

의약품 사용의 적정성 확보방안

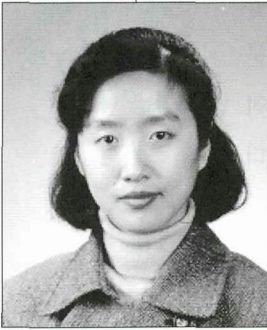
Rational Use of Medicine

1. 머리말

지난 5년간 국민의 정부에서 행한 보건복지관련 정책 중 아마 가장 많은 관심을 모았던 사안이 의약분업의 도입일 것이다. 그간 제도의 존재 자체가 논의의 대상이 될 정도로 의약분업은 여러모로 불안정한 출발을 하였다.

그러나 의약분업 실시 4년째에 접어드는 지금, 하나의 제도로서 의약분업은 이제 어느 정도 정착기에 접어들었다고 보여지며, 남은 문제는 의약분업을 통해 이루고자 하였던 바가 무엇이었는지 되돌아보고, 제도도입 이후 어떤 문제가 어느 정도 해결되었으며, 남은 과제는 무엇 인지를 점검해보는 일일 것이다. 구체적으로는 의약분업의 목적이라 할 수 있는 약물 오남용 방지를 위해 어떤 정책적 개입이 추가로 필요한지, 그리고 의약분업 이후 관심을 모았던 약제비 증가 현상에 어떻게 대처할 것인지에 관한 해답 찾기 노력이 필요하다.

이에 본고에서도 의약분업 자체의 공과에 대한 논의보다는 의약분업 실시 이후 관찰되는 의약품 이용 행태의



裴恩榮

한국보건사회연구원 책임연구원

변화를 살펴보고, 이를 바탕으로 의약품의 적정 사용을 유도하기 위해서는 어떤 보완적 장치가 필요한지를 고찰해보고자 한다.

2. 현황과 평가

의약분업의 성과와 문제점으로는 여러 가지를 지적할 수 있겠으나, 의약분업 이후 나타난 의약품 이용 행태의 변화를 중심으로 성과를 평가하면 다음과 같다. 만성질환자들의 의료이용 지속성 증가 등 다른 측면의 성과도 찾을 수 있겠으나 본고에서는 생략하도록 한다.

1) 약물 오남용 가능성의 감소

의약분업은 약물 오남용 감소를 주요 목적으로 실시되었다. 의약분업을 통해 약물 오남용 가능성이 줄어드는 기전은 크게 두 가지이다. 하나는 이전에 약국에서 의사 처방없이 판매되던 전문의약품을 의사 처방에 의해서만 판매되도록 함으로써, 약국을 통한 오남용 발생 가능성이 줄어드는 효과이다. 보건복지부의 발표에 의하면 의약분업 이전 임의조제 건수는 연간 1억 7천만 건으로 추산되었는데¹⁾, 상당한 수가 전문의약품이 포함된 조제이었을 것으로 추정되는 바, 전문의약품 사용 감소에 의한 약물 오남용 감소 효과를 기대할 수 있다.

또 다른 기전은 처방행태의 변화이다. 의약분업 이전에는 처방의 결과로 발생하는 약의 소비가 처방기관에서 이루어졌고, 상환가와 요양기관의 의약품 구매가 사이에 상당한 가격 차가 존재하였으므로, 보다 많은 약을 처방할수록 경제적 이윤이 발생하는 환경이었다. 의약분업은 처방자로 하여금 직접 약을 구매, 판매하지 못하도록 함으로써 처방에 따른 경제적 인센티브를 없앤 조치로, 처방행태의 변화가 기대되었다.

의약분업을 실시하고 있지 않은 우리나라나 일본의 경우 오래전부터 분업을 실시하고 있는 서구 국가들에 비해 의약품 사용량이 많으며, 특

의약분업의 목적이라 할 수 있는 약물 오남용 방지를 위해 어떤 정책적 개입이 추가로 필요한지, 그리고 의약분업 이후 관심을 모았던 약제비 증가 현상에 어떻게 대처할 것인지에 관한 예답 찾기 노력이 필요하다.

1) 장선미 외, 『의약분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.

표 1. 진료청구건당 처방 의약품의 종류수(의원 외래)

(단위: 종류수)

질병명	2000. 3	2001. 3	2002. 3		
			차이	차이	
급성 인두염 및 급성 편도염	6.37	6.05	-0.32	5.80	-0.25
급성 후두염 및 기관염	6.82	6.36	-0.47	6.08	-0.27
급성 비인두염	6.05	5.45	-0.60	5.12	-0.33
기타 급성 상기도 감염	6.41	5.97	-0.44	5.72	-0.26
급성 기관지염 및 급성 세기관지염	6.98	6.47	-0.51	6.22	-0.24
만성 부비동염	5.20	4.75	-0.44	4.44	-0.32
중이염 및 중이 및 유양돌기 장애	5.14	4.75	-0.39	4.40	-0.35
위 및 십이지장 궤양	5.43	5.08	-0.34	4.96	-0.13
관절증	4.20	3.63	-0.57	3.43	-0.20
당뇨병	2.11	2.02	-0.09	2.01	-0.01
본태성 고혈압	2.20	1.92	-0.28	1.86	-0.06
방광염	3.94	3.90	-0.04	3.93	0.03
기타 질환	6.03	5.57	-0.46	5.41	-0.16
전체	6.04	5.56	-0.48	5.38	-0.18

자료: 장선미 외, 『의약품분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.

히 우리나라는 처방건당 의약품 종류수가 5~6품목에 이르러, 1~2품목을 처방하는 다른 나라에 비해 의약품 사용량이 지나치게 많다는 점이 자주 지적되었다.

의약품분업 전과 후의 청구건당 처방의약품 종류수를 분석한 결과에 의하면²⁾, 분업전인 2000년 3월의 처방의약품 종류수가 6.04품목이었다면, 분업후인 2001년 3월의 처방의약품 종류수는 5.56품목으로 0.48품목 정도 줄어든 것으로 나타났으며, 2002년 3월의 경우에는 5.38품목으로 다시 0.18품목 정도 줄어든 것으로 나타났다. 처방건당 처방의약품 종류수가 약간 감소하긴 하였으나, 그 정도는 매우 미미하였다.

이는 두 가지 해석이 가능하다. 하나는 현재의 처방행태는 미분업 상태에서 과잉처방의 경제적 동기가 작용하여 형성된 하나의 습관으로, 의약품분업으로 더 이상 과잉처방할 동기는 사라졌지만, 이미 습관화된 처방행태를 뒤바꿀만한 적극적인 동기 역시 부여하고 있지 못하다는 것이다. 처방행태를 바꾸기 위해서는 과잉처방에 대한 경제적 제재를 포함한 보다 적극적인 대책이 필요하다.

2) 장선미 외, 전계서, 2002.

표 2. 진료청구건당 항생제 처방률(의원 외래)

(단위: %)

질병명	2000. 3	2001. 3	2002. 3		
			차이	차이	차이
급성 인두염 및 급성 편도염	93.48	87.28	-6.20	83.76	-3.52
급성 후두염 및 기관염	92.36	85.52	-6.84	80.17	-5.35
급성 비인두염	73.00	54.90	-18.09	38.29	-16.61
기타 급성 상기도 감염	88.17	77.45	-10.72	70.10	-7.35
급성 기관지염 및 급성 세기관지염	91.86	83.79	-8.06	79.28	-4.51
만성 부비동염	91.20	87.12	-4.09	84.16	-2.96
중이염 및 중이 및 유양돌기 장애	91.73	86.87	-4.86	83.25	-3.62
방광염	81.72	84.59	2.87	86.54	1.95
기타 질환	54.80	49.20	-5.60	45.88	-3.32
전체	59.02	52.43	-6.58	48.41	-4.03

자료: 장선미 외, 『의약분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.

또 다른 해석은 의약분업 후에도 과잉 처방의 경제적 동기가 잔존한다는 것이다. 도매업체들을 대상으로 한 설문조사에 의하면, 의약분업 후에도 리베이트비 수수 등 음성적 거래관행이 남아있는 것으로 나타났다는데, 이는 과잉 처방의 동기가 완전히 사라지지 않았음을 의미한다³⁾.

처방의약품 종류수의 변화에 비해 오남용 우려 의약품의 처방률은 비교적 많이 줄어들었으며, 특히 주사제 처방률은 분업 이후 10% 포인트 이상 줄어든 것으로 나타났다. 분업 전과 후의 청구건당 항생제 처방률을 보면, 분업전인 2000년 3월의 청구건당 항생제 처방률이 59.02%, 2001년 3월의 처방률은 52.43%로 6.58% 포인트 가량 줄어든 것으로 나타났다⁴⁾, 2002년 3월에는 항생제 처방률이 48.41%로 다시 4.03% 포인트 정도 줄어든 것으로 나타났다⁵⁾.

주사제의 경우는 2000년 3월의 주사제 처방률이 67.52%이었으나, 분업후인 2001년 3월에는 55.10%로 12.43% 포인트 줄어들었고, 2002년 3월에는 49.01%로 다시 6.08% 포인트가 줄어들었으므로⁵⁾ 주사제 분업 예외

현재의 처방행태는 미분업 상태에서 과잉처방의 경제적 동기가 작용하여 형성된 하나의 습관으로, 과잉처방에 대한 경제적 제재를 포함한 보다 적극적인 대책이 필요하다.

3) 배은영 · 김진현, 『보험약가관리제도의 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2001.

4) 장선미 등, 전게서, 2002.

5) 장선미 외, 전게서, 2002.

조치 이후에도 계속해서 주사제 처방률이 줄어들고 있음을 확인할 수 있다. 이는 의약분업의 가장 대표적 성과라 할 수 있다. 그러나 주사제 처방률의 경우도 이미 의약분업이 정착된 서구 국가들에 비하면 여전히 높은 실정인 바, 오남용 우려 의약품의 처방률을 적정수준으로 유도할 수 있는 보다 적극적 노력이 경주될 필요가 있다. 또한 우리나라에서 이들 의약품의 처방률이 높은 데에는 처방자, 소비자의 잘못된 믿음이 바탕하고 있는 경우가 많으므로 교육적 차원의 개입전략도 필요하다.

표 3. 진료청구건당 주사제 처방률의 변화(의원 외래)

(단위: %)

질병명	2000. 3	2001. 3	2002. 3		
			차이	차이	차이
급성 인두염 및 급성 편도염	76.20	62.44	-13.76	54.28	-8.16
급성 후두염 및 기관염	79.88	67.11	-12.77	59.90	-7.21
급성 비인두염	68.55	48.78	-19.77	40.69	-8.09
기타 급성 상기도 감염	69.17	50.43	-18.74	41.98	-8.45
급성 기관지염 및 급성 세기관지염	73.60	57.19	-16.41	48.98	-8.21
만성 부비동염	56.99	38.23	-18.77	27.98	-10.25
중이염 및 중이 및 유양돌기 장애	65.79	54.68	-11.10	39.99	-14.70
위 및 십이지장 궤양	50.30	38.29	-12.01	33.58	-4.71
관절증	87.20	77.94	-9.26	71.02	-6.92
전체	67.52	55.10	-12.43	49.01	-6.08

자료: 장선미 외, 『의약분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.

2) 약제비 증가

의약분업 이후 의료기관 내원환자수의 증가, 투약일수 증가, 고가약 사용 경향 증가 등으로 약품비가 크게 증가한 것으로 평가되고 있다. 이중 내원환자수의 증가는 의약분업 이후 약국에서 비보험으로 전문의약품을 구매하던 환자가 의료기관을 이용하면서 보험권으로 진입함에 따라 충분히 예상되었던 현상이고, 그 만큼 양질의 의료 서비스를 이용하게 되었다고도 볼 수 있으므로 그 자체로서는 부정적으로 볼 것은 아니다.

투약일수 증가 경향의 경우 내원일수 감소 경향과 동시에 나타났는데, 분업 직후 늘어난 환자수로 인해, 혹은 환자의 불편을 감안하여 건당 내원일수를 줄이는 대신 처방일수를 길게 한 것으로 풀이된다. 이 역시 그간 우리나라에서는 투약일수를 짧게

하고 불필요하게 잦은 방문을 유도하는 경우가 많다는 점이 문제로 지적되었던 만큼 그 자체로 문제가 되지는 않는다.

현재 가장 문제가 되는 부분은 고가약 사용 경향의 증가현상이다. 고가약 사용이 증가한다는 것은 동일한 성분, 동일한 함량, 동일한 제형의 의약품들 중에서 가격이 높은 제품의 이용률이 증가하는 현상과, 비록 성분은 다르더라도 약효 등이 유사하여 서로 대체적으로 사용할 수 있는 의약품들 중에서 상대적으로 가격이 비싼 성분을 사용하는 경향이 증가하는 현상 두 가지 측면을 모두 가리킨다.

의약분업 이후에는 이 두 가지 경향이 모두 나타나고 있는 것으로 분석되었는데⁶⁾ 이러한 고가약 사용 경향의 증가는 약제비 부담을 가중시키는 주요한 요인이 되고 있다. 의약분업 이후 약제비 절감 차원에서 시도된 여러 정책안들 중에서 약제 적정성 평가가 고가약 사용 경향을 억제하는데 일정 정도 역할을 한 것으로 보인다. 그 외 약가인하를 통해 약제비 절감 효과를 누리하고자 하였으나, 이는 고가약을 선호하는 추세에는 별다른 영향을 미치지 못하였다.

의약분업 이후 의료기관
내원환자수의 증가,
투약일수 증가,
고가약 사용 경향 증가 등으로
약품비가 크게 증가한 것으로
평가되고 있다.

3. 정책방향

1) 종합적 의약정책 수립 필요

의약분업 이후 건강보험 재정이 악화된 상태에서 대부분의 의약관련 정책이 비용 절감을 목표로 하였다. 이 중 단기적으로 효과를 볼 수 있으면서도, 의약 이해집단과의 마찰을 피할 수 있는 수단으로 선호되었던 것이 약가정책이었다. 그러나 의약분업 이후 약제비 증가의 주된 요인이 건강보험 이용 환자의 증가, 고가약 사용 경향의 증가, 투약일수의 증가 등이었음을 감안할 때 약가인하를 통해서만 단기적인 비용 절감 효과를 거둘 수는 있을지언정 비용상승의 주요한 동인들에 대해서는 속수무책일 수밖에 없다.

약가인하와 고가약 사용 경향 억제라는 두 마리 토끼를 한꺼번에 잡

6) 장선미 외, 전계서, 2002.

오려던 참조가격제도 결국 '필요한 약물 이용을 제한하지는 않는다'는 확신을 주지 못함으로써 기업은 물론 의사, 약사, 소비자에게서도 외면을 당하였다. 이는 비용 절감, 그것도 보험재정의 절감이라는 당면 목표에만 치중한 나머지 접근성, 질이라는 요소를 충분히 고려하지 않은 탓이다.

비록 개별적인 합리성을 갖춘 정책이라 할지라도 보다 큰 정책 목표하에 충분히 조율되지 않을 경우, 그 효과를 발휘하기 어려우며 심지어 정책 상호간에 모순을 일으키기도 한다.

우리나라의 경우 전체 의약 관련 정책을 아울러, 큰 방향을 제시할 의약정책의 목표가 없다. 호주의 경우 '국가의약정책'(National Medicines Policy)⁷⁾을 마련하여 의약관련 정책의 좌표로 삼고 있다. 호주의 의약품 급여 정책이나 합리적 약물 이용을 촉진하는 각종 정책(Quality Use of Medicine)도 바로 이 국가의약정책의 기초하에서 만들어진다. 우리에게 있어서도 이러한 큰 정책방향의 제시와 더불어 개별 정책들을 국가의약정책의 방향에 맞게 배치하고 조율하는 작업이 필요하다.

2) 의약품 사용량의 적정화

의약분업 이후 처방전당 의약품 사용량은 다소 감소하는 추세를 보였다. 그러나 아직 처방전당 의약품수가 1~2개에 불과한 다른 나라들에 비하면, 처방전당 처방 의약품 종류수 5~6개는 지나치게 많은 수이다.

현재 실시하고 있는 약제적정성 평가가 의약품의 사용량 감소에 일정정도 기여할 수 있을 것으로 판단된다. 약제 적정성 평가의 경우 평균을 중심으로 평균에서 많이 벗어나는 기관에 대해 모니터링 결과를 환류함으로써 처방관행을 자가 수정할 수 있게 하는 제도로, 과잉 처방 행태를 바로잡을 수 있는 유효한 수단이 된다. 다만, 평균 사용량이 절대적으로 많은 우리로서는 약제 적정성 평가의 성과들을 검토한 후 경우에 따라 과잉 처방 행태의 획기적 변화를 위한 보다 강력한 정책적 개입도 필요하리

7) 호주의 국가의약정책(National Medicines Policy)은 호주국민으로 하여금 필요한 의약품에의 접근성을 보장하고, 합리적인 의약품 사용을 통해 모든 국민의 건강상태를 증진시키는 것을 목적으로 한다. 그리고 이를 위해 구체적으로는 호주 국민이 필요로 하는 의약품을 적시에, 개인과 지역사회가 부담할 수 있는 비용에 공급하고, 공급되는 의약품의 질, 안전성, 효과성을 보장하며, 의약품 사용의 합리화를 기한다는 것 등을 목적으로 한다(이의경 외, 『약제사용 평가 및 관리모형 개발』, 한국보건사회연구원, 2002).

라 여겨진다.

호주의 경우는 처방전 1장에 3종류의 의약품까지만 쓸 수 있도록 하였다. 즉, 4종류의 의약품을 처방하려면 별도의 처방전을 발부하도록 함으로써 과잉 처방에 어느 정도 제동을 걸고 있다.⁸⁾ 또한 보다 면밀한 검토가 필요한 사안이나 처방 의약품 종류수에 직접적 제한을 가하는 방법도 생각해 볼 필요가 있다. 물론 질병마다, 환자마다 상황이 다르기는 하나 많은 종류의 약을 처방하는 것이 의료적으로 꼭 필요하다고 판단할 경우 의사가 직접 사유서를 작성하도록 함으로써 필요한 약물 이용은 보장하되, 과잉 투약 관행은 바로잡는 것이 필요하다.

3) 의약품의 질관리 강화

의약분업 이후 고가약 처방이 많아지자 대체 조제를 허용하여야 한다는 목소리도 높아지고 있다. 분업 초기 대체조제 문제는 주로 약국의 처방전 수용태세를 갖추기 위해 대체조제가 필요하다는 차원에서 제기되었다. 그러나 이후에는 분업후에도 음성적 거래관행이 남아있어 의약분업의 효과가 기대만큼 크게 나타나지 않고 있다는 점, 그리고 고가약 사용경향이 크게 증가하고 있어 저가약으로의 대체가 필요하다는 점 때문에 대체조제의 폭넓은 허용, 혹은 성분명 처방이 필요하다는 지적이 제기되었다.

그러나 대체조제나 성분명 처방의 문제, 나아가 참조가격제의 문제에 이르기까지 전제조건은 의약품의 질에 대한 신뢰이다. 의료계에서 대체조제에 대해 부정적인 이유는 현재 유통되는 약의 품질이 동일하지 않다는 데서 출발한다. 즉, 동일 성분, 함량, 제형의 약이라 할지라도 제조회사에 따라 그 질에 차별성이 있다는 것이 대체조제에 부정적인 이유이다.

우리나라뿐 아니라 다른 나라에서도 고가약 사용으로 인한 약제비 증가를 억제하기 위해 제너릭 약물의 사용을 적극 장려하고 있는 바, 국내에서도 상대적으로 가격이 저렴한 제너릭 약물의 사용이 활성화되

의약품 평균 사용량이 절대적으로 많은 우리로서는 약제 적정성 평가의 성과들을 검토한 후 경우에 따라 과잉 처방 행태의 획기적 변화를 위한 보다 강력한 정책적 개입도 필요하다.

8) 물론 이와 같은 처방 제한의 목적이 의약품 사용량을 통제하기 위해서인지는 불확실하다.

려면, 우선 시판되는 제너릭 약물의 품질을 보장하는 절차가 우선되어야 할 것이다. 이는 당장의 약제비 절감을 넘어 의약품의 안전성과 효과성을 보장하는 것이 규제자로서 국가가 담당해야 할 첫 번째 역할이라는 점에서 더욱 그러하다.

4) 합리적인 약물 이용의 장려

의약분업 이후에도 우리나라의 의약품 사용량은 여전히 많으며, 항생제, 주사제 처방률도 분업 이전에 비해서는 줄어들었으나 여전히 높은 편이다. 이러한 처방관행이 단기적 인센티브에 반응하여 형성된 것이라기보다 오랜 세월동안 형성된 말 그대로 관행이라 하였을 때, 경제적 수단을 통한 제재만으로는 행태를 변화시키기가 어렵다.

호주의 경우 합리적 약물 이용을 촉진하기 위하여 National Prescribing Service (NPS)라는 기구를 설치하여 의약품의 적절한 처방과 관련한 정보를 제공하고, 일대일 방문 상담, 전화 서비스, 그리고 일반 소비자들을 대상으로 하여서는 미디어 기고 활동, 전화서비스 외에 의약품 바로쓰기 캠페인 활동을 벌이기도 한다.⁹⁾ 이 기구에서 수행하는 활동을 보면 정보의 일방적 전달에 그치지 않고, 상호 소통을 중시한다는 특징을 갖고 있다. 의사들에 대해서도 약물 처방과 관련한 정보를 일방적으로 전달하는 데 그치지 않고, 의사들의 실제 처방 내용에 대해 평가하고 그 결과를 환류하여 스스로 자신의 처방행태를 되돌아보게끔 한다.

소비자를 대상으로 한 캠페인 활동의 예로는 '통상적인 감기에 항생제 쓰지 않기' 등이 있다. 이러한 활동은 우리나라의 상황에서도 시사하는 바가 큰데, 항생제, 주사제의 사용률이 높고, 그리고 의사들을 대상으로 한 설문조사 결과로 볼 때 '소비자가 원해서 처방한다'는 의견이 높은 만큼,¹⁰⁾ 전문가 단체와 더불어 '통상적인 감기에 항생제 쓸 필요 없다', '주사제 요구하지 않기' 캠페인을 지속적으로 벌인다면 이들 오남용 약물의 처방률 감소에 일정정도 기여할 수 있을 것으로 보인다.

5) 필요한 의약품에의 접근성 강화

지금까지는 의약품 사용의 합리성(비용이나 질적인 측면에서)에 대해 주로 살펴보고 있다. 그러나 아무리 양질의 의약품이 적절하게 처방된다 하더라도 경제적 이유 등으

9) 이의경 외, 『약제사용 평가 및 관리모형 개발』, 한국보건사회연구원, 2002.

10) 장선미 외, 전게서, 2002.

로 의약품에의 접근이 제한된다면 적절한 약물 이용이 이루어지고 있다고 보기 어려울 것이다.

현재 우리나라의 경우 다른 보건의료서비스와 마찬가지로 의약품 사용에 따른 본인부담금이 약제비 총액의 일정 율¹¹⁾로 정해져 있다. 약제비 총액이 커지면 본인부담금도 커지는 구조이다. 그리고 본인부담금의 크기는 환자의 연령이나 질환¹²⁾, 경제적 상태 등과 관계가 없다. OECD 각국의 경우를 보면, 대부분의 나라가 환자의 연령, 경제적 상태에 따라 본인부담금을 감면하거나 면제함으로써 필요한 의료이용을 보장하고 있으며¹³⁾, 일부 국가에서는 의약품이 질병 치료에 갖는 중요성에 따라 질병 치료에 절대적으로 중요한 약물의 경우는 100% 상환하고, 그렇지 않은 약은 본인부담금 비중을 늘이는 등 약의 유형에 따라 본인부담금을 차등화하는 조치를 취하고 있다.¹⁴⁾ 우리나라의 경우 약제비 총액중 본인부담금이 차지하는 비중이 다른 나라에 비해 특별히 높다고 할 수는 없으나, 보장성이 약하여 전체적으로 만성질환자나 저소득층의 경제적 부담을 크게 하고 있다. 개별 약물의 합리적 이용과 더불어 전반적인 시스템의 합리성 확보가 필요한 부분이라 할 것이다.

4. 맺음말

이상 의약분업 이후 의약품 이용 행태의 변화를 토대로 의약품 사용의 적정성을 확보하기 위해 어떠한 정책들이 필요한지를 살펴보았다. 이들 정책들 중에서는 정책집행 의지만으로 단기적으로 해결할 수 있는 부분도 있지만, 중장기적 투자가 필요한 부분도 있다. 주로 의약품 사용의 질적 측면을 강조한 정책들이 그것인데, 국가의 의약정책 목표가 비용절감만이 아니라 하였을 때, 당장의 가시적 성과는 드러나지 않더라도 장기적 계획을 갖고 추진할 필요가 있을 것이다. ■

우리나라의 경우 약제비 총액중 본인부담금이 차지하는 비중이 다른 나라에 비해 특별히 높다고 할 수는 없으나, 보장성이 약하여 전체적으로 만성질환자나 저소득층의 경제적 부담을 크게 하고 있다.

11) 약제비 총액이 10,000원 이하인 경우는 본인부담금이 1,500원 정액이다.

12) 일부 희귀질환을 대상으로 본인부담금을 감면하고 있으나, 예외적인 조치로 실시되고 있다.

13) OECD 국가중에서는 우리나라와 그리스만이 수급자별, 혹은 의약품 종류별 본인부담금 차등화를 실시하지 않는 것으로 알려져 있다(Jacobzone, S., 2000).

14) 배은영 · 김진현, 전계서, 2001.