

건강보험 약제비 절감을 위한 정책 대안

임 선 미 · 박 윤 형* | 순천향대학교 의과대학 예방의학교실

Policy alternatives of drug cost containment in health insurance

Sun Mi Lim, PhD · Yoon Hyung Park, MD

Department of Preventive Medicine, Soonchunhyung University College of Medicine, Cheonan, Korea

* Corresponding author: Yoon Hyung Park, E-mail: parky@sch.ac.kr

Received September 13, 2010 Accepted September 24, 2010

Abstract

Currently, the drug pricing and reimbursement schemes in the Korean Medical Insurance System are based on a purchasing price reimbursement system. Since the pharmaceutical pricing is not stable and is continuously increasing, a need has developed for an analysis of the reason for the increase in pharmaceutical pricing and appropriate management measures. Consequently, a policy for the optimization of pharmaceutical expenditures in the Korean National Health Insurance (KNHI) System was introduced in 2006. In this policy, conversion to positive list system, price-volume agreements, and intensification of postmanagement of drug costs were newly introduced. In Korea, there are difficulties in smooth decisionmaking between the insured and the pharmaceutical companies in the process of determining the reimbursed price. When a proper agreement on the drug price is not made, the expenses of drug could incentive rapidly. This study was focused on the process of change in the policy of drug pricing and reimbursement in KNHI system to analyze its significance and study appropriate measures for drug reimbursement decision-making. The data for this study was collected mainly from announcement data of international and domestic agencies, related groups, and experts, along with data on the current situation regarding purchase of drugs, yearly status data, and statistical data for drugs. In Korea, the positive list system for the insured decides whether or not the national insurance will provide reimburse. Thus, it affects the demand determination through a large impact on the burden on the patients themselves. Principly the price of drug determined by the patient as a direct demander. The KNHI could be a agency for patient. The KNHI should find-out the proper purchasing method. Thus, this study proposes principles for drug pricing and reimbursement by inducing price competition according to market principles in Korea's health insurance determination.

Keywords: Health insurance; Drug price; Reimbursement

서 론

1977년 7월 1일 의료보험제도가 실시되면서 진찰·검사 등과 함께 처방에 의한 의약품도 의료보험 급여대상이

되었다.

약가는 생산자가 정하는 가격이 있었으며, 완전하지는 않지만 약국마다 가격 경쟁을 하고 있어 지역별, 약국별 가격 차이가 있었다. 의료보험에서 의약품을 급여함에 따라

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

각각의 의약품에 대한 가격결정은 사회적 관심의 대상이 되었다.

1977년에는 정부에서 생산가격과 유통마진, 적정이익을 고려하여 약가를 정해주는 고시가제도가 시행되었고 20년 이상 지속되었다. 고시가제도는 제도운영이 간편하기는 하나 의약품을 생산하는 제약회사와 정부간 협상으로 이루어지기 때문에 실제 의약품을 사용하는 의사·의료기관·약국과 환자·소비자는 약가결정에 거의 관여하지 못했다.

약가는 당사자인 제약회사의 강력한 요구, 약가이익을 연구개발에 사용하여 신약개발 역량을 높이라는 정부의 암묵적 가격지원 정책 등으로 시장에서의 가격보다 높게 책정된 것으로 간주되고 있다. 각 제약회사들은 높은 이익금을 이용하여 연구개발에 투자하여 약의 품질을 높이는 한편 판매촉진비(rebate)로 음성적으로 경쟁하였다.

제약회사간의 음성적 경쟁이 심화되고, 의약품 사용량이 증가됨에 따라 의약품 보상급여비용이 증가하였으나, 정부의 약가인하 조정능력이 한계에 부딪치자, 1999년에는 실거래가 상환제를 전격 시행하였다. 실거래가 상환제는 정부에서 상한선을 정해 놓고, 상한선 이하에서 제약사·도매상과 약국·병의원과 자유롭게 거래하되 가격은 실제 거래된 가격으로 보상하는 제도이다.

이는 기본전제가 병·의원·약국이 정부의 대리인(agency)으로 약효가 높은 약을 가장 싼 가격으로 구입해 줄 것이란 가정 하에 구상된 제도이다. 그러나 이는 시장의 원리를 전혀 고려하지 않아 성공하기가 어려운 제도였다. 실제로 약가에서 발생하는 잉여이익을 의료기관·약국에서 제약회사로 옮겨주는 역할만 하였다. 이 제도를 시행하면서 약가를 평균 30%나 낮추었는데도 불구하고 제약회사들은 많은 이익을 남겨 규모도 커지고 신약개발 능력이 커지게 되었다. 그러나 상한가가 가격이 되고, 중소제약회사들은 음성적 판매촉진비가 더 높아지는 결과를 낳았다. 2001년에는 의약품업까지 시행되어 오리지널 의약품의 처방이 늘어나면서 약제비는 폭등하였다. 그 후 약제비는 계속 증가하여 전체 건강보험 급여비용의 30%나 차지하게 되었다.

2010년부터는 이를 보완하기 위하여 시장형 실거래가제도를 시행할 계획이다. 이는 실제 구입가의 차액을 70%는

구매자(병·의원, 약국)에게 장려금(incentive)으로 주고 30%는 환자-소비자에게 돌려준다는 제도이다. 정부에서는 낮아진 가격을 다시 상한가로 정하여 약가를 낮춘다는 제도이다. 이 제도는 구매자-소비자에게 지급하는 장려금은 1회성이 되는 반면, 장려금을 지급하기 위한 행정수요는 엄청나게 늘어나는 치명적인 단점을 가지고 있다. 구매자는 싸게 구입하여 1회성인 장려금을 받기 보다는 계속 거래에 따른 편의를 택할 가능성이 높기 때문에 음성적 거래 시 제약사와 의료기관, 약국관계자를 모두 처벌한다는 소위 ‘쌍벌죄’를 신설하여 범조항을 보완하였다. 아직 시행되지는 않고 있으나 관련자들은 그 결과에 대하여 반신반의하고 있다.

이 논문에서는 그동안의 약가정책에 대해 고찰하고, 효능이 높은 의약품을 저가에 구매할 수 있는 방안을 모색하고자 하였다.

건강보험 의약품비 보상 정책 변화 과정

1. 의료보험약가기준 제정 및 조정: 고시가제도

초기 전국민의료보험과 같이 시작된 약국의료보험, 약가 보상제도 등을 Yang[1]의 논문을 중심으로 정리하였다.

1977년 7월 1일부터 의료보험제도가 실시되고 의약품도 보험급여 대상으로 포함되었다. 당시 보건사회부는 사용한 의약품 비용을 요양기관에 지불하는 기준을 원가수준에서 결정한다는 원리 하에 품목별 공장도 평균가격을 직접 조사하였다. 조사한 의약품 공장도 가격에 도매마진을 12%를 가산하여 보험약가를 책정·고시하였다(Figure 1). 이렇게 실시된 직권실사 방식은 조사하는데 많은 노력이 필요한 반면, 실제 조사를 통해 산출한 공장도 출하가격과 제약회사가 스스로 신고한 공장도 출하 가격 간에 별다른 차이가 없었다. 따라서 1982년 1월부터 ‘신고제’로 바뀌게 되었다. 신고제는 제약회사가 한국제약협회를 경유하여 신고한 공장도 출하가격(신고가)에 판매 마진율(12.3%)을 가산하여 보험약가 산정의 기준으로 삼은 것을 말한다. 1985년부터는 유통거래폭을 전면 조정하였다. 제약회사가 신고한 공장도 출하가격과 실제 도매거래의 최저가격 사이에 5%의 차이가 있음을 감안하여, 마약을 제외하고 저가품의 유통 거

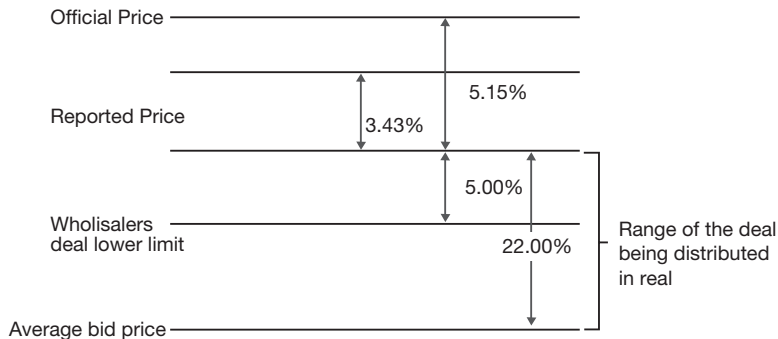


Figure 1. '90.1 Condition of the range of distribution deal [1].

래폭을 5.15%, 고가품의 유통 거래폭을 3.43%로 하향 조정하였다. 1990년 1월에도 유통 거래폭을 일부 조정하여, 도매업소가 보험의약품을 일시에 대량 거래할 때에는 유통 거래폭을 기존의 5% 외에 추가로 5% 인하하였다.

고시가제도의 가장 큰 문제점은 보험급여 의약품의 생산원가를 알 수 없다는 점이었다. 고시가가 공장도 출하가격에 마진율을 가산하여 고시되지만, 실제 거래되는 의약품의 생산원가를 제대로 알 수 없었고, 유통 단계별로 적정 마진율을 인정한다고 하였지만, 원가가 제대로 반영되지 않으면, 실제 거래가와 차이가 날 수 밖에 없었다. 그 결과 의료기관은 보험급여 의약품을 입찰 방식으로 구매하면서 고시가보다 훨씬 낮은 가격에 구매할 수 있어 약 구입가와 고시상환가의 차액만큼 의료기관의 수익이 되었다. 고시가제도에서 가장 중요하게 생각할 점은 우리나라 의료보험 제도 도입 이후 처음 시행된 제도였으며, 의약품 약가를 정하여 진료비 심사를 용이하게 하는 등 의료보험제도가 정착할 수 있는 기반을 마련하였다는 점이다.

그러나 정부에서 의약품의 원가를 파악하기 위한 노력이 미흡하였고, 능력도 부족한 현실에서 보험의약품에 대한 고시가와 실거래가간의 가격 격차는 실제적인 가격으로서의 기능을 거의 하지 못하였다.

2. 실거래가 상환제도

1999년 11월에 시행된 실거래가 상환제도는 병·의원에서 의약품을 실제로 구입하는 가격으로 의약품비를 상환하

는 방식이다. 즉, 실거래가 상환제도는 고시 가격으로 약제비를 상환하던 것을 요양기관에서 실제로 구입한 가격을 기초로 하여 의약품비를 상환하는 제도이다. 여기에 추가적으로 의약품 관리 비용 및 저가 필수약품 사용 장려비용(incentive)을 가산한 금액이 추가되었다. 이 제도를 시행하면서 의료보험의 의약품 보상 가격을 30.7% 인하하였고, 이 재원으로 의료수가를 12%정도 인상하였다.

고시가제도를 '실거래가 상환제도'로 변경하게 된 정책 목표를 살펴보면, 첫째, 요양기관에 의약품 제반 관리비용을 수가로 보전해줌으로써 의약품 유통관행의 투명화를 도모하고자 하였다. 둘째, 의약품 가격의 상환을 실구입가로 함으로써 의료보험 약가를 시장가격에 따라 정상화시키고자 하였다. 셋째, 고시가 제도 하에 채택비 등의 음성적 거래의 재원을 제거하여 제약회사들이 신약개발을 위한 연구개발비에 투자하도록 하여 제약 산업을 발전시키고자 하였다. 마지막으로, 실거래가와 고시가간의 차액을 제거함으로써 보험재정 및 국민의료비 절감에 기여하고자 하였다.

Jeong 등[2]은 실거래가 상환제가 건강보험재정에 미친 영향 정도를 파악하고자 실거래가상환제와 의약분업을 거치는 과정에서 생긴 의약품 관련 보험재정의 실제적인 변화 과정을 분석하였다. 그 결과 의약품 가격수준의 변화를 살펴보면, 실거래가상환제도(실거래가제도 하 2001년, 2002년, 2003년의 평균 인하율 2.31%)하에서의 약가지수 평균 인하율 2.31%는 고시가제도(고시가제도 하 1996, 1997년 평균 인하율 0.78%)하에서의 인하율 0.78%보다 1.53% 인하율이 더 커서 실거래가가 약가인하에 다소 효과가 있는 것으로 보였다.

Yoo[3]의 연구에서는 서울시 의약품 도매협회 정회원을 대상으로 설문조사한 결과 실거래가 상환제가 도매마진 감소에 영향을 미쳤다는 응답이 87.8%였다. 이 같은 결과는 실거래가 상환제가 도매 유통마진에 영향을 준 것으로 보였다.

실거래가 상환제도 실시 이후에도 정기적으로 혹은 수시

Table 1. Market price by year following-up control performance [4]

Year	No.	No. of reduction items	Reimbursement price	
			Average reduction rate (%)	Estimated reduced health insurance expenditure (billion KRW)
2000	2	617	2.6	About 3.33 (23)
2001	3	5,819	7.4	About 182.4 (1,277)
2002	4	1,953	5.7	About 82.1 (57.5)
2003	3	1,794	3.2	About 66.9 (46.8)
2004	3	782	2.2	About 5.4 (3.8)
2005	4	1,561	1.5	About 13 (9)
2006	4	1,519	0.9	About 8.1 (5.7)
2007	2	1,099	0.7	About 8.3 (5.8)
2008	1	346	0.5	About 1.3 (0.9)

로 사후관리를 통해 약가를 인하하였다. Table 1은 1999년 11월 실거래가 상환제도 도입으로 인한 대폭적인 약가 인하 조치 이후부터 2008년까지 총 26회에 걸쳐 약가인하를 하여 왔음을 보여준다. 실거래가 상환제도 도입 초기(2000-2002)에는 평균 인하율이 2.6-7.4%의 범위로 인하되었으나, 2006년 이후부터는 0.9% 이하의 가격 인하율을 보였다.

실거래가 상환제는 의료기관 등으로부터 제출받은 보험 의약품 거래내역을 토대로 상한가가 조정되기 때문에 실거래가가 상한가보다 낮아지면 약품가격 인하로 이어지게 된다. 제약사는 현재가격을 유지시키려고 하고 의료기관에서도 실거래가로 상환 받게 되므로 가격을 낮출 동기가 전혀 없다. 따라서 제약회사는 가격이 내려가지 않도록 의료기관과 약국에 판매촉진비 등 음성적 비가격경쟁에 집중하게 된다[5]. 실거래가 상환제도는 제도도입 초기에는 사후관리를 통해 가격 조정을 시도했다. 그러나 요양기관의 저가구매동기 부족 및 제약업체의 상한가 유지 노력으로 실거래가 가격은 상한가의 99%에 달하였고, 가격 조정률도 계속 낮아졌다. 2007년 공정거래위원회는 제약업체의 판매 촉진비로 적발된 액수가 5,228억 원이었으며 약가 인하 방지를 위한 공급자간 가격 담합 등으로 실거래가를 파악하는데 한계가 있다고 발표하였다[6].

실거래가 상환제도와 유사한 제도를 효율적으로 운영하고 있는 국가로는 일본과 대만이 있다. 일본의 실거래가 가격(actual market prices)제는 2년 마다 공급업체와 요양기

관, 약국 등 의약품 실거래가 매치조사를 통해 가중평균 실거래가를 고시하는 제도이다. 이 제도로 일본은 2000년 이후 약제비가 약 6.8% 인하되었으며, 1995-2005년 약제비 증가율이 연평균 0.8%로 진료비 증가율 2.6%보다 3배 이상 낮았다[7]. 또한 1990년 초 진료비 중 약제비 비중이 20% 정도이었으나 약제비 증가 억제정책으로 1990년 후반부터 가격도 낮아지고 사용량도 증가하지 않아 2006년에는 19.6%로 떨어졌다(우리나라 25.6%)[8]. 대만의

경우는 2000년 시장가격조사(market price survey)제도가 도입되어 가격조정 기전이 실시되었다. 우리나라와 같은 시기에 실거래가-사용량 조사(price volume survey)가 도입되어 2000년 이후 약제비가 2-7% 인하되었다. 그러나 2000년 초반 전체 진료비 중 의약품이 차지하는 비율은 24.8% 정도에서 최근 25.1%로 약간 상승하였으며, 강력한 정책의지로 인해 판매 촉진비 문제는 우리나라만큼 사회적 인 문제로 인식되고 있지 않았다.

3. 건강보험 보상 의약품 선별등재제도(Positive List System)

2006년 선별등재제도가 도입된 배경은 우리나라 국민건강보험에서 지출한 약제비 규모가 점차 늘어나고 있다는 점이다. 약제비(건강보험 진료비 중 조제료 등 행위료를 제외한 의약품에 지출한 비용)는 2001년 41,804억 원에서 2005년에는 72,289억 원으로 73.0%가 증가하였고 2005년 총 진료비 중 약제비 비중이 29.2%를 차지하였다. 총 약제비는 2001년 이후 매년 14%정도 증가하였다[9]. 약제비의 절대적인 규모는 선진국에 비해 크지 않으나, 약제비가 빠르게 늘어나고 있다는 점이였다(Figure 2).

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 국가들의 평균 약제비 증가율은 6.1%이고 보건의료비 중 약제비 비율은 17.8%인데, 동일기간 동안 우리나라의 약제비 증가율이 12.7%이고 약제비가 차

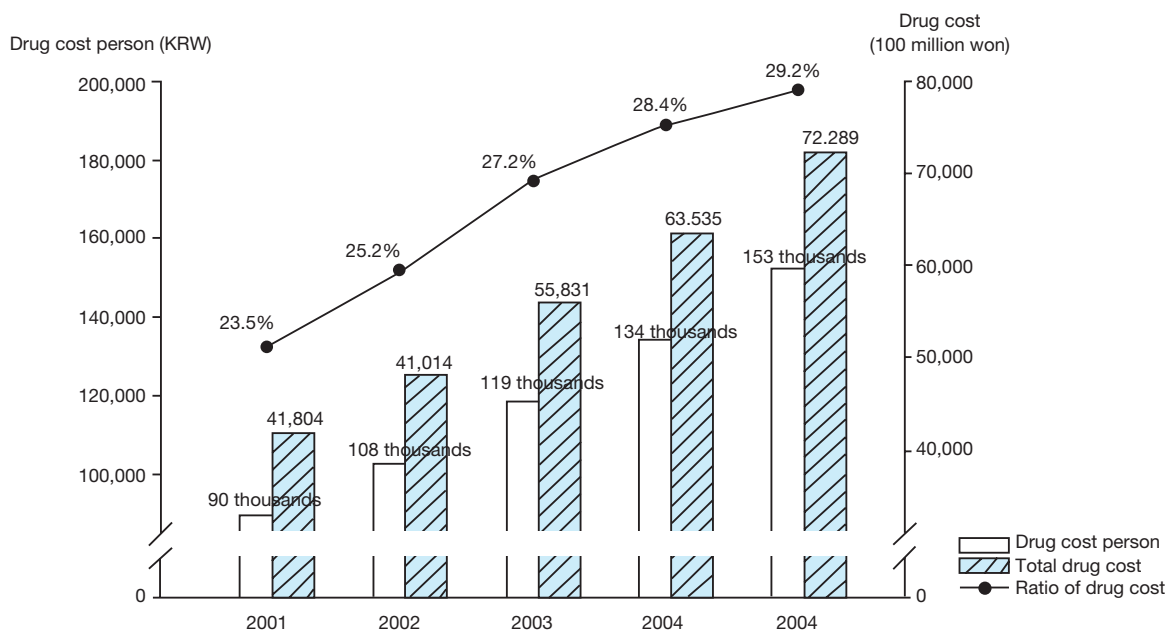


Figure 2. Drug cost conditions [9].

Table 2. Statistics relevant to OECD drug cost (1998-2003) [9]

	OECD average	Korea	USA	France	Japan	Germany
Drug cost rate of increase ('98-'03, %)	6.1	12.7	9.6	5.8	2.2	3.5
Drug cost per one person ('03, USD PPP)	366	309	728	606	393	436
Drug cost weight in health care ^{a)} expenses ('03, %)	17.8	28.8	12.9	20.9	18.4	14.6
Medical care ^{b)} expenses per one person ('03, USD PPP)	2,308	1,074	5,635	2,903	2,139	2,996

^{a)} Health care cost: medical service & medical insurance, administration cost of public health and other funds of treatment prevention care (disease) health promotion program, rehabilitation (disability), hospice.

^{b)} Medicine care cost: treatment, non-treatment medicine, vaccine, vitamin, mineral, oral contraceptive pill and Chinese medicine.

지하는 비율은 28.8%였다(Table 2).

약제비가 계속 증가함에 따라 보건복지부는 2006년 건강보험 약제비 적정화 방안을 발표하였다. 주요내용은 의약품 선별등재제도로의 전환, 사용량-약가 연동제, 약가 사후관리 강화 제도 등이었다(Figure 3). 2006년 12월 29일에는 근거규

정인 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙을 개정 고시하였다.

종전의 제도는 의약품이 건강보험을 적용 받으려면 제약회사가 식품의약품안전청장으로부터 의약품의 허가 또는 신고를 득한 날로부터 30일 이내에 건강 보험적용 신청을 했다. 보건복지부는 외모개선, 예방 및 일상생활에 지장이 없는 경우나 경제성이 불분명한 일부 의약품을 급여목록에서 제외하고 나머지 의약품은 모두 건강보험 급여대상으로 등재하였다. 그 결과 2006년에 보험적용 되는 의약품 품목

수가 21,700여개에 이르렀고, 실제 생산되지 않거나 임상에서 의사가 사용하지 않는 품목도 7,300여개나 되어 등재 의약품 품목수가 과다하게 많았다. 외국의 경우는 신약을 많이 개발하는 나라를 제외하고는 대부분 건강보험 대상 품목수가 4,000여개 정도에 불과한 것과 비교해 볼 때, 의약품

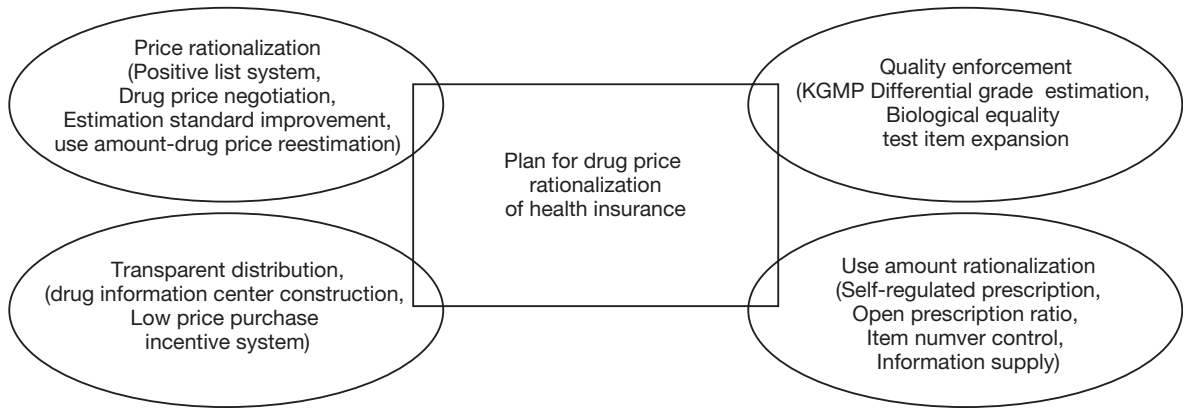


Figure 3. Health insurance drug price rationalization.

선별등재제도 도입이 필요하게 되었다고 볼 수 있다.

의약품 선별등재제도는 보험급여 대상 의약품의 목록으로서 시판 허가를 받은 의약품 중 치료적 가치와 경제적 가치가 우수한 의약품을 비용-효과성을 평가하고 선별하여 보험급여 대상으로 등재하는 제도이다.

신규 의약품에 대한 선별등재제도 시행과 함께 현재 건강보험에 등재되어 있는 의약품도 2011년까지 5개년 계획으로 순차적으로 정비한다고 발표하였다. 2007년에는 편두통 치료제와 고지혈증 치료제를 대상으로 시범적으로 평가하여 각각 10%와 30%수준의 가격을 인하 하는 효과가 있었다. 경제성평가와 함께 생산되지 않은 품목을 정리하여 2006년 21,740품목에서 2008년 15,223품목으로 등재 품목 수를 정비하였다(2010년 5월 20일 건강보험심사평가원 「의약품 경제성평가 제도 도입현황 및 추진방향」의 발표자료). 선별등재 목록제도 시행 이후 신약은 과거와는 달리 가격 평가 기준이 A7조정 평균가에서 비용-효과성으로 변경되었다. 비용-효과성이 불분명한 제품에 대하여는 건강보험 비급여로 판정하고 있으므로, 신규등재 신청 의약품의 제시 가격은 적정수준으로 인하되었다. 선별등재제도를 시행하고 있는 국가는 스웨덴, 프랑스, 이태리, 스위스, 덴마크, 네덜란드, 호주, 뉴질랜드 등이다. 선별등재제도를 유지하는 국가에서는 의약품 선정과정을 거치게 되므로 평가 기준이 보다 정교하게 개발되었고 이를 심의하기 위한 전문가 위원회가 다양하게 구성되어 있다. 이 위원회에서는 의

약품의 임상적 효능과 경제적 가치를 주요한 판단기준으로 하고 있다. 선별등재 방식 하에서는 가격대비 효과가 인정되는 약에 대해서만 급여를 할 수 있도록 함으로써 보험자의 가격 협상력을 제고하는 효과가 있었다.

(1) 의약품의 건강보험 등재를 위한 경제성평가(Economic evaluation)제도

치료적·경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하기 위해 임상적 유용성 및 비용 효과성 등을 고려한 평가를 실시하게 되었다. 기존 등재 제품보다 높은 가격으로 등재하고자 하는 모든 의약품은 경제성평가 자료를 통해 자신의 경제적 가치를 입증하여야 하는 것이다. 경제성평가는 특히 신약이 출시되었을 때, 기존 약에 비해 너무 고가로 등재를 요청하고 있으나, 비용대비 효과적인지 판단할 기준이 불확실하기 때문에 의약품의 치료효과와 더불어 비용측면을 함께 고려하는 제도이다. 선별등재 방식을 채택하는 각 국의 사례를 살펴보면 선별기준 중에서도 비용-효과성이 중요한 판단기준으로 등장한다. 그 배경으로 고가의 신약은 쏟아져 들어오나 진정한 혁신적 신약을 찾기 어렵다는 평가를 들 수 있다. 호주의 경우 비용-효과성을 선별등재 기준으로 공식화한 최초의 국가로, 2년여 간의 자율 운용 기간을 거쳐 1993년부터 기업에는 자료제출의 의무를 부과하고, 약제급여자문위원회(Pharmaceutical Benefit Advisory Committee, PBAC)에서는 비용-효과성을 급여여부 판정의 중요한 기준으로 활용하기 시작하였다. 이후 캐나다 온타리오주, 브리

티쉬 콜롬비아 주 등에서도 경제성평가 자료를 급여결정에 활용하기 시작하였고, 현재 핀란드, 노르웨이, 벨기에, 네델란드 등 여러 국가에서 경제성평가 자료 제출과 검토를 공식화하고 있다[10].

경제성평가는 약제비 적정화 방안을 통해 보험약가제도 측면에서 신약의 상환과 가격협상에서 적용되고, 비용-효과성이 낮은 것은 등재 목록에서 제외할 수 있는 방법론으로서, 합리적으로 약가를 결정할 수 있는 토대가 되고 있으나, 우리나라는 경제성평가와 관련한 방법론과 기법상의 문제점으로 등재 제외나 약가 인하에 대한 근거로 활용하기는 아직 미흡하다고 지적되고 있다.

(2) 사용량-약가 연동제

사용량-약가 연동제는 약가협상 시 제약사에서 제시한 예상사용량보다 보험급여 청구량이 증가한 경우와 약제의 허가(신고)사항 추가 및 급여기준 개정으로 사용범위가 확대된 경우 약가를 조정하는 것을 말한다[4]. 최초 약가결정 과정에서 사용량을 예측하는데 불확실성이 존재하기 때문에 등재 이후 실제 사용량이 예상 사용량을 크게 상회할 경우 약가를 인하하는 제도이다. 의약품 중 효능·효과 및 용법·용량이 변경된 품목이 연간 약 200여 품목에 이르는데, 이 품목은 적응증이 추가되어 사용량이 증가하면 약가를 인하할 수 있다.

사용량 약가 연동제도는 예상 사용량에 대한 정의와 적용 시기의 문제가 제기될 수 있다. 보험 적용 신청 시 제출하게 되는 예상 사용량은 보험적용 이후 1년이 지난 시점에서 실제 판매량과의 차이에 따라 가격을 조정하게 되기 때문에 매우 중요하며, 제약사에서는 예상 사용량 추정의 정확성을 제고할 수 있는 방안을 마련하여야 한다.

4. 시장형 실거래가 상환제도

2010년 10월부터 의료기관과 약국이 정부가 정한 가격보다 의약품을 싸게 구입할 경우에 의료기관, 약국, 환자에게 모두 이익이 돌아가는 시장형 실거래가 상환제도가 시행된다.

이 제도는 실거래가 상환제도와 같은 기전이나 요양기관에게 실거래가(신고가)와 상한가와 차액을 인센티브로 제공하는 제도이다. 현행 실거래가 상환제도 하에서 의료기관과 약국은 대부분 정부가 정한 상한금액 대로 거래가격을

신고하고, 환자는 거의 상한금액을 기준으로 약가를 부담해 왔다.

시장형 실거래가 상환제도는 정부가 정한 상한가와 의료기관이나 약국이 실제 구매한 가격과의 차액 중 70%는 의료기관이나 약국에게 제공하고, 나머지 30% 만큼은 환자의 약가에서 경감해 주는 제도이다. 즉, 동일한 의약품이라도 의료기관이나 약국별로 싸게 구매할수록 이윤은 커지고 환자의 약가부담은 더 줄어들게 되는 제도이다. 또한 의료기관 및 약국과 의약품 공급자가 신고하는 ‘품목별 가중평균 가격’을 기준으로 다음연도에 약가를 인하한다. 결과적으로 시장형 실거래가 상환제도가 정상적으로 운영될 경우, 요양기관은 차액을 합법적으로 운용할 수 있고, 1(2)년 단위로 실거래가에 맞게 상한가를 인하함으로써 보험재정을 절감할 수 있다는 것이다.

현행 실거래가 상환제도와 비교해서 살펴보면, 대부분의 요양기관은 상한금액이 1,000원인 약은 1,000원으로 구입한 것으로 청구한다. 이 경우 보험자부담금은 70%인 700원이고, 환자부담금은 30%인 300원이 된다. 요양기관은 이론상으로 약제비 구입에 대해 수익이 없다. 그러나 시장형 실거래가 상환제도는 상한금액이 1,000원인 약을 이보다 싼 900원에 구입했다고 가정하면 보험자부담금은 기존과 마찬가지로 상한금액인 1,000원의 70%로써 700원이 된다. 다음 환자부담금은 저가로 구입한 금액인 900원의 30%인 270원이고, 요양기관의 수익은 위 두 금액의 합인 970원에서 저가 구입금액인 900원을 차감한 70원이 된다.

이 제도의 구조적인 문제점으로는 저가 구입한 의약품에 대해서는 다음해 약제비 상한금액이 떨어지게 되므로 상한가와 실거래가의 차액보상은 1회(또는 1년)에 한정되므로 계속적으로 저가 구매할 인센티브가 되지 못한다는 점이다. 또한 제약사에서 상한가 유지를 위한 저가구매 차액이상의 음성적 거래를 제시할 수 있으며 이때는 기존의 실거래가제도와 같은 제도로 환원될 것이다. 이 제도는 성과보상을 위한 인력 및 행정 업무가 가중되어 실제로 적용될 때는 많은 혼란이 예상되며, 복잡한 행정절차를 기피하는 의료기관과 의사는 오리지날, 브랜드약을 선호할 소지가 있어 제도개선 의도와 반대로 약가 상승의 원인이 될 수 있다.

Table 3. Result of drug reimbursement price negotiation (Issued Apr. 14, 2009) [11]
(unit: case)

Year	Acceptance	Cmpletion			In progress
		Sub total	Agreed	Breakdown	
Total	115	101	73	28	14
2009	19	5	4	1	14
2008	72	72	57	15	0
2007	24	24	12	12	0

Negotiation agreement price in contrast with application price: 85.1% (estimated yearly reduction 18 billion KRW).

건강보험 의약품 가격 결정과정과 기준

새로운 성분으로 만들어진 신약의 경우 건강보험심사평가원의 약제급여평가위원회에서 임상적 유용성 및 비용 효과성, 재정 영향 등을 평가하여 급여대상 등재 여부를 결정하여 국민건강보험공단에 통보한다. 국민건강보험공단은 등재된 의약품을 생산하는 제약회사와 약가협상을 거쳐 상한가를 결정하게 된다. 동일한 성분·제형·투여경로·함량의 복제약인 경우 1-5위까지는 오리지널 약가의 85%에서 약가가 결정되고, 6위 이후는 최저 복제약 가격의 90%로 체감해서 결정된다. 주성분이 동일하나 제형 변경이 이루어진 개량신약의 경우 용법용량이 개선되면 오리지널 약가의 90%에서 결정되고 용기 변경 등의 경우에는 오리지널의 80%에서 결정된다.

상한가가 결정된 후에 사후 평가 제도를 통해 상한가를 추가 조정하고 있다. 첫째, 실거래가 상환제도로써 1년에 2-3차례 실거래가를 조사하여 약가인하를 실시하고 있으며, 둘째, 보험약가 등재 후 3년마다 약가를 재평가하는데 A7국가(미국, 일본, 영국, 프랑스, 독일, 스위스, 이탈리아)의 가격 등을 참고하여 약가를 조정하고, 셋째, 신약의 특허 만료로 복제약이 최초로 등재 시 해당 비교의약품인 오리지널의 20%가 인하되며, 넷째, 보험의약품이 예상사용량을 초과한 경우 또는 전년 대비 사용량이 60% 증가한 경우 가격을 조정하고 있다.

1. 신약·신규약품의 보험급여 상한가 결정 절차

선별목록제도 도입으로 식약청에서 품목허가를 받은 약

제의 보험등재 신청이 의무에서 자율로 바뀌게 되었다. 보험등재를 원하는 제약사는 약제결정신청서에 품목허가증, 판매 예정가 산출근거 및 내역, 비용과 효과에 대한 자료 등을 첨부하여 건강보험심사평가원(심평원)에 신청한다. 건강보험심사평가원장은 의학·약학·보건의료기술평가 전문가 18인으로 구성된 「약제급여평가위원

회」에서 신청약제의 경제성, 요양급여의 적정성 및 기준 등을 평가한 후 150일 이내에 약제급여평가위원회의 평가 결과를 제약사에 통보한다. 평가 결과에 이견이 있는 경우 제약사는 30일 이내에 재평가를 신청할 수 있으며, 재평가가 신청된 경우 심평원장은 120일 이내에 재평가 하여야 한다.

급여의 적정성이 있는 것으로 평가된 약제 중 이미 동일 성분·제형 약제가 등재되어 있어 산정기준으로 명확하게 가격이 정해지는 약제는 동위원회에서 가격까지 평가되지만, 해당 성분·제형으로 처음 등재되는 약제는 국민건강보험공단과 제약사의 협상을 통해 상한가격이 결정된다. 국민건강보험공단은 60일 이내에 약제급여평가위원회 평가결과와 예상 사용량 및 급여 범위 등을 고려하여 협상하고, 협상이 이루어진 약제는 30일 이내에 건강보험 정책심의위원회의 심의를 거쳐 고시된다. Table 3은 2007년 1월부터 2009년 4월 14일까지 공단의 약가협상 경과이다. 총 115건이 접수되었고, 이 중에서 101건이 협상 완료되었고, 72%의 의약품 가격이 합의로 결정되었다. 협상 대상 의약품의 신청가격 대비 협상 합의가격은 85.1% 수준이었으나 약가 협상을 통한 연간 절감액은 약 180억 원에 불과하였다. 약제급여평가위원회에서 급여의 적정성이 없는 것으로 평가된 약제와 약가협상이 결렬된 약제는 모두 비급여로 최종 결정된다. 보건복지부장관은 제약사가 등재신청을 하지 않았어도 '진료상 반드시 필요하다고 판단되는 약제'를 직권등재 할 수 있으며, 약가협상이 결렬되어도 「약제급여조정위원회」의 조정을 거쳐 고시하도록 하고 있다(Figure 4).

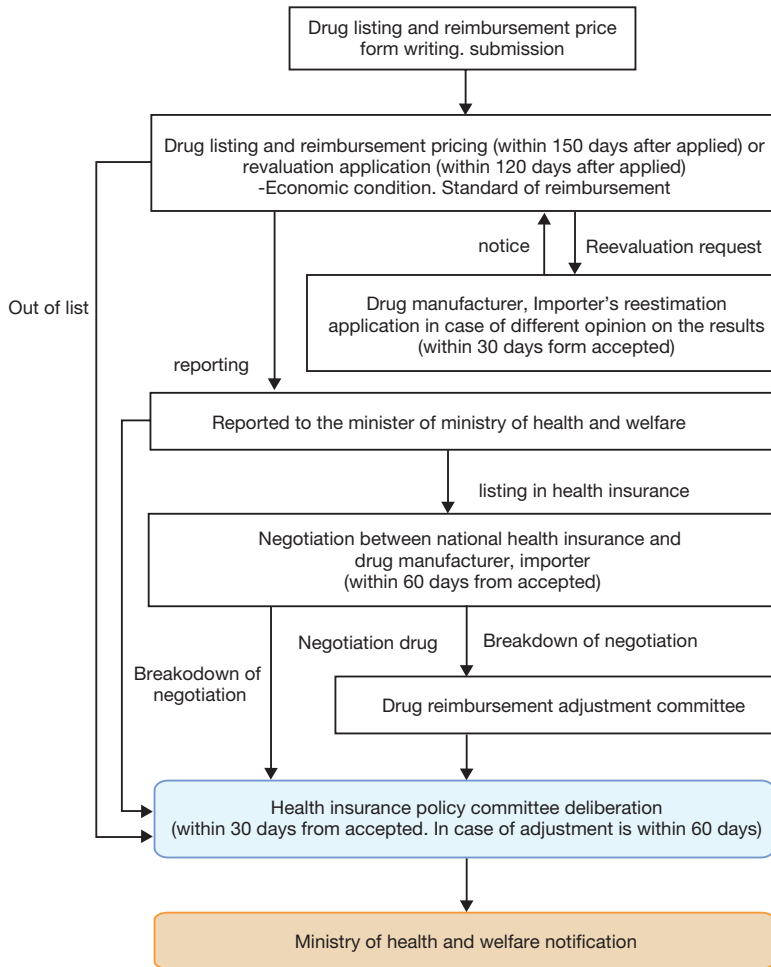


Figure 4. Procedure for reimbursement drug listing and pricing in health insurance [12].

2. 제네릭의약품의 약가 상한가 산정기준

동일 성분·제형의 약제가 등재되어 있는 제네릭 의약품은 별도의 급여적정성 평가는 하지 않고 상한금액을 산정하여 신청하고 있다. 첫 번째부터 다섯 번째까지의 제네릭은 기등재된 제품 상한금액의 68%로 하며, 이후 등재순서에 따라 최저가의 90%로 산정된다. 동일 성분·제형의 제품은 등재되어 있으나, 동일함량 제품이 등재되어 있지 않은 경우는 근접 함량 제품을 기준으로 가격을 산정한다. 복합제는 1일 최대 투약비용이 기등재된 단일제 또는 복합제 제품의 1일 최대 투약비용을 넘지 않는 범위 내에서, 기등재 단

일제 제품 최고가의 68%를 합산하는 등의 기준을 적용하여 산정하고 있다. 약제비 적정화 방안 이후, 최초 제네릭 가격을 최고가(오리지널)의 80%에서 68%로 낮춘 것은 특허가 만료되어 복제약이 등재되는 오리지널 의약품의 가격을 20%인하하는 ‘특허만료의약품 가격인하’ 방안과 같은 맥락이라고 볼 수 있다. 유럽의 많은 국가는 제네릭이 등재되면 ‘참조가격제’를 통해 오리지널 의약품에 높은 본인부담금을 부과하여 가격인하를 유도한다. 이탈리아, 노르웨이, 뉴질랜드는 최저가 의약품만 보험등재하며 스웨덴은 ‘제네릭 의무대체 처방(generic substitution)’을 실시하여, 약가를 평균 40% 이상 인하 하였다[13].

건강보험 약제비 절감을 위한 정책대안

시장에서는 수요자와 공급자가 가격을 결정한다. 가격결정에 영향을 미치는 중요한 요인은 제품의 품질, 경쟁 제품의 수, 수요자의 수, 수요의 규모, 소득수준 등 다양하다. 의약품 시장을

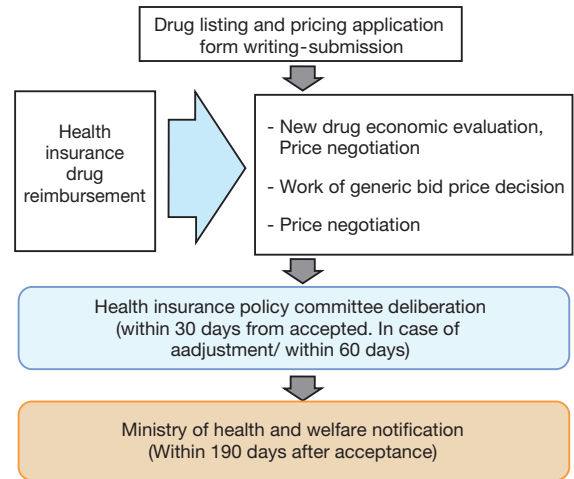
보면, 수요자는 환자이다. 그러나 실질적으로는 의사가 처방을 통해 결정한다. 환자는 의약품의 가격과 품질에 대한 정보와 권한이 없다. 실질적인 수요자인 의사는 의약품의 가격과 품질에 대한 정보를 가지고 있으나 직접 지불하는 것이 아니므로 가격탄력도는 매우 낮다고 볼 수 있다. 의사가 수요를 결정하는 요인은 의약품의 품질, 광고와 제품설명으로 인한 인지도, 생산회사의 브랜드가치, 기타 다른 인센티브라고 할 수 있으며 일부는 환자로 부터 가격에 대한 의견이 피드백되어 영향을 미치기도 하나 본인부담금(30%) 이내 이므로 미미하다. 보험자의 선별등재방식은 보험에서

Table 4. Health Insurance Drug Reimbursement Committee (plan)

Composition
- Ministry of Health and Welfare
- Korea Food & Drug Administration (KFDA)
- Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA)
- National Health Insurance Cooperation
- Korea Pharmaceutical Manufacturers Association (KPMA)
- Consumer organization
Major Roles
- Comparing the accepted drug with the effect of drug
- Economic evaluation
- Price negotiation
- Price decision
Advantages
- Drug acceptance, period cut of price negotiation (270 days - 90 days)
- Price negotiation reinforcement: concurrent negotiation both listing and pricing from the previous price negotiation after listing (single undertaking)
- Enforcement of negotiation and social agreement as the participation of stake holders

보상여부를 결정하고 보상이 되면 환자의 본인부담금이 크게 줄어들기 때문에 수요결정에 영향을 미친다. 따라서 의약품 분야에서 시장의 원리로 가격경쟁을 유도하여 약제비를 절약하려면 다양한 수요자들에 대한 경제적 동기가 마련되어야 한다. 큰 원리는 직접 수요자-환자의 부담에 의한 가격결정을 유도할 것인지, 보험자가 수요자-환자의 대리구매자로서 가격을 정할 것인지, 현재와 같이 보험자-정부는 상한가를 정하고 구매자로서의 의료기관·약국과 제약사간에 결정되는 가격을 인정할 것인지에 대한 정책방향을 검토해야 한다.

외국의 사례를 보면 일본과 대만은 보험자가 구매력을 이용하여, 경제성 평가를 거쳐 등재 의약품을 결정하고, 등재 의약품 내에서 가격을 조정한다. 제네릭 약의 기준은 같은 성분, 같은 함량, 같은 제형의 신약이 된다. 대부분 신약의 60-80% 수준의 가격으로 협상한다. 신약의 경우는 선진국(A7 국가)의 가격이 기준이 되어 A7 평균의 80-100% 수준

**Figure 5.** New drug insurance acceptance procedure by the Health Insurance Drug Reimbursement Committee.

에서 결정된다. 의약품 원가의 1/2은 신약 개발비라고 알려져 있다. 신약의 경우 독점가격으로 결정되지만, 제네릭의 경우는 신약의 60-80%로 정해지면 원가를 상회하는 금액으로 정해진다. 이때의 추가이익은 자국 제약사의 연구개발 비용 축적과 신약개발능력 향상을 위해 사용한다는 암묵적 합의가 존재한다. 그러나 높은 제네릭약 가격은 높은 이익으로 인한 제약사의 난립이 일어나, 판매촉진을 위한 이런 경쟁으로 이어질 수 있어 사회적 문제가 되고 있다. 즉, 제네릭의 건전한 가격경쟁은 제약사별로 경쟁력 있는 품목에 집중하고, 제약사의 난립을 방지하여 제약산업을 발전시키는 데도 도움이 될 수 있다. 신약의 경우는 철저한 경제성 평가를 통해 기존의 의약품과 차별이 있을 때만 등재하도록 하여야 한다. 이에 우리나라 실정에 맞는 의약품의 제도적 측면을 고려하여 건강보험 의약품 보상 및 가격결정의 원칙을 제안하고자 한다.

1. 건강보험 보상 의약품 등재 및 가격 결정 제도 변경

급여결정과 약가협상이 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단의 두 기관에서 이루어지다보니, 효율성과 의사결정과정에 많은 시간이 소요된다. 또한 약가 협상이 제대로 안 될 경우에 의약품을 필요로 하는 환자에 대한 접근성 문제가 발생할 수 있으나 효과적인 해결방안이 미흡한 것으로

보인다. 아울러 약가결정에 의약품과 관련된 이해관계자-의사, 약사, 소비자, 전문가 등-의 폭넓은 참여가 필요하다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 건강보험정책심의위원회 산하에 ‘(가칭)건강보험의약품보상심의위원회’를 설치하는 것을 제안하고자 한다. 건강보험의약품보상심의위원회(이하 ‘의약품위원회’라 한다)의 구성은 보건복지부, 식품의약품안전청, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 의사협회, 약사회, 제약협회, 병원협회, 전문가, 소비자단체 등으로 구성한다. 위원회의 구성이 제시한 바와 같이 구성되면, 기존 약제급여평가위원회에서 해오던 요양급여의 적정성 및 기준 등에 대한 평가에 가격조정 협상과 가격결정에 대한 역할이 추가되어, 기존의 이원화된 급여결정과정과 약가협상의 기간을 단축할 수 있을 뿐만 아니라 제약회사와의 협상력 또한 높일 수 장점이 있다. 종전에는 보험 등재 결정 후 가격만 협상하는 방식에서 등재와 가격을 동시에 협상(single undertaking)할 수 있고, 이해관계자(stakeholder)의 참여로 협상력의 증대 및 사회적 합의를 강화할 수 있을 것이다(Table 4, Figure 5).

2. 건강보험 보상 의약품 가격 결정 방식의 변경

실거래가 상한제와 같이 정부·공단에서 상한가만 정하고 요양기관과 제약사간 가격을 정하도록 하는 것은 시장거래 원칙에 맞지 않는다. 특별한 사유가 없으면 실제 비용을 지불할 자가 구매하는 것이 시장거래의 기본이다. 따라서 의약품을 사용하고 비용을 지불할 주체가 모여 직접 사용할 의약품을 선별하고 가격을 정해야 한다.

신약 및 신규의약품의 등재와 가격 결정방식은 임상적 효용성, 경제성평가와 다른 나라의 가격을 비교(A7국가 조정 평균가)하여 등재와 동시에 협상하여 가격(단가)을 결정한다.

제네릭 의약품은 평균가가 높은 특성을 고려하여, 특허 만료된 오리지널 의약품과 경쟁하는 환경을 만들 필요가 있다. 의약품 유통과정에 직접 개입하지 않으면서 약가를 적절하게 결정하려면, 제네릭 의약품과 특허가 만료된 오리지널 의약품은 동일품목, 동일성분, 동일제제 의약품을 분류하여 최저가 입찰 제도를 시행한다. 입찰에 참가할 수 있는

의약품은 생물학적 동등성이 있는 의약품에 한한다. 최저 입찰방식으로 급여의약품으로 결정된 의약품의 유효기간은 1년으로 하고, 매년 입찰을 시행한다. 의약품 선택은 사용량 등을 감안하여 2-5개 의약품을 선택하며, 결정된 의약품간의 동일 가격에서 품질경쟁을 유도할 수 있도록 한다. 등재와 가격이 결정된 의약품은 모든 의료기관에 통보하여 등재의약품을 사용하도록 하되 등재되지 않은 의약품은 환자의 동의를 얻어 환자 본인이 모두 부담하여 사용하도록 한다.

퇴장방지의약품은 현행 제도와 같이 의약품의 원가를 보전할 수 있는 가격으로 의약품위원회에서 정한다. 퇴장방지의약품의 관리는 규정에 의하여 퇴장방지의약품에서 제외할 수 있는지 여부를 매년 상반기 중 전년도 심사 결정액이 확정된 후 확인한다. 퇴장방지의약품이 가격 인하 조정대상이 된 경우 인하조정대상으로 판명된 날부터 5년간 생산원가 보전을 하지 않는다. 원가보전을 위한 가격 조정시기는 매년 1-2회(4, 10월) 실시하도록 하나, 환자의 치료에 긴급을 요하는 의약품의 경우에는 의약품위원회의 심의를 거쳐 수시로 조정할 수 있도록 한다.

3. 제도 보완 사항 및 정책대안 시행의 제한점

제도 보완 사항으로 첫째, 원료의약품 원산지 표시제를 시행하여 소비자에게 알림과 동시에 가격 결정시 참고한다. 우리나라는 원료의약품의 해외 의존도가 높아지고 있다. 그러나 원료의약품은 소비자가 원산지를 확인할 수 없다. 예를 들어 원료의약품등록제도(Drug Master File, DMF)와 우수 의약품 제조 및 관리기준(Korea Good Manufacturing Practice, KGMP)제도가 있지만, 의사·약사·소비자가 직접 알기가 어려운 실정이다. 그러므로 원료의약품의 원산지 표시제를 시행하고 최저 입찰로 약가결정시 원료의약품의 원산지를 감안하여 조정해야 한다.

둘째, 약효동등성 제도를 보완해야 한다. 생물학적동등성(생동성)시험기관 및 품목이 확대되었으나, 시험실시기관의 검사 수준이나, 시험결과와 신뢰성 문제가 제기되고 있으며, 허가 시 생동성 의무화 대상이 신약 및 일부 전문의약품에만 국한되어 있다. 현행제도는 생동성 확보가 된 의

약품에 대하여는 약가에서 우대해 주고 있다. 제안된 새로운 제도는 생동성이 안 된 의약품은 처방의약품으로 보험에서 등재자격이 없어지므로 생동성에 대한 중요성은 더욱 커질 것이다. 생동성 시험기준과 관리기준을 더욱 강화 할 필요가 있다.

셋째, KGMP(우수의약품제조 및 품질관리기준: Korea Good Manufacturing Practice, KGMP)시설 감시 관리를 강화하도록 한다. KGMP의 운영에서도 수준별 관리가 미흡하다. KGMP는 현재 적합·부적합 여부로만 평가하고 있기 때문에 제약 업체 간에 발전적인 경쟁이 이루어지지 않고 있다. 이에 제조업소의 KGMP 차등평가제를 지속적으로 실시하고 관리하는 방안을 강화하여 생산시설 및 품질 관리의 수준을 향상시키도록 해야 한다.

정책대안 실행의 제한점으로는 제약사의 심한 반발을 들 수 있다. 그러나 선진국과 비교하면 약제비 규모에 비해 제약사가 너무 많고 특정 품목에 전문화하기 보다는 다빈도 처방약을 많은 제약사가 경쟁 생산하고 있는 점 등을 감안할 때 이러한 제도개선은 장기적으로 제약산업의 발전적 구조조정을 촉진할 것이다.

결 론

우리나라에서 처음 도입된 보험약가 고시가제도를 시작으로 의약품 신규 등재, 약가 조정, 약가 인하, 유통 거래 폭 조정, 사후관리, 보험약가 산정기준 결정 및 약가산정방법 등에 대해 살펴보았다.

고시가제도는 의료보험 제도 도입이후 처음 시행된 제도로, 의약품 약가 통제와 진료비 심사의 편의를 제공하여 의료보험제도가 정착할 수 있는 기반이 마련되었다고 볼 수 있으나 가장 큰 문제점으로 생산원가를 정확히 알 수 없어서 실거래가와 차이가 날 수 밖에 없었다. 실거래가 상환제도(1999년)는 도입 초기에 사후관리를 통해 가격 조정을 시도했다. 그러나 요양기관의 저가구매 동기 부족 및 제약업체의 상한가 유지 노력으로 요양기관의 품목별 실거래가격은 상한가의 99%를 초과하였고, 가격 조정률도 계속 낮아져서 2006년 이후부터는 가격 인하율이 평균 0.9%에 불과

하였다.

약제비 증가가 계속 됨에 따라 건강보험 약제비 적정화 방안(2006년)을 도입하여, 의약품 선별 등재 제도, 사용량-약가 연동제, 약가 사후관리 강화 제도 등을 새로 도입하였다.

경제성평가는 보험약가제도 측면에서 신약의 상환과 가격협상에서 적용되고, 비용-효과성이 낮은 것은 등재 목록에서 제외할 수 있는 방법론으로서 합리적으로 약가를 결정할 수 있는 토대가 되었으나, 우리나라는 임상적 효용성을 감안하지 않는 등 경제성평가와 관련한 방법론상의 문제점이 지적되고 있다.

약가협상과 관련한 문제점으로 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단의 이중적 가격 조정에 대하여 절차가 복잡하고 필수 의약품에 대한 접근성이 제한될 수 있으며 상환결정기간이 지연된다는 문제점이 발생하고 있다.

이에 따라 앞에서 제시한 것처럼 ‘(가칭)건강보험의약품보상심의위원회’를 설치하여 의약품 등재와 가격을 동시에 협상할 수 있고, 이해관계자의 참여로 협상력의 증대 및 사회적 합의를 강화하도록 하며 약가 최저가입찰제를 시행하여 약가를 대폭 낮추고 제약사도 전문화하는 효과를 기대해 본다.

핵심용어: 건강보험; 약제비; 보상

REFERENCES

1. Yang MS. A study on the legislation of fee schedules and the process of updating in the Korean health insurance program [dissertation]. Gyeongsan: Kyungsan Univ; 1993.
2. Jeong HS, Lee EK, Kim EJ, Ryu GC, Song YM. Impact of the purchasing price reimbursement system for insurance drugs upon the health insurer's financial situation. Korean J Health Policy Adm 2005; 15: 40-59.
3. Yoo SH. A study on necessity of merger&acquisition in medicine wholesaler industry [dissertation]. Seoul: Chung-Ang Univ; 2004.
4. Ministry of Health and Welfare. Health welfare family. white paper. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2008.
5. Yoon HS. A study on the drug pricing system in health insurance. Seoul: KDI; 2008.
6. Bae SJ, Lim GH, Choi SE, Bae EY. A Study on reasonable drug pricing system in health insurance. Seoul: Health Insurance Review&Assessment Service; 2009.
7. Choi YJ, Choi SE. A study on drug reimbursement in health

- insurance system. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2009.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD health data 2009: statistics and indicator. Paris: OECD; 2009.
9. Ministry of Health and Welfare. Drug cost containment in health insurance. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2006.
10. Bae EY, Kim JH, Choi SE. Development of economic evaluation drug reimbursement system of health insurance Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2005.
11. National Health Insurance Cooperation. Korea's insurance medical price system and the management methods. Seoul: National Health Insurance Cooperation; 2009.
12. Health Insurance Review & Assessment Service [Internet]. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2010 [cited 2010 Sep 20]. Available from: <http://www.hira.or.kr>.
13. LFN Pharmaceutical Benefits Board. The Swedish pharmaceutical reimbursement system. Solna, Sweden: LFN; 2007.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 의료보험 약가결정 정책의 특징과 주요내용을 구체적으로 정리하여 약가제도에 대한 전반적인 이해를 돕고 있다. 또한 약가제도의 핵심인 가격정책에 대해 '입찰제'라는 혁신적인 방안과 각 이해단체가 참여하는 위원회 구성방안을 제안하는 등 앞으로 약가절감을 위한 방향을 제시하고 있어 약가절감에 대한 이해와 정책방향 설정에 도움이 될 것으로 기대된다. 다만, 실현가능성을 고려할 때 새로운 정책이 제약산업에 미치는 영향, 의약품비 예상 절감액 등 구체적인 사항이 미비한 점이 다소 아쉽다. 앞으로 추가연구에서 구체적인 방안 제시가 요구된다.

[정리: 편집위원회]