

연구보고서 2020-09

# 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

박실비아  
이나경·박은자·정연

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

**【연구책임자】**

**박실비아** 한국보건사회연구원 연구위원

**【공동연구진】**

**이나경** 한국보건사회연구원 전문연구원

**박은자** 한국보건사회연구원 연구위원

**정 연** 한국보건사회연구원 부연구위원

연구보고서 2020-09

**수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안**

발행일 2020년 12월

발행인 조 흥 식

발행처 한국보건사회연구원

주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전 화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 경성문화사

## 발|간|사

의약품은 질병 치료와 관리를 위해 의료서비스 과정에서 가장 중요하게 제공되는 수단 중 하나이다. 기술의 발전으로 새로운 의약품이 계속 시장에 진입하는 가운데 사회적으로 인구 고령화가 급속히 진행되면서 의약품에 대한 수요 또한 빠르게 팽창하고 있다. 건강보험체계에서 질병 치료에 필요한 의약품의 보장성을 강화하고 재정의 지속성을 유지하기 위해서는 약품비 지출을 합리화하고 효율화하는 것이 그 무엇보다 중요한 과제이다.

약품비 지출을 효율화하기 위해서는 의학적으로 동일한 효과를 기대할 때 낮은 비용의 약을 사용하는 것이 바람직하며, 이러한 측면에서 특히 만료 의약품 시장은 약품비 지출 효율화 정책에서 주요하게 다루는 분야이다. 지금까지 우리나라 약품비 관리 정책은 약가 관리에 집중하였고 사용의 효율성을 높이는 정책은 상대적으로 미흡하였다. 특히 만료 의약품 시장에서 많은 제네릭 의약품이 판매되고 있음에도 불구하고 가격 경쟁이 미흡하여 약품비 지출을 효율화하기 위한 수요 기전이 제대로 작동하지 않고 있다.

이 연구는 국내 특히 만료 의약품 시장에서 낮은 약가의 수요 기전을 활성화시키기 위한 정책 방안을 도출하여, 건강보험 약품비 지출을 효율화하는 안정적 구조를 마련하는 데 기여하는 것을 목적으로 수행되었다. 이에 그동안 약품비 관리 정책에서 주요하게 다루지 못했던 환자에 초점을 맞추어 환자들의 제네릭 의약품에 대한 인식을 조사하고, 이를 바탕으로 특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출을 효율화하고 환자의 의약품 선택권과 알 권리를 향상시킬 수 있는 환자 중심의 수요 기전을 제안하였다. 이 연구 결과가 건강보험체계에서 약품비 지출의 효율을 제고하고 환

---

자의 권리를 한층 보호할 수 있는 기전을 마련하는 데 기여할 수 있기를 기대한다.

이 연구 수행 과정에서 깊은 관심으로 유익한 조언을 해주신 원내 및  
원외 평가위원과 익명의 원내·외 검독위원들에게 진심으로 감사를 드린  
다. 마지막으로 이 보고서의 내용은 우리 연구원의 공식적인 의견이 아니  
며 연구진의 개인적 견해임을 밝힌다.

2020년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식





Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1장 서 론 .....</b>	<b>9</b>
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	11
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	14
<b>제2장 이론적 고찰 .....</b>	<b>17</b>
제1절 약품비 지출의 효율화와 제네릭 의약품 .....	19
제2절 환자 임파워먼트와 의사결정 .....	27
제3절 환자 중심의 수요 기전과 의약품 선택 .....	35
<b>제3장 국내 약품비 지출 관리 제도의 현황과 문제점 .....</b>	<b>39</b>
제1절 건강보험 약품비 지출 현황 .....	41
제2절 약품비 지출 관리 제도 .....	45
<b>제4장 제네릭 의약품 선택에 관한 일반인 인식 조사 .....</b>	<b>55</b>
제1절 조사 배경 .....	57
제2절 선행연구 검토 .....	57
제3절 심층면접조사 .....	71
제4절 설문조사 .....	106

---

<b>제5장</b>	<b>외국의 정책 사례</b>	<b>147</b>
제1절	독일	149
제2절	프랑스	159
제3절	호주	168
제4절	미국	181
제5절	소결	195
<b>제6장</b>	<b>수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안</b>	<b>199</b>
제1절	정책 접근 방향	201
제2절	수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안	208
<b>참고문헌</b>		<b>217</b>
<b>부 록</b>		<b>237</b>
부록 1	설문조사 조사표	237

# 표 목차



〈표 2-1〉 환자 임파워먼트의 요소 .....	31
〈표 3-1〉 건강보험 총진료비 및 약품비 .....	41
〈표 3-2〉 국가별 제네릭 사용률, 제네릭 약품비 점유율 .....	44
〈표 3-3〉 첫 번째 제네릭 진입 후 동일 제제 제네릭의 상대적 가격 변화(가격비) .....	49
〈표 3-4〉 일부 약효군의 동일 제제 내 품목 수 현황과 약가 분포 .....	51
〈표 4-1〉 조사 참여자 .....	71
〈표 4-2〉 초점집단인터뷰 조사 내용 .....	73
〈표 4-3〉 온라인 설문조사 구성 .....	107
〈표 4-4〉 일반적 특성 .....	108
〈표 4-5〉 약을 처방 받은 질환 .....	110
〈표 4-6〉 제네릭 의약품 인지 여부 .....	111
〈표 4-7〉 처방약의 제네릭 의약품 구분 여부 .....	111
〈표 4-8〉 처방약의 제네릭 의약품 구분 방법 .....	112
〈표 4-9〉 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 효과 차이 .....	114
〈표 4-10〉 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 부작용 차이 .....	115
〈표 4-11〉 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 품질 차이 .....	116
〈표 4-12〉 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 효과 차이 .....	119
〈표 4-13〉 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 부작용 차이 .....	120
〈표 4-14〉 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 품질 차이 .....	121
〈표 4-15〉 처방약 정보 검색 .....	128
〈표 4-16〉 처방약의 주요 정보 검색원 .....	128

---

〈표 4-17〉 월평균 또는 연평균 처방약값(본인부담금) .....	129
〈표 4-18〉 동일 성분 의약품으로 의사 처방 변경 경험 .....	131
〈표 4-19〉 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향 - 의사 권유 시 .....	132
〈표 4-20〉 실손의료보험 수령에 따른 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향 - 의사 권유 시 .....	133
〈표 4-21〉 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향이 있는 주된 이유(1개) - 의사 권유 시 .....	133
〈표 4-22〉 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향이 없는 주된 이유(최대 2개) - 의사 권유 시 .....	134
〈표 4-23〉 실손의료보험 수령에 따른 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 선택 의향 - 본인 선택(단기적 질병 치료를 위한 5일 약값 5000원) .....	141
〈표 4-24〉 실손의료보험 수령에 따른 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 선택 의향 - 본인 선택(만성적 질병 치료를 위한 1개월 약값 3만 원) .....	142
〈표 4-25〉 의료소비자 권리 .....	143
〈표 5-1〉 처방의약품에 대한 본인부담금(1994~2003년) .....	155
〈표 5-2〉 미국의 만성질환 치료제의 대형 체인약국의 저가 제네릭 프로그램 대상 여부 ·	187
〈표 5-3〉 미국 블루크로스 블루실드 연방 공무원 프로그램의 제네릭 의약품 정보 제공 ·	191

# 그림 목차



[그림 1-1] 연구 내용 .....	15
[그림 2-1] 미국에서 제네릭 진입 후 특허 만료 오리지널 제품의 가격 인하폭 .....	20
[그림 2-2] 국가별 제네릭 의약품에 의한 약품비 절감 효과 .....	21
[그림 2-3] 국가별 제네릭 의약품 시장 점유율(2017년 기준) .....	22
[그림 2-4] 국가별·연도별 제네릭 의약품 시장 점유율(2005년, 2010년, 2015년) .....	23
[그림 3-1] OECD 평균 및 한국의 1인당 약품비 .....	42
[그림 3-2] 2018년 건강보험 의약품 사용량과 약품비의 구조 .....	43
[그림 3-3] 연도별 등재 의약품의 동일 성분 내 등재 품목 개수 현황 .....	50
[그림 4-1] 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식 .....	113
[그림 4-2] 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식 .....	118
[그림 4-3] 처방약에 대한 정보 인지 .....	123
[그림 4-4] 처방약의 정보에 대한 관심 .....	125
[그림 4-5] 처방약 정보 분야별 응답자의 관심 비율과 정보 인지 비율(그룹1) .....	126
[그림 4-6] 처방약 정보 분야별 응답자의 관심 비율과 정보 인지 비율(그룹2) .....	127
[그림 4-7] 처방약값의 부담 수준 .....	129
[그림 4-8] 동일 성분 의약품 처방에서 가격이 높은 약의 선호 여부 .....	130
[그림 4-9] 단기간 질병 치료를 위한 약 선택에서 처방약과 동일 성분, 다른 회사의 더 저렴한 제품 선택 의향(그룹1 - 5000원) .....	136
[그림 4-10] 만성적 질병 치료를 위해 1년 내내 복용해야 하는 약 선택에서 동일 성분, 다른 회사의 더 저렴한 제품 선택 의향(그룹1 - 3만 원) .....	137
[그림 4-11] 단기간 질병 치료를 위한 약 선택에서 처방약과 동일 성분, 다른 회사의 더 저렴한 제품 선택 의향(그룹2 - 5000원) .....	139
[그림 4-12] 만성적 질병 치료를 위해 1년 내내 복용해야 하는 약 선택에서 동일 성분, 다른 회사의 더 저렴한 제품 선택 의향(그룹2 - 3만 원) .....	140
[그림 5-1] 호주와 영국의 스타틴 약물 시장 비교 .....	171
[그림 5-2] 브랜드 프리미엄 평균 금액 및 브랜드 프리미엄 의약품의 처방 비중 .....	174
[그림 5-3] 총 약제 본인부담액 중 브랜드 프리미엄이 차지하는 비중 .....	175
[그림 5-4] 미국 주별 대체조제 현황 .....	185





## Abstract

### **Demand-Side Measures to Ensure Efficiency in Pharmaceutical Spending : Focused on Off-Patent Drug Market**

Project Head: Park, Sylvia

Generic medicines can play an important role in curbing escalating pharmaceutical costs as they are substitutes for original medicines with the same safety, efficacy, and quality. In Korea, high market share of generic does not lead to pharmaceutical cost saving due to a lack of price competition. This study focused on demand-side policies to facilitate price competition in off-patent pharmaceutical market. We conducted survey and focus-group interview of consumers to investigate their perceptions and attitudes over generic medicines and price of prescription drugs. Consumers have little knowledge about generic medicine. Majority of consumers are interested in lowering their pharmaceutical costs by choosing lower-priced generic, although price of medicines is not their main concern in health service utilization. In order to stimulate the use of lower-cost generic medicines and price competition, patient cost-sharing reform can be an option. In the new cost-sharing system, patients have the responsibility to pay for

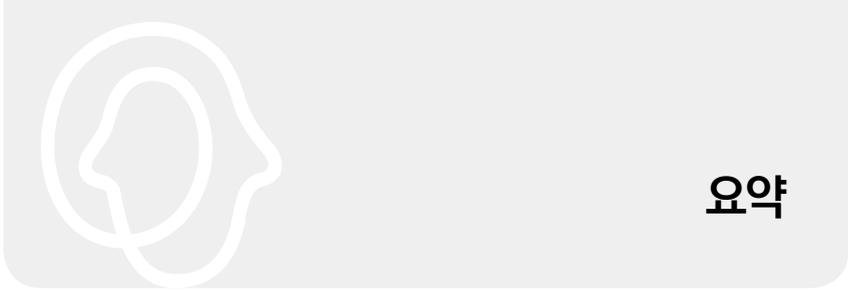
---

Co-Researchers: Lee, Nagyeong · Park, Eun-ja · Jung, Youn

## 2 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

difference of price when they choose medicine above the reference price. They could be exempted from cost-sharing when they choose much lower-priced medicine. The system should ensure patients' right of choice and access to information necessary for their decision.

\*Key words: pharmaceutical, cost, efficiency, generic.



## 1. 연구의 배경 및 목적

약품비 관리의 관점에서 특히 만료 의약품 시장은 재정 지출의 절감이 가능한 분야이며, 절감된 재정은 다시 혁신 신약의 급여에 투입될 수 있어 보장성 확대에 기여할 수 있는 분야이다. 우리나라 건강보험 약품비 지출을 효율화하고 재정 지속성을 유지하기 위해서는 특히 만료 의약품 시장에서 가격 경쟁이 발생할 수 있는 구조가 작동되어야 한다.

이 연구는 국내 특히 만료 의약품 시장에서 낮은 약가의 제품에 대한 수요 기전을 활성화시키기 위한 정책 방안을 도출하여, 건강보험 약품비 지출을 효율화하는 안정적 구조를 마련하는 데 기여하는 것을 궁극적인 목적으로 한다. 특히 그동안 의약품 정책에서 충분히 탐구되지 않았던 환자를 중심으로 수요 기전에 초점을 맞추고자 했다. 구체적으로는 국내 건강보험 약품비 지출 현황과 문제점을 고찰하고, 일반인을 대상으로 한 조사를 통해 제네릭 의약품에 대한 인식과 가격에 따른 의약품 선택 의향을 파악하며, 이와 관련한 외국의 정책 현황을 비교·분석하여 환자 중심의 수요 기전을 이용한 특히 만료 의약품 시장의 약품비 지출 효율을 제고하기 위해 정책 방안을 도출하는 것을 목적으로 한다.

## 2. 국내 약품비 지출 관리 제도의 현황과 문제점

우리나라는 2017년 1인당 약품비 지출이 처음으로 OECD 평균을 상회하였고, OECD 국가 중 약품비 지출이 가장 빠르게 상승하고 있다. 급속히 진행되는 인구 고령화, 만성질환 증가에 따른 의료 이용 증가, 고가 신약 도입의 증가 등은 약품비 지출을 상승시키는 강력한 외부 요인으로

#### 4 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

작용하고 있어 약품비 지출은 당분간 계속 상승할 것으로 예상된다. 한정된 보험재정으로 필요한 약에 대한 보장성을 추구하면서 재정의 지속성을 확보하기 위해서는 약품비 지출을 효율화하는 정책이 절실히 요구되고 있다.

우리나라는 특히 만료 의약품 시장에서 제네릭 의약품 사용률이 외국에 비해 크게 낮은 것은 아니지만 제네릭 의약품의 사용을 통해 약품비 지출을 효율화하는 효과가 미흡하다. 동일 성분 동일 제제 내 제품 수가 많음에도 불구하고 약가는 상대적으로 높은 쪽에 치우쳐 분포하고 약가 경쟁이 거의 발생하지 않고 있다.

의약품 시장에서는 의학적으로 동일한 효과가 예상될 때 약가가 낮은 제품에 대한 수요가 매우 미흡하다. 의사와 의료기관을 대상으로 처방·조제 약품비 절감 장려금 제도가 시행되고 있으나 이 제도를 통한 의사의 저렴한 약 처방이 촉진되는지 그 효과는 확인되지 않았다. 약국을 대상으로 대체조제 장려금이 지급되는 제도가 있으나 대체조제는 거의 일어나지 않고 있다. 환자는 약값의 일정 비율을 본인부담으로 지불하는데도, 동일 제제 내 다른 제품 간 약가 차이 등에 대한 정보를 거의 접하지 못하는 데다 이와 관련한 선호 여부를 표시할 기회가 없다.

### 3. 제네릭 의약품 선택에 관한 일반인 인식 조사

특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출의 효율화를 위한 환자 중심의 수요 기전을 개발하기 위해서는 제네릭 의약품에 관한 일반인의 인식과 선택 의향을 파악하는 것이 필요하다. 이에 일반인을 대상으로 한 심층면접조사와 설문조사를 수행했다. 조사 대상으로는 최근 3개월 이내에 병·의원을 이용하고 처방약을 조제 받은 경험이 있거나, 질병을 치료하기 위

해 현재 지속적으로 처방약을 복용하는 만 19~69세 성인 남녀를 선정하였다.

심층면접조사 참여자는 대부분 제네릭 의약품이라는 용어를 몰랐고, 용어에 대한 설명을 들은 후 제네릭을 수용하는 태도는 다양하게 나타났다. 동일 성분 의약품 중 어떤 것을 고를지 환자에게 선택할 기회가 있다는 것에는 긍정적인 태도를 보였으나 의약품은 전문적 영역이므로 의사의 의견을 중요시하고 있었다. 조사 참여자들은 의약품 선택에서 가격을 최우선적으로 고려하지 않았으며 상황에 따라 복합적인 요인을 고려하겠다는 태도를 보였다. 처방약과 관련하여 현재보다 더 많은 정보를 원하고 있었으며, 알 권리나 선택권을 충분히 보장받지 못한다고 인식하였다.

설문조사 결과 응답자의 약 80%가 제네릭 의약품이 있다는 것을 모른다는 것은 그에 대한 인지도가 낮은 것으로 보인다. 제네릭 의약품의 정의를 설명한 후, 제네릭과 오리지널 의약품 간의 효과와 부작용, 품질에 대한 차이를 물어본 결과, 차이가 없다는 응답보다 차이가 있다는 응답이 더 높게 나타났다. 그러나 비슷한 맥락에서 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대해 물어본 결과, 효과와 품질, 부작용에서 차이가 있다는 응답률보다 차이가 없다는 응답률이 더 높았다. 응답자들은 처방약에 대한 세부 정보에 관심이 높은 데 비해 실제로 알고 있는 비율은 낮게 나타나 정보 접근의 갭이 있는 것으로 확인되었다. 정보의 갭이 특히 큰 영역은 부작용, 가격, 성분명이었다.

응답자의 과반수 이상이 현재 처방약값에 부담을 느끼지 않는다고 하였지만, 더 저렴한 의약품을 사용할 기회가 주어진다면 그 제품을 선택할 의향이 있음이 70% 이상 높게 나왔다. 특히 의사의 추천이 있을 때 그러한 선택 의향은 훨씬 높아져, 의학적 지지가 있다면 가격을 기준으로 한 선택이 쉽게 이루어질 수 있음을 보여주었다. 응답자들은 의약품의 처방

및 조제 과정에서 환자의 알 권리 및 선택권이 모두 충분히 보장받고 있지 못하다고 느끼고 있었다.

#### 4. 외국의 정책 사례

이 연구에서 조사한 독일, 프랑스, 호주, 미국은 모두 특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출의 효율을 높이기 위한 정책을 수십 년 전부터 시행해왔다. 4개국 모두 특히 만료 의약품의 효율적 지출을 도모하기 위해 환자를 대상으로 정책을 운영 중이며, 본인부담금제도를 통해 환자에게 의약품 선택과 관련한 재정적 동기를 부여하고 있다. 동시에 모든 의사, 약사를 대상으로 하는 정책을 운영하여 의약품 선택에 관한 수요 기전도 강화하고 있다. 또 제네릭 의약품에 관한 일반인의 인식을 개선시키기 위하여 다양한 매체를 활용한 정보 제공 노력과 환자의 의약품 가격 정보에 대한 접근권을 높이기 위해 법·제도 개선이 최근까지 계속되고 있다.

#### 5. 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

국내 제네릭 의약품 사용률이 이미 외국에 비해 크게 낮지 않고 제네릭 의약품과 오리지널 제품의 가격 차이가 거의 없으므로, 국내 특히 만료 의약품 시장에서 지출의 효율화를 도모하려면 제네릭 사용을 촉진시키기 보다는 특히 만료 의약품 시장의 가격 경쟁을 촉진시키는 방향으로 정책 목표를 설정하는 것이 적합하다. 가격 경쟁이 발생하기 위해서는 수요자들이 낮은 가격의 제품을 원하도록 동기가 부여되어야 한다. 의약품의 처방·조제 과정에서 동일 성분 의약품 중 낮은 가격의 제품이 선택된다면 경제적으로 편익을 얻는 주체는 약제비를 지불하는 환자이다. 이에 환자

중심의 수요 기전을 마련하여 의약품의 처방·조제 과정에서 의학적으로 대체 가능한 의약품-동일 성분 제제- 중 낮은 가격의 제품이 선택될 수 있도록 그 절차를 제도화하는 방안을 다음과 같이 제안한다.

의약품의 종류에 관계없이 대부분의 약에 동일한 비율로 약제비 본인 부담금을 산정하는 현재의 방식을 개편하여, 동일 성분 동일 제제 의약품 가격을 건강보험에서 지불하고자 하는 가격 수준(가칭 “기준 가격”)으로 정하고 그보다 높은 가격의 동일 성분 의약품을 선택할 경우 환자가 약가 차액을 전액 부담하도록 한다. 제도 초기에 대상이 될 수 있는 의약품은, 동일 성분 내 대체 가능한 제네릭 의약품이 다수 존재하고 시장에서 사용 경험이 풍부하여 현장에서 의사와 환자 모두 의학적인 결과의 차이를 염려하지 않고 가격을 기준으로 쉽게 선택할 수 있는 성분의 제품이어야 한다.

기준 가격을 결정할 때 대체 가능한 의약품들의 약가 분포와 개수를 검토하고, 건강보험에서의 지불 의향, 환자의 지불 능력, 시장에서의 제품 유지 가능성 등을 고려해야 한다. 국내 동일 제제 의약품의 약가가 좁은 범위에 집중하여 분포하고 있는 것을 고려하면, 기준 가격을 평균값이나 중간값으로 일괄 적용하는 것은 바람직하지 않다. 또 기준 가격보다 더 낮은 수준으로 “낮은 가격”을 정하여 환자가 대체 가능한 의약품 중 낮은 가격 이하의 제품을 사용할 경우 본인부담금을 대폭 감면하여 수요를 촉진시키고 약가 경쟁을 도모하는 것이 필요하다.

환자가 대체 가능한 의약품 중에서 “기준 가격”과 “낮은 가격”을 파악하고 자신이 선호하는 의약품을 최종적으로 사용하려면 선택 행위를 할 수 있는 기회를 보장받아야 한다. 그러기 위해서는 선택 행위에 필요한 정보를 제공받아야 하고, 처방의약품을 결정하는 의사와 조제하는 약사의 지지를 받아야 한다. 이는 제도와 시스템을 통해서 작동해야 할 것이

다. 의사는 ‘기준가격제도’가 적용되는 성분의 의약품을 처방할 때, 제품별 가격 차이에 따라 본인부담금의 차이가 크며 그 선택에 따라 본인부담금이 달라질 수 있음을 환자에게 알릴 필요가 있고, 특히 기준 가격 이상의 제품을 처방할 경우에는 반드시 그에 대해 설명해야 한다. 약사는 의약품 조제 시 환자에게 그 제품에 관한 정보를 반드시 제공해야 한다. 그리고 기준 가격 이상의 제품과 이하의 제품, 낮은 가격 이하의 제품을 모두 구비하여 환자의 선택이 제한받지 않도록 해야 한다. 환자는 누구나 익숙한 매체를 통해 처방약에 대한 정보를 파악하고 있어야 하고 대체 가능한 제품들에 대한 정보도 쉽게 얻을 수 있어야 한다. 이상에서 제안한 제도가 현장에서 제대로 작동하기 위해서는 동일 성분 동일 제제 의약품의 대체 가능성에 대한 신뢰가 뒷받침되어야 하며, 이는 의약품 규제 당국의 책임 있는 행정과 과학적 근거를 통해 형성되고 유지되어야 할 것이다.

환자 중심의 수요 기전은 환자의 알 권리, 선택권, 의사결정 참여 권리 등을 신장시키는 기회가 될 수 있으며 이러한 권리가 보장되도록 제도를 설계하는 것이 필요하다. 환자 중심의 선택권 보장이란 환자의 선택권을 무한히 높이는 것이 아니다. 환자가 의약품을 단순하고 직관적으로 선택하게 하고 추가적으로 직접 선택하지 않더라도 환자에게 불리한 결과가 나오지 않도록 기본 설계를 하는 것이 바람직할 것이다.

\*주요 용어: 약품비, 지출, 효율, 제네릭 의약품, 환자.

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제1장

## 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법



# 제 1 장 서론

## 제1절 연구의 배경 및 목적

### 1. 연구의 배경과 필요성

2018년 국내 건강보험 약품비는 17조 8,000억 원 규모로 건강보험 총 진료비의 24.6%를 차지하였고, 2014~2018년 동안 연평균 증가율은 7.6% 수준이었다. 의약기술 발전에 의한 신약 도입 증가, 빠른 고령화 등은 약품비 지출을 더욱 증가시킬 것으로 예상된다. 이에 한정된 건강보험 재정으로 의료 수요를 충족시키고 건강보험의 지속성을 확보하기 위해서는 약품비 지출을 효율화하는 것이 중요한 정책 과제로 떠올랐다.

약품비 관리 관점에서 특히 만료 의약품 시장은 재정 지출의 절감 가능성이 높은 분야이며, 절감된 재정은 다시 혁신 신약의 급여에 투입될 수 있어 보장성 확대에 기여할 수 있다. 특히 만료된 오리지널 의약품을 제네릭 의약품-치료적으로 동등하고 가격이 더 저렴한-으로 대체하여 사용하는 것은 임상적으로 다른 결과가 나오지 않으면서 약제비 지출을 절감할 수 있는 기회가 된다. 이에 따라 약품비 지출 관리 정책에서 제네릭 의약품 사용 활성화는 널리 활용되는 전략이다(OECD, 2017b, p.165).

특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출의 효율화는 제네릭 의약품 출시에 따른 동일 제제 간 약가 경쟁을 통해 이루어진다. 그러나 우리나라는 제네릭 출시가 활발하고 동일 제제 내 많은 제품이 판매되고 있음에도 불구하고 약가 경쟁은 매우 저조하다. 그뿐만 아니라 낮은 약가 제품에 비해 높은 약가 제품이 더 빈번히 사용되기도 한다. 이는 의료 시장에서

낮은 약가 의약품에 대한 수요 기전이 작동하지 않기 때문이다. 의약품을 처방하는 의사와 구매하는 환자 모두 낮은 약가 제품을 선택하려는 동기가 거의 없다. 그 배경에는 의료 이용과 관련된 문화가 숨어 있을 뿐만 아니라 의약품 선택을 합리화, 효율화하는 제도가 미흡한 것도 그 원인으로 작용하고 있다.

건강보장체계를 운영하는 외국의 경우 특히 만료 의약품 시장에서 복제의약품 사용의 활성화를 위해 수요 기전에 관한 다양한 제도를 운영하고 있다. 의사의 제네릭 처방을 촉진하기 위한 쿼터제, 인센티브 제도를 운영하거나, 환자에게는 제네릭이 있는 성분 중 높은 약가의 브랜드를 선택할 경우 본인부담금을 높게 하는 등 수요 측면에서 낮은 가격의 제네릭 의약품을 선택하도록 촉진 또는 강제화하는 제도를 운영한다. 제네릭 의약품 사용 촉진 제도는 약가제도와 연계되어 낮은 약가에 대한 수요를 강화시켜 약가가 자연스럽게 인하되는 구조를 띠고 있다.

우리나라의 건강보험 약품비 지출을 효율화하고 재정 지속성을 유지하기 위해서는 특히 만료 의약품 시장에서 가격 경쟁이 발생할 수 있는 구조를 만들어야 한다. 그동안 건강보험 약품비 정책은 약가 인하에 초점을 맞추어왔다. 이는 단기적인 효과를 거둘 수는 있으나 제약사의 수용성이 매우 낮고 장기적으로 약품비를 관리하는 데 한계가 있다. 의약품 급여체계의 지속성을 확보하기 위해서는 의약품 수요자인 의료인과 환자로 하여금 대체 가능한 의약품 중 낮은 가격의 제품을 선호하게 하고 이에 따라 제약사가 자발적으로 약가를 인하하는 시스템이 마련될 필요가 있다.

의약품 시장에서 약가를 조정하는 것에 비해 수요자의 선호와 행태를 변화시키는 것이 훨씬 더 어려운 일이다. 그러나 변화에 성공하면 그로 인한 정책 효과는 강력하고 지속성이 있다. 의약품 수요자를 처방하는 의사와 환자로 요약할 수 있는데, 의사는 처방의약품을 결정하는 전문가이

고 환자는 그 의약품을 사용하고 값을 지불하는 당사자이므로 각각에 대한 정책 수단은 차이가 있다.

환자는 전통적으로 전문가의 지시와 치료를 수동적으로 받아들이는 대상이었다. 그러나 오늘날에는 점차 정보를 적극적으로 수집하고 자신의 건강상태를 관리하는 주체로 발전하고 있다. 시민의식의 향상과 의료환경의 변화에 따라 의사-환자 관계는 과거의 능동-수동 관계로부터 지도-협조, 상호협력 관계로 나아가고 있다. 최근 보건의료 지속 가능성을 위한 근본적 자원으로서 환자의 적극적 역할의 중요성이 조명받고 있다. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에 의하면, 환자 임파워먼트(patient empowerment)는 현대 보건의료에서 가장 중요한 문제를 일부 해결할 수 있고, 보건의료서비스의 질을 향상시키고 비용을 낮출 수 있으며 이를 통해 보건의료체계의 지속 가능성에 기여할 수 있다 (Russo, Tartaglione, & Cavacece, 2019).

이러한 관점에 입각하여 이 연구에서는 의약품의 사용이나 약품비 관리와 관련하여 그동안 국내 정책에서 중점 대상으로 삼지 않았던 환자에 초점을 맞추고자 한다. 특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출의 효율화라는 관점으로 환자의 동기와 역할이 작동하는 수요 기전을 탐색하고자 한다.

## 2. 연구 목적

이 연구는 국내 특히 만료 의약품 시장에서 낮은 약가 제품에 대한 수요 기전을 활성화시키기 위해 정책 방안을 도출하여, 건강보험 약품비 지출을 효율화하는 안정적 구조를 마련하는 데 기여하는 것을 궁극적인 목적으로 한다. 특히 그동안 의약품 정책에서 충분히 탐구되지 않았던 환자

를 중심으로 하는 수요 기전에 초점을 맞추었다.

구체적으로는 국내 건강보험 약품비 지출 현황과 문제점을 고찰하고, 일반인을 대상으로 한 조사를 통해 제네릭 의약품에 대한 인식과 가격에 따른 의약품 선택 의향 등을 파악하며, 이와 관련한 외국의 정책 현황을 비교·분석하여 환자 중심의 수요 기전을 이용한 특히 만료 의약품 시장의 약품비 지출 효율을 제고하기 위해 정책 방안을 도출하는 것을 목적으로 한다.

## 제2절 연구의 내용 및 방법

### 1. 연구 내용

이 연구는 모두 다섯 개 부문으로 구성되어 있다.

첫째, 제2장에서는 연구의 내용과 관련된 이론을 고찰하였다. 구체적으로는 제네릭 의약품 사용과 약품비 지출의 효율화, 보건의료 의사결정에서 환자 임파워먼트, 환자 중심의 수요 기전과 의약품 선택 등에 관하여 고찰하였다.

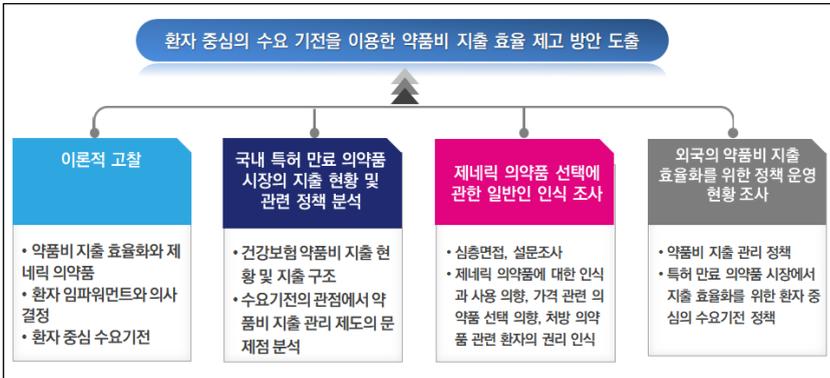
둘째, 제3장에서는 국내 건강보험 약품비 지출 규모와 구조를 살펴보고, 특히 만료 의약품 시장에 초점을 맞추어 약품비 지출 관리 제도의 문제점을 분석하였다.

셋째, 제4장에서는 일반인의 제네릭 의약품에 대한 인식, 가격과 관련하여 의약품 선택 의향, 처방의약품 결정에서 환자의 권리에 대한 인식 등을 조사하여 그 결과를 분석하였다. 일반인 조사는 양적 조사와 질적 조사를 모두 수행하였다.

넷째, 제5장에서는 외국의 약품비 지출 효율화를 위한 정책 현황을 조사하였다. 특히 만료 의약품에 초점을 맞추어 제네릭 의약품 사용에 관한 수요 기전의 정책, 환자에 대한 의약품 정보 제공 등 환자의 권리를 강화하는 제도에 대하여 조사하였다. 조사 대상 국가는 독일, 프랑스, 호주, 미국이다.

다섯째, 제6장에서는 앞에서 살펴본 연구 내용을 바탕으로 국내에서 환자 중심의 수요 기전을 이용하여 특히 만료 의약품 시장의 약품비 지출 효율을 제고하기 위한 방안을 제시하였다.

[그림 1-1] 연구 내용



## 2. 연구 방법

이상의 연구를 수행하기 위하여 다음과 같은 연구 방법을 활용하였다.

첫째, 국내외 보건 의료 정책과 의약품 통계에 관한 기존 문헌과 자료 등을 조사하여 고찰하고 정리하였다. 국내외 학술 논문, 정책 연구 보고서, 법령 자료, 전문기관의 발표 자료, 인터넷 자료 등을 조사하였다.

둘째, 일반인의 인식 조사를 위해 포커스 그룹 심층 인터뷰를 4회 실시

하였고, 두 개의 환자 집단을 대상으로 각각 웹 설문조사를 실시하였다. 각 조사의 구체적 수행 방법과 결과 분석은 제4장에 기술되어 있다.

셋째, 전문가 간담회를 실시하여 국내 특히 만료 의약품 시장에서 발생하는 지출 구조의 문제점을 논의하고 일반인 인식 조사를 위한 조사표를 검토하여 수정하였다. 그리고 환자·소비자단체 간담회를 실시하여 처방 의약품 선택에서 발생하는 환자의 권리 현황에 대하여 논의하고 일반인을 대상으로 조사한 결과를 고찰하였다. 그리고 특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출 효율화를 위한 환자 중심의 수요 기전 정책 방안을 논의하였다. 이러한 논의 결과는 각 연구 내용과 일반인 인식 조사표, 정책 대안 등에 반영되었다.



## 제2장

### 이론적 고찰

제1절 약품비 지출의 효율화와 제네릭 의약품

제2절 환자 임파워먼트와 의사결정

제3절 환자 중심의 수요 기전과 의약품 선택



## 제 2 장 이론적 고찰

### 제1절 약품비 지출의 효율화와 제네릭 의약품

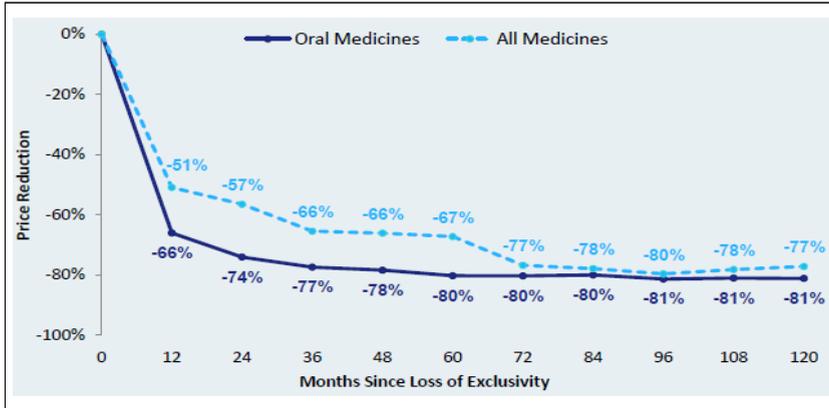
#### 1. 제네릭 의약품 사용과 약품비 지출의 효율화

제네릭 의약품은 오리지널 의약품의 특허가 만료된 후 동일하게 제조된 후발 의약품을 의미하며, 오리지널 제품에 비해 개발 비용이 크지 않으므로 상대적으로 저렴하게 판매되는 제품이다. 따라서 오리지널 의약품을 대체하여 제네릭 의약품을 사용하게 함으로써 환자의 임상적 편익에는 변화 없이 약품비 지출은 낮출 수 있다(OECD, 2017b, p.165; Panteli et al., 2016, p.65).

제네릭 의약품은 오리지널 제품에 비해 가격이 낮을 뿐만 아니라, 제네릭이 시장에 진입함으로써 특허 만료 오리지널 제품의 가격을 떨어뜨리는 작용을 한다. IMS Institute for Healthcare Informatics(2015, p.9)는 유럽 의약품 시장 분석을 통해 제네릭 의약품의 진입이 특허 만료 오리지널 제품의 가격을 평균적으로 61% 인하시키는 효과를 낳는다고 보고했다. 의약품 가격이 시장에서 자유롭게 결정되는 미국에서는 제네릭 진입 12개월 차에 특허 만료 오리지널 제품의 가격이 51% 인하되며, 경구용 의약품의 경우 인하폭이 66%에 이르는 것으로 보고되었다. 또 제네릭 진입에 의한 오리지널 제품의 가격 인하폭은 최근 들어 점점 더 커지는 것으로 나타났다(IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016, pp.3-4).

## 20 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

[그림 2-1] 미국에서 제네릭 진입 후 특허 만료 오리지널 제품의 가격 인하폭



자료: IMS Health, 2015; IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016, p.3 재인용.

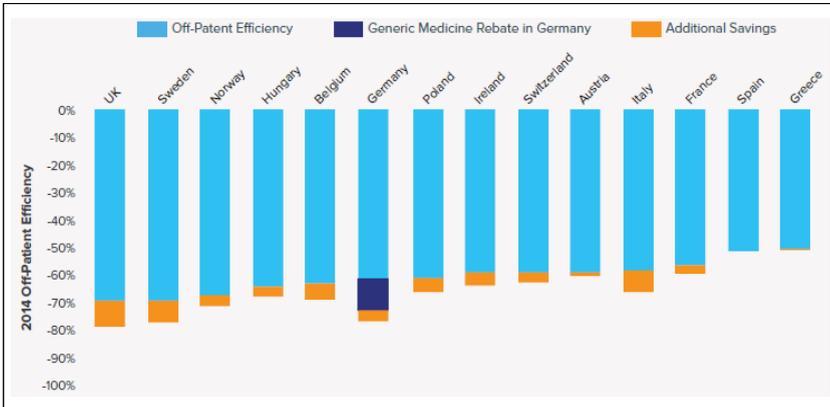
이와 같이 제네릭 의약품은 특허 만료 오리지널 제품에 비해 가격이 낮을 뿐만 아니라 약가 경쟁을 유발하여 시장 독점이 만료된 오리지널 제품의 가격까지 낮추는 효과를 불러오므로써, 환자의 경제적 장벽을 허물고 시장을 넓힘과 동시에 약품비 지출을 효율화할 수 있다. 제네릭 의약품이 의약품 시장에 미치는 이러한 파급효과가 인식되면서 의약품 규제제도와 보건의료정책에서 제네릭 의약품에 관한 제도가 마련되기 시작했다.

1980년대 미국과 유럽에서 의료비와 약품비 지출이 빠르게 증가하면서 제네릭 의약품의 개념이 제도적으로 확립되었고, 신약에 비해 간편한 절차로 시판·승인되는 허가제도가 구축되었다. 간편화된 허가제도를 통해 제네릭의 개발과 시장 진입을 도모하여 공급을 활성화하는 동시에 의료 현장에서 제네릭 사용을 촉진하는 제도도 도입되었다. 1990년대 이후에도 의료비와 약품비 지출이 계속 증가하되면서, 제네릭 의약품 사용 촉진은 약품비 지출 효율화를 위한 중요한 목표로 인식되었고 그에 관한 제도는 더욱 발전하였다. 보건의료자원과 의료보장체계 등에 따라 제도의 형태가 국가마다 다르고 제네릭 의약품의 가격 수준과 사용률에 차이

가 있지만, 2000년대 이후에도 제네릭 의약품 사용에 관한 정책은 약품비 지출 효율화를 위한 중요한 정책으로 강조되고 있다(박실비아 외, 2020, p.132; OECD, 2019, p.212).

[그림 2-2]는 제네릭 의약품 도입에 따른 약품비 절감의 크기를 보여 준다. 제네릭 사용률이 높은 영국에서는 2014년 제네릭 의약품의 시장 진입에 따라 전체 약품비 지출을 70%만큼 절감하였으며, 만일 제네릭 의약품의 시장 침투율이 100%라면 추가적으로 9.8%의 약품비 절감을 기대할 수 있었다고 한다(IMS Institute for Healthcare Informatics, 2015, p.9).

[그림 2-2] 국가별 제네릭 의약품에 의한 약품비 절감 효과



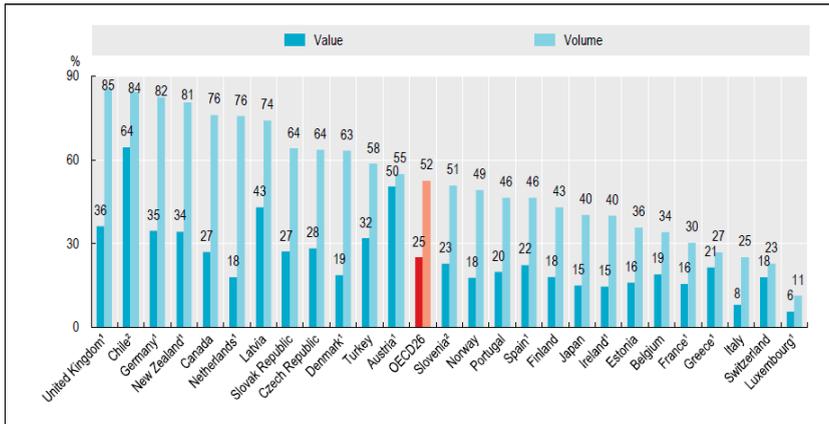
자료: IMS Health, 2014; IMS Institute for Healthcare Informatics, 2015, p.10 재인용.

[그림 2-3]은 OECD 국가별 의약품 시장에서 제네릭 의약품의 시장 점유율(사용률, 금액 비율)을 표시한 것이다. 그래프에 나오는 모든 국가는 제네릭 의약품의 사용률에 비해 금액 비율이 낮다. 이는 제네릭 의약품의 가격이 브랜드 의약품에 비해 낮다는 것을 의미하며, 제네릭의 사용률과 금액 비율의 차이가 클수록 해당 국가에서 제네릭 의약품의 상대적

## 22 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

인 가격이 낮다는 것을 알 수 있다. 제네릭의 가격이 동일 성분의 오리지널 제품 가격보다 낮을수록 오리지널 제품 대신 제네릭 의약품을 사용함으로써 약품비 지출을 효율화하는 효과는 커질 것으로 기대할 수 있다.

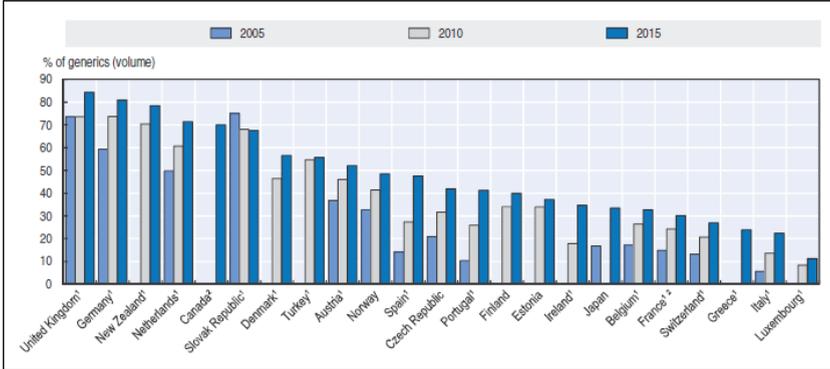
[그림 2-3] 국가별 제네릭 의약품 시장 점유율(2017년 기준)



주: 1. 급여의약품 시장.  
 2. 지역사회 약국 시장.  
 자료: OECD, 2019, p.213.

제네릭 의약품의 사용을 정책적으로 촉진하면서 대부분의 국가에서는 제네릭 의약품 사용률이 계속 상승하고 있다. 영국은 2005년과 2010년 제네릭 침투율이 70% 수준이었는데 2015년 80%를 넘었고, 독일은 2005년 60% 미만이었는데 2015년 80%를 넘었다. 유럽 국가에서 제네릭 사용률이 낮은 편인 프랑스도 2005년에 비해 2010년, 2015년에 제네릭 침투율이 점점 높아졌다(OECD, 2017b, p.167).

[그림 2-4] 국가별·연도별 제네릭 의약품 시장 점유율(2005년, 2010년, 2015년)



주: 1. 급여의약품 시장만 해당됨.  
 2. 가장 최근 데이터는 2013년도 자료임.  
 자료: OECD, 2016; OECD, 2017b, p.167 재인용.

## 2. 제네릭 의약품 사용 촉진을 위한 수요 기전

장기간에 걸쳐 볼 때 제네릭 의약품 사용률이 증가해왔음에도 불구하고, 많은 국가들은 제네릭 의약품 사용을 통한 약품비 지출의 효율화를 충분히 달성하고 있지는 않다. 시장에서 제네릭의 수용과 사용이 충분하지 못한 배경에는 시스템, 이해당사자들의 부적절한 의사결정 등이 존재한다. 의약품을 처방하는 의사는 가격을 지불하지 않으며 제네릭의 치료적 동등성을 인정하는 데 소극적일 수 있다. 약사는 의약품 조제 시 약가의 일정 비율로 마진을 남길 경우 가격이 낮은 제네릭 의약품을 적극적으로 사용하지 않을 것이다. 환자는 의약품에 대한 정보가 부족하고 선택권이 없으며 제3자 지불에 의해 본인부담이 줄어 가격에 대한 민감성이 낮아진다(OECD, 2017b, pp.166-167).

즉 제네릭 의약품이 오리지널 제품보다 가격이 더 낮다고 해도 시장에서 반드시 활발하게 사용되는 것은 아니다. 이러한 특성 때문에 정부나

건강보험 당국은 제네릭 사용을 촉진하기 위한 수요 측면의 정책을 가동하게 된다. 그 대상은 의사, 약사, 환자로 요약된다.

### 가. 의사의 제네릭 처방 촉진

처방의약품 사용을 결정하는 데 가장 큰 영향을 미치는 주체는 의사이다. 동시에 의사는 정책으로 행태를 변화시키기 가장 어려운 주체이기도 하다. 그럼에도 불구하고 제네릭 처방을 포함하여 의사의 처방을 합리화함으로써 지출의 효율화를 추구하는 정책은 정부와 보험 당국에 의해 지속적으로 추진되고 발전되어왔다.

지불제도의 구조에 의해 처방 비용을 의식하게 되는 의사에게는 가급적 낮은 가격의 의약품을 처방할 동기가 부여되는데, 가격 정보를 포함하는 가이드라인이나 처방 지원 소프트웨어를 통해 그러한 처방을 실제로 촉진시킬 수 있다. 성분명 처방 정책도 제네릭 사용의 촉진을 목적으로 한다. 국가에 따라 성분명 처방을 허용하기도 하고 더 나아가 의무화하기도 한다(예: 프랑스, 포르투갈, 네덜란드, 스페인). 의사 또는 의료기관의 제네릭 처방의 계량적 목표를 세우고 그 성과에 연계하여 재정적 인센티브를 제공하거나 목표 미달성 시 제재를 가하기도 한다(예: 독일, 프랑스, 벨기에, 헝가리, 그리스, 일본. OECD, 2017b, pp.169-171; Panteli et al., 2016, pp.65-67).

### 나. 약사의 제네릭 조제 촉진

제네릭 사용 촉진을 위한 약사 대상의 정책은 의약품 조제 시 제네릭 사용을 장려하는 것이다. 약사로 하여금 처방약 조제 시 제네릭 의약품으

로 대체하여 조제할 수 있게 하거나 제네릭 조제를 선호하게 한다.

대체조제 정책은 제네릭 의약품에 대한 보건경제 정책적 관심에 따라 발전되어왔다. 약사의 대체조제는 금지되었다가 제네릭 의약품의 비용 절감 효과가 인식된 후 그 금지가 점차 철폐되면서 대체조제가 허용되기 시작했다(Wouters, Kanavos, & McKEE, 2017). 약품비 지출 효율화의 압박이 커질수록 대체조제는 더 장려되고 강제화되기도 한다. 건강보장 당국이 선정한 저렴한 의약품 또는 최저가 제네릭으로 대체조제를 강제화하는 정책은 오늘날 제네릭 사용을 통한 약품비 지출의 효율화 정책에서 종종 채택되는 강력한 정책이다(예: 독일, 스웨덴, 덴마크, 핀란드, 이탈리아, 스페인. OECD, 2017b, pp.170-171).

그 외 의약품 조제 시 남는 약가 마진 또는 조제 수수료를 통해 제네릭 의약품 조제를 촉진하기도 한다. 마진이 약가에 비례하여 설정될 경우, 일반적으로 제네릭 의약품에 비해 오리지널 제품의 마진이 더 높아지므로 약사에게는 오리지널 제품을 조제할 동기가 부여된다. 이러한 가격 구조를 변경하여, 즉 약사가 제네릭으로 조제할 경우 오리지널 제품 조제 시에 비해 동일하거나 더 높은 마진 또는 수수료를 남기게 하여 제네릭 조제를 촉진시킬 수 있다(예: 스웨덴, 벨기에). 약사의 제네릭 조제의 계량적 목표를 세우고 목표를 달성하면 추가적인 재정 인센티브를 제공하는 성과기반지불(pay for performance) 정책을 시행하기도 한다(예: 프랑스, 일본. OECD, 2017b, p.171).

#### 다. 환자의 제네릭 사용 촉진

환자의 경우 약품비 중 일부를 부담하므로 본인부담제도를 통하여 낮은 가격의 제네릭 의약품 사용을 촉진시킬 수 있다. 그중 대표적인 것이

참조가격제로서, 동일 성분 동일 제제에 대해 보험자가 정한 참조가격보다 더 높은 가격의 제품 선택 시 그 차액을 환자가 전액 부담하도록 한다. 동일 가격의 그룹 범위와 참조가격의 결정 방법은 국가마다 다 다르지만, 브랜드 의약품과 제네릭 의약품이 동시에 시판되는 경우 참조가격은 제네릭 의약품의 낮은 가격 수준으로 설정될 가능성이 높다. 브랜드 의약품의 가격이 참조가격 수준으로 낮아지지 않는다면 참조가격 수준에 있는 제네릭 의약품의 시장 점유율은 높아진다. 참조가격제는 제네릭 사용 활성화와 가격 관리를 위해 가장 널리 시행되는 제도이다(예: 독일, 프랑스, 벨기에, 이탈리아, 네덜란드, 스페인, 헝가리, 아일랜드). 미국에서는 본인부담 등급제(tier system)를 만들어 제네릭 의약품에 대해서는 본인부담이 없거나 가장 낮은 수준의 본인부담금을 부과하고(tier 1), 브랜드 의약품 선택 시에는 높은 수준의 본인부담금을 부과한다(Medicines for Europe, 2016, p.15; Schweitzer & Lu, 2018, pp.161-162).

제네릭에 대한 환자의 이해도를 높이기 위해 대중을 상대로 캠페인이나 교육을 펼쳐 정보를 제공하기도 한다. 제네릭 의약품과 오리지널 제품의 동등성, 품질, 안전성 등에 대한 정보를 제공하며 대중매체나 인쇄물, 인터넷 등을 활용한다(Medicines for Europe, 2016, pp.20-21; OECD, 2017b, p.172).

## 제2절 환자 임파워먼트와 의사결정

### 1. 환자 임파워먼트의 개념

#### 가. 임파워먼트의 정의

임파워먼트(Empowerment)는 개인이나 인구집단이 자신의 삶을 더 잘 이해하고 통제하게 되는 다차원적인 사회적 과정을 일컫는 말이다 (WHO Regional Office for Europe, 2013, p.86). 구체적으로는 말하면, “개인과 커뮤니티가 그들의 필요 사항(needs)을 표현하고 관심 사항(concerns)을 발표하며 의사결정에 참여하는 전략을 고안하고, 그러한 필요(needs)를 충족하기 위한 정치적, 사회적, 문화적 행동을 취할 수 있는 과정”이다(Luttrell & Quiroz, 2009; EPF, 2015a, p.4 재인용). 이러한 아이디어는 인간이 자신을 위하여 선택 행위를 하고 삶을 통제할 수 있다는 것을 의미한다. 즉 사회적 과정을 통해 능력을 향상시키고 행동을 변화시키며 자신의 욕구(needs)를 충족할 수 있다는 것이다(Aujoulat, d’Hoore, & Deccache, 2007; Feste, 1992; Garattini & Padula, 2018, p.637 재인용).

임파워먼트는 과정과 결과를 모두 포함한다. 과정으로서 임파워먼트는 교육이나 중재를 통해 개인의 비판적 사고 능력을 강화하고 자율적 행동을 촉진하는 것이다. 이러한 과정을 통해 복지, 건강, 삶의 질과 같은 목표를 달성하고 그 결과 자기 효능감(self-efficacy)이 향상될 때 임파워먼트는 결과로서의 의미를 갖는다(De Santis, Hervas, Weinman, & Bottarelli, 2018, p.5). 그러나 임파워먼트가 결과라고 해서 그것이 어떤 사람에게 임파워먼트가 있다 또는 없다는 식의 이분법으로 재단할 수

있는 것은 아니다. 결과로서 임파워먼트는 목적지 도달이라기보다는 방향으로 설명될 수 있는 것이다. 임파워먼트는 연속적이고 다차원적인 성격을 띠며, 반드시 선형적으로 전진하는 것은 아니다(Anderson & Funnell, 2010; EPF, 2015b, p.3).

임파워먼트에 관한 세계은행의 정의 역시 임파워먼트에서 ‘과정’과 ‘결과’가 분리된 것이 아님을 보여준다. “임파워먼트는 선택의 자유를 확대하고 자신의 삶에 영향을 미치는 자원에 대한 통제와 결정권을 증가시키는 것이다. 그것은 개인적 차원과 집단적 차원 모두에 해당되며 경제적, 사회적, 정치적인 것이 될 수 있다”(Narayan, 2002, p.14).

#### 나. 보건의료에서 환자 임파워먼트

보건의료에서는 1990년대 초에 미국에서 처음으로 임파워먼트를 환자 진료와 연관 지어 설명하였다(Bravo, Edwards, Barr, Scholl, Elwyn & McAllister, 2015). 임파워먼트 개념은 환자가 의사에게 전적으로 의존하는 가부장적 의료모형과 대립하는 성격을 보인다(Garattini & Padula, 2018). 유럽 환자 임파워먼트 및 환자 중심 위원회(The Patient Empowerment and Centredness Committee)는 환자 임파워먼트를 다음과 같이 설명하였다. 그것은 ① 환자가 자신의 라이프 스타일과 치료 옵션을 이해하고 정보에 근거한 의사결정을 하기 위해 자신의 상태에 대하여 필요한 지식, 기술, 태도, 인식을 갖는 것, ② 환자가 자신의 상태를 관리하는 것을 목표로, 자신이 원하는 바에 따라 보건의료 전문가와 파트너십 관계로 자신의 상태를 함께 관리하는 능력을 갖는 것, ③ 환자가 일상에서 자신의 상태를 관리할 수 있는 통제력을 갖는 것, ④ 환자가 일상에서 자신의 질병 또는 상태에 의한 신체적, 감정적, 사회적 영

향을 관리하는 데 필요한 대응 기술 및 자기 확신, 자기 존중을 발전시키는 능력을 갖는 것(Bonsignore et al., 2017, p.2)이다.

Russo et al.(2019)은 다양한 학문적 배경으로부터 나온 정의를 종합하여 환자 임파워먼트를 “환자가 자신의 필요를 충족하고 자신의 문제를 해결하고 자신의 삶을 통제하는 능력을 인식하고 향상시키고 촉진하는 사회적 과정”으로 정의하였다. 보건의료에서 환자 임파워먼트 개념은 가부장적 의료모형에서 벗어나 보다 평등하고 협동적인 의료전달모형으로서 전망을 얻었다(Bravo et al., 2015; De Sante et al, 2018. p.5 재인용).

처음에 환자 임파워먼트는 건강증진 분야를 설명하는 데 그 핵심 개념으로 활용되었다가 그 뒤에는 환자의 자율과 의사결정 참여를 설명하는 관점으로 사용되었다. 만성질환의 증가와 함께, 환자의 건강상태를 개선하고 의료비 지출을 통제할 목적으로 환자들이 보건의료 과정에 참여하여 책임을 갖게 하는 전략으로 임파워먼트가 사용되기 시작한 것이다(Aujoulat et al., 2007). 임파워먼트를 가진 환자(Empowered patients)는 특히 만성질환에서 응급서비스나 병원서비스를 덜 이용함으로써 보건의료비를 절감시킬 수 있는 것으로 평가된다(Colombo, Moja, Gonzalez-Lorenzo, Liberati, & Mosconi, 2012; Garattini & Padula, 2018 재인용).

임파워먼트는 환자에게 정보를 제공하고 이에 순응하도록 하는 것과는 그 개념이 전혀 다르다. 오히려 환자가 비판적 사고 능력을 습득하고 스스로 정보에 의한 의사결정을 하도록 돕는 것이 임파워먼트의 목적이다. 여기서 전문가는 환자가 독립적이고 지식에 근거한 의사결정을 하도록 도울 수 있다. 그렇지만 이것이 전문가가 환자의 임파워먼트를 결정할 수 있다는 뜻은 전혀 아니다(Anderson & Funnell, 2010). 의사들은 처음

에는 환자 임파워먼트의 향상에 저항했으나 오늘날에는 일반적인 개념으로 널리 수용되고 있다(Tomes, 2007).

환자 임파워먼트와 환자 중심 케어는 건강 결과를 향상시키고 보건의료체계의 성과 및 만족도를 높이는 중요한 요소이다. 더불어 이러한 과정에서는 보건의료서비스의 이용과 의료비를 줄일 수 있고, 환자와 의료 전문가 간의 소통을 개선하며 치료 방법의 지속성을 높일 수 있다(WHO Regional Office for Europe, 2013, pp.86-87). 이러한 관점에 따라 세계보건기구(WHO)는 'Health 2020' 프로그램에서 환자 임파워먼트를 보건의료에서 더 나은 결과를 얻기 위한 중요한 목표로 설정하였다(WHO Regional Office for Europe, 2013, p.16).

즉 환자 임파워먼트는 전문가가 생각하는 것을 환자가 받아들이는 것이 아니고 전문가가 환자 임파워먼트를 가능하게 하는 것도 아니다. 환자 임파워먼트는 환자가 주체가 되는 것으로, 보건의료에서 전문가 중심의 관점에서 벗어나 환자를 전문가와 동등한 주체로 보는 새로운 시각이다.

## 2. 환자 임파워먼트의 강화: 정보와 공유의사결정

Russo et al.(2019)은 환자 임파워먼트를 건강 문해 능력, 의사결정 참여, 건강상태 통제, 전문가와 소통이라는 네 개 차원으로 설명하였다(<표 2-1> 참조). 환자 임파워먼트는 지식으로부터 시작된다(McGuckin & Govednik, 2014). 건강 문해 능력은 환자가 자신의 건강에 관하여 의사결정을 하기 위해서 필수적으로 요구되는 것이다. 그리고 임파워먼트는 건강 문해 능력만으로 충족되는 것이 아니고 전문가와 소통하고 의사 결정에 참여하는 행동적 변화를 통해 달성된다.

〈표 2-1〉 환자 임파워먼트의 요소

건강 문해 능력 (Health literacy)	환자가 자신의 건강에 대해 적절한 의사결정을 하기 위해 필요한 보건 정보에 접근하고 분석·해석할 수 있는 능력
의사결정 참여 (Patient participation)	환자가 보건의료 전문가와 함께 의사결정을 내리고, 임상 진료에서 선호하는 코스, 의학적 옵션에서 선택하는 데 적극적인 파트너가 되는 역량
건강상태 통제 (Patients' control over the health status)	환자가 의사에 대한 의존성을 줄이고 건강 관리를 통제하고 삶의 질을 향상시키는 능력
전문가와 소통 (Communication with healthcare professionals)	환자가 보건의료 전문가와 효과적이고 효율적으로 소통하는 능력

자료: Russo et al., 2019, p.3 재구성.

De Santis, Hervas, Weinman, and Bottarelli(2018, pp.9-12)는 환자 임파워먼트를 성취할 수 있는 방법으로 핵심적인 세 가지 요소를 제시하였다. 그것은 ① 건강 문해력, 교육, 역량 강화, ② 공유의사결정(Shared decision making)과 환자 관점의 통합, ③ 셀프케어와 자가 관리를 위한 지지이다. 이 중 첫 번째와 두 번째 요소는 Russo et al.(2019)이 제시한 네 개 요소와 중첩되며, 세 번째 요소는 특히 만성질환자의 건강관리와 밀접한 연관이 있다.

Cerezo, Juve-Udina & Delgado-Hito(2016)는 환자 임파워먼트의 요소를 다음과 같이 제시하였다. 그것은 의사결정에의 참여, 통제력 보유, 지식 획득, 대처할 수 있는 기술, 긍정적 태도, 질환에 대한 환자 경험의 의미 파악, 동기, 신뢰, 셀프케어, 공유와 능력 함양이다.

이상에서 볼 때 환자 임파워먼트를 달성하기 위한 가장 핵심적인 요소는 ① 정보 제공과 건강 문해력을 통한 환자의 역량 강화, ② 의사결정에의 주체적 참여와 공유의사결정이라고 할 수 있다. 다음에서는 건강 문해력과 공유의사결정 개념을 중심으로 이 요소들을 살펴보겠다.

## 가. 정보 제공과 건강 문해력

환자 임파워먼트가 교육된, 정보를 가진 환자가 되는 것 그 이상임에도 불구하고 올바른 정보와 정보원은 임파워먼트의 근본적인 도구로서 아주 중요하다. 환자는 정확하고 질 높은 정보에 접근할 수 있게 됨으로써 건강 문해력이 생긴다. 정보를 통해 환자가 임파워먼트를 갖기 위해서는 정보가 내용이 적절해야 하고, 환자가 접근하여 이해할 수 있는 것이어야 한다(EPF, 2015b, p.3).

건강 문해력은 정보를 수동적으로 흡수하는 것이 아니다. 환자가 정보를 얻고 이해했다고 해서 전문가의 지시를 반드시 잘 따를 거라고 볼 수는 없다. 환자는 건강 정보에 접근하여 그것을 이해하고 평가하고 적용할 수 있는 지식, 동기, 자격을 획득함으로써 일상에서 보건의료에 관한 의사결정을 내리고 판단할 수 있게 되는 것이 바람직하다(Bonsignore et al., 2017, p.4; EPF, 2015b, p.4).

임파워먼트의 관점에서 문해력과 관련하여 중요한 도전은 효과적인 정보 전략을 구축하는 것이다. 모두가 이해할 수 있는 정보를 구축하기 위해 보건의료체계는 구조적으로 변화할 필요가 있다. 최근에 나온 디지털 건강 문해력에 관한 보고서는 인터넷 이용에 초점을 맞추고 있다. 인터넷과 소셜미디어 이용의 증가가 환자 중심 케어와 환자 임파워먼트를 강화하는 데 영향을 미치고 있다(Bonsignore et al., 2017, p.5; De Santis et al., 2018, p.10; EPF, 2015b, p.3).

## 나. 의사결정에의 참여와 공유의사결정

공유의사결정은 “임상가와 환자가 의사결정에서 최선의 가용한 근거를 공유하고 환자가 선택 가능한 사항들을 고려하여 정보에 의한 선호를 달성할 수 있도록 지원받는 접근”을 일컫는다(Elwyn et al., 2010). 즉 공유의사결정은 전문가와 환자가 치료 방법의 잠재적 편익과 위해를 함께 논의하고 환자의 가치화 선호를 고려하여 의사결정을 내리는 과정이다. 여기서 강조되는 것은, 의사결정 과정에서 환자와 전문가 모두 적극적으로 참여한다는 점과 그 결정에 합의한다는 점이다(De Santis et al., 2018, p.10; Sandman & Munthe, 2010).

공유의사결정을 위해 환자 임파워먼트는 필수적으로 요구되며, 환자가 자신의 건강에 관한 책임을 수용할 때 공유의사결정이 이루어질 수 있다. 공유의사결정에서는 환자의 자기 결정이 바람직한 목표이며, 이때 요구되는 것은 전문가는 환자가 이러한 목표를 성취할 수 있게 지원해야 한다는 것을 수용하는 것이다. 이러한 점에서 공유의사결정은 의학 의사결정에 관한 다른 모형-가부장주의(전문가가 환자에게 가장 적합하다고 생각하는 것을 바탕으로 결정하는 것), 정보에 의한 선택(informed choice, 환자가 전문가로부터 정보를 얻어서 의사를 결정하는 것) 등-과 분명히 구분되는 개념이다(De Santis et al., 2018, p.11; Sandman & Munthe, 2010).

공유의사결정은 선택할 수 있는 치료 방법이 두 개 이상 있고 모두에게 한 개의 치료 방법을 적용하기 어려운 상황에 적합한 요소이다. 또 선택할 만한 여러 개의 치료 방법이 있고 선호 민감성이 있는 의사결정 상황, 과학적 근거가 불충분하거나 서로 다른 연구에서 상충된 결과를 보이는 상황, 인구집단에서의 위험과 편익 확률을 개인 환자에게 적용하기 어려

운 상황 등 불확실성이 존재하는 상황에서 공유의사결정이 필요하다 (Coulter, 2010; Légaré & Witteman, 2013).

공유의사결정이 환자의 건강을 증진시킬 뿐만 아니라 보건의료비를 통제하는 데도 도움이 된다고 인식되면서, 여러 국가와 지역 단위는 건강보장체계에서 공유의사결정을 강조하고 의료공급체계에서 이것이 작동하도록 노력을 기울이고 있다(Légaré & Witteman, 2013; Veroff, Marr, & Wennberg, 2013).

공유의사결정의 필요성이 분명하고 보건의료 전문가들도 그것에 동의함에도 불구하고 현재 의료체계가 작동하는 방식은 그것과 거리가 매우 멀다. 현실에서 환자는 전문가의 지시를 받으며 선택의 여지가 없는 경우가 많기 때문이다. 환자에게는 임파워먼트를 향상시킬 수단이 더 필요하고 전문가에게는 임파워먼트가 향상된 환자를 대할 방법이 더 필요하다. 의사들은 공유의사결정이 어려운 이유로 시간 압박을 가장 흔히 언급하지만, 실제로 공유의사결정이 더 많은 시간을 요한다는 근거는 희박하다. 공유의사결정은 건강상태를 바라보고 관리하는 방법에 관한 것으로 일종의 문화적 변화를 요구(EPF, 2015b, pp.5-8; Légaré & Witteman, 2013)하기 때문이다.

공유의사결정이 이루어질 때 환자는 치료 방법에 관한 정보를 더 많이 제공받게 된다(Veroff et al., 2013). 즉 정보를 더 많이 제공받은 환자는 공유의사결정에 더 쉽게 참여하고 그 결정 과정에서 정보 제공을 더 활성화시킴으로써 환자 임파워먼트가 강화된다.

### 제3절 환자 중심의 수요 기전과 의약품 선택

#### 1. 의약품 급여에서 환자 본인부담제도

건강보험제도에서 환자 본인부담제도는 보험자가 지불하는 비용 중 일부를 환자에게 이전시키는 것으로서 전통적으로 환자의 도덕적 해이를 방지하는 수단으로 운영되어왔다. 의약품 급여에서 본인부담제도에는 처방당 부과되는 정액제 방식(co-payment), 약품비의 일정 비율로 부과되는 정률제 방식(co-insurance), 누적 약품비가 일정액에 도달할 때까지 본인이 전액 부담하는 방식(deductible) 등 여러 유형이 있다. 국가마다 부과 방식에 차이가 있지만 처방의약품 사용에 대한 수요를 통제하고자 하는 목적은 동일하다(Luiza et al., 2015).

본인부담제도가 보건의료정책에서 널리 활용되는 것은 본인부담금이 환자의 의료 이용 수요에 미치는 영향이 그만큼 크기 때문이다. 의약품 급여에서 본인부담금이 높아지면 의약품 사용의 수요가 줄어드는데, 수요의 감소는 바람직한 결과를 낳을 수도 있지만 중증질환의 치료에 필수적인 의약품의 사용이 억제되는 것은 바람직하지 않다(WHO, 2018, pp.45-46).

따라서 의약품 본인부담제도에서는 건강 취약계층에 대한 보호(본인부담 면제) 방안을 그 바탕에 두면서 의학적으로 필수성이 낮은 선택에 대해서는 본인부담 수준을 높이는 것이 일반적이다. 특히 참조가격제나 등급제와 같은 제도상 환자가 동일 성분 제제에서 가격이 높은 의약품이나 오리지널 제품으로 조제 받고자 한다면 더 높은 본인부담금이 부과되어 재정적 책임을 지게 한다(WHO, 2018, p.48).

참조가격제는 제3지불자의 약품비 지출을 적어도 단기적으로 줄이는

데 분명히 효과가 있는 것으로 평가된다. 참조가격제하에서 약품비 지출이 줄어드는 기전은 첫째, 참조가격 그룹 내에서 비싼 약의 사용이 줄어들고 참조가격 수준의 약의 사용이 늘어나거나, 둘째, 환자가 부담하는 비용이 증가하거나, 셋째, 참조가격 그룹의 약가가 인하되거나, 넷째, 참조가격 그룹에 속한 의약품의 사용 전체가 감소하는 것 등으로 설명된다(Acosta et al., 2014).

이는 참조가격제를 시행한 국가들의 실증연구에서도 확인할 수 있다. 독일의 경우 1986~1996년 동안 참조가격제하에서 브랜드 의약품과 제네릭 의약품의 가격이 모두 낮아졌고 가격 인하는 브랜드 의약품에서 더 크게 나타났다(Pavcnik, 2002). Brekke, Grasdal, and Holmås(2009)는 노르웨이의 참조가격제를 평가했는데-참조가격이 브랜드와 제네릭 가격의 가중 평균으로 정해지고 3개월마다 가격을 업데이트함- 독일의 연구와 동일한 경향을 관찰했다. 대부분의 국가는 기업의 가격에 기반하여 참조가격을 설정한다. 따라서 참조가격제가 브랜드와 제네릭 가격을 모두 인하시킨다는 강력한 실증연구 결과는 참조가격제의 이론 모델로 설명이 가능하다(Brekke, Holmas, & Straume, 2011).

그러나 참조가격제가 비용을 낮추는 요인은 가격 인하와 참조가격 그룹 내에서 의약품 사용 양상 변화 등에 국한되므로, 참조가격제의 장기적 비용 절감 효과는 불분명한 것으로 인식되고 있다. 참조가격제는 환자의 본인부담 규모를 증가시킬 거라고 생각되기도 하지만 그에 대한 근거는 불분명한 것으로 보고된다(Acosta et al., 2014).

본인부담제도가 정책적 효과를 보임에 따라 국가의 약품비 관리를 위한 개혁 추진 시 본인부담금제도는 정책 패키지의 일부에 흔히 포함되어 왔다. 특히 환자 측의 수요 기전을 활용하여 의약품 사용에 영향을 미치고자 하는 경우 본인부담제도는 거의 유일한 정책 수단이라 할 수 있다.

2000년 이후 의료비 상승에 직면한 많은 국가들은 의료 수요를 억제하고 자 환자의 본인부담 수준을 높이는 것으로 대응한 바 있다(Zare & Anderson, 2013).

의약품 본인부담제도가 전통적으로 도덕적 해이를 방지하는 수단으로 여겨지던 것과 달리, 최근에는 고가 신약이 증가하고 약가의 가치 기반 원칙이 일반화되는 상황에서 본인부담제도를 환자의 다양한 선호를 반영할 수 있는 도구로 볼 수 있다는 주장이 제기되기도 한다(Drummond & Towse, 2012). 동일 성분 등 대체 가능한 의약품 중에서 참조가격보다 높은 약가에 대해 그 차액을 전액 본인이 부담하는 참조가격제의 원칙을 비용효과성이 낮은 고가 신약에 적용하여, 임상적인 성과가 높은 가격을 정당화하지 못할 경우 그 약을 사용하는 환자에게 그 차액을 전액 지불하게 함으로써 환자의 선택권과 책임성을 조화시킬 수 있다고 본다(Robinson, 2018).

## 2. 의약품 선택에서 환자 임파워먼트

처방의약품의 선택은 일차적으로 의사의 책임과 권한에 속한 것이지만 그것은 환자의 이익을 위한 것이어야 한다. 처방된 약은 환자의 의학적 필요에 가장 적합해야 하며 비용의 일부를 지불하는 환자의 경제적 조건에도 부합되어야 한다. 즉 의사는 의약품의 처방 과정에서 의학적으로 다른 영향을 미치는 것이 아니라면 지불 비용을 낮출 수 있는 의약품을 선택하거나 환자에게 가격에 대한 정보를 제공하여 환자의 이해가 반영된 의사결정이 이루어지도록 노력할 필요가 있다.

그러나 환자는 진료 과정에서 의학적 선택에 직면하는 수많은 상황을 겪음에도 불구하고 의사로부터 충분한 정보를 제공받지 못하고 있다. 의

사들은 치료에 소요되는 환자의 경제적 부담을 가능하면 덜어주고자 하는 의향이 있음에도 불구하고, 실제로 환자와 소통하는 과정에서 지불 비용을 줄일 수 있는 대안을 찾을 만한 기회를 놓치고 있다. 이것은 단지 의사소통의 문제만은 아니며 가격에 대한 정보의 불투명 등 시스템 차원의 장벽이 그 원인으로 작용하기 때문이다(Ubel et al., 2016; Veroff et al., 2013).

환자는 약품비를 내는 지불자로서 정보를 요구하고 정보에 근거하여 행동하는 소비자의 권리를 자각할 수 있다. 본인부담에 의한 경제적 부담으로 인해 환자는 처방의약품의 구매를 포기하는 경우도 있는데, 이는 환자가 의약품을 통한 편익과 본인부담이라는 재정 지출 사이에서 트레이드 오프 관계를 인식하고 있음을 의미한다(Ubel et al., 2016).

즉 환자는 의약품에 대한 본인부담의 규모에 반응하며, 본인부담제도 하에서 최적의 의약품을 선택하기 위해 정보를 필요로 한다. 물론 환자가 의약품을 처방하는 것이 아니므로 환자에게 필요한 정보는 제한적이며, 자신에게 필요한 정보가 무엇인지 스스로 판단하여 직접 그 정보를 찾고 이해하는 데는 한계가 있다. 의약품의 최종 사용자이자 지불자로서 환자의 알 권리가 보장된 정보는 의약품 처방·조제 과정에서 시스템적으로 제공되도록 해야 한다. 그리고 환자가 반드시 선택이라는 행위를 하지 않더라도 환자의 이익에 가장 부합하는 의약품이 선택되도록 시스템이 설계되어 있는 것이 바람직하다. 의사와 처방과 약사의 조제 행위에 영향을 미치기 위해 설계된 지불제도나 인센티브 제도 등은 이러한 맥락에서 이해할 수 있다. 의약품의 선택에서 환자 임파워먼트는 이와 같이 시스템적인 방식으로 작동되어야 한다.



## 제3장

### 국내 약품비 지출 관리 제도의 현황과 문제점

제1절 건강보험 약품비 지출 현황

제2절 약품비 지출 관리 제도



# 제 3 장

## 국내 약품비 지출 관리 제도의 현황과 문제점

### 제1절 건강보험 약품비 지출 현황

#### 1. 건강보험 약품비 지출 규모

건강보험 약품비는 2018년 17조 8,669억 원으로 전년 대비 10.2% 증가하였고 총진료비의 24.6%를 차지하였다. 약품비는 2016년 이후 매년 5~10%의 높은 상승률을 보이고 있으나 총진료비가 더 가파르게 상승하면서 약품비 비중은 약간씩 낮아져왔다(〈표 3-1〉 참조).

〈표 3-1〉 건강보험 총진료비 및 약품비

(단위: 억 원, %)

연도	총진료비	총진료비 증감률	약품비	약품비 증감율	약품비 비중
2014	507,740	-	134,491	-	26.49
2015	539,065	6.17	140,986	4.83	26.15
2016	601,314	11.55	154,287	9.43	25.66
2017	646,111	7.45	162,098	5.06	25.09
2018	725,711	12.32	178,669	10.22	24.62

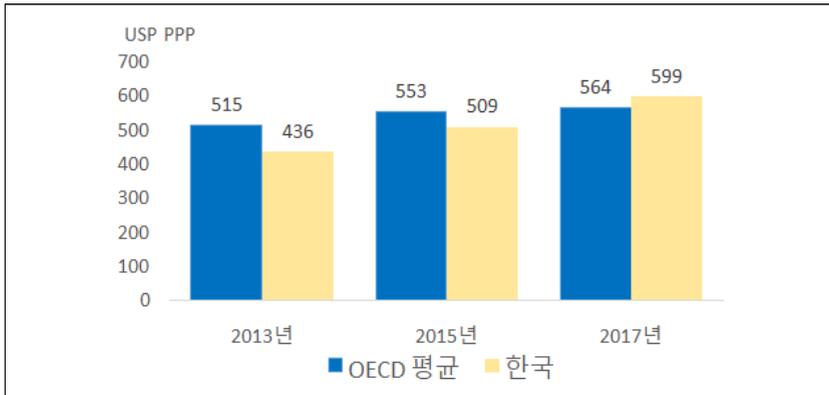
자료: 건강보험심사평가원, 2019, p.9.

OECD 통계를 보면 우리나라 1인당 약품비는 2013년 436달러(USP PPP)에서 2017년 599달러(USP PPP)로 37.4% 증가하였다. 같은 기간 OECD 평균값은 515달러(USP PPP)에서 564달러(USP PPP)로 9.5% 증가하였다. 이로써 우리나라 1인당 약품비의 증가 속도가 OECD 평균의 증가 속도보다 4배나 빨랐음을 알 수 있다. 2017년 우리나라의 1인당

## 42 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

약품비는 처음으로 OECD 평균을 상회하였고, OECD 국가 중에서 약품비가 빠르게 증가하는 국가에 속했다(OECD, 2015, p.179; OECD, 2017a, p.187; OECD, 2019, p.207. [그림 3-1] 참조).

[그림 3-1] OECD 평균 및 한국의 1인당 약품비



자료: OECD, 2015, p.179; OECD, 2017a, p.187; OECD, 2019, p.207 재구성.

## 2. 건강보험 약품비 지출 구조

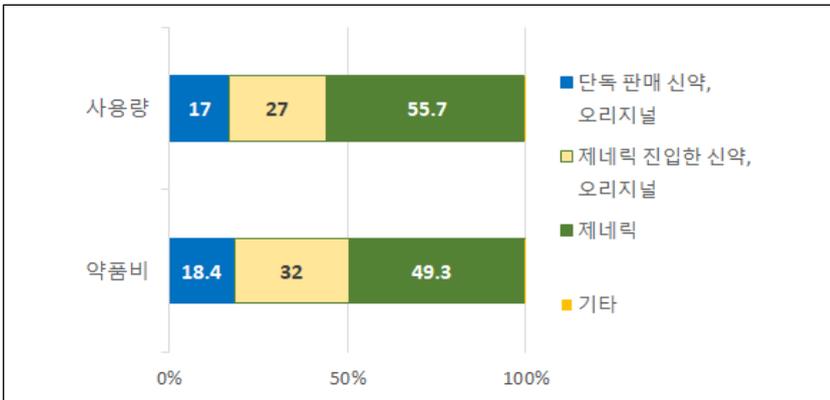
약품비 지출은 인구 고령화, 신약 도입 증가, 의약품 사용 증가 등에 따라 앞으로도 꾸준히 증가할 가능성이 높다. 정책적으로는 약품비 지출의 규모보다 지출의 효율성이 더 중요한 과제이다. 의약품의 가격과 사용을 적절히 관리하여 임상적으로 다른 영향 없이 지출을 절감할 수 있는 영역을 파악하고 이 부분에서 지출을 효율화하는 것은 많은 국가의 약품비 관리 정책의 주요한 목표이다.

약품비 지출을 효율화하기 위한 정책에서 가장 일반적인 대상 영역은 특히 만료 의약품 시장이다. 신약 등 오리지널 제품의 특허가 만료되어 제네릭 의약품이 시장에 진입하면 경쟁이 벌어지므로 약가가 낮아지고,

접근성이 확대되면서 사용량이 증가하더라도 약품비 지출의 증가는 그보다 더 규모가 작기 때문에 지출의 효율을 기대할 수 있다.

[그림 3-2]는 2018년 건강보험에서 의약품 사용량과 약품비의 구조를 단독 판매 신약 및 오리지널, 특히 만료로 제네릭이 진입한 신약 및 오리지널, 제네릭 시장으로 구분하여 분석한 결과이다. 특히 만료로 제네릭이 진입한 시장에서 신약 및 오리지널 제품은 전체 사용량의 27%를, 약품비의 32%를 차지하였다. 제네릭은 전체 의약품 사용량의 55.7%를, 약품비의 49.3%를 차지하였다. 이 중에서 특히 만료 의약품 시장은 제네릭이 진입한 신약 및 오리지널과 제네릭 시장으로, 이 시장은 대체 가능한 제품으로 구성되어 있어 가격 경쟁이 생길 수 있다. 제네릭이 진입한 신약 및 오리지널 시장은 의약품 사용량 비중(27%)보다 약품비 비중(32%)이 더 높고, 제네릭 시장은 의약품 사용량 비중(55.7%)보다 약품비 비중(49.3%)이 더 낮아, 제네릭의 가격이 상대적으로 더 낮다는 것을 알 수 있다. 이는 일반적으로 특히 만료 시장에서 제네릭 의약품의 가격이 오리지널 제품의 가격보다 더 낮다는 점에서 예상할 수 있는 결과이다.

[그림 3-2] 2018년 건강보험 의약품 사용량과 약품비의 구조



자료: 박실비아 외, 2020, p.19 재구성.

#### 44 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

우리나라는 제네릭 의약품 사용률이 외국에 비해 크게 낮은 것은 아니지만 제네릭 의약품의 사용을 통해 약품비 지출을 효율화하는 효과는 미흡하다. OECD 국가 평균 제네릭 의약품 사용률과 약품비 점유율은 각각 52%, 25%로 사용률이 점유율의 2.1배에 달한다. 반면 우리나라는 제네릭 의약품 사용률과 약품비 점유율의 비가 1.1로 낮고, 이는 다른 국가들과(일본 2.7, 영국 2.4, 독일 2.3) 비교해봐도 크게 낮은 값이다(〈표 3-2 참조〉). 제네릭 사용률과 약품비 점유율이 거의 동일하다는 것은 특히 만료 오리지널 대비 제네릭의 약가가 크게 낮지 않다는 것을 의미한다. 즉 제네릭의 사용이 늘어나더라도 약품비 지출의 효율을 달성하기는 어렵다는 뜻이다.

〈표 3-2〉 국가별 제네릭 사용률, 제네릭 약품비 점유율

국가	제네릭 사용률(%): A	제네릭 약품비 점유율(%): B	A/B
한국	56	49	1.1
일본	40	15	2.7
영국	85	36	2.4
독일	82	35	2.3
프랑스	30	16	1.9
오스트리아	55	50	1.1
스웨덴	34	16	2.1
OECD 평균	52	25	2.1

자료: OECD, 2019, p.213; Pontén, Rönholm & Skiöld, 2017, p.22(스웨덴); 박실비아 외, 2020, p.19(한국) 재구성.

## 제2절 약품비 지출 관리 제도

### 1. 건강보험 약품비 지출 관리 제도 현황

국내 건강보험에서 약품비 지출 관리를 위한 정책이 본격적으로 시작 된 것은 2006년 「약제비 적정화 방안」 도입이라 할 수 있고, 현재 약품비 지출 관리 제도는 약제비 적정화 방안에서 마련된 원칙을 기반으로 하고 있다. 약제비 적정화 방안은 약품비 증가의 원인을 만성질환 증가와 관련된 의약품 사용량 증가 및 신약의 도입으로 파악하고, 선별목록제의 도입, 적정 약가 설정을 위한 협상 절차의 도입, 약가 산정 기준의 합리화, 의약품의 적정 사용을 위한 관리 기전 마련 등을 주요 골자로 하고 있다.

약제비 적정화 방안은 발표 당시 건강보험 총진료비의 29% 수준인 약 품비 비중을 2010년 24%로 낮추는 것을 목표로 추진되었고, 제도들은 계획한 대로 비교적 충실히 이행되었다. 경제성 평가를 바탕으로 한 선별 목록제가 도입되고 제네릭 등재 시 특허 만료 오리지널 제품의 약가가 인 하되고 제네릭 의약품의 가격 수준도 이전보다 하향 조정되었다. 기등재 의약품 목록 정비 사업이 추진되었고 리베이트 근절을 위한 약가 연동제 (2009년), 리베이트 쌍벌제(2010년) 등이 시행되었다. 그 뒤 의사의 의약 품 처방을 적정화하기 위한 인센티브 제도(2012년)도 시행되었다. 이처럼 다양한 제도들이 꾸준히 시행되었음에도 불구하고 약품비 비중을 낮 추려는 목표는 달성되지 못하였고 2012년 일괄 약가 인하를 단행함으로 써 목표에 근접할 수 있었다.

일괄 약가 인하에서 제네릭 진입 시 특허 만료 오리지널 제품은 특허 만료 전 가격의 80%에서 70%로 더 낮추고 제네릭 의약품은 68%에서 53.55%로 낮추었으며, 동일 제제에 동일 약가제도를 적용하였다. 이러

한 원칙을 기존 특허 만료 의약품에도 적용함으로써 당시 등재 의약품 1만 4000여 품목 중 7,500품목의(53%) 약가가 인하되었고(보건복지부 보험약제과, 2011. 10. 31.), 약가 인하를 통해 1조 4568억 원의 약품비를 절감하였다(보건복지부 보험약제과, 2013. 7. 24.). 건강보험 약품비는 매년 상승하다가 2012년에 지출의 절대적 금액이 하락하였고, 총진료비 대비 약품비 비율은 2011년 29.1%에서 2012년 27.1%로 즉각 감소하였다. 그러나 2013년부터 다시 약품비가 상승하기 시작하여 약가 인하의 효과는 일시적인 것임을 확인하였다(보건복지부, 2019, p.671).

약제비 적정화 방안 계획에 따라 약제 등재 제도, 가격 제도, 사용 적정화 정책이 시행되었음에도 불구하고 약품비가 계속 빠르게 상승하고 약품비 비중이 낮아지지 않은 것은 약품비를 상승시키는 요인을 제대로 통제하지 못했기 때문이다. 약품비의 변동은 기존 약의 가격보다 신약 도입, 질병 구조, 의료 이용 증가, 의약품 사용 행태 등 다른 요인에 의해 더 크게 영향을 받는다(박미혜, 김수진, 임민성, 2017, p.50; 박실비아, 김대중, 박은자, 이슬기, 김소운, 2015, p.26; 박실비아, 김대중, 박은자, 정연, 하슬잎, 김보은, 2020, p.45). 약품비 변동에 영향을 미치는 요인 중에는 정책적으로 통제 가능한 것도 있으나 불가능한 것도 있어, 약품비 관리를 위해서는 정책적으로 개입할 수 있는 요소를 중심으로 전략을 세워야 한다.

약품비를 결정하는 요소는 크게 약가와 사용량으로 나눌 수 있는데, 지금까지 우리나라의 건강보험 약품비 관리는 약가에 집중되어왔다. 약가의 변화는 약품비에 직접 영향을 미치고 단기간에 효과를 거둘 수 있어 약품비 관리 정책에서 흔히 선택되는 전략이다. 그러나 약가 인하에 대한 제약사의 가격 저항이 있는 데다 정책 효과가 일시적이어서 약가 통제만으로는 약품비를 관리하는 데 한계가 있다. 개별 약의 가격을 잘 관리한

다 하더라도 새로 시장에 진입하는 약이 점점 고가화되고 의약품 수요자 측에서 비싼 약을 선호하거나 불필요한 의약품 사용이 많다면 약품비 지출의 효율을 달성할 수 없다.

급속히 진행되는 인구 고령화, 만성질환 증가에 따른 의료 이용 증가, 고가 신약 도입의 증가 등은 약품비를 증가시키는 강력한 외부 요인으로 작용하고 있어 약품비는 당분간 계속 상승할 것으로 예상된다. 한정된 보험재정으로 필요한 약에 대한 보장성을 담보하면서 재정의 지속성을 확보하기 위해서는 약품비 지출을 효율화하는 정책이 절실히 필요하다.

## 2. 약품비 지출의 효율 측면에서 특허 만료 의약품 관련 제도의 문제점

약품비 지출을 효율화하기 위하여 가장 흔히 채택되는 정책 전략은 특허 만료 의약품 시장에서 저렴한 제네릭 의약품의 사용을 촉진하는 것이다. 특허 만료 오리지널 제품을 치료적으로 동등하고 가격이 낮은 제네릭 의약품으로 대체하여 사용하는 것은 임상적으로 다른 결과가 나오지 않으면서 약제비 지출을 절감할 수 있는 기회가 된다. 건강보장체계를 운영하는 많은 국가들은 약품비 지출을 효율화하기 위하여 특허 만료 의약품 시장의 가격을 관리하고 가격이 낮은 제네릭의 사용률을 높이기 위한 정책적 노력을 기울이고 있다(OECD, 2017b, p.165; WHO, 2018, p.143).

약품비 지출 관리 측면에서 특허 만료 의약품에 관한 제도는 약가제도와 제네릭 의약품 사용 촉진에 관한 제도로 나눌 수 있다. 국내 건강보험에서 운영하는 약제 관리 제도를 약가제도와 사용관리제도로 나누어 지출 효율화의 관점에서 살펴보고자 한다.

## 가. 특허 만료 의약품의 약가제도

건강보험에서 제네릭 의약품에 대한 별도의 가격 결정 방식이 도입된 것은 2000년 7월 의약분업을 실시하면서이다. 당시 건강보험 급여 약제를 상환되지 않는 목록(negative list) 방식으로 관리하는 제도를 도입하면서 제네릭 의약품의 가격을 성분 내 최고가의 90% 이하로 정하였고, 같은 해 11월 최고가의 80% 이하로 기준을 조정하였다. 2002년 8월부터는 동일 성분 내 제네릭의 등재 순서에 따라 가격이 점차 낮아지는 ‘계단식 약가제도’를 도입하였다. 최초 다섯 번째 제네릭까지는 오리지널 약가의 80% 이하로, 여섯 번째 제네릭부터는 동일 제제 최저가의 90% 이하로 하였다(이진이, 이주향, 김지혜, 2013, p.43).

2006년 약제비 적정화 방안에 따라 특허 만료 시 오리지널 제품의 약가도 낮아지는 제도가 처음 도입되었다. 제네릭이 진입한 오리지널 제품의 가격은 특허 만료 전 가격의 80%로 인하하며, 다섯 번째 제네릭까지는 특허 만료 전 오리지널 제품 가격의 68%(80%×0.85) 이하로, 여섯 번째 제네릭부터는 동일 제제 최저가의 90% 이하로 계단식 약가제도를 유지하였다.

그런데 제네릭 의약품의 계단식 약가제도의 원칙은 이후 많은 비판에 직면하였다. 실증 분석 결과 동일 제제 내 다수의 제네릭이 등재되어 있어도 실제로 시장을 지배하는 제품은 일찍 등재된 높은 가격의 제품들이므로 나타나, 환자들이 비싼 제네릭을 사용함으로써 불필요한 추가 지출을 하게 되고, 제도적으로 동일 제제 내 제품 간 가격 차이를 두는 것이 오히려 경쟁에 방해가 되는 것으로 보였기 때문이다. 2008년 기준 전체 복수 등재 품목 1573개에서 동일 제제 최저가와 최고가의 비 평균값이 0.69였는데, 사용량을 반영한 가중평균가와 최고가의 비는 0.90으로 산

출되어 시장이 최고가 제품에 쏠려 있음을 확인하였다(배승진, 임지혜, 최상은, 배은영, 2009, p.39). 약제비 관리에 대한 감사원의 감사에서도, 가격 경쟁이 발생하지 않는 국내 시장에서 약가가 높은 선순위 제네릭이 리베이트 등 판매관리비 지출이 상대적으로 유리하고 실제로 시장 점유율이 높다고 지적하였다(감사원, 2008, p.14).

계단식 약가제도는 2012년 4월 일괄 약가 인하가 단행되면서 폐지되었고, 이때부터 동일 제제 동일 약가 원칙이 적용되었다. 제네릭이 진입하면 오리지널과 제네릭 모두 특허 만료 전 가격의 53.55%로 조정된다. 단 제네릭 진입 최초 1년 동안 오리지널 제품은 특허 만료 전 가격의 70%를, 제네릭은 59.5%(70%×0.85)를 적용하여, 제네릭의 신속한 개발을 도모하고자 하였다. 동일 제제 공급 회사가 3개 이하인 경우 1년이 경과하더라도 이러한 가산은 유지된다.

동일 약가제도하에서도 동일 제제 약품의 가격 경쟁은 활발하지 않았다. <표 3-3>에 의하면 첫 번째 제네릭 등재 시 가격이 1이라고 할 때, 1년 후 가격비가 2007~2011년과 2013~2017년 각각 0.971, 0.933으로 약가가 거의 인하되지 않았다. 4년 후에도 그 값은 각각 0.897, 0.850으로 추가 약가 인하폭이 10%와 15% 정도에 그치는 것으로 나타났다(이상원 외, 2019, pp.78-79).

<표 3-3> 첫 번째 제네릭 진입 후 동일 제제 제네릭의 상대적 가격 변화(가격비)

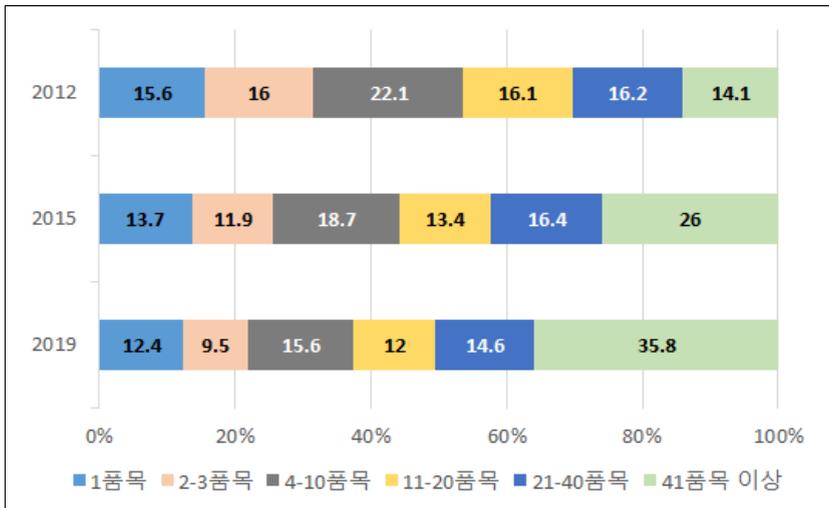
경과 기간(월)	첫 번째 제네릭 진입 시기	
	2007~2011년	2013~2017년
1	1	1
13	0.971	0.933
25	0.954	0.899
37	0.925	0.845
49	0.897	0.850

자료: 이상원 외, 2019, pp.78-79 재구성.

50 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

약가 경쟁이 미흡한 것은 동일 성분 내 제품 수가 적기 때문에 그랬던 것은 아니었다. 2012년 이후 2019년까지 건강보험 등재 의약품의 동일 성분 내 등재 품목 개수는 점점 많아졌다. 2012년 동일 성분 내 등재 품목이 3개 이하인 경우가 전체 품목의 약 32%를 차지하였으나 2015년과 2019년 그 비율은 각각 26%, 22%로 낮아졌다. 반면 동일 성분 내 41품목 이상 등재된 품목의 비율은 2012년 14.1%에서 2019년 35.8%로 가파르게 상승하였다([그림 3-3] 참조).

[그림 3-3] 연도별 등재 의약품의 동일 성분 내 등재 품목 개수 현황



자료: 건강보험심사평가원, 2016, p.14; 건강보험심사평가원, 2019, p.13 재구성.

동일 제제 내 제품 수가 많음에도 불구하고 약가는 상대적으로 높은 쪽으로 치우쳐서 분포하고 있다. 2018년 위궤양 치료제는 성분당 약품 코드 개수가 평균 12.7개로 동일 제제 내 다품목이 등재되어 있었으나, 최고가 대비 최저가의 비가 69.1일 때 중간 가격과 평균 가격이 각각 94.3,

93.8로 거의 최고가에 가까웠다. 고혈압 치료제는 중간 가격과 평균 가격이 각각 97.6, 96.2로 최고가에 더 가까웠다(〈표 3-4〉 참조).

〈표 3-4〉 일부 약효군의 동일 제제 내 품목 수 현황과 약가 분포

약효군	성분명 코드 수(개)	약품 코드 수(개)	성분명 당 약품 코드 수(개)	약품 가격 비(최고가: 100)			
				최고가	최저가	중간가	평균가
위궤양 치료제	89	1,132	12.7	100	69.10	94.33	93.84
당뇨병 치료제	166	681	4.1	100	83.04	92.63	89.84
고혈압 치료제	290	2,271	7.8	100	75.31	97.65	96.24
지질 완화 약물	114	1,036	9.1	100	79.44	99.55	98.27
전신성 항균 물질	339	2,438	7.2	100	59.36	90.76	84.99

자료: 박실비아 외, 2020, p.28; 〈표 2-22〉 일부 인용.

동일 제제 제네릭 개수가 점점 많아지고 있음에도 불구하고 시장의 효율성이 달성되지 않은 상황에서, 2018년 발사르탄 사태가 발생하자 공동 생물학적 동등성시험제도와 높은 제네릭 약가 수준으로 인한 제네릭 난립이 문제로 지적되었고, 이러한 문제를 해결하기 위하여 제네릭 약가제도가 다시 개편되었다. 2020년 7월부터는 동일 제제 동일 약가 원칙을 유지하면서 스물한 번째 제제부터는 계단식 약가제도를 적용하고, 제네릭 개발 비용을 약가에 반영하였다. 생물학적 동등성시험을 기업이 자체적으로 시행하지 않았거나 식약처에 등록된 원료 의약품을 사용하지 않은 각 경우에는 기존의 53.55%에서 각각 0.85를 곱함으로써 약가를 낮추었다. 이러한 차등 가격의 원칙은 이미 등재된 제네릭 의약품에도 적용되며, 기업의 준비기간을 고려하여 3년 후부터 적용한다(보건복지부 보험약제과, 2019. 3. 27.). 이와 같이 새로운 약가제도에서는 동일 제제 내 제품 간 약가 차이가 발생할 여지가 증가하였다. 추후 특히 만료 의약품 시장의 제품 등재와 가격 분포를 조사하여 이 제도의 정책 효과를 평가할 필요가 있다.

## 나. 지출 효율화를 위한 의약품 사용 관련 제도

의약품 사용은 의사의 처방과 약사의 조제, 환자의 구매와 본인부담금 지불을 통해 이루어진다. 의사와 약사의 행태는 각각 의약품 처방과 조제에 대한 지불보상제도에 의해 지배적인 영향을 받는다. 그 외에 처방 방식이나 처방 및 조제 시 의약품의 선택에 관하여 제도적인 개입을 통해 의사, 약사의 행태에 영향을 미칠 수도 있다. 환자는 처방의약품을 선택할 수는 없으나 본인부담금제도의 설계에 따라 동일 제제 내에서 다른 제품을 선택하게 될 수도 있다.

건강보험체계에서 의사와 약사는 행위별수가제에 의해 보상받으며 의약품에 대해서는 약가 마진이 인정되지 않는다. 의사는 자신이 처방하는 의약품의 가격과 관련하여 직접적인 이해관계가 없고, 대체 가능한 의약품 중에서 낮은 가격의 약을 사용할 동기가 거의 없다. 약사도 자신이 조제한 의약품에 대해 실거래가로 보상받으므로 낮은 가격의 약을 선호할 유인이 없다. 또 동일 제제 동일 약가제도가 시행되면서 오리지널 제품과 제네릭 의약품의 약가 차이가 줄어들어 제네릭 의약품에 대한 선호는 줄어들 가능성이 크다.

이와 같이 지불보상제도와 약가제도에서 의료공급자가 약품비를 낮출 동기가 매우 낮은 문제를 일부 해결하기 위해 2010년 10월 저가 구매 인센티브 제도와 의원 외래 처방 인센티브 제도를 시행하였다. 저가 구매 인센티브 제도에서는 요양기관이 의약품을 상한 가격보다 낮은 가격으로 구매하는 데 대해 차액의 일부(70%)를 인센티브로 지급하였다. 의약품 구매자를 통한 시장 기전을 이용하여 거래 가격을 낮추는 것을 목표로 하였고, 일부 약가가 낮아지는 효과가 있었으나 대형 의료기관에서의 과도한 구매 할인 및 저가 납품 요구 등이 문제로 지적되었다(보건복지부 보

협약제과, 2014. 4. 22.). 의원 외래 처방 인센티브 제도에서는 처방의약품 비용을 전년도에 비해 낮출 경우 절감액 규모를 평가하여 기관별 지급률을 적용하여 재정 인센티브를 제공하였다. 외래 처방 인센티브 제도는 2012년 병원급 이상으로 확대되었다. 처방 인센티브 제도는 의료공급자가 전문적 판단으로 약품비를 줄이고 그 결과에 따라 재정적 이익을 얻도록 하는 최초의 제도라는 점에서 의의가 있다.

2014년 9월부터는 저가 구매 인센티브 제도의 인센티브 규모를 줄이고(상한 가격과의 차액의  $20\% \pm 10\%$ ) 기존의 처방 인센티브 제도와 결합하여 처방·조제 약품비 절감 장려금 제도라는 이름으로 제도를 유지, 시행하고 있다. 요양기관의 의약품 저가 구매에 대해 장려금을 지급하는 제도가 시행된 지 약 10년이 지났으나, 이 제도를 통해 약가 경쟁이 활성화되었다는 보고는 없다. 약가 인하가 요양기관의 구매력에 의지하다 보니 대형 의료기관에서 사용하는 원내 의약품에 제도의 효과가 집중되고, 전체 의약품 시장에서 큰 부분을 차지하는 외래 의약품 시장에는 거의 영향을 미치지 못했기 때문이다(보건복지부 보험약제과, 2015. 6. 23.). 처방 약품비 감소에 대해 장려금을 지급하는 제도는 전년 대비 감소분을 평가하므로, 약품비를 꾸준히 낮게 유지하는 의료기관에 대한 보상 기전이 없어 제도로서 지속 가능성이 낮다는 문제점이 지적되고 있다(김지애, 이해영, 임현아, 2017, pp.289-290).

의약품 조제 과정에서 일반적으로 적용하는 약품비 지출 효율화 제도는 동일 제제 의약품 중 낮은 가격의 제품으로 대체하는 대체조제 제도가 대표적이다. 우리나라에도 이와 유사한 대체조제 장려금 제도가 2001년 7월부터 시행되고 있다. 약사가 처방약 조제에서 저가의 제네릭 의약품으로 대체조제할 경우 약가 차액의 30%를 재정 인센티브로 제공하는 것이다. 그러나 20년 가까이 제도를 시행했음에도 불구하고 대체조제 실적

은 미미하다. 대체조제가 거의 일어나지 않는 배경에는 품목 간 약가 차이가 작다는 것, 대체조제 절차가 번거롭다는 것 등이 그 이유로 지적된다(박실비아 외, 2020, p.120). 제도적으로는 대체조제가 장려되고 있으나 현장에서는 굳이 대체조제를 선택하지 않는다고 볼 수 있다.

조제된 처방약이나 의약품을 구매할 때 환자는 약값의 30%를 본인부담금으로 지불한다. 이 과정에서 환자의 역할은 매우 소극적이라 할 수 있다. 처방전은 약국용과 환자용으로 2매 발행이 원칙임에도 불구하고 1매만 발행되는 경우가 많아, 환자가 약국에 처방전을 제출한 뒤에는 처방내역을 알기가 어렵게 된다. 약국에서 조제 후 약 봉투에 처방약의 성분명과 제품명, 약효, 주의사항 등 정보를 제공하기도 하는데, 그렇지 않을 경우에는 환자가 처방약에 대한 정보를 얻기 어렵다. 하물며 처방 받은 약과 동일 제제로서 다른 제품이 있다는 사실, 대체 가능한 제품들 간의 가격 차이를 인지한다는 것은 더욱 기대하기 어려운 일이다. 실제로 동일 제제 내 제품 간 약가 차이가 크지 않고 본인부담률을 적용하면 환자가 체감하는 약가 차이는 더욱 작아지므로, 현실에서 환자가 저렴한 약을 구매하고자 하는 동기는 매우 약해진다.

그렇지만 동일 제제의 다른 제품 간 약가 차이가 작다고 하여 환자가 그것을 알 필요가 없다고 하는 것은 적절하지 않다. 환자가 약가에 대한 정보 접근성이 낮아서 약가 차이를 모르는 것이며 이러한 상황이 약가 경쟁의 저조한 원인으로 작용할 수 있다. 만성질환 치료제와 같이 환자가 지속적으로 오래 약을 사용해야 할 경우 약값 부담이 커지면 대체 가능한 약 중에서 제품 간 가격 차이에 관심을 보일 수 있다. 만성질환이 증가하고 신약의 가격이 점점 올라간다는 것을 고려할 때, 환자가 처방약에 대한 정보를 더 많이 제공받고 동일 제제 내 제품들 중에서 선호하는 제품을 선택할 수 있는 기회를 갖는 것이 필요하다.



## 제4장

### 제네릭 의약품 선택에 관한 일반인 인식 조사

제1절 조사 배경

제2절 선행연구 검토

제3절 심층면접조사

제4절 설문조사



## 제 4 장 제네릭 의약품 선택에 관한 일반인 인식 조사

### 제1절 조사 배경

약품비 지출의 효율화를 위하여 수요 기전의 제도를 마련하려면 수요자 측의 의약품 선택과 사용에 관하여 이해하는 것이 중요하다. 처방의약품 수요자는 의사와 환자로 요약될 수 있다. 이 연구에서는 특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출의 효율화를 위한 환자 중심의 수요 기전에 초점을 맞추고자 하므로, 환자의 제네릭 의약품 인식과 선택에 관하여 파악하는 것이 필요하다. 환자는 의약품을 사용하는 주체이자 지불자이므로, 처방약에 대해서는 알 권리가 있으며 의학적이지 않은 부분과 관련해서는 선택권이 있다. 이에 이 연구에서는 일반인을 대상으로 제네릭 의약품에 대한 인식, 가격과 관련한 의약품 선택, 처방의약품과 관련한 환자의 권리 의식 등에 관하여 양적 조사와 질적 조사를 수행하였다.

### 제2절 선행연구 검토

본 절에서는 환자의 인구사회학적 특성, 제네릭 의약품에 대한 태도, 제네릭 의약품 선택의 영향요인 등 소비자들의 제네릭 의약품 사용에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위해 일반 인구집단을 대상으로 한 국내외 연구를 고찰하였다.

## 1. 국외문헌

국외에서는 제네릭 의약품의 선택과 대체조제에 대한 소비자 및 환자의 인식에 대한 다수의 연구가 수행되었다. Dunne(2016)은 제네릭 의약품에 대한 소비자와 환자의 인식 및 경험과 관련하여 2005년부터 2015년까지 발표된 논문을 체계적 문헌고찰 방법을 통해 분석하였다. 그 결과 분석에 포함된 59개 논문 중 45개가 양적 연구였고, 12개가 질적 연구였으며, 2개가 양적 연구와 질적 연구를 병행한 혼합연구였다. 해당 문헌들에서 조사한 연구대상자 수는 적게는 14명에서 많게는 3182명에 이르렀다. Dunne(2016)은 제네릭 의약품에 대한 소비자 및 환자의 인식을 크게 8개 주제와 기타 의견으로 분류하였다.

**제네릭 의약품에 대한 수용도나 신뢰도와 관련 있는 인구사회학적 요인**으로는 연령, 소득 및 교육 수준, 보건의료시스템에 대한 만족도, 성별 등이 있다. 체계적 문헌 고찰에 포함된 다수의 연구에서 연령이 높을수록 제네릭 의약품에 대한 수용도 및 신뢰도가 낮았고, 연령이 낮을수록 제네릭 의약품에 대한 수용도가 높은 것으로 나타났으나(Babar et al., 2010; Costa-Font, Rudisill, & Tan, 2014; Håkonsen & Toverud, 2011; Heikkilä, Mäntyselkä, & Ahonen, 2011; Dunne, 2016, p.502 재인용) 일부 문헌에서는 그와 반대되는 경향을 보이는 것으로 나타났다(Al-Gedadi, Hassali, & Shafie, 2008; Figueiras et al., 2009; Dunne, 2016, p.502 재인용). 또한 대체로 소득 및 교육 수준이 높을수록 제네릭과 브랜드 의약품을 동등하다고 인식하는 것으로 보고되었고(Babar et al., 2010; Iosifescu, Halm, McGinn, Siu, & Federman, 2008; Toverud, Røise, Hogstad, & Wabø, 2011; Dunne, 2016, p.502 재인용), 보건의료시스템에 대한 만족도가 낮을수록 제네릭 의약

품을 부정적으로 인식하는 것으로 보고되었으며, 여성이 남성보다 제네릭 의약품에 대해 긍정적으로 인식하는 것으로 보고되었다(Costa-Font et al., 2014.; Rathe, Søndergaard, Jarbøl, Hallas, & Andersen, 2014; Heikkilä et al., 2011; Jacomet et al., 2015; Dunne, 2016, p.504 재인용).

**제네릭 의약품의 질, 안전성, 효능에 대한 인식 측면**에서 다수의 연구에서는 적어도 일부 소비자는 제네릭 의약품이 브랜드 의약품만큼 효과적이지 않거나 질이 더 낮다고 인식하는 것으로 보고되었고, 몇몇 연구에서는 환자가 브랜드 의약품에 대한 뚜렷한 선호를 보이고 있는 것으로 보고되었다(Dunne et al., 2014; Ibrahim, McKinnon, & Ngo, 2012; Keenum, DeVoe, Chisolm, & Wallace, 2012; Ngo, Stupans, & McKinnon, 2013; Dunne, 2016, p.504 재인용). 또한 소비자는 제네릭의 더 낮은 가격은 효과가 약하거나 “진짜가 아닌 것”을 의미한다고 생각하는 것으로 나타났다. 일부 연구에서는 브랜드 의약품이 더 높은 기준을 충족시켜야 한다고 생각하는 것으로 나타났다(Dunne et al., 2014; Håkonsen & Toverud, 2011; Toverud et al., 2011; Ibrahim et al., 2012; Dunne, 2016, p.504 재인용). 그러나 위와 같은 연구 결과들과 대조적으로 소비자는 브랜드 의약품보다 제네릭 의약품이 더 열등하거나, 안전성 및 효과가 더 낮다고 인식하지 않는 것으로 보고된 연구들도 있었다(Figueiras et al., 2009; Heikkilä et al., 2011; Ibrahim et al., 2012; Dunne, 2016, p.504 재인용).

**제네릭 의약품 사용 결정에 가장 주요하게 영향을 미치는 요인**은 가격과 함께 의사, 친구, 가족 등 제네릭 의약품에 대한 정보 제공원이었다. 이 밖에 제네릭 의약품 사용에 대한 경험과 약국에서 해당 제네릭 의약품의 사용 가능 여부, 보험자의 대체조제 의무화 등도 영향을 미치는 요인

이었다(Dunne, 2016, pp.504-505).

**제네릭 의약품 사용이나 대체조제를 어렵게 하는 주요 이유**로는 제네릭의 효능 및 안전성에 대한 소비자의 불확신으로 나타났다. 또한 소비자는 제네릭을 사용함으로써 오리지널보다 더 많은 부작용이나 오리지널과 다른 종류의 부작용을 경험한 것으로 보고하였고, 제네릭 의약품의 모양, 크기, 제형, 포장 등이 다르기 때문에 야기되는 혼란과 복용의 어려움도 있는 것으로 보고되었다. **제네릭 의약품이나 대체조제 사용을 가로막는 장벽**은 소비자에게 각인된 브랜드 의약품에 대한 신뢰와 친숙함, 제네릭 사용에 대한 부정적 경험 등이었다(Dunne, 2016, p.505).

**제네릭 의약품의 사용과 관련한 일반적 태도 측면에서** 환자 및 소비자는 의사나 약사가 제안하면 대체조제를 받아들일 것이라는 연구 내용이 우세하였지만(Al-Gedadi et al., 2008; Babar et al., 2010; Costa-Font et al., 2014; Dunne et al., 2014; Håkonsen & Toverud, 2011; Heikkilä et al., 2011; Dunne, 2016, p.505 재인용), 보건의로 전문가가 제안하더라도 대체조제는 수용하지 않겠다는 상반된 연구 내용도 있었다(Roman, 2009; Dunne, 2016, p.505 재인용). 만성 질환보다는 가벼운 질병이나 급성질환에서 제네릭에 대한 수용도가 더 높은 것으로 보고되었고, 일부 연구에서는 제네릭을 사용함으로써 얻는 재정적 이익보다는 제네릭에 대한 불신이 소비자에게 더 큰 것으로 보고되었다(Dunne et al., 2014; Ngo et al., 2013; Kohli & Buller, 2013; Dunne, 2016, p.505 재인용). 그리고 소비자는 제네릭에 대해 호의적인 의견을 표현하지만 실제로 약을 구매할 때는 브랜드 의약품을 구매하는 언행 불일치가 나타나기도 했다(Keenum et al., 2012; Heikkilä, Mäntyselkä, & Ahonen, 2012; Dunne, 2016, p.505 재인용).

**제네릭 의약품과 관련한 교육이나 의사소통 측면에서** 소비자는 제네릭

의약품에 대한 정보 제공이 부족하다고 인식하였으며, 제네릭 의약품에 대한 교육이 필요하다고 보았다. 또한 제네릭 대체조제에 대해 의사가 함께 논의하는 등 처방 과정에서 환자와 의사 간 커뮤니케이션과 참여를 원하는 것으로 나타났다(Dunne, 2016, pp.505-506).

이 밖에 선행연구에서 논의된 제네릭에 대한 기타 의견으로 환자는 제네릭 의약품의 외형이나 포장이 달라지는 것은 우려하는 부분이 아니며 (Rathe et al., 2014; Duune, 2016, p.506 재인용), 제네릭을 사용하는 것이 브랜드 의약품을 사용하는 것과 차이가 없다고 하였다(Dunne et al., 2014; Heikkilä et al., 2011; Ngo et al., 2013; Dunne, 2016, p.506 재인용). 일부 환자들은 오리지널·제네릭 여부와 상관없이 처음에 처방 받은 의약품을 선호하였다(Dunne et al., 2014; Håkonsen & Toverud, 2011; Dunne, 2016, p.506 재인용).

제네릭 의약품에 대한 환자 및 소비자의 인식에 대한 국외 조사 연구는 최근까지도 홍콩, 스웨덴, 미국, 아일랜드, 그리스, 핀란드, 뉴질랜드 등 여러 국가에서 수행되었다.

홍콩에서 수행된 Lee et al.(2018)의 연구에서는 보건의료 전문가뿐만 아니라 일반인을 대상으로 제네릭 대체조제에 대한 이해도를 평가하고자 설문조사를 실시하였으며, 일반인 2100여 명이 참여하였다. 일반인 대상 조사 내용은 크게 제네릭 의약품 관련 지식 및 인식, 대체조제 경험, 대체조제 정책에 대한 견해 등으로 구성되었다. 연구 결과 조사에 참여한 일반인 중 브랜드 의약품을 사용하는지, 제네릭 대체조제 의약품을 사용하는지 모른다고 응답한 비율은 약 53%로 과반을 차지하였다. 그리고 제네릭 의약품에 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분이 들어 있다는 것은 약 41%가 인지하고 있었고, 동일한 제형으로 되어 있다는 것은 약 23%가 인지하고 있었다. 일반인 응답자의 약 65%가 제네릭이 더 저렴하다고 인

식하고 있었으며, 약 15%는 제네릭의 질이 더 낮다고 인식하고 있었다. 또한 제네릭 의약품 대체조제를 고려할 때 가장 주요하게 고려하는 요인은 약효였고, 그다음은 보건의료 전문가의 추천, 부작용 프로파일, 가격, 기원(origin), 브랜드 등의 순으로 나타났다. 브랜드 의약품과 제네릭 의약품의 가격 차이에 대한 선택 의향에서는 브랜드 의약품의 가격이 제네릭 의약품의 가격보다 1.4배 이상 높은 것이 아니라면 대부분 브랜드 의약을 선택할 것이라고 응답하였다. 제네릭 대체조제 정책과 관련하여 전체 응답자 중 약 86%가 대체조제에 대해 환자에게 반드시 설명해야 한다고 응답하였고, 약 85%는 환자에게 알려야 한다고 응답하였으며, 50%는 브랜드 제품 또는 제네릭 제품 선택에 환자의 재량권이 있어야 한다고 응답하였다(Lee et al., 2018, pp.555-558).

Olsson et al.(2018)은 스웨덴 12개 지역 약국 방문자들을 대상으로 환자들의 제네릭 의약품의 생물학적 동등성에 대한 신뢰도 관련 요인들을 파악하고자 설문조사를 실시하였다. 설문에는 과거에 처방약을 사용했거나 현재 처방약을 사용하는 사람으로 대체조제를 경험한 환자 719명이 참여하였다. 조사 내용은 제네릭 의약품에 대한 견해, 대체조제에 대한 정보 및 경험 등으로 구성되었다. 연구 결과 전체 응답자의 약 70%가 상호 대체가 가능하지만 가격은 서로 다른 제네릭이 동등하다고 인식하는 것으로 나타났다. 그리고 연령이 높을수록, 복용하는 의약품 수가 많을수록, 소득 및 교육 수준이 낮을수록 서로 다른 제네릭의 동등성에 대한 신뢰도가 더 낮은 것으로 나타났으며, 남자보다 여자에게 가격이 다른 제네릭의 동등성에 대한 신뢰도가 더 낮은 것으로 나타났다. 대체조제에 대해서는 약 81%가 수용한다고 응답하였으며, 대체조제를 경험한 응답자의 29.6%는 의약품의 효과가 더 낮았다고 응답하였고, 22.1%는 더 많은 부작용을 경험했다고 응답하였다. 반대로 응답자의 18.4%는 더 나은

효과를 경험하였고 14.2%는 더 적은 부작용을 경험한 것으로 나타났다. 환자는 대부분 약사로부터 대체조제에 대한 정보를 제공받았다고 응답하였으며, 의사로부터 제공받았다고 응답한 환자는 65%였다. 대체조제로 인해 환자 본인의 재정을 절감할 수 있다는 것에는 86.6%가 동의하였고, 사회의 재정을 절감한다는 것에는 93%가 동의하였으며, 대체조제로 약국이 이익을 얻는다는 것에는 83.7%가 동의하지 않았다(Olsson et al., 2018, pp.2-4).

미국에서 지난 3개월 동안 약국에서 의약품을 조제 받은 적이 있는 만성질환자 700여 명을 대상으로 제네릭 의약품에 대한 인식과 사용 경험을 조사한 Kesselheim et al.(2016)의 연구에서는 약 83%가 제네릭 의약품 사용이 가능하다면 의사는 제네릭 의약품을 처방해야 한다고 응답하였고, 대부분의 응답자는 제네릭 의약품이 브랜드 의약품만큼 효과적이고(87%), 안전하며(88%), 동일한 부작용(80%)과 성분(84%)이 들어 있다고 인식하였다. 그러나 제네릭 의약품에 대한 긍정적인 인식과 달리 응답자의 약 45%는 지난 1년 동안 의사에게 한 번 이상 브랜드 의약품 조제를 요청한 적이 있는 것으로 나타났다. 대부분 의사에게 사용 가능한 제네릭 의약품이 있을 때 해당 제네릭의 처방을 요청하는 것이 수월하고, 의사가 처방해준 제네릭 의약품을 복용하는 것이 편안하게 느껴진다고 응답하였으며, 약사가 의사 처방약에 대해 FDA가 승인한 제네릭 의약품으로 조제하는 것에도 거부감이 없다고 응답하였다(Kesselheim et al., 2016, pp.611-612).

아일랜드에서 수행된 O'Leary et al.(2015)의 연구에서는 제네릭 의약품 및 대체조제에 대한 주요 이해관계자들의 인식을 파악하기 위해 보건의로 전문가와 환자를 대상으로 조사를 수행하였다. 설문조사에는 지역약국이나 병원의 외래 진료를 방문한 18세 이상 환자 350여 명이 참여

하였다. 조사 내용은 만성질환의 수, 처방약의 수 등 일반적 특성 외에 제네릭 의약품에 대한 지식, 제네릭 대체조제에 대한 인식, 대체조제에 대한 의향으로 구성되었다. 연구 결과 84%에 이르는 환자가 ‘제네릭 의약품’이란 용어를 알고 있었으며, 연령이 높을수록 그 비율은 더 낮았다. 제네릭 의약품에 대한 환자들의 지식을 보면 제네릭 의약품이 브랜드 의약품과 동일하다에는 81%가, 브랜드 의약품보다 저렴하다에는 82%가 그렇다고 응답하였으며, 제네릭이 브랜드 의약품과 효과가 동일하다에는 76%가, 안전하다에는 75%가 그렇다고 응답하였다. 또한 응답자의 76%는 의사(General Practitioners, GP)가 브랜드 제품 대신 제네릭 의약품을 처방한다면 수용할 의향이 있다고 응답하였으나, 약사의 제네릭 의약품 대체조제에 대해서는 58%만이 수용할 의향이 있다고 응답하였다. 응답자 중 42%가 제네릭 대체조제를 경험한 적이 있었으며, 대부분 패키징(90%)과 약의 모양(67%)이 변경되었다고 응답하였으나 그것이 약의 순응도에 미치는 영향은 미미했던 것으로 나타났다. 제네릭 대체조제에 대해 환자들이 언급한 장애요인은 브랜드 의약품보다 낮은 제네릭 의약품의 효과와 제네릭 의약품에 대한 신뢰 부재와 부작용 경험이었다. 환자들은 약의 패키징과 모양이 변하는 것에 혼란이 생길까봐 우려했으며, 대다수는 제네릭 의약품의 효과에 대해 더 많은 연구가 필요하다고 느끼고 있었다. 많은 환자들은 제네릭 의약품보다는 브랜드 의약품을 더 선호한다고 응답하였으며, 제네릭 대체조제를 고려하기 위해 환자들에게 더 많은 정보와 시간을 제공하는 것이 필요하다는 의견을 제시하였다 (O’Leary et al., 2015, pp.2-5).

Skaltsas & Vasileiou(2015)는 그리스에서 수행한 제네릭 의약품에 대한 환자의 인식 관련 연구에서 약국을 방문한 360여 명의 환자를 대상으로 제네릭에 대한 지식, 제네릭을 사용하는 이유, 과거 경험, 대체조제

의향 등의 문항으로 설문조사를 실시하였다. 응답자의 49%가 ‘제네릭’이란 용어를 알고 있다고 응답하였다. 응답자들이 생각하는 제네릭의 의미에 대한 주관식 질문에서는 약 33%가 제네릭은 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분이 들어 있는 것을 의미한다고 응답하였고, 약 26%는 제네릭을 브랜드 의약품보다 더 저렴한 의약품으로 응답하였다. 또한 제네릭의 특성을 선택하는 문항에서도 제네릭 의약품은 브랜드 의약품보다 저렴하지만, 동일한 효과가 있다가 25%로 가장 많았고, 제네릭 의약품이 브랜드 의약품보다 저렴하지만 덜 효과적이다가 17%로 그다음 순서를 차지했다. 제네릭에 대한 주요 정보원은 미디어 47.3%, 인터넷 17.3%, 친척 또는 친구 10.6% 등의 순으로 나타났다. 제네릭에 대한 환자들의 인식과 관련해서는 제네릭이 브랜드보다 더 저렴하다는 가격에 대한 인식(83.5% 동의)을 제외하고는 의견이 다양하게 나타났는데, 제네릭의 안전성에 대해서는 응답자의 33%가 동의한 반면, 21%는 동의하지 않았고, 29%는 동의도 반대도 하지 않은 것으로 나타났다. 제네릭의 효과에 대해서는 응답자의 40%가 브랜드 의약품과 동일하다는 것에 동의하였지만, 24.5%는 동의하지 않는 것으로 나타났다. 제네릭 의약품이 브랜드보다 더 많은 부작용을 야기할 수 있다는 것에도 의견이 나뉘었는데 23.9%는 동의한 반면, 21.7%는 동의하지 않았고, 38.5%는 잘 모르겠다 또는 무응답으로 나타났다. 제네릭 의약품의 사용 의향에 대해서는 절반가량이 사용할 의향이 있다고 응답하였고, 절반가량은 사용하지 않을 것이라고 응답하였다. 제네릭을 사용하지 않을 것이라고 응답한 주된 이유는 제네릭에 대한 신뢰 부족이었고(63.7%), 제네릭이 무엇인지 모르기 때문에 그렇다는 응답(44.1%)도 높게 나타났다. 환자들에게 제네릭으로의 대체조제에 영향을 미치는 가장 큰 요인은 의사의 추천, 약사의 추천과 같은 보건의료 전문가의 역할이었고, 그다음이 저렴한 가격, 친구와 친척의 추천

순이었다(Skaltsas & Vasileiou, 2015 pp.1408-1411).

Nokelainen, Lämsä, Ahonen, and Timonen(2020)이 수행한 연구에서는 핀란드의 18개 지역 약국에서 참조가격제(reference price system)에 포함된 처방약을 구매한 소비자를 대상으로 설문조사를 실시하여 대체조제를 허용하거나 거부하는 이유를 파악하고자 하였다. 조사 참여자 1000여 명 중 약 48%가 대체조제를 허용하거나 거절한 적이 모두 있었으며, 약 41%는 대체조제를 허용한 경험만 있었고, 6%는 대체조제를 거절한 경험만 있었다. 지역약국에서 대체조제가 일반적인 핀란드에서는 소비자들이 대체조제를 허용한 주된 이유로 약품비를 줄이기 위함이 가장 많았고(75.5%), 처방 받은 약(30.8%) 또는 과거에 사용하던 약(27.4%)이 해당 약국에 없어서, 약사의 추천(26.0%), 과거 사용하던 약에 대한 불만족(3.6%), 의사의 추천(2.7%) 등의 순으로 나타났다. 대체조제를 거절한 주된 이유로는 상호 대체 가능한 의약품 간에 가격 차이가 크지 않았기 때문(63.3%)이거나 과거에 사용하던 약에 만족하기 때문(60.2%)이었고, 그 밖에도 소비자가 원하는 대체 가능한 의약품이 약국에 없었기 때문(13.6%)이거나, 대체 가능한 의약품이 과거에 사용하던 의약품보다 덜 효과적일 거란 소비자의 우려(12.7%) 등이 있었다. 대체 가능한 처방약의 선택에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 가격(81.1%)이었고, 다음이 친숙도(38.4%), 이용 가능성(32.8%) 등이었다(Nokelainen et al., 2020, pp.2-7).

뉴질랜드에서 일반 인구집단 1000명을 대상으로 브랜드 의약품의 선호에 영향을 미치는 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 수행된 연구에 따르면, 참여자의 38%는 브랜드 의약품을 선호하였고, 27.6%는 제네릭 의약품을 선호하였으며, 34.4%는 선호가 없다고 응답하였다. 인구사회학적 특성별로는 교육 수준이 더 낮고, 제네릭 의약품에 대해 더 부정적

인 태도를 보였으며, 현재 복용하는 처방약이 없었으며, 의사(GP) 방문 횟수가 더 많았고, 증상이 더 심한 그룹 등에서 제네릭 의약품보다 브랜드 의약품을 더 선호하는 것으로 나타났다(Kleinstäuber, MacKrill, & Petrie, 2018, pp.480-482).

## 2. 국내문헌

국내에서는 제네릭 의약품 및 대체조제에 대한 일반인들의 인식과 관련한 소수의 연구가 수행되었다. 2000년 우리나라에서 의약분업이 실시된 직후 수행된 송찬희 외(2001)의 연구에서는 서울·경기 지역의 일부 의료기관 방문 환자 430여 명을 대상으로 대체조제에 대한 인식, 지식, 태도, 실제 행동 양상 등을 파악하였다. 전체 응답자의 약 75%가 대체조제는 위험하다고 생각하였으며, 응답자의 약 49%가 대체조제에 대한 정의를 대강 알고 있다고 응답하였고, 약 27%는 잘 모른다고 응답하였다. 대체조제를 인식하는 위험도에 따른 대체조제에 대한 태도를 보면, 대체조제를 더 위험하다고 인식하는 그룹에서 대체조제 상담자로 의사를 원하는 비율이 가장 높았고, 약값 절감 시 대체조제 의향에서도 하지 않겠다는 비율이 다른 그룹에 비해 더 높은 것으로 나타났다. 전체 응답자 중 대체조제를 경험한 환자는 38.3%였고, 그들이 대체조제를 했던 가장 큰 이유는 약국에 처방약이 없어서(46.9%)였다. 약값을 절감하기 위해 더 싼 약으로 조제했다는 비율은 10% 미만이었다. 대체조제 위험도 자각 정도는 연령이 낮을수록, 2차 의료기관 방문자보다 1차 의료기관 방문자에서, 비질환자보다 만성질환자에서 대체조제를 인식하는 위험도가 더 낮았다. 특히, 만성질환자군은 비질환군, 일시적인 질환군, 정신질환군과 비교했을 때 대체조제를 경험한 비율이 가장 높았고, 싼 약으로 대체조제

한 경우보다 비싼 약으로 대체조제한 경우가 더 많은 것으로 나타났다(송찬희 외, 2001).

이의경과 김동숙(2006)의 연구에서는 2003년에 수행된 소비자, 의사, 약사의 생물학적 동등성 인정 제네릭 의약품에 대한 인식도 설문조사 결과를 분석하였다. 일반인 소비자 약 1,000여 명이 설문에 참여하였으며, 오리지널약과 복제약에 대한 인식도와 치료 효과가 동등한 복제약에 대한 인식도를 측정하였다. 그 결과 소비자의 약 39%가 오리지널 의약품과 생물학적 동등성 인정 제네릭 의약품의 효과와 안전성이 동등하거나 동등하진 않지만 대체조제는 문제가 없다고 응답하였다. 연령이 높을수록, 소득 및 교육 수준이 낮을수록, 생물학적 동등성 인정 제네릭 의약품의 동등성에 대한 인식이 높은 것으로 나타났다. 또한 만성질환 의약품 복용자는 비복용자에 비해 생물학적 동등성 인정 제네릭의 동등성에 대한 인식도가 더 낮은 것으로 나타났다. 의약품 정보원 측면에서 의약품 효과에 대한 정보를 대중매체로부터 얻는다는 응답이 가장 높게 나왔고, 그다음은 의사, 약사 등의 순이었다. 가격에 대한 정보는 약사로부터 얻는다는 응답이 약 38%로 가장 높게 나왔는데 가격에 대한 정보를 얻지 못한다는 응답도 약 35%로 나왔다. 정보원에 따라 소비자들이 인식하는 오리지널 의약품과 생동성 인정 제네릭 의약품의 동등성 인식도에는 차이가 있었다. 약효에 대한 정보원이 약사였을 때 동등성에 대한 인식도가 약 52%로 가장 높게 나왔고, 그다음은 대중매체였을 때 약 44%, 의사였을 때 약 35% 순이었다. 가격에 대한 정보원도 약사였을 때 동등성 인식도가 약 46%로 가장 높게 나왔다. 그러나 약의 효과나 가격에 대한 정보원이 없다고 응답한 경우 오리지널 의약품과 생동성 인정 제네릭 의약품의 동등성에 대해 모른다는 비율이 각각 약 65%, 52%로 높게 나타났다(이의경, 김동숙, 2006).

서울 소재 약국을 방문한 환자 200여 명을 대상으로 제네릭 의약품의 인식도를 평가한 이유정(2011)의 연구에서는 조사 참여자의 30.9%가 제네릭 의약품이 무엇인지 알고 있다고 응답하였다. 제네릭 의약품이 무엇인지 알고 있는 사람들의 정보원은 친인척 또는 지인(27.0%)인 경우가 가장 많았고, 그다음은 약사(23.8%)와 인터넷(23.8%) 순이었다. 제네릭 의약품이 무엇인지 알고 있다고 응답한 사람 중 54%는 약사가 오리지널을 제네릭으로 대체조제하고자 할 때 동의하겠다고 응답하였다(이유정, 2011).

### 3. 소결

제네릭 의약품 및 대체조제에 대한 선행연구 결과는 다양한 양상으로 나타났다. 먼저 일부 연구에서는 소비자들이 제네릭 의약품의 효과, 안전성, 부작용, 성분 등이 브랜드 의약품과 동일한 수준이라고 인식하는 비율이 높다고 보고하였으나(Kesselheim et al., 2016; O'Leary et al., 2015) 이와는 상반되게 제네릭이 브랜드 의약품보다 덜 효과적이고 안전하지 않은 것으로 인식하는 비율이 높다고 보고한 연구도 있었다(Kaltsas et al., 2015; Keenum et al., 2012). 그리고 이러한 제네릭의 효능 및 안전성에 대한 불확신과 제네릭에 대한 부정적 사용 경험, 브랜드 의약품에 대한 친숙함은 소비자들로 하여금 제네릭 의약품 사용을 가로막는 요인이었다(Dunne, 2016).

선행연구를 보면 대체로 연령이 높을수록 제네릭에 대한 수용도가 낮았고, 소득 및 교육 수준이 높을수록 제네릭에 대한 수용도가 높았으며, 남성보다 여성이 제네릭 의약품을 긍정적으로 인식하였으나(Dunne, 2016), 인구사회학적 특성에 따른 제네릭 및 대체조제 수용 의사는 연구

마다 상반된 결과를 보이기도 하였다. 가격 측면에서 소비자들은 비교적 일관되게 브랜드 의약품보다 제네릭 의약품이 더 저렴한 것으로 인식하고 있었다(Lee et al., 2018; O'Leary et al., 2015; Skaltsas & Vasileiou, 2015).

제네릭 의약품 사용 의향이나 대체조제에 영향을 미치는 주요 요인은 가격, 정보 제공자, 약효, 부작용 등이었다(Dunne, 2016; Lee et al., 2018; Nokelainen et al., 2020). 또한 소비자들은 제네릭이나 대체조제에 대한 정보를 제공받길 원하고 의료서비스 제공자와 논의하길 원하는 것으로 나타났으며, 제네릭 의약품에 대한 정보를 제공받을수록 그에 대한 수용 가능성이 더 높아지는 것으로 보고되었다(Dunne, 2016; Lee et al., 2018).

국내에서는 단순 서베이를 제외하고 진행된 연구 수가 적어 그 결과에 대해 일관된 경향을 파악하기 어려웠다. 또한 국내 선행연구는 이의경과 김동숙(2006)의 연구를 제외하면 서울·경기 등 수도권 일부 지역에서 의료기관 및 약국을 방문한 소수의 일반인을 대상으로만 수행되었을 뿐이다.

국내에서는 최근 제네릭 및 대체조제와 관련한 일반인 대상 연구가 이루어지지 않았으며, 설문조사 외에 일반인의 인식을 심층적으로 파악하기 위한 질적 연구도 부재하였다. 따라서 본 연구에서는 일반인의 제네릭 의약품에 대한 인식, 처방약 비용에 대한 인식 등을 파악하기 위해 심층 면접조사를 수행하고, 전국에 거주하는 성인 2000명을 대상으로 설문 조사를 실시하여 질적, 양적 조사를 병행한 일반인 인식 조사를 수행하였다.

### 제3절 심층면접조사

처방의약품 선택과 관련한 일반인의 인식을 조사하여, 환자(소비자)를 중심으로 하는 약품비 지출 효율화 정책 방안을 도출하기 위한 기초자료를 생산하고자 심층면접조사를 수행하였다.

#### 1. 조사 대상 및 조사 방법

##### 가. 조사 대상자

조사 대상자는 만 19~69세 성인으로, 최근 3개월 이내에 병·의원을 이용하고 처방약(연고, 주사제 포함)을 조제 받은 경험이 있는 그룹과 질병을 치료하기 위해 현재 지속적으로 복용하는 처방약이 있는 그룹으로 분류하였다. 위탁조사업체 패널을 활용하여 면담 참여자를 선정하였으며, 각 그룹을 연령에 따라 20~40대와 40~60대로 나누어 총 네 개 집단을 대상으로 질적 면담을 진행하였다. 2020년 5월 21일부터 5월 25일까지 총 20명이 면담에 참여하였으며, 그룹별 조사 참여자의 특성은 아래 <표 4-1>과 같다.

<표 4-1> 조사 참여자

구분	연령	성별	질환	
최근 3개월 이내에 병·의원 이용 및 처방약(연고, 주사제 포함) 조제 경험자 ①	A	60	남	허리통증/팔꿈치통증/잇몸질환
	B	48	남	비염/허리통증
	C	55	남	식도염/인후염
	D	58	여	감기
	E	64	여	물사마귀 제거

## 72 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

구분		연령	성별	질환
최근 3개월 이내에 병·의원 이용 및 처방약 (연고, 주사제 포함) 조제 경험자 ②	F	29	남	결막염/어깨통증
	G	43	남	잇몸염증
	H	40	여	감기/장염
	I	37	여	귀염증
	J	26	여	신경성 위염/다래끼
현재 처방약 지속적 복용자 ①	K	48	남	당뇨/고혈압
	L	59	남	전립선비대
	M	69	남	당뇨
	N	54	여	당뇨/고지혈
	O	60	여	고혈압/고지혈
현재 처방약 지속적 복용자 ②	P	27	남	스트레스성 장염
	Q	46	남	당뇨/고지혈
	R	20	여	갑상선기능항진증
	S	41	여	갑상선기능항진증
	T	31	여	족저근막염

### 나. 조사 방법

반구조화된 질문지로 초점집단인터뷰(Focus Group Interview, FGI)를 실시하였다. 초점집단인터뷰에 앞서 조사 참여자들에게 본 연구의 목적, 방법 등을 설명하고 인터뷰 진행 중 응답하기 불편한 내용에 답변하지 않을 권리, 연구 참여 중단 요청 권리 등을 안내하였으며, 연구 참여 및 수집된 정보의 활용에 대한 동의를 받은 후 초점집단인터뷰를 진행하였다. 본 조사는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회의 승인을 받고 진행하였다(제2020-16호).

## 2. 조사 내용

질적 면담 내용은 처방약에 대한 인식, 처방약에 대한 관심 및 정보, 제네릭 및 오리지널 의약품에 대한 인식, 의약품 가격과 의사 처방에 대한 선호, 처방약의 가격과 선택, 의료소비자의 권리 등으로 구성되었다.

〈표 4-2〉 초점집단인터뷰 조사 내용

구분	내용
처방약에 대한 관심과 정보	<p><b>1) 처방약에 대한 관심 정보</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최근 사용 처방약 관련 관심 정보(제품명, 성분명, 효능, 부작용, 가격, 제조회사 등)</li> <li>- **최근 사용 처방약 관련 알고 있는 정보</li> </ul> <p><b>2) 처방약 정보 검색 및 정보원</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 처방약 정보를 찾아본 경험: 정보 내용, 정보원, 만족도</li> </ul>
제네릭 의약품 및 오리지널 의약품에 대한 인식	<p><b>1) 제네릭 의약품과 오리지널 의약품 관련 인식</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 제네릭 의약품(복제약)에 대해 들어본 경험</li> <li>- 제네릭 의약품(복제약)에 대해 생각하는 정의, 인지 여부, 알게 된 경로</li> <li>- 오리지널과 제네릭의 효과, 부작용, 품질 등의 차이에 대한 생각</li> <li>- 제네릭보다 비싼 오리지널약 가격에 대한 생각</li> </ul> <p><b>2) 제네릭 의약품 및 오리지널 의약품 여부에 대한 정보 요구</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- *오리지널, 제네릭 구분 정보 요구도</li> </ul> <p><b>3) 제네릭 의약품 및 오리지널 의약품에 대한 선호</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 성분은 동일하지만 가격이 서로 다른 약(저렴한 약과 비싼 약)에 대한 생각(효과, 부작용, 품질 등)</li> <li>- 같은 작용 기전, 다른 성분의 의약품 간 가격 차이가 있을 때의 선호(오래된 싼 성분 vs 새로 나온 비싼 성분)</li> </ul>
환자의 의약품 선택	<p><b>1) 환자의 의약품 선택 의향, 2) 의약품 비교 정보의 요구와 의약품 선택</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 처방약을 받을 때 동일한 성분으로 가격 차이가 있는 여러 회사의 약이 있을 때 환자가 제품을 선택하는 것에 대한 생각(그 이유, 적합한 결정자)</li> </ul>
처방약 비용부담과 저렴한 의약품 선택	<p><b>1) 현재 처방약의 가격 부담과 가격에 따른 의약품 선택</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 처방약값 규모, 경제적 부담 여부</li> <li>- 실손의료보험에서 약값 보상받은 경험</li> </ul>

74 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

구분	내용
	<p><b>2) (의사 권유 시) 동일 성분의 저렴한 약 사용 의향</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- *지속적으로 처방 받아서 사용하는 약이 있다고 가정할 때, 의사가 지속적으로 복용하는 약과 동일한 성분이지만 가격은 더 저렴한 다른 제품을 권한다면 사용할 의향과 그 이유</li> <li>- **의사가 지속적으로 복용하는 약과 동일한 성분이지만 가격은 더 저렴한 다른 제품을 권한다면 사용할 의향과 그 이유</li> <li>- **의사가 지속적으로 복용하는 약과 동일한 성분의 다른 회사 약으로 바뀌서 처방 약을 받은 경험</li> <li>- **(경험이 있다면) 약을 바꾼 후 경험, 효과나 부작용 등의 차이</li> </ul> <p><b>3) 질병에 따른 저렴한 약 선택(사용) 의향</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 급성질환 치료제 또는 만성질환 치료제에서 가격과 선택</li> <li>- 감기(또는 복통)처럼 가벼운 질병이나 단기적인 질병 치료 시 동일한 성분의 약 중 가격이 높은 약 또는 낮은 약 중 처방 선호도(*또는 오리지널 선호 여부)</li> <li>- 고혈압이나 당뇨처럼 지속적으로 복용해야 하는 약 처방 시, 동일한 성분의 약 중 가격이 높은 약 또는 낮은 약 중 처방 선호도(*또는 오리지널 선호 여부)</li> <li>- 할인되는 가격폭에 따른 저렴한 제품 선택 의향</li> </ul> <p><b>4) 비싼 약 선택 시 본인부담금 높이는 제도에 대한 의견</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 비싼 제품 선택 시 본인부담금이 증가될 때 의약품 선택 의향</li> </ul>
환자의 의약품 선택권 및 알 권리	<p><b>1) 현재 처방약 결정 과정</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 처방약 결정 과정(의사 일방적 결정, 함께 논의 경험)</li> <li>- 처방약 선택 시 중요 고려 요인(효과, 부작용, 회사, 가격, 의사의 결정, 주변 의견 등)</li> </ul> <p><b>2) 환자의 의약품 선택권 및 알 권리</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 처방약의 효능, 부작용, 가격 등에 대한 설명 및 정보 제공 여부</li> <li>- 처방약에 대한 환자 선택권 보장 여부</li> </ul> <p><b>3) 환자의 의약품 선택권 및 알 권리 제고를 위한 의견</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자의 선택권 및 알 권리를 위해 필요한 제도</li> </ul>

주: \* '최근 3개월 이내에 병·의원 이용 및 처방약 조제 경험자', \*\* '현재 지속적으로 처방약 복용자' 각 그룹에게만 질문하였으며, 그 외 내용은 두 그룹 공통으로 질문하였음.

### 3. 분석 방법

질적 면담을 녹취하여 작성된 녹취록을 바탕으로 1차 코드(Code)를 도출하였으며, 연구 주제와 관련된 내용을 중심으로 공통된 코드들을 범

주(Category)화하였다. 범주의 패턴과 연결 고리로 범주들 간의 관련성을 파악하여 주제(Theme)를 도출하였으며, 주제별로 일부 면담을 발췌한 내용과 함께 분석한 결과를 제시하였다.

#### 4. 분석 결과

##### 가. 처방약에 대한 관심과 정보

###### 1) 처방약에 대한 관심 정보

면담 참여자들이 처방약에 대해 주로 관심을 보인 정보는 약의 효과와 부작용이었다. 처방약의 제품명과 성분에 대해 관심이 있어서 직접 인터넷을 검색해보는 경우도 있었던 반면, 처방약의 제품명과 성분을 모르고 관심이 없는 경우도 있었다. 대체로 처방약이 어느 회사의 제품인지에 대해서는 큰 관심이 없었다. 현재 복용하는 처방약의 가격에 대해서는 관심이 있는 경우와 관심이 없는 경우가 모두 제시되었다.

*“(약의 성분, 제품 이름 등에) 관심 있죠. 약 부작용이 많다 보니까. 요즘 인터넷에서 내가 원하는 정보까지는 아니라도 많은 정보가 있으니까 알아볼 때는 많이 좋아진 것 같아요.” (참여자 C)*

*“(약의 효과에 관심이 있지만 약의 성분, 제품 이름 등에) 관심이 없어요. 약국 가면 봉투에 다 써 있잖아요. 그걸 보지 이 약이 어떤 이름의 약이고 성능이 뭐가 들어 있는지는 전혀.” (참여자 F)*

현재 지속적으로 약을 복용하고 있는 면담 참여자들에게는 최근에 사용한 처방약과 관련하여 관심 있는 정보 외에 더 알고 있는 것이 무엇인

지 물었더니, 약의 제품명을 아는 경우도 있었지만 제품명은 모르고 약의 종류만 아는 경우도 있었다. 참여자 다수는 현재 복용하는 약의 성분명을 모르고 있었다. 처방약의 회사명을 아는 사람도 있었지만 회사명을 모르고 관심이 없다는 사람도 있었다.

*“(약의 제품명) 네. 거의 알고 있죠.” (참여자 L)*

*“저는 자세한 건 모르고 약국에서 복약지도라고 하나요? 그거 해주잖아요. 이걸 유산균이고 이걸 위장보호제고 소염제고 이렇게만 알려주셔서 그렇게만 알고 있고, 의사선생님은 안에 뭐가 들어간다 이런 말은 못 들었어요.” (참여자 T)*

## 2) 처방약 정보 검색 및 정보원

처방약에 대해 주로 찾아보는 정보는 약효, 성분, 부작용이었으며, 정보를 찾아볼 때는 주로 포털사이트에 약 이름을 검색하는 것으로 나타났다. 주로 검색해보는 웹사이트가 있다고 응답한 참여자들의 경우 웹상에 개인들이 작성한 검증되지 않은 게시글은 신뢰할 수 없어서 식품의약품안전처 등 공공기관 사이트나 의약품 이름을 검색할 때 나타나는 의약품사전, 제조사 홈페이지 같은 사이트를 보는 편이라고 하였다. 이 밖에도 약이나 질병에 대한 정보를 얻고자 유튜브를 활용하거나, 지인이 의료인인 경우 그 지인에게 처방약에 대한 정보를 물어보고, 제약사 상담실에 직접 전화해본다는 참여자도 있었다.

*“아뇨. 인터넷 같은 데서 봐요. …… 그럼 내가 먹는 약이 어떤 효능이 있고 어떤 부작용이 있는지 일단 찾아보거든요.” (참여자 L)*

*“저는 관심 있어요. 봉다리에 약 이름이 다 있잖아요. 검색 들어가면, 요*

즘 검색이 좋아서 무슨 약을 쓰면 다 나와요. 그 약이 어떤 문제가 있는지 다 나와서, 그런 식으로 확인하는 게 속 편하지 병원 가서 내가 물어보는 건.” (참여자 C)

“저는 전에는 주로 네이버에 약 이름 치면 위키백과나, 아니면 개인 전문가들이 올려놓은 정보가. 사실 이게 정확하겠지라고 생각을 하는데 그마저도 오류가 있을 수 있잖아요. 예를 들면 비전문가가 자기가 책을 보거나 찾아보거나 자기도 들어보고 그걸 가지고 그런 질문에 답변을 하는 글을 올릴 수가 있으니까.” (참여자 B)

“어떤 기관인지는 모르겠지만 보통 약품 이름을 검색하면 백과사전처럼 가장 상위에 뜨는. 아마 국가기관이었던 것 같은데. 식약처. 그렇게 해서 나오는 거 클릭해서 보는 편이에요.” (참여자 I)

처방약에 대한 정보를 찾아보지 않는다는 참여자들이 있었다. 그 이유는 처방약에 큰 문제가 없을 경우 그에 대한 정보에 관심이 없거나, 약 봉투를 잃어버린 경우 약을 검색할 수 있는 방법이 없고, 약을 처방 받은 후 추가로 정보를 찾아보는 것이 시간 소모라고 생각하기 때문이었다.

“되게 복합적인 요소 같아요. 첫 번째는 일단 관심이 없고. 그런데 그걸 나중에 찾아보려고 하니 이미 봉투로 찾을 수 있는 방법도 없고 검색을 하기에는 저 약들이 네다섯 개 있는데 그걸 하나하나씩 다 찾아봐야 되잖아요. 그런 과정들이 사실은 귀찮은 게 되게 커요. 그렇기 때문에 큰 문제 없으면 관심 안 두고 그냥 주는 대로 먹는 것 같아요.” (참여자 F)

처방약에 대한 정보를 의료진에게 물어본 경험이 있는 경우 약 복용 후 부작용이 의심되거나 약 복용 시기 등에 대한 정보를 질문한 참여자가 있었으나, 의사가 아닌 약사에게 듣는 정보에는 한계가 있다고 생각하는 참여자도 있었다.

“네. 왜냐하면 가지고 간 처방전 그대로 만들어주다 보니까 약국에서는 물어볼 생각을 안 해봤어요.” (참여자 P)

“약사는 하루에 몇 알 식후 이것만 얘기하지 약 성분에 대해서는 설명을 안 하고, 이 질환에 이 약이다 이렇게 간단히. 이 약, 이 약 받으시는 거 맞죠? 이렇게만.” (참여자 Q)

처방약에 대한 궁금증이나 알고 싶은 정보를 의사가 충분히 대답해줄 만한 여건이나 문화가 조성되어 있지 않기 때문에, 처방약에 대한 정보를 충분히 알기 위해서는 공인된 웹사이트나 애플리케이션을 통해 전문가가 제공하는 처방약 정보를 직접 검색하고 확인하기를 원하는 것으로 나타났다. 개별 의약품에 대한 정보 외에 여러 의약품을 함께 복용했을 때 나타나는 효과를 알고 싶다는 참여자도 있었다.

“그제(앱) 나올 수도 있고 구현 가능할지 모르겠지만 내가 병원에서 받았던 진료기록 같은 거 처방 같은 거 있잖아요, 어떤 약을 처방 받았고 그 약을 누르면 그 약에 대한 세부 정보라든지, 그래서 내가 전에 먹었던 약이라든지 이런 걸 확인할 수 있으면 되게 좋을 것 같긴 해요.” (참여자 F)

“인터넷이 너무 광범위하다 보니까 전문가나 해서 그렇게 된 게 있으면 좋을 것 같아요.” (참여자 N)

“다른 분들은 모르겠지만 저는 약을 검색하면 세 개를 떠다 보니까 하나 하나에 대한 성분만 알 수 있고, 세 개가 한 번에 들어가면 어떤 반응을 일으키는지는 모르니까 그건 궁금해요. 어떤 사이트에 들어가서, 의약품 그런 데에 들어가서 정리가 돼 있으면 좋겠다는 생각은 해봤어요.” (참여자 P)

## 나. 제네릭 의약품(복제약)과 오리지널 의약품에 대한 인식

### 1) 제네릭 의약품(복제약)과 오리지널 의약품 관련 인식

면담 참여자 중 일부는 복제약이란 말을 들어본 적이 있었지만, 대부분이 복제약이라는 말을 들어본 적이 없었다. 특히 제네릭 의약품이라는 말을 들어본 사람은 극히 일부였고, 복제약의 의미를 아는 사람도 제네릭 의약품이라는 말을 모르고 있었다. 복제약이라는 말을 들어본 참여자의 경우 언론 기사나, 인터넷 글, 지인 등을 통해 그 말을 접해보았으나, 정확한 의미는 모르는 경우가 대다수였다. 소수만이 복제약이란 오리지널 의약품의 특허 만료 후 저렴하게 처방 받을 수 있는 같은 성분의 다른 이름의 약이라고 비교적 정확히 알고 있었다.

대다수 참여자들은 복제약이라는 말을 들었을 때 오리지널 의약품보다 좋지 않은 성분의 저렴한 약이라는 인식을 보였다.

*“짜구려처럼 보여요, 카피라는.” (참여자 A)*

*“그것도 있고 오리지널이랑 정말 똑같은까 그런 느낌.” (참여자 I)*

*“믿음이 안 가죠. 잘 모르겠는데.” (참여자 N)*

연구진에게 복제약에 대한 정확한 의미를 들은 후에는, 복제약도 오리지널과 효능이 동일한 약으로 식품의약품안전처의 허가를 받았으므로 가격이 더 저렴하다는 이유로 좋지 않은 약이라고 생각하지 않는다는 의견이 있었던 반면, 여전히 복제약을 신뢰하기 어렵다는 의견도 있었다. 식품의약품안전처의 허가 기준은 최소한의 조건이기 때문에 실제 오리지널과 제네릭은 다를 수 있으며, 소비자들이 이러한 차이를 알 수 있는 정보가 제공되었으면 한다는 의견도 제시되었다.

“저는 별로 관계없을 거라고 생각하거든요. 성분이 뭔가가 빠졌다 하더라도 나한테 필요한 성분은 고유적으로 지켜져 있기 때문에 그 약을 식약처에서 허가했을 거라고 생각하니까. 그 외 다른 부수적인 게 빠졌을지는 모르겠으나.” (참여자 O)

“그래도 만약에 어떤 사람한테 원조랑 복제된 거랑 둘 중에 하나 사라고 하면 당연히 원조를 살 것 같고, 혹은 복제약이 좀 더 싸면 왜 더 싸지, 뭔가 하자가 있으니까 싼 게 아닐까라는 생각도 들 것 같고, 비싸면 왜 더 비싼지 그런 것도 궁금할 것 같아요.” (참여자 R)

가격에 대해서는 대부분 오리지널 의약품보다 복제약의 가격이 더 저렴한 것이 당연하다고 보았으며, 일부는 복제약의 효과가 오리지널 의약품보다 더 뛰어날 경우 가격이 더 비쌀 수도 있다고 보았다. 복제약의 가격이 저렴하다면 오리지널 의약품도 자연스럽게 가격이 내려갈 수밖에 없을 것이라고 보았지만, 복제약 중 더 저렴한 약에 대해서는 유명하지 않은 회사의 제품이거나 신뢰성이 떨어지는 제품이라고 보았다.

“선생님 말씀도 맞긴 맞는데 원래 저작권이 있으니까 그 사람도 그 사람이 노력한 게 있으니까, 원약이 비싸야 된다고 봐요. 큰 차이 있으면 안 되겠지만 그건 그 사람들이 만든 거니까 그건 인정해줘야죠.” (참여자 C)

“그렇다고 복제했다고 더 싸야 될 이유가 없는 게 복제약이 더 좋으면 좀 더 비쌀 수도 있는 거라고 생각해요.” (참여자 D)

“150원 받다가 유효 기간이 풀려서 우르르 쏟아져 나올 때 원약도 150원을 120원쯤으로 내리지 않을까요? 당연히 내릴 수밖에 없죠. 그럼 120원 정도로 형성되고 나머지 복제약들은 110원이나 100원이나 이렇게 형성되어야지 150원대 100원이다 그렇게는 안 될 거라고 생각하거든요. 세상 논리가 그렇지 않습니까. 아무리 원약이라도 두 배 가까이 되면 안 사 먹게 돼 있거든요. 그런 정도로 자연스럽게 형성되지 않을까 생각 드는데요.” (참여자 A)

## 2) 제네릭 의약품 및 오리지널 의약품 여부에 대한 정보 요구

최근 3개월 이내에 병·의원을 이용하고 처방약을 조제 받은 경험이 있는 그룹에서 오리지널·제네릭을 구분할 수 있는 정보 제공의 필요성에 대해서는 상반된 견해가 제시되었다. 오리지널과 제네릭의 효능이 동일하다면 오리지널·제네릭 여부를 몰라도 상관없다는 의견이 있었지만, 대체로 오리지널에 대한 선호나 가격 차이에 따른 선호 등이 있을 수 있기 때문에 환자에게 오리지널·제네릭 여부를 알려주는 것이 좋다는 의견도 있었다.

*“알고 싶죠. 원약하고 복제약 가격 차이가 분명히 있을 테고 또 원약이 아무래도 기본적으로 품질이 더 좋지 않겠나라고 판단할 수 있는 것 같아요.” (참여자 C)*

*“가벼운 질병이면 상관없는데 약간 좀 중증이라든지 이런 거에, 만약에 걸렸다면 그때 그렇게(복제약을) 처방 받았다면 약간 신경 쓰일 것 같긴 해요.” (참여자 I)*

의료진으로부터 처방약의 오리지널·제네릭 여부에 대한 정보를 제공받을 경우 구두로 듣는 것에 대해서는 부정적이었다. 이는 의사와 약사의 업무가 바쁘고 환자가 구두로만 정보를 들을 경우 쉽게 잊어버리기 때문에 약 봉투에 명시하는 방식이 더 적절하다고 생각한 것이다.

## 3) 제네릭 의약품 및 오리지널 의약품에 대한 선호

일부 면담 참여자들은 오리지널 의약품이나 복제약 중 선택할 수 있다면 오리지널 의 pharm품을 선호하고, 특히 사소한 질병이 아닌 중증질환에 대

해서는 오리지널 의약품을 선택할 것이라는 의견을 제시하였다. 다른 한편에서는 복제약과 오리지널 의약품의 효능이 정말 동일하다면 복제약을 선택할 의향이 있는 것으로 나타났다. 이 밖에도 오리지널·제네릭 여부보다는 효능, 효과에 따라 의약품을 선택할 것이라는 의견과 (효능, 효과가) 같은 조건이라면 더 저렴한 약을 선택할 것이라는 의견이 있었다. 가격 차이가 크지 않다면 오리지널·제네릭 여부와 상관없이 기존에 복용하던 약 처방을 선호하기도 하였다.

*“무거운 질병은 오리지널을 선택하지 않을까.” (참여자 I)*

*“아뇨. 그건 아니에요. 꼭 오리지널을 선택하고, 복제약을 선택하겠다 이 기준은 없어요. 다만 아까도 말씀드렸지만 성분이 조금 센 거, 그나마 효과가 좀 빠른 거. 그것만 보는 거지.” (참여자 F)*

*“같은 조건이면 경제적으로 좀 더 저렴한 걸 구매하겠죠. 만약에 오리지널도 말씀하신 것처럼(생물학적 동등성시험 결과가) 80에서 100으로 왔다 갔다 하고, 복제약도 80에서 100으로 왔다 갔다 한다면 같은 조건이니까. 그렇게 되면 오리지널약이든 카피약이든 사실상 뽑기로 받는다는 느낌일 것 같아서 저는 좀 더 저렴한 걸로 구매할 것 같아요.” (참여자 P)*

*“가격이 차이 안 나면 저는 먹던 걸 먹을 것 같아요.” (참여자 O)*

복제약이나 더 저렴한 약을 선택할 의향이 있는 참여자들의 전제조건은 오리지널 의약품과 복제약의 효능, 효과가 동일하다는 것이었다. 따라서 면담 참여자들은 소비자로서 하여금 오리지널 의약품과 복제약이 동일하다는 것을 신뢰하게 하려면 이를 확인할 수 있는 자료가 필요하다고 하였다.

*“일단은 소비자들이 봤을 때 100% 일치하는지. 저희도 증명할 수 있는 뭔가를 보고 구성 성분 같은 거. 왜냐하면 요즘 소비자들도 많이 똑똑하고*

위낙 볼 수 있는 게 많다 보니까. 그리고 아무래도 제약회사가 거기도 이윤을 남기기 위한 곳이기 때문에 카피를 해서 똑같은 약이 유통된다면 그걸로 인한 이윤이 있을 것이기 때문에 정말로 똑같은지는 사실상 소비자들도 뭔가를 보고 증명할 게 아니면.”(참여자 S)

“가격이나 생물학적 동등성 검사나 그런 수치들이 비슷한 약들끼리 비교를 할 수 있게끔 자료가 있었으면 좋겠어요. 가격이 싼데 성분은 얼마만큼 똑같은지라든가, 그런 게 표로 정리됐으면 좋겠는데…….”(참여자 R)

#### 다. 환자의 의약품 선택

##### 1) 환자의 의약품 선택

참여자들은 동일한 성분의 여러 가지 약이 있을 때 환자에게 의약품 선택의 기회를 주는 것에 대해 긍정적으로 생각하였지만, 너무 많은 선택지가 주어지는 것은 원하지 않았다.

“기회가 있는 게 좋을 것 같아요. 대신 그 정보를 고려하느냐 아니면 의사 말을 그대로 따르느냐는 제 선택인 거고 정보가 충분히 제공된다면 기회가 있는 게 더 좋을 것 같아요.”(참여자 J)

“내가 봤을 때는 그거예요. 원약이 있고 복제약하고 두 가지가 있다면, 성능이 비슷하다면 가격 차이 있을 테고. 내가 좋은 약을 선택하고 싶으면 좋은 약을 선택하고 선택을 두 가지로 주는 게 좋지 않을까 생각해요, 환자 입장에서 보면.”(참여자 C)

환자에게 의약품에 대한 선택의 기회가 주어지면 환자가 가격이나 품질 등을 고려하여 본인의 처지에 맞게 선택할 수 있다는 점에서는 환자의 선택권이 필요하다고 보는 입장도 있었지만, 이와달리 실제로 약에 대한

전문지식이 없는 환자가 약을 선택하는 것은 혼란스럽고 어려울 것이라는 부정적인 입장도 있었다. 처방약에 대해 중요한 정보 외에 너무 많은 정보나 선택권이 주어질 필요는 없다는 것이다.

*“제가 아까 말씀드린 것처럼 아마 그럴 일은, 저희가 약에 대한 지식이 없으니까 거의 없을 것 같긴 한데, 저희 입장에서는 좋은데.” (참여자 B)*

*“(환자에게 약 선택권을 준다면) 그러면 많이 혼란스러울 것 같은데요.” (참여자 A)*

*“네. 말씀하신 대로 중요한 케이스에는 얘기해주실 수 있을 것 같은데, 이건 복제약인데 환자분한테 이게 더 맞을 것 같다고. 그런데 일일이 선택권을 줄 필요는 없을 것 같아요.” (참여자 G)*

환자에게 처방약 선택권이 주어진다면 진료 과정에서 의사에게 약에 대한 설명을 듣고 의사와 함께 상의하여 선택하는 것이 적절하다는 의견과 짧은 진료 시간에 쫓기듯 의사와 상의하는 것보다는 처방전만 받아서 약국에 가서 약사와 상담하여 선택하는 것이 더 적절하다는 의견으로 나뉘었다.

*“아뇨. 진료 과정에서 이미 의사가 처방해준 걸 들고 가서 약국에서 고르는 거 자체가 무의미할 것 같아요. 의사는 이걸 먹으라고 처방해줬는데 약국에서 어떻게 보면 제 마음대로 바꾸고 있는 것처럼 느껴져서 좀 아닌 것 같아요.” (참여자 J)*

*“약에 대해서 의사를 붙잡고 계속 얘기하면 내가 너무 시간을 오래 잡아 먹고 있는 느낌이니깐 그런 부담감이 있어서.” (참여자 I)*

그러나 의사가 성분명으로 처방하고 환자가 약국에 가서 약을 선택하도록 하는 방안에 대해서는 부정적 의견이 다수였으나, 지금 수준의 정보

가 아니라 환자가 이해하기 쉬운 정보가 제공된다면 성분명 처방이 괜찮을 것이라는 의견도 일부 있었다.

*“전문가가 아니니까요. 많은 예시를 환자한테 준다고 하더라도 그걸 검색하는 데 얼마나 많은 시간과 노력이 수반되었어요. 비현실적인.” (참여자 L)*

*“아무래도 약사 의사 다 학교에서 교육 받고 레지던트 그런 걸 다 거친 전문가들인데 저희 같은 일반인들이 가서. 약의 정보를 알아도 주는 정보만 받고 임상사례 같은 건 모르는 상태에서 너무 비전문적인 것 같아요.” (참여자 S)*

## 2) 의약품 비교 정보 요구와 의약품 선택

환자의 처방약 선택을 긍정적으로 보는 입장에서는 처방약에 대한 정보 제공과 관련하여 여러 가지 복제약을 비교해볼 수 있는 정보가 제공된다면, 환자가 더 좋은 약을 선택하는 데 유리할 것이라고 보았다. 현재는 의사가 대체 가능한 여러 가지 약에 대한 비교 설명 없이 처방하는 경우가 대부분이기 때문에, 처방 시 한 가지 약이 아니라 대체할 만한 몇 가지 약에 대해 더 설명해주면 좋겠다는 의견과 의약품에도 가격 비교 사이트가 있었으면 좋겠다는 의견이 제시되었다.

*“건강보험평가원에 병원마다 비교한 거 많이 있거든요. 약도 그런 식으로 약마다 제약회사 규모라든지 판매량이라든지 기본적인 데이터라도 있어서 선택할 수 있다면 그중에 좋은 걸로 선택하겠죠.” (참여자 C)*

*“추천을 해주고 장단점을 비교해주고 몇 개를 놓고 설명을 해주면 좋을 것 같아요.” (참여자 R)*

*“설명해줬으면 좋겠어요. 알아듣기 쉽게. 진짜 마진율이 높은 걸 권하고 이거 드세요, 이게 아니라 간단하게라도. 솔직히 법적으로라도 조금 된다면*

약을 할 때 간단하게 이렇게, 이렇게 있고 성분은 비슷하거나 어떻게 다르고 간단하게 설명을 하고 소비자가 선택할 수 있게 하면 저는 그게 더 좋을 것 같아요.” (참여자 N)

“그런 건 있어요. 인터넷에도 아까 말씀하신 의약품만 없지 비교 사이트가 있어요. 보험도 어느 보험 다 똑같이 비교 사이트가 있거든요. 의약품 없는 거예요. 의약은 가격이 천차만별이라.” (참여자 L)

면담 참여자들은 대체로 처방약값에 큰 부담을 느끼고 있지만, 여러 약을 비교한다는 측면에서 가격이 서로 다른 약에 대해 선택권이 주어지는 것을 좋다고 보았다.

“선택을 할 수 있었으면 좋겠어요. 좀 걱정이 돼도싼 걸 할 수 있으면 그걸 선택하고 비싸더라도 좀 더 좋겠다는 생각이 들면 그걸 선택할 수 있게끔. 보통 약을 고르라는 얘기는 병원에서 잘 안 하니까요.” (참여자 R)

이와는 상반되게 환자는 의사의 처방을 믿을 수밖에 없는 처지이므로 처방약의 가격과 상관없이 의사가 처방해주는 대로 따를 수밖에 없다는 의견도 있었다.

“동네에서 약을 사는 게 아니고 저희는 병원에서 선생님이 처방해주신 대로 받는 입장이기 때문에 저희가 선택의 권한이 없어요. 주시는 대로 그 약이 비싸든 싸든 상관없이.” (참여자 O)

“어쨌든 이 자체에 대한 부분은 의사의 절대적인 권한을 갖고 당신한테 맞는 약이라고 처방해주는 걸 믿을 수밖에 없는 상황이라고 생각이 들고요.” (참여자 K)

의약품을 비교해볼 만한 여러 가지 정보가 제공되더라도 처방약의 경우 환자가 의사 처방전과 다른 약을 선택하는 것이 어렵고, 약에 대한 비

교 정보를 기반으로 약을 선택하려고 해도 약국에서 모든 약을 구비해놓는 것이 어렵기 때문에 환자의 선택권이 무의미할 것이라는 의견도 있었다. 또한 처방약에 대해 가격 등 새로운 정보를 알게 되었을 때 의사에게 처방약 변경을 건의해보겠냐는 물음에 대해서는 건의해볼 것 같다는 입장과 그렇지 못할 것 같다는 입장으로 나뉘었다.

“솔직히 지금 논의하는 것 중에 처방전을 가지고 약국에 제출하는 부분은 소비자 입장에서는 아무리 자료가 나왔어도 의사가 주는 처방전에 대해서 다른 약을 해 달라고 안 된다고 했을 때 그것에 대해서 거부하거나 왜 안 해주냐고 따질 수 있는 사람들은 많지 않지 않을까.” (참여자 Q)

“또 문제가 뭐냐면 약을 한 가지를 사면 괜찮은데 두세 가지를 사야 되는 경우에 내가 선택을 해서 이진 이저 주세요, 이진 이저 주세요 하면 그 약국에 없는 경우가 있어요. 약국이 그렇게 대규모들이 아니기 때문에 그 모든 약을 다 구비해놓을 수가 없다고요. 아무리 가격 비교가 잘 돼 있다 하더라도. 그럼 없는 약이 있으면 그 약을 사러 또 다른 데를 가야 된다는 문제가 있거든요. 그러니까 부질없는 짓인 것 같다는 생각은 들어요.” (참여자 O)

그럼에도 불구하고 대부분이 동일 성분 처방약에 대한 정보를 환자에게 제공해야 한다고 보았다.

“정기적으로 먹는 약은 중간에 효과가 없다고 환자 본인이 느낄 수 있잖아요. 그럴 때 의사한테 물어볼 수 있게끔 자료가 있는 건 좋은 것 같아요. 없으면 계속 쓰게 될 것 같으니까 그럴 때는 알아보고 의사한테 얘기할 수 있게끔 자료가 있으면 좋을 것 같아요.” (참여자 R)

최근 3개월 내에 병·의원을 이용하고 처방약을 조제 받은 경험이 있는 그룹의 경우 동일 성분의 여러 가지 약 중에서 선택할 수 있는 기회가 주

어진다면 상황에 따라 여러 조건을 고려할 것이라고 하였으며, 의약품 선택 시 저렴한 가격이 우선순위는 아니라고 하였다.

“우선 처음 들어보는 회사면 선택 안 할 것 같고 가격대나 함량이나 적당한 선에서 선택할 것 같아요.” (참여자 J)

“너무 저렴한 약은 사실 불안할 것 같아요. 싼 건 싼 이유가 있다고 생각해서.” (참여자 J)

“질환에 따라서 다르긴 하겠지만 그런 것도 임상 같은 걸 하잖아요. 그럼 예를 들어서 회복이 필요한 질병이면 회복률이 제일 높았다는 약을 달라고 하고, 5년에 걸쳐서 나올 걸 3년에 걸쳐서 나왔다면 그게 더 나은 건데, 그게 비용이 비싸면 그것에 따라 선택지가 또 다를 것 같아요. 하나만 보고 선택할 수 있는 문제는 아닌 것 같고 여러 가지를 다 따져봐야지만 선택할 수 있지 않을까.” (참여자 F)

“사람들이 많이 찾았던 거, 부작용이 그나마 적다고 인식되는 거.” (참여자 J)

감기 또는 보통처럼 가벼운 질병의 경우 오리지널·복제약 여부나 가격과 상관없이 효능이 좋고 효과가 빠른 약을 선택할 것이라는 의견과 오리지널 의약품을 선호한다는 의견이 제시되었다. 만성질환 치료제와 같이 장기적으로 복용해야 하는 약에 대해서도 오리지널 의약품을 더 선호한다고 하였지만, 부작용, 제약사, 보험 적용 여부, 가격 등 복합적인 요소를 고려하여 선택할 것이라고 하였다.

“(가벼운 질환 약일 경우) 그렇죠. 어쨌든 아파서 간 거 빨리 나오려고 간 건데 빨리 먹고 빨리 낫는 게 좋은 것 같아요.” (참여자 F)

“(장기 복용 약일 경우) 큰 차이는 없지만 아무래도 오리지널이 좀 더 믿음이 가지 않나요?” (참여자 J)

“(만성질환 약을 복용해야 할 때) 그때는 고민을 해볼 것 같아요. 금액도

생각해볼 것 같고. 그런데 2, 3일 먹는 건 오리지널을 선택할 것 같긴 한데 만성으로 몇 년간 먹어야 될지도 모르는 상황이면 이것저것 비교해서 할 것 같아요.” (참여자 H)

“(만성질환 약을 복용해야 할 때) 그런 상황이면 정말 하나부터 열까지 다 따져봐야죠. 약 보험이 적용되는지 여부, 독성 여부, 부작용 여부. 정말 몇 년에 걸쳐서 먹어야 되는 약이면 단순하게 생각 절대 안 할 것 같아요. 진짜 다 따져보고 금액적인 부분도 따져봐야 되고. 사실 그걸 다 해야 되는 게 맞는 것 같아요, 그렇게 몇 년에 걸쳐서 먹어야 되면.” (참여자 F)

## 라. 처방약 비용부담과 저렴한 의약품 선택

### 1) 현재 처방약의 가격 부담과 가격에 따른 의약품 선택

대체로 처방약에 대한 가격 부담은 작은 것으로 나타났다. 진료비와 검사비는 부담이 되기도 하지만 상대적으로 약값에 대한 부담은 작다고 하였으며, 특히 실손보험에 가입되어 있는 경우 처방약값을 포함한 의료비에 대한 부담을 작게 느끼는 경향이 있었다.

“건강보험으로 처리되는 약값은 부담이 없는 것 같아요. 큰 병이 있지 않은 이상.” (참여자 C)

“저는 사소한 질병은 처방약이 비싸다는 생각을 한 번도 해본 적이 없거든요. 그런데 장기적으로 복용하는 경우에는 비싸다는 생각을 해본 적이 있어요. 그런데 그것도 비교해보면 이게 진짜 비싼 건가 싶은 상태라서 약에 대한 정보라든지 내 선택권은 조금 가뭇하긴 하지만 가격에 대해서는 그렇게까지 크게는 불만이 없었던 것 같아요.” (참여자 I)

“저는 오히려 진료비가 비싸고 약값은 별로 안 비싸요. 일단 병원 가면 피 검사하고 의사 보는 데 한 8만 5000원 정도. 약값은 별로 안 들어요.”  
(참여자 S)

“약값에 대한 부담은 거의 없었던 것 같아요.” (참여자 R)

“보험 없었으면 큰일 날 뻔했다 할 정도로 저는 혜택을 많이 보고 있어요.” (참여자 O)

병원 진료를 자주 받아야 할 경우에는 진료비와 약값이 부담이 된다고 하였으며, 처방 받아야 할 약값이 비싸다면 가격 문제에 더 민감해질 것 같고, 환자에게 약값에 대해 더 많은 정보를 주면 도움이 될 것 같다는 의견도 있었다.

“저는 최근에는 괜찮은데 한참 안 좋아서 2주에 한 번씩 갔을 때는 약도 엄청 많고 시술비까지 해서 부담이 됐었어요.” (참여자 J)

“어려운 얘기인데 비싼 약도 있잖습니까. 특히 비싼 약에 한해서. 리미터 드를 어디에 들지는 모르겠지만 이 정도는 우리가 상식적으로 봤을 때 정말 비싸다고 하는 거야말로 정말로 연구원이나 식약처에서 나서서 선택할 수 있는 권한을 많이 줬으면. 홍보를 해서라도 많이 줬으면 하는 생각이 듭니다. 6000원, 4000원 적은 돈 아니긴 하지만 4000원짜리를 6000원으로 할 것이냐, 6000원짜리를 4000원으로 할 것이냐에 대한 부분은 그렇지만 진짜로 부담이 되는 것에 대해서는 환자가 선택할 수 있도록 정보를 많이 주면 도움이 되지 않을까라는 생각을 합니다.” (참여자 A)

“인터넷에 보면 가격 비교한 다른 상품들도 있잖아요. 그런데 약은 투명성이 없어요. 그런 게 투명하게 가격 비교가 따다닥 해서 나온다면 좋죠. 그걸 선택하겠죠. 그런데 그런 게 없으니까.” (참여자 O)

현재 지속적으로 처방약을 복용하고 있는 그룹에서는 저렴한 약에 대해 부정적으로 인식하는 경향이 있었다. 가격에 따라 약을 선택할 수 있다면 굳이 저렴한 약을 선택하지는 않을 것이며, 약값이 큰 부담이 되지 않는다면 조금 더 비싸더라도 더 좋은 약을 선택할 것이라고 하였다.

*“만약에 약값이 엄청 비싸면 80이더라도싼 걸 고를 수 있을 것 같은데 약값이 부담이 안 되니까 굳이싼 걸 고집하는 선택도 안 할 것 같은.” (참여자 R)*

*“약값이 진짜 개인적으로 큰 부담이 없다면 좀 비싸도 좋다는 약을 쓸 것 같아요.” (참여자 Q)*

*“의사가 얘기하지 않을까요. 이제 새로 나왔는데. 이제 좀 더 비싼데 새로 나왔지만 좀 더 효과가 좋다고 하면 환자 입장에서는 그걸로 하겠습니까라고 얘기할 것 같고 너무 터무니없이 비싸면 주저할 것 같긴 해요.” (참여자 T)*

## 2) (의사 권유 시) 동일 성분의 저렴한 약 사용 의향

의사가 지속적으로 복용하던 약과 동일한 성분이지만 가격이 더 저렴한 약을 권한다면 그 약을 사용할 의향에 대해서도 다양한 의견이 제시되었다.

기존에 복용하던 약보다 가격이 더 저렴한 약으로 변경하지 않을 것이란 입장에서는 동일한 성분에 효능이 같다고 하더라도 미묘한 차이는 있을 것이므로 기존에 복용하던 약을 선호한다고 하였다. 또한 기존에 복용하는 약이 효과가 좋고 비용에서 크게 차이가 나는 것이 아니라면 더 저렴한 약으로 변경하지 않을 것이란 입장도 있었다.

*“저는 안 바꿀 것 같아요. 몸에 계속 효과가 있으라고 들어가던 약인데 아무리 효능이 같다고 해도 미묘한 차이는 있을 수밖에 없다고 생각해서 우*

선 그건 단순히 의사가 권유했다고 해서 바로 결정은 안 할 것 같아요. 먹던 약 계속 먹으면서 생각을 해볼 것 같아요.” (참여자 J)

“저도 변경은 안 할 것 같아요. 지금 다니는 병원을 안 바꾸는 것처럼 이것도 똑같아요. 먹었던 약을 가장 신뢰하기 때문에.” (참여자 F)

“저는 같은 성분이라고 했을 때 싸든 비싸든 지금 먹고 있는 약이 효과를 별로 못 느낀다면 싸든 비싸든 바꿔볼 생각은 있어요. 다른 약으로 바꿔볼 생각은 있는데 지금 먹고 있는 약이 효과가 좋다면 저는 권유를 해도 안 바꿀 것 같아요. 효과가 이미 제 몸으로 입증된 약이다 보니까 굳이 그런 모험을 하고 싶지는 않을 것 같아요.” (참여자 P)

이와는 반대로 평소에 자신을 진료해주던 의사가 추천하였기 때문에 더 저렴한 약으로 변경할 것이라는 의견이 있었다. 성분이 동일한 약임을 믿을 수만 있다면 더 저렴한 약을 선택할 것이라는 의견도 있었는데, 이때 소비자가 의약품의 성분이 동일하다는 것을 알기 어렵다는 문제가 있음을 제기하였다.

“평소에 맡고 있던 의사선생님이 해주신다고 하면 바꿀 것 같아요.” (참여자 G)

“너무 싸도 성분이 같다는 걸 믿으면 진짜 싼 걸로 가겠죠. 믿을 수가 있으면.” (참여자 P)

“저는 지금 생각난 건데 약에 대해서 무지하고 주는 대로 먹고 그래도 아는 메이커이었는데, 만약에 성분이 같고 내가 이걸 1, 2년 먹다 말 게 아니라 꾸준히 먹어야 된다면 같은 성분이라면 저렴한 게 좋을 것 같아요. 성분이 똑같다는 전제하에서.” (참여자 N)

“그런데 성분이 똑같은지 안 똑같은지를 소비자가 어떻게 아냐고요.” (참여자 O)

실제로 의사가 지속적으로 복용하던 약과 동일한 성분의 더 저렴한 약을 권해서 그 약으로 변경한 경험이 있는 참여자의 경우 의사가 환자의 상태를 잘 알고 추천했을 것이라고 생각해서 약을 변경했다고 하였으며, 더 저렴한 약으로 바꾼 후 비용부담이 줄어든 것 말고는 눈에 띄는 차이는 없었다고 하였다.

*“저는 바꾼 적이 있는데 그건 그 약을 제가 알고 믿어서가 아니라 의사의 권유 때문에 바꿨던 것 같은데. 오래 봤던 의사가 내 상태를 알고 당신 상태에서는 지금 이 약을 써도 상관없을 거라고 추천했을 거라고 생각했기 때문에 그래서 바꿨던 적 있어요.” (참여자 1)*

### 3) 질병에 따른 저렴한 약 선택 의향

환자에게 저렴한 약을 선택할 기회가 있다고 할 때, 질병의 경중이나 약을 복용해야 하는 기간에 따라 저렴한 약을 선택할 의향이 다양하게 나타났다.

먼저 단기간 질병 치료를 위한 약값이 3000~5000원 정도일 때 그보다 더 저렴한 약을 선택하겠다는 의견도 일부 있었지만, 더 저렴한 약을 선택하지 않고 의사의 처방대로 선택하겠다는 의견이 우세하였다. 그 이유는 의사의 처방대로 선택하지 않고 다른 약을 선택했을 때 그에 대한 책임을 본인이 져야 하는 것을 우려했기 때문이다. 또한 비전문가인 소비자가 약에 대해 비교하여 선택하는 것을 비효율적이라고 생각했기 때문이다.

*“그게 아니라 귀찮아서. 제가 거기에 대한 지식이 아주 해박하면 내가 딱 딱 알아서 고르면 되는데 그게 아니기 때문에. 이게 껌, 과자 사 먹는 게 아*

니잖아요. 아파서 먹는 건데, 거기에 적합한 약인지 아닌지 내 자신을 못 믿기 때문에 그렇게는 안 할 것 같아요.” (참여자 O)

“약이라는 게 내가 선택을 했잖아요. 먹고 잘못되면 내가 책임지는 상황이 될 수 있다는 거죠. 의사가 처방해준 상황이 아니라 내가 그중에서 골라야 되는 상황에서 좀 싸다고 했을 때 내가 선택했을 때는 그 선택에 대한 책임을.” (참여자 K)

“저희처럼 한 달 약값이 몇만 원씩 들어가는 경우라면, 그것도 계속 꾸준히 먹어야 되는 경우라면 당연히 비교하고 하겠죠. 그런 게 아니라면 굳이 그렇게까지.” (참여자 O)

장기간 지속적으로 복용해야 하는 약에 대해서도 환자별로 입장 차가 드러났다. 처방 받은 약보다 더 저렴한 약을 선택할 수 있다고 하더라도 의사의 처방대로 구매하는 것이 안전하며, 평생 먹어야 하기 때문에 조금이라도 더 좋은 약을 선택할 것이라는 의견이 있었던 반면, 평생 먹어야 하는 약은 가격 면에서 부담이 될 수 있기 때문에 더 저렴한 약을 선택하는 것이 좋은 선택일 수 있다는 의견도 있었다.

“성분만 나와 있고 다른 설명이 우리가 알 수 없다면 그냥 의사가 권해주는 거 쓸 것 같아요.” (참여자 R)

“그 약값도 부담이 되는 부분이 있을 수 있거든요. 평생 먹어야 되니까. 그런 분들한테는 좋은 선택이 될 수도 있죠.” (참여자 B)

“약 부담이 얼마나 되는지 모르겠지만 평생 먹는 약에 대한 건 조금이라도 더 좋은 약을 먹을 것 같아요.” (참여자 A)

이 밖에도 장기간 복용해야 하는 약에 대해 의사가 처방한 약과 성분은 동일하지만 가격이 다른 약을 소비자가 선택할 수 있다면 좋겠지만, 병원 주변 약국에는 의사가 처방한 약밖에 없기 때문에 가격이 다른 약을 구매

하기 위해 다른 약국을 찾아가는 데 시간과 노력을 소모하고 싶지 않다는 의견이 있었다. 이에 대해 만약 제도적으로 어느 약국에서든 저렴한 약과 비싼 약이 구비되어 있다면 조금이라도 저렴한 약을 선택하겠다는 의견이 제시되었고, 동일 성분의 가격이 다른 약을 선택할 기회가 주어지더라도 의사에게 다시 한번 확인을 받은 다음에 복용할 것이라는 의견도 제시되었다.

“그렇다면 좋겠지만 병원에서 나와서 그 주변 약국을 가잖아요. 그럼 선생님님이 원하는 약만 있어요. 다른 약은 없어요, 그 약국에서는. 다른 약국을 가야 되는데 거기에도 그런 약이 있는지 없는지도 모르고. 그렇게 쓸데없는 소모를 하고 싶지는 않다는 거죠.” (참여자 O)

“그럼요. 소비자 입장에서는 단돈 1000원이라도 아끼는 게.” (참여자 L)

“저 같으면 선생님한테 다시 여쭙볼 것 같아요. 이 약을 먹어도 괜찮은지 다시 한번 점검을 한 다음에 먹을 것 같아요.” (참여자 N)

질병의 경중에 따른 저렴한 약을 선택할 의향이 있느냐는 질문에 대해서도 다양한 의견이 제시되었다. 감기 정도의 가벼운 질병이라면 본인부담금이 더 낮은 저렴한 약을 선택하고, 중증질환이라면 가격 때문에 약을 변경하지 않고 처방 받은 약을 그대로 복용할 것이라는 의견이 있었지만, 이와 다르게 중증의 여부와 상관없이 처방 받은 약을 그대로 복용할 것이라는 의견도 있었다.

“중병 때는 고려하겠지만 가벼운 질병 같은 경우는 본인부담금이 낮아진다면 선택해볼 것 같긴 해요.” (참여자 I)

“저는 가벼운 질병이면 아까 말씀드렸듯이 상관없는데, 중요한 질병이었을 때 가격이 낮다는 이유로 다른 거 비교 안 하고 바꿨다가 진짜 부작용이 생긴 것도 아닌데 괜히 속이 안 좋은 것 같고 괜히 머리가 아픈 것 같은 심

리적인 불안감이 생길 것 같아서 안 바꿀 것 같아요.” (참여자 J)

“약값도 약값인데 괜히 바꾸기가 뭐가 좀 그래요. 처방이 내려왔는데 그걸 가격이 조금 낮다는 이유로 내가 바뀌서 이걸 하겠다 하는 건 어떻게 보면 의사에 대한 신뢰가 없기 때문에 그런 걸 수도 있어서 저는 그 정도면 그대로.” (참여자 F)

#### 4) 비싼 약 선택 시 본인부담금을 높이는 제도에 대한 의견

동일한 성분의 약 중 가격이 낮은 제품을 사용하도록 하면서 본인부담금을 매우 낮게 하고 환자가 더 비싼 제품을 선택할 경우 본인부담금을 높게 하는 방안에 대해서는 부정적인 의견이 우세하였다.

“저는 반대로. 그건 어떻게 보면 아예 극단적으로. 예를 들어서 지금 50% 지원되는데 이걸 한쪽으로 극단적으로 몰겠다는 거잖아요. 그런데 만약 약에 이 약이 나랑 안 맞으면. 싼 약인데 안 맞으면 결국에는 비싼 약을 처방 받을 수밖에 없잖아요. 그럼 지금 대비해서 오히려 비용은 증가할 거기 때문에 오히려 안 좋은 것 같아요.” (참여자 F)

“제도는 반대해야 될 것 같아요. 너무 특정 회사 제품을 독점하는 것 같기도 하고 너무 이분법적이라서 가난한 사람들은 무조건 싼 약을 먹어야 될 것 같아요. 가운데 점점선이 없다는.” (참여자 J)

또한 제약사에서 가격 기준을 맞추기 위해 어쩔 수 없이 가격을 내릴 경우 의약품의 질적 저하를 우려하였다. 만약 현재 의약품 가격이 높아져서 가격을 낮추어도 되는 수준이라면 소비자에게 가격 말고 의약품에 대해 신뢰할 만한 정보를 제공해야 한다는 의견이 제시되었다.

“가격이 내려가면 제약회사도 이윤을 남겨야 되니까 뭔가 빠질 것 같다는 생각이 들어요. 돈을 맞추려면 질이 안 좋아지겠죠. 가격은 내려가지만 약의 질은 좀 떨어지는.” (참여자 S)

“기업체는 이윤이 떨어지면 다른 걸로 창출하기 위해서 또 방법을 쓸 텐데 그 방법이 옳은 방법인지 나쁜 방법인지는 잘 모르겠지만 좀 나쁜 쪽으로 가지 않을까. 소비자 입장에서선 좋지 않은 방법을 쓰지 않을까 하는 거죠.” (참여자 Q)

그러나 이와는 반대로 저렴한 약을 선택하지 않고 더 비싼 약을 선택할 경우 본인부담금이 높아진다면 식약처에서 허가한 제품이기 때문에 믿고 저렴한 약을 선택할 것이라는 사람들도 있었다. 약값 상승요인은 약값 자체뿐만 아니라 여러 가지 요인이 작용하기 때문에 비싼 약이 좋은 것은 아니라는 의견이 있었으며, 일부 건강보험 재정 건전성 등을 고려했을 때 더 비싼 약을 쓰고 싶은 환자가 비용을 더 부담하는 것이 필요하다는 의견도 있었다.

“식약처에서 인정하고 건강보험에서 인정하고 가격이 더 싸면 당연히 그걸 선택하겠죠. 얼마 차이 나지 않는다 하더라도.” (참여자 O)

“약은 비싼 게 많잖아요. 그런데 약값 측정하는 데서 여러 가지 변수가 많아요. 제약사하고 병원하고 관계도 있는 거고 약값이 상승되는 요인이 여러 가지가 있어요. 단지 약값 자체만 하는 게 아니라. 신문기사에서 많이 봤잖아요. 리베이트라든가, 여러 가지 제약사와 그런 관계에 약값 상승 요인이 있어요.” (참여자 L)

“약도 마찬가지로. 약도 비싸고 좋은 걸 쓰고 싶으면 당연히 제가 좀 더 부담해야죠.” (참여자 B)

“그런데 결국은 그렇게 가야 되지 않나요? 예를 들면 병원에서 병실에 입원할 때 1인실, 2인실 선택할 것이냐, 5인실, 6인실 할 것이냐 그거랑 비슷

한 문제라고 보는데, 지금처럼 계속 재정상태가 악화되는 과정에 있는데 결국은 의료보험재정 건전성을 수익성이라든가 이런 것들을 재고하려면 그렇게 가야 되는 게 아닐까요. 약효가 똑같고 성분이 똑같다면 굳이 의료보험 재정이 악화되는 쪽으로 가기보다는 그런 쪽으로 유도하는 게 더 낫다고 생각합니다.” (참여자 B)

이 밖에 본인부담금이 낮은 저렴한 약과 본인부담금이 더 높아지는 비싼 약 간의 가격 차이가 너무 커서는 안 되고 적정선을 유지해야 한다는 의견이 제시되었다.

“가격 차가 심하다면 그건 문제가 있죠.” (참여자 C)

## 마. 환자의 의약품 선택권 및 알 권리

### 1) 현재 처방약의 결정 과정

현재 처방약의 결정 과정에 대해 대부분의 환자는 그 과정에서 의사와 함께 상의한 경험이 없었다. 환자가 처방 과정에 간섭하는 것을 의사가 싫어한다고 인식하고 있었다. 대부분 의사가 기본 처방을 결정하고 부작용이나 알레르기 여부 등에 따라 부수적인 사항을 환자에게 물어보고 조정하는 정도라고 응답하였다.

“(처방약을 결정할 때) 한 번도 상의해본 적 없어요.” (참여자 C)

“의사들의 특징이 질문을 싫어해요. 질문을 싫어하고 권위적인 사람들이 많아서 환자가 의사들의 처방이나 결정 과정에 간섭하는 걸 되게 싫어해요.” (참여자 B)

“저도 말씀하신 것처럼 처음에는 약간 일방적으로 처방을 해주셨고, 그 다음에 그 약 먹고 나서 메스꺼웠냐 속이 쓰리지는 않았냐 물어보시고, 이거 먹고 나서 몇 시간은 운전하면 안 된다고 얘기해주셨던 것 같아요.” (참여자 J)

“말씀하신 것처럼 병원에 가면 일반 어느 병원에 가더라도 처방을 하는 데 있어서 환자가 개입할 여지가 없어요. 의사가 정해주시는데 만약에 그 약을 복용한 뒤에 어떤 부작용이 일어나면, 이런 부작용이 일어났습니다 하면 약을 바꿔주는 건 있어요.” (참여자 L)

처방 과정에서 의사가 처방약의 효과와 부작용 등에 대해 비교적 상세하게 설명해주었다는 의견이 있었지만, 설명이 없는 경우가 있어 의사의 설명이 필요하다는 의견도 있었다.

“최근에 방문한 대부분의 병원에서 의사선생님들이 이 약은 어떤 거고 이 약은 어떤 거라고 상세히 설명을 해주시는 편이었어요. 저는 항생제는 장기복용했을 때 속이 불편한 경우가 있어서 만약에 항생제가 있으면 제가 여쭙보기도 해서, 대부분 다 설명 잘 해주시더라고요. 약국에서도 한 번 더 말씀해주는 경우도 있고.” (참여자 G)

“.....어떤 약 어떤 약 어떤 약을 처방할 거고 이게 어떤 효과가 있고 어떤 부작용이 있는지를 설명해주면 좋겠고, ..... 고정적으로 소화제 같은 게 들어가는데 그게 과연 소화기관에 문제없는 건강한 성인 남녀한테도 꼭 필요한 약인지, 아니면 처방을 해서 먹어도 큰 문제가 없으니까 그냥 하는 건지 그런 것들을 잘 모르겠더라고요.” (참여자 B)

“왜 먹어야 되는지 의사가 설명해주면 좋은데 그 설명은 없고 처방하면 내가 거꾸로 알아봐야 되는 상황이 되는 거지.” (참여자 C)

## 2) 환자의 의약품 선택권 및 알 권리

면담 참여자들은 의약품의 처방 및 조제에 있어서 환자의 알 권리나 선택권을 충분히 보장받지 못하고 있다고 인식하였다.

“아뇨. 종합병원은 약에 관한 한 그런 걸로 할애할 시간이 없어요. 선생님이 환자들이 계속 줄지어 있는데 이 약이 어떻고 저렇고 그런 얘기를 한번도 들어본 적도 없고, 당신이 치료하는 그 부분에 대해서는 얘기를 해도 약에 대해서는 설명 없었어요.” (참여자 O)

“내가 의사한테 물어봐야 돼요. 의사로부터 직접적인 설명을 받은 경우는 없어요. 저는 처음 가서 처방 받을 때 물어봐요. 이 약의 부작용이 뭐 있습니까 물어보는데 의사로부터는 전혀 그런 얘기 없어요. 10년 동안 다녔는데도 없어요.” (참여자 L)

“약국에서 약을 받을 때는 이걸 혈압약입니다, 이걸 아스피린입니다 이걸 고지혈증약입니다, 복용 방법은 다 아시죠? 이걸 저녁에 먹으라고 되어 있는데 같이 드셔도 됩니다. 끝. 그게 약국에서 저희들한테 하는 최선의 설명이에요. 그 이상은 없었던 것 같아요.” (참여자 O)

참여자들은 대부분 의사나 약사가 처방약의 효능, 부작용, 가격 등에 대한 설명을 잘 해주지 않는다고 생각했다. 그 이유로는 의사가 많은 환자들을 진료하느라 설명해줄 여유가 없다는 것이었고, 영리를 추구하는 병원 경영상에 문제가 있다는 것이었다. 이외에 환자들도 처방약에 큰 관심이 없기 때문이라는 의견도 있었다.

“(의사나 약사가 처방약에 대해 잘 설명해주지 않는 이유) 너무 환자 수가 많아요.” (참여자 A)

“(의사나 약사가 처방약에 대해 잘 설명해주지 않는 이유) 우리나라는 전

문가들이 그걸 설명해줄 수 있는 문화가 아니잖아요. …… 의사 자체의 문제도 있겠지만 병원의 경영도 문제가 있는 거니까.” (참여자 C)

“저도 그렇지만 환자들도 사실 관심 없어요. 저도 마찬가지로 관심 없고.” (참여자 F)

또한 환자들은 처방약이나 대체 가능한 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대해 충분한 정보를 제공받지 못한다고 인식하였으며, 의약품의 처방 및 조제 과정에서 환자의 선택이 필요할 때 환자가 선택할 수 있는 권리를 보장받지 못하고 있다고 인식하였다. 따라서 의사가 환자에게 처방 약에 대한 설명을 들을 의향이 있는지를 먼저 물어봐주길 원하거나 의사로부터 충분한 설명을 듣길 원하였고, 환자의 선택권을 보장받을 수 있는 질 높은 진료를 원하였다. 환자의 알 권리와 선택권을 보장받기 위해서는 문화가 중요하다는 의견도 제시되었다.

“진짜 그 한마디만 해줘도 되게 좋을 것 같긴 한데요. 진료 끝나고 나서 약에 대해서 궁금한 거 있으세요? 마지막에 끝나기 전에 한마디만 해줘도 진짜 궁금한 게 생기면 물어볼 것 같기도 하고 없으면 나가면 되는 거고. 그런 걸 하면 진짜 좋긴 할 것 같아요. 그런데 거의 열 명 중 한 명도 그걸 물어보는 사람들이 없어요.” (참여자 F)

“의사선생님이 먼저 알려주기를 원하죠. 모든 약이 부작용이 있잖아요. 이 약이 무슨 부작용이 있는지 설명해주는 게 원래 의무예요. 그런데 한국 병원에서는 전혀 그런 얘기를 안 해요. 저는 외국에서 두 번 살아봤는데 외국에서는 설명을 해줘요. 독일이나 미국에서는 설명을 해줘요. 이 약이 부작용이 뭐가 있고. 외국은 진료 시간이 워낙 기니까. 그런데 우리나라는 3분이면 끝나잖아요. 설명이 없어요.” (참여자 L)

“문화가 바뀌어야죠. 그러려면 일단 교육부터 잘 되어야죠. 의대에서부터.” (참여자 B)

그러나 일각에서는 현재의 병원 진료 패턴으로는 의사가 환자에게 충분한 설명을 해주고 환자가 본인의 의견을 표명하는 것은 어려울 것이라고 보는 부정적 견해도 있었다.

“저는 사실 병원에 가면 제가 물어볼 말들을 생각하고 정리를 해서 가요. 사실 똑같아요. 1년째 가고 있지만 가서 보고 피 검사하고 다음 주에 받게요. 가시는 분들은 다 똑같은 거예요. 패턴은 다 똑같은데 피검사 백번이고 천 번이고 해줄 수 있는데 너무 간단하게 끝나니까. 저는 제가 궁금해서 이걸 뒤고 이걸 왜 이렇게 되고 이걸 떨어뜨리려면 어떻게 해야 되고 이것에 대해서 궁금해서 제가 한번 가서 질문을 해서 12분인가 13분 정도 상담을 했어요. 그리고 나오니까 뒤에 기다리고 있는 사람들이 너무 많으니까 미안하더라고요.” (참여자 P)

“예약 시간보다 한참 기다리는데 들어가면 30초 만에 끝나고 돈은 9만원이 나가고. 차라리 그럴 거면 전화로 진료 결과를 얘기해주고 처방전을 팩스로 보내주지 왜 굳이 먼 길을 오라 가라 하는 건가 싶기도 해요.” (참여자 R)

### 3) 환자의 의약품 선택권 및 알 권리 제고를 위한 의견

환자가 의약품에 대해 충분한 정보를 얻기 위해서는 정보를 쉽게 비교할 수 있는 종합적인 사이트가 있다면 거기에서 정보를 얻고 필요한 부분만 의사에게 물어볼 수 있을 것이라는 의견이 제시되었다. 소비자의 의약품 선택과 관련하여 가격이 싼 약과 비싼 약으로 본인부담금의 차이를 크게 하는 제도보다 우선 소비자가 의약품의 가격, 부작용, 효능 등에 대한 정보를 쉽게 비교할 수 있는 채널을 마련해줄 필요가 있다는 의견이 있었다.

“환자가 정보를 좀 더 쉽게 얻을 수 있는 종합적인 사이트가 있다면 의사들도 굳이 처음부터 엄청 설명을 하지 않아도 되니까 원하는 정보만 딱 얻을 수 있지 않을까.” (참여자 R)

“이 약과 이 약의 비교·분석이라든지 가격대라든지, 이런 걸 아예 만들어서 우리가 확인할 수 있으면 제도적으로 봤을 때 그게 더 좋지 않을까. 아예 병원에서 의무화를 시키는 거죠. 어플이나 이런 걸로 선택을 할 수 있게끔 하는 걸 제도화시키는 게 가격적으로 지정하는 것보다 더 효율적일 것 같아요. …… 아까 말씀하셨던 것처럼 저희는 진짜 몰라요. 그냥 주는 대로 받고 먹으라는 대로 먹는 건데 이걸 알아볼 수 있는 채널도 열고 그 채널을 찾기도 너무 복잡하잖아요.” (참여자 F)

“아무리 의료보험이 적용된다고 해도 어떻게 보면 이것도 돈 주고 소비하는 거잖아요. 구입하는 건데 의사의 판단도 중요하지만 선택권이 없는 건 조금 아닌 것 같다는 생각이 들고, 아까 말씀하신 것처럼 요즘에 쇼핑물 같은 데서도 만약에 제가 바지 한 벌을 구입하면 다른 바지를 살 때 전에 내가 샀던 바지의 자료가 있으니까 거기 밑에 자체 분석으로 저번에 샀던 바지보다 기장이 6센티가 짧고 너비가 더 넓고 이런 것들이 다 나오거든요. 그런 시스템이 생긴다면 전에 내가 먹었던 약보다 부작용이 클 수 있고 함량이 더 낮고 이런 정보들이 있으면 환자들이 선택하는 데에 더 용이할 것 같아요. 옛날에는 이랬는데 이번에는 조금 더 약한 약을 먹어야겠다, 이런 거.” (참여자 J)

## 5. 소결

처방의약품의 선택과 관련한 일반인의 인식을 심층면접을 통해 조사한 결과, 처방약에 대해 주로 관심이 있는 정보와 찾아보는 정보는 약의 효과와 부작용이었다. 처방약을 찾아보는 주된 정보원은 인터넷이었으며, 환자가 알고 싶은 정보를 의사나 약사가 충분히 설명해줄 수 있는 여건이

아니기 때문에 공인된 웹사이트나 애플리케이션을 통해 처방약 정보를 직접 검색하고 확인하는 편이었다.

제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식에서는 참여자 대부분이 제네릭 의약품이라는 말을 모르고 있었으며, 복제약이라는 말을 들어본 사람은 소수에 속했다. 복제약에 대해서는 오리지널 의약품보다 좋지 않은 저렴한 약이라고 인식했다. 제네릭 의약품(복제약)의 의미에 대한 설명을 들은 뒤에는 제네릭 의약품을 수용하는 태도를 보이기도 했으나, 일부 참여자는 식품의약품안전처의 허가 기준은 최소한의 조건이기 때문에 오리지널과 제네릭은 다를 수 있다고 생각하였다. 제네릭과 오리지널의 효능이 정말 동일하다는 것을 환자들이 신뢰할 수만 있다면 제네릭을 선택할 의향이 있었고, 효능·효과가 동일하다면 더 저렴한 약을 선택할 의향이 있었다. 그러나 현재 제공되는 정보로는 의약품의 성분이나 효능·효과가 동일하다는 것을 소비자가 알거나 신뢰하기 어렵다는 문제를 제기하였다.

또한 동일한 성분의 여러 가지 약이 있을 때 환자에게 의약품을 선택할 기회를 주고 제네릭을 비교할 수 있는 여러 가지 정보를 제공한다면 좋을 것이라는 의견이 있었지만, 실제로 환자들은 약에 대한 전문지식이 없기 때문에 중요한 정보 말고 너무 많은 정보가 제공되거나 선택의 기회가 주어질 필요는 없다는 의견도 있었다. 의약품에 대해 여러 가지 비교 정보가 제공되더라도 현실적으로 환자가 의사 처방과 다른 약을 선택하는 것이 어렵고, 약국에서도 모든 약을 구비하는 것이 어려울 것이므로 환자가 약을 선택하는 것에 회의적인 태도를 보이기도 했다.

질병의 경중이나 약을 복용해야 하는 기간에 따라 저렴한 약을 선택하겠다는 의향은 다양하게 나타났다. 단기간 질병 치료에서는 의사 처방대로 구매하겠다는 의견이 우세하였는데, 의사 처방과 다른 약을 선택했을

때는 그에 대한 책임을 본인이 져야 하는 것에 대한 우려가 있었고 비전문가인 소비자가 약을 비교 선택하는 것이 비효율적이라는 의견이 있었다. 장기간 복용해야 하는 약에 대해서도 환자별로 입장 차가 있었다. 평생 먹어야 하는 약은 가격이 비쌀 경우 부담이 되기 때문에 더 저렴한 약을 선택하겠다는 의견과, 이와 달리 의사 처방대로 따르는 것이 안전할 것이라는 의견이 있었다. 분명한 것은 현재 환자들이 의약품을 선택할 때 가격을 최우선적으로 고려하는 것은 아니었으며, 상황에 따라 복합적인 요인을 고려하여 약을 선택하고 있었다.

면담 참여자 대부분은 처방약 결정 과정에서 의사와 함께 상의한 경험이 없었으며, 현재 의약품의 처방 및 조제에 있어서 환자의 알 권리나 선택권을 충분히 보장받지 못한다고 인식하였다. 환자의 선택권 및 알 권리를 제고하기 위해서는 환자가 정보를 쉽게 접할 수 있는 채널이 필요하다고 하였다.

10여 년 전 일반인을 대상으로 제네릭 의약품에 대한 인식도를 조사한 국내 연구(이의경, 박은자, 김동숙, 2003; 이의경, 김동숙, 2006)에서, 일반인을 대상으로 제네릭을 비롯한 의약품에 대한 올바른 정보를 제공하기 위한 창구 마련이 필요하며, 일반인의 제네릭에 대한 정보 접근성을 강화할 필요가 있다고 제안하였다. 그러나 현재까지도 일반인의 제네릭 의약품에 대한 인식은 여전히 낮은 것으로 나타났다. 2019년부터 K-오렌지북이 구축되어 제네릭 의약품 목록, 대조약 및 생동성시험 정보, 허가사항 정보 등이 제공되고 있지만, 소비자들은 정보가 부족함을 느끼고 있었다. 소비자들에게 제네릭 의약품에 대한 올바른 인식을 심어주고 처방약에 대한 소비자의 알 권리와 선택권을 보장하기 위해서는 정보 접근성을 높이고 소비자로서 하여금 처방약의 비용을 의식할 수 있도록 하는 제도 마련이 필요할 것이다.

## 제4절 설문조사

### 1. 조사 대상 및 조사 방법

#### 가. 조사 대상

설문조사 대상은 최근 3개월 이내에 병·의원을 이용하고 처방약(연고, 주사제 포함)을 조제 받은 경험이 있거나, 질병을 치료하기 위해 현재 지속적으로 복용하는 처방약이 있는 만 19~69세 성인 남녀로 선정하였다.

위탁조사업체 패널을 표집틀로 하여<sup>1)</sup> 최근 3개월 이내에 병·의원을 이용하고 처방약을 조제 받은 경험이 있는 사람은 2020년 5월 주민등록 인구통계를 기준으로 지역, 성, 연령 분포에 따른 비례할당추출을 하였고,<sup>2)</sup> 현재 지속적으로 복용하는 처방약이 있는 사람은 성별 비율이 동일하도록 성별 표본 수를 할당하여 추출하였다.

#### 나. 조사 방법

조사는 구조화된 설문지를 활용한 온라인 설문조사로 진행하였으며, 대상자들에게 이메일을 통해 조사를 안내하고 온라인 설문 링크를 발송하였다. 온라인 설문 링크를 통해 접속한 화면의 첫 페이지에서 조사에 대한 설명 및 동의서 페이지를 제공하고, 조사 참여 및 수집된 정보의 활용에 동의한 경우에만 설문에 참여할 수 있도록 온라인 설문지를 구성하

1) 조사업체의 패널 내에서 조사 대상을 추출함으로써 전 국민 대상 무작위 추출하는 방식에 비해 본 조사 대상의 일반인 대표성에는 한계가 있음.

2) 지역은 전국 17개 시·도로 분류하고, 연령은 19~29세, 30~39세, 40~49세, 50~59세, 60~69세로 분류함.

였다. 조사 기간은 2020년 6월 8일부터 6월 23일까지였으며, 최종적으로 조사에 참여한 사람은 최근 3개월 이내 경험자 1008명(그룹1), 현재 지속적 복용자 1018명(그룹2)이다. 본 조사는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회의 승인을 받았다(제2020-16호).

## 2. 조사 내용

온라인 설문조사의 주요 내용은 <표 4-3>과 같다. 일반적 특성 외에 크게 제네릭 의약품에 대한 인식, 본인의 처방약에 대한 인식, 의약품 가격, 처방약 변경 경험, 의료소비자 권리 등으로 그 영역을 구분하였다.

<표 4-3> 온라인 설문조사 구성

영역	문항 내용
제네릭 의약품에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 제네릭 의약품(정의) 인지 여부</li> <li>• 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식(효과, 부작용, 품질)</li> <li>• 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식(효과, 부작용, 품질)</li> </ul>
본인의 처방약에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 처방약 제품명, 성분명, 효능, 부작용, 가격, 제조회사 정보 인지 및 관심 여부</li> <li>• 처방약 정보원</li> <li>• 처방약값 및 주관적 부담 수준</li> </ul>
처방약의 높은 가격 선호	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 단기적 질환/만성질환의 처방약에서 높은 가격 선호</li> </ul>
동일 성분의 저렴한 약 사용 의향	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사의 처방약 변경 경험</li> <li>• 의사가 동일 성분의 저렴한 약 권유 시 사용 의향</li> <li>• 동일 성분의 더 저렴한 약에 대한 직접 선택 의향</li> </ul>
의약품의 처방 및 조제 관련 의료소비자 권리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대한 알 권리, 선택권</li> </ul>
일반적 특성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 성별, 연령, 거주지(시/도)</li> <li>• 교육 수준</li> <li>• 소득 수준</li> <li>• 직종</li> <li>• 실손의료보험 상환 경험</li> </ul>

### 3. 조사 결과<sup>3)</sup>

#### 가. 일반적 사항

그룹1은 최근 3개월 이내에 병·의원을 이용하고 처방약(연고, 주사제 포함)을 조제 받은 경험이 있는 사람으로, 총 1008명이 조사에 참여하였으며 남자가 51.2%, 여자가 48.8%이다. 그룹2는 현재 처방약을 지속적으로 복용하고 있는 사람으로, 총 1018명이 조사에 참여하였으며 남자가 49.8%, 여자가 50.2%이다.

응답자의 연령별 분포를 살펴보면 그룹1은 50~59세가 23.5%로 가장 많았고, 40~49세가 22.2%, 19~29세와 30~39세가 각각 18.6%였다. 그룹2는 60~69세가 39.9%로 가장 많았고, 50~59세가 25.6%, 40~49세가 18.7%, 50대 이상 응답자가 약 65.5%였다.

월평균 소득 분포는 그룹1과 그룹2가 유사하게 나타나, 300~500만원이 가장 많았고, 100만 원 미만이 가장 적었다. 교육 수준별로는 대졸 이상의 비율이 그룹1은 82.5%, 그룹2는 76.1%였다. 직종은 두 그룹 모두 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자에 해당되는 직업군1의 비율이 그룹1은 51.8%로, 그룹2는 46.6%로 가장 높게 나타났다.

〈표 4-4〉 일반적 특성

구분	그룹1		그룹2	
	명	%	명	%
전체	1008	100.0	1018	100.0
성별				
남자	516	51.2	507	49.8
여자	492	48.8	511	50.2

3) 설문지에는 “복제 의약품(또는 제네릭 의약품)”이라고 기재하였으며, 본 절에서는 용어의 통일성을 위해 모두 “제네릭 의약품”이라고 기재하였음.

구분	그룹1		그룹2	
	명	%	명	%
연령				
19~29세	187	18.6	69	6.8
30~39세	187	18.6	92	9.0
40~49세	224	22.2	190	18.7
50~59세	237	23.5	261	25.6
60~69세	173	17.2	406	39.9
월평균 소득				
100만 원 미만	22	2.2	33	3.2
100~300만 원	202	20.0	217	21.3
300~500만 원	342	33.9	355	34.9
500~700만 원	260	25.8	220	21.6
700만 원 이상	182	18.1	193	19.0
교육 수준				
고졸 이하	176	17.5	243	23.9
대졸 이상	832	82.5	775	76.1
직종				
직업군1 <sup>1)</sup>	522	51.8	474	46.6
직업군2 <sup>2)</sup>	104	10.3	102	10.0
직업군3 <sup>3)</sup>	74	7.3	84	8.3
직업군4 <sup>4)</sup>	308	30.6	358	35.2

주: 1. 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자.

2. 서비스종사자, 판매종사자.

3. 농림어업숙련종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자.

4. 군인, 전업주부, 학생, 무직, 기타.

그룹1에서 지난 3개월 동안 약을 처방 받은 질환은 피부질환이 27.4%로 가장 많았고, 그다음은 눈, 코, 귀질환 21.8%, 치아질환 18.2%, 소화기질환 17.1% 순이었다. 그룹2에서 지속적인 치료를 위해 복용 중인 질환은 고혈압이 36.8%, 고지혈증 28.7%, 당뇨 14.2%, 척추, 뼈, 관절질환 13.7% 등의 순으로 나타났다.

## 110 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

〈표 4-5〉 약을 처방 받은 질환

구분	그룹1 <sup>1)</sup> (N=1008)		그룹2 <sup>2)</sup> (N=1018)	
	명	%	명	%
고혈압	30	3.0	375	36.8
고지혈증	28	2.8	292	28.7
당뇨	10	1.0	145	14.2
척추, 뼈, 관절질환	151	15.0	139	13.7
소화기질환	172	17.1	104	10.2
피부질환	276	27.4	97	9.5
눈, 코, 귀 질환	220	21.8	94	9.2
심장질환	9	0.9	59	5.8
치아질환	183	18.2	55	5.4
호흡기질환	138	13.7	38	3.7
뇌혈관질환	3	0.3	36	3.5
미용, 성형 관련	26	2.6	13	1.3
기타	131	13.0	193	19.0

- 주: 1. 지난 3개월간 약을 처방 받은 질환.  
 2. 치료를 위해 지속적으로 복용 중인 질환.  
 3. 복수응답 가능.

### 나. 제네릭 의약품에 대한 인식

조사 참여자에게 “제네릭 의약품이란 최초로 개발된 의약품(오리지널 의약품)과 동일하게 다른 회사에서 제조한 후발 의약품으로, 식품의약품 안전처에서 허가받아 판매하는 약입니다. 제네릭 의약품은 오리지널 의약품과 성분은 같으며, 제품명은 다르고 가격도 다를 수 있습니다.”라고 제네릭 의약품의 정의를 제시하고, 이에 대해 알고 있는지를 질문하였다. 그 결과 제네릭 의약품의 정의를 인지하고 제네릭 의약품이 있다는 것을 알고 있었다는 응답이 그룹1은 18.9%, 그룹2는 23.0%로 전반적인 인지도가 낮은 것으로 나타났으며, 지속적으로 처방약을 복용하고 있는 그룹에서 제네릭 의품을 인지하고 있다는 응답 비율이 더 높았다.

〈표 4-6〉 제네릭 의약품 인지 여부

구분	그룹1 (N=1008)		그룹2 (N=1018)	
	명	%	명	%
제네릭 의약품이 있다는 것을 알고 있다	191	18.9	234	23.0
제네릭 의약품이 있다는 것을 모른다	817	81.1	784	77.0

본인의 처방약이 제네릭 의약품인지 오리지널 의약품인지 알고 있는냐고 질문한 결과, 그룹1에서는 가장 최근에 사용한 처방약이 제네릭 의약품인지 오리지널 의약품인지 구분할 수 없다는 응답이 86.7%로 가장 높았고, 몇 가지 약만 구분할 수 있다가 11.8%, 대부분 구분할 수 있다가 1.5%였다. 그룹2에서도 현재 지속적으로 사용하는 처방약의 제네릭 의약품 여부를 구분할 수 없다는 응답이 82.3%로 가장 높았고, 몇 가지 약만 구분할 수 있다가 13.8%, 대부분 구분할 수 있다가 3.9%로 그룹1보다 약간 높게 나타났다.

〈표 4-7〉 처방약의 제네릭 의약품 구분 여부

구분	그룹1 <sup>1)</sup> (N=1008)		그룹2 <sup>2)</sup> (N=1018)	
	명	%	명	%
전혀 구분할 수 없다(모른다)	874	86.7	838	82.3
몇 가지 약만 구분할 수 있다	119	11.8	140	13.8
대부분 구분할 수 있다	15	1.5	40	3.9

주: 1. 가장 최근에 사용한 처방약.

2. 현재 지속적으로 사용하는 처방약.

처방약의 제네릭 의약품 여부를 구분할 수 있다(‘몇 가지 약만 구분할 수 있다’, ‘대부분 구분할 수 있다’)고 답한 응답자를 대상으로 제네릭 의약품과 오리지널 의약품을 구분하는 주된 방법 한 가지를 선택하도록 하였다. 그룹1과 그룹2 모두 제품명으로 구분한다는 응답이 가장 많았다(그

그룹1 55.2%, 그룹2 42.2%). 그다음은 의사나 약사의 설명으로 구분한다 (그룹1 22.4%, 그룹2 26.1%)와 회사명으로 구분한다(그룹1 19.4%, 그룹2 23.3%) 순으로 나타났다.

〈표 4-8〉 처방약의 제네릭 의약품 구분 방법

구분	그룹1 <sup>1)</sup> (N=134)		그룹2 <sup>2)</sup> (N=180)	
	명	%	명	%
제품명으로 구분한다	74	55.2	76	42.2
의사나 약사의 설명으로 구분한다	30	22.4	47	26.1
회사명으로 구분한다	26	19.4	42	23.3
가격으로 구분한다	2	1.5	9	5.0
기타	2	1.5	6	3.3

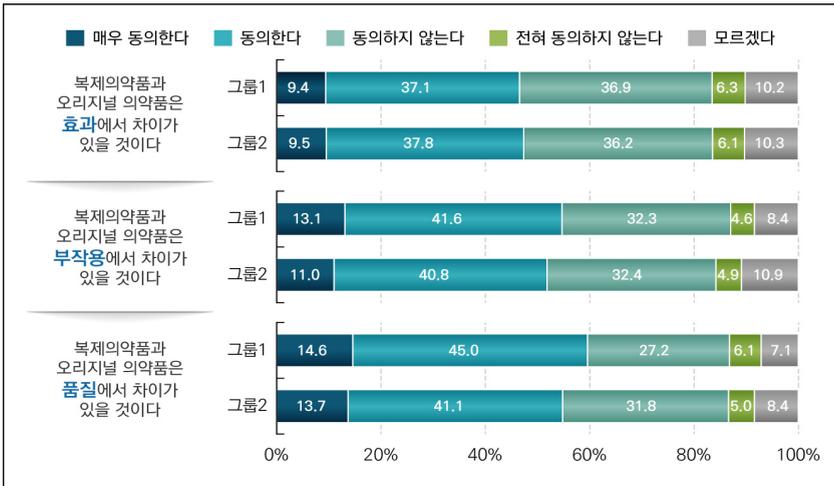
주: 1. 가장 최근에 사용한 처방약.  
2. 현재 지속적으로 사용하는 처방약.

앞서 제시한 제네릭 의약품의 정의를 인지한 상태에서, 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 소비자의 인식을 파악하기 위해 의약품의 효과, 부작용, 품질에서 차이가 있을 것이라고 생각하는지를 질문하였다. 전반적으로 제네릭 의약품과 오리지널 의약품은 효과, 부작용, 품질에서 차이가 있다고 생각하는 비율이 차이가 없다고 생각하는 비율보다 더 높았고, 차이가 있는지 없는지 모르겠다고 생각하는 비율은 7~10%대로 나타났다. 또한 세 개 질문에 동의하는 비율에서 품질에 차이가 있을 것인데 동의하는 비율이 가장 높았고 그다음은 부작용, 효과 순이었다.

세부적으로 살펴보면, ‘제네릭 의약품과 오리지널 의약품은 효과에서 차이가 있을 것이다’에 동의한다(매우 동의한다+동의한다)는 응답이 그룹1은 46.5%, 그룹2는 47.3%로, 동의하지 않는다(전혀 동의하지 않는다+동의한다)는 응답보다 약간 높았다. ‘제네릭 의약품과 오리지널 의약품은 부작용에서 차이가 있을 것이다’에 동의한다는 응답은 그룹1이

54.7%, 그룹2가 51.8%였고, ‘제네릭 의약품과 오리지널 의약품은 품질에서 차이가 있을 것이다’에 동의한다는 응답이 그룹1은 59.6%, 그룹2는 54.8%로 나타났다.

[그림 4-1] 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식



〈표 4-9〉~〈표 4-11〉에서는 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식이 인구사회학적 특성별로 차이가 있는지를 ‘동의한다(매우 동의한다+동의한다), 동의하지 않는다(전혀 동의하지 않는다+동의하지 않는다), 모르겠다’라는 세 가지 범주로 구분하여 제시하였다.

제네릭 의약품과 오리지널 의약품의 효과에 대한 인식에서는 그룹1과 그룹2 모두 성별, 월평균 소득에 따라 유의한 차이가 나타났다. 즉, 남자 보다는 여자가 복제 의약품과 오리지널 의약품의 효과에 차이가 있을 것이라고 인식하는 비율이 더 높았고, 월평균 소득 300만 원 미만에서 효과에 차이가 있을 것이라고 인식하는 비율이 가장 높았다. 현재 지속적으로 약을 복용하고 있는 그룹2에서는 교육 수준에 따른 인식 차이도 유의하

게 나타나, 학력이 더 낮은 그룹에서 효과에 차이가 있을 것이라고 인식하는 비율이 더 높았다.

〈표 4-9〉 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 효과 차이

구분	그룹1(N=1008)				P	그룹2 <sup>5)</sup> (N=1018)				P
	동의한다 469	동의하지 않는다 436	모르겠다 103	P		동의한다 482	동의하지 않는다 431	모르겠다 105	P	
	명 %	명 %	명 %			명 %	명 %	명 %		
성별				0.000				0.000		
남자	213 41.3	254 49.2	49 9.5		211 41.6	247 48.7	49 9.7			
여자	256 52.0	182 37.0	54 11.0		271 53.0	184 36.0	56 11.0			
연령				0.079				0.591		
19~29세	85 45.5	78 41.7	24 12.8							
30~39세	97 51.9	78 41.7	12 6.4		79 49.1	68 42.2	14 8.7			
40~49세	111 49.6	97 43.3	16 7.1		95 50.0	82 43.2	13 6.8			
50~59세	106 44.7	98 41.4	33 13.9		118 45.2	112 42.9	31 11.9			
60~69세	70 40.5	85 49.1	18 10.4		190 46.8	169 41.6	47 11.6			
월평균 소득				0.001				0.028		
300만 원 미만	114 50.9	76 33.9	34 15.2		128 51.2	86 34.4	36 14.4			
300~500만 원	161 47.1	159 46.5	22 6.4		161 45.4	161 45.4	33 9.3			
500~700만 원	125 48.1	112 43.1	23 8.8		111 50.5	91 41.4	18 8.2			
700만 원 이상	69 37.9	89 48.9	24 13.2		82 42.5	93 48.2	18 9.3			
교육 수준				0.434				0.001		
고졸 이하	86 48.9	69 39.2	21 11.9		126 51.9	81 33.3	36 14.8			
대졸 이상	383 46.0	367 44.1	82 9.9		356 45.9	350 45.2	69 8.9			
직종				0.116				0.327		
직업군 <sup>1)</sup>	244 46.7	236 45.2	42 8.0		211 44.5	217 45.8	46 9.7			
직업군 <sup>2)</sup>	55 52.9	36 34.6	13 12.5		54 52.9	36 35.3	12 11.8			
직업군 <sup>3)</sup>	36 48.7	27 36.5	11 14.9		36 42.9	39 46.4	9 10.7			
직업군 <sup>4)</sup>	134 43.5	137 44.5	37 12.0		181 50.6	139 38.8	38 10.6			

주: 1. 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자.  
 2. 서비스종사자, 판매종사자.  
 3. 농림어업숙련종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자.  
 4. 군인, 전업주부, 학생, 무직, 기타.  
 5. 그룹2의 연령별 구분은 19~39세, 40~49세, 50~59세, 60~69세로 함.

제네릭 의약품과 오리지널 의약품의 부작용에 대한 인식은 그룹1과 그룹2 모두 성별, 연령별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 남자보다

는 여자에서, 다른 연령대보다는 20~30대 젊은 연령층에서 제네릭 의약품과 오리지널 의약품의 부작용에 차이가 있다고 생각하는 비율이 더 높았다. 또한 그룹1은 월평균 소득에 따라, 그룹2는 교육 수준에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-10〉 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 부작용 차이

구분	그룹1(N=1008)				그룹2 <sup>2)</sup> (N=1018)								
	동의한다 551		동의하지 않는다 372		동의한다 527		동의하지 않는다 380		P				
	명	%	명	%	명	%	명	%					
성별									0.000				
남자	251	48.6	229	44.4	36	7.0	218	43.0	238	46.9	51	10.1	0.000
여자	300	61.0	143	29.1	49	10.0	309	60.5	142	27.8	60	11.7	
연령													0.007
19~29세	110	58.8	63	33.7	14	7.5							0.002
30~39세	118	63.1	59	31.6	10	5.3	104	64.6	46	28.6	11	6.8	
40~49세	124	55.4	84	37.5	16	7.1	108	56.8	68	35.8	14	7.4	
50~59세	122	51.5	85	35.9	30	12.7	128	49.0	101	38.7	32	12.3	
60~69세	77	44.5	81	46.8	15	8.7	187	46.1	165	40.6	54	13.3	
70세 이상													
월평균 소득													0.011
300만 원 미만	134	59.8	64	28.6	26	11.6	142	56.8	78	31.2	30	12.0	0.094
300~500만 원	180	52.6	137	40.1	25	7.3	169	47.6	141	39.7	45	12.7	
500~700만 원	152	58.5	91	35.0	17	6.5	121	55.0	79	35.9	20	9.1	
700만 원 이상	85	46.7	80	44.0	17	9.3	95	49.2	82	42.5	16	8.3	
교육 수준													0.390
고졸 이하	104	59.1	60	34.1	12	6.8	138	56.8	68	28.0	37	15.2	0.001
대졸 이상	447	53.7	312	37.5	73	8.8	389	50.2	312	40.3	74	9.5	
직종													0.158
직업군 <sup>1)</sup>	278	53.3	205	39.3	39	7.5	233	49.2	191	40.3	50	10.5	0.591
직업군 <sup>2)</sup>	62	59.6	29	27.9	13	12.5	58	56.9	34	33.3	10	9.8	
직업군 <sup>3)</sup>	39	52.7	25	33.8	10	13.5	42	50.0	33	39.3	9	10.7	
직업군 <sup>4)</sup>	172	55.8	113	36.7	23	7.5	194	54.2	122	34.1	42	11.7	

주: 1. 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자.

2. 서비스종사자, 판매종사자.

3. 농림어업숙련종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자.

4. 군인, 전업주부, 학생, 무직, 기타.

5. 그룹2의 연령별 구분은 19~39세, 40~49세, 50~59세, 60~69세로 함.

품질에 대한 인식에서는 그룹1의 경우 성, 연령, 월평균 소득 수준에 따른 유의한 차이가 있었으며, 그 양상은 효과나 부작용에 대한 인식에서 나타난 바와 같이 여자, 20~30대 연령층, 월평균 소득 300만 원 미만 그룹에서 제네릭 의약품과 오리지널 의약품의 품질에 차이가 있다고 생각하는 비율이 높게 나타났다.

그룹2는 그룹1과 동일하게 성, 월평균 소득에 따른 유의한 차이가 있었으며, 교육 수준에 따른 차이도 통계적으로 유의하게 나타났다.

〈표 4-11〉 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 품질 차이

구분	그룹1(N=1008)				그룹2 <sup>5)</sup> (N=1018)			
	동의한다 601	동의하지 않는다 335	모르겠다 72	P	동의한다 557	동의하지 않는다 375	모르겠다 86	P
	명 %	명 %	명 %		명 %	명 %	명 %	
성별				0.000				0.000
남자	274 53.1	208 40.3	34 6.6		233 46.0	230 45.4	44 8.7	
여자	327 66.5	127 25.8	38 7.7		324 63.4	145 28.4	42 8.2	
연령				0.011				0.311
19~29세	123 65.8	47 25.1	17 9.1					
30~39세	124 66.3	55 29.4	8 4.3		101 62.7	48 29.8	12 7.5	
40~49세	133 59.4	80 35.7	11 4.9		108 56.8	69 36.3	13 6.8	
50~59세	131 55.3	83 35.0	23 9.7		136 52.1	103 39.5	22 8.4	
60~69세	90 52.0	70 40.5	13 7.5		212 52.2	155 38.2	39 9.6	
월평균 소득				0.004				0.031
300만 원 미만	148 66.1	56 25.0	20 8.9		147 58.8	75 30.0	28 11.2	
300~500만 원	214 62.6	110 32.2	18 5.3		195 54.9	136 38.3	24 6.8	
500~700만 원	150 57.7	93 35.8	17 6.5		125 56.8	77 35.0	18 8.2	
700만 원 이상	89 48.9	76 41.8	17 9.3		90 46.6	87 45.1	16 8.3	
교육 수준				0.070				0.000
고졸 이하	114 64.8	46 26.1	16 9.1		145 59.7	67 27.6	31 12.8	
대졸 이상	487 58.5	289 34.7	56 6.7		412 53.2	308 39.7	55 7.1	

구분	그룹1(N=1008)				그룹2 <sup>b)</sup> (N=1018)			
	동의한다 601	동의하지 않는다 335	모르겠다 72	P	동의한다 557	동의하지 않는다 375	모르겠다 86	P
	명 %	명 %	명 %		명 %	명 %	명 %	
직종				0.412				0.462
직업군 <sup>1)</sup>	307 58.8	186 35.6	29 5.6		246 51.9	190 40.1	38 8.0	
직업군 <sup>2)</sup>	61 58.7	34 32.7	9 8.7		61 59.8	31 30.4	10 9.8	
직업군 <sup>3)</sup>	45 60.8	22 29.7	7 9.5		44 52.4	33 39.3	7 8.3	
직업군 <sup>4)</sup>	188 61.0	93 30.2	27 8.8		206 57.5	121 33.8	31 8.7	

주: 1. 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자.

2. 서비스종사자, 판매종사자.

3. 농림어업숙련종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자.

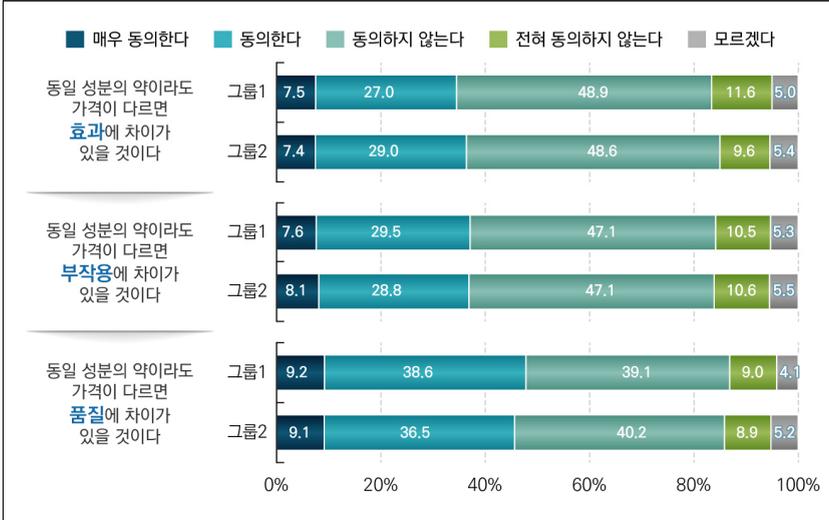
4. 군인, 전업주부, 학생, 무직, 기타.

5. 그룹2의 연령별 구분은 19~39세, 40~49세, 50~59세, 60~69세로 함.

제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식과 동일한 맥락으로, 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대해 효과, 부작용, 품질에서 차이가 있을 것이라고 생각하는지 조사하였다. 그 결과 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식에서와는 다르게 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대해서는 효과, 품질, 부작용에서 차이가 없다고 응답한 비율이 더 높게 나타났으며, 모르겠다고 응답한 비율은 4~5%대로 낮게 나타났다. 세 개 질문에 동의하는 비율에서는 제네릭 의약품과 오리지널 의약품에 대한 인식과 마찬가지로 품질에서 차이가 있다고 인식하는 비율이 가장 높았고 그다음이 부작용, 효과 순이었다.

구체적으로는 ‘동일 성분의 약이라도 가격이 다르면 효과에서 차이가 있을 것이다’에 동의하지 않는다는 응답이 그룹1은 60.5%, 그룹2는 58.2%였고, ‘동일 성분의 약이라도 가격이 다르면 부작용에서 차이가 있을 것이다’에 동의하지 않는다는 응답은 그룹1이 57.6%, 그룹2가 57.7%였으며, ‘동일 성분의 약이라도 가격이 다르면 품질에서 차이가 있을 것이다’에 동의하지 않는다는 응답이 그룹1은 48.1%, 그룹2는 49.1%로 나타났다.

[그림 4-2] 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식



〈표 4-12〉~〈표 4-14〉에서는 동일한 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식이 인구사회학적 특성별로 차이가 있는지를 ‘동의한다, 동의하지 않는다, 모르겠다’라는 세 가지 범주로 구분하여 조사하였다.

동일한 성분이지만 가격 차이가 있는 약의 효과에 대한 인식에서는 인구사회학적 특성에 따라 살펴보았을 때, 통계적으로 유의한 차이가 나타나지는 않았다.

부작용에 대한 인식은 그룹2에서만 성, 교육 수준에 따른 유의한 차이가 나타났으며, 남자보다는 여자에서, 대졸 이상 학력보다는 고졸 이하 학력에서 동일한 성분의 약이라도 가격이 다르다면 부작용에서 차이가 있을 것이라고 인식하는 비율이 더 높았다.

품질에 대한 인식에서는 그룹1의 경우 연령에 따른 차이가 통계적으로 유의하게 나타나 20~30대 연령층이 다른 연령층에 비해 동일한 성분이지만 가격이 다르다면 품질에 차이가 있을 것이라고 생각하는 비율이 더 높았다.

(표 4-12) 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 효과 차이

구분	그룹1(N=1008)				그룹2(N=1018)			
	동의한다 348	동의하지 않는다 610	모르겠다 50	P	동의한다 370	동의하지 않는다 593	모르겠다 55	P
	명 %	명 %	명 %		명 %	명 %	명 %	
성별				0.665				0.174
남자	173 33.5	315 61.1	28 5.4		171 33.7	310 61.1	26 5.1	
여자	175 35.6	295 60.0	22 4.5		199 38.9	283 55.4	29 5.7	
연령				0.169				0.749
19~29세	72 38.5	102 54.6	13 7.0		63 39.1	90 55.9	8 5.0	
30~39세	75 40.1	101 54.0	11 5.9					
40~49세	68 30.4	148 66.1	8 3.6		60 31.6	118 62.1	12 6.3	
50~59세	80 33.8	147 62.0	10 4.2		98 37.6	147 56.3	16 6.1	
60~69세	53 30.6	112 64.7	8 4.6		149 36.7	238 58.6	19 4.7	
월평균 소득				0.199				0.093
300만 원 미만	87 38.8	124 55.4	13 5.8		103 41.2	129 51.6	18 7.2	
300~500만 원	113 33.0	208 60.8	21 6.1		112 31.6	222 62.5	21 5.9	
500~700만 원	94 36.2	159 61.2	7 2.7		85 38.6	126 57.3	9 4.1	
700만 원 이상	54 29.7	119 65.4	9 4.9		70 36.3	116 60.1	7 3.6	
교육 수준				0.386				0.245
고졸 이하	66 37.5	99 56.3	11 6.3		90 37.0	135 55.6	18 7.4	
대졸 이상	282 33.9	511 61.4	39 4.7		280 36.1	458 59.1	37 4.8	
직종				0.212				0.547
직업군 <sup>1)</sup>	176 33.7	328 62.8	18 3.4		167 35.2	285 60.1	22 4.6	
직업군 <sup>2)</sup>	32 30.8	63 60.6	9 8.7		42 41.2	55 53.9	5 4.9	
직업군 <sup>3)</sup>	28 37.8	42 56.8	4 5.4		31 36.9	45 53.6	8 9.5	
직업군 <sup>4)</sup>	112 36.4	177 57.5	19 6.2		130 36.3	208 58.1	20 5.6	

주: 1. 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자.

2. 서비스종사자, 판매종사자.

3. 농림어업숙련종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자.

4. 군인, 전업주부, 학생, 무직, 기타.

120 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

〈표 4-13〉 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 부작용 차이

구분	그룹1(N=1008)				그룹2(N=1018)			
	동의한다 374	동의하지 않는다 581	모르겠다 53	P	동의한다 375	동의하지 않는다 587	모르겠다 56	P
	명 %	명 %	명 %		명 %	명 %	명 %	
성별				0.174				0.044
남자	180 34.9	304 58.9	32 6.2		169 33.3	312 61.5	26 5.1	
여자	194 39.4	277 56.3	21 4.3		206 40.3	275 53.8	30 5.9	
연령				0.086				0.079
19~29세	84 44.9	95 50.8	8 4.3		76 47.2	78 48.5	7 4.3	
30~39세	78 41.7	96 51.3	13 7.0					
40~49세	77 34.4	137 61.2	10 4.5		62 32.6	116 61.1	12 6.3	
50~59세	79 33.3	143 60.3	15 6.3		100 38.3	149 57.1	12 4.6	
60~69세	56 32.4	110 63.6	7 4.0		137 33.7	244 60.1	25 6.2	
월평균 소득				0.174				0.218
300만 원 미만	96 42.9	117 52.2	11 5.4		96 38.4	134 53.6	20 8.0	
300~500만 원	124 36.3	196 57.3	22 6.4		121 34.1	213 60.0	21 5.9	
500~700만 원	98 37.7	153 58.9	9 3.5		81 36.8	130 59.1	9 4.1	
700만 원 이상	56 30.8	115 63.2	11 6.0		77 39.9	110 57.0	6 3.1	
교육 수준				0.513				0.029
고졸 이하	72 40.9	95 54.0	9 5.1		93 38.3	129 53.1	21 8.6	
대졸 이상	302 36.3	486 58.4	44 5.3		282 36.4	458 59.1	35 4.5	
직종				0.214				0.748
직업군1 <sup>1)</sup>	188 36.0	313 60.0	21 4.0		177 37.3	274 57.8	23 4.9	
직업군2 <sup>2)</sup>	36 34.6	58 55.8	10 9.6		44 43.1	53 52.0	5 4.9	
직업군3 <sup>3)</sup>	29 39.2	39 52.7	6 8.1		30 35.7	48 57.1	6 7.1	
직업군4 <sup>4)</sup>	121 39.3	171 55.5	16 5.2		124 34.6	212 59.2	22 6.1	

주: 1. 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자.  
 2. 서비스종사자, 판매종사자.  
 3. 농림어업숙련종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자.  
 4. 군인, 전업주부, 학생, 무직, 기타.

(표 4-14) 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 인식(인구사회학적 특성별) - 품질 차이

구분	그룹1(N=1008)				그룹2(N=1018)				
	동의한다 482		동의하지 않는다 485		동의한다 465		동의하지 않는다 500		P
	명	%	명	%	명	%	명	%	
성별									0.234
남자	236	45.7	255	49.4	222	43.8	265	52.3	0.052
여자	246	50.0	230	46.8	243	47.6	235	46.0	
연령									
19~29세	109	58.3	70	37.4	82	50.9	71	44.1	0.005
30~39세	101	54.0	77	41.2	99	48.8	85	42.3	
40~49세	87	38.8	129	57.6	85	44.7	93	49.0	
50~59세	108	45.6	120	50.6	116	44.4	135	51.7	
60~69세	77	44.5	89	51.5	182	44.8	201	49.5	
월평균 소득									0.093
300만 원 미만	118	52.7	96	42.9	115	46.0	113	45.2	0.139
300~500만 원	171	50.0	154	45.0	163	45.9	176	49.6	
500~700만 원	117	45.0	136	52.3	105	47.7	107	48.6	
700만 원 이상	76	41.8	99	54.4	82	42.5	104	53.9	
교육 수준									0.015
고졸 이하	95	54.0	72	40.9	113	46.5	109	44.9	0.102
대졸 이상	387	46.5	413	49.6	352	45.4	391	50.5	
직종									0.673
직업군1 <sup>1)</sup>	249	47.7	256	49.0	212	44.7	241	50.8	0.411
직업군2 <sup>2)</sup>	46	44.2	52	50.0	48	47.1	48	47.1	
직업군3 <sup>3)</sup>	32	43.2	36	48.7	42	50.0	35	41.7	
직업군4 <sup>4)</sup>	155	50.3	141	45.8	163	45.5	176	49.2	

주: 1. 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자.

2. 서비스종사자, 판매종사자.

3. 농림어업숙련종사자, 기능원 및 관련 기능종사자, 장치기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자.

4. 군인, 전업주부, 학생, 무직, 기타.

#### 다. 본인의 처방약에 대한 인식

가장 최근에 사용하였거나 현재 사용하고 있는 처방약에 대한 정보를 어느 정도 알고 있는지를 파악하고자 처방약의 제품명, 성분명, 효능, 부작용, 가격, 제조회사의 인지 정도를 ‘대부분의 약에서 모르고 있다, 잘 모르는 편이다, 어느 정도 알고 있는 편이다, 대부분의 약에서 알고 있다’로 구분하여 측정하였다.

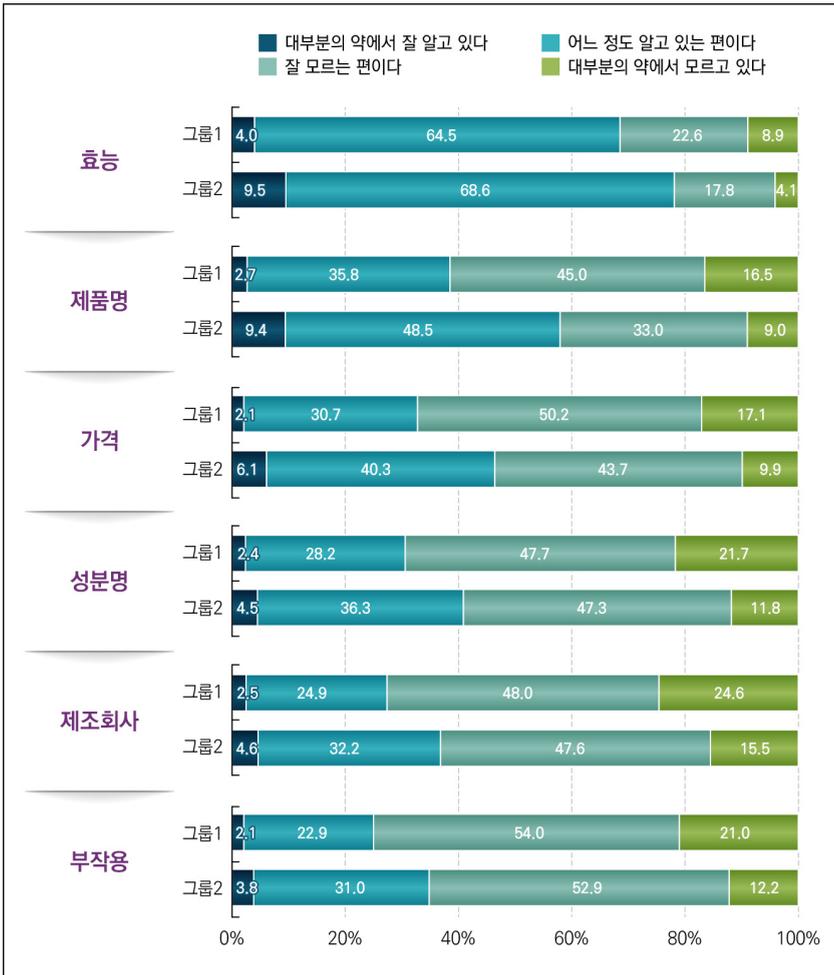
그룹1은 가장 최근에 사용한 처방약의 정보 중 효능에 대해 알고 있는 편(어느 정도 알고 있는 편이다+대부분의 약에서 알고 있다)으로 응답한 비율이 가장 높았고 그다음은 제품명, 가격, 성분명, 제조회사, 부작용 순으로 알고 있다고 응답한 비율이 높게 나타났다. 그룹2도 현재 지속적으로 사용하고 있는 처방약에 대해 그룹1과 동일하게 처방약의 효능, 제품명, 가격, 성분명, 제조회사, 부작용 순으로 알고 있다고 응답한 비율이 높았으며, 그룹1에 비해서는 현재 지속적으로 처방약을 복용하고 있는 그룹2에서 각 처방약 정보에 대해 알고 있다고 응답한 비율이 더 높았다.

그룹1의 경우 처방약의 효능을 어느 정도 알고 있거나 대부분의 약에서 알고 있다는 응답은 68.5%, 잘 모르는 편이거나 대부분의 약에서 모르고 있다는 응답은 31.5%였다. 제품명에 대해서는 38.5%가 알고 있는 편이라고 응답하였고, 61.5%가 모르는 편이라고 응답하였다. 가격에 대해서는 32.7%가 알고 있는 편으로, 67.3%가 모르는 편으로 응답하였다. 성분명에 대해서는 30.6%가 알고 있는 편으로 응답하였고 69.4%가 모르는 편이라고 응답하였으며, 제조회사에 대해서는 27.4%가 알고 있는 편으로, 72.6%가 모르는 편으로 응답하였다. 마지막으로 부작용에 대해서는 알고 있다는 응답이 25.0%로 가장 낮게 나타났다.

현재 지속적으로 사용하는 처방약의 정보에 대해 그룹2는 약의 효능과

제품명에 대해 어느 정도 알고 있거나 대부분의 약에서 알고 있다는 응답이 각각 효능 78.1%, 제품명 57.9%였다. 그다음은 약의 가격을 알고 있는 편이라는 응답이 46.4%였고, 약의 성분명은 40.9%가, 제조회사는 36.8%가, 부작용은 34.9%가 알고 있는 편으로 응답하였다.

[그림 4-3] 처방약에 대한 정보 인지

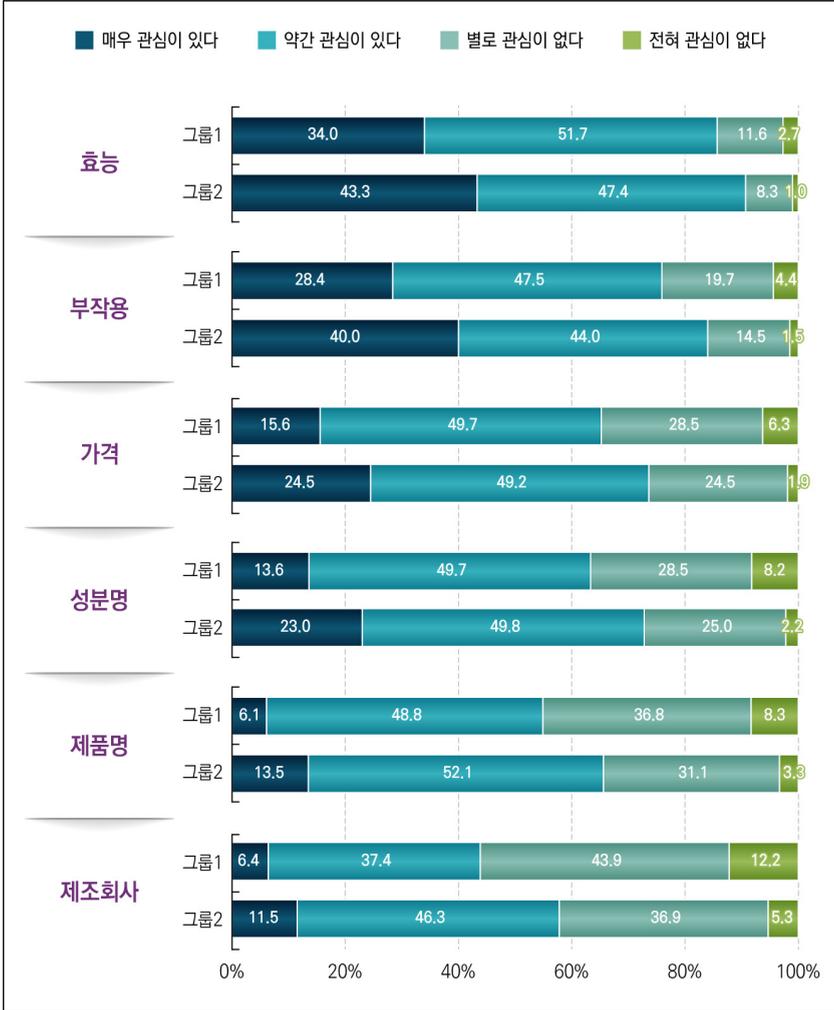


현재 처방약에 대한 정보를 알고 있는 정도와 더불어 처방약 관련 정보에 얼마만큼 관심이 있는지를 파악하고자 처방약의 제품명, 성분명, 효능, 부작용, 가격, 제조회사 각각에 대한 관심 정도를 ‘전혀 관심이 없다, 별로 관심이 없다, 약간 관심이 있다, 매우 관심이 있다’로 구분하여 측정하였다.

두 그룹 모두 각 정보에 대해 관심이 있다는 응답이 관심이 없다는 응답보다 더 높은 것으로 나타났으며, 그다음은 효능, 부작용, 가격, 성분명, 제품명, 제조회사 순으로 관심이 높은 것으로 나타났다.

그룹1에서는 효능과 부작용에 관심이 있다는 응답이 각각 85.7%, 75.9%로 월등히 높았다. 그다음으로 가격에 대해 관심이 있다는 응답은 65.3%였고, 성분명은 63.3%가, 제품명은 54.9%가 관심이 있다고 응답하였다. 그러나 제조회사에 관심이 있다는 응답은 43.8%로 절반 미만으로 나타났다. 그룹2에서는 효능에 관심이 있다는 응답이 90.7%로 대부분의 응답자가 관심이 있는 것으로 나타났으며, 부작용에 대한 관심도 84.0%로 높게 나타났다. 또한 가격에 관심이 있다는 응답이 73.7%, 성분명에 관심이 있다는 응답이 72.8%였고, 제품명과 제조회사에 관심이 있다는 응답은 각각 65.6%, 57.8%로 과반수를 차지하였다.

[그림 4-4] 처방약의 정보에 대한 관심

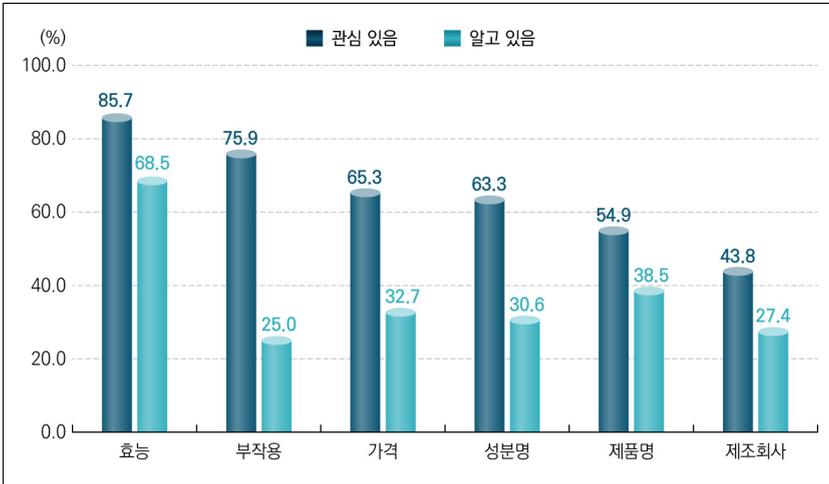


처방약 정보에 대한 관심 정도와 실제로 처방약에 대해 알고 있는 정도의 차이를 알아보기 위해, 처방약의 정보에 대해 매우 관심이 있다와 약간 관심이 있다를 “관심 있음”으로, 처방약에 대한 정보를 대부분의 약에

서 잘 알고 있다와 어느 정도 알고 있는 편이다를 “알고 있음”으로 분류하여 비교해보았다.

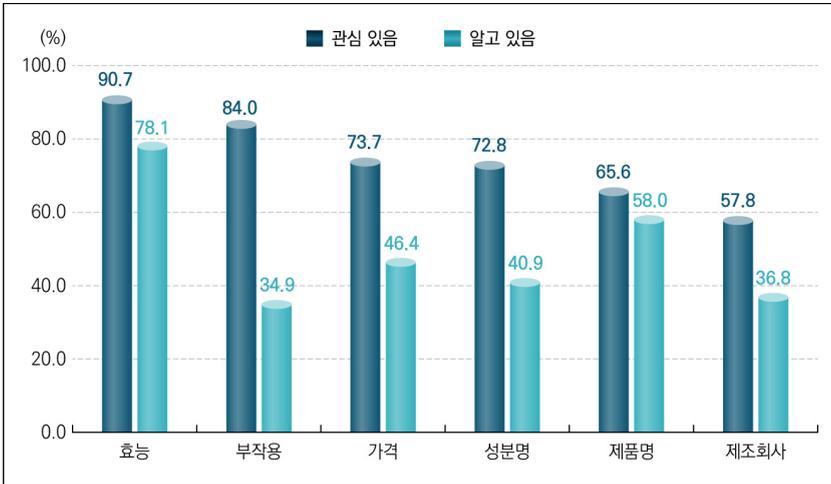
그룹1의 경우 처방약의 정보에 대해 관심이 있는 비율과 실제로 알고 있는 비율의 차이가 가장 큰 분야는 부작용으로, 부작용에 관심이 있다는 응답 비율은 75.9%였지만 부작용을 알고 있다는 응답 비율은 25%로 그 차이가 약 50%포인트에 이르렀다. 즉, 환자들은 처방약의 부작용에 대한 관심은 많았지만 그에 비해 실제로 부작용에 대한 정보는 잘 모르는 것으로 나타났다. 그다음 순으로 관심 비율과 인지 비율의 차이가 컸던 분야는 약의 성분명으로, 그에 대해 관심이 있다는 응답 비율은 63.3%였지만, 알고 있다는 응답 비율은 30.6%였다. 가격 정보도 비슷한 수준으로 가격에 관심이 있다는 응답 비율은 65.3%였지만, 실제로 가격을 알고 있다는 응답 비율은 32.7%였다.

[그림 4-5] 처방약 정보 분야별 응답자의 관심 비율과 정보 인지 비율(그룹1)



그룹2에서도 처방약의 부작용에서 관심 정도와 인지 정도의 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 처방약의 부작용에 대해 관심이 있다는 응답 비율은 84.0%였지만, 실제로 부작용을 알고 있다는 응답 비율은 34.9%에 불과하였다. 약의 성분명에 대해서도 72.8%가 관심이 있다고 응답하였지만, 실제로 알고 있다는 응답 비율은 40.9%로 약 32%포인트의 차이가 있었다. 가격의 경우 관심이 있다는 응답 비율이 73.7%, 약의 가격을 알고 있다는 응답 비율이 46.4%로 나타나 약 27%포인트의 차이가 있었다. 반면, 약의 효능에 대해서는 관심도 높았고 실제로 인지하고 있는 정도도 높았다.

[그림 4-6] 처방약 정보 분야별 응답자의 관심 비율과 정보 인지 비율(그룹2)



의료기관에서 약을 처방 받으면 그 약에 관한 정보를 스스로 더 찾아보는지를 질문한 결과, 약에 관한 정보를 전혀 찾아보지 않거나 찾아보지 않는 편이다에 응답한 비율이 그룹1은 69.6%, 그룹2는 61.2%로, 처방약에 관한 정보를 찾아본다는 응답보다 더 높았다.

〈표 4-15〉 처방약 정보 검색

구분	그룹1 (N=1008)		그룹2 (N=1018)	
	명	%	명	%
전혀 찾아보지 않는다	220	21.8	173	17.0
찾아보지 않는 편이다	482	47.8	450	44.2
찾아보는 편이다	272	27.0	361	35.5
항상 찾아본다	34	3.4	34	3.3

처방약 정보를 찾아보는 편이거나 항상 찾아본다에 응답한 사람들에게 주로 정보를 찾아보는 곳을 질문하였을 때, 주요 정보 검색원은 두 그룹 모두 인터넷이라는 응답이 가장 많았고(그룹1 88.9%, 그룹2 87.8%), 그 다음은 의사, 간호사, 약사 등의 전문가(그룹1 8.2%, 그룹2 8.6%)였다.

〈표 4-16〉 처방약의 주요 정보 검색원

구분	그룹1 (N=306)		그룹2 (N=395)	
	명	%	명	%
인터넷(블로그, 인터넷 카페, 인터넷 기사, 웹사이트에서 검색한 정보 등)	272	88.9	347	87.8
전문가(의사, 간호사, 약사 등)	25	8.2	34	8.6
지인(가족, 친구, 이웃 등)	4	1.3	5	1.3
출판물(책, 잡지, 홍보 리플렛 등)	1	0.3	3	0.8
신문	1	0.3	3	0.8
기타	3	1.0	3	0.8

또한 처방약에 대한 정보를 찾아본다고 응답한 곳에서 필요한 정보를 충분히 얻었다는 응답이 그룹1은 79.1%(242명), 그룹2는 76.5%(302명)였다.

치료를 위해 평균적으로 지불하는 처방약값(본인부담금)의 경우 그룹1의 월평균 처방약값은 평균 2만 3315.4원, 연평균 처방약값은 평균 11만 3717.8원이었다. 그룹2는 그룹1보다 평균 처방약값이 더 높게 나타났으

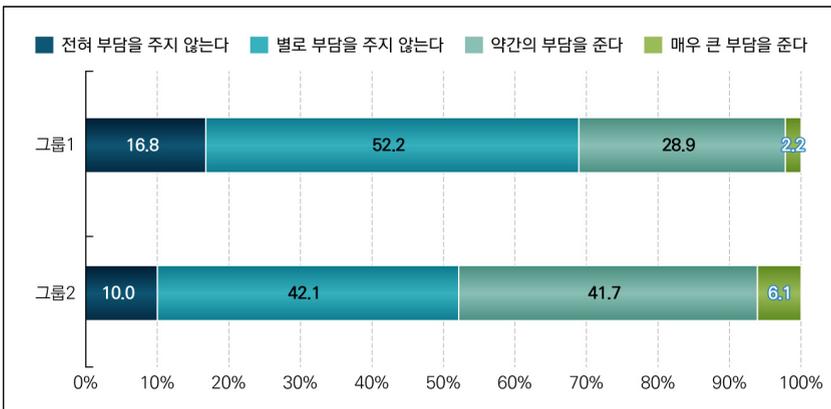
며, 월평균 처방약값의 평균은 3만 1997.2원, 연평균 처방약값의 평균은 25만 2238.1원이었다.

〈표 4-17〉 월평균 또는 연평균 처방약값(본인부담금)

구분	그룹1 (N=1008)		그룹2 (N=1018)	
	명	원	명	원
월평균 처방약값	402	23315.4	703	31997.2
연평균 처방약값	606	113717.8	315	252238.1

앞서 응답한 처방약값의 금액적인 부담 수준에 대해서는 두 그룹 모두 부담을 주지 않는다는 응답이 더 높았다. 그룹1은 별로 부담을 주지 않는다 52.2%, 약간의 부담을 준다 28.9%, 전혀 부담을 주지 않는다 16.8%, 매우 큰 부담을 준다 2.2% 순으로 나타났다. 그룹2는 별로 부담을 주지 않는다 42.1%, 약간의 부담을 준다 41.7%, 전혀 부담을 주지 않는다 10.0%, 매우 큰 부담을 준다 6.1% 순으로 나타나, 현재 지속적으로 처방약을 복용하고 있는 그룹2가 그룹1보다 약값에 대한 부담을 더 느끼고 있는 것으로 나타났다.

[그림 4-7] 처방약값의 부담 수준

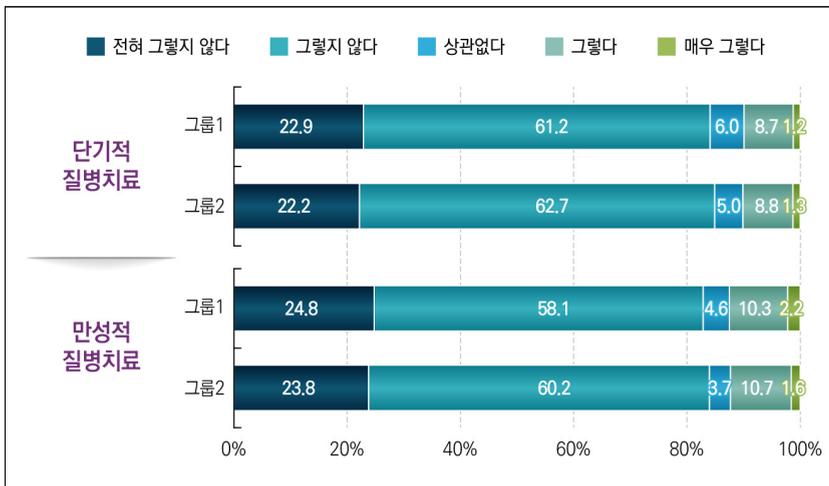


## 라. 처방약의 높은 가격 선호

감기나 통증 같은 질병 치료를 위해 단기적으로 약을 처방 받는다고 할 때 의사가 동일한 성분의 약 중 가격이 높은 약을 처방해주는 것을 선호하는지에 대한 질문에서, 가격이 높은 약 처방을 선호하지 않는다는 응답이 그룹1은 84.1%, 그룹2는 84.9%로, 가격이 높은 약 처방을 선호한다는 응답보다 더 높게 나타났다.

만성적인 질병 치료를 위해 지속적으로 약을 처방 받는다고 할 때 의사가 동일한 성분의 약 중 가격이 높은 약을 처방해주는 것을 선호하는지에 대한 질문에서도 두 그룹 모두 가격이 높은 약을 처방해주는 것을 선호하지 않는다는 응답이 더 높았다(그룹1 82.9%, 그룹2 84.0%).

[그림 4-8] 동일 성분 의약품 처방에서 가격이 높은 약의 선호 여부



## 마. 동일 성분의 저렴한 약 사용 의향

현재 지속적으로 처방약을 복용하고 있는 그룹2의 처방약 변경 경험을 파악하고자 의사가 처방약을 동일 성분의 다른 회사의 약으로 바꾼 적이 있는지를 질문하였다. 그 결과 의사가 처방약을 바꾼 경험이 있다는 응답이 30.6%, 바꾼 경험이 없다는 응답이 45.0%, 모른다는 응답이 24.5%로 나왔다.

처방약 변경 경험이 있다고 응답한 사람 311명을 대상으로, 약을 변경한 후의 효과와 부작용에 대해 다시 질문하였다. 약을 바꾼 후 효과 차이가 없었다는 응답이 79.4%로 가장 많았고, 효과가 더 좋았다는 응답이 16.7%, 효과가 더 약했다는 응답이 3.9%로 나왔다. 부작용 경험에서도 부작용에 차이가 없었다는 응답이 83.9%로 가장 많았고, 부작용이 더 적었다는 응답이 12.9%, 부작용이 더 심하거나 많았다는 응답이 3.2%로 나타났다.

〈표 4-18〉 동일 성분 의약품으로 의사 처방 변경 경험

구분		그룹2 (N=1018)	
		명	%
지속적 복용약에 대해 의사가 동일 성분의 다른 회사 약으로 변경한 경험	모른다	249	24.5
	아니오	458	45.0
	예	311	30.6
<b>처방약 변경 후 효과 및 부작용(N=311)</b>			
약을 바꾼 후 효과	효과가 더 좋았다	52	16.7
	효과 차이가 없었다	247	79.4
	효과가 더 약했다	12	3.9
약을 바꾼 후 부작용	부작용이 더 적었다	40	12.9
	부작용 차이가 없었다	261	83.9
	부작용이 더 심하거나 많았다	10	3.2

동일 성분 의약품 중 더 저렴한 의약품에 대한 사용 의향을 파악하고자, 처방 받아 사용하던 약이 있다고 할 때 의사가 기존 처방약과 동일한 성분의 더 저렴한 다른 제품을 권한다면 사용할 의향이 있는지를 질문하였다. 두 그룹 모두 대다수 응답자가 더 저렴한 처방약을 사용할 의향이 있었으며 그 응답 비율은 그룹1 91.5%, 그룹2 85.0%로 그룹1이 약간 더 높게 나타났다.

〈표 4-19〉 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향 - 의사 권유 시

구분	그룹1 (N=1008)		그룹2 (N=1018)	
	명	%	명	%
사용 의향 있음	922	91.5	865	85.0
사용 의향 없음	86	8.5	153	15.0

우리나라는 실손의료보험 가입률이 높으며, 가입 조건에 따라 보장 범위나 금액이 상이하지만 처방약값을 포함한 의료비를 환급받을 수 있다. 이에 최근 1년 동안 실손의료보험으로 약품비에 대한 보험금 수령 경험 유무에 따라 동일 성분 의약품 중 더 저렴한 처방약을 사용할 의향이 있는지를 살펴보았다. 실손보험으로 약품비를 환급받은 경험이 없는 사람에서 동일 성분의 더 저렴한 다른 처방약을 사용할 의향이 있다는 응답이 가장 높았지만, 실손의료보험 처방 경험이 있거나 실손의료보험에 가입하지 않은 사람의 응답과 큰 차이는 나타나지 않았다.

〈표 4-20〉 실손의료보험 수령에 따른 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향  
- 의사 권유 시

구분		그룹1(N=1008)			그룹2(N=1018)		
		사용 의향 있음	사용 의향 없음	P	사용 의향 있음	사용 의향 없음	P
		명 %	명 %		명 %	명 %	
지난 1년 동안 실손의료보험으로 약품비에 대한 보험금 수령 경험	있다	347 89.2	42 10.8	0.115	390 85.0	69 15.0	0.347
	없다	485 93.1	36 6.9		332 86.5	52 13.5	
	가입하지 않음	90 91.8	8 8.2		143 81.7	32 18.3	

동일한 성분의 더 저렴한 다른 제품을 사용할 의향이 있다고 응답한 사람들을 대상으로 사용 의향이 있는 주된 이유를 질문한 결과, 의사가 추천하였기 때문에 사용할 것이라는 응답이 60% 이상으로, 가격이 더 저렴하기 때문에 사용할 것이라는 응답보다 더 높게 나타났다.

〈표 4-21〉 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향이 있는 주된 이유(1개)  
- 의사 권유 시

구분	그룹1 (N=922)		그룹2 (N=865)	
	명	%	명	%
의사가 추천하였으므로 사용할 것이다	561	60.8	576	66.6
가격이 더 저렴하므로 사용할 것이다	352	38.2	282	32.6
기타	9	1.0	7	0.8

동일한 성분의 더 저렴한 다른 제품을 사용할 의향이 없다고 응답한 사람들에게는 사용 의향이 없는 주된 이유를 최대 2개까지 선택하도록 하였다. 그룹1과 그룹2 모두에서 기존에 사용하던 익숙한 약을 계속 사용하는 것이 좋다는 응답이 50% 이상으로 가장 많이 나왔고, 기존에 사용하던 약과 완전히 동일하지 않을 것이기 때문에 사용할 의향이 없다는 응답이 약 32%로 그 뒤를 이었다.

그룹1에서는 사용 의향이 없는 주된 이유 중 세 번째로 응답이 높았던 것은 가격이 더 저렴한 약은 효능·효과가 더 낮을 것이다가 25.6%였고, 그다음으로는 의사가 자신의 이익을 위해 추천한다고 생각한다고 22.1%, 가격이 더 저렴한 약은 부작용이 더 많은 것이다가 18.6%였다.

그룹2에서도 가격이 더 저렴한 약은 효능·효과가 더 낮을 것이기 때문에 사용 의향이 없다는 응답이 31.4%로 나타나 세 번째 순위를 차지했지만, 그룹1과 다르게 부작용이 더 많을 것이라고 생각한다는 응답이 24.2%, 의사가 본인 이익을 위해 추천한다고 생각한다는 응답이 17.0% 순으로 나타났다.

〈표 4-22〉 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 사용 의향이 없는 주된 이유(최대 2개)  
- 의사 권유 시

구분	그룹1 (N=86)		그룹2 (N=153)	
	명	%	명	%
기존에 사용하던 익숙한 약을 계속 사용하는 것이 좋다	45	52.3	78	51.0
기존에 사용하던 약과 완전히 동일하지는 않을 것이다	28	32.6	50	32.7
가격이 더 저렴한 약은 효능·효과가 더 낮을 것이다	22	25.6	48	31.4
가격이 더 저렴한 약은 부작용이 더 많을 것이다	16	18.6	37	24.2
의사가 자신의 이익을 위해 추천한다고 생각한다	19	22.1	26	17.0
가격이 더 저렴한 약은 더 좋지 않은 시설에서 만들어졌을 것이다	12	14.0	17	11.1
기타	0	0.0	2	1.3

주: 최대 2개까지 응답 가능.

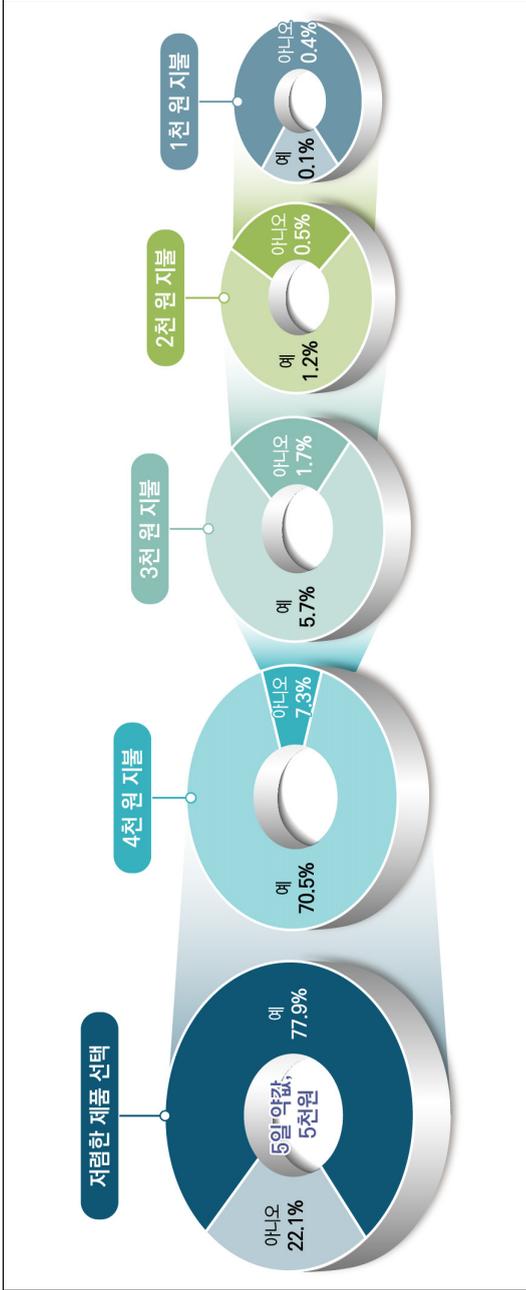
질병에 따라 더 저렴한 의약품을 선택할 의향이 어떻게 다른지, 어느 정도의 약값을 줄일 수 있을 때 더 저렴한 제품을 선택할 의향이 있는지

를 파악하고자 단기간 질병 치료와 만성적 질병 치료로 나누어 동일 성분 중 저렴한 제품의 선택 의향을 가격대별로 질문하였다.

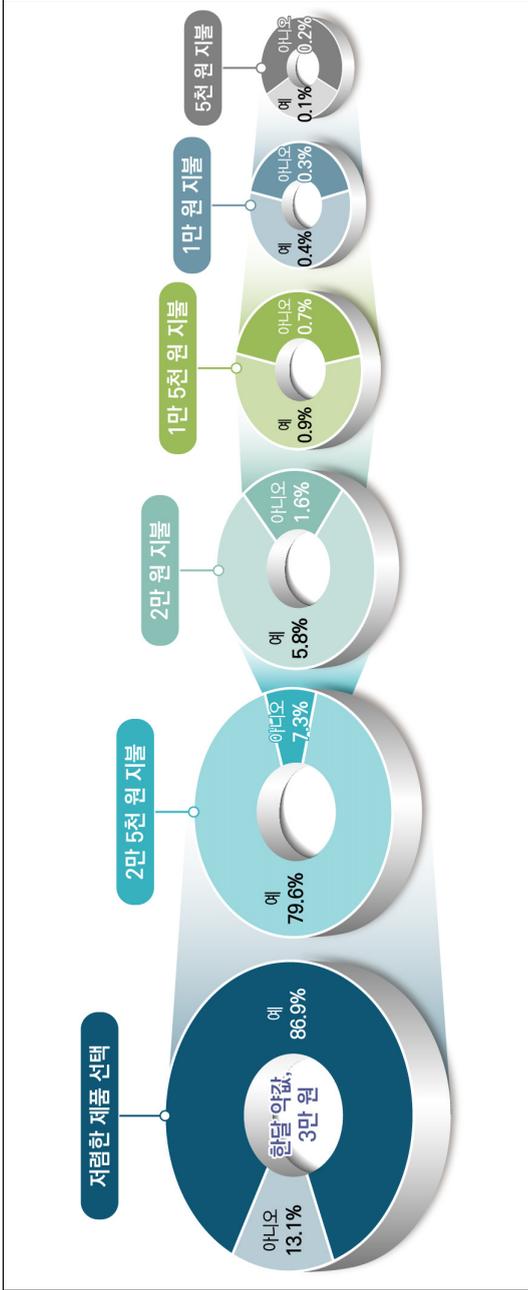
먼저 그룹1에서 감기나 통증과 같은 질병 치료를 위해 5일분의 약을 처방·조제 받아 지불해야 하는 약값이 5000원이라고 가정할 때, 처방 받은 약과 동일한 성분으로 다른 회사의 더 저렴한 제품을 선택할 기회가 있다면 그렇게 하실 의향이 있는지를 질문한 결과, 77.9%(785명)가 예라고 응답하였다. 전체 응답자 중 70.5%(711명)는 4000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였고, 5.7%(57명)는 3000원, 1.2%(12명)는 2000원, 0.1%(1명)는 1000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였다.

만성적인 질병 치료를 위해 1년 내내 매일 복용해야 하는 처방약값이 한 달에 3만 원일 때, 처방 받은 약과 동일한 성분으로 다른 회사의 더 저렴한 제품을 선택할 의향이 있는지를 질문한 결과, 86.9%(876명)이 예라고 응답하여 단기간 질병 치료보다 더 많은 응답자가 저렴한 제품을 선택할 의향이 있는 것으로 나타났다. 전체 응답자 중 79.6%(802명)는 2만 5000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였고, 5.8%(58명)는 2만 원, 0.9%(9명)는 1만 5000원, 0.4%(4명)은 1만 원, 0.1%(1명)는 5000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였다.

[그림 4-9] 단기간 질병 치료를 위한 약 선택에서 저렴한 제품 선택 의향(그룹1 - 5000원)



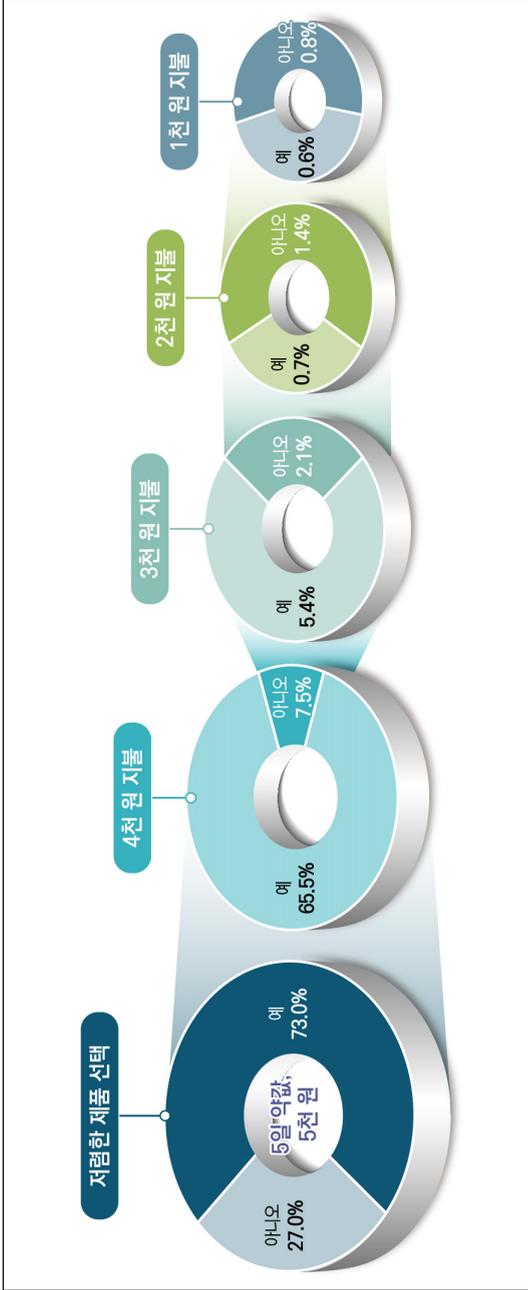
[그림 4-10] 만성적 질병 치료를 위해 1년 내내 복용해야 하는 약 선택에서 동일 성분, 다른 회사의 더 저렴한 제품 선택 의향(그룹1 - 3만 원)



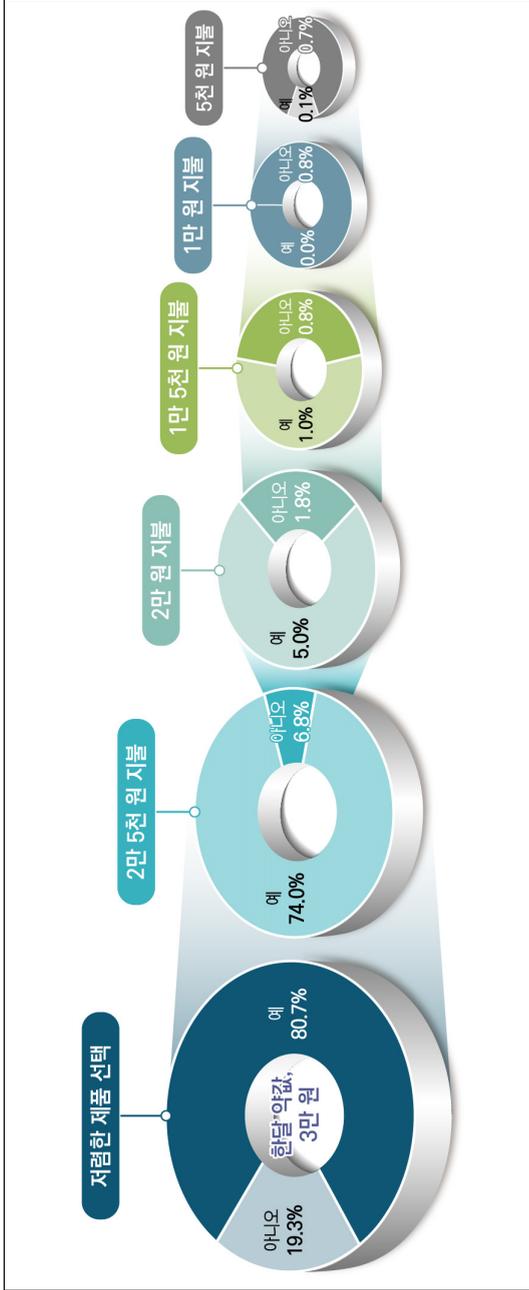
그룹2에게도 그룹1과 동일한 방식으로 질문한 결과, 감기나 통증과 같은 단기간 질병 치료에서는 73.0%(743명)가 처방 받은 약과 동일 성분의 더 저렴한 제품을 선택할 의향이 있다고 응답하였다. 전체 응답자 중 65.5%(667명)는 4000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였고, 5.4%(55명)는 3000원, 0.7%(7명)는 2000원, 0.6%(6명)는 1000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였다.

만성적인 질병 치료에서는 80.7%(822명)가 처방 받은 약과 동일 성분의 더 저렴한 제품을 선택할 의향이 있다고 응답하였다. 전체 응답자 중 74.0%(753명)는 2만 5000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였고, 5.0%(51명)는 2만 원, 1.0%(10명)는 1만 5000원, 0.1%(1명)는 5000원만 지불해도 된다면 더 저렴한 제품을 선택하겠다고 하였다.

[그림 4-11] 단기간 질병 치료를 위한 약 선택에서 처방약과 동일 성분, 다른 회사의 더 저렴한 제품 선택 의향(그림2 - 5000원)



[그림 4-12] 만성적 질병 치료를 위해 1년 내내 복용해야 하는 약 선택에서 동일 성분, 다른 회사의 더 저렴한 제품 선택 의향(그림2 - 3만 원)



감기나 통증과 같은 단기간의 질병 치료를 위한 5일 약값이 5000원이 라고 가정할 때 동일한 성분의 더 저렴한 약을 선택할 의향을 실손의료 보험 수령 경험에 따라 살펴보았다. 그룹2의 경우 실손의료보험으로 약 품비에 대한 보험금을 수령한 경험이 없는 그룹에서 더 저렴한 제품을 선택하겠다는 응답이 가장 높았지만 그 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다.

〈표 4-23〉 실손의료보험 수령에 따른 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 선택 의향  
- 본인 선택(단기적 질병 치료를 위한 5일 약값 5000원)

구분		그룹1(N=1008)			그룹2(N=1018)						
		더 저렴한 제품 선택		5000원 그대로 지불	P	더 저렴한 제품 선택		5000원 그대로 지불	P		
		명	%			명	%				
지난 1년 동안 실손의료보험으로 약품비에 대한 보험금 수령 경험	있다	307	78.9	82	21.1	0.816	320	69.7	139	30.3	0.099
	없다	402	77.2	119	22.8		292	76.0	92	24.0	
	가입하지 않음	76	77.6	22	22.4		131	74.9	44	25.1	

만성적인 질병 치료를 위해 1년 내내 매일 복용해야 하는 처방약의 한 달 약값이 3만 원일 때 동일 성분의 더 저렴한 약을 선택할 의향에서는 두 그룹 모두 실손의료보험으로 약품비에 대한 보험금 수령 경험이 없는 집단에서 더 저렴한 제품을 선택하겠다는 응답이 가장 높았지만, 통계적으로 유의하지는 않았다.

〈표 4-24〉 실손의료보험 수령에 따른 동일 성분의 더 저렴한 다른 제품(처방약) 선택 의향  
 - 본인 선택(만성적 질병 치료를 위한 1개월 약값 3만 원)

구분		그룹1(N=1008)			그룹2(N=1018)		
		더 저렴한 제품 선택	3만 원 그대로 지불	P	더 저렴한 제품 선택	3만 원 그대로 지불	P
		명 %	명 %		명 %	명 %	
지난 1년 동안 실손의료보험으로 약품비에 대한 보험금 수령 경험	있다	330 84.8	59 15.2	0.271	368 80.2	91 19.8	0.235
	없다	461 88.5	60 11.5		319 83.1	65 16.9	
	가입하지 않음	85 86.7	13 13.3		135 77.1	40 22.9	

### 바. 의료소비자 권리

의약품의 사용과 관련하여 의료소비자 권리를 어느 정도 보장받고 있다고 생각하는지를 파악하고자, 의료소비자 권리로서 알 권리 및 선택권에 대해 질문하였다. 먼저 의사·약사가 처방·조제하는 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 잘 설명해준다고 생각하는지를 질문한 결과, 그룹1과 그룹2 모두에서 잘 설명해주지 않는다는 응답(전혀 그렇지 않다+그렇지 않다)이 각각 51.4%, 43.8%로 보통이다와 잘 설명해준다는 응답보다 더 높았다.

환자가 처방약이나 대체 가능한 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대해 정보를 충분히 제공받고 본인의 선택이 필요한 상황에서는 그 선택할 권리를 보장받는지 질문한 결과, 보장받지 못한다는 응답(전혀 그렇지 않다+그렇지 않다)이 그룹1과 그룹2가 각각 59.5%, 55.2%로 높게 나타났다.

〈표 4-25〉 의료소비자 권리

구분	그룹1 (N=1008)		그룹2 (N=1018)		
	명	%	명	%	
의사·약사가 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 잘 설명함	전혀 그렇지 않다	144	14.3	152	14.9
	그렇지 않다	374	37.1	294	28.9
	보통이다	384	38.1	406	39.9
	그렇다	100	9.9	154	15.1
	매우 그렇다	6	0.6	12	1.2
환자가 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대한 정보를 충분히 제공받고 선택할 수 있는 권리를 보장받음	전혀 그렇지 않다	186	18.5	199	19.5
	그렇지 않다	414	41.1	363	35.7
	보통이다	302	30.0	318	31.2
	그렇다	94	9.3	122	12.0
	매우 그렇다	12	1.2	16	1.6

#### 4. 소결

본 절에서는 처방약을 조제 받은 경험이 있는 사람 총 2026명을 대상으로 제네릭 의약품에 대한 인식, 처방약에 대한 인식, 의약품 가격 관련 선택 의향 등을 조사하였다. 조사 결과 전체 응답자의 약 80%가 제네릭 의약품이 있다는 것을 모르고 있었으며, 약 85%가 가장 최근에 사용한 처방약에서 제네릭 의약품 여부를 구분하지 못하고 있었다. 이 결과를 보건대 제네릭 의약품에 대한 인지도가 낮은 것으로 나타났다.

참여자들이 제네릭 의약품의 정의를 설문지를 통해 인지한 상태에서, 제네릭과 오리지널 의약품의 효과, 부작용, 품질에서의 차이에 대한 생각을 물어본 결과, 차이가 없다는 응답보다 차이가 있다는 응답이 더 높게 나타났다. 그러나 비슷한 질문으로 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대해 효과, 부작용, 품질에서의 차이에 대한 생각을 물어본 결과, 효과, 품질, 부작용에서 차이가 있다고 응답한 비율보다 없다고 응답한 비

율이 더 높았다. 이러한 결과는 응답자들이 동일 성분으로 다른 가격의 제품이라고 할 때에 비해 오리지널과 제네릭이라는 용어로 구분할 때 제품의 차이를 더 크게 느끼고 있음을 뜻한다.

응답자들은 약의 효능, 부작용, 가격, 성분명, 제품명, 제조회사 등 본인의 처방약 정보에 대한 관심 정도와 실제로 정보를 알고 있는 정도에서 차이가 있었다. 관심 있다고 한 비율과 알고 있다고 한 비율에서 차이가 컸던 정보 영역은 부작용, 가격, 성분명이었다. 이는 환자들이 관심 있는 처방약 정보를 실제로 충분히 제공받고 있지 못함을 시사한다. 한편 의료기관에서 약을 처방 받으면 약에 관한 정보를 더 찾아보지 않는다는 응답이 60% 이상으로, 찾아본다는 응답보다 더 높았는데, 이러한 점에서 의사와 약사가 의약품의 처방 및 조제 시 환자에게 제공하는 정보가 중요한 것으로 보인다. 처방약에 대해 스스로 정보를 더 찾아보는 사람들의 주요 정보 검색원은 80% 이상이 인터넷이었다.

의약품 가격과 관련해서는 동일한 성분의 의약품 중에서 가격이 높은 약 처방을 선호하지 않는다는 응답이 더 높았고, 의사가 기존의 처방약과 동일한 성분의 더 저렴한 제품을 권한다면 사용할 의향이 있다는 응답이 매우 높게 나타났다. 응답자의 과반수 이상이 현재 처방약값에 대해 부담을 느끼지 않는다고 하였지만, 더 저렴한 의약품을 사용할 기회가 주어진다면 저렴한 제품을 선택할 의향이 있는 것으로 나타났다. 다만 동일 성분의 더 저렴한 처방약을 사용할 의향이 있다고 응답한 사람들의 주된 이유로, 더 저렴한 가격(35.5%)보다는 의사가 추천하였기 때문(63.6%)이라는 응답이 더 높았다는 점에서 가격보다는 의사의 권유가 환자에게 미치는 영향이 더 큰 것으로 보인다.

질병에 따라 더 저렴한 의약품을 선택할 의향이 어떻게 다른지 파악하고자 단기간 질병 치료와 만성적 질병 치료로 나누어 동일 성분의 저렴한

제품 선택의 의향을 조사하였다. 단기간 질병 치료를 위한 5일 처방약값이 5000원이라고 가정할 때, 응답자의 70% 이상이 더 저렴한 제품을 선택할 의향이 있다고 답했다. 만성적 질병 치료를 위한 한 달 약값이 3만원이라고 가정할 때, 응답자의 80% 이상이 더 저렴한 제품을 선택할 의향이 있다고 답했다.

요약하면, 응답자들은 처방약값에 대해 재정적 부담을 크게 느끼지 않으면서도 약값을 더 낮출 수 있다면 그렇게 할 의향이 70% 이상 높게 나타난 편이었다. 그리고 저렴한 약을 선택할 의향은 의사의 추천이 있을 때 훨씬 높아져, 의학적 지지가 있을 때 가격을 기준으로 한 선택이 쉽게 이루어질 수 있음을 보여주었다.

의료소비자 권리에서는 의사·약사가 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 잘 설명하지 않는다는 응답과 환자가 정보를 충분히 제공받고 선택할 권리를 보장받고 있지 않다는 응답이 그렇다는 응답보다 더 높았다. 이처럼 응답자들은 의약품의 처방 및 조제 과정에서 환자의 알 권리 및 선택권이 모두 충분히 보장받고 있지 못하다고 느끼고 있었다.

본 연구는 전국에 거주하는 일반인 2000여 명을 대상으로 제네릭 의약품을 비롯한 처방약에 대한 인식과 경험을 조사하였으며, 최근 3개월 이내 처방약 조제 경험자와 현재 지속적 처방약 복용자로 그룹을 나누어 분석하였다는 점에서 의의가 있다. 그러나 조사 전문기관의 패널에서 조사 대상자를 추출하였으며, 그룹2의 경우 50대 이상 응답자가 과반수 이상(65.5%)을 차지하는 등의 한계가 있으므로 결과 해석에 유의가 필요하다.



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제5장

## 외국의 정책 사례

- 제1절 독일
- 제2절 프랑스
- 제3절 호주
- 제4절 미국
- 제5절 소결



## 제 5 장    외국의 정책 사례

### 제1절 독일

#### 1. 의료보장제도와 약제 급여

독일의 의료보장체계는 약 120개의 의료보험조합으로 구성된 사회보험 방식의 강제보험(GKV: statutory health insurance)을 중심으로 운영된다. 2007년 이후 모든 국민은 사회의료보험과 장기요양보험에 가입 또는 동등한 급여 수준의 민간보험에 반드시 가입해야 한다. 2009년부터 민간의료보험에서도 사회보험과 동등한 서비스를 급여해야 하고 보험료도 사회보험보다 더 높게 받을 수 없다. 국민은 사회의료보험조합을 자유롭게 선택할 수 있고, 18개월의 대기 기간 후 조합을 이동할 수 있다. 민간보험을 선택할 자유도 있으며 국민의 90%는 사회보험에 가입해 있다 (Busse & Blümel, 2014, pp.96-97; iGES, 2017, p.8). 의료보험에서 급여하는 제품과 서비스는 국가 차원의 연방연합위원회(GBA: Joint Federal Committee)에서 결정한다. 연방연합위원회(GBA)는 의료보험, 의사, 치과의사, 병원의 대표로 구성되는 최고 의사결정기구이다 (Wenzl & Paris, 2018, p.5).

급여의약품은 연방연합위원회가 정하는 네거티브 목록(negative list) 방식에 의해 결정된다. 의약품은 네거티브 목록에 포함되어 있거나 법으로 정하여 제외된 경우[예: OTC(over-the-counter)의약품]가 아닌 한 의료보험에서 급여되며 제약사는 자유롭게 가격을 결정해왔다. 그러나 2007년부터 「의료보험경쟁촉진법(Health Insurance Competition

Enhancing Act)」에 따라 신약의 가격 결정을 위해 가치 평가를 시행하고 있다. 2007~2010년 동안은 의료보험조합이 참조가격제 대상이 아닌 약들에 대해 최대 급여 상한 가격을 정했다. 단 회사가 비용효과성을 입증하거나 대체치료제가 없는 경우에는 급여 상한 가격이 적용되지 않았다. 2011년부터는 신약의 임상적 추가 편익을 평가하여 약가를 협상했다. 신약은, 제약사가 치료적 가치 평가를 위한 자료를 연방연합위원회에 제출하고 보건의료질·효율성기구(IQWiG: Institute for Quality and Efficiency in Health Care)를 통해 평가받는다. 치료적 가치의 향상이 인정되면 제약사와 의료보험연합(GKV-SV: National association of statutory health insurance funds)은 협상을 통해 약가를 결정한다. 만일 기존 약에 비해 개선된 임상적 편익이 없으면 참조가격제의 적용을 받거나 비교 약제보다 높지 않은 가격으로 협상하여 약가를 결정한다. 신약이라 하더라도 연간 급여 지출액이 100만 유로 미만인 경우에는 임상적 가치 평가와 약가 협상이 생략된다. 협상이 타결되지 않을 경우 조정 위원회가 3개월 내에 약가를 결정하고 이 가격은 신약 도입 13개월째부터 소급 적용된다. 2013년 말까지 추가 편익이 인정된 약 41개의 가격이 결정되었으며, 그중 37개는 협상에 의해 결정되었고, 나머지 4개는 조정 위원회에서 결정되었다(Busse & Blümel, 2014, pp.211-212; Wenzl & Paris, 2018, pp.5-7).

## 2. 약품비와 지출 관리 제도

독일은 인구 1인당 의료비가 2018년 기준 5986달러(USD PPP)로 OECD 국가 중에서 높은 편에 속한다(OECD 평균 3994달러. OECD, 2019, p.151). 1인당 의료비 지출의 연평균 상승률은 2000~2015년과

2015~2030년 추정치 모두 2%로 다른 국가에 비해 의료비 지출의 급격한 증가 시기는 지난 것으로 볼 수 있다(OECD, 2019, p.167).<sup>4)</sup>

1인당 약품비는 2017년 기준 823달러로 OECD 평균(564달러)보다 훨씬 높다. 약품비에서 공공 지출(사회보험과 정부 지출)이 차지하는 비율이 84%로 OECD 국가에서 가장 높고 본인부담에 의한 지출 비율은 16%로 다른 국가에 비해 낮다(OECD, 2019, p.207).

독일은 1970년대 후반부터 의료보험재정의 안정성을 높이고 의료보험 체계의 지속성을 확보하기 위하여 줄곧 개혁을 추진해왔다. 1977년 「비용억제법」에서 외래 처방의약품, 치과 보철 등에서 본인부담금을 인상하는 조치를 내렸다. 이후 1989년 「보건의료개혁법」을 통해 전면적이고 종합적인 개혁이 추진되었는데, 외래 처방의약품에서 본인부담금이 인상되고 참조가격제가 도입되었다. 독일 통일 이후 사회경제적 영향에 의한 의료보험의 재정 악화 상황에서 1993년 「보건의료구조개혁법」이 시행되었는데, 이때 입원 진료비, 외래 진료비, 외래 처방의약품에 대해 부문별·지역별 총액예산제가 도입되었다. 1999년 「공적 의료보험-연대성강화법」에서는 공적 의료보험의 급여비 지출 총액 증가율을 가입자의 소득 인상률과 연계하여 총괄적인 지출 관리를 추구하였다. 그럼에도 불구하고 의료보험의 재정 문제는 해소되지 않았고 2000년에 ‘공적 의료보험-보건 의료 개혁’이 실시되었다. 이를 통해 외래 진료에서 주치의의 역할 강화, 가입자의 건강증진활동 지원 강화, 입원 진료/외래 진료/외래 처방의약품에서의 총액예산제에서 전국 단위 예산 상한제 도입, 입원 진료에서 포괄수가제 등이 도입되었다(정연택 외, 2018, pp.527-532; Busse & Blümel, 2014, pp.132-134).

4) 2000~2015년 우리나라 1인당 의료비의 연평균 증가율은 7% 이상이었다(OECD, 2019, p.167).

독일은 약품비 관리를 위해 의료공급자의 처방액 또는 처방량을 관리하는 제도를 오랫동안 시행해왔다. 1993~2001년 동안 약품비 지출 총액 상한제(“예산제”)가 시행되었다. 1994~1997년까지 모든 지역의 사회보험의사회는 초과 지출액에 대해 공식적으로 책임을 졌다. 지출 상한액은 의료보험연합과 사회보험의사회의 지역 협상에 의해 결정되었다. 실제 지출액이 “예산”을 초과하였음에도 불구하고 이 제도는 단기적, 장기적 약품비 지출 통제에 효과적이었다(Busse & Blümel, 2014, pp.213-214).

1998년 지역 단위의 약품비 예산제는 폐기되고 처방량 목표제(practice-specific target volume)로 대체되었다. 처방량 목표를 12.5% 초과한 의사는 그것의 필요성을 서면으로 설명하지 못하면 해당 의료보험조합에 환불해야 했다. 1999년 「사회보험연대강화법」이 시행되면서 지역 단위의 약품비 지출 총액제가 다시 도입되었다. 그러나 지역 단위의 비용 책임제에 대해서는 의사들의 반대가 컸고 2001년 「의약품 예산상환법(Pharmaceutical Budget Redemption Act)」에 의해 폐지되었다. 그러나 사회보험지역의사회와 의료보험연합은 여전히 연간 “예산”을 협상할 의무가 있으며, 개인 의사(practice)당 처방량 목표를 세운다. 예산을 초과한 지출에 대한 책임은 강제화되어 있지 않으며 자체감독 주체가 그것을 계약요소로 사용할 수 있다. 새 법에서는 개인 의사별 처방량 목표의 협상과 관련 데이터 관리의 의무를 도입하였다. 의료보험연합은 목표 처방량을 수용하고 사회보험 의사들에게 처방 피드백을 제공할 의무가 있다. 처방 목표의 25%를 초과한 의사는 그것의 정당성을 설명해야 하고 그것이 수용되지 않으면 목표량의 115%와 초과 처방량 사이의 금액을 환급해야 한다(Busse & Blümel, 2014, pp.213-215).

2007~2011년 동안은 일부 치료제에서 지역 단위로 일당 처방 평균

금액(average costs per DDD)을 정하고, 처방액이 그것보다 10%를 초과하는 의사는 의료보험조합에 일정 금액을 벌금으로 내야 하며, 반대로 처방액이 낮은 의사는 보너스 금액을 받았다. 지역 전체의 처방액이 낮으면 지역의사회가 보너스를 받고 다시 회원 의사들에게 분배했다. 이 제도는 2011년 「의약품시장개혁법(Pharmaceutical market Reform Act)」이 시행되면서 폐기되었다(Busse & Blümel, 2014, p.213).

약사가 조제할 때 저렴한 약을 사용하도록 하는 규제도 시행되었다. 2002년부터 「약품비지출억제법(Pharmaceutical Expenditure Limitation Act)」을 통해 aut-idem(또는 “the same”) 규정이 도입되었다. 의사가 성분명으로 처방하거나 대체조제를 반대하지 않을 경우, 약사에게는 오리지널 제품보다 더 저렴한 약으로 조제할 의무가 있다. 만일 의료보험조합과 제약사 간 리베이트 계약이 이루어진 약이 있다면, 그 약을 먼저 조제해야 한다(Busse & Blümel, 2014, pp.212-213).

약품비의 지출 관리를 위해서는 의사의 의약품 처방 총량 관리 외에 외래 약제 급여체계에서 환급제도를 공식적으로 운영하고 있다. 참조가격제에 속하지 않은 특허 의약품은 공장도 가격의 7%를, 참조가격제에 속한 제네릭 의약품은 6~16%를 의료보험에 환급해야 한다. 이렇게 제약사가 법적으로 부담하는 환급금은 2014년 전체 의료보험 약품비 지출액의 8% 규모를 차지하였다. 2022년까지 “약가 모라토리엄”이 운영되고 있는데 2009년 8월 1일 가격 대비 인상된 가격분만큼 환급해야 한다(Busse & Blümel, 2014, p.209; Wenzl & Paris, 2018, p.6). 이와 같이 독일은 약가를 제약사가 자유롭게 설정하도록 하면서 참조가격제와 환급제도를 통하여 사실상의 약품비 지불 가격을 낮추고 있다. 환급률도 의료보험의 재정 상황에 따라 조정함으로써 약품비 총액을 관리할 수 있다.

### 3. 약가 지불제도와 본인부담제도

독일의 의약품 시장에서 약가는 모든 약국에 동일하게 적용되며 환자 본인부담금도 모든 사회보험에 동일하게 적용된다. 약사는 의료보험에서 의약품 패키지 단위로 고정된 조제수가를 받고 여기에 약가의 일부(3%)를 보상받는다. 약사는 처방전대로 또는 동일 성분, 동일 패키지 단위, 동일 함량 내에서 가장 저렴한 3개 중 한 개로 조제한다. 만일 기업이 의료보험에 리베이트를 제공하여 할인된 경우 약사는 할인된 제품으로 약을 조제해야 한다(Herr & Suppliet, 2017).

의사는 허가된 모든 제품을 처방할 수 있다. 의사들에게는 보험자의 예산 통제에 인하여 비용효과적인 의약품을 처방할 동기가 부여된다. 대부분의 환자들은 동일한 본인부담금 조건에 놓여 있어 의사는 환자의 본인부담 비용을 쉽게 파악할 수 있다(Herr & Suppliet, 2017).

처방의약품에 대한 환자의 본인부담금은 1994~2003년까지는 의약품 팩 단위로 고정된 금액이 부과되었으며, 팩은 대/중/소 세 개로 구분되었다. 대형 팩으로 처방 받을 경우 단위 가격이 낮아지는 구조였으므로 의사는 큰 팩으로 처방할 가능성이 높았다. 2004년부터는 본인부담금이 약가에 연계되는 방식으로 변경되었다. 본인부담금은 약국 판매 가격의 10%로서 최소 5유로, 최대 10유로이며, 여기에 약가가 참조가격보다 높을 경우 참조가격과 실제 가격의 차액이 추가된다.<sup>5)</sup> 2004년에는 의료보험제도에서 전반적으로 본인부담 면제가 축소되면서 의약품 처방에서 본인부담금이 면제되는 비중이 2003년 48%에서 29%로 낮아졌다. 2006년부터 참조가격제 내에서 본인부담금 면제제도가 운영되고 있다. 참조

5) 2019년 기준 독일에서 패키지당 본인부담금은 각종 면제가 반영되어 평균 3.0유로이다 (ABDA, 2020, p.40).

가격보다 30% 이상 저렴한 약에 대해서는 본인부담금이 면제된다. 의료 보험에서 본인부담금이 연간 가구소득의 2%-중증만성질환자는 1%-에 달하면 그 이후에는 본인부담금이 면제된다(Busse & Blümel, 2014, pp.134-136; WHO, 2018, pp.47-49).

〈표 5-1〉 처방의약품에 대한 본인부담금(1994~2003년)

(단위: 유로)

구분	'94~'96	'97 상반기	'97 하반기	'98	'99	'00~'03 <sup>†</sup>
소형 팩	1.5	2	4.6	4.6	4.1	4.1(4.0)
중형 팩	2.6	3.1	5.6	5.6	4.6	4.6(4.5)
대형 팩	3.6	4.1	6.6	6.6	5.1	5.1(5.0)

†: 2002~2003년 동안 변경된 내용은 괄호 안에 작성함.  
 자료: Busse & Blümel, 2014, p.134; 〈표 3-6〉 일부 인용.

독일의 약제 본인부담금제도에서 가장 대표적인 제도는 참조가격제라 할 수 있다. 대부분의 제네릭 의약품과 일부 특허약(동일 치료군에 3개 이상의 대체제가 있는 경우, 임상적으로 개선된 점이 없다고 연방연합위원회가 판단할 경우)은 참조가격까지만 급여된다(iGES, 2017, p.16). 1989~1992년까지 참조가격 수준의 의약품에 대해서는 본인부담금이 부과되지 않았고, 1993년부터 고정 금액의 본인부담금이 부과되기 시작했다. 의사는 참조가격보다 높은 가격의 약에 대해 환자가 차액을 전액 부담해야 한다는 사실을 알릴 의무가 있다. 제약사는 더 높게 가격을 책정할 수 있으나 해당 약으로 조제 받을 경우 환자가 차액을 전액 부담하게 되므로 약가가 참조가격 이하 수준으로 떨어지도록 하는 효과를 기대할 수 있다(Busse & Blümel, 2014, pp.133-134, 209).

참조가격제를 위한 의약품의 분류는 연방연합위원회가 담당하고 참조가격은 의료보험연합이 결정하였다. 1998년 「사회보험연대강화법(Act to Strengthen Solidarity in SHI)」에 더 강화된 규제가 도입되었는데,

참조가격은 동일 그룹의 가장 낮은 3개 가격보다 더 높게 설정될 수 없게 되었다. 참조가격제가 적용되는 446개 그룹 중 202개 그룹의 약가가 1999년 4월부터 인하 대상이 되었다. 그러나 제약사들은 소송을 제기하였고 의료보험조합이 특허약을 참조가격제에 포함하여 약가를 통제할 권한이 없다고 주장하였다. 이에 「참조가격조정법」이 도입되었고 2002~2003년 참조가격의 조정 기능이 보건부로 이관되었다. 그러나 연방헌법재판소와 유럽사법재판소는 의료보험조합이 사회보험 시장에서 가격에 영향을 미치는 것을 공적 역할로 허용하였다. 2004년 「사회보험 현대화법(SHI Modernization Act)」을 통해 참조가격제의 대상을 기존 약에 비해 개선된 치료적 편익이 없는 특허 신약까지 포함하도록 하였다.<sup>6)</sup> 2004년부터 보건의료질·효율성기구는 연방연합위원회와 의료보험 연합이 신약의 혁신성, 효과성을 평가하여 분류하는 것을 지원한다. 2004년 8월 스타틴(statins), 사탄(sartans), 트립탄(triptans), 프로톤펌프억제제(Proton Pump Inhibitors, PPI)가 참조가격제에 포함되어, 특허 중인 많은 약들이 참조가격제에 포함되었다(Busse & Blümel, 2014, pp.209-211).

2006년 「약물치료효율성제고법(Act to Improve Efficiency in Pharmaceutical Care)」에서 참조가격제를 더 강화하였는데, 이에 따라 참조가격은 대체 가능한 약의 그룹별로 전년도 가격들의 30퍼센타일을 넘지 않도록 설정되었다. 참조가격 적용 시점에 전체 제품 및 전체 처방의 최소 20%는 참조가격 이하로 이용이 가능하여야 한다. 이때 시장 점유율 1% 미만의 약은 계산에 포함시키지 않는다. 그리고 상당수의 의약품은 환자가 본인부담 없이 이용할 수 있게 참조가격 그룹을 만들도록 하였다(Busse & Blümel, 2014, pp.209-211; Herr & Suppliet, 2017).

6) 이와 유사한 법이 1995년까지 적용되다가 제약사의 압력으로 1996년에 폐지된 바 있다.

대체 가능한 약의 그룹은 연방연합위원회가 정한다. 대체 가능한 약의 그룹은 한 개 또는 그 이상의 대체 가능한 성분(ATC 5단위)으로서 유사한 투여경로(예: 경구, 주사 또는 흡입)의 약으로 구성되며, 특히 중 또는 특히 만료된 브랜드 약과 제네릭을 포함할 수 있다. 의료보험연합은 매년 참조가격을 검토하고 조정한다. 제약사는 대체 가능한 그룹에 약이 배치되는 것이나 참조가격 모두에 관해 협상하지 않는다. 기업은 약가를 자유롭게 결정한다. 2010년 기준으로 전체 의약품의 71.7%를 포함한 연구를 보면 제네릭 의약품의 99%, 브랜드 의약품의 77%가 참조가격 이하로 가격을 책정하였다. 그리고 제네릭 의약품의 57%, 브랜드 의약품의 4%가 본인부담이 면제되는 수준으로 가격을 낮추었다(Herr & Suppliet, 2017). 참조가격제 적용을 받는 의약품은 2016년 의료보험에서 전체 처방 건의 81%, 총약품비의 37%를 차지하였다(GKV-SV, 2017; Wenzl & Paris, 2018, p.13 재인용).

참조가격제 내에서 본인부담 면제제도의 효과를 2007~2010년 데이터를 이용하여 평가한 Herr and Suppliet(2017)의 연구에 의하면, 이 제도는 제네릭 의약품의 가격을 5% 낮추고 브랜드 의약품의 가격을 4% 높이는 효과를 보였다고 하였다. 저자들은 이를 제네릭 진입 후 브랜드 약가가 높아지는 “제네릭 경쟁의 패러독스”와 유사한 현상으로 해석했다.

의약품에 대한 본인부담금의 총 크기는 2000년 18억 유로였던 것이, 2004년 본인부담금이 약가 기준의 정률제 방식으로 변경되면서 총처방 건수가 감소하였음에도 불구하고 24억 유로로 증가하였다. 2010년 이는 다시 17억 유로로 낮아졌는데, 여기에 가장 큰 영향을 미친 것은 2006년 참조가격보다 30% 이상 낮은 가격의 약에 대해 본인부담금이 면제된 제도(Act to Improve Efficiency in Pharmaceutical Care)라고 평가된다(Busse & Blümel, 2014, p.135).

#### 4. 제네릭 사용 활성화를 위한 기타 정책

독일은 의료보험에서 제네릭 의약품의 가격을 직접 정하지 않고 있으나, 참조가격과 입찰 같은 제도를 통해 제약사가 스스로 약가를 인하하도록 유도하고 있다. 참조가격제는 참조가격까지만 약가가 인하되고 추가적인 약가 경쟁이 저조하다는 한계가 있으나, 2006년부터 참조가격보다 30% 이상 저렴한 약에 대한 본인부담금을 면제함으로써 약가 경쟁이 활성화되었다.

제네릭의 약가가 상대적으로 낮으므로 브랜드 의약품 대비 제네릭 사용이 증가할수록 약품비 지출을 효율화하는 효과가 커질 것이다. 의료보험조합은 시장에 적극 개입하여 의사단체와 제네릭 사용 쿠틀러를 협약하여 제네릭 사용을 촉진하기도 하고, 제네릭을 공급하는 제약사와 직접 리베이트 계약을 맺어 낮은 약가로 계약한 제네릭 제품의 사용을 직접 촉진하기도 한다. 2003년부터 의료보험조합(sickness funds)은 제약사와 할인 계약을 맺을 수 있게 되었고, 2007년부터 약국들은 의사가 명시적으로 거부하지 않는 한 할인 계약을 맺은 약으로 조제해야 한다. 2012년 거의 모든 의료보험조합이 할인 계약을 맺었고 해당 약은 3만 4879개에 이르렀다. 할인 금액의 규모는 2012년 제네릭 의약품 지출의 14%(의료보험 약품비 지출의 8%) 규모였다(Bundesministerium für Gesundheit, 2013; Busse & Blümel, 2014, p.208 재인용).

의사는 처방 소프트웨어 프로그램을 통해 의료보험조합과 리베이트 계약이 된 제네릭을 처방할 수 있고, 약사는 리베이트 계약이 된 제네릭만 조제할 수 있다. 환자는 리베이트 계약이 된 제네릭을 사용할 경우 본인 부담금을 면제받는다(IGES, 2017, p.18).

## 5. 고찰

2017년 기준 독일 의약품 시장에서 제네릭 의약품의 사용률은 82%로 OECD 평균(52%)에 비해 매우 높은 편이었다. 약품비에서 제네릭이 차지하는 비율은 35%로 OECD 평균(25%)에 비해 높으며, 제네릭 사용률 보다 크게 낮아 제네릭 사용을 통해 약품비 지출을 효율화하는 효과가 크다고 할 수 있다(OECD, 2019, p.213).

독일은 약품비 지출 관리에서 약가 관리보다는 수요 측 기전을 이용한 제도를 주로 활용하고 있다는 점에서 특징적이다. 특히 의사단체와 보험자가 협의하여 처방 목표를 세워 그 성과를 모니터링하고 있어 의사에게는 의약품 사용을 적정화하고 지출을 효율화하려는 동기가 부여된다. 약사도 저렴한 제네릭 중에서 조제해야 하는 의무가 있다. 환자 측에서는 본인부담금제도에서 참조가격제가 적용되고 있고, 특히 저렴한 약에서는 본인부담금이 면제되어 낮은 약가의 제네릭 의약품을 선택할 동기가 부여되고 있다. 즉 환자 측의 수요 기전은 의사, 약사 등 의료 전문가 측에서 작동되는 수요 기전을 통해 지지되고 있음을 확인할 수 있다.

## 제2절 프랑스

### 1. 의료보장제도와 약제 급여

프랑스의 보건의료체계는 원래 비스마르크 모형의 의료공급 및 지불체제로 구축되었으나 베버리지와 비스마르크 모형의 혼합 체제로 발전하여 단일한 공공 지불자와 조세 기반의 보건의료재정, 강력한 국가 개입의 특

성이 점점 더 두드러졌다. 외래 진료의 공급자는 주로 민간 부문이고 병원 입원 부문에서는 공공병원 또는 민간비영리병원이 지배하고 있다 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017, p.3).

건강보험체계는 가입자의 직업 범주를 기준으로 다보험체제로 구성되어 있다. 민간 부문 피용자들은 일반 레짐, 비농업 자영업자들은 자영업자 레짐, 농업 부문 종사자들은 농업종사자 레짐에 소속된다. 이 중 일반 레짐에 국민의 87%가 가입하고 있어 프랑스의 건강보험체계는 단일보험체계와 매우 유사한 성격을 보인다. 또 공공보험 외 보충형 민간보험에 전 국민의 약 94%가 가입되어 있어 민간보험 가입 비율이 매우 높은 특성이 있다(노대명 외, 2018, p.411, pp.430-431).

공공건강보험체계에서는 입원 및 외래에서의 처방약을 급여한다. 의약품의 급여는 2005년 설립된 최고보건청Haute Autorité de Santé, HAS)의 투명성위원회(Transparency Commission, TC)에서 임상적 편익(SMR)과 기존 의약품 대비 임상 편익의 개선 수준(ASMR)을 평가한 결과에 따라 결정된다. 임상적 편익은 5개 등급으로 나누어지며 의약품의 건강보험 급여율을 결정한다. 임상적 편익의 개선 수준도 5개 등급으로 나누어지며 약가 결정에 영향을 미친다. 투명성위원회(TC)가 평가한 결과를 바탕으로 보건제품약가위원회(CEPS: Health Care Products Pricing Committee)가 제약사와 협상을 통해 5년간의 가격과 예상 사용량을 결정한다. 입원 시 처방되는 약의 가격은 병원과 제약사가 직접 협상 또는 입찰을 통하여 결정한다. 이때 고가 의약품은 DRG(Diagnosis Related Group) 지불제도에 포함되지 않고 별도로 가격이 정해진다 (노대명 외, 2018, pp.393-394; Morgan, 2016, pp.9-11; Rodwin, 2020).

## 2. 약품비와 지출 관리 제도

프랑스는 1980년대부터 보건의료비 지출이 급격히 상승하면서 지출 통제를 위한 규제와 제도들이 도입되었다. 신규 병상의 허가를 금지하는 등 의료자원 공급을 규제하고 동시에 지불체계를 개혁하여, 1983년부터 공공병원과 민간비영리병원에 대해 총액예산제를 시행하였다(노대명 외, 2018, p.387).

1990년대 들어 의회는 공공건강보험 지출을 통제하고 약품비를 억제 하면서 사회보장재정을 관리하기 위한 규제를 법제화하였다. 1997년부터 건강보험 지출의 국가 목표(Objetif National des Dépenses de l'Assurance Maladie, ONDAM)를 포함한 「사회보장재정법」을 매년 의회가 의결한다. 1999년부터는 공공건강보험에서 제약사가 얻는 수익의 연간 증가율의 상한을 설정하였다. 2000년부터는 약품비의 증가율 목표를 총진료비 증가율보다 낮게 설정하였다. 2004년 이후 연간 약품비 증가율의 목표는 1.08%로서, 이는 총진료비 증가율 목표인 3.0%의 1/3 수준에 해당한다. 2019년 급여의약품에 대한 제약사의 판매액 증가율의 목표를 0.5%로 설정하였고, 이후 1%로 상향 조정되었다. 2020년의 약품비 증가율 목표는 0.5%이다. 이와 같이 건강보험 지출은 매년 총액 증가율의 목표를 설정하여 관리하고 있고, 약품비는 지출액뿐만 아니라 제약사의 매출 성장률도 함께 목표를 설정하여 제한하고 있다(노대명 외, 2018, p.388; Rodwin, 2020).

제약사의 매출 증가가 예산 목표를 초과할 경우 기업은 법에 의해 환급(clawback)해야 한다. 그러나 사적 재산권에 관한 헌법에 따라 초과된 지출을 모두 환수하는 것은 어렵다. 예산 목표 초과율이 0.5% 이하인 경우 기업은 초과분의 50%를 환급하고, 초과율이 0.5~1% 사이인 경우에

는 60%, 초과율이 1%를 넘는 경우에는 70%를 환급해야 한다. 각 기업은 환급액이 매출의 10%를 넘지 않도록 법에서 보장하고 있으며, 연간 판매액이 3000만 유로 이하인 희귀질환 치료제, 제네릭 의약품은 면제된다(Rodwin, 2020).

약품비 지출 예산이 설정됨에 따라 보건제품약가위원회(CEPS)는 약가 협상 시 트레이드 오프를 행사하게 된다. 고가의 혁신 신약의 급여 시 다른 오래된 약의 가격을 낮추는 방식이다. 즉 예산 설정을 통해 보건제품 약가위원회는 협상력을 더 확보하게 된다. 제약사는 공공건강보험의 지출 총액이 제한되어 있음을 잘 알고 있으며, 가격이나 판매액을 높여더라도 환급을 통해 매출이 줄어들게 될 것으로 인식하고 있다(Rodwin, 2020).

### 3. 약가 지불제도와 본인부담제도

프랑스 건강보험에서 원래 환자는 외래 이용 시 의료비를 전액 의료기관에 직접 지불하고 건강보험 당국으로부터 사후에 비용을 상환받아 왔다. 1970년대 이후 고가 서비스에 대해 또는 저소득 환자에서 예외적으로 제3지불자(third-party payer)에 의한 지불이 이루어지기 시작하였고, 제3지불자에 의한 지불은 점차 확대되어 현재는 일반적인 지불 방식으로 자리 잡았다. 현재 외래 처방의약품에 대한 본인부담은 의약품에 따라 정해진 급여율에 따라 정률제 방식으로 부과되며, 여기에 의약품 박스당 0.5유로의 정액 수수료가 추가된다. 처방의약품은 팩 단위로 제공되며, 팩 내 제품의 수량이 처방 수량을 초과하더라도 팩의 일부만 제공하는 것은 금지되어 있다. 단 2014년 사회보장재정법에 의해, 항생제에 대해서는 약국에서 개별 약 단위로 제공하는 것이 3년 간 시범적으로

이루어졌다(Chevreur, Brigham, Durand-Zaleski, & Hernández-Quevedo, 2015, p.86, pp.93-95).

급여의약품의 급여율은 투명성위원회에서 평가한 임상적 편익에 따라 결정된다. 급여율은 5개로 나누어진다. ① 100% 급여율(대체 불가능하고 매우 비싼 의약품. 예를 들어 항암제, 간염 치료제, 에이즈 치료제, 성장 호르몬 등), ② 65% 급여율(높은 임상 편익), ③ 30% 급여율(중간 임상 편익), ④ 15% 급여율(낮은 임상 편익), ⑤ 0% 급여율(불충분한 임상 편익)이다. 그 외 만성질환을 앓는 환자에 대해서는 모든 약제비를 급여한다. 그리고 본인부담금 규모에 상한선이 있어 전체적인 급여율은 더 높다고 할 수 있다. 여기에 보충형 민간보험에서는 건강보험에서 급여되지 않는 비용의 일부를 보상해준다(노대명 외, 2018, pp.398-400; Rodwin, 2020).

프랑스는 2003년부터 참조가격제를 시행하고 있으며, 동일 성분의 대체 가능한 약제가 있는 특허 만료 의약품과 제네릭에서 동일 성분, 동일 함량, 동일 제형에 한정하여 보험 급여 약가를 동일화한다. 참조가격의 수준은 보건제품약가위원회가 관리하며, 5년 후 또는 10개의 제네릭이 도입된 이후에는 가장 낮은 가격으로 급여해야 한다. 보건제품약가위원회는 제약협회(LEEM)와 함께 제네릭 시장 진입 기간에 따른 제네릭 사용률의 목표를 정하고, 그에 도달하지 않을 경우 참조가격제를 적용한다. 참조가격제의 시행은 동일 성분 내 의약품에서 본인부담금을 차별화함으로써 환자의 비용 의식을 제고하고 낮은 가격의 제네릭 사용을 촉진하는 것을 목적으로 한다(김진현 외, 2017, pp.164-165).

#### 4. 지출 효율화를 위한 제네릭 의약품 정책

##### 가. 수요 기전을 활용한 제네릭 사용 활성화

프랑스에서 제네릭 사용 활성화를 위한 정책은 1999년부터 본격적으로 이루어졌다. 먼저 약사의 제네릭 조제 활성화를 위해 1990년부터 시행하던 약가 마진 책정 방식을 변경하였다. 당시 약사들은 브랜드 의약품에 비해 제네릭 의약품에서 낮은 마진을 얻고 있었는데, 제네릭 조제를 촉진하기 위해서는 제네릭에 대한 의약품 마진을 높일 필요가 있었다. 이렇게 되면 보건 당국 입장에서는 경제적으로 손실이 있을 수 있었으나, 당국은 약사들의 지지 없이는 제네릭 사용 활성화가 어렵다고 판단하고 제네릭과 브랜드 제품 간 약가 마진의 차이를 없앴다. 약사들에 의한 제네릭 사용은 서서히 증가하였다. 그러나 의사와 환자 측에서는 제네릭 사용에 여전히 소극적인 분위기였고, 이들은 브랜드 의약품에 대한 접근권을 제재 없이 행사하였다. 결과적으로 제네릭 대체율 목표인 35%를 달성하지 못하였다(Rottembourg & Nasica-Labouze, 2015).

2002년 보건 당국은 의사들의 수가 인상 요구를 받아들이면서 제네릭 반대활동 중지를 요구했다. 제약사들에게는 제네릭을 약사들에게 공급할 때 할인폭을 크게 높이도록 하여, 약사들이 브랜드 제품보다 제네릭을 조제할 때 더 큰 경제적 이익을 얻도록 하였다. 그 결과 제네릭 대체율 목표인 35%를 달성하였다(Rottembourg & Nasica-Labouze, 2015).

제네릭 활성화 정책은 의사, 약사, 환자 모두를 대상으로 시행되면서 점점 확대, 강화되었다. 2003년 제네릭이 진입한 지 30년이 지났음에도 불구하고 대체율이 80% 이하인 의약품군에서 참조가격제를 시행하였다(Goujard. 2018, p.34). 2010년 제네릭 의약품 관리체계가 정부에서 건

강보험체제로 전환되면서 제네릭 정책은 더 혁신적으로 발전하였다. 보험 당국은 의사, 약사와 성과기반지불(pay for performance: P4P) 계약을 맺고 제네릭 사용을 촉진하였다. 환자는 제네릭 조제를 거부하고 브랜드 약을 선택할 경우 약값을 전액 현장에서 지불하고 3~4개월 지난 후 사후적으로 보험 급여분을 상환받도록 하였다. 의사는 처방에서 '대체불가'를 명시할 수 있으나, 처방전 단위가 아닌 개별 제품 단위로 '대체불가'를 수기로 작성하도록 하여 매우 불편하게 하였다(Rottembourg & Nasica-Labouze, 2015).

2014년 사회보장재정법에는 바이오시밀러의 사용 촉진에 관한 조항도 포함하고 있다. 단 바이오시밀러 대체조제는 처방 의사의 승인이 있는 경우로 한정된다(Chevreul et al., 2015, p.138). 2015년 정부는 2017년까지 제네릭 처방률-특히 병원, 시설에서의 처방률-을 5%포인트 더 높여 3억 5000만 유로를 절감하는 것을 목표로 정책을 추진하겠다고 발표했다(Dirnagl & Cocoli, 2016). 2015년부터는 「Bertand법」에 따라 성분명 처방 제도를 시행하고 있다(Rottembourg & Nasica-Labouze, 2015). 2016년 제네릭에 관한 대중 캠페인을 시작했고 2017년 현재 제네릭 사용의 확대는 정부 정책의 우선순위를 차지하고 있다(Medicines for Europe, 2018, p.11).

## 나. 제네릭에 대한 인식과 정보 제공

제네릭 활성화 정책이 도입된 지 20년이 넘었음에도 불구하고 시장에서 제네릭 의약품에 대한 신뢰는 충분하지 않은 것으로 보인다. 2015~2016년 일부 지역-제네릭 사용률이 상대적으로 낮은 Guadeloupe, Martinique 지역-의 일반의들을 대상으로 제네릭에 대한 인식을 조사한

결과를 보면 응답자의 11%가 제네릭 의약품의 품질이 낮은 복제약이라고 인식했고, 20%는 동등성에 대해 의심하고 있다고 답했다. 흥미로운 것은 의사들이 제네릭 사용을 어렵게 하는 요소로 환자를 자주 언급하고 있다는 것이다. 응답자의 46%는 제네릭 사용 시 약의 외관이 브랜드 약과 다르기 때문에 환자가 혼란스러워한다고 했고, 37%는 환자들이 제네릭 사용 시 부작용을 더 많이 호소하며, 23%는 환자들이 제네릭 사용 시 약효가 떨어진다고 말한다고 했다. 제네릭 의약품 처방을 활성화하기 위해 필요한 것으로 응답자들이 가장 많이 선택한 것(33.2%)은 '환자 대상 정보 제공 캠페인과 대중 교육'이었다(Riner et al., 2017).

Riner et al.(2017)의 조사 결과에 나타난 의사들의 환자에 대한 인식은 실제 환자들의 인식과 차이가 있을 수 있다. 그럼에도 불구하고 이러한 조사 결과는 진료 현장에서 제네릭 의약품 선택하는 데 있어 환자와 의료인의 인식, 태도의 측면에 장벽이 있음을 분명히 보여준다. 그리고 환자들이 제네릭 의약품에 대해 제대로 이해하기 위한 정보가 충분하지 않다는 것을 확인할 수 있다.

최근 프랑스 정부는 일반인들에게 보건의료에 관한 정보 제공을 확대하기 위한 노력을 기울이고 있다. 2013년 말부터 프랑스에서 판매되는 모든 의약품을 포함하는, 검색 가능한 데이터를 제공하고 있다 (Chevreual et al., 2015, p.54; Ministère des Solidarités et de la Santé, n.d.). 제품명 또는 성분명, 질환명 등으로 검색하면 해당되는 약에 관한 정보-임상적 편익 등급(SMR), 임상적 편익의 개선 등급(ASMR) 포함-를 파악할 수 있으며, 동일 성분, 동일 제제의 다른 제품의 목록이 함께 제공된다. 환자는 이 데이터베이스를 통해 자신이 사용하는 약과 대체 가능한 다른 약들을 쉽게 확인할 수 있을 뿐만 아니라 제품 간 가격의 차이도 비교할 수 있다.

## 5. 고찰

2017년 프랑스의 제네릭 사용률은 30%, 금액 비율은 16%로 OECD 평균(각각 52%, 25%)보다 낮다. 프랑스에서 제네릭이 활성화되지 않은 배경에는 여러 요인이 존재하는데, 좁은 범위의 제네릭 레퍼토리, 최초 처방의 영향, 제약사의 술수, 일부 전문가집단의 비판적 입장, 사용자들의 낮은 수용성 등이 제네릭 시장에 등장하는 방해요소로 언급된다(Dylst, Vulto, & Simoens, 2014; OECD, 2019, p.213; Rottembourg & Nasica-Labouze, 2015). 제네릭 사용 촉진 대상 목록인 제네릭 레퍼토리에 포함된 의약품은 건강보험 급여 약의 44%에 불과하다(Medicines for Europe, 2018, p.13). 참조가격제를 시행하고 있으나 이에 포함된 제네릭은 2015년 전체 제네릭의 16%에 불과하였다(Goujard, 2018, p.34). 즉 프랑스는 제네릭 활성화를 위해 다양한 정책을 시행하고 발전시켜왔으나, 정책의 범위나 강도가 제한적이며 점진적인 개혁을 추구해왔다고 할 수 있다. 그 배경에는 보건의료체제와 건강보험 운영체제, 지불보상제도, 의료문화 등 여러 가지 요인이 영향을 미친 것으로 생각된다.

우리나라와 프랑스는 민간 개원의 중심으로 1차 의료가 제공되고 외래 부문에서는 행위별수가제로 지불보상이 이루어지며, 의료기관 선택의 자유가 보장된다는 점 등에서 유사한 측면이 있다. 이런 점에서 프랑스가 지난 20여 년 동안 보건의료 시장에서 수요자들의 제네릭 수용성을 높이기 위해 추진해온 정책 과정을 관심 있게 들여다볼 필요가 있다. 프랑스 건강보험 당국은 의사, 약사들과 P4P 계약을 맺고 목표를 세워 재정 인센티브를 제공해왔고, 환자의 처방약 급여에서 제3자 지불을 제네릭 조제에서만 적용하는 등 꾸준히 정책적 노력을 기울여왔다. 성과적 측면에서

보면 아직 제네릭 사용률이 높지 않고, 의료 현장에서 제네릭 사용에 대한 거부감이 일부 존재하는 것으로 보고되고 있으나(Riner et al., 2017), 2015년 성분명 처방 제도를 도입하고 2016년 대중 캠페인을 시작하는 등 최근까지 정책 개발과 추진이 계속 이루어지고 있다. 프랑스의 제네릭 정책 과정은 정부와 보험 당국이 목표를 설정한 후 이해관계자들을 움직이기 위해 장기간 끈기 있게 정책을 추진해나가면서 성과를 점차 높여나가는 사례를 잘 보여준다.

## 제3절 호주

### 1. 의료보장제도와 약제급여

호주는 1984년 메디케어(Medicare)라 불리는 전 국민 건강보험제도를 구축하였으며, 연간 총 의료비의 약 70%를 공공재원에서 지출한다. 메디케어의 재원은 의료보험료, 추가 의료보험료, 세금으로 마련되는데, 의료보험료는 소득의 약 2% 수준이며 소득에 따라 보험료가 면제 혹은 감액되거나 추가 보험료를 납부한다. 추가 의료보험료 적용 대상은 민간 보험이 없는 고소득자로서, 이를 통해 고소득자의 민간의료보험 가입을 유도하고자 하고 있다. 한편, 호주 국민의 약 55%는 민간의료보험에 가입되어 있으며, 호주 정부는 자산조사를 바탕으로 민간의료보험에 대한 보험료를 지원한다(박능후 외, 2018, p.373).

메디케어는 크게 병원서비스에 대한 급여와 Medical Benefit Scheme(이하 'MBS')라 불리는 외래 의료서비스에 대한 급여, 그리고 처방의약품에 대한 급여를 지원하는 Pharmaceutical Benefits Scheme

(이하 'PBS')으로 구성된다. 우선 병원서비스의 경우, 공공병원에서 공공환자로 입원치료를 받게 되면 전액 무료, 민간병원에서 치료를 받거나 공공병원에서 민간보험환자로 분류되어 치료를 받으면 메디케어를 통한 의료비 공제는 75%로 제한된다. 다만, 민간병원 이용 시에나 민간보험환자로 공공병원 이용 시에는 입원실 및 약제비가 메디케어에서 급여되지 않는다. 다음으로 외래 이용의 경우, 일반의(GP)로부터 진료를 받으면 MBS로부터 100% 상환되며, 전문의 진료에 대해서는 전체 진료비의 85%만이 급여가 된다(박능후 외, 2018, pp.364-365).

처방의약품의 경우, PBS 급여목록에 등록된 의약품은 메디케어로부터 급여보조를 통해 저렴하게 이용할 수 있는데, 2012~2013년 기준 PBS 전체 처방약제비의 약 83%가 공공재원에서 충당되었다(Vitry, Thai, & Roughead, 2015, p.4). 메디케어 카드를 소지한 일반 환자인지 혹은 정부가 발급한 우대카드(concession card)를 소지한 환자인지에 따라 약제비 본인부담 상한 기준이 달라지며, PBS 안전망(safety net)제도를 통해 약제비 본인부담 총액의 한도를 초과할 경우 이후 본인부담액을 면제하거나 감면하고 있다(Vitry et al., 2015, p.5).

2015년 기준으로 총 793개 성분의 의약품(5300여개 품목)이 PBS 급여목록에 등록되어 있으며, 목록은 월 단위로 업데이트된다(Department of Health- Australian Government, 2015, p.49). 만약 PBS에 등재되지 않은 의약품을 구입해야 할 경우에는 개인처방으로 분류되어 환자가 약제비의 전액을 부담해야 하며 약국에 따라 비급여의약품의 가격은 다를 수 있다(김보경, 류치영, 박세영, 2016, p.84).

## 2. 약품비 현황과 지출관리 정책

PBS 의약품 급여목록(formulary)은 크게 F1과 F2로 구분되는데, F1은 특허의약품 등 해당 성분에 대해 한 개의 의약품만이 등재되어 있는 경우에 해당되며, F2는 복수 등재로서 해당 성분에 대해 여러 개의 의약품이 등재되어 있거나, 성분은 다르지만 같은 치료군 내 제네릭이 있는 경우<sup>7)</sup> 속한다(장선미 외, 2019, pp.90-91). 신약(특허의약품)의 가격은 대체 가능한 약제가 없는 경우 원가에 일정 마진을 가산하여 결정되며, 안전성 유효성이 비슷하여 대체가 가능한 경우 동일 약효군에서 가격을 참조하여 결정한다(이혜재, 이지혜, 강신우, 조자현, 2018, pp.119-120). 특허의약품은 특허 만료 후 첫 번째 제네릭(혹은 바이오시밀러) 등재 시 F1에서 F2 급여목록으로 이동하며 이때 약가가 25% 인하된다(이혜재 외, 2018, p.124; 장선미 외, 2019, p.90). 제네릭 의약품의 가격은 인하된 오리지널 의약품의 가격 이하에서 결정되며, 참조가격제 기준을 따른다. 즉, 동일 성분 동일 제제 의약품 중 최저가를 기준으로 신규 등재 제네릭의 가격이 책정된다(이혜재 외, 2018, p.121).

2017년 기준, 호주의 1인당 약품비(ppp\$)는 651달러로 OECD 평균인 579달러보다 높은 수준이지만, 총의료비 대비 약품비의 비중은 각각 13.8%로 OECD 국가의 평균인 16.1%보다 낮은 수준이다(OECD, 2020).

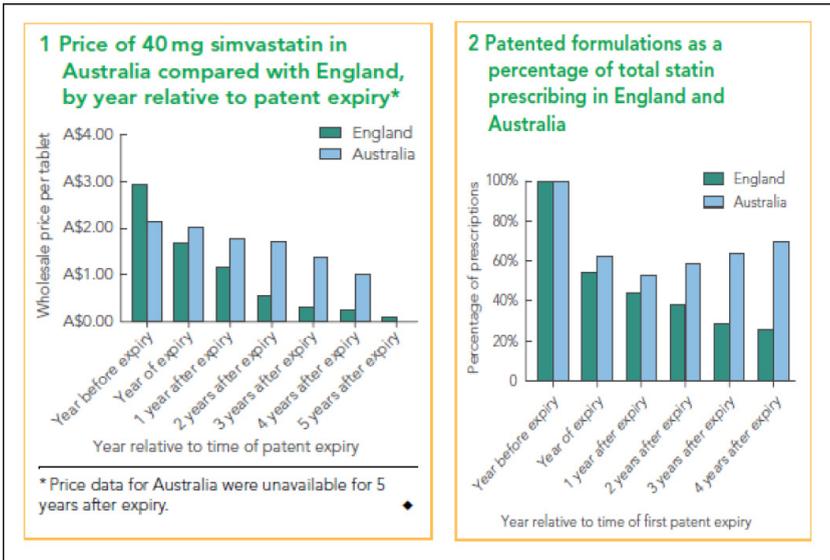
호주 의약품의 가격은 특허 의약품의 경우 다른 선진국들에 비해 낮은 편이지만, 특허 만료 의약품의 가격은 오히려 상대적으로 높은 편인 것으로 알려져 있다. 100개의 다빈도 처방의약품을 대상으로 미국과 호주의 약가를 비교한 연구에 따르면, 2008년 기준 특허의약품의 평균 약가는

---

7) 예: ACE inhibitor, proton pump inhibitor

미국보다 40% 정도 낮았던 반면, 제네릭의 약가는 약 2%가량 높게 나타났다. 특히 심바스타틴 40mg의 약가에 대해 영국과 호주를 비교한 결과, 영국에서는 특허 만료 후 약가가 급격하게 떨어진 반면, 호주에서는 상대적으로 천천히 떨어지는 양상을 보였다. 또한 제네릭에 대한 수요 역시 영국에 비해 호주에서 더 낮게 나타났다(Parkinson, 2013, pp.11-12).

[그림 5-1] 호주와 영국의 스타틴 약물 시장 비교



자료: Parkinson, 2013, p.12.

### 3. 약제비 본인부담 정책과 지출 효율화

#### 가. 본인부담(co-payments)

처방의약품에 대한 본인부담제도는 약제비 지출을 통제하고 의약품 과다 사용을 억제하기 위해 1960년에 도입되었다(Parkinson, 2013,

p.37). 2020년 기준으로 처방당 환자 본인부담 상한액은 일반 환자의 경우 41달러이고, 정부 우대카드 소지자의 경우 6.6달러다. 즉, 약값이 본인부담 상한액에 이를 때까지는 전액 본인이 부담해야 하며, 상한액보다 약값이 비싼 경우 환자는 상한액까지만, 그리고 나머지 경우는 정부가 부담한다. 약값은 조제 가능한 최대량을 기준으로 하며, 만약 조제약값이 본인부담 상한액에 미치지 않을 경우 약사는 환자에게 최대 4.6달러의 추가적인 비용(allowable additional patient charge)을 청구할 수 있다. 단, 추가적인 비용을 더한 총 약값이 환자 본인부담 상한액을 초과할 수는 없으며, 이 비용은 PBS 안전망의 적용을 받지 않는다(Department of Health- Australian Government, 2020a). PBS 안전망은 과도한 본인부담으로 인한 재정적 부담을 낮추기 위해 1986년에 도입된 정책으로, 연간 총 본인부담 지출액이 일정 금액을 넘어설 경우 본인부담을 할인하거나 면제해주는 정책이다(Parkinson, 2013, p.37). PBS 안전망 정책에 따라 2020년 1월 기준으로, 일반 환자는 약제비로 1,486.8달러 이상 지출할 경우, 그 이후부터는 처방당 6.6달러의 본인부담액만 지불하면 되고, 우대카드 소지자는 316.8달러 이상 지출할 경우, 그 이후부터 연말까지 무료로 약을 제공받을 수 있다. 이때 본인부담액은 가구 단위로 합산하여 적용이 가능하다(Services Australia, n.d).

#### 나. 약가 프리미엄(Price Premium)

호주는 1988년부터 의약품의 PBS 등재 여부 결정 시 비용효과성을 검토 기준의 하나로 고려해오고 있다. 점증적 비용효과비(Incremental Cost Effectiveness Ratio, ICER) 검토를 통해 기존 약 대비 비용효과성이 우수할 경우 등재가 가능하며, 만약 기존약과 안전성 및 효능이 유

사한 약물의 경우에는 비용최소화(cost minimisation) 방식에 근거해 기존 약과 동일한 가격 수준으로 약가가 결정된다(참조가격제. Vitrtty et al., 2014, p.8). 이러한 참조가격제는 호주 PBS의 핵심 약가 정책으로, 브랜드 프리미엄(Brand premium), 효능군 프리미엄(Therapeutic group premium)과<sup>8)</sup> 같은 본인부담액을 차별화하는 인센티브 제도와 함께 운영되고 있다(Hassali et al., 2014, p.496).

참조가격제의 원칙에 따라 동일 성분 동일 제형의 의약품 상환 가격은 해당 성분 의약품들 중 가장 낮은 가격(benchmark price)으로 결정된다. 제약사는 이 가격보다 더 높은 수준으로 가격을 매길 수도 있으나, 이 경우 환자는 약가의 차액인 브랜드 프리미엄을 본인부담으로 지불해야 한다(Hassali et al., 2014, p.496). 브랜드 프리미엄 정책은 제약사가 의약품 가격을 자유롭게 설정할 수 있도록 요청함에 따라 1990년부터 시행되었다(Parkinson, 2013, p.40).

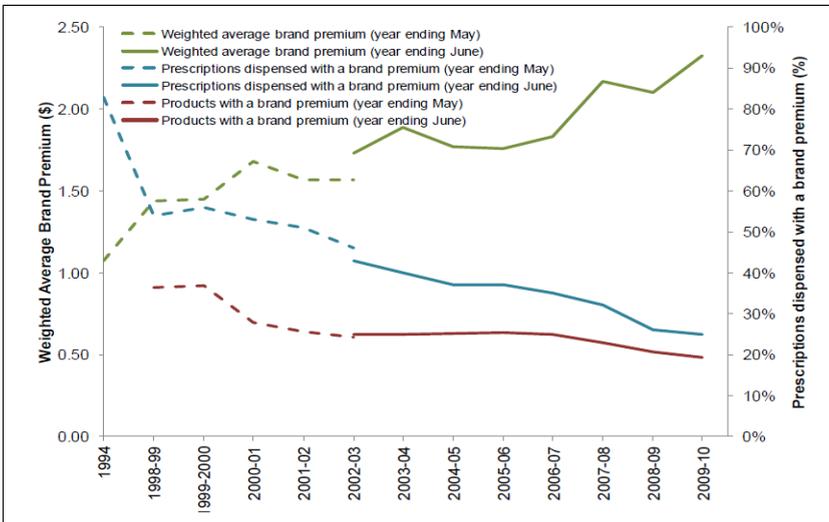
한편, 1998년에는 효능군 프리미엄 정책이 도입되었다. 안전성과 효능이 유사한 동일 효능군 내 의약품의 가격은 그중 가장 낮은 가격의 의약품을 참조로 하여 급여 가격이 결정되는데, 만약 제약사가 이보다 더 높은 수준으로 약가를 결정하였고 환자가 이 의약품을 사용하고자 할 경우 환자는 약가의 차액, 즉 실제 약가와 급여 약가의 차이를 본인부담으로 지불해야 한다. F1 의약품의 경우, 효능군 프리미엄 정책만 적용되며, F2 의약품은 효능군 프리미엄과 브랜드 프리미엄이 모두 부과될 수 있다(Hassali et al., 2014, p.496). 이러한 프리미엄은 처방당 환자가 지불해야 하는 본인부담 상한액에 추가적으로 지불하는 금액이며, PBS 안전망

8) 어떤 특정 효능군의 의약품들이 안전성이나 효과 측면에서 유사할 경우에는 해당 효능군 내 최저가 의약품의 가격을 기준으로 급여가 이루어지므로 환자들은 그 차액(Therapeutic Group Premium)을 지불해야 함(1998년부터 시행. Hassali et al., 2014, p.496).

의 적용을 받지 않는다(Department of Health- Australian Government, 2020b).

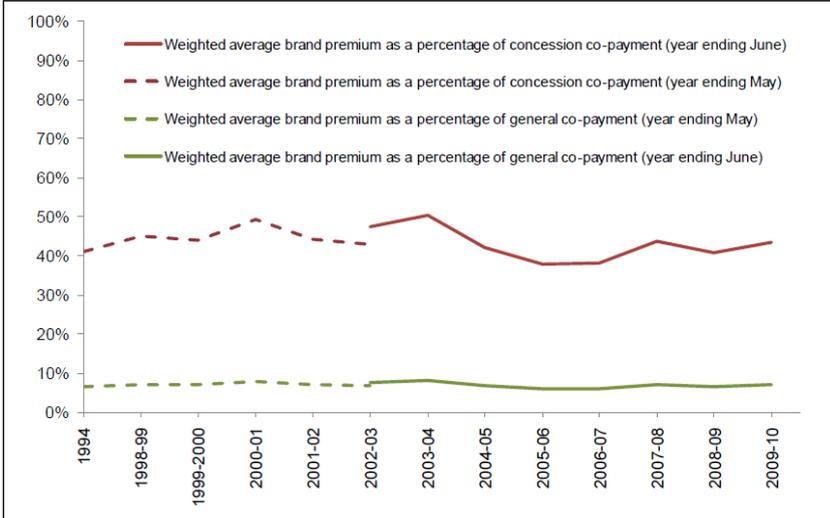
브랜드 프리미엄의 평균 금액은 2002~2003년 약 1.7달러에서 2009~2010년 약 2.3달러로 시간이 지남에 따라 점차 증가하는 경향을 보였으나 환자 전체 본인부담금 중 브랜드 프리미엄이 차지하는 비중은 일반 환자의 경우 8~9% 수준, 보호환자의 경우 40% 내외로 연도에 관계 없이 비교적 안정되게 유지되는 경향을 보이고 있다. 제네릭이 있는 전체 의약품 중 브랜드 프리미엄이 있는 의약품의 비중은 2009~2010년 19%로 2000년 이후 20% 전후의 비교적 비슷한 수준을 유지하고 있는 데 반해, 이러한 브랜드 프리미엄이 있는 의약품에 대한 처방 비중은 1998~1999년 54%에서 2009~2010년 25%로 크게 감소하였다 (Parkinson, 2013, p.41).

[그림 5-2] 브랜드 프리미엄 평균 금액 및 브랜드 프리미엄 의약품의 처방 비중



자료: Parkinson, 2013, p.41.

[그림 5-3] 총 약제 본인부담액 중 브랜드 프리미엄이 차지하는 비중



자료: Parkinson, 2013, p.42.

#### 4. 약품비 지출 효율화를 위한 그 밖의 정책

##### 가. 제네릭 가격 인하 정책

제네릭 의약품의 가격은 오리지널 의약품 가격의 75% 이하 수준에서 참조가격제를 기준으로 결정되며, 이후 실거래가 조정(price-disclosure policy)에 따라 인하된다. 보고 및 조정되는 실거래가는 공장도 가격(Approved Ex-manufacturing price)으로 제약사는 6개월 단위로 매출액과 판매량에 대한 데이터를 정부에 제출해야 한다. 이때 도매업자나 의료기관에 제공된 할인액이나 인센티브 금액 역시 공개 대상에 포함된다(Roughhead, Kim, Ong, & Kep-Casey, 2018, p.100). 정부는 실거래가 신고 자료에 따라 실거래가의 가중 평균가가 기존 등재가와 10% 이상 차이가 나는 경우 연 2회 실거래가로 약가를 인하한다. 약가 차

이가 10% 미만이면 약가를 인하하지 않으며, 최대 인하폭에 대한 제한은 없다(Vitry et al., 2015, p.10).

## 나. 제네릭에 대한 정보 제공 및 인식 제고

처방의약품의 대체 여부 결정은 환자의 선택 영역이므로, 제네릭에 대한 환자의 인식이 제네릭 사용에 큰 영향을 미친다고 볼 수 있다. 호주 국민들의 제네릭 의약품에 대한 인식을 조사한 기존 연구들에 따르면 제네릭에 대한 인식과 선호도는 높지 않은 상황이다. 호주 내 82개의 약국 처방을 분석한 Chong et al.(2011)의 연구에 따르면, 환자들 중 78.5%는 약사가 제네릭으로 대체조제를 권할 경우 이를 수용하였지만, 만성질환자들은 급성질환자들에 비해 대체조제에 대한 거부감이 큰 것으로 나타났다(Chong et al., 2011, p.142). 소비자들은 제네릭 의약품이란 용어에 익숙하지 않았으며, 제네릭 사용을 가로막는 요인으로는 의사의 선호와 영향, 부작용에 대한 우려, 제네릭에 대한 적절한 정보의 부족, 서로 다른 브랜드를 사용하는 데 따른 잠재적 혼란 등이 거론되었다(Alrasheedy et al., 2014, p.7). 호주 남부지역 환자 503명을 대상으로 설문조사한 결과에서는 전체 응답자의 67%가 제네릭 대체조제를 거의 요청하지 않는다고 답하였고, 약 27%는 제네릭 의약품이 무엇인지, 그리고 제네릭 대체조제가 무엇인지 모른다고 답하였다(Alrasheedy et al., 2014, p.8). 또한 여전히 많은 환자들이 브랜드 프리미엄이 있는 의약품을 좋은 품질의 의약품으로 인식하는 경향이 있었다(Probyn, 2004, p.208).

한편, 호주의사협회(Australian Medical Association, AMA)가 2006년 386명의 일반의(GP)를 상대로 조사한 결과에 따르면, 응답자의

약 12%가 처방의약품의 대부분(76~100%)에 대해 대체조제를 허용하지 않는다고 답하였으며, 처방의약품의 일부(0~25%)에 대해 대체조제를 허용하지 않는다고 응답한 비율은 80%로 나타나, 대체조제에 대한 거부감이 상당히 큰 것으로 드러났다. 의사들이 대체조제를 허용하지 않는 이유는 환자 순응도에 대한 우려(65%), 오리지널 의약품과 제네릭 의약품의 임상적 효과가 동일하지 않기 때문(61%), 오리지널과 제네릭의 가격 차이가 미미하기 때문(26%), 환자의 선호 등 기타 사유(15%) 등이 언급되었다(Parkinson, 2013, p.43).

이렇듯 제네릭에 대한 인지도와 인식이 높지 않은 상황에서 제네릭에 대한 올바른 정보를 제공함으로써 제네릭 사용률을 높이기 위한 활동들이 이루어지고 있다. NPS MedicineWise(이하 'NPS')는 '안전하고 효과적이고, 비용효과적인 의약품 사용'을 목표로 1998년에 설립된 비영리기구로서, 의료인들과 소비자들이 의약품을 선택할 때 '충분한 정보에 근거한 결정(informed decision)'을 할 수 있도록 뒷받침함으로써 건강 결과 향상과 경제적 비용 절감 달성을 추구하고 있다(Weekes, Blogg, Jackson, & Hosking, 2018, p.1). NPS는 의사들의 제네릭 처방에 대한 인식 제고를 위해 제네릭 사용과 관련한 제도, 소비자들의 인식, 제네릭 사용에 대한 경제적 편익 등에 대한 정보를 제공하고 있으며, 2008년부터는 소비자들을 대상으로 한 'Generic medicines are an equal choice'라는 캠페인을 벌이고 있다. 이 캠페인은 제네릭이 오리지널 의약품과 다르지 않으며 경제적으로도 이득이 있다는 점, 그리고 제네릭 의약품에 대한 정확한 정보를 찾을 수 있는 방법 등에 대해 TV 광고뿐 아니라 온라인 자료 및 홍보물, 약국 내 광고물을 통해 대중들에게 그 정보를 전달해왔다. 또한 지역약국 약사들이 소비자들에게 제네릭 의약품 옵션에 대해 설명할 때 보조적으로 활용할 수 있도록 툴킷을 제공하기도 하였

다. 예를 들어 제네릭 의약품이 조제되어 나갈 때 의약품 포장에 해당 의약품의 성분과 대체된 오리지널 상품명을 명시한 새로운 라벨을 붙일 수 있도록 하였다. 이외에도 NPS는 호주 원주민들이나 이주민들, 그리고 노인들을 대상으로 제네릭에 대한 정보를 알기 쉽게 설명하는 다양한 지역 사회활동을 수행하고 있다(Medical Search, 2008).

## 다. 제네릭 대체조제 허용과 약사 인센티브

제네릭 대체조제는 1994년부터 허용되고 있으며, 환자가 동의하고 의사가 처방전에 “대체조제불가”라고 명시하지 않으면 약사의 대체조제가 가능하다(Chang, Zhang, Xia, & Cui., 2017, p.257). 최저가 제네릭으로 대체조제 시 약사들에게는 2008년부터 ‘Premium-free dispensing incentive’라 불리는 인센티브를 지급해오고 있다(Chang et al., 2017, p.260). 2015년 5월부터는 바이오시밀러 대체조제 역시 허용하고 있다(Chang et al., 2017, p.257).

## 라. 성분명 처방

호주에서는 과거, 성분명과 상품명 처방이 모두 가능하였으나 2019년 10월부터 성분명 처방을 의무화하는 법이 시행됨(2020년 11월 1일까지 1년간 유예 기간을 둠)에 따라 현재는 특별한 사유가 없는 한, 성분명으로 처방해야 한다. 이러한 조치는 제네릭 의약품 및 바이오시밀러의 사용을 장려하고 PBS제도의 장기 재정 지속성을 확보하기 위한 차원으로 시행되었으며, 2019년 전자처방 도입과 맞물려 진행되었다. PBS 급여의약품에 대한 전자처방 시, 의사는 상품명이 아닌 성분명으로 처방해야 하는데,

단 임상적으로 필요할 경우, 예를 들어 특정 브랜드 의약품을 사용하지 않음으로 인해 환자의 안전에 잠재적 위험이 예상되거나 환자가 특정 브랜드에 이미 익숙하여 약을 바꿀 때 환자의 복약 순응도가 저해될 것으로 예상되는 경우에는 상품명 처방이 가능하다. 다만 전자처방 프로그램의 기본설정(default)이 성분명 처방으로 되어 있기 때문에 상품명 처방을 위해서는 약간의 수고가 더 필요하도록 설계된 것이 특징이며, 이 경우에도 성분명을 먼저 기재하고 이후 상품명을 기재하도록 하였다(Lewis & Brown, 2019).

2017년 법안 공개 당시, 이에 대한 호주 의사 집단의 반응은 양분되었는데, 먼저 핵심 일반의 기구인 호주왕립일반의협회(Royal Australian College of General Practitioners, RACGP)는 이러한 정책을 통한 약제비 절감이 신규 고가 의약품을 PBS에 등재하는데 기여할 수 있을 것이라 기대하며 개정안을 적극 지지하였다. 반면, 호주의사협회는 이러한 조치가 의사의 처방독립권을 침해할 것이라며 우려를 표하기도 하였다. 이에 당시 보건부는 해당 정책의 목표가 오직 환자들에게 최저의 비용부담으로 최상의 접근성을 제공하는 데 있으며 성분명 처방은 이를 달성하기 위한 하나의 방법일 뿐, 여전히 처방은 의사들의 전적인 권한이라고 강조하며 설득에 나섰다. 소비자단체(Consumers Health Forum, CHF) 역시 정부의 정책을 적극 지지하였는데, 다만, 소비자들의 혼란을 최소화하기 위해서는 처방의 변화에 대해 소비자들을 충분히 교육시키는 것이 중요하다는 점을 강조하였다(GaBI Online, 2017).

한편, 의사의 성분명 처방에 대한 별도의 경제적 인센티브는 제공되지 않고 있는데, 이러한 경제적 유인의 부재가 의사들의 낮은 제네릭 처방 및 제네릭 대체조제에 대한 낮은 수용성으로 이어진다는 지적도 존재한다(Hassali et al., 2014, p.496).

## 5. 고찰

호주는 약제비 지출의 효율화를 위해 특허의약품에 대해서는 비교적 적극적으로 약가 인하에 개입하고 있는 반면, 제네릭 의약품에 대해서는 강한 약가 개입보다는 제네릭에 대한 수요를 높이기 위한 차원의 다양한 인센티브 제도를 운영하고 있다. 효능이 같거나 유사하다면 더 저렴한 의 약품을 선택할 수 있도록 브랜드 프리미엄, 효능군 프리미엄과 같은 소비자 들의 본인부담액을 차별화하는 인센티브 제도와 함께 약사의 제네릭 대체조제를 권장하기 위한 인센티브를 지급하고 있다. 그러나 여전히 상당수의 소비자들은 제네릭에 대한 낮은 인지 수준과 선호를 드러내고 있었으며, 이는 다른 선진국에 비해 낮은 제네릭 사용률로 이어지고 있었다. 즉, 경제적 인센티브를 부여하는 방식의 수요 기전을 활용하고는 있으나 정보가 충분히 주어지지 않은 상태에서 소비자들의 선택의 폭은 넓지 않은 것으로 보인다.

이는 제네릭 사용에 대한 의사들의 부정적인 견해와도 일부 관련이 있을 것으로 보이는데, 최근 의사의 성분명 처방을 의무화하는 조치가 시행됨에 따라 이것이 제네릭 사용에 어떠한 영향을 미칠지 주목된다. 호주 정부의 성분명 처방 정책은 비단 제네릭 및 바이오시밀러 사용률을 높여 약제비를 절감하려는 목적에 그치지 않고, 장기적으로 의사, 약사, 환자들이 의약품의 이름을 상품명이 아닌 성분명으로 인식하도록 하는 데 그 목적이 있기도 하다. 의사가 상품명으로 처방을 하더라도 처방전에는 반드시 성분명을 맨 앞에 명시하도록 한 것은 바로 이러한 목적을 반영하는 것이라고 볼 수 있다(MinterEllison, 2019). 의약품을 상품명으로 인식함에 따라 발생할 수 있는 소통의 오류나 의약품 이용 과정에서의 부작용을 최소화하기 위한 조치라는 점에서 향후 이러한 정책이 소비자들의 제네릭 인식에 어떠한 영향을 미칠지 관심 있게 지켜볼 필요가 있을 것이다.

## 제4절 미국

### 1. 건강보장체계와 의약품 급여

미국은 현재까지 전체 국민을 대상으로 사회보험 방식의 의료보험 또는 조세를 기반으로 하는 국가건강서비스(National Health Services)가 운영되지 않는 나라이다. 민간의료보험을 중심으로 의료서비스 제공 및 비용 지급이 이루어지며 노인과 저소득층 등 취약계층에 대해서는 사회보장 프로그램이 부족한 부분을 보완하는 방식을 운영하고 있다.

연방정부와 주정부에서 보건의료서비스와 의약품 처방 조제를 급여하는 프로그램으로는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)가 있다. 메디케어와 메디케이드 또한 실제 의약품 급여는 민간회사를 통하여 이루어지므로 의약품 급여 방식이 개별 민간 부문에서 이루어진다는 점이 전 국민 건강보험을 기반으로 공공기관인 국민건강보험공단에서 의약품 급여제도를 운영하는 우리나라와 차이가 있는 것이다.

건강보험에 가입하지 못한 노인이 의료비 부담으로 의료서비스를 이용하지 못하는 문제가 나타나자<sup>9)</sup> 1965년 존슨 정부는 기존 사회보장 프로그램을 개정하여 메디케어 프로그램을 신설하였다. 메디케어는 사회보장연금 수급자를 대상으로 입원진료비를 급여하는 형식으로 출발하였으며, 민간보험회사가 운영하고 재정은 연방정부가 책임지는 방식을 띠었다.

메디케어는 2006년 메디케어 파트 D 프로그램이 도입될 때까지 외래 처방의약품에 대해 급여를 제공하지 않았다. 이후 만성질환자가 늘어나고 질병 치료를 위한 지속적인 의약품 사용의 필요성, 노인의 약제비 부

9) 노인은 만성질환 등으로 의료 이용량이 많을지 모를 고위험 집단으로 민간보험회사가 노인의 가입을 기피할 가능성이 있다.

답으로 인한 처방전 조제 포기, 복약 순응도 저하 등의 문제가 제기되면서 메디케어 내 의약품 급여에 대한 메디케어 파트 D 프로그램이 신설되었다. 메디케어 파트 D 프로그램 수급자는 월 보험료(premium)와 함께 의약품비의 일부를 본인이 부담한다. 메디케어/메디케이드 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서 메디케어 파트 D 프로그램의 표준적인 급여 내용을 제시하고 있으나, 개별 보험자마다 본인부담금 설정 등 세부적인 운영 방식에는 차이가 있다.

미국의 메디케이드 제도는 1965년에 도입되었으며 저소득층, 장애인 등 제도적으로 보호가 필요한 사람들을 대상으로 의료서비스를 제공하는 제도이다(여영현, 이건형, 박정원, 이세진, 2018; 원석조, 김은혜, 2019).

미국에서도 과거에 우리나라의 국민건강보험과 유사한 의료보험이 추진되었으나 1935년 사회보장법에서 의사 집단과 보험회사 등의 반대로 의료보험이 제외되었고, 국가 단위의 의료보험 대신 기업들이 직원을 대상으로 제공하는 민간의료보험<sup>10)</sup>이 활성화되었다. 이러한 민간보험 관련 회사들은 의약품 구매, 의약품 비용 급여 등의 과정에서 이윤을 얻을 수 있다(여영현 외, 2018; 원석조, 김은혜, 2019).<sup>11)</sup>

1980년대 이후 기업의 의료비 부담을 절감하는 방법 중 하나로 관리의료<sup>12)</sup>가 활성화되었다. 관리의료 공급자에는 HMO(Health Maintenance Organizations), PPO(Preferred Provider Organizations), POS(Point Of Service) 플랜 등이 있다. HMO는 보험료를 내는 가입자와 진료서비스를 제공하는 의료기관을 연결시켜주는 집단건강보험 관리회사이며, 의약품 급여에는 관리의료공급자 외에 의약품 급여 관리회사(Phar

10) 민간보험에는 블루크로스/블루실드(Blue Cross/Blue Shield) 보험, HMO(Health Maintenance Organization, 건강유지기구) 보험 등이 있다.

11) 회사가 직원에게 제공하는 집단건강보험의 보험료는 노동자와 고용주가 분담하며 자영업자로 주로 가입하는 개인 건강보험은 가입자가 전액 부담한다.

macy Benefit Manger, PBM)가 관여한다(원석조, 김은혜, 2019; Royce, Kircher, & Conti, 2019).

## 2. 약품비 본인부담제도와 지출 효율화

미국에서 약품비 본인부담금제도는 민간보험회사마다 차이가 있으므로 65세 이상 노인 대상 공공건강보험인 메디케어를 중심으로 살펴보고자 한다.

메디케어 대상자에게 의약품 급여를 담당하는 메디케어 파트 D 플랜에서는 처방된 의약품이 제네릭 의약품, 브랜드명 의약품 인지에 따라 본인부담금을 대폭 차등화하는 등급제(tier system)를 도입 운영하고 있다. 정부에서는 다음과 같이 등급(tier) 구분만을 제시하며 개별 메디케어 파트 D 플랜에서 본인부담금 수준과 급여의약품 목록을 정한다(Medicare, n.d.).

- 등급 1: 가장 낮은 수준 본인부담금: 제네릭 처방의약품
- 등급 2: 중간 수준 본인부담금: 선호되는 브랜드명 처방의약품
- 등급 3: 높은 수준 본인부담금: 선호되지 않는 브랜드명 처방의약품

메디케어 파트 D 플랜에는 환자가 의약품에 대해 100% 비용을 부담하는 파트 D 급여 갭(Part D Coverage Gap)이 있으며 처방의약품 금액이 특정 금액을 초과하면 파트 D 급여 갭에 들어가게 된다. 브랜드명 의약품을 사용할 경우 의약품 본인부담액이 더 높으므로 더 빨리 파트 D 급여 갭에 진입하게 되었다. 이러한 문제를 해결하기 위해 2012년 이후 브랜드명 의약품을 사용하는 사람들에게 제조업체에서 의약품 가격 할인을 제공하게 되었고 이로 인해 제네릭 의약품 사용자보다 브랜드명 의약품 사용자의 비용부담이 더 적은 경우가 발생하였다. 2019년 초 「양당예산

법(Bipartisan Budget Act, BBA)<sup>1)</sup>이 시행되어 메디케어 파트 D 대상자가 브랜드명 의약품보다 바이오시밀러 의약품에 대해 더 많은 비용을 지불하지 못하도록 규정하였으나 제네릭 의약품에는 적용되지 않았다(Dusetzina, Jazowski, Cole, & Nguyenet, 2019).

메디케어 등급제에 의한 약제비 본인부담 차등제는 제네릭 의약품의 사용을 촉진한 것으로 평가된다. Goedken, Urmie, Farris, and Doucette(2010)은 2005년, 2007년 노인 처방의약품 급여 범위와 의약품 사용의 관련성을 분석하였는데 고용주 기반 헬스 플랜보다 메디케어 파트 D 플랜의 브랜드명 의약품의 본인부담 수준이 더 높았고 제네릭 의약품 사용이 더 많았다. 2002년 메디케어 청구 자료를 분석한 Gilman and Kautter(2007)의 연구를 보면 의약품을 3개로 증화한 헬스 플랜에 속하는 사람들의 의약품 비용부담이 의약품을 2개 이하로 증화한 헬스 플랜에 속하는 사람들보다 그 비율이 14.3% 낮았고 제네릭 사용이 높았다.

헬스 플랜 등급제가 지질저하제인 스타틴(statins) 제네릭 의약품 사용에 미치는 영향을 분석한 연구에서도 낮은 본인부담금이 제네릭 스타틴 제제 사용에 영향을 미치는 주요 요인으로 작동했고, 약물 사용에 대한 본인부담금이 전혀 없는 경우 제네릭 사용에 미치는 긍정적인 영향이 더 뚜렷하게 나타났다(Hoadley, Merrell, Hargrave, & Summer, 2012).

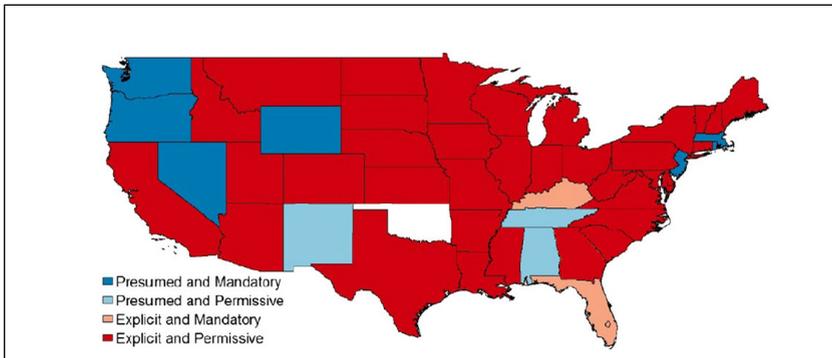
### 3. 제네릭 의약품 사용 관련 정책

#### 가. 정부의 대체조제 정책

제네릭으로 의약품을 대체조제하는 것에 대해 미국은 주마다 그 정책과 제도가 다르다. Song and Barthold(2018)는 미국의 제네릭 의약품 대체조제 제도를 두 가지 기준을 사용하여 구분하였다. 하나는 대체조제

의 강제성이다. 일부 주에서는 약사가 브랜드명 의약품에 대한 처방전을 조제할 때 반드시 제네릭 의약품으로 대체조제하도록 강제하는 데 반해, 다른 주에서는 약사의 대체조제를 허용하지만 강제하지는 않는다. 다른 하나는 대체조제 시 환자 승인의 필요성이다. 일부 주에서는 약사가 환자에게 대체조제에 대한 정보를 알리지 않고 대체조제할 수 있는 데 반해, 다른 주에서는 대체조제를 하려면 환자의 동의가 필요하다. 2012년 기준으로 약사의 대체조제를 강제하고 환자에게 대체조제에 대한 정보를 알리지 않고 약사가 대체조제할 수 있는 주가 5개, 약사의 대체조제를 강제하고 환자가 대체조제를 찬성해야 대체조제할 수 있는 주가 6개, 약사가 대체조제를 선택할 수 있으며 환자에게 대체조제에 대한 정보를 알리지 않고 약사가 대체조제할 수 있는 주가 7개, 약사가 대체조제를 선택할 수 있고 환자의 명확한 찬성이 있어야 대체조제할 수 있는 주가 32개였다 ([그림 5-4] 참조). 그러나 환자 또는 의약품 구매자가 대체조제를 반대할 경우 대체조제하지 못하며 의사가 처방전에 “처방대로 조제” 박스에 표시할 경우 또한 대체조제할 수 없다(Song & Barthold, 2018).

[그림 5-4] 미국 주별 대체조제 현황



자료: National Association of Boards of Pharmacy, 2006; Song & Barthold, 2018, p. 1719  
재인용.

## 나. 보험자의 제네릭 처방 유도

Sarpatwari, Choudhry, Avorn, and Kesselheim(2015)은 제네릭 처방을 촉진하기 위해 의사를 대상으로 실시되는 전략을 전통적인 접근법과 재정적인 인센티브로 나누어 설명하였다. 전통적인 접근법은 보험자와 고용주가 의사의 제네릭 처방을 늘리기 위해 정보를 제공하는 것으로 질병관리 가이드라인을 사용하거나 의약품 급여목록에 제네릭을 선호 의약품으로 표시하여 의사의 제네릭 처방을 유도하는 것이다. 제네릭 처방의 비용효과성에 대해 정보를 제공하는 학술정보제공(academic detailing) 또한 여기에 해당한다. 최근 보험자가 재정적인 인센티브를 의사에게 제공하는 방식으로 제네릭 처방을 유도하고 있는데 뉴욕 Excellus BlueCross BlueShield는 제네릭 처방이 5% 이상 증가한 의사에 대해 진료비 지급율을 인상한 바 있다(Sarpatwari et al., 2015).

## 4. 약가 정책 및 가격 관리

### 가. 제네릭 의약품 가격

미국의 헬스 플랜에서는 등급제를 사용하여 오리지널 의약품과 제네릭 의약품의 환자 본인부담에 차등을 둔다. 제네릭 의약품의 본인부담금이 가장 낮으며 브랜드명 의약품의 본인부담도 성분에 따라 차등을 두었다.

전통적인 화학의약품(저분자 화합물)에서는 제네릭 의약품과 브랜드명 의약품의 본인부담에 차이가 크나 전문 치료제(specialty drug)와 바이오시밀러에서는 이러한 양상에 차이가 있는 것으로 보고되었다. 양당예 산법 시행 전인 2018년 1/4분기 메디케어 의약품집 파일을 분석한 결과, 제네릭 및 바이오시밀러의 표준 조제 판매가격이 브랜드명 의약품의

38.1% 만큼 낮았으나, 바이오시밀러와 전문치료제 제네릭의 브랜드명 의약품 대비 상대적인 비용부담 수준이 전통적인 제네릭 의약품의 경우 보다 높았다. 양당예산법 시행 후 바이오시밀러의 비용부담은 감소하였으나 브랜드명 의약품의 제조업자 할인을 증가로 인해 브랜드명 의약품 대비 제네릭의 상대적인 비용부담은 증가하였다(Dusetzina et al., 2019).

#### 나. 소매약국의 저가 제네릭 프로그램

2006년 9월 월마트(Walmart)가 처음 저가 제네릭 프로그램(low-cost generic program)을 시작한 이후 상당수의 미국 체인약국으로 '4달러 제네릭 의약품' 프로그램이 확대되었고 10개 대형 소매약국 중 8개가 이를 실시하였다. 이는 4달러로 특정 제네릭 의약품의 한 달 복용 분량을 구입할 수 있는 프로그램으로 1개월 복용 분량은 4~9.99달러에, 3개월 복용 분량은 10~12달러에 구입이 가능했다. 초저가 제네릭 의약품 판매는 대형 소매약국의 의약품 구입 파워가 크고 제네릭 생산 비용이 낮았기 때문에 가능한 일이었으며, 환자 특히 저소득 환자와 소매약국 모두에게 이득이 되었다. <표 5-2>와 같이 아테놀올(Atenolol) 등 다빈도 의약품 상당수가 이 프로그램으로 미국에서 판매되었다(Choudhry & Shrank, 2010).

<표 5-2> 미국의 만성질환 치료제의 대형 체인약국의 저가 제네릭 프로그램 대상 여부

성분명	2009년 미국 처방 수(100만 건)	제네릭 유무	저가 제네릭 프로그램 대상 여부
Simvastatin	83.0	예	아니오
Lisinopril	81.3	예	예
Levothyroxine	66.0	예	예

성분명	2009년 미국 처방 수(100만 건)	제네릭 유무	저가 제네릭 프로그램 대상 여부
Metformin	52.0	예	예
Atorvastatin	51.5	아니오	아니오
Amlodipine	50.9	예	아니오
Hydrochlorothiazide	47.1	예	예
Omeprazole	45.4	예	아니오
Furosemide	42.8	예	예
Metoprolol	40.5	예	예
Atenolol	38.6	예	예

자료: 처방 수의 원자료는 IMS Health, 저가 제네릭 프로그램 대상 여부의 원자료는 Walgreens, Walmart, Target과 Choudhry & Shrank, 2010, p.1886에서 재인용함.

## 다. 의약품 가격 정보 제공

### (1) 의약품 가격의 투명성에 대한 문제 제기

2018년 미국 연방정부에서 제정한 「Know the Lowest Price Act(가장 낮은 가격을 알 권리 법)」는 PBM의 개혁을 목표로 하였다. PBM의 개혁이 정책상 의제화된 배경에는 다음 오하이오주 메디케이드의 사례와 같은 지속적인 문제 제기가 있었기 때문이다. 오하이오주는 메디케이드 운영을 위해 관리의료 플랜(managed care plan)과 계약을 체결했고 이 플랜들은 의약품 급여를 위해 PBM인 OptumRX와 CVS Caremark와 다시 계약을 체결했다. 오하이오주 약국들은 가맹점 약국에 의약품 가격을 더 유리하게 공급해주는 등 PBM이 시장 경쟁을 위반하였으며 불명확한 가격 결정을 이용한다고 지적해왔다. PBM이 처방약 조제에 대해 지불하는 급여 가격과 같은 처방약에 대해 주정부에서 받는 비용에 차이가 있다는 논쟁이 있었다. 또한 몇몇 PBM들은 처방약을 100% 본인부담으로 구입하는 것이 보험 급여를 통해 구입하는 것보다 더 저렴한 경우에도 이

를 약사가 환자에게 알리지 못하게 하는 “gag clauses”를 사용했다(Royce et al., 2019).

2018년 6월에 발표된 오하이오주 감사 결과, CVS 약국 등 직영 약국과 독립된 약국에서 PBM들의 급여 상환율마다 차이가 있었고, PBM이 메디케이드 관리의료 플랜들에게 청구한 금액과 약국에 지급한 금액에 차이가 있다는 것이 밝혀졌다. 2018년 여름 오하이오주 메디케이드는 관리의료 플랜들에게 PBM과의 계약을 종료하라고 했고 관리의료플랜들은 대신 PBM이 처방약에 대해 약국에 지불하는 금액을 투명하게 하는 “pass-through” pricing model을 채택하는 것을 요청했다(Royce et al., 2019).

오하이오주뿐만 아니라 미국 여러 주에서 의약품을 구입하는 데 gag clause를 차단하는 법률이 입법화되었다. 캘리포니아주는 2017년 「가격 투명법률」[California law(SB 17)]을 제정하였는데, 이에 따르면 도매 구입가가 40달러 이상인 의약품은 이전 12개월 동안 16% 이상, 이전 24개월 동안 32% 이상 약가가 인상될 때 의약품 제조업자는 의약품 가격 인상 90일 전 이를 그 이유와 함께 공개해야 한다. 또한 콜로라도주에서는 2018년 4월 「Patient Drug Costs Saving Act」를 입법화하여 약국과 약사들이 처방의약품을 더 저렴하게 구입할 때 다른 선택권이 있을 경우 환자에게 자유롭게 알릴 수 있도록 하였다(Royce et al., 2019).

## (2) 의약품의 가격 공개 법제화

2018년 10월 10일 미국 트럼프 대통령은 처방의약품 비용부담을 낮추는 두 개의 법안, 「Know the Lowest Price Act」(S.2553)와 「Patient Right to Know Drug Price Act(약가를 알 권리 법)」

(S.2554)에 서명한다고 발표하였다. 트럼프 대통령은 이 두 개의 법안이 의약품 구입하는 장소에 따라 다른 가격에 대한 정보를 제공하는 것이라고 하면서 이것은 불공정한 gag clauses를 없애고 환자들이 의약품 가격을 알고 만족하지 않는다면 더 싸게 의약품 구입할 수 있는 다른 약국으로 가서 이를 구입할 수 있을 거라고 설명하였다(The White House, 2018).

2018년 미국 연방정부에서 제정한 「Know the Lowest Price Act」는 PBM의 개혁을 목표로 하고 있으며 이전에 여러 주에서 관련한 정책들이 추진되었다. 「Know the Lowest Price Act」는 “pharmacy gag clause”를 금지하는 법안이다. 이 법안 지지자들은 이 법안이 소비자가 식품과 음료를 구입할 때 영양성분을 고려하는 것처럼 의약품 구매 결정 시에도 투명성을 확보할 수 있다고 하였다. 이와 달리 건강보험, PBM 산업계에서는 법안을 반대하였다.

### (3) 의약품 가격 정보 제공

미국 민간보험회사는 피보험자를 대상으로 제네릭 의약품에 대한 정보를 제공하고 이를 통해 의사의 처방을 유도하였다. 예를 들어 블루크로스 블루실드(BlueCross BlueShield)의 연방 공무원 프로그램(Federal Employee Program)인 표준 옵션 제네릭 인센티브 프로그램에서는 <표 5-3>과 같이 성분별로 제네릭 사용 가능 여부에 대한 정보를 제공하고 제네릭 의약품으로 교체할 경우 첫 번째 4번 제네릭 처방에 대한 본인부담금을 면제해주었다.

〈표 5-3〉 미국 블루크로스 블루실드 연방 공무원 프로그램의 제네릭 의약품 정보 제공

증상과 질병	브랜드명 의약품	제네릭 대체품
골다공증	Actonel, Boniva, Fosamax	alendronate, ibandronate orrisedronate
궤양 치료	Aciphex, Dexilant(formerly Kapidex), Nexium, Prevacid, Prilosec, Protonix, Zegerid	omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, rabeprazole oesomeprazole
수면 유도	Ambien CR, Lunesta, Rozerem	zaleplon, zolpidem, eszopiclone orzolpidem extended-release
고콜레스테롤혈증	Caduet	simvastatin, pravastatin, lovastatin, atorvastatin, fluvastatin, amlodipine, oramlodipine/atorvastatin
바이러스질환 치료	Famvir	famciclovir
	Valtrex	valacyclovir
고혈압	Atacand, Avapro, Benicar, Cozaar, Diovan, Micardis, Teveten	losartan, candesartan, irbesartan, eprosartan, olmesartan, telmisartan, valsartan
	Atacand HCT, Avalide, Benicar HCT, Diovan HCT, Hyzaar, Micardis HCT, Teveten HCT	losartan HCT, candesartan HCT, irbesartan HCT, eprosartan HCT, olmesartan HCT, telmisartan HCT, valsartan HCT
요로감염증	Detrol, Oxytrol, Sanctura, Toviaz, Vesicare	tolterodine, oxybutynin, oxybutynin extended-release, or trospium
	Detrol LA, Enablex, Sanctura XR	oxybutynin extended-release, trospium extended-release, darifenacin XR or tolterodine extended release
안과질환	Betimol, Istalol, TimopticXE	timolol maleate ophthalmic
다발성경화증	Copaxone(20mg only)	glatopa

자료: BlueCross BlueShield, 2018.

## 5. 제네릭 사용의 활성화를 위한 기타 정책

### 가. 제네릭 시장의 경쟁 촉진

미국 보건부(Department of Health and Human Service, HHS)와 미국 식품의약품안전청(Food and Drug Administration, FDA)는 2017년 의약품경쟁실행계획(Drug Competition Action Plan)을 발표하여 그 허가를 신청한 제네릭 의약품의 신속한 승인, 특허 만료 후 허가된 제네릭이 없는 의약품 목록 공개, 제네릭 의약품 개발을 지연시킬 수 있는 FDA 규제의 허점을 보완시킬 정책을 추진하였다(FDA, n.d.<sup>a</sup>).

2017년 이후 연간 1000건 이상의 제네릭 의약품이 허가되었고 최근 복잡한 제네릭 의약품 승인이 증가하는 등 시장에 출시되는 제네릭 의약품 수가 늘어나는 성과가 있었다. 또한 제네릭 의약품 경쟁이 충분하지 않은 의약품을 Competitive Generic Therapy(CGT)로 지정하여 신속한 허가심사를 지원하고 180일의 시장 독점 기간을 부여하여 제네릭 의약품 개발을 지원하였다(FDA, n.d.<sup>a</sup>).

또한 FDA 제네릭 의약품 부서(Office of Generic Drugs, OGD) 내 연구 및 표준 부서(Office of Research and Standards)에서 제네릭 의약품 사용자 수수료 개정법(Generic Drug User Fee Amendments, GDUFA)에 따라 안전하고 효과적인 제네릭 의약품 개발에 기여할 수 있는 과학 및 연구 프로그램을 지원한다. 2020년 과학 및 연구 우선순위 이니셔티브(Generic Drug User Fee Amendments(GDUFA) Science and Research Priority Initiatives)는 다음과 같다(FDA, 2020).

- 복잡한 활성성분, 제제, 제형
- 복잡한 전달경로

- 복잡한 약물-기기 복합
- 생물학적 동등성과 치료적 동등성 평가에 대한 도구 및 방법론

미국 정부에서는 제네릭 의약품의 출시 및 경쟁 촉진을 위해 노력하고 있지만 Conti and Berndt(2020)는 새롭게 개발된 제네릭 의약품보다 예전에 개발된 제네릭 의약품의 사용이 많고 시장에서의 경쟁이 제한적이라고 지적하였다.

## 나. 제네릭 의약품에 대한 인식 제고

미국 FDA의 제네릭 의약품 부서(Office of Generic Drugs, OGD)는 홈페이지를 통해 제네릭 의약품 교육 자료 및 정보를 제공한다.<sup>12)</sup> 홈페이지를 통해 제네릭 의약품의 승인 절차와 허가 현황, 승인된 제네릭 의약품 목록, 제네릭 의약품 프로그램 보고서 등에 접근하는 것이 가능하다. 예를 들어 「제네릭 의약품 경쟁 및 의약품 가격: 제네릭 의약품 경쟁 증가와 낮은 제네릭 의약품 가격을 연결하는 새로운 증거(Generic Competition and Drug Prices: New Evidence Linking Greater Generic Competition and Lower Generic Drug Prices)」 보고서는 시장에 출시된 제네릭 의약품 수 증가에 따른 제네릭 의약품 제조업체 간의 경쟁 심화가 제네릭 의약품 가격 하락과 관련이 있다는 것을 보여주고 있다(FDA, n.d.<sup>b)</sup>).

제네릭 의약품 부서(OGD)는 환자에게 제네릭 사용을 권장하기 위해 교육자, 의료 전문가, 소비자를 대상으로 제네릭 의약품에 대한 인포 그

12) 미국 FDA 제네릭 의약품 부서(OGD)는 제네릭 의약품과 관련하여 약물 승인을 촉진하기 위한 규제 프로세스 관리, 제네릭 의약품 연구를 위한 과학 이니셔티브 수립, 제네릭 의약품 개발 및 검토에 대한 데이터 및 보고서 게시, 교육 자료 및 정보 제공을 담당한다.

래픽, 브로셔, 유인물, 포스터, 프레젠테이션, 비디오, 그래픽, 팩트 시트 등 다양한 교육 자료를 영어와 스페인어로 제공한다.

## 6. 고찰

미국은 2018년 조제된 처방의 10%만이 브랜드명 의약품으로서, 제네릭 의약품이 활발하게 사용되는 국가이다(Statista, 2020). 이와 같이 제네릭 의약품 사용률이 높은 것에는 정부의 제네릭 대체조제 제도, 소비자의 인식 등 다양한 요인들이 영향을 미치고 있다고 생각된다. 다수의 연구를 보면, 메디케어 등에서 브랜드명 의약품에 비해 제네릭 의약품의 본인부담금을 큰 폭으로 차등화하는 등급제가 제네릭 의약품 사용에 상당 부분 기여하는 것으로 나타났다. Sarpatwari et al.(2015)은 저가의 제네릭 의약품 사용으로 인한 미국의 약제비 절감은 주로 제네릭 대체조제를 규정하는 주의 대체조제와 브랜드명 의약품에 대해 높은 본인부담금을 부과하는 등급제 급여목록에 기인한다고 밝혔다.

메디케어, 메디케이드 등 공공 부문에서 재원을 조달하는 경우에도 실제 의약품 급여는 민간 헬스 플랜에서 이루어지므로 미국 의약품 사용에는 민간 부문이 주로 관여한다고 할 수 있는데 민간회사의 제네릭 사용권장을 통한 비용부담 감소 및 이윤 추구, 시장 경쟁 체제의 낮은 제네릭 의약품 공급 가격이 미국에서 전반적인 제네릭 의약품 사용 증가로 이어지는 측면이 있다고 보인다. 또한 미국의 의약품 시장 규모가 매우 크고 다수의 의약품 급여 관련 회사들이 서로 경쟁 관계에 있다는 것 또한 제네릭 사용에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다.

최근 의약품 연구개발 및 사용이 전통적인 합성의약품에서 생물학적 제제로 옮겨가고 있고, 제네릭 의약품도 합성의약품의 제네릭 제품, 바이

오시밀러로 나뉘고 있다. 또한 환자의 비용부담이 매우 큰 specialty drug도 사용된다. 최근 미국의 「Know the Lowest Price Act」, 「Patient Right to Know Drug Price Act」, 양당예산법 등의 입법 사례는 브랜드명 의약품과 제네릭 의약품에 대해 가격을 포함한 다양한 정보를 전문가와 일반인에게 제공하고 의약품 종류별로 상세하게 그 비용 부담을 관리할 필요가 있다는 것을 시사한다.

## 제5절 소결

이 연구에서 검토한 국가들은 모두 우리나라보다 일찍부터 약품비 상승을 경험하였고 1980~1990년대부터 약품비 지출 효율화 정책을 시행해온 국가이다. 미국과 독일은 의약품의 특허가 만료되어 제네릭이 진입해도 오리지널 제품의 약가를 직접 인하하지 않으므로, 오리지널 의약품의 가격이 매우 높은 편이다. 결과적으로 제네릭 의약품과의 약가 차이가 매우 크고, 제네릭의 사용을 촉진함으로써 약품비 지출 효율화를 추구할 수 있다. 프랑스와 호주는 약가를 직접 통제하는 기전이 있지만 특허 만료 오리지널 제품과 제네릭 의약품의 약가 차이가 존재하여, 역시 제네릭 사용률을 높임으로써 약품비 지출 효율을 달성할 수 있다. 이러한 배경에 의해 각 국가들은 약품비 지출 효율화를 위해 특허 만료 의약품의 가격 관리와 제네릭 의약품 사용 촉진에 관한 정책들을 다수 도입, 추진해왔고 지금까지 제도 개선을 위한 노력을 계속하고 있다.

특허 만료 의약품 시장의 약품비 지출 효율화를 위한 수요 기전의 정책은 의사 또는 약사, 환자를 대상으로 하는 정책이라고 볼 수 있는데, 이중 환자를 대상으로 하는 정책은 이 연구에서 조사한 독일, 프랑스, 호주,

미국 모두에서 주요한 약품비 관리 정책으로 시행되고 있었다. 독일은 1993년부터 참조가격제를 시행하였고 2006년부터는 참조가격보다 크게 낮은 의약품 사용 시에는 본인부담금을 면제하여 지출 효율화라는 큰 성과를 이루었다. 프랑스는 환자가 제네릭 의약품을 선택할 경우에만 건강보험 급여를 즉각 인정해주는 제도를 2011년부터 시행하였고, 이 정책은 제네릭 의약품 사용 활성화에 큰 영향을 미친 것으로 평가되고 있다. 호주는 '브랜드 프리미엄'과 '효능군 프리미엄'이라는 이름으로 참조가격제와 유사한 제도를 시행하고 있다. 미국 또한 연방의 메디케어와 민간보험에서 등급제를 통하여 제네릭 의약품과 브랜드 의약품 조제 시 본인부담금의 차이를 두어 제네릭 의약품 사용을 촉진하고 있다. 이러한 제도 모두 환자의 본인부담금제도를 이용한 것이다. 즉 약품비의 일부를 지불하는 환자에게 의약품의 선택과 관련한 재정적 동기를 부여한다는 점에서 동일하다.

제도의 효과는 대상 의약품의 치료적 특성, 제네릭 의약품과 오리지널 제품의 실제 가격 차이, 본인부담금에서의 차이, 환자가 선택권을 발휘할 수 있는 정도, 제네릭 의약품에 대한 신뢰 등에 따라 달라질 것이며, 이것은 각국의 의료보장체계에서의 약가 구조, 의약품의 처방 및 조제에 관한 제도, 환자에게 가용한 의약품 정보 현황, 의료문화 등에 의해 영향을 받게 된다.

독일은 의사들에게 처방 예산제와 처방 쿼터제를 통해 저렴한 의약품을 선택할 동기를 부여한다. 의사에게 처방의약품의 가격을 낮추고자 하는 동기 부여가 큰 경우 환자가 저렴한 제네릭 의약품 선택 가능성은 더욱 높아진다. 프랑스는 의사의 제네릭 사용에 대해 성과기반지불(pay-for-performance) 계약을 적용하며 처방전에 '대체불가'를 명시하는 방법을 매우 불편하게 하여 결과적으로 조제 단계에서 제네릭 사용

이 억제되지 않도록 한다. 또 프랑스에서는 2015년부터, 호주에서는 2019년부터 성분명 처방 제도가 도입되었는데, 이 제도도 조제 단계에서 제네릭 사용을 촉진할 것으로 기대할 수 있다.

조제 단계에서 제네릭 사용을 촉진하기 위해 각국은 약사의 대체조제를 허용 및 강제화하는 정책을 시행하고 있다. 독일은 저렴한 제네릭으로 대체조제를 강제화하고 있고, 미국은 대체조제를 허용하고 있으며 강제화 정도는 주별로 차이가 있다. 프랑스와 호주는 대체조제에 대해 약사에게 인센티브를 지급하는 방식으로 장려하고 있어 정책의 강도는 상대적으로 약한 편이다.

이상과 같이 특허 만료 의약품 시장에서 제네릭 사용 촉진에 관한 정책은 환자만을 대상으로 하지 않고 의사와 약사 모두를 대상으로 하고 있다. 제네릭 의약품이 시장에 존재하는 것만으로 그것의 사용이 활성화되는 것은 아니며, 수요 측에서 저렴한 의약품을 사용하고자 하는 기전이 분명하게 작동할 때 그 사용이 증가하고 이를 통해 약품비 지출을 효율화할 수 있는 것이다.

제네릭 의약품이 시장에 도입되고 그것에 관한 정책이 수십 년 동안 시행되어왔음에도 불구하고, 전문가와 일반인의 제네릭 의약품에 대한 신뢰와 인식은 충분히 높지 않은 것으로 최근의 연구에서도 확인되고 있다 (Chong et al., 2011; Parkinson, 2013, p.43; Probyn, 2004; Riner et al., 2017). 이는 후발 의약품이라는 제네릭 의약품의 본질상 불가피한 것일 수 있다. 그러나 사실과 다른 인식의 갭은 적절한 정보 전달과 설득 등을 통해 줄이는 것이 바람직하다.

호주는 2008년부터 일반인을 대상으로 제네릭 의약품에 대한 정보 제공과 캠페인을 적극적으로 펼치고 있으며, 프랑스는 2013년 일반인을 대상으로 하는 의약품 검색 사이트를 운영하고 있고 2016년부터 대중 캠페

인을 시작하였다. 미국은 환자가 의약품을 조제 받을 때 선택 가능한 낮은 가격의 다른 약에 대한 정보를 얻을 수 있는 권리가 보장되도록 2018년에 입법화하였다. 국가들이 최근 일반 대중을 대상으로 적극 정보를 제공하는 것은, 의약품이라는 전문 정보에 대한 접근성의 장벽을 낮추고 일반 소비자의 의약품 정보 문해력을 높임으로써, 의약품 선택권을 행사할 수 있도록 하기 위한 것으로 해석할 수 있다.



## 제6장

### 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

제1절 정책 접근 방향

제2절 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안



## 제 6 장 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

### 제1절 정책 접근 방향

#### 1. 약품비 지출 효율 제고의 접근 방향

의약품 시장을 크게 신약 시장과 제네릭 시장으로 구분할 때, 시장 독점권을 가진 신약 시장보다는 동일 성분의 다수 제품이 경쟁하는 제네릭 시장에서 약품비 지출의 효율성을 추구할 수 있다. 약품비 지출 관리 정책을 오랫동안 시행해온 국가들에서도 특히 만료된 제네릭 의약품 시장에 초점을 맞추고 있다(Godman et al., 2012; Finlayson & Gustafsson, 2014; Vogler, Gombocz, & Zimmermann, 2017; Vončina et al., 2011). 특히 만료된 오리지널 의약품과 제네릭 의약품 간에 가격 차이가 있을 때 오리지널 제품 대신 동일 성분의 제네릭 의약품을 사용하는 것은 지출의 효율을 높이는 일이다. 따라서 정책의 주요 목표는 오리지널 제품의 특허 만료 후 제네릭 의약품이 신속히 시장에 진입하게 하고 제네릭 의약품을 사용하게 하는 것이다.

우리나라 특허 만료 의약품 시장 구조는 다른 국가들과 다르게 독특하다. 제약사의 제네릭 의약품 개발이 활발하고 동일 성분 내 제네릭 품목 수가 매우 많다. 2019년 건강보험 등재 의약품 중 동일 성분 내 41품목 이상 등재된 품목의 비율이 35.8%를 차지하였다(건강보험심사평가원, 2019, p.13). 이렇게 동일 성분의 제품이 많은데도 시장에서 약가 경쟁은 미흡하다. 동일 성분 제품들의 약가 분포는 상대적으로 높은 쪽에 치우쳐 있고, 시간이 경과하여도 약가는 거의 인하되지 않는다. 결과적으로

시장의 수요자들은 제네릭 제품이 많음으로 인한 편익을 제대로 얻지 못하는 공급자 중심의 시장에 놓여 있다고 할 수 있다.

건강보험 의약품 시장에서 제네릭 의약품의 사용률과 금액 점유율은 각각 56%, 49%로서(박실비아 외, 2020, p.19), OECD 평균(사용률 52%, 금액 점유율 25%)에(OECD, 2019, p.213) 비해 높은 편이고 사용률과 금액 점유율의 차이는 작다. 이는 오리지널 의약품과 제네릭 의약품의 가격 차이가 그만큼 작다는 뜻이며, 그 이유는 국내 건강보험 약가제도가 동일 제제 동일 약가 원칙으로 운영되고 있기 때문이다.

이상과 같은 국내 특허 만료 의약품 시장의 특성을 고려할 때, 외국에서 사용하는 정책을 그대로 도입하는 것은 적절하지 않다. 국내 제네릭 의약품 사용률이 이미 외국에 비해 크게 낮지 않으며, 제네릭 의약품의 가격이 오리지널 제품의 가격과 차이가 거의 없는 상황에서 제네릭 의약품 사용을 촉진하여 사용 점유율만을 높인다면 지출 효율화를 기대하기는 어렵기 때문이다.

그러므로 국내 특허 만료 의약품 시장에서 지출 효율화를 위한 정책의 목표는 제네릭 사용 촉진보다는 특허 만료 의약품 시장의 가격 경쟁 촉진으로 설정하는 것이 더 적합하다. 가격 경쟁을 통해 약가가 낮아짐으로써 비로소 다수의 제네릭 공급에 따른 수요자의 혜택이 현실화될 수 있기 때문이다. 가격 경쟁이 발생하기 위해서는 수요자들이 낮은 가격의 제품을 원하도록 동기를 부여해야 한다.

현재 의약품 시장에 동일 제제의 많은 제품이 존재함에도 불구하고 약가 변동이 이루어지지 않는 것은 시장에서 낮은 약가를 선택하는 기전이 미흡하기 때문이다. 보건의료 시장과 마찬가지로 의약품 시장도 정보의 불균형, 제3지불자의 존재 등 시장 실패적 성격이 크기에, 약가가 낮다고 하여 수요가 저절로 증가하지는 않는다.

따라서 의약품 시장의 수요자들-의료인, 환자-이 의약품을 선택하고 지불할 때 임상적으로 다른 영향을 미치지 않는 한 낮은 가격, 낮은 비용의 약물치료를 선호하는 분위기가 조성되도록 해야 한다. 이것은 당사자의 행태를 변화시키는 것이므로 정책뿐만 아니라 그 주변 환경과 문화도 이를 지지하는 구조로 변화시켜 지속 가능하게 하는 것이 바람직하다.

## 2. 약품비 지출의 효율 제고를 위한 수요 기전 정책 접근 방향

특히 만료 의약품 시장에서의 가격 경쟁 촉진을 위한 수요 기전의 정책은 수요자인 의료인과 환자를 중심으로 생각할 수 있다. 의약품을 처방하는 의사가 동일 성분 의약품 중에서 가격이 낮은 제품을 선택하고, 약값을 지불하고 약을 사용하는 환자도 그러한 방향으로 선택하게 될 때 수요 기전은 작동한다.

약품비 지출의 효율을 높이기 위해 의사의 의약품 처방 행태를 변화시키는 것을 목적으로 하는 제도가 2010년 10월부터 ‘의원 외래 처방 인센티브 제도’로 시작되었다. 이 제도는 2014년 9월부터는 처방·조제 약품비 절감 장려금 제도로 개편되어 계속 시행 중에 있으며, 의사가 자신의 약제 처방 금액을 전년도보다 낮출 경우 재정 인센티브를 지급받는다. 이러한 인센티브 구조하에서 의사에게는 동일 성분 동일 제제 의약품 중에서 약가가 낮은 약을 처방하는 동기가 부여될 수도 있지만, 실제로 그러한 방향으로 행태가 변화했다는 실증 근거는 없다. 그 원인은 제도 내 인센티브 지급 구조 설계상의 문제, 동일 성분 동일 제제 의약품 간 약가 차이가 작은 문제, 재정 인센티브 프로그램을 압도하는 행위별수가제라는 기본적인 지불 구조의 문제 등 여러 가지로 설명할 수 있다. 처방·조제 약품비 절감 장려금 제도가 특별히 특히 만료 의약품 사용을 대상으로 하는

것은 아니지만, 의사의 특허 만료 의약품 처방의 효율은 전체 처방 효율을 높인다는 목표하에서 추구되는 것이 바람직하므로, 현재 운영 중인 처방·조제 약품비 절감 장려금 제도를 중심으로 사고하는 것이 그 무엇보다 적절한 일이다. 처방·조제 약품비 절감 장려금 제도의 효과를 높이기 위한 제도 개선의 노력은 계속되고 있으며(김지애, 황윤기, 김지연, 2020), 의사 중심의 수요 기전은 이 제도를 보완하고 지불제도를 개선하면서 점차 견고해질 것으로 기대할 수 있다.

의사에 관한 수요 기전을 촉진하는 제도가 마련되어 있는 것과 달리, 약품비 지출의 효율을 목표로 하는 환자 측의 수요 기전에 관한 제도는 미흡하다. 처방의약품 구입 시 환자는 총약제비의 일정 비율(외래 30%)을 본인부담금으로 지불하며 약가의 크기에 따라 본인부담금이 달라질 수 있다. 그러나 총약제비는 처방되는 여러 개의 약값을 합하여 계산되고 환자가 개별 약의 가격에 대한 정보를 파악하는 경우는 거의 없다. 의사가 처방 시 동일 성분 의약품 중에서 환자의 지불 능력과 경제적 편익을 고려하여 낮은 가격의 제품을 처방하는 것이 가능한데, 그 과정에서 의사가 환자에게 대체 가능한 의약품들의 가격 정보를 제공할 경우 환자는 그 정보를 바탕으로 의약품을 선택할 수도 있다. 그 외 처방의약품 조제 과정에서 환자가 동일 제제 의약품 중에서 제품을 선택하는 것도 이론적으로 가능하다. 그렇지만 현실에서 이러한 현상은 극히 드물다. 그 이유는 동일 성분 의약품 간 약가 차이가 작아서 의사와 환자가 이러한 소통을 할 동기가 약하기 때문이기도 하고, 의약품의 처방이 의사의 전문적 영역이라 환자가 의사결정에 참여하는 것이 어렵기 때문이기도 하다.

의약품의 처방·조제 과정에서 동일 성분 의약품 중 낮은 가격의 제품이 선택된다면 경제적으로 편익을 얻는 주체는 약제비를 지불하는 환자 자신이다. 의학적 기대효과가 동일할 때 환자의 경제적 측면을 고려한 의

약품 선택의 기회가 결여되어 있는 것은 환자가 누릴 수 있는 잠재적 편익을 상실하는 것이다. 따라서 환자 중심으로 수요 기전을 마련하여 의약품의 처방·조제 과정에서 의학적으로 대체 가능한 의약품-동일 성분 제제-에서 낮은 가격의 제품이 선택되는 절차를 제도화하는 방안을 생각해 볼 필요가 있다.

이 연구에서 수행한 설문조사와 인터뷰를 통해 환자들은 동일 성분의 약품 중에서 낮은 가격의 제품을 수용할 의사가 있는 것으로 확인되었다. 현재 지불하고 있는 처방약제비가 경제적으로 부담이 되지 않는다고 답한 응답자가 절반 이상(그룹1 69%, 그룹2 52%)을 차지했으나, 응답자의 70% 이상(그룹1 73%, 그룹2 80%)은 더 저렴한 약을 선택하여 지불 비용을 낮출 수 있다면 그러한 선택을 하겠다고 답하였다. 응답자의 절반 이상은 동일 성분으로 가격이 다른 약 간 효과나 부작용에는 큰 차이가 없을 것으로 인식하고 있었다. 다만 응답자들은 의약품 선택 시 가격을 가장 먼저 고려하지는 않았다. 약효, 부작용, 품질 등 임상적으로 차이가 없을 때 가격을 고려하는 편이었다. 특히 전문가의 권유가 있을 경우 저렴한 약을 선택할 가능성은 더욱 높아졌다. 또 응답자들은 자신의 처방약에 대한 관심이 높았고 실제로 그만큼의 정보를 얻지 못하고 있어 정보의 갭이 존재하였다.

이와 같이 환자들은 처방의약품의 사용자이자 지불자로서 비용효과적인 의약품을 선택할 의향이 있고, 현재보다 처방약에 관한 더 많은 정보를 원하고 있다. 이러한 조사 결과로 볼 때, 처방의약품에서 낮은 가격의 제품에 대한 환자의 선호도를 높이고 환자가 이를 통해 임상적으로 다른 영향을 받지 않으면서 경제적 편익을 얻을 수 있도록 환자 중심의 수요 기전을 제도적으로 마련할 필요가 있다.

환자가 지불하는 본인부담금의 구조를 개편하여 동일 성분에서 대체

가능한 여러 제품 간 가격의 차이에 따른 환자의 본인부담금의 차이를 현재보다 크게 두어 선택 행위가 이루어지도록 촉진할 수 있다. 이러한 원리는 건강보장체계를 운영하는 많은 국가들에서 환자 본인부담금제도에 널리 적용하고 있는 것이다. 이 연구에서 조사한 독일, 프랑스, 호주에서 시행하는 참조가격제, 미국 메디케어 등 헬스 플랜에 적용하는 본인부담 등급제가 모두 이에 해당된다. 국내에서 정률제로 적용하는 환자 본인부담금제도에서는 약가 차이에 비례하여 본인부담금이 달라지기는 하지만, 가격에 대한 민감성이 매우 낮아서 의약품의 선택 행위에 거의 영향을 미치지 않는다. 따라서 약가의 차이에 따른 본인부담금의 차이가 분명히 인지될 수 있도록 환자 본인부담금 구조를 개편함으로써, 특히 만료 의약품 지출의 효율을 높일 수 있는 수요 기전을 창출할 수 있다.

환자 중심의 수요 기전은 환자에게 선택의 권리를 더 많이 제공하는 것이지만 동시에 책임성도 높이는 것이다. 선택을 통하여 지불하는 가격이 달라지므로 책임성이 부여되는데, 이는 다시 선택에 필요한 정보의 알 권리와 환자의 의사결정 참여에 대한 권리를 더 강하게 요구하게 된다. 즉 환자 중심의 수요 기전은 환자의 알 권리, 선택권, 의사결정 참여 권리 등 환자의 권리를 신장시키는 기회가 될 수 있으며, 이러한 권리가 보장되도록 제도를 설계해야 합리적 선택을 통한 정책 효과를 기대할 수 있을 것이다.

제도를 설계할 때는 환자 측의 수요 기전의 작동하도록 본인부담금 구조를 염두에 두고 의약품의 처방·조제 과정에서 환자에게 선택의 기회를 주는 지점이 명시되고 선택을 위해 필요한 정보를 제공하는 주체와 시점이 명시되어야 한다. 그리고 환자에게 어떤 정보가 얼마나 제공되어야 하는지, 선택권을 얼마나 보장하고 어떻게 행사할 수 있게 할 것인지에 대해서도 검토해야 한다.

선택은 본질적으로 환자에게 가치가 있는 것이다. 환자는 선택을 함으로써 제한된 자원하에서 자신의 선호를 가장 크게 충족시키는 활동에 임할 수 있다고 느끼게 된다. 그렇지만 처방의약품을 선택하는 것은 전문적 의사결정이라는 점을 고려해야 한다. 따라서 환자에게 의약품 선택 행위는 환자에게 근심, 스트레스, 후회를 가져다줄 수도 있다. 환자는 선택에 따른 부정적 결과를 두려워하여 선택을 피하고자 할 수도 있다(Fotaki, 2020, p.203).

즉 선택을 무조건 최대화하는 것이 최선은 아니다. 환자는 선택을 원할 수도 있지만 그렇지 않을 수도 있다. 또 환자의 교육 수준이나 질병 상태에 따라 선택 행위를 하기 어려울 수도 있다. 그러므로 환자 중심의 선택권 보장이라고 하여 환자의 선택권을 무한히 높이는 것이 능사는 아니다. 환자의 선택은 단순하고 직관적으로 이루어지게 하는 것이 바람직하다. 그리고 환자가 선택행위를 하지 않았더라도 환자에게 불리한 결과가 나오지 않아야 한다. 여기서 바람직한 선택을 하는 경우 더 유리한 결과를 얻을 수 있어야 하고, 바람직하지 않은 선택을 하는 경우 불리한 결과를 얻도록 해야 한다. 이러한 점에서 알 권리가 논의될 수 있다. 환자의 선택을 지원한다는 측면에서 정보를 무조건 많이 제공하는 것이 아니라, 환자가 원하고 환자에게 필요한 정보를 환자에게 편리한 방식으로 제공해야 한다.

## 제2절 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

### 1. 약품비 지출 효율 제고를 위한 환자 중심의 수요 기전 설계

#### 가. 제도의 개요

특히 만료 의약품 시장에서 약가 경쟁을 활성화하고 비용효과적 의약품 사용을 촉진하는 것을 목적으로 환자의 수요 기전을 작동시키는 방법은 본인부담제도를 활용하는 것이다. 우리나라보다 일찍 약품비 상승을 경험한 유럽 국가들도 전통적으로는 환자 본인부담금이 의료 접근성에 영향을 미치는 것을 우려하였으나, 의료비가 증가하면서 본인부담금제도를 정책 수단으로 채택하였다. 그리고 일부 국가에서는 그것이 약품비를 통제하는 데 중요한 역할을 하였다(Schoonveld, 2020, p.148).

본인부담이 높아지면 환자에게 재정적 장벽으로 작용하여 의약품에 대한 환자의 접근성에 영향을 미칠 수 있다(Navar et al., 2017). 그러나 의학적으로 다른 영향을 미치지 않으면서 비용 지출을 효율화하는 방향으로 본인부담금제도를 설계할 수 있다. 이 연구에서는 외국에서 시행하는 참조가격제를 참고하여 다음과 같은 수요 기전의 정책을 논의하고자 한다.

의약품의 종류에 관계없이 대부분의 약에 동일한 비율로 약제 본인부담금을 산정하는 현재의 방식을 개편하여, 동일 성분 동일 제제 의약품 중 건강보험에서 지불하고자 하는 가격 수준(가칭 “기준 가격”)을 정하고 그보다 높은 가격의 동일 성분 제품을 환자가 선택할 경우 약가 차액을 전액 환자가 부담하도록 한다. 환자는 기준 가격의 제품을 사용할 경우 건강보험 적용을 받아 본인부담금을 지불하지만, 그보다 높은 가격의 제

품을 사용할 경우에는 기준 가격까지만 급여 적용을 받고 나머지 금액은 적용받지 못하는 것이다. 환자가 기준 가격보다 더 높은 가격의 동일 성분 제품을 사용할 의학적 필요성이 있는 것이 아니므로, 환자가 그 차액을 지불하는 것이 경제적으로 어렵더라도 이것이 의약품 접근성의 장벽으로 작용하지는 않는다. 오히려 의학적 타당성이 낮은, 높은 가격을 선택하는 데 대한 책임성이 부여되는 것으로 볼 수 있다.

기준 가격보다 높은 가격의 제품 사용 시 환자 부담이 현재보다 훨씬 늘어날 것이므로 이러한 제품에 대한 수요는 감소할 것이다. 그리고 이를 예상하는 제약사는 자사 제품의 가격을 기준 가격 수준으로 낮출 가능성이 높다. 오리지널 제품 등 일부 의약품의 경우 가격이 인하되지 않을 수 있지만, 이는 제약사의 가격 전략으로 생각할 수 있으며, 그럼에도 불구하고 기준 가격 이하의 제품들이 다수를 차지할 것이므로 환자의 접근성에 영향을 미치지 않으면서 선택의 폭이 넓어지는 것으로 볼 수 있다 (Herr & Suppliet, 2017).

그러나 동일 성분 제품들의 급여 가격을 기준 가격으로 정하는 제도에서는 약가가 기준 가격에 수렴하며 그 이하로 낮아지지는 않는다는 지적이 있다(Kanavos, 2014). 따라서 기준 가격 이하에서도 약가 경쟁이 발생하도록 제도를 설계하는 것이 필요하다. 예를 들어 약가가 낮을수록 환자가 얻는 경제적 편익이 눈에 띄게 커지도록 하는 것이다. 독일의 참조가격제를 보면, 환자가 참조가격보다 30% 이상 가격이 낮은 약을 선택할 경우 본인부담금이 면제된다. 이 제도의 시행 후 제네릭 의약품과 브랜드 의약품의 가격이 더 낮아진 것으로 보고되었다(Bretthauer, 2012; Herr & Suppliet, 2017). 이와 같이 동일 성분 동일 제제 의약품 중 기준 가격보다 일정 수준 이상 가격이 낮은 것을 선택할 경우 본인부담금을 면제하여 수요를 증가시키고, 이를 통해 약가 경쟁을 촉진할 필요가 있다.

## 나. 대상 의약품

급여의 기준 가격을 정하고 그보다 높은 가격에 대해서는 전액 환자가 본인부담하는 제도는 동일 성분 내 대체 가능한 제품이 다수 존재하는 특허 만료 의약품 시장에 적용이 가능하다. 그렇다면 모든 특허 만료 의약품을 제도의 범위에 일괄적으로 포함할 것인지 또는 일부 의약품군을 대상으로만 포함할 것인지에 대하여 논의할 필요가 있다.

참조가격제를 시행하는 외국의 사례를 보면, 국가마다 이 제도를 적용하는 의약품의 범위에는 차이가 있다. 프랑스는 제네릭이 진입한 지 30년이 지났음에도 불구하고 대체율이 80% 이하인 의약품군에 참조가격제를 적용하였다(Goujard, 2018, p.34). 참조가격제를 핵심적인 가격 정책으로 운영하는 독일은 모든 특허 만료 의약품을 이 제도의 대상에 포함시켰다. 더 나아가 임상적 개선이 인정되지 않는 특허 의약품도 참조가격제에 포함시켰다(iGES, 2017, p.16). 호주도 특허 만료 의약품뿐만 아니라 특허 의약품도 그 대상에 포함시켜 환자는 ‘브랜드 프리미엄’ 또는 ‘효능군 프리미엄’을 지불해야 한다(Hassali et al., 2014, p.496).

이와 같이 국가마다 제도 적용 범위에 차이가 있으며, 우리나라에서도 국내 환경에 맞게 적용 대상 의약품을 선정하는 것이 바람직할 것이다. 제네릭 의약품은 허가받을 때 생물학적 동등성을 입증하게 되므로 이론적으로 모든 제네릭 의약품은 오리지널 의약품과 동등하다. 그러나 의료 현장에서 제네릭 의약품의 대체 가능성에 대해 완전히 신뢰하지 않는 실정이며, 이 연구의 설문조사에서도 동일 성분이지만 가격이 다른 의약품 간에 약효나 부작용, 품질 면에서 차이가 있을 것이라고 인식하는 비율이 40% 이상으로 나타났다. 그러므로 모든 특허 만료 의약품 시장에서 이 제도를 전면 도입하는 것보다, 초기에는 제도의 수용성이 높고 정책 효과

가 기대되는 약품을 일부 선정하여 시행하는 것이 바람직하다.

제도 초기에 대상이 될 수 있는 약품은, 동일 성분 내 대체 가능한 제네릭 의약품이 다수 존재하고 시장에서 사용 경험이 풍부하여 현장에서 의사와 환자 모두 의학적인 결과를 염려하지 않고 가격을 기준으로 의약품을 쉽게 선택할 수 있는 성분이어야 한다. 약효군 단위에서 적용할 수도 있고, 약효군 내에서 일부 성분의 의약품에 대해 적용할 수도 있다. 약품비 지출의 효율화라는 정책 효과를 거두기 위해서는 판매 규모가 큰 의약품이 적절하다. 즉 사용량이 많은 의약품으로서 만성질환 치료제와 급성기 질환 치료제 모두 그 대상이 될 수 있다. 이 연구의 설문조사에 참여한 응답자들은 감기나 통증 같은 급성기 질환 치료제에서와 만성질환 치료제에서 처방 받은 약과 동일한 성분으로 다른 회사의 더 저렴한 약을 선택할 의향이 있다고 답한 비율이 각각 77.9%, 86.9%로 나타났다. 이로써 질환의 유형을 구분하지 않고 의약품 성분을 기준으로 하여 제네릭 의약품 시장 현황과 대체 가능성에 대한 수용성을 고려하여 선정하는 것이 적절할 것이다. 이러한 기준으로 일부 의약품 성분의 시장을 대상으로 제도를 시행한 후 의약품 사용 실태, 약품비 지출 규모의 변화, 환자의 만족도 등을 평가한 후 제도를 확대할 수 있을 것이다.

#### 다. 가격 설정

의약품의 등재 가격과 별도로 건강보험에서 급여하는 가격 수준(기준 가격)을 정하여 약가 경쟁을 촉진시키고자 할 때, 기준 가격의 수준을 어느 정도로 하느냐에 따라 정책 효과가 달라질 것이다. 기준 가격은 대체 가능한 의약품들의 등재 가격 분포 내에서 설정될 가능성이 높는데, 너무 높게 정하면 의약품 사용 행태에서 변화가 거의 없을 것이고 가격 경쟁

효과도 작을 것이다. 반면 너무 낮게 정하면 환자의 본인부담이 증가하는 경우가 많아지고 제약사의 반발도 커져 정책 추진에 어려움이 있을 수 있다. 외국에서 운영하는 유사한 제도에서는 동일 성분 동일 제제 의약품들 가격의 중간값이나 평균값을 사용하는 경우가 많다. 국내에서는 동일 제제 동일 약가 원칙으로 약가가 산정되어 가격 범위가 넓지 않을뿐더러 평균값이나 중간값이 최고가에 근접해 있으므로, 기준 가격을 중간값이나 평균값으로 일괄 적용하는 것은 바람직하지 않다. 2020년 7월부터 시행 중인 약가제도에서는 동일 제제 동일 약가 원칙에 차등 약가 요소를 결합하고 있어, 약가 차이가 발생하고 있다. 이는 향후 기준 가격을 설정하기에 좋은 제도적 여건으로 작용할 수 있을 것이다.

기준 가격을 결정하는 과정에서는 대체 가능한 의약품들의 약가 분포와 개수를 검토하고, 건강보험에서의 지불 의향, 환자의 지불 능력, 시장에서의 제품 유지 가능성 등을 고려해야 한다. 동일 성분 동일 제제 내에서 많은 제품이 등재되어 있음에도 불구하고 중간값이 최고가에 근접해 있다면 기준 가격은 중간값과 최저가 사이에서 정하는 것으로 할 수 있다. 이와 달리 대체 가능한 제품들의 가격이 최저가와 최고가 사이에서 균등하게 분포한다면 중간값을 채택할 수도 있다. 대체 가능한 제품의 개수가 적을 경우 기준 가격을 너무 낮게 잡으면, 약가 경쟁의 여력이 없을 때 기업이 공급 중단을 결정한다면 시장에서 의약품 공급 부족 현상이 나타날 수 있다.

앞에서 언급한 바와 같이 기준 가격까지 급여할 경우 기업들은 자사 제품의 가격을 그 기준 가격까지 인하할 가능성이 크지만 그 이하로 더 낮출 가능성은 낮다. 약가 경쟁이 기준 가격 이하로까지 이어지기를 기대한다면 기준 가격 설정 외에 추가적인 가격 설정이 필요하다. “기준 가격”보다 더 낮은 수준으로 “낮은 가격”을 정하여 환자가 대체 가능한 의약품 중

낮은 가격 이하의 제품을 사용할 경우 본인부담금을 면제하여 수요를 촉진할 수 있다. 수요가 촉진되면 기업들은 제품의 판매량을 늘리기 위하여 약가를 “낮은 가격” 이하로 책정할 가능성이 있다. 독일은 참조가격보다 30% 이상 낮은 가격의 제품에 대해 본인부담금을 면제하고 있다. 국내에서 이런 제도를 설계할 때 이와 같이 기준 가격 비율로 낮은 가격 수준을 정할 수도 있고, 최저가 수준 또는 그에 근접한 기준(예: 최저가 제품 3개)으로 정할 수도 있을 것이다. 현재 건강보험 약제 급여에서 30%의 본인부담률이 적용되고 있다는 것과 건강보험에서 70%를 지불하고 있다는 것을 고려할 때, 약가가 현재 가격의 70% 미만으로 인하된다면 본인부담금을 면제하더라도 건강보험 지출이 증가하지는 않을 것으로 예상할 수 있다.

## 라. 수요 기전 작동을 위한 환자의 선택권과 정보 접근권 확보

이 장에서 우리는 특히 만료 의약품의 지출 효율을 높이기 위한 방안으로 환자 중심의 수요 기전을 촉진하는 제도를 제안하였다. 제도의 중심 내용은 의약품의 등재 가격과 구분되는, “기준 가격” 및 “낮은 가격”을 정하여 약제비에 본인부담의 차이를 크게 뒀으로써 비용효과적 의약품 선택을 촉진하는 것이었다.

이것은 지불자로서 환자의 역할을 부각시키며 그에 따른 선택권과 책임성을 동시에 높이게 되는 일이다. 대체 가능한 의약품 중에서 기준 가격과 낮은 가격을 파악하고 환자가 자신의 선호에 부합하는 의약품을 최종적으로 사용하기 위해서는 선택 행위를 할 수 있는 기회를 보장받아야 한다. 그러기 위해서는 선택 행위에 필요한 정보를 제공받아야 하고, 처방의약품을 결정하는 의사와 조제하는 약사로부터 실제적인 지지를 받아야 한다.

환자가 동일 성분 내에서 저렴한 약을 선택하도록 하는 기전과 의료공급자가 비싼 약을 사용하고자 하는 기전이 동시에 운영되면서 충돌하는

것은 바람직하지 않다(Robinson, 2018). 의사도 처방에서 동일한 의학 적 효과가 기대된다면 가급적 저렴한 약을 처방하는 것이 자신에게도 유리하도록 동기가 부여되어야 한다. 이것은 의사에 대한 지불제도 또는 처방과 관련한 인센티브 프로그램을 통해 구현될 수 있다. 예를 들어 의사의 처방의약품 비용 또는 저렴한 제네릭 처방 실적에 연계하여 인센티브를 제공하거나, 처방의 질적 평가를 수행하여 진료비 지불 금액의 일부분을 가감하거나, 의사의 처방 금액의 목표를 정하여 전문적 판단하에 비용을 절감할 수 있도록 할 수 있다. 현재 운영되고 있는 제도인 ‘약제 급여 적정성 평가’와 ‘처방·조제 약품비 절감 장려금 제도’를 활용할 수 있고, 나아가 지불제도와 공급 구조의 개혁을 통해 의사 처방 행태의 변화를 추구하는 것이 필요하다. 의료체계에서 환자의 선택권을 증가시킨다 하더라도 의사는 처방약을 결정하는 전문가이므로, 의사가 환자 중심의 합리적 선택을 도모하는 시스템이 뒷받침되어야 한다.

그 외에 의사는 환자의 의약품 선택이 가능하도록 처방 과정에서 지원할 수 있어야 한다. 환자가 지불해야 하는 의약품 비용부담이 증가하고 치료 방법의 선택에 관하여 인지 수준이 높아질 때, 의사들은 일방적인 의사결정 방식에서 벗어나 환자에게 보다 많은 정보를 주는 조언자로서의 역할을 수행할 수 있다(Schoonveld, 2020, p.147). 의사는 기준 가격 제도가 적용되는 성분의 의약품을 처방할 때, 제품의 가격 차이에 따른 본인부담금의 차이가 크며 환자의 선택에 따라 본인부담금이 달라질 수 있음을 환자에게 알려야 하고, 특히 기준 가격 이상의 제품을 처방할 경우에는 반드시 그에 대해 설명해야 한다. 만일 동일 성분 동일 제제임에도 불가하고 의학적 이유로 기준 가격 이상의 제품을 반드시 사용해야 된다고 판단할 경우에는 이에 대해 환자에게 설명해야 한다. 그리고 이와 같이 의학적 이유로 특정한 제품을 사용해야 할 경우에는, 의사가 그 사

유를 건강보험 당국에 제출하고 환자가 높은 가격의 제품에 대해서도 급여를 보장받을 수 있도록 보호하는 장치가 필요하다.

약사는 환자의 처방전에 기준 가격 제도의 적용을 받는 의약품이 포함되어 있으면, 환자에게 제품 선택에 관한 정보를 제공하는 의무가 수반되어야 한다. 그리고 “기준 가격” 이상의 제품과 이하의 제품, “낮은 가격” 이하의 제품을 모두 구비하여 환자의 선택에 제한이 없도록 해야 한다.

외래 의약품 처방전 양식도 환자의 선택을 지지하는 방향으로 개선될 필요가 있다. 환자가 받은 의약품 처방에 기준 가격 제도 적용 의약품이 있을 경우, 처방전에서 이것이 자동적으로 표시되도록 하여 환자가 이를 인지할 수 있게 해야 한다.

환자는 일반인에게 익숙한 매체를 통해 처방약에 대한 정보를 파악하고 대체 가능한 제품들에 대한 정보도 쉽게 얻을 수 있어야 한다. 이 연구에서 실시한 설문조사에서 환자들은 자신의 처방약에 관한 관심이 높음에도 불구하고 그만큼 모르는 것으로 확인되었다. 환자들이 자신의 처방약에 관하여 약효뿐만 아니라, 부작용, 가격, 성분명, 제조사 등 여러 측면의 정보를 쉽게 찾아볼 수 있고 기준 가격 제도의 적용 여부에 대해서도 전문가의 도움 없이 정보를 얻을 수 있어야 한다. 일방적인 정보 전달 방식이 아니라 상호작용을 통해 정보가 제공되고 환자가 추가로 궁금한 점을 탐색 파악할 수 있어야 하므로 인터넷이나 애플리케이션과 같은 매체가 적절히 필요하다. 현재 건강보험심사평가원에서 ‘내가 먹는 약! 한 눈에’라는 서비스를 제공하여, 환자들이 자신이 처방 받은 약에 관한 구체적 정보를 확인할 수 있게 하고 있다. 기준 가격 제도 도입 시 이 프로그램에서도, 처방약과 동일한 성분의 대체 가능한 다른 제품의 가격을 비교할 수 있도록 하고 본인부담금의 차이에 관한 정보를 쉽게 확인할 수 있도록 해야 한다.

이상에서 제안한 제도가 현장에서 작동하기 위해서는 동일 성분 동일 제제 의약품들의 대체 가능성에 대한 신뢰가 뒷받침되어야 한다. 대체 가능성에 대한 신뢰는 약효, 부작용, 품질에 차이가 없다는 시장의 믿음이며, 이것은 의약품을 허가하고 관리하는 정부 당국의 책임 행정과 과학적 근거를 통해 형성되고 유지된다. 이러한 관점에서 제네릭 의약품의 안전성, 유효성, 품질에 관한 당국의 규제는 수요자의 기대와 요구에 부응하는 수준으로 강화될 필요가 있다.

동시에 기존 가격 제도가 시행될 때는 제네릭 의약품에 대하여 일반인을 대상으로 정보를 제공할 필요가 있다. 이 연구의 심층면접조사에 참여한 사람들은 제네릭 의약품에 대하여 사전에 알고 있는 경우가 극히 드물었으나, 허가 절차에 대한 설명을 들은 후에는 제네릭에 대하여 높은 수용도를 보였고, 동시에 과학적 근거 자료에 대하여 높은 관심을 보였다. 행정 당국은 일반 환자들의 정보 요구도를 만족시켜줌으로써 그들의 합리적 선택을 지원할 필요가 있다.

이 연구에서는 특히 만료 의약품 시장에서 약품비 지출의 효율을 높이는 방안으로, 환자의 본인부담 기전을 활용한 환자 중심의 수요 기전을 제안하였다. 이것은 환자의 선택 기회를 확대하기도 하지만 책임성을 높이는 것으로 환자에게 부담을 가중시킬 수도 있다. 이것이 결과적으로 환자를 불리하게 작동하는 것은 바람직하지 못하며, 환자를 더 보호하고 그 편익을 증대시키는 것이 되어야 한다. 이러한 원칙은 제도의 설계에서 견지되어야 한다. 환자들에게 과도한 선택권과 비용부담의 책임을 부여하는 것이 아니라, 환자가 추가적인 선택 행위를 직접 하지 않더라도 이미 환자에게 유리한 선택이 될 수 있도록 기본 제도를 설계해야 한다. 환자가 추가적으로 선택 행위를 한다면 그 과정은 복잡하지 않고 직관적 판단으로 가능해야 한다.



## 〈국내문헌〉

- 감사원. (2008). **감사결과 처분요구서- 국민건강보험 약제비 관리실태**. 서울: 감사원.
- 건강보험심사평가원. (2016). **2015년 급여의약품 청구 현황**. 원주: 건강보험심사평가원.
- 건강보험심사평가원. (2019). **2018년 급여의약품 청구 현황**. 원주: 건강보험심사평가원.
- 김보경, 류치영, 박세영. (2016). 호주 건강보험 체계 및 약가제도. **KPMA Brief, 1(7)**, 76-98.
- 김지애, 이해영, 임현아. (2017). **처방·조제 약품비 절감 장려금 사업 효과 분석 및 모형 개선**. 원주: 건강보험심사평가원.
- 김지애, 황윤기, 김지연. (2020). **약제 적정 사용 및 약품비 효율화를 위한 처방·조제 장려금 사업 모형 개발 연구**. 원주: 건강보험심사평가원.
- 김진현, 이의경, 최상은, 박실비아, 배승진, 권혜영, ... 최하연. (2017). **약제비 총액관리제 도입 방안**. 원주: 국민건강보험공단, 서울: 서울대학교 산학협력단.
- 노대명, 김대중, 김영아, 김은경, 나병균, 박찬용, ... 봉인식. (2018). **프랑스의 사회보장제도**. 한국보건사회연구원 주요국 사회보장제도 총서 10. 파주: 나남.
- 박능후, 김동현, 김미숙, 박소연, 박찬임, 여유진, ... 최효진. (2018). **호주의 사회보장제도**. 한국보건사회연구원 주요국 사회보장제도 총서 12. 파주: 나남.
- 박미혜, 김수진, 임민성. (2017). **약품비 지출요인 분석 및 관리방안**. 원주: 건강보험심사평가원.
- 박실비아, 김대중, 박은자, 이슬기, 김소운. (2015). **약가 사후관리 제도 합리화 방안 연구**. 서울: 국민건강보험공단, 세종: 한국보건사회연구원.

- 박실비아, 김대중, 박은자, 정연, 하솔잎, 김보은. (2020). **건강보험 약제비 지출 효율화 방안**. 원주: 건강보험심사평가원, 세종: 한국보건사회연구원.
- 배승진, 임지혜, 최상은, 배은영. (2009). **보험 약가 조정 방안 연구- 주요국의 약가제평가제도 고찰을 중심으로**. 서울: 건강보험심사평가원.
- 보건복지부. (2019). **2018 보건복지백서**. 세종: 보건복지부.
- 송찬희, 정구인, 염근상, 송상욱, 김철민, 김경수. (2001). 환자들의 대체조제에 대한 위험도 인식과 관련 요인. **임상약리학회지**, 9(1), 108-117.
- 여영현, 이건형, 박정원, 이세진. (2018). 미국 보건의료개혁의 정책 연혁 및 공공성 분석. **한국공공관리학보**, 32(2), 211-236.
- 원석조, 김은혜. (2019). 미국 민간건강보험의 실태와 오바마케어. **보건과 복지**, 21(4), 87-107.
- 이상원, 권순홍, 김혜린, 박미혜, 박성민, 박실비아, ... 하소영. (2019). **의약품 공급 및 구매체계 개선 연구**. 원주: 국민건강보험공단, 서울: 성균관대학교 산학협력단.
- 이유정. (2011). 지역약국 방문 성인의 제네릭 의약품 인식도 평가. **약학회지**, 55(3), 195-202.
- 이의경, 김동숙. (2006). 생물학적동등성 인정 제네릭 의약품에 대한 인식도 분석. **한국임상약학회지**, 16(2), 139-146.
- 이의경, 박은자, 김동숙. (2003). **생물학적동등성시험 수행 실태 분석과 생물성 인정 품목 확대 방안**. 서울: 식품의약품안전청·한국보건사회연구원.
- 이진미, 이주향, 김지혜. (2013). **동일성분 의약품들에 대한 약가제도 평가 및 약 품비 관리방안**. 서울: 건강보험정책연구원.
- 이혜재, 이지혜, 강신우, 조자현. (2018). **합리적 약품비 관리를 위한 사용량-약가 연동 협상 개선 연구**. 원주: 국민건강보험공단.
- 장선미, 한은아, 장수현, 김병철, 조혜민, 나연지, ... 오지호. (2019). **외국약가 참조기준 개선 방안 연구**. 원주: 건강보험심사평가원, 인천: 가천대학교.
- 정연택, 김근홍, 김상철, 김상호, 김원섭, 김진수, ... 이진숙. (2018). **독일의 사회 보장제도**. 한국보건사회연구원 주요국 사회보장제도 총서 2. 파주: 나남.

## 〈국외문헌〉

- ABDA. (2020). *German Pharmacies: Figure, Data, Facts 2020*. Retrieved from <https://www.abda.de/en/pharmacies-in-germany/pharmacy-2030-perspectives-on-provision-of-pharmacy-services-in-germany-2020>. 6. 17.
- Acosta, A., Ciapponi, A., Aaserud, M., Vietto, V., Austvoll-Dahlgren, A., Koöters, J. P., ... Oxman, A. D. (2014). Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. Art. No.: CD005979. doi: 10.1002/14651858.CD005979.pub2.
- Al-Gedadi, N. A., Hassali, M. A. & Shafie, A. A. (2008). A pilot survey on perceptions and knowledge of generic medicines among consumers in Penang, Malaysia. *Pharmacy Practice*, 6(2), 93-97.
- Alrasheedy, A. A., Hassali, M. A., Kong, D. CM., Alkadhey, H., Ibrahim, M. I. & Al-Tamimi, S. K. (2014). Patient knowledge, perceptions, and acceptance of generic medicines: a comprehensive review of the current literature. *Patient Intelligence*, 6, 1-29.
- Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282. doi:10.1016/j.pec. 2009. 7. 25.
- Aujoulat, I., d'Hoore, W. & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13-20.
- Babar, Z. U., Stewart, J., Reddy, S., Alzaher, W., Vareed, P., Yacoub, N. ... Rew, A. (2010). An evaluation of consumers' knowledge, perceptions and attitudes regarding generic medicines in Auckland. *Pharmacy World & Science*, 32(4), 440-448.
- Baicker, K. & Goldman, D. (2011). Patient cost-sharing and healthcare

- spending growth. *J. Econ. Perspect.* 25(2), 47-68.
- BlueCross BlueShield. (2018). *Standard Option Generic Incentive Program*. Retrieved from <https://media.fepblue.org/-/media/56260078095E4C10838B08DCE56120E7.pdf>. 2020. 7. 14.
- Bonsignore, C., Brolis, E., Ionescu, A., Karusinova, V., Mitkova, Z., Raps, F. ... Fedotova, N. R. (2017). *Patient Empowerment and Centredness*. Retrieved from European Health Parliament website: <https://www.healthparliament.eu/patient-empowerment-centredness/>. 2020. 6. 19.
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G. & McAllister, M. (2015). Conceptualising patient empowerment: A mixed method study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 252. doi:10.1186/s12913-015-0907-z.
- Brekke, K. R., Grasdahl, A. L. & Holmås, T. H. (2009). Regulation and pricing of pharmaceuticals: Reference pricing or price cap regulation? *European Economic Review*, 53(2), 170-185. doi:10.1016/j.euroecorev. 2008. 3. 4.
- Brekke, K. R., Holmas, T. H. & Straume, O. R. (2011). Reference pricing, competition, and pharmaceutical expenditures: Theory and evidence from a natural experiment. *Journal of Public Economics*, 95(7), 624-638. doi:10.1016/j.jpubeco. 2010. 11. 15.
- Bretthauer, B. (2012). The generic medicines market in Germany. *Journal of Generic Medicines*, 9(1), 9-12.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2012*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Busse, R. & Blümel, M. (2014). Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2), 1-296.

- Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M. & Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: A comprehensive review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 50(4), 667-674. doi: 10.1590/s0080-623420160000500018.
- Chang, F., Zhang, J., Xia, Q. & Cui, P. (2017). The introduction of generic substitution in Australia and its inspiration for China. *Advances in Social Science. Education and Humanities Research*, 19, 257-262.
- Chevreur, K., Brigham, K. B., Durand-Zaleski, I. & Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(3), 1-218.
- Chong, C. P., March, G., Clark, A., Gilbert, A., Hassali, M. A. & Bahari, M. B. (2011). A nationwide study on generic medicines substitution on practices of Australian community pharmacists and patient acceptance. *Health Policy*, 99(2), 139-148.
- Choudhry, N. K. & Shrank, W. H. (2010). Four-dollar generics- increased accessibility, impaired quality assurance. *NEJM*, 363(20), 1885-1887.
- Colombo, C., Moja, L., Gonzalez-Lorenzo, M., Liberati, A. & Mosconi, P. (2012). Patient empowerment as a component of health system reforms: rights, benefits and vested interests. *Intern. Emerg. Med.* 7(2), 183-187.
- Conti, R. M. & Berndt, E. R. (2020). Four Facts Concerning Competition in US Generic Prescription Drug Markets. *International Journal of the Economics of Business*, 27(1), 27-48.
- Costa-Font, J., Rudisill, C. & Tan, S. (2014). Brand loyalty, patients and limited generic medicines uptake. *Health policy*, 116(2-3), 224-233.

- Coulter, A. (2010). Do patients want a choice and does it work? *BMJ*, 341, c4989 doi: 10.1136/bmj.c4989.
- De Santis, M., Hervas, C., Weinman, A. & Bottarelli, V. (2018). *Policy Brief: Patient Empowerment*. (RD Action WP2-Task 2.5). Retrieved from <http://www.rd-action.eu/wp-content/uploads/2018/09/PATIENT-EMPOWERMENT.pdf>. 2020. 1. 11.
- Department of Health- Australian Government. (2015). *Annual Report 2014-2015*. Retrieved from <https://www.health.gov.au/about-us/corporate-reporting/annual-reports>. 2020. 6. 15.
- Dirnagl, A. J. & Cocoli, M. A. (2016). *Global Generic Pharmaceutical Industry Review*. MUFG. Retrieved from <https://www.krungsri.com/bank/getmedia/a5599675-701b-49d8-a857-33d247c773a0/BTMU-Research-201602-29.aspx>. 2020. 4. 7.
- Drummond, M. & Towse, A. (2012). Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in europe? *The European Journal of Health Economics*, 13(1), 1-5. doi:10.1007/s10198-011-0353-8.
- Dunne, S. S. (2016). What do users of generic medicines think of the m? A systematic review of consumers' and patients' perceptions of, and experiences with, generic medicines. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 9(6), 499-510.
- Dunne, S., Shannon, B., Dunne, C. & Cullen, W. (2014). Patient perceptions of generic medicines: a mixed-methods study. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 7(2), 177-185.
- Dusetzina, S. B., Jazowski, S., Cole, A. & Nguyenet, J. (2019). Sending the wrong price signal: Why do some brand-name drugs cost Medicare beneficiaries less than generics? *Health Affairs*, 38(7), 1188-1194.

- Dylst, P., Vulto, A. & Simoens, S. (2014). Analysis of French generic medicines retail market: why the use of generic medicines is limited. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 14, 795-803.
- Elwyn, G., Coulter, A., Laitner, S., Walker, E., Watson, P. & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341, c5146. doi: 10.1136/bmj.c5146.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *The health systems and policies monitor: France*. Retrieved from <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>. 2020. 3. 26.
- European Patients' Forum (EPF). (2015a. 5. 15). *EPF Background Brief: Patient Empowerment*. Retrieved from <https://www.eu-patient.eu/>. 2020. 6. 19.
- European Patients' Forum (EPF). (2015b. 10. 1). *Management of Chronic Disease: the Potential of Patient Empowerment* (European Health Forum Gastein Workshop Report). Brussels: European Patients' Forum.
- FDA. (2020). *Generic Drug User Fee Amendments (GDUFA) Science and Research Priority Initiatives for Fiscal Year 2020*. Retrieved from <https://www.fda.gov/media/132370/download>. 2020. 7. 7.
- Feste, C. (1992). A practical look at patient empowerment. *Diabetes Care* 15(7), 922-925.
- Figueiras, M. J., Alves, N. C., Marcelino, D., Cortes, M. A., Weinman, J. & Horne, R. (2009). Assessing lay beliefs about generic medicines: Development of the generic medicines scale. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 311-321.
- Finlayson, A. E. & Gustafsson, L. L. (2014). Multiple policies to enhance prescribing efficiency for established medicines in Europe with a particular focus on demand-side measures: Findings and future

- ure implications. *Frontiers in Pharmacology*, 5, 106. doi:10.3389/fphar.2014.00106.
- Fotaki, M. (2020). Choosing providers. In: Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (Ed.). *Achieving Person-Centred Health Systems*(pp. 201-217). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781108855464.
- Garattini, L. & Padula, A. (2018). Patient empowerment in europe: Is no o further research needed? *The European Journal of Health Economics*, 19(5), 637-640. doi:10.1007/s10198-018-0965-3.
- Gilman, B. H. & Kautter, J. (2007). Impact of Multitiered Copayments on the Use and Cost of Prescription Drugs among Medicare Beneficiaries. *Health Services Research*, 43, 478-495.
- Godman, B., Abuelkhair, M., Vitry, A., Abdu, S., Bennie, M., Bishop, I., ... Gustaffson, L. L. (2012). Payers endorse generics to enhance prescribing efficiency; impact and future implications, a case history approach. *Gabi Journal*, 1(2), 69-83. doi: 10.5639/gabij.2012.0102.017.
- Goedken, A. M., Urmie, J. M., Farris, K. B. & Doucette, W. R. (2010) Impact of cost sharing on prescription drugs used by Medicare beneficiaries. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 6, 100-109.
- Goujard, A. (2018). *France: Improving the Efficiency of the Health-care System*. OECD Economics Department Working Papers No.1455. Retrieved from [https://www.oecd-ilibrary.org/economics/france-improving-the-efficiency-of-the-health-care-system\\_09e92b30-en](https://www.oecd-ilibrary.org/economics/france-improving-the-efficiency-of-the-health-care-system_09e92b30-en). 2020. 2. 5.
- Håkonsen, H. & Toverud, E. L. (2011). Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants liv

- ing in Norway. *European journal of Clinical Pharmacology*, 67(2), 193-201.
- Hassali, M. A., Alrasheedy, A. A., McLachlan, A., Nguyen, T. A., Al-Tamimi, S. K., Ibrahim, M. I. & Aljadhey, H. (2014). The experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: A review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(6), 491-503.
- Heikkilä, R., Mäntyselkä, P. & Ahonen, R. (2011). Do people regard cheaper medicines effective? Population survey on public opinion of generic substitution in Finland. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 20(2), 185-191.
- Heikkilä, R., Mäntyselkä, P. & Ahonen, R. (2012). Why people refuse generic substitution: a population survey of public opinion on generic substitution in Finland. *Drugs & Therapy Perspectives*, 28(8), 24-26.
- Hoadley, J. F., Merrell, K., Hargrave, E. & Summer, L.(2012). In Medicare part D plans, low or zero copays and other features to encourage the use of generic statins work, could save billions. *Health Affairs*, 31(10), 2266-2275.
- Ibrahim, R., McKinnon, R. A. & Ngo, S. N. (2012). Knowledge and perceptions of community patients about generic medicines. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 42(4), 283-286.
- iGES. (2017). *Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany*. Berlin: iGES.
- IMS Health. (2014). *MIDAS Q4 2014*.
- IMS Health. (2015. 3). *National Sales Perspectives*.
- IMS Institute for Healthcare Informatics. (2015). *The Role of Generic*

- Medicines in Sustaining Healthcare Systems: A European Perspective*. Parsippany: IMS Institute for Healthcare Informatics.
- IMS Institute for Healthcare Informatics. (2016). *Price Declines after Branded Medicines Lose Exclusivity*. Parsippany: IMS Institute for Healthcare Informatics.
- Iosifescu, A., Halm, E. A., McGinn, T., Siu, A. L. & Federman, A. D. (2008). Beliefs about generic drugs among elderly adults in hospital-based primary care practices. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 377-383.
- Jacomet, C., Allavena, C., Peyrol, F., Pereira, B., Joubert, L. M., Bagheri, H., ... Dellamonica, P. (2015). Perception of antiretroviral generic medicines: one-day survey of HIV-infected patients and their physicians in France. *PLoS One*, 10(2), e0117214.
- Kanavos, P. (2014). Measuring performance in off-patent drug markets: A methodological framework and empirical evidence from twelve EU member states, *Health Policy*, 118, 229-241.
- Keenum, A. J., DeVoe, J. E., Chisolm, D. J. & Wallace, L. S. (2012). Generic medications for you, but brand-name medications for me. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(6), 574-578.
- Kesselheim, A. S., Gagne, J. J., Franklin, J. M., Eddings, W., Fulchino, L. A., Avorn, J. & Campbell, E. G. (2016). Variations in patients' perceptions and use of generic drugs: results of a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 31(6), 609-614.
- Kleinstäuber, M., MacKrill, K. & Petrie, K. J. (2018). Characteristics of individuals who prefer branded innovator over generic medicines: A New Zealand general population survey. *Drugs & Therapy Perspectives*, 34(10), 478-483.
- Kohli, E. & Buller, A. (2013). Factors influencing consumer purchasing

- patterns of generic versus brand name over-the-counter drugs. *South Med J*, 106(2), 155-60.
- Lee, V. W., Cheng, F. W., Fong, F. Y., Ng, E. E., Lo, L. L., Ngai, L. Y. & Lam, A. S. (2018). Branded versus generic drug use in chronic disease management in Hong Kong—perspectives of health care professionals and the general public. *Hong Kong Med J*, 24(6), 554-560.
- Légaré, F. & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs*, 32(2), 276-284. doi:10.1377/hlthaff.2012.1078.
- Luiza, V. L., Chaves, L. A., Silva, R. M., Emmerick, I. C. M., Chaves, G. C., Fonseca de Araújo, S. C., ... Oxman, A. D. (2015). Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. Art. No.: CD007017. doi: 10.1002/14651858.CD007017.pub2.
- Luttrell, C. & Quiroz, S. (with Scrutton, C. & Bird, K.) (2009). *Understanding and Operationalising Empowerment*. London: Overseas Development Institute.
- McGuckin, M. & Govednik, J. (2014). Patient empowerment begins with knowledge: Consumer perceptions and knowledge sources for hand hygiene compliance rates. *Am. J. Infect. Control*. 42, 1106-1108.
- Medicines for Europe. (2016). *Market Review- European Generic Medicines Markets*. Brussels: Medicines for Europe.
- Medicines for Europe. (2018). *Medicines for Europe Country Specific Market Access Policies*. Brussels: Medicines for Europe.
- Morgan, S. (2016). *Summaries of National Drug Coverage and*

- Pharmaceutical Pricing Policies in 10 Countries* (Working papers for the 2016 Meeting of the Vancouver Group in New York, NY). Retrieved from [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-09/Steven%20Morgan%2C%20PhD\\_Ten%20Country%20Pharma%20Policy%20Summaries\\_2016%20Vancouver%20Group%20Meeting.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-09/Steven%20Morgan%2C%20PhD_Ten%20Country%20Pharma%20Policy%20Summaries_2016%20Vancouver%20Group%20Meeting.pdf). 2020. 6. 11.
- Narayan, D. (Ed.). (2002). *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook*. Washington D. C.: The World Bank. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15239>. 2020. 6. 10.
- National Association of Boards of Pharmacy. (2006). *Survey of Pharmacy Law*. Mount Prospect: National Association of Boards of Pharmacy.
- Navar, A. M., Taylor, B., Mulder, H., Fievitz, E., Monda, K. L., Fievitz, A., ... Peterson, E. D. (2017). Association of prior authorization and out-of-pocket costs with patient access to PCSK9 inhibitor therapy. *JAMA Cardiology*, 2(11), 1217-1225. doi:10.1001/jamacardio.2017.3451.
- Ngo, S. N., Stupans, I. & McKinnon, R. A. (2013). Generic substitution in the treatment of epilepsy: patient attitudes and perceptions. *Epilepsy & Behavior*, 26(1), 64-66.
- Nokelainen, H., Lämsä, E., Ahonen, R. & Timonen, J. (2020). Reasons for allowing and refusing generic substitution and factors determining the choice of an interchangeable prescription medicine: a survey among pharmacy customers in Finland. *BMC Health Services Research*, 20(1), 82.
- O'Leary, A., Usher, C., Lynch, M., Hall, M., Hemeryk, L., Spillane, S., ... Barry, M. (2015). Generic medicines and generic substitution:

- contrasting perspectives of stakeholders in Ireland. *BMC Research Notes*, 8(1), 790.
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2017a). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2017b). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Olsson, E., Svensberg, K., Wallach-Kildemoes, H., Carlsson, E., Hällkvist, C., Kaae, S. & Källemark Sporrøng, S. (2018). Swedish patients' trust in the bioequivalence of interchangeable generics. What factors are important for low trust? *Pharmacy Practice (Granada)*, 18(4), 1298.
- Panteli, D., Aricks, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, E., Fogarty, E., ... Busse, R. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries: Review. *Health Systems in Transition*, 18(5), 1-118.
- Parkinson, B. (2013). *Pharmaceutical Policy in Australia*(Working Paper 2013/1). Sydney: Center for Health Economics Research and Evaluation. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/251875944\\_Pharmaceutical\\_Policy\\_in\\_Australia](https://www.researchgate.net/publication/251875944_Pharmaceutical_Policy_in_Australia). 2020. 8. 9.
- Pavcnik, N. (2002). Do pharmaceutical prices respond to potential patient out-of-pocket expenses? *The RAND Journal of Economics*, 33(3), 469-487. doi:10.2307/3087468.
- Pontén, J., Rönholm, G. & Skiöld, P. (2017). *PPRI Pharma Profile Sweden*, Stockholm: TLV.
- Probyn, A. J. (2004). Some drugs more equal than others: pseudo-gene

- rics and commercial practice. *Australian Health Review*, 28(2), 207-217.
- Rathe, J., Søndergaard, J., Jarbøl, D. E., Hallas, J. & Andersen, M. (2014). Patients' concern about their medicine after a generic switch: a combined cross-sectional questionnaire and register study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 23(9), 965-973.
- Riner, B., Bussy, A., Hélène-Pelage, J., Moueza, N., Lamy, S. & Carrère, P. (2017). "No generics, Doctor!" The perspective of general practitioners in two French regions. *BMC Health Services Research*, 17, 707. doi:10.1186/s12913-017-2682-5.
- Robinson, J. C. (2018. 9. 10). *Pharmaceutical Reference Pricing: Does It Have a Future in the U.S.?* The Commonwealth Fund. Retrieved from <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2018/sep/pharmaceutical-reference-pricing-future>. 2020. 3. 26.
- Rodwin, M. A. (2020). Pharmaceutical price and spending controls in France: Lessons for the united states. *International Journal of Health Services*, 50(2), 156-165. doi:10.1177/0020731419897580.
- Roman, B. (2009). Patients' attitudes towards generic substitution of oral atypical antipsychotics: a questionnaire-based survey in a hypothetical pharmacy setting. *CNS Drugs*, 23(8), 693-701.
- Rottembourg, J. & Nasica-Labouze, J.(2015). The implementation of generics in France. *GaBi Journal*, 4(3), 136-141.
- Royce, T. J., Kircher, S. & Conti, R. M. (2019). Pharmacy Benefit Manager Reform: Lessons From Ohio. *JAMA*, 322(4), 299-300.
- Russo, G., Tartaglione, A. M. & Cavacece, Y. (2019). Empowering patients to co-create a sustainable healthcare value. *Sustainability (Basel, Switzerland)*, 11(5), 1315. doi:10.3390/su11051315.

- Sandman, L. & Munthe, C. (2010). Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Analysis*, 18(1), 60-84. doi:10.1007/s10728-008-0108-6.
- Sarpawari, A., Choudhry, N. K., Avorn, J. & Kesselheim, A. S. (2015) Paying Physicians to Prescribe Generic Drugs and Follow-On Biologics in the United States. *PLoS Med.* 12(3). e1001802.
- Schoonveld, E. (2020). *The Price of Global Health*. New York: Routledge.
- Schweitzer, S. O. & Lu, Z. J. (2018). *Pharmaceutical Economics and Policy*. New York: Oxford University Press.
- Skaltsas, L. N. & Vasileiou, K. Z. (2015). Patients' perceptions of generic drugs in Greece. *Health Policy*, 119(11), 1406-1414.
- Song, Y. & Barthold, D. (2018). The effects of state-level pharmacist regulations on generic substitution of prescription drugs. *Health Economics*, 27, 1717-1737.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). (2017), *Gemeinsam sind wir 90 Prozent - Geschäftsbericht 2016*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Tomes, N. (2007). Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Lancet*, 369(9562), 698-700.
- Toverud, E. L., Røise, A. K., Hogstad, G. & Wabø, I. (2011). Norwegian patients on generic antihypertensive drugs: a qualitative study of their own experiences. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(1), 33-38.
- Ubel, P. A., Zhang, C. J., Hesson, A., Davis, J. K., Kirby, C., Barnett, J. & Hunter, W. G. (2016). Study of physician and patient communication identifies missed opportunities to help reduce patients' out-of-pocket spending. *Health Affairs (Project Hope)*, 35(4), 654

-661. doi:10.1377/hlthaff.2015.1280.

- Veroff, D., Marr, A. & Wennberg, D. E. (2013). Enhanced support for shared decision making reduced costs of care for patients with preference-sensitive conditions. *Health Affairs*, 32(2), 285-293. doi:10.1377/hlthaff.2011.0941.
- Vitry, A. I., Thai, L. & Roughead, E. E. (2015). Pharmaceutical Pricing Policies in Australia. *Pharmaceutical Prices in the 21st Century* (pp.1-23). New York: Adis.
- Vogler, S., Gombocz, M. & Zimmermann, N. (2017). Tendering for off-patent outpatient medicines: Lessons learned from experiences in Belgium, Denmark and the Netherlands. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 8(3), 147-158. doi:10.1111/jphs.12180.
- Vončina, L., Strizrep, T., Godman, B., Bennie, M., Bishop, I., Campbell, S., ... Gustafsson, L. L. (2011). Influence of demand-side measures to enhance renin-angiotensin prescribing efficiency in Europe: Implications for the future. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(4), 469-479. doi:10.1586/erp.11.42.
- Weekes, L. M., Blogg, S., Jackson, S. & Hosking, K. (2018). NPS MedicineWise: 20 years of change. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 11, 19.
- Wenzl, M. & Paris, V. (2018). *Pharmaceutical Reimbursement and Pricing in Germany*. Paris: OECD.
- WHO Regional Office for Europe. (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2018). *Medicines Reimbursement Policies in Europe*. Copenhagen:

gen: WHO Europe.

- Wouters, O. J., Kanavos, P. G. & McKEE, M. (2017). Comparing Generic Drug Markets in Europe and the United States: Prices, Volume, and Spending. *The Milbank Quarterly*, 95(3), 554-601.
- Zare, H. & Anderson, G. (2013). Trends in cost sharing among selected high income countries-200-2010. *Health Policy*, 112, 35-44.

### 〈웹페이지〉

- Department of Health- Australian Government. (2020a). *Pharmaceutical Benefits – Fees, Patent Contributions and Safety Net Thresholds*. Retrieved from <http://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/front/fee>. 2020. 10. 8.
- Department of Health- Australian Government. (2020b). *About the PBS*. Retrieved from [http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs#What\\_you\\_pay\\_for\\_PBS\\_medicines](http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs#What_you_pay_for_PBS_medicines). 2020. 10. 8.
- FDA. (n.d.<sup>a</sup>). *FDA Drug Competition Action Plan*. Retrieved from <https://www.fda.gov/drugs/guidance-compliance-regulatory-information/fda-drug-competition-action-plan>. 2020. 9. 29.
- FDA. (n.d.<sup>b</sup>). *Generic Competition and Drug Prices*. Retrieved from <https://www.fda.gov/about-fda/center-drug-evaluation-and-research-cder/generic-competition-and-drug-prices>. 2020. 8. 27.
- GaBI Online - Generics and Biosimilar Initiative. (2017. 5. 19.). *Concerns over Change to Generics Prescribing in Australia*. Retrieved from <http://www.gabionline.net/Generics/General/Concerns-over-change-to-generics-prescribing-in-Australia>. 2020. 8. 29.
- Lewis, L. & Brown, P. (2019. 11. 1.). Opening the Gates for Generics E-prescribing Requirements Implemented in Australia. *Bird & Bird*. Retrieved from <https://www.twobirds.com/en/news/articles/2>

- 019/australia/opening-the-gates-for-generics-e-prescribing-requirements-implemented-in-australia. 2020. 7. 13.
- Medical Search. (2008. 11. 11.). *Generic Medicines are an Equal Choice Campaign for the Public*. Retrieved from <https://www.medicalsearch.com.au/generic-medicines-are-an-equal-choice-campaign-for-the-public/f/2678>. 2020. 4. 23.
- Medicare. (n.d.). *Drug Coverage (Part D)*. Retrieved from <http://medicare.gov/drug-coverage-part-d>. 2020. 6. 1.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (n.d.). *Base de Données Publique des Médicaments*. Retrieved from <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>. 2020. 8. 31.
- MinterEllison. (2019. 10. 30.). *New Regulations for E-prescribing and Their Impact on Patent Litigation in Australia*. Retrieved from <https://www.minterellison.com/articles/new-regulations-for-e-prescribing-patent-litigation-in-australia>. 2020. 8. 29.
- OECD. (2016). *OECD Health Statistics 2016 [Data]*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. 2020. 12. 28.
- OECD. (2020). *OECD Health Statistics 2020 - Frequently Requested Data [Data]*. Retrieved from <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. 2020. 12. 28.
- Services Australia. (n.d.). *PBS Safety Net Thresholds*. Retrieved from <https://www.servicesaustralia.gov.au/individuals/services/medicare/pharmaceutical-benefits-scheme/when-you-spend-lot-pbs-medicines/pbs-safety-net-thresholds>. 2020. 10. 8.
- Statista. (2020). *Proportion of Branded versus Generic Drug Prescriptions Dispensed in the United States from 2005 to 2019*. Retrieved from <https://www.statista.com/statistics/205042/proportion-of-brand-to-generic-prescriptions-dispensed/>. 2020. 10. 30.

The White House. (2018. 10 . 10.). *Remarks by President Trump at Signing of S. 2553, Know the Lowest Price Act, and S. 2554, Patient Right to Know Drug Price*. Retrieved from <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/remarks-president-trump-signing-s-2553-know-lowest-price-act-s-2554-patient-right-know-drug-price-act/>. 2020. 10. 30.

### 〈보도자료〉

보건복지부 보험약제과. (2011. 10. 31.). 내년 1월 시행, 새로운 약가 인하 고시 행정 예고. **보건복지부 보도자료**.

[https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=5&CONT\\_SEQ=260153&SEARCHKEY=DEPT\\_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=5&CONT_SEQ=260153&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC)에서 2020. 11. 3. 인출.

보건복지부 보험약제과. (2013. 7. 24.). 약가제도 개편 1년 후 약가 인하 효과 평가 결과. **보건복지부 보도자료**.

[https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=3&CONT\\_SEQ=288812&SEARCHKEY=DEPT\\_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=288812&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC)에서 2020. 11. 3. 인출.

보건복지부 보험약제과. (2014. 4. 22.). 저가구매 인센티브(시장형 실거래가) 제도 개선을 위한 법령 입법예고. **보건복지부 보도자료**.

[https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=3&CONT\\_SEQ=300125&SEARCHKEY=DEPT\\_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=300125&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC)에서 2020. 9. 8. 인출.

보건복지부 보험약제과. (2015. 6. 23.). 의약품 적정처방을 위한 「처방·조제 약품비 절감 장려금」 첫 지급. **보건복지부 보도자료**.

236 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

[https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=2&CONT\\_SEQ=323682&SEARCHKEY=DEPT\\_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=2&CONT_SEQ=323682&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC)에서 2020. 11. 5. 인출.

보건복지부 보험약제과. (2019. 3. 27.). 2019년 하반기부터 제네릭 의약품 차등 보상제도 실시. **보건복지부 보도자료.**

[https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=348822&SEARCHKEY=DEPT\\_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=348822&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%ED%97%98%EC%95%BD%EC%A0%9C%EA%B3%BC)에서 2020. 9. 8. 인출.



## [부록 1] 설문조사 조사표

### 의약품 선택에 관한 일반인 인식 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원은 국무총리 산하의 정책 연구기관으로서, 건강보험 약품비 지출을 효율화하는 안정적 구조를 마련하는 데 기여하고자 「수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안」 연구를 수행하고 있습니다.

본 연구의 일환으로 최근 3개월 이내에 처방약을 조제 받은 경험이 있으신 분(약 1,000명) 또는 현재 지속적으로 복용하는 처방약이 있으신 분(약 1,000명)을 대상으로 처방의약품의 선택과 관련한 인식 조사를 수행하여, 환자(소비자)를 중심으로 하는 약품비 지출 효율화 정책 방안 도출을 위한 기초자료로 활용하고자 합니다.

본 조사는 약 20분 정도 소요될 예정이며, 조사가 진행되는 도중에라도 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 됩니다. 또한 언제라도 동의를 철회하고 연구 참여를 중단하셔도 되며, 이에 따른 어떠한 불이익이나 차별도 없을 것입니다.

본 조사에서 응답하신 내용은 통계법 제33조(비밀의 보호 등)에 의거하여 비밀이 보장됨을 약속드리며, 조사 참여에 따라 예상되는 위험 및 손실, 이득은 없습니다. 조사된 내용은 정책대안 수립과 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것입니다. 또한 조사 자료는 [조사 자료 수집·이용 목적]을 달성하는 데 필요한 기간 동안에 한하여 보유 및 이용되며, 이용 목적이 달성된 후에는 파기합니다(최소 3년 보관). 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 조사 자료를 보관할 수 있습니다.

[조사 자료 수집·이용 목적]

제네릭 의약품 선택에 관한 일반인 인식 조사  
약품비 지출 효율화 정책 방안 도출을 위한 기초자료 활용

바쁘시더라도 본 설문에 협조하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

감사합니다.

### SQ. 선정질문

SQ0. 아래의 연구참여동의를 읽으신 뒤, 아래 상황에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다. 귀하께서는 조사 참여에 동의하십니까?

조사 안내문 한 번 더 노출

- 1) 예. 동의합니다
- 2) 아니오. 동의하지 않습니다 -> 조사 중단

SQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- 1) 남자
- 2) 여자

SQ2. 귀하의 생년월은 언제입니까? 주민등록상의 생년월을 말씀해주시시오. ( )년 ( )월  
1950년 6월 이전 출생자 또는 2001년 5월 이후 출생자 -> 조사 중단

**238** 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

- 1) 19~29세(1990년 6월~2001년 5월)
- 2) 30~39세(1980년 6월~1990년 5월)
- 3) 40~49세(1970년 6월~1980년 5월)
- 4) 50~59세(1960년 6월~1970년 5월)
- 5) 60~69세(1950년 6월~1960년 5월)

**SQ3.** 귀하께서 현재 거주하고 계신 지역은 어디입니까?

- 1) 서울
- 2) 부산
- 3) 대구
- 4) 인천
- 5) 광주
- 6) 대전
- 7) 울산
- 8) 경기
- 9) 강원
- 10) 충북
- 11) 충남
- 12) 전북
- 13) 전남
- 14) 경북
- 15) 경남
- 16) 제주
- 17) 세종

**SQ4.** 귀하께서는 어떤 건강보험에 가입되어 있습니까?

- 1) 국민건강보험(지역, 직장)
- 2) 의료급여(1종, 2종) -> 조사 중단
- 3) 미가입
- 9) 모름

**SQ5.** 귀하께서는 최근 3개월 이내에 의료기관(병·의원)을 이용하시고 약국에서 처방약(경구제, 연고, 주사제 포함)을 조제 받은 경험이 있습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

**SQ6.** 귀하께서는 현재 질병을 치료하기 위해서 의료기관(병·의원)에서 처방을 받아 지속적으로 약을 복용하고 계십니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

**[그룹 배정]**

SQ5	SQ6	그룹
1) 예	1) 예	그룹2
	2) 아니오	그룹1
2) 아니오	1) 예	그룹2
	2) 아니오	조사 중단

## [그룹2만 해당]

SQ7. 귀하께서 지속적으로 처방을 받기 위해 이용하시는 의료기관은 다음 중 어느 것에 해당합니까? 여러 의료기관을 방문하시는 경우, 가장 자주 가시는 의료기관 기준으로 응답해주시기 바랍니다.

- 1) 의원
- 2) 병원
- 3) 종합병원
- 4) 상급종합병원(대학병원)
- 5) 기타( )
- 9) 모름

## [그룹1만 해당]

SQ8. 귀하께서 지난 3개월간 약을 처방 받은 질환에 대해 모두 응답하여주시기 바랍니다.

## [그룹2만 해당]

SQ8. 귀하께서 앞서 응답하신 것과 같이, 지속적으로 치료를 위해 약을 복용하고 계시는 질환에 대해 모두 응답하여주시기 바랍니다.

- |          |                |
|----------|----------------|
| 1) 고혈압   | 8) 척추, 뼈, 관절질환 |
| 2) 당뇨    | 9) 눈, 코, 귀질환   |
| 3) 고지혈증  | 10) 치아질환       |
| 4) 소화기질환 | 11) 피부질환       |
| 5) 호흡기질환 | 12) 미용, 성형 관련  |
| 6) 뇌혈관질환 | 13) 기타( )      |
| 7) 심장질환  |                |

## A. 제네릭에 대한 인식

A1. 복제 의약품(또는 제네릭 의약품)이란 최초로 개발된 의약품(오리지널 의약품)과 동일하게 다른 회사에서 제조한 후발 의약품으로, 식품의약품안전처에서 허가받아 판매하는 약입니다. 복제 의약품은 오리지널 의약품과 성분은 같으며, 제품명은 다르고 가격도 다를 수 있습니다. 귀하께서는 이러한 복제 의약품이 있다는 것을 알고 계십니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

## [그룹1: 초록색 형광펜, 그룹2: 분홍색 형광펜]

A1-1. 귀하께서 가장 최근에 사용하신/현재 지속적으로 사용하시는 처방약이 복제 의약품인지 오리지널 의약품인지 알고 계십니까?

- 1) 전혀 구분할 수 없다(모른다) -> A2-1로 이동
- 2) 몇 가지 약만 구분할 수 있다 -> A1-2로 이동
- 3) 대부분 구분할 수 있다 -> A1-2로 이동

A1-2. 귀하께서는 복제 의약품과 오리지널 의약품을 어떻게 구분하십니까? 주로 구분하시는 방법 한 가지만 응답해주시기 바랍니다.

- 1) 제품명으로 구분한다
- 2) 회사명으로 구분한다
- 3) 가격으로 구분한다
- 4) 의사나 약사의 설명으로 구분한다

## 240 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

### 5) 기타

A2-1. 복제 의약품과 오리지널 의약품에 대한 다음의 서술에 대해 귀하의 생각에 가장 가까운 것에 응답해주시요. [StepbyStep]

		전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	동의한다	매우 동의한다	모르겠다
1	복제 의약품과 오리지널 의약품은 <b>효과</b> 에서 차이가 있을 것이다	1	2	3	4	9
2	복제 의약품과 오리지널 의약품은 <b>부작용</b> 에서 차이가 있을 것이다	1	2	3	4	9
3	복제 의약품과 오리지널 의약품은 <b>품질</b> 에서 차이가 있을 것이다	1	2	3	4	9

A2-2. 동일 성분이지만 가격 차이가 있는 약에 대한 다음의 서술에 대해 귀하의 생각에 가장 가까운 것에 응답해주시요. [StepbyStep]

		전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	동의한다	매우 동의한다	모르겠다
1	동일 성분의 약이라도 가격이 다르면 <b>효과</b> 에 차이가 있을 것이다	1	2	3	4	9
2	동일 성분의 약이라도 가격이 다르면 <b>부작용</b> 에 차이가 있을 것이다	1	2	3	4	9
3	동일 성분의 약이라도 가격이 다르면 <b>품질</b> 에 차이가 있을 것이다	1	2	3	4	9

## B. 본인의 처방약에 대한 인식

[그룹1: 초록색 형광펜, 그룹2: 분홍색 형광펜]

< 귀하께서 가장 최근에 사용하신/현재 지속적으로 사용하시는 처방약과 관련하여 다음 각 정보에 대해 알고 계신지, 그리고 관심이 있는지에 대한 질문입니다. 귀하의 생각에 가까운 것에 응답해주시요. >

B1. 귀하께서 사용하신/사용하시는 약과 관련하여 왼쪽의 각 정보에 대해 알고 계십니까?

		대부분의 약에서 모르고 있다	잘 모르는 편이다	어느 정도 알고 있는 편이다	대부분의 약에서 잘 알고 있다
1	약의 제품명	1	2	3	4
2	약의 성분명	1	2	3	4
3	효능	1	2	3	4
4	부작용	1	2	3	4
5	가격	1	2	3	4
6	제조회사	1	2	3	4

B2. 귀하께서 사용하신/사용하시는 약과 관련하여 왼쪽의 각 정보에 대해 관심이 있으십니까?

		전혀 관심이 없다	별로 관심이 없다	약간 관심이 있다	매우 관심이 있다
1	약의 제품명	1	2	3	4
2	약의 성분명	1	2	3	4
3	효능	1	2	3	4

4	부작용	1	2	3	4
5	가격	1	2	3	4
6	제조회사	1	2	3	4

**B3. 귀하께서는 의료기관에서 약을 처방 받으시면 그 약에 관하여 정보를 스스로 더 찾아보십니까?**

- 1) 전혀 찾아보지 않는다 -> B4로 이동
- 2) 찾아보지 않는 편이다 -> B4로 이동
- 3) 찾아보는 편이다 -> B3-1로 이동
- 4) 항상 찾아본다 -> B3-1로 이동

**B3-1. 귀하께서 처방 받으신 약에 대한 정보를 찾아보신다면 주로 어느 곳에서 정보를 찾아보십니까? 한 가지만 선택해주시시오.**

- 1) 신문, 방송
- 2) 출판물(책, 잡지, 홍보 리플렛 등)
- 3) 인터넷(블로그, 인터넷 카페, 인터넷 기사, 웹사이트에서 검색한 정보 등)
- 4) 지인(가족, 친구, 이웃 등)
- 5) 전문가(의사, 간호사, 약사 등)
- 6) 기타

**B3-2. 귀하께서 처방 받으신 약에 대한 정보를 찾아보실 때 앞서 응답하신 곳에서 필요한 정보를 충분히 얻으셨습니까?**

- 1) 예
- 2) 아니오

**B4. 귀하께서 질환 치료를 위해 한 달 동안 (또는 일 년 동안) 평균적으로 지불하시는 처방약값(본인부담금)은 얼마입니까? 월평균 금액 또는 연평균 금액 중 하나를 응답해주시시오.**

- 1) 월평균 금액 (            )원
- 2) 연평균 금액 (            )원

**B5. 귀하께서는 앞서 응답하신 약값을 지불하시는 데 금액적인 부분에서의 부담 수준에 대해 어떻게 생각하십니까?**

- 1) 매우 큰 부담을 준다
- 2) 약간의 부담을 준다
- 3) 별로 부담을 주지 않는다
- 4) 전혀 부담을 주지 않는다

## 242 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

### C. 의약품 가격 관련

C1. 귀하께서 감기나 통증 같은 단기적인 질병 치료를 위한 약을 처방 받는다고 할 때 의사가 동일한 성분의 약 중에서 가격이 높은 약을 처방해주는 것을 선호하십니까?

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않다
- 3) 그렇다
- 4) 매우 그렇다
- 5) 상관없다

C2. 귀하께서 만성적인 질병 치료를 위해 지속적으로 약을 처방 받는다고 할 때 의사가 동일한 성분의 약 중에서 가격이 높은 약을 처방해주는 것을 선호하십니까?

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않다
- 3) 그렇다
- 4) 매우 그렇다
- 5) 상관없다

[그룹1은 D2으로 이동] [그룹2은 D1으로 이동]

### D. 처방약 변경 경험, 의료소비자 권리

D1. 귀하께서 계속 드시는 약에 대해 그동안 의사가 같은 성분인 다른 회사의 약으로 바꾼 적이 있습니까?

- 1) 예 -> D1-1로 이동
- 2) 아니오 -> D2로 이동
- 3) 모른다 -> D2로 이동

D1-1. 귀하께서 계속 드시는 약을 바꾸신 후, 효과와 관련하여 어떤 경험을 하셨습니까?

- 1) 효과가 더 좋았다
- 2) 효과 차이가 없었다
- 3) 효과가 더 약했다

D1-2. 귀하께서 계속 드시는 약을 바꾸신 후, 부작용과 관련하여 어떤 경험을 하셨습니까?

- 1) 부작용이 더 적었다
- 2) 부작용 차이가 없었다
- 3) 부작용이 더 심하거나 많았다

D2. 귀하께서 그동안 처방 받아 사용하시던 약이 있다고 할 때 의사가 그것과 동일한 성분으로 더 저렴한 다른 제품을 권한다면 사용할 의향이 있습니까?

- 1) 예 -> D2-1로 이동
- 2) 아니오 -> D2-2로 이동

D2-1. 동일한 성분으로 더 저렴한 다른 제품을 사용하실 의향이 있는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 가격이 더 저렴하므로 사용할 것이다
- 2) 의사가 추천하였으므로 사용할 것이다

3) 기타( )

-> 응답 후 D3로 이동

D2-2. 동일한 성분으로 더 저렴한 다른 제품을 사용하실 의향이 없는 가장 주된 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해주시기 바랍니다.

- 1) 가격이 더 저렴한 약은 효능·효과가 더 낮을 것이다
- 2) 가격이 더 저렴한 약은 부작용이 더 많을 것이다
- 3) 가격이 더 저렴한 약은 더 좋지 않은 시설에서 만들어졌을 것이다
- 4) 기존에 사용하던 익숙한 약을 계속 사용하는 것이 좋다
- 5) 기존에 사용하던 약과 완전히 동일하지는 않을 것이다
- 6) 의사가 자신의 이익을 위해 추천한다고 생각한다
- 7) 기타( )

D3. 귀하께서 감기나 통증과 같은 단기간의 질병 치료를 위해 5일분의 약을 처방·조제 받아 지불해야 하는 약값이 5000원이라고 가정할 때, 만일 처방 받은 약과 동일한 성분으로 다른 회사의 더 저렴한 제품을 내가 선택하여 약값을 줄일 기회가 있다면 그렇게 하실 의향이 있으십니까?

- 1) 예(더 저렴한 제품을 선택하여 약값을 줄이겠다) -> D3-1로 이동
- 2) 아니오(더 저렴한 제품을 선택하지 않고 5000원을 그대로 지불하겠다) -> D4로 이동

D3-1. 귀하께서는 단기간의 질병 치료를 위해 처방 받은 약과 동일한 성분으로 다른 회사의 더 저렴한 제품을 선택하여 약값을 줄이실 의향이 있다고 응답하셨습니다. 약값을 얼마나 줄일 수 있을 때 더 저렴한 제품을 선택하실지에 대해 질문드리겠습니다. 5000원에서 1000원을 줄일 수 있다면(4000원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예 -> D4로 이동
- 2) 아니오 -> D3-2로 이동

D3-2. 5000원에서 2000원을 줄일 수 있다면(3000원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예 -> D4로 이동
- 2) 아니오 -> D3-3로 이동

D3-3. 5000원에서 3000원을 줄일 수 있다면(2000원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예 -> D4로 이동
- 2) 아니오 -> D3-4로 이동

D3-4. 5000원에서 4000원을 줄일 수 있다면(1000원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

D4. 귀하께서 만성적인 질병 치료를 위해 일 년 내내 매일 복용해야 하는 처방약이 있고 그 약값으로 한 달에 3만 원씩 지불한다고 가정할 때, 만일 처방 받은 약과 동일한 성분으로 다른 회사의 더 저렴한 제품을 내가 선택하여 약값을 줄일 기회가 있다면 그렇게 하실 의향이 있으십니까?

- 1) 예(더 저렴한 제품을 선택하여 약값을 줄이겠다) -> D4-1로 이동
- 2) 아니오(더 저렴한 제품을 선택하지 않고 3만 원을 그대로 지불하겠다) -> D5로 이동

## 244 수요 기전을 이용한 약품비 지출의 효율 제고 방안

D4-1. 귀하께서는 만성적인 질병 치료를 위해 처방 받은 약과 동일한 성분으로 다른 회사의 더 저렴한 제품을 선택하여 약값을 줄이실 의향이 있다고 응답하셨습니다. 약값을 얼마나 줄일 수 있을 때 더 저렴한 제품을 선택하실지에 대해 질문드리겠습니다. 3만 원에서 5000원을 줄일 수 있다면(2만 5000원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예 -> D5로 이동
- 2) 아니오 -> D4-2로 이동

D4-2. 3만 원에서 1만 원을 줄일 수 있다면(2만 원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예 -> D5로 이동
- 2) 아니오 -> D4-3로 이동

D4-3. 3만 원에서 1만 5000원을 줄일 수 있다면(1만 5000원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예 -> D5로 이동
- 2) 아니오 -> D4-4로 이동

D4-4. 3만 원에서 2만 원을 줄일 수 있다면(1만 원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예 -> D5로 이동
- 2) 아니오 -> D4-5로 이동

D4-5. 3만 원에서 2만 5000원을 줄일 수 있다면(5000원만 지불해도 된다면) 더 저렴한 제품을 선택하시겠습니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

< 다음은 의약품의 사용과 관련하여 귀하의 생각을 묻는 질문입니다. 귀하의 생각에 가장 가까운 것에 응답해 주십시오. >

D5. 귀하께서는 의사·약사가 처방·조제하는 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 잘 설명해준다고 생각하십니까?

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않다
- 3) 보통이다
- 4) 그렇다
- 5) 매우 그렇다

D6. 귀하께서는 환자가 처방약이나 대체 가능한 의약품의 효능, 부작용, 가격 등에 대한 정보를 충분히 제공받고 본인의 선택이 필요한 상황에서는 선택할 수 있는 권리를 보장받는다고 생각하십니까?

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않다
- 3) 보통이다
- 4) 그렇다
- 5) 매우 그렇다

### DQ. 일반적 특성

DQ1. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1) 무학       | 10) 전문대학교 중퇴  |
| 2) 초등학교 중퇴  | 11) 전문대학교 졸업  |
| 3) 초등학교 졸업  | 12) 대학교 재학    |
| 4) 중학교 중퇴   | 13) 대학교 중퇴    |
| 5) 중학교 졸업   | 14) 대학교 졸업    |
| 6) 고등학교 재학  | 15) 대학원 재학    |
| 7) 고등학교 중퇴  | 16) 대학원 중퇴    |
| 8) 고등학교 졸업  | 17) 대학원 졸업 이상 |
| 9) 전문대학교 재학 |               |

DQ2. 귀하가 속한 가구의 월평균 소득을 모두 합하면 얼마입니까?

- 1) 소득 없음
- 2) 100만 원 미만
- 3) 100만 원 이상~300만 원 미만
- 4) 300만 원 이상~500만 원 미만
- 5) 500만 원 이상~700만 원 미만
- 6) 700만 원 이상~1000만 원 미만
- 7) 1000만 원 이상

DQ3. 귀하께서 일하고 계시는 직종은 무엇입니까?

- 1) 관리직
- 2) 전문가 및 관련 종사자
- 3) 사무종사자
- 4) 서비스종사자
- 5) 판매종사자
- 6) 농림·어업숙련종사자
- 7) 기능원 및 관련 기능종사자
- 8) 장치·기계 조작 및 조립종사자
- 9) 단순노무종사자
- 10) 군인
- 11) 전업주부
- 12) 학생
- 13) 무직
- 14) 기타( )

DQ4. 귀하께서는 지난 1년 동안 실손의료보험으로 약품비에 대한 보험금을 받은 적이 있습니까?

\* 실손의료보험이란 보험 가입자가 질병이나 상해로 입원 또는 통원치료 시 의료비로 실제 부담한 금액의 일부를 보장해주는 민간의료보험을 의미합니다.

- 1) 있다
- 2) 없다
- 3) 실손의료보험에 가입하지 않았다



## 간행물 회원제 안내

### 회원제에 대한 특전

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

### 회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

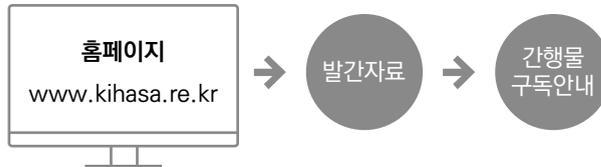
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

### 가입방법



### 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지  
사회정책동 1~5F  
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>

