의약분업을 전후한 병·의원 외래부문 및 약국 수입의 변화

정 형 선
연세대학교 보건행정학과

Ⅰ. 서 론

1. 논의의 배경

2000년의 의약분업은 우리나라의 의료사에 있어 한 획을 긋는 사건이었다. 의약분업은 의사와 약사의 전문기능의 구분을 제도화한다는 문자적 의미를 넘어 우리 의료제도의 누적된 제반 문제를 되살펴보는 계기가 되었다. 의약분업 이전 우리 의료의 모습을 보면, 의사들은 공보험의 본격 도입 이전에 누리던 관행수가에 대한 향수를 약가차익에 의한 교차보조(cross-subsidy)로 달래고 있었고, 약사들은 환자들의 자가처방(self-medication)을 도와주면서 약국에서의 직접조제 수요에 생계를 의존했다. 의약분업은 공보험에 의한 의료보장체계가 형성된 이래 공보험 수가의 구조에 맞추어 형성된 의사, 약사 업무에 대한 보상체계에 근본적인 수정을 가하는 계기가 되었다. 의사와 약사 집단은 처음에는 제도변화에 대한 두려움으로 의약분업에 소극적이었으나 제도의 시행이 가시화되어감에 따라, 어차피 기존의 보상체계에 불만을 누적시켜온 입장에서, 의약분업을 기존 공보험제도에 대한 불만의 표출구로 삼고자 했다.

처음에는 이러한 제도의 변화가 가져올 파장에 대해 어느 누구도 정확한 예측을 하기 힘들었고, 더욱이 결과에 책임을 져야하는 관료집단이 이렇게 결과가 불확실한 정책을 적극적으로 추진할리는 없었다. 그러나 책임보다는 명분을 우선시하는 시민단체와 정치권은 관료집단으로 하여금 제도 시행의 약속을 지키도록 압박했고, 이에 따라 의약분업이 정책 레벨로 추진되게 되었다. 하지만, 의약분업이 현실적인 제도로 구체화되어감에 따라 우리 의료제도와 보험제도의 보다 근본적인 문제들이 전면에 부각되면서 선진화된 제도인 의약분업을 형성하자던 초기의 의도는 희석되고 일방적이고 집단

이기주의적인 주장과 주장들이 끊임없이 반복되기도 하였다. 결국 '의사에 의한 처방과 약사에 의한 조제'라는 의약분업의 대원칙은 강행되었지만 시위와 정치논리의 영향 속에 의약분업의 초기 정책목표가 변질되는 '정책 어그러짐(slippage)'을 경험하게 되었고 (안병철, 2002), 그로 인해 관료, 시민단체, 의사 및 약사집단 등 사이에 의약분업 공과의 귀속주체가 지극히 불분명해지게 되었다.

2. 연구목적

종합적으로 볼 때, 의약분업 시행 초기에 의약분업 방식의 세부 내용에 대해서 의사와 약사 모두 불만을 표출하고 국민들도 불편을 호소한 바 있지만, 의약분업이 시행된 지 3년 이상 지난 시점에서 보면 일단 제도 자체는 국민의 관행으로 굳어져 가고 있는 것으로 보인다.

2001년에 들어서면서 본격적으로 표출된 보험 재정의 위기와 맞물려 의약분업의 제반 결과에 대해서 분석이 이루어져왔다. 대부분 보험재정에 대한 영향이나 몇 가지 한정된 약제에 대한 의사 처방 내역을 중심으로 의약품 사용 양상의 변화를 확인하는 것이었다. 최근 의약분업에 따른 환자의 의료이용과 의료공급자의 행태변화 양상을 추적하는 연구가 일부 이루어지고 있다. 그러나 의약분업이 의사와 약사의 초미의 관심사가 되었고 특히 의사의 스트라이크를 통해 큰 사회적 반향을 가져왔던 근본 이유 즉, 의사 및 약사 수입의 변화에 관한 분석은 제대로 이루어지지 않고 있다. 이는 의약분업의 영향이 반영된 데이터가 아직 충분히 통계레벨로 수집되지 않은 점, 특히 보험청구 자료에서 얻을 수 없는 비급여부분에 대한 데이터의 수집이 충분히 이루어지지 않은데 기인한 것으로 보인다. 이러한 점에 착안하여 본 연구는 비급여부분에 대한 자료를 보충함으로써 의약분업을 전후한 의원 및 약국 수입의 변화를 추적해 보고자 한다. 이를 통해 의약분업 제도 시행 과정에서 각 전문단체들이 취한 태도에 대한 이해를 높이고, 향후의 제도 보완을 이루어 가는데 일조할 수 있을 것이다.

아울러 건강보험의 비급여부분의 규모에 대한 파악은 국민의료비의 세부 내역에 대한 파악과 국민보건계정(National Health Accounts)의 구축, 향후의 건강보험 급여범위 확대를 위한 재정추계에 도움이 되며, 환산지수 산출을 위한 의료원가수준의 추정에 기초자료를 제공하고 총액계약제 논의시 보험급여비의 규모 설정 등에 참고 자료를 제공하게 될 것으로 기대된다.

Ⅱ. 선행연구 및 분석방법

1. 선행연구 고찰

가. 의료기관 본인부담수입에 관한 연구

양봉민(1996)은 3개 종합전문요양병원에서 2일간 퇴원 또는 내원한 환자를 대상으로 영수증을 수집한 결과 본인부담율이 학교법인, 특수법인, 공립병원의 순으로 높고, 가장 본인부담율이 높은 학교법인의 경우 진료과목에 따라 본인부담율이 입원의 경우 50.6%(내과)에서 67.4%(산부인과)까지, 외래의 경우 63.1%(내과)에서 93.5%(산부인과)까지 다양한 모습을 보이고 있음을 지적했다. 외래부문은 아니지만 본인부담규모에 관한 연구로, 이현실과 문옥륜(1993)에서는 10개 병원(3차기관 2, 종합병원 6, 병원 2) 입원환자의 전체본인부담이 전체진료비의 52.0%이고 그 중 비급여본인부담은 39.6%임을 밝혀내었다. 기관별로는 3차기관이 전체본인부담율 52.9%, 비급여본인부담율 40.3%로 다소 높았고, 설립유형별로는 개인병원이 가장 높고 공사병원이 낮은 것으로 분석했다. 신영전 외(2000, 한양의대학술지 2000: 20(1): 79-89)은 비교적 소규모인 2개 종합병원과 4개 병원의 입원환자를 대상으로 본인부담율 평균이 38.1%임을 밝혀내었다. 이러한 연구들은 몇 개의 병원을 대상으로 조사한 것이고 요양기관 유형별로 비급여본인부담이나 수입규모를 추정한 것은 아니다.

요양기관 유형별 비급여본인부담을 파악하기 위한 것으로는 건강보험공단의 소위 '수진내역신고자료'을 활용한 다양한 연구가 있다(노인철, 1989; 이병식, 1994; 신종각, 1997; 의료보험공단, 1998). 수진내역신고자료란 공단이 요양기관의 요양급여비 착오청구 또는 본인부담금 과다징수 등을 파악하기 위하여 진료비 지급이 발생한 건 중 일정기준에 해당되는 건을 발췌하여 환자에게 진료 내역을 통보한 후, 환자가 통보된 내역이 진료내역과 다르다고 공단에 신고한 경우 공단이 해당 요양기관에 확인하여 구축한 자료이다. 수진내역신고자료는 비교적 많은 샘플을 가지고 있어 요양기관별 전체 본인부담의 규모를 밝혀내는데 상당한 기여를 하고 있지만, 비급여 비율이 높고 진료내역과 통보내역이 다른 경우가 중심이 되므로 건강보험 비급여의 규모가 실제보다 과장되었을 가능성이 있다(sample selection bias)는 점이 지적된다.

김정희(2002)는 수진내역신고자료가 이러한 원천적 한계를 지니고 있음에도 불구하고 구체적인 진료내역을 파악할 수 있다는 점과 추세에 대한 비교에는 무리가 없다는 점 때문에 많이 활용되고 있다고 하고 있다. 또한 비교적 전국적으로 조사된 자료이고,

환자의 주상병과 법정본인부담, 보험자부담, 비급여본인부담이 파악되어 있으며, 식대, 병실차액, 지정진료료, MRI, 초음파 등 건강보험 법정비급여의 구체적인 내역 및 주사료, 투약료, 마취료, 검사료 등의 구체적인 진료내역을 포함하고 있기 때문에 활용도는 크다 하겠다. 본인부담율은 외래의 경우 61%에서 67% 사이이고 입원의 경우 40%에서 46% 사이인 것으로 조사되고 있다.

김창엽(1999)은 몇몇 소수의 요양기관을 조사한 결과나 과대추정의 편의(偏倚)가 예상되는 수진자내역을 분석한 결과의 한계를 극복하고자, 224개의 병원을 단위로 본인부담의 규모를 파악하고자 한 시도를 한 바 있다. 동 연구는 1997년 의료보험연합회의 진료비 지급내역 DB와 1997년 한국보건의료관리연구원의 경영분석자료 DB를 연계시켜 본인부담율이 외래 67.4%, 입원 40.3% 수준임을 밝혔다.

나. 약국 수입에 관한 연구

먼저 의약분업 이전 약국에서의 매출액 내지 지출액을 조사한 연구를 본다. 윤경일 등(1997)은 1997년 서울 시내의 약국 502개소를 표본추출하여 약국당 월평균 총매출액은 11,460천원이며, 총지출액은 11,900천원인 것으로 조사한 바 있다. 대한약사회(1998)는 1998년 전국 약국 501개소를 표본 추출한 바, 약국당 월평균 총지출액은 가변비용과 고정비용(개설약사 인건비 제외)을 포함하여 12,777천원으로 나타났다. 정우진 등(1998)은 동 자료를 이용하여 약국의 월평균 총매출액은 15,568천원이며, 개설약사 인건비를 포함한 월평균 총지출액은 15,408천원으로 분석하였다. 한병현 등(2000)은 1999년 전국 약국 550개소를 표본 추출하여 조사하였는데, 약국당 연간 평균 147,113천원의 매출과 143,968천원의 지출을 보인 것으로 나타났다.

의약분업 시행 후의 변화를 실증적 데이터를 기초로 살펴본 것으로는 현재까지 류시원(2001)과 이의경(2001)이 대표적이다. 류시원(2001)은 한국보건사회연구원의 약국경영실태조사자료를 통해 의약분업 이전에는 의약품 총매출액이 약국당 월 14,540천원이었으나 의약분업 이후 23,487천원으로 8,947천원 증가한 반면에,[1] 의약품 구매를 위한 지출은 8,880천원에서 18,014천원으로 9,134천원이 증가된 것으로 분석하고 있다.[2]

---

1) 보다 구체적으로는 의약분업 이전의 의약품 총매출액의 분포는, 1000만원 미만이 53.3%이었고, 1000-3000만원 사이가 39.9%, 3000-5000만원 사이가 4.1%, 5000만원 이상이 2.7%이었는데, 의약분업 이후에는 1000만원 미만이 37.3%, 1000-3000만원 사이가 44.9%, 3000-5000만원 사이가 8.9%, 5000만원 이상이 8.9%로 전반적으로 증가한 것으로 나타났다.

2) 의약분업 이전의 의약품 총구매액의 분포는, 1000만원 미만이 79.1%이었고, 1000-3000만원 사이가 18.6%로 대부분이 3000만원 미만이었는데, 의약분업 이후에는 1000만원 미

이의경(2001)은 같은 한국보건사회연구원에서 실시한 전국 46개 표본약국의 2000년 12월부터 2001년 2월 사이의 경영실태에 대한 면접조사 결과를 활용하여 약국 당 월평균 매출액은 61,713천원이며 이 중 일반매약은 16,034천원으로 전체의 26.0%를 점하고 있음을 보고하고 있다.

그밖에 이선미(2002)는 실증적 데이터보다는 의약분업 전후의 선행연구 자료를 분석해서 분업 미실시 및 실시의 경우를 가정한 약국 수입, 지출을 추계하고 있다. 특히 동 연구는 보험의약품 구입에 따른 약가 마진율을 15%로 보고 수입을 추계했다.

다. 선행 연구의 한계

이상에서 보듯이 그 동안 병의원의 비급여본인부담부분을 파악하고자 하는 연구는 간헐적으로 시도되었고, 약국의 매출을 조사한 연구도 진행된 바 있다. 하지만, 각 요양기관의 수입(매출) 내지 영업이익을 같은 제약조건 하에서 같은 방식으로 동시에 살펴봄으로써 의약분업 이후 업종 간 수입에 어떤 변화가 일어나고 있는지를 파악하려는 시도는 없었던 것으로 보인다.

또한 상기 기존 연구들의 공통적이면서도 결정적인 취약점은 요양기관 개설자나 회원단체의 자기기입식 응답에 의한 데이터를 활용했다는 점일 것이다. 병원경영분석 자료는 병원의 응답을 기초로 한 것이기 때문에 비급여본인부담의 규모 측면에서는 과소보고의 가능성이 있다. 더욱이 약국의 경우 소규모의 자영업이 주류를 이루고 대다수가 공식 회계자료를 구비하고 있지 않기 때문에 데이터의 신뢰성에 한계가 있다. 개설약사의 경우 설문 결과가 과세자료나 기타 약사 수입과 관계되는 제도적 변화를 위한 자료로 활용될지 모른다는 의구심 등으로 수입을 과소 보고할 가능성이 있다.

한국보건사회연구원이 2001년 실시한 약국운영실태조사의 결과는 이러한 가능성을 분명히 보여준다. 류시원(2001)에 의하면 동 조사에서 절반 정도의(50.4%) 약국이 의약분업 이후 약국의 총매출액이 감소했다고 응답했으나, 실제로 기입한 매출액은 증가한 것으로 나타났다. 더욱이 응답된 약국당 월 매출액 평균 2,349만원은 건강보험 청구자료를 통해서 파악한 2000년 12월의 약국에 대한 보험상환액 2,600만 원보다도 작았다. 즉, 같은 연구에서 파악된 약국의 '매출액'이 실지급액인 '보험급여비'보다도 작게 나타난 것이다. 참고로, 같은 조사에서 일반매약분은 매출액의 30%를 넘는 것으로 파악되어 있다.[3)]

만이 43.5%, 1000-3000만원 사이가 39.9%, 3000-5000만원 사이가 9.2%, 5000만원 이상이 7.4%로 전반적으로 증가했다.

2. 분석 데이터 및 추계 방법

1999년의 '실거래가 상환제'는 의약분업실시의 한 과정으로 볼 수 있으며, 2000년은 의약분업의 시행을 둘러싸고 의사파업 등 정상적인 진료가 이루어지지 못하던 시기이다. 즉, 1999년과 2000년은 의약분업의 시행으로 제도변화가 진행되는 연도이기 때문에 의약분업 전후의 변화를 살펴보는데 어느 정도 제약점을 가지게 된다. 이런 점을 고려해서 본 연구는 1998년과 2001년의 요양기관의 수입(매출)을 중심으로 의약분업 전후의 변화를 본다.[4)]

요양기관의 수입은 재원(finance)에 따라 첫째, '보험급여수입' 둘째, 급여 대상 의료에 대한 환자 본인부담 수입(이하 '법정본인부담수입') 셋째, 비급여본인부담부분에 대한 환자 직접지불 수입(이하 '비급여본인부담수입')으로 나눌 수 있다. 재원 별 산출에 이용한 자료원과 추계 방법은 다음과 같다.

가. 보험급여수입 및 법정본인부담수입의 산출

'보험급여수입'과 '법정본인부담수입'은 건강보험의 경우는 건강보험통계연보, 의료급여의 경우는 의료급여통계, 산재보험의 경우는 산재보험사업연보를 활용해서 구했고, 자동차보험의 경우는 보험개발원 내부 자료를 입수해 이용했다. 건강보험의 경우 건강보험통계연보의 '요양기관종별진료형태별요양급여실적표(표Ⅲ-4)'를 기본으로 하고, 건강진단비를 기관별로 추가 배분함으로써 현물급여를 모두 반영했다. 현금급여의 경우는 의료비 총계규모에 영향을 주는 것이 아니고 재원의 구성에만 영향을 준다.[5)] 마찬가지로 요양기관별 수입규모에도 영향을 주지 않는다. 약국의 경우, 보험급여수입은 급여대상의약품에 대한 보험급여수입만으로, 법정본인부담수입은 급여대상의약품에 대한 법정본인부담수입만으로 구성되어 있다.

나. 비급여본인부담수입의 산출

가장 정확하고 방대한 건강보험 심사 청구자료는 문자 그대로 '청구된' 부분에 대한

---

3) 동 조사에 따르면 2001년 2월의 약국 매출액의 구성에서 건강보험 처방조제가 51.31%, 의료보호가 6.67%이었는데 반해, 일반의약품 판매는 30.64%, 한약(첩약) 조제가 4.31%, 영양요법이 2.23%, 의약부외품이 5.02%로 나타났다.

4) 물론 2001년도도 보험재정의 악화 등으로 정부의 대응책이 다양하게 양산되고 있었고 따라서 의약분업 이후의 안정된 모습을 보여주는데는 그만큼의 한계가 있는 것은 사실이다.

5) 이는 '사회보장'이라는 최초 재원(source of funding)으로부터 나와서 '가계의 본인부담'이라는 의료기관에의 최종 재원(financing agent)을 통해 지불되는 것이므로, OECD(2000)의 기준에 따르면 가계본인부담으로 분류된다. (정형선 외, 2003)

자료만을 포함하고 있다. 따라서 요양기관의 실수입의 파악에 있어서는 건강보험에서 커버하고 있지 않은 '비급여본인부담수입'을 어떻게 잡아낼 것인가가 관건이 된다. 이 부분이 그동안 가장 베일에 가려 있던 부분이다. 앞의 두 수입원과는 달리 청구된 자료가 없고, 요양기관의 입장에서는 공개되지 않은 수입에 해당되기 때문에 이를 정확히 밝히지 않고자 하는 유인이 작용하게 된다. 따라서 이들 요양기관의 협조를 통한 자료에서는 비급여본인부담부분의 파악이 일정한 과소추정의 편의를 가질 수밖에 없다. 이러한 편의를 피하기 위한 대안의 하나는 '이용자 내지 환자'에게 직접 본인부담을 확인하는 것이다. 가장 정확한 방법은 내원환자나 퇴원환자의 영수증을 수집하고 직접 면접조사를 하는 것이지만 많은 요양기관 종별로 대표성을 가질 정도의 환자 샘플을 구하는 것이 쉬운 일이 아니다.

이러한 한계 때문에 지금까지는 주로 환자의 확인을 거쳐 각 요양기관 별로 확인한 소위 '진료비 수진내역서'를 이용해서 '비급여본인부담수입'을 파악해왔다. 하지만 이 자료는 그 성격 자체에 기인한 과다 추정의 편의를 내포하게 된다는 점은 앞에서 언급한 바와 같다. 또한 약국, 치과, 보건기관, 조산원은 수진내역신고의 빈도가 낮아서 추이를 파악하기 힘들다는 한계가 있다.

현재의 상황에서 실제치에 가장 근접한 데이터를 제공할 수 있는 것은 보건복지부에서 시행하고 있는 건강영양조사인 것으로 보인다. 동 조사는 전국단위를 표본으로 추출된 가구를 대상으로 조사원이 직접 방문하여 면접조사를 시행하는 것으로, 1998년 조사는 13,523가구 약 4만명을, 2001년 조사는 13,200가구 약 4만명을 대상으로 했다. 2001년 건강영양조사가 실시된 2001년 11월1일부터 12월31일 사이는 2000년에 (4월, 6월 및 8월) 있었던 전공의 파업 등 의약분업의 강행에 따른 여러 가지 변이적 현상들이 누그러졌고, 의약분업 시행에 따른 적응이 어느 정도 이루어져서 의료공급자와 소비자의 행태의 변화가 안정되어가던 시기이다.

본 연구에서는 요양기관별 본인부담수입의 규모를 파악하기 위해서 우선 건강영양조사에서 조사 대상인구 1인당 각 요양기관별 외래부분 본인부담을 산출해 내었다. 건강영양조사는 요양기관에 직접 지불한 비용 뿐 아니라 왕래비용도 조사하고 있다. OECD(2000)에 따르면 '환자수송/응급구조(Patient transport and emergency rescue)'는 '보조의료서비스(Ancillary services to health care)'의 하나로 의료비에 포함시키고 택시 등에 의한 응급이송서비스 등도 그 비용이 인정되어 보험상환이 된다면 포함하도록 하고 있다. 하지만, 환자가 요양기관을 방문하기 위하여 지출하는 방문교통비는 이에 해당하지 않는 것으로 하고 있기 때문에(정형선, 2003), 이러한 국민의료비 산출 상

의 국제표준을 감안하여 본 연구에서는 방문교통비를 제외하였다.

건강영양조사 자료를 이용하여 의료기관별 의료비 지출을 산출해 냄에 있어 동시치료질환수 즉, 같은 의료기관을 한번 방문하여 복수의 질환을 치료한 경우 중복계산이 일어나지 않도록 보정해주는 절차를 취했다. 예를 들어, 고혈압과 당뇨병을 증상으로 가지고 있는 환자가 같은 의원을 방문해서 두 질환을 동시에 치료한 경우 두 질환 각각을 기록한 카드에 복수의 의료비 지출이 기록되게 됨에 따른 중복 계산이 일어나지 않도록 보정해주었다. 또한 2001년 건강영양조사의 의료이용조사는 1998년 건강영양조사의 의료이용조사와는 달리 치료 목적의 외래이용을 조사하였고, 건강검진, 질병상담, 예방접종, 모자보건/가족계획, 치아교정/보철 등의 경우는 조사대상으로 하지 않았기 때문에 비교 분석 시에는 이에 대한 보정을 해주어야 했다. 다행히 '2000 국민보건의료실태조사'(한국보건사회연구원, 2002.4)가 실제로는 2001년에 (3월) 실시되었고 질병치료만이 아니라 건강검진, 질병상담, 예방접종, 모자보건/가족계획, 치아교정/보철, 기타(성형수술 등)의 경우도 조사하고 있어서, 동 조사에서 나타난 요양기관별 질병치료 비율을 활용하여 2001년 국민건강영양조사의 의료이용수치를 보정해줄 수가 있었다.[6)]

위와 같이 해서 산출된 1인당 의료기관별 본인부담 지출은 다시 전국민의 수치로 확장되는데, 모집단에 추정치를 산출함에 있어 ①모집단조사구수, 표본조사구수, 총가구수 중 적절가구수와 표본가구수를 이용한 설계가중치와 ②표본가구수 중 완료가구수의 비를 계산한 응답가구 가중치를 곱하여 산출한 조사구별 가중치를 적용했다. 다만, 11월과 12월 중에 조사된 의료비 지출을 연간 의료비 지출로 확장함에 있어서 계절변동 요인 등을 고려해야 하나, 이를 위한 근거자료로 사용할 수 있는 건강보험통계조차도 실제 진료가 이루어지는 시점, 청구시점, 심사시점, 지급시점 등이 길게는 6개월까지도 차이가 나기 때문에 청구시점을 기준으로 파악되어 있는 월별 진료량(내원일수 등) 자료로는 계절별 보정하기가 힘들다는 점, 그리고 비급여본인부담의 크기는 보험진료비의 크기에 비례해서 커지는 부분과 보험급여에 반비례하는 부분이 혼합되어 있기 때문에 월별 '보험진료비'에 의존해서 계절별 변동을 추정하는 것은 위험성이 크다는 점에서 계절 보정을 취하지 못했다.

---

6) 2001년의 경우 전체 외래의료 이용의 93.7%가 질병치료 목적이고 건강검진과 질병예방을 위한 이용은 6.3%이었다. 요양기관별 질병치료 비율을 보면, 종합전문병원 91.7%, 종합병원 87.4%, 병원 89.8%, 의원 96.7%, 치과병의원 79.3%, 한방병의원 93.3%, 보건소 85.4%이었다. 1998년 국민건강영양조사의 경우는 외래이용의 96.0%가 질병치료 목적이고 건강검진과 질병예방을 위한 이용은 4.0%이었다. 1995년 국민건강 및 보건의식행태조사의 경우는 각각 92% 및 8%이었다.

Ⅲ. 결 과

1. 수입(매출)규모

표 1은 본 연구에서 파악된 요양기관의 외래부문 수입을 보여준다. 요양기관 전체의 외래부문수입은 의약분업 이전인 1998년 11.2조원에서 의약분업 이후인 2001년 18.5조원으로 7.3조원이 늘었다(증가율 65.7%). 종합병원을 포함한 전체 병원의 외래부문수입은 1998년 2.73조원에서 2001년 2.42조원으로 3천억원 이상 줄었다(-11.5%). 의원의 외래부문수입은 1998년 4.38조원에서 2001년 6.14조원으로 1.76조원이 늘었다(증가율 40.3%). 약국의 수입은 1.18조원에서 5.61조원으로 4.4조원이나 증가했다.

<표-1> 요양기관별 연간 외래부문수입의 변화 (전체 및 1개소당)

(단위: 개소, 백만원, 천원)

		전체 요양기관	병원			의원	약국
			소계	종합병원	병원		
1998	전체 연간 수입(백만원)	11,162,382	2,731,523	2,126,210	605,312	4,376,919	1,180,644
	요양기관수(개소)	57,466	840	271	569	16,971	19,689
	1개소당 수입(천원)	194,243	3,251,813	7,845,795	1,063,818	257,906	59,965
2001	전체 연간 수입(백만원)	18,493,273	2,417,783	1,925,537	492,246	6,142,686	5,610,672
	요양기관수(개소)	62,744	984	278	706	21,340	18,372
	1개소당 수입(천원)	294,742	2,457,096	6,926,391	697,232	287,848	305,393
증가율	전체 연간 수입	65.7%	-11.5%	-9.4%	-18.7%	40.3%	375.2%
	요양기관수	9.2%	17.1%	2.6%	24.1%	25.7%	-6.7%
	1개소당 수입	51.7%	-24.4%	-11.7%	-34.5%	11.6%	409.3%

요양기관수 출처: 국민건강보험공단

2. 개소당 연간 수입

표 1은 요양기관 수의 변화와 1개 요양기관당 연간 외래부문수입의 변화도 보여준다. 의약분업을 전후해서 많은 의원들이 신규로 생겨나고 일부 약국들이 통폐합되었다. 건강보험의 전체 요양기관 수는 1998년 57,466개소에서 2001년 62,744개소로 9.2% 증가했다. 병원은 840개소에서 984개소로 17.1% 늘었고, 의원은 16,971개소에서 21,340개소로 25.7% 늘었으며, 약국은 19,689개소에서 18,372개소로 6.7% 줄었다. 이것은 물론 규모를 감안하지 않은 것이다.

1개 요양기관당 연간 외래부문수입은 요양기관 전체로는 1998년 194백만원에서 2001년 295백만원으로 3년 사이에 51.7% 증가했지만, 요양기관별로 큰 차이를 보이고 있다. 종합병원을 포함한 병원 1개소당 수입은 32.5억원에서 24.6억원으로 24.4% 감소했고, 의원은 258백만 원에서 288백만 원으로 11.6% 증가했으며, 약국은 60백만 원에서 305백만원으로 5배 가까운 수입을 올렸다.

Ⅳ. 고 찰

1. 수입(매출)규모 및 재원

외래부문수입의 산출 결과에서 의약분업 이후 외래수입이 병원부문을 제외한 전 요양기관에 걸쳐 전반적으로 크게 늘어난 것으로 파악되었다. 표 2는 요양기관별 외래부문수입이 1998년에서 2001년 사이에 의약분업 등 제도의 변화와 기타 여건의 변화 없이 단순히 소비자물가상승률만큼만 증가했다고 가정한 경우의 기대치와 본 연구에서 산출한 실수입을 비교한 것이다. 소비자물가상승률만을 반영했을 경우 기대되는 2001년 전체 외래부분수입은 12.0조원이었다. 실수입 18.5조원은 이러한 기대치에 비해 훨씬 높았다. 종합병원을 포함한 전체 병원의 외래부문수입 2.42조원은 기대치 2.93조원보다 낮았으나, 의원의 외래부문수입 6.14조원은 기대치 4.70조원보다, 약국의 수입 5.61조원은 기대치 1.27조원보다 훨씬 높은 수치였다.

<표-2> 의약분업에 따른 요양기관별 연간 외래부문 수입의 변화

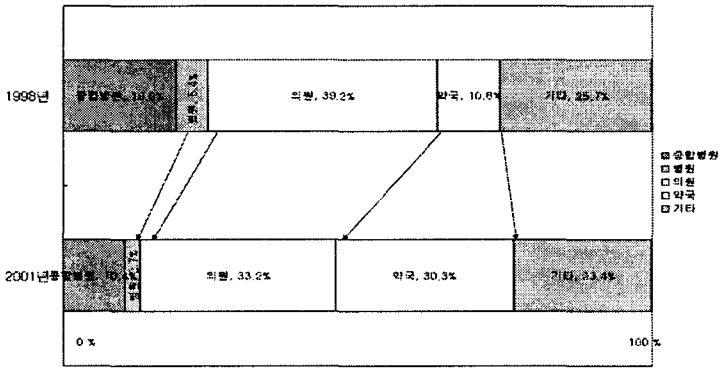
(단위: 천원)

2001년 외래부문 수입	전체	병원			의원	약국	기타
		소계	종합병원	병원			
기대치*	11,979,423	2,931,459	2,281,840	649,619	4,697,292	1,267,062	3,083,610
실수입	18,493,273	2,417,783	1,925,537	492,246	6,142,686	5,610,672	4,322,132
의약분업의 영향	6,513,850	-513,676	-356,304	-157,373	1,445,394	4,343,610	1,238,522
(기대치 대비 비율)	54.4%	-17.5%	-15.6%	-24.2%	30.8%	342.8%	40.2%

* 1998년 대비 2001년의 소비자물가지수의 상승률 1.073을 적용한 2001년 기대치

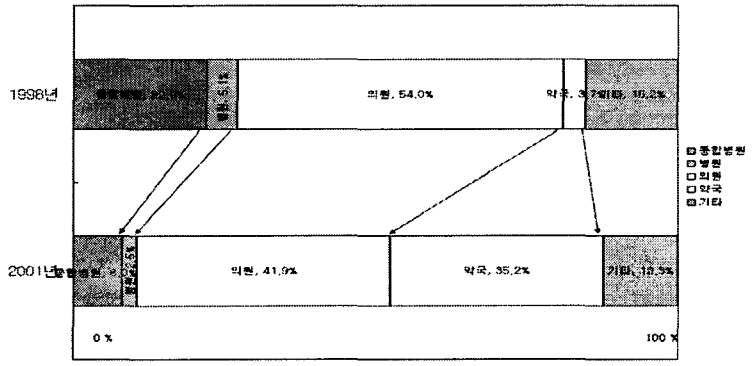
의약분업 이후 요양기관별 외래 이용의 패턴이 바뀌었고 그 결과 요양기관 간의 수입구조가 크게 바뀌었다. 표 1에서 보았듯이 요양기관 전체의 외래부문수입은 의약분업 이후 크게 늘었으나, 그 대부분은 의원과 약국, 그 중에서도 특히 약국의 수입 증가

에 기인하고 병원의 수입은 오히려 줄어들었다. 그림 1은 연간 외래부문수입이 각 요양기관별로 어떻게 구성되어 있는지 그 점유율을 보여주고 있다. 1998년의 전체 외래부문수입 중에서 병원은 24.4%, 의원은 39.2%, 약국은 10.6%를 차지했었는데, 2001년에는 각각 13.1%, 33.2%, 30.3%를 차지한 것으로 나타났다. 즉, 병원의 점유율이 줄고 약국의 점유율은 크게 증가했다. 의원의 경우 수입의 증가에도 불구하고 약국의 상대적인 급성장으로 인해 점유율은 줄은 것으로 나타났다.



<그림-1> 외래부문수입의 요양기관별 비율

건강보험의 재정적자가 초미의 관심사임을 감안할 때 요양기관의 수입원중 '보험자' 부담이 주로 어떤 요양기관의 수입에 충당되는지가 궁금해진다. 그림 2는 그림 1의 요양기관 수입 중에서 보험자부담수입의 경우만을 별도로 본 것이다. 전체 보험자부담수입 중에서 병원, 의원, 약국의 수입이 점하는 비율은 1998년 27.1%, 54.0%, 3.7%에서 2001년 10.5%, 41.9%, 35.2%로 변하고 있음을 보여준다. 즉, 의약분업 이후 보험자의 재정이 많은 부분 약국의 수입을 충당하는데 사용되고 있음을 알 수 있다.



<그림-2> 외래부문 보험자부담수입의 요양기관별 비율

2. 병원, 의원, 약국의 수입 및 영업이익의 변화

가. 병원의 수입(매출) 및 영업이익

앞에서 2001년 전체 병원의 수입 2.4조원은 3년 전인 1998년의 2.7조원에 비해 오히려 11.5% 줄어든 것임을 보았다. 1998년은 외환위기의 영향으로 전반적인 소비가 줄었기 때문에 의료를 위한 소비도 어느 정도 위축되어 있던 상태였다는 점, 더욱이 외환위기 이후 3년 간 이루어진 전반적인 의료시장의 확대(전체 외래 수입의 경우 11.2조원에서 18.5조원으로 확대)를 감안할 때 이는 의약분업이 얼마나 병원 외래부문 수입의 감소를 가져왔는지 확인해 준다.

이러한 영향은 병원 1개소당 평균 외래부문수입에서는 더 극명히 나타난다. 표 1에서 보았듯이 전체 병원의 외래부문수입 규모는 11.5% 줄었지만 병원 수의 증가로 1개 병원당 수입은 24.4%의 감소를 보인 것이다. 그 중에서도 종합병원은 11.7%의 감소, 병원은 34.5%의 감소를 보여 특히 소형병원의 수입 감소를 뚜렷이 알 수 있게 한다.

심사평가원에서 실시하는 심사청구경향조사에 따르면 병원의 청구액은 1998년의 경우 기본진료료 24.2%, 진료행위료 36.0%, 약제비 36.3%, 재료대 3.3%로 구성되었고,[7] 의약분업이 실시되어 있던 2001년의 경우 각각 28.3%, 62.9%, 4.4% 및 4.4%로 약제비가 크게 줄어들고 진료행위료가 크게 늘어난 구성을 보이고 있다. 표 3은 이러한 비율을 근거로 의원 1개소당 평균 연간수입을 재구성한 것이다. 여기서 3년 사이에 병원 1개소당 연간 외래 수입은 795백만원 감소한 것으로 나타나고 있지만 이 금액이 전부 순이익의 감소로 나타나는 것은 아니다. 기본진료료 및 진료행위료와 같은 기술료의 증가는 순이익의 증가이다. 따라서 의약분업 이후 늘어난 외래진료량의 증가와 진찰료 수가의 인상으로 증가한 282백만원은 순이익의 증가로 간주할 수 있다. 다만 의약분업 이후 발생하게 된 약제비등의 감소 10.7억원은 과거에 누렸던 약가차익(마진율)에 해당하는 만큼의 순이익의 감소를 발생시킨다. 후술하는 약국에서의 경우와 마찬가지로 마진율을 5%~85%로 광범위하게 놓고 민감도 분석을 해보면 표 3에서 보는 바와 같이 병원에서는 1개소당 평균 연간 2.3억원의 순이익 증가에서부터 6.3억원의 순이익 감소가 있었다는 결론을 얻게 된다. 과거 약제비등의 마진율이 얼마이었는지에 따라 병원의 순이익의 증감 추계치가 크게 좌우됨을 알 수 있다.

표 3은 대형병원과 소형병원의 구분 없이 전체 병원을 평균해서 볼 때 병원 외래부

---

7) 동 조사는 최근에는 매년 이루어지고 있으나, 과거에는 2-3년에 한번씩 이루어져 1998년과 1999년 조사는 되어있지 않다. 여기서의 1998년도 비율은 1997년 조사결과와 2000년 조사결과를 활용하여 보간법으로 추정한 것이다.

문수입이 1998년에서 2001년 사이에 의약분업 등 제도의 변화와 기타 여건의 변화 없이 단순히 소비자물가상승률만큼만 증가했다고 가정한 경우의 기대치와 본 연구에서 산출한 실수입을 비교한 결과도 함께 보여주고 있다. 소비자물가상승률만을 반영했을 경우 기대되는 병원 1개소당 2001년 외래부문수입은 34.9억원이었다. 실제로 발생한 병원 1개소당 외래부문수입 24.6억원은 이러한 기대치보다 훨씬 낮았다. 하지만 앞에서 보았듯이 의약분업 이후의 병의원의 외래부문 수입은 기술료에서의 순이익 증가를 포함하고 있기 때문에 이를 감안하여 기술료와 약제비등을 구분하고 순이익을 산출한 결과, 의약분업 등의 제도변화가 외래부문에 미친 영향은 과거의 약제비등의 마진율이 5%이었을 경우 병원 1개소당 평균 연간 81백만원의 순이익, 마진율이 15%이었을 경우 35백만원의 순손실, 마진율 85%를 가정할 경우 8.5억원의 순손실에 해당함을 알 수 있다.

<표-3> 병원 1개소당 외래부문 수입 구성의 변화 및 순이익 증가의 추정

(단위: 백만원)

구분	계	기술료			약제비	치료대
		소계	기본진료료	기본행위료		
1998년	3,252	1,958	788	1,170	1,180	106
2001년						
기대치*	3,489	2,101	846	1,255	1,266	114
실수입	2,457	2,240	695	1,545	109	108
(2001실수입 - 1998실수입)**	-795	282	-93	375	-1,071	2
(2001실수입 - 2001기대치)***	-1,032	139	-151	290	-1,158	-6

* 1998년 대비 2001년의 소비자물가지수의 상승률 1.073을 적용한 2001년 기대치

**1998년 대비 순이익 증가의 추정 : 기술료의 증가 - (약제비+치료대)의 감소 x 마진률

a) 약제비등의 마진률 5% 가정시 229
b) 약제비등의 마진률 15% 가정시 122
c) 약제비등의 마진률 85% 가정시 -627

***의약분업 등의 변화에 따른 순이익 증가의 추정

a) 약제비등의 마진률 5% 가정시 81
b) 약제비등의 마진률 15% 가정시 -35
c) 약제비등의 마진률 85% 가정시 -849

나. 의원의 수입(매출) 및 영업이익

의원의 수입은 늘어났다. 의원 전체로는 3년 사이에 40.3%인 1.77조원이 증가했으나, 의원수의 증가로 인해 1개소당 외래부문수입은 11.6%인 29.9백만원 증가했다. 이와 같은 수입의 증가는 의약분업을 전후해서 단행된 의사서비스에 대한 급격한 수가 인상에 기인하는 바 크다. 특히 2001년도의 수입은 약 판매에 따른 수입이 상당 부분을 차지했던 1998년의 수입과 성격이 많이 다르다는 점에 유의할 필요가 있다. 2001년의 수

입은 의사의 기술료 수입이 대부분이기 때문에 약 구입 비용을 포함하던 의약분업 이전의 수입과는 달리 수입 중에서 의사의 순이익으로 남는 비율이 높은 수입인 것이다.

심사평가원에서 실시하는 심사청구경향조사에 따르면 의원의 청구액은 1998년의 경우 기본진료료 42.1%, 진료행위료 30.8%, 약제비 25.1%, 재료대 2.1%으로 구성되었고,[8] 의약분업이 실시되어 있던 2001년의 경우 각각 45.5%, 49.8%, 3.1% 및 1.6%이었다. 표 4는 이러한 비율을 근거로 의원 1개소당 평균 연간수입을 재구성한 것이다. 여기서 3년 사이에 의원 1개소당 연간 외래 수입은 29.9백만원 증가한 것으로 나타나고 있지만 순이익의 증가는 이보다 훨씬 크다. 기본진료료 및 진료행위료와 같은 기술료의 증가는 순이익의 증가이다. 따라서 의약분업 이후 늘어난 외래진료량의 증가와 진찰료 수가의 인상으로 증가한 86백만원은 순이익의 증가로 간주할 수 있다. 하지만 동시에 의약분업 이후 발생하게 된 약제비와 재료대의 감소 57백만원에 수반해서 과거에 누렸던 약가차익(마진율)에 해당하는 만큼의 순이익의 감소가 발생하고 있다. 약제비 등의 마진율이 후술하는 약국에서의 경우와 마찬가지로 5%~85%일 경우 순이익의 변화를 추정해보면, 표 4에서 보는 바와 같이 의원에서는 1개소당 평균 연간 38백만원에서 83백만원 사이의 순이익 증가가 있었다는 결론을 얻게 된다.

<표-4> 의원 1개소당 외래부문 수입 구성의 변화 및 순이익 증가의 추정

(단위: 천원)

구분	계	기술료			약제비	재료대
		소계	기본진료료	기본행위료		
1998년	257,906	186,013	111,702	74,311	66,860	3,939
2001년						
기대치*	276,733	193,592	119,856	73,736	71,741	4,227
실수입	287,848	277,687	129,445	148,242	6,074	4,087
(2001실수입 - 1998실수입)**	29,943	91,674	17,743	73,931	-60,787	148
(2001실수입 - 2001기대치)***	11,116	78,095	9,589	68,506	-65,667	-140

* 1998년 대비 2001년의 소비자물가지수의 상승률 1.073을 적용한 2001년 기대치

**1998년 대비 순이익 증가의 추정 : 기술료의 증가 - (약제비+재료대)의 감소 x 마진률

a) 약제비등의 마진률 5% 가정시 88,642
b) 약제비등의 마진률 15% 가정시 82,578
c) 약제비등의 마진률 85% 가정시 40,131

***의약분업 등의 법확에 따른 순이익 증가의 추정

a) 약제비등의 마진률 5% 가정시 74,805
b) 약제비등의 마진률 15% 가정시 68,224
c) 약제비등의 마진률 85% 가정시 22,159

8) 동 조사는 최근에는 매년 이루어지고 있으나, 과거에는 2-3년에 한번씩 이루어져 1998년과 1999년 조사는 되어있지 않다. 여기서의 1998년도 비율은 1997년 조사결과와 2000년 조사결과를 활용하여 보간법으로 추정한 것이다.

표 4는 또한 의원 외래부문수입이 1998년에서 2001년 사이에 의약분업 등 제도의 변화와 기타 여건의 변화 없이 단순히 소비자물가상승률만큼만 증가했다고 가정한 경우의 기대치와 본 연구에서 산출한 실수입을 비교한 결과를 보여주고 있다. 소비자물가상승률만을 반영했을 경우 기대되는 의원 1개소당 2001년 외래부문수입은 277백만원이었다. 실수입 288백만원은 이러한 기대치에 비해 약간 높았다. 하지만 앞에서 보았듯이 의약분업 이후의 의원 외래부문의 수입은 기술료에서의 큰 순이익 증가를 포함하고 있기 때문에 이를 감안하여 기술료와 약제비등을 구분하고 순이익을 산출한 결과, 의약분업 등의 제도변화로 인한 의원 외래부문의 순이익의 증가는 표 4에서 보듯이 의원 1개소당 평균 연간 20백만원에서 69백만원 사이에 달했음을 알 수 있다.

다. 약국의 수입(매출) 및 영업이익

약국의 수입은 비약적으로 성장했다. 물론 약국 수입의 증가는 약품 구입을 위한 비용의 증가를 수반하기 때문에 이러한 수입의 증가가 전부 순이익으로 연결되지는 않는다. 이 점에서 의원에서의 수입 증가와 차이가 있다. 의약분업 이후 약국 경영은 과거 임의조제 및 매약 중심에서 처방환자에 대한 조제 중심으로 주 수입원이 전환되었고, 따라서 보험급여비를 포함한 총매출액이 증가한 반면, 처방조제 환자의 수용을 위한 의약품 구비, 시설 및 장비의 신규투자, 의약품 다량구입으로 인한 불량재고량 발생 등의 부담도 늘었다. 여기서 신규투자 중에는 의약분업에 대비한 초기 투자의 증가가 있을 수 있으나 수입증가에 대응하는 지출의 흐름(flow)으로는 볼 수 없고, 불량재고의 발생 역시 제도 정착을 위한 과도기적인 현상이라고 볼 때, 의약분업의 실시로 인해 생긴 약국의 영업 이익 구조상의 가장 뚜렷한 변화는 약품 구입비용의 증가라고 할 수 있을 것이다.

표 5에서 보듯이 개별 약국의 연간 평균 수입은 1998년에서 2001년 사이에 245백만원 증가했다. 보험대상의약품에 따른 수입은 256백만원 증가하고(보험자로부터의 상환액은 196백만원, 법정본인부담액은 60백만원 증가), 일반매약 등 비보험대상의약품에 따른 수입이 11백만원 감소한 결과이다. 여기서 보험대상의약품 수입 중에서 조제료, 약국관리료, 의약품관리료, 기본조제기술료 및 복약지도료(이하 '조제료등')에 해당하는 부분은 순수한 약국 수입의 증가로 볼 수 있다.[9] 류시원(2001)에 따르면 처방조제 건당 건강보험 요양급여비용 11,741원 중 약품비가 7,141원으로 60.8%이었고, 조제료등은 4,600원으로 39.2%이었다.[10] 이러한 결과를 적용해볼 때 약국당 연간 보험대상의약품 수입의 증가 256백만원

9) 의약분업 이전 처방조제의 경우 이와 같은 높은 '조제료등'이 인정되지 않았다는 점을 고려할 때, 실제 수입의 증가는 처방조제 수입의 증액에 대해서만 '조제료등'의 비율을 적용한 이 경우보다 더 클 것이다.

10) 동 연구에 의하면 11,741원은 법정본인부담금 2,722원(23.2%)과 보험급여액 9,019원

에는 '조제료등'에 의한 순이익의 증가 101백만원이 포함되어 있음을 알 수 있었다.

이렇게 공식적으로 인정되어 보험자로부터 상환되는 부분 이외에도, 실거래가 상환제 이후 공식적으로는 인정되고 있지 않지만, 신고가격과 실제 구입가격과의 차이로 인해 사실상 약국의 수입으로 되는 부분이 있다. 보건복지부의 2002년 '의약품거래 실태조사'에서는 현재 5%에서 85%에 달하는 약가 마진이 존재하는 것으로 나타난 바 있다. (2002.4.11 '보건복지부 의약품거래 실태조사 결과' 보도자료) 표 5는 이러한 약가 마진 조사의 상하한치인 5%, 85% 그리고 이선미(2002)에서 보험약가 마진으로 사용한 15%를 적용해 수익변화의 마진율에 대한 민감도 분석을 한 결과이다. 일반매약 등의 경우 일반적으로 보험대상의약품의 경우보다 마진률이 높을 것이지만 편의상 같은 마진률 범위를 적용해서 민감도 분석을 했다. 그 결과 앞에서 본 조제료의 증가와 약가차익의 증가를 합친 순이익의 증가는 약국당 평균 108백만원에서 224백만원의 사이에 위치함을 알 수 있었다.

표 5는 또한 약국 외래부문수입이 1998년에서 2001년 사이에 의약분업 등 제도의 변화와 기타 여건의 변화 없이 단순히 소비자물가상승률만큼만 증가했다고 가정한 경우의 기대치와 본 연구에서 산출한 실수입을 비교한 결과를 보여주고 있다. 소비자물가상승률만을 반영했을 경우 기대되는 약국 1개소당 2001년 수입은 64백만원이었다. 실수입 305백만원은 이러한 기대치와는 비교도 안되게 높았다. 하지만 앞에서 보았듯이 의약분업 이후의 약국의 수입은 약품 구입을 위한 비용을 충당해야 하는 수입이기 때문에 이를 감안하여 조제료와 약제비등을 구분하고 순이익을 산출한 결과, 의약분업 등의 제도변화로 인한 약국 순이익의 증가는 1개소당 평균 연간 107백만원에서 220백만원 사이에 달했음을 알 수 있다. 이는 약국 수의 감소와 통폐합에 따른 부분을 포함하고 있다고는 해도, 전반적으로 약국이 의약분업 제도 도입의 최고의 수혜자의 입장에 있음을 확인해준다.

<표-5> 약국 1개소당 외래부문 수입 구성의 변화 및 순이익 증가의 추정

(단위: 천원)

1) 약국당 수입	계	보험급여의약품수입		비보험급여의약품수입
		보험자부담	법정본인부담	(비급여본인부담)
1998년	59,965	8,294	4,965	46,706
2001년				
기대치*	64,342	8,899	5,327	50,116
실수입	305,393	204,263	65,407	35,722
(2001실수입 - 1998실수입)**	245,428	195,969	60,442	-10,984
(2001실수입 - 2001기대치)***	241,050	195,364	60,080	-14,393

(76.8%)으로도 구분된다.

2) 1998년 대비 2001년 순이익 증가의 추계	계	보험급여의약품수입		비보험급여의약품수입
		보험자부담	법정본인부담	(비급여본인부담)
조제료등**의 증가 (A)	100,513	76,820	23,693	0
약가차익의 증감 (B)				
a) 약제비증의 마진률 5% 가정시	7,246	5,957	1,837	-549
b) 약제비증의 마진률 15% 가정시	21,737	17,872	5,512	-1,648
c) 약제비증의 마진률 85% 가정시	123,177	101,277	31,237	-9,336
순이익 증가: (A) + (B)				
a) 약제비증의 마진률 5% 가정시	107,759	82,777	25,531	-549
b) 약제비증의 마진률 15% 가정시	122,251	94,692	29,206	-1,648
c) 약제비증의 마진률 85% 가정시	223,691	178,097	54,930	-9,336
3) 의약분업 등의 법률에 따른 순이익 증가의 추계	계	보험급여의약품수입		비보험급여의약품수입
		보험자부담	법정본인부담	(비급여본인부담)
조제료등의 증가 (A)	100,134	76,583	23,551	0
약가차익의 증감 (B)				
a) 약제비증의 마진률 5% 가정시	7,046	5,939	1,826	-720
b) 약제비증의 마진률 15% 가정시	21,137	17,817	5,479	-2,159
c) 약제비증의 마진률 85% 가정시	119,779	100,964	31,049	-12,234
순이익 증가: (A) + (B)				
a) 약제비증의 마진률 5% 가정시	107,180	82,522	25,378	-720
b) 약제비증의 마진률 15% 가정시	121,271	94,400	29,031	-2,159
c) 약제비증의 마진률 85% 가정시	219,913	177,547	54,601	-12,234

* 1998년 대비 2001년의 소비자물가지수의 상승률 1.073을 적용한 2001년 기대치

** 조제료등에는 조제료, 약국관리료, 의약품관리료, 기본조제기술료 및 복약지도료가 포함됨

3. 종합적 고찰

동 연구에서 활용된 자료들은 요양기관의 수입을 파악하기 위해서 일관성 있게 수집된 것이 아니기 때문에 완벽한 자료원이 되기에는 일정한 한계를 지니고 있다. 이는 그동안 우리나라의 의료기관이나 약국 등의 수입을 막연하게만 추측하고 있었지 이를 본격적으로 추계하는 연구가 없었던 이유이기도 하다. 본 연구는 약제비를 추계함에 있어 전체 국민의료비와의 일관성을 유지하고자 했으나 자료 제약상의 한계 내지 상이한 자료원에 따른 정합성의 한계는 여전히 남아있다.(정형선, 2003)

본 연구에서는 건강보험, 의료급여, 산재, 자보 등의 행정통계와 국민건강영양조사, 심사청구경향조사와 같은 조사통계를 함께 사용했다. 특히 국민건강영양조사는 의료이용 자체를 조사하는 것이 제1의 목적은 아니다. 따라서 의료이용과 이를 위한 지출의 정도를 추계하는 데에는 한계가 있는 것도 사실이다. 무엇보다도 만성 및 급성 질환에의 이환이나 상해를 전제로 이를 위한 의료이용을 조사하고 있기 때문에 그만큼 과소추정의 개연성을 내포하고 있고, 따라서 결과 해석상의 주의를 필요로 한다. 하지만, 의료이용조사가 면접조사로 별도로 추진되고 있기 때문에 우편 등 기타 방식에 의한 조사들에 비해 정확성이 담보되어 있다. 더욱이 이환조사표에는 만성질환과 급성질환의 종류를 대부분 적시하고 있고 이러한 규정에서 놓친 '기타' 증상까지 적시하고 있기 때문에 의료기관을 이용한 사람이 면접자에게 이러한 증상 중의 한 가지도 응답하지

않고 의료기관을 이용했다고 대답하기는 힘들 것으로 판단된다. 예를 들어 두통, 고열, 소화불량도 이환조사표의 예시 항목에 뚜렷이 적시되어 있으므로, 질환으로까지는 인식하지 않고 이러한 가벼운 증상으로 의료기관이나 약국을 이용한 경우라도 이러한 이용의 내용은 대부분 조사되어 기록되었다고 보아도 무방할 것이다.

의약분업을 전후한 요양기관간의 수입규모의 변화를 보면, 의원과 약국 '수입'의 뚜렷한 증가를 확인할 수 있다. 반면에 병원의 수입은 눈에 띄게 줄었다. 의원의 수입 증가는 주로 기술료에 대한 보상의 증가에 기인하므로 대부분 순이익의 증가로 연결되고 있는데 반해, 약국 수입의 증가는 약품구입비를 수반하므로 그대로 순이익의 증가로 연결된다고 보기는 힘들다. 따라서 본 연구에서는 의료기관과 약국 수입의 구성요소를 분해하여 분석함으로써 '순이익'의 변화를 찾아내고자 했다. 이러한 시도를 통해 의원과 약국은 의약분업을 전후한 시기에 순이익의 증가를 보였으며, 특히 약국 순이익의 증가가 뚜렷했음이 다시 확인되었다.

의약분업의 시행을 전후로 한 요양기관별 수입 내지 순이익의 변화가 전부 의약분업의 실시에 따른 결과만은 아닐 것이다. 인구의 고령화에 따른 의료에 대한 수요의 증가를 반영한 것도 있을 것이며 소득과 교육 수준의 향상에 따른 의료수요의 증가를 반영한 것도 있을 것이다. 또한 의료기술의 발달로 창출된 의료수요의 변화를 반영한 것도 있을 것이다. 하지만 3년이라는 기간동안에 이러한 외적인 변화가 일어나는 데는 한계가 있으며 그러한 변화에 따른 변동은 소비자물가수준의 변동을 반영함으로써 어느 정도 통제될 수 있다고 보고, 본고에서는 소비자물가수준을 반영한 수입 변화의 기대치와 실제 수입의 변화를 비교함으로써 의약분업이 미친 요양기관별 '수입' 및 '순이익'에 대한 영향을 살펴보고자 했다. 이러한 분석을 통해서 역시 의원과 약국, 그 중에서도 약국이 의약분업 제도 시행의 최고의 수혜자의 입장에 있음을 확인할 수 있었다.

Ⅵ. 맺음말

본 연구에서는 소위 의약대란으로까지 불린 의사집단과 약사집단의 대립을 가져온 '의약분업에 따른 집단간 수입구조의 변동'이 과연 실제로 어떤 모습으로 이루어졌는지를 결과 자료를 중심으로 분석했다. 특히 건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험 등의 정확한 보험급여자료는 물론이고 건강영양조사와 같이 방대한 표본집단을 대상으로 이루어지고 있는 서베이조사 자료도 활용해서 비급여부문에 대한 비교적 신뢰성

있는 요양기관별 의료비 흐름을 파악할 수 있었다.

의약분업 이후 두드러지게 된 건강보험 재정의 악화는 정부로 하여금 갖가지 긴급 처방책을 내놓게 했다. 2001년 5월과 10월의 복지부 대책은 대표적인 예이지만 이에 국한되지 않고 2001년 이후에 추진된 대부분의 의료정책과 보험정책에 있어서 명시적 또는 묵시적인 정책지향은 '의료비의 억제 내지 보험급여의 억제'에 있었다고 해도 크게 틀리지 않을 것이다. 2001년 7월부터 시행된 차등수가제나 야간가산율시간 조정 등은 연간 2천억 이상의 보험재정 절감을 가져온 것으로 밝혀진 바 있다. 이러한 정책의 효과는 시간을 두고 나타나고 있기 때문에 본 연구에서 대상으로 한 2001년에는 이러한 정책의 효과가 다 반영되지 않았을지 모른다. 따라서 시간이 지나면서 본 연구의 결과와는 다른 결과가 생겨날지도 모른다. 그만큼 계속적인 관찰과 분석이 필요하다. 다만, 몇몇 요양기관들을 대상으로 한다든지 일부 수입원만을 분석한 것이 아니고 국가 의료체계 전반의 의료비의 흐름과 일관성을 유지하면서 파악되었다는 점에 본 연구의 의의가 있을 것이다. 요양기관별 수입 내지 영업이익의 구조가 향후 같은 시계열 데이터의 지속적 구축을 통해 의료정책과 보험정책에 실증적인 자료를 제공할 수 있게 되길 기대한다.

참고문헌

김창엽, 이진석, 강길원, 김용익. 의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기. 보건행정학회지 1999;9(4):1-14.

국민건강보험공단. 2001 건강보험통계연보. 서울 : 국민건강보험공단; 2002.

노동부. 2001 산재보험사업연보. 서울 : 노동부;' 2002.

노인철, 김수춘, 이충섭, 한혜경. 의료보험본인부담제에 관한 연구. 서울: 한국보건사회연구원, 1989.

대한약사회. 1998년도 전국 약국 경영실태조사 및 적정조제료 산출에 관한 연구보고서. 서울 : 대한약사회, 1998.

류시원, 이의경, 황인경, 박정영, 신창우, 김태현. 약국경영평가. 서울 : 한국보건사회연구원, 2001.

보건복지부. 2001 의료급여통계. 서울 : 보건복지부; 2002.

보건복지부. 2001 국민건강영양조사. 서울 : 보건복지부; 2002.

신영전, 유원섭, 하헌영, 정설희. 일부 병원에서의 입원비 본인부담양상. 한양의대학술지 2000;20(1):79-89

신종각. 의료보험 급여범위와 본인부담 실태 분석. 보건복지포럼 1997.
안병철. 의약분업 정책변동과 정책실패: 정책어그러짐의 개념을 중심으로. 한국행정학보 2002;36(1):41-57.
양봉민. 의료 서비스의 본인부담 가격. 보건학논집 1996;33(1):80-87.
윤경일, 장선미. 표준약국 모형개발연구. 서울: 한국보건사회연구원, 1997.
의료보험관리공단. 진료비 본인부담 현황분석. 최근의보동향 1998;141(6):1-5
이병식. 한국의료보험의 본인부담제에 관한 연구. 서강대학교 공공정책대학원 석사 학위논문, 1994.
이선미, 의약분업 실시에 따른 약국부문의 경영수지 변화 추계 연구, 연세대 보건대학원 석사 논문, 2002
이의경, 장선미, 신종각, 박정영. 의약분업 전후의 약제비 변동요인 분석 및 정책과제. 서울: 한국보건사회연구원, 2001.
이현실, 문옥륜. 의료보험환자의 비급여 진료비 본인부담금 징수실태분석. 국민보건연구소 연구논총 1993;3(1):18-32.건강보험심사평가원. 요양급여비용청구내역경향조사. 서울 : 건강보험심사평가원 심사기준실 내부자료 ; 2001.
장선미, 김재용, 배은영, 구영호, 황은희, 진영란 등. 의약분업제도 성과분석 및 개선방안. 서울: 한국보건사회연구원, 2001.
정우진, 박혜경. 의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 약사조제료 산정 연구. 서울: 한국보건사회연구원, 1998.
정형선, 이규식, 장영식. 보건계정의 체계 : OECD/SHA와 WHO/PG의 비교. 연세대학교보건과학연구소, 2003.
한병현. 의약분업 제도 도입에 따른 약국의 경영수지 분석 및 적정 조제료 산정 연구. 서울 : 대한약사회, 2000
OECD. System of Health Accounts. Paris : OECD; 2000.