
醫藥分業의 期待效果와 制約要因

閱 載 成
朴 宰 用

▷ 目 次 ◁

- I. 序 論
- II. 醫藥分業의 意義와 期待效果
- III. 現實的 制約要因分析
- IV. 醫藥分業施行上의 當面課題
- V. 結 論

I. 序 論

우리나라 醫療制度的 歷史的 背景은 東洋醫學中心의 醫療에서 발전되어 醫와 藥을 함께 이용하는 習慣에 젖어 왔다. 거기다가 西洋醫學이 導入되면서 日本式 醫療制度에 큰 영향을 받아 醫가 곧 藥이라는 醫藥共同觀念이 土着化되어 醫師에게 調劑·投藥權을 認定하게 되었을 뿐 아니라 藥師에게도 醫師의 處方없이 調劑·販賣할 수 있는 任意調劑販賣를 허용하

게 되었다. 이러한 醫師의 調劑權認定이나 藥局의 任意調劑販賣習慣은 많은 國民들의 治療에 대한 藥選好傾向과 더불어 불필요한 投藥을 助長하게 하여 醫藥品에 대한 耐性增加와 藥禍事故를 誘發하는 원인으로 지적되어 왔다. 그러나 아직도 藥品에 대한 國民들의 理解不足으로 그 深刻性を 올바르게 認識하지 못하고 있으며, 關聯利害團體들의 偏狹의인 主張으로 인하여 制度의 修正이나 改革을 못하고 있는 실정이다.

1977년부터 醫療保險制度和 醫療保護制度가 本格化되면서 所得에 彈力的인 醫療需要가 顯在化되어 醫療利用率이 급속히 증가되고 있는데, 현실적으로 藥局이 醫療保險이나 保護制度下의 療養取扱機關으로 완전하게 指定되지 못하고 있기 때문에 醫療機關, 특히 綜合病院에만 患者가 急増한 반면, 從來에는 藥局을 많이 利用하던 患者들까지도 藥局藥價의 本人負擔增加로 藥局을 기피하는 경향을 보이고 있다. 더우기 1981년부터 地域單位の 2種醫療保

險示範事業이 強制制度로 實施되면서부터 그 地域內的 藥局은 經營上 큰 打擊을 받게 되었다. 이로 인하여 藥局을 療養取扱機關으로 指定하고 醫師와 藥師의 職能을 分擔하자는 論爭이 일어나게 되었다. 즉, 醫療保險制度가 藥局의 參與없이 발전되어 皆保險化될 경우 모든 藥局은 經營을 제대로 할 수 없게 될 것이며, 많은 藥師들은 自身들의 固有職能을 발휘할 수 없게 됨으로써 醫藥分業을 制度化할 것을 主張하고 있다.

醫藥分業은 醫와 藥을 구분하여 醫師와 藥師가 서로 專門職能을 발휘할 수 있도록 하여 治療의 效果를 높임과 동시에 藥의 濫誤用을 防止하면서 國民保健向上에 寄與하자는 데 窮極의 目的이 있다. 다시 말하면 醫師는 精確한 診斷에 의해 處方하고 藥師는 이 處方箋에 의해서만 調劑·投藥함으로써 醫師와 藥師의 職能을 分擔하고 보다 專門化하여 醫師와 藥師 相互間的 牽制·協助體制를 유도하여 不必要한 投藥을 防止하고 藥品에 의한 害를 줄여 國民保健增進의 一翼을 담당케 하자는 것이다¹⁾.

이러한 醫藥分業의 趣旨에 의해 歐美國家에서는 이 制度가 오래전부터 土着化되어 이를 排除한 醫療制度는 생각지도 못하고 있으나 우리나라를 위시한 日本과 自由中國 등은 上述한 바와 같이 日本式醫療制度和 東洋醫學의 影響으로 이 制度를 施行하지 못하고 있다²⁾. 그렇지만 西歐醫療制度인 醫藥分業制度를 그

대로 導入할 경우 많은 문제가 提起될 수 있으므로 우리나라 環境에 적응할 수 있는 制度로 발전시켜나가기 위해서는 充分한 研究가 隨伴되어야 할 것이다. 따라서 本研究에서는 醫藥分業의 意義와 制度導入時 우리의 醫療制度 및 醫療需給者에 미치는 波及效果를 正·負의 兩側面에서 分析하고, 施行上의 制約要因과 當面課題를 分析評價함으로써 앞으로의 施行方向을 提示하고자 한다.

Ⅱ. 醫藥分業의 意義와 期待效果

醫藥分業을 실시하는 方法으로는 部分分業과 完全分業을 생각할 수 있는데 完全分業은 醫師는 處方箋만 發行하고 醫藥品의 調劑權을 一切 認定하지 않으며, 藥師는 오직 醫師의 處方箋에 의해서 調劑하는 것으로서 藥師의 任意調劑도 許容되지 않는다. 한편 部分分業은 醫師의 調劑權과 藥師의 任意調劑는 원칙적으로 排除되지만 醫療機關이나 患者狀態에 따라 醫師의 調劑權을 인정하거나 藥品種類나 地域에 따라 醫師의 調劑 및 藥師의 任意調劑를 許容하는 方法이다. 따라서 醫藥分業의 實施方法이나 現實的 與件에 따라 그 期待效果가 다르게 나타날 수 있다. 그러나 本章에서는 完全醫藥分業을 前提로 하면서 藥品種類나 地域에 따른 部分分業도 考慮의 對象으로 하여 理論的인 側面에서 醫藥分業의 期待效果和 長短點을 分析하고 現實的 與件을 감안한 制約要因 등은 다음 章에서 提示하기로 한다.

1) 小坂富美子, 「醫藥分業の變遷と問題點」, 川上武·中川米造編, 『醫療制度』, 東京: 日本評論社, 1976, pp. 140~152.

2) 金原國, 『藥品濫用으로 인한 問題點과 行政對策에 관한 研究』, 延世大學校 行政大學院, 碩士學位論文, 1974. 2, p. 66.

1. 醫藥品の濫誤用防止

醫藥品은 疾病을 診斷·治療하고 豫防하는 目的으로 사용하는 物質로서 國民健康을 향상시키고 平均壽命을 연장하는데 크게 공헌하여 왔다³⁾. 그러나 醫藥品은 適正量 이상으로 過量投與하거나 잘못 使用할 경우에는 오히려

毒物로 작용하여 藥害를 誘發하고 耐性을 증가시켜 健康을 해칠 뿐만 아니라 醫師와 藥師에 대한 不信을 조성할 수도 있다⁴⁾. 더욱이 醫藥品은 疾病을 豫防·治療하는 데 불가결한 藥物의 性格을 가지고 있으나 근래에 와서는 利益을 남기는 商品으로서의 比重이 높아지게 되었다. 따라서 製藥會社의 過當競争과 過大廣告가 深化되었고, 그 영향으로 國民들에게

〈表 1〉 完製醫藥品 生産·消費額 推移 (1961~81 經常價格)

	生産品目數	生産額 (百萬원)	輸入額 (百萬원)	輸出額 (百萬원)	消費額 ¹⁾ (百萬원)	1人當消費額 (원)	1人當實質消費額 ²⁾ (원)
1961	1,202	1,856	196	29	2,023	79	110(2,782)
1965	1,771 ³⁾	7,189	142	27	7,304	254	356(4,266)
1970	2,651	32,174	949	432	32,691	1,040	1,456(8,555)
1975	4,375	128,291	1,546	614	129,223	3,726	5,216(12,931)
1980	6,916	562,467	7,798	4,551	565,714	14,810	20,735(20,735)
1981	6,865	765,251	8,770	7,463	766,557	19,796	27,715(23,609)

註: 1) 消費額=生産額+輸入額-輸出額

2) 1人當 實質消費額은 生産額의 40%를 附加價値로 看做하여 1人當 消費額에 40%를 加算하였으며, ()안의 숫자는 1980年 不變價格으로 나타낸 것임. 趙成煥外, 「製藥産業의 經濟的 分析」, 朴宗淇·閔載成編, 『韓國의 保健問題와 對策(II)』, 韓國開發研究院, 1977, p.303의 醫藥品의 平均流通 「마진」率이 40%인.

3) 1965年度의 生産品目數의 資料未備로 1966年度值를 적용하였음.

資料: 保健社會部, 『保健社會統計年報』, 各年度.

藥業新聞社, 『藥事總鑑』, 1976, 1979.

〈表 2〉 全都市 家口當 月平均 醫療費支出 構成

(단위: 원, %)

	醫藥品費	漢藥	診療費 ¹⁾	分娩·入院費	其他	計
1970	368 (40.0)	144 (15.7)	248 (27.0)	132 (14.3)	28 (3.0)	920 (100.0)
1975	878 (33.9)	443 (17.1)	887 (34.2)	225 (8.7)	160 (6.2)	2,593 (100.0)
1977	1,235 (30.7)	900 (22.3)	1,268 (31.4)	456 (11.3)	173 (4.3)	4,032 (100.0)
1980	2,780 (24.8)	2,404 (21.4)	4,214 (37.6)	1,672 (14.9)	152 (1.4)	11,222 (100.0)
1981	3,263 (22.8)	2,943 (20.5)	5,769 (40.2)	2,216 (15.5)	141 (1.0)	14,332 (100.0)

註: 1) X線撮影費 포함.

資料: 經濟企劃院 調査統計局, 『都市家計年報』, 各年度.

3) 下村孟, 『醫藥品의 實際知識』, 東京: 東洋經濟新報社, 1976, p.4.

4) 太田秀, 「醫藥品産業의 諸問題」, 川上武·中川米造 編, 『醫療産業』, 東京: 日本評論社, 1976, pp.58~78.

醫藥品에 대한 인식을 그릇되게 하고 있다. 여기에 醫師의 調劑權認定이나 藥局의 任意調劑 및 自由販賣風土에서는 醫藥品の 過重消費性向이 더욱 助長되어 藥品消費를 急増시키고 醫藥品の 濫用이나 誤用問題를 惹起하게 된다.

〈表 1〉에서와 같이 1961~81年間 우리나라 1人當 完製醫藥品消費額은 1980年不變價格으로 8.5배가 증가되었으며, 醫藥品生産品目數도 5.7배나 증가하여 醫藥品消費가 急増되고 있다. 그런데 1970年 이후 都市家計에서 支出되는 醫療費중에서 醫藥品費의 支出比重은 점차 감소되어 1981年 현재 22.8%를 차지하고 있는데 반하여 診療費와 入院·分娩費支出은 每年 增加(表 2 참조)하고 있어 國民의 醫療利用 및 醫藥品消費行態가 醫療機關中心으로 변모되고 있음을 알 수 있다. 이러한 현상은 藥局賣藥에 의한 醫藥品消費보다 醫療機關에서 醫師의 直接調劑를 통한 醫藥品消費가 점

차 큰 比重을 차지하고 있음을 말한다. 따라서 藥局의 任意調劑販賣의 문제와 함께 醫師의 調劑權에 의한 醫藥品濫用의 문제도 提起될 수 있다. 즉, 1980年の 醫療保險患者 外來診療費중에서 藥劑費가 37.1%로 診察費(35.6%)보다 높게 나타나고 있음으로써 醫療機關에서의 藥品消費가 상당히 높은 것을 나타내고 있다(表 3 참조). 그리고 各國의 醫療費 중 藥劑費의 構成比率를 보더라도 醫藥分業을 실시하지 않는 日本과 우리나라는 30%를 초과하고 있는데 비해 醫藥分業을 실시하고 있는 西歐國家들은 8.5~26.1%의 分布를 보이고 있어 醫療機關에서의 醫藥品消費가 非分業國에서 상대적으로 높은 것을 알 수 있다(表 4 참조). 결국 醫藥分業이 實施되지 않는 경우 醫師의 診斷·處方없는 藥師의 任意調劑販賣行爲는 對症療法에만 주로 依存하게 되어 不必要한 投藥이 過多해지게 되며, 醫藥品の

〈表 3〉 醫療保險 診療費構成 (1980)

(단위 : %)

	1種 醫療保險 ³⁾				醫療保險管理公團 ⁴⁾ (1981.11)	日本健康保險(1980)
	入 院	外 來	齒 科	計		
診 察 費	0.87	35.64	36.34	25.90	31.9	14.7
入 院 料	21.20	—	—	5.95	5.1	18.5
藥 劑 費 ¹⁾	34.74	37.09	11.31	34.73	30.8	30.1
調劑·注射料	4.90	9.83	0.43	7.85	9.5	13.0
麻 醉 料	5.83	1.33	1.38	2.60	1.3	0.5
處置·手術料 ²⁾	19.17	6.04	35.71	11.68	10.4	7.9
檢査·X-ray料	13.28	10.08	2.44	10.47	10.1	14.9
其 他	—	—	12.41	0.82	0.9	0.3
計	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

註 : 1) 藥劑費에는 投藥, 注射, 處置手術料 中の 醫藥品費가 포함되었음.

2) 處置手術料에는 理學療法料 및 神經精神療法料가 포함되었음.

3) 全國醫療保險協議會에서 1980年 1月分 診療費請求明細書 30萬件에 대한 標本調査分析 結果임.

4) 1981.11.1~11.30間 醫療保險管理公團에서 99,017件을 대상으로 調査한 結果임.

資料 : 全國醫療保險協議會, 『全醫保事業報告書』, 1980, p.279~281.

醫療保險管理公團, 『業務現況』, 1982. 2.

日本健康保險連合會, 『社會保險旬報』, No.1387, 1982. 3. 1 (醫療保險組合聯合會, 『醫療保險』, 5(4) : 45~50, 1982. 4).

濫誤用을 誘發하게 되고, 다른 한편 醫療機關에서도 醫藥品投藥率이 높아지고 藥의 專門家가 아닌 醫師가 調劑하게 됨으로써 濫誤用의 가능성이 높아지게 된다. 醫藥品の 副作用은 원래의 疾病 그 自體보다도 더 위험한 경우가 많을 뿐 아니라, 醫藥品濫誤用의 結果는 藥品の 耐性을 患者에게 증가시켜 健康恢復이나 維持를 妨害하게 된다. 따라서 診斷·治療에 더 많은 醫療資源이 消費되고 더 큰 經濟的 負擔을 招來하게 된다⁵⁾.

醫藥品の 濫誤用에 대한 副作用을 막아 國民健康을 보호하기 위해서는 製藥會社의 數를 適正하게 制限하여 良質醫藥品生産을 誘導하고, 醫藥品包裝에 副作用을 표시하거나 注意事項 등을 明記하여 自家治療者를 保護해

야 하며, 治療劑에 대한 大衆廣告를 規制해야 한다. 또한 外國醫藥品の 無分別한 導入을 規制하고, 藥效再評價 및 優秀商品製造管理(GMP)制度⁶⁾를 철저히 施行함으로써 그 效果를 높일 수도 있다. 그러나 이러한 措置만으로는 醫藥品の 濫誤用을 防止하는 根本的인 對策이 될 수 없다. 따라서 醫師와 藥師의 專門職能을 分擔하고 相互牽制하면서도 協助할 수 있는 體制를 維持시켜 醫藥品消費를 줄이고 治療效率를 높일 수 있는 醫藥分業制度의 導入이 필요하게 된다. 그러나 이러한 觀點은 理論的으로는 妥當하나 醫療機關과 藥局의 都市偏在現象으로 農村에서는 藥局이 醫療機關의 代替財(substitute)의 役割을 擔當하고 있는 現實로 볼 때 醫藥分業은 많은 問題를 隨伴할 수 있다는 것을 염두에 두어야 할 것이다.

〈表 4〉 各國의 醫療費中 藥劑費¹⁾의 構成比率
(단위: %)

	1972	1973	1974	1975	1976	1977 ²⁾
美 國	11.0	10.9	10.3	9.6	9.1	8.8
스웨덴	9.0	9.0	9.0	9.0	8.0	8.5
프랑스	21.1	20.4	19.7	18.3	16.0	—
이탈리아	27.2	28.2	21.2	25.8	27.0	26.1
英 國	11.4	11.3	9.8	9.6	9.6	10.6
西 獨	20.9	20.9	19.4	18.3	17.9	17.4
日 本	42.7	46.4	37.3	37.8	37.3	37.7

註: 1) 外來藥劑費의 構成比率임.

資料: 日本健康保險協會, 『健康保險協會誌』, 4月號, 1979.

5) Dale B. Christensen, "Drug-taking Compliance: A Review and Synthesis", *Health Services Research*, 13(2): 171~187, Summer 1978.

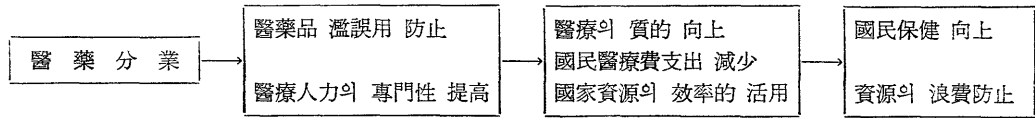
6) GMP는 Good Manufacturing Practice의 略稱으로서 優秀醫藥品製造 및 品質管理에 관한 基準을 뜻하는 것으로 1962년에 最初로 美國에서 食品, 藥品, 化粧品法에서 GMP에 관한 사항이 明示되어 1964년부터 實施되어 왔으며, 1969年 世界保健機構(WHO) 總會에서 加盟各國에 대해 이 制度의 採擇을 권고하였다. 우리나라는 1977년부터 KGMP를 制定告示하여 製造業所에 勸奨해오고 있다.

7) 韓國醫學教育協議會, 『醫科大學教育現況』, 1982年 4월에 根據하여 計算한 바에 의하면 16個 醫科大學의

2. 醫藥人力の 效率的 活用

1977년부터 實施된 醫療保險制度의 影響으로 醫療機關利用率이 급격히 上昇하여 醫師의 診療量이 증가한데다가 診療費請求書作成 등 診療業務 이외의 各種業務가 追加됨으로써 상대적으로 醫師의 診療時間이 短縮되어 醫療的 質的 低下가 問題視될 수 있다. 더우기 醫師의 本來業務라고 할 수 없는 調劑·投藥까지 醫師가 직접 담당함으로써 高級醫療人力を 제대로 活用하고 있다고 할 수 없다. 즉, 醫師는 藥에 관한 한 專門家라고 할 수 없다. 예로서 1982年度 16個 醫科大學敎科目중에서 藥理學과 관련된 學點이 全體學點의 4.0%에 불과하고, 時間數로는 3.7%에 불과한 점을 감안하면⁷⁾ 醫師들이 충분한 藥理學教育을 履修

〔圖 1〕 醫藥分業의 期待效果



하였다고 보기 어렵다. 물론 各臨床科目에서 各疾病에 대한 藥物治療 및 投藥에 관한 教育을 받고는 있지만 醫藥品の 成分, 生理化學作用 및 調劑時의 留意事項 등을 완전히 理解시키기에는 未洽하다. 따라서 臨床教育에 비해 상대적으로 等閒視되기 쉽다. 그런데 서울大學校 藥學大學의 教科課程에 의하면 藥理學, 生藥學, 藥品化學 등 藥學關係學點이 66學點으로 總 119學點의 55.5%를 차지하고 있다⁸⁾. 이상의 단순한 教育時間의 比較만으로도 醫師는 藥師에 비해 藥理學을 많이 理解하지 못하고 있다고 할 수 있다.

더우기 계속적인 製藥産業의 發達로 새로운 醫藥品이 開發되어 醫藥品の 種類가 多樣해지고 그 使用方法도 복잡해지고 있어 醫師로서는 이들 醫藥品에 대한 情報를 완전히 파악할 수 없을 뿐 아니라, 파악한다 하여도 많은 時間을 소비해야 하기 때문에 상대적으로 診療業務時間이 短縮될 수 밖에 없다.

만약 藥의 專門家인 藥師를 排除하여 醫療保險을 定着시킨다고 할 경우에는 藥師人力은 遊休人力으로 될 가능성이 많아져 高級人力이 浪費될 素地가 있다. 따라서 藥師의 固有業務인 調劑權을 保障하는 것은 國家人力資源의

浪費를 防止하는 길이 되며, 正確한 診斷과 正確한 投藥으로 治療效率을 높여 國民醫療費를 節減하는 效果를 가져올 수도 있다. 즉, 醫와 藥은 相互 補完的이므로 醫師는 藥에 관한 한 藥師의 協助를 받음으로써 正確한 投藥으로 治療效率을 높일 수 있고 본래의 診療業務를 성실히 수행할 수 있으며, 藥師는 醫師의 診斷·處方に 따라 正確한 調劑를 할 수 있어 자신의 職能을 살릴 수 있으므로 高級醫療人力을 效率的으로 活用할 수가 있다.

3. 醫藥分業의 長短點

앞에서 提示한 醫藥分業의 效果를 要約하면 [圖 1]과 같이 醫藥品の 濫誤用防止와 醫療人力의 效率的 活用은 國民醫療費支出을 輕減함과 동시에 國民健康을 向上시키게 되며, 國家資源의 浪費를 防止하는 것이 되므로 國民福祉를 增進할 수 있는 基礎가 될 수 있다.

이것은 國家的 次元에서의 醫藥分業의 效果로 指摘될 수 있으나 國民이나 利害當事者인 醫師와 藥師, 그리고 保險者의 立場에 따라서는 相反된 見解를 가질 수 있다. 그래서 이들 각각에 대해 醫藥分業으로 提起될 수 있는 長短點을 提示하여 보면 아래와 같다.

첫째 國民, 즉 受惠者立場으로서의 醫藥分業의 長點은 醫療의 充實化가 기대되어 良質의 醫療를 받을 수 있고, 患者에 대한 處方內容이 밝혀져 患者들에게 自己疾病에 대한 自

教養科目을 除外한 平均學點이 188.2學點(5,481時間)이나 이중 藥理學과 관련된 學點數는 7.4學點(203時間)에 불과하였다.

8) 서울大學校 藥學大學, 『1982年度 서울大學校 藥學大學要覽』, 1982에 根據한 것으로써 1982年度 2~4學年의 教科課程만 分析한 것임.

覺과 責任感이 생기게 되며, 抗生劑 등에 의한 耐性이나 醫藥品의 濫用減縮으로 健康保護뿐 아니라 長期的으로 醫療費支出이 감소될 수 있다. 그리고 藥局의 保險適用으로 藥品의 消費者價格이 低廉化되며, 本人負擔額이 감소되고 藥品의 過用抑制로 醫療費支出이 輕減될 수 있다. 그러나 短點으로는 處方料과 調劑料를 2重으로 負擔하게 되어 短期的인 醫療費負擔이 加重될 수 있고⁹⁾, 醫療機關과 藥局의 重複利用으로 不便이 있을 수 있다는 問題點이 提起된다. 그런데 國民醫療費支出과 관련된 문제는 正·負의 相反된 效果가 있을 수 있고, 醫藥分業의 導入效果를 測定하는 基準이 될 수 있다. 즉, 醫藥分業이 실시될 경우 藥局의 調劑만으로 治療하던 輕微한 患者까지도 醫師를 찾게 되고, 醫療機關을 이용하는 患者도 調劑를 받기 위해 藥局을 訪問해야 하기 때문에 醫療機關 및 藥局利用率이 다 함께 증가될 것으로 豫想되므로 이에 따른 國民醫療費도 증가될 것으로 보인다.

그러나 이러한 것은 醫藥分業效果를 無視한 費用의 觀點에서만 본 것으로서 長期的인 醫療費變化를 考慮하지 않은 것이다. 즉, 醫藥分業時 醫療費上昇要因을 具體적으로 보면 ① 處方箋料과 調劑料의 2重負擔 ② 藥局賣藥利用者의 診療費負擔 ③ 醫療機關의 醫藥品費收入減少로 인한 檢査料 및 診療費의 增大可能性 ④ 地域에 따라서는 交通費 등의 間接費用 및 機會費用增大可能性 등을 들 수 있다. 반면에 醫藥分業效果를 감안한 醫療費支出減少要因으

로는 ① 醫藥品濫用 및 耐性增加를 防止하여 治療期間短縮에 따른 醫療費支出減少 ② 專門技術의 分業으로 治療效率를 增大케 하여 醫療機關訪問回數의 短縮 ③ 投藥率의 減少와 保險藥價의 適用으로 藥價減少 ④ 治療期間短縮에 따른 勞動生産性 提高 등을 들 수 있다.

이와 같이 醫療費增減要因은 肯定的인 面과 否定的인 面이 相互交叉되고 있다. 그런데 아직까지 우리나라에서는 經驗의 基礎資料가 없기 때문에 計量的으로 比較分析할 수 없어 醫藥分業의 費用·效果(cost-effectiveness)를 精確하게 파악하기가 곤란하다. 여기에 國民經濟的 側面에서의 醫藥資源의 效率的 活用 즉, 藥師 및 醫師人力의 時間的 要素 및 單位診療量增加 등의 效果와 醫·藥施設의 費用增加 등을 감안하여 經濟全般에 미칠 수 있는 영향을 고려한다면 더욱 어려운 課題가 된다.

따라서 現段階에서의 醫藥分業問題는 國民健康의 增進, 效率的인 資源活用이란 側面으로 보아 處方箋料의 追加負擔이나 診療費負擔은 감수되어야 할 것이다. 따라서 앞에서의 概略的인 費用·效果變數를 감안하여 類推하여 본다면 醫藥分業의 經濟的 效果는 短期的으로는 醫療費支出이 증가될 것이나 醫藥分業의 效果가 나타날 수 있는 長期的 側面에서는 醫療費의 增減效果가 서로 相殺될 수 있거나 오히려 國民醫療費가 減少될 것으로 판단된다.

둘째, 醫師側立場으로는 處方醫藥品의 대상이 醫院에 備置된 藥品에만 限定되지 않고 全醫藥品으로 擴大되어 藥品處方이 自由로와 投藥效果를 높일 수 있으며, 醫藥品의 購入·管理에 대한 業務와 醫療保險藥價請求業務로부터 解放되어 診療에만 專念할 수 있어 보다 많은 患者를 診療할 수 있을 뿐 아니라 充實한

9) 保險患者가 醫院에서 調劑·投藥할 경우 醫師의 處方箋料는 支拂하지 않고 調劑料만 支拂하지만 醫院의 處方으로 藥局에서 調劑할 경우는 處方箋料와 調劑料를 모두 負擔해야 한다.

診療로 信賴度를 높이고, 醫師自身の 研究開發과 餘暇時間을 가질 수도 있을 것이다. 그러나 醫藥品收益의 減少로 인해 收入의 輕減을 염려할 수 있으며, 지금까지 醫師의 調劑投藥에 습관되어 있는 患者들의 認識不足으로 醫師에 대한 信賴感이 低下될 수도 있고, 患者와의 마찰이 생길 수 있다는 短點이 있다.

세째, 藥師側立場으로의 長點은 藥師本來의 知識과 技術을 발휘할 수 있어 藥師로서의 自負心과 矜持를 갖게 되며, 藥局의 經營을 합리적으로 할 수 있다. 그러나 醫藥分業의 短點으로는 藥品備置와 調劑室擴張 등의 施設投資가 필요하고, 常時調劑를 위한 業務量增加 및 保險藥價請求 등의 業務가 過重하게 되어 人的 投資도 증가하게 되며, 醫療機關近接藥局이나 大規模藥局을 除外한 藥局은 오히려 藥局經營이 惡化될 수도 있다.

네째, 保險者側立場에서 醫藥分業의 長點은 長期的인 醫療費의 輕減效果는 保險財政을 安定시킬 수 있다는 것이다. 그러나 診療費審査支拂業務가 복잡해지고 醫療保險患者 및 診療費統計作成에 隘路가 있을 수 있고 療養取扱機關에 藥局이 포함되어 療養取扱機關의 監督業務가 소홀해지기 쉽다는 것이 短點으로指摘될 수 있다.

Ⅲ. 現實的 制約要因分析

우리나라에 醫療保險制度和 관련하여 完全 醫藥分業制度를 즉시 導入·實施하는 데는 現實的으로 많은 制約要因이 있어 이의 解決이 중요한 課題가 되고 있다. 즉, 現行醫療 및 藥

事制度의 未備, 醫藥資源의 都農間 不均衡分布, 醫藥機關의 受容態勢未治, 醫藥品流通體系 및 醫藥品生産의 問題, 醫療傳達體系의 未確立 등은 醫藥分業을 실시하는데 가장 큰 障礙要因이 된다. 이러한 課題가 解決되지 않은 상태에서 醫藥分業을 실시할 경우에는 오히려 많은 副作用이 나타나 그 效果를 期待하기 어렵고, 오히려 混亂만 加重시키는 결과를 초래하게 될 것이다. 따라서 이들 制約要因에 대한 現況把握과 그 解決策은 醫藥分業研究에 중요한 意味를 지니게 된다.

1. 醫藥制度의 未備

우리나라 藥事法 第2條에는 藥局을 「藥師가 授與의 목적으로 醫藥品의 調劑業務를 행하는 場所」로 定義하고, 同法 第21條에는 「藥師가 아니면 醫藥品을 調劑할 수 없다」고 規定하고 있으며, 또 「藥師가 醫藥品을 調劑할 때에는 藥局에서 行해야 한다」고 明示하고 있다. 그리고 同法 第23條에는 「醫師의 同意없이 處方を 變更하거나 修正하여 調劑할 수 없으며, 處方に 疑心이 나면 處方箋發行醫師에 問議·確認하여 調劑해야 한다」고 規定하고 있다. 이와 같이 우리나라 藥事法은 醫藥分業을 前提로 制度化하고 있다. 그러나 藥師의 調劑權을 強調하고 그 義務 및 責任條項을 마련하고 있으면서도 醫藥資源의 不均衡分布 등 우리나라 醫藥制度의 現實을 감안하여 藥事法附則 第3條에 「醫師·齒科醫師·漢醫師 또는 獸醫師는 治療用으로 사용하는 醫藥品에 한해서 자신이 직접 調劑하는 경우에는 第21條(藥師의 調劑權)의 規定에 불구하고 이를 調劑할 수 있다」라고 例外規定을 둠으로써 醫師의 調

劑權이當然視되어醫藥分業實施를沮害하는 가장 큰要因이 되고 있다. 더우기藥事法에는「藥師는醫師의處方에 의해서만調劑해야 한다」는明文規定도 없을 뿐아니라醫療法에도「醫師는調劑가 필요한患者에게는處方箋을 발행하여야 한다」라는處方箋發行의義務規定도明示하지 않고 있어藥局藥師에 의한任意調劑販賣가許容되고 있을 뿐아니라醫療機關患者에 대한醫師의直接調劑 및投藥이盛行하고 있는 실정이다.

醫藥分業을定着시키지 못하고 있는日本의 경우 1873년에 이미醫藥分業令¹⁰⁾이制定되었으나 아직도 그實效를 거두지 못하고 있는 것은醫師에게 8個項의調劑許容限界를 설정하고 있기 때문이다. 즉,日本의 경우醫師에게調劑를許容하고 있는規定은 ①患者 또는看護하는者가 특히醫師 또는齒科醫師로부터藥劑交付를 희망하여 신청할 때 ②治療目的上暗示的效果를期待하는 경우에處方箋

을交付해서 그目的達成에妨害가 될憂慮가 있을 때 ③處方箋交付가治療後患者에게不安을 주거나 그疾病治療를 곤란하게 할憂慮가 있을 때 ④症狀의 변화에即應하는藥劑를投與할 때 ⑤診療 혹은治療方法을 결정하지 않은 때 ⑥治療上應急措置로藥劑를投與할 때 ⑦覺醒劑投與時 ⑧藥師가乘船하지 않은船舶內에서藥을投與할 때 등으로 되어 있다. 이러한醫師의調劑許容規定으로 인해日本에서도醫藥分業이定着되지 못하고 있는데 1980年度の政府管掌健康保險의總診療件數중에서處方箋을 발행하여藥劑를支給한 것은 4.5%에 불과하다¹¹⁾.

우리나라醫療保險法에서는藥局도療養取扱機關으로指定할 수 있도록 되어 있으며¹²⁾,保健社會部告示診療酬價基準에는「療養取扱機關인藥局은療養取扱機關인醫療機關이 발행한處方箋에 의하여調劑하여야 한다」고規定하고 있어 사실상醫藥分業을前提로 하고 있다. 그러나療養取扱機關으로서保險藥局指定이全面的으로 실시되지 않고 있으며¹³⁾, 2種醫療保險示範地域內에서는藥局을醫院과連繫하여指定하고는 있으나¹⁴⁾處方箋發行率は 극히低調하여示範事業初年度이긴 하지만 1981年 7月에서 12月 동안醫師가藥局으로處方箋을 발행한實績은 모두 48件으로서總外來診療件數인 93,123件에 비해 0.05%에 불과 하였다¹⁵⁾.

이와 같이醫療保險法에서醫藥分業을前提로制度를 마련한다 하여도現行的藥事法과醫療法을 그대로 두고는法的保障을 받기가 어렵다. 비록醫療保險制度에 관한 한醫療保險法の 적용을 받게 될 것이지만 당분간은保險制度의 적용을 받지 않는一般患者들에게는

10) 1873年(明治 6年)의藥品取調法에 의거醫藥分業,藥局,藥劑師 등에 관한規定이制定되었음.

11) 厚生統計協會,「保險と年金の動向」,『厚生の指標』,第28卷,第13號,特集號,1981, pp.269~271.

12) 醫療保險法 第29條 第2項 및 同法 第32條 참조.

13) 1977年 7月 1일부터 1979年 6月 30일까지는療養取扱機關과組合間の契約에 의해療養取扱機關을指定하여 1978年 6月현재全體藥局的 2%정도가指定되었으나(藥業新聞社,『藥事總鑑』,1979, p.44) 1979年 7月 1일부터는保險者團體에서一括指定하면서藥局은療養取扱機關으로指定되지 못하였다.

14) 保健社會部告示療養給與基準(1982.5.25)에 의하면處方箋은指定된藥局과連繫된醫療機關을 제외하고는治療上投藥을 하고자하나當該療養取扱機關이醫藥品을保有하고 있지 않은 경우에 한해 발행하도록 하고藥劑室이 있는病院은 원칙적으로處方箋을 발행하지 못하게 하고 있다.

15) 保健社會부에 의하면 1981年 7月~1982年 8月間軍威·洪川·沃溝 등 3個1次示範事業地域에서의處方箋發行件數는 285件이며, 1982年 7월에 시작한追加示範地域의 2個月間處方箋發行件數는 875件이었다(保健社會部 内部資料 및 保健社會部,『2種醫療保險示範事業:推進實績·評價 및 改善對策』,1982.3, p.19 참조).

그 實效를 거둘 수 없을 것이다. 이에 따라 關聯制度인 藥事法과 醫療法の 改正이 뒤따라야만 醫藥分業의 目的을 達成할 수 있다. 그러나 이들 法을 改正하게 되면 全國的으로 醫師의 調劑權을 認定하지 않게 되어 混亂을 招來할 가능성이 있으므로 醫藥分業實施를 위한 特別法을 制定하여 醫藥分業實施地域, 實施方法, 實施時期 등을 規定함으로써 醫藥分業制度가 實現될 수 있도록 하여야 할 것이다.

2. 醫藥資源의 不均衡分布

醫藥分業의 目的을 達成하기 위해서는 醫師와 藥師, 즉 診療를 받을 수 있는 醫療機關과 調劑를 받을 수 있는 藥局이 國民들이 이용하는데 불편하지 않도록 適正數 이상 分布되어

있어야 하고, 이들 醫藥資源이 地域的으로 均衡있게 配置되어 있어야 한다는 것은 再論의 餘地가 없다. 지금까지 이들 醫藥資源은 國家全體的으로 보아 심한 供給不足을 招來하고 있는 것은 아니나 이들의 地域間 不均衡分布는 醫療施惠의 衡平을 追求하려는 保健醫療政策全般에 걸쳐 중요한 문제를 提起하고 있다. 따라서 이들 醫療機關과 藥局, 醫師와 藥師의 增減趨勢와 分布狀況을 파악하여 앞으로의 人力需給對策과 配分政策을 效率的으로 수행하여야만 醫藥分業施行뿐아니라 國民保健向上에도 이바지할 수 있다.

우리나라의 醫藥資源 즉, 人力과 施設의 年度別 趨勢를 보면 <表 5>에서와 같이 每年 增加傾向을 보이고 있다. 醫藥分業의 主宗이 되어야할 醫院과 藥局은 1981年 현재 각각

<表 5> 醫療施設 및 人力의 年度別 趨勢 (1965~81)

(단위 : 個所, 名)

	1965	1970	1975	1980	1981	1965~81年間 年平均增加率 (%)
施設						
病院 ¹⁾	217	245	175	328	345	2.94
醫院	5,002	5,402	6,087	6,344	6,604	1.75
齒科病院	1,079	1,344	1,614	2,027	2,158	4.43
藥局	6,163	8,439	10,197	12,337	12,745	4.65
病院病床	11,413	16,538	21,242	38,096	39,763	8.11
人力 ²⁾						
醫師	10,854	14,932	16,800	22,564	23,742	5.01
漢醫師	2,849	3,252	2,788	3,015	3,133	0.60
齒科醫師	1,762	2,122	2,595	3,620	3,947	5.17
藥師	10,028	14,648	19,750	24,366	25,311	5.96
1人當人口數						
醫師	2,644	2,159	2,100	1,684	1,631	—
漢醫師	10,075	9,914	12,654	12,603	12,359	—
齒科醫師	16,291	15,194	13,596	10,497	9,810	—
藥師	2,862	2,201	1,786	1,560	1,530	—

註: 1) 綜合病院, 病院, 結核病院, 癩病院의 數로서 漢方病院과 齒科病院은 除外하였음.

2) 免許者基準임.

資料: 保健社會部, 『保健社會統計年報』, 各年度.

6,604個所 및 12,745個所로서 藥局이 醫院의 2배정도 많으며, 醫師數와 藥師數는 免許者基準으로 23,742名 및 25,311名으로 100:107의 比率을 보이고 있다. 그러나 先進各國의 醫師 100에 대한 藥師의 比率을 보던 日本 73.7 (1979年), 獨逸 24.5, 싱가포르 16.3, 핀란드 65.6(이상 1977年基準), 美國 40.0(1976年)등 으로서¹⁶⁾ 醫師가 藥師보다 많은 國家는 거의 없다. 따라서 우리나라는 藥師가 醫師에 비해 過剩供給되어 있음을 알 수 있다. 또한 醫師 1人當 人口數는 1981年현재 1,631名, 藥師1人當은 1,530名으로서 醫師의 경우 先進國인 日本의 773名, 美國 595名, 핀란드 623名, 獨逸 490名보다 2~4배 정도 많은 人口를 擔當하고 있지만 藥師의 경우는 日本 1,048名, 美國 1,476名, 핀란드 950名, 獨逸 2,010名 등과 거의 비슷한 수준이다.

비록 醫師數로는 先進國에 비해 不足하고 藥師는 充分하다고 하나 醫藥分業을 실시할

〈表 6〉 醫藥資源의 都農間分布 構成比 (1981)
(단위: %)

	市 部	郡 部	計
人 口 ¹⁾	57.3	42.7	100.0
醫 院	82.1	17.9	100.0
齒 科 病 醫 院	90.7	9.3	100.0
病 院	84.6	15.4	100.0
病 床	85.2	14.8	100.0
藥 局	81.2	18.8	100.0
藥 局 / 醫 院	190.8	203.1	193.0

註: 1980年 人口比率임.
資料: 保健社會部, 『保健社會』, 1982, p.167.

경우 障礙要因이 될 수 있는 것은 이들의 地域間 不均衡分布의 問題이다. 〈表 6〉에서와 같이 우리나라의 醫療機關이나 藥局은 모두 80%이상이 都市에 集中되어 있다. 즉, 醫院은 17.9%, 藥局은 18.8%가 각각 郡部에 分布되어 있는데, 이것은 農村地域人口가 全人口의 42.7%인 점을 감안하면 醫療機關이나 藥局의 都市集中率이 얼마나 심각한가를 알 수 있다. 더우기 農村地域을 面單位로 區分하여 볼 때 1977년에 우리나라 全體面的 47.6%는 醫師·藥師 모두가 없는 地域이고, 醫師만 있는 面이 19.9%, 藥師만 있는 面이 6.2%로서 醫師·藥師 모두가 配置되어 있는 面은 26.3%에 불과하였다. 즉, 全體面的 73.7%의 地域에 대해서는 地域內에 醫療機關이 없어 醫藥分業을 실시하기 곤란하다고 할 수 있다¹⁷⁾. 따라서 現狀態에서 醫藥分業을 실시한다고 하면 市郡單位로 묶는 것이 바람직 할 것이나 이런 경우에 住民의 醫療機關이나 藥局에의 接近性問題가 새로이 擡頭될 것이다.

1977年 醫療施設接近所要時間을 調査한 資料¹⁸⁾에 의하면 市部는 徒歩로 30分이상 所要되는 家口가 35.0%인데 비해 郡部는 66.0%에 달하고, 1時間 이상은 각각 8.2% 및 44.5%로서 醫療施設接近性이 農村地域은 극히 微弱한 것으로 나타나 있다.

이상과 같이 現狀況下에서는 醫藥施設의 分布面으로나 醫療施設에의 接近性으로 보아 農村地域에 醫藥分業을 全面的으로 실시한다는 것은 住民의 不便과 混亂을 加重시키는 結果가 豫想되므로 實施可能한 地域을 調査·指定하고 나머지 地域은 當분간 除外해야 할 것이다. 그렇지만 國民皆保險을 위해서는 醫療施設의 擴充이 先行되어야 地域間的 資源不均衡

16) World Health Organization, *World Health Statistics Annual*, Geneva, 1980.

17) 1977年度の 醫師會員名簿와 全國藥局名簿를 이용하여 算出하였음(大韓醫學協會, 『會員名簿』, 1978 및 大韓藥師會, 『會員名簿』, 1978 참조).

18) 經濟企劃院, 『韓國의 社會指標』, 1979, p.136.

分布를緩和시킬 수 있고 醫療施設의 接近性을 높이게 될 것이므로 이에 따라 醫藥分業도 점차 擴張할 수 있을 것이다. 그리고 交通手段이나 道路網의 擴充으로 接近手段을 容易하게 하는 對策도 並行되어야 할 것이다.

國民保健向上과 健康增進이라는 側面에서 醫藥分業을 實施하려면 農村地域을 除外하여서는 그 實效를 거둘 수가 없기때문에 加급적 많은 人口階層에 적용할 수 있도록 例外地域을 縮小하여야 하고 부득이한 경우에는 別途 對策을 마련해야 할 것이다. 즉, 英國과 같이 藥局開設時 藥師會의 承認을 받도록 하던가, 獨逸, 프랑스, 이탈리아 등과 같이 人口 3,000~5,000名에 1藥局 또는 距離制를 택하는 방법이 강구될 수 있으며¹⁹⁾, 農村地域의 保健所나 保健支所에 公營藥師를 配置하는 方案도 考慮될 수 있다. 그리고 農村地域의 醫療機關 및 藥局誘致를 위해서는 稅制나 融資惠澤을 賦與하거나 公衆保健醫 및 公衆保健獎學醫制度를 擴大하는 方案이 講究될 수 있고, 公共醫療施設 즉, 保健所나 保健支所도 擴充해 나가야 할 것이다. 또 全國의 醫療網을 再整備하여 새로운 診療圈을 설정하여 醫師 및 藥師의 適正配置를 위한 政策이 뒷받침되어야 할 것이다.

3. 醫藥機關의 受容態勢未備

醫藥分業이 실시되면 모든 患者는 醫師의 處方을 받아 藥局을 이용해야 하므로 從前대로 藥局을 利用하던 患者도 醫療機關을 一次的으로 訪問하게 된다. 현재의 趨勢로 보아

醫療保險制度가 실시되면서 醫療機關利用率은 增加一路에 있는데 醫藥分業으로 이들이 追加로 醫療機關을 이용할 경우 醫師의 患者診療能力 즉, 醫療施設과 人力 모두에서 不足現象을 招來할 것이고 醫療의 質低下問題가 惹起될 것이 豫想된다. 다만 調劑에 所要되는 時間의 短縮으로 醫療機關에서의 業務量이 輕減될 수 있으므로 現醫療利用水準은 큰 變動이 없을 것으로 看做되나 이 문제는 醫療資源의 需給問題 및 醫療傳達體系問題와 같이 檢討되어야 할 것이다.

藥局의 경우도 醫療機關을 訪問하여 處方箋을 交付받는 모든 患者를 受容할 수 있어야 할 것이므로 施設補完問題가 擡頭된다. 즉, 各種 醫師가 발행한 處方箋을 消化할 수 있는 藥品備置와 이를 위한 設備가 필요하고 調劑中心의 藥局利用으로 一定水準 이상의 調劑室面積이나 調劑設備가 갖추어져 있어야 하므로 藥局의 大型化問題와 함께 調劑專門藥局의 設立이 필요하게 된다. <表 7>에서와 같이 1977年 7月현재 藥局面積이 6坪 미만인 경우가 全體藥局的 41.3%인데 비해 10坪 이상은 26.3%

<表 7> 藥局面積 및 調劑室面積別 藥局分布 (1977. 7.)

(단위: %)			
藥局坪數	分 布	調劑室坪數	分 布
5坪 미만	18.9	1.5坪 미만	32.3
5~ 6坪	22.4	1.5~2坪	38.8
6~ 7坪	13.0	2~3坪	16.6
7~ 8坪	14.3	3~4坪	6.8
8~ 9坪	5.1	4~5坪	3.8
9~10坪	12.0	5坪 이상	1.7
11坪 이상	14.3		
計	100.0	計	100.0

註: 1977年 7月 大韓藥師會에서 全國開局藥師 1,854名을 대상으로 調査한 結果임.

資料: 大韓藥師會

19) 金基成, 「醫療傳達體系와 保險藥局」, 『서울藥師會誌』, 6(1): 12~15, 1981. 1.

이며, 調劑室面積이 2坪 미만인 藥局은 71.1% 5坪 이상이 1.7%로서 대부분 小規模藥局으로 운영되고 있음을 감안할 때 藥局의 施設補完問題는 시급하다고 하겠다. 그리고 藥局에서는 常時調劑를 위해 적어도 2名 이상의 藥師가 配置되어 夜間調劑業務도 담당할 수 있어야 한다. 그런데 1981年 현재 藥局開設藥師가 12, 192名인데 비해 藥局從事藥師는 508名에 불과해 대부분 1藥局 1藥師制로 되어 있어²⁰⁾ 현재로서는 이를 감당하기 어렵다. 더욱이 醫藥分業을 실시할 경우 藥局에서는 調劑患者에 대한 患者카드²¹⁾를 작성하여 醫藥品의 副作用을 管理하고, 藥物治療의 參考書로 활용하여 税金 및 保險目的을 위한 經費算出의 參考資料로 활용되어야 한다. 이와 관련하여 附帶施設이 필요하게 되고 藥師의 폭넓은 知識이 요구된다.

그리고 藥師와 醫師는 3,200品目²²⁾에 달하는 保險醫藥品뿐 아니라 新開發醫藥品에 대한 情報에 밝아야 하고, 藥師는 醫師의 處方箋을 消化할 수 있는 資質을 갖추고 있어야 한다. 즉, 處方醫藥品의 成分과 含量, 使用方法 등을 파악하고 있어야 할 뿐 아니라 處方內容의 藥理學的 生理學的 適合與否를 판단할 수도 있어야 한다. 또한 醫藥品情報뿐 아니라 醫療保險에 관한 全般的 知識, 藥價請求方法 등의 知識도 要求되므로 短期的 教育·訓練과 계속적인 補修教育이 요구되고 長期的으로는 醫師나

藥師를 위한 醫學教育和 藥學教育의 改善이 필요하게 된다. 즉, 臨床藥學이나 家庭醫中心의 教育이 필요하게 되므로 教科課程의 變更과 藥學大學의 教育期間延長도 검토되어야 할 것이다.

藥局이나 醫療機關의 受容態勢를 한꺼번에 이룩하기는 어렵기 때문에 醫藥分業을 段階的으로 실시하면서 점차 強化해 나갈 수 있어야 할 것이다. 한편 醫師의 處方箋發行方法이 統一되거나 藥師가 理解할 수 있어야 分業業務가 원활히 발전될 수 있으므로 地域社會內에서는 醫師와 藥師間에 共同協議體制를 구축하여 處方內容과 處方方法, 醫藥品備置品目 등을 서로 情報交換함으로써 醫藥分業의 效果를 높일 수 있도록 하여야 할 것이다.

4. 醫療傳達體系의 未確立

우리나라 醫療制度는 病·醫院間의 役割과 機能이 分擔되지 않고 있기 때문에 病·醫院 모두 入院이나 外來診療業務를 함께할 수 있다. 이와 같은 制度下에서 醫藥分業을 施行할 경우 藥局施設이 없는 醫院에서는 주로 外來患者에 대하여 處方箋을 발행할 것이고, 藥局施設이 比較的 잘 갖춰진 病院의 경우는 적용되지 않아 外來患者의 病院集中現象이 加速化될 것이다. 이에 따라 醫院의 經營收支가 惡化되고, 藥局調劑도 低調하게 될 것이다. 즉, 醫師調劑에 習慣化되어 있는 國民立場으로는 處方箋만 發行하는 醫院보다는 投藥을 받을 수 있는 病院에서 診療받기를 원하게 될 것이므로 病院集中現象은 深化될 것이다. 이와 같이 病院에의 外來患者增加는 均衡的인 醫療發展을 阻害하고 資源과 人力을 浪費하는 結果를 招

20) 保健社會部, 『保健社會統計年報』, 1982, p.114.

21) R.N. Zelnio, R. Feldman, and J.P. Gagnon, "The Economic Feasibility of Pharmacy Patient Medication Profiles", *Inquiry*, 15(2): 181~188, June 1978에 의하면 患者情報記錄의 중요성을 상세히 提示하고 있다.

22) 1981年度 總完製醫藥品 生産品目數는 6,865個 品目に 達함.

來하게 될 것이며, 동시에 醫療의 質的 低下도 憂慮될 수 있다.

1981年度 醫療保險外來患者중에서 72.5%가 醫院에서 診療를 받고 20.7%는 綜合病院이나 病院에서 診療를 받음으로써 外來患者의 病院 利用率이 많은 比重을 차지하고 있으며, 入院患者중에서는 病院이 아닌 醫院에 入院한 患者가 27.9%를 차지하고 있다. 따라서 醫院과 病院의 患者診療에 대한 業務分擔없이는 醫藥分業을 施行하는데 混亂이 加重될 수 있다(表 8 참조).

그러므로 醫院에게는 1次診療를 담당케 하고 病院과 綜合病院은 2·3次診療機關으로 활용함으로써 病院外來患者는 醫院에서 吸收하게 하고, 醫院의 入院患者는 病院에서 담당하게

하여 醫療資源의 重複投資를 防止하면서 醫藥分業의 效果도 높일 수 있을 것이다. 그러나 開業醫院에 대한 入院排除는 病院의 病床利用率은 增大시킬 수 있으나 既存醫院의 莫大한 醫療施設의 활용에 문제가 生길 수 있으며²³⁾, 開業專門醫가 많은 比重을 차지하여²⁴⁾ 결과적으로 1次診療를 擔當하는데 많은 制限이 있을 수 있으며 診療依賴體系를 확립하는데도 어려움이 많을 것이다.

따라서 醫藥分業을 실시하기 위해서는 病院의 外來患者診療를 원칙적으로 禁止시키고 長期的으로 家庭醫(family doctor)中心의 醫療制度로 轉換하여 확고한 醫療依賴制度를 확립하는 것이 바람직하다. 그러나 現與件上 既存 開業醫師와 醫療施設의 處理·活用問題가 擡頭되므로 長期的 眼目에서 점차 改善해 나가야 할 것이다. 그리고 醫療傳達體系는 醫藥分業實施與否와 관계없이 保健醫療制度改善을 위해서도 필요하기 때문에 앞으로 醫療保險制度의 發展方向에 따라 신중히 檢討해 나가야 할 것이다.

〈表 8〉 醫療保險患者¹⁾의 療養取扱機關別 構成比 (1980~81)

	1980		1981	
	入 院	外 來	入 院	外 來
綜合病院	42.2	13.5	50.9	13.3
病 院	17.7	8.1	19.5	7.4
醫 院	38.4	71.3	27.9	72.5
齒科病院	0.0	7.1	0.0	6.8
助 産 所	1.7	0.0	1.7	0.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0

註: 1) 1種保險患者와 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險患者의 合計로 計算하였음.

資料: 全國醫療保險協議會, 『醫療保險統計年報』, 1981.
 醫療保險組合聯合會, 『醫療保險統計年報』, 1982.
 醫療保險管理公團, 『醫療保險年報』, 1980, 1981.

5. 醫藥品流通體系上的 問題

醫藥分業은 藥品調劑權을 藥師에게만 許容하는 制度인 만큼, 醫師에게도 調劑權을 인정하는 경우와는 醫藥品の 生産, 流通方法, 醫藥品價格 등 醫藥品에 관련된 諸般事項이 달라져야 할 것이다. 즉, 현재의 醫藥品生産 및 販賣方法을 그대로 放置할 경우 醫藥分業을 실시하기가 어려울 뿐아니라 많은 副作用을 招來할 수가 있으므로 醫藥分業實施 이전에 醫藥品生産體制와 流通體系를 改善하여야 한다.

23) 1981年度 우리나라 全體 病床의 36.1%가 醫院의 病床이며, 이것은 綜合病院 病床 35.5%, 病院 病床 25.4%에 비해 높은 比重을 차지하고 있다(保健社會部, 『保健社會統計年報』, 1982, p.70).

24) 1980年 大韓醫學協會 定期申告資料에 의하면 全體醫師중 專門醫가 45.0%를 차지하고 專門醫중 53.0%가 開業하고 있는 것으로 나타나고 있다(大韓醫學協會, 『1980年度 全國會員實態調查報告書』, 1981).

먼저 醫藥品生産과 관련하여 是正되어야 할 것은 ①調劑醫藥品에 대해서는 複合製劑生産을 止揚하고 調劑를 위한 單純製劑生産에 置重하여야 하며 ②商品名(brand name)生産보다는 一般名(generic name)으로 生産해야 하고 ③同質醫藥品에 대한 製藥會社間의 價格統一이 필요하다. 그리고 ④調劑醫藥品과 醫師處方없이 販賣할 수 있는 自由販賣醫藥品(OTC: over-the-counter drug)으로 구분하여 生産하되 自由販賣醫藥品의 效能을 높이도록 노력해야 할 것이다. 다시 말해서 醫藥分業은 醫藥品의 濫誤用防止가 가장 큰 目的인만큼 複合製劑에 의한 調劑·投藥은 患者에게 불필요한 醫藥成分을 投藥할 가능성이 높아 單純

製劑生産으로 調劑時 不必要한 成分이 포함되지 않도록 하는 것이 要望된다. 그리고 同質醫藥品에 대해서 一般名과 商品名生産이 모두 인정되면 處方·調劑時 醫藥師間에 紛糾의 素地가 있으며, 이들 간의 價格差異는 醫·藥師 모두에게 保險藥價請求時 惡用의 素地를 內包하게 된다. 美國의 경우 一般名醫藥品과 商品名醫藥品은 有意한 質的 差異를 발견하지 못하고 있음에도 불구하고 商品名醫藥品이 一般名醫藥品보다 2~3倍 혹은 10倍이상까지 비싸게 販賣되고 있어 一般名生産을 誘導하는데 노력하고 있다²⁵⁾. 우리나라 경우도 <表 9>에서와 같이 1979年의 保險醫藥品 3,408個品目を 同效群으로 分類한 결과 866個群으로 分類되어 平均 3.9個品目이 同質醫藥品에 포함되어 있고, 商品名醫藥品과 一般名醫藥品의 價格差異도 심하게 나타나고 있다²⁶⁾. 이러한 商品名 및 一般名醫藥品의 價格差異는 分業施行時 여러가지 문제를 유발할 수 있다.

醫師가 處方箋을 발행할 때는 一般名處方, 特定製藥會社를 指定한 一般名處方, 商品名處方 등 3가지 方法이 있을 수 있는데²⁷⁾, 이때 製藥會社에서는 特定會社를 指定하여 處方하도록 販促活動을 強化하여 極端으로 藥效가 나르지 않는 限 醫師의 판단을 현혹시킬 우려가 있고, 處方後 調劑時에도 藥師에게 同質異名의 調劑를 허용하여도 이와 같은 문제가 생길 수 있어 醫療의 質低下와 不正行爲를 誘因할 수 있는 要因이 될 수 있고, 醫·藥師間의 相互利權問題로 擡頭되어 分業施行을 어렵게 하는 原因이 될 수도 있다. 그리고 同質醫藥品의 價格差異는 保險財政에도 영향을 줄 수 있다. 따라서 醫藥品을 一般名으로만 生産케 함으로써²⁸⁾ 製藥會社間의 藥價를 통일할 수 있

<表 9> 保險醫藥品의 同效群 分類(1979.9)

	保險醫藥品 品目數(A)	同效群 數(B)	A/B
神經系·感覺器管用 醫藥品	787	192	4.10
個個의 器管系用 醫藥品	1,109	374	2.97
代謝性 醫藥品	709	140	5.06
組織細胞의 機能用 醫藥品	72	18	4.00
抗病原生物性 醫藥品	689	138	4.99
治療를 主目的으로 하지 않는 醫藥品	14	3	4.67
麻藥 및 習慣性 醫藥品	28	2	14.00
合 計	3,408	866	3.94

資料: 大韓藥師會, 『保險醫藥品 同效群分類一覽表』, 1979. 9.

25) Jessie H. Haag, *Consumer Health: Products and Services*, Philadelphia, Pennsylvania: Lea & Febiger, 1976, p.181.

26) 大韓藥師會, 『保險醫藥品 同效群分類一覽表』, 1979. 9.

27) Jessie H. Haag, *op. cit.*, p.194.

28) 醫藥分業이 실시되고 있는 美國의 경우에도 商品名을 廢止할 것을 提案하고 있다(Mark C. Hornbrook, "Market Structure and Advertising in the U.S. Pharmaceutical Industry", *Medical Care*, 16(2): 90~109, Feb. 1978.

고, 製藥會社間的 過當競爭을 막아 藥價의 低廉化도 기할 수 있다. 이를 위해서는 현재 小企業으로 亂立되어 있는 製藥會社를 整備하거나 大企業을 중심으로 系列化 혹은 集中化하여 醫藥品生産의 重複을 피하고, 藥效를 증대시키는 方案도 고려할 수 있다. 이와 관련하여 保險藥價告示品目を 생산하고 있는 製藥會社의 醫藥品生産品目數를 보면 <表 10>에서 같이 總 130個社²⁹⁾중 17.7%인 23個社가 5個品目 이하를 생산하고 있으며, 製藥會社當 平均生産品目數인 24.6個品目³⁰⁾이하를 생산하는

會社가 全體의 62.3%를 차지하여 製藥會社는 주로 中小企業으로 運營되고 있음을 알 수 있다. 따라서 醫藥品費의 增加要因抑制, 藥效增大 등을 위해서도 製藥會社의 規制가 고려되어야 할 것이다.

한편 醫藥品流通體系가 醫藥分業의 制約要因으로 指摘될 수 있다. 醫藥品은 製藥會社—都賣商—藥局—消費者의 流通經路를 통해 주로 消費되고 있지만 우리나라의 경우 醫師의 調劑權이 인정되고, 醫療機關에서의 醫藥品消費가 증가함으로써 病醫院과 製藥會社間的 直去來가 盛行하여 醫藥品價格의 多元化를 招來하고 있다. 1976年度 調査資料에 의하면 製藥會社의 全體生産高中에서 醫療機關에 직접 販賣하는 경우가 6%, 消費者가 病醫院에서 직접 消費하는 경우가 22%에 달하고 있었으나³¹⁾ 醫療保險制度的 導入으로 인한 醫療機關 利用率 增加로 病醫院에서의 醫藥品消費가 더욱 증가될 것이므로 製藥會社와 醫療機關과의 直去來는 보다 큰 比重을 차지할 것으로 豫想됨으로써 醫藥品價格에 많은 영향을 미칠 것으로 보인다.

우리나라 醫藥品價格은 일반적인 流通經路에서 價格이 결정되어 판매되는 경우와 政府의 價格告示基準에 의한 醫療保險藥價로 大別할 수 있는데, 일반적으로 藥局에서 販賣하는 藥價는 藥事法이 정하는 바에 의해 製藥業者가 策定하여 製品包裝에 表示, 定價대로 판매하고 있으나 현재 藥局이나 地域에 따라 상당한 價格差異를 보이고 있다³²⁾. 이것은 많은 製藥會社의 同質醫藥品生産에 따른 過當競爭으로 大型藥局이나 都賣商에 따라 割引率을 달리하거나 덤을 주는 경우가 있기 때문이다. 이것은 藥局에서의 문제만 아니라 製藥會社와 病醫院

<表 10> 醫療保險藥價告示品目の 製造品目數別 製藥會社分布 (1982. 1. 1)

製造品目數	製藥會社數	製藥會社總品目構成比(%)	總品目數	總品目數의構成比(%)	會社當平均生産品目數
1~ 5	23	17.7	69	2.2	3.0
6~ 10	15	11.5	116	3.6	7.7
11~ 15	24	18.5	300	9.4	12.5
16~ 20	14	10.8	249	7.8	17.8
21~ 25	5	3.8	113	3.5	22.6
26~ 30	12	9.2	334	10.4	27.8
31~ 40	13	10.0	478	14.9	36.8
41~ 50	7	5.4	304	9.5	43.4
51~ 70	8	6.2	450	14.1	56.3
71~ 90	5	3.8	404	12.6	80.8
91~100	4	3.1	383	12.0	95.8
計	130	100.0	3,200	100.0	24.6

資料: 大韓醫學協會, 『醫療保險藥價基準額表』, 1982를 根據로 算出하였음.

29) 保險藥品生産 製藥會社는 우리나라 全醫藥品製造業所 301個所의 43.2%에 불과하다.

30) 保險藥品을 포함한 우리나라 全完製醫藥品生産品目數는 6,865個品目인데 製藥會社는 301個所로서 製藥會社當 平均 22.8個品目を 生産하고 있다 (保健社會部, 『保健社會統計年報』, 1982).

31) 趙成煥外, 「製藥產業의 經濟의 分析: 費用·生産·分配를 中心으로」, 朴宗洪·閔載成 編 『韓國의 保健問題와 對策(II)』, 韓國開發研究院, 1977, p.292.

32) 1976.10에 274個 醫藥品의 全流通「마진」率을 調査한 바에 의하면 平均 40%이나 그 範圍는 11%에서 200%까지 아주 多樣하다(趙成煥外, 前揭書, p.303참조).

問의 直去來로 商品添附(덤)나 割引惠澤을 提供함으로써 利潤을 追求할 수 있는 要因이 되어 醫師立場에서 醫藥分業을 반대할 수 있는 중요한 原因이 되기도 한다. 이러한 尙향은 우리나라에서는 精確한 統計值를 提示할 수 없으나 醫藥分業이 실시되지 않고 있는 日本의 尙우로 類推해 보면 概略의 輪廓을 파악할 수 있다. 日本에서는 病醫院과 製藥會社와의 直去來時 量的인 商品添附量은 30~50%가 통상이며 심지어 100~200%도 添附하는 尙우도 있다고 하며, 買入價와 藥價基準(販賣價)과의 差益率이 平均 30~40%에 이른다 고 한다³³⁾. 이것은 醫藥品의 販賣利潤이 높음을 의미하는 데 우리나라의 尙우 保險藥價의 「마진」을 平均 12.3%³⁴⁾만 인정하고 있다고 하지만 國民 皆保險이 되어 있는 日本의 經驗에 비추어 一般藥價와 保險藥價의 差異가 없어진 다 하여도 醫療機關에서의 醫藥品調劑利潤은 保障받을 수 있을 것이다. 따라서 醫療機關側으로서 는 調劑權을 쉽게 포기하지 않을 것으로 생각된다. 또한 保險藥價와 관련하여 불 때 地域에 따라서는 保險藥價基準에 의해 供給할 수 없고 보다 높은 價格으로 供給해야 할 尙우가 있다. 즉, 僻地나 島嶼地域의 藥局에서는 輸送費때문에 利潤이 낮은 保險藥價를 告示基準에 맞출 수 없으므로 醫藥品供給對策과 藥價의 差等適用制 등도 講究되어야 한다. 결국 醫藥品流通秩序를 확립하고 藥價基準의 再設定이 先行되어야 醫藥分業을 實施하는데 도움

이 될 수 있을 것이다.

Ⅳ. 醫藥分業施行上의 當面課題

醫療保險制度를 중심으로써 醫藥分業을 실시할 尙우 앞에서 提示한 醫藥制度의 整備, 醫藥資源의 不均衡分布解消, 醫藥機關의 受容態勢確立, 醫藥品流通體系의 整備 및 醫療傳達體系의 確立 등의 課題가 先決되거나 점차 改善되어져야 하는 것은 當然하다고 하겠다. 이러한 制約要因을 해결하는 方案은 이미 前章에서 言及하였기 때문에 여기서는 이들 要因 이외에 考慮되어야 할 醫藥分業實施上의 當面課題에 대해 記述하기로 한다.

1. 國民에 대한 弘報·啓蒙

현재까지 醫와 藥을 混用하던 습관에 젓어 온 우리나라 國民立場으로서 는 醫藥分業이 실시될 尙우 同一疾病으로 醫師와 藥師를 각각 찾아가야 하는 不便이 惹起될 수 있다. 國民은 醫師에게서 診療뿐아니라 調劑받는데 익숙해져 있는데 藥局을 한번 더 찾아가야함으로써 醫師에 대한 信賴感이 低下될 수 있으며 藥局買藥을 이용하던 輕微한 患者까지도 醫療機關을 거쳐야만 投藥할 수 있게 되어 醫療利用率의 증가뿐아니라 利用上 不滿을 提高시킬 수 있다. 특히 이러한 문제는 醫療機關과 藥局이 不足하고 醫院과 藥局과의 距離가 먼 地域일수록 더욱 加重될 수 있다.

1982年度에 2種保險 示範地域으로 선택된 3

33) 韓國經濟研究센터, 『醫療保險의 現況과 課題』, 韓國經濟研究叢書 112, 大韓商工會議所, 1979, pp.64~65.

34) 1981年이래 保險藥價는 都賣「마진」12.3%로 一律의 으로 적용하여 왔으나 1982年 12月 1日부터는 1錠當 500원이상, 1엔플當 5,000원이상 의 高價藥에 대해서 8%의 「마진」만을 적용하도록 하였다.

個地域住民에 대한 設問調査³⁵⁾에 의하면 醫藥分業을 贊成하는 住民이 57.3%이고 現制度의 贊成率이 32.3%이었으나 藥局調劑時 반드시 醫師處方箋에 의하기를 원하는 住民은 14.7%에 불과하고, 處方箋없이도 被保險者 任意대로 醫療機關이나 藥局에서 調劑할 수 있기를 원하는 住民이 67.1%로 나타나서 醫藥分業을 완전히 파악하지 못하는 상태에서 醫藥分業을 贊成하고 있음을 알 수 있고, 실제로는 醫藥分業을 反對하는 比重이 높았다. 이로 미루어 醫藥分業을 실시할 경우 많은 混亂과 反撥이 豫想되기도 한다.

더우기 醫療利用者인 國民의 立場으로서는 醫藥分業의 목적인 醫藥品濫用防止 및 醫藥資源의 效率的 活用이란 側面에 대해서는 관심의 대상이 되지않고 있기 때문에 既存制度를 改革하는 것은 處方箋料와 調劑料의 2重負擔으로 經濟的 負擔만 加重한다는 憂慮가 생길 수 있고, 藥에 대해서도 醫師가 藥師보다 優秀할 것이라는 認識때문에 反撥의 대상이 될 수 있다. 따라서 醫藥分業을 실시하기 위해서는 國民에게 醫藥品에 대한 公害 및 濫用의 副作用과 醫藥分業의 效果와 必要性, 그 實施方法 등을 政府, 醫師, 藥師 共同參與下에 分業實施以前에 弘報·啓蒙하고 醫藥分業이 習慣化될 때까지 계속해 나가야할 것이다.

2. 自由販賣醫藥品의 選定

醫藥分業이 실시될 경우 모든 醫藥品에 대

해서 醫師의 處方에 의해서만 調劑·販賣되는 것이 아니고, 調劑藥과는 달리 營養劑나 對症療法劑 등 醫師診斷이나 處方を 받지 않고 사용할 수 있는 醫藥品을 指定하여야 國民에게 便宜를 도모할 수 있고 醫療費도 節減할 수 있다. 즉, 自由販賣醫藥品(over-the-counter drugs 혹은 non-prescription drugs)을 指定·告示하는 것이 保險藥價의 告示와 並行되어야 한다.

美國에서는 自由販賣醫藥品으로 制酸劑(antiacids), 殺菌劑(antimicrobials), 鎮靜劑(sedatives), 鎮痛劑(analgesics), 感氣治療劑 및 鎮咳劑(cold remedies and antitussives), 抗히스타민劑(antihistaminics), 含嗽劑(mouthwashes), 滅菌劑(anti-infectives), 抗류마티스藥(antirhumatics), 造血劑(hematinics), 비타민 및 鑛物劑(vitamins-minerals), 抗汗劑(antiperspirants) 弛緩劑(laxatives), 齒藥 및 齒科用劑(dentifrices and dental products), 光火傷治療劑 및 豫防藥(sunburn treatments and preventives), 避妊藥(contraceptives), 興奮劑(stimulants), 痔疾劑(hemorrhoides), 制瀉劑(antidiarrheals), 비듬藥(dandruff preparation), 氣管枝擴張劑(bronchodilators), 鎮吐劑(antiemetics), 眼藥(ophthalmics), 月經用劑(menstrual products), 催吐劑(emetics) 등 25가지 範疇를 設定하여 두고 있다³⁶⁾. 그리고 이들 自由販賣醫藥品에 대해선 包裝에 品名, 製造會社名과 住所, 使用指針, 注意事項 및 警告事項, 成分名 및 含量, 醫藥品內 習慣性醫藥品이 있을 경우 品目, 量, 警告內容 등을 名記하도록 하고 있다.

따라서 우리나라도 醫藥分業時 自由販賣醫藥品에 대한 基準을 우리 실정에 맞도록 설정하고, 調劑藥(prescription drugs)과의 관계를

35) 木浦, 江華, 報恩地域住民 1,472名을 대상으로 調査한 結果임 (南崙鉉, 許程, 『醫療保險實施 地域住民의 意識調査研究: 醫藥協業體制를 중심으로』, 大韓藥師會, 1982, p.36 참조).

36) Jessie H. Haag, *op. cit.*, pp.186~188.

明白하게 規定하는 작업이 계속적으로 수행되어야 할 것이다. 이와 並行하여 製藥會社에서는 이러한 自由販賣醫藥品의 藥效를 증대하여 投藥效果를 높이는 노력을 계속함으로써 經營의 合理化를 기할 수 있고 國民醫療費의 節減效果도 기대할 수 있게 된다.

3. 處方箋料와 調劑料의 調整

醫藥分業이 실시될 경우 患者의 醫療機關利用樣相이 변화하여 醫療供給者인 病醫院과 藥局의 收支樣相이 달라질 것은 분명하다. 즉, 醫療機關의 경우는 藥品利潤이 없어지는 대신 患者利用急增으로 診察料가 증대될 것이고, 藥局에서는 從前의 任意調劑利潤과 保險調劑利潤의 差異로 單位當 販賣利潤이 낮아질 수 있으나 藥局利用率의 증대로 收入이 증가되는 要因이 있다. 그러나 醫藥分業이 실시될 경우 處方箋料와 調劑料는 醫療機關이나 藥局의 收入源과 직결되기 때문에 醫療供給者인 醫師와 藥師立場에서는 중요한 關心事가 된다.

1982年 7月 현재 醫療保險患者의 1回當 處方箋料와 調劑料는 동일하게 策定되어 있고, 그 處方 및 調劑日數에 따라 300~600원³⁷⁾으로 되어 있으나 全國民이 醫療保險에 적용되

면 藥價「마진」이 현재보다 감소됨으로써 이의 調整이 필요할 것이다. 處方箋料는 醫療機關의 收入構成으로 보아 比率로 策定할 수 있으나 調劑料는 藥局의 主收入源이 될 것이므로 중요한 의미가 있다. 一般的으로 調劑料算定方法은 複雜하고 그 根據가 不確實하여 計算하기는 어렵지만 ①藥師의 購入藥價에 대해 比率를 적용하는 方法(markup-on-cost) ②患者의 購入價格에 대해 比率를 적용하는 方法(markup-on-retail) ③藥價에 一定金額을 加算하는 方法(fee system)을 택할 수 있다³⁸⁾. 美國의 경우 藥品販賣價는 藥價 60%, 人件費 30%, 施設使用料 5%, 其他 5%로 構成되어 있어³⁹⁾ 40%가 調劑料라고 할 수 있다. 따라서 우리나라의 경우도 藥價를 基準으로 一定比率로 調劑料를 計算하여 支給하는 것이 妥當한 것으로 보인다. 그렇지만 醫藥分業時 醫療機關이나 藥局의 經營分析을 계속적으로 수행하면서, 國民醫療費支出과의 關係를 고려하여 處方箋料와 調劑料를 調整하는 것이 필요하며, 전반적인 醫療酬價도 계속 檢討해 나가야 할 것이다.

4. 診療費支拂方法 및 審査制度의 檢討

醫療保險患者의 診療費는 診療酬價와 藥價로 구분되어 있는데 診療酬價는 奉仕料金制(fee-for-service)에 근거를 둔 點數制로 되어 있고 藥價는 工場渡價格에 一定利潤을 인정하여 策定·告示하고 있다. 그런데 醫療機關에서는 診療費와 藥價를 함께 保險診療費로 請求하여 保險者의 審査를 받아 支給받고 있으며, 2種保險의 경우 醫療機關에서 處方箋을

37) 保健社會部の 處方 및 調劑에 관한 細部指針(1982. 6. 19)에 의하면 處方箋料와 調劑料는 1回當으로 3日分까지 300원, 1週日分까지 400원, 2週日分까지 500원, 15日分이상 600원으로 되어 있다. 단 外用藥 調劑料는 100~250원으로 되어 있다.

38) Colman M. Herman and Edward J. Zabloski, "An Assessment of Prescription Dispensing Costs and Related Factors", *Medical Care Review*, 35(8): 835~880, August 1978.

39) J.R. Coleman and F.C. Kaminsky, *Ambulatory Care Systems(Vol. 4): Designing Medical Services for HMO*, Lexington, Mass.: D.C. Heath and Co., 1977, pp.391~431.

발행하여 保險藥局에서 調劑·投藥한 경우에도 藥局이 處方箋發行醫療機關에 藥價를 請求하고 醫療機關에서는 藥局的 請求書를 모아 醫療保險組合聯合會에 一括請求하는 方式으로 診療費를 請求·受給하고 그중에서 藥價와 調劑料를 分離하여 藥局에 다시 支給하고 있다. 이와 같은 制度는 同一患者에 대한 診療費審査를 원활히 할 수 있고, 審査·支給機關에서의 診療費支給이 간편하다는 利點이 있으나 藥局的 경우에는 藥價回收가 한 段階를 거쳐야 하기 때문에 더욱 지연되고, 處方箋發行醫療機關마다 請求書를 分類·送付해야 하는 문제가 있다. 그리고 醫療機關에서도 藥局에서 藥價請求를 받아 診療費請求書를 작성하여야 하므로 處方箋對照, 診療費送付 등 번거로움이 뒤따른다.

따라서 藥局에서는 調劑料와 藥品費 그리고 處方箋發行 醫療機關은 診療費와 處方箋料를 각각 請求하는 方案이 講究될 수 있어야 한다. 그렇지만 이 경우에도 同一患者의 診療費를 二重請求하게 되어 診療費審査의 一貫성을 阻害하고 診療와 投藥間의 連繫가 모호해지며, 保險患者 및 診療費 등의 保險統計作成에 많은 隘路點이 있을 수 있고, 藥價가 審査에서 삭감될 경우 醫·藥師間의 利害問題가 발생할 수 있다. 그리고 藥禍事故가 생긴 경우에도 醫·藥師間의 責任限界問題가 擡頭될 수도 있다.

그러므로 藥價와 診療費를 別途로 請求할 수 있도록 하되 電算處理效率을 높여 診療費와 藥價를 相互連繫할 수 있는 方案이 講究되던가 審査方法이나 診療費支拂方法이 再檢討되어야 할 것이다. 또한 患者가 診療를 받은 후 診療費와 藥價領收證을 받아 保險者(組合

또는 管理公團)에 提出하여 審査時 對照確認할 수 있는 制度的 裝置의 導入도 檢討될 필요가 있다.

V. 結 論

醫師와 藥師의 專門職能을 分化하여 各己 專門性を 提高하고 相互協業으로 能率을 極大化하며, 醫藥品の 濫誤用 및 藥害를 制度的으로 豫防하려는 醫藥分業制度는 國民保健向上을 위해 반드시 해결되어야 할 중요한 課題이다. 그러나 醫藥分業을 施行하는 데는 現實的으로 醫療傳達體系의 未治, 醫藥資源의 都農間 不均衡分布, 醫藥品流通體系의 問題, 醫藥機關의 受容態勢未治 및 醫藥制度上的 문제 등 많은 制約要因이 있고, 國民啓蒙 및 弘報, 醫藥分業施行上的 制度的 準備過程 등 여러가지 難題가 있다. 그러므로 早急하게 現行制度를 改革하여 醫藥分業을 실시할 경우에는 많은 混亂이 豫想되므로 段階的으로 점차 擴大해 나가야 할 것이다.

醫藥分業을 國民皆保險 이후에 全面的으로 실시하자는 見解도 있을 수 있으나 이는 日本과 같이 國民意識이 固着되고 關聯集團 특히 醫師와 藥師集團間의 利害가 相衡되어 그 施行이 더욱 어려워지기 쉽다. 따라서 醫療保險의 適用對象이 이미 30%를 초과한 우리나라로서는 醫藥制度의 發展過程으로 보아 이미 늦은 감은 있으나 가급적 빠른 時日內에 適切한 政策을 導入·實施하여야 할 것이다. 특히 2種地域醫療保險이 擴大되어 醫藥分業問題가 現實化되면서 社會問題로 飛火되고 있으므로

醫療保險制度和 관련하여 制度를 우선 導入하되 醫藥分業擴大長期計劃을 樹立하여 國民皆保險과 동시에 醫藥分業을 定着시키는 것이 妥當할 것으로 보인다.

結論的으로 醫藥分業의 施行方法을 다음과 같이 提案할 수 있다.

첫째, 醫藥分業은 部分分業에 立脚하여 地域的으로 擴大한다. 먼저 2種醫療保險示範事業地域中에서 實施可能地域을 選定하여 示範的으로 실시하고 그 다음에 大都市地域, 中小都市地域으로 擴大하며, 醫藥資源의 分布를 考慮하여 農漁村地域은 選別的으로 실시한다.

둘째, 이러한 醫藥分業擴大方向에 따라 醫藥分業의 實施內容과 方法을 調整하되 地域社會의 醫師와 藥師의 協助體制를 構成하여 運營하는 方案이 검토되어야 한다.

셋째, 醫藥分業對象은 保險外來患者로 하고 應急患者와 病院外來患者의 경우는 例外로 한다. 물론 藥局의 任意調劑와 醫師의 調劑權을 허용하지 않는다.

넷째, 醫藥分業擴大長期計劃에 立脚하여 醫藥分業實施上의 制約要因을 점차 해결해야 할 것이며, 醫藥分業施行上에 필요한 自由販賣醫藥品選定, 國民啓蒙 등이 필요하다.

▷ 參 考 文 獻 ◁

- 經濟企劃院, 『韓國의 社會指標』, 1979.
_____, 『都市家計年報』, 各年度.
金基成, 「醫療傳達體系와 保險藥局」, 『서울藥師會誌』, 6(1) : 12~15, 1981. 1.
金原國, 『藥品濫用으로 인한 問題點과 行政對策에 관한 研究』, 延世大學校 行政大學院, 碩士學位論文, 1974. 2.
南喆鉉, 許程, 『醫療保險實施地域住民의 意識調查研究 : 醫藥協業體制를 中心으로』, 大韓藥師會, 1982.
大韓藥師會, 『會員名簿』, 1978.
_____, 『保險醫藥品 同效群分類一覽表』, 1979. 9.
大韓醫學協會, 『會員名簿』, 1978.
_____, 『1980年度 全國會員實態調查報告書』, 1981.
_____, 『醫療保險藥價基準額表』, 1982.
保健社會部, 『保健社會統計年報』, 各年度.
_____, 『保健社會』, 1982.
_____, 『2種醫療保險示範事業 : 推進實績·評價 및 改善對策』, 1982. 3.
서울大學校 藥學大學, 『1982年度 서울大學校 藥學大學要覽』, 1982.
小坂富美子, 「醫藥分業의 變遷と問題點」, 川上武·中川米造編, 『醫療制度』, 東京 : 日本評論社, 1976, pp.140~152.
藥業新聞社, 『藥事總鑑』, 1976, 1979.
醫療保險管理公團, 『業務現況』, 1982. 2.
_____, 『醫療保險年報』, 1980, 1981.
醫療保險組合聯合會, 『醫療保險』, 5(4) : 45~50, 1982. 4.
_____, 『醫療保險統計年報』, 1982.
日本健康保險連合會, 『社會保險旬報』, No.1387, 1982. 3. 1.
日本健康保險協議會, 『健康保險協議會誌』, 4月號, 1979.
全國醫療保險協議會, 『全醫保事業報告書』, 1980.
_____, 『醫療保險統計年報』, 1981.
趙誠煥, 金秉柱, 成培永, 池龍熙, 「製藥產業의 經濟的 分析 : 費用·生産·分配를 中心으로」, 朴宗淇·閔載成 編, 『韓國의 保

- 健問題と 対策(Ⅱ)], 韓國開發研究院, 1977, pp.261~328.
- 太田秀, 「醫藥品産業の諸問題」, 川上武・中川米造編, 『醫療産業』, 東京: 日本評論社, 1976, pp. 58~78.
- 下村孟, 『醫藥品の實際知識』, 東京: 東洋經濟新報社, 1976.
- 韓國經濟研究센터, 『醫療保險의 現況과 課題』, 韓國經濟研究叢書 112, 大韓商工會議所, 1979.
- 韓國醫學教育協議會, 『醫科大學教育現況』, 1982. 4.
- 厚生統計協會, 「保險と年金の動向」, 『厚生の指標』, 第28卷 第13號, 特集號, 1981, pp. 269~271.
- Christensen, Dale B., “Drug-taking Compliance: A Review and Synthesis”, *Health Services Research*, 13 (2) : 171-187, Summer, 1978.
- Coleman, John R. and F.C. Kaminsky, *Ambulatory Care System(Vol.4) : Designing Medical Services for HMO*, Lexington, Mass.: D.C. Heath and Co., 1977.
- Haag, Jessie H., *Consumer Health: Products and Services*, Philadelphia, Pa.: Lea & Febiger, 1976.
- Herman, Colman M., and Edward J. Zabloski, “An Assessment of Prescription Dispensing Costs and Related Factors”, *Medical Care Review*, 35(8) : 835-880, August 1978.
- Hornbrook, Mark C., “Market Structure and Advertising in the U.S. Pharmaceutical Industry”, *Medical Care*, 16(2) : 90-109, Feb. 1978.
- World Health Organization, *World Health Statistics Annual*, 1980.
- Zelnio, R.N., R. Feldman, and J.P. Gagnon, “The Economic Feasibility of Pharmacy Patient Medication Profiles,” *Inquiry*, 15(2) : 181-188, June 1978.