

醫藥分業政策 評價模型開發 研究

政策報告書 99-09 발간부수: 1,200부

ISAN 89-8187-191-4 93510

鄭宇鎮

尹京一

朴泳澤

南銀祐

韓國保健社會研究院

머 리 말

정부는 약의 오·남용을 방지함과 아울러 患者治療效果를 높여 국민 보건을 향상시키고 의료자원을 효율적으로 활용함으로써 국민후생을 증대시키기 위해 2000년 7월부터 의약분업정책을 시행할 예정이다. 醫藥分業政策은 모든 국민들에게 포괄적인 영향을 주는 제도이기 때문에 객관적인 평가를 위해서는 일반적으로 사용되는 기관실적평가방식과는 다른 새로운 理論과 技法開發이 요구된다.

본 보고서는 의약분업정책평가모형을 사전에 개발하여 필요시 정책평가를 즉각 수행할 수 있도록 만반의 준비를 갖추는 데 그 목적이 있는 바, 결과적으로 政策評價를 통해 제도의 부작용을 최소화하는 방안을 즉각적으로 도출함으로써 의약분업정책이 성공적으로 실시되고 무리 없이 진행되도록 기여하고자 작성되었다. 정책평가에 앞서 반드시 유념해야 할 의약분업정책과 公共政策評價의 이론적 배경을 명확히 하고, 우리 나라와 유사한 보건의료 및 인구·사회적 배경을 가지고 있는 일본의 의약분업정책 평가현황과 시사점을 고찰하였다. 또한 의약분업정책 評價企劃 方法論을 단계화하여 구체적으로 제시함으로써 정책 평가시 이에 따라 세부 평가편람이 만들어지도록 자료를 제시하였다. 끝으로 의약분업정책에 관한 국내·외 문헌을 고찰하고 미흡한 점을 보완하여 의약분업정책평가를 위해 필요한 指標試案을 도출하였다.

본 보고서는 본 연구원의 정우진 부연구위원의 책임 하에 윤경일 책임연구원, 박영택 주임연구원 그리고 고신대학교 남은우 교수와 공동으로 작성되었다.

저자들은 본 보고서의 작성과정에서 초고를 읽고 조언을 해 준 본원의 조재국 연구조정실장, 이주열 책임연구원 그리고 경원대학교의 이원재 교수에게 사의를 표하고 있다. 또한 그 동안 많은 助言과 協助를 아끼지 않은 보건복지부, 대한병원협회, 대한의사협회, 대한약사회, 의료보험연합회 관계자에게 감사하고 있다. 아울러 자료 정리에 수고를 아끼지 않은 본원의 전일건, 이경호 연구원에게도 감사하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 연구진의 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

1999年 12月
韓國保健社會研究院
院長 鄭 敬 培

目 次

要 約	13
I. 序 論	27
II. 醫藥分業과 公共政策評價의 理論的 背景	30
1. 醫藥分業政策의 意義와 特殊性	30
2. 公共政策 評價理論의 考察	38
3. 醫藥分業評價에 關連한 先行研究	56
III. 日本 醫藥分業政策의 經過 및 評價體系	58
1. 醫藥分業의 經過	58
2. 厚生省의 醫藥分業 對策	62
3. 醫藥分業의 計劃組織	68
4. 醫藥分業 評價組織	85
5. 醫藥分業 評價節次 및 方法	86
6. 醫藥分業 評價事例	87
IV. 醫藥分業政策 評價企劃	92
1. 第1段階: 政策關聯者와 評價目的의 把握	92
2. 第2段階: 評價性査定	99
3. 第3段階: 評價類型의 決定	113

4. 第4段階: 評價方法의 選定	119
5. 第5段階: 政策評價指標의 決定	131
6. 第6段階: 政策實績의 集計와 報告	149
7. 第7段階: 政策實績의 實查確認	160
8. 第8段階: 政策評價結果 確定	162
V. 醫藥分業政策評價를 위한 關聯 指標	172
1. 評價指標體系	173
2. 基礎成果指標: 保健醫療環境變化	174
3. 1次的 成果指標: 中間政策目標 達成度 評價	215
4. 2次的 成果指標: 最終政策目標 達成度 評價	219
5. 全體 指標 概觀	223
VI. 結論	230
參考文獻	240
附 錄	245

表 目 次

〈表 III- 1〉 醫藥分業推進現況 沿革	59
〈表 III- 2〉 醫藥分業 推進에 대한 厚生省 各局의 目標	63
〈表 III- 3〉 38個 國立 病院의 院外處方 發行率의 推移	67
〈表 III- 4〉 醫藥分業 推進支援센터의 初創期 整備에 關聯된 補助金	70
〈表 III- 5〉 1999年度 醫藥分業 推進 豫算概要	71
〈表 III- 6〉 醫藥分業推進開發 豫算의 增加 推移	73
〈表 III- 7〉 醫藥分業定着促進事業에 關聯된 補助實績	74
〈表 III- 8〉 1999年度 醫藥分業 定着促進 事業費 補助金 現況	77
〈表 III- 9〉 未就業藥師就業 促進 事業費	79
〈表 III-10〉 醫藥分業推進協議會 支援事業費	81
〈表 III-11〉 醫藥分業 推進支援 센터의 施設, 設備費 補助額 概要	84
〈表 III-12〉 都道府縣別 醫藥分業 推進支援 센터 基準	84
〈表 III-13〉 醫藥分業 服藥指導者를 위한 藥歷管理 狀況	85
〈表 III-14〉 醫療機關別 院外處方箋 發行 狀況	89
〈表 III-15〉 醫藥分業 經驗現況(複數應答)	90
〈表 III-16〉 藥歷管理의 經驗	91
〈表 III-17〉 服藥指導 認識	91
〈表 III-18〉 醫藥分業 制度에 대한 期待	91
〈表 IV- 1〉 醫藥分業 政府案의 主要內容(I)	97
〈表 IV- 2〉 醫藥分業 政府案의 主要內容(II)	98
〈表 IV- 3〉 醫藥分業 政府案의 主要內容(III)	99

〈表 IV- 4〉 醫藥分業 推進本部의 主要內容	107
〈表 IV- 5〉 量的 評價方法과 質的 評價方法의 比較	120
〈表 IV- 6〉 地域別 醫藥分業協力會議 設置·運營 指針	150
〈表 IV- 7〉 醫藥分業政策 計量指標實績 및 評價要約表 書式: 目標達成度 指標	157
〈表 IV- 8〉 醫藥分業政策 計量指標實績 및 評價要約表 書式: 趨勢值	157
〈表 IV- 9〉 醫藥分業政策 非計量指標 記載樣式	158
〈表 IV-10〉 建議事項 記載樣式	159
〈表 IV-11〉 綜合報告書 體系(樣式)	168
〈表 IV-12〉 計量指標評價報告書 體系(樣式)	169
〈表 IV-13〉 計量指標改善 建議事項(樣式)	170
〈表 IV-14〉 非計量指標 地域別 評價結果: 綜合分析體系(樣式)	171
〈表 IV-15〉 非計量指標 既存指標 廢止事項(樣式)	171
〈表 IV-16〉 非計量指標 新設指標 建議事項(樣式)	171
〈表 V- 1〉 醫藥分業 評價를 위한 評價指標 分類體系	174
〈表 V- 2〉 外來患者 診療서비스 關聯 主要指標	176
〈表 V- 3〉 外來患者用處方箋 發行件數 關聯 主要指標	176
〈表 V- 4〉 外來患者用 院外處方箋 發行件數 關聯 主要指標	177
〈表 V- 5〉 外來患者用 醫藥品 處方件數 關聯指標	177
〈表 V- 6〉 外來患者 醫藥品 品目數 關聯指標	178
〈表 V- 7〉 外來患者用 醫藥品 處方日數 關聯指標	178
〈表 V- 8〉 外來患者用 醫藥品 院內調劑件數 關聯指標	179
〈表 V- 9〉 外來患者用 醫藥品 商品名 處方件數 關聯指標	179
〈表 V-10〉 醫師處方に 대한 外部藥局 藥師의 異意提起件數 關聯指標(保健醫療機關側面)	180

〈表 V-11〉 外來患者用 醫藥品 關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料	181
〈表 V-12〉 100病床當 日平均 外來患者數	182
〈表 V-13〉 醫院의 月平均 外來患者數	182
〈表 V-14〉 醫院의 月平均 外來 處方患者中 內·外用劑와 注射劑 處方件數	183
〈表 V-15〉 綜合病院의 100病床當 年間 藥調劑件數	183
〈表 V-16〉 醫藥品 購入者 訪問件數 關聯指標	185
〈表 V-17〉 專門醫藥品 自由販賣件數 關聯指標	185
〈表 V-18〉 調劑件數 關聯指標	185
〈表 V-19〉 處方調劑件數 關聯指標	186
〈表 V-20〉 代替調劑件數(內·外用劑) 關聯指標	186
〈表 V-21〉 代替調劑件數(注射劑) 關聯指標	187
〈表 V-22〉 任意調劑件數 關聯指標	187
〈表 V-23〉 醫師處方에 대한 外部藥局 藥師의 異意提起件數 關聯指標(地域藥局側面)	188
〈表 V-24〉 服藥指導件數 關聯指標(地域藥局側面)	188
〈表 V-25〉 藥歷管理件數 關聯指標(地域藥局側面)	189
〈表 V-26〉 地域藥局 關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料	189
〈表 V-27〉 診療費 關聯指標	191
〈表 V-28〉 外來診療費 關聯指標	191
〈表 V-29〉 藥劑費 關聯指標	192
〈表 V-30〉 外來 藥劑費 關聯指標	192
〈表 V-31〉 外來診療費에 대한 外來 藥劑費 比率 關聯指標	193
〈表 V-32〉 施設數 關聯指標	193

〈表 V-33〉 保健醫療機關 關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料	194
〈表 V-34〉 地域別 施設數 및 人口數(住民登錄基準)	195
〈表 V-35〉 總賣出額 關聯指標	196
〈表 V-36〉 處方調劑 賣出額 關聯指標	197
〈表 V-37〉 施設數 關聯指標	197
〈表 V-38〉 地域藥局關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料	197
〈表 V-39〉 地域別 藥局 施設數 및 人口數	198
〈表 V-40〉 診療費 및 診療件數 關聯指標	199
〈表 V-41〉 藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含) 關聯指標	200
〈表 V-42〉 外來 藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含) 關聯指標	200
〈表 V-43〉 外來 藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含) 比率 關聯指標	200
〈表 V-44〉 外來 內用劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數 關聯指標	201
〈表 V-45〉 外來 外用劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數 關聯指標	201
〈表 V-46〉 外來 注射劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數 關聯指標	202
〈表 V-47〉 保險者關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料	203
〈表 V-48〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 I	205
〈表 V-49〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 II	205
〈表 V-50〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 III	206
〈表 V-51〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 IV	206
〈表 V-52〉 服藥指導經驗件數 關聯指標	206
〈表 V-53〉 藥歷管理經驗件數 關聯指標	207

〈表 V-54〉 患者 醫療利用 關聯 時間 指標	207
〈表 V-55〉 患者 利用關聯 費用 關聯指標	208
〈表 V-56〉 患者利用行態 關聯指標 算出을 위한 基礎資料	209
〈表 V-57〉 患者 利用關聯 時間 關聯指標 算出 基礎資料	210
〈表 V-58〉 患者 醫療利用 費用 關聯指標 算出 基礎資料	210
〈表 V-59〉 親切도에 대한 評價 關聯 指標	212
〈表 V-60〉 患者 滿足度 關聯指標 I	212
〈表 V-61〉 患者 滿足度 關聯指標 II	212
〈表 V-62〉 患者 滿足度 關聯指標 III	213
〈表 V-63〉 患者 滿足度 關聯指標 IV	213
〈表 V-64〉 供給者 滿足度 關聯指標	213
〈表 V-65〉 親切도에 대한 評價 關聯 指標算出 基礎資料	214
〈表 V-66〉 醫藥分業政策評價를 위한 1次的 成果指標	217
〈表 V-67〉 醫藥分業의 1次的 成果指標 算出을 위한 基礎資料	218
〈表 V-68〉 2次的 成果指標	220
〈表 V-69〉 2次的 成果指標 算出 基礎資料	221
〈表 V-70〉 保健醫療서비스 供給側面의 指標	223
〈表 V-71〉 經濟 및 滿足度 側面의 指標	225
〈表 V-72〉 1次的 成果指標: 中間政策目標 達成度 評價	228
〈表 V-73〉 2次的 成果指標: 最終政策目標 達成度 評價	229

要 約

I. 研究目的

- 의약분업정책평가모형을 사전에 개발하여 필요시 정책평가를 즉각 수행할 수 있도록 만반의 준비를 갖추는 데 그 목적이 있음.
 - 정책담당자와 평가자의 의약분업이론과 공공정책이론에 대한 이해에 기여
 - 공공정책평가기획이론을 접목한 의약분업정책평가기획의 구체화
 - 국내·외 문헌과 자료를 통한 의약분업평가지표시안과 관련자료 구득 가능성 파악
 - 결과적으로, 정책평가를 통해 제도의 부작용을 최소화하는 방안을 즉각적으로 도출함으로써 의약분업정책이 성공적으로 실시되고 무리 없이 진행되도록 기여

II. 醫藥分業政策과 公共政策評價理論

1. 醫藥分業政策의 意義와 施行方案

- 의약분업정책은 ‘의사는 진단·처방 그리고 약사는 이에 따른 조제’로 직능을 명확히 구분하고 동시에 안전성이 낮은 전문의약품은 반드시 의사처방과 약사조제를 거쳐 소비자에게 제공되게 하는 정책임.

- 이러한 의약분업정책의 주목표는 비전문적 의사조제와 약사처방 그리고 전문의약품의 비전문적 판매 및 공급을 법·제도적으로 금지함으로써 의약품 오·남용을 방지하고자 하는 것임.

□ 1999년 12월 7일 국회 본회의에서 최종 확정된 의약분업안의 특징은 다음과 같음.

- 보건소 및 보건지소(보건복지부장관이 지정한 도시화지역은 제외)를 포함한 의료기관의 외래환자에 대한 원외조제 의무화
- 의약분업 예외범위를 ① 응급환자 및 입원환자, ② 1·2급 중증장애인, 현역병·전경·의경, 교정시설 수용자, ③ AIDS·한센병(나병)·파킨슨병 등 특수질환자, ④ 콜레라 등 제1종 법정 전염병 및 국가사책에 의해 관리 받는 결핵환자, ⑤ 농어촌의 의료기관 또는 약국이 없는 지역과 재해지역, ⑥ 사회봉사활동을 하는 경우 등으로 함.
- 의약분업 대상의약품은 주사제를 포함한 전문의약품으로 하되, 진단용약, 예방접종용약, 희귀약품, 의료기관조제실 제제, 마약, 임상시험용 의약품, 방사성의약품, 신장투석액 및 이식정 등은 병·의원에서 조제·투약할 수 있음.
 - 단, 주사제 중 운반·보관에 안전을 요하는 주사제, 항암제, 검사·수술·치치에 사용하는 주사제 등 환자 진료에 필수적인 주사제는 의사가 직접 투약할 수 있음.
- 의사 처방의 의약품 명칭은 일반명(성분명) 및 상품명을 병용하되, 상품명 처방도 필요한 경우 성분·함량·제형이 동일한 다른 의약품으로 약사가 대체 조제할 수 있음.
 - 대체 조제시 약사는 환자에게 먼저 알리고 환자가 이의를 제기하면 동의를 받아야 하며 의사에게는 추후 통보하도록 함.

- 대체 조제시 사용되는 의약품은 약효가 같은 지를 식품의약품 안전청이 확인한 것에 한함.
- 약사의 임의조제에 대해 적용하던 약국의료보험제도를 폐지하고, 의사의 처방전에 의해 조제 받는 경우에만 의료보험 적용을 받도록 함.

2. 公共政策 評價理論의 概要

- 의약분업정책은 공공정책에 속하며, 의약분업정책평가는 공공정책 평가의 범주에 포함되므로 의약분업정책의 평가를 위해서는 공공정책평가의 명확한 이해가 전제되어야 함.
 - 정책평가를 좁은 의미로 파악하는 견해에 따르면 정책평가는 정책의 성패 여부를 측정하여 그것의 가치를 판단하고자 하는 데 비하여, 광의의 정책평가에서는 그와 같은 성패 여부의 측정뿐만 아니라 그러한 결과의 원인규명에까지도 포함함.
- 의약분업정책의 경우 단계적·점진적 확대과정을 거친다면 정책평가는 과정평가와 형성평가로 시행되어야 하나 현재 정부안과 같이 의약분업이 전국적으로 동시에 실시된다면 총괄평가형태로 평가가 수행되어야 함.
 - 과정평가는 정책의 집행과정을 평가대상으로 한 것으로 집행과정을 검토하여 정책효과 발생의 과정을 밝히고 바람직한 집행전략을 수립하기 위한 것임.
 - 형성평가는 집행도중에 이루어지는 평가로서 집행 관리와 전략의 수정·보충을 위한 것임.
 - 총괄평가는 정책집행이 끝났을 때 정책결과를 평가대상으로 한 것으로 정책효과가 어느 정도인지를 파악하는 것이 핵심이나,

비용까지도 감안하여 능률성을 평가하는 것도 포함됨.

- 한편, 의약분업정책을 시행했을 경우, 외래환자에 대한 원외처방전 발행 100% 달성을 정책목표로 하느냐 아니면 의약품 오·남용 감소의 개선과정을 평가하느냐에 따라 전자의 경우는 총괄평가, 후자는 과정평가·형성평가로 수행될 수도 있음.
- 의약분업정책평가는 다양한 목적을 가지고 있는데 정책결과와 정책집행과정을 평가하는 측면에서 주로 세 가지의 커다란 목적을 지니고 있다고 할 수 있음.
 - 정책과정상의 환류기능으로 정책결정이나 집행과정에 수시로 필요한 정보를 제공하여 의약분업정책을 바람직하게 추진하도록 함.
 - 책무성 확보기능으로 의약분업정책과정에서 정책담당자가 행하는 활동에 대하여 국민에 대한 책임을 지도록 함.
 - 학문적 기여기능으로 의약분업정책 속에 내재된 변수 예로, 의료기관의 원외처방전발행 의무화와 의약품 오·남용방지 간의 인과관계를 검증하여 사회과학적 이론을 구축하는 데 기여함.

Ⅲ. 日本의 醫藥分業政策 評價體系

- 일본의 의약분업정책평가는 지역별 의약분업추진협의회를 기초단위로 하여 후생성의 약무주관과에서 담당
 - 의약분업 추진 협의회는 각 도도부현이 중심이 되어 시정촌, 삼사회(의사회, 치과의사회, 약제사회), 의료기관, 약국, 관계행정기관 등 지역의 의약분업 계획 실시 관계자로 구성
 - 관계자 각각에 대한 의약분업 계획의 구체적 실시 및 제후를 촉진하고, 의약분업 보급 추진원을 선정 조직화하며, 계획실시 상

황 조사·평가를 정기적으로 실시

- 사업에 필요한 경비에 대해서는 국가의 예산 범위 내에서 별도로 책정한 국고를 보조
 - 의약분업정책 관련 시책 및 달성도 경과 등을 조사·평가
 - 환자, 의료기관, 약국에서의 약력관리정보의 공유정도, 환자부담, 의약품 공급체계의 운용도, 의약분업에 대한 환자이해도 등을 조사·평가
- 후생성 보험국 의료과의 의료지도감사실은 매년 도도부현(보험과)과 공동으로 분업 약국에 관해서 약제복용력의 관리와 지도료의 대상이 되는 복약지도에 필요한 약력관리 상황을 중심으로 조사·평가
- 모니터 제도와 약력관리를 통해 부작용 등 약화사고를 조사하고 적정처방이 이루어지도록 유도
 - 모니터 병원을 지정하고 의사가 약의 부작용을 후생성과 제약회사에 보고하도록 제도 구축
 - 지역약국이 약력관리를 철저히 해 중복투약이 방지되도록 하고 이를 위해 환자가 한 약국을 이용하고, 그 약국이 점검 기능을 철저히 수행하도록 조치
- 평가지표로는 전체 원외처방전발행률의 변화, 지역별 원외처방전발행률의 변화, 의료기관별 원외처방전발행률의 변화, 의약분업에 따른 약제비 청구 약국수의 변화, 의약분업에 대한 주민호응도, 복약지도 이행도, 약력관리경험도 등이 활용되고 있음.

IV. 醫藥分業政策 評價企劃

1. 政策關聯者와 評價目的의 把握

- 정책평가계획에서 가장 먼저 해야 할 일은 정책평가를 통해서 누가(who) 그리고 무엇(what)을 알고자 하는가를 정확하게 파악하는 것임.
- 의약분업정책평가결과를 필요로 하는 사람·단체를 정책관련자라고 하는데 이는 의약분업정책에 깊은 관심을 가지고 있으며, 그것에 의하여 영향을 받거나 잠재적으로 평가의 결과를 이용할 당사자임.
 - 의약분업정책관련자로는 고위정책결정자(대통령·장관·국회의원 등), 의약분업관련사업 관리자(보건복지부 보건정책국 약무식품정책과) 등임.
- 의약분업정책 평가목적은 정책관련자가 필요로 하는 사항을 규명하는 것임.
 - 의약분업정책이 원래 의도했던 정책목표를 달성했는지 여부
 - 의약분업정책의 성공과 실패의 여부
 - 동일 효과달성을 위해 환자불편·불만 및 의료비 부담, 정책홍보비 등 사회적 비용을 더 줄일 수 있는 기타 방안의 모색
 - 의약분업정책의 중단·계속·확대·축소 여부 등

2. 評價性 査定

- 평가성 사정은 본격적인 평가를 시작하기 전에 바람직한 평가가 되도록 그리고 가능한 평가가 되도록 검토하는 것으로 어떠한 사업을 평가하여야 유용한 평가가 될 것인지를 결정하기 위해서 행해지는 개략적 검토과정 중 하나임.

- 의약분업정책의 주요사업은 다음과 같은 네 가지 직접규제를 시행하는 것임.
 - 소비자의 전문의약품 자유구매행위 금지,
 - 외래환자에 대한 의사조제 금지,
 - 전문의약품에 대한 약사 임의조제금지,
 - 외래환자용 의약품의 보건의료기관내 조제금지
- 평가예산과 평가계획이 확정되지 않은 현 단계에서의 사업모형은 주로 문서상 모형에 의존하여 설정할 수밖에 없음.
 - 문서상의 사업모형은 성문적 자료를 근거로 한 모형으로 약사법 및 의료법 등 법률, 정부의 의약분업안과 관련 보도자료 및 내부자료를 통해 파악될 수 있음.
- 사업모형이 활동 실현성과 인과관계의 타당성 조건이 충족되면 사업은 실현가능모형이 되고 여기에서 측정 불가능한 변수와 이에 관련된 인과관계를 제외시키면 평가가능모형이 도출됨.

3. 評價類型의 決定

- 의약분업정책은 다른 정책과 그 효과가 비교된다든지, 아니면 같은 정책을 운영했던 과거의 실적과 대비될 수 없다는 측면에서 효과평가가 적절함.
 - 효과평가란 정책의 실시결과로 얻어진 산출이 국민생활에 미친 모든 영향을 측정하는 것임.
- 의약분업정책의 효과평가는 부분적 효과에 대한 평가인 효과성평가와 효과전반에 대한 평가인 종합효과평가로 나누어 수행될 수 있음.

- 효과성평가란 정책이 원래 의도했던 직접적 목표의 달성정도를 측정하는 것으로 주로 단기적이며, 직접적이고 의도했던 객관적·주관적 효과가 주요 관심대상임.
 - 의약분업정책으로 의약품 오·남용방지라는 의도했던 효과가 나타났는지 여부
 - 의약품 오·남용방지라는 의도했던 효과가 나타났다면 이것이 의료보험 약가의 실거래가 상환제도 등 기타 정책에 의해 야기된 것은 아닌 지 여부 등
- 종합효과평가란 정책으로 비롯된 ‘모든 효과의 바람직함 여부’를 결정하는 것임.
 - 전체적으로 볼 때, 의약분업정책은 성공적이라고 볼 수 있는가의 여부
 - 의약분업정책이 야기한 직접적·간접적인 효과는 무엇이고 이것들은 바람직한 방향으로 나타났는가 또는 바람직하지 못한 방향으로 나타났는가의 여부 등

4. 評價方法의 選定

- 정책평가의 본질이 정책의 주관심인 목표달성에 어떤 확정적 판단을 내리는 것이고, 이를 위해서는 평가방법을 구성하는 연구설계, 자료, 자료분석 및 해석 등이 타당하고도 적절하게 이루어져야 하기 때문에 평가방법의 선정은 매우 중요한 과정임.
- 효과성평가를 위해서는 사업의 목표를 양적으로 표현하거나 질적으로 표현하여 변화를 평가하는 것이 필요함.
 - 양적 목표: ‘현 70~77% 수준인 폐렴구균의 페니실린 내성률을 2003년까지 50%로 감소시킨다’ 등

- 실적 목표: ‘의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율을 감소시킨다’ 등
- 종합효과평가는 정책목표가 질적으로 표현된 경우의 효과성평가방법과 깊은 관계가 있는 바, 이론적으로 의존하지 않았던 효과를 측정할 수 있는 방법의 일환임.
- 정책의 종합효과를 평가하는 데는 전문가평가와 여론조사가 사용될 수 있음.

5. 政策評價指標의 決定

- 의약분업정책 평가지표를 결정하는 데 필요한 보편적 기준은 다음과 같음.
- 측정가능성: 의약분업정책 평가지표 설정시 평가의 대상은 객관성을 확보할 수 있도록 측정 가능하여야 함.
- 개선가능성: 의약분업정책평가의 목적이 의약품 오·남용 방지라는 면에서 볼 때 가능한 한 개선 잠재력이 높은 분야를 자극할 수 있도록 설정되어야 함.
- 관리가능성: 의약분업정책 평가지표는 정책의사결정자 또는 사업관리자의 통제할 수 있는 분야를 대상으로 하여야 함.
- 상대적 중요성: 의약분업정책 평가지표의 선택은 이들 지표 상호간의 상대적 중요도에 따라 결정되어야 함.
- 충분성: 평가지표는 의약분업정책 효과를 충분히 포괄적으로 평가할 수 있도록 지표의 내용이 불투명하거나 지표항목간의 구분이 모호하지 않아야 함.
- 비교가능성: 의약분업정책 평가지표는 원칙적으로 계속성을 유

지하여 평가와 환류의 안정성을 확보하고 연도별 효과를 비교할 수 있어야 함.

□ 의약분업정책 평가지표 결정을 위해서는 다음과 같은 정책분석과정을 거쳐야 함.

- 의약분업 관련 자료 수집 및 검토: 약사법, 의료법, 건강보험법 관련 규정 등 검토
- 정책목표 확인: 원외처방전발행률 100% 달성 등 중간목표, 의약품 오·남용 선진국수준까지 방지 등 최종목표 확인·구분¹⁾
- 목표달성을 위한 주요사업확인: 의약분업추진본부 및 지역별 의약분업협력회의의 예산과 사업 등
- 주요사업의 업무흐름도 작성: 의약분업 관련부서인 보건복지부 보건정책국과 연금보험국에서의 기능과 역할 분담 등
- 통제불능요인 파악: 의약분업정책 진행 중 진료수가인상 요구가 있으나 기획예산처가 반대할 경우 보건복지부의 입장에서는 통제 불가능한 요인으로 작용하는 경우 등
- 중점관리분야 파악: 시·군·구 지역단위의 243개 보건소 중심의 지역별 의약분업협력회의의 관리·지원 등

□ 의약분업정책 평가지표를 구축하기 위해서는 다음과 같은 사항들이 검토되어야 함.

- 평가산식
- 평가기준치

1) 의약분업의 최종목표는 어떤 의미에서는 국민건강수준의 향상이다. 그러나 국민건강수준의 향상은 여러 정책수단으로 진행되는 과정이므로 의약분업자체의 효과로 구분하여 식별하기는 어렵다. 따라서 의약품 오·남용 수준의 감소가 보다 적절한 최종목표라고 할 수 있다.

- 통제불능요인 고려방법
- 등급구간
- 가중치 고려 여부 등

6. 政策實積의 集計와 報告

- 전국 시·군·구 지역단위 해당 보건소(243개소)에는 의사, 치과의사, 약사단체, 의료보험자단체, 소비자 시민단체 등에서 추천을 받은 자와 관련 공무원으로 지역별 의약분업협력회의가 설치될 예정이므로 동 위원회가 지역별 의약분업정책실적을 보고
- 지역별 의약분업정책실적보고서는 다음의 체계를 갖추도록 함.
 - 지역별 보건의료환경: 지역인구현황 및 특성, 보건의료기관 현황, 약국현황
 - 의약분업정책실적분석: 관련 사업요약, 정책실적결과 요약, 계량지표, 비계량지표
 - 건의사항
 - 부속자료

7. 政策實積의 實查確認

- 지표별 세부평가계획의 내용에 따라 평가대상과 지표에 대한 전반적인 이해를 하고 지표별로 실적이 정확하게 집계되어 편람상의 평가방법에 따라 정확하게 평점 되었는가를 실사하여 확인함.
- 전 지역을 실사 확인할 필요 없이 지역별 의약분업실적보고서를 일견하여 특별히 확인할 지역을 선별하고 실사확인을 수행하는 것이 효율적임.
- 정책실적의 실사 확인방법은 분석적 검토, 면담 및 질문, 관찰 및

기타 절차 등으로 수행됨.

8. 政策評價結果 確定

- 의약분업정책 평가결과를 확정해 나가는 최종단계에서는 첫째로 실무평가반의 평가결과(안)에 대한 종합평가반의 재검, 이견이 있는 경우 협의, 추가작업이 필요한 경우 동 결과의 확인 등 평가최종작업을 원만히 수행해 나가는 일이고, 둘째로는 최종평가보고서를 작성하는 일임.

V. 醫藥分業政策評價를 위한 關聯 指標

- 의약분업정책은 복수의 기관이나 조직의 효율성을 상호 비교를 통하여 우위를 판정하는 효율성 평가와는 달리 정책이 보건의료 전체분야 그리고 예외 없이 거의 모든 국민에게 영향을 미치므로 효과가 미치는 대상이 광대하다는 측면에서 큰 차이가 있음.
- 이러한 견지에서 의약분업정책효과는 다양하게 접근될 필요가 있는 바, 평가지표를 크게 基礎成果指標, 1次的 成果指標, 2次的 成果指標로 삼분하여 도합 192개의 지표를 제안함.
 - 기초성과지표는 의약분업(관련)정책으로 야기되는 보건의료환경변화를 다각적으로 묘사하는 지표로 환경변화는 보건의료서비스 공급측면과 경제 및 만족도 측면으로 구분되는 데 각각은 보건의료기관과 지역약국으로 다시 세분되고 다시 주요 평가항목으로 구분되어 비계량지표를 포함한 171개의 개별지표가 도출됨.
 - 1차적 성과지표는 정책평가이론에서 중간정책목표달성도 평가지표로 의약분업정책의 외형적인 분업형태달성평가에 해당하는데

11개의 지표를 제안함.

- 2차적 성과지표는 정책평가이론에서 최종정책목표달성도 평가지표에 해당하는 데 의약분업정책에 따른 의약품 사용량 평가와 직접적인 관련이 있는 9개의 지표가 도출됨.

평가항목		지표수	비고	
기초성과지표: 보건의료환경 변화	보건의료서비스공급 측면	보건의료기관	25	계량
		지역약국	22	계량
	경제 및 만족도 측면	보건의료기관	14	계량
		지역약국	9	계량
		보험자	40	계량
		환자이용도	47	계량
	환자 및 공급자 만족도	14	비계량	
소 계		171	-	
1차적 성과지표: 중간정책목표 달성도 평가		11	계량	
2차적 성과지표: 최종정책목표 달성도 평가		9	계량	
합 계		192	-	

VI. 結論: 醫藥分業政策 評價管理機構의 新設

- 의약분업정책평가를 공정하고 객관성 있게 처리하기 위해서는 평가자가 준수하여야 할 책임과 의무를 명확히 하여야 하며, 평가자가 독립성을 최대한 유지할 수 있어야 함.
- 의약분업정책평가와 관련하여 보건복지부에 醫藥分業政策評價委員會를 두어 의약분업정책평가에 관한 사항을 심의·의결하기 위한 기구를 구성할 필요가 있음.
 - 위원회는 보건복지부 차관을 위원장으로 하여 대한의사협회장,

대한병원협회장 및 대한약사회장 각 1인, 보건의료수요자를 대신하여 소비자대표 2인, 보건의료분야 정부출연 정책연구기관인 한국보건사회연구원 원장 그리고 학식과 경험이 풍부한 3인의 보건의료계 학자 등 총 10명으로 구성

- 의약분업정책 평가위원회가 그 기능을 효과적으로 수행하기 위하여 위원회에 의약분업정책평가와 관련되는 기술적이고 전문적인 사항을 자문하기 위하여 醫藥分業政策評價團을 구성함.
 - 정책을 평가하는 기준이 되는 정책평가편람을 사전에 작성하고 정책평가를 기획하며 또한 각 평가대상 단위가 달성한 성과를 사후에 평가하는 업무를 주로 담당함.
 - 평가단원은 보건의료 및 기타 관련분야에 전문지식이 있는 대학의 교수, 보건의료분야 정부출연 정책연구기관에 소속된 박사학위소지자 및 이에 준하는 자격이 있다고 인정되는 자, 또는 보건의료분야에 전문지식과 경험이 풍부하다고 인정되는 자로 함.
 - 이들 평가단은 지표설정시와 주기적인 정책평가시에 각각 위촉되며 해당 지표설정작업이나 평가작업이 종료되면 원칙적으로 해체되도록 함.

I. 序 論

醫藥分業政策은 ‘의사는 진단·처방 그리고 약사는 이에 따른 조제’로 직능을 명확히 구분하고 동시에 안전성이 낮은 전문의약품은 반드시 의사처방과 약사조제를 거쳐 소비자에게 제공되게 하는 정책이다.

醫가 곧 약이라는 전통적 한방의료개념이 팽배한 한국, 일본, 대만과 같은 동아시아국의 경우에 의약분업정책은 보건의료전반을 넘어서는 일대개혁으로 여겨져 오랜 기간 시행이 연기되었으나, 그 긴요성으로 인해 현재 일본 및 대만은 부분적으로나마 의약분업정책을 시행하고 있는 실정이다.

우리 나라 정부는 1963년 약사법에 의약분업의 원칙을 천명한 바 있으나, 의약분업정책에 대한 전국민적 공감대가 형성되지 않은 채 이해단체들이 시행을 기피하여 그 동안 제도 도입이 유보되어 왔다. 현재 정부에서는 보건의료계 및 관련학계 전문가의 의견을 수렴하여 약사법에 의거 2000년 7월 1일부터 실시할 의약분업정책의 모형을 구축하였는 바, 이로써 우리 나라에 선진보건의료체계의 필수요건인 의약분업정책을 도입할 수 있는 기본 틀이 마련되었다고 할 수 있다.

의약분업정책은 보건의료제도 측면뿐 아니라 소비자, 병·의원, 약국, 제약산업, 의약품유통산업, 의료보험재정, 국민의료비 등에 지대한 영향을 미치는 보건의료계 및 기타 경제·사회영역에의 일대 개혁이다. 따라서 동 정책의 전개과정을 면밀히 검토하여 의약품 오·남용 방지 여부 및 정도 그리고 부작용 발생여부 및 규모를 객관적으로 평가함으로써 사회적 순편익이 증대되는 방향으로 정책을 수정·보완하는 것이 바람직하다.

본 연구는 의약분업정책의 역사적 실시를 대비하여 동 정책평가의 평가모형을 사전에 개발함으로써 필요시 정책평가를 즉각 수행할 수 있도록 만반의 준비를 갖추는 데 그 목적이 있다. 특히 본 연구는 다음과 같은 사항에 중점을 두고 있다.

- ① 정책평가에 필요한 의약분업이론과 공공정책이론 제시
- ② 공공정책평가기획이론을 접목한 의약분업정책평가기획의 구체화
- ③ 일본의 의약분업정책현황과 평가체계 제시
- ④ 국내·외 문헌과 자료를 통한 의약분업평가지표시안 도출
- ⑤ 정책평가의 전문성·독립성 제고를 위한 의약분업정책평가관리기구 설치안 제시

이를 통해 본 연구에서는 다음과 같은 기대효과가 예상된다.

- ① 의약분업정책평가모형의 사전적 개발
- ② 정책담당자의 의약분업정책목표 이해에 기여
- ③ 정책평가의 효율성·효과성 증대
- ④ 의약분업정책의 효과성 규명
- ⑤ 의약분업정책의 수정·보완을 통한 국가자원의 비효율화 제거
- ⑥ 결과적으로, 정책평가를 통해 제도의 부작용을 최소화하는 방안을 즉각적으로 도출함으로써 의약분업정책이 성공적으로 실시되고 무리 없이 진행되도록 기여

본 보고서는 제Ⅱ장에서 醫藥分業政策과 公共政策評價의 이론적 배경을 논할 것이다. 제Ⅲ장에서는 일본자료와 문헌을 고찰하여 일본의 의약분업정책평가 현황과 시사점을 제시한다. 이어서 제Ⅳ장에서는 의약분업정책평가에 가장 중요하게 기여할 수 있는 의약분업정책평가

기획방안이 단계별로 제시된다. 제V장은 의약분업정책평가를 위한 관련 지표시안이 다양하게 구분되어 제시된다. 끝으로 본 보고서는 제VI장에서 결론을 맺게 될 것이다.

II. 醫藥分業과 公共政策評價의 理論的 背景

1. 醫藥分業政策의 意義와 特殊性

가. 醫藥分業政策의 意義

醫藥分業政策은 ‘의사는 진단·처방 그리고 약사는 이에 따른 조제’로 직능을 명확히 구분하고 동시에 안전성이 낮은 전문의약품은 반드시 의사처방과 약사조제를 거쳐 소비자에게 제공되게 하는 정책이다. 이러한 의약분업정책의 주목표는 비전문적 의사조제와 약사처방 그리고 전문의약품의 비전문적 판매 및 공급을 법·제도적으로 금지함으로써 의약품 오·남용을 방지하고자 하는 것이다.²⁾ 이를 의사와 약사의 역할 측면만을 고려할 때 의약분업이 의사와 약사의 직능을 분리하여 전문화한다고 해서 職能分離的(또는 機能分離的) 의미의 의약분업으로 불리기도 한다.

한편 사회일각에서는 동일 所有權이나 經營權하에서는 경제적 이유로 의사와 약사의 직능이 효과적으로 분리될 수 없다는 측면을 강조하여 의약분업시 법·제도적으로 외래환자에 대해서는 진단·처방서비스업과 조제서비스업을 강제적으로 분리시켜야 한다고 하여 의약분업

2) 이를 위해서는 ‘① 모든 의약품에 대한 의사조제 금지, ② 문진 등 진단행위를 수반하는 약사의 의약품 판매 금지, ③ 전문의약품은 반드시 의사처방 및 약사조제를 거쳐 투약’이라는 의약분업의 3대 원칙이 최대한 준수되어야 한다(정우진, 1999). 의약분업이 원칙적으로는 3대 원칙이 준수되어야 하나 각국이 보건·사회·경제적 차이로 인해 어느 정도의 예외규정이 존재하고 그 정도가 국가간 상이하다는 이유로 의약분업을 의사조제, 약사처방, 또는 전문의약품의 자유판매 등 비전문적 행위의 공급량을 사회적으로 적정한 수준으로 조절하는 제도라고 정의하기도 한다(정우진 외, 1997).

을 機關分離的(또는 業種分離的) 의미로 확대 해석되기도 한다³⁾. 이것은 약사의 조제직능에 인사권의 행사 등으로 영향을 행사할 수 있는 의사가 발행한 처방에 대해서 약사는 전문적이고 독립적인 견제 및 감시 직능을 수행할 수 없다는 것이 주된 이유이다. 마찬가지로 조제 약사가 의사를 고용하는 경우를 상정할 경우 조제약사의 경제적 동기가 의사의 처방직능에 영향을 미쳐 의사가 전문적이고 독립적인 직능을 수행할 수 없는 환경이 조성될 수 있다는 것이다. 이런 점에서 볼 때 기관분리적 의미의 의약분업은 원칙적 의약분업 즉, 직능분리적 의약분업의 효과에 의구심을 갖고 의약분업을 보다 강화하려고 하는 시도라고 할 수 있다.

의약분업에는 의사의 조제와 약사의 처방행위를 완전히 금지시키는 完全醫藥分業과 의사처방과 약사조제의 원칙은 유지하되 일정한 예외 기준을 두어 완전의약분업의 경직성을 보완하는 部分醫藥分業이 있다.

完全醫藥分業은 건강에 위해를 일으킬 수 있는 의사의 비전문적 조제와 약사의 비전문적 처방을 완전히 금지시켜 이에 따른 소비자의 건강상 위해가 처음부터 발생하지 않도록 하는 제도를 말한다. 완전 의약분업은 의약품을 크게 治療劑(prescription-only drug)와 一般賣藥劑(non-prescription drug; over-the-counter drug)로 구분하고 치료제 전체를 반드시 의사처방 및 약사조제를 거치도록 하는 의약품으로 지정하여 의사의 처방권과 약사의 조제권을 완전 분리하는 제도로 의사는 오직

3) 기관분리적 의약분업을 엄밀하게 정의하면 의료기관과 약국을 소유상·경영상 분리시켜 의료기관에 속하는 의사는 진단과 처방을 그리고 지역약국은 의사처방에 따른 조제를 수행하도록 하는 제도라고 할 수 있다. 의료기관이 외래환자에 대하여 원외처방전을 발행하도록 의무화하여 기관분리적 의약분업을 달성해야 한다는 주장은 대부분의 원외약국이 의료기관과 소유상·경영상 분리되어 있다는 것을 전제로 할 때만 그 의미가 있다. 극단적으로 의료기관이 원외약국의 전부를 소유하는 상황이 발생한다면 기관분리적 의약분업의 효과는 직능분리적 의약분업의 효과와 동일하다고 할 수 있다.

진단후 처방전만 발행하고 약사는 의사의 처방전 내용대로 조제하도록 하되 의사의 처방전이 없는 상태에서는 약사의 조제가 절대 허용되지 않는 제도이다. 그러나 이와 같은 이상적인 형태의 의약분업은 실제로 존재하지 않는다. 현실적으로 금지의 정도가 각국마다 차이가 있고 완전한 금지는 여러 가지 여건상 용이하지 않기 때문이다.

部分醫藥分業이란 의사는 처방을, 약사는 이에 따른 조제를 해야한다는 의약분업의 기본골격은 유지하되 현실을 감안한 예외규정을 두어 완전의약분업의 경직성을 완화하는 제도라고 할 수 있다. 이는 社會的 限界便益이 零化(zero)되는 수준까지 의사조제와 약사처방을 금지하는 完全醫藥分業보다는 건강 위해 행위를 사회적 적정수준까지 줄여 社會的 純便益을 최대화하기 위한 제도라고 할 수 있다(정우진 외, 1997). 부분의약분업의 모형은 보건의약품분류형태, 의약분업 대상지역의 설정, 병·의원에서의 원외처방에 대한 규정, 약사의 의약품처방대체권한, 기타 주사제 및 입원환자 등에 대한 예외규정 등 보건경제환경에 따라 다양하게 구축될 수 있다. 그러나 이때 건강 위해 서비스의 적정수준을 구하고 이를 부분의약분업모형 구축 시에 반영한다는 것은 결코 용이한 작업이 아니다.

나. 醫藥分業政策의 實施背景

우리 나라는 백 여년 전 서구의 현대의학이 도입되기 전까지 한방과 전통의술에 의하여 의료가 실시되어 왔다. 그리고 이러한 동양의학의 영향하에서 의사에게 조제·투약을, 약사에게 의사의 처방 없이도 조제·판매할 수 있는 임의조제·판매를 허용하는 제도가 국민들 사이에 당연한 것으로 인식되어 왔다. 즉 醫가 곧 藥이라는 의약일체관념이 보편화되어 진단을 하는 의사로부터 약을 조제 받는 것이 관습화되어 왔다. 또한 의사와 약사의 기능에 대한 뚜렷한 기준을 설정하

지 않은 채 약사도 의사와 마찬가지로 問診 등 간단한 理學的 檢査를 통해 진단·처방서비스를 제공할 수 있는 것으로 오해되어 왔다. 물론 안전성이 낮은 전문의약품의 자유구매도 거의 무절제하게 허용되었다. 이러한 의약일체의 보편적 관념과 법·제도적 장치의 미비는 국민들이 의사와 약사의 비전문적 보건의료서비스 공급환경 그리고 안전성이 낮은 의약품의 자유구매에 무방비로 노출되도록 방치되었다. 다시 말해서 消費者無知로 보건의료서비스의 소비에 관련하여 의사와 약사 등 전문보건의료인의 의견에 크게 의존할 수밖에 없는 국민들이 약과 조제에 대한 전문적 지식이 없는 의사로부터 약을 직접 조제·투약을 받게 되는, 또한 진단·처방에 대한 전문적 지식이 없는 약사에게 처방을 받게 되는 그리고 전문적 지식이 없이도 안전성이 낮은 전문의약품을 마음대로 구입하도록 방치되는 상황에 노출되어 왔던 것이다. 이러한 의사조제, 약사의 임의조제·판매, 그리고 전문의약품 자유구매는 대다수의 국민이 의약품을 오·남용할 수 있는 구조적 여건을 제공함으로써 의약품의 부적절한 사용에 따른 건강상의 해악 즉, 내성증가와 약화사고 등을 유발하는 요인이 되어 왔다. 그러나 현재까지도 국민의 대다수는 비전문적 보건의료서비스의 방치로 인한 심각성을 제대로 인식하지 못하고 있으며, 관련 이해단체의 주장이 크게 대치되고 있어 보건의료제도의 수정이나 개혁이 매우 어려운 상황이다.

이러한 환경을 개선하고자 하는 의약분업정책의 도입문제는 우리나라에서 오랜 기간동안 간헐적으로, 그러나 때로는 격렬하게 제기되어 왔다. 1963년 정부는 의약품의 오·남용방지를 주목적으로 약사법에 의약분업 원칙을 천명하였으나 이해단체들이 이를 모두 기피해 시행이 유보되고 말았다. 즉, 약사는 전문 개정된 약사법 제21조 제1항 및 제2항에 근거하여 任意調劑權을 주장함으로써 의사처방이 없이 약사가 조제하는 소위 임의조제가 종전과 같이 법률적 보호를 받게 되

었고 의사는 의료법에 의한 진료행위의 고유권과 약사법 부칙 제3조에 의하여 조제행위를 계속 허용 받게 되었던 것이다.

이러한 현실에서 1977년부터 醫療保險制度和 醫療保護制度가 실시되면서 의료기관 이용에 대한 경제적 장벽이 낮아진 결과로 약국이용에 비하여 의료기관 이용이 활성화되고 의사의 역할이 확대되어 상대적으로 약사기능이 위축되게 되었다. 게다가 1981년 7월 1일 강원도 홍천군, 전라북도 옥구군, 경상북도 군위군의 3개 군에서 지역의료보험 1차 시범사업을 실시하게 됨에 따라 이 지역에 거주하는 전 주민이 의료보험에 강제적용을 받게 되어 약국경영에 어려움이 있을 것을 예상한 大韓藥師會는 의약분업이 실시되어야 한다는 의견을 정식으로 제기하게 되었다.

이에 정부는 1982년 7월부터 1985년 10월까지 전남 목포시에 대해서 의약분업 시범사업을 실시하게 되었다. 이는 국민에게 의약분업에 대한 의식을 고양시키게 한 긍정적인 효과가 있었던 반면에, 당초의 예상과는 달리 의료비가 분업시행 전보다 증가했고, 또한 처방전이 일부 약국으로 집중되는 부작용이 있었으며, 나머지 다른 약국의 경영정상화에도 기여하는 바가 크지 않았다. 더욱이 의약분업으로 의·약사간의 이해관계 대립과 불평만을 조성하여 현실여건으로 볼 때 아직 분업을 실시하기에는 여건이 성숙하지 못하였다는 평가를 받게 되었다.

그러다가 1989년 7월 1일부터 전국민을 대상으로 의료보험을 확대 실시하도록 함에 따라 다시 의약분업문제가 쟁점화되어 1988년 4월 당시 보건사회부에 「國民醫療政策審議委員會」가 구성되고 「醫藥分業分科委員會」가 설치되어 의약분업 문제를 다시 심도 있게 다루게 되었다. 이 위원회에서는 대한약사회의 보험내 분업 및 조제료 대폭 인상 요구와 대한의사협회의 모든 의약품에 대한 완전의약분업 요구 등 양 이해단체간의 첨예한 이해를 어렵게 조정하여 3段階 醫藥分業方案

을 제시하였다. 그러나 1989년 당시 대한약사회나 대한의사협회 모두 3단계 의약분업 방안이 제시하는 완전의약분업이라는 것이 경제·사회적으로 어떤 변화를 초래할 지 모른다는 우려가 강력히 대두되어 의약분업시행의 합의는 백지화되고 말았다.

이후 1993년 韓藥調劑權分爭이 계기가 되어 또다시 의약분업이 우리 나라 보건의료계의 중대하고 시급한 과제로 부각되게 되었으며 의약미분업이 우리 나라 보건의료부문의 가장 후진적인 요소와 많은 병폐의 원인으로 지적되기도 하면서 그 실시의 시급성이 강조되었다. 이에 보건복지부에서는 한약분쟁의 타결 책으로 제시한 약사법 개정안에서 의약분업을 실시 시기를 확정하는 강경한 입장을 취하였다. 즉 1994년 개정 약사법에 1997~1999년 내 대통령령이 정하는 날에 의약분업을 실시하도록 규정하였던 것이다.

우리 나라 의약분업의 구체적인 모형에 관해서 비교적 최근에 제시된 방안으로는 1996년 11월부터 1997년 12월까지 국무총리 자문기구로서 의·약계의 전문가, 소비자대표, 보건경제학자 등 사회각계각층의 대표 30인으로 구성·운영된 「醫療改革委員會」의 분업안이라고 할 수 있다. 이 건의안은 1999년부터 항생제, 스테로이드제제, 습관성 의약품 등 오·남용시 부작용이 큰 일부 전문의약품을 대상으로 제한적인 부분의약분업을 우선 실시하도록 제안하고 있다. 건의안은 또 2002년부터 주사제를 제외한 전문의약품에 대해 의약분업을 전국적으로 확대 실시하고 2005년부터는 주사제를 포함한 모든 전문의약품을 대상으로 의약분업을 확대한다는 내용을 담고 있다. 비록 「醫療改革委員會」의 분업안이 당시에는 현실여건을 최대한 반영하였다고 평가되기는 하였지만 원외처방전을 발급하는 의료기관 범위, 처방전 기재 약품명, 약사의 처방대체 허용여부 등에 대해서는 여전히 대한의사협회, 대한병원협회, 대한약사회 등 이해단체간 의견이 첨예하게 대립되었다.

의약분업실시 시한이 다가옴에 따라 보건복지부는 1998년 5월 21일에 「醫療改革委員會」의 분업안에 대한 쟁점사항을 해결하기 위한 목적으로 「醫藥分業推進協議會」를 구성하였다. 동 협의회는 1998년 8월 24일 제4차 회의에서 마침내 의약분업의 단계화를 수정한 분업모형을 제시하였는데 그 특징을 크게 네 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 분업대상의약품은 주사제를 제외한 모든 전문의약품으로 한다. 이는 「醫療改革委員會」의 段階的 分業案을 크게 수정한 셈이다. 둘째, 의료법에 외래환자에 대한 원외처방전 발행을 의무화하되, 의료법상 조제실을 두어야 하는 병원급 이상 의료기관의 경우는 원내·외 구분 없는 양식으로 처방전을 발행하여 환자에게 조제약국 선택권을 줌으로써 환자불편을 경감하고자 하였다. 셋째, 의사가 상품명으로 기재하고 代替不可를 표시하는 경우, 生物學的 同等性을 거친 의약품으로 보건복지부장관이 고시한 의약품은 약사가 대체 가능하고, 그 밖의 의약품은 의사의 동의를 받아 대체 투약하도록 하였다. 넷째는 국민불편 해소를 위해 지역내 의약분업협의체에서 상품명 투약 리스트를 사전에 약국에 통보하도록 하였다. 또한 협의회는 ① 의약품 거래에 따른 약가 마진을 최소화하는 방안을 강구할 것, ② 외래의 경우 원외 처방전 발행이 유리하도록 의료보험 수가제도 등을 보완할 것⁴⁾, ③ 의료전달체계가 조속히 정착되기 위한 제도적 개선방안을 마련할 것, ④ 그리고 의약분업으로 의료체계가 왜곡되지 않도록 사전 사후방안을 강구할 것 등을 정부에 건의하였다. 그러나 협의회는 분업안은 의사의 상품명처방에 대한 약사대체허용 불가를 선언한 대한

4) 이는 환자에게 조제약국선택권을 주면서 동시에 병원에는 원외처방료를 원내처방료보다 높게 책정하고 환자에게는 원외조제료의 본인부담액을 원내조제료의 그것보다 역시 높게 해야 한다는 건의이다. 그러나 환자에게 조제약국선택권을 주는 한 공급자가 원외처방을 유도하도록 또는 환자가 원내조제시 불이익을 받도록 제도를 구성하는 것은 논리적으로 문제가 있다(정우진, 1999).

의사협회와 병원의 원외처방전 발행의무화를 주장하는 대한약사회가 1998년 2월 25일 의약분업을 1년간 연기해 줄 것을 정부에 건의하고 이에 따라 1999년 3월 31일에 의약분업 실시를 2000년 7월 1일로 연기하는 약사법 개정안이 공포됨으로써 실현되지 못하였다.

의약분업의 연기이래 대한의사협회와 대한약사회는 분업모형 결정을 위해 계속 협의해 오다가 1999년 5월 10일 경실련, 참여연대 등 시민단체로 구성된 시민대책위원회의 분업안을 전격적으로 수용하기로 합의하였다. 이에 보건복지부는 1999년 6월 23일 의·약 관련단체 및 학계·언론계·소비자시민단체 등으로 보건복지부 차관을 위원장으로 하는 「醫藥分業實行委員會」를 구성하였다. 동 위원회는 의료계, 약계와 시민대책위원회가 합의하여 건의한 분업안을 토대로 세부방안 마련을 위해 각종 건의사항 등을 검토하였는데 9월 17일 제2차 회의에서 의약분업 시행방안을 확정하기에 이르렀으며 정부는 당일 즉시 안을 정부안으로 확정·발표하였다. 이러한 정부안은 1999년 12월 7일 국회 본회의에서 약사법개정을 통해 큰 수정 없이 확정되었으며 이로써 2000년 7월 1일부터 실시할 의약분업안의 법적 토대가 마련되었다. 약사법개정으로 최종 확정된 분업안의 특징은 다음과 같다.

첫째, 보건소 및 일부 보건지소(보건복지부장관이 지정한 도시화지역은 제외)를 포함한 의료기관의 외래환자에 대한 원외조제를 의무화한다.

둘째, 의약분업 예외범위를 ① 응급환자 및 입원환자, ② 1·2급 중증 장애인, 현역병·전경·의경, 교정시설 수용자, ③ AIDS·한센병(나병)·과킨슨병 등 특수질환자, ④ 콜레라 등 제1종 법정 전염병 및 국가시책에 의해 관리 받는 결핵환자, ⑤ 농어촌의 의료기관 또는 약국이 없는 지역과 재해지역, ⑥ 사회봉사활동을 하는 경우 등으로 한다.

셋째, 의약분업 대상의약품은 주사제를 포함한 전문의약품으로 하

되, 진단용약, 예방접종용약, 희귀약품, 의료기관조제실 제제, 마약, 임상시험용 의약품, 방사성의약품, 신장투석액 및 이식정 등은 병·의원 에서 조제·투약할 수 있다. 그리고 주사제 중 운반·보관에 안전을 요 하는 주사제, 항암제, 검사·수술·처치에 사용하는 주사제 등 환자 진료에 필수적인 주사제는 의사가 직접 투약할 수 있다.

넷째, 의사 처방의 의약품 명칭은 일반명(성분명) 및 상품명을 병용 하되, 상품명 처방도 필요한 경우 성분·함량·제형이 동일한 다른 의 약품으로 약사가 대체 조제할 수 있다. 그러나 대체 조제시 약사는 환자에게 먼저 알리고 환자가 이의를 제기하면 동의를 받아야 하며 의사에게는 추후 통보하도록 한다. 대체 조제시 사용되는 의약품은 약효가 같은 지를 식품의약품안전청이 확인한 것에 한한다.

다섯째, 약사의 임의조제에 대해 적용하던 약국의료보험제도를 폐 지하고, 의사의 처방전에 의해 조제 받는 경우에만 의료보험 적용을 받도록 한다⁵⁾.

2. 公共政策 評價理論의 考察

가. 公共政策評價의 意義

의약분업정책은 공공정책에 속하며, 의약분업정책평가는 공공정책 평가의 범주에 포함된다. 따라서 의약분업정책의 평가를 위해서는 공 공정책평가의 명확한 이해가 전제되어야 한다.

공공정책평가라는 용어는 공공정책과 평가라는 두 개념의 합성어이 다. 공공정책은 사적 부문에서 운용되는 정책은 제외되고, 오직 중앙

5) 의약분업 최종확정안에 대한 발전적 비판은 정우진(1999)을 참조한다.

또는 지방정부에서 수립·실시되는 정책만을 관심의 대상으로 한다는 것을 시사한다. 한편, 평가는 일반적으로 어떤 활동 즉, 정책이나 사업의 가치를 판단하는 일반적 과정이다. 그리고 평가연구는 평가를 수행하기 위하여 과학적 방법을 사용하는 것을 말한다(Suchman, 1967). 이러한 용어 정의에 따르면 본 의약분업정책 평가모형개발 연구가 공공정책에 대한 평가를 수행하기 위한 것이므로 이는 곧 公共政策評價研究의 범주에 속하는 것임을 알 수 있다. 즉 본 연구는 의약분업이라는 공공정책을 어떤 체계적인 방법의 적용을 통한 증거의 수집과정을 통해 분석하고자 하는 것이고 결코 어떤 직관이나 인상에 의해 판단하는 것을 목적으로 하지 않는다는 것을 뜻한다.

정책평가는 대체로 좁게 해석하는 견해와 넓게 해석하는 경우의 두 가지로 구별할 수 있다.

정책평가를 좁은 의미로 파악하는 견해에 따르면 정책평가는 정책이 야기한 효과, 특히 효과성의 측정을 일컫는다(Hatry, Winnie and Fisk, 1973; Wholey, Scanlon, Duffy, Fukumoto, and Vogt, 1973; Epstein and Tripool, 1977). 그러나 이와 같이 정책평가를 좁게 이해하는 경우에도 때로는 정책평가를 정책의 효과성과 능률성을 측정하는 것으로 이해하는 사람도 있다. 한편 정책평가를 넓게 이해하는 사람들은 협의의 정책평가에서 다루어지는 정책의 효과와 능률성 이외에도 정책의 집행과정 및 정책의 구조·설계와 같은 정책의 여러 측면에 관한 검토까지를 정책평가의 개념에 포함시키고 있다(Rossi and Freeman, 1982). 대체로 보면 협의의 정책평가에서는 정책의 성패 여부를 측정하여 그것의 가치를 판단하고자 하는 데 비하여, 광의의 정책평가에서는 그와 같은 성패 여부의 측정뿐만 아니라 그러한 결과의 원인규명에까지도 연구에 포함하고 있다⁶⁾.

6) 정책평가의 정의에 대한 국내 학자들의 정의는 다양하다. 노화준(1992)과 이진주

나. 公共政策評價의 種類

정책평가는 여러 가지 종류로 구분되는데, 일반적으로는 總括評價(summative evaluation)와 過程評價(process evaluation)로 나누어진다. 총괄평가는 정책결과를 평가대상으로 한 것으로 정책의 효과가 어느 정도인지를 파악하는 것이 핵심이나, 비용까지도 감안하여 능률성을 평가하는 것도 포함된다. 한편, 과정평가는 정책의 집행과정을 평가대상으로 한 것으로 집행과정을 검토하여 정책효과 발생의 과정을 밝히고 바람직한 집행전략을 수립하기 위한 것이다.

시간을 기준으로 구분하면 總括評價와 形成評價로 나눌 수 있는 데 정책집행이 끝날 때에 내리는 평가가 총괄평가이며, 집행도중에 이루어지는 평가는 형성평가로서 이는 집행 관리와 전략의 수정·보충을 위한 것이다. 한편 형성평가는 과정평가와 상당히 많이 중복되므로 형성평가를 따로 구분하지 않고 과정평가로 불리기도 한다. 의약분업 정책의 경우 단계적·점진적 확대과정을 거친다면 정책평가는 과정평가와 형성평가라고 할 수 있다. 그러나 의약분업이 전국적으로 동시에 실시한다면 총괄평가형태로 평가가 수행되어야 한다. 그러나 정책이 일시에 시행된다고 해도 그 결과 즉, 오·남용 감소가 시간이 지남에 따라 서서히 효과가 나타날 가능성이 있으므로 정책평가는 과정평가와 형성평가형태로 수행되어야 할 것이다. 문제는 외래환자에 대한 원외처방전 발행 100% 달성을 정책목표로 하느냐 아니면 의약품 오·남용의 개선과정을 평가하느냐에 있다. 전자의 경우는 총괄평가, 후자

(1995)는 정책의 내용, 집행 및 그 영향 등을 추정하거나 사정 또는 평정하기 위하여 체계적인 방법들을 응용하는 것으로서, 어떤 정책의 과정이나 결과를 이해하고 그 가치를 판단하는 사회적 과정으로 정의한다. 또한 김명수(1998)는 정책이나 사업의 효과성, 능률성, 집행과정, 구조 등을 검토하고, 성패여부를 측정하여 그 가치를 판단하며, 원인을 규명하는 작업으로 정의하기도 한다.

는 과정평가·형성평가에 해당될 것이다.

평가주체에 따른 분류로는 內部評價와 外部評價가 있다. 내부평가는 자체평가라고도 하며 정책의 결정·집행을 담당하고 있는 사람들이나 이들이 소속한 조직의 다른 구성원이 행하는 평가이다. 보건복지부의 의약분업추진본부나 보건복지부 산하기관에서 정책평가를 수행하는 경우가 이에 해당한다. 이와는 달리 외부평가는 정책의 결정·집행의 담당기관이 아닌 제삼자 예로서 대학교나 정책연구기관에서 수행하는 평가이다⁷⁾.

다. 公共政策評價의 目的

정책평가는 다양한 목적을 가지고 있는데 정책결과와 정책집행과정을 평가하는 측면에서 주로 세 가지의 커다란 목적을 지니고 있다고 할 수 있다.

첫째는 정책과정상의 還流機能으로 정책결정이나 집행과정에 수시로 필요한 정보를 제공하여 정책을 바람직하게 추진하도록 하는 것이다. 둘째는 責務性 確保機能으로 정책과정에서 정책담당자가 행하는 활동에 대하여 국민에 대한 책임을 지도록 하는 것이다. 셋째는 學問的 寄與機能으로 정책 속에 내재된 변수간의 인과관계를 검증하여 사회과학적 이론을 구축하는 데 기여하는 것이다.

1) 意思決定과 執行에 필요한 情報 提供

정책평가를 통해 정책의 집행과정이나 집행 후에 나타난 정책결과를 평가하여 도출된 문제점, 부작용 등 정보를 還流(feedback)시켜 집

7) 정책평가는 이외에도 또 여러 가지 기준에 따라 분류할 수 있는데 예로 평가방법에 따라 과학적·체계적 평가와 비과학적·주관적 평가로 나눌 수 있다.

행전략을 효율화시키거나, 정책을 계속 추진할 것인가의 여부 및 정책내용을 어느 측면에서 수정·보완할 것인가를 결정하는 데 도움을 준다. 이를 위해서는 의사결정자들이 내려야 하는 정책결정과 이에 필요한 정보는 무엇인지를 먼저 파악하여야 한다.

가) 意思決定者

정부 정책과 관련을 가지고 있는 의사결정자들은 여러 가지의 결정을 내려야 한다. 의사결정자들로는 고위정책결정자, 정책관리자, 정책실시자, 일반국민, 정책의 특정 수혜자, 평가조사비 제공자 등이 있다(Weiss, 1972). 의약분업정책의 경우 고위정책결정자로는 청와대 노동복지수석 또는 보건복지부장관, 정책관리자로는 보건복지부 보건정책국장 또는 약무식품정책과장을 들 수 있다. 그리고 정책실시자로는 의약분업실시시 주요 피규제대상인 의원경영자, 병원경영자, 약국경영자 또는 각각 관련 이해단체가 해당된다.

나) 意思決定

의약분업정책 등 공공정책의 의사결정자들이 내려야 하는 일반적인 결정의 유형을 크게 세 가지로 나눌 수 있다.

첫째는 정책의 維持·中斷決定이다. 정책평가는 정책을 계속 시행할 것인가, 아니면 중단할 것인가를 결정하는 데 필요한 정보를 평가해서 제공할 수 있다. 이 가운데 가장 중요한 것이 정책이 당초 의도한 만큼의 효과를 발생하지 못한다던가, 비용이 오히려 효과를 초과하는 경우에 정책의 추진을 중단하는 결정에 필요한 정보를 제공하는 경우이다. 이를 위해서는 의도한 만큼의 정책효과가 발생했는지를 판단하는 效果性 評價와 정책비용을 효과와 대비시키는 能率性 評價가 필요하며, 이는 총괄평가의 주요 내용에 해당된다. 의약분업정책이 시행된

뒤 의약품 오·남용이 뚜렷이 감소하지도 않았음에도 불구하고 국민 불편과 불만이 발생하고 또는 의료기관 및 약국의 보건의료공급행위가 파행적으로 만연할 때 이러한 의약분업정책의 유지·중단여부를 결정하기 위한 정책평가가 실시될 수 있다.

둘째는, 정책의 擴大·縮小決定이다. 정책을 그 범위를 넓혀 다른 영역까지도 실시할 것인가, 그 규모를 확대할 것인가, 혹은 그 규모를 축소할 것인가를 결정하는 것이다. 일반적으로 정책의 추진여부를 결정하는 것은 단순히 중단·유지의 형태를 취하는 경우보다는 축소와 확대의 형태를 취하는 경우가 많다. 예로 동일 정책이 여러 지역에서 분산되어 실시될 경우 정책의 평가에서 밝혀진 내용에 따라서 큰 효과가 없거나 비용이 지나치게 많이 투입되는 지역에서의 사업을 축소시키고, 반대의 경우에는 이를 확대하는 결정을 내리는 경우가 있을 수 있다. 지역별 정책평가에 따라 사업의 전체 규모를 축소·확대하고, 사업의 종류를 축소·확대하거나, 수혜자를 축소·확대하는 경우도 있다. 이때 정책을 변경하는 수단으로서 예산이나 인력의 축소·확대가 당연히 따르게 된다. 타이베이와 카오슝 등 2개 지역에서 의약분업을 우선 시행한 대만, 그리고 민간의료기관에서는 임의로 그리고 국·공립병원에서는 강제로 의약분업을 우선 실시하는 일본에서는 이러한 목적에 부합되는 정책평가가 수행될 수 있다.

셋째는 정책의 修正·補完決定이다. 정책평가를 수행하여 정책구조를 변경할 것인가의 여부를 결정하는 것이 이에 해당된다. 정책은 정책목표·정책수단·정책대상자로 구성된다. 정책목표에 가해지는 수정은 복수의 정책목표들 중에서 비용·효과면에서 보다 바람직한 목표를 우선하게끔 조정하거나, 정책수단이 수정되는 경우에 이뤄진다. 政策執行過程을 평가하여 여러 가지 정책수단, 집행설계, 전략의 효율성 그리고 목표의 적절성을 검토하여 얻게 된 정보에 따라 이러한 정책

수정결정이 행해진다. 한편, 정책집행 후에 정책평가가 수행될 경우에도 정책이 修正·補完될 수 있다. 정책목표나 정책수단의 수정·보완은 사전적으로 분석하여 예상하였던 내용이 政策執行後에 실제로 어떻게 나타났는가를 검토하여 수행할 수도 있다. 즉, 政策目標가 과연 적절한 것이냐, 그리고 충분한 것이냐를 정책집행 후에 실제 정책문제 변화와 상황변화를 비교·분석하여 이에 따라서 목표의 수정을 기할 수 있다. 政策手段의 경우도 효과성, 능률성 등을 정책집행 후에 검토·분석하여 보다 효과적이고 능률적인 수단을 사용할 수 있다. 의약분업 정책에서의 정책수정·보완결정은 정책목적인 의약품 오·남용 방지의 효과적 달성을 위해 정책집행 중 또는 정책집행 후에 의사결정자가 유용한 정보를 얻기 위하여 수행할 수 있는 것이다.

넷째는 보다 효율적인 政策執行戰略의 決定이다. 과정평가에서 얻어지는 정보를 활용함으로써 집행과정과 집행활동의 점검을 통하여 목표달성에 효과적인 정책수단을 발견하고 보다 능률적인 집행절차와 집행활동의 설계전략을 수립하는 것이다. 이러한 결정은 여러 지역에서 여러 정책대상 집단을 상대로 다양한 정책수단, 집행설계 및 집행절차를 채택하고 있을 때 이들을 효과성이나 능률성의 면에서 비교·평가함으로써 가능하다. 의약분업실시 이전에 가령 몇 개 지역에서 시범사업을 할 경우 정기적 보다는 동적인 집행절차와 집행방법을 수립하기 위해 정책 과정평가를 수행하여 최선의 결과를 기대할 수도 있다.

다) 意思決定과 執行에 필요한 情報

정책과 관련 있는 의사결정자들은 의사결정과 집행에 관하여 정책평가의 결과로 여러 가지 정보를 필요로 할 것이다. 의약분업정책의 경우 필요한 정보를 정리하면 다음과 같다.

- 의약분업정책에 대해 아직도 社會的 要求가 있는가?
- 의약분업정책의 목표가 과연 추구할 가치가 있는 것인가?
- 의약분업정책이 헌법의 제 규정과 어느 정도 일치하고 있는가?
- 의약분업정책이 성공적이라고 볼 수 있는가?
 - 정책시행 전에 의도했던 제1차적 목표를 달성했는가?
 - 의도했던 제2차적 목표는 달성되었는가?
 - 의도하지 않았던 효과는 나타나지 않았는가?
- 의약분업정책이 성공적이었다면 그 이유는 어디에 있었는가?
 - 의약분업정책 이외의 다른 요인, 예로서 의료보험 약가제도의 개선정책 등이 성공에 큰 영향을 주지는 않았는가?
 - 의약분업정책을 성공으로 이끄는 데 각각의 정책요소의 기여도는 어느 정도인가?
- 의약분업정책이 성공적이었다면 동 정책은 국민불편 및 보험료부담증가 등 비용을 증가하는 便益을 가져왔는가? 동일한 목표를 달성하기 위해 수행된 다른 정책들 예로서 의료보험 약가제도의 개선, 의료보험 심사기관의 의약품처방실적 평가 및 동료그룹평가(peer review)와 비교해 볼 때 더 능률적이라고 볼 수 있는가?
- 의약분업정책이 성공적으로 되지 않았다면 그 이유는 어디에 있었는가?
 - 정책설정에 문제는 없었는가?
 - 집행과정상에 결함은 없었는가?
 - 그 외 정책 자체에 어떤 결함은 없었는가?

2) 責務性的 確保

국민들은 정부가 개입 또는 규제하고 있는 다양한 활동들이 국민생

활의 질을 향상시키는 데 기여하고 있는지의 여부에 관심을 갖지 않을 수 없으므로 정부에게 그러한 여러 활동의 正當性을 증명하도록 요구하게 된다. 이러한 요구에 정부는 소극적으로 정책관련 예산을 법규에 따라 사용했음을 증명하거나, 아니면 적극적으로 그러한 예산을 사용한 결과가 정당화될 수 있음을 보여주어야 하는 의무를 진다. 정부기관들은 자신들이 수행하고 있거나 수행해 온 여러 정책에 대한 公共政策評價를 통하여 정책의 집행과정과 그 결과에 대한 기록을 남겨둘 수 있어 責務性의 문제를 자발적이며 능동적으로 대처할 수 있다(Posavac and Carey, 1985)⁸⁾. 한편, 의약분업을 시행하는 기관은 일반 국민의 불편심화와 의료비부담증가 그리고 보건의료기관과 약국의 수익성악화에도 불구하고 정부안대로 정책이 시행된 결과 의약품 오·남용이 감소되었다는 정책평가를 수행함으로써 그 責務性을 객관적으로 인정받아야 할 책임이 있다.

3) 理論形成에의 寄與

정책은 이론에 따른 인과관계를 전제하고 수립되게 마련이다. 따라서 정책평가는 정책수단이라는 하나 또는 그 이상의 변수가 변화함에 따라 중간매개변수나 정책효과가 어떻게 변화하는지에 대한 가설을 검토·확인·검증하는 것이다. 이렇게 검증되어 타당성 있는 것으로 확인된 가설은 법칙이 되고, 법칙들이 모여 이론이 되므로 정책평가에 의해 이론이 구축될 수 있다. 또한 정책평가로 과거 이론 중에서 틀

8) 공공행정에서의 責任性(responsibility)이란 개인에게나 기관에 부여된 직무를 잘 수행해야 한다는 당위적·추상적 측면을 말한다. 한편 責務性(accountability)이란 개인이나 기관에 부여된 책임, 예로 예산지출, 결정, 노력 등을 다 했다는 것을 체계적·명시적으로 정당화 할 추가적인 책임을 가리킨다(Scriven, 1981). 이런 의미에서 공공행정을 수행하는 개인이나 기관은 책무성을 다했을 때 그 업적을 인정받을 수 있는 것이다.

린 부분도 수정될 수 있다.

일반적으로 하나의 정책은 그 속에 많은 인과관계에 대한 가설들을 포함하고 있다. 이들 중에는 기존 이론에서 나온 것도 있는 데 정책 평가는 기존 이론의 수정·보완에 도움을 준다. 또한 정책입안자의 짐작이나 주관적 판단 등 사유과정을 통해서 나온 산물일 뿐 아직까지는 경험적으로 증명되지 않은 상태에 있는 경우 정책평가를 통해 새로운 이론으로 발전되기도 한다.

의약분업정책평가는 기존 이론의 수정이나 새로운 이론의 구축에 기여할 수 있는 좋은 수단이 될 수 있다. 의약분업정책평가는 바로 독립 변수로서의 정책수단인 ① 외래환자에 대한 의사의 직접조제금지, ② 약사의 임의조제금지, ③ 전문의약품은 반드시 의사의 진단·처방과 약사의 조제과정을 통해 투약, ④ 외래환자에 대한 원외처방전 발급 의무화⁹⁾가 종속변수로서의 정책효과인 ‘의약품 오·남용방지’사이의 인과관계 규명을 그 중심과제로 삼고 있다. 그리하여 정책평가에 의해 의약분업정책이 성공하지 못한 것으로 판명되면, 정책이 함축하고 있는 이론이나 정책과 이것의 효과 사이에 존재하리라고 상정되었던 인과관계는 다시 본질적인 검증을 거쳐야 한다. 반대로 의약분업정책이 성공한 것으로 판명되는 경우에는 이것이 근거했던 이론이나 상정되었던 인과관계는 보다 확고한 기반 위에 놓이게 될 것이다¹⁰⁾.

9) 1999. 12. 7일 국회에서 확정된 의약분업안의 기본 내용을 가정하였다.

10) 정책평가는 경우에 따라서는 의사결정자 개인의 목적을 충족시키기 위해 수행되기도 한다. 그 첫째는 의사결정자가 때로는 중요한 결정을 지연시킬 목적으로 정책평가를 이용하는 경우이다. 의약분업에 관련하여 정책의 폐지 또는 확대·축소 결정시 이와 같은 지연방안이 강구될 수도 있다. 둘째는 의사결정자가 책임을 회피하기 위한 경우이다. 의사결정자들이 서로 의견을 달리하는 두 집단 사이에서 어떤 결정을 내려도 두 집단을 모두 만족시킬 수 없는 경우에 평가 결과에 따라 결정을 내릴 것을 천명함으로써 결정에서 오는 행정적 부담을 회피하고 결정의 책임을 정책평가보고서 즉, 정책평가연구진에 돌리는 경우이다. 이러한 경우 의사

라. 政策評價의 政策體系에서의 位相

政策體系에서 정책평가는 중요한 위치를 차지한다. 政策體系(policy system)란 정책과 관련된 여러 요소들의 집합으로 政策研究의 핵심이 된다. 즉 정책체계에 대한 이해가 정책연구의 목적이라고 할 수 있다. 정책체계를 이해하기 위하여 그것을 구성하고 있는 각 요소들을 파악하고, 그들 각각에 대해 충분히 이해하는 것이 필요하다. 정책체계에는 政策形成, 政策執行, 政策評價, 還流 등 네 개의 정책과정과 政策原因, 政策, 政策效果, 判斷 등 네 개의 정책산물이 서로 유기적으로 관련되어 있다¹¹⁾.

1) 政策原因

政策原因(policy causes)이란 정책을 유발시키는 원인으로 정책분석의 시발점을 제공해 주는 요소이다. 환경 내에 존재하는 각종의 정치·경제·보건사회·기술적 문제가 정책원인이 되고 이것이 어떤 과정을 거쳐 정책문제 또는 정책의제로 채택된다. 의약분업정책의 경우 의약품 오·남용이 정책원인이며 우리 나라 국민의 단위 인구당 의약품 사용량 또는 폐렴균의 페니실린 내성률이 매우 높다든 지에 대한 연구

결정자는 평가연구 이전에 이미 어떠한 결정이 내려질 것으로 알거나 평가연구를 발주할 때 어떤 결과가 도출되도록 주문하는 경우도 있을 수 있다. 셋째는 자기 홍보를 위해 정책평가를 수행하는 경우이다. 의사결정자가 자기 책임 하에 실시되어 온 정책이 아주 성공적이라고 판단하는 경우, 이를 대외적으로 널리 알리기 위한 수단으로서 정책평가를 실시하기도 한다.

- 11) 정책체계를 구성하고 있는 네 개의 과정과 네 개의 산물들이 별개의 형태로 존재하지 않으므로 과정과 산물을 분리하기가 어렵다. 그리고 政策過程은 形成, 執行, 評價, 還流가 서로 순차적으로 이루어지기보다는 현실적으로는 이러한 과정들이 중첩되어 있는 경우가 많다. 또한 정책이 형성되었다고 하여 언제나 집행되는 것도 아니고, 집행된 정책의 효과가 언제나 평가되고, 그 결과에 따라 언제나 정책형성과정과 집행과정이 영향을 받는 것도 아니다.

결과나 언론보도의 발표(과정)를 거쳐 의약분업의 실시여부가 정책문제 또는 정책의제로 채택되게 된 것이다.

2) 政策形成

政策形成은 정책원인이 되는 공공문제에 대처할 수 있는 정책을 만들어 내는 과정으로 의회에서의 입법과정이나 행정부에서의 중·장기 계획수립과정이 이에 속한다. 政策形成過程은 政策議題設定過程, 政策代案形成過程, 政策合法化過程을 그 하위과정으로 하고 있다.

政策議題設定過程은 환경 내에 객관적으로 존재하는 문제가 정책결정과 관련이 있는 어떤 주체에 의해 정책적 대응을 요하는 문제로 받아들여지는 과정을 말한다. 정책결정과 관련 있는 주체는 대통령이나 국회의원, 정당, 사법기관, 행정관료, 이익집단, 관련 학자, 일반국민을 들 수 있다. 의약분업의 경우 정책결정과 관련 있는 주체는 어느 시점을 놓고 보느냐에 따라 상이할 수 있다. 즉, 국민의 정부 이후로 본다면 대통령의 국정개혁 100대 과제에 속했다는 측면에서 대통령이 주체로 평가될 수도 있다.

政策代案形成過程은 정책의제설정과정에서 파악된 정책문제를 대응하기 위하여 정책대안을 개발·분석하여 최종대안을 선정하는 과정이다. 정책기획이나 좁은 의미의 정책분석은 이 과정에서 이루어진다. 이 과정은 가장 많은 논의를 불러일으키는 분야로 주로 쟁점이 되는 것은 이 과정에서 중요한 역할을 담당하고 있는 사람 즉, 정책형성과정에의 참여자 내지 주역이 누구인가 하는 문제이고, 다른 하나는 대안개발에 있어서의 어떤 분석적 모형을 활용할 것인가 하는 것이다. 한편, 분석적 모형으로는 漸增主義的 模型, 合理主義的 模型, 混合模型이 있을 수 있다. 점증주의적 모형은 과거에 시행하던 것을 기준으로 약간의 변형을 가하여 새로운 정책을 형성하는 것이다. 그러나 합

리주의적 모형은 효율성 평가의 기초가 되는 정책목표를 명확히 규정하여 미래의 효과와 비용을 견주어 새로운 정책을 결정하는 것이다. 혼합모형은 점증주의적 모형과 합리주의적 모형을 절충한 모형이다.

의약분업에서는 보건복지부 주도하의 의약분업실행위원회가 정책형성과정의 주역이라고 볼 수 있다. 그러나 정부의 의약분업안은 의약분업이 특히 기관분리적 의미의 의약분업이 과거에 실시되지 않았다는 측면에서 점증주의적 모형은 될 수 없고 효율성평가 즉, 효과와 비용을 충분히 감안하지 않았다는 면에서는 엄밀한 의미에서의 합리주의적 모형도 될 수 없다. 그러나 기존의 비용·편익분석 연구¹²⁾를 어느 정도 참고했다는 측면에서 部分 合理主義的 模型을 근거로 하고 있다고 할 수 있겠다.

정책合法化過程은 정책대안형성과정을 통하여 얻어진 최종적인 정책대안을 승인하는 과정으로 법률안의 국회통과라든지, 정부의 중·장기계획안에 대한 대통령의 최종적인 재가가 여기에 속한다. 합법화과정을 거친 정책대안은 代案이 아닌 政策의 지위를 갖게 된다. 즉 의약분업은 1999년 12월 7일 약사법개정안이 국회에서 통과됨으로써 마침내 정책이라고 불릴 수 있는 것이다.

3) 政策

정책은 공공복리를 위한 특별한 목적을 달성하거나 사회환경 내에 존재하는 공공문제를 해결하기 위하여 정책형성과정에서 개발된 수단으로서 입법부나, 행정부 등 권위 있는 기관에서 승인된 것이다. 이러한 정책은 다음과 같은 특징을 갖는다.

첫째, 어떤 특정한 공공문제가 있고 정책은 이에 대한 대응책으로

12) 의약분업의 비용·효과분석으로는 정우진 외(1997)와 양봉민 외(1998)가 있다.

서 개발될 수 있다. 이때 정책은 곧 사회환경의 변화에 대응 또는 소극적으로는 적응하려는 노력의 결과로 어떤 특정한 공공문제에 의하여 위협을 받게 되는 어떤 가치를 보호하거나 증진시키려는 목적을 추구하는 것이 보통이다.

둘째, 정책은 어떤 특정한 목적을 달성하기 위하여 개발될 수 있다. 이때 목적은 사회환경의 변화에 적응하는 것이 아니라 이를 통제하여 보다 바람직한 방향으로 변화시키기 위한 노력을 유도하기 위한 것으로 사회환경 내에 존재하는 어떤 특정한 공공문제를 해결함으로써 달성하고자 하는 목적과는 다르다. 정책목적의 달성은 이제까지 해 온 방식과는 다른 새로운 정책들을 통해 시도될 때 그 가능성이 높아질 것이다. 의약품 오·남용 방지는 의약분업의 목적에 해당된다.

셋째, 정책은 정책형성과정의 산물이다. 즉 정책은 진공상태에서 탄생하는 것이 아니고, 공공문제의 해결이나 고차원적인 목적을 달성하기 위해 발동된 정책형성과정에서 산출된다. 이러한 입장은 정책을 정치체제의 산출물로 보는 체제이론의 입장과 기본적으로 같다. 의약분업은 의약품 오·남용방지를 위한 정책형성과정에서 탄생한 것이다.

넷째, 정책은 수단이다. 정책은 어떤 특정목적에 내포하고 있을 뿐만 아니라, 그것은 또한 그러한 목적을 달성하는 데 필요한 수단으로서 개발된다. 이러한 수단은 앞으로 시행될 예정으로 개발된 것으로 정책은 계획(plans)과 유사한 특성을 가지고 있다. 따라서 정책은 아직 실시되지 않은 상태에 머물러 있으며 정부가 실시할 것을 전제로 의도 혹은 행동노선을 표현한 것이라고 할 수 있다.

다섯째, 정책은 입법부나 행정부 등 권위 있는 기관이 공식적으로 승인한 것이다. 공식적으로 승인되지 않은 것은 아직 정책이 아니고 단지 정책제안(policy proposals) 혹은 정책대안(policy alternatives)이다.

이러한 정책은 사업을 통하여 구체화되는 데 사업은 다음과 같은

구성요소에 따라 상이한 모양으로 나타난다.

그 첫째는 範圍이다. 사업은 그것이 실시되는 범위에 있어 상이할 수 있다. 전국을 대상으로 하여 실시되는 정책이 있는가 하면, 경우에 따라서는 어느 특정지역에만 국한하여 실시되는 사업이 있다. 1982년 7월 1일부터 1985년 8월 31일까지 전라남도 목포에서 시범 실시된 의약분업 사업은 후자에 해당한다. 둘째는 規模이다. 사업은 직접적인 수혜 대상자의 수에 있어서 상이할 수도 있다. 단지 몇 사람에게 혜택을 주고자 하는 사업이 있는가 하면, 아주 많은 사람에게 영향을 미치는 사업도 있다. 전국민을 대상으로 하는 의약분업은 그 규모가 전국적이라고 할 수 있다. 셋째는 存續期間이다. 단지 몇 시간, 몇 일, 몇 달간 존속하는 사업이 있는가 하면, 몇 년간 계속되는 사업도 있다. 목포시범의약분업은 3년여의 시간을 소요하였으나, 의약분업의 전국적 시행은 존속기간이 무한대라고 할 수 있다. 넷째는 事業投入物의 明確性 程度이다. 사업투입물이란 사업의 구성요소를 말한다. 사업은 계획적인 요소를 함축하고 있기 때문에 사업의 내용이 무엇인가는 분명한 것이 일반적이지만, 항상 그런 것은 아니다. 사업이란 이루어지는 활동뿐만 아니라 투입되는 자원, 그것을 운영할 직원 및 그것이 추구하는 목적 등 다양한 요소로 구성되어 있기 때문이다. 의약분업의 원활한 시행을 위해 정부가 투입하는 의약분업 홍보예산, 의약분업추진본부 및 지역별 의약분업협력회의 설치·운영에 사용되는 인적·물적 투입물이 이에 속한다. 다섯째, 事業目的의 複雜性이다. 어떤 사업은 아주 측정하기 쉬운 목적을 추구하는가 하면, 아주 측정하기 어려운 목적을 추구하는 사업도 있다. 의약품 오·남용을 감소시켜 국민 보건을 향상시키고자하는 의약분업은 후자에 속한다. 복잡한 목적들은 그 자체 속에 많은 하위목적들을 내포하고 있을 뿐만 아니라 개념화도 어렵고 또 측정하기도 어려운 애매 모호한 하위목적들을 내포하고

있기도 하여 평가에 많은 어려움을 제공한다. 여섯째, 事業效果 發生에 필요한 期間이다. 사업들은 그것의 효과발생에 필요한 기간에 따라서도 상이하다. 어떤 사업은 그의 효과가 바로 나타나지만, 경우에 따라서는 오랜 기간이 지난 다음에야 효과가 나타나기 시작하는 사업도 있다. 의약분업의 경우 의약품 오·남용감소에 따른 국민보건향상 효과 발생은 후자에 속한다. 일곱째, 事業의 刷新性이다. 사업들은 그것이 아주 새로운 것인가, 아니면 오랫동안 지속되어 온 것인가 하는 면에서도 차이가 있다. 의약분업의 제 요소 중 전문의약품의 자유구매금지, 의사의 조제금지, 약사의 임의조제 금지 등은 아주 새로운 범주에 속한다.

4) 政策執行

정책집행은 정책을 실제로 시행하는 데 필요한 여러 가지 활동을 말한다. 이러한 활동들로서는 자원의 획득, 해석, 사업기획, 운영기획, 조직화, 적용 등이다. 첫째로, 정책집행의 책임자는 제일 먼저 인력·장비·토지·원료·자금 등 정책수행에 필요한 자원을 획득해야 한다. 둘째로, 정책집행자는 정책을 올바르게 해석하여 이를 구체적인 지침과 규정으로 변환시켜야 한다. 해석에는 시행령, 총리령 또는 부령의 제정행위, 모법에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정하는 행위, 그리고 훈령, 예규, 지시 등의 행정규칙을 작성하는 행위 등이 속한다. 셋째로 정책집행자는 사업기획을 행한다. 이는 정책의 구현을 위해 구체적인 사업계획을 작성하는 과정으로 이로 인해 사업의 내적 구조라고 할 수 있는 사업설계가 완성된다. 넷째로 정책집행자는 운영기획을 행하게 되는 데 이는 사업계획을 실시하기 위하여 구체적으로 시행예정표를 작성한다든지, 세부적 과업에 대한 담당자를 지정하는 등 사업계획의 실시방안을 고안해 내는 과정이다. 다섯째로

정책입안자는 조직화를 통해 정책집행에 필요한 조직을 구성한다. 기존의 조직으로 정책집행을 담당할 수 있는 경우에는 내적인 기구조정으로 충분할 것이나, 적절한 기구가 없는 경우에는 새로이 기구를 창설함으로써 정책의 집행에 대비해야 한다. 끝으로 정책집행자는 정책이나 사업계획에 내포된 편익이나 규제를 대상집단에게 제공하거나 강제 실시하는 소위 적용행위를 말한다. 의약분업정책의 경우에도 자원의 획득, 해석, 사업계획, 운영계획, 조직화, 적용이라는 일련의 과정이 이루어진다. 의약분업은 금지·규제정책이므로 적용으로는 대상집단 즉, 보건의료기관, 약국, 소비자에 대한 규제가 적용의 주요내용이 될 것이다. 그러나 사회정책에서 분배정책이나 재분배정책의 경우에는 편익의 제공이 적용의 중요한 내용이 될 것이다.

5) 政策效果

정책효과란 어떤 특정한 정책의 실시결과로 야기된 변화의 총체를 의미한다. 의약분업의 경우 보건·경제·사회전반에 다양한 효과를 미친다. 특히 보건상에 미치는 효과 즉, 의약품 오·남용감소 효과는 非明示的(obscurer), 累積的(accumulative), 漸進的(gradual), 潛在的(latent), 非分割的(inseparable)으로 측정이 매우 어려운 특성을 갖는다.

6) 政策評價

정책평가는 이미 앞에서 상술한 바와 같이 정책실시과정을 통하여 얻어진 정책효과를 정책이 원래 의도했던 목표와 대비시켜 검토·분석하는 것을 말한다. 이것을 넓게 규정할 때에는 정책효과뿐만 아니라 정책 능률성을 측정하고, 나아가 정책성패의 원인까지를 검토하는 것이다. 의약분업의 경우 유의할 것은 의견상 정책지표로 나타나는 정

책효과와 실질적인 정책효과가 상이할 수 있다. 따라서 보건의료공급자조사와 수요자조사를 병행하여 표면 의약분업률과 실질 의약분업률을 비교·검토할 필요가 있다. 한편, 정책평가에 동원되고 있는 방법으로는 실험적 설계뿐만 아니라 준 실험적 설계, 비용·편익평가법, 비용효과성평가법, 여론조사, 전문가의견조사 등이 있다.

7) 判斷

정책평가과정을 포괄적으로 수행하면 정책성패나 정책성패의 원인에 대하여도 어떤 판단을 내릴 수 있다. 그러나 유의할 것은 완전한 성패와 실패 사이에 많은 중간적 성격의 판단이 존재할 수 있다는 사실이다. 의약분업의 경우 정책효과의 특성 때문에 결과지표에 따른 판단이 어려우므로 간접적으로 원외처방전 발행률과 같은 과정지표를 대신 사용하여 효과를 판단할 가능성이 있다.

8) 還流

정책체계에서는 두 가지 유형의 환류(feedback)가 일어날 수 있다. 그 첫째는 정책판단결과와는 상관없이 정책효과가 환경 내의 정책원인에 자동적으로 영향을 미치는 과정이다. 즉, 때로는 정책실시결과로 나타난 효과가 바로 그 정책을 유발했던 정책원인에 대해 어떤 형태의 변화를 야기하는 것을 말한다. 의약분업의 실시로 약의 안전성에 대한 국민의식이 변하였다면 의약품 오·남용이라는 의약분업의 정책원인도 그 심각한 정도가 분업진전에 따라 낮아지는 경우가 이에 해당한다. 둘째는 정책판단결과가 정책형성과정과 정책실시과정에 미치는 영향으로 현상개선을 목표로 한 인위적 과정에 해당한다. 정책의 성패에 대한 어떤 판단이 내려져 현상개선을 위한 어떤 시정조치가 이루어지는 경우를 말한다. 의약분업의 실시가 의도했던 만큼의 의약

품 오·남용을 방지하지 않은 경우 시행방안을 수정·보완하는 것이 이에 해당한다.

3. 醫藥分業評價에 關連한 先行研究

우리 나라에서는 1982년 7월부터 1984년 4월까지 의약기관의 요청에 의한 임의분업 그리고 1984년 5월 1일부터 12월 31일까지 당사자 계약방식에 의한 강제분업형태로 목포시 의약분업시범사업을 시행하였는 바, 현재 이에 대한 소수의 평가결과가 있다.

목포시 시범사업결과에 대한 당시 정부시각은 첫째, 우리 국민의 의료전통과 관행이 변화되어야 하며, 둘째, 의약분업의 법적 제도화가 시급하며, 셋째, 의약기관의 분포가 균형 되고, 넷째, 치료약과 일반약이 분류되며, 다섯째, 의약기관의 윤리의식이 제고되어야 한다는 것이었다(보건사회부, 1985). 한편 이해단체의 경우 대한의학협회는 목포시 시범사업결과를 부정적으로 보고 의약분업의 조기실시를 반대하는 반면, 대한약사회는 보험체계내 의약분업의 조기실시를 주장하며 목포시 시범사업결과를 긍정적으로 평가하였다.

먼저, 대한의학협회는 분업으로 환자에게 불편과 불만이 가중되었고, 처방내용과 조제내용을 서로 확인하기 어려워 의사에 대한 국민 신뢰가 저하되었으며, 경영수지상 분업시 처방료와 조제료의 인상이 불가피한 바 국민부담이 가중될 것이라고 주장했다. 반면에 대한약사회는 분업으로 국민은 다소 불편을 겪었으나 약국의 수용태세 및 수용능력이 정비 강화되었고, 양질의 투약, 친절한 약국의 복약지도, 조제대기시간의 절약 등 편익이 컸으며, 처방투약일수가 줄었음을 지적했다. 또한 처방료 및 조제수가 인상에도 불구하고 건당 진료비는 감소하였고, 조제투약업무의 약국이관으로 진료 및 조제의 질이 향상되

있음을 강조하였다. 그러나 대한약사회는 목포시범사업의 사업기간이 짧고 주사제 사용이 억제되지 않아 진료비중 약제비 비중이 감소되지 못하였다고 평가하였다(사회보장심의위원회, 1985; 대한약사회, 1985).

목포시범사업 중 강제분업의 효과에 대하여 일부에서는 강제분업기간 중 외래진료의 수진율이 매우 상승하였고 외래진료건당 진료비는 감소하였으나 처방료, 진찰검사료, 조제료의 증가로 실제 총진료비가 증가하여 의약분업의 실시가 오히려 의료보험재정을 악화시키는 것으로 평가하였다(김양욱 외, 1985).

그러나 상기 의약분업효과 평가연구는 다음과 같은 한계점이 있다.

- ① 논리적이고 과학적인 평가기준과 체계 하에서 평가가 수행되지 못하였다.
- ② 평가척도의 체계화가 미흡하여 객관적인 지표를 구축·사용하지 못하였다.
- ③ 주로 이해단체에서 선도한 연구로 평가결과가 서로 상반된 결과를 보이고 있다.
- ④ 자료조사와 평가체계가 사전적으로 마련되어 있지 않아 미봉적인 사후적 평가로 일관됨으로써 의약분업효과의 전·후 비교, 그리고 과정평가로서는 극히 미흡한 평가방법론을 취하고 있다.

이에 1985년 당시 보건사회부 산하 사회보장심의위원회에서는 목포시 시범사업에 대한 종합평가의 결언에서 “의약분업을 제도화하는 데 필요한 제반보건의료관계 諸指標의 精選과 創出이 시급한 만치 이를 위한 조사 연구기능이 강화되어야함”을 지적하였다(사회보장심의위원회, 1985).

Ⅲ. 日本 醫藥分業政策의 經過 및 評價體系

1. 醫藥分業의 經過

가. 經過

일본 최초의 의료법으로 되어 있는 의제(醫制)는 1874년에 제정되었는데 여기에 의약분업의 원칙이 기록되었으나, 의료제도로서의 의약분업이 정착되지는 못했다. 독일에서 유학을 마치고 온 일본학생들이 일본이 아직 의약분업이 되지 않고 있는 것에 대한 문제 제기와 1945년 이후 미군정시절 미 보건부의 지적에 의해 심도 있게 검토되었다(西垣 克, 1998). 이에 따라 1953년 소위 의약분업법이라 일컫는 삼사법(의사법, 치과 의사법, 약사법)의 개정으로 의사의 처방전 발행 의무화를 명시하였지만 의사들은 이에 반발하여 처방전을 발행하지 않았다. 당시 수적으로 절대적 우위에 있고, 많은 정치세력을 포용하고 있던 의사회는 결국 1955년 처방전 발행에 포괄적인 예외규정을 두는 관계법 개정에 동의하게 되었다.

일본은 1889년 약사법령인 ‘의약품영업 및 식품취급규제’를 공포하였으며, 1925년 약사법 개정에서는 의사가 자신의 진료에 사용하는 의약품에 한해서 직접 조제 할 수 있다고 개정함으로써 다시 의사의 직접 조제를 인정해 주었다. 지금까지의 일본 의약분업의 역사를 요약하면 <表 III-1> 과 같다.

〈表 III-1〉 醫藥分業推進現況 沿革

연도	내 용
1874	의사의 의약품 판매 금지, 약국에서만 취급토록 규정, 그러나 당시 약사 수가 적어 의사의 조제행위 허용
1889	약사법령 『의약품영업 및 식품 취급 규제』 공포, 부칙(자가 치료 환자는 자택에서 의약품 조제, 판매투여허용)
1925	‘의사는 자신의 진료에 사용하는 의약품에 한하여 조제할 수 있다.’고 명시한 약사법 제정
1951	미국약사회 자문단이 방문하여 의약분업 실시 권고; 자문위원회 설치
1955	의사의 계속적인 반발로 처방전 발행의무의 예외규정 인정
1956	위의 개정법률 시행으로 현재까지 불완전 의약분업 형태 지속
1966	약사회 분업률 저조로 ‘의약분업대책본부’설치; 정치문제화, 정부 국회 분업제도 재검토
1969	자민당이 ‘국민의료대책대강’에서 의약분업을 일정지역·특정의료 기관부터 점진적 실시, 5년 후 전국적인 강제분업 실시안 제시. 시민 등 각계 반대로 미실시
1970	의료보험법(건강보험법)을 개정
1974	의료수가개정에서 처방전료를 500% 인상하고 5년 이내에 다시 처방전료를 인상해 줄 것을 조건으로 의사의 처방전이 나오기 시작함(이것이 사실상 일본 의약분업의 시작으로 보고 있음)
1981	보험약가를 18% 인하하였으며 이후 매년 5~30% 인하를 계속하고 있음
1982	약가산정방식을 개정 실거래가격을 조사하여 병의원(약국포함)의 마진을 구입가 대비 15%로 인정해준 후 2년에 한 번씩 실거래가를 조사(도매상의 전표까지 모두 확인)하여 인하하고 있음. 1999년 현재 마진은 5%정도. 짝수인 해 4월 1일 보험약가 인하
1983	장기 투약환자에게 복약지도료 인정
1985	전국 8개 지역을 시범지역으로 선정하여, 분업 촉진
1986	약제복용관리료, 즉 약력관리료 보험에서 인정
1989	국립병원 38개소를 선정하여 의약분업 모델병원으로 지정 처방전발행유도(병원 측에는 입원환자에 대한 복약지도료를 인정해줌). 1999년 이들 병원은 처방전 발행률이 평균 85%이며 3월까지 100%를 목표로 했음.
1990	도도부현 인정기준약국제도 시행
1991	문부성이 대학병원에 50% 이상 외래처방전을 발행하도록 지시함. 1999년 현재 평균 55%이며 동경대학병원의 경우 85% 수준임. 단골약국제도의 필요성을 본격적으로 인식
1992	의료법(제1조의 2)을 개정하여 의사, 치과의사와 함께 약사, 간호사를 의료인으로 규정
1993	약국업무운영가이드라인 제정, 언론과 시민들이 약 관리와 복약지도의 중요성 인식. 이는 폐암치료약을 복용하고 있는 환자가 다른 의료기관에서 피부병 약을 먹고 사망한 사건에 기인
1994	의료기관이 직접조제보다 처방전 발행이 유리하도록 약가가 인하되고 처방전료가 현실화, 도도부현 약사 연수센터 설립, 재택의료에 의한 재택환자 방문약제관리지도료 신설시행
1997	의약분업정신에 맞는 약사윤리규정 개정(처방전 수용, 환자 비밀 보장 등)
1998	제3차 개정의료법에 분업추진명기
1999	후생성, 통산성이 분업기반정비사업에 착수

資料: 대한약사회, 일본의 의약분업현황과 약국약사제도, 1999. 2., pp.16~18.

1956년에 의사법, 치과의사법, 약사법의 개정으로 법으로서 의약분업이 실행되도록 하였지만, ‘환자와 보호자가 처방전 교부를 희망하지 않는 경우 등은 반드시 처방전을 교부하지 않아도 된다’라고 되어있어, 의약분업은 진전되지 않았다. 1974년에는 처방전료의 대폭인상 등과 같은 진료보수상의 조정과 처방전을 받는 약국에 대한 정비가 있었으나 의약분업률은 여전히 낮았으며, 1994년의 의약분업률은 18.1%이었다. 후생성의 의료사업은 의약분업률의 목표치를 30%로 정하여 추진하여 왔으며 이에 제약회사도 동조하고 있으나, 의료비가 증대하는 의약분업을 전면적으로 시행하려는 생각은 아직 없는 상황이다(川上 武 외, 1994).

후생성에서는 의약분업을 발전시키기 위해 의약분업추진 지원센터를 설치하여 지역약국의 정비를 도모함과 동시에 의약분업 정착촉진 검토사업의 일환으로서 의약분업 추진대책의 검토, 의약분업 개발 및 보급, 국립병원에서의 적극적인 의약분업 추진 등의 시책을 실시하고 있다. 또한 일본 약사회에서는 기준약국제도의 시행을, 의약분업 추진대책본부에서는 의약분업 추진대책 검토, 일본약사 연수센터에 의한 인정약사제도 실시 등의 약사 자질 향상을 도모키 위한 사업을 실시하고 있다.

일본은 환자에게 처방전 발행 선택권을 부여하고 있다. 그 동안 점진적인 정부의 분업률 확대를 위한 정책 및 노력이 결실을 맺어 최근 몇 년 사이에 양과 질적인 면에서의 지속적인 성장을 보이고 있다. 일본 약업시보사가 발행한 ‘의료 의약품업계의 일반지식’ 1999년판에 따르면 일본은 1956년 4월 의사법과 치과의사법, 약사법의 일부를 개정하는 법률이 시행됨으로써 원칙적으로 처방전 발행이 의무화, 법제화 됐으나 국민들이 의사로부터 직접 약을 타는데 익숙해져 있었던 등의 원인으로 좀처럼 진전을 보지 못한다고 밝히고 있다(일본약업시

보사, 1999). 그러나 1974년의 처방료 대폭인상을 계기로 처방전 발행 매수가 증가 추세를 보여 1997년에는 3억3천7백만 매를 넘어 전국 평균 26.0%의 분업률을 나타내는 등 착실하게 확대되는 중에 있다. 반면, 지역별 의약분업의 진전 상황은 큰 편차를 보여 1996년 기준 사가현은 45.5%로서 도쿠시마현의 4.0%과 비교해 볼 때 11배 이상의 차이를 보이고 있다.

일본 후생성은 의약분업 지원책의 일환으로 1975년부터 ‘의약분업 추진모델지구사업’을 선정하여 3년간 실시하였고, 1978년부터 ‘의약분업추진기반정비사업’을, 1992년부터는 의약품의 비축과 의약품정보의 제공 등을 위한 ‘의약분업추진지원센터’시설과 설비의 정비를 시작하였다. 또한 1997년부터 도도부현 지역 실정에 따른 의약분업의 계획적인 추진을 지원하는 ‘의약분업계획책정사업’을 실시하고 있다. 그 밖에 ‘개별 의약품 복용지도 정보집’의 작성사업과 ‘미취업 약사 취업 촉진사업’ 등이 시행되고 있으며 이 같은 업무를 수행할 수 있는 약사를 양성하기 위해 ‘약사 양성문제 검토위원회’와 ‘약사 국가시험 개선 검토위원회’를 설치하였다.

나. 問題點

후생성은 약사의 조제 의무화를 추가해 ‘의사법, 치과의사법 및 약사법의 일부를 개정한 법률’안을 1951년 3월 국회에 제출했다. 이 법안에 의해 처방전을 교부하는 것이 환자의 치료상 지장이 있을 경우는 처방전을 발행하지 않아도 좋고 환자와 간호 정도에 따라 희망하는 경우는 의사가 조제를 해도 좋다는 수정(修正)안을 추가하여, 이 법률은 1955년 1월 1일자로 시행되었다¹³⁾.

13) 일각에서는 이 의약분업안은 ‘의약분업의 골자를 뺀 이론’이라고 지적하고 있다 (小坂富美子, 1997).

일본에서 의약분업을 국가적인 장래의 관점에서 논의하고 의약분업의 실시를 저지하기 위해 노력한 사람은 하세가와(1842~1912)로서, 그는 후생성에서 위생국장으로 근무한 적도 있는 의사이다. 1890년도 전국약사회에서 하세가와(長谷川)는 ‘의약분업은 자연스럽게 이루어지는 것이 아니며, 법률이 만들어졌다고 실행되는 것도 아니다’라고 말했다. 6년 후에 발표한 보고서 중에서 분업을 하면 의료비가 인상되어 빈민은 의사에게서 진료를 받을 수 없기 때문에, 이로 인해 빈민의 저임금으로 지탱하고 있는 산업발전에 장애가 된다는 주장을 하기도 하였다(小坂富美子, 1997:32).

교토부 의사회(京都府 醫師會)와 보험의사협회는 의약분업 실시에 대한 시산(試算)을 하여, 의약분업을 시행하게 되면 총 의료비는 증가되고, 환자의 부담은 늘어나게 된다는 보고서를 발표하였다. 의약분업이 유리하다고 생각해 왔던 약사회에 의하면, 과잉투약·중복투약의 감소 및 약력 관리 등은 분업 경험환자의 77.7%가 병원과 의원의 문전약국(門前藥局)에서 약을 받았다는 조사 결과(후생성의 '97년도 보건복지동향조사)가 있고, 후생성이 말하는 지정진료 약국의 기능을 완수하고 있지 않는 것으로 조사되었다(京都保險醫新聞, 1998).

2. 厚生省의 醫藥分業 對策

가. 政策 方向

지금까지 의약분업에 관한 적극적인 대책은 주로 일본 약사회를 중심으로 이루어져 왔으며, 후생성 등의 행정기관은 주로 의약분업을 지원하고 있다. 그러나, 1974년의 제1차 의약분업 원년과 그 후 평성 원년(1988년) 이후의 후생성의 방침을 보면, 약무국은 물론 보험국, 보

건의료국이 각각의 입장에서 보다 구체적인 대응책을 제시하였다. 이의 내용을 자세히 보면 다음과 같다(長隆, 1995).

처방전료(料)가 단번에 5배 인상되었던 1974년은 ‘의약분업원년’으로 지정되었으며, 일반적으로 의약분업에 있어서는 큰 전환점으로 평가되고 있다. 또한, 1988년 후생성의 일련의 시책도 의약분업을 추진시키는 전환점의 하나였다. 즉, 1988년에는 후생성이 여러 가지 의약분업의 추진에 관한 다양한 시책을 아래와 같이 입안 시행하였다(表 III-2 참조).

- 첫째, 모델병원의 지정에 따른 국립병원으로부터의 원외처방전 발행 촉진
- 둘째, 컴퓨터를 이용한 의약품정보 검색시스템의 도입
- 셋째, 고령자를 대상으로 했던 ‘약력관리’에 따른 의약품 적정사용
- 넷째, 약사 연수 기구에 따른 약사 교육의 충실
- 다섯째, 처방전의 FAX 송신의 인지 등

〈表 III-2〉 醫藥分業 推進에 대한 厚生省 各局의 目標

부 서	주 요 관 점	세 부 목 표
약 무 국	양질의 의료라는 관점에서	- 의약분업의 이념에 대한 계몽과 보급 - 의약품의 유효성과 안전성의 확보 - 환자의 알 권리의 확보, 환자에 대한 의약품 정보 제출
보 험 국	효율적인 동시에 양질의 의료라는 관점에서	- 의료비의 적정화 (특히 약사용의 적정화) - 제 2 약국의 규제 - 맨투맨 약국의 지도와 체감제
보험의료국	환자 서비스의 관점에서	- 환자 서비스의 향상 - 병원약제 업무의 효율화 - 병원경영관리

資料: 일본 의약분업연구회, 의료분업 동향의 영향에 따른 연구, 중간보고서, 1990. 6.

후생성이 추진하는 의약분업은 ‘面에서의’ 처방전을 받아들이는 지역분업으로, 종래 주류였던 맨투맨 약국이나 제2약국, 문전약국이라는 점에서 다르다. 일반적으로 이같이 의약분업을 진행하는 배경은 다음의 다섯 가지 항목으로 설명할 수 있다(일본의료분업연구회, 의료분업의 동향과 영향에 관한 연구, 중간보고, 1990. 6.).

첫째, 고령화 사회에 있어서 노인 환자를 중심으로 한 의약품의 적정사용 유도

둘째, 21세기를 앞두고, 고령화 사회에 대응한 사회 보장 제도의 확립과 그것을 위한 각종 제도개혁의 방향 설정

셋째, 의료의 질적 향상과 인폼드콘센트(informed consent) 개념의 정착에 의한 환자주권의 확보

넷째, 의약품 유통의 적정화와 의료비 억제

다섯째, 국제적인 적합성 유지 등

이 다섯 가지 항목에 대해 ‘의료분업의 동향과 영향에 관한 연구(중간보고, 1990)’를 참고하여 정리하면 다음과 같다.

1) 高齢化 社會에 있어서의 醫藥品의 適定使用

후생성은 1990년도에 ‘재택노인 의약품 사용 안전대책 특별사업비’를 설정해 고령자의 약에 관한 치료를 도모하고 있다.

2) 醫療制度 改革과 醫藥分業

일본은 유례없는 초고령 사회에 돌입했다. 정부는 1988년에 ‘고령자 보건복지 추진 10주년 전략(골드플랜)’을 발표하며 활력 있는 장수와 복지사회 만들기를 지향하고 있다.

의료보험제도에 관해서도 복지 보험제도의 도입을 재 구축시키고,

또한 입원환자는 병원에서 서비스를 받고, 외래 환자는 진료를 받은 뒤 보험약국에서 조제를 받는 기능분화가 이루어지게 되었다. 이러한 가운데서 의약분업은 약국이 가진 체크 시스템을 활용하여 의약품의 적정과 동시에 효율적인 사용을 체크할 수 있게 되었다.

3) 患者의 權利와 醫藥分業

후생성은 ‘환자서비스의 본연의 자세’라는 보고서 중에서 ‘의료의 질 향상’에 대해 언급하였는데, 의약분업이 환자의 삶의 질 향상을 가져오게 되었음을 밝히고 있다. 오늘날 일본에서는 인폼드콘센트(정보를 알리고 동의를 받는) 방법이 소개되어, 점차로 질이 높은 의료의 제공과 의사를 비롯한 의료관계자와 환자의 관계가 논의되고 있다.

의약분업은 원외처방전의 발행에 따라 환자에게 처방된 의약품에 대한 납득과 이해를 가져오게 되었다. 게다가, 약력관리에 기초한 의약품의 적정사용추구에 의해 후생행정이 지향하는 ‘베푸는 의료’로부터 ‘서비스 의료’로의 흐름에 부합되었다.

4) 醫療費 適正化 對策과 醫藥分業

국민의료비는 1994년도 예상으로 25조 6800억 엔이며, 매년 1조 엔 정도가 증가하고 있다. 이 중에서도 노인 의료비와 입원 의료비의 신장이 현저하기 때문에 현재의 의료비 억제책은 이 양자가 중심이라고 생각할 수 있다.

약사용에 관계되는 억제책에 관해서는 약가 차익문제가 있지만, 보험재정을 떠맡은 보험국은 그 근본적인 해소를 위해서 의약분업이 매우 중요하다는 입장을 견지하고 있다. 즉, 의사가 약가 차익을 수입의 수단으로 하지 않고, 또 보험약국에서의 복약지도에 따라 효과적인 약물요법이 행해지면 의료비의 인하에 이바지하게 된다는 논리이다.

5) 國際的 適合性

무역마찰을 비롯해 시장개방 때문에 의약분업을 요구하는 소리가 높아지고 있다. 미일(美日)제약협정협약에서 의약분업이 의제 중의 하나였다. 많은 구미선진국이 의약분업을 실시하고 있는 반면에, 일본은 의약분업이 아직 잘되고 있지 않기 때문에 의약품의 유통이 불투명하다는 지적을 받고 있다. 이러한 구미각국으로부터의 의약분업 실현에 대한 압력 때문에 후생성은 국제적 적합성의 관점에서도 의약분업을 발전시키지 않으면 안 되는 시점에 와 있다.

나. 醫藥分業 示範事業

1) 8個 地區의 示範事業

그 동안 의약분업에 대해 많은 노력을 기울였으나, 실제로는 잘 시행되지 않은 상황이다. 그로 인해 1985년도에 후생성은 의료의 질 향상을 도모하기 위해 약무국 기획과에서 3개년 계획의 모델사업을 개발했다. 전국에 8개의 지구(地區)를 선정하였고, 이의 기준으로는 다음의 6가지 항목을 설정하였다.

첫째, 행정단위, 보건소 관리 구역 등을 통합해 인구는 2~20만 명 정도가 바람직하다. 둘째, 각 지구 약국은 충분히 통괄할 수 있는 지부의 약사회가 있어 이 사업의 추진에 적극성을 가해야 한다. 셋째, 지구의 약사회와 의사회, 치과의사회는 상호 협력을 잘해 의약분업 추진협력을 얻어야 한다. 넷째, 지구에 제 2약국이 있는지 그리고 있다면 개선의 여지가 있을 것인지를 판단한다. 다섯째, 의료기관과 약국의 분포상황을 고려하고 지구에 의약분업의 진전 가능성이 있어야 한다. 여섯째, 각 지역의 특성과 의약분업의 진전 등도 고려할 것 등이다.

그러나 실제로는 1995년 5월에 三鷹, 榛原, 海南, 若松의 네 구역과 그 후 佐久, 横浜市 旭區등이 추가되어 목표의 8개 구역이 결정되었다. 3년이 경과한 후의 평가 결과를 보면 의약분업은 지역성, 지구의 사회, 약사회의 자세, 의료기관, 약국의 분포상황 등의 복잡한 요인이 작용됨을 알게 되어 의약분업 추진시책의 확대·정착이 쉽지 않다는 것을 알게 되었다. 그렇기 때문에 무리하게 의약분업을 추진하면 오히려 의약분업이 가진 기술적 기능보다 경제적 효율성이 저해될 우려가 크다(小坂富美子, 1997)는 지적이다.

2) 國立大學病院의 모델事業

국립대학병원에서 실시하고 있는 의약분업에 대한 모델사업은 다음과 같다. 1988년도에 후생성은 국립병원의 의약분업을 추진시키기 위해 38개의 원외처방전 발행을 중점적으로 시행할 모델 병원을 지정하고, 국립대학병원의 분업률을 30%까지 높일 것을 목표로 세웠다. 이 사업은 외래환자에 대한 조제업무를 경감시키고, 입원환자에 대한 복약지도 등 병동업무의 충실을 기할 목적으로 원외처방전 발행을 촉진시키는 것이다.

1993년도에는 38개 모델 병원 중 8개 병원을 완전 분업 병원으로 지정하여, 1998년도에는 분업률이 86.5%에 이르고 있다(表 III-3 참조).

〈表 III-3〉 38個 國立 病院의 院外處方 發行率의 推移

(단위: %)

연도	발행률	연도	발행률
1989	9.2	1994	30.3
1990	11.1	1995	35.8
1991	12.6	1996	39.5
1992	13.6	1997	47.3
1993	16.6	1998	86.5

資料: 藥業新報社, 『藥事Handbook』, 1999, p.289.

3. 醫藥分業의 計劃組織

가. 醫藥分業의 推進

1) 藥局運營의 適正化

의약분업은 최근 몇 년간 꾸준히 발전되어 1996년도의 처방전 매수는 전년도 보다 14%가 늘어 3300백만 매에 달했으며, 분업률은 26.0%로 추정된다. 의약분업의 이점을 충분히 살린 지정의사 진료약국을 중심으로 한 면분업을 추진시키기 위해 약국의 수입체제 정비와 ‘약국업무 운영 지도라인’에 입각한 철저한 지도를 도모하는 한편 후생성의 약무주관과(藥務主管課)는 보험주관과(保險主管課)와의 업무관계를 더욱 밀접하게 하고, 약국 개설허가 및 보험약국의 지정과 지도업무를 통하여 약국 운영의 적정화를 도모하고 있다.

2) 醫藥分業 關聯事業

가) 醫藥分業計劃 策定事業

‘지정의사 진료약국’을 중심으로 한 면분업을 전국적으로 추진시키기 위해서는 지역의 실태에 맞는 계획적인 체제정비를 필요로 하기에 1997년도부터 도도부현(都道府縣)이 2차 의료권별 의약분업에 따른 계획을 책정하기 위한 경비를 보조하고 있다.

나) 醫藥分業 推進協議會 支援事業

의약분업계획에 따른 여러 시책을 원활히 실시하기 위해 都道府縣, 市町村, 삼사회, 지역의료기관, 약국 등의 대표자들로 구성된 협의회 설치를 촉진시키기 위해 1998년도부터 그 운영비용의 1/2을 국가가 보

조하고 있다.

3) 醫藥分業 基盤整備事業

1991년부터 후생성과 통산성은 분업기반 정비사업을 시작하였다. 의약분업 체제확보 사업의 실시와 의약분업지원시스템의 구축을 목적으로 하고 있으며, 사업의 주체는 일본약사회이다. 의약분업체제 확립 사업의 주요사업은 약력(藥歷)정보의 공유이다. 이 사업은 7개의 구지역 약사회에서 실시하고 있는데 환자에게 ‘약 기록부’를 주어 약국, 병원, 환자와 정보를 공유함을 목적으로 한다(약업신보사, 1999). 약력 정보의 구축은 향후 IC카드를 사용할 예정이다.

나. 醫藥分業 推進支援센터의 施設, 設備 整備費 補助

1) 各種의 制度, 政策

사용빈도가 낮은 의약품의 비축과 약국으로의 양도, 의약품 정보의 수집 및 제공, 휴일과 야간의 조제 등의 업무를 하는 의약분업 추진 지원 센터의 시설과 설비의 정비에 대한 보조제도를 실시하고 있다. 본 사업은 都道府縣 약사회 및 법인격인 郡市區의 약사회가 설치 주체가 된 센터에 대해 시설·설비의 정비에 필요한 비용의 1/3을 국가가, 그리고 1/3을 都道府縣이 보조하고 있다(石井, 1996).

지정진료 약국을 육성시키기 위해 개개 약국에서는 다루기 어렵고 사용빈도가 낮은 의약품을 비축하고, 의약품 정보수집과 제공, 휴일·야간조제를 위한 체제 정비를 유도하였다. 그리하여 1991년도에는 약사회 운영 하에 있는 의약분업 추진지원 센터의 시설·설비의 정비사업을 실시하게 되었다.

2) 醫藥分業 推進支援센터 施設·設備整備事業

약국에 있어 처방전에 입각해 조제할 수 있는 체제를 정비하기 위해서는 우선 각 약국에서 의사가 처방할 의약품을 확보할 필요가 있는데, 그 모든 의약품을 분업약국이 단독으로 비축하기는 어렵다. 그렇기 때문에 후생성은 사용빈도가 낮고 각 약국에 보유하기 곤란한 조제용 의약품을 공동으로 비축하고 분업약국이 필요할 때 이를 보급하고 있다.

〈表 III-4〉 醫藥分業 推進支援센터의 初創期 整備에 關聯된 補助金¹⁾
(단위: 개소, 천엔)

연 도	1988년	1989년	1990년	1991년
정비시설수	10	9	6	7
국고보조실적	37,439	38,607	28,934	35,718

註: 1) 1991년도까지는 의약분업 공동시설사업 실적을 1992년도 이후는 의약분업 추진지원센터시설·설비정비사업 실적임.

資料: 후생성 내부자료, 1995.

또한 휴일·야간의 조제 등 약국이 대응하기 어려운 경우에 조제업무를 담당하며, 약국 및 의료기관, 그리고 지역주민에 대해 적절한 의약품에 관한 정보를 제공할 것을 업무내용으로 하는 조제센터·정보센터 등의 의약분업 추진지원센터를 都道府縣약사회가 설치할 경우, 그에 필요한 경비에 대해 국가가 1/3이내(都道府縣이 1/3이내)를 보조함으로써 의약분업 추진지원센터의 시설·설비 정비사업을 실시하고 있다. 당 사업은 1978년부터 실시되고 있는 의약분업 공동시설 사업을 계승하여 1991년도부터 실시되었다. 당 사업의 보조실적은 〈表 III-4〉와 같다.

다. 日本藥師會의 醫藥分業 關聯 豫算編成 內譯

일본 약사회의 의약분업 관련 예산은 연간 약 1억 4천만엔으로 우리 돈으로 환산하면 약 140억원에 달한다. 예산 내역 중에는 연수교육비, 연수교육 지도자 양성비, 의약분업 추진협의회비, 의약품 비축센터 지원비, 의약분업 홍보비, 복약지도 및 약력관리, 의약품정보 자료집 발행비, 미취업약사 교육훈련비 등이 주축을 이루고 있다.

〈表 III-5〉 1999年度 醫藥分業 推進 豫算概要

(단위: 1,000엔)

구분	세부내역	1999	1998
1. 의약분업추진등 교육사업비		84,509	91,952
	1) 약사 생애교육 추진 사업비	18,944	12,512
	① 의약분업 지도자 양성 연수사업비: 약사 양성검토위원회의 중간보고서를 접수, 약사 생애교육의 중심이 되는 약국 및 병원 약사 지도자 양성 연수를 실시하고 나아가 약사의 자질 향상과 의약분업 추진 등 국민의 보건위생 향상을 도모한다('98년도는(재)일본약사연수센터(이하연수센터)위탁사업으로 추진하였지만 '99년도는 보조사업으로 한다)	10,917	12,512
	② 신규매체 이용 연수사업비(신규): 각 지방에서 실시하고 있는 지도자 양성연수회를 위성통신을 이용해 중앙과 지방을 상호연결, 효과적인 연구를 실시한다(위성통신에 관한 경비를 연수센터에 보조).	8,027	0
	2) 약사 양성문제 검토비(약사 양성 문제 등 검토비에서 이행): 의학·약학의 현저한 진보와 약사가 구비해야 할 지식 기능 수준도 다양화, 고도화하고 있으므로 약사 면허를 취득한 후에 변화하는 의료수요에 대응할 수 있는 약사 생애교육 등을 포함, 양성 문제를 검토한다.	1,394	0
	3) 약사 실무 연수사업비: 의약분업 진전이나 약사 업무의 다양화에 따라 졸업전 교육과 졸업 직후의 약사업무 전반에 걸친 실무연수가 중요하므로 면허취득 직후 약사 실무연수 사업을 계속해서 실시한다. 또한, '98년도는 실시 시설 등의 보조사업으로 시행했지만 '99년도는 연수센터 보조사업으로 한다.	64,171	74,431
	4) 약사 연수교육 개발 사업	0	5,009

〈表 III-5〉 계속

구분	세부내역	1999	1998
2. 의약분업 정착촉진사업비 보조		25,785	25,517
	1) 의약분업 계획 책정사업: 1996년도에 작성한 의약분업 계획 책정 지정지침에 기초해 각 도도부현의 2차 의료권에 대한 의약분업 계획을 책정한다.	16,720	17,846
	2) 미취업약사 취업촉진 사업: 의약분업 진전에 따른 약사 부족에 대처하고 약국약사의 안정적인 확보를 도모하기 위해 그 취업 촉진책 검토 및 양성강좌 개최 등을 실시한다.	3,685	3,841
	3) 의약분업추진협의회 지원 사업: 각 도도부현이 의약분업 계획을 추진하기 위해 시정촌, 삼사회, 지역 의료기관, 약국 등의 대표자 등으로 구성된 협의회를 설치, 분업추진 계획에 함께 참여시키는 시책의 원활한 추진을 도모한다. 그 사업비의 3을 보조한다.	5,380	6,830
3. 의약분업 추진지원센터 시설 정비비			
	시설: 보건위생 시설 등 시설 정비비 보조금 설비: 보건위생 시설 등 설비 정비비 보조금 사용빈도가 낮은 의약품의 비축과 약국 공급, 의약품 정보 수집, 휴일·야간의 조제 등 업무를 시행하는 약사회(법인) 설립, 의약분업추진 지원센터의 시설 및 설비에 필요한 경비의 1/3을 보조한다.		
4. 의약분업 추진경비		26,863	23,320
	1) 복약지도 정보수집 정비사업(신규): 의약품에 관한 정보는 생명이나 건강에 영향을 주기 때문에 최신정보에 기초해 신속한 대책이 요구되고 있다. 따라서 CD-ROM화된 복약지도 정보집의 정보를 수시 추가, 개정하기 위한 시스템을 개발하고 각 약국 등에서 즉각 최신의 의약품 정보에 기초해 복약지도가 가능하도록 체계를 정비한다(연수센터에 보조사업).	8,721	0
	2) 의약분업 계몽 보급비: 의약분업을 널리 국민에 보급시키기 위해 포스터 등을 제작한다.	2,105	2,105
	3) 의약분업 추진 지도자 강습회비: 지역마다 의약분업에 대해 약국 등을 지도할 사람을 육성한다.	1,167	1,165
	4) 의약분업 추진시책 평가사업비(신규): 질 높은 의약분업을 실현시키기 위해 2차 의료권의 의약분업 계획책정 등 지금까지 실시 한 의약분업 추진 시책 현상 등을 조사 및 평가하고 환자, 의료기관, 약국관리 정보 공유화, 환자 부담 경감을 위한 효율적인 의약품 공급체계 구축, 환자가 의약분업의 이점을 실감 할 수 있는 시책에 반영시킬 구체적인 방법에 대해 검토한다.	14,870	0
	5) 의약분업 정착촉진비	0	4,804
	6) 의약분업수용체계 확보 사업비	0	15,254
5. 약사양성 문제 등의 검토비		0	4,054
	1) 약사 양성문제 검토회(의약분업 추진 등 교육사업비에 이행)	0	1,424
	2) 약사 실무연수 수용 시설조사 등 사업비	0	2,630
합 계 ¹⁾		137,157	147,851

註: 1) 합계액에 의약분업추진 지원센터 시설·정비비는 포함되지 않았음.

資料: 일본약사회 내부자료, 1999. 12.

〈表 III-6〉 醫藥分業推進開發 豫算의 增加 推移

(단위: 천엔)

사안	연도	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996
의약분업추진사업비									
1. 의약분업추진비		5,680	5,838	12,459	19,096	25,954	23,255	19,040	23,328
1) 의약분업추진지도자강습회비		1,254	1,094	1,062	1,062	1,150	1,158	1,162	1,165
2) 의약분업계발보급비		638	574	574	574	591	591	591	2,105
3) 의약분업추진검토비 (위탁차: 일본약사 연수센터)		-	4,170	689	689	6,326	5,181	787	-
4) 의약분업정착촉진비 (위탁차: 일본약사회)		-	-	-	-	-	9,322	9,376	4,804
5) 개별의약품복약지도 복약메뉴얼 작성 사업비(위탁차: 일본약사회)		-	-	-	16,771	17,887	7,003	7,124	-
6) 의약분업계획확정지침검토사업비 (위탁차: 도도부현)		-	-	-	-	-	-	-	-
7) 의약분업추진기반정비비 (위탁차: 일본약사회)		-	-	10,134	-	-	-	-	-
8) 의약분업조사비		3,788	-	-	-	-	-	-	-
9) 약국약사연수비 (보조차: 일본약제회)		-	-	-	-	-	-	-	-
10) 조제기술 등 연수비보조 (보조차: 일본약사회)		-	-	-	-	-	-	-	-
11) 의약분업체제확보사업비 (위탁차: 자국약사회)		-	-	-	-	-	-	-	15,254
2. 의약분업정착촉진사업비보조 (보조차: 도도부현등)		-	-	-	-	-	17,595	30,148	28,517
3. 의약분업추진 등 교육사업비 (위탁차: 일본약사연수센터)		-	-	-	-	17,143	18,126	18,733	91,952
4. 약시양성문제검토비		-	-	-	1,786	1,931	1,998	4,156	4,054
5. 재택노약의약품사용안내대상특별사업		-	-	-	-	30,325	13,607	2,817	-
의약분업환경조성비 ¹⁾		24,000	10,500	7,405	11,431	38,607	35,718	-	-
총 계		29,680	16,338	19,864	32,313	113,960	110,299	92,699	147,851

註: 1) 보건위생시설 등 시설·설비정비비 보조금임.

資料: 厚生省 藥務局藥事研究會, 『藥務行政』, 藥務公報社, 1998, pp.350~353.

특히, 일본은 의약분업의 진전에 따라 처방전 발행률이 크게 늘어 나면서 약국의 약사 확보 문제가 큰 관건으로 되었다. 이에 따라 각 지역 약사회는 지역 약학대학을 방문하여 졸업 후 지역에 남아 줄 것을 요청하거나, 고등학교를 방문해 약학대학에 진학할 것을 권유하는

등 홍보 사업에 주력하고 있다. 일본약사회의 1999년도 의약분업 관련 예산 내역은 <表 III-5> 와 같다.

라. 醫藥分業推進開發 豫算

의약분업추진개발을 위한 주요예산 항목은 의약분업추진사업비와 의약분업환경조성비로 구별할 수 있으며, 의약분업추진사업비로는 의약분업추진비, 의약분업정착촉진사업비보조 등이 있으며, 의약분업환경조성비로는 보건위생시설 등 시설 및 설비정비비 보조금이 있다 (表 III-6 참조).

마. 醫藥分業定着促進事業

각 지역의 상황에 맞는 의약분업을 한층 더 정착시키기 위한 사업으로서 보건소를 사무국으로 하고, 지구 의사회, 치과의사회, 약사회 등 지역주민으로 구성된 검토회를 개최하여 지역의 상황에 맞는 의약분업 촉진 방안을 검토한다.

<表 III-7> 醫藥分業定着促進事業에 關聯된 補助實績

(단위: 천엔)

연 도	1990년	1991년	1992년
사업실적구수	10都道府縣 19개소	16都道府縣 3정령시 32개소	-
국고보조실적	10,773	17,193	17,970

資料: 후생성 내부자료, 1996.

1994년부터는 의약분업이 실시되고 있는 지역에서 약국 약사의 안정적인 확보를 꾀하기 위해 미취업 약사의 실태를 파악하고, 취업희망자의 등록과 연수 등을 실시하는 미취업 약사 취업 촉진 사업과 의

약분업에 대한 대국민 홍보 등 의약분업 계몽 활동을 하기도 한다(日本醫療企劃, 1996). 사업을 실시하는 都道府縣, 정령시 및 특별구에 대해 경비의 1/2을 국고보조하고 하고 있으며 그 실적은 <表 III-7> 과 같다.

1983년 건강보험법의 개정에 관련된 국회의 심의에 맞추어 후생성은 의약분업의 추진을 원활히 하고 국민에게 의약분업을 이해시키기 위해 홍보와 분업약국의 처방전 수입체제를 강화하는 등 기반조성이 필요함을 느꼈다. 중의원 사회노동원 위원회에서는 ‘의약분업에 있어서 그 기반조성에 힘쓰고, 더불어 분업실현에 맞추어 구체적 계획정책에 힘쓸 것’, 참의원 사회노동 위원회에서는 ‘의약분업에 있어 그 기반조성에 힘쓰고, 모델지구 시행 등 구체적인 추진을 꾀할 것’이라는 부대결의(1983년 8월)가 결성되어 시행되고 있다.

바. 1999年 醫藥分業 關係者 都道府縣 補助金 現況

1999년도에 의약분업을 위한 보조금은 아래와 같다(후생성, 1999). 의약분업 정착을 위한 촉진사업비보조, 의약분업 계획책정사업 보조비, 미취업 약사 취업 촉진사업비, 의약분업 추진 협의회 지원사업 및 의약분업 추진 지원센터의 시설 정비비 등이다.

1) 醫藥分業定着促進 事業費 補助

가) 醫藥分業計劃策定事業

(1) 名稱

의약분업 계획책정 사업

(2) 目的

이 사업은 都道府縣이 지역의 실태에 맞는 의약분업의 계획적인 추진을 도모하기 위해 삼사회 관계자의 의견 등을 근거로, 의약분업계획을 책정하는 것에 대해 지원하는 것이다.

(3) 實施主體

이 사업의 실시주체는 都道府縣으로 한다.

(4) 事業內容

(가) 都道府縣은 市町村, 삼사회, 의사기관, 약국, 기관행정기관 등 지역의 약국분업 추진에 관계된 관계자들로 이루어진 의약분업 계획 책정 심의회를 운영한다.

(나) 의약분업 계획정책 심의회에서는 지역의 계획적인 의약분업 추진에 관한 업무를 수행한다. 구체적으로 보면 ‘의약분업 계획책정’을 참고하면서 ① 지역에 있어 의약분업의 현상과약, ② 지역에 있어 의약분업의 장래예측, ③ 지역에 있어 의약분업을 추진하기 위해 필요한 시책 등의 사항에 관해 심의를 행한다.

(다) 都道府縣은 의약분업 계획정책 심의회에 있어 심의내용을 근거로 당해 지역의 의약분업 계획을 조합한다.

(5) 經費負擔 등

이 실시 요강에 입각한 사업에 필요한 경비에 대해서는 국가의 예산 범위 내에서 별도로 책정하여 보조하며, 이의 집행은 도도부현에서 한다(表 III-8 참조).

〈表 III-8〉 1999年度 醫藥分業 定着促進 事業費 補助金 現況

항 목	산 출 근 거	금 액
1 제 사례금(출석사례금)		590,840엔
(1) 의 사	5인×13,970엔×4회	279,400엔
(2) 약 사	5인×7,700엔×4회	154,000엔
(3) 기 타	6인×6,560엔×4회	157,440엔
2 여 비		203,600엔
(1) 검토회출석비용		105,800엔
縣내	5인×3,430엔×4회	68,600엔
보건소관내	5인×1,860엔×4회	37,200엔
(2) 분업선진지역조사여비		76,640엔
	2인×38,320엔×1회	
(3) 연락조정여비		21,160엔
縣내	2인×3,430엔×2회	13,720엔
보건소관내	2인×1,860엔×2회	7,440엔
3 廳 費(지방정부비용)		42,000엔
(1) 인쇄제본비	10부×200엔×4회×1.05	8,400엔
(2) 회의비	10인×300엔×4회×1.05	12,600엔
(3) 회의장임차료	5,000엔×4회×1.05	21,000엔
합 계		836,440엔

資料: 후생성, 평성10년도 의약분업 지도자협의회 자료, 1999. pp.185.

나) 未就業藥師 就業促進事業

(1) 名稱

미취업약사 취업촉진사업

(2) 目的

이 사업은 의약분업이 정착되고 있는 지역에서 약국 약사가 만성적으로 부족한 사태의 발생에 대해 약사의 안정적 확보를 도모하기 위해 미취업약사 취업촉진사업 실시를 목적으로 한다.

(3) 實施主體

이 사업의 실시주체는 都道府縣으로 한다.

(4) 事業內容

(가) 都道府縣은 도도부현 약사 연수 협의회, 도도부현 약사회, 지역 약사회 등의 협력을 얻어 당해 사업을 실시하고, 필요에 따라 지역의 여자 약사회 등과 제휴하여 실행 위원회를 조직하여 시행한다.

(나) 都道府縣은 당해 사무국을 원칙으로 하고, 도도부현 약사회에 둔다.

(다) 당해 사업은 주로서 (재)일본 약사 연수 센터가 작성한 ‘미취업 약사 취업 촉진을 위한 매뉴얼(1991~1992)년도 후생성 위탁사업에 입각하는 것으로 한다(表 III-9 참조).

주된 사업내용을 보면 다음과 같다. ① 미취업약사의 실태조사:조사 방법 검토, 실태 파악 등, ② 취업 희망자 등록: 등록 카드 작성 등, ③ 연수 실시: 강의 실무연수 실시방법·기간·커리큘럼 등, ④ 취업 촉진: 구인 매뉴얼 작성, 취업 안내, 취업 상황 파악 등이 있다.

(5) 經費負擔 등

이 실시 요강에 입각한 사업에 필요한 경비에 대해서는 국가의 예산 범위 내에서 별도로 책정하여 국고 보조하며, 이의 집행은 도도부현에서 한다.

(6) 其他

본 사업의 보조기간은 최장 2년이고, 보조 사업 종료 후에도 계속 지역 약사 등이 주체가 되어 사업을 할 수 있게 하고, 약사회 등과의 제휴를 빈틈없이 행하는 것이다.

〈表 III-9〉 未就業藥師就業 促進 事業費

항목	산출근거	금액
1. 제 사례금	약국약사양성강좌강사사례금 연 5인×7,700엔×2시간	77,000엔
2. 여비	약국약사양성강좌강사출석여비 연 5인×3,430엔×2회	34,300엔
3. 廳費		1,360,722엔
(1) 실태조사비		393,855엔
약국약사취업희망조사		358,050엔
a조사표인쇄비	2,100점포×10엔×1.05	22,050엔
b통신운반비	2,100점포×80엔×2(왕복)	336,000엔
약국구인희망조사		35,805엔
a조사표인쇄비	210점포×10엔×1.05	2,205엔
b통신운반비	210통×80엔×2(왕복)	33,600엔
(2) 등록카드작성비		18,192엔
약사카드인쇄비		16,538엔
	2,100인×0.5(희망률)×15엔×1.05	
약국카드인쇄비		1,654엔
	210점포×0.5(희망률)×15엔×1.05	
(3) 정보제공비		231,525엔
구인메뉴얼인쇄비 (약국)		11,025엔
	210점포×0.5(희망률)×100엔×1.05	
구인정보인쇄비 (약사)		44,100엔
	2,100인×0.5×10엔×4회×1.05	
통신운반비		176,400엔
a구인메뉴얼	210점포×0.5×80엔	8,400엔
b구인정보	2,100인×0.5×80엔×2회	168,000엔
(4) 약국약사양성강좌개최비		473,550엔
회의장임차료		10,550엔
	1개소×4,000엔×2일간×1.05	
교재인쇄비		385,875엔
	2,100인×0.5×0.7(수강률)×500엔×1.05	
수료증서구입·인쇄비		77,175엔
	2,100인×0.5×0.7(수강률)×100엔×1.05	
(5) 사무국운영비		245,520엔
실시요강작성등 회의비		15,120엔
a회의비	18인×2회×300엔×1.05 (縣직원1 縣약사회1, 군시구약사회16)	11,340엔
b회의자료	18부×2회×100엔×1.05	3,780엔
잡역인건비	1인×12월×4,800×4일/월	230,400엔
합 계		1,473,900엔

資料: 후생성, 평성10년도 의약분업 지도자협의회 자료, 1999. pp.187~188.

다) 醫藥分業推進 協議會 支援事業

(1) 名稱

의약분업 추진 협의회 지원사업

(2) 目的

이 사업은 각 都道府縣이 중심이 되어 삼사회, 기타지역의 관계자로 이루어진 의약분업 추진 협의회 운영을 통해 의약분업 계획의 구체적 실시를 원활히 하는 것에 대해 지원하는 것이다.

(3) 實施主體

이 사업의 실시주체는 都道府縣으로 한다.

(4) 事業內容

都道府縣, 市町村, 삼사회, 의료기관, 약국, 관계행정기관 등 지역의 의약분업 계획 실시에 관해 관계자로 구성된 ‘의약분업 추진 협의회’를 운영하고, 관계자 각 개인에 대한 의약분업 계획의 구체적 실시 및 제휴를 촉진하고, 의약분업 보급 추진원을 선정 조직화하며, 계획 실시 상황 조사를 정기적으로 실시하는 등 당해 지역의 의약분업 계획의 목표에 맞는 지속적인 협조 체제를 구축한다.

(5) 經費負擔 등

이 실시 요강에 입각한 사업에 필요한 경비에 대해서는 국가의 예산 범위 내에서 별도로 책정한 국고를 보조하며, 이의 집행을 한다(表 III-10 참조).

〈表 III-10〉 醫藥分業推進協議會 支援事業費

항목 및 산출근거		금 액
1	제 사례금 (출석사례금)	390,080엔
(1)	의 사 4인×13,970엔×4회	223,520엔
(2)	약 사 2인×7,700엔×4회	61,600엔
(3)	기 타 4인×6,560엔×4회	104,960엔
2	여 비 (협의회출석여비)	105,800엔
(1)	縣내 5인×3,430엔×4회	68,600엔
(2)	보건소관내 5인×1,860엔×4회	37,200엔
3	청 비	42,000엔
(1)	인쇄제본비 10부×200엔×4회×1.05	8,400엔
(2)	회의비 10인×300엔×4회×1.05	12,600엔
(3)	회의장임차료 5,000엔×4회×1.05	21,000엔
합 계		537,880엔

資料: 후생성, 평성10년도 의약분업 지도자협의회 자료, 1999. p.190.

2) 醫藥分業 推進支援 센터 施設·整備費

가) 目的

의약분업 추진지원 센터(이하 ‘센터’)는 지역에 의약분업을 추진하기 위해 사용 빈도가 낮은 조제용 의약품의 비축과 약국으로의 양도, 의약품 정보 수집과 약국, 병원, 진료소, 지역주민에 대한 정보의 제공, 휴일·야간의 조제 등 타 약국이 대처하기 어려운 경우의 조제업무를 행하는 것을 목적으로 한다.

나) 設置主體

본 설치주체는 都道府縣 약사회 및 법인 郡市區 약사로 한다.

다) 設置基準

본 시설은 대개 2차 의료권별로 1개소를 설치하고, 당해 2차 의료권의 면적, 약국 수 등에 대해 시설 수를 증가할 수 있도록 한다.

라) 設置場所

본 시설의 설치장소는 지역 각 약국, 주민이 이용하기 편리하도록 배려해 설치하도록 한다.

마) 規模

본 시설의 면적은 대개 의약품 비축시설 100㎡, 의약품 정보시설 80㎡, 조제시설 20㎡를 표준으로 한다.

바) 施設內容

본 센터는 설치목적에 충분히 발휘해 시설내용을 설비하고, 각 센터는 지역의 실정에 맞게 다음 부문에서 필요한 부문이 구비되어야 한다.

(1) 醫藥品 備蓄·讓渡部門

사용빈도가 낮은 조제용 의약품의 비축과 약국의 요구에 맞게 양도하기 위해 필요한 공간으로 한다.

(2) 醫藥品 情報部門

의약품 정보를 수집하여 병원, 진료소, 약국 및 지역주민에게 맞게 정보를 제공하기 위해 필요한 공간으로 한다.

(3) 調劑部門

휴일·야간에 지역 약국이 대처하기 어려운 경우에 조제하기 위해

필요한 공간으로 하다.

사) 設備內容

시설 설비목적에 따라서 시설내용을 설비하고, 전항의 시설내용에 맞는 설비내용을 구비해야 한다.

아) 複合施設化와 類似 施設과의 重複

의약분업 추진지원 센터를 건설할 경우 타 지역과 함께 건축하는 것을 막지 않지만 그 경우 각 시설의 기능에 맞는 소유구분 및 경비 구분을 명확히 하여야 한다.

자) 運營方針

본 센터는 지역의 의약분업, 특히 소위 ‘면분업’ 추진을 지원하기에 힘쓰고, 다음 사항을 배려해 운영하지 않으면 안 되는 것으로 한다.

(1) 센터의 관리운영을 위해 센터에 위원회를 설치하고, 관리운영 규정작성 등 관리 운영에 맞는 주요사항의 협의를 정기적으로 한다.

(2) 사용빈도가 낮은 조제용 의약품을 비축하고 지역 약국의 요구에 맞는 적절한 가격에서 양도하여야 한다.

(3) 의약품 정보를 수집하고, 약국뿐만 아니라 지역주민, 병원, 진료소에 대한 정보 제공에 힘써야 한다.

차) 經費 補助

국가는 예산의 범위 내에서 都道府縣 약사 및 법인 郡市區 약사회가 센터의 시설 및 설비에 지불한 비용의 3분의 1이내로 보조할 수 있도록 한다(表 III-11, 表 III-12 참조).

〈表 III-11〉 醫藥分業 推進支援 센터의 施設, 設備費 補助額 概要

시설명칭	시설기능	보조대상경비 ¹⁾	기준액 ²⁾
		시설정비	시설정비
의약품비 축 센터	조제용 의약품의 비 축·약국으로의 양도 를 행하는 센터	의약분업 추진지원 센터·신설 또는 개축을 위해 필요한 공사비는 공사 청 부비 및 공사 사무비(공사 시행을 위	기준 단가×기준면 적임. 기준면적은 의약품비축센터
약사정보 센터	의약품 정보를 수집 하고, 병원, 진료소, 약국, 지역 주민에 게 그 정보를 제공 하는 센터	해 직접 필요한 사무에서 요하는 비용 의 여비, 소모품비, 통신운반비, 인쇄 제본비 및 설계관리비 등을 말한다. 공사비 또는 공사 청부비의 2.6%에 상 당하는 금액을 한도로 한다.	100㎡, 약사정보센 터 80㎡, 조제센터 20㎡임.
조제센터	휴일·야간시 조제 등 타 약국에서 대 처하기 어려운 조제 를 행하는 센터	(설비정비) 건물 내부개장, 공조에 필 요한 경비 및 의약품 보관·관리, 약사 정보, 조제에 필요한 비품 구입비	설비 정비는 의약 품비축센터 1820 만 9천엔, 약사정 보센터 1970만엔, 조제센터 1417만 5천엔임.

註: 1) 보조대상은 상기 세 가지 기능을 단독으로 소유하고 있는지 또는 병행해서 가지고
있는 시설을 보조대상으로 하고 그 경우의 준비액은 각 기준액을 합산한 금액이다.

2) 각 都道府縣 약사에 대한 보조액은 상기 기준액의 1/3이다.

資料: 후생성, 평성 10년도 의약분업 지도자협의회 자료, 1999. p.193.

〈表 III-12〉 都道府縣別 醫藥分業 推進支援 센터 基準

都道府縣別	의약분업 추진지원 센터 기준단가표 (1㎡당)
北海道, 埼玉, 千葉, 東京, 山梨, 長野, 滋賀, 京都, 大阪, 沖繩	194,000엔
青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島, 茨城, 栃木, 群馬, 神 奈川, 新潟, 釜山, 石川, 福井, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重, 兵 庫, 奈良, 和歌山, 岡山	184,800엔
島根, 廣島, 山口, 長岐, 熊本, 鹿兒 島	175,600엔
島取, 德島, 香川, 愛媛, 福岡, 佐賀, 大分, 宮崎	166,300엔

資料: 후생성, 평성 10년도 의약분업 지도자협의회 자료(1999. p.193.)를 제작성한 것임.

4. 醫藥分業 評價組織

가. 厚生省의 評價組織

의약분업추진에 대한 평가사업은 후생성의 약무주관과(藥務主管課)가 담당하고 있는데, 의약분업 계획의 내용 및 이에 의한 정책 사항 등을 조사 및 평가함과 동시에 환자, 의료기관, 약국에서의 약력(藥歷)관리와 정보의 공유화, 환자부담의 경감 등을 위해 효과적인 의약품 공급체계의 구축과 환자의 의약분업의 장점을 실감할 수 있는 시책 등 질 높은 의약분업을 실현하기 위한 대책을 검토하고 있다(厚生省 醫藥安全局, 1999).

나. 厚生省 保險局 醫療課와 都道府縣과의 共同 調査·指導

후생성 보험국 의료과의 의료지도감사실(醫療指導監査室)은 조제보수의 적정화의 관점에서 매년 도도부현(보험과)과 공동으로 분업약국에 관해서 약제복용력의 관리와 지도료의 대상이 되는 복약지도에 필요한 약력관리 상황을 중심으로 조사, 지도를 시행했다. 1992년도(146개 분업 약국을 대상)에 행한 주된 지도사항은 <表 III-13> 과 같다.

<表 III-13> 醫藥分業 服藥指導者를 위한 藥歷管理 狀況

지 도 사 항
. 약제복용력에 필요사항이 기재되어 있지 않다.
. 약제복용력이 처방체크에만 쓰여져, 환자지도에 활용되지 않는다.
. 처음부터의 정보를 검색하고 보관, 관리할 수 있는 체제가 되어 있지 않다.
. 추가 환자정보의 수집이 충분치 않다.
. 약제복용력에 필요사항을 기입하는 것도 충분한 간격이 없다.
. 약제복용력을 실제 지도를 행한 약사가 기입하지 않았다.

資料: 후생성 내부자료, 1995.

5. 醫藥分業 評價節次 및 方法

가. 모니터링 制度에 의한 評價

약화를 막는 방법으로서 모니터링 보고체제를 활용하고 있다. 厚生省이 1997년에 실시한 조사에서는 모니터 병원에 근무하는 의사중 환자의 부작용을 경험한 적이 있는 경우가 92% 이상이었고, 이 중 후생성에 보고한 의사는 13%로서 제약회사에 보고한 의사의 39%보다 아주 적었다. 왜냐하면 후생성은 모니터보고 한 건당 1,500엔을 지불하지만 의약품 회사는 그 보다 많은 액수를 지불하고 있기 때문으로 보인다. 보고된 부작용에 관하여 현시점에서 어느 정도의 집계가 있는지, 그 약의 부작용을 고려하면서 사용해도 좋을 것인지, 잠깐 살펴보는 것이 좋은지 등 현실적인 정보를 이용할 수 없는 한, 특히 개원의와 지역의사가 보고하기 어렵다고 간주하는 것은 당연하다. 이것이 의약분업이 의사에게 조금이라도 약화 방지 예방에 간접적인 역할을 할 수 있다는 지적이다(小坂富美子, 1997).

나. 藥歷管理에 의한 評價

과잉 투여와 관련해 고령자의 중복 투여의 방지는 의약분업 추진의 이론적 근거가 된다. 후생성 연구반이 한 국립병원 요양소의 외래환자 6,310명의 처방전 실태조사를 한 결과에 의하면 70세 이상의 외래환자가 병원으로부터 받는 약의 종류는 4~6종이 40%로 제일 많은데 10종 이상도 전체의 10%가까이 차지하고 있다. 그리고 각종의 수면제를 동시 복용하는 등 불필요한 처방도 있었다고 한다(日本經濟新聞, 1989. 12. 26).

이런 중복을 발견하기 위해서 약력의 작성이 필요조건으로 강조되고

있다. 단 약력이 확실히 활용되기 위해서는 ① 환자가 한 약국을 이용할 것, ② 그 약국이 점점 기능을 할 수 있게 약력을 기록하는 것이다. 이 중 ①에 관해서는 지역전체가 분업체제가 되는 것이 더욱 필요하다. 그러면 환자가 몇 군데의 병원과 의원을 이용해도 자택과 가까운 약국을 이용할 수 있지만, 그것이 가능한 지역은 한계가 있다. 이것은 본래 가정의를 둔 큰 병원으로 갈 때는 물론 이비인후과, 안과, 피부과 등을 이용할 때도, 그 가정의와 상담하면 좋은 ‘가정의 기능’이 거의 실행되기 어려운 것을 생각하면 추측이 가능하다. 특히 대형병원 앞에 대형 약국이 설립되기 시작하는 현상을 보면 지역밀착형 약국이라는 것은 적어도 도시에서는 무리가 있다. 정보망과 교통망의 발전으로 진료권의 이미지가 가정의를 강조하던 종전과는 크게 바뀌었다는 것은 약국에 있어서도 같은 것이다. ②에 대해서도 기록·관리 점검시간과 수고가 생각하는 것 이상으로 걸리는 것이 현실이다. 그로 인해 지금은 컴퓨터에 의한 약력관리가 실시되기 시작했다. 컴퓨터 디스플레이 상의 글자수 관계에서 약의 중복 등을 발견하는 것은 어렵다. 컴퓨터의 특성을 살려 속도를 올리기 위해서는 프로그램화하면 좋지만 현재의 의약품 사정방식으로는 어려운 문제이다. 치료학 분야를 확립하고, 약의 과학적 사용과 그 약의 선택-적용을 기술료로 평가하는 시스템을 만드는 것이 중요한 과제이다(小坂富美子, 1997).

6. 醫藥分業 評價事例

가. 醫藥分業 處方箋 發行率

1) 處方箋 發行率의 變化

1998년 7월말 현재 일본의 의약분업 처방전 발행률은 30.4%를 기록하고 있다. 처방전 발행률은 현재 발행되고 있는 원외처방전 매수를

전체 처방전 매수로 나눈 것에 100을 곱하여 산출한다. 1998년 7월말까지는 총처방전 발행 매수가 13억매를 넘고 있으며 약국으로 발행되는 처방전은 약 4억매로 추산하고 있다.

일본의 처방전 발행률은 1973년까지는 처방전 발행률이 평균 0.5% 수준에 머물러 있었다. 그러나 1974년 처방전 발행료를 1백엔에서 5백엔으로 5배를 올려주면서 처음으로 1.2%를 기록했으며 이후로는 계속 증가추세를 보이고 있다. 특히 1987년에 처음으로 10%대를 넘기 시작했고, 1995년에서야 겨우 20%를 넘어섰다. 그러나 1974년 꾸준히 증가한 처방전 발행률은 현재는 30%대를 넘어서고 있으며 2000년대는 40%대를 목표로 하고 있다.

2) 地域別 處方箋 發行率

처방전 발행률은 지역별로 많은 차이를 나타내고 있다. 1998년 7월 현재 사가현이 52.7%, 아끼다 현은 50.8%로 2곳이 50%대를 넘어섰으며, 40%대를 넘어선 곳이 아오모리현, 동경도, 후쿠오카 현, 미야기 현, 오키나와 등으로서 5개 지역이 40%를 넘어서고 있다. 그러나 아직까지도 10% 미만대의 지역도 5곳이나 되고 있다.

한편, 분업률이 높은 지역은 그 지역이 오래 전부터 전통적으로 의사와 약사간의 협력체제가 잘 이루어지고 있는 곳이다. 나가노현의 경우 현 평균 분업률이 23.8%에 불과 하지만 나가노현 가운데서도 우에다시 같은 곳은 이미 수년 전 분업률이 80%를 넘어서고 있어 일본의 성공적인 시범지역으로 손꼽히고 있다(上田藥劑師會, 1983).

3) 醫藥分業 請求 藥局數

의약분업 제도에 의거하여 약제비를 청구하는 약국의 수가 매년 증

가하고 있다. 1996년 7월의 경우 총 청구약국수가 26,758개소였으며, 1997년 7월에는 29,169개소, 1998년에는 32,621개소 등으로 매년 3천여개의 약국이 늘고 있다. 이러한 증가현상은 처방전 발행률이 증가하면서 약국의 의약분업 참여도가 높아지고 있음을 의미한다.

나. 一般國民의 醫藥分業에 대한 意見調查 結果

의료기관 중 처방전을 발행하는 시설수의 비율을 보면, 1990년 10월 1일 기준으로 병원이 14.6%(1,470개 시설), 일반의원이 19.6%(1만 5,860개 시설), 치과의원이 36.6%(1만 9,119개 시설)이다(表 III-14 참조).

〈表 III-14〉 醫療機關別 院外處方箋 發行 狀況

(단위: 개소, %)

시설 구분	시설수(A)	원외처방전 발행시설수(B)	B/A×100
병원	10,096	1,470	14.6
일반진료소	80,852	15,860	19.6
치과진료소	52,216	19,119	36.6
계	143,164	36,449	25.5

資料: 후생성의 '1989년 의료시설 조사' 내부자료, 1995.

이렇게 처방전을 발행하지 않는 의료기관이 압도적으로 많고 의약분업 실시율이 약 14%를 능가하지 못하는 현 상태에서 분업약국이 환자의 약력(藥歷)관리에 입각한 복약지도를 적절히 행하기 위해서는 환자가 지참한 처방전에 관련된 의약품을 충분히 파악해야 할 뿐만 아니라, 의료기관이 직접 투여할 의약품 혹은 타 분업약국에서 조제해 복용하는 의약품 등의 복용약을 정확하게 파악해야 한다. 이를 위해서는 우선 환자 자신도 의약분업 및 그 이점에 관해 이해하고 지정진료 약국을 선정하는 등의 필요한 대책을 수립하도록 유도해야 한다.

일본 총무청 행정감찰국의 1994년 보고서자료에 따르면 오사카에서 실시한 ‘의약분업에 관한 주민의식 조사’의 결과에 의하면 응답자 6,721명 중 ‘의약분업을 알고 있다’라고 하는 사람이 4,627명(68.8%), ‘지정 약국이 있다’라는 사람이 3,687명(54.9%)이었다.

〈表 III-15〉 醫藥分業 經驗現況(複數應答)

(단위: 명, %)	
소 감	회 답 수 ¹⁾
이중수고라 생각한다	2,073 (52.6)
병원과 의원보다 빨리 ‘약’을 받을 수 있었다	1,645 (41.7)
‘약’의 복용법과 부작용 등 여러 가지 설명(복약지도)을 들었다.	1,461 (37.1)
약국에서 쉽게 ‘약’에 관한 상담을 할 수 있어 좋았다	1,362 (34.6)
직접 병원·의원에서 ‘약’을 받고 싶었다	1,328 (33.7)
병원·의원·치과의원 등과 같은 ‘약’인지 불안했다	683 (17.3)
병원과 의원보다도 비용이 조금 많이 들었다	589 (14.9)
처방전을 받을 때 어디에 가야 좋을지 고민스러웠다	456 (11.6)
특별히 없다	277 (7.0)
곧 ‘약’을 받을 수 없었다	198 (5.0)
타 약국에 가게 했다	75 (1.9)
기타	81 (2.1)

註: 1) () 안의 수치는 ‘원외처방전을 받은 적이 있다’라는 사람 3,941명에 대한 비율임.

資料: 總務廳 行政監察局, 『藥と行政-藥事に關する行政監察-醫藥品の 安全對策お中心として 結果 報告』, 1994. 5. 20. p.143.

또 응답자 중 ‘원외처방전을 받은 적이 있다’는 사람이 3,941명인데 그들의 소감(복수응답)은 〈表 III-15〉와 같고, ‘이중수고라 생각한다(2,073명, 52.6%)’, ‘병원과 의원보다 빨리 약을 받을 수 있었다(1,645명, 41.7%)’, ‘약의 복용 방법과 부작용 등 여러 가지 설명을 들었다(복약지도 등이 있다)(1,461명, 37.1%)’ 등이었다(表 III-15 참조).

〈表 III-16〉 藥歷管理의 經驗

(단위: 명, %)

구분	이미 약력관리를 받고 있다	알고 있으나 경험은 없다	모른다	기타	불명	계
응답수 (구성비)	730 (10.9)	1,510 (22.5)	4,275 (63.6)	41 (0.6)	165 (2.5)	6,721 (100.0)

資料: 總務廳 行政監察局, 『藥と行政-藥事に關する行政監察-醫藥品の 安全對策
お中心として 結果 報告』, 1994. 5. 20. p.144.

기타 ‘약력관리 경험’에 대한 설문결과는 〈表 III-16〉 과 같고, ‘복약 지도’에 대한 설문결과는 〈表 III-17〉 과 같다. ‘의약분업 제도가 향후 추진되는 것에 대한 소감’에 대한 설문회답은 〈表 III-18〉 과 같다.

〈表 III-17〉 服藥指導 認識

(단위: 명, %)

구분	이미 약력관리를 받고 있다	알고 있으나 경험은 없다	모른다	기타	불명	계
응답수 (구성비)	1,996 (29.7)	1,423 (21.2)	3,156 (47.0)	40 (0.6)	106 (1.6)	6,721 (100.0)

資料: 總務廳 行政監察局, 『藥と行政-藥事に關する行政監察-醫藥品の 安全對策
お中心として 結果 報告』, 1994. 5. 20. p.144.

〈表 III-18〉 醫藥分業 制度에 대한 期待

(단위: 명, %)

구분	아주 좋음	좋음	보통	좋지않음	뭐라 말할 수 없음	불명	계
응답수 (구성비)	2,611 (38.8)	1,678 (25.0)	465 (6.9)	101 (1.5)	1,741 (25.9)	125 (1.9)	6,721 (100.0)

資料: 總務廳 行政監察局, 『藥と行政-藥事に關する行政監察-醫藥品の 安全對策
お中心として 結果 報告』, 1994. 5. 20. p.144.

IV. 醫藥分業政策 評價企劃

정책평가가 많은 시간과 노력을 필요로 하는 작업이라는 것은 주지의 사실이다. 특히 보건분야의 주관적이고 추상적 상황변화를 과학적이고 체계적인 결과로 변환하는 정책평가는 극히 어려운 작업이다. 그러므로 정책평가를 수행하려면 충분한 준비와 치밀한 평가기획에 따라 추진하여야 평가노력에 상응하는 성과를 얻을 수가 있으며 이 때문에 평가를 구체적으로 수행하기 전에 치밀한 준비와 계획이 있어야 한다. 거의 모든 국민의 건강생활에 영향을 끼치고 보건의료체계에 일대 변혁을 가져올 의약분업을 시행함에 있어 체계적인 정책평가 방안을 사전에 마련하고 완전히 의약분업이 정착할 때까지 과정평가 또는 형성평가를 시행하여 환류를 통해 정책을 개선하는 것이 필요한 앞에서 논한 바 있다. 의약분업정책평가기획은 정책평가의 기초로 이러한 목적을 위해 수행되어야 할 필수 불가결한 과정이다¹⁴⁾.

1. 第1段階: 政策關聯者와 評價目的의 把握

정책평가기획에서 가장 먼저 해야 할 일은 정책평가를 통해서 누가(who) 그리고 무엇(what)을 알고자 하는가를 정확하게 파악하는 것이다. 다시 말해서 정책관련자와 정책목적을 파악해야 되는 데 이는 그 내용에 따라 정책평가에서 공급되어야 하는 정보가 상이하기 때문이다. 먼저 정책관련자란 해당 정책에 깊은 관심을 가지고 있으며, 그것

14) 본 장에서는 1999. 12. 7일에 국회에서 확정된 약사법 개정안에 담긴 의약분업 정부안을 기초로 논하기로 한다.

에 의하여 영향을 받거나 잠재적으로 평가의 결과를 이용할 사람들이라고 할 수 있다. 의약분업과 관련된 정책관련자로서는 고위정책결정자(대통령·장관·국회의원 등), 의약분업관련사업 관리자(보건복지부 보건정책국 약무식품정책과), 의약분업관련사업 시행자(병·의원, 약국, 보건소 등), 정책평가자금제공자(연구재단·정부기관·국회 등), 보건관련 학자 및 연구자(각 보건의료관련학회, 한국보건사회연구원 등), 의약분업관련사업 수혜자(시민·소비자 단체 등)를 들 수 있다. 물론 실제로 평가를 수행할 때에는 이들 중 구체적으로 누가 혹은 어느 집단이 진정으로 평가결과에 관심을 가지고 있거나 그것을 이용하고자 하는가를 파악해야 한다. 이들을 우선 파악해야 되는 이유는 이들이 평가에서 얻고자 하는 정보의 내용이 모두 같지 않을 것이라고 전제되기 때문이다. 즉 서로 다른 정책관련자는 그들의 결정을 위하여 서로 다른 정보를 원할 것이기 때문이다. 본 연구에서는 고위정책결정자, 사업관리자, 그리고 보건관련 학자 및 연구자 세 집단을 정책관련자로 파악하기로 한다. 그러나 이는 다시 정부부문과 연구부문으로 이분되는 것이 필요하다¹⁵⁾.

정책평가의 목적은 크게 세 가지 즉, 첫째 정책결정이나 집행과정에서 필요한 정보를 제공하며, 둘째 정책책임자의 책임을 확보하고, 셋째 학문적인 기여를 하는 것으로 나눌 수 있음은 앞장에서 논한 바와 같다. 이 중에서 첫 번째의 목적은 정책평가를 수행함으로써 합리적 정책결정을 위해 필요한 정보를 제공함으로써 달성되는 것이다.

15) 왜냐하면, 정부부문은 정책결과에 대한 1차적 책임을 지고 있으므로 정책개선과 責務性 확보와 관련하여 서로 이율배반적인 목적이 작용할 수 있다는 점이 객관적으로 인과관계를 규명하기 위한 연구부문의 목적과는 상이하기 때문이다. 그러나 정책평가자원을 공급할 수 있다는 측면에서 정부부문을 주 정책관련자로 파악하는 것이 보다 현실적인 접근일 수 있다. 정부부문이 상대적으로 평가결과를 가장 많이 이용할 가능성이 있는 집단이며, 이들이 결정을 내릴 때 필요한 정보의 내용이 다른 집단들의 것과 중첩되는 일이 많을 것이기 때문이다.

두 번째의 것은 공공복리를 정부에 위탁하고 있다는 측면에서 국민들 전체가 직접적으로 추구하는 목적에 해당된다¹⁶⁾. 세 번째의 것은 학자 및 연구자들이 가장 중요하게 생각하는 것이다.

첫 번째와 두 번째의 목적과 관련되어 있는 당사자는 정책결정자(또는 사업관리자)와 정책집행자로서 정책결정자가 정책집행자의 관리책임을 확보하는 것이 바로 정책평가에서 원하는 내용이다. 따라서 정책결정자는 정책평가가 수행되도록 지원해야 할 필요성이 크다. 일반적으로 과학적·체계적 정책평가는 엄청난 노력과 시간 그리고 정책집행과정의 내부정보가 필요하기 때문에 누군가의 지원이 있어야만 가능하다. 이러한 평가비용은 정책결정자가 아니고는 지원하기 어려운 것이며, 뿐만 아니라 평가에서는 정책집행이나 정책결정에 관한 정보도 필요하므로 정책결정자의 도움이 없이는 수행이 불가능하다. 그래서 정책결정자의 도움이 정책평가에서 절대 필요하다. 따라서 정책평가를 통해서 알고자 하는 것이 무엇인가를 정확하게 확인하려면, 이들이 무엇을 원하는지 먼저 알아야 한다¹⁷⁾¹⁸⁾.

-
- 16) 국민들이 정책평가를 수행하도록 하여 정책결정자의 정치적 책임을 확인하고 경우에 따라 이를 추궁하는 것은 민주정치의 기본원리라고 할 수 있다. 정책결정자가 정책평가에 따라 자신의 지도·통제하에 있는 정책집행자의 관리책임을 추궁하는 것도 역시 민주정치의 기본원리로서 이는 정책결정자가 국민들에 대한 자신의 정치적 책임을 완수하기 위해서이다.
- 17) 정책결정자가 정책집행자의 관리 책임을 묻기 위해 정책평가를 수행하고 그 결과 정책집행에 심각한 실수나 착오가 있는 것으로 평가되고 그 내용이 공표되었을 때, 그 책임의 일부는 다시 정책결정자가 질 수도 있다. 따라서 오히려 정책결정자는 정책효과가 뚜렷하고 큰 정책에 대해서 정책평가를 수행하게 되는 유인을 갖게 된다. 궁극적으로 정책평가는 속성상 실패보다는 성공이 많은 것으로 결과될 수밖에 없다. 어떤 의미에서 정책평가자금을 누가 지원하느냐는 평가가 객관적으로 이뤄졌느냐 여부를 판단하는 데에 핵심이다.
- 18) 정책평가를 원하는 정책결정자 또는 사업관리자의 입장에 따라서 구체적으로 원하는 내용이 달라질 수 있다. 그러므로 구체적인 평가목적을 확인하기 위해서는 정책관련자의 입장을 모두 확인해 보아야 하는 경우도 있다. 이렇듯 평가목적에 따라 평가대상이 달라지고 평가유형이 달라진다.

의약분업정책평가에 관련하여 고위정책결정자들은 대체로 아래와 같은 정책적 문제에 관심을 가질 것으로 보인다.

- 의약분업정책이 원래 의도했던 정책목표를 달성했는가?¹⁹⁾
 - 의약품 오·남용 방지
 - 약화사고 예방
 - 과잉투약방지
 - 불필요한 의약품의 소비감소
 - 국민의료비용의 대폭 절감
- 전체적으로 보아, 의약분업정책은 성공적이라고 할 수 있는가?
- 동일한 정도의 상기 정책목표를 달성하는 데 환자불편·불만 및 의료비 부담, 정책홍보비 등 사회적 비용을 더 줄일 수 있었지 않는가?
- 현 의약분업정책은 중단되어야 할 것인가, 계속되어야 할 것인가? 예외지역을 줄여 그 실시범위를 확대해야 할 것인가?, 혹은 축소되어야 할 것인가?
- 현 의약분업정책에 더 많은 재원이 투입되어야 할 것인가? 혹은, 다른 정책으로 전환해야 할 것인가? 등등

의약분업정책관련 사업관리들은 그 운영의 책임을 지고 있는 특정의 사업을 주어진 것으로 받아들이고 그 운영의 개선에 보다 더 관심을 가지고 있다. 따라서 그들은 아래와 같은 정책집행과정 및 정책의 구조 자체와 관련된 문제에 보다 많은 관심을 가질 것이다.

- 의약분업정책은 원래 설계되었던 대로 집행되었는가?
- 의약분업정책의 각 수단 또는 참여자들은 그것이 야기한 효과에

19) 의약분업 정부안의 의약분업정책목표는 1999년 9월 17일과 11월 1일 각각 발표된 보건복지부 보도자료 및 의약분업설명자료에서 발췌하였다.

각각 어느 정도나 기여했는가?

- 동일한 사회적 비용으로 더 좋은 의약품 오·남용방지효과를 얻을 수 없었는가?
- 의약분업정책을 시행하는 정책구조 자체에 어떤 결함은 없었는가?

의약분업정책과 관련하여 학자 또는 연구자들의 관심분야는 다음을 포함할 수 있다.

- 의약분업정책으로 인한 다음의 제 1 효과에 대한 가설은 실증적으로 증명될 수 있는가?
 - 의약품 오·남용 방지
 - 약화사고 예방
 - 과잉투약방지
 - 불필요한 의약품의 소비감소
- 의약분업정책의 제 2 효과에 대한 가설은 실증적으로 증명될 수 있는가?
 - 의료비 감소
 - 의사와 약사의 노동생산성 제고
- 전문의약품의 자유구매, 의사의 조제, 약사의 임의조제, 의약품의 원내조제 중 의약품 오·남용의 주된 요인은 무엇인가?
- 의약분업으로 환자의 1차 보건의료기관 방문행태는 크게 변하는가?

물론 위에 열거한 결정사항들이 정책이나 계획사업의 운명을 좌우하는 정책결정자들이 당면하는 문제들 그리고 학자·연구자가 의문을 갖는 문제들을 모두 망라했다고는 볼 수 없을 것이나, 계획사업과 관련하여 내려야 할 중요한 결정을 대체로 대표한다고 볼 수 있을 것이다. 그리고 이러한 결정사항들은 논리적으로 추출된 것들이기 때문에 실제에 있어서는 괴리가 있을 것으로 생각된다. 이러한 괴리는 실증

적 연구과정에 더욱 좁혀질 수 있을 것이다.

〈表 IV-1〉 醫藥分業 政府案의 主要內容(I)

<p>- 의약분업 정부안의 주요내용 -</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2000년 7월 1일부터 의약분업을 실시함. <ul style="list-style-type: none"> - 병·의원에서 진료 받은 외래환자는 원내에서 조제·투약을 받을 수 없게 되며, 약국에서는 임의조제 행위가 금지되고 의사의 처방전 없이 전문의 약품을 판매 할 수 없게 됨. ○ 의약분업은 다음의 원칙 하에 추진됨. <ul style="list-style-type: none"> - 의약품의 오·남용 예방 등 의약분업의 취지가 훼손되지 않는 범위에서 국민 불편이 최소화되도록 대책을 강구 시행함. <ul style="list-style-type: none"> ※ 응급환자, 입원환자, 의료기관 또는 약국이 없는 지역 및 재해지역, 1·2급 중증장애인, 제1종 법정전염병, AIDS·한센병(나병)·파킨슨병 등 특수질환자 등은 병·의원에서 조제·투약 받을 수 있음. ※ 진단용약, 예방접종약, 희귀의약품, 마약, 의료기관조제실 제제, 방사성약품 및 신장투석액 등과 주사제 중 운반·보관에 주의를 요하는 주사제, 항암제, 검사·수술·처치에 사용하는 주사제 등도 병·의원에서 조제·투약할 수 있음. - 의·약계의 경영상 어려움이 최소화되도록 의료보험수가 등 관련 제도의 보완을 병행 추진함. - 의료보험 약가의 마진이 발생하지 않도록 약가 제도를 개선함. - 의료전달체계 확립, 의약품 유통개혁 등 관련 제도개선을 병행 추진하여 의약분업의 조기 정착 여건을 조성함. <p>〈세부 내용〉</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 2000년 7월부터 모든 의료기관에서 진료 받은 외래환자는 보건소, 보건지소(보건복지부장관이 지정한 지역제외), 그리고 의료기관에서 의약품을 조제 받을 수 없게 되며, 의사의 처방전을 받아 약국에서 조제해야 한다. 또한 소화제와 같은 일반의약품은 지금과 같이 약국에서 직접 구입할 수 있으나, 항생제와 같은 전문의약품은 의사의 처방전이 없이 약국에서 구입할 수 없게 된다.
--

資料: 보건복지부 보도자료(1999년 9월 17일)와 약사법 개정안(1999년 12월 7일)

〈表 IV-2〉 醫藥分業 政府案의 主要內容(II)

- 의약분업의 취지가 훼손되지 않는 범위에서 국민불편을 최소화하기 위해 의료기관에서 의약품의 조제 받을 수 있는 예외 범위를 다음과 같이 확대하였다.
 - 응급환자 및 입원환자
 - 1·2급 중증 장애인, 현역병·전경·의경, 교정시설 수용자
 - AIDS·한센병(나병)·파킨슨병 등 특수질환자
 - 콜레라 등 제1종 법정 전염병 및 국가시책에 의해 관리 받는 결핵환자
 - 농어촌의 의료기관 또는 약국이 없는 지역과 재해지역
 - 보건지소(보건복지부장관이 지정)
 - 사회봉사활동의 경우
- 의약분업 대상의약품은 주사제를 포함한 전문의약품으로 하되, 진단용약, 예방접종용약, 희귀약품, 의료기관조제실 제제, 마약, 임상시험용 의약품, 방사성의약품, 신장투석액 및 이식정 등은 병·의원에서 조제·투약을 받을 수 있다.
- 또한 주사제 중 운반·보관에 안전을 요하는 주사제, 항암제, 검사·수술·치치에 사용하는 주사제 등 환자 진료에 필수적인 주사제는 의사가 직접 투약할 수 있도록 하여 의료기관과 약국의 2중 방문에 따른 국민불편을 최소화하였다.
- 의사 처방의 의약품 명칭은 일반명(성분명) 및 상품명을 병용하되, 상품명 처방도 필요한 경우 성분·함량·제형이 동일한 다른 의약품으로 대체 조제할 수 있다. 이때 약사는 환자에게 먼저 알리고 환자가 이의를 제기하면 동의를 받아야 하며 의사에게는 추후 통보하여야 한다.
 - 대체 조제시 사용되는 의약품은 약효가 같은 지를 식품의약품안전청이 분업 이전에 확인작업을 하게 된다.
 - 또한, 의약품은 모든 사람들이 쉽게 확인할 수 있도록 상품명으로 모양, 색깔, 문자, 기호 등을 이용한 구별이 되도록 하고 전문 및 일반의약품 포장에도 이를 크게 표시하게 된다.
- 한편, 그 동안 약사의 임의조제에 대해 적용하던 약국의료보험제도가 폐지되고, 의사의 처방전에 의해 조제 받는 경우에만 의료보험 적용을 받게 된다.

資料: 보건복지부 보도자료(1999년 9월 17일) 및 약사법 개정안(1999년 12월 7일)

〈表 IV-3〉 醫藥分業 政府案의 主要內容(III)

<p>□ 보건복지부는 시·군·구별로 의사·약사 단체 및 보건소 등으로 의약분업협력회의를 구성, 의료기관에서 처방할 약품을 미리 약국에 통보하여 사전에 준비토록 함으로써 의약품 조제에 만전을 기하도록 할 계획이다.</p> <p>○ 아울러 환자가 편리하게 자주 이용하는 약국을 단골약국으로 지정하여 의료기관에서 진료후 처방전을 동 약국으로 미리 FAX·PC통신을 통해 전달토록 하며,</p> <p>- 약국에서 구비하기 어려운 희귀약품 등을 신속하게 공급할 수 있도록 지역별로 의약품배송센터를 운영할 계획이다.</p> <p>○ 또한, 의료보험 수가제도 및 약가제도를 개선하여 의료보험 약가마진을 최소화하고, 의료보험 수가를 적정 수준으로 인상하여 의약분업으로 의료기관 및 약국의 경영에 지나친 어려움이 없도록 하며,</p> <p>- 의원·병원·종합병원이 자기 급에 맞는 환자를 진료하도록 의료기관 종별로 의료보험수가 차등제를 도입하고, 가벼운 질병으로 종합병원을 찾는 환자에게는 본인부담금을 높여 의료전달체계를 확립해 나갈 계획이다.</p> <p>○ 한편, 보건복지부는 의약분업이 시행되더라도 환자가 지불하는 진료비에 추가 부담은 없을 것이라고 밝혔다.</p> <p>□ 현재 우리 나라는 의약분업이 실시되지 않아 항생제 내성률이 선진국보다 5배 이상 높고, 사용량도 3배 이상 많은 것으로 알려지는 등 오·남용이 심각한 수준이며, 의약품 비용이 전체 의료비에서 차지하는 비중도 선진국의 2~3배 이상인 것으로 나타나고 있다.</p> <p>○ 따라서 내년 7월부터 의약분업이 시행되면 의약품 오·남용이 현저히 줄고 국민의료비용도 대폭 절감될 것으로 기대된다</p>

資料: 보건복지부 보도자료(1999년 9월 17일) 및 약사법 개정안(1999년 12월 7일)

2. 第2段階: 評價性査定

評價性査定은 본격적인 평가를 시작하기 전에 바람직한 평가가 되도록 그리고 가능한 평가가 되도록 검토하는 것으로 어떠한 사업을 평가하여야 유용한 평가가 될 것인지를 결정하기 위해서 행해지는 개

략적 검토과정중 하나이다.

먼저 바람직한 평가가 되기 위한 검토를 한다. 이는 필요한 평가가 되도록 평가대상을 축약하는 과정이라고도 할 수 있다. 평가예산은 한정되어 있는 데 많은 사업이 평가대상이 되고 있는 경우에는 평가결과 이용자가 꼭 필요하다고 생각하는 사업이나 사업의 특정부문을 평가하고, 또 이들이 원하는 정보를 정확히 제공하는데 일차적 목표를 두어야 한다는 맥락에서 수행된다. 한편, 평가성사정을 통해 어떠한 사업, 또는 사업의 어떠한 부분이 평가 가능한가를 검토한다. 평가결과 이용자가 필요로 하는 정보 즉, 어떠한 사업의 어떠한 부분에서 어떠한 정보를 산출해야 하는 지가 판명된 후에 과연 그러한 평가가 가능한지를 판단하는 것이다. 결과적으로 평가의 불가능한 부분 또는 획득 불가능한 정보를 규명하여 이를 제외한 후에 평가결과 이용자가 원하고 동시에 평가 가능한 내용이 밝혀지게 된다. 평가성 사정은, 평가대상 사업 범위를 확정하고 사업모형을 파악하는 단계, 평가 가능한 모형을 작성하는 단계, 평가성 사정 결과와 활용방안을 제시하는 단계 등 세 가지 단계로 진행되게 된다.

가. 事業範圍 確定 및 事業模型의 把握

의약분업정책평가의 評價性을 검토하기 위해서 제일 먼저 수행되어야 할 작업은 정책이나 사업을 정확히 규정하는 것이다. 이러한 작업이 없으면 무엇을 평가해야 할지가 불분명해지기 때문이다.

1) 事業範圍의 把握

사업범위를 파악할 때 우선 선행되어야 하는 것이 사업정의이다. 사업정의는 사업의 목표, 성공의 기준, 사업의 내용을 확정하게 되며,

이것은 결국 사업의 범위를 규정하는 것과 같다. 또 사업의 정의가 어떻게 되느냐에 따라서 평가의 대상이 달라지고 성공·실패의 판단도 달라지게 된다. 그러므로 실제 정책결정자·사업관리자들이 운영하고 있는 사업을 정확하게 파악하여야 한다. 평가자의 짐작이나 이론적 논리에 따라서 사업을 규정해서는 안 된다. 사업의 담당자가 사업정의의 주체가 되어야 하는 것이다. 사업정의가 확정되면 이에 따라 사업범위가 확정된다. 이때 사업은 관련된 다른 사업과의 구분이 명확하지 않아 어려움에 봉착하게 되는데 이는 목표수단의 사업구조에서 과연 어디까지를 하나의 사업으로 보느냐와 깊은 관련이 있다. 의약분업의 사업정의와 사업범위를 심층분석하기로 하자.

정부는 2000년 7월에 의약분업정책을 실시함으로써 의약품 오·남용을 방지한다는 계획을 갖고 있다. 이 경우 의약분업정책 정부안은 非金錢的 政策手段인 다음과 같은 네 가지 직접규제를 시행할 것을 공표하고 있다.

- ① 소비자의 전문의약품 자유구매행위 금지,
- ② 외래환자에 대한 의사조제 금지,
- ③ 전문의약품에 대한 약사 임의조제금지,
- ④ 외래환자용 의약품의 보건의료기관내 조제금지

한편, 정부는 의약분업정책의 원활한 시행을 위하여 다음과 같은 여러 가지 사업을 병행할 계획을 가지고 있다.

- ⑤ 시·군·구별로 의사·약사단체 및 보건소 등으로 지역별 의약분업 협력회의를 구성한다.
- ⑥ 환자들이 단골약국을 지정하도록 하여 처방전을 동 약국에 FAX 또는 PC통신으로 전달토록 한다.
- ⑦ 약국이 구비하기 어려운 희귀약품이 신속히 공급되도록 지역별

의약품 배송센터를 운영한다.

- ⑧ 의약분업으로 의료기관과 약국의 경영에 지나친 어려움이 없도록 진료수가(또는 원외처방료) 및 조제료를 적정수준으로 인상한다.
- ⑨ 의원·병원·종합병원이 자기 급에 맞는 환자를 진료하도록 의료기관 종별로 의료보험수가 차등제도를 도입하고, 가벼운 질병으로 종합병원을 찾는 환자에게는 본인부담금을 높여 의료전달체계를 확립한다.
- ⑩ 약가마진을 최소화하기 위해 의료보험 수가제도 및 약가제도를 개선한다.

의약분업의 사업을 정의함에 있어 가정 본질적인 접근은 ①~④를 가지고 의약분업을 정의하고 이를 기초로 사업범위를 규정하는 것이다. 이를 의약분업정책의 제1사업범위라고 부를 수 있으며 이는 가장 협의의 의약분업 사업범위에 해당한다. 그러나 의약분업 시행상 여러 가지 장애가 있으므로 정부는 ⑤~⑩까지의 부가사업을 함께 실시하고자 하고 있다. 따라서 이를 고려하여 의약분업정책의 사업범위를 다시 확대·규정할 수도 있다. 그러나 문제는 부가사업이 사실상 의약분업의 본래 정의와 직접적인 관련이 없는 사업일 수 있다는 점이다. 그 첫째가 바로 분업보다 훨씬 이전인 1999년 11월 15일에 도입되어 의료보험 약가의 실거래가 상환제도의 실시이다. 의료보험 환급대상 의약품에 상존하던 약가이윤이 의약품 과잉투여 즉, 의약품 오·남용의 주요한 원인이 될 수 있었던 상황에서 분업에 앞서 실거래가 상환제도를 시행한 것은 의료보험 약가제도의 개선이 곧 의약분업의 부가사업이 아니라는 점을 명확히 하는 내용이다. 특히 의료보험 약가의 실거래가 상환제도를 동시에 고려할 경우 의약품 오·남용의 감소가 과연 의약분업의 정책효과 때문인지 아니면 약가 이윤을 없애는 실거래가 상환제도 때문인지 즉, 정책효과의 인과관계를 정확히 식별

할 수 없는 문제가 야기된다. 이를 극복하기 위해서는 의약분업정책 평가를 ‘의약분업과 보험약가의 실거래가 상환제도의 정책평가’로 확장하여 의약품 오·남용 감소효과를 정책 평가하는 방법이 있을 수 있다. 아니면 먼저 의약분업실시이전까지 ‘의료보험 약가의 실거래가 상환제도 정책평가’를 수행하여 의약품 오·남용 방지효과를 식별하여 추출해 내고 분업실시이후 다시 ‘의약분업과 보험약가의 실거래가 상환제도의 정책평가’를 수행하여 이에 따른 의약품 오·남용 방지효과에서 이전에 수행한 의료보험 약가의 실거래가 상환제도 정책의 의약품 오·남용 방지효과를 차감함으로써 순수한 의약분업정책의 의약품 오·남용방지효과를 도출하는 방법을 적용할 수도 있다. 두 번째 유의해야 할 부가사업은 종별 의료보험 수가 및 본인부담금 차등제도이다. 이는 사실 의약분업의 기본목적과는 관련이 없는 의료전달체계의 효과적 운영을 도모하기 위한 정책이다. 이 정책이 의약분업정책과 혼용되어 시행되면서 오히려 의약분업의 순수효과가 과소화 될 가능성이 있다. 예로서 이 정책으로 3차 병원의 외래환자가 대부분 의원 외래를 방문한다고 할 때 의원이 3차 병원보다 의약품을 더 많이 처방하는 경향을 보이는 경우 전체적으로 의약품 오·남용은 증가할 수도 있는 것이다. 따라서 종별 의료보험 수가 및 본인부담금 차등제도에 따른 의약품 오·남용 증가 또는 감소효과를 제거하지 않는 한 의약분업의 정책효과는 정확히 파악될 수 없다. 따라서 ‘의료보험 약가의 실거래가 상환제도’와 ‘종별 의료보험 수가 및 본인부담금 차등제도’의 정책효과를 평가하고 의약분업의 순수한 정책효과를 도출해 낼 수 있다면 의약분업의 사업범위를 ①~⑧로 규정할 수 있다. 이를 의약분업정책의 제2사업범위로 부르기로 한다. 그러나 만일 이러한 부가사업의 정책효과를 구별할 수 없다면 정책평가는 당연히 ①~⑩을 모두 포함하여 사업범위를 규정할 수밖에 없다. 이를 의약분업정책의

제3사업범위로 부를 수 있는 데 이는 의약분업의 가장 광의의 사업범위에 해당한다. 엄밀한 의미에서 이때 수행되는 의약분업정책평가는 ‘의약분업정책, 의료보험 약가의 실거래가 상환정책, 요양기관 종별 의료보험 수가 및 본인부담금 차등정책의 정책평가’이다.

의약분업정책 평가자는 정책담당자와의 협의 하에 어느 사업범위를 채택할 것인가를 결정해야 한다. 필요에 따라서는 광의의 범위를 취하고 포괄적 의미에서의 의약품 오·남용 방지 관련 정책효과를 평가할 수도 있다.

2) 事業模型의 把握

앞의 단계에서 의약분업정책관련 사업의 테두리가 결정되면 사업의 구체적 내용을 정확하게 파악해야 한다. 사업내용은 원래 정책이나 마찬가지로 사업목표와 사업수단으로 구성된다. 그러나 이들은 사업목표와 사업수단의 양자로 정확히 구분되는 것이 아니라 투입이나 활동에서부터 시작하여 많은 중간목표들이 있고 이것이 다시 사업목표로 연결된다. 사업모형은 평가대상을 나타내어 주기 때문에 이것을 정확하게 확인하여야 평가가 시작될 수 있으나, 대부분의 경우 사업내용을 구성하는 투입, 활동, 중간목표와 사업목표 등 각 요소에 대하여 구체적인 결정사항도 없고 기록도 없기 때문에 관련자들이 서로 다른 내용을 머리 속에 생각하고 있는 수준에 불과하다. 그러므로 서로 다르게 인식하고 있는 사업의 구체적인 내용을 파악하여 평가되어야 할 사업모형을 작성하는 것은 무엇보다도 어렵고 중요한 일이다. 사업모형의 파악에서 가장 문제가 되는 것은 바로 누가 생각하고 있는 사업내용이나 모형을 정책평가의 대상으로 하느냐이다.

먼저 분명한 것은 정책평가자가 생각하는 것이 아니라, 사업담당자인 정책결정자, 사업관리자가 생각하는 것이어야 한다는 점이다. 그

이유는 앞에서 본 바와 같이 실제의 사업내용을 평가해야 한다는 점과 이들이 평가에서 얻고자 하는 정보를 산출하여야 한다는 점 등 때문이다.

의약분업정책 사업모형은 편의상 세 가지로 나눌 수 있는데 이는 문서상 모형, 관리자 모형, 집행현장 모형이다.

첫째로, 文書上의 事業模型은 문자그대로 성문적 자료를 근거로 한 모형이다. 이 가운데 자료로는 약사법 및 의료법 등 법률, 행정명령 등이 속한다. 또한 정책결정자의 의사전달 기록, 연차보고서, 예산자료 등에서 정책결정자의 의도를 반영하는 사업 요소들 그리고 집행책임자나 관리자가 이를 좀더 구체화시킨 것으로, 안내서, 행정·사업편람 등에 나타난 사업의 요소 등을 말한다. 이러한 자료를 통한 방법으로 사업모형을 파악하려면 의약분업정책에 관련하여 상술한 문서들을 면밀히 검토해야 한다. 문서상의 모형파악에서는 사업관리자가 아니라 상위수준의 정책결정자의 의도를 파악하는 것이 바로 핵심이다. 의약분업의 경우 정부의 의약분업안과 관련 보도자료 및 내부자료를 통해 문서상 의약분업정책의 사업모형의 개괄적 내용을 파악할 수 있다²⁰⁾.

둘째로 管理者模型이다. 문서상에 나타난 공식적인 사업모형은 집행의 책임을 지고 있는 관리자들이 실제로 추진하는 사업이어야 하므로, 관리자가 추진하려는 사업의 요소와 인과관계를 파악해야 하는데 이것이 관리자모형이다. 관리자모형은 집행관리자와 그 구성원들을 면접해서 이들이 생각하는 것을 파악해서 작성해야 한다. 현재 의약분업은 1999년 6월 23일 구성된 「의약분업실행위원회」와 동년 11월 6일 구성된 「의약분업추진본부」에서 추진되고 있으므로 이 조직의 집행관리자와 직원과의 면접을 통해 관리자모형을 작성할 수 있다.

20) 정책결정자의 의도를 파악하기 위한 文書檢討와 필요한 경우에 面接이 병행되어야 한다.

셋째로는 執行現場模型이다. 이는 실제로 집행현장에서 집행의 직접담당자들이 추진하여 실행하고 있는 사업의 내용을 밝히는 사업모형에 해당된다. 집행관리자나 그 동료들이 추진하려고 의도하는 내용은 실제로 현장에서 시행되고 있는 내용과 차이가 있는 것이 대부분이다. 따라서 의약분업시행과 더불어 현장에서 집행되고 있는 실제의 사업내용을 파악하려면 병·의원과 약국, 보건소 등 보건의료기관 그리고 지역별 의약분업협력회의 등 현장을 訪問하여 투입이나 집행활동을 觀察하고 집행일선 담당자들과 面接을 해야 된다. 이때 실제 투입되는 자원, 수행되는 활동, 그리고 현장담당자들이 생각하는 중간목표와 사업목표에 대한 전반적 사항이 파악되어야 한다²¹⁾. 그러나 전체를 파악하기보다는 개략적으로 파악할 수 있는 범위 내에서 몇 개의 현장을 점검·관찰하고 몇몇 관련자와 면접하면 충분하다. 이러한 집행현장의 방문과 관찰은 자료의 획득가능성을 판단하는 것뿐만 아니라 인과관계의 존재여부에 대한 사전적·예비적 추정을 하는 데에도 도움을 준다.

이와 같은 문서상 모형, 관리자 모형, 집행현장 모형이 별개로 이뤄질 수 있다고 생각해서는 안 된다. 서로 연관성이 있으므로 보충적인 방법으로 모형이 작성되어야 한다. 평가가 수행될 때 정책이 어느 정도 진전되었느냐에 따라 모형은 문서상 모형보다는 관리자 모형이, 그리고 관리자 모형보다는 집행현장 모형이 더욱 중시되는 경향을 보인다.

21) 이러한 현장방문과 관찰 및 점검은 과정평가와는 다르다. 왜냐하면 이는 평가성 사정의 일환으로 어떤 사업을 평가할 것인지, 그리고 사업을 평가대상으로 선정했다면 사업을 구성하는 어느 부분을 집중적으로 평가할 것인지를 결정하기 위한 사업모형을 작성하는 것이기 때문이다.

〈表 IV-4〉 醫藥分業 推進本部의 主要內容

<p>○ 보건복지부는 '99년 11월 6일(토), 내년 7월 1일 시행예정인 의약분업을 차질 없이 추진하기 위하여 관계공무원 및 산하기관 직원 등 총 21명으로 『의약분업추진본부』를 구성하여 차흥봉(車興奉)장관 외 관계자들이 참석한 가운데 현판식을 갖고 본격적인 활동에 들어갔다.</p> <p>○ 이번에 출범한 『의약분업추진본부』는 내년 9월까지 한시적으로 운영할 계획이며, 본부장은 현 보건정책국장으로 하고 상황팀, 홍보팀, 교육훈련팀, 조사연구팀 등 4개팀을 두어 각 분야별로 세부추진 전략과 프로그램을 개발하여 추진함으로써 의약분업이 성공적으로 시행되게 뒷받침하도록 하였으며</p> <p>○ 동 추진본부의 주요기능은 대국민 홍보사업과 의·약계 등 이해당사자, 관계공무원 등의 교육·훈련과 의·약계의 분업준비사항을 지도·점검하는 업무를 수행하게 될 것이다.</p>

資料: 보건복지부 보도자료(1999년 11월 8일)

나. 評價可能模型의 構成

의약분업정책을 평가할 때 이상과 같이 문서상 모형, 관리자 모형, 집행현장 모형 등 서로 다른 사업모형을 확인·파악하고 나면, 이들을 종합하여 평가대상이 될 수 있는 사업모형 즉, 評價可能模型을 구성해야 한다.

평가가능모형은 實現可能模型을 작성하고 이 모형 속에서 측정 불가능한 변수들을 제외함으로써 완성된다. 실현가능모형은 한마디로 活動 實現性 그리고 因果關係의 妥當性을 충족시키는 모형이라고 할 수 있다. 活動實現性은 정책에서 기대되고 있는 활동들이 현실에서 그대로 실현될 수 있느냐에 관한 것이다. 활동의 실현여부는 자원의 즉시확보나 활동의 시간계획이 적절한지 여부에 의하여 크게 좌우된다. 의약분업정책에서 地域別 醫藥分業協力會議의 설치·운영이라는

정책활동의 실현가능성은 지역 내 병·의원과 약국의 동의여부와 적극적 참여 정도에 의하여 크게 좌우되는 것이다. 이러한 활동의 실현가능성은 집행현장에서 실제 상황을 검토하고 실제담당자와 면접을 해보아야 알 수 있다. 앞에서 본 바와 같이 현장관찰과 답사는 이러한 판단을 내리는 데 필수적이다.

실현가능모형에서 因果關係의 妥當性은 활동들과 중간목표들 사이에 존재하는 인과관계나 중간목표와 사업목표 사이에 존재하는 인과관계가 타당한 것으로 믿을 수 있는 경우의 사업모형이다. 이때 인과관계의 존재여부는 명백한 논리 또는 널리 확인된 이론에 비추어 보아서 판단한다. 어떠한 활동을 하게 되면 과연 사업의 중간목표를 달성할 것인지, 또 중간목표가 달성되면 사업목표가 달성될 것인지를 미리 판단하려면 그 분야의 전문이론이나 우리의 상식에 맞는 논리적 유추에 의존해야 한다. 의약분업정책에서 보건의료기관 원내조제금지의 논리적 유추는 보건의료기관이 원내조제를 할 경우 의사와 약사의 담합에 의한 이윤극대화가 추구되고 이는 의약품 오·남용을 초래할 것이라는 경제이론을 전제로 해야 할 것이다. 위에서 본 活動 實現性과 因果關係의 妥當性 조건이 충족되면 사업은 실현 가능한 것으로 일단 판단될 수 있다²²⁾.

어느 정도 이상적이면서 동시에 실현 가능한 목표를 지닌 사업모형이라 하더라도 언제나 평가 가능한 것은 아니다. 사업모형평가를 위해서는 모형의 통계적 검토가 필요하고 이에선 변수의 계량화가 반드시 필요하나, 변수측정이 불가능하면 평가를 위한 통계적 검토가 불가능하게 된다. 사업모형이 관련되어 있는 변수들은 활동, 중간목표,

22) 문서상모형, 관리자모형, 집행현장모형 중에서 집행현장모형은 실현가능모형에 가장 가깝고, 문서상모형은 실현가능모형에 가장 거리가 먼 이상적 모형이다. 사업관리자는 정책결정자가 요구하는 이상과 정책현장에서 강조되는 실현성을 잘 조화시켜서 사업모형을 결정하여야 한다.

사업목표 등인데 이 중에서도 의약품 오·남용방지 등의 사업목표는 측정이 어려운 경우가 대부분이다. 사업목표의 경우 양적 측정이 어려우면 관리자는 목표가 구체적, 명시적으로 그리고 측정이 가능하게끔 操作的으로 定義하여야 한다. 이러한 정의는 사업평가 외에도 사업목표의 내용을 명확히 하는 효과가 있어 집행현장에서 관련자가 겪는 개념상의 혼란을 겪지 않도록 함으로써 사업이 정책결정자나 관리자의 의도에 따라 집행되도록 하는 데 도움을 준다.

活動 實現性和 因果關係의 妥當性 조건이 충족되면 사업은 實現可能模型이 되고 여기에서 측정 불가능 한 변수와 이에 관련된 인과관계를 제외시키면 評價可能模型이 도출된다. 그러나 문제는 측정 불가능한 변수를 제외시키면 중요하지 않은 변수만으로 모형이 구성될 수 있다는 점이다. 특히 여러 개의 목표로 구성된 사업의 경우 중요한 목표는 계량화가 불가능하여 제외되고 별로 중요하지 않은 목표들만 남은 사업모형을 평가하게 될 수 있다. 막대한 비용으로 별로 중요하지 않은 사업목표를 평가하는 것은 예산의 낭비이므로 양적 측정이 불가능한 경우는 질적인 방법을 동원하여 사업목표를 평가하는 방법을 취해야 한다. 醫藥分業政策의 경우 이상의 논의에서 도출된 評價可能模型의 예는 다음과 같다²³⁾.

□ 政策投入物: 정부와 소비자부문 비용 중심

- 정부차원: 의약분업정책모형구축을 위한 각종 위원회 운영비용, 의약분업정책 대국민 홍보비용, 의약분업추진본부 및 지역별 의약분업협력회의 운영비용, 식품의약품안전청의 약효동등성시험 설비 확보비용, 지역별 의약품 배송센터 운영비용 등
- 소비자차원: 전문의약품 구입을 위한 보건의료기관 및 약국

23) 현재 의약분업 관리자와 집행이 원활하게 이루어지고 있지 않으므로 본 모형은 문서상의 모형으로 한정하여 제시한다.

출입비용(진찰비용, 조제비용, 통원 교통비), 진료 및 조제 대기시간, 보건의료기관 및 약국 통원시간, 약국탐색시간 등

□ 事業活動(activities): 정부의 활동 중심

- 소비자의 전문의약품 자유구매행위 금지, 외래환자에 대한 의사조제 금지, 전문의약품에 대한 약사 임의조제금지, 외래환자용 의약품의 보건의료기관내 조제금지를 위한 약사법 또는 관련 법 개정 등
- 의약분업정책모형구축을 위한 각종 위원회 운영, 의약분업추진본부 및 지역별 의약분업협력회의 운영, 식품의약품안전청의 약효동등성시험 확대실시, 지역별 의약품 배송센터 운영지원, 의약분업정책 홍보 등
- 의약분업관련 진료수가(원외처방료 및 조제료 변경), 의료보험 약가제도 개선 등

□ 中間目標: 공급자조사와 소비자조사의 동시 수행으로 자료의 객관성과 정확성 파악; 실질 중간목표지수를 정책시행이전에 확정

- 의·약사 직능분리율(의사처방에 따른 약사조제건수, %)
- 원외처방전 발행률
- 의사 조제율
- 간호사 및 간호조무사 조제율
- 지역약국의 처방 조제율
- 지역약국 약사의 처방 조제율
- 지역약국 약사보조인의 처방 조제율
- 지역약국의 임의 조제율
- 지역약국 약사의 임의 조제율
- 지역약국 약사보조인의 처방 조제율

- 事業目標: 의약품 오·남용 방지효과 식별을 위해 간접지표 활용; 정책효과의 잠복기를 고려하여 일정 기간이후 실질 사업목표지수에 도달하도록 정책이전에 사전 확정²⁴⁾
- 국민의료비 중 총 약제비 비중 증가율
 - 요양기관 종별 총 외래환자 약제비 증가율
 - 요양기관 종별 외래환자 1인당 약제비 증가율
 - 지역약국의 전문의약품 포함 의약품 총 판매액 증가율
 - 지역약국의 방문환자 1인당 전문의약품 포함 의약품 총 판매액 증가율
 - 인구 1,000명당 1일당 의약품 소비량 증가율
 - 인구 1,000명당 항생제 사용량 증가율
 - 환자가 의료기관을 방문했을 때 처방 받는 의약품 수 증가율
 - 의료보험 진료환자에 대한 의약품을 처방 받는 환자 비율의 증가율
 - 의료보험 진료환자에 대한 내·외용제를 처방 받는 환자 비율의 증가율
 - 의료보험 진료환자에 대한 주사제를 처방 받는 환자 비율의 증가율
 - 병·의원, 약국 자료를 이용한 기준단위(DDD) 방식의 항생제 사용량 증가율
 - 다진료과 동시 투약환자의 투약내용 중복비율 증가율
 - 지역약국에서의 의약품 권매건수 증가율

24) 사업목표상 단기적으로 평가 가능한 지표가 있으나 효과의 잠복으로 인해 수년 후에 평가가 가능한 지표가 있다. 후자의 경우는 특정 균의 항생제 내성률(예: 폐렴구균의 페니실린 내성률) 증가율 등이다. 따라서 의약분업정책 실시 후 어느 기간이 지난 후 평가가 시행되느냐에 따라 지표가 포함될 수도 있고 포함되지 않을 수도 있다.

- 특정 균의 항생제 내성률(예: 폐렴구균의 페니실린 내성률 증가율²⁵⁾)

사업모형은 의약분업 정책평가에서 평가하는 중요한 평가대상을 모두 포함하고 있는 중요한 개념이라고 할 수 있다. 그러므로 정책평가에 있어서 사업모형의 확인은 평가대상을 구체적으로 확인하는 것과 같으므로 가장 중요한 작업의 하나이다. 의약분업정책 평가에 있어서 각 유형의 평가를 요약하면 다음과 같다.

- 총괄평가(효과성평가) ... 사업목표 즉, 의약품 오·남용 방지의 달성 여부 판단(방지정도의 계량화 작업 필요)
- 좁은 의미의 과정평가 ... 의약분업의 실시 → 원외처방전 발행률 증가 → 의약품 오·남용 방지로 이어지는 인과관계의 검증
- 집행분석 ... 투입 및 활동의 실현여부와 중간목표 등 성과의 점검(monitring)

다. 評價性查定結果와 活用方案提示

의약분업정책의 評價可能模型이 도출되면 이것이 본격적 평가의 기본대상이 되므로 사업관련자가 필요로 하는 정보를 평가에서 산출해 내기 위해서 이들의 의견을 받아 수정·보충해야 한다. 사실상 평가성 사정의 시작에서부터 평가자는 사업관리자를 비롯한 사업관련자들과 끊임없는 접촉을 함으로써 작업의 결과를 제시하고 이들에게 원하는 정보를 제공해서 사업관련자들이 사업내용을 변경하게 하거나 평가가능성을 제고하도록 하게 한다²⁶⁾.

25) 의약분업에 따른 약화사고 감소율도 고려할 수 있다.

26) 평가가능성검토의 다음의 장점을 갖는다. 첫째, 본 평가이전에 예비평가를 시행하

3. 第3段階: 評價類型的 決定

정책 또는 사업의 의사결정자들이 얻고자 하는 결정사항이 파악되고, 평가성 사정이 이루어지고 나면, 그 다음에는 평가유형에 대하여 결정이 이루어져야 한다. 이때는 단일유형의 평가만으로 충분한지, 아니면 여러 유형의 평가를 동시에 혹은 순차적으로 수행해야 하는가를 결정해야 한다. 이러한 평가유형에 관하여는 해당 의사결정자와 평가자 사이에 합의를 하는 것이 중요한데 그 이유는 단일유형의 평가만 요청될 때 포괄적인 평가를 수행하여 시간 및 자원을 낭비할 필요가 없으며 이에 따라 평가방법 등이 결정되기 때문이다.

가. 政策評價類型的 概要

정책평가는 그 분류기준에 따라 여러 가지로 유형화될 수 있다. 그 기준으로는 평가목적, 평가자 소속, 평가시기 등이다. 특히 평가목적에 의한 분류로는 효과평가, 능률성평가, 집행평가, 정책구조평가를 들 수 있다. 먼저, 效果評價는 정부의 투입과 활동을 측정대상으로 하지 않고 이로 인한 결과 즉, 효과만을 측정대상으로 하는 것이다. 이는 정부 정책의 정당성은 바로 그것이 해결하고자 의도했던 문제를 해소하는 데 있어서의 효과성의 여부에 의해 결정된다는 논거를 기본으로 하고 있는 셈이다. 둘째로, 能率性 評價는 효과평가의 결과 정책

여 평가 불가능한 사업을 사전에 평가대상에서 제외함으로써 본 평가에서 노력, 경비, 시간을 절약하게 한다. 둘째, 평가대상으로 확정되는 사업내용에 대해서 평가가능성을 향상시키게 되며 초기 이상적인 문서상모형, 관리자모형, 집행현장상황을 비교하여 현장의 문제점을 지적하거나 사업내용에 대한 수정·보완을 유도하게 한다. 끝으로 평가가능모형은 본 평가에서의 평가대상을 그대로 나타내며, 집행현장에 대한 개략적 관찰이나 검토는 활동의 점검(monitor)을 효과적으로 촉진하는데 필요한 여러 가지 정보를 제공한다.

이 성공적이라고 판단될 경우 그것이 과연 얼마나 능률적으로 운영되었는가하는 문제를 검토하는 것이다. 그러나 정책이 효과평가에서 실패한 것으로 판단된 후에 능률성평가를 수행한다는 것은 무의미한 일이다. 그 이유는 정책은 능률적이기 이전에 먼저 효과적이어야 하기 때문이다. 셋째로, 執行評價란 정책이나 사업계획의 집행과정에 관한 평가를 말하는 데 正確性評價와 政策構成要素의 相對的 效果性評價로 나누어 평가될 수 있다. 끝으로 政策構造評價는 정책이나 사업계획이 정확하게 실시되었는데도 불구하고 그것이 실패한 것으로 나타난 경우 그 실패의 원인을 규명하기 위해 수행되는 평가이다.

나. 醫藥分業政策의 效果評價

의약분업정책은 다른 정책과 그 효과가 비교된다든지, 아니면 같은 정책을 운영했던 과거의 실적과 대비될 수 없다는 측면에서 그리고 효과평가가 수행된 적이 없다는 점에서 능률성평가는 부적절하다. 따라서 효과평가를 수행하고 그 결과를 가늠하여 집행평가와 정책구조평가를 선별적으로 시행하여 문제점을 규명하는 순차적 작업이 필요하다. 본 연구에서는 의약분업정책의 效果評價를 중심으로 논하기로 한다.

效果評價란 좀 더 자세히 부연하면 정책의 실시결과로 얻어진 산출이 국민생활에 미친 모든 영향을 측정하는 것이다. 그러므로 정책효과평가에 있어서는 정책효과에 대한 체계적인 이해가 가장 중요한 과제가 아닐 수 없다. 이러한 이해를 돕기 위하여 몇 가지 기준에 따라 정책효과를 유형화하는 것이 필요하다.

첫째, 정책효과는 발생시점에 따라 短期效果와 長期效果로 구분해 볼 수 있다. 어떤 정책은 단기적으로는 기대했던 효과를 나타내지만 장기적으로는 아무런 효과도 나타내지 못하는 경우가 있는가 하면,

반대로 단기적으로는 효과를 나타내지 않다가도 장기적으로는 훌륭한 효과를 나타내는 경우도 있을 수 있다. 물론 단기적으로나 장기적으로 모두 긍정적이거나 부정적인 효과를 나타내는 경우도 있을 것이다. 의약분업의 경우 항생제 사용감소에 따른 국민건강증진효과는 장기적으로 기대해 볼 수 있는 효과에 해당한다.

둘째, 정책효과는 정책이 야기한 영향을 범위에 따라 直接效果와 間接效果 또는 基本效果와 波及效果로 구분할 수 있다. 직접효과란 정책대상상황이나 집단에 미친 영향을 말하며, 간접효과란 정책대상상황이나 집단 이외의 상황이나 집단에 미친 영향을 말한다. 여기에서 말하는 정책대상상황이나 집단이란 특정의 정책이나 사업을 통하여 영향을 주고자 의도하는 상황이나 집단을 말한다. 의약분업정책이 전문의약품 구입하는 소비경로에 어떤 변화를 야기하고자 실시된 것이라고 가정할 때, 이 정책 때문에 과거 전문의약품 구입시 경험하는 모든 변화는 직접효과이며, 의약분업정책으로 인해 의료기관과 약국간 처방전달시스템이 구축되고 단순의약품의 약국외 판매가 허용되었다면 이러한 모든 변화는 간접효과인 것이다.

셋째, 정책효과는 그것이 처음부터 얻고자 의도했던 것인 지의 여부에 따라 의도했던 효과와 의도하지 않았던 효과로 구분할 수 있다. 의도하지 않았던 효과라 할 지라도 그것은 긍정적일 수도 있고 부정적일 수도 있다. 안전성이 낮은 의약품 즉 전문의약품의 오·남용방지를 의도하여 실시된 의약분업정책이 代替效果로 인하여 일반의약품의 오·남용을 증가시키게 되는 것은 의도하지 않았던 효과에 속한다. 또한 보건의료기관의 원외처방전 발행의무화로 처방을 받은 환자가 처방전 분실 또는 불편으로 인한 조제포기로 적절한 투약을 받지 못할 경우 발생하는 건강악화도 이에 속하는 것이다. 더욱이 의약분업으로 인한 손실보전을 목적으로 의료기관이 과잉진료를 한다거나 지역약국

에서 의약품을 권매하는 행위가 증가한다면 이 역시 의도하지 않았던 효과로 구분될 수 있다

마지막으로 정책효과는 관찰가능성을 기준으로 하여 客觀的 效果와 主觀的 效果로 분류할 수 있다. 객관적 효과란 정책의 집행결과로 얻어진 산출이 일반 사회상황에 미치는 관찰 가능한 영향을 말한다. 의약분업에서 전체의약품소비량의 감소는 객관적 효과에 해당되며 이는 客觀的 社會指標를 통하여 나타내질 수 있다. 주관적 효과란 정책의 집행결과로 얻어진 산출과 객관적 정책효과가 일반국민의 개인적·사회적 감정(social feelings)에 미친 영향을 일컫는다. 의약분업정책으로 국민의 지역약국에 대한 호감도가 증가하였다든지, 전문의약품 구입에 따른 불편이 심해졌다든지 하는 것은 정책에 대한 국민들의 만족도에 해당하는 것으로 모두 주관적 효과를 나타내 주는 지표들이다. 그러므로 객관적 정책효과가 객관적 사회지표에 의하여 나타내어 지듯이 주관적 정책효과는 주관적 사회지표에 의하여 파악될 수 있다.

한편, 이와 같은 정책효과는 대단히 복잡한 개념인데 효과평가를 부분적 효과에 대한 평가인 效果性評價와 효과전반에 대한 평가인 綜合效果評價로 나누어 수행되기도 한다.

1) 效果性評價

效果性評價란 정책이 원래 의도했던 직접적 목표의 달성정도를 측정하는 것으로 주로 短期的이며, 直接的이고 意圖했던 客觀的·主觀的 效果가 관심대상이 된다. 효과성평가는 정책이 그 상태를 개선시키고자 의도했던 대상에 대한 영향을 측정하는 것으로 의도했던 효과이므로 주로 긍정적인 변화에 관심을 두게 된다. 여기에서 다루어지는 문제를 의약분업정책에 적용하면 다음과 같다. 첫째는 의약분업정책으로 의약품 오·남용방지라는 의도했던 효과는 나타났는가? 하는 것이

다. 둘째는 의약품 오·남용방지라는 의도했던 효과가 나타났다면 이는 의약분업정책에만 기인한 것인가? 아니면 의료보험 약가의 실거래가 상환제도 또는 종별 수가 및 본인부담금 차등제도 등 다른 요인들이 그러한 효과를 야기하는데 복합적으로 작용하였는가? 하는 것이다. 셋째는 나타난 의약품 오·남용방지라는 효과의 크기는 어느 정도인가? 그리고 통계적으로 유의한 만큼의 변화가 일어났는가? 하는 것이다.

정책평가에서 효과성의 측정을 중요시하는 이유는 정책이란 바로 어떤 특정의 목표를 달성하기 위한 하나의 수단으로 탄생된 것이라는 전제에 기초를 두고 있다. 효과성평가는 정책이 실시되고 일정기간이 경과된 후 정책의 종결 혹은 계속 실시에 관한 주요결정을 내리기 위해 실시된다. 이때 효과성평가에서 주의할 점은 평가가 ‘의도했던 직접적 목표의 달성정도’라고 할 때, 이 목표의 의미가 무엇인가를 파악하는 것이다. 여기에서 目標란 정책을 통하여 달성하기를 원하는 것으로 效果目標을 말하는데 정책의 효과성평가는 바로 效果目標의 達成程度를 측정하는 것이다. 효과목표는 節次的 目標와 구분되는 데 후자는 정책의 내부적 운영과 관련된 목표로서, 정책의 집행에 책임을 지고 있는 행정부서의 직원이 수행하는 행정기능의 실적에 역점을 둔다. 의약분업정책의 경우 주무부처에서 대국민 홍보를 위하여 더 많은 정부예산을 확보한다든지, 의약분업협력회의를 모든 지역으로 확대한다든지 하는 것들은 모두 절차적 목표들이라고 하겠다.

한편 效果目標란 정책의 외부, 즉 정책의 효과에 초점을 맞추어 달성하고자 하는 바를 설정한 것으로서, 효과성평가는 이것과 관련하여 수행되는 것이다. 대국민 홍보로 국민이 전문의약품 자유구매요구가 감소되어 의약품 오·남용이 감소되었다든지, 모든 지역에서 의사와 약사의 협력체계가 강화되어 過誤處方率이 감소하는 것은 모두 效果目標들이라고 하겠다.

2) 綜合效果評價

綜合效果評價란 정책으로 비롯된 ‘모든 효과의 바람직함(desirability) 여부’를 결정하는 것이다. 여기에서 정책으로 비롯된 효과란 모든 유형의 효과를 포괄한다. 의약분업정책의 종합효과평가에서 구체적으로 다루어지는 문제는 다음과 같다. 첫째는 전체적으로 볼 때, 의약분업정책은 성공적이라고 볼 수 있는가? 하는 것이다. 둘째는 의약분업정책이 야기한 직접적·간접적인 효과는 무엇이고 이것들은 바람직한 방향으로 나타났는가? 는 바람직하지 못한 방향으로 나타났는가? 하는 것이다. 셋째는 의약분업정책이 의도했던 효과는 모두 나타났는가? 하는 것이다. 넷째는 의도하지 않았던 효과도 나타났으며 그것들은 바람직한 방향으로 나타났는가? 아니면 바람직하지 않은 방향으로 나타났는가? 하는 것이다. 다섯째는 정책의 단기적·장기적 효과는 무엇인가? 하는 것과 장기적인 효과와 단기적인 효과는 어느 정도 비슷한가? 하는 것이다.

이와 같은 통합효과평가는 효과성평가에서 다루지 못하는 여러 가지 측면에 대한 해답을 제공한다는 데에서 그 의의를 찾아볼 수 있다. 정책의 성공여부는 부득이한 경우에는 효과성평가의 결과에 의존할 수밖에 없겠으나, 이상적으로는 종합효과평가의 결과에서 그 해답을 구해야 할 것이다. 효과성평가에 의존할 수밖에 없는 부득이한 경우에는 특히 정책의 실시기간이 얼마 되지 않아 그의 장기적인 효과를 측정한다는 것이 아무런 의미가 없는 경우를 들 수 있다.

그러나 종합효과평가도 효과성평가와 마찬가지로 정책의 종료 후 뿐만 아니라, 그것을 집행하는 과정에서도 수행할 수 있다. 특히 정책을 실시한지 얼마 되지 않아 바람직하지 못한 부작용이 일어나는 경우 예로 의약분업실시 전후 보건의료서비스 이용상의 불편과 보험료

상승에 기인하여 국민들의 정책호응도가 감소하고 보건의료기관과 약국의 경영수지가 악화되어 편법이 횡행 할 수 있는 경우를 사전에 예상한다면 효과성평가보다 綜合效果評價가 더 적절하다고 하겠다.

4. 第4段階: 評價方法의 選定

가. 政策評價方法의 概要

정책평가이론에서 평가방법의 선정은 매우 중요하다. 그 이유는 평가의 본질이 정책의 주관심인 목표달성에 어떤 확정적 판단을 내리는 것이고, 이를 위해서는 평가방법을 구성하는 연구설계, 자료, 자료분석 및 해석 등이 타당하고도 적절하게 이루어져야 하기 때문이다.

정책평가방법은 크게 양적 평가방법과 질적 평가방법으로 이분된다. 양적 평가방법으로는 비용·편익 평가법 혹은 비용·효과 평가법이 해당된다. 그러나 경우에 따라서는 양적 평가방법 이외에도 질적 평가방법이 혼용된다. 질적 평가방법에는 참여관찰법과 심층면접법 등이 있는데 이들은 문제의 폭보다는 깊이에 중점을 두는 것으로 문제를 아주 자세하게 분석·검토하도록 하는 장점이 있다. 질적 평가는 단정적 정보보다는 성공적으로 작동하고 있는 것은 무엇인가, 정책대상 중에서 상황이 개선되고 있는 부분은 무엇인가, 그리고 정책시행 과정에서 변화를 요하는 영역은 무엇인가 등에 관한 정보를 제공할 수 있다. 또한 질적 평가방식은 양적 평가에서 표준적·양적 평가의 개념적 모형이라고 할 수 있는 과학적 방법의 인과관계식 문제해결 자체의 한계성을 극복하는 데 활용된다.

〈表 IV-5〉 量的 評價方法과 質的 評價方法의 比較

양적 평가	질적 평가
접근시각	
<ul style="list-style-type: none"> - 논리적, 실증주의적: 개인들의 주관적 상태에는 관심을 두지 않고, 사회현상의 사실이나 원인들을 탐구 - 자료에서 파생하지 않은 확인지향적·확증적·축소주의적·추론적·가설연역적 - 특정적(particularistic), 결과지향적, 객관적 - 강제적·통제적 측정 이용 	<ul style="list-style-type: none"> - 현상학적: 행위자 자신의 준거의 틀에 입각하여 인간 행태를 이해 - 자료에서 파생한 발견지향적·탐색적·확장주의적·서술적·귀납적 접근 - 총체론적(holistic), 과정지향적, 주관적 접근 - 자연주의적·비통제적 관찰 이용
자료와 가정	
<ul style="list-style-type: none"> - 외부자(outsider) 시각 - 경성(硬性)의 반복가능 자료 - 일반화가능: 복수사례연구 - 안정적 현실 가정 	<ul style="list-style-type: none"> - 내부자(insider)의 시각 - 실질적, 풍부한, 깊이 있는 자료 - 일반화불가능: 단일 사례연구 - 동태적 현실 가정
평가방법	
<ul style="list-style-type: none"> - 비용분석(cost analysis) - 비용효과분석(cost-effectiveness analysis) - 비용편익분석(cost-benefit analysis) 	<ul style="list-style-type: none"> - 심층면담(depth interviews) - 단체면담, 참여자관찰, 투사법(projective techniques) - 전문가평가

資料: Bogdan, R and S. Taylor, *Introduction to Qualitative Research Methods*, New York: John Wiley, 1975.

양적 평가에서 주로 사용되는 인과관계적 문제 해결방식은 전체를 지극히 단순화시키기 때문에 현실을 왜곡할 수 있다고 보고, 총체론적·상황적 평가모형인 질적 평가방식이 선호되기도 하는 것이다. 따라서 의약분업정책평가방법에도 양적 평가에 의존하기보다는 이의 단점을 보완하기 위해 질적 평가를 혼합할 필요가 있다.

나. 效果性評價

의약분업정책은 그 특성 때문에 우선적으로 效果評價, 다시 구분하

여 效果性評價와 綜合效果評價가 합당하다는 것을 앞에서 논한바 있다. 이 가운데 의약분업정책에 대한 효과성평가를 수행한다는 것은 의약분업정책이 의도했던 직접적 목표의 달성 정도를 측정하고 정책과 목표달성정도 사이의 因果關係를 검토하는 것이다. 즉, 정책목표달성도가 다른 어떤 요인에 기인하지 않고 평가대상이 되는 특정정책에만 기인한다는 사실을 제공하는 것이다. 그러므로 정책의 효과평가 그 중에서도 효과성평가에는 목표달성정도를 발견하는 데 충분한 정도로 명확하게 규정된 정책목표가 필수적으로 존재해야 한다. 만일 존재하지 않을 경우는 평가자가 어떠한 통로를 거쳐서든 그러한 목표를 찾아내야 한다. 그럼에도 불구하고 측정가능 목표가 이미 설정되어 있지 않고 또 이해관계자간에 목표에 대한 합의가 없어 평가자 자신이 정책목표를 찾아낼 수 없는 경우는 효과성평가가 매우 어렵게 된다. 정책목표의 설정은 대부분 정책결정자의 전유물이며 정치적 이유 또는 행정적 이유 등 여러 이유로 말미암아 정책목표는 애매 모호하게 규정되는 것이 일반적이다. 그러나 정책목표가 명확하게 규정된 경우라 하더라도 대체로 두 가지의 목표 표현유형을 발견할 수 있다. 이러한 유형에 따라 다른 평가의 기법이 이용될 수 있기 때문에 이러한 유형을 구별하는 것은 아주 중요하다. 하나는 사업의 목표를 量的으로 표현하는 방식이고, 다른 하나는 과거를 기준으로 하여 보다 나은 방향으로의 이행만을 명시하는 質的인 표현방식이다. 의약분업정책의 경우 일부 정책목표의 예를 제시하면 다음과 같다.

□ 量的 目標(quantitative objectives)

- 의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율을 2003년까지 현재 약 85.3%에서 50% 이하로 감소시킨다.
- 현재 약 56.6%인 의료보험 진료환자 중 주사제를 처방 받는 환자

비율을 2003년까지 30% 이하로 감소시킨다.

- 현재 약 30.3%(1994년 기준)인 국민의료비중 약제비 비율을 2003년까지 영국수준인 15.3% 이하로 감소시킨다.
- 현 70~77% 수준인 페렴구균의 페니실린 내성률을 2003년까지 50% 이하로 감소시킨다.

□ 質的 目標(qualitative objectives)

- 의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율 감소
- 의료보험 진료환자중 주사제 처방 받는 환자비율 감소
- 국민의료비중 약제비 비율 감소
- 페렴구균의 페니실린 내성률 감소

1) 醫藥分業政策目標가 量的 指標인 경우

이 경우에는 의약분업정책의 효과성은 다음과 같은 비율을 사용하여 평가할 수 있다.

의약분업정책의 효과성

$$= \frac{\text{의약분업정책을 통해 달성하고자 계획되었던 목표}}{\text{의약분업정책으로 인한 순목표달성}}$$

$$= \frac{(\text{평가당시 목표} - \text{의약분업정책이 없다고 가정할때 상태예측치})}{(\text{계획된 목표} - \text{의약분업정책이 없다고 가정할때 목표달성예측치})}$$

효과성의 측정에서 특히 주의해야 할 것은 단순히 목표 달성도와 계획된 목표달성도를 비교하여 효과성을 구하는 경우는 정책 이외의 요인이 목표에 미친 효과를 고려하지 않는 셈이라는 점이다. 그러므로 정책이 시행되지 않은 상태에서도 나타날 수 있는 목표달성 예측치를 양 항목 각각에서 뺀 후 그들을 비교하는 것이 효과성 측정의 타당한 방법이 된다. 정책이 없었다고 가정했을 때의 목표달성 예측

치를 얻는 방법으로는 통제집단이나 정책의 혜택을 받았던 집단, 즉 실험집단과 유사한 비교집단을 사용하는 것이다. 통제집단의 사용이 정책에 귀속시킬 수 있는 성과를 판단함에 있어 그 신뢰도를 최대화해 줄 것이다. 그러나 거의 전국적으로 동시에 실시될 예정인 의약분업정책의 경우 통제집단이나 비교집단의 동시대적 활용은 거의 불가능하다고 할 수 있으므로 의약분업정책이외에 목표에 영향을 줄 수 있는 요인²⁷⁾과 목표의 추세치를 감안하여 목표달성 예측치를 구하여야 할 것이다. 이에 따른 평가절차를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 계량적으로 표현된 정책목표를 확인하는 단계로 이때는 평가기준, 달성하고자 하는 정책목표치, 계획기간 등을 확인한다. 둘째는 계획기간 동안에 달성된 실적치를 구하는 단계로 1년이면 1년, 1개월이면 1개월 등 특정한 계획기간에 성취한 효과성 척도의 실제치를 얻는다. 셋째 단계는 실제치와 목적치를 비교하는 단계로 상기 공식에 따라 실적치와 목적치를 비교함으로써 효과성 척도의 값을 얻는다. 넷째는 정책 이외에 실적치에 영향을 미친 요인들이 야기한 효과를 고려하는 단계로 평가대상정책이나 사업 이외의 요인이 효과성 척도에 미친 효과를 계산하여 효과성 척도의 값을 최종적으로 조정하게 된다.

예로, 의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율을 2001년 7월까지 50%이내로 감소시키기 위해 2000년 7월 의약분업정책을 시행하였다고 가정하자. 2000년 7월에 평가를 수행한 결과 의약품을 처방 받는 환자비율은 40%이었으며 그 중에서도 20%는 의료보험심사기관의 진료실적 심사강화, 약가이윤 제거를 위한 보험 약가제도의 개선 등 의약분업 이외의 다른 활동에 기인한 것으로 밝혀졌다고 가

27) 전술한 의약분업정책의 제 1사업 목표 달성도에 대한 정책평가수행시는 의료보험 약가의 실거래가 상환제도나 중별 수가 및 본인부담금 차등제도 등의 효과를 감안해야 할 것이다. 그러나 이러한 효과의 고려는 또 다른 정책평가과정을 선행해야 하므로 몹시 어렵고 방대한 작업이다.

정하자. 이 경우 의약분업정책의 효과성은 $(40 - 20) \div (50 - 20) = 68\%$ 라고 할 수 있다.

2) 醫藥分業政策目標가 質的 指標인 경우

정책목표가 질적 지표로 표현되었다는 것은 비록 그것이 양적으로 표현되지는 않았다 하더라도 목적의 달성정도를 측정할 수 있을 정도로 목적이 명백하고 바람직한 변화의 방향이 명백하게 나타나는 경우를 말한다. 이때 사업의 효과성 측정은 과거의 일정시점 혹은 경향치를 기준으로 하여 효과성의 척도상에 바람직한 방향으로 유의한 변화가 야기되었는가를 검토함으로써 이루어진다. 여기서 유의한 변화란 사전에 정해진 유의수준을 이용한 통계적 검증에서 변화의 정도가 유의성을 가지고 있는 ‘통계적으로 유의한 변화’이거나, 정책평가의 결과를 이용하는 정책결정자의 입장에서 정책의 성패를 판단하는 ‘실질적으로 유의한 변화’의 경우이다.

가) 政策實施 前·後의 比較

이 방법에서는 하나의 정책대상집단의 상태를 두 시점, 즉 정책 실시 직전과 실시 후 적당한 시간이 경과한 시점에서 측정하여 이를 비교한다. 이는 前實驗設計의 하나로서 단일집단 前·後 檢査設計에 해당한다. 이 평가설계의 경우 의약분업정책 효과성은 다음과 같다.

의약분업정책의 효과성

= 의약분업정책 이후 평가기준 - 의약분업정책 이전 평가기준

그러나 이 설계를 이용하여 얻은 정책의 효과를 진정한 정책의 효과라고 받아들이는 데는 문제가 많다. 왜냐하면 통제되지 않은 여러 외적 변수 즉, 역사적 사건, 성숙요인 등의 영향을 알 수 없기 때문이

다. 다시 말하면 이 평가설계는 內的 妥當度(internal validity)를 저해하는 여러 요인들에 대해 무방비상태에 있기 때문에 정책의 효과를 측정하는 데 있어 가장 취약한 설계라고 할 수 있다.

위와 같은 제약점에도 불구하고, 경우에 따라서는 이 평가설계가 가장 현실적인 방법일 수도 있다. 첫째, 이용가능한 시간과 인적 자원이 제한되어 있을 때이다. 둘째, 정책의 존속기간이 짧고 그의 범위가 좁은 때이다. 이러한 상황하에서는 평가기준에 영향을 미칠 수도 있는 정책 이외의 요인이 작용할 가능성이 적기 때문이다. 셋째, 측정되는 평가기준의 값이 오랫동안 상당히 안정적이었고, 또 평가기간 중에도 그러한 안정성이 유지될 것으로 생각될 때이다.

의약분업정책평가에 있어 이러한 평가설계를 이용할 경우에 거쳐야 할 단계는 다음과 같다. 첫 단계는 해당 정책목표를 확인하는 것이다. 정책목표의 설정은 정책결정자의 기능이며, 평가자는 설정된 목표를 찾아내는 기능을 수행한다. 그러나 정책목표가 명시적으로 천명된 경우는 드물기 때문에 평가자는 약사법 등 관련법률, 공청회 회의록, 정책토론회 회의록, 사업관리자 및 정책결정자와의 면담을 통해서 정책목표를 찾아내야 한다. 두 번째는 정책목표에 상응하는 평가기준의 개발이다. 하나의 정책을 실시하면서 하나 이상의 목표를 추구하는 것이 일반적인 것처럼 하나의 목표 달성정도를 측정하기 위하여 사용될 수 있는 척도 또한 하나 이상일 필요가 있다. 왜냐하면 정책이 야기하는 효과가 다양하기 때문이다. 평가기준의 개발에 있어서 한 가지 주의를 요하는 것은 어떤 기준이 측정하기가 어렵다는 이유로 제외되어서는 안 된다는 점이다. 즉 평가기준의 개발은 그것의 측정가능 여부와 관계없이 이루어져야 하며, 개발된 기준은 여러 가지 방법, 예컨대 주관적이고 질적인 방법을 동원하여 이를 측정하도록 노력해야 한다. 세 번째와 네 번째는 각각 정책실시 이전과 이후의 이들 기

준들에 대한 값을 획득하는 단계이다. 다섯 번째는 정책에 의해 야기된 변화를 측정하기 위한 정책실시 전·후의 자료를 비교하는 단계이다. 끝으로 여섯 번째는 그러한 변화를 설명해 줄 수 있는 다른 가능한 요인을 검토하는 단계이다. 만일 그러한 요인이 있는 경우에는 사전·사후의 자료에 대한 그의 효과를 계산하거나 적어도 평가결과를 제시할 때 그러한 요인을 밝혀야 한다. 이러한 검토는 등한시되기 쉬우나 이 설계에 신빙성을 부여하기 위해서는 아주 중요한 일이다.

의약분업정책에서 실시 전·후 비교방법은 16개의 광역권(특별시, 광역시 및 도)의 의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율을 의약분업정책 실시 후 평가해 본 결과 95%의 신뢰구간에서 통계적으로 유의하였다면 의약분업으로 각 지역의 의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율은 통계적으로 유의하게 감소하였다고 평가할 수 있다. 그러나 비록 통계적으로 유의하지는 않지만 16개 중 절반이 넘는 약 9개의 광역권에서 의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율이 감소하였다면 정책결정자의 입장에서 ‘실질적으로 유의한 변화’로 받아들여 정책의 성공이라고 판단할 수도 있다.

나) 趨勢值와 實際值의 比較

이 평가설계에서는 정책실시 후의 평가기준에 관한 자료와 과거에 수행된 수 개의 자료에 기초한 추세치를 상호 비교하여 정책이 초래한 변화를 계산하는 것으로 準實驗設計이며 時系列實驗에 해당한다. 이 평가설계를 채택할 경우 의약분업정책 효과성은 다음과 같다.

의약분업정책의 효과성

= 의약분업정책 이후 평가기준 - 의약분업정책이 도입되지 않았을 경우의 예상치(추세치)

이 평가설계에서는 각 평가기준의 값에서 정책이 도입되지 않았을 경우 각 평가기준의 예상치를 뺀 차이를 평가대상 정책의 효과로 간주함으로써 새로운 정책으로 과거의 추세상에 어떤 뚜렷한 변화가 야기되었을 경우 그러한 변화를 정책의 효과로 평가한다. 이 설계는 앞의 평가설계보다 內的 妥當度가 훨씬 우수하다. 그 이유는 정책의 실시 이전과 이후 사이에 나타날 수 있는 성숙요인, 역사요인 등 외적 변수 효과를 추적할 수 있기 때문에 정책의 효과와 외적 변수의 효과를 혼동할 가능성이 훨씬 줄어든다는 점이다. 또한 시계열설계를 이용하면 한 번이나 두 번에 걸쳐 측정된 결과에 따라 평가하는 경우보다 역사적 사건의 효과를 훨씬 쉽게 파악할 수 있기 때문이다.

이 평가설계는 새로운 정책이 도입되지 않는 한 평가기준들의 상향추세나 하향추세가 계속될 것처럼 보일 때에 적용하는 것이 적절하다. 그 이유는 만일 과거의 자료들이 아주 불안정한 경우에는 추세치를 구하는 것이 별로 의미 없는 일이 될 것이기 때문이다. 또한 이 설계를 사용하기 위해서는 평가기준에 관한 시계열자료 즉, 과거의 자료가 풍부해야 된다는 것이 전제되어야 한다.

이러한 평가설계에 있어서 평가절차는 다음과 같다. 첫째는 해당 정책목표의 확인이다. 둘째는 목표에 상응하는 평가기준(효과성의 척도)의 발견이다. 셋째 단계는 정책실시 이전과 이후의 여러 시점에 있어서의 각 평가기준에 관한 자료획득이다. 넷째는 여러 통계적인 방법과 정책실시 이전 기간에 얻은 자료를 사용하여 평가시점에서의 평가기준의 값을 예측하는 것이다. 다섯째는 정책으로부터 야기된 변화의 양을 구하기 위하여 실제치와 예측치를 비교하는 단계이다. 그리고 끝으로 그러한 변화를 설명해 줄 수 있는 정책 이외의 다른 가능한 요인의 검토, 만일 그러한 요인이 존재한다면, 그것이 정책의 효과에 미친 영향을 측정하거나, 그렇지 않으면 평가결과를 제시할 때 그

러한 요인도 함께 제시해야 하는 단계이다.

의약분업정책평가의 경우 정책평가를 위해 고려할 수 있는 지표는 다양하다. 그러나 각 지표가 모두 풍부한 자료를 보유하고 있는 것은 아니다. 추세치와 실제치를 비교하는 본 평가설계는 의료보험연합회의 진료실적자료를 활용하여 정책달성도를 평가할 때 비교적 적절하게 적용될 수 있다고 할 수 있다²⁸⁾.

3) 效果性點檢

의약분업정책이 시행되면 정책이 실시되고 있는 기간 중에 주기적으로 평가기준의 상태를 점검함으로써, 정책이 얼마나 효과적으로 운영되고 있는지에 대한 개략적인 지식을 얻기 위해 效果性點檢을 하는 것이 좋다. 이러한 효과성점검은 정책효과를 어떤 특정 정책에 귀속시키려는 노력을 기울이지 않고, 그 대신 특정 정책의 효과에 대한 개략적인 경향이나 사업이 안고 있는 문제 및 사업에 내재하고 있는 결함 등의 발견에 초점을 두게 된다. 이를 위해 첫째 단계로는 의약분업정책 사업관계기록, 기타 기존자료, 현지방문 혹은 특별조사 등 자료원을 구분하고 이를 지속적으로 확보한다. 그 다음에는 효과성 척도에 대한 자료를 수집하게 된다. 셋째 단계에서는 효과성 척도의 값과 과거 또는 기대치를 비교하게 된다. 넷째로는 정책평가를 발주한 정책결정자 등에 평가결과를 비교한 보고서를 제시하는 단계이다. 의약분업을 추진하는 경우 이러한 효과성을 점검함으로써 정책결정자 또는 사업관리자는 정책효과를 증대시킬 계획을 지속적으로 추진할 수 있다.

28) 질적 정책목표를 기초로 한 효과성평가에는 이외에도 정책이 실시되지 않은 지역 또는 집단과 비교하는 비동질적 통제집단설계와 사전에 정책대상집단과 통제집단을 무작위로 선정하여 정책을 실시한 후 평가하는 진실험설계류의 사전·사후 통제집단설계가 있다. 의약분업이 전국적으로 동시에 실시될 경우 이러한 평가설계는 적용될 수 없으므로 본 연구에서는 논하지 않을 것이다.

다. 綜合效果評價

綜合效果評價를 의약분업정책평가에 적용할 경우 정책이 의도했던 직·간접적 효과뿐만 아니라 의도하지 않았던 긍정적·부정적 효과를 모두 검토함으로써 의약분업정책의 성공 여부에 대한 총체적인 판단 자료를 얻을 수 있다. 종합효과평가는 정책목표가 질적으로 표현된 경우의 효과성평가방법과 깊은 관계가 있다. 그러나 이때의 효과성평가는 이론적으로 의존하지 않았던 효과를 고려해야 함을 강조하면서도 조사설계에서는 직접적으로나 간접적으로 그것을 측정할 수 있는 장치를 마련해 놓고 있지 않은 단점이 있는 데 종합효과평가는 이 문제를 해결하기 위한 방법의 일환이라고 할 수 있다. 정책의 종합효과를 평가하는 데는 專門家評價와 輿論調査가 사용된다.

1) 專門家評價

의약분업정책평가에서 專門家評價方法을 먼저 적용해 볼 수 있는 방식은 첫째, 정책효과를 의도했던 직접적 효과, 의도했던 간접적 효과, 의도하지 않았던 직접적 효과, 의도하지 않았던 간접적 효과로 구분하여 평가하고 총체적 순효과를 구하고 둘째, 이에 대해 전문가의 의견을 묻는 방법이다. 전문가 의견을 추가로 묻는 것은 전문가가 의약분업정책이 야기한 총체적 순효과가 가치가 있는 것이며, 또한 만족스러운 정도인지를 결정하도록 하는 것이다. 이는 정책효과가 실질적으로 유의한지의 여부를 묻는 것으로 통계적으로 유의한지를 결정하는 것이 아니다. 의약분업정책 평가시 전문가의 범주에는 의약분업정책의 정책결정자 및 그 분야를 연구하는 보건의료분야 전문연구자와 학자를 들 수 있다.

그러나 이러한 방식에서 첫째 단계인 총체적 순효과 계산은 이론적

으로는 가능할지 모르나, 실제에 있어서는 거의 불가능할 수 있다. 따라서 대안으로 의약분업정책분야의 전문가를 자문요원으로 채용하여 그로 하여금 정책의 종합효과를 측정하도록 하는 전문가평가법을 생각해 볼 수 있다. 이 경우 전문가로는 정책결정자를 제외한 보건의료분야의 전문연구자와 학자로 하고 이들이 현지방문을 통하여 필요한 정보를 수집하도록 한다. 이 경우 종합효과평가를 위한 전문가평가법, 평가의 가치, 판단의 유용성과 타당성은 전문가의 지식과 기술, 그 분야의 지식의 발전정도에 의존한다. 전문가가 사업의 종합효과를 측정하기 위해 채택하는 절차는 전문가에 따라 차이가 있을 것이나, 대체로 사업규모, 사업참여자 유형 등을 파악하기 위한 사업기록의 검토, 사업실시 상황의 관찰, 사업참여자와의 면담 등과 같은 방법들이 종합적으로 채택되어야 한다.

2) 輿論調査

의약분업정책의 전문가조사가 보건의료분야 학자나, 연구자를 대상으로 하는 반면, 여론조사를 통해서는 의약분업정책에 대해 조사대상자들이 느끼는 感情이나 満足度を 묻는 조사가 행해진다. 이 경우 조사대상자로는 의약분업정책에 대하여 직접적으로나 간접적으로 영향을 받았던 모든 집단이 적절하게 대표되는 것이 바람직하므로 병원행정가, 의사, 약사, 소비자 등이 조사대상자가 될 수 있다. 여론조사는 이들에게 의약분업정책의 공과에 대해 총체적으로 판단한 결과를 제시하도록 요구하는 과정이다.

5. 第5段階: 政策評價指標의 決定

가. 評價指標設定時 考慮事項

공공정책의 결과를 평가하기 위한 평가지표의 보편적인 기준을 설정한다는 것은 현실적으로 불가능할 수 있다. 이것은 각 공공정책이 가지고 있는 특징뿐만 아니라 사회경제 각 분야에 미치는 제 요인들이 서로 상이하기 때문이다. 본 연구의 대상인 의약분업정책의 평가 지표가 구비하여야 할 속성을 열거해 보면 다음과 같다.

1) 測定可能性(measurability)

의약분업정책 평가지표 설정시 평가의 대상은 객관성을 확보할 수 있게 측정 가능하여야 한다. 일반적으로 평가자의 자의성을 배제하기 위해서는 가능한 한 計量指標 위주로 지표를 설정하여야 하나, 계량화가 불가능하거나 질적인 측면에서의 평가가 요청되는 경우에는 質的 指標인 非計量指標를 설정해야 할 것이다. 계량지표이든 비계량지표이든 평가의 객관성을 확보할 수 있도록 각 개별지표의 측정방법에 대한 심층분석이 이루어져야 한다.

2) 改善可能性(improvability)

의약분업정책평가의 목적이 의약품 오·남용 방지라는 면에서 볼 때 평가지표는 의약품 오·남용 방지 가능성을 고려하여 결정하여야 한다. 아무리 좋은 지표라 하더라도 의약품 오·남용 감소를 위해서 개선할 여지가 없는 지표는 지표로서 실익이 없는 것으로 가능한 한 개선 잠재력이 높은 분야를 자극할 수 있도록 평가지표가 설정되어야 한다.

3) 管理可能性(controllability)

의약분업정책 평가지표는 정책의사결정자 또는 사업관리자의 관리가 가능한 분야를 대상으로 하여야 한다. 즉 정책의사결정자 또는 사업관리자가 통제할 수 없는 요인은 가급적 평가지표 설정시 이를 제외하거나 조정할 수 있는 방향에서 추구되어야 한다. 또한 평가지표는 정책의사결정자 또는 사업관리자가 이해하는 범위 내에서 이루어져 정책효과 평가 전에 그 지표달성의 정도를 파악할 수 있어야 한다.

4) 相對的 重要性(relative materiality)

의약분업정책 평가지표의 선택은 이들 지표 상호간의 상대적 중요도에 따라 결정해야 한다. 평가지표의 종류 및 수의 적정성 여부는 평가의 목적, 대상 등에 따라 상이하겠지만 지표관리 및 평가 합목적성 측면에서 볼 때 지표의 종류 및 수는 가급적 제한하는 것이 바람직하다. 그러나 우선 순위를 매겨 지표와 수를 정하되 평가예산이 충분할 경우는 관련 효과를 가능한 한 많이 포착할 수 있도록 포괄적으로 지표를 채택하는 것이 좋다.

5) 充分性(sufficiency)

평가지표는 의약분업정책 효과를 충분히 평가할 수 있도록 지표의 내용이 불투명하거나 지표항목간의 구분이 모호하지 않도록 하여야 한다. 동일한 정책효과가 상이한 지표로 중복 평가되는 것은 가능한 한 배제시켜야 하며 동일구성요소가 상이한 지표에서 상호 반대방향으로 작용되도록 평가지표가 선정되는 것도 정책평가결과를 환류시킬 때 혼선을 초래하게 되므로 가급적 피하여야 한다.

6) 比較可能性(comparability)

의약분업정책 평가지표는 원칙적으로 계속성을 유지하여 평가와 환류의 안정성을 확보하고 연도별 효과를 비교할 수 있어야 한다. 정책 변화, 보건의료환경의 급격한 변동 등으로 특정평가지표가 오히려 의약품 오·남용 방지노력을 저해한다고 판단되는 극단적인 경우를 제외하고는 계속성을 유지하는 것이 중요하다.

위에서 제시한 6개의 평가지표 기준은 단지 평가지표 설정시뿐만 아니라 평가기준 또는 가중치가 부여될 때에는 가중치 배부기준으로도 고려될 수 있다. 다만 이러한 중점 고려사항은 서로 보완적이기도 하고 상충되기도 하기 때문에 모든 지표가 이러한 기준을 구비하여야 할 것보다 최소한도로 갖추어야 할 속성으로 이해하여야 할 것이다.

나. 政策分析

의약분업정책 평가지표가 잘못 설정되면 동 정책은 오토될 수도 있으며 경우에 따라서는 정책개선을 위한 동기유발을 못하거나 이를 억제하게 되어 자원이 낭비될 수도 있다. 예를 들면 지표의 성격상 계량지표의 경우에는 결과 예측이 어느 정도 가능하므로 지표 산식이나 기준치 등을 잘못 설정하게 되면 무의미한 지표가 되어 정책개선을 위한 동기유발을 하지 못하는 반면 경우에 따라서는 지표에서 요구하는 있는 목표의 달성이 불가능한 경우도 있게 되어 지표관리를 사전에 포기하는 경우도 있을 수 있다. 또한 의약분업정책은 투입과 산출이 계량적으로 직접 대응되지 않는 경우가 많아 질적 지표 즉, 결과보다는 과정을 평가하게 되는 성격이 강한 비계량지표가 많아지게 되는데 이 경우 동 지표의 설정취지나 목적이 정책의사 결정자나 사업관리자의 의도와 같을 수도 있으나 다른 경우도 있게 된다.

평가지표를 합리적으로 설정하기 위해서는 다시 말하면 지표가 의약분업정책의 특성에 부합되어 의약품 오·남용이 방지되도록 하기 위해서는 정책의 실시목적, 사업내용 및 특성과 비중, 사업과 관련된 통제상 애로요인, 중점관리분야 등을 충분히 검토해야 된다.

의약분업정책의 특성을 반영하고 핵심사업을 자극하면서 가급적 개선가능성이 큰 분야의 순수한 정책시행 노력만을 평가하기 위해서는 정책목적달성을 위한 주요사업의 내용을 면밀히 분석할 필요가 있다. 다시 말하면 평가지표는 사업분석을 기초로 하여 설정되어야 정책특성을 보다 합리적으로 반영한 지표가 설정될 수 있다는 것이다.

1) 醫藥分業 關聯 資料 蒐集 및 檢討

의약분업정책을 이해하기 위해서는 이와 관련된 자료를 수집·검토하여야 한다. 자료로서는 약사법, 의료법, 건강보험법 및 관련 규정, 의약분업 관련 국내·외 학술 문헌 등 다양한 바 이해의 심도가 깊어지고 관심이 많은 분야에 대해서는 보다 세부적인 자료가 필요하게 될 것이다. 자료의 검토를 마치면 의약분업정책에 대한 개괄적인 이해를 할 수 있을 것이다.

2) 政策目標確認

다음은 의약분업정책의 목표를 확인하는 단계로서 정책이 달성해야 될 최상위의 정책목표가 무엇인지를 밝히고 이와 같은 상위 정책목표를 달성하기 위한 보다 구체적인 개념인 하위목표 또는 중간목표가 무엇인지를 파악하는 것이다. 의약분업정책을 통해 정부는 의약품 오·남용방지, 약화사고 예방, 과잉투약방지, 불필요한 의약품의 소비감소, 국민의료비의 대폭절감이라는 정책목표를 달성하고자 하고 있다. 이

들 정책목표는 서로 중복되고 있는 데 그 중 가장 최상위의 정책목표로 선정될 수 있는 것은 무엇보다도 의약품 오·남용의 방지일 것이다. 중간목표로는 소비자의 전문의약품 자유구매금지, 외래환자에 대한 의사조제금지, 전문의약품에 대한 약사 임의조제금지, 외래환자용 의약품의 보건의료기관내 원내조제 금지 등을 실질적으로 얼마나 완수하느냐가 될 것이다. 그러나, 이와 같은 목표의 확인에 있어서 목표의 우선 순위나 하위목표는 평가자에 따라 차이가 나타날 수 있을 것이다²⁹⁾.

3) 目標達成을 위한 主要事業確認

의약분업정책의 목표를 효과적으로 달성하기 위해서는 여러 사업을 수행해야 하며 이들의 내용이나 처리과정도 복잡다기하므로 전체를 하나의 일관된 투입-활동-산출(input-activity-output)이라는 과정으로 개관한 후 수행하는 사업 중 비중이 비교적 크고 핵심적인 사업만을 파악하여 이들 각각의 사업에 대한 투입-활동-산출의 주요과정을 보다 세부적으로 검토하면 정책목표달성을 위한 주요사업을 보다 정확히 파악할 수 있을 것이다. 주요사업을 파악하기 위해서는 보건복지부 보건정책국내 의약분업추진본부의 조직도와 업무분담규정이나 이에 대한 내용을 분석·검토할 수 있다. 다시 말하면 하위목표를 달성하기 위한 부서와 각부서의 주요업무내용을 연결시켜 보면 주요사업내용을 파악할 수 있게 된다. 또한 이들 주요사업이 예산서나 사업계획서 그리고 결산서 등과 어떻게 연결되고 있는가를 검토하게 되면 이들 주요사업의 특성, 즉 재원은 중앙정부예산으로 조달되는가, 지방정부 또

29) 본 장의 제1, 2절에서 이 부분에 대한 논의는 상당히 진행된 바 있다. 즉, 정책관련자와 정책목적의 파악, 평가성사정은 본 절에서 논의되는 부분의 선행작업이라고 할 수 있기 때문이다.

는 관련협회의 지원을 받고 있는가, 또 이들 사업이 지향하는 궁극적인 목적이나 효과 등은 무엇인가 등을 개괄적으로 파악할 수 있을 것이며 사업과 관련된 인원, 예산의 규모, 사업의 목적이나 효과 등과 관련시켜 보면 각 사업의 비중이나 우선 순위 등도 개괄적으로 파악할 수 있다.

4) 主要事業의 業務흐름도 作成

의약분업정책평가에 있어서 업무흐름도(flow chart)를 작성하여 특정 사업이 처음 시작부터 어떤 과정과 단계를 거쳐서 완료되는가를 순서에 따라 요약할 필요가 있다. 업무흐름이 비교적 단순한 경우에는 서술식이 좋으나 복잡하고 타 정책 부서와의 연결이 많은 경우에는 도식화하는 것이 이해하기 쉽다. 이와 같은 업무 흐름도에 의하여 업무처리의 복잡성여부, 주요통제요점, 업무처리 단계별 내용, 주요증빙서류의 움직임, 타 정책 부서와의 관계 등을 쉽게 파악할 수 있는데 작성목적 여하에 따라 각 단계와 각 단계별 세부내용이 신축적으로 표시될 수 있다. 업무흐름도는 현실감 있게 그대로 작성되어야 하므로 현장을 방문하고 의약분업정책 관련 부서인 보건정책국, 연금보험국, 의약분업추진본부 담당자와의 면담확인 등의 절차를 반드시 밟아야 한다.

의약분업정책 평가시 업무흐름도는 각 단계별로 주관부처 내부에서 통제할 수 없는 요인이 있는지, 있다면 무엇인지를 밝힐 수 있고, 각 단계별로 소기의 목적을 가장 효과적이고 효율적으로 달성하기 위한 중점관리분야가 무엇인지를 밝힐 수 있도록 작성되어야 한다. 왜냐하면 정책목적을 우선 순위에 따라 구분하고 각 목적을 달성하기 위한 주요사업의 수행과정을 철저히 분석하여 이에 관련된 통제가 어려운 요인을 밝히고 각 사업의 목적을 효과적으로 달성하기 위한 중점관리

분야를 밝혀 개선가능성이 큰 중점관리분야에 정책노력을 집중할 수 있도록 평가지표가 설정되어야 사업관리자의 노력을 이곳으로 유도할 수 있어 보다 좋은 효과를 가져올 수 있기 때문이다.

5) 統制不能要因 把握

의약분업정책을 제대로 평가하기 위해서는 관련사업과 관련된 애로 요인, 특히 정책관련부처가 통제하기 어려운 요인을 파악하여 소극적으로는 이들 분야를 평가에서 제외시키거나 이 분야에 대한 정책노력이 높히 평가되도록 배려하여야 한다. 보다 적극적으로는 가능한 한 제도개선 등 관련 환경을 개선, 보장하여 사업관리자가 노력한 만큼의 평가를 받을 수 있도록 관련여건을 조성하기 위한 정책건의 등을 하는 계기가 되도록 해야 한다. 통제불능요인을 정확하게 파악하기 위해서는 주요사업의 업무흐름도가 명확하게 작성되어야 하겠으며 이를 근거로 주요단계별로 관련된 대내외 법령, 규정 등을 입수하여 동 내용을 충분히 검토한 후 담당실무자와의 면담 등에 의하면 이를 비교적 쉽게 파악할 수 있다.

의약분업 정책시 통제불능 애로요인은 대내·외 정치, 경제, 사회 등의 제반사항과 직접 관련된 요인으로서 정책의 목적 또는 절차나 행위에 중대한 영향을 미치는 것으로 구분할 수 있겠다. 그러나 어떤 요인이 구체적으로 통제 불가능한 것인가는 개별적으로 충분한 검토를 거쳐 판단해야 될 것이다. 왜냐하면 언뜻 보기에는 통제 불가능한 요인으로 보이는 것도 의사결정자의 상향조정, 정책과의 직접적인 관련성, 구체성, 예측과 관련된 불확실성의 정도, 탄력적인 운영의 묘, 미치는 영향의 정도 등을 구체적으로 살펴보면 통제가능요인의 범주에 속하는 것이 많기 때문이다. 일례로 의사단체가 분업에 대한 손실보전을 주장하여 관련 진료수가를 인상시켜달라고 요구하는데 기획에

산처가 이를 반대하는 상황이 발생한다면 사업관리자측면에서는 통제 불능요인이 될 수 있으나, 보건복지부장관과 기획예산처 장관과의 차원에서는 통제가능 요인화 할 수도 있는 것이다.

6) 重點管理分野 把握

의약분업정책 지표설정과 관련한 사업분석의 마지막 단계는 중점관리분야의 파악이다. 다시 말하면 주요사업수행 효과를 극대화시켜 결과적으로 정책목적을 효과적으로 달성하기 위해서는 어느 분야에 정책 노력을 우선적으로 그리고 중점적으로 투입해야 할 것인가를 파악하는 단계이다. 중점관리분야는 보는 시각에 따라 달라질 수 있는데 의약분업정책의 포괄적 목적, 장기계획, 사업계획, 해당사업의 궁극적인 목표 등과의 연관성을 보다 철저히 검토하고, 사업목표를 달성하기 위한 제반요소, 예를 들면 대내·외 환경요인, 물적요인, 인적요인 등을 세부적으로 검토하면 할수록 보다 구체적인 중점관리분야를 파악할 수 있다.

사실상 중점관리분야를 파악하는 주요목적은 첫째로, 인력이나 시간 또는 물자를 배정하는 우선 순위를 결정해 줌으로써 한정된 자원을 효과적으로 배분할 수 있도록 해준다. 둘째로, 사업목표를 보다 구체적으로 분석하여 제시하게 되므로 구체화된 목표관리가 가능하게 되며 각 부서간의 책임과 업무한계를 보다 명백히 할 수 있다. 셋째로, 관리의 수준이 낮거나 업무내용이 복잡한 경우에는 최상위 목표에 평가의 초점을 두는 것보다는 보다 하위의 세부적인 목표를 평가함으로써 관리의 단순화를 기할 수 있고 부서간의 책임한계를 명백히 할 수 있을 뿐만 아니라 구체적으로 정책노력을 기울일 수 있는 방향도 제시할 수 있게 된다.

의약분업정책의 경우 지역별 의약분업협력회의를 일단의 중점관리분야 또는 기구로 확정하고 이를 중심으로 여러 지표들이 관리될 필

요가 있다. 전국 시·군·구 지역단위로 해당 보건소(243개소)에 설치예정인 지역별 의약분업협력회의가 얼마나 원활하게 운영되고, 정책효과가 지역별로 어떻게 결과되느냐가 의약분업의 성패에 큰 영향을 미친다고 해도 과언이 아닐 것이라고 보기 때문이다. 상위 정책사업기구를 주관할 중앙정부와 말단 정책사업기구인 지역별 의약분업협력회의의 역할 구분을 명확히 하고 상호 조정을 효과적으로 수행하는 것이 필요할 것이다.

다. 指標化分野 檢討

의약분업정책의 평가지표를 구축하기 위해서는 양적 지표인 계량지표와 질적 지표인 비계량지표가 동시에 사용되어야 함은 전술한 바와 같다. 계량지표는 목표 대 실적, 추세치 등의 객관적 수치에 의한 평가기준을 가지고 있는 지표이다. 또한 비계량지표는 일정등급구분 예로 5등급에 의한 등급별 평가기준을 가지고 있는 지표들로서 실적의 계량화나 객관화가 불가능하거나 평가대상의 질적 측면을 평가하기 위한 지표라고 할 수 있다.

1) 計量指標關聯 考慮事項

의약분업정책에서 중점관리분야를 검토한 결과 양적인 성과나 양적으로 측정이 될 수 있는 분야에 대해서는 계량지표화가 가능하다. 이들 분야가 계량지표로서 구체화되기 위해서는 아래와 같은 내용들이 보다 구체적으로 검토되어야 한다.

가) 評價算式은 어떻게 할 것인가?

의약분업정책평가를 위해서는 지표의 평가산식을 만들어야 한다.

평가산식이란 평가지표의 구성내용을 뜻하며 평가대상의 구체적 표현을 의미한다. 정책효과를 측정하기 위해서는 평가대상을 무엇으로 하느냐, 어떤 평가산식이 가장 좋은가, 즉 단순한 양적 목표가 좋은가, 아니면 분자·분모의 비율식으로 되는 것이 좋은가, 이 경우 분자와 분모는 대응 또는 연계관계가 있는가, 각각의 구체적인 내용과 범위는 무엇인가, 이들은 어떻게 파악되는가 등을 충분히 검토하여야 하며 각각의 대안에 대한 비교를 하여야 한다. 평가산식의 내용은 계량지표의 경우 대체로 절대치, 비율 등의 형태를 취하게 되나 이 경우에 절대치 또는 비율을 어떻게 정의하느냐 하는 문제는 평가지표 개발에 있어서 가장 핵심적인 요소가 된다. 이 경우 절대치로 표현되는 평가산식은 지표가 의약분업정책에 의해서만 독립적으로 영향을 받을 수 있는 경우에 적용될 수 있다. 상대적 비율에 의한 평가산식은 분모 변수의 변화가 기간 중 발생했거나 의약분업정책 외적인 영향변수가 분자·분모에 유사한 정도로 영향을 미쳤다면 적용될 수 있다.

여하튼 정책효과 평가산식은 가능한 한 계량화되어야 하는 데 그 이유는 평가의 객관성, 공정성, 신뢰성을 높이기 위해서도 필요하다. 이와 같은 평가산식의 계량화는 평가지표를 단순히 수식으로 나타낸다는 형식적 측면뿐만 아니라 그러한 수식 구조를 어떻게 평가목적에 적합하게 다듬어 가느냐 하는 내용적 측면도 중요하게 음미될 필요가 있다.

계량적 평가산식 개발의 첫 단계는 우선 평가대상을 결정하는 것이다. 평가대상은 정책노력의 결과이므로 마땅히 정책노력으로 이루어지지 않는 결과는 평가에서 제외되어야 한다. 또한 정책노력 결과를 모두 그 대상에 포함해야 하며 정책노력 결과를 부분적으로 평가해서는 의미가 없다. 왜냐하면 다른 부분을 희생하고 평가대상 부분에만 자원을 투입하게 되는 것은 바람직하지 못하기 때문이다. 이러한 평가대상의 범위가 확인되고 결정되면 정책노력 결과를 묶어서 평가지

표로 나타내어야 한다. 이때 소수의 종합지표를 구성하는 방법과 다수의 세부지표를 구성하는 방법 사이에 선택의 문제가 있게 되는 데 평가예산측면을 고려하여 적절한 수의 지표를 선택해야 한다.

종합지표이든 세부지표이든 평가지표가 구성되면 평가지표를 구성하고 있는 항목 하나 하나에 대한 의미를 정확히 부여해야 한다. 이 단계에서는 두 가지 점에 유의할 필요가 있다. 첫째는 각 항목 결정에 있어서 어떤 세부항목을 포함시키고 어떤 세부항목을 제외시킬 것인가를 명백히 해야 한다. 정책평가 목적상 세부항목의 부분적인 가감승제 등 수정이 불가피한 경우가 있을 수 있기 때문이다. 둘째는 각 항목의 취사선택에 대한 방침이 결정되면 평가지표를 구성할 각 항목을 대표하는 수치 또는 금액에 대한 질적인 조정이 필요한지 여부를 판단하여야 한다. 의료비와 같이 물가변수에 영향을 받는 비용의 절대치는 불변가격으로 환산하는 것이 평가 목적상 타당할 수 있다.

나) 評價基準値는 어떻게 算定되는가?

의약분업정책 평가시 평가기준치를 단일 또는 변동목표가 좋은가, 과거 실적에 의한 시계열상의 일정한 점으로 할 것인가 등도 이들의 특성에 따라 구체적으로 검토되어야 한다. 사실 평가기준치라 함은 평가지표가 의도하는 정책효과의 호·불호를 판단하는 표준이 되는 값으로서 이 평가기준치가 적정하게 잡히지 않으면 정책효과 평가결과가 별 의미가 없게 된다. 동일한 정책효과를 평가함에 있어서도 평가기준치를 낮게 설정하면 정책효과 우수로 평가되지만 평가기준치를 높게 설정하면 정책효과 불량으로 평가될 것이기 때문이다.

의약분업정책 평가기준치를 설정하는 데는 유사한 환경의 외국의 의약분업진행과정을 참고하여 결정하는 외부기준이용법과 과거 실적치 또는 과거 실적치의 추세 등을 이용하는 과거실적이용법 등 두 가

지 유형이 있을 수 있다.

外部基準利用法은 의약분업을 먼저 실시하고 있는 일본, 대만 등의 정책실적을 참고하여 기준치를 설정하는 방법이다. 이러한 외부기준치는 평가자가 정책의사결정자와 협의 하에 결정되기도 하는데 여기에 사업관리자가 개입되면 정책실적을 보다 크게 인정받기 위하여 기준치를 낮게 잡도록 압력이 주어 질 수 있으므로 특별히 유의해야 한다. 다시 말해서 사업관리자의 정책노력을 평가할 목적을 가지고 있는 정책의사결정자는 평가기준치를 설정할 때 평가자가 가급적 사업관리자의 영향력에서 배제되도록 사전에 조처해야 한다.

過去實績利用方法은 특정 분야의 과거실적을 이용하여 차년도의 평가기준치를 산출해 내는 방법이다. 이러한 과거실적자료에 의한 기준치 설정방법은 관련 자료를 정확하게 입수할 수 있다는 실무적인 장점이 있는 반면에 정책집행과정에서 발생할 수 있는, 과거에는 없었던 새로운 정책외적 교란요소를 적절히 반영할 수 없다는 단점이 있다. 그러나 어떤 교란요인이 발생하면 이를 평가에서 제외시킬 수 있는 방안을 사전적으로 결정하여 놓을 수 있다. 과거실적자료를 이용하여 차년도의 평가기준치를 결정하는 방법에는 통계학적으로 여러 가지가 있을 수 있다. 우선 가장 간명한 방법은 과거 실적의 단순평균치로 차년도 평가기준치를 결정하는 것이다. 이 방법은 과거 실적자료가 뚜렷한 추세를 보이지 않을 때 사용하여야 하며, 과거 시계열자료가 어떤 추세를 시현하고 있는 경우에는 회귀분석 등 추세분석을 이용하여야 한다. 회귀분석에 의한 평가기준치의 추정에 있어서 가장 유의해야 할 것은 함수관계식을 어떻게 결정할 것인가에 있다고 하겠다³⁰⁾. 또한 상술한 평균치를 이용하는 방법 중에는 가중평균치를 이용할 수도 있다. 예를 들면 과거 5~6년간 실적자료를 검토해 본 결

30) 본 내용은 앞 절의 평가방법 선정에서 일부 논의된 바 있다.

과 자료상으로는 추세를 보이고 있으나 그것은 자료의 분포가 그렇게 되었을 뿐이지 사실상 과거 3~4년 이전에 급격한 보건의료환경 변화가 일어나서 그 이전의 실적자료는 추정하는 데 도움이 되지 못하는 경우가 있다. 이때 평가기준치를 추정하는 데 이용되는 자료들 중에서 특별히 중요성을 갖게 되는 과거자료는 상대적으로 높은 가중치가 부여되도록 조정할 수도 있다.

다) 統制不能要因은 무엇이 있으며 이들은 어떻게 考慮해야 되는가?

통제 가능한 사항이나 대·내외의 여건변경으로 성과가 달라지는 경우는 무엇이 있으며, 이들 영향을 어떻게 고려해야 될 것인 가도 검토하여야 한다.

라) 等級區間은 設定되야 하는가, 그렇다면 얼마가 適當한가?

의약분업정책 평가지표의 구성내용과 평가기준치가 결정이 되면 평가 해당 년도의 정책실적치를 평가지표의 구성내용에 따라 계산하여 이를 평가기준치와 대비해 보면 해당 년도의 정책효과가 기대이상인지 또는 기대이하인지가 드러나게 된다. 정책실적치가 평가기준치를 상회하는 경우에는 조금 상회하는 경우와 대폭 상회하는 경우를 동일하게 평가할 수는 없을 것이다. 소위 정책실적평가를 상·중·하 등의 등급이나 또는 최우수, 우수, 보통, 미흡, 불량 등의 등급으로 평가하고자 할 때, 상과 중의 경계선과 최우수, 우수의 경계선과 같은 등급구간을 어떻게 결정할 것인가는 평가기준치 설정과 똑같이 중요한 문제이다.

등급구간을 결정하는 데는 무조건 일정한 증가율을 정하여 놓고 이 增加率에 의하여 일률적으로 등급구간을 결정하는 방법이 가장 간명한 방법이다. 예를 들면 평균기준치를 5% 초과하면 우수, 10% 초과하면

면 최우수로 평가하는 방법을 모든 지표에 적용하는 것이다. 그러나 이 방법에는 한 가지 단점이 있다. 즉, 평가지표의 구성내용과 성질에 따라서 평가기준치를 5% 초과하는 것이 아주 힘든 평가지표가 있을 수 있다는 점이다. 그러므로 일정한 증가율을 모든 평가지표에 일률적으로 적용하는 데는 무리가 있다. 따라서 평균기준치를 크게 초과할 수 있는 지표의 등급구간은 폭을 넓게 잡아주고 평가기준치를 크게 초과하기가 어려운 지표의 등급구간 폭은 좁게 잡아 주어야 할 것이다. 이와 같은 평가기준치 초과의 난이도를 자동적으로 반영하여 등급구간을 결정하기 위해서는 각 지표의 標準偏差의 確率分布를 이용하는 방법이 있다.

마) 加重値는 附與해야 하는가, 그렇다면 얼마가 適當한가?

의약분업정책 평가시 관련 사업상의 비중, 달성효과, 달성노력도 등을 깊이 검토하여 이들에 합당한 가중치가 부여되는 것이 좋은지의 여부, 또는 가중치의 정도가 배려되어야 한다.

평가지표의 구성내용이 확정되고, 평가기준치가 결정되고, 평가등급구간이 결정되면 평가 년도의 정책실적에 따라 각 평가지표의 평점이 계산될 수 있다. 각 개별지표에 대한 가중치 배분에서 가장 간명한 방법은 모든 개별지표에 동일한 가중치를 일률적으로 적용하는 것이다. 그러나 각 개별지표의 개선에 소요되는 정책노력의 정도가 같을 수가 없을 뿐만 아니라 각 개별지표의 사회경제적 효과가 상이할 것이므로 각 지표에 대한 가중치의 배분은 획일적으로 균일하게 할 수가 없게 된다. 각 개별지표에 대한 가중치 배분에 있어서는 평가대상이 되는 분야, 즉 정책목표 또는 주요사업 중의 핵심적 관리분야에 대하여 다음 사항이 고려되어야 한다. 즉, 첫째는 각 개별지표간의 상대적 중요성 또는 우선 순위, 둘째는 각 개별지표를 통한 정책개선의 가능성, 셋

제는 각 개별지표가 정책외적 영향을 받는 정도, 넷째는 각 개별지표의 객관적 측정의 정확성 정도이다. 따라서 각 개별지표의 상대적 중요성 또는 우선 순위가 높을수록, 정책개선의 가능성이 높을수록, 정책외적 영향을 적게 받을수록, 그리고 각 개별항목별 정책실적 측정의 객관적 정확성이 높을수록 가중치를 높게 부여하여야 한다. 그러나 가중치의 선정을 위해서는 정책의사결정자의 이상적 목표에 정책관련자의 의견을 취합하는 과정을 반드시 거치는 것이 필요한데 합리적인 가중치의 선정은 결코 용이한 과정이 아니다. 의약분업정책과 같이 양적 지표보다는 질적 지표성격이 강한 정책효과를 야기하는 경우는 가중치 없이 개별 지표에 대한 평가를 수행하는 것이 보다 타당할 수 있다.

바) 關聯資料의 入手는 可能하며 이들을 利用하여 檢證해 본 結果 指標의 妥當性은 있는가?

정책평가를 위해 아무리 좋은 평가지표를 선정하더라도 관련자료의 입수가 불가능하거나 신빙성이 없는 경우에는 지표로서의 타당성이 없다. 예컨대 일반적으로 수년에 걸쳐 알려진 질병군의 항생제 내성률 대신에 어떤 특별한 질병군에 대한 특정연도의 내성률 자료를 획득하여 이를 의약품 오·남용여부를 평가하는 지표로 채택한다면 이는 자료 구득상 불가능하다. 또한 관련자료를 대입하여 검증해본 결과 기대치의 달성이 불가능하다고 판단되거나 반대로 지나치게 쉬운 경우에는 기준치 산정방식 등을 변경시켜야 한다. 예로, 페렴구균의 페니실린 내성률에 따른 기대치가 너무 높게 책정되어 있다면 이는 정책평가를 위해서보다는 단지 현재 상태를 이해하는 목적에 적합하며 너무 달성이 쉬운 경우는 평가의 변별력을 확보할 수 없다.

자료구득의 경우 특히 유의해야 될 점은 지표검증시 사용되는 자료

의 정확성을 충분히 검토할 수 있도록 배려해야 한다는 점이다. 왜냐하면 지난 년도 자료를 활용하는 기준치 계산방식에 있어서 지표 설정시와 실제 평가시 사용자료를 달리함으로써 최종결과를 조작할 수 있기 때문이다. 지난 년도 자료의 추세를 살펴보기 위해서는 절대액 수나 비율로 일별하기 보다는 도표를 작성해 보는 것이 효과적이며 관련항목간의 관련성을 검토함에 있어서는 통계학을 이용한 관련항목간의 유의성을 검토해 볼 필요도 있다. 이와 같은 검증결과에 따라 대상지표의 분자·분모의 구성항목이나 기준치 산정방식 등이 변경될 수도 있다.

2) 非計量指標關聯 考慮事項

정책의 중점관리분야를 검토한 결과 효과를 양적으로 나타내기가 곤란하거나 양적으로 측정하기 어려운 분야 또는 효과보다는 효과를 달성하기 위한 과정이 중요시되는 분야에 대해서는 질적인 성과를 평가할 수 있도록 비계량지표를 연구할 수 있다. 이들 분야가 비계량지표로서 구체화되기 위해서는 계량지표에서와 유사하게 아래 내용들이 보다 철저히 연구 검토되어야 할 것이다.

가) 評價對象分野는 明確한가?

의약분업정책 수행과정을 평가하게 되는 비계량지표는 계량지표에 비해 성격상 평가범위, 기준, 평점 등에 있어서 객관성을 유지하기가 일반적으로 어려우므로 무엇을 평가할 것인지 그 대상분야를 명확히 할 수 있는 것이어야 한다. 이것이 불명확하게 되면 지표설정취지와 해석 그리고 사후평가시의 해석이 각각 달라질 수 있기 때문이다. 이 문제를 해결하기 위한 대안으로는 평가편람에 지표설정 의의나 취지

가 명확히 표시될 수 있도록 해야 한다.

나) 評價指標는 具體的인가?

의약분업정책 관련 사업계획을 수립하거나 평가자가 정책평가를 할 경우에 비계량 평가지표가 기준으로 활용되기 위해서는 이것이 어느 정도 구체화될 필요가 있다. 그러나 지나치게 세분화되면 정책수행의 자율성을 억제하는 결과를 가져올 수 있으므로 관리수준이 낮아 구체적으로 제시해야 될 필요가 있는 경우와 정책적인 의미에서 강조하고자 하는 경우 등 이외에는 대체적으로 지표설정의도가 명확히 파악될 수 있는 정도면 좋을 것이다.

다) 基準値는 客觀的인가?

의약분업정책의 질적인 측면의 정책효과를 평가하기 위해서도 이론적인 기준치는 반드시 필요하다. 전년도 수준 또는 논리적인 수준 등이 비교적 가능하다. 예를 들면 외래환자 조제서비스 만족도의 분업 전년도 수준이 기준치가 될 수 있다. 그러나 이들은 계량지표의 기준치와 같이 명확하게 나타낼 수가 없다. 그러므로 이와 같은 수준은 평가자에 따라 또는 관련분야에 대한 지식 또는 정보의 다소에 의하여 크게 다를 수가 있으며, 따라서 이들을 기준으로 한 평가결과도 판이하게 나타나게 된다. 따라서 평가지표 내용을 어느 정도 세분화하고 이들을 측정할 수 있는 계량적인 도구를 가능한 한 많이 개발하여 기준치가 보다 객관화될 수 있도록 해야 한다.

라) 加重値는 必要하며, 合理的으로 配分되어 有나?

질적 성격이 강한 비계량지표에 대해 가중치를 부여하는 것은 이론

적으로는 가능하지만 현실적으로는 거의 불가능하다. 그러나 정책의 사결정자의 의도에 따라 필요하다면, 정책관련 사업상 비중, 달성효과, 달성노력도, 관리수준, 우선 순위 등을 적절히 검토하여 이들에 합당한 비중이 부여되도록 가중치를 결정할 수도 있다.

마) 評價方法은 計量化되었나?

의약분업정책을 비계량지표로 평가하는 경우는 계량의 경우에 비하여 기준이 모호하고 실적 판단이 주관적이기 때문에 평가하는 과정에서 중심화 경향이 나타날 수 있다. 이를 방지하기 위해서는 기준치의 객관화와 더불어 실적을 최대한 객관화하여 평점방법이 객관화되도록 한다. 예를 들어 전문가평가에 있어서는 의약분업전후에 동일한 전문가집단을 평가대상으로 함으로써 주관성이 배제되도록 조치하는 것도 고려해야 한다.

라. 最適指標選定

의약분업정책평가의 최적지표를 선정하기 위해서는 평가지표설정의 중점고려사항에서 언급된 바와 같이 정책의사결정자 또는 사업관리자의 정책노력을 자극하면서 의약품 오·남용 방지가 가능한 분야 등에 설정되어 순수 정책노력만을 평가할 수 있도록 통제불능요인을 제거시키고 달성가능성이나 달성효과, 사업의 비중 등에 비추어 적절한 평가비중이 주어질 수 있는 평가지표가 선정되어야 한다.

마. 指標確定

의약분업정책평가에 적합한 지표가 일차 선정되고 나면 지표의 최종적인 확정단계가 남아 있게 되는데 이때 연도별 중점평가사항 등

정책적인 사항을 고려하여 재조정할 필요가 있게 된다. 다시 말하면 특정형태의 지표, 예를 들면 목표달성도 지표, 계량과 비계량에 대한 가중치의 통일 등에 대해 일부 재조정할 필요성이 있다. 또한 확정에 앞서서 정책실무진의 의견도 충분히 청취하여 건설적인 의견은 적극적으로 반영시킬 필요도 있다. 이상과 같은 실무작업이 끝나고 나면 평가지표안을 작성하여 확정된 후 평가편람을 작성함으로써 평가지표 설정 작업은 모두 끝나게 된다. 이와 같은 평가지표설정 작업을 계획에서부터 작업완료까지의 모든 주요작업에 대한 조서를 작성·배치하는 것이 추후 지표개발이나 평가업무에 참고하는 데 유용하다.

6. 第6段階：政策實績의 集計와 報告

일정기간 동안에 달성했거나 수행한 의약분업정책 성과를 제3자가 주어진 짧은 기간 동안에 충분히 효과적으로 평가하기 위해서는 어떠한 형태로든지 그 실적이 집계되어야 한다. 이와 같은 정책실적은 사전에 결정한 평가지표를 중심으로 지역별로 스스로 집계하여 평가자에게 제출하는 것이 타당할 것으로 보인다. 전국 시·군·구 지역단위 해당 보건소(243개소)에는 의사, 치과의사, 약사단체, 의료보험자단체, 소비자 시민단체 등에서 추천을 받은 자와 관련 공무원으로 地域別 醫藥分業協力會議가 설치될 예정인 바, 동 위원회가 지역별 의약분업 정책실적을 보고할 수 있다.

이러한 정책실적의 보고는 문서, 구두보고 등 여러 가지의 형태로 될 수 있겠으나 일정한 형식을 갖추어 작성, 보고하는 것이 바람직하다. 이와 같은 보고서는 평가자가 해당 지역의 정책성과를 평가하기 위한 일차적인 자료가 되므로 달성한 성과를 빠짐없이 충분히 나타내

되 논리적이며 정확하고 명료하게 작성되어야 할 것이다. 이를 위해서는 보고서 체계와 작성방법 등에 대한 통일적인 기준을 마련할 필요성이 있는바, 아래에서는 지역별 정책실적보고서 작성시에 유의할 사항과 작성방법에 대하여 살펴보고자 한다.

〈表 IV-6〉 地域別 醫藥分業協力會議 設置·運營 指針

1. 목 적

- 의약분업과 관련하여 예상되는 제반 문제점을 지역내 의·약 관련기관 및 단체간의 협의에 의하여 자율적으로 해결할 수 있는 여건을 마련함.
- 의약분업 하에서 의료기관과 약국간의 협력체계를 구축함으로써 의약분업의 효과를 극대화하고 국민불편을 최소화함.
- 지역주민에 대한 각종 의약정보 제공 및 홍보 등을 통하여 의약분업의 효율적인 추진을 도모함.

2. 구 성

- 지역내 의사·치과의사·약사·병원 단체 및 국민의료보험관리공단에서 선임한 인사와 보건소장을 당연위원으로 하고, 기타 의약품도매업자단체, 소비자·시민단체 및 관련 전문가 등을 추천위원으로 하여 민간자율기구 형식으로 구성함.

3. 기 능

- 지역내 의료기관에서 처방할 의약품 리스트를 약국에 사전 통지함으로써 이를 약국에서 미리 구비토록 함.
 - 처방용 의약품의 비축 및 신속한 배송·전달 체계를 마련함.
 - 의료기관 및 약국에서 의약분업 시행으로 사용할 수 없게 되는 잔여 의약품의 처리 방안도 강구함.
- 지역내 환자를 위하여 의료기관·약국의 배치도 작성 및 의료기관과 약국의 연락체계를 구축함.
- 지역주민에 대한 각종 의약정보 제공 및 제도 시행과 관련된 홍보 실시
- 야간 및 휴일의 진료 및 조제 대책 등을 마련함.
- 지역내 의료기관 및 약국이 의약분업을 관련법규에 명시된 대로 실시하고 있는지에 대하여 자체적으로 점검함.
- 기타 의약분업과 관련하여 의약분업협력회의(이하 “협력회의”라 한다)의 협이가 필요한 업무를 수행함.

4. 설 치

- 전국 시·군·구 지역으로서 의약분업이 실시되는 지역의 관할 보건소장 주관으로 설치함.
 - 시·군·구에 1개소씩 설치하는 것을 원칙으로 하되, 지역실정에 따라 2개소 이상 설치할 수 있음.
- 2000년 2월 중 설치를 완료함.

資料: 보건복지부 보건정책국, 1999. 12.

〈表 IV-6〉 계속

<p>5. 운영</p> <p><input type="checkbox"/> 기본방침</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 협력회의는 자체적으로 정하는 운영지침에 따라 자율적으로 운영하되, 관할 지방자치단체장은 동 협력회의가 원만하게 진행될 수 있도록 행정적으로 지원함. ○ 협력회의는 보건복지부·지방자치단체 및 의료보험 관련기관의 업무에 적극 협조함으로써 의약분업이 효율적으로 시행될 수 있도록 함. <p><input type="checkbox"/> 위원 구성</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 협력회의는 위원장 1인을 포함한 10인 이내로 구성하고, 위원장은 위원들의 합의에 의해 결정함. ○ 협력회의의 위원은 당연위원과 추천위원으로 구성함. <ul style="list-style-type: none"> - 당연위원은 지역내 의사·치과의사·약사·병원 단체에서 각각 선임한 인사와 해당 지역의 국민의료보험관리공단 지사장 및 보건소장으로 함. - 추천위원은 의약품도매업자단체, 소비자·시민사회단체 및 관련 전문가 중에서 당연위원들의 추천을 받아, 협력회의의 구성후 위원장이 위촉함. - 위원 중에 궐위가 있는 경우 당연위원은 해당 단체에서 선임하며, 추천위원은 위원들의 추천을 받아 위원장이 위촉함. ○ 협력회의에는 간사 1인을 두되, 간사는 관할 보건소 직원으로 하여, 협력회의의 사무를 처리함. <p><input type="checkbox"/> 회의 운영</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 협력회의에서 운영지침을 자체적으로 정하여 운영하되, 다음 사항을 반영함. <ul style="list-style-type: none"> - 위원장은 협력회의를 대표하여 협력회의의 회무를 총괄하며, 아래의 경우에 위원장이 회의를 소집함. <ul style="list-style-type: none"> · 월별 정기회의 · 보건복지부장관 또는 관할 지방자치단체장의 요청이 있을 경우 · 재적위원 과반수의 요구가 있을 경우 · 위원장이 필요하다고 인정할 경우 - 회의는 재적위원 3분의 2이상의 출석으로 개의하고, 의결이 필요한 사안에 대하여는 출석위원 과반수의 찬성으로 의결함. ○ 위원장은 협력회의의 운영상 필요할 경우 보건복지부장관 또는 지방자치단체장에게 관련공무원의 업무지원을 요청할 수 있으며, 관계전문가 및 관련단체로 하여금 필요한 자료 및 의견제출 등의 협조를 요청할 수 있음. <p><input type="checkbox"/> 회의결과에 따른 조치</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 보건소장은 협력회의의 회의결과 행정지원 또는 협조의 필요가 있는 사안에 대해서는 이를 관할 지방자치단체의 장에게 보고함. <ul style="list-style-type: none"> - 관할 지방자치단체의 장은 보고된 내용을 구체적으로 검토하여 필요시 행정지원 등 조치함.
--

〈表 IV-6〉 계속

- 교육·홍보 등에 대한 협조
 - 위원장은 의약분업 시행에 따른 제반 문제점 발생시 동 협력회의를 소집하여 해결 방안을 강구함.
 - 위원장은 관할 지역내 관련기관 및 관련단체, 일반주민을 대상으로 한 의약분업 홍보 및 교육 계획을 수립·시행함.
 - 지역 언론기관 및 관련단체 등을 통하여 지속적인 홍보 실시
 - 위원장은 보건복지부장관 또는 지방자치단체의 장으로부터 의약분업 시행과 관련한 업무 협조의 요구가 있을 경우 이를 성실히 수행함.

6. 행정사항

- 지방자치단체
 - 관할 지방자치단체의 장은 2000년 2월말까지 협력회의 구성이 완료될 수 있도록 필요한 행정적인 조치를 하고, 그 결과를 보건복지부장관에게 보고함(해당 시·도지사가 취함).
 - 협력회의 구성 및 운영실태에 대한 현지 점검 예정임(2000년 2~4월 중).
 - 해당 지역의 의료기관에서 처방할 의약품 리스트를 2000년 3월말까지 지역내 약국에 사전 통지하여 2000년 5월말까지 약국에서 처방용 의약품을 구비 완료할 수 있도록 조치
 - 처방용 의약품의 비축 및 신속한 배송체계를 구축하고, 의료기관·약국의 배치도 작성 비치 및 의료기관과 약국간의 연락체계를 2000년 5월말까지 구축될 수 있도록 조치
 - 의약분업 홍보물 배포 및 계첩 계획 수립
 - 공공기관 및 공공장소 계첩 및 반상회 등 집회시 배포될 수 있도록 함(관련 홍보물은 보건복지부에서 제작·배포).
 - 관할 지방자치단체의 장은 협력회의 회의결과 그 내용이 보건복지부의 조치 또는 의견제출 등 협조가 필요한 사안일 경우에는 지체없이 그 내용을 정리하여 보고
- 의사·치과의사·약사 및 병원단체
 - 대한의사협회·대한치과의사협회·대한약사회 및 대한병원협회는 시·군·구 지부별로 협력회의가 원만하게 구성·운영될 수 있도록 적극 협조
 - 중앙회 차원에서 협력회의를 지원할 수 있는 방안을 강구·시행
 - 이를 위하여 대한의사협회·대한치과의사협회·대한약사회 및 대한병원협회가 중앙과 시·도 광역 단위의 의약분업협력회의를 마련함.
- 국민의료보험관리공단 및 의료보험연합회
 - 관할 지역내 협력회의에 적극 참여하고, 동 협력회의 운영에 필요한 각종 자료 제공에 적극 협조
 - 의료보험 다빈도 사용 의약품의 목록을 작성하여 각 협력회의에 사전 제공
 - 특히 약국에 대해서는 의료보험 청구·심사 절차 등에 대한 교육 실시

가. 地域別 政策實績報告書의 構成

지역별 의약분업정책실적을 문서화함에 있어서는 실적내용이 객관적으로 드러나도록 구체화되어야겠지만 실적보고서가 수십 권의 문서로 작성되는 것과 같은 복잡성을 피하고 가급적 한 권의 요약문서로 간명하게 작성되어야 할 것이다. 또한 실적보고서를 작성 보고하는 지역이 다수이므로 평가업무의 편의를 위해서 형식적 통일을 기할 필요도 있을 것이다. 지역별 정책실적보고서의 체계를 요약하면 다음과 같다.

- 지역별 보건의료환경
 - 지역인구현황 및 특성
 - 보건의료기관 현황
 - 약국현황
- 의약분업정책실적분석
 - 관련 사업요약
 - 정책실적결과 요약
 - 계량지표
 - 비계량지표
- 건의사항
- 부속자료

地域別 實績報告書에는 우선 지역별 보건의료특성을 이해할 수 있는 수요자 및 공급자현황이 요약되어야 할 것이고 다음으로 지표별 자체정책실적분석결과가 연관 자료와 함께 요약 기재되어야 할 것이며, 끝으로 평가제도에 관한 연관 건의사항 등이 수록되어야 할 것이다.

나. 地域別 政策實績報告書의 作成方法

지역별 정책실적보고서는 원칙적으로 지표별 실적결과 및 관계자료를 중심으로 하여 작성되어야 할 것이다. 따라서 지표별 실적분석이 가장 핵심적인 부분으로 부각될 수 있도록 작성되어야 하겠으나 지표평가와 연관되는 일반상황이나 정책건의사항 등도 적절히 기재하여 정책평가에 도움을 주도록 해야 할 것이다. 이러한 정책실적보고서에 포함되어야 할 주요내용을 작성하는 구체적 방법을 상술하면 다음과 같다.

1) 地域別 保健醫療環境

지역별 보건의료환경의 내용은 지역의 인구·사회적 특성의 개괄적인 내용과 보건의료기관과 약국의 특성과 분포를 요약함으로써 적절한 평가를 받도록 하기 위하여 작성되는 것으로서 이에는 地域人口現況 및 特性, 保健醫療機關 現況, 藥局現況 등이 포함되어야 할 것이다.

가) 地域人口現況 및 特性

해당 시·군·구 지역의 인구·사회적 특성을 요약한다. 지역인구의 성별·연령별 분포, 세대수 등 인구특성과 교육, 직업, 평균소득 등 사회적 특성을 요약 정리함으로써 지역의 인구·사회적 위치 등을 개괄적으로 이해할 수 있도록 해야 할 것이다.

나) 保健醫療機關 現況

지역 내에 분포하는 보건의료기관의 수, 종사인력, 월평균 매출액 등을 요약한다. 예로, 보건의료기관은 3차 병원, 종합병원, 병원, 의원, 치과병원, 조산원, 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소로 구분한다. 다시 보건의료기관은 병상규모별(100병상 미만, 100~199병상,

200~299병상, 300~399병상, 400~499병상, 500병상 이상), 진료과목 별로 구분한다.

다) 藥局現況

지역 내에서 활동중인 약국수, 종사인력, 월평균 매출액 등을 요약한다. 약국은 규모별로는 5평 미만, 5~9평, 10~14평, 15~19평, 20~24평, 25~29평, 30~34평, 35~40평 이상으로 구분하고 종사 약사수에 따라 구분한다.

2) 醫藥分業政策實績分析

가) 關聯 事業要約

사업요약은 주로 의약분업과 관련되어 각 지역에서 수행한 사업과 그 진행상황을 중심으로 정리해 나가되 사업의 개요, 운용인력 및 예산 등에 관해서 요약 기술함으로써 의약분업정책효과를 분석하는 데 활용된다.

나) 政策實績結果 要約

의약분업정책의 자체실적결과를 요약 제시하여 실적결과를 개관할 수 있도록 정책실적분석보고를 작성한다. 정책실적요약에는 최소한 계량지표의 경우 지표별 산식구조, 지표별 평가기준치, 등급구간 결정 방법 및 실제 자체적으로 계산한 등급구간표, 가중치, 지표별 정책실적, 평점, 그리고 필요시 각 지표의 평점에 가중치를 곱하여 계산한 종합평점 등이 제시되도록 한다. 비계량지표의 경우에는 특징적인 정책효과를 간략히 기술한다.

종합적으로 자체 정책실적결과에 대한 원인분석 등도 간략히 서술

할 필요가 있다. 종합적인 결과가 우수한 데에는 나름대로 정책 내·외적인 원인이 있을 것이고 결과가 부진한 데에도 나름대로 이유가 있을 것이므로 이에 대한 자체 분석을 실시하고 그 내용을 간략히 서술해 두는 것은 차년도 정책목표를 체계적으로 정립해 나가는 데도 도움이 될 것이다.

다) 計量指標

의약분업정책의 지역별 실적보고서에서 가장 핵심적인 요소는 평가기준치 및 실적치의 산정근거로서 제시된 각종 정책실적자료라고 할 수 있다.

계량지표는 보통 목표달성도 지표와 과거 실적에 의하여 결정되는 추세지표로 나누어질 수 있는 데, 목표달성도 지표는 기준치가 사전에 구체적인 수치로 주어지지만 추세지표 등에서는 전년도 실적이 확인된 후에 평가기준치가 결정된다. 그러므로 자체 정책실적분석보고서에서 스스로 산정한 평가기준치의 근거자료를 제시하여 객관성을 높인다. 특히 추세지표의 경우에는 추세치를 유도하는 데 사용되었던 과거 수년간의 연관자료를 요약 정리하여 제시해 주어야 하는 데, 의약분업정책 실시 원년의 경우에는 연관자료가 충분히 축적될 수 없으므로 자료제시에 어려움이 있을 수 있다.

의약분업정책실적치를 산정하는 데 있어 특히 유의할 점이 있다. 그간 사용하였던 각종 실적자료를 어느 정도까지 구체적으로 제시할 것인가는 확일적으로 규정할 수는 없으나 최종 실적치로서의 분자 및 분모가 집계된 일차적인 실적자료가 당연히 제시되어야 한다는 것이다. 또한 정책평가의 근거실적자료에는 정책실적에 대한 원인분석을 실시하여 간단히 요약 정리하는 것이 필요하다³¹⁾.

〈表 IV-7〉 醫藥分業政策 計量指標實績 및 評價要約表 書式 目標達成度 指標

지표명	산식	목표	실적	달성도	평점	가중치	특점	비고

〈表 IV-8〉 醫藥分業政策 計量指標實績 및 評價要約表 書式: 趨勢值

지 표 명	산 식	단 위	과거실적			표 준 치	표 준 편 차	등급구분					t 년 도 실 적	평 점	가 중 치	특 점	비 고	
			t-3	t-2	t-1			A	B	C	D	E						

라) 非計量指標

지역별 의약분업정책실적 보고서에서 비계량지표의 경우 객관적이고 측정 가능한 계량치로서 나타나지 않는 무형의 정책노력을 기술하여야 하는 어려운 점이 있음을 유의해야 한다. 또한 평가자들이 실적 보고서 내용을 해석할 때 차이가 있을 수 있으므로 비계량지표가 지니고 있는 근본취지의 명확한 해석이 실적보고서 작성시의 기본원칙으로 제시되어야 한다. 비계량지표의 개별평가항목에 대한 실적보고

31) 원인분석시 비용관련사항은 경상가격 기준에서 불변가격기준에 의한 결과를 최종적으로 도출하는 것으로 하되 여러 가지 원인으로 원인의 소재가 불분명할 경우에는 그 이유를 간략하게 기술하는 것이 좋다. 통제할 수 없는 중대한 정책외적 요인이 발생한 경우에는 가능하면 그 효과를 계량화하여 제시한다. 계량화에는 회귀분석, 탄성치 분석 등 객관적이고 과학적인 방법이 적용될 수 있다.

는 다음과 같은 순서에 따라 작성되어지는 것이 합리적이다. 특히 실적보고서는 정책평가작성의 시발점으로 간결 명료하게 작성되어 평가작업이 순차적으로 진행될 수 있도록 하여야 한다.

〈表 IV-9〉 醫藥分業政策 非計量指標 記載樣式

지표명	평가기준	실적	비고
		1. 전기말 실적요약 2. 해당실적 가. 추진배경 나. 추진절차 다. 주요내용 3. 효과 및 개선내용 4. 기타	

작성양식에서 첫째, 전기말 실적요약에는 평가대상이 되는 비계량지표가 매년도 계속하여 평가될 경우 전년 말까지 지역별 의약분업협력회의에서 보여준 사업의 추진배경, 실적, 효과 및 기타 중요사업에 대하여 약술한다. 둘째, 당기실적에는 사업의 추진배경, 추진절차 및 주요내용을 순서대로 작성한다. 당기 실적란의 기재는 결과뿐만 아니라 과정상 노력투입정도, 과학적인 사고에 의한 접근방법 등도 평가에 영향을 미칠 수 있는 변수로서 작용하므로 비교적 상세하게 기술하는 것이 바람직하다. 셋째, 효과 및 개선내용에서 추진효과는 가급적 계량화하여 표시한다. 끝으로, 기타 사항은 비계량지표 평가에 도움을 줄 수 있는 사항을 간략하게 언급한다.

3) 建議事項

지역별 의약분업협력회의가 구성원 또는 단체의 공조 하에 의약분

업목표를 달성케 함으로써 의약분업정책의 효과를 제고시키도록 유도하는 것이 중요하다. 그러므로 각 지역별 위원회 운영상의 애로점, 평가상의 문제점이 있는 경우 이에 대하여 각 위원회의 의견을 수렴하고 그에 따른 개선절차를 밟는 것이 정책평가제도에 매우 중요하다고 할 수 있다. 따라서 이러한 문제에 대한 의사전달수단으로 정책실적보고서를 활용함이 유익하다.

개선건의사항이 필요한 근본이유는 첫째, 정책평가제도가 완전할 수 없고 둘째, 각 지역이 처하고 있는 환경이 매년 변하고 있으며, 셋째, 각 지역에서 실제 서비스를 담당하는 지역 보건의료인과 공무원, 소비자들이 정책시행의 실태와 내용을 가장 잘 알고 있으므로 자기 지역에 관련된 제도 진행상의 문제나 평가상의 문제점을 제시함으로써 정책평가제도의 개선에 기여할 수 있다는 점에 있다.

건의사항은 크게 다음과 같이 4가지 분야로 세분하여 제시함이 바람직하다. 첫째는 산식, 기준치산정, 평점산출과정, 평가항목수정 등 기존지표의 평가방법 개선건의이다. 둘째는 주요한 정책노력 내지 사업분야나 그 동안 평가에서 누락된 분야의 제시 등 주요 정책노력분야의 신설건의이다. 셋째는 평가지표의 중복, 상충 등의 개선 혹은 가중치 수정건의 등이다. 넷째는 기타 사항이다.

〈表 IV-10〉 建議事項 記載樣式

건의분야	건의내용	건의 사항	비고(효과)

4) 附屬資料

부속자료는 지역별 의약분업정책실적보고서에 제시된 자료에 대한 보충적 설명을 하는 것으로서 실적보고서의 신뢰성을 증진시켜 주는 역할

을 할 뿐만 아니라 충분한 자료가 사전적으로 제시되어 평가자에게 각 지역에 대한 객관적인 평가를 할 수 있도록 도움을 주고 현장실사시간을 줄일 수 있어 평가업무에 효율을 기할 수 있게 한다. 부속자료에 포함될 내용은 자료처리방법의 요약, 의약분업협력회의 의사록 요약 및 기타 등으로 구분할 수 있다. 먼저 자료처리방법의 요약에는 해당년도 정책실적을 작성하는데 채택된 처리방법을 요약 제시하고 전년도와 대비하여 처리방법의 변경이 있을 경우 그 내용과 변경사유 및 이에 따른 금년도 수치의 영향 등을 제시한다. 둘째, 각 의약분업협력회의 의사록 요약에는 지역에서 의약분업을 추진하는 데 필요한 사항을 결정하므로 위원회 의사록은 중요정보의 수집기능을 지니고 있다. 이러한 점에서 의사록의 검토를 통하여 지역별 의약분업협력에 대한 보다 빠른 이해를 할 수 있으며 더 나아가 평가의 효율성을 제고시킬 수 있는 것이 본 부속자료 첨가의 이유가 된다. 셋째로 기타 사항에는 앞의 첨가자료 이외에 평가에 중요한 영향을 미칠 수 있는 자료를 첨가한다.

7. 第7段階：政策實績의 實查確認

의약분업정책평가는 단일 평가자가 아닌 평가단이 구성되어 평가를 진행하는 것이 바람직한 데 이중 평가단은 실무평가반과 종합평가반으로 구성되는 것이 좋다. 지역별 의약분업협력회의가 의약분업정책실적 보고서를 제출한 뒤 실무평가반의 역할은 지역별 정책실적보고서를 검토하고 필요시 실사 확인하여 수정·보완함으로써 최종 지역별 의약분업정책실적보고서를 종합평가반에 제출하는 역할을 한다.

실무평가반의 정책실적 실사확인인 지표별 세부평가계획의 내용에 따라 평가대상과 지표에 대한 전반적인 이해를 하고 지표별로 실적이 정확하게 집계되어 편람상의 평가방법에 따라 정확하게 평점 되었는가

를 확인하는 것이다. 의약분업정책에서는 전 지역을 실사 확인할 필요는 없다. 지역별 의약분업실적보고서를 일견하여 특별히 확인할 지역을 선별하고 실사확인을 수행하는 것이 효율적일 수 있다. 이러한 실사확인과정을 통해서 평가계획이 일부 수정되며, 평가실무를 추진해 나가기 위해서 전문지식과 기법이 동원되고, 때로는 주관적 판단을 하여야 할 경우도 발생할 것이다. 정책실적의 실사확인방법은 분석적 검토, 면담 및 질문, 관찰 및 기타 절차 등으로 수행된다. 먼저 分析的檢討로는 의약분업정책 평가지표의 변동치 분석, 표준과의 비교, 기 설정된 정상수준과의 비교, 추세분석, 비율분석, 회전율분석 등을 통하여 각 지표수치의 정당성을 논리적으로 입증하는 것이다. 그리고 面談 및 質問方法은 주요사항이나 예외사항들에 대하여는 의약분업관련자와의 면담을 통해 내용을 파악하고 파악된 내용에 대하여는 필요에 따라 사실확인을 하는 것이다. 또한 觀察 및 其他 節次方法은 지역별 의약분업협력회의 의사록 열람 등 정책실적보고서의 정확성을 확인하는 데 간접적으로 기여할 수 있는 증거를 입수하는 과정이다.

정책실적의 실사확인 단계에서는 실적을 확인하기 위한 자료요구, 질문, 분석, 대조, 증명, 수정 등 구체적인 평가작업의 진행이 중요하다. 계량지표의 경우에 평가자가 계량지표 세부평가계획서의 내용에 따라 각 지역이 달성한 정책실적을 실사하고 평가하는 방법을 지표구성 항목에 관한 확인 및 평점계산과정의 정확성을 확인하는 것으로 구분할 수 있다. 먼저 指標構成 項目에 대한 實績確認을 위해서는 우선 평가편람의 내용을 검토하고 과년도 평가조서와 평가보고서 등을 참조하여 해당지표의 정의, 구성내용, 지표설정의 의의, 지표의 변천과정 등 지표자체에 대한 충분한 검토를 한 후 이들 항목의 계산 또는 집계과정에 대하여 협력회의에 문의하여 확인하고 필요한 경우에는 이들 내용을 입증하기 위하여 관련자료를 입수 검토해야 된다. 또

한 각 지역에서 제시한 지표별 실적을 과년도 사항 또는 관련항목과 대비하는 등 분석적 기법에 의하여 동 실적의 전반적인 타당성을 검토하고 이들 자료가 집계된 원천을 추적하여 당년도 실적은 물론 기준연도의 각 실적에 대해서도 그 정확성을 확인하여야 한다. 이와 같은 확인과정에서 지표구성 항목의 범위 등에 대한 해석을 달리하였거나 평가기간 중 실적집계 과정을 달리하여 해당지표의 평가결과를 변경시킬 수 있는 요인이 있는가에 특히 유의해야 하며 이와 같은 요인이 발견되면 실적자료를 재작성시키거나 적절히 수정하여 정확한 실적을 산출해야 하는바 이 경우 평가자의 확인범위는 각 지역의 특수성, 구성항목의 복잡성, 평가결과에 미치는 영향 등 여러 가지 고려하여 결정해야 할 것이다. 둘째는 지표구성항목의 실적이 확인되면 다음 단계로 확인할 사항은 편람의 평점계산방법에 따른 계산의 정확성 확인단계이다. 경상자료를 불변자료로 환산하여 평점 하는 경우에는 불변계산과정이 복잡하고 많은 시간이 소요되므로 이와 같은 과정을 전산프로그램화하고 이를 활용하면 시간절약뿐만 아니라 정확성도 기할 수 있는바 이 경우 한가지 유의할 사항은 프로그램의 신빙성과 입력자료의 신빙성을 평가자가 반드시 확인해야 한다는 점이다.

8. 第8段階：政策評價結果 確定

의약분업정책 평가결과를 확정해 나가는 최종단계에서 관리해야 할 두 가지 중요한 일은 첫째로 실무평가반의 평가결과(안)에 대한 종합평가반의 재검, 이견이 있는 경우 협의, 추가작업이 필요한 경우 동결과의 확인 등 평가최종작업을 원만히 수행해 나가는 일이고, 둘째로는 최종평가보고서를 작성하는 일이다.

가. 政策評價作業의 終結

최종평가작업을 종결시킴에 있어서 가장 중요한 부문은 종합평가반에서 실무평가반이 작성한 평가결과 초안을 검토하는 과정이라고 할 수 있다. 종합평가반의 재검과정이 효율적으로 진행되기 위해서는 두 가지 자료가 반드시 준비되어 있어야 할 것이다. 하나는 실무평가반이 작성하여 종합평가반에게 제출한 지역별 의약분업정책실적보고서이고 또 다른 하나의 자료는 종합평가반이 독자적으로 준비할 수 있는 재검토계획서라고 할 수 있다. 평가결과 초안이 평가단 내부에서 결정되어 정부담당부서에 보고되면 정부담당부서는 1차적으로 평가단과 충분한 의견교환을 가진 뒤 평가결과 초안에 대한 관계자의 의견을 수검하고 그 과정에서 조정 또는 수정할 사항이 노출되면 평가담당자와 협의하여 재조정 후 최종평가보고서를 작성하게 된다. 이 과정을 단계적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째는 재검토계획의 준비과정이다. 의약분업정책 실무평가반이 현장에서 실사확인작업을 진행하는 동안 종합평가반은 실무평가반이 작성 제출할 평가결과 초안을 어떻게 재검할 것인가를 연구분석 할 재검토계획서를 준비하여야 한다. 아무런 자료의 준비 없이 실무평가반이 제출한 평가결과 초안을 보고 즉흥적인 의견개진을 하는 식의 재검토는 평가제도의 신뢰성과 객관성을 제고시키지 못할 것이기 때문이다. 그러므로 종합평가반은 평가결과 초안의 재검을 보다 효율적으로 추진하기 위해서 최소한의 재검계획을 구비하고 있어야 할 것이다. 이 재검계획은 평가취약부문을 중심으로 작성되어야 하며 실무평가반이 준수해야 될 여러 가지 평가시행준칙, 평가세부계획서, 그리고 종합평가반의 독자적인 연구분석자료 등이 종합적으로 활용되어야 할 것이다.

둘째는 이견협의 및 조정과정이다. 평가 중 평가에 관하여 실무평가반과 종합평가반 사이 또는 평가단과 정부담당부서, 정부담당부서

와 지역별 협력회의 등과의 사이에 이견이 발생하는 경우에는 관련자 간에 협의가 진행되어야 할 것이나 협의 이전에 필요한 토의자료를 배포하여 협의진행에 내실을 기하도록 해야 할 것이다.

셋째는 추가작업결과 확인과정이다. 재검 및 협의결과 재작업이 필요할 시는 신속히 재작업이 이루어져야 하며 재작업의 의뢰는 반드시 합당한 이유를 명시하여 문서로 전달하여야 한다.

넷째는 평가단과 정부와의 관계조정과정이다. 평가단은 평가의견에 대하여 정부가 이의가 있다고 생각할 때는 정부의 의견을 수렴하여 수정할 수 있다. 그러나 정부에 의한 일방적 수정은 충분한 논리적 뒷받침이 있어야 할 것이다. 정치적 또는 행정적 요인에 의하여 평가 결과가 왜곡되는 경우가 발생하면 평가제도 전체에 대한 신뢰도가 저하되어 결국 평가자체를 무의미하게 만들어 버릴 것이다. 평가는 평가대로 진행하고 정치적 또는 행정적 요인은 별도로 다른 차원에서 다루어질 수 있을 것이다.

나. 政策評價報告書 作成

의약분업정책평가 수행결과 나타난 사항은 업무수행목적에 맞도록 체계적으로 정리되어 평가 의뢰자에게 보고되어야 한다. 이와 같은 보고는 결과에 따른 책임규명 등을 명확히 하기 위해서는 문서에 의한 보고가 보다 바람직하다. 아래에서는 외부평가자가 평가하는 의약분업 정책평가에 있어서 작성되어야 할 정책평가보고서를 중심으로 이들의 의의, 목적, 내용 등에 관하여 구체적으로 살펴보고자 한다.

1) 政策評價報告書의 意義

의약분업정책 평가보고서는 이의 용도나 평가방법 여하에 따라 여

러 가지로 분류할 수 있겠으나 일반적으로 지표별로는 계량부분의 평가보고서인 계량지표평가보고서와 비계량지표 부분의 평가보고서인 비계량지표평가보고서로 구분이 가능하다. 평가대상을 중심으로 분류하면 계량지표평가보고서와 비계량지표평가보고서를 지역별로 집계한 지역별 평가보고서와 지역 전체의 평가내용을 요약한 종합보고서로 구분할 수 있다.

정책평가보고서는 과거실적의 평가인 동시에 현재 정책수행상의 문제점이나 이에 대한 개선안이 보고되어 미래의 정책방향을 제시하는 건의서로서의 역할도 담당한다는 점에서 그 의의가 크다고 하겠다. 이러한 점에서 평가보고서를 작성하는 목적은 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째는 사후평가가 종합 점검된다는 점이다. 사후평가의 관점에서 평가단원으로 하여금 평가작업을 총괄적으로 정리함과 동시에 논리적 일관성을 부여할 수 있는 계기가 된다. 둘째는 정책노력이 부각되고 핵심문제점이 도출된다는 것이다. 1년간 정책실적 결과가 어떠한 노력에 의해 이루어졌는가를 부각시킬 수 있는 매체가 되며 평가지표를 부여한 시점에서 예상치 못했던 정책외적 요인이 어떻게 정책수행에 영향을 주었는지도 분석할 수 있다. 셋째는 정책평가제도의 발전을 위한 정책자료의 제공기능이다. 정책평가제도의 핵심은 변동하는 여건 하에 중점분야에 노력을 기울일 수 있도록 하기 위한 평가지표의 개발에 있다. 넷째는 정책개선을 위한 문제점 도출 및 이에 대한 대안제시이다. 정책평가를 하기 위해서는 평가지표와 관련된 모든 배경을 깊이 검토하여야 하기 때문에 이 과정에서 평가자는 기업의 경영상의 문제점을 파악하게 되고 이에 대한 대안도 검토할 수 있다. 정책평가보고서에 이와 같은 내용을 기록함으로써 정책개선을 위한 참고서로서의 역할도 담당할 수 있을 것이다.

정책평가보고서가 소기의 목적을 달성하기 위해서 보고서는 사실에 입각하여 충분한 근거를 바탕으로 작성되어야 하며 명확해야 한다.

2) 政策評價報告書의 檢討要領

의약분업정책평가보고서의 내용을 객관화시키고 구체화시키며 현실감을 부여하기 위해서는 관련 제3전문가로 하여금 보고서를 재검토시킴이 필요한 데 이때 검토자들의 재검토 주안점을 살펴보면 대략 다음과 같다. 첫째, 평가보고서에 언급된 사항의 근거는 충분하며 적정한가? 둘째, 보고서의 논리체계는 적정한가? 셋째, 평가내용과 결과분석이 해당지표의 의의와 부합되는가? 넷째, 유사한 내용의 지표에 대한 평가결과가 보고서 내부에서 일관성이 있는가? 다섯째, 유사지표를 관련 타 지역과 비교할 경우 평가결과에 있어서 형평에 어긋나는 것은 없는가? 여섯째, 건의사항은 현실감이 있으며 실현 가능한가? 일곱째, 보고서에 문제점으로 지적된 사항과 원인분석 또는 건의사항에 대하여 해당 지역의 의견이 충분히 반영되어 있으며 동 내용은 타당한가? 등이다.

3) 政策評價報告書의 內容

의약분업정책평가보고서의 내용은 보고서의 구분방법, 이들의 이용목적 등에 따라 크게 다를 수 있다. 그 내용의 깊이에 있어서도 어느 정도까지가 적정한가는 쉽게 결론을 내리기는 어렵겠지만 이들 보고서의 이용측면만을 고려하여 보면 계량지표보고서의 경우에는 각 지표구성항목이 구체적인 내용과 평가조정사항 등 평가과정을 보다 상세히 나타냄이 차년도 평가시의 활용을 위하여 바람직하며 비계량지표 보고서의 경우에는 현황과 문제점 및 가능하다면 구체적인 대안까지 제시되도록 함이 바람직하다. 의약분업정책평가보고서를 綜合報告

書와 地域別 報告書(계량지표평가보고서와 비계량지표평가보고서)로 구분하여 이를 보다 구체적으로 살펴보기로 한다.

가) 綜合報告書

의약분업정책평가 종합보고서는 종합반의 책임 하에 작성하되 종합반 자체에서 작성하는 것을 제외한 나머지 부분은 계량반과 비계량반에서 작성된 보고서를 부문별, 기관별로 그대로 수록하는 것을 원칙으로 하며 다만 불가피한 경우 체계상의 조정을 한다. 종합보고서의 일반적 체계와 구성내용은 다음과 같이 한다.

(1) 報告書 體系

- 종합평가
- 지역별 정책실적 평가결과
- 지표별 정책실적 평가결과

(2) 綜合評價 構成內容

- 정책실적 평가실시 개요
- 정책실적 평가방법
- 정책실적 평가결과
 - 총평
 - 지역별 평가결과
 - 지표별 정책실적 평가결과
- 건의사항
 - 평가제도 전반
 - 평가지표개선 건의사항
 - 정책개선 건의사항

〈表 IV-11〉 綜合報告書 體系(樣式)

체 계	작성책임자	분량	근거자료	
			계량보고서	비계량보고서
1. 종합평가				
2. 지역별 정책실적평가				
(1) XX 지역				
종합평가				
계량지표				
지표 1				
지표 2				
비계량지표				
지표 1				
지표 2				
건의사항				

나) 計量指標評價報告書

(1) 報告書 體系

계량평가지표보고서의 체계는 다음과 같이 한다.

- 평가개요
 - 업무분담
 - 평가일정
 - 평가방법
 - 평가 요구자료 목록
- 평가결과요약
- 지표별 득점내용 및 원인분석
- 건의사항
 - 지표개선 건의사항
 - 정책개선 건의사항

(2) 計量指標評價報告書 構成內容

평가개요에는 업무분담, 평가일정, 평가방법, 평가요구자료의 순으로 작성한다. 평가결과요약에는 평가지표 전체의 평가결과를 일별할 수 있도록 아래와 같은 표를 작성한다.

〈表 IV-12〉 計量指標評價報告書 體系(樣式)

지표명	산 식	평가방법	가중치	지역제시특점	평가확정	차이	원인분석

指標別 得點內容 및 原因分析에는 평가편람의 순서에 따라 각 계량 지표별로 작성하되 아래와 같은 내용이 포함되도록 한다.

- 指標의 概要: 지표명, 산식, 기준치 산정방법, 표준치, 실적치, 등급구분, 가중치, 득점 등을 포함한다.
- 指標綜合分析: 지표실적치의 양·불량에 대한 전반적인 원인분석을 기술하되 각 구성항목을 구체적으로 분석한다. 또한 해당기간 동안 지표와 관련된 정책 내외적인 여건분석과 자체 정책노력분석을 통하여 정책책임의 판단에 대한 접근이 이루어지도록 한다.
- 項目別 原因分析: 세부구성항목에 대한 분석은 평년수준 또는 전년수준과 대비하여 기술한다. 지표구성내역을 세분하여 상세히 나타내어 원인분석 등을 하는 데 도움이 될 수 있도록 한다.

建議事項에는 평가와 관련된 건의사항으로 차후 지역별 평가지표작성 및 수정에 도움을 줄 수 있는 평가지표개선 건의사항과 지역별 정책수행에 도움이 되는 정책개선 건의사항으로 나누어 기재할 수 있다. 예로서, 기존 지표개선 건의사항은 다음과 같은 양식으로 작성한다.

〈表 IV-13〉 計量指標改善 建議事項(樣式)

지 표 명	산 식	가중치	문제점	개선방안	사 유

다) 非計量指標評價報告書

(1) 報告書 體系

의약분업정책의 비계량평가지표보고서의 체계는 다음과 같이 한다.

- 평가개요
 - 업무분담
 - 평가일정
 - 평가방법
 - 평가요구자료 목록
- 평가결과 요약
- 지역별 평가결과
- 건의사항
 - 지표개선 건의사항
 - 정책개선 건의사항

(2) 報告書 構成內容

評價概要에는 업무분담, 평가일정, 평가방법, 평가요구자료의 순으로 작성한다. 評價結果要約에는 해당 지표를 제시하고 있는 모든 지역에 대해 포괄적으로 작성한다. 地域別 評價結果의 綜合分析에서는 아래와 같이 평가항목과 평가내용에 대한 평가결과를 A, B, C, D, E 식으로 간략히 언급하여 해당지표 전반에 대한 개관을 할 수 있도록 한다.

〈表 IV-14〉 非計量指標 地域別 評價結果: 綜合分析體系(樣式)

평가항목	평가내용	가중치	평가결과	평 점	비 고

地域別 評價結果의 평가항목별 원인분석은 각 평가항목별로 평정한 근거나 평점계산과정 등을 구체적으로 명시한다.

建議事項에서는 기존지표개선 건의·폐지사항 및 신설지표사항을 건의한다. 예로, 기존지표 폐지사항과 신설지표사항은 각각 다음과 같은 양식으로 작성한다.

〈表 IV-15〉 非計量指標 既存指標 廢止事項(樣式)

지 표 명	평가기준	가 중 치	폐 지 사유

政策改善 建議事項은 해당 지역의 정책개선 및 발전을 위한 건의사항으로 정책개선분야, 현황, 문제점, 시정건의사항과 같은 순서로 작성한다.

〈表 IV-16〉 非計量指標 新設指標 建議事項(樣式)

지 표 명	평가기준	가 중 치	평가내용	신설사유

V. 醫藥分業政策評價를 위한 關聯 指標

앞장에서 우리는 의약분업정책평가기획과정을 고찰하였는 바, 본 장에서는 의약분업정책을 평가하기 위한 관련 지표를 제시하고자 한다. 의약분업정책에 대한 평가는 관점에 따라서 다양하게 접근될 수 있으나 본 장에서는 다음 사항을 전제로 하여 논의를 전개하기로 한다.

첫째, 의약분업정책평가는 效果評價로 시행하고 편의상 지표평가에 국한하는 것으로 한다.

둘째, 공급자 또는 사업관리자의 의도적 편의를 배제하기 위하여 평가를 위한 기초자료는 보건의료기관, 지역약국, 보험자기관, 일반국민으로부터 다각적으로 수집하여 상호 비교·검토하기로 한다. 이들 기초통계자료는 통계청 등 정부의 공식자료, 정부출연정책연구소 등에서 행한 설문조사자료, 의료보험연합회 등 보험자기관에서 생산한 보험청구자료, 지역별 의약분업협력회의에서 자체 수집한 자료 등을 주로 활용하여 평가한다.

셋째, 현재 공식적인 계측치가 존재하지 않는 경우에는 의약분업 실시 이전에 사전조사를 실시하여 기초자료를 마련하는 것으로 한다.

넷째, 의약분업에 대한 정책의 평가는 중·장기적인 관점에서 평가해야 하나, 과정 또는 형성평가의 일환으로 2001년 7월을 평가 1차년도, 2002년 7월을 2차년도, 2003년 7월을 3차년도로 하여 연차적으로 평가하는 것으로 한다.

다섯째, 평가 1차년도 제반지표 산출시 그 증가율 산출의 기준시점은 1995년부터 1999년까지의 기간으로 하며, 지표에 따라서는 의약미분업의 가장 최근 년도 자료부터 비교하는 것으로 한다.

여섯째, 고위정책결정자 등 정책평가실시자가 아직 확정되어 있지 않아 평가자와의 상호 협의가 불가능하므로 평가산식, 평가기준치, 등급구간 및 가중치는 본 장에서는 일단 미결사항으로 처리하여 논의를 진행한다.

일곱째, 정책평가를 위한 예산이 아직 확정되지 않은 상태이므로 관련지표를 가능한 한 많이 열거하였으나 예산이 확정되면 評價性 査定을 거쳐 평가가능지표로 재선별할 필요가 있다.

끝으로, 의약분업정책이 보험약가의 실거래가 상환제도와 종별 의료기관 수가 및 본인부담액 차등제도와 병행 실시되는 상황에서 의약분업정책을 따로 분리하여 정책효과를 측정하기보다는 관련 정책의 복합효과를 감안하는 것으로 한다.

1. 評價指標體系

의약분업정책은 복수의 기관이나 조직의 효율성을 상호 비교를 통하여 우위를 판정하는 효율성평가와는 달리 정책이 보건의료 전체분야 그리고 예외 없이 거의 모든 국민에게 영향을 미치므로 효과가 미치는 대상이 광대하다는 측면에서 큰 차이가 있다. 이러한 견지에서 의약분업정책효과는 다양하게 접근될 필요가 있다. 먼저 본 장에서 다룰 지표는 크게 基礎成果指標, 1次的 成果指標, 2次的 成果指標로 삼분된다. 여기서 첫 번째 지표군인 기초성과지표는 의약분업(관련)정책으로 야기되는 보건의료환경변화를 묘사하는 지표이다. 이때 환경변화는 보건의료서비스공급측면과 경제 및 만족도 측면으로 구분되는데 각각은 보건의료기관과 지역약국으로 다시 세분되고 다시 주요 평가항목으로 구분되어 비계량지표를 포함한 171개의 개별지표가 도출된다. 두 번째 지표군인 1차적 성과지표는 정책평가이론에서 중간정

책목표달성도 평가지표로 의약분업정책의 외형적인 분업형태달성평가에 해당하는 데 11개의 지표를 제안하였다. 또한 세 번째 지표군인 2차적 성과지표는 정책평가이론에서 최종정책목표달성도 평가지표에 해당한다. 이는 의약분업정책에 따른 의약품 사용량 평가와 직접적인 관련이 있는 9개의 지표를 제안하고 있다. 본 장에서 다루는 전체 지표수는 192개이다(表 V-1 참조).

〈表 V-1〉 醫藥分業 評價를 위한 評價指標 分類體系

평 가 항 목		지표수	비 고	
기초성과지표: 보건의료환경 변화	보건의료서비스공급 측면	보건의료기관	25	계량
		지역약국	22	계량
	경제 및 만족도 측면	보건의료기관	14	계량
		지역약국	9	계량
		보험자	40	계량
		환자이용도	47	계량
	환자 및 공급자 만족도	14	비계량	
소 계		171	-	
1차적 성과지표: 중간정책목표 달성도 평가		11	계량	
2차적 성과지표: 최종정책목표 달성도 평가		9	계량	
합 계		192	-	

2. 基礎成果指標: 保健醫療環境變化

가. 保健醫療서비스 供給側面 指標

1) 保健醫療機關

보건의료기관의 외래환자수, 의약품 조제 및 처방 관련 실적항목들로서 의약분업 이후의 변화를 살펴보기 위해서는 보건의료기관에 대

해 직접 전수 또는 표본 설문조사를 실시해야 하는 지표들로 구성되어 있다. 이들 지표의 대다수는 사실 1차 성과 지표 및 2차 성과 지표를 재산출하기 위한 기초자료의 구실을 하는 특성이 있다. 비록 지표에는 단순 증가율로 묘사되어 있기는 하지만 이를 산출하기 위해서는 분자 및 분모에 필요한 자료가 먼저 구비되어야 함을 유념해야 한다. 이러한 원시자료는 필요에 따라 또 다른 지표를 구성할 때 활용될 수 있다. 또한 각 지표가 절대치 또는 비율의 증가율로 제시되고 있음을 유의하여야 한다.

가) 指標構成 前提

관련 지표를 산출함에 있어서 다음과 같은 지표구성의 전제를 기준으로 하여 지표를 산출한다.

첫째, 보건의료기관은 보건소, 보건지소, 의원(치과포함), 병원(치과포함), 종합병원, 3차 병원으로 구분하여 자료를 산출한다.

둘째, 보건의료기관의 기관별 지표산출 기준은 일정기간(예: 1개월)을 기준단위로 한다.

셋째, 보건의료기관의 월간 운영 일 수는 25일로 한다.

나) 主要指標

① 外來患者 診療서비스

의약분업으로 약국에서 전문의약품을 구입하던 환자가 보건의료기관을 방문하므로 외래진료건수는 증가할 것으로 예상된다. 본 구성항목은 의료기관이 일정기간 예로 1개월 간 몇 명의 외래환자에게 진료 서비스를 제공하는지를 뜻하는 것으로 의약분업 전후 또는 진행과정에서 총외래환자수가 어느 정도 증가했는지를 평가하기 위한 지표이다(表 V-2 참조).

〈表 V-2〉 外來患者 診療서비스 關聯 主要指標

총 외래환자 증가율

② 外來患者用 處方箋 發行件數

향후 의약분업은 외래환자에 대한 처방전 발행과 직접적인 관련이 있다. 외래환자용 처방전 발행건수는 의료기관이 외래환자를 위하여 의약품을 월평균 몇 건이나 처방하는지를 나타내는 총량적 개념의 수치이다. 의약분업에 따른 외래환자수의 증가는 곧 의약품 처방건수를 증가시킬 것이라는 예상을 평가하기 위한 것이다. 이와 관련된 세부 지표로 전체 의약품, 내·외용제 의약품, 주사제 의약품으로 각각 구분하는 ‘외래환자용 의약품처방전발행건수 증가율’, ‘외래환자용 총 내·외용제 처방전발행건수 증가율’, ‘외래환자용 총 주사제 처방전발행건수 증가율’이 있다(表 V-3 참조).

〈表 V-3〉 外來患者用處方箋 發行件數 關聯 主要指標

외래환자용 총 의약품 처방전 발행건수 증가율
외래환자용 총 내·외용제 처방전 발행건수 증가율
외래환자용 총 주사제 처방전 발행건수 증가율

③ 外來患者用 院外處方箋 發行件數

의료기관이 월평균 발행하는 원외처방전의 발급 건수를 의미한다. 의약미분업시에는 원외처방전발행의 거의 없거나 극미한 수준이었으나 분업으로 발행건수는 증가할 것으로 기대된다. 관련 부속지표로는 ‘외래환자용 총원외처방전 발행건수 증가율’, ‘외래환자용 총내·외용제 원외처방전 발행건수 증가율’, ‘외래환자용 총주사제 원외처방전 발행건수 증가율’이 있다(表 V-4 참조).

〈表 V-4〉 外來患者用 院外處方箋 發行件數 關聯 主要指標

외래환자용 총 원외 처방전 발행건수 증가율
외래환자용 총 내·외용제 원외처방전 발행건수 증가율
외래환자용 총 주사제 원외처방전 발행건수 증가율

④ 外來患者用 處方箋 發行件數 比率³²⁾

의료기관이 월평균 외래진료 한 건당 원내·외 처방전 발행건수 비율은 어느 정도인지 살펴보기 위한 지표이다. 이는 의약분업의 시행과 진전으로 의료기관의 외래 의약품 처방비율이 어느 정도 변화했는지를 밝히기 위한 것이다. 의약분업은 외래 의약품 처방비율의 감소를 야기한다는 것이 일반적 견해이다. 관련 세부 지표로서는 ‘외래진료건수당 의약품 처방전 발행건수 비율 증가율’, ‘외래진료건수당 내·외용제 처방전 발행건수 비율 증가율’, ‘외래진료건수당 주사제 처방전 발행건수 비율 증가율’이 있다(表 V-5 참조).

〈表 V-5〉 外來患者用 醫藥品 處方件數 關聯指標

외래진료건수당 처방전 발행건수 비율 증가율
외래진료건수당 내·외용제 처방전 발행건수 비율 증가율
외래진료건수당 주사제 처방전 발행건수 비율 증가율

⑤ 外來患者用 醫藥品 處方 品目數

의약분업시 외래환자에게 투여되는 의약품의 처방품목수에 관한 지표로서 향후 의약품 사용량 평가에 있어서 주요 판단기준이 될 수 있는 지표이다. 의료기관이 월평균 몇 품목의 외래환자용 의약품을 처방하고 있는지를 나타내는 지표이다. 의약분업이 시행되면 평균 의약

32) 일반적으로 ‘처방전 발행건수’는 ‘의약품 처방건수’로 불려지기도 한다. 이해의 편의를 위하여 여기에서는 ‘처방전 발행건수’로 통일한다.

품 처방 품목수는 다소 감소할 것으로 기대된다. 여기에는 ‘외래환자용 의약품 처방품목수 증가율’, ‘외래환자용 내·외용제 처방품목수 증가율’, ‘외래환자용 주사제 처방품목수 증가율’이 있다(表 V-6 참조).

〈表 V-6〉 外來患者 醫藥品 品目數 關聯指標

외래환자용 의약품 처방품목수 증가율
외래환자용 내·외용제 처방품목수 증가율
외래환자용 주사제 처방품목수 증가율

⑥ 外來患者用 醫藥品 處方日數

의료기관이 월평균 환자방문 건당 의약품을 처방하는 일수는 몇 일 인가를 나타내는 지표이다. 처방일수가 길수록 재방문하는 시기는 길어진다. 처방일수는 의약분업으로 다소 감소할 것으로 예상된다. 부속 지표로는 ‘외래환자용 의약품 처방일수 증가율’, ‘내·외용제 처방일수 증가율’, ‘외래환자 주사제 처방일수 증가율’ 등이 있다(表 V-7 참조).

〈表 V-7〉 外來患者用 醫藥品 處方日數 關聯指標

외래환자용 의약품 처방일수 증가율
외래환자용 내·외용제 처방일수 증가율
외래환자용 주사제 처방일수 증가율

⑦ 外來患者用 醫藥品 院內調劑件數

의약분업의 시행에도 불구하고 외래 원외조제가 100%가 안되고 여전히 원내조제가 존재할 가능성이 있다. 그 이유는 분업예외 영역의 존재, 또는 분업진전의 미숙 등이다. 본 평가항목은 보건의료기관에서 월평균 원내에서 조제하는 조제건수는 얼마나 되는지를 나타내는 지표로 부속지표로는 ‘외래환자용 의약품 원내조제건수 증가율’, ‘외래

환자용 내·외용제 원내조제건수 증가율,’ ‘외래환자용 주사제 원내조제건수 증가율’ 등이 있다(表 V-8 참조).

〈表 V-8〉 外來患者用 醫藥品 院內調劑件數 關聯指標

외래환자용 의약품 원내조제건수 증가율
외래환자용 내·외용제 원내조제건수 증가율
외래환자용 주사제 원내조제건수 증가율

⑧ 外來患者用 醫藥品 商品名 處方件數

의약분업의 시행과 함께 의료기관이 외래환자를 위해 의약품을 처방할 때 상품명으로 하느냐 일반명으로 하느냐는 국민이 약에 부담하는 비용과 관련이 있다. 외국의 예에 의하면 일반명 처방이 확대되면 약제비 부담이 감소하는 경향을 보이고 있다. 본 평가항목은 월평균 의약품을 상품명으로 처방하는 건수를 나타낸다. 상품명 처방건수는 의약분업시 외래환자의 증가로 단기적으로는 증가하나 분업의 성숙과 함께 약효동등성 확보 의약품이 증가할 것이므로 의사도 처방을 일반명으로 하는 성향이 나타나 다소 감소하는 추세를 보일 것으로 예상된다. 부속지표로는 ‘외래환자용 의약품 상품명 처방건수 증가율’, ‘외래환자용 내·외용제 상품명 처방건수 증가율’, ‘외래환자용 주사제 상품명 처방건수 증가율’ 등이 있다(表 V-9 참조).

〈表 V-9〉 外來患者用 醫藥品 商品名 處方件數 關聯指標

외래환자용 의약품 상품명 처방건수 증가율
외래환자용 내·외용제 상품명 처방건수 증가율
외래환자용 주사제 상품명 처방건수 증가율

⑨ 醫師處方に 대한 外部藥局 藥師의 異意提起件數³³⁾

보건의료기관에서 원외처방전이 발행되면 외부약국에서는 처방전을 검토하고 문제가 있을 경우 의사에게 처방내용을 재확인하거나 이의를 제기할 수 있다. 본 평가항목은 의약분업시 보건의료기관에서 발행하는 처방전에 대해 외부약국 약사가 월평균 어느 정도 이의를 제기하는지 여부를 보건의료기관측면에서 측정하고자 하는 것이다. 의약분업으로 의사는 약사의 견제·감시가 있을 것이라는 전제하에 보다 적절한 약 처방을 위해 노력할 것이므로 외부약국 약사의 이의제기건수는 감소할 수 있는 반면에 원내보다는 외부약국 약사가 소유상·경영상 의사와 독립적이므로 이의제기건수가 증가할 것이라는 예상이 있다. 부속 지표로는 ‘의사처방에 대한 외부약국 약사의 이의제기건수 증가율,’ ‘내·외용제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율,’ ‘주사제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율’ 등이 있다(表 V-10 참조).

〈表 V-10〉 醫師處方に 대한 外部藥局 藥師의 異意提起件數 關聯指標(保健醫療機關側面)

의사처방에 대한 외부약국 약사의 이의제기건수 증가율
내·외용제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율
주사제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율

다) 資料原 및 基礎資料

상기에 제시된 지표를 산출하기 위해서는 〈表 V-11〉에 제시되어 있는 기초자료가 필요하다. 의료기관별 총외래환자수와 관련하여 지금까지 산출된 자료로는 구 한국보건의료관리연구원의 병원경영분석('92~'97)자료와 대한병원협회에서 발행하는 병원통계('91~'95)³⁴⁾, 그

33) 保健醫療機關側面의 지표를 말하는 것이다.

34) 외래환자 진료건수는 100명상당 외래신환(p.477), 구환(p.488), 보험자종별 100명상당

리고 한국보건사회연구원의 ‘의약분업에 대비한 적정 의사처방료 및 의사조제로 산정 연구’가 있다. 상기 자료에 의해 병원과 의원의 총외래환자수는 파악이 가능하다.

〈表 V-11〉 外來患者用 醫藥品 關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料('98基準)

지 표 구 분		병원급 ¹⁾	의원급	자료원
1. 총외래환자수		5,458	1,412	
2. 처방전 발행건수	총처방전발행건수	n.a.	1,387	주사제복합처방 제외 내·외용제복합처방 제외
	내외용제처방전발행건수	n.a.	399	
	주사제처방전발행건수	n.a.	151	
3. 원외처방전 발행건수	총원외처방전발행건수	n.a.	n.a.	
	내외용제처방전발행건수	n.a.	n.a.	
	주사제처방전발행건수	n.a.	n.a.	
4. 처방품목수	의약품 처방품목수	n.a.	n.a.	
	내외용제 처방품목수	n.a.	n.a.	
	주사제 처방품목수	n.a.	n.a.	
5. 처방일수	의약품 처방일수	n.a.	n.a.	
	내외용제 처방일수	n.a.	n.a.	
	주사제 처방일수	n.a.	n.a.	
6. 원내조제건수	의약품 원내조제건수	n.a.	n.a.	
	내외용제 원내조제건수	n.a.	n.a.	
	주사제 원내조제건수	n.a.	n.a.	

註: 1) 병원급의 경우 진료일수는 25일로 가정함, 100명상당 월평균 외래환자수이며, 의원급의 경우는 65개 의원조사 결과임.

2) n.a.: 자료구득불능

資料: 정우진·박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 의사조제로 산정연구』, 한국보건사회연구원, 1998. 12, p.63.

한국보건의료관리연구원, 『'97 병원경영분석』, 1997, p.217.

병원경영분석 자료에 따르면 병원의 외래환자수는 〈表 V-12〉와 같다. 그러나 전제에서 제시하고 있는 병상의 규모 범주와 차이가 있으며, 의원에 대한 조사는 이루어지고 있지 않다. 상기자료 이외에는 의료기관의 외래환자수에 대한 포괄적인 조사가 이루어진 자료는 없다.

외래신환, 구환 통계가 있으며, 이는 '91년에서 '95년까지 제시되어있으나, 외래환자 연인원은 '95년 통계만(진료과별 100명상당 외래연인원, p.499) 제시되어 있다.

〈表 V-12〉 100病床當 日平均 外來患者數¹⁾

연도	평균	중 합 병 원				병 원
		3차병원	300병상 이상	160~299병상	160병상 미만	
1992	232.1	191.8	172.4	199.2	214.9	264.2
1993	236.2	192.9	171.0	183.6	313.4	263.4
1994	238.8	194.1	186.1	179.7	217.1	281.1
1995	233.3	198.6	183.8	193.7	237.6	263.4
1996	223.7	219.0	193.0	180.3	237.2	243.6
1997	218.3	235.4	204.5	188.9	225.5	227.2

註: 1) 특수병원으로 정신병원, 전염성병원, 한방병원, 치과병원도 제시되어 있으나 여기서는 제시하지 않음.

資料: 한국보건의료관리연구원, 『'97 병원경영분석』, 1997, p.217.

의원의 월평균 외래환자수에 관한 연구는 한국보건사회연구원에서 진행된 바가 있는데, 전체 평균 외래환자수는 1,412명이었으며, 이중 처방환자수는 1,387명으로 평균 내원 외래환자의 98.2%가 의사처방을 받고 있는 것으로 조사된바 있다(表 V-13 참조).

〈表 V-13〉 醫院의 月平均 外來患者數

(단위: 건, %)

구 분	처방환자	비처방환자	계
환자수	1,387.1(98.2)	25.2(1.2)	1,412.3(100.0)

註: 정우진·박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 의사조제료 산정연구』, 한국보건사회연구원, 1998. 12, p.63.

외래 내원환자 중 내·외용제와 주사제 처방건수를 보면 복합처방이 862건으로 61.0%로 가장 많았고 내·외용제 처방환자는 평균 399명으로 28.3% 수준을 보여주었다(表 V-14 참조).

〈表 V-14〉 醫院의 月平均 外來 處方患者中 內·外用劑와 注射劑 處方件數

(단위: 건, %)

구 분	내·외용제 처방환자	주사제처방환자	복합처방	계
환자수	399(28.3)	151(10.7)	862(61.0)	1,412(100.0)

資料: 정우진·박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 의사조제료 산정연구』, 한국보건사회연구원, 1998. 12, p.66.

의료기관의 원내조제건수에 대한 자료는 ‘대한병원협회의 병원통계(’95), 1998’에서 얻을 수 있는데, 본 통계는 100명상당 약조제건수를 기준으로 전체병원, 대학, 법인, 국·공립, 시립, 서울, 광역시, 기타도시로 구분하여 입원과 외래의 합계로 제시하고 있어 상기에서 필요로 하는 외래환자를 위한 원내조제건수는 파악되고 있지 못하다(表 V-15 참조). 기타 원외처방전 발행건수, 약품처방건수, 처방품목수, 처방일수에 대한 기 연구된 자료는 없다.

〈表 V-15〉 綜合病院의 100病床當 年間 藥調劑件數¹⁾

(단위: 건)

연도	3차병원	500병상 이상	300병상 이상	200병상 이상	100병상이상	평 균
1991	377,457.6	124,016.8	268,537.6	158,228.8	181,929.0	239,132.8
1992	347,800.9	190,409.4	254,630.3	137,771.3	161,431.8	227,263.9
1993	381,218.5	177,662.3	233,954.7	148,774.3	162,971.5	231,048.4
1994	376,895.3	145,269.6	260,704.1	144,202.5	170,163.7	239,553.6
1995	462,454.6	144,331.5	236,310.7	143,434.5	163,638.3	247,405.4

註: 1) 특수병원으로 정신병원, 전염성병원, 한방병원, 치과병원도 제시되어 있으나 여기서는 제시하지 않음

資料: 대한병원협회, 『’97병원통계』, 1997, 8, p.677.

2) 地域藥局

의약분업 이후 지역약국의 환자내원 현황 및 조제건수 등의 변화 내용에 관한 지표들이다. 지역약국에 대한 실제적인 직접조사를 통해서만이 지표산출이 가능하다.

가) 指標構成 前提

직접적인 약국의 설문조사를 통해서만 파악이 가능한 지표들로써 그 구성을 위하여 다음과 같은 전제를 둔다.

첫째, 편의를 위해서 약국의 규모는 고려하지 않는 것으로 한다. 다만, 향후 지표평가는 약국의 면적규모, 약사수를 고려하여 평가하는 것으로 한다.

둘째, 기관별 지표산출 기준은 월을 기준단위로 한다.

셋째, 약국의 가동 월평균 가동 일수는 25일로 한다.

넷째, 지역적 요인을 고려하지 않는 것으로 한다. 다만, 향후 평가에 있어서는 이를 고려한다.

나) 主要指標

① 醫藥品 購入者 訪問件數

의약품 구입을 위하여 환자가 지역약국을 방문하는 건수를 말한다. 의약분업시행으로 임의조제로 인한 의약품 판매 그리고 전문의약품 임의판매는 소멸되어 이에 대한 구입자 방문건수는 감소하지만 처방조제로 인한 의약품 판매 및 일반의약품 판매 건수는 증가할 가능성이 있다. 평가항목은 월평균 약국을 방문하는 의약품 구입자 수의 증가율로도 표현될 수 있다(表 V-16 참조).

〈表 V-16〉 醫藥品 購入者 訪問件數 關聯指標

의약품 구입자 방문건수 증가율

② 專門醫藥品 自由販賣件數(調劑 除外)

의약분업시 전문의약품이라 함은 의사의 처방이 있어야지 판매가 가능한 의약품을 말한다. 현재는 의사의 처방전이 없이도 약사의 임의 판매나 임의처방조제가 가능하나 의약분업이 되면 반드시 의사의 처방전이 있어서 판매 또는 조제가 가능하다. 전문의약품 자유판매건수는 분업예외범위를 감안하여 조제를 제외한 의사처방에 의한 전문의약품 판매건수는 월평균 몇 건인지를 나타내는 지표이다(表 V-17 참조). 의약분업시행과 함께 전문의약품 자유판매건수는 큰 폭으로 감소할 것으로 기대된다.

〈表 V-17〉 專門醫藥品 自由販賣件數 關聯指標

전문의약품자유판매건수(조제제외) 증가율

③ 調劑件數

지역약국에서 월평균 몇 건의 조제가 이루어졌을 지를 나타내는 지표이다. 의약분업으로 임의조제는 감소하나 처방조제는 증가하므로 총 조제건수의 변화를 파악할 수 있다. 여기에는 총의약품조제건수 증가율, 총 내·외용제 조제건수 증가율, 총 주사제 조제건수 증가율이 있다(表 V-18 참조).

〈表 V-18〉 調劑件數 關聯指標

총 의약품 조제건수 증가율
총 내·외용제 조제건수 증가율
총 주사제 조제건수 증가율

④ 處方調劑件數

환자가 보건의료기관에서 발급 받은 의사의 처방전을 가지고 방문하여 지역약국에서 처방조제를 매월 몇 건 받는 지를 나타내는 지표이다. 부속지표로는 원외처방전에 따른 의약품 조제건수 증가율, 원외처방전에 따른 내·외용제 조제건수 증가율, 원외처방전에 따른 주사제 조제건수 증가율이 있다(表 V-19 참조).

〈表 V-19〉 處方調劑件數 關聯指標

원외처방전에 따른 의약품 조제건수 증가율
원외처방전에 따른 내·외용제 조제건수 증가율
원외처방전에 따른 주사제 조제건수 증가율

⑤ 代替調劑件數(內·外用劑)

지역약국에서 의사의 처방전에 기재된 내·외용제를 월평균 몇 건이나 대체 조제했는 지를 평가하는 지표이다. 대체조제는 의사의 상품명 처방에 대해 약효동등성이 인정된 의약품으로 약사가 대체하여 조제하는 것을 말한다. 의약분업의 진전과 함께 대체조제는 증가할 것으로 예상된다. 부속관련지표로는 내·외용제 상품명 처방 및 일반명 조제건수 증가율, 내·외용제 상품명 처방 및 상품명 조제건수 증가율, 내·외용제 일반명 처방 및 일반명 조제건수 증가율 등이 있다.(表 V-20 참조).

〈表 V-20〉 代替調劑件數(內·外用劑) 關聯指標

내·외용제 상품명 처방 및 일반명 조제건수 증가율
내·외용제 상품명 처방 및 상품명 조제건수 증가율
내·외용제 일반명 처방 및 일반명 조제건수 증가율

⑥ 代替調劑件數(注射劑)

지역약국에서 의사의 처방전에 기재된 주사제를 월평균 몇 건이나

대체 조제했는지를 평가하는 지표이다. 관련지표로는 주사제 상품명 처방 및 일반명 조제건수 증가율, 주사제 상품명 처방 및 상품명 조제건수 증가율, 주사제 일반명 처방 및 일반명 조제건수 증가율 등이 있다.(表 V-21 참조).

〈表 V-21〉 代替調劑件數(注射劑) 關聯指標

주사제 상품명 처방 및 일반명 조제건수 증가율
주사제 상품명 처방 및 상품명 조제건수 증가율
주사제 일반명 처방 및 일반명 조제건수 증가율

⑦ 任意調劑件數

지역약국에서 약사의 임의적인 처방에 의하여 조제되는 조제건수는 월평균 몇 건인지를 나타낸다. 비록 의약분업으로 임의조제는 제한되지만 분업예외범위에 속하는 경우가 있으므로 지역별로 자료를 구할 수 있다면 중점 분업추진지역을 선별하여 정책노력을 기울일 수 있다. 부속지표로는 ‘처방전에 따르지 않은 의약품 조제건수 증가율’, ‘처방전에 따르지 않은 내·외용제 조제건수 증가율’, ‘처방전에 따르지 않은 주사제 조제건수 증가율’ 등이 있다(表 V-22 참조).

〈表 V-22〉 任意調劑件數 關聯指標

처방전에 따르지 않은 의약품 조제건수 증가율
처방전에 따르지 않은 내·외용제 조제건수 증가율
처방전에 따르지 않은 주사제 조제건수 증가율

⑧ 醫師處方에 대한 外部藥局 藥師의 異意提起件數(地域藥局側面)

의약분업이 시행되고 나서 보건의료기관에서 발행하는 처방전에 대해 외부약국 약사가 월평균 어느 정도 이의를 제기하는 지 여부를 지

역약국측면에서 측정하는 것이 필요하다. 왜냐하면 보건의료기관측면에서 얻어진 결과가 지역약국에서의 그것과 상이할 수 있기 때문이다. 부속지표로는 ‘의사처방에 대한 외부약국 약사의 이의제기건수 증가율,’ ‘내·외용제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율,’ ‘주사제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율’ 등이 있다(表 V-23 참조).

〈表 V-23〉 醫師處方에 대한 外部藥局 藥師의 異意提起件數 關聯指標
(地域藥局側面)

의사처방에 대한 외부약국 약사의 이의제기건수 증가율
내·외용제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율
주사제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율

⑨ 服藥指導件數(地域藥局側面)

의약분업이 시행되면 지역약국에서는 의약품을 조제 받거나 또는 구매하는 환자들은 의약품에 대해 약사로부터 자세한 복약지도를 받게 될 것으로 예상된다. 분업의 진행에 따른 효과를 측정하기 위한 지표로는 ‘방문환자당 복약지도건수 비율 증가율’을 활용할 수 있다(表 V-24 참조).

〈表 V-24〉 服藥指導件數 關聯指標(地域藥局側面)

방문환자당 복약지도건수 비율 증가율

⑩ 藥歷管理件數(地域藥局側面)

의약분업으로 환자들은 지역약국을 통해 약력관리를 보다 체계적으로 받을 수 있을 것으로 예상된다. 분업전후 또는 진행에 따라 약력관리증가효과를 측정하기 위한 지표로는 ‘방문환자당 약력관리 환자수 비율 증가율’이 유용할 수 있다(表 V-25 참조).

〈表 V-25〉 藥歷管理件數 關聯指標(地域藥局側面)

방문환자당 약력관리 환자수 비율 증가율

다) 資料原 및 基礎資料

상기에서 제시되고 있는 기초자료를 산출하기 위해서는 〈表 V-26〉에 제시되어 있는 기초자료의 산출이 요구된다. 표에 제시된 통계자료에 의하면 약국의 의약품 구입자 월평균 방문건수는 2,728건, 전문의약품 자유판매건수는 645건, 내원객중 월평균 총의약품 조제건수는 603건으로 조사된 바 있다.

〈表 V-26〉 地域藥局 關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料

지 표 구 분		1998	자료원
의약품 구입자 방문건수 ¹⁾		2,728	월평균, 212개 약국조사결과
전문의약품자유판매건수 ²⁾		645	월평균, 178개 약국조사결과
총조제 건수	총의약품 조제건수 ³⁾	603	월평균, 174개 약국조사결과
	총내·외용제 조제건수	n.a.	
	총주사제 조제건수	n.a.	
처방조제 건수	원외처방전에 따른 의약품 조제건수	n.a.	
	원외처방전에 따른 내·외용제 조제건수	n.a.	
	원외처방전에 따른 주사제 조제건수	n.a.	
임의조제 건수	처방전에 따르지 않은 의약품 조제건수	n.a.	
	처방전에 따르지 않은 내·외용제 조제건수	n.a.	
	처방전에 따르지 않은 주사제 조제건수	n.a.	

註: 1) 일평균×25일로 환산, p.94, 2) 상동, p.113, 3) 상동, p.114.
 資料: 정우진, 박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 약사조제료 산정연구』, 한국보건사회연구원, 1998.

이와 같은 자료 이외에 지역약국의 조제건수중 내·외용제 조제건수, 주사제 조제건수, 원외처방전에 따른 처방조제건수, 처방전에 따르지 않는 임의조제건수에 대한 기초통계자료로 조사된 연구는 없다.

나. 經濟 및 滿足度 側面 指標

1) 保健醫療機關

진료비, 시설수의 변동현황을 파악하기 위하여 직접적인 보건의료기관 설문조사가 이루어져야 할 지표들로 구성되어 있다. 여기에는 진료비, 외래진료비, 약제비, 외래약제비, 외래약제비 비율, 시설수 등이 평가항목이다.

가) 指標構成 前提

직접적인 보건의료기관의 설문조사를 통해서만이 파악이 가능한 지표들로서 그 구성을 위하여 다음과 같은 전제를 둔다.

첫째, 보건의료기관은 3차병원, 종합병원, 병원(치과 포함), 의원(치과 포함), 보건소, 보건지소를 대상으로 한다.

둘째, 기관별 지표산출 기준은 1개월을 기준단위로 한다.

셋째, 기관별 총 가동 개월 수는 12개월, 월간 운영횟수는 25일로 한다.

넷째, 향후 의료기관 병상규모별 지표산출 기준은 100병상 미만, 100~199병상, 200~299병상, 300~399병상, 400~499병상, 500병상 이상으로 하나 여기서는 이를 고려하지 않는 것으로 한다.

다섯째, 향후 진료과목별로는 관련 지표산출은 내과를 포함하여 28개 과목으로 하나 여기서는 이를 고려하지 않는 것으로 한다.

여섯째, 지역별 단위는 지역별 의약분업협력회의가 관장하는 지역으로 한다.

나) 主要指標

① 診療費

진료비라 함은 환자가 보건의료기관에 내원하여 입원 또는 외래 진

료를 받는 경우에 부담하는 제반비용의 합계로서 의료기관의 입장에서는 의료수입(Revenue)을 말한다(表 V-27 참조). 진료비 증가율은 월평균 의료기관의 의료수입은 얼마만큼 증가하였는지를 나타내는 지표이다. 의약분업으로 외래환자방문건수가 증가할 것이므로 진료비는 증가할 것으로 예상된다.

〈表 V-27〉 診療費 關聯指標

진료비 증가율

② 外來診療費

의약분업의 진전과 함께 보건의료기관의 외래진료비 수입이 월평균 얼마만큼 증가하는 지를 나타내는 지표이다. 병원에서는 외래환자에 대한 조제가 원칙적으로 금지되어 약품비가 줄어들지만 약품비를 제외한 외래진료비수입은 오히려 증가할 것으로 기대된다(表 V-28 참조).

〈表 V-28〉 外來診療費 關聯指標

외래진료비 증가율

③ 藥劑費

보건의료기관의 입원 및 외래 약제비 총액의 변화를 살펴보기 위한 지표이다. 병원에서의 조제가 원칙적으로 금지되기 때문에 약품비는 줄어들 것이나 처방료의 상승으로 기술료는 증가할 것으로 예측된다(表 V-29 참조). 약제비 증가율은 의약분업 전후 의료기관의 월평균 약제비 변화는 어느 정도인지 살펴보기 위한 것으로 이는 다시 내·외 용제와 주사제 부문으로 구분된다.

〈表 V-29〉 藥劑費 關聯指標

약제비 증가율
내·외용제 약제비 증가율
주사제 약제비 증가율

④ 外來 藥劑費

의약분업 이후 외래 약제비의 월평균 증감정도를 살펴보기 위한 지표이다. 병원에서의 외래조제가 원칙적으로 금지되기 때문에 약제비는 줄어들 것으로 예측된다(表 V-30 참조). 부속지표로는 외래 내·외용제 약제비 증가율, 외래 주사제 약제비 증가율이 있다.

〈表 V-30〉 外來 藥劑費 關聯指標

외래 약제비 증가율
외래 내·외용제 약제비 증가율
외래 주사제 약제비 증가율

⑤ 外來 藥劑費 比率

외래 약제비 비율 관련 지표는 의약분업 전후 월평균 외래진료비에 대한 약제비 비율의 증감정도를 살펴보기 위한 지표이다. 이러한 비율의 비교에서 유의할 것은 분모인 외래진료비가 수가 인상 등으로 동시에 증가할 수 있으므로 이를 보정하여 해석해야 한다는 점이다. 부속 관련 지표로는 ‘외래진료비에 대한 외래 약제비 비율 증가율’, ‘외래진료비에 대한 외래 내·외용제 약제비 비율 증가율’, ‘외래진료비에 대한 주사제 약제비 비율 증가율’이 있다(表 V-31 참조).

〈表 V-31〉 外來診療費에 대한 外來 藥劑費 比率 關聯指標

외래진료비에 대한 외래 약제비 비율 증가율
외래진료비에 대한 외래 내·외용제 약제비 비율 증가율
외래진료비에 대한 주사제 약제비 비율 증가율

⑥ 施設數

의약분업 이후 특정 시점을 기준으로 의료기관 등 보건의료서비스 관련 시설의 증감을 나타내는 지표이다. 환자의 의료이용 행태 변화에 따라 각 기관별 수입변화에 큰 영향을 미치기 때문에 시설수의 변화도 있을 것으로 사료된다(表 V-32 참조). 시설수 증가율, 단위 인구당 시설수 증가율 등이 있다.

〈表 V-32〉 施設數 關聯指標

시설수 증가율
단위 인구당 시설수 증가율
지역별 단위 인구당 시설수 증가율

다) 資料源 및 基礎資料

의료기관을 대상으로 기관당 진료비, 외래진료비, 외래 약제비에 대한 자료는 『'98병원경영분석』과 한국보건사회연구원의 『처방조제료 산정방안』에 관한 연구가 있다. 병원경영분석자료에는 진료비 관련 현황을 100명상의 개념으로 표준화시켜 제시하고 있으며, 한국보건사회연구원의 연구는 의원의 관련 자료를 제시하고 있다(表 V-33 참조).

〈表 V-33〉 保健醫療機關 關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料

지 표 구 분		1997	자료원
진료비(의료수익) (천원)	3차 종합병원 ¹⁾	799,369	백병상당 월평균 의료수익
	300병상 이상병원 ¹⁾	489,489	"
	160~299병상 병원 ¹⁾	347,131	"
	160병상 미만병원 ¹⁾	367,069	"
	병원 ¹⁾ 의원 ²⁾	273,109 21,147	" 의원대상설문조사(월평균)
외래진료비 (외래수익)(천원)	3차 종합병원 ³⁾	279,417	백병상당 월평균 외래수익
	300병상 이상병원 ³⁾	186,465	"
	160~299병상 병원 ³⁾	127,356	"
	160병상 미만병원 ³⁾	145,117	"
	병원 ³⁾ 의원 ⁴⁾	121,189 21,039	" 의원대상설문조사(월평균)
약제비	약제비(병원급 이상) ⁵⁾	1,004,979	100병상당 손익계산서상 약제비
	내·외용제 약제비	n.a.	
	주사제 약제비	n.a.	
외래약제비 (십억원) ⁶⁾ (1996年)	외래 약제비(총계)		의료기관종별 외래 약제비 구성
	3차 종합병원	336	
	종합병원	356	
	병원	112	
	외래 내·외용제 약제비		
	3차 종합병원	314	
	종합병원	327	
	병원	93	
	외래 주사제 약제비		
3차 종합병원	22		
종합병원	29		
병원	19		

資料: 1) 한국보건의료관리연구원, 『'98병원경영분석』, 1998, p.618.

2) 외래, 입원, 비처방 환자, 본인분담금이 포함된 수치임. 정우진·박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 약사조제료 산정연구』, 한국보건사회연구원, 1998, p.64.

3) 한국보건의료관리연구원, 상동, p.368.

4) 정우진 외, 상동, p.64.

5) 한국보건의료관리연구원, 상동, p.102.

6) 의료보험연합회 내부자료, 정우진 외에서 재인용, p.184.

지역별 시설수와 인구수는 정부의 통계자료에 의하여 집계되고 있다. <表 V-34> 는 현재 집계되고 있는 자료로서 전국의 지역별 보건 의료시설 시설수와 인구를 제시한 것이다.

<表 V-34> 地域別 施設數¹⁾ 및 人口數(住民登錄基準)

지 역	'97 시설	'97 인구(천명)
서울	9,645	10,389
부산	2,952	3,865
대구	2,093	2,502
인천	1,490	2,461
광주	980	1,326
대전	1,157	1,323
울산	667	1,013
경기	5,230	8,515
강원	822	1,540
충북	854	1,475
충남	1,052	1,903
전북	1,293	2,007
전남	1,026	2,166
경북	1,415	2,812
경남	1,700	3,058
제주	324	528
합 계	1,395	46,883

註: 1) 시설은 종합병원, 병원·의원, 특수병원, 치과병·의원, 한방병·의원, 부속의원, 조산소의 합계임.

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1998, p.10, p.156.

2) 地域藥局

의약분업 이후 지역약국의 매출액 및 시설수 변화 내용에 관한 사항을 평가하기 위한 지표로 구성되어 있다.

가) 指標構成 前提

지역약국 설문조사를 통해서 만이 파악이 가능한 지표들로서 그 구성을 위하여 다음과 같은 전제를 둔다.

첫째, 약국의 규모는 고려하지 않는 것으로 한다. 다만, 향후 지표 평가는 약국의 면적규모, 약사수를 고려하여 평가하는 것으로 한다.

둘째, 기관별 지표산출 기준은 월을 기준단위로 한다.

셋째, 약국의 월평균 가동일 수는 25일로 한다.

넷째, 지역적 요인을 고려하지 않는 것으로 한다. 다만, 향후 평가에 있어서는 이를 고려한다.

나) 主要指標

① 總賣出額

월평균 약국의 총매출액 규모는 어느 정도인지를 나타내는 지표이다. 여기에는 ‘총매출액증가율,’ ‘자유판매매출액증가율,’ ‘임의조제매출액증가율,’ ‘처방조제매출액증가율’이 있다(表 V-35 참조). 특히, 처방조제매출액 증가율은 현재 극히 일부에 지나지 않을 것으로 추측되고 있으나 향후 모든 외래환자가 약국을 통해서 약을 조제 받게 되므로 약국의 매출규모를 늘리는 주요 변수로 작용할 것으로 판단된다.

〈表 V-35〉 總賣出額 關聯指標

총매출액 증가율
자유판매 매출액 증가율
임의조제 매출액 증가율
처방조제 매출액 증가율

② 處方調劑 賣出額

의약분업으로 지역약국의 처방조제매출액은 크게 증가할 것으로 예상된다. 부속지표로는 ‘내·외용제 처방조제 매출액 증가율’ ‘주사제 처방조제 매출액 증가율’ 등이 있다(表 V-36 참조).

〈表 V-36〉 處方調劑 賣出額 關聯指標

내·외용제 처방조제 매출액 증가율
주사제 처방조제 매출액 증가율

③ 施設數

의약분업 이후 특정 시점을 기준으로 약국의 시설수 현황은 얼마만큼 변화하였는지를 나타내는 지표이다. 이 지표는 인구로 표준화하여 ‘시설수 증가율,’ ‘단위 인구당 시설수 증가율,’ ‘지역별 단위 인구당 시설수 증가율’로 세분될 수 있다(表 V-37 참조). 이는 향후 환자의 약국에 대한 접근도 편의를 고려한다는 측면에서도 평가할 필요가 있다.

〈表 V-37〉 施設數 關聯指標

시설수 증가율
단위 인구당 시설수 증가율
지역별 단위 인구당 시설수 증가율

다) 資料源 및 基礎資料

상기에서 제시되고 있는 제반 지표들에 대한 수치를 산출하기 위해서는 〈表 V-38〉에서 제시하고 있는 바와 같은 기초자료가 필요하다.

〈表 V-38〉 地域藥局關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料

지 표 구 분		1998	자 료 원
매출액	총매출액(만원) ¹⁾	1,448	220개 약국조사, 월평균 매출액 191개 약국조사, 조제매출액비율참조
	자유판매 매출액 ²⁾	1,020	
	임의조제 매출액 ³⁾	428	
	처방조제 매출액	n.a.	
처방조제 매출액	내·외용제 처방조제 매출액	n.a.	
	주사제 처방조제 매출액	n.a.	

註: 1) 일평균×25일을 고려함.

2) 총매출액에서 임의조제 매출액을 차감한 금액임(p.100),

3) 총매출액에 대한 조제매출액 비율 적용 산출(p.100).

資料: 정우진·박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 약사조제료 산정 연구』, 한국보건사회연구원, 1998, p.94.

총매출액, 자유판매 매출액, 임의조제매출액에 관한 자료는 한국보건사회연구원의 연구(정우진 외, 1998)에서 제시된 바 있다. 그러나 처방조제 매출액에 관한 조사는 이루어지지 않았으며, 모든 조제가 약사의 임의처방에 의하여 이루어지고 있음을 볼 때 의사 처방에 의한 처방조제 건수는 극히 일부에 지나지 않을 것으로 추측된다.

〈表 V-39〉 地域別 藥局 施設數 및 人口數

지 역	시설수 ¹⁾	인구(천명) ²⁾
서울	8,960	10,389
부산	2,313	3,865
대구	1,846	2,502
인천	1,140	2,461
광주	1,271	1,326
대전	1,045	1,323
울산	466	1,013
경기	3,835	8,515
강원	1,007	1,540
충북	940	1,475
충남	1,161	1,903
전북	1,387	2,007
전남	1,303	2,166
경북	1,520	2,812
경남	1,567	3,058
제주	303	528
합 계	30,064	46,883

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1998, p.10, p.184.

지역별 약국 시설수, 단위 인구당 약국 시설수를 산출하기 위해서는 〈表 V-39〉에 제시된 바와 같은 기초자료가 필요하다. 본 기초자료는 현재 정부통계에 의하여 지속적으로 집계되고 있기 때문에 기초자료를 구성하는 데 별다른 문제점은 없다고 할 수 있다.

3) 保險者

의료기관 및 약국에서 청구되고 있는 의료기관 진료비청구심사 자료의 분석을 통하여 의약분업에 대한 보건의료환경변화를 국가 전체적 또는 지역별로 파악할 수 있는 지표들로 구성되어 있다.

가) 指標構成 前提

의료기관, 약국 등으로부터 보험심사청구를 통하여 의약분업 관련 자료를 얻을 수 있는 것들이다. 지표를 산출하기 위해서는 다음과 같은 기준을 전제로 한다.

- 첫째, 일정 기간동안 집계된 자료를 지표 산출시 활용한다.
- 둘째, 전체 요양기관을 지표산출 대상기관으로 한다.
- 셋째, 필요시 의료기관 종별을 구분하여 산출한다.
- 넷째, 필요시 지역별로 구분하여 지표를 산출한다.

나) 主要指標

① 診療費 및 診療件數

의약분업의 시행에 따른 진료비 및 진료건수 증감은 어느 정도인지 파악하기 위한 지표이다. 관련 주요지표로는 ‘총 진료비 증가율,’ ‘총 외래진료비 증가율,’ ‘총 외래진료비 급여액 증가율,’ ‘총 외래진료비 본인부담액 증가율,’ ‘총 외래진료건수 증가율’이 있다(表 V-40 참조).

〈表 V-40〉 診療費 및 診療件數 關聯指標

총 진료비 증가율
총 외래진료비 증가율
총 외래진료비 급여액 증가율
총 외래진료비 본인부담액 증가율
총 외래진료건수 증가율

② 藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含)

의약분업의 시행에 따른 약제비 증가율은 얼마인지 파악하기 위한 것이다. 보험자에 의해 집계되는 약제비 청구현황에 관한 통계이며 여기에는 ‘총 약제비 증가율’이 있다(表 V-41 참조).

〈表 V-41〉 藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含) 關聯指標

총 약제비 증가율

③ 外來藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含)

의약분업에 따른 외래 약제비 변동정도를 파악하기 위한 지표이다. 여기에는 ‘총 외래약제비 증가율,’ ‘총 외래약제비 급여액 증가율,’ ‘총 외래약제비 본인부담액 증가율’이 있다(表 V-42 참조).

〈表 V-42〉 外來 藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含) 關聯指標

총 외래 약제비 증가율
총 외래 약제비 급여액 증가율
총 외래 약제비 본인부담액 증가율

④ 外來藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含) 比率

의약분업은 원외처방전의 발행을 통하여 외래환자에 대한 외부 지역약국 조제를 원칙으로 하고 있기 때문에 향후 의약분업 진전에 따라 외래 진료비에 대한 약제비의 비율은 큰 폭으로 감소할 것으로 예상된다(表 V-43 참조). 부속지표로서 ‘외래 진료비에 대한 약제비 비율 증가율’이 있다.

〈表 V-43〉 外來 藥劑費(處方療, 調劑療, 注射療 包含) 比率 關聯指標

외래 진료비에 대한 약제비 비율 증가율 ¹⁾

註: 1) 처방료, 조제료, 주사료 포함

⑤ 外來 內用劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數

의약분업의 진전과 함께 외래 내용제에 관한 주요항목의 변화율을 알아보기 위한 것이다. 여기에는 ‘외래 내용제 약제비 증가율’, 외래 내용제 투약일수 증가율, ‘외래 내용제 처방건수 증가율,’ ‘외래 내용제 조제건수 증가율’ 등이 있다(表 V-44 참조).

〈表 V-44〉 外來 內用劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數 關聯指標

내용제 약제비 증가율
내용제 투약일수 증가율
내용제 원내처방료 증가율
내용제 원외처방료 증가율
내용제 원내조제료 증가율
내용제 원외조제료 증가율
내용제 원내처방건수 증가율
내용제 원외처방건수 증가율
내용제 원내조제건수 증가율
내용제 원외조제건수 증가율

⑥ 外來 外用劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數

내용제 의약품 항목 이외에 외용제 관련 지표들이다. 의약분업 진전에 따라 얼마만큼 증가하였는지를 살펴보기 위한 것이다.

〈表 V-45〉 外來 外用劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數 關聯指標

외용제 약제비 증가율
외용제 투약일수 증가율
외용제 원내처방료 증가율
외용제 원외처방료 증가율
외용제 원내조제료 증가율
외용제 원외조제료 증가율
외용제 원내처방건수 증가율
외용제 원외처방건수 증가율
외용제 원내조제건수 증가율
외용제 원외조제건수 증가율

부속지표로는 ‘외래 외용제 약제비 증가율,’ ‘외래 외용제 투약일수 증가율,’ ‘외래 외용제 처방건수 증가율,’ ‘외래 외용제 조제건수 증가율’ 등이 있다(表 V-45 참조).

⑦ 外來 注射劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數

의료기관에서 처방되는 주사제 항목 관련 지표에 관한 것으로서 의약분업의 진전과 함께 얼마만큼의 변화가 있는지를 평가하기 위한 지표이다. 여기에는 ‘외래 주사제 약제비 증가율,’ ‘외래 주사제 투약일수 증가율’ 및 원내처방료, 원외처방료, 원내조제료, 원외조제료 관련 지표가 있다(表 V-46 참조).

〈表 V-46〉 外來 注射劑 藥劑費, 投藥日數, 處方件數, 調劑件數 關聯指標

주사제 약제비 증가율
주사제 투약일수 증가율
주사제 원내처방료 증가율
주사제 원외처방료 증가율
주사제 원내조제료 증가율
주사제 원외조제료 증가율
주사제 원내처방건수 증가율
주사제 원외처방건수 증가율
주사제 원내조제건수 증가율
주사제 원외조제건수 증가율

다) 資料源 및 基礎資料

진료비 및 진료건수 관련 지표산출을 위한 기초자료는 의료보험연합회의 의료보험통계연보를 통하여 매년 집계되고 있으며, 관련 자료는 〈表 V-47〉에서 제시되고 있다. 한편, 약제비, 외래약제비, 외래내용제, 외래외용제, 외래주사제 관련 기초자료는 의료보험연합회의 의료보험 진료내역경향조사에서 일부 산출되고 있다.

〈表 V-47〉 保險者關聯 諸指標 算出을 위한 基礎資料

지 표 구 분		1997	자료원
진료비·진료건수 ¹⁾	총 진료비(백만원)	8,572,725	
	총 외래 진료비(백만원)	5,524,461	
	총 외래 진료비 급여액(백만원)	3,179,646	
	총 외래 진료비 본인부담액(백만원)	2,344,815	
	총 외래 진료건수(천건)	225,304	
약제비 ²⁾	약제비계(건당약제비금액)(원)	12,259	입원외래합계(p.71)
외래 약제비 ²⁾	총 외래 약제비(건당약제비금액)(원)	8,290	p.71
	총 외래 약제비 급여액	n.a.	
	총 외래 약제비 본인부담액	n.a.	
외래 내용제 ²⁾	내용제 약제비(건당금액)(원)	7,564	p.75
	내용제 투약일수	n.a.	
	내용제 원내처방료	n.a.	
	내용제 원외처방료	n.a.	
	내용제 원내조제료	n.a.	
	내용제 원외조제료	n.a.	
	내용제 원내처방건수	n.a.	
	내용제 원외처방건수	n.a.	
	내용제 원내조제건수	n.a.	
	내용제 원외조제건수	n.a.	
외래 외용제 ²⁾	외용제 약품비(건당금액)(원)	n.a.	내용제에 포함.p.75
	외용제 투약일수	n.a.	
	외용제 원내처방료	n.a.	
	외용제 원외처방료	n.a.	
	외용제 원내조제료	n.a.	
	외용제 원외조제료	n.a.	
	외용제 원내처방건수	n.a.	
	외용제 원외처방건수	n.a.	
	외용제 원내조제건수	n.a.	
	외용제 원외조제건수	n.a.	
외래 주사제 ²⁾	주사제 약품비(건당금액)(원)	726	p.76
	주사제 투약일수	n.a.	
	주사제 원내처방료	n.a.	
	주사제 원외처방료	n.a.	
	주사제 원내조제료	n.a.	
	주사제 원외조제료	n.a.	
	주사제 원내처방건수	n.a.	
	주사제 원외처방건수	n.a.	
	주사제 원내조제건수	n.a.	
	주사제 원외조제건수	n.a.	

註: 2) 에서 내용제와 외용제는 구분되어 산출되지 못하고 통합되어 있어 이를 수록함.
 資料: 1) 의료보험연합회, 『'97 의료보험통계연보』, 1998. 9. p.173.
 2) _____, 『'97 의료보험 진료내역경향조사』, 1998. 12.

4) 患者利用度 側面

환자가 의료기관 및 약국을 이용하는 경우에 직접 체험하는 사항을 바탕으로 구성된 지표들이다. 보건의료기관과 약국은 공급자인 반면, 환자는 소비자로서 객관적인 자료를 제공할 수 있다. 예로 공급자는 의약분업정책에 완전히 순응하는 자료를 제공할 수 있으나 이는 표면적이고 주관적인 자료에 불과하고 수요자가 제시하는 자료가 실질적이며 객관적인 자료일 가능성이 높다. 따라서 공급자 및 수요자 양쪽 측면에서 자료를 입수하고 분석하여 의약분업정책의 실제상황을 정확히 평가하도록 하여야 한다. 본 지표는 보건의료기관 이용행태, 이용 관련 시간, 이용관련 비용으로 삼분되어 논의될 수 있다.

가) 指標構成 前提

환자의 의료이용과 관련된 지표는 다음과 같은 기준 하에서 산출되는 것으로 가정한다.

첫째, 환자의 의료기관 및 약국 이용은 조사시점이전 2주간을 기본 단위로 하여 통계를 산출한다.

둘째, 보건의료기관의 방문건수 산출은 보건의료기관을 3차 종합병원, 종합병원, 병원(치과 포함), 의원(치과 포함), 보건소, 보건지소로 구분한다.

셋째, 지역약국은 문전약국과 동네약국으로 구분하며 문전약국은 병·의원 근방에 위치한 약국으로 하고 동네약국은 기타 모든 약국을 지칭하는 것으로 한다.

나) 主要指標

① 患者 醫療利用 行態

의약분업 후 보건의료기관 방문건수 및 유형별 조제건수 관련현황

의 변화를 살펴보기 위한 지표이다. 여기에는 보건의료기관 입원건수 증가율, 외래방문건수 증가율, 처방전 수취건수 증가율, 원내조제건수 증가율, 의사조제건수 증가율, 간호사 및 간호조무사 조제건수 증가율 등이 있다. 또한 보건의료기관 종류별 외래 1차 방문건수 증가율을 파악하여 의료전달체계 운영성의 변화를 파악할 수도 있다(表 V-48 참조)³⁵⁾.

〈表 V-48〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 I

보건의료기관 입원건수 증가율
보건의료기관 외래방문건수 증가율
보건의료기관 처방전 수취건수 증가율
보건의료기관 원내조제건수 증가율
보건의료기관 의사조제건수 증가율
보건의료기관 간호사 및 간호조무사 조제건수 증가율
보건의료기관 원내약국 조제건수 증가율
보건의료기관 종류별 외래 1차 방문건수 증가율

또한 의약분업후 처방조제의 유형별 지표로는 지역약국에서의 처방조제건수 증가율, 문전약국에서의 처방조제건수 증가율, 지역약국에서 약사 처방조제건수 증가율, 지역약국에서의 약사보조인력 처방조제건수 증가율 등이 있다(表 V-49 참조)³⁶⁾.

〈表 V-49〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 II

지역약국에서의 처방조제건수 증가율
문전약국(병·의원 앞 약국)에서의 처방조제건수 증가율
지역약국에서의 약사 처방조제건수 증가율
지역약국에서의 약사보조인 처방조제건수 증가율

35) 외래 1차와 함께 외래 2차 방문건수증가율 그리고 외래진료건당 투약일수 증가율도 고려할 수 있다.

36) 설문지 작성 전에 문전약국에 대한 정의를 명확히 할 필요가 있다.

의약분업 후 지역약국의 처방조제이의 행태는 여러 가지가 있을 수 있다. 여기에는 임의조제, 약사임의조제, 약사보조인 임의조제, 자유판매건수, 약사 자유판매건수, 약사보조인 자유판매의 조제행위가 있을 수 있으며, 이와 관련된 증가량 관련 지표는 〈表 V-50〉 과 같다.

〈表 V-50〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 III

지역약국에서의 임의조제건수 증가율
지역약국에서의 약사 임의조제건수 증가율
지역약국에서의 약사보조인 임의조제건수 증가율
지역약국에서의 자유판매건수 증가율
지역약국에서의 약사 자유판매건수 증가율
지역약국에서의 약사보조인 자유판매건수 증가율

기타로는 의약분업 효과와 부작용과 관련되는 지표로서 처방전수취 후 조제포기율과 환자가 목격한 약사의 의사처방 이의제기건수가 있다. 여기서 처방전수취후 조제포기율이란 환자가 의료기관에서 처방전을 발급 받은 이후 약국에서의 조제를 행하지 않는 비율을 말한다(表 V-51 참조).

〈表 V-51〉 患者 醫療利用 行態 關聯指標 IV

처방전 수취후 조제포기율 증가율
의사처방에 대한 약사의 이의제기 건수 증가율(내·외용제)
의사처방에 대한 약사의 이의제기 건수 증가율(주사제)

의약분업이 시행되면 지역약국에서 의약품을 조제 받거나 또는 구매할 때 약사로부터 환자들이 자세한 복약지도를 받게 될 것으로 예상된다. 분업의 진행에 따른 효과를 측정하기 위한 지표로는 ‘지역약국 방문당 복약지도경험건수 비율 증가율’을 활용할 수 있다(表 V-52 참조).

〈表 V-52〉 服藥指導經驗件數 關聯指標

지역약국 방문당 복약지도경험건수 비율 증가율

환자들은 의약분업으로 지역약국을 통해 약력관리를 보다 체계적으로 받을 수 있을 것으로 기대된다. 분업전후 또는 진행에 따라 약력관리증가효과를 측정하기 위한 지표로는 ‘지역약국 방문당 약력관리 경험건수 비율 증가율’이 유용할 수 있다(表 V-53 참조).

〈表 V-53〉 藥歷管理經驗件數 關聯指標

지역약국 방문당 약력관리 경험건수 비율 증가율

② 患者 醫療利用 關聯 時間

의약분업후 환자가 2주 동안 의료기관 및 약국을 이용한 경우에 소요한 시간 증가율을 살펴보기 위한 지표들로서 이에는 의료기관 도착까지의 시간 증가율, 의료기관 접수대기시간 증가율, 의료기관 진료대기시간 증가율, 의료기관 진료시간 증가율, 의료기관 수납대기시간 증가율 등이 있다(表 V-54 참조).

〈表 V-54〉 患者 醫療利用 關聯 時間 指標

의료기관 도착까지의 시간 증가율
 의료기관 접수대기시간 증가율
 의료기관 진료대기시간 증가율
 의료기관 진료시간 증가율
 의료기관 수납대기시간 증가율
 의료기관 조제대기시간 증가율
 지역약국 탐색시간 증가율
 지역약국 조제대기시간 증가율
 지역약국 복약지도시간 증가율
 조제 후 집까지의 도착시간 증가율
 주사제 조제 후 의료기관 도착까지의 시간 증가율
 주사제 투약을 위한 접수대기시간 증가율
 주사제 투약 대기시간 증가율
 주사제 투약 후 집까지의 도착시간 증가율

③ 患者 利用 關聯 費用

의약분업 전후 특정시점을 기준으로 2주간 환자가 의료기관 및 약국 이용 시에 소요한 금전적 비용 증감을 살펴보기 위한 지표이다. 여기에는 의료기관 도착까지의 교통비용 증가율, 의료기관 진료접수 비용 증가율, 의료기관 의약품 약제비용 증가율, 의료기관 검사 등 비용 증가율이 있다(表 V-55 참조).

〈表 V-55〉 患者 利用關聯 費用 關聯指標

의료기관 도착까지의 교통비용 증가율
의료기관 진료접수비용 증가율
의료기관 의약품 약제비용 증가율
의료기관 검사 등 비용 증가율
지역약국 탐색시 교통비용 증가율
지역약국 의약품 조제비용 증가율
조제후 집 도착까지의 교통비용 증가율
주사제 조제후 의료기관 도착까지의 교통비용 증가율
주사제 투약비용 증가율
주사제 투약후 집까지의 교통비용 증가율

다) 資料源 및 基礎資料

환자의 의료기관 이용 행태 중 의료기관방문건수 및 방문시 처방조제와 관련된 항목, 약국 방문시 처방조제 관련 항목들에 대한 지표 산출을 위해 필요한 기초자료는 〈表 V-56〉 과 같다. 이중 보건의료기관 방문건수와 관련된 내용은 파악되고 있으나 여타 항목은 구득할 수 없는 실정이다.

환자가 의료기관 및 약국을 방문하는 경우에 각 절차상에서 나타나는 제반 시간 관련 지표는 〈表 V-57〉 과 같다. 이들 중 의료기관 도착시까지의 시간, 의료기관 외래 진료대기시간은 한국보건사회연구원

에서 실시하고 있는 국민의료이용 및 보건의식행태조사에서 파악되고 있으며, 나머지의 경우에는 조사되고 있는 자료는 없다.

〈表 V-56〉 患者利用行態 關聯指標 算出을 위한 基礎資料

주요 지표		1995	자료원
보건의료 기관 ¹⁾	입원방문건수	n.a.	2주간 외래환자 1인당 평균방문횟수 ¹⁾
	외래방문건수	2.4	
	- 3차 종합병원	1.6	
	- 종합병원	1.8	
	- 병원	2.5	
	- 의원	2.9	
	- 치과병의원	2.7	
	- 보건(지)소	1.7	
	- 보건진료소	1.5	
	처방전 수취건수	n.a.	
	원내조제건수	n.a.	
	의사조제건수	n.a.	
	간호사와 간호조무사 조제건수	n.a.	
	원내약국 조제건수	n.a.	
지역 약국 ²⁾	지역약국에서의 처방조제건수	23.8	일 평균임
	문전약국에서의 처방조제건수	n.a.	
	약사 처방조제건수	23.8	일 평균임
	약사보조인 처방조제건수	n.a.	
	임의조제건수	n.a.	
	약사 임의조제건수	23.8	일 평균임
	약사보조인 임의조제건수	n.a.	
	자유판매건수	103.6	일 평균임
	약사 자유판매건수	n.a.	
	약사보조인 자유판매건수	n.a.	
처방전 수취 후 조제포기율	n.a.		

註: 1) 홍정기 자료에서 산출

2) 대한약사회 자료에서 산출, 환자조사를 통하여 산출되어야 할 자료이나 현재 환자조사를 통하여 집계되는 통계가 없기 때문에 부득이 약국조사 결과를 수록하였음.

資料: 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 한국보건사회연구원, 1995.
대한약사회, 『1998년도 전국 약국 경영실태조사 및 적정조제료 산출에 관한 연구 보고서』, 1998, p.44.

〈表 V-57〉 患者 利用關聯 時間 關聯指標 算出 基礎資料

주요 지표	1995	자료원
의료기관 도착까지의 시간(분) ¹⁾	38.5	
의료기관 접수대기시간	n.a.	
의료기관 진료대기시간(외래) ²⁾	29.1	
의료기관 진료시간	n.a.	
의료기관 수납대기시간	n.a.	
의료기관 조제대기시간	n.a.	
지역약국 탐색시간	n.a.	
지역약국 조제대기시간	n.a.	
지역약국 복약지도시간	n.a.	
조제후 집까지의 도착시간	n.a.	
주사제 조제후 의료기관 도착까지의 시간	n.a.	
주사제 투약을 위한 접수대기시간	n.a.	
주사제 투약 대기시간	n.a.	
주사제 투약후 집까지의 도착시간	n.a.	

註: 1) 입원과 외래의 평균('95년도 자료), p.111, p.117, 2) p.118.

資料: 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 한국보건사회연구원, 1995.

〈表 V-58〉 患者 醫療利用 費用 關聯指標 算出 基礎資料

(단위: 백원)

주요 지표	1995	자료원
의료기관 도착까지의 교통비용 ¹⁾	45.5	약국을 포함한 전체평균
- 3차 종합병원	96.8	
- 종합병원	66.0	
- 병원	57.1	
- 의원	41.8	
- 치과병·의원	32.3	
- 보건(지)소	26.7	
- 보건진료소	9.7	
의료기관 진료접수비용	n.a.	
의료기관 의약품 약제비용	n.a.	
의료기관 검사 등 비용	n.a.	
지역약국 탐색시 교통비용	21.1.	약국이용시 평균 교통비용
지역약국 의약품 조제비용	n.a.	
조제후 집 도착까지의 교통비용	n.a.	
주사제 조제후 의료기관 도착까지의 교통비용	n.a.	
주사제 투약비용	n.a.	
주사제 투약후 집까지의 교통비용	n.a.	
주사제 조제후 의료기관 도착까지의 시간	n.a.	
주사제 투약을 위한 접수대기시간	n.a.	
주사제 투약 대기시간	n.a.	
주사제 투약후 집까지의 도착시간	n.a.	

註: 외래의 평균('95년도 자료),

資料: 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 한국보건사회연구원, 1995, p.120.

환자가 의료기관 및 약국을 방문하는 경우에 각 절차상에서 나타나는 제반 비용 관련 지표는 〈表 V-58〉과 같다. 이들 중 의료이용시에 나타나는 제반 비용 중 의료기관 도착시까지의 교통비용, 약국 이용시의 교통비용 등은 파악되고 있으나, 나머지의 경우에는 조사되고 있는 자료는 없다.

5) 患者·供給者 満足度 側面

본 평가항목은 의료 이용자의 의료서비스에 대한 만족도와 의료공급자의 의약분업에 대한 견해를 평가하기 위한 지표들로 구성되어 있다. 직접적인 의료이용자, 공급자 설문조사를 통해서만 파악이 가능하다.

가) 指標構成 前提

의료이용자와 공급자 만족도를 측정하고 이러한 비계량지표를 지수화하여 평가하기 위해서는 다음과 같은 지표구성의 전제를 필요로 한다.

첫째, 의료이용자 및 공급자의 만족도 수준 평가를 위한 배점은 100을 단위로 한다.

둘째, 모든 지수증가율은 의약분업 이전을 100으로 하여 의약분업 이후를 평가하는 것으로 한다.

셋째, 공급자 부문의 의약분업에 대한 만족도에 있어서 분업 이전에 대한 만족도 평가는 분업이전의 의료기관서비스 공급체계에 대한 만족도를 측정하여 평가한다.

나) 主要指標

① 親切도에 대한 評價

의약분업 이후의 의료기관 종사자의 환자에 대한 친절도 증감을 의약분업 전과 비교하여 평가하기 위한 것이다. 여기에는 ‘의료기관 의

래의사 친절도지수 증가율,’ ‘의료기관 외래간호원 친절도지수 증가율,’ ‘의료기관 외래약국 약사 친절도지수 증가율,’ ‘지역약국 약사 친절도 지수 증가율’ 등이 있다(表 V-59 참조).

〈表 V-59〉 親切도에 대한 評價 關聯 指標

의료기관 외래의사 친절도지수 증가율
의료기관 외래간호원 친절도지수 증가율
의료기관 외래약국 약사 친절도지수 증가율
지역약국 약사 친절도지수 증가율

② 患者 滿足度

의약분업 이후 의료이용에 대한 환자의 만족도 변화를 의약분업 이전과 비교하여 얼마나 차이가 있는지 나타내는 지표로서 ‘의료기관 치료효과 만족도 지수 증가율,’ ‘의료기관 행정서비스 만족도 지수 증가율,’ ‘의료기관 진료비용 만족도 증가율’ 등이 있다(表 V-60 참조).

〈表 V-60〉 患者 滿足度 關聯指標 I

의료기관 치료효과 만족도 지수 증가율
의료기관 행정서비스 만족도 지수 증가율
의료기관 진료비용 만족도 지수 증가율

의료기관 이용에 따른 치료효과, 행정서비스, 진료비용 이외에 직접적으로 의약품 조제와 관련된 항목으로서는 ‘의료기관 원내조제서비스 만족도 지수 증가율,’ ‘의료기관 원내조제비용 만족도 지수 증가율’이 있다(表 V-61 참조).

〈表 V-61〉 患者 滿足度 關聯指標 II

의료기관 원내조제서비스 만족도 지수 증가율
의료기관 원내조제비용 만족도 지수 증가율

향후 의약분업으로 약국에서의 조제서비스가 크게 개선될 것이다. 따라서 약국 이용환자의 지역약국 조제서비스 만족도, 지역약국 조제비용 만족도를 평가하는 것도 중요하다(表 V-62 참조).

〈表 V-62〉 患者 満足度 關聯指標 III

지역약국 조제서비스 만족도 지수 증가율
지역약국 조제비용 만족도 지수 증가율

기타로는 의약분업정책 즉, 전문의약품 최종공급체계의 전문화정책 자체에 대한 환자 만족도 평가이다. 이는 환자들이 전반적으로 의약분업정책에 대하여 느끼는 만족도를 파악하는 것으로 의약분업 이전의 전문의약품 최종공급체계와 비교하여 환자의 만족도가 어느 정도 변화했는 지를 평가하고자 하는 것이다(表 V-63 참조).

〈表 V-63〉 患者 満足度 關聯指標 IV

의약분업정책(전문의약품구입체계규제) 만족도 지수 증가율

③ 供給者 満足度

의약분업정책에 대한 공급자의 만족도 수준을 살펴보는 것이다. 미분업시의 전문의약품 최종공급체계에 대한 만족도를 기준으로, 의약분업 실시 이후 체계에 대한 공급자의 주관적인 만족도 수준을 살펴보는 것이다. 여기에는 ‘보건의료기관의 의약분업정책 만족도지수 증가율,’ ‘지역약국 의약분업정책 만족도지수 증가율’이 있다(表 V-64 참조).

〈表 V-64〉 供給者 満足度 關聯指標

보건의료기관의약분업정책(전문의약품구입체계규제)만족도 지수 증가율
지역약국 의약분업정책(전문의약품 구입체계규제)만족도 지수 증가율

다) 資料源 및 基礎資料

상기에 제시된 기초자료를 산출하기 위해서는 <表 V-65>에서 제시하고 있는 지표산출 기초자료가 필요하다. 현재 이에 관한 기초통계자료는 보건복지부와 한국보건산업진흥원에서 실시한 바 있는 의료기관 서비스평가 결과분석과 한국보건사회연구원에서 진행한 바 있는 한국인의 건강과 의료이용 행태조사에서 관련 기초자료를 찾을 수 있다.

<表 V-65> 親切度에 대한 評價 關聯 指標算出 基礎資料

주요 지표		산출가능성 ¹⁾	주요내용
의료기관 조사 친절도	의료기관 외래의사 친절도 ²⁾	a.	최저 0에서 최고 1점을 기준, 평균 0.74로 조사됨
	의료기관 외래간호원 친절도 ³⁾	a.	상동, 평균 0.75
	의료기관 외래약국 약사 친절도 ⁴⁾	a.	상동, 약국이용시 설명충분성, 평균 0.68.
	의료기관 지역약국 약사 친절도	n.a.	
환자 만족도	의료기관 치료효과 만족도 ⁵⁾	p.a.	종합병원, 병원, 의원이용환자 조사, 리커트 5점척도
	의료기관 행정서비스 만족도 ⁶⁾	a.	상동, 세부진료절차 만족도, 평균 0.76
	의료기관 진료비용 만족도 ⁷⁾	p.a.	상동
	의료기관 원내조제서비스 만족도	n.a.	
	의료기관 원내조제비용 만족도	n.a.	
	지역약국 조제서비스 만족도	n.a.	
	지역약국 조제비용 만족도	n.a.	
공급자 만족도	의료분업정책(전문약품구입체계규제)만족도	n.a.	
	지역약국 의료분업정책(전문약품구입체계규제)만족도	n.a.	

註: 1) a: 구득가능, p.a.: 부분구득가능, n.a.: 구득불능, 2) 보건복지부 p.659, 3) 보건복지부 p.661, 4) 보건복지부 p.649, 5) 최정수 외, p.216, p.220, p.224, 6) 보건복지부, p.664, 7) 최정수 외, p.216, p.220., p.224.

資料: 보건복지부·한국보건산업진흥원, 『1998 의료기관서비스 평가결과 분석 보고서』, 1998. 최정수 외, 『한국인의 건강과 의료이용 실태』, 한국보건사회연구원, 1995.

전자의 경우 의료기관 외래의사 친절도는 의료기관 외래의사 만족도로 조사되는 것이 있는데, 1점 만점에 평균 0.74점으로 조사되고 있

으며, 본 보고서의 의료기관 외래약국 약사 친절도에 대한 항목은 없으나 다만, 약국이용의 만족도, 대기시간의 적정성, 약국이용시 문의 용의성, 약국이용시 설명 충분성에 대하여는 조사되고 있다. 상기에서 제시된 통계자료 이외에 의료기관, 외래약국, 지역약국 이용환자에 대한 공식적인 통계자료는 없기 때문에 관련 조사가 요구된다³⁷⁾.

3. 1次的 成果指標: 中間政策目標 達成度 評價

의약분업 성과를 평가하기 위한 1차적 성과지표는 외형상의 의약분업수준을 평가하기 위하여 중요하다고 사료되는 지표들을 산출한 것이다. 이는 의약분업의 중간정책목표 또는 단기적으로 시현되는 목표라고 할 수 있다.

가. 指標算出 前提

의약분업의 성과를 평가하기 위한 지표산출 전제는 다음과 같이 3가지의 경우로 한다.

첫째, 1차적 성과지표는 공급자조사, 소비자조사, 보험자 자료분석 결과에서 산출된 지표를 비교 제시하는 것으로 한다.

둘째, 각 부문별 자료가 갖는 전제는 앞에서 제시된 전제와 동일한 것으로 가정한다.

셋째, 각 지표는 필요시 지역별 의약분업협력회의에서 관장하는 지역단위로 구별하여 평가된다.

넷째, 보건의료기관은 필요시 종별 또는 규모별로 분류하여 평가되도록 한다.

37) 일반국민이 의약분업의 목적과 내용, 편익과 비용을 어느 정도 잘 이해하고 있는가에 대한 평가를 하여 대국민 홍보의 강도를 조절할 수도 있다.

나. 主要指標

향후 의약분업의 정도를 계량적으로 평가할 수 있는 1차적 의미의 성과지표를 제시한다. 여기에는 먼저 ‘의사와 약사의 직능분리율’은 의사는 진단·처방, 약사는 이에 따른 조제라는 의약분업의 직능분리상의 기본개념이 어느 정도 성취되었느냐를 나타내는 지표이다. ‘원외 처방전발행률’은 원내조제가 어느 정도 금지되고 있는 가를 나타내는 것으로 의약분업의 기관분리정도를 표현하는 지표이다. 우리 나라 의약분업정책은 원칙적으로 상기 비율이 100%가 되도록 정책노력을 기울이는 것이다.

또한 ‘의사조제율’은 의약분업정책과 동시에 분업예외에 의해 어느 정도 의사가 직접 조제하고 있는 가를 나타내는 것이다. ‘간호사 및 간호조무사 조제율’은 처방과 조제서비스의 전문화를 표방하는 의약분업에도 불구하고 보건의료기관에서 간호사 및 간호조무사가 어느 정도로 조제하고 있는 가를 평가하는 것으로 정책보완의 필요성 여부를 판단하는 기타 지표이다.

‘지역약국의 처방조제율’은 지역약국의 조제건수에서 처방조제건수 비율을 나타내는 것으로 분업예외범위를 함축하는 지표이다. 의약분업정책으로 100%가 지향되는 비율이다. ‘지역약국 약사의 처방조제율’과 ‘지역약국 약사보조인의 처방조제율’은 약사가 처방조제를 담당하고 있는가 아니면 약사보조인이 담당하는가를 평가하는 지표이다. 더불어 ‘지역약국의 임의조제율’은 분업예외 등에 의해 어느 정도 약사가 임의조제하고 있는가를 나타내는 지표이고, ‘지역약국 약사의 임의조제율’과 ‘지역약국 약사보조인의 임의조제율’은 그러한 임의조제를 약사와 약사보조인 중 누가 어느 정도 담당하느냐를 표현하고 있다. 그리고 ‘의사처방에 대한 약사의 이의제기율’은 의약분업실시로

의사처방에 대한 약사의 견제·감시가 어느 정도 이루어지고 있는 지를 판단하는 지표이다(表 V-66 참조).

〈表 V-66〉 醫藥分業政策評價를 위한 1次的 成果指標

주요 지표	산 식 (단위: %)
의사와 약사 직능분리율	$(\text{의사처방에 따른 원내약사 조제건수} + \text{원외처방전 발행건수}) / \text{의사의 총 외래 처방건수} \times 100$
원외처방전 발행률	$\text{원외처방전 발행건수} / \text{의사의 총 외래처방건수} \times 100$
의사조제율	$\text{의사 총 조제건수} / \text{의사 총 외래처방건수} \times 100$
간호사 및 간호조무사 조제율	$\text{간호사 및 간호조무사 등 조제건수} / \text{의사의 총 외래 처방건수} \times 100$
지역약국의 처방조제율	$\text{의사처방에 따른 지역약국 처방조제건수} / \text{지역약국의 총 조제건수} \times 100$
지역약국 약사의 처방조제율	$\text{의사처방에 따른 지역약국 약사의 처방조제건수} / \text{지역약국의 총 조제건수} \times 100$
지역약국 약사보조인의 처방조제율	$\text{의사처방에 따른 지역약국 약사보조인의 처방조제건수} / \text{지역약국의 총 조제건수} \times 100$
지역약국의 임의조제율	$\text{의사처방에 따른 지역약국 임의조제건수} / \text{지역약국의 총 조제건수} \times 100$
지역약국 약사의 임의조제율	$\text{의사처방에 따른 지역약국 약사의 임의조제건수} / \text{지역약국의 총 조제건수} \times 100$
지역약국 약사보조인의 처방조제율	$\text{의사처방에 따른 지역약국 약사보조인의 임의조제건수} / \text{지역약국의 총 조제건수} \times 100$
의사처방에 대한 약사의 이의제기율	$\text{지역약국 약사의 총 이의제기건수} / \text{지역약국의 총 처방전 수취건수} \times 100$

이러한 각 지표는 공급자에 대한 설문조사와 수요자인 환자의 관측 결과 그리고 보험자 자료분석을 통해 다각적으로 시행되고 상호 비교되어 제시됨으로써 인위적 조작에 의한 지표의 왜곡이 최대한 방지되도록 한다. 또한 지역별 분석을 통해 의약분업정책이 잘 시행되고 있

지 않은 지역을 선별하여 문제점을 파악하고 개선대책을 강구해 중점 관리함으로써 의약분업의 혜택이 전국민에게 균등하게 부여되도록 조치한다.

다. 資料源 및 基礎資料

상기자료에 대한 현재까지의 집계된 공식적인 통계나 지표는 없는 실정이다. 의약분업의 1차적 성과지표 산출을 위한 기초자료로는 의사 처방에 따른 원내약사 조제건수, 원외처방전 발행건수, 의사의 총 처방건수, 의사총조제건수 등이 있다(表 V-67 참조). 의약분업의 종합적인 평가 및 추후 관리를 위하여 상기 자료의 구성 및 연구가 필요하다.

〈表 V-67〉 醫藥分業의 1次的 成果指標 算出을 위한 基礎資料

기 초 자 료	산출자료 ¹⁾
의사처방에 따른 원내약사 조제건수	환자 이용도 측면지표
원외처방전 발행건수	기초성과지표-보건의료기관
의사의 총 처방건수	"
의사 총 조제건수	환자 이용도 측면지표
간호사 및 간호조무사 등 조제건수	"
의사처방에 따른 지역약국 처방조제건수	기초성과지표-지역약국
지역약국의 총 조제건수	"
의사처방에 따른 지역약국 약사의 처방조제건수	"
의사처방에 따른 지역약국 약사보조인의 처방조제건수	환자 이용도 측면지표
의사처방에 따른 지역약국 임의조제건수	"
의사처방에 따른 지역약국 약사의 임의조제건수	"
의사처방에 따른 지역약국 약사보조인의 임의조제건수	"

註: 1) 본문의 지표부문에서 이제까지 제시된 기초자료를 통하여 종합적으로 산출이 가능하며, 산출가능 해당 부문을 기록한 것임.

4. 2次的 成果指標: 最終政策目標 達成度 評價

의약분업정책목표는 기본적으로 다음의 최종목표를 달성하고자 하는 것이라는 점은 앞에서 논한 바와 같다. 즉, 의약품 오·남용 방지, 약화사고 예방, 과잉투약방지, 불필요한 의약품의 소비감소, 국민의료비 절감이다. 본 2차적 성과지표는 이러한 목표가 어느 정도 달성되었는가와 관련 있는 지표를 평가가능성을 고려하여 제시하고자 한다.

가. 指標算出 前提

2차적 성과지표는 앞에서 제시된 기초성과지표와 1차적 성과지표와 산출방식이 상이한 것이 대부분이다. 따라서 2차적 성과지표를 측정, 판단하기 위해서는 별도의 자료수집과 분석이 요구된다. 성과평가를 위한 기준은 다음으로 한다.

첫째, 공식적인 정부통계, 정부출연정책연구소에서 생산된 주요 통계치를 판단 기준자료로 활용한다.

둘째, 2차적 성과지표를 산출하기 위한 기준공식은 상세하게 그 산출방식을 기술한다.

셋째, 2차적 성과지표는 단기보다는 장기적으로 그 효과가 크게 나타날 수 있음에 유의한다.

나. 主要指標

의약분업의 진전으로 전문적인 처방과 조제에 의하지 아니하고는 안전성이 낮은 의약품 즉, 전문의약품을 사용할 수 없게 되므로 의약품 오·남용에 대한 해악이 줄어들 것으로 기대된다. 이와 관련하여 의약분업이 국민의 의료이용에 긍정적으로 기여할 수 있는 요인을 계

량적으로 계측관리할 수 있는 지표들이 있는데 본 연구는 이런 항목들을 2차적 성과지표로 명명하였으며, 이에 해당하는 지표는 <表 V-68>에서 살펴볼 수 있다.

<表 V-68> 2次的 成果指標

주요 지표	국내수치	국외수치
국민의료비중 총 약제비 비중 증가율	30.3% (1994년)	미국 8.4% 영국 15.3% 일본 20.9%
인구 1,000명당 1일 당 의약품 소비량 증가율	n.a.	n.a.
인구 1,000명당 항생제 사용량 증가율	33.2% (DDD)	19.0% (1996년) 21.3% (1997년)
환자가 의료기관을 방문했을 때 처방 받는 의약품 수 증가율	4.2종 (외래환자) 6.3종 (입원환자)	1~2종 (WHO)
의료보험 진료환자에 대한 의약품 처방 받는 환자 비율의 증가율	n.a.	n.a.
의료보험 진료환자에 대한 내·외용제를 처방 받는 환자 비율의 증가율	n.a.	n.a.
의료보험 진료환자에 대한 주사제를 처방 받는 환자 비율의 증가율	56.6 (주사제)	17.2 (WHO)
병·의원, 약국 자료를 이용한 기준단위(DDD) 방식의 항생제 사용량 증가율	33.2 DDD (1997년)	19.0 DDD (1996년) 21.3 DDD (1997년) (OECD)
다진료과 동시 투약환자의 투약내용 중복비율	2개과 12% 1일 6회, 3개과 9.3% 1일 8회	국제수치 n.a.

資料: 이의경·장선미 외, 『의약품 사용평가(I)-의약품 사용실태분석을 중심으로』, 한국보건사회연구원, 1999.

보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1998.

여기에는 국민의료비 중 총약제비 비중, 인구 1,000명당 1인당 의약품 소비량, 인구 1,000명당 항생제 사용량, 환자가 의료기관을 방문했을 때 처방 받는 의약품의 수(입원, 외래), 의료보험 진료환자 중 주사제를 처방 받은 환자의 비율, 의료보험 진료환자에 대한 항생제 처방

비율, 의료보험 진료환자 중 주사제를 처방 받은 환자의 비율, 병·의원, 약국의 자료에 근거하여 기준단위(DDD) 방식으로 항생제사용량, 다진료과 동시 투약환자의 투약내용 중복비율이 있다. 의약분업 전후 이런 제반 지표의 증감을 살펴봄으로써 의약분업정책의 효과성을 가늠할 수 있을 것이다.

다. 資料原 및 基礎資料

상기에서 제시하고 있는 지표를 산출하기 위해서는 <表 V-69> 에 나타난 기초자료의 산출이 필요하다. 국민의료비, 총약제비, 총인구, 연간 의약품소비량, DDD방식의 항생제 사용건수는 파악이 되고 있으나 연간 항생제 소비량, 다진료과 동시투약환자의 투약내용 중복건수 지표, 지역약국에서의 의약품 권매건수는 산출되지 않고 있다.

<表 V-69> 2次的 成果指標 算出 基礎資料

주요지표	기초통계
국민의료비(1996)(억원) ^{a)}	163,775
총약제비(1994)(억원) ^{a)}	49,680
총인구(천명) ^{b)}	46,883
연간의약품소비량('98)(억원) ^{1)a)}	46,137
연간항생제소비량	n.a.
기준단위 방식의 항생제 사용건수(DDD/인구1,000명/일) ^{a)}	33.2
다진료과 동시 투약환자의 투약내용 중복건수	n.a.
지역약국에서의 의약품 권매건수	n.a.

註: 1) 연간 병원, 의원, 약국이 사용한 약제비를 금액으로 나타낸 것임.

資料: a) 이의경·장선미 외, 『의약품 사용평가(I)-의약품 사용실태분석을 중심으로-』, 한국보건사회연구원, 1999, p.14, p.25, p.43.

b) 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1998, p.184.

연간 항생제 소비량의 경우는 소비량적인 측면에서는 파악되고 있지 못하나, 병·의원과 약국의약품 소비액 구성비 측면에서는 산출되고 있는데, 이의경(1998)의 연구에 의하면 병원은 65.2%, 의원 27.2%, 약국은 7.1%로 나타났다. 상기 기초자료 테이블에서 항생제 사용건수는 병·의원, 약국을 대상으로 일일 인구 천명당 DDD방식으로 집계하고 있는데, 여기서 DDD란 WHO에서 각 성분별로 주요 적응증에 대하여 환자 1인이 하루 동안 복용해야 하는 평균유지용량(average maintenance dose)을 제시한 것으로서 1,000명의 성인이 소비한 의약품의 양을 일일 사용량 기준단위(DDD: Defined Daily Dose)로 측정 제시한 것이다.

5. 全體 指標 概觀

가. 基礎成果指標: 保健醫療環境變化

1) 保健醫療서비스 供給側面

〈表 V-70〉 保健醫療서비스 供給側面の 指標

평가 항목		주요 지표
보건의료 기관	외래환자 진료서비스	총 외래환자 증가율
	외래환자용 처방전 발행건수	외래환자용 총 의약품 처방전 발행건수 증가율 외래환자용 총 내·외용제 처방전 발행건수 증가율 외래환자용 총 주사제 처방전 발행건수 증가율
	외래환자용 원외처방전 발행건수	외래환자용 총 원외 처방전 발행건수 증가율 외래환자용 총 내·외용제 원외처방전 발행건수 증가율 외래환자용 총 주사제 원외처방전 발행건수 증가율
	외래환자용 처방전 발행건수비율	외래진료건수당 처방전 발행건수 비율 증가율 외래진료건수당 내·외용제 처방전 발행건수 비율 증가율 외래진료건수당 주사제 처방전 발행건수 비율 증가율
	외래환자용 의약품 처방품목수	외래환자용 의약품 처방품목수 증가율 외래환자용 내·외용제 처방품목수 증가율 외래환자용 주사제 처방품목수 증가율
	외래환자용 의약품처방일수	외래환자용 의약품 처방일수 증가율 외래환자용 내·외용제 처방일수 증가율 외래환자용 주사제 처방일수 증가율
	외래환자용 의약품원내조제건수	외래환자용 의약품 원내조제건수 증가율 외래환자용 내·외용제 원내조제건수 증가율 외래환자용 주사제 원내조제건수 증가율
	외래환자용 의약품 상품명 처방건수	외래환자용 의약품 상품명 처방건수 증가율 외래환자용 내·외용제 상품명 처방건수 증가율 외래환자용 주사제 상품명 처방건수 증가율
	의사처방에 대한 외부약 국 약사의 이의제기건수	의사처방에 대한 외부약국 약사의 이의제기건수 증가율 내·외용제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율 주사제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율

〈表 V-70〉 계속

평 가 항 목		주 요 지 표
지역약국	의약품구입자 방문건수	의약품 구입자 방문건수 증가율
	전문의약품 자유판매건수	전문의약품자유판매건수(조제제외) 증가율
	조제건수	총 의약품 조제건수 증가율 총 내·외용제 조제건수 증가율 총 주사제 조제건수 증가율
	처방조제건수	원외처방전에 따른 의약품 조제건수 증가율 원외처방전에 따른 내·외용제 조제건수 증가율 원외처방전에 따른 주사제 조제건수 증가율
	대체조제건수(내·외용제)	내·외용제 상품명처방 및 일반명조제건수 증가율 내·외용제 상품명처방 및 상품명조제건수 증가율 내·외용제 일반명처방 및 일반명조제건수 증가율
	대체조제건수(주사제)	주사제 상품명처방 및 일반명조제건수 증가율 주사제 상품명처방 및 상품명조제건수 증가율 주사제 일반명처방 및 일반명조제건수 증가율
	임의조제건수	처방전에 따르지 않은 의약품 조제건수 증가율 처방전에 따르지 않은 내·외용제 조제건수 증가율 처방전에 따르지 않은 주사제 조제건수 증가율
	의사처방에 대한 약사의 이의제기건수	의사처방에 대한 외부약국 약사의 이의제기건수 증가율 내·외용제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율 주사제 처방에 대한 약사의 이의제기건수 증가율
	복약지도건수	방문환자당 복약지도건수 비율 증가율
	약력관리건수	방문환자당 약력관리 환자수 비율 증가율

2) 經濟 및 滿足度 側面

〈表 V-71〉 經濟 및 滿足度 側面의 指標

평 가 항 목		주 요 지 표
보건의료 기관	진료비	진료비 증가율
	외래진료비	외래진료비 증가율
	약제비	약제비 증가율 내·외용제 약제비 증가율 주사제 약제비 증가율
	외래약제비	외래 약제비 증가율 외래 내·외용제 약제비 증가율 외래 주사제 약제비 증가율
	외래약제비 비율	외래진료비에 대한 외래 약제비 비율 증가율 외래진료비에 대한 외래 내·외용제 약제비 비율 증가율 외래진료비에 대한 주사제 약제비 비율 증가율
	시설수	시설수 증가율 단위 인구당 시설수 증가율 지역별 단위 인구당 시설수 증가율
지역약국	총매출액	총매출액 증가율 자유판매 매출액 증가율 임의조제 매출액 증가율 처방조제 매출액 증가율
	처방조제매출액	내·외용제 처방조제 매출액 증가율 주사제 처방조제 매출액 증가율
	시설수	시설수 증가율 단위인구당 시설수 증가율 지역별 단위인구당 시설수 증가율

〈表 V-71〉 계속

평가항목	주요지표	
보협자	진료비 및 진료건수	총 진료비 증가율 총 외래진료비 증가율 총 외래진료비 급여액 증가율 총 외래진료비 본인부담액 증가율 총 외래진료건수 증가율
	약제비	총 약제비 증가율
	외래약제비	총 외래 약제비 증가율 총 외래 약제비 급여액 증가율 총 외래 약제비 본인부담액 증가율
	외래약제비 비율	외래 진료비에 대한 약제비 비율 증가율
	외래내용제 약제비, 투약 일수, 처방건수, 조제건 수	내용제 약제비 증가율 내용제 투약일수 증가율 내용제 원내처방료 증가율 내용제 원외처방료 증가율 내용제 원내조제료 증가율 내용제 원외조제료 증가율 내용제 원내처방건수 증가율 내용제 원외처방건수 증가율 내용제 원내조제건수 증가율 내용제 원외조제건수 증가율
	외래외용제 약제비, 투약 일수, 처방건수, 조제건 수	외용제 약제비 증가율 외용제 투약일수 증가율 외용제 원내처방료 증가율 외용제 원외처방료 증가율 외용제 원내조제료 증가율 외용제 원외조제료 증가율 외용제 원내처방건수 증가율 외용제 원외처방건수 증가율 외용제 원내조제건수 증가율 외용제 원외조제건수 증가율
	외래주사제 약제비, 투약 일수, 처방건수, 조제건 수	주사제 약품비 증가율 주사제 투약일수 증가율 주사제 원내처방료 증가율 주사제 원외처방료 증가율 주사제 원내조제료 증가율 주사제 원외조제료 증가율 주사제 원내처방건수 증가율 주사제 원외처방건수 증가율 주사제 원내조제건수 증가율 주사제 원외조제건수 증가율

<表 V-71> 계속

평가항목	주요 지표
환자이용도	보건의료기관 입원방문건수 증가율 보건의료기관 외래방문건수 증가율 보건의료기관 처방전 수취건수 증가율 보건의료기관 원내조제건수 증가율 보건의료기관 의사조제건수 증가율 보건의료기관 간호사 및 간호조무사 조제건수 증가율 보건의료기관 원내약국 조제건수 증가율
	보건의료기관 종류별 외래 1차 방문건수 증가율
	지역약국에서의 처방조제건수 증가율
	문진약국(병의원앞 약국)에서의 처방조제건수 증가율
	지역약국에서의 약사 처방조제건수 증가율
	지역약국에서의 약사보조인 처방조제건수 증가율
	지역약국에서의 임의조제건수 증가율
	지역약국에서의 약사 임의조제건수 증가율
	지역약국에서의 약사보조인 임의조제건수 증가율
	지역약국에서의 자유판매건수 증가율
	지역약국에서의 약사 자유판매건수 증가율
	지역약국에서의 약사보조인 자유판매건수 증가율
	처방전 수취후 조제포기율 증가율
	의사처방에 대한 약사의 이의제기건수(내·외용제)
	의사처방에 대한 약사의 이의제기건수(주사제)
	지역약국 방문당 복약지도 경험건수 비율 증가율
	지역약국 방문당 약력관리 경험건수 비율 증가율
	이용관련 시간
의료기관 접수대기시간 증가율	
의료기관 진료대기시간 증가율	
의료기관 진료시간 증가율	
의료기관 수납대기시간 증가율	
의료기관 조제대기시간 증가율	
지역약국 탐색시간 증가율	
지역약국 조제대기시간 증가율	
지역약국 복약지도시간 증가율	
조제후 집까지의 도착시간 증가율	
주사제 조제후 의료기관 도착까지의 시간 증가율	
주사제 투약을 위한 접수대기시간 증가율	
주사제 투약 대기시간 증가율	
주사제 투약후 집까지의 도착시간 증가율	
이용관련 비용	의료기관 도착까지의 교통비용 증가율
	의료기관 진료접수비용 증가율
	의료기관 의약품 약제비용 증가율
	의료기관 검사 등 비용 증가율
	지역약국 탐색시 교통비용 증가율
	지역약국 의약품 조제비용 증가율
	조제후 집 도착까지의 교통비용 증가율
	주사제 조제후 의료기관 도착까지의 교통비용 증가율
	주사제 투약비용 증가율
	주사제 투약후 집까지의 교통비용 증가율

〈表 V-71〉 계속

평가항목		주요지표
환자·공급자 만족도	친절도에 대한 평가	의료기관 외래의사 친절도 지수 증가율 의료기관 외래간호원 친절도 지수 증가율 의료기관 외래약국 약사 친절도 지수 증가율 지역약국 약사 친절도 지수 증가율
	환자만족도	의료기관 치료효과 만족도 지수 증가율 의료기관 행정서비스 만족도 지수 증가율 의료기관 진료비용 만족도 지수 증가율 의료기관 원내조제서비스 만족도 지수 증가율 의료기관 원내조제비용 만족도 지수 증가율
		지역약국 조제서비스 만족도 지수 증가율 지역약국 조제비용 만족도 지수 증가율 의약품업정책 만족도 지수 증가율
		공급자만족도

나. 1次的 成果指標: 中間政策目標 達成度 評價

〈表 V-72〉 1次的 成果指標: 中間政策目標 達成度 評價

주요지표	산식
의·약사 직능분리율 (의사처방에 따른 약사조제건수, %)	(의사처방에 따른 원내약사 조제건수+원외처방전 발행건수)/의사의 총 외래처방건수×100
원외처방전 발행률(%)	원외처방전 발행건수/의사의 총외래처방건수×100
의사조제율	의사 총 조제건수/의사 총 외래처방건수×100
간호사 및 간호조무사 조제율	간호사 및 간호조무사 등 조제건수/의사의 총 외래처방건수×100
지역약국의 처방조제율	의사처방에 따른 지역약국 처방조제건수/지역약국의 총 조제건수×100
지역약국 약사의 처방조제율	의사처방에 따른 지역약국 약사의 처방조제건수/지역약국의 총 조제건수×100
지역약국 약사보조인의 처방조제율	의사처방에 따른 지역약국 약사보조인의 처방조제건수/지역약국의 총 조제건수×100
지역약국의 임의조제율	의사처방에 따른 지역약국 임의조제건수/지역약국의 총 조제건수×100
지역약국 약사의 임의조제율	의사처방에 따른 지역약국 약사의 임의조제건수/지역약국의 총 조제건수×100
지역약국 약사보조인의 처방조제율	의사처방에 따른 지역약국 약사보조인의 임의조제건수/지역약국의 총 조제건수×100
의사처방에 대한 약사의 이의제기율	지역약국 약사의 총 이의제기건수/지역약국의 총 처방전 수취건수×100

다. 2次的 成果指標: 最終政策目標 達成度 評價

〈表 V-73〉 2次的 成果指標: 最終政策目標 達成度 評價

국민의료비중 총 약제비 비중 증가율
인구 1,000명당 1일 당 의약품 소비량 증가율
인구 1,000명당 항생제 사용량 증가율
환자가 의료기관을 방문했을 때 처방 받는 의약품 수 증가율
의료보험 진료환자에 대한 의약품을 처방 받는 환자 비율의 증가율
의료보험 진료환자에 대한 내·외용제를 처방 받는 환자 비율의 증가율
의료보험 진료환자에 대한 주사제를 처방 받는 환자 비율의 증가율
병·의원, 약국 자료를 이용한 기준단위(DDD) 방식의 항생제 사용량 증가율
다진료과 동시 투약환자의 투약내용 중복비율

VI. 結 論

원칙적으로 정책평가란 정책실적을 평가지침에 따라 확인 및 평가해 나가는 데 필요한 구체적인 제반사업, 절차 등을 말한다. 평가실무는 평가제도의 형태에 따라 달라질 수 있으나 가능한 한 평가실무를 체계화시키고, 일반화시켜 봄으로써 평가제도를 보다 효과적으로 운영할 수 있고, 더 나아가 평가제도 자체의 문제점 추출 및 이의 해결에 기여할 수 있는 점에서 중요한 의미를 지닐 수 있다.

의약분업정책의 경우 정책평가란 보건의료분야 뿐 아니라 전체 사회경제적으로 중요한 영향을 미치는 제도에 대해 사전적으로 정책목표를 뚜렷이 확인하고 정책실적의 평가지표를 마련하여 이의 달성정도를 적시에 평가함으로써 정책개선을 유도하려는 적극적인 시도의 일환이다. 또한 이는 정부가 달성한 정책실적에 대하여 주기적으로 객관적인 평가를 실시하여 그 결과에 상응하는 조치를 취하고자 하는 일련의 순환과정에 해당된다.

본 보고서는 의약분업정책평가모형을 사전에 개발하여 필요시 정책평가를 즉각 수행할 수 있도록 만반의 준비를 갖추는 데 그 주된 목적이 있으며, 결과적으로, 정책평가를 통해 제도의 부작용을 최소화하는 방안을 즉각적으로 도출함으로써 의약분업정책이 성공적으로 실시되고 무리 없이 진행되도록 기여하고자 작성되었다. 본 보고서는 본문에서 의약분업정책평가를 수행할 정책담당자와 평가자들이 정책평가시 실질적인 도움이 되고 나아가서 의약분업정책의 효율적·효과적 수행을 돕고자 필요한 이론과 기본방안을 제시하였다. 즉, 정책평가에 앞서 유념해야 할 의약분업정책과 공공정책평가의 이론적 배경을 명

확히 하고, 일본의 의약분업정책 평가현황과 시사점을 고찰하였다. 또한 의약분업정책 평가기획 방법론을 단계화하여 제시하고 국내·외 문헌을 고찰하고 미흡한 점을 보완하여 의약분업정책평가를 위해 필요한 지표시안을 도출하였다. 본 보고서의 본론 부문에서 제안된 내용을 요약하면 다음과 같다.

먼저 의약분업정책평가체계와 관련하여 우리 나라에 비해 의약분업을 먼저 시행하고 있는 일본의 경우를 참고하면 일본은 지역별 의약분업추진협의회를 기초단위로 하여 후생성의 약무주관과에서 기획과 평가를 담당하고 있는데, 협의회는 각 도도부현이 중심이 되어 시정촌, 삼사회(의사회, 치과의사회, 약제사회), 의료기관, 약국, 관계행정기관 등 지역의 의약분업 계획 실시에 관해 관계자로 구성된다. 한편, 후생성 보험국 의료과의 의료지도감사실은 매년 도도부현(보험과)과 공동으로 분업 약국에 관해서 약제복용력의 관리와 지도료의 대상이 되는 복약지도에 필요한 약력관리 상황을 중심으로 조사 및 평가를 수행하고 있다. 이때 평가지표로는 전체 원외처방전 발행률의 변화, 지역별 원외처방전 발행률의 변화, 의료기관별 원외처방전 발행률의 변화, 의약분업에 따른 약제비 청구약국수의 변화, 의약분업에 대한 주민호응도, 복약지도 이행도, 약력관리경험도 등이 활용되고 있다.

본 보고서에서 제안한 의약분업정책 평가기획과정을 요약하면 다음과 같다. 정책평가를 위해서는 평가목적의 규명이 필요한 데 의약분업정책 평가목적은 동 정책이 원래 의도했던 정책목표를 달성했는지 여부, 성공과 실패의 여부, 동일 효과달성을 위해 환자불편·불만 및 의료비 부담, 정책홍보비 등 사회적 비용을 더 줄일 수 있는 기타 방안의 존재여부, 의약분업정책의 중단·계속·확대·축소 여부 등을 결정하는 것이다. 의약분업정책평가지 평가를 활용할 정책관련자는 고위 정책결정자인 대통령, 장관, 국회의원 등으로 의약분업관련사업 관리

자는 보건복지부 보건정책국장, 약무식품정책과장 등이라고 할 수 있다. 현재 정부안과 같이 의약분업이 전국적으로 동시에 실시된다면 총괄평가 형태로 평가가 수행되어야 한다. 한편, 의약분업정책을 시행했을 경우, 외래환자에 대한 원외처방전 발행 100% 달성을 정책목표로 하느냐 아니면 의약품 오·남용을 감소시키는 것을 정책목표로 하느냐에 따라 전자의 경우는 총괄평가, 후자는 과정평가·형성평가로 수행될 수도 있다. 평가유형에 관련해서는 의약분업정책이 다른 정책과 그 효과가 비교된다든지, 아니면 같은 정책을 운영했던 과거의 실적과 대비될 수 없다는 측면에서 효과평가가 적절한 데, 이는 부분적 효과에 대한 평가인 효과성평가와 효과전반에 대한 평가인 종합효과평가로 수행될 수 있다. 이 가운데 효과성평가를 위해서는 사업의 목표를 양적으로 표현하거나 질적으로 표현하여 변화를 평가하는 것이 필요하다. 양적 목표로는 ‘현 70~77% 수준인 폐렴구균의 페니실린 내성률을 2003년까지 50%로 감소시킨다’ 등이고 질적 목표로는 ‘의료보험 진료환자 중 의약품을 처방 받는 환자비율 감소시킨다’ 등을 예로 들 수 있다. 종합효과평가는 정책목표가 질적으로 표현된 경우의 효과성평가방법과 깊은 관계가 있는 바, 이론적으로 의존하지 않았던 효과를 전문가평가와 여론조사를 통해 평가하는 것이다.

의약분업정책 평가지표를 결정하는 데는 측정가능성, 개선가능성, 상대적 중요성, 충분성, 비교가능성 등을 충분히 고려해야 하는 데 의약분업 관련 자료 수집 및 검토, 정책목표 확인, 목표달성을 위한 주요사업확인, 주요사업의 업무흐름도 작성 통제불능요인 파악, 중점관리분야 파악 등의 과정을 거쳐야 한다. 한편, 전국 시·군·구 지역단위 해당 보건소(243개소)에는 의사, 치과의사, 약사단체, 의료보험자단체, 소비자 시민단체 등에서 추천을 받은 자와 관련 공무원으로 지역별 의약분업협력회의가 설치될 예정이므로 동 위원회가 지역별 의약분업

정책실적을 정책주무부처 또는 의약분업정책평가자에게 제출하도록 조치하는 것도 고려할 만하다. 의약분업정책평가자는 지역별 정책실적보고서를 제출 받은 후 내용을 검토하여 특별히 확인할 지역을 선별하고 실사 확인토록 한다. 의약분업정책 평가결과를 확정해 나가는 최종단계에서는 첫째로 실무평가반의 평가결과(안)에 대한 종합평가반의 재검, 이견이 있는 경우 협의, 추가작업이 필요한 경우 동 결과의 확인 등 평가최종작업을 원만히 수행해 나가는 일이고, 둘째로는 최종평가보고서를 작성하도록 한다.

의약분업정책효과는 다양하게 평가될 필요가 있는 바, 평가지표를 크게 기초성과지표, 1차적 성과지표, 2차적 성과지표로 삼분하여 도합 192개의 지표를 고려할 수 있다. 이때 기초성과지표는 의약분업(관련) 정책으로 야기되는 보건의료환경변화를 다각적으로 묘사하는 지표로 환경변화는 보건의료서비스공급측면과 경제 및 만족도 측면으로 구분되는 데 각각은 보건의료기관과 지역약국으로 다시 세분되고 다시 주요 평가항목으로 구분되어 비계량지표를 포함한 171개의 개별지표를 도출하였다. 1차적 성과지표는 정책평가이론에서 중간정책목표달성도 평가지표로 의약분업정책의 외형적인 분업형태달성평가에 해당하는데 11개의 지표를 도출하였다. 정책평가이론에서 최종정책목표달성도 평가지표에 해당하는 2차적 성과지표는 의약분업정책에 따른 의약품 사용량 평가와 직접적인 관련이 있는 9개의 지표를 도출하였다.

이제 본 결론의 나머지 부분에서는 추가적으로 의약분업정책을 전문적이고 독립적으로 평가하기 위한 평가단 운영의 필요성과 방안을 구체적으로 제시하고자 한다.

1. 評價의 專門性 및 獨立性 確保를 위한 機構 新設의 必要性

의약분업정책평가를 공정하고 객관성 있게 처리하기 위해서는 평가자가 준수하여야 할 책임과 의무를 명확히 하여야 하며, 평가자가 독립성을 최대한 유지할 수 있어야 한다. 특히 의약분업정책과 같이 전국민이 정책의 영향권내에 있고 그 시행을 위해 수 십 년을 논의하고도 아직도 그 시의성과 필요성에 대해 이론이 분분한 제도인 경우는 더더욱 그렇다. 정책의사결정자가 제도시행 후 정책실적을 평가하여 제도의 수정·보완 또는 지속·폐지·확대·축소를 결정하고자 할 때 평가자의 독립성과 전문성을 보장하는 게 무엇보다도 중요하다. 정부가 정책평가자를 위촉한 경우 정책입안 및 집행자로서의 정부는 가능한 정책평가에 대해 깊게 관여하려는 것이 일반적인 성향이다. 그러나 정부가 정책실적평가에 대해 깊게 관여하면 할수록 평가자의 독립성을 유지하기가 어려워 평가의 객관성을 확보하기 어렵다. 따라서 정부는 정책실적평가에 대하여는 평가자가 책임을 지고 평가할 수 있는 여건을 조성해 줄 필요가 있다.

2. 醫藥分業政策 評價機構(案)

가. 醫藥分業政策 評價委員會

의약분업정책평가와 관련하여 보건복지부에 醫藥分業政策評價委員會를 두어 의약분업정책평가에 관한 사항을 심의·의결하기 위한 기구를 구성할 필요가 있다. 이때 평가위원회는 보건복지부 차관을 위원장으로 하여 보건의료공급자 대표로 대한의사협회장, 대한병원협회장

및 대한약사회장 각 1인, 보건의료수요자를 대신하여 소비자대표 2인, 보건의료분야 정부출연 정책연구기관인 한국보건사회연구원 원장 그리고 학식과 경험이 풍부한 3인의 보건의료계 학자 등 총 10명으로 구성할 수 있다.

의약분업정책 평가위원회의 필요성은 다음과 같이 세분화될 수 있다.

첫째, 의약분업의 궁극적 목표는 의약품 오·남용 방지에 있는 데 정부와 의료인, 약사, 소비자, 보건의료관련 지식인이 모두 협력하여야 소기의 성과를 달성할 수 있으며,

둘째, 의약분업정책실적을 객관적으로 철저히 평가하고 수정·보완하여야 국민불편이 감소하며 책임행정이 뒷받침될 수 있으며,

셋째, 정책평가의 객관성을 확보하고 합리적인 평가방법을 계속 개발하기 위해서는 주무부처인 보건복지부의 개별적 내부평가보다는 여러 외부 전문인이 참여하는 독립된 평가기구에 의한 종합평가가 바람직하고,

넷째, 지역별, 의료기관종별, 약국규모별 의약분업성과를 측정하고 평가하기 위해서는 각 구분단위의 특성을 파악하고 비교·검토한 후 성과차이를 극복하기 위한 여러 가지 방안을 종합적인 관점에서 심의·조정해 줄 필요가 있기 때문이다.

나. 醫藥分業政策 評價團

의약분업정책 평가위원회가 그 기능을 효과적으로 수행하기 위하여 위원회에 의약분업정책평가와 관련되는 기술적이고 전문적인 사항을 자문하기 위하여 구성되는 의약분업정책평가단은 정책을 평가하는 기준이 되는 정책평가편람을 사전에 작성하고 정책평가를 기획하며 또한 각 평가대상 단위가 달성한 성과를 사후에 평가하는 업무를 주로 담당하게 된다.

1) 評價團 資格

의약분업정책실적을 공정하고 정확하게 평가하기 위해서는 평가분야에 대한 이론과 실무에 정통한 전문가가 필요한 바 평가단원은 보건의료 및 기타 관련분야에 전문지식이 있는 대학의 교수, 보건의료분야 정부출연 정책연구기관에 소속된 박사학위소지자 및 이에 준하는 자격이 있다고 인정되는 자, 또는 보건의료분야에 전문지식과 경험이 풍부하다고 인정되는 자로 한다. 이들 평가단은 지표설정시와 주기적인 정책평가시에 각각 위촉되며 해당 지표설정작업이나 평가작업이 종료되면 원칙적으로 해체되도록 한다.

2) 評價團 任務

평가단 임무는 다음과 같다. 첫째, 의약분업정책목적에 따른 주요사업 내용을 분석하여 각 사업의 목표를 효과적으로 달성하기 위한 중점관리분야를 밝힌다. 둘째, 이중 통제가능하고 개선 가능한 분야에 평가지표를 설정하여 각 평가대상으로 하여금 정책노력을 경주하도록 하는 정책평가지표 설정작업을 수행한다. 셋째, 정책실적을 기설정된 지표에 의거 사후에 평가하는 평가업무를 수행한다. 평가단은 총괄반 평가단, 계량지표 평가단, 비계량지표 평가단으로 구분한다.

가) 總括班 評價團

총괄반은 반장, 간사장, 간사, 계량총괄 및 분과총괄을 지칭한다. 총괄반의 임무는 평가과정에 대한 전반적인 책임을 지며 전체적인 평가계획의 수립, 평가일정의 수립, 업무진행의 점검, 평가결과의 검토 및 조정, 평가보고서 내용의 검토 및 조정 그리고 종합보고서를 작성하는 것이다. 또한 총괄반은 각종 작업과정의 점검, 조서 및 보

고서의 검토 및 조정기능을 통하여 각 분과 및 지표별 평가기준의 객관성 및 균형을 유지하고 평가과정에서 도출된 문제점을 종합 조정한다³⁸⁾.

평가단장은 대외적으로 정책평가단을 대표하며 총괄반 회의를 소집, 주재하고 평가단 운영에 관련된 전반적인 업무를 관장하며 평가결과에 대하여 최종적인 책임을 지도록 한다. 간사장은 평가단장을 보좌하며 총괄반의 업무를 총괄, 조정, 관리하고 평가종합보고서를 작성한다. 간사는 총괄반의 업무를 주관하며 각급회의의 회의록을 작성, 보관하고 비계량지표 평가작업 진행의 점검 및 평가결과의 검토, 조정업무를 총괄한다. 계량총괄은 계량지표 평가업무의 진행을 점검하고 평가결과의 검토 조정업무를 총괄한다. 끝으로 분과총괄은 담당분과별로 평가업무의 진행상황을 점검하고 평가결과 확정에 참여하며, 담당분과별 평가보고서를 완결하고 분과간의 불균형을 해소하기 위한 조정업무에 참여할 책임을 진다.

나) 計量指標 評價團

계량지표는 보건경제학자 또는 보건경영학자가 주로 평가하도록 한다. 계량지표 평가단의 임무는 대체로 담당 분야 평가계획을 수립하여 지표별 실적을 확인하는 평가업무를 수행하며 평가과정과 결과에 대한 평가조서를 작성하고 계량분야에 대한 평가보고서를 작성한다. 지역별 등 평가대상 단위를 묶어 분과를 구성하고 각 분과반장은 분과내의 이견조정과 평가조서의 검토, 평가보고서의 검토 등 총괄적인 검토작업과 조정업무를 담당한다. 각 분과에 소속된 평가단원은 세부평가계획을 수립하여 이에 따라 자신의 업무를 수행하며

38) 총괄반의 조정은 평가과정 또는 결과가 평가편람이나 지침의 규정과 어긋날 경우에만 실시되어야 할 것이다.

평가과정과 평가결과를 평가조서에 수록·보관하고 분과반장과 계량총괄의 검토가 끝난 평가조서를 기준으로 하여 평가보고서를 작성한다. 각 평가반원은 평가를 시작하기 전에 전년도 평가조서를 검토하고 필요자료를 요청하여 평가에 앞서 평가대상에 대한 충분한 이해를 하도록 노력한다. 각 분과장은 타분과반장들과 협의하여 평가의 균형이 유지되도록 노력한다.

다) 非計量指標 評價團

비계량지표는 보건의료분야 교수 및 관련전문가들이 평가하도록 한다. 비계량지표의 평가자들의 임무도 계량지표의 평가자들과 유사하다. 다만 비계량지표의 평가는 주관성이 배제되어야 하므로 평가시 각별한 주의가 필요하다. 이를 위해서 사전에 평가실시지침서에 의거하여 해당 년도 평가의 주안점, 평가기준, 평가방법 등을 숙지하고 과거 년도의 평가결과, 평가과정, 평가보고서, 과년도의 평가자 및 관계기관 담당자와의 면담 등을 통하여 객관적이고 공정한 세부평가계획을 작성하여 총괄반과 사전에 협의하여 확정된 뒤 계획에 따라 평가업무를 수행한다. 평가완료시는 평가보고서상의 여러 가지 내용을 확실히 하기 위하여 평가조서를 작성한다. 평가조서는 작성자 이외의 제 3자 즉 총괄반 간사 등의 이중검토를 반드시 거친 이후에 확정한다. 평가가 종료된 평가단위에 대하여는 평가지표별로 평가보고서를 작성 제출한다.

3) 評價團의 責任

평가단(원)은 의약분업정책실적을 평가하거나 이를 위한 평가편람을 작성하게 되는데 이와 같은 업무가 공평하고 독립적으로 수행되

게 하기 위해서는 평가단이 독립성을 유지할 수 있도록 하여야 하며, 업무가 성실히 수행될 수 있도록 평가단이 준수해야 할 사항과 책임을 명확히 할 필요가 있다.

參 考 文 獻

- 김명수, 『공공정책평가론』, 박영사, 1998.
- 김양옥·고기호·손석준·송인현, 『목포 지역의료보험과 의약분업 시범 사업에 관한 조사분석』, 『전남의대잡지』, 제23권 제1호, 1986. 6.
- 남은우, 『한국 의약분업의 방향과 과제』, 『고관포럼 3주년 기념 의료 발전 및 의약분업 국제심포지움』, 고신대 보건과학연구소, 1999.
- _____, 『일본의 의료연구』, 계축문화사, 1995.
- 노화준, 『정책평가론』, 법문사, 1991.
- 대한병원협회, 『병원통계』, 1997. 8. 1.
- 대한약사회, 『1998년도 전국 약국 경영실태조사 및 적정조제료 산출에 관한 연구보고서』, 1998. 12.
- _____, 『지역의료보험시범사업평가연구』, 1985.
- _____, 『의약분업의 경제성 평가』, 1998. 2.
- _____, 『일본의 의약분업 현황과 약국의 역사제도』, 1992.
- 보건복지부, 『1998 의료기관 서비스 평가 지침서(중소병원용)』, 1998. 11. 26.
- _____, 『1998년도 국민건강·영양조사 진행보고서』, 1999.
- _____, 보도자료, 1999. 10. 19.
- _____, 보도자료, 1999. 11. 8.
- _____, 보도자료, 1999. 9. 17.
- _____, 약사법 개정안, 1999. 12. 7.
- 보건복지부 보건정책국, 『지역별 의약분업 협력회의 설치·운영 지침』, 1999. 12.

- 보건복지부·한국보건산업진흥원, 『1998 의료기관 서비스 평가 결과분석 보고서』, 1999. 9. 1.
- 사회보장심의회위원회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 보건사회부, 1985. 12.
- 서울특별시약사회, 『21세기 보건의료와 약사』, 1995. 11. 2.
- 약업시보사, 『의료·의약품세계의 일반지식』, 1999. 3. 31.
- 약업신문사, 『약사연감』, 1997. 6. 30.
- 양봉민·김윤미·김진현 외, 『의약분업의 경제성 평가』, 대한약사회, 1998.
- 윤경일·장선미, 『표준약국 모형개발 연구』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 의료보험연합회, 『'96, '97의료보험통계연보』, 1997, 1998.
- _____, 『'97의료보험 진료내역경향조사』, 1998. 12.
- 이의경·장선미·박병주 외, 『의약품 사용평가(I)』, 한국보건사회연구원, 1999. 12.
- 이진주, 『국정평가모형』, 『정책포럼』, 1995. 가을호.
- 일본의약분업연구회, 『의료분업의 동향과 영향에 관한 연구-중간보고』, 1990. 6.
- 정우진, 『의약분업안의 발전적 고찰』, 『1999년 한국보건행정학회 후기 학술대회 토론자료』, 1999. 11.
- 정우진·박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 의사조 재료 산정연구』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 정우진·윤경일·이의경 외, 『의약분업의 경제적 효과분석과 도입방안』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 최정수·남정자·김태정 외, 『한국인의 건강과 의료이용실태 - 1995년도 국민건강 및 보건의식행태조사』, 1995. 12.
- 한국병원약사회, 한국임상약학회, 대한약학회, 대한약사회, 『의약분업

- 추진방향과 약사의 역할, 『한국병원약사회 제5회 춘계학술대회』, 1999. 6. 5.
- 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 1995. 12.
- Kawabuchi K., 『日本の醫藥分業は本堂に患者のためになつてゐるのか』, 社會保險旬報, No.2028, 1999. 7. 21.
- 京都保險醫 新聞, 第2144號, 1998. 11. 23.
- 藤野志郎, 『醫藥分業の未來』, 『韓日醫療制度세미나』, 서울大病院研究所, 151~152. 1984.
- 上田藥師會, 『上田の醫藥分業』, 藥事日報社, 1979.
- 石井甲一, 『醫藥分業の現狀と今後の課題』, 『病院』, 55(3). 1996.
- 小坂富美子, 『醫藥分業(増補版)』, 勁草書房, 1997.
- 藥務公報社, 最近の藥務行政, 1998.
- 藥業新報社, 『藥事Handbook』, 1999.
- 醫藥分業研究會, 『醫藥分業 動向の影響による研究(中間報告書)』, 平成 2年 6月 醫藥分業研究會, 1990.
- 日本經濟新聞, 1989. 12. 26.
- 日本藥劑師會, 『醫藥分業の 動向-1999年版』, 1999.
- 日本醫療企劃, 『醫藥分業』, Wiba 1996.
- 張隆, 『稅理士のための醫藥分業の基礎』, エムピ通信社, 1995.
- 川上 武 外, 『醫療改革と企業化』, 勁草書房, 1994.
- 總務廳 行政監察局, 『藥と行政-藥事に關する行政監察-醫藥品の 安全對策
お中心として 結果 報告』, 1994.
- 厚生省 健康政策課, 『醫藥品産業の將來像お考える懇談會報告書』, 藥業時
報社, 1996.

- 厚生省 健康政策局, 『醫藥品産業の將來像お考える懇談會 報告書』, 藥業時報社, 1997.
- 厚生省 藥務局, 『醫藥分業計劃策定の手引き』, 1998.
- _____, 『醫藥分業計劃策定の手引』, 1999.
- 厚生省 醫藥安全局, 1999., <http://www.mhw.go.jp/topics/hll-kyoku2/iyaku-an>.
- 厚生省, 『厚生白書』, 1994.
- _____, 『平成 10年度 醫藥分業指導者協議會 資料』, 1999.
- Mitroff, Ian, *Beyond Experimentation: New Methods for a New Age*, in Edward Seidman(ed.), *Handbook of social Intervention*, Beverly Hills, C. A.: Sage Publications, 1983.
- Posavac, Emil J. and Raymond G. Carey, *Program Evaluation: Methods and Case Studies*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1985.
- Greenberg, Edward S., *Understanding Modern Government*, New York: Wiley, 1979, pp.3~4.
- Vocino, Thomas and Jack Rabin, *Contemporary Public Administration*, New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1981.
- Gross, Paul F., “A Critical Review of Some Basic Considerations in Post-secondary Education Evaluation”, *Policy Science*, 4(2), 1973.
- Deniston, O. Lynn and Irwin Rosenstock, and V. Getting, *Evaluation of Program Effectiveness*, *Public Health Reports*, 83(4), 1968. 10.
- Scriven, Michael, *Evaluation Thesaurus*, 3rd ed., Inverness, C.A.: Edge press, 1981.
- Weiss, Carol H., *Evaluation Research: Methods of Assessing Program*

- Effectiveness*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1972.
- Suchman, Edward A., *Evaluative Research : Principles and Practice in Public Service & Social Action Programs*, New York : Russell Sage Foundation, 1967.
- Hatry, H., R. Winnie and D. Fisk, *Practical Program Evaluation for State and Local Government Officials*, Washington, D. C.: The Urban Institute, 1973.
- Wholey, Joseph S., John W. Scanlon, Huge Duffy, James S. Fukumoto, and Leona Vogt, *Federal Evaluation Policy*, Washington, D. C.: The Urban Institute, 1973.
- Nachmias, David, *Public Policy Evaluation: Approaches and Methods*, New York: St. Martins's Press, 1979.
- Rossi, Peter and Howard Freeman, *Evaluation: A Systematic Approach*, 2nd ed., Beverly Hills, California: Sage Publications, Inc., 1982, p.20.
- Epstein, Irwin and Tony Tripool, *Research Techniques for Program Planning, Monitoring, and Evaluation*, New York: Columbia University Press, 1977.
- Bogdan, R and S. Taylor, *Introduction to Qualitative Research Methods*, New York: John Wiley, 1975.
- <http://web.kyoto-inet.or.jp/org/khoken-i/medical/te981123.htm>.

附 錄

附錄 1. 醫藥分業政策評價를 위한 全國 單位의 基礎資料 蒐集方案

의약분업정책은 일반국민, 보건의료기관, 약국, 보험자 등 의료수요자 및 공급자를 포함한 사회전반에 일대 변화를 야기할 것이다. 따라서 의약분업정책의 실시와 함께 발생하는 여러 가지 문제점들을 파악하고 개선방안을 마련하여 정책에 반영함으로써 제도로부터 파생될 수 있는 불합리함과 불편을 최소화할 필요가 있다. 이것이 바로 의약분업정책평가의 주된 목적이기도 하다. 이러한 정책평가를 위하여 반드시 필요한 것이 평가지표를 구성하는 데 사용되는 기초자료의 수집 과정이다.

현재 이러한 지표와 관련되어 전국적으로 이루어지고 있는 조사로는 ‘국민건강·영양조사’와 ‘환자조사’가 있다. ‘국민건강·영양조사’는 1962년도에 시작되어 1983년부터 3년 주기로 조사되어온 ‘국민건강 및 보건의식행태조사’와 1969년이래 1995년까지 매년 실시되어 오던 ‘국민영양조사’를 통합한 것으로써 최근에는 과거 국민영양조사에 포함되었던 건강조사부문을 ‘건강검진조사’로 추가하였다. 이 조사는 1998년도부터 매 3년 간격으로 국민의 건강과 영양상태를 종합적으로 파악하기 위해 실시하게 되었다.

한편, 보건복지부에서 실시하는 환자조사는 1968년부터 질병·상해 통계조사라는 명칭으로 부정기적으로 실시되어온 조사로 1986년부터 1996년까지는 2년을 주기로 실시하였고, 1996년 조사 이후부터는 3년을 주기로 실시하고 있다. 1986년까지는 전국의 모든 의료기관을 대상으로 전수조사를 실시하였으나 조사에 투입되는 인적, 물적 자원의 제한으로 조사관리, 내용검사, 자료처리에 어려운 점이 발생하여 표본

조사방법으로 전환되었다.

두 조사 모두 건강수준 및 의료이용과 관련된 제반 사항에 대한 수준을 측정, 평가한다는 측면에서 매우 중요한 사업이 아닐 수 없다. 그럼에도 불구하고 두 자료는 순수하게 국민의 건강수준이나 의료이용행태, 질병구조에 초점을 둬으로써 향후 의약분업정책의 실시에 따른 전후 사회현상의 비교 평가를 수행하는 것에는 한계가 있다.

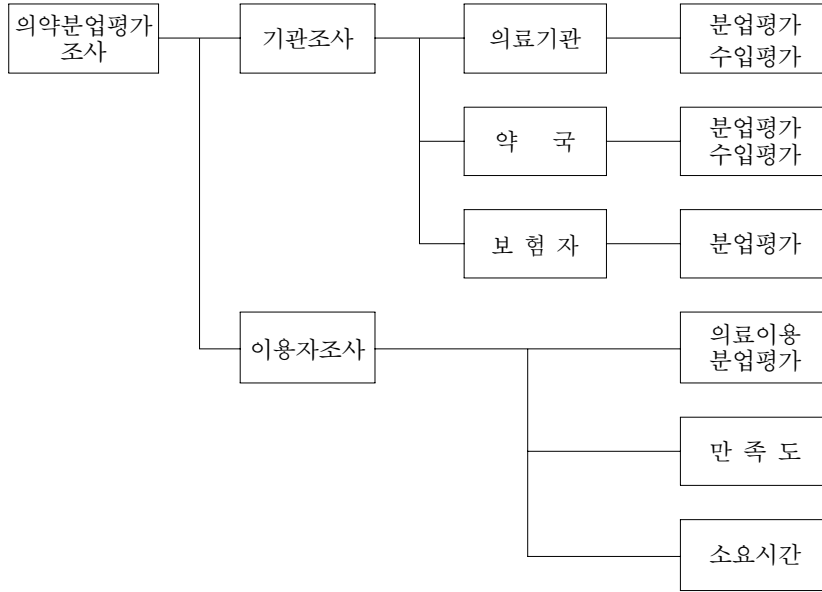
정책의 변화에 따른 의료이용 행태의 현상을 올바르게 파악하고 발생할 수 있는 제반 사회현상의 문제점을 예측하고 바른 길을 제시하기 위해서는 정책의 실시 이후에 일어나는 현상들을 조사하고 추적 관리하여야 한다. 이러한 조사를 통하여 산출된 자료들은 새로운 정책방향을 위한 기초자료를 제공한다는 측면에서 매우 중요하다. 본 장에서는 의약분업정책평가를 지역별로 하여 자료를 수집하지 않고 전국적으로 일시에 시행하는 경우 조사표본산출에 관한 문제를 논하고자 한다. 의약분업정책이 어느 정도 진행된 이후 지역별 의약분업 협력회의의 조사·평가가 평가위원의 구성, 평가절차, 평가결과분석, 평가시차 등에 있어서 심한 이질성(heterogeneity)을 보이는 것으로 판단될 때 전국조사가 필요한 경우가 있을 수 있기 때문이다.

1. 調査計劃

가. 基本方向

의약분업정책 평가를 위한 기초조사 체계는 크게 기관조사와 이용자조사로 구성된다. 기관조사는 병원에서 보건진료소까지 의약분업정책과 관련되어 있는 모든 기관을 포함하며 이용자조사는 일반국민을 대상으로 분업 전후의 의료이용현황, 만족도, 소요시간 등을 조사하는 것이다.

[附圖 1-1] 醫藥分業政策評價를 위한 基礎調査



나. 調査日程

의약분업정책의 전후 비교를 위한 의료기관, 약국, 의료기관 및 약국 이용자, 보험자 조사는 2000년 11월 1일에서 12월 30일까지로 한다. 의료기관, 약국, 보험자조사는 월 단위로 모든 지표를 계측하고, 이용자조사는 조사시점을 중심으로 2주간을 대상으로 한다.

다. 基礎資料 調査體系

향후 의약분업정책의 효과 및 국민의 의료이용 편익을 증진시키기 위한 주요 보건의료기관조사, 약국조사, 보험자조사, 의료이용자 조사 현황은 다음과 같다(附表 1-1 참조).

〈附表 1-1〉 醫藥分業政策 評價를 위한 基礎調査

조사구분	세 부 사 항	
보건의료기관 조사	목적	· 의약분업이 의료기관의 운영에 미치는 변화내용 파악
	대상	· 전국의 병원급 이상 의료기관 863개소, 치과병원 38, 보건의료원 17, 보건소 231, 의원 3,671, 치과의원 944, 보건지소 313, 보건진료소 416
	방법	· 설문조사와 자가 기록조사 병행
	내용	· 의료기관 종별, 지역별, 규모별 환자수, 조제건수, 처방내역, 진료비 등
지역약국 조사	목적	· 의약분업이 약국의 운영에 미치는 변화내용 파악
	대상	· 전국의 30,064개 약국 중 조사대상으로 추출된 203개소
	방법	· 면접설문조사와 자가 기록조사 병행
	내용	· 지역, 약국규모 방문환자수, 조제건수, 처방전수취 건수, 수입규모 등
보험자조사	목적	· 보험제정의 진료비 청구내역 분석을 통한 제 요인 변화 분석
	대상	· 의료보험연합회
	방법	· 심사청구 전산자료
	내용	· 진료비, 진료건수, 약제비, 내·외용제, 주사제 변화량
의료이용자 조사	목적	· 전국 200개 조사구를 대상으로 실제조사
	대상	· 의료기관 이용환자
	방법	· 방문면접조사
	내용	· 의약분업 이후 의료이용에 대한 행태변화

2. 保健醫療機關 및 地域藥局調査

가. 標本設計 母集團

보건의료기관의 표본설계를 위한 모집단은 의료보험 요양기관 전산 자료를 활용하도록 한다. 의료보험연합회(국민의료보험관리공단)의 요양기관 전산자료는 의료보험 요양기관지정 신청 시에 기입이 요구되는 요양기관 번호, 의료기관 명칭, 의료기관 소재지, 대표자, 의료인력 등에 대한 자료가 수록되어 있다. 이 정보는 변경 사항이 발생하면 수시로 갱신되므로 의료기관의 현재의 상황을 잘 반영하고 있다고 볼 수 있다. 1999년 6월 30일 현재 개설중인 전국의 의료보험 요양기관(약국제외)수는 39,108개소이다.

나. 調查對象 標本選定

1) 綜合病院 및 病院

의약분업정책 평가를 위한 조사대상 중 종합병원 및 병원은 전수조사를 원칙으로 한다(附表 1-2 참조).

〈附表 1-2〉 市道 및 醫療機關 種類別 全數調查對象('99. 6. 30日 現在)

시 도	종합병원	병 원	합 계
서울	66	103	169
부산	25	61	86
대구	13	27	40
인천	12	15	27
광주	10	26	36
대전	7	18	25
울산	5	14	19
경기	34	102	136
강원	15	22	37
충북	11	18	29
충남	10	23	33
전북	8	34	42
전남	21	29	50
경북	15	29	44
경남	16	68	84
제주	5	1	6
계	273	590	863

이는 종합병원 및 병원은 그 형태에 따라 환자수가 많고 다양한 상병의 환자가 내원하고, 기관별로 환자수의 차이가 심하기 때문에 어느 한 기관이 표본으로 추출되는 경우와 추출되지 않는 경우에 따라 기초자료의 실측치가 크게 달라지기 때문이다.

2) 地域藥局

의약분업정책평가를 위한 자료수집 대상 지역약국의 선정은 지역별

개원약국 수를 고려하여 선정하도록 한다(附表 1-3 참조). 특히, 약국 수가 상대적으로 많은 서울, 경기 지역은 표본수를 늘리도록 한다. 조사 실시 후 분석시에는 약국면적, 근무자 수를 별도로 구분하여 제 지표를 산출하도록 한다.

〈附表 1-3〉 地域藥局의 調査對象 標本抽出

지역	전체	추출간격	대상기관수
서울	8,960	150	60
부산	2,313	150	15
대구	1,846	150	12
인천	1,140	130	9
광주	1,271	130	9
대전	1,045	170	6
울산	466	150	3
경기	3,835	140	27
강원	1,007	170	6
충북	940	150	6
충남	1,161	130	9
전북	1,387	150	9
전남	1,303	150	9
경북	1,520	150	10
경남	1,567	150	10
제주	303	100	3
합계	30,064	-	203

3) 齒科病院

치과병원은 서울 17개소, 대구, 인천, 경기 각 4개소, 광주, 대전, 충남 각 2개소, 울산, 강원, 전북 각 1개소로 총 38개소가 있다. 조사대상이 많지 않기 때문에 전수조사를 원칙으로 한다.

4) 保健醫療院

보건의료원은 전남 4개소, 전북, 경북 각 3개소, 강원, 충남, 경남

각 2개소, 경기 1개소로 총 17개소가 전국에 있으며, 그 수가 제한적이기 때문에 이에 대한 조사는 전수조사를 대상으로 한다.

5) 保健所

현재 전국에는 231개소의 보건소가 있는 바, 전수조사를 대상으로 한다(附表 1-4 참조).

〈附表 1-4〉 全國 市道別 保健所 現況

시 도	보건소	시 도	보건소
서울	25	강원	18
부산	16	충북	12
대구	8	충남	13
인천	10	전북	12
광주	5	전남	18
대전	5	경북	22
울산	5	경남	20
경기	38	제주	4
계	231	계	231

6) 醫院³⁹⁾

1999년 6월 30일 현재 전국의 의원 수는 17,962개 기관으로 의원의 조사대상기관 선정은 표방과목, 병상수, 의사수의 3개 변수를 고려하여 선정하도록 한다.

가) 主診療科目 附典

현재 의료보험 요양기관 전산과일에 수록된 의원의 진료과목과 전

39) 의원의 표본추출 방법은 한국보건사회연구원에서 진행중인 1999년도 환자조사 표본 및 조사표 설계'의 방법론을 주로 참고하였다.

문의의 자격과목에 의한 과목분류는 42개 과목으로 되어 있다. 이 중에서 치과의원에 해당되는 10개 과목과 한의원에만 해당되는 6개 과목을 제외하면 의원에서 나타날 수 있는 진료과목은 내과, 신경과, 정신과, 일반외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취과, 산부인과, 소아과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 진단방사선과, 치료방사선과, 해부병리과, 임상병리과, 결핵과, 재활의학과, 핵의학과, 가정의학과, 응급의학과, 산업의학과, 예방의학과와 26개이다. 그러나 외부에 표시되는 의원의 명칭에는 신경정신과, 피부비뇨기과와 같이 2개의 과목이 동시에 포함된 경우가 있으므로 이를 추가하면 의원의 진료과목을 28개이다. 17,962개 의원에 대하여 주 진료과목을 결정하는 과정은 다음과 같은 4단계에 걸쳐서 선정하도록 한다.

① 제1단계: 의원의 명칭에 의한 주 진료과목 부여

의원의 명칭에 병기되어 있는 진료과목은 환자의 증상에 따라 의원에 내원하는 주된 판단기준이 되고 전문의가 있는 의원의 경우 전문의 과목을 의원 명칭에 표시한 경우가 있으므로 제 1단계로 의원의 명칭에 의하여 의원을 분류하도록 한다. 이렇게 분류한 결과 전체 총 의원의 73.6%에 해당하는 13,222개 의원에 대하여 명칭으로 진료과목을 부여한다.

② 제2단계: 의료보험 요양기관 신청시 신고한 표방과목에 진료과목 부여

의원의 명칭으로 주된 진료과목이 결정되지 않은 4,740개 의원에 대해서는 의료보험 요양기관지정 신청서에 기재되어 있는 표방과목을 주 진료과목으로 부여한다. 제2단계에서는 20개 과목의 220개 의원(1.2%)의 주 진료과목이 결정되었는데 이렇게 적은 수의 의원이 선택된 이유는 제 1단계에서 주 진료과목이 많이 부여되었기 때문이다.

③ 제3단계: 전문의 자격과목에 의한 주 진료과목을 부여

앞의 단계에서 행한 의료기관의 명칭, 신고한 표방과목에 의하여 주된 진료과목을 결정할 수 없는 경우에는 그 의원에 전문의가 있을 경우 전문의 자격 종별에 의하여 주 진료과목을 부여한다. 1, 2단계에서 진료과목이 부여되지 않은 4,522개 의원에 대하여 전문의가 있으면 그 전문의 자격과목에 따라서 의원의 주 진료과목을 결정한다. 이렇게 한 결과 제 3단계에서는 22개 과목의 2,511개 의원에 대하여 주 진료과목을 부여한다.

④ 제4단계: 진료과목 미분류를 부여

앞의 3단계에 걸친 진료과목 부여로도 과목이 결정되지 않은 의원에 대하여서는 진료과목 미분류 의원으로 분류한다. 의원에 따라서는 의원의 원장이 전문의가 아니거나 진료과목으로 나타내기에는 적절하지 않은 전문의 자격소지자인 경우가 있을 수 있다. 또는 내과, 소아과, 산부인과 등 복합적으로 진료과목을 나타내는 경우가 많으므로 무리하게 주 진료과목을 결정하려는 시도로 인하여 오히려 진료과목 분류의 왜곡이 발생할 소지가 있음. 그러므로 3단계까지의 절차에서 진료과목이 결정되지 않은 경우는 진료과목 미분류 의원으로 분류한다. 진료과목 미분류 의원은 2,019개 의원으로 전체 의원의 11.2%에 해당된다(附表 1-5참조).

〈附表 1-5〉 段階別 主要 診療科目 適用結果 및 醫院數

(단위: 개소, %)

주 진료과목	1단계	2단계	3단계	4단계	전 체	비 율
내 과	2,274	16	68	-	2,358	13.3
신경과	52	1	10	-	63	0.4
정신과	174	13	10	-	197	1.1
일반외과	966	62	653	-	1,681	9.6
정형외과	1,059	9	68	-	1,136	6.4
신경외과	251	6	19	-	276	1.6
흉부외과	13	4	141	-	158	0.9
성형외과	289	8	5	-	302	1.9
마취과	116	6	201	-	323	1.8
산부인과	1,779	22	69	-	1,870	10.8
소아과	1,899	18	60	-	1,977	14.0
안 과	760	4	7	-	771	4.4
이비인후과	1,177	5	13	-	1,195	7.2
피부과	513	2	24	-	539	3.8
비뇨기과	588	3	25	-	616	6.1
진단방사선과	245	7	65	-	317	2.0
임상병리과	23	3	29	-	55	1.0
결핵과	21	3	34	-	58	0.4
재활의학과	98	1	30	-	129	1.1
가정의학과	578	17	967	-	1,562	9.4
산업의학과	20	-	13	-	33	0.2
신경정신과	277	-	-	-	277	1.5
피부비뇨기과	50	-	-	-	50	0.3
과목 미분류	-	-	-	2,019	2,019	0.3
전 체	13,222 (73.6)	210 (1.2)	2,511 (14.0)	2,019 (11.2)	17,962 (100.0)	100.0

나) 全數調査對象 醫院의 選定

전수조사대상 비교적 환자수가 많을 것으로 기대되는 전문의 3명 이상인 의원, 병상수가 많은 의원, 의원수가 적은 주 진료과목의 의원은 전부 조사대상의원으로 하였고 그 결과는 〈附表 1-6〉 과 같다.

〈附表 1-6〉 全數調查對象 醫院의 選定基準

전수조사 기준	의원수
전문의 3인 이상 의원	283
주진료과목이 일반외과, 정형외과, 신경외과로 분류된 의원으로 29병상 이상	535
주 진료과목이 일반외과, 정형외과, 신경외과로 분류되지 않으면서 20병상 이상	220
의원수가 100개 미만인 주 진료과목의 의원(신경과 59개, 임상병리 45개, 결핵과 51개, 산업의학과 22, 피부비뇨기과 49개)	226
합 계	1,264

다) 標本調查對象 醫院의 選定

1,264개의 전수조사대상 의원을 제외한 나머지의 16,698개 의원에 대한 조사대상 기관을 선정은 다양한 상병의 환자가 추출되도록 하며 지역별로도 기본적인 통계가 생산될 수 있도록 한다.

〈附表 1-7〉 診療科目에 의한 醫院의 羅列順序 - 標本調查層

순서	과 목	순서	과 목	순서	과 목
01	과목 미분류	08	신경외과	15	피부과
02	내과	09	흉부외과	16	비뇨기과
03	소아과	10	성형외과	17	안과
04	산부인과	11	재활의학과	18	이비인후과
05	가정의학과	12	마취과	19	진단방사선과
06	일반외과	13	신경정신과		
07	정형외과	14	정신과		

특히, 의원은 진료과목별 기관수의 차이가 매우 크며 또한 시도별로도 큰 차이를 보인다. 시도별 및 주 진료과목별로 표본추출률을 정하는 것은 쉽지 않고 정하였다 하더라도 조사후의 승수의 계산이 매우 복잡해진다. 이러한 점을 감안하여 시도별 진료과목별 표본추출의 효과를 얻기 위하여 〈附表 1-7〉에서 제시한 순서로 주 진료과목별

시군구별로 의료기관을 나열(Sort)한 후, 시도별로 표본추출률을 정하여 계통 추출함으로써 진료과목별 시도별로 골고루 뽑히도록 하는 효과를 얻도록 한다.

의원의 진료과목 나열 순서가 완전하다고는 할 수 없지만 내원하는 환자의 특성이 비슷한 진료과목들을 인접하게 하여서 의원수가 적은 진료과목 의원의 추출누락을 방지하도록 한다. 또한 실제적으로 의원에서 2~3개의 인접한 진료과목을 진료하는 현실을 반영하도록 한다.

〈附表 1-8〉 市道別 標本調査對象 醫院數(全數調査對象 醫院 除外)

시도	전체 기관수	추출 간격	대상 기관수	시도	전체 기관수	추출 간격	대상 기관수
서울	4,305	13	332	충북	512	4	128
부산	1,507	10	151	충남	602	4	151
대구	992	8	124	전북	704	4	176
인천	828	8	104	전남	645	4	162
광주	533	6	89	경북	735	5	148
대전	609	6	102	경남	916	5	178
울산	315	5	69	제주	192	2	96
경기	2,865	10	287				
강원	438	4	110	계	16,698	-	2,407

시도별 의원수는 그 차이가 매우 크므로 표본추출률을 다르게 결정하도록 한다. 시도별 추출률을 다르게 하는 이유는 업무량의 과다를 방지하고 시도별로 유의미한 통계치를 얻을 수 있는 조사대상 기관수 확보가 필요하기 때문이다. 의원수가 제일 많은 서울은 추출률을 1/13로 하여 332개 의원을 추출하도록 하고, 부산과 경기도 또한 의원수가 비교적 많은 지역이므로 추출률을 1/10로 한다. 그러나 제주도는 의원수가 타 시도에 비하여 아주 적기 때문에 추출률을 1/2로 하여 96개 의원을 표본추출하도록 한다. 이렇게 표본 추출한 결과 총 표본추출대상의 의원 16,698개 의원 중에서 2,407개 의원을 조사대상기관으로 선정하도록 하고 시도별로 표본추출에 의한 조사대상 의원수

는 <附表 1-8> 과 같다. 의원의 조사규모는 앞에서 전수조사대상 의원으로 분류된 1,264개 의원과 표본추출대상에서 뽑은 2,407개 의원을 합하여 총 3,671개 기관이 된다.

7) 齒科醫院

9,914개 치과의원에 대한 조사대상기관 선정은 치과의사 3인 이상의 치과의원(60개 기관)에 대해서는 전부 조사대상에 포함시키고 나머지 치과의원에 대해서는 표본 추출하도록 한다.

<附表 1-9> 市道別 齒科醫院 調査規模(全數調査對象 齒科醫院 除外)

시도	전체 기관수	추출 간격	대상 기관수	시도	전체 기관수	추출 간격	대상 기관수
서울	3,081	18	172	충북	205	7	30
부산	829	13	64	충남	277	7	40
대구	598	10	59	전북	355	7	51
인천	439	10	43	전남	303	7	45
광주	334	8	41	경북	420	7	61
대전	304	8	38	경남	521	7	74
울산	174	7	26	제주	104	3	35
경기	1,663	13	129	계	9,854	-	944
강원	247	7	36				

60개 치과의원을 제외한 나머지 9,854개 치과의원을 구·시·군별로 나열(Sort)한 후 시도별 추출률을 다르게 하여 계통추출 하도록 한다. 의원수가 가장 많은 서울은 추출률을 1/18로 하여 172개 치과의원을 뽑도록 하고, 부산과 경기 지역의 표본추출률은 1/13로 하며, 대도시를 제외한 시도의 추출률은 1/7로 하도록 한다. 시도별 조사대상 기관수는 <附表 1-9> 와 같다.

8) 保健支所

1,282개 보건지소에 대한 조사대상기관 선정은 시도별 차이를 두어

서 추출하였다. 보건지소가 없는 서울을 제외하고 부산, 대구, 인천, 대전, 울산, 제주의 경우는 보건지소 수가 적어서 전부 조사대상으로 하였고, 나머지 지역에 대해서는 지역별 보건지소 수의 차이가 크지 않으므로 추출률을 1/5로 하여 계통추출 한 결과 조사대상 보건지소 수는 313개 기관이었다. 시도별 표본추출률 및 조사대상기관수는 〈附表 1-10〉과 같다.

〈附表 1-10〉 市道別 保健支所 調査規模

시도	전체 기관수	추출 간격	대상 기관수	시도	전체 기관수	추출 간격	대상 기관수
서울	-	-	-	충북	97	5	20
부산	8	1	8	충남	160	5	32
대구	8	1	8	전북	143	5	29
인천	21	1	21	전남	207	5	42
광주	-	-	-	경북	216	5	44
대전	6	1	6	경남	173	5	35
울산	12	1	12	제주	12	1	12
경기	128	5	25				
강원	91	5	19	계	1,282	-	313

9) 保健診療所

1,966개 보건진료소 중에서 보건진료소가 없는 서울을 제외하고 대도시지역(부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산)은 전수조사 대상으로 하였고 나머지 지역은 추출률을 1/6로 한다. 제주도는 타 시도에 비하여 보건지소 수가 적으므로 1/2의 추출률을 적용하여 총 416개 보건지소를 조사대상기관으로 선정한다. 시도별 표본추출률 및 조사대상기관수는 〈附表 1-11〉과 같다.

〈附表 1-11〉市道別 保健診療所 調査規模

시 도	전 체 기관수	추 출 격	대 상 기관수	시 도	전 체 기관수	추 출 격	대 상 기관수
서울	-	-	-	충 북	164	6	28
부산	6	1	6	충 남	235	6	40
대구	10	1	10	전 북	250	6	42
인천	30	1	30	전 남	335	6	56
광주	16	1	16	경 북	321	6	54
대전	8	1	8	경 남	223	6	38
울산	12	1	12	제 주	46	2	23
경기	177	6	30				
강원	133	6	23	계	1,884	-	416

3. 醫療利用者 調査

가. 調査計劃

1) 調査規模

조사규모는 의약분업에 대한 효과를 보다 객관적으로 평가할 수 있도록 하기 위하여 200개 조사구 약 2,000가구에 대하여 의료이용자 조사를 실시한다. 이러한 조사규모는 보건복지부 국민건강·영양조사의 보건의식행태조사 조사규모를 고려하였다.

2) 調査對象地域

교통이 불편한 각 시·도의 섬 지역을 제외한 전국을 조사대상지역으로 한다. 섬지역에서 표본조사구가 추출되면 실제로 의약분업의 활성화 정도에 대한 측정이 저평가 될 수 있기 때문에 조사대상지역에서 제외시키기로 한다.

3) 標本調査區 抽出 基礎資料

통계청의 1995년도 인구주택총조사를 표본조사구 추출을 위한 기초자료로 활용하도록 한다. 1995년 인구총조사의 조사구별 가구수는 대부분 60~64가구였다. 본 조사는 의약분업에 대한 국민의 행태 및 만족도 변화를 보는 것이므로 기숙사, 육아원, 양로원, 수녀원 및 군부대 등과 같은 시설단위 조사구는 표본추출대상에서 제외시키기로 한다.

4) 標本調査區 内の 新築 아파트

표본조사구 추출을 위한 기초자료가 1995년도 통계청의 인구주택총조사이므로 그 동안 신규 아파트의 건축, 입주로 인하여 거주하게 된 거주자의 의료이용을 고려하여야 할 것이다.

이를 위하여 1995년 인구주택총조사 이후의 신축 아파트에 대하여는 별도로 표본조사구를 추출하기로 한다. 1995년 11월 1일 인구주택총조사 이후 1997년 10월말까지의 신축아파트 자료를 수집하여 집계한 결과에 의하면 총 596,900 가구 분의 아파트가 신축되었다. 인구주택총조사 결과의 섬지역을 제외한 일반가구수는 12,885,650 가구이므로, 200개 조사구를 이들 2개 자료의 가구수에 비례 배분하면, 인구주택총조사 결과에 191개 조사구와 신축아파트에 9개 조사구가 배분된다.

이러한 결과에 근거하여 200개 조사구 중에서 9개 조사구는 신축아파트에서 추출하기로 한다.

나. 人口住宅總調査의 調査區를 利用한 標本調査區 抽出

1) 調査區의 層化

인구주택총조사의 조사구별 자료에서 각 시·도의 섬지역 조사구와

시설단위 조사구를 제외한 219,771개 보통 조사구를 행정구역에 따라 다음과 같이 5개 층으로 층화한다.

제1층: 6대 시(서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전)의 동

제2층: 기타 시의 동

제3층: 시의 읍·면

제4층: 군의 읍

제5층: 군의 면

인구주택총조사 이후 1996년 7월말까지 행정구역이 개편되어 면에서 읍으로 승격되거나 군에서 시로 편입된 읍·면의 조사구는 신행정구역에 따라 층번호를 수정한다.

2) 層別 調査區의 整列

제3층을 제외한 제1층, 제2층, 제4층, 제5층의 4개 층에서는 각각 조사구를 그 주택특성에 따라 다음과 같은 순서로 정렬한다.

- (1) 단독주택이 많은 조사구
- (2) 아파트가 많은 조사구
- (3) 연립 및 다세대주택이 많은 조사구
- (4) 기타 조사구

이러한 정렬이후 주택특성에 의한 각 분류 내에서 이를 다시 행정구역번호 및 조사구번호 순서로 정렬한다. 제3층(시의 읍·면)의 경우에는 위의 주택특성과 행정구역번호 및 조사구번호 순서로 정렬하기에 앞서 다음과 같이 분류한다.

- (1) 6대 시의 읍
- (2) 기타 시의 읍

(3) 6대 시의 면

(4) 기타 시의 면

각 층별로 조사구를 이와 같이 나열한 다음에는 각 조사구의 일반가구수를 10으로 나누어 반올림한 결과를 크기의 측도(measure of size)로 부여한다. 결과적으로 219,771개 조사구의 총 가구수는 12,885,650가구가었으며, 크기의 측도를 부여한 결과의 크기의 측도의 합계는 1,299,167이 된다. 이에 관한 층별 내역은 〈附表 1-12〉와 같다.

〈附表 1-12〉 層別 크기의 測度

층	조사구수	가구수	크기의 측도
(1) 6대 시의 동	104,222 (47.4)	6,035,168 (46.8)	608,395 (46.8)
(2) 기타 시의 동	68,589 (31.2)	4,051,452 (31.5)	408,580 (31.5)
(3) 시의 읍·면	18,825 (8.6)	1,120,502 (8.7)	112,966 (8.7)
(4) 군의 읍	10,220 (4.6)	606,878 (4.7)	61,178 (4.7)
(5) 군의 면	17,915 (8.2)	1,071,650 (8.3)	108,048 (8.3)
계	219,771 (100.0)	12,885,650 (100.0)	1,299,167 (100.0)

3) 層別 標本調査區數의 決定

191개 조사구를 층별 크기의 측도에 따라 비례 배분한 결과는 〈附表 1-13〉의 제1안과 같다.

〈附表 1-13〉 層別 標本調査區數 配分 內譯

층	크기의 측도	표본조사구수	
		제1안	제2안
(1) 6대 시의 동	608,395 (46.8)	89	74
(2) 기타 시의 동	408,580 (31.5)	60	49
(3) 시의 읍·면	112,966 (8.7)	17	27
(4) 군의 읍	61,178 (4.7)	9	15
(5) 군의 면	108,048 (8.3)	16	26
계	1,299,167 (100.0)	191	191

그런데 본 조사에서는 동부와 읍·면부의 별도 추정치가 필요하지만, 읍·면부의 조사구수가 42개이며, 신축아파트 조사구수를 추가하더라도 43~44개 조사구밖에 되지 않아 표본조사구수가 기본적으로 적기 때문에 읍·면부에 대하여 언급하는 것은 별다른 의미가 없게 된다.

이와 같은 문제점을 일부 해소하기 위하여, 읍·면 지역인 제3층~제5층에는 2배의 가중치를 적용하여 크기의 측도에 비례 배분한 결과는 〈附表 1-13〉의 제2안과 같다. 즉 제2안은 제1층과 제2층의 크기의 측도는 그대로 두고 제3층~제5층의 크기의 측도는 2배를 한 결과에 비례 배분한 것이다.

제2안에 의하면 읍·면부의 조사구수는 68개 조사구가 되며, 신축아파트 조사구를 추가하면 69~70개 조사구가 되어 제2안의 경우가 합리적이라 볼 수 있으며, 따라서 층별 표본조사구의 수는 제2안으로 한다.

4) 標本調査區의 抽出

〈附表 1-13〉의 제2안의 내용대로 6대 시의 동에서 74개, 기타 시의 동에서 49개, 시의 읍·면에서 27개, 군의 읍에서 15, 군의 면에서 26개의 조사구를 각각 크기의 측도에 의한 확률비례계통추출법으로 추출한다.

다. 新築 아파트 標本調査區 抽出

1995년 인구주택총조사(1995. 11. 1)이후 1997년 10월말까지의 준공 검사가 완료된 596,882 가구분의 신축 아파트를 6대 시의 동(제6층), (2) 기타 시의 동(제7층), (3) 읍·면(제8층)의 3개 층으로 층화하고, 각 아파트에 가구수(호수)를 10으로 나누어 반올림한 결과를 크기의 측도

로 부여한다.

인구주택총조사의 조사구에서 층별 표본조사구를 결정할 때와 같이 제6층과 제7층의 크기의 측도는 그대로 두고 제8층의 크기의 측도는 2배를 한 결과에 9개 조사구를 배분한 결과는 <附表 1-14> 와 같다.

<附表 1-14> 層別 新築 아파트의 標本調査區數 決定 內譯

층	가구수	크기의 측도	표본조사구수
(6) 6대 시의 동	261,345	25,135	4
(7) 기타 시의 동	242,824	24,282	3
(8) 읍·면	92,713	9,271	2
계	596,882	59,688	9

제6층에서는 신축 아파트를 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전의 순서로, 제7층(기타 시의 동)의 경우에는 경기, 강원, ..., 제주의 순서로 분류한다. 또한 제8층(읍·면)에서는 시의 읍, 군의 읍, 시의 면, 군의 면 순서로 정렬한 다음에 다시 서울, 부산, ..., 대전, 경기, ..., 제주의 순서로 정렬한다. 각 층에서는 크기의 측도에 의한 확률비례계통추출법으로 <附表 1-14> 에서 결정한 조사구수의 아파트를 추출하고, 표본으로 추출된 아파트에서는 약 10가구의 조사구를 설정하도록 한다.

라. 標本調査區 抽出結果 調査規模

이와 같이 추출한 200개 표본조사구의 기초자료 상의 총가구수는 13,985가구가 되며, 이 중 신축아파트의 가구수는 613가구(4.4%)가 된다. 이에 관한 층별 내역은 다음의 <附表 1-15> 와 같다.

〈附表 1-15〉 層別 標本調查區數 및 基礎資料 家口數

자 료	층	표본 조사구수	기초자료 가구수	크기의 측도
인구주택총조사	(1) 6대 시의 동	74	5,359	537
	(2) 기타 시의 동	49	3,386	342
	(3) 시의 읍·면	27	1,889	191
	(4) 군의 읍	15	998	100
	(5) 군의 면	26	1,740	174
신축 아파트	(6) 6대 시의 동	4	271	28
	(7) 기타 시의 동	3	208	21
	(8) 읍·면	2	134	13
계		200	13,985	1,406

이와 같은 층화내역을 적용하여 전국에서 200개 조사구를 층화추출법과 확률비례계통추출법을 혼용한 방법으로 선정한 후 각 조사구에서 10가구씩, 전체 2,000가구를 선정하여 가구원을 조사대상으로 한다(附表 1-16 참조).

〈附表 1-16〉 地域別 標本調查區數, 調查對象 家口 및 對象者數 計劃(案)
(단위: 개 조사구, 가구, 명)

구분	지역별 표본조사구수				의료이용조사 ¹⁾	
	계	대도시	중소도시	농촌	가구수	대상자수
계	200	78	79	43	2,000	6,800
서울	38	38	-	-	380	1,292
부산	16	15	-	1	160	544
대구	10	10	-	-	100	340
인천	7	6	-	1	70	238
광주	5	5	-	-	50	170
대전	4	4	-	-	40	136
경기	32	-	26	6	320	1,088
강원	7	-	3	4	70	238
충북	9	-	5	4	90	306
충남	11	-	6	5	110	374
전북	11	-	8	3	110	374
전남	12	-	5	7	120	408
경북	14	-	10	4	140	476
경남	22	-	15	7	220	748
제주	2	-	1	1	20	68

註: 1) 의료이용조사: 조사구 가구전체의 가구원 전원으로 함.

2) 가구당 평균 가구원수는 3.4명으로 가정함.

4. 調查標 設計

의약분업정책의 실시와 진행과정에서 나타나는 제반 사항의 변화를 살펴보기 위하여 조사표는 제V장에서 제안된 지표를 산출할 수 있도록 구성하되, 기존의 조사결과와 상호 비교분석이 가능하도록 시계열적인 일관성을 갖도록 한다. 또한 전산에 의한 조사자료의 작성 및 제출을 감안하여 각 조사항목에 전산자료 입력 필드를 표기한다. 보건의료기관조사표, 지역약국조사표, 의료이용자조사표의 3가지로 나누어 설계한다.

□ 著者 略歷 □

• 鄭 宇 鎮

延世大學校 經濟學 碩士
美國 卅卅州立大學校 經濟學 博士
現 韓國保健社會研究院 副研究委員

〈主要 著書〉

『醫藥分業實施에 對備한 適正 醫師處方料 및 藥師調製料 算定 研究』, 韓國保健社會研究院, 1998.(共著)
『醫藥分業의 經濟的 效果分析과 導入方案』, 韓國保健社會研究院, 1997.(共著)

• 尹 京 一

美國 Texas A&M University 經營情報學 碩士
美國 Virginia Commonwealth 大學院 保健行政學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

• 朴 泳 澤

延世大學校 大學院 保健學 碩士
現 韓國保健社會研究院 主任研究員

• 南 銀 祐

日本東邦大學 大學院 醫學 博士
現 高神大學校 醫療經營學科 教授

政策報告書 99-09

醫藥分業政策 評價模型開發 研究

A Study of Public Evaluation: the Case of the Policy Requiring
Separation of Prescribing and Dispensing

1999年 12月 日 印刷 價: 7,000원

1999年 12月 日 發行

著者 鄭宇鎮外

發行人 鄭敬培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 355-8003

登錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印刷 예원기획

© 韓國保健社會研究院 1999

ISBN 89-8187-191-4 93510