

스웨덴 의약품 급여제도의 개혁과 시사점¹⁾

The Policy Reform of Swedish Pharmaceutical Reimbursement and Its Implications

허순임 한국보건사회연구원 부연구위원

1. 서 론

사회보장제도가 가장 잘 확립된 나라 중 하나로 꼽히는 스웨덴의 보건의료제도는 보편적이고 동등한 접근의 원칙에 바탕을 두고 있다. 스웨덴의 보건의료체계는 지역을 기반으로 하여 county council이 재정과 운영을 주로 담당하는 공공 중심의 제도이다. county council이 보건의료서비스의 자원조달과 서비스 전달을 책임지도록법에 명시한 것은 1982년의 보건의료법(Health Care Act)²⁾이다. 그 역사적 배경을 간략하게 살펴보면, 1970년대 중반까지 확대되어 왔던 국가 주도의 사회복지 정책이 1970년대 말 오일쇼크로 인한 경제적 어려움에 직면하여 복지정책의 전환을 모색하게 되었고, 스웨덴이 택한 정책은 지방분권화를 통해 자원부담과 서비스제공을 중앙정부로부터 지방정부로 이관하는 것이었다(남궁 근, 1998; 안상훈, 1998)³⁾.

스웨덴에서는 보건의료와 관련해서 세 단계의 정부가 - national government, county council, municipalities - 책임을 지고 있다. 중앙정부의 역할은 보건의료체계가 효율적이고 기본적인 목적

1) 본고에서 살펴보는 스웨덴 보건의료체계와 의약품 급여정책에 대한 내용은 Health Systems in Transition - Sweden(European Observatory, 2005)와 Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden(OECD 2007)을 요약하였다. 통계를 인용하였거나 구체적인 자료를 참고한 부분에는 출처를 밝혔다.

2) 이 법에서는 '모든 이에게 양질의 보건의료(quality healthcare for all)'를 제공하는 것을 목표로 제시하고, 필요에 근거한 서비스에 대한 동일한 접근뿐만 아니라 모든 사람에 대한 동일한 건강을 강조하고 있으며, 이 목표를 달성하는 책임을 지방정부에 두고 있다.

3) 남궁근(1998). 복지국가의 위기 극복을 위한 정책 선택의 비교 연구 - 영국과 스웨덴을 중심으로. 정책분석평가학회보, 8(1). 안상훈(1998). 스웨덴의 사회변화와 시민주의 복지개혁. 동향과 전망, 여름호.

에 부합되게 운영되도록 하는 것이다. 21개의 county council⁴⁾은 의료서비스에 대한 자원조달과 서비스 제공을 책임지고 있어 가장 중요한 역할을 한다. 또한, 290개의 기초 자치단체(municipalities)는 노인, 장애인에 대한 장기요양 서비스와 장기간 치료가 필요한 정실질환자에 대한 의료제공을 맡고 있다⁵⁾.

보건의료 자원조달 있어서 가장 중요한 자원은 지방정부가 부과하는(누진) 소득세이고, 중앙정부의 보조와 사용자부담이 일부를 차지한다(그림 1 참조). 서비스별 환자부담과 고액비용에 대한 보호를 중앙정부가 결정하고 있지만, county council은 전체적인 틀 내에서 자율적으로 입원과 일차의료에 대한 환자부담을 결정할 수 있다. 이와 같이 전체적인 목표와 정책결정은 중앙정부가 하고, 구체적인 의사결정은 지방정부에 위임하는 형태를 취하고 있다.

본고에서는 스웨덴의 보건의료제도 중 의약품 급여정책에 대해 살펴보고자 하며, 특히 2002년 실시된 정책을 중심으로 고찰할 것이다. 이는 최근 우리나라에서 약제비 적정화방안의 일환으로 도입된 의약품 급여목록(positive list)제도와 유사하기 때문에 구체적인 실행과정에서 스웨덴의 경험을 참고할 부분이 있고 앞으로 우리나라의 제도 정착에 중요한 시사점을 제공할 것이다.

의약품 급여 정책에 대한 논의는 크게 세 가지로 나눌 수 있다. 첫째, 비용에 대한 자원조달의 문제로, 의약품 비용에 대해 ‘누가’ ‘어느 정도’의 부담을 지는가에 대한 정책이다. 즉, 공공지출과 환자 본인부담의 수준을 정하는 문제와 공공지출에 있어서도 부담의 주체⁶⁾를 결정하는 것 등이 주요 쟁점이 된다. 둘째, 무엇을 급여할 것인가에 대한 정책으로, 의약품 급여에 대한 원칙을 정하는 것과 급여범위의 결정, 가격결정에 대한 내용이 포함된다. 셋째, 의약품 급여비용 절감에 대한 정책으로 가격 및 사용량 통제, 또는 전체 비용에 대한 통제정책 등을 포함한다. 이들 각각의 정책은 별개의 것이 아니라 서로 직·간접적으로 연계되기도 한다. 예컨대, 참조가격⁷⁾ 방식으로 의약품 가격이 결정되면 이는 가격정책이면서 동시에 환자본인 부담 정책에 연계되는 것이다.

스웨덴 의약품 급여 정책 전반에 대한 검토를 통해 우리나라에서 최근 도입된 의약품 급여정책(2006년 12월 29일 실시)과의 유사점과 차이점을 살펴보고 정책과제를 도출하는 것은 향후 의약품 급여 정책 개선에 도움이 될 것이다.

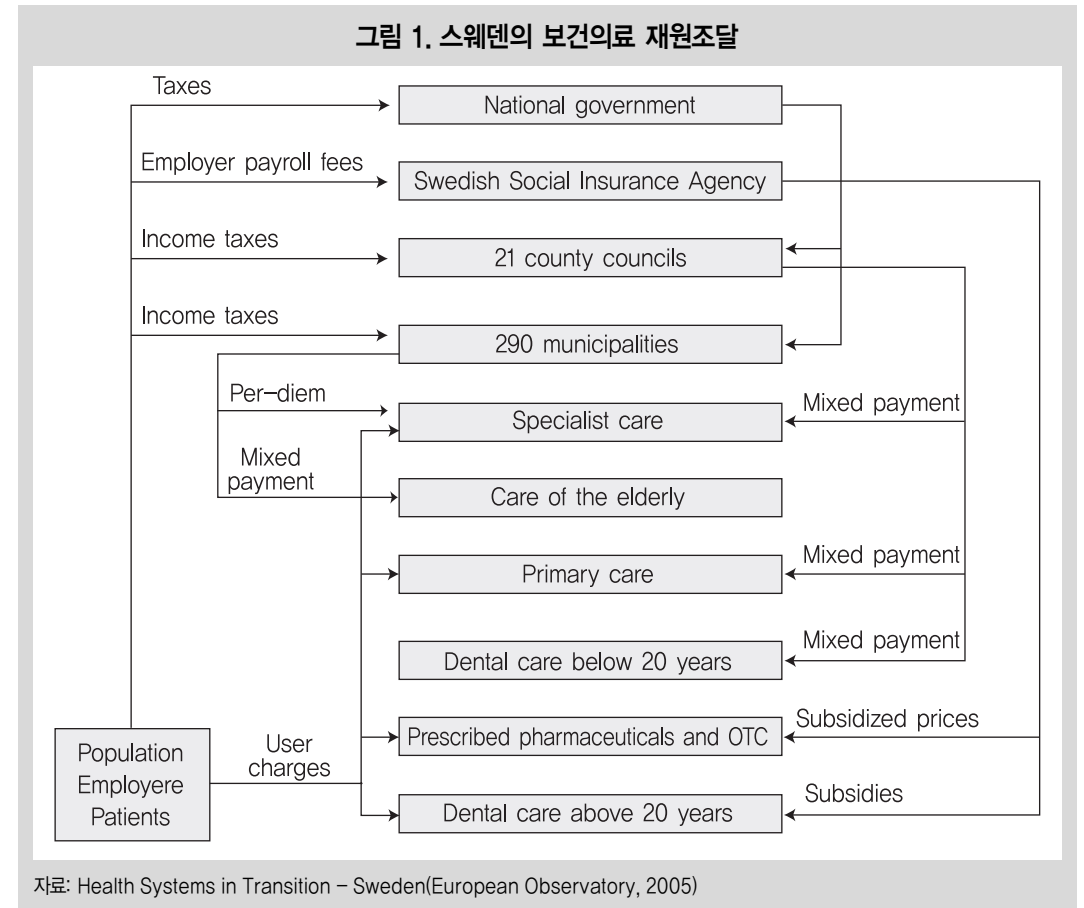
4) 실제로는 18개의 county councils, 2 regions, 1 municipal로서 regional level로 분류되지만, county council이 대부분이기 때문에 이하에서는 county council로 칭한다.

5) 이는 1992년의 ADEL reform을 통해 이루어졌다.

6) 스웨덴의 예와 같이 중앙정부와 지방정부의 자원부담 결정 또는 우리나라 경우처럼 보험재정과 국고지원에 대한 결정 등이 있을 수 있다.

7) 주로 약효군(또는 성분) 별로 급여상한선(즉, 참조가격)을 정하고, 이를 초과하는 가격의 약품을 사용하는 경우에는 그 차액을 환자가 부담하도록 하는 제도이다.

그림 1. 스웨덴의 보건의료 자원조달



자료: Health Systems in Transition – Sweden(European Observatory, 2005)

2. 스웨덴 의약품 급여 정책

스웨덴에서는 1990년대 말과 2000년 초반에 의약품에 대한 중요한 정책 변화가 있었다. 이 시기에는 보건의료 전반에 걸쳐 비용절감이 중요한 정책 목표로 설정되었고, 의약품 급여정책 개혁도 이와 맥락을 같이 한다. 구체적으로 1997~8년에는 의약품 비용의 자원조달에 대한 제도 변화가 있었고, 2002년에는 외래 처방의약품에 대한 급여결정 방식의 변화와 약제비 절감 정책에 대한 개혁이 있었다.

1) 의약품 비용에 대한 자원조달

1990년대 말의 의약품 급여정책 개혁은 크게 두 가지이다. 첫째 의약품 비용에 대한 환자본인부담 정책이 도입되었고, 둘째 의약품에 대한 공공 자원조달의 책임이 지방정부에 주어졌다.

(1) 환자본인부담 도입

1997년 외래처방약에 대한 환자본인 부담이 적용되었다⁸⁾. 900 SEK까지는 전액 본인이 부담하고 (deductible), 이를 넘는 비용에 대해서는 비용의 일부를 환자가 부담하는데 비용이 높아질수록 본인 부담률이 낮게 책정된다. 4,300 SEK를 초과하면 전액이 급여되며, 이 시스템 하에서는 연간 최대 본인 부담액이 1,800 SEK까지 될 수 있다. 한편, 가족 내에 18세 미만의 소아가 있는 경우 소아에게 처방된 의약품 비용이 성인에게 합해지며, 인슐린은 환자본인 부담 없이 무료로 제공된다.

표 1. 스웨덴의 의약품 환자본인부담

12개월 동안 누적비용	환자본인부담	12개월 동안 최대 누적 부담
≤ 900 SEK	100%	900 SEK
901 - 1700 SEK	50%	1300 SEK
1701 - 3300 SEK	25%	1700 SEK
3301 - 4300 SEK	10%	1800 SEK
≥ 4301 SEK	0%	1800 SEK

자료: Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden(OECD, 2007)

(2) 공공 자원조달 주체의 변화

1998년부터 의약품에 대한 자원조달의 책임을 county council이 지도록 하였다. 우선 중앙정부가 county council에 예산(block grant)을 배분하여 입원 의약품에 대한 재정적 책임을 지게 하였으며, 4년간의 과도기를 거쳐 2002년부터는 외래 의약품 비용에 대한 책임도 부과하였다. 현재 외래 처방약을 조제하는 약국(Apotek)은 county council로부터 급여를 받는다. 약제비에 대한 공공 지출은 2004년 기준으로 70%이며, 이는 OECD 평균(61%)보다 높다(OECD Health Data 2006). 약제비 지

8) 입원 의약품에 대해서는 본인부담이 없다.

출이 county council에 배정된 예산을 초과하는 경우는 사회보험기구(Swedish Social Insurance Agency)가 보조를 한다(그림 1 참조). 이와 같이 county council이 약제비에 대한 책임을 지는 것은 개별 의사에게 배분되는 처방예산의 개념과는 차이가 있으나, 지역별로 약제비에 대한 총액이 관리되는 것을 의미하므로 이를 통해 약제비 절감에 기여할 수 있다.

2) 의약품 급여목록제도(positive list) 도입

(1) 도입 배경

2002년 10월부터 외래 처방약에 대한 급여목록제도를 실시하였다. 이 제도를 도입한 주된 이유는 1990년대에 약제비가 급격히 증가하였기 때문이다(표 2 참조). 2002년 10월 이전에는 일부 의약품은 제외한 모든 처방약이 자동적으로 급여되는 Negative list 제도가 시행되었다. 그러나 의약품 비용 증가와 더불어 비용에 상응하는 가치를 얻고 있는지에 대한 의문이 제기되면서, 더 합리적이고 비용-효과적인 의약품 사용을 위하여 선별적으로 급여하는 제도로 변경하였다.

표 2. 스웨덴의 약제비 추이, 1993 ~ 2004

	총 약제비 (SEK)	증가율	외래 처방약		입원 처방약		OTC	
			금액 (SEK)	총 약제비 대비 비율	금액 (SEK)	총 약제비 대비 비율	금액 (SEK)	총 약제비 대비 비율
1993	14.1	12.6%	10.8	77%	2.0	14%	1.3	9%
1994	15.6	15.6%	12.2	78%	2.1	13%	1.4	9%
1995	17.4	12.7%	13.8	79%	2.1	12%	1.5	8%
1996	20.1	17.9%	16.4	82%	2.1	10%	1.6	9%
1997	18.2	-9.5%	14.4	79%	2.2	12%	1.7	8%
1998	20.8	14.3%	16.5	80%	2.6	12%	2.6	8%
1999	23.3	12.0%	18.5	79%	3.0	13%	1.8	8%
2000	23.6	7.7%	19.3	82%	n.a.	-	n.a.	-
2001	25.1	6.3%	20.6	82%	n.a.	-	n.a.	-
2002	27.3	8.8%	22.6	83%	2.6	10%	2.1	8%
2003	27.9	2.2%	22.8	82%	2.9	10%	2.2	8%
2004	28.6	2.5%	22.8	80%	3.5	12%	2.3	8%

자료: Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden(OECD, 2007)

(2) 급여 결정의 원칙

의약품 급여목록제도는 평가기준에 부합하는 의약품을 선별적으로 급여하는 것으로, 독립적인 정부기구인 의약품급여위원회(이하 LFN⁹⁾)가 이를 담당하고 있다. 의약품 급여 결정에 적용되는 세 가지 주요 원칙은 다음과 같다. 첫째, 모든 인간에 대한 평등을 강조하는 원칙(human value principle)으로, 급여결정을 할 때 성별, 인종, 나이 등에 대한 차별을 두지 않는다. 둘째, 의료적 필요와 사회연대 원칙(need and solidarity principle)으로 더 위중한 질병을 가진 사람들이 덜 위중한 질환을 가진 사람보다 급여의 우선권을 갖는다. 셋째, 비용-효과성 원칙(cost-effectiveness)으로 의약품 비용은 의학적, 인간적(humanitarian), 사회경제적 관점에서 합당해야 한다는 것이다. 급여를 결정할 때 예산에 대한 영향을 고려하도록 명시하지는 않고 있다.

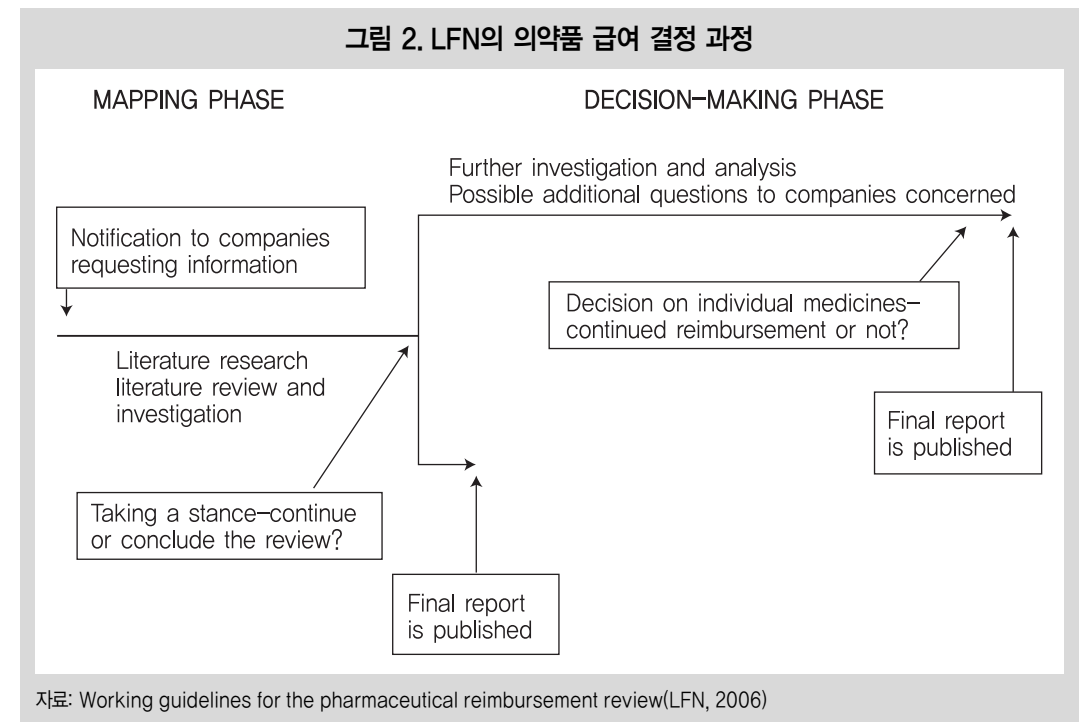
위의 급여원칙 중 비용-효과성이 가장 중요한 원칙이고, 비용과 효과성은 사회적 관점에서 판단된다. 비용은 의약품 사용과 관련된 직접비용과 간접비용 - 즉, 약품비용, 의사방문비용, 추가의 보건의료비용, 부작용으로 인한 비용 -을 포함한다. 의약품 사용으로부터 얻는 이익은 주로 건강에 대한 효과를 의미하며 기대여명 연장이나 양질의 건강수명(higher health-related quality of life)으로 나타낸다. 비용-효과성을 사회적 관점에서 판단하는 것은 의약품 사용과 관련하여 사회 전체적인 비용-효과성을 보는 것으로, 예컨대 노인환자의 경우 의약품 치료가 municipality의 장기요양 서비스를 대체할 수 있는지의 여부가 결과변수로 평가될 수 있다. 이러한 점에서 의약품 급여를 결정에 있어서 중요한 고려사항은 비용절감보다는 비용-효과성이다.

(3) 급여 결정 과정

제약회사가 의약품 급여 신청을 하면 LFN에는 프로젝트 팀이 구성되어 급여 신청 의약품에 대한 비용-효과성을 판단하기 위해 제출한 자료를 분석한다. 우선 제출한 정보가 평가를 계속하거나 결론을 내릴 수 있을 정도로 충분한 지에 대한 검토의견을 내는 단계를 mapping phase라 한다. 이 때 중요하게 보는 것은 임상자료와 비용-효과성에 대한 자료이며, 자료가 충분하고 비용-효과적이라고 판단되면 급여 여부를 결정할 수 있다. 그러나 급여 여부를 결정하기에 자료가 미흡하거나 추가적인 분석이 필요한 경우에는 더 포괄적인 검토와 분석을 거쳐 결정하며, 이를 의사결정 단계(decision-making stage)라고 한다(그림 2 참조). 프로젝트 팀의 권고(recommendation)를 포함한 모

9) 스웨덴어로 Lakemedelsformansnamnden이며, 이의 약어인 LFN을 공식명칭으로 표기하고 있다.

든 관련 정보가 LFN의 급여결정 위원회 - 위원장과 10명의 위원(제약산업측 대표는 없음) -에게 제출된다. 급여 의약품으로 결정되면 일반적으로 허가받은 적응증 전체에 대해 급여되는 것을 의미하지만 간혹 제한된 영역에 대한 사용 또는 특정 환자그룹에 대한 급여로 제한되기도 한다¹⁰⁾.



LFN은 신청을 받은 후 급여결정까지 180일의 검토기간을 갖는다. 급여가 거부된 경우에 제약회사는 행정법원(public administrative court)에 이의신청을 할 수 있다. 한편, 제도 시행 당시 급여되고 있던 기존 의약품 2,000 성분(49개 약효군)에 대한 급여 결정은 순차적으로 진행하고 있다. 2005년 2월 편두통약과 2006년 1월 제산제에 대한 검토를 마쳤고, 2007년 1월 현재 검토 진행 중인 6가지 약물은 고혈압, 천식 및 기침, 우울증, 고지혈증, 통증, 당뇨병 약이다. 제산제에 대한 평가 결과 일부 약물에 대해서는 급여가 중단되었다.

10) Levemir를 type 1 당뇨병 환자에게만 사용 가능하게 한 결정과 Crestor를 제네릭 simvastatin이 효과가 없을 때 사용 가능하도록 한 조치(즉, second-line drug으로 결정) 등의 예가 있다.

(4) 가격결정

제약회사는 LFN에 가격등록을 신청한다. 스웨덴에서는 의약품 가격규제가 없어 이론적으로는 제약회사가 원하는 가격을 자유롭게 책정할 수 있으나, 실제로는 의약품 급여시스템에 포함되기를 원한다면 그약품이 비용-효과적으로 판단할 수 있는 가격으로 제안해야 하기 때문에 사실상의(de facto) 가격 조정기능이 있는 셈이다. 입원 의약품에 대해서는 재정적 책임을 지고 있는 지방정부(county council)가 제약회사와 협상하여 가격을 정한다.

제약회사는 약품 가격을 올리거나 내리고자 할 때 LFN에 신청해야 한다. 만약 제약사가 신청한 새로운 가격이 대체가능한 의약품 그룹 내에서 가장 비싼 가격보다 낮거나 근접하는 경우, 추가의 검토 없이 가격인하와 인상을 허용한다. LFN은 월 1회 가격변경을 결정하며, 제약회사는 경쟁자가 어떤 가격을 신청했는지 알 수 없다. 제약회사 간의 경쟁을 촉진하기 위해 가격 결정과정을 단순화했으며, 제네릭 약품의 가격경쟁이 활성화된 이유는 아래에 설명할 최저가 제네릭 대체가 의무화되었기 때문이다.

3) 제네릭 대체 의무

2002년 10월 실시된 의약품 급여정책의 중요한 변화는 제네릭 대체 의무화이다. 즉, 의학적으로 동등한 의약품 간에는 제네릭 대체가 의무화되어 약국에서는 제네릭 의약품(병행 수입의약품 포함) 중 가장 값이 싼 약을 조제하도록 하였다. 의사는 의학적 이유로 제네릭 대체를 반대할 수 있으나, 실제로 이런 일은 매우 드물며, 환자는 제네릭 의약품을 거부할 수 있으나 브랜드 약품과의 차액을 부담해야 하므로 거부하는 사례는 매우 드물다.

이 제도를 시행한 후 2002~2005년 사이에 전체 의약품 가격이 평균 약 15% 떨어졌고, 특히 만료 의약품의 경우 평균 40% 인하되었고, 특히 거대품목(blockbuster)의 경우 크게 인하되었다(표 3 참조). 또한 제네릭 사용이 크게 증가하여(처방약 중 제네릭의 비중은 금액 기준으로 2001년 7%에서 2005년에는 약 15%로 증가), 제도 시행 후 누적 절감액은 약 700 mil. Euro 정도로 추정되고 있다(LFN 평가자료).

표 3. 2002년 이후 약효군별 거대 품목의 가격인하 예

성분	상품명	치료군	가격인하(%)
Simvastatin	Zocor	고지혈증	-92
Citalopram	Cipramil	우울증	-83
Omeprazole	Losec/Prilosec	궤양	-65
Sertraline	Zoloft	우울증	-62
Felodipine	Plendil	고혈압	-61

자료: The Swedish Pharmaceutical Reimbursement System – A brief overview(LFN, 2006)

3. 국내 의약품 급여정책에 대한 시사점

우리나라의 약제비 규모는 지속적으로 증가하고 있고, 건강보험 총 진료비 대비 약제비 비중은 2006년 기준으로 29.4%로 매우 높아 약제비에 대한 관리의 필요성이 제기되고 있다. 인구의 고령화와 더불어 만성질환의 부담이 커지고 약품치료에 대한 의존도가 높아지면서 약제비가 의료비를 증가시키는 주된 요인으로 주목받고 있기 때문에 이에 대한 적절한 대응이 필요할 것으로 보인다. 정부는 건강보험 약제비를 통제하기 위해 2006년 5월 약제비 적정화방안을 발표하였고, 주요 정책 수단으로서 의약품 급여정책의 변화를 제시하였으며 2006년 12월 새로운 의약품 급여제도가 시행되었다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 일부 보험급여에서 제외하는 의약품 외에는 모두 급여하는 방식이었던 기존의 negative list 제도를 선별적으로 급여하는 positive list 방식으로 바꾸었다. 이러한 급여방식의 전환은 비용-효과성이 입증된 의약품에 대해 급여함으로써 의약품에 대한 지출을 보다 합리적으로 하고자 하는 시도이다. 둘째, 급여 상한가격을 결정하는 방식의 변화이다. 이전에는 혁신적 신약, 일반신약, 제네릭 의약품에 대한 가격이 미리 결정된 공식에 의해 결정되었던 반면, 새로운 제도 하에서는 신약에 대한 가격이 보험자와 제약회사 간의 협상방식으로 바뀌었고, 특허만료 의약품에 대해서는 20%의 가격인하가 적용되었다¹¹⁾. 셋째, 의약품 가격 및 비용 통제기전으로 새롭게 추가된 것은 신약에 대해서는 제약회사가 예상판매량을 제출하여 이를 초과할 경우 가격을 떨어뜨리는 가격-수량 연동방식의 도입이다.

우리나라의 의약품 급여정책 변화는 negative list에서 positive list로 바꾼 점에서 스웨덴과 유사하다. 그러나 제도의 내용과 이 제도를 시행하는데 필요한 인프라에 있어서 차이가 있다. 또한 두 나라

11) 제네릭 의약품의 경우는 제도변화 이전에는 오리지널 의약품의 80%까지 가격을 받을 수 있었던 반면, 제도 시행 후에는 68%까지 받을 수 있다. 다만, 제네릭 의약품의 시장진입 순서에 따라 가격이 순차적으로 낮아지는 점은 전과 동일하다.

모두 약제비 증가에 대한 대책으로 이러한 정책을 시행하였으나, 스웨덴은 약제비를 통제하기 위한 추가적인 정책수단이 시행되고 있는 반면, 우리나라는 그러한 정책이 없기 때문에 약제비를 절감하는 데 기여하는 정도가 다를 것으로 보인다. 두 나라의 공통점과 차이점을 표 4에 정리하였다.

정 책		우리나라	스웨덴
Positive list 제도	시행	2006. 12	2002. 10
	주요 급여결정 기준	비용-효과성	비용-효과성
	급여결정 대상	입원, 외래 의약품 구분 없음	외래 처방약에 국한
	급여결정 주체	건강보험 심사평가원	LFN
	비용-효과성 분석을 위한 별도 기구의 지원	없음	SBU가 자료검토 지원
가격 결정	가격결정 방식		
	- 신약	- 건보공단과 제약회사의 협상	가격규제 없음 (LFN에 신청)
	- 특허만료 의약품	- 20% 가격 인하	
- 제네릭 의약품	- 정해진 공식에 의한 결정		
약제비 절감	약제비 절감을 위한 추가 정책	가격-수량 연동(신약에 국한)	최저가 제네릭 대체 의무 (자율적인 가격경쟁 유도)
	약제비 예산 관리	없음	county council의 책임

스웨덴과 우리나라의 비교를 통해 앞으로 우리나라의 positive list 제도를 성공적으로 정착시키고 약제비 절감에 기여하기 위한 몇 가지 과제를 도출할 수 있다. 우선, 제도 운영을 위한 인프라 구축이 필요하다. 스웨덴의 경우 비용-효과성 분석과 검토를 위한 별도의 기구의 지원을 받기 때문에 제도 운영에 무리가 없으나 우리나라는 이 분야의 전문가가 부족하고 심사평가원에 대한 지원체계가 없기 때문에 상당한 어려움이 있을 것으로 보인다.

둘째, 가격결정과 관련하여 우리나라는 가격경쟁이 일어날 기전이 없다. 물론 보험자의 협상력에 따라 오리지널 의약품의 가격이 합리적인 수준에서 결정되면 이후 특허가 만료된 후 가격인하와 제네릭 가격이 이와 연계되어 책정되기 때문에 제도 시행 이전에 비해 가격이 인하되는 효과는 기대할 수 있을 것이다. 그러나 스웨덴의 예와 같이 특허만료 의약품의 가격이 40% 이상 인하되고 제네릭 의약품 간의 경쟁도 활성화되기를 기대하기는 어려울 것이다. 스웨덴은 최저 가격의 제네릭 대체 의무를 통해 이러한 효과를 얻었다는 점에서 우리나라에도 가격경쟁 도입과 가격규제에 대한 효과를 비교하여 장기적으로 어떤 정책이 필요한지 검토되어야 할 것이다.

셋째, positive list 제도 자체로는 약제비 절감에 기여하는 바가 크지 않을 것으로 판단되며, 약제비 절감을 위해서는 추가적인 정책이 필요할 것이다. 앞서 언급한 바와 같이 스웨덴의 최저 가격 제네릭 대체 의무는 가격경쟁을 유도하여 전반적인 가격인하로 이어졌고, 오리지널 의약품 대신 제네릭의 사용이 크게 증가하여 전체 약제비가 절감되었다. 스웨덴과 같이 최저가격 제네릭 대체가 무리라면 제네릭 대체를 활성화하는 정책을 실시하더라도 상당한 효과를 기대할 수 있을 것이다.

넷째, 약제비 절감을 위해서는 약제비에 대한 재정적 책임을 부과하는 기전이 필요하다. 우리나라의 약제비 증가는 주로 사용량 증가로 인한 것이기 때문에¹²⁾ 사용량에 대한 규제 정책을 실시하거나 약제비 전체에 대한 관리 없이 약제비절감을 기대하기는 어려울 것이다. 스웨덴은 약제비에 대한 책임 소재를 분명히 하여 비용 절감에 대한 유인을 주고 있어 향후 국내 정책에 참고할 필요가 있을 것이다¹³⁾.

다섯째, positive list 제도로 전환함으로써 중요한 고려사항은 기존에 보험급여 대상이었던 의약품에 대한 정리이다. 스웨덴의 2,000 성분에 비해 우리나라는 5,431 성분(2006년 1월 기준)으로 그 수가 매우 많기 때문에 정리하는 작업에 어려움이 많을 것으로 예상된다. 스웨덴은 제도 시행 후 4년 동안 49개 약효군 중 2개의 약효군에 대한 정리를 한 반면, 우리나라는 제도시행 후 5년에 걸쳐 기존 급여의약품 정리를 하겠다고 발표하여 차이를 보이고 있다.

요약하면, 스웨덴의 의약품 급여정책 변화는 우리나라와 유사한 형태이나 내용적으로 차이를 보이고 있다. 스웨덴과 같은 성공적인 결과를 기대하려면 제도 운영을 위한 인프라가 보완되어야 하고, 약제비 적정화방안의 목표로 제시된 약제비 절감에 기여하려면 추가적인 정책 보완이 필요할 것이다. 보건복지

12) 허순임 등 (2006). 합리적 약제비 지출방안 연구. 국민건강보험공단.
 13) 스웨덴은 의료공급자(병원, 일차의료, 약국) 대부분이 국가 소유이고 의료전문가들이 월급을 받기 때문에 스스로 수입을 늘리려는 유인이 거의 없다는 점에서 우리나라와 많은 차이가 있다. 또한, 우리나라는 진료비 지불방식이 행위별보상방식인데 반해 스웨덴은 일부 행위보상방식이 포함되어 있으나 큰 틀에서는 총액제의 개념으로 관리되기 때문에 차이가 있다.