

Column

포지티브시스템은 만병통치약이 될 수 있는가?



글·정 상 혁 |
이화여자대학교 예방의학교실

한미 FTA 협상에서 보건복지부는 포지티브 시스템을 절대 양보할 수 없다고 밝혀 한때는 이 제도가 한미 FTA의 최대 걸림돌로 인식되기도 했다. 이 사건으로 인하여 국민건강보험 약제비 적정화방안의 하나인 포지티브 리스트는 국민적 관심사가 되었다. 그러나 얼마 지나지 않은 2006년 8월 1일 재정경제부 김성진 국제업무정책관이 “FTA 협상의 최대걸림돌로 인식되던 포지티브 시스템에 대하여 미국이 입법연기를 전제로 수용 의사가 있다”고 통보해 왔음을 언론에 밝힘으로써 일단락되었다.

일련의 언론 보도 과정을 통하여 우리나라 국민들은 포지티브시스템의 내용이 무엇인지 정확히 알지 못한 상태에서 보건복지부의 포지티브시스템 정책은 곧 실시될 것이며, 이는 미국에 국익을 빼앗기지 않는 매우 좋은 제도가 틀림없구나 하는 생각을 하게 되었다. 큰 이변이 생기지 않는 한 포지티브시스템은 가까운 시일 내에 우리나라 건강보험 약제비 적정화 정책 중 하나로 실시될 것이 분명해 보인다. 만일 이러한 해프닝이 없었다면 포지티브시스템은 장, 단점이 너무 많은 제도여서 찬반양론으로 나뉘어 논쟁하다 보면 도입하기 어려운 제도일 수도 있었다.

우리나라 건강보험 급여비중 약제비 비율이 30%에 육박하고 있고, 2001년부터 2005년까지 5년 동안 연평균 14.7%의 증가율을 보이자 건강보험 약제비 적정화 정책을 수립하게 되었다. 총 진료비 증가율은 동기간 연평균 8.6%인데 반하여 약제비 증가가 상대적으로 지나치게 높다는 인식을 하게 된 것이다. 그러나 이 지표를 심도있게 분석해 보면 약제비를 제외한 우리나라 건강보험 의료수가가 다른 나라에 비하여 터무니없이 낮아 발생한 문제와 깊은 연관이 있음을 알 수 있다. 즉, 약제비는 세계적으로 거의 비슷한 가격수준을 보이고 있는데 반하여 국내 의사의 행위료가 낮고 증가율 또한 낮아 상대적으로 약제비 지출 또는 증가 비율이 높아

보이는 것은 당연한 결과이다. 또한 의약분업 이후 신설된 약사의 조제료 지출이 연간 2조원에 달하는 것도 건강보험 재정 지출에 압박을 가하고 있다는 사실을 간과해서는 안될 것이다. 그동안 보건복지부는 의료시장이 왜곡되던 말건 상관없이 의사의 행위로에 해당하는 진료비는 할 수 있는 모든 방법을 사용하여 통제함으로써 원가 이하의 상태로 만들어 놓는데 성공하였다. 건강보험에서 의사에게 더 이상 조일 것이 없자 약제비에 초점을 맞추고 이를 압박하기 위한 준비에 들어간 것으로 볼 수 있다.

2003년 통계 기준으로 GDP 대비 총의료비 수준을 보면 OECD 국가 평균이 8.7%인데 반하여 우리나라는 5.6%로 최하의 의료비를 지출하고 있다. 우리나라보다 소득수준이 더 낮은 체코(7.5%), 멕시코(6.2%) 보다 더 낮은 최하위에 위치해 있다. 보험료율을 보면 독일 14.0%, 일본 8.5%, 프랑스 13.6%, 대만 9.1%에 비하여 한국은 4.5%이다. 우리나라보다 더 높은 의료비 지출을 하고 있는 독일의 의사들이 최근 6개월째 임금인상을 위한 파업중이라는 보도는 한국의 의사들에게 여러 가지 생각을 갖게 한다.

지구상에서 의료보험료 대비 최상의 서비스를 받는 의료서비스 천국은 한국일 것이라는 외국인들의 이야기를 종종 듣는다. 보건복지부의 공무원들은 이를 자신들의 업적으로 생각한다. 이러한 환경을 만들기 위해 다른 나라에 비해 상대적으로 터무니없는 불이익을 받고 있는 한국의 보건의료계 종사자들에게 그 헌신과 공로를 돌릴 생각은 전혀 없는것 같다.

그동안 약가관리에 대한 업무를 보면 정부는 식품의약품안전청의 허가를 받은 모든 의약품에 대하여 허가 후 30일 이내에 보험급여 여부를 신청하도록 하였으며, 보험급여의 필요성이 없는 약품(예방목적, 일상생활에 지장이 없는 경우 및 경제성이 불분명한 경우 등을 비급여로 함)을 제외한 나머지 약품을 급여대상에 포함시켰다. 이를 정부는 네거티브시스템이라고 명칭하고 있다. 2006월 1월 현재 22,740품목이 등재되어 있다. 개설된 모든 의료기관이 건강보험 당연지정 기관이 되듯이 식품의약품안전청의 허가를 받은 모든 의약품은 기본적으로 당연지정 의약품이 되어야 한다는 논리였다. 또한 약제전문평가위원회가 있어 비용효과성(경제성 평가, 대체가능성평가), 급여적정성 평가를 하였으며, 급여결정, 상한금액 가격결정을 하였다. 또한 분기별 실거래가 조사를 하여 가격을 조정하였다. 최근 발표한 약제비 적정화와 관련된 상당수 업무가 현재도 이루어지고 있다.

최근 발표된 정부의 약제비 적정화를 위한 추진방향을 보면 첫째, 치료적, 경제적 가치가 우수한 의약품의 선별 등재, 둘째, 적정약가 유지를 위한 협상절차 도입 및 약가산정 기준의 합리화, 셋째, 의약품 품질 강화 및

약이란 것이 모든 환자에 똑같은 효과와 부작용을 가져온다고 생각하면서 접근하는 경제학적 모델은 의학적 접근에서 볼 때 매우 위험한 접근이 된다는 것을 명심하여야 할 것이다.

실거래가 파악을 위한 의약품 유통 투명화, 넷째, 의약품 적정 사용 유도를 위한 효율적 관리기전 마련이다. 이 중 첫 번째가 포지티브 시스템의 도입을 의미한다.

포지티브 시스템의 내용을 보면 보험적용 의무신청을 제약업체의 자율신청으로 변경한다는 것이 기본 내용이다. 이는 국민들의 입장에서는 매우 불리한 제도가 될 수 있다. 제약업체들이 보험등재를 하지 않은 약을 의사가 처방을 하면 환자가 전액 부담해야 하는 상황에 이를 수 있다. 약에 있어서는 약의 주 효과 강화보다 부작용을 개선한 약제들이 출시되는 경우가 많다. 의사의 입장에서는 환자를 위해 약의 비용보다는 부작용이 적은 약을 처방하거나 추천하는 것이 옳은 도리라고 생각한다. 이는 경제적인 문제보다 환자 - 의사간의 신뢰에 있어서 더 중요한 문제가 될 수 있다.

비용효과적인 약품의 선별 등재를 통하여 비용효과성을 극대화한다는 기본 방침을 가지고 있는데 이는 현실적으로 실현 가능성이 높아 보이지 않는다. 비용효과분석을 통하여 명확하게 선별적 답안을 만들 수 없다는 것은 이러한 분석을 실제로 해본 학자들은 누구나 다 아는 사실일 것이다. 환자들은 제각기 약에 대한 감수성이 다르다. 부작용 또한 사람마다 다르기 때문에 각 환자에게 가장 적합한 약을 결정한다는 것은 매우 중요한 치료과정에 해당한다. 임상적으로 치료 결과를 모니터링하면서 의사가 약의 종류와 사용량을 결정할 수 밖에 없다. 그럼에도 불구하고 약이란 것이 모든 환자에 똑같은 효과와 부작용을 가져온다고 생각하면서 접근하는 경제학적 모델은 의학적 접근에서 볼 때 매우 위험한 접근이 된다는 것을 명심하여야 할 것이다.

약가결정 협상절차 도입에 있어서 국민건강보험공단과 제약회사가 협상하는 절차를 도입한다는 것이다. 그동안의 약제전문평가위원회와 무엇이 다른가? 필요하다면 약제전문평가위원회의 업무를 개편하여 상설화하고 필요한 협상 또는 가격결정 업무를 수행하도록 하면 될 일이다. 필자의 입장에서는 국민건강보험공단이 할 일이 없으니 공단의 존속이나 확장을 위하여 만들어 내는 일이 아닌가 생각이 들 정도이다.

어떤 방법과 제도가 도입되더라도 약제비 증가를 막을 수 있는 방법을 명확하게 제시한다는 것은 어려운 일이다. 인구구조의 노령화로 인하여 의료이용이 절대적으로 증가하는 시점에서 약제비 증가를 포지티브 시스템이 해결해 줄 수 있으리라 생각하기 어렵다. 오히려 일반의약품을 슈퍼에서 판매하게 하고, 1차 진료의 본인부담률을 증가시켜 가벼운 질환에 대하여 스스로 자가 처방을 통해 해결하도록 하는 접근방법이 더 실효성이 있을 것으로 판단된다.

일반의약품의 슈퍼판매 도입은 효과적인 약제비 증가 억제 방안이 될 수 있다. 많은 선진국에서 실시하는 것과 같이 시장가격 결정 기전을 통하여 일반의약품의 약품가격을 떨어뜨릴 수 있을 것으로 생각한다. 이는 저소득층에도 많은 도움을 줄 수 있을 것이다. 1차 진료의 본인부담률 인상으로 인한 저소득층의 의료접근도 저하부분은 해당계층에 대하여 연간상한선 초과 상환제도를 도입하여 해결할 수 있을 것이다.

의사들의 처방행태 변화에 주력할 것으로 보인다. 약가마진이 있는 것도 아닌데 의사들이 누구를 위해서 처방하는 것일까를 먼저 생각해 보길 바란다.

현재 우리나라가 가지고 있는 약가 결정시스템을 실질적으로 작동할 수 있도록 좀 더 보완하면 포지티브 시스템으로의 전환보다 더 좋은 결과를 가져올 수 있다. 관리제도가 없어서 안 되는 것이 아니라 현재 있는 제도조차 제대로 운영하지 않기 때문에 안 되고 있다는 생각을 먼저 해보는 것이 더 현명한 접근이 되지 않을까 한다. 우리나라의 의료이용률은 미국의 2배 정도로 전 세계의 선두를 달리고 있다. 의료이용률의 억제 없이 약제비 지출을 건강보험 급여비 지출에서 줄이겠다는 것은 거의 불가능한 접근이라 생각한다. 이렇게 높은 의료이용률에도 불구하고 우리나라 국민일인당 약제비 지출수준은 295불로서 OECD 평균인 388불(2003년 기준)보다 현저히 낮은 상태이다. 따라서 아무리 입찰을 하던 국제간 가격조사를 하여도 약품가격이 많이 낮아 지기는 힘들 것이다.

포지티브 시스템이 엄청난 반사이익을 가져다 줄 것으로 예측되지 않는다. 그럼에도 불구하고 이 제도가 도입될 경우 발생할 문제점은 없는가? 보험약가 등재 시스템이 될 포지티브 시스템을 약용하면 더 많은 문제가 생길 수도 있다. 제약회사의 생사여탈권을 소비자가 아닌 건강보험공단이 가지게 될 소지가 있다. 시장의 논리가 없어지고 건강보험공단이라는 절대 권력이 약품시장을 왜곡시키는 상황을 배제할 수 없다. 약가관리에 있어서 네거티브 시스템은 안 되고 포지티브 시스템만 된다는 것은 아니다. 제도를 어떻게 운용하느냐에 따라 관리가 되고 안 되는 것으로 생각된다. 오히려 한미 FTA에서 미국 측이 포지티브 시스템을 수용하면서 제안한 특허보호기간(통상 20년)의 연장, 특허기간 동안의 제네릭 허가금지, 혁신적 신약범위 확대, 약가재평가 제도 폐지 등이 더 문제의 소지가 있다.

약제비 적정화 방안중 하나인 의약품 사용량의 적정화라는 방침이 눈에 거슬린다. 지금까지 보건복지부가 그래 왔듯이 약품의 유통 등에 있어서 정작 정책적으로 실현하고자 하는 것들은 하지 못하고 이미 통제권 안에 들어와 있는 의료인들을 못살게 굴 방법만이 현실화될 것으로 판단된다. 의사들의 처방행태 변화에 주력할 것으로 보인다. 약가마진이 있는 것도 아닌데 의사들이 누구를 위해서 처방하는 것일까를 먼저 생각해 보길 바란다. 문화나 의료 환경이 다른 외국과의 비교만이 능사가 아니다.

건강보험료 인상을 통한 재정 확충과 규제개혁을 통한 관련 산업의 선진화와 육성만이 세계 시장에서 산업의 경쟁력을 가질 수 있다는 기본적인 시각을 갖지 않는 한 우리나라의 미래는 암울할 뿐이다.

최근 논란이 되었던 약품의 질에 대한 것은 유통 중인 약을 무작위로 수거하여 부적절한 경우 아예 퇴출을 시켜버리는 강력한 법안의 마련이 필요할 것이다. 약품의 정량을 지키지 못하는 약들은 환자들의 치료에 있어서 매우 심각한 혼란을 초래할 수 있다. 만일 동일한 성분이라고 생각하여 약의 종류를 바꾸어 조제하는 경우 환자에게 치명적인 결과를 가져올 수도 있다. 따라서 약품의 질에 대한 부분은 지속적인 관리시스템 내에 놓여져야 한다.

정부의 건강보험 재정 로드맵에 따르면 2006년의 경우 보험료율이 6%가 되어야 하지만 이를 실행에 옮길 생각은 않고 의료 및 제약 산업에 건강보험재정 부담증가에 대한 책임을 모두 전가시키려 하고 있다. 과거 의료서비스 산업은 우리나라가 세계시장과 비교하여 인프라가 뒤지지 않는 분야 중 하나였다. 건강보험 재정을 이유로 의료서비스 산업을 퇴보시키는 정책을 집행하더니 이제는 겨우 싹을 키우려고 하는 제약 산업의 숨통을 조일 생각을 하는 것 같다.

의료서비스 산업과 BT 분야가 세계적으로 각광받는 산업임을 누구도 부인할 수 없다. 건강보험료 인상을 통한 재정 확충과 규제개혁을 통한 관련 산업의 선진화와 육성만이 세계 시장에서 산업의 경쟁력을 가질 수 있다는 기본적인 시각을 갖지 않는 한 우리나라의 미래는 암울할 뿐이다. 현 정부가 내세우는 또 하나의 상징주의 정책으로 간주되는 포지티브시스템 도입을 목전에 둔 시점에서 국가경쟁력이 한 계단 더 떨어지는 듯한 느낌을 받는 이유는 무엇일까? **KHA**