

미국 메디케어 의약품급여제도(Part D)의 평가와 시사점

The Impact of Medicare Part D in US

박은자 한국보건사회연구원 전문연구원

메디케어(Medicare)는 65세 이상 노인, 장애인, 말기신장질환 치료를 위해 투석이나 신장이식이 필요한 사람들에게 건강보험을 제공하는 미국 연방정부의 프로그램으로 2006년 처방의약품에 대한 급여가 시작되었다.¹⁾ 이 글에서는 메디케어 파트 D(Medicare Part D) 프로그램에 대한 다양한 평가를 소개하고, 우리나라 의약품 급여 및 사용에 대한 시사점을 검토함으로써, 향후 다가올 고령화 사회에 대비한 의약품 정책에 대해 고민해 보고자 한다.

1. 메디케어 파트 D 프로그램이 도입된 배경

대부분의 선진국들이 노인의 처방의약품에 대해 공공에서 급여를 제공하는 데 반해, 미국에서는 그러한 프로그램이 없어 주요한 정치적 이슈로 제기되어 왔다. 1965년 시작된 메디케어는 2006년 메디케어 파트 D 프로그램이 도입될 때까지 처방의약품에 대해 급여를 제공하지 않았다²⁾. 초기 메디케어에서 의약품에 대해 급여를 제공하지 않은 배경에는 의약품이 노인의 질병 치료에 기여하는 정도가 현재처럼 크지 않았다는 점이 있다. 그러나 1990년대 들어 노인에게 빈번한 질병에 대해 의약품을 사용하는 치

료가 진전됨에 따라, 만성질환의 치료와 관리에 의약품 사용이 증가하게 되었다.

2003년 부시행정부와 의회는 처방의약품 급여패키지에 동의하였다. 이에 따라 메디케어 현대화법(Medicare Modernization Act, MMA)이 2003년 12월에 제정되었고, 2006년 1월 1일부터 발효되었다. 처방의약품 급여프로그램 도입은 1965년 메디케어 시스템이 도입된 이래 가장 광범위한 조정이었다. 이전 메디케어에서는 외래 처방의약품에 대해 급여를 제공하지 않았다. 65~80%의 사람들은 고용자 제공 건강보험, 자가구입 메디갭 플랜, 메디케어 HMO 옵션, 메디케이드 등을 통해 의약품에 대해 급여를 받았고, 20~35%의 메디케어 수급자는 의약품에 대

1) 메디케어는 크게 파트 A(병원입원 보험), 파트 B(의사진료 보험), 파트 C(우대플랜), 파트 D(처방약 보험)로 나뉜다.

2) 주사제와 같이 외래 처방의약품 중 환자 스스로 투약하기 어려운 의약품은 파트 B에서 급여되었음.

해 급여를 받지 못했다.

메디케어 파트 D 프로그램 도입 이전 의약품에 대해 급여를 제공했던 메디케어 옵션보험에서는 급여상한선(benefit cap)을 주로 사용하였다. 2002년 브랜드의약품을 급여하는 메디케어 옵션보험의 94%가 연간 \$750~\$2000의 상한선을 가지고 있었다. 이러한 급여상한선은 비용분담의 극단적인 형태로 급여 상한선을 초과한 모든 비용을 환자본인이 부담해야 했다. 소득이 낮은 환자들의 경우 제약회사의 지원프로그램과 의약품 할인카드를 이용할 수 있었으나, 이러한 프로그램에 대한 환자와 의료진의 인식이

낮고 신청절차가 복잡하고 시간이 많이 소요되어 충분히 활용되지 않았다.

메디케어 파트 D 프로그램 도입 전 여러 연구에서 소득이 낮은 사람들, 여성 등의 높은 처방 의약품 비용부담이 지적되었다(표 1 참조). 1996년 미국 의료비패널조사(Medical Expenditures Panel Survey, MEPS)에서 65세 이상 만성질환자의 처방의약품 본인부담금이 \$397로 가장 많았으며, 치과서비스가 \$145로 두 번째로 많았다.³⁾ 1997년 노인인구의 8%가 의약품비용을 과부담하고 있는 것으로 나타났으며, 2000년 메디케어 수급자 중 2백만명 이상이 의약품비용 때문에

표 1. 메디케어 파트 D 프로그램 도입전 의약품 비용부담에 관한 연구결과

제목	저자(년도)	연구결과
Out-of-Pocket Health Spending by Poor and Near-Poor Elderly Medicare Beneficiaries	Gross et al. (1999)	1997년 메디케어 수급자의 60%가 소득이 빈곤선 이하이나 메디케이드 대상이 되지 못했고 이들은 평균적으로 소득의 절반을 보건의료비용에 지출했음.
The Prevalence and Effects of Hunger in an Emergency Department Patient Population	Kersey et al. (1999)	응급실을 방문한 환자의 14%가 의약품을 복용할 여유가 없어, 질병이 악화되었고 응급실을 방문하게 되었다고 응답함.
Out-Of-Pocket Medical Spending For Care Of Chronic Conditions	Hwang et al. (2001)	1996년 미국 의료비패널조사를 분석한 결과, 만성질환수가 늘어날수록 본인부담의료비가 늘어났으며, 만성질환자에서 처방의약품 본인부담금이 상당하였음.
Medication Costs, Adherence, And Health Outcomes Among Medicare Beneficiaries	Mojtabai & Olsson (2003)	2000년 메디케어 수급자 중 2백만명 이상이 비용 때문에 의약품을 지시대로 복용하지 않았으며, 의약품을 급여하는 보험이 없는 경우, 저소득 수급자인 경우가 많았음.
Total and Out-of-Pocket Expenditures for Prescription Drugs Among Older Persons	Sambamoorthi et al. (2003)	1997년 노인인구의 약 8%가 소득의 10%를 넘는 금액을 의약품 구입에 사용하였고, 여성, 만성질환자의 의약품비용부담이 특히 높았음.

3) Hwang W, Weller W, Ireys H, Anderson G. (2001). Out-Of-Pocket Medical Spending For Care Of Chronic Conditions. Health Affairs, 1, 20(6), pp.267~278.

의약품 복약순응도가 저해되었다.

2007년 현재 미국 국민의 13.8%가 메디케어에 가입되어 있다. 메디케어의 재원은 노동자의 임금에서 떼는 2.9% 메디케어세금, 메디케어 가입자의 보험료, 연방정부지원금으로 구성된다.

2. 메디케어 파트 D 프로그램 내용

메디케어 파트 D 프로그램의 목적은 환자들, 특히 연간소득이 낮거나 본인부담 의약품비용이 많은 사람들의 과도한 의약품 비용지출을 줄이는 것이다. 메디케어 파트 D는 처방의약품비용을 급여하는 프로그램으로, 메디케어 파트 A 또는 파트 B 수급자가 신청할 수 있으며, 임의 가입 형식이다.

메디케어 파트 D 프로그램은 연방정부와 계약을 맺은 민간 보험자가 제공한다. 수급자는 다음 3가지 형태의 보험을 선택할 수 있다.

① 메디케어 처방약보험(Medicare Prescription Drug Plan, PDP)

‘stand-alone plan’ 이라고도 불리며, 연방정부의 의료보험 및 국민의료보장센터(CMS)와 계약을 맺고 처방의약품에 대한 급여만을 제공한다.

② 메디케어 옵션보험(Medicare Advantage Prescription Drug Plan, MA-PD)

처방의약품을 포함한 모든 메디케어 급여를 제공하는 것으로 메디케어 파트 C⁴⁾를 운영하는 관리의료 보험플랜이 처방의약품에 대한 급여를 추가로 제공한다.

③ 고용주/노조 제공 플랜

메디케어 파트 D 프로그램 수급자는 일정금액의 월보험료(premium)를 내야하며, 처방의약품비용에 대해 일정액 또는 일정률을 본인부담한다. 표준적인 급여내용은 연도에 따라 조금씩 변화하였다. 프로그램이 시작된 2006년의 경우 연간 본인일부부담금(deductible)이 250달러이며, 250달러를 넘어 2,250달러까지 의약품비용의 75%가 급여되며, 25%는 본인이 부담한다. 의약품비용이 2,250달러를 초과하고, 환자 본인부담금이 3,600달러에 도달하기 전을 ‘도넛구멍(Doughnut Hole)’ 또는 ‘갭(Gap)’이라고 하는데, 이 경우 환자가 처방의약품비용을 100% 부담하게 된다. 환자 본인부담금이 3,600달러를 넘어가게 되면 catastrophic coverage가 시작되어, 95%를 급여받고 5%를 수급자가 부담한다.

2007년 1월 30일 기준으로 670만명이 메디케어 옵션보험에, 1,730만명이 메디케어 처방약보험에 등록하였다. 2006년 말 메디케어 수급자의 50% 이상(2250만명)이 파트 D 플랜에 등록되어 있었으며, 860만명이 low-income subsidy program (LIS)를 통해 추가적인 지원을 받고 있다.

4) 메디케어 파트 C는 ‘Medicare Advantage (MA)’ 라고도 불리며, 민간영역에 월 보험료를 내고 메디케어 파트 A와 B에서 제공하는 급여와 가입자가 선택한 추가급여를 받는 것임. 관리의료보험플랜으로, 파트 C 프로그램과 계약을 맺은 의료기관을 이용하게 됨.

3. 메디케어 파트 D 프로그램에 대한 평가

1) 긍정적 평가

(1) 의약품 복약순응 향상

미국에서 노인의 비용관련 의약품 복약불순응(Cost-Related medication Nonadherence)이 문제로 지적되어 왔다. 처방의약품비용이 부담이 된 사람들은 의약품을 빼먹고 복용하거나, 용량을 줄여서 복용하거나, 처방전을 받고도 조제하지 않았다. 메디케어 파트 D 프로그램이 실

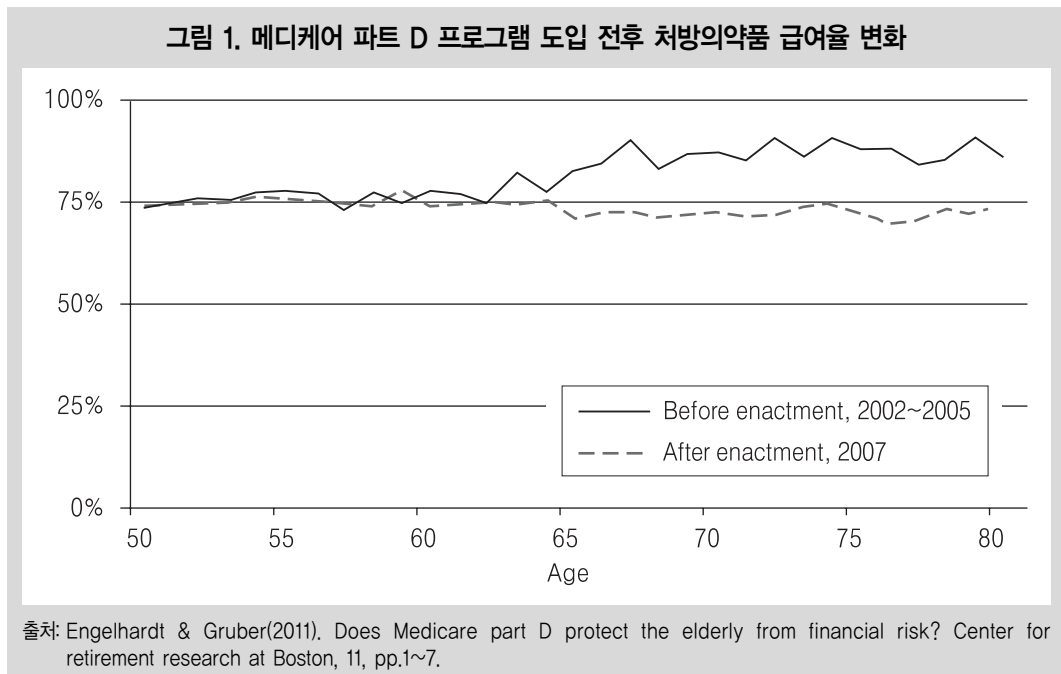
시되기 전인 2004년 비용관련 의약품 복약불순응 비율이 15.2%였는데 비해, 실시 후인 2006년에는 11.5%로 감소한 것으로 나타났다.⁵⁾

(2) 의약품비용에 대한 개인부담 감소 및 공공 지출 증가

메디케어 파트 D 프로그램 도입은 처방의약품비용에 대한 개인부담을 감소시켰고 공공부문의 지출을 증가시켰다.

① 의약품급여보험 수급자 증가

[그림 1]과 같이 메디케어 파트 D 프로그램



5) Madden, J. M., Graves, A. J., Zhang, F., Adams, A. S., Briesacher, B. A., Ross-Degnan, D., et al. (2008). Cost-Related Medication Nonadherence and Spending on Basic Needs Following Implementation of Medicare Part D. The Journal of the American Medical Association, 299, pp.1922~1928.

도입 이전에는 65세 이전 연령군의 75%, 65세 이상 노인인구의 약 70%가 메디케어를 포함한 여러 가지 보험에서 의약품비용을 급여받아, 노인인구의 급여율이 중·장년층보다 낮았다. 메디케어 파트 D 도입 이후에는 65세 이상 노인인구의 급여율이 90% 수준으로 증가하였다.

Safran 등(2009)⁶⁾은 65세 이상 9,573명 메디케어 파트 D 수급자를 대상으로 메디케어 파트 D가 실시되기 전인 2003년과 실시된 직후인 2006년의 처방의약품 급여 여부, 의약품 사용 및 비용을 비교하였다. 2003년에 의약품을 급

여하는 보험이 없었던 63.1%의 노인들이 메디케어 파트 D에 가입하여 2006년에는 의약품에 대한 급여를 받은 것으로 나타났다. 2003년에 의약품을 급여하는 보험이 없었던 사람들 또는 메디캡 급여를 받았던 사람들의 처방의약품 사용이 뚜렷이 늘어나고, 본인부담금 지출이 감소했으며 의약품 불순응이 줄어들어, 가장 많이 메디케어 파트 D의 혜택을 본 것으로 평가되었다.

② 본인부담금 감소

Lichtenberg & Sun⁷⁾은 메디케어 파트 D 프로

표 2. 메디케어 파트 D 도입 전후 미국 노인의 의약품급여보험 변화(2003~2006년)

(단위: %)

2003년			2006년						
전체			파트 D			고용주 제공	퇴역 군인보험	기타	없음
			전체	PDP	MAPD				
전체	100.0	→	47.5	33.0	14.5	31.8	4.3	8.9	7.5
없음	25.7	→	63.1	49.6	13.5	6.7	3.2	9.6	17.4
메디케어	5.2	→	94.2	78.4	15.8	2.6	0.5	2.7	0.0
HMO	8.8	→	78.2	5.5	72.7	4.4	4.1	8.8	4.5
메디캡/기타 민간보험	19.8	→	50.2	46.3	3.9	24.3	2.4	15.5	7.6
고용주 제공	34.4	→	21.6	13.7	7.9	69.5	0.9	5.2	2.8
퇴역군인보험	3.9	→	22.0	18.0	4.0	20.2	56.2	0.6	1.0
주에서 제공	2.1	→	55.2	52.9	2.3	2.3	6.3	30.0	6.2
기타 공공	0.1	→	74.2	60.5	13.7	12.9	4.0	7.2	1.7

출처: Safran et al.(2010). Prescription Coverage, Use and Spending Before and After Part D Implementation: A National Longitudinal Panel Study. Journal of General Internal Medicine January, pp.10~17.

6) Safran et al.(2010). Prescription Coverage, Use and Spending Before and After Part D Implementation: A National Longitudinal Panel Study. Journal of General Internal Medicine January, pp.10~17.

7) Lichtenberg FR, Sun SX.(2007) The Impact Of Medicare Part D On Prescription Drug Use By The Elderly. Health Affairs, 26, pp.1735~1744.

그램이 노인환자의 비용을 18.4% 감소시켰다고 보고하였다. 파트 D 프로그램 이전에도 고용 자제공 건강보험 등을 통해 의약품에 대해 급여를 받는 사람들이 있었기 때문에 파트 D 프로그램 도입 효과는 도입 이전 의약품 급여수준에 따라 차이가 난다. 메디케어 도입 이전에도 의약품이 급여되었던 사람들의 경우 본인부담금이 안정적이었으나, 이전에 의약품이 급여되는 보험이 없었던 사람들의 경우 2004~2007년 본인부담금이 메디케어 도입 이전 의약품이 급여되었던 사람들에 비해 13.4% 감소된 것으로 나타났다.⁸⁾

③ 의약품비용에 대한 공공부문 지출 증가

결과적으로, 메디케어 파트 D 프로그램 도입은 미국 의약품비용에 있어 공공부문 지출을 늘리고 민간부문 지출을 감소시켰다. 공공부문은 2005년 의약품비용의 28%를, 2006년에는 34%를 차지하였으며, 민간부문은 2005년 72%, 2006년 66%를 차지하였다.

(3) 기타

의약품 비용부담이 늘어나면, 환자들은 의약품을 구입하기 위해 식품 등 필수항목에 대한 지출을 줄이기도 한다. 메디케어 파트 D 프로그램이 실시되기 전인 2004년 의약품비용때문에 필수항목 지출을 줄인다고 응답한 사람들이

10.6%였는데 비해, 실시 후인 2006년에는 7.6%로 감소하였다.

2) 부정적 평가

(1) 의약품비용 및 사용 증가

처방의약품 급여에 따른 의약품비용 상승은 예견된 결과였다.⁹⁾ 메디케어비용은 파트 D 도입 이전에도 꾸준히 증가해 왔으며, 이는 연방 정부 재정 압박의 원인이 되어 왔다. 메디케어 파트 D 프로그램 도입은 필연적으로 미국 의약품비용의 상승을 가져왔는데, 프로그램이 도입된 2006년 메디케어의 개인 보건의료비용은 16.9% 증가하였다. 의약품비용을 포함하지 않을 경우 연 증가율은 6.0%로 2005년 증가율보다 작았다(표 3 참조). 2006년 처방의약품비용은 전년도 대비 8.5% 증가하였으며 이러한 비용 증가는 부분적으로 메디케어 파트 D 프로그램 때문이었다. 전체 처방의약품비용에서 메디케어가 차지하는 비율도 2005년 2%에서 2006년 18%로 증가하였다.

프로그램이 시작된 2006년에는 건강상태가 양호한 메디케어 수급자에서 주로 처방의약품 사용이 증가하였으며, 건강상태가 좋지 않은 수급자의 처방의약품 사용은 뚜렷이 증가하지 않았다. 이는 메디케어 파트 D 프로그램에 대한 등록이 2006년 중반까지 연장되었고, 사람들이

8) Zhang Y, Lave JR, Newhouse JP, Donohue JM. (2010). How the Medicare Part D Drug Benefit Changed the Distribution of Out-of-Pocket Pharmacy Spending Among Older Beneficiaries. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 65B, pp.502~507.

9) 미국 의회 예산처에서는 메디케어 파트 D 프로그램에 2007~2016년동안 연간 8,115억불이 소요될 것으로 예측하였음.

새로운 프로그램에 익숙해지기까지 시간이 걸렸기 때문인 것으로 보인다. 2007년에는 처방 의약품 사용이 큰 폭으로 증가하였다. 그러나, 메디케어 파트 D 프로그램이 의약품비용 분포를 민간부문에서 공공부문으로 바꾸는 역할을 했을 뿐, 절대비용에 미치는 영향은 크지 않다는 주장도 제기되었다.¹⁰⁾

의약품 급여는 의약품 사용을 증가시키는 요인으로 작용할 수 있다. 의약품이 급여되지 않았던 사람들의 경우 전체 의약품비용이 74% 증가되었고, 150달러까지 급여되었던 사람은 27%, 350달러까지 급여되었던 사람은 11% 증가된 것으로 보고되었다.

(2) 취약인구 보호에 대한 효과 부족

메디케어 파트 D 프로그램이 도입된 목적은 의약품 비용부담이 높은 사람들의 의약품 비용 부담을 줄이는 것이었다. 그러나 환자가 의약품 비용을 전액 부담하는 ‘도넛구멍(Doughnut Hole)’이 있기 때문에 처방의약품비용이 높은 환자들에 대한 보장은 충분하지 않게 된다. 2007년 저소득 보조(low-income subsidies, LIS)를 받지 않는 수급자 중 26%의 의약품비용이 도넛구멍에 도달하였으며, 대부분이 다시 급여가 시작되는 비용(catastrophic coverage)에 도달하지 못해 비용을 100% 본인부담하였다. 보험마다 급여디자인이 다르므로, 도넛구멍이 일관되게 적용되는 것은 아니나, 이러한 전액본인부

표 3. 미국 개인 보건의료비용의 연간 변화율

(단위: %)

구분	의약품비용 포함		의약품비용 불포함	
	2005년	2006년	2005년	2006년
전체	6.8	6.6	7.0	6.3
민간부문	6.4	5.4	6.4	6.6
민간건강보험	6.9	6.0	7.0	7.3
본인부담	5.2	3.8	5.1	5.3
기타	6.4	5.4	6.4	5.4
공공부문	7.5	8.0	7.6	5.9
메디케어	9.1	16.9	9.0	6.0
메디케이드	7.3	-1.3	8.0	5.6
기타	3.6	6.5	3.0	6.1

출처: Catlin A, Cowan C, Hartman M, Heffler S, the National Health Expenditure Accounts Team. (2008). National Health Spending In 2006: A Year Of Change For Prescription Drugs. Health Affairs, 1, 27(1), pp.14~29.

10) Poisal JA, Truffer C, Smith S et al.(2007). Health Spending Projections Through 2016: Modest Changes Obscure Part D's Impact. Health Affairs, 26, pp.w242~w253.

담구간은 일부환자에게 매우 큰 부담이 될 수 있다. 실증연구에서 총의약품비용이 중간값 이상인 사람들의 경우, 의약품비용 상위 10% 그룹의 급여비용이 다른 그룹들보다 낮았다.

4. 시사점

의약품 비용부담으로 인한 복약불순응은 심근경색, 뇌졸중 위험을 증가시키고 입원 등 추가적인 비용을 낳는 것으로 알려져 있다. 따라서 가능한 처방의약품의 본인부담금을 낮추는 것이 바람직하나, 건강보험의 재정이 한정되어 있고, 의약품비용을 100% 급여하는 것은 불필요한 의약품 사용을 유인할 수도 있으므로 우리나라를 비롯한 많은 나라에서는 비용 분담을 하고 있다. 향후 노인인구가 계속 늘어날 것으로 보이므로, 노인에게 의약품을 급여할 것인가, 급여한다면 어느 정도까지 어떠한 재원으로 급여할 것인가는 여러 가지 측면을 신중히 고려해야 한다. 이러한 점에서 노인환자를 대상으로 의약품 급여프로그램을 새로 도입한 미국 메디케어의 사례는 우리에게 유용한 예가 될 수 있을 것이다.

1) 건강보험 재정안정과 환자부담의 밸런스를 추구해야 한다.

미국, 우리나라 모두 노인인구가 빠르게 증가하고 있기 때문에, 노인에게 대한 의료비 급여제도는 현재 인구구조뿐만 아니라 향후 나타날 인구구조를 고려해야 한다. 메디케어 파트 D 도입 시 25년 후 메디케어 수급자가 두배가 될 수 있

으며, 이로 인해 비용이 급격히 증가할 수 있다는 우려가 제기되었다.

그러나 메디케어 도입 전 의약품에 대한 급여가 이루어지지 않았을 때, 과도한 의약품비용부담은 의약품 복약순응 저해로 이어졌고, 부적절한 의약품 사용은 합병증 발생, 입원 등의 원인이 되어 추가적으로 비용이 지출되었다. 따라서, 적절한 수준에서 건강보험 재정안정과 환자부담이 균형을 이룰 수 있도록 해야 할 것으로 보인다.

2) 의약품비용을 절감하는 정책이 병행되어야 한다.

미국 메디케어 파트 D 프로그램에서는 높은 수준의 의약품비용 분담을 하는 한편, 제네릭 처방을 적극적으로 권장한다. 2006년 메디케어 처방약보험의 91%, 메디케어 옵션보험의 93%가 제네릭 의약품이 아닌 브랜드명 의약품을 사용할 경우 본인부담액을 높이는 정책을 실시하였다. 2006년 상반기 제네릭으로만 조제된 처방전이 56%였다.

급여 제한과 환자부담은 동전의 양면으로, 적정수준의 급여를 유지하기 위해서는 제네릭의약품 사용, 불필요한 의약품 처방 감소 등 의약품비용을 절감하려는 노력이 병행되어야 할 것이다.

3) 복약순응 등 노인의 의약품 사용행태를 모니터링할 필요가 있다.

우리나라는 기본적으로 처방의약품에 대해

건강보험에서 급여를 제공하고 있기 때문에, 메디케어 파트 D 도입 이전의 미국보다는 의약품 비용부담이 적다. 그러나 외래에서 처방·조제되는 의약품의 경우 30%의 본인부담금이 존재하며, 급여목록에서 제외되는 의약품비용은 환자가 100% 부담해야 한다. 연금소득이 보편화되어 있는 미국 등 서구사회와 달리, 우리나라는 전반적으로 노인의 소득수준이 낮아 처방의약품 본인부담금이 적어도 낮은 소득수준으로 인해 만성적인 의약품비용이 부담이 될 가능성이 있다. 따라서 저소득층, 여러 개의 만성질환을 치료하는 노인환자 등 취약계층의 의약품비용 부담과 비용부담으로 인한 복약순응 저하 등을

모니터링할 필요가 있다.

미국 메디케어 파트 D 프로그램은 의약품비용을 급여하는 건강보험이 없는 노인들에게 의약품 급여를 제공했다는 점에서 의의가 크다. 급여에 따른 본인부담 감소 및 의약품 복약순응 향상은 긍정적인 효과이나, 연방정부의 의약품에 대한 지출 증가에 대해서는 우려가 제기되고 있다. 우리나라에서도 노인인구는 향후 지속적으로 증가할 것이고, 의약품비용 또한 늘어날 것이다. 의약품비용을 포함한 노인 의료비를 누가 어떠한 형태로 부담할 것인지, 적정수준의 본인부담은 어느 수준인지 등에 대한 심층적인 논의가 필요할 것으로 생각된다. 보건복지