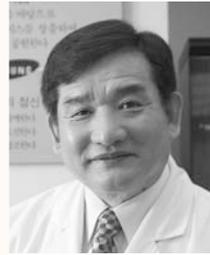


Special

건강보험고도화와 의약분업 선순환을 통한 의료보장 선진화 방안

글·한 원 곤 |
강북삼성병원장
본회 기획위원장



1. 들어가는 말

건강보험고도화라는 의료보장의 한 축을 견고히 하기 위하여 지금의 의약분업의 포지션은 어떤 상태에 와 있는지, '77년, '89년, 2000년과 그리고 2008년의 현주소를 가늠해 본다.

의약분업 실시 8년이 되는 시점에서 그간 의약분업 정책결정과 시행상의 문제점 및 사회적 갈등을 유발하여 '의약분업제도를 전면 재검토 해야 하는가', '보완 발전해야 하는가' 라는 정책적 논쟁이 수년간 대두되어 왔으나 아직도 의약분업에 대한 객관적·실증적 검토가 이루어지지 않고 있다.

의약분업 시행당시 의·약계뿐 아니라 전국민의 관심이 집중됐던 사안임을 고려할 때 의약분업 시행 후 오늘에 이를 때 까지 논의되었던 평가는 미약하다 아니할 수 없다.

또한 각계에서 발표되는 의약분업에 대한 평가가 동일한 사안에 대해서도 상이하게 나타나고 있는 실정이다.

이러한 상황을 고려하여 의약분업의 본질 측면에서 정책 성과에 대한 간략한 소개와 각계의 평가를 짚어보고, 건강보험 도입 31년을 즈음하여 우리나라의 의료보장 선진화 방안을 제시하고자 한다.

2. 정부의 정책목표를 통한 의약분업의 효과 논의

정부의 의약분업 도입 당시에 추구하려고 제시한 정책 목표를 살펴보면 1) 항생제 내성율의 국제적 비교를 근거로 내성율이 심각한 수준이므로 의약품 오·남용 감소를 통해 국민건강을 향상시키겠다는 것, 2) 건강보험약가의 마진율이 47.8%로 심각한 수준에 이르러 약가마진을 위한 과잉처방의 유인을 차단하기 위해 처방과 조제를 분리하여 의약품의 적정사용으로 약제비를 절감시키겠다는 것, 3) 처방전의 공개로 국민의 알권리 신장과 의사, 약사의 직능의 전문성을 살려 의약서비스의 수준을 향상시키겠다는 것을 꼽을 수 있다. 이러한 주요 정책목표를 기준으로 각각의 효과성에 대한 각계의 의견을 기술하도록 한다.

(1) 의약품의 오남용 감소를 통한 국민건강 향상

당시 보건복지부는 처방전 한 건당 처방된 항생제 수의 경우 의약분업 시행 전인 2000년 5월 0.9개에서 2005년 3월 0.49개로 45.6% 가량 줄었으며, 같은 기간 주사제는 46.8% 줄었다고 발표했다. 의약분업으로 인한 처방전 공개 때문인 것으로 분석했다.

하지만 이에 대해 건강보험심사평가원(심평원)이 2001년 시행한 약제 적정성 평가 때문

이라는 분석도 있으며 이것이 더 설득력을 갖는다. 널리 인지되고 있는 바와 같이 약제 정책성 평가는 전국 의료기관별 항생제, 주사제 등의 처방률과 진료과목별 평균 처방률을 통보해 전국 평균보다 높으면 비교 데이터를 제시하여 처방을 줄일 것을 요구하니 의료기관은 문제점이 있는 지적에도 불구하고 이를 따를 수 밖에 없다는 것이다.

동일한 현상에 대해서도 그 원인을 달리 파악하는 즉, 의약분업의 성과인지, 다른 제도에 의해 이루어진 것인지에 대한 논란만 있을 뿐 제대로 된 평가가 이루어 지지 않고 있는 것이 현실이다.

(2) 약제비 절감 등 건강보험 재정 안정화

1999년 12월 차홍봉 당시 보건복지부 장관은 국회에 “(의약분업을 해도) 돈이 더 안들 것”이라고 보고했다. 그러다가 제도를 시행하기 직전인 2000년 6월에야 한국보건사회연구원 자료를 토대로 연간 1조 5000억원 가량의 부담이 생길 것이라고 입장을 바꿨다.

의약분업 실시 첫해에 건강보험 수입 보다 지출이 많아지면서 1조90억원의 적자가 발생했다. 이어 2001년 1조8019억원, 2002년 2조5716억원 등으로 누적적자가 기하급수적으로 늘어났다(표1, 그림1).

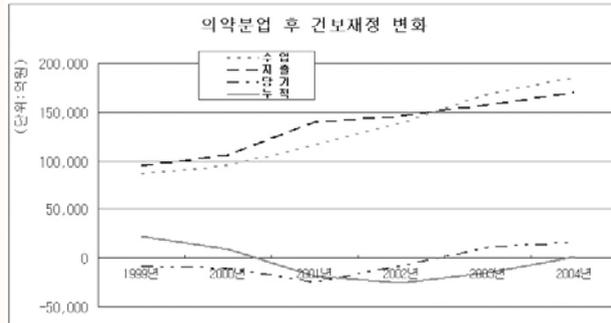
〈표1〉 연도별 건강보험 재정현황

(단위 : 억원)

구분	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
수입 (보험료)	86,923 (61,054)	95,294 (71,845)	116,423 (88,516)	138,903 (106,466)	168,231 (131,807)	185,722 (148,745)	203,325 (163,864)	223,878 (182,567)	252,697 (212,530)
지출 (급여비)	95,614 (78,406)	105,384 (90,321)	140,511 (132,447)	146,510 (138,993)	157,437 (149,522)	170,043 (161,311)	191,537 (182,622)	224,623 (214,893)	255,544 (245,614)
당기	-8,691	-10,090	-24,088	-7,607	10,794	15,679	11,788	-747	-2,847
누적	22,425	9,189	-18,109	-25,716	-14,922	757	12,545	11,798	8,951

자료 = 국민건강보험공단, 보건복지가족부 통계자료

〈그림 1〉



또한 건강보험 급여비는 '99년 7조8406억원, '00년 9조321억원, '01년도 13조2447억원으로 '99년 대비 의약분업 시행 직후인 '01년은 약 69% 증가했다(표1).

중앙일보 보도자료(2005. 7. 1)에 따르면 이화여대 의대 예방의학교실 정상혁 교수가 건강보험심사평가원에 청구된 보험급여청구자료를 분석한 결과 의약분업 이후 5년간 19조 7500억원 가량이 건강보험재정에서 추가로 빠져나간 것으로 추정됐다. 건보재정은 건보 가입자들이 낸 돈인 만큼 결국은 국민 부담이 그만큼 늘어난 셈인 것이다.

연세대학교 김한중(2002년)교수는 의료비 절감이란 당초부터 기대하기 어려운 목표였다고 지적하였고, 그 이유로는 의약분업 이전에는 단순질병을 앓는 환자에 있어서 의료기관 외래 이용과 약국 이용은 대체재 관계에 있었으나 분업 이후는 보완재 관계로 바뀌었으므로 과거에는 한쪽 비용만 부담하던 것이 보험제도로 흡수됨에 따라 국민 총 의료비와 보험지출은 증가할 수밖에 없다고 지적한 내용도 건강보험 재정 악화의 요소로 파악될 수 있다고 본다.

〈표2〉 연간 약제비 증가 추이

(단위 : 억원)

구분	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년
약제비	38,079	35,283	41,804	48,014	55,831	63,535	72,289	84,040

자료=건강보험심사평가원 통계자료

본론으로 돌아와서 정부의 의약분업 정책목표 중 과잉처방의 유인을 차단하기 위해 처방과 조제를 분리하여 의약품의 적정사용으로 약제비를 절감시키겠다는 내용에 대해 살펴해보도록 하자.

연간 약제비 증가 추이를 보면 '99년 3조8079억원, '00년 3조5283억원으로 2796억원 감소한 것으로 보이나, 이는 '99년 11월 15일 30.7% 보험약가 인하 정책에 따른 것으로 분석되며, 인구 고령화에 따른 만성질환자 증가로 인한 사용량의 증가 및 신약 등 고가 약으로의 처방전환 등 약제비 증가의 주요원인을 고려하더라도 의약분업으로 인한 약제비 감소가 이루어졌다는 징표를 찾기가 힘들다.

의약분업 제도 시행에 따라 추가비용이 발생했다면 지출된 사회적 비용 대비 정책 효과성을 비교, 검토해야 하는 것은 당연한 정책집행 이후의 수순이라 할 수 있다. 그것이야말로 정책을 입안하고 집행하는 측의 책임이며, 평가의 대상에 반드시 포함되어야 할 부분이다.

(3) 의약서비스의 수준 향상

처방전의 공개로 국민의 알권리 신장과 의사, 약사의 직능의 전문성을 살려 의약서비스의 수준을 향상시킨다는 정책목표를 평가하기 위하여 분업 이후 의료기관 외래 의료이용량의 변화를 살펴볼 필요성이 있다.

보건복지부가 제출한 '07년 국감자료 중 의약분업 관련 자료에 따르면, 의약분업제도 시행으로 연간 1억 7000만 건에 달하던 약국의 임의조제가 근절되고 처방전 공개로 환자의 알권리가 확대됐으며, 의사 처방과 약사 조제의 2중 점검 및 복약지도로 국민에 대한 의약서비스 수준이 향상되는 등 의약분업이 정착단계에 들어섰다고 평가하고 그 근거자료로 '02년부터 '07년 8월까지 의약분업 위반 행위 단속실적이 총 30건이었으며, 2007년 한해에는 단 1건에 불과했다고 보고했다.

동 정책목표에 대한 상이한 평가를 살펴보면, 이화의대 예방의학교실 정상혁 교수의 1997년 1월부터 2005년 3월까지의 보험청구 후 심사결정된 전국 병의원 월별 외래 의료

이용 자료를 이용한 시계열분석 발표¹⁾는 의약분업 시행 이전과 의약분업 시행 이후의 의료이용률은 연간 자연증가율을 감안하여 볼 때 거의 차이가 없다고 한다.

이는 약사들의 임의진단 및 처방에 따른 약제의 조제 및 판매가 의약분업 이전과 유사한 수준으로 존재하고 있다는 사실로 해석하고 있는 것이다.

2008년 5월 8일 방영된 MBC 시사프로그램 ‘불만제로’에서는 서울, 경기지역 20개 약국을 잠입 취재한 결과, 20개 약국 중 80%에 해당하는 16개 약국에서 불법행위가 적발되었으며, 적발된 약국의 불법행위 형태로는 조제전문 아르바이트 학생 및 무자격자 고용, 무면허자의 약사사칭, 복약지도, 일반 및 전문의약품 판매, 불법진료, 무허가 의약품 판매 행위 등이다.

정부가 파악하고 있는 의약분업의 현주소는 현실과 너무 괴리되어 있다는 점을 문제삼지 않을 수 없다.

3. 의약분업의 실상

의약분업이란 “의사가 처방하고 약사가 조제하는 것”을 의미한다. 의사에게는 시간과 장소에 구애받지 않고 환자를 진찰하고 처방하는 권리와 의무가 주어지고 약사에게는 처방전에 따라 조제하는 권리와 의무가 주어진다. 이것은 의약분업의 기본원칙으로 반드시 지켜져야 한다. 이 원칙이 지켜지지 않는다면 이미 그것은 완전한 의약분업이라고 볼 수 없으며, 왜곡된 형태의 의약분업을 놓고 줄다리기를 하는 것은 이익집단간의 밥그릇 싸움에 불과하다.

의약분업의 기본원칙이 지켜진다는 전제하에 반드시 다음의 사항을 고려해야 한다. 첫째, 국민의 건강보호이다. 아무리 좋은 제도라도 국민 건강을 저해한다면 그것은 정책으로 채택될 가치가 없는 것이다. 둘째, 국민의 불편을 최소화해야 한다. 의약분업은 그 특

1) 대한병원 협회지 2005년 9·10월호

정상 환자들에게 다소의 불편은 감수하도록 요구할 수는 있으나 그 불편은 일상적으로 참을 수 있을 정도이어야 한다. 의약분업으로 인한 불편의 정도가 환자들이 감내하기 어려울 정도로 지나치든지 또는 환자에게 과중한 경제적 부담을 요구한다면 그것은 이미 국민을 위한 제도라 할 수 없을 것이다.

현행 의약분업은 의사가 처방하고 약사가 조제토록 하되 병원 외래조제실을 폐쇄하고 병원내 약국개설을 금지함으로써 모든 환자들로 하여금 문전약국만을 이용케 한다는 것이다. 이렇게 함으로써 정부는 의약품의 오남용을 방지하고 국민의 건강을 지킬 수 있다고 주장한다.

위에서 살펴보았듯이 과연 그러한가? 정부의 의약분업 정책은 다음과 같은 심각한 문제점을 내포하고 있다. 첫째, 의약분업의 기본원칙에 부합되지 않는다. 의약분업이란 의사의 처방에 따라 약사가 조제하는 것임에도 불구하고 원외약국의 약사에 대해서만 조제권을 인정하고 병원근무 약사에 대해서는 외래환자 조제권을 인정치 않고 있는 바, 이것은 명백히 병원약사의 권리를 침해하는 것이며, 국민에 대해서는 자유로이 약사를 선택하여 조제 받을 수 있는 권리를 제한하는 것이다.

의약분업의 기본원칙은 전술한 바와 같이 “의사가 처방하고 약사가 조제하는 것”이며, 이를 통하여 의약품의 오남용을 억제하여 국민건강을 보호하겠다는 것이 기본취지이다. 그럼에도 불구하고 현행 의약분업은 의약분업의 기본원칙마저 지켜지지 않고 있을 뿐 아니라 오히려 약화사고의 위험을 증대시키고 환자에게 극심한 불편만을 강요하고 있다. 누구를 위하여 무엇 때문에 의약분업을 하는 건지 의심스러울 정도이다.

이와 같은 문제점들은 병원 내에 외래조제실을 허용함으로써 일시에 해결된다. 병원뿐만 아니라 의원이라도 약사가 있는 곳이라면 외래조제실을 설치할 수 있게 하는 것이 의약분업의 기본원칙에 부합된다. 의약분업이란 분명히 “의사와 약사간의 직능분업”임에도 불구하고 이를 마치 “병원과 약국간의 기능분할”인 것처럼 각색 하는 것은 의약분업의 본질을 왜곡하는 것이다.

의약분업 실시 8년이 다 된 시점에서 국민은 제도 도입 전보다 더 좋은 환경에서 의료 서비스를 제공받기를 기대하고자 하나, 정책의 낙후성은 점차 깊어만 가고, 그에 따른 건보재정 부실화, 약제비 급증으로 인한 막대한 국익 유출은 물론 상대적인 진료비 부분의

압박은 진료수가 인하 여론에 힘을 실어 가고 있다.

4. 의료보장 선진화 방안

(1) 건강보험의 고도화

우리나라 건강보험을 뒷받침하는 제반 의료정책들은 정책 우선 순위나 시행후의 평가 등이 제대로 되지 않아 건보재정의 끊임없는 압박요인으로 작용하고 있음에도 실패한 주요정책의 개·폐 없이 진행되어 천문학적인 규모의 재원이 누수되고 있다.

전술한 의약분업 부문만 하더라도 2000년 시행당시 약가제도의 개정(고시가에서 실거래가 상환제로), 병원 외래조제실 폐쇄에 따른 사회적 비용 초래 및 조제료 인상 등이 건보재정에 미치는 악영향이 계속되어 정부의 진정한 보장성 강화노력이 극히 한정되어 있는 실정이다. 따라서 국민불편을 최소화하고, 의료공급자·보험자·수요자 등의 도덕적 해이를 줄일 수 있는 제도적 장치를 시급히 마련하여 의약분업 부문의 정책실패로 인한 4~5조원의 건보재정 누수를 차단토록 하고, 이를 건강보험 고도화의 선순환이 가능토록 해야 할 것이다.

또한 낮은 보험료와 국민의료비 수준을 감안하여, 건강보험과 민간보험의 활성화, 고도화가 가능하도록 보험자, 의료공급자, 정부, 소비자 대표 등이 참여하는 영리, 비영리 조직의 중간형태인 민간 협의체를 구성, 운영하여 기존의 건강보험정책심의위원회가 갖는 한계를 극복하고 건강보험의 누수를 최소화하도록 하여야 한다.

(2) 의료의 질 향상

의료의 질 향상은 건강보험 고도화와 함께 수레의 두 바퀴와 같은 관계로 유럽과 북미 등 소위 의료선진국이 각각 공보험과 사보험 부문에 치우친 엇박자로 의료보장이 실패한

경험을 되살려 우리나라가 이 두 바퀴가 엇박자가 나지 않고 조화롭게 굴러 갈 수 있도록 그 동안의 시행착오 및 역량과 지혜를 모아야 할 때이며, 현재 전반적인 여건은 이미 성숙 되었다고 본다.

의료의 질 향상은 신의료기술의 개발과 직결되며 이는 곧 의료산업 선진화 엔진에 그대로 장착할 수 있는 것이다. 의료의 질 향상은 재원일수 단축 등을 통한 건보재정 안정화에 부합하고, 신의료기술의 확대는 해외환자 유치와 더불어 의료외 수익의 비율을 높여 의료기관의 재투자 여력을 증대시키게 될 것이다.

대한병원협회는 수년 전부터 정부 주도로 진행중인 의료기관평가(중견 '의료기관서비스 평가')의 문제점을 지적하고, 의무적으로 시행중인 의료기관 평가와 관련 의료법은 폐지토록 건의하면서 정부 위탁으로 '83년부터 본회가 추진중인 '병원신입평가'를 활성화할 것임을 인수위원회에도 건의하였다.

현재의 평가는 전임 복지부 장관의 표현대로 '화장실평가'로 하드웨어 부문에 치중되어, 실제 이를 개발한 인력이 비임상 전공자들로서 실제 핵심인 의료의 질 부문은 거의 빠져있는 한계를 지니고 있다.

따라서 '의료의 질 향상'이 가능토록 '병원신입평가'를 활성화하기 위하여 전문과목별 임상부문을 주축으로 본회와 26개 임상부문 전문인력이 공조하여 임상 질 지표 등을 개발하고, 이를 의료의 질 향상 사업에 연계하며 진료, 신약, 의료기기 등 파생되는 '신의료기술'은 신상품 개발과 연동시켜 의료산업 선진화를 조기에 달성토록 해야 할 것이다.

5. 종합

미래의 의료보장 선진화의 핵심은 건강보험 부문의 재정안정화와 의료의 질 향상이라는 두 수레바퀴가 선순환 구조로 엇박자가 나지 않고 서로 상생하도록 모든 의료보장 관련 정책이 선순환 구조로 재정립 되어야 한다. 의료선진국이 경험하고 실패한 여러 정책 도구들(각종 지불제도, 약가정책 등)을 전환기 때마다 수입하여 의료현장에 접목시키려는 악순

환을 더 이상 되풀이하는 과오를 지양하고, 의약분업을 포함한 기존의 실패한 정책이 더 이상의 건보재정 누수를 자초하지 않도록 신속하고도 합리적인 정책으로 정립되도록 해야 할 것이다.

지구상에서 극히 조그마한 면적의 한반도에서, 그것도 남단에서 세계 11위~13위의 국력이지만 의료부분만은 두 축인 건강보험 고도화와 의료의 질 향상을 제대로 구축하여 의료 선진국은 물론, 중진국·개발도상국 등에도 그 모델을 확산시킬 수 있는 범 국가적인 합의와 정책수행상의 성숙을 기대하며, 종국적으로 우리나라 국민 및 지구촌 인류의 삶의 질 향상을 기원한다. **KHA**