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 추정하게 하겠다는 생각과, 그러한 의약품을 위한 국민의 부담 정도를 파악하고자 하는 의지가 복합적으로 쌓려있다. 이유가 무엇이든 국가 단위의 의약품 지출규모는 오늘날 의료분야에서 중요한 정보, 더 나아가 통계자료로 자리매김 되어 있다. 이러한 국가단위의 통계자료는 국가 간의 비교가능성을 생명으로 한다. 이러한 비교가능성은 OECD와 같은 정부 단위 국제기구의 조화된 노력 없이는 가능하지 않다. OECD는 보건계통체계(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 전향연구

약제비는 국민이 의약품 소비를 위해 지불하는 비용의 합이다. 약제비에는 의약품을 구입하기 위한 비용이 그 대부분을 구성하지만 그러한 제조의 구입 과정에서 제공되는 서비스에 대한 지출 즉 조제료게 광의의 약제비에 포함되게 된다. 한마디로 ‘약제비’라고 해도 실제로 그러한 통계가 포함하는 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


‘외래용의료체화(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 할 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 비내구제를 포함하는 것으로만 정의되어 있을 뿐 자체한 연급은 되어 있지 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 보건경제회의에서는 일반적인 관심의 대상인 ‘의료와 입원 부분 모두에서의 의약품/소모품’의 규모를 교차테이블의 블록별도항목(Memorandum item: M2)으로 추가 제출하는 것으로 결정한 바 있다. 별도 항목으로 하는 것은 전체 보건경제의 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 향후 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 통계에서는 단순히 ‘약제비(pharmaceutical expenditure)’라고 부르고 있지만 ‘외래약제비’에 국한하고 더욱이 의료소모품을 포함하고 있기 때문에 혼란을 초래하고 있다. 향후 OECD SHA 매뉴얼 개정시 사용되는 용어와 그 내용이 일치될 수 있도록 수정이 요구되는 부분이다.

2) 우리의 경우 전국민을 대상으로 하는 단일 광범위한 하에서 행위별수가 재하의 세부 항목에 대한 정보가 전체 데이터로 완벽에 가깝게 축적되어 있어 이러한 세부 규모의 파악이 상대적으로 용이하나, 대부분의 국가에서는 입원 세부에서 약제비나 소모품을 별도로 구분해 내는데 상당한 어려움이 있기 때문에 알 수가 없다.
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 대비 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 국제비교에서 흔히 사용되고 있지만 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


물 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 자영업 주류를 이루고 대다수가 공식 화계자료를 구비하고 있지 않기 때문에 데이터의 신뢰성에 한계가 있다.

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

### III. 분석데이터 및 산출방법


#### 1. 약국 약제비의 산출

보험자부담, 환자의 법정본인부담, 환자의 비급여고부담등 세 가지 재원 중 ‘보험자부담’과 ‘법정본인부담’은 보험자에 대한 약국의 상환정구 과정을 통해 정확히 그 규모를 파악할 수 있다. 본 연구에서는 공식적인 확정 수치를 제시하고 있는 건강보험통계연보, 의료급여통 계 및 산재보험사업연보를 이용한다. 약제비의 산출에 있어서의 관건은 ‘비급여본인부담 약제비’의 규모를 파악하는 것이다. 일반매월을 주 구성요소로 하는 ‘비급여본인부담’ 부분은
행정통계가 구축되어 있지 않기 때문이다.


2. 의료기관 약제비의 산출

병원, 한방병원, 치과병원, 보건소 등 약국 이외의 요양기관에서 지출되는 약제비는 의약분업 부분적용의 주사약제(항암제, 차량의약품 등)나 의약분업이외지역의 의료기관 또는 1, 2급 장애인과 같은 의약분업이외환자와 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 보험급여와 법정보험이
부담은 구분이 되지만 그 중 약제비에 해당하는 부분은 구분되어 있지 않으므로, 의료기관
종별 약제비 비중을 구하기 위해 건강보험심사평가원의 ‘요양급여비용청구내역경향조사’ 및
‘건강보험통계지표’에서 제시된 ‘대분류별 요양기관종별 금액구성비’를 활용했다. 앞의 통계
연보 등에서 얻은 의료기관별 보험급여비와 법정보험이 부담에 의료기관별 의료진료비 중 약제
비의 비중을 적용하여 의료기관별 약제비의 ‘보험급여’와 ‘법정보험이 부담’ 규모를 파악했다.

한방병의원에서의 ‘한약’에 대한 지출은 다음과 같은 절차를 통해서 구한다. 2003년 가계조
사에서부터 과거의 ‘한방약학’과 ‘기타한약’ 항목이 ‘한약’ 항목으로 통합되고 개소주, 총업소,
병역상 등이 제외되었다. 본 연구에서는 2003년을 전후한 분류상의 변화를 비교하면서 본인
부담 규모를 추정한다. 우선 한방관련 전체 본인부담 규모는 가계조사 종분류 ‘의약품’의 세
분류 항목인 ‘한약’과 종분류 ‘보건의료서비스’의 세분류 항목인 ‘한방진료비’의 합이다. 국민
건강영상조사에서는 한방병원에서의 ‘일용’ 및 한방병원에서의 ‘외래 + 한약’에 대한 지
출을 확보한다. 국민건강영상조사의 ‘한방의원 외래 + 한약’에 대한 지출에서 ‘외래’에 대한
지출 ‘한약’에 대한 지출을 구분하는 것이 필요하나, 이를 위해서는 가계조사의 ‘한약’ 항목
을 활용한다. 한방병원에서의 ‘의약품’에 대한 지출에는 한방병원에서의 ‘한방약학’에 대
한 지출 외에도 작은 규모이지만 ‘급여대상 의약품’에 대한 지출도 포함되는데, 이는 앞에서
언급한대로 건강보험심사평가원에서 제공하는 ‘대분류별 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 개
념별 2006년도의 총액과 1인당금액 그리고 ‘국민의료비 대비 비율’과 ‘GDP 대비 비율’이 제
시되어 있다. 연간 약제비 규모는 지표의 개념에 따라 11.3조원에서부터 16.3조원에 걸쳐다.
특히 국계비용을 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 것인지지를 함께 고려해야 한다. 이를 통해 제도적 차이나, 지표
내용상의 차이에 기인한 해석의 오류를 최소화할 수 있을 것이다.

OECD에서 국계비용에 혼히 사용되는 ‘국민의료비에서의 약제비소모비 점유율’ 지표에
해당하는 우리나라의 수치는 25.9%이고, ‘GDP 대비 비율’은 1.7%이었다. 다만, 이 경우의 ‘약
제비/소모품비' 140조원(1인당 380 $ PPP)에는 '의료소모품'이 포함되어 있어 약제비만을 보고자 하는 지표로서는 한계가 있다. '소모품을 제외한 약제비(조세료 포함)'만의 지출규모는 132조원(1인당 357 $ PPP)으로 국민의료비의 24.4%(GDP 대비 1.6%)에 해당한다. 여기에는 한방침약이 포함되어 있는데 이를 제외한 소위 '약양'에 대한 지출(조세료 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(조세료 포함)'만의 지출규모는 15.5조원(1인당 421 $ PPP)으로 국민의료비의 28.8%(GDP 대비 1.8%)에 해당한다. 여기에는 한방침약이 포함되어 있는데 이를 제외한 소위 '약양'에 대한 지출(조세료 포함)만을 보면 13.7조원(1인당 371 $ PPP)으로 국민의료비의 25.3%(GDP 대비 1.6%)에 해당한다.

### 표 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>제원별</th>
<th>약제비</th>
<th>입원의약품 포함 약제비</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>의약품/의료소모품 (HC.5.1)</td>
<td>의약품만 (HC.5.1.1 + 51.2)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>한방침약 한방침약 포함 제외</td>
<td>한방침약 한방침약 포함</td>
</tr>
<tr>
<td>지출규모</td>
<td>140조</td>
<td>121조</td>
</tr>
<tr>
<td>1인당(USSPPP)</td>
<td>380</td>
<td>330</td>
</tr>
<tr>
<td>국민의료비 대비 비율</td>
<td>25.9%</td>
<td>22.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>GDP 대비 비율</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

그림 1에서 밑그라운드는 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 OECD 국가의 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 우리 의 ‘GDP 대비 약제비 비율’ 17%는 OECD 평균 14%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 비전과는 미비한 차이를 보이나 OECD Health Data 2008(Oct ver.)에 반영될 예정임.


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

OECD Health Data를 이용한 약제비의 국제비교에는 한계가 있다. 혼히 비교를 위한 지표가 되는 HC.5.1은 의약품 이외에도 의료소모품이 포함된 수치이다. 그럼에도 혼히 ‘약제비’의 비교인 것으로 인지되고 있다. 모든 국가가 동 지표 안에 같은 개념의 의료소모품을 넣고 있다.
다만 그랜대로 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, HC5.1의 하위 항목이 모두 제출되어 정확히 일치하고 있는 국가는 캐나다, 쩔코, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 일본, 한국, 룩셈부르크, 폴란드, 스페인, 미국 등 12개국에 불과하다. 오스트리아, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 이탈리아, 멕시코, 벨기에, 뉴질랜드, 포르투갈, 스웨덴 등 10개국은 HC5.1 총액만 있고 하위항목은 구분되지 못하고 있고, 벨기에 및 노르웨이는 약제비 총액(HC5.1.1+HC5.1.2)과 비네구제는 구분하고 있으나 처방약과 비처방약의 구분은 하고 있지 않다. 호주 및 스위스는 비네구제는 구분하고 있지 않으나, 처방약과 비처방약을 구분해 제출하고 합계가 HC5.1과 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 HC5.1.1은 '보험급여대상 의약품'에 대한 약제비이고, HC5.1.1은 '급여대상외의 의약품'에 대한 약제비를 포함하므로 '처방약제비' 및 'OTC지출'과는 차이가 있을 수 있다.

![Image]

자료출처: OECD Health Data 2008 (June ver.). 처방약(HC5.1.1)과 비처방약(HC5.1.2)을 구분하여 제출한 나라만 대상으로 한. 한국은 본 연구의 추계지. 기본적으로 2006년도 수치.

그림 2. OECD 각국의 1인당 처방 및 비처방 의약품 지출(의료소모품 제외). 2006년
그림 2에서 보듯이 전체 14개 국가의 인당 의약품비 평균은 458 $ PPPs (처방약제비 382 $ PPPs)인 반면, 우리나라의 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. 우리나라 의약비 수준은 OECD 국가의 평균수준에 근접하거나 낮은 편에 있으나, 상대적으로 소득수준에 비해서는 높은 편이며, 특히 전체 의료비 지출수준에 비해서는 상당히 높은 편이라는 점에서의 결과가 다시 한 번 확인된다. 이러한 경향은 OECD 국가 중 상대적 저소득 국가에서 공통적으로 나타나는 현상이다. 의료비 소비가 소득밀도적인 편인 고소득 국가로 걸수록 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 약가비 비중이 어느 정도 의약품의 소비량으로 인해고 어느 정도 약가수준에 기인하는지를 파악하기 위해서는 의약품 구매량이 내진 DDD(Defined Daily Doses) 환산 의약품 소비량 등 병도의 데이터와 병도의 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 구성요소를 살펴보는데, 본고의 본석력 자체가 OECD SHA를 근간으로 하고 있다는 점에서 '입원 이외의 의약품/소모품' 자출(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 140조원에 공공재원에서 74조원이 조달되고 나머지 66조원은 가계본인부담이었다. 즉, 공공재원의 비중은 53.1%이었다. 약제비의 내용별로는 급여대상 의약품이 10.2조원으로 전체의 72.6%를 차지했고, 급여대상의 의약품은 3.0조원, 의료 소모품은 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%였고 급여대상의약품만을 놓고 보면 공공재원 비중은 73.2%로 올라간다. 약국의 의료소모품이나 급여대상의 의약품 모두 민간재원에 의한 것인데 이들이 제외되기 때문이다.

<table>
<thead>
<tr>
<th>재원별</th>
<th>약제비 내용</th>
<th>전 체 (HC.5.1)</th>
<th>약제비 (조제료 등 포함)</th>
<th>의료소모품 (HC.5.1.3)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>소계</td>
<td>급여대상(1) (HC.5.1.1)</td>
<td>급여대상외 (HC.5.1.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>공공재원 (HF.1)</td>
<td>금액</td>
<td>7.4조 (100%)</td>
<td>7.4조 (100%)</td>
<td>7.4조 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>53.1%</td>
<td>56.5%</td>
<td>73.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>민간재원 (HF.2)</td>
<td>금액</td>
<td>6.6조 (100%)</td>
<td>5.7조 (87.3%)</td>
<td>2.7조 (41.6%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>46.9%</td>
<td>43.5%</td>
<td>26.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>합 계</td>
<td>금액</td>
<td>14.0조 (100%)</td>
<td>13.2조 (94.1%)</td>
<td>10.2조 (72.6%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

주: 1) '급여대상 의약품'과 '급여대상외 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

122
한 가지 더 주목할 점은 <표 2>의 약제비는 한방침약을 포함하고 있다는 점이다. <표 3>은 한방침약을 제외할 경우의 약제비와 그 구성비율을 제시하고 있다. 한방침약을 제외한 전체 약제비 121조원만을 놓고 보면 공공재원의 비중은 61.2%이다. 여기서 다시 약국의 의료 소모품을 제외한 약제비에 한정하면 공공재원의 비중은 65.7%로 올라간다. 급여대상의약품 만을 보았을 경우에는 <표 2>의 경우와 마찬가지로 73.2%이다.

(표 3) 약제비(HC.5.1.)의 재원별-기능별 구성, 한방침약 제외시

<table>
<thead>
<tr>
<th>재원별</th>
<th>약제비 내용</th>
<th>전 체 (HC.5.1)</th>
<th>약제비 (조제료등 포함)</th>
<th>의료소모품 (HC.5.1.3)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>금액</td>
<td>주재</td>
<td>급여대상 (HC.5.1.1)</td>
<td>급여대상회 (HC.5.1.2)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>구성비</td>
</tr>
<tr>
<td>공공재원</td>
<td>금액</td>
<td>7.4조</td>
<td>100%</td>
<td>7.4조</td>
</tr>
<tr>
<td>(HF.1)</td>
<td>구성비</td>
<td>61.2%</td>
<td>66.7%</td>
<td>73.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>민간재원</td>
<td>금액</td>
<td>4.7조</td>
<td>100%</td>
<td>3.9조</td>
</tr>
<tr>
<td>(HF.2)</td>
<td>구성비</td>
<td>38.8%</td>
<td>34.3%</td>
<td>26.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>합 계</td>
<td>금액</td>
<td>12.1조</td>
<td>100%</td>
<td>11.3조</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

주: <표 2>와의 차이는 ‘민간재원의 급여대상의약품’에서 한방침약을 제외하고 있다는 점임.

<표 4>는 2006년의 약제비(HC.5.1) 규모 14.0조원을 재원-공급자별로 나타낸 것이다. 공급 자별 약제비 총액을 보면 78.2%인 10.9조원이 약국에서 지출되었고 의료기관에서의 지출은 29조원으로 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 한방침약에 대한 지출이 포함되어 있고 한방침약은 보험급여의 대상이 아니기 때문에 나타난 결과이다.

2) 입원의약품 포함 약제비의 구성

여기서는 SHA의 둘에서는 빼어나지만 일반적인 관심의 대상이 되는 입원에서의 약제비 지출을 포함한 약제비 지출, 그 중에서도 특히 한방침약과 의료소모품을 제외한 순수 의약품에 대한 지출(조제료등 포함) 13.7조원이 어떤 재원별-기능별 구성과 재원별-공급자별 구성 을 하고 있는지를 중심으로 결과를 제시한다.
표 4  약제비(HC.5.1.)의 재원별-공급자별 구성

<table>
<thead>
<tr>
<th>재원별</th>
<th>기관별</th>
<th>전 체</th>
<th>약 국</th>
<th>의료 기관</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>금액</td>
<td>구성비</td>
<td>금액</td>
<td>구성비</td>
</tr>
<tr>
<td>공공재원 (HF.1)</td>
<td>금액</td>
<td>74.4%</td>
<td>100%</td>
<td>67.4%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>53.1%</td>
<td></td>
<td>61.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>민간재원 (HF.2)</td>
<td>금액</td>
<td>66.3%</td>
<td>100%</td>
<td>43.3%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>46.9%</td>
<td></td>
<td>39.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>합 계</td>
<td>금액</td>
<td>14.0%</td>
<td>100%</td>
<td>10.9%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>100%</td>
<td></td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

주: 약국과 의료기관의 합이 전체 합계와 인치하지 않는 것은 전체 합계에는 한약재상 등 기타 공급자에서의 지출이 포함되어 있기 때문입니다.

지면 관계상 관련 표들을 정부 제시하지는 못하지만 그 외의 약제비 총계처의 공급자별 구분을 언급하면, '한방침약을 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(한방침약 포함)' 13.1조원은 약공 10.1조원(77.1%) 및 의료기관 2.8조원(21.4%)으로 구성되며, 한방침약과 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 한방침약을 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 급여대상 의약품이 12.5조원으로 전체의 91.5%를 차지하고, 급여대상외 의약품은 1.2조원으로 8.5%이다. 급여대상의약품만을 한정하면 공공재원의 비중은 74.7%로 올라간다.

표 5  약제비의 재원별-기능별 구성 (입원부분 약제비 지출 포함, 한방침약 제외시)

<table>
<thead>
<tr>
<th>재원별</th>
<th>약제비 내용</th>
<th>전 체</th>
<th>급여대상의약품</th>
<th>급여대상외 의약품</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>금액</td>
<td>구성비</td>
<td>금액</td>
<td>구성비</td>
</tr>
<tr>
<td>공공재원 (HF.1)</td>
<td>금액</td>
<td>9.3조</td>
<td>100%</td>
<td>9.3조</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>68.4%</td>
<td></td>
<td>74.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>민간재원 (HF.2)</td>
<td>금액</td>
<td>4.3조</td>
<td>100%</td>
<td>3.2조</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>31.6%</td>
<td></td>
<td>25.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>합 계</td>
<td>금액</td>
<td>13.7조</td>
<td>100%</td>
<td>12.5조</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>100%</td>
<td></td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
<표 6> 은 (입원약제비를 포함하여 소모품과 한방약을 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 공급자원 비중은 66.3%이다. 약국의 의료소모품이 제외되어 있기 때문에 공급자원의 비중이 올라간다. 의료기관 약제비의 공급자원 비중은 75.7%로 높게 나타나는데, 한방약을 제외하고 있고 입원 약제비의 공급자원 비중이 높기 때문이다.

<table>
<thead>
<tr>
<th>재원별</th>
<th>기관별</th>
<th>전체</th>
<th>약국</th>
<th>의료기관</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>금액</td>
<td>구성비</td>
<td>금액</td>
<td>구성비</td>
</tr>
<tr>
<td>공공재원 (HF1)</td>
<td>금액</td>
<td>9.4조</td>
<td>100%</td>
<td>6.7조</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>68.8%</td>
<td></td>
<td>66.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>민간재원 (HF2)</td>
<td>금액</td>
<td>4.3조</td>
<td>100%</td>
<td>3.4조</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>31.2%</td>
<td></td>
<td>33.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>합 계</td>
<td>금액</td>
<td>13.7조</td>
<td>100%</td>
<td>10.1조</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>구성비</td>
<td>100%</td>
<td></td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

V. 맺음말


우리나라의 연간 약제비 규모는 지표의 개념에 따라 11.2조원(한방약 및 소모품 불포함)에서부터 16.3조원(입원약제비 포함)에 걸쳐 다양하게 표현된다. 국세비교에 혼히 사용되는 '약제비/소모품비'는 14.0조원(1인당 380 $ PPP)이었고 '국민의료비에서의 약제비/소모품비 점유율'은 25.9%이었다. '소모품을 제외한 약제비(조세료 포함)'만의 지출규모는 13.2조원(1인당 357 $ PPP)으로 국민의료비의 24.4%이었다. '한방약을 제외한 소위 '양약'에 대한 지출 (조세료 포함)은 11.3조원(1인당 307 $ PPP)으로 국민의료비의 21.0%이었다. 입원의약품비를
포함되며 한방업체와 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 국가 중 상대적 저소득국가에서 공통적으로 나타나는 현상이다. 그 이유로는 의료비 소비가 소득탄력적이기 때문에 고소득 국가로 갈수록 의료비의 비중이 더 큰 점, 그리고 국 체적 약가수준의 환경/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 위해 각국별로 최대한 비교성과 일관성을 유지하는 통합의 지표를 산출하는 작업을 독려하고 있다. 단일 건강보험체계 하에서 전자청구를 통해 행위별 정보를 축적하고 있는 우리나라 는 이러한 작업이 수월한 편이다. 그럼에도 세부항목으로 들어가면 많은 한계에 부딪친다. 하지만 그러한 한계점에도 불구하고 국제적 표준에 최대한 가까운 통계를 제출하도록 노력 해야 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.

참고 문헌

건강보험심사평가원, 요양급여비용청구내역정가조사 및 건강보험통계연보, 서울 : 건강보험심 사평가원,  각 연도.
국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 서울 : 국민건강보험공단, 각 연도.
노동부, 산재보험사업연보, 서울 : 노동부, 각 연도.
보건복지부, 의료급여통계, 서울 : 보건복지부, 각 연도.
보건복지부, 2005 국민건강영양조사, 서울 : 보건복지부.
이의경, 장선미, 신종각, 박정영, 의약분업 전후의 약제비 변동요인 분석 및 정책과제, 서울 : 한