

노인의 만성질환치료제 비용부담

Out-of-pocket expenditure for medicines in elderly persons

박은자 한국보건사회연구원 선임연구원

20세기 나타난 비약적인 평균수명 증가는 보건학적 관점에서 매우 바람직한 현상이나, 수명 연장에 수반되는 인구 노령화는 우리 사회에 또 다른 도전을 안겨주고 있다. 향후 노인 인구 증가는 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 유병률을 상승시키고, 만성적인 의약품 사용 또한 늘어날 것이다. 연금 등 고정적인 소득이 없는 노인의 경우 만성질환의약품 비용이 부담되어 처방의약품을 복용하지 않거나, 적절히 복용하지 않을 가능성이 크다.

45세 이상 중고령인구 중 약 7%가 1년간 처방약본인부담금으로 100만원 이상 지불한 것으로 나타났으며, 가구소득이 높은 사람들보다 낮은 사람들이 100만원 이상 지불한 경우가 많아 만성질환의약품의 비용부담이 높은 계층이 존재함을 시사하고 있다. 부적절한 의약품 사용은 입원, 합병증의 원인이 되어 추가적인 비용을 발생시킬 뿐만 아니라, 환자의 삶의 질을 저하시키므로, 취약계층에 대해 적절한 의약품 사용을 보장할 수 있는 의약품비용 지원 등 다양한 정책들이 개발되어야 할 것으로 생각된다.

1. 들어가며

의료기술의 발달과 영양 등 생활수준 향상은 건강수준을 향상시키고 평균수명을 연장시키는 성과를 나타냈다. 수명 연장은 보건학적 관점에서 매우 바람직한 현상이나, 수명 연장에 수반되는 인구의 노령화는 우리 사회에 또 다른 도전을 안겨주고 있다. 모든 노인이 질병을 앓는 것은 아니지만, 노인인구의 만성질환 발생빈도가 높기 때문에 노인 인구의 증가는 만성질환의 증가를 의미한다. 고혈압, 당뇨병 등 만성질환은 주로 의약품 사용을 통해 관리되므로, 만성적인 의약품 사용 또한 고령화사회에서 상당히 증가할 것으로 예상된다.

그간 의약품비용 증가에 대한 우려가 지속적으로 제기되어 왔으며 정부에서는 포터티브 리스트 도입, 사용량-가격 연동 등 다양한 의약품 정책들을 제시·실시해 왔다. 이러한 의약품 정책들이 거시적으로 약제비 절감에 어떻게 영향을 미치는가에 대해 다수의 연구가 수행되었으나, 미시적인 차원에서 개인 및 가구의 의약품 비용 부담, 의약품정책이 의약품 사용 및 비용에 미치는 영향 등에 대한 연구는 부족한 편인 것으로 보인다.

우리나라에서는 건강보험에서 급여되는 의약품의 경우 본인부담금을, 건강보험에서 급여되지 않는 의약품의 경우 전액을 본인이 비용을 부담한다. 의약품 사용에 대한 본인부담금은 건

강보험의 법정본인부담금과 급여목록에 등재되지 않은 비급여의약품 금액 등으로 구성된다 고 할 수 있다. 본인이 앓고 있는 질환의 종류, 동반질환수, 처방되는 의약품의 종류 및 양에 따라 본인부담금이 차이가 나게 된다.

소득이 낮은 사람들의 경우 의약품 비용이 부담되어, 적절한 의약품 사용의 장애가 될 수 있는데, 노인의 경우 월급과 같은 고정적인 소득은 감소하는 데 비해, 만성질환의 증가로 만성적으로 사용하는 의약품은 많아지게 되므로, 의약품 비용이 부담이 될 가능성이 크다. 특히 고혈압, 당뇨병과 같은 일부 질환의 경우 대부분이 질병 조절을 위해 평생동안 의약품을 지속적으로 복용하게 되므로, 고정적인 비용 지출이 누적적으로 나타나게 된다.

과도한 의약품 비용은 의약품을 처방받고도 복용하지 않는 불순응(non-compliance)의 원인이 될 수 있다. 2008년 한국의료패널 상반기 조사에서 고혈압을 진단받았으나 처방약을 복용하지 않은 환자 중 8%가, 당뇨병을 진단받았으나 처방약을 복용하지 않은 환자 중 5%가 약값이 부담스러워 의약품을 복용하지 않은 것으로 나타났다.¹⁾

이 글에서는 중·노년층을 대상으로 한 전국 조사자료 분석을 통해 노인의 만성질환 처방의약품 비용부담을 분석하고, 국내 현황 및 외국의 관련 정책을 살펴봄으로써 향후 고령화사회에서 나타날 수 있는 의약품 사용의 문제점과 정책 대응을 간략히 논의하고자 한다.

2. 노인의 만성질환 처방의약품 비용 부담: 2006년 고령화연구패널 결과

고령화연구패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing, KLoSA)는 45세 이상 중고령자를 대상으로 하는 패널조사로, 중고령자의 경제 및 사회활동, 건강상태, 의료이용 등을 2006년부터 2년 간격으로 조사하고 있다. 이 글에서는 2006년 1차 조사에 참여한 의료급여를 제외한 국민건강보험에 가입되어 있는 9,589명을 대상으로 분석을 실시하였다.

지난 1년 중에 정기적으로 처방되는 의약품을 복용하는 사람은 남자의 경우 45~64세가 25.0%, 65~74세가 50.7%, 75세 이상이 56.7%였으며, 여자의 경우 45~64세가 31.0%, 65~74세가 60.4%, 75세 이상이 59.8%로 남녀 모두 노인의 경우 반수 이상이 정기적으로 처방약을 복용하고 있었다(그림 1).

이들이 지난 1년 중에 정기적으로 먹어야 하는 처방약값으로 직접 지불한 비용은 10~49만원이 남자 58.37%, 여자 55.21%로 가장 많았고 50~99만원이 남자 12.45%, 여자 11.22%, 100만원 이상이 남자 7.44%, 여자 7.71%였다. 민간 의료보험에서 지불한 약값이나 자녀 및 부모 등 다른 친인척이 지불한 비용은 제외되었으므로, 실제 본인부담금(out-of-pocket expenditure)은 더 많을 것으로 생각된다.(표 1)

<표 2>는 연령별 지난 1년간 정기적인 처방약 본인부담금을 나타낸 것이다. 남자는 중년층

1) 정영호, 고숙자, 이은영 등(2009). 2008년 한국의료패널 기초분석보고서 (1). 한국보건사회연구원·국민건강보험공단. pp. 79~89.

그림 1. 연령별 정기적인 처방약 복용

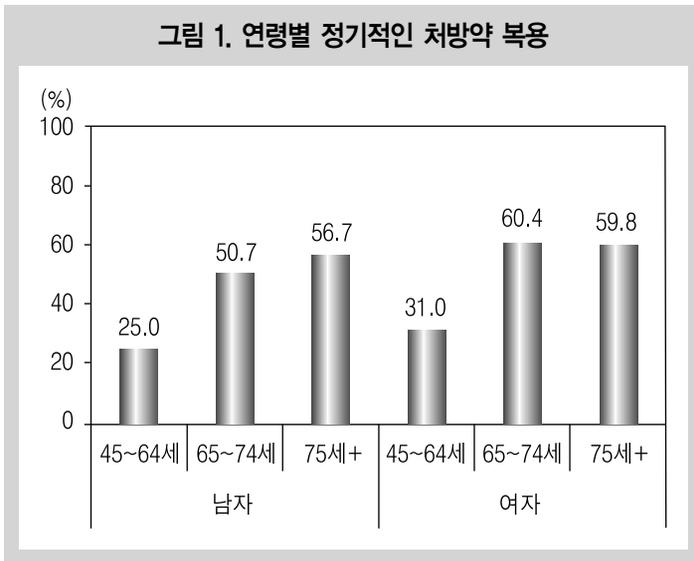


표 1. 지난 1년간 정기적인 처방약 본인부담금¹⁾ 현황

(단위: %)

구분	남자	여자
없음	8.35	10.62
1~9만원	13.38	15.25
10~49만원	58.37	55.21
50~99만원	12.45	11.22
100만원 이상	7.44	7.71

주: 1) 민간의료보험에서 지불한 약값, 자녀 및 부모 등 다른 친인척이 지불한 비용은 제외되었음.

보다 65~74세 노년층이, 65~74세 노년층보다 75세 이상 노년층의 정기적인 처방약 본인부담금이 많아지는 것으로 나타났다. 여자는 65~74세 노년층의 정기적인 처방약 본인부담금이 많았으며, 75세 이상 노년층, 45~64세 중년층의 순이었다. 75세 이상 남자, 65~74세 여자는 약 10%가 100만원 이상을 지난 1년간 처방약 본인부담금으로 지출한 것으로 나타났다. 또한 건

강수준이 좋거나 보통인 경우보다 나쁜 경우가 남자, 여자 모두에서 정기적인 처방약 본인 부담금이 더 많았다.(표 3)

가구소득별 지난 1년간 정기적인 처방약에 지불한 본인부담금을 보면, 남자의 경우 가구소득이 높은 경우는 3.47%, 가구소득이 중간인 경우는 7.85%, 가구소득이 낮은 경우는 10.85%가 처방약 본인부담금으로 100만원 이상 지불하여, 소득이 낮으나 처방약비용 본인부담이 높은 계층이 존재함을 보여주고 있다. 여자는 가구 소득이 높은 경우의 6.32%, 가구소득이 중간인 경우의 9.07%, 가구소득이 낮은 경우의 7.5%가 100만원 이상을 처방약 본인부담금으로 지불하여

남자와 마찬가지로 가구소득과 처방약 본인부담금이 비례하지 않는다는 것을 나타내고 있다.

3. 국내 현황

우리나라의 의약품사용에 대한 본인부담금 산정은 정률제로, 기본적으로 전체 약제비에 대

표 2. 연령별 지난 1년간 정기적인 처방약 본인부담금

(단위: %)

구분	남자			여자		
	45~64세	65~74세	75세+	45~64세	65~74세	75세+
없음	6.37	9	17.39	4.59	12.18	27.12
1~9만원	13.8	13.16	11.68	17.62	13.22	11.26
10~49만원	61.68	55.73	47.06	59.13	52.48	47.47
50~99만원	11.63	13.62	13.98	11.31	12.66	8.38
100만원 이상	6.51	8.49	9.89	7.35	9.47	5.77

표 3. 주관적 건강수준별 지난 1년간 정기적인 처방약 본인부담금

(단위: %)

구분	남자		여자	
	좋음 또는 보통 ¹⁾	나쁨 ²⁾	좋음 또는 보통 ¹⁾	나쁨 ²⁾
없음	6.27	11.77	8.72	12.22
1~9만원	15.72	9.54	19.93	11.28
10~49만원	65.41	46.83	59.32	51.72
50~99만원	9.22	17.76	8.07	13.89
100만원 이상	3.38	14.11	3.96	10.9

주: 1) '본인의 건강상태에 대해 어떻게 생각하십니까?'에 대한 질문에 '매우 좋음', '좋은 편', '보통'으로 응답
 2) '본인의 건강상태에 대해 어떻게 생각하십니까?'에 대한 질문에 '나쁜 편', '매우 나쁨'으로 응답

표 4. 가구소득별 지난 1년간 정기적인 처방약 본인부담금

(단위: %)

구분	남자			여자		
	상	중	하	상	중	하
없음	8.31	9.07	7.75	12.69	9.87	9.9
1~9만원	13.12	12.74	14.22	16.77	16.81	13.02
10~49만원	61.94	59.1	54.31	56.58	52.98	56.12
50~99만원	13.16	11.25	12.88	7.64	11.27	13.45
100만원 이상	3.47	7.85	10.85	6.32	9.07	7.5

해 외래는 30%, 입원은 20%를 본인부담한다. 약국 및 한국희귀의약품센터를 이용하여 처방전에 의해 의약품의 조제받는 경우 1만원을 초과할 경우 요양급여비용총액의 30%가, 1만원 이하인 경우는 65세 이상은 1,200원이, 65세 미만은 30%가 본인부담액이 된다²⁾ 6세 미만 어린이는 입원은 10%를, 외래는 건강보험이 적용되는 진료비 본인부담률의 70%를 본인부담한다.³⁾ 약국에서 처방전을 조제할 경우 비용의 21%가 본인부담금이 된다.

중증질환자와 희귀난치성질환자는 본인부담금이 경감된다.⁴⁾ 중증질환자(암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자)는 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 10%(등록 암환자는 5%)를 본인이 부담하며, 만성신부전증 등 희귀난치성질환자는 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료를 포함)시 요양급여비용총액의 10%를 본인이 부담한다.

또한 본인부담상한액이 제한되어 있는데, 건강보험 지역가입자는 세대별 보험료 부담수준에 따라, 직장가입자는 개인별 보험료 부담수준에 따라 요양급여비용 중 가입자 또는 피양양자 본인이 부담하는 금액의 상한액이 차등화되어 있다.

따라서 처방의약품비용의 본인부담금은 연령에 따라, 질병에 따라, 비용 총액에 따라 차등화되어 있다고 할 수 있으나, 65세 이상 노인의 경우 약국에서 조제하는 처방의약품 비용이 1

만원 이하인 경우에만 본인부담금이 1,200원으로 경감되고, 1만원을 초과하는 경우는 64세 이하 성인과 동일한 비율로 본인부담금을 지불한다. 또한, 본인부담금 차등화는 기본적으로 건강보험에서 급여되는 비용에 대해 적용되므로, 비급여 본인부담금에는 적용이 되지 않는 제한점이 있다.

국내에서 실시되고 있는 의약품비용 지원 프로그램으로는 ‘65세 이상 노인환자 약제비 지원사업’과 ‘치매 치료약제비 지원사업’이 있다. ‘65세 이상 노인환자 약제비 지원사업’은 보건소를 무료로 이용해 온 65세 이상 노인들이 의약분업 실시 이후 처방전에 의해 원외약국에서 약을 조제할 경우 발생하는 1,200원의 본인부담금을 지원하는 것으로, 조제비용이 1만원을 초과하지 않는 경우가 대상이 된다. 정부는 2010년 4월 치매종합관리대책의 하나로 ‘치매 치료약제비 지원사업’을 실시하였다. 전국 가구 평균 소득 50% 이하의 60세 이상 치매환자가 대상으로 월 3만원 한도로 치매치료약제비를 지원한다.

4. 외국의 관련 정책

주요 외국에서는 노인 등 취약인구의 의약품 사용을 향상시키기 위해 여러 정책들을 사용해 왔으며, 이중 노인의 만성질환치료제 비용 부담을 줄이기 위해 활용가능한 정책들을 소개하면

2) 국민건강보험법 시행규칙 별표 4

3) 국민건강보험법 시행령(개정 2010.11.15. 대통령령 제22493호) 별표 2

4) 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(2009.11.25 고시 제2009-208호)

다음과 같다.

1) 의약품지원프로그램(Medication Assistance Program, MAP)

제약회사에서는 사회공헌활동의 일환으로 경제적으로 의약품 구입이 어려운 환자들에게 의약품을 무료로 제공하거나 할인된 가격으로 제공하는 의약품지원프로그램을 운영한다. 미국에서 노인인 대해 의약품급여를 제공하는 Medicare Part D 프로그램이 실시되기 전 의약품 급여를 커버하는 민간보험 등에 가입되어 있지 않은 환자를 대상으로 활발하게 의약품지원 프로그램이 실시되었다. 1999년 상위 200개 처방의약품 중 약 53%가 가난한 환자들에 대한 지원프로그램을 제공하고 있었으며, 2004년 2,200만장의 처방전이 이 프로그램을 통해 무료로 조제되었다. 이들 프로그램은 의약품 보험 급여가 제한되고 소득 및 자산이 적은 사람들을 대상으로 한다.

예를 들어, '하트포드병원(Hartford Hospital)' 약제부에서는 하트포드병원 외래클리닉의 보험이 없는 환자들을 위해 의약품을 무료로 제공하는 의약품지원프로그램을 실시하였다. 이 프로그램은 코네티컷주립대학 약학과와 협력하여 2002년 8월 시작되었다. 약국의 리서치 펠로우가 운영을 담당하며 성인일차진료클리닉을 방문하는 외래환자를 대상으로 1주일에 1회 3시간동안 의약품지원에 대한 프로그램을 진행한다. 환자는 외래 사회서비스부를 통해 의뢰되며 환자의 인구학적 특성, 의약품 정보, 재정 및 보험정보를 인터뷰한 후 약국의 리서치 펠로우

가 서류를 작성하고 환자가 의약품 제조업소로 의약품지원프로그램 신청서를 제출하는 것을 돕는다. 고혈압, 당뇨병, 천식과 같은 만성질환에 대한 의약품만 해당이 되며 환자의 현재 및 미래 의약품 수요를 논의하고 신청서의 해당 부분을 작성하기 위해 의사에게 자문을 받는다. 제약회사에서 의약품 지원프로그램을 승인하고 선적하는데 4~6주가 소요되기 때문에, 적합하다고 인정되는 환자들은 병원의 외래약국에서 신청한 의약품을 미리 받을 수 있다. 환자들은 분기마다 적합성, 새롭게 처방된 약물과 대상이 되는 약물 확인, 갱신 신청서 작성과 재정 자료 업데이트를 위해 병원을 방문해야 한다.

의약품지원프로그램은 제약회사의 사회공헌활동의 하나로 환자의 건강에 긍정적으로 작용하며 병원의 의약품 비용을 줄이는 역할을 하는 것으로 보고되었다. 그러나, 한편으로는 처방의약품의 지불가능성에 대한 관심을 줄이고 새로운 고가의약품의 사용을 조장하는 마케팅 도구로 사용된다는 지적이 제기되기도 하였다. 우리나라에서는 일부 희귀질환에 사용되는 의약품에 대해 건강보험 적용 이전에 의약품을 무료로 지원하는 의약품지원프로그램이 실시된 바 있다.

2) 의약품 비용 보조

미국 연방정부와 주정부에서는 노인 등 취약계층을 대상으로 의약품 비용을 보조하는 프로그램을 운영하고 있다.⁵⁾ 이러한 의약품 비용 보조가 필요한 이유는 기본적으로 미국에 전국민을 커버하는 건강보험이 없기 때문인 점이는

하나, 65세 이상을 대상으로 연방정부에서 운영하는 메디케어처럼, 개인이 의약품 급여보험을 가지고 있어도, 소득 대비 본인부담금이 과도할 경우 개인이 지불하기 어렵기 때문이다.

미국 주정부는 의약품비용보조프로그램과 처방의약품 할인제도(prescription drug discount)를 운영하고 있다. 1975년에 주정부의 의약품 비용보조가 시작되었으며 2010년 현재 32개 주에서 SPAP(state pharmaceutical assistance program)라고 하는 주기금을 사용한 직접적인 보조를 제공한다. 예를 들어, 델라웨어주 처방약 지원프로그램(Delaware Prescription Drug Assistance Program)은 델라웨어주에 거주하는 65세 이상 노인과 사회보장장애급여자를 대상으로 하는 프로그램으로 연간소득이 연방 빈곤선 200% 이하, 1인당 20,800달러 이하여야 한다. 처방약 비용이 소득의 400%를 초과하는 경우에는 연방 빈곤선 200%를 초과하여도 혜택을 받을 수 있다. 이 프로그램은 보험료, 공제액, 메디케어 파트 D 커버리지 갭⁶⁾에 해당되는 의약품 구입액을 제공한다. 환자는 5달러 또는 각 처방비용의 25%를 부담해야 한다. 연간 처방의약품비용이 5,000달러인 사람은 보험료 370달러, 연간 공제액 250달러, 커버리지 갭에 대해 최대 1,880달러, 총 2,500달러까지 주기금에서 지원받을 수 있다. 2007년 7월 현재 7,368명이 이 프로그램에 등록하였으며, 95%가 메디케어 대상자였다.

의약품 할인프로그램은 1999년에 시작되었

고, 2010년 현재 27개 주가 의약품 할인을 실시하고 있다. 의약품 할인프로그램은 ‘의약품구입클럽(Rx Buying Clubs)’, ‘할인카드(Discount Card)’라고 불린다. 할인프로그램은 의약품 비용을 지출할 때 연방정부 또는 주정부의 기금을 사용하지 않고, 유사한 연방정부 프로그램이 없으며, 할인 플랜에 영향을 주는 연방정부의 규제가 없다는 점에서 SPAP와 다르다. 주정부는 주정부의 대량 구매력을 사용하여 다양한 브랜드 처방의약품과 제네릭 처방의약품에 대해 할인을 협상하게 되는데, 가격 협상은 계약을 맺은 PBM(Pharmaceutical Benefit Manager)에서 진행한다. 소비자는 약국에서 할인된 가격으로 의약품을 구입하게 된다. 플로리다주의 경우 ‘플로리다 의약품할인카드 프로그램(Florida Discount Drug Card)’를 운영하며, 60세 이상 노인, 또는 60세 미만으로 가구소득이 연방빈곤선 300% 이하인 주민으로 의약품을 급여하는 보험이 없는 사람들을 대상으로 한다. 이 프로그램에 등록된 사람들은 처방의약품을 5~40% 싸게 구입할 수 있다.

미국 연방정부에서도 메디케어 처방의약품 할인카드 프로그램(Medicare discount card program)을 2004년 6월 1일 시작하였다. 이 프로그램은 연방정부가 메디케어 수급자의 처방 의약품 비용을 돕는 것으로 메디케이드(Medicaid)나 다른 처방의약품 급여 프로그램의 대상이 아니며 소득이 빈곤선 135% 이하인 사람들에게 연간 600달러를 보조한다. 메디케어

5) 주정부에서 운영하는 일부 프로그램은 해당 주에 거주하는 모든 사람들을 대상으로 한다.

6) 처방의약품 비용이 2,510달러를 초과할 경우 5,300달러가 될 때까지 환자가 의약품비용을 전액 부담하여야 한다. ‘donut-hole’이라고도 한다.

처방의약품 할인카드 프로그램 실시 직후 약 5,800만명 메디케어 수급자가 등록하였는데, 이는 대부분의 대상자가 주정부의 의약품지원프로그램(SPAP)의 멤버쉽, 메디케어 관리의료조직에 자동등록되거나 자동으로 카드를 받기 때문이다. 자동등록제도는 저소득자의 제도에 대한 접근성을 높인 것으로 평가받고 있다. 전체적으로 19~21%의 처방의약품 비용이 할인되는 것으로 보고되었다.

3) 소득기반 의약품급여제도

미국, 유럽의 주요 국가들에서는 연령에 따라 의약품비용을 차등 급여하며, 노인에 대한 의약품 프로그램을 운영하거나 노인에게는 본인부담금을 낮추려는 노력을 실시해왔다. 최근 베이비부머 세대들이 노인인구에 진입하면서 나타나는 재정압박과 연령기반 의약품급여제도가 연령에 따른 불형평을 초래한다는 지적이 제기되면서 연령기반 의약품급여제도를 소득기반 의약품급여제도로 변경하자는 논의가 제기되었다.

2003년 5월 캐나다 브리티시콜롬비아주는 연령에 따라서 의약품비용을 보조하는 연령기반 의약품 프로그램을 가구소득에 따라 보조금을 지급하는 소득기반 의약품 프로그램으로 전환하였다. Hanley 등(2008)은 이러한 의약품 프로그램 전환 효과를 분석한 결과, 소득기반 의약품 프로그램으로 전환 후 소득이 높은 노인그룹이 의약품비용 재원조달에 기여하는 정도가

늘어나, 역진성을 줄인다고 보고하였다.

캐나다 마니토바주(Manitoba)주는 1996년 4월 의약품급여프로그램으로 소득기반 공제제도를 도입하였다. 이는 연소득이 \$1,500 이하인 가족은 소득의 2%를 본인부담 상한선으로 하고, 소득이 더 높은 가족은 소득의 3%를 본인부담 상한선으로 하는 것이다. 이 상한선을 초과하는 처방의약품비용은 지방정부가 모두 부담한다. 이전까지 마니토바주(Manitoba) 약물급여 프로그램인 Pharmacare는 연간 가족당 \$237 공제액(deductible)과 \$237 이상의 처방비용에 대해 40% 본인부담금(copayment)을 부과하였다.

소득이 낮은 사람들의 경우 소득이 높은 사람들보다 의약품 사용으로 인한 경제적 부담이 더 큰데 비해, 낮은 건강수준으로 인해 의약품 사용의 필요성은 더 크다고 할 수 있다. 따라서 소득을 고려한 의약품 급여제도는 의약품 접근에 대한 계층간 형평성을 높이는 장점이 있다. 그러나 제도의 세부적인 내용에 따라 약물 사용을 저해할 수도 있는데, 앞에서 제시한 캐나다 마니토바주의 소득기반 공제제도 도입 후 고소득층 천식아동의 코르티코스테로이드 흡입제 처방이 감소된데 비해, 저소득층의 사용은 증가되지 않은 것으로 나타났다.⁷⁾

5. 나오며

우리나라는 베이비부머가 노년기에 들어섬

7) Kozyrskyj AL, Mustard CA, Cheang MS, Simons F. Income-based drug benefit policy: impact on receipt of inhaled corticosteroid prescriptions by Manitoba children with asthma. *CMAJ* 2001;165:897~902.

에 따라 향후 노인인구가 상당히 증가할 것이며, 평균수명이 늘어나고 의료기술이 발달하면서 노인의 의약품 사용 및 그에 따른 비용 또한 향후 증가할 것으로 예측된다. 국민연금제도가 존재하나, 노인들에게 충분한 소득을 보장하기에는 부족하며, 핵가족화 및 사회인식 변화는 그동안 당연시되어왔던 노인부양을 통한 소득의 사적이전이 앞으로는 현재와 같은 형태로 지속될 수 있는가에 대해 의구심을 갖게 한다.

2006년 고령화연구패널 분석결과 정기적인 처방약의 본인부담액이 100만원 이상인 경우가 중년층보다 노년층에서 뚜렷이 많았다. 또한 75세 이상 노년층의 본인부담금이 65~74세 노년층의 본인부담금보다 많았고, 본인부담금이 소득 역진적인 것으로 나타났다. 이는 향후 평균수명이 늘어날 경우 의약품 사용에 대한 부담이 더 커지며, 저소득층 노인의 경우 만성적인 의약품 복용으로 인한 비용부담이 존재한다는 것을 보여준다. 외국의 연구에 따르면 과도한 의약품 비용 부담은 처방전 조제 포기, 약물복용량 및 횟수 감소로 이어질 뿐만 아니라 식료품 비용 등 필수적인 지출의 감소로 이어진다고 한다. 현재 국민건강보험에서는 다각적으로 본인부담금을 차등화하고 있고 일부 약제비 지원 프로그램이 시작되고 있으나, 노인의 약제비 부담을 충분히 낮추기에는 부족한 측면이 있다.

의약품을 사용하는 목적은 질병을 치료·예

방하며 증상을 완화하여 환자의 삶의 질을 높이는 것이다. 따라서 비용부담으로 인한 의약품의 부적절한 사용은 질환 악화로 인한 입원 및 응급실 방문으로 이어져 의료비용을 증가시킬 뿐만 아니라 환자의 삶의 질을 악화시킬 수 있다. 예를 들어, 혈당강하제를 적절히 사용하지 않을 경우 혈당조절이 어려울 수 있는데, 혈당이 적정수준으로 유지되지 않은 환자의 경우 혈당이 조절된 환자보다 입원율이 높고 입원비용 또한 많은 것으로 보고되었다. 즉 과도한 본인부담 의약품비용은 의약품의 부적절한 사용으로 이어져 개인뿐만 아니라, 입원 등 추가적인 의료비를 발생시켜 사회적인 의료비 증가의 원인이 될 수 있다.

Gemmill 등(2008)은 형평을 해치지 않고 효과를 높일 수 있는 처방의약품 급여방법으로 환자가 제네릭 또는 비용-효과적인 의약품과 같이 더 싼 의약품을 선택하도록 하는 것과 가난한 사람들과 처방약 사용이 많은 사람들을 보호하는 정책을 도입하는 것, 두가지를 제시하였다.⁸⁾ 이 글에서 소개한 외국의 정책들은 후자 중 일부에 해당하는 것이다. 따라서 장기적인 관점에서 소득이 낮은 노인의 적절한 의약품 사용을 보장할 수 있는 다양한 정책들을 검토·실시하고, 노인의 약물사용 및 비용부담을 지속적으로 모니터링하는 것이 필요할 것으로 보인다. 본문

8) Gemmill M, Thomson S, Mossialos E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *International Journal for Equity in Health* 2008;7:12.