

# 醫療保險財政保護를 위한 藥劑費 抑制方案에 관한 研究

文 相 鎬

(韓國醫療保險聯合會 藥學專門委員)

## A Study on Drug Cost Containment for Protection of Medical Insurance Finance

Sang Ho Moon

Pharmacologist member, Medical charge review committee  
Korea medical insurance corporation

*The drug cost is more difficult to control than any other medical care cost and, moreover, it is not so easy to stabilize the insurance finance by controlling it, The drug cost increase related to the medical insurance can be contained, in the long run, by the separation of dispensary from medical practice and, in the short run, by the strict selection of drugs covered under the medical insurance and the improvement of management as well as disclosure of drug prices. For the former, the revision of medical law, the establishment of medical care delivery system, the presence of pharmacy in rural areas, the change in attitude toward drugs related to medical insurance, and the public education are necessary. For the latter, the reduction of existing price differences among medicaments of the identical component and content, the restriction of the use of the OTC medicaments and mixed compound, and the promotion of hospital-prepared medicaments which are cheaper than those supplied by pharmaceutical companies are necessary.*

### I. 序 論

#### 1. 研究目的

우리나라의 사회보장제도는 77년에 實施되어 10년도 채 안되는 比較的 짧은 期間內에 公務員 및 私立學校 敎職員 醫療保險과 職場組合이 結成 되어 '86. 12. 31. 현재 醫療保護를 包含하여 全人口의 56.9%인 23,642천명이 적용받기에 이르렀다. 그러나 아직도 全人口의 43.1%가 미적용상

태에 있어 福祉社會의 建設이라는 國政指標아래 第6次 經濟開發 5個年計劃 期間中인 '88년에는 농어촌주민에게, '89년에는 都市地域住民에게도 擴大實施할 豫定으로 있어 全國民皆保險實施가 이루어질 것이다.

全國民 醫療保險 擴大가 미치는 影響을 두가지로 要約할 수 있다. 첫째가 地域住民의 醫療保險料一部를 정부가 分擔하고, 醫療施設을 갖추는데 追加的으로 政府負擔 財源이 所要될 것이다. 두 번째 問題가 계속적인 治療서비스의 增加를 하지

않을가 하는 우려이다. 事實 保險制度는 健康한 狀態에 있는 사람들이 疾病에 걸린 사람들을 보살펴주는 制度이다. 그러나 사람들의 治療慾求는 거의 無限定에 가까운 것이기 때문에 一部 先進國의 경우처럼 醫療保險制度를 병자하여 不要不急한 진료나, 病院需要가 急激히 늘어나게 된다면, 國民全體의 負擔能力을 초과하는 경우가 發生할 수도 있을 것이다. 따라서 우리는 醫療保險을 全國의으로 實施할 경우에, 醫療需要增加를 效率的으로 統制할 수 있는 制度를 講究하지 않으면 안된다. 이러한 統制機能은 結局 보다 많이 病院을 利用하고자 하는 慾求가 費用負擔의 增加에 의해서 自律的으로 견제되도록 함으로써 一次的으로 醫療需要增大도 抑制될 것이다.

사람의 健康을 增進, 保護, 維持하고, 더 나아가 疾病의 治療를 위하여서는, 醫藥品の 使用이 不可避하다. 그러나 醫藥品을 잘못쓰면 藥이 되고, 잘못쓰면 毒이 된다는 裏面性도 있다는 것은 잘 알려진 事實이다. 다시말해서 疾病의 豫防, 治療, 그리고 生命維持에 必要한 手段으로 되나, 藥을 잘못쓰면 危險할 뿐만 아니라, 醫藥品の 濫용은 貴重한 資源의 浪費도 되는 것이다.

오늘날 의료보험을 실시하고 있는 세계 어느 나라를 莫論하고 醫療保險의 財政的 壓迫에 直面해 있지 않은 나라는 없고, 그 理由는 主로 診療費의 持續的인 上昇과 受診率이 꾸준히 增加하기 때문인 것으로 알려져 있다. 우리나라에서도 醫療保險이 實施된 이후, 保險診療費는 每年 增加하고 있으며, 保險財政에 많은 影響을 미치고 있다.

특히 診療費中에서 藥劑費가 차지하는 比率에 대하여 많은 關心을 가지게 되었다.

서구 여러나라의 社會保障專門家들은 自由世界의 醫療保險診療費에서, 가장 統制하기 어려운 것이 藥劑費라고 指摘하고 있다. 그 理由는,

1) 一般的으로 自由世界에서는 製藥産業의 利潤의 幅이 크고 安定된 事業의 하나로 알려져 있기 때문에, 自由競爭의 原則에 의하여 maker의 亂立이 不可避하다.

2) 處方箋은 各 醫療人의 固有한 權限으로 神聖不可侵한 聖域으로 되어 있다. 即 各 患者의 身體條件에 알맞은 醫藥을 一定한 時機에 一定量

使用하는 것은 各 醫療人의 權限인데 이러한 診療와 投藥의 規格化, 標準化가 어렵다는 것.

3) 醫療學의 急激한 發達, 그 自體가 管理統制를 어렵게 하는 要因이 되고 있다

이와같은 狀況下에서, 現制度를 分析·評價하여, 우리 實情에 맞는 醫療保險 財政保護를 위한 藥劑費 支出抑制方案을 探索 提示하고자 한다.

## 2. 研究方法 및 範圍

가. 保險에 使用되는 醫藥品の 登載現況 및 運營實態를 檢討하여 問題點을 導出하여 醫療保險 財政保護를 위한 短期的 改善案을 提示한다.

나. 診療行爲別 分析을 통하여 醫療機關種別來院日數, 件當 診療費, 金額構成費를 알아보고 이에 따른 藥劑費를 分析하여, 件當 診療費에 대한 藥劑費金額比率과 藥劑成分別 配分比를 檢討하여 藥劑使用의 傾向을 把握한 후 長期的 藥劑費 抑制代案을 提示한다.

## II. 醫療保險 沿革과 運營

### 1. 制度의 沿革

- 1963. 12. 16 : 醫療保險法 制定
- 1964. 6. 5 : 被用者 醫療保險 任意適用 (4個 組合)
- 1969. 7. 29 : 自營者 醫療保險 任意組合 (7個 組合)
- 1976. 12. 22 : 醫療保險法 全面改正
- —1977. 7. 1 : 事業場 勤勞者 醫療保險 實施  
—1977. 7. 1 : 500人 以上 事業場 當然適用  
—1979. 7. 1 : 300 " "
- 1981. 1. 1 : 100 " "
- 1982. 2. 15 : 5人 以上 事業場 任意適用
- 1977. 12. 31 : 公務員 및 私立學校 教職員 醫療保險法制定
- 1979. 1. 1 : 公務員 및 私立學校 教職員 醫療保險 實施  
—1980. 1. 1 : 軍人家族 包含  
—1981. 7. 1 : 公務員 및 私立學校 教職員 退職年金受給者 包含
- 1981. 10. 1 : 軍人 退職年金受給者 包含

- 1981. 7. 1: 地域住民 醫療保險 示範事業實施(洪川, 沃構, 軍威)
- 1981. 12. 10: 職種別 醫療保險 實施
- 1982. 7. 1: 地域住民 醫療保險 示範事業 推進 實施(江華, 報恩, 木浦)
- 1984. 5. 1: 木浦 醫藥分業 示範事業 實施
- 1984. 12. 1: 韓方醫療保險 示範事業實施(清州, 清原)
- 1985. 1. 1: 醫療保險法 改正 實施  
 一被扶養者에 장인, 장모 包含  
 一同一 床病 180日 給與期間을 年間 180日로

變更

- 1987. 2. 韓方 醫療保險 全國實施

## 2. 醫療保險制度 運營

가. 二元化法 體制

우리나라 醫療保險의 法體系는 事業勤勞者, 地域住民 또는 同一職種別 自營業者 등을 對象으로 한 醫療保險法과 公務員, 私立學校 教職員, 軍人家族 및 年金受給者 등을 對象으로 하는 公務員 및 私立學校 教職員 醫療保險法으로 다음과 같이 二元化되어 있다.

根 據 法	○ 公務員 및 私立學校 教職員 醫療保險法	○ 醫療保險法
保 險 者	○ 醫療保險管理公團	○ 醫療保險組合
適 用 對 象	○ 公務員 ○ 私立學校 教職員 ○ 軍人家族 ○ 年金受給者	○ 職場勤勞者(144組合) ○ 當然適用: 100人以上 事業場 一任意適用: 5人以上 事業場 ○ 地域住民 一當然適用: 6個 示範地域 · 沃構, 洪川, 軍威, 江華, 報恩, 木浦 一任意適用: 釜山청십자 등 7地域 ○ 職種從事者 一任意適用: 糧穀商 등 12個職種
管理方式	○ 共營制, 全國一元統合管理, 全業務 電算管理 一單一保險者: 全國 14個 市道支部	○ 職場, 地域別 組合管理, 審査支給委託管理(聯合會) 一組合數: 169個 組合

### 나. 制度內容

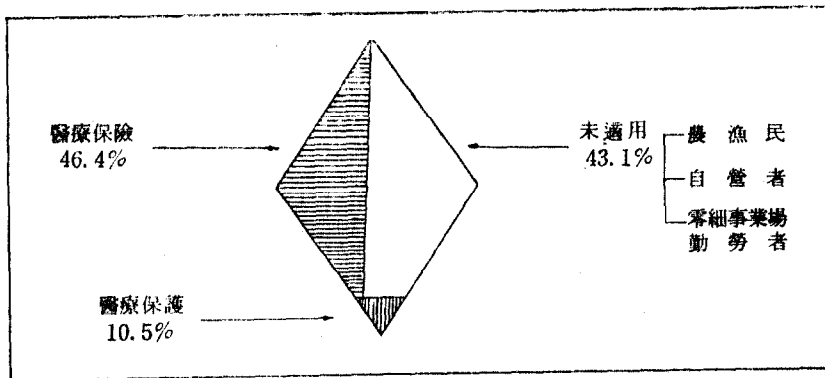
區 分	醫療保險管理公團	職 場 組 合	地 域 示 範 組 合	職 種 組 合
資 格 管 理	○ 機關長申告制	○ 使用者申告制	○ 世帶主申告制	○ 自營者申告制
費 用 負 擔	○ 標準給與의 4.6% 一公務員 · 政府 $\frac{1}{2}$ 負擔 · 被保險者 $\frac{1}{2}$ 一私立學校 教職員 · 被保險者 $\frac{50}{100}$ · 學 校 $\frac{30}{100}$ · 政 府 $\frac{20}{100}$	○ 標準報酬月額3~8% ○ 使用者 $\frac{1}{2}$ 負擔 ○ 被保險者 $\frac{1}{2}$ 負擔	○ 所得水準, 가구원수 에 따른 等級別 徵 稅 一全額本人負擔	○ 標準報酬月額의 3 ~8% 一全額 被保險者 負擔

國庫負擔	○ 없음	○ 組合의 事務費 一部 — 代表理事 人件費 (共同組合) — 4級職員 人件費 (單獨組合)	○ 組合의 事務費 全額	○ 組合의 事務費 一部
保險料徵收	○ 機關長이 每月 給與에서 一括徵收	○ 使用者가 每月 給與에서 一括徵收	○ 自進納付 또는 戶別訪問 徵收	○ 左 同
保險給與	○ 法定給與 — 療養給與, 分娩給與, 療養費, 分娩費 ○ 附加給與 — 장제비, 健康診斷	○ 法定給與 — 療養給與, 分娩給與, 療養費, 分娩費 ○ 附加給與 — 分娩手當, 장제비 本人負擔, 補償金	○ 左 同	○ 左 同
療養取扱機關指定	○ 全國醫療機關一括指定 ○ 市·郡別 診療圈 設定	○ 左 同	○ 1次 診療機關: 保健機關 醫院 ○ 2次 診療機關: 病院 綜合病院	○ 公·敎斗 同一
診療酬價	○ 行爲別 酬價制에 의함	○ 左 同	○ 左 同	○ 左 同

다. 適用現況

1986年 12月末 現在 우리나라 醫療保險 適用人口은 全體人口의 46.4%인 19,256千名이며, 國家

에서 實施하고 있는 零細民을 위한 醫療保護 對象者까지 합하면 56.9%에 달하는 23,642千名이 醫療保障을 받고 있다.



醫療保險 適用現況

'86.12.31 現在

(單位: 千名)

區	分	總 人 口	適 用 人 口	未 適 用 人 口	適 用 率 (%)
	計	41,569	23,642	17,927	56.9
醫療保險	小 計	37,183	19,256	17,927	51.8(46.4)
	事 業 場 勤 勞 者	14,003	13,188	815	94.2

公務員 등	4,329	4,329	—	100
地域住民(農·漁民, 自營者)	18,851	1,739	17,112	9.2
醫療保護 (扶助包含)	4,386	4,386	—	100(10.5)

( )은 全人口 對比 適用率

\* 未適用者(17,927千名) : 全體人口의 43.1%

### III. 醫療保險 醫藥品 登載 및 使用實態

#### 1. 醫療保險 醫藥品 現況

##### 가. 醫療保險 醫藥品의 藥價算定

醫療保險 醫藥品의 藥價算定 및 管理는 保健社會部가 規定한 「醫療保險藥價算定 基準 및 管理要領」에 依據하고 있으며 藥價算定 즉 告示過程을 살펴보면, 製造業者는 醫療保險 醫藥品으로 告示받고자 하는 醫藥品의 品目別, 規格別, 包裝單位別, 工場渡 出荷價를 大韓藥品工業協會에 申告하게 되면, 大韓藥品工業協會는 協會內에 構成되어

있는, 醫療保險 藥價審査委員會를 開催하여, 이를 審査하고, 保社部에 그 結果를 報告하게 되며, 保社部長官은 申告(審査)된 價格에 流通去來幅<sup>1)</sup>을 加算하여 告示하게 된다.(그림 1 參照)

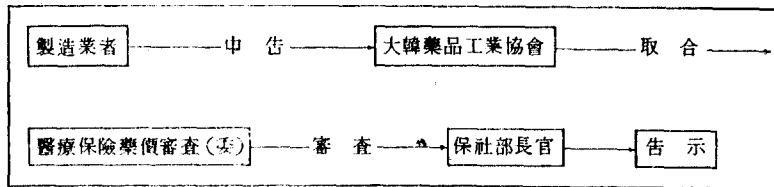
나. 醫療保險 醫藥品의 流通範圍(去來義務行爲) 製造業者가 療養取扱機關에 販賣할 경우에는, 告示價를 超過하여 販賣할 수 없으며, 申告價 未滿으로도 販賣할 수 없다. 또 製造業者가 都賣商에 販賣할 경우에는 都賣마진을 範圍內에서 販賣하여야 한다. 이러한 醫療保險 醫藥品의 流通(去來)範圍를 간단히 表示하면 <그림 2>와 같다.

다. 去來行爲違反에 對한 行政措置

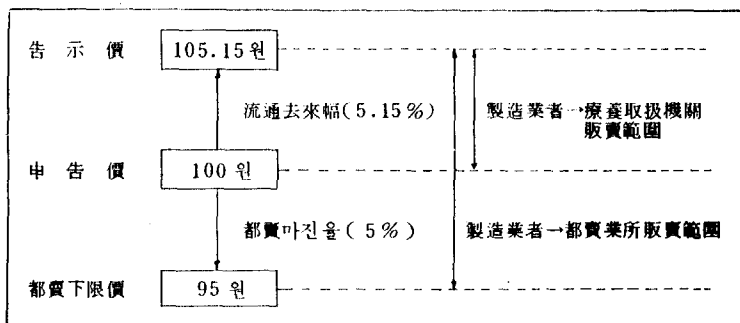
##### 1) 引下措置

申告價(都賣商 販賣時는 都賣마진을 下限水準)

<그림 1> 醫療保險 醫藥品의 藥價算定 및 告示過程



<그림 2> 醫療保險 醫藥品의 流通範圍



1) 流通去來幅 : 高價品(1錠, 1캡셀당 500원 以上, 1병, 앰플당 5,000원 以上)은 3.43%, 麻藥은 27.6%, 其他(低價品)은 5.15%.

未滿 販賣하여, 警告措置後 1年 以內 反復行爲時와 申告價 未滿 販賣時 그 違反頻度數가 높거나, 多量違反한 경우 및 新規登載 또는 引上措置後 6個月 以內 申告價 未滿 販賣한 경우에, 當該 醫藥品の 保險藥價를 引下措置한다. 이에 申告價 未滿으로 販賣한 平均價로 看做하게 된다.

2) 削除措置

療養取扱機關에 告示價보다 높게 販賣하여 警告措置 받은후 1年 以內 反復行爲時와, 引下措置 1年 以內 다시 申告價 未滿으로 販賣行爲時, 新規登載 6個月間 販賣實績이 없는 경우, 그리고 登載規格보다 큰 規格生産販賣時, 30日 以內 登載申告를 忌避하여 警告받은 후, 繼續 申告忌避時, 該當 品目을 削除措置한다.

다. 醫療保險 醫藥品の 事後管理

大韓藥品工業協會會長은 醫療保險藥價의 事後管理를 專擔하는 機構를 設置할 수 있도록 規定되어 있으며, 定期確認으로서, 藥工會長이 每 6個月마다 流通價格 및 販賣實績의 有無를 確認하게 되고, 또 수시 確認으로서 必要하다고 認定될 때, 保社部長官 또는 藥工會長은 流通價格을 確認할 수 있도록 削定하고 있다.

다. 醫療保險 醫藥品 告示現況

우리나라의 醫療保險 醫藥品은 '87.8.1. 現在 158個 業所에서 生産된 5,445品目이 醫療保險 藥價基準額表에 收載되어 告示되어 있다. 醫療保險 醫藥品の 年度別 收載現況은 <表 1>과 같다.

바. 輸入醫藥品 現況

輸入醫藥品の 藥價는 保社部長官이 告示하지 않고 療養取扱機關(病, 醫院)에서 實購入한 價格을 保險者(團體)가 認定하고 있다. 다만 輸入承

<表 1> 醫療保險 醫藥品の 年度別 收載現況

年 度	品目(數)	業體(數)	備 考
'82	3,191	129	各 年度 1月 1日 基準
'83	3,421	139	
'84	3,526	140	
'85	3,807	149	
'86	3,873	158	
'87.8.1	5,445	158	

資料: 保社部の 各年度 告示內容을 分析하여 作成하였음.

<表 2> 國產 醫療保險 醫藥品과 輸入 醫藥品の 比較

區 分	國產醫保醫藥品	輸入醫藥品
算 定 基 準	醫療保險 藥價 基準額表	輸入承認價 (行政 指導價)
認 定 價 格	告示價	輸入承認價 以下의 實購入價
主 使 用 機 關	均 等	大學, 綜合病院偏重(95%)
醫療保險審查 業務	容 易	難 易
品 目 數	5,445品目	450여 品目
同 時 流 通 時	低廉한 藥價로 認定	

資料: 醫療保險管理公團의 所管資料參照

認價(行政指導價格)을 上廻하여 算定할 수 없도록 規定하고 있으며 總藥劑費中 輸入醫藥品の 使用比率은 '84年度診療分의 標本調査 結果, 總藥劑費 560億원중 13億 1千萬원을 차지하고 있어, 2.32%를 占有하고 있다. 診療形態別로는 入院이 68.16%, 外來가 31.84%의 比率이며, 醫療機關 種別로 볼 때, 大學病院이 64.61%, 綜合病院 30.35%, 病院 1.63%, 醫院 3.41%으로 主로 大學病院과 綜合病院에 偏重되어 있음을 알 수 있다.

參考로 國產 醫療保險 醫藥品과 輸入醫藥品을 간단히 比較하여보면 <表 2>와 같다.

現行 醫療保險審查制度에서는 모든 輸入醫藥品이 醫療保險에 適用되는 不合理을 안고 있다. 即 國產 告示醫藥品은 申告制에 의한 業所의 申告로 醫療保險藥價審查委員會에서 審査하여, 이를 土臺로 保社部長官이 醫療保險 醫藥品の 藥價를 告示하게 되므로써, 醫療保險에 適用되나, 輸入藥品의 경우에는, 關聯規定上 實購入價로 認定되고 있어 모든 輸入醫藥品이 醫療保險에 適用되는 矛盾을 안고있다 하겠다.

2. 醫療保險 藥劑費 內容分析

가. 診療行爲別 分析

醫療保險 藥劑費의 內容分析에 앞서, 醫療保險 診療費中 診療行爲別 分析을 하여 보기로 하였다.

分析에 사용된 資料는 醫療保險管理公團에 請求된 '85年 3月 受診分 請求明細書中 入院 4,652件(約 25%), 外來 40,583件(約 5%)을 系統抽出

〈表 3〉'85 醫療機關種別 都市區分別, 入·來院日數 比較

(單位: 日)

區 分	入 院					外 來				
	計	大學	綜合	病院	醫院	計	大學	綜合	病院	醫院
計	8.88	11.43	8.37	8.80	5.52	2.50	1.83	2.01	2.22	2.63
서울	10.26	11.79	9.00	9.97	5.21	2.47	1.84	1.99	2.29	2.68
大都市	9.53	11.88	8.90	8.65	6.24	2.68	1.82	1.99	2.52	2.83
中·小都市	7.59	8.85	7.95	8.43	5.26	2.42	1.77	2.06	2.12	2.53
農·漁村	6.56	—	6.76	7.93	5.41	2.38	—	1.86	2.04	2.44

〈表 4〉'85 醫療機關種別, 都市區分別, 件當診療費比較表

(單位: 圓)

區	分	計	서울	大都市	中小都市	農漁村
入 院	計	282,896	360,979	311,320	218,701	147,241
	大學病院	445,505	472,910	453,935	316,107	—
	綜合病院	267,328	297,619	284,231	252,876	197,009
	病 院	187,889	199,948	189,446	189,899	162,819
	醫 院	114,341	120,942	127,613	108,488	103,009
外 來	計	11,666	13,031	12,031	11,273	9,630
	大學病院	22,192	22,504	22,185	20,415	—
	綜合病院	17,614	16,915	17,938	18,510	15,792
	病 院	12,337	12,279	13,459	12,565	10,901
	醫 院	10,078	10,582	10,532	9,491	5,742

註) 大都市(釜山, 大邱, 仁川, 光州, 大田)

資料: 醫療保險事業報告書, 醫療保險管理公團, 1985. 參照

(Systematic Random Sampling), 總 45,225件을 基礎調査表에 移記한 후 電算入力, 處理한 것이 다.

(1) 入院日數는 大學病院이 11.43日인데 비해 醫院은 5.52日로 大學病院이 醫院의 2倍로 길게 나타났고, 外來 來院日數는 2.63日인데 반해, 大學病院은 1.83日로 낮게 나타났으며, 都市規模別로는 入院이 都市規模가 클수록 長期入院하는 傾向이 있다.〈表 3 참조〉

(2) 件當診療費는 入院의 경우 大學病院 445,505 원으로 醫院의 114,341圓에 비해 3.9倍 정도이며, 外來의 경우도 大學病院이 22,192圓으로 醫院의 10,078圓에 비해 2.2倍로 많았으며, 都市規模別로 보면, 地域의 規模가 클수록 件當診療費가 높았다.〈表 4 參照〉

(3) 診療行爲別 診療費에서는 入院診療時에 가장 많은 金額比重을 차지하는 行爲는 投藥 및 注射料로 37.97%이고 다음은 處置 및 手術料 20.42

%, 入院料 18.46% 順으로 나타났으며, 이를 種別로 보면, 大學病院, 綜合病院에서는 投藥 및 注射料가 39~40%로 제일 많고, 病院도 投藥 및 注射料가 제일 比重이 크나, 醫院은 處置 및 手術料가 36.76%로 제일 높았다. 또한 種別間의 差가 큰 項目은, 投藥 및 注射料, 檢査料, 處置 및 手術料, 入院料이다. 外來 診療에서도, 역시 投藥 및 注射料가 42.92%이며 다음은 診察料로 40.65%이다.

이를 種別로 보면 大學病院, 綜合病院病院은 각각 55.11%, 51.45%, 43.36%로 投藥 및 注射料가 第一順인데 반해, 醫院은 診察料로서 50.04%이며, 種別間의 差가 큰 項目은 投藥 및 注射料, 檢査料, 放射線 診斷 및 治療料이다.〈表 5 參照〉

#### 나. 藥劑費 分析

##### 1) 概 要

診療費의 1/3을 차지하는 것이 藥劑費이다. 이

〈表 5〉診療行爲別,療養取扱機關種別,金額構成比

區	分	計 (構成比%)	大學病院 (構成比%)	綜合病院 (構成比%)	病 院 (構成比%)	醫 院 (構成比%)
入 院	診 察 料 (初・再診)	0.62	0.22	0.76	1.11	2.03
	入 院 料	18.46	16.06	0.06	23.39	20.31
	投 藥 및 注 射 料	37.97	38.82	40.45	34.96	25.42
	麻 醉 料	5.09	4.58	4.87	6.85	6.93
	再 活 및 物 理 治 療 料	0.53	0.19	0.49	1.85	1.07
	精 神 療 法 料	1.24	1.17	0.40	1.65	4.85
	處 置 및 手 術 料	20.42	20.11	17.17	20.66	36.76
	檢 査 料	11.99	14.72	12.06	6.20	1.70
	放 射 線 診 斷 및 治 療 料	3.68	4.13	3.74	3.33	0.93
	件 當 診 療 費	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
外 來	診 察 料 (初・再診)	40.65	13.95	20.57	34.42	50.04
	入 院 料	—	—	—	—	—
	投 藥 및 注 射 料	42.92	55.11	51.45	43.36	39.00
	麻 醉 料	0.15	0.13	0.20	0.13	0.14
	再 活 및 物 理 治 療 料	1.06	0.39	0.97	2.51	1.06
	精 神 療 法 料	1.60	0.88	1.84	0.68	1.79
	處 置 및 手 術 料	4.04	5.23	3.78	3.20	3.95
	檢 査 料	5.65	16.79	10.74	7.46	2.40
	放 射 線 診 斷 및 治 療 料	3.93	7.52	10.45	8.24	1.62
	件 當 診 療 費	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

資料：前掲表와 同一.

註) 處置 및 手術料에 캐스트料도 包含임.

는 藥劑費에 대한 效率的인 統制없이는 診療費 上昇을 統制할 수 없음을 意味한다.

이러한 見地에서 藥劑費의 構成 및 크기와 藥劑群別 金額의 構成과 크기에 대해 分析하였다.

資料는 診療行爲 資料蒐集時 藥劑를 15개 主要 藥效群과 輸入藥으로 나누어 調査하였다.

2) 分析結果

가) 總診療費에 차지하는 藥劑費 件當金額은 入院은 32.16%인 90,966원, 外來는 32.78% 3,826원이며, 投藥方法別 件當 藥劑費를 보면,

入院의 경우 注射藥이 醫院에 비해 大學病院이 더 많은데 비해 外來는 反對로 나타났다.

또한 都市規模別로는 規模가 클수록 件當藥劑費 金額이 많았으나 外來의 경우는 農漁村 地域에서 注射藥 件當金額이 높았다. 〈表 6〉은 件當 診療費에 대한 藥劑費 金額比率를 表로 나타낸 것이다.

나) 投藥方法別 件當 藥劑費 使用種類는 入院의 경우 12.23種, 外來는 5.45種의 藥劑를 使用 하였으며, 入院의 경우는 注射藥을 더 많이 使用

〈表 6〉件當診療費에 대한 藥劑費 金額比率

(單位：%)

區	分	計	大學病院	綜合病院	病 院	醫 院	서 울	大都市	中小都市	農漁村
入	院	32.16	34.14	33.89	26.83	18.68	31.79	34.40	30.31	28.16
外	來	32.78	50.39	45.21	33.55	27.08	37.71	31.54	30.23	30.77

資料：前掲表와 同一



〈表 7〉 藥劑成分別·藥劑費의 診療形態別 配分比

區 分	診 療 形 態 別		
	計	入院	外來
總 藥 劑 費	100.00	35.29	64.71
解熱·鎮痛·消炎劑	100.00	9.19	90.81
其他循環器藥	100.00	38.57	61.43
진해거담제	100.00	5.55	94.45
消化性潰瘍用劑	100.00	14.28	85.72
健胃消化劑	100.00	9.42	90.58
副腎흥몬劑	100.00	32.23	67.77
비타민劑	100.00	37.53	62.47
蛋白質아미노산劑	100.00	96.52	3.48
肝臟解毒劑	100.00	30.77	69.23
酵素製劑	100.00	14.44	85.56
抗癌劑	100.00	34.27	65.73
抗生劑	100.00	45.86	54.14
알부민·플라즈마네이트	100.00	100.00	0.00
페리토졸·다이아닐	100.00	100.00	0.00
其他	100.00	31.64	68.36
輸入藥品	100.00	72.12	27.88

資料：前掲表와 同一

하였고, 外來의 경우는 經口藥을 더 많이 使用하였으나, 療養取扱機關種別로 보면, 機關의 規模가 클수록 入院의 경우는 多種 使用하였으나, 外來는 이와 反對로 나타났으며, 都市規模別로도, 같은 樣相을 보이고 있으나, 外來의 경우에는 農漁村이 多種의 注射藥을 使用하였다.

다) 藥劑成分別 金額配分比를 診療形態 및 療養取扱機關 種別로 보면 入院과 大學病院에서는 알부민, 플라즈마네이트, 페리토졸, 다이아닐, 蛋白質아미노酸劑의 金額比重이 높고(특히 高價인 輸入藥品使用도 많음), 外來, 醫院에서는 진해거담제, 解熱·鎮痛·消炎劑, 健胃消化劑의 金額比重이 높게 나타났다.(表 7參照)

#### IV. 問題點과 抑制代案의 構想

##### 1. 問題點

가. 保險醫藥品 選定과 藥價

- 1) 一般用 醫藥品의 登載
- 2) 保險者(團體)의 藥價 事後管理 參與 排除
- 3) 同一成分, 同一含量製劑의 價格差

4) 複合劑의 藥價告示

5) 病院製劑藥 投與忌避

#### 2. 抑制方案

가. 短期對策

##### 案1. 治療劑의 選定

醫療保險 診療에 使用할 수 있는 醫療保險 醫藥品의 藥價決定過程은 앞서 記述한 바 있다. 藥價가 告示되어, 醫療保險醫藥品으로 使用됨에 있어 患者 診療時, 不要不急한 藥劑를 醫療保險患者 診療에 制限할 수 있는 規定이 “保社部長官은 治療劑가 아니라고 判斷되는 醫藥品은 藥價基準額表에 登載를 아니할 수 있다”로 設定되어 있으나, 實際로는 施行되고 있지 않다.

이는 治療用 藥劑(Ethical Drugs)와 一般用 藥劑(O.T.C. Drugs)의 區分, 즉 醫藥品 分類의 未實施로 現在 經治療用 醫藥品도 保險給與를 함으로서, 藥劑費가 上昇될 수 있는 要因을 안고 있다. 즉, 自家治療(Self-medication)가 可能한 醫藥品은 強力히 醫療保險 醫藥品으로의 登載를 統制하고 治療劑에 限하여 醫療保險 醫藥品으로 登載告示되어야 할 것이다.

##### 案2. 保險者(團體)의 藥價 事後管理參與

藥價 管理機構는 大韓藥品工業協會에 設置되어 있어 保險者(團體)의 參與가 制限되고 있다. 流通價格, 販賣實績 確認등 事後管理는 藥工會長이 實施하고 있어, 醫療保險 醫藥品 費用을 療養取扱機關(病院)에 支給하고 있는 保險者의 藥價 管理 參與가 排除되어 있는 것은 制度的 矛盾이라 하겠다.

保險者는 醫療保險 藥劑費를 管理하는 直接的인 當事者이나, 制度的으로 參與할 수 있는 規定이 없어 결국은 行政當局의 管理에 단 依存하고 있는 問題點이 있다.

##### 案3. 同一成分, 同一含量製劑의 藥價單一化 推進

商品名(Brand Name)으로 藥價를 告示하므로서 保險藥價請求 및 審査의 어려움은 물론 同一成分藥品間 顯著한 價格差가 認定되므로서, 醫療機關의 非道德的 請求가 이루어질 素地를 안고 있으며, 또한 이와 같은 行爲가 있을시, 15,000 餘個의 療養機關을 對象으로 이를 確認하기란 참

〈表 8〉 抗生劑의 成分, 劑型, 含量別 價格差

(單位: 원)

成 分 · 製 型 · 含 量	登 載 會 社 數	最 高 價	最 低 價	平 均 價	最 高 價 - 最 低 價
Ampicillin trihydrate cap. 250mg	6	35.78	34.64	35.21	1.14 (3%)
Amoxicillin trihydrate cap. 250mg	10	74.81	46.27	58.85	28.54 (62%)
Talampicillin HCl cap. 250mg	3	193.77	135.17	169.79	58.60 (43%)
Cephalexin cap. 250mg	6	86.29	62.46	79.72	17.83 (38%)
Cepharidine cap. 500mg	6	615.65	576.14	604.16	39.51 (7%)
Soluble kanamycin sulfate injection 1g	9	455.94	406.86	439.70	49.13 (12%)
Gentamycin sulfate injection. 80mg	10	635.11	270.18	372.43	364.93(235%)
Tobramycin sulfate injection. 80mg	6	3,505.22	2,927.62	3,304.98	578.20 (20%)
Cephaloridine inj. 250mg	2	799.17	686.15	742.66	113.02 (16%)
Cephaloridine inj. 500mg	5	1,419.53	995.47	1,272.28	424.06 (43%)
Cephaloridine inj. 1g	2	2,476.81	1,702.98	2,089.90	773.83 (45%)
Fosfomycin sod. inj. 1g	5	5,247.59	4,910.87	5,079.23	336.72 (7%)
Fosfomycin sod. inj. 2g	2	9,636.73	9,012.76	9,321.75	617.97 (7%)
Ampicillin sod. inj. 250mg	7	147.39	115.83	138.42	31.56 (27%)
Ampicillin sod. inj. 500mg	4	266.03	239.17	252.60	26.86 (11%)

資料: 大韓藥品工業協會: 醫療保險藥價基準額表, 1985年

으로 어려운 일이라 하겠다. 同一成分 및 同一含量製劑의 藥價差가 發生하는 理由는, 製造工程(Know-how)의 差異, 該當製劑의 知名도, 原料輸入價(去來先)의 差異, 營業政策의 差異등 그 要因은 매우 多樣하고 複雜하다 하겠다. 그러나 醫療保險이 公的制度임을 勘案하여 볼 때, 이의 改善은 時急하다 할 것이다.

同一成分, 同一含量製劑의 價格差 例示를 抗生劑의 경우에서 살펴보면 〈表 8〉과 같다.

위 표에서 보는 바와 같이 Ampicillin trihydrate capsule 250mg에서와 같이 最高價와 最低價의 差異가 작게는 3%에서 크게는 Gentamycin sulfate Inj 800mg의 235%까지 나고 있다. 金額面으로는 價格差가 1.14원에서 773.83원까지 나고 있는데 이는 醫療機關의 不正請求要因으로 作用할 수 있고, 藥劑費 過多支出要因으로 指摘할 수 있다.

즉 最低價의 製劑를 投與하고 最高價의 藥價로 請求時 그 差額은 保險藥劑費 支出을 增大시키고 나아가 醫療保險財政을 惡化시킬 憂慮를 안고 있다. 그러므로 同一成分 및 同一含量製劑의 藥價 單一化가 여러 條件上 어려운 점이 있더라도 醫療保險 財政安定에 寄與할 수 있도록 漸進的으로 推進되어야 할 것이다.

案4. 複合劑의 藥價告示制限

醫藥品은 單一劑와 複合劑로 나눌 수 있는데 複合劑는 一般的으로 高價化 傾向이 있다 하겠다. 單一成分을 複合하여, 複合劑로 市販할 때, 製造業者는 許可當局에서 新藥으로 許可를 得하게 되며, 新製劑로 廣告活動을 하여 자연히 高價의 藥劑가 되어지기 때문이다. 複合劑의 藥價告示는 藥劑費支出의 上昇要因은 勿論, 單一劑를 投與하는 것과 比較하여 볼 때 不必要한 成分까지 投與하게 되어, 國民保健側面에서 醫藥品의 濫用問題까지 念慮되어질 수 있다. 이러한 點을 미루어 볼 때, 複合劑의 登載는 制限되어야 할 것이다.

案5. 醫療機關의 製劑藥 投與獎勵 및 補償策 講究

醫療機關에서는, 市販品이 없는 劑型 또는 製劑와 院內 特殊處方에 대한 製劑를 院內에서 供給하고 있다. 이들 院內製劑의 製造에는 藥品原料 뿐만 아니라, 人力이나 各種 間接費用이 製劑 原價로 算定되어야 하나, 現在 施行되고 있는 保險酬價는 藥品原料만을 認定하고 있어, 病院製劑의 開發增大 및 患者治療에 影響을 줄 뿐 아니라, 醫療保險의 擴大와 定着過程에서 病院의 經營의 側面에 問題點으로 되고 있다 하겠다. 醫療機關에서 自體製劑한 藥劑는 普遍的으로 製藥業所에

〈表 9〉病院 自體製劑藥과 保險藥價의 比較

製劑名	病院名	規格	保險 請求價	市中類似藥品 保險藥價
3-S P	高麗病院	錠劑	1.3원	배○○계 무
MM錠	동산病院	〃	5원	당 19.77원
MD錠	서울大病院	〃	5원	

資料：病院藥師會誌，第2卷第1號，1985，p.8.

서 販賣하는 藥劑보다 低廉하다. 그 理由는 利潤 및 廣告販促費 등이 排除되어 있기 때문이다.〈表 9 參照〉

保險者(團體)로 보면 醫療機關의 自體製劑藥을 投與하는 것이 經濟的이고 바람직하다 하겠다. 다만 相對的인 補償이 未備한 것도 事實이므로, 이에 대하여 製造機器의 減價償却費 등 諸費用을 補償하는 對策이 要求되어 진다.

나. 長期對策

案：醫藥分業

우리나라에서의 醫藥分業은 木浦地方에서 示範으로 實施된 바 있으며, 1984年 5月的 強制分業이 實施된 前後의 主要指標를 比較하여 볼 때, 醫藥分業의 實施는 診療費의 減少를 가져오고 있으며 投藥日數가 顯著히 줄어들고 있음을 〈表 10〉

가. 國家的 次元에서의 長, 短點 比較

長	點	短	點
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 治療期間의 短縮(醫藥品의 誤濫用 및 耐性防止)</li> <li>○ 治療效率增大, 醫療機關 訪問回數短縮</li> <li>○ 投藥의 減少와 保險藥價適用으로 藥劑費 減少</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 處方箋料와 調劑料의 二重負擔</li> <li>○ 醫療機關 및 藥局利用率 增加</li> <li>○ 檢査料 및 診療費의 增大可能性</li> </ul>	

나. 各 當事者 立場에서의 長短點

區分	長	點	短	點
國民	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健康保護效果                             <ul style="list-style-type: none"> <li>— 良質醫療의 受惠(醫療의 充實化)</li> <li>— 疾病에 대한 自覺과 責任感(處方內容熟知)</li> <li>— 抗生劑 등에 의한 耐性減縮</li> <li>— 醫藥品 誤濫用 可能性減少</li> </ul> </li> <li>○ 醫療費 支出輕減</li> <li>○ 診療待期·時間減縮</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 醫療機關과 藥局의 重複利用</li> </ul>	
保險者	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保險財政安定→長期的 醫療費 輕減效果</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診療費 審査, 支拂業務複雜</li> <li>○ 患者 및 診療費 統計作成의 隘路</li> </ul>	
醫師	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 投藥效果 提高</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 收入減少</li> </ul>	

와 〈表 11〉에서 보여주고 있다.

〈表 10〉醫療機關의 件當 診療費 推移(木浦)

期 間	任意分業		強制分業		
	'84.4.	'84.5.	6	7	8
件當診療費	9,627	8,416	7,758	8,791	7,954

資料：醫療保險管理公團의 所管資料 參照.

〈表 11〉件當 來院日數 및 處方箋 1枚當 投藥日數

	任意分業		強制分業		
	'84.4.	5	6	7	8
件當來院日數	2.55	2.44	2.53	2.48	2.46
處方箋1枚當投藥日數	4.08	2.23	2.48	2.46	2.93

資料：前掲表와 同一

註：處方箋 1枚當 投藥日數는 來院 1日當 處方箋 投藥期間인

위 表에서 보는 바와 같이 醫藥分業은 醫療保險 藥劑費 抑制方案의 長期的 對策으로 提示될 수 있으며 여러 側面에서의 長短點을 간단히 要約하면 다음과 같다.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>—處方醫藥品の 對象이 病醫院備置醫藥品에 限 定되지 않음</li> <li>○診療專念 및 多數의 患者 診療可能</li> <li>—藥品購入, 管理業務 脫避</li> <li>—醫保藥價 請求業務 脫避</li> <li>○研究開發 및 餘暇確保可能</li> </ul>	藥師專入減少
藥 師	<ul style="list-style-type: none"> <li>○專門知識活用으로 自負心 提高</li> <li>○藥局의 合理的 經營</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○處方箋의 一部 藥品 偏重憂慮</li> <li>○新施設 投資의 必要</li> <li>—藥品 多種 多量 備置</li> <li>○業務의 加重</li> <li>—調劑業務 및 保險藥價 請求業務</li> </ul>

## V. 結 論

藥劑費는 醫療保險 診療費 中에서 가장 統制하기 어려우며, 이의 統制로 醫療保險財政을 安定시키는 것은 결코 쉬운 일이 아니다. 醫療保險 藥劑費 抑制方案은 長期的 對策으로 醫藥分業의 實施, 短期的 對策으로 保險醫藥品 選定과 藥價 告示 및 管理의 合理的 改善이 될 수 있다.

長期的 對策으로 醫藥分業을 定着시키기 위하여는 醫療法 및 藥事法의 改正의 先行, 醫療 전달 체계의 確立, 藥局의 農漁村配置 및 保險藥 收容 態勢 強化, 醫藥分業에 대한 對國民 弘報로 社會的 雰囲気 造成이 要請되어 진다.

短期對策으로 現在 請求錯誤의 直接的인 要因이 되고 있는 同一成分 및 同一含量製劑의 심한 價格差를 점차 單一化 시켜야 하며, 一般用藥(O. T. C. Drugs)과 一般的으로 高價化 傾向인 複合劑를 使用制限하기 위하여 告示登載時 이를 制限하는 것이 必要하다. 製藥會社에서 生産하여 醫療機關에 供給하는 醫藥品보다 低廉한 藥價인 病院製劑를 獎勵하기 위하여 이에 대한 生産價格

現實化 對策이 講究하여야 할 것이다. 이 외에도 醫藥品の 流通構造를 改善하여 公定去來가 되도록 유도하여 製藥會社의 過當競爭을 防止할 수 있는 方法이 마련되어야 한다.

醫療保險 藥劑費 抑制는 短時日內에 解決될 問題가 아니며, 持續的인 努力으로 그 成果를 거둘 수 있다고 보여진다.

## 參 考 文 獻

1. 醫療保險管理公團：醫療保險統計年報(1979~1986)
2. 醫療保險組合聯合會：醫療保險統計年報(1986)
3. 醫療保險管理公團：醫療保險事業報告書(1986)
4. 醫療保險管理公團：主要國의 醫療保障制度(調查資料-19)
5. 韓鏞徹, 金信根：保險藥劑費 支出抑制方案의 研究(1986)
6. 韓國病院藥師會：病院藥師會誌(第2卷 第1號)
7. 醫療保險組合聯合會：醫療保險(第95號)
8. 大韓藥品工業協會：醫療保險 藥價基準額表
9. 保健社會部：保健社會白書(1985)