

# 노인의 의약품 비용부담 및 복약 어려움

*Out-of-pocket Prescription Drug  
Expenditures and Difficulty in Taking  
Medicine Among the Korean Elderly*



박은자 한국보건사회연구원 부연구위원

65세 이상 노인인구가 2034년에는 27.6%로 늘어날 것으로 예측되고 있는데, 초고령사회는 노인인구가 많을 뿐만 아니라 75세 이상, 또는 85세 이상 노인인구가 증가한다는 것을 의미한다. 노년기에는 신장기능이 감소하는 등 약동학적 특성이 청장년기와 달라진다. 시력, 청력, 악력이 감소하여 의약품을 정확하게 복용하는데 어려움이 있고, 다중약물처방으로 약물유해반응의 가능성이 커진다. 또한, 가구소득이 낮은 노인의 경우 고정적으로 지출되는 의약품비용이 부담이 되며, 85세 이상 노인의 12%가 의약품을 복용할 때 다른 사람의 도움이 전적으로 필요한 것으로 나타났다. 노인에게 약물투여시 필요한 정보를 적극적으로 수집하고, 약물사용을 종합적으로 관리하며, 저소득층 노인의 의약품 비용부담을 줄이기 위한 정책적 노력이 필요하다.

## 1. 들어가며

의료기술의 발달과 영양 등 생활수준 향상은 건 강수준을 향상시키고 평균 수명을 연장시켰으며, 수명 연장은 노인인구의 증가를 가져왔다. 2014년 우리나라 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 12.7%로 2034년에는 27.6%로 늘어날 것으로 예측되고 있다<sup>1)</sup>. 초고령사회는 단순히 노인인구가 많을 뿐만 아니라 75세 이상, 또는 85세 이상 노인 인구가 증가한다는 것을 의미한다. 65세 이상 노인의 신체기능이 청·장년층의 신체기능과 다르 듯이 85세 이상 노인의 신체기능은 65~74세 노 인과 다르다. 따라서 초고령사회에 적합한 보건의

료체계를 갖추는 것은 우리가 직면한 새로운 과제 이다.

모든 노인들이 의약품을 복용하는 것은 아니지 만, 상당수의 노인들이 의약품을 복용한다. 감기와 같은 급성질환 치료를 위해 주로 단기적으로 의약 품을 복용하는 청·장년층과 달리, 노인은 고혈압, 당뇨병과 같은 만성질환을 앓고 있는 경우가 많고, 이러한 만성질환의 치료 및 관리를 위해 장기적으 로, 거의 평생 동안 의약품을 복용하게 된다. 더욱 이 노인은 여러 가지 질환을 동시에 앓는 복합질환 자의 비율이 높다. 65~69세 평균 만성질환 보유 개수가 3.15개인데 비해 70~74세의 만성질환 보 유 개수는 3.47개, 75~80세 만성질환 보유 개수는

1) 통계청(2014). 2014 고령자 통계.

3.61개로 증가한다<sup>2)</sup>.

다수 의약품의 장기적인 복용, 다시 말해 여러 성분의 의약품에 장시간 노출되는 것은 의약품 안전성 문제에 대한 위험을 높일 수 있다. 노인은 신체기능이 쇠퇴하고, 약물대사가 지연되는 등 약물유해반응에 취약한 특성을 가지고 있다. Shepherd 등(2012)<sup>3)</sup>은 미국에서 약물유해반응(Adverse Drug Reaction; ADR) 관련 사망을 분석하였으며, 75세 이상 노인에서 약물유해반응으로 인한 사망 위험이 뚜렷이 증가한다고 보고하였다(OR=6.96, 95% 신뢰구간 6.30~7.69). 약물유해반응 뿐만 아니라 노인의 근력 등 신체기능 저하, 인지기능 쇠퇴가 독립적인 의약품 복용을 어렵게 하기도 한다.

또한, 의약품을 복용하기 위해서는 비용을 지불해야 한다. 우리나라 건강보험공단에서는 외래의 경우 대체적으로 30%의 본인부담금을 설정하고 있다. 1개 질환만을 가지고 있을 경우에는 의약품 비용이 부담되지 않을 수 있으나, 여러 개의 질환을 장기간 앓을 경우 개별 의약품의 본인부담금이 합산되어 환자가 지불하는 전체 의약품 비용이 부담될 수 있다. 특히 우리나라는 공적연금이 최근에 도입되어 노인의 소득이 전반적으로 낮기 때문에, 낮은 가구소득으로 인해 고정적으로 지출되는 의약품비용이 부담이 될 가능성이 크다.

따라서 본 글에서는 의약품 복용과 관련된 노인의 취약성을 살펴보고, 2012년 고령화연구패널자료를 활용하여 경제적 측면에서 처방의약품 비용

부담과, 신체적 측면에서 독립적인 의약품 복약 어려움 현황을 분석하여 고령사회에서 필요한 의약품정책에 대해 생각해 보고자 한다.

## 2. 의약품 사용에 있어 노인의 취약성<sup>4)</sup>

### 1) 노인의 약동학적 특성

나이가 들면서 모든 기관의 조직, 기능이 변화한다. 의약품을 복용하면 체내에서 흡수-분포-대사-배설과정을 거치게 되는데, 노인의 달라진 신체기능은 이러한 과정에 영향을 미친다. 노인은 위장관 운동성이 변화하고 소화기관 흡수면적이 감소하는 등 약물의 흡수과정이 변화될 수 있다. 일반적으로 나이를 먹게 되면 신체 수분과 근육이 감소하고 체지방이 증가하게 되는데, 이러한 변화는 약물분포에 영향을 미친다. 약물의 대사를 담당하는 간 혈류량이 감소되고, 신장 기능 감소로 약물의 배설이 청·장년과 달라진다. 노인은 젊은 연령군보다 개인별로 신체기능 차이가 더 큰 것으로 알려져 있어, 신장 기능 등 개인별 신체기능을 고려하여 약물 투여를 조절하는 것이 필요하다 (표 1).

노인은 이처럼 약동학적 특성이 청·장년층과 다르나 의약품 개발 중에 실시되는 임상시험에 참

2) 정영호·고숙자·김은주(2013). 효과적인 만성질환 관리방안 연구. 한국보건사회연구원.

3) Shepherd G, Mohorn P, Yacoub K, May DW(2012). Adverse drug reaction deaths reported in United States vital statistics, 1999-2006. Ann Pharmacother, 46(2), pp.169-75.

4) Martial L, Mantel-Teeuwisse A.K, Jansen P.A.F.(2013). Priority Medicines for Europe and the World 2013 Update. Background Paper 7.3 Priority Medicines for Elderly와 식품의약품안전청(2009). 노인에 대한 의약품 적정사용 정보집을 중심으로 정리함.

**표 1. 의약품과 관련된 노인의 생리학적 변화**

기능 변화	의미	의약품 예
신체 수분 분율 감소 및 상대적인 지방 분율 증가	체내에서 약물의 이동이 달라져 혈액 내 약물 농도가 달라지는데, 약물의 극성에 따라 차이가 나게 된다. 친수성 약물은 혈액 내 농도가 증가하고, 지용성 약물은 신체지방에 축적되어 효과가 지연될 수 있다.	-지질친화성약물(benzodiazepines, morphine)은 지방에 축적되고 반감기가 길어진다. -친수성약물(aminoglycoside 항생제, digoxin, lithium)은 혈액 내 농도가 높아지고 초회량을 감량하는 것이 필요하다.
혈청 알부민의 소량 감소	단백질결합률이 높은 약물의 경우 쉽게 중독된다.	Phenytoin을 제외하고는 임상적으로 해당되는 경우가 드물다.
간 크기 및 혈류량 감소	간 대사 약물은 생물학적 이용률이 커지고 몇몇 pro-drugs는 생물학적 이용률이 감소된다.	초회통과(first-pass) 대사 감소로 metoclopramide가 높은 혈중농도를 나타낸다.
신장 기능 감소	수용성 약물과 글루쿠론산화 대사체의 배설 감소로 혈중 농도가 상승한다.	치료범위가 좁은 aminoglycoside 항생제, digoxin, lithium은 축적될 경우 약물유해반응을 일으킬 수 있다.

자료: Martial L, Mantel-Teeuwisse A.K., Jansen P.A.F.(2013). Priority Medicines for Europe and the World 2013 Update. Background Paper 7.3 Priority Medicines for Elderly

여하는 노인의 수가 제한적이어서, 의약품 개발 단계에서 약물이 노인에게 작용하는 영향에 대한 정보를 충분히 수집하기 어렵다.

## 2) 질환

노인이 앓고 있는 질환들 중 일부는 의약품 복용에 영향을 미친다. 파킨슨병 환자, 알츠하이머질 환 환자, 일부 암환자 및 당뇨병환자들은 연하곤란이 나타나, 알약을 삼키는 것이 힘들 수 있다. 나이가 들어가면서 우울감이 늘어나게 되는데, 우울증 또는 우울감은 의약품 복용순응도를 떨어뜨리는 요인으로 알려져 있다.

합병증 발생 등으로 노인들은 여러 가지 질환을

동시에 가질 확률(multiple morbidity)이 높아진다. 환자가 복용하는 모든 의약품을 검토하는 시스템이 없을 경우 성분이나 효과가 동일한 약물의 중복 처방, 약물상호작용이 일어나는 의약품의 동시 복용 등의 문제가 발생한다.

## 3) 시력, 청력, 약력 감소

노인이 되면 일반적으로 시력, 청력이 감소되고, 손의 기능을 가능하게 하는 약력 또한 약해진다. 노안으로 작은 글씨로 작성된 의약품 첨부문서 또는 의약품 용기의 기재사항을 보기 어렵게 되고, 교육수준이 낮은 노인은 첨부문서의 내용을 충분히 이해하지 못할 수도 있다.

청력이 감퇴된 노인은 병원, 약국에서 구두로 실시하는 복약지시를 잘 듣지 못하게 된다.

노인은 청·장년층에 비해 손의 힘(악력)이 감소되어, 약병을 따거나 약의 포장지를 찢는 것이 쉽지 않다. 노인에게 적절한 형태로 의약품의 포장을 디자인할 필요가 있는데, 외국에서는 소아용 의약품처럼 노인이 쉽게 사용할 수 있도록 의약품 포장을 디자인하려는 움직임이 시작되고 있다.

#### 4) 다중약물처방(polypharmacy)

다중약물처방(polypharmacy)은 환자에게 부적절하고 과도하게 여러 가지 약물을 투여하는 것으로 불필요한 의약품을 처방하는 것, 5개 이상의 의약품을 투여하는 것 등으로 정의된다<sup>5)</sup>. 연령이 증가할수록 여러 개의 질환을 가진 노인이 증가하며, 여러 개의 만성질환을 앓을 경우 다중약물처방이 나타나기 쉽다.

다중약물처방은 노인의 의약품 사용에 많은 영향을 미친다. 여러 개의 약물을 복용하므로 약물유해반응의 가능성이 커지고 약물상호작용이 나타날 수 있다. 또한, 많은 의약품을 복용하는 경우 노인 환자가 모든 약을 다 먹는데 어려움이 있을 수 있고, 의약품 수에 비례하여 지불해야 하는 의약품 비용도 커진다<sup>6)</sup>.

다중약물처방으로 인한 문제점을 해결하는 방법으로는 환자 및 의료진 교육, 약물사용검토 (medication review), 복합제 개발 등이 있다. 의약품검토는 약물요법을 개선하기 위해 환자가 복

용하는 의약품을 구조적으로 평가하고 조정하는 것으로 의사, 약사, 간호사 등이 담당한다. 영국의 General Medicines Contract는 환자들이 최소 15 개월마다 약물사용에 대하여 검토 받는 것을 권고하고 있으며, 호주에서는 의사와 약사가 팀을 이루어 다중약물처방환자의 의약품 처방내역을 검토하고, 약사가 환자의 집에 있는 의약품을 검토하여 의사에게 알려주도록 하는 프로그램을 실시한 바 있다.

고정용량복합의약품(fixed dose combinations: FDC)은 2개 이상의 성분을 1개로 합하여 제품화하는 것으로 환자가 먹는 약의 개수를 줄일 수 있다. 2008~2012년 유럽의약품청(European Medicines Agency; EMA)은 27개 고정용량복합의약품을 허가하였고, 고혈압치료제, 경구용 피임제, 비스포스포네이트와 비타민 D/칼슘 복합제가 대부분이었다. 여러 가지 성분을 합하여 제품화한 의약품으로 IHD(Ischemic Heart Disease: 허혈성 심장질환) polypill이 있다. 이는 혈압강하제, 콜레스테롤강하제, 혈전응집억제제를 합하여 복합제로 만든 것이다.

### 3. 노인의 의약품 사용

정기적으로 처방의약품을 복용하는 노인의 비율은 남녀별로 연령별로 차이가 있었는데, 남자는 65~74세 노인 중 65.5%, 75~84세 노인 중

5) 식품의약품안전청(2009). 노인에 대한 의약품 적정 사용 정보집.

6) 처방되는 의약품수가 많다는 것이 의약품 처방이 적절하지 않다는 것을 의미하지는 않으나 몇몇 외국의 연구에서 다중약물처방과 부적절한 처방과의 관련성이 보고되었음.

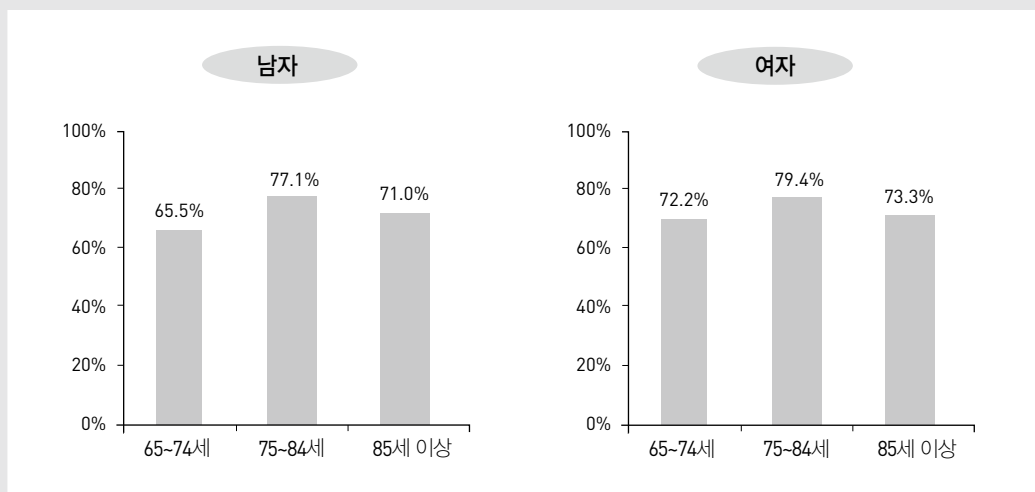
77.1%, 85세 이상 노인 중 71%가 정기적으로 처방의약품을 복용하고 있었으며 여자는 65~74세 노인 중 72.2%, 75~84세 노인 중 79.4%, 85세 이상 노인 중 73.3%가 정기적으로 처방의약품을 복용하고 있었다<sup>7)</sup>(그림 1). 75세가 넘는 노인의 경우 10명 중 약 7명이 정기적으로 의약품을 복용하고 있다고 생각할 수 있다. 이는 정기적으로 복용하는 처방의약품에 대한 조사결과로 환자가 의사의 처방 없이 약국에서 복용하는 일반의약품, 건강보조식품을 고려하면 약물에 노출되는 노인의 수는 더 많을 것이다.

고령화연구패널조사는 의약품 사용내역을 조사하지 않으므로 다중약물처방을 직접적으로 분석할 수는 없으나, 노인의 만성질환 수로 간접적으로

파악하는 것이 가능하다. 고령화연구패널에서는 환자에게 고혈압, 당뇨병, 암, 만성 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염/류마티스질환을 의사에게 진단받은 적이 있는지 조사하고 있는데, 8개 만성질환을 하나도 가지고 있지 않은 노인이 전체의 24.1%, 1개의 만성질환을 가지고 있는 노인이 33.5%, 2개의 만성질환을 가지고 있는 노인이 25.8%, 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인이 16.5%였다.

75세 이상 노인이 74세 이하 노인보다, 여자보다 남자가, 독거노인이 독거하지 않는 노인들보다, 가구소득이 낮은 노인이 그렇지 않은 노인보다 만성질환 개수가 많았다. 65~74세 노인의 약 28%는 8개 만성질환을 모두 가지고 있지 않았으며, 75

그림 1. 정기적으로 처방의약품을 복용하는 노인의 비율



자료: 2012년 고령화연구패널조사.

7) 85세 이상 연령군에서 정기적으로 처방의약품을 복용하는 비율이 감소하는 것은 만성질환을 가진 환자 중 일부의 사망에 기인하는 것으로 보임.

세 이상 노인은 약 20%가 8개 만성질환을 전혀 가지고 있지 않았다. 반면, 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인의 비중은 65~74세 노인이 14.3%, 75세 이상 노인이 19.2%였다.

단독세대 가구(1인 가구), 1세대 가구(노인부부 등), 2세대 가구(부부+자녀, 부부+부모, 조부모+손자녀 등), 3세대 가구(부부+자녀+부모 등)으로 나누어 살펴보았을 때, 노인 단독세대에 속하는 노인의 22.5%가 3개 이상의 만성질환을 가지고 있어, 1세대 가구와 2세대 가구의 15%, 3세대 가구

의 14.8%보다 많았다. 가구소득이 적을수록 8개 만성질환을 모두 가지고 있지 않은 노인의 비중이 적었고, 만성질환을 3개 이상 가지고 있는 노인의 비율은 많았다(표 2).

#### 4. 노인의 처방의약품 비용부담

<표 3>과 같이 65세 이상 노인의 약 11%는 정기적으로 복용하는 처방의약품 비용으로 연간

표 2. 인구사회학적 특성별 노인의 만성질환<sup>1)</sup> 수 분포

(단위: 명, %)

	없음	1개	2개	3개 이상
전체	998(24.1)	1,386(33.5)	1,067(25.8)	683(16.5)
<b>연령</b>				
65~74세	630(27.8)	779(34.4)	532(23.5)	324(14.3)
75세 이상	368(19.7)	607(32.5)	535(28.6)	359(19.2)
<b>성별</b>				
남자	534(30.4)	597(34.0)	416(23.7)	207(11.8)
여자	464(19.5)	789(33.2)	651(27.4)	476(20.0)
<b>가구형태</b>				
단독세대	131(18.1)	240(33.2)	189(26.1)	163(22.5)
1세대	465(25.7)	626(34.6)	447(24.7)	272(15.0)
2세대	246(27.8)	272(30.7)	235(26.5)	133(15.0)
3세대	130(22.1)	211(35.9)	160(27.2)	87(14.8)
기타	26(20.5)	37(29.1)	36(28.4)	28(22.1)
<b>가구소득</b>				
상	377(28.1)	453(33.7)	329(24.5)	184(13.7)
중	326(24.1)	452(33.4)	354(26.1)	223(16.5)
하	288(20.7)	464(33.3)	371(26.6)	270(19.4)

주: 1) 고혈압, 당뇨병, 암, 만성 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염/류마티스  
 자료: 2012년 고령화연구패널조사.

50~99만원을 지불하였으며, 약 7%는 100만원 이상을 지불하였다. 이 금액은 민간의료보험에서 지불한 비용이나 자녀, 친척 등이 지불한 금액을 제외한 노인 자신이 지불한 금액이다. 남자가 여자보다, 노인부부로 구성되는 1세대 가구에 속할 경우

지난 1년간 지출한 처방의약품 비용이 많았다. 남자의 7.4%가 연간 100만원 이상을 처방의약품 비용으로 지불하였고, 여자는 6.9%가 처방의약품 비용으로 100만원 이상을 지불하였다. 가구형태는 노인의 건강수준과 경제수준에 영향을 미친다. 1

**표 3. 인구사회학적 특성별 노인의 연간 정기적인 처방의약품 본인부담금 분포**

(단위: 명, %)

	없음	1~9만원	10~49만원	50~99만원	100만원 이상
전체	1,652(40.0)	318(7.7)	1,398(33.8)	472(11.4)	294(7.1)
<b>연령</b>					
65~74세	880(38.9)	167(7.4)	790(34.9)	258(11.4)	170(7.5)
75세 이상 <sup>1)</sup>	772(41.3)	151(8.1)	608(32.5)	214(11.5)	124(6.6)
<b>성별</b>					
남자	691(39.4)	126(7.2)	600(34.2)	208(11.9)	129(7.4)
여자	961(40.4)	192(8.1)	798(33.5)	264(11.1)	165(6.9)
<b>가구형태</b>					
단독세대	293(40.5)	64(8.9)	230(31.8)	86(11.9)	50(6.9)
1세대	660(36.5)	128(7.1)	654(36.1)	219(12.1)	149(8.2)
2세대	391(44.1)	67(7.6)	289(32.6)	91(10.3)	48(5.4)
3세대	249(42.4)	49(8.3)	192(32.7)	62(10.5)	36(6.1)
기타	59(46.5)	10(7.9)	33(26.0)	14(11.0)	11(8.7)
<b>가구소득</b>					
상	550(41.0)	104(7.7)	453(33.7)	161(12.0)	75(5.6)
중	524(38.7)	78(5.8)	498(36.8)	154(11.4)	101(7.5)
하	549(39.4)	134(9.6)	441(31.7)	156(11.2)	113(8.1)
<b>주요 만성질환<sup>2)</sup> 개수</b>					
없음	808(81.0)	29(2.9)	121(12.1)	26(2.6)	14(1.4)
1개	439(31.7)	136(9.8)	624(45.0)	127(9.2)	60(4.3)
2개	256(24.0)	96(9.0)	416(39.0)	194(18.2)	105(9.8)
3개 이상	149(21.8)	57(8.4)	237(34.7)	125(18.3)	115(16.8)

주: 1) 85세 이상 노인 중 정기적으로 처방의약품을 복용하는 노인은 335명으로 본인부담금 분포를 분석하기에는 샘플수가 적어 75세 이상으로 묶어 분석함.

2) 고혈압, 당뇨병, 암, 만성 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염/류마티스

자료: 2012년 고령화연구패널조사.

세대 가구의 8.2%가 연간 100만원 이상을 처방의약품 비용으로 지출하여 2세대 가구의 5.4%보다 많았다. 독거 노인의 경우 11.9%가 50~99만원을, 6.9%가 100만원 이상을 약값으로 지출하였다.

가구소득이 많은 노인보다 가구소득이 적은 노인이 처방의약품에 더 많은 돈을 지출하고 있었다. 가구소득이 상인 노인은 5.6%가 연간 100만원 이상을 지불하였으나, 가구소득이 하인 노인은 8.1%가 100만원 이상을 처방의약품 비용으로 지불하였다. 주요 만성질환 개수가 늘어날수록 처방의약품 지출도 증가하였다. 1개의 만성질환만을 가지고 있는 경우는 4.3%만이 연간 100만원 이상을 처방의약품 비용으로 지출하였으나, 3개 이상의 주요 만성질환이 있는 노인은 약 17%가 처방의약품 조제를 위해 100만원 이상을 지출하였다.

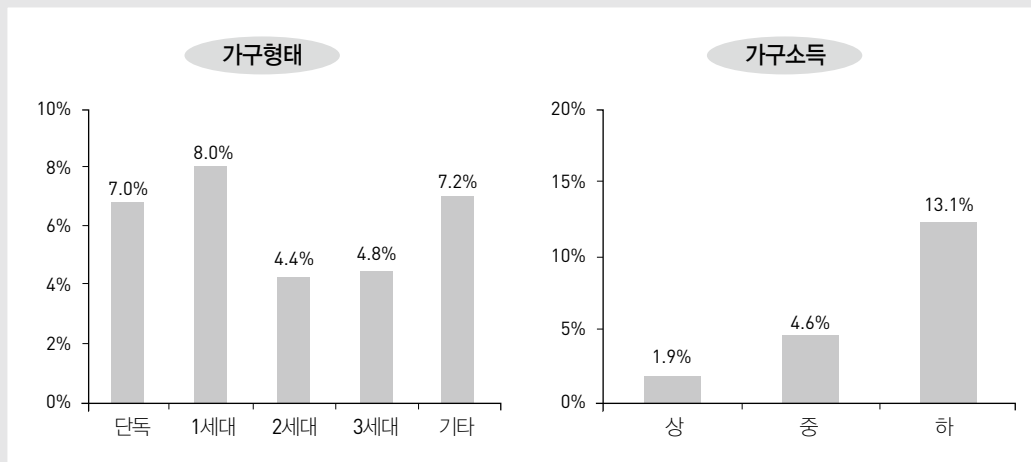
노인의 소득이 충분하다면 처방의약품 비용이 크게 부담이 되지 않을 수 있으나, 우리나라의 노

인의 상당수는 소득이 매우 낮다. <그림 2>는 가구형태와 가구소득에 따라 개인 소득 중 처방의약품 본인부담금의 비율을 나타낸 것이다. 독거노인과 노인들만 거주하는 1세대 가구에 속하는 노인의 처방의약품 비용부담이 자녀와 같이 거주하는 2세대, 3세대 가구에 속하는 노인보다 많았다. 가구소득에 따라 뚜렷한 차이를 보였는데, 가구소득이 '상'인 노인은 평균적으로 처방의약품 비용이 소득의 1.9%를 차지하였으나, 가구소득이 '하'인 노인은 처방의약품비용이 소득의 13.1%를 차지하였다.

## 5. 노인의 의약품 복약 어려움

과거 농경사회에서는 부모들이 노령기에 자녀와 같이 사는 것이 일반적이었으나, 최근 노인부부

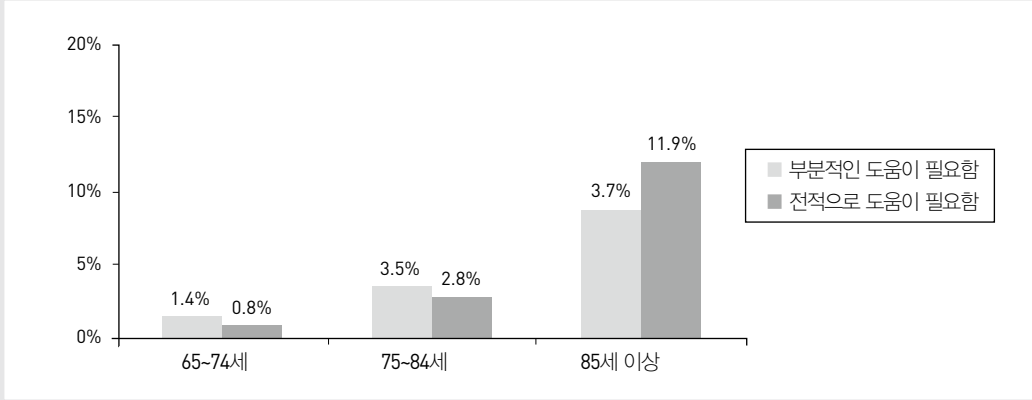
그림 2. 가구형태 및 소득별 소득 중 처방의약품 본인부담금의 비율(평균)



자료: 2012년 고령화연구패널조사



그림 3. 연령별 의약품 복용시 다른 사람의 도움이 필요한 노인의 비율



자료: 2012년 고령화연구패널조사.

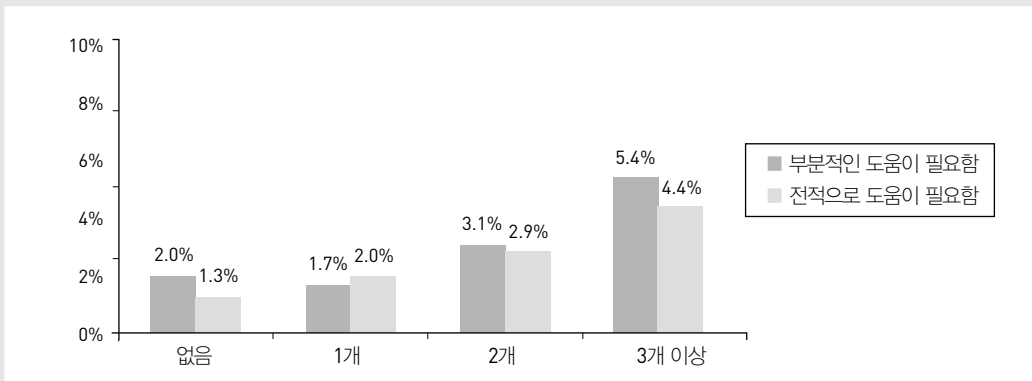
만 거주하거나 배우자 사별 후 독거하는 경우가 늘어나고 있다. 자원이 충분하지 않은 독거노인은 경제적으로, 정신·심리학적으로 취약할 뿐만 아니라, 신체적·인지적 문제로 의약품 복용에도 어려움을 겪는다.

노인의 연령이 증가할수록, 다른 사람의 도움 없이 의약품을 복용하는 것이 어려워지는데,

65~74세 노인은 약 2%만이 의약품을 복용할 때 다른 사람의 도움이 필요한데 비해, 85세 이상 노인은 약 20%가 의약품 복용을 위해 다른 사람의 도움이 부분적으로 필요하거나 전적으로 필요하였다(그림 3).

또한 여러 개의 만성질환을 앓을수록 독립적으로 의약품을 복용하지 못하는 경우가 많았다. 1개

그림 4. 만성질환 개수<sup>1)</sup>별 의약품 복용시 다른 사람의 도움이 필요한 노인의 비율



주: 1) 고혈압, 당뇨병, 암, 만성 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염/류마티스  
 자료: 2012년 고령화연구패널조사.

의 만성질환을 가지고 있는 노인의 2%, 2개의 만성질환을 가지고 있는 노인의 2.9%, 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인의 4.4%가 의약품 복용시 다른 사람의 도움이 전적으로 필요하였다 (그림 4).

## 6. 나가며

우리나라보다 먼저 노인인구 증가를 고려한 서구사회에서는 의약품 개발시 노인 인구집단에 대한 정보 수집, 노인환자의 약물사용검토, 노인의 신장기능 감소에 따른 약물투여량 조정 등 노인의 의약품 사용을 위한 다양한 정책을 추진하고 있다. 예를 들어, 유럽의약품청(EMA)에서는 2011년 2월 ‘EMA 노인 의약품 전략(EMA geriatric medicines strategy)’을 발표하였는데, 노인환자에게 사용되는 의약품의 높은 질 유지 및 적절한 연구·평가, 노인 의약품사용에 대한 정보 접근성 향상을 통해 informed prescription을 돕는 것을 비전으로 하고 있다.

만성질환이 유행하는 오늘날 의약품은 질병을 치료·관리하는데 필수적이나, 의약품 사용에는 효과(이익)뿐만 아니라 부작용(위해)과 경제적 비용 지출이 동반되므로 필요한 의약품개발과 함께 환자가 의약품을 정확하고 안전하게 복용할 수 있는 환경이 조성되어야 한다. 의약품 사용에 취약한 노인에게는 더욱 그러하다고 할 수 있다.

적절한 의약품 사용으로 국민의 삶의 질을 높이기 위해서는 우리나라에서도 좀 더 다양한 관점에서 노인의 의약품사용에 대한 정책적 배려가 있어야 한다. 첫째, 약물이 노인에서 어떻게 작용하는가에 대한 정보가 적극적으로 수집되어야 한다. 앞

에서 말한 바와 같이 의약품 개발시 실시되는 임상시험에서는 노인에게 일어나는 약리작용, 부작용, 노인에게 적절한 용량·용법 등에 대한 정보를 충분히 수집하기 어렵다. 의약품 시판 후 조사를 통해 노인에게 필요한 정보를 수집해야 하며, 이를 통해 허가사항, 첨부문서 등을 지속적으로 수정해야 한다. 둘째, 여러 개의 질환을 동시에 앓고 있는 노인의 경우 다중약물처방의 우려가 있기 때문에 전체적으로 의약품 사용을 검토하는 것이 필요하다. 향후 우리나라에서도 집에 혼자 거주하거나 재가요양시설에 거주하는 노인이 늘어날 것으로 예상되는데, 여러 개의 질환을 앓는 노인의 약물사용을 관리하여 약화사고를 예방할 필요가 있다. 셋째, 청·장년층에 비해 수입이 고정적인 노인의 경제적 특성을 고려할 때 정기적인 처방의약품 비용지출이 부담 될 가능성이 크다. 의약품 비용부담은 노인의 복약순응도를 낮추는 요인이 될 수 있는데, 외국의 연구에서 처방의약품 비용부담으로 약을 반만 복용하거나 의약품 복용을 거르거나 처방전을 조제하지 않는 사례가 보고되었다. 저소득 노인의 의약품 비용부담을 지속적으로 모니터링 할 필요가 있으며, 제네릭 의약품의 처방·조제를 활성화하여 의약품 비용 지출에 경제적 부담을 느끼는 환자가 제네릭 의약품을 복용하여 지출을 줄일 수 있도록 하는 것이 바람직할 것이다. 넷째, 85세 이상 노인들은 신체·인지적 문제로 의약품을 독립적으로 복용하기 어려운 문제가 있을 수 있고, 약물의 과소사용(underuse)은 질병 악화 및 삶의 질 저하로 이어질 수 있다. 건강하고 신체활동이 비교적 자유로운 노인뿐만 아니라 고령노인들의 의약품 사용에 대해서도 지속적인 관심을 기울여야 한다. ■