

## 의약분업이 건강보험 급여비에 미친 영향

정 형 선

연세대학교 보건행정학과

### <Abstract>

#### Impact of the reform for separation between prescribing and dispensing of drugs upon financial situation of the National Health Insurance

Hyoung-Sun Jeong

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

Korean health care system introduced the reform for separation between prescribing and dispensing of drugs (SPD reform) in the latter part of the year 2000. The objective of this paper is to look at what change this reform has brought about in the financial situation of Korean public health insurance scheme, particularly in terms of insurance benefit outlay. Since the inception of the reform is a development of more than five years ago, its impact on the finance situation would now start to become apparent.

Hypothesis is set in this study for each of three components of drug reimbursement in health insurance, *i.e.* average price level, composition of drugs and their overall volume. In terms of the classification of health care services by mode of production, the impact of the SPD reform is confined mainly to the last two among three drug reimbursement fields including inpatient department, out-patient department and pharmacy.

Pure impact of the SPD reform was estimated to be more or less than 1.7 trillion won, 13.1% of the total outlay of the Nation Health Insurance in 2001, and more than 2.0 trillion won, 14.9% of the total outlay of the Nation Health Insurance in 2003. Both

\* 이 연구는 보건복지부 보건의료기술연구개발사업(A051024) 지원으로 수행되었음.

\* 접수 : 2006년 4월 8일, 심사완료 : 2006년 6월 9일

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

dispensing fees for the pharmacists, which had been newly introduced on occasion of the SPD reform, and larger share of expensive drugs in the medicines prescribed by doctors were confirmed to be main drivers of the augmentation of drug reimbursement.

*Key Words : Reform for Separation between Prescribing and Dispensing of drugs (SPD reform), Drug Reimbursement by the Nublic Health Insurance, Total Outlay of the Nation Health Insurance*

## I. 시작하며

2000년에 이루어진 강제적 의약분업의 실시는 우리의 의료제도사에서 획을 긋는 변혁이었다. 그럼에도 이러한 변혁이 과연 우리의 의료제도에 어떠한 영향을 미쳤는지에 대한 실증적 분석은 극히 제한되어 있다. 이와 같은 큰 제도 변혁을 집약한다는 자체도 쉬운 일은 아니겠지만, 그 순수한 효과를 구분해 내는 작업은 의약분업제도가 실거래가상환제나 의료보험통합화와 거의 비슷한 시기에 실시되었다는 점에서 특히 어려워진다.

의약분업의 영향은 의료제도 전반의 여러 세부 분야에 다양한 양상으로 나타났다. 자원의 생산 (production of resources) 측면에서는, 물적 자원(physical resources)으로서의 의약품의 생산량과 인적자원(human resources)으로서의 의사 및 약사 인력의 배출에 영향을 주었을 것이다. 조직 (organization) 측면에서는, 병의원과 약국 등의 개폐업 내지 관리조직의 변화를 초래했을 것이다. 의료서비스의 전달 (delivery of services) 측면에서는, 의사의 진찰서비스와 약사의 복약지도의 빈도나 역할에 변화를 가져왔을 것이다. 이러한 일련의 흐름을 관리, 경영하는 방식이나 문화에도 변화는 생기게 되어 있다.

이러한 물적인 흐름의 변화는 당연히 이를 뒷받침하는 재원의 흐름에도 변화를 가져오게 된다. 넓게는 국민의료비가, 보다 직접적으로는 건강보험재정이 관계된다. 국민의료비로 대변되는 전체 재원의 규모도 영향을 받을 것이며, 그러한 재원의 구성도 달라질 것이다. 공공재원과 민간재원의 구성비(public-private mix), 그리고 같은 공공재원 안에서도 조세재원과 사회보장재원의 구성비에 변화가 생겼을 것이다. 특히 이러한 재원구성의 문제는 보건경제학, 보건정책학의 지속적인 관심사항이었고, 민간재원 특히 가계의 직접적인 본인부담 규모는 재원조달의 형평성 측면에서 큰 논의의 주제를 이루고 있다. 의약분업이 과연 이러한 재원구성에 어떻게 영향을 주었는지는 실증적인 분석을 요한다. (Jeong, 2005)

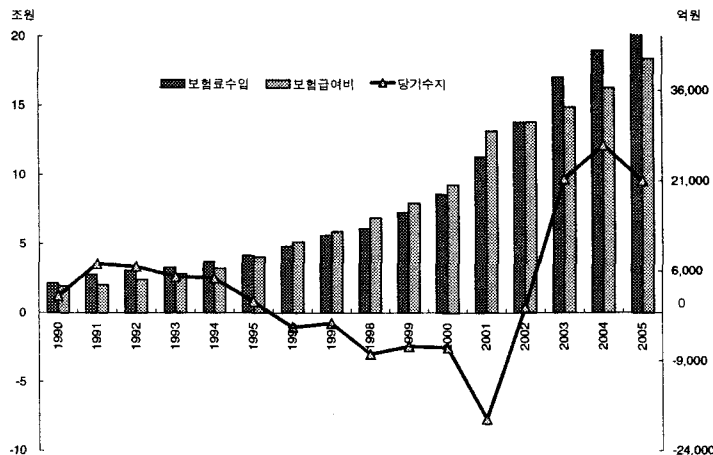
의약분업은 또한 국민건강보험의 급여액에도 일정한 영향을 주었을 것이다. 의약분업이 건강보험 급여액에 큰 영향을 주었을 것이라는 점은 의약분업 직후에 발생했던 보험재정의 위

기를 되돌아볼 때 쉽게 추측할 수 있다. 하지만, 이에 대한 정확한 이해를 위해서는 보다 정교한 실증 분석이 필요하다. 본 연구는 의약분업 전후의 보험 급여액의 변화를 순수한 의약분업의 영향, 광의의 의약분업의 영향 그리고 기타 요인에 의한 영향으로 세분화하여 실증적으로 분석하는데 목적을 둔다.

## II. 배경 및 선행연구

### 1. 배경

그림 1은 1990년 이후 최근까지의 건강보험재정수지를 보여준다. 건강보험 전체적으로 볼 때, 1990년대 전반에는 당기흑자가 지속되었으나 후반으로 들어서면서 당기적자가 시작되어, 1996년에는 당기적자 3,366억원이 발생했고(순수지율 107.0%), 1990년대 후반에는 줄곧 적자폭이 늘어났다. 1996년 이후의 보험재정자동안전화 기전의 미작동과 이에 따른 보험재정의 적자행진은 장기적으로는 소득 향상과 이에 따른 건강 및 의료에 대한 관심의 증가, 인구고령화, 유인수요력을 가지는 의사인력의 증가 등에 따른 의료수요의 확대에 기인하겠지만, 보다 직접적으로는 90년대 중반 경부터 보험급여의 범위가 계속적으로 확대된 데서 그 원인을 찾아볼 수 있다.



주 : 보험료수입에는 '순수보험료' 외에 '국고지원'과 '담배부담금지원'이 포함되어 있음  
출처 : 정형선(2004a) 업데이트

그림 1. 건강보험재정수지 추이 (보험료수입과 보험급여 대비)

이러한 계속적인 당기적자는 의약분업 시행의 영향이 본격적으로 나타나기 시작한 2001년에는 1조9천억원으로 최고조에 달하였으며(순수지출 116.5) 마침내 과거의 누적적립금이 전부 바닥나고 보험급여를 위해 단기차입에 의존하는 사태에까지 이르게 되었다. 2001년의 보험료 수입은 11조3천억원이었는데 보험급여비는 13조2천억원이었다. 더욱이 이는 재정악화에 따른 정부의 긴급 자금투입으로 완화되어 나타난 수치이며 실제의 수급 불일치는 이보다 훨씬 컸다. 의약분업 시행 후에 건강보험재정 악화가 초래된 것은 분명하지만, 과연 이러한 재정 악화 중에서 얼마만큼이 의약분업제도의 시행에 기인하는지는 확인할 필요가 있다.

## 2. 선행연구

의약분업이 강제적 제도로서 시행된 2000년 이후 5년 이상이 지난 지금 이러한 제도시행이 우리 사회에 미친 영향에 대한 연구는 대체로 정성적 차원에서의 분석이 주를 이루며 실증적 분석을 찾기는 힘들다. 이는 의약분업제도가 오랜 시간을 두고 준비된 상황에서 실시되었다기보다는 현상유지적 관료집단이 시민운동의 압박에 밀리는 모습으로 이루어졌고 이에 따라 제도 시행의 효과를 과학적으로 비교하기 위해 필요한 제도 시행 이전의 모습이 차분하게 파악되어 있지 않은데도 일부 기인한다.

신현택(2005)은 약학적 측면에서 의약분업의 본질적 정체성과 기대효과를 살펴보고 제도 시행 5년을 평가하며 향후 제도정착을 위해 필요한 과제들을 제시하고자 했다. 특히 의약품 사용과정(drug use process)을 10단계로 구분하고 각 단계에 포함되는 업무수행자와 행위를 구분해서 살펴보고 있는 점은 과학적 분석을 위한 기여를 하고 있다. 또한 의약분업의 효과를 의약품사용과정의 합리화, 의약품 오남용 및 과용의 제거, 국민의 알권리 신장, 보험재정 절감효과 측면에서 기술하고 있다. 하지만 보험재정 절감효과에 대한 부분에서도 확인되듯이 실증적 데이터보다는 정성적 '기술(記述)'에 그치고 있다. 이러한 점은 법학적 측면에서 약사법의 실패를 논한 이상돈(2005), 의학적 측면에서 의약분업을 평가한 허대석(2005), 의료정책적 입장에서 의약분업 5년을 평가한 정상혁(2005) 등에서도 크게 다르지 않다. 허대석(2005)은 현행 의약분업에 대한 만족도에 대한 조사(서울대학교 사회과학연구원, 2001) 등을 통해 의약품 오남용의 실태를 논하고 있기는 하나 대체조제의 문제, 직능분업의 필요성 등 제반 논의에 있어 대체로 정성적 판단에 근거하고 있다.

실증적 분석의 시도로는 의약분업이 의료서비스 이용행태와 의사의 처방행태 변화에 미치는 영향을 살펴본 김재용(2002), 의약분업 전후의 의약품 오남용 실태를 분석한 장선미 등(2001)이 있다. 류시원(2001)과 이의경(2001) 등은 의약분업 시행 직후 약국의 수지변화를 실증적 데이터를 기초로 살펴보고 있다. 류시원(2001)은 한국보건사회연구원의 약국경영실태조

사자료를 통해 의약분업 이후의 의약품 총매출액의 변화, 의약품 구매를 위한 지출의 변화를 분석했다. 이의경(2001)은 같은 한국보건사회연구원에서 실시한 전국 46개 표본약국의 2000년 12월부터 2001년 2월 사이의 경영실태에 대한 면접조사 결과를 활용하여 약국당 월평균 매출액 및 일반매약의 비율 등을 보고하고 있다. 그밖에 이선미(2002)는 실증적 데이터보다는 의약분업 전후의 선행연구 자료를 분석해서 분업 미실시 및 실시의 경우를 가정한 약국 수입, 지출을 추계한 바 있다.

정형선(2004b)은 의원과 약국의 수입 내지 영업이익을 같은 제약조건 하에서 같은 방식으로 동시에 살펴봄으로써 의약분업 이후 두 업종 간에 어떤 변화가 일어나고 있는지를, 특히 의료비 수입의 기관 간 흐름을 파악했다. 정형선·이의경·김은정 외(2005)는 의약분업이 실시되어 있는 상태에서 '실거래가상환제'가 입원부문 의약품의 소비에 미치는 영향을 분석한 바, 실거래가상환제에 따른 추가적인 급여비부담은 입원부문 보험상환약제비의 1.4%이었는데 이는 약가 인하에 따른 영향으로 2.0~3.1%의 보험급여비 부담의 감소가, 사용량 증가에 따른 영향으로 3.4~4.5%의 보험급여비 부담의 증가가 발생하는데 기인함을 밝혔다.

### Ⅲ. 가설 및 분석방법

#### 1. 가설

##### 1) 협의 및 광의의 '의약분업의 영향'의 구분

의약분업을 전후한 보험급여비지출의 변화는 크게 ① 순수한 의약분업의 영향, ② 약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향, ③ 기타요인에 의한 영향으로 나누어볼 수 있다.

첫째의 '순수한 의약분업의 영향'이란 의사에게서 진찰과 처방을, 약사에게서 의약품조제(판매)를 받는 방식으로 강제화 됨에 따라서 생기게 된 진찰, 처방, 의약품조제(판매)의 빈도 내지 배분 양상의 변화, 특히 이것이 가져온 보험급여비의 변화를 말한다.

둘째의 '약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향'이란 과거에는 약사에 의한 상담과 의약품조제(판매)에 맡겨서 비급여항목으로 되어 있던 의약품들이 이제는 보험급여의 대상으로 전환되게 됨에 따라서 생긴 보험급여비의 변화를 말한다.

세 번째의 '기타요인에 의한 영향'이란 1999년에 선행된 실거래상환제라든가 이와 동시에 단행된 대폭적인 약가인하, 그리고 의약분업을 전후해서 단행된 41.6%의 보험수가 인상 등 의약분업의 시행과 연계되어 발생하긴 했지만 1회적 성격의 정책시행에 따른 변화를 말한다. 장기적으로는 '① 순수한 의약분업의 영향'만을 의약분업의 보험급여비에 대한 영향으로 간

주하는 것이 옳을 것이다. '② 약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향'<sup>1)</sup>은 어찌 보면 보험 급여의 확대과정의 하나일 뿐이므로 순수한 의약분업 자체의 영향은 아니기 때문이다. 또한 한번 이루어진 급여화가 철회되기는 쉽지 않을 것이다. 하지만 의약분업의 시행과 동시에 이루어진 대규모의 전문의약품 보험급여 적용은 의약분업을 계기로 단행되었다는 점에서 의약분업과의 관련성을 전적으로 부인하기 또한 힘들다. 이런 점에서, 의약분업의 영향은 좁게는 (협의) '① 순수한 의약분업의 영향'만으로 넓게는(광의) 여기에 '② 약제비의 보험급여 신규 적용에 따른 영향'을 추가한 것으로 볼 수 있다. 반면에 '③ 기타요인에 의한 영향'은 의약분업의 영향으로 보기는 힘들기 때문에 의약분업 자체의 영향을 판단하기 위해서는, 특히 이미 시행되고 있는 의약분업제도의 보험급여비에 대한 장기적 영향을 판단하기 위해서는, 이를 분리해 내는 작업이 필요하다.

## 2) '약제비 보험상환액'에 대한 영향 분석을 위한 가정

약제비는 가격요소와 사용량요소로 분해된다. 약제비의 변화는 첫째, 개별의약품 가격(price)의 변화, 둘째, 의약품의 구성(composition) 즉, 고가약 사용비중의 변화, 셋째, 의약품 사용수량(volume)의 변화를 포함한다. 같은 맥락에서 본 연구는 의약분업의 약제비에 대한 영향을 가격, 고가약구성 및 물량의 세 가지 구성요소 별로 구분하여 가정을 설정하고 분석한다.

실거래가상환제도와 의약분업제도는 별개의 제도이다. 실거래가상환제도는 '실제의 거래가격대로 보험상환을 하자는 것'이고 의약분업제도는 '의사와 약사의 기능을 분리하자는 것'이다. 다만 실거래가상환제도가 다분히 의약분업제도를 의식하고 시행된 것이고, 더욱이 실거래가상환제도는 1999년11월에, 그리고 의약분업은 그로부터 1년이 채 지나지 않은 시점에서 실시되었기 때문에 양 제도의 효과는 상당부분 혼합적으로 나타난다. 따라서 2000년 이후의 약제비의 변화 중에서 1999년11월 실거래가상환제가 실시됨에 따라 생긴 변화를 구분해 내는 것이 필요하다. 실거래가상환제는 의약품의 가격변화에 영향을 주기는 하나 주로 입원 의약품의 사용에 영향을 주고 의약분업은 외래 및 약국부문과 관련되므로 양자를 구분해 보는 것이 어느 정도 가능해 진다(정형선·이의경·김은정 외, 2005).

## 의약품 가격에 대한 영향

'의약분업'은 의약품 가격 자체와는 직접적인 관계가 없다. 즉, 의약분업은 입원, 외래부문

1) 이는 '과거에 급여대상이 아니었기 때문에 본인부담을 지불하고 이용했던 것이 급여대상이 됨에 따라서 보험급여비의 지출로 전환된 부분'과 '과거에 급여대상이었더라도 관행상 약국에서 보험 적용을 하지 않고 구입했던 것이 의약분업의 시행으로 보험 적용되어 보험급여비의 지출로 작용하게 된 부분'으로 구성되어 있다.

을 불문하고 의약품의 평균단가에 직접적인 변화를 가져오지 않는다. 이는 의약품 가격은 별도의 기전에 의해서 결정되므로 현재의 상황에서 의약분업만을 과거로 되돌린다고 해도 의약품 가격은 영향을 받지 않는다는 것을 의미한다.

#### 의약품 구성에 대한 영향

의약분업은 '외래 또는 약국' 이용의 경우 처방 상의 고가약구성을 높이게 된다. '의약분업' 이전에는 의료기관들이 저가약을 사용함으로써 약가차익을 도모할 유인이 있었으나, 의약분업 이후에는 이러한 유인이 작동할 약제의 조제 및 판매 자체가 금지되게 됨에 따라 의료기관의 입장에서는 같은 값이면 환자가 선호하고 약효가 더 나으리라 기대되는 오리지널 의약품이나 외제특허약 등의 처방을 선호하게 된다.

#### 의약품 물량에 대한 영향

의약분업 제도는 의사의 조제/판매를 금하고 약사의 진단/처방과 일반의약품 조제를 금함에 따라 외래/약국부분에서 의약품의 물량을 줄이는 효과가 있다. 의사는 어차피 조제와 판매를 할 수 없기 때문에 의약품 과잉 처방에의 유혹에서 그만큼 자유로울 수 있다는 것이

<표 1> 의약분업의 보험약제비 구성요소별 영향에 대한 가설

약제비의 구성요소	지출부문	의약분업의 효과
(동일품목) 평균단가	의료기관 입원부문	△
	의료기관 외래부문	△
	약 국	△
(고가약) 구성	의료기관 입원부문	△
	의료기관 외래부문	△
	약 국	(+)
물량	의료기관 입원부문	△
	의료기관 외래부문	(-)*
	약 국	(-): 약국에 이전 (+) 의료기관으로부터 유입

출처 : 정형선 · 이의경 · 김은정 외(2005)를 재정리

주 : 1. △는 해당사항이 없음을 의미함

2. 구성의 경우 (+)는 고가약 비중의 증대를 의미함.

3. 물량의 경우 (+)는 의약품 소비 물량의 증가, (-)는 의약품 소비 물량의 감소를 의미함.

\* 의료기관 외래부문과 약국에서의 물량변화의 합은 (-)

그 논거이다. 이는 의약분업 시행의 이유이기도 했다. 의약분업은 외래 처방과 약국 조제판매 사이의 문제이므로 입원부문에서의 의약품 물량과는 직접적인 관계가 없다.

표 1은 이상의 가설을 정리한 것이다. 요약하면, 의약분업은 주로 '외래 및 약국'에서의 의약품 이용의 변화에 영향을 주며, 그 중에서도 의약품의 가격보다는 '의약품사용량' 즉, '고가 약구성과 물량'의 변화를 통해 영향을 준다. 의료기관 외래부문에 소비된 의약품 물량은 의약분업을 통해 거의 대부분 약국으로 이전했는데, 의약분업제도의 목표가 기능분화에 따른 의약품 남용의 방지였다는 점에서 최소한 장기적으로는 전체 '물량(volume)이 감소'되었을 것으로 기대할 수 있다. 반면에 약가차익에서 자유로워진 의사들은 고객 확보 차원에서라도 가능한 양질의 의약품을 처방하려고 할 것이라는 점에서 '고가약구성이 강화'되었을 것으로 예상된다.

## 2. 연구방법

의약분업 전후의 보험급여비의 변화에는 '의약분업에 따른 변화' 외에도 '자연증가'가 포함된다. '자연증가'에는 인구의 증가와 노령화, 질병구조의 변화, 소득의 변화, 의료에 대한 국민들의 인식변화 등 많은 요인이 관계된다. 본 연구에서는 1990년대(1990~1998)의 약제비 증가율과 방문수 증가율을 활용하여 '자연증가' 부분을 산출한다. 본 연구는 짧게는 2년 길게는 4년 사이의 변화를 보는 것이므로 이러한 가정에 큰 무리가 없을 것으로 판단했다. 약제비 증가율은 국민보건계정 구축과정(정형선·이준협, 2006)에서 산출된 약제비 데이터를, 방문수 증가율은 건강보험통계연보의 데이터를 활용한다.

'의약분업에 따른 변화'는 의약분업의 강제시행에 따라 발생한 '약제비 보험상환액'의 변화 외에도 '진료료/행위료등 보험상환액'의 변화를 포함한다. 이는 병원과 의원 등의 외래에서 발생한 진료료/행위료 및 재료대로 지불된 건강보험상환액이다. 본 연구에서는 의약분업의 영향을 보다 분명히 보기 위해 한방의료기관 등을 제외한 '의약분업대상 의료기관 및 약국'에 대한 영향만을 살펴본다.

의약분업 이후의 약국 보험약제비 상환액에는 '의약품 자체의 비용'에 대한 상환 외에도 약국의 5가지 기술료(약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료, 조제료, 의약품관리료를 말함, 이하 '조제료 등'으로 지칭함)가 포함되어 있는 바 이를 구분할 필요가 있다. '조제료 등'은 과거에 환자의 자가처방(self-medication)을 도와주며 얻던 약국의 수입을 보전해주는 의미도 있고, 의약분업의 시행에 따라 약사의 전문성을 인정, 활용하는데 따른 추가적인 보상일 수도 있다. 이는 보험급여비에 대한 '① 순수한 의약분업의 영향'이다. 의약분업 이후의 '조제료 등'은 요양급여비용청구내역경향조사(건강보험심사평가원) 자료를 활용하여 추정하는데, 동



자료에 따르면 약국의 '조제료 등'의 비율은 2001년 38.4%, 2003년 31.5%이었다.

의약분업 이전에 약국에서 비급여본인부담으로 지출되었으나 의약분업 이후 줄어든 부분은 '보험급여 대상으로 전환된 의약품'에 대한 지출의 일부를 구성한다. 그 중 보험자부담분에 해당되는 만큼은 '② 약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향'으로서의 보험급여비지출 증가의 일부를 구성한다. 본 연구에서는 이러한 의약품 관련 비급여본인부담 규모의 변화를 정형선·이준협(2006)의 비급여본인부담 데이터를 활용하여 파악한다.

이렇게 파악된 '의약품 자체의 비용' 부분은 의료기관이나 약국의 입장에서 보면 원칙적으로 실제구입가대로 상환을 받기 때문에 구입 시에 그대로 지출되는 수입이다. 하지만 보험재정의 측면에서는 '의약품 자체의 비용'도 보험급여비의 지출로 연결되므로 중요한 관심대상이 된다. '의약품 자체의 비용'의 변화는 '사용량'의 변화와 '가격(price)'의 변화로 구분 가능하다. 본고에서는 의약품의 가격변화에 관한 기존의 연구(정형선·이의경·김은정 외, 2005)를 활용하여 의약품사용량의 변화를 추정했다. 동 연구에 의하면 상환대상인 보험의약품의 가격지수는 1999년을 100.0으로 할 때 2001년 72.9, 2003년 69.9로 지속적으로 인하되었다.

본 연구에서는 '진료료/행위료등 보험상환액'을 건강보험통계연보(국민건강보험공단)와 요양급여비용청구내역경향조사(건강보험심사평가원)를 활용하여 산출한다. '진료료/행위료등 보험상환액' 중에는 '① 순수한 의약분업의 영향' 외에도 '③ 기타요인에 의한 영향' 즉, 자연증가분은 물론 41.6%의 보험수가 인상 등과 같이 의약분업의 시행과 연계되어 발생하긴 했지만 의약분업의 본질과는 직접적인 관계가 없거나 1회적 성격의 정책시행에 따른 변화가 포함되어 있다.

건강보험통계연보에 따르면 의약분업대상 의료기관의 의약분업을 전후한 연간외래방문수는 1999년 4.5억 건에서 2001년 5.1억 건, 2003년 5.8억 건으로 1999~2001년 사이에 14.2%, 1999~2003년 사이에 27.7% 증가했다. 본 연구에서는 과거의 방문수 증가율을 자연증가율로 보고 이를 차감한 증가율을 의약분업의 강제시행에 따른 증가인 것으로 가정하여 병의원 등의 '진료료/행위료등 보험상환액'에 대한 '① 순수한 의약분업의 영향'을 추정한다.

## IV. 결과 및 고찰

### 1. '약제비 보험상환액'에 대한 영향

#### 1) 분석결과

표 2-1은 외래 및 약국 부문 '약제비 보험상환액' 규모의 변화를 보여주고 있다. 의약분업

대상기관 전체의 '약제비 보험상환액'은 1999년 1조3,469억원의 미미한 수준에 있다가, 실거래가상환제가 실시되어 있고 의약분업의 효과가 약간이나마 나타난 2000년에는 2조531억원으로 늘었고, 의약분업이 본격적으로 시행되어 있던 2001년에는 3조5,976억원으로 급증했으며, 그 후에도 2002년 3조8,248억원, 2003년 4조3,251억원으로 꾸준한 증가를 보였다.

의료기관만을 놓고 볼 때 건강보험의 급여비부담은 1999년 1조1,427억원으로 전년대비 13.4% 증가했고, 2000년에는 1조2,053억원으로 의약분업의 효과가 약간 나타나서 증가세가 조금 줄었긴 했어도 여전히 증가경향을 보였으나(전년대비 5.5% 증가), 의약분업이 본격적으로 시행되어 있던 2001년과 2002년에는 각각 1,887억원 및 1,960억원으로 급감했다. 의약분업 예외품목, 예외지역, 예외환자를 위한 약제비 발생이 있기는 하나 의료기관 외래부문에서의 약제비는 사실상 의미를 상실하게 된 것이다. 하지만 2003년에는 의료기관 외래부문에서의 의약품비가 3,683억원으로 다소 증가하는 경향을 보이고 있다.

약국만을 놓고 볼 때 건강보험의 급여비부담은 전체 '약제비 보험상환액'의 변화와 대체로 유사한 추이를 보이고 있으나 의약분업을 전후한 변화는 더욱 뚜렷하다. 즉, 1999년 2,042억원의 미미한 수준이었으나, 2000년에는 8,479억원으로 늘었고, 2001년 3조4,089억원으로 급격한 증가를 보인 후, 2002년 3조6,289억원, 2003년 3조9,568억원으로 꾸준히 늘었다.

<표 2-1> 외래 및 약국 부문의 (입원제외) '약제비 보험상환액' (단위 : 억원)

연도	의약분업 대상기관		
	합계 (1999년 대비 비율)	의료기관	약국
1999	13,469 (1.0)	11,427	2,042
2000	20,531 (1.5)	12,053	8,479
2001	35,976 (2.7)	1,887	34,089
2002	38,248 (2.8)	1,960	36,289
2003	43,251 (3.2)	3,683	39,568

출처 : 건강보험통계연보(국민건강보험공단) 자료의 재구성

이러한 보험상환액의 변화에는 '자연증가' 부분이 포함되어 있다. 본 연구에서는 실제의 보험상환액 중에서 1990년대(1990-1998)의 약제비 증가율(8.6%)을 적용한 부분만큼을 자연증가 부분으로 간주한다. 표 2-2는 그 규모를 보여주며, 그 다음의 표 3, 표 4 및 표 5는 이러한 자연증가 부분을 차감한 '약제비 보험상환액'에 관한 것이다.

<표 2-2> 약제비 보험상환액의 자연증가분 (단위 : 억원)

연도	의약분업 대상기관		
	소계	의료기관	약국
2000	1,627	955	627
2001	5,477	287	5,190
2002	8,393	430	7,963
2003	12,166	1,036	11,130

상기 자연증가 부분을 차감한 '약제비 보험상환액' 중에서 '조제료 등'에 해당하는 부분은 2001년 1조1,086억원, 2002년 9,804억원, 2003년 8,955억원이었고,<sup>2)</sup> 이를 차감한 부분 즉, '의약품 자체의 비용'에 대한 보험상환액은 표 3에서 보듯이 2001년 1조9,413억원, 2003년 2조2,130억원이었다. 표 3은 의료기관과 약국의 '의약품 보험상환액'을 구별해서 보여주고 있다.

<표 3> '조제료 등'을 제외한 '의약품 보험상환액' (단위 : 억원)

연도	합계	의료기관	약국
1999 (A)	13,469	11,427	2,042
2001 (B)	19,413	1,599	17,814
2003 (C)	22,130	2,647	19,483
1999~2001년 (B-A)	5,944	- 9,828	15,772
1999~2003년 (C-A)	8,661	- 8,780	17,441

2) '조제료 등'은 요양급여비용청구내역경향조사(건강보험심사평가원)에서의 약국의 '진료행위료'에 해당한다. 이에 따르면 약국에서의 '약제비 보험상환액'에서 차지하는 '진료행위료'의 비중은 2001년 38.36%, 2002년 34.61%, 2003년 31.49%이었고, 이를 활용하여 추정한 '조제료 등'은 2001년 1조3,077억원, 2002년 1조2,560억원, 2003년 1조2,460억원이었으며, 여기서 자연증가분이 차감된 것이 본문의 수치이다.

의약분업 이전에는 약국에서 구입해서 복용한 의약품은 대부분 비급여본인부담으로 지불되었다. 국민보건계정 구축과정(정형선·이준협, 2006)에서 산출된 데이터에 따르면 약국에서의 약제비 비급여본인부담은 1999년 1조3,094억원이던 것이 의약분업이 실시되어 있던 2001년에는 1조1,639억원, 2003년에는 7,165억원으로 각각 1,454억원 및 5,929억원 감소했다. 의약분업 전후의 감소분 중 자연증가분을 고려하고 남은 부분 중 보험자부담분에 해당되는 만큼은 '② 약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향'에 해당한다. 이는 비급여본인부담 감소분 1,454억원 및 5,929억원에서 자연증가(2001년 1,772억원, 2003년 1,412억원) 부분을 차감한 뒤 해당 연도의 '보험자부담/(보험자부담+법정본인부담)'을 곱하여 산출하였는데, 2001년 2,326억원, 2003년 5,566억원이었다. 하지만 실제로 보험급여 대상으로 전환된 규모는 그 이상(2001년 '2,326억원 +  $\alpha$ ', 2003년 '5,566억원 +  $\alpha$ ')이다. 약국의 임의조제 등으로 늘어나게 된 비급여본인부담만큼이 의약분업 이후의 비급여본인부담 총액에 포함되어 있기 때문에 보험급여 전환 부분이, 정확히 확인되지 않지만, 실제로는 발생했을 것이기 때문이다. 표 4는 급여전환의약품을 제외했을 경우의 약제비 보험급여액을 보여준다.

<표 4> 급여전환의약품 제외시 '약제비 보험상환액' (단위 : 억원)

연도	합계	의료기관	약국
1999 (A)	13,469	11,427	2,042
2001 (B)	17,087 - $\alpha$	1,599	15,488 - $\alpha$ <sup>1)</sup>
2003 (C)	16,564 - $\alpha$	2,647	13,917 - $\alpha$ <sup>2)</sup>
1999~2001년 (B-A)	3,619 - $\alpha$	- 9,828	13,446 - $\alpha$
1999~2003년 (C-A)	3,095 - $\alpha$	- 8,780	11,875 - $\alpha$

1) 1999~2001년 사이 보험급여 대상으로 전환된 규모는 '2,326억원 +  $\alpha$ '

2) 1999~2003년 사이 보험급여 대상으로 전환된 규모는 '5,566억원 +  $\alpha$ '

표 5는 표 4와 의약품의 가격변화에 관한 기존의 연구(정형선·이의경·김은정 외, 2005)를 활용하여 의약품사용량의 변화를 추정한 것이다. 이에 따르면 '의약품 자체에 대한 보험상환액'은 1999년(1.4조원)에 비해 2001년(1.7조원) 1.3배, 2003년(1.7조원) 1.2배로 늘어났다. 특히 의약품사용량 즉, '고가약구성과 물량은 1.7배, 1.8배로 더 빠르게 늘어났다(자연증가 부분 차감). 앞에서 의약분업의 목표에 기초한 가정은 의약분업 이후 이용 의약품의 물량(volume)은 줄어드는 것으로 설정된 바 있다. 이러한 가정이 아니더라도 의약품의 물량 자체는 증가에 한계가 있다는 점을 고려하면, 의약분업 이후의 이와 같은 '의약품사용량'의 증가

는 상당부분 '고가약구성'의 변화에 기인한 것임을 추정할 수 있다. 여기서의 '고가약구성'에는 브랜드제품 내지 외제특허약의 비중 증가만이 아니라 가격조사 상에는 반영되지 않는 실제적인 가격인상부분도 포함된다.

<표 5> 의약품사용량의 변동비율 산출 (단위 : 억원)

연도	보험상환액	1999 대비 상환액의 규모	(상환대상) 보험의약품의 가격지수 <sup>1)</sup>	1999 대비 사용량의 규모
1999	13,469	1.0	100.0%	1.0
2001	17,087	1.3	72.9%	1.7
2003	16,564	1.2	69.9%	1.8

1) 보험의약품가격지수는 정형선·이의경·김은정 외(2005)

## 2) 고찰

표 2-1에서 보았듯이 2000년 의약분업을 전후하여 뚜렷한 '약제비 보험상환액'의 증가가 있었다. 1999년에서 2001년에 이르는 2년 사이에 의약분업 대상기관에 대한 '약제비 보험상환액' 규모는 2조3천억원 증가했으며, 1999년에서 2003년까지의 4년 사이에는 3조원이나 증가했다. 이러한 '약제비 보험상환액'의 증가는 의약분업 이후 보험재정 악화의 주된 원인이기도 했다(정형선, 2004a; Jeong, 2005). 그러나 중요한 것은 이러한 의약분업을 전후한 보험급여비 부담의 증가 중에서 어느 정도가 의약분업제도 자체의, 그것도 의약분업제도의 순수한 효과인지를 구분하는 것이다. 앞의 결과는 이를 보여주었다.

표 6은 앞에서 분석한 내용을 보험급여비에 대한 의약분업의 영향의 성격에 따라 재구성한 것이다. 1999~2001년의 '약제비 보험상환액' 증가액 2조2,507억원과 1999~2003년의 '약제비 보험상환액' 증가액 2조9,783억원은 ① 순수한 의약분업의 영향, ② 약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향, ③ 기타요인에 의한 영향으로 구성되어 있음은 앞에서 기술한 바와 같다.

의약분업 대상기관에 대한 2001년의 '약제비 보험상환액' 3조5,976억원 중에서 '광의의 의약분업의 영향'은 '조제료의 증가액 중 자연증가분을 제외한 부분(1조1,086억원)'과 '고가약구성 및 물량의 변화에 기인한 변화치(3,619억원 -  $\alpha$  +  $\beta$ )' 및 '비급여의 급여전환(2,326억원 +  $\alpha$ )'의 합인 '1조7,030억원 +  $\beta$ '로 나타났다. ' $\beta$ '가 붙은 것은, '③ 기타요인에 의한 영향' 부분은 실거래가상환제의 시행 등을 계기로 이루어진 행정적인 약가 인하 조치 등이 초래한

변화를 주 내용으로 하며 (자연증가분은 이미 제외되어 있음) 이는 보험급여비지출의 감소요인이므로, '고가약구성 및 물량의 변화에 기인한 변화치'는 표 6의 '잔여부분' 전체에 해당하  
는 3,619억원보다 더 컸던 것으로 해석되기 때문이다. '협회의 의약분업의 영향'에 따른 증가  
액은 '1조4,704억원 -  $\alpha + \beta$ '로 나타났다. '광의의 의약분업의 영향'에서 '약제비의 보험급여 신  
규적용에 따른 영향(②)' '2,326억원 +  $\alpha$ '가 차감된 것이다. 특히 조제료의 신설에 기인한 부  
분이 '고가약구성 및 물량의 변화에 기인한 변화치'의 세 배 이상이었던 점은 특기할 만하다.

같은 방식으로, 2003년의 '약제비 보험상환액' 4조3,251억원 중에서 '광의의 의약분업의 영  
향'은 '1조7,616억원 +B'이었으며, '협회의 의약분업의 영향'은 '1조2,050억원 -A +B'이었음을  
알 수 있다.

<표 6> 약제비 보험상환액에 대한 의약분업의 영향 (단위 : 억원)

구 분	1999년 대비 증가액	자연 증가 (③)	자연 증가 소계	의약품 자체의 비용			조제료 (①)
				비급여의 급여전환 (②)	잔여부분		
					의약분업의 영향 (①)	의약분업 외의 영향 (③)	
증가액	22,507	5,477	5,944	2,326+ $\alpha$	3,619 - $\alpha + \beta$	- $\beta$	11,086
1999~2001* 구성 비율	(100.0%)	(24.3%)	26.4%	(10.6%+)	(15.8%)		(49.3%)
증가액	29,783	12,166	8,661	5,566+A	3,095 -A +B	-B	8,955
1999~2003** 구성 비율	(100.0%)	(40.9%)	29.1%	(19.3%+)	(9.8%)		(30.1%)

- 음영부분: 협의 또는 광의의 의약분업의 영향 : (+)는 급여비의 증가, (-)는 급여비의 감소를 의미함
- ① 순수한 의약분업의 영향, ② 약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향, ③ 기타요인에 의한 영향

\* 2001년의 건강보험약제비상환액 중

협의의 의약분업의 영향 (①) = 조제료의 증가 11,086억원 + 고가약 구성에 기인한 증가  
+ 물량감소에 의한 감소 = 1조4,704억원 -  $\alpha + \beta$

광의의 의약분업의 영향 = (①) + (②) = 1조7,030억원 +  $\beta$

\*\* 2003년의 건강보험약제비상환액 중

협의의 의약분업의 영향 (①) = 조제료의 증가 8,955억원 + 고가약 구성에 기인한 증가 +  
물량감소에 의한 감소 = 1조2,050억원 -A +B

광의의 의약분업의 영향 = (①) + (②) = 1조7,616억원 +B

## 2. '약제비 이외의 보험상환액'에 대한 영향

표 7에서 보는 바와 같이 '진료료/행위료등 보험상환액'은 1999년 3조2,269억원, 2001년 5조 6,934억원, 2003년 5조9,446억원으로, 1999년에 비해 2001년은 2조4,666억원이 늘었고, 2003년은 2조7,177억원이 늘었다.

<표 7>

진료료/행위료등 보험상환액

(단위 : 억원)

연도	진료료/행위료등 보험상환액
1999 (A)	32,269
2001 (B)	56,934
2003 (C)	59,446
1999~2001년 (B-A)	24,666
1999~2003년 (C-A)	27,177

건강보험통계연보에 따르면 의약분업대상 의료기관의 의약분업을 전후한 연간외래방문수는 1999년 4.5억 건, 2001년 5.1억 건, 2003년 5.8억 건으로 1999~2001년 사이에 14.2%, 1999~2003년 사이에 27.7% 증가했다. 두 기간의 인구증가가 각각 1.6%, 2.6%이었음을 감안할 때 의약분업을 전후하여 연간외래방문수가 크게 늘어났음을 알 수 있다. 하지만, 의약분업이 병의원 등의 '진료료/행위료등 보험상환액'에 미친 영향을 추정하기 위해서는 이러한 변화 중에서 자연증가분 만큼을 차감해야 한다. 본 연구에서는 1990년대(1990~1998년)의 연간외래방문수 증가율 4.4%를 자연증가율로 보고 이를 제외한 연간외래방문수의 증가를 의약분업의 강제시행에 따른 증가인 것으로 가정했다. 따라서 2001년의 '진료료/행위료 등 보험상환액'에 대한 의약분업의 영향은 2001년의 외래방문수(5.1억 건)에서 자연증가율을 적용한 2001년의 외래방문수(4.9억 건)를 차감한 것을 2001년의 외래방문수로 나누고 이를 다시 2001년의 '진료료/행위료 등 보험상환액'에 곱하여 산출한다. 2003년의 '진료료/행위료 등 보험상환액'에 대한 의약분업의 영향도 같은 방식으로 산출한다.

표 8에서 보듯이, 1999~2001년 사이의 '진료료/행위료등 보험상환액' 증가액 2.5조원 중 '순수한 의약분업의 영향'은 2,549억원으로 10.3%에 해당하고, 1999~2003년 사이의 '진료료/행위료등 보험상환액' 증가액 2.7조원 중 '순수한 의약분업의 영향'은 4,045억원으로 14.9%에 해당한다.

<표 8> '진료료/행위료등 보험상환액'에 대한 의약분업의 영향

(단위 : 억원)

기간	증가액	방문수 증가분(자연증가분 제외)의 영향 (①)	자연증가분 기타의 영향 (③)
1999~2001 <sup>1)</sup>	24,666 (100.0%)	2,549 (10.3%)	22,117 (89.7%)
1999~2003 <sup>2)</sup>	27,177 (100.0%)	4,045 (14.9%)	23,132 (85.1%)

### 3. 종합

이상에서 건강보험급여비에 대한 의약분업의 영향을 크게 '약제비 보험상환액'에 대한 영향과 '진료비/행위료등 보험상환액'에 대한 영향으로 구분하여 살펴보았다. 표 9는 이 둘을 종합한 것이다. 2001년 의약분업대상기관의 외래 및 약국부문 건강보험상환액 9조2,910억원 중에서 '협의의 (순수한) 의약분업의 영향'은 '약제비 보험상환액' 1조4,704억원 전후와 '진료비/행위료등 보험상환액' 2,549억원의 합인 1조7,253억원 전후의 증가이었고, '광의의 의약분업의 영향'은 '약제비 보험상환액' 1조7,030억원 이상과 '진료비/행위료등 보험상환액' 2,549억원의 합인 1조9,579억원 이상의 증가이었다. '협의의 (순수한) 의약분업의 영향'은 2001년 건강보험급여비(9조2,910억원)의 '18.6% 전후'에 해당하며, '광의의 의약분업의 영향'은 '21.1% 이상'에 해당한다. 건강보험 총액(13조1,555억원)을 분모로 할 경우, '협의의 (순수한) 의약분업의 영향'은 '13.1% 전후', '광의의 의약분업의 영향'은 '14.9% 이상'에 해당한다.

2003년 의약분업대상기관의 외래 및 약국부문 건강보험상환액 10조2,697억원 중에서 '협의의 (순수한) 의약분업의 영향'은 '약제비 보험상환액' 1조2,050억원 전후와 '진료비/행위료등 보험상환액' 4,045억원의 합인 1조6,095억원 전후의 증가이었고, '광의의 의약분업의 영향'은 '약제비 보험상환액' 1조7,616억원 이상과 '진료비/행위료등 보험상환액' 4,045억원의 합인 2조1,661억원 이상의 증가이었다. '협의의 (순수한) 의약분업의 영향'은 2003년 건강보험급여비(10조2,697억원)의 '15.7% 전후'에 해당하며, '광의의 의약분업의 영향'은 '21.1% 이상'에 해당한다. 건강보험 총액(14조8,935억원)을 분모로 할 경우, '협의의 (순수한) 의약분업의 영향'은 '10.8% 전후'에 해당하며, '광의의 의약분업의 영향'은 '14.5% 이상'에 해당한다.



<표 9> 건강보험급여비에 대한 의약분업의 영향 (단위 : 억원)

연도	건강보험 총액 (A)	건강보험급여비 (건강보험상환액) (B)	기간	순수한 의약분업의 영향	광의의 의약분업의 영향
2001	131,555	92,910	1999~2001	17,253 전후 증가 (A의 13.1% 전후) (B의 18.6% 전후)	19,579 이상 증가 (A의 14.9%+) (B의 21.1%+)
2003	148,935	102,697	1999~2003	16,095 전후 증가 (A의 10.8% 전후) (B의 15.7% 전후)	21,661 이상 증가 (A의 14.5%+) (B의 21.1%+)

## V. 맺으며

의약분업은 건강보험 급여비의 지출규모에 큰 영향을 주었다. 의약분업 직후에 발생한 보험재정의 위기가 전부 의약분업의 결과는 아니다. 하지만 의약분업 시행 이전에도 의약분업이 보험급여비 지출을 증가시킬 것이라는 점은 예견되었다. 일부 의약분업 추진그룹이 보험급여비 지출 증가 가능성을 부인했다면 이는 달성할 가치가 있다고 판단되는 제도를 추진하기 위하여 이에 대한 저항을 줄이려는 고육책이었을 것이다. 그리고 비용을 들여서라도 추진해야 할 개혁이었다면 보험급여비의 증가 자체가 용인될 수 있다. 그러나 이러한 정성적 판단은 정량적인 분석에 의해 뒷받침될 때 보다 설득력이 있게 된다.

본고는 의약분업제도 자체의 '당위성'이나 '부당성'을 논하거나 어느 한 쪽의 입장을 부각시키기 위한 것이 아니다. 따라서 선험적 가치판단과 관련한 부분은 가능한 논의 대상으로 하지 않고, 가치중립적인 입장에서 의약분업의 보험급여비에 대한 영향이 어느 정도인지를 실증적으로 분석하는데 초점을 맞추었다. 본 연구의 분석결과는 다음과 같이 요약된다.

- a. '건강보험 급여비' 전체에 대한 영향 : 건강보험급여비에 대한 '순수한 의약분업의 영향'은 의약분업의 영향이 본격적으로 나타난 2001년의 경우 건강보험급여비 9.3조원의 18.6%, 건강보험 총액 13.2조원의 13.1%에 해당하는 1.7조원 전후의 증가이었고, 의약분업제도가 정착단계에 들어선 2003년의 경우 건강보험급여비 10.3조원의 15.7%, 건강보험 총액 14.9조원의 10.8%에 해당하는 1.6조원 전후의 증가에 해당한다.
- b. '약제비 보험상환액'에 대한 영향 : '약제비 보험상환액'은 1999년 1.3조원이던 것이 2001년 3.6조원, 2003년 4.3조원으로 크게 증가한 바, '의료기관'에 대한 '약제비 보험상환액'은

크게 줄은 반면에, '약국'에 대한 '약제비 보험상환액'은 급격히 늘었다. 이 중 의약분업으로 신설된 약국의 '조제료 등'이 2001년 1.3조원('약제비 보험상환액'의 36.3%), 2003년 1.2조원(28.8%)으로 상당한 비중을 차지했고, '의약품 자체에 대한 보험상환액'은 1999년 1.4조원에서 2001년 1.7조원, 2003년 1.7조원으로 늘어났다. 특히 의약품사용량 즉, '고가약구성과 물량'은 1.7배, 1.8배로 늘어났다. 의약분업이후의 보험급여비 증가는 약국에 대한 '조제료'의 신설에 기인한 부분이 크고, 의료기관의 '고가약처방'도 한 원인을 이룬다.

- c. '진료료/행위료등 보험상환액'에 대한 영향 : '진료료/행위료등 보험상환액'은 1999년 3.2조원에서 2001년 5.7조원, 2003년 5.9조원으로 의약분업 전후 급격한 변화가 있었다. 이 중 의약분업에 기인한 부분은 2001년의 경우 2,549억원으로 1999~2001 사이의 증가액 2.5조원의 10.3%에, 2003년은 4,045억원으로 1999~2003 사이의 증가액 2.7조원의 14.9%에 해당한다.

## 참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원. 2003 요양급여비용 청구내역 경향조사. 2003.
- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 1998-2004.
- 김재용. 의약분업이 국민의 의료서비스 이용행태와 의사의 처방행태 변화에 미치는 영향. 의약분업 평가 및 개선방안 모색을 위한 정책토론회 자료. 한국보건사회연구원. 2002.
- 서울대학교 사회과학연구원 사회발전연구소. 의약분업에 대한 국민의식 조사연구. 2001.
- 신현택. 의약분업 시행 5년의 평가와 과제. 보건경제·정책학회 2005년 추계학술대회 연제집. 2005.
- 이상돈. 약사법의 실패 - 그 법학적 원인과 극복. 보건경제·정책학회 2005년 추계학술대회 연제집. 2005.
- 이선미. 의약분업 실시에 따른 약국부문의 경영수지 변화 추계 연구. 연세대 보건대학원 석사논문. 2002.
- 정상혁. 의약분업 5년 평가: 의료정책적 입장에서의 재조명. 계간 의료정책포럼. 2005.
- 정형선. 건강보험 및 의료급여의 재정. 2004 보건행정학회 후기학술대회 연제집 2004a:57-72.
- 정형선. 의약분업이 의원 및 약국의 영업이익에 미친 영향. 보건행정학회지 2004b;14(1): 44-64.
- 정형선, 이준협. 2003-2004 국민의료비 추계 및 국민보건계정 구축. 보건복지부. 2006.
- 정형선, 이의경, 김은정, 송양민, 김선주. 실거래가상환제의 건강보험재정에 대한 영향. 보건행정학회지 2005;15(3).
- 장선미 외. 의약분업 전후의 의약품 오남용 실태분석. 한국보건사회연구원. 2001.
- Jeong, H.S.. Health care reform and change in public-private mix of financing: a Korean case. Health Policy 2005;74(2):133-145.

# 보건행정학회지 투고규정

개정 2003년 5월 30일

## 1. 원고의 종류

원고의 종류는 원저(original article), 종설(review), 서신(letter), Brief communication 등으로 한다. 원저란 저자가 독창적인 이론이나 연구방법, 현상의 발견, 해석 등을 제시한 완전한 형태의 원고를 말하고, 종설은 특정 주제에 초점을 맞추어 기존의 연구업적을 종합하여 정리한 원고를 말한다. 또한, 서신은 학회지에 출판된 특정 논문에 대한 건설적인 비평 또는 의견, 혹은 회원의 관련 학술분야의 특정주제에 관한 개인적 의견을 서술한 것으로 한다. Brief communication은 결과나 연구의 진행정도에서 원저의 수준에 이르지 못하는 원고로서, 정보제공이나 추가 연구를 위한 비평의 목적으로 서술한 비교적 간단한 원고를 말한다.

## 2. 투고자격

본회의 회원을 원칙으로 한다. 단, 회원이 아닌 집필자의 원고라도 편집위원회의 심사를 거쳐 이를 게재할 수 있다.

## 3. 중복게재 금지

타지에 이미 게재된 같은 내용의 원고는 게재하지 않으며, 본지에 게재된 것은 임의로 타지에 전제할 수 없다. 단 유사한 내용의 논문이 다른 학술지에 이미 게재되었던 경우에는 당해 학술지 편집책임자의 중복게재 승인과 해당논문의 사본을 원고와 함께 제출해야 한다. 이 경우 편집위원회는 해당 원고의 중복게재의 필요성을 심의한 후 상당한 이유가 있는 경우 본지에 게재할 수 있다. 중복 게재된 학술지의 이름과 호수, 쪽수 등 구체적인 사항을 학술지에 명시하여야 한다.

## 4. 원고 작성과 제출

원고는 한글 파일로 작성하여 원본 및 사본 3부를 인쇄하여 제출한다. 이 때 사본들은 저자의 성명 및 소속이 나타나지 않아야 한다. 동시에 한글 파일이 수록된 디스켓을 제출한다. 파일은 (1) 원본 파일, (2) 저자의 성명과 소속이 나타나지 않은 상태로 저장한 복사본 파일 등 2개의 상태로 제출한다.

## 5. 저작권 양도

게재가 결정된 원고의 저작권은 한국보건행정학회로 양도되며 논문의 저자는 정해진 양식에

서명하여야 한다. 양식은 별첨 1과 같다. 한국보건행정학회는 원고를 학회지나 다른 매체에 출판, 배포, 인쇄할 수 있는 권리를 가진다.

## 6. 언어 및 용어

한글로 작성하는 것을 원칙으로 하고 학술용어는 교육부 발행 과학기술용어집이나 대한의사협회 발행 의학용어 제4집에 준하여 한글로 표기한다. 필요한 때에는 괄호 안에 한자나 로마자를 같이 병기할 수 있고 그 번역이 곤란할 때에만 원문을 사용한다. 약품명은 특정상품에 대한 연구가 아닌 한 원칙적으로 일반명으로 표기한다.

## 7. 고유 명사, 숫자, 측정단위

인명, 지명, 고유 명사는 원자(原字)를 사용하며, 숫자는 아라비아 숫자를 사용한다. 길이, 높이, 질량, 부피 등의 측정단위는 모두 미터법 단위(미터, 그램, 리터 등)의 십배수로 사용한다. 온도는 섭씨 단위를, 혈압은 mmHg를 사용한다. 혈액학적 수치와 임상 검사상의 검사치는 통상적인 단위나 국제단위(International Unit, SI)를 사용한다.

## 8. 원고 작성

원고는 맞춤법, 띄어쓰기를 정확하게 전산인쇄로 작성한다. A4용지(212×297mm)를 사용하고 상하좌우 25mm이상의 여백을 두며 용지의 한 면만 사용한다. 표지, 요약, 본문, 감사의 글, 참고문헌, 표, 그림 모두에 걸쳐 행 사이는 2행 간격(double space)으로 한다(아래아한글 사용할 때 줄 간격 200%로). 표지를 첫 페이지로 하여 각 장에 일련번호를 붙인다.

## 9. 원고의 내용순서

원저는 1) 표지, 2) 제목만 있는 표지, 3) 요약과 중심단어, 4) 서론, 5) 방법, 6) 결과, 7) 고찰, 8) 감사의 글(필요시), 9) 참고문헌, 10) 표, 11) 그림의 순서로 각각 면을 바꿔서 작성한다. 종설은 1) 서론, 2) 본론, 3) 결론의 순으로 한다. 단, 논지의 전개를 위하여 필요한 경우 서론, 방법, 결과, 고찰 등은 다른 적절한 구분으로 바꿀 수 있다. 원고의 길이는 표지, 표, 그림, 참고문헌을 제외한 양이 25,000자를 넘을 수 없고 표와 그림을 합친 개수가 10을 넘지 않는 것을 원칙으로 한다. Brief communication이란 중요한 새로운 견해 혹은 커다란 진전을 나타내는 짧은 논문으로 원저의 형식을 따른다. 원고 길이는 5,000자 이내로 하며, 표나 그림은 모두 포함해 2개를 넘을 수 없다.

## 10. 표지

10-1. 표지에는 상단에 '보건행정학회지 투고 원고'라고 명기하고, 다음 사항이 포함되어야 한다. 1) 논문제목, 2) 저자명, 3) 저자 소속 기관명, 4) 수정책임자의 연락처(전화번호와 주소, Fax번호, 전자우편 주소, 이동통신 번호), 5) 연구비 수혜 논문인 경우 그 원천과 연구비

관리기호 혹은 번호, 6) 영문제목, 7) 영문저자명, 8) 영문 저자 소속 기관명, 9) 원고의 자수(표지, 표, 그림, 참고문헌 제외), 10) 요약의 자수 혹은 단어 수, 11) 표, 그림의 개수를 밝힌다.

10-2. 저자가 2인 이상인 경우에는 연구와 논문작성에 참여한 기여도의 순서에 따라 순서대로 나열하고 저자명 사이를 쉼표로 구분한다. 저자들의 소속이 다른 경우 저자의 순서에 따라 순서대로 나열하고 저자명 사이를 쉼표로 분리하여 나열하고, 제1저자와 다른 소속을 가진 저자는 ‘\*’, ‘\*\*’ …등을 위 첨자로 저자명과 소속 기관명에 동일하게 사용하여 표시한다. 제출된 논문의 표지에 제시된 수정책임자를 교신 저자로 하여 해당 저자명에 별도로 표기(‘+’) 한다. 교신 저자는 제1저자와 함께 제출된 논문의 심사과정 중의 논문 수정을 책임진다. 교신 저자를 밝히지 않은 경우에는 편집위원회에서는 제1저자를 교신 저자로 인정한다.

10-3. 영문저자명은 ‘이름 성’의 순서로 쓰며 이름의 각 음절은 띄어 쓰고 각 음절의 첫 글자는 대문자로 쓴다. 단 이름사이의 하이픈 표시 등 저자의 고유표기는 인정한다. 학위 표시는 하지 않는다.

## 11. 저자

논문 저자로 원고에 나열한 사람은 1) 연구의 기본 개념 설정과 연구의 설계, 자료의 분석과 해석에 공헌, 2) 원고를 작성하거나 내용의 중요 부분을 변경 또는 개선하는데 상당한 공헌, 3) 최종 원고의 내용에 동의의 세 조건을 모두 충족하는 경우로 한다. 저자 기준에 맞지 않는 그룹 구성원은 그 구성원의 허가를 얻은 다음 “감사의 글” 난에 나열한다.

## 12. 논문제목

논문의 제목은 논문의 내용을 요약 정리할 수 있는 최소한의 단어로 표기하며 ‘무엇에 대한 연구’ 또는 ‘무엇에 대한(관한) 고찰’ 등의 표현은 가급적 사용하지 않는다. 약자는 원칙적으로 사용하지 않는다.

## 13. 요약(Abstract)과 중심단어

한글로 작성된 원고에는 영문, 영문으로 작성된 원고에는 한글 요약을 첨부한다. 요약은 연구 배경, 방법, 결과, 결론의 네 항목의 순서로 논문의 대의가 잘 전달될 수 있도록 작성하되 한글은 1,000자, 영문은 250 단어가 넘지 않도록 한다. 요약의 하단에는 3개 이상 10개 이내의 중심단어(Key word)를 첨부한다. 요약내용 중에는 약자를 쓰지 않는다.

## 14. 본문

14-1. 본문은 가능한 한 요약된 내용을 간결하게 표현한다. 본문의 항목구분은 I, 1, 1), (1) 등의 순서로 한다.

14-2. 참고문헌의 표기는 본문 내 인용 내용 뒤에 괄호를 치고, 저자와 발행년도를 쉼표( , )로 구분하여 표시한다. 괄호는 문장의 쉼표나 마침표 바로 앞 위치한다. 2명의 저자인 경우는 저자명 사이에 ‘와(과)’를 표시하고 3인 이상인 경우 제1저자의 성명 뒤에 등으로 표시한다. 외국인 저자도 마찬가지로 표기하되, 성만 표기한다. 여러 저서를 동시에 인용하는 경우에는 발행년도 순으로 표기한다.

14-3. 본문 문장 중에 저자를 인용할 때에는 성명 뒤에 바로 괄호를 치고 괄호 안에는 발행년도만 표시한다 (예 : 감신 등(2000)의 연구에 의하면.....).

14-4. 본문의 내용을 부연 설명하기 위하여 내용주(content notes)를 달 수 있다. 이는 해당부분의 문장이 쉼표나 마침표로 종결될 때 문장부호의 오른쪽에 논문전편을 통하여 일련번호를 매기고(예 : ... 하였다.<sup>1)</sup>) 페이지 하단에 각주로 처리한다.

14-5. 표, 그림 등을 표시하기 위한 괄호는 쉼표나 마침표 등의 문장부호 직전에만 표시하고 문장 중간에 삽입하지 않는다.

14-6. 통계를 사용하는 경우 논문에 나타난 결과를 확인할 수 있을 정도로 통계학적 방법을 자세하게 기술하여야 한다. 일반적으로 사용하는 컴퓨터 통계 프로그램과 판(version)도 명시한다. 결과를 제시하는 경우 표나 그림으로 기술한 내용을 본문 중에 단순반복하지 않는다.

14-7. 약자는 최소한으로 사용하고, 표준화된 약자만 사용한다. 단, 본문 중에 4회 이상 반복되는 문구에 대해서는 본문에서 처음 나올 때에 약자를 명기하고 이후부터 약자를 사용할 수 있다.

## 15. 감사의 글

필요한 경우, 이 연구에 기여를 한 사람으로 저자에 포함되기에는 부족한 사람에 대한 감사의 글을 넣을 수 있다. 여기에는 어느 역할에 대해 감사하는지 명백하게 표현하여야 하며(예를 들어 자료수집, 재정적 보조, 통계처리, 실험분석 등), 저자는 그 사람에게 감사의 글에 이름이 나온다는 사실을 통보하고 사전에 동의를 받아야 한다.

## 16. 참고문헌

16-1. 참고문헌은 저자가 직접 참고한 문헌에 한정한다. 초록은 원칙적으로 참고문헌으로 쓸 수 없으나 불가피하게 인용하는 경우에는 초록만 인용했음을 밝혀야 한다. 재인용한 경우에는 재인용임을 명시하여야 한다. 출판되지 않은 논문은 원칙적으로 참고문헌으로 사용할 수 없으나, 부득이한 경우 “근간” (forthcoming)이라고 명기한다.

16-2. 참고문헌은 국내문헌, 외국문헌 순으로 하고, 국내문헌 내에서는 가, 나, 다 순으로, 외국문헌 내에서는 알파벳순으로 기재한다. 일본, 중국 등 알파벳 이외의 문자를 사용할 수 있

는 경우는 알파벳으로 쓰여진 외국문헌에 이어 적는다. 이 때 문헌의 순서는 한국어발음(한자인 경우 한자의 한국어발음, 한자로 적혀지지 않은 일본어는 가나 발음)의 가나다순으로 한다.

16-3. 참고문헌의 저자가 6인 이하인 경우에는 모두 쓰고, 7인 이상일 때는 6인까지만 쓴 다음에 우리말 이름 뒤에는 '등', 영문이름 뒤에는 'et al.' 로 약한다. 외국인의 영문 이름은 성을 먼저 쓰고 이름은 첫 글자의 대문자를 붙여서 표기한다(예 : Roemer M). 영문학술지의 이름은 임의로 줄여 쓸 수 없으며, 학술지 자체에서 요구하는 약어 혹은 Index Medicus에서 사용하는 약어를 사용할 수 있다.

16-4. 기관이나 단체가 그 기관이나 단체를 저자로 하여 출간한 것이 아닌 한, 저자 이름으로 기관이나 단체의 이름을 쓰지 않고 개인 저자의 이름을 명기하여야 한다.

구체적인 표기방법은 아래 사항을 따른다.

(1) 학술지에 기재된 문헌

저자명. 논문제목. 잡지명 연도;권(호):시작면-종료면.

단, 권마다 계속 페이지를 매겨나가는 잡지는 호수를 생략할 수 있다.

- 저자가 6명 이하일 때

장원기, 정경래, 김철웅. 건강증진 프로그램 효과에 영향을 미치는 프로그램 관련 요소 분석. 보건행정학회지 2002;12(1):102-124.

Palmer N, Mills A, Wade H, Gilson L, Schneider H. A shift in the historical trajectory of medical dominance : the case of Medibank and the Australian doctors' lobby. Soc Sci Med 2003;57(2):343-353.

- 저자가 7명 이상일 때

조우현, 전기홍, 이해중, 박은철, 김병조, 김보경 등. 병원의 활동기준원가를 이용한 총체적 질관리 모형 및 질비용 산출 모형 개발. 보건행정학회지 2001;11(2):141-168.

Watanabe T, Omori M, Fukuda H, Takada H, Miyao M, Mizuno Y, et al. Analysis of sex, age and disease factors contributing to prolonged life expectancy at birth, in cases of malignant neoplasms in Japan. J Epidemiol 2003;13(3):169-175.

- 저자가 단체나 기관인 때

대한병리학회 소화기병리학 연구회. 위암의 병리학적 취급규정서안. 대한병리학회지 1992;26(2):154-163.

Hypertension Study Group. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India : a multicentre study. Bull World Health Organ 2001;79:490-500.

- 권(volume)에 부록(supplement)이 있는 경우

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994;102 Suppl 1:275-282.

- 호(issue)에 부록이 있는 경우  
Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.
- 서신(letter)을 인용한 경우  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.
- 초록(abstract)을 인용한 경우  
Dietz S, Adger WN. Economic growth, biodiversity loss and conservation effort [abstract]. *J Environ Manage* 2003;68(1):23-35.
- 재인용인 경우  
김완희, 박종연, 이지전, 강임옥. 유료 노인전문요양원 이용 경험에 관한 질적 연구. 김한중, 박종연, 이윤환, 이지전. 노년기 삶의 질 향상을 위한 노인보건복지 비전과 정책방향. 서울 : 국회보건복지위원회; 2002에서 재인용  
Smith SS, Kulynych J. It may be social, but why is it capital? *Polit Society* 2002;30(1):168. cited from Navarro V. A critique of social capital. *International Journal of Health Services* 2002;32(3):423-432.

## (2) 단행본

- 저자명. 서명. 판수. 출판지:출판사명:출판년도. (p(p). 시작면-종료면)
- 개인저자  
문옥륜. 한국의료보험론. 서울:신광출판사;1991.  
문옥륜. 한국의료보험론. 서울:신광출판사;1991. 쪽 112-115.  
Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY):Delmar Publishers;1996. pp.200-202.
  - 편저 중의 한 장  
홍명호. 가정의. 가정의학회 편. 가정의학. 서울 : 계축문화사; 1997. 쪽 31-41.  
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In : Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension : pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York:Raven Press;1995. pp. 465-478.
  - 단체나 기관이 저자인 경우  
보건복지부. 2001 보건복지통계연보. 서울;보건복지부:2001.
  - 번역서  
Hofstede GH. Cultures and Organizations. London : McGraw Hill; 1991. 차재호, 나운영(옮김). 세계의 문화와 조직. 서울:학지사;1995. 쪽 33-47.
  - 연구보고서 등
    - ① 연구자가 발행한 경우



고창순, 허봉렬, 서홍관, 전옥희, 박일환, 박용우, 정승필 등. 2000년대 국민생활정  
보망 구축을 위한 연구. 서울 : 서울대학교병원;1990. 과학기술처 연구비 지원

② 연구지원단체 혹은 기관이 발행한 경우

고창순, 허봉렬, 서홍관, 전옥희, 박일환, 박용우, 정승필 등. 2000년대 국민생활정  
보망 구축을 위한 연구. 서울 : 과학기술처;1990.

- 학술대회 회보(연제집)

안형식. 공공부문의 영역과 민간과의 역할 분담. 한국보건행정학회 전기 학술대회 연  
제집. 서울:한국보건행정학회;1998

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology.  
Proceedings of the 10th International Congress of EEMG and Clinical  
Neurophysiology;1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam:Elsevier;1996.

- 학위논문

송윤미. 저혈청콜레스테롤치와 암 사망간의 연관성에 관한 연구[박사학위 논문]. 서  
울 : 서울대학교 대학원;1997.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care : the elderly's access and utilization  
[dissertation]. St. Louis (MO):Washington University;1995

- 사전 및 유사 참고문헌

금성판 국어대사전. 제1판. 서울:금성출판사;1992. p. 755

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore:Williams & Wilkins;1995. pp.  
119-120.

- 팜플렛이나 소개유인물(brochure)

전남대학교병원. 환자진료안내(팜플렛). 광주; 전남대학교병원;2003.

(3) 기타

- 전자 매체

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Available from : UR  
L : [http : //www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm)

- 신문 기사

정상영. 비만은 만성질병? 퇴치 캠페인. 한겨레신문 2002년 2월 27일자

- 법률

감사원법. (개정 1995.1.5, 법률 제4937호)

- 회의자료 혹은 행정자료

보건복지부. 건강보험정책심의위원회 회의자료. 2002. 3. 25.

## 17. 표

17-1. 표는 영문이나 국문으로 작성하여야 하며, 간결하고 명료하게 작성하여 본문의 내

용을 읽지 않고도 그 자체로 설명이 가능하여야 한다.

17-2. 표의 제목은 상단에 작성하며, 표의 중앙에 위치하도록 정렬한다. 연 번호는 한글인 경우에는 ‘표’, 영문은 ‘Table’이라는 표식 뒤에 한 칸을 띄우고 아라비아 숫자 번호를 사용하며 숫자 뒤에 마침표를 찍는다. 영문인 경우 제목 첫 단어의 첫 글자는 대문자를 사용하고 제목의 끝에 마침표를 찍지 않는다.

17-3. 표에는 세로 줄을 사용하지 않으며, 열(column)의 제목을 표시한 첫 행(row)은 위쪽에 2선 아래쪽에 1선(실선)을 그어 구분한다. 제목이 2행 이상이고 이것을 행 단위로 구분할 필요가 있는 경우에는 실선을 사용한다. 각 열은 다른 열과 구분선 없이 간격을 조정하여 표시한다. 영어로 행과 열의 제목을 표기하는 경우 첫 글자를 대문자로 한다.

17-4. 설문지 등 영어 표기가 적절치 않은 경우에는 한글로 통일되게 표시한다. 표는 2행 간격(double space)으로 쓰며 한 면에 하나씩 들어가도록 한다. 표 속에 약자를 사용한 경우나 설명이 필요한 경우는 하단 주석에 기재한다. 설명이 필요한 부분의 우측에 기호(\*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*의 순서로 함)를 위 첨자로 사용하고, 주석은 표 하단에 해당 기호의 내용을 각단 정렬로 기록한다. 이때 영문인 경우에는 각주 별로 첫 단어의 첫 글자는 대문자를 사용한다.  $p$  value의  $p$ 는 소문자의 이탤릭체로 표기한다.

17-5. 다른 참고문헌의 표를 인용하는 경우 표 하단에 다음과 같이 표기한다. 이 때 원표와 달리 수정한 경우에는 수정한 것임을 명기한다.

자료 : (참고문헌 양식)

17-6. 표에 사용된 단위는 가능한 표의 내부에 표시하여 표 밖에 따로 표기하지 않도록 한다. 단위를 표시하는 기호에는 불필요한 대문자를 사용하지 않도록 한다.

## 18. 그림

그림이나 사진은 인쇄과정에서 축소되더라도 영향을 받지 않도록 충분히 크고 명료하게 작성한다. 그림의 제목은 그림의 아래 중앙정렬로 한다. 일련번호는 ‘그림’ 또는 ‘Figure’라는 표식 뒤에 한 칸을 띄고 본문 인용 순서대로 아라비아 숫자 번호를 사용하며 숫자 뒤에 마침표를 찍는다. 영문인 경우 제목 첫 단어의 첫 글자는 대문자를 사용한다. 그림의 제목 뒤에는 마침표를 찍는다.

## 19. 내용의 수정

필요한 경우 편집방침에 따라 원문의 대의에 영향을 미치지 않는 범위에서 내용의 일부를 수정할 수 있다.

## 20. 논문 게재의 경비, 처리 등

20-1. 게재료 : 투고 논문에 대해서는 인쇄비를 기준으로 산출한 소정의 게재료를 받는다. 회원의 경우에는 게재료의 100분의 50을 부과한다. 단, 회비를 납부하지 않은 회원에게는 전액을 부과한다.

20-2. 심사료 : 투고논문에 대해서는 매 편당 5만원의 심사료를 받는다. 심사료의 납부는 논문의 투고와 동시에 이루어져야 한다. 보건행정학회지 심사규정에 의해 사전심사에서 게재가 거부된 논문의 심사료는 환급한다(심사료는 우리은행 126-012309-02-007 조우현 또는 우편환으로 원고와 함께 송부).

20-3. 논문 접수일 : 논문은 수시로 접수하되, 논문이 편집위원회에 도착하고 심사료의 납부가 모두 이루어진 날을 논문의 접수일로 한다. 논문의 도착과 심사료 납부가 동일한 날짜에 이루어지지 않았을 경우, 늦어진 쪽을 논문의 접수일로 한다.

20-4. 원고의 반납 : 모든 원고는 제출 후에 일체 반환하지 않는다.

## 21. 위임사항

기타 본 규정에 명시되지 않은 사항은 편집위원회의 결정에 따른다.

## 22. 규정의 발효

본 규정은 2003년 6월 1일 이후 투고된 논문부터 적용한다.