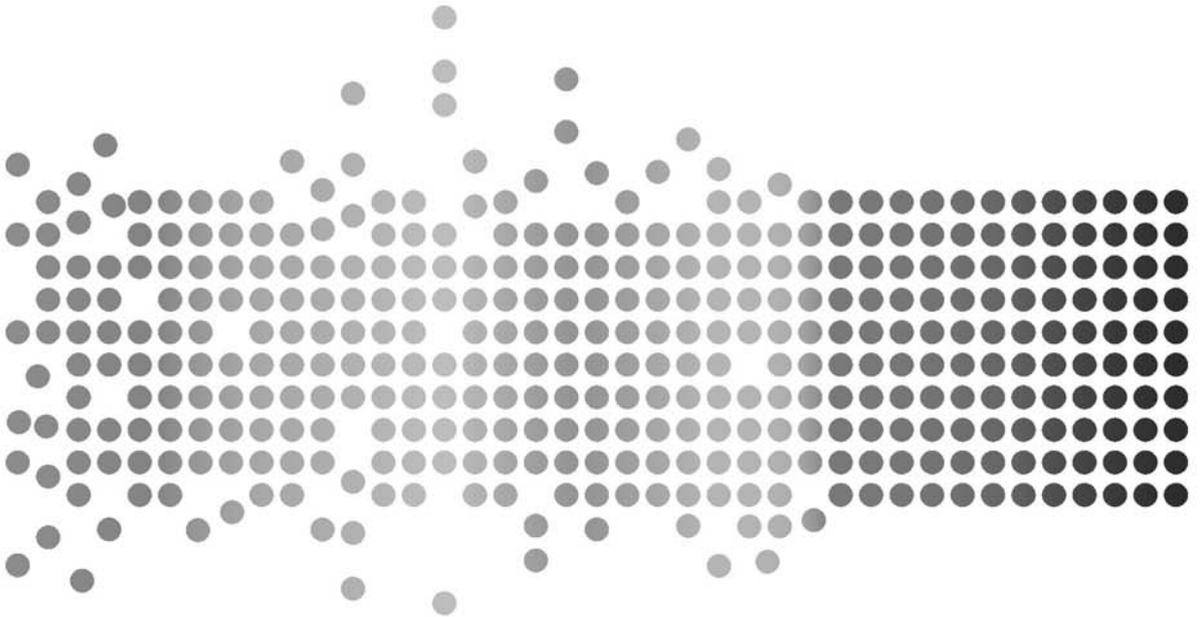




# 약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구

A Study on Fixed Budget for Pharmaceutical Expenditures

박실비아 · 박은자 · 채수미



연구보고서 2012-06

---

**약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의  
국가별 비교 연구**

---

발행일 2012년  
저자 박실비아 외  
발행인 최병호  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)  
전화 대표전화: 02) 380-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)  
인쇄처 고려문화  
가격 6,000원

---

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-8187-934-1 93510

## 머리말

건강보장제도에서 지불제도는 의료공급자의 의료서비스에 대하여 보험자가 얼마나 어떻게 지불할 것인가에 관한 것으로서 의료공급자의 의료행태와 전체 보건의료비 수준을 결정하는 데 큰 영향을 미친다. 의료공급 행태는 국민이 제공받는 의료서비스의 양과 질에 직접 관련되고, 보건의료비 수준은 국민과 사회가 지불, 감당해야 하는 비용의 크기를 결정한다. 즉 지불제도는 보건의료의 질과 접근성, 비용 등 보건의료의 핵심 요소에 직접 영향을 미치는 중요한 제도 영역이다.

지역을 막론하고 건강보장체계를 실시하는 대부분의 국가들은 진료비 지출의 급등 현상을 맞이하고 있으며, 의료공급의 질적 수준을 확보하면서 보건의료비용을 효과적으로 관리하기 위한 지불제도 개혁을 지속적으로 추구하고 있다. 인구의 고령화와 신기술의 도입 등의 사회경제적 환경은 의료이용을 증가시키며 향후 보건의료비 지출은 지속적인 증가추세를 유지할 것으로 예견된다.

이러한 전망 가운데 건강보장 재정의 안정적 운용과 보건의료비 지출의 합리성을 견지하기 위하여 대부분의 OECD 국가들에서는 총진료비에 대한 목표예산을 설정하여 지출을 관리하는 총액예산제를 시행하고 있다. 총액예산제에서는 진료비의 총지출 규모를 목표 수준으로 이루어지도록 관리하게 되므로 보건의료비용의 급등을 완화하고 재정지출 규모의 예측가능성을 높일 수 있다.

우리나라는 보건의료비 지출이 빠르게 증가하고 있으며 특히 약제비 지출은 다양한 정책적 노력에도 불구하고 쉽게 통제되지 않고 있다. 현재까지 국내에서 약제비 관리정책은 약가통제와 제한적인 사용량 관리에 머물러 있었고, 약제비 총액에 대한 목표 설정이나 관리는 거의 이루어지지 않고 있다.

이러한 배경에서 이 연구는 우리나라와 같이 사회보험 방식에 의해 국가 건강보장체계를 운영하는 국가들의 약제비 총액관리 제도 현황을 고찰하고, 이를 통하여 국내 약제비의 총액관리를 위한 정책적 시사점을 도출하고자 수행되었다. 본 연구원의 박실비아 연구위원이 연구책임을 맡고 전반적인 연구를 진행하였으며, 박은자 전문연구원은 프랑스 제도 현황을 조사 작성하였고, 채수미 전문연구원은 독일 제도 현황을 조사 작성하여 공동 집필하였다. 연구의 진행 과정에서 자문의견을 통하여 연구의 질 향상에 기여해주신 울산대학교 이상일 교수, 인제대학교 장선미 교수, 건강보험정책연구원 김성옥 박사, 그리고 본 연구원의 오영호 연구위원, 김남순 연구위원께 감사드린다.

이 연구결과가 우리나라 건강보장 재정 안정과 보건의료의 질 향상에 궁극적으로 기여할 수 있기를 희망한다.

2012년 12월  
한국보건사회연구원장  
최 병 호

Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1장 서론</b> .....	<b>15</b>
제1절 연구의 배경과 필요성 .....	15
제2절 연구 목적 .....	17
제3절 연구 내용 및 방법 .....	18
<b>제2장 총액예산제 및 약제비 관리에 대한 이론적 고찰</b> .....	<b>23</b>
제1절 보건의료비용 관리를 위한 총액예산제 .....	23
제2절 약제비 관리를 위한 예산제 .....	33
<b>제3장 주요 국가의 약제비 예산제 현황</b> .....	<b>43</b>
제1절 독일 .....	43
제2절 프랑스 .....	68
제3절 대만 .....	88
<b>제4장 약제비 예산제의 비교 분석</b> .....	<b>115</b>
제1절 약제비 예산제 도입의 배경 .....	115
제2절 진료비 지불제도와와의 관계 .....	119
제3절 약제비 예산제 및 관련 약제 급여제도의 내용 .....	123
제4절 약제비 예산제 운영의 효과 및 평가 .....	130

제5장 결론 ..... 135

참고문헌 ..... 139

## 표 목차

〈표 2- 1〉 OECD 국가의 총액예산제 도입 현황 .....	26
〈표 3- 1〉 독일의 외래 총액예산제 변천 .....	54
〈표 3- 2〉 독일의 병원 총액예산제 변천 .....	57
〈표 3- 3〉 참조가격제와 공공의료보험의 재정절감액(1994~2000) .....	63
〈표 3- 4〉 독일의 약제비 총액예산제 변천 .....	67
〈표 3- 5〉 프랑스 보건의료비용의 자원(1990~2007) .....	72
〈표 3- 6〉 프랑스 보건의료 급여비용 증가율 .....	78
〈표 3- 7〉 프랑스 의약품 상환범주와 상황율 .....	82
〈표 3- 8〉 대만의 외래 본인부담금 현황 .....	94
〈표 3- 9〉 대만의 약제에 대한 본인부담금 .....	94
〈표 3-10〉 대만의 입원기간에 따른 본인부담률 현황 .....	95
〈표 3-11〉 대만의 부문별 연도별 총액예산 증가율 .....	100
〈표 3-12〉 대만 건강보험의 P4P에 의하여 치료받는 환자 비율 .....	105
〈표 3-13〉 대만 건강보험 연도별 지출 및 재정 규모 .....	109

## 그림 목차

[그림 2-1] 2000~2009년 국가별 일인당 약제비 지출의 연간 증가율 .....	34
[그림 3-1] 독일 공공 의료보험의 급여부문별 지출 비율 .....	60
[그림 3-2] 프랑스 주요 보건의료조직 .....	71
[그림 3-3] 프랑스 보건의료시스템의 자원조달 .....	73
[그림 3-4] 1999~2008년 국가별 의료비 지출의 연평균 증가율 .....	110





# Abstract

## **A study on fixed budget for pharmaceutical expenditures**

This study investigated the fixed budget as a pharmaceutical cost containment measure. We focused on the universal health care insurance programs of Germany, France, and Taiwan. Fixed budgets for pharmaceuticals were introduced with fixed budgets for office-based physicians fee in national health insurance systems and intended to limit the expenditures on outpatient prescription drugs. The most important reason why their governments have introduced fixed budgets for health expenditures is to contain the skyrocketing health care cost and restore financial stability in the national health insurance systems. Although healthcare providers have not been willing to agree to government's plans on fixed budget systems, social consensus and joint responsibility on health care financial stability are necessary conditions. When pharmaceutical spending exceed the budgetary target, the physician group or pharmaceutical companies could be held responsible for the cost incurred beyond the ceiling. In France, pharmaceutical companies pay back to the national health insurance authority

## 2 · 약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구

according to their sales and sales growth in each therapeutic class. Even in fixed budget system for pharmaceuticals, drug price control and utilization management are also important in order to ensure quality use of medicines and efficient cost management.

# 요약

## I. 연구의 배경 및 목적

- 약제비 지출이 빠르게 증가하고 있으며 인구고령화 등의 요인은 향후 약제비의 급등 현상을 더욱 강화할 것임.
- 현재까지의 약제비 관리정책은 약가통제 중심이었고 사용 합리화를 위한 관리는 미흡하였으며 특히 총약제비에 대한 목표 관리가 이루어지지 않고 있음.
- 약제비 지출규모에 대한 예측 가능성을 높이고 건강보험 재정을 안정적으로 운용하기 위해서는 총약제비의 지출목표를 설정하고 관리하는 예산제 방식을 적극 검토할 필요가 있음.
- 이 연구는 독일, 프랑스, 대만 등 사회보험에 의한 건강보장제도를 실시하는 국가에서의 약제비 예산제 도입과 시행현황을 비교 고찰하여 정책적 시사점을 도출하는 것을 목적으로 함.

## II. 총액예산제 및 약제비 관리에 대한 이론적 고찰

### 1. 보건의료비용 관리를 위한 총액예산제의 의의

- 총액예산제는 진료비 지출의 상한을 정하여 그 범위에서만 지출하는

#### 4 • 약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구

지출상한방식과 지출의 목표를 설정하고 초과 시 일부에 대해 환급하는 지출목표방식이 있음.

- 사회보험 또는 국가의료공급에 의한 건강보장을 실시하는 대부분의 OECD 국가들은 총액예산제를 실시하고 있음.
- 총액예산제는 의료의 질이나 효율성 측면에서는 성과가 다양하게 나타나지만 총진료비 증가의 억제 효과는 분명히 존재하는 것으로 평가됨.

### 2. 약제비 관리를 위한 예산제

- 약제비 예산제는 연간 약제비 지출 증가율을 설정하거나 총진료비에 서 차지하는 비율을 설정하는 방식으로 운영됨.
- 약제비 목표 예산을 초과하여 지출하는 경우 의료공급자 또는 제약기업에 환급 등을 통하여 책임을 지도록 하며, 대부분의 제도 시행 국가에서는 제약기업이 환급하는 방식을 취하고 있음.
- 진료비 총액예산제 하에서 의료부문별 총액예산제가 함께 실시되는 것이 일반적이지만, 이러한 방식이 의료자원 배분의 효율성을 저해할 가능성이 있다는 비판이 존재함.

## III. 주요 국가의 약제비 예산제 현황

### 1. 독일

- 1883년 사회보험으로서 의료보험제도가 도입되었고, 공적의료보험과 민간의료보험으로 이원화되어 있음. 공적의료보험에는 현재 국민의 약 90%가 가입되어 있음.

- 독일의 보건의료체계는 자치주, 연방정부, 시민사회조직 간에 의사결정을 공유하는 데 바탕을 두고 있음. 보건의료에서 구체적 실행방침은 주정부가 독자적으로 마련하는 경우가 대부분이며, 보건의료에 대한 책임은 주정부에게 있음.
- 여러 차례의 의료개혁이 있었는데, 그 중 1993년 ‘공적건강보험 구조개혁법’을 통해 부문별 총액예산제를 도입하여 큰 변화가 있었음.
- 외래진료부문의 총액계약제는 1931년부터 시작되었는데, 개별 의료보험조합과 개별 의원의가 계약하는 상황에서 개원의들이 자발적으로 단체를 결성하여 의료보험조합과 단체계약을 체결할 것을 요구한 것임.
- 그 이후 비용억제를 위하여 지역고정예산이 보험자와 공급자간 협상방식 또는 법적 결정 방식을 통해 정해짐. 특히 1993년 개혁을 통해 외래부문과 관련된 거의 모든 보건의료부문에 대해 총액예산이 도입되었으며, 진료비뿐 아니라 진료량 통제에도 중점을 두었음.
- 병원과 외래 간 경계가 분명하여, 외래진료는 의사와 지역 의사협회의 권한 하에 있었고 외래의사는 입원진료를 할 수 없었음. 1993년부터 병원별로 고정예산이 주어지고 병원이 수익이나 적자에 대해 책임지게 되었음. 그러나 병원별 예산 배분의 문제 때문에 2003년부터 DRG가 도입됨.
- 독일에서 실시된 의약품 정책의 핵심은 1989년 참조가격제, 1991년 급여제외의약품 목록, 1993년 의약품 총액예산제를 실시한 것이며, 1995년 이후 급여대상의약품 목록 도입에 대한 논의가 몇 차례 있었으나 결국 도입되지 못함.
- 1992년과 비교하여 1993년 약제비 감소 효과가 있었는데, 이것은 1993년 개혁을 통해 약가인하 및 동결, 본인부담제도 변화, 외래부문 약제비 상한제 도입의 효과였음.
- 약제비 상한제 도입으로 인해 다음 해의 약품 예산액이 사전에 합의

되었으며 결정된 예산 총액은 일반의와 전문의 모두에게 적용되었음. 약제비 지출이 예산을 초과할 경우 일정금액까지는 연방의사협회가, 그 이상 초과액은 제약회사가 책임을 지도록 하였음. 그러나 1994년 약제비 지출 초과액에 대해 전부 의사가 상환 책임을 지도록 하였고 상환액 상한 제한도 없어짐.

## 2. 프랑스

- 프랑스는 사회보험방식의 의료보장체제로, 전국민이 건강보험에 가입되어 있으나, 단일 보험자가 아닌 직업에 따라 다수의 보험자가 존재함. 또한, 인구의 93%가 보충형 의료보험에 가입되어 있어 강제적인 공공 건강보험과 선택적인 민간 건강보험이 공존하는 2단계 건강보험시스템이 특징적임.
- 2006년 외래약제비의 69%는 공공보험기금에서, 19%는 보충형 보험에서, 12%는 환자본인부담금에서 충당되었음. 환자의 약제비 본인부담금은 정액부담제(2008년 현재 의약품 한 팩당 0.50유로)와 정률제 본인부담금(각 의약품의 상환율에 따라 결정)의 합으로 보충형 의료보험에서 상환받을 수 있음.
- 1995년 11월 15일 쥐삐 플랜(Juppé plan)이 발표되어, 1996년 건강보험에서 예산제가 도입되었음. 사회보장재정법에 근거하여 국회는 매년 전체 건강보험재정의 지출예산인 건강보험지출목표(ONDAM)를 결정하며, 국회에서 건강보험지출 목표예산을 정하면, 정부가 이를 4개의 하부예산, 단기 공공병원, 장기병원, 민간병원, 외래진료로 나누어 집행함. 1996년 이래 건강보험비용이 건강보험지출 목표예산을 초과한 것으로 알려짐.
- 프랑스는 세계에서 세 번째로 큰 의약품시장이면서, 1995년 이후 유

업에서 가장 큰 의약품 생산국가임. 병원에서 사용되는 의약품은 가격이 자유롭게 결정되며, 외래에서 사용되는 의약품은 급여 여부와 상관가격이 정부에 의해 정해짐. 참조가격제와 제네릭 대체조제를 실시하고 있음.

- 병원에서 사용되는 의약품의 재원은 대부분 병원예산으로, 의약품비용은 대부분 전체입원비용에 포함되어 지불되나, 일부 혁신적인 고가의 의약품은 가격이 규제되고 의료보험조합에 70~100% 상환이 가능함.
- 1995년 개혁으로 약제비에 대해서도 건강보험지출목표(ONDAM)가 설정되는데, 국회는 2005년 이후 연도별 증가율은 1% 수준으로 매우 엄격하게 약제비 지출목표를 설정하고 있음. 지출이 결정된 예산을 초과한 경우 제약사별로 반환액이 결정됨.
- 프랑스의 약제비 총액관리는 제약회사에 대해 약제비를 반환하도록 하는 것으로 개별 처방자의 약제비 예산이 정해져 있지 않으나, 1990년대이후 의사의 처방의 질과 효율성을 높이려는 정책이 실시되었음.
- 약제비가 총액으로 관리되므로, 약제비를 줄이기 위해 의약품 가격을 규제해야 할 필요성이 감소된다고 할 수 있으며, 의약품 비용과 의약품 외에서 발생하는 편익이 같은 예산안에 포함되어 있지는 않아 보건의료자원이 효율적으로 사용되지 않을 가능성이 있음.

### 3. 대만

- 1995년 전국민건강보험 시행 당시 총액예산제의 시행을 법에 명시하였고 1998년부터 단계적으로 부문별 총액예산제를 시행하여 2002년 전면 실시하게 됨.
- 총진료비 총액예산제 하에서 외래부문, 한방외래부문, 치과외래부문,

## 8 • 약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구

병원의 4개 부문으로 나뉘어 예산이 설정되며 다시 6개 지역으로 예산이 설정됨.

- 거시적인 총진료비는 총액예산제로 지불되나 개별 의료공급자들은 행위별수가제에 의하여 지불보상되며, 청구량에 따라 점수가 달라지면 서 지출 총액을 유지함.
- 총액예산제 실시 이후 연간 진료비 지출은 5% 미만으로 억제되고 있어 총액관리가 이루어지고 있음.
- 약제비는 외래 진료비 총액에 포함되어 있으며 지출목표액을 명시적으로 정하고 있지는 않으나 진료비의 25% 이내로 유지되도록 관리하고 있음.
- 대부분의 처방약이 보험급여되고 있으며 의료공급자는 의약품 처방조제 시 약가마진을 통하여 경제적 이익을 얻게 되므로 사용량의 증가 가능성이 존재함.
- 외래 일당 약제비가 22 대만달러 이하인 경우 22 대만달러로 상환함으로써 의원에서 일당 22 대만달러 이하로 약제 사용하도록 동기부여하고 있음.
- 신약은 혁신성에 따라 세 개 유형으로 구분되어 각각 약가설정 기준을 달리하고 있으며, 제네릭은 생물학적동등성 통과 여부에 따라 약가 기준이 달라짐.
- 의약품의 실거래가 파악을 위한 사후관리를 강화하고 있으며 상환가격과 구매가격의 차이를 없애고자 함.
- 총액예산제를 시행하면서 총진료비에서 약제비 비율이 24% 수준으로 유지되고 있지만 효과적인 약제비용 관리를 위해서는 의약품의 실거래가에 대한 조사를 지속하고 적정 사용을 위한 제도적 노력이 계속 요구됨.

## IV. 약제비 예산제의 비교 분석

### 1. 약제비 예산제 도입의 배경

- 독일, 프랑스, 대만에서 약제비 예산제는 총진료비의 총액예산제와 함께 도입 실시되었으며, 제도 도입 배경에는 공통적으로 급등하는 보건의료비용이 자리잡고 있음.
- 보건의료 수요의 팽창과 신기술의 도입 등의 요소는 기존 비용통제 정책의 한계를 보여주었고 전면적인 비용통제 정책을 필요로 하게 됨.
- 진료비 총액예산제의 도입은 정부의 강력한 제도 도입 의지에 따라 이루어졌으며 의료공급자는 이를 수용함으로써 제도가 시행됨.

### 2. 진료비 지불제도와와의 관계

- 약제비 예산제는 외래 진료에서 처방하는 약제에 관한 총비용의 목표 관리제도를 의미하며, 외래 진료비를 비롯하여 전체 진료비의 총액예산제가 시행되면서 그 제도 하에서 시행되고 있음.
- 약제비 예산은 외래 총진료비 예산에 포함되어 있는 경우도 있고, 진료비 예산과 분리되어 운영되기도 함.
- 독일의 경우 외래 진료비는 총액예산제로 관리되지만 약제비는 현재 예산목표를 설정하지 않고 의료기관별 처방 목표량을 협상하는 방식으로 관리하고 있음.
- 프랑스에서는 총진료비에 대한 연간 증가율의 목표가 설정된 후 약제비에 대한 증가율 목표가 설정됨.
- 대만에서는 외래 진료비의 총액예산 내에 약제비가 포함되어 있으며 명시적으로 예산을 설정하지는 않고 진료비 중 약제비 비율이 25%

이내로 유지되도록 관리하고 있음.

### 3. 약제비 예산제 및 관련 약제 급여제도의 내용

- 진료비 및 약제비 총액예산은 거시적 지표를 참고하여 결정되므로 실제 지출에 영향을 미치는 미시적 요소를 충분히 고려하기는 어려움.
- 약가통제나 사용량 관리가 제도적으로 엄격히 이루어지지 못하는 경우 약제비 예산제를 실시함으로써 총비용의 팽창을 억제하는 효과가 있음.
- 독일과 프랑스의 경험에서 볼 때 약제비 지출예산 초과 시 의료공급자에게 집단적 또는 개인적 책임을 부과하는 방식은 의료공급자들에게 수용되기 어려웠음. 그러나 대만에서는 외래 총진료비 예산 내에서 약제비가 포함되고 목표 지출을 초과할 경우 일부를 진료비에서 제외하는 방식이 운영되고 있어 의사들의 집단책임방식의 성격이 있음.

### 4. 약제비 예산제 운영의 효과 및 평가

- 약제비 예산제의 성과는 지출목표의 달성이라기보다는 약제 사용의 효율성과 질적 수준이라 할 수 있음.
- 즉 거시적으로 약제비 예산제를 시행하더라도 합리적 약가설정 및 약가 사후관리, 약제 사용의 적정성 제고를 위한 모니터링과 사용관리 정책을 함께 시행함으로써 약제비 지출목표를 달성하면서 건강수준의 향상이라는 궁극적 목적에 기여해야 함.

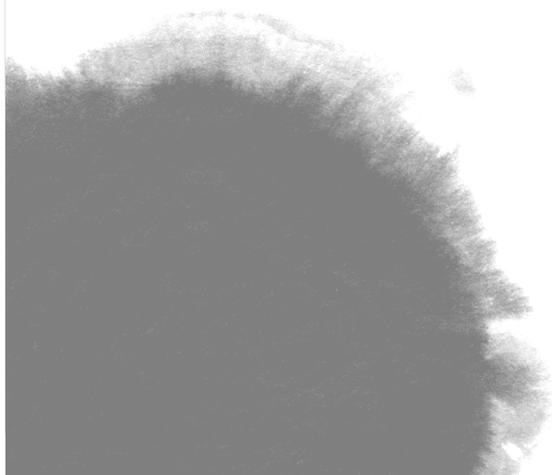
## V. 결론

- 우리나라는 고령화와 의료이용 증가 현상을 고려할 때 지금까지의 약가통제방식이나 제한적인 사용량 관리제도만으로는 총약제비의 팽창을 효과적으로 관리할 수 없으며, 향후 총약제비에 대한 목표 예산을 설정하고 지출을 관리하는 것이 필요함.
- 총액예산제와 같은 획기적인 재정관리 제도는 정부의 적극적인 제도 시행 의지가 요구되며 건강보험 재정의 안정적 운용에 대한 의료공급자를 포함한 사회 전반적인 책임의식이 공유되어야 함.
- 거시적인 진료비 또는 약제비 총액예산제 하에서도 의료공급의 효율성과 질적 수준을 보장하기 위해서는 미시적으로 개별 의료공급자에 대한 지불제도가 여전히 중요하며, 약제에 대해서는 가격관리와 사용관리를 위한 제도적 노력이 더욱 강조될 것임.



# 1장

서론





# 제1장 서론

## 제1 절 연구의 배경과 필요성

우리나라 보건의료비용 중에서 약품비는 특히 빠르게 증가해왔고, 전체 건강보험 진료비에서 30%에 가까운 비율을 차지하고 있다. 정부는 2006년 ‘약제비적정화방안’을 발표하여 약제비에 관한 포괄적 통제방안을 추진하고자 하였으나, 지금까지 시행된 정책은 대부분 약기관리에 치중하였고, 사용량은 거의 관리되지 못하고 있다. 약제비의 구성 요소가 약가와 사용량으로 단순화될 수 있고, 실증분석 결과 약품비의 증가에 약가보다는 사용량 증가가 훨씬 큰 영향을 미치고 있음이 밝혀졌음에도 불구하고 사용량의 실질적 관리와 합리화를 위한 정책은 미흡한 실정이다.

이는 의료공급자의 행태 변화가 필요한 사용량 통제 보다는 약가인하 등 약가 통제가 정책 추진 및 시행에서 용이하기 때문으로 볼 수 있다. 그러나 그간의 경험에서 나타났듯이 약가 통제 중심으로 정책을 운영할 경우 약제비의 통제는 성공 가능성이 매우 낮다.

약제비의 또다른 구성 요소인 사용량을 합리화하기 위한 제도적 개입이 필요할 뿐만 아니라 전체 약제비의 규모에 대한 목표 설정과 지출의 통제가 필요하다. 왜냐하면 사용량의 관리는 규제적 정책만으로는 효과를 거두기 어려우며 설사 정책을 통하여 사용량이 감소한다 하더라도 다른 보건의료 영역으로 풍선효과가 발생하거나 환자의 치료성과 또는

의료의 질 측면에서 부정적 결과가 발생할 수 있기 때문이다. 따라서 총 약제비 규모에 대한 국가적 목표를 설정하고 각 의료공급부문별로도 이러한 목표가 공유되어, 주어진 약가체계 하에서 의료공급자의 전문적 판단을 동원하여 최대한 합리적인 사용량이 공급되도록 하는 것이 바람직하다.

국가 의료보장체계 운영의 역사가 깊은 국가들에서는 우리나라보다 수십 년 일찍부터 약제비를 포함한 의료비의 증가를 경험하였고 총의료비 규모에 대한 목표 설정과 관리의 필요성을 인정하고 국가마다 다양한 형태의 제도를 운영해왔다. 약제비 부문 또한 다양한 약가제도와 사용관리 정책이 시행되어왔고, 국가 총약제비 규모를 일정 수준으로 유지하기 위한 제도도 국가에 따라 시행되었다. 연간 총약제비의 규모에 대해 목표를 세우고 이를 초과하는 경우 초과금액에 대해 공급자와 보험사가 함께 책임을 짐으로써 과도한 재정 지출을 막는 것이 목적이다.

국가 단위의 약제비 총액 목표를 설정하는 국가도 있지만, 약제 사용은 의료행위의 일부로서 이루어지는 것이므로 약제비 규모의 목표를 따로 설정하지 않고 총의료비의 일부로 포함하여 총의료비의 목표를 세우고 지출을 관리하는 국가도 있다. 이와같은 제도 형태의 차이는 국가마다의 의료보장제도와 의료체계 및 문화의 차이를 반영한 것으로 볼 수 있다.

유형의 차이에도 불구하고 총약제비의 규모에 대해 목표예산을 설정하고 그 수준에서 지출이 이루어지도록 관리하는 방식은 결과적으로 볼 때 총약제비 지출 규모를 어느 정도 통제 가능한 것으로 볼 수 있다. 약가 규제와 사용량 관리를 제도적으로 추구하더라도 신약의 도입과 질병 발생 양상의 변화 등 제도적으로 통제하기 어려운 변수들로 인하여 총약제비는 쉽게 증가할 수 있다. 이와 같이 여러 요소로 인하여 약제비가 증가하더라도 총약제비의 목표예산제도를 실시할 경우, 초과 지출 금액

을 다시 환급하는 등 재정으로 다시 환원시킴으로써 재정 안정 기능을 하게 된다.

우리나라는 2000년대 들어 약제비의 급속한 증가를 겪으면서 다양한 약제비관리 정책을 시행해왔지만 건강보험 총약제비 지출규모에 대한 목표를 설정하고 관리한 적은 없다. 2006년 ‘약제비적정화방안’ 발표에서 당시 29%이던 약제비 비율을 매년 1%포인트씩 낮추는 것을 목표로 한다고 하였지만, 이는 정책의 지향점에 가까우며 이러한 목표에 따라 실제로 매년 지출관리가 이루어진 것은 아니다. 지금까지 선별등재제도를 비롯하여 다양한 약가통제기전을 동원하였고 약제 사용량도 감소시키고자 인센티브제도를 실시하였음에도 불구하고 약제비의 급등 현상이 계속되고 있고, 급속한 고령화와 의료이용 증가 현상을 볼 때, 우리나라 건강보험 약제비의 안정적 지출 관리를 위해서는 연간 총약제비에 대한 목표예산을 설정하고 그 범위 내에서 지출이 이루어지도록 하는 재정관리 방식을 적극적으로 검토할 필요가 있다. 이를 위해서는 외국에서 시행해온 약제비 지출 총액의 예산제를 체계적으로 고찰하고 국내 보건의료정책에 미치는 함의를 도출하는 것이 우선 필요하다.

## 제2절 연구 목적

진료비 지불제도로써 총액예산제는 지불 단위가 국가 또는 지역, 진료 부문, 기관 등 다양하게 운영될 수 있다. 이 연구는 건강보험 내에서 연간 총약제비 지출 규모에 대한 목표를 설정하고 지출을 관리하는 예산제에 초점을 맞춘다. 즉 국가 단위의 건강보험 총약제비의 예산제에 대한 논의에 한정하며 이와 관련된 국가 건강보험 총진료비 예산제도 함께 검토할 수 있다. 다만 병원 단위로 설정되는 총액예산제는 국가 단위의 총

액예산제도와 성격을 달리하므로 이 연구에서 대상으로 하지 않는다.

즉 이 연구의 목적은 약제비 총액에 대한 목표를 설정하고 지출을 통제하는 예산제 방식에 초점을 맞추어 국가별 제도 현황을 조사하고 비교 분석하는 것이다. 약제비 통제를 위해 수 년에 걸쳐 끊임없이 제도적 노력을 해왔음에도 불구하고 지출관리가 제대로 되지 않고 있는 우리나라의 현실에서, 외국에서 시행된 약제비 목표관리를 통한 예산제의 현황에 대한 비교분석 고찰은 향후 국내에서 약제비 관리제도의 개혁방안을 마련하는 데 유용한 자료가 될 것이다.

### 제3절 연구 내용 및 방법

이 연구는 국가 총약제비의 예산제 방식의 국가별 비교분석을 목표로 하여 다음과 같은 구성에 의하여 수행되었다.

제2장에서는 총진료비의 관리를 위한 예산제 및 약제비 지출 관리에 관한 이론적 고찰을 수행하였다. 보건의료 지출이 팽창하는 현실에서 재정 관리 방안의 하나로 실시되고 있는 총액예산제에 관하여 지불제도로서의 의의와 제도 시행 현황 및 평가에 대하여 문헌고찰하였고, 약제비 지출 관리에 관한 제도 현황과 예산제의 시행현황 및 정책 효과 등에 관하여 문헌고찰을 실시하였다.

제3장에서는 약제비 예산제를 실시하는 주요 국가로 독일, 프랑스, 대만을 선정하여 관련 제도 현황을 조사하였다. 이들 국가는 모두 우리나라와 같은 사회보험 방식의 국가 건강보장제도를 실시하고 있으면서도 국가별로 그 형태는 다르다. 독일은 사회보험의 역사가 깊으며 다수의 건강보험이 운영되고 있고 총비용 통제를 위한 보험자와 의료공급자간의 협력이 수십 년 동안 자발적으로 이루어져왔다. 프랑스는 국가가 운영

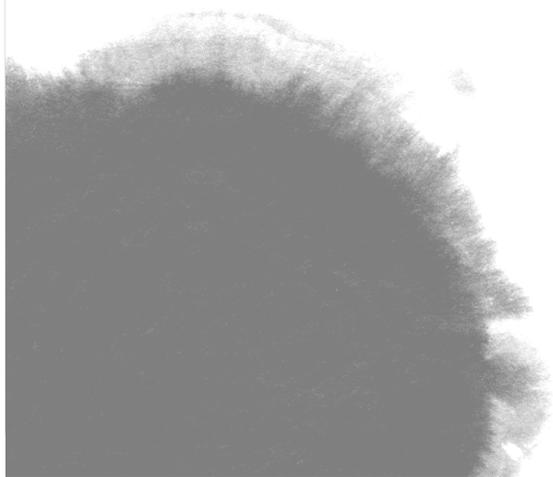
하는 건강보험이 실시되고 있고 약제비 예산도 국가가 설정하고 국가 단위에서 관리되며 독일에 비해 총액예산제의 역사가 짧다. 대만은 우리나라와 지리적, 문화적, 경제적으로 가장 가까운 국가이며, 보건의료지불 제도도 우리나라와 같이 행위별수가제로 운영되면서 총액예산제를 실시하고 있다. 연구방법으로 국가별 제도 현황에 관한 국내외 논문, 보고서, 인터넷 자료 검색 등을 실시하였다.

제4장에서는 앞 장에서 검토했던 국가들의 제도를 약제비 예산제의 도입 배경, 내용, 정책효과 등 제도의 주요 요소 측면에서 비교분석하였다. 약제비 예산제를 실시하는 목적이 동일하다 하더라도 각 국가에서 시행하고 있는 제도의 현황은 국가별 보건의료체계나 지불제도, 보건의료서비스 공급 문화 등의 특수성을 반영한 것으로 볼 수 있다. 따라서 국가별로 다른 환경에서 도입, 시행하고 있는 약제비 예산제를 제도적 틀로 비교분석함으로써 약제비 예산제에 관하여 폭넓고 일반화된 이해를 할 수 있다.



# 2장

## 총액예산제 및 약제비 관리에 대한 이론적 고찰





## 제2장 총액예산제 및 약제비 관리에 대한 이론적 고찰

### 제1 절 보건의료비용 관리를 위한 총액예산제

#### 1. 보건의료비용 관리 방안으로서 총액예산제의 의의

건강보장체계의 운영에서 재정관리는 제도의 지속성과 국민의 만족도를 위해 매우 중요한 요소이다. 건강보장의 재정은 보험료와 같은 수입 부문과 의료비 지출 부문으로 구성된다. 그 중 의료비 지출의 관리를 위해 건강보장체계에서는 의료공급자에 대한 지불제도를 통하여 효율적인 의료서비스 공급이라는 목적을 달성하고자 한다.

의료공급자에 대한 지불방식은 지불단위에 따라 행위별수가제, 인두제, 정액제 등 다양한 방식이 존재하며, 총액예산제는 지불단위가 가장 큰 방식으로 해당 단위에서 지출할 총비용을 사전에 정함으로써 비용 통제 효과가 가장 크다. 총액예산제의 시행 경험이 있는 국가들에서는 병원을 대상으로 연간 병원에서의 지출 총액을 정하기도 하고, 건강보장체계에서 지불할 총액을 사전에 정하는 방식으로 총액예산제를 운영하였다. 이와 같이 의료공급자에 대한 직접 지불방식의 하나로 총액예산제가 시행되기도 하지만, 다른 한편으로는 거시적인 의료비 지출 총액을 총액예산제의 형태로 사전적으로 정하고 그 안에서 각 부문의 비용관리를 위해

추가적인 지불보상방식을 운영하는 체계로서 총액예산제를 논할 수도 있다. 이 경우 총액예산제는 지불방식이라기 보다는 재정관리 방안이라고 하는 것이 더 적절하다.

총액예산제는 연간 지출할 의료비를 사전에 계획하여 총액을 정하는 것인데, 이렇게 정한 의료비 목표액이 현실에서 달성될 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다. 달성되지 않았을 경우, 즉 실제 지출이 목표액을 초과한 경우 그것을 어떻게 처리할 것인가에 따라 지출상한방식(expenditure cap, hard cap)과 지출목표방식(expenditure target, soft cap)으로 나누어진다. 지출상한방식에서는 지출목표액을 초과한 경우 그에 대한 책임을 관련된 의료공급자가 지는데 예를 들어 세부 서비스에 대한 지불에서 단위가격을 낮추어 총액을 맞출 수 있다. 혹은 지출이 목표예산을 초과하는 일이 아예 없도록 지불 수준을 목표예산 내로만 한정하기도 한다. 지출목표방식에서는 지출목표액의 초과분의 일부를 의료공급자가 환급하는 등의 방식으로 책임을 진다.

거시적으로 지출예산을 고정시키는 총액예산제는 공적인 계획 하에서 사적인 의료공급 자원을 규제하고 관리하는 보건의료체계에서 채택할 수 있는 중요한 지불제도라고 평가되기도 한다(Saltman, 1996). Saltman은 (1996) 총액예산제가 아닌 다른 방식의 보건의료시장에서는 보건의료의 목적과 상치되는 문제가 발생할 가능성이 매우 크다고 지적하였다. 예를 들어 보건의료의 계획시장이 가격경쟁을 기반으로 하는 경우에는 의료공급자의 환자 역선택(adverse selection) 또는 환자의 의료서비스 선택권 제약, 의료의 질 저하 등의 문제가 발생할 수 있다. 그리고 의료의 질에 기반하여 계획시장이 구축될 경우 행정적으로 설정된 가격이 의료의 질을 반영하기 어려워 서비스 제공에서 왜곡이 발생할 수 있으며, 단기적인 경제적 유인정책에 충분히 반응하기 어렵다.

이러한 측면에서 총액예산제는 보건의료시장에서 의료공급자들의 자율

적 의료공급 행태를 보장하면서 거시적으로는 지출예산을 고정시켜 과도한 재정지출의 위험을 막는 재정관리제도라 할 수 있다.

## 2. 총액예산제의 경험과 정책 효과

국가별로 보건의료지출 증가가 계속되면서 대부분의 OECD 국가들이 총액예산제를 도입하고 있다. <표 2-1>은 OECD 국가들의 총액예산제 도입 현황을 보여준다. 가장 많은 국가들이 채택하고 있는 방식은 지출 목표방식이며, 그 중에서도 의료공급 부문별 또는 지역별 지출목표까지 병행하는 방식이 가장 많았다. 국가의료공급체계(National health services; NHS)에 의한 의료보장제도를 실시하는 국가들은 총액예산을 엄격히 적용하는 지출상한방식을 주로 도입하고 있고, 사회보험(National health insurance; NHI)을 통한 의료보장을 실시하는 국가들은 대체로 지출목표방식을 채택하고 있다. 민간 중심의 의료공급체계를 운영하는 대표적인 국가인 미국과 스위스를 포함하여 우리나라는 총액예산제를 실시하지 않는 국가로 분류된다.

총액예산제는 초기에는 주로 병원 부문에서 시행되다가 전체 진료비 또는 다른 부문(예. 외래, 약제)으로 확대되었는데, 이는 보건의료의 한 개 부문에 대해서만 실시할 경우 전체 비용 통제가 잘 이루어지지 않기 때문이다. 총액예산제를 통한 비용 통제효과는 보건의료재정과 공급의 통합적 모형을 적용하는 국가(예. 덴마크, 아일랜드, 뉴질랜드, 영국)와 예산책정 과정을 통하여 보건의료예산을 명시적으로 결정하는 국가(예, 캐나다)에서 더 성공적으로 나타나는 것으로 평가된다(OECD, 2010; p.60).

〈표 2-1〉 OECD 국가의 총액예산제 도입 현황

총액예산제 유형	시행 국가
지출목표방식 - 세부 지출목표 없음	룩셈부르크
지출목표방식 - 부문별 또는 지역별 지출목표 병행	호주, 벨기에, 체코, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 아이슬란드, 네덜란드, 슬로바키아, 스페인, 터키
지출목표방식 - 부문별 및 지역별 지출목표 병행	캐나다, 멕시코
지출상한방식 - 세부 지출상한 없음	-
지출상한방식 - 부문별 또는 지역별 지출상한 병행	헝가리, 아일랜드, 이태리
지출상한방식 - 부문별 및 지역별 지출상한 병행	뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 스웨덴, 영국
총액예산제 시행하지 않음	한국, 오스트리아, 일본, 미국, 스위스

자료: OECD.(2010). Value for money in health spending. p.60.

그렇지만 의료비 지출의 통제가 어려운 비집중화된 의료시장이라 할 지라도, 위로부터 총의료비의 지출상한을 결정하는 것이 의료비를 통제 하기에는 효과적이라고 지적된다(Bishop and Wallack, 2006). 독일, 캐나다, 프랑스 등에서도 총액예산제를 실시함에 따라 의료비 지출 규모를 GDP의 9% 이내로 억제하는 효과를 보였다(Schieber et al., 1991).

1980년대 말과 1990년대 초 총액예산제를 실시한 국가의 성과에 대하여 전반적으로 내려진 평가는, 총액예산제가 의료비용을 억제하는 데는 성공적인 것으로 보이지만 미시적으로 의료공급 및 자원배분의 효율을 향상하지 못하였다는 비판이 주요하였다. 특히 과도한 규제, 대기리스트, 소비자 선호를 충족시키지 못하는 문제, 서비스의 과소 공급, 경직되고 비효과적인 관리체계 등의 문제가 지적되었다(Wynand, 1996).

Hurst는(1992) 유럽 국가들에서 총액예산제가 비용 억제에서는 효과가 있었지만 의료의 질과 효율성에서는 긍정적 효과를 가져오지 못했다

고 비판했다. 즉 질 향상에는 비용이 소요되며 따라서 비용을 억제하는 총액예산제에서는 질 향상과 비용 억제의 성과가 상쇄된다는 주장이다. 그러나 다른 주장도 있다. Leatherman 등은(2003) 비용 억제와 질이 항상 상쇄되는 관계는 아니며 질환의 중증도, 환자 구성, 지역 등에 따라 결과에서 차이가 있다고 하였다.

즉 총액예산제는 의료비지출의 상한을 사전적으로 정함으로써 비용증가 억제의 효과는 어느 정도 기대할 수 있다. 그러나 의료의 질 향상에 대해서는 이와같이 사전적 목표를 설정하지 않기 때문에 총액예산제 자체에서 보장할 수는 없으며 제도 운영의 내용에 따라 그 성과는 달라질 것이다. 이는 곧 총액예산제 실시 하에서 의료의 질이 떨어지지 않고 보장되도록 하기 위해서는 추가적인 정책적 노력이 필요함을 시사한다.

독일, 네덜란드, 캐나다의 총액예산제 경험을 볼 때 두가지 유형의 바람직하지 않은 대응형태가 나타났다. 첫 번째는 의료서비스 공급자 차원에서이고 두 번째는 전체 시스템에서이다. 이것들은 고정된 예산 제한의 비유연성 및 각 부문(병원, 의사, 약품) 단위별로 예산이 설정됨에 따른 부작용이라 할 수 있다(Bishop and Wallack, 2006).

먼저 총액예산제 하에서 의료공급자들은 어떻게 대응했나? 독일의 외래진료 의사들은 주어진 예산 하에서 서비스량을 증가시켜서 결과적으로 수가가 인하되었다. 의사들은 한정된 파이 내에서 자신의 수입을 유지하기 위하여 환자 방문을 늘렸고, 이에 따라 독일에서 일인당 방문률은 미국의 2배에 달했다. 또 외래영역의 전문의들은 신기술 도입이 억제되었는데, 왜냐하면 국가가 정한 수가에서는 신기술에 의하여 인상되는 비용을 신속히 반영하지 못하기 때문이다(Bishop and Wallack, 2006).

한편 총액예산제에서 의료부문별로 예산이 정해지고 그 부문들 간의 경계가 존재함으로 인하여 서비스 유형 간 효율적 배분이 가로막히는 문제가 드러났다. 한 부문에서 지출이 예산을 초과하여 재정의 증가가

필요하지만 다른 부문에서 예산이 넘어오는 것은 어려웠고, 반대로 어떤 부문에서는 비용지출이 절감되더라도 그것을 다른 부문으로 넘기는 것도 어려웠다. 부문별 예산은 점점 고정되는 경향이 있었다. 독일에서는 외래진료비와 약제비의 예산이 분리되어 운영되었는데, 외래 방문이 증가하면서 약제 처방도 크게 상승하여 약제비가 전체 지출의 16%에 달하였다. 외래 의사들은 자신에 해당하는 예산이 완전히 분리되어 있으므로 다른 부문(약제)의 비용을 줄일 이유를 갖지 못한 것이다. 이에 독일 정부는 1993년 처방약제비에 대해 예산 초과분의 일정 부분은 의사들이 책임지도록 하였다. 그 결과 약제비 지출이 20%나 감소하였다(Bishop and Wallack, 2006).

즉 민간의료공급자가 다수인 보건의료시장에서 팽창하는 보건의료비용을 효과적으로 통제하기 위하여 총예산을 고정하는 것은 필요한 방법이기는 하지만, 그것이 반드시 자원배분의 효율을 보장하는 것은 아니라고 지적된다(Maynard, 1996).

### 3. 총액예산제의 시행을 위한 조건

비집중화된 의료시장에서는 의료비 지출을 효과적으로 통제하기 어렵다. 독일, 네덜란드, 캐나다의 총액제한을 검토한 결과, 제도의 성공 여부는 총액 제한 및 총지출의 적정수준을 결정하는 요소의 필요성에 대한 광범위한 사회적 수용이었다. 의료공급자가 제한된 지출수준 내에서 서비스를 제공해야하는 어려움에 대해 불만을 갖는다 하더라도, 그들은 총액제한을 설정한 정치적 사회연대적 힘을 존중하였다고 평가된다(Bishop and Wallack, 2006). 같은 맥락에서 미국에서 총액예산제를 효과적으로 시행하기 어려운 이유가 국가 전체의 지출 상한을 유지하고자 하는 문화적 규범과 협상에 관한 구조가 결여되었기 때문이라고 보

는 시각이 있다(Kirkman-Liff, 1991; Altman and Cohen, 1993에서 재인용).

진료비의 총액 결정에서도 지불주체라고 할 수 있는 정부와 진료비를 발생시키는 의료공급자간의 협의가 중요하다. Bishop and Wallack (2006)은 의료공급자에 의해 의료비 지출액이 정해지는 방식이나 정부가 일방적으로 총액예산을 결정하는 방식보다는 공급자와 규제자 간의 협의로 총액을 결정하는 과정(global budget process)을 통해 총액예산을 결정하는 방식이 바람직하다고 주장하였다.

국가 차원에서 총액예산제를 실시한다고 할 때 무엇을 검토하고 결정해야 할 것인가? 이에 대해서는 Altman과 Cohen이(1993) 다음과 같이 제시하고 있다: (1) 어떤 서비스를 포함할 것인가; (2) 지출 상한은 어떻게 정할 것인가; (3) 지역간, 인구간, 공급자 집단간 분배는 어떻게 할 것인가; (4) 상한의 거버넌스는 어떻게 조직화할 것인가; (5) 지출은 어떻게 모니터할 것인가; (6) 지출의 제한을 어떻게 달성할 것인가.

위의 각각에 대해 자세히 논의해보겠다(Altman and Cohen, 1993).

## 가. 총액예산에서 포함하는 서비스의 범위

국가 의료지출상한에 어떤 서비스를 포함하고 제외할 것인가는 핵심적인 질문이다. 대부분의 전문가는 개인보건의료지출(personal health care spending)이 지출 상한의 주요 원칙이 되어야 한다는 데 동의한다. 즉 의료보험에서 전통적으로 급여하는 서비스와 일부 개인적으로 구매하는 보조적인 급여가 포함되는데, 급성병원서비스, 의사방문서비스, 보조서비스(실험실, 엑스레이 등), 처방약 등이 해당될 것이다. 포함 여부가 불분명할 수 있는 것으로는 장기요양서비스, 정신보건서비스, 약물남용관리서비스 등이 있다. 포함되지 않는 서비스에 대해서는 구매 시 소비자

가 직접 지불하게 될 것이다.

## 나. 지출 상한의 결정

보건의료지출의 성장에 관한 경제학적 지표는 수입(예. GDP)의 측정에서부터 소비(예. 소비자가격지수)의 측정에 이르기까지 범위가 넓다. 대부분의 전문가들은 GDP와 같은 수입의 측정을 선호하는데, 그것은 국민 총수입을 반영하며 측정하기가 쉽기 때문이다. 국가의 보건의료지출 상한은 연간 국민 일인당 GDP 성장률로 가장 잘 정의될 수 있을 것이다. 이것은 인구 구조의 변화를 반영하면서 매년 개인당 보건의료지출의 변화를 측정할 수 있게 한다.

국가 단위의 지출 상한을 지역 단위의 상한으로 전환한다고 할 때는 지역간 차이를 어떻게 조정할 것인가가 문제가 될 것이다. 우선적으로 연령이 의료서비스의 이용에 미치는 영향이 크므로 지역 간 연령구조의 차이를 보정하게 될 것이다. 그밖에 지역마다의 보건의료자원 공급 현황을 고려하여 추가의 예산이 배정될 수도 있고 상대적으로 예산이 삭감될 수도 있을 것이다.

## 다. 지역 간, 인구집단 간, 공급자 간 분배

지출규모의 상한을 효과적으로 부과하는 기전은 행위별 수가제 하의 공급자에 대해 진료비 상한을 정하거나 관리의료방식의 보험자에 대해 인두 수가의 상한을 정하는 것이다. 제한된 예산 내에서 의료공급자와 보험자는 효과적인 서비스공급과 가입자의 건강보장 방식을 고안하게 될 것이다.

예산의 분배에서 주요한 이슈는 그것은 하향(top-down)방식으로 결정

할 것인가 상향(bottom-up)방식으로 결정할 것인가이다. 어떤 경우에도 국가 단위의 지출상한은 국가가 결정할 것이지만, 지역 단위의 예산 결정에서는 차이가 발생한다.

하향방식에서는 전체 지출상한을 국가 차원에서 결정하고 인구당 지출을 계산하여 지역마다 예산을 할당한다. 상향방식에서는 단일한 필수 의료서비스 패키지에 기초하여 보험료와 인두수가를 도출하고 이를 인구 집단에 대하여 종합하여 지역의 지출 상한이 결정된다. 만일 국가가 진정으로 효과적인 예산 상한을 이루고자 한다면 하향방식을 택해야 할 것이다. 그러나 그 예산을 결정하는 과정에서 의료공급체계에서 제시될 수 있는 다양한 요구를 고려할 필요가 있다.

국가 단위의 지출상한을 결정할 때 제기될 수 있는 또다른 문제는 특수 인구에 대하여 정부가 기존에 제공하고 있는 프로그램(예. 메디케어, 메디케이드)을 포함할 것인가이다. 정부 프로그램을 제외할 경우에는 공급자간에 비용 전이가 예상되고 결과적으로 지출 상한을 달성하는 데 한계가 있을 것이다. 반면 정부 프로그램을 포함할 경우에는 다른 프로그램과의 수가 차이, 가격 차이 등을 인정할 것인지 아니면 동일하게 할 것인지를 결정해야 한다.

## 라. 지출 상한의 거버넌스

정부조직 또는 위원회가 국가 보건의료지출의 상한을 결정하고 감독할 것으로 볼 수 있는데, 그 지배 정도가 얼마나 될 것인가가 주요한 정치적 논쟁의 핵심이 될 수 있다. 정부조직 또는 위원회가 전반적인 통제권을 가질 것인지, 아니면 의회 또는 대통령이 통제하고 위원회는 자문기구로 역할을 할 것인지 등에 대한 논의가 필요하다.

## 마. 보건의료지출의 모니터링

효과적인 총액예산제에서는 국가, 지역, 부문 단위에서 시의적절하고 정확하게 보건의료지출을 모니터링할 수 있어야 한다. 지출의 경향과 패턴을 효과적으로 모니터링하기 위해서는 서비스의 가격, 서비스량, 일인당 지출에 관한 우수한 데이터가 뒷받침되어야 한다.

환자의 치료결과, 진료패턴, 의료의 질 등에 관한 자료도 필요한데, 이런 것들은 의료공급자의 진료행태를 모니터링하고 진료의 표준을 개발하는 데 도움이 된다.

## 바. 지출 상한의 달성

국가 보건의료지출 상한을 효과적으로 달성하기 위해서는 적절한 집행력("teeth")을 가지고 있어야 하며, 지출을 통제하겠다는 정치적 의지가 있어야 한다. 지출 동향을 추적할 수 있는 자료 모니터링 체계는 지출 상한을 달성하는 데 매우 중요하다. 보건의료 개혁조치는 수년에 걸쳐 시행되기 때문에 단기적으로 상한목표를 달성하는 것이 쉬운 것은 아니다.

따라서 고정된 상한을 정하는 것보다는 연간 예산의 목표를 잠정적으로 정하고 여러 해에 걸쳐 지출의 궤적을 조사하여 비용억제의 성과를 측정하는 방식도 가능하다. 즉 개혁조치가 단행되고 자료가 수집, 분석되면 집행 메커니즘을 작동하여 지역, 부문별로 지출 상한을 달성하도록 할 수 있다. 예를들어 초과한 지출을 해당 지역 또는 해당 부문에서 부담하도록 할 수 있으며, 중앙과 지방이 위험을 함께 분담, 일정 상한 이상의 보험료에 대해서는 세금 감면, 지역 차원에서의 가격 통제 등의 수단을 사용할 수 있다.

이러한 논의는 보건의료공급체계와 자원의 분포, 의료서비스 공급 행태 등에 대한 고려를 필수적으로 동반하며, 총액예산의 목표를 달성하기 위해서 기존의 체계를 변화시키는 것이 요구될 수도 있다.

## 제2절 약제비 관리를 위한 예산제

### 1. 약제비 지출과 비용 관리

대부분의 국가 건강보장체계에서는 의약품을 급여하고 있으며, 그러한 급여를 통하여 국민들의 의약품에 대한 접근성을 확보하고자 한다. 동시에 의료공급자의 약제 사용을 합리화하기 위한 적정 사용 관리를 병행하며, 최종적으로 건강보장 재정에서 약제비 지출을 모니터링하고 적정 규모로 관리하기 위한 정책을 실시한다.

경험적으로 볼 때 국가의 보건의료비는 GDP보다 더 빠르게 증가하고 약제비는 보건의료비보다 더 빠르게 증가해왔다. 재화로 공급되는 약품은 인적 서비스로 공급되는 의료서비스에 비해 더 쉽게 증가할 수 있고, 기술발전에 의한 신약의 지속적 도입은 약제비 지출을 견인해왔다.

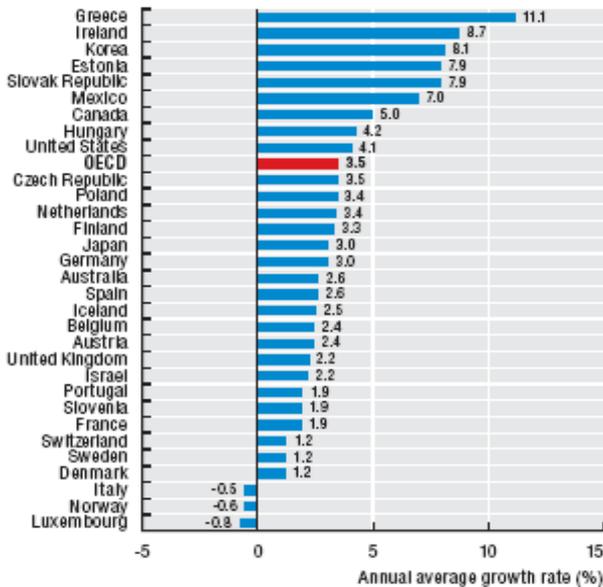
신약의 도입은 기존 치료제나 다른 치료방식을 대체할 수도 있지만, 새로운 치료영역을 확장할 수도 있고 선택 가능한 치료제의 범위를 넓히기도 한다. 즉 신약은 수술 등을 대체하면서 일부 질병의 치료비용을 낮출 수도 있지만, 전체로 보면 총의료비용을 늘릴 가능성이 더 크다. 특히 최근의 신약들은 기존의 의약품보다 훨씬 고가인 경향이 있고, 기존의 치료방식으로 치료되지 않은 환자를 대상으로 하는 경우가 많기 때문이다.

세계적으로 약제비의 증가 추세를 보면, 2000년 이후 2009년까지 국가별 약제비는 약 50% 증가하였다(OECD, 2011). 증가 추이는 국가별

로 차이가 있는데 미국, 유럽, 일본으로 대표되는 선진국들은 전세계 의약품 시장에서 큰 비중을 차지하고 있지만 그동안 의약품 시장이 충분히 성장하여 최근 약제비 증가 추세가 완화되었고, 아시아와 남미 등의 신흥 경제국들의 의약품 시장이 빠르게 성장하고 있다. 이에 따라 세계 의약품 시장의 성장세가 2000년대 이전에 비해 완화된 측면이 있다. 실제로 2000~2009년 동안 OECD 국가의 연간 약제비 증가율은 3.5%였는데, 이는 동일 기간 OECD 국가 연간 보건의료비 증가율 4.0%보다 낮은 수준이다(OECD, 2011).

우리나라는 인구 고령화, 의료이용 증가 등 약제비 상승 요인이 충분하며 약제비 증가 속도도 다른 나라에 비해 높은 편이다. 2000~2009년 우리나라의 일인당 약제비의 연간 증가율은 8.1%로 OECD 국가들 중 세 번째로 높다(OECD, 2011)(그림 2-1 참조).

[그림 2-1] 2000~2009년 국가별 일인당 약제비 지출의 연간 증가율



자료: OECD.(2011). Health at a glance 2011.

약제비가 보건의료비 지출에서 차지하는 비중은 2008년 OECD 평균은 17.2%였으며, 우리나라는 23.9%로서 높은 편에 속한다. 인구 일인당 약제비 지출은 2008년 430달러로 OECD 평균(449달러)보다는 낮지만, 약제비의 증가속도와 국민의료비에서 차지하는 비중은 우리나라에서 약제비 관리의 필요성을 단적으로 보여준다(OECD, 2010).

약제비는 크게 볼 때 약가와 사용량으로 결정되므로 약제비 관리는 약가 관리와 사용량 관리로 나누어 볼 수 있다. 건강보장체계를 운영하는 대부분의 국가들은 급여 대상 약제의 가격 관리를 위한 정책을 운영하고 있다. 급여 시점에 합리적 가격 설정을 위해 외국의 가격을 참조하기도 하고, 유사한 약제의 현재 가격과 비교하고 약제의 가치를 평가하여 급여가격을 결정한다. 일부 국가에서는 제약사가 자유롭게 가격을 설정하도록 하면서 의료공급자 측에서 저렴한 약제를 구입하도록 하는 제도를 운영하기도 한다. 대표적인 국가가 영국, 독일인데 이들 국가에서도 최근에는 약제의 가치를 평가하여 급여 가격을 결정하는 방식을 일부 도입하고 있다.

약제 사용과 관련해서는 불필요한 약제 사용을 억제하고 가급적 저렴한 약제를 사용하도록 하기 위하여 다양한 정책적 수단을 동원한다. 대표적인 것이 제네릭 사용을 촉진하는 것인데, 이를 위해 약사의 대체조제를 활성화 또는 강제화하고 환자의 약제 본인부담 시 참조가격제 또는 본인부담 차등제를 적용한다. 그런데 약제 사용은 의료공급자의 행태에 직접 지배받는 것이어서 의료공급자의 전문적 소신에 의해 결정된다. 따라서 사용량이나 약제 비용을 통제하기 위한 정책적 수단이 그 효과를 거두는 것이 쉽지 않고, 사용 억제를 강조하다 보면 의료의 질이나 치료효과에 부정적 결과가 발생할 수 있기 때문에 일방적 정책 추진이 어렵다.

한편 약제 사용은 의료서비스 이용과 함께 발생하는 것이므로 진료보

수지불제도에 따라 약제 사용 행태가 달라지게 된다. 행위별 수가제를 실시할 경우 의료이용이 증가하기 쉬우며 따라서 약제 사용도 함께 증가하게 된다. 반면 사전적으로 진료비가 결정되는 방식에서는 의료 공급 서비스량이 억제될 가능성이 커지고 약제 사용도 억제될 것이다.

우리나라와 같이 행위별 수가제를 실시하는 경우, 의료이용량을 통제하는 데 한계가 있고, 즉 약제 사용량의 증가를 통제하기가 매우 어렵다. 여기에 더하여 기술 발전에 의한 신약의 지속적 시장 유입, 인구의 고령화 등의 요소는 총약제비의 증가를 가속화하며, 아무리 약가를 통제한다 하더라도 전체 약제비가 쉽게 통제될 것을 기대하기는 어렵다.

건강보장체계에서 결국 지불해야 하는 것은 개별 약가가 아니라 국가 전체 총약제비이므로, 건강보장체계의 운영에서는 총약제비의 크기를 생각하지 않을 수 없다. 즉 합리적 약가 책정 및 진료비 지불제도를 통한 약제 사용 행태 관리뿐만 아니라 최종적으로 발생하는 국가 총약제비의 목표를 설정하고 그 한도 내에서 지출하도록 하는 운영체계를 설계하게 된다.

## 2. 약제비 관리에서 예산제 현황

약제비를 포함한 보건의료비 지출 증가를 경험한 많은 국가들이 총액 예산제를 도입하면서 부문별 예산제를 실시하였고, 약제에 대해서도 약제비 예산을 별도로 설정하여 지출 증가를 통제하고자 하였다. 독일에서는 외래 약제비 예산을 설정하여 초과분에 대해 의료공급자 및 제약기업에 일부 환급하도록 하기도 하였고, 이태리, 스페인 등에서는 지역별로 약제비 예산을 할당하여 초과 시 일부에 대하여 책임을 물었다. 프랑스에서도 전체 진료비 예산뿐만 아니라 약제비 예산도 설정하여 초과 시 제약기업들에게 환급하도록 하고 있다.

총약제비 예산을 설정하는 방식은 크게 두 가지로 구분되는데, 첫 번째는 전년도 약제비 총액을 기준으로 하여 차년도의 약제비 증가율의 목표를 설정하는 방식이고, 두 번째는 전체 진료비 중에서 약제비가 차지하는 비중에 대한 목표를 설정하는 방식이다. 두 개 중에서 어느 것이 낫다고 말하기는 어려우며, 첫 번째 방식에서는 목표 증가율을 결정하기 위한 고려 요인 및 의사결정이 얼마나 객관적이고 합리적인가가 중요하고, 두 번째 방식에서는 약제비의 비중만을 정하는 것이므로 자원 분배에 관한 사회적 합의가 중요하다.

국가 차원에서 연간 총약제비의 규모에 대한 목표를 결정할 뿐만 아니라, 지역별 예산 목표 또는 기타 부문별로 목표가 정해지기도 한다. 목표 예산을 달성하기 위해서는 보다 세부적인 단위에서의 목표가 제시되어야 실행을 위한 구체적인 방안이 나올 수 있기 때문이다.

목표로 한 총약제비 규모를 지키기 위해서는 목표 금액 초과 시 그에 대한 책임분담을 누가 어떻게 지느냐가 중요하다. 약제비 크기가 결국 제약사의 매출로 이어진다는 논리로 볼 때는 제약기업에 책임을 분담할 수 있으며 약제 사용의 결정이 의사의 처방에 의해 대부분 이루어진다는 점에서 볼 때는 의사 등 의료공급자에게 책임을 분담할 수 있다. 독일에서 총액예산제를 실시하면서 약제비 총액에 대해 의사들에게 초과액의 일부에 대한 책임을 지운 적이 있지만, 약제비 예산제를 실시하는 대부분의 국가에서는 제약기업에게 초과액에 대한 책임을 일부 부담시키고 있다. 이는 약제비 지출의 증가가 결국 매출규모 증가를 발생시킨다는 결과론적 관점이 우세하게 관철되고 있음을 의미한다.

제약기업 입장에 볼 때 총약제비의 목표액을 설정하는 것은 제약산업 전체의 매출 규모를 예상할 수 있고, 기업별로도 매출 규모를 예측할 수 있는 측면이 있다. 이탈리아의 경우는 약제비 총액이 진료비 총액에서 차지하는 비율을 고정하면서 제약기업별 예산을 설정하고 있다. 제약기

업은 매출 성장에 제한이 있을 수 있지만 다른 측면에서 볼 때는 그 한도 내에서는 매출을 보장받는 것이므로 기업 경영 계획 수립이 용이할 수도 있다.

목표액 초과에 대하여 제약기업이 책임을 분담하는 경우 그 방식은 초과액의 일부를 보험자에게 환급하는 방식 또는 차년도의 약가를 인하는 방법 등이 있다. 제도 운영 측면에서 볼 때 약가 인하는 차년도 약제비 목표액에 영향을 미치므로 계산이 복잡해질 수 있다. 반면 초과 금액의 일부를 환급하는 방식은 목표액 초과분을 그 해에 해결하고 넘어가게 되므로 운영이 간편한 장점이 있다. 또 제약기업 입장에서도 한 국가에서의 가격 수준이 다른 국가에 영향을 미치므로 명시적 가격이 인하되는 것 보다는 환급 방식을 선호하게 된다. 이러한 이유로 약제비 예산제 방식에서 목표 초과액의 책임 분담 방식은 환급 방식이 지배적이다.

의사에 대해서는 약제비용 지출에 대해 집단적으로 책임을 부과하는 방식보다는 개별 의사당 처방액 목표를 설정하고 달성 여부에 따라 인센티브 또는 디스인센티브를 부과하는 방식이 이루어지고 있다. 처방총액을 목표로 할 수도 있고 저가약 사용 비율과 같은 구체적인 처방행태의 목표를 설정하여 약제비 지출 증가의 억제를 추구하기도 한다. 즉 의사들의 경우 지역과 같은 집단 단위로 비용절감 목표를 세울 때보다 개인별 목표를 세울 때 정책의 효과가 더 크게 나타난다는 것을 짐작할 수 있다.

한편 약제비용 통제를 목적으로 의사에 대하여 약제비 예산을 설정하는 것 보다 약제의 비용효과성과 같은 근거자료를 제공하여 합리적 처방을 지원하는 것이 더 효과적이라고 보는 입장도 있다. 예산을 제한할 경우 의료서비스의 다른 부문으로 비용을 전가하거나 고가의 치료제를 필요로 하는 환자를 거부하는 문제가 있을 수 있다는 것이다. 반대로 약제 사용에 관하여 의료공급자의 판단에만 의존한 채 전체 비용을 통제

하기 위한 목표예산을 설정하지 않을 경우, 비용통제에 효과가 없다고 보는 입장도 있다. 또한 목표예산에 맞게 지출을 달성하기 위해서는 의료공급자에게 벌과 같은 부정적 방식의 책임은 성공적이지 못한 것으로 평가된다(Mossialos et al., 2004).

약제비는 진료행위와 구분되는 제품에 대한 비용으로서 별도 추산이 쉽고 가격 억제 등 통제 수단이 다양하여 예산제의 적용이 용이한 측면이 있고, 이러한 특징이 국가마다 약제비에 대한 예산제 시행을 쉽게 하는 요소로 작용하고 있다.

이러한 이유로 총액예산제를 실시하는 많은 국가들은 전체 진료비 예산 목표를 설정하고 구체적으로는 약제비 예산, 외래진료비 예산, 병원별 예산 등으로 구분하여 각 부문별 예산목표를 설정하고 지출을 관리하고 있다. 그러나 환자의 질병치료 과정에서는 일차의료와 약제, 이차 및 삼차의료의 통합적으로 제공되는 것이므로, 한 부문의 지출 감소는 다른 부문의 비용 발생으로 이어질 수 있어 부문별 지출 통제가 비효율을 낳을 우려도 존재한다.

Drummond와 Jonsson은(2003) 특히 보건의료비 총액에서 약제비 총액이 차지하는 비율의 목표를 고정시켜 관리하는 방식을 비판하였는데, 그 이유로 그러한 비율 설정이 자원 배분의 효율적 수준을 고려하였다는 근거가 없으며, 약제 부문의 혁신 수준에 따라 그 비율이 달라질 수 있으므로 시계열적으로 볼 때도 합리적이지 않다고 주장하였다.

일부 학자들은 의료공급 부문별이 아닌 질병군 및 치료 영역 단위로 구분하여 비용을 통제하는 것이 서비스의 효율적 구성을 가능하게 함으로써 지출을 효과적으로 관리할 수 있다고 주장하였다(Garrison and Towse, 2003; Drummond and Jonsson, 2003). 환자 중심의 통합적 의료서비스 공급이라는 시각에서 이러한 주장은 타당해 보인다. 그러나 총액예산제를 운영하고 초과 지출액에 대한 사후적 책임을 분담하는 과

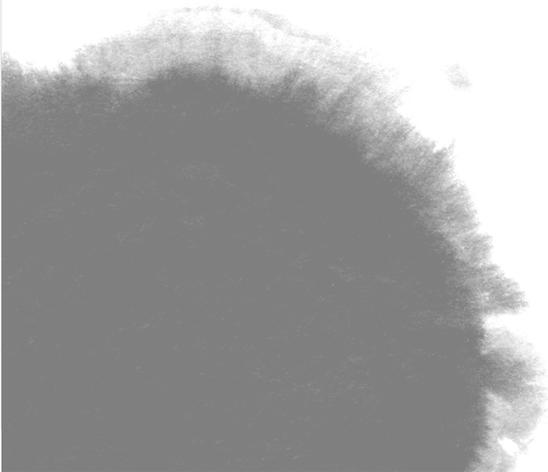
정에서 볼 때, 질병군 단위로 총액예산제를 시행하는 것은 매우 어려울 것으로 예상된다.

총약제비를 통제하는 이유는 무조건 지출 증가를 막는 것이 아니라, 건강보장 재정을 안정적으로 관리하기 위한 것이므로 지출의 목표를 설정하는 것은 필요하다. 그 목표의 수준은 기술발전과 합리적 자원 배분에 관한 계량적 근거에 의해서만 결정될 수는 없으며, 국가와 사회가 감당할 수 있고 수용할 수 있는 재정 규모와 지출 수준을 고려하여 결정할 수 있을 것이다.

이것은 국가의 건강보장 재정의 안정적 운용의 필요성에 대한 전사회적인 공감대 형성과 책임 분담 의식이 뒷받침되어야 가능하다. 즉 총약제비의 목표를 설정하고 그것을 유지 운영하기 위해서는 목표액 설정과 배분에 대한 기술적 측면뿐만 아니라 제도의 필요성에 대한 사회적 수용과 책임의식이 요구된다.

# 3장

## 주요 국가의 약제비 예산제 현황





## 제3장 주요 국가의 약제비 예산제 현황

### 제1절 독일

#### 1. 보건의료체계

독일에서는 1883년 사회보험으로서 의료보험제도가 도입되었다. 크게 공적의료보험과 민간의료보험으로 이원화되어 있으나, 그 핵심은 공적의료보험이다. 국민의 10% 의무가입으로 시작된 공적의료보험은 현재 국민의 약 90%가 가입되어 있다.

공적의료보험의 가입자는 의무가입자와 자율가입자로 구분된다. 소득을 기준으로 사회보험의 강제적용대상 여부를 결정하는 기준은 연방노동사회부가 매년 발표하는 가입자의 소득 기준 ‘사회보험 강제가입 상한선’이다(이용갑, 2009). 2011년 기준으로 월 €400~4,125(월소득 일정 수준 이상이 아닌 경우)에는 공적의료보험에 의무 가입하여야 한다. 공적의료보험 의무가입 대상은 일정소득의 근로자 외에도 농민과 예술인, 작가 등 일부 자영업자 그룹과 대학생(30세 이상) 등으로 확대되었으며, 연금보험수급자와 실업급여 수급자도 공적의료보험 의무가입 대상이다. 즉 일정 소득 이하의 국민은 공보험에 의무적으로 가입해야 하며, 공보험 의무가입자 이외의 국민은 민간보험이나 공보험 중 선택하여 가입해야 한다(임금자와 김계현, 2011). 강제가입 상한선 미만의 소득자가

납부해야 하는 보험료는 ‘보험료산정 한도액’ 이 적용되어, 그 한도액 이상의 소득은 보험료 산정시 제외된다. 보험료 산정 한도액은 사회보험의 종류와 지역에 따라 다르다(이용갑, 2009).

이에 따라 독일의 의료보장체계는 ‘강제가입 상한선’이하의 소득을 갖는 사회보험 강제가입 대상자들을 위한 “공적 건강보험체계”, 공공부조·특수지역 공무원·국가보훈대상자 등을 위한 “공적 건강보험 이외의 공적 의료보장 프로그램”, 일반 공무원과 강제가입 상한선 이상의 소득을 갖는 사회보험 강제가입 적용제외자들을 위한 “민간 의료보험”으로 구성된다(이용갑, 2009)

공적의료보험 의무가입자는 의료보험 가입만 의무일 뿐이며, 어느 의료보험조합에 가입할 것인지는 전적으로 가입자의 선택사항이어서, 법률에서 허용한 공적의료보험조합 중에서 선택하여 가입하면 된다. 공적의료보험 가입자는 의료보험조합 선택권 외에 의사선택권(freie Arztwahl)도 주어진다. 외래진료와 입원진료(병원진료)에 대한 구분이 엄격한 독일에서의 의사선택권은 우리나라에서 인식되고 있는 것과는 다른 개념이다. 독일의 공적의료보험가입자가 의원급 의료기관 중 어느 의원에서 진료 받을 것인지 자신이 선택할 수 있다는 것이며, 의료기관의 종별 구분 없이 모든 의료기관 중에서 선택할 수 있다는 것은 아니다. 응급의 경우를 제외하고는 상급병원에 이른바 「자가 진료의뢰(Selbstüberweisung)」 하는 것이 금지되어 있다. 일차진료의사의 진료의뢰(Überweisung)에 의해서만 상급병원 진료를 받는 것이 가능하다(임금자와 김계현, 2011).

독일의 보건의료체계는 자치주, 연방정부, 시민사회조직 간에 의사결정을 공유하는 데 바탕을 두고 있으며, 이는 연방주의와 공동체적 조합주의라고 표현할 수 있다. 독일의 입법권한은 기본적으로 주정부에 있고, 연방정부는 외교, 국방, 재정 등과 같이 국가 전체적으로 통일된 원칙이

필요한 사항 외에는 배타적 입법권한을 가지지 않는다.

보건의료에서의 구체적 실행방침은 주정부가 독자적으로 마련하는 경우가 대부분이며, 결과적으로 보건의료에 대한 책임은 주정부에게 있다고 볼 수 있다. 독일연방은 16개의 자치주로 구성되며 공적의료보험에 있어서도 각 주의 의료보험조합이 재정적으로 독립되어 있어 독립적인 협상권을 행사한다. 연방정부는 Statutory Health Insurance(SHI)와 관련된 의료개혁 법안을 통과시키는 데 책임이 있고, 주정부는 입원규모 및 병원 투자계획, 너싱홈(nursing home), 사회복지기관에 대한 책임을 진다(허순임과 허재현, 2009).

재원조달은 보험료가 가장 크게 차지하고 있으며(전체 의료비의 57%), 나머지 43%는 세금, 환자본인부담, 민간의료보험 재원으로 충당된다. 세금은 병원비용에 대한 주요 재원으로 사용된다. 병원 투자비용은 주와 연방 정부의 세금이 사용되며, 이를 지급받기 위해서는 주정부의 병원계획에 포함되어 있어야 한다. 대학병원의 연구지원에도 세금이 사용된다. 환자본인부담은 의료비의 약 10% 수준이며, 본인부담이 부과되더라도 저소득층과 의료서비스에 대한 필요가 큰 환자, 18세 미만의 소아에 대해서는 면제된다(허순임과 허재현, 2009).

독일의 보건의료전달체계의 특징은 공공보건서비스, 일차 및 이차 외래진료, 병원진료가 기관별로 확실히 구별되어 있다는 점이다. 공공보건 서비스에는 감염병 감시, 병원, 외래 수술 및 진료기관, 비의료 전문인에 대한 감독, 식품과 의약품에 대한 상업행위 감독, 환경보건 영역에 대한 감독, 학생신체검사, 지역중심의 정신과 서비스 제공, 보건교육 및 증진 등이 포함되며, 독일 전역에 걸쳐 350개 사무소를 통해 서비스가 제공된다.

일차 및 이차 외래진료는 민간의료공급자가 제공하며, 환자는 의사, 정신요법지사, 치과지사, 약사, 간호사를 자유롭게 선택할 수 있다. 외래

진료의 절반을 차지하는 가정의는 전반적인 치료를 관할하고 있으나 문지기 역할을 하지 않는다. 독일의 병원은 입원진료에 집중하며 일부 외래진료에 대해 엄격하게 관리한다. 급성기 병원에서 응급의료를 제공하지만, 대학병원만이 교육과 연구목적으로 공식적인 외래시설을 갖추고 있다. 2004년부터 정기적으로 고도로 전문적인 진료를 필요로 하는 경우 병원이 외래진료를 할 수 있게 하였으며, 통합진료모델에 참여하는 경우 외래진료를 할 수 있도록 하고 있다(허순임과 허재현, 2009). 외래진료를 제공하는 보험계약의사와 입원진료를 제공하는 병원은 주 차원에서 협회를 구성하며, 주 차원에서 공적 건강보험조합 연합회들과 진료에 대한 전체적 사항을 협의한다. 보험계약의사들은 집단적으로 계약하며, 병원들은 개별적으로 계약한다(이용갑, 2009).

## 2. 보건의료 개혁

독일의 보건의료개혁은 유럽공동체 국가들의 개혁 흐름에서 크게 벗어나지 않았는데, 유럽 개혁의 흐름을 시기별로 구분하면 다음과 같이 요약할 수 있다. 1970년대 중반부터 1980년대 중반까지의 보건의료개혁은 국가의 직·간접 통제를 통한 보건의료비 지출 억제가 핵심이었고, 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지 개혁은 공급자들이 자율적 지출 억제를 유도할 수 있도록 하는 예산제의 확대였다. 1990년대 중반부터 2000년대 초반까지의 개혁에서는 재정적 지속가능성에 대한 문제제기를 바탕으로 양질의 보건의료 서비스 공급을 위한 일반적인 보건의료서비스의 공급을 제한하고, 의학적 효과에 기초한 보건의료서비스 구매 기전을 도입하였다.

1982년 가을부터 1998년 가을까지 16년간 집권한 보수정당인 기민당·기사당과 시장자유주의 정당인 자민당 연방정부가 실시한 의료개혁

의 기본 방향은 예산제 도입을 통한 재정지출 억제였다. 또한 조합별 건강보험 강제 가입을 해제하고 가입자의 건강보험조합 선택을 자유롭게 하였다.

1989년에 실시된 ‘공적건강보험 구조개혁법’은 의료비 증가억제, 보험료율 안정화 및 환자 본인부담금의 인상, 처방 의약품 급여비 제한 등 수요억제라는 세 가지 목적을 갖는다. 이를 위해 입원진료, 치과보철, 온천요법, 의약품 등에서 환자 본인부담금을 인상하고, 안경과 비경제적 또는 효과가 분명치 않은 의약품 등에 대한 공적 건강보험의 급여를 제한하였으며, 외래진료 처방 의약품에 대한 참조가격제를 도입하였다.

1993년 ‘공적건강보험 구조개혁법’에서는 부분별 총액예산제를 도입하여 공급자들이 자율적으로 진료비 증가를 억제하도록 하고, 공적 건강보험조합의 보험료율 인상을 억제하고자 하였다. 주요 내용은 첫째, 개별 병원의 입원진료 비용, 외래진료를 담당하는 주보험계약(치과)의사협회 전체의 진료보수, 외래진료에서 주보험계약(치과)의사협회 전체가 처방하는 의약품 비용 세 가지에 대하여 지역별 총액예산제를 도입하였다. 둘째, 외래진료를 담당하는 보험계약의사의 수급을 조절하였다. 셋째, 지역과 직종/직장을 기준으로 보험가입이 제한된 공적 건강보험 가입구조를 개선하여, 가입자가 공적 건강보험조합을 자유롭게 선택할 수 있도록 하였고, 조합은 가입자 유치를 위하여 보험료율을 인하할 수 있도록 하였다.

기민당·기사당과 자민당 연방정부의 마지막 보건의료개혁인 1997년 개혁에서는 첫째, 보험료율 안정화를 법제화함으로써 재정지출 억제를 더욱 강화하였으며, 둘째, 공적 건강보험조합의 보험료율 인상을 피보험자의 본인부담금 인상과 연계하여 가입자의 조합 선택을 촉진시키고, 조합들 간 경쟁을 강화시켰다. 셋째, 의약품, 교통비, 요양비, 입원, 치과보철 등에 대한 급여 제한과 본인부담금 인상을 통해 진료비 증가를 억제

하였다. 넷째, 보험료 일부 상환, 본인부담금 인상, 부가급여에 대한 특별 보험료 징수, 시범사업 등 민간 의료보험적 요소가 투입된 보험자의 자체사업을 대폭 인정하여 공적 건강보험조합의 자율권을 확대하였다.

1998년 가을부터 2005년 가을까지는 사회민주주의정당인 사민당과 시민·환경주의 정당인 동맹90·녹색당이 집권하였다. 이들은 과거 정부의 지출증가억제 정책을 재검토하고, 외래진료 처방의약품에 대한 급여 대상의약품 목록제도와 병원 입원진료에 대한 포괄수가제를 도입하고자 하였다.

1998년 ‘공적 건강보험 연대강화법’에서는 보건의료체계의 공공성 강화, 민간 의료보험적 요소 제거와 같이 1997년 개혁의 정책방향을 수정하였다. 외래진료 처방 의약품에 대한 환자 본인부담금을 인하하여 피보험자의 부담을 경감시켰고, 환자 본인부담금의 「임금연동」과 「보험료를 연동」을 폐지하여 공적 건강보험조합들 간의 경쟁에서 민간 의료보험적 요소를 제거하였다.

‘공적 건강보험 개혁 2000’은 병원 입원진료에 대한 진료비 지불제도로 질병군별 포괄수가제를 도입하고, 외래진료 처방의약품에 대한 급여 대상의약품 목록을 도입하였다. 또한 지역별로 구분된 보험계약(치)의사에 의한 외래진료·병원 입원진료·외래진료에서 처방의약품으로 구분된 예산을 하나의 포괄적인 총액예산제로 묶고 이를 기준으로 보험료율을 안정시키고, 입원과 외래진료를 연계하고자 하였다. 즉 가입자보다는 공급자에 대한 개혁을 통해 의료비 증가를 억제하고자 하였으나 공급자와 야당의 반대로 주치의 역할 강화, 병원 입원진료에 대한 질병군별 포괄수가제만 실시되었다.

2004년 ‘보건의료현대화법’은 공적 건강보험의 재정안정화를 위하여 피보험자뿐만 아니라 의사와 제약업계를 포함한 보건의료체계의 모든 행위자들에게 재정적 부담을 부과하였다. 가장 큰 변화는 ‘외래진료 방문

료'의 도입인데, 환자가 외래진료에 대하여 자신을 진료하는 보험계약의 사에게 매 분기마다 정액 본인부담금을 지불하도록 하는 것이다. 그러나 저소득·취약계층의 강력한 저항을 초래하였으며, 사회연대성 원칙을 약화시켰다는 사회적 비판을 받았다.

2005년 가을부터 2009년 가을까지 보수정당인 기민당·기사당과 사회민주당인 시민당이 연립정부를 구성하여, 2007년 '공적 건강보험 경쟁력 강화법'이라는 보건의료개혁에 합의하였다. 독일의 모든 거주민에게 공적 건강보험 또는 민간 의료보험에 가입을 의무화하였고, 공적 건강보험에 대한 국가의 책임을 보다 적극적으로 강화하여 공적 건강보험에 대한 국가보조금 지급을 확대하였다. 또한 건강보험기금을 도입한 것이 큰 변화인데, 이로써 건강보험조합별로 차별적인 공적 건강보험의 보험료가 2009년 1월 1일부터 연방차원에서 단일화되었다. 건강보험기금은 고용주와 근로자가 납부하는 정률보험료와 연방정부가 지급하는 국가보조금으로 구성되어, 개별 건강보험조합 가입자의 성·연령, 취업능력과 건강위험을 기준으로 한 새로운 위험균등화 프로그램에 따라 재원이 분배된다.

외래진료를 담당하는 보험계약의사들에 대한 진료보수 지불방식은 상대가치·환산지수를 기준으로 설정된 지역별 외래진료보수 총액예산제였다. 하지만 동일한 진료라도 지역별·분기별·주치의/전문이에 따라 실제로 지급되는 진료보수 금액은 차별적이었다. 입원진료를 담당하는 병원은 2000년 개혁에 따라 2005년부터 입원진료에 대해 질병군별 포괄수가제가 전국적으로 단일한 가격으로 통일되어 경쟁이 강화되었다. 특정 질병에 한정된 병원과 외래 전문의간의 통합진료가 강화되어, 병원이 통합진료에 적극적으로 참여할 수 있도록 하였다. 독일에서는 외래진료와 입원진료를 엄격히 구분하고 있어 이것이 개혁에 장애요인으로 작용하였다. 병원에 제한적으로 외래진료를 허용하고, 통합진료에 적극적으로

참여하게 함으로써 이러한 구분을 완화시켜 보건의료체계의 전반적 효율성으로 제고하고자 하였다(이용갑, 2009).

### 3. 외래부문 총액계약제

공적의료보험제도 도입 초기에는 의료보험조합이 개별 의사간의 계약을 체결하여 가입자에게 서비스를 제공했다. 수요에 비해 의사수가 많아 공급과잉의 상태였기 때문에 개별 의사보다 의료보험조합이 우월한 위치에 있었다. 개별 의료보험조합이 개별 개원의와 계약하는 상황에서 개원의에게 불이익이 계속되었고, 개원의들이 단체를 결성하여 의료보험조합과 단체계약을 체결할 것으로 요구하면서 1931년 총액계약제가 시작되었다. 총액계약은 그 자체로서 독립적인 계약제도가 아니었다. 개별 의료보험조합과 개별 의사간에 체결한 개별계약과 상반되는 개념으로서 단체계약이 도입되었고, 단체계약 내용 중에 총급여비에 대한 사항이 포함 된 것이었다.

“총액계약”(Gesamtvertrag, 정확하게는 단체계약임)은 법률의 정의에 따르면 「상대가치평가기준에 의해 급여되는 보험항목으로서 청구와 심사에 대한 절차를 정하여 각 지역의 보험의사회와 해당지역의 의료보험조합협의회간에 체결한 계약」을 말한다. 이렇게 정의된 총액계약에서 의료보험조합이 계약기간 동안 보험(의료)서비스에 대해 지급하기로 합의한 총급여비규모(계약연도 시작 시점에서의 금액)가 “총급여비”이다. 총액계약은 여러 차례 개혁을 통하여 변화하였다(임금자와 김계현, 2011).

1950년대부터 1970년대 초반까지 보험급여의 범위가 지속적으로 확대되어, 상병기간 동안의 임금을 완전히 보상하기에 이르렀으며 예방서비스까지 급여에 포함되었다. 급여 확대는 급격한 보건의료 지출 증가로

이어졌고, 독일은 보건의료분야에서 비용억제라는 고민을 갖게 되었다. 마침내 1975년 경 보건의료지출을 억제하기 위한 공급자와 질병금고간 자발적 합의가 생겨났다. 1976년에는 모든 보험의사가 의무적으로 가입하는 연방의사협회와 질병금고 연합회 사이에 외래부문의 지출증가를 보험료부과소득의 증가율과 동일한 수준으로 제한하자는 합의가 최초로 이루어졌다. 수입에 근거하여 지출한다는 합의는 1977년에 의료보험지출 절감법(Health Insurance Cost containment Act)으로 공식적인 국가정책이 되었다. 이 법에 의해 보건의료분야의 협력회의가 가동되었고, 이와 더불어 공급자 집단과 질병금고간에 자유로운 협상은 종결되었다.

1년 간격으로 이루어졌던 의사협회와 질병금고 연합회 사이의 합의가 지속되면서 외래부문의 지출 증가가 눈에 띄게 억제되었다. 질병금고의 지출 중 외래부문 지출이 차지하는 비중은 1975년 19.4%에서 1980년 17.9%로 감소하였고, 1988년에는 16.9%가 되었다. 의사협회는 많은 회원들의 반발에도 불구하고 이 제한을 유지하였는데, 이는 정부로부터 강제적인 총액예산제 적용을 받지 않으려는 전략적 목적과 관련이 있다. 그러나 이후 이 전략이 성공하지 못했던 것은 보건의료제도의 다른 부문에서 비용억제가 실패했기 때문이었다.

의료비억제법이 질병금고의 전체적인 지출수준을 보험료부과소득수준으로 억제하는 데 성공하지 못하여 더 강력한 개혁법인 보건의료개혁법(Health Care Act)이 1988년 말에 통과되어 1989년부터 발효되었다. 이 법의 목적은 보건의료시장의 가격구조를 재설계하는 것이었으며, 몇 개 중요한 항목의 가격은 낮추고, 도덕적 해이가 우려되는 몇 개 항목의 본인부담을 증가하는 것, 모든 협상절차를 표준화하고 중앙화함으로써 구매자측의 권한을 강화하는 것 등이 포함됐다. 공급자와 보험자 간의 불균형을 조정함으로써 단체협상위원회의 문제해결 능력을 향상시키기 위해 질병금고의 의사결정을 표준화하는 방법을 설계하였다. 질병금고에

대한 일련의 의무조항을 도입하여 긴밀하고 통일된 협조를 이끌어 내도록 하였다.

이 개혁에서는 어린이와 청소년에 대한 첫 번째 치아예방프로그램과 35세 이상 심혈관계 및 신장질환 검진프로그램을 포함하는 등 일부 보험급여범위를 확대하는 내용도 포함하였다. 그러나 한편으로는 의치나 의료용구, 교통수단, 약제 등에 대한 높은 본인부담을 포함하고 있었다. 무엇보다 외래부문에서 가장 중요한 변화는 보험료율의 안정성을 유지시키기 위해 외래부문의 의료서비스에 대한 예산이 고정되도록 의사협회와 질병금고 연합회 사이에 법적으로 의무화했다는 것에 있다.

예산의 실제 크기가 여전히 의사와 질병금고 간 협상을 통해 결정되도록 되어 있음에도 불구하고, 사실상 예산은 미리 결정되었고 신기술 도입으로 발생하는 추가지출에 대하여 유일한 재량권이 주어졌다. 공급자측이나 보험자측은 소규모의 재량권을 사용했고, 결과적으로 보험료부과소득 증가율 이상의 지출 증가를 가져오게 되었다. 또한 예방서비스가 행위별 수가제 보상으로 남아있어서 지출 증가에 기여하고 있었다.

한편 병원부문은 개별 병원별로 협상이 이루어지는 소위 “탄력적 예산제”를 도입함으로써 개혁법이 유일하게 효과를 얻지 못하였다. 병원부문에 비효과적인 조치가 취해진 것은 각 연방주들의 정치적 저항이 주된 이유였다.

1989년 법을 통하여 조합주의적 조직들에 대한 의무조치를 취함으로써 지출증가 억제와 보험료를 안정을 동시에 달성하였다. 공급자에 대한 정치적 통제는 모든 지역에 적용되는 보험급여의 중심 틀을 제정함으로써 강화되었다. 그러나 1989년에서 1992년 사이 강제적으로 협상된 예산은 자발적 합의 때보다 성공적이지 못했다. 질병금고 지출에서 외래부문이 차지하는 비중이 다시 17%를 넘어서게 되었는데, 외래부분의 지출 증가속도가 질병금고 전체 지출증가속도보다 약간 빨랐고, 보험료부과소

득의 증가속도보다 상당히 빨랐다는 것을 의미했다. 이에 따라 독일 정부는 새로운 개혁을 통과시키게 된다.

1989년 개혁법이 질병금고의 지출과 보험료율을 억제하는 데 실패했고, 실패의 주된 이유가 병원 부문의 지출 증가에 있었기 때문에 보다 더 강력한 법인 보건의료구조법이 1992년에 통과되어 1993년부터 발효되었다. 총액예산이 병원부문에까지 확대되었으나 외래부문과는 다르게 병원부문에는 조합적 기구가 없어 개별 병원별로 예산이 보험료부과소득 이상으로 증가하지 않도록 정해졌다.

외래부문 총액예산도 보다 엄격하게 적용되었다. 지역별로 총액예산을 법으로 정확히 정하여, 보험자와 공급자간 협상기구에 의해 총액을 협상할 여지는 완전히 없어지게 되었다. 총액예산 증가율이 법에 의해 질병금고 가입자들의 보험료 부과소득증가율에 따라 자동적으로 결정되었다. 또한 예방서비스, 외래수술 등과 함께 신의료기술과 예방적 의료행위를 포함한 모든 의료행위가 예산에 포함되었다(전창배와 고수경, 2001).

1993년 개혁의 특징 중 하나는 외래부문과 관련된 거의 모든 보건의료부문에 대해 총액예산을 도입했다는 점이다. 처음으로 치과에 대해 총액예산제가 도입되었다. 약제비 지출 증가를 억제하기 위해 약제비 본인 부담수준을 인상하고, 약제비 상한을 초과하는 의사를 재정위기그룹으로 간주하는 정책을 도입하였다. 1993년 이전에 주로 진료비 통제를 통해 진료비 지출을 억제했던 것과 달리, 1993년 개혁에서는 전체적인 의료비 통제를 위해 진료비를 통제했을 뿐만 아니라 진료량 통제에도 중점을 두었다. 진료비 통제를 위해 총액예산제 개혁을 시도했으며 진료량 통제를 위해서는 의사 진료량을 제한하고, 의사진료행태 감독을 강화하고 용량에 따른 약제비 본인부담제를 도입하였다(최병호와 신윤정, 2003).

진료량 통제를 위해서 의사수를 규제하고 전문의에 비해 일반 가정의

를 활성화시키는 데 중점을 두었다(최병호와 신운정, 2003). 질병금고와 계약할 수 있는 의사수를 지역별 전문과목별 평균 의사수의 110%를 넘지 못하도록 제한했다. 보험의사수 규제로 지출 증가를 효과적으로 통제할 수 있었으며, 의사들 간 갈등이 심화되어 의료서비스 당 가격이 낮아지게 되는 효과를 얻었다. 일반의의 상대적 소득 손실을 보전하고 일반의 부문을 장려하기 위하여 1994년 이후 일차의료의사에 대해 행위별 수가를 보충하였다(전창배와 고수경, 2001).

독일에서 전통적으로 엄격하게 분리해 두었던 외래와 병원부문에 대한 조정도 이루어졌다. 병원에 환자가 입원하기 전후 얼마간 외래부문에서 치료를 받을 수 있었고, 병원이 외래수술을 하는 것도 허용되었다.

법에 의해 외래부문이나 병원부문 예산이 강제적으로 정해지던 것은 1995년으로 종결되었다. 예산은 다시 의사협회와 질병금고 간 협상에 의해 정해지게 되었고, 질병금고의 '수입에 근거한 지출'과 '보험료를 안정'을 위해 새로운 개혁이 1996년에 마련되었다(전창배와 고수경, 2001)(표 3-1 참조).

〈표 3-1〉 독일의 외래 총액예산제 변천

연도	총액예산제 내용
1989~1992	지역고정예산-협상
1993~1995	지역고정예산-법적 결정
1996~1997	지역고정예산-협상
1998	(진료소별 목표 진료량)
1999~현재	지역고정예산협상-법적 한도

자료: Altenstetter & Busse(2005), 허순임과 허계현(2012)에서 재인용.

한편 독일 정부는 보험의사회를 견제하고, 개별 계약을 통해 보험의사회의 권한을 축소하려는 의도가 있었다. 또한 의료보험조합과 개원의 간

의 개별계약을 통해 의료비를 절감하려는 목적이 있었으나 개원의들은 계속적으로 개별계약을 거부해왔다. 이에 정부는 2000년 의료보험개혁법, 2004년 의료보험현대화법, 2007년 경쟁강화법 등 법률을 개정하여 왔으나, 계속적으로 보험의사회가 계약 당사자로 협상에 임하자 계약을 이원화시켰다. 의료보험조합과의 계약을 가정의와 전문의로 구분하여 급여비 총액을 결정하였으며, 급여비 총액은 인두제를 바탕으로 하였다. 그런데 급여비 총액은 진료량의 변화에 대응하지 못하는 한계가 있었고 의사들의 손실이 커지자 2009년부터는 계약기간 동안의 행위량 변동을 적극 고려하는 방식으로 계약제도가 변경되었다.

2009년 이전에는 일단 계약에 의해 급여비 총액이 결정되면, 이후 의료환경이 변화하여도 추가 지급되는 급여비가 없어 진료량이 증가할 경우 추가 소요되는 비용을 개별 의사가 부담하는 위험이 있었지만, 2009년부터는 이를 의료보험조합에서 부담하도록 변경하였다. 2009년부터는 형식적인 총액계약제는 계속되었으나 실질적으로는 총액계약제라고는 할 수 없고 ‘수정총액계약제’, 또는 ‘진료비 선불 후 정산제’라고 할 수 있겠다.

2009년 1월 1일부터 적용되는 개정 법률에 의한 계약의 절차도 과거와 마찬가지로 연방단위의 계약과 주단위의 계약으로 이원화되어 있다. 먼저 연방단위의 총괄계약이 체결되면 주 단위에서 이를 바탕으로 해당 지역의 특성을 고려하여 총액계약이 체결된다. 연방단위 계약에서는 독일 전지역에 적용되는 보험진료와 관련된 사항의 일반적인 기준을 정하는 것이다. 수정총액계약제에서는 보험의사회와 의료보험조합 간에 총진료량에 대해서도 합의한다. 주단위 계약에서는 연방단위 계약을 바탕으로 지역의 보험의사회와 의료보험조합 간에 해당지역의 특성을 고려하여 단체계약을 체결하며, 지역의 단체계약에서 해당지역의 총급여비가 결정된다.

공적의료보험조합이 가입자의 의료보장을 위해 지불하는 총급여비는

다음 세 가지이다.

- (1) 유병률 조건부의 총급여비 : 의료보험조합 가입자의 의료수요에 기초한 것으로 예측 가능한 유병률 조건부의 급여비 총액
- (2) 유병률 조건부의 총급여비에 포함되지 않는 개별서비스에 대한 급여비 : 유병률 조건부의 총급여비에는 포함되지 않지만, 이에 대해 별도로 급여비를 지급하는 개별서비스
- (3) 예측 불가능한 의료수요에 대한 급여비 : 추후 협상을 통해 극히 제한적으로 정해지는데, 최소한 전체 국민의 2% 정도에 해당될 정도의 감염병이나 재난상태 등임(임금자와 김계현, 2011)

#### 4. 병원 총액계약제

1972년 병원재정법이 재정되어 병원은 투자비용은 주정부로부터, 운영비용은 의료보험연합회로부터 지원받았다. 운영비용은 전액보상원칙(full cost cover principle)에 근거하여 보상받았다(최병호와 신윤정, 2003).

한편 독일에서는 병원과 외래 간 경계가 분명하여, 외래진료는 의사와 지역 의사협회의 권한 하에 있었으며 외래의사들은 입원진료를 제공할 수 없었다. 외래와 입원의 경계로 인해 환자진료가 분리되어 이중 진료와 이중 기술투자를 초래해 진료비가 증가하였다. 이러한 상황에서 1992년 까지 진료비 증가 억제 정책은 병원 외의 다른 분야에 치중되었고, 1993년 보건의료구조법을 통해 광범위하게 병원진료비 억제가 이루어졌다(최병호와 신윤정, 2003). 병원서비스에 대해서는 외래부분과 같이 1989년부터 공급자와 질병금고간 협상을 통한 목표예산을 설정해왔는데, 1993년 개혁에 따라 각 병원마다 고정예산이 주어지고 병원은 수익이나 적자에 대한 책임을 졌다(허순임과 허재현, 2012; 정현진 외, 2011). 연

방보건부가 책정한 총액예산은 1993년부터 1995년까지 적용하였다. 이 때 각 병원의 1992년 진료비 지출액을 총액을 계산하기 위한 기초로 사용하였으며, 총액의 증가는 의료보험조합수입 증가율로 제한하였다(최병호와 신윤정, 2003). 1996년부터 2002년까지는 혼합지불방식을 사용했다. 1996년부터 지출목표제 방식으로 전환하였고 병원별로 정해진 총액 내에서 세부 지불은 혼합(mix)지불방식, 즉 건당 포괄수가, 특별보수, 수진과목별 일당정액 요양비 및 기초 요양비를 혼합한 방식을 사용했다(정현진 외, 2011).

1990년대 이후 병원 지불제도 개혁에서는 경쟁을 통하여 효율성을 증진시키고자 하였다. 총액예산제 하에서는 병원 서비스 내용과 비용을 제대로 파악하기 어렵기 때문에 병원 간 비교가 제대로 이루어지지 못해 예산을 효율적으로 배분하기 어렵다. 이런 문제를 개선하기 위해 독일에서는 2003년부터 DRG를 도입하였다(표 3-2 참조).

〈표 3-2〉 독일의 병원 총액예산제 변천

연도	총액예산제 내용
1989~1992	병원별 목표예산-협상
1993~1996	병원별 목표예산-법적 결정
1997~1998	병원별 목표예산-협상
1999~2002	지역고정예산협상-법적 한도
2003~현재	DRG 도입

자료: Altenstetter & Busse(2005), 허순임과 허재현(2012)에서 재인용.

DRG 도입 이전 병원서비스에 대한 지불은 1일 정액으로 책정되어 재원기간에 따라 지불금액이 결정되었으나, DRG 도입으로 진단과 치료가 평가된 후 급여되는 체계로 바뀌었다. DRG 도입 첫 해에는 병원이

자발적으로 참여하였고, 2004년에는 의무사항으로 바뀌었다. 2007년부터는 DRG 지불제도가 전면적으로 실시되었고 총액예산이 인정되지 않았다(허순임과 허재현, 2012).

## 5. 약품비에 대한 총액계약제

### 가. 의약품 시장 현황

독일의 의약품 허가 기관은 연방 보건·사회보장부 산하의 연방 의약품 의료용품연구소(BfArM), 폴-애를리히 연구소(PEI), 연방소비자보호·수의학 연구소(BVL)세 기관이다. 그 중 인간에게 사용되는 의약품에 대한 허가는 연방 의약품 의료용품연구소에서 담당한다. 의약품의 허가 기간은 5년으로 제한하고 있다. 허가 받은 의약품은 의약품 등재목록(Arzneibuch)에 등재되는데, 2004년 8월 현재 등재된 의약품은 약 54,070개이다. 그런데 등재목록과 달리 의사들이 처방하고, 약사들이 조제 및 복용 상담하는 일반적인 의약품 목록은 ROTE LISTE®이다. 이 목록은 연방 의약품 의료용품 연구소가 시판 허가한 의약품을 생산하는 제약회사로부터 해당 의약품의 정보를 제공받아 편집한 것으로, 2004년에 8,992개 의약품이 등재되었다(이용갑 외, 2005).

의약품은 병원, 병원약국, 일반약국(public pharmacy), 그리고 "pharmacy-only"라고 정해진 것이 아니면 드럭스토어(drug store)나 슈퍼마켓에서 이용할 수 있다. 의약품 유통에서 일반 약국이 가장 큰 부분을 차지하는데, 2002년에 통계에 따르면 93%가 약국에서 판매됐다. 드럭스토어(drug store)나 슈퍼마켓은 7%가 판매되었는데, 이것은 의약품 시장 전체 매출액의 1%가 안 되는 규모이다. 2002년 처방약은 매출액의 44%, OTC(over-the-counter) 의약품은 21%를 차지했다.

일반약국은 실제로 모두 개인소유이고, 약사회 회원인 약사가 운영하며, 2003년까지는 외래 의약품에 대해 독점권을 갖고 있었다. 그 이후에는 전자상거래가 도입되었고, 병원약사도 공적의료보험 가입자에게 의약품을 제공할 수 있도록 권한이 확대되었다. 사실 2002년 8월부터 병원 약사는 이미 특정 의약품에 대해 개원의에게 직접 제공할 수 있는 권한을 갖고 있었다.

2004년 보건의료현대화법(SHI: Statutory Health Insurance Modernization Act)이 시행됨에 따라 의약품 분야의 구조가 상당히 변화했다. 의약품 시장이 자유화되어, 엄격한 규제 하에서 의약품의 전자상거래가 가능해졌고, 약사도 한 개 이상의 약국을 운영하는 것이 가능해졌다. 또한 OTC 의약품에 대하여 단일 가격을 부과하도록 하는 규제가 면제됐다. 1980년부터 2003년 사이 가격 규제의 틀은 거의 변하지 않았고, 2004년 법의 효력이 발생하면서부터 상당히 개정이 되었다. OTC 의약품의 자유화와 처방의약품의 가격 규제가 개정 되었다(Busse & Riesberg, 2004).

독일의 의약품 생산액은 1990년 €131억에서 1993년 3.1% 감소했던 것을 제외하고 지속적으로 증가하였다. 2003년에는 1990년 대비 62.6% 증가하여 €213억이었다. 전체 의약품 시장 규모가 증가함에 따라 약국에서 판매된 의약품의 시장규모도 상대적으로 증가하였다. 2001년 전체 €198.9억 중 약국에서 판매된 의약품 시장규모는 약 86.1% (€171.3)였고, 병원에서 사용된 의약품의 시장규모는 약 13.9%였다. 2003년 약국에서 판매된 의약품의 시장규모는 €192억이었다.

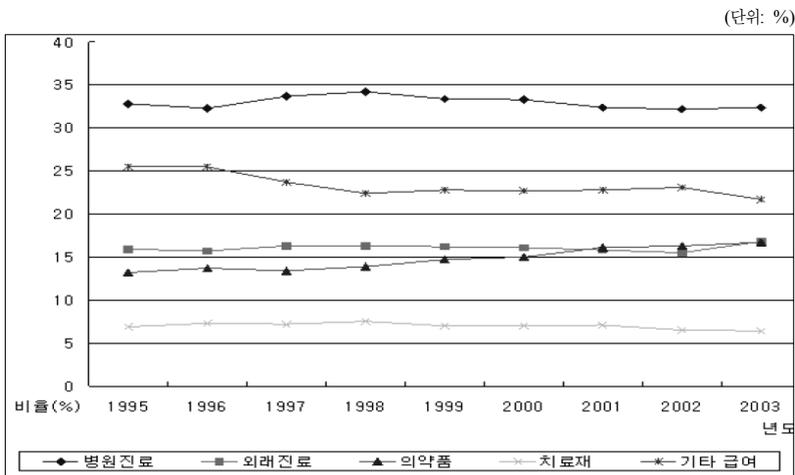
독일의 의약품 소비규모를 GDP와 대비하면 1996년부터 2003년 사이 보건의료비 지출 총액이나 공공의료보험 지출 총액과 마찬가지로 큰 변화가 없었다. GDP 대비 보건의료비 지출 규모가 1996년 11.1%, 2003년 11.2%였다. 전체 의약품 시장 규모가 증가했음에도 GDP 대비 보건의료비 지출 규모가 크게 변하지 않은 것은 GDP 규모 증가, 물가

상승률보다 낮은 수준의 의약품 가격 인상률, 처방규모의 감소, 의약품의 질 향상 등에서 원인을 찾을 수 있다.

약국시장규모를 더 살펴보면, 처방전이 발행된 OTC 의약품이나 처방전이 필요 없는 자가 소비 의약품(self-medication)과 비교하여 처방전 발행 의무가 있는 전문의약품의 판매 비율이 증가하였다. 약국판매 의약품 매출액 중 전문의약품 판매 비율은 2001년 77.6%, 2002년 79.6%, 2003년 81.3%로 증가하였다.

독일의 공공의료보험 전체 지출액은 1995년 €1,240억에서 2003년 16.5%가 증가하여 €1,445억이었다. 공공의료보험 지출부문 중 다른 급여부문의 지출비율은 비슷한 수준에서 유지되거나 약간의 감소가 있었던 반면 의약품 비용 지출은 증가하였다(그림 3-1 참조).

[그림 3-1] 독일 공공 의료보험의 급여부문별 지출 비율



자료: 이용갑 외(2005).

공공의료보험의 처방의약품 시장에서 1989년 참조가격제 도입 이후 참조가격 의약품의 비율은 매년 증가하였다. 참조가격 의약품이 보험계

약의사의 처방에서 차지하는 비율은 2000년 60.6%에서 2003년 63.7%로 증가하였다(이용갑 외, 2005).

## 나. 의약품 급여

독일은 공적의료보험에서 상환 가능한 의약품에 대한 급여대상의약품 목록(positive list)이 없다. 2003년까지 의약품 시장에 진입한 대부분의 의약품은 공적의료보험에서 급여하였으나, 일부 중요한 예외 사항이 있었으며 다음과 같다.

- 18세 이상 성인에 대하여 ‘경증(trivial)’ 질환에 사용되는 의약품(감기, 항균제를 제외한 구강 치료제, 완하제, 멀미치료제)은 급여에서 법적으로 제외한다.
- ‘비효율적인(inefficient)’ 의약품, 즉 기대했던 목적에 부합하지 않거나, 3개 이상 의약품이 복합되어 있어 효과를 정확히 평가할 수 없는 비효과적인 의약품을 제외한다. 이러한 원칙에 따라 급여제외 의약품 목록(negative list)가 1991년 10월 1일부터 효력이 발생하였고, 여러 차례 개정되어 약 2400개 의약품이 포함되어 있다.
- 특정 적응증(예를 들어 암환자에 사용되는 동화촉진제)을 갖는 일부 의약품 처방을 법적으로 제한하고 있으며, 금연 의약품과 같은 특정 처방을 허가하지 않는다.

이후 2004년 보건의료현대화법은 급여 범위에 상당한 변화를 가져왔는데, 제외의약품에 두 가지 다른 그룹을 추가하였다.

- 이른바 라이프스타일 의약품은 급여에서 법적으로 제외해 왔다. 연방급여결정기구(Federal Joint Committee)는 이 규제에 대하여 정확한 범위를 정의할 의무가 있다.

- OTC 의약품은 12세 이하의 어린이에 대한 경우를 제외하고 더 이상 질병금고에서 상환하지 않을 수 있다. 연방급여결정기구는 처방할 수 있는 OTC 의약품과 적응증에 대한 기준을 정한다.

두 가지 내용이 추가됨에 따라 두 가지(‘경증’ 질환 및 ‘비효율적인’ 의약품) 급여제외의약품 목록에 영향을 미쳤고, 연방급여결정기구의 업무에도 영향이 있었다. 두 가지 급여제외의약품 목록은 여전히 있지만, 현재는 처방의약품에만 적용될 만큼 상당히 축소되었다(Busse & Riesberg, 2004).

#### 다. 총액예산제 등 약제비 규제 정책

독일의 공공의료보험체계에서 의약품정책은 외래진료부문에서 처방되는 의약품에 대한 정책이다. 독일에서 실시된 의약품 정책의 핵심은 1989년 참조가격제 실시, 1991년 급여제외의약품 목록(negative list) 실시, 1993년 의약품 총액예산제 실시, 1995년 급여대상의약품 목록(positive list) 도입을 포기한 것이었으며, 이후 2001년 급여대상의약품 목록의 도입을 결정하였으나, 2003년으로 도입 연기, 2003년 6월 도입으로 요약할 수 있다(이용갑 외, 2005).

독일에서 약제비 지출이 보건의료지출에 미치는 영향을 감소시키기 위한 첫 시도는 1989년 보건의료개혁법에서 참조가격제와 급여제외의약품 목록(negative list)을 도입한 것이다. 질병금고와 의사들의 조합조직 간 협상을 통해 참조가격을 설정하도록 하였고, 그 취지는 질병금고를 통해 상환할 수 있는 비용의 상한을 정하는데 있었다(이용갑 외, 2005). 참조가격은 세 가지 클러스터로 분류되어 있는데, 첫 번째 클러스터는 동일 주성분을 갖고 비교 가능한 투여경로, 그리고/혹은 생물학적 동등

성을 갖는 의약품에 포함한다. 두 번째 클러스터는 치료학적 혹은 약량학적으로 비교가능한 주성분을 갖는 의약품에 포함하며, 세 번째 클러스터는 비교 가능한 치료효과를 갖는 의약품에 포함한다(OECD, 2008; 김성욱 역, 2009에서 재인용). 참조가격은 비슷하거나 비슷한 성분 또는 비교 가능한 효능을 갖는 의약품으로 정의한다. 연방급여결정기구(Federal Joint Committee)는 의약품에 정의하고 분류하는 역할을 하고, 연방질병금고연합(Federal Associations of Sickness Fund)는 실제 참조 가격을 결정한다. 질병금고는 정해진 상한선까지 약품비용을 상환하고, 환자는 참조가격과 시장가격의 차이를 지불한다(Busse & Riesberg, 2004). 참조가격은 최소한 1년에 한 번 점검하며, 적절한 시간간격을 두고 변화하는 시장상황에 반영할 수 있도록 조정하였다(이용갑 외, 2005). 참조가격의 그룹 내에서 경쟁이 발생하게 되었고, 의사는 환자가 참조가격과 시장가격의 차이에 대해 부담해야 한다는 것을 알려주어야 할 의무가 있었기 때문에, 참조가격을 초과하는 의약품은 거의 없게 되었다(Busse & Riesberg, 2004). 외래에서 처방의약품의 63.8%는 참조가격제에 의해 가격이 조정되었는데, 외래진료부문에서 처방의약품에 대한 비용지출 증가억제 효과는 2000년의 경우 약 31억 DM으로 추정된다(이용갑 외, 2005)(표 3-3 참조).

〈표 3-3〉 참조가격제와 공공의료보험의 재정절감액(1994~2000)

구분	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
참조가격제를 통한 공공의료보험의 연간 재정절감액	18억 DM	20억 DM	23 DM	30억 DM	31억 DM	31억 DM	31억 DM
공공의료보험 의약품 처방중 참조가격제가 적용되는 의약품의 비율	44.4%	51.6%	57.1%	63.4%	62.0%	63.0%	63.8%

자료: 이용갑 외(2005).

이전에 기준가격 이상이었던 의약품은 이 규제로 인해 의약품 가격이 감소했으나 제약회사는 기준가격 적용을 받지 않는 약품 가격을 평균 이상으로 상승시켜 손실을 만회했다. 따라서 전체 비용에 대한 효과는 매우 미미했다. 환자입장에서 보면 기준가격 이하로 가격이 정해진 의약품의 경우 본인부담이 없었고, 그보다 더 비싼 의약품을 사용할 경우 그 차액은 본인이 부담해야 했다. 참조가격으로 인해 본인부담이 증가했으나 기준가격 적용을 받는 의약품 수가 증가함에 따라 1992년에는 본인부담이 1988년 수준까지 낮아졌다(전창배와 고수경, 2001). 한편 급여제외의약품 목록은 독일 공공 의료보험 외래진료에서 의사가 처방하지 않아야 하는 비경제적인 의약품 목록으로서 1991년 7월 1일부터 실시되었다(이용갑 외, 2005).

1992년 267억 마르크였던 약제비는 1993년에는 239억 마르크로 감소하였다. 이는 1993년 보건의료구조법으로 인한 약제 관련 규제로 인한 것이었는데, 약가 인하 및 동결, 본인부담제도 변화, 외래부문 약제비 상한제 도입이라는 조치의 효과였다(전창배와 고수경, 2011).

먼저 약가 인하 및 동결은 참조가격이 적용되지 않는 약품에 대한 규제였다. 1993-94년 동안 처방약의 가격은 1992년의 95% 수준으로, 비처방약의 가격은 1992년의 98% 수준으로 동결시켰다. 이러한 가격규제는 연방정부의료보험에 의해 보장되지 않는 약품, 즉 민간보험에 의해 보상되는 약품과 개인이 전액 부담해야 하는 약품에 대해서도 적용되었다(최병호와 신윤정, 2003).

1993년 보건의료구조법 하에서 본인부담제도는 두 단계를 거쳐 변화하였다. 1993년 이전 약제비 본인부담은 참조가격이 적용되지 않는 경우 3마르크였고, 참조가격이 적용되는 경우 보험자 보상가격과 시장가격 간의 차액이었다. 1993년 이후 처방된 약품의 가격에 근거하여 처방료를 부과하는 것으로 바뀌었다. 처방된 약품가격 총액이 3마르크 이하이

면 본인부담이 없고, 30마르크 이하, 30~50마르크, 50마르크 이상에 대하여 각각 3마르크, 5마르크, 7마르크를 부담하도록 했다. 이러한 구조가 처방약의 포장크기를 증가시키는 효과가 있어 1994년 1월 이후 포장 크기에 따라 본인부담을 부과하였다. 즉 소량구매(10개 알약 포장)에는 3마르크, 중량구매(20개 알약포장)에 대해서는 5마르크, 대량구매(100개 알약포장)에 대해서는 7마르크를 부과했다. 400개가 넘는 약품의 구매는 보건부의 조령에 의해 정해졌다. 이러한 본인부담제는 참조가격이 적용되는 의약품에 대해서도 실시되었다(전창배와 고수경, 2001; 최병호와 신윤정, 2003).

의약품에서의 총액예산은 약품비 지출을 억제하기 위해 중앙정부, 의료보험연합회, 의사가 합의하여, 1993년 처음으로 실시되었다(최병호와 신윤정, 2003). 1993년부터 2001년까지 여러 가지 규제 방식으로 시행된 총액예산제는 약제비 지출을 억제하는 중요한 방법이었다. 2002년부터 총액예산제가 폐지되었고 비용 통제와 적절한 처방에 대한 목표를 협상하는 방식이 도입되었다(Busse & Riesberg, 2004)(표 3-4 참조).

제도가 도입됨에 따라 다음 해의 약품 예산액이 사전에 합의되었으며 결정된 예산 총액은 일반의와 전문의 모두에게 적용되었다(최병호와 신윤정, 2003). 1993년 첫 해의 예산은 다음에 근거하여 239억 마르크로 정해졌다. 1991년 질병금고에서 지출되었던 외래부문 약제비 총액(244억 마르크)에 근거하여, 이 중 환자 본인부담 증가(4.25%), 처방의약품의 약가 인하 및 동결조치(2.45%), 참조가격제 적용 확대(1.51%) 부분만큼을 삭감하였다. 반면 1992년 1월 1일에서 1992년 4월 30일 사이의 약가 인상분으로 1.74%, 부가가치세 인상분으로 0.90%, 보험의사의 증가분에 대해 3.50%, 피임약의 보험급여로 0.90%를 추가하여 최종 결정되었다. 약제비 상한제 적용 첫 해에는 구서독지역에만 적용되었고, 지출 상한의 의미를 갖는다. 약제비 지출이 예산을 초과할 경우 초과액 2

억8천만 마르크까지는 연방의사협회에 상환책임이 있고, 그 다음 2억8천만 마르크의 초과액은 제약회사에게 책임이 있었다(전창배와 고수경, 2001). 총액예산을 도입한 결과, 의사들이 방문한 환자들을 병원에 보내는 행위가 늘어났다고 보고되었다(최병호와 신운정, 2003).

약제비 지출 상한제와 관련하여 1994년 몇 가지 규정이 변경되었다. 약제비 지출 초과액에 대해 제약회사의 책임을 없애고, 전부 의사에게 상환 책임을 지도록 하였으며 상환액 상한 제한도 없었다. 또한 구서독 지역에만 적용되었던 규제를 구동독지역의 5개 연방주에도 확대하였다. 연방차원에서 정해졌던 약제비 상한이 기존의 처방양상에 근거하여 16개 연방주별로 각각 정해졌다. 마지막으로 모든 연방주에서 공동으로 사용했던 예산의 평균 크기는 질병금고와 연방의사협회간 협상을 통해 질병금고 가입자 수 및 연령구조, 약품 가격, 신규 보험급여, 효율 향상, 신약 도입 등의 변화를 반영하여 보정되었다(전창배와 고수경, 2001).

초과지출 상환액에 대해 지역의사협회가 의사들 간에 어떻게 분담할 것인지를 책임지는데, 상세한 규정이 없어 각 주의 고유한 방법을 선택하였다. 그러나 1994년 말 예산초과가 일어나지 않았기 때문에 배상액 분담을 어떻게 해야 할지 불명확했다. 개별 의사는 목표치의 125%를 초과하는 처방에 대해서만 책임이 있었다. 보건의료구조법은 예산 상한을 명시하고 그 이상의 지출은 상환하도록 하였으나, 예산 이하로 지출하여 발생된 절감액에 대한 기전은 정하지 않았다(전창배와 고수경, 2001).

1994년부터 1997년 사이에는 질병금고와 23개 지역의 의사협회가 지역별 협상을 통해 총액예산제를 실시하였다. 1994~1995년에 일부 지역에서 예산을 초과하여, 질병금고는 1996년에 11.3%까지 예산을 초과했던 9개 지역에 대해 예산을 돌려받기 위해 조사를 실시하였다. 지역의사협회는 이에 반발했고, 정확하지 않은 데이터와 부적절한 시기로 인해

전체 및 의사별 약제비 지출을 효과적으로 관리할 수 없음을 주장했다. 그러나 여러 지역에서는 지출을 안정화하기 위한 합의를 이끌어냈고, 총액예산제가 약제비 통제에 효과적인 방법이라고 인식되었다.

2차 공적의료보험 개혁법(Restructuring Act)에 따라 1998년에는 총액예산제를 폐지하고, 개별 의사당 목표량을 협상하는 방안을 도입했다. 1999년에 다시 지역 단위에서의 총액예산제를 도입했는데, 이는 처음으로 예산을 법적으로 엄격히 규제한 경우였다. 지역 의사협회는 105%까지 초과 지출할 수 있었다. 이러한 연대책임을 다시 도입한 것에 대해 여러 의사들이 헌법소원을 신청했으나 받아들여지지 않았다. 사실 법적인 불확실성으로 인해 연대책임은 일어나지 않았으나, 계속적으로 이 제도에 대해 저항이 있었다. 다시 2001년 말에는 약제비 총액예산을 법적으로 규제하고 지역 예산 초과에 대한 의사의 연대 책임을 폐지하였다. 그러나 지역 의사협회와 질병금고협회는 여전히 매년 예산을 협상하고 개별 의사의 목표량을 설정하였다(Busse & Riesberg, 2004).

〈표 3-4〉 독일의 약제비 총액예산제 변천

연도	총액예산제 내용
1998~1992	총액예산제 시행하지 않음
1993	법적으로 국가단위의 총액예산제 도입
1994~1997	지역단위의 총액예산제 협상
1998	개별 의사의 목표량 협상
1999	법적으로 지역단위의 총액예산제 도입
2000~2001	지역단위의 총액예산제 협상
2003~2005	지역단위에서 개별 의사의 목표량을 협상

자료: Busse & Riesberg(2004).

독일에서는 급여대상의약품 목록 도입에 대한 논의가 있었다. 1989년부터 참조가격제, 1991년부터 급여제외의약품 목록(negative list), 1993년부터는 지역의사협회가 처방할 수 있는 의약품 처방 총액예산제를 실시하였음에도 불구하고 공공의료보험에서 약품비 지출 증가는 완화되지 못했다. 이에 따라 외래진료에서 처방되는 의약품의 질 향상, 외래진료에서 처방되는 의약품에 대한 비용 지출의 절감이라는 목적으로 급여대상의약품 목록을 도입하고자 하였고 두 차례 도입을 시도하였다. 먼저 1995년에 도입하려던 계획이 실패한 후, 2000년 보건의료개혁에서 2001년 도입을 결정하였다. 그러나 제약회사, 정치권, 의사, 보험조합간의 사회적 갈등과 연방하원 선거라는 정치적 이유로 법안 제출이 연기되었다. 다시 이 법안은 2003년 연방하원을 통과하기에 이르렀으나 연방상원이 동의를 거부하였다. 이후 2003년 보건의료개혁 논의과정에서 급여대상의약품 목록의 효과와 동일한 목적을 달성할 수 있는 다른 조치들을 도입하기로 합의하면서 급여대상의약품 목록 도입은 포기되었다(이용갑 외, 2005).

## 제2절 프랑스

### 1. 보건의료시스템

#### 가. 보건의료체계

프랑스의 보건의료체계는 영국의 국유화된 보건의료서비스와 인구의 일부 집단이 건강보험을 가지고 있지 않는 경쟁적인 미국 시스템의 중간에 위치하고 있으며, 연대와 시장기반 경제시스템의 합성으로 평가된다(Rodwin, 2003). 프랑스는 전국민이 건강보험에 가입되어 있으나, 단일 보험자가 아니라 직업에 따라 다수의 보험자가 존재한다. 병원진

료와 외래진료에서 민간부문과 공공부문이 공존하고 공공 건강보험을 보충하는 민간보험의 역할이 크다. 강제적인 공공 건강보험과 선택적인 민간 건강보험이 공존하는 2단계 건강보험체계가 프랑스의 특징이라고 할 수 있다.

프랑스 보건의료체계는 수요부문 관리에서 공급부문 관리로 변화하여 왔다. 환자는 의사를 공공부문이나 민간부문에서 자유로이 선택할 수 있으며 행위별수가제로 비용을 지불한다. 19세기부터 상호부조협회가 있었기 때문에 환자가 지불한 의료비가 환자에게 환불되었고 진료비와 처방비용은 상호부조협회와 전문가단체 사이의 협상에 의해 정해졌다. 프랑스는 유럽에서 보건의료비용을 많이 지출하는 나라 중 하나로 1970년 초반부터 보건의료비용을 줄이려는 노력이 시작되었다.

#### 나. 보건의료조직

프랑스는 사회보험방식의 의료보장체계를 갖추고 있다. 1928년 임금이 하한치 이하인 제조업, 상업에 종사하는 임금노동자를 대상으로 건강보험이 시작되었다. 1945년 임금수준에 상관없이 제조업, 상업에 종사하는 모든 임금노동자와 가족에게 건강보험이 확대적용되었고, 이후에도 건강보험대상자를 확대하려는 노력이 계속되었다. 1961년에는 농부와 농업노동자가 건강보험의 적용을 받았으며, 1966년에는 독립적인 전문직업인이 추가되었고, 2000년 1월 모든 프랑스 거주자가 건강보험의 적용을 받게 되었다. 이러한 건강보험의 ‘보편적 급여(universal coverage)’는 ‘연대’에 기반하고 있는데, ‘연대’는 아픈 사람과 건강한 사람, 현재 활발하게 일하고 있는 사람과 그렇지 않은 사람 사이에 상호 부조와 협력이 있어야 하고, 건강보험은 위험이 아니라, 지불능력에 따라 재원조달이 되어야 한다는 것이다.

프랑스의 주요 보건의료조직은 [그림 3-2] 와 같다. 프랑스의 건강보험은 직업에 따라 구분되는데, 직장인 대상 일반건강보험인 전국근로자의료보험조합(Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; CNAMTS), 농민 대상 농업상호보험조합(Mutualité Sociale Agricole; MSA), 자영업자 대상 전국 자영업근로자보험조합(Régime Social des Indépendent; RSI), 선원, 광부, 철도노동자 대상 특별제도(Régimes Speciaux)로 구성된다. 전국근로자의료보험조합이 전체 인구의 85%를, 농업상호보험조합이 7%를 차지한다(PPRI, 2008). 공적 의료보험조합 전국연합(National Union of Complementary Health Insurance Funds; UNCAM)은 프랑스의 세 가지 주요 의료보험 보험자를 통합한 기구로 급여의약품에 대한 상환율을 결정한다. 모든 건강보험자는 법적으로 공공서비스를 제공하는 민간조직이나 실제로는 프랑스 사회보장을 감독하는 정부 부서의 감독을 받는 준공공조직이다.

프랑스는 인구의 93%가 보충형 의료보험에 가입되어 있다. 보충형 의료보험에는 세 가지 형태가 있는데, ‘Mutuelles’, ‘Institutions de Prévoyance’, 상업적 보험회사이다. ‘Mutuelles’는 19세기 노동자가 자발적으로 조직한 상호부조협회에서 시작되었으며, 이 상호부조협회가 1945년 공공건강보험 출범 시까지 존재하였고, 이후 회원에게 보충적인 건강보험을 제공하는 형태로 전문화되었다.

보건제품안전청(Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé; AFSSAPS)은 의약품 시판승인, 의약품 분류, 감시, 광고 규제를 담당한다). 프랑스에서 처방의약품은 다음의 5가지 종류로 분류된다(PPRI, 2008).

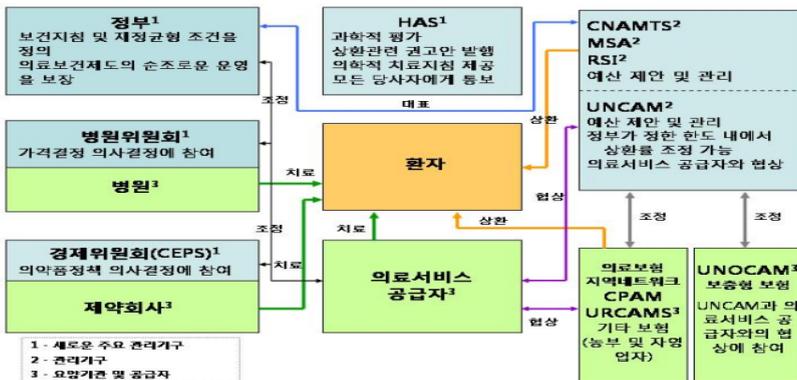
- 병원에서만 사용가능한 의약품

1) 2012년 4월 29일 프랑스 관보에 새로운 기구인 the National Agency for the Safety of Medicines and Health Products (MSNA)가 AFSSAPS를 대체한다고 발표되었다.

- 병원 처방의약품
- 첫 병원 처방의약품
- 특정 전문의 전용 처방의약품
- 치료시 특별 감독이 필요한 의약품

국립보건당국(High Authority for Health; HAS)이 의약품 급여목록 등재에 대한 자문과 권고, 경제성평가를 책임지고 있으며, 보건의료제품 경제위원회(Economic Committee for Health Care Products; CEPS)가 의약품 가격을 정하는 역할을 한다.

[그림 3-2] 프랑스 주요 보건의료조직



자료: PPRI(2008). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in France. Wien: PPRI. 김성욱 (역). 2010. 프랑스 의약품 가격결정 및 상환 정책. 서울: 국민건강보험공단.

#### 다. 의료비 재원조달

2007년 프랑스 전체 보건의료비용의 74%를 공공보험이, 13%를 보충적 민간보험이, 7%를 환자본인부담금이 지불하고 있다. 환자본인부담금의 대부분은 인과 및 치과에서 이루어지는 서비스에 대한 비용이다.

〈표 3-5〉 프랑스 보건의료비용의 재원(1990~2007)

(단위: %)

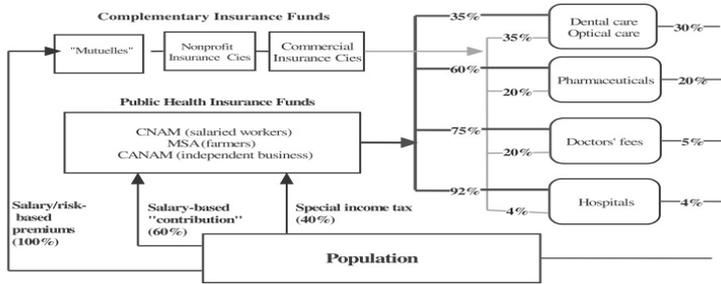
	1990	1995	2000	2005	2006	2007
공공건강보험(SHI)	74.3	75.1	74.9	74.3	74.0	73.8
정부	2.3	4.6	4.5	4.9	5.1	5.2
본인부담금	11.4	7.6	7.1	6.8	6.8	6.8
민간보험	11.0	11.9	12.7	13.2	13.3	13.4
기타	1.0	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8

자료: Chevreul K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mladovsky P. (2010). France Health system review. Health Systems in Transition. p.66.

[그림 3-3] 은 프랑스 보건의료시스템의 주요 재원의 흐름을 보여준다. 공공건강보험의 재원조달은 보험료 60%, 목적세 40%로 구성되었다. 건강보험 재원에서 세금의 비중이 증가해 왔는데, 1990년 generalized social contribution(CSG)가 도입되었으며, 1998년에 CSG가 피고용인의 사회보험분담금을 대체하여 피고용인의 사회보험분담금은 거의 폐기되었다. CSG는 1997년 공공건강보험비용의 5.3%를 차지하였으나 2001년 40%로 비중이 증가하였고 이러한 변화는 보건의료시스템 관리에서 국가의 역할을 강화시켰다(Pen, 2003).

프랑스는 보건의료비용의 세원이 확대되어 왔고, 부분적으로 소득과 단절되어 임금 및 고용 변동의 영향이 감소하였다. 이러한 세원 변화는 1996년 개혁 이후 국회가 보건의료비용정책을 담당하고 보건의료시스템의 일정 부분을 관리하는 것과 관련이 있다. 제약회사는 매출액의 1%에 대한 세금, 광고에 대한 세금, 의약품 소매에 대한 세금, Social Security Financing Act에서 정한 상한치 초과 판매액에 대한 세금을 지불하고 있다(Chevreul et al., 2010).

[그림 3-3] 프랑스 보건의료시스템의 재원조달



자료: Pen C L. (2003) The Drug Budget Silo Mentality: The French Case. Value Health, 6, Suppl 1, pp.S10-9.

2006년 외래약제비의 69%는 공공보험기금에서, 19%는 보충형 보험에서, 12%는 환자본인부담금에서 충당되었다. 환자의 약제비 본인부담금은 정액부담(2008년 현재 의약품 한 팩당 0.50유로)과 정률제 본인부담금(각 의약품의 상환율에 따라 결정)의 합으로 보충형 의료보험에서 상환받을 수 있다(PPRI, 2008). 외래진료는 일반적으로 환자들이 서비스에 대한 비용을 지불하고 나중에 보험자로부터 상환을 받는 방식인 전통적인 배상(indemnity)모델로 운영된다. 최근 보험에서 약사에게 직접 약제비를 지급하여 환자가 직접 비용을 지불하지 않는 경우가 늘어나, 전체 의약품 구입의 약 2/3를 차지하였다(Chevreur et al., 2010). 입원병원서비스는 일일경비 상환과 예산 할당으로 지불되며, 외래진료 의사는 행위별수가제로 지불받는다.

민간부문 의사들은 국가적인 수가체계(fee schedule)에 따라 환자에게 직접 비용을 지불받고, 민간병원은 협상된 일일경비와 전문서비스에 대한 추가비용을 받는다. 공공병원과 파트너십을 맺은 민간비영리병원은 연간총액예산으로 비용을 지불받는데, 이 총액예산은 매년 병원, 지역 기관, 보건부의 협상을 통해 결정된다. 건강보험에서 급여되는 처방의약품의 가격은 보건부, 재정부, 산업계 대표가 참석하는 위원회가 정한다.

## 라. 보건의료개혁<sup>2)</sup>

### 1) 프랑스 보건의료개혁의 특징

1990년 말 이후 실시된 프랑스 보건의료개혁의 목적은 다음과 같다.

- 케어에 대한 재정적 접근의 형평을 손상시키지 않으면서 건강보험 비용을 절감한다.
- 케어 접근성의 지리학적 형평을 증가시킨다.
- 증가하는 장기케어에 대한 수요를 충족시킨다.

### 가) 보건의료시스템의 중앙화된 관리 탈피

프랑스의 분권화는 탈집중화의 형태로 이루어져 정책과 프레임워크는 중앙에서 정의되고 지방에서 실행된다. 1990년대 이전 건강보험이 전문직역 협회와 협정을 체결하는 방식으로 민간부문을 주로 관리하였으며, 정부는 공공병원, 제약산업, 지역단위 병원계획을 담당하였다. 1996년 개혁 이후 건강보험 지출액 상한선 결정, 민간영리병원과의 협상 등 정부의 역할이 늘어났고, 정부와 건강보험의 역할 구분이 명확하지 않아 갈등이 나타났다. 2004년 건강보험개혁에서 건강보험의 역할이 강화되었는데, 건강보험이 보건의료급여패키지 정의 및 가격 규제, 전문직역과의 단체협약 협상, 보건의료시스템의 재정관리를 담당하게 되었다.

1996년 개혁으로 26개 지역에 지역병원기관(ARH), 건강보험(URCAM) 지부, 지역보건협회(CRS)가 설치되었으며, 2010년 4월 이들 기관을 통합한 지역보건기관(ARSS)이 설립되었다. 지역보건기관은 병원, 외래, 보

---

2) Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mladovsky P.(2010). France: Health system review. Health Systems in Transition의 내용을 중심으로 작성하였음.

건, 복지부문의 협력을 증진하여 양질의 케어에 대한 접근성을 향상시키는 것을 목적으로 한다. 분권화하려는 노력에도 불구하고 프랑스는 영국과 같은 나라에 비해 매우 중앙집중화되어 있는 것으로 평가된다.

#### 나) 재정적 접근에서 형평을 유지하면서 건강보험 지출 감소

1974년 오일 위기 이후 경제성장이 둔화되었고 실업률이 늘어나 보건 의료재원을 마련하기 어렵게 되었다. 그 이후 비용 절감이 프랑스 보건 의료시스템의 주요한 목적이 되었다. NHS와 비교하여 프랑스 보건의료 시스템의 조직적 구조로는 비용절감이 실제적으로 어려워 상대적으로 비용이 높으며, 대부분의 나라에서 1980년대에 보건의료비용 증가가 완화되었으나 프랑스에서는 1990년대 후반에 이르러서야 비용 증가가 완화되었다.

프랑스의 비용억제정책들은 제공자 가격 관리, 케어 제공량 및 건강보험 비용 감소에 중점을 두었다. 이러한 정책은 엄격한 회계 비용-절감 정책(strict accounting cost-containment policy)라고 불렸으며, 이는 전문가단체, 특히 의사의 반대에 부딪혀 2000년대 초부터 2005년까지 의사들은 건강보험과의 협정에 동의하지 않았다.

이에 따라 정부는 의학기반비용절감정책(medically based cost-containment policy)을 개발하였으며, 이는 진료변이로 인한 재정손실과 형평성 손실을 줄이는 것으로 의료행위 향상을 목표로 한다. 의사의 평생 교육, 국가기관의 의료행위 가이드라인 개발, 건강보험과 전문가집단의 협정에 의료행위 준수 도입 등이 해당된다. 2009년 pay-for-performance에 근거하여 개별 의사에게 재정적 인센티브를 주는 CAPI(contrat d'amélioration des pratiques individuelles)가 도입되었다. 많은 의사노조에서 강력히 반발하였으나, 일부 의사 노조가 수용하여, 2009년 8월

일차의료에 종사하는 GP의 10%(8000명)가, 2009년 12월 12,600명의 의사가 CAPI 계약을 수용하였다.

#### 다) 지리적 접근성 향상

케어 접근성을 향상시키고 보건의료전문가의 배분에 있어 지리적 차이를 줄이기 위해 2006년 1월 국가보건의료전문가인구계획이 도입되었다. 2007년 건강보험과 간호사들의 협약을 통해 프랑스에서 처음으로 보건의료전문가의 지리적 자유가 제한되어, 간호사수가 많은 지역에서 자영업자인 간호사의 정착이 관리되었다.

1970년대 의료지도(medical map)가 실시되어, 병상수와 주요 의료기수를 관리한 결과 급성병상수가 1974년 인구 1000명당 6.2개에서 1991년 5.2개로 감소하였다. 1991년 지역보건조직계획(regional organization plan; SROSs)이 도입되어 기존 병원계획의 질적 측면이 확충되었다. 이후 의료지도는 폐지되었고, 각 지역에서 의료계획이 수립되었다. 케어접근에 대한 지리적 형평을 촉진하기 위해 ‘2009 병원, 환자, 보건의료, 영토법(2009 Hospital, Patients, Health and Territories Act)’이 도입되어 지역에서의 계획을 강화하였고 지역의 보건의료시스템 관리를 단순화하였다.

#### 라) 노인의 보건의료 및 사회적 케어 수요 증가 고려

2003년 프랑스에서 여름 더위로 노인 15,000명이 사망하였고 보건 및 복지부문의 시기적절한 대응 부족이 주요 원인인 것으로 알려지면서 노인인구 증가가 주요 정책의제로 등장하였다.

2003년 노인과 장애인의 케어와 생활환경 개선을 목적으로 하는 ‘노

화와 연대계획(Ageing and Solidarity Plan)'이 발표되었으며, 2004년 6월에는 '노인과 장애인에 대한 연대법률(Solidarity Act for the Elderly and the Disabled)이 제정되었다. 2006년 6월에는 2007-2012년 실행을 목표로 하는 '연대와 노령계획(Solidarity and Old Age Plan)'이 발표되었으며, 이는 재가케어, 홈케어 향상에 관한 서비스 개발 목표를 설정하였다.

## 2) 주요 보건의료개혁

프랑스의 보건의료개혁은 꾸준히 이루어져 왔으며, 가장 크게 이루어진 개혁은 1996년 쥐삐 플랜(Juppé plan)과 2005년 개혁이라고 할 수 있다.

### 가) 1996년 개혁

1992년 의료부문(نرسخم 케어와 영리병원)에서 국가적으로 비용 상한을 설정하는 것이 도입되었다. 1993년 Teulade Act에서 보건의료비용 증가 상한선을 선정하는 내용이 포함되었고, 1993년 10월 21일 이에 대한 의사들과 의료보험과의 협정이 체결되었다.

1995년 11월 15일 쥐삐 플랜(Juppé plan)이 발표되어, 1996년 건강보험에서 예산제가 도입되었다. 1994, 1995년 낮은 경제성장의 결과로 1996년 사회보장재정 적자는 90억 유로에 달하였다. 프랑스는 유로에 가입하기 위해 공공부문 적자를 빠르게 줄여야 하는 상황이었다.

사회보장재정법(Loi de financement de la sécurité sociale, LFSS)에 근거하여 국회는 매년 전체 건강보험재정의 지출예산인 건강보험 지출목표(ONDAM, Objectif National des Dépenses d'Assurance

Maladie)를 결정한다. 2001년 12월 2002년 목표예산으로 1,128억 유로를 결정하였으며, 2002년 12월에는 2003년 목표예산으로 1,363억 유로를 결정하였다. 이 목표 예산 설정의 타당성은 공식적으로 발표되지 않았으나, 주로 GDP 예상성장률이나 공공부문 재정적자와 같은 거시경제지표에 의존하는 것으로 알려져 있다. 국회에서 건강보험지출 목표예산을 정하면, 정부가 이를 4개의 하부예산, 즉 단기(short-term) 공공병원, 장기병원, 민간병원, 외래케어(ambulatory care)로 나눈다. 2001년 예산은 단기 공공병원이 432억 유로, 장기병원이 79억 유로, 민간병원이 70억 유로, 외래가 515억 유로였다. 단기 공공병원예산, 장기 공공병원예산, 민간병원예산은 지방기구를 통해 주정부가 직접 관리한다. 공공 건강보험(주로 CNAMTS)에서 약제비를 제외한 외래예산을 관리하며, 이는 주로 의사와 기타 보건의료전문가의 인건비이다.

1996년 이래 건강보험 비용이 건강보험지출 목표예산을 초과하였다 (표 3-6 참조).

〈표 3-6〉 프랑스 보건의료 급여비용 증가율

(단위: %)

연도	목표 비용	실제 비용
1997~1998	2.3	4.0
1998~1999	2.6	2.8
1999~2000	2.5	4.7
2000~2001	3.5	5.8
2001~2002	3.9	7.2

자료: Pen C. L.(2003). The Drug Budget Silo Mentality: The French Case. *Value in health*, 6, Suppl 1, pp.S10-9.

## 나) 2005년 개혁

1995년 쥐삐개혁 후 3-4년간 재정적자는 약간 감소하였으나, 2001년 이후 재정적자가 다시 증가하였다. 이러한 지속적인 재정적자는 수입과 지출의 불균형에서 초래되는데, 1970년대 중반 이래 경제적 불황으로 국민소득과 정부재정이 정체되고 있는데 반해, 건강보험의 지출은 매년 증가되었기 때문이다.

프랑스는 만성적인 건강보험 재정적자를 해결하고 의료서비스의 질을 향상시키기 위해 2005년 1월 1일부터 전반적으로 건강보험을 개혁하였다.

2005년 프랑스 건강보험 개혁 목표는 다음과 같다.

첫째, 의료접근의 형평성(Egalite d'accès aux soins)을 강화한다.

둘째, 의료서비스의 질(Qualite des soins) 향상을 강화한다.

셋째, 소득수준과 자산의 보유수준 등 능력에 따라 재원을 부담하고 필요에 따라 의료서비스를 제공받는 사회연대성(Solidarite sociale) 가치를 강화한다.

2005년 프랑스 건강보험 개혁의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 보건의료조직 조정체계와 보험자의 역할을 강화하였다.

둘째, 주치의제도를 도입하였다.

셋째, 주치의제도의 보완적 제도<sup>3)</sup>를 도입하였다.

넷째, 수입구조 개선을 위해 재정구조를 개편하였다. 일반사회보장분담금(CSG)과 사회보장적자해소분담금(CRDS)의 부과체계와 부과율을 조정하고, 기업의 사회연대기여금(C3S)을 증액하였으며 건강보험재정을 위한 목적세의 세율을 조정하였다.

다섯째, 지출구조를 개선하였다. 약가결정제도, 진료비 지불제도, 급여

3) 주치의제도의 정착을 위해 시도된 새로운 제도로는 개인의료기록부(DMP: Dossier Medical Personnel), 보건카드(Carte Vitale II) 등이 있다.

제도를 개선하였고 모든 진료/치료 1회당 1유로를 지불하는 최소기본본인부담금을 도입하였다.

## 마. 의약품정책

1970년대 중반 이래 보건의료비용을 관리해야 할 필요성이 대두되었다. 1980년대에는 의약품 비용을 줄이기 위해 의약품 가격을 관리하고 선별목록에서 일부 의약품을 제외하며 약제비 본인부담금을 증가시켰다. 1990년대 초반부터는 더 합리적인 의약품 사용을 촉진하고 제약업계 규제를 위해 계약적인 접근법을 사용하였다(Paris, 2005).

### 1) 의약품 비용

프랑스는 GDP가 높고 사회보험시스템이 잘 발달된 나라로 보건의료 비용 또한 높다. 2000년 총보건의료비용 중 약제비 비중이 20%로 OECD 평균보다 높다. 연간 전세계 의약품비용의 6%를 차지하는 미국, 일본에 이어 프랑스는 세계에서 세 번째 의약품시장이며, 1995년 이후 유럽에서 가장 큰 의약품 생산국가이다. 2007년 프랑스에는 325개 제약 회사가 있으며, 약 십만명을 고용하였고, 150억 유로의 매출을 기록했다. 수출이 매출의 45%를 차지한다(Chevreur et al., 2010).

1인당 약제비는 448유로(2000년 기준)로 서유럽국가들 중 약제비가 높은 나라에 속한다. 2001년 전체보건의료비용 성장률이 5.7%인데 반해, 약제비 성장률은 8%로 약제비가 다른 부문보다 빠르게 늘어나고 있다. 이러한 약제비의 빠른 증가는 의약품 사용량의 증가나 기존 의약품의 가격 때문이 아니라 기존 의약품을 대체하는 고가의 신약 도입 때문인 것으로 알려졌다.

## 2) 의약품 급여 및 가격결정

병원에서 사용되는 의약품은 가격 결정이 자유로우나, 외래에서 사용되는 의약품은 급여 여부와 상환가격이 정부에 의해 정해진다. 외래환자가 사용하는 비급여의약품은 가격이 자유롭게 정해진다.

투명성위원회<sup>4)</sup>가 의약품의 임상편익(SMR) 등급<sup>5)</sup>을 결정하며, CEPS가 임상편익 개선수준(ASMR)을 평가하고 의약품 가격을 결정한다. 임상편익 개선수준(ASMR)은 가장 중요(ASMAR I), 중요(ASMAR II), 보통(ASMAR III), 미미(ASMAR IV), 개선 없음(ASMAR V)의 다섯 단계로 나뉘며 의약품 가격협상에 사용된다. 임상편익 개선이 없는 의약품이 선별목록에 등재되기 위해서는 비교의약품보다 가격이 낮아야 한다. CEPS와 제약협회가 급여의약품가격을 협상하며, 협상이 가능하지 않을 경우 CEPS 단독으로 가격을 결정할 수 있다. 1993년 CEPS와 프랑스 제약협회와의 '합의(Accord Cadre)'에 따라 ASMR I~III인 의약품은 신속가격공지절차를 받을 수 있으며 ASMR IV인 의약품은 특정 조건하에서 신속가격공지절차를 받을 수 있다(PPRI, 2008). 의약품 등재신청 시 경제성평가결과 제출은 법으로 의무화되어 있지 않으며, 제약회사가 경제성평가결과를 제출할 경우 CEPS가 이를 평가한다. 이후 보건부가 의약품의 급여목록인 선별목록 등재 여부를 결정하며, 의료보험조합 전국연합(UNCAM)이 <표 3-7>과 같이 의약품 상환율을 정한다. 의약품 선별목록은 5년간 허가되며 5년마다 갱신시 재평가를 받는다.

4) 2004년 8월 설립된 프랑스 보건당국(HAS)의 부서이다.

5) SMR은 의학적 가치(질병 중증도, 임상적 효과), 공공보건에서의 역할, 목표 인구를 고려하여 결정한다.

〈표 3-7〉 프랑스 의약품 상환범주와 상환율

임상편의(SMR)별 상환 범주	중증 질병에 대한 상환율	경증 질병에 대한 상환율	범주별 특성
상(Major)	65%	35%	보건부장관이 결정한 표준상환율. UNCAM이 +5 또는 5 포인트 변경 가능
중(Moderate)	35%	35%	보건부장관이 결정한 표준상환율. UNCAM이 +5 또는 5 포인트 변경 가능
하(Weak)	35%	35%	보건부장관이 결정한 표준상환율. UNCAM이 +5 또는 5 포인트 변경 가능
불충분(Insufficient)	미등재	미등재	미등재

자료: PPRI(2008). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in France*. Wien: PPRI. 김성욱(역). 2010. 프랑스 의약품 가격결정 및 상환 정책. 서울: 국민건강보험공단.

### 3) 참조가격제

프랑스에서는 2003년 8월 참조가격제가 도입되었으며, 제네릭 일부의 약품인 제네릭그룹에 대해 참조가격제가 적용된다(PPRI, 2008). 제네릭 그룹은 ATC 5단계 분류인 용량과 포장규격이 동일한 의약품들로, 2006년 116개 제네릭그룹에 참조가격제가 적용되었다. 제품 가격이 참조가격보다 높을 경우 환자가 참조가격과 의약품가격의 차액을 부담한다. CEPS에서 참조가격제 대상의약품목록과 참조가격 결정을 담당하고 있다.

### 4) 제네릭 대체조제

1999년 6월 11일 제네릭 대체조제가 허용되었다. 보건제품안전청(AFSSAPS)이 오리지널의약품과 제네릭 의약품으로 구성된 그룹을 만들고 약사는 각 그룹내에서 제네릭 대체조제가 가능하다. 약사는 오리지널

의약품을 제네릭으로 대체할 수 있으나, 의료보험조합이 지불하는 가격이 낮은 품목으로 대체해야 한다. 동일 치료군에 대한 제네릭 대체는 허용되지 않는다. 제네릭 대체조제를 촉진하기 위해 대체조제 시 약사에게 높은 마진을 주고 있으며, 의료보험조합(UNCAM)과 약사조합 간 대체조제율을 높이기로 합의가 되었다. 외래부문 제네릭 시장점유율이 금액 기준으로 2000년 3.0%에서 2007년 11.2%로 증가하였다(PPRI, 2008).

## 2. 병원의 총액예산제

### 가. 제도 내용

모든 병원은 입원환자에게 의약품을 조제할 수 있으나, 외래환자는 공공병원만이 의약품을 조제할 수 있다. 민간병원이 외래환자에게 의약품을 조제하는 것은 허용되지 않는다(PPRI, 2008). 병원약국의 재원은 대부분 병원예산이다. 의약품 비용은 포괄수가제를 바탕으로 환자의 일당 비용에 포함된다(PPRI, 2008). 1980년대 중반부터 프랑스 정부에서는 매년 병원의 예산을 엄격하게 관리하고 있다. 초기에는 모든 공공병원의 연간 예산 증가율이 동일하였고, 경제성장 예측치와 공공부문 임금지수를 사용하여 예산이 결정되었다. 1990년대 DRG(diagnosis related groups; PMSI)가 도입되면서 생산성 지수가 개별병원에서 산출되었다. 개별 공공병원의 DRG당 비용(costs per DRG)이 산출되나, 현재 예산 산출에는 사용되지 않고, case-mix를 고려한 병원예산 비교에 사용된다. 더 생산적인 병원은 더 많은 예산을 협상할 수 있다.

1996년부터, 지방정부기관인 ARH(Agences Régionale d'Hospitalization)가 예산을 결정하고, 건강보험에서 예산을 지불한다. 정부가 병원예산을 결정하지만, 실제로 비용을 지불하지는 않기 때문에 정부와 보험자 사이

에 긴장이 존재하여 1999년에는 건강보험에서 병원지출에 대해 더 많은 관리권한을 요구하였으나, 정부는 받아들이지 않았다.

결과적으로 이러한 예산제는 1980년대와 1990년대에 연간 비용 증가를 뚜렷하게 둔화시켰다(Pen, 2003). 생산성지표가 도입되었으나, 예산제는 점점 더 효과적인 예산할당도구로 사용되었고, 류마티스 관절염 치료제인 TNF- $\alpha$  저해제와 같이 혁신적이고 고가인 의약품의 구입하는 데 어려움이 있는 등 병원운영에 어려움을 겪게 되었다. 이러한 현상은 2002년 여름 정치적으로 이슈화되어, 공공 입원기관에 대한 10억 유로 응급계획(2003-2007)이 마련되었다.

#### 나. 고가신약에 대한 비용 지불

의약품 비용은 대부분 전체 입원비용에 포함되어 지불되나, 일부 혁신적인 고가 의약품은 가격이 규제되고 의료보험조합에 70~100% 상환을 요청할 수 있다(PPRI, 2008). DRG(list T2A)와 분리 등재된 고가 신약 병원의약품에 대해 병원은 지역보건당국(ARS)과 3-4년 기간 동안 적절한 사용계약을 해야 하며, 계약된 적응증을 준수할 경우 전액을 상환받을 수 있다(Chevreur et al., 2010).

### 3. 약제비 총액관리

#### 가. 약제비 목표 설정

1991년 프랑스 정부는 처방의약품 급여비용에 대한 총액제한을 제안하였다. 보험에서 상환되는 총금액을 제약회사로 분할하고, 각 제약회사는 판매 예산 내에서 자유롭게 의약품 가격을 정하는 것이다. 혁신적인

신약은 투자를 장려하기 위해 5년 동안 특별예산을 부여하도록 하였다. 예산을 초과한 경우 제약회사는 초과사유를 설명하고, 초과금액을 보험자에게 상환한다. 이 제안은 논쟁을 불러일으켰으며, 1992년 12월 31일에 철회되었다.

1995년 개혁으로 약제비에 대해서도 건강보험지출목표(ONDAM)가 설정되었다. ONDAM의 외래부문을 세부적으로 나누어 약제비에 대한 예산을 설정하고 있다. 국회가 외래 약제비에 대해 연간 평균 증가율인  $k(\%)$ 를 결정하는데 2005년 이후 연도별 증가율은 1% 수준으로 매우 엄격하게 약제비 지출목표를 설정하고 있다. 실제 지출이 결정된 예산을 초과한 경우 모든 제약사는 사회보장법전(CSS Art. L 138-10) 및 사회보장재정법(LFSS) 제31조의 보호조항(Safeguard clause)에 따라 초과액에 대해  $k(\%)$ 를 고려한 세 등분(50%, 60%, 70%)으로 나누고 총 반환액을 결정한다. 총 반환액은 초과액의 약 65%에 해당된다. 반환액은 개별 제약사로 배분되는데 개별 제약사에게는 선택권이 부여된다.

먼저, 약가협상을 담당하는 경제위원회(CEPS, Comité Economique des Produits de la Santé)와 협약을 맺지 않은 제약사는 보호조항(safeguard procedure) 계산식에 따라 반환액을 계산하는데, 매출액, 매출액 증가분, 판촉경비에 의해 결정된다. 매출액에는 프랑스 약국에서 판매된 급여처방의약품 판매액만이 포함되고, OTC의약품 판매액, 의약품 수출액, 병원에 판매된 의약품 판매액은 포함되지 않는다.

경제위원회와 협약을 맺은 제약사는 ‘통상적인 절차(conventional procedure)’를 적용받는다.

첫째, 약가위원회(Drug Price Committee)가 122개 약효군에 대해 허용되는 증가율을 정한다. 둘째, 약가위원회가 각 약효군에 대해 초과금액을 계산한다. 회사는 초과금액의 일부(2001년의 경우 35%)를 지불해야 한다. 셋째, 제약회사들이 함께 지불해야 하는 금액을 각 회사의 매

출액과 매출액 증기분에 따라 각 회사별로 나눈다. 개별 회사에 할당된 금액의 합과 지불해야 하는 금액이 일치하지 않으므로, 회사 간 협상을 통해 반환액을 추가 조정한다.

‘통상적인 절차’에 적용을 받는 경우 금액이 보호조항산식의 적용을 받는 경우의 약 75-80% 이므로 2001년에는 모든 제약회사들이 경제 위원회와 협약을 맺었다. 2001년 산업계는 5억 2,600만 유로를 지불 하였다.

한편, 1997년 의사진료경비 및 처방에 대해 목표를 설정하는 전국적인 협정이 GP와 전문의 각각에 대해 체결되었으나 여러 의사노조에서 이를 비판하였고 프랑스 최고행정법원에서 이를 기각하였다. 따라서 약 제비 총액 목표를 초과한 경우 법적으로 제재하는 것은 불가능하다.

#### 나. 약제비총액관리제와 의약품정책과의 관련성

프랑스에서는 약제비 의료보험지출목표를 정하고 있기 때문에, 지출목 표를 설정하는 방법과 목표를 달성하는 방법이 문제가 된다. 2004년 8 월 14일 이후 의료보험지출목표(ONDAM)가 충족되지 않을 경우 의료 보험조합 전국연합(UNCAM)이 의약품 상환율을 +5% 또는 -5% 수정 할 수 있도록 되어 있어(PPRI, 2008), 지출 조정이 가능하다.

그러나 실제 의약품급여체계와 관련 없이, 새롭게 급여되는 신약 개수 및 신약의 특성을 고려하지 않고 예산이 정해지기 때문에, 예산이 초과되 고, 특히 매우 혁신적인 신약이 시판되기 시작하는 시점에서는 예산이 더 욱 초과될 수 있다. 또한 한 개 회사에서 혁신적인 신약을 시판하더라도, 늘어나는 비용에 대한 책임은 제약업체가 공동으로 지게 된다. 또한 약제 비가 총액으로 관리되므로, 약제비를 줄이기 위해 의약품 가격을 규제해야 할 필요성이 감소된다. 특히 혁신적인 의약품의 경우 가격 규제를 통해

비용을 줄이기보다 약제비 반환을 통해 비용을 보전하려는 경향이 있다.

프랑스의 약제비 총액관리는 제약회사에 대해 약제비를 반환하도록 하는 것으로 개별 처방자의 약제비 예산은 정해져 있지 않다(PPRI, 2008). 의사가 처방을 줄이거나 개선하더라도 재정적인 인센티브가 주어지지 않으나, 의사의 처방의 질과 효율성을 높이려는 노력이 1990년대부터 시작되었다.

1994년 의사대표와 의료보험과의 전국적인 협약에 RMOs(références médicales opposables)라 불리는 의사에게 강제되는 진료 권장사항이 포함되었으며, 이 중 17개가 의약품 처방에 관한 것이었다. 1995년 협약은 의약품 처방에 대한 37개 RMO를 포함하였고, 일반의(general practitioners; GP)와 전문의 각각에 대해 체결된 1997년 협약은 각각 74개, 77개 RMO를 포함하였다. 1999년 이전에는 이러한 권장사항 위반에 대해 의사에게 재정적인 벌칙이 주어지는 것으로 되어 있었으나, 거의 패널티가 실행되지는 않았고 1999년 말 패널티를 산출하는 방법상의 문제로 프랑스 행정법원에서 폐기되었다(Paris, 2005). 2005년 프랑스 의사조합과 의료보험조합과의 협정에서는 의사들이 진료활동에서 합리적인 의약품 사용을 위한 지침을 준수하며 항생제, 스타틴, 프로톤펌프 저해제, 제네릭의 사용 목표를 결정하도록 하고 있다.

#### 다. 약제비 총액관리에 대한 비판

Pen은(2003)은 예산의 연도별 증가율이 GDP 성장률에 근거하여 산정되나, 보건의료비용은 인구학적 요인, 기술에 영향을 받으므로 하향식(top-down) 예산과 상향식(bottom-up) 비용에는 필연적으로 차이가 있다고 비판하였다.

또한 비용과 편익이 항상 같은 예산안에 포함되어 있지 않아 보건의

료자원이 효율적으로 사용되지 않을 가능성이 있다. 예를 들어 1997-1999년 안구 섬유주대수술건수가 16% 감소한 반면, 녹내장에 대한 3개 신약이 출시되어 새로운 녹내장약으로 치료받는 환자수는 증가하였다. 안압조절효과가 더 우수하고 수술을 지연시키거나 하지 않을 수 있게 하는 latanoprost와 brimonidine과 같은 신약이 수술을 감소시킨 것으로 생각할 수 있다(Pen, 2003).

### 제3절 대만

#### 1. 대만의 보건의료체계

대만의 의료체계는 민간 의료기관이 대부분을 차지하고 있으며, 보건 의료공급자들은 국민건강보험 하에서 진료하고 경쟁한다. 의료기관에 대한 접근성은 높은 편으로 상급의료기관 방문 시에는 진료의뢰서가 필요하지만 높은 본인부담금을 감수한다면 진료의뢰 없이 직접 방문도 가능하다. 즉 의료전달체계가 효과적으로 확립되지 못한 상태이다. 이러한 현실은 일인당 연간 외래 방문건수 14회라는 높은 수치를 설명해주고 있다. 문화적으로도 경증 질환에서 의료기관을 자주 방문하는 특성이 존재하며, 일반의들도 자신의 수입을 유지하기 위하여 오전에만 50명의 환자를 보는 것이 일반적인 현상이다. 따라서 환자들은 의사와의 상담 시간이 5분에도 미치지 못한다. 이렇게 짧은 면담 시간은 의사-환자 관계를 취약하게 하며 한 번의 방문으로 복잡한 문제를 다루기에 어려움이 있다. 이에 따라 환자들은 종종 추가적인 다른 의견을 구하기도 하며 결과적으로 환자의 의료기관 방문 수와 의료비용을 증가시키기도 한다 (Wu, 2010).

## 2. 대만의 건강보험제도

### 가. 건강보험제도 개관

대만은 1995년 기존의 13개의 건강보험제도를 하나로 통합하여 전국 민건강보험을 실시하였다. 정부가 주관하는 건강보험자(전민건강보험국, Bureau of National Health Insurance; BNHI)가 건강보험을 운영하며 입원, 외래, 진단, 처방약, 치과, 한의학, 정신질환에 대한 주간진료, 가정간호, 예방서비스를 포함하는 포괄적 보험급여를 제공하고 있다.

전민건강보험국(BNHI)은 전국민건강보험 서비스를 제공하기 위하여 의료공급기관과 계약하여 정해진 수가에 따라 지불하고 있다. 의료공급 기관에는 병원, 의원, 약국, 검사기관, 조산소, 가정간호시설, 지역사회 정신재활센터, 물리치료클리닉 등이 포함된다. 2010년 말 현재 19,388개의 병원과 의료시설(전체 의료시설의 92.13%)이 건강보험체제로 들어와 있으며, 4,706개 약국과 528개 가정간호시설, 159개 지역사회 정신재활센터, 14개 조산소, 211개 검사소, 1개 작업치료클리닉이 건강보험과 계약하고 있다(BNHI, 2011).

건강보험 가입자는 이러한 의료기관을 자유롭게 이용할 수 있으며, 이는 진료대기시간을 짧게 하는 데 기여하고 있다. 이와같이 대만의 보건 의료체계는 우수한 접근성, 전국민을 포괄하는 급여, 짧은 대기시간, 낮은 비용, 국가 차원의 자료수집체계 등이 장점으로 꼽히며, 짧은 상담시간, 전문의료 서비스에 대한 문지기 기능의 미흡 등이 개선해야 할 부문으로 언급된다. 대만 건강보험제도의 주요 목표는 보건의료체계의 효율성 향상과 급여 범위 확대를 통한 사회정의 증진이라 할 수 있다(Wu, 2010).

건강보험체계에서는 전국민의 99%를 포괄한다. 해외에 거주하는 대만

국민도 건강보험 대상에 포함되며 보험료를 내야 한다. 또한 대만에 법적으로 거주하는 외국인도 고용주를 통하여 건강보험에 참여할 수 있다.

## 나. 보험료

1994년 건강보험법에서 보험료율은 심사를 받도록 하였으며 건강보험 재정안정을 위하여 매 2년마다 다시 계산하도록 하였다. 정기적인 검토 기간에 보험당국은 향후 25년간의 수입과 비용을 추계하고 이들을 안정적으로 조화시킬 수 있도록 보험료율을 결정한다. 결정된 사항은 정책 추진자에게 전달된다.

전국민건강보험 실시 이후 16년 동안 보험료율이 조정된 적은 두 차례 있었다. 1995년 4.25%, 2002년 4.55%에서 2010년 5.17%로 상승하였고, 보험료 산정의 기초가 되는 수입의 범위는 점차 넓어져왔다. 건강보험 가입자는 보험료의 30~60%를 납부한다. 직업이 없는 피부양자도 보험료를 일부 내는데, 3명까지만 내면 된다(Yang, 2011).

평균 피부양자의 수는 1995년 12월에는 1.36에서 2007년 1월에는 0.7명으로 감소하는 추세였다. 고용주의 보험료 계산 시 피부양자의 수는 전체 피고용인의 평균 피부양자 수를 기준으로 한다. 이는 피부양자 수가 많은 피고용인 개인을 차별하는 일을 방지하기 위해서이다(BNHI, 2011).

2011년 개정된 2G NHI 법에 의해 건강보험위원회는 총액예산 협상이 이루어진 다음 달에 보험료율을 검토하여, 다음 해 총액예산에 의한 재정 수요에 미치지 못한다고 판단되면 보험료율을 올릴 수 있다. 그러나 보험료율이 상한선(6%)에 도달하였다면 보험료율을 더 이상 올릴 수 없으며 총액예산을 다시 협상해야 한다(Yang, 2011).

#### 다. 건강보험 재정

2010년 건강보험 총 재정수입 규모는 4,610억 대만달러였으며, 그 중 95%가 보험료 수입이고 나머지 5%는 담배부담금 또는 복권, 투자수익 등으로부터 조달되었다. 보험료 수입 중 가장 큰 비중을 차지하는 재원은 가입자의 기여분으로 38%를 차지하였고, 고용주의 기여분이 36%, 정부가 26%를 차지하였다(BNHI, 2011).

2010년 건강보험 지출은 4,430억 대만달러였는데, 그 중 67%가 병원 부문에서 이루어졌고 21%가 의원, 7%가 치과, 4%가 중의학 부문에서 이루어졌다(BNHI, 2011). 건강보험지출은 연간 7.6%의 비율로 증가해왔는데, 총액예산제 실시 이후 건강보험 비용 증가율은 3.7~5.0%로 완화되었다(Yang, 2011).

대만은 건강보험제도에서 단기적인 재정적자를 몇 차례 경험하였고, 이러한 재정불안을 해결하기 위하여 재원을 강화하기 위한 몇 가지 조치를 이행하였는데, 주요한 재원확대 방안은 다음과 같다.

건강을 위협하는 요소에 대하여 사전적으로 재원을 확보하였다. 1995년부터 자동차보험에 대해 의료비용의 리베이트를 받아왔고, 2005년부터 식품 오염, 사고, 재난 등의 책임자에 대해 의료비용을 지불하도록 하였다. 또한 2002년부터 담배에 건강세를 부과하여 왔다. 2000~2002년에는 건강보험료율을 인상하였고, 2002년과 2005년에 보험료 부과 기준을 확대하였다. 또한 자영업자에 대한 정액 보험료를 인상하였다. 예기치 못한 천재지변과 전염병(SARS 등)에 의한 의료비용 발생 시 이에 대해 국고 지원을 요구하며, 예방적 진료서비스, 전염병 치료, 병원에서의 건강교육 등은 건강보험에서 제외되고 2006년부터 정부가 비용을 부담하도록 하였다(Lee, 2005).

한편 대만은 건강보험 지출을 통제하기 위하여 지역에 책임을 부과

는 전략을 사용해왔다. 1999년 첫 번째의 건강보험 재정위기가 닥치자 국민건강보험국(BNHI)은 각 지역에 재정적 책임을 부과하여 사용관리와 비용통제를 수행하도록 촉구하였다. 각 지역에서는 감사, 설득, 공급자 프로파일 및 환자 프로파일 작성, 동료 비교 등의 모든 가능한 비용 통제 수단을 동원하였다. 그 결과 총 비용 상승은 성공적으로 억제되었고 보험료 상승이 가능하게 될 때까지 재정위기가 일어나지 않게 되었다. 이러한 전략은 2005년 병원협회가 공동관리 역할을 거부한 이후에도 적용된 바 있다(Lee, 2005).

대만에서도 인구의 고령화, 신약 및 신의료기술의 도입과 급여, 재난성 질환의 증가와 의료서비스 질 향상에 대한 추구 등의 요소로 인하여 최근 의료비 지출이 빠르게 증가하고 있다. 건강보험료는 수입의 증가를 따라가지 못하였고 따라서 재원의 증가보다 훨씬 빠른 속도로 지출이 증가해왔다. 1996~2010년 사이 건강보험 재정 수입은 연평균 4.73%로 증가하였으나 지출은 5.03%로 더 빠르게 증가하였다(BNHI, 2011). 그러나 보험료의 인상은 의회의 승인이 필요하므로 재원조달에서 정치적 어려움이 더해지고 있다.

## 라. 건강보험 급여

건강보험에서는 입원 및 외래서비스, 치과서비스, 전통의학, 분만, 재활, 가정간호, 만성 정신질환 서비스를 포함하는 포괄적인 급여를 제공하고 있다.

건강보험에서는 의료공급자가 제공한 서비스의 유형과 양, 질, 적정성을 심사한다. 급여기준을 위반하여 제공된 서비스에 대해서는 상환하지 않는다. 또한 전문과목별 전문가 패널을 두어 전문적 심사를 수행하기도 한다. 심사결과에 의료공급자가 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수

있으며, 이 경우 건강보험당국은 다른 전문가에게 평가를 의뢰한다. 두 번째의 심사 결과에도 의료공급자가 동의하지 못할 경우 보건부의 분쟁 조정위원회에 이의를 제기할 수 있다. 이 위원회는 법적 소송으로 가기 전에 조정하는 역할을 수행한다(BNHI, 2011).

신의료기술의 발전에 따라 고가의 의료기술이 증가함에 따라 건강보험에서는 일부 의료기기에 대해 그것이 반드시 필요한 환자들의 재정 부담을 덜기 위하여 부분적인 급여를 하고 있다. 2006년 12월부터 약물 유리 스텐트(drug-eluting stents), 2007년 1월부터 세라믹 고관절(ceramic hip joints), 2007년 10월부터 안내렌즈 삽입술(intraocular lenses), 2008년 5월부터 금속-금속 고관절(metal-on-metal hip joints)을 급여에 포함하였으며, 건강보험에서는 이러한 고가 기기가 대체하고자 하는 기존의 저렴한 서비스에 대한 비용 수준까지만 지불하고 환자가 나머지 금액을 지불하도록 하고 있다. 이러한 고가의 기기를 사용할 경우 의사는 그 필요성을 환자와 가족에게 명확히 설명해야 하고 동의 양식을 사전에 작성해야 한다(BNHI, 2011).

건강보험에서의 급여범위가 넓고 포괄적이지만 개별 급여결정은 분절적으로 이루어지고 있으며 신약이나 신기술의 도입에 대한 결정이 재정에 대한 고려와 연계되지 않고 있다는 비판이 있다. 또 급여 결정에서 우선순위에 대한 결정 메커니즘이 없으며, 결과적으로 급여를 줄이기보다는 늘리는 것이 더 쉬운 실정이다(Lai et al., 2004).

#### 마. 본인부담금

전국민건강보험의 시행 초기 10년 동안 외래 및 응급서비스에 대한 본인부담금은 여러 차례 조정되었다. 2005년 7월 전면건강보험국(BNHI)은 의료전달체계의 정립을 추구하면서 환자들이 가벼운 질환에

서는 지역의 의원을 이용하도록 촉진하고 병원 및 상급의료기관은 각각 2차 의료와 3차 의료를 담당하도록 하는 목적으로 본인부담금을 조정하였다. 의원 방문 시 본인부담금은 50 대만달러이며, 진료의뢰서 없이 병원을 직접 방문 시에는 높은 본인부담금을 지불해야 한다(표 3-8 참조).

〈표 3-8〉 대만의 외래 본인부담금 현황

(단위: 대만달러)

기관 유형	양학과 외래 진료		응급	치과	한학과
	의뢰	직접 방문			
의원	-	50	150	150	50
지역 병원(District hospital)	50	80	150	50	50
지방 병원(Regional hospital)	140	240	300	50	50
상급병원(Medical centers)	210	360	450	50	50

자료: BNHI, 2011

처방약제에 대해서도 본인부담금이 부과되는데 총약품비의 구간에 따라 일정액이 정해진다. 약품비가 높아지더라도 200 대만달러의 상한선을 두고 있다(표 3-9 참조).

〈표 3-9〉 대만의 약제에 대한 본인부담금

약품비 (대만달러)	본인부담금 (대만달러)
~ 100	0
101 ~ 200	20
201 ~ 300	40
301 ~ 400	60
401 ~ 500	80
501 ~ 600	100
601 ~ 700	120
701 ~ 800	140
801 ~ 900	160
901 ~ 1000	180
1000 ~	200

자료: BNHI, 2011

입원에 대해서는 병상의 유형(급성 또는 만성) 및 입원기간에 따라 본인부담률이 달라지는데, 입원기간이 길어질수록 본인부담률이 높아진다. 본인부담률은 최저 5%에서 최대 30%까지 분포한다. 입원의 본인부담금에도 상한선이 있는데, 한 회의 입원에서 본인부담금은 최대 2만8천 대만달러로 제한되며, 연간 총 부담금은 4만7천 대만달러가 상한이다(표 3-10 참조).

〈표 3-10〉 대만의 입원기간에 따른 본인부담률 현황

병상 유형	본인부담률			
	5%	10%	20%	30%
급성	-	~ 30일	31 ~ 60일	61일 ~
만성	~ 30일	31 ~ 90일	91 ~ 180일	181일 ~

자료: BNHI, 2011

이상과 같이 의료서비스 이용 시에는 본인부담금을 지불해야 하지만 일부 환자에 대해서는 본인부담금을 면제하고 있다. 저소득 가구 및 3세 미만 어린이, 결핵등록환자로서 특정 병원에서 치료받는 환자, 예비군 및 사망한 예비군의 유족, 산간벽지 및 도서지역 거주자, 출산 여성, 재난성 질환자(catastrophic illness) 등은 본인부담금을 면제받는다. 또 만성질환에 대한 리필 처방전을 가진 환자 및 치과진료를 받은 환자 등은 외래 약제에 대한 본인부담금을 면제받는다.

## 바. 건강보험 지불제도 개요

1995년 건강보험을 실시한 이후 2001년까지 대만의 보건의료비 지출은 50%나 증가하였고, 건강보험은 재정적자에 시달렸다. 1998년 재정적자가 최초로 발생한 이후 1999년, 2001년에도 적자가 발생하였다. 적자의 주요 원인으로 행위별수가제에 의한 과도한 의료서비스 이용 및

의료자원의 낭비가 지적되었고, 이러한 문제를 보완하기 위하여 총액예산제의 추진은 더욱 힘을 얻게 되었다고 할 수 있다(Chang and Hung, 2008).

대만은 거시적으로는 총액예산제를 실시하고 있으며, 미시적으로 행위별수가제, 일당정액제, 인두제 등 다양한 지불체도를 함께 운영하고 있다. 건강보험 지출과 관련하여 재정 압박이 심해지면서 1998년 7월 치과부문, 2000년 7월 한방부문, 2001년 7월 의원부문, 2002년 7월 병원부문 등 단계적으로 총액예산제를 도입하였다. 그 외 말기신부전질환(end-stage renal disease;ESRD)도 총액예산제를 적용받고 있다.

총액예산제와 더불어 의료비용을 보다 효과적으로 관리하고 의료공급자의 전문적 자율성을 제고하기 위하여 다른 형태의 지불체도를 병행하여 실시하고 있다. 대표적인 것이 대만형 포괄수가제이다. 대만의 포괄수가제는 DRG를 기반으로 하여 건당지불방식(case payment initiatives)으로 운영된다. 각 DRG에 대해 고정된 금액을 공급자에게 지불하며, 공급자는 의료서비스의 관리를 통하여 비용을 절감할 수 있고 재정에 대해 책임을 부여받는다. 2002년 53개 DRG에 대하여 시행되었고, 전체 의료비에서 차지하는 비중은 입원에서 15.25%, 외래에서 1.96%였다. 포괄수가제는 의료의 질을 떨어뜨리지 않으면서 의료비용을 감소시킨 것으로 대체로 평가되고 있다. 다만 포괄수가제가 부분적으로 시행됨으로 인하여 일부 병원이 건당지불방식과 행위별수가제 간에서 유리한 쪽으로 선택하는 행위가 있었는데, 이를 제외하고는 긍정적인 효과를 나타낸 것으로 보고 있다(Lee, 2005).

당초 대만은 포괄수가제를 전면 적용하고자 하였으나 의료공급자들의 반발로 행위별수가제가 주요 지불 단위로 적용되고 있다. 이는 총액예산제 하에서조차 의료서비스 이용을 증가시키는 유인으로 작용하고 있다.

2010년 이후에는 164개의 포괄수가 그룹에 대하여 적용하고 있다.

향후 5년간 포괄수가시스템을 완성하는 것을 계획하고 있으며 전체 포괄수가 그룹은 1,029개가 될 것으로 본다. 그 외 정신질환 입원환자 및 주간진료와 지역사회 단위 재활센터에 대해서는 일당 정액제를 적용하고 있으며, 회복실에서 산소호흡기에 의존하는 환자에게는 인두제를 적용하고 있다.

한편 2004년에는 의료서비스에 투입되는 자원의 상대적인 가치를 반영하기 위하여 상대가치제도(resource-based relative value scale; RBRVS)를 도입하였다. 의료서비스 공급을 위해 투입되는 구체적인 서비스의 가치를 평가하여 상대가치가 부여되며, 이것은 다양한 전문가집단의 협의를 통해 주기적으로 조정된다.

### 3. 총액예산제

#### 가. 전체 총액예산제

대만은 건강보험을 계획할 때부터 행위별수가제 하에서 발생할 수 있는 비용 상승 문제를 보완하기 위하여 총액예산제를 고려하였고, 이를 건강보험법에 명시하였다. 이와 같이 총액예산제를 처음부터 염두에 둔 대만은 전국민건강보험 실시 후 몇 년만에 실제로 총액예산제를 시행할 수 있었다.

보건부는 제한된 재정 규모 하에서 진료비 지출이 지속적으로 상승하자 의료공급자들에게 재정적 책임성을 부여하면서 진료의 자율성을 확보하도록 하기 위하여 총액예산제를 도입, 실시하였다. 비용 억제를 위하여 공급자들은 “지출상한모형(expenditure cap model)”에 따르는 것에 동의하였다.

이러한 총액 예산 지불제도 모형 하에서, 보건부는 차년도의 예산 규모를 먼저 설정하고, 그 예산이 승인되면 건강보험진료비협상위원회(National Health Insurance Health Expenditure Negotiation Committee; NHI-HENC)는 매 회계연도가 시작하기 전에 예산에 맞추어 전체 진료비의 상한에 대하여 협상을 실시한다. 의료공급자에 대한 지불제도는 총액예산제로 되어 있으며 공급되는 서비스에 기초하여 이루어진다. 의료공급자들에게 상환할 때 4,526개의 의료서비스 항목과 8,769개의 의료기기/장비, 16,000개의 의약품을 커버하는 수가표가 활용되고 있다.

연간 진료비 총액은 전년도 1인당 평균진료비에 의료비 증가율을 적용하고 가입자수의 변화를 고려하여 결정하며 의료비 증가율 계산 시 반영하는 요소는 협상 요소와 비협상 요소로 구분하여 설정하고 있다(식 1 참조).

**(식 1)**

$$\text{연간 진료비 총액} = \text{전년도 1인당 평균진료비} \times \{1 + \text{의료비 증가율}[\text{비협상 요소} + \text{협상 요소}]\} \times \text{가입자수 (분기별 정산)}$$

비협상 요소는 (1) 보험가입 인구구조의 변화 (인구증가율, 연령별 구조, 성별 비율의 변화); (2) 의료서비스 원가지수 변동률 (인건비는 임금지수, 약제비 및 재료비는 도매가격지수, 기타 비용은 소매가격지수)로 구성된다. 협상 요소는 (1) 보험급여 범위나 지불항목의 변화가 의료비용에 미치는 영향; (2) 의료의 질 향상과 국민건강 향상 촉진을 위한 조치 비용; (3) 의료서비스 이용과 의료강도의 변화 (의료기술, 진료형태 혹은 진찰형태의 변화, 질병 발생률의 변화, 의료서비스 자원이 결핍된 지역은 의료자원 증가 이후 이 지역 보험대상 이용률과 의료이용 강도의 상승); (4) 의료서비스 효율의 상승; (5) 기타 요소(예기된 관련 법령 혹은 정책 변화와 정책 요인이 의료비용에 영향을 줄 수 있는 항목)로

구성된다(정현진 외, 2011).

국가 단위의 진료비 총액이 결정되면 의원 외래, 한방 외래, 치과 외래, 병원의 4개 부문별 총액이 결정되고 다시 6개의 건강보험 지역별로 배분되어 총 24개의 예산이 책정된다.

각 부문별로 예산이 할당되며 의료공급자에게 지불되는 방식은 행위별수가제에 따른다. 지출 상한(expenditure cap) 방식으로 총액예산제가 운영되므로 의료공급자들이 청구한 서비스량에 따라 점수(point value)가 계산되며, 서비스량이 매달 달라지므로 점수도 매달 달라진다. 개별 공급자들은 주어진 예산총액 내에서 자신에게 더 큰 수입을 얻고자 점수가 낮아지더라도 서비스량을 증가시키고자 경쟁하는 경향을 보이기도 했다. 그러나 동일 부문의 공급자들이 협력하여 서비스량의 증가를 억제하고자 한다(Yang, 2011).

건강보험 제도 운영을 위하여 행정원 위생서에 설치된 3개의 위원회(건강보험감리위원회, 건강보험쟁의심의위원회, 의료비용협정위원회) 중 의료비용협정위원회는 진료비 지불에 관한 협정을 수행한다. 의료기관 대표자 9인, 피보험자 및 전문가 또는 학자 9인, 관계당국의 대표자 9인 등 총 27명의 위원으로 구성된다. 행정원이 승인한 전체 진료비 예산범위 내에서 지불의료비 총액의 협정, 6개 보험지역별 외래 및 입원 진료비의 배분비율 협정, 의사·중의사·치과의사의 외래진료비 협정, 약사의 약제비와 조제비율의 협정 및 의약분업제도, 외래 약제비 지출액이 책정된 약제비 지출총액을 초과할 경우 당해 연도 외래진료비 총액예산에서 공제되어야 할 초과금액 협정 등을 수행한다(김진수 외, 2011).

이와같이 보건부가 매년 의사 및 병원과 총액예산을 협의하는 것은 건강보험진료비를 억제하는 데 도움이 되고 있다. 총액예산제 실시 이후 연간 진료비 지출은 5% 미만으로 억제되고 있으며, 각 부문별 총액 예산의 증가율은 <표 3-11>과 같다.

〈표 3-11〉 대만의 부문별 연도별 총액예산 증가율

(단위: %)

연도	전체	병원	의원	치과	한방
2003	3.90	4.01	2.90	2.48	2.07
2004	3.81	4.10	2.70	2.64	2.41
2005	3.61	3.53	3.23	2.90	2.51
2006	4.54	4.90	4.68	2.93	2.78
2007	4.50	4.91	4.18	2.61	2.48
2008	4.47	4.90	4.13	2.65	2.51
2009	3.46	4.46	3.35	2.57	2.49
2010	2.80	2.73	2.24	1.94	1.49
2011	2.69	3.01	1.72	1.61	2.37

주: 2003~2005년은 일인당 진료비 지출 증가율이며, 2006년 이후는 총 진료비 지출 증가율임.  
 자료: BNHI, 2011

## 나. 약제 관련 제도

약제비는 외래 진료비 총액에 포함되어 있으며 목표액을 명시적으로 정하고 있지는 않으나 진료비의 25% 이내로 유지되도록 관리하고 있다. 이러한 목표 수준을 초과하여 약제비가 지출된 경우 초과 부분의 일정 비율을 해당 분기의 외래 진료비용 총액에서 제외한다.

약제비 총액 목표를 달성하기 위해 약품비에 관한 여러 가지 통제지표 (예. 약제비 점유율, 1인당 약품비, 1일 약품비 등)를 설정하여 모니터링하고 있다. 각 통제지표가 설정된 변동 범위를 초과하는 경우에는 즉시 관련단체를 소집하여 공동으로 개선 조치를 취하고 있다(정현진 외, 2011).

대만 건강보험에서는 처방약과 일부 비처방약이 급여 대상에 포함된다. 일부 신약을 제외하고 허가된 대부분의 처방약은 급여 대상에 포함되며 건강보험 처방지침에 맞게 처방된 경우 급여된다. 약가는 제품 단위로 설정되어 지급된다(Huang, 2005).

2010년 말 현재 총 16,511개 의약품이 건강보험에서 급여되었고, 그 중 15,273개가 처방의약품, 1,169개가 비처방의약품, 69개가 희귀의약품이었다. 비처방의약품은 기본적으로 급여 목록에 포함되지 않지만, 기존의 공무원 보험 및 노동보험에서 인정하던 비처방약은 의사가 처방할 경우 임시적으로 급여되고 있다. 한약에 대한 급여는 한의사에 의해 처방된 의약품을 조제하는 경우에만 이루어지며 GMP(Good Manufacturing Practices) 시설의 공장에서 제조된 것이어야 한다.

전국민건강보험 초기에는 기존의 사회노동보험 체제 하에서 지불하는 약가를 그대로 인정하여 지급하였다. 그러나 건강보험의 지불 약가와 실제 공급자의 구매 가격에 큰 차이가 있었고 결과적으로 과다한 약가를 지불하는 셈이 되었다. 1997년에 이르러서야 약가가 통일되었고 가격은 웹사이트에 공개되었다. 1999년 보건부는 건강보험 약제급여체계를 마련하여 시행하였다(Huang, 2005).

신약이 허가되면 건강보험 등재 신청을 할 수 있다. 전민건강보험국(BNHI)은 전문가들로 이루어진 약제및치료검토위원회(Pharmacy and Therapeutic Review Committee)를 구성하여 약제의 효과와 가격에 대해 검토한다. 약제의 등재 및 가격 검토 시 신약은 세 개의 유형으로 분류된다. 먼저 기존 제품에 비해 탁월한 치료효과가 있는 경우 혁신적 신약(breakthrough)으로 분류되며 외국 10개국(미국, 일본, 영국, 독일, 프랑스, 스위스, 스웨덴, 벨기에, 호주, 캐나다)의 약가를 참조하여 가격을 결정한다. 미투의약품(me-too new drugs)으로 분류되는 경우 이미 등재된 약 중 유사한 치료효과를 가지는 약의 가격을 참조하여 결정한다. 개량신약(line-extension) 유형인 경우에는 기존 의약품의 용량 등을 참조하여 가격을 결정한다.

제네릭 의약품은 생물학적동등성시험을 통과한 것과 그렇지 않은 것으로 구분되며, 생물학적동등성 시험을 통과한 제네릭 의약품의 가격은

오리지널 의약품의 가격을 상회할 수 없고, 기존의 동일한 생물학적동등성 통과 제네릭 의약품 가격 중 가장 낮은 가격보다 높을 수 없다. 그 외 일반 제네릭 의약품의 가격은 동일한 일반 제네릭 가격 중 가장 낮은 것보다 높을 수 없고, 생물학적동등성 시험을 통과한 제네릭 의약품의 가격보다 높을 수 없으며 오리지널 의약품의 가격의 80%를 초과할 수 없다.

건강보험에서 지급하는 약제비와 요양기관에서 약제를 구매하는 가격 간에는 20~30%의 비용 차이가 있는 것으로 보고 있다. 그 원인은 세 가지로 나누어 볼 수 있는데, 첫째, 병원이나 의료공급자가 구매하는 가격과 지불되는 약가의 차이, 둘째, 환자에게는 저렴한 약을 공급하면서 보험자에게는 가격이 높은 브랜드 의약품으로 청구하는 부정행위, 셋째, 일당 정액제로 약제비를 지급받으면서 실제로 환자에게 공급하는 약제의 비용을 낮추어 마진을 취하는 것이다(Huang, 2005). 이러한 약가 차이에 의하여 의료공급자는 의약품 처방 조제로 경제적 이득을 취하게 되며 결과적으로 의약품 사용량이 증가할 가능성은 더욱 커진다. 따라서 대만에서는 약제비 지출 상승을 억제하기 위하여 약가의 사후관리 노력을 꾸준히 전개해왔다.

대표적인 사후관리로 기 등재된 약제에 대한 시장가격을 지속적으로 조사하여 가격을 꾸준히 인하해왔다. 시장가격 조사에서는 세 단계의 가격조사를 실시한다. 첫 번째 단계에서는 건강보험과 계약한 요양기관에 의약품을 공급하는 모든 공급자들로 하여금 계절마다 판매내역을 보고하도록 하고 있다. 두 번째 단계에서는 보험자가 조사 대상 의품을 정하여 발표하고 병원급 의료기관은 전수, 일차의료기관은 10%를 추출하여 조사한다. 이 결과를 첫 번째 단계에서의 조사결과와 비교한다. 세 번째 단계에서는 보험상환가격 보다 시장거래가격이 높은 의약품 등 가격이나 양에서 특이사항이 나타난 의약품에 대하여 보험자가 현장을 방문하여

조사를 실시한다.

2000년 4월 첫 번째 시장가격 조사를 통해 7,831개 약제에 대해 평균 5%의 약가 인하를 실시하였고, 2001년 4월 두 번째 시장 조사를 실시하여 9,801개 약제에 대해 평균 7%의 약가를 인하하였다. 2003년 3월 세 번째 시장가격 조사에 의해 8,162개 약제의 약가가 평균 7% 인하되었다. 또 거래의 투명성이 의심되는 841개 약제에 대해 2004년 11월 집중적인 시장 조사가 이루어졌고 2005년 9월 27개 및 564개의 약제에 대해 평균 2%의 가격 조정이 이루어졌다(Huang, 2005).

의원의 외래 약제 처방에 대해서는 일당 정액제와 실거래가 상환제의 혼합 방식으로 지급된다. 일당 22 대만달러 이하의 약제비는 모두 22 대만달러로 상환되고, 약제비가 그 이상인 경우에는 실거래가로 상환된다. 이는 의원에서 22 대만달러 이하의 약을 사용하도록 하는 동기를 부여하게 되며, 행정업무는 간소화시키는 효과가 있다(국민건강보험공단, 2011).

병원 부문에서는 의원에 비해 신약이 사용되는 경향이 크고 고가 의약품에 의한 지출 영향이 클 수 있다. 이러한 측면에서 병원 총액예산제에서는 서비스 부문의 청구서가 계산되기 전에 약제에 대한 비용이 우선적으로 지급되었다. 또 B형간염, C형간염, 희귀질환, 혈우병 환자의 치료에 대한 시범사업 프로그램에 별도의 예산이 할당되었다. 또한 혁신적 기술에 대한 지출의 목적으로 19억 대만달러의 추가 예산이 배정되었다(Huang, 2005).

약사의 처방전 조제와 관련해서는 처방전 조제 업무에 대해서만 최소한의 수가가 인정되고 있어 약사가 환자에게 제공할 수 있는 추가의 전문적인 서비스를 촉진하는 데 한계가 있다. 1998년 3월부터 의약분업 정책이 시행되고 있음에도 불구하고 의약품과 관련한 의료공급자의 이해관계가 남아있어, 병원 근처의 문전약국 및 의원 내 조제실 등은 의약분업을 제대로 시행하는 데 장애가 되고 있다.

건강보험 진료비에서 약제비의 비중은 2003년 24%로서 다른 OECD 국가에 비해 높은 편이나 우리나라의 29%에 비해 훨씬 낮은 수준이며 총액예산제를 실시하면서 더 상승하지 않고 25% 이하의 수준으로 유지되고 있다. 그렇지만 대만의 약제비 정책이 약가 관리에 집중되어 있고 전반적인 자원 배분의 효율화를 위한 제도적 장치는 부족하다는 비판을 받고 있다(Huang, 2005). 한편 고가의 신약과 신의료기술이 증가하면서 보건의료체계에 재정적 어려움을 부가하고 있다(Wu, 2010).

의약품 시장에서 제네릭 의약품의 점유율은 1997년 48.2%에서 2004년 38.5%로 약간 감소하였으며, 대만 국내 제약기업의 점유율은 1/3 미만 수준을 유지하고 있다. 국내 제약기업은 주로 생물학적동등성 제네릭 의약품에 의존하는 실정이다. 혁신적 신약(innovative drugs)의 시장 점유율은 1997년 13.8%에서 2004년 25.8%로 높아졌다. 다국적 제약기업의 시장 점유율 또한 1997년 49.9%에서 2004년 59.3%로 상승하였다. 신약(new drugs)에 대한 엄격한 처방 가이드라인과 생물학적동등성을 인정받은 제네릭에 대한 약가 우대 정책이 없었다면 제네릭 의약품의 시장 점유율은 더 낮아졌을 것으로 보고 있다(Huang, 2005).

#### 4. 의료서비스 질 향상 및 자원의 효율적 이용을 위한 관리

##### 가. 의료서비스의 질 관리

대만은 의료의 질 향상을 통한 비용관리를 추구하면서 2001년 질 기준 지불제도(Quality-based Payment Initiatives; QBPI) 또는 성과에 의한 지불제도를(Pay-by-Performance; P4P) 도입하였다. 이는 건강보험 제도가 단순히 보험자가 의료서비스를 구매하는 것이 아니라 “건강을 구매”하는 것이라는 개념에서 출발한 것이다. 의료서비스 제공 절차상의

개선 및 결과의 향상에 대하여 추가적인 진료비가 지급된다. 현재 성과 지불제도는 고혈압, 당뇨, 천식, 유방암 등에 적용되고 있으며, 2010년부터 정신분열증과 B형 간염 및 C형 간염 보균자가 추가되었고, 2011년에는 만성신질환이 추가되었다.

각 질환별로 성과지불제도에 의해 치료받는 환자의 비율은 <표 3-12>와 같다. 성과에 의한 지불제도는 질 향상 측면에서 긍정적인 효과를 나타냈다. 프로그램에 참여한 유방암 환자의 생존율이 개선되었고, 당뇨 환자들도 임상 지표의 개선을 보였다. 프로그램에 참여한 천식환자의 응급실 방문과 입원이 감소하였고, 고혈압환자들도 혈압 수준이 분명히 개선되었다.

<표 3-12> 대만 건강보험의 P4P에 의하여 치료받는 환자 비율

(단위: %)

질환	2005	2006	2007	2008	2009	2010
천식	32.50	34.78	35.17	31.29	31.61	47.02
당뇨	23.52	23.16	24.67	26.34	27.56	29.26
결핵	68.78	78.99	91.81	수가에 포함		
유방암	12.09	12.98	13.60	14.64	14.50	14.62
고혈압	NA	9.31	6.54	3.93	2.65	2.55
정신분열증						40.65
B, C형 간염						9.83

자료: BNHI, 2011

전문화된 의료서비스의 질을 보장하기 위하여 건강보험당국은 병원과 의원에게 임상진료가이드라인 또는 동료심사(peer review)을 실시하고 의무기록을 관리하도록 요구하고 있다. 또 외래진료 환경과 서비스 질을 모니터링하고 보건의료 질 지표를 만들어 전민건강보험국(BNHI)의 웹 사이트에 질 정보를 게시하여 각 기관으로 하여금 스스로 질 향상을 추진하는 데 참고할 수 있도록 하고 있다.

2003년부터 건강보험당국은 의료서비스의 질 향상을 위하여 의료기관

이 공급한 의료서비스의 프로파일 분석을 실시하여 결과를 각 의료기관에 제공하고 자체적으로 질 향상 활동에 참조하도록 하고 있다. 분석의 내용은 자원 사용(예. CT 및 MRI 사용률), 환자 방문 사항(예. 재방문 비율), 의약품 사용(예. 항생제 사용, 주사제 사용, 처방 당 제품 수), 치료 관련 사항(예. 치내요법의 불완전 시행률) 등으로 의료기관별, 진료과목별, 질환별로 결과를 분석한다.

2004년 대만 정부는 병원의 서비스를 향상시키고 2차 및 3차 의료서비스에 집중하도록 하고자 “우수센터(center of excellence)” 시범사업을 실시하였다. 이 프로그램에 참여하는 병원에는 환산지수를 고정시키는 방법으로 개별 예산을 지급하였다. 그런데 전체 병원의 45%가 이 사업에 참여하였고, 이들에 의한 비용이 전체의 2/3를 차지하게 되었다. 대부분의 병원들이 질 향상과 비용 억제에 노력을 기울였으나, 일부 병원들은 더 높은 수익을 추구하여 높은 비용이 드는 환자들을 다른 병원으로 보내기 시작하였다. 이는 언론에서 과장되게 보도되면서全民건강보험국(BNHI)은 2004년 12월 사업 6개월 만에 이를 중단하였다. 이는 병원에 지급하는 예산이 실제적인 환자 관리와 연계되지 않는다면 개별 병원에 예산을 지급하는 것은 적절하지 않다는 교훈을 안겨주었다(Lee, 2005).

그밖에 의료의 질에 대한 소비자의 만족도를 조사하고 환자의 불만사항에 대하여 이의신청을 할 수 있도록 하고 있으며, 의료서비스에 대한 접근성을 모니터링하여 소비자가 느끼는 의료의 질 향상을 위한 관리를 하고 있다.

## 나. 의료비용 통제

거시적으로 총액예산제를 실시하면서 미시적으로는 의료비용 억제를

위하여 수요와 공급 양 측면에서 관리하고 있다. 수요 측면에서는 본인 부담금제도를 활용하고 있으며, 불필요한 상급 의료기관 이용을 억제하기 위하여 2005년 7월부터 병원진료 시 일차의료기관이 발행한 진료의뢰서를 제출하지 않으면 더 높은 본인부담금을 부과하였다(Lee, 2005).

의료기관이 부적절하게 진료비를 청구하거나 급여기준을 위반하는 것을 방지하기 위하여 보험당국은 엄격하게 심사하고 있다. 전산심사에서 중요한 위반사항이 드러나거나 비용 청구에서의 이상이 발견될 경우 현장조사를 나가기도 한다. 위반 정도가 심각하거나 체계적으로 이루어진 것으로 밝혀질 경우 특별 감사를 실시하고, 최대 10배까지 진료비가 삭감될 수 있다. 또한 건강보험과의 계약이 중단되며 최대 10년까지 계약을 유보할 수도 있다. 2011년 1월 국회에서 통과된 건강보험 개혁안에서는 부당청구 정도가 심각한 의료기관은 건강보험체계에서 영구히 제명하는 내용을 담고 있다.

건강보험당국은 외래 방문이 지나치게 많은 환자를 전산자료로 파악하여 적절한 의료이용행태를 유도하기 위한 가이드를 실시하고 있다. 이러한 가이드 프로그램은 실제로 효과를 나타냈는데, 2009년 외래 방문이 100회 이상이었던 32,951명의 평균 의사방문수가 2010년에는 19% 감소한 것으로 나타났다.

#### 다. 자원의 효율적 배분

대만은 총액예산제를 통하여 예산을 할당하면서 전체 보건의료체계 내에서 자원의 효율적 배분을 추구하고 있다. 예를들어 일차의료 부문에 별도의 예산이 책정되므로 병원 부문에 비해 더 비용효과적일 수 있는 일차의료 부문의 질향상과 발전을 추구하는 방향으로 예산 배정을 할 수 있다. 또 말기신부전증에 대한 외래 투석 예산을 의원과 병원에 풀링

함으로써 이 부분의 비용 상승을 통제할 수 있고 말기신부전의 예방 증진 및 질 향상을 추구할 수 있다. 또한 병원이 외래환자 진료에서 과도한 수익을 얻지 못하고 2차 및 3차의료에 집중하도록 하기 위하여 외래와 입원 부문 예산의 비율을 조정할 수 있는데, 보건부는 당초 이들 비율을 51:48에서 45:55로 조정하였다. 그밖에 산간 벽지에 거주하는 사람들의 의료 접근성을 높이고, 일차의료와 예방, 만성질환 관리를 촉진시키기 위하여 예산 조정을 활용할 수 있다(Lee, 2005).

환자들의 의료서비스 이용을 효율화하고 전문가에 의해 체계적으로 관리하도록 하기 위하여 2003년부터 주치의제도가 실시되었다. 주치는 가족의 의료상담 및 예방에 대한 자문을 제공하고 가족 구성원의 의무기록을 작성하여 필요한 정보를 제공한다. 의원에서 제공할 수 없는 검사나 수술, 입원 등에 대해서는 연계되어 있는 상급 의료기관으로 환자를 의뢰하게 된다. 이러한 방식은 환자들이 하여금 전문 의료기관을 찾는 데 소요되는 시간 및 재정적 비용을 절감하게 해주며, 전체 의료체계 상에서는 의료자원을 효율적으로 사용할 수 있도록 하는 데 기여한다. 2011년 6월 현재 356개의 지역 보건의료그룹이 있으며, 여기에는 2,183개의 의원(전체 의원의 21.46%)과 2,478명의 의사(전체 의사의 18.59%)가 참여하고 있다(BNHI, 2011).

## 5. 총액관리제의 성과와 평가

### 가. 의료비 통제

대만은 총액관리제를 통하여 건강보험 지출의 증가를 통제하는 데 어느 정도 성공한 것으로 평가되고 있다. 전국민건강보험 시행 후 대부분

의 기간 동안 의료비 증가율이 소득 증가율을 초과하였으나, 2003~2009년 동안 건강보험 지출의 연간 증가율은 3~5% 이내로 안정적 추세를 보이고 있다(표 3-13 참조). 1999~2008년까지 OECD국가의 연간 의료비 증가율을 보면 대만은 5.2%로 OECD국가 중에서 낮은 편에 속하며, 우리나라(11.7%)의 절반 이하이다(그림 3-4 참조).

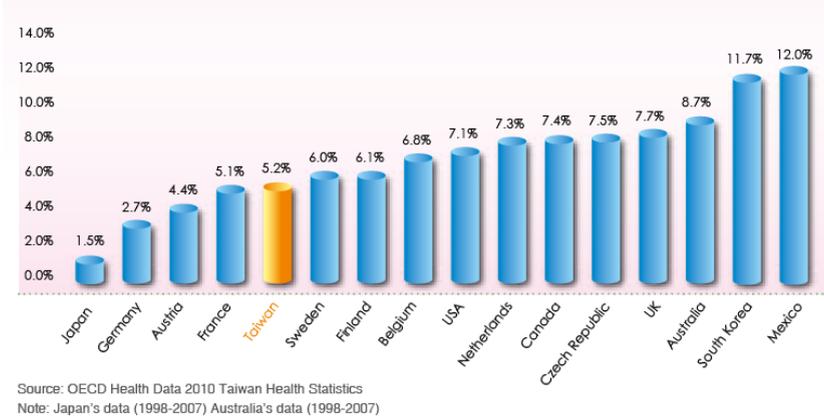
〈표 3-13〉 대만 건강보험 연도별 지출 및 재정 규모

(단위: 십억 대만달러, %)

연도	건강보험 지출		건강보험 재정	
	금액	증가율	금액	증가율
1996	223	-	241	-
1997	238	6.73	244	1.24
1998	262	10.08	260	6.56
1999	286	9.16	265	1.92
2000	287	0.35	285	7.55
2001	302	5.23	286	0.35
2002	323	6.95	308	7.69
2003	337	4.33	337	9.42
2004	353	4.75	352	4.45
2005	367	3.97	361	2.56
2006	382	4.09	382	5.82
2007	401	4.97	387	1.31
2008	416	3.74	402	3.88
2009	435	4.57	403	0.25
2010	443	1.84	461	14.39

자료: BNHI, 2011

[그림 3-4] 1999~2008년 국가별 의료비 지출의 연평균 증가율



자료: BNHI, 2011

총액예산제 하에서 지역별, 서비스 부문별로 예산이 할당되었는데, 이러한 방식은 각 지역의 인구집단의 건강수준을 향상시키기 위한 공급자의 책임성과 질 향상 노력을 증진시킬 수 있었던 것으로 평가된다. 예산 할당 시 인구집단의 위험이 보정되므로, 동일 지역 내 공급자들간 협력 체계를 구축하고 예방서비스를 제공하도록 하게 된다.

이러한 성과는 특히 치과 부문에서 두드러지게 나타났다. 대만치과의사 협회는 거의 모든 학교 학생들에 치과 예방서비스를 제공하는 데 많은 노력을 기울였으며, 학생들의 구강 건강이 상당히 개선되었다. 2002년부터는 치과의사가 없는 지역에 치과서비스를 공급하여 접근성을 향상시켰다 (NHI-HENC, 2005). 이러한 노력은 학생들의 치과진료에 대한 필요도를 낮추어 의료서비스 이용을 감소시키는 결과를 낳을 것으로 기대할 수 있다.

대만의 건강보험체계에서 비용은 계속 상승하고 있으며, 의약품 정책 집행과 관련해서는 의료자원에 대한 공공 투자의 부족, 보건의료 정책에서 의사의 지배력, 의약분업 정책의 실패 등의 요소가 어려움으로 작용하고 있다. 약제비용을 낮추기 위해서는 지금까지와 같은 시장거래가격

조사가 계속되어 약가의 갭을 줄여나가야 할 것으로 제안되고 있다. 그리고 현재 총액예산제에서 약제에 대해서는 상대가치단위(relative value unit) 당 1 대만달러로 지불하고 있는데, 이는 의료공급자들이 서비스 부문에서 낮은 진료비를 만회하기 위하여 약제 처방을 늘리게 하는 유인으로 작용하고 있다. 결과적으로 약제비는 크게 증가하게 된다. 따라서 향후 총액예산제에서 의료서비스의 상대가치단위와 약제비 지출을 연동시켜 약제에서의 마진을 줄여나가는 것이 필요하다. 특히 대만에서의 약분업 정책을 효과적으로 실시하기 위해서는 약가 마진을 낮추는 것이 더욱 필요하다(Huang, 2005).

1995~2005년 동안 약제비 지출을 통제하기 위하여 대만 건강보험이 취해온 정책들은 궁극적인 해답을 얻었다기 보다는 일시적인 해결책을 제시하는 수준에 머물렀다고 평가된다. 또 시장거래가격 조사를 통한 약가 조정도 약제비 지출의 통제에서 제한적인 효과만을 달성하였다(Huang, 2005).

아직 대만의 건강보험 재정은 충분하지 않으며 건강보험체계가 굳건하지 못하다고 할 수 있는데, 건강보험체계의 장기적 지속 가능성을 높이기 위해서는 공급자와 지불자, 환자, 정부 모두의 책임성을 높이는 것이 필수적이다(Lee, 2005).

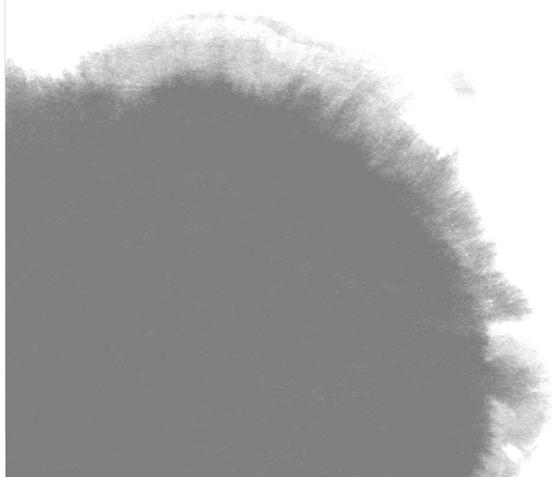
## 나. 의료의 질 관리

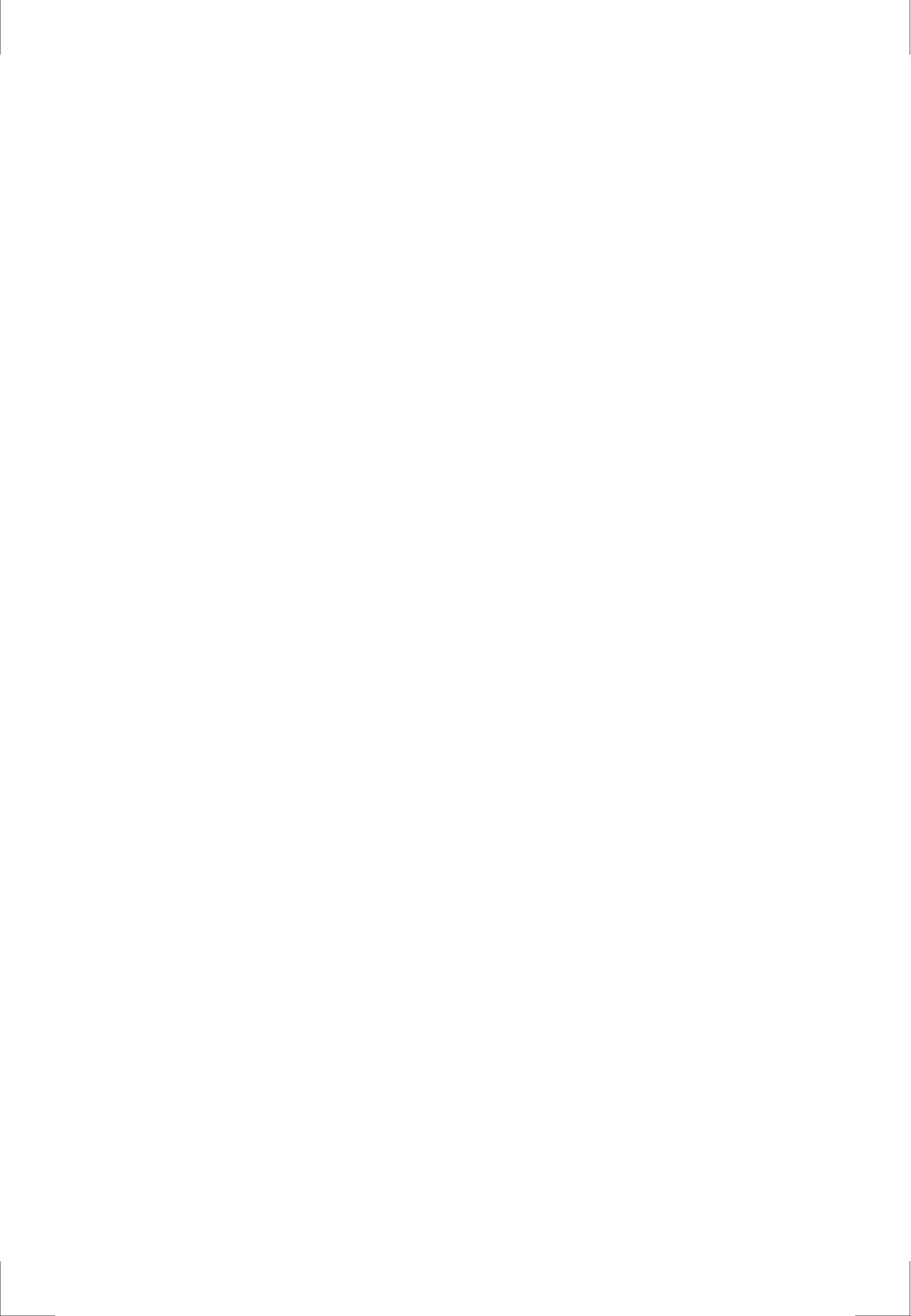
거시적 총액예산제 하에서 미시적 지불제도를 통한 의료의 질 향상 및 효율성의 성과도 부분적으로 나타나고 있다. 그러나 의료공급자의 책임성을 높이고 의료서비스의 질과 효율을 더욱 제고하기 위해서는 현재의 행위별 수가제를 다른 지불 방식으로 대체하는 필요하다는 지적이 있다.

의료의 질에 대한 소비자의 만족도는 비교적 높은 것으로 평가된다. 2005년 조사 결과에서 국민들은 72%의 만족도를 보였고, 총액예산제 시행 이후 만족도가 점차 높아지고 있다고 보고된다(Lee, 2005).

# 4장

## 약제비 예산제의 비교 분석





## 제4장 약제비 예산제의 비교 분석

### 제1 절 약제비 예산제 도입의 배경

약제비 예산제는 건강보험에서 지불하는 총약제비 규모의 예산을 설정하는 것으로서, 이는 약가의 인상 또는 사용량의 증가에 따라 커질 수 있는 약제비를 사전적으로 제한한다는 것이다. 약제비를 지불받을 당사자의 입장에서 볼 때 이것은 큰 변화임에 틀림없고 수입의 제한이 될 수 있음을 의미한다.

그런 점에서 볼 때 약제비든 진료비든 예산제 방식의 지불제도는 그 제도의 내용이나 운영방식 못지않게 도입 배경을 살펴보는 것이 의미있다. 왜냐하면 아무리 잘 설계된 제도라 하더라도 그것이 사회에서 수용되고 관철되지 않는다면 아무 의미가 없기 때문이다.

약제비 예산제는 지불방식의 개혁이라 할 수 있으며, 따라서 그것의 도입 배경을 분석함에 있어서 보건의료개혁의 측면에서 볼 수 있다. Roberts 등은(2004) 보건의료부문의 개혁을 유도하는 동력을 네 가지로 설명하고 있다. 첫 번째는 보건의료부문의 비용증가로서 인구의 고령화와 질병양상 변화, 기술발전 등에 의해 보건의료의 지출 규모가 커지게 된다. 두 번째는 기대의 증가로서 이는 보건의료에 대한 수요의 증가를 의미한다. 수요의 증가는 의료서비스 이용의 증가를 가져와 지출 증가로

이러하게 된다. 세 번째 동력은 지불능력의 한계이다. 보건의료부문의 재정 수입원은 한정되어 있는데 앞의 첫 번째와 두 번째 요소에 의해 의료이용이 증가하면서 지불능력의 한계가 더욱 심각한 문제가 된다. 네 번째는 고식적 접근에 대한 비판론으로 보건의료부문에서 정부의 역할을 넘어 경쟁과 시장모형에 대한 도입의 주장을 들 수 있다(신영진 역, 2005).

약제비 예산제의 도입 배경을 이러한 보건의료개혁의 동력의 관점에서 논하기에 앞서 먼저 독일, 프랑스, 대만에서의 약제비 도입 배경을 검토해보겠다.

독일은 일찍이 사회연대와 자치의 원리에 의하여 의료보험이 조직되었고, 가입자와 공급자의 협력을 통해 재정관리에 대한 책임을 공유하는 전통이 강했던 특징이 있다. 이러한 배경 하에서 세계적으로 가장 일찍 사회보험이 시행되었으며, 1970년대 중반부터 보건의료부문 제도개혁을 지속적이고 선도적으로 진행해왔다. 독일의 보건의료개혁에서 가장 중요한 주제는 진료비 지불제도였으며, 총액예산제는 지출 억제를 목표로 하는 개혁 가운데서 탄생하였다. 약제비 예산제도 이러한 전체 진료비의 총액예산제라는 틀 내에서 마련되었다.

제도적으로 의료비용 지출 관리를 위한 시도가 계속 이루어지고 정책으로 시행된 것이 사실이지만, 독일에서 의료비 상승을 억제하려는 노력은 1970년대부터 이미 보험자와 의료공급자 간에 합의를 통하여 이루어지고 있었다. 연방의사협회와 질병금고연합회는 외래 부문의 지출 증가를 보험료 부과소득 증가율과 동일한 수준으로 제한하지는 합의를 하는 등, 공급자와 보험자 간 비용 관리에 대한 목표의식을 공유하고 있었다. 그러나 공급자와 보험자가 통제할 수 없는 진료비 증가 요소는 보건의료지출을 급속히 상승시켰고 강력한 보건의료개혁을 가져올 수밖에 없었다.

그렇지만 독일에서 진료비 예산제의 시행은 비용 억제라는 목표 하에

정부에 의해서만 추진된 제도라고 보기는 어려우며, 의료보험 관련 당사자들이 사회보험의 운영과 유지를 위해 비용통제의 필요성에 공감하는 가운데 제도가 마련되었고 이러한 배경에 의해 강력한 총액예산제가 도입될 수 있었다고 볼 수 있다. 약제비 예산제를 포함하여 총액예산제는 최초 도입 이후 수차례의 보건의료개혁 과정에서 계속 수정, 보완되면서 발전해왔다.

프랑스는 환자가 의사를 자유롭게 선택하고 의료인의 권위와 세력이 크다는 것이 특징이다. 공적 의료보험이 도입된 후 1970년에 집단적으로 보험자와 계약을 이루고 전국의 의사에게 동일한 가격이 적용되었지만, 일괄 가격이 적용되지 않는 부분을 인정받았고, 이러한 면에서 의사의 자율성을 유지하였다. 이와 같이 외래 부문은 민간영역의 의료공급자가 큰 부분을 차지하였지만, 병원 부문은 3/4 이상이 공공병원과 비영리 민간병원으로 구성되어 있어, 프랑스에서 의료개혁은 병원 부문을 우선으로 이루어졌다. 1983년에 공공병원에 대한 총액예산제가 실시되었고 1990년대 중반에 민간병원으로 확대되었다(허순임과 허재현, 2012).

약제비용에 대한 관리는 1980년대부터 이루어지기 시작하여 가격 관리 및 본인부담금 인상 등이 시행되었다. 1990년 들어 비용관리의 필요성이 더욱 증대되었고 1991년 프랑스 정부는 처방의약품 비용에 대한 총액예산제를 제안하고 제약회사별 예산 설정 및 초과금액 환급방식을 도입하려고 하였으나 논쟁 끝에 이듬해 철회되었다. 결국 1995년 쥐페 플랜에 의한 개혁 이후 건강보험 전체에서 예산제가 도입되면서 의약품에 대해서도 예산제가 실시되었다. 쥐페 개혁에 따라 보건의료비 전체에 대하여 지출예산의 목표(ONDAM)를 의회에서 결정하게 되었고, 총약제비에 대한 지출 증가율도 사전적으로 결정되었다.

대만은 전국민건강보험이 1995년에 시행되어 사회보험에 의한 의료보장의 역사가 매우 짧음에도 불구하고 단기간에 총액예산제를 단행하였는

데, 당초 건강보험제도를 마련할 때 총액예산제의 시행을 법에 명시한 것이 이를 가능하게 하는 요소가 되었다. 또 독일이나 프랑스의 경우 장기간 건강보험을 시행하면서 의료비 증가를 경험하고 재정 대책을 마련하였지만, 대만은 건강보험을 도입한 1990년대에 이미 의료비 증가요소가 풍부하였고 급속히 증가하는 의료비 지출을 관리하기 위해 총액예산제의 시행이 단기적으로 요구되었다는 점이 특징이라고 할 수 있다.

대만은 의료기관의 대부분이 민간부문이며 의료전달체계가 확고히 구축되지 않아 진료의뢰 없이도 상급의료기관 이용이 가능하다. 연간 일인당 외래방문 횟수가 14회로 OECD 평균을 크게 상회하는 등 의료이용량이 많은 편이나 의료이용량에 대한 통제 기전이 미흡하다.

이와같이 지출 증가를 통제할 제도적 수단이 미흡한 가운데 보험료 인상률은 6% 이내로 제한되어 있고 변경 시 의회의 승인이 필요하여 재정수입을 늘리는 것도 쉽지 않다(Yang, 2011). 이러한 조건에서 재정적자가 발생하게 되는 것은 당연한 결과라고 할 수 있는데, 1995년 전 국민건강보험을 도입한 지 3년 만에 재정적자가 발생하였고 이듬해인 1999년과 2001년에도 적자가 발생하였다. 이에 행위별수가제 방식의 지불제도가 재정적자의 주요 원인으로 지적되었고 대안으로서 총액예산제의 도입이 힘을 얻었다(Chang and Hung, 2008).

독일, 프랑스, 대만에서 약제비 예산제는 보건의료진료비의 총액예산제와 함께 실시되었으며, 도입 배경에는 공통적으로 급증하는 보건의료비용이 자리잡고 있다. 그 이전에도 물론 보건의료비용이 증가하고 있었고 비용억제의 필요성이 존재하였다. 약제비에 대해서도 가격통제 등 수요와 공급 부문에 대한 규제를 통하여 비용 상승을 억제하려는 노력이 있었고, 특히 독일에서는 보험자와 공급자 간 자발적으로 총비용의 증가를 억제하기 위한 협력이 존재하였다. 그럼에도 불구하고 보건의료 수요의 팽창과 신기술의 도입 등의 요소는 보건의료비용의 급등을 가져왔고,

이는 기존의 비용통제 정책의 한계를 보여준 것이다. 결국 정부는 보건 의료비용의 총액관리가 불가피함을 인식하고 진료비 총액예산제를 비롯하여 약제비 예산제를 도입하게 되었다. 독일, 프랑스, 대만 모두에서 총액예산제는 공급자의 환영을 받지 못하는 못하였으며 정부의 강력한 의지로 제도 시행이 결정되고 공급자가 수용하는 형태로 도입되었다.

이와같이 약제비 예산제의 도입 과정을 보면 Roberts 등이(2004) 제시한 네 가지 요소- 비용의 증가, 기대의 증가, 제한된 지불능력, 고식적 아이디어에 대한 회의-가 결합되어 있음을 알 수 있다.

## 제2절 진료비 지불제도와의 관계

약제비 예산제는 처방약품비에 대한 예산제를 말하며 일반적으로 외래에서 이루어지는 약제 처방에 국한하고 있다. 왜냐하면 약제비 예산제가 일찍이 시행된 국가들이 주로 유럽국가들이며, 이들 국가에서는 병원에 대해서는 별도로 총액예산제를 적용해왔고 여기에는 병원에서 이루어지는 모든 서비스 및 약제 처방을 포함하고 있기 때문이다. 그리고 병원에서는 대부분 입원서비스만을 제공하고 있기 때문에, 외래서비스에서 약제 처방은 병원을 제외한 의원 서비스 범위에 한정하여 논할 수 있다. 즉 약제비 예산제는 외래 환자에 대하여 이루어지는 약제 처방의 총비용의 목표를 정하고 지출을 관리하는 것이다.

지불제도 또는 지출관리 정책으로서 약제비 예산제는 외래서비스 또는 전반적인 보건의료서비스에 대한 지불제도와 분리되어 논의하기 어렵다. 왜냐하면 약제 처방이라는 것이 환자에 대한 의료서비스 제공 과정에서 일부로 발생하는 것이며 약제 사용은 치료 수단으로서 다른 서비스와 대체될 수도 있기 때문이다. 따라서 국가별 약제비 예산제의 시행

과정과 운영형태를 분석함에 있어서 여타의 진료비 지불체도가 어떻게 설계되어 있는지, 그 안에서 약제비 예산제는 어떤 방식으로 자리잡고 있으며 다른 서비스 부문의 지불제도와와의 관계는 어떠한지에 대해서도 함께 검토해야 한다.

독일에서 약제비 예산제는 1993년 부문별 총액예산제가 도입될 때 한 부문으로 포함되어 도입되었는데, 외래진료 의사에 의한 처방의약품의 총비용을 제한하는 것이었다. 이 때 총액예산제에 포함된 다른 부문은 개별 병원의 입원진료 비용 예산, 의사 외래진료보수의 예산으로 총 3개 부문으로 구성되었다. 즉 외래진료에서 진료비와 약제비가 분리되어 예산이 정해지고 지출이 관리된 것이다.

그런데 제도적으로 총액예산을 설정한다고 하여 그것으로 충분한 것은 아니다. 지출 관리의 목표가 저절로 달성되는 것은 아니다. 1993년 보건의료개혁에서는 총지출의 관리를 위해 총액예산제를 도입하였을 뿐만 아니라, 실질적으로 의료비 지출 억제를 촉진할 수 있는 다른 기전도 포함하였다. 예를들어 의료비 증가를 야기할 수 있는 공급부문의 제한을 위하여 보험계약의사의 수급을 조절하였고, 보험자가 보험료를 인하여 경쟁할 수 있게 하였다. 약제비 지출 억제를 위해 본인부담을 인상하였으며, 사용량을 억제하기 위해 용량에 따른 약제비 본인부담을 차등화하였다. 즉 공급부문과 수요부문 모두에서 비용절감 기전이 작동하도록 하면서 총액예산제를 실시하였다.

독일의 약제비 예산제는 외래진료비 총액예산제와 함께 발전해왔다. 1993년 약제비 예산제가 도입될 당시 진료비 총액예산과 함께 국가에서 예산을 결정하였다. 이후 1994년부터 지역 단위에서 협상에 의해 약제비 예산이 정해졌고 1996년부터 외래진료비 예산도 지역에서 협상으로 결정되었다. 1998년 지역단위의 예산 협상이 폐지되고 개별 공급자별 목표 진료량이 설정되어 관리될 때 약제비 예산도 개별 의사의 처방 목

표량 협상 방식으로 대체되었다. 이와 같이 약제비 예산제는 외래 진료비 예산제와 함께 점차 그 단위가 지역에서 개별 공급자로 좁아지고 예산의 결정도 국가의 일방적 결정에서 지역별 협상으로, 나아가 목표량 협상으로 유연하게 변화하였다. 1999년 다시 지역 단위의 예산 협상 방식이 재도입되었는데, 약제비 예산제는 2003년부터 다시 개별 의사의 처방 목표량 협상 방식으로 운영되고 있다. 즉 외래 진료비에 대해서는 총액예산제가 적용되고 있지만 약제에 대해서는 예산제를 운영하지 않고 개별 공급자의 목표량 설정 방식으로 운영되고 있다.

프랑스에서 약제비 예산제는 건강보험 전체에 대한 지출목표(ONDAM)를 설정하게 되면서 함께 시행되었다. 건강보험 예산의 한 부분인 외래부문 지출목표에서 일부를 약제비 예산으로 결정하여 매년 증가율  $k(\%)$ 를 정하게 된다. 예산을 초과한 약제비에 대해서는 제약회사로부터 환급받는다. 보건의료의 다른 부문 예산은 의료공급자의 의료 서비스 공급과 관련하여 지출이 관련되는데, 약제비 예산은 약제 처방이 의사에 의해 이루어짐에도 불구하고 예산 초과에 대해서는 제약회사가 환급하도록 되어 있다. 즉 건강보험 지출에 대한 예산제의 큰 제도 하에서 약제비 예산제가 실시되지만 예산 목표 달성과 관련된 주체는 다르다고 할 수 있다.

목표 예산 내에서의 지출이 이루어지도록 하기 위해서는 약가 관리와 의약품 사용의 합리화를 위한 제도가 동반되어야 한다. 더구나 약제비 예산 초과에 대한 책임이 제약회사에만 있으므로, 의료공급자가 약제비를 절감하도록 하는 동기 부여가 별도로 필요하다. 1999년 대체조제를 허용하였고 약사에게 재정적 인센티브를 제공하면서 대체조제를 촉진하였다. 2003년에는 참조가격제를 실시하여 환자들에게 참조가격 이상의 가격을 전액부담하도록 하였다. 그러나 프랑스 국민의 93%가 보충적 민간보험에 가입하여 본인부담에 대해서 민간보험을 통해 보상받을 수 있

다. 즉 소비자 입장에서 볼 때 의료서비스 이용을 억제하거나 처방약 지출을 낮추려는 동기는 작을 수밖에 없다.

처방약을 결정에 가장 큰 영향력을 미치는 주체는 의사라 할 수 있는데, 프랑스에서 의사의 처방에 대한 재정적 제재를 가해 약제비를 절감하려는 시도는 몇 번 있었으나 의사의 반발로 법원의 최종판단으로 결국 시행되지 못하였다. 의사의 처방과 관련해서는 합리적 의약품 사용에 관한 지침 준수 및 일부 행위(performance)(예, 제네릭 사용)에 대한 목표 등을 설정하는 정도로만 개입이 이루어지고 있다.

이와 같이 의약품 사용량을 통제, 관리하는 제도가 없는 것은 아니나 의약품 사용 과정에서 약제비 지출의 억제효과가 크게 나타날 것으로 보이지는 않는다. 즉 프랑스 건강보험 약제비는 가격이나 사용량에 대한 제도적 통제가 약한 대신 총액을 정하여 초과비용을 환급받음으로써 지출을 관리하고 있다고 볼 수 있다. 이러한 메커니즘으로 작동되는 약제비 예산제는 외래 총액예산의 일부로 편성되지만 증가율은 별도 비율로 책정되어 독립적으로 운영되고 있다.

대만의 약제비 총액목표관리는 외래진료비에 대한 총액예산제가 시행되면서 그 안에서 시행되었다. 외래 총진료비 예산 내에서 약제비 총액 예산이 별도로 설정되지는 않고 총진료비의 25% 이내 유지를 목표로 한다. 이러한 목표치를 초과하여 지출이 이루어지면, 초과 지출의 일정 비율을 당 분기의 외래진료비 총액에서 제외하게 된다.

대만은 총액예산제 하에서 개별 의료공급자에게는 행위별수가제에 따라 진료비가 지급되어 의료이용량과 약제 사용량이 증가할 가능성이 존재한다. 또한 의약분업이 부분적으로 시행되어 원내조제하는 의료기관이 많고 약제에서 마진이 존재하므로, 약제 처방의 유인이 존재하고 따라서 약제 사용량이 증가할 수 있다.

이와 같이 약제 사용이 통제되기 어려운 조건에 있으므로, 총약제비의

목표를 달성하기 위해서는 추가적인 관리가 필요하다. 이에 대만에서는 약제비에 관련된 통제지표를 설정하고 지속적으로 모니터링하고 있다. 통제지표는 약제비 점유율, 만성질환 약제비 점유율, 1인당 약품비, 1일 약품비 등으로, 이러한 지표값이 설정된 변동범위를 초과하는 경우에는 관련 단체를 소집하여 공동으로 대처하고 있다.

### 제3절 약제비 예산제 및 관련 약제 급여제도의 내용

#### 1. 목표예산 설정 방법

약제비 예산제의 현실적 운영에서 가장 먼저 하게 되는 것이 예산 설정일 것이다. 약제비 예산제가 건강보험 지출 전반의 예산제 하에서 운영되는 것이 일반적이므로 약제비 예산의 설정은 건강보험 총액예산 설정 방법과 그 수준을 따를 수밖에 없다. 프랑스의 약제비 예산 연간 인상률  $k(\%)$ 도 국회에서 정하는 건강보험 지출 목표(ONDAM)이 결정되고 난 후 결정된다.

총액예산은 기본적으로 거시적으로 결정된다. 프랑스와 같이 국회에서 총액예산을 결정하는 경우 GDP 성장률, 공공부문 예산 현황 등 거시적 지표를 고려하여 이루어지므로, 약제 부문에서의 신약 도입이나 질병 양상의 변화, 특정 보건의료정책의 예상 효과 등 미시적 요인을 충분히 고려하기는 어렵다. 따라서 목표로 한 예산이 지출에서 그대로 지켜지는 것이 쉽지는 않다.

그렇지만 예산제의 취지가 지출 수준을 정확히 예측하는 것이 아니라 사회가 감당할 수 있는 보건의료지출 또는 약제비 지출의 수준을 제시하는 것이므로, 책정된 예산의 목표를 달성하기 위해 보건의료서비스 이

용 및 약제 사용에서 적절한 프로그램을 가동하고 지출현황을 모니터링 하는 활동이 동반되어야 할 것이다. 즉 예산제를 통하여 약제 사용에서 낭비적 요소를 제거하고 약제비 지출 증가를 억제하는 제도 도입이 촉진될 수 있다.

## 2. 관련 약제급여제도

약제비 예산제는 총약제비에 대한 거시적 목표를 설정하는 제도인데, 국가의 총약제비는 약가 수준과 의약품 사용량, 신약의 진입 등에 의해 결정된다. 이러한 요소는 약제급여제도의 영향을 받아 형성되므로, 국가의 약제비를 관리한다고 할 때, 약가나 사용량, 신약 진입 등에 영향을 미치는 약제급여제도를 다루지 않고서는 불가능하다. 거시적으로 국가의 총약제비 수준에 관하여 목표를 정하는 경우에도, 약제 사용이나 가격에 관련된 제도를 이해하지 않고는 지출 목표관리제도의 작동 기전을 파악하기 어렵다.

독일은 제약기업이 의약품 가격을 자유롭게 정하여 공급해왔는데 1989년부터 참조가격제를 실시하여 자발적 약가 인하를 유도하였다. 1991년부터는 보험급여 제외 대상 약품 리스트(negative list)를 작성하여 급여 대상 약제를 제한하였다. 이와같이 약제의 가격과 사용 측면에서 비교적 제한적인 제도를 실시하였으므로 독일의 약제비는 상승 요인이 다분했다고 할 수 있다. 이러한 배경에서 1993년 약제비 예산제가 시행되었는데, 같은 해 추가적인 비용억제 대책이 함께 시행되었다. 참조가격제 제외 의약품에 대해 약가 인하가 이루어졌고, 약제에 대한 정액 방식의 본인부담금제도를 약가에 근거한 본인부담방식으로 변경하여 약제 사용을 줄이고자 하였다. 독일은 이후 여러 차례 선별목록제(positive list)를 도입하려고 추진하였으나 결국 시행하지 못하였다. 즉

독일의 약제비 예산제는 약가 통제와 사용량 통제가 제한적으로 시행되는 제도적 환경에서 총액 관리 방식으로 지출을 통제하는 기전으로 도입되었고 역할을 해왔다고 할 수 있다. 또한 약제비 예산제 도입과 동시에 약가 인하 및 약제 본인부담방식을 변경함으로써 예산 목표액을 달성하기 위한 제도적 장치를 추가하였다.

프랑스의 약제비 예산제도 약가 통제나 사용량 억제가 충분히 되지 않는 현실에서 최종적인 약제비를 통제하는 역할을 하고 있다. 프랑스는 의약품의 임상적 유용성, 개선 정도 등을 고려하여 약가를 책정하고 있지만, 경제성평가를 의무화하지 않고 급여 대상에 포함되는 약제의 범위가 넓어 약가 규제가 심하지 않은 편이다. 또 ‘매우 혁신적’인 약으로 인정받을 경우 독일, 영국, 이태리, 스페인 등 국가에서의 가격에 기반하여 자유롭게 가격 책정할 수 있다(Mossialos and Oliver, 2005).

약제 사용량 통제 기전도 충분하지 않다. 외래 약제 사용이 외래서비스 이용과 함께 나타나므로 외래부문 총예산제의 영향이 있을 수 있지만, 프랑스 국민의 93%가 가입한 보충형 민간보험은 의료서비스 이용 및 약제 사용으로 인한 본인부담을 거의 해소해 주므로 약제 사용이 억제되기 어렵다.

프랑스 의사들 또한 정부의 비용 억제 프로그램에 수차례 반발하였고 법원에서 이를 지지하는 판결을 내려왔다. 정부는 또 처방가이드라인(RMO)을 만들어 운영하면서 따르지 않는 경우 벌금을 부과하다가 벌금을 삭제한 바 있다. 의사들은 의료의 질 저하를 우려하여 처방가이드라인(RMO) 준수에 소극적이었는데, 특히 그 정책의 목적이 비용감소에 있다고 믿으면서 더욱 그러하였다. 심지어 처방가이드라인(RMO)의 존재에 대해서도 잘 모르는 의사들이 많았다고 평가되고 있다(Mossialos and Oliver, 2005).

물론 의약품 사용 과정에서 비용 억제를 위하여 참조가격제나 대체조

제를 장려하고 있다. 그러나 2007년 외래 의약품 시장에서 제네릭 점유율은 11.2%에 불과하여 낮은 편이다. 이와 같이 의약품 사용 과정에서 비용억제를 위한 기전이 충분히 작동하지 못하는 상황에서 약제비 예산제는 과도하게 팽창할 수 있는 총약제비를 어느 정도 통제하는 역할을 하고 있다.

대만의 건강보험에서는 대부분의 약제를 급여하고 있고, 신약과 제네릭에 대한 약가 설정 기준을 두고 있다. 신약은 혁신적 신약과 미투의약품, 개량신약으로 구분하고 있는데, 혁신적 신약의 경우 외국 약가를 참조하여 가격을 설정하고 있으며 경제성평가를 통한 가치 평가를 시행하지 않고 있다. 의약품시장에서는 제네릭의 점유율이 점차 감소하고 있고 반대로 신약의 시장 점유율은 상승하고 있다(Huang, 2005).

대만은 의약분업이 불완전하게 시행되고 있어 의료기관 내에 원내약국에서 처방의약품을 직접 조제하고 있다. 이와같이 행위별수가제 하에서 의약품을 직접 조제하는 경우 의약품의 사용은 과도하게 이루어질 소지가 있다. 일당 약제비가 22 대만달러 이하일 경우 22 대만달러로 지불함으로써 약제 사용을 감소시키는 동기가 존재하지만 그 이상의 약제비에 대해서는 실거래가로 상환하고 있다. 비록 일당 정액제 하에서 일당 약제비는 감소할 수 있으나 방문일수를 통제하지는 못하므로 총약제비용을 억제하는 데는 한계가 있다. 전반적으로 불필요한 약제 사용을 효과적으로 감소시키고 자원 배분을 효율화할 수 있는 제도적 장치는 미흡하다고 할 수 있다.

총액예산제 실시 이후 일당약제비 수준을 인하하였는데(1일 35대만달러에서 25대만달러로, 3일 최대 100대만달러에서 75 대만달러로), 이는 총액예산제 하에서 일당 평균적으로 발생하는 약제비의 수준을 고려하여 책정한 것으로 볼 수 있다. 즉 일당약제비를 관리하기 위해서는 약가에 대한 관리가 중요해진다. 이에 대만에서는 기 등재된 약제에 대한 시장

가격을 지속적으로 조사하여 가격을 꾸준히 인하하고 있다. 그러나 의료기관의 실제 약제 구매 비용과 건강보험에서 지급하는 약제비 간에는 여전히 간극이 존재하는 것으로 알려져 있다(Huang, 2005).

즉 대만은 약가제도를 통한 약가관리와 일당약제비 방식을 통한 사용량 팽창의 억제를 추구하고 있지만 신약 도입 등 약제 비용 상승을 유발하는 핵심 요소에 대해 적절히 대응할 수 있는 제도적 요소는 부족한 편이다. 이에 총액예산제를 통한 총지출의 상한을 둬으로써 과도한 비용 상승을 억제하고 있다고 볼 수 있다.

### 3. 예산 초과 지출에 대한 책임 분담

의료공급자 입장에서 볼 때 진료비 예산제든 약제비 예산제든 사전적으로 지출규모에 대한 예산을 설정하는 지불제도는 실제 발생하는 지출에 대한 책임에 따른 위험의 요소가 있다. 또 초과한 예산에 대하여 공급자가 전부 또는 일부를 보험자에게 환급하는 제도인 경우에는, 집단 책임 방식인지 또는 비용 초과 발생에 책임이 있는 개별 공급자가 환급하는 방식인지가 공급자의 행태 또는 제도의 성과 및 수용성에 영향을 미칠 수 있다.

독일은 1993년 약제비 예산제를 도입하면서 예산 초과 지출분에 대하여 처방의사에게 일차적 책임을 지도록 하였고 추가 초과분에 대해서는 제약기업이 책임지도록 하였다. 이후에는 의사에 대한 책임을 더욱 강화하여 제약회사에 의한 환급 부분을 없애고 의사만 초과 지출에 대해 환급하도록 하였고 상한도 없었다.

이와 같이 약제 처방의 결정자인 의사의 책임을 강화하였지만 실제로 의사들이 처방약제비의 예산목표액을 달성할 수 있도록 하는 메커니즘은 충분히 구현되지 못하였다. 모든 의사가 처방량과 무관하게 동일한 금액

을 지불받았고 위험부담의 당사자인 의사가 해당 연도의 소요예산을 실시간으로 알지 못하여 결과적으로 지출을 적절히 조절하지 못하였고, 이는 제도 성과의 실패의 요인으로 지적되었다(Schwemann et al, 2003).

의사들은 지역 단위로 정해진 약제비 예산 초과분에 대한 연대 책임에 대해 반대하는 입장을 계속 보였고, 2001년부터는 연대 책임제도가 폐지되고 개별 의사의 처방 목표량을 설정하는 방식으로 변경되었다. 목표량을 초과하더라도 재정적 책임을 부과하지는 않고 있다.

독일의 예를 볼 때 의료공급자들은 예산 초과에 대하여 재정적인 책임을 지는 데 대해 부정적이며, 특히 집단책임 방식에 의해 재정적으로 책임지는 데 대해서는 더 저항한다고 볼 수 있다.

미래의 의료서비스 공급이나 약제 처방은 사전에 예측하기 어려운 변수가 영향을 미칠 수 있으므로, 공급자와 보험자들은 이러한 위험에 대비하여 진료비 예산제의 운영에서 위험분담요소를 포함하고자 한다. 독일의 진료비 총액예산제도 2009년부터 행위량의 변동을 고려하여 급여비 총액을 계약하는 등 예측 불가능한 의료수요에 의한 비용 지출을 반영하는 방식으로 변화하고 있다. 병원 총액예산제에서도 2003년부터 DRG를 도입하는 등 서비스 공급량과 진료비용에 영향을 미치는 수요변수를 고려하고 있다.

프랑스는 예산을 초과한 약제비 지출에 대하여 제약기업이 환급하도록 하고 있다. 2005년 이후 약제비의 연간 증가율은 1%로 엄격히 제한하고 있으므로 사실상 매년 제약기업은 환급하고 있다고 볼 수 있다. 환급 규모는 제약기업의 매출액과 매출액 증가분을 기준으로 회사마다 정해진다.

이와 같이 약제비 예산의 초과 지출에 대해 제약기업이 환급하는 방식은, 비용 지출의 원인이나 과정보다는 결과 중심으로 보는 시각이라 할 수 있다. 약제비 지출이 결국 제약회사의 매출과 직접 관련되므로 예

산 초과 지출은 곧 초과 매출이라고 보는 것이다.

프랑스에서 약제비 예산제에 의사를 참여시키려는 시도가 없었던 것은 아니다. 1997년 의사진료경비 및 처방의 목표를 설정하는 협정이 체결되었으나 의사의 반발이 있었고 최종적으로 법원에서 기각되었다. 이는 처방약제비 예산제 시행에서 제약회사보다 의사들이 더 일차적인 재정적 책임을 졌던 독일과 매우 다른 양상이다.

대만은 외래 총진료비 총액 내에 약제비 총액이 포함되며, 명시적이지는 않으나 암묵적으로 관리하는 약제비 목표치를 초과할 경우 초과액의 일부를 외래 총진료비에서 삭감하고, 다음 해의 약가기준을 조정하게 된다. 즉 외래 부문의 의사와 제약기업이 일부 책임을 지는 형태로 볼 수 있으며, 개별 공급자별 책임이 아닌 집단적 책임방식이다.

독일, 프랑스, 대만의 예를 볼 때 약제비 목표액 초과 지출 시 제약기업별로 환급하거나 의료공급자 및 제약산업의 집단적 책임방식으로 지출 목표를 관리하고 있다. 의료기관별로 목표를 설정하여 초과 지출에 대해 개별 책임을 지는 방식은 운영되지 않고 있다.

의료공급자별로 약제비 목표예산을 설정하여 관리하고 초과 지출에 대해 책임을 지도록 하는 방식은, 목표예산이 합리적이고 예측 가능하게 설정된다면 논리적일 수 있다. 그러나 약제비에는 환자 및 약제에 관한 다양한 변수가 영향을 미칠 수 있어 기관별로 기관별 약제비 총액을 예측하는 것은 매우 어렵고 계산이 복잡하다. 총액목표에 대하여 의료기관이 동의하지 못할 경우 제도의 수용성이 매우 낮아지고 효과를 거두기도 어렵다.

초과 약제비에 대해 의료공급자에 대해 집단적으로 책임을 지우는 방식도 관련 의료제도나 지불제도 등에 따라 다르게 적용될 수 있다. 독일에서는 총액예산제 초기에는 약제비 예산 총액 초과 시 의료공급자 집단에 대해 책임을 지웠으나, 약제비 총액 관리의 효과가 낮았고 의료공

급자 집단의 반발이 심했다. 반면 대만은 상대적으로 총액예산제 실시의 역사가 짧은 하나, 외래 약제비 목표액 초과 시 외래 총진료비를 삭감하는 방식으로, 의료공급자 집단에게 어느 정도 책임을 지우고 있다. 독일과 대만의 이러한 차이는 의약품을 통한 경제적 이익과 연계하여 설명 가능하다. 독일의 경우 의약분업이 전면적으로 이루어져서 의사들이 처방약을 직접 구매, 조제하여 경제적 이익을 갖지 않으므로 처방약 총액에 대한 재정적 책임을 지는 것이 더욱 수용되기 어려웠을 것이다. 이와 달리 대만은 선택적으로 의약분업이 실시되면서 의사들은 의약품을 직접 구매, 원내조제할 수 있고 처방한 의약품으로부터 마진을 취할 수 있으므로 약제비 총액의 목표 초과에 대하여 재정적 책임을 지는 것이 수용 가능한 것으로 볼 수 있다.

프랑스에서 실시하는 제약기업별 환급 방식은 결과에 대한 책임방식으로서 이해당사자의 수용이 가능한 측면이 있다. 약제비의 증가는 곧 제약기업의 매출 증가이기 때문에 약제비 지출 목표 초과 시 매출액의 증가를 기준으로 하여 기업별로 환급액을 산정하는 것이 가능하기 때문이다. 물론 이 경우에도 연간 약제비 지출 목표액에 대한 기업의 수용이 전제되어야 할 것이다.

#### 제4절 약제비 예산제 운영의 효과 및 평가

약제비 예산제의 성과는 무엇이라고 할 수 있는가? 약제비 예산제는 무엇으로 효과를 평가할 것인가? 약제비 총액의 증가율로 볼 것인가? 약제비 총액의 상한을 정해놓고 초과 시 일부에 대해 환급하도록 하고 있으므로 지출총액의 증가가 억제되는 것은 당연할 수 있다.

그렇다면 평가되어야 할 효과는 약제비 총액 자체가 아니라 그러한

거시적 제도 하에서 일어나는 미시적 행태의 변화일 것이며, 구체적으로는 약제 사용의 효율성과 질적 수준이라 할 수 있겠다. 그렇지만 의사의 처방행태나 소비자의 약제 사용행태는 보건의료체계의 다른 제도에 의해 영향을 받으며 약제 사용의 질적 수준은 더 많은 요인이 복합적으로 작용하여 결정되므로, 이러한 요소를 측정한다 하더라도 그것이 약제비 예산제의 운영으로 인한 결과인지를 단정적으로 말하기는 어렵다.

그럼에도 불구하고 지출 총액을 통제하는 제도 하에서 보건의료 부문 각 행위자의 행태 변화에 대해서는 모니터링하고 과학적으로 평가하는 것이 필요하다. 약제비 예산제와 관련하여 이 부분에 관한 연구는 제도 시행의 경험과 역사가 가장 풍부한 독일에서 가장 활발하게 이루어졌다.

독일에서 1990년대의 예산제가 처방에 미친 영향에 대해서는 논쟁이 뜨겁다. 단기적인 효과에 그쳤다는 비판이 있으며(Junger et al., 2000), 예산제로 처방액을 감소시킨 의사는 과거에 이미 처방금액이 높았고 질이 높았던 의사들이라는 주장이 있었다(Busse, 2000). 반면 예산제의 시행 이후 처방행태의 변화가 없었다는 주장도 있다(Weltermann et al., 1997). 또한 환자들을 전문의가 있는 병원으로 후송하는 경향이 증가하였다. 그러나 독일에서 처방예산제의 실시 이후 나타난 현상이 반드시 처방예산제 때문만은 아니며 보건의료체계에서 있었던 다른 변화들에 의해서도 영향을 받은 결과라는 시각도 있다(Delnoji and Brenner, 2000; Mossialos E and Oliver A, 2005에서 재인용).

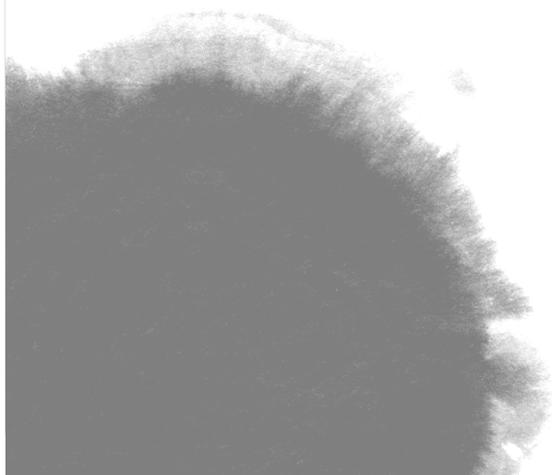
대만은 건강보험지출에 대한 총액예산제 실시 이후 연간 총진료비용 증가율이 과거 7.6%이던 것이 3.7~5.0%로 완화되어 진료비 지출 통제 효과가 있었다고 평가된다. 그러나 서비스 제공량은 반드시 통제되었다고 하기 어렵다. 거시적으로 총액예산제를 실시하면서 의료공급자에게 지불하는 방식은 행위별수가제에 의하기 때문이다. 총액이 고정된 상태에서 청구된 서비스량에 따라 점수가 계산되며, 의료공급자 간 경쟁이

존재하여 동일 부문의 의료공급자들은 점수가 하락함에도 불구하고 자신이 제공하는 서비스량을 증가시키려고 하였다(Yang, 2011). 이는 의료의 질적인 측면에서 볼 때도 바람직하지 못한 현상이며, 행위별수가제는 총액예산제 하에서 개선되어야 할 지불제도로 지적되고 있다.

대만의 약제비는 별도 예산을 두고 있지는 않지만 외래 총진료비 예산 내에서 25%의 비율 이내를 목표로 관리하고 있고 실제로 그 수준으로 유지되고 있어 어느 정도 성과가 있다고 할 수 있다.

# 5장

## 결론





## 제5장 결론

우리나라의 건강보험 약제비는 연간 8% 이상의 증가율로 빠르게 증가했으며, 건강보험 재정 관리에서 약제비 지출증가 억제는 중요한 정책 목표로 관리되고 있다. 정부는 약제비 지출 관리를 위하여 다양한 약가제도를 실시하고 사용량에 대한 관리도 점차 확대하고 있지만 약제비 지출은 여전히 빠르게 증가하고 있다.

약제비를 비롯하여 의료비의 증가문제는 우리나라뿐만 아니라 건강보장체계를 운영하는 대부분의 국가에서 나타나는 현상이며, 이들 국가들은 대부분 총진료비에 대한 목표를 설정하고 지출 규모를 그 이내로 유지하는 예산제 방식을 운영하고 있다.

우리나라도 고령화와 의료이용 증가 현상을 고려할 때 약가관리나 제한적인 사용량 관리 정책만으로는 총약제비에 대한 통제가 쉽지 않을 것이며 향후 총약제비에 대한 목표예산을 설정하고 지출 관리를 하는 것이 필요하다.

이러한 배경에서 이 연구는 우리나라와 같이 사회보험 방식으로 건강보장제도를 실시하는 국가인 독일, 프랑스, 대만에서 약제비 총액관리를 위해 실시하는 예산제를 조사 분석하였다. 약제비 예산제는 전체 진료비의 총액예산제 하에서 한 부문으로 존재하며, 외래 처방에 의한 약제비의 국가 총지출의 목표를 설정하고 관리하는 방식으로 시행되고 있다.

약제비 예산제를 포함하여 거시적 진료비 관리제도로서 총액예산제의 도입은 의료비 상승이 계속되면서 건강보장 재정 안정이 위협받는 상황에서 국가 차원의 강력한 정책의지에 따라 이루어졌다. 그렇지만 국가의 일방적 의지만으로는 총액예산제가 성공적으로 도입될 수 없으며, 더욱이 제도가 성공적으로 시행되고 의료비 지출의 목표를 실제로 달성하기 위해서는 의료공급자의 제도 수용과 적극적 참여가 필수적으로 요구된다. 건강보험 재정 안정에 대하여 정부뿐만 아니라 의료공급자 집단, 국민 등 관련 당사자들이 그 중요성을 함께 인식하고 재정에 대한 책임을 공유하지 않으면 총진료비의 지출예산을 사전에 설정하고 그 이내로 지출을 한정하는 재정관리 방식은 결코 성공할 수 없다.

우리나라는 의료공급이 대부분 민간 부문에 의존하고 있으며, 전국민 건강보험이 시행된 지 30년이 지났으나 건강보험제도 운영이나 재정관리에서 사회 전반적인 공동책임의식이 낮으며, 국가 주도적으로 정책이 마련되고 추진되는 경향이 강하다. 우리나라의 건강보험 재정 지출이 급속히 상승해왔고 앞으로도 상승할 요인이 충분하다는 것에 사회전반적으로 동의하고 있음에도 불구하고, 의료비 팽창요소가 가장 큰 현재의 행위별수가제 중심의 지불제도를 획기적으로 개선하지 못하는 것은 건강보험 재정에 대한 사회적 책임의식이 의료공급자들에게 충분히 확산되지 못하였고 정책 추진의 강력한 의지가 부족하기 때문으로 볼 수 있다.

약제비 총액에 대한 예산을 설정하였다고 해서 지출관리가 저절로 되는 것은 아니다. 약제비 예산제는 거시적 지출 관리를 목표로 하는 재정관리 방식이며, 약제 사용의 효율성과 질적 수준 향상을 통하여 궁극적으로 건강수준 향상과 비용지출의 합리성을 확보하기 위해서는 미시적으로 약가제도와 사용 적정화 관리제도가 더욱 확충되어야 한다. 현재의 약제 보험등재 및 약가결정, 약가의 사후관리제도가 계속 발전 시행되어야 하며, 거시적 지출예산 관리 하에서 약제 사용의 합리적으로 이루어

지고 지출 목표를 달성하기 위한 지속적 모니터링 및 관리가 반드시 필요하다.

또한 공급자 집단에 대해서는 지출예산이 고정되어 있지만 개별 의료 공급자에게 지불되는 방식은 예산제와 별도로 운영되므로 지불제도에 대해서도 지속적인 연구와 제도 발전이 이루어져야 한다. 총액예산제 하에서 행위별수가제로 개별 의료공급자에게 지불보상하고 있는 대만의 예를 볼 때, 총액예산제를 시행하더라도 약제 사용의 적정성을 확보하기 위해서는 의료공급자에 대한 지불제도가 여전히 중요하다는 것을 확인할 수 있다.

약제비 지출목표 관리를 위한 예산제의 성패도 결국 총액예산의 달성 여부가 아니라 약제 사용의 적정성과 비용 지출의 효율성으로 평가되어야 할 것이다.



## 참고문헌

- 국민건강보험공단(2011). 일본·대만 출장조사 보고서.
- 김진수, 장진영, 최인덕(2011). 주요 외국의 총액계약제 운영현황과 시사점. 대한약사회/한국보건사회연구원.
- 박실비아(2010). 신약의 가격지불에서 위험분담계약의 동향과 고찰. 보건경제와 정책연구, 16(2), pp.125-153.
- 신영전 역.(2005). 보건의료개혁의 정치학. 한울아카데미 : Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR.(2004) Getting Health Reform Right. Oxford University Press.
- 이용갑, 김경하, 박지연, 엄의현, 전창배, 허순임, 구미경(2005). 외국의 건강보험제도 조사. 국민건강보험공단.
- 이용갑(2009). 지난 20년간 독일 공적 건강보험 개혁과 시사점 - 경쟁적 다보험자체계에서 공적 건강보험제도에 대한 국가의 역할과 책임 강화. 보건사회연구, 29(2), pp.186-212.
- 임금자, 김계현(2011). 총액계약제 사례 연구: 독일과 대만을 중심으로. 의료정책연구소
- 전창배, 고수경(2001). 주요국의 총액예산제 운영실태와 쟁점. 국민건강보험공단.
- 정현진, 이정면, 문성웅, 백승천, 윤영덕(2011). 주요국 진료비 총액관리제도 고찰 및 시사점. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

- 최기춘(2006). 2005년 프랑스 건강보험 개혁의 구조와 내용: 주치의제도 도입을 중심으로 건강보험포럼, 3, pp.93-102.
- 최병호, 신윤정(2003). 국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 허순업, 허재현(2012). 독일과 프랑스의 지불제도 고찰과 시사점- 보건 의료체계와 의료개혁의 맥락을 중심으로. 보건경제와 정책연구. 18(1), pp.1~24.
- 허순업, 허재현(2009). 주요국의 총액예산제 조사연구. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원.
- Bishop C.E., Wallack S.S.(1996). National health expenditure limits: the case for a global budget process. *The Milbank Quarterly*, 74(3), pp.361-376.
- BNHI(Bureau of National Health Insurance)(2011). *National health insurance in Taiwan 2011 annual report*.
- Budde W.(2009). Healthcare funding: Rare disease, a priority? AIM's proposals. *Pharmaceutical Policy and Law*, 11, pp.335-341.
- Busse R, Riesberg A.(2004). *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Chang L., Hung J-H.(2008). The effects of the global budget system on cost containment and the quality of care: experience in Taiwan. *Health Services Management Research*. 21(2), pp.106-116.
- Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mladovsky P.(2010). France: Health system review. *Health*

- Systems in Transition*, 12(6), pp.1-291.
- Drummond M., Jonsson B.(2003). Moving beyond the drug budget silo mentality in Europe. *Value in Health*. 6, Supplement 1, S74-77.
- Fugh-Berman A., Melnick D.(2008). Off-label promotion, on-target sales. *PLoS Medicine*. 5(10), pp.1432-1435.
- Garrison L., Towse A.(2003). The drug budget silo mentality in Europe: an overview. *Value in Health*. 6, Supplement 1, S1-9.
- Huang W-F.(2005). *Pharmaceutical policy reform in Taiwan: problems and challenges for the future*. 지속가능한 재정안정과 합리적인 약가관리제도 방안 국제심포지엄 발표자료. 국민건강보험공단. 2005. 11. 25.
- Kirkman-Liff B.L.(1991). Health insurance values and implementation in the Netherlands and the Federal Republic of Germany: an alternative path to universal coverage. *JAMA*, pp.2496-2502.
- Lai M.S., Yang M.C., Lee Y.C., et al.(2004). Resource allocation and NHI benefit package reform. In: Lai MS (ed) *2nd Generation National Health Insurance Plan Book Series III: Priority Setting and Appropriate Use of Health Care Resources*. Ministry of Health, Taiwan.
- Lee Y.C.(2005). *Financial stability of National Health Insurance in Taiwan*. 지속가능한 재정안정과 합리적인 약가관리제도 방안 국제심포지엄 발표자료. 국민건강보험공단. 2005. 11. 25.
- Lee Y.C.(2010). *Global budget and DRG-based payment system in Taiwan*. 건강보험심사평가원 창립 10주년 기념 국제심포지엄. 발표자료. 2010. 5. 25~26.

- Leatherman S., Berwick D., Iies D., et al.(2003). The business case for quality: case studies and an analysis. *Health Affairs*. 22, pp.17-30.
- Mossialos E., Walley T., Mrazek M.(2004). Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview. In: Mossialos E, Mrazek M.(Ed) *Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality*. Open University Press.
- Mossialos E., Oliver A.(2005). An overview of pharmaceutical policy in four countries: France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom. *International Journal of Health Planning and Management*. 20, pp.291-306.
- OECD(2010). *Value for money in health spending*. Paris: OECD.
- OECD(2011). *Health at a glance 2011*. Paris: OECD.
- Paris V. R.(2005). Pharmaceutical regulation in France 1980-2003. *The International Journal of Health Planning and Management*, 20(4), pp.307-328.
- Pen C. L.(2003). The drug budget silo mentality: The French case. *Value in health*, 6, Suppl 1, pp.S10-9.
- PPRI(2008). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in France*. Wien: PPRI. 김성욱(역). 2010. 프랑스 의약품 가격결정 및 상환 정책. 서울: 국민건강보험공단.
- Rodwin V. G.(2003) The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the United States. *Am J Public Health*, 3, pp.31-37.
- Schieber G.J., Poullier J.P., Greenwald L.M.(1991). Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs*, Fall, pp22-38.

- Yang M.C.(2011). *Health care financing and cost-containment in Taiwan*. 건강보험재정과 비용절감방안에 대한 국제세미나 발표자료. 한국보건사회연구원 2011. 6. 17.
- Wu T.Y.(2010). An overview of the healthcare system in Taiwan, *London Journal of Primary Care*. July, pp.1-5.



## 간행물회원제 안내

### ▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### ▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

### ▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

### ▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

### ▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원  
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

## Kihasa 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>

## 2 · 간행물위원회 안내 및 발간목록

### **연구보고서 발간목록**

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기농식품 표시제 중심으로-	곽노성
연구 2011-07	저소득층 이동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분석	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기사황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실패를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장제정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘
연구 2011-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로-	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 이동사태관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지제정의 정책과제	유근춘
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 천서민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지에식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지체감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	강혜규
연구 2011-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	간강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손창균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 민간의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 태대 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산·양육 태대 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	지방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변천과 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기반(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 편	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 시각지대 분석	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006-2010년 결과 보고서-	오영호
연구 2011-39-1	간강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	간강도시산업의 간강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 간강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	간강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

#### 4 · 간행물회원제 안내 및 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약 위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	친사민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 이동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지매널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지매널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신옥
연구 2011-45	2009년 한국의료매널 기초분석보고서(II)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박실비아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구	이상영
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진옥
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	건강보장체계의 New Paradigm 전환에 따른 기반 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험사 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지재정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종욱
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중앙과 지방의 사회복지 지원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 욕구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르디 모델을 중심으로	윤석명, 신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종욱
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신옥
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태완
연구 2012-30	중고령자의 소득 자산 분포와 노후빈곤 가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현세대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구범주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교: 아시아 국가를 중심으로 1 (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 바우처사업의 정책효과 분석 연구	강혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통계생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 조식통계 선진화 방안 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와지방정부의저출산정책연계방안	이상림
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김현식
연구 2012-47-5	친가족기업 지표개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼·출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 인공수정 시술비 지불보상 현황과 정책방향	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생체중아 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	둘째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산 고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김현식
연구 2012-47-12	고령화·저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이현창)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구이동 전망과 대응과제	이상림
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양욕구필요도측정방식개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업시장규모추계외활성화방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산현상의동태적분석을위한지역사례조사	박종서
연구 2012-47-21	백세시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국·영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책 유럽국가의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

6 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정경희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우·이삼식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지공적 전달체계 개편 방안: 공적전달체계의 수직적편제와 수평적배열의 재구조화	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육·교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박종서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2006년 및 2011년 결과 보고서 -	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 건강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 건강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품잡객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 일자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초등 방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년한국복지패널기초분석:한국의복지실태	최현수
연구 2012-55-2	2012년한국복지패널심층분석:인구집단별생활실태와복지욕구이동태분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정주계 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증 원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 조세 재정정책 정립 방향 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 지표·지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호