

연구보고서 97-05, 254쪽, 1,000부

# 醫藥分業의 經濟的 效果分析과 導入方案

鄭 宇 鎮  
尹 京 一  
李 儀 卿  
柳 禎 植

韓 國 保 健 社 會 研 究 院

## 머 리 말

醫藥分業은 醫와 藥을 분리하여 의사는 진단·처방을, 약사는 의사가 처방한 의약품을 조제하도록 하는 제도로서 의사와 약사가 서로 專門職能을 발휘하도록 하여 治療效果를 높임과 동시에 약의 誤濫用을 방지하여 국민보건을 향상시키자는 데 그 궁극적인 목적이 있다. 이러한 목적 하에서 歐美各國에서는 의약분업이 오래 전부터 시행되어 왔으며 우리 나라와 같이 의약일체의 동양의학적 의료개념이 팽배하던 日本과 臺灣에서도 의약분업을 도입하고 이 제도가 뿌리내릴 수 있도록 여러 가지 정책수단을 강구하고 있다. 이에 우리 나라도 의약분업의 필요성에 대한 인식하에 1999년 7월 이전에 동 제도를 실시하기로 하고 현재 具體的인 施行方案을 마련하고 있다.

그러나 아직도 의약분업관련 주요사항에 대해서는 이해단체의 의견이 상이함으로써 향후 상당한 논란이 제기될 전망이다. 그 이유는 지난 30여년간 끊임없이 반복되었던 세가지 질문 즉, 의약분업의 시행이 과연 필요한 것인가, 동 제도의 시행으로 소비자와 병·의원에 발생할 便益과 費用規模는 어느 정도인가, 그리고 우리 나라 현실에 맞는 바람직한 의약분업모형은 무엇인가에 대한 답변이 충분하지 못하였기 때문일 것이다.

본 연구는 이러한 사회적 요구에 부응하기 위하여 기존의 보건의료적인 시각에서 탈피하여 社會的 純便益의 極大化라는 순수경제이론에 입각하여 의약분업의 필요성을 조명하였다. 그리고 공공경제정책의 타당성평가수단이라 할 수 있는 費用·便益分析法을 활용하여 의약분업 시행시 소비자, 병·의원, 약국에 미치는 經濟的 波及效果의 計量化

를 시도하였다. 또한 의약분업의 추진경위, 주요국의 의약분업현황을 고찰하고 이를 바탕으로 한 의약분업의 기본모형을 논하였으며 의약분업 실시를 위한 고려사항을 제시하였다. 본 연구에서 도출된 연구결과는 醫藥分業의 效率的·效果的 施行을 위한 정책자료로서 醫藥分業을 學問的으로 접근하고자하는 關係學界에도 큰 도움을 줄 수 있을 것이라 기대된다.

본 보고서는 「醫藥分業의 經濟的 效果分析」과 「醫藥分業의 導入方案」으로 나뉘어져 구성되었으며, 보고서 작성에는 鄭宇鎭 부연구위원의 책임하에 본 연구원의 尹京一 책임연구원, 李儀卿 부연구위원, 그리고 柳禎植 연세대학교 경제학과 교수가 참여하였다. 이들 研究陣의 담당연구분야를 소개하면 다음과 같다.

研究企劃·調整 및 綜合分析 (鄭宇鎭)

非專門的 處方 및 調劑로 인한 市場失敗 補正方案 (鄭宇鎭)

醫藥分業의 社會的 純便益 極大化 模型 (鄭宇鎭)

醫藥分業時 利害關係集團의 費用·便益規模 推定 (柳禎植)

主要國의 醫藥分業 動向과 示唆點 (李儀卿)

우리 나라 醫藥分業 推進經緯 (尹京一)

醫藥分業 模型: 「醫療改革委員會」案 (鄭宇鎭)

醫藥分業導入을 위한 考慮事項 (尹京一·李儀卿)

본 보고서를 작성함에 있어 연구진들은 그동안 많은 조언과 협조를 아끼지 않으신 保健福祉部 關係官과 大韓醫師協會, 大韓藥師會, 醫療保險聯合會 등 관계자들에게 심심한 사의를 표하고 있다. 또한 원고를 읽고 귀중한 조언을 해 주신 당원의 魯仁喆 前任研究委員과 曹在國 研究委員께 감사를 드리고 있다. 아울러 자료의 수집과 정리에 수

고를 아끼지 않은 張世媛 研究員, 朴惠景氏와 李承熙氏에게도 감사하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 연구진의 意見이며 본원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

1997年 12月  
韓國保健社會研究院  
院長 延 河 清

# 目次

要約 .....	13
第1部 醫藥分業의 經濟的 效果分析	
第1章 序論 .....	33
第2章 非專門的 處方 및 調劑로 인한 市場失敗 補正方案 .....	39
第1節 醫師調劑 및 藥師處方的 問題 .....	39
第2節 市場失敗 .....	41
第3節 經濟理論的 政策代案: 醫藥分業 .....	46
第3章 醫藥分業의 社會的 純便益 極大化 模型 .....	63
第1節 一般均衡的 接近의 必要性 .....	63
第2節 醫師 處方 및 調劑서비스生産의 私的 純便益 極大化 .....	66
第3節 藥師 處方 및 調劑서비스生産의 私的 純便益 極大化 .....	69
第4節 處方 및 調劑서비스生産의 社會的 純便益 極大化 .....	74
第5節 模擬實驗(Simulation) .....	78
第4章 醫藥分業時 利害關係集團의 費用·便益 規模 推定 .....	95
第1節 利害關係集團의 費用便益 .....	95
第2節 實證分析을 위한 基本模型 .....	105
第3節 實證分析 .....	110
第5章 結論 .....	125

## 第 2 部 醫藥分業의 導入方案

第 1 章 序 論 .....	139
第 2 章 主要國의 醫藥分業 動向과 示唆點 .....	142
第 1 節 醫藥分業의 實施背景 및 基本骨格 .....	142
第 2 節 醫藥品 分類와 分業對象 範圍 .....	159
第 3 節 院外處方箋 發行 .....	165
第 4 節 處方箋 記載方式과 代替調劑許容 .....	172
第 3 章 우리 나라 醫藥分業 推進經緯 .....	178
第 1 節 初期 醫藥分業 實施方案 摸索 .....	178
第 2 節 木浦市 醫藥分業 示範事業 .....	181
第 3 節 木浦市 示範事業 以後의 動向 .....	189
第 4 章 醫藥分業模型: 「醫療改革委員會」案 .....	195
第 1 節 醫藥分業案의 基本原則 .....	196
第 2 節 醫藥分業案의 細部事項 .....	198
第 5 章 醫藥分業 導入을 위한 考慮事項 .....	213
第 1 節 醫藥資源의 分布 .....	213
第 2 節 醫療機關 및 藥局의 受容態勢 .....	222
第 3 節 處方料 및 調劑料의 算定 .....	229
第 4 節 醫藥品의 生産 및 流通構造 .....	240
第 6 章 結 論 .....	245
參考文獻 .....	248

## 表 目 次

〈表 I - 1〉	醫藥分業의 實施與件	87
〈表 I - 2〉	醫師調劑의 害惡度 變化效果	90
〈表 I - 3〉	藥師處方의 害惡度 變化效果	94
〈表 I - 4〉	各 利害集團의 醫藥分業에 따른 損·益 分析表	101
〈表 I - 5〉	肺炎球菌의 페니실린 耐性率의 國際比較	102
〈表 I - 6〉	藥劑費 比重의 國際比較	102
〈表 I - 7〉	醫藥品 生産現況	111
〈表 I - 8〉	醫藥關聯 生産者 및 消費者 物價指數(1990年=100)	111
〈表 I - 9〉	醫藥品의 生産額, 價格 및 生産量 推移	112
〈表 I -10〉	療養機關種別 外來患者 藥劑費 構成(1996年)	112
〈表 I -11〉	2週間 醫療利用關聯 各種 平均數值	113
〈表 I -12〉	總 間接醫療費用의 規模(1995年)	114
〈表 I -13〉	醫藥分業으로 인해 發生하는 追加的인 醫藥品 物價指數 變化率의 導出	115
〈表 I -14〉	醫藥分業으로 인한 消費者 費用과 便益變化推定	117
〈表 I -15〉	醫療機關 分布狀況	120
〈表 I -16〉	藥局크기別 月平均 賣出額 分布	121
〈表 I -17〉	藥局數現況	121
〈表 I -18〉	製藥企業의 經路別 流通比率(1992~1996年)	122
〈表 I -19〉	醫藥品 都賣商의 經路別 流通比率(1992~1996年)	122
〈表 I -20〉	醫藥分業에 따른 藥局 및 病·醫院의 醫藥品 純賣出額 增加(減少)比率	123

〈表 II- 1〉	主要外國의 醫藥分業 類型	143
〈表 II- 2〉	主要外國의 醫師調劑 認定範圍	146
〈表 II- 3〉	美國의 州別 醫師 調劑權 許容現況	148
〈表 II- 4〉	美國의 州別 藥師 處方權 許容現況	150
〈表 II- 5〉	外國의 醫藥品 分類類型	160
〈表 II- 6〉	日本의 年度別 院外處方箋 發給率	168
〈表 II- 7〉	日本 保險藥局의 處方箋 受容實態	170
〈表 II- 8〉	臺灣 醫院의 院外處方箋 發給率(1997年)	171
〈表 II- 9〉	主要外國의 處方箋 記載方式 및 代替許容	174
〈表 II-10〉	美國의 各 州別 處方代替 許容現況	176
〈表 II-11〉	木浦市 契約方式 醫藥分業 要約	183
〈表 II-12〉	木浦 醫藥分業 示範事業의 形態別 實施期間	184
〈表 II-13〉	分業期間 中 藥局調劑의 實績	185
〈表 II-14〉	契約分業期間中 藥局間 調劑件數 分布 (1984年 5月 1日~1984年 12月 31日)	186
〈表 II-15〉	契約分業期間中 藥局藥劑費 支給實積 (1984年 5月 1日~1984年 12月 31日)	187
〈表 II-16〉	醫藥分業 形態간 外來 受診率 比較	187
〈表 II-17〉	醫藥分業 形態間 處方當 投藥日數 比較	188
〈表 II-18〉	處方傳 發行과 醫療費動向에 관한 任意分業과 契約分業 結果 比較	189
〈表 II-19〉	國民醫療政策審議委員會案 要約	192
〈表 II-20〉	藥事法上的 醫藥分業 模型	194
〈表 II-21〉	醫藥分業의 實施時期에 대한 關聯團體 案	199
〈表 II-22〉	醫藥分業의 段階的 實施時期	199



〈表 II-23〉	醫藥品 分類 및 分業對象 醫藥品에 대한 關聯團體 案	200
〈表 II-24〉	醫藥品 分類 및 分業對象 醫藥品에 대한 段階的 醫藥分業模型	201
〈表 II-25〉	分業 例外條項(醫師調劑認定範圍)에 대한 關聯團體 案	202
〈表 II-26〉	醫藥分業 例外條項(醫師調劑 認定範圍)에 대한 段階的 醫藥分業模型	203
〈表 II-27〉	醫藥分業의 例外條項(藥師 非處方調劑 認定範圍)에 대한 段階的 醫藥分業模型	205
〈表 II-28〉	院外 處方箋 發給對象 醫療機關에 대한 關聯團體 案	205
〈表 II-29〉	患者의 調劑藥局 選擇權과 院內調劑 許容 醫療機關의 段階的 醫藥分業模型	207
〈表 II-30〉	處方箋 記載 醫藥品名 및 處方代替權限에 대한 關聯團體 案	208
〈表 II-31〉	處方箋 記載 醫藥品名 및 商品名 處方에 대한 藥師의 醫藥品 處方代替 許容與否	209
〈表 II-32〉	處方箋 記載 醫藥品名 및 處方代替權限에 대한 段階的 醫藥分業模型	210
〈表 II-33〉	韓國的 醫藥分業 模型(案): 段階的 醫藥分業	211
〈表 II-34〉	韓國的 醫藥分業 模型(案): 段階的 醫藥分業	212
〈表 II-35〉	醫療機關과 藥局의 年度別 推移(1970~1995年)	214
〈表 II-36〉	醫師와 藥師의 年度別 推移(1960~1995年)	215
〈表 II-37〉	主要國의 醫師 및 藥師數 對比 人口數	216
〈表 II-38〉	地域別 人口 10萬名當 醫師와 藥師數	218

〈表 II-39〉	保健所 및 保健支所の 醫師와 藥師數 .....	219
〈表 II-40〉	地域別 無藥局面 現況 .....	220
〈表 II-41〉	醫藥品の 藥效分類別 品目數(1996年) .....	223
〈表 II-42〉	藥局의 所在地 및 規模別 保有 醫藥品數 分布 .....	224
〈表 II-43〉	購買要求 醫藥品 未備發生 現況 .....	225
〈表 II-44〉	保險醫藥品の 藥效分類別 品目 및 成分數(1996年) .....	226
〈表 II-45〉	同一成分 및 同一含量을 保有한 保險給與 醫藥品數 .....	227
〈表 II-46〉	藥局 所在地別 常勤 藥師人力의 分布 .....	228
〈表 II-47〉	處方行爲의 分類 및 酬價現況 .....	231
〈表 II-48〉	藥局醫療保險 調劑料 酬價現況 .....	238
〈表 II-49〉	醫藥品 流通經路別 販賣比重(1996年) .....	243

## 圖 目 次

[圖 I-1]	醫師調劑行爲 禁止의 效果 .....	55
[圖 II-1]	日本 醫藥分業의 體系圖 .....	157

# 要約

## 第1部 醫藥分業의 經濟的 效果分析

### 1. 序論

#### 가. 研究背景 및 目的

- 醫藥分業은 환자를 진료하여 건강상태를 살피고 환자의 건강상태에 따라 處方을 하는 기능은 의사가, 그리고 의사에 의해 처방된 의약품을 調劑하는 기능은 약사가 담당하도록 하는 제도라고 정의됨.
  - 非專門的 醫師調劑 및 藥師處方으로 인한 국민건강상의 害惡을 極소화하기 위한 제도임.
- 醫가 곧 藥이라는 전통적 韓方醫療 개념이 팽배한 한국, 일본, 대만과 같은 동아시아국의 경우에 醫藥分業의 도입은 보건의료전반에 걸친 一大變革으로 받아들여지고 있으나 그 艱요성으로 인해 일본 및 대만은 부분적으로 醫藥分業을 시행하고 있음.
- 우리 나라 정부는 지난 1963년 藥事法에 醫藥分業의 원칙을 천명한 바 있으나 醫藥分業에 대한 전국민적인 共感帶가 형성되지 않고 이해단체들의 시행기피로 제도도입이 그동안 유보되어 왔음.
  - 현재 藥事法에는 1999년 7월7일 이전에 醫藥分業을 도입하기로 시행시기를 구체화하고 있음.
  - 그러나 아직까지도 소비자, 의약단체 및 관련 전문가간에는 醫藥分業導入의 必要性, 實施時期 및 方法에 있어서 상당한 異見

이 제기되고 있는 실정임.

- 본 연구에서는 기존의 보건의료적인 방법대신 純粹經濟理論的 方法에 기초하여 醫藥分業을 분석하고, 醫藥分業이 소비자, 병·의원 등 保健經濟主體에 미치는 便益과 費用을 計量化함.
  - 市場失敗(Market Failure)의 관점으로 醫藥分業의 必要性을 고찰함.
  - 社會的 純便益(Social Net Benefit) 極大化라는 一般均衡的 經濟模型을 기초로 파레토 효율적인 처방 및 조제서비스의 수준을 도출함.
  - 費用·便益分析(Cost-benefit Analysis)을 사용하여 의약서비스 소비자, 병·의원, 약국에 미치는 經濟·社會的 波及效果를 計量化하고 完全醫藥分業으로 인한 社會的 純便益의 규모를 推計함.

#### 나. 研究方法

- 國內外 文獻 및 資料를 통해 先行研究를 검토함.
- 환자, 의사(병·의원), 약사(약국) 등 相關단체와의 협의를 거쳐 醫藥分業關聯 爭點事項을 정리함.
- 經濟理論模型을 구축하고 波及影響을 模擬實驗(Simulation)함.
- 醫藥分業과 相關한 政策토론회, 公聽會 개최결과를 활용하여 相關 保健經濟主體들의 의견을 수렴함.

## 2. 非專門的 處方 및 調劑로 인한 市場失敗 補正方案

- 醫藥未分業下에서는 不完全競爭要因 등의 존재로 인한 市場失敗가 발생하는 바, 결국 資源의 非效率的 配分이 초래되어 政府介入 (Government Intervention)의 당위성을 제공함.

- 현행의 醫藥未分業 상태에서 존재하는 시장실패요인은 다음과 같음.
  - 의사조제 및 약사처방 등 비전문적 보건의료서비스를 소비자가 구매했을 때 발생하는 健康危害로 인한 소비자효용을 측정하기가 어렵고 이의 재산권을 행사할 去來市場이 현실적으로 형성되어있지 않아 가격이 진정한 社會費用을 반영하지 못함.
  - 情報의 非對稱性(Asymmetric Information) 또는 消費者無知(Consumer Ignorance)로 전문적인 처방 및 조제에 대한 수요창출 뿐 아니라 건강위해가능성이 상대적으로 높은 비전문적 처방 및 조제에 대한 수요창출도 발생하여 소비자의 효용손실 및 자원의 비효율적 배분이 초래됨.
  - 醫藥未分業下에서는 의사의 處方箋 또는 약사의 任意調劑 記錄이 공개될 여지가 적은 바, 私的 純便益 極大化에 따른 처방 및 조제행위가 의도적 또는 비의도적으로 은폐되어 소비자 개인 또는 사회전체의 合理的 意思決定을 방해할 수 있음.
  - 비전문적 의사조제 및 약사처방에서 비롯될 수 있는 의약품의 誤濫用에 따른 소비자의 효용상실이 개인 뿐아니라 사회전체에 金錢的·非金錢的 負擔으로 작용하는 바, 공공재적 특성의 가치가 시장에서 거래되지 않음.
  - 調劑의 非專門人이며 無資格者인 의사에게 調劑를, 그리고 處方的 非專門人이며 無資格者인 약사에게 處方을 法·制度的으로 허용하고 있는 상황으로 이는 일부 保健經濟主體에게 非專門의 서비스의 獨占供給權을 부여하는 것으로 불완전경쟁의 요인을 심화시킴.
- 이와 같은 요인에 따른 市場失敗는 保健醫療資源을 非效率的으로 배분되도록 하므로 정부가 이를 직·간접적으로 보정하여야 할 상황이 발생하는데 경제이론에 따른 대안 중 가장 費用節約的인 방

법이 醫藥分業이라고 할 수 있음.

- 醫藥分業制度는 完全醫藥分業과 部分醫藥分業으로 대별되는 데 部分醫藥分業制度는 각국의 여건에 맞춰 完全醫藥分業을 보다 탄력적으로 운용하는 제도라고 할 수 있음.
  - 部分醫藥分業制度에서 醫藥分業이 적용되지 않는 例外範圍는 각국의 保健經濟環境의 특수성에 따라 對象 醫藥品, 對象 地域, 消費者特性, 供給者特性, 疾患特性, 서비스 供給量 등에 의해 규정될 수 있음.
- 醫藥分業의 程度를 나타내기 위해서는 의료기관 뿐 아니라 약국에서의 醫藥分業이 동시에 고려되어야 함.

### 3. 醫藥分業의 社會的 純便益 極大化 模型

- 醫藥分業을 효과적으로 시행하기 위해서는 適正 醫藥分業에 대한 기본적인 개념이 우선적으로 정립되어야 하는 데 이는 의사, 약사, 소비자 등 保健經濟主體를 모두 고려한 一般均衡(General Equilibrium)的 分析에 따른 社會的 純便益 極大化 水準이라고 정의할 수 있음.
- 의사와 약사가 창출하는 純便益과 그들의 私的 純便益 極大化 過程에서 소비자의 건강에 害惡을 주게되어 발생하는 效用損失 보전비용이 함께 고려되어야 함.
  - 의사의 私的 純便益은 원내처방전발행, 원외처방전발행, 직접조제 등의 행위로, 그리고 약사의 私的 純便益은 약사처방, 임의조제, 의사처방에 따른 약사조제 등 행위를 통해 발생함.
  - 소비자 效用의 변동은 非專門的 醫師調劑와 藥師處方에 따른 效用減少에 기인함.
  - 社會的 純便益은 의사와 약사의 私的 純便益의 총합에서 소비자

에게 발생한 효용손실보전비용을 差減한 크기라고 할 수 있음.

- 假想의 保健經濟環境을 구축하고 醫師調劑와 藥師處方이 각각 소비자 效用에 미치는 害惡度의 변화가 의사의 處方 및 調劑서비스 생산량과 약사의 處方 및 調劑서비스 생산량에 미치는 영향을 분석했을 때 유의해야 할 결과는 다음과 같음.
  - 여러 형태의 保健經濟環境에서 適正한 醫藥分業의 정도는 의사의 院外處方箋 發行率과 醫師處方に 따른 藥師調劑率이라는 二重的인 次元에서 조명되어야 함.
  - 醫師調劑와 藥師處方の 害惡이 없거나 害惡度가 공히 극히 낮은 경우에는 정부가 직·간접적으로 개입하지 않고 의사와 약사의 私的 純便益極大化를 放任하는 것이 바람직함.
  - 醫師調劑의 害惡度가 藥師處方の 害惡度에 비해 상대적으로 매우 높은 경우는 의사의 直接調劑를 원천적으로 봉쇄하고 모든 처방을 院外로 발행하도록 규제하는 것이 바람직하나 醫師處方に 따른 藥師調劑率을 정부가 규제할 필요는 없음.
  - 藥師處方の 害惡度가 醫師調劑의 그것에 비해 상대적으로 큰 경우에 政府政策은 의사의 院外處方箋發行에 대한 규제보다는 약사의 任意調劑를 상대적으로 抑制하는 방향으로 진행되어야 함.

#### 4. 醫藥分業時 利害關係集團의 費用便益規模 推定

- 完全醫藥分業 實施時 관련 保健經濟主體인 소비자, 병·의원, 약국이 당면하는 經濟·社會的 效果를 計量化하기 위해서는 費用·便益分析法을 사용하는 것이 효과적임.
- 소비자의 입장에서 醫藥分業이 소비자에게 미치는 영향은 醫藥分

業으로 인한 專門醫藥品 實質價格上昇 즉, 약품가격이외에 병·의원 내원에 따른 교통비용, 진료대기비용의 증가에 기인하는 소비자 잉여의 감소분인 費用과 의약품 수요량 감소에 의해 나타나는 직·간접의료비의 감소분인 便益임.

- 醫藥分業에 따른 소비자들의 純便益増分, 즉 便益에서 費用을 差減한 규모는 의약품 誤濫用에 따르는 國民醫療費減少分 등을 고려할 때 專門醫藥品 需要의 價格彈力度가 영국의 의료서비스수요의 가격탄력도  $-0.1 \sim -0.2$ 의 절대최소치인  $-0.1$ 인 경우 약 4478억원에 이르는 것으로 推計됨.
  - 전문의약품구입시 병·의원에서 의사처방을 받아야 함으로써 발생하는 진찰비용, 교통비용, 병원대기비용의 발생은 전문의약품 구입을 위한 實質價格을 약 67% 증가시킴으로써 소비자에게 1조 8350억원의 費用을 발생시킴.
  - 그러나, 의약분업으로 인해 專門醫藥品의 誤濫用이 방지되어 國民醫療費가 절감됨으로써 발생하는 소비자의 便益増分은 費用増分을 훨씬 상회하는 약 2조 2828억원임.
- 병·의원과 약국은 醫藥分業으로 전문의약품 실질가격 상승에 따른 의약품 총수요감소로 純便益의 감소를 겪게 되는 바, 의약품의 流通마진율을 30%로 가정할 때 도합 약 570억원의 利潤 또는 純便益減少에 직면하게 됨.
- 完全醫藥分業으로 인한 社會的 純便益規模는 소비자의 순편익 증가분 약 4478억원에서 병·의원과 약국에서의 이윤 또는 사적 순편익 감소분 약 570억원을 差減한 것이라고 할 수 있는데 專門醫藥品 需要의 價格彈力度가  $-0.1$ 인 경우 社會的 純便益은 약 3908억원에 이를 것으로 추계됨.



- 이와 같은 推計는 다음과 같은 限界性을 가짐.
  - 醫藥分業에 따른 便益 중 국민건강 증진에 따르는 生命延長 및 勞動生産性 增加에 대한 精確한 실증자료가 없어 推計에서 제외됨.
  - 費用計算에서도 필요한 자료를 입수하기 어려운 관계로 過剩診療의 가능성이나 병·의원과 약국의 藥品流通에 있어서의 市場 占有率의 양상에 대한 충분한 검토가 불가능하였음.

## 5. 結 論

- 醫藥分業을 도입하기 위해서는 非專門的인 醫師調劑 및 藥師處方이 소비자에게 미치는 健康上的 害惡을 감안하여 社會的 純便益을 極大化하기 위한 目的하에서 具體的인 政策方案이 마련되어야 함.
  - 의사와 약사의 서비스공급행태에 관한 基本資料와 醫師調劑와 藥師處方이 소비자에게 미치는 健康 또는 效用上的 害惡을 評價할 필요가 있음.
- 完全醫藥分業으로 인한 社會的 純便益規模가 약 3908억원에 이르게 될 것으로 推計된 사실을 볼 때 完全醫藥分業이 현재의 醫藥未分業보다 社會적으로 바람직한 것은 사실이나 우리 나라와 같은 현실에서는 完全醫藥分業보다 部分醫藥分業이 社會的 純便益의 極大化를 위한 最善의 醫藥分業方案일 가능성이 있음.
  - 社會的 純便益의 理論模型에서 보았듯이 醫藥未分業과 完全醫藥分業사이에 존재하는 部分醫藥分業수준에서 社會的 純便益이 最良을 가질 수도 있음.

## 第 2 部 醫藥分業의 導入方案

### 1. 序論

- 1999년 7월 이전에 실시하도록 藥事法에 명시되어 있는 醫藥分業의 원활한 시행을 위하여 본 연구는 의약분업의 추진경위 및 외국의 의약분업현황을 고찰하고 의료개혁위원회에서 제시하고 있는 醫藥分業模型을 소개하며 이의 실시를 위한 우리의 현실적 여건을 고찰하는 것을 그 목적으로 함.
  - 醫藥分業의 실시를 위하여 지난 30여년동안 지속적인 論議가 제기되어 왔으나 실현되지 못하고 현재의 醫藥未分業狀態가 지속되고 있음. 따라서 지금까지 과정을 재조명하므로 현재의 우리에게 주는 시사점을 고찰하여 의약분업 推進에 反映할 필요가 있음.
  - 醫藥分業은 실시국가들의 의료관행 및 의료전달체계의 특성에 따라 多樣한 形態로 시행되고 있음. 따라서 본 연구는 외국의 분업모형 분석을 통하여 우리 나라의 실정에 맞는 醫藥分業模型의 도출을 위한 시사점을 고찰하였음.
  - 우리의 현실적인 여건을 고려한 모형으로 醫療改革委員會가성한 의약분업모형 개발의 基本原則을 고찰하고 구체적으로 분업의 實施時期, 분업대상 醫藥品의 範圍, 分業 例外條項, 處方箋記載 方法 및 代替許容與否의 타당성을 검토하였음.
  - 또한 본 연구는 醫藥分業 실시를 위한 與件造成에 필요한 사항을 고찰하므로 의약분업의 원활한 도입과 자리매김을 위해서 추진해야할 사항을 제시하였음.

## 2. 主要國의 醫藥分業 動向과 示唆點

### 가. 醫藥分業의 實施背景 및 基本骨格

- 1231년 프레드리히(Fredrich) 2세의 醫藥法에 따라 독일에서는 법적으로 의사의 조제를 금지하여 의약분업을 강제화하고 있음.
  - 단, 의원 주변에 藥局이 없는 경우에는 自身の 患者治療를 위하여 약국을 소유할 수 있는 예외규정이 마련되어 있음.
- 영국과 미국은 法的으로 의사의 조제가 금지되어 있지는 않으나 의료보장제도의 운영을 통하여 醫藥分業이 잘 이루어지고 있음.
  - 영국의 국민의료보장서비스(National Health Service)나 미국의 의료보장제도에서는 약국의 조제에 대해서만 약값을 보상함.
- 우리 나라와 같이 醫藥一體의 동양의학적 의료관습을 가지고 있는 일본 및 대만에서도 의약분업제도를 시행하고는 있으나, 아직 분업제도가 정착되지는 못한 실정임.
  - 日本에서는 1953년 三師法(소위 의약분업법)의 제정으로 분업의 기틀이 마련된 이래, 시범사업 및 의료보험수가의 조정 등을 통하여 의사의 원외처방전 발행율을 높이기 위한 노력이 지속되고 있음.
  - 臺灣은 1997년 3월에 台北과 高雄 등 2개의 市에서 醫藥分業을 실시하고 있으며 향후 이를 전국적으로 확대할 예정임.
- 의약분업을 실시하고 있는 국가에서는 약사의 任意調劑가 허용되고 있지 않으며 의료보장제도의 혜택에서도 제외되고 있음.

#### 나. 醫藥品 分類와 分業對象 範圍

- 處方藥에 대해서는 의사의 지도 감독 등 처방전 발행이 의무화되고 있는데, 처방약의 분류는 기본적으로 의약품의 安全性 및 有效性 確保 程度에 근거하고 있음.
- 의약품은 처방약과 비처방약으로 구분되는데 국가에 따라서는 反復處方 與否나 販賣場所 등에 따라 분류가 세분되기도 함.
  - 미국에서는 處方藥과 非處方藥으로, 일본에서는 醫療用의약품과 一般用의약품으로 兩分하고 있음.
  - 영국과 독일에서는 處方藥, 藥局藥, 自由販賣藥으로 3분류함.
  - 프랑스에서는 반복처방여부에 따라 처방약을 處方藥 List I, List II, 特別處方藥(Stupefians)으로 나누어 4분류 체계임.
  - 스위스는 반복처방과 판매장소에 따라서 5분류로, 캐나다는 판매장소에 따라 4분류로 각각 분류함.

#### 다. 院外處方箋 發行

- 서구국가에서는 일반적으로 병·의원과 지역약국간의 機關分業 형태를 보이고 있는데, 이는 의사의 藥局 所有를 禁止하는 法的인 制限 및 醫療傳達體系의 차이에 주로 기인하고 있음.
- 日本에서 원외처방 발행률이 저조한 것은 분업의 포괄적인 例外條項과 藥價差 마진에 의한 것으로, 정부에서는 處方箋 發行料를 인상하고 醫藥分業促進事業을 수행하는 등 분업을 촉진하고 있음.
- 대만에서 원외처방전 발행률이 저조한 것은 機能分業의 개념에 근거하여 의원의 약사고용이 허용되는 것 이외에 醫療傳達體系가 미비하고 藥價差 마진이 상존하고 있기 때문임.

라. 處方箋 記載方式과 代替調劑 許容

- 프랑스와 일본에서는 법적으로 商品名 醫藥品에 대한 代替調劑가 금지되어 있음. 영국에서도 商品명 처방에 대한 대체조제는 법으로 금지하고 있으나 一般名 處方記載 方式은 적극 권장하고 있음.
- 獨逸과 美國에서는 一般名 處方을 권장하고 있으며 商品명 처방에 대한 약사의 處方代替 權限을 制限的으로 부여하고 있음.
  - 독일은 의사가 ‘대체가능’하다고 허락한 경우에 한하여 대체가 가능하나, 미국에서는 의사가 처방내용대로 조제할 것을 처방전에 직접 표기한 경우 이외에는 대체조제가 가능함.

3. 우리 나라 醫藥分業 推進經緯

가. 初期 醫藥分業 實施方案 摸索

- 醫藥分業에 관한 논의는 1963년 10월에 사회전반적인 개혁의 일환으로 醫藥分業을 藥事法에 규정하므로 시작됨. 그러나 醫藥分業을 실행할 준비가 전무한 상태에서 既存의 慣行이 지속됨에 따라 1965년에 醫藥分業 相關조항을 削除하고 附則을 신설하므로 醫藥의 直接調劑와 약사의 任意調劑가 합법적으로 인정됨.
- 이어서 1965년과 1969년에 國會保社委員會의 권유에 따라 醫藥分業 추진을 위한 각종위원회를 구성하여 醫藥分業을 실시를 위하여 지속적인 시도를 하였지만 결국 當事者인 醫師와 藥師간의 대립과 국민들의 醫藥分業에 대한 意識不足으로 인하여 醫藥分業의 실시가 留保됨.

#### 나. 木浦市 醫藥分業 示範事業

- 의료보험의 확대실시와 함께 약국의 경영악화를 우려한 藥師會의 의약분업 실시 요구와 이에 대응하는 醫學協會의 일부 습관성의약품 자유판매 제한요구등 공급자들의 필요성 제시에 따라 木浦市에서 의약분업 示範事業이 실시됨.
- 醫藥分業의 방법은 초기에는 任意分業을 실시(1982년 7월~1984년 4월)하였으며, 이 기간 동안에 처방전의 발행이 저조하자 藥師會와 醫學協會 및 保險者간의 계약에 의하여 처방전 발행을 의무화하는 契約分業을 실시(1984년 5월~1984년 12월)하였고, 이어서 계약연장의 실패에 따라 任意分業으로 還元하였다가 1985년 8월 공식적으로 시범사업을 終結함.
- 시범사업 결과 분석에 의하면,
  - 처방전 발행건수가 처방전 발행을 의사의 임의에 맡기는 任意分業과 비교하여 처방전 발행을 의무화한 契約分業 기간동안에 현격한 증가를 보임.
  - 분업실시에 따라 受診率과 總 診療費가 증가되는 현상을 보여 단기적으로 의약분업 실시에 따른 의료비의 증가현상을 보였고, 처방조제가 一部藥局에 集中되는 현상을 보였음.

#### 다. 木浦市 示範事業 實施 以後의 動向

- 示範事業 이후 정부는 全國民醫療保險의 실시를 앞두고 1987년 12월 의약분업을 4대 정책과제중 하나로 채택하므로 國民醫療政策審議委員會는 현실여건을 고려하여 의약분업을 단계적으로 실시하기로 방향을 정하고 모형을 마련하였으나 醫學協會와 藥師會의 반발로 실행되지 못함.

- 1993년에 韓醫師와 藥師間의 한약조제권에 관한 業權紛爭이 발생하자 보건복지부는 이러한 문제점의 근본적인 해결방안을 醫藥分業의 실시라고 보고 1999년 7월 이전에 의약분업의 실시를 약사법에 명시함.

#### 4. 醫藥分業模型: 「醫療改革委員會」案

- 1997년 醫療改革委員會는 1999년에 醫藥分業制度를 도입하여 2002년, 2005년 3단계에 걸쳐 醫藥分業범위를 확대하는 韓國的 醫藥分業模型을 제시함.
  - 제1단계에서는 일부 專門醫藥品, 제2단계에서는 모든 專門醫藥品, 제3단계에서는 주사제까지 확대함.
  - 醫師의 調劑 許容: 현행 약사법의 7개 항목을 모든 단계에서 준용하되 제3단계에서는 注射劑 제외
  - 藥師의 非處方調劑 許容: 현행 약사법의 3개 항목을 모든 단계에서 적용함.
  - 전임약사와 조제실을 갖춘 의료기관에 대해 원내조제를 허용하여 환자본인의 意思에 따라 원내 또는 원외에서 조제받을 수 있도록 함.
  - 의사는 상품명 또는 일반명으로 처방을 하되 상품명 처방의 경우에도 의사가 「代替調劑不可」를 표시하지 않을 경우 약사가 대체조제할 수 있도록 함.

## 5. 醫藥分業 導入을 위한 考慮事項

### 가. 醫藥資源의 分布

- 의약분업의 실시에 따라 국민의 醫療利用에 不便을 초래하지 않기 위해서는 의료기관 및 약국이 지역적으로 均衡있게 분포되어야 함.
  - 1995년 현재 醫師는 57,188명, 藥師는 43,269명으로 주요외국에 비하여 의사 1인당 인구수는 1.9배정도 높은 수준임.
  - 의료인력은 시지역에 편재되어 있으며 특히 面單位 1,229개 중 약국이 없는 面은 62.4%에 이르고 있음.
- 農漁村 地域에 醫藥기관을 유치하여 醫療資源의 지역적 격차를 해소하기 위해서는 稅制惠澤이나 金融惠澤 등 보다 적극적인 지원책을 마련함과 동시에 공중보건약사제도의 도입도 추진함.
  - 의사와 약사가 적정비율로 공급되도록 醫療人力 需給에 대한 전반적인 재검토가 필요함.

### 나. 醫療機關 및 藥局의 受容態勢

- 의사의 처방에 따라 의약품 조제가 원활히 수행되기 위해서는 醫療機關의 處方 發給 및 藥局의 處方受容態勢가 구비되어야 함.
- 약국은 각종 처방조제에 대비하여 多樣한 醫藥品을 具備하고 醫療保險 請求能力을 갖추어야 하나, 약국의 규모는 영세하고 보험청구를 위한 기반 여건이 미흡한 실정으로 약국의 전문화·대형화가 요구됨.
  - 약국에 비치된 의약품은 주로 경질환 치료제로 專門治療藥이 부족함. 보험대상의약품은 12,600품목(1996년)인데 약국에서 통상 구비하고 있는 의약품은 1,000여종에 미치지 못함.



- 약국에서 처방 조제 및 이에 따른 보험청구를 원활히 수행하기 위해서는 다양한 의약품의 구비하기 위한 空間 確保 및 약국의 電算化가 요구되나 현재 약국은 대부분 11평 수준으로 영세함.
- 약사는 처방전에 대한 二重點檢 技能을 극대화하고 처방에 대하여 常時 調劑能力을 갖추어함.
  - 약국은 대부분(88.0%) 1인의 약사가 경영하고 있어 藥師 不在 시 처방조제에 부응하기 어려움.
  - 의사의 처방에 대한 二重 點檢 및 환자에 대한 服藥指導 등을 통하여 분업의 기본 취지를 살리기 위해서는 약학대학에서의 臨床 教育에 대한 필요성이 제기되고 있음.
- 병·의원 및 약국간 처방·조제업무가 원활히 수행되기 위해서는 지역사회 내에서 의사와 약사간 緊密한 紐帶關係가 유지되어야 함.
  - 희귀의약품이나 응급약 등의 원활한 공급을 위해서는 제조생산자 및 수입자, 도매상 등과 약국을 연계하는 온라인 醫藥品 流通情報網이 필요함.

#### 다. 處方料 및 調劑料의 算定

- 처방 및 조제에 대한 酬價水準을 적정화하여 醫藥分業에 보건의료 공급자들이 적극적으로 참여할 수 있는 기전을 마련할 필요가 있음.
- 處方行爲는 의사가 환자를 진료하는 전 과정이 綜合되어서 이루어지는 행위로 볼 수 있으므로 처방료의 산정상에 이러한 시각이 反映되어야함.
  - 현행의 처방료는 診療場所만을 고려하고 있으며 세부분류에서는 뚜렷한 基準點없이 處方日數로만 분류하여 산정하고 있어 수가산정의 便易性만 고려되어 있다고 볼 수 있음.

- 醫藥分業에 대비한 處方料의 算定은 처방건당 경제적 損失報償方案과 相對價値開發을 통한 산정방법을 고려할 수 있음.
  - 경제적 損失報償方案은 의약분업으로 유발된 의료기관의 의약품 구매 및 조제권 상실로 발생하는 수익감소분을 보전하는 방향으로의 수가산출로 적용이 용이하나 供給者 爲主로 치우치는 경향이 있음.
  - 相對價値 開發에 의하여 單一 處方料나 또는 行爲別 處方料를 산정하는 방법은 처방에 따른 투입자원의 상대가치를 고려하여 산정하므로 보다 合理的이나 수가산정에 있어서 방대한 자료 및 자원의 투자가 필요함.
- 醫藥分業下에서 약국서비스의 개선을 위하여 약국의 조제수가는 약사가 조제에 투입하는 業務量과 함께 조제행위 이후에 투약에 따른 服藥指導등 환자의 약품사용상의 順應度를 높이는 행위에 대한 수가상의 考慮가 있어야함.
  - 現行의 調劑酬價는 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료 및 조제료로 區分하여 조제에 따르는 수가를 정하고 있으나 그 金額의 算定에 있어서 합리성이 결여되어 있음.
  - 조제료 또한 의약분업 실시에 따른 藥局의 利潤增減 要因을 고려하여 산정하거나 原價報償方法에 의하여 산정할 수 있으나 原價報償方法에 의하여 산정할 경우 의약분업시 증가할 것으로 예상되는 人件費 및 管理費에 대한 고려가 있어야함.

#### 라. 醫藥品 生産 및 流通構造

- 醫藥品의 價格政策을 원칙적으로 의료기관 및 약국에서 의약품 취급으로 인한 利潤 發生이 排除되는 방향으로 개선하여 의약품의

과잉투약을 방지하고 보험재정의 절약을 기하여야함.

- 醫藥分業下에서 약국의 원활한 처방전 수용능력 확보를 위해서는 都賣商을 통한 多種의 醫藥品의 小量購買가 필요하므로 都賣商의 기능이 활성화되어야 할 것임.
  - 의약분업시 조제에 필요한 모든 의약품은 약국이 갖추기에는 현재의 약국의 零細性을 고려할 때 어렵다고 사료되며 또한 醫藥品 流通 측면에서도 비효율적임.
- 同一效能 및 效果를 갖는 의약품의 생산은 一般名 생산을 유도하여 보험재정의 안정화와 의·약사간의 분규의 소지를 최소화하여야 함.

## 6. 結論

- 그동안의 醫藥分業 실시를 위한 시도는 의약분업 당사자간의 合意 失敗, 정부의 政策意志 未洽 등으로 번번히 무산되었음. 이러한 상황은 소비자의 醫藥分業 必要性에 대한 적극적인 인식부족의 결과라고 볼 수 있음. 따라서 향후 의약분업실행을 위한 의사결정에 소비자의 적극적 참여를 유도하여 의약분업을 國民的 合意下에 추진할 필요가 있음.
- 의약분업제도는 그 나라의 傳統과 醫療體系의 特性을 반영하고 있어 외국의 모형을 그대로 도입하기에는 많은 문제가 있음. 이러한 점을 고려하여 醫療改革委員會에서는 의학계, 약학계 및 소비자가 참여하여 기존의 醫療傳達體系에 衝擊을 최소화 하는 동시에 醫藥分業의 基本趣旨를 살리는 방향으로 의약분업모형을 成案하였음. 따라서 성안된 모형의 실행에 필요한 與件을 造成하여 분업이 원

활히 실시될 수 있도록 대비하여야 함.

- 醫藥分業 실시를 위한 주요 선행요건은 적정한 調劑料 및 處方料의 산출임.
  - 또한 의약자원의 불균형 분포, 의료기관과 약국의 수용태세 미비, 의약품생산 및 유통상의 문제점 등은 의약분업실시와 병행하여 점진적으로 개선해야 될 사항으로 사료됨.

## 第 1 部 醫藥分業의 經濟的 效果分析

## 第 1 章 序 論

우리 나라는 백여년전 西歐의 現代醫學이 도입되기 전까지 韓方과 傳統醫術에 의하여 의료가 실시되어 왔다. 그리고 이러한 東洋醫學의 영향하에서 의사에게 調劑·投藥權을, 약사에게 의사의 처방없이도 調劑·販賣할 수 있는 任意調劑·販賣를 허용하는 제도가 국민들 사이에 당연한 것으로 인식되어 왔다. 즉 醫가 곧 藥이라는 醫藥一體觀念이 普遍化되어 진단을 하는 의사로부터 약을 조제 받는 것이 관습화되어 왔다. 또한 의사와 약사의 기능에 대한 뚜렷한 기준을 설정하지 않은 채 약사도 의사와 마찬가지로 診斷·處方서비스를 제공할 수 있는 것으로 오해되어 왔다. 이러한 醫藥一體의 普遍的 觀念과 法·制度的 裝置의 未備는 국민들이 의사와 약사의 非專門的 保健醫療서비스 供給環境에 無防備로 露出되도록 放置되었다. 다시 말해서 消費者無知 (Consumer Ignorance)로 보건의료서비스의 소비에 관련하여 의사와 약사 등 전문보건의료인의 意見에 크게 依存할 수밖에 없는 국민들이 藥과 調劑에 대한 전문적 지식이 없는 의사로부터 약을 직접 調劑·投藥을 받게 되는, 또한 診斷·處方에 대한 전문적 지식이 없는 약사에게 처방을 받게되는 상황에 노출되어 왔던 것이다. 이러한 醫師調劑의 허용이나 약사의 任意調劑·販賣는 대다수의 국민이 의약품을 誤濫用할 수 있는 構造的 與件을 제공함으로써 의약품의 그릇된 사용에 따른 健康上的 害惡 즉, 耐性增加와 藥禍事故 등을 유발하는 요인이 되어 왔다. 그러나 현재까지도 국민의 대다수는 非專門的 보건의료서비스의 放置로 인한 심각성을 제대로 인식하지 못하고 있으며, 관련 이해단체의 주장이 크게 대치되고 있어 보건의료제도의 수정이나 개

혁이 매우 어려운 상황이다.

비전문적 보건의료행위에 따른 의약품에 대한 건강상의 害惡을 極小化하고 國民健康을 증진시키기 위해서는 보건의료행위에 종사하는 전문직업인들이 각자의 主要機能에 專門化·特化되도록 하는 것이 바람직할 것이다. 즉 의사는 환자를 진료하여 건강상태를 살피고 환자의 건강상태에 따라 處方을 하며, 약사는 의약품에 관한 전문지식을 이용하여 처방된 의약품을 調劑함으로써 良質의 의료체제를 구축하고 효율적으로 국민건강을 관리할 수 있는 것이다. 이러한 기본적인 그리고 상식적인 機能分化를 이룩하고자 하는 것이 바로 醫藥分業制度 도입의 필요성이라고 할 수 있다.

醫藥分業 도입문제는 우리 나라에서 오랜 기간동안 간헐적으로, 그러나 때로는 격렬하게 제기되어 왔다. 1963년 정부는 의약품의 誤濫用防止를 主目的으로 藥事法에 醫藥分業 原則을 천명하였다. 그러나 利害團體들이 이를 모두 기피해 시행이 유보되고 말았다. 즉, 약사는 전문 개정된 藥事法 제21조 제1항 및 제2항에 근거하여 調劑權을 주장함으로써 약사의 任意調劑가 종전과 같이 법률적 보호를 받게 되었고 의사는 醫療法에 의한 診療行爲의 固有權과 藥事法 부칙 제3조에 의하여 調劑行爲를 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 낮아지므로써 약국이용에 비하여 의료기관 이용이 활성화되고 의사의 역할이 확대되어 상대적으로 약사기능이 위축되게 되었다. 게다가 1981년 7월 1일 강원도 홍천군, 전라북도 옥구군, 경상북도 군위군의 3개군에서 地域醫療保險 1차 시범사업을 실시하게 됨에 따라 이 지역에 거주하는 주민이 의료보험에 강제적용을 받게 되자 大韓藥師會는 약국경영에 어려움이 있을 것이므로 醫藥分業이 실시되어야 한다는 의견을 정식으로 제기

하게 되었다.

이에 정부는 1982년부터 1985년말까지 전남 목포시에 대해서 示範的 醫藥分業을 실시하게 되었다. 이는 국민에게 醫藥分業에 대한 의식을 고양케 한 긍정적인 효과가 있었던 반면에, 당초의 예상과는 달리 의료비가 분업시행 전보다 증가했고, 또한 處方箋이 일부 약국으로 집중되는 副作用이 있었으며, 나머지 다른 약국의 경영정상화에도 기여하는 바가 크지 않았다. 더욱이 醫藥分業으로 의·약사간의 利害關係 대립과 불평만을 조성하여 우리 현실여건으로 볼 때 아직 분업을 실시하기에는 여건이 성숙하지 못하였다는 평가를 받게 되었다.

그러다가 1989년 7월 1일부터 전국민을 대상으로 의료보험을 확대 실시하도록 함에 따라 다시 醫藥分業問題가 爭點化되어 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 醫藥分業 문제를 다시 심도 있게 다루게 되었다. 이 위원회에서는 大韓藥師會측의 保險內 分業 및 調劑料 大幅引上 요구와 大韓醫師協會측의 모든 의약품에 대한 完全醫藥分業 요구 등 양 利害團體간의 첨예한 이해를 조정하여 3段階 醫藥分業方案을 제시하였다. 그러나 1989년 당시 大韓藥師會나 大韓醫師協會 모두 3段階 醫藥分業 方案이 제시하는 完全醫藥分業이라는 것이 경제·사회적으로 어떤 변화를 초래할 지 모른다는 우려에 醫藥分業施行의 합의를 白紙化하고 말았다.

이후 1993년 韓藥調劑權分爭이 계기가 되어 또다시 醫藥分業이 우리 나라 保健醫療界의 중대하고 시급한 과제로 부각되게 되었으며 醫藥未分業이 우리 나라 보건의료부문의 가장 後進的인 要素로 지적되기도 하고 많은 병폐의 원인으로 지적되기도 하면서 그 실시의 시급성이 강조되었다. 이에 保健福祉部에서는 韓藥分爭의 타결책으로 제시한 藥事法 改正案에서 醫藥分業을 실시시기를 확정하는 강경한 입



장을 취하였다. 즉 1994년 改正 藥事法에 1997~1999년내 대통령령이 정하는 날에 醫藥分業을 실시하도록 규정하였던 것이다. 우리 나라 醫藥分業의 구체적인 모형에 관해서 가장 최근에 제시된 방안으로는 1996년 11월부터 1997년 12월까지 國務總理 諮問機構로서 醫·藥界의 專門家, 消費者代表, 保健經濟學者 등 사회각계각층의 대표 30인으로 구성·운영된 「醫療改革委員會」의 分業案이라고 할 수 있다. 이 건의안은 1999년부터 항생제, 스테로이드 제제, 습관성 의약품 등 誤濫用시 副作用이 큰 일부 전문의약품을 대상으로 制限的인 部分醫藥分業을 우선 실시하도록 제안하고 있다. 건의안은 또 2002년부터 주사제를 제외한 전문의약품에 대해 醫藥分業을 전국적으로 확대 실시하고 2005년부터는 모든 전문의약품을 대상으로 完全醫藥分業을 실시한다는 내용을 담고 있다. 비록 「醫療改革委員會」의 分業案이 현실여건을 최대한 반영하였다고 평가되고 있기는 하지만 院外處方箋을 발급하는 의료기관 범위, 처방전 기재 약품명, 약사의 처방대체 허용여부 등에 대해서는 아직도 利害團體간 의견이 첨예하게 대립함으로써 향후에도 상당한 논란이 야기될 전망이다. 이러한 논란은 그간 30여년간 지속되어 왔던 과정에서 해결되지 않던 두가지 질문 즉, 일부 보건전문인력이 반대하고 소비자가 아직 그 필요성을 충분히 인식하지 못하고 있는 상황에서 醫藥分業을 과연 도입할 필요성이 있는가와 醫藥分業으로 인해 소비자와 병·의원에게는 經濟·社會的으로 어떠한 便益과 費用이 발생하는가에 대한 답변이 불충분하였기 때문일 것이다.

본 研究는 醫藥分業 실시의 當爲性을 기존의 보건의료적인 시각에서 완전히 탈피하여 純粹經濟理論에 입각하여 도출하고, 費用·便益分析을 사용하여 醫藥分業 실시에 따른 의약서비스 소비자, 병·의원, 약국에 미치는 經濟·社會的 波及效果의 計量化를 시도하였다.

본 研究의 내용은 다음과 같다. 第2章에서는 의사와 약사의 非專門

的 處方과 調劑서비스의 생산·공급을 정부가 개입하지 않고 放任하였을 때 발생하는 문제점을 市場失敗의 개념을 사용하여 고찰한다. 그리고 이러한 시장실패를 보정하기 위해서 정부가 개입하는 경우 어떠한 政策代案이 가능한지를 經濟理論에 입각하여 비교·정리하고 이때 市場誘리를 통한 비전문적 처방 및 조제행위의 間接規制方式과 정부의 보건의료서비스의 直接生産·供給方式 그리고 정부의 直接規制方式으로서의 醫藥分業制度 導入을 市場失敗에서 가능한 經濟理論的 政策代案으로 제시한다. 이 경우 현실적으로 가장 우수한 政策代案으로 醫藥分業이 제시됨은 물론이다.

다음 第3章에서는 소비자의 效用函數, 의사와 약사의 費用 및 收入函數의 單純模型을 사용하여 社會적으로 適正한 醫藥分業模型 도출에 반드시 고려되어야 할 經濟理論的 變數를 제시한다. 이때 단순한 部分均衡的 接近(Partial Equilibrium Approach)보다는 의·약서비스 소비자와 공급자를 모두 고려한 一般均衡的 接近(General Equilibrium Approach)으로 醫藥分業을 분석해야 함을 강조하고 社會的 純便益(Social Net Benefit)의 極大化를 위해서는 경우에 따라 어느 정도의 分業 例外條項이 존재할 수도 있음을 理論과 模擬實驗(Simulation)을 통해 밝혀본다. 한편 第4章에서는 醫藥分業 관련 이해단체를 구분하여 費用·便益要素를 파악하고 이들이 醫藥分業에 따라 어떻게 영향을 받을 것인지를 計量的으로 예측한다. 또한 完건의약분업시행시 社會적 순편익의 증가분을 추계한다. 끝으로 第5章에서는 앞에서 논의된 내용을 바탕으로 政策的 示唆點을 제시한다.

본 研究를 수행하기 위해 사용된 방법은 다음과 같다. 첫째, 각종 국내외 문헌 및 자료수집을 통해 先行研究를 검토하였다. 둘째, 환자, 의사(병·의원), 약사(약국), 등 관련 단체와의 협의를 거쳐 醫藥分業관련 爭點事項을 파악하였다. 셋째, 經濟理論 및 基礎分析方法을 바탕으

로 理論模型을 구축하고 波及影響을 模擬實驗(Simulation)하였다. 넷째, 醫藥分業과 有關한 政策討論會, 公聽會 開催結果를 活用하여 有關 經濟主體들의 의견을 수렴하였다.

## 第2章 非專門的 處方 및 調劑로 인한 市場失敗 補正方案

### 第1節 醫師調劑 및 藥師處方的 問題

의약품은 질병을 진단·치료하고 예방하는 목적으로 사용하는 물질로서 國民健康의 增進에 기여한다. 그러나 의약품을 적정량 이상으로 過量投與하거나 잘못 사용할 때에는 오히려 毒物로 작용하여 藥害를 유발하고 耐性을 증가시켜 건강을 해치기도 한다. 따라서 安全性과 有效性이 확보되지 않은 의약품이 적절히 사용되기 위해서는 환자의 건강상태에 대한 診斷·處方과 이에 따른 전문적인 調劑·投與 과정을 거치는 것이 필요하다.

醫藥分業이 실시되지 않는 경우 의사의 診斷·處方없는 약사의 비전문적 處方에 따른 調劑·販賣行爲는 부적절한 또는 불필요한 투약을 야기시킴으로 醫藥品의 誤濫用을 유발하게 되고, 다른 한편 의료기관에서도 의약품의 投藥率이 높아지고 약의 전문가가 아닌 의사가 조제하게 됨으로써 誤濫用의 가능성이 높아지게 된다.<sup>1)</sup> 이는 또한 의약품

---

1) 의사는 조제에서 약사는 처방에서 非專門的이라는 논거에 이의가 제기될 수 있다. 예로써, 의사는 의약품에 대해서 약사에 비해서는 비전문적이지만 일반인에 비해서는 전문적이지 않느냐 하는 식의 반론이 제기될 수 있다는 것이다. 그러나 본 연구에서 언급하고 있는 專門性은 ①관련 행위에 대한 학문적 배경과 경험을 동시에 충분히 갖추고 ②이를 평가하기에 합당한 免許試驗을 통과하여 ③관련 행위를 排他的·獨占的으로 행할 수 있는 권한이 법·제도적으로 보장되는 등의 조건이 모두 만족되는 경우를 의미한다고 할 수 있다. 이때 다음과 같은 의문이 제기될 수 있다: 현재 의사조제와 약사의 임의조제는 법·제도적으로 보호받고 있으므로 전문성이 확보된 행위로 구분할 수 있지 않은가? 이 경우 의사조제와 약사의 임의조제

이 국민의 입장에서는 질병의 예방·치료에 불가결하기는 하지만 의사와 약사에게는 私的 利潤을 남기는 상품의 구실을 한다는 사실에 비추어 볼 때 약으로 인한 이윤증대의 견지에서 의약품의 誤濫用이 발생할 수도 있는 것이다.

의약품의 副作用은 원래의 질병 그 자체보다도 더 위험한 경우가 많을 뿐 아니라 의약품 誤濫用의 결과는 약품에 대한 人體耐性을 증가시켜 건강회복이나 유지를 방해하게 한다. 따라서 診斷·治療에 더 많은 醫療資源이 소비되고 이는 개인 뿐 아니라 국가차원에서도 더 큰 經濟的 負擔을 초래하게 된다. 다시 말해서, 必需財(Necessity Good)적인 보건의료서비스의 관점에서 해석하면 서비스의 소비과정에서 의사와 약사가 제공하는 비전문적인 보건의료서비스에 관련하여 발생하는 健康危害, 다시 말해서 의사의 조제 및 약사의 처방과 같은 비전문적 보건의료행위가 市場機能에 의해서 또는 法·制度的으로 억제 또는 완화되지 않은 채로 放置된다면 소비자 뿐 아니라 국가는 국민의 건강손실에 대한 부담을 지게 되고 이는 巨視經濟的으로 效率的인 資源配分을 달성하는 데 지장을 초래하게 한다.

本章에서는 醫藥未分業下 의사의 非專門的 調劑 및 약사의 非專門的 處方이 法·制度的으로 放置되는 경우 經濟的 意味를 市場失敗(Market Failure)의 개념을 사용하여 살펴보고자 한다.<sup>2)</sup> 또한 醫藥分業

---

는 전문성이 확보되어서 허용되었다기보다는 의사와 약사가 각각 조제와 처방에 상대적으로 일반인보다는 관련 행위에 대한 높은 식견을 가졌다는 사실을 감안하여 例外的으로 그리고 暫定的으로 이를 허용하고 있는 것으로 해석되어야 할 것이다. 대다수의 선진국에서 행하고 있는 의약분업의 當爲性 및 一般性을 의사도 조제에 그리고 약사도 진단·처방에 전문성을 갖췄다는 논리로 반박할 수는 없을 것이다.

- 2) 厚生經濟學의 기본정리에 의하면 경제에 생산과 소비의 外部效果(externality)가 없고 完全競爭市場이 이루어질 때 파레토 효율적인 자원배분이 달성된다고 한다. 逆으로 만일 外部效果 또는 不完全競爭要因이 경제내에 존재할 경우는 市場失敗로 인해 이의 달성을 기대할 수 없는 것이다. 다시말하면, 자원이 最適配分되고 모든

의 기대효과중 가장 중요한 것이 의약품의 誤濫用防止라는 견지에서 의약품의 非專門의 處方 및 調劑에서 비롯되는 소비자의 효용상 또는 건강상의 손실이 시장기능에 의해 경제에 반영·보정되지 않는 현실 즉, 市場失敗狀況을 파악하고 이런 경우 왜 정부가 介入하여 이를 완화 또는 억제해야 하는지, 그리고 政策手段으로는 무엇이 가능한지를 經濟理論體系에서 논의해보고자 한다.<sup>3)</sup>

## 第 2 節 市場失敗

국가는 國民福祉를 증대하기 위하여 주어진 生産要素를 낭비하지 않고 最大生産을 하며, 소비자는 그 결과 생산된 財貨 및 서비스를 소비함으로써 效用이 極大化되는 상태를 추구해 나간다. 이는 파레토 效率的(Pareto-efficient)인 資源配分狀態라고 하는 데 이때는 생산, 교환 및 소비가 모두 효율적으로 운용되기 때문에 타인에게 손해를 끼치지

---

생산자와 소비자가 最小費用으로 最大生産과 效用을 얻을 수 있는 一般均衡에 도달하기 위해서는 生産物市場과 生産要素市場에서 완전경쟁이 실현되어야 한다. 그러나 비록 경제가 완전경쟁에 이른다고 할지라도 外部效果가 존재하면 시장은 자원의 最適狀態를 향하여 작동하지 않게 된다. 이는 완전경쟁시장에서 가격에 의한 자원 배분은 필요조건이지 충분조건은 아니기 때문이다. 즉, 완전경쟁시장이 달성되었다고 해도 가격이 진정한 社會的 費用과 다르다면 그 경제의 시장기능은 실패에 빠지고 만다. 그러므로 효율적 자원배분이 이뤄지기 위해서는 완전경쟁시장과 함께 또다른 조건 즉, 外部效果가 적절한 정책수단으로 완화 또는 제거되어야 한다.

- 3) 醫藥分業의 또 하나 중요한 기대효과는 醫藥人力의 效率的 活用이다. 診斷·處方은 의사가, 약의 調劑는 약사가 담당하여 업무를 專門化·特性化함으로써 治療效率을 높이고 醫藥人力을 효율적으로 활용할 수 있다는 것이다. 이는 勞動分業(division of labor)을 통한 生産性增大라고 해석될 수 있다. 소비자의 입장에서 볼 때는 生産性的 증대로 동일한 조건하에서 공급물량이 증가하고 가격이 감소하여 消費者厚生이 증가할 수 있다. 따라서 醫藥分業은 의약품 誤濫用防止와 醫藥人力의 效率化를 통해 의료서비스의 質的 向上, 國民醫療費 支出의 減少, 國家資源의 效率的 活用을 도모하는 것이라고 할 수 있다(연하청·박종기 외, 1983). 本章에서는 의약품 誤濫用防止가 보다 중요한 醫藥分業의 目標라는 입장에서 이를 重點的으로 논하고자 한다.

않고서는 한 개인의 이득을 증대시킬 수 없게 되는 상태이다.<sup>4)</sup> 본 절에서는 醫藥未分業狀態에서 市場失敗를 야기시킬 수 있는 요인을 설명하고 이러한 요인이 존재함으로써 파레토 효율적인 자원배분이 달성될 수 없으므로 정부는 적절한 방법으로 시장에 介入하여야 한다는 것을 보이고자 한다.

#### 가. 非專門的 處方 및 調劑行爲로 인한 消費者效用損失分 測定の 어려움

醫藥未分業하의 보건의료서비스시장에서는 의사조제와 약사처방과 같은 비전문적 보건의료행위가 만연하여 소비자의 건강 또는 효용에 害惡을 줄 수 있다. 그러나 소비자는 害惡分의 程度를 구별하여 화폐가치가 어느 정도인지를 측정하기가 어려운 관계로 소비자효용의 손실분이 價格에 적절히 반영될 수 없게 된다<sup>5)</sup>. 피해의 파악에 관련해서는, 外科治療事故의 경우 피해가 明示的이므로 상태파악과 측정이 상대적으로 쉬우나 의약품에 의한 피해는 累積的(Accumulative), 漸進的(Gradual), 潛在的(Latent), 非分割的(Inseparable)으로 피해의 파악 및 측정이 매우 어렵다. 특히 보건의료의 특성상 의약품 오남용으로 인한 害惡은 내성증가 등과 같은 것이 대부분으로 이의 파악과 측정은 오히려 私的 費用을 크게 증가시키므로 소비자는 이러한 害惡을 감수하게 되는 것이 대부분이다.

- 
- 4) 파레토 효율적인 상태가 곧 社會福祉의 最適狀態라고 할 수는 없다. 社會福祉에는 分配問題 즉 衡平性의 問題를 동시에 고려해야 할 것이다.
- 5) 본 研究에서 일관되게 전제하고 있는 사실은 의사의 전문적인 診斷과 處方, 그리고 의사처방에 따른 약사의 전문적인 調劑가 소비자의 건강에 害惡을 가져올 확률이 없으나, 의사와 약사가 비전문적인 기능 다시말해서 각각 調劑나 處方을 행했을 때는 害惡 가능성이 상대적으로 매우 높다는 것이다. 본 연구에서는 그 害惡의 크기를 具體的으로 측정하는 작업을 유보하고 第3章에서 일정한 假定을 두어 社會的 純便益 極大化理論을 다룬다.

만일 소비자가 비전문적 의사조제나 약사처방으로 인한 害惡의 결과를 구체적으로 파악하고 화폐가치를 추산한다고 해도 상실된 건강에 대한 財產權(Property Rights)을 행사할 去來市場이 현실적으로 거의 존재하지 않거나 발달되어 있지 않다. 또한 현행과 같이 의사조제 및 약사처방이 정부의 묵인하에 법적·제도적으로 허용되어 있는 상태에서는 소비자가 문제점으로 인식할 수도 없을 뿐 더러 財產權의 행사로 만족할 만한 결과를 얻을 가능성도 적다. 이와 같은 이유들로 인해 價格이 眞正한 社會的 費用과 상이해짐으로써 市場機能은 失敗하게 된다.<sup>6)</sup>

#### 나. 非對稱的 情報狀況의 惡化

사실 醫藥分業與否와 무관하게 소비자는 의사나 약사에 비해 診斷 및 處方의 내용, 치료의 필요성, 의사와 약사의 질적 차이 및 서비스 가격차이에 관하여 합리적 판단을 하기에는 현실적으로 부족한 정보를 가질 수밖에 없다. 이러한 소비자의 情報不足 또는 無知(Consumer

6) 이 부분의 논의는 대부분 外部效果(externality)와 무관하지 않다. 外部效果는 독립된 경제단위인 기업의 생산 또는 소비자의 소비행위가 價格機構(price mechanism)를 충분히 또는 원활히 통하지 않은 채 다른 독립된 경제단위인 생산자의 활동이나 소비자의 소비활동에 끼치는 영향이라고 정의할 수 있다. 이러한 영향은 대상이 되는 생산자나 소비자의 경제행위에 利로운 것(external economy)일 수도 있고 害로운 것(external diseconomy)일 수도 있다. 어떤 경우에도 결과되는 생산량 또는 소비량이 社會的인 最適水準이라고 볼 수 없는 데 이는 소비자 효용극대화 또는 생산자 이윤극대화과정에서 여타 경제주체에 미치는 영향이 고려되지 않고 경제활동이 행해졌기 때문이다. 外部效果는 크게 세가지로 분류되는 데 첫째는, 財產權이 불완전한 일련의 財貨와 서비스가 시장에서 거래될 수 없기 때문에 발생하는 財產權 外部效果(ownership externality), 둘째는, 소비의 非競爭性 및 非排他性의 특성을 갖는 財貨나 서비스에 의한 公共財 外部效果(public good externality), 셋째는, 각종 경제정책, 사회제도, 기술적 측면에서 생산과 소비에 관련하여 여러 가지 制約이 있어 발생하는 技術的 外部效果(technical externality)이다. 이 가운데 어느 것 한가지만 존재하여도 市場機能의 失敗가 초래된다.



Ignorance)는 보건의료서비스소비의 意思決定을 생산자에 크게 從屬되도록 한다.<sup>7)</sup> 즉, 이는 보건의료서비스량이 소비자 단독의 효용극대화 과정에 의하기보다는 의사와 소비자, 약사와 소비자의 2者, 또는 의사, 약사 및 소비자의 3者 複合的 意思決定의 결과라는 것이다. 이때 의사와 약사는 각기 소비자의 질병내역 그리고 의약품의 효능·효과에 대한 정보에 있어 상대적으로 우위에 있으므로 소비자의 意思決定은 곧 의사와 약사의 私的 純便益 極大化에 따른 의사결정에 종속되는 경우가 많다. 만일 의사와 약사가 利潤을 極大化하기 위해 개개인의 소비에 큰 영향력을 발휘한다면, 예로써 전문적인 보건의료서비스와 연관시켜 비전문성으로 건강위해가능성이 높은 조제나 처방서비스를 과다하게 소비하도록 한다면 소비자는 不知不識間에 부적정한 量의 또는 質의 보건의료서비스를 소비하게 되어 건강상 또는 효용상의 해악을 겪게되고 국가적으로는 자원의 비효율적 배분이 초래될 수 있다.<sup>8)</sup> 즉, 의약미분업의 경우는 의약미분업시에도 정보의 비대칭성으로 발생하는 전문적인 처방 및 조제서비스의 需要創出(Demand Creation)(Feldstein, 1983)에 추가적으로 비전문성으로 더욱 건강에 위해를 줄 수 있는 처방 및 조제행위를 需要創出할 수 있다는 것이다.

또한 醫藥未分業時에는 의약분업시에 비해 의사 處方箋 또는 약사의 任意調劑時 處方記錄이 소비자 또는 여타 보건의료전문인에게 공개될 여지가 적다. 이런 경우 의사 및 약사가 處方 및 調劑行爲가 의

7) 消費者保護를 목적으로 보건의료기관 또는 보건의료서비스제공자의 廣告를 規制하는 政策은 소비자의 不完全情報 또는 서비스의 제공자와 소비자간 非對稱的 情報狀況을 보다 深化하는 副作用을 초래하기도 한다.

8) 특히, 보건전문인력의 선택폭이 좁은 重疾患의 환자는 건강치유의 全權을 의사와 약사에게 위임하는 것이 일반적이므로 그들의 보건의료서비스 소비결정으로 인한 健康危害의 발생이 자신의 의사결정의 결과인지 아니면 전문인력의 의사결정의 결과인지 혼란에 빠지게 되어 결국 건강위해에 따른 효용손실보전을 위한 財產權 행사에 소극적인 태도를 취할 수도 있다.

도적 또는 비의도적으로 은폐되어 의약품 誤濫用이 발생함으로써 사회적 비용이 증대될 수 있다.

그리고 의약미분업시에는 의사의 비전문적 조제나 약사의 비전문적 처방의 법·제도적 허용이 소비자로 하여금 비전문적 보건의료행위로 인한 건강위해가능성을 충분히 인지하지 못하게 하는 작용을 함으로써 소비자가 효용손실을 보전하고자하는 노력을 능동적으로 행사하는 것을 방해하는 작용을 하여 市場失敗를 유발하게 된다. 이는 곧 政府失敗(Government Failure)라고도 해석할 수 있다. 다시말해서 의사와 약사의 비전문적인 보건의료행태가 정부에 의해서 배타적으로 보호되고 소비자의 정부에 대한 신뢰성이 비전문적 보건의료행태에 대한 소비자의 각성을 약화시킨다는 점에서 전문적인 의사처방과 약사조제시에도 발생하는 정보의 비대칭성과는 크게 구별된다고 할 수 있다.

#### 다. 處方과 調劑서비스의 公共財的 特性

醫藥未分業下 보건의료부문에 市場機能의 失敗를 가져오는 또 하나의 중요한 요인은 처방과 조제서비스가 公共財的 性格이 강하기 때문이라고 할 수 있다. 사회적인 관점에서 전문적 처방 및 조제서비스는 건강을 회복한 사람의 技術, 知識, 情報 및 體力은 당사자에게만 돌아가는 것이 아니고 전체사회에 유익이 된다. 마찬가지로 醫藥未分業下에서 醫師調劑 및 藥師處方에서 비롯되는 非專門性으로 인한 소비자의 건강상실은 개인에만 손해가 되는 것이 아니고 사회전체에 金錢的·非金錢的 부담으로 작용한다. 즉, 처방 및 조제서비스에 대한 개인의 소비행위는 다른 사회구성원에게도 이익 또는 손해가 돌아가므로 처방 및 조제행위에는 公共財的 性格이 존재한다고 할 수 있다. 이러한 公共財的 性格이 갖는 가치는 시장에서 거래가 되지 않는 관계로 시장실패를 발생시킨다.<sup>9)</sup>

#### 라. 無資格者 獨占利潤의 許容

醫藥未分業下에서 調劑의 非專門人이며 無資格者인 의사에게 調劑가, 그리고 處方의 非專門人이며 無資格者인 약사에게 處方이 독점적으로 허용됨으로써 不完全競爭要因이 존재하게 된다. 醫藥未分業은 일부 保健經濟主體에게 예외적으로 非專門的 서비스의 獨占供給權을 부여하는 것으로 해석될 수 있는데 이로써 無資格者 獨占利潤이 존재하는 造作된 獨占的 狀況(Contrived Monopolistic Situation)이 발생하여 시장기능은 실패하게 된다.<sup>10)</sup>

이와 같은 市場失敗로 인해 보건의료자원이 非適正하게 배분되어 정부가 直·間接적으로 介入하여야 할 상황에 놓이게 된다.

### 第 3 節 經濟理論的 政策代案: 醫藥分業

현실의 醫藥未分業下 市場經濟體制에서는 의사의 비전문적 조제 및 약사의 비전문적 처방이 소비자의 건강에 危害를 가할 수 있다. 이때 실제로 손해보는 소비자는 본 행위를 한 자가 아닌 다른 사람이기 때문에 의사와 약사에게는 소비자에 대한 健康 危害行爲를 社會的 適正 水準까지 줄이겠다는 經濟的 誘引이 전혀 없다. 따라서 비전문적 보

- 
- 9) 각국이 의사와 약사의 처방 및 조제서비스 공급에 정도의 차이는 있으나 의약분업 등 법·제도적인 개입을 마다하지 않는 이유는 이의 公共財的 特性 때문이고 그 개입정도의 차이가 존재하는 것은 私有財的 부분과 公共財的 부분의 구별의 모호성 그리고 國家特有的 保健經濟環境 또는 政策決定 過程의 差異 때문이라고 할 수 있다.
- 10) 보건의료인력이 부족하고 지역적으로 불균등하게 분포되어 있던 과거에는 醫師調劑 및 藥師處方의 허용이 보건의료서비스의 원활한 공급에 이바지했었다고 평가될 수 있다. 그러나 비전문적 보건의료서비스 공급허용은 限時的으로 처리되어야 할 것이다. 無資格者利潤에 대한 또다른 논의는 번재환(1997a)을 참고할 수 있다.

건의료행위를 社會的 適正水準까지 줄이기 위하여는 어느 정도의 정부개입이 불가피한 데 이는 설득 등의 도덕적 캠페인, 市場誘引을 마련하기 위한 제도개선 아니면 公權力을 동원한 直·間接 統制 등이다. 그러면 본 절에서는 非專門的 保健의료행위를 규제하여 社會的 適正水準에 이르게 하는 經濟理論的 政策代案을 살펴보고 醫藥分業이 가장 효과적으로 사용될 수 있는 방안임을 제안하고자 한다.

#### 가. 市場誘引을 통한 間接規制

##### 1) 財産權附與

經濟理論上 비전문적 保健의료행위로 인한 소비자의 건강상의 손실을 교정하기 위한 가장 간단한 방법은 감소된 健康資源에 대해 財産權(Property Right)을 부여해주고 市場機構를 통해 당사자간에 協商을 유도함으로써 파레토최적에 이르도록 하는 것이다.<sup>11)</sup> 가해자와 피해자간에 피해보상에 관한 協商이 시작되어 피해자가 피해보상을 청구할 때 가해자가 제시할 수 있는 방법은 세 가지로 첫째는 피해자가 입은 건강위해를 완전히 제거해 주는 것이고, 두번째는 건강위해를 제거해 주는 것 대신에 금전적 보상을 해주는 것, 그리고 마지막은 부분적으로 건강위해를 제거하고 나머지는 금전으로 보상해주는 방법이다.

피해자는 이상 세 가지 방법이 無差別하므로 어느 것이라도 받아들일 수 있다고 가정할 때, 가해자가 금전적 보상을 선호할 때는 보상금을 건강위해분 제거비용보다 같거나 쌀 경우이며 반면에 피해자는 금전적 보상이 건강위해분 제거의 限界便益보다 높거나 최소한 같은 수준에서 금전적 보상을 받고자 할 것이다. 이때 健康危害 分除去의

11) 이것을 코오즈(Coase)의 定理라고 하는데 코오즈는 불분명한 外部效果에 대한 財産權을 분명하게 해준다면 市場機構가 스스로 外部效果問題를 해결할 수 있다고 주장하였다(Coase, 1960; Nas, 1996).

需要와 供給作用을 통해서 쌍방의 기준이 맞아떨어지는 健康危害分除去水準이 얻어지고 金錢的 報償水準이 결정되게 된다.<sup>12)</sup>

協商을 통한 해결책은 비전문적 처방 및 조제로 인해 건강상 위해를 받은 부분에 대한 불분명한 財産權을 피해자에게 주어 財産權의 귀속을 확실히 하는 것으로 이로부터 피해자에게 請求權이 주어지고 가해자는 보상해줄 의무가 발생하는 것으로 요약할 수 있다.

이러한 協商에 의한 해결방법은 健康危害行爲의 內容과 分類가 明確單純하고 이러한 행위의 가해자와 피해자의 수가 아주 적을 때 효과적일 수 있다. 財産權을 부여하는 가장 간단한 방법으로는 의사의 비전문적 調劑 및 약사의 비전문적 處方의 件數에 대해 金錢的 報償을 하도록 조치하는 방법을 고려할 수도 있다. 그러나 각 경우에 전문과목의 종류, 질환의 특성, 조제방법, 처방의 내용 등이 크게 차이를 보일 것이므로 이를 일률화하기는 불가능하다. 또한 金錢的 報償의 대상은 행위 그 자체보다도 건강에 해를 끼친 정도라고 할 수 있는데 이는 대부분 명시적인 것이 아니며 단기적으로 발현되지 않으므로 이를 화폐가치로 환산하기도 어렵다. 더욱이 소비자건강에 대한 정보를 의사와 약사가 배타적으로 갖는 여건에서 피해자인 소비자가 동등한 입장에서 協商을 주장할 수는 없다. 요약하면, 처방 및 조제행위를 규격화할 수 없으며, 健康害惡分을 現在價値化하여 화폐가치로 환산하기 어려우며, 소비자가 자신의 건강치료에 관한 정보를 충분히 확보할 수 없는 상황에서는 비전문적 보건의료행위에 따른 건강위해분과 관련한 사적비용의 발생을 協商으로 해결하기는 현실적으로 어렵다고 할 수 있다.

12) 이 때 金錢的 報償으로 제거된 健康危害分은 파레토최적에 이르지 못하도록 작용했던 外部效果規模이므로 이를 파레토適合 外部效果(Pareto relevant externality)라 할 수 있다. 이 경우 파레토최적은 外部效果를 완전무결하게 없애버리는 수준이 아니다.

## 2) 健康危害行爲에 대한 賦課金 및 補助金

健康危害行爲를 줄이기 위한 수단으로서 經濟的 誘引을 통해 이러한 행위를 초래하는 자가 스스로 이 문제를 해결하도록 하는 間接規制方式을 고려할 수 있다. 이에 관련해서는 이론적으로 건강위해행위에 대한 賦課金(Effluent Charge)을 징수하는 방법과 補助金(Subsidy)을 지급하는 방안을 고려할 수 있다.

먼저 건강위해행위에 대해 비용을 부과하는 방안은 비전문적 처방 또는 조제서비스를 공급하는 생산자가 이러한 행위에 대한 대가를 지불하지 않아서 일어나는 私的 費用의 존재와 직접적인 관련이 있다. 공급자인 의사와 약사는 시장에서 구입한 생산요소 또는 자신이 보유하고 있는 생산요소를 함부로 낭비하지 않고 생산성이 극대화되도록 노력하기 마련이다. 따라서 만일 의사와 약사에게 자신이 수행하는 보건의료행위에서 발생하는 소비자에 대한 건강위해행위에 대해 적절한 비용을 지불하도록 하는 장치를 만든다면 그는 사회적으로 적절한 수준의 보건의료서비스를 생산하려고 노력할 것이다. 다시말하면 보건의료서비스 생산과정에서 파생되는 健康危害行爲의 量과 質에 따라서 적절한 요금을 정부가 공급자에게 부과한다면 건강위해행위는 훨씬 감소할 것이다. 이때 각 의사와 약사는 서비스생산과정에서 건강위해를 제거하기 위한 限界費用이 단위당 賦課金과 동일하게 될 때까지 건강위해행위를 수행하게 될 것이다.

이러한 賦課金을 통한 규제는 해당 의사와 약사의 최종생산물 생산량과 생산비용에 영향을 미치게 된다. 의사와 약사의 健康危害行爲 除去費用 및 賦課金 支出 증가는 곧 의사와 약사의 서비스생산에 드는 平均生産費와 限界生産費의 증가를 초래한다. 만일 의료부문과 약국부문에 속해 있는 모든 의사와 약사가 똑같은 입장이 되어 賦課金을 내

야 한다면 생산비가 오르기 때문에 생산량을 줄이게 된다. 모든 의사와 약사가 생산량을 줄이면 시장에서의 供給曲線이 左右向으로 이동하게 되고 그 결과 市場價格도 상승하게 된다. 시장가격이 오르면 모든 의사와 약사들은 보건의료서비스의 생산량을 늘여 결국은 자기들의 限界費用이 새로운 市場價格과 같은 수준까지 생산하고 손실은 없어진다. 그 결과 시장은 需要曲線과 새로운 供給曲線이 만나는 점에서 단기적인 균형을 이루게 된다. 건강위해행위에 대한 賦課金이 시장에 미친 영향은 결국 製品價格의 上昇과 生産量의 減少로 이어진다.

健康危害行爲 수행을 규제하기 위해 賦課金制度를 도입하는 것과 같이 補助金도 이론적으로 똑같은 효과를 가져오는 經濟的 誘引의 하나이다. 만일 정부가 건강위해행위를 수행하는 의사 및 약사에게 위해행위당 일정 금액의 補助金を 주어 관련된 서비스량을 줄이도록 유도할 때 의사와 약사는 건강위해행위를 줄일 때 발생하는 비용과 정부에서 받는 보조금이 일치하는 수준까지 건강위해행위를 줄이게 된다. 補助金制度하에서는 건강위해행위를 줄일수록 정부로부터 補助金を 받기 때문에 賦課金이 生産費를 증가시키는 것과는 반대로 생산비를 줄이는 효과가 있다. 이로써 보건의료서비스 공급자인 의사와 약사의 이윤이 증가하게 되는데 이는 장기적으로 의사와 약사의 進入을 촉진하고 그 결과 서비스의 공급이 증가한다. 공급량의 증가는 시장가격의 하락을 초래하여 결국에는 효율성이 낮은 생산자는 退出하고 서비스의 공급은 장기균형수준으로 되돌아온다.<sup>13)</sup> 이 수준의 공급량은 賦課金制度를 채택했을 때의 長期均衡과 마찬가지로 健康危害行爲의 減少效果는 두 가지 방법이 동일하다고 할 수 있다.

健康危害를 유발하는 行爲에 賦課金を 가하는 제도와 補助金を 지급하는 제도의 限界點은 다음과 같이 요약될 수 있다. 먼저 賦課金の

13) 시장가격의 변화는 장기적으로는 需要曲線의 이동을 초래할 수도 있다.

귀속과 관련한 것이다. 정부는 賦課金制度로 인해 수입이 증가하게 되는 데 이를 누구에게 귀속시켜야 하는가 하는 문제에 봉착하게 된다. 이는 보건의료서비스의 公共財的 성격 및 私有財的 성격중 어느 것에 더 큰 비중을 두고 정부정책을 시행하느냐에 달려있다. 정부가 어떤 의사와 약사에게서 받은 賦課金收入을 해당 서비스소비자에게 단지 전달하는 기능을 수행한다면 이는 보건의료서비스의 私有財的 視角하에서 앞에서 언급한 協商의 中間媒介 역할을 정부가 직접 담당하는 셈이다. 그러나 만일 정부가 전체 賦課金收入을 불특정한 公共을 위해서 사용하기로 결정한다면 이는 보건의료서비스의 公共性을 중시한 것으로 이때 賦課金收入은 전체국민을 위한 國民健康增進을 위한 費用 또는 公共保健醫療機關의 設立 및 運營을 위해 사용할 수 있다. 그러나 정부가 보건의료서비스의 속성을 구별하고 규정하는 것은 여러 가지 실제적인 문제를 안고 있다.

둘째는 賦課金制度가 계속적으로 健康危害서비스량을 줄이게 하는 동기를 주는 반면 補助金制度는 줄이는 양에 따라 補助金을 주거나 제거비용을 보조하는 방법을 취함으로써 관련 서비스를 줄이려는 기술을 도입하는 데 소극적인 자세를 취하도록 하는 단점이 있다. 또한 補助金制度는 賦課金制度에 비해 所得分配上 問題를 갖고 있다. 견어들인 賦課金은 健康危害서비스의 공급자로부터 비용을 받아 여러 가지 公共事業의 財源으로 활용할 수 있으나 補助金은 健康危害行爲의 被害者라고 볼 수 있는 소비자로부터 거둔 세금에서 지출되기 때문에 所得分配를 더 왜곡시킬 수 있다.

셋째는 정부가 賦課金 또는 補助金制度를 시행한다면 어느 경우에도 공히 의사와 약사가 생산하는 健康危害誘發서비스의 특성과 양을 계량하고 貨幣化하는 작업을 수행하지 않으면 안된다. 또한 계량을 위한 特殊組織의 維持, 告知書의 發送 등 事務費, 人件費 등 많은 行政費用



의 소요가 불가피하다. 社會的 純便益의 極大化라는 관점에서 健康危害서비스 공급량의 適正點을 계산하고 이에 따른 適正水準의 賦課金 및 補助金を 결정하는 것은 많은 人的·物的資源의 消耗를 초래한다.

#### 나. 政府의 直接生産

건강에 위해를 가할 수 있는 보건의료서비스공급행위를 근절하기 위한 대책으로 정부가 직접 나서서 관련 서비스를 생산·공급하는 방안을 강구될 수도 있다. 이는 보건의료서비스를 정부가 직접 공급함으로써 사회적으로 適正한 서비스량을 이룩하기 위한 積極的 對處方案이라고 할 수 있다.<sup>14)</sup> 政府直接生産의 當爲性은 보건의료서비스의 公共財的 성격과 밀접한 관련이 있다. 보건의료서비스의 公共性을 강조하여 公的 醫療保險制度를 시행하고 있는 우리 나라와 같은 보건경제환경하에서는 불가피하게 醫療保險酬價에 대한 통제가 심하기 마련이므로 民間은 경직된 酬價構造로 인하여 投資費用回收의 어려움에 직면하게 되고 이로써 투자를 통한 충분한 양의 서비스 공급을 기대할 수 없는 것이 정부의 直接生産의 當爲性이 된다. 그러나 市場機能의 失敗로 나타나는 健康危害行爲의 유발을 해결하기 위해 정부가 直接投資하는 것이 效率的인 資源配分을 보장한다고 할 수는 없다. 경우에 따라서는 방만한 정부의 直接投資로 인해 오히려 資源配分이 왜곡되고 자원이 낭비되는 경우가 많기 때문이다.

#### 다. 政府의 直接規制: 醫藥分業

정부의 直接規制를 통해 비전문적 처방과 조제행위의 공급량을 조절

14) 정부는 直接投資 뿐만 아니라 의사, 약사 및 소비자 등에 대한 啓蒙 및 教育支援을 통해 간접적으로도 문제의 해결을 시도할 수도 있다.

하는 방안으로는 醫藥分業(Separation Between Prescribing and Dispensing)을 들 수 있다.<sup>15)</sup> 이러한 醫藥分業은 의사와 약사에 의해서 市場外的으로 발생하는 효과를 內部化(Internalization)하기 위해 필요한 財產權의 附與方案, 費用賦課方案 및 補助金支給方案의 시행상 어려움과 정부의 直接生産에 따른 效率性 측면의 난점을 극복하기 위하여 가장 손쉽게 실제적인 효과를 얻을 수 있는 방법이라고 할 수 있다.

醫藥分業이란 의사와 약사의 職能을 구분하여 의사는 진단에 따른 처방을 하고 약사는 의사의 처방에 따라 약을 조제하도록 하는 의사와 약사의 職能을 분리시키는 법적·제도적 장치라고 할 수 있다.<sup>16)</sup> 이러한 의약분업의 배경에는 보건의료행위에 종사하는 전문직업인들은 각자의 업무에 特化되는 것이 바람직하며 이러한 원칙을 확립함으로써 醫藥品의 副作用을 극소화하고 국민건강을 증진시키고자 하는

15) 애석하게도 그간 국내외 여러 문헌에서 醫藥分業을 “Separation of Dispensing from Medical Practice”로 英譯함으로써 의사의 의료행위에서 조제행위를 분리하는 것을 醫藥分業이라고 혼동하게 한 측면이 없지 않다. 그러나 이는 斷片的인 視角이라고 할 수 있다. 그 이유는 의사의 의료행위에서 조제행위를 분리하는 것 뿐만 아니라 약사의 비처방 또는 임의조제행위에서 처방행위를 분리하는 것도 醫藥分業의 골간이기 때문이다. 따라서 醫藥分業을 “Separation between Prescribing and Dispensing”으로 英譯하는 것이 타당하다는 것이 본 연구자의 見解이다.

16) 의약분업을 職能的 分離가 아닌 業種的 分離로 확대하여 정의해야 한다는 주장이 있을 수 있다. 이 경우 業種分離的 醫藥分業은 처방서비스업과 조제서비스업을 소유상 또는 경영상 분리하여 의사의 처방에 대한 약사의 견제기능을 강화하기 위한 것으로 실질적으로 機能的 分離를 포괄하는 廣義의 概念이라고 할 수 있다. 본 연구에서는 職能的 分離의 개념으로 의약분업 논의를 전개하고자 하는 바 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 의약분업제도의 목표를 비전문적 의사조제서비스와 약사처방서비스 공급을 완전히 억제하기보다는 공급수준을 적정화하여 社會的 純便益을 極大化하는 것으로 한다. 둘째, 業種的 分離의 의약분업은 機能的 分離의 의약분업이 그 시행 후에 소기의 목적을 달성하지 못하고 있다는 사실이 입증된 다음에 고려할 수 있는 기술적인 정책방안으로 고려한다. 셋째, 의사의 약국소유 또는 약사고용을 금지 또는 제한하는 것은 私有財產權에 관련된 사항으로 그 필요성에 대한 社會的 合意가 충분히 형성되지 않은 상황에서는 시급히 논의할 사항이 아니다.

목표가 있다. 다시말해서 醫와 藥을 구분하여 의사는 정확한 진단에 의해서 處方하고 약사는 이 處方箋에 의해서만 調劑·投藥함으로써 의사와 약사의 직능을 분담하고 전문화하여 의약품에 의한 해를 줄여 국민건강증진에 기여함은 물론, 의·약사의 전문인력활용 증대, 경제적 자원이용의 효율성을 강화하여 社會的 純便益을 最大化시키는데 醫藥分業의 意義가 있다고 할 것이다. 醫藥分業에는 의사의 調劑와 약사의 處方行爲를 완전히 禁止시키는 完全醫藥分業과 醫師處方과 藥師調劑의 原則은 유지하되 일정한 例外基準을 두어 完全醫藥分業의 硬直性を 보완하는 部分醫藥分業이 있을 수 있다.

#### 1) 完全醫藥分業

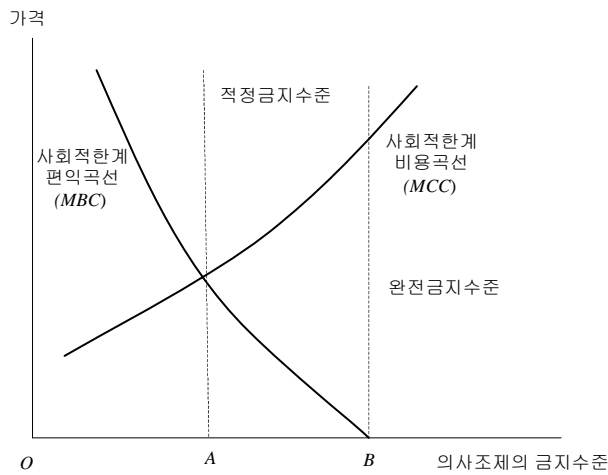
完全醫藥分業은 健康에 危害를 일으킬 수 있는 의사의 非專門的 調劑와 약사의 非專門的 處方을 완전히 禁止시켜 이에 따른 소비자의 健康上 危害가 처음부터 발생하지 않도록 하는 제도를 말한다. 完全醫藥分業은 의약품을 크게 治療劑와 一般賣藥劑로 구분하고 治療劑 전체를 醫藥分業 對象醫藥品으로 지정하여 의사의 처방권과 약사의 조제권을 完全分離하는 제도로 의사는 오직 진단후 處方箋만 발행하고 약사는 의사의 處方箋 내용대로 調劑하도록 하되 의사의 處方箋이 없는 상태에서는 약사의 調劑가 절대 허용되지 않는 제도이다.<sup>17)</sup>

그러나 完全醫藥分業의 시행은 社會的 純便益의 極大化側面에서 非合理的인 제도라는 문제에 봉착한다. 이를 의사가 행하는 非專門的 調劑行爲의 禁止側面에서 살펴보면 다음과 같다. [圖 I-1]에서 보면

17) 理想的인 형태의 完全醫藥分業制度는 現存하지 않는다. 禁止의 정도상 차이가 존재하기 때문이다. 상대적으로 독일, 프랑스, 이탈리아, 벨기에, 네덜란드, 덴마크, 노르웨이, 핀란드, 스페인 등의 유럽 각국과 이들 국가가 식민지배한 아프리카 및 아시아 지역국가들이 完全醫藥分業形態를 취한다고 일컬어진다.

右下向 曲線은 醫師의 調劑서비스 供給량을 減임으로써 얻을 수 있는 社會的 限界便益曲線으로서 健康危害行爲 禁止의 需要曲線을, 右上向 曲線은 健康危害行爲 除去에 소요되는 社會的 費用을 나타내는 社會的 限界費用曲線을 나타낸다고 가정하자.

[圖 1-1] 醫師調劑行爲 禁止의 效果



이때 의사조제서비스의 適正水準은 두 곡선이 만나는 점까지, 즉 OA수준까지 의사조제서비스가 供給되도록하는 것이다. 醫師의 조제 서비스를 완전히 제거하기 위한 규제 즉, 醫師서비스에 대한 完全醫藥分業은 OB수준까지 의사조제서비스를 禁止하는 것을 의미한다. 이는 의사조제서비스 禁止의 社會的 限界便益이 0이 되는 점에 해당된다고 할 수 있다. OB수준을 유지하기 위해서는 醫師의 조제행위를 완전히 中止시켜야 한다. 이는 消費者의 불편 등 機會費用의 발생을 유발하고 社會的 限界費用의 증가를 유발한다고 할 수 있다. [圖 1-1]에서의 B점상의 수직점선은 醫師조제행위의 完全禁止가 가져오는 社

會的 限界費用과 限界便益을 나타내 주고 있다. 즉 의사조제에서 오는 健康危害行爲를 완전히 제거하는 것은 그것이 주는 이익에 비해 치르는 社會的 費用이 너무나 크기 때문에 비합리적인 규제의 방법일 수 있다는 것을 설명해준다.

## 2) 部分醫藥分業

部分醫藥分業이란 의사는 처방을, 약사는 조제를 해야한다는 醫藥分業의 基本原則은 유지하되 例外基準을 두어 完全醫藥分業의 硬直性을 보완하는 제도라고 할 수 있다. 이는 完全醫藥分業이 곧 社會的 限界편익이 0이 되는 수준까지 의사조제와 약사처방을 禁止함으로써 社會的 純便益의 極大水準을 이룩하지 못하는 短點을 보완하자는 것이다. 경제이론을 접목하면 部分醫藥分業이란 앞의 [圖 I-2]의 OB수준까지만 건강위해행위를 줄여 사회적 순편익을 최대화하기 위한 완전의약분업의 例外的 處理라고 할 수 있다.

이때 각국의 部分醫藥分業의 정도는 총체적인, 정량적인 개념 또는 구체적인, 정성적인 개념으로 구별되어 표현될 수 있다. 전자의 개념이 醫藥分業率인데 이는 醫藥分業의 程度를 나타내는 간단한 수치이라고 할 수 있다. 그동안 醫藥分業率은 의사의 院外處方箋 發行率로 정의되어왔다. 그러나 이는 단편적인 그리고 편향적인 기준이었음이 간과되어서는 안된다. 왜냐하면 의사의 院外處方箋 發行率에 기초한 醫藥分業率의 정의는 의사가 약사를 고용할 수 있는 가능성을 완전히 배제하는 제한성을 갖고 있으며 동시에 약사의 調劑行爲가 얼마나 醫師處方에 따라 수행되고 있는 지를 함축하고 있지 않기 때문이다. 따라서 이를 보정하기 위해서는 새로운 개념의 醫藥分業率을 정립해야 할 필요가 있는 데 이를 「統合的 醫藥分業率」이라고 명명하기로 한다. 이의 도출을 위하여 먼저 「의료기관의 醫藥分業率」과 「약국의 醫

「藥分業率」의 개념을 차례로 정립하기로 하자.

우선 병·의원 등 의료기관의 醫藥分業率은 다음과 같이 표현될 수 있다.

<p style="text-align: center;">의료기관의 의약분업률(%)</p> $= \frac{\text{의사처방에 따른 원내약사 조제건수} + \text{원외처방전 발행건수}}{\text{의사의 총 처방건수}} \times 100$
--

이때 병·의원 등 의료기관에서 의사처방에 대한 조제는 의사가 非專門的으로 直接調劑하는 경우, 병·의원에 고용된 院內藥師가 調劑하는 경우, 그리고 院外處方箋이 발급되어 地域藥局(Community Pharmacy)에서 조제하는 경우로 나눌 수 있다. 이때 병·의원의 醫藥分業率은 의사처방에 따른 원내약사 조제건수와 원외처방전 발행건수의 총합을 의사의 처방전 발행건수로 나눈 비율이라고 할 수 있다. 따라서 병·의원 등 의료기관에서 完全醫藥分業이 시행된다면 즉, 의료기관의 醫藥分業率이 100%라면 이는 의사의 非專門的 調劑行爲가 全無한 경우일 것이다. 마찬가지로 醫藥分業率이 0%일 때는 의사가 자신이 발행한 處方箋을 전부 스스로 直接調劑하는 非專門性이 最高에 달하는 경우이다.

위 의료기관의 醫藥分業率 개념은 의사의 약사고용 허용여부와 관계없이 적용될 수 있다는 長點이 있다. 또한 약사를 고용하고 있는 병원급 이상 의료기관의 경우 대부분 원내에 있는 약사에 의한 조제가 행해지므로 院外處方箋 發行件數의 項이 매우 작거나 거의 무시되며, 약사를 고용하고 있지 않은 대부분의 의원에서는 醫師處方에 따른 院內藥師 調劑件數의 項이 零化(zero)됨으로써 곧 院外處方箋 發行率이 醫藥分業率을 대표하게 되는 융통성을 갖게 된다.

다음으로 약국의 醫藥分業率은 다음과 같이 표현될 수 있다.

약국의 의약분업률(%)

$$= \frac{\text{의사처방전에 따른 약사 조제건수}}{\text{약사의 총조제건수}} \times 100$$

약국의 調劑件數는 크게 醫師處方箋에 따른 약사조제건수와 醫師處方이 없는 任意調劑件數로 二分되므로 약국의 醫藥分業率은 약사의 총 調劑件數에 대한 의사처방전에 따른 藥師調劑件數로 표현하는 것이 타당하다. 여기서 약국의 醫藥分業率이 100%라는 것은 약사가 행하는 모든 조제행위가 완전히 의사처방에 따르는 경우이며, 0%일 때는 약사가 의사처방전 없이 스스로의 非專門的 處方에 따라 모든 조제를 행하는 경우이다.

의료기관의 醫藥分業率과 약국의 醫藥分業率을 각각 고려하는 것은 分析的으로 큰 의미가 있다고 할 수 있으나, 國家間 比較나 時系列的 效果比較時에는 하나로 통합된 지표로 醫藥分業率을 定義하는 것이 유용할 수 있다. 이를 위해서 병·의원 등 의료기관의 醫藥分業率과 약국의 醫藥分業率의 算術平均値를 醫藥分業의 程度를 나타내는 통합지표로 정의하고 이를 「統合的 醫藥分業率」이라고 명명하도록 한다.<sup>18)</sup> 즉,

18) 본문에서는 單純算術平均値를 사용하였으나, 의료기관과 약국의 의약품사용량을 감안한 加重算術平均値를 사용하여 또다른 개념의 統合的 醫藥分業率을 정의할 수도 있다. 즉, 요양기관 i의 전문의약품 사용량 및 의약분업률을 각각  $q_i$ ,  $d_i$ 라고 할 때 加重算術平均値를 사용한 또하나의 통합적 의약분업률(%)로서  $(\sum q_i d_i) / (\sum q_i)$ 도 고려할 수 있다. 그러나 의료기관과 약국에서 사용되는 의약품의 양이 약 5:5임을 감안할 때 單純算術平均値를 사용한 통합적 의약분업률이 분석편이상의 이점을 갖는다.

통합적 의약분업률(%) $= \frac{\text{의료기관의 의약분업률(\%)} + \text{약국의 의약분업률(\%)}}{2}$
---

상기 세가지 醫藥分業率중 어느 것을 政策指標로 삼느냐 하는 것은 각각의 보건경제환경에 따라 상이할 수 있다. 그러나 정책을 입안할 때 세가지 醫藥分業率을 모두 分析하고 평가하여 適正 醫藥分業方案을 마련할 필요가 있다. 다시말해서, 醫藥分業이 處方行爲와 調劑行爲의 分離라고 한다면, 醫藥分業의 程度는 의료기관과 약국을 구분하고 이를 다시 통합해서 고려하는 三重的인 次元에서 조명되어야 한다.

앞에서 논하였듯이 각국의 部分醫藥分業의 정도는 「醫藥分業率」이라는 總體的인, 定量的인 개념이외에 具體的인, 定性的인 개념으로 구별되어 표현될 수 있는 데, 현재 각국은 完全醫藥分業이 적용되지 않는 예외적인 부분을 여러 가지 변수에 의하여 다양한 형태로 도출하고 있다. 다시말해서, 部分醫藥分業制度하에서는 의사의 調劑權과 약사의 任意調劑는 원칙적으로 배제되지만 의료기관이나 환자의 상태 및 지역등에 따라 의사의 調劑·投藥 및 약사의 任意調劑·販賣가 예외적으로 허용되고 있는 데 이는 각국이 처한 보건경제환경에 전적으로 의존한다고 할 수 있다. 즉 醫藥品分類形態, 醫藥分業 對象地域의 設定, 병·의원에서의 院外處方에 대한 규정, 약사의 醫藥品處方代替權限, 기타 注射劑 및 入院患者 등에 대한 예외규정 등에 따라 다양한 部分醫藥分業模型이 구축될 수 있는 것이다. 그러나 이때 健康危害서비스의 適正水準을 구하고 이를 部分醫藥分業模型 구축시에 反映한다는 것은 결코 용이한 것이 아니며 이는 保健經濟環境 側面뿐 아니라 定性的 側面 등 여러 가지 차원이 동시에 고려되어야 한다. 또한 그 수준은 時間依存的(Time-dependant)이어서 결코 고정된 것이 아니며



각 차원을 이루는 변수의 크기변화에 따라 時時刻刻으로 변화할 수 있다. 이러한 難點으로 인해 醫藥分業의 適正水準 또는 部分醫藥分業 模型의 決定은 논리적인 접근결과에 의하기보다는 의사, 약사 및 소비자의 政治的 協商에 의해 결정되기도 한다.<sup>19)</sup>

#### (가) 醫藥品 側面에서의 醫藥分業 例外範圍

醫藥分業 對象醫藥品이 한정되는 部分醫藥分業이 시행될 수 있다. 가령 일반적으로 각국에서 시행하고 있는 바와 같이 모든 의약품이 아닌 治療劑 또는 專門醫藥品에 한해서만 醫師調劑 및 藥師處方을 禁止한다든지, 아니면 治療劑 가운데에서도 특히 非專門的 保健醫療行爲時 소비자가 입을 수 있는 健康危害가 상대적으로 큰 항생제, 스테로이드제제, 습관성 의약품에 대해서만 醫師調劑와 藥師處方을 완전히 禁止시키는 정책이 수립될 수 있다.

#### (나) 對象地域 側面에서의 醫藥分業 例外範圍

醫藥分業 對象地域을 制限的으로 指定함으로써 部分醫藥分業의 효과를 달성할 수 있다. 이는 일정지역에서만 醫師調劑와 藥師處方을 禁止

19) 미국, 영국, 스위스, 폴란드 등의 나라와 이들 국가의 식민지배하에 있던 일부 국가들이 部分醫藥分業制度를 시행하고 있다. 1984년 우리 나라 목포지역에서 실시한 契約方式에 의한 醫藥分業示範事業도 이러한 部分醫藥分業 형태이다. 박순일·김경숙(1987) 및 韓國開發研究院에서는 우리 나라에 의약분업을 시행하는데 있어서는 우리의 사회·경제적 여건상 일시에 完全醫藥分業을 실시하기란 거의 불가능하므로 部分醫藥分業을 실시하는 방안을 제시하기도 하였다. 1997년 관련 전문가들로 구성된 醫療改革委員會에서는 1999년부터 항생제, 스테로이드 제제, 습관성 의약품 등 오남용시 부작용이 큰 일부 專門醫藥品을 대상으로 部分醫藥分業을 실시하고 이를 보다 완전한 형태의 醫藥分業으로 발전시키는 段階的 醫藥分業方案을 제안하고 公청회를 개최하였다(의료개혁위원회, 『의약분업의 도입방안』, 공청회 자료, 1997).

하는 것으로 空間的 概念의 規制方法이라고 할 수 있다. 예컨대 약사가 없는 지역 또는 의료기관이 없는 지역 등 醫藥分業을 수용하기 위한 여건이 아직 미흡한 지역을 제외하고 醫藥分業을 실시할 수 있다. 또는 우선 일부 大都市에서만 실시함으로써 전국실시에 예상되는 醫藥分業의 제반 효과를 파악하여 제도수정 및 보완을 하기 위한 방법으로 채택되기도 한다. 물론 保健醫療制度上 處方과 調劑서비스의 分離가 어려운 地域 또는 機關에서도 醫藥分業이 실시되지 않을 수 있다.

(다) 消費者 側面에서의 醫藥分業 例外範圍

部分醫藥分業시 醫師調劑와 藥師處方이 허용되는 경우를 서비스 消費者中心으로 구별할 수 있다. 이는 治療가 긴박하거나 處方과 調劑서비스를 分離 消費하는 個人的 또는 社會的 費用이 상대적으로 큰 경우라고 할 수 있다. 예로서, 應急患者는 긴급히 적절한 치료가 수행되어야 함에도 서비스공급체의 분리로 治療適期를 놓칠 수 있는 확률이 높으며 入院患者에 있어서는 입원가료중에 병·의원 외에 가서 調劑서비스를 받기는 실제로 어렵기 때문이다. 또한 幼兒患者나 老人患者의 경우에는 불편을 고려하여 환자가 원할 때는 의사의 조제를 처방과 함께 제공할 수 있도록 예외적으로 인정하는 경우도 있을 수 있다.

(라) 供給者 側面에서의 醫藥分業 例外範圍

部分醫藥分業의 한 형태로 醫藥分業이 적용되지 않는 범위를 의사와 약사 즉 서비스 供給者 次元에서 설정할 수도 있다. 예컨대 모든 의사의 調劑를 금지하는 것 대신에 藥劑學 등 調劑關聯科目을 일정기간 이수하고 적절한 評價節次를 통과한 의사에게는 일부 의약품에 대

한 조제행위를 제도적으로 인정할 수도 있다. 마찬가지로 臨床藥學, 診斷學 등을 이수하고 일정한 評價節次를 통과한 약사에게 醫師處方 없이도 일부 輕疾患에 대해서 安全性이 높은 의약품을 사용하도록 허용하는 즉 任意調劑를 인정해 줄 수도 있다.

#### (마) 疾患側面에서의 醫藥分業 例外範圍

醫藥分業이 疾患의 特性에 따라 差別的으로 적용되는 部分醫藥分業 상황도 고려해 볼 수 있다. 예로써 소화불량, 감기 등 흔한 질환이나 피부찰과상 등 가벼운 외상에 있어서는 醫師調劑와 藥師處方을 예외적으로 허용할 수 있다.

#### (바) 서비스供給量 側面에서의 醫藥分業 例外範圍

部分醫藥分業의 예로 處方 및 調劑서비스의 공급량에 대한 일정한 기준을 설정하고 이를 總量的으로 規制하는 方案을 上程할 수 있다. 이러한 방안은 우리 나라와 같이 全國民醫療保險을 시행하고 있는 국가에서 특히 醫師調劑를 억제하는 데에 효과적일 수 있다. 예로서 의사가 진료비를 保險者에게 청구할 때 총 調劑件數의 일정비율 또는 약제비총액의 일정비율에 해당하는 조제에 대해서만 의사가 直接調劑를 행하도록 하고 나머지는 약사가 수행하도록 의무화하는 기준을 마련할 수 있다. 만일 醫師調劑가 기준이상으로 행해진 경우에는 추가분에 대해 상대적으로 낮은 수준의 保險酬價를 적용함으로써 醫師處方의 一定比率에 대해 반드시 약사가 調劑를 수행하도록 유도할 수 있다.<sup>20)</sup>

20) 이때 의사는 약사를 고용하거나 또는 院外處方箋을 발행하거나 하는 私的 純便益 극대화 전략을 강구하게 되는 데 정부는 이경우 두가지 측면의 정책을 수립하여야 한다. 첫째는 醫師處方에 대해 어느 정도를 약사가 調劑하도록 할 것인가이다. 만일 단순히 약사의 調劑比率을 높인다면 機能的 分離效果는 얻을 수 있으나 중

---

래의 調劑權을 제약한다는 의사측의 반발에 직면해야 한다. 둘째는 약사 調劑比率 중 어느 정도를 院外藥局의 약사가 調劑하도록 하느냐 하는 것이다. 院外處方箋 發行率의 증가는 곧 業種的 分離效果를 얻을 수 있으나 酬價構造의 再編이 요구될 가능성이 높다.

## 第 3 章 醫藥分業의 社會的 純便益 極大化 模型

### 第 1 節 一般均衡的 接近의 必要性

醫藥分業은 醫와 藥을 구분하여 의사와 약사가 서로 專門職能을 발휘할 수 있도록 하여 치료효과를 높임과 동시에 약의 誤濫用 및 藥禍를 방지하여 국민건강에의 危害要因을 최소화하자는 데 그 궁극적인 목적이 있다고 할 수 있다. 다시말하면, 의사는 자신의 전문적인 지식과 경험을 이용하여 處方을 하고, 약사는 마찬가지로 자신의 지식과 경험을 활용하여 의사가 발행한 處方箋에 의거해 調劑·投藥함으로써 의사와 약사의 職能을 分擔하고 專門化하자는 것이다. 이를 통해 의약서비스공급자가 행할 수도 있는 불필요한, 非專門的인 投藥을 방지하게 되어 국민보건수준이 향상될 수 있다는 것이다. 이에 따르면 醫藥人力을 專門化하여 의약품의 誤濫用에 의한 소비자건강 危害要因을 완전히 제거하는 방향으로 醫藥分業模型이 구축되어야 하는 것처럼 보여질 수 있다. 이는 理想的(Ideal) 完全醫藥分業을 주장하는 社會一角의 理論的 논거가 된다고 할 수 있으나 이는 소위 部分均衡(Partial Equilibrium)的 視角이라는 한계가 있다. 다시말해서, 非專門的 處方 및 調劑에 따른 健康危害要因의 完全除去라는 방안은 社會的 純便益(Social Net Benefit)을 고려하지 않은 部分均衡的 接近이라는 것이다. 물론 社會的 便益의 일부를 희생하더라도 健康危害要因을 완전히 제거해야하는 극단적인 환경을 상정할 수도 있겠으나, 의사와 약사가 창출하는 純便益과 그들의 私的 純便益 極大化過程에서 소비자의 건강상 해를 주게되어 발생하는 소비자효용의 감소분이 함께 고려되어

정책이 시행되는 것이 효율성 측면에서 타당하다고 할 수 있다. 이는 一般均衡(General Equilibrium)的 視角에서의 접근이라고 볼 수 있는 데 이때 주지해야 할 사항은 社會的 純便益의 極大化를 위해서는 적절한 수준의 非專門的 醫師調劑 및 藥師處方서비스도 專門的인 醫師處方 및 藥師調劑와 함께 법·제도적으로 허용될 수도 있다는 것이다. 본 章의 주된 내용은 간단한 一般均衡的 接近模型을 구축하여 각 보건경제환경에 따라 변화하는 의사의 처방 및 조제 그리고 약사의 처방 및 조제의 適正水準을 고찰하는 것이다.<sup>21)</sup> 본 연구의 결과는 보건의료, 경제·사회적 제반여건에 따라서는 의사처방, 약사조제라는 專門的 行爲와 함께 의사조제 및 약사처방이라는 非專門的 行爲의 適正規模가 존재할 수도 있다는 것을 시사하게 될 것이다. 또한 非專門的 보건의료행위인 의사조제와 약사처방이 각각 소비자의 건강을 악화시켜 소비자의 효용수준을 일정하게 감소시킨다는 가정을 두고 의사와 약사의 私的 純便益 極大化過程에서는 처방 및 조제서비스가 社會的으로 적정하게 생산·공급되지 않으므로 이를 適正化하기 위한 政府介入이 필요하다는 것을 보이고자 한다. 이는 社會的 純便益을 極大化하기 위해서는 어느 수준의 규제가 필요한지를 이론적으로 분석하는 것으로 醫藥分業의 程度 다시말해서 部分醫藥分業의 수준을 결정하기 위한 理論的 基盤을 제공하게 될 것이다.<sup>22)</sup>

21) 엄밀한 의미에서의 一般均衡分析(general equilibrium analysis)은 생산자와 소비자 등의 개별 경제주체가 각각의 합리적 의사결정과정을 통하여 시장균형을 이루는 것이라고 할 수 있다. 본 연구에서는 생산자인 의사와 약사의 합리적 意思決定이 소비자의 효용에 영향을 주는, 다분히 意思의 主決定者가 의사와 약사이고 소비자는 이를 수용한다는 가정하에서 생산된 처방과 조제가 소비자의 건강자원을 증대시키는 과정을 분석의 편이상 생략하고 있다. 따라서 본 연구는 일반균형분석이라기보다는 “一般均衡的 視角에서의 接近”이라고 그 한계를 명확히 규정하는 것이 타당할 것이다.

22) 일반적으로 가격은 재화 또는 서비스 생산자의 私的 純便益 極大化活動과 소비자의 效用極大化活動을 통해 市場에서 결정된다고 할 수 있다. 그러나 우리 나라와

본 章의 구성은 다음과 같다. 다음 제2, 3절에서는 의사와 약사가 각각 자신의 私的 純便益을 극대화하는 과정에서 생산되는 의사와 약사의 처방 및 조제서비스량이 그리고 제4절에서는 건강상의 위해가 고려된, 다시말해서 社會的 便益과 費用을 모두 포함한 社會的 適正水準의 처방 및 조제서비스수준을 얻고 이때의 社會的 純便益 수준을 유도한다. 끝으로 제5절에서는 假想의 保健經濟環境을 구축하고 의사조제와 약사처방이 각각 소비자의 효용에 미치는 害惡度의 변화가 의사의 처방 및 조제서비스 生産量과 약사의 처방 및 조제서비스 生産量에 미치는 영향을 분석해 봄으로써 政策的 含意를 도출하고자 한다.<sup>23)</sup>

- 
- 같은 보건의료제도하에서 特異한 점은 정부가 醫療保險酬價를 결정함으로써 保健 醫療關聯 價格을 통제하고 있다는 사실이다. 이러한 가격은 또한 物價引上抑制라는 基調하에서 강한 上向硬直性(upward rigidity)을 갖고 있다. 이러한 요인을 모두 감안한 價格決定模型을 구축하고 이를 內生化하는 작업은 복잡한 과정을 요구하며 오히려 간결한 결과를 도출하는 데 장애가 되므로 본 章에서는 分析의 편의상 의사, 약사, 소비자가 모두 價格順應者(price-taker)라고 가정하기로 한다.
- 23) 經濟分析을 통해 의약분업모형을 설정한다는 것은 이론적으로나 실제적으로나 심각한 한계성을 내포하게 된다. 왜냐하면, 의약분업모형이 기본적으로 ①의약품분류체계, ②의사조제 허용범위, ③약사 비처방조제 허용범위, ④원외처방전발행 의무 의료기관범위, ⑤의약품 기재 방법, ⑥처방대체권한여부, ⑦시간적 단계화, ⑧지리적 단계화 등 8개의 주요사항으로 구성된다고 볼 때 각 사항은 또다시 적게는 두개 많게는 수십 개의 세부사항을 갖게 된다. 다시말해서 우리 나라 상황에서 가장 우수한 의약분업모형을 도출하기 위해서는 의약분업모형의 경우수(number of cases), 예로써  $2 \times 7 \times 3 \times 3 \times 2 \times 3 \times 3 \times 3 = 6,804$  경우를 각각 비교·평가하여야 하는 어려움이 있다. 또한 각각의 경우는 相互有機的인 관계를 가지고 있으므로 독립적인 분석평가는 매우 어렵다. 이것이 바로 의약분업모형에 관한 논쟁이 끊이지 않는 이유중의 하나라고 할 수 있다. 이런 경우 의약분업모형설정은 巨視的 分析(macro-analysis)에 기초하여 施行의 當爲性을 증명하고 協商 등을 통해 구체적인 세부사항을 결정하게 되는 일종의 政治經濟的過程(political economic process)을 거치게 된다고 할 수 있다.

## 第 2 節 私的 純便益極大化를 위한 醫師의 處方 및 調劑서비스 生産

본 장에서는 의사를 私的 純便益 또는 私的 利潤을 극대화하는 獨立的 經濟主體로 가정한다.<sup>24)</sup> 이 경우 의사는 자신의 노동, 자본 및 기술을 투입물로 하여 진단을 하고 이에 따라 처방 및 조제서비스를 생산한다고 할 수 있다.<sup>25)</sup> 의사의 처방행위는 단위기간중 의사의 處方箋 發行件數( $D_i$ )로 대표될 수 있는 데 의사의 處方箋 發行件數는 院內處方箋 發行件數( $D_{i1}$ )와 院外處方箋 發行件數( $D_{i2}$ )의 합이다. 한편, 의사가 院內處方箋을 발행하면 이에 대해서는 의사가 直接調劑한다고 할 수 있지만 의사의 院外處方에 대해서는 환자가 의원밖에 위치한 지역약국(Community Pharmacy)에 처방전을 가져가서 약사로부터 조제를 받게 된다.<sup>26)</sup> 따라서 의사의 直接調劑件數( $R_i$ )는 의사의 院內處方箋 發行件數( $D_{i1}$ )와 동일하다고 볼 수 있다. 즉,

- 
- 24) 본 연구의 주된 가정은 의사와 약사를 보건의료서비스를 생산하는 個別企業(individual firm)이라고 가정하고 이들이 이윤 또는 사적 純便益을 극대화하기 위해 行動(behavior)한다는 것이다. 의사를 개별기업으로 가정할 수 있으나에 관한 논의는 Phelps(1992)를 참조할 수 있다. 여기서는 분석의 편의를 위하여 개별적인 의사 및 약사보다는 전체 醫師群 및 전체 藥師群을 가정하기로 한다.
- 25) 처방서비스와 조제서비스가 각각 의사와 약사의 고유영역이며, 醫藥分業이 처방과 조제를 職能的으로 분리하여 의사와 약사에게 고유영역을 되도록 보장하도록 하는 제도라는 사실은 처방서비스와 조제서비스가 분리될 수 있는 개연성을 제공한다. 또한 의약분업이 시행되고 있는 국가에서는 處方料와 調劑料는 별개의 것으로 다뤄지고 있다는 사실과 약사의 任意調劑의 경우에 있어서도 약사가 스스로 問診 등의 진단행위를 통해서 조제를 행한다는 점을 감안할 때 임의조제서비스의 가격에는 진단 및 처방서비스의 가격이 포함되어 있다고도 생각할 수 있다. 그러나 一角에서는 처방서비스와 조제서비스는 치료과정에 발생하는 것이므로 별개의 행위로 볼 수 없다고 주장하는 사람이 있을 수 있다. 이와 같은 주장에 대한 최종판단은 讀者의 몫이다.
- 26) 물론 약사가 의사에 의해 고용되어 院內處方에 따라 조제하는 경우도 있을 수 있겠으나 본 연구에서는 이를 제외하기로 한다.



$$D_1 = D_{11} + D_{12}, R_1 = D_{11} \dots\dots\dots$$

(1)

이때, 어떤 의사가 생산물인 院內處方서비스, 院外處方서비스 및 直接調劑서비스를 생산하는 데 소요되는 비용( $C_1$ )이 식(2)와 같다고 가정하자.<sup>27)</sup>

$$C_1 = a + bD_{11} + bD_{12} + cR_1 + d(D_{11} + D_{12})R_1 + eD_{12}^2 \dots \dots$$

(2)

여기서, 의사의 처방 및 조제서비스에 대한 비용함수를 구성하는 a, b, c, d, e는 각각 상수, 의사 처방비용계수, 의사 조제비용계수, 처방 및 조제의 교차계수, 그리고 의사의 원외처방전 관련계수를 나타낸다.

그리고 처방과 조제로 인한 의사의 私的 便益( $B_1$ ) 또는 總收入( $TR_1$ )은 식(3)으로 나타내기로 한다.<sup>28)</sup>

27) 保健經濟學에 관심을 두고 있는 讀者는 현재 우리 나라 保健의료계의 현실을 경제학으로 묘사하여 政策代案을 마련하고자 하는 연구가 거의 전무한 실정임을 알고 있을 것이다. 본 연구에서 다루고자하는 의사처방, 의사조제, 약사처방, 약사조제 등에 대한 비용함수 및 수입함수의 형태에 대한 미시경제적 연구도 역시 그 범주를 벗어나지 못하고 있다. 그러나 현실여건의 한계에 그냥 머물러 있을 수는 없다는 것이 본 연구자의 견해이다. 다시말해서, 한계성은 있을 수 있으나 단순화된 경제이론으로나마 경제분석체계를 구축하여 이를 논할 수 있는 새로운 場을 제시함으로써 政策決定者가 보다 새로운 시각으로 그 역할을 다할 수 있도록 기여하는 것이 保健경제학자의 임무중 하나라고 할 수 있다. 따라서 앞으로 본 연구에서 제시될 각 식은 實證研究에 기반을 둔 정확한 함수형태가 도출될 때까지 분석의 편의 및 政策的 含意 도출을 목적으로 하여 극대화조건 등 일부 요건만을 만족하는 수준에서 가정된 것이다.

28) 원내처방 및 원내조제로부터 발생하는 의사의 수입은 院外處方에서 얻는 수입에 비해 월등히 높을 수 있다. 의사는 藥品採擇費(landing fee) 등을 제약회사로부터 받을 수도 있을 뿐 아니라 약의 實購入價와 醫療保險 藥價간의 차이에서 발생하는 藥價借額도 收入源으로 확보할 수 있기 때문이다(의료개혁위원회, 『의약분업의 도입방안』, 공청회 자료, 1997b).

$$TR_1 = fD_{11} + gD_{12} + hR_1 \dots\dots\dots$$

(3)

여기서 f는 의사 원내처방수입계수, 그리고 g와 h는 각각 의사 원외 처방수입계수와 의사 조제수입계수를 나타낸다.

의사의 總收入(TR<sub>1</sub>)에서 總費用(C<sub>1</sub>)을 차감하면 의사의 사적 순편익 또는 이윤(π<sub>1</sub>)이 도출된다. 이때 식(1)의 조건을 사용하여 直接調劑件數(R<sub>1</sub>)를 院內處方件數(D<sub>11</sub>)로 대체하면 의사의 私的 純便益은 식(4)와 같다.

$$\pi_1(D_{11}, D_{12}) = -a + (f + h - b - c)D_{11} - dD_{11}^2 + (g - b)D_{12} - eD_{12}^2 - dD_{11}D_{12} \dots$$

(4)

그러면 私的 純便益을 극대화하기 위한 필요조건은 식(4)를 각 서비스의 생산량으로 편미분하여 구할 수 있는 데, 이때 각 서비스의 생산량은 限界收入(MR)이 限界費用(MC)과 일치하는, 즉 식(5)가 성립하는 생산량을 의미한다.<sup>29)</sup>

$$\frac{\partial \pi_1}{\partial D_{11}} = 0, \quad \frac{\partial \pi_1}{\partial D_{12}} = 0 \dots\dots\dots (5)$$

이를 계산하고 식(1)을 이용하면 의사가 私的 純便益을 극대화하는 즉, 私的 均衡을 이루는 院內處方件數(D<sub>11</sub>), 院外處方件數(D<sub>12</sub>) 및 直接調劑件數(R<sub>1</sub>)는 각각

29) 이때 臨界點(critical point)에서 極大化를 이루기 위한 2차 조건(second-order condition)은 d ≥ 0, e ≥ 0, 4e - d ≥ 0 이다.

$$\begin{aligned}
D_{11}^* &= \frac{g-b}{d} + \frac{2(ce+2eg-be-ef-eh)}{d(d-4e)} \\
D_{12}^* &= \frac{b+f+h-c-2g}{d-4e} \dots\dots\dots (6) \\
R_1^* &= D_{11}^*
\end{aligned}$$

의사의 극대화된 私的 純便益( $\pi_1^*$ )은 식(6)을 식(4)에 대입함으로써 구할 수 있다.

$$\begin{aligned}
\pi_1^* &= -a + (f+h-b-c)D_{11}^* \dots\dots\dots (7) \\
&\quad -d D_{11}^{*2} + (g-b)D_{12}^* - e D_{12}^{*2} - d D_{11}^* D_{12}^*
\end{aligned}$$

이때 본 장에서는 非專門的 보건의료서비스의 공급이 消費者效用에 악영향을 줄 수 있음을 가정하고 이를 理論式에 적용하기로 한다. 따라서 非專門的 행위인 의사의 調劑가 市場機構를 통한 보상 없이 서비스 소비자에게 健康上 害惡을 가져옴으로써 消費者의 效用를 감소시킨다고 보고 健康害惡分 生産量( $E_1$ )이 의사의 直接調劑件數( $R_1$ )에 비례하여 식(8)과 같은 관계로 발생한다고 가정하기로 한다. 이때 健康害惡分 生産量( $E_1$ )은 화폐로 환산된 액수로, 그리고  $u$ 는 醫師調劑害惡度로 칭하기로 한다.<sup>30)</sup>

$$E_1 = u^2 R_1^2 \dots\dots\dots (8)$$

그러면, 의사의 私的 最適生産量에서는  $E_1^* = u^2 R_1^{*2}$ 의 소비자 健康害惡分이 생산되고 있다. 그러나 이때 의사는 소비자의 건강을 해하는 또는 해할 수도 있는 자신의 非專門的 調劑에 대하여 소비자에게 효용감소분을 보상할 私的 費用을 부담하지 않은 채로 私的 利

30) 본 연구에서는 健康害惡分 生産量을 決定的(deterministic) 개념으로 가정하였다. 이를 확대하여 確率的(probabilistic)으로 개념화하는 방법도 있으나 본 연구에서는 분석의 편의상 이를 다루지 않도록 한다.

潤 극대화를 위한 처방 및 조제를 수행하게 된다.

### 第 3 節 私的 純便益 極大化를 위한 藥師의 處方 및 調劑서비스 生産

의사와 마찬가지로 약사도 私的 純便益의 極大化를 추구하는 獨立的 經濟主體로 가정한다. 각 약사는 노동, 자본 및 기술을 사용하여 問診 또는 觸診 등에 따른 처방 및 조제서비스를 제공한다고 가정한다.<sup>31)</sup> 약사는 단위기간중에 非專門的 處方서비스를 공급하고 자신의 처방에 따라 조제를 하는 任意調劑를 행하거나, 소비자가 가져온 의사의 院外處方箋에 따라 조제한다. 따라서 약사의 調劑件數( $R_2$ )는 任意調劑件數( $R_{22}$ )와 醫師處方에 따른 調劑件數( $R_{21}$ )의 합으로 구성되며, 약사의 處方件數( $D_2$ )는 약사의 任意調劑件數( $R_{22}$ )와 동일한 값을 갖는다고 할 수 있다. 또한 醫師處方에 따른 약사의 調劑件數( $R_{21}$ )는 앞 절에서 언급하였듯이 의사의 私的 純便益 극대화 거동에서 결정된 의사의 院外處方箋 發行件數( $D_{12}$ )와 같다고 할 수 있다.<sup>32)</sup> 즉,

$$R_2 = R_{22} + R_{21}, R_{22} = D_2, R_{21} = D_{12} \dots\dots\dots (9)$$

31) 현재 우리 나라에서 법·제도적으로 허용되고 있는 약사의 任意調劑에 있어서 처방 및 조제행위를 따로 구분하여 논의하기 어려운 측면이 없지 않다. 藥師處方은 전문적인 診斷에 기초한 것이기보다는 자신의 경험과 판단에 따라 처방하는 것으로 時間과 人的·物的資源의 투입과정이 극히 신속하고 간단하여 調劑行爲와 정확히 구분할 수 없는 한계성이 있다. 처방서비스와 조제서비스의 분리문제에 관련하여 여전히 관심이 많은 讀者는 結合財生産(joint production) 관련문헌을 참고하면 이해에 도움이 될 수 있을 것이다.

32) 醫師群에서 발행한 총 院外處方箋 發行件數는 藥師群에서 행하는 醫師處方에 의한 藥師調劑件數의 총합과 같다고 이해할 수 있다.

이다. 이때, 어떤 약사가 非專門的 藥師處方서비스, 약사 任意調劑서비스 및 의사의 院外處方に 따른 조제서비스를 생산하는 데 소요되는 비용(C<sub>2</sub>)이 식(10)과 같다고 가정하기로 한다.

$$C_2 = k + lD_2 + mR_{22} + mR_{21} + n(R_{22} + R_{21})D_2 + pR_{21}^2 \quad \dots \quad (10)$$

여기서, 약사 비용함수를 구성하는 계수 k, l, m, n, p는 각각 상수, 약사 처방비용계수, 약사 조제비용계수, 처방 및 조제 교차계수, 의사처방에 따른 약사조제 관련계수를 나타낸다.

이때 처방과 조제로 인한 약사의 私的 便益(B<sub>2</sub>) 또는 總收入(TR<sub>2</sub>)을 구하면 식(11)과 같이 표현될 수 있다.<sup>33)</sup>

$$TR_2 = qD_2 + rR_{22} + sR_{21} \quad \dots \quad (11)$$

이때 q는 약사 처방수입계수를, r과 s는 각각 약사 임의조제수입계수 및 의사처방에 따른 약사조제수입계수를 말한다.

처방 및 조제에 따른 약사의 私的 純便益 또는 이윤(π<sub>2</sub>)은 약사의 總收入(TR<sub>2</sub>)에서 總費用(C<sub>2</sub>)을 차감한 값으로 식(12)와 같다.

$$\pi_2 = -k + (q - l)D_2 + (r - m)R_{22} + (s - m)D_{21} - n(R_{22} + R_{21})D_2 - pR_{21}^2 \quad \dots \quad (12)$$

또는 식(9)의 조건을 사용하면

---

33) 약사의 調劑로 인한 收入은 의사의 處方箋이 商品名(brand name)으로 발행되느냐 아니면 一般名(generic name)으로 발행되느냐, 수기로 등을 포함한 약제비가 의료보험 급여의 대상이 되느냐 아니냐, 그리고 현재와 같은 표준소매가격제도가 유지되느냐 않느냐에 크게 의존하게 된다.

$$\pi_2(D_2, D_{12}) = -k + (q + r - l - m)D_2 - n D_2^2 + (s - m)D_{12} - p D_{12}^2 - n D_2 D_{12} \dots\dots\dots (13)$$

이다. 이때 私的 純便益의 極大化를 위한 약사행위의 필요조건은 식 (13)을 약사의 處方件數(D<sub>2</sub>)로 편미분함으로써 구할 수 있다.

그러나 의사처방에 따른 약사의 調劑件數(R<sub>21</sub>)는 의사의 院外處方箋 發行件數(D<sub>12</sub>)와 동일한 既決定變數이므로 약사의 私的 純便益 極大化 과정에서 약사가 스스로 결정할 수 있는 성질의 것이 아니다. 즉, 계수 n, p, 院外處方箋 發行件數(D<sub>12</sub>)의 크기에 따라 약사의 純便益은 의사의 私的 純便益 極大化 결과에 종속된다. 이 경우 調劑서비스시장에서 의사는 行爲主決定者(Leader)로서 그리고 약사는 行爲副決定者(Follower)로서 거동하게 된다.<sup>34)</sup>

약사의 任意調劑가 허용되는 상황에서 약사의 處方件數(D<sub>2</sub>) 또는 약사의 任意調劑件數는 限界收入(MR)이 限界費用(MC)과 일치하는 수준에서 결정된다. 즉,

$$\frac{\partial \pi_2}{\partial D_2} = 0 \dots\dots\dots (14)$$

식(14)의 결과와 식(9)의 조건을 이용하면 약사가 私的 純便益을 極大化하여 사적 균형을 이루는 각 서비스의 생산량 즉, 약사의 處方件數(D<sub>2</sub>), 약사의 任意調劑件數(R<sub>22</sub>) 및 醫師處方에 따른 藥師調劑件數(R<sub>21</sub>)는 각각

---

34) 극단적으로 약사의 任意調劑가 全面不許되는 理想的(ideal) 完全醫藥分業 상황에서 약사가 調劑를 통해 얻는 私的 便益은 전적으로 의사의 院外處方箋發行件數에 의존한다고 볼 수 있다.

$$\begin{aligned}
D_2^* &= \frac{q+r-l-m}{2n} - \frac{D_{12}^*}{2} \\
&= \frac{q+r-l-m}{2n} + \frac{c+2g-b-f-h}{2(d-4e)}, \\
R_{22}^* &= D_2^*, \quad \dots\dots\dots (15) \\
R_{21}^* &= D_{12}^* \\
&= \frac{b+f+h-c-2g}{d-4e}
\end{aligned}$$

이다.<sup>35)</sup> 이때 약사의 입장에서 극대화된 私的 純便益( $\pi_2^*$ )은 식(15)를 식(13)에 대입함으로써 구할 수 있다.

$$\begin{aligned}
\pi_2^* &= -k + (q+r-l-m)D_2^* - n D_2^{*2} \quad \dots\dots\dots (16) \\
&\quad + (s-m)D_{12}^* - p D_{12}^{*2} - n D_2^* D_{12}^*
\end{aligned}$$

이때 주지할 것은 의사의 경우와 마찬가지로 약사가 행하는 非專門的 保健의료행위가 시장에서 해결되지 않으면서 소비자에게 건강상의 危害를 가할 수 있다는 것이다. 다시말해서 약사의 非專門的 處方이 任意調劑를 통해 소비자에게 효용의 감소를 발생시킨다는 점이다. 그러므로 약사의 處方이 소비자에게 健康上 害惡을 가져옴으로써 소비자의 효용을 감소시킨다고 보고 이때 健康害惡分 生産量( $E_2$ )은 약사의 處方件數( $D_2$ )에 따라 식(17)과 같이 형성된다고 가정할 수 있다.

$$E_2 = v^2 D_2^2 \quad \dots\dots\dots (17)$$

이때  $E_2$ 는 健康害惡分の 金錢的 變換值로,  $v$ 는 藥師處方의 害惡度로 볼 수 있는 데 약사의 私的 純便益 극대화과정을 통해 약사의 非專門的 處方행위가 생산·공급되어  $E_2^* = v^2 D_2^{*2}$ 의 私的 費用을

35) 이때 極大值를 얻기 위한 2차 조건(second-order condition)은  $n \geq 0$ 이다.

발생시킨다고 할 수 있다. 그러나 이 경우 약사는 자신의 非專門的 處方行爲에 대하여 소비자가 입는 손해를 보상하지 않는 채로 私的 純便益의 극대화과정을 반복하게 된다. 소비자는 認知하든가 또는 不知中에 받은 健康上的 害惡에 대한 정보가 부족하고, 손해배상을 청구할 수 있도록 시장이 원활하게 기능하고 있지 않으며, 또한 비전문적인 처방 및 조제행위를 방지하는 법·제도적인 장치가 마련되어 있지 않아 효용상의 손실을 감수할 수밖에 없게 된다. 이는 의사의 調劑行爲와 마찬가지로 醫藥未分業상태에서의 문제점이라고 할 수 있다.

#### 第 4 節 非專門的 處方 및 調劑로 인한 消費者 效用 減少可能性을 考慮한 社會的 純便益의 極大化

앞 절에서 보았듯이 처방 및 조제서비스생산과정에서 의사의 非專門的 調劑行爲와 약사의 非專門的 處方行爲가 야기하는 건강위해분에 대해 정부가 어떤 방식으로 개입하지 않는 한 의사와 약사 두 경제주체는 각자의 私的 純便益을 극대화하는 처방 및 조제행위를 계속하게 되고 이에 따라 소비자는 건강상 또는 효용상의 손실을 감수하게 되기 마련이다. 이러한 손실은 의사와 약사의 처방 및 조제서비스 생산과정에서 실제비용을 발생시키지는 않지만 사회 전체적으로는 엄연히 존재하는 費用要素로서 社會的 純便益의 극대화과정에 있어 당연히 社會的 費用에 포함되어야 한다. 본 절에서는 보건의료서비스를 必需財(necessity good)의 관점에서 해석하여 모든 소비자는 일정기간에 최소한 1단위이상의 보건의료서비스를 소비한다고 가정하기로 한다. 그리고 일단 의사와 약사가 제공하는 보건의료서비스에 종속하여 발생



하는 健康危害, 다시말해서 醫師調劑 및 藥師處方과 같은 비전문적 보건의료행위가 소비자에 피해를 끼치고 있을 때에 社會的 適正水準의 처방 및 조제, 그리고 社會的 純便益水準을 고찰하기로 한다. 이러한 걱정수준은 정부 또는 政策立案者(Social Planner)가 소비자에게 미치는 건강위해를 고려하여 社會的 適正을 도모하기 위한 정책을 수립하는 데 여러 가지 示唆點을 제공할 수 있을 것이다.

먼저 분석의 편의를 위하여 의사와 약사의 비전문적 보건의료행위, 다시말해서 의사조제와 약사처방이 소비자에 효용의 손실을 초래한다고 보고 健康危害分 生産量이 소비자의 效用水準(U)에 식(18)과 같이 작용한다고 가정하자. 이때  $E_1$ 과  $E_2$ 는 각각 의사의 非專門的 調劑行爲와 약사의 非專門的 調劑行爲가 유발하는 소비자건강에 대한 위해요소를 金錢으로 환산한 것이다.<sup>36)</sup>

$$U = M^{\frac{1}{2}} - E_1^{\frac{1}{2}} - E_2^{\frac{1}{2}} \dots\dots\dots (18)$$

여기에서  $M$ 은 소비자의 所得을 의미하며 비전문적 처방 및 조제로 인한 건강상 危害分( $E_1, E_2$ )이 증가할수록 소비자효용이 감소하는 것을 나타내고 있다.

이제 식(18)의 효용수준을 예컨대  $U_0$ 로 일정하게 두면 健康上 危害分으로 인해 감소되는 效用을 보상하기 위하여 늘어나야만 할 報償所得( $M$ )은 식(19)와 같다.

$$M = (U_0 + E_1^{\frac{1}{2}} + E_2^{\frac{1}{2}})^2 \dots\dots\dots (19)$$

그러므로 소비자가 주어진 효용수준  $U_0$ 를 유지하면서 의사의 非專門的 調劑서비스 生産量  $R_1$  및 약사의 非專門的 處方서비스의 生産量

36)  $E_1$ 과  $E_2$ 에 대해서는 앞 절의 식(8)과 식(17)에서 설명한 바 있다.

D<sub>2</sub>에 따라 의사와 약사로부터 보상받아야만 할 금액은 식(8)과 식(17)을 식(19)에 대입하여 구할 수 있다.

$$M = (U_0 + uR_1 + vD_2)^2 = EC \dots\dots\dots$$

(20)

여기서 의사의 非專門的 調劑서비스 生産量 즉, 의사의 調劑件數 R<sub>1</sub>과 의사의 院內處方서비스 생산량 즉, 院內處方件數 D<sub>11</sub>은 동일하므로 대체하면,

$$M = U_0^2 + u^2 D_{11}^2 + v^2 D_2^2 + 2uU_0 D_{11} + 2vU_0 D_2 + 2uvD_{11} D_2 \dots\dots\dots$$

(21)

이다. 이처럼 소비자가 효용을 유지하기 위하여 소득을 보상받아야 하는 금액은 私的 費用(EC)으로 나타난다.

건강상 위해분을 생산하는 의사와 약사 그리고 소비자만이 있는 경제에서는 의사와 약사의 私的 純便益(NPB)에서 소비자의 費用(EC)을 차감한 아래의 식(22)를 극대화하는 처방 및 조제서비스가 생산되어야 社會的 純便益이 극대화된다고 볼 수 있다.

$$\begin{aligned} \Pi(D_{11}, D_{12}, D_2) &= \pi_1 + \pi_2 - M \\ &= -a + (f + h - b - c)D_{11} - d D_{11}^2 \\ &\quad + (g - b)D_{12} - e D_{12}^2 - d D_{11} D_{12} \\ &\quad - k + (q + r - l - m)D_2 - n D_2^2 \dots\dots\dots \\ &\quad + (s - m)D_{12} - p D_{12}^2 - n D_{12} D_2 \\ &\quad - (U_0^2 + u^2 D_{11}^2 + v^2 D_2^2 + 2uU_0 D_{11} \\ &\quad + 2vU_0 D_2 + 2uvD_{11} D_2) \end{aligned}$$

(22)

식(22)에서 극대화의 조건이 만족될 경우 私的 限界 純便益(MNPB)과 限界 私的 費用(MEC)이 일치하는 생산량수준에서 사회적 최적균

형이 달성되어 자원이 파레토 效率的(Pareto-efficient)으로 배분된다고 할 수 있다. 이로써 의사의 院內處方箋 發行件數( $D_{11}$ ), 의사의 院外處方箋 發行件數( $D_{12}$ ) 및 약사의 處方件數( $D_2$ )를 도출할 수 있으며 식(1)과 (9)를 이용하여 의사의 直接調劑件數( $R_1$ ), 약사의 任意調劑件數( $R_{22}$ ), 그리고 醫師處方に 따른 약사의 調劑件數( $R_{21}$ )를 구할 수 있다. 이러한 處方 및 調劑行爲의 社會的 適正量은 다음과 같다.

$$D_{11}^{**} = [ \{4(e+p)(n+v^2) - n^2\}(f+h-b-c-2uU_0) + 2(nuv - dn - dv^2)(g+s-b-m) + \{dn - 4uv(e+p)\}(q+r-1-m-2vU_0) ] / |\Delta| \quad \dots\dots (23)$$

$$D_{12}^{**} = [ 2(nuv - dn - dv^2)(f+h-b-c-2uU_0) + 4\{(d+u^2)(n+v^2) - u^2v^2\}(g+s-b-m) + 2(duv - dn - nu^2)(q+r-1-m-2vU_0) ] / |\Delta| \quad \dots\dots (24)$$

$$R_1^{**} = D_{11}^{**} \quad \dots\dots\dots (25)$$

$$D_2^{**} = [ \{dn - 4uv(e+p)\}(f+h-b-c-2uU_0) + 2(duv - dn - du^2)(g+s-b-m) + \{4(e+p)(d+u^2) - d^2\}(q+r-1-m-2vU_0) ] / |\Delta| \quad \dots\dots (26)$$

$$R_{22}^{**} = D_2^{**} \quad \dots\dots\dots (27)$$

$$R_{21}^{**} = D_{12}^{**} \quad \dots\dots\dots (28)$$

여기서

$$|\Delta| = 8(e+p)(d+u^2)(n+v^2) + 4dnuv - 8u^2v^2(e+p) - 2d^2(n+v^2) - 2n^2(d+u^2)$$

이다.<sup>37)</sup> 이러한 결과를 식(22)에 대입하면 극대화된 社會的 純便益

$$\Pi^{**} = \Pi^{**}(D_{11}^{**}, D_{12}^{**}, D_2^{**}) \dots\dots\dots (29)$$

을 얻을 수 있다. 또한 식(4)와 식(12)로부터 의사가 處方과 調劑에서 얻는 私的 純便益  $\pi_1^{**}(D_{11}^{**}, D_{12}^{**}, R_1^{**})$ 과 약사의 私的 純便益  $\pi_2^{**}(D_2^{**}, R_{22}^{**}, R_{21}^{**})$ 를 구할 수 있다.

더욱이 식(8)과 식(17)을 활용하여 社會的 純便益이 극대화되는 수준에서 의사의 非專門的 調劑行爲로 발생하는 소비자에 대한 健康害惡分生産量( $E_1$ )과 약사의 非專門的 處方行爲에서 비롯되는 소비자에 대한 健康害惡分生産量( $E_2$ )이 각각

$$E_1^{**} = u^2 R_1^{2**} \dots\dots\dots (30)$$

$$E_2^{**} = v^2 D_2^{2**} \dots\dots\dots (31)$$

의 관계로부터 구해질 수 있다. 또한 식(21)로부터 社會的 純便益 極大化 과정에서 발생하는 適正 消費者效用 減少分의 貨幣價値(M)의 규모도 도출할 수 있다.

### 第 5 節 模擬實驗(Simulation)

사회적으로 적정한 처방 및 조제서비스의 양을 도출하기 위해서는 앞 절에서 가정한 이론적 틀에 부합되는 實證資料를 기초로 해당 변수의 推定値를 도출하고 이를 토대로 분석을 진행해야 할 것이다. 그러나 의사와 약사의 처방 및 조제서비스의 費用函數와 收入函數에 관

---

37) 이때 極大化 2차 조건(second-order condition)은  $d+u^2 \geq 0$ ,  $n+v^2 \geq 0$ ,  $e+p \geq 0$ ,  $4(d+u^2)(e+p)-d^2 \geq 0$ ,  $-8(e+p)(d+u^2)(n+v^2)-4dnv+8u^2v^2(e+p)+2d^2(n+v^2)+2n^2(d+u^2) \leq 0$  이다.

한 자료나 기초연구는 현재 거의 全無한 상황이다. 더욱이 의사의 非專門的 調劑와 약사의 非專門的 處方이 소비자의 건강 또는 효용에 미치는 負(negative)의 效果 정도를 파악하기는 매우 어렵다고 할 수 있다. 본 절에서는 實證資料나 研究結果가 미흡한 상황에서 非現實的 假定을 두어 사회적 利益수준을 구하기보다는 앞에서 전개한 經濟模型을 바탕으로 假想의 保健經濟環境을 설정하고 의사조제해약도 및 약사처방해약도 등 주요 外生變數의 변화에 따른 社會的 純便益 極大化 水準의 변동을 고찰하고 政策的 示唆點을 도출하기로 한다.<sup>38)</sup>

#### 가. 基本模型

앞에서 전개한 의사, 약사 및 소비자관련 理論模型의 기본내용을 정리하면 다음과 같다.

〈醫師의 處方 및 調劑서비스의 費用 및 收入〉

$$C_1 = a + bD_{11} + bD_{12} + cR_1 + d(D_{11} + D_{12})R_1 + eD_{12}^2 \dots\dots\dots$$

(2)

$$TR_1 = fD_{11} + gD_{12} + hR_1 \dots\dots\dots$$

(3)

- $C_1$  : 단위기간 중 의사의 처방 및 조제서비스 생산비용함수
- $D_{11}$  : 의사의 원내처방건수
- $D_{12}$  : 의사의 원외처방건수
- $R_1$  : 의사의 직접조제건수
- $a$  : 의사 비용함수의 상수
- $b$  : 의사 처방비용계수

38) 여기서 주요 外生變數의 변화에 따른 適正水準의 변화를 도출하기 위해 比較靜學 分析(Comparative Statics Analysis)을 시도할 수도 있다.

- c : 의사 조제비용계수
- d : 의사비용함수의 처방 및 조제 교차계수
- e : 의사비용함수의 원외처방전 관련계수
- TR<sub>1</sub> : 단위기간 중 의사의 처방 및 조제서비스 수입함수
- f : 의사 원내처방수입계수
- g : 의사 원외처방수입계수
- h : 의사 조제수입계수

〈藥師의 處方 및 調劑서비스의 費用 및 收入〉

$$C_2 = k + lD_2 + mR_{22} + mR_{21} + n(R_{22} + R_{21})D_2 + pR_{21}^2 \dots\dots (10)$$

$$TR_2 = qD_2 + rR_{22} + sR_{21} \dots\dots\dots (11)$$

- C<sub>2</sub> : 단위기간 중 약사의 처방 및 조제서비스 생산비용함수
- D<sub>2</sub> : 약사의 처방건수
- R<sub>22</sub> : 약사의 임의조제건수
- R<sub>21</sub> : 의사처방에 따른 약사조제건수
- k : 약사 비용함수의 상수
- l : 약사 처방비용계수
- m : 약사 조제비용계수
- n : 약사비용함수의 처방 및 조제 교차계수
- e : 약사비용함수의 의사처방에 따른 조제 관련계수
- TR<sub>2</sub> : 단위기간 중 약사의 처방 및 조제서비스 수입함수
- q : 약사 처방수입계수
- r : 약사 임의조제수입계수
- s : 의사처방에 따른 약사조제 수입계수

〈消費者 效用損失 補填費用〉

$$M = (U_0 + uR_1 + vD_2)^2 \dots\dots\dots (28)$$

- $U_0$  : 일정 효용수준  
 $u$  : 의사조제의 해악도  
 $v$  : 약사처방의 해악도

#### 나. 假定 및 分析

우선 상기 모형을 기초로 하여 두가지 상황을 상정하고 이때 구해지는 의사 및 약사의 처방과 조제의 생산량 그리고 각각의 私的 純便益, 統合的 私的 純便益, 實質的인 社會的 純便益을 비교하기로 한다. 먼저 가정할 수 있는 첫째 경우는 「個別的 私的 純便益 極大化 狀況」이다. 이는 醫師調劑와 藥師處方에 대한 정부의 직·간접적인 개입 없이 개별 경제주체가 완전히 私的 純便益을 극대화하기 위해 서비스를 생산하는 自由放任的 상황이다. 이때 의사와 약사의 非專門的 보건의료행위로 인해 관련 서비스를 공급받는 소비자는 건강 또는 효용상의 손해를 입을 수 있다. 이와 같은 경우는 消費者無知(Consumer Ignorance)로 소비자가 損害分에 대해서 인식하지 못하거나 또는 財產權을 행사하지 않을 때, 그리고 정부가 害惡을 방지하는 데 총력을 기울이지 않거나 政策施行에 드는 社會的 費用이 便益보다 過多할 때 존재할 수 있는 상황이다. 게다가 自由放任的 市場體制의 유지가 가장 效率的이라고 사회가 單線的으로 이해하고 있는 경우에 존재할 수 있다.

둘째는 「社會的 純便益 極大化 狀況」으로 정부가 비전문적 처방 및 조제로 인해 야기되는 소비자효용의 손실분을 고려하여 社會的 純便益을 극대화하기 위한 정책을 효과적으로 수행하는 경우이다. 정부는 먼저 소비자에게 미치는 해악분에 대한 費用要素를 감안하여 관련 보건의료서비스의 적정 생산량을 추정하게 된다. 만일 시장에서의 각 서비스생산량과 적정생산량의 차이가 크다면 그만큼 정부의 개입 필요성은 증가하게 되는 셈이다. 이때 정부는 앞 章에서 제시한 여러

가지 개입방법을 고려하게 된다. 예컨대, 財産權의 附與, 費用의 賦課 또는 補助金支給, 정보의 비대칭성을 보정하기 위한 보건의료교육 및 홍보확대, 마지막으로 醫藥分業의 시행 등이 그 방안이다. 정부는 각 제도시행을 위한 現實與件을 감안하고 비교하여 가장 費用效果的인 (Cost-effective) 방안을 강구하게 된다. 이때 去來費用(Transaction Cost), 行政費用(Administrative Cost) 등 경제·사회적 비용이 제도시행에 따른 社會的 純便益의 증가분과 비교될 것은 물론이다.

이제 模擬實驗(Simulation)을 이용한 社會的 適正水準 比較·分析을 위하여 다음과 같은 保健經濟環境을 上程하기로 한다. 즉, 의사의 처방 및 조제서비스에 대한 비용 및 수입함수는

$$C_1 = 100 + 200D_{11} + 200D_{12} + 200R_1 \dots \dots \dots + 0.01(D_{11} + D_{12})R_1 + 0.01D_{12}^2 \quad (2')$$

$$TR_1 = 300D_{11} + 300D_{12} + 300R_1 \dots \dots \dots \quad (3')$$

이고, 약사의 비용 및 수입함수는

$$C_2 = 100 + 100D_2 + 100R_{22} + 100R_{21} \dots \dots \dots + 0.01(R_{22} + R_{21})D_2 + 0.01pR_{21}^2 \quad (10')$$

$$TR_2 = 170D_2 + 170R_{22} + 170R_{21} \dots \dots \dots \quad (11')$$

이다. 이때 소비자는 의사와 약사가 각각 공급하는 非專門的 調劑 및 處方에 인해 효용의 감소를 겪게 된다. 이때 발생하는 소비자효용손실을 보전하기 위한 비용은 효용수준 100단위를 유지하는 데 소요되는 규모라고 가정한다. 즉,

$$M = (100 + uR_1 + vD_2)^2 \dots \dots \dots$$



(19')

이때 醫師調劑의 害惡度  $u$ 와 藥師處方의 害惡度  $v$ 의 변화에 따라 앞에서 논의한 두가지 상황 즉, 『個別的 私的 純便益 極大化 狀況』, 『社會的 純便益 極大化 狀況』의 각 상황에서의 均衡分析을 시도하기로 한다. 이때 각각의 상황에서의 서비스의 適正 生産量과 純便益 水準은 앞 節에서 도출한 式 (6), (7), (15)~(16), (23)~(31)을 이용하여 얻어진다.<sup>39)</sup>

#### 1) 醫藥分業의 實施與件

이제 왜 정부가 의사와 약사라는 개별 경제주체가 각각 자신의 私的 純便益을 극대화하기 위하여 생산하는 非專門的 처방과 조제서비스에 대해서 정부가 개입해야 하는 경우를 앞에서 제시한 모형을 토대로 하여 살펴보도록 한다. <表 I-1>에서는 醫師調劑와 藥師處方の 害惡이 없는 경우 그리고 일정 수준 존재하는 경우 私的 또는 社會的 適正서비스생산수준을 표시하였다.

먼저 앞에서 가정한 保健經濟環境에서 醫師調劑와 藥師處方에 따른 害惡이 없는 경우( $u=0, v=0$ )에, 私的 純便益을 극대화하기 위해 의사는 10,000R건의 院內處方을 발행하고 모든 처방에 대해 스스로 조제하게 된다.<sup>40)</sup> 따라서 院外處方은 한건도 발급되지 않는다. 의사는 이로써 999,900Q원의 私的 純便益 즉, 이윤을 얻게된다. 약사 역시도 처방 및 조제서비스를 공급함으로써 純便益 極大化를 도모한다. 약사는 7,000R건의 처방을 하고 이에 따라 任意調劑를 하게 되는데 약사가

39) 각 함수에서 가정된 常數 및 係數는 變數의 非負性(non-negativity)과 極大化 2次條件을 만족하는 값으로 가정되었다.

40) 件數 또는 金額은 절대적인 크기라기 보다는 상대적인 크기(relative scale)를 나타내는 것으로 각각 R건, Q원으로 표현하기로 한다.

얻는 純便益은 489,900Q원에 이른다.

이때 의사와 약사의 경제활동으로 소비자가 당하는 피해는 없고 따라서 소비자효용손실에 따른 비용도 발생하지 않음으로 社會的 純便益은 곧 의사와 약사의 私的 純便益의 합과 동일하게 된다. 이는 정부가 개별 保健經濟主體인 의사와 약사의 경제행위를 그대로 방임하는 것이 오히려 社會的 純便益을 증대시키는 경우이다. 이때 창출되는 社會的 純便益은 1,489,800Q원이다. 따라서 이와 같은 保健經濟環境에서 정부가 개입하여야 할 當爲性은 전혀 존재하지 않는다. 즉, 비전문적 의사조제나 약사처방이 소비자의 건강에 해악을 주어 소비자효용을 전혀 감소시키지 않는 경우에는 정부는 醫藥分業을 시행할 이유도, 院外處方發行을 강제할 이유도 그리고 약사처방을 억제할 이유도 없는 것이다. 즉, 가상된 保健經濟環境에서 醫藥分業 등의 공연한 시행은 去來費用(Transaction Cost), 行政費用(Administrative Cost) 등 경제·사회적 비용을 야기시켜 오히려 社會的 純便益의 감소를 초래할 수도 있는 것이다.<sup>41)</sup>

이제 非專門的인 醫師調劑 및 藥師處方이 소비자의 효용 또는 건강에 해악을 미치는 경우로 논의를 확장하기로 한다. 이때 소비자는 효용손실을 보전하기 위해 私的 費用을 부담해야하나 이 비용이 시장기능에 의해 의사나 약사로부터 소비자에게 보상되지 않는 경우를 상정하기로 한다. 이때 醫師調劑와 藥師處方이 소비자에 미치는 害惡의 정도를 동일하게 0.05라고 가정하면, 의사와 약사의 개별적 私的 純便益 극대화를 통해 결과된 社會的 純便益은 해악이 없는 경우에 비해 급격히 감소하게 된다. 다시말해서 위에서와 같이 건강상 해악이 없을 때 社會的 純便益은 1,489,800Q원이었으나, 해악으로 인해 소비자

41) 「의료기관의 醫藥分業率」 및 「약국의 醫藥分業率」, 따라서 「統合的 醫藥分業率」의 정의에 관해서는 앞 후를 참고할 것.

효용손실 보전비용이 902,500Q원 발생함으로써 실질적 의미의 社會的 純便益은 587,300Q원에 불과한 셈이다. 이와 같은 경우 정부의 방임적 태도로 인해 社會的 純便益의 감소에 따른 資源의 非效率的 配分이 초래된다고 볼 수 있다.<sup>42)</sup>

이렇듯 비전문적 의사조제나 약사처방이 존재할 경우 정부가 개입하여 사회적 순편익의 극대화를 도모한다면, 948,300Q원의 社會的 純便益을 얻게 되는 데 이는 개별적 私的 純便益 極大化로 창출된 587,300Q원에 비해 매우 높은 수준이다. 경우에 따라 정부가 개입함으로써 사회적으로 얼마나 이득이 될 수 있는가를 나타내 준다고 할 것이다.

자원의 이용측면에서 살펴보면 社會的으로 純便益이 極大화된 수준의 處方 또는 調劑件數는 의사와 약사의 個別的 純便益 極大化를 방치할 때보다 5,700R건(=17,000R-11,300R)이 적은 수준이라는 것을 알 수 있다. 이는 의사와 약사가 私的 純便益의 極大化를 통해 社會的 適正量에 비해 과다한 處方 및 調劑서비스를 생산하고 있음을 시사하는 것으로 자원의 낭비가 초래됨을 보여준다.

정부 또는 政策立案者는 社會的 純便益 極大化政策을 시행하는 과정에서 院外處方箋을 발급하지 않으려는 의사에게는 院外處方箋을 1,900R건을 발급하도록, 그리고 약사에게는 非專門的 處方件數를 3,200R건으로 줄이도록 誘導 또는 強制해야 한다. 이때 의사의 私的 純便益은 政府介入 이전에는 999,900Q원이고 이후에는 891,600Q원으로 약 11%의 損失을 입게 되고, 약사의 純便益은 政府介入前後에 각각 489,900Q원, 381,600Q원으로 약 22%의 손실을 입게 된다.<sup>43)</sup> 하지만 소

42) 여기서 의사조제의 해악도와 약사조제의 해악도의 크기는 모형으로부터 함의를 도출하기 위한 단순한 假定值로 실제 자료의 분석을 통하여 얻어진 결과가 아닌 바, 해악도의 절대치나 이로부터 결과된 순편익의 감소 등에 대한 유추해석이 불가능함을 밝혀둔다.

비자가 부담해야하는 손실보전비용은 902,500Q원에서 303,900Q원으로 감소하여 소비자부담이 577,600Q원이나 줄어들게 될 것이다.<sup>44)</sup> 어찌하였던 이와 같은 保健經濟環境에서 정부가 취하여야 할 정책은 의료기관의 醫藥分業率이 23.46%, 약국의 醫藥分業率이 37.25%, 그리고 統合的 醫藥分業率이 30.36%인 醫藥分業을 실시하는 것이라는 정책적 시사점을 도출할 수 있다.<sup>45)</sup>

이상에서 살펴본 결과에 의하면, 醫師調劑와 藥師處方の 害惡이 전

- 
- 43) 본 예에서는 의약분업으로 의사와 약사의 이윤 또는 사적 순편익이 각각 11%, 22%의 감소하고 있음을 나타내고 있다. 이 경우 의사에 비해 더높은 이윤손실을 감수해야하는 약사는 獨自的으로 또는 의사와의 談合(collusion)을 암암리에 시도함으로써 의약분업의 실시를 강력히 저지할 가능성이 높으므로 정부는 이에 대한 대책을 적극적으로 강구해야 할 필요가 있다. 이렇듯 본 연구에서 새롭게 시도한 의약분업에 따른 의사와 약사의 사적 순편익 감소를 예측결과는 정부 또는 정책입안자로 하여금 의사와 약사중 누가 더 의약분업을 강력히 反對할 것인가를 가늠케 하여 정책시행에 대한 抵抗을 柔軟化하는 전략을 세우도록 하는 指針을 제공한다.
- 44) 의사와 약사는 각각의 純便益이 감소하면 할수록 의약분업실시 등 정부의 개입을 더욱 강력히 반대할 가능성이 있다.
- 45) 이때 호기심이 많은 讀者는 의사조제 및 약사처방의 害惡度가 각각 0.050으로 동일함에도 불구하고, 약국에서의 의약분업률(37.25%)이 의료기관에서의 의약분업률(23.46%)보다 왜 높은 지에 대해 의문을 갖게 될 것이다. 이 질문의 해답은 앞에서 가정한 保健經濟環境에 있다고 할 수 있다. 다시말해서 비용 및 수입함수의 형태와 구성 등에 각 결과는 의존하게 되는 것이다. 그렇다면, 즉, 결과를 이어령 비어령식으로 해석할 수밖에 없다면 연구의 기여는 없는 것일까? 대답은 그렇지 않다(No)이다. 이와 같은 실증적 기초결과가 전무한 상황에서의 模擬實驗(simulation)과 관련하여 讀者는 모의실험에서 가정한 초기가정의 타당성을 어느 정도 인정한다면 도출된 결과의 시사점을 마찬가지로 어느 정도 인정하는 자세를 견지할 필요가 있다. 예로서 본 연구에서 가정하고 있는 상황 즉, ①의사는 院外處方箋을 거의 발행하지 않으며, ②약사는 의사처방에 따른 조제보다는 任意調劑를 행하고 있고, ③의사의 일정기간 이윤 또는 사적 순편익이, 약사의 일정기간 이윤 또는 사적 순편익의 2배를 다소 초과하는 상황이 우리 나라의 醫藥未分業 현실을 정확하지는 않지만 개략적으로 반영하는 것이라고 讀者가 인정한다면 본 연구에서 도출된 결과가 정확하지는 않지만 개략적으로 어느 정도의 示唆點(implication)을 제공하고 있음을 조심스럽게 인정해야 한다. 이러한 자세를 독자가 견지한다면 본 연구의 결과를 해석하는 시각이 매우 달라질 수 있을 것이다.

혀 없는 경우는 정부의 直·間接的 介入보다는 의사와 약사의 私的 純便益 極大化를 放任하는 것이 사회적으로 보다 적정한 생산을 유도할 수 있다고 할 수 있다. 다시말해서 주어진 여건에서 관련 害惡이 없는 경우에는 院外處方箋發行率 또는 醫師處方에 따른 藥師調劑率이 낮거나 높거나에 상관없이 정부는 개입자체를 자제할 필요가 있다는 것이다. 공연한 政府介入은 去來費用 및 行政費用의 증대를 야기시켜 社會的 純便益의 전반적인 감소를 초래할 수도 있기 때문이다. 그러나, 醫師調劑와 藥師處方的 害惡度가 공히 매우 높은 경우에는 정부의 개입이 필요하다고 할 수 있다. 이때 정부는 醫藥分業을 통해 醫師調劑와 藥師調劑를 완전히 또는 부분적으로 禁止시킬 필요가 있다. 이는 非專門的 보건의료행위가 유발하는 健康上의 害惡이 너무 커서 소비자효용손실 규모가 심각할 정도가 될 수 있기 때문이다. 이때 社會的 純便益의 極大化를 위해서는 의사와 약사의 비전문적 처방 및 조제를 제어하는 정책이 시행되어야 하는 데 이는 의사의 院外處方箋發行率 및 醫師處方에 따른 藥師調劑率을 모두 높이는 것이 그 예가 될 수 있다.

〈表 1-1〉 醫藥分業의 實施與件

(단위: R건, Q원)

경우	변수 등	개별적 사적 순편익 (PNB) 극대화	사회적 순편익 (SNB) 극대화
의사조제 및 약사처방의 해약이 없는 경우 즉, u=0.000, v=0.000	의사의 원내처방 발급건수(D <sub>11</sub> )	10,000	10,000
	의사의 원외처방 발급건수(D <sub>12</sub> )	0	0
	의사의 조제건수(R <sub>1</sub> )	10,000	10,000
	의사의 사적 순편익( $\pi_1$ )	999,900	999,900
	약사의 처방건수(D <sub>2</sub> )	7,000	7,000
	약사의 임의조제건수(R <sub>22</sub> )	7,000	7,000
	약사의 의사처방조제건수(R <sub>21</sub> )	0	0
	약사의 사적 순편익( $\pi_2$ )	489,900	489,900
	의사조제 건강해약기여도(E <sub>1</sub> )	0	0
	약사처방 건강해약기여도(E <sub>2</sub> )	0	0
	소비자효용손실 보전비용(M)	0	0
	총 처방 또는 조제건수	17,000	17,000
	의료기관의 의약분업률(%)	0.00	0.00
	약국의 의약분업률(%)	0.00	0.00
	통합적 의약분업률(%)	0.00	0.00
	통합적 사적 순편익( $\pi_1+\pi_2$ )	1,489,800	1,489,800
사회적 순편익( $\Pi=\pi_1+\pi_2-M$ )	1,489,800	1,489,800	
의사조제 및 약사처방의 해약이 존재하는 경우 즉, u=0.050, v=0.050	의사의 원내처방 발급건수(D <sub>11</sub> )	10,000	6,200
	의사의 원외처방 발급건수(D <sub>12</sub> )	0	1,900
	의사의 조제건수(R <sub>1</sub> )	10,000	6,200
	의사의 사적 순편익( $\pi_1$ )	999,900	891,600
	약사의 처방건수(D <sub>2</sub> )	7,000	3,200
	약사의 임의조제건수(R <sub>2</sub> )	7,000	3,200
	약사의 의사처방조제건수(R <sub>21</sub> )	0	1,900
	약사의 사적 순편익( $\pi_2$ )	489,900	381,600
	의사조제 건강해약기여도(E <sub>1</sub> )	250,000	96,100
	약사처방 건강해약기여도(E <sub>2</sub> )	122,500	25,600
	소비자효용손실 보전비용(M)	902,500	324,900
	총 처방 또는 조제건수	17,000	11,300
	의료기관의 의약분업률(%)	0.00	23.46
	약국의 의약분업률(%)	0.00	37.25
	통합적 의약분업률(%)	0.00	30.36
	통합적 사적 순편익( $\pi_1+\pi_2$ )	1,489,800	1,273,200
사회적 순편익( $\Pi=\pi_1+\pi_2-M$ )	587,300	948,300	

註: 件數 또는 金額은 절대적인 크기라기 보다는 상대적인 크기(Relative Scale)를 나타내는 것으로 각각 R건, Q원으로 표현하기로 한다.

## 2) 醫師調劑의 害惡度 變化效果

비전문적인 醫師調劑와 비전문적인 藥師處方이 소비자효용에 미치는 절대적 또는 상대적 해악은 醫藥分業의 模型設定에 있어 매우 중요하다고 할 수 있다. <表 I-2>에는 藥師處方の 害惡度(v)를 일정수준으로 유지하고 醫師調劑의 害惡度(u)를 변화시킨 분석결과를 요약하였다.

먼저 醫師調劑의 害惡度(v)가 0.05인 경우를 살펴보도록 하자. 이때 의사는 私的 純便益을 극대화하는 과정에서 1건의 진단에 대해서도 院外處方箋을 발급하지 않고 전체 10,000R건을 스스로 처방하여 直接 調劑함으로써 999,900Q원의 純便益을, 그리고 약사는 7,000R건의 任意 調劑로 489,900Q원의 純便益을 벌어들이고 있다. 이때 비전문적 처방 및 조제에 따른 소비자효용손실을 고려하지 않은 私的 純便益의 합은 1,489,800Q원으로 이는 정부가 개입하지 않은 상태에서 의사와 약사가 함께 창출할 수 있는 최고의 순편익이다. 그러나 이때 403,225Q원 규모의 소비자효용손실 보전비용이 발생하므로 실제 社會的 純便益은 1,086,575Q원에 불과하므로 정부는 서비스생산을 규제해야 한다는 정책적 욕구를 갖게 될 것이다.

정부가 비전문적 처방 및 조제에 따른 소비자효용손실을 고려하여 시장에 효율적으로 개입한다면 社會的 純便益의 극대화과정에서 최대 1,180,321Q원의 순편익을 달성하게 된다. 이때 정부의 정책은 社會的 純便益의 極大化를 위하여 의료기관의 醫藥分業率 11.16%, 약국의 醫藥分業率 12.40%, 그리고 統合的 醫藥分業率 11.78%의 의약분업시행이 될 수 있다. 물론 이는 의사에 대한 院外處方箋 발급 유도·강제 및 약사에 대한 處方 또는 任意調劑 억제정책으로 볼 수 있는 데 이로써 의사는 894R건의 원외처방전을 발급하고, 약사는 임의조제건수

를 6,310R건으로 줄이게 된다. 결과적으로 의사는 365,370Q원 (=999,900Q-634,530Q), 그리고 약사는 6,581Q원(=489,900Q-483,319Q)의 순편익을 상실하게 된다. 그러나 소비자는 政府介入으로 인해 165,697Q(=403,225Q-237,528Q)원의 효용손실을 보전할 수 있게 된다.

이제 醫師調劑의 害惡度(v)가 상대적으로 높은 경우 예컨대, 0.1인 경우를 가정하기로 하자. 이때 정부는 社會的 純便益의 극대화라는 정책목표하에서 정부는 의사의 원외처방전 발급율을 의사조제의 해악도가 낮은 경우에 비해 상대적으로 높이는 노력을 기울이게 된다. 즉, 의사의 院外處方箋 發行率, 다시말해서 의료기관의 醫藥分業率을 31.78%로 그리고 약국의 醫藥分業率을 23.76%로 높이기 위한 법·제도적 장치를 마련할 것이다. 이러한 醫藥分業을 통한 政府介入은 의사에게는 294,283Q원(=999,900Q-705,617Q), 약사에게는 25,436Q원(=489,900Q-464,464Q)의 純便益減少를 초래하게 되지만 소비자에게는 효용손실 보전비용을 1,018,704Q원(1,288,225Q-269,521Q) 줄이게 함으로써 사회적 순편익이 698,985Q원(900,560Q-201,575Q) 증가하도록 한다.

이상에서 논의한 경우는 醫師調劑의 害惡도가 藥師處方の 害惡도에 비해 상대적으로 높은 상황이다. 이때 의사의 私的 純便益創出過程에 대해 정부가 放任하는 태도를 취한다면 소비자효용손실이 社會的 便益을 초과하는 수준까지 이를 수도 있으므로 社會的으로 適正한 醫藥分業은 의사의 直接調劑를 적정한 수준까지 규제하는 것이다. 한편 이 경우 醫師處方에 따른 藥師調劑率이 정부가 규제해야 할 정책목표가 될 필요성은 그다지 크지 않다.<sup>46)</sup>

46) 그러나 假想의 保健經濟環境에서 醫師調劑 害惡도가 0.050에서 0.100으로 두배 증가하는 경우 의료기관의 적정 의약분업률은 11.16%에서 31.78%로 185%증가할 뿐 아니라, 약국의 적정 의약분업률은 12.40%에서 23.76%로 92%증가하고 있음을 유의할 필요가 있다.



〈表 1-2〉 醫師調劑의 害惡度 變化效果

(단위: R건, Q원)

경 우	변수 등	개별적 사적 순편익 (PNB) 극대화	사회적 순편익 (SNB) 극대화
의사조제 해약도(u) = 0.050 약사처방 해약도(v) = 0.005	의사의 원내처방 발급건수(D <sub>11</sub> )	10,000	7,116
	의사의 원외처방 발급건수(D <sub>12</sub> )	0	894
	의사의 조제건수(R <sub>1</sub> )	10,000	7,116
	의사의 사적 순편익( $\pi_1$ )	999,900	634,530
	약사의 처방건수(D <sub>2</sub> )	7,000	6,310
	약사의 임의조제건수(R <sub>22</sub> )	7,000	6,310
	약사의 의사처방조제건수(R <sub>21</sub> )	0	894
	약사의 사적 순편익( $\pi_2$ )	489,900	483,319
	의사조제 건강해약기여도(E <sub>1</sub> )	250,000	126,608
	약사처방 건강해약기여도(E <sub>2</sub> )	1,225	995
	소비자효용손실 보전비용(M)	403,225	237,528
	총 처방 또는 조제건수	17,000	14,319
	의료기관의 의약분업률(%)	0.00	11.16
	약국의 의약분업률(%)	0.00	12.40
	통합적 의약분업률(%)	0.00	11.78
	통합적 사적 순편익( $\pi_1 + \pi_2$ )	1,489,800	1,417,849
사회적 순편익( $\Pi = \pi_1 + \pi_2 - M$ )	1,086,575	1,180,321	
의사조제 해약도(u) = 0.100, 약사처방 해약도(v) = 0.005	의사의 원내처방 발급건수(D <sub>11</sub> )	10,000	3,900
	의사의 원외처방 발급건수(D <sub>12</sub> )	0	1,817
	의사의 조제건수(R <sub>1</sub> )	10,000	3,900
	의사의 사적 순편익( $\pi_1$ )	999,900	705,617
	약사의 처방건수(D <sub>2</sub> )	7,000	5,832
	약사의 임의조제건수(R <sub>22</sub> )	7,000	5,832
	약사의 의사처방조제건수(R <sub>21</sub> )	0	1,817
	약사의 사적 순편익( $\pi_2$ )	489,900	464,464
	의사조제 건강해약기여도(E <sub>1</sub> )	1,000,000	152,096
	약사처방 건강해약기여도(E <sub>2</sub> )	1,225	850
	소비자효용손실 보전비용(M)	1,288,225	269,521
	총 처방 또는 조제건수	17,000	11,549
	의료기관의 의약분업률(%)	0.00	31.78
	약국의 의약분업률(%)	0.00	23.76
	통합적 의약분업률(%)	0.00	27.77
	통합적 사적 순편익( $\pi_1 + \pi_2$ )	1,489,800	1,170,081
사회적 순편익( $\Pi = \pi_1 + \pi_2 - M$ )	201,575	900,560	

註: 件數 또는 金額은 절대적인 크기라기 보다는 상대적인 크기(relative scale)를 나타내는 것으로 각각 R건, Q원으로 표현하기로 한다.

### 3) 藥師處方的 害惡度 變化效果

의사의 非專門的 調劑와 마찬가지로 약사의 非專門的 處方도 소비자에게 효용 또는 건강상에 害惡을 초래할 수 있음은 앞에서 언급한 바와 같다. 아래에서는 전술한 가상의 보건경제환경하에서 藥師處方的 害惡度(v)의 변화가 私的 또는 社會的 適正 生産量에 어떠한 영향을 주는 지를 검토해 보고자 한다.

먼저 醫師調劑의 害惡度(u)와 藥師處方的 害惡度(v)가 각각 0.005, 0.050인 상황을 고려해 보기로 하자. 이때 정부의 개입이 없는 상황에서 의사와 약사가 각기 자신의 순편익을 극대화하는 과정에서 의사는 院外處方箋을 발급하지 않은 채로 院內處方箋 10,000R건을 발행하여 직접 의약품을 조제하고, 약사는 醫師處方箋없이 7,000R건의 任意調劑를 행하게 된다. 이때 의사와 약사의 純便益은 각각 999,900Q원, 489,900Q원이다. 한편 의사와 약사의 非專門的 行爲는 소비자에게 효용의 감소를 가져오게 되는 데 이때 발생하는 효용손실보전비용은 250,000Q원에 달한다. 의사와 약사는 소비자에게 市場外的으로 발생하는 이러한 비용을 감안하지 않고 생산활동을 하게 되어 명목상으로 1,489,8005Q원의 純편익을 창출하지만 실질적인 社會的 純便益은 의사와 약사의 純편익에서 생산과정에서 소비자에게 발생한 효용손실보전비용을 차감한 1,239,800Q원이다.

社會的 純便益의 극대화를 희구하는 정부가 소비자에게 발생하는 효용의 손실이 사회적으로 적정한 수준인지 어떤지를 검토하는 과정에서 의사와 약사의 생산활동을 직·간접적으로 규제한다면 58,123Q원 (=1,297,923Q-1,239,800Q)의 社會的 純便益을 증대시킬 수도 있음을 간파할 수 있다. 사회적 적정을 이루기 위해 정부는 일련의 조치중 의료기관의 醫藥分業率을 6.92%로 그리고 약국의 醫藥分業率을 12.95%

로 높이기 위한 방안을 강구할 수 있다. 이는 곧 의사의 院外處方箋發行件數를 704R건으로 늘리고 약사의 任意調劑件數를 7,000R건에서 4,729R건으로 줄이는 것으로 이때 의사는 私的 純便益이 999,900Q원에서 995,819Q원으로 감소하고 약사는 私的 純便益이 489,900Q원에서 449,371Q원으로 감소하게 된다. 소비자의 경우 효용손실보전비용이 107,733Q원정도 감소하여 효용이 증대된다.

이제 藥師處方の 害惡度(v)가 더높은 즉, 0.1인 경우를 상정하기로 하자. 이때 의사와 약사의 경제활동을 정부가 규제하지 않는다면 社會的 純便益은 외견상 私的 純便益의 합인 1,489,800Q원이 창출되는 것으로 보이나 非專門的 處方 및 調劑로 인한 효용손실보전비용 722,500Q원이 야기되어 社會的 純便益은 767,300Q원에 불과한 결과가 발생한다. 이때 정부가 개입하여 의료기관의 醫藥分業率을 12.98%로 그리고 약국의 醫藥分業率을 35.88%로 높이기 위한 방안을 강구하여 392,025Q원(=1,159,325Q-767,300Q)의 社會的 純便益 증대를 도모할 수도 있다. 이러한 정책은 의사의 院內處方箋發行 또는 直接調劑件數가 9,125R건, 院外處方箋發行件數가 1,361R건, 藥師處方 또는 任意調劑件數가 2,432R건, 醫師處方에 따른 調劑件數가 1,361R건이 되도록하는 것이다. 이때 의사는 14,266Q원, 약사는 165,048Q원의 손실을, 소비자는 571,340Q원의 이익을 보게 된다.<sup>47)</sup>

이상과 같이 藥師處方の 害惡도가 醫師調劑의 害惡도에 비해 상대적으로 큰 경우에는 정책적으로 심각하게 고려되어야 할 것은 藥師處方 또는 任意調劑의 공급량이지 결코 院外處方箋 發給率이 아니다. 다시말해서, 醫藥分業은 의사의 院外處方箋發行에 대한 政府規制보다

47) 假想的 保健經濟環境에서 藥師處方 害惡도가 0.050에서 0.100으로 두배 증가함으로써 약국의 적정 의약분업률은 12.95%에서 35.88%로 177%증가하고 의료기관의 적정 의약분업률은 6.92%에서 12.98%로 88%증가하고 있다.

는 약사의 處方 또는 任意調劑를 상대적으로 억제하는 방향으로 진행되어야 할 것이다.

이렇듯 의사와 약사가 공급하는 處方 및 調劑서비스의 適正生産水準은 保健經濟環境을 이루는 제반계수들 즉 의사 및 약사의 비용 및 수입함수의 구성요소와 함수 그 자체의 형태, 그리고 醫師調劑 및 藥師處方的 害惡度에 상호유기적으로 크게 의존하므로 정부가 醫藥分業施行 與否 또는 適正 醫藥分業率을 결정할 때는 매우 신중한 접근이 필요하다.

〈表 1-3〉 藥師處方の 害惡度 變化效果

(단위: R건, Q원)

경 우	변수 등	개별적 사적 순편익 (PNB) 극대화	사회적 순편익 (SNB) 극대화
의사조제 해약도(u) = 0.005, 약사처방 해약도(v) = 0.05	의사의 원내처방 발급건수(D <sub>11</sub> )	10,000	9,456
	의사의 원외처방 발급건수(D <sub>12</sub> )	0	704
	의사의 조제건수(R <sub>1</sub> )	10,000	9,456
	의사의 사적 순편익( $\pi_1$ )	999,900	995,819
	약사의 처방건수(D <sub>2</sub> )	7,000	4,729
	약사의 임의조제건수(R <sub>22</sub> )	7,000	4,729
	약사의 의사처방조제건수(R <sub>21</sub> )	0	704
	약사의 사적 순편익( $\pi_2$ )	489,900	449,371
	의사조제 건강해약기여도(E <sub>1</sub> )	2,500	2,236
	약사처방 건강해약기여도(E <sub>2</sub> )	122,500	55,919
	소비자효용손실 보전비용(M)	250,000	142,267
	총 처방 또는 조제건수	17,000	14,889
	의료기관의 의약분업률(%)	0.00	6.92
	약국의 의약분업률(%)	0.00	12.95
	통합적 의약분업률(%)	0.00	9.94
	통합적 사적 순편익( $\pi_1+\pi_2$ )	1,489,800	1,445,190
사회적 순편익( $\Pi=\pi_1+\pi_2-M$ )	1,239,800	1,297,923	
의사조제 해약도(u) = 0.005, 약사처방 해약도(v) = 0.100	의사의 원내처방 발급건수(D <sub>11</sub> )	10,000	9,125
	의사의 원외처방 발급건수(D <sub>12</sub> )	0	1,361
	의사의 조제건수(R <sub>1</sub> )	10,000	9,125
	의사의 사적 순편익( $\pi_1$ )	999,900	985,634
	약사의 처방건수(D <sub>2</sub> )	7,000	2,432
	약사의 임의조제건수(R <sub>22</sub> )	7,000	2,432
	약사의 의사처방조제건수(R <sub>21</sub> )	0	1,361
	약사의 사적 순편익( $\pi_2$ )	489,900	324,852
	의사조제 건강해약기여도(E <sub>1</sub> )	2,500	2,082
	약사처방 건강해약기여도(E <sub>2</sub> )	490,000	59,130
	소비자효용손실 보전비용(M)	722,500	151,160
	총 처방 또는 조제건수	17,000	12,918
	의료기관의 의약분업률(%)	0.00	12.98
	약국의 의약분업률(%)	0.00	35.88
	통합적 의약분업률(%)	0.00	24.43
	통합적 사적 순편익( $\pi_1+\pi_2$ )	1,489,800	1,310,486
사회적 순편익( $\Pi=\pi_1+\pi_2-M$ )	767,300	1,159,325	

註: 件數 또는 金額은 절대적인 크기라기 보다는 상대적인 크기(relative scale)를 나타내는 것으로 각각 R건, Q원으로 표현하기로 한다.

## 第 4 章 醫藥分業時 利害關係集團의 費用·便益 規模 推定

### 第 1 節 利害關係集團의 費用便益

#### 가. 費用便益分析

費用便益分析이란 희소한 자원을 여러 대안에 사용했을 경우 나타나는 긍정적, 부정적 결과를 비교하기 위해 고안된 분석기법이다. 주어진 문제에 대해 찬성과 반대 양 측면에서 고려해 볼 때 우리는 늘 의식적이든 무의식적이든 각 대안에 대한 좋은 점(便益)과 나쁜 점(費用)을 염두에 두고 생각하기 마련이다. 일반적으로 私部門의 경우 비용과 편익은 시장에 의해 평가되게 되지만 公共部門의 경우 이러한 평가를 정확하게 하기는 매우 어려운 것이 사실이다. 費用便益分析의 주요한 목적은 의사결정에 필요한 정보를 효과적으로 정리, 분석하여 공공정책 담당자들을 돕는데 있다. 주의할 것은 費用便益分析이 소위 “옳은” 의사결정을 하기 위해 필요한 분석도구라고 생각해서는 안된다는 것이다. 실제로 주요한 정책결정과정에서는 그 사회가 가진 여러 가지 문화적, 역사적 가치 및 정치적 고려사항들을 무시할 수 없으며 복잡한 고려를 통해 한 가지 방안이 선택되고 집행되는 것이다. 費用便益分析이란 여러 가지 고려 사항 중 하나로서 정보제공 기능을 담당하는 것으로 이해하는 것이 보다 현실에 가깝다고 보아야 할 것이다.

개념적으로 費用便益分析(CBA: Cost-Benefit Analysis)은 費用效果分析(CEA: Cost-Effectiveness Analysis)과 구별된다. CBA에서는 비용과 함께

모든 편익의 가치가 환산되므로 공공적 문제에 대해 순편익의 크기(편익-비용)로서 그 가치를 평가할 수 있으며 순편익의 크기를 비교함으로써 여러 대안에 대한 비교가 가능하다. 이는 원칙적으로 모든 편익이 비용과 함께 화폐적 가치로 환산될 수 있다는 가정하에서 가능한 것이다. 費用效果分析은 공공사업의 중요하고 바람직한 결과를 비화폐적 가치로 표현한다. 예컨대 연장된 생명시간 같은 것이 대표적이다. CEA를 쓰는 이유는 공공사업의 결과로 나타나는 바람직하고 중요한 가치를 화폐적으로 환산하기 어렵거나 환산하는 것이 바람직하지 않은 경우가 있기 때문이다. 즉 CEA는 바람직한 효과의 단위당 비용을 가지고 서로 다른 대안을 평가한다. 따라서 CEA는 바람직하다고 평가되는 결과의 내용이 서로 다른 대안을 직접적으로 비교하기는 어렵다.

의료분야에서 費用便益分析의 원리가 응용되기 시작한 것은 역사적으로 꽤 거슬러 올라간다. 17세기 중반 영국의 유명한 의사였던 페티(Richard Petty)는 醫藥分野에 대해 투자하는 것이 비용보다 사람의 생명을 살리는 가치가 훨씬 크다는 이유로 더 많은 의약분야 투자를 주장했다. 물론 費用便益分析이 보다 정교하게 응용되기 시작한 것은 금세기에 들어와서이다. 미국의 경우 1902년 이후 River and Harbor Act에 의해 費用便益分析의 필요성이 구체적으로 적시된 이후 하천 개발과 공공댐 건설계획을 평가하기 위해 費用便益分析을 사용하는 것이 일반적인 관행이 되었다.

費用便益分析과 관련하여 의사결정자의 정책적 시각의 차이를 주목할 필요가 있다. 예컨대 醫藥分業과 관련된 문제를 다루는 경우 병·의원의 입장과 약사 및 제약업자의 입장이 다르며 이들이 계산하는 비용과 편익은 달라질 수밖에 없을 것이다. 비용과 편익을 계산하기 위해서는 일반적으로 다음의 세 단계를 밟아야 한다. 첫째, 비용과 편익에 포함되는 항목에 대한 판별(Identification)이다. 費用便益分析에서

비용은 機會費用(Opportunity Cost)이어야 한다는 점을 주목해야 한다. 의사결정과 관계된 비용은 선택의 대가로서의 기회비용이어야 하기 때문이다. 주어진 행위의 기회비용을 판별하기 위해서는 기대되는 편익을 생산하기 위해 사용되는 모든 자원을 직접적이든, 간접적이든 염두에 두어야 한다. 둘째, 測量(Measurement)이다. 측량시 주의할 점은 서로 다른 대안을 비교할 때 결과가 발생하는데 필요한 가장 효율적인 요소배합을 가정하는 것이다. 즉 주어진 비효율적인 방법에 의한 것이 아닌 最小必要資源量(Minimum Resource Needs)을 계산해야 한다는 것이다. 셋째, 필요한 요소자원량을 현금으로 評價(Valuation)하는 것이다. 일반적으로 시장이 완전하다면 시장가격이야말로 가장 좋은 평가수단일 것이다. 시장이 불완전한 경우에도 시장가격을 능가할 수 있는 다른 평가수단을 발견하기란 쉽지 않다.

#### 나. 醫藥分業과 關聯된 利害關係그룹

醫藥分業에 따른 경제사회적 과급영향을 분석하기 위해서는 먼저 이해당사자를 판별해야 한다. 원론적으로 醫藥分業과 관계된 이해당사자는 다음과 같이 분류할 수 있다. 첫째, 환자 또는 소비자이다. 약품과 관련된 의료서비스의 수요자로서 소비자가 醫藥分業에 의해 어떠한 영향을 받을 것인가는 가장 중요한 쟁점사항이 될 것이다. 둘째, 약품과 관련된 공급자들이다. 공급자들은 공급단계별로 다음과 같이 구별할 수 있다. 우선 의약품 생산을 담당하는 제약회사의 경우 醫藥分業에 의해 약품 수요의 전반적 감소라는 충격을 받게 될 것이다. 의약품 유통에 관계하고 있는 의약도매상들도 일정한 영향을 받게 될 것이다. 그러나 이들 제약회사와 의약도매상들이 받게 될 영향은 다양한 경로를 통한 간접적인 이해관계가 될 것이므로 본 논의 대상에서는 포함시키지 않기로 한다. 최종적으로 약품소비에 관여하게 될



두 利害關係集團으로는 병·의원과 약국을 들 수 있다. 따라서 주된 당사자를 환자 또는 소비자, 병·의원, 약국으로 제한하도록 한다.

#### 다. 利害關係集團에 대한 損益分析

醫藥分業의 경제사회적 파급효과를 분석하기 위해서는 먼저 이들 각각의 이해당사자들이 醫藥分業에 대해 어떠한 구체적 이해관계가 있는지를 먼저 밝혀야 한다. 전문의약품의 경우 의사의 處方이 의무화되면 약의 오용 및 남용을 방지하여 불필요한 약의 소비를 줄이고 약화사고의 위험을 감소시키게 되므로 국민건강에 기여할 것이나 소비자들은 의사방문에 따른 진료비, 處方料 및 時間費用 등 추가적인 비용을 부담해야 할 것이다. 의약품은 질병을 예방, 치료하는데 꼭 필요한 것이나 본질적으로 시장에서 유통되는 상품으로서의 속성을 무시할 수 없다. 상품판매를 증가시키기 위한 방편으로 과당광고가 실제 이루어지고 있는 현실하에서 소비자의 재량에 따른 약품구입이 제도적으로 가능하기 때문에 의약품의 과량 소비가 조장될 수밖에 없는 형편이다. 특히 환자의 병세를 정확하게 관찰하는 수단으로서 의사의 診斷 및 處方段階를 거치지 않고 약사가 任意로 약품을 調劑하고 판매하게 되므로 대증요법에 치우쳐 불필요한 투약을 통한 약의 남용을 부추기고 있는 것이다. 의약품 오남용의 副作用은 생각보다 훨씬 심각하다. 약품은 잘못 쓰일 경우 원래의 질병자체보다 더 위험한 경우가 많을 뿐 아니라 의약품 誤濫用에 따라 각종 바이러스들의 약품에 대한 내성이 증가하여 항생제의 치료효과를 떨어뜨리고 장기적으로는 치료를 더욱 어렵게 하는 심각한 副作用을 낳고 있다. 약의 오용 및 남용이 줄어들면 다른 조건이 동일한 한 국민건강이 증진되므로 국민 경제 전체적인 의료비용이 감소할 것으로 예측할 수 있다. 반면에 의료기관 및 약국이 지역별로 불균등하게 분포되어 있고 상당한 지역에

서 약국이 의료기관의 대체기능을 하고 있는 실정을 감안할 때 醫藥分業의 도입으로 인해 단기적으로 상당한 適應費用(Adjustment Cost)을 수반할 가능성도 높다고 할 수 있을 것이다.

일반적으로 환자는 약의 성분 및 부작용 등에 대해 정확한 정보를 갖고 있지 못한 반면 제약회사 및 약사들은 그러한 정보를 갖고 있으며 환자는 자신의 건강상태를 객관적으로 파악할 수 있는 정보를 가지고 있지 못한 반면 의사들은 그러한 情報獲得에 보다 유리한 위치에 있다. 현재의 제도하에서는 정보제약이 있는 환자 본인이나 약사가 환자의 건강상태를 확인하고 약품을 선정하는 방식으로 의약품 선택이 이루어지고 있다. 환자는 스스로의 짧은 경험이나 지식에 기대어 아무런 제약없이 약을 구매할 수 있으므로 약의 誤濫用 가능성이 높다는 것은 이미 주지의 사실이다. 그러나 다른 한편으로 한국적 현실에 있어서 직능의 분화가 역사적, 제도적으로 정착되지 않았다는 점에서 효과적인 협력체제가 과연 의도된 바대로 정착이 될 수 있을 것인지에 대한 우려의 시각도 존재한다. 특히 각 의료기관들이 수행하는 업무가 專門性을 가지고 있기 때문에 客觀的으로 이들이 주어진 업무를 충실하게 수행하고 있는지를 效果的으로 觀察(Monitoring)하기가 쉽지 않다.

그 대표적인 예로 3차 진료기관에서 진료를 받기 위해서는 1차 진료기관의 진료의뢰서를 첨부하도록 강제하는 의료전달체계를 들 수 있다. 이 제도의 원래 의도는 간단한 診療 및 處方을 요하는 질병에 대해서는 1차 진료기관이 전담하도록 하여 과도하게 종합병원에 집중되는 의료수요를 통제하여 보다 효율적인 의료자원의 배분을 도모하고자 하는데 있었다. 그러나 이러한 의도와는 상충되게 실제로는 상당히 많은 환자들이 1차 진료기관에서의 진료의뢰서를 얻기 위해 수료를 지불하기만 하는 제도로 전락되는 듯한 결과들이 나타나기도 하였다. 즉 1차진료기관에서는 어차피 3차 진료기관에 가기를 원하는

환자들의 욕구를 무시할 수 없고 3차 진료기관에서 다시 진료를 받게 될 것이므로 정성어린 진료를 할 필요도 없다. 따라서 심지어는 1차 진료기관에서 의사의 問診없이 창구수수료만으로 간호사가 診療依頼書를 남발하는 경우도 생겼던 것이다.

醫藥分業制度가 의사와 약사간의 職能分化를 제도적으로 충분히 정리하지 않은 상태에서 이해관계 조정 없이 시행되는 경우 위와 같은 현상이 발생할 소지가 없다고 할 수 없다. 즉 환자의 일정 의약품에 대한 수요가 존재하고 그 약품의 유통과정에 대한 제도적인 監察體制가 효과적으로 형성되지 않는다면 병·의원에서 통과의례적으로 處方箋을 남발할 가능성도 배제할 수 없다는 것이다. 물론 앞에서의 1차 진료기관에서 나타나는 道德的 解弛의 문제와는 조금 상황이 다르다는 점도 지적되고 있다. 즉 1차 진료기관에서의 도덕적 해이의 문제는 상대적으로 의료기관의 책임문제가 제기될 가능성이 작지만 醫藥分業하에서의 병·의원의 道德的 解弛의 문제는 處方箋을 발행한 병·의원의 책임문제가 제기될 가능성이 높다는 것이다. 責任의 측면에서 볼 때 확실히 다른 점이 존재한다는 점은 인정되나 의약품의 副作用 가능성, 藥禍事故의 판별가능성 등에 따라 병·의원의 道德的 解弛의 문제가 발생할 가능성은 충분히 존재한다는 점은 분명하다는 것이다<sup>48)</sup>.

48) 병·의원이 약화사고가 발생하는 경우 책임을 지는 경로는 상대적으로 복잡하다고 할 수 있다. 우선 병·의원에서 처방한 약을 먹은 환자의 상태가 악화되어야 한다. 환자가 통과의례적으로 의사의 처방을 받아 약품을 구매하는 경우는 일반적으로 병세가 심각하지 않은 경우일 가능성이 높다. 이러한 환자의 병세가 악화되는 상황, 그것이 남들이 모두 인정할 정도가 될 상황은 확률적으로 나타나게 될 것이므로 道德的 解弛의 개입 소지가 존재한다. 둘째, 환자의 상태가 악화된 것이 잘못된 처방에 의한 의약품투여라는 사실이 어떤 식으로든 입증되어야 한다. 이것이 분명히 드러나는 경우는 약품의 副作用이 임상적으로 뚜렷하게 입증된 경우에 한할 것이다. 결국 문제는 병·의원들이 인식하는 處方箋發行이 가져올 위험의 크기 및 이러한 위험이 일반에게 알려져 있지 않다는 점 때문에 발생하는 도

醫藥分業에 따른 장점과 단점은 많은 문헌에서 논의하고 있으나 이 해관계 집단별 損益分析을 경제사회적 관점에서 체계적으로 정리한 것은 드문 편이다. 아래에서는 문헌상에 나타나는 장단점들을 정리하고 損益分析表를 <表 I-4>에 정리해 보았다.

<表 I-4> 各 利害集團의 醫藥分業에 따른 損·益 分析表

	편익	비용
소비자	① 의약품 오남용 감소에 따른 건강 향상 ② 약물 오남용 통제에 따른 약 사용 감소 ③ 의약품 조제 대기시간 감소	① 부가적 병원 출입에 따른 비용 증대(병원진찰 비용, 대기비용, 교통 비용) ② 병·의원에서의 불필요한 검사 등 과잉진료의 가능성 ③ 의약품에 대한 정보 감소
병·의원	① 일반약국 처리 환자 내원으로 인한 진료 수입 및 처방료 수입 증대 ② 내원환자에 대한 과잉진료에 따른 수입 증대 ③ 병원 약국 인력 감소 ④ 약구입 및 저장과 관련한 관리비용 감소	① 약품 판매 마진 감소 ② 오남용 감소 및 건강증진 효과에 따른 환자 감소
약국	① 처방전 수용에 따른 조제 수입 증대 ② 전문의약품 판매 증가에 따른 약 판매 마진 증대	① 자유판매 약품감소로 인한 수입감소 ② 전문화에 따른 시설투자(조제실, 전문의약품 비축 공간, 저장비용) ③ 조제 의약품 청구에 따른 비용 증가 ④ 병·의원에 대한 섭의 비용

道德的 解弛의 문제이다. 이러한 道德的 解弛의 심각성여부는 제대로 된 處方箋 發行에 드는 노력이 적절한 선에서 이루어질 것인가에 달려 있다(적정 원외처방전 발행율에 대한 논의는 제3장을 참고할 것). 그 가능성은 극단의 두 가지 형태로 나타날 수도 있다. 하나는 이미 언급한 대로 處方箋을 濫發하는 경우이다. 이러한 현상이 만연한다면 醫藥分業에 따라 의사의 약품 유통 통제기능을 도입하고 이에 대해 사회적 비용을 지불한다는 본래의 의도는 실효를 거두지 못하고 의약품 구입에 따르는 환자의 비용만 상승시킬 가능성도 있다. 또 하나의 가능성은 처방전 발행을 신중하게 한다는 핑계로 過剩診療를 할 가능성이다. 현 제도하에서도 過剩診療의 가능성은 상존하고 있는데 전문의약품 구입과정에서 의사의 진료를 의무화한다면 過剩診療의 문제가 제기될 수도 있을 것이다.

먼저 의약품 소비자의 입장에서 보면 醫藥分業으로 의약품 誤濫用이 감소하므로 健康增進의 효과를 기대할 수 있다. 참고로 페니실린 人體耐性率 및 총 약제비를 비교해 보면 醫藥分業의 효과를 짐작할 수 있을 것이다(表 I-5, 表 I-6 참조).

〈表 I-5〉 肺炎球菌의 페니실린 耐性率의 國際比較

(단위: %)

구 분	의약분업 실시					의약분업 미실시				
	인도	캐나다	미국	영국	프랑스	홍콩	싱가폴	일본	태국	한국
내 성 른	1.8	6~10	10 이상	15.0	36.3	29.3	36.9	55	63.1	70~77
평균내성률	12.4 이상					51.7				

資料: The 1st Samsung International Symposium on Antimicrobial Resistance, 1997 等

〈表 I-6〉 藥劑費 比重의 國際比較

(단위: %)

구 분	의약분업 실시		의약분업 미실시	
	미 국	영 국	일 본	한 국
총의료비 중 약제비 비율	11.3	16.4	29.1	31.1(39.8)
총의료비중 입원 약제비 비율	3.9	1.6	7.8	10.4(12.9)
총의료비중 외래 약제비 비율	7.4	14.8	21.3	20.7(26.9)

註: 1) 韓國은 1996年, 英國은 1992年, 美國과 日本은 1993年 基準임.

2) 韓國은 醫療保險診療費를 基礎로 計算된 것으로 韓方病·醫院, 保健所, 藥局 等이 除外됨.

3) 韓國資料에서 括弧안의 數字는 手記料(處方料, 調劑料, 注射料 等)를 包含한 比率임.

資料: 醫療保險聯合會 內部資料

약물 誤濫用의 감소는 또한 전체적인 약사용감소에 따른 약품지출비를 감소시키게 될 것이다. 병·의원에서 약을 調劑하지 않고 院外處方이 가능해진다면 약품을 타기 위한 대기시간이 감소되는 효과도 기대될 수 있을 것이다. 이밖에 醫藥分業으로 인한 소비자의 편익으로

약 중복투여의 방지, 調劑選擇의 자유, 處方內容의 공개에 따른 處方 과오의 감소 등이 지적되고 있으나 그 효과는 2차적인 중요성을 갖는 것으로 보인다.

의약품 소비자에게 醫藥分業은 새로운 費用上昇要因을 수반한다. 우선 전문의약품 구입을 위해 의사의 處方을 받아야 하므로 추가적인 병원방문에 따른 각종 부대비용이 발생할 것이다. 이에는 診療費用, 處方費用 뿐만 아니라 診療待期 時間費用 및 通院에 따르는 時間費用 등이 포함된다. 더군다나 醫藥分業제도하에서는 병·의원 매출액의 상당부분을 차지하는 약품 매출액의 감소가 나타날 것이므로 약국을 이용하던 환자가 병·의원에 충분히 몰려 수입이 증가하지 않거나 처방료 등의 적정화가 이루어지지 않는다면, 병·의원이 경영수지악화분을 보전하기 위하여 필요이상의 진료행위를 할 가능성도 없지 않다.<sup>49)</sup>

또 다른 비용측면으로는 약국에 가는 이중 수고, 병원의 약이 아닌 것에 따른 불안감, 건강상황이 유출될 가능성에 대한 불안감, 의약품에 대한 정보를 얻기가 쉽지 않게 된다는 점 등이 지적되고 있다.

위에서 언급한 費用과 便益을 정리하면 醫藥分業시 의료비 상승요인으로는 크게 다음의 네 가지 요인을 지적할 수 있을 것이다. 첫째, 의사의 處方料와 약사의 調劑料에 대한 환자의 이중부담이다. 둘째, 병·의원 출입에 따른 진료비의 新規負擔이다. 셋째, 병·의원의 의약품 판매수의 감소로 인한 檢査料 및 診療費 引上 가능성이다. 이때 檢査料 및 診療費의 가격인상(단위당 가격의 상승)보다는 診療件數의 증가로 인한 總費用의 상승이 우려된다. 넷째, 전문의약품구입을 위한 단계가 소비자, 약국 2단계 경로에서 소비자, 병·의원, 약국의 3단계로 늘어나

49) 얼마전 각 매스컴을 통해 알려진 바에 의하면 암검사의 경우 실제 90% 가량이 특별한 이상이 없는 것으로 나타나 심각한 過剩診療의 문제가 현재에도 존재하고 있다는 점이 간접적으로 확인되고 있다.

게 되므로 각종 교통비용, 시간비용 등 間接費用이 발생할 것이다.

반면에 의료비 지출 감소요인으로 첫째, 의약품의 誤濫用 및 耐性增加를 防止하여 치료기간을 단축시킴으로써 의료비용이 감소되는 효과가 있을 것이다. 둘째, 전문기술의 分業化를 통해 치료효과를 증대시켜 치료필요 횟수를 감소시킴으로써 의료비용이 감소되는 효과이다. 셋째, 건강증진에 따라 投藥率이 감소됨에 따라 의료비용이 감소되는 효과이다. 위와 같은 의료비 증감요인과는 별도로 국민건강증진이라는 측정하기 어렵지만 매우 귀중한 편익과 치료기간 단축에 따라 노동에 투입되는 시간의 증가로 인한 生産性 向上의 效果 등도 편익의 항목에 추가되어야 할 것이다.

병·의원의 입장에서는 우선 處方箋을 얻기 위해 내원하는 환자들로 인한 診療收入과 處方料 收入이 편익으로 간주될 수 있을 것이다. 또한 이들 환자들에 대해 각종 검사들을 통한 추가적인 수입도 기대할 수 있다. 병·의원에서 약국의 역할이 감소함에 따라 인력 및 공간을 절감할 수 있으며 약품 저장에 따른 각종 비용도 감소시킬 수 있을 것이다. 이밖에 의약품 구입자금 감소 및 금리부담의 감소, 세제상의 편익, 보험심사의 감소 등이 지적되고 있다. 반면에 醫藥分業으로 약품 판매가 감소될 것이므로 약품매출액이 감소할 것이며 실제적인 약품 구입가격과 의료보험연합회의 환급가격사이의 약가차액, 그리고 의약품에 대한 需要獨占的 權限이 축소됨에 따른 각종 음성적인 수입도 감소하게 될 것이다.<sup>50)</sup> 이밖에 處方箋 발행에 따른 책임소재, 약품 관리체계의 변동에 따른 적응단계에서의 각종 관리비용, 야간 및 응급환자 대응체제에 대한 불안 등도 비용 측면으로 지적되고 있다.

약국의 입장에서 보면 종래 병·의원이 調劑하던 환자들의 몫을 가져

50) 의료보험 등재의약품의 藥價差額발생에 관한 문제에 관련해서는 의료개혁위원회, 『의료보험 약가 제도의 개선방안』, 공청회 자료, 1997a.를 참고할 것.

을 수 있으므로 調劑收入의 증대효과가 일차적으로 나타나게 될 것이다. 둘째, 총 매출액 중 전문의약품 판매비중이 증가하게 될 것이므로 평균적인 판매 마진이 상승할 것으로 보인다. 이밖에 保險調劑에 의한 수입증가, 의약전문성 발휘에 따른 자긍심 고취 등의 부수적 편익도 기대된다. 그러나 醫藥分業이 이루어지면 전체적으로 약품 수요가 감소할 것이므로 총 약품 매출액이 줄어들 가능성이 있다. 또한 院外處方이 실시되는 경우 다양한 약품을 저장, 전시, 판매하는 약국, 즉 대형약국이 경쟁을 주도하게 되므로 약국들은 대형화, 전문화하기 위한 시설투자 및 인력개발비가 불가피하게 더욱 많이 부담해야 할 것으로 보인다. 또한 다양한 약품을 구비해야 하므로 수요예측의 실패에 따라 나타나는 재고 증가에 따른 비용도 감안해야 할 것이다. 병·의원과 약국이 경쟁관계보다는 補充關係가 될 가능성이 높기 때문에 병원과의 유기적 관계를 유지하기 위한 섭외비용도 추가적으로 부담하게 될 수 있다. 즉 의사의 약국에 대한 선별기능이 어떤 식으로든 약품 소비자에게 영향을 미치게 되므로 의사들과의 관계에 신경을 쓰지 않을 수 없게 될 것이다. 약국끼리의 경쟁도 새로운 비용요인을 안게 될 것으로 보인다. 대부분의 환자들이 병·의원을 경유하여 약국을 찾게 되므로 병·의원에 지리적으로 가깝고 찾기 편리한 약국, 다양한 의약품을 골고루 전시할 수 있는 대형화된 약국이 유리하게 될 것이다.

## 第 2 節 實證分析을 위한 基本模型

### 가. 消費者 厚生分析

醫藥分業의 본래 취지로 볼 때 병·의원 및 약국에 관한 고려사항보다는 소비자에게 미치는 영향을 평가하는 것이 가장 중요한 분석대상



이 되어야 할 것으로 본다. 단순화시켜 본다면 醫藥分業이 시행되면 소비자들이 직면하는 專門醫藥品の 가격이 높아진다는 비용측면(診療費, 處方費, 대기 및 교통이용 시간비용, 필요이상의 진료 가능성 등 포함)과 의약품 誤濫用이 감소되기 때문에 얻게 되는 국민건강 증진 및 이에 따른 각종 편익 측면(치료기간 단축에 따른 시간의 기회비용 포함)을 동시에 고려하여야 할 것이다.

#### 1) 專門醫藥品の 實質的 價格上昇과 關聯하여(COST)

① 소비자가 직면하는 專門醫藥品の 상대가격변화에 따른 專門醫藥品 수급량의 변화와 일반의약품과의 代替關係에서 오는 專門醫藥品 유통가격에 대한 영향을 고려해야 한다.

즉 醫藥分業 부재시 專門醫藥品の 가격을  $p$ , 의약분업시 의사의 處方箋을 얻기 위한 기타 부대비용의 증분을  $t$ 라고 했을 때 醫藥分業시 소비자가 직면하는 專門醫藥品の 실질가격은  $p+t$ 가 될 것이다.<sup>51)</sup>

② 위에서 언급한  $t$ 는 병·의원이 분업전에 수익을 어떻게 보전할 것인가에 크게 영향을 받을 것이다. 醫藥分業과 함께 약의 院外處方이 이루어지면 대부분의 병·의원은 상당한 정도의 약품 매출액 손실을 입게 될 것이 분명하다.<sup>52)</sup> 문제는 이러한 손실을 충분히 보상할 정도의 내원환자증가로인한 수입증가 또는 처방료 인상이 가능할 것인가이다. 만일 수입이 보장되지 않는다면 병·의원을 둘러싼 여러 가지 어려움을 고려할 때 필요이상의 진료가 행해질 가능성이 있다고 할 것이며 이때 실제 환자(소비자)가 느끼는 專門醫藥品の 가격은 월

51) 이는 소비자의 一般醫藥品으로의 代替效果 및 所得效果를 발생시켜 소비자의 수요량을 변화시킬 것이며 이에 따라 의약생산업체의 공급계획에 조정과정이 발생할 것이다. 이러한 변화로 조정된 후의  $p$ 가 변동될 가능성이 있다.

52) 현재 병·의원의 총수입 중 약품 매출액이 차지하는 비중은 30%를 넘는 것으로 알려지고 있다.

썩 크다고 보아야 할 것이다.

③ 실증분석을 위해서는 소비자가 직면하는  $p+t$ 에 대한 예측이 먼저 선행되어야 할 것이다. 변화 후  $p$ 에 대한 예측은 제약산업 전체에 대한 一般均衡的인 分析이 선행되지 않는 한 쉽지 않은 과제로 보인다. 분석을 위한 단순화가정으로  $p$ 의 변화가 심하지 않다고 하자. 그렇다면 문제는  $t$ 가 어느 정도일 것인가이다. 분석을 위해 한 가지 단순화할 수 있는 방법은 병·의원들이 기존의 약품 매출액을 포함한 총 매출액을 달성할 정도만큼  $t$ 를 설정할 것이라고 가정하는 것이다. 물론 이때  $t$ 는 병·의원에게 있어서 處方箋 수입이라는 양성적인 수입이 외에 필요이상의 진료라는 음성적 수입을 포함하고 또한 소비자의 간접비의 증가를 감안하는 값이라 할 수 있다<sup>53)</sup>.

구체적으로는 다음과 같은 절차를 거쳐  $p+t$ 를 구할 수 있을 것이다.

- i) 의약품 총매출액 중 전문의약품 판매비율을 일정하게 가정하고 (예 30%) 전문의약품 판매액을 구한다.
- ii) 의약품 총판매량(예컨대  $g$ )의 일정비율(예컨대 20%)을 전문의약품 총판매량( $q$ )으로 가정한 후 앞에서 구한 전문의약품 판매액을 사용하여  $p$ (평균적인 전문의약품  $g$ 당 가격)를 산출한다.
- iii) 병·의원의 총매출액 중 약품 매출액의 비중을 구하고 약품 매출액을 산출한다.
- iv) 위 iii) 에서 구한 병·의원의 약품 매출액의 전부 또는 일부에 소비자들의 추가적인 교통비용, 병원대기비용을 합한 금액을 ii) 에서 구한 專門醫藥品 총판매량으로 나누어  $t$ 를 구한다.

53) 處方箋 수입은 국가정책적으로 결정될 변수이지만 비적정 진료량은 상당부분 개별 병·의원의 재량에 달려 있기 때문에 위와 같은  $t$ 는 政策變數라기보다 병·의원의 반응까지를 포함하여 결정되는 内生變數라고 보아야 할 것이다. 이러한 내생 변수의 값을 예측하기는 대단히 어려우므로 ‘기존수입을 어느 부분 담보할 정도’라는 가정하에서 이를 추정할 수 있다.

④ 專門醫藥品 수요의 가격탄력성을 외국의 사례를 통해 일정하게 가정하고(예컨대 영국의 의료서비스에 대한 수요의 가격탄력성은 0.1~0.2정도로 추정되고 있다. O'Brien(1989)은 각 탄력성하에서 위에서 구한  $t$ 만큼의 가격 상승시 소비자가 추가로 부담해야 할 금액을 산출한다. 즉,  $\frac{\Delta p}{p} = \frac{t}{p}$  를 퍼센트로 산출하고 이를 가격탄력성에 곱하면  $\frac{\Delta q}{q}$  를 구할 수 있다. 이때 소비자가 추가로 부담해야 할 금액은 다음과 같이 계산된다(여기서  $\Delta q$  는 음의 값임).

$$t(q + \Delta q)$$

⑤ 한편 가격상승에 따른 소비자 후생손실은 개략적으로 다음과 같이 구할 수 있다

$$- \frac{1}{2} t \Delta q$$

⑥ 종합하여 醫藥分業에 따라 소비자가 부담해야 할 비용은 아래와 같이 정리된다.

$$t(q + \Delta q) - \frac{1}{2} t \Delta q = pq \left[ - \frac{t}{p} \frac{\Delta q}{q} \frac{1}{2} + \frac{t}{p} \left( 1 + \frac{\Delta q}{q} \right) \right]$$

2) 專門醫藥品의 流通過程에 醫師의 monitoring 이 追加됨으로써 藥禍의 危險이 減少하는 것과 關聯하여(BENEFIT)

① 의약품 남용의 감소를 통한 약화위험감소량을 구하고 이를 다시 금액으로 환산·추정하는 것은 현실적으로 매우 어렵다. 간접적으로 이를 추정하는 한 가지 방법은 위에서 가격탄력성을 가정해서 구한

전문약품 수요량의 감소분을 통해 감소된 전문 의약품 지출총액을 계산하고 이를 기준으로 감소되는 국민경제전체적인 의료지출액을 산출하는 것이다. 한 가지 방법은 총의료지출액을 專門醫藥品생산액으로 나눈 것을 승수(multiplier)로 하여 이를 감소된 의약품 지출 총액으로 곱하여 계산하는 것이다.<sup>54)</sup>

$$M_r = \delta[-p\Delta q], \quad \delta = \frac{M}{S_k}$$

$M$  : 총국민의료비 (간접의료비용 포함)

$M_r$  : 醫藥分業에 따른 專門醫藥品 소비감소로 인한 총국민의료비 감소총액

$\delta$  : 專門醫藥品 매출액이 약화로 이어졌을 때의 비용을 추산하기 위한 파라미터

$S_k$  : 專門醫藥品 매출총액

위에서 총국민의료비  $M$ 에는 건강회복, 유지 및 증진을 위해 보건 의료서비스구입에 지출되는 화폐적 비용으로 외래 및 입원진료비, 약제비 등이 포함되는 직접의료비와 보건의료서비스를 구입하기 위해 필수적으로 지출되는 교통비, 간병비 및 기타 부대비용 등 의료서비스 수요자가 직접 지출하되 국민의료비에 포함되지 않는 비용과 소비자가 직접 지출한 금액은 아니지만 시간 소요에 따른 기회비용을 합산한 간접의료비용이 모두 포함된다.

54) 이러한 접근은 간접의료비를 포함한 총국민의료비( $M$ )에 대한 의약분업실시후 감소분( $M_r$ )의 비율이, 전문약품의 매출총액( $S_k$ )에 대한 의약분업실시후 전문약품 감소분의 비율과 동일하다는 것과 이때 감소하는 국민의료비의 감소분이 곧 의약품 남용감소로 인한 소비자편익증분과 동일하다는 강한 가정에 기초하고 있다. 이는 논란의 여지가 많은 가정임을 명백히 밝혀둔다. 따라서 전문약품의 실질가격상승으로 전문약품 수요량이 감소하며 이 감소비율에 해당하는 총국민의료비의 감소분이 곧 의약품 남용에 따른 소비자의 편익이라는 가정은 이후 엄밀한 연구결과에 의해 충분히 완화되고 보정되어야 할 것이다.

醫藥分業으로 인한 專門醫藥品 오용의 감소는 국민건강을 증진시키는 한편 이를 통해 노동생산성을 증대시키게 될 것이다. 이러한 효과를 추정하기는 현실적으로 매우 어려우므로 일정한 가정을 두고 논하기로 한다.

#### 나. 病·醫院 및 藥局의 損益分析

병·의원의 손익분석은 이론적으로 보면 위에서 구한 ( $\Delta q/q$ )의 크기와 감소된 의약품 수요량이 院內處方과 院外處方으로 나누어지는 정도, 處方箋 수입 및 과잉진료의 가능성 정도 등에 의해 좌우될 것으로 볼 수 있다.

약국의 손익분석도 병·의원과 같이 이론적으로 보면 위에서 구한 ( $\Delta q/q$ )의 크기와 감소된 의약품 수요량이 院內處方과 院外處方으로 나누어지는 정도, 調劑料 수입 등에 의해 좌우될 것으로 볼 수 있다.

### 第 3 節 實證分析

#### 가. 消費者厚生에 관한 實證分析

위에서 설정한 기본모형에 따라 실증분석을 하기 위해 필요한 자료들을 먼저 점검해 보자. 1997년 6월에 발간된 제약산업통계집에 의하면 1996년 일반의약품은 7,484품목에 총생산액이 3조 4002억 4392만 5천원이었으며 專門醫藥品은 4,909품목에 총생산액이 2조 9470억 9536만 3천원이었다. 즉 총 품목수 12,393 중 專門醫藥品의 비율은 39.6%, 총생산액 6조 3473억 3928만 8천원중 專門醫藥品의 비율은 46.4%에 이르고 있다. 참고로 의약품 생산업체수, 품목수 및 생산금액

은 <表 I-7>에 정리되어 있다.

<表 I-7> 醫藥品 生産現況

(단위: 백만원)

연 도	업 소 수	품 목 수	생 산 금 액
1991	306	11,513	3,897,468
1992	336	12,609	4,287,410
1993	327	12,681	4,666,124
1994	300	12,322	5,254,074
1995	300	12,380	6,056,851

註: 生産業所數는 製造業所中 生産實績이 있었던 業所數임.  
 資料: 保健福祉部, 『保健福祉統計年譜』, 1996.

실증분석을 위해 생산금액을 가격과 수량의 형태로 나누어 보아야 하는데 주어진 자료로는 이를 구할 수가 없다. 한 가지 가능한 방법은 생산금액상승률에서 의약품가격상승률을 뺀 비율을 생산량상승률로 보는 것이다. 의약관련 생산자 및 소비자 물가지수는 통계청에서 발간한 한국통계연감을 통해 아래의 <表 I-8>로 정리될 수 있다.

<表 I-8> 醫藥關聯 生産者 및 消費者 物價指數(1990年=100)

연 도	生産자물가지수		소비자 물가지수		
	의 약 품		보 건 의 료		
	전 체	전체	의약품	보건의료용품	보건의료서비스
가중치	15.2	54.5	25.7	3.3	25.5
1991	101.1	106.6	107.7	109.8	105.0
1992	104.0	111.2	109.6	116.5	112.2
1993	104.5	114.3	109.7	120.1	118.1
1994	106.0	118.0	114.2	123.0	121.1

資料: 統計廳, 『韓國統計年鑑』, 1995.

위의 表중 생산금액 상승률과 의약품 소비자 물가지수상승률을 이용하여 생산량상승률을 구하면 아래와 같은 표를 얻게 된다.

〈表 I-9〉 醫藥品の生産額, 價格 및 生産量 推移

연도	의약품 생산액		의약품 물가지수		의약품 생산량
	생산액(천원)	증가율(%)	(1990=100)	증가율(%)	증가율(%)
1992	4,287,410,177		109.6	1.76	
1993	4,666,124,488	8.98	109.7	0.09	7.22
1994	5,254,076,736	8.83	114.2	4.10	8.74
1995	6,056,851,247	12.60	123.4	8.06	8.50
평균		10.14		1.98	8.15

한편 병·의원의 약제비는 〈表 I-10〉과 같이 의료보험연합회의 자료를 통해 얻을 수 있다.

〈表 I-10〉 療養機關種別 外來患者 藥劑費 構成(1996年)

(단위: 십억원, %)

	경구제 약제비	주사제 약제비	총약제비
합 계	1,487(82.6)	313(17.4)	1,800(100.0)
3차 병원	314(93.5)	22( 6.5)	336(100.0)
종합병원	327(91.9)	29( 8.1)	356(100.0)
병원	93(83.0)	19(17.0)	112(100.0)
의원	754(75.6)	243(24.4)	997(100.0)

註: 1) 藥劑費는 手記料를 包含한 것임.

2) 齒科는 除外됨.

資料: 醫療保險聯合會 內部資料

환자들이 專門醫藥品을 얻기 위해서 병원출입을 경유하기 때문에 발생하는 각종 시간비용은 다음과 같은 자료를 참조할 수 있다.

〈表 1-11〉 2週間 外來利用 關聯 各種 平均數值

구 분	전체	종합 병원 (3차)	종합 병원 (2차)	병원	의원	한방 병·의원	치과 병·의원	약국	보건 (지)소	보 건 진료소
외래 1인당 평균방문 횟수(回數)	2.44	1.58	1.84	2.48	2.87	2.71	2.73	1.56	1.66	1.53
평균외래 방문소요 시간(분) <sup>1)</sup>	30.4	73.4	35.9	27.7	24.2	37.0	23.4	18.4	19.1	14.8
외래 이용률(%)	2.7	1.0	1.4	1.1	9.3	1.2	1.6	17.3	1.9	1.0
평균진료 대기시간 (분)	29.1	70.3	66.6	32.5	27.7	23.7	26.8	0.0	14.0	0.0
총 방문 소요시간 (천시간) <sup>1)</sup>	210,021	13,207	9,081	9,203	54,927	16,041	7,561	96,470	285	676
외래환자 방문대기 소요시간 (천시간)	126,232	13,428	15,164	11,275	63,937	10,596	9,751	-	2,081	-

註: 1) 片道를 基準으로 作成된 것임.

資料: 최정수 외, 『한국인의 건강과 의료이용실태』, 韓國保健社會研究院, 1995.

1992년과 1995년에 韓國保健社會研究院에서 행한 『國民健康 및 保健意識行態調查』결과에 의하면 1995년 2주간 약국의 평균방문횟수가 1.56이고 1992년 15일간 약국이용자의 69.7%가 조제환자로 나타난바 있다. 조제의 경우 專門醫藥品이 1종류이상 포함된다고 가정할 때 專門醫藥品 구입과 관계되어 약국을 방문하는 횟수는 1.087이 된다. 醫藥分業이 되면 이 만큼을 추가적으로 병·의원에 출입하여야 하므로 위에서 병·의원만의 총방문횟수 8.77의 12.39%가 되며 따라서 추가적인 간접의료비용은 약 12.4%가 상승된다고 보아야 할 것이다. 1995년 韓國保健社會研究院이 추정한 외래와 관련된 간접의료비용은 4조



4731억원이므로(表 I-12 참조) 醫藥分業에 따라 추가적으로 발생하는 間接醫療費用의 증가는 5547억원 정도가 된다.

〈表 I-12〉 總 間接醫療費用의 規模(1995年)

(단위: 백만원)

항 목		비 용
입 원	입원시간소요비용	16,272
	왕래비용	391,734
	간병비용	36,602
	기타부대비용	33,119
	소 계	477,727
외 래	방문시간소요비용	2,397,150
	대기시간소요비용	720,398
	교통비용	1,355,574
	소 계	4,473,122
합 계		4,950,849

註: 의약품 조제대기비용은 추계되지 않았음.

資料: 홍정기, 『國民醫療費의 時系列 및 間接醫療費用 推定』, 韓國保健社會研究院, 1995

이제 가정하기를 현재 경영악화에 시달리고 있는 병·의원에서는 의약분업시행으로 소멸되는 외래 약제비에서 오는 수입을 보전하기 위하여 분업전 외래약제비 100%만큼의 수입을 얻을 수 있도록 어떤 수단을 강구한다고 하자.<sup>55)</sup> 각각의 경우 醫藥分業의 실시로 소비자들이 추가로 부담해야 할 실질적인 가격증가율을 산출해 보기로 하자. 먼저 이러한 액수는 소비자들이 모두 추가로 부담해야 하는 것은 아니며 수요곡선의 형태에 따라 專門醫藥品에 대한 수요를 감소시키는 효

55) 어떤 한 부류의 의료행위로 발생하는 매출에 대한 수익률이 외래의약품매출에 대한 수익률과 동일하다고 가정할 때 병·의원은 의약분업실시로 인한 수익감소를 방지하기 위해 의약분업으로 소멸될 외래의약품매출액과 동일한 금액의 매출을 시현하는 의료행위를 창출(demand creation)할 가능성이 있다.

과가 발생할 것이므로 이를 전체적으로 감안해야 한다. 수요감소의 효과를 도출하기 위해서는 價格變化와 價格彈力性을 알아야 하는데 가격변화를 구하기 위해 의약품 수량변화율을 1992년부터 1995년 평균인 8.15%로 일정하게 가정하고(表 I-13 참조), 총생산액에 醫藥分業으로 추가적으로 소비자들이 지출할 것으로 상정되는 비용을 합한 수치만큼을 증가율로 계산한 후 이를 일정하게 가정한 의약품 수량증가율로 제하여 의약품 가격변화율을 도출할 수 있다. 이는 醫藥分業으로 예상된 醫藥品 物價指數 變化率이라고 명명할 수 있을 것이다. 예상된 의약품 물가지수 변화율에서 실제 물가지수변화율인 8.06(表 I-13 참조)을 빼면 醫藥分業으로 인해 발생하는 의약품물가지수 변화율 ( $\Delta p/p$ )을 도출할 수 있다. 아래의 표는 이러한 계산과정을 보이고 있다.

〈表 I-13〉 醫藥分業으로 인해 發生하는 追加的인 醫藥品 物價指數 變化率의 導出

병·의원외래 총약제비(억원)	(a)	18,000
외래 총 약제비 대비 수입보전가능성 지수	(b)	1
병·의원경유 전문의약품구입으로 발생하는 간접의료비(억원)	(c)	5,547
전문 의약품 총생산액(pq)(억원)	(d)	28,104
예상된 추가 비용 증가율(a*b+c)/ d	(e)	83.79
실제 의약품 생산량 증가율(%)	(f)	8.15
예상된 의약품 물가지수 증가율(%)	(g)	75.64
실제 의약품 물가지수 증가율(%)	(h)	8.06
의약분업으로 발생할 전문의약품 물가지수 상승률(%) ( $\frac{\Delta p}{p}$ )	(i)	67.58

위에서 구한 醫藥分業으로 인해 발생하는 의약품물가지수 변화율 ( $\Delta p/p$ )에 대해 일정한 價格彈力性(-0.10~-0.20)을 가정하면 각각의 가정된 탄력성 전제하에서 의약품 수요량 변화율( $\Delta q/q$ )을 구할 수

있다. 각각의 수요량 변화율을 이용하여 앞의 이론모형에서 정의된 醫藥分業으로 인한 소비자들의 편익과 비용변화를 계산할 수 있다.

이때 醫藥分業으로 인한 비용을 계산하는 것은 큰 문제가 없으나 편익을 구하는데 있어 어려움이 존재한다. 특히 醫藥分業을 통해 줄어든 것으로 예상되는 專門醫藥品 소비 감소가 국민의료비 절감에 얼마나 도움을 줄 것인가를 결정하는 파라미터  $\delta$ 를 어떻게 구할 것인가가 문제이다. 여기에서는 국민계정상에 나타나는 1995년도 직접의료보건의비 11조 9623억원에 韓國保健社會研究院에서 추정한 1995년 간접의료비 4조 9508억원을 더한 총국민의료비 16조 9131억원을 1995년도(추정된) 專門醫藥品 총매출액 2조 8104억원으로 나누어 구한  $\delta$ 값을 이용하여 전문의약품 소비량 감소로 인한 국민의료비감소라는 醫藥分業의 편익증가분을 추계할 수 있다.<sup>56)</sup> 그러나 이러한 추계는 의약분업 이전 의약품사용량의 오용을 줄일 수 있음에서 오는 의약분업시 편익의 증가는 제외되었다고 할 수 있다. 따라서 이러한 便益要因으로 인한 편익증가분이 전문의약품 소비량 감소로 인한 醫藥分業의 편익증가분과 동일하다고 가정하였을 때 환자 또는 소비자측면에서 의약분업의 편익 및 비용증감을 추계할 수 있다.<sup>57)</sup>

〈表 I-14〉에는 소비자들의 純便益의 추계치가 정리되어 있다.

현재 우리 나라나 외국의 자료를 검토해 볼 때 전문의약품 수요의 가격탄력도가 추정된 바가 없으나, 의료기관에서의 전문의약품수요는 곧 의료서비스수요와 불가분의 관계에 있으므로 O'Brien(1989)이 英國

56) 1995년 의약품 총생산액의 46.4%가 전문의약품 생산액이라는 가정에서 구한 값이다.  
57) 전문의약품 오용방지를 통한 국민의료비감소분은 매우 강한 가정에 기초하고 있는 바, 이후 별도의 실증연구가 행해질 경우 그 결과에 따라 충분히 補正되어야 할 것이다. 또한 향후 연구에서는 의약품 오남용감소로 인한 국민건강증진으로 노동공급량이 증대됨으로써 얻어지는 국민경제상의 효과, 그리고 우수한 의약전문인력의 노동력을 專門化·分業化함으로써 결과되는 勞動生産性 增大效果 등이 별도로 고려되어야 할 것이다.

의 의료서비스에 대하여 추정한 수요의 가격탄력도 추정치인 -0.1~ -0.2정도의 범주에서 의약분업으로 인한 소비자의 비용 및 편익규모를 논할 수 있을 것이다.

〈表 1-14〉 醫藥分業으로 인한 消費者 費用과 便益變化推定  
(단위: 억원)

$\frac{\Delta p}{p} = -\frac{t}{p}$	전문 의약품 수요의 가격탄력도	전문 의약품 수요변동 ( $-\frac{\Delta a}{a}$ )	전문 의약품 총매출액 ('95) ( $pa$ )	$pa(-\frac{\Delta a}{a})$	$\delta$	편익 증감 $\delta pa(-\frac{\Delta a}{a})$	비용증감 $pa[-\frac{\Delta p}{p} - \frac{\Delta a}{a} \frac{1}{2}]$ $+ (1 + \frac{\Delta a}{a}) \frac{\Delta p}{p}$	순편익 증감
0.676	-0.10	-0.068	28104	-1899	12.02	22828	18350	4478
	-0.11	-0.074		-2089		25110	18286	6825
	-0.12	-0.081		-2279		27393	18221	9172
	-0.13	-0.088		-2469		29676	18157	11519
	-0.14	-0.095		-2659		31959	18093	13866
	-0.15	-0.101		-2849		34241	18029	16213
	-0.16	-0.108		-3039		36524	17965	18559
	-0.17	-0.115		-3229		38807	17900	20906
	-0.18	-0.122		-3418		41090	17836	23253
	-0.19	-0.128		-3608		43372	17772	25600
	-0.20	-0.135		-3798		45655	17708	27947

한편 전문의약품 수요의 가격탄력도가 O'Brien(1989)이 英國의 의료서비스에 대하여 추정한 수요의 가격탄력도 추정치인 -0.1~-0.2의 최소 절대치인 -0.1와 동일한 것으로 가정하고, 의료기관이 의약분업으로 인한 외래약제비매출의 감소분을 다른 부문에서 100% 보전할 경우 소비자는 의약분업실시로 약 4478억원의 순편익 증가를 향유하게 될 것으로 추계된다. 이때 소비자의 편익은 약 2조 2828억원 증가하고 비용은 전문의약품구입의 실질가격의 약 67% 상승으로 약 1조 8350억원 증가하는 셈이다.

또한 수요의 가격탄력도가 O'Brien(1989)의 英國의 의료서비스수요의 가격탄력도 추정구간인 -0.1~-0.2의 최대 절대치인 -0.2와 동일할

때는 소비자의 편익은 약 4조 5655억원 증가하고 비용은 약 1조 7708억원 증가함으로써 소비자의 순편익은 약 2조 7947억원 증가하게 된다. 專門醫藥品 需要의 價格彈力性에 따라 소비자들의 純便益增分이 크게 변동됨을 알 수 있다.

#### 나. 病·醫院 및 藥局의 損益에 관한 實證分析

의약품의 유통은 일반 상품과 달리 인간의 생명과 건강에 직결되므로 정부가 엄격하게 통제하고 있다. 그러나 의약의 구분이 불분명한 현행 제도하에서는 醫藥品 流通經路가 매우 복잡한 형태로 이루어져 있는데 대략 아래의 다섯 가지 형태로 구분할 수 있을 것이다(의약품도매협회보, 1992).

- ① 제약회사 → 병·의원, 약국 → 소비자
- ② 제약회사 → 도매상 → 병·의원, 약국 → 소비자
- ③ 제약회사 → 종합병원 → 도매상 → 약국
- ④ 제약회사 → 도매상(A) → 도매상(B) → 약국, 병·의원
- ⑤ 제약회사 → 대형약국 → 병·의원, 약국

위 경로 중 ①, ②는 정상적인 유통경로이지만 ①의 형태로 제약회사가 도매상을 거치지 않고 직거래를 계속하는 관행때문에 약국과 병·의원을 상대로 제약회사와 도매상이 가격경쟁을 하는 혼란스런 상황이 지속되고 있다. ③, ④, ⑤는 비정상적인 유통경로로 ③의 유통경로는 保險藥價와 標準小賣價의 차이가 크게 생기는 모순을 이용하여 일부 종합병원이 보험의약품을 덤핑에 의해 대량 공급받아 다시 도매상이나 약국에 판매하는 경우에 발생하고 있다. ④는 도매상이 몇 개의 제약회사로부터 의약품을 저가에 대량 공급받아 이윤을 위주로 영업활동을 함에 따라 약품 구색이 부족한 경우, 혹은 약품 재고가 남

아 있는 경우 타도매상과 약품 교환을 하는 경우에 발생한다. 또한 병원거래의 경우 특정회사의 특정 제품에 대한 販賣權을 확보하고 그 회사의 영업을 대행하는 새로운 형태의 도매상이 출현하여 도매단계가 중복되는 경우도 이에 해당된다. ⑤에 의한 방법은 대형약국이 제약회사로부터 의약품을 대량으로 공급받아 소규모 의원급 및 약국에 판매하는 中間都買機能을 수행하는 경우 발생한다. 위의 다섯 가지 유통경로가 시사하듯 제약회사들간의 過當競爭으로 인한 직거래의 확대, 도매상간의 과열가격경쟁, 특정회사 특정 품목 판매를 대행하는 신규품목 영세 도매업체의 난립 등으로 우리 나라에서의 의약품 유통구조는 그야말로 複雜多岐한 형태를 띠고 있다.

의약품 유통과 관련하여 특기할 만한 사항은 의료보험의 실시로 인해 병·의원에 대한 의약품 수요가 급증한 반면 약국의 비중이 상대적으로 감소한 것이다. 선진국의 경우 80% 이상의 의약품이 도매상을 통해 유통되고 있는데 비해 우리 나라의 경우 그 비율은 25% 미만에 그치고 있다. 특히 제약회사가 直去來를 강화함으로써 일반판매비 및 관리비 비중이 30% 이상을 상회하여 10% 정도에 불과한 일반 제조업에 비해 연구개발 투자여력이 상대적으로 떨어지고 있다는 점이 큰 문제로 지적되고 있다.

병·의원의 損益分析은 기본적으로 약제비 매출액 손실에 대비한 處方箋 수입 더하기 진료환자 수입으로 나타낼 수 있다. 먼저 의료기관 분포상황은 <表 I-15>에 정리되어 있다.

앞에서 병·의원의 약제비는 1996년을 기준으로 약 1조 8000억인데 이는 의약품 매출 총액 6조 3473억의 약 28%, 專門醫藥品 매출총액 2조 9471억의 약 61%를 차지하고 있다.

〈表 1-15〉 醫療機關 分布狀況

(단위: 개소)

연 도	계	종합병원	병 원	의 원
1991	23,373	231	326	11,746
1992	25,022	236	337	12,355
1993	26,661	242	360	12,966
1994	28,121	252	380	13,647
1995	29,773	266	398	14,343

資料: 保健福祉部, 『保健福祉統計年譜』, 1996.

한편 약국의 경우 1991년도의 자료를 보면 월평균 매출액이 1140만, 연평균 1억 3680만이며 이를 1991년 총 약국수 19,917만큼 곱해 주면 대략 2조 7246억의 매출액을 올리고 있음을 알 수 있다. 이는 1991년 의약품 매출액 3조 9341억의 약 69%를 차지하고 있다. 물론 약국의 매출액은 調劑料를 포함하고 있고 표준소매가로 평가되고 있으므로<sup>58)</sup> 이러한 수치는 과다하게 계상되었음을 알 수 있다.

58) 의약품의 가격구조는 크게 標準小賣價와 醫療保險 藥價로 나뉜다. 표준소매가는 약사법 50조에 근거하여 유통질서 확립, 물가안정, 소비자 보호 등의 명목으로 시행되고 있으며 의료보험 약가는 의료보험법 제35조를 통해 조제비상환, 보험재정 보호 등의 명목으로 시행되고 있다. 1990년에 개정된 「의약품 가격표시 및 관리기준」에는 의약품을 행정관리 품목과 자율관리 품목으로 구분하여 행정관리 품목의 지정, 변경, 가격인상 등의 문제에 관해서는 價格管理委員會의 심의를 거치도록 하였으며 자율관리 품목은 제약회사가 결정하여 제약협회장에게 신고하도록 되어 있다. 행정관리 품목은 일반의약품 중 가격전반에 미치는 영향이 큰 대형 거래 품목, 가격질서를 문란시키는 품목, 기타 보건복지부장관이 별도로 지정하는 품목 등으로 구성되어 있다. 행정관리 품목의 표준소매가격은 표준 유통 마진을 30% 이내에서 결정되며 소매상은 標準小賣價의 상하 10% 범위 내에서 판매하도록 되어 있다. 출하가격이 신고된 가격보다 상하 10%이상 차이날 경우 보건복지부장관은 그 범위내로 출하가격과 표준소매가격을 변경하도록 제조업자에게 지시하며 제조업자는 이에 따라야 하도록 규정되어 있다. 自律管理品目의 경우 출하가의 상하 20% 범위 이내에서 소매상에 판매될 수 있으며 신고된 출하가의 상하 20% 의 범위를 벗어나 거래되는 가격문란 품목은 제약협회가 자체조사하여 보건복지부에 보고하고 價格管理委員會에 통보하면 위원회의 심의를 거쳐 특별 감시

〈表 1-16〉 藥局크기別 月平均 賣出額 分布<sup>59)</sup>

(단위: 만원)

매출액	소(7평 이하)	중(15평 이하)	대(16평 이상)	전체
평균 매출액	729.8	1109.0	2185.2	1139.8

資料: 서울특별시 약사회, 『標準藥局 모델開發을 위한 基礎研究』, 1991.

〈表 1-17〉 藥局數 現況

(단위: 개소)

연 도	약 국
1991	19,917
1992	20,158
1993	20,130
1994	19,874
1995	19,624

資料: 保健福祉部, 『保健福祉統計年譜』, 1996.

참고로 제약 기업의 경로별 流通比率을 보면 약국 등을 통한 유통이 병원 및 관납을 통한 유통과 비슷한 비율(약 30%)로 나타나고 있으나 도매를 통한 비율 23%중 약국 등에 약 30%, 병원 및 관납으로 약 60%가 유통되므로 전체적으로 병원 및 관납비율이 약 44%, 약국 등 비율이 약 39%정도로 나타나고 있다. 이 자료에서 관납의 비중이 명시되지 않고 있으므로 병·의원의 流通比重이 정확히 어느 정도인지는 파악되지 않고 있다.

기간을 거쳐 행정관리 품목으로 지정되게 된다. 標準小賣價格制度는 도매상의 유통 마진을 인정하지 않고 있으므로 약국은 도매상을 경유하는 거래보다 제약회사와의 직거래를 선호할 수밖에 없다. 이에 따라 도매상은 주로 제약회사가 미처 담당하지 못하는 소형 소매약국에 대한 공급만을 책임지는 현상이 나타나고 있다.

59) 약국의 최근 실태를 파악하기 위해서는 윤경일·장선미(1997)를 참고할 것.



〈表 1-18〉 製藥企業의 經路別 流通比率(1992~1996年)

(단위: %)

	1992	1993	1994	1995	1996
수 출	5.85	6.20	6.38	6.94	7.63
제 조	3.32	3.47	3.51	5.17	4.03
도 매	23.58	22.62	23.05	22.99	23.15
약 국 등	30.15	29.38	29.0	29.40	27.26
병원 및 관납	33.10	34.29	30.0	27.93	28.38
기 타	4.00	4.04	8.06	7.57	9.55

資料: 한국의약품도매협회 내부자료

〈表 1-19〉 醫藥品 都賣商의 經路別 流通比率(1992~1996年)

(단위: %)

구 분	1992	1993	1994	1995	1996
수 출	0.01	0.02	0.01	0.01	0.01
제 조	0.00	0.05	0.07	0.02	0.44
도 매	6.06	6.11	8.12	8.31	8.52
약 국 등	42.01	41.41	38.75	35.10	30.10
병원 및 관납	51.09	51.21	51.52	54.47	58.80
기 타	0.83	1.20	1.53	1.91	2.13

資料: 한국의약품도매협회 내부자료

위의 자료들로 미루어 볼 때 병·의원과 약국만을 비교하는 경우 대략 5 : 5 정도의 비율로 의약품이 유통되고 있다고 가정할 수 있으리라 본다. 醫藥分業을 통해 院外處方이 되면 이러한 비율은 급격히 약국쪽으로 쏠리게 될 것이다. 또한 전체 수요량도 감소하게 될 것이다. 수요량 감소분의 크기는 이미 언급한 대로 가격탄력도에 의해 좌우된다. 아래의 표는 醫藥分業에 따라 각 가격탄력도에 따른 의약품 수요 감소분을 도출하고 5 : 5 비율이 1 : 9로 변한다는 가정하에 병·의원과 약국의 순매출액 증가(감소)비율을 구한 것이다.

〈表 I-20〉 醫藥分業에 따른 藥局 및 病·醫院의 醫藥品 純賣出額 增加(減少)比率

의약품 수요의 가격탄력도	$\frac{\Delta q}{q}$	약국 의약품 매출 순 증가비율	병·의원 의약품 매출 순 증가비율
-0.10	-0.068	0.678	-0.814
-0.11	-0.074	0.666	-0.815
-0.12	-0.081	0.654	-0.816
-0.13	-0.088	0.642	-0.818
-0.14	-0.095	0.630	-0.819
-0.15	-0.101	0.618	-0.820
-0.16	-0.108	0.605	-0.822
-0.17	-0.115	0.593	-0.823
-0.18	-0.122	0.581	-0.824
-0.19	-0.128	0.569	-0.826
-0.20	-0.135	0.557	-0.827

註: 병·의원과 약국의 의약품 市場占有率이 5 : 5에서 1 : 9로 변한다는 假定 下에서 구한 것임.

위 표에 따르면 약국의 매출증가율이 價格彈力度가 증가함에 따라 급격하게 둔화되는 반면 병·의원의 매출감소율은 80%선에서 일정하게 유지되는 특징을 보이고 있다. 이는 물론 價格彈力度가 증가할수록 약품 수요량이 감소하는바 상대적으로 약품유통에서 더 많은 비중을 차지하는 약국에 미치는 영향력이 커질 것이기 때문에 발생하는 현상이다.

다. 醫藥分業으로 인한 社會的 純便益의 變化

전술한 〈表 I-20〉에서 알 수 있듯이 의약분업으로 인해 병·의원과 약국에서의 총 전문의약품매출규모는 專門醫藥品 需要의 價格彈力度가 영국의 의료서비스수요의 가격탄력도와 같은 -0.1~0.2인 경우 6.8~13.5%의 매출액 감소율을 보일 것으로 추계된다. 이는 의약분업으

로 병·의원과 약국의 매출액이 약 1899억원에서 약 3798억원만큼 감소한다는 것으로 의약품의 유통마진율을 대략 30%로 가정할 때 병·의원과 약국은 총액으로 약 570억원에서 1139억원의 이윤 또는 사적 순편익감소에 직면하게 된다고 볼 수 있다.

醫藥分業으로 인한 社會的 純便益 增加分은 소비자의 純便益增加分에서 약국과 병·의원에서의 私的 純便益減少分을 差減한 것이므로 價格彈力度가 -0.1에서 -0.2인 경우 의약분업에 따른 社會的 純便益의 증가는 소비자의 순편익 증가분인 약 4478억원~약 2조 7947억원에서 약국과 병·의원에서의 私的 純便益減少分인 약 570억원에서 1139억원을 差減한 최저 3908억원에서 최고 2조 6808억원에 이르게 될 것으로 예상된다. 이로써 의약분업으로 인한 사회적 순편익의 증분이 전문의약품수요의 가격탄력도에 매우 민감하게 반응함을 파악할 수 있다.

이상을 요약하여 專門醫藥品 需要의 價格彈力度를 O'Brien(1989)이 英國의 자료를 이용하여 추정한 의료서비스수요의 가격탄력도 추정치인 -0.1~-0.2의 최소 절대치인 -0.1로 保守的으로 가정할 때, 의약분업으로 인한 社會的 純便益의 增加分은 消費者의 純便益 增加分인 약 4478억원에서 약국과 병·의원의 이윤 또는 순편익 감소분 약 570억원을 차감한 약 3908억원으로 추계할 수 있다.

## 第5章 結論

醫藥分業은 환자를 진료하여 건강상태를 살피고 환자의 건강상태에 따라 處方을 하는 기능은 의사가, 그리고 의사에 의해 처방된 의약품을 調劑하는 기능은 약사가 담당하도록 法的·制度的인 裝置를 마련함으로써 非專門的 醫師調劑 및 藥師處方으로 인한 國民健康에의 害惡可能性을 極小化하기 위한 제도라고 할 수 있다.

歐美國家の 醫療供給體系는 의사와 약사의 機能上 差異를 인정하고 이들의 分명한 機能的 分化를 토대로 각각의 업무영역이 구축되어 왔기 때문에 醫藥分業은 人爲的이기보다는 차라리 自然發生的이라고 할 수 있다. 그러나 醫가 곧 藥이라는 傳統的 韓方醫療概念이 팽배한 한국, 일본, 대만과 같은 동아시아국의 경우에 醫藥分業의 도입은 보건의료전반에 걸친 一代變革으로 받아들여지고 있는 것이 현실이다.

이에 우리 나라 정부는 지난 1963년 藥事法에 醫藥分業原則을 천명했으나 국민의 인식이 저조하였고 관련이해단체들의 기피로 시행이 유보되었다. 그러나 1970년대말에 醫療保險이 확대 실시되었고 1990년대에 이르러 韓藥調劑權에 대한 침예한 분쟁과정을 겪으면서 醫藥分業에 대한 共感帶는 크게 확산되었다. 마침내 정부는 1994년 藥事法에 1999년 7월 7일 이전에 醫藥分業을 도입하기로 施行時期를 구체화하였으며 1997년 12월, 한시적인 國務總理諮問機構인 醫療改革委員會는 誤濫用시 副作用이 큰 일부 專門醫藥品을 대상으로 제한적인 分業을 우선 실시하고 점진적으로 完全醫藥分業에 이르는 醫藥分業案을 제시하게 되었다.

그러나, 아직까지도 消費者, 醫師, 藥師 및 관련 專門家 사이에는

醫藥分業導入의 必要性, 實施時期 및 實施方法에 있어서 상당한 이견이 제기되고 있는 실정인 데 그 주된 이유는 다음과 같다.

먼저 우리 나라 국민은 醫藥未分業의 東洋醫療에 익숙해 있어 현행 제도의 弊害와 分業의 緊要性에 대한 이해가 부족한 실정이다. 대부분의 국민은 藥師職能을 의약품의 調劑·販賣와 함께 1차적인 診療를 제공하는 것으로, 醫師職能을 診療와 동시에 약을 제공하는 것으로 인식하고 있어 醫藥分業은 공연히 국민의 불편과 비용을 초래하는 제도로 오해하는 측면이 있다. 또한 정부도 醫藥分業 施行初期 處方箋料와 調劑料의 引上이 불가피하다는 판단하에 國民醫療費가 短期的으로나마 증가할 것을 우려하고 있는 실정이다. 한편 의사와 약사는 業權讓渡로 인한 이윤감소를 우려하여 醫藥分業 실시에 소극적인 태도를 보이고 있다. 현재 의사는 약사의 고유권한이라고 할 수 있는 調劑權을, 그리고 약사는 의사의 고유권한인 處方權을 행사하고 있으나 醫藥分業이 시행되면 각 전문직능은 이러한 권한의 일부 또는 전부를 상대 직능에 讓渡해야하는 처지에 있게 된다. 각 직능은 醫藥分業으로 인해 讓渡하는 권한으로 상실되는 이윤을 최소한 보전받는 선에서 권한을 讓渡받으려 함으로써 직능간 협상이 난항을 거듭하는 실정이다. 더욱이 의사와 약사가 醫藥分業 실시에 소극적인 태도를 보이게 되는 또다른 이유로는 醫藥分業 시행시 각 직능이 직면하게 되는 無資格 獨占的 利潤의 消滅이다. 醫藥未分業에서 의사는 無資格 獨占的 權限인 調劑權을 그리고 약사의 無資格 獨占的 權限인 處方權을 누려왔다고 할 수 있다. 醫藥分業이 시행되면 의사와 약사는 공히 無資格 獨占的 權限을 이용해 축적해 오던 이윤이 감소될 위험에 봉착하게 되어 제도도입시 정부가 이러한 상실분을 보전해 주기를 강력히 요구하게 된다고 할 수 있다. 그러나 정부의 입장에서 이는 마땅히 제거되어야 할 獨占的 利潤으로 보게됨으로써 정부와 직능단체간 의견조

을 어렵게 된다. 이상과 같은 이유로 藥事法の 일정에 맞춰 1999년에 醫藥分業을 우리 나라에 도입하기 위해서는 아직도 험난한 行路가 예상되고 있는 실정이다.

이에 본 研究에서는 醫藥分業 실시의 當爲性을 강조하기 위해 기존의 保健醫療的인 한계성에서 탈피하여 市場失敗의 관점을 사용하여 醫藥分業을 조명하였다. 또한 醫師調劑 및 藥師處方이 소비자에게 健康害惡을 줄 수 있으므로 이를 제거해야 한다는 선언적인 논거보다는 社會的 純便益의 극대화라는 一般均衡的 接近方法을 기초로 처방 및 조제서비스의 適正水準을 도출하였다. 또한 醫藥分業 論議가 있을 때마다의 主要爭點으로 떠오르는 의약서비스 소비자, 병·의원, 약국에 미치는 經濟·社會的 波及效果를 計量化하여 醫藥分業으로 인한 각 保健經濟主體의 費用과 便益의 규모변화는 어느 정도인지를 推計해 보았다.

본 研究의 主要結果는 다음과 같다.

먼저 醫藥未分業下에서는 不完全 競爭要因 등 여러 요인의 존재로 市場失敗가 발생한다. 이로써 資源은 社會的 純便益 極大化 生産水準에서 離脫하게 되어 政府介入이 필요하게 된다. 현재과 같이 의사의 비전문적 調劑 및 약사의 비전문적 處方이 法的·制度的으로 허용되어 있는 醫藥未分業 상태에서 존재하는 시장실패요인은 크게 네가지로 구분될 수 있다.

첫째는 非專門的 處方 및 調劑行爲로 인한 消費者效用損失分 測定의 어려움때문이다. 醫藥未分業하의 보건의료서비스시장에서는 의사조제와 약사처방과 같은 비전문적 보건의료행위가 소비자의 건강 또는 효용에 害惡을 줄 수 있으나, 소비자는 害惡分의 程度를 구별하여 화폐가치가 어느 정도인지를 측정하기가 어려운 관계로 소비자효용의 손실분이 價格에 적절히 반영될 수 없게 된다. 또한 만일 소비자가 비전문적 의사조제나 약사처방으로 인한 害惡의 결과를 구체적으로

과약하고 화폐가치를 추산한다고 해도 상실된 건강에 대한 財産權을 행사할 去來市場이 현실적으로 거의 존재하지 않거나 발달되어 있지 않다. 따라서 처방 및 조제서비스의 價格이 眞正한 社會的 費用과 상이해짐으로써 市場機能은 失敗하게 된다.

둘째는 非對稱的 情報狀況의 惡化때문이다. 소비자의 情報不足 또는 無知는 보건의료서비스소비의 意思決定을 생산자에 크게 從屬되도록 하는 데, 만일 의사와 약사가 利潤을 極大化하기 위하여 전문적인 보건의료서비스와 연관시켜 비전문성으로 건강위해가능성이 높은 조제나 처방서비스를 소비자가 과다하게 소비하도록 유도한다면 소비자는 不知不識間에 부적정한 量의 또는 質의 보건의료서비스를 소비하게 되어 건강상 또는 효용상의 해악을 겪게되고 국가적으로는 자원의 비효율적 배분이 초래될 수 있다. 또한 醫藥未分業時에는 의약분업시에 비해 의사 處方箋 또는 약사의 任意調劑時 處方記錄이 소비자 또는 여타 보건 의료전문인에게 공개될 여지가 적고 의사의 비전문적 조제나 약사의 비전문적 처방의 법·제도적 허용이 소비자로 하여금 비전문적 보건의료행위로 인한 건강위해가능성을 충분히 인지하지 못하게 하는 작용을 함으로써 소비자가 효용손실을 보전하고자하는 노력을 능동적으로 행사하는 것을 방해하는 작용을 하여 市場失敗를 유발하게 된다.

셋째는 處方과 調劑서비스의 公共財的 特性 때문이다. 醫藥未分業下에서 醫師調劑 및 藥師處方에서 비롯되는 非專門性으로 인한 소비자의 건강상실은 개인에만 손해가 되는 것이 아니고 사회전체에 金錢的·非金錢的 부담으로 작용한다. 즉, 처방 및 조제서비스에 대한 개개인의 소비행위는 다른 사회구성원에게도 이익 또는 손해가 돌아가므로 처방 및 조제행위에는 公共財的 性格이 존재한다고 할 수 있다. 이러한 公共財的 性格이 갖는 가치는 시장에서 거래가 되지 않는 관계로 시장실패를 유발시킨다.

넷째는 無資格者 獨占利潤의 許容 때문이다. 醫藥未分業下에서 調劑의 非專門人이며 無資格者인 의사에게 調劑가, 그리고 處方의 非專門人이며 無資格者인 약사에게 處方이 독점적으로 허용됨으로써 不完全競爭要因이 존재하게 되므로 시장이 실패하게 된다.

이와 같은 市場失敗로 인해 보건의료자원이 非適正하게 배분되어 정부가 直·間接的으로 介入하여야 할 상황이 발생한다. 정부는 크게 세가지로 介入할 수 있다. 첫째는 정부의 間接規制方式으로 비전문적 醫師調劑 및 藥師處方으로 피해를 본 소비자에게 피해보상을 받을 수 있는 請求權을 주어 가해자와 協商을 통해 문제를 해결하도록 하거나 의사와 약사의 健康危害行爲에 대해 정부가 비용을 賦課하거나 補助金을 지급하여 行爲를 감소시킬 動因을 제공하는 것이다. 그러나 이와 같은 방법은 健康害惡分을 과약하고 이를 現在價値化하여야 하는 실질적인 어려움이 있다.

둘째는 정부가 處方 및 調劑서비스를 直接生産하여 供給하는 것이다. 이는 관련 보건의료서비스를 公共部門에서 공급함으로써 私的 純便益 極大化과정에서 파생되는 여러 가지 副作用을 최소화하는 것으로 이는 보건의료서비스의 公共財的 性格이 특히 강조되는 經濟·社會的 環境에서 가능한 방안이다. 그러나 市場失敗를 해결하기 위해 정부가 直接投資하는 것이 效率的인 資源配分을 保證하는 방안이라고 할 수는 없다. 방만한 정부의 직접생산으로 오히려 資源配分이 왜곡되고 낭비되는 경우가 많기 때문이다.

셋째로 市場失敗를 보정하는 방안으로는 정부의 直接規制를 통해 處方과 調劑行爲의 공급량을 조절하는 醫藥分業制度의 施行이다. 醫藥分業制度는 건강에 위해를 일으킬 수 있는 의사의 비전문적 調劑와 약사의 비전문적 處方을 완전히 금지시키는 完全醫藥分業과 일정한 범위내에서만 관련 행위를 금지시키는 部分醫藥分業으로 구분될 수



있다. 이중 部分醫藥分業은 醫師處方 및 藥師調劑의 原則을 유지한 채 醫藥分業의 例外範圍를 具體化함으로써 完全醫藥分業이 갖는 硬直性を 보완하는 제도라고 할 수 있다. 이때 醫藥分業이 적용되지 않는 例外範圍는 각국의 보건경제환경의 특수성에 따라 對象 醫藥品, 對象 地域, 消費者 特性, 供給者 特性, 疾患 特性, 서비스 供給量 등에 의해 규정될 수 있다. 이러한 醫藥分業制度는 財産權附與, 費用賦課 및 補助金支給方案의 시행상 어려움과 정부의 직접생산시 발생하는 운영·관리상의 非效率性を 극복하기 위한 제도로 歐美先進諸國에서 일반적으로 시행하고 있는 가장 효과적인 방안이라고 할 수 있다.

醫藥分業을 시행하기 위해서는 適正 醫藥分業에 대한 기본적인 개념이 우선적으로 정립되어야 한다. 適正 醫藥分業水準은 의사, 약사, 소비자를 모두 고려한 一般均衡的 接近에 따른 社會的 純便益 極大化를 통하여 도출되는 수준이라고 할 수 있다. 이때 의사와 약사가 창출하는 私的 純便益과 소비자에게 건강상 危害를 주게되어 발생하는 소비자효용손실이 함께 고려되어야 한다. 適正 醫藥分業의 도출을 위해서는 의사와 약사를 각각 독립된 보건경제주체로 파악하고 이들의 생산활동이 私的 純便益 또는 私的 利潤을 極大化하기 위한 것이라는 가정이 필요하다. 이때 의사의 私的 純便益은 원내처방전발행, 원외처방전발행, 직접조제 등의 행위로 인해, 그리고 약사의 私的 純便益은 약사처방, 임의조제, 의사처방에 따른 약사처방행위로 인해 창출된다. 또한 處方 및 調劑서비스 소비자가 직면하는 效用의 변동에 관련해서는 非專門的 醫師調劑와 藥師處方이 效用減少를 초래하게 되는데 이를 金錢化하는 가정을 둘 수 있다. 한편, 社會的 純便益은 의사와 약사의 私的 純便益의 총합에서 소비자에게 발생한 효용손실 보전비용을 差減한 크기라고 할 수 있다.

適正 醫藥分業을 논함에 있어 醫藥分業의 程度 즉, 醫藥分業率을

두가지 차원에서 접근되어야 함을 주지해야 한다. 즉, 그간 일반적으로 논의되었던 醫藥分業率의 定義 다시말해서 의사의 院外處方箋 發行率은 斷片的인 기준이었음이 간과되어서는 안된다. 이와는 별도로 醫師處方에 따른 藥師調劑率이라는 개념의 도입이 필요하다. 이는 약사의 調劑行爲가 얼마나 醫師處方에 의하고 있는 지를 나타낼 것이다. 醫藥分業이 處方行爲와 調劑行爲의 分離라고 한다면, 醫師行爲뿐 아니라 藥師行爲도 분석대상에 반드시 포함되어야 할 것이다. 다시말해서, 適正 醫藥分業은 의사의 院外處方箋發行率과 醫師處方에 따른 藥師調劑率이라는 이중적인 차원에서 조명되어야 한다.

假想의 保健經濟環境을 구축하고 醫師調劑와 藥師處方이 각각 소비자의 效用에 미치는 害惡度の 變化가 의사의 處方 및 調劑서비스 生産量과 약사의 處方 및 調劑서비스 生産量에 미치는 영향을 분석해보면 다음과 결과가 導出될 수 있다. 우선 첫번째로 假想할 수 있는 保健經濟環境은 醫師調劑와 藥師處方の 害惡이 전혀 없는 경우이다. 이때는 정부의 直·間接的 介入보다는 의사와 약사의 私的 純便益 極大化를 放任하는 것이 사회적으로 보다 적절한 생산을 유도할 수 있는 경우라고 할 수 있다. 다시말해서 주어진 여건에서 비전문적 처방 및 조제로 인한 害惡이 없는 경우에는 院外處方箋發行率 또는 醫師處方에 따른 藥師調劑率이 낮거나 높거나에 상관없이 정부는 개입자체를 자제할 필요가 있다. 공연한 政府介入은 去來費用 및 行政費用의 증대를 야기시켜 社會的 純便益의 전반적인 감소를 초래할 수도 있기 때문이다.

두 번째로 고려할 수 있는 경우는 醫師調劑와 藥師處方の 害惡도가 공히 매우 높을 때이다. 이때 정부는 醫藥分業을 통해 醫師調劑와 藥師處方을 완전히 또는 부분적으로 禁止시킬 필요가 있다. 이는 非專門的 보건의료행위가 유발하는 健康上의 害惡이 너무 커서 소비자효

용의 손실이 매우 클 수 있기 때문이다. 이때 社會的 純便益의 極大化를 위해서는 비전문적 의사조제 및 약사처방행위를 제어하여 의사의 院外處方箋發行率 또는 醫師處方에 따른 藥師調劑率을 모두 높이는 정책이 필요하다.

세번째는 醫師調劑의 害惡도가 藥師處方的 害惡도에 비해 상대적으로 매우 높은 경우이다. 이때 의사의 私的 純便益을 정부가 放任한다면 소비자효용손실이 社會的 便益을 초과하는 수준까지 이를 수도 있으므로 社會的으로 適正한 醫藥分業은 의사의 直接調劑를 적정수준까지 줄여 의사가 處方을 院外로 발급하도록 유도하는 것이다. 한편 이 경우 醫師處方에 따른 藥師調劑率은 정부가 규제해야할 정책목표의 대상이 될 필요는 그 다지 크지 않다.

네번째 경우는 藥師處方的 害惡도가 醫師調劑의 害惡도에 비해 상대적으로 큰 경우이다. 이때 정책수립시 집중적으로 고려할 것은 藥師處方 또는 任意調劑의 공급량이지 결코 院外處方箋 發給率이 아니다. 다시말해서, 醫藥分業은 의사의 院外處方箋發行에 대한 政府規制를 논함이 없이 약사의 處方 또는 任意調劑를 상대적으로 억제하는 방향으로 진행되어야 한다.

우리 나라의 保健經濟環境이 위의 네가지중 어느 경우에 속하고 있는지를 현재로서는 파악할 길이 없다. 그러나, 完全醫藥分業을 시행하였을 때 社會的 純便益의 增減 또는 規模를 推計함으로써 醫藥分業 施行의 效果를 豫測해 볼 수는 있을 것이다. 다시말해서, 完全醫藥分業이 시행되는 경우 각 保健經濟主體에 미치는 또는 社會全體에 미치는 經濟·社會的 便益費用은 어느 정도의 규모일 것인가를 평가하여 이를 정책에 반영할 필요가 있다. 본 연구에서는 完全醫藥分業 실시시 관련 保健經濟主體인 소비자, 병·의원, 약국이 당면하는 經濟·社會的 效果를 計量化하였는데 그 연구결과는 다음과 같다.

우선 소비자들의 입장에서 볼 때, 醫藥分業은 專門醫藥品 구입을 위한 去來費用을 이전보다 증가시키는 효과가 있다. 즉, 소비자에게는 藥品價格이외에 병·의원 來院에 따른 交通費用, 診療待期費用이 증가하게 되어 소비자가 직면하는 專門醫藥品의 實質價格은 상승하게 된다. 다른 조건이 일정하고 의약품을 正常財라고 한다면 專門醫藥品의 實質價格 上昇은 專門醫藥品 需要를 감소시킬 것이다. 따라서 醫藥分業이 소비자에게 미치는 영향은 專門醫藥品 實質價格上昇에 기인하는 소비자잉여의 감소분과 의약품 수요량 감소에 의해 나타나는 직·간접 의료비의 감소분과 관련이 있다.

소비자후생의 손실은 專門醫藥品 實質價格의 上昇率과 밀접한 관련이 있다. 다시말해서 의약분업이전에 항생제, 스테로이드제제, 습관성 의약품 등 안전성이 낮은 專門醫藥品을 약국에서 의사처방이 없이 직접구입하던 소비자가 의약분업시에는 병·의원에서 의사의 처방을 받아야만 구입할 수 있는 경우 추가적으로 비용을 지불해야 한다는 것이다. 이 진찰비용, 교통비용, 병원대기비용의 발생은 전문의약품구입을 위한 實質價格을 약 68%증가시키는 것으로 추계된다.

따라서 專門醫藥品 需要의 價格彈力度가 영국의 의료서비스수요의 가격탄력도 -0.1~-0.2의 최소 절대치인 -0.1과 동일하다고 가정할 경우 소비자에게 1조 8350억원의 費用이 발생될 것으로 예상된다.

그러나, 의약분업의 필요성을 소비자에게 발생하는 비용으로만 평가해서는 안된다. 의약분업으로 專門醫藥品의 誤濫用이 방지되어 國民醫療費가 절감됨으로써 소비자의 便益은 비용을 초과한 약 2조 2828억원 증가할 것이기 때문이다.

따라서 醫藥分業에 따른 消費者들의 純便益의 증가분은 편익증가분에서 비용증가분을 차감한 약 4478억원에 이를 것으로 추계된다.

한편, 병·의원과 약국은 의약분업으로 전문의약품의 실질가격이 상

승함으로 인한 의약품총수요의 감소로 利潤 또는 純便益의 감소를 겪게 되는 바, 의약품의 유통마진을 30%로 가정할 때 총매출액 1899여억원의 감소로 약 570억원의 利潤 또는 純便益減少를 겪게 될 것으로 예상된다.

결과적으로 完全醫藥分業으로 인한 社會的 純便益增加規模는 專門醫藥品 需要의 價格彈力度가 영국의 의료서비스수요의 가격탄력도의 최소 절대치인 -0.1과 동일할 경우 소비자의 순편익 증가분 약 4478억원에서 약국과 병·의원에서의 이윤 또는 사적 순편익 감소분 약 570억원을 差減한 약 3908억원에 이를 것으로 추계된다.

이와 같은 推計는 다음과 같은 한계를 갖는다. 첫째, 醫藥分業에 따른 便益 중 국민건강증진에 따르는 生命延長 및 勞動生産性 增加에 대한 실증치가 없어 추계에서 제외되었다는 점이다. 둘째, 費用計算에서도 필요한 자료를 입수하기 어려운 관계로 과잉진료의 가능성이나 병·의원과 약국의 약품유통에 있어서의 시장점유율의 양상에 대한 충분한 검토가 불가능해서 확실한 결과를 얻기 어려웠다는 점이다. 이와 같은 고려사항을 누락시키고 있다는 점에서 앞으로 더 많은 연구를 필요로 하고 있다는 점이 강조되어야 할 것이다.

이상 研究結果에서 볼 수 있듯이 우선 현재의 醫藥未分業下에서는 市場失敗가 발생하여 資源配分이 왜곡되므로 이를 보정하기 위한 政策方案이 講究되어야 한다. 가장 현실적으로 효과적인 방안은 醫藥分業의 시행이라고 할 수 있으나 이를 위해서는 非專門的인 醫師調劑 및 藥師處方이 소비자에게 미치는 健康上의 害惡을 감안하여 社會的 純便益을 極大化하기 위한 목적으로 醫藥分業의 구체적인 細部方案이 마련되어야 한다. 이때에는 반드시 의사와 약사의 서비스공급행태에 관한 基本資料와 醫師調劑 및 藥師處方이 소비자에게 미치는 健康上 또는 效用上의 害惡을 평가할 필요가 있다. 이는 社會的 純便益 極大

化의 理論模型에서 보았듯이 醫藥未分業과 完全醫藥分業사이 존재하는 部分醫藥分業 수준에서 社會的 純便益이 最高值를 가질 가능성이 있기 때문이다. 다시말해서, 完全醫藥分業으로 인한 社會的 純便益 규모가 약 3908억원에 이르게 것으로 추계되어 完全醫藥分業이 현재의 醫藥未分業보다 社會的으로 바람직한 것은 사실이나 部分醫藥分業이 完全醫藥分業에 비해 보다 높은 社會的 純便益을 창출할 수 있음을 주지할 필요가 있다.

## 第 2 部 醫藥分業의 導入方案

## 第 1 章 序 論

醫藥分業은 의와 약을 구분하여 의사와 약사가 서로 專門職能을 발휘할 수 있도록 하여 치료의 효과를 높임과 동시에 약의 誤濫用을 방지하여 국민보건 향상에 기여하자는 데 그 궁극적인 목적이 있다. 이러한 의약분업의 취지하에 歐美各國에서는 이 제도가 오래전부터 토착화되어 이를 배제한 의료제도는 있을 수 없다고 인식되고 있다. 이러한 인식하에서 오랫동안 우리 나라와 같은 동양의학적인 의료의 개념에 젖어 있던 日本과 臺灣도 醫藥分業을 추진하여 이 제도가 뿌리를 내릴 수 있도록 여러 가지 政策的 手段을 강구하고 있다.

우리 나라도 醫藥分業의 필요성에 대한 인식하에 정부는 1999년 7월 이전에 의약분업을 실시하기로 藥事法에 명시하고 이의 실현을 위한 구체적인 研究를 진행하고 있다. 본 연구는 이러한 연구의 一環으로 의약분업의 추진경위 및 외국의 의약분업현황을 고찰하고 의료개혁위원회에서 제시하고 있는 韓國的 醫藥分業模型을 소개하여 이의실시를 위한 우리의 현실적 여건을 고찰하는 것을 그 목적으로 하고 있다.

이를 위하여 본 연구는 먼저 그동안의 醫藥分業의 추진경위를 초기의 의약분업실시방안모색, 목포시 의약분업 시범사업 및 시범사업 이후의 동향 등을 나누어 검토하여 지금까지의 經緯를 재조명하였다. 의약분업은 의약품의 誤濫用이나 그 밖에 국민보건에 대한 事案이 사회적 관심의 대상이 될 때마다 지속적으로 論議가 제기되어왔다. 그러나 많은 論議에도 불구하고 현실여건상의 제약이나 이해당사자간의 대립으로 結論을 얻지 못하고 지금까지 醫藥未分業 상태가 지속되고 있다. 또한 의료보험의 실시등 의약분업의 실시를 위한 몇번의 皆既



가 있었으나 전반적인 상황의 인식부족으로 失機하는 경우도 있었다. 따라서 본 연구는 이러한 경위를 재조명하므로 앞으로의 추진상에 있어서 고려하여야 할 점을 考察하였다.

외국의 의약분업 실태에 관한 고찰은 우리에게 많은 示唆點을 제공할 수 있다. 醫藥未分業 상태에서 醫藥分業의 상태로의 변화는 주지하는 바와 같이 의사와 약사의 직능의 재정립을 필요로 하고, 이러한 역할의 재정립은 당연히 기존의 經濟的 利益의 再分配를 수반한다. 경제적 이익의 재분배는 의사와 약사의 의료공급자로서의 행태에 변화를 가져오게 할 것이다. 한편 醫療需要者의 行動樣態 또한 제도적인 변화와 경제적인 동기에 의해서 변화를 가져오게 되고 이에 따라서 의료비용에 영향을 미치게 된다. 즉 의약분업은 의료전달체계 내에서 중추적 역할을 하고 있는 의사와 약사의 직능을 변화시키므로 해서 의료전달체계 전반에 걸쳐 影響을 주게되는 것이다. 이것을 다시 생각해보면 의약분업의 모형은 한 국가의 의료관행 및 의료전달체계의 틀안에서 形成될 수밖에 없다고 볼 수 있다. 이러한 의미에서 본 연구는 외국의 醫藥分業制度를 살펴보고 각 나라가 의약분업을 그들의 의료전통 및 의료전달체계와 어떻게 造化시켜나갔는가에 대하여 고찰하므로 우리에게 적합한 의약분업모형설정을 위한 方向을 提示할 수 있을 것으로 보고 이에 대한 고찰을 시도하였다.

한편 우리 나라도 의약분업의 필요성에 대한 인식하에 의약분업의 실시를 위한 노력이 1960년대부터 持續적으로 행하여져 왔다. 그러나 그동안 보건의료자원이 絶對不足한 상황에서 醫藥未分業이 容認될 수밖에 없는 실정이었고 이러한 상황에서 理想的인 醫藥分業實施를 위한 작업은 탁상공론에 불과 하였다고 볼 수 있다. 그러나 근래에 와서 경제적인 발전과 더불어 의약자원이 어느 정도 확보되었고 기타 의약분업실시를 위한 환경도 많이 개선되었다고 볼 수 있다. 그러나

아직도 의약분업을 원활히 시행하기 위해서는 여러 가지 현실여건과 制度的인 整備가 필요하다. 따라서 본 연구는 醫藥分業의 실시를 위한 環境造成에 필요한 고려사항으로 의약자원의 분포, 의료기관 및 약국의 수용태세, 처방 및 조제료의 산정 및 의약품의 생산 및 유통 등을 고찰하므로 의약분업의 원활한 導入과 자리매김을 위하여 추진해야 할 사항을 제시하였다.

## 第 2 章 主要國의 醫藥分業 動向

醫藥分業을 실시하고 있는 국가는 어느 나라를 막론하고 의사는 疾病診斷과 處方을, 약사는 醫藥品 調劑와 投藥을 각각 담당하므로써 分業의 基本骨格에는 큰 차이를 보이지 않는다. 그러나 각국의 分業 실태를 상세히 살펴보면 分業의 對象範圍나 例外規程, 分業에 따른 醫療機關과 藥局의 役割, 處方箋 記載方式 및 代替許容 與否 등 各論的인 내용에 있어서는 국가간 상이점이 나타나고 있다. 이는 의사 및 약사의 역할 분담, 즉 양 직능에 대한 고유한 업무 범위의 설정은 각국의 보건의료체계 특성, 예컨대 保健醫療資源의 分布, 醫療傳達體系, 醫療保險體系 등과 직·간접적으로 관련되어 있기 때문이다. 따라서 본 장에서는 주요 외국의 의약분업제도를 醫師의 調劑禁止에 대한 法的 規制程度에 따라 분류·비교하고자 하는데, 이는 分業실시 국가에서는 어느 나라를 막론하고 藥師의 任意調劑가 禁止되어 있기 때문이다. 국가간 分業실시 내용의 세부사항은 分業의 主要 構成要素—기본 골격, 대상범위, 원외처방전 발급기관, 처방전 기재 및 대체 등—에 따라 비교 고찰하여 우리나라의 醫藥分業 模型開發에 대한 示唆點을 제시하고자 한다.

### 第 1 節 醫藥分業의 實施背景 및 基本骨格

가. 分業定着 國家: 獨逸, 프랑스, 英國 및 美國

서구 국가에 있어서 의약분업은 오랜 역사를 통하여 일반국민의 생

활속에 깊숙히 정착된 매우 常識的인 제도이다. 병·의원에서 의사는 환자의 질병을 診斷·治療하고 약국의 약사는 의사가 발행한 처방전에 따라 調劑 및 投藥을 각각 담당함으로써 환자치료를 위한 의사와 약사의 분업은 자연스럽게 이루어지고 있다. 이미 확고한 醫療慣行으로 자리잡고 있는 서구의 의약분업제도는 역사적으로 볼 때 1231년 독일 프레드리히(Fredrich) 2세의 醫藥法에 기초하고 있다. 당시 독일에서는 의사의 의약품 조제를 금지하는 이른 바 醫藥分業制度를 법으로서 명문화하였는데, 독일의 醫藥法은 그 후 구미제국 등 여러나라에 영향을 미침으로써 결국 서구의 많은 국가에서 의약분업제도를 도입하는 계기가 되었다. 예컨대 프랑스와 이탈리아, 스웨덴 등은 독일의 영향을 직접적으로 받아 의약분업에 대한 法律을 별도로 제정하고 의사의 조제행위를 강력히 규제하게 되었다. 서구의 분업국가 중에는 물론 독일과는 달리 분업을 법으로 강제화하지 않는 국가도 있다. 이러한 국가에는 영국과 미국이 있는데 법적인 강제규정 없이 분업의 오랜 歷史와 慣行, 그리고 醫療保障制度의 方針 등에 의하여 분업을 자연스럽게 실시하고 있다. 따라서 본고에서는 分業에 대한 法的인 規制程度에 따라 서구국가의 분업유형을 양분하고(표 II-1. 참조) 각 유형에 대한 분업 세부사항을 비교 고찰하고자 한다.

〈表 II-1〉 主要外國의 醫藥分業 類型

분업의 유형		대 상 국 가
분업 정착 국가	의사 조제 금지 국가	독일, 프랑스, 이태리, 벨기에, 네델란드, 덴마크, 노르웨이, 핀란드, 스페인, 스웨덴 등
	의사 조제 임의 국가	미국, 영국, 스위스, 호주, 뉴질랜드, 필리핀 등
분업추진 국가		일본, 대만 등

資料: 일본 약제사회, 『의약분업을 이해하기 위하여』, 1985.

Spivey, et al., *International Services of Pharmaceuticals*, 1992.

## 1) 醫師調劑 禁止國家: 獨逸 및 프랑스

1231년 독일 프레드리히(Fredrich) 2세는 醫藥法을 제정함으로써 의약분업을 법적으로 강제화하였다. 당시 의약법의 주요 내용을 살펴보면 우선 의사와 약사는 업무를 兼任하지 못하며 의사는 자신의 약국을 所有할 수 없는 것으로 규정하고 있다. 약사에 대해서는 필요한 약제를 규정에 따라 정확히 調劑하고 의약품의 檢査 및 藥價決定에 공정을 기해야 한다고 명시하고 있다. 독일에서 분업을 강제화한 것은 기본적으로 의사가 의약품을 취급하지 않는 경우에 의약품 처방이 더욱 客觀的일 수 있다고 생각하였기 때문이다. 한편 당시 약사는 오늘날 제약회사에서 담당하고 있는 제약이나 품질관리, 시험 등에서부터 의약품 정보제공 및 판매에 이르기까지 다양한 업무를 수행해야 하므로 업무의 분화가 불가피하다는 입장이었다.

독일에서는 13세기에 만들어진 의약법을 기본 골격으로 현재까지 700여년에 걸쳐 의약분업제도를 발달·정착시켜 왔다. 즉 독일은 분업을 법으로 규정<sup>60)</sup>하고 있는 대표적인 強制 分業國家로서 의약품에 대한 조제, 투약 권한은 약사에게만 부여하고 의사의 직접 조제 및 투약은 금지하도록 법에 명시하고 있다. 이와같이 독일은 의사와 약사의 업무범위를 철저히 분리한 거의 완전의약분업에 가까운 제도를 갖추고 있는데, 다만 예외적으로 의사의 진료장소나 그 주변에 藥局이 없는 경우에 한하여 의사는 약국을 소유할 수 있다. 이러한 경우에도 의약품 판매는 반드시 自身の 患者治療 목적으로만 제한하고 제

60) 독일 醫藥法(Arzneimittelgesetz, AMG: Drug Law) 제7장 ‘의약품의 거래(Abgabe von Arzneimitteln)’의 제43절 3항에서는 ‘처방용의약품은 약국에서만 판매가 가능하다’고 명시하고 있다. 48절 ‘처방의무’ 및 49절 ‘자동적 처방의무’에서 ‘2절 1조의 醫藥品으로서 의학적으로 一般化된 효과나 조제법을 갖지 않은 의약품은 오로지 의사의 處方에 의해서만 소비자에게 提供되어야 한다.’라고 규정하고 있다.

3자에 대한 판매는 금지하였다(表 II-2 참조). 의사의 의약품 판매금지 는 환자가 疾病金庫(醫療保險)를 이용하건 全額私備로 지불하건 마찬가지로 적용된다. 의사가 환자에게 약을 줄 수 있는 경우는 샘플을 無償으로 제공하는 경우에 국한된다.

프랑스에서도 독일과 마찬가지로 強制的으로 의약분업제도를 실시하고 있다. 의사나 약사가 상호 업무를 겸하는 일은 금지되어 있는데, 예컨대 의사가 약사 면허까지 모두 취득한 경우에도 한가지 職能만을 擇一하도록 하고 있다. 다만 약국이 없는 지역의 의사에게는 예외 규정이 적용된다. 즉 해당 지역의 지사로부터 허가를 받아 自身の患者에 대하여 의약품을 조제해 줄 수 있는데, 이 때 대상 의약품은 의사회나 약사회가 작성한 리스트에 수재된 의약품에 한한다. 이와 같이 프랑스의 의약분업은 엄격하여 의약품 판매는 약사에 한정하고 있으며 注射藥도 處方箋을 필요로 한다.

## 2) 醫師調劑 任意國家: 英國 및 美國

英國에 있어서 의약분업의 근원은 1511년 헨리 8세가 의사와 약사의 기능을 구별하는 법을 제정한 것에 유래한다. 그러나 법제정에도 불구하고 실제로는 의사와 약사의 역할이 명확히 분화되기까지 많은 시간이 소요되었다. 특히 1543년에 제정된 平等法에 따라 의사는 의약품을 조제 투약할 수 있었으며, 약사들도 경질환에 대하여 의사와 같이 진료를 담당하였는데, 이는 당시 의사나 약사의 수가 크게 모자랐기 때문인 것으로 알려지고 있다. 의사나 약사 이외에도 藥種商(Druggist) 또는 化學師(Chemist) 집단에서도 향료나 약초, 의약품 등을 전문적으로 취급하게 되어 약사와 경쟁상대가 되었다. 그러던 중 1665년에 발생한 런던의 대역병(Great Plague of London)으로 의사들이 사망하여 의사수가 절대적으로 부족함에 따라 약사들이 의사의 역할을

일부 대신하게 되었으며, 마침내 1703년에는 약사의 診療行爲를 인정하는 법이 제정됨에 따라 기존 약사들은 의사가 되었고 화학사들은 약사가 되었다. 이러한 역사적 배경때문에 영국에서는 아직도 일반 국민이 약사를 화학사라 부르고 약국을 화학사 상점이라고 칭하기도 한다.

〈表 II-2〉 主要外國의 醫師調劑 認定範圍

국 명	의사조제 인정범위
독 일	- 의사는 그 장소 혹은 그 근처에 공인된 약국이 없을 경우에 한하여 의약품을 비치한 원내 약국을 소유할 수 있음. 이는 자신의 환자치료에 쓰여 지게 하기 위함이며 제 삼자에게 판매해서는 안됨(약사 규칙).
프랑스	- 약국이 없는 지역에서 개업하는 의사는 지사의 허가를 받아 약국을 개설할 수 있음. 의사는 진료하는 동안 자신이 처방한 의약품에 한하여 자신의 환자에게 의약품을 제공할 수 있는데, 이 때 대상품목은 의사회와 약사회가 작성한 리스트에 수재된 의약품으로 제한되어 있음(공중위생법).
영 국	- 의사는 실질적으로 조제를 하지 않지만, 약국이 없는 지역에 한해서 주민이 의사로부터 의약품을 공급받을 수 있음(약사법 1968년).
미 국	- 약사가 아니면 처방전에 따른 조제를 해서는 안됨. 의사, 치과의사는 그 환자의 필요에 응하기 위해 의약품을 스스로 투여할 수 있음(알라바마, 미네소타, 뉴저지 등 약사법). - 약사가 아니면 처방전에 따른 조제를 해서는 안됨(유타, 텍사스, 웨스트버지니아 등 약사법).
덴마크	- 약국이 설치되어 있지 않은 지역에서는 의사 및 수의사가 환자에게 의약품을 공급하는 것이 허용되고 있는데, 그 의약품을 약국에서 구입한다는 조건하에서만 가능함. 그러나 오늘날에는 교통기관의 이용이 곤란한 낙도 의사에게만 이러한 특별한 취급 허가를 부여함. - 의사 및 수의사는 의약품을 약국과 동일한 가격으로 판매하도록 의무화하고 있는데, 의약품을 의사, 수의사에게 공급하는 약국에 대해서는 10%의 할인이 인정됨(1976년 의약품법 개정).

資料: 일본 약제사회, 『의약분업을 이해하기 위하여』, 1985.

Spivey R.N., et al., *International Services of Pharmaceuticals*, 1992.

1968년에 제정된 의료법에서는 개인의원의 경우 자신의 환자에 대하여 의약품의 조제하여 제공할 수 있으며, 제약회사에서 생산 판매되지 않는 의약품도 자신의 판단하에 환자에게 제공할 수 있도록 하고 있다. 즉 영국에서는 자기 환자에 대한 의약품의 조제행위를 법적으로 금지하고 있지는 않다. 그러나 국민의료보장서비스(NHS: National Health Service)에 있어서 의사가 직접 조제투약한 경우에는 약값을 보상하지 않고, NHS와 계약을 맺은 약사를 통해 조제서비스가 이루어지도록 규정함으로써 의사의 調劑行爲를 원칙적으로 금하고 있다. 영국에서는 처방의 95%이상이 NHS 급여 대상 처방이고, 약국 중 98%가 NHS와 계약을 맺고 있으므로, 의사들은 비록 법적인 규제는 없지만 거의 대부분 處方箋을 발행할 뿐 직접 조제·투약은 하지 않는다. 즉 영국은 법상의 강제 의약분업국가는 아니지만 의료보장체계를 통하여 實質的으로 醫藥分業을 적극 권장하고 있는 국가로 간주할 수 있다. 영국의 NHS에서도 의사 조제에 대한 例外規程이 별도로 규정되어 있어 해당 지역에 약국이 없을 때에는 의사 조제가 허용되는데, 이 때 의사에게는 人頭報酬(Capitation)의 單位 引上 또는 의약품 투약에 상응되는 약가 보수가 가산 지급된다.

美國도 영국과 마찬가지로 법적으로 의약분업제도가 명시되어 있지는 않다. 미국의 약사관계법령은 1900년에 개정된 「統一 州藥事法(Uniform State Pharmacy Law)」이 기준이 되고 있는데, 각주에서는 이에 기초하여 「州藥事法(State Pharmacy Law)」을 제정하였다. 이 법에 의하면 약국은 약사가 개설하고 관리하며 약사 없이는 처방 조제를 할 수 없도록 하고 있으나, 의사는 약국을 개설하지 않더라도 自己 患者에게 의약품을 줄 수도 있도록 규정하고 있다. 즉 약사는 임의로 의약품을 조제할 수 없도록 제도적으로 엄격히 규제하고 있으나 의사에 대한 규제조항은 명문화되어 있지 않아 의사는 處方은 물론 調劑도 모두 가능



하다. 현재 알라바마나 캘리포니아, 뉴욕, 워싱턴 주 등 거의 모든 주정부에서는 의사가 자기 환자에게 아무런 제한 없이 조제를 할 수 있게 허용하고 있다. 반면 일부의 州政府에서는 의사의 조제를 制限적으로 許容하고 있는데(表 II-3 참조), 주로 응급상황, 약국이 없는 벽오지에서의 투약, 제약회사에서 제공한 건본품의 제공 등만을 제한적으로 허용하고 있다. 이밖에 의약품 조제는 주정부가 인정한 調劑醫師에 국한하는 경우도 있으며, 한편으로는 조제 의약품에 대한 마진을 제한하거나 소비자를 위하여 의약품 선택의 자유를 보장하고 조제기록을 보관하는 등 의사의 조제에 제한요건을 규정하고 있다.

〈表 II-3〉 美國의 州別 醫師 調劑權 許容現況

의사의 조제권	주별 허용내용 <sup>1)</sup>
허 용	알라바마, 캘리포니아, 워싱턴주 등 39개 주에서 조건없이 허용함
제한적 허 용	·미조리, 오하이오, 사우스캐롤라이나: 자신의 환자에 대한 진료목적의 투약에 한해서 가능 ·알칸사, 매릴랜드, 뉴욕: 주에서 제시한 허용조건 하에서 가능 ·텍사스: 주에서 제시하고 있는 허용조건이 매우 제한적임. ·매사추세츠, 버지니아: 건본품의 무료제공만 허용
금 지	·유타: 금지 ·웨스트버지니아: 주약사법에 의하여 금지 ·몬타나: 의료인의 조제는 법적으로 금지함. 예외로 응급, 치료자의 특별한 감독이 필요한 경우, 약국이 없는 경우나 건본품의 무료제공은 허용

註: 프에르토리코(PuertoRico)주에 대한 내용은 문헌에 언급되지 않고 있음.

資料: Facts and Comparisons, *Pharmacy Law Digest*, 1997.

이와 같이 미국의 의약분업제도는 법률에 의한 强制性을 띠고 있지는 않다. 그러나 의사와 약사의 주요 수입원인 메디케어(Medicare), 메

디케이드(Medicaid) 등의 醫療保障制度和 私保險에서 의사의 조제나 투약행위에 대해서는 별도의 수가를 지불하지 않기 때문에 실질적으로는 완전의약분업의 체계를 갖추고 있다.

한편 의사의 조제에 대한 반대 급부로서 근래에 와서는 藥師의 處方에 대한 논의가 활발하다. 본래 1900년대 초반에는 製藥産業이 발달하지 못하였기 때문에 약사는 주로 의사의 처방에 따라 의약품의 調劑業務(Compounding)를 수행하였고 약사의 조제업무는 약국업무 중 가장 많은 비중을 차지하였다. 그러나 제약산업이 급격한 발달하면서 다양한 제형의 의약품이 개발됨에 따라 약사의 조제업무는 대폭 축소되었고, 이에 따라 藥師의 役割 再定立에 대한 논의가 대두되었다. 특히 미국에서는 보건의료에 대한 국민들의 수요가 증가하고 이에 따라 醫療費가 급격히 상승함에 따라, 이에 대한 대응책으로 약사나 간호사 등 비의사 인력의 활용방안을 강구해왔다. 근래에 미국의 일부 주에서 약사에게 제한적이거나 처방권을 부여하게 된 것은 이러한 사회적 배경을 반영하는 것이다.

처방권은 통상 처방 의범위에 따라 獨立的, 從屬的, 部分 從屬的인 處方權으로 나눌 수 있는데, 우선 獨立的인 處方權을 부여하고 있는 지역은 플로리다주로서 17개 범위의 의약품을 제3의 약(A Third Class of Drugs)으로 구분하고 이에 대해서는 의사의 지시없이 약사 스스로 판단에 의해 의약품을 투약할 수 있다. 從屬的 處方權은 의사가 승인한 事前計劃書(Protocol)의 범위 내에서 약사가 처방하도록 하는 것으로서 노스다코타, 미시시피, 인디애나, 텍사스 등 7개 주에서 허용하고 있다. 이밖에 州單位 全體에서는 약사의 처방을 허용하지 않으나 일부 의료기관을 중심으로 특수한 경우에 한하여 일부 허용하는 주가 있는데, 여기에는 캘리포니아, 켄터기, 사우스다코타 등이 포함된다(表 II-4 참조). 약사에 대한 처방권 부여는 작은 범위에서나마 서서히 증가되고 있는

추세이기는 하나, 미국 대부분의 40여개 주에서는 약사에게 처방권을 전혀 허용하고 있지 않고 있어서 아직까지는 약사의 처방권 부여가 상당히 예외적인 경우에 해당한다.

〈表 II-4〉 美國의 州別 藥師 處方權 許容現況

처방권	주별 허용내용
독립적 처방권	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 플로리다: 17개 범위의 처방약에 대해 약사의 처방권 허용</li> </ul>
중속적 처방권	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노스다코타: 의사와 합의한 범위 내에서 처방권 허용</li> <li>· 미시시피: 입원환자에 대하여 문서화된 protocol의 범위내에서 약물 요법을 시작하거나 변경할 수 있음. protocol의 유효기간은 2년임.</li> <li>· 뉴멕시코: 약사처방권법(Pharmacist Prescriptive Authority Act) 제정</li> <li>· 오레곤: 입원환자는 물론이고 개국약국에서 외래환자를 대상으로 약사가 의약품을 직접 환자에게 줄 수 있음. 단, 의사와 사전에 합의한 protocol안에서 시행하며 이를 약국에 비치해야함.</li> <li>· 텍사스: 의사와 합의한 protocol에 따라 약물치료와 관련된 업무를 수행할 수 있음.</li> <li>· 워싱턴: 의사와 합의한 규정에 의거하여 처방권 행사</li> <li>· 인디애나: 병원이나 사설 정신과시설에서 의사의 감독 하에서나 혹은 protocol에 의한 처방가능.</li> </ul>
부 분 중속적 처방권	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 캘리포니아: 일부 법률로 정한 의료기관(병원, 양로원, 진료소, HMO)에 한해서 처방권 허용</li> <li>· 켄터키: 치료팀에 포함된 약사의 경우 약물과 관련된 치료와 시험에 참여가 허용</li> <li>· 사우스다코타: protocol에 의거하여 의료시설내의 처방권자에 의한 약물치료를 약사가 변경하거나 새로운 약물치료를 시작할 수 있게 하는 법률이 1993년에 통과됨.</li> </ul>
처방금지	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 알라바마, 알래스카 등을 포함한 41개주</li> </ul>

資料: Facts and Comparisons, *Pharmacy Law Digest*, 1997.

나. 分業推進 國家: 日本 및 臺灣

서구의 국가들과는 달리 일본과 대만 등의 아시아권 국가에서는 醫藥分業의 歷史가 그다지 길지 않다. 특히 이들 국가는 오랜기간동안 醫藥一體의 東洋醫學 傳統에 따라 分業제도의 도입 이후에도 의사와 약사의 역할 분담이 제대로 정착되지 못한 실정이다.

日本의 경우 의약분업제도가 처음으로 명문화된 것이 1874년(明治 7년)에 공포된 醫制<sup>61)</sup>에 따른 것으로서, 의사는 의약품의 판매를 금지하고 약국에서만 이를 취급하도록 규정하였다. 그러나 당시 藥師의 수가 적어서 실제로는 의사의 의약품 조제가 허용되었다. 1889년(明治 22년)에는 약사법령인 「의약품의 영업 및 식품 취급규제」를 공포하였는데 그 부칙에 의사는 자기가 진료하는 환자에 대한 처방에 한하여 자택에서 의약을 조합하여 판매, 투여할 수 있도록 규정하였다. 이에 따라 明治時代 醫制의 기본방향과 달리 醫師의 調劑가 허용되어 왔으며 1925년에는 “의사는 진료에 사용하는 의약품에 한하여 조제할 수 있다”고 명시한 약제사법이 시행되었다.

그런데 1949년 일본에 진주한 聯合軍 總司令部가 일본정부에 의약분업 실시를 권고한 것이 계기가 되어 일본의 의약분업은 새로운 전기를 맞게 된다. 정부에서는 1951년(소화 26년) 조사위원회를 설치하고 1953년부터 의약분업 실시 계획에 따라 의약분업법이라고 일컫어 지는 이른바 三師法(醫師法, 齒科醫師法, 藥劑師法)을 개정하여 의사의 처방전 교부를 의무화하는 것으로 分業의 기틀을 확정했다. 그러나 일본 의사회의 지속적인 반발에 직면하여 1955년에는 처방전 교부의

61) 醫制는 요즘의 의료법 등에 해당된다. 의제 41조에서는 “의사는 스스로 약을 판매하는 것을 금한다. 의사는 처방전을 환자에게 부여하여 이에 상응하는 처방전료를 받아야 한다”고 명시하였으며 제 55조에서는 “의약품의 조제는 藥舖主, 藥舖手代, 藥舖見習者が 아니면 이를 허용하지 않는다”고 규정하였다.

무에 대해 包括的인 例外規程을 두는 형태로 의약관계법의 일부가 개정되었다. 본 개정안은 1956년(소화 31년)부터 시행되었는데, 이로 인하여 일본에서는 소위 지금까지도 不完全 醫藥分業의 형태가 지속되게 되었다.

이상의 의약분업 제도 역사에서 알 수 있듯이 일본 또한 우리나라와 마찬가지로 의약분업을 둘러싼 논란과 분쟁이 끊이지 않고 있는 대표적인 국가이다. 일본의 의약분업 논쟁은 명치시대 서양의학이 도입된 무렵부터 시작하여 오늘에 이르기까지 약 100여년간을 이어져 왔는데, 특히 1956년에 의약관계법이 개정된 이후에도 몇번의 큰 격동기가 있었다. 1966년 약제사회는 의약분업 실시율이 매우 저조한 것을 문제삼아 의약분업실시 대책본부를 설치하고 의약분업을 정치문제화한 바 있는데, 이 당시에는 醫療保險財政 赤字가 심각하여 그 대책의 일환으로 국회와 정부에서는 의약분업제도 개정을 검토하였다. 1969년에는 자민당이 “國民醫療對策大綱”에서 의약분업을 일정지역과 특정의료기관부터 점진적으로 실시하여 5년 후에는 전국적으로 확대 실시한다는 強制醫藥分業案을 제시하였으나 관련 각계의 異見으로 실현하지 못하였다. 또한 1970년 의료보험법(건강보험법)을 개정하여 分業實施 地域을 정하고 醫療保險療養取扱機關은 外來 投藥을 原則으로 하는 것을 내용으로 한 醫療保險改正法案 및 醫療基本法을 정부에서 국회에 제출하였으나 이 역시 국회회기만료로 폐안이 되고 말았다.

일본은 強制 醫藥分業을 실시하고자 몇차례에 걸쳐 법률제정을 시도하였으나 실현시키지 못하다가, 1970년대 들어서야 의약분업의 당위성이 자주 제기되고 사회적 인식이 확산되면서 의약분업의 필요성이 강조되기 시작하였다. 따라서 후생성에서는 보다 적극적으로 處方箋 發行料를 대폭인상하거나(1974년) 醫師優待 稅制改正, 醫藥分業 모델地域 選定, 示範事業 實施, 綜合病院의 院外處方 發行 促進 등 의약

분업을 위한 다각적인 정책이 추진되어 왔다. 이러한 정부 정책은 약제사회의 노력과 맞물려 실제 醫藥分業率이 지속적으로 증가하는 효과를 거두고 있는데 그 결과 1973년 분업추진율이 2%에 불과하던 것이 1990년대에 들어서는 10% 이상을 넘는 것으로 나타났다.

일본의 의약분업과 관련하여 1955년 제정된 법에서는 약사가 아닌 면 의약품의 조제 또는 판매하지 못하도록 하므로써 의사의 處方權과 약사의 調劑權을 분리하고 있다. 그런데 醫師法을 통하여 의사가 직접 의약품의 조제할 수 있는 범위로서, 暗示的 效果를 기대하거나 患者의 不安으로 치료의 장애가 되는 경우 등에 이르기까지 例外條項<sup>62)</sup>을 包括的으로 규정하므로써 실질적으로는 약사의 조제권이 제대로 발휘되기 어렵게 되어 있다. 이와같이 일본은 법률에 의한 강제분업

62) 일본 약제사법 제4장 제19조에는 약제사가 아닌자는 판매 또는 수여의 목적으로 조제를 할 수 없다고 되어 있으나 다음의 경우에 의사 또는 치과의사가 본인의 처방전에 따라 스스로 조제하는 경우 또는 수의사가 본인의 처방전에 따라 스스로 조제하는 경우는 이에 한하지 않는다고 명시하고 있다.

- 환자 또는 현재 그 보호를 받고 있는 자가 특히 의사 또는 치과의사가 약제의 교부받고자 희망하는 경우
  - 의사법(1948년) 제22조 각호의 경우 또는 치과의사법 제21조의 경우
- 의사법 제22조는 다음과 같다: 의사는 환자에 대하여 치료상 약제를 조제하여 투여할 필요가 있다고 인정될 경우에는 환자 또는 현재 그의 간호를 담당하고 있는 자에 대하여 처방전을 교부하지 않으면 안된다. 다만 환자 또는 그의 간호를 담당하고 있는 자가 처방전의 교부를 필요로 하지 않는다는 뜻을 표시한 경우 또는 다음 각 호의 1에 해당되는 경우에는 제한을 받지 않는다.
- 암시적 효과를 기대하는 경우에 있어서 처방전의 교부가 그 목적의 달성을 방해할 우려가 있는 경우
  - 처방전을 교부하는 것이 진료 또는 질병의 예후에 있어서 환자에게 불안을 주어 그 질병의 치료를 곤란하게 할 우려가 있는 경우
  - 병상의 단기간의 변화에 적응하여 약제를 투여하는 경우
  - 진단 또는 치료방법을 결정하지 않은 경우
  - 치료상의 필요한 응급조치로써 약제를 투여하는 경우
  - 안정을 요하는 환자 이외에 약제의 교부를 받을 수 있는 자가 없는 경우
  - 각성제를 투여하는 경우
  - 약제사가 승선하지 않은 선박내에서 약제를 투여하는 경우

의 실현에는 실패하였으나, 반면 앞서 지적한 바와 같이 장기간에 걸친 厚生省의 각종 장려시책 실시의 노력으로 인하여 의약분업 실시 정도는 지속적으로 향상되고 있다.

의약분업제도를 추진한 후생성의 의약분업 시책은 크게 다음의 3가지 방향으로 정리할 수 있다. 첫째는 의사가 의약품을 직접 조제함으로써 얻는 經濟的 利益을 어느정도 제한함으로써 원외처방을 유도하는 방법이다. 여기에 속하는 것으로서 먼저 1974년 10월 진료수가를 개정할 때 處方箋 發行料를 대폭 인상한 것을 들 수 있다. 즉 처방전 발행료를 100엔에서 500엔으로 5배 인상하여 의사들이 처방전 발행에 관심을 기울일만한 經濟的인 動因(Incentive)을 제공했는데 그 결과 처방전 발행이 점차 증가한 것으로 나타났다.

1979년에는 醫師優待稅制를 개정하여 종전에 일률적으로 적용하던 72%의 필요경비 공제비율을 개업의의 수입에 따라 5단계 控除率(52%, 57%, 62%, 70%, 72%)로 축소 조정하였다. 이에 따라 약제구입비 및 인건비의 절감 그리고 감세효과를 가져 왔는데 이러한 현상이 의료기관의 경영면에 고무적인 영향을 미치게 되어 의약분업 실시를 촉진시키는 역할을 하게 되었다. 또한 후생성에서는 종합병원의 약제 관리예산에 개입하여 약제수익을 15%선 이하로 내리도록 함으로써 綜合病院 院外處方을 유도하는 정책을 추진하고 있다. 종합병원의 원외처방 발행촉진은 1989년 3월 국립병원장 회의에서 후생성이 원외처방전 발행을 요청함으로써 구체화되었는데 먼저 정부가 예산을 통제할 수 있는 國立病院부터 시작하였다. 현재 38개 병원이 지정되어 원외처방을 발행하고 있는데 병원마다 사정이 달라 목표치에는 도달하지 못했지만 동경대 병원의 경우는 外來患者의 90%이상을 원외처방전으로 처리하고 있다. 1982년에 실시한 「第 2藥局」<sup>63)</sup>規제도 병원이

63) 제2약국은 병원에서 직영하는 원외의 약국으로서 위치상 병원앞에 직영약국을 개

약국을 경영하므로써 얻는 이익을 제한하는 조치에 포함된다. 즉 병원에서 직영하는 약국에 處方箋이 集中되지 못하도록 함으로써 다른 지역약국도 함께 처방전 조제에 참여할 수 있도록 한 것이다.

두번째로는 藥師의 役割을 적극적으로 증진시키는 정책의 추진이었다. 일본은 전통적으로 의사에 비해 專門職으로서 藥師의 위상이 제대로 확립되지 못한 국가로 여겨져 왔다. 일본이 법률적으로 미비한 의약분업 제도를 갖게 된 것도 조제업무를 포함하여 의약품 전문가로서 약사의 역할이나 위상이 사회적으로 제대로 인식되지 못하였다는 데서 그 원인을 찾을 수 있다. 이에 따라 후생성은 의약분업을 촉진하기 위한 방안으로서 약사의 역할을 증진시키고 藥局의 受容態勢를 整備하기 위한 일련의 정책을 실시하였다.

1983년 2월에는 조제약국에서 長期 投藥과 관련되는 약제 복용시 환자를 지도하였을 때 服藥指導를 받을 수 있도록 하여 약사의 의약품 상담기능을 保險酬價로 보장하였다. 1986년에는 복약지도료의 적용범위를 확대하여 조제약국에서 患者의 藥劑服用歷(藥歷)을 관리하고 그에 따라 藥服用指導를 한 경우에는 모두 복약지도료를 받을 수 있게 하였다. 또한 1992년 의료법 개정시 약사를 의사, 치과의사와 마찬가지로 醫療人으로서 인정하여, 醫療提供施設間에 連繫情報를 받는 사람에게 명기하였다. 1993년에는 「藥局業務運營 가이드라인」을 통해 변화된 환경에서 약국의 임무 및 준수사항, 의약분업을 원활히 추진하기 위한 약국의 수용태세에 대한 내용을 제시하였다. 이 가이드라인은 強制性은 없으나 일본 사회에서 약국의 역할과 임무를 명확히 하고 약국 스스로 달성해 나가야 할 目標 및 改善事項을 명확히 했는데 의의가 있다. 한편으로 가이드라인은 후생성의 약국에 대한 行

---

업하는 경우에는 門前藥局이라고 불리기도 한다(대한약사회, 일본병원의 원외처방 발행추진현황, 1994).

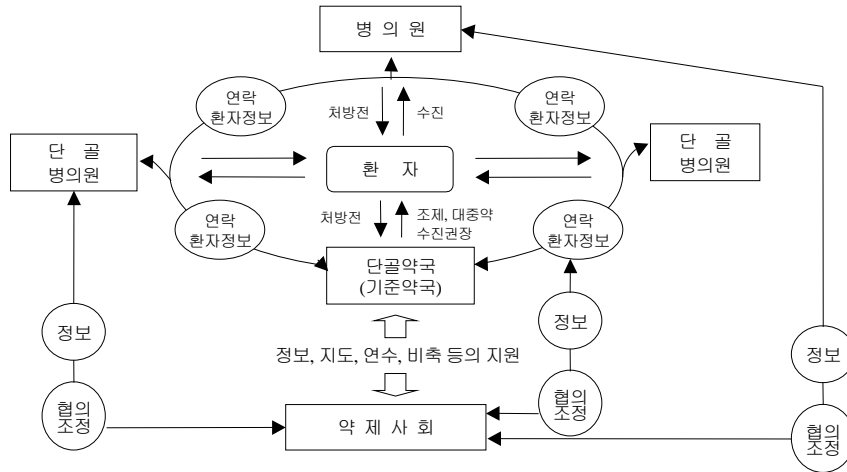


政指導의 指針으로서도 활용되고 있다. 그외 「個別醫藥品 服藥指導 매뉴얼」작성, 「未就業 藥師 就業促進 매뉴얼」발행 등을 통해 의약분업이 순조롭게 진전되도록 하고 있다.

세번째가 시범사업실시를 비롯한 醫藥分業促進事業을 지속적으로 진행하고 있는 점이다. 일본에서는 1985년부터 전국 8개의 의약분업 시범실시지구를 설정하여 각종 의약분업추진사업을 실시하고 있다. 또한 1988—90년에는 5개년 계획으로 「醫藥分業 基盤 整備事業」을 실시하였으며 1993년부터는 이것이 「醫藥分業 定着 促進事業」으로 대체되어 현재 계속 추진되고 있다. 이 사업은 保健所가 사무국(코디네이터)이 되어 三師會(醫師會, 齒科醫師會, 藥師會)와 地域住民 代表들이 의약분업에 대해 검토하고 이의 정착, 촉진을 도모하는 것을 주목적으로 하고 있다. 1993년에는 24부현 41지구에서 실시했으나 사업 시작 후 3년째부터는 28도부현 60지구에서 실시하도록 되어 있다.

이상과 같은 政府의 醫藥分業 推進政策 實施와 함께 약사회 또한 많은 藥局이 處方箋 受容態勢를 갖추고 의약분업에 참여하도록 하기 위해 지속적인 노력을 기울이고 있다. 특히 1990년에는 지역의료를 담당하는 핵심적 위치에서 모범적인 약사업무를 행하는 약국에 대해 「基準藥局」認定制度를 실시하여 가능하면 주민들이 기준약국을 자신이 신뢰할 수 있는 단골약국으로 선정하여 이용하도록 권장하고 있다. 일본 약제사회에서는 [圖 II-1]에 나타난 바와 같이 기준약국이 지역적으로 광범위하게 고루 분포되어 院外處方箋을 수용할 수 있도록 조직적으로 投藥網을 설정하여 의약분업을 활성화하고 있다. 또한 약제사회에서는 醫藥品 備蓄센타를 설치하여 의약품 공급이 원활하게 이루어지도록 하고 있으며 약사관련 정보제공, 연수교육등의 지원체계를 갖추고 있다.

[圖 II-1] 日本 醫藥分業의 體系圖



아시아 국가중 臺灣은 가장 최근에 의약분업제도를 도입한 국가이다. 본래 대만에서는 1950년 근로자보험을 시작으로 공무원보험, 농민보험을 점진적으로 도입하였으나 1995년에 이르기까지 국민의 59.4% 정도만 보험혜택을 받게 되었고, 또한 각 보험마다 의료기관과 계약을 해야 하는 등 국민들의 의료이용에 불편을 초래하게 되었다. 따라서 정부에서는 국민의 不便事項을 解消하고 나아가 醫藥品 使用의 安全性을 확보하고자 1995년 3월 강제적 사회보험인 全民健康保險을 시행하였으며, 1997년 3월에는 이등휘 총통의 정책의지에 따라 台北과 高雄 등 2개의 市에서 일차적으로 醫藥分業을 실시하게 되었다.

대만에서 실시되고 있는 의약분업의 특징은 기본적으로 의사 및 약사의 機能 分擔에 역점을 둔 모형이라는 점이다. 의사는 진단·처방 업무를, 약사는 의사처방에 따른 조제업무를 각각 분담하도록 규정하고 있는데 이러한 기능 분담에 충실하다면 약사가 근무하는 약국의 所有 上·經營上 獨立問題는 그다지 중요한 고려대상이 아니다. 즉 대만의

醫院에서는 藥師雇傭이 허용되고 있는데<sup>64)</sup>, 1997년 7월 의원의 약사 고용비율은 台北市가 43%, 高雄시가 80%인 것으로 보고되고 있다.

의사가 직접 의약품을 조제할 수 있는 例外條項은 행정규정 (Administration Rule)으로 명시되어 있는데, 3세 이하 65세 이상의 환자나 장애인, 임산부, 응급(월, 내원환자의 5%까지만 인정) 등이 포함된다. 예외조항<sup>65)</sup> 중에서 應急의 範圍는 의원내에서 행해지는 치료행위 중 醫師가 응급이라고 判斷하는 경우는 응급행위로 간주되고 있다. 대만에서는 의약분업제도의 실시예 앞서 구체적인 방안을 마련하는 등 충분한 준비가 없이 갑작스럽게 분업정책안을 제시한 결과, 의사나 개국약사 모두에게서 불만이 높으며 정부측에서도 수정·보완할 점이 많다고 지적하고 있는 실정이다. 현재는 2개 시에서 수행되고 있는 의약분업제도는 앞으로 2년 후 실시결과를 평가한 후 제도의 내용을 수정 보완할 예정에 있다.

---

64)全民健康保險法 第4章 保險給付

제31조: 의사는 처방전을 교부하여 약국 조제해야 한다. 제1항의 의약품 교부는 약사법 제 102조 규정에 의해 처리된다.

제39조: 다음 항목의 비용은 본 보험범위에서 제외된다(매약, 의사 지시용약).

제57조: 보험대상에게 특약의원 혹은 진료소 의사가 교부한 처방전은 그 특약의원, 진료소 혹은 특약약국에서 조제해야한다. 단 만성병 연속 처방전자가 산간벽지에 살고 있거나 원처방 발행의원의 진료소나 특약약국에서 조제할 수 없을 경우에는 규정된 기타 특약의원 혹은 보건소에서 조제한다.

65)全民健康保險法 第10章 부칙 第 102조: 의사는 진료를 목적으로 한다. 단, 산간벽지 혹은 약사가 없는 응급상황시에는 의사가 처방하여 약품을 조제 한다. 시행세칙 제 50조에 의하면 응급상황이란 의사가 응급처치의 필요에 의해 의약품을 사용하는 상황을 말한다.

## 第 2 節 醫藥品 分類와 分業對象 範圍

의약분업이 실시되고 있는 주요 선진국에서는 이미 오래전부터 그 나라의 사회적 여건에 따라 다양한 醫藥品 分類體系를 가지고 있다. 의약품 분류에 있어서 가장 기본이 되는 것은 의약품에 대한 安全性 및 有效性 확보 정도인데, 安全性·有效性에 대한 계속적인 관리가 요구되는 품목은 의사의 지도 감독하에서 사용하도록 處方藥으로 분류하는 반면, 오랜 사용경험을 통하여 安全性·有效性이 확보된 제품에 대해서는 非處方藥으로 분류하여 그 취급에 대한 제한을 완화하고 있다. 이와같이 의약품은 기본적으로 의사의 처방을 의무화하는 處方藥과 그 이외의 非處方藥으로 분류되는데, 국가에 따라서는 이밖에 反復處方與否나 販賣場所의 許容範圍에 따라 각각 여러개의 분류군으로 세분되어 독특한 의약제도의 형태를 나타내는 것이다(表 II-5 참조).

### 가. 醫藥品 分類體系

의약품을 2단계로 나누고 있는 국가로는 美國과 日本을 들 수 있다. 미국에서는 의약품을 처방약(Prescription Drugs)과 비처방약(Non-prescription Drugs or OTC Drugs: Over-the-counter Drugs)으로 구분하는데, 處方藥에는 習慣性 醫藥品, 醫師의 監督下에 사용치 않으면 안전하지 않은 의약품, 정부 통제하에 있는 新藥 등이 포함된다. 처방약에 대해서는 “미국연방법에 의해 처방전 없이 조제하는 것을 금한다”는 표시를 의무화하고 있다. 반면 非處方藥은 약국 및 약국 이외에서 자유롭게 구입할수 있는 약이 포함되고 있다.

일본에서는 의약품을 의료용 의약품과 일반용의약품으로 양분하고 있는데, 醫療用 醫藥品에는 제품의 특성상 使用上 注意가 필요한 의약품(마약, 각성제, 각성제원료, 요지시약품, 독약, 극약 등)이나, 제

형·약리작용 등으로 판단하여 醫師, 齒科醫師가 직접 사용하거나 이들의 지도·감독하에서 사용하지 않으면 醫療障礙를 초래할 우려가 있는 질환을 적응증으로 갖는 의약품 등이 포함되고 있다.

〈表 II-5〉 外國의 醫藥品 分類類型

국 명	분 류
미 국	1. 처방약 (Prescription drugs) 2. 비처방약 (Non-prescription drugs or OTC drugs)
일 본	1. 의료용 의약품 2. 일반용 의약품
영 국	1. 처방약 (POM: Prescription Only medicines) 2. 약국약 (P: Pharmacist's medicines) 3. 자유판매약 (GSL: General Sale List)
독 일	1. 처방약 (Rezeptpflichtig: Prescription-only medicines) 2. 약국약 (Apothekenpflichtig: Pharmacy-only medicines) 3. 자유판매약 (Freiverkauflich: General Sale products)
프랑스	1. 처방약 Stupefians(과거의 List B) : 마약제제 2. 처방약 List I (과거의 List A) 3. 처방약 List II (과거의 List C) 4. 비처방약 (비보험급여약)
스위스	1. 처방약 A-list (Prescription-Pharmacy restricted) 2. 처방약 B-list (Prescription-Pharmacy) 3. 비처방약 C-list (Over-The-Counter -Pharmacy) 4. 비처방약 D-list (Over-The-Counter -Drugstore) 5. 비처방약 E-list (Over-The-Counter -Other Stores)
캐나다	1. 처방약 (Prescription drugs) 2. 약사약 (BTC: Behind-The-Counter drugs) 3. 약국진열약 (OTC: Over-The-Counter drugs) 4. 자유판매약 (OTP: Out-of-The Pharmacy)

資料: 이의경·정우진 편저, 『의약품(전문 및 일반) 분류기준 개선방안연구』, 한국보건사회연구원, 1997.

반면 一般用 醫藥品에는 대부분 輕微한 疾患이나 適應症에 사용되며, 또한 이미 長期間 동안 사용되어 의약품에 표시된 용법·용량대로 복용한다면 일반국민이 직접 구입해서 사용해도 될만큼 安全性이 높은 의약품 등으로서, 주로 自家治療(Self-care or Self-medication)의 측면에서 선정되고 있다.

미국이나 일본과 달리 유럽의 경우에는 2단계의 기본적인 분류 이외에, 의약품의 販賣場所나 反復處方(Refill) 與否 등에 따라 분류가 세분되어 분류군은 국가에 따라 3~5단계로 나누어지기도 한다. 우선 영국에서는 의약품을 처방약(POM: Prescription Only Medicine), 약국약(P: Pharmacist's medicines), 일반약(GSL: General Sale List) 등 3단계로 분류하고 있다. 이는 각각의 명칭에서 시사하는 바와 같이 處方藥(POM: Prescription Only Medicine)은 단지 의사의 처방전에 의해서만 판매될 수 있는 약이며, 藥局藥(P: Pharmacist's Medicines)은 의사의 처방전없이도 약사의 감독하에 공급될 수 있는 약, 그리고 一般藥(GSL: General Sale List)은 약국 이외의 소매점에서도 판매될 수 있는 약이다. 이는 기본적으로 미국의 처방약 및 비처방약의 분류와 크게 다르지 않는데, 미국의 비처방약에 속하는 제품이 판매장소에 따라 약국약과 일반약으로 양분되고 있다고 할 수 있다.

독일도 영국과 같이 安全性 確保程度 및 販賣處에 따라 3단계로 세분화하고 있다. 즉 처방전이 필요하며 약국을 통해서만 판매되는 의약품, 약국에서만 판매되는 의약품, 그리고 약국 이외의 소매점에서도 판매가능한 의약품 등으로 나눌 수 있는데, 앞서 언급하였듯이 처방약 및 비처방약의 기본 분류하에서 비처방약을 販賣處에 따라 2단계로 각각 세분한 것이다.

프랑스에서도 의약품은 기본적으로 처방약과 비처방약으로 나뉘고 있는데, 다른 나라와 달리 처방약이 反復處方與否에 따라 다시 3단계

로 세분되고 있다. 處方藥 중 List I(과거의 List A)은 처방자가 허가하지 않는 한 反復使用할 수 없는 의약품으로서 약사는 販賣狀況을 기록·보관해야 한다. List II(과거의 List C)는 List I과 동일하나 患者의 要請이 있을 때는 두달까지 처방전을 反復 使用할 수 있다. Stupefians(과거의 List B)는 마약으로서 일련번호가 붙여진 양식에 의해 처방하고 반복 사용할 수 없다. Stupefians 역시 List I과 마찬가지로 약의 購入 및 販賣를 기록해야만 한다. 非處方藥은 의사의 처방없이 藥局에서 구입될 수 있으나 健康保險의 適用을 받지 못한다. 프랑스가 영국이나 미국, 독일 등 다른 나라와 차이를 보이는 것은 약국 이외에서도 판매 가능한 약은 없고 모든 의약품은 약국의 약사에 의해서만 판매하도록 철저히 규제<sup>66)</sup>하고 있다는 점이다. 이밖에 프랑스의 의약분업은 엄격하여 주사제의 경우에도 예외없이 분업대상이 되고 있으며, 주사를 투여하는 施注所가 看護師에 의하여 운영되고 있다. 최근 의약분업을 실시하고 있는 臺灣에서도 의약품을 處方藥, 指示藥, 成藥으로 3분류하고 있는데<sup>67)</sup>, 분업대상이 되는 처방약에는 항생제, 스테로이드제, 습관성 의약품 등이 포함된다.

스위스는 다른 유럽국가에 비하여 더욱 세분화된 醫藥品 分類體系를 가지고 있다. 다른 국가에서는 통상 의약품의 판매처에 따라 비처

66) 프랑스는 유럽 여러나라 중에서도 調劑 및 醫藥品 交附의 獨占權이 약제사에게 인정된 가장 대표적인 나라인데, 이는 일찌기 1777년 王室勅令(The Royal Declaration)에 의한 오랜 전통을 가지고 있다. 근래 유럽이 統合되면서 프랑스의 약사제도가 문제된 적도 있으나, 이는 각 국가 고유의 개별적인 사안으로 프랑스의 자체결정에 위임한 바 있다.

67) 臺灣 藥事法 第8條에서는 의약품을 處方藥, 指示藥, 成藥의 3가지로 구분하고 있다. 대만에서는 정규 약학대학을 졸업한 약사 이외에 고졸 수준의 약생도 의약품을 취급할 수 있는데, 약생은 마약의 조제 및 취급이 금지된 것 이외에는 아무런 업무의 제한을 받고 있지 않다. 감기등 일부 경질환에 대해서는 약사가 비처방 의약품을 사용하여 조제투약하여도 무관하나 의료보험급여에는 포함되지 않는다.

방약이 兩分되어 있는데, 스위스는 처방의약품 중에서도 이의 反復使用 與否에 따라 또다시 세분되어 모두 5가지의 分類體系를 이루고 있다. 우선 가장 엄격히 통제받는 처방약은 A-list의 의약품인데 약품 명단은 법령으로 정해져 있으며 의사의 명백한 허락없이 처방전의 반복 사용이 금지되고 있다. 처방전이 요구되기는 하나 약사에 의해 반복처방이 가능한 약은 B-list 의약품으로서, 위급한 경우 특히 생명이나 건강을 위협하는 절박한 응급상황에서는 藥師가 예외적으로 자신의 책임 아래 의료법에 관계없이 필요한 약을 공급할 수 있다. 처방전이 필요 없는 의약품, 즉 非處方藥은 판매처에 따라 3가지로 세분된다. 비처방약 중 사용상 주의를 요하는 의약품은 藥局에서만 판매되는 약인데 C-list 의약품으로 구분되어 있다. 이밖에 약국 이외에 자유로이 판매될 수 있는 약이 있는데, 이는 다시 드럭 스토어나 슈퍼마켓 등 판매처의 성격에 따라 각각 D-list 및 E-list로 세분하고 있다.

캐나다에서는 의약품을 처방약(Prescription Drugs)과 비처방약(Non-Prescription Drugs)으로 크게 나누고, 다시 비처방약을 세가지로 구분하여 4분류 체계를 택하고 있다. 즉 비처방약은 약사약(BTC: Behind The Counter), 약국진열약(OTC: Over The Counter), 자유판매약(OTP: Out of The Pharmacy)으로 나뉜다. 藥事藥(BTC)은 약국에서만 판매되는 의약품으로서 셀프서비스용으로 진열되지 않고 반드시 약사에게 요구해야만 하는 의약품들이다. 藥局陳列藥(OTC)은 廣告도 되고 셀프서비스용 진열도 되나 약국에서만 판매되는 약들이다. 自由販賣藥(OTP)은 명칭이 표명하는 그대로 약국 이외의 도소매점 등에서도 특별한 제한 없이 판매되는 약들이다.



#### 나. 非處方藥 轉換(OTC Switch)

의약품의 분류구분은 固定的인 것이 아니다. 근래에 들어서 미국, 일본을 비롯하여 유럽 여러국가에서는 처방약의 일부가 비처방약으로 전환(OTC Switch)되는 변화가 일어나고 있다. 처방약이 비처방약으로 전환되는 것은 의약품이 개발된 후 오랜 기간에 걸쳐 使用經驗이 蓄積되고 제품의 效能이나 副作用이 널리 알려진 경우에 해당된다. 사용경험이 오래된 약물의 사용법에 대하여는 일반인도 일정부분 學習效果를 거두고 있기 때문에, 제품의 사용 설명서(labeling)에 만전을 기한다면 전문가의 도움 없이도 스스로 안전하게 사용할 수 있다는 것이 본 제도의 기본취지이다. 특히 오늘날 각종 매스 미디어의 발달로 保健醫療情報가 널리 보급되고 보건의료에 대한 소비자의 참여가 활성화되면서 自家治療(self-care)나 自家投藥(self-medication)에 대한 요구가 높아지고 있는데, 처방약의 비처방약 전환은 이러한 사회적 요구를 반영한 것이라고 할 수 있다.

비처방약 전환과 관련하여 사회 일각에서는 醫藥品の 安全性이나 國民의 健康危害度 側面에서 우려의 소리를 표명하기도 했다. 그러나 전체적으로 볼 때 비처방약 전환에는 많은 순기능이 있는 것으로 평가되고 있는데, 예컨대 소비자가 의사의 처방전 없이 약국에서 의약품을 직접 구입할 수 있으므로 地理的·時間的인 接近性이 증대될 수 있는 장점이 있다. 製藥企業에서는 의약품 판매홍보를 직접 국민을 대상으로 확대할 수 있으므로 의약품의 대한 潛在需要를 顯示化시킬 수 있다는 기대가 있다. 한편 국가차원에서는 경제적 측면의 순기능을 고려할 수 있는데, 醫療機關 利用이 自家治療로 대체되는 경우 醫療費가 節減되어 국가경제에 보탬이 될 수 있다는 것이다. 특히 최근 서구 여러나라에서 醫療費 增加傾向이 두드러짐에 따라 처방약의 비

처방약 전환은 보다 적극적으로 검토되고 있다. 이와같이 의약품 분류전환은 근본적으로 科學技術의 發達에 따른 의약품 재평가에 의한 것이나, 이외에 社會經濟的 環境變化는 의약품의 분류전환 추세를 가속화시키는 주요한 요인이 되고 있다.

### 第 3 節 院外處方箋 發行

주요 외국의 의약분업 실시형태를 살펴보면 의사는 환자를 진단하고 처방전을 발행하며 약사는 이에 따라 의약품을 조제·투약하는 등 환자진료과정에 대한 醫師와 藥師의 業務分擔 內容에는 큰 차이가 없다. 그러나 처방전 발행에서부터 조제·투약에 이르는 분업과정을 상세히 살펴보면 處方箋 發行機關이 醫藥品 調劑를 담당하는 기관과 同一한지 여부에 있어서는 국가간 차이를 보인다. 예컨대 분업을 실시하고 있는 서유럽국가에서는 의사가 발행한 처방전 거의 대부분을 의료기관 밖에 소재하고 있는 開局藥局에서 조제하는 반면, 이와달리 대만에서는 의료기관에 藥師를 雇傭하여 의사가 발행한 처방전의 대부분을 같은 기관에 근무하는 약사가 직접 조제하고 있다.

이처럼 의약분업의 실시형태가 국가에 따라 다른 양상을 보이는 것은 근본적으로 분업을 접근하는 基本概念에 차이가 있기 때문이다. 의약분업은 개념적으로 職能分業과 機關分業의 2가지 관점에서 접근할 수 있는데, 우선 職能分業의 관점에서 살펴보면 의약분업이란 醫師와 藥師간의 機能分化로서 의사는 진단·처방을, 약사는 조제·투약 등 각각 다른 업무를 수행하는 것이다. 따라서 직능분업의 경우에는 의료기관에서 약사를 고용하여 조제업무까지 수행하건 아니면 외부의 약국에서 조제하건 아무런 상관이 없다. 반면 機關分業의 관점에서는 분업이란 처방전 발행기관, 즉 醫療機關과 조제기관인 藥局간의 분업

을 의미한다. 이는 의사와 약사가 업무를 수행하는데 獨立性을 확보하기 위해서는 의료기관과 약국간의 所有權 分離가 전제되어야 한다는 판단에 근거한 것이다. 따라서 주요외국의 의약분업 실시과정을 院外處方箋 發行의 관점에서 비교 고찰하고자 한다.

#### 가. 院外處方箋 發行 定着國家: 獨逸, 프랑스, 英國 및 美國

서구 분업국가에서는 일반적으로 醫療機關에서 발행된 처방전은 주로 周邊의 地域藥局에서 조제 투약되므로 원외처방전 발행은 이미 정착되어 있다고 할 수 있다. 즉 서구에서는 機關分業의 概念에 의한 분업형태를 보이고 있는데, 이와같이 원외처방전 발행이 정착되는데 가장 많은 영향을 준 요인은 法的인 制限規程과 함께 의사의 조제를 제한하는 醫療保障制度의 方針, 病院과 醫院의 역할이 뚜렷이 구분되어 있는 醫療傳達體系에 있다고 할 수 있다.

우선 법적인 측면에서는 醫師의 藥局 所有를 금지하는 규정을 들 수 있다. 의약분업의 효시라고 일컬어지는 프레드리히 2세의 의약법에 의하면 醫師는 藥局을 所有할 수 없도록 명문화하고 있다. 이러한 분업의 기본정신은 서구 유럽국가의 분업제도에 많은 영향을 미쳤는데, 프랑스에서도 의사와 약사의 兼任을 制限하는 등 의사와 약사의 獨立性이 강조되는 형태로 분업이 진행되었다. 이밖에 미국에서도 의사에게는 藥局 經營權을 부여하지 않으며 특히 法人에 있어서 의사가 10% 이상의 주식을 소유한 경우에는 藥局經營을 禁止하고 있다.

다음으로는 의사의 조제를 제한하는 醫療保障制度의 基本方針을 원외처방전 발행 정착의 주요 요인으로 언급할 수 있다. 영국이나 미국에서는 法的으로 의사의 조제를 제한하지 않지만, 醫療保障制度를 통하여 藥局에서 행해진 調劑에 대해서만 酬價를 지불함으로써 외래환자에 대한 의료기관에서의 의약품 조제·투약은 제한하고 있다. 앞서

언급하였듯이 영국에서는 국가의료보장체계(National Health Service: NHS)의 방침에 따라 外來患者에게 의약품을 공급해야 하는 경우에는 처방전을 원외로 발행하고 있다. 미국에서도 법적으로는 의약분업을 강제하고 있지 않지만, 건강관리기구(Health Maintenance Organization: HMO)를 비롯한 각종 保險者들이 의사조제에 대하여 수가를 지불하지 않기 때문에 현실적으로는 完全分業이 이루어지고 있으며, 따라서 외래환자에 대한 처방전은 특별한 경우를 제외하고는 周邊 藥局에서 조제하고 있다.

이밖에 서구 분업국가에는 病院과 醫院의 역할이 명확히 구분되어 있는 醫療傳達體系가 수립되어 있음을 언급할 수 있다. 즉 의원에서는 外來患者를 중심으로 진료하는 반면, 병원은 주로 入院患者 중심으로 운영되어 외래환자는 극히 드문 실정이다. 따라서 병원의 경우 적은 수의 외래환자를 위하여 별도로 外來藥局을 운영하는 경우는 상당히 적다. 예컨대 독일의 경우 400~500명상 이상의 병원은 약국을 가지고 있고 10명 이내의 약사가 근무하나, 작은 병원의 경우에는 약국도 없고 약사도 근무하고 있지 않다. 이러한 경우 지역의 開設藥局과 契約를 체결하여 의약품을 납입받고 있다. 병원에 의약품을 납품하고 있는 개설약국은 독일 전국을 통털어 600개가 있는데 이러한 약국에서는 대규모의 의약품을 구비해야 하기 때문에 컴퓨터를 활용하여 在庫管理를 수행하고 있다. 병원을 퇴원한 후에는 家庭醫의 처방전에 의하여 地域藥局에서 의약품을 공급받으며, 외래환자의 경우 병원에서 처방전에 의하여 약을 받는 일은 없다. 미국의 경우에는 처방전에 대한 의약품 조제를 병원 외래약국에서 하든지 외부의 약국에서 하든지 患者의 選擇에 맡겨져 있으나 대부분은 地域藥局에서 조제하는 경우가 많다. 즉 서구국가 국민들은 병원의 외래진료나 의원방문 후 개국약국에서 의약품을 조제하는 慣行에 익숙해져 있는 것이다.

#### 나. 院外處方箋 發行 未定着國家: 日本 및 臺灣

日本은 앞서 제시한 바와 같이 법적으로는 의약분업의 골격을 갖추고 있으나 例外條項에 의해 醫師에 의한 直接調劑가 허용됨에 따라 원외처방전 발행율은 低調한 실정이다. 1973년 통계에 의하면 원외처방전 발행률은 2%에 불과한 것으로 나타나고 있는데, 법률제정 이래 상당기간동안 원외처방전 발행은 거의 없는 상태가 지속되었다. 그런데 1974년 醫藥分業 推進政策의 일환으로서 의사에게 지불하는 處方箋料를 대폭 인상하는 조치가 단행됨으로써 원외처방전 발행은 점차 증가하게 되었다. <表 II-6>에 나타난 바와 같이 소화63년(1988) 원외처방전 발행률은 10.6%에 불과했으나 1990년대 들어 지속적으로 증가하여 1993년(평성5년)에는 15.8%로 나타났고 1996년에는 25%정도에 이른 것으로 알려져 있다.

<表 II-6> 日本의 年度別 院外處方箋 發給率

연도	전체 의약분업률(%)	38개 국립병원의 의약분업률(%)
1986	9.7	-
1987	10.1	-
1988	10.6	8.0
1989	11.3	9.2
1990	12.0	11.1
1991	12.8	12.6
1992	14.1	12.6
1993	15.8	16.6

註: 의약분업률(%) = 약국에서 처방전 매수/외래처방건수(전체)×100  
 資料: 厚生省, 『厚生年監』, 1996.

이에 따라 처방전에 의한 藥局調劑費가 국민의료비에서 차지하는 비중도 점차 증가하고 있는데 1991년에 약국조제비는 국민의료비 21조 8260억엔 중 2.8%(6104억엔)를 차지했다. 의료기관별 원외처방 발

행현황을 살펴보면 1991년의 경우 병상이 없는 無償 診療所의 원외처방전 발행률이 26.8%로 가장 높았고 그 다음은 病院 18.7%, 齒科 3.1%의 순으로 나타났다. 또한 진료과목별로는 內科에서 35.0%로 가장 높았고 안과 21.4%, 이비인후과 13.7%, 외과 10.0%의 순으로 집계되었다. 일본의 의약분업은 특히 1989년부터 실시된 「綜合病院의 院外處方箋 發行 促進政策」에 의해 많은 진전이 이루어지고 있는 것으로 평가된다. 현재 38개 國立病院이 원외처방 모델병원으로 지정되어 있는데 이들의 원외처방전 발행상황을 보면 1988년에는 8.0%에 불과했으나 점진적으로 증가하여 1993년에는 16.6%에 이르는 것으로 나타났다. <表 II-6>에 나타난 바와 같이 綜合病院의 원외처방전 발행을 증가양상은 느리게 진행되고 있다. 그러나 후생성에서는 원외처방전 발행이 여러가지 장점을 가진 것으로 평가하기 때문에, 향후 종합병원의 원외처방 발행은 지속적으로 擴大되리라고 전망하고 있다. 그 까닭으로는 원외처방전 발행을 통하여 외래환자 대기시간 지연, 외래대합실 혼잡 증가 등 환자서비스 不便事項을 어느 정도 개선할 수 있고 服藥指導의 불철저나 약제 구입 및 유지에 드는 費用, 직원의 業務過多로 인한 불만족 등도 해소 가능하다는 것이다. 이밖에 종합병원 이외의 他 醫療機關에 대한 과급효과가 크다는 점과, 광역적으로 處方箋 受容體制가 갖추어지고 있어서 처방전이 지역사회 전체 약국으로 끌고루 分散될 수 있는 面分業<sup>68)</sup>의 진전을 가져올 수 있다는 것이다. 또한 처방전을 매개로 지역별로 병원과 약국간의 提携 協力關係를 발전시킬 수 있다는 점도 들 수 있다. 따라서 종합병원의 원외

68) 面分業이란 일본에서 線分業에 대칭되어 사용되는 용어이다. 여기서 선분업은 병의원과 조제약국이 指定되어 連結된 상태를 말한다. 선분업 상태에서는 병의원과 조제약국이 결탁할 가능성이 있으므로 의약분업의 근본 취지를 살리기 어려운 제한점이 있다. 따라서 지역사회 전체 약국으로 處方箋을 擴散하고자 하는 취지에서 面分業이라는 용어를 사용하게 되었다.

처방발행 촉진정책은 의약분업의 진전에 긍정적인 영향을 미치고 있으며 따라서 분업 추진을 위한 중요사업으로 계속 실시될 전망이다.

이와같이 일본의 의약분업은 거의 全無한 상태에서 조금씩 진전되어 왔기 때문에 서구와 달리 의약분업에 일부약국과 일부 병·의원만이 참여하는 현상을 빚게 되었다. <表 II-7>에 나타난 바와 같이 保險調劑藥局으로 지정된 약국중 처방조제 청구약국은 1975년에는 36.1%에 불과했으며 1992년에도 53.5%로서 절반정도만이 원외처방전 조제를 수행하고 있는 상황이다. 또한 월 300매 이상의 처방전을 취급하는 약국은 1992년에도 전 보험약국의 22.1%에 불과하였다. 이와 함께 지역별 의약분업 추진실적도 큰 차이를 보이고 있어 향후 원외 처방 증가와 함께 많은 약국이 참여하도록 하는 것과 地域間 不均衡을 해소시켜나가는 것이 향후 과제로 제기되고 있다. 현재 일본 정부에서는 의료보험 약가제도나 의약품 유통구조 개선을 통해 종합병원의 藥劑利潤을 15%이하로 떨어뜨린다면 원외처방발행율은 증가할 수밖에 없을 것으로 판단하고 있다.

<表 II-7> 日本 保險藥局의 處方箋 受容實態

처방 수용태세	1975	1980	1985	1990	1991	1992
청구약국수/보험약국수(%)	36.1	44.9	50.9	51.9	53.2	53.5
300매이상 취급약국수/보험약국수(%)	2.6	9.4	15.9	20.2	21.2	22.1

資料: 厚生省, 『厚生年監』, 1996.

臺灣에서도 의약분업에 따른 원외처방전 발행률은 매우 낮는데 이는 근본적으로 대만의 분업모형이 機能分業의 개념에 근거하고 있기 때문이다. 앞서 언급하였듯이 대만에서는 醫院에서도 藥師를 고용할 수 있으므로 굳이 병·의원 밖으로 처방전을 발행할 필요가 없다. 물론 처방

전의 조제에 대한 選擇權은 소비자에게 있으므로 의료기관 외부의 지역약국에서 의약품을 조제하고자 하는 경우 원외처방전 발행을 요구할 수 있으나, 실제로는 과거로부터 오랜 기간 익숙해진 未分業의 慣行과 조제의 便利性, 의사에 대한 信賴性 때문에 원내조제를 선호하는 경향이 두드러진다. 1997년 7월 현재 台北市 소재 의원의 원외처방전 발급율은 8.52%, 高雄市의 경우는 2.95%인 것으로 나타났는데 의원내에 약사가 있는지 여부에 따라 원외처방전 발행률에는 상당한 차이를 보이고 있다(표 II-8 참조). 즉 약사가 없는 의원에서는 약 30% 정도의 원외처방전 발행율을 보이거나 약사가 있는 경우에는 1%에도 못미치고 있다. 한편 약사가 없는 경우에도 분업율은 30% 정도에 불과한 것으로 나타나고 있는데 이는 의사가 直接調劑할 수 있는 例外條項<sup>69)</sup>이 포괄적으로 규정되었기 때문이다.

〈表 II-8〉 臺灣 醫院의 院外處方箋 發給率(1997年)

시기	台北市			高雄市		
	약사 없는 의원	약사 있는 의원	계	약사 없는 의원	약사 있는 의원	계
3월	38.33	1.50	9.83	12.53	0.13	2.28
7월	48.74	0.92	8.52	35.21	0.58	2.95

資料: 대만국민건강보건국 내부자료, 1997.

대만의 醫院에서 약사를 고용하면서 까지도 원외처방전을 발급하지 않으려는 이유는 의료보험약가의 상환액과 실구입가의 차이에서 오는 藥價利潤을 최대한 확보하고자 하는 것이 가장 큰 이유이다. 또한 대만에는 환자의뢰체계가 없어 병원과 의원이 外來患者를 놓고 競爭해

69) 대만에서는 행정규정을 통하여 3세 이하나 65세 이상의 환자, 장애인, 임산부, 응급환자에 대하여 의사의 직접조제를 허용하고 있다. 이때 응급환자는 내원환자의 5%까지만 인정하고 있다.



야 하는데, 의약품 조제까지 함께 받을 수 있는 병원에 환자를 빼앗길 우려가 있으므로 의원에서는 藥師 人件費에 대한 부담을 지면서도 약사를 고용하고 있는 것이다. 臺灣 政府, 특히 국민건강보험국에서도 의원의 원내조제를 선호하고 있다. 이는 전민건강보험제도에 있어서 처방전을 외부 약국으로 발행할 경우에 오히려 處方料와 調劑料의 지출비용이 증가하므로<sup>70)</sup> 결국 醫療保險財政에 負擔이 커질 우려가 있기 때문이다.

醫師들은 의약분업제도 실시 이전에는 정부로부터 규제도 덜 받고 높은 소득을 올리고 있었으나, 제도 실시후에는 各種 規制로 인해 간섭은 심해진 반면 藥師雇傭에 따른 支出增加로 소득은 줄어 의약분업에 대한 불만이 증폭되고 있다. 반면 藥師들의 입장은 병원약국과 개국약국간에 차이를 보인다. 病院藥師들의 입장에서는 의약분업 실시로 제도권에 진입하여 專門職으로의 위치를 확보할 수 있다는 점, 의료기관에서 약사고용이 증가함에 따라 수입증대를 기대할 수 있다는 점 등으로 의약분업을 찬성하는 측면이 있으나, 開局藥師의 입장에서는 원외처방전이 발급되지 않아 收入이 급감하므로 의원의 원외처방전 발행 촉진을 위한 대책마련이 시급하다고 주장하고 있다.

#### 第 4 節 處方箋 記載方式과 代替調劑許容

의약품에는 통상 3가지 이름이 있다. 가장 널리 알려진 것이 商品名(Brand Name)으로서 제품을 생산한 제약회사에서 販賣의 목적으로 명명한 것이다. 이밖에 化學名(Chemical Name)이 있는데 이는 해당 主成分의 化學構造에 대한 명칭으로서 길고 일반인이 이해하기 어려운

70) 전민건강보험 하에서 원내처방의 경우 진찰료는 220元, 약사조제료는 20元이나, 원외처방의 경우는 진찰료가 240元, 지역약국 약사의 조제료는 30元이다(참고 1\$=29元).

면이 있다. 화학명의 사용상 불편을 개선하면서 동시에 특정 제약회사를 지칭하지 않기 위하여 개발된 이름이 바로 一般名(Generic Name)인데<sup>71)</sup> 이는 주성분의 이름을 사용하기 용이한 형태로 변형한 것이다. 처방전에 사용되는 醫藥品 記載 方式이 국가에 따라 차이를 보이는 것은 이와 같이 의약품을 명명하는 방법이 다양하기 때문이다. 또한 의약품 중에는 同一成分(同一 含量)을 가지고 있는 동일한 종류의 의약품이 여러 제약회사에서 同時に 生産되는 경우도 빈번하기 때문에, 醫藥品 選擇에 대한 의사·약사의 역할범위에 있어서도 국가간 입장차이가 나타나고 있다(表 II-9 참조). 따라서 주요국의 의약분업 실시형태를 處方箋 記載方式과 이에 대한 代替 許容與否의 관점에서 살펴보고자 한다.

가. 商品名 處方の 代替調劑 不許國家: 프랑스, 日本 및 英國

프랑스에서는 의사가 처방한 의약품을 정확히 그대로 조제하도록 법으로 규제하고 있다. 다른 서구 국가와 달리 一般名 處方을 抑制하고 있을 뿐 아니라 商品名 處方에 대해서는 藥師의 代替를 禁止하고 있다(表 II-9 참조). 프랑스의 보건법(Public Health Code, Art. R. 5015-45)에서는 의사의 事前承認 없이 의약품을 수정·변경하는 것에 대하여도 철저히 금지하고 있다. 상품명 처방에 대한 대체금지는 日本에서도 마찬가지이다. 日本에서는 약사법 제23조를 통하여 약사는 처방전에 기재된 의약품에 대해 그 처방전을 교부한 의사, 치과의사 또는 수의사의 同意를 얻는 경우 외에는 이를 변경하여 조제해서는 안된다고 명시함으로써 법적으로 약사의 自律的인 處方代替를 禁하고 있다.

71) 예를 들어 아스피린은 일반명이며 이의 화학명은 아세틸 살리실릭에시드이고 상품명에는 바이엘아스피린, 바피린정 등이 있다.

〈表 II-9〉 主要外國의 處方箋 記載方式 및 代替許容

국 가	일반명 처방	상품명 처방의 대체 허용	비 고
프랑스	억 제	약사의 처방대체권한 없음.	응급인 경우 일반명 처방을 원칙(파리)
영 국	권 장	약사의 처방대체권한 없음.	상품명 원칙으로 정해진 법을 고치기 어려워 일반명 처방 권장책
독 일	권 장	약사의 처방대체권한 제한적 인정	의사의 허락이 있는 경우 대체 가능
미 국	권 장	약사의 처방대체권한 제한적 인정	주마다 상이
스위스	권 장	약사의 처방대체권한 인정	26개주 중 13개주에서 시행
캐나다	불간섭	약사의 처방대체권한 인정	
노르웨이	불간섭	약사의 처방대체권한 제한적 인정	
덴마크	불간섭	약사의 처방대체권한 인정	
스웨덴	불간섭	약사의 처방대체권한 없음	
이태리	불간섭	약사의 처방대체권한 인정	

資料: 일본 약제사회, 『의약분업을 이해하기 위하여』, 1985.

Spivey R.N., et al., *International Services of Pharmaceuticals*, 1992.

OECD, *Health: Quality and Choice*, 1994.

英國에서도 프랑스나 일본과 같이 상품명 처방에 대한 의약품 대체를 법으로서 금지하여 약사의 處方代替權限은 없는 것으로 알려져 있다. 그런데 1984년 NHS에서는 처방되는 의약품 중 해열제, 제산제, 감기 및 기침약, 벤조디아아제핀, 완하제, 강장제, 비타민제 등 7개 항목에 대해서는 一般名을 사용하도록 규정하고 이를 위하여 制限目錄(Limited List)을 작성·도입하였다. 즉 영국에서는 상품명 처방에 대한 법률을 고치기 보다는 社會保障制度를 통해 一般名 使用을 勸獎하고 있는 상태이며, 일반명으로 처방된 경우에는 자연스럽게 의약품 선택에 대한 약사의 개입이 증가하는 것이다. 최근에는 정부에서 상품명

의약품과 일반명의약품의 價格을 比較하여 公表하기도 하고, 상품명 의약품의 처방빈도가 높은 의사에게 일반명 醫藥品의 使用을 勸告하기도 하여 점진적으로 일반명 의약품의 처방이 활성화되고 있는 추세이다.

나. 商品名 處方의 代替調劑 許容國家: 獨逸 및 美國

獨逸의 처방전 기재방식은 商品名을 원칙으로 하고 있으나 현재는 一般名 處方도 권장하고 있는 추세이다. 또한 의사가 상품명으로 처방하여도 처방전에 ‘代替可能’이라고 許諾한 경우에는 약사의 판단 하에 상품명 의약품을 다른 의약품으로 代替할 수 있다. 최근 들어서면서 費用節減政策에 따라 의약품의 일반명 처방을 적극 권장하는 추세에 있다. 질병금고(Sick Fund)에서는 의사에게 비교적 가격이 저렴한 一般名 醫藥品을 사용하도록 권고하고 있으며 이에 따라 독일의 일반명 제품 시장은 지속적으로 확대되고 있다.

美國에서는 一般名 處方을 권장하고 있으나 일반명 혹은 상품명에 대한 選擇權은 의사에게 부여되어 있다. 그러나 의사가 상품명으로 처방했어도 ‘반드시 처방전에 기재된 의약품을 조제하라’는 특별한 언급이 없는 경우<sup>72)</sup>에는, 약사가 동일성분의 다른 의약품으로 代替할 수 있는 권한이 州法律로서 부여되어 있다. 미국의 플로리다, 켄터키, 매사추세츠, 미네소타, 미시시피, 뉴저지, 뉴욕, 펜실바니아, 푸에르토리코, 로드아일랜드, 버지니아, 워싱턴, 웨스트버지니아 등 13개 주에서는 약사의 대체조제를 의무적으로 強制化하고 있는데 단, 의사가 의약품 대체

72) 상품명으로 처방이 기재되어 있어도, ‘기재된 대로 조제하시오(Dispense as written: DAW)’ 혹은 ‘치료적 필요(Medically Necessary)’라고 자필로 명확히 표시되지 않은 경우, 보험회사가 상품명 처방을 허락하지 않는 경우, 약사가 처방된 상품명 의약품을 보유하고 있지 않는 경우에는 환자의 동의를 얻어 처방을 대체할 수 있다.

를 원하지 않는 경우에는 처방전에 自筆로 이를 기재하도록 규정하고 있다. 미국의 오클라호마주<sup>73)</sup>를 제외한 나머지 38개주에서도 약사의 의약품 대체를 許容하고는 있으나 아직 강제화하고 있지는 않다.

〈表 II-10〉 美國의 各 州別 處方代替 許容現況

처방대체	미국의 주
대체허용	알라바마, 알래스카, 워싱턴 등 38개 주
대체강제	플로리다, 켄터키, 매사추세츠, 미네소타, 미시시피, 뉴저지, 뉴욕, 펜실바니아, 푸에르토리코, 로드아일랜드, 버지니아, 워싱턴, 웨스트버지니아 등 13개 주

資料: Facts and Comparisons, *Pharmacy Law Digest*, 1997.

본래 1950년대 미국 대부분의 주에서는 의사가 처방한 의약품에 대하여 약사가 다른 의약품으로 代替하는 것을 법으로 禁止하였다. 따라서 의사들은 반드시 특정 제약회사의 상품명으로 처방전을 작성하고 약사는 처방전에 기재된 의약품을 그대로 조제해야만 했다. 당시 의약품 代替禁止 法律이 제정된 것은 제약회사마다 製造技術의 隔差가 클 뿐 아니라 제대로 된 제조공정을 거치지 않은 複製品들이 난무하여 제품간 品質差異가 크게 나타났기 때문이었다. 따라서 1960년대 들어 미국 정부에서는 의약품의 품질을 보장하기 위한 제도적 장치를 다각적으로 마련하였다. 1962년 Kefauver-Harris 개정안이 입법화됨에 따라 모든 의약품은 시판 전에 食品醫藥品廳(FDA)으로부터 안전성과 유효성을 입증받아야만 하였다. 또한 제약업체에 대한 시설기준을 강화하기 위하여 醫藥品 製造 및 品質管理基準(GMP)을 규정·시행하였고, 동일성분 의약품에 대해서는 生物學的同等성과 生體利用率에 대

73) 오클라호마주에서는 의사의 지시없이 약사가 의약품을 대체하는 것이 불법으로 규정되어 있다.

한 시험결과를 요구하였다. 이와 같은 政府의 품질관리 노력과 製藥企業의 자체적인 기술수준의 향상으로 의약품의 品質水準은 점진적으로 향상되었고 同一成分 複製品들간의 품질도 상당부분 均質하게 되었다. 따라서 1970년대에 들어서는 약사의 醫藥品 代替에 대한 논의가 다시 재개되었고 그 결과 현재에 와서는 모든 주에서 의약품 대체를 허용하게 되었다.

미국에서 의약품 대체를 허용하게 된 가장 근본적인 이유는 의약품의 效率的인 使用을 통하여 醫療費를 節減하자는 것이었다. 특히 건강유지기구(HMO: Health Maintenance Organization)에서는 약사들로 하여금 의사의 처방내용을 평가 검토하여 동일성분 의약품 중 가장 費用效果的(cost-effective)인 약물을 선택하여 代替調劑하도록 요구하고 있다. 건강유지기구(HMO)의 약물사용방침은 다른 보험자들에게도 널리 파급되고 있으며 따라서 의약품 대체업무의 중요성이 더욱 부각되고 있다. 특히 최근 들어 特許期間이 만료되는 의약품의 수가 증가함에 따라 많은 의약품이 複製될 것이고 따라서 의약품 대체에 대한 사회적 요구는 더욱 증대할 것으로 전망된다. 한편 약사의 의약품 대체 허용은 藥師人力을 적극 活用하고자 하는 사회적 요구와도 맞물려 있다. 미국의 藥學大學에서는 약물대체에 필요한 지식을 교육하고 있으므로 이러한 전문인력을 적극 활용하여 의약품 사용상에 나타나는 浪費的인 要因을 제거하자는 것이다. 이와같이 의약품 대체에는 의료자원의 效率的인 運用을 통하여 醫療費를 節減할 수 있는 순기능이 있는데, 이러한 효과는 의약품의 生物學的同等性 確保를 통하여 의약품의 품질이 일정수준 이상 均質化되었을 때 가능한 것이다.

## 第3章 우리나라 醫藥分業 推進經緯

醫藥分業은 의약품의 誤濫用이나 그 밖에 국민보건에 대한 사안이 사회적 관심의 대상이 될 때마다 지속적으로 논의가 提起되고 있다. 그러나 많은 논의에도 불구하고 결국에는 利害當事者間의 대립으로 결론을 얻지 못하고 지금까지 醫藥 未分業狀態가 지속되고 있다. 본 절에서는 그 동안의 의약분업 추진경위를 재조명하므로 1999년 7월 이전에 분업을 실시해야하는 시점에 있는 우리에게 주는 示唆點을 고찰하고자 한다. 이를 위해 본 장에서는 그 동안의 의약분업 추진경위를 초기 의약분업 실시방안모색, 목포시 의약분업 시범사업 및 시범사업 이후의 동향 등으로 區分하여 考察하였다.

### 第1節 初期 醫藥分業 實施方案 摸索

1953년 12월에 최초로 제정된 藥事法의 조제에 관한 조항을 보면 제18조 1항은 ‘藥師가 아니면 醫藥品을 調劑할 수 없다’라고 규정하였고 2항에는 ‘약사가 醫藥品을 調劑할 때는 藥局에서 이를 행하여야 한다’로 정하고 있다. 또한 제20조는 ‘藥師는 그 處方傳을 발행한 의사, 치과의사 한의사, 수의사의 동의 없이는 처방을 변경 또는 수정하여 조제할 수 없다’라고 하여 조제업무에 관한 사항을 명시하였다. 그러나 의사의 처방에 의한 조제에 관한 사항이 規定되어 있지 않아 의약분업에 대한 기본을 제시하고 있지 않다고 볼 수 있다. 또한 이러한 조항은 당시의 사회적, 경제적 여건을 고려하여 經過措置로 약사법의 부칙 제59조 ‘의사, 치과의사, 한의사 또는 수의사는 자신이 治

療用으로 사용하는 의약품에 한하여 자신이 直接調劑할 경우에는 제 18조(조제)의 규정에도 불구하고 이를 조제할 수 있다' 라고 하여 현실을 인정하고 있어 현재와 같이 의사가 의약품을 조제할 수 있고 또한 약사가 의사의 처방없이 任意調劑 할 수 있는 과도적 형태의 법체계의 근원을 마련했다.

1960년대에 들어서 사회전반적인 개혁을 위한 법률개정 작업의 과정에서 大韓醫學協會는 오남용이 극심한 항생제 자유판매금지의 제도화를 보건사회부에 建議하였고 한편 大韓藥師會는 분업조사위원회를 설치하여 의약분업의 당위성에 대해 건의하였다. 이에 따라 1963년 10월 1일 내각에서 제안하여 동년 12월 13일 법률 제1491호로 전문개정된 藥事法 제21조 3항에 '약사는 의사, 치과의사 또는 수의사의 처방전에 의하여 의약품을 조제하여야 한다'는 조항을 두어 의사와 약사의 의약품 공급상의 역할을 규정하여 의약분업 施行의 意志를 보였다. 그러나 醫療法에는 의료인의 처방발행 의무가 명시되어 있지 않고, 또한 현실적으로 의약분업을 실행할 준비가 全無한 상태에서 기존의 慣行이 계속됨에 따라 약국에서 약사의 임의조제와 의료기관에서의 의사의 조제행위가 모두 不法이라는 시비가 대두었다. 이에 대하여 정부는 의약분업에 관한 법조항이 현실적으로 실현가능성이 없다는 判斷에 따라 1965년 4월 약사법 제21조 3항을 削除하고 동시에 附則 제2조를 신설하여 의사의 조제 및 약사의 임의조제를 관행대로 법률상 許容하게 되었다.

그후 1965년에 약사법 및 의료법안을 심의하던 國會保社委員會가 의약품의 오남용에 의한 국민보건상의 危害를 들어 가급적 빠른 시기에 분업을 실시하도록 하는 勸告決議를 채택함에 따라 1966년 보건사회부는 의사대표 5명, 약사대표 5명으로 구성된 '醫藥分業推進研究委員會'를 설치하여 의약분업제도 실시에 필요한 제반 계획과 조사연구



의 추진을 시도하였다. 이에 따라 약사회는 1966년 1월 약사회내에 醫藥分業研究委員會를, 醫學協會에는 1968년 8월 醫藥分業專門研究委員會를 각각 구성하여 의약분업에 관한 연구를 진행하였으나 보건사회부의 의약분업추진위원회가 제대로 기능을 발휘하지 못하여 그 활동이 자연 消滅되었다.

이어서 1969년 12월에는 역시 國會保社委員會의 권유에 따라 1970년 1월 의·약분야전문가 15명을 위원으로 하고 보건사회부차관을 위원장으로 하는 ‘醫藥分業推進委員會’를 구성, 보건사회부에서 정식으로 의약분업을 당면과제로 채택하여 의약분업추진시안 마련에 착수하였다. 동시에 보건사회부장관은 社會保障審議委員會에게 의약분업을 위한 조사, 분석 및 평가를 지시했고 이에 위원회는 ‘分業推進調查委員會’를 구성하여 의약분업의 실시를 위한 연구를 推進하는 가운데 우리나라의 實情을 고려하여 製劑別 部分分業으로 분업의 기본방향을 정하고자 하였다. 이러한 시도에 대하여 醫學協會는 그 대안으로서 도시, 농촌간의 경제력의 격차, 환자의 부담증가로 오는 사회, 경제적 여건 등을 감안하여 의사와 약사수가 人口比로 충족되고 있으며 인구 50만 이상의 도시로부터 段階的으로 실시하되 국민보건에 危害를 줄 수 있는 의약품은 그 순위에 따라 구체적으로 분류하여 실시할 것을 주장하였다. 이에 대응하여 약사회는 地域別 部分分業의 실시를 중심내용으로하는 안을 제시하므로 醫藥分業推進委員會는 시행안도 마련하지 못한 채 解散되었다. 1970년대 의약분업을 위한 또다른 試圖로 보건사회부는 제4차 5개년 계획을 마련중 大韓醫學協會의 항생제 및 스테로이드 자유판매규제 건의를 계기로 이들 의약품에 한정된 部分的 醫藥分業案을 마련한 바 있으나 藥師會와 醫學協會의 반대로 보건사회부의 안은 廢案되고 말았다.

이상에서 살펴본 바와 같이 이 기간동안 의약분업에 관한 논의는

꾸준히 제기되고 있었으나 분업의 直接 當事者인 의학협회는 일부 습관성의약품에 대한 약국자유판매 규제에 주된 관심이 있었고, 약사회는 의약분업에 따른 任意調製權의 喪失에 대한 불안감 등을 갖고 있는 상태에서 양단체는 직접적인 동기가 결여되어 현실에 安住하고자 하는 의식이 강하였다고 볼 수 있다. 일반 국민 또한 의약품의 오남용이 국민 건강에 미치는 영향에 대한 意識이 缺如된 상태에서 의약분업은 다만 불편만을 초래할 것이라는 인식을 갖고 있었고, 이에 정부도 분업추진을 위한 적극성을 보이지 못하고 당사자들간의 합의에만 맡긴 상태에서 의약분업의 실행은 탁상공론적인 논의 그치게 된 결과가 되었다.

## 第 2 節 木浦市 醫藥分業 示範事業

### 가. 推進經緯

1977년 醫療保險 실시 이후 被保險者 의료이용양상의 변화에 따른 의약계의 경제적 利益構造의 再編에 대한 위기감은 개업약사의 의약분업실시 요구로 이어졌고 의료계도 이에 대응한 대안을 제시하게 되므로 의약분업문제가 다시 쟁점화 되었다. 의료보험 실시 초기에는 그 대상이 制限되어 큰 관심이 되지 못하다가 1980년대에 들어서 地域醫療保險 示範事業이 실시되면서 지역의 全 住民이 醫療保險을 강제 적용 받게되어 약국 경영이 어렵게 될 것이므로 의약분업을 실시해야 한다는 견해가 대한약사회로부터 정식으로 提起되기 시작했다. 이에 따라 정부는 1982년 4월 地域醫療保險 示範事業에 약국을 療養 取扱機關으로 참여케 하는 기본계획을 수립, 1) 약사가 없는 병·의원 외 來患者에 대한 투약은 應急患者와 注射濟를 제외하고는 처방전

발행의 의무화, 2) 公共保健診療機關의 처방전 발행의무화, 3) 약국 조제는 賣藥을 제외하고는 처방전에 의한 조제 등을 내용으로 하는 시범사업의 실시를 제안하였다. 그러나 처방전발행의무화에 대한 醫學協會의 반대로 1982년 6월 「處方 및 調劑에 관한 세부지침」을 수립하는 과정에서 처방전 발행을 의사의 재량에 맡기는 任意分業으로 확정하여 1982년 7월부터 제2차 地域醫療保險 示範事業地域으로 선정된 목포지역을 대상으로 1년 9개월 동안 임의분업 형태의 시범사업을 실시하게 되었다.

임의분업 實施 以後 약사회측의 요구대로 強制分業 시범사업 실시를 위해서 1984년 1월 보건사회부는 지역주민, 보험조합, 의료계, 지방행정공무원 등의 의견을 收斂하여 木浦地域藥師會, 齒科醫師會, 醫師會 및 保險組合間에 契約方式에 의한 의약분업을 실시하기로 합의하였다. 契約分業에 관한 합의내용은 1) 목포지역의 병·의원(종합병원 포함)은 외래환자를 위한 경구용 약제와 외용약제에 대해서는 처방전을 發行해야하고 2) 동 지역의 약국은 의료기관에서 발행한 처방전에 의하여 調劑하여야 하며, 3) 동 지역의 의료기관은 외래환자를 위한 경구용 약제와 외용제에 대한 給與를 보험자 또는 피보험자에게 請求할 수 없고, 4) 의료기관의 응급환자를 위한 의약품은 약국에서 대여하고 貸與받은 의료기관은 直接投藥한 의약품에 대하여 事後處方과 함께 대여 받은 약국에 약제비를 精算하며, 5) 특정 의료기관과 특정 약국간에 처방전을 유도하거나 처방전을 유치하기 위해서 團合해서는 안되며 6) 실시기간은 1984년 3월부터 동년 12월까지로 한다는 內容이다.

그러나 이와 같은 합의에 대하여 大韓醫學協會가 반대의견을 보이자 정부는 의학협회 및 약사회 대표, 관련학계, 보건사회부, 언론계, 법조계대표 등으로 구성된 醫藥協業推進委員會 제3차 회의를 개최하여 수정된 계약분업 합의안을 도출하였다. 修整된 계약분업 합의안은 1) 契

約方式에 의한 醫藥分業은 1984년 4월부터 동년 12월까지로 하고 2) 동 기간동안 藥禍被害가 우려되는 항생물질, 스테로이드제제, 향정신성 의약품 등의 약국자유판매 규제 및 의료기관의 취급규제 등 西歐式 完全分業分業 實施를 위한 준비를 시행하고 3) 의료기관에서 부득이 直接投藥할 경우(응급환자, Placebo 환자, 둔복환자 등 대상)는 전체 투약 일수의 5% 범위내에서 例外를 認定한다는 등의 내용을 포함하고 있다.

〈表 II-11〉 木浦市 契約方式 醫藥分業 要約

구 분	계약방식에 의한 목포시 시범사업 ('84. 4)
의약품분류 및 분업대상 의약품	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료보험요양급여 기준에 포함된 의약품중 주사제를 제외한 의약품</li> <li>- 의료보험요양기준에 포함된 의약품을 의사의 처방전 발행에 의해 약사가 조제할 경우만 보험급여 인정</li> </ul>
의사조제 인정범위 (예외조항)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 응급환자에 대한 조제</li> <li>- 암시적 효과를 요하는 환자에 대한 조제</li> <li>- 외래에서 단시간 내에 반복투약이 필요한 환자에 대한 조제 단, 예외조항에 의한 의사의 조제는 총투약일수의 5% 이내로 제한함.</li> </ul>
원외처방전 발급 대상 의료기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 약사가 없는 병·의원의 의료보험 외래환자</li> </ul>
처방전 발행방법	<ul style="list-style-type: none"> <li>- '의료보험약가기준액표'에 표기된 품명으로 발행</li> </ul>
처방대체 권한	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 처방전을 발행한 의사의 동의 없이 처방전 내용을 변경·수정할 수 없음.</li> </ul>
실시시기 및 범위	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 목포지역에서 '84년 5월부터 '84년 12월까지 실시함.</li> </ul>
특 징	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 이해당사자간 합의에 따른 계약방식에 의한 분업</li> </ul>

契約方式 醫藥分業의 실시종료 일시가 다가오자 정부는 이를 延長하기 위한 중재에 나섰으나 의학협회가 항생제, 스테로이드제제, 향정신성의약품등 3종 의약품에 대한 약국의 자유판매 규제와 注射濟의 任意調劑를 주장하는 반면 약사회는 注射濟를 包含토록 주장하는 등 의사와 약사간의 의견대립으로 계약기간의 연장에 실패하고 계약기간

종료후 1985년 1월 1일 부로 다시 任意分業으로 還元하였다. 이에 따라 보건사회부는 양측의 이해관계를 조정할 수 있는 방안도출이 쉽지 않다는 판단하에 1985년 8월 목포시약사회에서 醫療保險참가 無制限保留를 선언하자 시범사업의 경험과 문제점을 중심으로 검토하여 1986년 초까지 전국민의료보험시대에 적용하게 될 醫藥分業의 模型을 提示하기로 하고 의약분업 시범사업을 1985년 10월을 기하여 공식적으로 中斷하게 되었다.

〈表 II-12〉 木浦 醫藥分業 示範事業의 形態別 實施期間

형 태	실시기간
임의분업	1982. 7. 1 ~ 1984. 4. 30
계약분업	1984. 5. 1 ~ 1984. 12. 31
임의분업	1985. 1. 1 ~ 1985. 8. 31

#### 나. 示範事業의 結果 評價

##### 1) 處方傳 發行件數 및 調劑件數

木浦市 醫藥分業 示範事業에 참여한 醫療機關은 병원이 4개소, 의원 이 40개소, 치과의원 8개소였고 이에 비하여 藥局數는 78개소('84년 4월 기준)로 의료기관 대 약국대비 약 1:1.5의 比率을 보였다. 契約分業 期間 중 1984년 5월부터 11월까지 의료기관의 처방전 발행실적을 보면 총 229,561건으로 월평균 32,794건에 달하였다. 이 期間中 의약분업에 참여한 4개의 병원급 의료기관에서는 全體 處方發行件數의 5%에 해당하는 10,497건의 처방전을 발행하였다. 또한 진료과별 처방전 발행실적을 보면 4개 小兒科醫院에서 전체 처방전 발행건수의 21%(49,077건)를 발행하여 가장 높았고, 그 다음으로 5개 外科醫院이 9%(22,422건)를 발행하였으며, 3개 내과 2개 産婦人科 및 9개 齒科를 합하여 전체 처방

전의 6%를 발행한 것으로 나타났다. 이렇게 볼 때 일반적 예상과 달리 內科醫院에서의 처방전 발행이 低調하였던 것으로 보인다.

〈表 II-13〉 分業期間 中 藥局調劑의 實績

분업구분	기 간	월평균	일평균
임의분업	'82. 8. 1 ~ '82. 12. 31	519건	17건
임의분업	'83. 1. 1 ~ '83. 12. 31	3132건	104건
임의분업	'84. 1. 1 ~ '84. 4. 30	1,320건	44건
계약분업	'84. 5. 1 ~ '84. 12. 31	32,095건	1,070건
임의분업	'85. 1. 1 ~ '85. 6. 30	16,620건	554건
임의분업	'85. 7. 1 ~ '85. 7. 31	4,662건	150건

資料: 사회보장심의회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 1985.

시범사업기간 동안 목포시에서 처리된 總 調劑件數를 보면 任意分業 初期에는 월평균 519건, 1983년에는 월 3,132건으로 증가됐다가 1984년 1월에서 4월까지 다시 월평균 1,320건으로 줄어들었다. 한편 契約에 의한 強制分業 실시기간인 1984년 5월부터 12월까지 8개월간에는 월평균 總 調劑件數가 32,095건으로 급격히 증가하여 大韓醫學協會의 처방전 발행 적극권유에도 불구하고 임의분업기간동안의 처방전발행 실적이 低調하였던 것을 알 수 있다. 契約分業 기간 延長失敗 후 다시 任意分業으로 還元되었을 때 조제건수는 급격히 줄어들어 처음 6개월 동안에 월평균 16,620건을 유지하다가 任意分業 末期에는 월 4,662건 수준으로 하락하였다. 따라서 의약분업에 관한 제도적 장치가 마련되지 않는 한 醫·藥師간의 自發的이며 能動的인 協助를 통하여 분업을 제도화하기는 어려울 것으로 추측된다. 한편 계약분업 실시기간중 병·의원의 평균 처방전 발행건수 32,794건과 약국의 월평균 처방전 처리건수 32,095와 비교하여 볼 때 이 기간 월평균 699건의 병·의원발행 처방전이 死藏된 것으로 나타나 약 2%정도의 死藏率

을 보여 우려했던 바와 같은 높은 처방전 死藏率은 발생하지 않은 것으로 나타났다.

## 2) 處方發行과 調劑處理의 分布

契約分業 期間인 1984년 4월부터 1984년 11월까지 처방전발행 規模의 병·의원별 분포를 보면 전체 53개 병·의원중 월 300~599건을 발행한 병·의원이 전체의 34%에 해당되는 18개소로서 가장 많았다. 그 다음이 월평균 300건수 未滿을 발행한 의원이 전체에의 30%에 해당하는 16개소, 그리고 월평균 600~899건 사이의 醫療機關이 21%인 11개소로 나타났다. 한편 契約分業 期間중 처방전처리 分布를 보면 81개소의 처방전처리약국 중 50건 미만의 처리건수를 나타낸 藥局數가 62개소로 77%를 차지하고 있어 조제처리가 一部藥局으로 集中되는 결과를 보였다. 이에 따라 약국에 대한 약제비의 지급 또한 일부약국에 집중되어 5만원 미만의 약제비를 지급 받은 약국이 68%에 달하였다. 이같은 처방전의 一部藥局 集中現狀을 볼 때 의약분업 실행시 약국간의 처방전 確保를 위한 競爭이 誘發될 것으로 예상되며, 경쟁상태에서 調劑專門藥局群이 형성되어 이들 약국은 경영상의 수지를 맞출 수 있을 것이나 처방전을 확보하지 못하는 대다수의 약국은 상대적으로 경영이 어려워 질 수 있을 것으로 사료된다.

〈表 II-14〉 契約分業期間中 藥局間 調劑件數 分布  
(1984年 5月 1日~1984年 12月 31日)

(단위: 개소)

월간조제건수	500~ 1,000건	100~ 500건	50~ 100건	10~ 50건	10건 이하
약국수	1	9	9	40	22
81	1	9	9	40	22

資料: 사회보장심의회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 1985.

〈表 II-15〉 契約分業期間中 藥局藥劑費 支給實積  
(1984年 5月 1日~1984年 12月 31日)

(단위: 개소)

월간약제비 약국수	100~ 150만원	10~ 40만원	5~ 10만원	1~ 5만원	1만원 미만
81	1	12	13	37	18

資料: 사회보장심의위원회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 1985.

### 3) 醫療利用 行態 및 醫療費

契約分業 실시 기간 중 外來診療의 월평균 수진율은 분업전이나 분업 후보다 매우 높았던 것으로 나타났다. 김양옥 등(1986)에 따르면 外來患者의 수진율은 임의분업이 실시되고 있었던 1983년 1월부터 6월까지의 수진율이 22.8%로 나타난 반면, 강제분업 실시기간동안에는 38.45%로 급격히 증가하였으며 이러한 높은 수진율은 契約分業이 끝난 후인 1985년 1/4분기 동안에 다시 20.56%로 감소하여 수진율의 增減現狀이 의약분업 실시여부 및 실시방법과 밀접한 관계가 있는 것으로 나타났다. 한편 任意分業 기간과 契約分業 기간간에 처방당 투약일수의 변화를 비교해보면 계약분업을 실시로 처방당 投藥日數가 급격히 감소하여 2일분 이하의 경우 임의분업시 전체 처방전의 24%에서 65%로 두배 이상 증가하는 현상을 보였다.

〈表 II-16〉 醫藥分業 形態간 外來 受診率 比較

(단위: %)

분업형태	임의분업기간 1983년 1~6월	완전분업기간 1984년 6~12월	임의분업기간 1985년 1~3월
수진율	22.8	38.45	20.56

資料: 사회보장심의위원회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 1985.



〈表 II-17〉 醫藥分業 形態間 處方當 投藥日數 比較

(단위: 일)

투약일수 구 분	기 간	1일분	2일	3일	3~7일	8~14일	15일이상	기타
임의분업	'84. 1~4	2	22	47	19	5	5	
계약분업	'84. 5~8	28	40	25	5	0.8	0.7	0.5

資料: 사회보장심의회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 1985.

김양욱 등(1986)이 집계한 1984년 7월부터 1985년 3월까지의 契約分業 동안의 진료비는 9억 9867만 6천원으로 이는 의약분업 以前의 수진율 및 건당진료비를 이용하여 추계한 豫想 診療費 8억 7640만 4천원보다 1억 2227만 2천원이 높은 것으로 나타났다. 동 연구에 따르면 이렇게 超過支出된 진료비는 처방료 4642만 8천원, 진료검사비 3068만 4천원, 및 조제료 2443만 7천원 등으로 구성되어 있다고 분석했다. 또한 保健社會部의 분석에 의하면 건당 진료비가 임의분업시에는 9천 949원에서 계약분업 시행후(1984년 9~12월) 11천 232원으로 1천 159원이 증가했고 진료비중 약제비의 비율이 임의 분업시는 37.7%에서 계약분업시에는 42%로 증가했다고 분석하였다. 따라서 의약분업 시범사업이 약제비의 減少와 진료비 節減 效果를 나타내지 않은 것으로 평가하고 있다. 이 같은 결과를 보면 의약분업은 적어도 短期的으로 국민의료비의 增加를 가져올 것으로 예상할 수 있다.

〈表 II-18〉 處方傳 發行과 醫療費動向에 관한 任意分業과 契約分業 結果比較

(단위: 천/ 원)

분업방식	기간	건당진료비	약제비	
			약가	수기료 (주사, 처방, 조제)
임의분업	'84. 1~4	9,949(100.0)	2,577(100.0)	975(100.0)
완전분업	'84. 5~8	9,900( 99.5)	2,401( 93.2)	1,611(165.0)
	'84. 9~12	11,232(112.9)	3,029(117.5)	1682(173.0)

註: 괄호 안은 임의분업시 수치를 100%로 볼 때의 완전분업시 진료비 및 약제비의 %임.

資料: 보건사회부, 『보건사회백서』, 1985.

### 第 3 節 木浦市 示範事業 以後의 動向

#### 가. 國民醫療政策審議委員會案

목포시 시범사업이후 정부는 전국민의료보험 실시를 앞두고 國民醫療政策審議委員會를 구성하여 의약분업을 4대 정책과제의 하나로 채택함에 따라 의약분업은 다시 현안으로 대두되었다. 1987년 12월 심의회의 醫藥分科委員會는 의료보험제도 안에서 의약분업 실시를 위한 '段階別 醫藥分業 實行方案'의 시안을 도출하였다. 위원회는 의약분업의 단계별 접근의 필요성에 대하여 첫째, 현실적인 여건상 완전한 의약분업을 시행할 수 있는 형편이 되지 못하므로 여건이 성숙될 때까지 例外規程을 인정하여 단계적인 확대방안의 강구가 불가피하며 둘째, 기존 의료관행을 의료보험제도에서부터 漸進的으로 改善하므로 의약제도의 급격한 변동으로 인한 의·약이용상 국민의 불편을 최소화하여 분업실시에 따른 충격을 완화할 수 있고 셋째, 의료보험제도에서 관련법령의 개정 없이 療養給與基準의 補完만으로 시행이 가능

하며 넷째, 일반환자 및 보험포기환자에 대하여는 현행 의료관행을 그대로 유지할 수 있으므로 醫院 및 藥局間의 對立을 緩和할 수 있다고 지적하였다.

이에 따라 審議會는 의약분업의 기본방향을 첫째, 의약품의 오남용 방지, 국민의료비 및 보험재정의 절감, 보건의료인력의 효율적 활용 등 의약분업의 필요성을 감안하여 궁극적으로 完全分業을 指向하고 둘째, 의약분업 실시상 제약요인인 의약자원의 불균형 분포, 국민의 의료관행, 의료전달체계의 미확립, 의료기관 및 약국의 수용태세 미비, 의약품유통구조상의 문제점, 지역간의 이해 상충 등 現實的인 興件을 考慮하며 셋째, 제도개혁에 따른 충격을 흡수하기 위하여 목포시에서의 시범계약분업 경험을 토대로 우선 의료보험제도 내에서 醫·藥人이 共同參與토록한 후 完全의약분업으로의 단계적 접근 등으로 제시하였다.

이러한 기본방향 하에서 成案된 國民醫療政策審議會의 안을 보면 1단계는 의료보험제도 하에서 약국을 요양취급기관으로 지정하여 약제비 급여방식에 의한 部分分業을 실시하므로 약국을 의료보험에 참여시키는 것이다. 이를 위해서 처방료와 조제료의 적정수준 책정, 의료기관에서 약의 조제금지로 발생하는 경영상 손실보전을 위한 일반수가의 上向調整, 요양취급기관 지정 대상약국의 具備基準을 設定, 의료보험 참여를 희망하는 약국의 요양취급기관 지정 및 직능간의 이해를 증진시키기 위하여 시군구 지역단위로 의사 및 치과의사와 약사간의 共同協議體의 構成 등을 제의하였다. 한편 제2단계에서는 의료보험제도 내에서의 분업방식을 강화하여 注射濟를 除外한 모든 專門醫藥品에 대하여 특별한 경우 외에는 의료보험 급여 대상은 물론 비급여 대상도 의사의 直接 調劑投藥을 禁止하고 약국은 의사의 처방전 없이 조제투약을 할 수 없도록 의약품 분류에 의한 부분분업 방식을 제도화하도록 한다는 것이다. 이를 위해서 모든 의약품을 전문의약품과

일반의약품으로 分類하고 약국이 요양취급기관의 구비기준에 맞게 整備토록 유도하여 요양취급기관으로 지정하며 전문의약품은 단미제 爲 主로 생산토록 유도하고 기존의료관행 탈피를 위한 對國民 弘報를 強化하는 등의 조치를 취할 것을 제의하였다. 제3단계에서는 부분분업 방식을 강화하여 注射濟를 包含한 모든 전문의약품은 특별한 경우 외에는 제2단계와 같이 의사의 직접조제 투약이나 의사의 처방 없는 약사의 임의조제, 투약을 금지토록하여 의약분업의 최종목표인 完全分業을 달성하도록 한다는 것이다. 이를 위하여 單一 製劑로서 효과를 기대할 수 없는 의약품을 제외한 모든 전문의약품을 단미제로 생산하고, 注射濟를 병·의원 외에서도 容易하게 시술할 수 있도록 하는 방안을 마련하며 한약업사의 의료보험 참여방안은 약사의 의료보험 참여방안이 우선결정된 후 대책을 강구할 것을 제의하였다. 이상과 같은 국민의료정책심의위원회의 案을 요약하면 <表 II-19>와 같다.

이같은 審議會의 의약분업안은 약사회측의 保險內 分業과 調劑料의 大幅引上要求 및 의학협회의 完全分業 卽刻 實施 촉구 등의 요구로 난항을 겪어 1989년 5월 보건사회부, 의사협회, 약사회 간의 3자 최종협상에서 의약분업을 무기연기하고 약국을 의료보험 요양기관으로 인정하기로 결정하였으나 의학협회의 반발로 정부는 1991년 1월부터 완전의약분업을 실시하겠다는 방침을 발표하게 되었다. 이를 위해서 藥事法改正案을 立法豫告하고 완전의약분업의 例外條項으로 약국이 없는 지역, 재해지역의 의료구호, 응급환자인 경우 등을 두기로 하였다. 그러나 의학협회는 이에 대해 例外條項을 追加할 것을 주장하여 1989년 9월에 약국을 의료보험 요양취급기관으로 지정하고 1991년 의약분업시행을 위한 中間 過程으로서 약국의 임의조제를 보험급여 대상으로 하는 약국의료보험제도를 실시하게 되었다. 그러나 약사법개정안은 국회에 계류되어 심의도 못하고 표류하다가 결국 1991년 11월 약

사법개정안에서 醫藥分業 關聯條項이 削除된 채 통과되어 醫藥分業을 위한 약사법의 개정은 무산되고 말았다.

〈表 II-19〉 國民醫療政策審議委員會案 要約

구 분	전국민의료보험실행위원회 의약분과위원회안(1987년 12월)		
	제1단계	제2단계	제3단계
의약품분류 및 분업대상 의약품	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료보험요양 급여 기준에 포함된 의약품 중 주사제를 제외한 의약품</li> <li>- 의료보험요양기준에 포함된 의약품을 의사의 처방전 발행에 의해 약사가 조제할 경우만 보험급여 인정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2분류 (전문/일반)</li> <li>- 전문의약품에 한하여 의사의 처방전에 따라 약사가 조제하도록 의무화함. (단, 주사제 제외)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2분류 (전문/일반)</li> <li>- 전문의약품에 한하여 제형이나 보험급여에 관계없이 의사의 처방에 따라 약사가 조제하도록 의무화함.</li> </ul>
의사조제 인정범위 (예외조항)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5개 사항</li> <li>1. 약국이 없는 벽지지역의 환자에 대한 조제</li> <li>2. 응급환자에 대한 조제</li> <li>3. 암시적 효과를 요하는 환자에 대한 조제</li> <li>4. 외래에서 단시간내에 반복투약이 필요한 환자에 대한 조제</li> </ul> <p>단, 예외조항에 의한 의사의 조제는 총투약 일수의 5% 이내로 제한함.</p>	좌 동	좌 동
원외처방전 발급대상 의료기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 약사가 없는 의원급 의료기관의 모든 의료 보험환자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의원급 의료기관의 모든 환자</li> </ul>	좌 동
처방전 발행방법	<ul style="list-style-type: none"> <li>- '의료보험약가 기준액표'에 표기된 품명으로 발행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반명 처방을 원칙으로 하되, 불가피한 경우 상품명처방 허용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 반드시 일반명으로 처방</li> </ul>
처방대체 권한	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 처방시 약국에 보유약품이 없을 때는 처방을 한의사와 협의후 대체</li> </ul>	좌 동	좌 동
실시시기 및 범위	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 농어촌: 1988년부터 시범실시</li> <li>- 도시지역: 1989년 1월부터 전면실시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1992년부터 전국적으로 실시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1995년부터 전국적으로 실시</li> </ul>
특 징	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료보험급여 인정요건으로 의약분업 유도</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의약품분류에 의한 완전 분업을 향한 중간단계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의약품 분류방식에 의한 완전분업</li> </ul>

#### 나. 韓藥 調劑權 紛爭과 醫藥分業 論議

의약분업이 다시 논의의 대상이 된 계기는 1993년 초부터 전개된 韓藥調劑權에 관한 紛爭이었다. 약사법상의 의약품에 대한 포괄적 정의에 따라 한약을 취급하는 약국이 증가함에 따라 약사의 韓藥調劑範圍를 제도적으로 제한하기 위하여 1980년 3월 약사법에 “약국에서는 재래식 한약장 이외의 약장을 두어 이를 깨끗이 관리해야 한다”라는 조항이 신설되었으나 이에 根據한 단속이 留保되자 한의계에서 “보건복지부가 약사의 한약조제를 단속하지 않아 한의사의 업권이 침해되고 있다”는 이유로 憲法訴願을 제기하였다. 이에 대하여 1991년 9월 헌법재판소는 “약사는 한약을 포함한 모든 의약품의 조제권을 가진다”라고 判決함에 따라 保健福祉部는 이에 따른 조치로 1993년 3월 약사법 시행규칙 제11조 1항의 “약국에서는 재래식 한약장 이외의 약장을 두어 이를 깨끗이 관리해야 한다”는 내용의 削除를 公表하였다. 이러한 일련의 과정에서 약사와 한의사간의 갈등이 심화되자 정부는 이러한 분쟁의 근본적인 해결을 위해서는 한의사, 약사 등 關聯職能間 業務領域을 명확히 구분하여야 한다고 보고 이를 위해 의약분업을 실시하여야 한다는 원칙을 밝혔다. 이에 따라 보건복지부는 藥事法改訂推進委員會를 구성하여 1993년 7월부터 9월까지 6차에 걸쳐 위원회와 공청회를 개최하여 약사법 개정안을 확정 발표하고 1993년 12월 제165차 정기국회에 상정 통과시키므로 법시행후 3~5년 사이(1997년 7월~1999년 7월)에 大統領令이 정하는 날부터 醫藥分業을 施行한다는 내용이 약사법상에 명시되게 되었다. 이러한 실시 기간의 명시와 함께 대강의 의약분업 모형이 제시되었는데 藥事法上에 제시된 醫藥分業의 基本模型을 보면 <表 II-20>과 같다.

〈表 II-20〉 藥事法上的 醫藥分業 模型

구 분	내 용
기본 시행방안	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의약품에 대해서는 의사의 처방전에 따라 약사가 조제하도록 의무화함. 의사의 조제는 원칙적으로 금지하되 아래의 경우는 예외로 함.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 약국이 없는 지역에서 조제하는 경우</li> <li>2. 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위해 조제하는 경우</li> <li>3. 응급환자에 대하여 조제하는 경우</li> <li>4. 입원환자에 대하여 조제하는 경우</li> <li>5. 주사제를 주사하는 경우</li> <li>6. 전염병 예방접종 및 진단용 의약품을 투여하는 경우</li> <li>7. 보건소법에 의한 보건소 및 보건지소의 의사·치과의사가 그 업무수행으로서 환자에 대하여 조제하는 경우(약사법 제21조5항)</li> </ol> </li> </ul>
원 외 처 방 전 발급대상 의료기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 약사가 없는 모든의료기관(약사법 제21조 1, 2항으로 유추해석함)</li> </ul>
대상 의약품	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 전문의약품에 의한 분업</li> <li>- 약사가 전문의약품을 조제할 때에는 의사처방전이 있어야 함(제21조 4항).</li> <li>- 처방전에 의하여 조제하는 경우를 제외하고는 전문의약품을 판매할 수 없음(제41조 2항).</li> </ul>
처방전 발행방법	명시된 바 없음
처방대체 권한	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 제한적 허용: 처방전을 발행한 의사나 치과의사의 동의 없이 처방을 변경하거나 수정하여 조제할 수 없음.(약사법 제23조).</li> </ul>
실시시기 및 대상지역	1997~1999년 사이에 실시예정(약사법 부칙 제1조)

## 第 4 章 醫藥分業模型：「醫療改革委員會」案<sup>74)</sup>

현행 보건의료서비스 공급체계의 비효율성과 비합리성을 제거하고 國民健康權을 확보하고자 1996년 11월에 국무총리의 한시적 자문기구로 출범한 醫療改革委員會의 구성원인 위원 30명과 전문위원 30명은 주요과제중 하나로 의약분업 도입에 따른 구체적인 의약분업모형을 마련하기 위한 작업을 착수하였다(醫療改革委員會, 1997). 醫療改革委員會는 의료계, 약계, 관련학계 및 소비자 단체 등의 대표가 참여하는 공청회, 정책협의회 그리고 分科委員會, 運營委員會, 本委員會에서의 수차례 걸친 토의결과를 바탕으로 의약분업모형의 最終案을 마련하여 1997년 12월 국무총리에게 보고하였다. 최종적으로 제안된 의약분업모형은 藥事法에서 명시되어 있는 의약분업의 기본틀을 최대한 수용하면서 우리 나라 현실여건을 고려하여 段階的으로 醫藥分業範圍를 확대하는 段階的 部分醫藥分業案이라고 할 수 있다. 이에 따르면 1994년 개정 약사법에 명시된 시한에 따라 1999년 7월 이전에 의약분업을 시행하되 3단계로 나누어 범위를 점진적으로 확대할 것을 제안하고 있다. 그리고 分業對象醫藥品으로는 專門醫藥品 및 一般醫藥品의 2分流體系를 택하되 1단계에서는 전문의약품 중 오·남용의 폐해가 큰 의약품을 대상으로 실시하고 제2단계부터는 점차 모든 專門醫藥品

74) 본 장은 의료개혁위원회 개혁시안 초고 「의약분업의 도입방안」(의료개혁위원회, 1997b)과 의료개혁위원회 최종 의약분업안을 수정·보완한 것이다. 본 장에서 제시되는 안은 제제 I 부 제4장에서 지적한 바대로 완전의약분업이 사회적 순편익을 증대시킬 수 있다는 점과 제 I 부 제3장에서 논의한 바대로 사회적 순편익의 극대화를 위해서는 완전의약분업보다는 부분의약분업이 바람직하다는 견해를 함축하고 있다고 할 수 있다.



으로 擴大實施할 것을 제안하였다. 또한 의약분업의 例外條項으로는 醫師調製의 경우 제1단계와 제2단계에서는 약사법 상의 7개 항목을 그대로 유지하고 제3단계에서는 注射劑도 분업대상에 포함토록 하였으며, 약사의 비처방조제에 대한 예외조항은 약사법상의 3개 항목을 모든 단계에서 적용하도록 하였다. 한편 專任藥師와 調劑室을 갖춘 의료기관에서는 원내·외 구별 없는 동일서식의 처방전을 발행하여 환자가 本人의 意思에 따라 원내 또는 원외에서 조제 받을 수 있도록 하였으며 처방전 발행은 商品名 또는 一般名을 모두 사용할 수 있도록 하였다. 본 장에서는 醫療改革委員會가 제안한 의약분업안의 주요 내용을 구체적으로 제시하고 이를 고찰하고자 한다.

## 第 1 節 醫藥分業案의 基本原則

### 가. 職能分離的 醫藥分業

의료개혁위원회안은 의약분업을 의사의 전문직능 및 약사의 전문직능의 분리라는 개념으로 해석하고 있다. 다시말해서 의사는 환자의 질병을 진단·처치하는 등 진료에 전념하고, 약사는 의사가 발행하는 처방전에 따라 조제·투약하도록 함으로써 각기 다른 전문기능을 효과적으로 수행하도록 하기 위해 의약분업을 도입할 것을 제안하고 있다. 이로써 각 전문직능의 專門性 및 責任性이 제고되어 비전문적 보건의료행위에 따른 건강위해가능성을 최소화할 수 있다고 보고 있는 것이다.<sup>75)</sup>

75) 일부 학자들은 의약분업을 직능분리적 의미에서 업종분리적 의미로 확대해석하기도 한다(김병곤, 1985; 변재환, 1997). 즉, 의약분업을 의사서비스업과 약사서비스업이 소유·경영상의 상호독립성을 갖도록 하는 제도로 정의하고 이를 통해 전문성과 책임성은 물론 약사가 의사처방전을 검토·견제할 수 있는 감시기능을 제고

나. 藥事法 明示時限 遵守

의료개혁위원회는 1965년 약사법 개정 이후 목포시범사업을 포함하여 30년 이상이라는 긴 시간적 여유와 유예기간이 경과한 셈으로 의약분업 시행을 더 이상 연기할 국민보건상의 합리적 명분이 없다고 보고 1994년 개정 藥事法에 명시된 시한에 따라 1999년 7월 이전에 의약분업을 시행할 것을 제안하고 있다. 이는 선진국에서 수백년간 시행해오고 있는 의약분업은 그 제도자체로는 충분한 실험을 거쳤으며 우리 나라도 그동안 의약분업을 지속적으로 지향하고 있었다는 사실을 근거로 하고 있다.<sup>76)</sup>

다. 醫藥分業 對象範圍의 段階的 擴大

의료개혁위원회안은 의약미분업상태에 익숙해 있던 의·약전문인의 서비스공급관행 및 국민의 서비스소비관행을 충분히 감안한 의약분업 대상범위의 段階的 擴大方案을 제안하고 있다. 즉, 의약분업 실시 초기 단계에는 의약분업 대상 의약품 범위, 의사 조제 및 약사 비처방조제의 예외범위를 공급자나 소비자가 불편을 겪지 않고 효과를 최대화할 수 있는 범위로 축소하되 제도가 정착되어 짐에 따라 제도의 효과분석 등을 통해 의약분업 범위를 확대해 나가자는 것이다.

---

하여 의약품 오·남용을 최대한 방지할 수 있다고 주장한다. 그러나 의사서비스업과 약사서비스업의 소유·경영상의 독립을 법·제도적으로 강제한다는 것은 외국의 예 등을 참고할 때 현실성이 없다고 보는 것이 의료개혁위원회의 기본시각이라고 할 수 있다.

76) 우리 나라와 같이 동양의학적 의약미분업 의료관행이 팽배한 일본과 대만에서도 부분적으로나마 의약분업을 실시하고 있다는 사실은 우리 나라가 이런저런 이유로 이를 더 이상 연기할 수 없다는 교훈을 주고 있다고 보여진다.

### 라. 部分 醫藥分業

안전성이 확보되지 않은 모든 의약품은 반드시 의사처방과 약사조제를 거쳐 소비자에게 전달되도록 체계를 구축하는 것이 理想的 完全 醫藥分業이라고 할 때 의료개혁위원회가 제안하고 있는 모형은 부분 의약품분업에 해당한다고 할 수 있다. 즉, 의약품분업 1단계에서 제한적 전문의약품을 분업대상으로 한 점이나, 의사조제 및 약사 비처방조제의 인정 등은 部分 醫藥分業의 성격을 띠고 있다고 할 수 있다.<sup>77)</sup>

## 第 2 節 醫藥分業案의 細部事項

의료개혁위원회는 의약품분업관련 주요 논점인 의약품분류 및 분업대상 의약품, 의사조제 인정범위, 약사 비처방조제 인정범위, 환자의 조제약국 선택권과 원내 조제 허용 의료기관, 처방전 기재 의약품명 및 처방대체 허용여부 등 사항을 검토하고 외국의 예를 감안하여 의약품분업 모형을 선정하였다. 세부사항의 선정에서 고려되었던 내용을 고찰하면 다음과 같다.

### 가. 醫藥分業 實施時期

의약품분업의 실시시기에 관해서는 현행 약사법에서 규정한 시기의 준수여부에 따라 관련단체간 상이한 견해가 제기되고 있다.<sup>78)</sup>

77) 엄밀한 의미의 이상적 완전의약품분업은 존재하지 않는다고 볼 때, 정도의 차이는 있으나 현존하는 모든 의약품분업제도는 부분의약품분업 형태라고 볼 수 있다. 다시 말해서 완전의약품분업은 현실적인 또는 실용적인 용어라기 보다는 이론적인 또는 선언적인 표현에 해당된다.

78) 본 보고서에 정리된 대한의사협회와 대한약사회의 의견은 각 협회가 1997년 6월에 의료개혁위원회에 제출한 자료에 근거하고 있음을 밝혀둔다.

〈表 II-21〉 醫藥分業의 實施時期에 대한 關聯團體 案

구 분	대한의사협회안	대한약사회안
실시 시기	약사법 부칙 제1조의 규정대로 1997~1999년 사이에 대통령이 정하는 날로부터 전국적으로 동시에 실시	전국적으로 동시에 실시하며 실시시기는 충분한 준비기간을 가진 후 실시함

이에 의료개혁위원회는 1963년 약사법에 의약분업 시행원칙이 명시된 이후 이미 30여년이 지났으며 양질의 의·약서비스에 대한 국민여망이 증가되고 있으므로 藥事法에 따라 의약분업을 1999년에 실시하기로 건의하고 있다. 동 위원회는 의약분업의 단계적 시행원칙하에 제1단계는 약사법에 따라 1999년에, 그리고, 제2, 3단계는 각각 2002년, 2005년에 실시하기로 제안하였다.

〈表 II-22〉 醫藥分業의 段階的 實施時期

구분	단계적 의약분업모형		
	1단계	2단계	3단계
실시 시기	1999년 전국적으로 실시(약사법 부칙 제1조)	2002년 전국적으로 실시	2005년 전국적으로 실시

나. 醫藥品分類 및 醫藥分業 對象 醫藥品

의약품분류체계는 의약분업모형의 근간을 이루는 사항으로 분업대상 의약품의 결정과 직접적인 관련이 있다. 현재 藥事法에서는 專門醫藥品(처방약)과 一般醫藥品(비처방약)의 2분류체계를 채택하여 전문의약품을 분업대상으로 설정하고 있다. 그러나 약사법의 2분류체계를 인정하느냐, 아니면 1989년 10월부터 실시되어온 약국의료보험을 감안하여 약국의료보험 급여대상 의약품에 대해서 약사의 비처방조제를 인정하는 3분류체계를 도입하느냐에 대해서 관련단체간 의견이 대립되고 있는 실정이다.

〈表 II-23〉 醫藥品 分類 및 分業對象 醫藥品에 대한 關聯團體 案

구 분	대한의사협회안	대한약사회안
의약품 분류 및 분업대상 의약품	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2분류: 전문의약품 /일반의약품</li> <li>- 전문의약품에 의한 분업</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3분류: 의사의 처방전이 반드시 필요 한 의약품/약사의 보험급여대상 의약 품/보험급여대상 제외 일반의약품</li> <li>- 의사의 처방전이 반드시 필요한 의약품에 의한 분업               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 단, 약사의 보험급여대상 의약품에 대해서는 약사의 임의조제허용</li> </ul> </li> </ul>

이에 의료개혁위원회는 약국의료보험 급여대상 의약품에 대해 약사의 非處方調劑權을 부여해야 한다는 주장은 다음과 같은 문제점이 있음을 지적하고 있다. 첫째, 진단·처방의 학문적 배경이 없는 약사에게 환자를 진단하고 의약품을 처방하도록 허용하는 것은 非專門人의 의료행위를 법·제도적으로 인정한다는 것이다. 둘째, 의사의 처방없이 약사가 조제하는 비전문적 보건의료행위를 公的保險인 의료보험이 인정하고 이를 급여대상으로 하는 현행 약국의료보험제도는 의·약서비스공급의 전문화 추세에 어긋나는 것일 뿐 아니라, 전세계적으로 유례가 없는 제도라는 것이다. 셋째, 약국의료보험제도는 당초 의약분업 전까지 限時的으로 실시한다는 전제하에 도입되었던 만큼 의약분업이 실시됨에도 이를 계속 유지해야 할 합당한 명분이 없다는 점 등이다.

이에 따라 의료개혁위원회는 약사법의 현행 2분류체계를 그대로 수용하여 專門醫藥品을 의약분업대상 의약품으로 하기로 결정하되, 전문 의약품 가운데에도 의약품 오·남용의 폐해가 상대적으로 큰 항생제, 스테로이드제제, 습관성의약품 등 일부 制限的 專門醫藥品을 포함하는 處方に 대해서 우선적으로 분업을 시행하고 중·장기적으로 분업대상 의약품을 모든 전문의약품으로 확대할 것을 건의하였다.<sup>79)</sup> 이는 그동안

79) 여기서 "...專門醫藥品을 포함하는 處方に 대해서..."라는 표현에 유의할 필요가 있

의약미분업에 익숙해 있던 국민의 불편을 최소화하고 의·약기관에게 충분한 制度適應期間을 두어야 한다는 취지라고 해석할 수 있다.

〈表 II-24〉 醫藥品 分類 및 分業對象 醫藥品에 대한 段階的 醫藥分業模型

구 분	단계적 의약분업모형		
	1단계	2단계	3단계
의약품 분류 및 분업대상 의약품	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 현행 2분류(전문/일반)체계를 유지하 되 의약품 오·남용의 폐해가 상대적 으로 큰 전문의약품(예: 항생제, 스테 로이드제제, 습관성 의약품)을 제한 적 전문의약품으로 별도 구분</li> <li>- 제한적 전문의약품에 의한 분업                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사는 제한적 전문의약품을 포함 하는 처방에 대해서는 처방전을 발행할 뿐 직접조제는 할 수 없으 나, 이외의 처방에 대해서는 직접 조제할 수 있음.</li> <li>• 약사는 제한적 전문의약품을 포함 하는 처방에 대해서는 반드시 의사의 처방전에 따라 조제해야 하나 제한적 전문의약품이 포함 되지 않을 경우는 처방전 없이도 조제할 수 있음.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2분류(전문/일반)</li> <li>- 전문의약품에 의한 분업                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사는 처방전 을 발행하되 조제는 행하지 않음.</li> <li>• 약사는 전문 의약품을 포함 하는 처방에 대해서는 반드시 의사의 처방전에 따라 조제함.</li> </ul> </li> </ul>	좌 동

다. 이는 엄밀한 의미에서 의약분업 대상을 의약품 그 자체가 아닌 “의약품을 포함하는 처방”이라는, 즉 處方의 內容物에 따라 규정하는 것을 의미한다. 이와 같은 분업 대상범위에 따르면 의약분업 시행시에 의사가 직접 조제를 목적으로 동일 질환에 대하여 처방전을 분리(split)해서 발행할 가능성을 배제할 수 없다. 다시말해서, 의약품조제에 따른 의사의 사적 불편이 일정수준을 능가한다면 의사는 전문의약품에 대해서는 제도를 준수하여 원외처방전을 발행하고, 일반의약품에 대해서는 수익제고를 목적으로 원내처방전을 발행하여 직접 조제할 수도 있는 것이다. 현재에도 의료보험 급여와 비급여부문에 대해서 처방전이 분리되어 발행되는 점으로 미뤄볼 때 보험급여에 관하여도 분리 처방전이 발행될 가능성이 높다. 이 경우 처방의 내용물을 규정하는 의료개혁위원회 의약분업모형의 세부사항이 실현되도록 하기 위해서는 외래환자 1회 방문시 동일질환에 대하여 처방전을 분리하여 발행할 수 없도록 의료보험연합회의 진료비 심사기준을 조정해야 할 필요도 있을 수 있다.

다. 醫藥分業 例外條項: 醫師調劑 認定範圍

약국이 없는 지역이나 재해발생지역 중에서 예외적으로 의사의 조제를 인정하는 경우는 의약분업의 職能分離 취지에 역행되지 않는 범위로 제한되어야 할 것이다. 현행 藥事法 제21조 5항에서는 의사조제 인정범위를 일곱가지로 명시하고 있다. 즉, 약국이 없는 지역에서 조제하는 경우, 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위해 조제하는 경우, 응급환자에 대하여 조제하는 경우, 入院患者에 대하여 조제하는 경우, 注射劑를 주사하는 경우, 전염병 예방접종 및 진단용 의약품을 투여하는 경우, 보건소법에 의한 보건소 및 보건지소의 의사·치과의사가 그 업무수행으로서 환자에 대하여 조제하는 경우가 이에 해당된다.

그러나 의사가 예외적으로 조제할 수 있는 경우를 규정하는 데 있어 관련단체간에는 약사법 관련 조항의 擴大와 縮小 및 注射劑의 分業包含與否 등으로 의견이 대립되고 있다.

〈表 II-25〉 分業 例外條項(醫師調劑認定範圍)에 대한 關聯團體 案

구 분	대한의사협회안	대한약사회안
분업 예외 조항: 의사 조제 인정 범위	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 약사법 제21조 5항에 명시된 것 이외에 아래 사항을 첨가</li> <li>1. 처방전을 발행하는 것이 환자에게 불안을 주거나 치료효과 또는 예후를 나쁘게 할 우려가 있는 경우(예: 항암제제)</li> <li>2. 암시적 효과를 기대하는 환자, 진단 또는 치료방침이 확정되지 않은 환자, 또는 투약의 卽應效果를 짧은 시간내에 관찰할 필요가 있는 환자에게 의약품 투여하는 경우</li> <li>3. 임상시험을 위한 샘플약품 투여</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 약사법 제21조 5항에 명시된 의사조제범위중 다음과 같이 조정 또는 삭제함.</li> <li>3. 응급환자에 대하여 조제하는 경우 → 응급환자의 범위설정</li> <li>4. 입원환자에 대하여 조제하는 경우 → 병원급 이상으로 국한</li> <li>5. 주사제를 주사하는 경우 → 삭제</li> <li>7. 보건소법에 의한 보건소 및 보건지소 → 삭제</li> </ul>

이에 의료개혁위원회는 의사조제인정범위를 확대할 경우 의약분업의 본래 취지를 달성할 수 없을 뿐 아니라, 축소한다면 특수상황에 대한 柔軟性을 확보할 수 없으므로 현행 藥事法 제21조 5항에 명시된 7개 사항을 기본적으로 그대로 수용하는 것이 타당하다고 건의하고 있다.

〈表 II-26〉 醫藥分業 例外條項(醫師調劑 認定範圍)에 대한 段階的 醫藥分業模型

구 분	단계적 의약분업모형		
	1단계	2단계	3단계
분 업 의 예외조항: 의사조제 인정범위	- 다음의 경우에는 의사조제를 허용함(약사법 제21조 5항의 7개 사항 인정). 1. 약국이 없는 지역에서의 조제 2. 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위한 조제 3. 응급환자에 대한 조제 4. 입원환자에 대한 조제 5. 주사제의 주사 6. 전염병 예방접종 및 진단용 의약품 투여 7. 보건소 및 보건지소에서의 조제	와 동	- 다음의 경우 의사조제를 인정함(약사법 제21조 5항(의사의 조제기능)의 7개 사항 중 5번 사항인 주사제에 대한 의사조제허용부분 삭제). 1. 약국이 없는 지역에서의 조제 2. 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위한 조제 3. 응급환자에 대한 조제 4. 입원환자에 대한 조제 5. 전염병 예방접종 및 진단용 의약품 투여 6. 보건소 및 보건지소에서의 조제

또한 쟁점이 되어왔던 注射劑의 분업대상 포함여부는 현재 국민의 의료이용관행을 고려하여 분업초기단계에는 분업대상에서 제외되 장기적으로는 다음과 같은 이유로 분업대상에 포함하기로 제안하고 있다. 첫째, 주사제를 분업대상에서 제외할 경우 의료기관이 경구용 의약품 대신에 의사조제가 허용되는 주사제를 代替投與할 가능성이 있어 직능분리에 의한 오·남용방지효과가 저해될 수 있다고 보기 때



문이다. 둘째, 주사제를 분업대상에 포함하면 국민이 단기적으로 불편을 감수해야 하나 점차 주사제 選好性向 및 使用量이 감소함으로써 의약품 오·남용이 줄어 결국 국민보건에 이바지 할 수 있을 것이라고 기대된다는 것이다. 셋째, 入院患者나 應急患者에 대해서 불가피한 경우에만 주사제를 사용하는 미국, 영국 등 선진국에 비해 外來患者에 대해서도 과도하게 주사제를 사용하는 우리 나라 의료서비스관행을 개선할 수 있다고 보기 때문이다. 또한 의료개혁위원회는 이렇듯 개괄적인 예외부분 인정에 머물지 않고 注射劑를 분업대상에 포함하거나 그렇지 않을 때라 할지라도 특수한 여건하에서 일부 주사제를 예외적으로 처리해야 할 경우를 技術的으로 감안하는 방안을 검토할 것을 제안하고 있다.

#### 라. 醫藥分業 例外條項: 藥師의 非處方調劑 認定範圍

의료기관이 없는 지역이나 재해발생지역 등에서 예외적으로 약사의 비처방조제를 인정하는 경우는, 의사조제의 예외적 허용과 마찬가지로 의약분업의 職能分離 취지에 어긋나지 않는 범위에서 결정되어야 할 것이다. 현행 藥事法 제21조 4항은 약사의 비처방조제 인정범위를 세가지로 명시하고 있다. 즉, 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우, 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위해 조제하는 경우, 경구용 전염병 예방접종 및 진단용 의약품을 투여하는 경우가 이에 해당한다. 의료개혁위원회는 현재 약사의 비처방조제 인정범위를 규정하는데 있어 약사법 사항의 타당성이 인정되므로 현행 사항을 그대로 수용할 것을 제안하고 있다.

〈表 II-27〉 醫藥分業의 例外條項(藥師 非處方調劑 認定範圍)에 대한 段階的 醫藥分業模型

구 분	단계적 의약분업모형		
	1단계	2단계	3단계
분업의 예외조항: 약사 비처방조제 인정범위	- 다음의 경우 약사의 비처방조제를 허용함(약사법 제21조 4항의 3개 사항 인정). 1. 의료기관이 없는 지역에서의 조제 2. 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위한 조제 3. 경구용 전염병 예방접종약 및 진단용 의약품 투여	좌 동	좌 동

라. 患者의 調劑藥局 選擇權 및 院內調劑 許容 醫療機關

원외처방전 발급대상 의료기관을 법·제도적으로 규정하는 부분은 의약분업의 業種分離的 의미수용여부와 관련된 것으로 관련단체간에 지속적으로 의견대립을 보여온 사항이다.

〈表 II-28〉 院外 處方箋 發給對象 醫療機關에 대한 關聯團體 案

구 분	대한의사협회안	대한약사회안
원외처방전 발급대상 의료기관	약사가 없는 의료기관	모든 의료기관 • 단, 병원, 종합병원 입원환자에 한하여 원내처방조제 가능

만일 약사가 없는 의료기관에서만 원외처방전을 발급하도록 제한할 경우는 다음과 같은 문제점이 예상될 수 있다. 첫째, 약사가 없는 의료기관은 주로 의원급으로 의원의 외래환자에 대한 의약품 사용량은 약제비기준으로 전체 의료기관의 사용량의 2분의 1 수준에 불과하므로 원외처방전발급을 의원으로만 국한할 경우 醫藥分業의 實質效果는

전체 의료기관을 대상으로 할 때의 2분의 1에 불과할 수 있다는 것이다. 둘째, 의료기관에 고용되어 있는 약사가 의사의 처방전에 대한 견제·감시를 독립적으로 수행하는 데는 한계가 있을 수 있다는 점이 지적되고 있다. 셋째, 약사가 있어 처방과 조제를 동시에 받을 수 있는 중·대형 의료기관에 환자가 집중될 우려가 있다는 점 등이다.

한편, 약사와 조제실을 갖춘 의료기관에서 조차도 외래환자에 대해 원외처방전을 발급한다면 환자의 조제약국 選擇權을 제약하는 것이며 이에 대해 국민이 감수해야 할 불편함이 상당할 것으로 예상될 수 있다. 그리고 약사와 조제실을 갖춘 의료기관에서 외래환자에 대해 원외처방전을 발급하도록 법적 의무화하는 국가는 현존하고 있지 않은 것으로 파악되고 있는 실정이다.

이에 의료개혁위원회는 환자에게 조제약국을 선택할 수 있는 권리를 보장하고 원외처방전 발급 취지를 최대한 수용하기 위하여, 專任(Full-time)藥師와 調劑室을 갖춘 의료기관에서는 외래환자에 대해서 원내·외 구별이 없는 동일 서식의 처방전을 발행하여 환자가 본인의 의사에 따라 원내 또는 원외에서 조제받을 수 있도록 하고, 전임약사와 조제실을 갖추지 않은 의료기관은 외래환자에 대해서 반드시 원외처방전을 발행하도록 제안하고 있다.

의료개혁위원회는 이와 같은 개혁안이 다음과 같은 期待效果를 성취할 수 있다고 보고 있다. 이는 첫째, 처방전을 받은 환자는 자신의 선호에 따라 약국을 선택하게 되므로 원내 약국 또는 원외 약국간의 서비스경쟁이 유도되어 환자의 편이성이 극대화될 수 있다는 것이다. 둘째, 의사의 처방전이 환자의 선택에 따라 원외 약국 등에 공개될 것이므로 의사 처방전에 대한 약사의 견제·감시 기능이 확보되어 의약분업의 業種分離效果가 충족됨으로써 이윤극대화를 위한 의료기관의 과잉투여 가능성이 줄어들 수 있다는 점이다. 셋째, 외래환자에 대

해 원내 조제는 專任藥師와 調劑室을 갖춘 의료기관에서만 행할 수 있도록 함으로써 의료기관이 非常勤(part-time) 藥師를 고용하여 조제 하지 못하도록 한다는 것이다.

〈表 II-29〉 患者의 調劑藥局 選擇權과 院內調劑 許容 醫療機關의 段階的 醫藥分業模型

구 분	단계적 의약분업모형		
	1단계	2단계	3단계
환자의 조제 약국선택권과 원내조제 허용 의료기관	- 전임약사와 조제실을 갖춘 의료기관은 원내·외 구별이 없는 동일서식의 처방전을 발행하여 환자가 본인의 의사에 따라 원내 또는 원외에서 조제 받을 수 있도록 함. • 전임약사와 조제실을 갖추지 않은 의료 기관은 원외 처방전을 발행함.	좌 동	좌 동

마. 處方箋 記載 醫藥品名 및 處方代替 許容與否

處方箋상에 의약품을 商品名으로 기재하는가 또는 一般名으로 기재하는가 하는 것은 의사의 처방을 약사가 얼마나 잘 인식할 수 있는가, 처방전에 명기된 상품이 약국에서 쉽게 조제할 수 있는가, 의사 및 약사 중 누가 특정의약품의 선택권을 갖는가 등에 관련되는 사안으로 관련단체간 의견이 상충되어 왔다. 또한, 약사의 처방대체 허용 여부는 의사가 상품명으로 발급한 처방전에 기재된 의약품명 및 함량을 약사가 어떠한 방법으로 대체할 수 있도록 하는가에 대한 것으로 의사처방권의 한계와 관련되는 중요한 논점이다.<sup>80)</sup>

80) 현행 약사법에는 상품명 처방에 대한 처방대체보다는 처방전의 변경·보완에 대한 사항만을 포괄적으로 언급하고 있다. 즉, “약사 또는 한약사는 그 처방전을 발행한 의사·치과의사·한의사·수의사의 동의 없이 처방을 변경하거나 수정하여 조제

〈表 II-30〉 處方箋 記載 醫藥品名 및 處方代替權限에 대한 關聯團體 案

구분	대한의사협회안	대한약사회안
처방전 발행 방법	- 상품명 처방을 원칙으로 함.	- 일반명 처방을 원칙으로 함. 단, 특정 상품이 효과가 탁월하다고 인정된 경우 상품명처방을 인정함.
처방 대체 허용 여부	- 의사의 동의가 있을 때만 처방전에 기재된 의약품의 동일성분, 동일함량의 의약품으로 대체할 수 있음. • 처방전을 발행한 의사의 동의가 있을 때만 약사가 처방을 변경하거나 수정하여 조제할 수 있도록 한 약사법 제23조의 내용을 준용	- 의사의 동의 없이도 약사판단에 따라 동일성분, 동일함량의 의약품으로 대체허용

처방전 기재 의약품명과 관련하여 만일 의사가 처방전을 상품명으로 발급할 경우는, 환자치료경험상 효과가 뛰어난 의약품을 의사가指名할 수 있는 장점이 있다. 그러나 의사가 선호하는 약을 모두 예측할 수 없는 약국이 多種多數의 의약품을 구비해야 하는 어려움이 있고, 의약품 가격정보를 용이하게 얻을 수 없는 의사가 가격보다는 품질을 고려하여 상품명으로 처방전을 발행함으로써 개인 및 국가가 부담해야 하는 약제비가 상승할 수 있는 단점이 있을 수 있다.

또한 의사가 一般名으로 처방전을 발급하면 약국이 특정 성분에 속하는 의약품을 한가지만 구비해도 되는 장점이 있으나, 약국이 收益提高를 위해 비록 효능·효과는 떨어지더라도 고마진(margin) 의약품으로 조제할 가능성이 있어 치료효과를 저하시킬 수 있다.

한편, 의사의 상품명 처방을 약사가 의사의 동의 없이 자신의 판단에 따라 同一性分, 同一含量의 의약품으로 대체하도록 허용하는 것은

할 수 없다”고 약사법 제23조 제1항에서 규정하고 있다.

의약품에 대한 전문가로서의 약사의 판단을 존중하는 측면이 있는 반면, 약사가 임의로 처방을 대체할 수 있다는 측면에서는 의사고유의 권한인 處方權을 침해하는 행위로도 볼 수 있다.

〈表 II-31〉 處方箋 記載 醫藥品名 및 商品名 處方에 대한 藥師의 醫藥品 處方代替 許容與否

구 분	일반명 처방	일반명 조제(상품명 처방에 대한 약사의 처방대체 허용여부)
미 국	권 장	권 장
영 국	권 장	불간섭
독 일	권 장	권 장
캐 나 다	불간섭	권 장
프 랑 스	억 제	억 제
이 태 리	불간섭	억 제
벨 기 에	불간섭	불간섭
덴 마 크	불간섭	억 제
그 리 스	불간섭	억 제
아일랜드	불간섭	불간섭
룩셈부르크	불간섭	억 제
네덜란드	불간섭	권 장
포르투갈	억 제	억 제
스 페 인	불간섭	불간섭
핀 란 드	억 제	억 제
노르웨이	불간섭	억 제
스 웨 덴	불간섭	불간섭
권 장(Encouraged)	3	4
억 제(Discouraged)	3	8
불간섭(Not encouraged or discouraged)	11	5

資料: OECD, *Health: Quality and Choice*, 1994.

OECD국가의 경우 商品名을 원칙으로 하는 국가 또는 의사에게 결정을 위임하여 제도적으로 불간섭하는 국가는 조사된 17개국 가운데 82%인 14개국이었다. 또한 상품명 처방에 대한 약사의 처방대체 허용

여부에 관련해서는 정책적으로 처방대체를 억제하는 국가나 의사에게 결정을 위임하여 제도적으로 불간섭하는 국가가 76%인 13개국에 이르렀다.

이에 의료개혁위원회는 처방전 기재 의약품명에 관련해서 의사가 자신의 진단에 따라 商品名으로 또는 一般名으로 처방전을 발급하도록 재량권을 부여할 것을 건의하고 있다. 이는 의사가 환자치료에 대한 最終責任者라는 인식하에 의사에게 진단 결과를 토대로 가장 적절하게 처방할 수 있는 융통성 및 책임성을 의사에게 부여하는 것으로 해석될 수 있다. 또한 상품명 처방에 대한 약사의 처방대체 허용여부와 관련해서는 의사가 처방전에 「대체불가」를 표시하지 않을 경우는 약사가 동일함량·동일성분의 의약품으로 대체할 수 있도록 허용할 것을 건의하였다. 이는 진단에 따른 의사처방을 중시하면서 약사의 처방대체를 최대한 허용하자는 취지로 볼 수 있다.

〈表 II-32〉 處方箋 記載 醫藥品名 및 處方代替權限에 대한 段階的 醫藥分業模型

구 분	단계적 의약분업모형		
	1단계	2단계	3단계
처방전 기재 의약품명 및 처방 대체권한	- 의사는 상품명 또는 일반명으로 처방전을 발행하되 상품명처방의 경우 의사가 「대체불가」를 처방전에 표시하지 않을 때는 약사가 동일성분·동일함량의 의약품으로 대체할 수 있음.	좌동	좌동

〈表 II-33〉 韓國的 醫藥分業 模型(案): 段階的 醫藥分業

구 분	의약품분류 및 의약분업대상 의약품	의약분업의 예외조항: 의사조제 인정범위
1단계 (1999년 전국적 실시)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 현행 2분류(전문/일반) 체계를 유지하되 의약품 오·남용의 폐해가 상대적으로 큰 전문의약품(예: 항생제, 스테로이드 제제, 습관성 의약품)을 제한적 전문의약품으로 별도 구분</li> <li>- 제한적 전문의약품에 의한 분업                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사는 제한적 전문의약품을 포함하는 처방에 대해서는 처방전을 발행할 뿐 직접조제는 할 수 없으나, 이외의 처방에 대해서는 직접조제할 수 있음.</li> <li>• 약사는 제한적 전문의약품을 포함하는 처방에 대해서는 반드시 의사의 처방전에 따라 조제해야 하나 제한적 전문의약품이 포함되지 않을 경우는 처방전 없이도 조제할 수 있음.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 다음의 경우에는 의사조제를 허용함(약사법 제21조 5항의 7개 사항 인정).                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 약국이 없는 지역에서의 조제</li> <li>2. 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위한 조제</li> <li>3. 응급환자에 대한 조제</li> <li>4. 입원환자에 대한 조제</li> <li>5. 주사제의 주사</li> <li>6. 전염병 예방접종 및 진단용 의약품 투여</li> <li>7. 보건소 및 보건지소에서의 조제</li> </ol> </li> </ul>
2단계 (2002년 전국적 실시)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2분류(전문/일반)</li> <li>- 전문의약품에 의한 분업                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사는 처방전을 발행하되 조제는 행하지 않음.</li> <li>• 약사는 전문의약품을 포함하는 처방에 대해서는 반드시 의사의 처방전에 따라 조제함.</li> </ul> </li> </ul>	상 동
3단계 (2005년 전국적 실시)	상 동	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 다음의 경우에는 의사조제를 허용함(약사법 제21조 5항의 7개 사항 중 5번 사항인 주사제에 대한 의사조제허용 부분 삭제).                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 약국이 없는 지역에서의 조제</li> <li>2. 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위한 조제</li> <li>3. 응급환자에 대한 조제</li> <li>4. 입원환자에 대한 조제</li> <li>5. 전염병 예방접종 및 진단용 의약품 투여</li> <li>6. 보건소 및 보건지소에서의 조제</li> </ol> </li> </ul>



〈表 II-34〉 韓國的 醫藥分業 模型(案): 段階的 醫藥分業

구 분	1단계 (1999년 전국적 실시)	2단계 (2002년 전국적 실시)	3단계 (2005년 전국적 실시)
의약분업의 예외조항: 약사 비처방 조제 인정범위	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 다음의 경우에는 약사의 비처방 조제를 허용함(약사법 제21조 4항의 3개 사항인정)</li> <li>1. 의료기관이 없는 지역에서의 조제</li> <li>2. 재해가 발생한 지역에서 재해구호를 위한 조제</li> <li>3. 경구용 전염병 예방접종약 및 진단용 의약품 투여</li> </ul>	좌 동	좌 동
환자의 조제약국 선택권과 원내조제 허용 의료기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전임약사와 조제실을 갖춘 의료기관은 원내·외 구별이 없는 동일서식의 처방전을 발행하여 환자가 본인의 의사에 따라 원내 또는 원외에서 조제 받을 수 있도록 함.</li> <li>• 전임약사와 조제실을 갖추지 않은 의료기관은 원외처방전을 발행함.</li> </ul>	좌 동	좌 동
처방전 기재 의약품명 및 처방대체 허용여부	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의사는 상품명 또는 일반명으로 처방전을 발행하되 상품명 처방의 경우 의사가 「대체불가」를 처방전에 표시하지 않을 때는 약사가 동일성분·동일합량의 의약품으로 대체할 수 있음.</li> </ul>	좌 동	좌 동
특 징	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의약품 오·남용의 폐해가 상대적으로 큰 의약품에 대해서 우선적으로 실시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 완전분업을 향한 중간단계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전국적 규모의 완전분업</li> </ul>

## 第 5 章 醫藥分業 導入을 위한 考慮事項

### 第 1 節 醫藥資源의 分布

의약분업은 消費者의 醫療利用行態에 많은 영향을 미친다. 未分業 상태에서는 병·의원 방문과 약국 방문이 대부분 獨立的으로 이루어지고 있으나, 분업 이후에는 의사의 처방기능과 약사의 조제기능이 직능별로 分化됨에 따라 병·의원 및 약국방문은 환자치료의 연장선 상에서 相互 關聯性을 갖게 된다. 분업 이후 의사가 발행한 처방전에 따라 약국에서 의약품 조제서비스를 받기 위해서는 환자는 병·의원 방문에 이어 다시 약국을 방문해야 하는 것이다. 따라서 분업 실시에 있어서 국민에게 不便을 초래하지 않기 위해서는 병원 및 약국에 대한 接近性 確保가 우선적으로 선행되어야 한다.

의료기관과 약국에 대한 접근성은 醫藥資源 즉 의료기관이나 약국, 의사나 약사의 분포와 밀접히 관련되어 있다. <表 II-35>에서는 의료기관 및 약국의 분포추이를 제시하고 있는데, 1995년 현재 우리나라에 종합병원과 병원은 각각 266개소와 450개소인 반면, 의원은 14,343개소, 약국은 19,606개소인 것으로 나타났다(치과 및 한방 제외<sup>81)</sup>). 1970년도부터 1995년까지의 연평균 증가율을 살펴볼 때 綜合病院은 13.2%로 급속히 증가하고 있음을 알 수 있으며, 醫院도 3.9%로서 증

81) 현행 약사법에는 韓方 醫藥分業에 대한 추진계획이 구체적으로 명시되고 있지 않으므로 한방의료자원의 공급과 관련된 논의는 생략하고자 한다. 齒科의 경우는 기타 다른 과, 예컨대 내과나 소아과, 정신과 등과 비교하여 방문 환자수 및 보험진료건수가 적으며 진료 내용 중 醫藥品 投藥의 比重도 낮은 편이므로 의약자원에 대한 논의에서 제외하였다.

가추세를 보이고 있다. 반면 藥局은 1992년까지는 증가하다가 1993년부터 연평균 - 0.9%로 완만한 감소추세를 보이고 있다. 의원과 약국 간의 구성비는 1985년 의원(8,069개소)이 약국(16,097개소)의 반 정도에 해당함으로써 가장 낮은 비율을 보였으나, 최근으로 올수록 구성비율이 증가하여 1995년도에는 0.73를 보이는 등 의원의 수가 약국수에 비하여 다소 빠르게 증가하고 있다.

〈表 II-35〉 醫療機關과 藥局의 年度別 推移(1970~1995年)

(단위: 개, %)

연도	종합 병원	병원	치과 병의원	한방 병의원	의원(A)	조산원	약국(B)	A/B
1970	12	233	1,344	2,443	5,402	756	8,439	0.64
1975	37	138	1,614	2,382	6,087	727	10,197	0.60
1980	82	245	2,028	2,328	6,344	488	12,337	0.51
1985	183	330	2,998	2,791	8,069	504	16,097	0.50
1990	228	360	5,292	4,294	10,935	336	19,523	0.56
1991	231	361	5,958	4,538	11,746	267	19,917	0.59
1992	236	374	6,639	4,901	12,355	247	20,158	0.61
1993	242	401	7,269	5,304	12,966	216	20,130	0.64
1994	252	420	7,726	5,617	13,746	193	19,874	0.69
1995	266	450	8,304	5,997	14,343	177	19,606	0.73
증가율 <sup>1)</sup>	13.2	2.7	7.6	3.6	3.9	-5.6	3.4	-

註: 1) 1970~1995년간의 연평균 증가율임.

資料: 보건복지부, 『보건복지백서』, 1996.

\_\_\_\_\_, 『보건복지통계연보』, 각년도.

다음으로 의료인력과 관련하여 1995년 현재 醫師(한의사 및 치과의사 제외)는 57,188명, 藥師는 43,269명으로서 약사 대비 의사의 비율은 1.32를 보이고 있다(表 II-36 참조). 그러나 과거 1975년부터 1985년의 기간에는 약사수가 더 많아 약사 대비 의사수가 0.85~0.99 정도로서 최근의 통계와는 많은 차이를 보인다. 이러한 차이는 1985년 이후에

의사가 많이 배출되었음을 의미하는 것으로써, 1990년 이후에 면허자 수의 증가추세를 살펴보면 의사는 연평균 2,927명이 배출되었으나 약사는 1,230명이 배출되어 의사가 약사에 비하여 연평균 약 2.38배 많이 배출되고 있음을 알 수 있다.

〈表 II-36〉 醫師와 藥師의 年度別 推移(1960~1995年)

(단위: 명, %)

연 도	면허자 수					면허자1인당 인구수			
	의사(A)	한의사	치과 의사	약사(B)	A/B	의 사	한의사	치과 의사	약 사
1960	7,064	2,922	1,216	4,696	1.50	3,538	8,552	20,550	5,321
1965	10,854	2,849	1,762	10,028	1.08	2,644	10,075	16,291	2,862
1970	14,932	3,252	2,122	14,648	1.02	2,159	9,914	15,194	2,201
1975	16,800	2,788	2,595	19,750	0.85	2,100	12,654	13,596	1,786
1980	22,564	3,015	3,620	24,366	0.92	1,684	12,603	10,497	1,535
1985	22,596	3,789	5,436	29,866	0.99	1,392	10,876	7,581	1,380
1990	42,554	5,792	9,618	37,118	1.15	1,007	7,401	4,457	1,155
1991	45,469	6,120	10,137	38,396	1.18	951	7,070	4,268	1,127
1992	48,390	6,839	11,285	39,564	1.22	902	6,384	3,869	1,104
1993	51,518	7,569	12,180	40,779	1.26	855	5,821	3,620	1,080
1994	54,406	8,179	12,939	42,037	1.29	817	5,435	3,436	1,057
1995	57,188	8,714	13,681	43,269	1.32	784	5,146	3,278	1,036
증가율 <sup>1)</sup>	5.5	4.0	7.8	4.5	-	-4.0	-2.6	-6.0	-3.0

註: 1) 증가율은 1960~1995년간의 연평균 증가율을 의미함.

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각년도.

의사의 공급이 증가함에 따라서 免許者 1人當 人口數도 많은 변화를 보이고 있다. 전반적으로 보건의료 인력이 부족하였던 1960년도에는 의사 1인당 인구수가 3,538명, 약사 1인당 인구수는 5,321명이었으나, 1995년도 이르러서는 의사 1인당 784명, 약사 1인당 1,036명으로서 인구대비 보건의료인력의 수가 많이 감소하였다. 인구대비 공급자의 수가 감소한 것은 消費者의 입장에서 볼 때 의료이용이 보다 용이

해졌음을 의미하며 따라서 接近性이 改善되고 있는 추세에 있다고 할 수 있다. 보건의료인력의 공급현황을 主要 外國과 비교하면 <表 II-37>과 같다. 의사 1인당 인구수는 서구와 아시아 지역이 큰 차이를 보이고 있는데 美國 등 西歐에서는 395명 정도 인데 반하여 아시아에서는 748명정도로서 1.9배 가량 높은 것으로 나타났다. 약사 1인당 인구수도 유사한 경향을 보여서 서구에서 1,436명인 반면 아시아에서는 3,100명으로 2.2배나 높게 나타났다. 즉 서구국가가 아시아 국가에 비하여 일반적으로 保健醫療人力이 많이 배출되어 있음을 알 수 있다.

<表 II-37> 主要國의 醫師 및 藥師數 對比 人口數

(단위: 명)

국	가	의사 1인당인구	치과의사 1인당인구	약사 1인당인구	의사/약사 (B/A)
서 구 국 가	미 국(1992)	424	1,607	1,315	3.10
	캐나다(1990)	448	1,852	1,408	3.14
	독 일(1991)	327	1,452	1,920	5.87
	프랑스(1989)	382	1,491	1,101	2.88
	(평균)	(395.3)	(1,600.5)	(1,436.0)	(3.63)
아 시 아	싱가폴(1992)	709	3,485	4,149	5.85
	필리핀(1992)	847	2,036	2,033	2.40
	대 만(1993)	893	3,201	5,509	6.17
	일 본(1994)	543	1,538	709	1.30
	(평균)	(748.0)	(2,565.0)	(3,100.0)	(4.14)
한 국(1995)	784	3,278	1,036	1.32	

資料: 厚生統計協會, 『國民衛生の動向』, 1996, p.479.

보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996.

外國의 保健醫療人力 對比 人口數를 우리나라와 비교할 때 아시아 평균과는 거의 유사한 수준이나 서구국가에 비해서는 거의 2배에 가까워 아직도 醫師人力은 서구국가 수준에는 못 미치는 실정이다. 반면 藥師 對比 人口數는 1,036명으로 아시아 지역은 물론이고 서구국

가에 비해서도 약사비율은 높은 것으로 나타나고 있다. 의사 대비 약사의 수도 서구국가에서는 3.63으로 의사 3~4인당 약사가 1명 정도 배출되어 있으나 우리나라는 1.3으로서 외국과 차이를 보인다. 이러한 의사·약사 공급구조는 日本과 다소 유사한 경향을 보인다고 할 수 있다. 그러나 일본에서는 약사 중 28.4%정도<sup>82)</sup>가 製藥企業 및 都賣商에서 근무하고 있으므로 약사 1인당 인구수가 709명이라는 통계치를 다른 외국의 조제 약사수와 직접 비교하는 것은 다소 무리가 있다. 향후 醫藥分業이 실시될 경우 현재 약국에서 상담하고 있는 경질환 환자의 일부는 醫院을 訪問하게 되어 의사에 대한 수요가 증가될 것으로 전망된다. 따라서 소비자의 의료이용에 불편함이 없도록 하기 위해서는 의사 수요 증가분을 산출하고 이에 따라 의사인력의 적정 공급방안이 검토되어야 한다.

이밖에 의료자원 공급의 地域別 隔差問題 또한 의약분업 실시상의 장애요인으로 작용할 수 있다. <表 II-38>에서 제시하고 있듯이 市地域과 郡地域間 의료인력 분포는 많은 차이를 보이고 있다. 1980년도에는 의사의 절대수가 적어 인구 10만명당 의사수는 시부에서조차 58.3명에 지나지 않았는데 군부의 경우 의사공급실태는 더 심각하여 시부의 1/6.3 정도에 불과하였다. 약사도 마찬가지로 군부에서는 시부에 비하여 1/5.4 정도가 분포되어 있었다. 이러한 지역간 격차는 오늘날 많이 개선되어 1995년 현재 인구 10만명당 의사수는 시부에 103명, 군부에 38.5명으로서 市地域이 2.7배나 높은 것으로 나타나고 있다. 약사수도 시지역이 70.3명, 군지역이 31.3명으로 2.2배에 이르고 있다. 즉 의약인력의 地域間 隔差가 과거에 비하여 상당부분 改善된

82) 일본의 약무행정(약사일보사, 1994년)에 의하면 약사 중 28.4%는 병원약국이나 개국약국 이외의 직장에서 일하고 있는데, 이중 12.8%는 製藥會社에서 9.6%는 都賣商에서 5.1%는 行政機關 및 大學 등에서 근무하는 것으로 보고되고 있다.

것은 분업을 추진하는데 있어서 고무적인 현상이나, 아직도 시부 및 군부간의 격차는 상존하고 있으므로 郡地域에 대한 醫療人力 供給方案이 강구되어야 한다.

〈表 II-38〉 地域別 人口 10萬名當 醫療人力數

(단위: 명, %)

인 력	1980년			1990년			1995년		
	시부	군부	시/군	시부	군부	시/군	시부	군부	시/군
의 사	58.3	9.2	6.3	85.9	19.0	4.5	103.0	38.5	2.7
치과 의사	10.4	1.4	7.4	18.6	4.4	4.2	24.7	11.3	2.2
한 의사	9.4	2.7	3.5	13.3	3.6	3.7	16.0	8.1	2.0
약 사	73.5	13.7	5.4	59.0	19.0	3.1	70.3	31.3	2.2

자료: 통계청, 『한국통계연감』, 1996.

보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996.

약사공론, 『약사회원통계자료집』, 1996.

醫藥資源의 地域別 不均衡 問題를 보다 상세히 논의하기 위하여 面單位 地域의 의약인력 분포를 살펴보고자 한다. 우선 의사의 경우에는 1978년 軍隊를 대신하는 公衆保健醫 制度<sup>83)</sup>가 마련되어 郡지역의 보건소나 혹은 면지역의 보건지소에서 근무하도록 함으로써 의사가 없는 無醫面은 거의 없는 것으로 나타나고 있다. 통계상으로 볼 때도 1970년도에는 무의면이 45.7%에 이르는 것으로 집계되고 있으나, 1980년에는 24.3%, 1983년 11.8%로 줄어들어 마침내 1985년 이후 무의면은 거의 찾아보기가 어렵다(보건사회부, 1970~1985년). 이는 〈表 II-39〉에 잘 나타나고 있는데 保健所와 保健支所에 의사가 증가하여 각 보건소 마다 평균적으로 의사가 3~4명, 보건지소에는 약 1명 정도 배치되어 있다.

83) 1978년 국민보건의료를 위한 특별조치법이 제정되면서 공중보건의제도가 생겼으나, 1980년에 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법이 제정되면서 1978년도 법은 폐기되고 公衆保健醫 制度만 남아 있다.

〈表 II-39〉 保健所 및 保健支所의 醫師와 藥師數

(단위: 개소, 명)

연도	보건소				보건지소			보건진료원
	보건소	의사 <sup>1)</sup>	치과 의사	약사	지소수	의사	치과 의사	
1970	192	311	29	53	1,354	797	-	-
1975	198	325	25	62	1,338	761	-	-
1980	214	564	161	97	1,321	1,000	-	-
1985	225	431	398	113	1,303	999	77	1,533
1990	260	826	179	159	1,318	1,432	1,188	2,034
1991	267	813	136	169	1,329	1,406	961	2,035
1992	269	833	149	160	1,331	1,409	1,039	2,039
1993	269	790	151	157	1,324	1,353	972	2,041
1994	269	760	151	171	1,303	1,348	953	2,045
1995	238	813	153	194	1,327	1,317	753	2,039

註: 1) 의사에는 의무직 보건소장, 관리의사, 공중보건의를 포함한 수치임.  
 資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각년도.

이와같이 公衆保健醫師의 보건지소 근무로 면단위 지역에 적어도 한명의 의사가 배치됨에 따라 의료이용상 接近性이 많이 향상되었다. 그러나 면단위 지역에 주거하는 인구는 통상 약 3,000~6,000명 정도 이므로(전국통계연보, 1997) 해당 지역주민의 의료수요를 충족시키시 위해서는 1명의 의사로는 부족하다. 따라서 각 면지역에 의사 수요에 따라 적정 의사인력의 공급이 필요하다.

의사의 경우와 달리 약사에 있어서는 아직도 無藥局面이 많은 것으로 나타나고 있다. 1996년도 약사회원 통계자료집에 의하면 행정구역 단위로 면單位는 모두 1,229개인데 이중 약국이 없는 면이 767개로 서 62.4%에 해당하는 것으로 나타나고 있다(表 II-40 참조).



〈表 II-40〉 地域別 無藥局面 現況

지역	무약국면 현황			무약국면의 관리현황		
	총면수	약국 없는면 수	(비율)	특수장소 지정	약 방 (약업사)	약 포 (매약상)
서울	-	-	-	-	-	-
부산	3	-	( 0.0)	-	-	-
대구	7	2	(28.6)	-	3	1
광주	-	-	-	-	-	-
대전	-	-	-	-	-	-
인천	21	17	(80.9)	20	9	1
경기	127	38	(29.9)	26	19	11
강원	89	59	(66.3)	112	48	9
충북	92	54	(58.7)	19	42	13
충남	147	95	(64.6)	84	117	17
전북	145	109	(75.1)	92	57	15
전남	199	121	(60.8)	139	116	14
경북	206	132	(64.0)	86	80	31
경남	188	139	(73.9)	88	131	29
제주	5	1	(20.0)	1	-	-
계	1,229	767	(62.4)	667	622	141

資料: 약사공론, 『약사회원 통계자료집』, 1996.

약국이 없는 지역에서는 현재 特殊場所로 지정하거나 藥房(藥業師) 및 藥鋪(賣藥商)를 두어 지역 주민에게 의약품을 공급하도록 하고 있으나, 향후 의약분업이 실시될 경우 약방이나 약포에서 근무하는 비전문인에게 醫師의 處方調劑를 맡기기에는 상당히 무리가 있다. 따라서 약사가 없는 면단위 지역에서는 의약분업의 실시가 용이하지 않을 것으로 예측된다. 더욱이 약사에게는 公衆保健藥師制度가 없어서 公共機關에서 근무하는 인력도 부족하다. 〈表 II-39〉에서 보여주듯이 보건소에는 194명(1995년 기준)의 약사가 근무하여 보건소 당 평균 0.8명의 수준으로 나타나고 있는데, 이는 한명의 약사도 없는 保健所도 상당수 있음을 의미하는 것이다. 더욱이 보건지소에는 약사가 全無한 실

정이다. 따라서 의사는 있으나 약사는 없는 지역, 즉 처방전을 발행하는 의사는 있으나 이를 조제할 수 있는 약사가 지역내에 없는 경우에는 의약분업의 실시에 따라 消費者가 不便을 겪게될 것으로 예측된다.

따라서 의약분업을 효과적으로 실시하기 위해서는 醫療資源의 地域的 不均等 문제를 극복하기 위한 지속적인 노력이 필요하다. 즉 우리나라 어느 지역에서나 의사로부터 진단과 처방을 받고 약국에서 투약받는데 불편을 느끼지 않도록 의료기관과 약국, 의사와 약사가 適正比率로 均衡的으로 분포되어야 한다. 특히 군단위 지역이나 무약촌이 많은 읍·면에 대해서는 보다 적극적인 의료자원 공급방안이 요구된다.

의료자원의 지역적 불균형 문제를 해소하기 위하여 현행 약사법에서는 약국 혹은 의료기관이 없는 지역에 대하여 의사의 조제 및 약사의 임의조제를 허용하는 등 例外規程을 두고 있다. 따라서 분업이 실시되기 이전에 의사 및 약사의 지역별 분포현황을 전국적 규모로 분석하여 분업실시가 용이하지 않은 지역을 구체적으로 파악하는 작업이 필요하다. 이는 분업실시에 있어서 예외규정을 적용할 地域 範圍를 도출하는데 중요한 기초자료로 활용될 수 있기 때문이다.

그러나 이러한 예외규정의 마련은 사실상 단기안에 불과하며 장기적으로는 無醫 내지는 無藥地域을 줄이는 근본적인 방안이 마련되어야 한다. 따라서 農漁村 地域에 의약기관을 유치하기 위하여 정부에서는 稅制惠澤이나 金融惠澤 등 보다 적극적인 지원책이 마련할 필요가 있으며, 이밖에 公共醫療施設의 擴充도 고려해보아야 한다. 특히 무약촌 문제를 해결하기 위하여 公衆保健醫師와 같이 公衆保健藥師制度를 導入하는 것도 적극 고려해야 한다. 나아가 의약분업을 전제할 경우 의사 대비 약사의 수가 상대적으로 많아 현재 의사의 분업 파트너로서 약사의 수급은 過剩狀態라 할 수 있다. 따라서 의사와 약사가 적정비율로 공급될 수 있도록 의료인력 수급에 대한 전반적인 재검토

가 필요하며, 이미 배출된 약사인력에 대해서는 地域社會의 保健事業이나 醫藥品 開發·流通·生産 등 근접 분야에의 참여를 유도하여 새로운 각도에서 약사에 대한 活用方案을 모색해야 한다.

## 第 2 節 醫療機關 및 藥局의 受容態勢

현재와 같은 未分業 狀態에서는 처방과 조제를 의원이나 혹은 약국에서 한꺼번에 일괄 수행하고 있으나, 분업 이후에는 일부<sup>84)</sup> 처방·조제업무에 대하여 相互分離된 任意의 두 기관-병·의원 및 약국-에서 處方箋을 媒介로 처방·조제업무를 각각 분장하게 된다. 의약품의 처방·조제업무가 상호 밀접히 연관되어 있음에도 불구하고 분업실시에 따라 병·의원 및 약국 각각에서 이를 분담·수행하게 될 때에는 무엇보다도 양 기관간에 處方內容을 明確히 傳達하기 위한 여건조성이 필요하다. 또한 의약품을 조제하는 약국에서는 의사가 처방한 의약품을 정확히 조제할 수 있도록 多樣的 醫藥品을 具備하고 언제라도 의사의 처방조제에 즉각 부응할 수 있도록 藥師의 常時勤務가 요구된다.

의약품의 처방·조제업무를 병·의원 및 약국에서 분담함에 있어서 病醫院에서 준비해야 할 사항은 그다지 많지 않다. 의사는 처방내용을 약사가 정확히 이해할 수 있도록 處方箋을 明確히 記載해야 하고, 약사가 처방 내용에 대하여 問議할 경우에 대비하여 이에 성실히 답할 수 있는 여건을 조성하는 것이 필요하다. 기타 의원에서 조제 및 투약을 담당했던 인력, 예컨대 간호사(혹은 간호조무사)의 업무가 감소함에 따라 이의 역할 재정립 문제가 대두되고 있는 정도이다.

이에 반하여 처방전을 수용해야 하는 藥局의 입장에서는 醫藥品을

84) 병·의원 밖에 있는 개국약국에서 처방전을 조제하는 비율은 분업의 예외규정, 분업 대상 의약품의 범위, 병원 외래환자에 대한 조제관리 방식에 따라 차이를 보인다.

多様하게 具備해야 하는 문제와 함께 藥師의 常時勤務 등 많은 변화가 요구된다.

〈表 II-41〉에 제시되어 있듯이 우리나라에 공급되고 있는 의약품은 매우 다양하다. 1996년 현재 제조허가된 의약품은 26,107품목에 이르고 있는데, 이 중 실제 제약회사에서 생산하는 의약품은 12,393품목으로 보고되고 있어 47.5%에 해당하며, 보험급여대상 의약품은 12,600품목이다.

〈表 II-41〉 醫藥品의 藥效分類別 品目數(1996年)

약효분류	제조허가		국내생산		보험급여 대상	
	품목수	(비율)	품목수	(비율)	품목수	(비율)
100 신경계감각기관용	6,049	( 23.2)	2,835	(22.9)	3,323	(26.4)
200 개개의 기관용	9,460	( 36.2)	4,698	(37.9)	4,531	(36.0)
300 대사성의약품	5,141	( 19.7)	2,190	(17.7)	1,774	(14.1)
400 조직세포의 기능	498	( 1.9)	241	( 1.9)	305	(2.4)
600 항병원생물성	3,657	( 14.0)	1,726	(13.9)	2,602	(20.6)
700 치료가 주목적이 아닌 약	1,302	( 5.0)	703	( 5.7)	65	(0.5)
계	26,107	(100.0)	12,393	(100.0)	12,600	(100.0)

資料: 약업신문사, 『의료보험약가기준액표』, 1997.

한국제약협회, 『제약산업통계집』, 1997.

의약분업이 실시될 경우 약국에서는 기본적으로 保險給與對象 醫藥品 程度<sup>85)</sup>는 갖추어야 의사의 처방조제에 원활히 대처할 수 있다고

85) 醫療改革委員會의 醫藥分業案에서는 1단계에서 항생제, 스테로이드제제, 습관성의약품 등 일부 품목에 대해서 우선적으로 분업을 실시하자고 건의함으로써 이러한 경우 분업이 義務化된 醫藥品의 範圍는 다소 적으나, 실제로는 처방전에 制限的 專門醫藥品이외에 다른 의약품도 3~4가지씩 같이 처방되고 있으므로 처방조제를 원활히 수행하기 위해서는 분업대상의약품 이외의 의약품도 추가적으로 약국에서

할 수 있다. 그러나 현재 약국의 현실을 살펴보면 대부분 약사 1인이 경영하고 있고 규모도 적어 零細한 실정이며, 보유하고 있는 의약품의 수도 1,000여종에 못미친다. <表 II-42>에 제시되어 있듯이 대형약국의 경우에는 의약품을 1,000종 이상 보유하고 있는 약국이 27.3%에 이르나, 약국전체로 볼 때는 9%정도에 불과하다. 오히려 과반수 이상(56.6%)의 약국이 600품목 이하의 의약품을 보유하고 있는 것으로 나타나 일반적으로 약국에서 구비하고 있는 의약품은 상당히 制限的임을 알 수 있다.

<表 II-42> 藥局의 所在地 및 規模別 保有 醫藥品數 分布

(단위: %, 개소)

구 분	200종 이하	201~ 400종	401~ 600종	601~ 800종	801~ 1000종	1001~ 1500종	1500종 이상	계(N)
약국 소재지								
주택지역	1.8	25.2	39.6	10.8	18.0	2.7	1.8	100.0(111)
상업지역	3.1	18.5	31.5	18.9	15.7	7.1	4.7	100.0(127)
사무지역	3.2	32.3	25.8	16.1	19.1	0.0	3.2	100.0( 31)
약국 규모								
대 형	2.3	15.9	27.3	4.5	22.7	15.9	11.4	100.0( 44)
중 형	1.7	26.0	33.5	16.8	17.3	2.3	2.3	100.0(173)
소 형	5.8	19.2	42.3	19.2	11.5	1.9	0.0	100.0( 52)
전 체	2.7	20.9	33.0	16.8	17.6	6.0	3.0	100.0(364)

資料: 윤경일·장선미, 『표준약국 모형개발연구』, 한국보건사회연구원, 1997.

약국에 의약품이 충분히 비치되어 있지 않은 경우 患者의 醫藥品 購入에 많은 不便을 초래할 수 있다. <表 II-43>에 제시되고 있듯이 의약품이 없어서 소비자가 그냥 돌아간 경험이 있다고 응답한 약국의 비율은 서울시 전체 약국의 91.6%에 해당하며, 이러한 일은 하루에

구비해야 한다.

2~3건 정도 발생하는 것으로 조사된 바 있다(윤경일·장선미, 1997). 현재 약국에 비치되어 있는 의약품의 종류는 실제 생산되고 있는 의약품의 일부에 불과하며 그 내용도 주로 輕疾患 治療劑이므로 專門治療藥은 상당히 부족한 실정이다. 따라서 향후 의약분업이 실시될 경우 약국의 의약품 구비문제는 분업실시의 장애요인이 될 것이다.

〈表 II-43〉 購買要求 醫藥品 未備發生 現況<sup>1)</sup>

(단위: %, 개소, 건)

구 분	대 형		중 형		소 형		전 체	
	미비경험 있음	평균 건수	미비경험 있음	평균 건수	미비경험 있음	평균 건수	미비경험 있음	평균 건수
주택지역	100.0(23)	2.4	88.2(110)	1.9	91.4(35)	2.1	90.5(168)	2.0
상업지역	96.8(31)	2.2	95.1(102)	2.3	94.4(36)	2.0	95.3(169)	2.1
사무지역	90.9(11)	4.9	81.1( 37)	2.7	88.9( 9)	2.0	84.2( 57)	3.0
전 체	96.9(65)	2.7	90.0(249)	2.2	92.5(80)	2.1	91.6(394)	2.3

註: 1) 응답일 1일전에 고객이 찾는 의약품이 없어 그냥 돌아간 경우가 있는지 여부를 질문한 것임.

資料: 윤경일·장선미, 『표준약국 모형개발연구』, 한국보건사회연구원, 1997.

약국의 의약품 구비문제와 관련하여 현재 쟁점이 되고 있는 사안이 바로 處方箋 記載方式이다. 처방전 기재방식에 대한 논의는 기본적으로 製品의 最終 選擇權을 누구에게 부여하는가의 문제인데, 예컨대 一般名을 기재할 경우에는 동일성분·동일함량에 대하여 약사에게 선택권을 부여하는 것이고, 商品名을 기재할 경우에는 의사가 제조업체까지 고려하여 제품명까지 선정하는 것이다. 상품명 및 일반명 처방방식의 차이는 의사와 약사의 역할 범위는 물론이고 제약기업의 영업정책 등 많은 사회적 파급영향을 미치는데, 특히 약국에 있어서는 醫藥品 具備의 範圍와도 밀접히 관련되어 있다.

현재 우리나라에 보험대상 의약품으로 12,600 품목이 등재되어 있는데, 이 중 성분 및 함량의 구성이 다른 의약품 종류는 2,797종에 지나지 않는다(表 II-44 참조). 이는 성분 및 함량이 같은 동일한 종류의 의약품이 평균 4~5개의 제약회사에서 중복 생산되고 있음을 의미하는 것으로, 특히 단일제의 경우에 이러한 경향이 두드러진다.

〈表 II-44〉 保險醫藥品の 藥效分類別 品目 및 成分數(1996年)

약효분류	품목수			성분수 <sup>1)</sup>		
	단일제	복합제	(계)	단일제	복합제	(계)
100 신경계감각기관용	2,977	346	3,323	571	129	700
200 개개의 기관용	3,359	1,172	4,531	760	366	1,126
300 대사성의약품	1,308	466	1,774	263	166	429
400 조직세포의 기능	282	23	305	69	7	76
600 항병원생물성	2,477	125	2,602	402	32	434
700 치료가 주목적이 아닌 약	44	21	65	18	14	32
전 체	10,447	2,153	12,600	2,083	714	2,797

註: 1) 성분은 동일하나 구성함량이 다를 경우에는 다른 성분으로 간주함.  
資料: 약업신문사, 『의료보험약가기준액표』, 1997.

〈表 II-45〉에 제시되어 있듯이 의료보험대상의약품 중 성분과 함량이 동일한 의약품으로서 40개 이상의 제약회사에서 서로 다른 상표로 생산하고 있는 의약품은 21성분에 이르고 있다. 예컨대 해열진통제인 이부프로펜 200mg은 동일한 의약품이 69개 제약회사에서, 항히스타민제인 테르페나딘(terfenadine) 60mg이 71개 제약회사에서, 소화성궤양용제인 파모티딘(famotidine) 20mg은 73개소의 제약회사에서 각각 생산되고 있다.

〈表 II-45〉 同一成分 및 同一含量을 保有한 保險給與 醫藥品數

약효분류	성분 및 합량	제품수
114 해열진통소염제	diclofenac sodium 25mg	58
	ibuprofen 200mg	69
	ibuprofen 400mg	64
	mefenamic acid 250mg	40
	piroxicam 10mg	44
	talniflumate 370mg	45
	141 항히스타민제	terfenadine 60mg
214 혈압강하제	enalapril maleate 10mg	45
219 기타의 순환계용약	atenolol 50mg	58
232 소화성궤양용제	cimetidine 200mg	60
	famotidine 20mg	73
	ranitidine Hcl 150mg	65
	tripotassium dicitrato bismuthate 300mg	40
233 건위소화제	pancreatin 170mg, simethicone 84.43mg	41
239 기타의 소화기관용제	domperidone 10mg	66
	trimebutine maleate 100mg	41
395 효소제제	serratio peptidase 5mg	72
614 주로 그람양성균, 리케치아, 비루스에 작용하는 항생물질제제	doxycycline Hcl 100mg	40
618 주로 그람양성, 음성균에 작용하는 항생물질제제	cefaclor 250mg	49
629 기타의 화학요법제	ciprofloxacin Hcl 250mg	40
	ofloxacin 100mg	47

資料: 약업신문사, 『의료보험약가기준액표』, 1997.

이와같이 동일성분·동일합량 의약품이 여러 제약회사에서 생산되는 것은 醫藥品 選擇의 폭이 넓다는 장점이 있으나, 반면 약국의 입장에서는 동일한 의약품을 제약회사별로 갖추어야 하므로 醫藥品 具備上 負擔이 많다는 단점이 있다. 따라서 의사가 동의하고 환자의 질병치료에 차이를 보이지 않는다면, 동일성분·동일합량 의약품들간에는 代替를 허용하는 것이 分業의 정착에 많은 도움이 될 것이다. 물론 현



재 사회 일각에서는 동일성분·동일함량 의약품이라도 치료효과에 차이가 있다고 주장하기도 한다. 그러나 사실상 이러한 生物學的同等性 (Bio-equivalency) 문제는 기본적으로 의약품의 제조 및 수입 허가 당시에 政府에서 보장해야 할 사항이므로, 의약품의 대체허용에 앞서 정부에서는 동일한 종류의 의약품에 대해서는 生物學的同等性 試驗을 강화해야 한다.

이밖에 의약분업이 실시되면 약사는 의사의 처방전 발행에 대비하여 常時 調劑能力을 갖추어야 한다. 그러나 현재 약국은 대부분 (88.0%) 1인의 약사가 경영하고 있어 약사 부재시 처방조제에 부응하기 어려운 문제가 있다(表 II-46 참조). 따라서 약국은 비치 의약품 수를 늘리는 것은 물론이고, 처방전 해독 및 평가능력을 키우며 開門 時間 동안에는 약사가 常時勤務할 수 있도록 1약국 2약사 제도를 권장하여 환자의 불편이 초래되지 않도록 만전을 기해야 한다. 나아가 의사의 처방에 대한 이중 점검 및 환자에 대한 복약지도 등을 통하여 분업의 기본 취지를 살리기 위해서는 약학대학에서의 臨床 教育이 강화되어야 한다.

〈表 II-46〉 藥局 所在地別 常勤 藥師人力的 分布

(단위: %, 개소)

상근약사수	주택지역	상업지역	사무지역	계
1인 약국	89.8	86.1	88.1	88.0
2인 약국	9.0	1.2	6.8	10.1
3인 약국	1.1	1.7	5.1	2.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(177)	(173)	(59)	(409)

註: 상근약사인력은 하루 8시간 이상 근무하는 것을 가리킴.

資料: 윤경일·장선미, 『표준약국 모형개발연구』, 한국보건사회연구원, 1997.

이상을 살펴볼 때 의약분업이 원활히 수행되기 위해서는 藥局에서

處方箋을 調劑하기 위한 수용태세를 갖추는 것이 무엇보다도 중요하다. 따라서 처방 조제 및 이에 따른 보험청구를 원활히 수행하기 위해서는 다양한 醫藥品을 具備할 수 있는 空間의 確保와 藥局의 電算化가 요구된다. 이러한 설비를 갖추면서 동시에 약사가 항상 처방조제에 임할 수 있도록 2인 이상의 약사가 상근하기 위해서는, 장기적으로는 藥局의 大型化와 함께 調劑專門藥局의 設立이 바람직하다고 본다. 또한 신약 및 의약품 부작용·상호작용 등에 대하여 지속적으로 새로운 지식과 정보가 필요하므로 補修教育 및 藥學大學 教育制度의 改善이 필요하다.

이밖에 병·의원과 약국간의 처방·조제업무가 원활히 수행되기 위해서는 지역사회 내에서 醫師와 藥師간 緊密한 紐帶關係가 선행되어야 한다. 따라서 처방전이나 의약품 조제내용에 대하여 의문이 있을 때 이에 신속히 대처할 수 있도록 의료기관 및 약국간 네트워크체계의 수립이 필요하다. 특히 희귀의약품이나 응급약 등의 원활한 공급을 위해서는 제조생산자 및 수입자, 도매상 등과 약국을 연계하는 온라인 醫藥品 流通情報網이 필요하다.

### 第 3 節 處方料 및 調劑料의 算定<sup>86)</sup>

#### 가. 處方料의 算定

處方行爲는 의사가 환자를 진료할 때 이루어지는 진찰, 검사, 처치, 재활 등의 행위를 종합하여 최종적으로 결정하는 醫學的 意思決定行爲(Medical Decision Making Procedure)의 하나이다. 이러한 處方行爲에

86) 본 절에서는 한국보건사회연구원 내부자료 「처방의 방법 및 처방료산정」과 「약국 수가의 합리적 산정방안」을 수정·보완하였다.

대한 보수지불방법은 국가간에 다소 차이가 있다. 예를 들면 프랑스의 경우는 患者訪問酬價에 의사의 처방행위를 포함함으로써 外來診療費의 일부로 통합하여 지불하고 있는 반면, 독일은 환자 방문시 의사가 수행하는 세부적인 診療行爲들에 대하여 구체적인 수가를 마련하므로 의사의 處方行爲를 별도의 서비스로 인정하여 獨立的인 수가를 算定하고 있다. 따라서 환자가 의사를 방문하여 진찰을 받지 않고 기존의 처방만을 바꾸기를 원한다면, 의사는 새로운 處方行爲에 대한 수가만 지불 받을 수 있을 뿐 진찰 등의 행위에 대한 수가는 考慮되지 않는다. 그러나 醫藥分業을 시행하는 대부분의 국가에서는 방문 또는 전화로 처방을 연장하거나 再處方을 하고자 할 때도 처방행위를 診察行爲로 인정하여 외래초진 또는 재진수가 全額을 償還해주고 있기 때문에 의료비 상승의 주요요인으로 인식되어 있다.

醫藥分業을 시행하고 있는 국가들이 취하고 있는 處方行爲의 운용적 정의는 의료보험에서 처방전 발행에 대해 어떻게 償還하고 있는지에 따라 달라질 수 있다. 즉 매우 구체적인 수준까지의 行爲別 酬價制를 채택하고 있는 독일의 경우에는 처방행위의 운용적 정의가 분명하나 프랑스와 같이 환자진료행위에 대한 包括的인 酬價(all-inclusive fee)를 지불하는 경우는 처방행위에 대한 운용적 정의를 내리기 매우 어렵다. 우리 나라의 경우 의약분업이 이루어지고 있지 않은 상태에서 독일과 유사한 行爲別 酬價制를 가지고 있고 현재 의약분업을 전제로 진찰행위의 일부분으로서 처방행위에 대한 수가를 인정하고 있다. 그러나 현행의 處方行爲 酬價는 算出根據가 방법론적으로 합리성이 부족하고 종합적인 접근이 결여된 상태이다. 즉, 현행의 처방전료는 처방행위에 대한 정의가 不分明한 상태에서 원외처방행위에 대한 引上調整을 통해 醫藥分業을 촉진한다는 의도를 가지고 산정되어 있어 원내처방등 서로 다른 진료상황에 따른 綜合的 檢討가 미흡하다.

따라서 處方料의 適正한 算定을 위해서는 처방행위의 精確한 運用적 정의가 必要하며, 處方行爲를 의사의 진찰 및 환자관리서비스 등 전반적인 患者診療 狀況을 고려하여 綜合적인 시각에서 보아야 할 것이다. 즉 처방행위는 의사가 환자를 진료하는 전 과정인 진찰, 검사, 처치, 재활 등의 행위가 綜合되어 이루어지는 서비스이며 각 부문에서의 個別行爲와 함께 이루어질 수 있는 行爲로 보는 綜合적인 접근이 必要한 것이다.

현재 우리 나라 醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準이 제시하고 있는 처방료의 분류와 수가는 다음의 <表 II-47>과 같다.

<表 II-47> 處方行爲의 分類 및 酬價現況

구 분			처방·조제료
외래환자 처방	내복약	1일분	100원
		2일분	470원
		3일분	750원
		4~15일분	750원+150원(1일추가시)
		16~30일분	3,480원
	30일분 이상	3,480원+1,730원(매 30일분당)	
	외용약	단독	390원
	내복약과 동시투여	200원	
입원환자 처방			100원
원외처방	내복약	1일분	490원
		2일분	990원
		3일분	1,470원
		4~15일분	1,080원+220원
		16~30일분	6,420원
	30일분 이상	6,420원+3170원(매 30일분당)	
외용약		720원	

資料: 보건복지부, 『의료보험요양급여기준 및 진료수가기준』, 1997.

이에 의하면 처방행위는 크게 外來患者와 入院患者의 처방 그리고

院外處方 등 세 종류로 분류되고 있다. 외래환자와 입원환자의 처방은 모두 1일 처방일 경우 100원으로 동일한 금액이지만 외래처방의 경우 處方日數에 따라 금액이 가산되고 있어 뚜렷한 원칙하에 합리적으로 책정된 것은 아니다. 원외처방의 경우도 外來患者處方과 마찬가지로 처방일수에 따른 분류를 가지고 處方日數에 따라 금액을 가산시키고 있으나 기본원칙과 합리성이 부족한 것은 外來處方과 마찬가지로이다.

현행 처방행위의 分類基準을 파악하기 위해 외래와 入院處方을 살펴보면 진료장소가 분류의 기준임을 쉽게 알 수 있으나 세부분류에서는 뚜렷한 基準點 없이 처방일수로만 구분하고 있다. 이는 外來診察處方(예: 감기환자/합병증이 동반된 당뇨병환자)과 外來手術處方(예: 여드름제거술/임신중절술), 入院診察(예: 제왕절개술 입원 5일째)과 수술 직후 처방 등을 동일하게 간주하고 있는 것으로 의사들의 정신적 노력이나 스트레스, 업무량 등을 반영하지 못하고 수가산정의 便易性이 주로 고려되었음을 의미한다. 또 거기에 의약분업 유도요인인 원외처방항목이 추가되어 분류기준의 一貫性 維持에 問題를 더하고 있다.

이러한 우리 나라 酬價體系上的 처방행위 분류와 관련하여 처방행위에 대한 일반적인 운용적 정의를 살펴보면 다음과 같다. Hsiao 등(1988)은 처방행위를 의사가 事前서비스(Preservice) 및 實際서비스(Intraservice)에 이어 수행하는 事後서비스(Postservice)에 해당한다고 보고 있다. 醫師 業務量構成 要因의 분석에 따르면 사후서비스는 장소에 따라 크게 外來와 入院으로 나눌 수 있고, 前段階의 실제서비스가 비침습적 행위인지 또는 침습적 행위인지에 따라 그 성격이 다르다(Dunn, et al., 1988). 또한 事後서비스의 업무량은 實際서비스의 업무량에 비례한다고 전제하고 群集分析(Cluster Analysis)을 한 결과 병원 입원환자에 대한 침습적 행위의 사후서비스의 서비스 강도가 가장 높은 것으로 나타났다(Hsiao, 1988). 이렇게 볼 때 결국 處方行爲는 의사

의 업무를 세분화 할 경우 事後서비스에 포함되며, 이러한 事後서비스는 진료행위 施術場所와 실제 서비스의 強度에 따라 다시 세분화 될 수 있음을 알 수 있다. 즉 처방행위란 진료행위가 이루어지는 모든 장소(입원/외래)와 시설(병원/의원)에서 수행되지만, 그 수행업무량이 모든 서비스마다 일정하지 않기 때문에 실제서비스의 강도에 따라 다르게 適用되어야 함을 알 수 있다. 따라서 현행 우리 나라의 처방행위와 같이 의약품 調劑場所만을 기준하여 단순히 원내/원외처방의 二分形으로 분류하는 것은 적절하다고 볼 수 없으며, 실제로 처방발생에 소요된 의사의 業務量과 크기에 따라 區分할 필요가 있다.

이와 같은 맥락에서 향후 醫藥分業이 점진적으로 진행되어 병원 입원환자를 제외한 병·의원 外來 및 醫院 入院患者에 대해서까지 院外處方이 이루어진다해도 처방행위 그 자체는 원외처방대상 환자들 뿐만 아니라 원내처방의 대상인 병원 입원환자까지 포함한 전체환자를 대상으로 발생하는 것으로 看做하여야 하며, 각 처방에 소요되는 업무량은 진료장소 등에 따라 달라 져야 할 것이다.

따라서 처방행위에 대한 수가산정이 새롭게 적용되어야 한다면 狀況論理에 의해 처방전료를 조정한다 하더라도 限時的인 방편에 불과하므로, 처방행위에 대한 수가산정시 처방행위가 발생가능한 전체범위를 대상으로 분류한 후 의약품 조제장소가 아닌 처방을 위하여 實際所要된 의사의 業務量이 반영된 合理的인 分類體系를 도입해야 할 필요가 있다.

이상과 같은 處方行爲 分類에 관한 이해를 가지고 처방료산정을 위한 방안을 고찰해보면 다음과 같다. 處方서비스의 合理的 酬價算定을 위해서는 처방서비스에 소요된 투입자원의 原價를 파악하여 이를 근거로 수가를 책정하여야 한다. 또한 처방서비스에 대한 原價把握은 전체 의료서비스에 대한 행위별 원가산정이라는 포괄적인 흐름속에서

접근하는 것이 타당하다. 그러나 의료서비스 行爲別 原價算定을 통한 처방서비스 수가산정과정은 합리적인 모형설정과 방대한 자료수집이 필요한 과정이기 때문에 충분한 자원을 투입하여 검토하여야 하며, 전체 수가체계의 개편과 함께 수행하여야 가능하다. 따라서 처방서비스 역시 장기적으로는 전체 수가체계의 合理的 改編이라는 틀 속에서 투입자원을 토대로 한 相對價値(RBRVS: Resources-Based Relative Value Scales) 開發과 함께 수행될 수 있을 것이다.

短期的으로 사용될 수 있는 방법으로 處方件當 經濟的 損失補償方案이 있다. 이러한 접근방법의 대부분은 의약품으로 유발된 의약품 구매 및 조제권 상실로 발생하는 安定收益 감소분을 원외처방료에 부가시킴으로써 처방건당 산정금액을 인상하여 손실보전을 시도하는 방안이다. 따라서 이러한 분석은 안정수익의 감소총액을 총 처방건수로 나누어 주어 산출할 수 있으며 이미 시도된 몇차례의 分析結果 (이영민, 1994)에 의하면 원외처방이 총 처방건수의 약 30~38%이고 약가 마진율이 30% 정도일 경우 원외처방 1매당 900~1,200원이 되면 손실보전이 可能하다고 보고 있다. 그러나 이러한 추계는 의약품 소비가 많은 병원급 의료기관의 외래만을 대상으로 하였고 專門科目別 평균 處方日數나 마진율 등이 정확하게 적용되었다고 보기 어렵기 때문에 건당 실질손실보전 금액을 산출하였다기 보다는 손실보전의 수준을 間接적으로 提示하였다고 해석된다. 그리고 현존수익의 減少分에 대한 분석만을 하였기 때문에 원외처방으로 인해 절감될 것으로 예상되는 의약품 구매, 조제, 투약에 소요되는 관리비와 인건비 등은 반영되지 않아서 비용절감으로 인한 손실보전 효과는 고려되지 않았다고 볼 수 있다.

이러한 처방건당 경제적 손실보전방안은 원외처방의 動機附與效果는 있을 수 있겠지만 소득감소에 대한 供給者側의 損失만이 주요쟁점

대상이며, 비용절감에 의한 損失相殺 노력은 논의되지 못하고 있어서 供給者 爲主의 방안으로 치우치는 듯한 경향이 있다. 더구나 이러한 처방건당 경제적 손실보전 산출방법이 費用側面을 고려하여 精鍊된다 하더라도 현존손실의 보전만 산출가능 할 뿐, 향후 의약품 마진을 변동이나 物價指數 變動 등의 미래 손실분에 대해서는 적절한 반영이 이루어지기 어려울 뿐만 아니라, 다른 진료행위들의 지속적인 수가 개정과정과는 균형을 이루기가 어려울 것으로 예상된다.

보다 체계적인 處方料推計方法으로 투입자원을 기초로한 의사의 診療行爲 相對價値 開發에 연계하여 수가를 산출하는 방법을 고려할 수 있다. 처방행위의 相對價値를 開發하기 위해서는 크게 두가지 접근방법을 생각할 수 있다. 첫번째 방법으로는 각 진료행위는 그 시작과 종결이 연속적이어서 처방행위도 진료행위의 하나로 포함되는 것으로 보고 진료행위의 상대가치에 처방행위의 업무량을 포함시키는 방안이다. 따라서 처방행위에 대한 別途의 酬價는 산정되지 않는다. 그러나 단순히 재처방 또는 처방발급만을 위해 의료기관을 방문하는 환자에 대해서는 相對價値開發 前 段階에서 이미 세분화시킨 진찰행위의 분류에 따라 初診과 再診의 分類 중 가장 難易度가 적은 행위로 간주하여 수가를 지급하도록 할 수 있다.

두 번째 방법은 진찰행위를 細分化시킬 때 처방행위를 분리하고 이를 직접 측정함으로써 처방행위에 대한 구체적인 수가를 계상하는 방안이다. 이 때 분리된 처방행위는 다시 두가지 방안으로 접근할 수 있다. 즉, 모든 진료행위에 대해 처방행위의 相對價値는 단일값을 가지도록 하는 방안과 처방행위를 또다시 細分化 시키는 방안이다. 이는 진료행위의 난이도에 따라 처방행위의 난이도와 업무량이 차이가 클 수 있기 때문이다. 그러나 현재까지의 相對價値開發 方法論을 검토해 볼 때 상대가치의 酬價化는 현재의 의료보험재정규모를 기준으로



로하고 있으므로 전자의 경우, 추가적 재정지원 없이는 진료행위에 처방행위가 포함되더라도 의약분업으로 인한 所得移轉의 效果를 처리할 수 없으며, 후자의 경우처럼 직접 측정에 의한 처방행위의 독립적 상대가치를 산출할 시에는 측정과정이 매우 어렵고 처방행위의 상대가치가 다른 진료행위들의 상대가치 크기에 영향을 미칠 것으로 예상된다. 따라서 의약분업으로 인한 損失還收 次元에서 처방행위의 수가를 相對價値 方法으로 산출하고자 할 때도 현재의 醫療保險 財政이 어떠한 형태로든 보완되어야 한다는 전제는 앞서의 경제적 손실보전방안에 의한 처방료의 산정방법과 마찬가지로이다.

#### 나. 調劑料의 算定

醫藥分業을 실시함에 있어 조제에 대한 수가수준을 합리적으로 산정하는 것은 의약분업에 대한 관련 利害 當事者들의 경제적 이익의 공평한 재분배를 위한 관건적인 요소이다. 그 뿐만 아니라 수가수준과 酬價決定方法은 소비자에 대한 의료서비스 提供行態에도 직접적인 영향을 주기 때문에 정책적 시각에 의해 결정되는 것이 중요하다. 다시말해서 醫藥分業시 약국 조제수가의 결정방법은 병·의원의 처방수가 결정방법과 마찬가지로 醫藥分業에 참여하는 의료공급자들의 行爲 動機와 直結되는 要因으로서 그 방법이 어떠한가에 따라 醫療慣行을 긍정적인 방향으로, 혹은 부정적인 방향으로 나아가게끔 할 수 있는 중요한 요소이다. 보다 積極的으로 본다면 의약분업과 관련된 의료수가의 결정방법은 의약품 소비관행을 바람직한 方向으로 촉진하는 방법으로 활용될 수 있다. 가령, 약국의 조제수가를 산출하는 과정에 환자에 대한 상담이나 服藥指導에 소요되는 시간을 반영시켜 준다면 투약의 정확성이나 환자의 順應度를 높일 수 있다. 약국 조제수가의 수준은 조제에 투입되는 약사의 업무중 所要時間, 教育年限, 教育水準

등 사회적 통념에 비추어 적절히 보상되도록 결정되어야 하고 여타 직업들과 비교하여 衡平을 이루어야 할 것이다. 그렇게 되었을 때 사회적으로 수용 가능할 것이고 새로운 제도를 실시함에 따라 나타나는 反撥을 最小化할 수 있을 것이다.

현행 藥局醫療保險의 수가체계는 약사의 調劑行爲에 따르는 비용을 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료 및 조제료로 구분하고 있다. 藥局管理料와 服藥指導料의 경우 방문당 정액제로 700원과 120원으로 각각 정하고 있으며 基本調劑技術料는 처방전에 의한 조제와 임의조제로 구분하여 정하고 調劑料는 처방전에 의한 조제는 內服藥과 外用藥으로 구분하고, 직접조제의 경우는 內服藥의 경우만을 규정하여 급여금액을 정하고 있다.

藥局醫療保險 수가체계에서의 조제료 항목은 복용이 용이하도록 劑形의 邊境 및 약의 길항작용, 약제간의 상승작용, 약제의 구분투약 따르는 약사의 기술행위료라고 볼 수 있다. 한편 복약지도료 항목은 복용시간, 복용방법, 복용회수 및 복용에 따른 주의사항을 환자에게 熟知시키는 데에 따른 비용이고, 기본조제기술료는 보험조제 요청시 症狀의 呼訴를 듣고 질문 또는 관찰과 투약 및 치료경위 등을 참작하여 투약방침을 정하여야 하는 약사로서의 전문적인 지식과 경험 등에 대한 技術行爲料로 설명되고 있다. 또한 약국관리료 항목은 보험조제시 필수적으로 수반되는 약제비청구서 및 명세서 작성, 이의신청 등의 보험관련 업무경비와 조제포장비용 등을 補償하기 위한 항목이다. 따라서 약국의료보험은 약사의 調劑行爲에 따르는 비용과 함께 의약품을 환자에게 공급함에 있어서의 약사가 수행하는 역할을 고려하여 정한 것이라 할 수 있다. 그러나 현행의 項目別로 책정되어 있는 급여액은 醫藥分業의 실시와 함께 예상되는 여러 가지 조건을 감안하여 再調整되어야 할 것으로 사료된다.

여기서 調劑料算定을 위하여 적용할 수 있는 방법을 고찰해 보면 다음과 같다. 이론상으로 資源配分の 效率性を 달성할 수 있는 가격결정방법은 限界費用에 의한 價格設定方法(Marginal Cost Pricing)이나, 이 방법은 限界費用을 산출할 수 있는 정보의 획득이 거의 불가능하다는 점에서 현실성이 없고, 대신 平均費用에 근거한 價格設定方法이 널리 통용되고 있다. 평균비용 가격설정방법(Average Cost Pricing) 중에서 흔히 公共部門에서 제공하는 재화나 서비스의 가격결정방법으로는 原價補償의 方法(Full Cost Pricing)을 이용한다. 따라서 原價報償方法에 의한 조제료 산정을 위하여 적용할 수 있는 방법론적 사항을 고찰해 보면 다음과 같다.

〈表 II-48〉 藥局醫療保險 調劑料 酬價現況

구 분	조제형태	투약일수	급여금액
약국관리료		-	700원
복약지도료		-	120원
기본조제료	처방조제	-	240원
	직접조제	-	280원
조제료	처방조제	내복약 1일분	240원
		2일분	480원
		3일분	720원
		4~15일분	3일분 금액에 1일당 130원씩 가산
		16~30일분	2,760원
	30일분 이상	6,620원	
	외용약		400원
	직접조제	내복약(투약일수당)	250원

資料: 보건복지부, 『약국의료보험 요양급여기준 및 약제비 산정기준』, 1997.

먼저 調劑費用의 추계로 약국의 調劑行爲에 투자되는 인건비, 경비

(복리후생비, 수도광열비, 세금 및 관리비), 적정이윤 등을 고려하여 현행 조제원가를 산출하고 여기에 醫藥分業이 실시됨에 따라 附加되는 費用을 추가하여 산정할 수 있다. 약국의 조제원가는 우선 일반경비로 복리후생비, 수도광열비, 세금, 관리비, 임대료, 감가상각비 및 권리금을 생각할 수 있는 바 감가상각비는 일정한 使用年限을 계상하여야 할 것이고 權利金의 경우 시중의 은행금리를 사용할 수 있다. 한편 投資資本額에 대한 적정이윤은 투자자본액에 공정보수율 등을 고려하여 결정하여야 한다. 또한 약사의 적정인건비는 교육수준 및 경력 등이 고려되어야 하므로 일반적으로 病院에서 勤務하는 藥師의 인건비기준을 사용할 수 있다. 이러한 자료에의 하여 약국당 평균 조제비용을 다음식에 의하여 추계할 수 있다.

$$\begin{aligned} \text{약국당 평균 조제비용(월)} = & \text{약제비} + \text{총인건비} \times \text{조제투입시간 비율} \\ & + \text{경비} \times (\text{조제수입} / \text{총수입}) + \text{적정이윤} \end{aligned}$$

여기서 固定費인 임대료, 경비 등 약국에서의 조제수입의 비중을 조사하여 이를 적용할 수 있으나 특별히 調劑 時에만 소요되는 부분만을 따로 분리하여 원가배분을 하기는 쉽지 않다. 따라서 이러한 비용은 약국의 총 賣出中에서 조제수입이 차지하는 비율로서 배분하는 間接的인 方法을 사용할 수 있다. 또한 인건비의 경우 약사나 고용인이 조제에 사용하는 시간의 비율을 業務分析을 통하여 추정할 필요가 있다.

이렇게 추계된 비용을 약제비를 제외하고 약국의 총 投藥日數로 나누어 投藥日數 當 調劑料를 추산하고 여기에 의약분업과 함께 수반되는 추가비용을 산출하여 이를 반영할 필요가 있다. 醫藥分業에 따른 약국의 추가비용은 다음과 같이 예상할 수 있다. 첫째, 所要人力의 변화이다. 의약분업이 실시되면 처방내용, 투약내용 등 환자에 대한 기록관리가 체계화되어야 하고, 의료보험관련업무 등 각종 사무업무가

증가할 것이다. 그리고 專門性 제고를 위한 再投資 時間과 再投資 費用도 현재보다 증가되어야 할 것이다. 이러한 업무내용의 증가는 소요인력의 증대를 필요로 할 것이고, 이는 인건비의 상승으로 나타날 것이다. 둘째, 管理費用의 增加이다. 의약분업과 더불어 부수적으로 요구되는 각종 사무업무의 증가는 사무자동화와 관련된 각종비품의 구입을 필요로 할 것이고, 의사의 처방내용에 언제든지 대응하기 위하여 자주 사용하지 않는 약품이라도 藥局內에 備置되어 있어야 하므로 이와 관련한 在庫管理 비용의 증가가 또한 요구된다. 따라서 분업 이후의 조제료의 산정은 이러한 요소들을 고려하여 산정되어야 할 것이다.

#### 第 4 節 醫藥品の 生産 및 流通構造

醫藥分業은 의약품의 調劑權을 약사에게만 허용하고 전문의약품에 대한 약사의 任意調劑權을 인정하지 않는 제도인 만큼, 의사에게도 조제권을 인정하고 약국의 임의조제를 허용할 때와는 다른 生産 및 流通構造를 요구한다. 즉, 의료기관과 약국에서의 專門醫藥品 소비비율과 소비행태가 달라짐으로써 제약회사의 매상에도 영향을 미쳐 판촉전략이 달라질 것이고 의약품의 생산과 유통체계, 그리고 의약품의 價格競爭에의 변혁이 불가피 할 것이다. 따라서 본 절에서는 醫藥分業의 효과적 실시를 위해 의약품 생산 및 유통상에 고려되어야 할 사항에 대하여 고찰하기로 한다.

의약분업의 소기의 目的達成을 위해서는 먼저 의약품의 생산과 관련된 事項이 改善되어야 한다. 먼저 專門醫藥品에 대해서는 複合製劑 생산을 지양하고 조제를 위한 單純製劑 생산에 치중하여야 한다. 의약분업은 의약품의 오남용 방지가 가장 큰 목적인 만큼 복합제제에

의한 조제시에 환자에게 불필요한 성분 투약될 가능성이 많기 때문이다. 또한 단순제제로 생산되어야 약사의 調劑機能이 제대로 발휘될 수 있고, 정확한 服藥指導도 가능할 것이다. 이와 관련하여 의약품의 생산상에 同一效能 및 效果를 나타내는 의약품에 대한 一般名 生産이 촉진되어야 한다. 미국의 경우 유의한 질적 차이가 없는 의약품중에도 상품명 의약품이 일반명 의약품보다 2~3배 혹은 10배 이상까지 비싸게 판매되고 있어 일반명 생산을 誘導하는데 노력하고 있다 (Haag, 1976). 이러한 의약품의 일반명 생산 촉진은 保險財政의 절약 뿐만아니라 처방·조제시 의·약사간에 분규 및 保險藥價 청구시 악용의 방지를 위하여 필요하다.

둘째, 고려되어야 할 사항은 醫療機關이나 藥局에서 의약품 취급상에 經濟的 利益의 排除이다. 의약분업은 의약품 공급상의 전문성을 인정하여 처방과 조제를 분리하여 의사는 처방에 대한 처방전료를 약사는 조제에 따른 조제료를 지급하므로 그들의 專門性에 대한 補償을 하게 된다. 따라서 의 pharm을 취급하므로 발생하는 이익의 대부분이 이러한 전문성에 대한 대가가 되어야하며 약품을 판매함에 따른 販賣所得은 排除하므로 환자에 대한 의약품의 공급이 환자의 질병치료에 최선이 되는 형태로 제공되도록 하여야 할 것이다.

현행의 醫療保險藥價制度는 약가에 이윤이 존재할 경우 판매이윤을 목적으로 보험환자에게 過剩投藥의 가능성이 있고 동시에 보험재정상에 문제를 야기시킬 수 있으므로 약가를 原價補償水準으로 보상하여 이윤을 排除한다는 취지하에 도입되었다. 따라서 이 제도는 보험약가를 제약회사의 申告價에 유통거래폭(고가약: 3.43%, 저가약: 5.15%)을 가산하여 책정 고시하고 實去來價와 관계없이 고시가격에 따라 의료기관에 약가를 상환해 주고 있다. 그리고 實去來價가 告示價의 事後管理基準인 14.17%이하로 去來되는 경우에는 告示價를 일정기준에 의

하여 인하 조치하도록 하고 있다. 그러나 이러한 제도하에서 실질적으로는 제약회사간의 過當競爭으로 인하여 허용된 약가보다 아주 낮은 가격에 의약품이 거래됨에 따라 실거래가와 고시가간의 약가차액은 요양기관의 이윤이 되고 있고 이윤에 따른 수입액은 의약품 사용량에 비례하여 증가하므로 약가이윤 確保를 위한 과잉투약의 可能性이 상존하고 있다. 이런 현상은 藥劑室과 藥師를 두고 있는 병원급에서 주로 문제가 되지만 의약분업의 주 대상이 되는 의원급에서는 별 문제가 되지 않을 수 있다. 그러나 이러한 慣行이 굳어지고 醫院에서 조제시 의약품 마진이 수입에 영향을 미친다면 실질적인 醫藥分業의 실시에 악영향을 미칠 것으로 사료된다. 즉, 의료기관 측으로서는 조제권을 포기하지 않으려는 목적으로 의약분업제도의 왜곡을 시도할 가능성이 있는 것이다.

한편 약국의 販賣價格을 규제하는 標準小賣價格制度는 제약회사가 정한 工場渡價格과 보건복지부고시에 정해진 표준유통마진율에 의하여 결정하도록 하여 의약품 유통질서를 확립하고 소비자보호에 기여하기 위하여 導入되었다. 그러나 이러한 人爲的인 유통마진율의 보장은 一般藥局의 서비스개선에 대한 動機를 상실하게 하고 또한 大形藥局등에서는 음성적인 방법으로 약가를 인하시켜 多量販賣를 유도하므로 의약품의 남용을 유발할 소지가 있다. 따라서 의약분업의 根本趣旨인 의약품의 오남용 방지를 위해서는 의사의 처방료 및 약사의 조제료를 현실화하여야 할 것이며 의약품을 취급함으로써 경제적인 이윤을 취할 수 없도록 약가제도의 근본적인 改善이 시급하다.

셋째, 醫藥品 都賣商의 育成이 필요하다. 일반적인 유통경로에는 생산자에서 최종소비자까지 거치는 경로기관의 수에 따라 긴 경로와 짧은 경로의 두 가지 종류로 나눌 수 있다. 짧은 경로는 생산자에서 소비자에 이르는 中間段階가 없거나 도매상이 없이 소매상으로 바로 물

품이 이전되는 경로로 生産財의 경우 대부분 이 경로를 택하며 消費財중에서도 부패하기 쉬워 빨리 流通되어야 할 경우 이러한 流通經路가 사용된다. 그러나 고객이 분산되어 있고 쉽게 부패하지 않는 대부분의 소비재의 경우 생산자-도매상-소매상-소비자의 순으로 이루어지는 긴 경로를 거치게 된다. 이는 分散的 小量 購買가 이루어지는 제품에 대해서는 생산자가 수많은 소매상과 直去來하는 것이 비경제적일 뿐만 아니라 때에 따라서는 不可能 할 수도 있기 때문이다.

약국에 대한 의약품의 공급도 의약품의 특성이나 판매형태를 볼 때 都賣商을 거치는 거래가 더 效率的일 수 있다. 특히 醫藥分業의 실시는 약국들이 병원에서 발행되는 모든 처방전을 원활히 수용하기 위하여 多種의 醫藥品을 갖출 것을 필요로 하나 현재의 약국들의 零細性은 시설 및 資本上에 조제에 필요한 모든 의약품을 갖추기에는 어려움이 있는 현실에서 도매상의 의약품 공급 역할은 必須的이라고 하겠다. 그러나 현재 의약품 유통에 있어서 都賣商의 역할은 규모의 영세성과 유통체계의 혼란 등으로 그 역할이 미미하다. 1996년 현재 의약품 都賣業所는 627개소로 이들중 351개의 업소를 대상으로 年間賣出額을 조사한 바에 의하면 매출액이 60억 미만인 도매상이 75%(262개소)에 달하고 있는 實情이다.

〈表 II-49〉 醫藥品 流通經路別 販賣比重(1996年)

(단위: %)

병원	의원	도매업소(47%)				약국	기타	계
		병원	의원	약국	기타			
11	12	28	3	15	1	27	3	100

資料: 공정거래위원회 내부자료, 1997.

또한 製藥會社의 직거래가 의약품 유통의 주류를 이루고 있어 도매



상의 유통비율은 1996년 현재 전체 의약품 유통에 47% 정도에 불과한 실정이다. 미국, 독일, 프랑스 등지는 80%, 일본과 스웨덴은 90% 정도가 都賣商을 통해 공급되고 있는 점을 감안하면 우리 나라 都賣商의 機能이 미약함을 알 수 있다. 따라서 醫藥分業時 약국의 조제처리능력의 향상을 위해서는 都賣商의 醫藥品流通 능력의 提高를 위한 政策的인 配慮가 있어야 할 것이다.

## 第6章 結論

그동안의 醫藥分業의 推進經緯를 살펴보면 의약분업의 논의의 발단은 분업의 당사자인 의학협회와 약사회 등 의약분업의 直接關聯當事者였고 정부는 이들이 합의를 도출하기 위한 장을 마련하는 역할을 해왔으며 결국 이들 당사간의 합의 도출의 실패와 함께 의약분업은 번번히 無産되는 패턴이 지속되어 왔다. 이러한 醫藥分業 實現의 장기적인 지연은 소비자의 醫藥分業 必要性에 대한 적극적인 인식 부족에 따른 결과라고 볼 수 있다. 그러나 근래에 와서 국민들의 건강에 관한 관심과 이에 따른 의약분업에 대한 의식의 향상은 醫藥分業의 實行을 위한 좋은 환경을 마련하고 있다고 하겠다. 이러한 의약분업에 대한 國民意識의 鼓吹는 의약분업실행을 위한 意思決定에 있어서 소비자의 적극적인 참여의 機會를 부여하므로 醫藥分業의 실시상에 國民的인 合意를 이끌어 낼 수 있고 또한 醫藥分業實施와 함께 예상되는 불편에 대하여 국민의 理解를 촉진할 수 있을 것이다. 소비자의 적극적인 참여는 정부의 政策意志에도 반영되어 정부도 보다 적극적인 역할을 수행하게 될 것이고 의사나 약사 또한 國民의 輿論을 의식하여 더 이상 그들의 經濟的 利益을 위한 다툼으로 의약분업의 실시를 留保시킬 수 없을 것이다.

醫藥分業에 관한 外國의 制度를 살펴보면 이들의 제도는 각국의 전반적인 의료전달체계와 같이 성장 발전해왔다는 것을 알 수 있다. 그러나 우리의 경우 醫藥未分業의 환경에서 전개되어온 의료전달체계에 새로운 異質的인 制度를 도입해야한다는 부담이 있다. 이렇게 볼 때 각각의 醫療傳統과 의료체계상의 특성이 反映되어 있는 外國의 제도

를 우리가 그대로 수용하기에는 어려운 점이 많다. 따라서 韓國的인 醫藥分業의 模型은 우리의 의료전통과 의료전달체계의 특성을 고려하여 정립되어야 할 것이다. 그러나 우리의 現實만을 고려한 의약분업모형을 開發하고자하면 결국에는 醫藥分業의 원래 의도가 퇴색되어 버리기 쉽다. 따라서 우리 실정에 맞는 醫藥分業制度는 醫藥分業의 기본 취지를 살리면서 기존의 의료전달체계에 衝擊을 最小化하는 방향에서 설정되어야 한다.

이러한 취지하에서 보건의료관련 사안의 전반적 개혁의 시도를 목적으로 1996년 11월에 조직된 의료개혁위원회는 韓國的 醫藥分業 模型으로 의약분업의 단계적 접근방안을 제시하고 있다. 이 방안은 우리 나라의 現實的 與件을 고려하여 의약분업실시의 단계적인 접근을 통하여 분업에 따른 衝擊을 最小化하면서 앞에서 제시된 醫藥分業 시행상의 考慮事項이 점진적으로 개선됨에 따라 궁극적으로는 2005년까지 완전분업을 達成하고자 하는 것이다. 이 모형은 현행 藥事法에서 제시하고 있는 의약분업 관련 조항을 기본지침으로, 관련전문가들의 의견을 수렴하여 기본안을 마련하고 最終的으로 公聽會를 통하여 관련당사자의 의견을 수렴하는 등의 단계를 거쳐 成案되었다. 따라서 이렇게 제시된 모형을 기반으로 하여 앞으로 이 모형의 실현에 필요한 여러 가지 법·제도적인 정비를 착실히 수행하므로 의약분업의 실시가 일정대로 진행될 수 있도록 하여야 할 것이다.

본 연구는 의약분업의 현실적 여건 및 고려사항으로 의약자원의 분포, 의료기관 및 약국의 수용태세 확립, 처방 및 조제료의 산정과 의약품 생산 및 유통구조 등을 검토하였다. 醫藥資源의 均衡的 分布는 醫藥分業의 實施에 따른 국민의 의료이용에 불편을 최소화하기 위하여 필요하다. 의약자원 분포의 구체적인 문제점으로는 의약자원 분포의 지역적 불균형 및 의사수와 약사수의 불균형이 지적되고 있다. 한

편 의료기관 및 약국의 受容態勢上의 문제점으로는 약국의 영세성에 따른 분업시 필요 의약품 미비, 대다수 1인 약사 약국으로 藥師常時勤務態勢의 미비 및 의료기관과 약사간의 협조체계의 미비 등이 지적되고 있다. 또한 醫藥品 生産 및 流通上의 문제점으로 복합체제위주의 생산체제, 약가제도의 문란 및 의약품 도매상의 영세성 등이 지적되고 있다. 그러나 이러한 問題點들은 의약분업 실시와 병행하여 점진적으로 개선될 수 있는 사항이며 의약분업실시에 있어서 결정적인 걸림돌은 될 수 없다고 사료된다. 한편 적정한 處方料 및 調劑料의 算定은 의약분업의 실시 以前에 수행되어야 할 사항이다. 현행의 처방료 및 조제료는 그 산출근거가 합리적이지 못하고 또한 의약분업의 실시와 함께 의·약사간의 經濟的 利益의 再分配가 고려되어 있지 않다. 따라서 醫藥分業의 원활한 실시를 위해서는 분업당사자들이 그 공정성에 공감할 수 있는 합리적인 處方料 및 調劑料의 산정이 반드시 선행되어야 할 것이다.

## 參 考 文 獻

- 과학기술처, 『과학기술연감』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『과학기술활동조사보고서』, 각년도.
- 권순원, 『국민의료비 연구: 추계와 분석』, 한림대학교 사회의학연구소, 1986.
- \_\_\_\_\_, 『국민의료비동향』, 의료자원과 관리체계에 관한 워크샵 토의 자료, 한국인구보건연구원, 1987a.
- \_\_\_\_\_, 『국민의료비: 의료자원과 관리체계에 관한 기초연구』, 한국인구보건연구원, 1987b.
- \_\_\_\_\_, 『국민의료비의 추계와 의료비 안정화 대책』, 한국개발연구원, 1993.
- 김병권, 『의약분업의 법적 고찰』, 동아대학교, 1985.
- 김양욱·고기호·손석준·송인현, 『목포 지역의료보험과 의약분업 시범 사업에 관한 조사분석』, 『전남의대잡지』 제23권 제1호, 1986.
- 김진현, 『약국수가의 합리적 산정방안』, 한국보건사회연구원 내부자료 내무부, 『지방재정연감』, 각년도.
- 노동부, 『매월노동통계조사』, 1~11월, 1995.
- 농림수산부, 『농가경제통계』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『어가경제통계』, 각년도.
- 대한민국정부, 『세입세출결산보고서』, 각년도.

- 대한약사회, 『유럽의 약사제도』, 1996.
- \_\_\_\_\_, 『일본병원의 원외처방발행 추진현황』, 1994.
- 대한의학협회, 『국민의료정책심의위원회 합의사항요약』, 1988.
- 명재일·박광훈·사공진, 『국민의료비 추계에 관한 기초연구』, 보건사회  
부 제출자료, 한국의료관리연구원, 1992.
- 명재일·이규식·홍상진·김세라, 『국민의료비와 의료비 억제정책』, 1994년  
기초사업 연구보고서, 한국의료관리연구원, 1995.
- 명재일·홍상진, 『국민의료비의 동향과 구조: 1985~1991』, 1993년 기  
초사업 연구보고서, 한국의료관리연구원, 1994.
- 박순일·김경숙, 『적정의약분업에 관한 연구』, 한국인구보건연구원, 1987.
- 박종기, 『한국의 보건정책과 의료보험』, 한국개발연구원, 1979.
- 박종기·노인철, 『한국보건의료비추계: 1970~1974』, 한국개발연구원, 1976.
- 백화중·홍정기, 『국민의료비 계정의 구조와 개선방향』, 한국보건사회  
연구원, 1994.
- 변재환, 「의약분업: 또 하나의 분쟁의 불씨(상)」, 『여의도 정책논단』,  
재단법인 여의도 연구소, 1997a
- \_\_\_\_\_, 「의약분업: 또 하나의 분쟁의 불씨(하)」, 『여의도 정책논단』,  
재단법인 여의도 연구소, 1997b
- 보건복지부, 『보건복지백서』, 1996.
- \_\_\_\_\_, 『보건복지통계연보』, 각년도.
- \_\_\_\_\_, 『보건복지통계연보』, 각년도.
- 사회보장심의위원회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 1985, 사회보장  
심의위원회

- 서울특별시 약사회, 『표준약국 모형개발을 위한 기초연구』, 1991.
- 손명세, 『처방의 방법 및 처방전료 산정』, 한국보건사회연구원 내부자료
- 송건용·남정자·최정수·김태정, 『1992년도 국민건강 및 보건의식 행태 조사』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 약사공론, 『약사회원통계자료집』, 1996.
- 약업신문사, 『의료보험약가기준액표』, 1997.
- 양봉민·이태진, 『국민의료비 억제정책에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1989.
- 연하청·박종기·민재성·홍종덕·박재용·김일순·한달선·김학영, 『의료보험의 정책과제와 발전방향』, 한국개발연구원, 1983.
- 윤경일·장선미, 『표준약국 모형개발연구』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 의료개혁위원회, 『의료보험 약가 제도의 개선방안』, 공청회 자료, 1997a.  
 \_\_\_\_\_, 『의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제』, 1997.  
 \_\_\_\_\_, 『의약분업의 도입방안』, 공청회 자료, 1997b.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 의료개혁위원회, 1994.
- 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』, 1997.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.
- 이민화, 『일본의 예를 통해 살펴본 의약분업의 진전과정』, 『의약분업과 약국 경영환경』, 대한약사회, 1997.
- 이영민, 『외래환자의 원외조제와 약국의 수용』, 『대한약사회지』, 제5권 제4호, 1994.

- 이의경·정우진 편저, 『의약품 분류(전문·일반)기준 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 재무부(현 재정경제원), 『결산개요』, 각년도.  
\_\_\_\_\_, 『한국의 재정통계』, 각년도.
- 주학중·박명호 편저, 『무질서의 경제적 비용에 관한 연구』, 한국개발연구원 국민경제교육연구소,
- 최정수·남정자·김태정·계훈방, 『한국인의 건강과 의료이용실태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 통계청, 『1991 가구소비실태조사보고서』, 제1권 가계수지편, 1993.  
\_\_\_\_\_, 『건설업통계조사보고서』, 각년도.  
\_\_\_\_\_, 『도시가계연보』, 각년도.  
\_\_\_\_\_, 『한국통계연감』, 각년도.  
\_\_\_\_\_, 『한국통계연감』, 1996.
- 한국보건의료관리연구원, 『'95 병원경영분석』, 1996.
- 한국은행, 『1990년 산업연관표』, 1993.  
\_\_\_\_\_, 『경제통계연보』, 각년도.  
\_\_\_\_\_, 『국민계정』, 1994.  
\_\_\_\_\_, 『한국통계연보』, 1995.
- 한국제약협회, 『제약산업통계집』, 1997.  
\_\_\_\_\_, 『제약산업통계집』, 1997. 6.
- 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 한국보건사회연구원, 1995.



薬事日報社, 『日本の 薬務行政』, 第6版, 1994.

\_\_\_\_\_, 『欧州醫藥分業 視察レポ-ト』, 1991.

厚生統計協會, 『國民衛生の 動向』, 1996.

Coase Ronald H., “The Problem of Social Costs,” *Journal of Law and economics*, Vol.3, 1960.

Dunn D., et al., “A method for estimating the prewervice and postservice work of physician’s work,” *JAMA*, Vol.260, No.16, 1988.

Dupuit J., “On Measurement of the Utility of Public Works(1844),” translated from the French, in *International Economic Papers*, London, 1952.

Facts and Comparisons, *Pharmacy Law Digest*, 1997.

Feldstein P., *Health Care Economics*, A Wiley Medical Publication, NY, 1993.

Grossman M., *The demand for health: A theoretical and empirical investigation*, Columbia Univ. Press, NY, 1972.

Gupta A. K. and Pearce D. W., *Cost-Benefit Analysis*, Macmillan Student Editions, 11, 1981.

Gurwitz J., et al., “The Effect of an Rx-to-OTC Switch on Medication Prescribing Patterns and Utilization of Physician Services: The Case of Vaginal Antifubgal Products,” *Health Services Research*, Vol.30, No.5, 1995.

Haag J. H., *Consumer Health, Products and service*, Philadelphia, Penn: Lea & Febiger, 1976.

- Hsiao W. C., et al., "Resource-based relative values", *JAMA*, Vol.260, No.16, 1988.
- Leibowitz A., "Substitution Between Prescribed and Over-the Counter Medications," *Medical Care*, Vol.27, No.1, 1989.
- Nas, Tevfik F., *Cost-benefit Analysis: Theory and Application*, SAGE Publication, 1996.
- O'Brien B., "The effects of patient charges on the utilisation of prescription medicines," *Journal of Health Economics*, 8, 1989.
- Oster G., et al., "The Risks and Benefits of an Rx-to-OTC Switch," *Medical Care*, Vol.28, No.9, 1990.
- Peltzman S., "The Health Effects of Mandatory Prescriptions," *Journal of Law and Economics*, Vol.XXX, 1987.
- Phelps C. E. and Newhouse J. P., "Coinsurance, the price of time and the demand for medical services," *Review of Economics and Statistics*, 56, No.3, 1974.
- Phelps C. E., *Health Economic*, New York: Harper Collins, 1992
- Stoddartm G.S. and Barer M. L., "Analyses of demand and utilisation through episodes of medical service in J. Van der Gaag and M. Perlman(eds)", *Health, economics, and health economics*, North-Holland, Amsterdam, 1981.
- Temin P., "Costs and Benefits in Switching Drugs from Rx to OTC", *Journal of Health Economics*, 2, 1983.

- U. S. Department of Health and Welfare, "Office of the Assistant Secretary for Program Coordination:Program Analysis Group on Selected Disease: Program Analysis", *PHS Publication*, No.1745, Government Printing Office, 1967.
- Warner K. E. and Luce B. R., "Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care", *Health Administration Press*, Ann Arbor, Michigan, Chapter 3, 1982.