

보건사회연구

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

- 김안나 가족친화정책의 실태 및 효과성에 대한 근로자 생애주기적 접근
- 강지원 국제비교를 통해서 본 한국의 한부모가족정책
- 배하옥 | 김유경 여성장애인의 사회적 배제와 빈곤의 실증분석
- 장윤정 일본 노인입소시설의 유니트케어(unit care) 실시에 따른
케어워커(careworker)의 소진과 케어업무 및 케어환경에 관한 연구
- 이필도 | 김미혜 표준장례비용 산정에 관한 연구
- 구인회 | 손병돈 | 외국인 이주자의 사회통합 방안 탐색:
엄기욱 | 정재훈 | 영주권자에 대한 사회복지제도 적용을 중심으로
이수연
- 박능후 | 배미원 근로빈곤층 노동이동 결정요인 분석
- 이용갑 지난 20년간 독일 공적 건강보험 개혁과 시사점 :
경쟁적 다보험자체계에서 공적 건강보험제도에 대한 국가의 역할과 책임 강화
- 최성은 과세표준소득의 세율탄력성과 소득세의 효율비용에 관한 연구
- 정인석 | 이상직 약제비 관리방안으로서 저가구매 인센티브 제도
- 김기량 | 김미경 | 한국 식품 미보장 현황 및 특성
신영전
- 서 평 최은진 : 확대되는 의료서비스시장과 소비자의 선택

약제비 관리방안으로서 저가구매 인센티브 제도

정인석
(한국외국어대학교)

이상직
(한국외국어대학교)

본 논문에서는 의사에게 의약품 가격할인노력에 대한 인센티브를 부여함으로써, 의약품 시장에서 수요자 기능을 회복하는 약제비 관리 방안을 검토한다. 동태적 접근 방식을 취해 시간을 일정 단위로 나눈 후 각 기간에는 의약품 상한가를 고정하고, 가격할인으로 생기는 잉여의 일정 비중을 의사에게 인센티브로 지급하며, 기간이 만료되는 시점에서는 상한가를 낮추어 다음 기의 상한가로 적용한다. 이와 같은 저가구매 인센티브와 주기적 약가 재조정이 실거래가 인하, 동일성분 또는 동일치료군 약 중 저가약 수요 증대, 리베이트 소멸 등 약제비 관리 방안으로서 소기의 목적을 달성할 수 있음을 보인다.

주요용어: 인센티브, 주기적 약가조정, 약제비, 동태적 접근

유익한 논평을 해 주신 익명의 논문 심사자들과 2009년도 한국외국어대학교 교내연구비 지원에 감사드립니다.

* 교신저자: 이상직, 한국외국어대학교 (email:slee@hufs.ac.kr)

■ 투고일: 2009. 9. 14

■ 수정일: 2009. 10. 22

■ 게재확정일: 2009. 11. 2

I. 서론

2000년대 들어 약제비는 급격히 증가하였다. 2001년 4조 6,069억원이었던 약제비는 5년 만인 2006년에 8조 359억원에 이르렀고, 그 후로도 꾸준히 증가하여 2008년에는 9조 5,487억원에 다달았다¹⁾. 한편, 2005년부터 2008년까지 건강보험 총진료비 중 약제비가 차지하는 비중은 27~28%대에 이른다²⁾. 이는 OECD주요국가가 총의료비 대비 약제비 비율이 20% 이하가 대부분인 것과 비교하면 높은 수준임을 알 수 있다³⁾. 이와 같이 빠른 증가속도를 보임과 동시에 총진료비 대비 높은 비중을 차지하고 있는 약제비는 건강보험 재정 건정성 악화의 한 요인이 된다⁴⁾. 이에 정부는 2006년말부터 약제비 적정화 방안을 시행하여 약제비 관리 및 지출 억제에 추진하고 있다.

약제비 적정화 방안은 이전의 정책들과는 달리 약제비 관리와 지출을 체계있게 다루려는 시도가 포함되어 있다고 평가할 수 있다. 선별목록제도(positive list) 및 등재 관리, 약가협상, 약가재평가, 실거래가 조사, 약가-사용량 연계 등이 이러한 시도를 반영하는 제도의 예가 된다. 그러나 약제비 적정화 방안에는 약제비와 관련한 현상들을 직접 통제하려는 특성도 있다. 예를 들어 약가책정에서는 기존 방식을 유지하면서 불합리하게 높게 책정된 가격을 조정하는 데 주안점이 놓여 있다⁵⁾. 이는 약가의 수준을 관리하여 건강보험의 약제비 지출을 묶어(contain)두려는 시도로 해석할 수 있다. 이러한 직접 통제 방식은 경제주체들의 행태에 왜곡을 가져올 수 있어, 약제비 적정화 방안의 효과가 실현되지 못하거나 역효과를 낼 수도 있다. 따라서 경제주체들의 인센티브에 영향을 주는 간접 규제 방식을 도입할 필요가 있다.

의약품시장은 시장실패의 속성으로 인하여 시장기구 작동이 원활하지 않다⁶⁾. 특히 수요자

1) 여기에서 인용한 수치는 국민건강보험 공단의 홈페이지(<http://www.nhic.or.kr>)에 있는 '2008년 건강보험 주요지표'에서 나온 것이다.

2) 국민건강보험공단의 '2008년 건강보험 주요지표'를 기반으로 총진료비 대비 약제비 비중을 계산하면 2005년 28.2%, 2006년 28.3%, 2007년 27.5%, 2008년 27.4%이다.

3) 윤희숙(2008b)은 OECD Health Data 2007을 인용하여 2005년 기준으로 총의료비 대비 약제비 비율이 미국 12.4%, 프랑스 16.4%, 독일 15.2%, 캐나다 17.7%, 이탈리아 20.1% 등이며 2004년 기준으로 일본 19.0%, 호주 13.3%임을 보고하고 있다.

4) 윤희숙(2008b)은 2007년 국민건강보험이 2,847억원의 당기 적자를 기록하였는데 약제비가 보험지출의 30%에 이르며, 약제비에 포함된 낭비적 요인이 당기 적자의 상당한 요인임을 지적하고 있다.

5) '약제 상한금액의 산정 및 조정기준'에 의한 상한가 결정은 다음과 같다. (1) 1개 제품만 등재되어 있는 경우는 기등재된 제품 상한금액의 68%로 한다. 이 경우 최초 등재제품의 상한금액은 80%로 조정한다. (2) 2개 제품이상 5개 제품이하 등재되어 있는 경우는 기등재된 제품의 상한금액 중 최저가와 최고가의 85% 중 낮은 금액으로 한다. (3) 6개 제품이상 등재된 경우는 기등재된 제품의 상한금액 중 최저가의 90%와 최고가의 85% 중 낮은 금액으로 한다.

기능이 분산되어 있다. 의약품시장에서 수요자 기능이라 함은 가격-품질면에서 우수한 의약품을 선택하는 기능이라 할 수 있다. 일반재화시장에서는 구입 결정, 대가 지불, 소비의 세 가지 기능을 수요자 한 명이 수행한다. 따라서 수요자는 품질, 가격, 서비스, 효과 등 재화의 거래 조건과 재화 속성에 관한 정보를 수집하고 자신의 후생을 가장 높게 하는 재화를 선택하게 된다. 반면 의약품시장에서는 의약품 구입결정은 의사가, 대가 지불은 건강보험과 소비자가, 소비는 소비자가 한다. 이처럼 수요자 기능이 나누어져 있는 상황에서는 가격-품질면에서 우수한 의약품이 선택되기 어렵게 된다.

의약품시장에서 수요자 기능을 회복하면서 간접규제방식으로 약제비 관리와 지출의 합리화를 추구하기 위해서는 의사의 행태에 영향을 줄 수 있는 제도를 마련해야 한다. 이는 의사가 소비할 의약품을 선택하기 때문이다. 그러므로 의사가 소비 및 지불의 주체인 소비자와 건강보험의 대리인(agent) 기능을 수행하여 가격-품질면에서 최적의 대안을 선택하게끔 해야 한다. 따라서 의사의 인센티브는 의사가 이러한 기능을 수행하도록 작동해야 한다. 이를 위하여 본 논문에서는 저가구매 인센티브 제도의 도입을 검토하고자 한다. 이 제도는 의사의 인센티브를 바꿈으로써 의사들의 의약품 선택 행위에 일정한 영향을 끼쳐 약제비를 절감하려는 시도로서 간접규제방식으로 볼 수 있다. 즉, 이 제도는 의사가 가격인하를 요구하고 그로 인하여 절약한 약제비의 일정 정도를 의사에게 인센티브로 제공하는 방식으로서 의사가 가격-품질면에서 우수한 의약품을 선택하는 인센티브 제도가 될 수 있다.

예를 이용하여 저가구매 인센티브 제도를 다시 살펴보자. 약가의 70%는 건강보험이 부담하고 나머지 30%는 소비자가 부담한다고 하자. 만약 어떤 의약품의 상한가가 100원이라고 하면 저가구매 인센티브 제도를 도입하지 않은 상황에서는 의사가 이 의약품을 선택하면 가격은 100원일 것이고 건강보험이 70원을 부담하고 소비자가 30원을 부담하여 이 금액을 지불할 것이다. 이제 저가구매 인센티브 제도를 도입하고 절약한 금액의 50%를 인센티브로 지불한다고 하자. 의사가 제약회사에 가격인하를 요구하여 동일한 의약품을 80원에 구입한다면 건강보험과 소비자는 80원을 제약회사에 지불하고, 건강보험은 절약한 금액 20원의 50%인 10원을 저가 구매의 인센티브로 의사에게 지불한다. 이제 소비자는 80원의 30%에 해당하

6) 의약품은 신용재(credence good) 또는 경험재(experience good)의 성격이 있다. 신용재는 소비자가 거래의 대상이 되는 재화의 가치와 품질을 거래 시점 및 그 이후에도 알 수 없는 경우이며, 경험재는 거래시점에는 모르지만 소비 후에 비로소 알게 되는 재화이다. 따라서 제약회사와 소비자 사이에 의약품에 대한 비대칭정보가 있게 되고, 우월한 정보를 지닌 제약회사의 도덕적 해이 또는 기회주의적 행동으로 인한 시장실패가 발생할 수 있다. 한편, 의료보험의 존재로 소비자의 도덕적 해이문제가 발생하여 과도하게 의료서비스 및 의약품에 구입할 수 있다. 또한 의료보험이 의약품 관련 비용을 상당부분 지불하기 때문에 의사와 소비자가 의약품 소비를 결정할 때 비용을 충분히 감안하지 않음으로써 고가약 선호와 과다 처방이 빈번해질 수 있다.

는 24원을 부담하고 건강보험은 80원의 70%인 56원을 부담하며 의사에게 지불하는 인센티브 10원도 부담한다. 저가구매 인센티브 제도 도입 이전의 경우 건강보험은 약가 100원의 70%인 70원을 지출하였으나, 이 제도를 도입하면 66원(=56원+10원)만 부담하게 되어 4원을 절약하게 된다. 소비자는 30원을 부담하던 것을 24원만 지불하게 되어 6원 절약하게 된다. 한편, 의사는 이전에는 이 거래에서 얻는 수입이 없었으나 이제는 10원의 수입을 올리게 된다. 반면 제약회사는 100원이었던 수입이 80원으로 되어 20원 감소한다.

저가구매로 절약한 약제비 중 의사에게 인센티브로 제공하는 비율을 인센티브 비중이라 할 때, 인센티브 비중을 어떻게 설정하느냐에 따라 저가구매 인센티브 제도의 효과는 달라질 수 있다. 만약 인센티브 비중이 낮다면 의사는 굳이 약가를 낮추어 구매할 동기가 없게 되어 저가구매 인센티브 제도 효과는 사라진다. 또한 제약회사와 의사 사이에 리베이트가 등장하여 약가를 낮출 동기를 없앨 가능성도 크다. 본 논문에서는 제약회사의 리베이트를 방지하며 의사의 저가구매 노력이 작동할 수 있는 최적 인센티브 비중의 개념을 제시하고 그 결정 방법을 제시한다. 그러나 최적 인센티브 비중은 건강보험과 소비자의 약제비 지출을 일정 정도 이상은 감소시키지 못한다. 따라서 일정기간마다 의약품의 상한가를 낮추는 주기적 약가 재조정을 병행할 때, 저가구매 인센티브 제도가 유의미한 약제비 관리 방안이 됨을 보인다. 특히 제약회사의 리베이트 전략에 대하여 건강보험이 동태적 관점에서 약가 재조정 주기를 달리 선택하는 식으로 대응할 수 있어, 약가 정책의 유효성을 높일 수 있음도 보인다.

건강보험의 약가제도를 개선하기 위한 선행 연구로서 이의경(2006)과 윤희숙(2008a,b)을 들 수 있다. 이의경(2006)은 저가 복제약 사용 확대를 위한 제도 필요와 참조가격제 도입을 주장하고 사용량연동 약가제평가 제도와 오리지널 약 특허 만료 후 가격 인하 등 사후관리체계를 확립하여 등재약품 가격을 관리하도록 하는 정책을 제안하고 있다. 그는 실거래가상환 제도를 평가하면서 저가구매 노력에 대한 경제적 유인이 없어 구매자 기능이 축소되었으며 실거래가가 상한가의 99.56%에 해당하는 결과를 낳았음을 지적하고 있다. 이의경은 저가구매 노력에 대한 인센티브의 부재는 언급하였으나, 인센티브를 어떻게 만들지에 대한 구상은 다루고 있지 않다.

윤희숙(2008a,b)에서는 오리지널 약의 가격에는 정부의 정책이 영향을 미칠 여지가 상대적으로 적은 반면 복제약 가격은 정부의 정책이 영향을 미칠 수 있음을 주장한다. 현재 시행하고 있는 계단형 복제약 가격설정방식이 아무런 근거가 없을 뿐 아니라 복제약 가격을 높게 유지하였고 가격경쟁을 불가능하게 만들고 있음을 지적하고 있다. 저자는 단기적으로 동일 성분 의약품들의 가격을 하향 평준화하고 장기적으로는 가격 입찰제를 도입하는 내용의 보험약가정책의 개선안을 제안하고 있으며, 평균실거래가 상환제도의 도입도 주장하고 있다.

윤희숙(2008a,b)에서 복제약 가격을 중심으로 제약회사의 가격경쟁을 유도하는 방안을 제안하고 있으나, 의사의 인센티브와 제약회사의 행태를 동태적 관점에서 접근하여 의약품 가격 인하를 유도하는 본 논문의 제안과는 차이가 있다.

본 논문의 구성은 다음과 같다. 제2절에서는 실거래가 상환제도의 문제점을 살펴 본 후 저가구매 인센티브 제도 도입의 타당성을 약제비 관리 및 지출 제어의 관점에서 알아본다. 제3절에서는 최적 인센티브 비중과 주기적 약가 재조정 효과의 효과를 살펴본다⁷⁾. 제4절은 요약 및 결론이다.

II. 저가구매 인센티브 제도

여기에서는 지금까지 실시한 보험약가제도에 대하여 간략히 살펴본 후 저가구매 인센티브 제도 도입의 타당성을 알아본다.

1. 고시가 상환제도

1977년 의료보험제도 도입과 함께 실시한 약가제도가 고시가 상환제도이다. 이 제도는 각 약품의 생산원가에 일정한 유통 마진률을 적용하여 고시가를 결정하고 실거래가와와는 상관없이 고시가로 상환하는 것을 원칙으로 한다. 생산원가를 파악하기 위해서 시행초기에는 일정 규모 이상의 제약회사는 정부가 직권조사를 하고 나머지 회사는 자료를 제출하도록 하였다. 그러나 조사의 어려움과 조사가격과 각 회사의 공장도 출하가격이 별다른 차이가 없다는 이유로 1982년부터는 신고제로 바뀌었다.

제약회사에서 제출하는 공장도 출하가격 자료를 기반으로 원가를 산정하는 점이 고시가 상환제도의 단점을 낳는 한 요인이 되었다⁸⁾. 허위 신고를 방지하기 위하여 정부는 현장조사를 실시하였다. 제약회사가 사전신고 없이 고시가 대비 24.17%이하의 가격으로 거래하는 경우를 현장조사에서 발견하면 보험약가를 인하하는 조치를 취하였다. 정우진(2002)에 따르면 이러한 정부 조치를 회피하기 위하여 제약회사가 의료기관에 각종 리베이트를 제공하고, 허

7) 제2절과 제3절의 내용은 보고서 'FTA 환경에서 건강보험 약제비 적정화 방안의 파급효과' 중 저자들이 서술한 부분을 기반으로 한다.

8) 정우진(2002)은 약품의 경우 규모의 경제와 범위의 경제가 작용하여 정확하게 원가를 산정하기 어렵다는 점과, 제약회사가 제출한 공장도 출하가격 자료를 심사하는 데에 제약협회의 임원이 참여하도록 되어 있어 심사의 공정성과 객관성이 훼손된 점, 고시가 조정의 경직성 등도 고시가 상환제도의 문제점으로 열거하고 있다.

위 세금계산서를 작성하며 이면계약을 하는 등 음성적인 거래가 만성화되었다. 이런 현상으로 고시가와 실거래가는 차이가 생기게 되었고 그 차액은 의료기관의 수입이 되었다⁹⁾.

2. 실거래가 상환제도

1999년 11월 15일부터 실시한 실거래가 상환제도는 의약분업과 보조를 맞추면서 기존 고시가 상환제도의 문제점을 개선하기 위하여 도입하였다. 특히 고시가와 실거래가 차액 발생에 따른 약가마진을 없애 의약품 유통구조를 투명화하고 음성적 거래를 근절하려고 하였다. 엄밀한 의미에서 이 제도는 “개별”실거래가 상환제도라고 할 수 있다. 동일한 의약품이라고 하더라도 제약회사와 각 의료기관별 실거래가격에 따르면, 그 가격들을 모두 인정하고 상환한다는 것이다. 당초 논의과정에서는 “평균”실거래가 상환제도가 거론되었다. 평균실거래가는 동일한 의약품의 실거래가가 여러 개 있을 경우 이 가격들의 가중평균가격을 산출하고 이를 기준약가로 책정하는 제도를 의미한다. 기준약가보다 낮은 가격으로 의약품을 거래한 의료기관 및 약국은 그 차액을 가져갈 수 있어 의료기관과 약국의 실거래가 인하노력에 대한 인센티브도 반영하고 있다. 그러나 최종 결정단계에서 평균실거래가 상환제도는 개별실거래가 상환제도로 바뀌게 되었다¹⁰⁾. 이 제도에서는 건강보험은 개별 의약품의 상한가를 책정하고, 실거래가는 의료기관과 제약회사 사이에서 자유롭게 결정되며, 개별 실거래가에 기반하여 건강보험이 의료기관에 상환한다.

가. 실거래가 상환제의 문제점

실거래가 상환제도의 도입근거¹¹⁾를 세부적으로 살펴보면 다음과 같다.

- 의약품 사용에 따른 요양기관의 이윤배제 및 과잉 투약 방지
- 약가 차액을 소비자에게 환원
- 병원은 진료수가를 중심으로 병원경영을 유지하고 기존의 약가 마진에 의한 교차보전을 방지함.

9) 정우진(2002)은 고시가와 실거래가의 약가차액은 의료기관에 대한 교차보조의 성격이 있다고 지적하고 있다. 그는 의료보험도입 당시 낮은 국민소득수준으로 인하여 의료보험 재정이 한정된 상황에서 의료수가를 인상할 수 없었기 때문에 약가차액으로 의료계의 불만을 무마했다고 말한다.

10) 이 과정에 대한 정치경제학적 해석은 정우진(2002)을 참조하라.

11) 여기의 도입근거는 이의경(2006)에서 인용한 것이다.

위의 근거에 대해서 논의해 보자. 첫째, 과잉투약문제는 과거 고시가제도 하에서 고시가가 제대로 조정되지 않았기 때문이라고 보아야 한다¹²⁾. 실거래가 상환제 도입 이후에도 과다처방 문제는 없어지지 않았다¹³⁾. 이는 실거래가 상환제가 잘못된 의사의 인센티브를 바로잡으려는 적극적 대책이 아니라, 고시가가 실거래가를 초과하는 문제, 즉, 약가 거품을 해소하는데 그치는 소극적 방식이라는 점에 기인한 결과이다. 따라서 제약회사가 의사에게 약간의 유인이라도 제공하면 의사의 선택은 왜곡될 수 있었다.

둘째, 약가 차액을 소비자에게 환원한다는 것은 단기적인 시각이다. 실거래가로 상환하면 의사는 실거래가를 낮출 인센티브가 사라진다. 마치 전력회사에 석유 구입비용의 인상을 구입한대로 소매요금에 반영하는 것과 마찬가지이다. 당연히 전력회사는 싸게 구입할 이유가 없다. 즉, 이미 존재하는 고시가와 실거래가의 차이는 단기적으로 제거할 수 있지만 그 이후에 실거래가는 하락하지 않는다는 것이다¹⁴⁾.

셋째, 처방과 진료간의 교차보전은 그 자체가 문제라기보다는 그로 인하여 발생하는 의사의 왜곡된 행태가 문제이다. 의약분업 이전 시기의 경우 처방으로 생기는 마진은 과잉투약을 유발하였고, 진료 서비스에 대한 과소한 보상은 진료의 질을 저하시켰다. 수가의 상향조정으로 후자의 문제를 일정 정도 해소할 수 있겠으나, 실거래가 상환제 도입으로 전자의 문제를 해소하지는 못하였다. 그 이유는 의사에게 적정 투약의 인센티브가 없어, 제약회사의 리베이트 유인에 취약했기 때문이다. 오히려 의사의 저가구매 인센티브를 소멸시킴으로써 고가약 선호를 강화시켰다¹⁵⁾.

요약하면, 의약분업에 의한 실거래가 상환제는 약가마진제거로 과다처방이라는 문제를

12) 이의경(2006)은 과거 고시가 상환제도를 시행할 때 실거래가는 고시가 대비 30% 밑도는 수준이었으나, 약가지수로 살펴볼 때 고시가 인하 실적은 매우 미약하다고 말하고 있다.

13) 2008년 1월 22일자 건강보험심사평가원의 보도자료(“처방전당 약품목수 평가결과 공개”)에서 밝힌 의료기관 전체의 평균 처방전당 약품목수는 아래와 같다.

연도	'02년 2분기	'03년 2분기	'04년 2분기	'05년 2분기	'06년 2분기	'07년 2분기
처방전당 약품목수	4.50	4.24	4.17	4.15	4.17	4.06

한편, 동일한 자료에서 인용한 주요국의 처방전당 약품목수는 다음과 같다.

국가	호주	프랑스	독일	이탈리아	일본	스페인	스위스	영국	미국
처방전당 약품목수	2.16	4.02	1.98	1.98	3.00	2.20	2.25	3.83	1.97

(‘05년, 의원기준, 한국아이엠에스헬스(주))

결국, 2007년 2분기에 조사된 4.06개는 주요국의 의원기준 처방전당 약품목수에 비하여 크게는 2배정도 많은 수준에 해당한다. 위의 첫 번째 표에서 보듯이 이러한 과다처방은 과거부터 지속된 현상인 것도 확인가능하다.

14) 윤희숙(2008a)에 따르면 2007년 12월 31일 기준으로 보험등재의약품의 청구현황을 중심으로 산출한 품목별 실거래가는 평균적으로 상한가의 99%를 초과하고 있다. 그는 동일한 현상을 배은영 김진현(2001)에서도 발견할 수 있어 실거래가 상한제도 시행 초기부터 실거래가는 상한가 아래로 하락하지 않는 현상이 지속되고 있다고 말한다.

해결하려는 제도였지만 의사들의 저가구매 인센티브를 사라지게 하여 고가약 선호경향을 야기하였으며, 리베이트 관행¹⁶⁾은 과다처방과 고가약 선호경향을 촉진하였다. 또한 제약회사들의 정상적인 가격인하 경쟁이 소멸하여 실거래가가 하락하지 않았다. 실거래가 상환제는 실거래가가 고시가보다 낮다는 현상만 보고 약가와 약제비 지출을 줄이겠다고 도입했지만 소기의 목적을 달성하지 못하고 오히려 참여자들의 인센티브를 왜곡한 결과를 낳았다. 경제주체들의 행동과 인센티브를 정확하게 파악하지 못하고 제도를 도입한 결과라고 평가할 수 있다.

3. 저가구매 인센티브 제도 도입의 타당성

서론에서 소개한 저가구매 인센티브 제도는 실거래가 상환제로 인하여 소멸된 의사의 저가구매 인센티브를 회복하려는 제도이다¹⁷⁾¹⁸⁾. 이 제도를 도입함으로써 기대하는 효과는 실거래가가 상한가 이하로 낮아지고, 동일성분 또는 동일치료군의 의약품 중 가격이 낮은 약품을 선택하며, 고가약을 저가약으로 대체하는 것이다. 이러한 효과가 실현될 때 저가구매 인센티브 제도는 도입할 타당성이 크다고 할 수 있다¹⁹⁾. 아래에서 이러한 효과의 실현 가능성에 대하여 살펴본다.

15) 배은영(2007)는 2001~2004년 자료를 이용하여 약제비 증가 요인을 분석하고 있는데 동일성분 내 고가약의 사용은 줄어드는 경향이 있으나 동일 효능군으로 범위를 넓히면 고가약의 사용 비중은 지속적으로 증가하는 모습을 보이고 있고 이는 약제비 증가의 한 요인으로 작용하고 있음을 보여주고 있다. 이의경(2006)도 의약분업제도 도입 이후 고가약 및 오리지널 제품의 처방이 증가함에 따라 보험약품비의 증가율은 오히려 분업 이전보다 더 높아졌으며, 이것이 보건의료비 중 약품비 비중이 높아진 원인이라고 지적하였다.

16) 윤희숙(2008a)에서 인용한 2007년 10월 공정거래위원회의 발표에 따르면, 공정거래위원회는 리베이트 규모가 제약회사 전체 매출의 20% 수준으로 추정하였는데 2006년 기준으로 제약산업의 시장규모 10조 5,400억원 중 2조 1,800억원이 리베이트로 제공되었을 것으로 예상하였다. 한편, 공정거래위원회의 2009년 1월 15일자 보도자료("7개 제약회사의 부당고객유인행위 건")에 따르면 공정거래위원회가 리베이트 제공을 이유로 다국적 제약회사 5개사와 국내 제약회사 2개사에 대하여 총204억원의 과징금을 부과하였는데 이것은 리베이트 관행이 지속되고 있음을 보여주는 예라 할 수 있다.

17) 실거래가 상환제도 도입 당시 논의되었던 평균실거래가 상환제도에도 의료기관의 약가인하 인센티브를 포함하고 있다. 이런 측면에서 저가구매 인센티브 제도는 평균실거래가 상환제도와의 연관이 있다. 다만, 본 논문에서 제안하는 저가구매 인센티브 제도는 뒤에서 논의할 주기적 약가 재조정 과정까지 포함하여 동태적 관점에서 약가 정책의 개선을 접근하고 있다는 점에서 평균실거래가 상환제도와 차이가 있다.

18) 본 논문은 주사제와 같이 의사나 병원이 직접 환자에게 투여하고 대가를 지급받는 경우에 국한하여 저가구매 인센티브제도의 효과에 대하여 논의할 것이다. 약구에 대한 인센티브 효과는 직접 언급하지 않지만 본 논문의 주된 주장은 그 경우에도 타당하다고 추측한다.

19) 저가구매 인센티브제도의 구체적인 형태는 다양할 수 있는데, 기본적으로 개별 의약품의 상한가에 대비하여 실거래가가 낮아지는 경우 그 차액의 일정비율을 의사에게 인센티브로 건강보험이 지급하는 형태를 염두에 두고 논의할 것이다. 아래의 소절 라에서 다른 형태와 비교 및 논의할 것이다.

가. 실거래가 인하여부

먼저, 저가구매 인센티브 제도가 도입되면 의약품 실거래 가격이 상한가 이하로 낮아질지 여부를 알아보자. 이 제도를 실시하면 의사에게 가격 인하의 금전적 인센티브가 생기므로 의사는 제약회사에게 거래가 인하를 강하게 요구할 것이다. 즉, 도매가격 협상에서 의사는 적극적인 가격인하 요구의 주체가 된다. 이러한 점에서 수요자 기능을 수행하게 되는 것이다. 따라서 의약품 실거래 가격이 상한가 이하로 낮아질 가능성이 크다.

나. 동일성분 동일 치료군 의약품들 중 저가약 수요증가 여부

다음으로, 저가구매 인센티브 제도하에서는 의사가 동일 성분 또는 동일 치료군 중 더 싼 것을 선택할지 여부를 살펴보자. 이 경우는 여러 의약품들이 동일 성분 동일 치료군에 속하게 되어, 이 의약품들의 기준가를 어떻게 설정할지가 문제가 된다. 저가구매 인센티브를 계산하기 위해서는 의사가 가격할인을 얼마나 했는지 판단해야 한다. 그런데 가격할인폭을 알아내려면 기준가가 있어야 한다. 동일그룹에 속하는 의약품이 많이 있을 때는 기준가를 정하는 방법이 여러가지가 있을 수 있다. 여기에서는 두 가지 경우로 나누어서 생각해 본다.

첫째, 해당 의사의 과거 구매가를 기준가로 채택하는 경우이다. 예를 들어, 의사가 과거에 A약을 100원에 구입하였다고 하자. 현재 대체약품인 B의 가격이 60원이라면 의사는 B를 선택할 이유가 있는가? 가령 동일 성분 또는 동일 약효군에 속하는 약은 사실상 동일한 것으로 인정한다면 B를 선택함으로써 40원의 일정 비율을 보상으로 받을 수 있다. 이 때에는 저가구매의 인센티브가 매우 강하게 나타날 것이다. 또한 그 결과 제약회사간 가격 인하경쟁도 강화될 것이고 결과적으로 약제비는 상당히 감소할 수 있다. 반면 개별 약을 별개의 것으로 간주한다면 구매 경험이 없는 약을 택하고 아무리 낮은 가격으로 구입한다 하더라도 보상은 없게 된다. 동일 성분 또는 치료군의 약들에 대하여 동일한 구입 활동이라고 인정할지 여부의 문제가 제기될 수 있다. 현실적으로 동일 성분의 약들 간에 최대 10배 가까운 가격차이가 존재하는 상황에서 고가약을 구입하던 의사가 최저가격의 약품을 구입하였다고 그 차액의 일정부분을 지급하는 것이 가능하고 또 바람직한지는 의문이다. 품질차이가 있다면 의사들의 저가구매 인센티브가 과도하다는 비판이 있을 수 있고 제약회사들의 반발이 극심하게 나타날 수도 있다. 그리고 동일그룹 안에서 저가약의 수요가 늘어날 때 고가약의 제약회사가 가격인하로 대응하는 데는 한계가 있다²⁰⁾. 즉, 고가약의 가격 하락이 충분히 유발되지 않을 수 있다. 한편, 해당 의사의 과거 구매가를 기준으로 하는 경우 인센티브는 일회성이 될

가능성이 크다. 한 번 쓴 약을 구입하면 다음에는 그 구매가가 기준이 되기 때문이다.

둘째, 각 약품의 규제가격인 상한가를 기준으로 설정하는 경우이다. 위의 예에서 약품 A의 가격 100원은 상한가이면서 실제가격이고, 약품 B의 가격 60원도 상한가이면서 실제가격이라고 해 보자. 의사는 과거에 약품 A를 구입하였다면 이번에 약품 B로 구입을 전환하더라도 인센티브 보상은 없다. 구입가가 상한가이기 때문이다. 그러나 이 경우 앞의 경우와 두 가지 점에서 차이가 있다. 먼저, 제약회사간에 가격인하 경쟁이 유발된다. 즉, 약품 B의 제약회사는 가격을 낮추어 의사의 수요를 유인할 인센티브가 있으며 A의 제약회사도 가격인하로 이에 대응할 것이다²⁰⁾. 다음으로, 실거래가가 상한가보다 낮으면 상한가가 조정되지 않는 한 시간이 지나도 인센티브 보상은 계속 지급된다. 그 결과 일회성인 위의 경우와 대비하여 가격인하에 대하여 수요가 더 탄력적이고 인센티브의 효과가 크게 나타난다. 그러므로 상한가를 저가구매 인센티브 산정의 기준으로 하는 것이 더 타당하다. 이는 위에서 논의하였듯이 제약회사들 사이 가격경쟁이 촉진되며, 의사는 가격에 대하여 더욱 민감하게 반응할 것이기 때문이다.

다. 고가약 수요 감소 및 저가약 수요 증가 여부

마지막으로, 저가구매 인센티브 제도가 도입되면 의사의 선택은 반드시 고가약에서 저가약으로 이동할지 여부에 관하여 살펴보자. 상한가를 기준으로 하는 경우에는 반대로 저가약에서 고가약으로 수요가 이동할 가능성이 있다. 대체로 고가약의 초과이윤이 더 크기 때문에 더 큰 가격할인을 제시할 수 있으며 따라서 저가약을 선택하던 의사도 저가구매 인센티브 제도 도입으로 고가약으로 선택을 전환할 수 있는 것이다²¹⁾. 따라서 소비자와 건강보험의 약제비가 일시적으로 상승할 수도 있다. 그러나 가격경쟁으로 인하여 고가약 및 저가약의 가격이 하락하게 되면 약제비는 감소 추세를 보일 수도 있다²²⁾.

20) 가령 A는 100원, B는 10원이고 동일 성분이며, 동일성분 약의 구매를 동일한 약의 구매로 간주한다면, A를 구입하던 의사는 B로 이동하면서 90원의 일정비율을 보상받는다. 이를 저지하려면 A는 10원으로 가격을 인하해야 한다.

21) B의 제약사가 5원의 가격인하를 제시하면 A의 제약사는 마찬가지로 5원의 가격하락으로 의사의 수요이동을 저지할 것이다. 만일 가격 차이가 품질의 차이를 반영하고 있다면 의사의 지나친 저가약 구매도 막을 수 있을 것이라는 점에서 바람직하다.

22) 동일 성분 또는 동일 치료군의 구매를 동일 구매활동으로 인정하면서 과거 구매가를 기준으로 하는 경우에는 이러한 현상이 발생하지 않지만, 그 경우에도 고가약의 약가가 크게 떨어진다면 품질, 브랜드 가치 등을 고려해서 저가약에서 고가약으로 수요가 이동할 수도 있다.

23) 한편 고가약의 제약회사는 높은 초과이윤으로 더 큰 리베이트를 제공할 유인을 가지므로 고가약이 더 많이 소비될 것이다. 따라서 리베이트 관행에 의해 이미 고가약 선호경향이 존재하므로 저가구매 인센티브의 도입이 저가약에서 고가약으로 수요를 추가로 전환시킬 가능성은 제한적이라 할 수 있다.

라. 입찰제 및 참조가격제와 비교

현행 보험약가정책의 개선안으로 언급되는 제도로서 입찰제와 참조가격제를 들 수 있다. 입찰제는 매기 복제약 제약회사와 오리지널약 제약회사가 건강보험에 판매가격을 제출하면, 건강보험이 동일성분 또는 동일치료군에서 최저가 약품만 상환대상으로 선정하는 제도이다. 따라서 제약회사 사이의 가격경쟁을 기대할 수 있고, 약제비의 절약도 예상할 수 있다. 이 제도의 근간은 효능면에서 차이가 없는 복제약과 오리지널약 사이 가격경쟁이다. 따라서 정부가 보증하는 생동성시험이 확립된 후에야 입찰제의 효과를 기대할 수 있다²⁴⁾.

한편, 참조가격제는 독일에서 1989년 도입한 후 네덜란드, 덴마크, 캐나다 등에서 실시하고 있다. 이 제도는 동일성분 또는 동일치료군에 속하는 약품들에 대하여 건강보험이 하나의 기준가격, 즉, 참조가격을 정하고, 소비자가 참조가격보다 낮은 가격의 약품을 구매하면 그 비용을 건강보험과 소비자가 부담하지만 참조가격보다 높은 가격의 약품을 구매하면 그 차액을 소비자가 전부 부담하는 체계이다. 이 제도의 장점으로는 소비자가 약가와 관련한 비용을 인식하게 된다는 점이다. 그러나 이의경(2006)에서 지적하였듯이 참조가격제를 도입하고 시행하기 위해서는 제약회사, 의사, 소비자 등의 의견조정이 전제되어야 하며, 대체조제의 도입 등 선행 또는 병행되어야 하는 다른 제도적 장치들에 대한 도입논의도 필요하다²⁵⁾.

본 논문에서 고려하는 저가구매 인센티브 제도는 특별한 전제조건이 없다는 측면에서 위의 두 제도와 차이가 있다.

4. 인센티브 비중, 리베이트, 가격할인

저가구매 인센티브 제도가 약제비 관리 및 지출에 미치는 효과는 인센티브 비중의 크기에 영향을 받는다. 즉, 인센티브 비중을 얼마로 설정하느냐에 따라 제약회사의 리베이트 전략이 바뀌게 되고 이는 다시 의사의 의약품 가격 할인을 위한 노력 정도에 영향을 미치게 한다. 아래에서는 인센티브 비중과 리베이트 그리고 가격할인의 관계를 살펴본다.

24) 윤희숙(2008a,b)은 현재 식약품안전청의 생동성시험에 대한 신뢰가 낮은 상태에서 입찰제를 도입하기 힘들다고 주장하며, 정부가 생동성시험 체계를 개선해야한다고 지적한다.

25) 이의경(2006)에 따르면 의약분업실시 후 불필요한 고가약 조제를 막기 위하여 2001년 5월 참조가격제 도입을 정부가 고지하였으나, 다국적 제약회사, 의사, 소비자 등의 반대와 치료동등성이 입증된 의약품의 분류 방식 및 상환 가격 설정방식에 대한 논란 등으로 이 제도를 도입하지 못한 바 있다.

가. 기존에 리베이트가 없는 경우

여기에서는 저가구매 인센티브 제도를 도입하기 이전에 제약회사가 의사에게 리베이트를 제공하지 않는 경우를 상정한다. 우선, 저가구매 인센티브 제도가 도입되어 의사들이 요구하여 의약품 가격이 낮아진다면, 인센티브 비중이 100%보다 작은 경우에는 의사의 인센티브와 제약회사의 수입으로 생기는 잉여의 합이 축소되는 사실을 알 수 있다. 이는 건강보험(및 소비자)의 지출이 감소하기 때문이다²⁶⁾.

간단한 예를 들어보자. 논의의 편의를 위하여 상한가를 기준으로 인센티브를 지불한다고 하자. 상한가가 100원이고 인센티브 비중이 50%라고 하면 저가구매 인센티브 제도 도입 이후 의사가 20원의 할인을 요구하고 제약회사가 이를 받아들인다면 실거래가는 80원이고, 건강보험이 의사에게 저가구매의 인센티브로 10원을 지불한다. 이 결과, 제약회사의 수입(80원)과 의사의 잉여(10원)의 합은 90원이 된다. 상한가로 거래가 이루어지는 경우에는 제약회사 수입(100원)과 의사의 잉여(0원)의 합이 100원이다. 따라서 저가구매 인센티브 도입이 실거래가를 낮춘다면 양자의 잉여의 합이 감소하는 것이다. 그만큼 건강보험의 지출이 감소하므로 건강보험의 이득이 된다. 당연히 제약회사는 가능하다면 리베이트를 제공함으로써 건강보험의 이득을 제약회사와 의사 양자의 잉여로 남겨두려고 할 것이다. 제약회사는 저가구매 인센티브 제도 도입 이후 의사가 20원의 가격 인하를 요구할 때, 의사에게 실거래가를 100원으로 남겨두려고 의사에게 리베이트를 제공하려 할 것이다. 이 때 제약회사는 의사에게 10원을 리베이트로 제시하면 의사는 실거래가를 80원으로 낮추면서 10원의 리베이트를 받는 것과 실거래가를 100원으로 두면서 리베이트 10원을 받는 것과 마찬가지로 된다. 제약회사에게는 이득이 된다. 제약회사는 100원의 실거래가를 건강보험(과 소비자)에게서 받고, 리베이트 10원을 의사에게 제공하므로 제약회사의 수입은 90원(=100원-10원)이 된다. 그런데 90원의 수입은 저가구매 인센티브 제도가 도입되면 얻게 될 수입 80원보다 10원 더 큰 득이 된다. 제약회사가 10원 이상을 의사에게 리베이트로 제공할 수도 있겠으며 리베이트의 크기는 양자간의 협상에 의하여 결정될 것이다. 중요한 것은 건강보험의 이득으로 돌아갈 10원을 공급자의 잉여로 남겨두는 것이 가능해진다는 점이다.

위의 예에서 의사는 10원의 리베이트 제안을 거절할 수 있다. 그 이유는 음성적 거래는 위험성이 따르기 때문이다. 건강보험의 실거래조사 또는 공정거래위원회의 조사에 발각될 수

26) 분석의 편의를 위하여 건강보험이 실거래가의 전부를 보상하는 것으로 논의할 것이다. 소비자의 일부 부담이 있어도 논점의 변화는 없다.

있고, 그 경우 처벌을 받을 수도 있고 의사의 명성이 손상될 수도 있다. 따라서 그러한 위험성을 보상할 수 있는 수준의 리베이트를 제공해야 한다. 저가구매 인센티브 제도에서 인센티브 비중이 높을수록, 실거래조사에서 발각될 가능성이 클수록, 발각된 경우 처벌의 강도가 클수록, 제약회사가 의사에게 제공하여야 하는 리베이트는 높아진다. 만일 그 수준이 과도하게 높게 되면 제약회사는 리베이트를 포기할 것이다. 그 결과, 저가구매 인센티브 제도가 당초 의도했던 대로 실거래가가 낮아지고 리베이트는 없어지면서 실거래가 인하로 인한 이득을 의사와 건강보험이 나누어 갖게 되는 결과가 얻어질 수 있다²⁷⁾.

이상의 논의는 적어도 인센티브 비중이 높지 않은 상황에서는 저가구매 인센티브 제도가 리베이트를 촉진할 수 있다는 것을 보여주기도 한다. 저가구매 인센티브 제도가 없는 경우 의사는 약가에 대하여 경제적 이해가 없으므로 제약회사가 리베이트를 제공할 이유가 약하며, 만약 이런 상황에서 제공하는 리베이트가 있다면 이는 자사 제품의 판매를 늘리려는 목적과 더불어 경쟁 제약회사의 약을 의사가 선택하지 않게 하려는 데 목적이 있다. 그러나 저가구매 인센티브 제도가 도입되면 제약회사가 리베이트를 제공하는 목적에 의사의 가격 인하 노력을 저지하는 것도 추가될 것이다.

반면, 인센티브 비중이 충분히 높아지면 제약회사의 리베이트 의욕은 좌절된다. 극단적으로 비중이 100%이면, 의사가 받아들이고 제약회사가 기꺼이 제공하는 리베이트 수준은 없어진다. 위의 예에서 인센티브 비중이 100%라고 해보자. 의사가 80원을 요구하면 건강보험은 할인한 20원을 전부 의사에게 지불한다. 이에 대응하여 제약회사가 실거래가를 100원으로 유지하려면 의사에게 최소한 20원 이상의 리베이트를 제공해야 한다. 만약 의사가 이를 받아들인다면 제약회사의 수입은 약가수입 100원에서 리베이트를 빼야 하므로 80원 이하가 된다. 따라서 리베이트를 제공할 이유가 없어진다. 음성적 거래의 위험성이 있고, 리베이트 제공을 위한 추가적인 비용(가령 유통조직의 운영 등)이 소요된다면 리베이트를 저지하기 위한 인센티브 비중은 100%보다 낮을 수 있다. 따라서 인센티브 비중이 낮을 때에는 제약회사의 리베이트가 인센티브 비중의 증가함수이지만, 어느 수준을 초과하면 리베이트는 없어진다. 이 점은 아래의 소절 다에서 다시 살펴 볼 것이다²⁸⁾.

27) 저가구매 인센티브 제도는 리베이트에 대한 건강보험 측에서의 대응이라 할 수 있다. 리베이트는 의사의 인센티브를 제약회사에 가깝도록 하는 기능을 하지만 반대로 저가구매 인센티브 제도는 의사의 인센티브를 건강보험에 가깝게 유도하는 기능을 한다고 해석할 수 있다.

28) 아래 소절 다에서는 기존 리베이트가 있음을 전제로 한 분석이기 때문에 기존 리베이트가 없는 경우를 가정한 지금과는 상황이 다르다. 리베이트를 없애거나, 생기지 않게 하는 인센티브 비중은 기존 리베이트의 존재여부에 따라 달라지지만, 지금 고려하는 리베이트 비율과 인센티브 비중의 관계는 기존 리베이트의 존재 여부와는 관계없이 성립하므로 소절 다의 분석을 참고할 수 있다.

나. 기존에 리베이트가 있는 경우

한편, 의사와 제약회사간에 이미 리베이트 거래가 존재하는 경우에도 저가구매 인센티브 제도는 리베이트를 제거할 수 있는 방안이기도 하다. 즉, 음성적 거래를 양성화하는 효과가 있다. 의사가 제약회사에게서 음성적으로 리베이트를 받던 것을 건강보험이 대신 이를 지불하는 것이라 할 수 있다. 그러나 이미 존재하는 리베이트를 없애기 위해서는 인센티브 비중이 충분히 커야 한다. 다음의 상황을 보자.

현재 상한가는 P 이고 현재의 리베이트는 rP 라 하자. 제약회사의 수입은 $(1-r)P$ 이다. 인센티브 비중은 t 라 하자. 제약회사가 리베이트를 지불할 때는 유통조직 관리 등으로 인하여 추가비용이 발생한다. 의사의 가격할인 요구를 받아들일 때는 이러한 추가비용이 발생하지 않는다. 분석을 단순화하기 위하여 제약회사가 리베이트를 지불할 때는 일정한 한계비용(constant marginal cost)²⁹⁾을 c 라 하고, 의사의 가격할인요구를 받아들일 때는 c' 라 하자. 이제 $c \geq c'$ 라고 가정하고, $\delta = c - c' \geq 0$ 이라 하자.

의사가 요구하는 가격을 P' 이라 하면 가격인하율은 $(P - P')/P = s$ 이다. 의사가 리베이트를 거절하고 가격인하 및 인센티브 보상을 선택할 조건은 아래의 식과 같다³⁰⁾.

$$t(P - P') \geq rP$$

부등호의 왼쪽은 가격인하 및 인센티브 보상을 선택했을 때 의사의 이득이며, 오른쪽은 인센티브를 포기하고 리베이트를 선택했을 때 의사가 얻게되는 이득이다. 이를 달리 표현하면 수식(1)과 같다.

$$ts \geq rt \geq r/s \quad (1)$$

이는 리베이트를 제거하는 최소한의 인센티브 비중(t)은 리베이트 비중(r)을 의사가 요구하는 가격인하율(s)로 나눈 것이 된다. 가령, 리베이트가 20%, 의사가 요구하는 가격인하율이 30%라면 리베이트를 제거하기 위해서는 인센티브 비중이 67% 보다는 높아야 함을 보여준다. 여기서 리베이트를 없애기 위한 최소 인센티브 비중은 리베이트 비중(r)에 정비례하고 의사가 요구하는 가격인하율(s)에 반비례함을 알 수 있다. 따라서 현재의 리베이트 비중이

29) 이 비용은 의약품의 생산비용과 더불어 리베이트 등의 활동을 위한 판매비용도 포함한다.

30) 의사에게 두 대안이 무차별한(indifferent) 경우에는 가격인하 및 인센티브 보상을 선택한다고 가정한다.

높으면 인센티브 비중도 높여야 의사가 리베이트를 선택하지 않게 된다. 또한 의사가 더 큰 가격인하를 요구할 수 있는 상황이라면 인센티브 비중은 더 작아도 된다.

한편, 위의 논의에서 저가구매 인센티브 제도가 도입되었을 때 제약회사가 제시하는 리베이트 비중이 그대로 유지된다고 가정하고 있다. 그러나 저가구매 인센티브 제도 도입으로 의사의 행태에 변화가 생기면 당연히 제약회사의 리베이트 전략도 변하게 될 것이다. 이제 인센티브 비중이 t 일 때 제약회사가 의사로 하여금 리베이트를 선택하게 유도하기 위해서는

$$r > ts \tag{2}$$

수식(2)가 되어야 한다. 이는 리베이트 비중 r 은 인센티브 비중(t)과 의사가 요구하는 가격인하율(s)의 곱인 ts 보다 높아야 함을 의미한다. 결국, 식(2)는 의사가 리베이트를 선택하는 것이 합리적 선택이 되도록 하는 조건이다.

다음으로, 제약회사로서도 리베이트 제공이 자신들에게 유리한 선택이어야 한다. 즉, 리베이트를 제공한 후 얻게 되는 제약회사의 이윤이, 의사가 저가구매 인센티브를 선택하여 제약회사가 리베이트를 지불하지 않을 때 얻게 되는 제약회사의 이윤보다 커야 한다. 이 조건은,³¹⁾

$$(1-r)P-c > P-c' \Rightarrow r < \frac{(P-P')}{P} - \frac{\delta}{P} = s - \frac{\delta}{P} \tag{3}$$

수식(3)과 같다. 이는 리베이트 비중 r 이 가격인하율보다 작아야 함을 보여준다. 여기서 식(3)은 제약회사가 리베이트를 선택하는 것이 합리적 선택이 되도록 하는 조건이다. 제약회사가 리베이트를 제공하여 의사가 저가구매 인센티브를 선택하지 못하게 하면서 그것이 제약회사에게 더 유리하기 위해서는 위의 식(2)와 식(3)을 동시에 만족하여야 하므로 리베이트 비중 r 은

$$ts < r < s - \frac{\delta}{P} \tag{4}$$

수식(4)를 충족해야 한다. 그런데 식(4)가 의미가 있기 위해서는, 즉, $ts < s - \frac{\delta}{P}$ 가 되어야 한다. 만약 건강보험이 인센티브 비중 t 를 $0 \leq t < 1 - \frac{\delta}{sP}$ 를 만족하는 수준으로 정하면, 제약회사는 식(4)를 만족하도록 리베이트 비중 r 을 설정하고 의사에게 리베이트를 제공함으로써 의사가 저가구매 인센티브를 선택하지 못하게 할 것이다. 이는 결국 인센티브 비중 t 일 때 리베

31) 평균비용을 $c(c')$ 로 가정하였기 때문에 단위당 이윤을 살펴봄으로써 기업의 총이윤을 이해할 수 있다.

$$t \geq 1 - \frac{\delta}{sP} \quad (5)$$

이트는 사라지며, 그렇지 않을 때에는 저가구매 인센티브 제도를 도입하더라도 리베이트는 사라지지 않을 수 있음을 보여준다. 여기서 δ 가 0보다 크면 식(5)를 만족하는 최저수준의 t 는 1보다 작다. 즉, 리베이트를 제공할 때 제약회사의 평균비용이 의사의 가격할인요구를 수용할 때보다 크면, 인센티브 비중이 100%보다 낮아도 의사가 저가구매 인센티브 제도를 선택하고 제약회사의 리베이트는 사라질 수 있음을 확인할 수 있다.

다. 리베이트 처벌 위험 반영한 경우

지금까지 논의한 모형에서는 음성적 거래가 발각되어 의사가 처벌받을 위험성을 반영하지 못하였다. 이러한 위험을 반영하여 제약회사의 리베이트 전략을 살펴보자. 이제 제약회사로서는 의사가 저가구매 인센티브 제도를 선택하지 않도록 하기 위해서는 의사가 리베이트 수준으로 처벌받을 위험성에 대한 보상을 포함하여 리베이트를 제공해야 한다. 곧, 리베이트 수준을 높이게 된다. 리베이트 거래가 발각되어 처벌받을 위험에 대한 보상비율을 $u(\geq 0)$ 로 표현할 때 의사가 리베이트를 선택하기 위해서는 위의 식(2)가 아래의 식과 같이 되어야 한다.

$$r > ts + u$$

또한 제약회사가 리베이트를 선택하는 것이 합리적 선택이 되도록 하는 조건인 식(3)을 함께 고려하면 리베이트 비중 r 은 식(6)을 충족해야 한다.

$$ts + u < r < s - \frac{\delta}{P} \quad (6)$$

여기서 알 수 있는 것은 t 가 커지면 $ts + u$ 가 증가하여 식(6)을 만족하는 r 도 커지게 된다는 점이다. 그러나 t 가 계속 커져 $ts + u \geq s - \frac{\delta}{P}$ 가 되면 식(6)을 만족하는 r 이 존재하지 않게 된다. 따라서 리베이트를 없애는 조건인 $ts + u \geq s - \frac{\delta}{P}$ 를 다시 정리하면, 식(7)이 성립해야 함을 알 수 있다.

$$t \geq 1 - \frac{\delta}{sP} - \frac{u}{s} \quad (7)$$

그런데, t 가 0보다 작을 때는 의미가 없으므로 $0 \leq \frac{\delta}{sP} + \frac{u}{s} \leq 1$ 로 논의의 범위를 한정한다. 식(7)의 부등식을 만족하는 최소 수준의 t 는 저가구매 인센티브 제도가 리베이트를 방지하면서 소기의 목적을 달성하기 위한 최소한의 인센티브 비중이 된다. 이 최소 인센티브 비중은 처벌 위험에 대한 보상(u)에 반비례하고, 의사가 요구할 수 있는 가격인하율(s)에 정비례함을 확인할 수 있다.

요약하자면, 인센티브 비중 t 가 $0 \leq t < 1 - \frac{\delta}{sP} - \frac{u}{s}$ 를 만족할 때는 식(6)에 따라 리베이트 비중 r 은 다른 변수들이 일정할 때 t 의 증가함수이다. 따라서 인센티브 비중 t 가 위의 구간에서 커질 때, 리베이트 비중도 높이면 의사는 리베이트를 선택할 것이다. 즉, 건강보험이 결정한 인센티브 비중 t 가 이 구간에 속하면 제약회사는 식(6)을 만족하도록 리베이트 비중 r 을 설정하여 리베이트를 의사에게 제공함으로써, 의사가 저가구매 인센티브 제도를 선택하지 못하게 할 것이다. 그러나 $t \geq 1 - \frac{\delta}{sP} - \frac{u}{s}$ 에 대해서는 식(6)을 충족하는 r 이 존재하지 않아 제약회사는 리베이트를 제공하지 않는다. 앞의 소절 거의 마지막에서 언급하였듯이, 제약회사가 의사에게 리베이트 수수에 대한 발각 및 처벌 위험에 대한 보상을 포함한 금액을 리베이트로 제공할 경우에는 인센티브 비중이 반드시 100% 즉 $t = 1$ 일 필요는 없다는 점을 식(7)에서 확인할 수 있다.

결론적으로, 위에서 살펴 본 세 경우를 모두 만족하는 최소한의 인센티브 비중을 최적 인센티브 비중³²⁾이라 하고 t^* 로 나타내면, 이는 r, s, δ, u 에 영향을 받는다. 이들 중 δ 와 u 의 값이 양수일 때 최적 인센티브 비중 t^* 는 1보다 낮을 수 있다. 따라서, 인센티브 비중 t 가 $t^* \leq t \leq 1$ 를 만족하면 리베이트는 사라진다. 즉, 제약회사가 리베이트 제공에 따라 추가비용을 부담하게 되거나, 리베이트 수수 처벌에 대한 보상을 고려하여 리베이트 규모를 책정하려 할 때는 인센티브 비중이 100%보다 낮더라도 최적 인센티브 비중 t^* 보다 크거나 같으면, 의사는 리베이트를 선택하지 않고 저가구매 인센티브 제도를 선택할 것이다.

III. 최적 인센티브 비중과 주기적 약가 재조정

위의 논의에서 보았듯이 저가구매 인센티브 제도를 도입하더라도 인센티브 비중을 낮게 설정하면 리베이트를 오히려 촉진할 수 있다. 만일 이러한 리베이트로 인하여 제약회사들의 연구개발 투자가 저해된다면 사회적으로 바람직하지 않다. 반면, 인센티브 비중이 충분히 높

32) 리베이트를 유발하지 않으면서 소비자가격을 최소화시킨다는 점에서 최적(optimal)이라 할 수 있다.

으면 인센티브는 리베이트를 차단하고 실거래 가격을 낮출 수 있다.

앞에서 보았듯이 상한가 기준으로 최적 인센티브 비중 t^* 를 반영하여 저가구매 인센티브를 제공한다면 리베이트가 완전히 소멸한다. 이 경우 실거래가가 하락하여 제약회사의 수입은 감소하고, 약가 절약액의 t^* 비중은 의사에게 돌아간다. 결국 절약한 약가 중 $(1-t^*)$ 비중만 소비자와 건강보험의 지출감소로 이어질 뿐이다. t^* 가 상당히 크다면 소비자와 건강보험의 혜택을 제한적일 것이다. 결국 약제비 지출 감소 정도를 상당히 높이기 위해서는 (삭제) 또 다른 정책이 필요하다.

이미 언급하였듯이 의사의 가격할인을 위한 노력과 건강보험의 잉여의 흡수 사이에는 상충관계(trade-off)가 존재한다. 이와 더불어 약제비 지출 감소라는 또다른 목표를 달성하기 위해서는 정태적(static) 접근 방법이 아니라 동태적(dynamic) 관점의 정책이 필요하다. 아래에서는 주기적 약가 재조정이 이러한 목적을 달성할 수 있게 하는 정책임을 살펴볼 것이다.

1. 주기적 약가 재조정

다음과 같은 약가 조정 방식을 생각해보자. 시간을 일정한 단위로 나누어 기간을 설정한다. 기간의 길이를 어떻게 설정하느냐는 것은 규제 선택사항이다. 이 기간에는 의약품의 상한가를 고정시킨다. 그리고 상한가가 고정되어 있다는 의미에서 이 기간을 고정기간이라고 부르자. 고정기간에는 약가 절약액에 최적 인센티브 비중 t^* 를³³⁾ 적용한 인센티브 만큼을 의사에게 지급한다. 따라서 의사들에게는 제약회사에게 가격할인을 요구할 강한 인센티브가 생긴다. 또한 인센티브 비중이 t^* 이므로 위에서 논의하였듯이 제약회사가 리베이트를 제공하여 의사들의 저가구매 인센티브 제도 선택을 막기는 어렵다. 다만 고정기간 동안 건강보험과 소비자의 지출 감소 규모는 절약한 약제비의 $(1-t^*)$ 비중에 묶인다. 고정기간이 만료되는 시점에 그동안 수집된 실거래가 정보를 종합 분석하여 상한가를 인하하고 이것이 다음 고정기간 동안의 저가구매 인센티브 제도의 기준이 된다.

이제 위에서 소개한 주기적 약가 재조정 방식의 장점에 대하여 살펴보자. 먼저, 이 조정방식은 건강보험이 의사를 가격할인의 대리인으로 활용하는 데 주안점이 있다. 이미 살펴본 바와 같이 의사의 가격할인 노력과 건강보험의 잉여 흡수 사이에는 상충관계가 있다. 주기적 약가 재조정 방식이 작동하기 위해서는, 최적 인센티브 비중을 적용하여 의사의 가격할인 노력이 많이 나타나게 해야 하므로 건강보험의 잉여 흡수는 줄여야 한다. 비록 고정기간에는

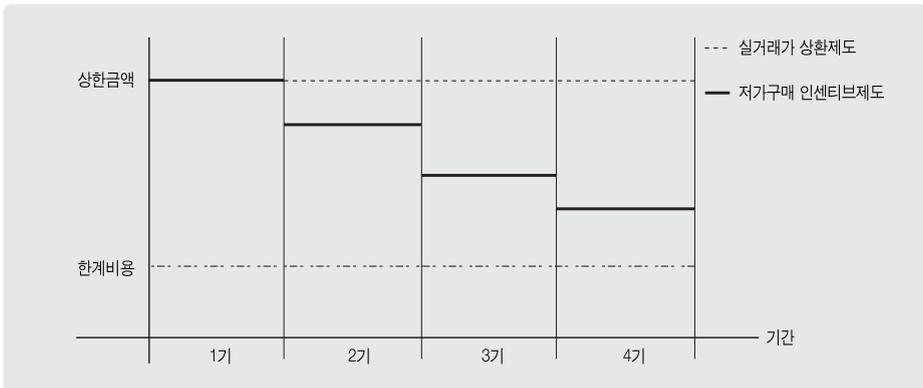
33) 물론, 인센티브 비중 t 가 $t^* \leq t \leq 1$ 일때도 동일한 결과가 성립한다.

의사에게 일정 비율의 이득을 주지만 고정기간이 만료되면 상한가를 인하하여 의사가 얻어낸 할인의 이득을 건강보험으로 이전할 수 있다³⁴⁾.

이 접근방식의 또 다른 이점은 정보의 획득이다. 의사들은 인센티브 보상을 받기 위해서는 건강보험에 실거래가를 보고해야 한다. 따라서 건강보험은 실거래가 조사를 위하여 인력과 시간을 쓰지 않아도 의사들의 자발적인 보고에 의하여 가격 정보를 획득하는 것이다.

이러한 제도 하에서 상한가는 당장 낮아지는 것은 아니지만 시간이 지남에 따라 점차 하락하게 될 것이다. 가격 하락은 의사가 수요자 기능을 수행함으로써 가능해진다. 즉, 더욱싼 가격에 약품을 구입하려고 하기 때문에 제약회사간에 가격 인하 경쟁을 한 결과인 것이다. 따라서 시장기구가 제대로 작동된 결과라고 해석할 수 있다. [그림 1]에서 수평선의 점선은 실거래가 상한제도를 유지했을 때의 시간의 흐름에 따른 가격 변동을 나타낸다. 논의의 편의상 의약품 생산에 소요되는 한계비용은 일정하다고 가정한다. 의사들에게 저가구매의 인센티브가 없기 때문에 가격이 하락하지 않는다. 반면에 계단형의 실선은 최적 인센티브 비중과 주기적 약가조정 방안이 도입된 경우의 약가 추세를 보여준다. 점진적으로 가격은 경쟁적 가격 수준에 수렴할 것이다.

그림 1. 저가구매 인센티브 제도와 실거래가 상한제도



34) 이러한 가격설정 방식은 자연독점 기업의 가격규제 방식으로서 강한 인센티브 규제인 고정가격제(fixed price rule), 또는 가격상한제(price cap regulation)의 의의를 그대로 반영하는 것이다. 이 제도에서는 일정기간 소비자가 가격을 일정하게 또는 기업의 비용과 무관한 방법으로 설정하면 그 기간동안 기업은 가격과 비용의 차이를 차지하며 가격은 비용에 따라 변하지 않으므로 비용을 낮추려는 강한 인센티브가 있게 된다. 일정 기간이 지나면 규제기관은 가격을 조정함으로써 기업이 달성한 잉여를 소비자에게 귀속시키기 위하여 가격을 낮추게 된다. 즉, 비용절감 인센티브의 확보와 가격 하락을 통한 소비자 후생 증진이라는 두 가지 정책목표를 이와 같은 방법으로 달성하는 것이다. 후자의 목표만을 추구하는 비용가산방식(cost plus rule) 또는 공정보수율규제(rate of return regulation)와 대조된다. 여기에서는 비용변동을 수시로 소비자 가격에 반영하기 때문에 기업은 비용을 낮추려는 인센티브를 가지지 못한다. 결과적으로 정태적 효율성은 달성되지만 동태적 효율성은 달성되지 못하는 것이다.

2. 제약회사 리베이트 전략과 건강보험의 대응

한편, 주기적 약가 재조정이 도입된 후 제약회사의 행태도 달라질 수 있다. 특히 리베이트 전략이 바뀔 수 있다. 예를 들어, 고정기간이 경과되면 상한가가 하락할 것을 예상하여 제약회사가 손실을 보면서도 의사에게 저가구매로 인한 인센티브를 초과하는 금액을 리베이트로 제시할 수 있다. 의사가 저가구매 인센티브 제도에 따라 가격할인을 요구하게 되면 고정기간 만료 시점에 상한가는 낮아진다. 이는 제약회사의 미래 수입이 줄어들게 됨을 의미한다. 따라서 향후 상한가가 낮아지는 것을 방지하기 위해서 제약회사는 의사가 저가구매에 따른 인센티브를 선택하지 못하게 하려고 더 높은 리베이트를 제공하는 적극적 리베이트 전략을 선택할 수 있다.

다음 두 가지 점에서 건강보험은 제약회사의 적극적 리베이트 전략에 대응할 수 있다. 첫째, 고정기간이 길어지면 제약회사가 과도한 리베이트를 계속 제공하기가 힘들어진다. 고정기간이 길어질수록 가격할인으로 의사가 얻을 수 있는 인센티브의 절대규모는 커진다. 따라서 의사의 가격인하 노력은 더 강해지며 이러한 의사의 가격인하 노력을 저지하려면 제약회사로서는 더 많은 리베이트를 제공해야 하며, 제공기간도 길어지게 되어 제약회사의 부담은 증가하게 된다.

둘째, 고정기간 만료시점의 상한가 조정 규칙을 어떻게 하느냐에 따라 이러한 유인을 없앨 수 있다. 즉, 경쟁관계에 있는 동일 성분의 약들에 대해서는 한 약품의 실거래가가 하락할 때 그 약의 상한가를 낮출 뿐 아니라 동일성분의 다른 약의 상한가도 적절한 정도로 낮추는 것이다. 그렇다면 한 제약회사가 의사에게 가격인하를 선택하지 않도록 리베이트를 제공하더라도 고정기간이 만료된 시점에 다른 경쟁제약회사의 가격 하락으로 처음 제약회사의 상한가도 낮아지게 된다. 즉, 제약회사 A가 가격하락을 저지할지 여부에 있어서 자신의 상한가가 인하되는 가능성이 유일한 결정요인은 아니라는 것이다. 극단적인 경우로 동일 성분의 모든 약에 똑같은 상한가를 적용하며 그 상한가는 모든 약의 실거래가 중에서 가장 낮은 가격과 같게 하면, 개별 제약회사는 자신의 상한가가 하락하는 것은 방지하려는 노력을 할 유인이 작아지는 것이다³⁵⁾.

35) 예를 들어, 동일 성분 의약품이 5개 있고 이 의약품들의 상한가를 100원이라고 하자. 의약품 A에 대해서 20원의 가격인하 요구가 있을 때 그것을 막기 위하여 20원 이상, 가령 30원의 리베이트를 제공하여 손실을 부담한다고 하더라도 다른 제약회사가 가격 인하를 받아들이면 A 제약회사는 상한가 하락을 막지 못하면서 손실만 본 것이다. 따라서 경쟁 제약회사들이 완전한 담합을 하지 못하는 상황에서는 상한가 방어 노력은 성공할 가능성이 적고 손실만 입게 된다.

3. 기대효과

먼저, 저가구매 인센티브 제도가 과다처방에 미치는 영향을 살펴보자. 과거 고시가 상환제도의 문제점으로 지적된 것이 과다처방이다. 이 제도에서는 약품 한 단위당 경제적 이득이 있으므로 처방 의약품 양을 늘리려는 유인이 발생하였다. 저가구매 인센티브 제도에서도 고정기간에는 상한가가 고정되므로 고시가 상환제도와 유사한 면이 있다. 따라서 실거래가 상환제도에서는 과다처방이 발생하지 않으나, 저가구매 인센티브 제도에서는 이 문제가 발생한다고 지적할 수 있다. 그러나 다음 두 가지 점을 바탕으로 위에서 제시한 방안에서도 특별히 문제가 되지 않는다고 주장한다. 첫째는 앞의 실거래가 상환제의 문제점 소절에서 살펴본 것처럼 현실에서는 이미 리베이트로 인하여 실거래가 상환제도 하에서도 과다처방 문제는 계속 존재하고 있다. 저가구매 인센티브 제도가 리베이트를 인센티브로 전환한다는 점에서 특별히 과다처방의 유인을 더 증폭시키지는 않는다고 볼 수 있다. 둘째, [그림 1]에서는 실거래가 상환제도와 저가구매 인센티브 제도 모두 과다처방 문제가 있다고 가정해 보자. 실거래가 상환제도의 경우에는 리베이트가 과다처방을 유발할 수 있으며, 저가구매 인센티브 제도에는 인센티브가 과다처방의 원인이 될 수 있다. 그러나 시간이 흐름에 따라 저가구매 인센티브 제도의 경우에는 상한가가 하락하여 인센티브가 감소하고 따라서 과다처방의 유인은 시간이 흐름에 따라 감소한다. 그러나 실거래가 상환제도의 경우에는 시간이 흐름에도 불구하고 과다처방의 유인은 그대로 유지된다.

다음으로, 저가구매 인센티브 제도 도입으로 의약품 수요가 고가의 오리지널약에서 저가의 복제약으로 이동할지 여부를 살펴보자. 앞에서 논의하였듯이 가격경쟁이 발생하면 수요가 어느 쪽으로 기울어질지 예측하는 것은 쉽지 않다. 오리지널약의 약가가 높으므로 가격 인하의 여력이 더 크다고 할 수 있다. 오리지널약 가격의 하락폭이 크다면 의사들의 오리지널약 선호가 늘어나 의약품 수요가 오리지널약으로 이동하리라 예상할 수 있다. 결국, 저가구매 인센티브 제도를 도입한다고 하더라도 고가의 오리지널약에 대한 수요 중 저가의 복제약에 대한 수요로 바뀔 가능성은 단정해서 말 할 수 없다. 다만 가격경쟁이 회복되면서, 약가 전체의 하락을 예상할 수 있어 약제비 증가 경향이 둔화될 수 있다.

IV. 요약 및 결론

본 논문에서는 의사로 대표되는 요양기관의 의약품 가격할인 노력에 경제적 유인을 제공함으로써 의약품 시장에서 소비자 기능을 회복할 수 있는 정책을 검토하였다. 이 정책은 소비자 기능 중 낮은 가격에 재화를 구매하려고 노력하는 소비자 행태를 의약품 시장에서 구현하여 약제비 관리를 간접 규제 방식으로 추구하는 방안이다. 실거래가 상환제에서는 저가구매 노력에 대한 경제적 유인을 제공하지 않아 실거래가는 상한가 수준에서 결정되어 약가 하락이 나타나지 않았다. 본문에서 의사를 건강보험과 소비자의 대리인으로서 저가구매에 적극 나서게 하기 위해서는 인센티브 비중이 일정 수준 이상이 되어야 함을 보였다. 건강보험이 의사의 가격할인 노력에 보상할 인센티브 비중이 낮으면 오히려 제약회사의 리베이트가 의사의 행태에 영향을 줄 수 있으며, 리베이트를 중심으로 하는 음성적 거래를 방지하기 위해서는 인센티브 비중이 최소한 최적 인센티브 비중과 같아야 한다. 본문에서 최적 인센티브 비중이 어떻게 결정되어야 하는지에 대하여 논의하였다.

한편, 건강보험과 의사 사이에는 가격할인노력과 가격할인으로 창출되는 잉여의 배분에 대해 이해관계가 상충한다. 이러한 상충관계를 완화하면서 동시에 약가하락을 통한 약제비 절감과 지출 제어를 달성하기 위해서는 의사와 건강보험 그리고 제약회사 사이의 관계를 동태적 관점에서 접근해야 한다. 즉, 시간을 일정 단위로 나누어 기간을 정하고 한 기간에서는 의약품의 상한가를 고정함으로써 의사가 고정된 비율의 인센티브를 지급받을 수 있도록 보장할 필요가 있다. 이는 의사의 가격할인 노력을 적극 유도하기 위한 장치이다. 기간이 만료되는 시점에 가서 그 기간에 입수한 실거래가 정보를 바탕으로, 그 기간의 상한가보다 낮게 다음 기 상한가를 책정한다. 이러한 주기적 약가 재조정을 시행함으로써 약가는 계속 낮아져 장기적으로는 한계생산비용에 근접하게 될 것이다. 건강보험이 매 기간 최적 인센티브 비중을 적용하여 가격할인으로 절감한 약제비의 일정부분을 의사에게 지불하고 나머지만 건강보험이 흡수할 수밖에 없는 것은, 의약품시장이 시장 실패 속성을 지니고 있기 때문에 생긴 일종의 사장비용(deadweight loss)으로 볼 수 있다. 따라서 이러한 사장비용을 인정하지 않고 정태적 관점에서 절감한 약제비 전부를 건강보험이 매기 흡수한다면, 의사는 가격할인 노력에 대한 경제적 유인이 없어서 그러한 노력을 하지 않게 되며 약가는 하락하지 않게 된다. 결국 동태적 관점에서 주기적 약가 재조정을 시행하는 것이 약제비 지출을 통제하는 데 유효함을 알 수 있다.

지금까지 의약품 시장의 수요측면에서 약제비 관리 방안을 검토하였다. 그러나 약제비 관리의 효율성을 높이기 위해서는 의약품 공급 측면에서도 개선방안을 마련하여야 한다. 수요

측면과 공급측면을 함께 고려하는 약제비 관리 방안은 향후 연구 주제가 될 것이다³⁶⁾.

정인석은 Princeton University에서 경제학 박사학위를 받았으며, 현재 한국외국어대학교 경제학부에서 교수로 재직 중이다. 주요관심분야는 미시경제학, 산업조직론, 법경제학이며, 현재 약가규제제도, 보건의료제도, 정보통신규제제도 등을 연구하고 있다 (E-mail: icheong@hufs.ac.kr).

이상직은 존스홉킨스대학교에서 경제학 박사학위를 받았으며, 현재 한국외국어대학교 경제학과에서 조교수로 재직 중이다. 주요관심분야는 미시경제학이며, 현재 약가규제제도 등을 연구하고 있다(E-mail: slee@hufs.ac.kr).

36) 익명의 한 심사자는 약에 대한 의사의 결정이 경제적 동기에 의해서만 이루어지지 않음을 지적하였다. 본 저자도 전적으로 동의하지만 경제적 동기가 중요한 동기들 중 하나라고 생각하며, 본 논문은 의사의 경제적 동기에 국한하여 논의하고 있다는 점에서 한계가 있다는 것을 인정한다.

참고문헌

- 국민건강보험공단(2009). 2008년 건강보험 주요 지표. 국민건강보험공단.
- 김성욱, 정종찬, 이평수(2005). 합리적 약제비 관리방안 연구. 국민건강보험공단.
- 배은영, 김진현(2001). 보험약가관리제도의 개선방안. 한국보건사회연구원.
- 배은영(2007). 약제비 증가의 기여요인과 영향 분석. 보건경제와 정책연구, 13(2), pp.39-54.
- 윤희숙(2008a). 건강보험약가제도의 문제점과 개선방향. KDI정책연구시리즈.
- 윤희숙(2008b). 보험약가제도 개선을 통한 건강보험 지출효율화. KDI정책포럼, 203.
- 이의경(2006). 건강보험 약가 정책의 문제와 발전방향. 건강보험포럼, 5(2), pp.3-15.
- 정우진(2002). 의료정책의 정치경제학: 건강보험 약가정책을 중심으로. 한국정책학회보, 11(4), pp.99-133.

A Study on an Incentive System for Reducing Pharmaceutical Expenditure in Korea

Insuk Cheong

(Hankuk University of Foreign Studies)

Sangjik Lee

(Hankuk University of Foreign Studies)

Due to asymmetric information, the pharmaceutical market has suffered from market failure. Unlike typical commodities, doctors choose medicines to consume, and insurers together with patients pay for the medicines. This fact leads to the lack of procedures to save expenditure on drugs. This is one of the reasons for the recent rapid increase in pharmaceutical expenditure in Korea. In this paper, we consider an incentive system which consists of an incentive mechanism as well as periodical pharmaceutical prices adjustments. Under this system, doctors who bargain with pharmaceutical companies for lower prices are given pecuniary incentives. The incentives are proportional to the difference between the prices set by the insurer and the bargained prices. Therefore, doctors exert their efforts to lower the bargained prices. Moreover, periodical adjustments of the drug prices by the insurers lower drug prices as a whole. We derive the optimal level of proportionality to the saved drug expenditures for pecuniary incentives. We also show that our suggested system can reduce pharmaceutical expenditures from a dynamic point of view.

Keywords : Incentives, Periodical Adjustments, Pharmaceutical Expenditure, Dynamic Approach

2009년 제29권 2호

보건사회연구

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

인쇄일 | 2009년 12월 15일

발행일 | 2009년 12월 31일

발행인 | 김용하

발행처 | 한국보건사회연구원

122-705 서울시 은평구 진흥로 268

전화 | 02-380-8000

홈페이지 | <http://www.kihasa.re.kr>

제작 | 예원기획

정가 | 5,000원

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

- Anna Kim** The Effect of Family-friendly Policy in a Life Course Perspective
- Jiwon Kang** Korea's Policy on Single-parent Households: An International Comparison
- Bae, Hwa-ok | Kim, Yu-Kyung** Social Exclusion and Poverty of Disabled Women
- Jang, Yun-Jeong** The Impact of Implementation of Unit Care Systems on Care Workers' Burnout, Care Work and Care Environments in Japan's Special Nursing Homes
- Lee Pil-Do | Kim Mi-Hye** A Study of Standard Funeral Service Charge
- Ku, In-hoe | Shon, Byong-Don | Um, Ki-Wook | Jung, Jae-Hoon | Lee, Soo-Youn** Social Integration of Immigrants in Korea: Examination of the Eligibility of Permanent Residents to Social Welfare Benefits
- Park, Neung Hoo | Bae, Mi Won** Determinants of the Labor Mobility of the Working Poor
- Yong-Gab Lee** Reforms of the German Public Health Insurance during the Last Twenty Years and Their Lessons for the Korean National Health Insurance
- Seng-Eun Choi** Elasticity of Taxable Income and Deadweight Loss
- In Suk Cheong | Sangjik Lee** A Study on an Incentive System for Reducing Pharmaceutical Expenditure in Korea
- Kirang Kim | Mi Kyung Kim | Young-Jeon Shin** Household Food Insecurity and Its Characteristics in Korea