

우리나라 2006년 약제비의 규모 및 구성

정형선[†], 이준협^{*}

연세대학교 보건행정학과, 고려대학교 보건행정학과^{*}

<Abstract>

Scale and Structure of Pharmaceutical Expenditure for the year 2006 in Korea

Hyoung-Sun Jeong[†], Jun Hyup Lee^{*}

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

Department of Healthcare Management, College of Health Sciences, Korea University^{}*

Expenditures on pharmaceuticals of different concepts were estimated and their functional, financing and providers' breakdowns were examined in line with the OECD's System of Health Accounts (SHA) manual. This study also shows the way such estimates are made. The results are then analyzed particularly from the international perspective. Data from both Household Survey by the National Statistical Office and the National Health and Nutritional Survey by the Ministry of Health and Welfare of Korea were used to estimate pharmaceutical expenditures that are financed by out-of-pocket payments of the household, while national health insurance data etc. were used for estimation of pharmaceutical expenditures that are financed by public funding sources.

The 'per capita expenditure on pharmaceutical/medical non-durables' in Korea stood at 380 US\$ PPPs, less than the OECD average of 443 US\$ PPPs in 2006, but its share of the per capita health expenditure of 25.9% noticeably outnumbered the OECD average of

* 접수 : 2008년 6월 11일, 심사완료 : 2008년 8월 26일

* 이 논문은 보건복지부의 연구지원(보건의료기술A071009)에 의한 것임.

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

17.1%, due partly to low per capita health expenditure as a denominator of the ratio. This indicates that Koreans tend to spend less on health care than an OECD average, while tending to spend more on pharmaceuticals than on other health care services, much like the pattern found in relatively low income countries. An international pharmaceuticals pricing mechanism is most likely responsible for such a tendency. In addition, it is to be noted that the percentage comes down to 21.0%, when expenditures on both medical non-durables and herbal medicine, which is locally quite popular among the elderly, have been excluded.

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

I. 서 론

약제비 규모는 지속적인 관심의 대상이다. 이러한 관심의 근거에는 약제비 규모를 통해 간접적으로 한 나라의 의약품 소비 정도를 추정케 하겠다는 생각과, 그러한 의약품을 위한 국민의 부담 정도를 파악하겠다는 의지가 복합적으로 깔려있다. 이유가 무엇이든 국가 단위의 의약품 지출규모는 오늘날 의료분야에서 중요한 정보, 더 나아가 통계지표로 자리매김 되어 있다. 이러한 국가단위의 통계지표는 국가 간의 비교가능성을 생명으로 한다. 이러한 비교가능성은 OECD와 같은 정부 단위 국제기구의 조화된 노력 없이는 가능하지 않다. OECD는 보건계정체계(System of Health Account: SHA)의 공론화를 통해 국민의료비를 중심으로 한 의료비의 파악에 표준을 제공했다. 본고의 약제비에 대한 논의도 이러한 국제적인 노력 덕분에 유의미한 결과를 가질 수 있게 된다.

본 연구는 2006년의 약제비 규모 및 구성 내역의 변화를 파악하기 위한 것이다. 이러한 통계 내지 지표의 구축은 시계열적으로 일관성(consistency)을 가질 때, 그리고 국가 간에 비교가능성(comparability)을 가질 때 의미를 가진다. 본 연구에서는 이를 위해 SHA의 틀에 따라 우리나라 약제비의 규모와 구조를 파악했다. 시계열적인 일관성은 국내적으로만 통용되는 지표를 통해서도 얼마든지 가능하지만 국제적으로 동일한 기준을 가지는 지표를 확보하는 것은 쉬운 일이 아니다. 본고는 다양한 개념의 약제비 지표의 구축을 통해 우리의 약제비 지출이, 간접적으로는 의약품 소비수준이, 국제적인 관점에서 어떠한 모습을 하고 있는지를 파악하기 위한 것이다.

II. 국가 단위 약제비 통계의 개념 및 선행연구

약제비는 국민이 의약품 소비를 위해 지불하는 비용의 합이다. 약제비에는 의약품을 구입하기 위한 비용이 그 대부분을 구성하지만 그러한 재화의 구입 과정에서 제공되는 서비스에 대한 지출 즉 조제료도 광의의 약제비에 포함되게 된다. 한마디로 ‘약제비’라고 해도 실제로 그러한 통계가 포괄하는 내용은 다양하다. 같은 포괄 범위의 통계라고 하더라도 표현형식 또한 다양하다. 여기서는 국가 단위의 약제비 지표가 가지는 여러 가지 개념 내지 외연을 살펴보고 동시에 여러 가지 표현 방식을 살펴본다.

1. 국가 단위 약제비 지표

1) ‘약제비’의 외연

OECD가 2000년도에 발표한 매뉴얼 「System of Health Accounts」(OECD, 2000)에는 보건계정 국제분류기준(CHA: International Classification of Health Accounts)이 제시되어 있다. 여기서 약제비는 외래용의료재화(HC.5 Medical goods dispensed to out-patient)의 일부를 구성한다. 약제비를 포함한 국민의료비는 ‘지출’을 파악하는 것이므로 의약품의 최종 소비 단계에서 지불되는 돈을 합하여 산출한다. 따라서 생산을 위한 중간 비용(자본, 노동 투입 등)이 이미 포함되어 있는 개념(“all-in” value)이다. 의약품을 위한 조제료나 관리비가 별도로 지불되게 되면 이는 약제비에 포함된다. 이런 맥락에서 OECD(2000)는, 국민계정(System of National Accounts; SNA)에서와는 달리, 약품을 위한 조제비나 관리비 그리고 치료용구의 임대 및 수선비, 의료재화의 조제, 보철의 설치, 시력검사비용 등 서비스에 대한 지출도 해당 재화에 대한 지출에 포함하는 것으로 규정하고 있다(정형선 외, 2003).

‘외래용의료재화(HC.5)’에 속하는 ‘약제비’는 ‘외래환자’에게 조제되는 의약품에 관련되는 것에 국한한다. 즉, 의료기관에서 입원환자에게 제공되는 약품이나 외래환자에게 치료의 일부로 제공되는 의약품을 포함하지 않는다. 다만, ‘병원’의 약국에서 외래환자에게 제공되는 의약품, 또는 의약분업 이전에 일반적이었지만 지금은 예외적으로 이루어지는 ‘의원’의 직접 조제, 판매 의약품은 ‘약제비’에 포함된다(정형선 외, 2003).

‘외래용의료재화(HC.5)’의 하위항목인 약품/기타의료소모품(HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durables; 이하 약품/소모품)은 다시 처방의약품(HC.5.1.1 Prescribed medicines), 비처방의약품(HC.5.1.2 Over-the-counter medicines), 기타의료소모품(HC.5.1.3 Other medical non-durables)으로 나누어진다. 처방의약품은 의사의 처방전(medical voucher)

이 있어야만 팔 수 있는 의약품으로 공적 급여 대상 여부와는 1대1 대응관계일 필요는 없으며 브랜드의약품과 제네릭의약품을 구별하지 않는다. '기타의료소모품'은 반창고, 요실금용품, 콘돔, 피임기구 등과 같은 광범위한 의료용 비내구재를 포함하는 것으로만 정의되어 있을 뿐 자세한 언급은 되어 있지 않다.

국제비교에 주로 사용되고 있는 OECD의 통계는 바로 이 '약품/소모품(HC.5.1.)' 항목이다 (Jacobzone, 2000; OECD, 2003, 2005 및 2007).¹⁾ 크지는 않지만 '기타의료소모품'을 포함하는 점이 국제비교에 장애요인이 된다. 고찰 부분에서 살펴보겠지만 실제로 OECD Health Data에 나타나는 각국의 의약품/소모품 통계가 완전히 통일되어 있지는 않다.

약제비의 규모에 대한 논의에서 '약제비'는 일반적으로 국민의 의약품 소비 정도를 보여주는 지표로 이해된다. 하지만 이러한 상식과는 달리 SHA 상의 약제비 지표는 입원에서 사용되는 약제비를 포함하지 않고 있다. 지표에 대한 일반적인 인식과 실제의 내용이 불일치하고 있는 것이다. 이러한 문제점에 대한 인식이 확산됨에 따라 OECD 보건계정회의에서는 일반적인 관심의 대상인 '외래와 입원 부분 모두에서의 의약품/소모품'의 규모를 교차테이블의 틀 밖의 별도항목(Memorandum item: M2)으로 추가 제출하는 것으로 결정한 바 있다. 별도 항목으로 하는 것은 전체 보건계정의 틀을 유지하여 중복추계의 오류를 피하기 위한 것이다. 다만, 이러한 M2의 개념은 상기 HC.5.1 항목을 입원부문으로 확장한 것에 불과하기 때문에 '의료소모품'을 포함하는 한계가 있다. 일반적인 관심 즉, 의약품 소비 정도에 대한 관심을 충족시켜주기에는 아직도 부족하다.²⁾

2) '국민의료비 대비 약제비', '1인당 약제비' 및 'GDP 대비 약제비'

다양한 약제비 개념에 따른 국가 단위의 총액 규모들은 하나하나가 약제비 지표로 이해될 수 있다. 이러한 총액규모는 각국의 시계열적 변화를 살펴보는 데는 의미가 있지만 국가 간의 비교에는 한계가 있다. 국제비교를 위해서 흔히 사용되는 것이 '국민의료비 대비 약제비' 내지 '1인당 약제비' 지표이다. 그 밖에 'GDP 대비 약제비' 지표도 거론된다.

'국민의료비 대비 약제비' 지표는 국가 간의 화폐단위 환산 절차가 불필요하기 때문에 가장 이해하기 쉽고 따라서 가장 많이 사용된다. 다만 이 지표가 의미하는 것은 국민의료비 내의 비중이기 때문에 그 자체가 절대적인 약제비 규모를 보여주는 것은 아니다. 전체 국민의

1) OECD의 여러 문헌에서는 단순히 '약제비(pharmaceutical expenditure)'라고 부르고 있지만 '외래약제비'에 국한하고 더욱이 의료소모품을 포함하고 있기 때문에 혼란을 초래하고 있다. 향후 OECD SHA 매뉴얼 개정 시 사용되는 용어와 그 내용이 일치될 수 있도록 수정이 요구되는 부분이다.

2) 우리의 경우 전국민을 대상으로 하는 단일 공보험 하에서 행위별수가제 하의 세부 항목에 대한 정보가 전자 데이터로 완벽에 가깝게 축적되고 있어 이러한 세부 규모의 파악이 상대적으로 용이하나, 대부분의 국가에서는 입원 세팅에서 약제비나 소모품을 별도로 구분해 내는데 상당한 어려움이 있기 때문인 것으로 보인다.

료비가 동 지표의 분모로 되어 있고, 국민의료비는 상대적으로 경제규모의 영향을 크게 받는 서비스를 포함하기 때문에 국민의료비가 큰 국가와 작은 국가 사이에서 이 지표의 절대치가 같은 의미를 가지지 않는 것이다. 의료서비스의 가격, 쉽게는 의료인력의 인건비가 국제적 기준에서 볼 때 낮은 국가에서는 이 지표가 크게 나타나고 높은 국가에서는 작게 나타난다. 그만큼 이를 의약품 소비량에 대한 대리 지표로 해석함에 있어 주의가 필요하다.

공통의 화폐단위로 전환한 각국의 '1인당 약제비' 지표는 국가 간의 약제비 지출의 절대 규모 자체에 대한 비교를 어느 정도 가능케 한다. 화폐환산에는 보통 달러 환산 구매력지수(Purchasing Power Parities; GDP PPP)가 사용된다. 각국의 전반적인 물가 수준의 차이를 반영한 환산율이다. 그만큼 일반 환율보다는 안정적인 국제비교가 가능하다. 하지만 의약품 구매력지수가 완벽히 구축되어 있지 않으므로 의약품 소비량을 보여주는 데는 한계가 있다.

'GDP 대비 약제비' 지표는 국가의 경제수준에 비추어 국민의 약제비에 대한 부담이 어느 정도 되는지를 보여준다. 아직까지 국제비교에 흔히 사용되고 있지 않지만 상기 '국민의료비 대비 약제비' 지표에 비해 지표로서의 안정성을 지니고, 경제적 부담 정도를 보여주는 장점이 있다. 반면에, 의료제도 내의 효율적 배분을 위한 정보를 제공하는 데는 한계를 지닌다.

2. 선행연구

장영식 등(2002)은 국민의료비의 산출 과정에서 그 하위 항목으로 약제비를 포함하고 있다. 동 연구는 당시까지 한국보건사회연구원을 중심으로 구축되어 온 국민의료비 추계방식대로 비급여본인부담의 산출에 있어 통계청의 도시가계조사, 농가경제조사, 어가경제조사를 이용하고 있었다. 2003년의 대개편이 있기 이전의 항목구성을 가지던 당시의 도시가계조사 자료는 국민의료비의 전체 규모를 파악하는 데는 유용할 수 있었지만 보건의료의 포괄항목에 있어 불분명한 부분이 많았다. '의약 및 의료용품' 항목에는 질환과 직접 관계없이 몸보신용으로 복용한 인삼, 녹용, 개소주 등에 대한 지출이 포함되어 있었다. 인삼은 분리되어 파악이 되므로 제외할 수 있었지만 다른 항목들은 구분이 안되기 때문에 추정에 한계가 있었다. 특히 동 연구에서는 의료기관 외래부문에서의 약제비 지출이 '외래' 항목에 포함되어 있어 OECD(2000)의 개념과는 차이가 있었다.

윤경일 등(1997), 대한약사회(1998), 정우진 등(1998), 한병현 등(2000), 류시원 등(2001)과 이의경 등(2001)은 모두 약국의 매출 규모나 수입규모에 대한 조사 내지 연구를 수행하고 있다. 이의경 등(2001)은 IMS 데이터의 구매자료를 활용해서 의약분업 전후의 변동을 보는 것이었는데 어느 정도 전국 단위의 약제비 규모를 파악할 수 있었지만 조제료나 마진을 제외한 '약품비'만을 대상으로 하고 있다. 그 외의 연구들도 연구목적이 국가 단위의 약제비 규모

를 산출하는 것이 아니었기 때문에 조사 대상이나 표본의 구성에 차이가 있었다. 이러한 연구를 국가 단위 약제비 산출에 활용함에 있어 공통적이면서도 결정적인 취약점은 요양기관 개설자나 회원단체의 자기기입식 응답에 의한 데이터를 활용했다는 점일 것이다. 약국의 경우 소규모의 자영업이 주류를 이루고 대다수가 공식 회계자료를 구비하고 있지 않기 때문에 데이터의 신뢰성에 한계가 있다.

우리나라에서 국가 단위의 약제비 규모 산출을 주된 목적으로 한 연구는 현재까지 정형선(2003)이 거의 유일하다. 이 연구는 2001년 국민건강영양조사의 의료이용조사자료에 근거하여 본인부담 약제비 규모를 추정하고 있다. 동 조사는 13,200가구 약 4만명을 대상으로 조사원이 직접 방문하여 면접조사를 하는 방식으로, 조사 준거기간(reference period)은 입원은 조사일 이전 1년간, 외래는 조사일 이전 2주간이었다. 국민건강영양조사는 공급자별 정보를 가지고 있는 등 장점이 있기는 하나 기억의 문제 등으로 과소추정의 가능성을 강하게 내포하고 있어서 총량 규모의 추정에서는 도시가계조사보다 열등하다. 동 연구에서 국민건강영양 조사를 활용한 것은 2002년도까지의 도시가계조사가 지닌 구성항목의 한계점 때문이었다.

Ⅲ. 분석데이터 및 산출방법

OECD SHA는 기능별, 재원별, 공급자별의 3차원 구조를 가진다. 첫째, '약제비'는 기능별 분류의 한 항목에 해당하나, 분류의 깊이에 따라 앞에서 살펴본 몇 가지로 나눌 수 있다. 둘째, 약제비는 재원(financing sources)에 따라 '보험급여', 급여 대상 의약품에 대한 환자의 본인부담(이하 '법정본인부담'), 급여 대상 외의 의약품에 대한 환자의 직접지불(이하 '비급여 본인부담')로 나눌 수 있다. 셋째, 약제비는 공급자(providers)에 따라 '약국'에서의 지출과 병의원 등 '의료기관'에서의 지출로 나눌 수 있다. 여기서는 정형선(2003)에서의 분석데이터 및 산출방법과의 차이점을 확인하는 차원에서 먼저 약국과 의료기관의 약제비를 구분하고 다시 각각을 재원별로 구분하여 기술한다.

1. 약국 약제비의 산출

보험자부담, 환자의 법정본인부담, 환자의 비급여본인부담등 세 가지 재원 중 '보험자부담'과 '법정본인부담'은 보험자에 대한 약국의 상환청구 과정을 통해 정확히 그 규모를 파악할 수 있다. 본 연구에서는 공식적인 확정 수치를 제시하고 있는 건강보험통계연보, 의료급여통계 및 산재보험사업연보를 이용한다. 약제비의 산출에 있어서의 관건은 '비급여본인부담 약제비'의 규모를 파악하는 것이다. 일반매약을 주 구성요소로 하는 '비급여본인부담' 부분은

행정통계가 구축되어 있지 않기 때문이다.

본 연구에서는 약국에서의 '비급여본인부담' 규모 추정을 위해 통계청의 가계조사 자료를 기본 데이터로 사용한다. 2003년부터 가계조사의 보건의료 항목이 크게 개선되었고 2006년부터는 1인가구도 조사대상으로 하는 등 과거의 시계열과 결합할 때 많은 정보를 제공한다고 판단되기 때문이다. 다만 공급자별 분류 등을 위해서 건강영양조사의 의료이용조사자료를 보충적으로 활용한다. 약국에 비급여의약품의 판매 규모를 직접 문의하는 것이 가능하고, 선행 연구도 대부분 약국의 자료를 통해 이를 파악하려는 시도를 해왔다. 하지만, 보험상환을 위한 청구 때문이 아니라면 약국으로서도 노출되지 않은 수입자료를 정확히 밝히기를 꺼려할 것이다. 이러한 경험을 바탕으로 본 연구에서는 가계조사자료를 통해 응답자의 의도된 누락을 최소화하고자 한다. 한편, 공급자별 본인부담 구성과 기능별 본인부담 구성 중에서 가계조사에서 파악이 안 되는 부분은 국민건강영양조사 등 관련 정보를 최대한 활용한다 [공급자별 배분방식의 세부 내용은 정형선(2008) 참조]. 국민건강영양조사 항목의 2006년도의 수치는 2005년 수치에 가계조사 '의약품' 항목의 증가율을 적용하여 구한다.

가계조사의 대분류 '보건의료' 항목은 '보건의료서비스', '의약품' 및 '보건의료용품'의 세 가지 중분류 항목으로 구성되어 있다. '의약품'은 다시 '인삼', '한약', '양약' 및 '조제약'의 네 가지 세분류 항목으로 구성되어 있다. 다만, '인삼'은 본 연구의 약제비에서 제외한다. 양약의 경우 감기약, 소화위장약, 영양제, 항생제, 피부외상약, 피로회복제, 기타의약품 등으로 분류되어 제시되던 2002년 이전의 '도시가계조사'와 달리, 2003년 이후의 '가계조사'에서는 '양약'과 '조제약'으로 정리되어 제시되어있다. '양약' 항목은 처방전에 의하지 않은 의약품 지출을, '조제약' 항목은 처방전에 의한 의약품 지출을 가리킨다.³⁾ 'HC.5.1.2 비처방의약품'은 약국의 '급여대상 외의 양약'이 주 대상이며, 그 밖에 한방첩약이 포함된다. '급여대상 외의 양약'은 가계조사의 '양약' 항목의 규모에서 건강보험의 한방 이외의 약제비 규모를 차감하여 그 크기를 산출한다. 'HC.5.1.2 비처방의약품' 중 한약의 경우는 주로 한방병의원에서 지출이 이루어지지만, 약국이나 한약재상으로부터의 한약재 구입도 약제비에 포함한다.

2. 의료기관 약제비의 산출

병의원, 한방병원, 치과병원, 보건소 등 약국 이외의 요양기관에서 지출되는 약제비는 의약분업 부분적용의 주사약제(항암제, 차광의약품 등)나 의약분업 예외지역의 의료기관 또는 1, 2급 장애인과 같은 의약분업 예외환자와 관련된다. 건강보험통계연보, 의료급여통계,

3) 이러한 용어의 사용은 의료분야의 용법과 맞지 않기 때문에 향후 가계조사의 세분류 항목명을 개정해야 할 필요성이 있는 것으로 보인다.

산재보험사업연보 등에서는 건강보험, 의료급여, 산재보험 등의 전체 보험자급여와 법정본인 부담은 구분이 되지만 그 중 약제비에 해당하는 부분은 구분되어 있지 않으므로, 의료기관 종별 약제비 비중을 구하기 위해 건강보험심사평가원의 '요양급여비용청구내역경향조사' 및 '건강보험통계지표'에서 제시된 '4대분류별 요양기관종별 금액구성비'를 활용했다. 앞의 통계연보 등에서 얻은 의료기관별 보험급여비와 법정본인부담에 의료기관별 외래진료비 중 약제비의 비중을 적용하여 의료기관별 약제비의 '보험급여'와 '법정본인부담' 규모를 파악했다.

한방병의원에서의 '한약'에 대한 지출은 다음과 같은 절차를 통해서 구한다. 2003년 가계조사에서부터 과거의 '한방보약'과 '기타한약' 항목이 '한약' 항목으로 통합되고 개소주, 흑염소, 붕어탕 등이 제외되었다. 본 연구에서는 2003년을 전후한 분류상의 변화를 비교하면서 본인부담 규모를 추정한다. 우선 한방관련 전체 본인부담 규모는 가계조사 중분류 '의약품'의 세분류 항목인 '한약'과 중분류 '보건의료서비스'의 세분류 항목인 '한방진료비'의 합이다. 국민건강영양조사에서는 한방병의원에서의 '입원' 및 한방병의원에서의 '외래 + 한약'에 대한 지출을 확보한다. 국민건강영양조사의 '한방병의원 외래 + 한약'에 대한 지출에서 '외래'에 대한 지출과 '한약'에 대한 지출을 구분하는 것이 필요한데, 이를 위해서는 가계조사의 '한약' 항목을 활용한다. 한방병의원에서의 '의약품'에 대한 지출에는 한방병의원에서의 '한방첩약'에 대한 지출 외에도 작은 규모이지만 '급여대상 의약품'에 대한 지출도 포함되는데, 이는 앞에서 언급한대로 건강보험심사평가원에서 제공하는 '4대분류별 요양기관종별 금액구성비'에 대한 정보를 활용해서 추정한다.

IV. 약제비 규모 및 구성내역의 산출 결과 및 고찰

1. 약제비의 규모

본 연구에서 산출된 약제비의 규모는 <표 1>과 같다. 앞에서 살펴본 다양한 약제비의 개념별 2006년도의 총액과 1인당금액 그리고 '국민의료비 대비 비율'과 'GDP 대비 비율'이 제시되어 있다. 연간 약제비 규모는 지표의 개념에 따라 11.3조원에서부터 16.3조원에 걸친다. 특히 국제비교를 통해서 우리의 약제비 규모 내지 비중을 판단할 경우에는 목적에 따라서 어떠한 지표가 적절한지, 그리고 비교대상이 되는 국가들의 약제비 지표가 상기 여러 지표 중에서 어느 것에 해당하는 것인지를 함께 고려해야 한다. 이를 통해 제도적 차이나, 지표 내용상의 차이에 기인한 해석의 오류를 최소화할 수 있을 것이다.

OECD에서 국제비교에 흔히 사용되는 '국민의료비에서의 약제비/소모품비 점유율' 지표에 해당하는 우리나라의 수치는 25.9%이고, 'GDP 대비 비율'은 1.7%이었다. 다만, 이 경우의 '약

제비/소모품비' 14.0조원(1인당 380 \$ PPP)에는 '의료소모품'이 포함되어 있어 약제비만을 보고자 하는 지표로서는 한계가 있다. '소모품을 제외한 약제비(조제료 포함)'만의 지출규모는 13.2조원(1인당 357 \$ PPP)으로 국민의료비의 24.4%(GDP 대비 1.6%)에 해당한다. 여기에는 한방첩약이 포함되어 있는데 이를 제외한 소위 '양약'에 대한 지출(조제료 포함)만을 보면 11.3조원(1인당 307 \$ PPP)으로 국민의료비의 21.0%(GDP 대비 1.3%)에 해당한다.

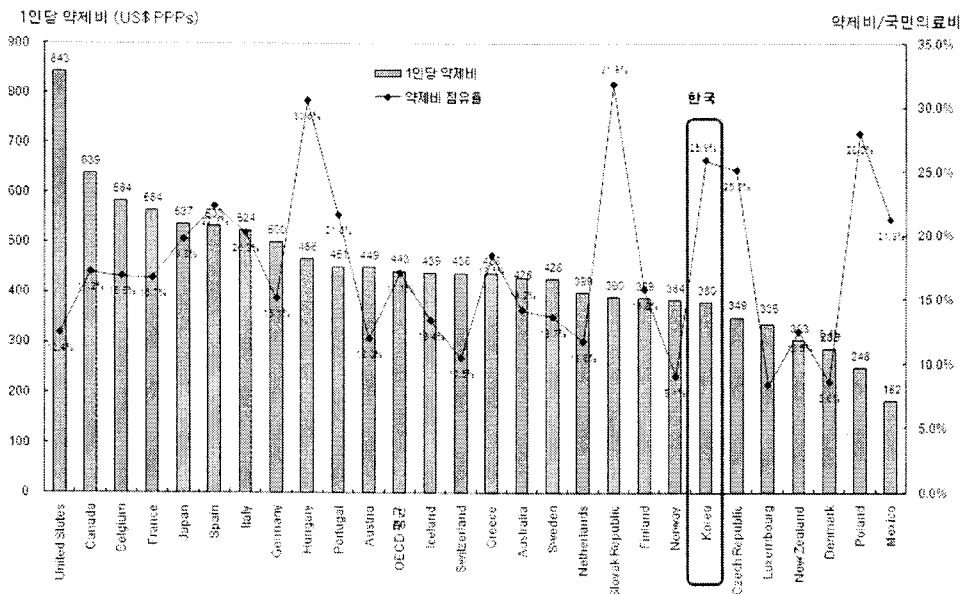
약제비 규모는 일반적으로 국민의 의약품 소비 정도에 대한 지표로 이해되기 때문에, 약제비의 규모에 대한 논의에서는 외래부문만이 아니고 입원에서의 약제비 지출을 포함한 전체 규모가 관심의 대상이 된다. 본 연구에서는 이러한 포괄적 개념의 지표도 함께 산출하고 있다. OECD에서 요구하고 있는 '입원을 포함한 약제비/소모품비(M2)'는 2006년의 경우 16.3조원(1인당 444 \$ PPP)으로 국민의료비의 30.3%(GDP 대비 1.9%)에 해당한다. '소모품을 제외한 약제비(조제료 포함)'만의 지출규모는 15.5조원(1인당 421 \$ PPP)으로 국민의료비의 28.8%(GDP 대비 1.8%)에 해당한다. 여기에는 한방첩약이 포함되어 있는데 이를 제외한 소위 '양약'에 대한 지출(조제료 포함)만을 보면 13.7조원(1인당 371 \$ PPP)으로 국민의료비의 25.3%(GDP 대비 1.6%)에 해당한다.

〈표 1〉 약제비의 규모 산출 결과 종합

약제비 내용 재원별	HC.5.1 약제비 (입원의약품 제외)				입원의약품 포함 약제비			
	의약품/의료소모품 (HC.5.1)		의약품만 (HC.5.1.1+ 5.1.2)		의약품/의료소모품 (M2)		의약품만	
	한방첩약 포함	한방첩약 제외	한방첩약 포함	한방첩약 제외	한방첩약 포함	한방첩약 제외	한방첩약 포함	한방첩약 제외
지출규모	14.0조	12.1조	13.2조	11.3조	16.3조	14.5조	15.5조	13.7조
1인당(US\$PPP)	380	330	357	307	444	394	421	371
국민의료비 대비 비율	25.9%	22.5%	24.4%	21.0%	30.3%	26.9%	28.8%	25.3%
GDP 대비 비율	1.7%	1.4%	1.6%	1.3%	1.9%	1.7%	1.8%	1.6%

그림 1에서 막대그래프는 각국의 구매력 지수로 환산한 '1인당 약제비/소모품비'를, 점으로 표시한 백분율은 '국민의료비 대비 약제비/소모품비 비율'을 보여준다. 여기서 우리나라의 1인당 약제비/소모품비가 380 \$ PPP라고 하는 것은 380 달러로 미국에서 구매할 수 있는 정도(구매력)를 우리 국민 1인이 2006년에 의약품/소모품을 위해 지출했다는 의미가 된다. 우

리의 1인당 약제비/소모품비의 절대 규모는 OECD국가의 평균(443 \$ PPP) 보다 작다. 반면에 '국민의료비 대비 약제비/소모품비 비율' 25.9%는 OECD 평균 17.1%를 훨씬 상회한다. 그림 1에서는 표시되어 있지 않지만 우리의 'GDP 대비 약제비 비율' 1.7%는 OECD 평균 1.4% 보다 높다. 이와 같은 결과는 비교적 낮은 국민소득 수준이나 국민의료비 수준을 보이는 국가에서 공통적으로 나타나듯이 우리나라의 약제비 규모가 절대액 면에서는 낮은 편이라는 점, 하지만 국민의료비 수준을 감안할 때 상대적으로 높은 약제비 지출을 보이고 특히 의료에서 약에 의존하는 정도가 다른 선진국에 비해 높다는 점을 확인해준다.



자료출처 : OECD Health Data 2008 (June ver.). 자료가 불충분한 영국, 아일랜드, 터키를 제외한 27개국. 단, 한국의 수치는 본 연구의 추계치로 제출 시점 상 6월 버전과는 미미한 차이를 보이나 OECD Health Data 2008(Oct ver.)에 반영될 예정임.

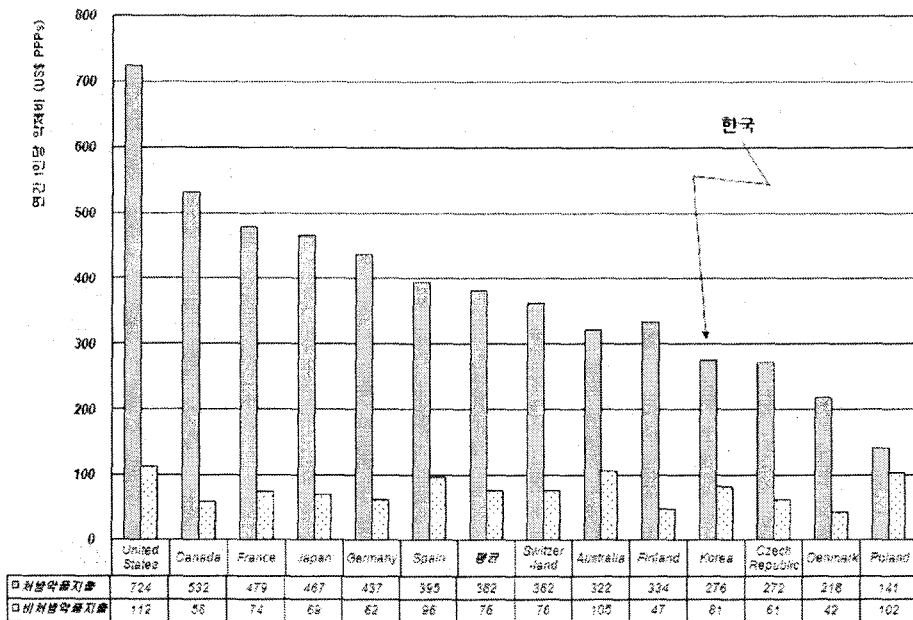
연 도 : 2006년도 수치. 단, 2005년도 수치가 제출되어 있는 호주, 일본, 룩셈부르크, 슬로바, 스위스는 전년대비 증가율을 통해 2006년치를 추정함. 2002년까지 제출되어 있는 네덜란드는 2002~06 사이의 OECD 평균의 증가율을 적용하여 2006년치를 추정함.

그림 1. OECD 30개국의 1인당 약제비 규모(US\$ PPPs) 및 약제비 비율, 2006년

OECD Health Data를 이용한 약제비의 국제비교에는 한계가 있다. 흔히 비교를 위한 지표가 되는 HC.5.1은 의약품 이외에도 의료소모품이 포함된 수치이다. 그럼에도 흔히 '약제비'의 비교인 것으로 인지되고 있다. 모든 국가가 동 지표 안에 같은 개념의 의료소모품을 넣고 있

다면 그런대로 동 지표를 사용한 국제비교가 약제비의 국제비교로 인식되어도 큰 문제는 없을 것이다. 문제는 아직도 국가마다 동 지표와 그 하위항목의 보고 수준에서 큰 편차를 보이고 있다는 점이다.

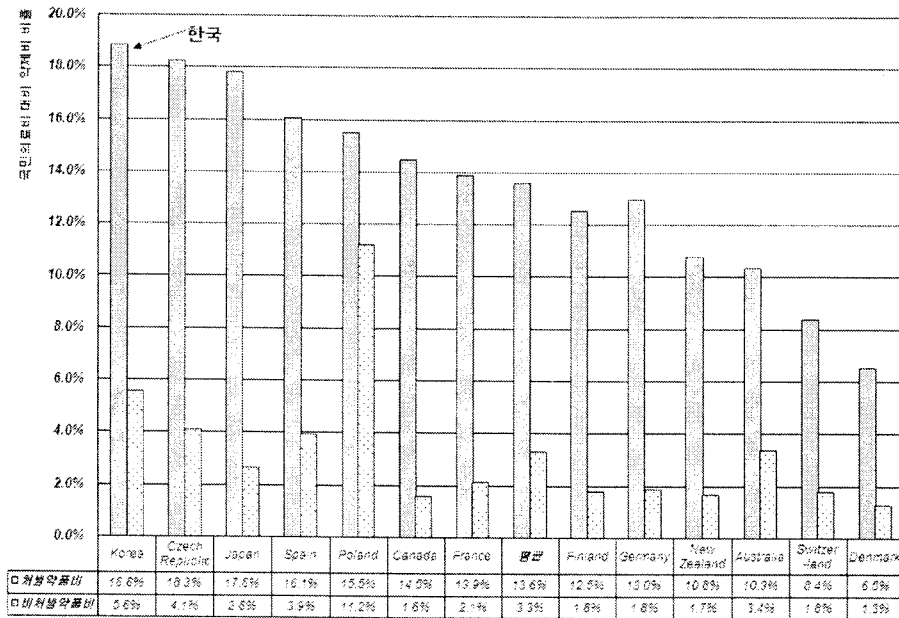
OECD Health Data 2008(June ver.)을 확인한 바, HC.5.1의 하위 항목이 모두 제출되어 정확히 일치하고 있는 국가는 캐나다, 체코, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 일본, 한국, 룩셈부르크, 폴란드, 스페인, 미국 등 12개국에 불과하다. 오스트리아, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 이태리, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 포르투갈, 스웨덴 등 10개국은 HC.5.1 총액만 있고 하위 항목은 구분되지 못하고 있고, 벨기에 및 노르웨이는 약제비 총액(HC.5.1.1+HC.5.1.2)과 비내구제는 구분하고 있으나 처방약과 비처방약의 구분은 하고 있지 않다. 호주 및 스위스는 비내구제는 구분하고 있지 않으나, 처방약과 비처방약을 구분해 제출하고 합계가 HC.5.1과 일치하고 있다. 처방약과 비처방약에 대한 지출규모를 비교함에 있어서 본 연구는 이들 두 국가를 포함한 14개 국가의 세분화된 약제비를 대상으로 했다(그림 2 및 그림 3). 한국의 경우 HC.5.1.1은 '보험급여대상 의약품'에 대한 약제비이고, HC.5.1.2는 '급여대상외의 의약품'에 대한 약제비를 포함하므로 '처방약제비' 및 'OTC지출'과는 차이가 있을 수 있다.



자료출처 : OECD Health Data 2008 (June ver.). 처방약(HC.5.1.1)과 비처방약(HC.5.1.2)을 구분하여 제출한 나라만 대상으로 함. 한국은 본 연구의 추계치. 기본적으로 2006년도 수치.

그림 2. OECD 각국의 1인당 처방 및 비처방 의약품 지출(의료소모품 제외), 2006년

그림 2에서 보듯이 전체 14개 국가의 1인당 의약품비 평균은 458 \$ PPPs(처방약제비 382 \$ PPPs)인 반면, 우리나라는 357 \$ PPPs(처방약제비 276 \$ PPP)로 낮은 편이다. 반면에, 그림 3에서 보듯이 국민의료비 대비 비율은 13개 국가의 평균이 16.9%인데 반해 우리나라는 24.4%로 훨씬 높다. 우리의 약제비 수준은 OECD 국가의 평균수준에 근접하거나 낮은 편에 있으나, 상대적으로 소득수준에 비해서는 높은 편이며, 특히 전체 의료비 지출수준에 비해서는 상당히 높은 편이라는 앞서서의 결과가 다시 한 번 확인된다. 이러한 경향은 OECD 국가 중 상대적 저소득국가에서 공통적으로 나타나는 현상이다. 의료재 소비가 소득탄력적이기 때문에 고소득 국가로 갈수록 의료비의 크기가 더 빠르게 늘어나는 점, 그리고 국제적 약가수준의 형성/유지 경향으로 국가 간의 약가 차이가 크지 않은 점 등으로 어느 정도 설명이 가능하다. 다만, 우리나라의 높은 약제비 비중이 어느 정도 의약품의 소비물량에 기인하고 어느 정도 약가수준에 기인하는지를 파악하기 위해서는 의약품 구매력지수 내지 DDD(Defined Daily Doses) 환산 의약품 소비량 등 별도의 데이터와 별도의 분석을 요한다.



자료출처 : OECD Health Data 2008 (June ver.). 처방약(HC.5.1.1)과 비처방약(HC.5.1.2)을 구분하여 제출한 나라만 대상으로 함. 단, 한국은 본 연구의 추계치. 기본적으로 2006년도 수치.

그림 3. OECD 각국의 국민의료비 대비 처방 및 비처방 의약품 지출(의료소모품 제외), 2006년

2. 약제비의 구성

여기서는 약제비의 구성을 살펴보는데, 본고의 분석틀 자체가 OECD SHA를 근간으로 하고 있다는 점에서 '입원 이외의 의약품/소모품' 지출(HC.5.1)을 중심으로 그 구성내역을 살펴보고, 입원을 포함한 지표들의 구성내역은 비교적 간단히 다룬다.

1) 약제비(HC.5.1)의 구성

2006년의 전체 약제비(HC.5.1) 규모 14.0조원은 공공재원에서 7.4조원이 조달되고 나머지 6.6조원은 가계본인부담이었다. 즉, 공공재원의 비중은 53.1%이었다. 약제비의 내용별로는 급여대상 의약품이 10.2조원으로 전체의 72.6%를 차지했고, 급여대상의 의약품은 3.0조원, 의료소모품은 0.8조원이었다.

<표 2>는 이러한 재원별 및 기능별 총계치 외에 재원-기능별 세부 정보를 제공한다. 즉, 이를 통해 급여대상 의약품, 급여대상의 의약품, 의료소모품 각각의 공공재원과 민간재원 구성비율을 알 수 있고, 역으로 공공재원 및 민간재원 약제비 각각이 급여대상 의약품, 급여대상의 의약품 및 의료소모품에 어떻게 지출되는지를 알 수 있다. 의료소모품을 제외한 약제비 13.2조원만을 놓고 보면 공공재원의 비중은 56.5%이었고 급여대상의약품만을 놓고 보면 공공재원 비중은 73.2%로 올라간다. 약국의 의료소모품이나 급여대상의 의약품 모두 민간재원에 의한 것인데 이들이 제외되기 때문이다.

<표 2> 약제비(HC.5.1.)의 재원별-기능별 구성

재원별	약제비 내용	전 체 (HC.5.1)		약제비 (조제료등 포함)				의료소모품 (HC.5.1.3)	
				소계		급여대상 ¹⁾ (HC.5.1.1)		급여대상의 (HC.5.1.2)	
		금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
공공재원 ²⁾ (HF.1)	금액	7.4조	100%	7.4조	100%	7.4조	100%		
	구성비	53.1%		56.5%		73.2%			
민간재원 (HF.2)	금액	6.6조	100%	5.7조	87.3%	2.7조	41.6%	3.0조	45.7%
	구성비	46.9%		43.5%		26.8%		100%	100%
합 계	금액	14.0조	100%	13.2조	94.1%	10.2조	72.6%	3.0조	21.4%
	구성비	100%		100%		100%		100%	100%

주 : 1) '급여대상 의약품'과 '급여대상의 의약품'의 구분은 SHA 상의 'HC.5.1.1 Prescribed medicines'과 'HC.5.1.2 OTC medicines'의 구분과 대체로 일치함

2) 건강보험, 의료급여 및 산재보험에 의한 급여가 포함됨

한 가지 더 주목할 점은 <표 2>의 약제비는 한방첩약을 포함하고 있다는 점이다. <표 3>은 한방첩약을 제외할 경우의 약제비와 그 구성비율을 제시하고 있다. 한방첩약을 제외한 전체 약제비 12.1조원만을 놓고 보면 공공재원의 비중은 61.2%이다. 여기서 다시 약국의 의료소모품을 제외한 약제비에 한정하면 공공재원의 비중은 65.7%로 올라간다. 급여대상약품만을 보았을 경우는 <표 2>의 경우와 마찬가지로 73.2%이다.

<표 3> 약제비(HC.5.1.)의 재원별-기능별 구성, 한방첩약 제외시

재원별	약제비 내용	전 체 (HC.5.1)		약제비 (조제료등 포함)				의료소모품 (HC.5.1.3)	
				소계		급여대상 (HC.5.1.1)		급여대상외 (HC.5.1.2)	
		금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
공공재원 (HF.1)	금액	7.4조	100%	7.4조	100%	7.4조	100%		
	구성비	61.2%		66.7%		73.2%			
민간재원 (HF.2)	금액	4.7조	100%	3.9조	82.4%	2.7조	57.9%	1.2조	24.5%
	구성비	38.8%		34.3%		26.8%		100%	100%
합 계	금액	12.1조	100%	11.3조	93.2%	10.2조	83.7%	1.2조	9.5%
	구성비	100%		100%		100%		100%	100%

주: <표 2>와의 차이는 '민간재원'의 '급여대상외 의약품'에서 한방첩약을 제외하고 있다는 점임.

<표 4>는 2006년의 약제비(HC.5.1) 규모 14.0조원을 재원-공급자별로 나타낸 것이다. 공급자별 약제비 총액을 보면 78.2%인 10.9조원이 약국에서 지출되었고 의료기관에서의 지출은 2.9조원으로 20.4%에 해당한다. 약국 약제비의 공공재원 비중은 61.0%이다. 전체 약제비의 공공재원 비중 53.1%가 약국 약제비의 공공재원 비중보다 낮은 것, 그리고 의료기관 약제비의 규모가 크고 공공재원 비중이 26.1%에 불과한 것은 의료기관 약제비에는 한방병의원에서의 한방첩약에 대한 지출이 포함되어 있고 한방첩약은 보험급여의 대상이 아니기 때문에 나타난 결과이다.

2) 입원의약품 포함 약제비의 구성

여기서는 SHA의 틀에서는 벗어나지만 일반적인 관심의 대상이 되는 입원에서의 약제비 지출을 포함한 약제비 지출, 그 중에서도 특히 한방첩약과 의료소모품을 제외한 순수 의약품에 대한 지출(조제료등 포함) 13.7조원이 어떤 재원별-기능별 구성과 재원별-공급자별 구성을 하고 있는지를 중심으로 결과를 제시한다.

<표 4> 약제비(HC.5.1.)의 자원별-공급자별 구성

자원별	기관별	전 체		약 국		의 료 기 관	
		금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
공공재원 (HF.1)	금액	7.4조	100%	6.7조	89.8%	0.7조	10.0%
	구성비	53.1%		61.0%		26.1%	
민간재원 (HF.2)	금액	6.6조	100%	4.3조	65.1%	2.1조	32.2%
	구성비	46.9%		39.0%		73.9%	
합 계	금액	14.0조	100%	10.9조	78.2%	2.9조	20.4%
	구성비	100%		100%		100%	

주 : 약국과 의료기관의 합이 전체 합계와 일치하지 않는 것은 전체 합계에는 한약재상 등 기타 공급자에서의 지출이 포함되어 있기 때문임

지면 관계상 관련 표들을 전부 제시하지는 못하지만 그 외의 약제비 총계치의 공급자별 구분을 언급하면, '한방첩약을 제외한 전체 약제비' 12.1조원만을 놓고 볼 때 약국 및 의료기관에서의 약제비 규모는 각각 10.9조원(89.7%) 및 1.2조원(10.1%)이고, '약국의 의료소모품을 제외한 전체 약제비(한방첩약 포함)' 13.1조원은 약국 10.1조원(77.1%) 및 의료기관 2.8조원(21.4%)으로 구성되며, 한방첩약과 약국의 의료소모품을 모두 제외한 전체 약제비 11.3조원은 각각 10.1조원(89.3%) 및 1.2조원(10.5%)으로 구성된다.

<표 5>에서 보듯이, 2006년의 (입원약제비를 포함하되 소모품과 한방첩약을 제외한) 전체 약제비 13.7조원은 공공재원 9.3조원과 민간재원 4.3조원으로 구성되어 있다. 공공재원의 비중 68.4%는 앞에서 살펴본 바 입원약제비를 제외한 경우보다 높다. 약제비의 내용별로는 급여대상의 의약품이 12.5조원으로 전체의 91.5%를 차지하고, 급여대상의 의약품은 1.2조원으로 8.5%이다. 급여대상의약품만을 한정하면 공공재원의 비중은 74.7%로 올라간다.

<표 5> 약제비의 자원별-기능별 구성 (입원부분 약제비 지출 포함, 한방첩약 제외시)

자원별	약제비 내용	전 체		급여대상의약품		급여대상의 의약품	
		금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
공공재원 (HF.1)	금액	9.3조	100%	9.3조	100%		
	구성비	68.4%		74.7%			
민간재원 (HF.2)	금액	4.3조	100%	3.2조	73.2%	1.2조	26.8%
	구성비	31.6%		25.3%		100%	
합 계	금액	13.7조	100%	12.5조	91.5%	1.2조	8.5%
	구성비	100%		100%		100%	

<표 6>은 (입원약제비를 포함하되 소모품과 한방첩약을 제외한) 전체 약제비 13.7조원을 재원별-공급자별로 나타낸 것이다. 전체의 73.7%인 10.1조원이 약국에서 지출되었고 의료기관에서의 지출은 3.6조원으로 26.3%에 해당한다. 약국 약제비의 공공재원 비중은 66.3%이다. 약국의 의료소모품이 제외되어 있기 때문에 공공재원의 비중이 올라간다. 의료기관 약제비의 공공재원 비중은 75.7%로 높게 나타나는데, 한방첩약을 제외하고 있고 입원 약제비의 공공재원 비중이 높기 때문이다.

<표 6> 약제비의 재원별-공급자별 구성(입원부분 약제비 지출 포함, 한방첩약 제외시)

재원별	기관별	전 체		약 국		의 료 기 관	
		금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
공공재원 (HF.1)	금액	9.4조	100%	6.7조	71.0%	2.7조	29.0%
	구성비	68.8%		66.3%		75.7%	
민간재원 (HF.2)	금액	4.3조	100%	3.4조	79.6%	0.9조	20.4%
	구성비	31.2%		33.7%		24.3%	
합 계	금액	13.7조	100%	10.1조	73.7%	3.6조	26.3%
	구성비	100%		100%		100%	

V. 맺음말

본 연구에서는 2006년의 약제비 규모 및 구성 내역의 변화를 파악했다. 우리 국민의 약제비 지출 수준에 대해서는 많은 논의가 있어왔지만 적지 않은 오해도 있었다. 국가 단위의 국제 통계는 서로 상이한 환경에 있는 국가들 간의 최대공약수를 집약하는 작업이기 때문에 때로는 세부 내용에 대한 비교 분석에서 잘못된 해석과 판단을 초래하는 경우가 생기게 된다. OECD Health Data도 예외는 아니다. 본 연구는 정형선(2003)의 추계방식을 보다 개선하여 전체 국민보건계정과 정합성을 가지는 약제비 지표를 산출하고 이를 OECD의 여타 국가들과 비교했다.

우리나라의 연간 약제비 규모는 지표의 개념에 따라 11.2조원(한방첩약 및 소모품 불포함)에서부터 16.3조원(입원약제비 포함)에 걸쳐 다양하게 표현된다. 국제비교에 흔히 사용되는 '약제비/소모품비'는 14.0조원(1인당 380 \$ PPP)이었고 '국민의료비에서의 약제비/소모품비 점유율'은 25.9%이었다. '소모품을 제외한 약제비(조제료 포함)'만의 지출규모는 13.2조원(1인당 357 \$ PPP)으로 국민의료비의 24.4%이었다. '한방첩약을 제외한 소위 '양약'에 대한 지출(조제료 포함)은 11.3조원(1인당 307 \$ PPP)으로 국민의료비의 21.0%이었다. 입원의약품비를

포함하되 한방첩약과 소모품을 제외하면 13.7조원(1인당 371 \$ PPP)으로 국민의료비의 25.3%이었다.

이러한 결과는 우리의 약제비 수준이 OECD 국가의 평균 수준에는 못 미치지만, 소득수준이나 전체 국민의료비 수준에 비해서는 높은 편이라는 것을 확인해준다. 이러한 경향은 OECD 국가중 상대적 저소득국가에서 공통적으로 나타나는 현상이다. 그 이유로는 의료재 소비가 소득탄력적이기 때문에 고소득 국가로 갈수록 의료비의 비중이 더 큰 점, 그리고 국제적 약가수준의 형성/유지 경향으로 국가 간의 약가 차이가 크지 않은 점 등이 제시되었다.

OECD에서 요구하고 각 회원국이 제출하고 있는 국민의료비 및 각종 하위 레벨의 의료비 통계는 모든 국가가 자국의 상황에 따른 다양한 자료를 취합하여 가장 적합하다고 판단되는 방식으로 이들을 분류, 조합하여 산출하고 있다. OECD는 국제 비교의 정합성을 높이기 위해서 각국별로 최대한 비교성과 일관성을 유지하는 공통의 지표를 산출하는 작업을 독려하고 있다. 단일 건강보험체계 하에서 전자청구를 통해 행위별 정보를 축적하고 있는 우리나라는 이러한 작업이 수월한 편이다. 그럼에도 세부항목으로 들어가면 많은 한계에 부딪힌다. 하지만 그러한 한계점에도 불구하고 국제적 표준에 최대한 가까운 통계를 제출하도록 노력해야 한다. 결과적으로 이러한 통계데이터가 국가 간의 비교에 활용되고 있기 때문이다. 본 연구가 우리의 약제비 지출 수준과 세부 구조에 대한 정확한 이해와 통계 구축에 일조하기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원. 요양급여비용청구내역경향조사 및 건강보험통계연보. 서울 : 건강보험심사평가원; 각 연도.
- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 서울 : 국민건강보험공단; 각 연도.
- 노동부. 산재보험사업연보. 서울 : 노동부; 각 연도.
- 대한약사회. 1998년도 전국 약국 경영실태조사 및 적정조제료 산출에 관한 연구보고서. 서울: 대한약사회, 1998.
- 보건복지부. 의료급여통계. 서울 : 보건복지부; 각 연도.
- 보건복지부. 2005 국민건강영양조사. 서울 : 보건복지부.
- 류시원, 이의경, 황인경, 박정영, 신창우, 김태현. 약국경영평가. 서울 : 한국보건사회연구원, 2001.
- 윤경일, 장선미. 표준약국 모형개발연구. 서울: 한국보건사회연구원, 1997.
- 이의경, 장선미, 신종각, 박정영. 의약분업 전후의 약제비 변동요인 분석 및 정책과제. 서울: 한

- 국보건사회연구원, 2001.
- 정우진, 박혜경. 의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 약사조제료 산정 연구. 서울 : 한국보건사회연구원, 1998.
- 정형선. OECD의 개념에 따른 우리나라 약제비의 국제 비교, 보건행정학회지, 2003;13(4): 102-124.
- 정형선, 이규식, 장영식. 보건계정의 체계 : OECD/SHA와 WHO/PG의 비교. 연세대학교보건과학연구소, 2003.
- 정형선. 2006년 국민의료비 추계 및 국민보건계정 구축. 보건복지부연·세대학교의료복지연구소, 2008.
- 한병현. 의약분업 제도 도입에 따른 약국의 경영수지 분석 및 적정 조제료 산정 연구. 서울 : 대한약사회, 2000.
- Jacobzone S. Pharmaceutical Policies in OECD countries: Reconciling Social and Industrial Goals. Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.40, Paris : OECD; 2000.
- OECD. System of Health Accounts. Paris : OECD; 2000.
- OECD. OECD Health Data 2007 (Oct.). Paris : OECD; 2007.
- OECD. Health at a Glance 2003. Paris : OECD; 2003.
- OECD. Health at a Glance 2005. Paris : OECD; 2005.
- OECD. Health at a Glance 2007. Paris : OECD; 2007.