

정책보고서 96-08, 700부, 92페이지

藥局醫療保險의 當面課題와  
政策方向

洪 程 基  
李 儀 卿  
張 善 美

韓 國 保 健 社 會 研 究 院

## 目 次

I. 序 論 .....	9
II. 藥局醫療保險制度의 概觀 .....	15
1. 藥局醫療保險의 背景 .....	15
2. 藥局醫療保險의 主要內容 .....	18
III. 藥局醫療保險 給與現況 .....	30
1. 藥局醫療保險 療養機關 參與現況 .....	30
2. 藥局醫療保險 給與實績 .....	33
3. 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整現況 .....	45
IV. 藥局醫療保險制度의 未活性要因 分析 .....	48
1. 分析의 基本틀 .....	48
2. 消費者의 서비스 利用 關聯要因 .....	52
3. 藥局·藥師의 서비스 提供 關聯要因 .....	63
V. 藥局醫療保險에 대한 政策方向 .....	79
1. 對國民 弘報의 活性化 .....	79
2. 非保險 醫藥品 竝用調劑의 縮小 .....	80
3. 受診者 照會 擴大에 의한 事後管理 強化 .....	82
4. 請求 및 審査業務의 電算化 .....	83
5. 地域 保健醫療센터로서의 藥局 役割 強化 .....	84
VI. 結 論 .....	86
參考文獻 .....	90

## 表 目 次

〈表 II- 1〉 醫療保險 適用對象 醫藥品 登載 現況 (1996年 8月 基準) .....	19
〈表 II- 2〉 藥局醫療保險 給與對象 症狀 分類 .....	21
〈表 II- 3〉 藥局醫療保險 改定內容 要約 .....	23
〈表 II- 4〉 藥局醫療保險의 本人負擔 現況 .....	23
〈表 II- 5〉 本人負擔率의 變化 .....	24
〈表 II- 6〉 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整 類型別 內譯 .....	29
〈表 III- 1〉 年度別 藥局醫療保險 指定 및 請求現況(月平均) .....	30
〈表 III- 2〉 市道別 藥局의 醫療保險 參與現況(1995) .....	31
〈表 III- 3〉 市·道別 藥局의 醫療保險 給與實績(1995) .....	32
〈表 III- 4〉 年度別 藥局醫療保險 給與支給現況 .....	33
〈表 III- 5〉 調劑形態別 藥局醫療保險 給與實績 .....	35
〈表 III- 6〉 全體 醫療保險 給與實績 中 藥局醫療保險의 給與 現況 .....	37
〈表 III- 7〉 定額·定率別, 調劑形態에 따른 藥局醫療保險 給與實績 .....	38
〈表 III- 8〉 調劑形態에 따른 市道別 藥局醫療保險 給與實績(1995) .....	40
〈表 III- 9〉 保險者種別 藥局醫療保險 給與實績(1995) .....	41
〈表 III-10〉 年齡別·性別 藥局醫療保險 給與實績(1995) .....	42
〈表 III-11〉 直接·處方調劑區分에 따른 多發生症狀別 藥局醫療保險 給與實績(1995) .....	44

〈表 III-12〉	年度別 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整實績	45
〈表 III-13〉	項目別 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整 現況(1995)	46
〈表 III-14〉	調整事由別 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整 內譯(1995)	47
〈表 IV- 1〉	藥局醫療保險 利用上의 問題에 對한 消費者 意見	49
〈表 IV- 2〉	藥局醫療保險 提供上의 問題에 對한 藥師 意見	50
〈表 IV- 3〉	藥局醫療保險制度에 對한 消費者의 認知度	53
〈表 IV- 4〉	藥局醫療保險制度에 對한 消費者의 認知 經路	54
〈表 IV- 5〉	藥局에 對한 態度 및 行態別 藥局醫療保險 利用程度	55
〈表 IV- 6〉	서비스 利用 程度別 保險給與에 對한 消費者 意見	56
〈表 IV- 7〉	서비스 利用 程度別 保險證 持參에 對한 消費者 意見	57
〈表 IV- 8〉	藥局保險給與의 經濟的 效果에 對한 消費者 意見	58
〈表 IV- 9〉	經疾患에 對한 保健醫療機關 訪問의 期待費用	59
〈表 IV-10〉	서비스 利用程度別 本人負擔金에 對한 消費者 意見	60
〈表 IV-11〉	消費者의 人口社會的 特性別 서비스 利用 分布	62
〈表 IV-12〉	藥局 規模別 藥局醫療保險 調劑件數 및 比率	64
〈表 IV-13〉	藥局 規模別 藥局醫療保險 調劑件數 및 比率	65
〈表 IV-14〉	藥局保險調劑에 對한 弘報 態度別 保險 調劑件數 分布	66
〈表 IV-15〉	保險調劑件數別 非保險 醫藥品 竝用調劑 程度 分布	67
〈表 IV-16〉	藥局醫療保險調劑 投藥日數別 患者의 本人負擔金 分布	68
〈表 IV-17〉	藥局 및 醫院의 調劑件當 使用藥劑 品目數 (經口藥에 限함)	69
〈表 IV-18〉	藥局醫療保險 調劑件數別 請求節次에 對한 意見	70

〈表 IV-19〉	藥局醫療保險 調劑件數別 保險處理 內容	70
〈表 IV-20〉	約束處方 活用度에 따른 調劑 實務現況	72
〈表 IV-21〉	保險調劑件數別 保險金 償還의 所要期間	73
〈表 IV-22〉	保險調劑件數別 藥劑費 請求 程度 分布	73
〈表 IV-23〉	藥局醫療保險 實施 以後 藥局의 收益變化	74
〈表 IV-24〉	保險調劑件數 및 本人負擔金別 調劑收入 變化分布	74
〈表 IV-25〉	藥局醫療保險 調劑件數別 藥局 特性	77

## 圖 目 次

[圖 II-1]	藥局醫療保險 藥劑費 審査節次 圖解	26
[圖 III-1]	年度別 藥局醫療保險 給與 增減 推移(年度別 增減率)	34
[圖 IV-1]	藥局醫療保險 未活性化 要因分析의 틀	51

## 藥局醫療保險의 當面課題와 政策方向

### 〈目 的〉

藥局醫療保險制度가 施行된 지 약 7년이 지나고 있으나 약국의 醫療保險 參與律은 50% 정도에 불과하고 受診率 또한 1인당 연 1회로 低調하여 問題點으로 지적되고 있는 바, 약국의료보험의 給與現況과 未活性化 要因을 분석하여 본 제도의 懸案課題와 政策代案을 도출·제시코자 함.

### 〈要 約〉

#### <基本方向 및 限界點>

藥局醫療保險制度는 醫藥分業전까지 限時的으로 실시한다는 전제하에서 도입된 만큼 향후 醫藥分業 方向 및 모델設定과 함께 본 제도의 存廢 및 補完여부가 再論議되어야 하는 바, 이러한 제한점을 염두에 두고 현행 약국의료보험제도의 活性化 方案을 제시하고자 함.

#### <改善方案 및 政策建議>

- 약국의료보험제도에 대한 對國民 弘報 및 教育活動이 強化되어야 함. 또한 이 制度에 대한 消費者 認知가 주로 藥局을 통해서 이루어지는 만큼 藥師들의 적극적인 弘報 活動 參與가 필요함.
- 保險 醫藥品과 非保險醫藥品의 竝用調劑를 縮小해야 함. 특히 高價의 비보험의약품 竝用調劑를 억제함으로써 환자의 本人負擔金이 높아지지 않도록 함.
- 약국의료보험 심사관련 업무를 效率化하기 위해 청구 및 심사과정의 電算化가 이루어져야 함.
- 진료비 지급후 관리 방안으로서 조제기록부 비치 의무규정을 마련하고 受診者에 대한 수진내역 照會를 통해 不當 請求를 해 나가야 함.

## I. 序 論

西洋醫學이 도입된 이후에도 우리나라는 醫와 藥의 分離가 명확하게 구분되어 있지 않은 실정으로, 醫師에게는 醫藥品 調劑權이, 藥師에게는 醫師의 처방없이 任意調劑할 수 있는 권한이 각각 부여되어 왔다. 더욱이 약국은 接近性, 便宜性 및 經濟性 등의 잇점으로 인하여 국민 대다수가 경질환에 대하여 병원에서 진단을 받고 의사의 처방에 따라 약국에서 調劑·복용하기보다는, 藥局을 직접 방문하여 약사로부터 투약 받는 것이 慣行化되어 왔다. 이는 약국이 일반인에게 항상 개방되므로써 이용상의 便利性으로 인하여 우리나라 국민 상당부분이 藥師에 의존하여 藥을 服用해 오고 있음을 나타내 주고 있는 것으로서, 약국이 오랜 기간동안 一次醫療 傳達 機能을 담당해 왔음을 보여 주고 있다.

하지만 한편 의약품은 一般 工產品과는 달리 誤·濫用의 소지가 있어 국민보건에 중대한 危害를 가져올 가능성이 있으므로, 이와같은 醫藥의 非分離는 國民健康에 障碍를 초래할 가능성 또한 배제하기 어렵게 된 것이 사실이다.

이러한 危害 可能性을 제거하기 위하여 醫師나 藥師 모두 醫와 藥을 분리하는 醫藥分業의 必要性을 인식하게 되었다. 또한 1989년 7월 1일부터 醫療保險이 全國民을 대상으로 확대 실시됨에 따라 의료기관 이용에 대한 경제적 장벽이 낮아지므로써, 약국이용에 비하여 의료기관 이용이 활성화되고 醫師의 역할이 확대되기에 이르렀다. 이에 따라 상대적으로 약사의 기능이 위축되고 또한 藥局經營의 零細化, 醫師 및 藥師 人力의 非效率的 活用 등의 문제가 함께 노정됨에 따라 결과적

으로 醫療保險制度의 확대와 관련하여 많은 논의가 제기되었다. 특히 약사들은 그들의 역할을 확대하고자 保險制度圈으로의 진입을 지속적으로 요구하게 되었다.

그러나 의사와 약사들간의 의견차이로 醫藥分業 실시에 대한 合意가 난항을 거듭하게 되자 이에 대한 代案으로 양자 합의하에 의약분업 실시 이전까지만이라도 한시적으로 『藥局醫療保險制度』를 신설하여 약사들의 處方調劑뿐만 아니라 直接調劑에 대해서도 保險給與化할 수 있도록 하였다.

이처럼 우여곡절 끝에 藥局醫療保險制度는 1989년 10월 1일부터 1991년 7월에 의약분업이 실시되기 전까지 한시적으로 실시한다는 전제하에서 실시하게 되었다. 그러나 1991년 12월 藥事法이 의약분업 관련조항이 삭제된 채 약사법 개정이 이루어짐에 따라 약국의료보험제도의 미래는 더욱 불투명해졌다. 그러던 중 1993년 12월 韓藥調劑紛爭을 계기로 1994년 1월 약사법이 법 시행후 3~5년의 범위 내에서 大統領令이 정한 날로부터 의약분업을 시행하도록 재개정됨에 따라, 약국의료보험제도는 어떤 형태든 醫藥分業의 向方에 영향을 받게 되어 제도의 향배에 대한 논의가 다시금 부각되고 있는 것이 현실이다.

藥局醫療保險의 未來는 의약분업이라는 숙명적인 연결고리가 풀려가는 방향에 따라 결정되어 진다고 할 수 있다. 즉 醫藥分業에 대한 정부의 방침이 完全分業에 가까운 형태이든, 현재의 醫療慣行을 일부 수용한 部分分業의 형태이든, 혹은 制度補完을 통한 약국의료보험을 지속적으로 활성화시키든지 하는 결정이 선결되어야만 약국의료보험제도에 대한 向後 進路가 언급될 수 있는 것이다.

그런데 한편 의약분업에 대한 논의에 대해서는 아직 國民的 合意가 도출되지 못한 실정이다. 통상 의약분업과 관련하여 완전분업 및 부분분업이 논의되고 있는데, 사실상 예외없는 完全分業이란 세계 어느나

라에도 존재하고 있지 않다. 또한 部分分業이라 할 지라도 의약분업의 모형은 여러 가지 변수에 의해 다양한 형태를 보일 수 있다. 예컨대 의약분업은 醫藥品の 分類形態나 병원 및 의원에서의 院外處方에 대한 규정, 일반명 및 상품명 등 處方錢 記載 方法의 차이, 약사의 의약품 代替權限, 기타 주사제 및 입원환자 등에 대한 例外規程 등에 따라 수십가지의 분업모형이 도출될 수 있다.

이러한 의약분업 모형의 구성요소 중에는 藥局醫療保險制度 부분도 포함될 수 있는데, 분업의 모형이 완전분업에 가까울수록 약국의료보험 중 현재 주로 활용되고 있는 直接調劑의 부분은 사라지게 되고, 단지 의사의 처방에 따라 조제하는 處方調劑의 부분만 남게될 것이다. 반면 현재 藥師會에서 주장하고 있듯이 부분분업의 한 형태로서 일부 오남용 우려가 많은 醫藥品에 대해서는 분업을 義務化하되, 부작용의 우려가 다소 적은 일부 의약품에 대해서는 약국의료보험제도를 그대로 존속시키는 방안도 제기되고 있다.

즉 醫藥分業의 模型에 따라 약국의료보험의 미래는 處方調劑 부분만 남기는 것인지, 아니면 처방조제와 함께 일부에 한하여 直接調劑를 並行시킬 것인지 하는 두 가지 방안으로 좁혀질 수 있다. 그러나 이러한 각각 방안에 대한 效果는 나머지 醫藥分業의 構成要素들이 어떻게 偏在되는가에 따라 상호 다른 효과를 보일 수 있으므로 이에 대한 評價를 내리고 效果를 豫測하는 것은 매우 어렵다.

이상에서 언급한 바와 같이 의약분업이나 약국의료보험의 장래는 아직 구체적이지 않다. 오히려 약국의료보험제도는 醫藥分業의 앞날을 가로막는 障礙 要因으로 작용한다는 비판을 받기도 하고 있다. 따라서 ‘制度의 不透明性’ 문제가 약국의료보험에 대한 논의에 장애가 되고 있으므로, 약국의료보험제도의 未來에 대한 논의는 본 보고서에서는 논외로 하고자 한다.

이러한 관점에서 본 보고서는 제도에 대한 미래의 문제는 차치하고, 약국의료보험제도를 실시함에 있어서 제기되고 있는 당면문제에 초점을 맞추고자 한다. 현재 약국의료보험제도의 가장 대표적인 문제는 그 活用度가 낮다는 것이다. 실제로 월평균으로 볼 때 1995년 현재 20,398개에 이르는 藥局醫療保險 指定藥局 중 6,260개 약국만이 醫療保險을 청구하고 있는 것으로 나타나고 있으며, 이는 전체 약국의료보험 지정약국 중에 단지 30.7%에 해당하는 것으로서 參與藥局數가 매우 취약하다는 것을 단적으로 보여주고 있다.

이처럼 약국의 약국의료보험제도 參與率이 低調한데 반하여 支給件數는 약국의료보험제도 실시 이듬해인 1990년에 12,288천건이었으나 이후 2년간 감소하였다가 1993년부터는 급속하게 증가하기 시작하여 1995년 현재 60,187천건에 이르고 있다. 즉 보험건수의 증가가 一部藥局에 偏重되어 있음을 시사한다고 하겠는데, 이를 여러 약국으로 널리 보급하기 위한 방안 마련이 모색되어야 한다. 또한 이러한 보험급여 증가와 관련하여 사회 일각에서는 不當請求에 대한 憂慮도 제기되고 있는 바 제도의 올바른 정착방안도 모색되어야 한다.

이상에서 제시된 바와 같이 약국의료보험제도는 미래도 불투명하고 현재 실시상 많은 문제점이 제기되고 있으나, 반면 여러 가지 順機能도 다각적으로 제시된 바 있다.

우선 본 제도를 통하여 약사의 直接調劑權의 限界를 설정하였다는 점에서 의의가 있다. 사실상 약사의 직접조제는 제한된 의약품의 범위 내에서 制限된 疾患에 대해 處方(limited prescribing)하는 것으로, 醫師의 無限定的인 處方(unlimited prescribing)과는 차이가 있다. 즉 약사의 처방행위를 일부로 제한함으로써 약사의 처방행위(임의조제)를 일정한 통제하에 둔 것이다.

또한 輕疾患에 대한 1次 接近處로 약국을 찾는 우리나라 국민들의 정서를 적극 반영하고 이를 保險給與化시켜 국민들의 편의를 증진시켰으며, 이를 통하여 의원 이용의 대체에 따른 국민 의료비 절감효과도 기대되어진 바 있다.

이밖에 藥局醫療保險의 導入으로 인하여 약사들에게 社會保險의 本質을 이해하고 保險實務 知識을 습득하는 계기를 부여함과 동시에 의 약분업 실시시 患者의 紀錄管理에 대한 훈련과 경험을 확보하게 했다. 복잡한 醫療保險 請求業務는 약국의 컴퓨터 도입으로 자연스럽게 이어졌으며 患者의 藥歷管理는 물론 在庫管理를 통해 藥局經營의 科學化·現代化를 촉진한 점은 이 제도의 실시에 따른 매우 肯定的인 측면이라고 할 수 있다.

따라서 醫藥分業과의 관련성은 접어둔다 해도 현재 정책 당국에서 추진해야 할 방향은, 본 제도가 가지고 있는 當面問題를 해결하므로써 현행 제도의 長點을 極大化하는 것이라고 할 수 있다.

이러한 관점에서 본 보고서에서는 현재 약국의료보험제도의 실시함에 있어서 제기되고 있는 問題點 파악하고 이에 대한 政策 方向을 제시하고자 하였다.

이에 따라 제2장에서는 藥事法, 醫療保險法 등 약국의료보험관련 법령의 변천을 통해 약국의료보험제도의 導入背景과 給與基準 및 範圍, 調劑費 算定基準, 請求節次 등이 어떻게 변화되어왔는지를 살펴보기로 한다. 제3장에서는 醫療保險聯合會의 자료를 통해 약국의료보험의 參與藥局 現況, 處方 및 直接調劑 實績, 給與支給現況 등 관련 현황들을 파악하고자 하였다. 제4장에서는 약국의료보험제도가 활성화되지 못하고 있는 요인에 대한 분석을 1996년에 大韓藥師會에서 실시한 「消費者의 藥局利用實態調査」 및 「藥局醫療保險 實態調査」의 기초자료를 토대로 하여 이전에 실시된 실태조사 결과와 비교 분석하여 보고자

하였다. 제5장에서는 앞장들에서 밝혀진 제도상의 爭點 및 問題點 등을 요약하는 동시에 이에 대한 改善方向에 대해 논의하고자 함에 그 목적으로 두고 있다.

마지막으로 結論에서는 前述된 내용을 토대로 약국의료보험제도가 가지고 있는 쟁점사항에 대하여 구체적으로 政策方向을 제시하고자 한다. 현재 약국의료보험제도의 미래가 불확실하기는 하나 醫藥分業의 모형이 구체화되어 새로운 변수로서 작용하기 이전까지 본 制度의 順機能을 極大化할 수 있는 방안을 마련하고자 한다.

## II. 藥局醫療保險制度的 概觀

### 1. 藥局醫療保險의 背景

우리나라는 해방 후 美軍軍政法令 1號에 의해 보건후생업무를 경찰 업무로부터 분리하여 시행하긴 하였지만 藥務行政에 관한 사항은 1953년에 藥事法이 최초로 제정·공포되기 전까지는 1912년 日帝의 朝鮮總督府에 의해 제정된 “藥品及藥品營業取締令”에 의거하여 적용되고 있었다.

1949년 政府機構 改編이후 약사법 제정에 착수하여 초안이 작성되었으나 심의를 거치지 못하고 6.25전쟁으로 死藏되었다. 이후 약사법은 새롭게 기초되어 우리나라 最初의 藥事法은 1953년 12월 18일 法律 第300號로 제정·공포되었다.

제정된 약사법 제18조 제1항에 “藥師가 아니면 醫藥品을 조제할 수 없다”고 명시하여 完全醫藥分業에 대한 정신이 포함되어 있는 듯 하지만 附則 第59條에 “의사, 치과의사, 한의사, 수의사는 자기가 치료 사용하는 의약품에 한하여 자신이 조제할 때에는 제18조 규정에도 불구하고 조제할 수 있다”라는 但書條項을 포함함으로써 醫師의 調劑權을 관습대로 법률상으로 허용하게 되었다<sup>1)</sup>.

1963년 10월 1일 內閣에서 제안하여 동년 11월 25일 國家再建 最高會議 第130차 常任委員會의 결의를 거쳐 동년 12월 13일 법률 제1491호로 全文改正된 藥事法 第21조 제3항에 “藥師는 의사, 치과의사 또는

---

1) 사장된 약사법 초안에는 약사만이 조제를 할 수 있으며 이에 대한 예외규정이나 부칙도 명기되어 있지 않았다고 한다.

수의사의 處方錢에 의하여 의약품을 조제하여야 한다”는 규정을 삽입하는데 그치고 있다.

이후 약사는 藥事法 제21조 제1항 및 제2항에 근거하여 調劑權을 주장하므로써 의사의 처방전 없이 약사의 直接調劑行爲가 종전의 관행과 같이 법률적 허용보호를 받게 되었고 의사는 의료법에 의한 診療行爲의 固有權과 약사법 부칙 제3조에 의한 調劑行爲의 正當性을 인정받게 되었다.

이러한 의사와 약사의 조제행위가 양립되고 있는 현실에서 1981년 7월 1일 강원도 홍천군, 전라북도 옥구군, 경상북도 군위군의 3개군에 地域醫療保險 1次 示範事業을 실시하게 되면서부터 의약분업이 다시 논의되기 시작되었다. 지역의료보험 시범사업이 실시됨에 따라 이 지역에 거주하는 전주민이 의료보험에 강제 적용받게 되자 대한약사회 측은 藥局經營에 어려움이 있을 것이므로 의약분업이 실시되어야 한다는 의견을 정식으로 제기했다.

이에 따라 1981년 8월 27일에 3개군에 있는 모든 약국을 療養取扱機關으로 지정하고 “藥局療養取扱機關 管理要領”을 제정하여 시달하였다. 하지만 의사의 처방전 발행을 의무화하지 않았기 때문에 처방전 발행이 거의 이루어지지 않아 의료보험제도내에서의 약국의 역할은 매우 미미하였다.

1982년 7월 경기도 강화군, 충청북도 보은군, 전라남도 목포시 등 3개 군·시지역의 지역의료보험 2차 시범사업 실시를 앞두고 醫師의 處方錢 發行 義務化에 대한 요구가 강력히 대두되었다. 그러나 처방전 발행 의무화는 실현되지 못하고 대신에 처방전 발행을 유도하기 위해 院外處方錢 發行料를 조제료보다 100% 높게 고시하여 “處方 및 調劑에 대한 細部指針”을 시달하였다. 하지만 의사측에서는 처방전 발행이 強制規定이 아닌 任意規定임을 내세우며 처방전 발행에 적극적으로

참여하지 않았고 약사 측은 이에 대응하여 藥局休業事態 등 실행행사를 하기에 이르렀다.

이러한 사태에 대한 절충으로서 1984년 5월부터 그해 12월까지 목포시내의 의사 및 약사간의 相互契約에 의한 契約制 醫藥分業을 시도하게 되었다. 이에 따라 이 기간 중에는 처방전 발행이 다수 이루어졌고 이러한 형태의 契約制 醫藥分業은 의약분업이 정착될 수 있도록 계약기간을 연장하여 계속 시행하여야 한다는 평가가 나왔으나 示範事業 終了後 계약당사자인 의사 측의 거부로 실시 8개월만에 중단되고 말았다.

1989년 7월 1일부터 의료보험이 전국민을 대상으로 확대 실시됨에 따라 1988년 4월 保健社會部에 「國民醫療政策 審議委員會」가 구성되고 「醫藥分業分科委員會」가 설치되어 의약분업문제를 심도있게 다루게 되었다. 이 위원회에서는 약사회 측의 保險內 分業 및 調劑料에 대한 대폭 인상요구와 의사회 측의 모든 醫藥品에 대한 完全醫藥分業 요구 등 양 이해단체간의 첨예한 이해를 조정하여 3段階 醫藥分業 方案<sup>2)</sup>을 제시하였다. 그러나 1989년 5월 31일 약사회나 의사회 모두 完全醫藥分業이라는 것이 어떠한 변화를 초래시킬지 모르는 불확실한 결과에 대한 두려움으로 3단계 의약분업방안을 白紙化하기에 이르렀다.

- 
- 2) 1단계: 약국을 의료보험요양 취급기관으로 지정하여 약제비 급여방식에 의한 부분분업을 실시하여 약국을 의료보험에 참여시킴.  
 2단계: 의료보험 제도 내에서의 분업방식을 강화하여 주사제를 제외한 모든 전문의약품은 특별한 경우 외에는 의료보험급여 대상은 물론 비급여 대상도 의사가 직접 조제투약하지 못하도록 하고 약국은 의사의 처방전 없이 조제 투약할 수 없도록 의약품 분류에 의하여 부분분업 방식을 제도화함.  
 3단계: 부분분업 방식을 강화하여 모든 전문의약품은 특별한 경우 외에는 제2단계와 같이 의사의 직접조제 투약이나 의사의 처방전 없는 약사의 임의조제투약을 금지하도록 하여 의약분업의 최종목표인 완전분업방식을 제도화함.

하지만 兩側의 妥協을 통해 1989년 10월 1일에 의사 처방없이 약사가 直接調劑하는 현행 관습을 수용하여 약국을 보험에 참여시키는 방안을 양단체 대표들이 임석한 자리에서 정부 방침으로 확정 발표함으로써 1991년 7월 의약분업이 실시되기 이전 「1년 8개월」 동안만 한시적으로 시행한다는 조건하에 “韓國型 藥局醫療保險制度”를 실시하게 되었다. 그런데 1991년 12월 醫藥分業 關聯條項이 삭제된 新 藥事法이 개정됨으로써 약국의료보험제도의 한시성 여부가 모호해진 채로 현재까지 7년째 존속되어오고 있는 것이다.

## 2. 藥局醫療保險의 主要內容

### 가. 給與範圍

약국의료보험의 給與對象은 의사 처방전에 따라 調劑하거나 약사들이 判斷하여 直接 調劑하는 두가지 경우로 區分되어 있으며 이에 따라 給與對象 醫藥品, 調劑 品目數, 投藥日數 등에 차이가 있다.

우선 給與對象 醫藥品을 보면, 약국에서 處方調劑할 때는 병·의원에 서와 마찬가지로 ‘의료보험약가기준액표’<sup>3)</sup>에 登載된 의약품, 원료의약품, 수입의약품을 모두 사용할 수 있다<sup>4)</sup>. 그러나 直接調劑하는 경우에는 保健福祉部가 별도로 고시한 ‘약국급여 대상의약품’<sup>5)</sup>만 사용할 수 있는데, 여기에는 內服製劑로서 輕疾患에 사용되는 효능효과를 가진

3) 의료보험 진료수가기준중 의료보험약가기준액표(보건복지부고시 제1995-3호) 참조

4) 주사제제는 처방전 발급대상에서 제외된다(보건복지부고시 제1995-60호, 약국의료보험요양급여기준, II. 1 급여의 범위. 나항 참조).

5) 약국급여 대상의약품은 ‘의료보험약가기준액표’에 등재된 의약품중 ◎ 표시가 되어 있는 것들이다.

醫藥品이 해당된다.

1989년 약국의료보험 실시 당시에 直接調劑 對象 醫藥品은 29개 效能群 2,347품목이었으나 그동안 수차례의 改定을 거쳐 1996년 8월 현재 31개 效能群 4,506품목에 이르렀다. 이는 <表 II-1>에 제시된 바와 같이 병·의원에서 사용할 수 있는 醫藥品 총 12,019 품목의 37.5%에 해당되는 것이며, 內服製劑만으로 볼 때는 총 7,951 품목중 56.7%에 이르는 것이다.

1회 調劑品目數는 處方調劑일 경우 制限이 없으나 直接調劑할 때는 2품목 이상 4품목 이내만 使用하도록 되어 있다. 이는 약국의료보험의 적용대상인 輕疾患에 局限되어 있는 만큼 調劑 品目數를 제한함으로써 醫藥品의 誤濫用을 방지한다는 趣旨에서 비롯된 것이다. 여러차례의 改定을 거치는 동안에도 조제품목수 制限은 변하지 않았다.

<表 II-1> 醫療保險 適用對象 醫藥品 登載 現況(1996年 8月 基準)

(단위: 품목수, 개)

구 분	계	신경계	개개의	대사성	조직	항병원	치료를	마약	
		감각기관 용의약품 (100)	기관계용 의약품 (200)	의약품 (300)	세포용 의약품 (400)	생물성 의약품 (600)	주목적으 로 하지 아니하는 의약품 (700)		
계	병의원	12,019	3,270	4,242	1,872	279	2,235	68	53
	약 국	4,506	1,805	2,015	330	32	324	0	0
내복제제	병의원	7,951	2,534	3,078	1,001	152	1,128	32	26
	약 국	4,506	1,805	2,015	330	32	324	0	0
주사제제	병의원	3,203	580	510	869	108	1,075	34	27
	약 국	-	-	-	-	-	-	-	-
외용제제	병의원	865	156	654	2	19	32	2	0
	약 국	-	-	-	-	-	-	-	-

資料: 한국제약협회 내부자료(의료보험등제 의약품 전산자료), 1996.

投藥日數의 경우, 처방조제는 의사의 판단에 따라 제한없이 정할 수 있는 반면에 직접조제는 7일 이내만 保險給與로 인정하고 있다. 약국 의료보험 시행 당시의 投藥日數는 1회 2일분이었으나 1991년부터 1회 3일분으로 增加했으며 1995년부터는 1회 7일분까지 許容하고 있다(表 II-3 참조). 또한 처방조제는 나이제한이 없는 반면 직접조제에서는 만 3세(생후 36개월) 미만의 嬰幼兒는 약국의료보험 給與對象에서 除外하고 있다.

약국의료보험 급여대상 疾患을 표기하는 방법도 처방조제, 직접조제에 따라 차이가 있다. 處方調劑일 경우에는 약제비 명세서에 한국표준사인분류에 따른 의사의 診斷名으로 傷病표기를 하는 반면 直接調劑는 의사의 진단에 따른 것이 아니기 때문에 질병명 대신 症狀의 조합으로 表記하도록 되어 있다. 직접조제 대상이 되는 症狀은 <表 II-2>에 제시된 바와 같이 分類되어 있으며, 이에 따라 大分類와 小分類를 결합하여 症狀 表記를 한다. 예를들어 主症狀이 콧물, 기침인 사람이 약국에서 直接調劑할 때는 大分類 호흡기계(1), 小分類 기침(12), 콧물(15)을 結合하여 112, 115로 표시한다. 반면에 비슷한 증상을 가진 감기 환자가 處方錢을 받아 약국에서 조제한 경우에는 약제비 명세서에 주로 급성비인후염(감기, J00<sup>6)</sup>)등으로 傷病표기가 된다.

이상에서와 같이 藥局醫療保險에서는 여러 가지 측면에서 處方調劑와 直接調劑에 차이를 두고 있다. 사실상 醫藥分業하에서 醫療保險이 실시되고 있는 국가의 경우 약국의료보험은 處方調劑에 대한 給與를 의미하는 것이며, 약사의 직접조제에 대해서도 保險適用을 하는 것은 우리나라이외에는 그 사례를 찾아볼 수가 없다. 그런데 앞서 지적한 바와 같이 우리나라는 아직 醫藥分業이 이루어지지 않아 病·醫院이나

---

6) 상병분류기호는 한국표준질병사인분류(통계청고시 제1993-3호 '93.11.20)에 따른 것이다.

〈表 II-2〉 藥局醫療保險 給與對象 症狀 分類

〈大分類〉

대분류 기호	증상군	대분류 기호	증상군	대분류 기호	증상군
1	호흡기계	2	소화기계	3	피부 및 피하조직
4	비뇨·생식기계	5	근골격계	6	눈 및 눈부속기
7	귀 및 귀부속기	8	기타감염성	9	기타

〈小分類〉

소분류 기호	증상군	소분류 기호	증상군	소분류 기호	증상군	소분류 기호	증상군
01	속쓰림	02	소화불량	03	구역	04	구토
05	위통	06	신트림	07	식욕부진	08	변비
09	복통	10	복부팽만	11	설사	12	기침
13	객담	14	해소	15	콧물	16	코막힘
17	발열	18	두통	19	인후통	20	오한
21	발한	22	호흡곤란	23	발진	24	소양감
25	염증	26	부종	27	발적	28	종창
29	수포	30	작열감	31	빈뇨	32	잔뇨감
33	실금	34	배뇨곤란	35	월경통	36	관절통
37	근육통	38	요통	39	전신통	40	염좌
41	신경통	42	타박통	43	담결립	44	치통
45	현훈	46	이통	37	이명	48	기타

資料: 보건복지부고시(제1995-60호), 약국의료보험 요양급여기준, 1995.12.

保健機關에서도 직접 調劑를 할 수 있기 때문에 藥局醫療保險에서의 處方調劑 실적은 매우 미미한 수준이다. 더구나 調劑室과 藥師를 두고 있는 종합병원, 병원, 치과병원은 處方箋을 발급하지 않도록 되어 있으며 한의원이나 보건기관도 처방전을 發給하지 아니하기 때문<sup>7)</sup>에 의원이나 치과의원에서 나온 處方調劑에 대해서만 醫療保險 適用이 된

7) 의료법 제32조, 동법 시행규칙 제28조의 2 및 제28조의 6의 규정에 의하여 의료보험요양 및 분만급여기준(보건복지부고시 제1995-21호) III. 4. 가항에 규정되어 있다.

다. 따라서 제도적으로도 처방조제가 活性化되기 어려운 측면이 있으며, 사실상 醫藥 未分業 상태에서 우리나라의 약국의료보험급여는 藥師의 直接調劑 중심으로 運營되고 있다.

#### 나. 藥劑費 및 本人負擔金 算定基準

藥局醫療保險의 약제비 책정 방식은 行爲別 酬價制(fee-for-services)로서 調劑料 등<sup>8)</sup>과 사용된 의약품의 保險藥價를 합하여 算定된다. 投藥 1日分의 경우 조제료 등 1,120원(기본조제기술료 200원, 약국관리료 600원, 복약지도료 100원, 조제료 220원)에 조제에 사용한 藥價를 합한 것이 藥劑費가 된다. 投藥 2日分일 때는 투약 1일분의 藥劑費에 조제료 220원, 하루분 조제에 사용한 藥價를 더한다.

調劑酬價는 약국의료보험 시행 이후 1995년 12월까지 총 8차례의 改定이 있었는데, 이에 따라 1일 調劑料가 130원에서 200원으로, 訪問當 藥局管理料가 280원에서 600원으로 增加했다. 8차 개정 때는 방문당 服藥指導料가 100원으로 新設되었다(表 II-3 참조).

약국의료보험에서도 醫藥品의 濫用을 방지하기 위해 本人負擔金 制度를 採擇하고 있는데, 이는 處方調劑와 直接調劑에 따라 차이가 있다. 處方箋을 發給받았을 때는 방문당 약제비가 3,000원을 초과하는 경우에 藥劑費 總額의 30% 定率로 본인부담금이 策定되어 있으며 방문당 약제비가 3,000원 이하인 경우에는 定額 800원을 내도록 되어 있다. 약국에서 直接調劑할 때는 방문당 약제비가 4,000원 이하인 경우에 1일분 800원, 2일분 1,000원, 3~7일분 1,500원으로 定額 策定되어

8) 약국의료보험의 조제료 등은 기본조제기술료, 조제료, 약국관리료, 복약지도료로 구성되어 있다. 이 중 기본조제기술료와 약국관리료, 복약지도료는 방문당 1회 산정하도록 되어 있으며 조제료는 투약일수에 따라 증가한다.

있으며 방문당 약제비가 4,000원을 초과하는 경우에는 약제비 총액의 40%를 定率로 내야 한다(表 II-4 참조).

〈表 II-3〉 藥局醫療保險 改定內容 要約

구 분	'89.10.1	'90.2.1 1차개정	'91.1.1 2차개정	'91.7.1 3차개정	'92.5.1 4차개정	'93.3.1 5차개정	'94.8.1 6차개정	'95.4.1 7차개정	'95.12.10 8차개정	
조제투약일수	1회 2일분	1회 2일분	1회 3일분	1회 3일분	1회 3일분	1회 3일분	1회 3일분	1회 3일분	1회 7회분	
약국급여대상약품 (품목)	29개 효능군 (2,347)	29개 효능군 (3,056)	31개 효능군 (3,221)	31개 효능군 (3,508)	31개 효능군 (4,079)	31개 효능군 (4,294)	31개 효능군 (4,088)	31개 효능군 (3,907)	31개 효능군 (4,182)	
조제 수가 (원)	조제료(일당)	140	150	150	160	170	180	190	200	
	기본조제기술료 (방문당)	130	140	140	150	160	170	180	200	
	복약지도료 (방문당)	-	-	-	-	-	-	-	-	100
	약국관리료 (방문당)	280	30	460	500	530	550	580	600	600

資料: 의료보험연합회 내부자료, 1996.

〈表 II-4〉 藥局醫療保險의 本人負擔 現況

구분	직접조제		처방조제	
	기준액	본인부담액	기준액	본인부담액
1989.10.1	800원 미만 800~1,500원 1,500원 초과	전액본인 800원 60%	2,000원 이하 2,000원 초과	500원 정액 30%
1991.1.1 2차개정	800원 미만 800~1,700원 1,700원 초과	전액 본인 2일분: 800원 3일분: 1,000원 60%	2,000원 이하 2,000원 초과	700원 정액 30%
1993.3.1 5차개정	4,000원 이하 4,000원 초과	1일분: 700원 2일분: 900원 3일분: 1,500원 60%	3,000원 이하 3,000원 초과	800원 정액 30%
1994.8.1 6차개정	4,000원 이하 4,000원 초과	1일분: 800원 2일분: 1,000원 3일분: 1,500원 40%	3,000원 이하 3,000원 초과	800원 정액 30%

資料: 의료보험연합회 내부자료, 1996.

本人負擔金은 지금까지 가장 많이 변화된 부분으로서 1989년 시행 당시에는 定額基準이 1,500원이하에서 800원이었고, 定率은 60% 였다. 이처럼 定額基準 額數가 적다보니 定率 適用 直接調劑가 많아 본인부담금이 높았으며 이것이 약국의료보험제도 活性化의 障礙要因으로 꼽히기도 했다. 그러나 6차례의 개정을 거쳐 定額基準은 4,000원으로 上向 調整되었으며 定率은 40%로 낮아졌다. 이에 따라 약국의료보험 시행초기에는 실질적인 本人負擔率이 60%에 이르렀으나 1995년에는 40% 이하로 낮아져서 오히려 醫院의 실질적인 本人負擔率보다 적은 것으로 나타났다(表 II-5 참조).

〈表 II-5〉 本人負擔率의 變化

(단위: %)

구 분	1990	1991	1992	1993	1994	1995. 1/4
약국	60.3	58.3	57.8	43.6	37.2	38.0
의과의원(외래)	39.8	43.9	44.5	43.9	42.5	42.0
보건기관	-	26.4	26.6	25.8	24.7	24.4

資料: 의료보험연합회 내부자료, 1996.

#### 다. 藥劑費 請求 및 審査節次

藥劑費 請求는 調劑·投藥한 그 다음달 말일까지 하되, 1995년 10월 부터 件別에서 月別 請求方式으로 바뀌어 同一人에 대한 同一月分을 分割 請求해서는 안되며, 보험자 중별을 불문하고 반드시 일시에 請求 하도록 되어 있다(보건복지부고시 제1995-60호, 1995.).

청구는 약국 소재지가 포함된 中診療圈을 관할하고 있는 診療費 審査支給機關의 支部에 해야 하는데, 藥劑給與가 종료된 날로부터 2년 이내에 請求해야 藥劑費를 받을 수 있다.

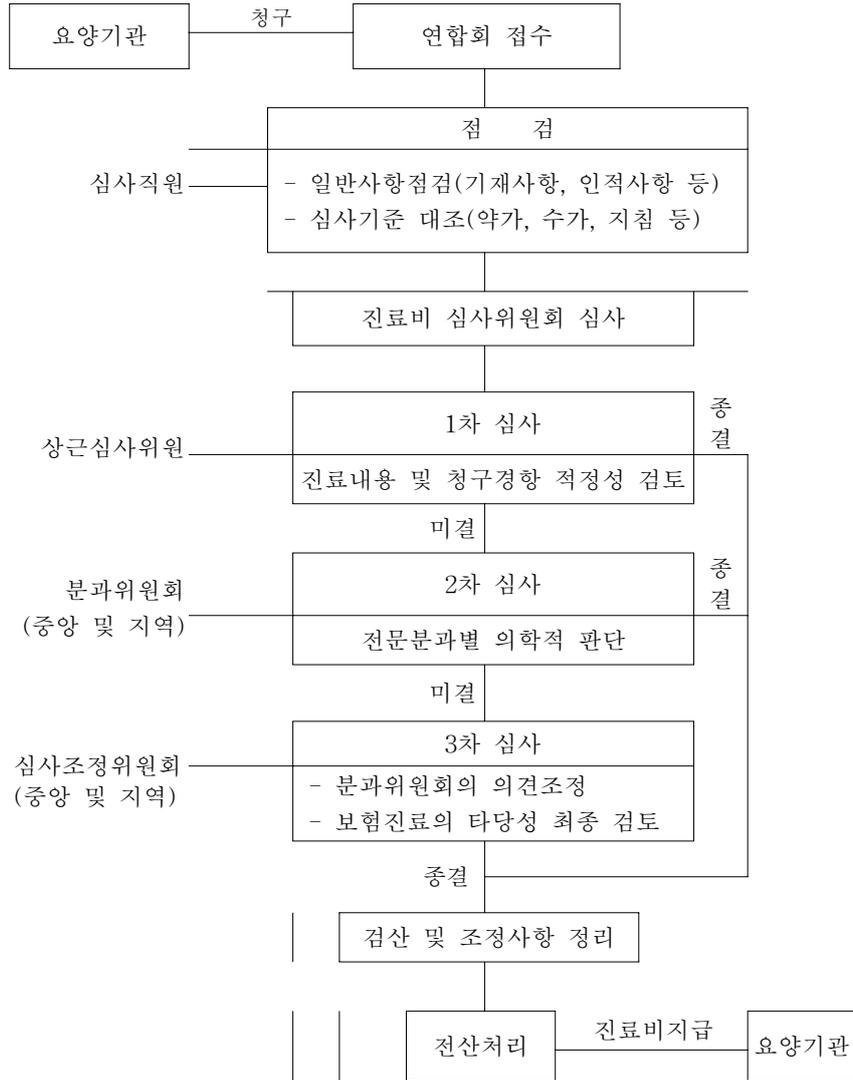
약국의료보험 審査 關聯 業務는 요양기관이 제출한 약국의료보험

藥劑費 明細書에 대한 書面審査와 청구내역의 適正性 與否 및 요양기관 관리를 위한 受珍者 照會, 現地 確認 審査 등 심사후 관리방법으로 구분된다. 書面審査의 경우 일단 接受되면 의료보험 연합회내 약사, 간호사, 의료기사 등으로 구성된 審査 職員이 일차적으로 記載事項이나 人的事項을 點檢하고, 약제비 청구서에 기재된 請求件數, 藥劑費를 요양기관화일에 기록 한 후 전월 청구분 대비 增減現況을 검토한다. 또한 약국의료보험 약제비 청구내역이 약국의료보험 療養給與基準 및 藥劑費 算定基準에 適合한지 여부에 대하여 對照 確認 후 診療費 審査委員會의 심사과정으로 넘어간다.

진료비 심사위원회는 중앙심사위원회와 각 심사담당지역마다 地域 審査委員會를 두고 있는데 지역심사위원회에는 專門科目別로 內科, 神經科, 精神科로 구성된 제1분과위원회부터 齒科의 제6분과위원회까지 6개의 분과위원회와 2인 이상의 藥學 非常勤 審査委員을 두고 있다. 1차심사는 常勤 審査委員에 의해 이루어지는 것으로서 調劑 內容 및 請求 傾向의 適正性 여부를 주로 檢討한다. 약국의료보험의 경우에는 件別 請求額數가 적고, 適應症이 經疾患에 局限되어 있는 만큼 지금까지 대부분 1차심사에서 終結되었다.

각 분과위원회가 擔當하는 2차심사에서는 專門科目別로 醫學的 判斷을 필요로 하는 것에 대한 審査가 이루어지는데 약국의료보험의 경우에는 건수별로 直接調劑에 의한 長期投藥事例, 동일효능의 의약품 併用投藥 사례, 고가의 소화성궤양 치료제 투여사례 등에 대한 保險 適用 認定 與否가 다루어진 바 있다. 3차심사는 2차심사에서도 未決된 건에 대해 심사조정위원회에서 분과위원회 의견을 調整하여 最終 決定하는 단계이다(圖 II-1 참조). 또한 심사는 接受된 후 한달 이내에 完了, 支給하도록 되어 있다(의료보험법 시행규칙 제33조).

[圖 II-1] 藥局醫療保險 藥劑費 審查節次 圖解



현재 醫院級 療養機關 중 특정과목을 표방하는 요양기관의 外來診療費 審査에서는 1993년부터 傾向審査<sup>9)</sup>가 適用되어 1차 심사에서 경향심사를 한 후에 문제가 되는 것만 2, 3차 심사를 거치고 있으나 약국의료보험에서는 傾向審査를 하지 않고 있다.

藥局醫療保險 藥劑費 審査는 의료보험 관계법령, 약국의료보험 요양급여기준 및 약제비 산정기준, 보건복지부 유권해석 및 각종 행정지시, 보건복지부 장관의 승인을 받은 심사지침 등에 基準을 두고 이루어지고 있다. 이들 중 주요사항을 살펴보면, 먼저 藥局的 藥劑費 審査는 醫院級 療養機關의 약제비 심사와 衡平을 유지하도록 되어 있으며 의원급 요양기관에 適用하는 약제비 심사기준의 有權解釋과 진료비 심사위원회의 決定事項은 藥局的 藥劑費 審査에 그대로 準用된다.

件當 藥劑費가 전체 약국의 건당약제비를 上廻하는 경우에는 精密審査를 하도록 되어 있으며 모든 藥劑는 1차적으로 저렴한 약제부터 사용함을 원칙으로 하고 있다. 보조역할을 하는 補助藥劑의 藥價는 主治療劑의 藥價 範圍를 초과할 수 없다. 同一效能群의 醫藥品은 藥效를 높이기 위하여 합리적이라고 인정된 경우를 제외하고는 2품목의 藥劑를 併用投與할 수 없으며, 同一效能群 藥劑의 併用投與시 그중 1품목은 저렴한 약제를 사용하도록 規定하고 있다(약국 약제비 심사기준, 보건복지부 급여 31510-15694).

이러한 기준에 따라 약국의료보험 약제비 審査 調整이 이루어지는데 審査 調整 事由를 類型別 內譯으로 나타내면 <表 II-6>과 같다. 즉 약가기준액표상의 약가와的一致 與否(산정착오: A), 조제수가 適

9) “경향심사”라 함은 특정표시과목 의원급 요양기관의 외래청구경향이 상당 기간 양호하여 해당기관의 외래청구명세서에 대하여 정밀심사의 필요성이 적다고 판단되는 경우에는 일정기간 계속하여 지표심사 또는 개괄심사를 실시함을 말한다(의료보험연합회, 진료비심사 및 관련업무 처리절차규정 I-52, 1995 참조).

用 錯誤 與否(수가기준적용착오: B), 요양급여기준의 違背 與否(요양급여기준적용착오: C), 단순금액 計算 錯誤 與否(계산착오: D), 비급여 품목의 保險 請求 與否(비급여대상·전액본인부담대상: E), 실제 시행하지 않은 藥劑費請求與否(조제기록부에 기재되지 아니한 약제비 청구: M), 消滅時效期間이 경과된 약제비 청구여부(H), 처방전과 조제내역 相異여부(R) 등으로 구분된다.

審査後 管理方法은 지부별로 分期, 半期 및 年刊 重點審査實績을 약국별로 분석하여 문제가 있는 약국의 藥劑費 請求傾向과 주요 問題點을 지속적으로 追跡하여 管理하고, 심사상 문제가 자주 발생하는 기관은 受給者 照會 또는 現地 確認 審査를 하고 있다. 이밖에 보건복지부 의료보험요양기관 지도감독지침에 따라 정기 및 특별현지조사<sup>10)</sup>를 하기도 한다.

이와같은 藥局 實查業務는 1992년부터 시작되었으며 1993년 10월부터는 시·도에서 주관하여 실시하고 있다. 각 시·도는 자체계획에 따라 實查를 하고 確認書 등 관계서류를 첨부하여 의료보험연합회와 보건복지부에 통보한다. 實查 結果 문제가 발생한 요양기관은 指定取消 또는 金錢代替 등의 불이익을 받게 된다.

10) 특별현지조사는 다음 항목 중 3개 이상 항목이 해당될 때 실시한다.

1. 월평균 약제비가 일정규모 이상인 기관
2. 진료지표 상위기관
3. 비위사실이 제보된 기관
4. 부당혐의기관
5. 심사상 문제기관

정기현지조사는 약국자율시정통보제에 의거하여 시정되지 아니하는 기관으로서 종합점수에 따라 실시한다(보관 65718-386호 참조).

〈表 II-6〉 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整 類型別 內譯

사유코드	조정유형	내역
A	산정착오	- 명세서상의 산정수가가 약제비 산정기준표 및 약가기준액표상의 수가와 일치하지 않는 단위금액의 착오
B	수가기준 적용착오	- 약제비 산정기준의 규정(산정지침) 및 분류항목 해석착오로 다른 항목을 적용하거나 적용해서는 안될 항목을 적용하여 청구한 경우 - 약제비 산정방법과 상이하게 청구한 경우 - 유권해석에 나와 있는 산정지침에 대하여 적용 및 산정을 잘못된 경우
C	요양급여기준 적용착오	- 조제내역과 상병명을 대조·분석한 결과 요양급여기준에 위배된 청구를 한 경우
D	계산착오	- 명세서상의 각 금액에 대한 총계, 횡계의 합산액에 착오가 생긴 경우
E	비급여대상, 전액 본인부담	- 비급여대상(조제내용중 비급여부분 급여 포함)으로 고시된 약제비를 청구하는 경우: 약가기준액표에 등재되지 않은 미등재 의약품 사용할 때 - 전액 본인부담금으로 고시한 약제비를 청구하는 경우
M	조제기록부등에 기재되지 아니한 약제비 청구	- 보완자료 분석결과 실제 시행하지 않은 약제비를 청구한 경우
H	소멸시효기간이 경과된 약제비 청구	
R	처방전과 조제내역 상이	- 의약분업에 있어 약제비 청구시 처방전과 조제내역이 상이한 경우

資料: 의료보험연합회, 『진료비 심사 및 관련업무처리절차규정』, 1996.

### Ⅲ. 藥局 醫療保險 給與 現況

#### 1. 藥局醫療保險 療養機關 參與現況

약국의료보험제도는 全國民醫療保險 실시에 따라 醫療保險 制度圈에서 소외될 소지가 있는 藥局을 이에 포함시키기 위한 조치로서, 사실상 藥師會의 요구에 의해 생긴 制度이다. 그럼에도 불구하고 年間 약국의 醫療保險 參與 實績은 1995년 56.6%에 머물러, 療養取扱機關으로 지정된 藥局중 한 해 동안 단 1번이라도 약국의료보험을 請求한 약국은 절반에 불과한 실정이다(表 Ⅲ-2 참조). 더구나 月平均 參與實績은 1989년 제도 실시 당시 39.8%에서 계속 下落하여 1992년에는 16.3%에 불과했으며 1995년에도 30.7%에 머물러 아직도 약국의 醫療保險 參與가 미진한 상황이다(表 Ⅲ-1 참조).

다만 韓藥紛爭이 촉발된 1993년 이후 지속적으로 參與藥局數가 늘어나고 있으며, 給與實績도 크게 증가하여 藥局醫療保險이 活性化되는

〈表 Ⅲ-1〉 年度別 藥局醫療保險 指定 및 請求現況(月平均)

(단위: 개소, %)

연도	지정기관수(A)	청구기관수(B)	참여율(B/A)
1989 <sup>1)</sup>	18,710	7,439	39.8
1990	19,019	5,218	27.4
1991	19,332	3,760	19.4
1992	19,369	3,152	16.3
1993	19,224	4,107	21.4
1994	19,694	5,519	28.0
1995	20,398	6,260	30.7

註: 1) 1989년은 2개월 평균(11, 12월)으로 산정한 것임.

資料: 의료보험연합회 내부자료

趨勢를 볼 수는 있다. 하지만 성형외과 등 일부를 제외한 대부분의療養機關이 의료보험에 참여하고 있는 병·의원과 비교할 때 약국은參與藥局數 자체가 적어 이 제도가醫療保險 制度로서 국민속에 뿌리내리는데 걸림돌이 되고 있다.

1995년 약국의醫療保險 參與實績을 市道別로 볼 때는(表 III-2 참조) 인천이療養取扱機關 953개소중 769개소(80.7%)가參與하여 가장 높았으며 경남 61.0%, 경기 59.7%의 순으로 높게 나타났다. 반면에 충남(37.3%), 제주(43.8%), 부산(45.1%) 등은 50% 미만으로參與率이 낮은 지역으로 分類되었다.

〈表 III-2〉 市道別 藥局의 醫療保險 參與現況(1995)

(단위: 개소, %)

시도별	지정기관수 <sup>1)</sup> (A)	참여기관수 <sup>2)</sup> (B)	참여율(B/A)
서울	6,927	4,051	58.5
부산	1,655	747	45.1
대전	621	340	54.8
대구	1,199	627	52.3
광주	731	436	59.6
인천	953	769	80.7
경기	2,965	1,770	59.7
강원	568	292	51.4
충북	532	249	46.8
충남	550	205	37.3
전북	817	464	56.8
전남	695	360	51.8
경북	834	434	52.0
경남	1,178	718	61.0
제주	192	84	43.8
총계	20,417	11,546	56.6

註: 1) 1995. 12. 31을 기준으로 한 것임.

2) 1995년 한 해 동안 단 1번이라도 청구한 기관을 말함.

資料: 의료보험연합회 내부자료

1995년의 경우 藥局醫療保險 參與機關 1개소당 給與支給件數는

5,213건이었으며, 月平均으로 볼 때는 434건이었다. 藥劑費<sup>1)</sup>는 연간 參與藥局 1個所당 1,400여 만원에 이르렀는데, 이는 月平均으로 볼 때는 120여 만원에 해당된다. 藥局 1個所當 支給件數가 가장 많은 地域은 年間 8,000여 건으로서 月平均 682건에 이른 京南지역이었으며, 제주지역이 年間 3,500여 건, 月平均 434건으로 가장 적었다. 藥劑費 역시 藥局 1個所當 件數가 가장 많은 京南지역이 年間 2,300여 만원, 月平均 190여 만원으로 가장 많았고 大田지역이 年間 950여 만원, 月平均 약 80만원으로 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈表 III-3〉 市·道別 藥局的 醫療保險 給與實績(1995)

구분 (단위)	참여 기관수 (개소)	참여율 (%)	총약제비 (백만원, %)	총지급건수 (천건, %)	약국 1개소당(년)		약국 1개소당(월)	
					지급 건수 (건)	약제비 (천원)	지급 건수 (건)	약제비 (천원)
서울	4,051	58.5	57,425 ( 34.43)	19,710 ( 32.75)	4,865	14,176	405	1,181
부산	747	45.1	10,830 ( 6.49)	4,112 ( 6.83)	5,504	14,498	459	1,208
대전	340	54.8	3,252 ( 1.95)	1,236 ( 2.05)	3,635	9,562	303	797
대구	627	52.3	8,738 ( 5.24)	3,389 ( 5.63)	5,405	13,936	450	1,161
광주	436	59.6	5,710 ( 3.42)	2,289 ( 3.80)	5,250	13,096	438	1,091
인천	769	80.7	11,723 ( 7.03)	4,061 ( 6.75)	5,281	15,244	440	1,270
경기	1,770	59.7	26,571 ( 15.93)	10,042 ( 16.69)	5,673	15,012	473	1,251
강원	292	51.4	3,713 ( 2.23)	1,245 ( 2.07)	4,264	12,712	355	1,059
충북	249	46.8	2,817 ( 1.69)	970 ( 1.61)	3,896	11,313	325	943
충남	205	37.3	2,777 ( 1.67)	949 ( 1.58)	4,629	13,546	386	1,129
전북	464	56.8	5,747 ( 3.45)	2,093 ( 3.05)	4,511	12,386	376	1,032
전남	360	51.8	5,438 ( 3.26)	2,010 ( 3.34)	5,583	15,106	465	1,259
경북	434	52.0	5,059 ( 3.03)	1,902 ( 3.16)	4,382	11,657	365	971
경남	718	61.0	16,144 ( 9.68)	5,878 ( 9.77)	8,187	22,485	682	1,874
제주	84	43.8	823 ( 0.69)	300 ( 0.50)	3,571	9,798	298	817
총계	11,546	56.6	166,767 (100.00)	60,187 (100.00)	5,213	14,444	434	1,204

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

1) 본인부담금과 의료보험연합회로부터의 급여비를 합한 것을 말한다.

## 2. 藥局醫療保險 給與實績

### 가. 年度別 藥局醫療保險 給與支給推移

<表 III-4>는 年度別 藥局醫療保險 給與支給實績을 나타낸 것이다. 1990년을 기준으로 하여 支給件數의 變化推移를 보면, 1992년까지는 다소 감소하다가 1993년 이후부터 급속히 增加하여 1995년의 경우 1990년의 4.9배에 달하는 것으로 나타났다. 이에 비해 藥劑費는 支給件數의 增減에 관계없이 지속적으로 增加했는데, 이는 기본조제기술료, 약국관리료 등이 계속 引上되었기 때문으로 보인다. 1995년에는 1990년의 7.53배에 달하는 金額이 약국의료보험 藥劑費로 支出되었다.

件當 投藥日數와 投藥日當 藥劑費의 점진적 增加에 따라 件當(訪問當)藥劑費도 1990년 1,801원에서 1995년 2,771원으로 늘어났다.

<表 III-4> 年度別 藥局醫療保險 給與支給現況<sup>1)</sup>

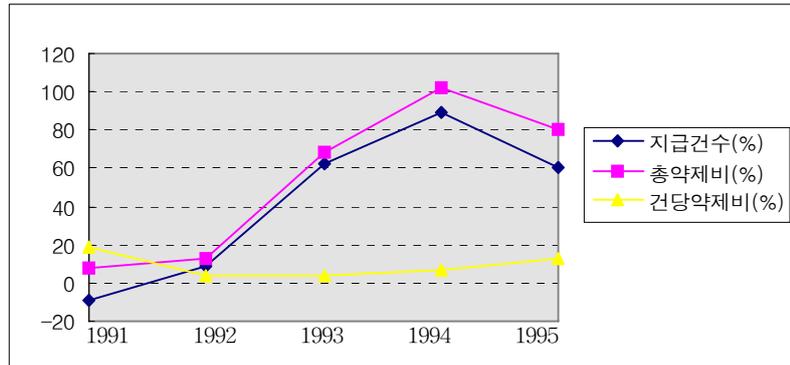
구분 (단위)	지급건수 (천건)	총약제비 (백만원)	건당약제비 (원)	건당 투약일수	투약일당 약제비(원)
1990	12,288 (100) <sup>2)</sup>	22,133 (100)	1,801 (100)	1.61 (100)	1,117 (100)
1991	11,185 (91)	23,943 (108)	2,141 (119)	1.78 (111)	1,204 (108)
1992	12,205 (99)	27,079 (122)	2,219 (123)	1.78 (111)	1,249 (112)
1993	19,848 (162)	45,700 (206)	2,302 (128)	1.71 (107)	1,335 (120)
1994	37,539 (305)	92,344 (417)	2,460 (137)	1.71 (106)	1,436 (129)
1995	60,187 (490)	166,767 (753)	2,771 (154)	1.83 (114)	1,514 (135)

註: 1) 청구금액이 아니라 심사완료되어 지급된 금액임.

2) ( )는 '90년 대비 증감지수임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

[圖 III-1] 年度別 藥局醫療保險 給與 增減 推移(年度別 增減率)



藥局醫療保險 給與實績이 1993년 이후로 급격히 增加하게 된 것은 여러 가지 原因을 찾을 수 있다.

우선 制度的으로 볼 때는 本人負擔金의 지속적인 減少<sup>2)</sup>와 藥劑費 중 기본조제기술료, 약국관리료의 상승으로 利用者와 藥局 모두에게 利益이 되는 方向으로 改善되어 온 것이 活性化에 영향을 미쳤다고 볼 수 있다. 또한 약국의료보험 관련 전산 프로그램의 개발, 보급으로 請求業務나 保險藥 管理業務가 簡便하게 된 것도 중요한 요인이 된다.

그러나 어떻게 제도가 改善된다 하더라도 非給與調劑에 비해 保險 調劑가 價格이나 調劑 品目數 制限, 行政 業務 등으로 인해 불리한 측면을 가질수 밖에 없다. 또한 약국의료보험 참여 여부가 강제적인 義務事項이 아니기 때문에 약국의 입장에서는 保險調劑를 적극적으로 할 만한 動機를 갖기 어려운 것이 사실이다. 따라서 近年의 增加 樣相은 이상에서 제시한 것만으로는 설명하기 어려운 면이 있다.

일각에서는 韓藥紛爭으로 惹起된 醫藥分業에 대한 危機가 약국의료보험 참여를 強化시키고 있으며, 약국의 의료보험 참여를 권장하는 약

2) 본인부담금 정액기준 상한선이 시행 당시 1,500원에서 4,000원으로 상향조정되어 본인부담금이 줄어드는 효과를 가져왔다.

사회의 적극적인 活動에 힘입는 바 크다는 分析이 있다. 즉 醫藥分業 될 경우 약국의료보험을 통해 直接調劑를 일부 存續시키기 위하여 약국의료보험의 役割이 強調되고 있다는 것이다.

〈表 III-5〉 調劑形態別 藥局醫療保險 給與實績

구분 (단위)	의료보험 적용인구 (명)	지급건수 (천건, %)	수진 현황 <sup>1)</sup>	총약제비 (백만원, %)	건 당		
					약제비 (원)	투약일수 (일)	
1990	처방 직접 계	40,980,023	54 ( 0.44)	- <sup>2)</sup>	311 ( 1.55)	5,706	5.62
			12,233 ( 99.56)	0.30	21,822 ( 98.45)	1,784	1.59
			12,287 (100.00)	0.30	22,133 (100.00)	1,801	1.61
1991	처방 직접 계	40,799,149	64 ( 0.57)	-	366 ( 1.53)	5,759	6.15
			11,121 ( 99.43)	0.27	23,577 ( 98.47)	2,120	1.75
			11,185 (100.00)	0.27	23,943 (100.00)	2,141	1.78
1992	처방 직접 계	41,329,394	54 ( 0.44)	-	300 ( 1.11)	5,594	7.67
			12,151 ( 99.56)	0.29	26,779 ( 98.99)	2,204	1.75
			12,205 (100.00)	0.29	27,079 (100.00)	2,219	1.78
1993	처방 직접 계	42,217,000	40 ( 0.20)	-	196 ( 0.43)	4,924	5.02
			19,808 ( 99.80)	0.47	45,503 ( 99.57)	2,297	1.72
			19,848 (100.00)	0.47	45,700 (100.00)	2,302	1.72
1994	처방 직접 계	43,258,063	39 ( 0.10)	-	93 ( 0.10)	4,882	3.81
			37,500 ( 99.90)	0.87	92,151 ( 99.90)	2,447	1.71
			37,509 (100.00)	0.87	92,344 (100.00)	2,460	1.71
1995	처방 직접 계	44,015,900	41 ( 0.07)	-	218 ( 0.13)	5,245	3.68
			60,145 ( 99.93)	1.37	166,549 ( 99.87)	2,769	1.83
			60,186 (100.00)	1.37	166,767 (100.00)	2,771	1.83

註: 1) 연간 지급건수를 의료보험 적용인구로 나눈 것임.

2) 처방조제건수가 미미하여 수진율이 0.01 이하인 것은 -로 표시했음.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

약국의료보험의 總給與 實績은 크게 增加하고 있는 반면에 處方調劑는 오히려 減少하고 있다(表 III-5 참조). 약국의료보험 給與 支給 件數에서 處方調劑件數가 차지하는 比重은 1990년 0.4%에서 1991년 이후로 계속 減少하여 1995년에는 0.07%에 불과했다. 處方調劑에 의한 藥劑費도 전체의 1.55%에서 점차 감소하여 1995년에는 0.13%에 지나지 않았다. 따라서 近年에 나타난 藥局醫療保險 給與실적의 급속한 증가는 직

접조제건수의 증가에 따른 것임을 알 수 있다.

처방조제실적으로 본다면 약국의료보험제도를 통해 處方調劑를 유도 하므로써 醫藥分業에 대비하는 效果는 거두지 못한 것으로 나타났다.

受診現況은 1992년 이후 지속적으로 증가하여 1995년에는 1.37이었다. 이로써 통상적으로 볼 때 일년 동안 한 사람이 한건 이상의 藥局 醫療保險 給與를 받았다고 볼 수 있다. 件當 藥劑費는 1995년의 경우 處方調劑가 5,245원으로 直接調劑의 2배에 이르렀는데, 이는 우선 처방조제의 件當 投藥日數가 3.68일로 直接調劑 1.83일에 비해 약 2배정도 높은 것에 기인한 것으로 볼 수 있다. 또한 직접조제와 처방조제의 의약품 사용범위가 다른 것에서도 그 원인을 찾을 수 있겠다.

<表 III-6>은 醫療保險 總給與實績 중 약국의료보험이 차지하는 比重을 年度別로 나타낸 것이다.

전체적으로 볼 때 全國民 醫療保險이 실시된 후 지난 6년동안 醫療保險 給與實績은 건수로 볼 때 年平均 12.80%, 金額으로는 年平均 16.00%의 增加率을 보이며 급격한 增加 趨勢에 있다. 그중에서도 특히 藥局醫療保險의 증가 현상이 가장 두드러져 同期間동안 醫院<sup>3)</sup> 年平均 件數 8.10%, 金額 12.34%의 增加率을 보인 반면 약국은 件數 增加率 42.44%, 金額으로는 54.54%에 달하였다. 이와같이 최근 수년간의 급격한 給與增加 趨勢로 인해 약국의료보험이 차지하는 比重도 높아지고 있다.

먼저 支給件數를 보면, 1991년에는 醫療保險 總給與件數의 7.91%에 불과했으나 그후 지속적으로 증가하여 1995년의 경우에는 醫療保險 總支給 件數 중 24.13%를 차지하였다. 또한 의료기관 중에서도 비교적 경미한 疾病을 다루는 1차 의료기관인 醫원의 外來支給件數와 약국의 지급건수를 합한 것에서 차지하는 비중도 1995년의 경우 31.78%에 이르렀다.

3) 醫원의 외래를 기준으로 한 것으로서 입원은 제외했음.

〈表 III-6〉 全體 醫療保險 給與實績 中 藥局醫療保險의 給與 現況

구 분	1991	1992	1993	1994	1995
진료건수(천건)					
전체(A)	141,291	153,293	175,240	201,539	249,410
(증가율)	(2.41)	(8.50)	(14.32)	(15.01)	(23.75)
의과의원(외래)(B) <sup>1)</sup>	91,849	98,760	109,081	114,305	129,211
(증가율)	(4.63)	(7.52)	(10.45)	(4.79)	(13.04)
약국(C)	11,185	12,205	19,848	37,539	60,187
(증가율)	(-8.98)	(9.12)	(62.62)	(89.13)	(60.33)
진료비(백만원)					
전체(D)	3,200,996	3,731,063	4,348,201	4,897,172	6,144,220
(증가율)	(8.81)	(16.56)	(16.54)	(12.63)	(25.46)
의과의원(외래)(E)	1,229,541	1,373,324	1,593,095	1,733,988	2,106,729
(증가율)	(3.69)	(11.69)	(16.00)	(8.84)	(21.50)
약국(F)	23,943	27,079	45,700	92,344	166,767
(증가율)	(8.18)	(13.10)	(68.77)	(102.07)	(80.60)
약국의료보험의 비중(%)					
<지급건수>					
전체(C/A)	7.91	7.96	11.33	18.63	24.13
의과의원(외래)(C/(B+C))	10.86	11.00	15.39	24.72	31.78
<진료비>					
전체(F/D)	0.75	0.73	1.05	1.89	2.71
의과의원(외래)(F/(E+F))	1.91	1.93	2.79	5.06	7.34
건당 진료(투약)일수(일)					
전체(O)	4.76	4.92	4.91	4.76	4.59
의과의원(외래)(P)	4.20	4.37	4.48	4.57	4.62
약국(Q)	1.78	1.78	1.72	1.71	1.83
건당진료비(원)					
전체(R)	22,655	24,339	24,813	24,321	23,645
의과의원(외래)(S)	13,387	13,906	14,605	15,170	19,867
약국(T)	2,141	2,219	2,302	2,460	2,760
진료(투약)일당진료비(원)					
전체(U)	4,764	4,948	5,049	5,108	5,372
의과의원(V)	3,190	3,185	3,260	3,321	3,532
약국(W)	1,204	1,249	1,335	1,436	1,513

註: 1) 종합병원, 병원의 외래진료는 제외하고 의원의 외래진료만 계산한 것임.  
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

이에 비해 약국의료보험 藥劑費의 比重은 1995년 전체 의료보험 診療費의 2.71%에 불과하여 매우 미미한 水準에 머물러 있다. 醫院(外來) 診療費를 합한 것에서 藥局의 藥劑費가 차지하는 몫도 7.34%에 불과한 것으로

나타났다. 이처럼 件數에 비해 藥劑費가 차지하는 比重이 적은 것은 의원의 平均 件當/診療日當 診療費에 비해 약국의 平均 件當/投藥日當 藥劑費가 적은데 주 원인이 있는 것으로 볼 수 있다. 즉 <表 III-6>에 나타난 바와 같이 1995년 의원의 投藥日數는 4.62일로서 약국 1.83일에 비해 2.52배 길었다. 또한 平均건당진료비는 19,867원으로 약국의 平均건당 약제비 2,760원의 7.20배에 달했다.

나. 藥局 醫療保險 調劑 現況

이하에서는 1995년 藥局醫療保險 給與實績을 調劑形態, 性別, 年齡別, 市道別 등과 같이 여러 가지 特性으로 區分하여 살펴보았다.

먼저 定額·定率, 調劑形態(처방·직접)에 따라 약국의료보험 調劑 現況을 간략하게 보면 <表 III-7>과 같다.

<表 III-7> 定額·定率別, 調劑形態에 따른 藥局醫療保險 給與實績<sup>1)</sup>  
(단위: 건, 원, %)

구 분	의료보험 지급건수	의료보험 지급 약제비
정 액	5,335,704 ( 96.07)	1,359,244,374 ( 93.13)
정 룰	218,242 ( 3.93)	98,903,458 ( 6.78)
계	5,553,946 (100.00)	1,458,137,832 (100.00)
처 방	2,951 ( 0.05)	1,593,896 ( 0.11)
직 접	5,550,995 ( 99.95)	1,456,543,936 ( 99.09)
계	5,553,946 (100.00)	1,458,137,832 (100.00)

註: 1) 1995년 6월 지급분으로 분석한 것임.  
資料: 의료보험연합회 심사지급전산자료, 1995.

그런데 本人負擔金を 구분하는 定額, 定率<sup>4)</sup>別 藥局醫療保險 給與實績

4) 현재 약국의료보험에서는 방문당 약제비 총액에 따라 본인부담금이 달라지게 되어 있다. 즉 직접조제의 경우 방문당 약제비가 4,000원 이하인 경우 1일분 800원, 2일분 1,000원, 3~7일분 1,500원으로 책정되어 있으며 4,000원을 초과할 때에는 약제비 총액의 40%를 정률로 내야 한다(II장 2. 나 참조).

은 현재의 의료보험통계연보로는 파악할 수 없으므로 1995년 6월분 급여지급 전산 자료를 이용하여 살펴보았다. 그 결과 총 5백 3십여만 건 중 96.07%가 定額이었으며, 定率은 3.93%에 불과했다. 대부분의 藥局醫療保險 給與가 건당 4,000원 이내에서 이루어지는 것을 알 수 있다. 조제형태별로 볼 때 處方調劑가 차지하는 比率은 앞서 살펴본 바와 같이 매우 미미하여 全體 件數의 1%에도 미치지 못했으며, 金額으로는 0.1% 정도에 불과한 것으로 나타났다.

<表 III-8>는 처방·직접 조제구분에 따른 시도별 藥局醫療保險 給與 實績을 나타낸 것이다. 전체 지급건수는 醫療保險 適用人口의 33.88%를 차지하는 서울지역이 32.75%로서 가장 많은 지역이었으며 경기, 경남이 그 뒤를 이었다. 특히 경기지역은 의료보험 적용인구 構成比보다도 支給件數가 많은 것으로 나타났다. 제주지역은 適用人口 構成比(1.01%)나 支給件數(0.5%) 모두 가장 적어 상대적으로 약국의료보험이 活性化되지 못한 지역으로 꼽혔다.

直接調劑의 件當 藥劑費는 2,400~2,900원 사이에서 지역별로 큰 差異가 없었으며, 件當 投藥日數도 1.8~2.0일로 비슷하게 나타났다. 사실상 현행 약국의료보험체계에서는 地域別 差異를 고려하지 않고 있는 만큼 投藥日數의 差異가 없다면 地域別 件當(방문당)藥劑費의 差異는 거의 없을 것으로 본다. 處方調劑는 한 해 동안 請求 實績이 한건도 없는 곳이 대전, 충남, 전북, 광주, 제주의 5개 지역에 이르렀으며, 그외 서울, 경기를 除外한 나머지 地域 모두가 500건 미만의 미미한 實績을 보였다. 處方調劑의 件當 藥劑費는 最小가 경남의 3,353원에서 최대 부산의 29,399원 사이로 直接調劑에 비해 地域別 差異가 매우 큰 것으로 나타났다. 또한 件當 投藥日數도 경남 2.0일이 最小이며 最大는 대구 27.70일로 차이가 클 뿐만 아니라 비교적 長期投藥 患者들에게 處方調劑가 많이 이루어지는 것을 알 수 있다.

〈表 III-8〉 調劑形態에 따른 市道別 藥局醫療保險 給與實績(1995)

구 분	조제 구분	의료보험 적용인구 (%)	지급건수 (천건, %)	총약제비 (백만원, %)	건당 약제비 (원)	건당 투약일수 (일)
계	계	44,015,900 (100.00)	60,187 (100.00)	166,767 (100.00)	2,771	1.83
	처방직접		41 (0.07) 60,145 (99.93)	218 (0.13) 166,549 (99.87)	5,245 2,769	3.68 1.83
서울	계	14,912,344 (33.88)	19,710 (32.75)	57,425 (34.43)	2,913	1.85
	처방직접		6 (0.01) 19,704 (32.74)	48 (0.03) 57,376 (34.40)	7,893 2,912	4.70 1.85
부산	계	3,407,949 (7.74)	4,112 (6.83)	10,830 (6.49)	2,634	1.71
	처방직접		- <sup>1)</sup> ( - ) <sup>1)</sup> 4,112 (6.83)	- <sup>2)</sup> ( - ) <sup>2)</sup> 10,822 (6.49)	29,399 2,632	26.13 1.71
대구	계	2,151,956 (4.89)	3,387 (5.63)	8,737 (5.24)	2,579	1.76
	처방직접		- ( - ) 3,388 (5.63)	12 (0.01) 8,725 (5.23)	29,044 2,575	27.70 1.76
인천	계	2,060,791 (4.68)	4,061 (6.75)	11,723 (7.03)	2,886	1.92
	처방직접		- ( - ) 4,061 (6.75)	- ( - ) 11,722 (7.03)	3,910 2,886	3.00 1.92
광주	계	1,041,389 (2.37)	2,289 (3.80)	5,170 (3.42)	2,495	1.69
	처방직접		0 (0.00) 2,289 (3.80)	0 (0.00) 5,170 (3.42)	0 2,495	0.00 1.69
대전	계	1,090,338 (2.48)	1,236 (2.05)	3,251 (1.95)	2,631	1.77
	처방직접		0 (0.00) 1,236 (2.05)	0 (0.00) 3,251 (1.95)	0 2,631	0.00 1.77
경기	계	6,037,760 (13.72)	10,042 (16.69)	26,570 (15.93)	2,646	1.82
	처방직접		34 (0.06) 10,008 (16.63)	137 (0.08) 26,433 (15.85)	4,078 2,641	2.74 1.81
강원	계	1,261,208 (2.87)	1,245 (2.07)	3,712 (2.23)	2,983	1.92
	처방직접		- ( - ) 1,245 (2.07)	- ( - ) 3,711 (2.23)	10,182 2,982	15.41 1.92
충북	계	1,179,478 (2.68)	970 (1.61)	2,816 (1.69)	2,904	1.99
	처방직접		- ( - ) 970 (1.61)	- ( - ) 2,816 (1.69)	4,423 2,904	3.00 1.99
충남	계	1,497,327 (3.40)	949 (1.58)	2,777 (1.67)	2,925	2.09
	처방직접		0 (0.00) 949 (1.58)	0 (0.00) 2,777 (1.67)	0 2,925	0.00 2.09
전북	계	1,586,874 (3.60)	2,093 (3.48)	5,747 (3.45)	2,746	1.93
	처방직접		0 (0.00) 2,093 (3.48)	0 (0.00) 5,747 (3.45)	0 2,746	0.00 1.93
전남	계	1,689,225 (3.84)	2,010 (3.34)	5,438 (3.26)	2,705	1.90
	처방직접		- ( - ) 2,010 (3.34)	- ( - ) 5,438 (99.91)	28,392 2,703	29.62 1.90
경북	계	2,332,173 (5.30)	1,902 (3.16)	5,059 (3.03)	2,659	1.90
	처방직접		- ( - ) 1,902 (3.16)	- ( - ) 5,059 (99.90)	9,096 2,657	10.10 1.89
경남	계	3,324,003 (7.55)	5,878 (9.77)	16,144 (9.68)	2,746	1.76
	처방직접		- ( - ) 5,878 (9.77)	- ( - ) 16,144 (9.68)	3,353 2,746	2.00 1.76
제주	계	443,085 (1.01)	300 (0.50)	823 (0.49)	2,739	1.99
	처방직접		0 (0.00) 300 (0.50)	0 (0.00) 823 (0.49)	0 2,739	0.00 1.99

註: 1) 지급건수에서 천건 미만과 점유율에서 0.01% 미만은 -로 표시함.  
 2) 약제비에서 백만원 미만과 점유율에서 0.01% 미만은 -로 표시함.  
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

1995년 약국의료보험 급여지급실적을 保險者 種別로 나누어 살펴보면(表 III-9 참조), 對象 人口數가 전체의 51.02%로 가장 많은 地域醫療保險이 審査支給 件數의 49.91%, 藥劑費의 50.14%를 차지했다. 전체적으로 볼 때 보험자 종별 藥局 調劑實績은 對象人口數의 分布와 거의 유사하게 나타났다. 處方調劑는 실적자체가 매우 미미한 가운데에서도 총35,456건으로 全體 件數의 0.06%를 차지한 職場醫療保險에서 비교적 활발하게 이루어졌고 지역의료보험에서 가장 實績이 低調했다.

件當 藥劑費는 직접조제의 경우 2,700~2,800원 정도로서 保險者 種別로 거의 差異가 없었으며, 件當 投藥日數, 投藥日當 藥劑費도 마찬가지였다. 그러나 處方調劑에서는 地域醫療保險이 건당 투약일수 7.09일에 건당약제비 9,400원인데 반해 職場醫療保險은 건당 투약일수가 3.10일로 差異가 있었으며 이에 따라 직장의료보험의 件當 藥劑費도 4,600여원으로 地域醫療保險의 절반에 머무른 것으로 나타났다.

〈表 III-9〉 保險者種別 藥局醫療保險 給與實績(1995)

구 분	대상 인구수 (명, %)	심사지급건수 (건, %)	약제비 (백만원, %)	건당 약제비 (원)	건당 투약일수 (일)	투약일당 약제비 (원)
총계		60,186,660 (100.00)	166,767 (100.00)	2,771	1.83	1,513
처방	44,015,900	41,486 ( 0.07)	218 ( 0.13)	5,245	3.68	1,425
직접	(100.00)	60,145 ( 99.93)	166,549 ( 99.87)	2,769	1.83	1,513
지역		30,037,560 ( 49.91)	83,621 ( 50.14)	2,784	1.84	1,510
처방	22,456,690	4,983 ( 0.01)	47 ( 0.03)	9,369	7.09	1,322
직접	(51.02)	30,032,577 ( 49.90)	83,574 ( 50.11)	2,783	1.84	1,510
직장		24,056,678 ( 39.97)	66,404 ( 39.82)	2,760	1.82	1,517
처방	16,744,064	35,456 ( 0.06)	162 ( 0.10)	4,568	3.10	1,475
직접	(38.04)	24,021,222 ( 39.91)	66,242 ( 39.72)	2,758	1.82	1,518
공교		6,092,422 ( 10.12)	16,742 ( 10.04)	2,748	1.82	1,508
처방	4,185,146	1,047 ( 0.01)	9 ( 0.01)	8,530	7.24	1,177
직접	(9.51)	6,091,375 ( 10.11)	16,733 ( 10.03)	2,747	1.82	1,508

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

<表 III-10> 年齡別·性別 藥局醫療保險 給與實績(1995)

	심사지급 (천건, %)	의료보험 적용인구 (천명, %)	약제비 (백만원, %)	건당 투약일수 (일)	투약일당 약제비 (원)
계	60,187 (100.00)	44,016 (100.00)	166,767 (100.00)	1.83	1,513
남	26,822 ( 44.56)	22,024 ( 50.03)	74,031 ( 44.39)	1.84	1,501
여	33,365 ( 55.44)	21,991 ( 49.96)	92,736 ( 55.61)	1.83	1,523
0~9세					
계	6,438 ( 10.70)	6,500 ( 14.77)	13,361 ( 8.01)	1.72	1,210
남	3,400 ( 5.65)	3,442 ( 7.82)	7,066 ( 4.24)	1.72	1,209
여	3,038 ( 5.05)	3,058 ( 5.08)	6,295 ( 3.78)	1.71	1,210
10~19세					
계	8,174 ( 13.58)	7,327 ( 16.65)	20,637 ( 12.37)	2.52	1,500
남	4,081 ( 6.78)	3,751 ( 8.52)	10,323 ( 6.19)	2.53	1,499
여	4,093 ( 6.80)	3,576 ( 8.12)	10,315 ( 6.18)	2.52	1,501
20~29세					
계	7,233 ( 12.02)	8,610 ( 19.56)	20,561 ( 12.33)	1.81	1,575
남	2,442 ( 4.06)	4,299 ( 9.77)	7,026 ( 4.21)	1.84	1,564
여	4,791 ( 7.96)	4,310 ( 9.79)	13,535 ( 8.12)	1.79	1,580
30~39세					
계	15,640 ( 25.98)	8,395 ( 19.10)	44,377 ( 26.61)	1.80	1,574
남	6,612 ( 10.98)	4,299 ( 9.77)	18,864 ( 11.31)	1.82	1,567
여	9,028 ( 15.00)	4,096 ( 9.33)	25,514 ( 15.30)	1.65	1,579
40~49세					
계	9,806 ( 16.29)	5,336 ( 12.12)	28,583 ( 17.14)	1.87	1,559
남	4,664 ( 7.75)	2,723 ( 6.19)	13,592 ( 8.15)	1.87	1,555
여	5,142 ( 8.54)	2,613 ( 5.93)	14,991 ( 8.99)	1.87	1,562
50~59세					
계	7,305 ( 12.14)	3,948 ( 8.97)	21,991 ( 13.19)	1.97	1,532
남	3,401 ( 5.65)	1,924 ( 4.37)	10,279 ( 6.16)	1.98	1,529
여	3,903 ( 6.49)	2,024 ( 4.60)	11,712 ( 7.03)	1.96	1,534
60~69세					
계	3,696 ( 6.14)	2,394 ( 5.44)	11,345 ( 6.80)	2.03	1,509
남	1,562 ( 2.60)	1,040 ( 2.36)	4,826 ( 2.90)	2.06	1,502
여	2,134 ( 3.55)	1,354 ( 3.08)	6,518 ( 3.91)	2.02	1,515
70세 이상					
계	1,895 ( 3.15)	1,506 ( 3.42)	5,912 ( 3.55)	2.09	1,495
남	658 ( 1.09)	546 ( 1.24)	2,055 ( 1.23)	2.11	1,483
여	1,236 ( 2.05)	960 ( 2.18)	3,857 ( 2.31)	2.08	1,501

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

性別·年齡別 약국의료보험 급여실적은 <表 III-10>에 제시된 바와 같다. 性別 件數 占有率을 보면 남자가 44.6%, 여자가 55.4%로 여자가 많은 것으로 나타났다. 醫療保險 適用 人口는 남자가 50.0%로 더 많

다는 것을 고려한다면 실제로 여자가 남자에 비해 醫療保險 給與를 더 많이 받고 있음을 알 수 있다.

年齡別로는 20~29세의 醫療保險 適用人口가 가장 많았으나 給與件數는 30~39세가 전체의 26.0%로서 件數占有率이 가장 높은 것으로 나타났으며 30세 이후부터는 醫療保險 適用人口에 비해 給與實績이 많았다. 특히 30~39세 사이의 여자가 藥局醫療保險給與를 가장 많이 받는다고 할 수 있겠다. 이에 따라 藥劑費도 이들 연령층에서 가장 높았으며 그 다음으로 40~49세, 50~59세의 순서를 이루었다.

件當 投藥日數는 10~19세에서 가장 높았으며 30대 이후로 年齡이 增加함에 따라 投藥日數도 增加하는 양상을 보였다. 그러나 投藥日當 藥劑費는 0~9세 사이에 가장 낮았는데 이는 年齡에 따라 藥品投與量이 작은 데서 비롯된 것으로 볼 수 있다. 즉 小兒醫藥品 가격이 成人에 비해 적은 것이 藥劑費에 반영된 結果이다. 그외 年齡層에서는 投藥日當 藥劑費의 差異는 별로 없었다.

症狀分類別로 볼 때, 직접조제의 경우 건수점유율이 가장 높은 것은 호흡기계 기침 24.8%, 인후통 13.21%, 콧물 10.11%, 소화기계 속쓰림 5.87%의 순으로 나타났다(表 III-11 참조). 또한 多發生 症狀 10개의 調劑實績이 전체의 72.2%에 이르렀으며 그중에서도 感氣와 관련된 호흡기계 증상이 7개로서 주로 感氣 때문에 藥局醫療保險을 이용하고 있음을 알 수 있다.

상위 10개 症狀사이에 平均 件當 藥劑費는 最小 2,595원에서 最大 3,134원으로 차이가 있었는데 이는 症狀에 따라서는 사용하는 藥劑가 다른 것과 投藥日數의 차이(1.70~2.06일)때문으로 볼 수 있다. 藥劑費는 多發生 上位 10개 症狀이 전체의 70.96%를 차지했으며, 件數와 마찬가지로 기침이 23.65%로서 가장 많았다. 또한 근골격계 관절통이 投藥日數가 긴 것(2.06일) 등의 영향으로 件當 藥劑費가 3,134원으로 높아져서 件數에 비해 藥劑費가 많은 것으로 나타났다.

〈表 III-11〉 直接·處方調劑區分에 따른 多發生症狀別 藥局醫療保險 給與實績(1995)

구분	순위	증상명(기호)	건수 (천건, %)	약제비 (백만원, %)	건당 투약 일수 (일)	건당 약제비 (원)	투약 일당 약제 비(원)
직접 조 제	1	호흡기계 기침(112)	14,949 ( 24.84)	39,439 ( 23.65)	1.78	2,638	1,486
	2	호흡기계 인후통(119)	7,952 ( 13.21)	21,119 ( 12.66)	1.70	2,656	1,558
	3	호흡기계 콧물(115)	6,083 ( 10.11)	15,562 ( 9.33)	1.73	2,558	1,476
	4	소화기계 속쓰림(201)	3,533 ( 5.87)	11,036 ( 6.62)	2.04	3,124	1,528
	5	호흡기계 객담(113)	2,369 ( 3.94)	6,516 ( 3.91)	1.81	2,750	1,519
	6	골격계 관절통(536)	2,348 ( 3.90)	7,361 ( 4.41)	2.06	3,134	1,523
	7	호흡기계 발열(117)	1,653 ( 2.75)	4,298 ( 2.58)	1.72	2,601	1,515
	8	소화기계 소화불량(202)	1,631 ( 2.71)	4,712 ( 2.83)	1.85	2,889	1,564
	9	호흡기계 코막힘(116)	1,596 ( 2.65)	4,141 ( 2.48)	1.76	2,595	1,474
	10	근골격계 요통(538)	1,344 ( 2.23)	4,151 ( 2.49)	2.03	3,088	1,521
소계			43,458 ( 72.21)	118,334 ( 70.96)			
총계			60,187 (100.00)	166,767 (100.00)			
구분	순위	증상명(기호)	건수 (건, %)	약제비 (천원, %)	건당 투약 일수 (일)	건당 약제비 (원)	투약 일당 약제 비(원)
처방 조 제	1	J00 급성비인두염	7,267 ( 15.52)	24,457 ( 11.24)	2.15	3,365	1,563
	2	K29 위염 및 십이지장염	3,993 ( 9.62)	38,302 ( 17.60)	5.45	9,592	1,761
	3	K05 치은염 및 치주질환	3,908 ( 9.42)	13,127 ( 6.03)	2.50	3,359	1,344
	4	K04 치수 및 치조단주위 조직의 질환	2,281 ( 5.50)	7,432 ( 3.42)	2.48	3,258	1,315
	5	M60 근염	861 ( 2.08)	3,480 ( 1.60)	2.97	4,042	1,360
	6	K79 달리 분류되지 않은 기타 연부조직장애	847 ( 2.04)	3,327 ( 1.53)	2.81	3,928	1,400
	7	K03 치아경조직의 기타 질환	742 ( 1.79)	2,879 ( 1.32)	2.69	3,879	1,441
	8	K31 위십이지장의 기타 질환	675 ( 1.63)	4,938 ( 2.27)	3.66	7,315	1,999
	9	K02 치아우식증	611 ( 1.47)	1,796 ( 0.83)	2.28	2,939	1,291
	10	B35 피부사상균 등	609 ( 1.47)	13,358 ( 6.14)	12.63	21,935	1,737
소계			21,794 ( 52.53)	113,096 ( 51.97)			
총계			41,486 (100.00)	217,597 (100.00)			

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

處方調劑는 감기 증상에 해당되는 급성비인두염이 件數占有率 15.52%로 가장 높았으며, 위염 및 십이지장염(9.62%), 치은염 침 치주 질환(9.42%)의 순으로 나타났다. 處方調劑는 上位 10개 傷病이 全體 件數에서 차지하는 比重이 52.5%로서, 直接調劑 72.2%에 비해 특정 傷病에 集中되는 정도가 낮았다.

10개 질환 사이의 件當 藥劑費는 最大 21,935에서 最小 2,939원으로 직접조제에 비해 差異가 매우 컸는데, 이는 투약일수(최대 12.63일, 최소 2.15일)도 마찬가지로 투약일수의 차이가 건당약제비에 영향을 미친 것으로 볼 수 있다. 또한 處方調劑 多發生 10개 傷病중에는 특징적으로 치과계질환이 4개나 포함되어 있는 것으로 나타났다.

### 3. 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整現況

<表 III-12>는 藥局醫療保險藥劑費 審査支給實績 나타낸 것이다.

<表 III-12> 年度別 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整實績  
(단위: 천건, 백만원, %)

구 분	1990	1991	1992	1993	1994	1995
건수	12,288 (100)	11,185 (91)	12,205 (99)	19,848 (162)	37,539 (305)	60,187 (490)
약제비	22,133 (100)	23,943 (108)	27,079 (122)	45,700 (207)	92,344 (417)	166,767 (753)
조정건수	1,119 (100)	1,935 (173)	2,312 (207)	1,841 (165)	2,821 (252)	4,469 (399)
조정건율	9.11 (100)	17.30 (190)	18.94 (208)	9.28 (165)	7.52 (86)	7.43 (82)
조정액	347 (100)	590 (170)	570 (164)	548 (158)	1,131 (326)	2,612 (753)
조정액률	1.52 (100)	2.41 (156)	2.06 (133)	1.18 (76)	1.21 (81)	1.57 (105)

註: ( )는 1990년 대비 증감지수를 나타낸 것임.  
資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.  
의료보험연합회 내부자료

심사지급건수는 시행 첫 해인 1990년 12,288천건에서 다소 감소하다가 1993년부터急增勢를 보이고 있으며, 審査支給이 결정된 약제비도 1990년 22,133백만원에서 지속적 증가하여 1995년에는 1990년의 7.5배에 해당되는 166,767백만원으로 급증하였다. 이러한 審査支給件數·藥劑費의 증가추세와는 달리 審査調整件率은 1990년 9.11%에서 1992년 18.94%까지 增加하다가 그후로 減少趨勢가 이어져 1995년에는 7.4% 정도에 머무른 것으로 나타났다. 審査調整額率은 1991년 2.41%로 頂點을 이룬 후 1~2% 내에서 增減을 반복하는 양상을 보이고 있다.

項目別 약제비 심사조정현황을 보면(表 III-13 참조), 1995년의 경우 審査에서 藥劑費문제로 調整된 것이 전체 조정건수의 96.5%, 조정액수의 87.9%를 차지했다. 調劑料가 문제가 된 것은 調整 件數의 0.84%, 調整 額數의 1.61%에 불과했다.

〈表 III-13〉 項目別 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整 現況(1995)  
(단위: 건, 원, %)

항목	계	약제비	조제료	기타
조정건수	4,469,524	4,313,301	37,506	118,717
비율	(100.00)	(96.50)	(0.84)	(2.66)
조정금액	2,612,285	2,297,502	42,182	272,601
비율	(100.00)	(87.95)	(1.61)	(10.44)

資料: 1) 의료보험연합회 내부자료  
2) 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

약제비 심사조정현황을 調整 事由別 內譯으로 볼 때는 병·의원, 약국 모두에서 요양급여적용착오(C)가 각각 55.90%, 65.96%로 가장 많았으며 추가적용착오(B), 산정착오(A)등의 순으로 높게 나타났다(表 III-14 참조). 이와같이 주로 行政的인 錯誤로 심사조정이 이루어지는 것을 알 수 있다.

〈表 III-14〉 調整事由別 藥局醫療保險 藥劑費 審査調整 內譯(1995)  
(단위: 건, 원)

구분	계	산정착오 (A)	수가적용 착오 (B)	요양급여 적용착오 (C)	비급여 대상전액 본인부담 (E)	기타
<조정건수>						
병의원 비율	17,363,669 (100.00)	1,744,823 (10.05)	5,692,098 (32.79)	9,705,965 (55.90)	9,246 (0.05)	211,537 (1.22)
약국 비율	4,469,524 (100.00)	457,236 (10.23)	807,544 (18.07)	2,947,949 (65.96)	191,703 (4.29)	65,092 (1.46)
<조정금액>						
병의원 비율	75,692,639 (100.00)	839,964 (1.11)	21,304,914 (28.15)	50,507,375 (66.73)	264,766 (0.35)	2,775,620 (3.67)
약국 비율	2,612,285 (100.00)	32,345 (1.24)	526,643 (20.16)	1,702,895 (65.19)	235,214 (9.00)	115,188 (4.41)

資料: 1) 의료보험연합회 내부자료

2) 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

## IV. 藥局醫療保險制度의 未活性要因 分析

### 1. 分析의 基本틀

藥局醫療保險制度를 관리·운영함에 있어서 가장 빈번하게 지적되어 온 문제는 藥局調劑에 대한 保險給與가 활발하지 못하다는 점이다. 본 제도의 취지는 기본적으로 기존의 관행적인 藥師 任意調劑에 대하여 保險給與를 제공하는 것임에도 불구하고, 약국조제 이용환자 조차도 단지 절반 정도<sup>5)</sup>만이 藥局保險 서비스를 활발히 이용하는 것으로 나타나고 있다. 이에 따라 정부에서는 수 차례에 걸쳐 관련 제도를 개정하여 약국의료보험제도의 원활한 운영을 도모하였으나, 현재까지도 약국보험에 대한 利用率은 低調한 실정이다.

약국의료보험제도가 제대로 정착되기 위해서는 무엇보다도 서비스 利用이 增加되어야 하는데, 이는 서비스에 대한 消費者의 要求와 함께 서비스를 제공하고자 하는 藥局의 受容意志를 필요로 한다. 이러한 사실은 Avedis Donabedian이 주창한 醫療過程모델(medical care process model)에서도 잘 나타나고 있는데(Donabedian, 1973:61), 본 모델에 의하면 의료에 대한 需要는 환자나 혹은 의료인에 의하여 발생되지만, 수요가 실제 利用의 形態로 전환되기 위해서는 서비스를 제공하기 위한 資源의 供給與件이 함께 조성되어야 한다는 것이다. 이러

---

5) 1996년 대한약사회에서 실시한 『소비자의 약국이용 실태조사』 결과에 의하면, 경질환이 발생했을 때 우선적으로 약국을 이용하는 소비자의 경우에는 50.4%가 약국보험을 자주 이용하는 반면, 병의원이나 보건소 등 타기관을 이용하는 경우에는 27.7%인 것으로 나타나 양 집단간 차이를 보이고 있음.

한 관점에서 볼 때 약국의료보험의 미활성화 요인분석에 있어서, 약국 보험 서비스를 이용하는 消費者의 측면과 함께 이를 제공하는 供給者 즉 약국, 약사의 측면에 대한 종합적인 접근이 요구되는 것이다.

약국의료보험제도와 관련하여 소비자 혹은 약사 등을 대상으로 수행한 선행연구로 몇 가지 實態 調査가 있는데 대부분 制度 改善에 주안점을 둔 연구였다. 1990년 醫療保險聯合會에서는 약국의료보험제도가 실시됨에 따라 과생되는 문제점을 파악하기 위하여 실태조사를 실시하였는데, 당시 주요한 장애요인으로서 소비자의 측면에서는 ‘제도에 대한 認知度 문제’가, 약사의 경우에는 ‘明細書 作成 및 請求의 複雜性 문제’가 각각 지적되었다(表 IV-1, IV-2 참조). 이밖에 大韓藥師會에서도 수차례에 걸쳐 실태조사를 실시하였는데, 최근 연구결과에 의하면 ‘醫療保險證 持參의 不便’이 소비자의 주요한 애로사항으로, 그리고 약사의 입장에서는 ‘保險藥의 範圍’, ‘4品目 調劑 制限規程’, ‘調劑 酬價’ 등이 각각 주요 문제로 제기된 바 있다.

〈表 IV-1〉 藥局醫療保險 利用上의 問題에 對한 消費者 意見

(단위: %)

문 제 점	의료보험 연합회('90) <sup>1)</sup>	대한약사회('96) <sup>2)</sup>		
		예	아니오	(소계)
약국의료보험 내용을 몰라서	32.3	27.1	72.9	(100.0)
의료보험증을 지참하지 아니하여	9.3	58.7	41.3	(100.0)
보험조제와 일반조제 가격차 근소	23.0	43.3	56.7	(100.0)
약국의 기피	10.3	34.4	65.6	(100.0)
약사의 일반조제 권유	15.4	-	-	-
보험급여대상이 안되어서	-	64.4	35.6	(100.0)
약효가 의심되므로	-	54.4	45.6	(100.0)
기 타	2.2	-	-	-
무응답	7.5	-	-	-
계	100.0	-	-	-
(N)	(2,636)	-	-	-

資料: 1) 의료보험연합회, 『약국의료보험 실태조사』, 1990. 4.

2) 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

〈表 IV-2〉 藥局醫療保險 提供上의 問題에 對한 藥師 意見

(단위: %)

비활성화 사유	의료보험 연합회 (‘90) <sup>1)</sup>	대한약사회(‘96) <sup>2)</sup>			계 (N)
		매우 심각	다소 심각	심각 안함	
보험대상의약품 범위 제한	7.9	46.5	41.8	11.8	100.0 (874)
4품목 조제 제한규정	17.7	46.1	41.0	12.9	100.0 (875)
적정치 못한 조제수가	18.2	42.6	47.9	9.5	100.0 (877)
심사에 의한 약제비 삭감	-	32.5	48.3	19.2	100.0 (870)
국민홍보 부족	6.4	21.8	55.9	22.3	100.0 (871)
명세서 작성 및 청구 등의 복잡성	39.4	20.6	49.2	30.3	100.0 (885)
제도참여에 대한 약사 인식부족	-	16.7	63.2	20.1	100.0 (872)
컴퓨터 사용의 어려움	-	8.9	29.6	61.6	100.0 (869)
계	100.0				

資料: 1) 의료보험 연합회, 『약국의료보험 실태조사』, 1990. 4.

2) 대한약사회, 『약국의료보험제도 실태조사』, 1996. 8.

이와 같이 선행 연구를 고찰해 볼 때 약국의료보험 실시에 영향을 미치는 요인은 주로 制度 改善과 관련하여 지적되어 왔다고 할 수 있는데, 이는 制度 運營上의 問題, 본인부담금 및 수가등 經濟的 問題, 제도에 대한 認知度 즉 弘報 問題, 保險給與 內容의 範圍 등으로 분류 요약될 수 있다.

그런데 藥局醫療保險 利用의 未活性化 要因은 제도 자체의 문제에 만 국한된 것은 아니다. 의료이용행태에 관한 연구에 의하면 醫療 利用은 의료 수요를 직접적으로 유발하는 疾病이나 健康狀態 이외에 心理的·經濟的 要因이나 人口·社會的 特性和 밀접히 관련되어 있는 것으로 밝히고 있다(Gochman, 1988). 특히 Aday & Andersen의 보건의료모델(Model of Health Service Utilization)에서는 醫療利用 決定要因으로서 질병 등 要求要因(need component) 이외에 環境的 構成要因(enabling component)<sup>6)</sup>, 先行要因(predisposing component)<sup>7)</sup> 등 경제

6) 環境的 構成要因(enabling component)은 크게 家族資源(family resource)과

· 사회적 특성을 제시한 바 있다(Williams & Torrens, 1988:53).

醫療利用行態를 질병이 발생함에 따라 이의 확인 및 회복을 위하여 전문가의 도움을 청하는 행위라고 정의할 때(문창진, 1990:92), 약국의 료보험 서비스의 이용 또한 醫療利用行態의 하나로서 간주할 수 있다. 따라서 藥局醫療保險 서비스 이용(圖 IV-1 참조)에 대한 본 연구 또한 의료 이용의 경우와 같이 經濟·社會的 變數 및 制度 關聯事項과의 關聯性을 포괄적으로 검토하고자 하며, 그 대상도 消費者 側面과 供給者의 側面에서 나누어 고찰하므로써 藥局醫療保險制度가 활성화되지 못한 이유를 종합적으로 분석하고자 한다.

[圖 IV-1] 藥局醫療保險 未活性要因 分析의 틀



地域社會 資源(community resource)으로 나뉘는데, 전자에는 흔히 소득, 의료보장 형태, 단골의료기관 여부 등이 포함되고 있으며, 후자에는 보건 의료 서비스 자원 즉 인력이나 시설의 분포, 대기시간 등과 관련된 내용이 포함되고 있음.

7) 先行要因(predisposing component)은 질병의 발생 이전부터 존재해 왔던 개인 및 가족의 특성 등 人口學的 變數(연령, 성별), 社會構造的 變數(교육수준, 직업), 건강과 의료에 대한 信賴와 態度 등으로 구성되어 있음.

## 2. 消費者의 서비스 利用 關聯要因

### 가. 制度關聯 要因

#### 1) 制度에 對한 弘報

1980년 Aday, Andersen, Fleming 등이 제시한 확장된 行態모델(the expanded model)에 의하면 환자의 의료이용행태에 영향을 미치는 요인으로서 知識과 態度 要因을 언급한 바 있다(Williams & Torrens, 1988:54). 본 모델에서는 知識과 態度를 의료에 대한 수요가 발생하기 이전부터 개개인에 內在되어 있는 先行要因(predisposing factor)으로 분류하고 있는데, 의료관련 정보의 습득이나 의료에 대한 태도 등은 이에 대한 弘報 등 사회의 노력에 의해 개선될 수 있는 可變的 要因이므로 政策開發 측면에서 더 많은 중요성을 갖는다.

이러한 관점에서 볼 때 藥局醫療保險 利用에 대한 要因分析과 관련하여 제도에 대한 弘報要因은 반드시 고찰되어야 한다. 더욱이 약국의 료보험제도는 우리나라의 醫療慣行이 반영된 세계 유일무이한 제도이므로 이에 대한 소비자의 인지도 파악은 큰 의미가 있다.

약국의료보험제도에 대한 弘報 정도는 消費者의 認知度를 통하여 간접적으로 살펴볼 수 있다. 이는 이미 약국의료보험에 대한 실태조사를 통하여 조사된 바 있는데, 우선 1990년 醫療保險聯合會의 조사에서는 응답자의 66.9%가 체도를 알고 있다고 제시한 바 있다. 大韓藥師會에서도 실태 조사를 통하여 인지도를 조사하였는데, 1995년 연구에서는 ‘잘 알고 있거나 알고 있다’, 혹은 ‘보통이다’라고 언급한 비율이 74.3%로 나타났으며, 1996년도 연구에서는 ‘알고 있다’는 응답비율이 89.0%였다(表 IV-3 참조).

〈表 IV-3〉 藥局醫療保險制度에 對한 消費者의 認知度

(단위: %)

인지도	1990 <sup>1)</sup> (의료보험연합회)	1995 <sup>2)</sup> (대한약사회)	1996 <sup>3)</sup> (대한약사회)
잘 알고 있다	66.9	5.4	89.0
알고 있다	-	22.8	-
보통이다	-	46.1	-
잘 모른다	-	22.5	-
전혀 모른다	33.1	3.2	11.0
계	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,610)	(757)	(856)

資料: 1) 의료보험연합회, 『약국의료보험 실태조사』, 1990. 4.

2) 대한약사회, 『약국의료보험제도에 대한 대국민 설문조사』, 1995. 11.

3) \_\_\_\_\_, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996.8.

그런데 의료보험연합회의 조사는 一般國民을 대상으로 실시한 조사인 반면, 대한약사회에서는 藥局訪問 消費者가 그 대상이었으므로 조사상 母集團에 差異를 보이고 있다. 따라서 인지도에 대한 단순한 數的 比較에는 다소 문제가 있을 수 있으나, '95, '96년 2년에 거쳐 동일한 모집단을 대상으로 실시한 대한약사회 자체의 조사 결과 등으로 볼 때 제도에 대한 認知度가 점점 높아가고 있다는 일반적인 경향을 살펴볼 수 있다.

실태조사에서는 소비자가 약국의료보험제도를 알게 된 認知 經路 또한 제시하고 있는데, 가장 중요한 장소는 藥局으로서 '95년도에는 40.0%를, '96년도에는 59.2%를 보이고 있다(表 IV-4 참조). 이밖에 방송·신문·잡지나 주위사람들, 혹은 의료보험조합의 유인물 등을 통해서 제도에 대한 情報를 얻기도 하고 있는 것으로 나타났다.

다양한 정보원 중 특히 약국이 가장 두드러진 인지 경로로서 나타나는 것은 본 制度의 限時性과도 일부 관련되어 있다고 할 수 있다. 이미 앞서 언급하였듯이 약국의료보험제도는 醫藥分業制度가 실시되기 이전까지만 시행한다는 限時的인 제도로서 출발하였고, 더욱이 근

래 의약분업의 시행이 1997~1999년으로 명시됨에 따라 약국의료보험 제도의 운명은 더욱 不透明해지고 있는 것이 사실이다.

〈表 IV-4〉 藥局醫療保險制度에 對한 消費者의 認知 經路

(단위: %)

인지 경로	1995 <sup>1)</sup> (대한약사회)	1996 <sup>2)</sup> (대한약사회)
약국에서의 홍보를 통해	40.0	59.2
방송, 신문, 잡지를 통해	29.2	26.6
주위 사람들로부터	19.6	9.6
반상회를 통해	0.9	-
의료보험조합에서 발행하는 유인물을 통해	4.5	4.5
전혀 들어보지 못했다	3.8	-
기 타	2.0	-
계	100.0	100.0
(N)	(757)	(758)

資料: 1) 대한약사회, 『약국의료보험제도에 대한 대국민 설문조사』, 1995. 11.

2) \_\_\_\_\_, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

따라서 정부는 물론 학계에서도 본 제도에 대한 명확한 입장을 견지하지 못하고 제도의 추이를 살펴보고 있는 실정으로 제도를 활성화 하기 위한 弘報 등에는 다소 微溫的인 태도를 보여왔다. 반면 藥師들은 약국의료보험제도의 활성화가 藥師職能 領域의 保存 내지는 擴張에 불가피하다고 생각하고, 일부 약사들이 주축이 되어 소비자를 대상으로 제도에 대한 弘報를 강화하고 있는데 이는 조사결과를 통하여 더욱 확실히 밝혀지고 있다.

의료이용은 제도에 대한 인지도와 함께 이에 대한 態度나 信念에 의해서도 많은 영향을 받는 것으로 알려지고 있다. 이는 과거의 연구 조사 결과에서도 잘 나타나고 있는데(表 IV-5 참조) 약국의료보험에 대한 태도가 肯定的일수록 약국보험 서비스를 더욱 자주 이용하는 경향을 보이고 있다. 따라서 이제는 약국의료보험에 대한 單純한 認知를

넘어서, 보험이용에 따른 消費者의 惠澤이나 經濟社會的 波及影響 또한 널리 알려 약국의료보험제도가 보다 肯定的으로 認識되도록 하기 위한 방안모색이 필요하다.

〈表 IV-5〉 藥局에 對한 態度 및 行態別 藥局醫療保險 利用程度  
(단위: %)

약국의료보험에 대한 태도	자주 이용	가끔 이용	이용하지 않음	계(N)
매우 바람직	63.3	31.1	5.6	100.0(466)
다소 바람직	34.1	53.5	12.4	100.0(258)
바람직하지 않음	18.3	46.7	35.0	100.0( 60)
전 체	50.2	39.7	10.1	100.0(784)

註:  $\chi^2=110.823$ ,  $df=4$ ,  $p=0.000$

資料: 대한약사회. 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

## 2) 保險給與 範圍

약국의료보험 서비스는 주로 輕疾患을 대상으로 하기 때문에 급여 대상 의약품의 종류 등 保險 給與內容에 많은 制限이 있는데, 이는 오히려 보험 활성화의 障礙要因이 되기도 하는 것으로 지적되고 있다.

1990년 YWCA 조사<sup>8)</sup> 결과에 따르면 1회 調劑 品目數를 4품목으로 제한한 것에 대하여 응답자의 78.8%가 불만족한 것으로 나타났으며, 保險藥의 質(quality)에 의심을 가지고 있는 응답자는 62.6%, 보험대상 의약품의 範圍가 적은 것에 대해서는 52.1%가 각각 부정적인 견해를 보였다. 또한 1996년 대한약사회의 조사에서도 가장 많이 지적된 문제가 保險對象 醫藥品의 範圍와 保險藥의 藥效인 것으로 나타나(表 IV-1), 급여 제한이 소비자의 불만을 초래하고 있음을 알 수 있다.

8) YWCA에서는 1990년 低所得層 密集地區에 거주하는 202명과 취약지구 이외에 자기집을 所有한 주부 204명을 대상으로 藥局利用 및 藥局醫療保險 制度에 대하여 실태조사를 실시한 바가 있음.

통상 약국에서 一般調劑를 하는 경우에는 투약에 아무런 제한이 없다. 따라서 소비자는 保險調劑에 대해서도 같거나 유사한 수준의 조제를 期待하나, 실상 보험조제의 경우에는 비교적 많은 制限이 가해지므로 소비자는 이러한 差異에 대하여 불만을 느낀다고 할 수 있다.

그런데 이와 같은 제도의 제한사항이 전반적으로 소비자의 불만을 초래하기는 하지만, 서비스 利用程度에 미치는 영향은 그다지 크지 않은 것으로 나타났고 있다. <表 IV-6>에서 제시하고 있듯이 보험 서비스에 대한 이용이 활발할수록 保險對象 醫藥品の 範圍에 대해 문제를 제기하는 비율은 減少하는 경향을 보이고 있으나 그 유의 수준은 낮았고(p=.037), 보험약의 藥效에 대한 의견은 아무런 상관성을 보이지 않고 있다. 즉 소비자는 전반적으로 약국의료보험의 給與 制限을 문제점으로 인식하고는 있으나, 이러한 인식 여부와 약국보험 서비스의 이용간에는 별다른 相關關係를 보이지 않으므로 급여 제한이 보험 서비스 이용에 영향을 미치는 주요 요인은 아니라고 할 수 있다.

<表 IV-6> 서비스 利用 程度別 保險給與에 對한 消費者 意見 (단위: %)

보험급여 내용	자주 이용	가끔 이용	이용 안함	전체
보험대상 의약품 범위 <sup>1)</sup>				
문제임	58.2	64.8	73.7	64.4
문제가 아님	41.8	35.2	26.3	35.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(170)	(290)	(99)	(559)
보험약의 약효 <sup>2)</sup>				
문제임	52.1	54.3	59.8	54.6
문제가 아님	47.9	45.7	40.2	45.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(169)	(282)	(102)	(553)

註: 1)  $\chi^2=6.606$ ,  $df=2$ ,  $p=0.037$

2)  $\chi^2=1.564$ ,  $df=2$ ,  $p=0.458$

資料: 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

## 3) 保險利用의 節次: 醫療保險證 提示

療養取扱機關에서 의료보험 적용을 받기 위해서는 醫療保險證의 제시가 의무화되어 있다. 그러나 의료보험증은 통상 가족이 공동으로 사용하므로 집에 두고 다니는 경향이 높고, 평상시 혹은 출장 시에는 의료보험증을 항상 지참하는 비율이 20% 정도에 불과한 것으로 알려져 있어 應急事態에 대비하기가 어려운 실정이다. 특히 藥局訪問時에는 保險證 持參率이 낮은 것<sup>9)</sup>으로 알려져 있는데, 의료보험증 지참의 번거로움은 약국서비스 이용에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. <表 IV-7>에 의하면 약국보험 서비스를 자주 이용하는 경우에는 半數 정도가 보험증 지참문제를 제기하였으나, 전혀 이용하지 않는 소비자 중에는 이를 문제시한 응답자가 70.7%에 이르고 있어 대책마련이 요구된다.

<表 IV-7> 서비스 利用 程度別 保險證 持參에 對한 消費者 意見  
(단위: %)

의료보험증 지참	자주 이용	가끔 이용	이용 안함	전체
문제임	49.4	60.4	70.7	58.8
문제가 아님	50.6	39.6	29.3	41.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(170)	(285)	(99)	(554)

註:  $\chi^2=12.265$ ,  $df=2$ ,  $p=.0002$

資料: 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8

그런데 의료보험증은 기본적으로 한가족이 共同使用하는 것이어서 개개인이 항상 휴대하기 어려우며, 외관에 있어서 크기도 크고 구겨지기도 쉬워 保管이 곤란한 점이 있다. 따라서 이를 카드화하여 휴대하

9) 1990년 의료보험연합회의 조사에 의하면 醫院의 경우 保險證 未所持 환자가 통상 5명 이하이나, 藥局의 경우에는 20명 이하인 경우가 대부분인 것으로 나타남.

기 편리하도록 하는 ‘개인별 카드화 방안’이 제안되고 있으며, 나아가 住民登錄證과 運轉免許證 등을 함께 사용할 수 있는 ‘스마트 카드’의 개발이 요청되고 있다. 이러한 醫療保險證 管理方案은 우리나라 전반에 걸쳐 電算化가 진척됨에 따라 점진적으로 개선될 것으로 사료된다.

#### 4) 價格要因

藥局調劑에 대한 保險給與는 우선 소비자에게 경제적 도움이 되어야 한다. 그러나 <表 IV-8>에서 제시하고 있듯이 藥局保險이 가계의 醫療費 支出에 도움이 된다고 응답한 비율은 25%에도 못미쳐 이에 따른 經濟的 效果는 그다지 크지 않은 것으로 나타났다.

사실상 給與內容에 있어서 약국의료보험의 경우도 진료비의 40%를 본인이 부담하도록 규정하고 있어, 제도상으로는 여타의 병의원에 대한 경우와 큰 차이가 없다. 그럼에도 불구하고 소비자가 體感하는 經濟的인 利益은 매우 적은 것으로 나타나고 있는데, 이는 기본적으로 藥局調劑料 絕對額이 적기 때문이라고 할 수 있다.

<表 IV-8> 藥局保險給與의 經濟的 效果에 대한 消費者 意見

구 분	N	%
많은 도움이 된다	90	3.4
약간 도움이 된다	533	20.2
별로 도움이 되지 않는다	1,429	54.2
전혀 도움이 되지 않는다	571	21.7
무응답	13	0.5
계	2,636	100.0

資料: 양명생, 『약국의료보험의 실태분석 및 의약분업 실시방안에 관한 연구』, 서울대 보건대학원 석사논문, 1990.

약국의료보험의 經濟的 效果는 <表 IV-9>에 잘 제시되어 있다. 예컨대 감기나 소화불량과 같은 가벼운 질병으로 동네 藥局을 방문하여

保險調劑를 이용할 경우, 2,000원 이하의 비용이 소요될 것으로 기대하는 응답자는 전체의 86.5%에 이르는 것으로 나타나고 있다. 반면 약국에서 一般調劑를 이용할 때, 기대 비용이 2,000원 미만인 경우는 단지 25.1%에 불과하고, 2,000~3,000원이 소요되리라고 예측한 응답자의 비율은 과반수인 49.4%인 것으로 나타났다. 즉 약국방문의 경우 保險適用 與否에 따라 대략적으로 약 1,000원의 혜택이 소비자에게 돌아간다고 할 수 있다.

〈表 IV-9〉 經疾患에 對한 保健醫療機關 訪問의 期待費用

(단위: %)

보험 혜택 여부		동네 의원		동네 약국	
		비율	누적비율	비율	누적비율
보험 진료	1000원 이하	57.5	57.5	25.5	25.5
	1001~2000원			61.0	86.5
	2001~3000원			10.9	97.4
	3001~5000원	30.8	88.3	2.3	99.7
	5001~8000원	5.6	93.9	0.2	99.9
	8001원 이상	6.1	100.0	0.1	100.0
	소계 (N)	100.0 (851)	100.0 (851)	100.0 (847)	100.0 (847)
비보험 진료	1000원 이하	11.2	11.2	1.7	1.7
	1001~2000원			23.4	25.1
	2001~3000원			49.4	74.5
	3001~5000원	30.5	41.7	21.7	96.2
	5001원 이상	22.7	64.4	3.9	100.0
	8001원 이상	35.6	100.0	0.0	100.0
	소계 (N)	100.0 (832)	100.0 (832)	100.0 (847)	100.0 (847)

資料: 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

이에 비하여 가벼운 질환으로 동네 醫院을 방문하여 보험혜택을 받는 경우에는 3,000원 이하의 기대비용을 제시한 응답자가 전체의 57.5%에 해당하였다. 그러나 보험혜택을 받지 못하는 경우에는 5,000원

이하가 41.7%, 5,001~8,000원이 22.7%인 것으로 나타나 保險適用에 따라 약 3,000여원의 경제적 혜택이 있는 것으로 가늠해 볼 수 있다.

이상의 資料를 살펴볼 때 약국에서 保險調劑를 하는 경우가 일반조제에 비하여 低廉하기는 하나, 보험적용에 따른 經濟的 利益이 의원의 경우에 비하여 1/3 정도(약국: 약 1,000원, 의원: 약 3,000원)로 적어 결국 소비자는 보험조제로 인한 經濟的 效果에 鈍感하게 된 것이라고 할 수 있다.

이와 같이 보험조제에 따른 경제적 효과가 微弱하다는 점은 바로 약국보험서비스가 제대로 활용되지 못하는 중요한 원인이 된다고 할 수 있다. 이러한 사실은 <表 IV-10>에서도 잘 나타나는데 약국보험서비스를 이용하지 않는 소비자가 자주 이용하는 소비자에 비하여 保險 本人負擔金, 즉 價格에 대한 문제의식이 더 높은 것으로 나타났다.

<表 IV-10> 서비스 利用 程度別 本人負擔金에 對한 消費者 意見  
(단위: %)

	자주 이용	가끔 이용	이용 안함	전체
문제임	33.9	42.3	63.0	43.5
문제가 아님	66.1	57.7	37.0	56.5
계(N)	100.0 (168)	100.0 (272)	100.0 (100)	100.0 (540)

註:  $\chi^2=21.896$ ,  $df=2$ ,  $p=0.000$

資料: 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8

앞서 언급하였듯이 약국조제료의 絶對 金額이 적어 보험조제에 따른 經濟的 效果가 微弱한 것은 약국의료보험제도의 근본적인 制限點이라고 할 수 있다. 그러나 비록 보험조제에 따른 差額이 적기는 하지만 분명히 약국방문시 본인부담금(out-of-pocket money)이 節減되는 효과가 있으므로 이를 제대로 활용될 수 있는 방안마련이 요구된다.

#### 나. 消費者의 經濟·社會的 特性

소비자의 경제·사회적 특성이 약국이용 행태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 藥局醫療保險 利用 經驗與否에 대한 관련성을 살펴보고 이를 다시 輕疾患에 대한 藥局利用率의 경우와 비교 분석하였다. 우선 소비자 年齡과의 관계에 있어서 경질환에 대한 약국이용은 연령에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 특히 30~50세에 이용도가 높은 것으로 나타났다. 반면 약국보험 이용경험은 연령과는 전혀 무관하였다(表 IV-11 참조). 性別과 學歷의 경우에는 약국보험 이용이나 경질환에 대한 이용 등에 있어서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않고 있는데, 이는 통상 남자보다는 女子가, 저학력 보다는 高學歷에서 病醫院 利用이 많다는 의료이용 행태의 연구 결과와는 차이가 있었다.

소비자의 生活水準 측면에서 보면 전반적으로 상위 집단보다는 中位나 下位集團에서 약국이용이 많은 경향을 보였으나 이러한 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다. 특히 健康水準과 약국이용도 무관한 것으로 나타났는데, 이는 질병이나 건강상태 등 要求要因이 병의원에 대한 의료이용행태에 가장 중요한 결정요인으로 작용하는 것과 큰 차이를 보였다. 다만 단골약국이 있는 소비자의 경우 경질환에 대한 이용은 물론 약국보험 서비스의 이용 또한 활발한 것으로 나타났다.

이상에서 살펴본 바와 같이 약국의료보험 서비스 이용행태와 소비자 특성간의 관계는 年齡의 경우만을 제외하고 경질환에 대한 약국이용에서와 거의 類似하게 나타났다. 단, 약국이용행태는 병원 이용과 많은 차이를 보이고 있는데, 이는 약국이용이 소비자의 自家治療 및 의사의 專門的 治療의 중간에 위치하여 전문치료를 媒介하거나 스크리닝하는 독특한 역할을 수행하고 있기 때문인 것으로 생각된다.

〈表 IV-11〉 消費者의 人口社會的 特性別 서비스 利用 分布 (단위: %)

소비자 특성	약국보험 이용경험			경질환시 의료이용		
	이용경험 있음	이용경험 없음	계(N)	약국 이용	타기관 이용	계(N)
<b>연령</b>						
30세 이하	82.2	17.8	100.0(269)	81.9	18.1	100.0(271)
31~40세	89.1	10.9	100.0(274)	88.1	11.9	100.0(278)
41~50세	87.6	12.4	100.0(194)	89.2	10.7	100.0(195)
51세 이상	85.8	14.2	100.0(113)	75.7	24.3	100.0(115)
전체(N)	86.1	13.9	100.0(850)	84.8	15.2	100.0(859)
	$(\chi^2=5.881, df=3, p=0.118)$			$(\chi^2=14.531, df=3, p=0.002)$		
<b>성별</b>						
남자	85.2	14.8	100.0(366)	87.3	12.7	100.0(369)
여자	86.8	13.2	100.0(483)	83.0	13.0	100.0(488)
전체(N)	86.1	13.9	100.0(849)	84.8	15.2	100.0(857)
	$(\chi^2=0.393, df=1, p=0.531)$			$(\chi^2=2.979, df=1, p=0.084)$		
<b>학력</b>						
고졸 이하	86.6	13.4	100.0(389)	83.6	16.4	100.0(396)
대졸 이상	85.9	14.1	100.0(447)	85.5	14.5	100.0(449)
전체(N)	86.2	13.8	100.0(836)	87.3	13.8(115)	100.0(845)
	$(\chi^2=0.092, df=1, p=0.761)$			$(\chi^2=0.607, df=1, p=0.436)$		
<b>생활수준</b>						
상	86.4	13.6	100.0(125)	82.8	17.2	100.0(128)
중	90.5	9.5	100.0(528)	88.3	11.7	100.0(530)
하	90.3	9.7	100.0(124)	86.2	13.8	100.0(123)
전체(N)	89.8	10.2	100.0(777)	87.1	12.9	100.0(781)
	$(\chi^2=1.927, df=2, p=0.382)$			$(\chi^2=2.862, df=2, p=0.239)$		
<b>건강수준</b>						
건강함	84.7	15.3	100.0(432)	83.5	16.5	100.0(437)
보통임	87.9	12.1	100.0(323)	88.0	12.0	100.0(326)
허약함	86.1	13.9	100.0( 93)	78.7	21.3	100.0( 94)
전체(N)	86.1	13.9	100.0(848)	84.7	15.3	100.0(857)
	$(\chi^2=1.584, df=2, p=0.453)$			$(\chi^2=5.863, df=2, p=0.053)$		
<b>단골약국</b>						
있음	92.2	7.8	100.0(587)	90.6	9.4	100.0(595)
없음	71.7	28.3	100.0(247)	70.5	29.5	100.0(247)
전체(N)	84.7	13.9	100.0(834)	84.7	15.3	100.0(842)
	$(\chi^2=61.035, df=1, p=0.000)$			$(\chi^2=54.587, df=1, p=0.000)$		

資料: 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

### 3. 藥局·藥師의 서비스 提供 關聯要因

#### 가. 藥局醫療保險 서비스 提供 現況

약국의료보험 서비스를 제공하는 정도는 藥局에 따라 差異가 있는 것으로 알려지고 있다. 1996년 대한약사회에서 실시한 약국조사 결과에 의하면(表 IV-12 참조) 약국의료보험 조제를 전혀 실시하지 않는 약국은 전체의 13.8%를 차지하고 있는 반면, 일 평균 21건 이상을 보험조제하는 약국은 23.3%에 해당하는 것으로 나타나 약국간 차이를 잘 보여주고 있다.

이러한 약국간의 차이는 藥局調劑 全體를 살펴볼 때도 마찬가지였다. 약국조제는 保險調劑와 一般調劑를 포괄하는데 약국조제 총건수의 경우 하루에 21건 이상을 조제하는 약국이 64.7%에 이르고 있어 保險調劑의 경우와 많은 차이를 보이고 있다. 이는 약국조제 중 一部分이 보험조제로 처리되고 있음을 시사하는데, 총조제 건수를 기준으로 하여 보험조제의 비율이 50% 이하인 약국이 전체 약국의 過半數 이상(54.8%)인 것으로 나타나고 있다.

한편 약국에서의 總 調劑件數는 약국의 規模가 클수록 증가하는 것으로 나타났으나, 반면 保險調劑 件數와는 아무런 상관관계가 없다. 예컨대 16평 이상의 큰 약국에서 藥局調劑가 비교적 활발한 경향을 보이거나 이와는 무관하게 保險調劑 件數는 소규모 약국과 크게 다르지 않은 것으로 밝혀졌다.

약국보험 실시상의 또 다른 문제점은 약국보험조제가 일부 약국에 偏重되어 있다는 것이다(表 IV-13 참조). 보험조제를 실시하고 있는 약국 중 1일 10건 이하를 취급하는 약국은 전체 약국의 半에 가까우나(44.5%), 이들 약국에서 처리한 보험조제건수는 해당약국 총 조제건

수의 14.2%에 불과하다. 반면 1일 21건 이상을 처리하는 약국의 수는 27.2%이지만, 이들 약국이 처리한 보험조제건수는 전체의 60.4%를 차지하고 있어 保險調劑의 集中化 現狀을 잘 보여주고 있다.

〈表 IV-12〉 藥局 規模別 藥局醫療保險 調劑件數 및 比率

(단위: %)

조제건수 비율	7평 이하	8~15평	16평 이상	전체
1일 평균 총 조제건수				
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(160)	(628)	(175)	(963)
1~10건	17.5	10.0	12.0	11.6
11~20건	36.3	23.7	12.0	23.7
21~30건	23.8	28.5	27.4	27.5
31~40건	6.9	12.3	11.4	11.2
41건 이상	15.6	25.5	37.1	26.0
( $\chi^2=46.326$ , $df=8$ , $p=0.000$ )				
1일 평균 약국보험조제건수				
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(160)	(628)	(175)	(963)
없음	17.5	13.5	11.4	13.8
1~10건	43.8	38.1	34.9	38.4
11~20건	21.9	24.5	26.9	24.5
21건 이상	16.9	23.9	26.9	23.3
( $\chi^2=8.843$ , $df=6$ , $p=0.183$ )				
총조제 대비 보험조제 비율				
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(131)	(538)	(154)	(823)
25% 이하	24.4	23.4	24.7	23.8
25~50%	33.6	31.6	26.6	31.0
51~75%	20.6	28.4	32.5	28.0
76% 이상	21.4	16.5	16.2	17.3
( $\chi^2=6.636$ , $df=6$ , $p=0.356$ )				

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

〈表 IV-13〉 藥局 規模別 藥局醫療保險 調劑件數 및 比率

(단위: %)

약국별 보험조제건수	해당 약국수		해당약국의 총 조제건수	
	비율	누적비율	비율	누적비율
1~10건	44.5	44.5	14.2	14.2
11~20건	28.3	72.8	25.4	39.6
21~30건	14.1	86.9	20.2	59.8
31~50건	8.2	95.1	17.4	77.2
51~70건	2.7	97.8	8.8	86.0
71건 이상	2.2	100.0	14.0	100.0

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

이상에서 살펴볼 때 약국조제 중 保險調劑는 과반수 정도에 이를 뿐 아직도 一般調劑가 盛行하고 있으며 또한 보험조제가 일부 약국으로 偏重되어 있다는 문제점도 지적될 수 있다. 따라서 약국의료보험제도가 활성화되지 못한 요인을 검토하기 위해서는 보험서비스를 활발하게 제공하는 약국과 그렇지 못한 약국간의 差異를 살핍으로써 많은 약국에서 보험조제가 널리 活性化될 수 있도록 방안 마련이 필요하다.

#### 나. 서비스 提供 未活性 要因

##### 1) 制度關聯 要因

###### 가) 制度에 對한 弘報

앞서 언급하였듯이 소비자를 대상으로 실시한 조사에 의하면 약국의료보험제도를 認知하게 된 주요 정보원으로서 ‘藥局에서의 弘報’를 들고 있다. 이러한 사실로 미루어 보아 약국보험제도를 활성화하기 위한 중요한 요인 중의 하나로 ‘약국보험 홍보에 대한 藥師의 態度’를 들 수 있다.

이는 실태조사 결과를 통해서도 뒷받침되고 있는데 <表 IV-14>에  
 서 보여주듯이 藥局保險을 적극 勸獎하는 약사의 경우 하루 평균 21  
 건 이상을 조제하는 약국이 43.9%에 달하나, 被動的으로 顧客의 要請  
 에 따라 보험서비스를 제공하는 경우에는 조제건수가 적은 경향을 보  
 이고 있다. 따라서 약국 보험조제를 활성화하는데 관건이 되는 것은  
 制度 弘報에 대한 藥師의 態度라고 할 수 있으므로, 약사 스스로 保險  
 調劑의 重要性을 인식하고 이를 藥局業務에 適用하는 것이 필요하다.

<表 IV-14> 藥局保險調劑에 대한 弘報 態度別 保險 調劑件數 分布  
 (단위: %)

보험권장도	1~10건	11~20건	21건 이상	계
적극 권장	19.2	36.9	43.9	100.0(396)
요청에 의해 적용	62.7	24.5	12.7	100.0(314)
적용을 꺼림	69.2	15.4	15.4	100.0( 13)
전체	39.0	31.1	29.9	100.0(723)

註:  $\chi^2=155.876$ ,  $df=4$ ,  $p=0.000$

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

나) 保險給與 範圍

약국의료보험제도에서는 급여 대상의약품, 1회 조제품목수 및 1회  
 투약일수 등을 제한함으로써 약사의 직접 조제 범위를 一部로 局限하  
 고 있다. 이러한 제한사항은 제도 실시 이래 소비자나 약사로부터 빈  
 번히 지적되어 계속적으로 修正·緩和되어 왔으나, 최근까지도 이에 대  
 한 약사의 불만은 매우 높게 나타나고 있다. 앞서 <表 IV-2>에서 이  
 미 보여주었듯이 여러 가지 항목 중 ‘보험대상 의약품의 범위가 제한  
 적인 점’과 ‘4품목 조제 제한규정’ 등이 가장 심각한 문제로서 지적되  
 고 있다.

이러한 문제는 ‘非保險 醫藥品 並用調劑’의 현상을 야기하고 있는데, 보험급여 대상의약품 만으로는 조제를 할 수 없는 경우나, 이밖에 보험대상의약품에 한하여 조제하되 4품목을 넘는 경우 보험대상에서 제외되는 것이다. <表 IV-15>에서는 비보험 의약품 병용조제 정도를 보여주고 있는데, 순수히 保險醫藥品만으로 조제하는 경우는 5% 정도에 불과하고, ‘거의 대부분’ 非保險調劑를 병용하거나 ‘대체로’ 병용한다고 한 경우가 65%에 이르고 있다. 따라서 並用調劑는 약국보험조제의 대부분을 차지하고 있다고 해도 과언이 아닌데, 이는 약국의 日日 平均 保險調劑件數와는 무관하다.

<表 IV-15> 保險調劑件數別 非保險 醫藥品 並用調劑 程度 分布  
(단위: %)

구 분	1~10건	11~20건	21건 이상	전체
거의 대부분 포함	28.9	31.2	40.0	32.8
대체로 포함	31.1	34.0	32.2	32.2
가끔 포함	29.2	32.6	26.8	30.0
보험의약품만 조제	10.8	2.3	1.0	5.0
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(260)	(215)	(205)	(680)

註:  $\chi^2=8.843$ ,  $df=6$ ,  $p=0.183$

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

並用調劑의 현상은 약국보험의 患者 本人負擔金을 통해서도 알 수 있다. 앞서 언급되었듯이 투약일수 1일에는 환자로부터 800원을, 2일에는 1,000원을, 3일에는 1,500원을 받도록 되어 있는데, <表 IV-16>에 나타나듯이 정해진 금액을 받는 경우는 각각 6.9%, 5.7%, 5.6% 등 極少數에 不過하다. 오히려 1일에는 800~1000원, 2일에는 1,501~2,000원, 3일에는 2001~3000원이 보편적인 환자 본인부담금이 되고 있는데, 이는 4품목 보험조제 이외에 非保險 調劑가 병용되어 환자가 追加的으로 비용을 부담하게 되기 때문이다.

<表 IV-16> 藥局醫療保險調劑 投藥日數別 患者의 本人負擔金 分布  
(단위: %)

本人負擔金	1일분	2일분	3일분
800원 이하	6.9	-	-
800~1000원	71.2	5.7	-
1001~1500원	20.5	18.9	5.6
1501~2000원	1.3	60.9	27.9
2001~3000원	0.1	13.9	51.7
3001원 이상	-	0.6	14.8
전체	100.0	100.0	100.0
(N)	(260)	(215)	(205)

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

이상을 살펴볼 때 원래 제도가 의도했던 바대로 保險給與가 실시되는 경우는 극소수에 불과하고, 거의 대부분 非保險調劑가 병용되고 환자의 本人負擔도 규정보다 많은 실정임을 알 수 있다. 전체 서비스 중 보험규정대로 적용되는 경우가 극히 일부에 지나지 않는다면 과연 藥局醫療保險의 實體는 무엇인지 제도의 基本的인 것로부터 문제가 있다고 할 수 있다. 즉 제도에서 규정한 내용으로 실제 藥局調劑의 慣行을 수용할 수 없다면 이에 대하여 과감한 改正이 필요할 것이고, 이와는 달리 약국에서 利益을 위하여 過剩投藥하는 경향이 있다면 事後 審査를 통해 엄중히 처벌해야 할 것이다.

<表 IV-17>에 의하면 약국 및 의원에서 사용되는 의약품수는 4~6품목 사이인 것으로 나타나고 있다. 질환에 따라 다소 차이는 있지만 대부분 현재 藥局保險에서 規定하고 있는 4품목보다는 많은 것이 현재의 國內 醫療慣行이라고 할 수 있다. 따라서 이러한 투약관행에 대하여 보다 客觀的인 評價가 이루어져 適正 投藥 品目數를 재검토할 필요가 있다. 이러한 合理的인 評價에 의하여 품목수를 재검토함으로써 보험조제를 널리 활용하도록 하고 환자의 本人負擔金 또한 규정대로 적용해야 하며, 非保險 醫藥品 並用調劑는 극히 例外的인 경우에만 허용하도록 해야 할 것이다.

〈表 IV-17〉 藥局 및 醫院의 調劑件當 使用藥劑 品目數(經口藥에 限함)  
(단위: 품목)

구 분	약 국		의 원	
	보험 조제	일반 조제	보험 조제	일반 조제
호흡기계 질환	4.8	6.5	4.82	5.27
소화기계 질환	4.4	5.5	4.29	4.27
근·골격계 질환	4.3	5.6	3.91	3.86

資料: 양명생, 『약국의료보험의 실태분석 및 의약분업 실시방안에 관한 연구』, 서울대학교 보건대학원 석사논문, 1990.

## 2) 節次 및 運營要因

보험급여에는 明細書 作成 및 請求등 일련의 서류작성 작업이 수반되는데 이러한 行政節次에 많은 문제점이 제기되어 왔다. 현재는 제도가 처음 시행되었을 당시보다 處理節次가 훨씬 간단해졌고 약사 스스로도 電算化등 보험적용을 위한 노력을 많이 기울여 과거보다는 그렇게 문제시되고 있지는 않다. <表 IV-18>에 나타나듯이 ‘명세서 작성 및 청구 등의 복잡성’에 대해서 매우 심각하다는 비율이 20.6%, ‘컴퓨터 사용의 어려움’에 대해서는 8.8%가 지적하여 앞서 保險給與의 內容에 대한 의견만큼 심각한 것은 아니다. 또한 保險調劑件數가 많은 약국일수록 이러한 심각도는 낮게 나타나 보험조제에 익숙해지면 다소 해결될 수 있는 성질의 문제임을 알 수 있다.

保險處理上의 複雜性은 보다 가시적으로 時間의 所要量으로도 가늠할 수 있는데, <表 IV-19>에 의하면 보험처리에 소요되는 시간은 3분 이하가 65.1% 정도에 해당하는 것으로 나타나고 있다. 1분 이하가 소요되는 경우가 18.5%인 것으로 보아 대부분 2분 남짓 소요된다고 할 수 있는데, 이 경우 일 평균 조제건수가 많을수록 소요시간이 짧은 것으로 나타났다.

〈表 IV-18〉 藥局醫療保險 調劑件數別 請求節次에 對한 意見 (단위: %)

청구절차 의견	없음	1~10건	11~20건	21건 이상	전체
명세서 작성 및 청구 등의 복잡성 <sup>1)</sup>					
매우 심각	36.3	19.2	17.8	18.1	20.6
다소 심각	54.9	49.6	47.6	47.4	49.2
심각하지 않음	8.8	31.2	34.7	34.4	30.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(102)	(343)	(225)	(215)	(885)
컴퓨터 사용의 어려움 <sup>2)</sup>					
매우 심각	26.9	9.4	3.1	6.2	8.8
다소 심각	40.9	34.5	23.5	23.2	29.6
심각하지 않음	32.3	56.1	73.5	70.6	61.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(93)	(339)	(226)	(211)	(869)

註: 1)  $\chi^2=33.187$ ,  $df=6$ ,  $p=0.000$

2)  $\chi^2=79.611$ ,  $df=6$ ,  $p=0.000$

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

〈表 IV-19〉 藥局醫療保險 調劑件數別 保險處理 內容 (단위: %)

구분	1~10건	11~20건	21건 이상	전체
보험처리 소요시간 <sup>1)</sup>				
1분 미만	14.3	19.5	23.8	18.9
1~3분	42.1	52.9	48.1	47.2
4~7분	33.7	20.4	22.0	26.0
8분 이상	9.9	7.2	6.1	7.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(273)	(225)	(214)	(708)
약속처방의 활용도 <sup>2)</sup>				
거의 모든경우 활용	56.1	60.6	72.3	62.4
대체로 활용	26.6	27.6	20.2	25.0
가끔 활용	9.4	5.9	6.5	7.4
전혀 활용하지 않음	7.9	5.9	1.0	5.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(278)	(221)	(213)	(712)

註: 1)  $\chi^2=21.622$ ,  $df=6$ ,  $p=0.001$

2)  $\chi^2=21.963$ ,  $df=6$ ,  $p=0.001$

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

1991년도 서울특별시 약사회(송건용·이의경, 1991)의 조사에 따르면 藥師의 平均 勤務時間은 14.2시간이고 日平均 患者數는 168.6명인 것으로 제시한 바 있다. 이러한 결과를 살펴보면 고객 1인당 평균 5.05분을 소요했다고 할 수 있는데, 이러한 患者 相談 및 調劑時間 5분에 추가적으로 保險處理를 위해 2분을 소요한다는 것은 사실 부담이 될 수 있는 것이다. 또한 1991년도 조사에서 밝히고 있듯이 환자가 대부분 오후 7~9시 사이에 集中되기 때문에 이러한 시간에 일일이 보험처리를 한다는 것은 곤란한 점이 많이 있다. 더욱이 약국은 병의원과 달리 대부분 零細하여 약사 1인에 보조원 1인 정도의 형태가 대다수를 차지하여 보험처리를 약사 스스로 해야 하므로 보험처리에 문제가 야기되는 것이다.

따라서 保險處理 時間을 줄이기 위한 방안으로서 약국에서는 頻用되는 處方을 중심으로 이를 분류·정리하여 約束處方을 만들어 활용하고 있다. 이러한 약속처방은 보험조제를 실시하고 있는 약국에서는 대부분 활용하는데, 조사에 의하면 ‘거의 모든 보험조제에 약속처방을 활용하는 경우’가 62.4%, ‘대체로 활용하는 경우’가 25%로 대부분을 차지하는 반면, 이를 전혀 사용하지 않는 약국은 보험조제 약국의 5.2%에 불과하다. 실제로 約束處方의 活用은 保險處理 所要時間을 減縮시킨다는 결과를 보이고 있는데, <表 IV-20>에서 보여주듯이 약속처방을 대부분 활용하는 경우에는 3분 이하가 71%에 달하나 활용을 안하는 경우는 55.3%에 지나지 않았다.

約束處方의 活用은 時間 短縮이라는 순기능이 있으나, 한편으로는 이를 잘못 사용하여 實際 환자에게 投藥한 처방내용과 請求한 처방내용이 相異한 경우도 있는 것으로 지적되고 있다. 1996년도 대한약사회 조사에 의하면 이러한 差異에 대한 경험이 있다고 언급한 약국이 전체의 67.2%에 이르고 있다. 이는 사실상 不當請求의 一種으로 간주할 수 있는데, 이러한 부당청구를 사전에 防止할 수 있는 대책 마련이 필요하다.

不當請求를 防止하기 위해서는 예컨대 現行제도를 보다 嚴格히 실시하여 이를 根絶시키는 방법이 있는데, 이때 보험조제는 더욱 抑制될 것으로 예측된다. 반면 보다 積極的인 誘引策으로서 처방내용에 自律權을 부여하는 방안, 즉 보건소의 訪問當 定額制와 같이 一定金額을 지불하되 투약내용은 투약자의 裁量에 맡기는 방안을 언급해볼 수 있다. 이는 保險處理의 時間的 負擔과 約束處方의 限界 등을 고려하여 현실을 감안한 방안이라고 할 수 있다. 방문당 정액제는 이미 약사 社會에서 제시된 바 있으나 이에 대한 구체적인 方法論이나 效果 分析 등이 미흡한 상태이므로 이에 대한 綜合的인 論議가 필요하다.

〈表 IV-20〉 約束處方 活用도에 따른 調劑 實務現況

(단위: %)

구 분	거의 활용	대체로 활용	가끔 활용	전혀 활용안함	계
1분 미만	22.1	12.9	11.1	13.2	18.5
1~3분	48.9	41.9	46.3	42.1	46.6
4~7분	22.6	36.3	31.5	23.7	26.7
7분 이상	6.4	8.9	11.1	21.1	8.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(452)	(179)	(54)	(38)	(723)

註:  $\chi^2=29.802$ ,  $df=9$ ,  $p=0.000$

資料: 대한약사회. 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

보험처리에 있어서 시간이 소요되는 것은 명세서 작성 단계에서만은 아니다. 서류 작성 후 請求하는 절차가 있으며 이에 따라 보험금을 償還받기까지는 또다시 많은 시간이 소요된다. <表 IV-21>에서는 이와 같이 請求 및 償還에 소요되는 기간을 제시하고 있는데, 통상 환자 방문에서 청구까지는 71일, 청구일로부터 보험금 지급까지는 53일 정도 소요된다고 한다. 즉 患者訪問에서 保險金 支給까지 120일(4개월) 이상 소요되는 것으로 나타났다.

〈表 IV-21〉 保險調劑件數別 保險金 償還의 所要期間

(단위: %)

구 분	1~10건	11~20건	21건 이상
환자방문에서 청구까지	72.3	70.8	70.9
청구에서 보험금 지급까지	52.2	52.7	56.4
환자방문에서 보험금 지급까지	122.7	118.7	128.3

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

특히 환자의 방문에서 보험 청구까지는 71일, 즉 2개월 이상이 소요 되는 것으로 제시되고 있는데 이는 保險 請求現況을 통해서도 알 수 있다. <表 IV-22>에서 제시하고 있듯이 保險請求 頻度는 조제건수가 많을수록 增加하는 경향을 보이고 있는데, 매달 청구하는 약국은 半數 정도이고 나머지는 1년에 3~4번 정도 청구하는 실정이다. 더욱이 보험조제를 해도 아예 청구를 하지 않는 약국이 3.3%에 달하고 있다.

현재 보험조제건수는 藥局調劑의 半에도 못 미치는 정도이고, 賣出 額중 보험조제가 차지하는 비율도 매우 미흡하다. 즉 약사의 입장에서는 보험액 상환부분이 藥局經營에 큰 영향을 미치지 않고 오히려 請求節次만 複雜하므로 이를 몇 달치씩 모아서 처리하는 실정인 것이다.

〈表 IV-22〉 保險調劑件數別 藥劑費 請求 程度 分布

(단위: %)

구 분	1~10건	11~20건	21건 이상	계
매달 청구함	41.1	63.8	68.5	56.3
1년에 3~4번	53.0	35.3	29.2	40.4
청구하지 않음	5.9	.9	2.3	3.3
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(285)	(224)	(219)	(728)

註:  $\chi^2=49.977$ ,  $df=4$ ,  $p=0.000$

資料: 대한약사회, 『약국의료보험 실태조사』, 1996. 8.

3) 藥局 收支

약국의료보험제도의 실시가 약국의 經營收支에 미치는 영향은 제도의 정착여부를 결정하는 중요한 요인의 하나가 된다. 제도 실시이후 바로 이듬해인 1990년 조사에서는 제도 도입으로 오히려 收益이 줄었다는 결과가 나타났으나(表 IV-23 참조), 그후 점차 제도가 정착되면서 수익이 늘고 있는 약국이 증가하는 경향이다. 특히 1996년 대한약사회 자료에 의하면 보험조제를 실시하고 있는 약국 중에는 調劑收入이 다소라도 增加했다는 약국은 48.5%에 이르고, 또한 保險調劑 件數가 많을수록 수입도 증가하는 경향을 보여주고 있다(表 IV-24 참조).

〈表 IV-23〉 藥局醫療保險 實施 以後 藥局의 收益變化

(단위: 명, %)

구 분	1991 <sup>1)</sup>		1993 <sup>2)</sup>	
	N	%	N	%
수익이 약간 늘었다	8	3.9	36	31.0
수익에 변화가 없다	122	60.1	57	50.4
수익이 줄었다	70	34.5	19	17.7
무응답	3	1.5	1	0.9
계	203	100.0	113	100.0

資料: 1) 양명생, 『약국의료보험의 실태분석 및 의약분업 실시방안에 관한 연구』, 1990.

2) 양경원, 『약국의료보험의 이용실태 및 이 제도에 관한 개국약사들의 의식조사 연구』, 1993.

〈表 IV-24〉 保險調劑件數 및 本人負擔金別 調劑收入 變化分布

(단위: %)

구 분	크게 증가	약간 증가	변화없음	수입 감소	계 (N)
1~10건	.4	26.7	59.3	13.7	100.0 (270)
11~20건	3.3	50.7	34.6	11.4	100.0 (211)
21건 이상	11.8	59.3	22.1	6.9	100.0 (204)
전 체	4.7	43.8	40.6	11.0	100.0 (685)

註:  $\chi^2=112.435$ ,  $df=6$ ,  $p=0.000$

資料: 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

보험조제가 활발한 경우 件當 處理 所要時間도 줄어들고 나아가 請求도 頻繁한 것으로 나타났는데, 이는 行政處理의 번거로움을 감소시켜 줄뿐만 아니라 經濟的인 利得과도 관련되어 있다.

예컨대 한 건당 조합 부담금은 약 1,800원 정도로 여기에 환자 본인 부담금 800원을 합하면 약 2,600원의 소득이 발생한다. 이때 보험 처리에 소요되는 시간이 2분이 소요될 경우, 환자 상담 및 진료시간 5분을 합한 7분 중의 28.6%의 시간에 해당하며 費用으로는 744원이 된다. 또한 보험상환까지 4개월이 소요되므로 조합 부담금(상환금) 1,800원에 대한 4개월치 金利는 60원에 이른다. 이상의 金利와 保險處理에 요구되는 人件費를 계산하면 총 804원으로 이는 소득 2,600원의 30.9%, 조합부담금 1,800원의 44.7%에 이른다.

이는 하나의 간단한 예시이나 保險請求額 中 半 程度가 이를 처리하는데 소요되는 行政費用 및 利子費用에 해당되므로 약국의 보험청구에 대한 유인이 줄어든다고 할 수 있다. 사실상 일부 약국 중에는 보험청구를 아예 포기하기도 하는데 未請求 經驗이 있는 약국은 전체의 25% 정도에 해당된다. 따라서 약국보험제도를 제대로 정착시키기 위해서는 보험처리를 효율적인 방법으로 실시하여 行政處理 등에 따른 附加的인 經濟 損失을 극소화해야 할 것이다.

#### 4) 藥局·藥師의 經濟社會的 特性

약국보험조제의 활성화 정도는 보험조제에 대한 藥師의 態度 및 藥局의 形態와 밀접히 관련되어 있음을 앞서 언급한 바 있다. 따라서 보험조제 서비스를 직접 제공하는 藥師와 이에 대한 공급처, 藥局의 特性과의 상관성을 보험조제 제공과 관련하여 검토하고자 한다.

<表 IV-25>에 제시하고 있듯이 우선 藥局의 規模와 관련하여 볼 때 약국의 內的 規模<sup>10)</sup>와 약국 보험조제건수는 통계적으로 유의한 상

관성을 보이고 있다. 예컨대 1일 평균 賣出額이 클수록 보험조제건수도 증가하는 경향을 보이고 있는데, 일평균 매출액이 41만원 이상인 경우 보험조제건수가 21건 이상인 약국의 비율이 41.4%로서 30만원 이하인 약국(11.4%)에 비하여 큰 차이를 보이고 있다. 이러한 경향은 1일 調劑件數에서도 나타나 통상 조제건수가 많은 약국이 보험조제 또한 活性化되어 있음을 알 수 있다. 약국의 규모를 人力 측면에서 파악해 볼 때 약사가 2인 이상인 약국에서 보험조제가 더욱 활성화되어 있는 것으로 나타났다.

이와는 달리 약국의 外的 規模와 약국 보험조제건수는 통계적으로 상관관계를 보이지 않고 있다. 즉 7평 이하의 약국이나 16평 이상의 약국에서나 보험조제 정도는 거의 類似한 것으로 나타나, 약국의 외형 보다는 약국 안에서 약사에 의한 調劑 및 賣出活動이 더 많은 관련성을 가지는 것으로 나타났다.

약국의 位置도 보험조제 활동과 관련되어 있는데 住宅街에 있는 약국이 商業地域에 소재한 약국보다 보험조제가 더욱 활발한 경향을 보였다. 이는 주택가 약국에서 단골약국을 통해 약국조제가 빈번히 행해지고 있기 때문이다. 이러한 사실은 약국에서의 환자카드 작성과도 관련되어 있는데, 환자카드란 顧客에 대한 調劑管理를 목적으로 수행되는 것이므로 환자카드를 관리하는 약국에서 보험조제가 활성화되고 있는 것이다. 이밖에 컴퓨터를 保有하고 있는 약국에서 보험조제가 활발하였는데 이는 보험처리의 電算化를 통하여 복잡한 請求節次를 簡素化한 약국이 比較優位에 있음을 보여주고 있다.

---

10) 약국의 규모는 外的 規模와 內的 規模로 나누고자 하며 이 때 외적규모는 약국의 物理的인 크기를, 내적 규모는 매출액 및 고객수 등 서비스 제공 규모를 의미함.

〈表 IV-25〉 藥局醫療保險 調劑件數別 藥局 特性

(단위: %)

약국 특성	없음	1~10건	11~20건	21건 이상	계(N)
1일 평균 매출액					
30만원 이하	17.1	48.2	23.4	11.4	100.0(334)
31~40만원	8.8	41.7	32.1	17.5	100.0(240)
41만원 이상	6.0	30.0	22.5	41.4	100.0(333)
		( $\chi^2=108.647$ , df=6, p=0.000)			
1일 평균 조제수					
10건 이하	20.3	75.4	2.9	1.5	100.0( 69)
11~20건	15.8	64.5	19.7	0.0	100.0(228)
21건 이상	9.1	33.9	40.5	16.5	100.0(375)
		( $\chi^2=133.403$ , df=6, p=0.000)			
약국인력					
약사 1인	16.2	41.1	25.6	17.0	100.0(511)
약사1인/보조원	13.6	38.7	22.9	24.8	100.0(310)
약사 2인 이상	5.2	28.2	23.7	43.0	100.0(135)
		( $\chi^2=42.216$ df=6, p=0.000)			
약국크기					
진체	13.8	38.4	24.5	23.3	100.0(963)
7평 이하	17.5	43.8	21.9	16.9	100.0(160)
8~15평	13.5	38.1	24.5	23.9	100.0(628)
16평 이상	11.4	34.9	26.9	26.9	100.0(175)
		( $\chi^2=8.843$ , df=6, p=0.183)			
약국위치					
주택가	11.2	35.1	26.6	27.1	100.0(601)
상업지역	18.5	43.5	20.2	17.7	100.0(356)
		( $\chi^2=25.128$ , df=3, p=0.000)			
환자카드 작성					
있음	9.1	34.4	27.8	28.7	100.0(515)
없음	19.5	43.4	21.5	15.7	100.0(415)
		( $\chi^2 = 43.721$ , df=3, p = 0.000)			
컴퓨터 보유					
있음	7.8	35.8	28.9	27.6	100.0(772)
없음	37.3	49.2	6.7	6.7	100.0(193)
		( $\chi^2 = 165.392$ , df=3, p = 0.000)			
약사 연령					
40세 이하	9.8	34.2	28.7	27.3	100.0(520)
41세 이상	18.6	43.0	19.5	19.0	100.0(447)
		( $\chi^2 = 33.452$ , df=3, p = 0.000)			

資料: 대한약사회, 『소비자의 약국이용 실태조사』, 1996. 8.

이러한 보험청구 절차상의 복잡성과 새로운 제도에 대한 적응력 등으로 약사는 40세 이하의 젊은 층에서 보험조제를 활발히 하고, 반면 40세 이후의 약사 층에서는 보험조제가 다소 적은 경향을 보이고 있다. 이상과 같이 약국 및 약사의 제반 특성은 藥局 保險調劑의 活性化와 상당히 관련되어 있으므로, 특히 약국조제의 부진과 관련된 특성에 대해서는 이에 적절한 방안 마련이 요구된다.

## V. 藥局醫療保險에 대한 政策方向

약국의료보험제도가 실시되면서 현재 두드러지고 있는 문제는 藥局 調劑에 대한 保險 適用이 널리 活用되고 있지 못한 점과, 이러한 보험 급여 서비스가 一部 藥局에 偏重되어 있다는 점이다. 특히 일부 약국에 대해서는 不當請求가 적발된 사례가 있고 심사에 의해 급여액이 削減되는 경우도 제법 나타나, 保險 適用의 擴大와 함께 制度의 올바른 定着이 요망되고 있다. 따라서 이러한 제도 운영상의 當面課題를 개선하기 위하여 약국의료보험에 대한 政策方向을 다음과 같이 제시하고자 한다.

### 1. 對國民 弘報의 活性化

약국의료보험제도가 존속되고 있는 한도 내에서 제도를 활성화하기 위하여는 제도에 대한 消費者들의 認知도와 올바른 認識이 무엇보다도 중요한 것으로 지적될 수 있다. 많은 調查結果에 따르면 국민들의 藥局醫療保險에 대한 認知도는 점차 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다<sup>11)</sup>. 그러나 아직도 상당히 많은 국민이 이 제도에 대하여 이해가

---

11) 약국의료보험제도의 인지도에 대한 실태조사결과를 살펴보면 1990년 의료보험연합회의 조사에서는 66.9%가, '90년 YWCA의 조사에서는 89.7%, 대한약사회의 '95년 조사에서는 74.3%, '96년 조사에서는 89.0%가 각각 제도를 인지하고 있었다. 단, '90년도의 YWCA의 조사결과는 모집단의 규모가 매우 적음으로 인한 결과로 추측되고 앞서도 언급된 바와 같이 대한약사회의 조사결과를 볼 때 인지도가 높아가고 있다는 사실을 알 수 있다.

부족하며 특히 保險給與對象, 保險給與 適用期間, 保險調劑藥 品目數 등 제도의 내용에 대해서 잘 알지 못하고 있는 것도 사실이다.

제4장에서도 밝혔듯이 藥局醫療保險制度에 대한 認知經路는 주로 藥師의 弘報를 통해 이루어지고 있는 것으로 밝혀졌다. 따라서 대부분의 약국들이 약국의료보험제도를 활성화하기 위해서는 이 制度를 消費者들에게 널리 홍보하여 많은 소비자들이 이를 이용하도록 하는 認識의 轉換이 무엇보다도 필요하다고 생각된다. 이와 더불어 한시적이지만 제도가 존속하는 한도 내에서 약국의료보험을 활성화시키기 위해서는 정부 및 관련단체에서도 적극적으로 對國民 弘報에 노력을 경주하여야 할 것이다. 또한 保險藥이 低級藥이라는 국민의 인식을 종식시키기 위해서도 약사들은 약국의료보험제도를 적극 弘報하는 동시에 保險藥이 一般藥과 차이가 없음을 소비자들에게 알림으로서 소비자들이 보다 안심하고 保險藥을 복용할 수 있도록 노력을 해야 한다<sup>12)</sup>.

## 2. 非保險 醫藥品 竝用調劑의 縮小

약국조제에 대한 보험급여시 소비자가 體感하는 經濟的인 利益은 병의원 이용에 비하여 다소 적은 것으로 제시된 바 있다. 이는 우선 약국조제료의 絶對 金額이 적기 때문이라고 할 수 있는데, 본인부담비율이 40%로 약국이나 병의원이 거의 유사하지만 약국의 경우 보험대상 금액이 적으므로 그 效果가 낮게 느껴지는 것이다.

그러나 무엇보다도 非保險 醫藥品이 빈번히 竝用 調劑되고 있는 현

12) '96년도 대한약사회의 설문조사결과 약국의료보험을 이용하지 않는 이유로 '보험적용이 안되는 의약품이 많아서'(41.2%)라는 응답이 가장 많았으며 '보험증을 가져가기 귀찮아서'(37.1%), '보험약에 대한 약효가 의심스러워서'(34.4%) 등으로 나타났다.

실은 환자의 本人負擔金 增加의 주요 요인이 되고 있다. 즉, 제도적으로 調劑 品目數가 4品目으로 제한되어 있어 이를 超過할 때에는 보험 대상품목일지라도 보험적용이 불가능하며, 나아가 약국의료보험 대상에서 除外된 의약품을 사용하는 경우에는 本人負擔金 徵收를 허용함에 따라 本人負擔金이 過多해 지는 것이다. 이러한 경우 保險調劑 및 一般調劑에 대하여 소비자가 느끼는 價格 差異는 매우 적을 수 밖에 없다. 이처럼 본인부담금의 差異가 적다는 것은 醫療保險證 所持의 어려움 및 保險藥에 대한 不信과 더불어 약국의료보험을 적극적으로 이용하지 않도록 하는 중요한 요인으로 작용하고 있다.

따라서 비보험 의약품의 並用調劑를 縮小하도록 하는 방안이 모색되어야 한다. 이를 위하여 우선적으로 비보험 의약품의 병용 조제 사실을 消費者에게 認知시켜야 할 것이다. 즉 소비자가 權利로서 부여 받은 기본적인 4가지 품목 이외에, 추가적으로 經濟的인 負擔을 감수하면서 비보험 의약품을 服用할 意思가 있는지 消費者의 意見이 중요시 되어야 한다. 이를 위해서 비보험 의약품에 대해서는 보험의약품과는 다르게 別途로 包裝하는 것을 義務化함으로써, 소비자에게 비보험 의약품이 添附되었다는 情報를 제공하여 이에 대하여 소비자 스스로가 판단할 수 있도록 해야 한다.

이밖에 비보험 의약품 並用調劑를 縮小하기 위한 보다 적극적인 방법으로는 現行 規程을 다소 緩和하는 방안이 있다. 현행 법에 의하면 약국의료보험에 의한 직접조제의 경우 4품목 이내로 7일간 保險給與를 인정하고 있는데, 1회 제한 調劑品目數를 4품목 이상으로 증가시킴으로써 실제 약국에서의 조제실태를 반영하도록 할 수 있다. 이러한 경우에는 소비자가 비보험 의약품에 대한 추가부담을 받지 않으므로 消費者의 體感價格에도 긍정적인 영향을 줄 것으로 사료된다.

### 3. 受診者 照會 擴大에 의한 事後管理 強化

앞서 제3장에서도 설명한 바와 같이 현행 藥劑費 請求 및 審査節次는 매우 복잡하며 이와 함께 請求件數의 과다로 인하여 적절한 심사를 할 수 없는 것이 問題點으로 지적되고 있다. 물론 이러한 문제점으로 인하여 무엇보다도 不當請求에 대한 논란이 제기되고 있다. 즉, 請求藥局數는 크게 증가하고 있지 않음에도 불구하고, 1993년을 기점으로 請求件數가 급격하게 증가하고 있는 상황에서, 특히 症狀別로 규격화된 請求件數가 증가하고 있으며 代行 請求業體에 의뢰하는 약국이 늘어나는 등 不當請求疑義이 제기되고 있다.

사실상 부당청구의 가장 빈번한 사례는 約束處方을 사용함으로써 실제 청구내용과 差異를 보이는 경우다. 약속처방의 사용은 부당청구의 문제점을 야기하지만, 다른 한편으로는 1인의 약사가 경영하는 小規模 藥局에서 보험청구가 가능하도록 하는 방편이 되고 있어 무조건 이를 저지할 수 만은 없는 입장이다. 오히려 사회 일각에서는 이러한 아이디어를 발전시켜 訪問當 定額制를 제시한 바도 있으며 이에 대한 찬반양론이 논의된 바 있다.

현재 保健所에서 실시되고 있는 訪問當 定額制는 질환명 및 조제약품의 종류나 수량과는 관계없이 1회 訪問當 調劑日數에 따라 일정 금액을 지불하는 방식으로 藥局管理料 등의 技術料에 平均藥劑費를 가산한 금액을 總藥劑費로 산정하는 것을 뜻한다. 즉, 4品目 超過時나 未登載醫藥品을 사용할 때 등의 적정금액을 포함한 平均藥劑費를 산출하여 本人 및 保險者 負擔金을 결정하는 것이다.

따라서 방문당 정액제는 약국의 本人負擔金 過多 徵收原因을 제거하고 不當請求를 억제하는데 실효가 있을 것으로 생각된다. 나아가 현재 대폭 증가하고 있는 약국의료보험의 請求 및 審査業務를 簡素

화할 수 있는 조치로서는 타당한 방안이 될 수 있다. 그러나 의약분업이 실시된다는 전제하에서 향후 약사들이 醫師의 處方箋에 따른 保險請求業務를 실시해야 할 경우, 또 다른 混線을 가져올 수 있다는 반대론도 대두되고 있는 실정이다.

이러한 장단점을 고려해 볼 때 방문당 정액제는 향후 보다 深層的인 研究가 필요하다. 따라서 현행 의료보험 청구방식을 당분간 維持한다는 전제하에 不當請求를 制御하기 위해서는 受診者를 대상으로 한 事後管理를 강화하는 것이 필요하다.

사실상 현재의 요양취급기관별 사후관리로는 醫藥品의 虛偽請求나 投藥日數 増日, 分割請求 등이 존재할 수 있어 이에 대한 管理 및 監督에는 한계가 있을 수밖에 없다. 또한 調劑記錄紙 비치 義務規定이 미비하여 사후관리에도 제도적인 문제가 있는 것으로 지적되고 있다. 즉, 컴퓨터 입력자료 및 약제비 청구명세서도 調劑 記錄紙로 인정하고 있어 실질심사에서도 부당청구확인이 곤란한 것이다. 더욱이 請求內容에 대한 정기실사제도가 없고 特別審査만이 존재하고 있어 事後管理가 제대로 되고 있지 않다. 따라서 全組合으로 하여금 수진자를 대상으로 의료이용 실적을 조회하는 '受診者 照會'를 확대 실시할 필요성이 있다.

#### 4. 請求 및 審査業務의 電算化

약국의료보험 약제비 청구건수는 크게 증가하고 있으나 審査人力의 增員은 이에 미치지 못하여 審査人力 1人當 하루 평균 7만건 이상을 심사하고 있는 실정이다. 이에 따라 문제점 발취능력 저하로 精密審査가 매우 어렵다. 따라서 약국의료보험 활성화와 함께 藥劑費 審査制度의 改善方案도 모색되어야 할 것이다.

이를 위해 의료보험연합회에서는 審査業務를 인공지능 프로그램 등을 이용하여 전산 처리할 수 있도록 하여야 할 것이다. 현재 컴퓨터의 보급으로 인하여 電算資料로 醫療保險을 청구할 수 있는 시점에 이르렀으므로, 이러한 프로그램의 활용은 審査人力의 縮小 및 不當請求에 대한 實査 등을 조회할 수 있고 醫療保險關聯 統計作成에도 많은 기여를 할 것으로 생각된다.

## 5. 地域 保健醫療센터로서의 藥局 役割 強化

藥局醫療保險制度는 藥局的 醫療保險 制度圈內 進入을 위한 노력의 일환으로 도입된 제도이나, 사실상 가장 근본적인 脆弱點은 藥局的 參與度가 매우 낮다는데 있다. 즉, 1989년 제도 실시당시 月平均 39.8%의 약국이 의료보험에 참여하였으나, 그후 하락하여 1995년 현재 月平均 30.7%의 약국만이 醫療保險에 참여하고 있다는 점이다.

이와 같은 參與率의 低調는 약사들의 약국의료보험에 대한 認識不足과 의료보험 請求 및 審査節次의 複雜性, 保險酬價의 非現實性, 調劑醫藥品 및 調劑品目數의 制限, 약사 1인이 경영하는 規模의 零細性에 따른 行政人力의 不足, 賣出減少 우려 및 所得源 露出 등으로 인하여 약국의료보험에 적극적으로 참여하고 있지 않다고 많은 연구들에서 밝히고 있다. 또한 制度的으로 보험조제를 기피하거나 거부할 때에 行政制裁 措置를 취할 수 없다는 점도 參與藥局數가 저조한 원인이 될 수 있을 것이다.

그런데 이러한 제도적인 여건 이외에 소비자 및 약국·약사의 특성 또한 保險調劑의 活性化와 밀접히 관련되어 있는 것이 사실이다. 예컨대 단골약국이 있는 환자일수록 그리고 약사의 경우에는 調劑件數가 많은 경우에 保險調劑가 활발한 것으로 나타나고 있다. 물론 앞서도

지적인 것처럼 향후 의약분업과 관련하여 약국의료보험제도의 향배가 불투명하나, 현재 상황을 고려해 볼 때 顧客管理에 힘쓰는 약국에서 保險調劑가 활발하며 향후 醫師處方에 의한 調劑管理도 잘 수행될 것으로 예측되므로 消費者와의 紐帶關係가 잘 이루어지는 顧客中心의 藥局으로 전환될 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

이를 위해 약국에서는 해당 지역사회에서 地域住民의 1차적 보건의료 욕구에 신속히 대응할 수 있도록 서비스를 개발하기 위한 노력을 경주해야 한다. 즉 顧客의 病歷, 藥物의 副作用 여부 등 紀錄管理를 電算化하여 보존할 수 있는 프로그램 등을 개발하여 약사 직능이 지역사회를 위하여 충분히 활용될 수 있도록 해야 한다.

## VI. 結 論

의사와 약사간의 醫藥分業 論爭을 해결하기 위한 대안으로 제시된 藥局醫療保險制度는 의사들의 처방전에 따른 處方調劑 뿐만 아니라 관행 藥局調劑行爲에 대해서도 보험 급여를 인정하고 있다. 본 제도는 1989년 10월 1일부터 1991년 7월로 예정되었던 의약분업 실시 시한 이전에 한하여 한시적으로 시행하기로 하였으나, 1991년 12월 藥事法 改正時 의약분업 관련조항이 삭제되면서 그 향배가 불투명해졌다. 그러던 중 다시 1993년 韓藥紛爭을 계기로 1994년 1월 藥事法이 개정되면서 법 시행 후 3~5년의 범위 내에서 의약분업을 大統領令으로 시행한다고 명시하므로써, 약국의료보험제도는 醫藥分業 實施 向方과 脈을 같이 하게 되었다.

그러나 약국의료보험의 미래에 많은 영향을 미칠 것으로 사료되는 醫藥分業制度와 관련하여 현재 사회 각계에서는 多樣한 分業 模型이 제기되고 있으며, 이러한 논의는 아직까지도 國民的 合意를 이루어 내지 못한 실정이다. 더욱이 의약분업이란 의사 및 약사간의 職能 專門化를 통하여 質管理에 보다 많은 비중을 둔 정책인 반면, 약국의료보험제도는 의료이용상의 便宜性 및 費用 效率性에 더 많은 초점을 맞추고 있으므로, 이와 같은 本質的인 差異點을 포괄할 수 있는 정책대안이 심도있게 논의되어야 한다. 따라서 본고에서는 의약분업과 연계되어 있는 藥局醫療保險의 未來에 대한 논의는 論外로 하고, 현재 제도 실시상에 나타나고 있는 當面課題를 파악하고 이에 대한 改善方案을 제시하는데 초점을 맞추었다.

현재 약국의료보험제도가 실시된 지는 어언 7년이 지나고 있으나,

제도에의 參與率이 낮은 등 제도 실시상 많은 문제점이 제기되고 있다. 예컨대 1995년 현재 20,417개 指定藥局중에서 11,546개 약국이 의 료보험에 참여하고 있어 藥局參與率은 56.6%에 이르고 있으나, 이는 일년 중 1번이라도 보험청구한 약국까지도 모두 포함된 수치이므로 月平均 參與率은 이보다 훨씬 낮은 30.7%에 불과하다. 이처럼 藥局의 參與率이 낮은 원인으로서는 우선 약사들의 약국의료보험에 대한 認識 不足이나, 藥局規模의 零細性에 기인한 行政 人力의 부족, 매출감소 우려 및 소득원 노출 등 藥局經營 관련 요인을 들 수 있다. 이밖에 의 료보험 請求 및 審査節次의 복잡성, 保險酬價의 비현실성, 調劑醫藥品 및 調劑品目數의 제한 등의 제도적 요인도 지적되고 있다.

특히 保險支給件數는 '93년을 기점으로 급속히 증가하여 '95년도 현 재 60,187천건으로 醫療保險 總支給件數의 24.1%에 달하고 있는 실정 으로, 이는 약국의료보험의 참여가 일부 약국에 集中되어 있음을 시사 하는 것이다. 보험지급건수의 증가는 患者本人負擔金의 인하와 한약조 제권 분쟁에 따른 調劑權 守護意志 확산, 藥局市場開放에 따른 특화노 력, 약국의료보험관련 전산프로그램의 개발 및 보급으로 인한 請求業 務 및 保險藥 管理業務의 간소화 등 제반 요인에 기인하는 것으로 분 석되고 있다. 더욱이 보험지급건수 증가내용을 살펴보면, 症狀別로 規 格화된 청구건수가 증가하고 있고, 또한 代行 請求業體에 의뢰하는 약 국이 늘어나며 이러한 가운데 不當請求의 疑惑 또한 제기되고 있으므로 이의 是正이 요구된다.

이상에서 살펴본 바와 같이 약국의료보험제도는 實施상에 많은 問 題點이 노정되어 있고 또한 의약분업과 연계하여 未來도 不透明하다. 그러나 제도 도입 당시부터 약국의료보험제도는 국민의료 이용상의 便宜性이나 國民醫療費 節減 등 여러가지 순기능이 강조되었고, 또한 제도 실시과정에서 藥局 電算化에 의한 經營效率化 등 긍정적인 효과 가 발생되고 있다.

따라서 본 연구에서는 의약분업 실시에 따라 약국의료보험제도 未來에 대한 方向性이 또다시 제기되는 그 시한까지, 현행 제도의 順機能을 極大化하는 것으로 약국의료보험제도에 대한 基本 政策方向을 설정하였다. 이러한 기본시각에 입각하여 약국의료보험제도 改善을 위한 구체적인 政策方向을 다음과 같이 제시하고자 한다.

우선 對國民 弘報를 강화해야 한다. 소비자 실태조사에서 나타난 바에 의하면 의료보험제도에 대한 認知는 주로 약국을 통해서 이루어지지만 아직도 상당히 많은 국민이 保險給與對象, 保險給與 適用期間, 保險調劑藥 品目數 등 제도의 내용에 대해서 잘 알지 못하고 있는 것이 사실이다. 따라서 이러한 내용을 일반국민에게 소개하기 위하여 大衆媒體 등을 이용하고 保險藥이 低級藥이라는 인식도 불식시키는 노력도 병행해야 할 것이다.

둘째로는 비보험 의약품의 竝用調劑를 縮小해야 한다. 현재 약국에서의 보험조제와 일반조제 간에는 價格差異가 적어 보험조제의 經濟的 效果가 적은 것으로 나타나고 있는데, 이의 주요 요인은 비보험의약품의 竝用調劑에 기인한다. 따라서 이를 축소하기 위한 방안으로서 보험의약품과 비보험의약품에 대하여 分離 包裝을 義務化하여, 비보험의약품의 병용 조제 사실을 消費者에게 認知시켜 이에 대한 소비자의 選擇權을 보장하도록 해야 한다. 또한 보다 적극적인 방법으로서 현재 1회 제한 調劑品目數를 4품목 이상으로 증가시킴으로써 실제 약국에서 의약품이 조제되고 있는 실태를 제도 내용에 반영하도록 한다.

셋째, 收診者 照會擴大에 의한 事後管理를 강화해야 한다. 현재 藥劑費 請求 및 審査상에 不當請求에 대한 논란이 제기되고 있다. 사실상 부당청구는 청구 및 심사절차가 복잡할 뿐 만 아니라 업무량이 많다는 점에 기인하고 있으므로, 사회 일각에서는 보건소에서 활용되고 있는 訪問當 定額制의 도입을 제기하고 있다. 그러나 의약분업이 실시

되어 약사들이 醫師의 處方箋에 따라 保險請求業務를 실시할 경우, 또 다른 混線을 야기할 수 있으므로 방문당정액제의 도입에 대해서는 향후 보다 深層的인 研究가 필요하다. 따라서 현행 의료보험 청구방식을 당분간 維持한다는 전제하에 不當請求를 制御하기 위해서는 調劑記錄紙 備置 義務規定을 강화해야 할 것이며, 請求內容에 대한 수진자 조회도 全組合으로 확대 실시해야 한다.

셋째, 請求 및 審査業務의 電算化가 필요하다. 심사인력 한사람이 하루 평균 7만건 이상을 심사하고 있는 현실을 개선하기 위하여 인공 지능 프로그램 등을 이용한 審査業務의 電算化도 아울러 이루어져야 할 것이다. 현재 컴퓨터의 보급으로 인하여 電算資料로 醫療保險을 청구할 수 있는 시점에 이르렀으므로 이러한 프로그램의 활성화는 審査人力의 縮小 및 不當請求에 대한 實査 등을 조회할 수 있고, 醫療保險 關聯 統計作成에도 크게 기여할 것이다.

마지막으로 地域保健醫療센터로서의 藥局의 役割이 강화되어야 한다. 본 연구결과에 의하면 단골약국이 있는 환자일수록 그리고 調劑件數가 많은 약사일수록 保險調劑가 활발한 것으로 나타나고 있다. 즉 顧客管理에 힘쓰는 약국에서 保險調劑가 활발하며 향후 醫師處方에 의한 調劑管理도 잘 수행될 것으로 예측되므로 약국은 消費者와의 紐帶關係가 잘 이루어지는 顧客中心의 藥局으로 전환되어야 한다. 이를 위해 약국에서는 해당 지역사회에서 지역주민의 1次的 保健醫療 欲求에 신속히 대응할 수 있도록 서비스를 개발하여 약사 직능이 地域社會를 위하여 충분히 活用될 수 있도록 해야 한다.

## 參考文獻

- 權景坤, 「全國民 醫療保險과 藥局의 位相」, 『全國民醫療保險』, 서울保健政策研究所, 1989, pp.22~25.
- , 「醫療保險時代의 藥局의 未來」, 『月刊藥局』, 1990. 10. pp.57~61.
- 金水培, 「藥劑費 審査基準」, 『서울藥師會誌』, Vol.17, No.3, 1992, pp.74~76.
- 金榮昌, 「療養機關 類型別 醫療保險 藥劑費 分析」, 『大韓藥師會誌』, Vol.4, No.4, 大韓藥師會, 1993, pp.69~75.
- 南秀子, 「韓國的 保健醫療 特性과 第3의 藥과의 만남」, 『大韓藥師會誌』, Vol. 4, No.1, 大韓藥師會, 1993, pp.62~66.
- 南秀子, 李儀卿, 「韓國의 藥局機能과 韓國的 第3의 藥이 지니는 役割」, 『大韓藥師會誌』, Vol.4, No.3, 大韓藥師會, 1993, pp.114~119.
- 大韓藥師會 企劃局, 「醫藥分業에 대한 開局藥師의 意識調査」, 『大韓藥師會誌』, Vol.4, No.4, 1993, pp.57~61.
- 大韓藥師會, 「保健醫療環境 變化와 藥師職能」, 『全國醫療保險 指導者 專門化教育 主題發表集』, 大韓藥師會, 1995. 7.
- 文昌鎮, 保健醫療社會學, 1990.
- 文玉綸, 「1次保健醫療와 藥局의 機能」, 『月刊藥局』, 1990. 11., pp.22~30.
- 文玉綸, 金鎮晁, 張東玟 外, 「藥局醫療保險의 合理的 發展方案에 관한 研究」, 醫療保險管理工團, 1990. 12.
- 閔仁順, 「醫療保險 給與者로서의 藥師會」, 『大韓藥師會誌』, Vol.3, No.1, 1992.
- 文善熙, 「藥師法 制定에 관한 研究」, 서울大學校 保健大學院 保健學 碩士學位 論文, 1995. 2.
- 서울YWCA, 「藥局醫療保險 施行 잘 안되고 있다」, 『消費者』 122, 서울消費者保護團體協議會, 1990. 10.

- 徐炯仁, 『藥局醫療保險의 現況과 醫藥分業과의 連繫性』, 成均館大學校 産業科學大學院 碩士論文, 1994. 5.
- 宋建鏞·李儀卿, 『標準藥局 模型開發을 위한 基礎研究』, 韓國保健社會研究院, 1991.
- 梁慶援, 『藥局醫療保險의 利用實態 및 이 制度에 관한 開局藥師들의 意識調查 研究』, 서울大學校 保健大學院 碩士學位論文, 1993. 1.
- 梁明生, 『藥局醫療保險의 實態分析 및 醫藥分業 實施方案에 관한 研究』, 서울大學校 保健大學院 碩士學位論文, 1990. 8.
- \_\_\_\_\_, 『藥局醫療保險의 向後課題』, 『醫保聯』, 醫療保險聯合會, 1990. 11. pp.4~7.
- \_\_\_\_\_, 『藥局醫保의 現況과 改善方向』, 『月刊藥局』, 1990. 11. pp.31~40. 醫療保險聯合會, 『藥局醫療保險 藥劑費 審查簡素化 方案 研究』, 1994. 12.
- \_\_\_\_\_, 『藥局醫療保險 療養給與基準 및 藥劑費 算定基準』, 1995. 12.
- 醫療保險聯合會 審查基準部, 『藥局醫療保險의 利用實績』, 『醫療保障』, No. 7, 醫療保險聯合會, 1994, pp. 9~13.
- 李奎植, 『藥局醫療保險 6年の 成果와 發展方向』, 『醫療保障』, 醫療保險聯合會, 1995. 10., pp. 6~12.
- 李武男, 『藥局醫療保險의 成果와 展望』, 『醫療保障』, No. 7, 醫療保險聯合會, 1994, pp. 5~8.
- 李福蘭, 『藥局醫療保險과 稅務』, 『서울藥師會誌』, Vol. 17, No. 3, 1992, pp.77~79.
- 李愛蓮, 『都市勤務教師의 醫療利用樣相과 藥局醫療保險 利用實態』, 慶北大學校 保健大學院 碩士學位論文, 1990. 7.
- 李泳珉, 『藥局醫療保險의 活性化 및 制度改善』, 『醫療保險回報』, Vol. 15, No.5, 서울醫療保險管理工團, 1993.
- 李儀卿, 『藥局醫療保險의 參與도에 影響을 미치는 藥局特性에 관한 研究』, 『保健社會論集』, Vol.11, No.2, 韓國保健社會研究院, 1991, pp.100~111.

- 李在國, 「藥局醫療保險의 機能과 醫藥分業」, 『大韓藥師會誌』, Vol.3, No.3, 大韓藥師會, 1992, pp.117~123.
- 朴宰用, 「醫藥分業과 關聯된 現實的 與件」, 未發表論文, 1996.
- 鄭炳漂, 「藥局醫療保險制度의 成果와 教訓」, 『醫療保險回報』, Vol.13, No.10, 서울醫療保險管理工團, 1991.
- 崔賢植, 「藥局醫療保險과 製藥界의 未來」, 『月刊藥局』, 1990. 10., pp.48~56.
- Donabedian A., *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Harvard University Press, 1973.
- Gochman, D. S., *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*, Plenum Press, 1988.
- Williams, S. J. and P. R. Torrens, *Introduction to Health Services*, 3rd ed., John Wiley & Sons, 1988.