덕
건강보험연구센터

최근 공적 건강보험의 본인부담과 비급여 부분에 대하여 민간보험 상품을 판매할 수 있도록 주장하는 의견이 제기되고 있으나, 공보험의 보장성 강화와 재정안정을 위하여 민간보험의 진입을 반대하는 의견이 대립하고 있다. 이에, 미국에서 공적의료보험인 Medicare의 비급여와 본인부담 부분을 민간보험에서 판매하고 있는 Medigap 정책을 살펴보고, 이에 대한 함의를 살펴본 결과, Medigap은 A~J까지의 기본형 10개 상품과 높은 공제액(deductible)을 제시하고 있는 K, L 상품의 2가지를 합쳐 12개의 보충형 민간보험을 제시하고 있다.

Medigap의 판매로 Medicare의 보장성이 강화된 측면도 있으나, 저소득계층의 불평등이 악화되었고, 의료수요가 증가하고, 재정지출이 증가하는 문제가 제기되었다.

Medigap 정책이 우리에게 주는 시사점으로 첫째, Medicare를 보충하여, 법적으로 Medicare 가입자에게만 판매할 수 있도록 규제하고 있다는 점과 둘째, 오직 보험상품의 가격만을 가지고 경쟁하고, 급여내용이나 상품판매에 대하여 정부의 규제와 역선택 방지 등의 노력이 부가된다는 점, 셋째, 민간보험에 대한 개인정보규제 및 민간보험 상품을 살 수 없는 저소득층 지원 프로그램 등도 함께 지원하는 점은 민간보험의 역할 상정에서 중요한 시사점을 주고 있다.

Medicare, Medigap, 민간보험, deductible, Coinsurance

I. 민간의료보험에 대한 논의

최근 흡쇼핑이나 광고전단을 통해 선전하고 있는 의료보험상품을 많이 접하게 된다. 대부분 암이나 중증 질환에 대하여 일정액을 보상해주는 상품을 제시하면서, 하나같이 질병에 걸렸을 때 야기되는 경제적 비용을 강조하고 있다. 아직 우

리나라에는 국민건강보험을 대체하거나 경쟁하는 민간보험 상품을 허가한 적은 없으나, 국민건강보험의 비급여부분이나 추가비용에 대한 정책 지원을 상품으로 하는 민간보험이 우후죽순처럼 판매되고 있다.

2005년 연간 민간의료보험 시장은 보험료 기준으로 최대 10조 1천억원으로 추정될 만큼 거대

시장으로 부각되고 있다. 이는 건강보험 전체 재정의 절반 수준에 육박할 만큼의 커다란 시장일 뿐만 아니라, 보험료 수입의 성장속도 역시 매년 지속적으로 10~20%를 보이고 있다(이상익 외, 2005: 42).

최근 이 같은 민간보험이 국민건강보험의 영역까지 확대하고, 경쟁상품의 도입 및 본인부담 비용의 부담까지를 허가하도록 종용하고 있다. 이들 주장의 주된 논거는 민간의료보험을 활성화하여, 전체 국민의료비 증가에 대한 재원을 마련하고, 경쟁을 통한 효율성 증가, 중산층 이상에 대한 고급의료 욕구 충족, 의료산업의 경쟁력 강화 등을 들고 있다(이진석 외, 2005).

하지만, 민간의료보험 활성화 논자들의 주장처럼, 민간의료보험이 국민의 다양한 의료욕구를 충족시키고, 향후 국민의료비에 대한 대책을 강구할 대안이 될 수 있는 것은 아니다. 먼저, 의료 이용에 있어 공급자와 소비자 간의 정보비대칭은 의료욕구에 따른 소비자 선택보다는 공급자의 유인수요가 클 수 있고, 불필요한 비용지출을 초래할 수 있다. 한편, 민간보험 상품을 통해 공적 건강보험의 본인부담을 민간의료보험에서 감당함으로써 본인부담금을 통한 수요억제 효과를 떨어뜨려, 오히려 수요를 촉발시키고, 공적보험의 재정마저 위협할 수 있는 위험이 도사리고 있다.

따라서, 민간보험에 대한 정확한 인식과 사례를 살펴봄으로써 특성과 문제점을 파악한다면, 거칠게 불어오는 민간보험의 도전에 적절한 대응을 할 수 있는 묘안을 찾을 수 있을 것이다. 하여, 본 고에서는 미국 Medicare의 보충적 민간보험인 Medigap의 개념과 현황, 그리고 문제점을 살펴보고 정책적 함의를 제시하고자 한다.

II. 미국의 Medigap 정책

1) 미국의 의료보장 체계: Medicare 및 Medicaid

미국의 민간의료보험 체계를 파악하기 위해서는 미국 의료보장체계에 대한 개괄적인 이해가 우선되어야 한다. 왜냐하면, Medigap은 Medicare가 제공하는 급여의 본인부담부분과 추가 의료서비스 및 본인부담의 비용을 대신 제공하는 민간보험사의 의료보험 상품으로, Medicare 보충형 민간의료보험이기 때문이다. 즉, Medicare로 의료서비스를 이용한 경우에만 Medigap의 급여를 제공받을 수 있는 민간의료보험 상품이기에 때문에 미국의료보장체계의 이해가 우선시 된다.

미국의 의료보장체계는 일반적으로 민간의료보험이 주류를 이루고 있고, 다만 65세 이상의 노인과 장애인, 그리고 빈민을 위한 공적 의료보장이 존재하고 있다. 잘 알려진 것처럼 노인과 장애인의 경우는 Medicare에서, 빈민의 경우는 Medicaid에서 의료보장을 제공하며, 나머지 국민들에게는 민간보험이 제공되고 있다(CMS, 2004).

우선, Medicare는 1965년 노령 인구 및 장애인의 의료보장을 위해 연방정부 차원에서 도입한 공적 의료보험 체계이다. 경제활동시기에 10년간 사회보장세(Payroll tax)를 부담한 사람들은 65세가 되면 가입자격이 주어지고, 장애인의 경우는 심사과정을 거쳐 대상자가 선정된다. 2004년 현재 65세 이상 노인의 약 3,540만명과 630만명의 장애인이 Medicare의 대상자이고, 대략 전체 인구의 13.7%수준을 차지하고 있다.

Medicare는 크게 네 부분으로 구성되는데, Part A, B, C, D가 그것이다. Part A는 주로 병원입원 서비스에 대한 급여이고, Part B는 의사진료와 병

원외래 서비스에 대한 급여이며, Part C는 파트 A, B의 급여를 관리의료인 HMO, PPO를 통해 제공받는 것을 의미한다. 끝으로 Part D는 앞의 급여에 제공되지 아니하는 처방약 서비스에 대한 급여를 의미한다.

Medicare의 재원은 주로 소득세인 사회보장세와 일반예산 및 가입자가 기여하는 보험료로 구성되며, 급여에 따라 재정 지출에 차이가 발생한다. 우선, Part A는 고용주와 근로자가 납부한 소득세 2.9%(고용주와 근로자가 각각 1.45%, 자영업자는 전액 부담)와 일반예산이 재원이 되는데, 사회보장세인 소득세가 차지하는 비중은 약 80% 수준이고, 나머지가 일반예산에서 충당된다. Part B는 가입자의 매달 보험료와 일반예산으로 재원을 충당하며, 충당 비율은 25%와 75%를 차지하고 있다. Part C는 특별한 보험료 없이 동일 조건에서 HMO나 PPO 관리의료에 가입하는 형태이고, Part D는 2006년부터 시행되어, 가입자 평균 35\$의 추가 보험료가 소요될 것으로 전망된다(CMS, 2004).

Medicare의 급여수준은 앞서 언급한 수준에서 제공되는 것이 원칙이며, 포괄적이지는 못하다. 또한 환경, 보청기 또는 치과치료 등 급여대상에서 제외된 서비스가 있고, 장기요양 급여도 제한적으로 급여되고 있다. 여기에 각 급여부분별로 다양한 본인부담을 부과하고 있어 보장성이 그리 높지 않은 것이 사실이다. Part별 급여 내용을 간략히 살펴보면, Part A는 입원진료에 대한 서비스로서 병원, 전문요양기관 (skilled nursing facilities) 및 호스피스에 대한 급여를 제공하고, 병원입원, 전문요양기관(SNF) 단기치료, 후급성 가정치료

(post-acute home health care) 및 호스피스 치료를 제공하고 있다.

한편, 입원환자의 경우 각 급여기간 동안 912\$은 deductible이고, 입원 1일부터 60일과 151일 이상은 본인부담이 없으나, 61일~90일 사이는 1일 228\$, 91~150일까지는 1일 456\$의 deductible이 존재한다. 전문요양기관 이용의 경우 21일부터 100일 사이에는 1일당 114\$, 101일 이상은 전액 본인이 부담하도록 되어 있다. 호스피스의 경우 외래환자는 약품비의 5\$까지, 관리케어에 5%의 본인부담이 존재한다.

둘째, Part B는 외래진료에 대한 급여를 주로 하는데, 의사서비스, 병원외래서비스, 예방 서비스, 실험실 및 x-선 검사, 그밖에 기타 외래 서비스를 포함한다. Medicare에서는 외래 서비스에 대하여 20%에서 50%까지의 본인부담 비율이 존재한다.

Part C는 특정한 급여범위라기 보다는 HMO, PPOs 같은 관리의료에 가입하는 형태를 의미하며, Part D에 대한 급여도 제공하고 있다.

Part D는 외래진료 처방의약품에 대한 급여를 제공하는데, 2006년 1월부터 추진 중에 있으나, 환자본인부담에 대하여 상당한 문제점이 예상되고 있다. Part D는 \$250의 공제액을 초과하는 약제비부터 급여를 받을 수 있는데다가, 약제비의 25%를 본인부담으로 내야하며, \$2,250까지만 이 형태의 급여를 받을 수 있도록 하고 있다. 하지만, 노인의 경우 약처방이 많은 것은 물론, 처방기간이 길기 때문에 Part D의 급여 내용이 노인들에게는 충분하지 못하다는 것이다¹⁾.

다음으로, 빈민을 위한 Medicaid는 미국 사회

1) Medicare의 지출규모를 살펴보면, 2004년 Medicare 급여비는 \$2,950억이며, 이것은 연방정부 지출의 12%이며, 전체 국민 의료비의 17% 수준이다. Part A에 대한 급여가 전체 급여 지출의 45%로 가장 큰 비중을 나타내고 파트 B는 35%, 파트 C는 19% 수준의 자원 배분을 보이고 있음(CMS, 2004).

보장법 제 19조에 명시되어있으며, 일정 소득이 하의 개인에게 제공되는 의료보장체계이다. 재원은 연방정부와 주정부에서 부담하고 있으며, 가입자 구성은 2004년 현재, 노인이 10.20%, 장애인이 18.70%, 아동이 46.0%, 비장애 성인이 25.10%의 비율을 보이고 있다. 급여 서비스는 법정 강제 제공 서비스로 입원, 외래 서비스, 각종 검사 서비스, 의료 진료 및 시설 이용 서비스, 지방 클리닉, 치과서비스 등 거의 모든 급여 서비스를 사용할 수 있다. 또한 주정부에서 부가적 서비스를 제공할 수 있는데, 정신신체에 대한 서비스, 21세 미만의 요양시설 서비스 이용, 지역사회 기반 서비스, 호스피스, 지압 서비스, 치과서비스, 외과 서비스, 안경 등이 포함될 수 있다²⁾.

물론, 이밖에도 민간의료보험이 있어, 대부분의 국민들이 HMO나 PPOs 같은 관리의료 민간보험에 가입하고 있으며, 부분적으로 어떠한 의료보장체계에도 가입되지 아니한 사각지대 역시 존재하고 있다. 2004년 현재 미국에는 최소 1,300개 이상의 민간보험회사가 존재하고 있으며, 2003년 기준으로 민간의료보험에 가입한 인구는 1억 7천만명에 이르며, 이중 90%이상이 관리의료인 HMO나 PPOs에 가입하고 있다. 결국, Medicare로 급여혜택을 받는 가입자가 전체 인구 약 2억 9천만명 중 13.7%(4,170만명)이고, Medicaid 수급자가 17.9%인 5,200만명, 일반 민간보험 가입자가 54%수준이며, 나머지 약 15%인 4,330만명이 어떠한 의료보험도 적용받지 못

하는 사각지대인 것으로 나타났다³⁾.

미국 의료보장체계의 개괄을 통해 전반적인 미국 의료보장의료체계를 이해할 수 있었다. 특히 중요한 것은 대부분의 국민들은 민간의료보험에 가입하여 선택된 의료보험서비스를 제공받고 있다는 사실이며, 공적의료보험의 기반이 없다는 점이다. 다만, 노인 및 장애인, 빈민을 위한 Medicare와 Medicaid 프로그램이 있으며, 이중 Medicare 프로그램에서 급여의 제한과 다양한 본인부담 시스템이 존재하여 민간보험의 선택적 구매가 허용되고 있다는 점에 주목하여야 할 것이다. 이것이 바로 Medigap 상품으로, 다음절에서 보다 구체적으로 살펴보도록 한다.

2) Medigap 정책의 개념 및 특성⁴⁾

앞서 살펴본 것처럼, Medicare에는 다양한 공제액과 본인부담이 존재하여 노인과 장애인으로 하여금 추가적인 비용부담을 하도록 되어 있다. 따라서 근본적인 Medicare Plan에 존재하는 비용부담의 'gap'을 채우기 위해 Medigap 상품이 도입되었다. Medigap 상품은 Medicare 프로그램에서 적용하지 않는 급여비용을 민간보험에 가입함으로써 해결하는 것을 의미한다. 이는 Medicare 프로그램을 보충하는 보충형 민간보험으로, 급여의 종류별로 다양한 보험 상품을 구매할 수 있다.

1992년부터 10개의 표준화된 'A에서 J'까지의 Medigap 상품판매가 시작되었으며, 2005년에

2) Medicaid는 빈민을 위한 프로그램이기 때문에 부가적으로 사적인 선택이 존재하지 않는다. 앞서 살펴본 것처럼, Medicare 부분에서 부가적으로 보충형 민간의료보험을 구매할 수 있도록 되어 있기 때문에 Medicaid에 대한 상세한 사항은 CMS 홈페이지나 출판 자료를 참고하기 바람(CMS, 2004).

3) the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds의 2005 Annual Report를 참조하기 바람.

4) CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services) and National Association of Insurance Commissioners(2005), 2005 Choosing A Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with the Medicare 를 바탕으로 정리함.

K, L 2가지 상품이 추가되어 12가지 각기 다른 급여 서비스의 상품이 제공되고 있다.

민간보험회사에서 제공되는 Medigap 상품의 급여수준은 동일해야 하며, 다만 민간보험회사는 가격에서만 경쟁할 수 있고, 한 민간보험사가 12가지 Medigap 상품을 모두 판매하지 못하도록 되어 있다. 또한 Medigap 상품을 구매하고자 할 경우에는 Medicare의 Part A와 Part B에 반드시 가입되어 있어야 하며, Part B의 보험료와 더불어 민간보험사에 Medigap 보험료를 납부하여야 한다. 보험가입 자격은 개인을 기본으로 하며, 피부양자에 대한 급여혜택은 주어지지 않는다.

Medigap 상품에서 제외되는 경우는 Medicare Advantage Plan(HMO, PPO, PFFS 등의 Part C에 해당되는 경우)과 Medicaid 혜택을 받는자 등은 Medigap 상품을 구매할 수 없도록 규정하고 있다⁵⁾.

Medigap 보험사들은 10개의 상품 중 반드시 Plan A를 제공하고 여기에 부가적인 급여 서비스를 보충하여 판매할 수 있도록 하고 있다.

Medigap 상품 판매는 연방법과 주 법을 준수해야 하며, 보험증서에 Medicare 보충보험(Medicare Supplement Insurance)이라는 문구가 명확하게 표기되도록 한다. 한편, 모든 민간보험은 가입자가 보험료를 납부하는 한 1년 단위로 자동 갱신된다.

3) Medigap 정책의 현황 및 문제점

(1) 급여 현황

Medigap의 개념과 특성에 이어, 현황과 문제점을 살펴보도록 한다. Medigap의 급여는 12개 상

품에 따라 급여 내용이 차별적이다. 아래 <표 1>은 Medigap 상품 각각의 급여 내용을 제시한 것이다. 우선 기본적으로 기본급여가 있으며, C 상품부터 J까지 전문요양시설 본인부담(Skilled Nursing Coinsurance)과 외국여행 시 응급진료를 급여로 제공한다. Medicare Part A에 대한 공제액(Deductible)은 B 상품부터 실시하고 있으며, Medicare Part B의 공제액(Deductible)은 상품 C, F, J만 제공하고 있다. 또한 Medicare Part B의 추가 비용 100%를 지급하는 보험 상품은 F, G, I, J 네 가지로 나타난다. 예방 의료의 경우는 E, J 두 상품만이 급여를 제공하고 있다.

Medigap의 추가 상품인 K와 L의 급여 내용을 살펴보면, K와 L 모두 기본급여를 제공하고 있고, 전문요양시설의 본인부담 및 Medicare Part A의 비율이 K는 50%이고, L은 75%의 급여를 제공하고 있다.

기존 10개의 상품에서 추가된 K·L을 비교하면, 상품 중 A~J까지 10개 상품은 보험료 수준이 높은 대신 급여범위가 넓고, 본인부담 수준이 낮다. Medigap 상품 K/L에서는 A~J에서 제공하는 기본급여에 호스피스 서비스를 추가하여 제공하고 있고, A~J는 추가급여에서 선택적 적용항목이 6가지이나, K/L은 전문요양시설의 본인부담과 Medicare Part A의 공제액만을 급여항목으로 포함하고 있다.

Medigap 상품은 12개 모두 각기 다른 급여 원칙과 상호 비교되는 형태의 보험료 수준 등을 나타내 다소 복잡한 경향을 보이고 있다. 그럼에도 앞서 언급한 것처럼 Medigap 상품에서는 기본적인 급여항목이 정해져 있는데, 이는 A~J까지와 K/L 상품이 동일한 기본급여 항목을 갖고 있다.

5) Medigap 상품은 본인실질부담(Out-of-Pocket) 비용에 대한 지급이며, 모든 Medicare가 가지는 gap을 모두 포괄하는 것은 아님. 다만, 실질본인부담 비용을 감소시키고, 보장성을 확대하는 것임.

〈표 1〉 Medigap A~J 상품의 급여 내용

A	B	C	D	E	F*	G	H	I	J*
기본 급여	기본 급여	전문요양 시설의 본인부담금	전문요양 시설의 본인부담금	전문요양 시설의 본인부담금	전문요양 시설의 본인부담금	전문요양 시설의 본인부담금	전문요양 시설의 본인부담금	전문요양 시설의 본인부담금	전문요양 시설의 본인부담금
	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)	Medicare Part A의 공제액 (deductible)
		Medicare Part B의 공제액 (deductible)			Medicare Part B의 공제액 (deductible)				Medicare Part B의 공제액 (deductible)
					Medicare Part B의 추가비용 (100%)	Medicare Part B의 추가비용 (100%)		Medicare Part B의 추가비용 (100%)	Medicare Part B의 추가비용 (100%)
		외국 여행시 응급진료	외국 여행시 응급진료	외국 여행시 응급진료	외국 여행시 응급진료	외국 여행시 응급진료	외국 여행시 응급진료	외국 여행시 응급진료	외국 여행시 응급진료
			재가 요양			재가 요양		재가 요양	재가 요양
				예방의료**					예방의료**

주: *Medigap F와 J는 높은 수준의 공제액(2006년 \$1,790)을 지불해야 하는 선택조항을 제공할 수 있음
 **Medigap은 Medicare가 제공하지 않는 예방의료 중 몇몇 서비스를 제공하기도 함

〈표 2〉 추가 상품 K 및 L의 급여 내용

Mdeigap K	Medigap L
· 기본 급여	· 기본 급여
· 전문 요양시설의 본인부담금(50%)	· 전문 요양시설의 본인부담금(75%)
· Medicare Part A의 공제액 (deductible)의 50%	· Medicare Part A의 공제액 (deductible)의 75%

기본적으로 Medigap은 Medicare 프로그램에서 제공하지 못하는 급여와 본인부담을 덜어주기 위해 도입된 제도임은 언급한 바 있다. 따라서, 기본 항목에는 Medicare 프로그램의 본인부담금이나 공제액을 부담하는 급여가 제공된다.

우선, A~J 상품의 기본급여항목에는 Medicare Part A의 본인부담금(Coinsurance)과 입원진료비가 포함된다. 61~90일 병원입원 시 1일당 \$238을 지불하고, 91~150일은 1일당 \$476를 지불하도록 하고 있다⁶⁾. Part B의 경우에는 연간 공제액

〈표 3〉 Medigap 상품 A~J 및 K · L의 비교

	Medigap 상품 A~J	Medigap 상품 K · L
보험료 수준	높음	낮음
본인부담금 수준	낮음	높음
기본 급여 (Basic Benefits)	(포함함) • Medicare Part A의 본인부담금 (coinsurance)과 입원진료 • Medicare Part B의 본인부담금 (coinsurance or copayment) • 혈액	(포함함) • Medicare Part A의 본인부담금 (coinsurance)과 입원진료 • Medicare Part B의 본인부담금 (coinsurance or copayment) • 혈액 • 호스피스 서비스(hospice)
추가 급여 (Extra Benefits)	(포함할 수 있음) • 전문 요양시설의 본인부담금 (coinsurance) • Medicare Part A와 B의 공제액 (deductible) • Medicare Part B의 추가부담 (extra charge) • 외국 여행시 응급진료 • 재가요양 • 예방의료	(포함할 수 있음) • 전문 요양시설의 본인부담금 (coinsurance) • Medicare Part A의 공제액 (deductible)

〈표 4〉 A~J의 기본 급여(Basic Benefits)

급여 항목	급여 내용 (2006년)
Medicare Part A ⁷⁾ 의 본인부담금(coinsurance)과 입원진료	• 61~90일 병원입원의 경우 입원 1일당 \$238지불 • 91~150일 병원입원의 경우 입원 1일당 \$476지불 • 365일 이상 병원입원의 경우 평생 본인부담금 지불
Medicare Part B의 본인부담금 (coinsurance or copayment)	• Medicare Part B의 연간 공제액 \$110이후에 부담하게 될 본인부담금 (coinsurance or copayment)의 전액 급여
혈액	• 최초 1년간 3차례 수혈 또는 적혈구 수혈 비용 전액을 지불함 ⁸⁾

6) Medicare 프로그램의 본인부담 내역과 동일. p. 3 참조 바람.

7) Medicare 급여에서 입원 1일부터 60일까지는 본인부담이 없음.

8) 다만, 수혜자가 헌혈을 할 경우는 급여가 증가할 수 있음.

\$110 이후에 발생하는 모든 본인부담액을 급여 하도록 하고 있다. 혈액은 최초 1년에 3차례까지 수혈 및 동일양의 적혈구 수혈 비용 전액을 급여한다.

Medigap 상품 중 L/L 상품의 기본급여는 Medicare Part A의 본인부담금에 대해서는 A~J까지의 상품 기본급여와 차이가 없다. 다만, Medicare Part B에 대한 본인부담에서 K와 L이 각각 K는 50%를 L은 75%의 급여수준을 보여 차이가 나타난다. 다만, 연간 실질부담 한도액이 K 상품은 \$4,000이며, L 상품은 연간 \$2,000의 실질부담 한도액을 상정하고 있다. 가입자가 연간

한도액을 초과할 경우, 각 상품 K와 L은 당해연도 본인부담 전액을 부담한다. 다만, Medicare 프로그램에서 승인한 금액을 초과한 경우는 연간 한도액에 포함되지 아니한다. 가입자는 이러한 초과금액(Excess Charges)을 부담하여야 하고, 규정된 연간 한도액은 인플레이션을 반영하여 매년 증가하기도 한다.

(2) Medigap의 보험료 산정

상품별 보험료는 각 민간보험회사가 자체적으로 결정할 수 있어 경쟁을 유발하고 있다. 즉, 상품이 표준화되어 있기 때문에 동일한 내용의 상

〈표 5〉 Medigap 상품 K·L의 기본 급여(Basic Benefits)

급여 항목	급여 내용 (2006년)
Medicare Part A의 본인부담금 (coinsurance)과 입원진료	(Plan K 및 Plan L) <ul style="list-style-type: none"> • 61~90일 병원입원의 경우 입원 1일당 \$238지불 • 91~150일 병원입원의 경우 입원 1일당 \$476지불 • 365일 이상 병원입원의 경우 평생 본인부담금 지불
Medicare Part B의 본인부담금 (coinsurance or copayment)	(Plan K) <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Part B의 연간 공제액 \$110에 대해서는 본인부담금 (coinsurance or copayment)의 50%를 지불함 • Part B의 예방의료에 대해서는 본인부담금의 100% 지불함 (Plan L) <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Part B의 연간 공제액 \$124에 대해서는 본인부담금 (coinsurance or copayment)의 75%를 지불함 • Part B의 예방의료에 대해서는 본인부담금의 100% 지불함
혈액	(Plan K) <ul style="list-style-type: none"> • 최초 1년간 3차례 수혈 또는 적혈구 수혈 비용의 50%를 지불함 (Plan L) <ul style="list-style-type: none"> • 최초 1년간 3차례 수혈 또는 적혈구 수혈 비용의 75%를 지불함
호스피스 서비스(Hospice)	(Plan K) <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Part A 모든 비용을 부담하는 호스피스 서비스의 본인부담금의 50%를 지불함 (Plan L) <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Part A 모든 비용을 부담하는 호스피스 서비스의 본인부담금의 75%를 지불함

품에 대하여 가격 경쟁에 의한 보험사 선택이 이루어지는 형태이다⁹⁾. Medigap의 가격을 결정하는 방식은 크게 다음의 세 가지로 정리된다.

- 집단율(community-rated, or “no-age-rated”)
- 보험가입 연령 기준 보험료(Issue-age-rated)
- 획득 연령 기준 보험료(Attained-age-rated)

자세한 가격 결정 사항은 아래 <표 6>에 제시되어 있다. 집단율 또는 지역기반 보험료 책정은 연령에 상관없이 보험료가 결정된다. 반면, 보험가입연령 기준 보험료 책정은 가입자가 보험에 가입하는 시점에 연령에 따라 보험료가 책정되는 것을 의미한다. 하지만 가입연령 기준 보험은 이후에 연령 증가에 따른 보험료 변동은 없다. 끝으로 획득연령에 따른 보험료 책정이 있는데, 이는 가입자의 연령에 따라 보험료가 책정되고, 연령이 변함에 따라 보험료 역시 변동하는 경우를 의미한다.

위에서 제시한 연령 이외에 다른 여러 가지 요

소가 Medigap 상품의 가격을 할인하는데 영향을 미친다. 여성, 비흡연, 기혼자의 경우는 보험료를 할인받을 수 있다. 한편, 보험 가입 전에 가입자의 건강상태를 체크하여 가입여부와 전제조건을 제시하는 보험사도 있다.

만일 Medigap 상품 중 높은 공제액을 제시하는 F와 J 상품을 살 경우 낮은 보험료를 내는 대신, \$1,730까지 본인이 부담하는 공제액을 설정하였기 때문에 Medicare에서 본인이 부담해야 하는 총 비용은 증가할 수 있다.

(3) Medigap 정책의 문제점

국가의료보장 체계로서 Medicare가 가지고 있는 보장성 문제를 보완하기 위해 도입된 Medigap은 도입초기 시장기제에 따른 많은 상품의 경쟁으로 인해 구조가 매우 복잡하였으며, 최근에 정부 규제에 따라 보험상품이 표준화 되었더라도 여전히 가입자에게는 복잡한 구조를 가지고 있다. 또한, 보험상품 가격에 따라 급여수준이 달라지기 때문에 사회보장제도가 가지는 보편적 급여

<표 6> Medigap의 가격(=보험료) 결정 방식

가격결정 방식	가격산정	가격결정의 의미
집단율	연령에 관계없이 Medigap 가입자에게 같은 수준의 보험료 부과됨	<ul style="list-style-type: none"> • 연령에 관계없이 동일 수준의 보험료 • 보험료는 물가상승에 따라 인상될 수 있음
보험가입 연령 기준 보험료	보험료는 Medigap 가입 연령기준으로 부과됨 - 가입이후 연령변동에도 보험료 변동은 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 저연령 가입자의 보험료는 낮은 수준임 • 보험료는 물가상승에 따라 인상될 수 있음
획득 연령 기준 보험료	보험료는 가입자의 현재 연령에 기초하며, 보험료는 매년 인상됨 - 가입이후 연령변동에 따른 보험료 인상이 이루어짐	<ul style="list-style-type: none"> • 저연령 가입자의 보험료는 낮은 수준이지만, 보험료는 매년 인상되며 궁극적으로는 가장 비싸게 됨 • 보험료는 물가상승에 따라 인상될 수 있음

9) 가입자는 전화나 인터넷(www.medicare.gov)에서 정보를 확인하거나, 국가 건강보험도우미(National Health Insurance Assistance Program)에 전화를 통해 도움을 받을 수 있음.

및 형평성 원칙에도 반하게 된다.

둘째, 보다 근본적으로 공적의료보험의 보장성 미흡 문제를 사적 영역의 민간보험이 보충한다는 것은 시장경제의 원리에 충실하여 공적 의료보험 체계를 위협할 수 있음을 의미한다. 실제, 1960년대 말 Medicare 수혜자의 45%가 Medigap을 구입했고, 1997년에는 약 80% 이상이 구입한 것으로 나타났는데, 구입하지 못한 계층의 불평등 문제가 새로운 문제점으로 부각된다.

또한 Medicare 수급자들에 대한 Medigap 소비 조사 결과 건강을 통제할 경우, Medigap을 구입하지 않은 사람들보다 구입한 사람들이 연간 약 \$2,000 이상을 더 사용한 것으로 나타났고 (Silverman, Keane, Fang, 2005: 1), Khandker and McCormack(1999)는 Medicare 수요와 Medigap 적용범위 간에 양의 상관관계가 있음을 증명하였다. 이를 통해, Medigap 상품이 보장성 강화측면과는 별개로 공적제도인 Medicare의 의료수요까지 증가시켜 재정불안을 초래하고, 나아가 공적제도 자체를 위협할 수 있음을 제시한다.

셋째, Medigap 상품이 민간보험이기 때문에 저위험군의 가입자를 선택하는 단물 빨기(Cream skinning)가 일어나거나 고위험군에게 높은 보험료를 책정하는 역효과가 나타날 수 있다. 이를 방지하기 위해 Medigap 가입개방기간(open enrollment period)을 실시하여 65세 이후 6개월간 Medigap 가입기간을 개방하도록 규정하여 보험자의 역선택을 방지하도록 하였다. 그럼에도 민간보험의 상업추구는 여전히 가입이전에 전제 조건을 제시하고 있고, 보험료 책정에도 영향을 미치고 있다.

넷째, 이윤추구가 최대 목적인 민간보험회사는 급여수준을 낮추려는 노력을 지속하였다. 이에 1980년 사회보장법 개정을 통해 Medigap 보험손

실율을 개인은 60% 이상, 단체는 75% 이상을 의무화하였으나, 1984년 회계감사 조사에 의하면 398개 보험사 중 254개사가 기준보다 낮은 손실율을 보여 상대적으로 높은 수익을 창출한 것으로 나타났다.

이처럼, Medigap 상품은 그 목적이 순수하였으나, 제도 운영의 기술적 측면이나 철학에서 이윤추구라는 시장기제가 작동하였고, 정부 역시 이를 적극적으로 규제하지 못하여 새로운 문제들을 야기하였다. 특히, 공적제도의 유인수요 창출, 제도가 내포하고 있는 비형평성 문제 등은 미국의 Medigap 상품이 가지는 가장 큰 단점일 것이다.

3. 정책적 시사점

앞서, 살펴본 미국의 의료보장 및 Medigap 상품을 통해 현재 우리나라에서 제기되고 있는 민간의료보험 시장의 개방 및 확대, 그리고 공보험 영역의 배분 주장에 대하여 적절한 시사점을 제시할 수 있을 것으로 보인다.

특히, Medigap 상품은 Medicare에 대한 보충적 성격으로 Medicare가 가지고 있는 보장성 한계 문제를 극복하고자 도입되었으나, 그 본래의 취지와는 달리 부작용 역시 있는 것이 사실이다. 문제점을 통한 우리 제도의 개선 및 보완은 좋은 타산지석의 예가 될 수 있을 것이다.

미국의 경험을 통해 우리에게 주는 시사점은 크게 네 가지로 정리할 수 있다.

첫째, 민간보험의 보완적 성격이다. 연방정부와 주정부는 Medigap 상품이 Medicare의 보충형(supplementary)으로 판매된다는 점을 법에 명시하고, 보험상품에 반드시 가입하도록 강조하였다. 이는 공적의료보험의 체계가 민간보험의 확장으로 인해 파괴되거나 근본 취지가 망각되는

일이 없도록 하기 위함이다.

한편, 민간보험 상품의 역선택이나 정보의 악용을 막기 위해 의무적인 개방시간을 설정하는 등 규제노력을 기울이는 것은 매우 좋은 시사점이 되고 있다. 보험가입 시 작성하게 되는 언더라이팅(Underwriting) 정보에 대하여도, 민간보험회사가 합부로 유포하거나 사적 이익을 위해 사용할 수 없도록 규정하는 것 역시 개인의 정보보호가 철저히 유지됨을 보여주는 것이고, 보험상품 가입 및 탈퇴에도 일정부분 규제를 두어 보험사의 횡포를 막는 노력 등은 또한 중요한 시사점이 될 것이다.

둘째, 민간보험상품을 구입할 수 없는 저소득 노인계층을 위한 프로그램을 개발하여 제공하였다는 점이다. 또한 우후죽순처럼 늘어나던 민간보험 상품을 정리하여 복잡한 체계를 단순화하고 표준화한 노력은 가입자 중심의 의료보장 체계 운영의 의지를 보여준다 할 수 있다.

비형평성 문제로서, 저소득노인계층은 민간보험인 Medigap 상품을 구매할 수 없기 때문에 소득계층간 불평등이 가중되었던 것이 사실이다. 1997년의 경우 연소득 \$14,000미만 노인계층의 54.9%만 Medigap을 구입한 반면, 1997년 전체 소득계층의 구매비율은 약 80%에 이르는 것으로

나타나 소득이 낮은 계층의 경우에 민간보험 상품을 구입할 수 없을뿐더러, 제도의 목적이었던 보장성 강화에서도 차별화되어 종국에는 의료이용의 불평등을 야기하는 부작용을 초래한 것이다. 이에 1988년부터 MSP(Medicare Saving Programs) 실시하여 저소득 Medicare 대상자들에게 Medicare가 제공하지 않는 일정 수준은 공제액(deductable), 본인부담금(coinsurance), 비급여(uncovered) 및 Medicare Part B의 보험료를 지원하기 시작하였는데, 최저 본인부담비용을 충당하지 못하는 극빈층에게 의료비용을 지원하는 프로그램이다. MSP는 말 그대로 소득이 적은 개인의 의료비용을 아껴주는 프로그램으로, 자산조사를 거쳐 일정소득과 자산규모 이하자여야 자격이 주어진다. 급여프로그램은 크게 세가지로 구분되는데, QMB(Qualified Medicare Beneficiary Program)와 SLMB(Specified Low-Income Beneficiary Program), 그리고 QI-1(Qualified Individuals 1)이다. 순서대로 급여내용이 증가하는 양상을 보인다¹⁰⁾. 자산규모는 개인은 \$4000, 부부는 \$6,000이며, 소득기준은 아래 <표 7>와 같다.

한편, 자산 및 소득기준이 초과되더라도, 의료비용이 매월 지속되거나 소득을 초과할 경우에는

<표 7> Medicare Savings Program의 소득 기준

구 분	개 인	부 부
QMB 빈곤선의 100%	\$817	\$1,100
SLMB 빈곤선의 120%	\$980	\$1,320
QI-1 빈곤선의 135%	\$1,103	\$1,485

자료: www.health.state.ny.us의 Medicare Savings Program 참조

10) QMB는 Medicare Part A의 입원과 요양시설 이용의 공제액, 본인부담금, Medicare Part B의 보험료 \$88.5 그리고 Part B의 본인부담 및 공제액을 급여하고, SLMB는 Part B의 보험료만 급여하며, QI-1 역시 SLMB와 동일한 급여를 제공한다(CSS, Community Service Society in New York, www.cssny.org 참조).

프로그램 급여 대상자가 될 수 있다. 하지만, 저소득계층이 민간보험인 Medigap 상품을 구입한 경우는 대상자가 될 수 없도록 규정하여 민간보험과 공보험의 역할을 명확하게 구분하고 있다. 결국, 저소득계층의 경우는 Medicaid라고 하는 공적프로그램의 급여는 물론 공적보험의 본인부담마저 낼 수 없는 극빈층에게 정부가 또 다시 비용을 부담하여 최소한의 의료보장을 해준다는 점이 우리에게 주는 함의가 매우 크다. 따라서, 민간보험의 도입이나 상품의 판매 이전에 우선적으로 공보험의 보장성 부분을 확고히 할 필요성이 제기된다.

셋째, 민간보험사가 공적보험의 보장성을 강화하기 위해 본인부담과 비급여부분을 추가로 보장함으로써 공적보험의 재정지출 증가를 야기하였다는 점이다. 물론, 미국의 Medicare는 높은 본인부담으로 인해 개인의 부담이 컸던 것은 사실이다. 그러나, 사회보험에서 개인의 불필요한 소비를 줄이고자 도입된 본인부담비용을 민간보험이 대신 지불함으로써 불필요한 의료소비의 증가를 유도한 측면도 있다. 따라서, 현재 불거지고 있는 실손형 민간보험의 도입은 불필요한 의료소비를 부추겨 공보험제도의 재정불안 및 제도붕괴를 초래할 수도 있다. 한편, 미국의 Medigap 상품이 가입자의 실질부담을 증가시키는 것은 물론, 보험료 부담까지 증가시켜 총 비용을 증가시키는 부작용도 나타났다(GAO, 2001). 따라서, 민간보험으로 인한 공적보험의 재정지출 증가 요인을 통제할 수 있도록 적절한 장치를 마련해야 할 것

이다. 예를 들어, 진료비지불제도의 개선을 통해 행위별수가제에서 총액예산제로 갈 경우 공급자측의 유인수요가 억제되면서, 공보험과 민간보험 모두 비용억제 측면에 도움이 될 것이다.

끝으로, 미국 역시 개인정보와 공적 의료보장을 통한 의료접근의 강화 등을 매우 중시하고 있다. 모든 제도를 시장기제에 맡기고 있는 것처럼 보여도, 개인의 기본권과 사회권을 보장하기 위한 노력은 특히 휴먼서비스 기관을 중심으로 매우 강력하게 유지되고 있다¹¹⁾.

결국, 누구의 입장에서 의료보장체계를 유지하고 발전시키는 것인가가 중요하며, 시장기제 중심의 미국에서도 가입자의 권익과 안녕을 생각하는 기본철학은 시장에서 판매하지 않는다는 점이 우리에게 주는 매우 큰 의미일 것이다.

참고문헌

- CMS(Center for Medicare and Medicaid Services), Congressional Guide, 2004.
- _____, Choosing A Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People With Medicare, 2005.
- CSS(Community Service Society), Medicare Savings Programs, PBRC, 2006
- D. Silverman, M. Keane, H. Fang, Sources of Advantageous Selection: Evidence from The Medigap Insurance Market,

11) MIB(Medical Information Bureau) 같은 민간보험회사의 정보를 공유하는 기관에서도 개인의 정보이용 동의에 의거하여 개인 정보를 공유할 수 있으나, 그렇다고 개인의 진료기록이나 질병에 대한 상세한 의사의 기록을 의미하는 것은 아님. 또한, 의료보험의 이동 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA)에 따라 보험사간 개인의 가입이동이 있을 경우에도 개인 정보의 이용에 있어 철저한 보호를 원칙으로 하고 있음(CMS, 2004).

- University of North Carolina Economic Workshop, 2005.
- General Accounting Office, Medigap Insurance: Plans Are Widely Available but Have Limited Benefits and May Have High Costs, 2001.
- Khandker Rezaul K. and Lauren A. McCormack, "Medical Spending by Beneficiaries with Various Types of Supplemental Insurance." Medical Care Research and Review, Vol. 56, N0 2, 1999, 137~155.
- 김창엽, 미국의 의료보장체계(2): 민간의료보험, 건강보험포럼 2005 봄호, 제 4권 제1호, 2005.
- 이상이 외, 의료의 산업화와 공공성에 관한 연구, 국민건강보험공단, 2005.
- 이진석 외, 국민건강보장을 위한 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 설정방안, 국민건강보험공단, 충북대학교, 2006.

우리나라 척추수술의 현황 및 추이

강 임 옥 · 서 수 라
건강보험연구원

최근 들어 척추수술은 급격히 증가하고 있다. 이에 본 연구는 우리나라에서 시행되는 전체 척추수술의 일반적인 현황 및 추이를 살펴봄으로써 기초자료를 제시하고자 하였다. 연구자료는 2002년 1월 ~ 2005년 9월까지 건강보험 요양급여 전산청구자료를 대상으로 하였다. 연도별, 성·연령별, 가입자 소득별, 진료비별, 의료기관종별, 의료기관 지역별, 척추수술 종류별, 진료과목별, 척추질환 입원 건 중 척추수술건의 비율 등을 통해 척추수술건의 추이를 살펴보았다. 분석결과에서 나타난 특징들은 다음과 같다. 첫째, 2002년 이후 척추수술 건수는 특별한 기복없이 꾸준한 증가하고 있으며, 절대적 수치뿐만 아니라 입원건 중 척추수술건이 차지하는 비율도 증가하는 양상을 보이고 있다. 둘째, 연령이 높아질수록 입원건 중 척추수술건이 차지하는 비율이 더 커진다. 셋째, 수술유형 중 추간판제거술과 척추고정술에 주로 집중되어 있다. 넷째, 서울, 경기도, 경상도에 소재한 병원급과 종합병원급 의료기관에서 집중적으로 증가하고 있다. 척추수술의 급증은 진료비 증가로 인해 사회적 부담을 야기시킬 수 있다. 급증하고 있는 척추수술이 적절한 수준인지에 대한 판단을 위해 수술의 적절성을 평가하고 의료비용을 관리하기 위한 제도적 장치와 다각적 노력이 필요하다.

주제어: 척추수술, 추간판질환, 척추질환, 의료이용

I. 머릿말

요통은 인구의 80%가 경험할 정도로 흔한 증상이고 좌골신경통도 인구의 13~40%가 경험한다(Frymoyer, et al, 1983)¹⁾. 요통은 흔히 ‘허리가

아프다’는 말로 표현되는 요추부에 존재하는 통증을 말한다. 요통은 정형외과 외래를 방문하는 가장 빈번한 이유 중의 하나이다. 그러나 대부분의 요통은 별다른 치료없이 증상이 소실된다. 그래서 요통을 위한 일차적인 치료는 보존적 치료

1) 요통이나 좌골신경통은 증상을 나타내는 것이지 병리학적 진단명을 의미하는 것이 아니고, 요통과 관련된 하지 통증이라고 해서 항상 좌골신경통은 아니다. 성인인구의 30%는 요통이나 좌골신경통이 없이 추간판팽윤이나 탈출 소견이 보이기도 한다(Boden, et al, 1990).

를 하는 것이 좋다고 알려져 있다. 그러나 최근 들어 보존적 치료가 아닌 수술적 치료가 급격히 증가하는 추세라는 지적이 있다.

건강보험심사평가원의 보고서(2003)에 의하면, 2000년부터 2002년까지의 척추수술 증가는 83%로 미국의 증가율보다도 높은 것으로 보고하고 있다. 외과적 수술의 증가는 대부분 마취나 수술의 의학적 기술이 발달하고 새로운 수술법이 개발되어진 것에서 그 요인을 찾을 수 있다. 그러나 최근에 우리나라에서 나타나고 있는 척추수술 증가현상이 의학기술의 개발 요인에 의한 것인지 의사의 유인수요와 같은 다른 요인에 의한 것인지는 명확치 않다.

척추수술과 같은 외과적 처치는 보존적 처치나 내과적 처치에 비해 대부분 비용이 많이 드는 단점이 있다. 비용이 지나치게 많이 들 경우 환자 본인뿐만 아니라 건강보험 재정에도 악영향을 미칠 수 있다. 게다가 일각에서는 수술적 치료와 보존적 치료의 효과 간에 별다른 차이가 없다는 지적까지 제기되어 왔다(Weber, 1983). 이제 급속히 확산되고 있는 우리나라의 척추수술 행위에 대해 보다 원칙적이고 윤리적인 차원에서 고민하여야 할 때라고 생각한다.

척추수술에 관한 다양한 논란들은 기본적으로 척추수술 행위가 어느 정도 증가하고 있는지, 그 증가폭이 우려할 만한 수준인지와 같은 기초적인 질문에서부터 시작된다. 이 연구는 최근에 우리나라에서 시행되는 전체 척추수술의 전반적인 현황 및 추이를 살펴봄으로써 척추수술에 관한 기초적인 자료를 제시하기 위한 것이다.

II. 선행연구고찰

1. 추간판질환 및 요통

척추수술과 관련된 척추질환의 종류는 매우 다양하다. 그러나 많은 경우 추간판질환에 해당된다. 추간판질환은 척추가 위치한 자리 어디에서나 발생가능하지만 주로 요추에서 자주 발생한다. 추간판질환에는 추간판 탈출증 및 변성, 추간공내 추간판 탈출증, 극외측 추간판탈출증, 재발성 추간판 탈출증, 추간판 내장증, 마미증후군으로 세분할 수 있다(대한정형외과학회, 1999).

추간판탈출증은 수핵을 둘러싸고 있는 섬유륜의 파열로 수핵의 일부 또는 전부가 그 사이로 돌출되어 척수의 경막이나 신경근을 압박함으로써 요통 및 신경증상을 유발하는 질환이다(유재원, 1999). 이것은 보통 제4~5요추간과 제5요추~천추 간에서 가장 흔히 발생하고, 탈출되는 방향에 따라 그 발생빈도는 후측방탈출이 60%, 정후방탈출이 30%, 측방탈출이 10% 정도이다. 추간판탈출증의 발생빈도를 연령대별로 보면, 활동성이 가장 많은 20대에서 40대 사이에 많이 발생하고 20세 이하나 60세 이상에서는 드물게 나타난다. 여자보다 남자에서 1.6배 정도 많이 발생하고, 위험인자는 남녀간에 동일하다(Frymoyer, et al, 1986)

추간판탈출증이 있는 경우 가장 흔한 증상은 요통이고, 방사통과 연관통도 함께 나타나는 경우가 있다. 그러나 요통의 50~60%는 처음 통증이 발현한 지 1주 후에는 회복되고, 95%는 3개월 이내에 회복되며, 1년 후에는 약 1%에서만 요통을 호소한다. 좌골신경통도 1개월 이내에 50%가 회복된다(유재원, 1999). 추간판 탈출증에 의한 요통 및 방사통이 치료의 방법에 상관없이 대부

분 저절로 호전되는 것은 시간이 경과하면서 염증 반응이 소실되고 탈출된 수핵의 수분 함량이 감소되어 수핵의 크기가 작아지기 때문이다.

요통을 유발하는 원인 요소는 지속적인 전동에서의 작업, 무거운 물건을 나르는 직업, 다이빙 선수, 자동차 운전사, 다산모, 흡연, 오래 앉아 있는 직업, 우울 및 불안 등이 있을 수 있으나(Kelsey, et al., 1984; 유재원, 1999) 그 이전에 대해서는 아직도 많은 논란이 있다.

2. 척추수술

추간판탈출증의 치료에는 보존적인 방법과 수술적인 방법이 있다. 치료방법을 선택할 때는 증상기간, 통증의 강도, 재발의 횟수, 직업, 나이, 성별, 작업량 등 여러 가지 조건을 고려해야 한다. 대부분 침상안정, 약물요법, 물리치료를 시행하면 회복되는 경우가 많으므로 일차적으로는 이러한 보존적 치료를 먼저 시행하는 것이 좋다(유재원, 1999).

보존적 치료에는 교육(스트레스나 기대감을 줄임, 요통학교 등), 수영, 자전거, 보행과 같은 심혈관 적응 운동을 하거나, 경우에 따라서는 장기간 침상안정, 근이완, 견인, 보조기, 도수조작 등을 시행할 수 있다. 이밖에도 재활을 위해 선택적으로 경막외 스테로이드를 쓰기도 하고, 근육경련을 완화시키기 위해 열치료를 하기도 한다. 환자가 과체중일 때에는 적절한 체중을 유지하도록 하는 것도 필요하다.

수술적 치료는 환자의 직업, 연령, 작업량, 생활 방식 등을 고려하여 수술방법을 선택한다. 절대 적응증은 1~3%에 불과하고, 상대적 적응증²⁾은 20% 정도이다(Frymoyer, et al, 1986; 대한정형외과학회, 1999)³⁾. 구체적으로 수술적 치료를 반드시 해야 하는 적응증은 ①점차로 신경증상이 악화되는 경우, ②하지 직거상 검사에 상당한 제한이 있으면서 심각한 신경증상이 있는 경우, ③마미증후군을 동반한 경우, ④상당한 기간(6주 이상)의 보존적 치료에도 불구하고 호전이 없는 경우, ⑤잠을 수 없는 동통이 있거나 계속 재발되는 경우, ⑥동통으로 인해 활동에 심한 장애를 초래하는 경우 등이 있다(유재원, 1999).

이상의 수술 적응증에서 보듯이 수술적 치료는 매우 제한된 경우에만 시행되는 것으로 알려져 있다. 기존의 알려져 있던 수술적 치료조차도 그 효과성에 대해서 이의를 제기하는 경우를 찾아볼 수 있다. 그 예로 요추간판탈출증의 수술적 치료와 보존적 치료를 비교한 연구들을 보면 대부분 그 효과에서 별다른 차이가 없다고 지적하고 있다. Weber 등(1983)의 연구에 의하면 수술했던 군의 요통이나 방사통은 1년 후에 월등히 감소했지만 4년 후에는 두 군 간의 치료결과에 차이가 없어서, 보존적 치료가 수술적 치료에 비해 이환 기간을 더 길게 하지만 오히려 만족할만한 결과를 보이는 것으로 나타났다. Hemo 등(1996)은 환자를 수술적 치료군과 보존적 치료군으로 나누어 4년간 관찰하였는데, 수술을 한 군과 보존적 치료를 한 군 간에 기능상태와 전체적인 치료결

2) 절대 적응증은 반드시 수술을 하여야 하는 조건에 해당되는 것이지만, 상대적 적응증은 의사에 따라 수술적 처치를 하지 않을 수도 있는 경우를 의미한다.

3) 수술과 관련된 요소로는 첫째, 나이는 40대에 가장 많으며 둘째, 성별은 남자가 여자보다 3배 정도 더 많으며, 셋째, 직업은 중노동을 하는 직업에서 수술의 빈도가 높다. 그리고 넷째, 보상과 관련됐을 경우 수술 결과가 더 나쁘다.

과에서 차이가 없었다.

척추관협착증의 경우는 일반적으로 시간이 지날수록 더 악화되기 때문에 수술적 치료가 필요하다고 인식되어 왔다(Wiltse, et al., 1976). 그러나 이러한 척추관협착증 환자만을 대상으로 한 Johnsson 등(1993)의 연구를 보면, 자연경과를 4년간 관찰하였을 때 환자 중 70%가 증상의 변화가 없었고, 15%에서는 증상이 오히려 호전되었고 단지 15%에서만 증상이 악화된 것으로 보고하고 있다. 최근에는 협착증 환자의 경우에도 증상이 경미하거나 아주 중증인 경우, 전신상태가 불량하여 수술이 불가능한 경우 등에는 보존적 치료가 증상을 더 호전시킬 가능성이 있고, 협착

증 환자의 상당한 경우는 시간이 지나도 악화되지 않는 것으로 보고되고 있다(Fritz, 1998).

3. 척추수술 발생건수

척추수술 빈도에 관한 연구는 많지 않은 편이고 특히 척추수술을 국가간 비교한 연구는 찾아보기 어려운 실정이다⁴⁾. 1992년에 시행된 캐나다와 미국의 척추질환(neck and back problems) 관련 내외과적 처치 시 입원건수에 대한 연구가 가장 최근 연구이다(Lavis, et al, 1998; 건강보험심사평가원, 2003). 이 연구에서는 캐나다 보건정보 데이터베이스(Canadian Institute for Health

〈표 1〉 척추질환(mechanical neck and back Problems) 치료를 위한 병원입원 건수

(성인인구 10만명 당¹⁾)

구 분		1982년	1987년	1992년	증가율 ²⁾
(미국)					
처치종류	내과적	586.3	383.6	143.7	-75.4
	외과적	160.5	194.1	217.2	35.3
수술형태	척추유합술(Spinal fusion)	27.1	41.7	69.5	156.5
	non fusion	133.3	152.4	147.7	10.8
캐나다 온타리오주					
처치종류	내과적	242.8	180.2	117.1	-51.8
	외과적	72.1	72.4	82.3	14.1
수술형태	척추유합술(Spinal fusion)	19.2	15.6	20.5	6.8
	non fusion	52.9	56.8	61.8	16.8

자료: Lavis et al, 1998.

주: 1) 20세 이상을 성인인구로 간주함.

2) $[(1992\text{년 병원입원 건수}/1982\text{년 병원입원 건수}) \times 100] - 100$

4) 국가간 수술율을 비교할 때는 몇 가지 주의할 사항이 있는데, 비교되는 자료의 대상 환자에 대한 정의(성별, 연령군 기타)와 국가간 보건정책의 상이함 등을 고려하여야 하고, 자료생성 시기가 일치되어야 한다. 또한 척추수술의 경우 이러한 것들이 일치한다고 하더라도 진단분류의 합의가 없다는 것과 질병분류기준이 동일하더라도 질병군, 수술군이 일치하지 않고, 발생율이나 유병율 비교단위의 기준제시가 서로 상이하다는 한계점이 자주 지적된다.

Information Database)와 미국의 전국병원퇴원조사(National Hospital Discharge Survey) 자료를 통해 1982년에서 1992년 사이의 척추질환에 대한 내외과적 처치를 비교분석했는데, 미국의 경우 척추질환으로 외과적 치료를 받기 위해 병원에 입원한 건은 인구 10만명당 1982년에 160.5명, 1987년에 194.1명, 1992년에 217.2명이었다(표 1). 캐나다의 온타리오 주의 경우 1982년과 1992년에 각각 72.1명, 1992년에 82.3명이었다. 한편 미국과 캐나다에서 동일하게 척추질환의 내과적 처치를 위한 입원은 점차 감소하고 있고 수술적 처치를 위한 입원은 증가하고 있었다. 내과적 처치는 캐나다에서 52%, 미국에서 75% 감소를 보였고, 외과적 수술은 캐나다에서 14%, 미국에서 35%의 증가한 것으로 나타나고 있다⁵⁾. 이러한 결과들은 척추수술관련 다른 연구에서도 비슷하게 찾아볼 수 있다(Volinn, et al, 1998).

한편 Cherkin 등(1994)은 1988년을 기준으로⁶⁾ 미국을 포함한 11개국의 척추수술(back surgery)

에 대한 국가비교를 한 적이 있다(표 2). 이 연구는 인구 10만명당 척추수술건수로 비교하지는 않아 다른 연구들의 결과와 직접적으로 비교하기는 불가능하지만, 미국의 척추수술 건을 1로 보았을 때 다른 국가의 척추수술 비를 비교하였다. 이 연구에 의하면 비교대상이 된 대부분의 나라가 미국에 비해 낮은 척추수술 비율을 보이고 있다. 인구 10만명당 미국의 신경외과의사와 정형외과의사의 수는 7.6명이고 스웨덴의 경우는 8.7명으로 스웨덴의 척추수술관련 의사의 수가 더 많지만, 척추수술비율을 비교해 보면, 미국을 1로 보았을 때 스웨덴이 0.33으로 오히려 더 낮게 나타나고 있다.

III. 연구자료 및 분석방법

이 연구는 진료년월을 기준을 2002년 1월부터 2005년 9월까지⁷⁾(심사차수 2002년 1월~2005년

〈표 2〉 11개국의 척추수술(back surgery) 비교 (미국을 기준, 1988년-1989년)

국가	스코틀랜드	잉글랜드	스웨덴	뉴질랜드	호주	노르웨이	필란드	덴마크	네덜란드	미국
상대비율 (Relative Index)	0.13	0.19	0.33	0.4	0.44	0.49	0.56	0.64	0.73	1.0

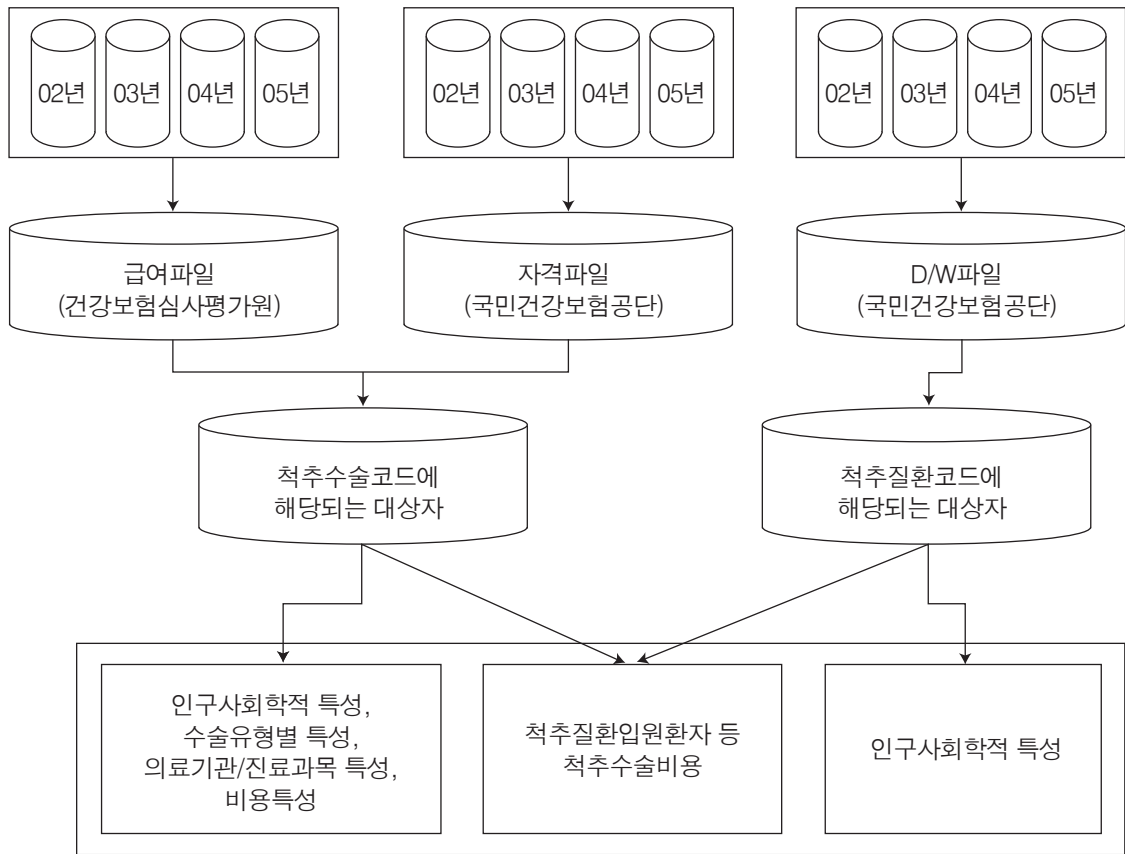
자료: Cherkin, et al, 1994; 건강보험심사평가원, 2003 재인용

5) 단순히 성인인구 10만명당 척추수술건수의 10년간 증가율만으로 추계한다면 2002년 척추수술 건수는 미국의 경우 인구 10만명당 293.9명, 캐나다의 경우는 인구 10만명당 93.9명으로 계산되었다.

6) 잉글랜드는 1985년, 덴마크와 노르웨이는 1989년 자료를 사용하였다.

7) 2006년 현재 2005년도 급여는 아직 청구되지 않은 것이 있기 때문에 9월까지의 급여 건까지만 포함시켰다.

8) 요양급여명세서의 청구방식에 따라 서면청구, 전산청구, 디스켓 청구로 구분할 수 있다. 서면 방식에 의해 청구된 경우 연구 데이터에 수술코드가 기재되지 않기 때문에 척추수술건수 분석만 가능할 뿐, 세부적인 척추수술의 형태는 분석이 불가능하여 서면 방식으로 청구된 명세서는 분석에서 제외하였다. 2001년 1월에서 2001년 12월까지의 척추수술 자료를 분석한 척추수술백서(건강보험심사평가원, 2003)에 의하면 척추수술 입원건수의 69.1%(입원 28,932건)가 전산청구, 디스켓 방법에 의해 청구되었으며, 나머지 30.9%(입원 13,696건)는 서면방식으로 이루어졌다.



[그림 1] 자료구성 및 연구의 틀

12월까지 자료) 4개년 동안에 발생한 척추수술코드를 포함하고 있는 자료를 모두 사용했다⁸⁾. 연구의 자료는 크게 3가지로 구성된다. 첫째, 건강보험심사평가원의 심결자료에서 전산청구 요양급여비용명세서 중 해당되는 척추수술코드를 갖고 있는 급여자료를 분석하였다(척추코드, 주상병, 부상병, 진료과목코드, 진료개시일, 입내원일수 등). 둘째, 국민건강보험공단의 가입자 자격파일에서 척추수술코드를 가지고 있는 대상자의 급여 및 자격내역을 분석하였다(산정보험료, 환자거주지, 급여비 등). 셋째, 국민건강보험공단의 D/W 파일에서 척추질환으로 의료이용을 한 적이 있어 척추질환코드를 포함하는 대상자의 의료이용량

을 분석하였다. 전체적인 연구의 틀은 다음과 같다(그림 1). 한편 분석에 사용된 척추질환 상병코드와 척추수술 유형 및 코드는 각각 다음과 같다(표 3, 표 4).

분석에 사용된 척추수술코드를 포함하고 있는 입원건수는 총 225,229건이었고, 총 진료비는 약 6,850억원이었으며, 수술 1건당 평균 진료비는 약 340만원이었다. 1,091개 의료기관에서 척추수술로 요양급여를 청구한 것으로 나타났다.

〈표 3〉 척추질환 상병코드

질환군	ICD-10 코드	주요 질환명
신경계질환	G04-05, G06-07, G08, G09, G12-13, G54, G95-96, G97	뇌염, 척수염, 뇌척수염, 두개강내 및 척수내 고름집(농양) 및 육아종, 두개강내 및 척수내 정맥염 및 혈전성 정맥염, 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증, 척수성 근육위축 및 관련 증후군 신경뿌리 및 신경얼기 장애, 척수의 기타질환, 중추신경계의 기타질환, 달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애 등 * 척추결핵(A17.8)은 G07과 같이 쓰이기 때문에 제외함
근골격계질환	M40-54, M80-96	척추뒤굽음증, 척추옆굽음증, 척추성골연골증, 기타 변형성배변증, 강직성 척추염, 기타 염증성 척추병증, 척추증, 기타 척추병증, 목뼈원판장애, 기타 추간판장애, 배통, 병적 골절을 동반한 골다공증, 병적 골절이 없는 골다공증, 성인성 골연화증, 뼈연속성의 장애, 뼈밀도 및 구조의 기타 장애, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파셋병(변형성 골염), 엉덩관절 및 골반의 청소년성 골연골증, 기타 골연골병증, 근육골격계통 및 결합조직의 기타 후천성 변형 등
선천성 기형	Q05-07, Q67, Q76-77	척추갈림증, 척수의 기타 선천기형, 신경계통의 기타 선천기형, 머리·얼굴·척추·가슴의 선천 근육골격 변형, 척추 및 가슴뼈의 선천기형, 척추의 성장결손을 동반한 골연골 형성 등
골절 및 손상	S12-14, S19, S22-24, S29, S32-34, T02-03, T08-09	목의 골절, 목부위의 관절 및 인대의 탈구·염좌·긴장, 목부위의 상세불명의 손상, 갈비뼈·복장뼈 및 등뼈의 골절, 가슴관절 및 인대의 탈구 및 염좌·긴장, 가슴부위의 신경 및 척수손상, 허리뼈 및 골반의 골절, 복부·하배부 및 골반부위의 신경 및 허리척수의 손상, 다발성 신체부위의 골절, 다발성 신체부위의 탈구·염좌 및 긴장 등
종양	C41, C47, C70, C72, C79, D32, D33, D43	뼈 및 관절연골의 악성신생물, 말초신경 및 자율신경계통의 악성신생물, 수막의 악성신생물, 척수 및 뇌신경·중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 기타 중추신경계통의 양성신생물 등

IV. 우리나라의 척추수술 현황

1. 척추질환 입원 실태

척추관련 질환으로 입원한 환자의 일반적인 현황을 연도별로 보면 다음과 같다(표 5). 척추수술 여부와는 상관없이 척추관련 질환으로 입원한 적

이 있는 환자의 수는 2002년에 24만명이던 것이 2004년에는 30만명 이상으로 약 28% 정도 증가한 상태이다. 의료기관종별로 보면 병원급에서 49%의 가장 높은 증가추세를 보이고 있다. 2005년 현재 병원급과 의원급에 입원하는 경우가 전체 중 65% 정도를 차지하는 것으로 나타났다.

척추질환으로 입원한 환자를 성별로 구분하여

<표 4> 척추수술 유형 및 코드

수술코드	내 용	
N0303	절골술	
N0444, N0445 N0446, N0447	척추변형의 척추관절고정술	가. 전방고정 나. 후방고정
N0451 N0452 N0453	척추체제거술	가. 경추 나. 흉추 다. 요추
N0464, N0465, N0466 N0467, N0468, N0469	척추고정술	가. 전방고정 나. 후방고정
N0471, N0472	경피적 척추성형술	
N0480	척추열수술	
N1491, N1492, N1493 N1494 N1495 N1496	척추추간판제거술	가. 관혈적(Invasive) 나. 내시경하 다. 척추수핵용해술 라. 척추수핵흡인술
N1497	척추후궁절제술	가. 경추 나. 흉추 다. 요추
N1497 N1498 N1499	척추후궁절제술	가. 경추 나. 흉추 다. 요추
N0500	능골척추횡돌기절제술	
N0590	척추 또는 골반골절 및 탈구의 관혈적 정복수술	

<표 5> 연도별 요양기관종별 척추질환 입원환자수

(단위: 명, %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비
	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	04년 증가율 ¹⁾
종합전문	27,681 (11.7)	38,276 (13.2)	37,103 (12.3)	29,243 (11.5)	34.0
종합병원	51,592 (21.7)	62,071 (21.4)	62,796 (20.8)	59,911 (23.6)	21.7
병원	69,611 (29.3)	91,363 (31.5)	103,587 (34.2)	81,975 (32.3)	48.8
의원	88,191 (37.1)	98,149 (33.8)	98,704 (32.6)	82,708 (32.5)	11.9
기타	284 (0.2)	366 (0.1)	386 (0.1)	312 (0.1)	35.9
전체	237,359 (100.0)	290,225 (100.0)	302,576 (100.0)	254,149 (100.0)	27.5

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

1) 2002년 대비 2004년 증가율: [(2004년 입원환자 수/2002년 입원환자 수)×100]-100

〈표 6〉 성·연령별 척추질환으로 인한 입원환자수

(단위: 명, %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비 04년 증가율 ¹⁾
	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	
성					
남자	110,212 (46.4)	133,366 (45.9)	138,672 (45.8)	113,727 (44.8)	25.8
여자	127,147 (53.6)	156,859 (54.1)	163,904 (54.2)	140,422 (55.2)	28.9
연령					
20세 미만	10,578 (4.5)	11,215 (3.9)	11,134 (3.7)	8,744 (3.4)	5.3
20-29	22,336 (9.4)	24,876 (8.6)	25,832 (8.5)	21,495 (8.5)	15.7
30-39	34,676 (14.6)	39,982 (13.8)	40,680 (13.4)	34,004 (13.4)	17.3
40-49	45,531 (19.2)	56,043 (19.3)	58,393 (19.3)	49,149 (19.3)	28.2
50-59	37,748 (15.9)	47,364 (16.3)	49,407 (16.3)	42,697 (16.8)	30.9
60-70	44,649 (18.8)	57,744 (19.9)	59,661 (19.7)	48,321 (19.0)	33.6
70세 이상	42,841 (18.1)	53,001 (18.3)	57,469 (19.0)	49,739 (19.6)	34.1
전체	237,359 (100.0)	290,225 (100.0)	302,576 (100.0)	254,149 (100.0)	27.5

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

1) 2002년 대비 2004년 증가율: [(2004년 입원환자 수/2002년 입원환자 수)×100]-100

〈표 7〉 인구 10만명당(총인구/성인인구) 척추질환 입원환자수

(단위: 명, %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비 04년 증가율 ¹⁾
척추질환 입원환자수	237,359	290,225	302,576	254,149	27.4
총인구**					
인구 10만명 당	47,615,132	47,849,227	48,082,163	48,294,143	1.0
척추질환 입원 실인원수	498.5	606.5	629.3	526.3	26.2
성인인구** ²⁾					
성인인구 10만명 당 척추질환 입원 실인원수	34,491,831	35,047,990	35,548,236	35,977,714	3.1
	688.2	828.1	851.2	706.4	23.7

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

** 총인구와 성인인구는 통계청 자료를 참고함.

1) 2002년 대비 2004년 증가율: [(2004년 입원환자 수/2002년 입원환자 수)×100]-100

2) 20세 이상을 성인인구로 간주함

보면 남자에 비해 여자의 비율이 더 많다(표 6). 2002년 이후 여성의 비율은 점차 많아지는 추세이다. 연령별로 구분하여 보면 40세 이하의 경우는 전체 입원환자 수에서 차지하는 비율이 점차 적어지는 반면 50세 이상에서는 그 비율이 증가하는 양상을 보이고 있다.

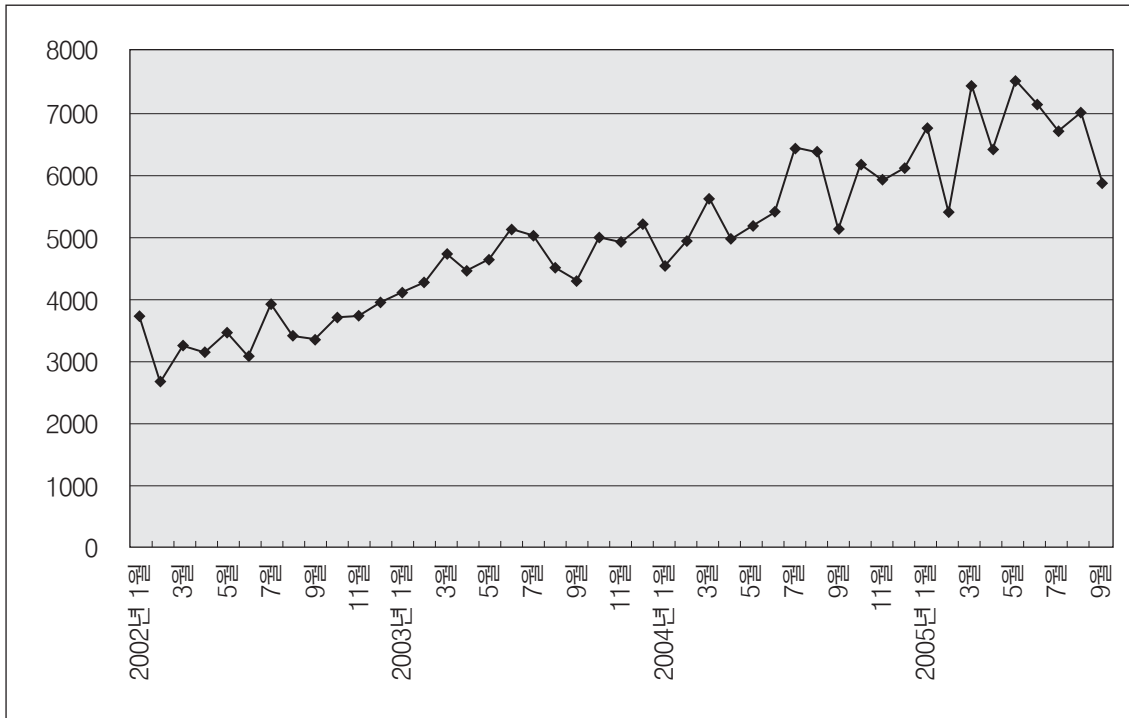
인구 10만명당 척추질환으로 입원한 실인원수의 변화추이를 보면, 2002년에서 2004년까지 3개년간의 증가율이 26.2%로 나타났다(표 7). 성인인구만을 기준으로 보아도 3년동안 23.7%의 증가율을 보이고 있다.

2. 척추수술 실태

1) 척추수술건의 일반적 현황

척추수술건을 월별로 보면 약간의 변이는 있지만 꾸준히 증가하는 양상을 보이고 있다. 2002년에는 1월에는 3,000건 정도가 시술되었던 것이 2003년 1월에 들면서 4,000건이 넘다가 2005년에 들어서는 6,000건이 넘는 시술이 이루어지고 있는 것을 볼 수 있다(그림 2).

연간 총 척추수술건을 구체적으로 보아도 2002년에 총 41,573건이던 것이 2004년에는 66,933건으로 61% 정도 증가하였다(표 8). 인구 10만명당 수술건수로 살펴보면 2002년 대비 2004년에는 59.5%의 증가율을 보이고 있다. 성인인구만을 기준으로 보아도 3년 동안 56.3%의 증가율을 보이고 있다. 앞에 보듯이 미국이 10년 동안 수술건수가 35.3% 증가하였고, 캐나다도 14.1% 증가한 것과 비교하여 보아도 우리나라의 척추수술건수의 증가폭은 더 큰 편이다. 특히 병



[그림 2] 척추수술건의 추이

<표 8> 인구 10만명당(총인구/성인인구) 척추수술건수

(단위: 명, %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비 04년 증가율 ¹⁾
척추수술건수	41,573	56,484	66,933	60,239	61.0
총인구**	47,615,132	47,849,227	48,082,163	48,294,143	1.0
인구 10만명 당 척추수술건수	87.3	118.0	139.2	124.7	59.5
성인인구** ²⁾	34,491,831	35,047,990	35,548,236	35,977,714	3.1
성인인구 10만명 당 척추수술건수	120.5	161.2	188.3	167.4	56.3

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

** 총인구와 성인인구는 통계청 자료를 참고함

1) 2002년 대비 2004년 증가율: [(2004년 입원환자 수/2002년 입원환자 수)×100]-100

2) 20세 이상을 성인인구로 간주함

<표 9> 연도별 척추수술 건수

(단위: 명, %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비 04년 증가율 ¹⁾
	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	
종합전문	13,861 (33.3)	15,305 (27.1)	14,768 (22.1)	11,867 (19.7)	6.5
종합병원	12,002 (28.9)	15,691 (27.8)	16,560 (24.7)	18,765 (31.2)	38.0
병원	10,455 (25.2)	17,875 (31.6)	30,557 (45.7)	25,505 (42.3)	192.3
의원	5,254 (12.6)	7,613 (13.5)	5,048 (7.5)	4,102 (6.8)	-3.9
전체	41,573 (100.0)	56,484 (100.0)	66,933 (100.0)	60,239 (100.0)	61.0

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

1) 2002년 대비 2004년 증가율: [(2004년 입원환자 수/2002년 입원환자 수)×100]-100

원급에서의 시술이 급격히 증가하여 2002년에 비해 2004년에는 3배 가까이 증가한 것을 볼 수 있다(표 9).

척추질환으로 입원한 환자는 여성의 비율이 점차 증가하는 추세이지만 실제 척추수술을 시술받는 양상을 보면 4개년 동안 성별 비율은 큰 변화를 보이지는 않고 있다(표 10). 대체로 여자가 53% 내외를, 남자가 46% 내외를 보이고 있다. 가장 많은 시술을 받고 있는 연령층은 50~60대

의 장년층이고 전체 시술건의 약 45% 내외를 차지하고 있다. 70세 이상의 고령층에서 시술되는 건도 전체 건수의 13~18%를 차지하고 있다. 특이한 점은 고령층을 대상으로 한 시술건의 증가 폭이 다른 연령층보다 더 크다는 점이다.

성별 연령별 척추수술건을 더 구체적으로 살펴보면, 남녀 모두에서 수술건이 증가하는 있는데, 특히 40대를 기점으로 젊은 연령층에서는 남자가 더 많은 시술을 받는 반면, 50세 이상의 고연

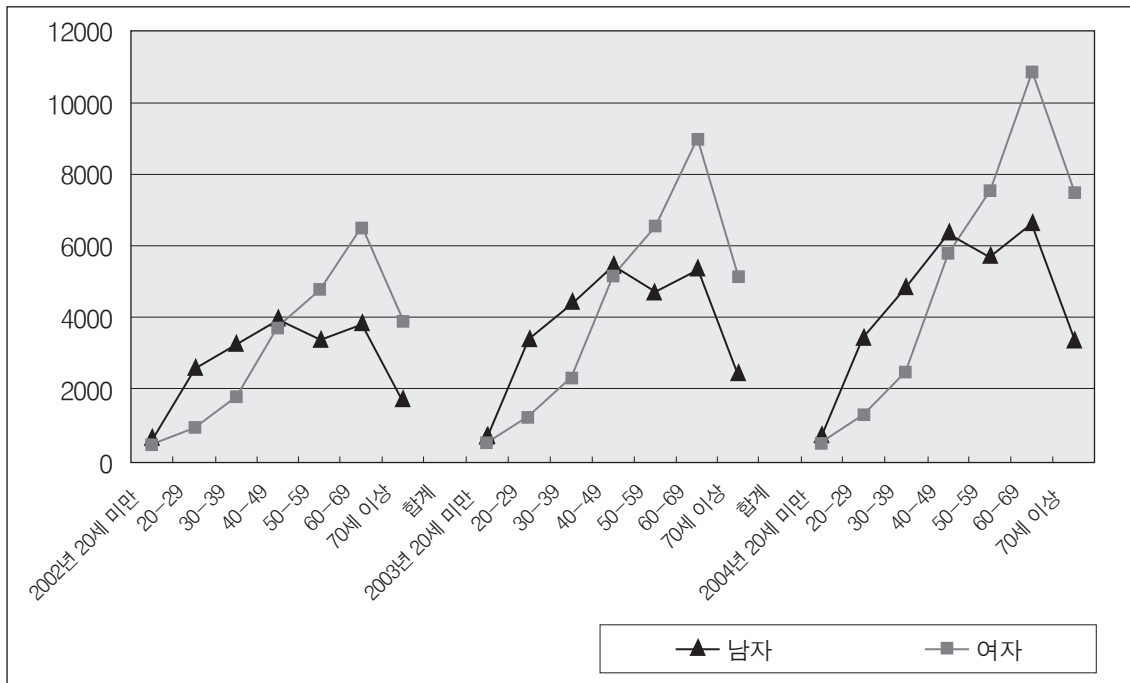
<표 10> 성·연령별 척추수술 건수

(단위: 명, %)

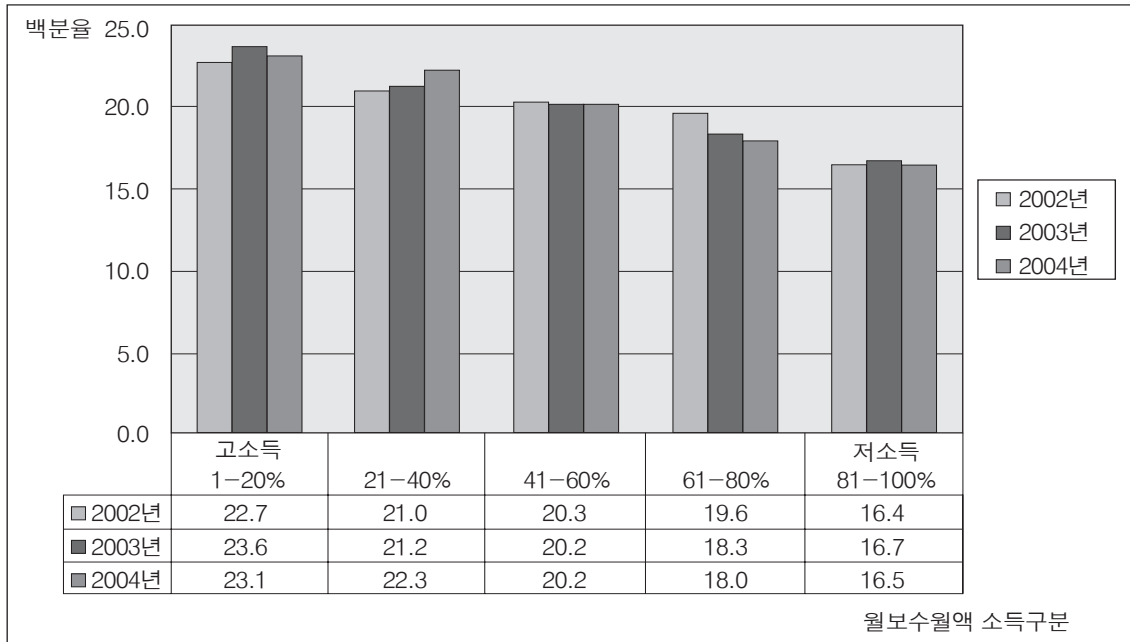
	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비
	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	실인원 (%)	04년 증가율 ¹⁾
성					
남자	19,487 (46.9)	26,587 (47.1)	31,000 (46.3)	27,867 (46.3)	59.1
여자	22,086 (53.1)	29,897 (52.9)	35,933 (53.7)	32,372 (53.7)	62.7
연령					
20세 미만	1,115 (2.7)	1,203 (2.1)	1,263 (1.9)	992 (1.6)	13.3
20-29	3,544 (8.5)	4,679 (8.3)	4,750 (7.1)	4,077 (6.8)	34.0
30-39	5,055 (12.2)	6,782 (12.0)	7,259 (10.8)	6,671 (11.1)	43.6
40-49	7,700 (18.5)	10,644 (18.8)	12,143 (18.1)	10,746 (17.8)	57.7
50-59	8,189 (19.7)	11,246 (19.9)	13,188 (19.7)	12,108 (20.1)	61.0
60-70	10,392 (25.0)	14,375 (25.4)	17,478 (26.1)	14,933 (24.8)	68.2
70세 이상	5,578 (13.4)	7,555 (13.4)	10,852 (16.2)	10,712 (17.8)	94.6
총 환자수	41,573 (100.0)	56,484 (100.0)	66,933 (100.0)	60,239 (100.0)	61.0

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

1) 2002년 대비 2004년 증가율: [(2004년 입원환자 수/2002년 입원환자 수)×100]-100

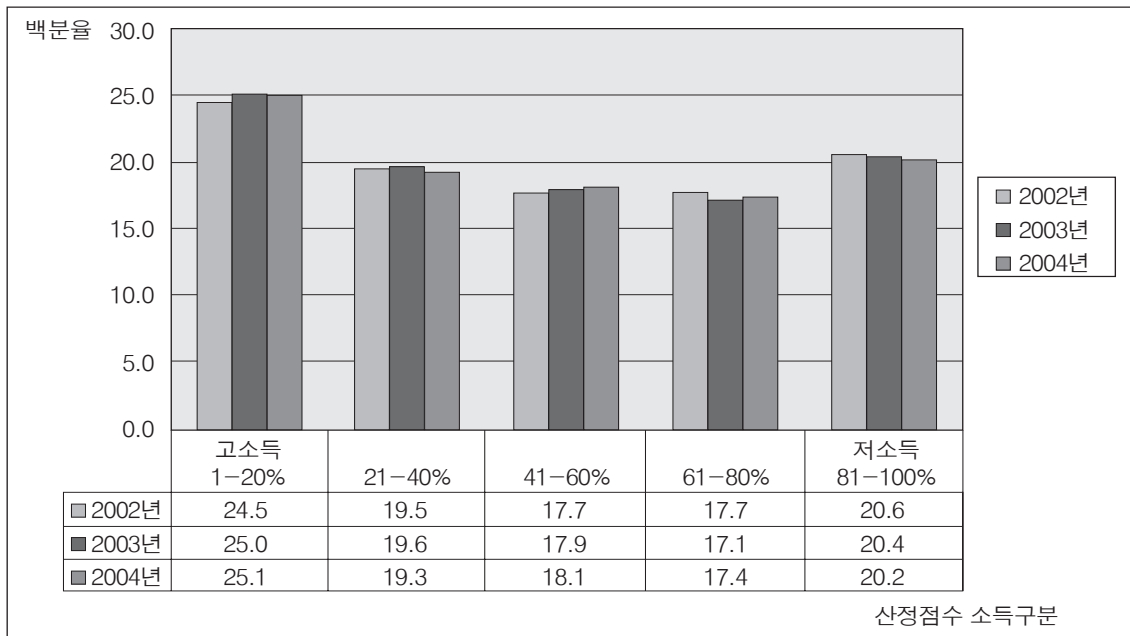


[그림 3] 성·연령별 척추수술 건수



[그림 4] 직장가입자 월보수월액 구분별 척추수술 환자수 비율*

* 월보수액 구간내 해당되는 직장가입자 중 척추수술 환자가 차지하는 비율



[그림 5] 지역가입자 부과표준소득점수(산정점수) 구분별 척추수술 환자수 비율*

* 산정점수 구간내 해당되는 지역가입자 중 척추수술 환자가 차지하는 비율

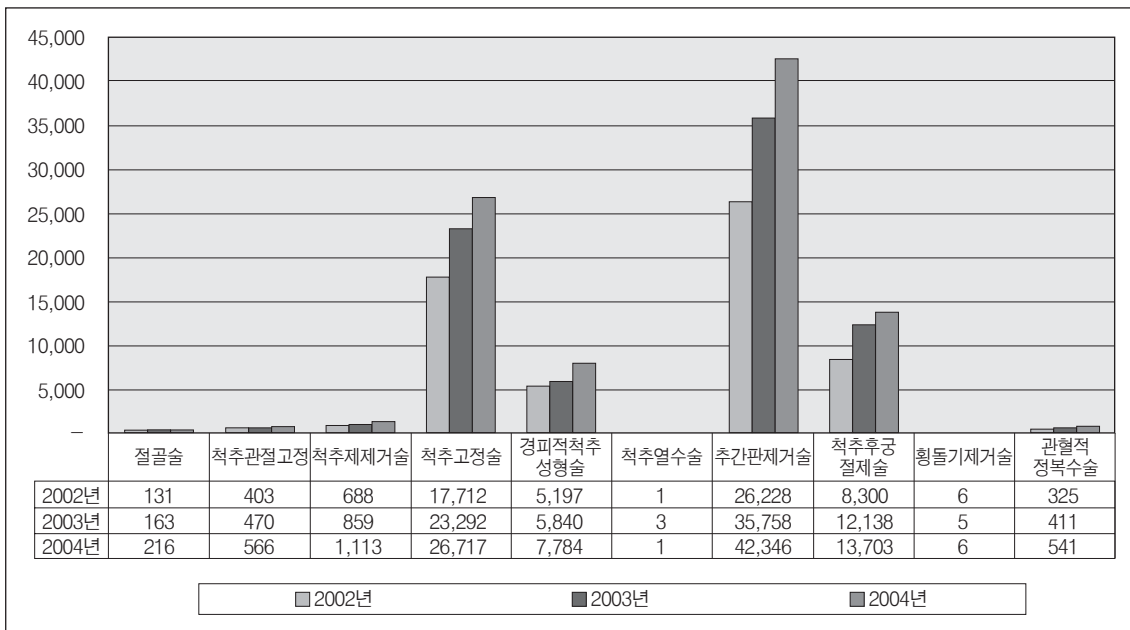
령층에서는 여자가 더 많은 시술을 받는 것으로 보인다(그림 3). 일반적으로 연령이 높아져 노인층이 될수록 인구 중 여성이 차지하는 비율이 더 많아지기 때문에 수술할 가능성이 있는 여성의 비율이 남성에 비해 더 많아질 수는 있을 것이다. 그러나 이러한 현상이 인구구조의 고령화에 의한 것인지 명확치 않으므로 이는 차후의 연구에서 다루어져야 할 것이다.

한편 이렇게 증가하고 있는 척추수술 현상이 소득수준에 따라 다르게 나타나는지를 살펴보고자 하였다. 척추수술환자의 소득수준을 간접적으로 파악하기 위해 건강보험의 직장가입자의 경우는 월보수액에 따라, 지역가입자의 경우는 산정점수 수준에 따라 수술환자수의 분포를 살펴보았다(그림 4, 그림 5). 건강보험의 전체 직장가입자

를 대상으로 월보수액⁹⁾을 20% 간격으로 구분한 후, 동일한 월보수액 기준에 따라 척추수술 환자의 월보수액 분포를 살펴보았다. 다시말해 척추수술 환자의 소득별 분포가 전체 직장가입자의 소득별 분포와 비슷하다면 모든 구간의 환자수¹⁰⁾ 비율이 20% 정도로 나타나야 한다. 그러나 여기서는 상위 20%에 해당되는 고소득층이 저소득층보다 더 많은 수술을 하는 것으로 나타났다.

2) 척추수술 유형별 수술건 추이

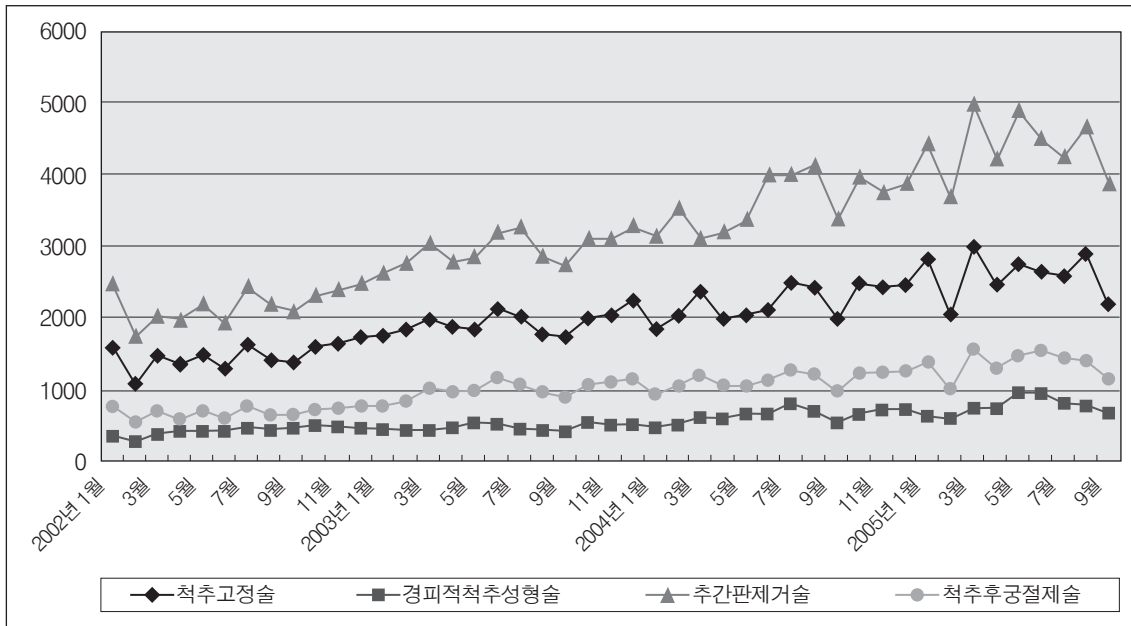
척추수술 중 어떤 유형의 수술이 주로 행해지고 있는지를 살펴보기 위해 수술유형별 건수를 연도별로 살펴보았다(그림 6). 척추수술은 절골술, 척추관절고정술 등 그 시술방법에 따라 크게



[그림 6] 연도별 척추수술 유형별 건수

9) 직장가입자의 경우는 월보수액에 따라, 지역가입자의 경우는 산정점수에 따라 보험료가 차등 징수된다. 각 연도에 따라 월보수액과 산정점수의 20% 간격의 기준은 달라질 수 있다.

10) 각 구간에 포함되어 있는 인구수는 피부양자까지 모두 포함하여 계산된 것이다.



[그림 7] 다빈도 척추수술건의 추이

10개 정도로 구분할 수 있다. 척추수술은 한 사람이 여러 가지의 수술을 복합적으로 할 수 있다. 전체 척추수술 중 가장 많이 시술되고 있는 시술은 추간판제거술과 척추고정술이었다¹¹⁾. 총 척추수술건 중 추간판제거술이 포함되어 있는 경우는 2004년에 42,346건으로, 전체 척추수술의 63.3%에 해당되었다.

건강보험심사평가원(2003)의 연구에서도 추간판제거술이 전체 척추수술건의 44.4%를 차지하였고, 이 중 추간판제거술 단독으로 이루어진 경우는 58.5%이고, 다른 수술과 복합적으로 이루어진 경우는 41.5%이었다. 복합수술 건 중의 87%는 척추고정술과 함께 이루어진 것으로 나타났다.

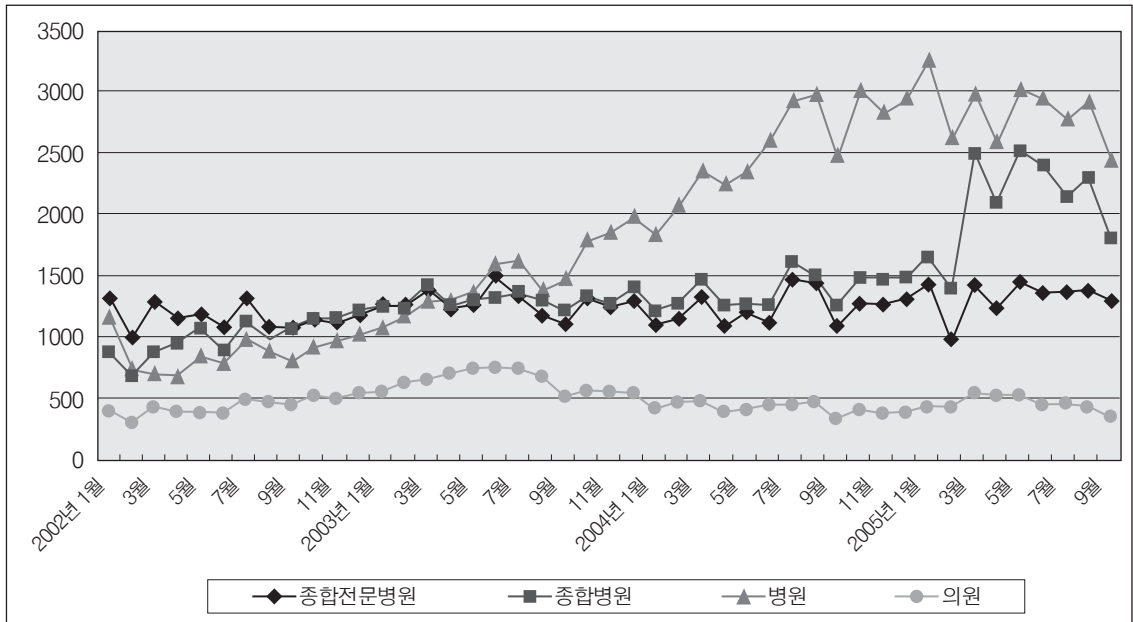
가장 많이 시술되는 수술인 추간판제거술, 척추고정술, 경피적척추성형술, 척추후궁절제술만을 대상으로 4년간 월별 건수를 비교해 보면, 경

피적척추성형술, 척추후궁절제술은 큰 변화를 보이지 않지만 추간판제거술, 척추고정술은 꾸준히 증가하는 추세를 보이는 것을 알 수 있다(그림 7). 결과적으로 우리나라의 척추수술의 증가는 대부분 추간판제거술과 척추고정술에 의한 것으로 판단된다.

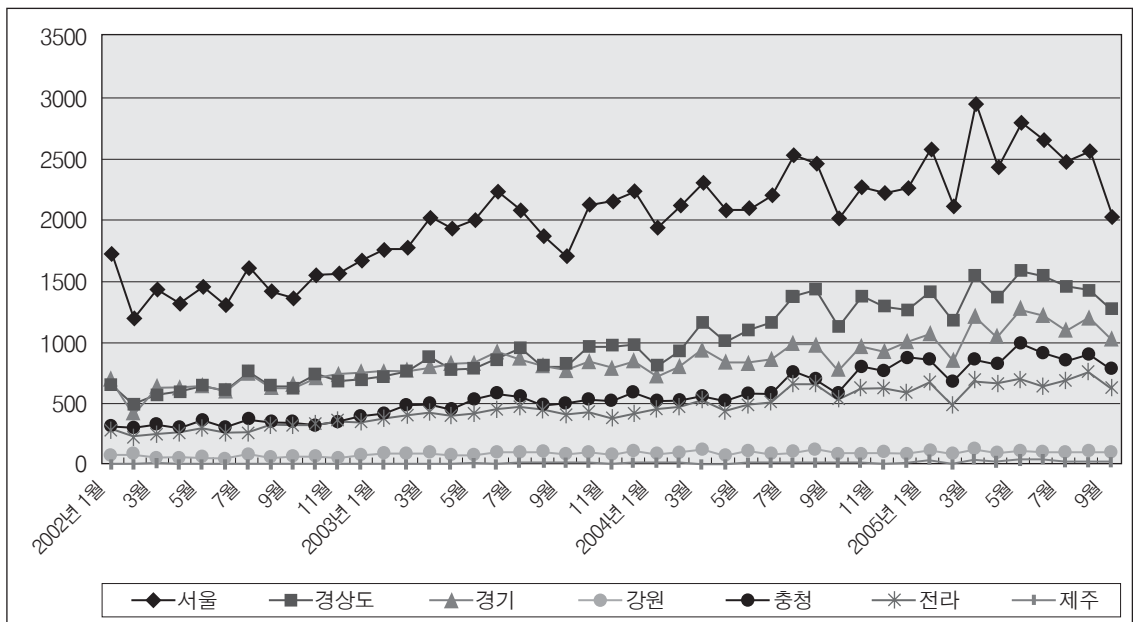
3) 의료기관종별 수술건 추이

다음은 의료기관 종별에 따라 척추수술의 증가 추세가 다른지를 살펴보았다(그림 8). 종합전문병원이나 의원급에서의 수술건은 2002년 이후에 거의 변화가 없지만 병원급 의료기관에서의 수술건은 꾸준한 증가추세를 보이고 있다. 한편 종합병원급 의료기관의 경우는 2005년 3월을 기점으로 갑자기 증가하는 것을 볼 수 있다. 이 연구에

11) 단순 추간판제거술은 일시적인 통증 완화를 얻을 수 있지만 이후 퇴행성 과정을 피할 수 없기 때문에 척추고정술을 함께 시술하는 경우가 많다.



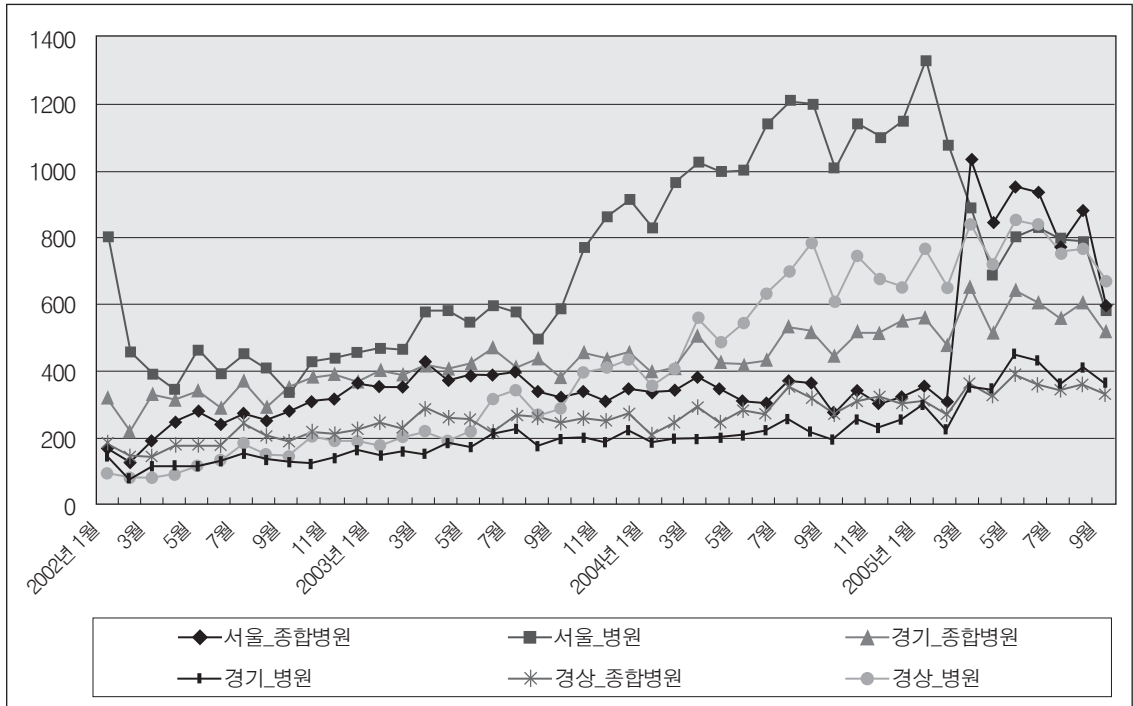
[그림 8] 의료기관종별 척추수술건의 추이



[그림 9] 지역별 척추수술건의 추이

서 추가적으로 시술 다빈도 의료기관을 분석해 본 결과에 의하면, 가장 많은 시술을 하고 있는 서울에 소재한 일 개 병원이 2005년 3월에 병원

급에서 종합병원급으로 승격된 바 있어 해당 병원의 시술건수가 이러한 증감현상의 요인으로 작용한 것으로 추측된다.



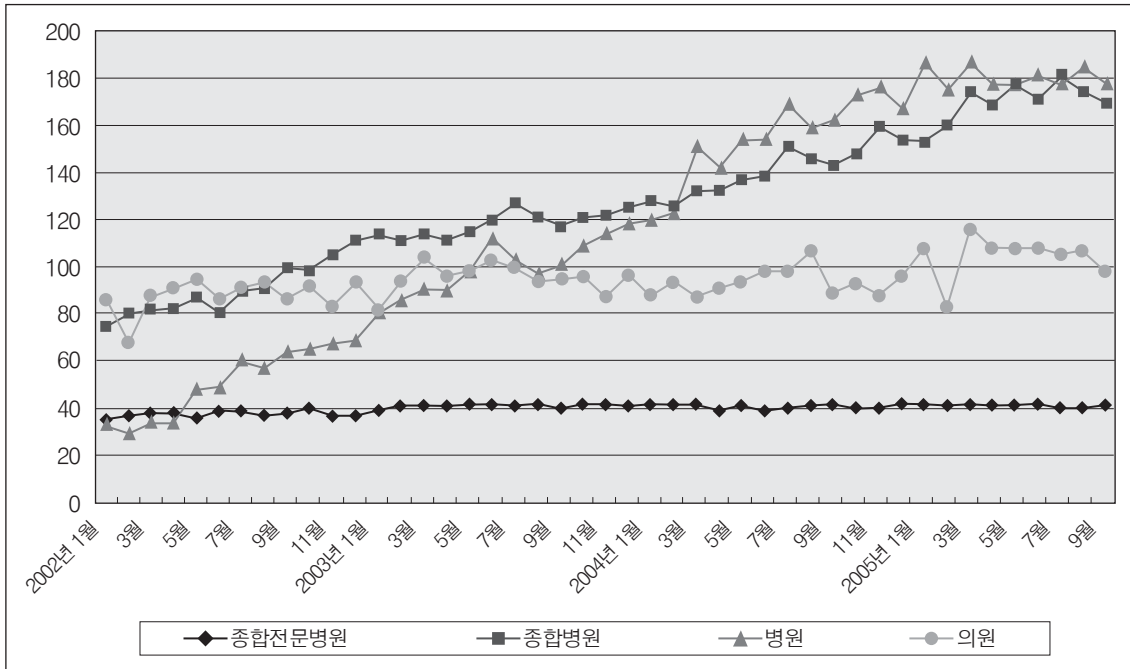
[그림 10] 지역별 의료기관종별 척추수술건의 추이

한편 특정지역에 위치한 의료기관에서 시술이 증가한 것인지를 살펴보기 위해 지역별 수술건의 현황을 살펴보았다(그림 9). 이것은 시술을 받은 환자가 거주하는 지역을 기준으로 한 것이 아니라 의료기관이 소재한 지역을 기준으로 지역별 시술건수를 살펴본 것이다. 그 결과, 서울에 소재한 의료기관에서의 시술이 가장 많은 비율을 차지하고 있으면서 시술건도 증가하고 있다. 경상도와 경기도에서의 시술건도 꾸준히 증가하고 있는 것을 볼 수 있다.

종합적으로 보면 척추수술은 종합병원급과 병원급에서 주로 시술되고 있고, 서울이나 경기도, 경상도 지역에 소재한 의료기관에서 주로 많이 시술되고 있는 것으로 판단된다. 더 구체적으로

지역별 의료기관종별 수술건의 현황을 살펴보기 위해 가장 많은 시술이 이루어지고 있는 서울, 경기도, 경상도의 의료기관종별 척추수술건을 살펴보았다(그림 10). 분석결과, 서울에 소재한 병원급 의료기관에서의 시술이 가장 큰 비율이 차지하고 있었다. 여기서 특이한 점은 2005년 1월까지 서울에 소재한 병원급 의료기관에서의 시술이 매우 가파른 증가추세를 보이고 있다가 2005년 2월부터는 감소추세를 보이고 있고, 대신 서울에 소재한 종합병원에서의 시술건수가 2005년 3월부터 급격히 증가한다는 점이다. 그림 8에서 보여진 2005년 3월 이후에 종합병원급에서의 수술건의 급증현상이 서울에 소재한 종합병원에 의한 것임을 알 수 있다.

12) 여기서의 시술요양기관은 척추수술을 시술하는 요양기관이 새롭게 설립되었을 수도 있고, 기존의 요양기관이 척추수술을 새롭게 시도하여 척추수술과 관련된 급여를 신청한 경우일 수도 있다.



[그림 11] 연도별 의료기관종별 시설 의료기관수

4) 시설 요약기관수¹²⁾ 추이

척추수술이 주로 이루어지고 있는 종합병원급과 병원급의 의료기관의 수도 2002년 이후에 꾸준히 증가하고 있다(그림 11). 병원급 의료기관의 경우 2002년 1월에 33군데이던 것이 2005년 9월에는 177군데로 늘어 5배 이상의 증가폭을 보였고, 종합병원급 의료기관도 75군데이던 것이 169군데로 증가한 상태이다.

5) 진료과목별 추이

척추수술을 행하는 진료과목은 대부분 신경외과와 정형외과이고 주로 신경외과에서 시술하는 경우가 많은 상태이다(그림 12). 두 진료과에서 시술되는 척추수술의 건수는 모두 꾸준한 증가추세를 보이고 있다. 2002년 1월 당시에는 신경외과에서 월 2,357건을 시술하였으나 2005년 9월에는 3,624건을 시술하여 53.8% 증가한 것으로 나타났다.

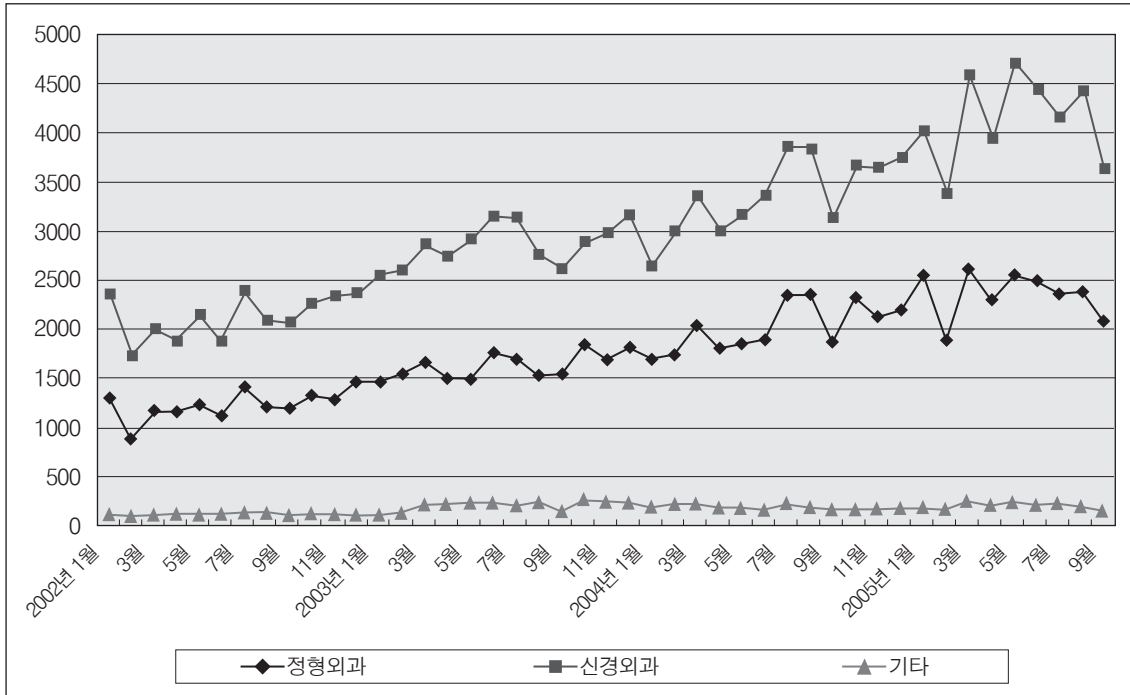
13) <표 11> 자격인정 전문의 수

(단위: 명, %)

구분	2002년	2003년	2004년	02년 대비 04년 증감률
정형외과	3,660	3,911	4,017	9.8
신경외과	1,621	1,714	1,767	9.0
전체 ¹⁾	52,045	54,864	55,948	7.5

주: 1) 해외거주자 포함

자료: 보건복지부, 2005년도 보건복지통계연보



[그림 12] 연도별 진료과목별 척추수술 건수

진료과목별 증가추세는 해당 진료과목을 담당하는 전문의의 수가 증가하는 것과도 관련이 있을 것으로 판단되어 신경외과와 정형외과 전문의 수를 살펴보았다¹³⁾. 정형외과와 신경외과 전문의 수는 2002년 대비 2004년 현재 각각 9.8%, 9.0%

증가하였다. 척추수술의 증가율이 2002년 대비 2004년에 61%인 것으로 보아 수술건수의 증가폭은 전문의의 증가율보다도 더 높은 상태이다. 이것으로 보아 최근에 나타나고 있는 척추수술의 증가는 관련 의사수의 단순 증가로 인한 요인 보다

<표 12> 연도별 연령별 척추질환 입원 중 척추수술건이 차지하는 비율 (단위: %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*
20세 미만	10.5	10.7	11.3	11.3
20-29	15.9	18.8	18.4	19.0
30-39	14.6	17.0	17.8	19.6
40-49	16.9	19.0	20.8	21.9
50-59	21.7	23.7	26.7	28.4
60-70	23.3	24.9	29.3	30.9
70세 이상	13.0	14.3	18.9	21.5
전체	17.5	19.5	22.1	23.7

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

다른 요인이 더 포함되어 있는 것으로 판단된다.

3. 척추질환 입원건 중 척추수술건의 비율

다음은 척추질환으로 입원한 건 중에 실제로 척추수술을 받은 비율을 살펴보았다(표 12). 2002년에는 입원건 중에서 17.5%가 수술을 받는데 비해 2005년에는 23.7%가 수술을 받은 것으로 나타났다. 척추수술의 절대적인 건수가 증가하는 것뿐만 아니라 척추질환 입원건 중에 수술건의 비율도 증가한 것으로 판단된다.

특이한 점은 그 증가폭이 연령이 높아질수록 더 크다는 점이다. 70세 이상의 노인의 경우 2002년에는 입원건 중 13.0%가 수술을 받았는데

2005년에는 21.5%가 수술을 받는 것으로 나타나 고령자를 대상으로 한 시술이 증가하고 있는 것으로 볼 수 있다.

입원건 중에 척추수술이 차지하는 비율을 의료기관종별로 구분하여 보면 다음과 같다(표 13). 2005년 현재 종합전문병원급에서는 입원건의 40.6%를 수술하고 종합병원과 병원급에서는 31% 정도를 수술하는 것으로 나타났다. 그러나 2002년과 비교해보면 종합전문병원급에서의 수술 비율은 오히려 떨어지고 있는 반면 종합병원급과 병원급에서의 수술하는 비율은 증가하는 추세를 보이고 있다. 여기서도 척추수술이 최근들어 종합병원급과 병원급 의료기관에서 집중적으로 시행되고 있다는 점을 알 수 있다.

〈표 13〉 연도별 의료기관종별 척추수술건이 차지하는 비율 (단위: %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*
종합전문병원	50.1	40.0	39.8	40.6
종합병원	23.3	25.3	26.4	31.3
병원	15.0	19.6	29.5	31.1
의원	6.0	7.8	5.4	5.0
전체	17.5	19.5	22.1	23.7

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

〈표 14〉 척추수술 진료비 현황 (단위: 억원, %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비 04년 증가율 ¹⁾	
총진료비	남성	631(억원)	744	867	771	37.4
	여성	800(억원)	932	1098	1002	37.3
	전체	1431(억원)	1677	1965	1774	37.3
총보험자 부담금	남성	509(억원)	599	699	622	37.3
	여성	648(억원)	754	892	814	37.7
	전체	1157(억원)	1353	1590	1436	37.4

* 2005년의 경우 1월-9월까지 자료만 포함됨

1) 2002년 대비 2004년 증가비: $[(2004년\ 비용 / 2002년\ 비용) \times 100] - 100$

〈표 15〉 척추 수술 입원 건당 평균 총 진료비

(단위: 원, %)

	2002년	2003년	2004년	2005년*	02년 대비 04년 증가율 ¹⁾
성별					
남성	3,240,504	2,800,720	2,797,009	2,769,177	-13.7
여성	3,623,254	3,120,601	3,057,854	3,097,211	-15.6
의료기관종별					
종합전문병원	4,214,936	3,874,769	4,070,515	4,214,277	-3.4
종합병원	3,896,277	3,495,823	3,387,972	3,214,645	-13.0
병원	2,652,823	2,330,462	2,359,712	2,352,870	-11.0
의원	1,949,384	1,569,162	1,636,543	1,727,935	-46.0
전체	3,443,843	2,970,033	2,937,044	2,945,460	-14.7

1) 2002년 대비 2004년 증가비: $[(2004년\ 비용 / 2002년\ 비용) \times 100] - 100$

4. 척추수술 진료비 추이

척추수술로 지출된 총진료비는 2002년에 1,431억원이던 것이 2004년에는 1,965억원으로 37.3%가 증가한 상태이다(표 14). 2005년 9월까지의 자료만을 가지고 분석한 것으로도 지출된 총진료비가 1,774억원으로 나타났다. 이 중 보험자가 부담하는 비용도 2002년에는 1,157억원이던 것이 2004년에는 1,590억원으로 증가하였다.

반면 입원건당 총진료비는 오히려 감소하여 2002년에 344만원 정도이던 것이 2005년에는 295만원 정도를 나타내고 있다(표 15). 이것은 총진료비를 입원건으로 나누어 산출한 것인데, 입원건수는 크게 증가한 반면 총진료비는 입원건의 증가폭 만큼 증가하지 않았기 때문에 입원건당 총진료비는 오히려 감소한 것으로 나타난 것이다. 다시 말해 입원건수의 증가폭이 총진료비의 증가폭보다 더 크기 때문에 나타난 결과이다.

V. 요약 및 결어

최근들어 우리나라에서 시행되는 척추수술이 우려할 정도로 급격히 증가하고 있다는 지적이 있어 왔다. 서울 일부지역에는 척추수술을 전문으로 하는 의료기관이 집중되어 있어 심지어 “척추병원 전쟁중”이라는 말이 나올 정도이다(연합뉴스 2006년 5.16일자, 지금 강남은 척추병원 전쟁중). 서론에서도 언급하였지만 현재 나타나고 있는 척추수술의 증가추세가 의학기술의 발전에 의한 것인지 의사 유인수요에 의한 것인지, 아니면 또 다른 원인에 의한 것인지는 확실치 않다. 그러나 이 연구의 분석결과를 종합하여 보면 몇 가지 특징들을 찾아볼 수 있다.

첫째, 2002년 이후 척추수술 건수는 특별한 기복없이 꾸준한 증가하고 있으며, 절대적 수치뿐만 아니라 입원건 중 척추수술건이 차지하는 비율도 증가하는 양상을 보이고 있다는 점이다. 둘째, 연령이 높아질수록 입원건 중 척추수술건이

차지하는 비율이 더 커진다는 점이다. 입원건 중 척추수술건의 비율이 증가하는 것은 척추수술로 입원하는 사람들이 보존적 치료보다는 수술적 치료를 받는 경우가 점차 늘어나는 것으로 판단된다. 셋째, 수술유형 중 추간판제거술과 척추고정술에 주로 집중되어 있다는 점이다. 넷째는, 서울, 경기도, 경상도에 소재한 병원급과 종합병원급 의료기관에서 시술건이 집중적으로 증가하고 있다는 점이다. 이것은 수술건수의 절대치 만을 가지고 의료기관이 소재한 지역을 기준으로 지역별 분포를 보고자 한 것이다. 물론 서울이나 경기도 지역에 인구수가 다른 지역의 인구수보다 많기 때문에 이 지역의 시술건수가 많게 나올 수 있다. 그래서 해당지역의 인구수를 고려하여 지역인구당 수술건수를 볼 수도 있겠지만, 우리나라의 환자는 자신이 거주하는 지역에 소재한 의료기관만을 이용하는 것이 아니라 다른 지역의 의료기관을 이용하는 경우가 상당수 있기 때문에 해당 지역의 인구수 중의 수술건의 비율을 보는 것도 적절한 방법이 될 수 없다. 이 연구에서 보고자한 것은 어느 지역에 소재한 기관에서 주로 시술을 하는지를 것이고, 환자를 분석단위로 한 지역별 분포나 이용충족률, 지역형평성 등에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

이 연구는 최근의 우리나라 척추수술 동향을 기술한 것으로, 논란이 되고 있는 척추수술의 증가현상에 대한 논의의 기초자료를 제공하고자 한 것이다. 이 연구는 척추수술의 증가현황을 구체적이고 실증적으로 파악하였다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다. 이상에서 언급한 특징들은 최근

의 척추수술의 현황을 파악하고 향후 증가 원인에 대한 추후연구에 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 생각된다.

그러나 이 연구는 몇가지 한계점을 갖고 있는데, 요양급여명세서의 청구방식 중 서면방식을 제외한 전산청구 방식의 자료만을 대상으로 했기 때문에 전체 척추수술을 포함하지는 못하였다¹⁴⁾. 또한 건강보험 급여자료를 중심으로 분석한 것이기 때문에 건강보험 급여와 관련되지 않은 부분들은 제외되어져 비급여진료비가 연구의 자료에 포함되지 않았다. 척추수술과 같은 외과적 처치는 내과적 처치에 비해 비급여진료비가 많이 포함되어 있어 이 연구에서 파악한 진료비의 규모보다 실제 금액은 더 클 가능성이 있다. 한편 이 연구는 일차적으로 척추수술로 입원한 경우를 분석한 것이다. 따라서 입원자료에서 파악하기 어려운 경우, 예를 들어 입원 없이 수술을 하는 경우(day surgery) 등은 제외되었을 가능성이 있다. 이러한 점들을 감안할 경우 이 연구결과에서 제시한 실인원수나 진료비규모는 저추계(underestimate) 되었을 확률이 있다.

최근의 우리나라의 척추수술 증가에 대한 논의는 그 증가폭이 지나치게 큰 것이 아니냐는 우려에서부터 시작된 듯하다¹⁵⁾. 이 연구는 척추수술의 현상을 그대로 기술한 것이어서 이 현상의 원인을 구체적으로 알아보기 위해서는 환자의 특성이나 의사의 유인요인, 환경적 요인 등을 포함하여 척추수술행위의 발생요인에 대한 추후연구가 필요할 것으로 생각된다. 최근의 증가추세가 우려할 만한 수준인지 아닌지는 명확하지 않지만, 최

14) 2001년 척추수술백서(건강보험심사평가원, 2003)에 의하면 전산 및 디스켓 방법에 의한 청구가 69.1%, 서면 방식에 의한 청구가 30.9% 였다.

15) 일부 대학병원의 의사들을 중심으로는 「과잉척추수술 자정운동」이라고 불리우는 움직임이 일고 있는 것이 이러한 우려를 단편적으로 보여주는 것이다.

소한 최근들어 입원건중 척추수술이 차지하는 비율이 증가하는 것으로 보아 보존적 치료보다는 수술적 치료를 더 선호하는 추세가 증가한 것은 사실인 듯하다. 서론에서 언급하였듯이 기존의 문헌에 따르면, 척추질환과 관련된 치료는 대부분의 경우 보존적 치료를 먼저 시행하도록 되어 있고, 이미 시행되고 있는 기존의 수술적 치료도 그 효과성에서 보존적 치료와 차이가 없다는 지적이 있어 왔다. 이런 상황에서 수술적 치료가 명확한 근거없이 지나치게 확산되지 않도록 그 수위를 조절할 필요가 있다고 생각된다. 일반적으로 보존적 치료에 비해 수술적 치료는 의료비를 급증시키기 때문에 수술적 치료가 지나치게 확산되면 사회적으로도 비용부담이 될 수 있다. 그래서 의료비를 적정수준에서 유지하고자 하는 국가나 보험자의 입장에서는 이러한 증가현상에 관심을 갖을 수밖에 없다. 이러한 이유 때문에 다른 나라에서는 국가나 보험자, 또는 전문가 스스로가 수술적 치료를 적정 수준으로 통제하기 위해 다양한 방안들을 시도하고 있다(건강보험심사평가원, 2003 재인용). 예를 들어 미국은 동료심사제도(PRO, Peer Review Organization)에서 사전

승인제를 1989년 도입하여 불필요하고 부적절한 의료이용으로 인해 의료비가 증가하는 것을 통제하고 있다¹⁶⁾. 이 사전승인제는 의료기술이나 수술이 제공되기 전에 적절성이나 필요성을 승인하거나 심사하는 프로그램을 말한다. 대만의 경우도 척추 수술과 관련된 재료 중 단가가 높거나 특수 재료를 사용하는 경우 사전에 심사를 하고 있다. 이밖에 캐나다의 온타리오주에서는 보건의료체계 의무기록을 통해 각종 수술량의 변이 등을 분석하는 등 수술을 통제하기 위한 노력을 기울이고 있다¹⁷⁾.

척추수술의 급증에 대한 우려의 목소리가 높아지고 있는 상황에서 이제 우리나라도 척추수술의 적절성을 평가하기 위한 조치가 필요할 때인 듯하다¹⁸⁾. 사실 척추수술이 보존적 치료와 비교해 보았을 때 반드시 필요했는지 등을 평가하는 것은 고난이도의 의학적 지식을 필요로 하기 때문에 일반적인 방식으로 그 행위의 적절성을 판단하기에는 어려운 점이 있다. 이미 언급하였듯이 현재 나타나고 있는 척추수술의 증가현상의 원인이 무엇인지를 알아보기 위한 추후 연구와 더불어, 수술의 적절성을 평가할 수 있는 제도적

16) 사전 심사 프로그램들(prior review programs)은 의료와 수술 서비스를 관리하고 조직하며 의료비를 지불하는 보험자나 고용주, 다른 관계기관들과 메디케어를 담당하고 있는 연방정부에서 많이 이루어진다. 심사기준은 National Professional Review Council과 미국의학협회의 자문위원회의 의료지침 협의팀과 공동연구로 마련하였다. PRO의 프로그램은 특정 시술에 대한 입원전 심사(Preadmission review)와 시술전 심사(Preprocedure review)를 실시하도록 하고 있다. 심사 과정은 간호사가 명시적인 기준(Explicit Criteria)에 의해 심사하고 심사기준에 적합하지 않은 사실로 판단될 경우 자문의사가 암묵적 기준(Implicit Criteria)에 의해 심사하여 시술허가 여부를 결정한다. 54개의 지역 45개 PRO들은 특정 시술에 대한 명시적 기준을 각자 마련하고 있으며 심사기준의 내용 및 형식에는 통일된 지침은 없다.

17) 온타리오주 임상적평가연구소는 고관절과 슬관절 교체 수술에 관심을 갖고 있다. 이 사업은 온타리오 정형외과협회와 공동으로 등록사업을 펼치고 있다. 여기에 등록하기 위해서는 수술전 환자의 일반적 특성, 임상적 자료와 설문조사 자료 등을 입력하고, 의료 제공자인 의사의 실명과 청구일련번호를 등록하도록 하고 있다. 수술후에는 환자설문조사를 통해 결과에 대한 모니터링을 하고 있다. 이러한 등록사업은 영국, 스웨덴 등에서도 찾아볼 수 있는데, 각 나라의 보건의료체계의 형태에 따라 목적이 다르게 이루어고 있다.

18) 건강보험심사평가원은 2003년 보고서에서 척추수술의 적절성을 평가하기 위한 방안의 하나로 사전승인제를 제안한 바 있다.

장치나 노력이 필요로 되고 있다.

참고문헌

- Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation 1990; 72A: 403-408. in 유재원. 요추 추간관 질환. 대한척추외과학회지 1999; 6(2): 28-219.
- Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD et al. An international comparison of back surgery rates. Spine 1994; 19(11): 1201-1206.
- Fritz JM, Delitto A, Welch WC, Erhard RE. Lumbar spinal stenosis : A review of current concepts in evaluation, management and outcome measurements. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1998; 79: 700-708.
- Frymoyer JW, Pope MH, Clements Jh. Risk factor in low back pain: An epidemiologic survey. Journal of Bone and Joint Surgery 1983; 65A: 213-218.
- Hemo A, Airaksinen O, Saari T, Luukkonen M. Lumbar spinal stenosis : a matched-pair study of operated and non-operated patients. British Journal of Neurosurgery 1996; 10(5): 461-465.
- Johnsson KE, Rosen O, Uden A. The natural course of lumbar spinal stenosis. Acta Orthopaedica Scandinavica (Suppl) 1993; 64: 67-82.
- Kelsey JL, Githens PB, White AA III. An epidemiologic study of lifting and twisting on the job and risk for acute prolapsed lumbar intervertebral disc. Journal of Orthopaedic Research 1984; 2: 61-66.
- Lavis JN, Malter A, Anderson GM et al. Trends in hospital use for mechanical neck and back problems in Ontario and the United States: discretionary care in different health care systems. Canadian Medical Association 1998; 158(1): 29-36.
- Volinn E, Lai D, McKinney S et al. When back pain becomes disabling: a regional analysis. Pain 1988; 33: 33-39.
- Weber H. Lumbar disc herniation: A controlled prospective study with ten years of observation. Spine 1983; 8: 131-140.
- Wiltse LL, Kirkaldy-Willis WH, McIvor GW. The treatment of spinal stenosis. Clinical Orthopaedics 1976; 115: 83.
- 건강보험심사평가원, 척추수술 백서. 2003.
- 국민건강보험공단. 2002 건강보험통계연보, 2003
- 대한정형외과학회, 정형외과학 제 5판, 최신의 학사, 1999.
- 유재원. 요추 추간관 질환. 대한척추외과학회지 1999; 6(2): 28-219.

보건의료체계 비교분석사례로서 한국과 대만의 국민건강보험(NHI) 체계

: 제2회 한국-대만 국민건강보험 국제심포지엄 아젠다를 중심으로

전 창 배
건강보험연구센터

I. 서론

2005년 11월 서울에서 개최된 제1회 한국-대만 국민건강보험 국제심포지엄에 이어, 올해 5월에는 대만 타이베이에서 제2회 심포지엄이 개최되었다. 지난해 국제심포지엄의 주제는 보험재정의 안정화와 약가정책이었다. 2006년의 경우 한국-대만 국민건강보험 국제심포지엄의 논의차원은 두 가지였다. 하나는 큰 틀에서 양국의 건강보험체도가 갖고 있는 유사성에 기초하여 이것을 국제적인 건강보험제도 유형론으로의 모델 구축을 시도하였다. 다른 하나는 지난해와 마찬가지로 이러한 유사성의 틀에서 각국의 세부적인 건강보험정책을 ‘민간보험’과 ‘의료의 질 향상’을 논의하는 것이었다.

두 나라의 건강보험제도 발전을 도모하기 위한 양해각서로 이루어진 정례적인 심포지엄은 의도하였던 의도하지 않았던 간에 유사성이 매우 많고 그 유사성의 정도가 매우 강한 두 나라의 국민건강보험제도(National Health Insurance: NHI)를 대상으로 비교분석방법을 통해 보건의료체계를

분석하는 데 모범적인 사례로 활용되기에 충분하였다. 무엇보다 유사성이 많은 두 국가의 건강보험사례는 비교연구 대상의 사례로서 그 효용이 매우 크기 때문이다. 다시 말해, 유사성이 매우 많은 가운데서 독특한 상이성을 발견할 수 있다면, 그 상이성을 가설로 설정하여 이것을 경험적으로 검증하면 매우 유용한 연구결과를 얻을 수 있는 연구방법이 될 수 있다. 이러한 비교연구의 방법을 통한 건강보험제도 비교연구는 연구 결과에 대한 보편성을 확대하는데 크게 기여할 수 있다. 예를 들어, 본 논문에서 논의되고 있는 주제 가운데 하나인 의료의 질 평가분야에서 한국과 대만에서 상이한 결과가 초래된다면, 그 원인을 규명하는 방법으로서 일군의 유사성 속에서 발견되는 차이점에 주목하여, 그 차이가 무엇이며, 왜 발생되었는가를 규명하면 특정 분야의 정책차이를 이해하는데 매우 유용한 도구가 된다.

이러한 의미를 갖는 비교연구분석 방법 틀에서 한국과 대만의 사례를 중심으로 접근하는 본 논문은 다음과 같이 구성된다. 제 II장에서 연구방법에 관해 간략히 서술함으로써 보건의료분야에

서의 비교사례연구가 갖는 의미, 이러한 연구방법이 건강보험제도 연구에 어떻게 기여하는지 살펴본다. 아울러 지금까지 보건의료분야에서의 비교연구 경향을 소개하는 한편, 본 논문의 분석 틀을 제시하고 있다. 제Ⅲ장은 비교사례분석 대상 영역별로 서술하는 장이다. 한국과 대만의 정책 영역에서 유사성 있는 변수들을 추출·비교하고, 차이점을 발견한 뒤 그 차이를 초래한 원인이 무엇인지 규명하고 있다. 여기서 한 가지 지적해 들 것은 본 논문이 특정 비교대상 분야에 집중하여 체계적으로 분석하기보다 여기서는 비교분석차원에서 제2회 한국-대만 국제심포지엄의 논의 내용을 정리하는데 1차적인 목적을 가지고 서술되었다는 점이다. 따라서 본 논문은 이번 심포지엄에서 논의된 세 분야를 중심으로 개괄적으로 기술하고자 한다. 그 영역은 거시적인 차원에서 양국의 건강보험제도가 국제적으로 갖는 유형, 미시적인 차원에서 공보험체계와의 관계에서 민간보험의 역할, 그리고 의료의 질이라는 영역을 중심으로 차례로 서술한다. 그리고 제Ⅳ장에서는 각기 비교분석차원에서 본 정책적 함의를 서술하면서 이상에서의 논의들이 갖는 함의를 요약하는 것으로 구성되어 있다.

II. 연구 방법

1. 보건의료체계에서의 비교분석방법

사회과학 연구의 한 방법으로서의 교차사례분석방법은 전통적으로 행정학이나, 정치학의 분야에서 활용되고 왔다. 또한 교차사례분석방법은 세계화의 진전에 따라 최근에는 지역학연구에서도 많이 응용되고 있는 연구방법이다. 사회과학

에서 특정 정책의 생성과 변화를 자연과학이 응용하고 있는 방법으로 해결책을 찾기 어려운 상황에서 유사한 특정국가의 제도와 정책을 교차적으로 비교하는 방법을 통한 비교연구방법은 국가들간 상이성 초래 원인에 주목함으로써 연구결과의 보편성을 확장하고자 하는 의도에서 교차사례분석방법이 광범하게 적용되고 있다. 그러나 보건의료분야에서의 국가간 교차사례분석은 널리 활용되고 있지 못한 것이 현실이다. 국제보건정책 영역에서 국가간 의료제도 비교의 수준에 머물고 있는 것이 현실이다. 사회과학 분석의 도구로서 국가간 정책의 차이를 초래하는 요인이 무엇인지 연구하고 분석하는 연구방법론으로까지는 발전되지 못하고 있다. 따라서 분석적인 방법을 동원하기 보다는 국가차원에서의 거시적인 비교수준으로 논의차원을 격상시킨 연구들이 대부분이다. 예를 들면, 거시적인 수준에서는 특정시기별로 비교대상 국가들의 보건의료제도가 어떻게 변화되었는지, 미시적인 수준에서는 자국의 건강보험제도에 대한 국민들의 만족도는 어떻게 변화되고 있는지 등에 집중됨으로써 사회과학 분석방법으로써의 비교연구 방법과는 질적인 차원에서 다르다.

본 논문에서 주로 다루게 되는 비교사례연구 방법론은 비교대상 국가의 보건의료제도를 둘러싼 다수의 독립변수들을 비교대상으로 상정하는 방법이다. 한국과 대만의 건강보험체계 내에 존재하는 유사한 정치·경제·사회적 구조 속에서 건강보험제도 운영이 특정 분야에서 상이한 결과(종속변인으로서의 특정 모습)를 초래한다면 그것을 집중적으로 분석하는 방법이다. 실제로 한국과 대만은 상위 체계를 구성하는 요소들에서 매우 유사성의 정도가 높은 것을 발견할 수 있다. 이러한 구조는 두 나라 제도에서 특정 정책의 생

성과 발전을 분석하는데 매우 유용한 환경을 제공하는 구조다. 아래 <표 1>는 한국과 대만이 건강보험제도를 결정짓는 영역에서 유사성이 매우 많음을 보여주고 있다.

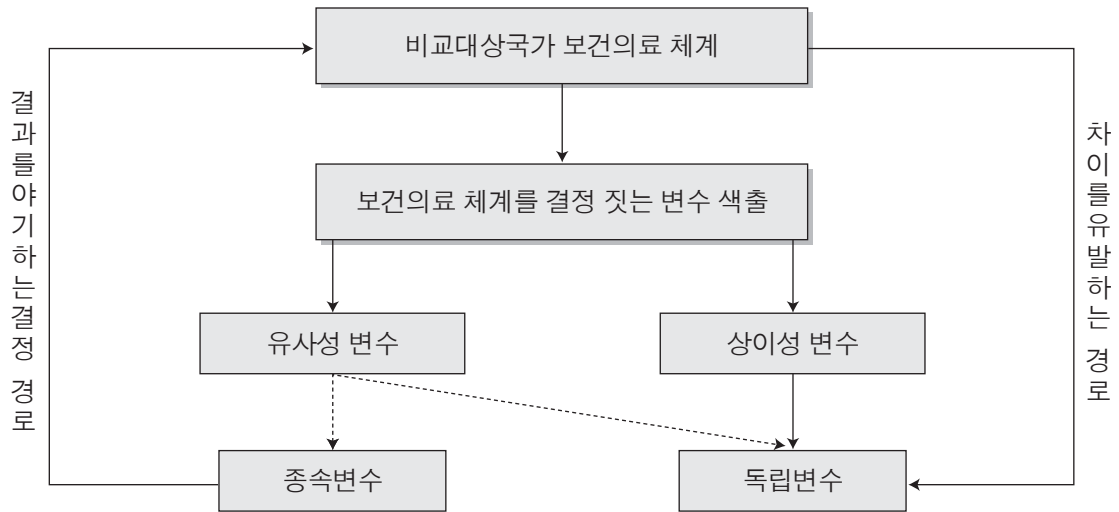
여기서는 간단히 아래 <표 1>에서 보여주고 있

는 지표들을 비교함으로써 두 나라가 가지고 있는 다양한 변수들의 특징을 비교해 보도록 한다. 첫째, 인구통계학적 구조에서 두 나라는 매우 비슷한 특징을 가지고 있음을 볼 수 있다. 65세 이상 노인인구의 비율이나, 평균수명, 영아사망률에서

<표 1> 대만과 한국의 주요 사회경제 및 보건의료지표 비교

구 분		대 만	한 국
인구	인구	22,627천명	47,925천명
	65세 이상 인구의 비율	9.2%	8.3%
통계	평균수명(세)	73.0(남) 78.8(여)	73.4(남), 80.4(여)
학적	영아출생률(천명당)	10.1명	10.2명
	사망률(천명당)	5.8%	5.1명
경제 수준	국민총소득	2,959억\$	6,061억\$
	1인당 GNP	13,083\$	12,646\$
정치사회 문화	정치체제	행정부주도의 권위주의 정부	유사함
	시민들의 사회권의식 태동	1980년대 중반	유사함
	정치문화	독재정부경험	독재정부 경험
	분절적 조합의보 경험	1950년대 시작	1977년 시작
보건의료	전체의료비 GDP비율 ※OECD 평균 9.2% (2003년)	5.7% (2001년)	6.0% (2001년)
	1인당 의료비지출 ※OECD 평균 2,472 \$US (2003년)	1,275 \$US (2000년)	1,074 \$US (2003년)
	인구 1,000명당 의사 수 ※OECD 평균 2.8명 (2003년)	1.4명 (2002년)	1.6명 (2003년)
	인구 1,000명당 간호사 수 ※OECD 평균 7.7명 (2003년)	3.6명 (2002년)	1.7명 (2003년)
	인구 1,000명당 급성병상 ※OECD 평균 4.3병상 (2003년)	4.9병상 (2003년)	5.9병상 (2003년)
	진료비 지불제도	총액예산제하의 행위별수가제, DRG	행위별수가제
	의료제공 주체	민간공급자체계	민간공급자체계
	보건의료제도 유형	NHI	NHI
	전체수입 중 국고지원 비율	30%	18%

출처 : OECD Health Data 2005 및 필자 작성



[그림 1] 연구 분석의 틀

큰 차이를 발견하기 어려울 정도로 유사한 특징을 가지고 있다. 둘째, 경제수준에서도 마찬가지다. 1인당 총 국민생산 규모에서 한국이 \$12,646인데 비해 대만은 이보다 약간 높은 \$13,083이다. 셋째, 보건의료지표에서도 유사한 면이 많이 발견된다. 전체 의료비가 국내총생산에 차지하는 비율이 2001년을 기준으로 한국과 대만이 각각 5.7%, 6.0%를 차지하는 것을 비롯하여, 보건의료제도의 유형에서 동일한 국민건강보험제도(National Health Insurance: NHI)를 가지고 있다. 다만, 인구 1인당 의료비 지출규모, 인구 1,000명당 고용 간호사의 수 등에서는 대만이 한국보다 더 많이 지출하거나 더 많이 고용하고 있는 것을 볼 수 있다.

2. 분석 틀

본 연구의 분석틀은 보건의료체계 전반에 유사성이 극도로 많은 두 나라의 보건의료체계의 특정영역에서 상이한 모습을 보이는 독립변인을 찾

아내고, 이러한 독립변인을 실제로 검증하는 비교분석방법을 사용한다.

<그림 1>은 이러한 분석틀을 보여주고 있다. 우선 비교대상국가의 보건의료체계의 모습을 비교하는 것으로부터 시작하여, 상이한 결과를 가져오는 변수들로 보이는 것을 색출하는 과정을 거친다. 이러한 과정에서 유사성을 가진 것에 대해서는 더 이상 주목하지 않는다. 독립변수로 작용할 상이성에 주목하여 그것이 비교 대상 국가에서 다른 모습의 보건의료체계를 도출하는 변수로 작용하였다는 가설 하에 실제로 그 요인을 분석하는 분석틀을 따른다. 다만, 앞서 언급한 바와 같이 본 연구는 제2회 한국-대만의 건강보험국제심포지엄에서 다루어진 세 가지 영역을 비교분석방법의 차원에서 원론적으로 소개하는 수준에서 접근한다. 향후 이어질 심포지엄을 통해 보건의료체계에서의 비교분석방법을 활용하고, 발전가능성을 기대하는 측면에서 접근된 것이기 때문이다.

Ⅲ. 비교분석의 대상들

본 장은 지난 5월 25~26일 양 일간 의제로서 다루어진 주제들을 비교대상으로 선정하여 분석한다. 제1세션의 주제 다루어진 한국과 대만의 보건의료체계 유형화 논의였으며, 제2세션의 주제

는 두 국가의 공적건강보험 체계에서 민간보험의 역할이었으며, 제3세션의 주제는 성과에 의한 지불 및 의료의 질 발전이었다.¹⁾ 이 글은 세미나에서 논의된 주제에 대한 내용과 토론에 대한 자세한 서술보다는 비교분석방법의 차원에서 두 나라의 특징을 비교·분석하고자 한다.

〈표 2〉 보건의료체계 유형화 및 이의 특징

	NHS model	SHI model	NHI model	PHI Model
1. 사회적 기본 가치				
기본원칙	보편주의	조합주의	보편주의	자유주의
보험가입 원칙(기준)	시민권	피보험자	시민권	취약계층
사회연대성의 범위	전국차원	개별조합단위	전국차원	취약계층
연대성의 정도	UK:0.977(1997)	독일:0.978(1997) 일본: 0.977(1997)	한국:0.998(2003) 대만:0.992(1997)	US: 0.954(1997)
2. 의료서비스 제공주체				
민간존 의료서비스 제공 정도 (“%”는 공적병상 비율)	제한적 UK: 96.0%(1998)	독일: 제한적 일본: 광범함 53.1%(2003):독일/ 35.8%(1998):일본	광범함 17.5%(2004):한국/ 33.0%:대만	광범함 US: 33.7%(1995)
민간서비스 영역에 대한 규제의 정도	포괄적이면서 강력함	독일: 제한적 일본: 광범함	광범함	제한적
소비자의 의료기관 선택권	제약 많음	제약다소 있음	제약 약함	제약 약함
3. 보건의료자원 조달 특징				
공적재원 비율	UK: 83.0%(2001)	독일: 78.6%(2001) 일본: 81.7%(2001)	한국: 54.4%(2001) 대만: 64.4%(2001)	US: 44.9%(2001)
재원의 근원	일반 조세	독일: 사회보험료 일본: 사회보험료+조세	사회보험료 +국고보조	보험료, 조세
자원 집행체계	단일 파이프	복수 파이프	단일 파이프	복수 파이프
4. 국가개입의 특성	종합적, 포괄적 규제	국국부적, 포괄적 규제	국부적, 포괄적	느슨한 규제자

출처: 이상이 (2006)

1) 첫 번째 주제는 비교대상의 차원이 두 국가를 뛰어넘는 분석차원이라는 점에서 다른 두 가지 이슈들과는 다소 간 차이가 있다.

아젠다 1: '국민건강보험(NHI)체계 유형화'

이 세션의 발제를 맡은 이상이 제주대 교수와 대만의 Yaung 아시아 대학 교수는 한국과 대만의 국민건강보험제도가 기존의 보건의료체계 분류 유형인 National Health Service (NHS), Social Health Insurance (SHI), 그리고 Private Health Insurance(PHI) 모델에 속하지 않는 독특한 형태에 속한다고 주장하였다. 1990년대 이후 두 제도가 발전해 온 과정, 현재 나타난 결과들을 고려하여 새로운 유형화의 필요성을 인정하였다. 무엇보다 기존의 분류모델로는 현재의 두 나라의 건강보험체계를 설명할 수 없다는 것을 지적하면서, 새로운 모델로서 제시된 것이 소위 국민건강보험(National Health Insurance: NHI)체계이다.

양국의 발제자는 기존의 보건의료체계 유형화를 비판적으로 고찰하면서, 한국과 대만의 건강보험유형화를 새로운 시각에서 국제적인 비교를 시도하고 있다. 일국의 보건의료체계를 결정짓는 요소를 크게 네 가지의 변수로 구분하였다: i)보건의료체계를 결정하는 사회적 가치, ii)의료서비스 제공의 주체, iii)재원조달 체계에서의 특징, 마지막으로 iv)국가의 개입 양태와 정도로 구분하였다. 이러한 비교분석은 기존의 보건의료체계 유형화 논의를 새롭게 접근하는 분류체계로 제시하였다. 후술하는 바와 같이 새롭게 제시된 유형을 NHI라고 명명하였다.

<표 2>에서 제시된 네 개의 변수에 따라 각각 도출되는 상이한 보건의료체계의 유형에 대해 비교해 보기로 하자. 물론 여기서는 새로운 유형인 NHI를 중심으로 집중적으로 검토하기로 한다. 첫째, 보건의료시스템이 기반하고 있으며, 또한 지향하고자하는 사회적 가치에서 NHI 모델은 기존의 NHS와 유사하고, 다른 여타의 모델과는 어

는 정도 상이한 특징을 보인다. 다만, NHI는 NHS와 비슷한 이념을 바탕으로 하고 있으나, 거버넌스에서 NHI 모델이 중앙집권화 된 체계인데 반해, NHS에서는 중앙집권방식을 취할 수도 있고, 분권방식을 취하는 경우가 있다는 점에서 상이하다. 전자의 방식은 영국이 대표적인 사례이고, 후자의 방식은 북유럽의 대부분의 NHS 모델에서 취하고 있는 방식이다. 둘째, 보건의료 제공을 민간이 주로 담당하느냐, 아니면 공공이 담당하느냐에 의한 분류이다. NHI는 주로 민간에 의존하는 비율이 상당히 높은 편에 속한다.

<표 2>가 보여주는 바와 같이 전형적인 NHI 유형으로 분류하고 있는 한국과 대만이 다른 기타의 유형에 속하는 국가들의 그것보다 공공에 의존하는 비율이 낮음을 알 수 있다. 이는 NHI 방식이 보건의료에 투입되는 예산을 줄이기 위해 민간의 인프라를 많이 활용하고 있기 때문이다. 이 방식은 이미 민간이 어느 정도 인프라를 구축한 경우 국가가 민간자원을 효율적으로 사용할 수 있다는 점에서 유리한 측면을 가지고 있다. 셋째, 재원조달에 대한 국가의 개입정도를 기준으로 한 분류이다. NHI 모델에서는 사회 보험료를 기본으로 하되, 국가가 취약계층을 지원하기 위해 보험료 외에 국고를 지원하는 체계를 가지고 있다는 점에서 다른 유형과 구별된다. 마지막으로, 이러한 요소들의 종합적인 성격을 갖는 것으로, 국가개입의 성격을 어떻게 규정하느냐에 따른 관점이다. NHI모델은 보건의료체계 전반에 걸치지는 않지만 포괄적으로 국가가 개입하여 규제하고 있다는 점에서 다른 유형과는 구분된다. 이런 관점에서, Yaung (p. 2) 교수가 “한국과 대만의 보건의료체계는 (국가가) 후견자적 입장을 견지하며, 중앙집권화 된 계획 하에 집행”되고 있다는 지적은 설득력이 있다.

요약하면, 앞서 살펴본 네 가지 유형의 보건의료체계에서 NHI는 다른 유형과 구별되게 설명할 수 있는 특징들을 가지고 있음을 볼 수 있다. 특히 한국과 대만의 1990년대 중·후반 이후의 새로운 건강보험체계를 기존의 유형 가운데 하나에 인위적으로 끼워 맞춰 설명하기에는 한계에 봉착됨을 볼 수 있다. Cheng 교수가 (p. 61) 대만의 건강보험체계를 “국내에서 설계되고, 제작된 자동차이긴 하나 국제적으로 10여 개국 이상으로부터 수입된 부품으로 조립된 제도”라고 설명하고 있는 것은 한국과 대만의 새로운 건강보험체계에 맞는 유형정립이 필요하다는 반증이다. 새로운 유형화가 두 나라의 보건의료체계를 발전시키는데 기여할 수 있다. 더 나아가 새로운 유형화가 보건의료체계에 미치는 영향 혹은 함의를 발견할 수 있다. 무엇보다, 새롭게 정립된 NHI 모델은 국가자원이 부족한 상황에서 국민들의 늘어나는 사회적 욕구를 충족시키는데 유효한 수단이 될 수 있다. 이는 국가가 경제개발에 주력해야 하는 개발도상 국가들에게 유용한 모델이 될 수 있다. 둘째, NHI 모델이 다른 기타의 유형에 비해 효율적인 시스템이 될 수 있다. NHS 유형 하에서 국가가 집중적으로 보건의료 인프라에 투자할 수 없는 상황이라면, 민간의 자원을 활용하면서, 국가가 중앙집권적으로 개입하는 모델인 NHI는 효율성을 극대화 시킬 수 있는 대안이 될 수 있다.

실제로, 한국과 대만의 관리운영비 규모가 이를 뒷받침해주고 있다. 대만은 2004년 현재 2.1%, 한국은 2003년 기준 3.96%수준으로 다른 모델을 취하고 있는 국가들에 비해 훨씬 낮다(Lee, 2006; Yaung, 2006).

아젠다 2: ‘공보험체계 하의 민간보험의 역할’

심포지엄 첫째 날 오후 세션에서는 민간보험의 역할에 관해 토론하였다. 공보험체계에서 민간보험의 역할이라는 주제로 한국과 대만의 전문가가 발제와 토론을 진행하였는데, 한국에서는 서울대 김창엽 교수가, 대만에서는 타이페이 대학 Chao-Yin Lin 교수가 각각 발제를 맡았었다. 두 국가 공히 세계화 등 민간부분의 역할이 서비스 영역까지 침투하는 상황에서 민간보험이 크게 확대되고 있음을 지적하였다. 이러한 상황에서 민간보험의 역할이 어떻게 설정되어야 하는 것이 바람직한가에 대한 접근이 이루어졌다. 다만, 대만의 발제는 민간보험의 현황과 역할에 대한 언급은 있었으나, 공보험과의 관계 설정, 관계 설정 시나리오에 따른 영향 등에 대한 분석을 하지 않았다는 아쉬움이 있었다. 역설적으로, 이는 대만에서의 민간보험이 이러한 측면에서의 연구의 필요성이 낮았기 때문으로 보인다. 다시 말해, 한국과 마찬가지로 민간보험이 날

〈표 3〉 민간보험 현황 : 2004년 기준

구 분	한 국	대 만
민간보험 지출규모	22,317,658 (단위: 백만원)	41,211 (백만 NT\$)
민간보험에 의한 의료비 지출비율	38.7%	34.3%
가구당 민간보험가입비율	61.4%(2005)	72.3%(2004)
민간보험 유형	보충형(complementary)	보충형(complementary)

출처: Kim (2006), Lin(2006).

로 팽창하고 있으나, 공보험의 영역과는 별개의 고유의 영역에서 이루어진다는 인식이 전제되어 있기 때문에 민간보험이 공보험과 치열하게 경쟁하는 구조로 이해하지 않고 있다는 점이다.

<표 3>은 발제문에서 발췌한 두 국가의 민간보험 실태이다. 첫째, 민간보험 유형에서 두 나라 모두 보충형 민간보험만이 허용되고 있다. 보충형이라 함은 공보험에 의한 의료보장을 기본으로 하면서 민간보험은 부수적으로 유발되는 비용을 충당하기 위해 자발적으로 민간보험 상품을 구매하는 시스템이다. 추가적인 비용이라 함은 공보험에 의한 본인부담, 의료시설 이용에서의 편의 서비스(amenity) 등 추가 서비스의 비용에 충당하는 것, 비급여 대상 목록 서비스에 대한 비용 등을 말한다. 이러한 유형은 공보험이 기본적으로 커버하고 있는 것을 보장하기 위한 것이 아니라는 점에서 대체형(substitute) 혹은 경쟁형(competitive) 민간보험과는 성격이 다르다. 둘째, 민간보험 시장 규모면에서 양국은 비슷하다. 대만이 다소 많은 가구들이 민간보험에 가입하고 있는 것을 보여주고 있지만, 한국도 2005년 기준 전체 가구의 61.4%가 민간보험에 가입하고 있고, 최근 급속도로 민간보험에 가입하는 비율이 증가하고 있어 머지않아 대만 수준에 육박할 것으로 보인다. 셋째, 두 나라 공히 아직까지는 민간보험료 수입대비 급여비지출 비율이 서유럽의 국가들의 그것에 비해 현저히 낮다는 점이다. 영국과 프랑스가 1998년 기준 약 78.7%에서 83.3% 수준으로(이진석 외, 2005), 한국, 대만의 38.7%, 34.3%에 비해 훨씬 높음을 볼 수 있다. 이는 민간보험 시장이 과도하게 경쟁적인 현상으로도 이해할 수 있을 뿐만 아니라, 민간보험 가입과정에서 cream-skimming이 존재한다는 것으로 볼 수 있다.

위에서 살펴본 바와같이, 유사성이 많음에도

불구하고, 한국과 대만의 민간보험에서 다른 점을 발견할 수 있다. 한국은 민간보험이 시장점유율을 놓고 공보험과 경쟁이 이미 시작되었는데 비해(Kim, 2006), 대만은 공보험이 포괄적인 급여를 보장하고 있음에 따라 현재까지는 민간보험이 공보험의 보완적인 기능만을 수행하고 있다고 한다(Lin, 2006). 다시 말해, 공보험과 민간보험의 역할을 놓고 한국에서는 이해당사자간 첨예하게 대립하고 경쟁하는 것이라면, 대만은 비경쟁체제(non-competitive system)라는 의미다. 이러한 차이를 유발하는 요인은 무엇일까?

무엇보다 이처럼 상이한 행태와 구조를 초래하는 요인은 보장성의 수준에서 찾을 수 있다. 대만은 보장성이 대략 85% 수준에 달하는데다, 중대상병에 대해서는 본인부담이 거의 없기 때문에 굳이 민간보험에 대해 과민하게 반응하지 않아도 된다. 이러한 상황에선 아무리 민간보험이 활성화 된다고 해도 그야말로 보충적인 기능을 뛰어넘을 수 없다. 따라서 예민하게 시장 점유율을 가지고 경쟁할 요인이 없어지는 것이다. 한국은 민간보험과 공보험이 경쟁하는 구조 하에 있다. 시장점유율에서 우위를 확보하기 위해 경쟁하고 있다. 공보험에 의한 필수진료 혹은 기본영역에 대한 보장성이 확보되지 않은 상황에서 이 영역을 두고 두 종류의 보험이 경쟁하는 구조는 사회적 비효율을 초래한다. 수많은 영역에서 초래되는 사회적 비효율은 막대한 국민적 후생의 손실로 이어질 수밖에 없다. 예를 들어, 민간보험사가 공보험의 영역을 확보하기 위해 과도하게 경쟁하는 것은 막대한 마케팅 비용으로 인한 관리운영비의 과다를 초래하여 민간보험가입자의 보험료가 올라가게 될 것이다. 또한 민간보험이 확대되어 공보험이 정체되는 상황이 고착화될 경우 국민의 의료기관 접근성에서 불형평성을 야기하게 되는

등 다방면의 사회적 비효율을 초래하게 된다. OECD도 이러한 측면의 부작용을 우려하여 민간 보험의 역할을 명확히 설정함으로써 국민 의료비를 적절히 통제할 필요가 있다고 권고하기에 이르게 된 것이다(OECD, 2004).

아젠다 3: '성과에 의한 진료비 지불 등 의료의 질을 향상' 시키는 방향으로의 개혁

이 부분은 둘째 날 오전 세션에서 다루어졌다. 대만에서는 대만 중앙건강보험국 이사장을 역임한 바 있는 대만국립대학 Lai 교수가, 한국은 가톨릭의대 박하영 교수가 각각 발제하였다. 앞서 보건의료체계의 유형연구에서 논의하였듯이, 한국과 대만은 의료서비스 제공을 민간에 전적으로 의존하는 체계를 가지고 있다. 이는 보건의료서비스 전달을 민간 보건의료기관과 계약으로 필요한 의료서비스를 제공하는 체계다. 민간과의 계약에 의해서 제공한다는 것은 보험자와 공급자간 협상을 전제로 하는 것이고, 이러한 협상을 통해 의료서비스 제공에서 효율을 높이기 위해서는 수많은 정책적 수단이 동원되는 복잡한 구조다. 그러나 큰 틀에서 한국과 대만은 공급자의 소유형태, 이익추구 동기, 공급자와의 관계에서 보험자의 비용억제정책 시행 필요성 등 제반 측면에서 유사성을 가지고 있다. 그러나, 역설적이게도 의

료의 질을 향상시키는 분야에서 두 나라는 매우 다른 방향을 보이고 있는 것이 사실이다. 왜 이러한 차이를 가져오는가 라는 문제의식을 가지고 체계적으로 분석함으로써 국가간 사례 비교연구를 통한 장점을 발견할 수 있을 것이다. 대만이 이 분야에서 차근차근 추진하고 있는 정책들의 내용들을 우선 살펴보는 것이 필요하다.

먼저 의료의 질 향상을 위한 일련의 개혁 프로그램을 살펴보면 다음과 같다. 대만은 한국과 달리 질 향상 프로그램을 1995년 전 국민건강보험 달성 이후 제2의 개혁 차원에서 의욕적으로 추진하고 있다. 전민건강보험 시행으로 국민 누구에게나 의료기관 접근성이 보장되고 진료비 부담으로부터는 해방되었으나, 의료의 질 발전이라는 성과를 담보하지는 못했다는 판단에서 출발하였다. 이는 의료공급자에 대한 진료비 지불제도에 있어 진료의 질을 강화하는 유인이 없었다는 반성에서 추진되었다. 더욱이 특정 질환에서는 미국에 비해 월등히 낮은 의료의 질 수준을 보인 연구 결과에 의거 질 향상 프로그램이 가속도를 내기 시작하였다²⁾.

이를 극복하기 위한 시급한 대책으로 진료비 지불제도를 통해 의료공급자들에게 인센티브를 주는 것과, 의료의 질 평가를 객관적으로 할 수 있는 제도적 장치를 마련하는 것이었다. 대만이 마련한 제도적 장치들은, i) 보험자가 의료기관이 제공하는 의료의 질을 모니터링하게 함, ii)

2) 대만과 미국의 의료의 질 수준 비교 결과에서 미국보다 현저히 떨어지는 것으로 나타남을 알 수 있다. 즉 각 종암으로부터 생존율이 미국의 1/2에 미달, 마취로 인한 사망률이 미국의 8배, 폐렴에 의한 사망률이 미국의 10배, 폐렴에 대한 항생제 처방률이 세계 최고였다(Lee, 2005).

3) 위 두 가지 움직임에 대해 의사협회가 집단적으로 반발, 정부가 보험자인 BNHI와 공급자협회 간 갈등 중재자로 나서 다음과 같은 조건으로 중재하였다. 즉 공급자는 자율적으로 전문적인 의사윤리에 충실할 것을 선언하면서 구체적인 실행사항을 다음과 같이 합의하였다: 의사 교육 강화, 임상 가이드라인에 충실, 환자 안전 강화, 질 지표에 충실할 것을 선언, 보험자-공급자-가입자 간 책임 명확화, 공청회, 세미나를 통해 책임 공유, 의료의 질 측정 및 평가 과정에 의사들의 참여를 강화시킨다는 것이었다(Lee, 2005).

대만 의료공급자들은 전문가적 지도력으로 의료의 질에 대한 사회적 책임을 다해야 한다는 사회적 공론 형성³⁾, iii) 의료의 질에 관한 정보를 체계적으로 수집하여, 이것을 일반국민 및 의료공급자에게 제공하는 체계, iv) 질 차이(quality differentials)에 따라 공급자에게 보수를 차등 지불, v) NHI에 의료의 질을 전담하는 새로운 기구 설립 : “NHI 질관리위원회”⁴⁾ 등을 포함하고 있었다.

성과에 따른 진료비 보상체계도 의료의 질 향상 프로그램차원에서 도입되었다. 이 프로그램의 핵심은 질 향상을 위해 성과에 따라 인센티브를 주는 진료비 지불제도였다. 전 국민건강보험 시행 5년 후 획기적인 질 발전 방안의 하나로 진료비 지불에서 의료기관이 제공한 질 수준을 반영하여 진료비를 지급하는 방법을 2001년 11월부터 시행하였다. 즉, 제공하는 의료서비스의 성과 혹은 질을 중요시하여 치료보다는 예방으로 환자 건강을 보장하는 방향으로 전환시킴을 의미하였다. 질 평가 대상 질병군으로 유방암, 자궁암, 당뇨병, 폐렴 및 천식을 선정하여 실시하고 있다. 진료과정과 진료결과를 평가하며, 이를 고려하여

진료비를 지급하는 것으로, 의사가 당뇨병 환자를 충분히 상담(과정에 대한 보상)하여, 환자의 글리세린 수치를 낮추어 진료의 성과(결과에 대한 보상)를 향상시킨 경우에는 별도로 책정된 수가로 보상하는 정책이다. 이 제도의 기대효과는 질병의 치료보다는 예방에 치중하게 하며, 장기적으로 국민들의 건강을 향상시켜 의료비를 절감하게 하는 것이었다. 1차 의료기관 중심의 주치의 제도를 활성화시키는 효과도 기대하고 있다.

소위 대만에서 P4P(Payment for Performance)로 불리는 ‘성과에 의한 지불제도’ 시행방법은 주로 의료의 질을 예방과 치료라는 합동진료서비스(team care service) 체계로 의료의 질을 향상시키는 접근이었다. 즉, 특정 질환을 예방하고, 치료하는 과정에 의사·전문 간호사·교육상담요원을 팀으로 구성하여 전담하게 하고 있다. 영속적인 진료를 권장하기 위해 성과불에 의한 수가를 보상받기 위해서는 1년에 4회 이상 정해진 시기와 절차에 의한 진료가 이루어져야 한다. 예를 들면, 환자등록과 각종 검사, 간호사 진료 및 상담이 첫 번째 과정이라면, 분기별 2회 내원진료는 두

〈표 4〉 대만의 P4P에 의한 진료비 지불체계의 예

상환코드	서비스 항목	지급점수(payment Points)
P1401C	새로운 케이스에 대한 포괄적인 진료	1,845
P1402C	분기별 재진	875
P1403C	년도단위 종합진료	2,245
P1404C	처방약 리필	200

출처: Lai, 2006

4) 국민들의 신뢰를 확보하면서 공정하게 의료의 질을 국민들에게 공개하는 전담 조직 설립 필요에 따라 결정된 것으로, 조직명은 ‘국민건강보험 진료 질 관리위원회’로 하고 보건부 소속의 독립된 위원회로 하기로 함. 주요 임무로는 보건의료의 질에 관한 의사결정과정에서 보험자, 의료기관, 국민들 간 의사소통을 강화함, 의료의 질에 관한 보험자 공약의 실행 여부를 감시함, 일반국민들에게 의료의 질에 관한 정보를 제공함, 개인 건강정보의 비밀에 관한 규제 및 보장 등이었음(Lee, 2005)

번째와 세 번째 과정에 해당되며, 마지막 네 번째 과정은 1년 되는 때에 종합적인 진단을 실시하는 과정으로 이루어진다(Lai, 2006). 이러한 수가 보상체계를 별도로 정해 지급하고 있는데, 위 <표 4>와 같다. 또한 성과에 의한 지불방식사업에 참가하는 의료기관도 대폭 증가하였다. 초기인 2002년에 159개 의료기관만이 참가자격을 얻어 참가하였으나, 2005년 현재는 631개 의료기관이 참여함으로써, 3차 종합전문 의료기관의 71%, 종합병원의 82%가 참여하고 있다(Lai, 2006).

의료의 질 향상 프로그램 일환으로 시행하고 있는 가정의(주치의) 제도 시행을 위한 사업에 관해 알아보자. 가정의 진료(1차 의료)의 본래 기능은 가족 중심의 포괄적·조정적·지속적 진료(family-centered comprehensive, coordinated, and continuous care)이다⁵⁾. 대만은 지역사회 중심 병원체계의 개편과 더불어 의료서비스 제공을 영속적으로 하기 위해 현재 가정의제도(Family Physician Initiatives: FPI)를 시범적으로 시행 중에 있다. 1차 진료 의사들로 하여금 가정 중심적 서비스를 포괄적으로 제공하도록 하기 위해 다양한 인센티브를 사용하고 있다. 이를 위해 보험자는 매년 거점별 의사조직(network of physicians)을 결성하게 하여 이들에게 연간 NT\$ 350만~500만을 보조하고 있으며, 이 보조금은 환자등록, 가족건강 및 의료기록표 작성, 환자교육 및 상담, 그리고 1차 의료기관 의사와 병원의

사 간 연속적인 진료가 용이하게 하는 데 사용되고 있다.

이에 반해, 한국은 의료의 질 향상을 제고하기 위한 정책에서 대만에 비해 많이 뒤지고 있다. 한국의 박하영교수가 발제문에서 보여주고 있는 바와 같이, 이 분야에 대한 구체적인 정책이 시행되지 않음을 알 수 있다. 의료의 질을 보장하기 위한 다양한 인센티브제가 필요하다는 주장을 하고 있지만 대만에서와 같이 구체적으로 실시하고 있는 정책에 대한 소개를 할 수 없었다는 점에서 한국이 의료의 질 발전을 위한 프로그램이 얼마나 부진한가를 보여주었다(Park, 2006).

그렇다면, 비슷한 의료공급체계에서 왜 이처럼 상이한 결과를 초래하는가? 대만 건강보험이 착실하게 발전할 수 있었던 것을 두 가지 측면에서의 특이성(상이성) 때문으로 볼 수 있다. 첫째, 대만은 ‘정치적 공연’(Political theater) 혹은 ‘과정의 정치’(politics of process)를 잘 활용하고 있었다(Lu and Hsiao, 2003). 설명하면, 대만 위생서가 추진하고자 하는 정책에 대해 국민들이 지원하게끔 정치적인 연출을 시도한다. 이러한 분위기에서 보건의료의 핵심 이해당사자인 의료계와 보험자 사이를 성공적으로 중재하여 두 이해당사자가 합의에 이르도록 지도력을 발휘하여 국민적 합의(national consensus)를 도출하는 정치적 전략을 잘 사용하고 있는 점을 들 수 있다⁶⁾. 둘째, 국제적 수준의 건강보험 전문가와 긴밀한 네트워크를 구축하고 적절한 자문을 받아 올바른 건강보

5) 유럽 국가들이 1차 의료의 기능을 강화하는 이유는 다음과 같다: i) 예방과 진료를 통한 조기 치료의 확립으로 의료비 억제; ii) 효율적 의료자원을 이용을 위한 문지기(Gatekeeper) 역할; iii) 계속적인 진료체계의 확립(경미한 질환에 대한 조기 치료, 전문 진료를 요하는 환자는 전문의에게로 이송); iv) 지역사회 단위 1차 의료 강화를 통한 의료의 형평성 제고.

6) 물론 대만도 모든 쟁점을 사회적 합의로 도출해내는 것이 용이하지 않다. 예를 들면, 3년 동안 장관급 위원회인 ‘차세대건강보험 개혁위원회’의 최종 권고안을 5월 국회에서 의결하려고 하였으나, 정파간 시각의 차이로 의결을 보지 못했다고 한다.

험 개혁 방향을 명확히 인식 한 후 이를 과감하게 추진한다는 점이다. 특히 미국 프린스턴 대학의 Reinhardt 교수와 하버드 대학의 Hisao 교수 등 저명한 보건정책학자 및 보건경제학자의 자문을 상설화하거나, 국제심포지엄을 개최하여 대만이 추진하고자 하는 정책들에 대한 심도 있는 토론을 정례화하고 있다.

IV. 정책적 함의와 결론

지금까지 제2회 한국-대만 국민건강보험(NHI) 국제심포지엄에서 논의된 주제들을 교차사례분석(cross case study)의 시각에서 고찰하였다. 앞서 방법론을 설명하는 챕터에서 언급하였듯이, 보건의료체계에서 교차(비교)사례분석방법이 광범히 하게, 또한 체계적으로 사용되고 있지는 않지만 비교대상 국가간 건강보험제도 비교연구방법으로서 유용한 방법 가운데 하나이다. 특히 비교대상 국가간 유사성이 매우 많은 상황에서 특정 분야에서 상이한 결과를 초래하는 분야에 주목하여, 상이한 결과를 초래하는 특이성을 찾아내어 이것을 집중적으로 검증함으로써 연구방법과 연구결과에서의 보편성을 확보할 수 있는 이점을 가지고 있다. 따라서 내년에 이어질 제3회 심포지엄에서 두 나라의 건강보험제도간 유사성을 통해 교훈을 얻을 수 있는 기회를 확대해 나갈 수 있을 것으로 기대된다. 이를 위해, 실무차원에서는 물론 이론적 차원에서도 공동연구와 정보교환을 통해 두 나라의 제도를 발전시키는 방향으로 개최되도록 노력할 필요가 많다.

본 논문에서 다룬 주제들에 대해 요약하면서 정책적 함의를 찾아보면 다음과 같다. 첫째, 한국과 대만에서 건강보험 개혁으로 탄생된 새로운

건강보험체계 유형화논의에서 두 나라의 발제자 모두 NHI 모델을 제시하였다. 이는 다수의 연구자들에 의한 기존의 세 가지 유형론 모델을 뛰어넘어 새롭고 복잡한 한국과 대만의 건강보험체계를 더 적절히 설명할 수 있다는 점에서 향후 국제적으로 많은 관심을 환기시킬 것으로 보인다. 새로운 유형화 정립은 한국과 대만의 건강보험체계를 단순히 사회건강보험(SHI) 모델의 변종으로, 혹은 동 아시아적 모델이라는 이름으로 불린 두 나라의 건강보험제도를 새로운 시각에서 유형화를 확정시킬 수 있는 전기를 마련하였다는 점에서 상당한 진전을 보았다고 할 수 있다. 더 나아가 NHI 유형을 하나의 건강보험체제로 정립하게 되면, NHI가 갖는 장점을 후발적으로 건강보험을 도입하려고 하는 국가들에게 채택 가능한 하나의 모델로 수출할 수 있게 된다는 점에서 주목된다.

둘째, 공보험체계와의 관계에서 민간보험을 어떻게 정립할 것인가에 대한 논의에서도 시사점을 발견할 수 있었다. 두 나라 모두 민간보험이 상당히 활성화되는 여건에서 공보험과의 바람직한 관계설정은 대단히 중요한 이슈다. 그러나 한국과 대만은 현실적으로 많은 차이가 발견되었다. 즉, 대만은 민간보험을 공보험과 비경쟁적인 차원에서 보충적인 역할로 한정하고 있는데 반해, 한국은 시장점유율을 놓고 두 보험이 경쟁하는 구조였다. 왜 이러한 결과를 초래하였는가를 보장성의 크기에서 찾을 수 있었다. 대만에서처럼 공보험에 의한 보장성이 확보된 상황에서는 민간보험 시장이 확대된다하더라도 경쟁체제로 인식될 수 없는데 반해, 한국처럼 보장성이 낮은 공보험체계에서는 사실상의 경쟁체제로 되어 공보험 발전을 저해하게 되고 결국에는 민간보험과 공보험 모두 비효율에 빠지게 함을 볼 수 있었다.

마지막으로 세 번째 주제로 다룬 의료의 질 발전 및 성과에 따른 인센티브에서도 두 국가간 상이한 결과를 볼 수 있었다. 보험자인 지불자와 민간공급자와의 관계는 상반된 시각을 견지하는 경향 때문에 의료의 질 발전에 대한 정책을 발전시키기란 쉬운 일이 아님에도 불구하고 한국과 대만은 이 부분에서 현격한 격차를 발견할 수 있었다. 대만의 의료의 질 향상을 위한 인센티브제, 가정의 제도를 통한 예방과 진료라는 영속적인 진료체계를 꾸준히 구축하고 있는 반면, 한국은 이 분야에 대한 진전이 담보상태라는 점에서 차이를 보였다. 물론 이러한 차이를 초래한 독립변인으로 대만의 ‘과정의 정치’ 활성화와 ‘전문가집단의 지도력’을 들었다.

참고 문헌

- 이진석 외, 2005. 민간의료보험 실태와 영향분석, 충북대학교/국민건강보험공단
- Cheng, T. M. 2003. Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis and Experience so far, Health Affairs. 22(3): pp. 61-76.
- Kim, CY. 2006. The Role of Private Health Insurance in the National Health Insurance of South Korea, the paper presented at the 2nd Taiwan-Korea NHI International Symposium, May 25-26, 2006, Taipei, Taiwan.
- Lai, MS. 2006. Quality Improvement and Pay-for-Performance : Directions and Experiences, the paper presented at the 2nd Taiwan-Korea NHI International Symposium, May 25-26, 2006, Taipei, Taiwan.
- Lee, SH. 2006. The NHI as Typology of Health Care System and its Development : The Case of the Republic of Korea, the paper presented at the 2nd Taiwan-Korea NHI International Symposium, May 25-26, 2006, Taipei, Taiwan.
- Lin, CY. 2006. The Role of Private Health Insurance under Taiwan's NHI : A Social Policy Perspective, the paper presented at the 2nd Taiwan-Korea NHI International Symposium, May 25-26, 2006, Taipei, Taiwan.
- Lu JR and William, C. H. 2003. Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan, Health Affairs, Vol. 22, No. 3, pp. 77-88.
- OECD, 2004. Private Health Insurance in OECD Countries, The OECD Health Project, OECD, Paris.
- Park, HY. 2006. Quality Improvement and Pay-for-Performance: Korea's Directions and Experiences, the paper presented at the 2nd Taiwan-Korea NHI International Symposium, May 25-26, 2006, Taipei, Taiwan.
- Yaung, Chih-Liang, 2006. NHI as a Typology of Healthcare System and Its Development: the Case of Taiwan and Korea, The 2nd Taiwan-Korea NHI International Symposium, May 25-26, 2006, Taipei, Taiwan.

Lee, Yue-Chune, 2005. Financial substantiality of National Health Insurance in Taiwan, Paper presented at “First Korea – Taiwan National Health Insurance Symposium, November 25–6, 2005, Seoul, Korea

건강보험 주요 통계지표

1. 건강보험 대상자 현황(2006년 5월말 현재)

구분	계	직장소계			근로자		
		소계	가입자	피부양자	소계	가입자	피부양자
계	47,505,910	27,871,031	10,121,908	17,749,123	23,177,724	8,628,123	14,549,601
서울	10,062,559	5,784,283	2,310,745	3,473,538	4,966,500	2,024,751	2,941,749
부산	3,504,871	2,037,944	733,080	1,304,864	1,731,209	634,353	1,096,856
대구	2,412,179	1,384,594	474,637	909,957	1,120,974	393,987	726,987
인천	2,558,505	1,475,469	562,087	913,382	1,293,832	499,107	794,725
광주	1,335,150	823,655	275,950	547,705	643,493	225,528	417,965
대전	1,412,703	857,293	304,968	552,325	669,720	244,730	424,990
울산	1,075,124	734,319	262,279	472,040	671,778	238,740	433,038
경기	10,637,593	6,308,140	2,407,284	3,900,856	5,452,639	2,112,850	3,339,789
강원	1,446,514	812,937	272,773	540,164	559,491	193,107	366,384
충북	1,437,235	867,090	299,208	567,882	692,882	246,915	445,967
충남	1,892,386	1,086,838	371,286	715,552	870,003	308,161	561,842
전북	1,747,522	1,010,556	313,853	696,703	752,613	242,565	510,048
전남	1,810,516	987,109	293,572	693,537	753,255	228,644	524,611
경북	2,570,858	1,545,358	502,117	1,043,241	1,250,470	418,610	831,860
경남	3,067,404	1,872,824	645,237	1,227,587	1,541,695	544,851	996,844
제주	534,791	282,622	92,832	189,790	207,170	71,224	135,946

주) 1. 지역의 가입자는 적용인구를 말함.
2. 주민등록 주소지 기준.

(단위 : 명)

공 · 교			지역 소계		농 어 촌		도 시	
계	가입자	피부양자	가입자	세대수	가입자	세대수	가입자	세대수
4,693,307	1,493,785	3,199,522	19,634,879	8,332,913	2,060,055	890,699	17,574,824	7,442,214
817,783	285,994	531,789	4,278,276	1,874,994	-	-	4,278,276	1,874,994
306,735	98,727	208,008	1,466,927	602,553	-	-	1,466,927	602,553
263,620	80,650	182,970	1,027,585	406,828	64,524	24,760	963,061	382,068
181,637	62,980	118,657	1,083,036	453,834	-	-	1,083,036	453,834
180,162	50,422	129,740	511,495	210,080	-	-	511,495	210,080
187,573	60,238	127,335	555,410	228,813	-	-	555,410	228,813
62,541	23,539	39,002	340,805	145,106	-	-	340,805	145,106
855,501	294,434	561,067	4,329,453	1,834,336	139,356	59,499	4,190,097	1,774,837
253,446	79,666	173,780	633,577	275,793	200,669	86,281	432,908	189,512
174,208	52,293	121,915	570,145	242,934	207,214	89,838	362,931	153,096
216,835	63,125	153,710	805,548	346,224	307,576	130,387	497,972	215,837
257,943	71,288	186,655	736,966	309,997	180,450	77,309	556,516	232,688
233,854	64,928	168,926	823,407	355,267	412,089	183,889	411,318	171,378
294,888	83,507	211,381	1,025,500	436,540	242,985	106,269	782,515	330,271
331,129	100,386	230,743	1,194,580	500,295	221,024	96,716	973,556	403,579
75,452	21,608	53,844	252,169	109,319	84,168	35,751	168,001	73,568

2. 요양기관 종별 지급실적 현황(2006년 5월 누계)

구 분		지급건수 (건)	내원일수 (일)	진료일수 (일)	총진료비 (천원)			
					계	공단부담금		
총계	소계	356,216,480	317,964,095	1,850,724,444	11,441,592,423	8,409,097,866		
	입원	2,704,211	25,156,450	38,584,182	3,048,622,088	2,522,156,379		
	외래	353,512,269	292,807,645	1,812,140,262	8,392,970,335	5,886,941,487		
의 료 기 관	소계	소계	177,351,332	317,262,744	427,314,484	8,156,867,317	6,020,397,724	
		입원	2,704,211	25,156,450	38,584,182	3,048,622,088	2,522,156,379	
		외래	174,647,121	292,106,294	388,730,302	5,108,245,230	3,498,241,346	
	종합병원	소계	소계	18,585,134	36,884,010	79,079,534	3,226,570,872	2,398,750,553
			입원	1,387,632	12,389,380	22,296,631	2,074,957,863	1,726,473,697
			외래	17,197,502	24,494,630	56,782,903	1,151,613,009	672,276,856
		종합전문 병원	소계	6,782,335	13,346,224	31,100,763	1,597,779,271	1,200,228,150
			입원	561,089	4,622,368	9,500,944	1,045,270,845	878,978,290
			외래	6,221,246	8,723,856	21,599,819	552,508,426	321,249,861
	종합병원	소계	11,802,799	23,537,786	47,978,771	1,628,791,601	1,198,522,403	
		외래	10,976,256	15,770,774	35,183,084	599,104,583	351,026,995	
	병원	소계	8,707,741	21,774,673	31,504,525	892,378,205	668,894,562	
		입원	692,234	8,489,716	10,996,870	598,375,537	486,077,725	
		외래	8,015,507	13,284,957	20,507,655	294,002,668	182,816,837	
	의원	소계	114,794,374	197,216,831	2,24,701,155	3,036,587,788	2,211,951,604	
입원		593,405	3,787,133	4,783,117	356,624,539	294,602,742		
외래		114,200,969	193,429,698	2,19,918,038	2,679,963,249	1,917,348,862		
치과 병원	소계	413,684	687,870	695,240	19,307,092	11,772,791		
	입원	1,061	4,858	9,090	752,962	618,850		
	외래	412,623	683,012	686,150	18,554,131	11,153,941		
치과 의원	소계	13,668,126	20,833,476	20,846,085	427,828,075	300,985,565		
	입원	-	-	-	-	-		
	외래	13,668,126	20,833,476	20,846,085	427,828,075	300,985,565		
한방 병원	소계	430,657	1,617,634	1,881,652	33,617,094	23,585,764		
	입원	26,905	455,188	458,828	16,643,210	13,344,614		
	외래	403,752	1,162,446	1,422,824	16,973,884	10,241,151		
한방 의원	소계	14,357,177	30,899,070	33,341,376	458,718,705	354,953,729		
	입원	723	12,195	12,468	361,652	292,216		
	외래	14,356,454	30,886,875	33,328,908	458,357,053	354,661,513		
보건 기관	소계	6,394,069	7,348,551	35,264,005	61,767,918	49,411,589		
	입원	1,881	17,351	26,266	814,758	654,967		
	외래	6,392,188	7,331,200	35,237,739	60,953,160	48,756,622		
조산원	소계	370	629	912	91,567	91,567		
	입원	370	629	912	91,567	91,567		
	외래	-	-	-	-	-		
약 국	소계	178,865,148	178,865,578	1,423,409,960	3,284,725,105	2,388,700,141		
	처방	178,163,797	178,164,227	1,421,412,424	3,281,030,800	2,386,534,945		
	조제	701,351	701,351	1,997,536	3,694,305	2,165,196		

주) 약국의 처방조제 내원일수는 총계의 내원일수에서 제외함

건 당 (원)		건당일수 (일)		내원일당 (원)		진료일당 (원)	
진료비	급여비	내원	진료	진료비	급여비	진료비	급여비
32,120	23,607	0.89	5.20	35,984	26,447	6,182	4,544
1,127,361	932,677	9.30	14.27	121,186	100,259	79,012	65,368
23,742	16,653	0.83	5.13	28,664	20,105	4,632	3,249
45,993	33,946	1.79	2.41	25,710	18,976	19,089	14,089
1,127,361	932,677	9.30	14.27	121,186	100,259	79,012	65,368
29,249	20,030	1.67	2.23	17,488	11,976	13,141	8,999
173,610	129,068	1.98	4.25	87,479	65,035	40,802	30,333
1,495,323	1,244,187	8.93	16.07	167,479	139,351	93,061	77,432
66,964	39,092	1.42	3.30	47,015	27,446	20,281	11,839
235,580	176,964	1.97	4.59	119,718	89,930	51,374	38,592
1,862,932	1,566,558	8.24	16.93	226,133	190,158	110,018	92,515
88,810	51,638	1.40	3.47	63,333	36,824	25,579	14,873
138,000	101,546	1.99	4.07	69,199	50,919	33,948	24,980
1,245,775	1,025,349	9.40	15.48	132,572	109,115	80,471	66,233
54,582	31,981	1.44	3.21	37,988	22,258	17,028	9,977
102,481	76,816	2.50	3.62	40,982	30,719	28,325	21,232
864,412	702,187	12.26	15.89	70,482	57,255	54,413	44,201
36,679	22,808	1.66	2.56	22,130	13,761	14,336	8,915
26,452	19,269	1.72	1.96	15,397	11,216	13,514	9,844
600,980	496,462	6.38	8.06	94,167	77,790	74,559	61,592
23,467	16,789	1.69	1.93	13,855	9,912	12,186	8,718
46,671	28,458	1.66	1.68	28,068	17,115	27,770	16,933
709,672	583,271	4.58	8.57	154,994	127,388	82,834	68,080
44,966	27,032	1.66	1.66	27,165	16,331	27,041	16,256
31,301	22,021	1.52	1.53	20,536	14,447	20,523	14,438
-	-	-	-	-	-	-	-
31,301	22,021	1.52	1.53	20,536	14,447	20,523	14,438
78,060	54,767	3.76	4.37	20,782	14,580	17,866	12,535
618,592	495,990	16.92	17.05	36,563	29,317	36,273	29,084
42,040	25,365	2.88	3.52	14,602	8,810	11,930	7,198
31,950	24,723	2.15	2.32	14,846	11,488	13,758	10,646
500,210	404,172	16.87	17.24	29,656	23,962	29,006	2,337
31,927	24,704	2.15	2.32	14,840	11,483	13,753	10,641
9,660	7,728	1.15	5.52	8,405	6,724	1,752	1,401
433,151	348,202	9.22	13.96	46,957	37,748	31,019	24,936
9,536	7,628	1.15	5.51	8,314	6,651	1,730	1,384
247,478	247,478	1.70	2.46	145,575	145,575	100,402	100,402
247,478	247,478	1.70	2.46	145,575	145,575	100,402	100,402
-	-	-	-	-	-	-	-
18,364	13,355	1.00	7.96	18,364	13,355	2,308	1,678
18,416	13,395	1.00	7.98	18,416	13,395	2,308	1,679
5267	3,087	1.00	2.85	5,267	3,087	1,849	1,084

3. 요양기관 현황(2006년 5월말 현재)

(단위 : 개)

지역	종별 계	종합 병원	병원	의원	치과		한방		조산원	보건 기관	약국
					병원	의원	병원	의원			
계	74,085	296	1,191	25,524	127	12,784	149	10029	49	3,432	20,504
서울	18,888	63	147	6,455	51	3,970	34	2,783	5	26	5,354
부산	5,618	27	112	2,076	9	971	7	845	13	30	1,528
대구	3,990	12	82	1,388	10	659	9	664	1	26	1,139
인천	3,354	13	42	1,265	3	594	10	419	-	57	951
광주	2,172	16	36	804	4	421	6	245	4	15	621
대전	2,443	8	38	960	4	382	5	367	2	20	657
울산	1,401	3	44	500	2	263	3	207	-	25	354
경기	14,260	45	220	5,024	27	2,689	26	1,851	7	329	4,042
강원	2,094	16	36	643	1	291	3	253	4	243	604
충북	2,197	11	33	758	1	257	3	268	3	269	594
충남	2,913	10	55	948	5	353	6	350	-	412	774
전북	3,129	11	69	1,029	1	405	8	372	-	400	834
전남	2,876	18	69	865	1	323	8	256	4	562	770
경북	3,751	15	84	1,123	5	474	16	479	-	553	1,002
경남	4,166	22	119	1,391	3	297	4	567	5	403	1,055
제주	833	6	5	295	-	135	1	103	1	62	225

건강보험포럼

발행일 : 2006年 6月 30日

발행인 : 이 성 재 (국민건강보험공단 이사장)

편집위원장 : 이 상 이 (건강보험연구센터 소장)

편집간사 : 이 용 갑 (건강보험연구센터 연구1팀장)

편집위원 : 김 경 수 (건강보험연구센터 연구조정팀장)

김 정 희 (건강보험연구센터 부연구위원)

박 종 연 (건강보험연구센터 부연구위원)

김 진 수 (건강보험연구센터 부연구위원)

정 희 자 (건강보험연구센터 통계분석팀장)

편집실무 : 문 성 웅 (건강보험연구센터 주임연구원)

발행처 : 국민건강보험공단 건강보험연구센터

주소 : 서울특별시 마포구 연리동 168-9 (우121-749)

홈페이지 : <http://www.nhic.or.kr>

대표전화 : 02-3270-9114 / FAX : 02-3270-9840

인쇄처 : 삼우토탈 ☎ 02-2272-3736

※ 이 책은 비매품입니다.

당신의 건강을
한결같이 국민건강보험이
지켜드립니다.



1000번을 물어봐도 O.K

1577-1000

English Service OK 02-390-2000



건강보험이 궁금할 땐 무엇이든 물어보세요!

【국민건강보험 고객센터 이용안내】

전문 상담원 1:1 민원 상담 서비스 개시



국민건강보험공단

건강보험 고객센터 이용안내

▶ 이용시간 : 8:00~19:00(근무시간외 민원권수하여 다음날 바로 처리)
▶ 시간과 장소에 상관없이 : 홈페이지(www.nhic.or.kr)로 접속 ⇒ 사이버민원실 ⇒ 사이버상담