

**의약분업 종합평가 및 제도개선방안
마련을 위한 연구**

2008. 6.

한 국 보 건 사 회 연 구 원

제 출 문

보건복지가족부장관 귀하

이 보고서를 「의약분업 종합평가 및 제도개선방안 마련을 위한 연구」에 관한 연구과제 최종보고서로 제출합니다.

2008. 6

주관연구기관명 : 한국보건사회연구원

연구책임자 : 이상영

연구원 : 조재국

황나미

박실비아

최정수

신호성

박은자

윤강재

목 차

I. 의약분업 제도 도입 경과 및 평가의 필요성	1
1. 의약분업제도 도입의 주요 경과	1
2. 의약분업제도 평가의 필요성	4
3. 평가의 틀	4
II. 의약분업 제도 운영 및 성과에 대한 평가	6
1. 의약분업 실시 주체간 역할 분담 및 운영 시스템에 대한 평가: 조직 평가 ..	6
2. 의약분업제도 이행 과정 평가: 과정평가	17
3. 의약분업제도의 성과 평가	56
III. 의약분업 제도 대안 검토	83
1. 현행 의약분업 대안으로서 선택분업에 대한 논의 대두	83
2. 외국의 의약분업 사례	83
3. 선택분업 도입시 비용과 편익의 변화	102
IV. 의약분업 제도의 개선방안	119
1. 담합행위의 개선	121
2. 임의조제의 방지	122
3. 복약지도의 증진	122
4. 불법 대체조제의 방지	123
5. 처방전 발행 제도와 지역처방목록	123
6. 타제도와의 연계강화	124
참 고 문 헌	126
부 록	128

표 목 차

〈표 I- 1〉 의약분업제도 진행과정	3
〈표 II- 1〉 의견조회 처방전 비율: 일본의 사례	12
〈표 II- 2〉 의약분업의 목표와 의사 및 약사간 역할분담	15
〈표 II- 3〉 의약분업 관련 담합행위 적발 및 행정처분 현황	23
〈표 II- 4〉 의료기관과 약국간 담합 존재 여부에 대한 인식(2003)	23
〈표 II- 5〉 의료기관과 약국간 담합 존재 여부에 대한 인식(2008)	24
〈표 II- 6〉 단골약국 및 이용약국 소재지	25
〈표 II- 7〉 단골약국 및 이용약국 이용 이유	25
〈표 II- 8〉 의료기관과 약국의 인접이 담합을 조장할 가능성	26
〈표 II- 9〉 의약분업 관련 임의조제 적발 및 행정처분 현황	30
〈표 II-10〉 임의조제에 대한 약사들의 인식	31
〈표 II-11〉 처방전 내역 변경 경험 여부	34
〈표 II-12〉 의약분업 관련 불법대체조제 적발 및 행정처분 현황	35
〈표 II-13〉 불법대체조제에 대한 인식	36
〈표 II-14〉 복약지도 만족도	38
〈표 II-15〉 처방의약품 조제시 복약지도	39
〈표 II-16〉 복약지도 경향	40
〈표 II-17〉 복약지도시의 어려움	41
〈표 II-18〉 단골약국 지정 여부	42
〈표 II-19〉 합법적인 대체조제를 하는 경우	47
〈표 II-20〉 대체조제 처방비율 및 의사동의 대체조제 비율	48
〈표 II-21〉 처방에 대한 의사와의 의견교환 여부(지난 1주일 동안)	49
〈표 II-22〉 처방에 대한 의사와의 의견교환 이유	49

〈표 II-23〉 처방과 관련된 의사와 약사간의 의견교환시 장애요인	50
〈표 II-24〉 의료기관 및 약국서비스 만족도	53
〈표 II-25〉 인구사회학적 특성별 의료기관 및 약국서비스 만족도	54
〈표 II-26〉 의료기관 및 약국서비스에서 개선이 필요한 사항	55
〈표 II-27〉 의약품 처방에 대한 순응도	56
〈표 II-28〉 15개 제약회사의 항생제 판매량 지수	60
〈표 II-29〉 항생제 처방 비율의 변화	60
〈표 II-30〉 의약분업 전후의 주요 지표 변화	61
〈표 II-31〉 진료형태별 항생제 처방률(2003년 및 2004년)	62
〈표 II-32〉 연도별 급성상기도염 항생제 처방률 추이(3개월 진료분)	64
〈표 II-33〉 요양기관 종별 처방 품목 현황	65
〈표 II-34〉 청구된 전체 의약품비 중 고가약 의약품비의 비율(의원급 외래 기준) ..	66
〈표 II-35〉 처방의약품 종류수 중 고가약 종류수의 비율(의원급 외래)	67
〈표 II-36〉 2003~2004 약제비 증가율에 대한 요인기여도(전체의약품)	67
〈표 II-37〉 약제비 증가요인별 기여도	68
〈표 II-38〉 의약분업 이후 기업유형별 매출액 변화	72
〈표 II-39〉 기업종류별 의약분업 전후 점유율 변화	73
〈표 II-40〉 의약분업 이후 마케팅 활동의 변화 여부	73
〈표 II-41〉 2000년 및 2001년 외래환자 방문수 순증감률	74
〈표 II-42〉 2000년 및 2001년 외래환자수 순증감률	75
〈표 II-43〉 2000년 및 2001년 입원환자 입원일수 순증감률	75
〈표 II-44〉 의약분업 전후(2000~2001년)의 건강보험 재정 증감	76
〈표 II-45〉 건강보험급여비에 대한 의약분업의 영향	78
〈표 II-46〉 국민의료비 및 건보재정과 GDP의 추이(1985-2006)	78
〈표 II-47〉 국민의료비 및 건강보험 재정 지출 추계	79
〈표 II-48〉 의료기관 및 약국 이용 평균 소요시간 및 교통비	80
〈표 II-49〉 처방조제를 받은 약국 순서	81

〈표 II-50〉 약국방문에 따른 기회비용: 30분 소요 가정	82
〈표 II-51〉 약국방문에 따른 기회비용: 5분 및 3분 소요 가정	82
〈표 III- 1〉 일본의 연도별 의약분업률 및 처방전발행 추이	88
〈표 III- 2〉 일본의 연도별 분업률	88
〈표 III- 3〉 일본의 분업률의 지역간 격차	89
〈표 III- 4〉 일본 주요 지역의 분업률(2005년)	89
〈표 III- 5〉 약사의 의견조회 처방전 비율	90
〈표 III- 6〉 단골약국이 있는지 여부: 일본의 사례	91
〈표 III- 7〉 원외처방에 대한 의향(원외 처방전을 받아본 경험이 있는 경우)	92
〈표 III- 8〉 원외처방을 받아본 경험이 없는 경우 향후 의향: 일본의 사례	92
〈표 III- 9〉 전체처방전 중 만성질환 처방전 비율: 대만의 사례	97
〈표 III-10〉 원외 약국의 고객센터에 대한 만족도: 대만의 사례	99
〈표 III-11〉 원외 약국의 만성질환 처방조제에 대한 만족도: 대만의 사례	100
〈표 III-12〉 건강보험 진료비 및 약제비 지출의 변화 추세: 대만의 사례	100
〈표 III-13〉 의료기관 조제 허용시 처방의약품 조제처 선호도	103
〈표 III-14〉 의료기관 및 약국조제 선택 이유	104
〈표 III-15〉 평소 의료기관 또는 약국 이용시간대	104
〈표 III-16〉 단골약국 및 이용약국 이용 이유	105
〈표 III-17〉 원외 처방전을 가지고 조제를 받은 보험약국: 일본의 사례	106
〈표 III-18〉 그 약국에서 조제 받은 이유: 일본의 사례	106
〈표 III-19〉 단골약국이 있는지 여부: 일본의 사례	107
〈표 III-20〉 그 약국을 단골약국으로 선택한 이유: 일본의 사례	107
〈표 III-21〉 약국 조제행위별 요양급여 실적	114

그림 목 차

[그림 1] 처방·조제 관련 의사와 약사의 역할 변화	6
[그림 2] 대체조제와 관련한 의사와 약사간 권한 배분	11
[그림 3] 의약분업 편익과 비용	58
[그림 4] OECD 국가의 항생제 사용량 비교(2003년)	63
[그림 5] 건강보험계약 약국으로 발행된 처방전 비율(1995~2006): 대만의 사례 ..	97

I. 의약분업 제도 도입 경과 및 평가의 필요성

1. 의약분업제도 도입의 주요 경과

- 의약분업제도는 1963년 약사법 개정시 원칙이 규정되었으나, 부칙에서 의사의 직접조제를 허용함으로써 사실상 시행이 유보되어 왔음.
- 1982년~1985년까지 3년간 지역의료보험 시범사업의 일환으로 목포에서 임의분업, 당사자 계약방식에 의한 강제분업 등의 형태로 시범사업이 실시되었으나 의·약계의 계약연장실패로 시범사업이 종결되었음.
- 1993년에 발생한 한약분쟁을 계기로 개정된 약사법에서는 1997.7월~1999.7월 사이에 대통령령이 정하는 날부터 의약분업을 실시하기로 명문화하였고, 이와 함께 1997년에는 「의료개혁위원회」에서 의약품 분류방식에 의한 단계별 의약분업 실시모형을 제시하여 제한적 전문의약품을 시작으로 2005년에는 모든 전문의약품에 대한 의약분업을 실시할 것을 건의함.
- 1998년에는 소비자단체·언론 등 공익대표와 의·약계 인사들로 구성된 “의약분업 추진협의회”에서 의약분업 시행방안에 대하여 합의하였으나, 합의사항에 대한 회원들의 반발 등을 이유로 의사협회, 병원협회, 약사회가 각각 의약분업 실시연기 청원을 국회에 제출함으로써 의약분업 제도의 실행이 다시 연기됨.
- 1999년 3월 의사협회 및 약사회 공동명의로 의약분업제도 준비를 위해 시행시기를 1년 연기하되, 새로운 의약분업 모형 도출에 실패할 경우 정부가 마련한 안(의약분업추진협의회안)대로 추진하기로 합의함.
 - 이에 따라 1999년 5월에 시민사회단체의 중재로 의사협회와 약사회가 합의한

의약분업제도 시행안을 정부에 건의하였는데, 여기에는 모든 의료기관 외래환자의 원외조제 의무화, 주사제의 분업대상 포함, 동일 성분·함량·제형의 의약품으로 대체조제를 허용하되 환자와 의사에게 통보 의무, 약사의 일반의약품 개봉 판매 금지, 지역별 의약분업협력위원회 구성 및 협력 등의 합의사항이 포함되었음.

- 1999년 9월에는 의약분업 세부(최종)시행방안이 확정되었고, 11월에 외래환자에 대한 원외조제 의무화와 의료기관내 약국개설 금지, 의사에게 통보 의무를 가지는 약사의 대체조제 등을 규정한 약사법 개정안이 국무회의에서 의결되었고, 11월 국회 보건복지위원회 및 전체회의에서 가결된 후 12월에 본회의를 통과하였음.
- 약사법 개정안에 대한 의사협회 의권쟁취위원회의 반발로 동네 의원들의 1차 집단 휴·폐업(2000년 2월), 2차 집단 휴·폐업(2000년 4월), 3차 집단 휴·폐업(2000년 6월)이 일어났으며, 이 과정에서 약사들의 임의조제 근절, 전문의약품 비율 확대, 대체조제 금지, 약화사고 책임명확화, 건강보험 수가현실화 등을 요구하였음.
- 2000년 7월부터 개정 약사법에 근거하여 의약분업이 실시되었고, 한 달간의 계도기간이 종료된 직후 8월부터 본격적으로 시행되었으나, 의료계의 장기간의 파업이 지속됨.
- 의약분업과 관련한 의료계 및 약계의 요구사항을 논의하기 위한 의·약·정 협의를 통해 제도를 보완한 의·약·정 합의안을 2000년 11월 13일에 발표하였음(부록 1 참고).

〈표 1-1〉 의약분업제도 진행과정

기간	주요 내용
1963년	<ul style="list-style-type: none"> 약사법 전문 개정시 의약분업 원칙 규정(약사법 부칙에 의사의 직접조제 허용 사실상 시행 유보)
1965~1969년	<ul style="list-style-type: none"> 국회 보건사회위원회의 권유로 의약분업 추진을 위한 각종 위원회를 구성, 의약분업을 시도하였으나 무산
1982~1985년	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료보험 시범사업의 일환으로 목포에서 의약분업 시범사업을 실시하였으나, 의·약계의 계약실패로 시범사업 종결 <ul style="list-style-type: none"> - 제1차: 1982. 7 - 1984. 4 임의분업 - 제2차: 1984. 5 - 1984. 12 당사자 계약에 의한 강제분업 - 제3차: 1985. 4 -1985. 9 임의분업
1993~1994년	<ul style="list-style-type: none"> 1993년 한약분쟁을 계기로 1994.1월 약사법을 개정하여, 1997. 7-1999. 7월 사이에 대통령령이정 하는 날로부터 의약분업 실시 명문화
1998. 3월	<ul style="list-style-type: none"> 우리 실정에 맞는 의약분업 시행방안 마련을 위해 소비자단체, 언론, 공익대표, 의약계 인사 등으로 “의약분업추진협의회” 구성 의약분업추진위원회 제4차 회의 합의사항에 대한 회원들의 이견 등으로 의사협회, 병원협회, 약사회가 각각 의약분업 실시 연기 청원을 국회 제출(1998.1 1~12월)
1999. 3월	<ul style="list-style-type: none"> 의약분업 관련조항의 개정과 부칙 중 실시시기를 2000.7.1일로 1년 연기한 약사법 개정·공포
2000.1.12일	<ul style="list-style-type: none"> 약사법 개정 <ul style="list-style-type: none"> - 의사의 처방전에 의해서만 조제(대체조제 가능) - 일반의약품만 임의판매가능 - 병원에서 약 조제는 불허(입원환자, 응급환자, 정신질환자 등 예외)
2000.7.1일	<ul style="list-style-type: none"> 의약분업 실시(2000.7.1-7.31일 의약분업 계도기간 설정, 문제점 보완)
2000.8.5	<ul style="list-style-type: none"> 약사법 개정안 공포(약사의 임의조제 및 낱알판매 금지, 의사의 사전 동의 없이 대체조제 불가)
2000. 11. 13일	<ul style="list-style-type: none"> 의·약·정 합의안 발표 <ul style="list-style-type: none"> - 의사 사전 동의받은 대체조제의 경우 환자에게 주지 - 생물학적 동등성 인정의약품 대체조제시 사후통보는 1일 이내 - 의사는 생물학적 동등성 인정 품목이라도 대체조제 불가 표시 - 일반의약품 낱알판매 금지 원칙 - 제해구호 조제시, 경구용 전염병 예방접종약 약사 직접 조제 가능 - 사회봉사활동 시 의사 및 약사 상호 협력 조제 - 지역의사회, 개별의료기관 의약품 목록 지역사회 제공 - 약사, 조제기록부 작성 후 5년간 보관 등

2. 의약분업제도 평가의 필요성

- 사회제도의 기본 틀에 변화를 초래하기 위한 공공정책은 정책시행 이후 지속적으로 제도의 수용성, 효율성 및 효과성, 사회적 파급효과 등을 평가하고, 평가결과에 따라 정책을 조정하는 환류활동(feedback)을 수행해야 함.
- 이에 따라 2007년 7월 시행된 의약분업제도에 대해서도 여러 차례의 평가를 통해 소비자들의 불편 해소와 제도의 조기 정착 및 사회적 비용의 최소화 등을 위한 대책을 지속적으로 강구해 왔음.
- 그러나 아직도 의약분업제도 내적으로 여러 가지 쟁점사항이 남아 있으며, 의약분업제도 도입의 취지를 훼손하는 직간접적 요인이 다양하게 존재하고 있다는 지적이 제기되어 왔음.
 - 의약분업 제도는 국민의 건강보호라는 긍정적 효과에 대한 일반소비자의 인식이 낮은 상태에서, 의·약서비스 이용상의 불편 등의 사회적 비용을 대가로 하여 시행되는 제도인 만큼 제도의 원활한 정착에 어려움이 존재할 수밖에 없음.
- 이에 따라 의약분업이라는 제도적 틀 하에서 소비자, 의료기관, 약국, 제약산업 등의 역할 변화와 이 과정에서 발생하는 문제점을 분석하여 합리적인 의약·질서를 유지하기 위한 제도개선 방안을 모색할 필요가 있음.
 - 제도시행에 따른 국민건강 증진효과, 제도의 정착 정도 및 경제적 낭비요인의 존재 여부, 관련주체의 행태변화, 제도저항 및 일탈행위의 존재 여부 등에 대한 종합적인 분석과 개선방안의 모색이 요구되는 시점임.

3. 평가의 틀

- 본 연구에서의 평가는 현행 의약분업 제도 자체에 대한 평가와 함께, 최근 일부

에서 현행 제도의 대안으로 제시하고 있는 국민선택분업에 대한 검토 및 평가를 중심으로 실시하였음.

- 현행 의약분업 자체에 대한 평가는 크게 ① 조직평가, ② 이행과정 평가, ③ 성과평가로 구분하여 실시하였음.
 - 조직평가는 의약분업제도 참여 주체간 역할분담에 대한 평가, 의약분업 운영 시스템에 대한 평가를 중심으로 실시하였음.
 - 이행과정 평가는 의약분업 제도 운영과정 중에 발생하는 의료기관 및 약국간 담합행위, 약사의 임의조제 및 불법 대체조제 등 각종 불법행위와 함께, 약사의 복약지도, 처방전 발행 및 지역처방목록 제공과 처방전 발행, 의사 및 약사 간 의견교환 및 합법적 대체조제 등을 중심으로 평가하였음.
 - 성과평가는 항생제 등 오남용의약품의 사용 감소, 약제비 변화, 처방 상호점검에 의한 약화사고 예방 및 환자의 알 권리 신장, 질병의 조기발견 효과 및 지속적 건강관리 등 의약분업의 편익에 대한 평가와 함께, 의약분업 따른 건강보험 재정 및 국민의료비 지출, 시간상의 기회 비용 및 부대비용 등 의약분업의 비용 측면을 평가하였음.
- 국민선택분업에 대한 검토는 현행 제도에 비해 선택분업을 도입할 경우 제도 이행과정상의 문제와 의약분업의 편익 및 비용이 어떻게 변화할 것인지를 중심으로 실시하였음.
 - 선택분업을 도입할 경우 제도 이행과정 상의 요인인 의료기관 및 약국간 담합행위, 약사의 임의조제 및 불법 대체조제 등이 어떻게 변화할 것인지를 검토하였음.
 - 아울러 항생제 등 오남용의약품의 사용 감소, 약제비 변화, 처방 상호점검 등 성과 측면에서 선택분업이 현행제도에 비해 어떤 장단점을 가질 것인지를 검토하였음.

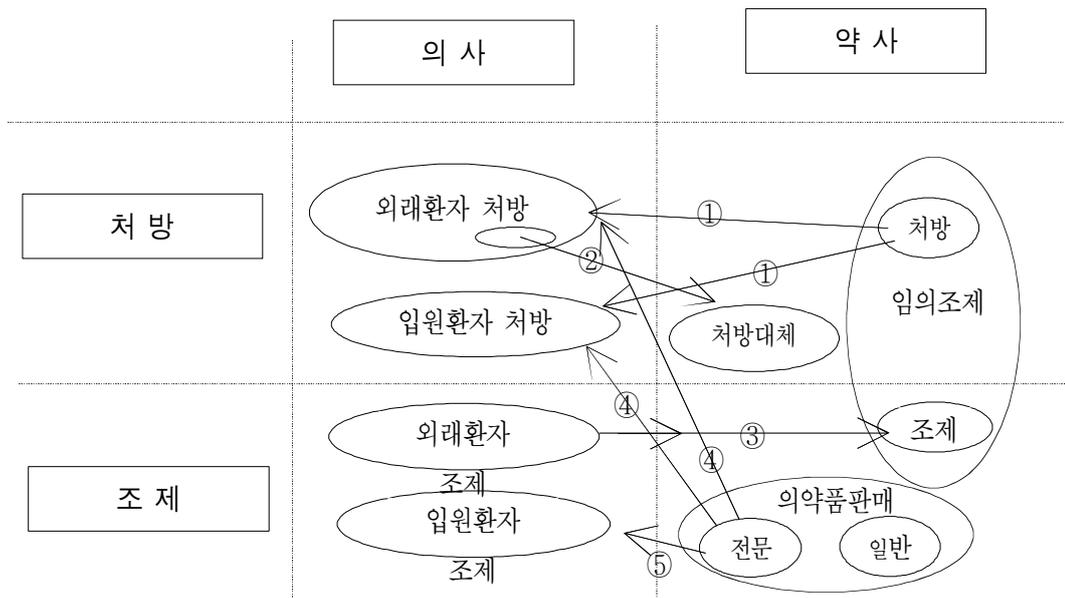
Ⅱ. 의약분업 제도 운영 및 성과에 대한 평가

1. 의약분업 실시 주체간 역할 분담 및 운영 시스템에 대한 평가: 조직 평가

가. 의약분업 실시 주체간 역할변화

□ 처방과 조제 관련 역할 변화

[그림 1] 처방·조제 관련 의사와 약사의 역할 변화



○ 우리나라에서의 의약분업제도는 궁극적으로 처방은 의사, 조제는 약사라는 원칙에 입각하여 기존의 의·약서비스 공급방식을 변경하는 제도임.

- 위의 그림에서 ①, ③, ④, ⑤는 이러한 원칙 하에 이루어진 변화로서 직종간의 전문성 제고와 이에 따른 서비스의 질 향상을 목표로 하고 있음.
 - ①은 의약분업 이전에 약국에서 임의로 이루어지던 처방이 의사의 역할로 전환된 것으로, 처방이라는 직무영역이 직종 간에 재분배된 것임.
 - 이 역할분담의 변화는 처방은 의사의 영역이라는 원칙에 따른 것인데, 의약분업이 추구하는 가장 큰 취지의 하나로서, 환자들이 약국에서 의약품의 임의 조제하여 투약하던 관행을 근절하기 위한 것임.
 - 우리나라에서 의약분업제도 도입의 필요성은 여러 가지 측면에서 찾을 수 있으나, 이와 관련한 가장 현실적인 문제인식은 의약분업 이전에 환자들이 아무런 통제장치 없이 약국에서 임의로 약을 구입하여 복용하고 있었다는 점이었음.
 - 따라서 전문의약품에 대해서는 의사의 처방을 받아 복용하도록 함으로써 의약품의 오·남용을 방지하고 국민의 건강을 보호하자는 것이 의약분업 제도 도입의 가장 일차적인 현실적 목표였음.
 - ③은 외래환자에 대한 조제를 원외의 약국이 전담하도록 하는 기관분업의 취지에 따라 이루어진 변화임.
 - 의·약서비스를 의사가 모두 제공하던 과거에 비해 의약분업이 실시됨으로 인해 외래환자에 대해 의사는 질병치료에 대한 포괄적인 권리와 의무를 가지지만 의약품의 조제에 대해서는 그 권한과 책임이 약사에게로 이전됨.
 - 만약, 의약분업제도의 목표를 앞의 ①에서와 같이 의사의 처방 없이 약국의 임의조제에 의한 전문의약품의 복용을 방지하는 것으로 의약분업의 목표를 국한한다면 과거와 같이 외래환자에 제한 조제의 권한을 의사에게 남겨둘 수도 있었을 것임.
 - 그러나 외래환자에 대한 조제권한을 약사에게로 이전한 것은 처방과

조제에 대한 지역 간 역할분담과 전문성 제고, 처방공개 및 처방의 상호점검 등을 통한 의·약서비스의 질 향상을 의약분업의 또 하나의 목표로 설정하였기 때문임.

- 이와 관련하여 선택분업이나 임의분업, 직능분업 등과 같은 다양한 형태의 분업이 있을 수 있으며, 분업의 형태별로 국민에게 발생하는 편익과 비용이 각각 다르게 나타날 수 있음.
 - 일반적으로 여러 가지 분업의 형태별로 비용과 편익 간에 상충관계(trade-off) 존재하는 것으로 판단됨.
 - 즉, 외래환자에 대한 처방은 반드시 원외 약국에서 조제하도록 하는 기관분업과 같이 제도적 측면에서 규제적 요소가 강할수록 사회적 비용이 더 많이 소요됨.
 - 반면에 외래환자에 대한 조제를 의료기관과 약국이 모두 할 수 있도록 하는 임의분업에서는 앞에서 언급한 바와 같은 지역 간 역할분담 및 전문성 제고, 처방공개 및 처방의 상호점검 등에 따른 편익이 그만큼 감소하게 됨.
 - 어떤 형태의 분업을 채택할 것인가는 의약분업체도를 통해서 얻고자 하는 편익을 무엇으로 설정할 것이며, 그것을 위해 사회적으로 얼마만큼의 비용을 지불할 의사가 있는지 등에 대한 사회적 합의와 선택의 문제라 할 수 있음.
- － ④는 ①과 같이 과거 약국에서 판매되던 전문 의약품에 대해 반드시 의사의 처방을 거치도록 함으로써 항생제 등의 오남용을 방지하고 약화사고를 예방하기 위한 변화임.
- ②는 의사의 처방에 대한 약사의 견제와 협의·조정 등을 통해 환자가 여러 의약품을 복용하는 경우의 복합적 투약 점검, 의사의 처방오류의 점검, 의사가 처방한 의약품보다 저렴한 의약품의 제공 등을 목표로 하고 있음.

- 이는 처방은 의사, 조제는 약사라는 역할 분담의 제한적인 예외인 만큼 의사와 약사 간에 갈등의 소지를 내포하고 있는 변화이며, 실제 의약분업 제도를 도입하는 과정에서 많은 갈등이 표출된 바 있음.
 - 이러한 요인은 현재 현실적인 의약분업 이행 과정상에 직접적으로 커다란 문제를 야기하고 있지는 않지만 의약분업 제도에 대한 의료계의 전체적인 불만을 형성하는데 간접적인 영향을 미치고 있다고 판단됨.
 - 한편, 처방대체와 관련하여 의사와 약사 간에 대립적인 관계도 사회적 비용을 발생시키지만, 다른 한편으로 약국과 의료기관간의 동반 개설·운영 등에 따른 의료기관과 약국 간 담합이나 일탈행위에 대한 의사와 약사의 상호 묵시적 인정 등도 의약분업 본래의 취지를 훼손할 수 있음.
 - 이런 측면에서 처방대체는 의사와 약사간의 상호 역할의 인정과 협조, 견제와 균형이 절대적으로 필요한 영역임.
- 이와 함께 약사의 처방대체는 의사의 처방과 약사의 조제 권한의 중간지점으로서 의사와 약사 간에 권한과 책임이 합리적으로 분배되었느냐가 관건이 될 수 있음.
- 이와 관련하여 원외처방에 대해 제한된 범위 내에서 대체조제할 수 있는 권한을 약사에게 부여하였으나, 의사의 동의를 구해야 하거나 또는 사후 통지를 해야 하도록 함으로써 의사의 처방에 대해 우선권을 부여하고 있음.
 - 아울러 의사가 대체조제 불가라는 표시를 하고 임상적 사유 등을 구체적으로 적은 품목은 대체조제 대상의약품에서 제외하는 등의 견제장치를 두고 있음.
 - 또한 약사법 제27조 5항에서는 의사의 사전 동의를 얻지 않고 대체조제를 한 경우 대체조제한 의약품으로 인한 약화사고에 대해서는 의사는 책임을 지지 않도록 하고 있음.

※ 약사법 제27조 5항: “의사 또는 치과의사의 사전 동의 없이 처방전에 적힌 의약품을 대체조제한 경우에는 그 대체조제한 의약품으로 인하여 발생한 약화사고에 대하여 의사 또는 치과의사는 책임을 지지 아니 한다”

○ 처방대체와 관련하여 의사와 약사간의 권한과 역할의 배분은 다음 [그림 2]와 같이 표시될 수 있음.

－ 성분·함량 및 제형이 같은 다른 의약품으로 대체조제하는 경우에는 의사의 동의를 구하여야 하는데, 의사의 동의가 없으면 대체조제를 할 수 없으므로 이와 관련하여서는 의사가 전체적인 권한을 가진 것으로 보아야 함.

※ 약사법 제27조 1항: “약사는 의사 또는 치과의사가 처방전에 적은 의약품을 성분·함량 및 제형이 같은 다른 의약품으로 대체하여 조제하려는 경우에는 미리 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사 등의 동의를 받아야 한다”

－ 생물학적 동등성이 있다고 인정되는 의약품으로 약사가 대체조제할 수 있으나, 의사의 대체조제 불가 표시와 임상적 사유 설명이 있는 경우는 대체조제가 불가하므로 결정적 권한은 의사에게 주어져 있다고 할 것임.

※ 약사법 제27조 2항: “제1항에도 불구하고 약사는 다음 각호의 어느 하나에 해당하면 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 사전 동의 없이 대체조제를 할 수 있다.

1. 식품의약품안전청장이 생물학적 동등성이 있다고 인정한 품목(생체를 이용한 시험을 할 필요가 없거나 할 수 없어서 생체를 이용하지 아니하는 시험을 통하여 생물학적 동등성을 입증한 의약품을 포함한다)으로 대체하여 조제하는 경우, 다만, 의사 또는 치과의사가 처방전에 대체조제가 불가하다는 표시를 하고 임상적 사유 등을 구체적으로 적은 품목은 제외한다”

－ 의사의 대체조제 불가 표시가 없는 경우는 약사가 대체조제를 하고 그 사실을 1일 이내(부득이한 사정이 있는 경우 3일 이내)에 의사에게 통보하여야 함.

• 따라서 약사에게 대체조제 권한이 대폭 주어져 있으나 의사에 대한 통보의무가 있다는 측면에서 의사도 일부의 권한을 가진다고 보아야 할 것임.

※ 약사법 제27조 4항: “약사는 제2항에 따라 처방전에 적힌 의약품을 대체조제한 경우에는 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사에게 대체조제 내용을 1일(부득이한 사유가 있는 경우에는 3일) 이내에 통보하여야 한다. 다만, 미리 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 동의를 받아 대체조제한 경우에는 그러하지 아니하다”

[그림 2] 대체조제와 관련한 의사와 약사간 권한 배분

의 사	약 사
처 방 대 체 동 의	성분 함량 및 제형이 같은 다른 의약품의 대체조제
처 방 대 체 불 가 표 시	생동성이 있다고 인정되는 의약품, 같은 제조업자가 제조한 의약품으로 성분·제 형이 동일하고 함량이 다른 의약품, 약사법 제27조 2항의 3에 해당하는 경우
약 사 의 처 방 대 체 통 지	

- 전체적으로 직역 상의 역할 변화와 관련하여 의약분업을 통해 의사가 담당하던 조제와 약사가 담당하던 처방을 상호교환하게 되었으나, 처방대체 제도를 통해 약사가 제한적으로 의사의 처방에 영향을 미칠 수 있게 되었음.
- 처방대체와 관련한 약사와 의사간 권리·의무의 이동은 이를 통해 국민에게 어느 정도의 편익이 발생하느냐로 정당화되어야 할 것임.
 - 이와 관련하여 국민에게 발생할 수 있는 편익은 처방오류의 정정과 처방된 의약품보다 저렴한 의약품을 사용함에 따르는 환자의 의료비 지출 절감 등임.
 - 우리나라의 경우 이와 관련된 구체적인 자료가 가용하지 않지만, 일본의

경우 일본약제사회 자료에 의하면 원외 처방전 중에서 약사가 의사에게 의견조회를 하는 비율은 낮지만 의견조회 결과 처방내용을 변경하는 비율은 약 60%에 달하고 있음.

〈표 II-1〉 의견조회 처방전 비율: 일본의 사례

구 분	2005년 조사	2002년 조사	2000년 조사	1998년 조사	2005년 처방전 매수
의견조회 처방전 비율	3.3%	2.91%	2.38%	2.18%	1,400만매 - 2,130만매
의견조회 처방중 처방내용을 변경하는 비율	59.2%	52.9%	66.3%	63.9%	900만매 - 1,260만매

자료: 일본약제사회 조사, 1998, 2000, 2002, 2005.

- 이와 같은 실적은 일본의 경우 약사가 의사의 처방전에 대해 의견을 제시하고 이를 처방에 반영하는 제도의 유용성을 뒷받침해 주고 있음.

□ 국민의 역할 변화

- 국민들의 경우 의약분업 시행 이전에는 의·약서비스를 소비하는 수요자로서의 입장만이 강조되었으나, 의약분업이 시행되면서 제도 시행의 협조자이면서 제도 운영이 성공적으로 이루어질 수 있도록 하는 실질적인 감독자, 그리고 제도 운영에 소요되는 비용의 부담자로서의 역할이 추가되었음.
- 의약분업에 소요되는 비용은 결국 국민이 부담하는 것으로, 국민은 가능한 한 적은 비용을 부담할 권리와 비용부담의 결과로서 발생하는 의약분업의 긍정적 효과가 극대화되도록 요구할 권리를 가지게 됨.
- 정부와 의사, 약사는 이러한 국민들의 권리를 충족시켜주어야 할 의무가 있으며, 국민들 스스로도 제도운영이 성공적으로 이루어지도록 협조할 의무를 가지게 됨.
- 즉, 국민은 의약분업 제도가 만들어 내는 편익을 단순히 수혜하기만 하는 것

이 아니라 국민들 스스로 편익을 증대시키는 제도 운영 주체의 하나라는 인식이 필요함.

- 그러나 현재 국민들 스스로 의약분업에 대한 관심이 부족할 뿐 아니라 의약분업과 관련한 제도적 일탈행위에 대한 소비자 고발이 미흡하는 등 국민들이 감독자와 협조자로서의 역할을 충분히 수행하지 못하고 있는 것으로 판단됨.
- 이러한 현상의 가장 근본적인 원인은 소비자들이 편익을 중시하는 의·약서비스 이용행태와 의약품 오남용 방지와 건강보호라는 의약분업의 취지에 대한 인식 부족으로 요약될 수 있음.
- 이와 함께 의약분업 제도에 대한 국민들의 지식과 이해를 증진시키기 위한 홍보 부족, 소비자 고발 등의 제도적 메커니즘 미비 등을 지적할 수 있음.
- 의약분업 제도가 내실 있게 운영되지 않을 경우 국민들이 지불하는 비용이 아무런 효과 없이 소모되어버리는 결과를 낳는다는 소비자 주권의식을 견지할 필요가 있음.

□ 정부의 역할 변화

- 의약분업제도는 의·약서비스의 흐름을 일정한 방향으로 조정하기 위한 제도적 틀로서 정부의 역할은 참여주체간의 역할 분담과 제도적 틀을 합리적으로 설정하고 제도적 틀을 이탈하는 서비스의 흐름을 차단하는 것임.
- 의약분업이 시행되고 있는 시점에서 정부는 지속적으로 제도의 이행상황을 점검하고 문제점이 발견될 경우 개선방안을 모색해나가야 함.
- 정부는 국민에게 발생하는 편익을 극대화시키는 한편, 각 주체들이 의약분업에 적극 참여할 수 있는 합리적인 여건과 동기를 조성해주어야 함.
 - 관련 주체들의 도덕적 해이나 일탈행위가 조장될 수 있는 여건이나 또는 관련 주체들의 참여 동기를 저해하는 여건들을 제거해 나가는 노력이 필요함.

□ 주체간 역할 변화에 대한 전반적 평가

- 의약분업 이전에 약국에서 임의조제하여 투약하던 환자에 대한 진료·처방 등 의사의 역할 증대, 의약분업 이전에 의료기관에서 조제를 받던 환자에 대한 조제 등 약사의 역할 증대가 이루어 졌음.
- 이러한 역할 변화의 정당성은 의약분업의 목표를 어떻게 설정하느냐에서 찾아야 할 것임.
 - － 환자들이 약국에서 임의로 전문의약품을 구입하여 복용하는 것을 근절함으로써 의약품 오남용을 방지하고 국민의 건강을 보호한다는 목표를 달성하기 위해서는 전문의약품에 대해 반드시 의사의 처방을 거치도록 하는 조치와 이를 위한 의사와 약사 간의 역할 변화가 필연적임.
 - － 여기에 추가하여, 처방의 상호 점검에 의한 약화사고의 예방과 직역간 전문성 제고에 따른 의·약서비스의 질 향상 등을 또 하나의 목표로 설정하는 한 외래환자에 대한 원의처방 의무화 및 대체조제, 그리고 이와 관련한 의사와 약사의 역할 변화는 필수적임.
 - 임의분업이나 선택분업 하에서도 처방의 상호점검에 의한 약화사고의 예방과 직역 간 전문성 제고를 기할 수 있을 것이나, 현실적으로 임의분업이나 선택분업 제도 하에서는 상당 비율의 환자들이 의료기관에서 조제를 받을 가능성이 높기 때문에 이러한 목표를 추구하는 데는 한계가 있을 것임.

〈표 11-2〉 의약분업의 목표와 의사 및 약사간 역할분담

의약분업의 목표	정책수단 및 의사·약사간 역할 분담
<ul style="list-style-type: none"> • 약국에서 임의로 의약품을 구입하여 복용하는데 따르는 의약품의 오남용 방지 • 초기에 의료기관을 방문함에 따르는 질병의 조기 발견 효과 	<ul style="list-style-type: none"> • 전문의약품에 대해서는 의사의 처방을 거치도록 함.
<ul style="list-style-type: none"> • 처방의 상호 점검에 의한 약화사고의 예방과 지역 간 전문성 제고 • 처방 공개에 따르는 환자의 알권리 신장과 의사의 신중한 처방 	<ul style="list-style-type: none"> • 외래 환자에 대한 원외 처방 의무화 및 대체조제

- 한편, 의약분업 추진과정에서 처방료의 인상과 약국조제료 등의 추가 비용을 인정한 것은 이러한 역할 변화에 대한 대가라 할 수 있을 것임.
 - 아울러, 의료기관이 외래환자에 대한 조제를 하지 않는 것에 대한 보상, 약국의 입장에서는 임의조제를 하지 않는 것에 대한 보상의 측면으로 이해할 수도 있음.
- 그러나 다른 한편의 시각으로는 수가 조정을 통한 별도의 대가를 지불하지 않더라도, 환자의 이동에 따른 자연적인 수입증대 효과 즉, 약국 임의조제한자의 의료기관 이동에 따른 수입 증대 효과(의료기관 측), 의료기관 내 조제환자의 약국 이동에 따른 수입 증대효과(약국측)를 얻을 수 있음.
- 따라서 이러한 추가비용은 의사와 약사가 국민의 건강보호를 위해 각자의 직역에서 전문성을 제고하고 서비스의 질을 증진시켜야 한다는 의무의 대가로 볼 수도 있음.

나. 의약분업제도 운영시스템에 대한 평가

- 현재 의약분업과 관련하여 약사법 등 관련 법규나 지침에 규정된 내용은 의약분

업의 제도적 근간이나 틀, 업무의 처리지침에 관한 사항이며, 제도 운영과 관련된 내용은 미흡함.

- 즉, 의약분업제도의 실질적 운영과정에서 관련주체들이 제도시행에 적극 동참하고 협조하도록 동기를 부여함으로써 제도가 원활하게 운영되도록 하는 장치는 미흡한 것으로 판단됨.
 - 현행 관련 법규에서는 제도운영과 관련하여 관련사항 위반시의 처벌 규정이 주된 내용으로 되어 있음.
 - 이에 따라 하나의 시스템으로서의 의약분업제도가 스스로 원활하게 작동하기 보다는 단속과 처벌이라는 규제적인 틀 속에서 운영되고 있는 것으로 판단됨.
- 특히 의약분업은 의사와 약사 간에 상호 주고받는 형태의 역할 변화를 전제로 하는 것인 만큼 관련 당사자간에 갈등이 일어날 수밖에 없는 태생적 특성을 가지고 있음.
 - 따라서 이러한 갈등은 제도 도입 이후의 이행과정에 항상 잠재되어 있을 수밖에 없으며, 이러한 갈등적 요소는 새로운 사회적 비용을 발생시키는 요인이 될 수 있음.
 - 의약분업 제도의 원활한 운영을 위해서는 의사와 약사 간의 협조가 반드시 필요한 요소임에도 불구하고 상호 대립적 갈등 구조 하에서 제도가 운영됨에 따라 제도운영의 성과가 크게 훼손되고 있음.
- 따라서 앞으로의 전체적인 정책방향은 제도 운영과정에서 이해당사자간의 갈등을 최소화하고 효율적으로 제도가 운영될 수 있도록 하는 수단을 강구할 필요가 있음.
 - 특히 단속과 처벌의 강화라는 규제적 접근보다 스스로 제도 운영에 참여할 수 있는 동기를 제공하는 방향으로의 지원책이 필요함.
 - 의약품 사용 및 약제비 절감 등은 의약분업 제도 하나만으로는 문제해결을

기대하기 어렵기 때문에 처방적정성 평가나 의약품 경제성 평가, 처방공개, 선별등재제도 등 관련제도와의 적극적인 연계가 중요함.

- 아울러 의약품 거래상의 리베이트 관행 등은 의약분업의 취지를 크게 훼손하는 요인의 하나이므로 의약품 유통의 투명화를 위한 정책적 노력이 강화되어야 할 것임.
 - 제약회사들이 약국에 자신들의 제품을 납품하거나 의사의 처방에 자신들의 의약품이 포함되도록 하기 위해 과잉영업 활동을 한다거나 리베이트를 제공하는 행위들이 발생하고 있음.
 - 특히 의약분업 이후 고가약 처방이 증가하면서 리베이트 관행이 증가하고 있는 것으로 판단되며, 이러한 리베이트 관행은 과잉처방 등을 조장할 우려가 있어 궁극적으로 약제비 증가 등을 가져올 가능성이 높음.
 - 이러한 리베이트 근절도 결국 약가의 경제성 평가, 선별등재제도, 유통투명화 등을 통한 과잉영업 활동 방지 등에서 찾아야 할 것임.

2. 의약분업제도 이행 과정 평가: 과정평가

가. 의약분업 이행과정 평가 의의

- 의약분업제도의 이행 과정평가는 의약분업의 목표달성을 원활하게 하거나 또는 반대로 성과의 구현을 저해하는 과정상의 요인에 대한 평가로서, 의료기관과 약국간의 담합, 복약지도, 불법 대체조제, 임의조제 등에 대한 평가 등이 포함됨.
- 의약분업 이행과정 상의 불법행위나 일탈행위에 대한 평가는 다음과 같은 측면에서 의의가 큼.
 - 의약분업의 궁극적인 성과는 국민의 건강보호라고 할 수 있는데, 의약분업으로 인해 국민의 건강이 어느 정도 보호되고 있는지를 계량적으로 측정하는

데 한계가 있으며, 그 성과가 국민들에게 가시화되지 않는 특성이 있음.

- 특히 제도 이행과정 상의 요인들은 의약분업의 성과에 직접적인 영향을 미치기 때문에 의약분업 제도의 성과와 성공 여부를 이를 기준으로 판단하려는 것이 일반적인 경향임.
- 의약분업 제도에 대해 현재 제기되고 있는 대부분의 비판은 이러한 제도 이행과정의 불법행위와 일탈행위가 확산되어 있다는 인식에 근거를 두고 있음.
- 따라서 의약분업 제도 이행과정에 대한 평가를 통해 의약분업의 제도 운영의 문제점을 분석하고 그 대안을 찾는 노력이 중요함.

나. 의약분업 이행과정 평가의 한계

- 어떤 제도이든 예외 없이 완벽하게 준수될 수는 없으므로 일정수준의 불법행위나 일탈행위가 존재할 수 있지만 그 정도가 제도의 취지를 훼손할 정도이어서는 안 될 것이며, 그럴 경우 이에 대비한 통제장치가 마련되어야 함.
- 아울러 관련 주체들이 제도 운영에 동참하지 않거나 불법행위나 일탈행위를 할 동기와 사회적 여건이 구조적으로 형성되어 있을 경우는, 그러한 동기와 사회적 여건을 약화시킴으로서 각 주체들 스스로 제도 운영에 참여하도록 유도하기 위한 제도적 장치가 강구되어야 함.
- 이런 측면에서 의약분업 이행과정에 대한 평가는 다음과 같이 다면적으로 이루어져야 할 것임.
 - 의료기관이나 약국, 환자들이 불법행위나 일탈행위를 할 동기와 사회적 여건이 어느 정도 형성되어 있느냐에 대한 평가
 - 의료기관과 약국이 스스로 불법적인 행동을 하지 않도록 유도하는 제도적인 통제장치가 마련되어 있느냐에 대한 평가

- 불법행위나 일탈행위가 어느 정도 확산되어 있느냐에 대한 평가
- 그러한 불법행위나 일탈행위가 의약분업의 도입취지와 성과를 어느 정도 훼손하고 있는가에 대한 평가
- 그러나 현실적으로 불법행위나 일탈행위의 특성상 행정적 단속 등을 통하지 않고 그 실태를 정확하게 파악할 수 없으므로 이에 대한 평가도 한계가 있을 수밖에 없음.
- 특히 현재 이루어지고 있는 불법행위나 일탈행위들이 의약분업 제도의 성과를 어느 정도 훼손하고 있는지를 평가하는 데는 더욱 어려움이 있음.
 - 의약분업 취지의 훼손정도를 평가하기 위해서는 불법행위나 일탈행위가 의약분업의 성과에 미치는 영향에 대한 상관관계 분석을 바탕으로 하여 여기에 불법행위가 현실적으로 어느 정도 확산되어 있는지를 반영하여야 함.
 - 그러나 현실적으로 그러한 상관관계 분석이나 불법행위의 확산정도를 계량적으로 정확하게 측정할 수 없다는 한계가 있음.
- 따라서 본 연구에서는 의약분업 취지의 훼손정도를 추정하기보다는 불법행위나 일탈행위를 할 동기와 사회적 여건, 제도적인 통제장치의 마련 여부, 불법행위나 일탈행위의 실태 등을 중심으로 분석하고자 함.

다. 의약분업 이행과정 상의 요인별 평가

1) 의료기관 및 약국간 담합

- 담합의 폐해
 - 담합은 의사의 처방에 대한 약사의 점검, 견제와 균형(check and balance)의 기능을 훼손하여 약화사고 방지 등 의약분업의 취지를 훼손하는 가장 중요한 요인의 하나임.

- 아울러 불필요한 의약품 사용량을 증가시켜 의약품 오남용 방지라는 의약분업의 본래의 취지를 저해하는 요인으로 작용함.

□ 담합의 적발과 정의상의 문제

- 의료기관과 약국 간 담합은 의약분업의 취지를 가장 크게 훼손하는 일탈행위의 하나이지만 현장에서의 단속을 통하지 않고서는 담합을 적발하기 어렵다는 문제점이 있음.
- 의료기관과 약국이 인접해 있거나 품목도매를 통해 특정 의약품이 특정 약국에만 집중 공급되는 경우, 그리고 특정의료기관의 처방전이 특정약국으로 집중되는 경우에 담합으로 의심할 수 있으나 의료기관과 약국이 건전한 의미에서의 파트너쉽을 구축하여 상호 협조하는 경우도 있을 수 있기 때문에 외형적인 현상만으로 담합을 명확하게 규정할 수는 없음.
- 이러한 요인으로 인해 규제적인 단속만으로는 문제해결을 기대하기 어려우며 의사와 약사 스스로 담합을 하지 않는 것이 유리하도록 하는 제도적 유인책의 마련이 필요함.

□ 담합의 동기와 사회적 여건

○ 약국측 요인

- 의사가 처방을 변경하는 경우 담합 약국에 비해 그렇지 않은 약국은 상대적으로 의약품 구비 등과 관련한 간접적 비용(의약품이 구비되지 않아 환자를 돌려보내는 데 따르는 손실, 약국에 대한 환자의 이미지 하락, 급하게 의약품을 구하는 데 소요되는 비용 등)이 클 수밖에 없음.
- 일반약 판매에 비해 처방에 의한 조제의 경우 고가약 조제가 많기 때문에 처방전이 많다는 것은 고가약으로 인한 수입이 높다는 것을 의미하는 것이 현실임.
- 이에 따라 약국이 수용하는 처방전수는 약국의 수입을 직접적으로 결정하

는 요인이 될 뿐만 아니라, 약국의 인수·인계나 판매 등의 과정에서 약국의 판매 가치를 결정하는 요인으로 작용하기 때문에 약국의 입장에서는 의료기관과의 담합을 통해 가능한 한 많은 처방전을 수용하려는 동기가 발생함.

- 이에 따라 특정 의료기관에서 발행하는 원외 처방전의 일정 비율을 특정 약국에 제공해주고 해당약국에 사례를 요구하는 브로커가 발생하기도 함.
- 이러한 성격의 담합은 의사와 약사 간 의심처방의 확인점검이나 처방오류의 수정 등이 이루어지지 못하도록 하는 요인이 됨.
- 즉, 약사가 의사의 처방에 대해 이의를 제기하지 않고 무조건 수용하거나 대체조제가 필요한 경우에도 그렇게 하지 않도록 하는 요인이 될 수 있음.
- 한편, 약국이 의료기관과의 담합을 통해 조제료를 과당 청구하거나 저가약 대체조제 인센티브를 목적으로 부당하게 대체조제를 하는 등의 행위도 발생하고 있음.
- 즉, 의도적으로 의료기관에서 고가약을 처방하고 약국에서는 저가약으로 대체조제함으로써 인센티브를 받는 사례가 발생하고 있음.

○ 의료기관측 요인

- 의료기관의 입장에서는 자신의 처방을 원활하게 수용해주는 약국이 인근에 있다는 것이 환자에 대한 이미지 제고나 편의 증진, 수입증대 등의 측면에 유리함.
- 약사가 의사 자신의 처방에 이의를 제기하지 않음으로 인해 리베이트와 관련한 여러 가지 이익이 발생할 수 있으며, 처방전을 매개로 한 뒷거래나 약사가 대체조제를 하도록 묵인하고 사례를 받는 등의 부당행위도 발생할 가능성이 있음.

○ 환자측 요인

- 환자측에서도 의료기관 인근의 약국에서 편리하게 의약품을 구입할 수 있다면 의약품을 과다하게 처방했는지 등에 대한 전문지식이 부족한 환자의 입장에서는 의료기관과 약국 간 담합이 있다고 하더라도 여기에 대해 굳이 반대할 동기가 없을 것으로 판단됨.

○ 전체적으로 보아 의료기관이나 약국 모두 담합을 통해 법의 테두리를 벗어나지 않는 범주에서도 상호이익을 얻을 수 있는 환경이 조성되어 있으며, 불법행위도 발생하기 쉬운 여건이 형성되어 있음.

□ 담합의 실태

- 최근 5년간 의약분업관련 위반행위 중 담합행위의 단속 현황을 보면, 2002년 21건의 적발 이후 점차 줄어드는 추세를 보이고 있다가 2006년에 23건이 적발되었음.
 - 그러나 이러한 변동이 실질적으로 담합이 증감한 결과인지 또는 단속 상의 요인 때문인지는 확실하지 않음.
- 전체적인 담합의 적발건수가 적은 것은 그만큼 담합을 적발하기 어렵다는 점을 보여주는 것이며, 이는 적발된 건수보다 담합이 실제로는 훨씬 더 많을 것이라는 점을 반증해주고 있음.

〈표 11-3〉 의약분업 관련 담합행위 적발 및 행정처분 현황

(단위: 건)

연도	담합			행정처분					
	소계	의료기관	약국	소계	자격정지	영업정지	고발	시정명령	무혐의
2002	21	10	11	31	12	10	9	-	-
2003	7	3	4	16	3	5	7	-	1
2004	6	2	4	14	5	2	5	2	-
2005	7	4	3	10	1	5	4	-	-
2006	23	6	17	26	1	15	10	-	-

자료: 보건복지부 내부자료

- 담합과 관련한 설문조사 결과는 사실상 별다른 의미가 없으나 2003년 한국보건사회연구원 조사¹⁾에 의하면 의료기관의 57.7%, 약국의 85.4%가 담합을 인지한 경험이 있는 것으로 조사되었음.
 - 의료기관의 경우 담합이 '매우 흔하다'는 응답이 5.6%, '일부 있다'는 응답이 52.1%였으며, 약국의 경우는 '매우 흔하다'는 응답이 22.1%, '일부 있다'는 응답이 63.3%였음.
 - 이러한 비율은 실제보다 낮게 산출되었을 가능성이 높으며 이 수치만을 기준으로 전체적인 상황을 단정할 수는 없을 것으로 판단됨.

〈표 11-4〉 의료기관과 약국간 담합 존재 여부에 대한 인식(2003년)

(단위: 개소, %)

응답자	계	매우 흔함	일부 있음	거의 없음	전혀없음
의료기관	288(100.0)	16(5.6)	150(52.1)	117(40.6)	5(1.7)
약국 ¹⁾	241(100.0)	53(22.0)	153(63.5)	28(11.6)	2(0.8)

주: 1) '잘 모름' 응답 5건 제외

자료: 조재국 외, 『의약분업 성과평가와 제도개선』, 한국보건사회연구원, 2003.

1) 조재국 외, 『의약분업 성과평가와 제도개선』, 한국보건사회연구원, 2003.

- 본 연구에서 약국을 대상으로 실시한 설문조사에 의하면 약 70%의 약사들이 담합이 존재한다는 인식을 가지고 있는 것으로 조사되었음.
- 담합이 '매우 흔하다'는 응답이 12.9%, '일부 있다'는 응답이 56.8%로서 2003년의 조사결과에 비해 다소 감소하였으나 전체적으로는 여전히 높은 비율을 보이고 있음.
- 약국 특성별로는, 주변에 의료기관이 없는 동네약국일수록, 약국서비스가 일반의약품판매 위주일수록 높은 것으로 나타났음.
- 이러한 현상에 대해서는 의료기관과 짝을 이루지 않고 독립적으로 존재하면서 일반 의약품 판매를 주로 하는 약국일수록 담합의 존재 여부에 대해 솔직하게 응답한 결과로 해석할 수도 있음.

〈표 11-5〉 의료기관과 약국간 담합 존재 여부에 대한 인식(2008)

(단위: 개소, %)

	매우 흔함	일부 있음	거의 없음	전혀 없음	잘 모름
전체	18 (12.9)	78 (56.8)	23 (16.5)	6 (4.3)	13 (9.4)
약국 위치**					
대형병원 근처	-	8 (88.9)	-	-	1 (11.1)
병의원 근처	7 (6.9)	58 (56.9)	21 (20.6)	6 (5.9)	10 (9.8)
동네약국	11 (40.7)	12 (44.4)	2 (7.4)	-	2 (7.4)
약국 서비스**					
처방조제전문	4 (4.3)	56 (60.2)	18 (19.4)	6 (6.5)	9 (9.7)
일반의약품판매	13 (35.1)	18 (48.6)	4 (10.8)	-	2 (5.4)
기타	1 (11.1)	5 (55.6)	1 (11.1)	-	2 (5.4)

** p < .01

자료: 본 연구의 조사

- 담합은 외형적인 현상만으로는 그 존재여부를 판단하기가 어려운 특성이 있는데, 특정 의료기관의 처방전이 특정 약국에 집중되는 현상 하나만으로는 담합의 존재 여부를 판단할 수는 없음.
- 특히 상당수의 환자들이 스스로 의료기관 인근의 약국을 선택하기 때문에 인접한 의료기관과 약국 간에 처방이 집중될 수밖에 없음.

- 본 연구의 조사에 의하면 별도의 단골약국이 없다는 응답자의 경우 의료기관인근의 약국을 이용하는 비율이 78.6%에 달하고 있음.
- 단골약국이 있는 경우에도 그 단골약국이 의료기관인근이나 같은 건물 내에 있다는 응답이 51.4%에 달하고 있음.

〈표 II-6〉 단골약국 및 이용약국 소재지

(단위: 명, %)

	전체	단골약국	평소 이용약국
전체	1,001(100.0)	510 (50.9)	491 (49.1)
소재지			
집 근처 동네**	303 (30.3)	214 (42.0)	89 (18.1)
시내 중심가	47 (4.7)	32 (6.3)	15 (3.1)
병원 인근/건물**	648 (64.7)	262 (51.4)	386 (78.6)
기타 지역	3 (0.3)	2 (0.4)	1 (0.2)

** p < .01

자료: 본 연구의 조사

- 본 연구에서 해당약국을 이용하는 이유에 대해 질문하였는데, '진료 받는 병원과 가까워서'라는 응답이 약 70%에 달하고 있음.

〈표 II-7〉 단골약국 및 이용약국 이용 이유

(단위: 명, %)

전체	전체	단골약국	평소 이용약국
전체	1,001(100.0)	510 (50.9)	491 (49.1)
소재지			
약국이 크고 많은 약 구비	33 (3.3)	25 (4.9)	8 (1.6)
교통이 편리	124 (12.4)	71 (13.9)	53 (10.8)
아는 약국	39 (3.9)	33 (6.5)	6 (1.2)
아는 사람의 권유	2 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)
의사의 권유	4 (0.4)	2 (0.4)	2 (0.4)
약값이 저렴	12 (1.2)	7 (1.4)	5 (1.0)
진료받는 병원과 가까움	696 (69.5)	298 (58.5)	398 (81.1)
자동처방전 발급기	6 (0.6)	3 (0.6)	3 (0.6)
약사가 친절	60 (6.0)	57 (11.2)	3 (0.6)
기타	24 (2.4)	12 (2.4)	12 (2.4)

자료: 본 연구의 조사

- 이러한 현상은 일본의 경우에도 마찬가지로 발생하고 있는데, 일본 약제사회 자료에 의하면 약국에서 조제 받은 환자의 90.3%가 의료기관 인근의 약국에서 조제를 받는 것으로 나타나고 있음²⁾.
- 따라서 인근 지역 내의 의료기관과 약국간의 처방이 집중되는 현상이 발생할 수밖에 없으며, 그렇다고 하더라도 그 현상만으로 담합이 존재한다고 추정하기는 어려움.
- 이와 같이 처방을 받는 의료기관과 조제를 받는 약국이 인접해 있음으로 인해 어떤 효과가 발생할 것인지에 대해 약사들에게 질문한 결과, 두 기관의 인접이 담합을 조장하는 요인이 된다는 응답은 50.4%로 나타나 지리적 위치로 인한 담합의 가능성을 지적하는 비율은 그리 높지 않았음.

〈표 11-8〉 의료기관과 약국의 인접이 담합을 조장할 가능성

(단위: 개소, %)

	전체	있음	없음
지리적 인접성의 담합조장 가능성	139(100.0)	70(50.4)	69(49.6)

자료: 본 연구의 조사

□ 담합 통제를 위한 제도적 장치 구비 여부

- 현재 담합을 포착하고 통제할 수 있는 제도적 장치로는 현장단속과 처벌, 그리고 신고·고발자에 대한 포상금 지급 등이 있음.
 - 담합에 대한 처벌규정은 약사법 제94조(벌칙)에서 담합행위를 한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있음.
 - 아울러 약사법 제90조(포상금) 및 시행령 제37조에서는 담합행위를 신고·

2) 2002.12.10~2003.1.8일 기간 중 이루어진 일본 약제사회 조사결과로서, 2002년 8월 의료기관에서 외래 진료를 받은 환자 1,108명(가나가와 현의 5개 건강보험의 20세 이상 피보험자 및 피부양자) 대상 조사

고발하는 자에게는 벌금액의 100분의 10 범위 내에서 포상금을 지급할 수 있도록 하고 있음.

- 그러나 앞에서 제시된 바와 같이 담합에 대한 단속건수가 매우 적은 것으로 나타나는 등 단속에 어려움이 많을 뿐 아니라, 실효성 있는 현장단속을 위해서는 많은 행정비용이 소요됨.

○ 신고·고발자에 대한 포상금 지급제도도 신고·고발자가 담합에 대한 뚜렷한 증거를 확보하기 어렵다는 점에서 실효성에 의문이 제기될 수 있음.

○ 한편, 약국의 입장에서 담합을 하는 것보다는 의사와 독립적 관계를 유지하면서 저가약 대체조제 인센티브를 얻는 것이 유리하다면, 저가약 인센티브 제도도 담합을 예방하는 데 기여할 수 있을 것임.

- 그러나 현실적으로 담합으로 인해 얻는 이익이 저가약 대체조제 인센티브보다 클 가능성이 높기 때문에 담합예방 효과를 기대하기는 어려울 것으로 판단됨.

- 또한 의사가 약사와의 담합 하에 의도적으로 고가약을 처방하고 약사가 이를 대체조제하는 등 저가약 대체조제 인센티브 제도를 악용할 소지가 있기 때문에 담합을 극복할 수 있는 방법은 아닌 것으로 판단됨.

○ 이와 같이 처벌과 단속, 신고포상제 등이 한계를 가지고 있다라고 가장 현실적인 대안인 것으로 판단됨.

- 물론 궁극적인 해결책은 담합이 의료기관과 약국 서로에게 도움이 되는 상황을 제거하고, 담합을 하지 않는 것이 유리하도록 제도적 환경을 만드는 데서 찾아야 할 것임.

- 그러나 의료기관과 약국의 도덕적 해이가 동일한 방향으로 작용하는 상황에서 담합이 발생하므로, 한 주체의 이익 추구 행위가 다른 주체의 이익과 갈등적인 구도를 가지도록 하는 제도적 장치는 현실적으로 발견하기 어려움.

- 따라서 관건은 단속과 적발, 처벌 등의 행정적 조치를 취하는데 소요되는 비용을 절감하고 그 효과성을 높이는 대안을 강구하는 것임.
 - 이를 위해서는 처방 적정성 평가 등과 연계하여 주요 질환별로 평균 이상으로 의약품을 과다하게 처방하거나 부적절한 처방이 많음에도 불구하고 해당 처방을 약국에서 그대로 조제해준 실적을 집계하여 이들 의료기관과 약국을 집중 관리하는 방안을 고려해 볼 필요가 있음.
 - 의료기관과 인접한 약국들과 그렇지 않은 약국들로 유형을 구분하여, 각 유형별로 관리하는 방안도 고려할 필요가 있음.
- 한편, 본 연구의 약국 설문조사에 의하면, 의료기관과 약국간 담합을 없앨 수 있는 가장 효과적인 방법에 대해 33.6%의 응답자가 '의사와 약사의 준법정신 제고를 위한 교육·홍보'라고 응답하였음.
 - 당국의 지속적인 단속과 강도 높은 처벌조치 시행(23.7%), 특정관계인 의사·약사의 근접개설 금지(19.8%), 담합신고제도 활성화(6.9%), 기타 의견(16.0%) 등으로 나타났음.

□ 현재의 담합 실태로 인한 의약분업 취지의 훼손 정도

- 약사가 의심처방에 대해 이의를 제기하지 않거나 대체조제를 하지 않는 형태의 묵시적인 담합은 광범위하게 확산되어 있을 가능성이 높음.
 - 상당수의 약국이 문전약국의 형태를 띠고 있는 상황에서 의료기관과 약국 모두에 담합을 할 동기가 존재하고 이를 통제하기 위한 현장단속도 제한되어 있는 한 이러한 담합이 확산되어 있을 가능성은 매우 높음.
- 이로 인해 의약분업의 가장 중요한 취지의 하나인 의사와 약사 간의 상호 점검에 의한 약화사고 방지 등의 취지가 크게 훼손되고 있을 가능성이 높음.

2) 임의조제

□ 임의조제의 폐해

- 전문의약품은 반드시 의사의 처방을 받아 복용하도록 함으로써 의약품 오·남용을 방지하는 것이 의약분업의 가장 기본적인 목표의 하나라는 점에서 약사의 임의조제는 의약분업의 취지에 정면으로 배치되는 행위임.
- 전문의약품을 약사가 임의로 조제·판매한다는 것은 의약분업 제도를 도입하지 않은 것과 같다는 것을 의미함.

□ 임의조제의 동기와 사회적 여건

○ 약국측 요인

- 단순히 임의조제 자체에만 초점을 맞춘다면 약국의 입장에서는 임의조제를 할 경우 처방조제에 비해 수입이 감소할 가능성이 높음.
- 즉, 임의조제에 대해서는 건강보험 급여를 청구할 수 없으므로 약가를 모두 환자에게 부담시켜야 하는데, 이 경우 환자의 본인부담이 지나치게 커지게 되기 때문에 약가보다 낮게 환자에게 비용을 부담시킨다면 약국의 입장에서는 처방에 의한 조제에 비해 수입이 감소하게 됨.
- 이런 측면에서만 본다면 약사가 임의조제를 할 동기가 분명하지 않지만, 약사의 입장에서는 처방전을 받아 오라고 고객을 돌려보내기 보다는 일반의약품을 판매하거나 임의조제를 하는 것이 경제적으로 유리한 상황이 발생할 수 있음.
- 아울러 처방전 없이 전문약을 구입하려는 고객의 요구를 뿌리치지 못하는 상황도 발생할 수 있으며, 일반약의 혼합 판매나 문진을 통한 약판매 등이 발생할 가능성이 높음.
- 특히, 복약지도는 의약품의 명칭, 용법용량, 효능효과, 부작용, 상호작용 등

의 정보를 제공하고 일반의약품을 판매할 때 판단을 하지 않고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것으로 정의되지만 이 과정에서 문진을 통한 약 판매가 이루어질 가능성이 있음.

○ 환자측 요인

－ 환자는 의료기관 방문에 따르는 불편이나 직간접 비용을 절감할 수 있기 때문에 약국에서 임의조제를 통해 의약품을 구입하려는 동기를 가짐.

○ 전체적으로 공급자인 약국과 수요자인 환자가 모두 임의조제에 대한 동기를 가지고 있지만 환자 측의 동기가 더 강한 것으로 볼 수 있음.

□ 임의조제의 실태

○ 임의조제가 어느 정도 확산되어 있는지에 대한 통계를 산출하는 것은 현실적으로 불가능하지만 보건복지가족부의 자료에 의하면, 최근 5년간 임의조제 적발건수는 2002년 52건, 2004년 21건, 2006년 2006년 14건 등으로 감소하고 있음.

－ 그러나 이러한 적발건수가 실제 임의조제의 변화 추세를 반영하고 있는지는 불분명함.

<표 11-9> 의약분업 관련 임의조제 적발 및 행정처분 현황

(단위: 건)

연도	임의조제			행정처분					
	소계	의료기관	약국	소계	자격정지	영업정지	고발	시정명령	무혐의
2002	52	-	52	81	16	36	28	-	1
2003	14	-	14	27	7	11	9	-	-
2004	21	-	21	38	11	16	11	-	-
2005	16	-	16	24	6	11	7	-	-
2006	14	-	14	23	8	6	9	-	-

자료: 보건복지부 내부자료

○ 이와 관련하여 2003년 한국보건사회연구원의 조사에 의하면³⁾, 의료인의 경우

88.8%의 응답자가 임의조제를 인지한 경험이 있었다고 응답한 반면, 약사의 경우는 24.0%만이 임의조제를 인지한 경험이 있다고 응답하였음,

- 이는 임의조제의 확산정도에 대한 의사와 약사간의 시각 차이를 보여 주고 있는데, 약사들의 24.0%가 임의조제가 이루어지고 있다고 응답하였다는 것은 임의조제가 일정 수준 존재하고 있다는 점을 간접적으로 보여 주고 있음.

○ 본 연구의 약국 조사결과에 의하면 22.3%의 약사가 임의조제가 이루어지고 있는 것으로 응답하였는데, '매우 흔하다'는 응답이 0.7%, '일부 있다'는 응답이 21.6%였음.

- 임의조제 인지정도에 대해서는 약국의 위치나 약국서비스 특성에 따른 유형별 차이가 없었으며, 2003년의 한국보건사회연구원이 조사 결과에 비교해 볼 때 인지비율의 차이는 거의 없는 것으로 나타났음.

〈표 II-10〉 임의조제에 대한 약사들의 인식

(단위: 개소, %)

	매우 흔함	일부 있음	거의 없음	전혀 없음	잘 모름
전체	1 (0.7)	30 (21.6)	55 (39.6)	27 (19.4)	25 (18.7)
약국 위치					
대형병원 근처	-	2 (22.2)	4 (44.4)	2 (22.2)	1 (11.1)
병의원 근처	1 (1.0)	20 (19.6)	39 (38.2)	24 (23.5)	18 (17.6)
동네약국	-	8 (29.6)	12 (44.4)	1 (3.7)	6 (22.2)
약국 서비스					
처방조제전문	1 (1.1)	17 (18.3)	38 (40.9)	21 (22.6)	16 (17.2)
일반의약품판매	-	10 (27.0)	13 (35.1)	6 (16.2)	8 (21.6)
기타	-	3 (33.3)	4 (44.4)	-	2 (22.2)

자료: 본 연구의 조사

3) 조재국 외, 『의약분업 성과평가와 제도개선』, 한국보건사회연구원, 2003.

- 일부 연구⁴⁾에서는 처방전 없이 약사의 약 권유나 조제를 경험한 비율이 17.8%에 이르고, 이를 받아들인 환자가 92.%에 달한다는 조사결과를 발표 한 바 있음.
- 단, 이 결과에는 일반 소비자들은 설문 과정에서 약국내 한약 조제에 대한 사항을 포함시켰을 개연성이 있기 때문에 이 수치를 임의조제의 실태로 해석할 수는 없음.
- 그러나 어쨌든 의·약·정 합의에 따라 약계에서의 자체적인 정화활동이 적극적으로 추진될 필요가 있음.

□ 임의조제 통제를 위한 제도적 장치

- 가장 우선적으로 임의조제에 대한 단속과 처벌 이외에 임의조제를 자율적으로 정화하겠다는 의·약·정 합의가 준수되어야 함.
- 약사가 임의조제를 하는 경우는 문진을 통한 의약품 판매가 가장 많은 유형으로, 환자들의 일부를 표본으로 선정하여 문진 행위 등이 있었는지를 확인한 후 해당약국에 대해 점검을 하는 절차를 마련할 필요가 있음.
 - － 약사들의 입장에서는 추후 환자를 통해 자신의 행위가 들어날 수도 있다는 점을 인식하고 제도를 적극 준수하려는 동기를 가지게 될 것임.
- 한편, 환자들이 의료기관을 방문하지 않고 약국에서 의약품 구입을 희망하면서 약사에게 임의조제에 해당하는 행위를 요구할 수 있음.
 - － 임의조제에 대한 대국민 홍보와 교육이 필요하며, 환자가 전문약품의 조제나 판매를 적극적으로 요구하는 경우 법적인 제재를 가하는 방안을 강구할 필요가 있음.

4) 서울대학교 사회발전연구소, 「의약분업 평가를 위한 국민만족도 조사」, 2006.

3) 불법 대체조제

□ 불법 대체조제의 폐해

- 대체조제 관련 법규를 준수하지 않는 행위는 약사가 의사의 직역과 권한을 침범하는 행위로서 의사와 약사간의 상호 점검에 의한 약화사고 방지 등의 취지를 훼손하게 됨.

□ 불법 대체조제의 동기와 사회적 여건

- 의사의 사전 동의 없이 처방을 변경하여 수정조제하거나 의사에게 대체조제 사후 통보를 하지 않거나, 생물학적 동등성이 인정되지 않는 의약품으로 대체조제를 하는 불법행위는 주로 제도 준수에 따른 시간적·경제적 비용에 기인함.
 - 이러한 불법행위는 의사의 동의를 구하거나 사후 통보를 하는 데 소요되는 시간비용과 노력, 생동성이 인정되는 품목을 구하는데 구비하는 데 소요되는 비용 등을 회피하고자 하는데서 비롯된 결과임.
- 따라서 불법 대체조제가 어느 정도 확산되어 있느냐는 그러한 비용이 크기가 어느 정도이냐에 달려 있는데, 비용의 크기는 의사가 적극적으로 협조해 주지 않을 경우 증가하게 됨.
 - 의사의 입장에서는 동의를 구하는 약사의 전화 등에 친절하게 응대해주어야 할 동기가 뚜렷하지 않기 때문에 현실에서 이와 관련한 불편을 호소하는 사례가 많이 발생하고 있음.

□ 불법 대체조제 실태

- 현행 의약분업 제도 하에서는 처방전 내용의 변경 또는 수정이 필요한 경우 약사 또는 한약사는 처방전을 발행한 의사·치과의사·한의사 또는 수의사의 동의 없이 처방을 변경하거나 수정하여 조제할 수 없도록 규정하고 있음(약사법 제26조).

- 아울러, 처방을 변경하거나 수정하여 조제하기 위해서는 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사에게 변경하거나 수정하려는 사유 및 내용에 대하여 전화·팩스·컴퓨터통신 등을 이용하여 동의를 받아야 함(약사법 시행규칙 제13조).
- 대체조제하려는 경우에는 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사에게 대체조제하려는 사유 및 내용에 대하여 전화·팩스 또는 컴퓨터통신 등을 이용하여 동의를 받아야 함(약사법 시행규칙 제14조).
- 이와 관련하여, 약사가 의사의 동의를 구하였는지, 사후 통보를 하였는지 등은 환자로서는 알기 어렵기 때문에 불법 대체조제와 관련하여 환자를 대상으로 한 설문조사는 그 신뢰성이 낮을 수밖에 없으나, 처방전 내역 변경 경험이 있는 환자들을 대상으로 한 본 연구의 조사에 의하면 처방전 내역 변경 시 약사가 의사와 상의한 사실이 없다는 응답이 46.9%를 차지하였음.
- 처방전 내역 변경시 약사가 의사와 상의하지 않는 경우에는 대체조제 사실을 통보만 해도 되는 경우가 포함되어 있기 때문에 이 비율이 모두 불법 대체조제라고 할 수는 없음.
- 그러나 이중의 일부는 의사의 사전 동의를 필요함에도 불구하고 동의를 구하지 않은 경우가 포함되어 있을 개연성을 배제할 수 없음.

〈표 II-11〉 처방전 내역 변경 경험 여부

(단위: %)

	N (%)		N (%)	
처방전 변경 경험 있음 없음 잘 모름	82 (8.2) 740 (73.9) 179 (17.9)	환자에게 변경 설명		
		설명	68 (84.0)	
		설명하지 않음	12 (14.8)	
			기억나지 않음	1 (1.2)
		의사와의 상의		
		상의함	40 (49.4)	
	상의하지 않음	38 (46.9)		
		기억나지 않음	3 (3.7)	

자료: 본 연구의 조사

— 그러나 대체조제를 하는 경우 환자에게 설명을 해주어야 함에도 불구하고 약사가 설명을 하지 않은 경우가 14.8%로 나타났다.

- 현행 의약분업 제도 하에서 불법 대체조제로 분류되는 세 가지 조제행위(처방전 내용을 약사가 임의로 수정하여 조제하는 경우, 의사와의 사전협의·통보 없이 대체조제하는 행위, 생물학적 동등성이 인정되지 않는 의약품으로 대체조제 하는 행위)에 대한 최근 5년간 적발 현황을 보면, 2002년 144건에서 다음 해 153건으로 증가하였다가, 그 이후부터 감소하여 2006년에는 51건으로 감소하였음.

〈표 11-12〉 의약분업 관련 불법대체조제 적발 및 행정처분 현황

(단위: 건)

연도	불법대체조제			행정처분					
	소계	의료기관	약국	소계	자격정지	영업정지	고발	시정명령	무혐의
2002	144	-	144	272	91	95	86	-	-
2003	153	-	153	272	68	96	100	5	4
2004	61	-	61	118	33	38	44	-	3
2005	54	-	54	99	33	23	39	1	3
2006	51	-	51	82	31	16	31	-	4

자료: 보건복지부 내부자료

- 한편, 본 연구에서 실시한 약국조사에 따르면 약국 약사들의 31.3% 정도가 불법 대체조제를 인정한 경험이 있는 것으로 조사되었음.
- 불법 대체조제가 ‘매우 흔하다’는 응답은 1.4%, ‘일부 있다’는 응답은 30.9%로 나타났으며, 약국의 유형별로는 별다른 차이가 없었음.

〈표 11-13〉 불법대체조제에 대한 인식

(단위: 개수, %)

	매우 혼함	일부 있음	거의 없음	전혀 없음	잘 모름
전체	2 (1.4)	43 (30.9)	62 (44.6)	12 (8.6)	19 (14.4)
약국 위치					
대형병원 근처	-	2 (22.2)	7 (77.8)	-	-
병의원 근처	2 (2.0)	32 (31.4)	44 (43.1)	10 (9.8)	14 (13.7)
동네약국	-	9 (33.3)	11 (40.7)	2 (7.4)	5 (18.5)
약국 서비스					
처방조제전문	1 (1.1)	31 (33.3)	39 (41.9)	10 (10.8)	12 (12.9)
일반의약품판매	-	11 (29.7)	17 (45.9)	2 (5.4)	7 (18.9)
기타	1 (11.1)	1 (11.1)	6 (66.7)	-	1 (11.1)

자료: 본 연구의 조사

□ 불법 대체조제 통제를 위한 제도적 장치

- 현재로서는 단속과 처벌 이외에 불법 대체조제를 통제하기 위한 제도적 장치가 미흡한 실정임.
- 의사의 사전 동의나 대체조제 통보의 과정에서 발생하는 비용을 줄여주는 방향으로 제도적 장치를 마련할 필요가 있음.
 - 대체조제 사후 통보 기간을 연장하거나, 지역 의약분업협력위원회의 지역 처방목록에 포함된 의약품은 별도의 사후 통보가 필요하지 않으므로 사후통보 위반 사례를 줄이기 위해 지역처방목록을 반드시 제출하도록 유도할 필요가 있음.
 - 대체조제의 사후 통보기간을 현재의 1일에서 2일 등으로 연장하되, 만약 그 기간 내에 환자가 재진을 받으러 의료기관을 방문해야 하는 경우에는 환자의 처방전에 대체조제 사실을 기록하여 의사에게 전달하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있음.
- 이러한 조치는 의사의 사전 동의나 사후 통보에 따르는 불편함으로 인해 불법으로 대체조제를 하는 경우를 방지하기 위한 조치인데, 재고 의약품의 처리

나 특정 의약품의 판매를 늘리기 위해 의도적으로 불법 대체조제를 하는 경우를 방지하기 위해서는 별도의 제도적 장치가 필요함.

- 이를 위해 약국에서 실제 이루어진 조제내역을 환자용 처방전에 반드시 기록하도록 하고 이를 환자가 재진 시에 의사에게 제출하도록 유도하는 방안도 고려할 필요가 있음.

4) 약사의 복약지도

□ 복약지도의 중요성

- 복약지도는 의약품의 명칭, 용법용량, 효능효과, 부작용, 상호작용 등의 정보를 환자에게 제공하고 일반의약품을 판매할 때 판단을 하지 않고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것으로 정의할 수 있음.
- 복약지도는 직역별 전문성의 제고와 의·약 서비스 질 향상이라는 의약분업의 취지를 달성하는 데 결정적인 영향을 미치는 요인으로서 중복투약 및 의약품 간의 상호작용 점검과 합리적인 투약 등을 도모하기 위한 필수요건임.

□ 복약지도 수행 동기와 사회적 여건

- 약국이 보다 많은 고객을 확보하기 위해 복약지도를 성실하게 수행할 일반적인 동기는 있으나, 소비자의 약국 선택이 주로 지리적 위치 등에 따라 이루어지는 현실에서는 복약지도가 고객확보에 별다른 영향을 미치지 않는 것으로 판단됨.
- 따라서 복약지도에 대해 건강보험 수가(방문당 620원)가 반영되어 있으며 복약지도가 의약분업의 취지를 달성하는데 중요한 역할을 담당함에도 불구하고 약국의 입장에서는 복약지도를 성실히 수행할 동기가 뚜렷하지 않음.

□ 복약지도 실태

- 복약지도는 의약분업과 관련하여 약사의 가장 기본적인 임무의 하나로 법제화되어 있으며, 처방약 조제 시에 복약지도를 하고 일반약 판매 시에도 필요할 경우 복약지도를 하도록 의·약·정 합의가 이루어졌음.
- 그러나 일부 조사⁵⁾에 의하면 약국 144개소 중에서 30.4%가 불성실한 복약지도를 한 것으로 나타나고 있음.
- 2003년에 수행된 한국보건사회연구원의 조사⁶⁾에 의하면 복약지도에 불만족하는 소비자의 비율이 16.3%로 나타났으며, 본 연구의 이용자 대상 전화조사에 의하면 11.1%의 응답자가 복약지도에 대해 불만족하는 것으로 나타났음.
 - 2003년에 비해 약국에서의 복약지도가 점차 개선되고 있는 것으로 볼 수 있으나, 복약지도에 대해 만족한다는 소비자의 비율이 약 46~47% 수준으로 큰 변화는 없는 것으로 판단됨.

〈표 11-14〉 복약지도 만족도

(단위: %)

약에 대한 설명이나 정보 제공	2003년 전화조사			2008년 전화조사		
	만족	보통	불만족	만족	보통	불만족
	45.9	37.8	16.3	47.3	41.7	11.1

자료: 조재국의(2003) 및 본 연구의 조사

- 또한 본 연구의 조사에서는 복약지도의 형태와 관련하여 조제된 약의 명칭을 알려 주었거나 적어주었는지, 그리고 약을 먹는 방법이나 주의사항을 설명해 주었는지에 대해 설문을 하였는데, 복용방법이나 주의사항에 대해서는 거의 대부분이 복약지도를 받은 것으로 나타났음.

5) 한국소비자연맹, “약국복약지도 실태조사”, 2004.

6) 조재국 외, 전게서, 2003.

- 약국에서 조제 받은 환자의 97.0%가 복용방법과 주의사항에 대한 설명을 들었다고 응답하였음.
- 그러나 약의 명칭을 알려주거나 적어 주었다는 응답자는 전체의 22.2%에 불과하였음.
- 약의 명칭을 알려주는 복약지도는 단골약국을 가지고 있느냐에 따라 차이가 있었는데, 단골약국이 없다고 응답한 경우는 조제시에 약의 명칭을 지도받은 비율이 26.4%인 반면, 단골약국이 없다고 응답한 경우는 17.9%로 낮게 나타났음.

〈표 II-15〉 처방의약품 조제시 복약지도

(단위: 명, %)

	약의 이름을 알려줌	복용방법·주의사항을 알려줌
전체	222 (22.2)	971 (97.0)
성별		
남성	86 (19.0)	440 (97.1)
여성	136 (24.8)	531 (96.9)
연령		
20-29세	39 (19.8)	186 (94.4)
30-39세	54 (22.1)	238 (97.5)
40-49세	53 (20.7)	251 (98.0)
50-59세	40 (21.9)	179 (97.8)
60세이상	36 (29.8)	117 (96.7)
단골약국		
있음	134 (26.4)**	497 (97.8)
없음	88 (17.9)**	473 (96.1)

** p < .01

자료: 본 연구의 조사

- 본 연구의 약국 설문조사에서는 약국에서의 복약지도 행태에 대해 조사하였는데, 우선 '처방조제·단순판매, 지명구매 모두 반드시 복약지도를 한다'는 응답이 52.2%로 나타났음.

- 이외 '처방조제는 반드시 하고 지명구매는 묻는 경우에만 한다'는 응답이 28.1%, '처방조제·판매 구분 없이 특별히 주의할 내용이 있을 때만 한다'는 응답이 18.8%. '고객이 묻는 경우에만 한다'는 응답이 0.7% 등으로 나타났음.
- 참고로, '처방조제·단순판매, 지명구매 모두 반드시 복약지도를 한다'는 응답의 비율은 2003년의 조사⁷⁾에서는 48.1%였으나 본 조사에서는 이 비율이 다소 증가하였음.

〈표 II-16〉 복약지도 경향

(단위: 개소, %)

구분	전체	A	B	C	D
2003년 조사	241(100.0)	116(48.1)	74(30.7)	50(20.7)	1(0.4)
2008년 조사	138(100.0)	72(52.2)	39(28.1)	26(18.8)	1(0.7)

- 주: A) 처방조제, 단순판매, 지명구매 모두 반드시 복약지도를 한다.
 B) 처방조제는 반드시 하고 지명구매는 묻는 경우에만 한다.
 C) 처방조제, 판매 구분없이 특별히 주의할 내용이 있을 때만 한다.
 D) 고객이 묻는 경우에만 한다.

자료: 본 연구의 조사

- 처방조제 환자 외에 일반의약품 판매에 대해서도 기록을 남기는데 대해서는 '단골인 경우 기록을 남긴다'는 경우가 18.7%, '특정의약품을 장기 복용하는 사람에 대해서 기록을 남긴다' 29.5%, '한약 첩약 및 한약과립제를 조제한 경우 기록을 남긴다' 18.7%, '영양요법 등을 구입한 경우 기록을 남긴다' 12.9%, '기록을 남기지 않는다' 47.5% 등으로 응답하였음.
- '기록을 남기지 않는다'는 비율은 2003년에는 44.1%였으나 본 연구의 조사에서는 이보다 다소 증가한 것으로 나타났음.
- 복약지도나 건강상담을 실시하면서 느끼는 가장 큰 어려움으로서는 '복약지도

7) 조재국 외, 전계서, 2003.

에 시간이 많이 소요된다' 23.4%, '복약지도에 대한 경제적인 보상이 적다' 19.7%, '상담시간이 부족하다' 22.6%, '환자의 신뢰감이 부족하여 복약지도를 별로 원하지 않는다' 10.9%, '상세한 복약지도를 하기에는 환자에 대한 임상 및 건강정보가 부족하다' 21.2 % 등으로 나타났다.

〈표 11-17〉 복약지도시의 어려움

(단위: 개소, %)

전체	시간이 많이 걸림	경제적 보상이 적음	상담시간 부족	환자의 신뢰감 부족	임상·건강 정보 부족	기타
137(100.0)	32(23.4)	27(19.7)	31(22.6)	15(10.9)	29(21.2)	3(2.2)

자료: 본 연구의 조사

- 환자로부터 복약지도에 대해 불만을 들은 경험과 관련하여 25.2%가 있다고 응답하였음.
 - 불만의 주된 내용은 '약의 용법이나 용량을 제대로 설명해 주지 않아서 부작용이 생겼다는 불만' 11.4%, '처방전의 내용과 다른 약을 처방했다는 불만' 8.6%, '환자가 개인적으로 원하는 약을 조제해 주지 않는다는 불만' 68.4% 등이었음.
- 한편, 복약지도를 통해서 점검해야 할 사항 중에 병용금기약물이나 연령금기약물의 점검이 포함되어 있지만 건강보험심사평가원의 자료에 의하면 상당수의 병용 및 연령금기 의약품의 처방조제가 이루어진 것으로 집계되고 있음.
 - 2006년 1~9월 기간 중 전국 병·의원에서 병용금기 1만 464건, 연령금기 1만 187건 등 총 2만 651건의 금기약 처방조제가 이루어졌음.
 - 이러한 현상은 부적절한 처방에서부터 출발하지만 약사의 복약지도가 철저하게 이루어지지 못했다는 점을 반증해 주고 있음.

- 한편, 환자의 약력관리와 복약지도가 철저히 이루어지기 위해서는 환자가 단골약국을 가지고 있는지 여부도 매우 중요한 변수로 작용함.
 - 단골약국의 존재 여부는 여러 의료기관에서 처방받은 의약품간의 상호작용 점검이나 과거에 투약했던 의약품 등의 약력 관리가 효과적으로 이루어지는데 크게 기여 할 수 있음.
 - 본 연구의 조사에 의하면 '단골약국이 있다'는 응답자의 비율이 전체적으로 50.8%이며, '없다'는 응답이 49.2%를 보였음.
 - 성별로는 남성에 비해 여성이 단골약국을 가지고 있다는 응답이 높았으며(남성: 34.1%, 여성: 65.9%), 연령별로는 50세 이상의 고연령 대에서 단골약국을 지정해 두고 이용한다는 응답이 상대적으로 높게 나타났음.

〈표 11-18〉 단골약국 지정 여부

(단위: 명, %)

	단골약국 있음	단골약국 없음
전체	508(50.8)	492(49.2)
성별		
남성**	173(34.1)	280(56.9)
여성**	335(65.9)	212(43.1)
연령		
20-29세**	58(11.4)	139(28.3)
30-39세	119(23.4)	125(25.4)
40-49세	139(27.4)	116(23.6)
50-59세**	114(22.4)	69(14.0)
60세이상**	78(15.4)	43(8.7)

** p < .01

자료: 본 연구의 조사

- 참고로 본 연구의 약국 설문조사에서는 해당약국을 이용하는 환자 중에서 단골이라고 생각하는 환자의 비율은 평균 63.8%로 응답하였음.

- 한편, 일본의 경우는 일본 약제사회 자료에 따르면 단골약국이 있는 경우가 44.1%, 없는 경우가 53.7%로서 우리나라와 약간의 차이를 보였음.
- 그러나 일본은 임의분업 체제이며, 상당수의 국민이 의료기관에서 조제를 받고 있는 점을 감안하면 우리나라는 상대적으로 단골약국 보유 비율이 낮은 것으로 판단됨.

□ 복약지도의 증대를 위한 제도적 장치

- 현재 복약지도는 법제화 되었지만 처벌 규정이 없어 실효성이 부족하다고 할 수 있음.
- 복약지도를 하지 않는 경우에 대한 처벌 규정의 마련도 필요하지만 규제적인 접근보다는 약사들 스스로 복약지도를 성실히 수행하도록 하기 위한 지원책이 필요함.
- 이와 관련하여 복약지도에 대한 수가차등화를 고려해 볼 수 있으나 이는 추가적인 보험재정 지출을 초래할 가능성이 높음.
 - 복약지도를 성실하게 수행하는 경우에 대해 현행 복약지도 수가보다 높은 수가를 책정한다면 추가적인 재정지출이 필연적으로 수반됨.
 - 반대로, 복약지도를 성실하게 수행하지 않은 경우에 대해 현행 수가보다 낮은 수가를 책정한다면 재정이 절감되는 결과를 가져오게 될 것이나, 현실적으로 수가를 낮추는 것에 대한 저항이 클 것으로 판단됨.
 - 아울러, 수가차등화를 위해서는 복약지도의 내용과 질에 대한 표준화와 함께, 약국별 복약지도 실태를 철저하게 파악하기 위한 제도적 장치의 도입이 필수적인데 이의 실현 가능성이 높지 않음.
- 약사들의 복약지도 동기를 강화시켜 주기 위해 성실하게 복약지도를 수행하는 약국에 대해 “모범약국” 등의 표시를 게재할 수 있도록 하는 방안을 고려할 필요가 있음.

- 이를 위해서는 환자들로 하여금 복약지도를 성실하게 수행하는 약국을 지역 약사회 등에 신고하도록 하여 일정 수준 이상의 신고가 누적된 약국에 대해 복약지도 모범 약국의 명칭을 부여함.
- 이와 함께 환자가 약국용 처방전에 약사로부터 복약지도를 충분히 받았다는 사실을 인정하는 서명하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있음.

5) 지역처방목록 제공과 처방전 발행

□ 중요성

- 지역처방목록은 지역 내 약국에서의 의약품 구비, 재고 절감, 환자의 편의 증진을 위해 매우 중요한 역할을 담당함.
 - 아울러 지역 의약분업협력위원회에서 정한 의약품의 범위 내에서 대체조제한 경우 의사에게 대체조제 사실을 통보하지 않아도 되기 때문에 대체조제와 관련한 업무의 효율성 증대에도 기여함.
- 의사의 처방공개와 환자의 알권리 충족은 의약분업의 근본적 취지 중의 하나이며, 환자용 처방전을 발행하는 것은 환자의 알 권리 충족과 서비스의 질 향상을 위해 필요한 절차임.
 - 아울러, 의사와 약사 사이에 이루어지는 정보의 흐름에 소비자가 개입함으로써 처방·조제의 투명성 제고에도 기여함.

□ 실태

- 지역처방목록은 법제화는 되어 있으나 처벌 규정이 없어 지역처방목록이 제공되지 않은 지역이 상당수에 달하고 있음.
 - 2006년 6월 지역약사회에 처방약 목록을 제공한 지역의사회는 총 229개 중 36.7%인 84개이며, 공고까지 끝낸 의사회는 61개인 것으로 나타남.

- 치과 의사회는 총 229개 중에서 112개가 목록을 제출하였으며, 공고까지 끝낸 치과의사회는 100개소인 것으로 집계됨.
- 본 연구의 약국 설문조사에 의하면 지역처방의약품 목록과 의료기관별 처방 의약품 목록을 받은 적이 있다는 약국이 22.3%, 없다는 약국이 77.7%로 나타났다. 현재까지 처방의약품 목록을 받은 총회수는 평균 2.3회인 것으로 조사되었음.
- 2003년의 한국보건사회연구원의 조사결과⁸⁾에 따르면 처방전을 2매 받은 소비자의 비율은 36.2%에 달하는 것으로 조사되었음.
 - 아울러 의료기관들을 대상으로 처방전 2매 발급 비율을 조사한 결과 처방전을 2매 발급한 경우는 조사대상 기관의 17.1%에 그쳤음.

□ 제도적 장치

- 지역처방 목록을 제출하지 않은 의사회에 대해 행정처분을 강구해야 한다는 주장도 있으나 이에 대한 행정처분은 과도한 조치로 판단됨.
 - 이미 제출된 목록을 기준으로 지역별 특성에 따라 일정 유형의 표준목록을 작성한 다음, 기한을 정하여 목록을 수정해서 제출하도록 하고, 수정해서 제출하지 않을 경우 표준목록을 그대로 적용하는 방안도 고려할 필요가 있음.
- 처방전 2매 발행 의무를 이행하지 않는 경우에 대한 행정처분 등 규제를 강화하는 것보다는 이와 관련한 소비자의 역할을 강화하는 것이 바람직한 정책 방향으로 판단됨.
 - 국민들을 대상으로 하여 환자용 처방전을 교부받음으로써 자신이 복용하는 의약품에 대해 알 수 있다는 사실을 충분히 홍보하여 2매의 처방전을

8) 조재국 외, 전게서, 2003.

교부받도록 유도하는 방안을 강구할 필요가 있음.

- 환자들이 접하는 각종 서식에 처방전은 2장을 받아야 한다는 홍보 문구를 삽입하도록 하는 것도 하나의 방안이 될 수 있음.

6) 의사 및 약사 간 의견교환 및 합법적 대체조제

□ 중요성

- 약사가 성분·함량 및 제형이 같은 다른 의약품으로 대체조제하는 경우 의사의 동의를 얻어야 하므로 이를 위해서는 의사와 약사 간의 원활한 의견교환이 전제되어야 함.
- 이러한 절차가 관련 법규에서 정한 대로 준수된다는 전제조건 하에서 환자의 경제적 부담 경감 및 편의 증진이라는 대체조제의 취지를 살릴 수 있을 것임.

□ 실태

- 본 연구에서는 약국 설문을 통해 약국에서 이루어지고 있는 대체조제의 실태에 대해서 조사하였는데 '주로 어떤 경우에 대체조제를 하느냐'는 질문에 대해 '의사가 처방한 약이 없어서 약국에 있는 다른 약으로 대체하는 경우'가 76.8%를 차지하였음.
 - 다음으로는 '대체조제를 전혀 하지 않는다'라는 응답이 19.6%로 나타났으며, 의사가 처방한 약이 약국에 있는 상황에서 보다 가격이 저렴하거나 오리지널 제품으로 대체조제하는 경우는 미미한 것으로 나타났음.
 - 한국보건사회연구원의 2003년 연구결과⁹⁾와 비교해 보면 '의사가 처방한 약이 없어서 약국에 있는 다른 약으로 대체하는 경우'의 비율을 비롯한 각 응답의 비율에 큰 차이가 없는 것으로 나타났음.

9) 조재국 외, 전게서, 2003.

〈표 II-19〉 합법적인 대체조제를 하는 경우

(단위: 개소, %)

구분	계	의사가 처방한 약이 있는 경우		의사가 처방한 약이 없는 경우	대체조제를 하지 않음
		값이 싼 의약품이 있는 경우	해당 성분의 오리지널 제품이 있는 경우	약국의 다른 약으로 대체	
2003조사	239(100.0)	6(2.5)	4(1.7)	180(75.3)	49(20.5)
2008조사	138(100.0)	2(1.4)	3(2.2)	106(76.8)	27(19.6)

자료: 본 연구의 조사

- 대체조제를 하지 않는다는 약국을 제외하고, 약국에서 조제하는 전체 처방 중에서 대체조제를 하는 처방의 비율에 대해서는 평균 2.8%(SD: 3.8%)로 응답함으로써 그 비율이 높지 않은 것으로 나타났음.
 - 전체 처방 중 대체조제하는 처방의 비율이 1~2% 미만이라고 응답한 경우가 39.1%로 나타났으며, 10% 이상 대체조제한다는 응답은 9.1%였음.
- 약국에서 대체조제를 하는 처방 중에서 의사의 동의를 구해야 하는 대체조제의 비율은 평균 8.3%(SD: 22.2%)로 응답하였음.
 - 의사의 동의를 구해야 하는 대체조제 비율이 2~10% 미만인 경우가 57.1%로 가장 높았으며, 1% 미만이라는 응답도 29.5%로 나타나 대부분의 대체조제가 의사의 동의를 구하지 않아도 되는 경우로 한정되어 있음.
- 의사의 동의를 구하는 대체조제 중에서 의사가 동의해주는 대체조제의 비율은 평균 90.9%(SD: 15.1%)로 응답하여, 거의 대부분의 경우 의사의 동의를 받아 대체조제가 이루어지는 것으로 조사되었음.
 - 의사의 대체조제 동의비율이 90% 미만인 경우는 전체 응답약국의 18.4%였으며, 90% 이상인 경우는 81.6%인 것으로 조사되었음.

〈표 11-20〉 대체조제 처방비율 및 의사동의 대체조제 비율

(단위: 개소, %)

구분	N(%)	구분	N(%)
대체조제 처방전 비율		의사동의 필요 대체조제	
평균(±SD)	2.8(±3.8)	평균(±SD)	8.3(±22.2)
1% 미만	18(16.4)	1% 미만	33(29.5)
1-2% 미만	43(39.1)	10% 미만	64(57.1)
2-3% 미만	20(18.2)	50% 미만	6(5.4)
5-10% 미만	19(17.3)	50% 이상	9(8.0)
10% 이상	10(9.1)		
		의사의 대체조제 동의비율	
		평균(±SD)	90.9(±15.1)
		90% 미만	18(18.4)
		90% 이상	80(81.6)

자료: 본 연구의 조사

- 아울러 약국에서 조제하는 전체 처방 중에서 대체불가를 표시한 처방전의 비율은 평균 3.3%(SD: 6.6%) 응답하였음.
- 지난 1주일 동안 의사와 의견 교환을 한 경험에 대해서는 59.7%가 있다고 응답하였음.
 - 이와 같은 결과는 2003년의 약국조사¹⁰⁾에서의 76.2%에 비하여 비교적 크게 감소한 것임.
 - 의견 교환 경험에 대해서는 아무래도 의료기관의 처방전을 접하기에 보다 용이하다고 할 수 있는 의료기관 주위의 약국과 처방조제전문 약국이 동네약국 및 일반의약품판매 위주 약국에 비해 높은 경험율을 보였음..

10) 조제국 외, 전계서, 2003.

〈표 II-21〉 처방에 대한 의사와의 의견교환 여부(지난 1주일 동안)

(단위: 명, %)

	교환경험 있음	교환경험 없음
전 체	83 (59.7)	56 (40.3)
약국 위치**		
대형병원 근처	9 (100.0)	-
병의원 근처	63 (61.8)	39 (38.2)
동네약국	11 (40.7)	17 (61.1)
약국 서비스**		
처방조제전문	64 (68.8)	29 (31.2)
일반의약품판매	13 (35.1)	24 (64.9)
기타	6 (66.7)	3 (33.3)

** p < .01

자료: 본 연구의 조사

- 의사와 의견교환을 한 주된 이유로는 처방전의 용법, 용량 등에 관한 사항을 협의하기 위해서가 38.6%로 가장 높았으며, 다음으로 대체조제 여부에 대한 협의 24.1%, 기타 처방 수정 및 변경에 관한 사항 26.5% 등이었음.

〈표 II-22〉 처방에 대한 의사와의 의견교환 이유

(단위: 명, %)

	계	처방전 관독	대체조제 협의	처방전의 용법·용량 협의	기타 처방내용 수정	처방약 구비 관련 사항	기타
전체	83(100.0)	1(1.2)	20(24.1)	32(38.6)	22(26.5)	6(7.2)	2(2.4)

자료: 본 연구의 조사

- 평소 처방조제와 관련하여 의사와 연락하거나 상의하는데 장애요인이 되는 것에 대해서는 ‘의사에게 연락했을 때 직접 통화하기가 어려움’ 37.1%, ‘의사가 친절하게 응해주지 않아 다시 연락하기가 꺼려짐’ 9.6%, ‘의사가 상의(협의)하는 것을 싫어함’ 8.1%, ‘자주 상의할 경우 의사가 싫어해서 환자를 잘 보내지 않을 것 같아 염려됨’ 7.4% 등의 순으로 나타났으며, 의사와의 상의 과정에서 장애요인이 없다는 응답은 31.1%를 차지하였음.

- 의사와 약사간의 의견교환시 장애요인에 대한 이러한 비율을 2003년의 조사¹¹⁾에 비해 큰 차이는 없으나, '장애요인이 없음'이란 응답이 상대적으로 증가하였음.

〈표 11-23〉 처방과 관련된 의사와 약사간의 의견교환시 장애요인

(단위: 명, %)

구분	계	A	B	C	D	E	F	G
2003년 조사	270(100.0)	81(37.3)	25(11.5)	31(14.3)	20(9.2)	12(5.5)	7(3.2)	41(18.9)
2008년 조사	135(100.0)	50(37.0)	11(8.1)	6(4.4)	13(9.6)	10(7.4)	3(2.2)	42(31.1)

주: A: 의사에게 연락했을 때 직접 통화하기가 어렵다.

B: 의사가 상의(협의)하는 것을 싫어할 것으로 생각된다.

C: 의사가 수정내용(협의내용)을 잘 받아들이지 않아 설득하기가 어렵다.

D: 의사가 친절하게 응해주지 않아 다시 연락하기가 꺼려진다.

E: 자주 상의할 경우 의사가 싫어해서 환자를 잘 보내지 않을 것 같아 염려된다.

F: 기타

G: 장애요인 없음

자료: 본 연구의 조사

□ 제도적 장치

- 담합 상황이 아니라면, 의사가 약사의 의견조회에 대해 협조적으로 응대해 주어야 할 동기는 분명치 않음.

- 그러나 앞에서 제시된 바와 같이 의사의 동의를 구하는 대체조제 중에서 의사가 동의해주는 대체조제의 비율이 평균 90.9%에 달하는 등 전체적으로 의사의 협조가 원활하다고 볼 수 있음.

- 그러나 한편으로는 의사에게 연락했을 때 직접 통화하기가 어렵다는 등의 불편함이 존재하고 있는 것은 사실이며, 이를 해소하기 위해서는 “의료계와 약계는 상호 의견교환·교육 등을 통하여 처방과 조제의 질적 수준을 제고하도록 노력한다”는 의·약·정 합의(2000년 11월 11일)가 보다 철저하게 준수될 필요가 있음.

11) 조재국 외, 전계서, 2003.

- 의사의 원활한 협조를 도모하기 위해 인센티브를 제공하는 방안도 고려해 볼 수 있으나 별도의 추가적인 비용을 수반될 가능성이 높으며, 어느 정도의 협조에 대해 인센티브를 어떤 방법으로 제공할 것인가와 관련하여 현실성에 한계가 있음.
- 결론적으로 의료계와 약계가 자율적으로 의·약·정 합의를 준수하도록 노력하는 것이 가장 바람직한 대안임.

7) 의약분업 예외환자에 대한 원내 조제

- 현행 의약분업 제도의 원칙은 외래환자에 대한 조제는 원외의 약국이 전담하도록 하는 기관분업의 형태이나, 의료법 제23조에는 이에 대한 예외조항을 두고 있음.
 - 재해 구호를 위한 조제
 - 응급환자 및 정신분열증 또는 조울증 등 정신질환자, 제1종 전염병환자
 - 상이등급 1급부터 3급까지에 해당하는 자, 고엽제 후유의증 환자 지원 등에 관한 법령에 따른 고도장애인
 - 장애인복지 관련 법령에 따른 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인, 파킨슨 병 환자 또는 한센병 환자
 - 장기이식을 받은 자
 - 후천성 면역결핍증 환자
 - 기타 대통령령으로 정하는 경우
- 현재 의약분업 예외환자에 대한 조제가 증가하는 경향이나, 이러한 행위가 합법적인 원내 조제를 의미하는 것인지, 다른 원인에서 기인하는 것인지는 불분명함.
 - 원내 조제의 원인이 도덕적 해이에서 비롯된 것일 경우, 이는 의약분업 제도의 취지를 훼손하는 것이므로 제도적 보완장치가 필요함.

- 현실적으로 원내 조제의 합법성 여부를 건강보험 청구자료로 파악하는 것에
는 한계가 존재함. 따라서 우선 의약분업 이후 의료기관의 연도별 원내조제
비율 변동 추이 등에 대한 객관적인 자료 확보가 선행되어야 함.

라. 의약분업 이행과정에 대한 전반적 평가

- 의약분업에 많은 비용이 소요됨에도 불구하고 의약분업의 성과가 제대로 구현되
지 못하고 있다는 비판과 불신은 결국 이러한 이행과정 상의 문제에서 비롯되고
있다고 볼 수 있음.
- 의약분업의 성과에 결정적인 영향을 미치는 제도 이행상의 요인들에 대해 단속
과 처벌 이외에 제도의 순기능을 유도할 제도적 장치가 미흡함.
 - 의약분업제도 이행과정 상의 불법행위나 일탈행위는 국민의 의료비를 불필요
하게 증대시키고 의약분업의 성과를 저해하는 직접적인 요인이므로 제도 이
행 과정상의 저해요인을 해소하기 위한 제도적 장치가 강화될 필요가 있음.
- 한편, 의약분업 제도 이행과정 상에서의 요인들은 결과적으로 의료기관과 약국에
서 제공하는 서비스에 대한 소비자의 만족도에도 영향 미치게 됨.
- 이와 관련하여 본 연구에서는 소비자들이 의료기관 및 약국의 서비스에 대해 어
느 정도 만족하고 있는지에 대해 조사하였음.

1) 의료기관 및 약국 서비스에 대한 소비자 만족도

- 의료기관 및 약국서비스에 대한 만족도는 의료기관의 경우 진료행위, 대기시간,
서비스환경 등을, 약국의 경우 약에 대한 설명이나 정보, 대기시간, 서비스환경
등을 조사하였음.
- 전체적으로 보통 수준을 약간 상회하는 만족도를 가지는 것으로 나타났는데, 약

국에서의 조제 대기시간과 의사의 진료행위에 대한 만족도의 5점 리커트 척도 (Likert scales) 평균값이 각각 3.9점과 3.8점으로 나타났다.

- 의료기관 서비스의 경우 진료대기시간에, 약국 서비스의 경우 약에 대한 설명이나 정보의 제공에 상대적으로 낮은 만족도를 보였다.
 - 의료기관에서의 진료대기시간에 대해서는 불만족한다는 응답이 24.2%로 다른 문항들에 비해 상대적으로 높게 나타났고, 약국에서는 약에 대한 설명이나 정보 제공에 대해 불만족하는 응답이 11.1%로 다른 문항들의 불만족 비율에 비해 높았음.

〈표 11-24〉 의료기관 및 약국서비스 만족도

(단위: 점, 명, %)

구 분		평균값	만족	보통	불만족
의료 기관	의사의 진료행위	3.8	613 (61.2)	306 (30.6)	82 (8.2)
	진료대기시간	3.3	426 (42.6)	333 (33.3)	242 (24.2)
	서비스환경	3.7	608 (60.7)	321 (32.1)	72 (7.2)
약국	약에 대한 설명이나 정보 제공	3.5	473 (47.3)	417 (41.7)	111 (11.1)
	조제대기시간	3.9	665 (66.4)	302 (30.2)	34 (3.4)
	서비스환경	3.7	577 (57.6)	377 (37.7)	47 (4.7)

자료: 본 연구의 조사

- 인구사회학적 특성별로 만족도의 차이를 분석하기 위하여 각 항목 평균값에 대한 t-test 및 분산분석을 실시해 본 결과, 성별로는 의사의 진료행위, 의료기관의 서비스환경, 약사의 약 설명 및 정보제공, 조제 대기시간 등에서 차이가 있었는데, 모두 남성에 비해 여성의 만족도가 높은 것으로 나타났다.
 - 연령별로는 50대 이상의 장년층·노년층과 20대 및 30대 연령층간에 차이를 보였는데, 연령이 높을수록 만족도가 높아지는 결과를 보였다.
 - 연령이 높아짐에 따라 만족도 역시 높아지는 관계는 의약품 처방에 대한 순응도(compliance) 측면과도 관련성이 있을 것으로 보임.

- 단골약국을 지정하고 있는지의 여부로 항목별 만족도를 살펴보았는데, 모든 항목에서 단골약국이 있는 경우의 만족도가 높게 나타나고 있음.
- 특히 약사의 약 설명 및 정보제공(복약지도 포함) 항목에서의 만족도 차이가 가장 큰 것으로 나타나고 있음.

〈표 11-25〉 인구사회학적 특성별 의료기관 및 약국서비스 만족도

(단위: 점, 명, %)

	의료기관			약국		
	진료행위	진료 대기시간	서비스환경	약 설명 정보제공	조제 대기시간	서비스환경
전체	3.79	3.28	3.71	3.50	3.85	3.68
성별						
남성	3.69**	3.28	3.63**	3.35**	3.77**	3.64
여성	3.87**	3.27	3.78**	3.63**	3.92**	3.70
연령						
20대	3.71**	3.26	3.80	3.31*	3.89	3.64
30대	3.60**	3.20	3.64	3.43	3.77	3.54*
40대	3.79**	3.24	3.65	3.52	3.89	3.64
50대	3.87**	3.32	3.75	3.63*	3.86	3.80*
60대	4.16**	3.47	3.78	3.70*	3.87	3.91*
단골약국						
있음	3.89**	3.34*	3.77*	3.68**	3.90	3.80**
없음	3.68**	3.21*	3.65*	3.32**	3.81	3.54**

** p < .01 * p < .05

자료: 본 연구의 조사

- 응답자들에게 의료기관의 의사서비스와 약국의 약사서비스 중에서 개선이 필요한 사항을 조사하였음.
 - 의사서비스의 경우 설명을 자세하게 해주지 않는다는 지적이 응답자의 26.0%를 차지하였고, 다음으로 가벼운 질병인데 너무 자주 오게 한다가 14.5%, 진료대기시간이 길다가 10.8%를 차지하였음.
 - 반면 '개선할 사항이 없다'라는 응답은 28.4%에 이르렀으며, 약사서비스의 경우에는 약 이름과 약의 종류를 알려주지 않아서 약에 대한 정보를 얻기 어렵

다는 응답이 39.0%로 가장 높았고, 약값이 비싸다는 응답이 19.4%였음. 개선할 사항이 없다는 응답은 28.8%였음.

〈표 II-26〉 의료기관 및 약국서비스에서 개선이 필요한 사항

(단위: N, %)

의료기관 개선사항	N (%)	약국 개선사항	N (%)
설명이 자세하지 않음	260 (26.0)	약 정보를 얻기 어려움	390 (39.0)
너무 자주 오게 함	145 (14.5)	비싼 약값	194 (19.4)
긴 대기시간	108 (10.8)	복약지도가 자세하지 않음	59 (5.9)
비싼 진찰료	93 (9.3)	긴 대기시간	23 (2.3)
너무 많은 검사	50 (5.0)	없음	288 (28.8)
너무 많은 약 처방	39 (3.9)	기타	46 (4.6)
없음	284 (28.4)		
기타	22 (2.2)		

자료: 본 연구의 조사

2) 의약품 복용과 관련한 소비자의 순응도

□ 순응도(compliance)는 처방받은 약을 남김없이 복용하였는지와 복용시 시간을 잘 지켰는지로 평가해 보았음.

○ 처방을 받아 약국에서 조제받은 약을 남김없이 복용하였다는 응답은 전체의 46.1%였으며, 복용시 시간을 잘 지켰다는 응답은 80.8%에 이르는 것으로 나타났다.

○ 순응도는 여러 가지 인구사회학적 변수별로 다소 다르게 나타났는데, 특히 약을 남김없이 복용하였는지에 대한 질문에 대해 많은 차이를 보였음.

－ 여성에 비해 남성이, 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록 처방의약품을 남김없이 복용하는 비율이 높았으며, 특히 50대 연령층과 60세 이상 연령층은 시간을 지켜 복용한다는 응답도 각각 85.8%와 96.7%로 높게 나타났다.

－ 반면 단골약국의 지정 여부에 따른 순응도의 유의한 차이는 없었음.

〈표 11-27〉 의약품 처방에 대한 순응도

(단위: 명, %)

	남김없이 복용	시간을 지켜 복용
전 체	461 (46.1)	809 (80.8)
성별		
남성	231 (51.0)**	377 (83.2)
여성	230 (42.0)**	432 (78.8)
연령		
20-29세	94 (47.7)**	147 (74.6)
30-39세	84 (34.4)**	186 (76.2)
40-49세	95 (37.1)**	202 (78.9)
50-59세	94 (51.4)**	157 (85.8)**
60세이상	94 (77.7)**	117 (96.7)**
교육수준		
초졸 이하	66 (69.5)**	82 (86.3)
중졸	57 (62.0)**	79 (85.9)
고졸	141 (43.7)**	254 (78.6)
전문대재 이상	194 (40.1)**	389 (80.4)
단골약국		
있음	247 (48.6)	421 (82.9)
없음	214 (43.5)	387 (78.7)

** p < .01

자료: 본 연구의 조사

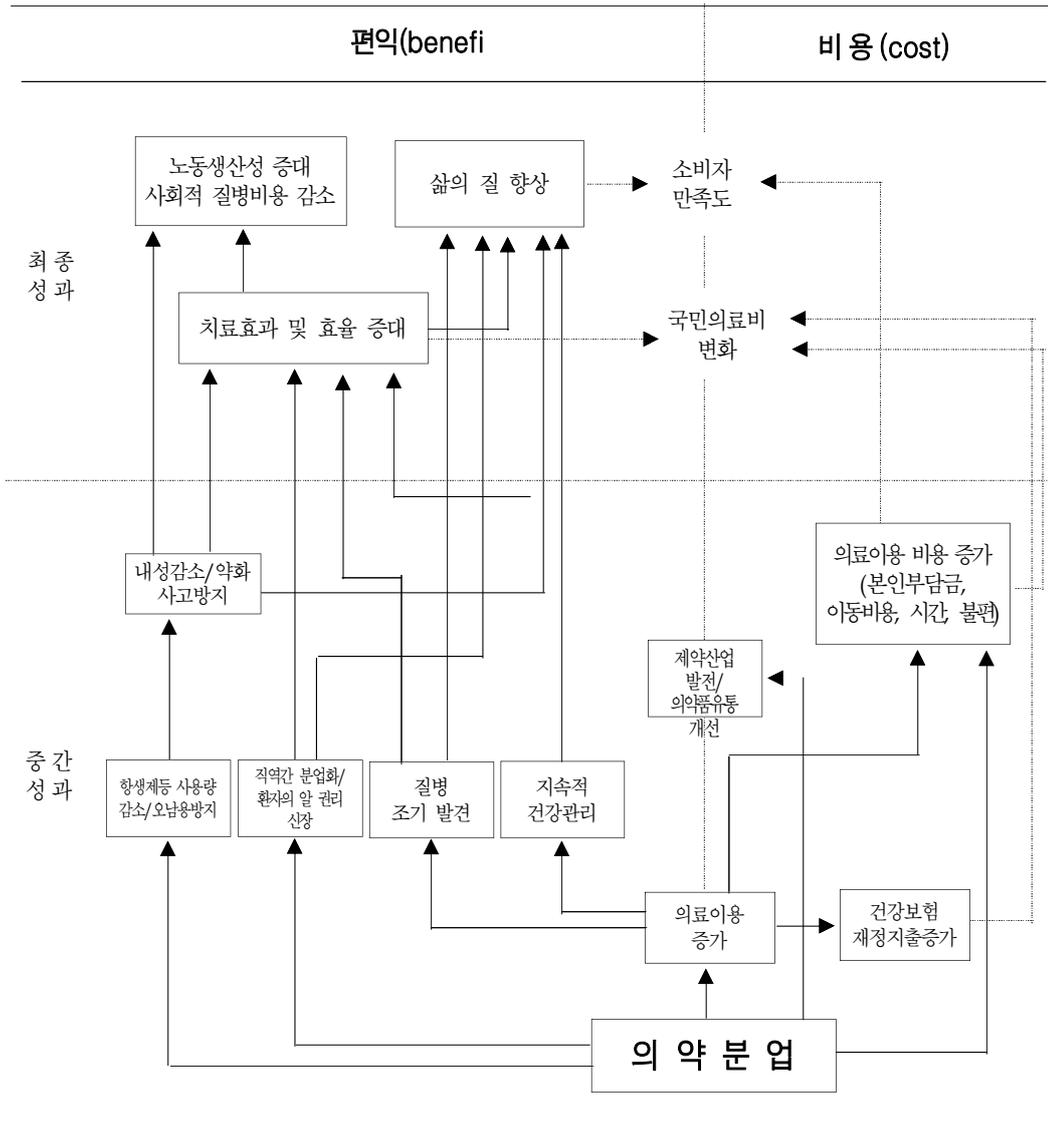
3. 의약분업제도의 성과 평가

- 의약분업 제도의 성과에 대한 평가는 의약분업제도가 목표로 하는 편익에 대한 평가와 의약분업으로 인한 비용에 대한 평가로 구분할 수 있음
 - 의약분업제도가 목표로 하는 편익은 ① 항생제 등 의약품 오남용 방지 및 약제비 절감, ② 처방 상호점검에 의한 약화사고 예방 등 지역간 분업화에 따른 서비스 질 향상 ③ 환자의 알 권리 신장, ④ 질병의 조기발견, ⑤ 지속적

건강관리 등으로 요약될 수 있음.

- 의약분업에 따르는 비용은 건강보험 재정 지출 증가, 환자의 의료비 본인부담 및 간접비용 등임.
- 의약분업제도가 실시된 지 약 7년의 기간동안의 의약품 관련 제도의 변화, 사회경제적 여건 변화, 인구고령화 및 만성질환자 증가 등으로 인해 의약분업만의 성과와 비용을 분리하여 추정하는 것은 거의 불가능함.
 - 의약분업 이전 시점과 의약분업 이후 시점을 비교하여 두 시점 사이의 변화를 모두 의약분업제도에 기인하는 것으로 간주할 수는 없음.
 - 여러 가지 의약품 관련 정책 효과와 인구·사회적인 변화의 효과를 통제한 다음 의약분업만이 효과를 계량적으로 추정하는 데는 한계가 있으며, 비록 결과를 추정한다고 하더라도 현실을 오도할 가능성이 높음.
- 따라서 의약분업의 성과와 비용에 대해서는 비교적 기술적(descriptive) 측면에서의 평가를 실시하는 것이 바람직함.

[그림 3] 의약분업 편익과 비용



가. 의약분업의 편익

1) 항생제 등 오남용의약품의 사용 감소

- 의약분업에 의한 항생제 소비 감소 효과는 제도 도입당시 약국의 임의조제가 사라지면서 발생하는 효과와 제도시행 이후 의사처방에서 항생제 처방이 감소하면서 발생하는 효과로 나누어 볼 수 있음.
 - 의약분업 도입 시점에서 발생하는 오남용 의약품 사용 감소 효과는 의약분업 이전에 약국에서 임의로 의약품을 구입하여 복용하던 관행이 사라지면서 발생하는 효과로서 의약분업 제도를 도입한 가장 큰 취지 중의 하나임.
 - 의약분업 도입 이후 이행과정 상에서의 오남용 의약품 사용 감소는 의사의 처방에서 항생제 처방이 줄어들어야 나타날 수 있는 효과임.
- 우선 의약분업제도 도입 당시 약국의 임의조제가 사라지면서 발생하는 오남용 의약품 소비 감소와 관련하여, 의약분업 이전과 이후에 오남용 의약품이 얼마만큼 소비되고 있었는지에 대한 정확한 통계가 가용하지 않기 때문에 오남용 의약품 소비 감소효과를 추정하는 것은 사실상 어려우나 간접적인 자료에 의하면 의약분업 전후 항생제 판매량이 감소한 것으로 나타남.
 - 보건복지가족부는 의약분업 이전에 약국에서 임의조제를 통해 전체 항생제의 48.7%가 소비되었으며, 의약분업으로 약국의 임의조제가 사라져서 전체 항생제 사용량이 약 30% 감소한 것으로 추정한 바 있음.
 - 이와 함께 의약분업 이전에 임의조제는 연간 약 1억 7천만건이며 이중에서 35%가 의약분업과 함께 의료기관으로 이동한 것으로 추정하였음.
 - 아울러 보건복지가족부에 자료에 의하면, 국내 항생제 판매의 60%를 차지하는 15개 제약회사 항생제 총판매량을 복용가능한 환자수로 환산해 보았을 때 1999년 3/4분기에는 2억 2,702만명이었으나 2003년 3/4분기에는 1억 5,269만

명으로 32.7% 감소한 것으로 나타났음.

〈표 11-28〉 15개 제약회사의 항생제 판매량 지수

분 기	1999 3/4	2000 4/4	2001 4/4	2002 4/4	2003 4/4
복용가능 환자수(명)	227,024	318,814	197,080	189,169	152,693
지 수 ¹⁾	100.0	140.0	86.9	83.3	67.3

주: 1) 1999년 3/4분기를 100으로 한 비율

자료: 보건복지부 내부자료

□ 의약분업 제도 도입 이후에 의사의 처방에서 항생제 처방이 줄어들면서 나타나는 효과와 관련하여서는 의약분업 이후 의사의 항생제 처방이 다소 감소하고 있는 것으로 나타났음.

○ 건강보험심사평가원의 “의약분업 전후 항생제 처방 및 조제내역 분석”자료에 의하면, 의사의 처방 건당 항생제 처방 품목 수는 다소 감소한 것으로 나타나고 있음.

－ 의약분업 직전인 2000년 0.90개에서 2001년 5월 0.79개, 2002년 5월 0.69개, 2004년 5월 0.51개 등으로 감소하는 추세를 보였음.

－ 전체 처방전 중에서 항생제를 처방하는 처방전의 비율도 2000.5월 54.7%에서 2004.5월 38.8%로 감소한 것으로 나타나고 있음.

〈표 11-29〉 항생제 처방 비율의 변화

연 도	2000.5	2001.5	2002.5	2003.5	2004.5
항생제 처방품목수	0.90	0.79	0.69	0.55	0.51
항생제처방건수비율(%)	54.70	53.43	48.35	40.99	38.79

자료: 건강보험심사평가원, “의약분업 전후 항생제 처방 및 조제내역 분석”

- 이와 유사한 결과는 한국보건사회연구원의 분석결과¹²⁾에서도 나타나고 있는데, 의원급 외래 기준으로 청구건당 항생제 처방률이 의약분업 실시 직전인 2000.3월 59.0%에서 2001.3월 52.4%, 2002.3월 48.4%로 감소하는 추세를 보였음.
- － 청구건당 경구용 항생제 투약일수도 2000.3월 1.87에서, 2001.1월 1.82, 2002.3월 1.77로 감소하는 추세를 보였음.

〈표 11-30〉 의약분업 전후의 주요 지표 변화

(의원급, 외래 기준)

구 분	2000.3	2001.3	2002.3
의약품 처방률(%)	95.78	93.79	93.25
내원일당 투약일수	2.83	3.27	3.64
청구건당 의약품 종류(개)	6.04	5.56	5.38
청구건당항생제 처방률	59.02	52.43	48.4
청구건당 경구용 항생제 투약일수	1.87	1.82	1.77
청구건당 경구용 항생제 종류(개)	0.65	0.58	0.54
고가의약품비 비율(%)	26.01	34.36	29.79

자료: 조재국의, 「의약분업 성과평가와 제도개선」, 한국보건사회연구원, 2003.

- 참고로 건강보험심사평가원이 2003년과 2004년의 건강보험청구자료 650여만건을 토대로 항생제 사용량을 분석한 결과를 보면, 전체적인 항생제 처방률 및 처방약 개수는 다소 감소한 것으로 나타났음.
- 다만, 2004년 입원환자의 경우 항생제 처방건수가 늘어 항생제 처방률이 61.4%에 달하였음.

12) 조재국의, 「의약분업 성과평가와 제도개선」, 한국보건사회연구원, 2003.

〈표 11-31〉 진료형태별 항생제 처방률(2003년 및 2004년)

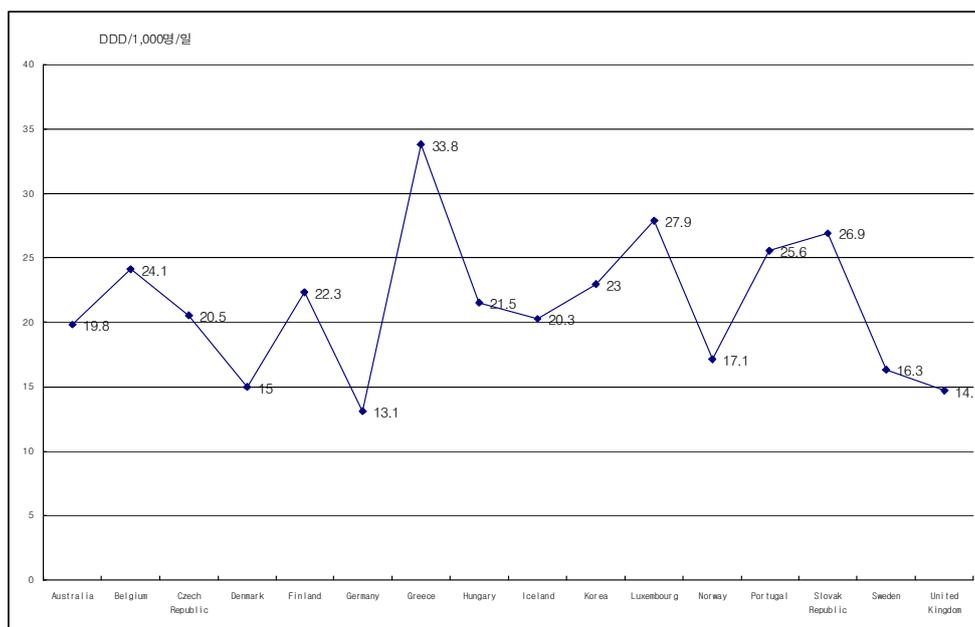
(단위: 건, %)

		건수	항생제 처방			
			처방건수	항생제 처방율	건당 투약일수	처방약 개수
입원	2003년	50,325	24,844	49.4	7.7	2.5
	2004년	49,169	30,198	61.4	7.7	2.5
외래	2003년	3,199,534	1,011,304	31.6	3.0	1.3
	2004년	3,474,644	1,035,998	29.8	3.2	1.3
전체	2003년	3,249,859	1,036,148	31.9	3.2	1.4
	2004년	3,523,813	1,066,196	30.3	3.3	1.3

자료: 김남순 외, 항생제 사용실태 조사 및 평가, 건강보험심사평가원, 2006.

- 2003년과 2004년의 전체 항생제 사용량을 청구건의 1% 표본을 토대로 환산하여 추정한 결과에 따르면, 국내 항생제 사용량은 2003년 22.97(DDD/인구 1,000명/일)이며, 2004년에는 23.62(DDD/인구 1,000명/일)로 증가하였음.
- 한편, OECD Health Data를 이용하여 항생제 사용량을 국제간에 비교한 결과, 국내 항생제 사용량은 상위 6위에 해당하는 것으로 나타남.
 - 사용량이 가장 많은 국가는 그리스로서 33.8(DDD/인구 1,000명/일)이었고, 다음은 룩셈부르크(27.9), 슬로바키(26.9) 순이었음.
 - 반면 독일은 13.1로 가장 낮았고, 영국이 14.7, 덴마크가 15.0이었음.

[그림 4] OECD 국가의 항생제 사용량 비교(2003년)



자료: 김남순 외, 전계서(2006)

- 그러나 이러한 추세에도 불구하고 의사의 처방에서 항생제 처방이 감소하는 것은 의약분업제도의 근본 취지와는 다소 거리가 있음.
 - 의약분업제도는 의사와 약사간 직역구분과 역할분담을 주된 수단으로 하는 제도로서 의사의 처방에 직접적으로 개입하는 제도가 아니기 때문임.
 - 의약분업제도는 어떤 의약품을 얼마만큼 어떻게 사용할 것인가를 일차적으로 의사에게 맡기는 것을 전제로 하고 있음.
 - 물론 의사가 처방을 내린 이후에 약사의 대체조제가 있을 수 있지만 일차적으로는 의사가 권한과 책임을 가짐.
 - 따라서 의약분업 이후 항생제 등 의약품 사용량은 의사의 처방에 직접적인 영향을 받게 되어 있으나 의약분업 제도는 의사의 처방내용 자체를 변화시키

는 데는 한계가 있음.

- 의약분업 이후 처방이 공개되기 때문에 의사가 처방을 신중하게 하고 그 결과 항생제 처방이 줄어든다는 것은 의약분업으로 인해 발생할 수 있는 우회적인 간접효과임.
 - 이는 처방이 공개된다는 사실에 자극을 받아 의사가 스스로 항생제 처방을 줄인다는 전제조건 하에서 성립될 수 있는 논리이며 현실에서 그러한 효과가 당연히 발생해야 하는 것으로 간주해서는 안 됨.
 - 처방공개 제도는 의약분업과 별도로 제도화되어 일부 범위 내에서 실시되고 있으며, 나름대로의 효과를 얻고 있는 것으로 평가되고 있음.
 - 특히 2006년 2월 9일 항생제 처방률 공개 조치 이후 항생제 처방률이 급격히 감소한 것으로 나타나고 있음.
 - 항생제 처방률 공개 이후 의원급의 경우 급성상기도염에 대한 항생제 처방률이 12.5% 포인트 감소하였음.

〈표 11-32〉 연도별 급성상기도염 항생제 처방률 추이(3개월 진료분)

(단위: %)

구 분	2000년 (2, 3, 4월)	2005년 (2, 3, 4월)	2006년 (2,3,4월)	공개전후 차이 (2005년 대비)
종합전문(38개)	46.4	46.0	37.7	-8.3
종합병원(120개)	53.0	50.4	42.5	-7.9
병원(167개)	49.7	50.2	41.2	-9.0
의원(8,761개)	62.7	64.2	51.7	-12.5

자료: 보건복지가족부, 보험급여평가팀 보도자료, 2006. 8. 31일 배포

- 한편, 처방 1회당 의약품목수도 4.13개(2007년 1분기)로서 선진국에 비해 높은 수준을 유지하는 데, 이것도 의약분업제도 이외에 처방 적정성 평가 등 별도

의 제도에 의해 크게 영향을 받고 있음.

〈표 11-33〉 요양기관 종별 처방 품목 현황

(단위: 개)

구 분	2002년 1분기	2005년 1분기	2006년 1분기	2007년 1분기
전체	4.51	4.11	4.21	4.13
종합전문	3.43	3.20	3.32	3.30
종합병원	4.10	3.86	3.97	3.92
병원	4.19	3.90	3.97	3.89
의원	4.62	4.22	4.32	4.24

자료: 보건복지가족부, 보험평가팀 자료, 2007. 10. 30일 배포

- 따라서 의약분업 이후 의약품 사용 감소효과가 크지 않은 데는 의약분업 이후 건당 처방 의약품수의 변화에 기인하는 것보다는 인구수의 증가, 노인인구 비율의 증가 및 만성질환자의 증가 등 의약품 사용의 자연적 증가분으로 인한 영향이 큰 것으로 판단됨.

2) 약제비 변화

- 의약분업이 약제비 절감효과를 발생시키기 보다는 오히려 고가약 처방을 증가시킴으로써 약제비를 증가시키는 요인이 되고 있다는 지적이 있음.
- 의약분업제도가 의약품의 사용량과 약제비 지출을 억제시키는데 기여하는 경로는 의약분업 이전에 약국에서 임의 조제하여 투약하던 의약품의 사용량을 줄이는데 있음.
- 의사의 처방에서 의약품 처방을 줄이는 것은 의약분업제도의 영역을 넘어서는 과제임.

- 의약분업 제도 실시 이후 의사처방 내용의 변화와 약제비의 변화는 만성질환자의 증가 등 다양한 인구·사회·경제적 요인에 의해 결정되기 때문에 의약분업 이후의 약제비 변화를 모두 의약분업 제도에 기인하는 것으로 간주할 수는 없음.
 - 다만, 의약분업 제도 도입에 의한 파생적 현상으로 고가약 처방이 증가하였으며 이에 따라 일정 부분을 약제비를 증가시키는 현상은 발생하였음.
- 고가약 처방의 증가와 이에 따른 약제비 중 고가약 비중의 증가 현상은 의약분업 실시 직후부터 발생한 것으로 나타남.
- 장선미외(2002)¹³⁾와 조재국외(2002)¹⁴⁾에 의하면 의원급 외래 기준으로 청구된 의약품비 중에서 고가약품비의 비중이 의약분업 전후에 약 33% 증가한 것으로 나타났음.

〈표 11-34〉 청구된 전체 의약품비 중 고가약 의약품비의 비율(의원급 외래 기준)
(단위: %)

	2000.1 ¹⁾		2000.3 ²⁾	2001.3 ²⁾		2000.6 ¹⁾	2001.6 ¹⁾	
		증감률			증감률			증감률
고가약 의약품비의 비율	25.14	33.51	24.61	33.56	36.37	24.87	31.26	25.69

자료: 1) 장선미 외, 『의약분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.

2) 조재국 외, 『의약분업 시행에 따른 보건의료이용행태 모니터링』, 한국보건사회연구원, 2002.

- 처방에 포함된 고가약의 종류수도 의원급 외래를 기준으로 의약분업 전후에 약 26%~35% 정도 증가한 것으로 나타났음.

13) 장선미외, 『의약분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.7

14) 조재국외, 『의약분업 시행에 따른 보건의료이용행태 모니터링』, 한국보건사회연구원, 2002.

〈표 11-35〉 처방의약품 종류수 중 고가약 종류수의 비율(의원급 외래)

(단위: %)

	2000.1 ¹⁾	2001.1 ¹⁾		2000.3 ²⁾	2001.3 ²⁾		2000.6 ¹⁾	2001.6 ¹⁾	
			증감률			증감률			증감률
고가약 종류수의 비율	27.79	37.81	26.93	30.03	40.63	35.30	29.27	39.46	25.83

자료: 1) 장선미 외, 『의약분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.

2) 조재국 외, 『의약분업 시행에 따른 보건의료이용행태 모니터링』, 한국보건사회연구원, 2002.

□ 보건복지가족부의 “건강보험약제비 적정화방안”(2006.5)에 의하면 2004년 전년대비 약제비 증가율을 분석한 결과, 동일효능군내에서 고가품목으로의 처방전환이 약제비 증가에 약 10%의 영향을 미친 것으로 분석됨¹⁵⁾.

○ 이외 사용량 증가가 76%, 신규진입이 24%, 그리고 기 등재된 동일의약품의 약가인하와 동일성분에서의 복제약 사용으로 인해 약제비 증가분의 각각 4.9%, 5.3%를 감소시킨 것으로 분석됨.

〈표 11-36〉 2003~2004 약제비 증가율에 대한 요인기여도(전체의약품)

(단위: %)

전년대비 증가율('03~'04)	13.7 (100.0)
가격	-0.67 (-4.9)
사용량	10.43 (76.0)
효능군내 Mix	1.41 (10.3)
성분내 Mix	-0.73 (-5.3)
신규진입	3.29 (24.05)

주) 요인기여도 분석 시 다른 요인은 전년도와 동일하다고 고정시켜서 전체 약제비 변화에 대한 해당요인의 변화를 기여도로 분석

자료: 보건복지부, “건강보험 약제비 적정화 방안”, 2006.5.3

15) 보건복지부, “건강보험 약제비 적정화 방안”, 2006.5.3

- 허순임외(2006년)¹⁶⁾는 건강보험 가입자 1인당 약제비가 2001~2005년 기간 중 연평균 10.5% 증가한 것으로 분석하고, 이중 고가약 처방증가로 인한 약제비 증가가 전체 약제비 증가의 약 40%를 차지하는 것으로 추정하였음.

〈표 11-37〉 약제비 증가요인별 기여도

	2002~2003	2003~2004	2004~2005
전체 증가율(%)	18.8	11.6	17.6
가격변화	-2.13	-0.44	0.06
사용량변화(QI)	21.37	12.12	17.50
- 수량변화	11.03	5.36	9.86
- 처방구성변화	9.31	6.41	6.95

자료: 허순임, 정종찬, 이호용, 「합리적 약제비 지출방안 연구」, 국민건강보험공단, 2006

- 보건복지가족부 보험약제팀은 2002~2006년간 외래 약제비 증가의 19.7%가 처방일당 약제비 증가(품목수 과다, 고가오리지널 제품 사용 증가)에 기인하는 것으로 추정한 바 있음.
 - 약제비 증가(100%) = 처방일당 약품비 증가(19.7%) × 건당 처방일수 증가(54.9%) × 방문회수 증가(18.2%) × 환자수 증가(7.2%)
- 전체적으로 보아 의약분업 이후 고가약 처방이 증가하였으며, 고가약 처방으로 인한 약제비 증가는 전체 증가분의 약 10~20%정도 수준으로 판단됨.
- 이와 같이 고가약 처방 증가로 인한 약제비의 증가를 둔화시키기 위해서는 저렴한 의약품으로의 대체조제가 이루어져야 하지만 대체조제의 비율이 높지 않음.
 - 2004년 총약제비 6조 3,535억원에서 생동성 인정 품목의 대체조제 청구액은 2억 9천만원 정도에 불과하였음.

16) 허순임, 정종찬, 이호용, 「합리적 약제비 지출방안 연구」, 국민건강보험공단, 2006

3) 처방 상호점검에 의한 약화사고 예방 및 환자의 알 권리 신장

- 의사의 처방에 대한 약사의 점검을 통해 약화사고를 예방한다는 것은 현재 일본 정부가 분업률을 제고하기 위해 노력하는 가장 근본적인 목표 중의 하나일 정도로 의약분업이 가지는 기본적인 취지 중의 하나임.
- 그러나 약화사고에 대한 신뢰성 있는 자료의 확보가 가능하다면 약화사고의 변화 추세를 분석함으로써 의약분업의 효과를 간접적으로나마 추정할 수 있을 것이나, 우리나라의 경우 약화사고로 인한 사망자나 상해자에 대한 보고통계가 작성되지 않아 의약분업에 따른 약화사고의 감소효과를 추정하는 데 한계가 있음.
- 현재 의약품 부작용으로 식품의약품안전청에 보고된 건수는 2004년 707건, 2005년 1,841건, 2006년 2,467건, 2007년 3,750건 등으로 증가하는 추세를 보이고 있음.
 - 이와 같이 의약분업 이후에도 약화사고 건수가 증가하고 있다고 해서 의약분업의 약화사고 방지효과가 적다고 할 수는 없음.
 - 우선 이러한 통계의 신뢰성 자체에 의문이 있을 수 있으며, 인구증가 등에 따른 의약품 사용의 자연증가에 따라 약화사고가 증가하는 추세를 보일 수도 있기 때문임.
- 환자의 알권리와 관련하여서는, 원외 처방전 발행 및 약사의 복약지도 등을 통해 환자의 알 권리는 증진되었다고 평가할 수 있음.
 - 실제 환자가 이를 통해 어느 정도 알권리를 충족했는지는 환자 자신의 관심도에도 영향을 받지만 원외처방전 발행이나 복약지도 등의 제도 운영 실태에도 영향을 받게 되는데, 앞에서 언급한 바와 같은 의료기관의 환자용 처방전 발행과 약사의 복약지도 미흡 등은 환자의 알 권리를 침해하는 제도적 요인이 되고 있음.

4) 질병의 조기발견 효과 및 지속적 건강관리

- 의약분업 제도 실시 이전에는 약국에서 약을 구입하여 복용하던 환자들이 의약분업 이후에 의료기관을 먼저 방문하게 되면서 중증 질환을 조기에 발견하는 효과를 얻을 수 있을 것임.
 - 이와 관련하여 조재국 외(2003)¹⁷⁾에서는 신규로 발견되는 중증 환자수를 1999년 상반기 40,851명, 2000년 상반기 40,558명, 2001년 상반기 42,359명으로 추정하였음.
 - 그러나 의약분업 제도 도입 이후 신규로 발견되는 중증환자 수가 증가했다고 해서 이것이 의약분업의 효과라고 단정 지을 수는 없으며, 조재국 외(2003)도 이러한 결과가 의약분업의 영향인지 또는 자연적인 변화에 기인한 것인지는 명확하지 않은 것으로 분석하였음.
- 한편, 의료기관 방문을 통해 질환이 발견된 이후 그 질환이 중증질환으로 판명될 경우 지속적으로 건강관리를 하게 되는 것이 일반적이는데, 이러한 지속적 건강관리 증대 효과도 의약분업에 따른 간접적 효과로 간주할 수 있음.
 - 이와 관련하여 조재국외(2003년)에서는 본태성 고혈압, 인슐린 비의존성 당뇨병, 폐경기 및 기타 폐경기 전후 장애 등 3개 질환의 의료이용 지속률이 의약분업 제도 도입 이후 증가하는 것으로 추정하였음.
 - 그러나 이 또한 다른 사회적 요인에 의한 것인지 또는 자연적인 변동의 하나인지 분명하지는 않음.

5) 제약 및 유통산업의 산업의 경영여건 변화

- 의약분업에 의해 초래된 경영여건 변화는 크게 매출액 변화, 비용구조 변화, 마케팅 전략의 변화 등의 측면에서 분석해 볼 수 있는데, 의약품의 처방과 유통·소

17) 조재국의, 「의약분업 성과평가와 제도개선」, 한국보건사회연구원, 2003.

비는 실거래가 상환제도, 처방 적정성 평가, 의약품 경제성 평가, 선별등재 제도, 처방공개 등 의약분업제도 이외의 다양한 제도적 요인에 의해 영향을 받기 때문에 의약분업 제도만의 효과를 추출하는 데는 한계가 있음.

- 이와 함께 의약분업 제도 도입된 이후 7년이라는 시간이 경과하는 동안 사회경제적인 여건이나 기업환경이 크게 변화하였기 때문에 표면적으로 드러나는 매출액의 변화 비용구조 변화 등은 단순히 의약분업 제도만의 영향이라기보다 비용절감과 새로운 영업전략 마련 등 기업들의 시장적응 노력의 결과가 합쳐진 결과로 보아야 할 것임.
- 그러나 의약분업제도 도입 초기의 변화를 살펴보면 의약분업에 의한 여건변화를 비교적 쉽게 파악할 수 있음.
- 이와 관련하여 의약분업 제도 도입 초기의 제약시장 변화는 크게 다음과 같이 요약될 수 있음.
 - 의약분업 도입과 함께 전체적으로 제약기업의 매출액이 증가하였는데, 배은영(2002)¹⁸⁾이 의약분업 실시 2년 후 65개 제약업체를 대상으로 의약분업 이후의 매출액 변화를 조사한 바에 따르면, 의약분업 이후 매출액이 증가했다는 기업은 응답기업 가운데 49.2%에 달했으며, 감소하였다고 응답한 기업은 23.1%로 전체적으로 매출액이 증가한 것으로 나타났음.
 - － 기업유형별로는 전문의약품 판매중심의 기업, 오리지널 제품을 많이 보유한 기업, 의원중심의 영업활동을 한 기업일수록 매출액 증가율이 높게 나타났음.
 - － 이와 같은 매출액 증가는 의약분업 초기에 일시에 약을 구비하는 과정에서 나타나는 수요 증가라는 기업도 있었으나, 의약분업 이후 고가약 처방이 증가하면서 전문의약품 중심의 제약기업이나 오리지널 제품 중심의 기

18) 배은영, “의약분업이 제약산업에 미친 영향”, 보건복지포럼, 2002. 2.

업의 매출이 전반적으로 증가하였음.

〈표 11-38〉 의약분업 이후 기업유형별 매출액 변화

(단위: 개소, %)

		증가	불변	감소	계
매출규모별	2000억 이상	1 (100.0)	- (0.0)	- (0.0)	1 (100.0)
	1000~2000억 미만	1 (50.0)	- (0.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
	500~1000억 미만	2 (50.0)	2 (50.0)	- (0.0)	4 (100.0)
	300~500억 미만	10 (90.9)	1 (9.1)	- (0.0)	11 (100.0)
	100~300억 미만	11 (57.9)	4 (21.1)	4 (21.1)	19 (100.0)
	10~100억 미만	6 (27.3)	9 (40.9)	7 (31.8)	22 (100.0)
	10억 미만	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	6 (100.0)
전문/일반 의약품 비중	전문약품 중심	22 (71.0)	6 (19.4)	3 (9.7)	31 (100.0)
	일반약품 중심	9 (29.0)	12 (38.7)	10 (32.3)	31 (100.0)
	해당없음	1 (33.3)	- (0.0)	2 (66.7)	3 (100.0)
선발/후발 제품 비중	선발품 중심	8 (57.1)	3 (21.4)	3 (21.4)	14 (100.0)
	후발품 중심	23 (48.9)	14 (29.8)	10 (21.3)	47 (100.0)
	해당없음	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	4 (100.0)
분업전 주요 유통경로	의원중심	6 (50.0)	5 (41.7)	1 (8.3)	12 (100.0)
	약국중심	3 (25.0)	5 (41.7)	4 (33.3)	12 (100.0)
	기타	23 (56.1)	8 (19.5)	10 (24.4)	41 (100.0)
전 체		32 (49.2)	18 (27.7)	15 (23.1)	65 (100.0)

자료: 배은영, 전계서, 2002.

- 의약분업제도의 도입과 함께 중소 제약기업의 점유율은 하락하는 반면 외자기업의 점유율은 크게 증가하였음.
- 전문약품 및 오리지널 제품의 판매가 증가하면서 상대적으로 복제약 중심의 중소 제약기업의 점유율이 하락하였음.
- 1999년과 2000년 사이에 중소 제약기업이나 상장기업 및 국내의 기업군 소속기업(재벌계열 기업)의 점유율은 하락한 반면 외자기업의 점유율은 136% 증가하였음.

〈표 11-39〉 기업종류별 의약분업 전후 점유율 변화

(단위: %)

기업종류	1999년	2000년	증가율
일반기업	32.2	23.7	-26.4
상장+재벌기업	58.3	53.6	-8.1
외자기업	9.6	22.7	136.5
계	100.0	100.0	

자료: 배은영, 전계서, 2002.

- 제약기업의 마케팅 전략에 많은 변화가 있었는데, 전체적으로 마케팅 전략에 변화가 있었다는 기업이 약 67.7%를 차지하였으며, 이중 처방약 중심, 그리고 약국보다는 의원 중심으로 마케팅 전략을 수정하였다는 기업이 주류를 이루었음.

〈표 11-40〉 의약분업 이후 마케팅 활동의 변화 여부

(단위: 개소, %)

		응답자수
전략의 변화	변화있었음	44 (67.7)
	변화없었음	19 (29.2)
	무응답	2 (3.1)
인력확충 여부	인력확충	31 (47.7)
	불변	28 (43.1)
	인력축소	1 (1.5)
	무응답	5 (7.7)
마케팅 비용의 변화	비용증가	32 (49.2)
	불변	25 (38.5)
	비용감소	2 (3.1)
	무응답	6 (9.2)
마케팅 효율성의 변화	효율성 증가	21 (32.3)
	불변	19 (29.2)
	효율성 감소	18 (27.7)
	무응답	7 (10.8)
계		65 (100.0)

자료: 배은영, 전계서, 2002.

- 의약분업 이후 기업의 연구개발비 투자액 역시 36.9%의 기업에서 증액하였다고 응답하여 의약분업이 제약산업에 미친 긍정적 영향의 하나로 평가됨.
- 의약분업 제도의 도입으로 인해 제약기업들 간에 가격경쟁보다는 브랜드경쟁이 강화되었으며, 이는 저가의 복제약 중심 기업보다는 전문약 및 고가약 중심의 기업이 상대적으로 크게 성장하는 계기가 되었음.

나. 의약분업의 비용

1) 의약분업 따른 건강보험 재정 및 국민의료비 지출

- 의약분업의 도입에 따라 약국에서 임의조제하던 환자들이 의료기관을 방문하게 되면서, 전체적으로 의료기관 외래 방문회수가 증가하게 되는데 조재국외(2003)는 1990~1999년 기간동안 의료기관 방문회수 증가추세를 이용하여 2000년 및 2001년의 외래방문수와 환자수를 추정하고 이 예측치를 넘어서는 방문수 및 환자수의 증가를 의약분업으로 인한 방문수로 계산하였음.
- 의약분업이 시행된 이후 장기간에 걸친 외래 방문수의 증가는 타 인구·사회·경제적 요인의 영향을 크게 받기 때문에 의약분업 도입 직전과 직후의 외래 방문수 또는 환자수의 증가를 의약분업 도입에 기한하는 것으로 보는 것이 타당할 것임.
- 추정결과에 의하면 의약분업으로 인해 외래방문수가 약 연간 약 10% 정도 증가한 것으로 나타났음.

〈표 II-41〉 2000년 및 2001년 외래환자 방문수 순증감률

	2000년			2001년		
	예측치	실측치	증감률	예측치	실측치	증감률
방문수	412,705,284	415,999,413	0.80	429,358,928	472,623,990	10.08

자료: 조재국 외, 전계서, 2003

- 1999년의 1인당 내원일수를 기준으로 방문수 증감분을 환자 인원수로 전환하여 의약분업으로 외래 환자수가 약 2~4% 증가한 것으로 추정하였음.

〈표 II-42〉 2000년 및 2001년 외래환자수 순증감률

	2000년			2001년		
	예측치	실측치	증감률	예측치	실측치	증감률
인원수	49,602,887	50,689,833	2.19	51,728,174	53,711,685	3.83

자료: 조계국 외, 전계서, 2003

- 그러나 입원환자수의 변화는 것으로 없는 것으로 추정되었음.

〈표 II-43〉 2000년 및 2001년 입원환자 입원일수 순증감률

	2000년			2001년		
	예측치	실측치	증감률	예측치	실측치	증감률
입원일수	40,916,219	40,227,520	-1.68	42,686,872	42,832,455	0.34

자료: 조계국 외, 전계서, 2003

- 이는 의료기관 이용지출과 국민의료비의 증가를 초래하게 되는데, 최병호(200)¹⁹⁾는 의약분업에 따른 직접적인 건강보험 재정지출 증가분을 2000~2001년 기간중 1조 3,410억원으로 추정하였음.

- 의료기관 외래방문 증가 등에 따른 건강보험 진료비 증가분 2,882억원, 처방료와 조제료 신설(2000. 7)에 따른 증가 5,952억원, 의약분업에 따른 수량증가요인과 수가인상의 복합요인 4,576억원 등 총 1조 3,410억원임.

19) 최병호, "의약분업 시행이 건강보험 재정에 미친 영향", 의약분업 평가 및 개선방안 모색을 위한 정책토론회 자료, 한국보건사회연구원, 2002.

〈표 II-44〉 의약분업 전후(2000~2001년)의 건강보험 재정 증감

요 인		보험급여(억원)	내 용
의약분업제도 자체 요인		2,882	- 의약분업 이전 약국 임의조제 환자의 의료기관 외래방문에 따른 진료비 증가 - 처방료 신설에 따른 처방일수(투약일수) 증가
의약분업 도입을 위한 수가 인상		5,952	- 처방료와 조제료의 신설(2000.7월)에 따른 진료비 증가
의약분업에 의한 수량증가와 수가 인상의 복합요인		4,576	- 상기 두 요인의 복합 효과
의약분업 외적 요인: 수가 현실화에 따른 수가인상		10,269	- 2000. 4월 수가 인상(약가마진 손실분 보전) - 재진 진찰료 인상(2000.9월) - 처방료와 조제료의 추가 인상(2000.9월)에 따른 진료비 증가: 원외처방료 인상과 약국 조제료 소아, 야간, 공휴일가산 - 치과 소아가산을 및 대상 항목 조정(2000.9월) - 상대가치 수가제도 도입에 따른 수가인상(2001.1월)
환자 본인부담 경감요인		9,455	- 법정 본인 부담률 인하 조정에 따른 보험 급여비 증가
자연증가 요인	가격요인	3,725	- 과거의 추세에 따른 내원일당 진료비 자연증가
	수량요인	5,271	
	가격·수량 복합요인	3,268	
합 계		45,398	

자료: 최병호, "의약분업 시행이 건강보험 재정에 미친 영향", 의약분업 평가 및 개선방안 모색을 위한 정책토론회 자료, 한국보건사회연구원, 2002.

- 참고로, 정형선(2006)은 건강보험급여비에 대한 의약분업의 영향을 ‘협회의(순수한)’ 의약분업의 영향과 ‘광의의’ 의약분업의 영향으로 구분하여 고찰하였음.
 - ‘협회의(순수한)’ 의약분업이란 의약분업 실시 이후 직역(의사, 약사)의 역할 구분에 따른 진찰, 처방, 의약품조제(판매)의 빈도 내지 배분 양상의 변화와 이로 인한 보험급여비의 변화를 의미하며, ‘광의의’ 의약분업이란 협회의 의약분업과 아울러 과거 비급여항목 의약품들이 보험급여의 대상으로 전환되어 발생하는 보험급여비의 변화, 즉, ‘약제비의 보험급여 신규적용에 따른 영향’을 함께 고려하는 것을 의미함.
 - 2001년 의약분업대상기관의 외래 및 약국부문 건강보험상환액 9조 2,910억원 중 ‘협회의(순수한)’ 의약분업의 영향은 1조 7,253억원이었으며, ‘광의의’ 의약분업의 영향은 1조 9,579억원의 증가로 나타났음.
 - 건강보험급여비에 대한 협회의 의약분업의 영향은 18.6% 전후이며, 광의의 의약분업의 영향은 21.1%를 상회함.
 - 건강보험 총액에 대한 의약분업의 영향은 협회의 경우 13.1% 전후, 광의의 경우 14.9% 이상임.
 - 2003년의 경우에는 외래 및 약국부문 건강보험상환액 중 ‘협회의(순수한)’ 의약분업의 영향은 1조 2,050억원, ‘광의의’ 의약분업의 영향은 1조 7,616억원의 증가로 나타났음.
 - 건강보험급여비에 대한 협회의 의약분업의 영향은 15.7% 전후이며, 광의의 의약분업의 영향은 21.1%를 상회함.
 - 건강보험 총액에 대한 의약분업의 영향은 협회의 경우 10.8% 전후, 광의의 경우 14.5% 이상에 해당함.

〈표 II-45〉 건강보험급여비에 대한 의약분업의 영향

(단위: 억원)

연도	건강보험 총액 (A)	건강보험급여비 (건강보험상환액) (B)	기간	순수한 의약분업의 영향	광의의 의약분업의 영향
2001	131,555	92,910	1999~2001	17,253 전후 증가 (A의 13.1% 전후) (B의 18.6% 전후)	19,579 전후 증가 (A의 14.9%+) (B의 21.1%+)
2003	148,935	102,697	1999~2003	16,095 전후 증가 (A의 10.8% 전후) (B의 15.7% 전후)	21,661 전후 증가 (A의 14.5%+) (B의 21.1%+)

자료: 정형선, “의약분업이 건강보험 급여비에 미친 영향”, 보건행정학회지 제16권제2호, 2006.

□ 한편, 2000~2001 기간중 재정지출 증가분을 1조 3,410억원으로 가정하여 국민의료비 증가분을 산출하면 연간 약 3조 2,184억원으로 추정됨.

○ 2000년을 기준으로 국민의료비 중에서 건강보험 재정이 차지하는 비중은 약 40%임.

○ 이 비율을 건강보험 재정 증가분 1조 3,410억원에 적용하면 국민의료비 증가분은 3조 3,525억원으로 추정됨.

〈표 II-46〉 국민의료비 및 건보재정과 GDP의 추이(1985-2006)

구 분	국민의료비 (조원)	GDP (조원)	국민의료비 / GDP	건강보험 재정	건보재정/국민 의료비(%)	건보재정 /GDP(%)
1985년	3.4	84.1	4.0%	0.1682	4.95	0.2%
1990년	8.1	186.7	4.3%	2.0537	25.4	1.1%
1995년	16.5	398.8	4.1%	5.1844	31.4	1.3%
2000년	27.6	578.7	4.8%	10.4166	37.7	1.8%
2005년	48.1	810.5	5.9%	20.2625	42.1	2.5%
2006년 (잠정치)	54.0	847.9	6.4%	22.8933	42.4	2.7%

자료: 최병호, “건강보험 미래전략”, 건강보험 미래전략위원회, 2007.7

〈표 11-47〉 국민의료비 및 건강보험 재정 지출 추계

(단위: 조원, %)

연도	국민의료비(A)	건강보험 재정 지출(B)	B/A
2005	48.1	21.1	43.9
2006	54.0	22.4	41.5
2007	63.2	28.4	44.9
2008	70.5	32.1	45.5
2009	78.9	36.4	46.1
2010	86.4	40.4	46.8
2011	92.4	43.6	47.1
2012	101.1	48.4	47.9
2013	108.6	52.5	48.3
2014	117.2	57.4	49.0
2015	128.4	63.6	49.5

자료: 최병호, “건강보험 미래전략”, 건강보험 미래전략위원회, 2007.7

- 이 국민의료비 증가분에서 의약분업 이전에 약국에서 임의조제로 지출하던 금액을 제외하면 의약분업으로 인한 국민의료비 증가분은 연간 3조 1,740억 원으로 추정됨.

: 의약분업 이전의 임의조제 1억 7천만건 중에서 35%가 병의원으로 이동했다고 가정하면, 59,500천건의 약국 임의조제 환자가 병·의원 환자로 전환

: 이들이 의약분업 전 약국 임의조제를 통해 지불하던 금액을 건당 3,000원으로 가정하면 1,785억원을 지출

: 따라서 의약분업으로 인한 국민의료비 증가분(3조3525억원 - 1785억원): 3조 1740억원

- 의료계에서는 건강보험 약제비 8조원 중에서 기본조제료, 약국관리료, 약품관리료, 복약지도료 등 의약분업으로 인한 추가 비용을 2조 8천억원으로 추정하고 있음.

2) 시간상의 기회 비용

- 의약분업제도 실시에 따라 약국을 방문하는 데 시간이 추가로 소요될 수밖에 없는데, 의약분업 제도 도입 초기에는 약국이용과 관련한 여건이 미비하여 추가 소요시간이 컸을 것이나, 현재에는 의료기관 인근에 약국들이 많이 분포되어 있기 때문에 추가 소요 시간이 크지 않을 것으로 판단됨.
- 의약분업 초기의 약국방문을 위한 소요시간은 자료가 가용하지 않지만 본 연구에서 설문조사 결과에 의하면 약국방문에 소요되는 시간이 평균 3분 정도인 것으로 나타났음.
 - 우리나라의 환자들이 의료기관까지 이동하는 데는 약 16분 정도를 소모하고 의료기관 방문 후 약국으로 이동하는 데 약3분을 소모하는 것으로 나타났음.
 - 약국으로 이동하는 교통수단도 대부분 도보로 이동하는 것으로 나타났는데²⁰⁾, 이는 의료기관과 바로 인접한 지역에 약국이 소재하고 있으며 또 환자들이 그러한 약국을 이용하고 있기 때문에 발생한 현상임.

〈표 II-48〉 의료기관 및 약국 이용 평균 소요시간 및 교통비

(단위: 분, 백원)

	의료기관		의료기관-약국	
	소요시간	교통비	소요시간	교통비
평균	15.7±17.4	8.4±24.3	3.0±5.3	0.1±1.9

자료: 본 연구의 조사

- 아울러 방문하는 약국도 여러 약국을 거치지 않고 첫 번째 약국에서 모두 조제를 받기 때문이기도 한데, 본 연구의 조사에 의하면 98.6%가 첫 번째 약국에서 조제를 받는 것으로 나타났음.

— 본 연구의 조사에서는 보건소에서 처방과 조제를 동시에 한 경우를 제외

20) 본 연구의 조사에서 의료기관과 약국 사이를 도보로 이동하는 비율이 97.2%였음.

하고, 의료기관에서 처방전을 받은 후 방문한 몇 번째 약국에서 처방조제를 받았는지를 질문하였음.

- 조사 결과 응답자의 거의 대부분인 98.6%가 첫 번째 약국에서 처방조제를 받은 것으로 나타났으며, 세 군데 이상의 약국을 들러서 처방조제를 받은 경우는 한 건도 없었던 것으로 조사되었음.
- 참고로 의약분업 직후인 2001년 5월 조사에서의 첫 번째 약국 조제율은 95.4%, 2003년 4월의 동일항목 조사에서는 97.3%에 이르는 것으로 조사된 바 있음²¹⁾.
- 한편, 두 번째 약국을 방문하여 처방조제한 이유는 대부분 (처방전에 명기된) 처방의약품이 없기 때문인 것으로 조사되었음.

〈표 II-49〉 처방조제를 받은 약국 순서

(단위: N, %)

전체	첫 번째 약국	두 번째 약국
991(100.0)	977(98.6)	14(1.4)

자료: 본 연구의 조사

- 따라서 이러한 요인들을 전체적으로 감안하여 약국방문에 소요되는 시간을 30분, 5분, 3분 등으로 가정하면, 이때의 시간상의 연간 기회비용은 2006년을 기준으로 각각 약 1조 8966억원, 3161억원, 1897억원으로 추정됨.

21) 조재국 외, 『의약분업 성과평가와 제도개선』, 한국보건사회연구원, 2003.

〈표 II-50〉 약국방문에 따른 기회비용: 30분 소요 가정

	1인당 GDP	처방조제건수	연간근무시간 (240일×8시간)	기회비용(원)
2000	12,309,886	54158254	1920	173,615,090,395
2001	13,136,766	244538933	1920	836,575,736,625
2002	14,368,589	254504063	1920	952,308,382,144
2003	15,141,777	258939194	1920	1,021,041,524,340
2004	16,223,772	270470616	1920	1,142,722,269,987
2005	16,837,314	397161065	1920	1,741,438,909,656
2006	17,555,400	414854932	1920	1,896,600,106,959

〈표 II-51〉 약국방문에 따른 기회비용: 5분 및 3분 소요 가정

(단위: 천원)

	5분 소요 시 기회비용(원)	3분 소요 시 기회비용(원)
2004	190,453,712	114,272,227
2005	290,239,818	174,143,891
2006	316,100,018	189,660,011

3) 약국방문에 따르는 교통비 등

□ 분업 초기에는 교통비가 어느 정도 소요되었을 가능성이 있지만 최근에는 약국방문에 따른 교통비를 거의 지출하지 않는 것으로 나타나고 있음.

○ 약국방문에 따르는 교통비 지출은 현행 체제하에서는 (연간방문회수 × 방문당 평균 교통비 지출)로 계산될 수 있는데, 본 연구의 조사에 의하면 환자들은 의료기관-약국간 거리와 이동편리성을 최우선적으로 고려하여 교통비를 거의 소요하지 않고 도보를 주로 이용하는 것으로 조사되었음.

Ⅲ. 의약분업 제도 대안 검토

1. 현행 의약분업 대안으로서 선택분업에 대한 논의 대두

- 현행 의약분업이 막대한 비용에도 불구하고 그 성과가 미흡하다는 비판이 제기되면서, 현행 틀 하에서 제도적 미비점을 보완하자의 의견과 함께 그 대안으로 외래환자가 원내 조제와 원외 약국 조제를 선택할 수 있도록 하자는 논의가 대두됨.
- 이에 따라 현행 강제분업 제도 하에서 발생하는 비용과 편익에 대비하여 선택분업을 도입할 경우 그 비용과 편익이 어떻게 변할 것인가에 대한 검토가 필요함.
 - 현행 분업체제에 비해 비용은 절감되고 편익은 증대되는지, 비용은 절감되는 반면 편익이 감소하는지, 또는 편익에는 별다른 변화가 없으면서 비용은 절감되는지 등에 대한 검토가 필요함.
 - 아울러 선택분업을 도입할 경우 현재의 분업체제 하에서는 발생하지 않던 새로 파생효과가 발생할 가능성 등에 대해서도 검토할 필요가 있음.

2. 외국의 의약분업 사례

- 선택분업에 대한 검토를 위해서 임의분업을 채택하고 있는 일본과 직능분업의 형태를 취하고 있는 대만의 사례를 참조할 필요가 있음.
 - 선택분업과 임의분업은 제도 상에 약간의 차이가 있지만 일본에서의 임의분업 경험은 선택분업 도입에 대한 많은 시사점을 제공해줄 수 있을 것임.

가. 일본의 사례(부록 참조)

- 일본의 임의분업제도는 우리나라의 선택분업 제도 논의와 관련하여 다음과 같은 3가지 특징을 가진 것으로 요약될 수 있음.
 - 일본은 임의분업 제도를 도입한 이후 분업률의 제고를 위해 장기간에 걸쳐 많은 정책적 노력을 기울였음.
 - 그러나 현재 일본의 분업률은 약 56%로서 지역별로 분업률의 편차가 매우 크며, 아직도 원외 약국보다 의료기관 내 조제에 대한 선호를 가진 국민이 상당수에 달하고 있음.
 - 일본 정부는 아직도 분업률을 제고하는 것이 국민 건강증진에 기여한다는 인식 하에 분업률 제고를 의약분업정책의 주요 목표의 하나로 설정하고 있음.
- 일본의 의약분업 제도 도입 배경

일본은 약 50여년 전에 의약분업 제도를 도입하였으나 의약분업 제도 도입 당시의 의약 관행과 약국의 준비 부족 등 사회적 여건 등으로 임의분업을 채택하였음.

[근대의료의 태동]

- 1868년(明治 1년) 1월 25일: 근대화의 첫걸음을 시작하면서 의료제도의 발전에 대한 조사 실시
- 1868년 3월: 정부가 서양 의학 도입 결정
- 1869년(明治 2년): 독일 의학 채용을 결정
- 1873년(明治 6년) 6월: 문교부가 「의제(醫制) 조사」 실시
- 1873년(明治 6년) 12월: 문교부가 「의제 상신서」 제출
 - 내용: “우리나라에 좋지 않는 의료 관습이 침투하고 있다. 의사가 약을 팔

고 있기 때문에 다양한 폐해가 생기고 있다. 의사가 약을 파는 것을 금지하는 조치를 우선 도쿄, 교토, 오사카에서부터 서서히 착수해 나가야 한다”(에도시대, 의사들이 약을 판매하는 것에 대한 반감 형성)

[의제의 통지]

- 1874년(明治 7년) 6월, 도쿄, 교토, 오사카에 의료법령의 근간인 「의제 (醫制)」 (76개 조)를 통지
 - ① 의학교의 설치와 교육 내용
 - ② 의사 제도
 - ③ 약포(藥舖)와 약포주(藥舖主)(약국과 약사) 등을 제도화
- 의약분업 관련 사항
 - 제41조: “의사는 스스로 약을 주는 것을 금지하며...”
 - 제55조: “조제는 약포주, 약포직원 및 약포연습생이 아니면 허락하지 않고...”
 - 제65조: “의사가 주는 처방전은 그 내용에 따라서 세밀하게 조합해야 하고...”

[약사·약국제도의 발전]

- 1889년(明治22년) 3월 「약품 영업 및 약품 취급 규칙(약률)」이 성립되었고, 약사 제도 및 약국 제도가 정상화되었음.
- 그러나 1874년 의제의 통지와 함께 의약분업제도가 실시되었다고는 하지만 다음과 같은 이유로 약국에서의 조제가 진전되지 못하였음.
 - 의사로부터 약을 받는 것이 오랜 세월의 관습이었음.
 - 수요에 비해 약국이나 약사의 수가 부족하였음.

- 약률 부칙에 의사의 조제가 인정되어 있었음.
- 의료수가가 낮아 의료기관이 약가마진에 크게 의존하고 있었음.
- 1933년(昭和 8년) 「의사법」 개정
 - “의사는 의료 상 지장이 없을 때는 약제를 교부하는 것을 인정함”으로 규정하였음.

[의약분업제도의 본격적 태동]

- 연합군 사령부의 의약분업 권고
 - 1945년 8월 제 2 차 세계대전 종료 후, 1949년(쇼와 24년) 9월 연합군 사령부(GHQ)는 미국 약사협회장을 단장으로 하는 조사단으로 하여금 일본의 약사제도를 조사 분석하도록 하였음.
 - 조사단은 “일본에서는 의사가 약을 팔고, 약국은 잡화를 팔고 있다”고 지적하고 의약분업을 조기 실시하도록 일본 정부에 권고하였음.
 - 근대법의 성립
 - 1951년(昭和 26년): GHQ의 권고에 따라 「의사법, 치과의사법 및 약사법의 일부 개정 법률」을 제정하였음(소위 의약분업 법).
 - 1954년(昭和 29년): 의약분업 연기 법안 가결
 - 1956년(昭和 31년) 4월: 「의사법, 치과의사법 및 약사법의 일부 개정 법률」을 시행하였음.
 - 의사의 처방전 발행이 원칙으로 의무화되었음.
 - 그러나 다음과 같은 예외 조항으로 의약분업이 실질적으로 진전되지 못하는 결과를 낳았음.
- “의사(치과 의사)는,···(중략)··· 처방전을 교부해야 한다. 다만, 환자가

…(중략)… 처방전의 교부를 필요하지 않는 취지를 신청했을 경우 …
(중략) … 경우에는 그러하지 아니하다”

□ 본격적인 의약분업 실시를 위한 제도적 조치

- 1967년(昭和42년): 매 2년마다 약값을 인하하기로 결정
- 1974년(昭和49년): 의료수가 개정을 통해 의사 처방전 발행료를 60엔에서 500엔으로 인상(「의약분업의 원년」) (약가마진보다 다 처방전 발행을 통해 실리를 얻도록 조치)
- 1984년(昭和 59년): 의료비 자기 부담 강화(30%까지 확대)
- 1990년(平成 2년): 노인병원 의료비의 포괄화 등을 통해 의약분업을 유도하고 국민의료비 삭감책 실시
- 1995년(平成7년): 의약분업 실시 공포, 이후 의약분업이 점차 진전

□ 현행 의약분업의 법적 근거

- 의료법제22조 및 약제사법제19조
 - － 의료법 제22조에는 의사는 처방전을 반드시 발행해야 하나 환자가 희망하는 경우와 의료상의 이유로 불가피한 경우는 직접 조제할 수 있도록 단서를 둠.

□ 의약분업률의 변화추이

- ※ 분업률: 약국에서 조제받은 처방건수/(의과 외래환자수×투약률66.4% + 치과외래환자수×투약률 10.9%)
- 전체적 변화 추이
 - － 그러나 장기간에 걸친 정부의 노력에도 불구하고 전체적으로 분업율이 50%대에 머물고 있음.

- 일본의 분업률은 1992년 14.1%(1억8천만매) → 2000년 39.6%(5억1천만매) → 2003 51.6%(5억9천만매) → 2006년 55.8%(6억6천만매)로 증가하였음.
- 1992년도부터 정부의 지시에 따라 국공립병원 및 공공병원은 원외처방전 발행을 강제하고 있으며, 현재는 처방전의 약 90%정도가 외부로 발급됨.

〈표 III-1〉 일본의 연도별 의약분업률 및 처방전발행 추이

구분	1992	1995	1998	2000	2002	2004	2006
분업률 (%,전국평균)	14.1	20.3	30.5	39.5	48.8	53.8	55.8
처방전매수(억)	1.8	2.7	4.0	5.1	5.8	6.2	6.6

자료: 일본제약공업협회 내부자료

〈표 III-2〉 일본의 연도별 분업률

연도	총 약국 수	보험약국 수	보험 조계 건수	처방전수(만)	전국 평균 분업률(%)
1986년(昭和61년)	-	-	-	-	9.7
1990년(平成 2년)	36,979	31,674	91,188,633	16,048.9	12.8
1995년(平成 7년)	39,433	35,622	154,044,284	26,586.7	20.3
2000년(平成 12년)	46,763	43,912	312,606,757	50,620.3	39.5
2005년(平成 17년)	51,233	49,478	447,783,865	64,507.5	54.1
2006년(平成 18년)	-	50,338	465,854,425	66,083.4	55.8

자료: 일본제약공업협회 내부자료

○ 지역별 격차

- 분업률이 지역별로 큰 차이를 보이고 있으며 그 원인으로는 약국수의 분포 등 지리적 요인(remote area 등)을 들 수 있음.

〈표 III-3〉 일본의 분업률의 지역간 격차

(단위: %)

연 도	전국 평균	최고현	최저현
1995년(平成 7년)	20.3	43.7	2.8
2000년(平成 12년)	39.5	62.9	10.8
2005년(平成 17년)	54.1	71.4	20.1

자료: 일본약제사회 조사 자료

〈표 III-4〉 일본 주요 지역의 분업률(2005년)

상위	아키타(71.4%), 사가(71.3%), 카나가와(70.3%), 니가타(66.1%)
수도권	도쿄(65.2%), 치바(61.2%), 사이타마(58.2%)
하위	후쿠이(20.1%), 와카야마(29.6%), 교토(32.3%), 이시카와(32.6%)

자료: 일본약제사회 자료

□ 의약분업률에 대한 후생노동성의 입장

- 일본 정부는 당초에 임의분업 제도를 도입했음에도 불구하고 분업률의 제고를 지속적인 정책목표의 하나로 설정하고 있음.
- 일본이 후생노동성은 원외 처방 증대를 위해 노력하는 이유를 다음과 같이 제시하고 있음.
 - 원외조제가 의약품에 대한 정보를 환자에게 공개하고, 국민의 조제 선택권을 줌.
 - 약제사로 하여금 의사와 독립적으로 처방전 내용에 대한 점검케 함.
 - 복수의 의사로부터 나온 처방전을 1개 약국에서 조제케 하여 중복투여를 방지하고 상호작용 확인을 통해 약품 적정 사용에 기여함.

- 병원의 외래조제 업무를 경감시키고, 병원약제사는 병동활동에 충실케 함.
- 특히 일본 정부는 원외 처방이 약제사로 하여금 의사와 독립적으로 처방전 내용에 대한 점검하게 하고, 여러 의사의 처방전을 1개 약국에서 조제하게 하여 중복투여를 방지하고 상호작용을 확인한다는 점을 강조하고 있음.
- 이와 관련하여 일본 약제사회 자료에 의하면, 원외 처방전 중에서 약사가 의사에게 의견조회를 하는 비율은 낮지만 의견조회 결과 처방내용을 변경하는 비율은 약 60%에 달하고 있음.
- 이는 일본 정부가 원외 처방전 발행률을 제고하기 위해 노력하는 이유를 간접적으로 보여 주는 결과로 해석할 수 있음.

〈표 III-5〉 약사의 의견조회 처방전 비율

구 분	2005년 조사	2002년 조사	2000년 조사	1998년 조사	2005년 처방전 매수
의견조회 처방전 비율	3.3%	2.91%	2.38%	2.18%	1,400만매~2,130만매
의견조회 처방중 처방내용을 변경하는 비율	59.2%	52.9%	66.3%	63.9%	900만매~1,260만매

자료: 일본약제사회 조사

- 결론적으로 일본은 임의분업제도를 통해 원내에서도 조제를 할 수 있도록 하고 있지만 가능한 한 원외 조제를 활성화시키기 위해 노력하고 있는데, 그 주된 목표는 처방의 상호 점검과 약사의 중복투약 점검 등 약력관리 및 복약지도 증진임.

□ 일본 국민들의 처방·조제 행태

- 일본 국민들이 원내 조제와 원외 약국조제 중 어느 것을 더 선호하는지는 우리나라에서 선택분업을 도입한다고 가정할 경우 소비자들이 무엇을 더 선호할지와 관련하여 중요한 시사점을 제공해줄 것으로 판단됨.

[일본 약제사회 조사 자료]

- 조사기간: 2002.12.10 ~ 2003.1.8일
- 조사대상: 2002년 8월 의료기관에서 외래 진료를 받은 환자 1,108명(가나가와현의 5개 건강보험의 20세 이상 피보험자 및 피부양자)
- 주요 조사결과
 - 일본에서도 단골약국을 적극 권장하고 있으며, 단골약국을 통해 환자의 약력관리를 효과적으로 실시한다는 정책목표를 가지고 있으나 실질적으로 단골약국이 없는 환자가 53.7%에 달하고 있음.

〈표 III-6〉 단골약국이 있는지 여부: 일본의 사례

(단위: %)

구 분	비 율
단골약국 있음	44.1
단골약국 없음	53.7
무응답	2.2

- 원외 처방에 대해 좋다는 응답은 약 30~40%이며, '나쁘다' 혹은 '그저 그렇다'는 응답이 각각 약 8~13%, 49~52%를 차지함.

〈표 III-7〉 원외처방에 대한 의향(원외 처방전을 받아본 경험이 있는 경우)

(단위: %)

구 분	좋다	나쁘다	그저 그렇다	무응답
금번에 원외 처방전을 받아본 사람들의 경우	42.3	7.7	48.6	1.3
이전에 원외 처방전을 받아본 사람들의 경우	32.7	12.9	51.8	2.7

- 원외 처방을 받아본 경험이 없는 국민들의 경우 앞으로 원외 처방을 희망한다는 비율은 16.3%, 희망하지 않는다는 비율이 59.2%로서 원외 처방전을 원하지 않는 비율이 과반수를 넘고 있음.
- 즉, 의약분업을 실시한지 오랜 기간이 경과하였으며 정부가 분업률 제고를 위해 공급자들에 대한 유인책을 실시해 왔으나, 수요자인 국민들의 경우는 상당수가 원내에서 조제받기를 원하는 것으로 나타나고 있음.

〈표 III-8〉 원외처방을 받아본 경험이 없는 경우 향후 의향: 일본의 사례

(단위: %)

구 분	비율(%)
앞으로 원외 처방전을 희망한다	16.3
희망하지 않는다	59.2
그저 그렇다	18.4
무응답	6.1

□ 일본 사례의 시사점

- 임의분업으로 의약분업을 실시한 일본의 경우 의약분업률의 제고는 정책목표의 하나였으며, 이를 위해 막대한 정책적 노력을 경주해 왔음.
- 현재에도 후생노동성은 의약분업에 대한 평가를 매년 실시하는데, 평가 대상

정책목표는 의약분업률의 제고임.

- 그러나 아직도 의약분업률이 약 56%에 불과하고 상당수의 국민들이 원내에서 처방과 조제를 받는 것을 선호하고 있음.
- 일본 정부가 분업률 제고를 위해 취한 주된 정책수단은 원외 처방전 발행에 대한 처방료 인상과 약가 마진 인하였음.
 - 이 중에서 지금도 지속적으로 추진하고 있는 정책은 약가마진 인하로서 2년마다 약가를 조사하여 마진폭이 클 경우 약가를 인하하고 있음.
 - 이를 통해 의료기관이 약을 취급하려는 동기를 약화시키는 데 중점을 두고 있으며, 제약회사들도 이러한 조치에 순응하는 입장을 보이고 있음.

나. 대만의 사례(부록 참조)

- 대만은 약국이 의료기관 내에 있는 의료기관밖에 있는 조제는 약사가 담당하도록 한다는 점에서 직능분업의 형태를 가지고 있음.
 - 처방은 의사, 조제는 약사가 담당하지만 의사가 의료기관 내에 약국을 개설하여 약사를 고용할 수 있도록 허용하였음.
 - 이에 따라 환자는 의료기관 내의 약국에서도 조제를 받을 수 있으며 원외의 약국에서 조제를 받을 수도 있는데, 이를 현지에서 쌍궤분업(Two Tier System)으로 표현하고 있음.
 - 전체적으로 원외 처방률은 2007년 약 20.8%에 불과하고, 의료기관 내에서 처방과 조제를 모두 받으려는 소비자의 비율이 매우 높음.
 - 대만 정부는 원외 처방률을 제고한다는 정책목표를 가지고 있으며, 이를 위해 원외 처방률 제고를 위한 인센티브제도를 시행하였으나 문전약국의 문제로

현재는 폐지된 상태임.

□ 의약분업 이전의 사회·정치적 여건 및 추진경과

- 의약분업 실시 이전에는 의사들이 진료의 일환으로 조제까지 담당하였으며, 대부분의 조제가 무자격자에 의해 행하여지고 있었음.
- 처방·조제에 대한 환자의 정보가 제한되어 있었으며, 일부 전문의약품은 처방 전 없이 조제하는 경우도 있었음.
- 이러한 상황 하에서 1988년 계엄령(Martial Law)이 폐지되고 약사들이 조제권의 확보를 위해 정치적 영향력 확보를 위한 노력을 적극적으로 강구하였음.
- 이에 따라 의약분업의 실시를 규정한 약사법(Pharmaceutical Affairs Act) 102조 개정안이 1993년에 통과되고 1997년에 시행됨.

□ 의약분업은 약사법 제102조(1993년 개정)에 규정

- 조제시설을 갖춘 의사는 의료적 목적이라면 누구든 자신이 내린 처방에 따라 조제를 할 수 있도록 되어 있음.
- 국민건강보험(National Health Insurance)을 실시한 지 2년이 지난 약사법 102조에 따른 의약분업을 실시하도록 규정함.
 - 국민건강보험은 1995년에 실시되어 있으며, 이에 따라 1997년(民國 86年)부터 의약분업이 실시됨.

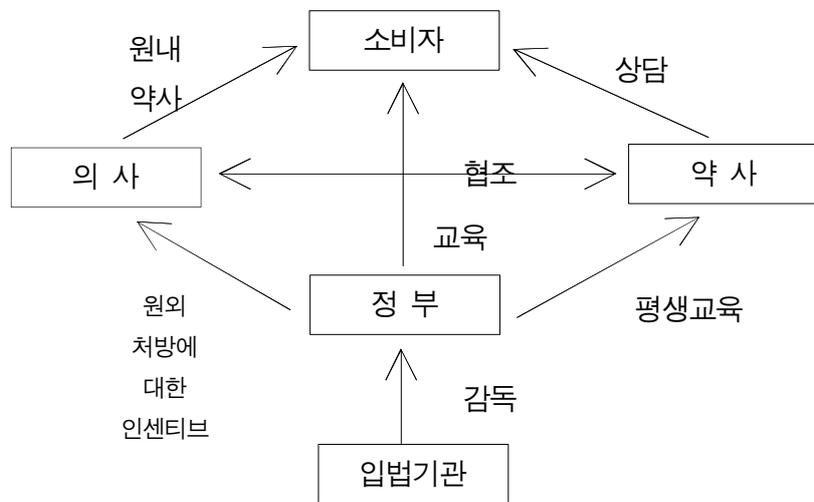
□ 의약분업 실시의 원동력

- 법적 측면: 약사법 상에 의약분업 실시 시기를 명시함에 따라, 반드시 그 시기에 의약분업을 실시해야 하는 법적 구속력 발생
- 약사협회(대만약사공회): 의약분업 실시에 대한 적극적 의지를 바탕으로 정치

적 영향력 행사

- 정부: 정부 입장에서 의약분업 실시에 대한 의지 확고
- 언론 및 소비자 단체: 환자 중심의 의약품 서비스에 대해 찬성

□ 의약분업 추진전략 및 추진체계



※ 원외처방에 대한 인센티브: 원외 처방률을 높이기 위해 의사가 원외처방전을 발행할 경우 처방당 NT\$25를 제공했으나 문전약국 문제로 인해 2007년 폐지

※ 문전약국 문제: 의료기관 외부에 약국을 개설하더라도 실질적으로 의사가 고용한 약사가 약국을 개설함으로써, 원외 처방료 인상을 통한 원외 처방 발행 유도 노력이 의미 상실

- 이원체계(雙軌 醫藥分業, Two Tiers Policy): 원내 약국에서의 조제와 원외 약국에서의 조제를 모두 허용함.
 - 의사들에 대해 원외 처방전을 발행하도록 유도
 - 원내 약국(in-house pharmacy)에서 약사를 고용하여 조제
- 만성질환의 경우 의사가 발행한 1장의 처방전으로 1개월씩 3회에 걸쳐 조제

를 받을 수 있는데, 첫 번째 조제는 의료기관에서 받고 나머지 2회는 환자가 원하는 곳(의료기관 또는 원외 약국)에서 받을 수 있음.

- 원외 약사들의 입장에서는 만성질환자이 주된 목표 집단이며, 정부에서도 나머지 2회의 조제를 지역 약국에서 받음으로써 교통비, 진료비 등의 비용이 절약됨을 적극적으로 홍보하고 있음.

○ 만성질환 처방전수(약사공회 자료, 대북시립연합의원22)의 사례)

- 2006년 1월~12월: 235,758장

- 2007년 1월~12월: 288,096장

○ 만성질환 연속처방전의 사용 대상과 방법

- 健保局 公告의 97개 만성질환

- 의사가 발행한 처방전은 3개월 간 유효, 매회 1개월분 처방

- 만성질환 연속 처방전을 사용함으로써 다음의 비용 절감 가능

• 등록비 2회: 100원 × 2회 = 200원

• 진찰비 2회: 210원 × 2회 = 420원

• 의약품비 중 본인 일부부담: 200 × 3회 = 600원

※ 연속 처방전: 만성질환 환자에게 발행하는 처방전으로, 처방전 1장으로 1개월씩 3회에 걸쳐 조제를 받을 수 있는 처방전

○ 만성질환 외래 연속 처방전 비율

- 전제처방전수 중에서 만성질환 처방전수는 약 0.5%이나 원외 약국으로서 는 이들을 주된 고객집단으로 간주하고 있음.

22) 대북시립 연합의원 연혁: 2005년 정식 개원, 현재 12개 병원 소속

〈표 III-9〉 전체처방전 중 만성질환 처방전 비율: 대만의 사례

(단위: %)

연도	2003	2004	2005
만성질환 처방전수	486,565	714,777	911,315
총처방전수	160,023,809	172,582,670	178,536,337
비율(%)	0.30	0.41	0.51

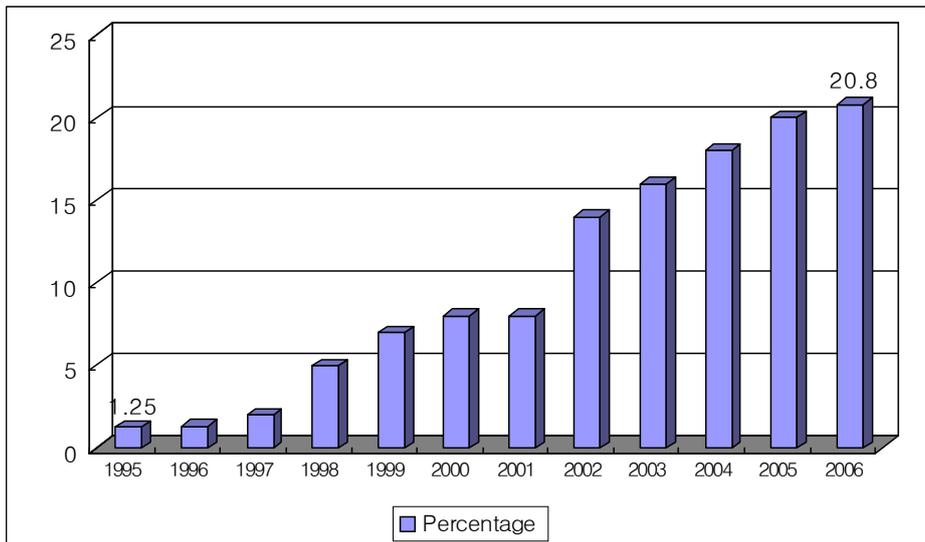
자료: 대만 중앙건강보험국, 2005.

- 1997년 타이페이 등에서 먼저 의약분업을 실시한 다음 대상지역을 점차 확대하여 2004년에 전국적으로 시행하였음.

□ 대만의 분업률

- 행정원 위생서 자료에 따르면 건강보험 계약 약국에 발행된 원외 처방의 비율이 최근에 증가하는 추세에 있으나 2006년 현재 20.8%에 불과함.

[그림 5] 건강보험계약 약국으로 발행된 처방전 비율(1995~2006): 대만의 사례



- 의약분업 이후 병·의원의 약가마진이 약 40% 달하여 의료기관이 원외 처방을 발행하지 않으려는 주된 요인으로 지적되고 있음.
- 아울러 대만의 경우 약국이 원외에 있더라도 문전약국의 형태이며 약국의 실질적인 경영주가 의료기관의 의사인 경우가 많아 단순한 원외 처방전 발행률이 큰 의미가 없을 수도 있음.
- 원내 약국이 아닌 원외 약국에서 조제를 하는 경우에 대해 경제적 인센티브를 제공하기도 하였으나 최근 폐지한 것도 실질적인 경영주가 의사인 문전약국의 문제 때문이었음.

※ 인센티브제도 폐지: 원외 처방당 NT\$25씩 지급하였으나 2006년 1월 인센티브 폐지, 만성질환 처방에 대해서는 유지

- 대만 약사공회 자료에 의하면, 2004년 10월~12월 기간 중 건강보험에 계약된 진소(clinic)가 발행한 총 처방건수는 47,417,277건이며, 이중 원외 처방전은 16,043,267건으로서 원외 처방 발행률은 33.83%임.
- 만성질환 처방전의 원외 조제 비율(첫 번째 조제 제외²³⁾)은 약 60% 대입(대만 약사공회 자료, 대북시립 연합의원의 사례).
 - 2006년 1월~12월 평균: 64.5%
 - 2007년 1월~12월 평균: 66.2%

□ 일반국민의 원외약국 이용행태 및 약사 서비스에 대한 만족도

- 대만은 의료기관에서 약을 조제 받는 오랜 관행으로 인해 국민의 의료기관조제에 대한 선호가 강함.
- 2007년 의약품 안전 관련조사 결과(行政院 衛生署, 『96年 用藥安全 宣導 調查

23) 첫 번째 조제는 의료기관에서 실시하고 나머지 2번의 조제를 환자가 의료기관 또는 약국을 선택하여 조제함.

報告』 24)에 의하면 국민의 80%가 의사에 대해 처방전을 요구할 권리를 가지고 있다고 인식하고 있으며, 51.7%가 의료기관 밖의 국민건강보험 계약 약국에서 처방약을 받으려는 의사가 있다고 응답하였음.

- 그러나 가장 최근의 의료기관 방문시, 47.9%가 처방약을 병원으로부터 받았으며, 27.3%는 진소(clinic), 13.7%가 의료기관 밖의 건강보험계약 약국으로부터 처방약을 받는 등 86.3%의 환자가 의료기관 내에서 조제를 받았음.
- 대만 약사공회의 조사에 의하면 원외 약국의 고객서비스에 만족하는 환자의 비율이 약 40~60%로 나타나고 있음.

[대만 약사공회의 만족도 조사]

- 조사시기: 2007년 6월~10월
- 표본 규모: 대북시 45~64세 가정주부 2,198명
- 조사결과
 - 약국의 고객서비스에 대해 만족하느냐는 질문에 매우 만족하거나 만족한다는 비율이 약 48로 나타났음.

〈표 III-10〉 원외 약국의 고객서비스에 대한 만족도: 대만의 사례

(단위: %)

구분	매우 만족	만족	불만족	매우 불만족	무응답
비율	8	40	4	1	40
N	183	872	92	15	880

- 만성질환에 처방 조제서비스에 대해 만족하느냐는 질문에 대해서는 매우 만족하거나 만족한다는 비율이 약 59%로 나타남.

24) 臺灣 行政院 衛生署, 『96年 用藥安全 宣導 調查報告』, 2007.

〈표 III-11〉 원외 약국의 만성질환 처방조제에 대한 만족도: 대만의 사례

(단위: %)

구분	매우 만족	만족	불만족	매우 불만족	무응답
비율	15	44	6	0	29
N	325	983	125	9	631

□ 의약분업 도입 이후의 약제비 변화

- 건강보험의 의료비(약제비 제외) 지출과 약제비 지출이 의약분업 도입 초기인 1998년과 1999년에 크게 증가하였음.
 - 1998년 진료비(약제비 제외)는 전년 대비 11.4% 증가하였으며 2000년에는 8.8% 증가하였음.
 - 약제비는 1998년 전년 대비 12.9%, 1999년 11.3% 증가하여 진료비 증가율보다 높은 증가율을 보였음.

〈표 III-12〉 건강보험 진료비 및 약제비 지출의 변화 추세: 대만의 사례

(단위: 억 NT\$, %)

Year	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06.1-10
진료비 지출 (약제비 제외)	2,909	3,166	3,260	3,417	3,709	3,839	4,382	4,524	3,788
의료비의 전년대비증가율	11.4	8.8	2.9	4.8	8.5	3.3	14.1	3.1	0.6
약제비 지출	722	804	829	847	905	945	1,094	1,121	952
약제비의 전년대비 증가율	12.9	11.3	3.1	2.2	6.9	4.3	15.7	2.4	2.1
의료비/약제비 비율	24.8	25.4	25.4	24.8	24.4	24.6	24.9	24.8	25.1

자료: 대만 행정원 위생서 내부자료

- 대만 약사공회 자료에 따르면 의약품비가 1996년 270억원에서 2007년 1,100억 원으로 11년 동안 4배 증가하였으며, 1997년~2003년 기간중에는 매년 9.8%

증가하였음.

- 2003년 만성질환 의약품비는 494억원으로, 총 외래 의약품비 768억원의 64.3%, 총의약품비 945억원의 52.3%를 차지하였음.

□ 2007.4~2008.7월 중 행정원 위생서의 의약분업 추진전략

- 최근 행정원 위생서는 의약분업 관련 정책방향은 복약 지식에 대한 국민의 권리 보장, 약사가 의약품 안전의 문지기 역할 수행, 약국 서비스의 질 향상, 비용 절감 및 편의 증진 등으로 설정하고 있음.
 - 아울러 환자의 불편 해소, 의약품 공급센터의 부족으로 인한 약국의 재고 문제 해결 등을 현안과제로 삼고 있음.
- 행정원 위생서의 향후 중장기적인 추진전략으로서는 다음과 같은 사항을 제시하고 있음.
 - 공공보건의료정책에서 약사회의 역할 제고
 - 약사공회가 공공보건의료정책(예: 병원과 약국간 협조 문제, 금연 프로그램 등)에 관여하기 시작하였으며, NGOs와의 협력(예: SARS 통제를 위한 교육 프로그램 등)을 강화하는 등 약사공회의 역할 증대
 - 약사들의 전문성 제고
 - ID 뱃지 착용
 - Good Dispensing Practice에서 Good Pharmacy Practice로 전환
 - 약사의 평생교육과 연계하여 6년마다 면허 갱신
 - 약사교육 개혁과 임상지식 증대
 - 의약품 공급센터 설립 유도
 - “대만 모조의료용품추방TF”(Taiwan Medical Product Anti-Counterfeit

Task Force: TMAPACT) 운영

• 의약품 정보의 투명성 강화

– 기관분업의 실시

- 그러나 분업률 제고를 위한 정책방향을 뚜렷하게 설정되지 않은 것으로 판단되며, 원외 처방에 대한 인센티브제도가 문전약국 문제로 폐지된 이후 분업률 제고를 위한 실질적인 정책수단이 없는 것으로 판단됨.
- 이와 관련하여 대만정부의 입장에서는 향후 기관분업을 실시하여 쌍궤체계를 단궤체계로 전환하기를 희망하고 있는 것으로 나타남.

□ 대만 의약분업의 시사점

- 의료기관 조제에 대한 선호가 강하고 약사들이 의료기관에 종속된 경우가 많아 지역간 분업의 취지가 충분히 발휘되지 못하고 있음.
 - 가장 최근에 의료기관을 방문하였을 때 13.7%의 환자만이 약국에서 조제를 받은 것에서 나타나는 바처럼 대만 국민들의 상당수가 의료기관에서 처방과 조제를 받는 것을 선호하고 있음.
 - 이에 따라 의약분업률도 약 20% 수준에 머물고 있으며, 원외 약국의 경우도 의료기관에 종속된 문전약국이 상당부분을 차지하고 있음.

3. 선택분업 도입시 비용과 편익의 변화

- 국민선택분업으로의 전환은 현행 의약분업제도의 근간을 바꾸는 제도로서 의약분업의 성과 측면, 이행과정 측면, 비용측면, 그리고 기타 사회적인 측면에서 많은 변화를 발생시키게 될 것임.

□ 우선 국민선택분업 도입시 가장 우선적으로 전제해야 할 것은 약국 조제의 상당수가 의료기관 조제로 전환될 것이라는 점임.

○ 본 연구의 조사에 의하면 87.5%의 환자들이 선택분업 도입시 의료기관에서 조제를 받고 싶다고 응답하였음.

– 약국에서 조제를 받겠다는 응답은 12.5%에 불과한 것으로 나타났으며, 의료기관을 선택한 이유로는 대부분(82.0%)의 응답자가 약국에 가는 불편함과 시간이 절약되기 때문이라고 응답하였음.

〈표 III-13〉 의료기관 조제 허용시 처방의약품 조제처 선호도

(단위: 명, %)

	의료기관	약국
전체	876 (87.5)	125 (12.5)
성별		
남성	385 (85.0)	68 (15.0)
여성	491 (89.6)	57 (10.4)
연령		
20-29세	171 (86.8)	26 (13.2)
30-39세	211 (86.5)	33 (13.5)
40-49세	225 (87.9)	31 (12.1)
50-59세	163 (89.1)	20 (10.9)
60세이상	106 (87.6)	15 (12.4)
직업		
전문직/사무직	194 (89.8)	22 (10.2)
자영업/판매/서비스직	193 (86.9)	29 (13.1)
노동근로/농어업	70 (88.6)	9 (11.4)
무직	49 (76.6)	15 (23.4)
주부	292 (88.2)	39 (11.8)
학생/기타	78 (87.6)	11 (12.4)
단골약국		
있음	442 (87.0)	66 (13.0)
없음	433 (88.0)	59 (12.0)

** p < .01

자료: 본 연구의 조사

〈표 III-14〉 의료기관 및 약국조제 선택 이유

(단위: 분, 원)

의료기관 선택이유	N (%)	약국 선택이유	N (%)
약국에 가는 불편함과 시간 절약	718 (82.0)	약사가 복약지도를 더 잘해서	13 (10.4)
교통비 등 비용 절감	8 (9.0)	약국 약이 의료기관보다 믿을 만	11 (8.8)
의료기관의 약이 약국보다 믿을 만	98 (11.2)	약에 대해 약사가 더 잘 알아서	58 (46.4)
의사의 복약 한 설명이 더 나아서	44 (5.0)	기타	43 (34.4)
기타	8 (0.9)		

○ 이러한 직접적인 응답 이외에 의료기관 및 약국 이용과 관련한 간접적인 의견을 통해서도 이러한 상황을 짐작할 수 있는데, 본 연구의 조사에 의하면 대부분의 환자들이 저녁시간대나 점심시간보다는 오전이나 오후의 활발하게 활동하는 시간대에 의료기관 및 약국을 방문하는 시간을 따로 할애하고 있다는 것을 보여주고 있음.

– 이는 저녁이나 점심시간 대에 의료기관들이 진료를 하지 않기 때문에 발생하는 현상이겠으나, 제한된 시간 내에 처방과 조제를 효율적으로 마치려는 환자의 입장에서는 당연히 의료기관의 조제를 선택할 동기가 강하다고 할 수 있음.

〈표 III-15〉 평소 의료기관 또는 약국 이용시간대

(단위: 명, %)

	오전	점심시간	오후	저녁/밤	기타
전체	427 (42.8)	68 (6.8)	372 (37.3)	48 (4.8)	83 (8.3)
성별**					
남성	173 (38.4)	49 (10.9)	161 (35.7)	24 (5.3)	44 (9.8)
여성	254 (46.4)	19 (3.5)	211 (38.6)	24 (4.4)	39 (7.1)
연령**					
20-29세	53 (26.9)	24 (12.2)	93 (47.2)	19 (9.6)	8 (4.1)
30-39세	94 (38.7)	26 (10.7)	98 (40.3)	12 (4.9)	13 (5.3)
40-49세	97 (38.0)	11 (4.3)	105 (41.2)	12 (4.7)	30 (11.8)
50-59세	106 (58.2)	3 (1.6)	52 (28.6)	5 (2.7)	16 (8.8)
60세이상	77 (63.6)	4 (3.3)	24 (19.8)	-	16 (13.2)
직업**					
전문직/사무직	54 (25.1)	37 (17.2)	83 (38.6)	24 (11.2)	17 (7.9)
자영업/판매/서비스직	100 (45.2)	15 (6.8)	80 (36.2)	7 (3.2)	19 (8.6)
노동근로/농어업	41 (51.9)	2 (2.5)	21 (26.6)	6 (7.6)	9 (11.4)
무직	25 (39.7)	5 (7.9)	24 (38.1)	-	9 (14.3)
주부	180 (54.4)	3 (0.9)	117 (35.3)	3 (0.9)	28 (8.5)
학생/기타	27 (30.3)	6 (6.7)	47 (52.8)	8 (9.0)	1 (1.1)

** p < .01

- 따라서 결론적으로 선택분업을 도입할 경우 실제 어느 정도의 약국조제 환자들이 의료기관조제로 전환될지는 정확하게 추산하기 어렵지만 일본이나 대만과 같은 정도의 분업률을 보일 가능성이 높음.
- 특히 우리나라 환자들의 경우 대만의 경우와 같이 의료기관 조제를 선호하는 경향이 강한 것으로 판단됨.
- 본 연구의 조사에 의하면 약국을 선택할 때 무엇을 기준으로 선택하느냐는 질문에 대해 지리적 위치를 가장 중요한 기준인 것으로 응답하였음.
- 단골약국 또는 자주 이용하는 약국을 선택하게 된 가장 큰 이유에 대해서는 단골약국의 경우 69.5%가 진료받는 병원과 가깝기 때문에, 12.4%가 교통이 편리하기 때문이라고 응답하였으며, 단골약국이 아닌 자주 이용하는 약국의 경우 81.1%가 진료받는 병원과 가깝기 때문이라고 응답하였음.

〈표 III-16〉 단골약국 및 이용약국 이용 이유

(단위: 명, %)

전체	전체		단골약국		평소 이용약국	
	명	(%)	명	(%)	명	(%)
전체	1,001	(100.0)	510	(50.9)	491	(49.1)
소재지						
약국이 크고 많은 약 구비	33	(3.3)	25	(4.9)	8	(1.6)
교통이 편리	124	(12.4)	71	(13.9)	53	(10.8)
아는 약국	39	(3.9)	33	(6.5)	6	(1.2)
아는 사람의 권유	2	(0.2)	1	(0.2)	1	(0.2)
의사의 권유	4	(0.4)	2	(0.4)	2	(0.4)
약값이 저렴	12	(1.2)	7	(1.4)	5	(1.0)
진료받는 병원과 가까움	696	(69.5)	298	(58.5)	398	(81.1)
자동처방전 발급기	6	(0.6)	3	(0.6)	3	(0.6)
약사가 친절	60	(6.0)	57	(11.2)	3	(0.6)
기타	24	(2.4)	12	(2.4)	12	(2.4)

자료: 본 연구의 조사

- 이러한 현상은 일본의 경우에도 관측되고 있는데 일본 약제사회 조사결과에 따르면 원외 처방전을 가지고 조제를 받는 약국으로 진료받은 의료기

관인근의 약국이 90.3%를 차지하고 있음.

〈표 III-17〉 원외 처방전을 가지고 조제를 받은 보험약국: 일본의 사례

(단위: %)

구 분	비율(%)
진료받은 의료기관 인근	90.3
자택 인근	6.8
직장인근	0.5
기타	0.2
무응답	2.1

자료: 일본 약제사회 내부자료

- 그 약국에서 조제 받은 이유에 대해서는 자주 다니는 의료기관이 가까워서라는 응답이 약 70%를 차지하고 있음.

〈표 III-18〉 그 약국에서 조제 받은 이유: 일본의 사례

(단위: %)

구 분	비율
자주 다니는 의료기관에 가까워서	69.1
병원에서 제시하는 약국일람표에 있어서	6.0
약사가 친절하게 설명 해주어서	6.0
집이나 직장근처이어서 편리해서	10.6
의료기관에서 소개해 주어서	32.9
평판이 좋아서	0.5
약 이외 다양한 상품을 살 수 있어서	0.6
기타	2.8
무응답	2.2

자료: 일본 약제사회 내부자료

- 단골약국이 있는지에 대한 질문에서도 없다는 응답이 53.7%를 차지하는 등 약국선택이 지리적 위치에 따라 이루어지는 것으로 나타나고 있음.

〈표 III-19〉 단골약국이 있는지 여부: 일본의 사례

(단위: %)

구 분	비율
있다	44.1
없다	53.7
무응답	2.2

자료: 일본 약제사회 내부자료

- 특히 단골약국이 있는 경우에도 그 약국을 단골약국으로 정한 이유에 대해 '자주 다니는 의료기관이 가까워서'라는 응답이 약 68%를 차지하였음.

〈표 III-20〉 그 약국을 단골약국으로 선택한 이유: 일본의 사례

(단위: %)

구 분	비율
자주 다니는 의료기관에 가까워서	68.2
약사가 친절하고 신뢰할만해서	7.0
약력관리를 잘해 주어서 안심이 되어	11.4
집이나 직장근처이어서 편리해서	9.0
기타	2.0
무응답	2.3

자료: 일본 약제사회 내부자료

- 따라서 선택분업 도입시 편익의 변화 등은 이러한 상황을 전제로 하여 분석하여야 할 것임.

□ 한편, 선택분업 도입시 현행 제도에 비해 편익과 비용의 변화가 발생할 것인데, 어떤 편익과 어떤 비용절감 효과를 더 중시할 것인가는 국민적 합의와 선택의 문제라고 할 수 있음.

○ 즉, 계량적으로 편익과 비용의 변화를 측정하고 이를 비교함으로써 하나의 분명한 결론에 저절로 도달할 수는 없다는 것임.

가. 선택분업 도입이 의약분업의 성과 측면에 미치는 영향

□ 항생제 등 의약품 사용 감소 관련 편익의 변화

○ 현행 제도 하에서 추가적으로 의약품 사용 감소가 이루어지기 위해서는 의사의 처방에서 의약품 처방량의 감소가 이루어져야 함.

○ 약국 조제환자의 상당비율이 의료기관 조제로 전환된다고 하더라도 의사의 처방에서 의약품 처방량의 감소가 이루어져야만 전체적인 의약품 소비의 감소를 기대할 수 있음.

– 환자가 약국에서 조제 받든 의료기관 내에서 조제 받든 의사의 처방대로 조제해야 하므로 전체적인 의약품 소비량이 감소하기 위해서는 의사의 처방에 근본적인 변화가 발생해야 함.

○ 그러나 선택분업으로 전환한다고 하더라도 의사의 처방에서 의약품 처방량의 감소가 이루어질 직접적인 동기는 분명하지 않음.

○ 다만, 의료기관들이 원내에서 조제를 하는 과정에서 전체적인 비용 상의 가격 경쟁을 하는 여건이 조성된다면 환자의 비용부담을 줄이는 차원에서 의사가 의약품의 처방량을 줄이는 효과가 발생할 가능성은 있음.

– 선택분업의 도입은 의료기관에서도 의약품을 조제하고 약국에서도 의약품

을 조제할 수 있게 됨으로써 의료기관과 약국 간에 가격 및 서비스 질 경쟁이 이루어지는 상황이 발생하게 되는 것을 의미함.

- 이에 따라 의료기관으로서는 약국과의 경쟁에서 우위를 점하기 위해 서비스 질의 차별화와 가격 경쟁에 관심을 가지게 될 것임.
- 의사의 입장에서는 이러한 경쟁에서 우위를 점하기 위해 원내에서 조제를 원하는 환자들에 대해 가능한 한 적정한 만큼의 의약품을 처방·조제함으로써 처방 의약품 품목수의 감소와 환자의 약제비 부담을 저하시키려는 동기가 발생할 수 있음.
- 만약 이러한 행태가 확산된다면 의약품 사용감소와 약제비 절감 효과가 발생할 수 있을 것이며, 이러한 맥락의 연장선상에서 의사의 처방내용 중에서 고가 의약품의 처방도 감소할 소지가 있음.

○ 그러나 다른 한편으로는 치료효과를 단기간에 가시적으로 보이기 위해 처방 의약품 품목이나 물량을 감소시키지 않을 동기도 존재함.

- 환자가 부담해야 하는 약제비의 규모가 크지 않을 경우 치료효과를 위해 고가약을 처방하거나 많은 양의 의약품을 처방할 동기도 존재함.
- 이 경우 항생제 등의 오남용 의약품의 소비량은 처방은 증가할 가능성도 배제할 수 없음.

○ 또한 의료기관에 대한 제약회사의 리베이트 관행이 더욱 증가하면서 의약품 처방·조제량을 줄이지 않거나 고가약을 처방할 가능성도 존재함.

○ 이와 함께 원내에서 조제 받는 환자와 약국에서 조제 받으려는 환자에 대한 처방이 차별화될 가능성도 배제할 수 없음.

- 의료기관으로서는 의료기관 내에서 조제 받는 환자들에 비해 약국에서 조제를 받으려는 환자에 가격과 질 측면에서 불리하게 처방할 가능성도 배제할 수 없음.

- 이에 따라 원외에서 조제받기를 원하는 환자들에 대해서는 현재와 같은 처방행태를 유지할 가능성이 높음.
 - 결론적으로 선택분업 도입에 따라 의약품 사용량 측면에서는 여러 가지 상충적인 요인들이 많아 의약품 사용량의 변화가 어떤 방향으로 이루어질지는 현재로서는 분명치 않음.
 - 따라서 선택분업 제도 도입시 현행 제도에 비해 항생제 등 오남용 의약품과 전체적인 의약품 사용감소라는 취지가 더 보장된다고 확신하기는 어려움.
- 지역간 분업화에 따르는 전문화 및 상호 점검에 의한 약화 사고 방지 등
- 선택분업 도입시 원외 처방전 발행률이 매우 낮을 것으로 전망되어 지역간 분업이 지금보다 현저히 후퇴할 가능성이 높음.
 - 의약분업의 여러 가지 정책목표 중에서 어디에 중점을 두어야 하느냐는 주어진 사회적 여건이나 국민의 선택에 달려 있으나 일본처럼 처방의 상호 점검, 중복투약 및 약력 관리 등을 의약분업의 중요한 정책 목표로 설정하는 한 이러한 정책목표는 상당히 후퇴할 가능성이 높음.
 - 현재 체제를 유지하더라도 이러한 상호 점검 기능이 약하다면 선택분업 도입을 하더라도 크게 잃을 바가 없다고 할 수 있으나 그렇다고 하더라도 처방의 상호 점검이나 중복투약 및 약력 관리 등의 의약분업의 기능은 포기할 수 없는 정책 기능의 하나일 것으로 판단됨.
 - 그러나 일본과 같이 선택분업 체제 하에서 분업률을 제고하기 위해서는 막대한 노력이 투입되어야 할 것임.
 - 일본의 경우 약가마진을 제거함으로써 의료기관에 대해 의약품의 취급함에 따르는 이윤을 통제하는 방법이 분업률을 제고하는 데 크게 기여하였

으나 우리나라의 경우 제약회사의 약가마진이 매우 높고 제약회사들이 과잉영업을 하고 있는 상황에서는 분업률을 제고하는 데 한계가 있을 것으로 판단됨.

- 다른 방법으로는 원외 처방전을 발행하는 경우 인센티브를 부여하는 방법을 고려할 수 있는데 이는 건강보험 재정의 또다른 증가를 가져 올 가능성이 높음.

○ 따라서 선택분업을 도입한다는 가정 하에서는 의사와 약사의 처방 이중점검 등의 기능이 크게 약화 될 것임.

□ 환자의 알권리

○ 선택분업 체제 하에서 상당수의 환자들이 원내 조제를 받게 되면 환자의 알권리 보장 기능도 크게 후퇴하게 될 것으로 판단됨.

- 환자들도 이러한 알 권리보다는 의약품 조제 상의 편의를 위해 원내 조제를 선호할 가능성이 높음.

□ 질병의 조기발견 및 지속적 건강관리

○ 현행 체제 하에서든 선택분업 체제 하에서든 전문의약품을 투약하기 위해서는 의료기관을 우선 방문해야 하고 그러한 과정에서 질병조기 발견효과나 지속적인 의료이용 효과가 발생할 것으로 판단됨.

나. 선택분업 도입이 이행과정 측면에 미치는 영향

□ 의약분업의 이행과정 상의 문제로서 의료기관과 약국간 담합, 약사의 임의 조제, 불법 대체조제 등은 크게 감소하게 될 것임.

□ 의료기관과 약국간 담합

- 원내 조제가 증가하면서 원외 조제와 관련한 약국과의 담합행위의 규모는 전체적으로 감소하게 될 것이며, 의료기관 입장에서는 담합이 동기도 약해 질 것임.
 - 선택분업이 도입될 경우 약국으로서는 현재에 비해 담합을 할 동기가 약해지지 않을 것이나 의료기관으로서는 스스로 조제를 할 수 있으므로 굳이 약국과 담합할 동기가 약해질 것임.
 - 환자가 원하여 원외 처방을 내는 경우는 의료기관 입장에서는 여전히 약국과 담합할 동기가 존재하지만 원내 조제가 늘면서 전체적으로 약국과의 담합하는 사례가 감소하게 될 것임.
- 그러나 이러한 담합행위가 감소하였다고 해서 담합행위로 인한 의약분업 제도의 취지가 더 보장 된다고 할 수는 없음.
 - 약사가 의심처방에 대해 점검을 않는다거나, 필요성이 있음에도 불구하고 의사의 처방에 대해 이의를 제기하지 않고 그대로 묵인하거나, 대체조제의 필요성이 있는 경우에도 대체조제를 하지 않는다거나 하는 등의 담합행위가 감소했다고 해서 처방의 상호 점검 등의 기능이 더 증대된다는 보장은 없음.
 - 의심처방이나 이의제기가 필요한 처방 등이 의사의 조제 과정에서 누구의 간섭도 없이 그대로 조제·투약으로 이어지게 되기 때문임.
- 한편, 의료기관과 약국 간 합의 하에 의도적으로 약국이 대체조제를 하고 그 인센티브를 분배하는 등의 담합행위는 여전히 존재할 가능성이 높음.

□ 임의조제와 불법 대체조제

- 임의조제와 같은 불법 행위는 여전히 존재할 가능성이 높으며, 오히려 선택

분업 도입 이후에 더욱 증가할 가능성도 있음.

- 의사의 조제 허용에 대한 반발로 약사도 일반약 판매시 문진 허용 등을 요구할 가능성이 높으며, 이러한 상황 하에서 임의조제가 증가할 가능성을 배제할 수 없음.

- 아울러 의사의 동의를 구하지 않거나 사후 통보를 하지 않는 불법 대체 조제, 그리고 생동성을 위반한 대체조제도 증가할 가능성이 있음.
- 환자들이 의료기관에서 쉽게 약을 조제 받을 수 있게 될 경우 첫 단계에서부터 약국보다는 의료기관을 먼저 방문하는 경향이 증가하게 될 것이며, 의료기관을 방문한 환자들의 상당부분이 원내에서 조제를 받게 될 것임.
- 이에 따라 선택분업 도입과 함께 약국으로서는 환자수 감소에 따라 엄청난 경영난을 겪게 될 것이며 이러한 경영난은 불법행위를 증대시키는 요인으로 작용하게 될 것임.

다. 선택분업 도입이 비용측면에 미치는 영향

□ 의약품 관련 지출의 변화

- 의료기관에서 조제 받는 경우의 건강보험수가와 약국에서 조제 받을 경우의 건강보험 수가 차이에 의해 결정적인 영향을 받게 됨.
- 현재 약국에 대해 인정되고 있는 복약지도료, 약품관리료 등의 모든 수기를 의료기관 조제에 대해서도 그대로 적용한다면 전체적인 비용절감 효과는 기대하기 어려우며, 전체적인 비용절감분은 원내 조제에 대한 수가 인하분, 그리고 약국 조제에서 원내 조제로 이전되는 조제량 등에 의해 결정될 것임.
- 이와 관련하여, 2006년을 기준으로 전체 약국 요양급여액은 2,171,609,758천원

으로서 이중 처방조제는 2,166,527,563천원임.

- 처방조제급여 중에서 약국관리료는 280,687,387천원, 기본조제기술료는 83,716,652천원, 복약지도료는 246,432,999천원, 조제료 1,145,188,343천원, 의약품 관리료 410,502,182천원임.

〈표 III-21〉 약국 조제행위별 요양급여 실적

(단위: 천원)

구 분	계	처방조제	직접조제
계	2,171,609,758	2,166,527,563	5,082,195
약국관리료(방문당)	281,746,707	280,687,387	1,059,320
기본조제기술료(방문당)	83,996,295	83,716,652	279,642
복약지도료(방문당)	247,419,515	246,432,999	986,516
조제료	1,146,974,283	1,145,188,343	1,785,940
가. 처방전에 의한 조제료	1,145,188,343	1,145,188,343	-
(1) 내복약	1,078,807,508	1,078,807,508	-
(2) 외용약	66,380,835	66,380,835	-
- 단독	31,176,310	31,176,310	-
- 내복약 동시	35,204,525	35,204,525	-
나. 처방전에 의하지 아니한 조제료	1,785,940	-	1,785,940
(1) 내복약	1,783,458	-	1,783,458
(2) 외용약	2,483	-	2,483
- 단독	1,032	-	1,032
- 내복약 동시	1,451	-	1,451
의약품관리료	411,472,959	410,502,182	970,777

주: 전산청구실적(서면청구 미포함) 기준

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『2006 건강보험통계연보』, 2007.12

- 기본조제기술료(350원), 복약지도료(620원), 약국관리료(650원), 조제료, 의약품 관리료 등 조제관련 수가 중에서 의료기관조제에 대해서는 약국관리료를 인정하지 않고 약국조제환자의 87.5%가 의료기관에서 조제를 받는다고 가정하면 전체적인 약국관리료 절감분은 245,601,464천원으로 추정됨.
- 아울러 복약지도료에 대해서도 의료기관 조제에 대해 현행 약국의 수가에 비해 10% 낮게 책정한다고 가정하고 환자의 87.5%가 의료기관에서 조제를 받는다고 가정하면 복약지도료 절감액은 21,562,887천원으로 추정됨.
- 한편, 약제비의 변화는 의약품 사용량에 직접적인 영향을 받게 되지만 처방내 용 중에서 고가약 처방이 어떤 변화를 보이느냐에 따라서도 영향을 받게 됨.
 - 그러나 고가약 처방의 변화는 앞에서 언급한 바와 같이 감소할 요인과 그 령지 않을 요인이 공존하기 때문에 전체적인 방향을 제시하기 어려움.
 - 약국과의 가격 경쟁에서 우위를 점하기 위해 저가약을 처방하려는 동기와 치료효과 증대 및 리베이트 등에 의한 경제적 수입 증대를 목적으로 한 고가약 처방 증가 동기가 병존함.
- 아울러 약사의 대체조제와 관련하여서는 고가약 처방을 약사가 저렴한 의약 품으로 대체조제함으로써 약제 절감효과를 얻을 수 있는데, 현재는 고가약의 대체조제가 활발하지 않아 그 절감 효과가 크지 않다고 할 수 있음.
 - 따라서 선택분업이 도입된다고 가정할 경우 약국에서의 고가약 대체 조제 기능은 더욱 약화될 것으로 전망되기 때문에 고가약 대체조제로 인한 약 제비 절감효과는 감소할 것으로 전망됨.
- 한편, 원외 처방전 발행률 제고를 정책목표로 삼을 것인가에 따라 건강보험 재정 지출도 커다란 영향을 받게 될 것임.
 - 원외 처방을 장려하는 정책방향을 설정하게 된다면, 이러한 정책방향의 실 현을 위해 취할 수 있는 대안으로 일본과 같이 의료기관의 약가마진을 제

거하는 방안보다는 원외 처방진발행에 대한 유인책을 사용하는 방안을 우선적으로 고려해야 할 것임.

- 약가마진의 제거는 의약품 유통의 투명화 등이 이루어지고 제약산업과 관련한 제반 여건이 갖추어져야만 실현 가능한데, 그러기 위해서는 상당기간의 기간이 소요될 것임.
- 원내 처방보다 원외 처방 발행에 대해 수가를 높게 책정해 준다면 전체적으로 추가적인 재정지출이 불가피하게 됨.

- 결론적으로 선택분업이 도입될 경우 약제비 절감효과는 의료기관에서의 조제에 대해 어느 정도의 수가를 인정해 줄 것인가에 따라 결정적인 영향을 받게 될 것이며, 고가약 처방에 따른 약제비 변동도 의사의 고가약 처방이 어느 정도 변화할 것인가에 따라 결정될 것임,

□ 약국 방문에 따른 환자의 부대비용

- 상당수의 환자들이 의료기관에서 조제를 받게 되면서 약국방문에 따르는 시간이 절감될 것이며 이에 따라 약국방문에 따르는 기회비용도 절감될 것임.
- 앞에서 약국 방문에 따르는 시간상의 기회비용을 30분, 5분, 3분으로 가정하여 추정하였는데, 여기서는 ① 약국방문에 따르는 추가 소요시간을 5분으로 가정하고 ① 선택분업 도입 시 87.5%의 환자들이 의료기관 조제를 이용한다고 가정하면 선택분업 도입후의 기회비용 절감액은 연간 약 2,766억원으로 추정됨.

※ 선택분업 도입 후 시간상 기회비용 절감액 = 현행 체제하에서의 기회비용(5분기준) × 의료기관조제로 이동하는 비율

- 현행 체제 하에서 약국방문에 따르는 추가적인 교통비 지출은 거의 없는 것으로 나타났기 때문에 선택분업이 도입된다고 할 경우의 연간 절감액 역시

별다른 변화가 없을 것으로 추정됨.

라. 기타 사회적 영향

- 의약분업 제도의 도입과 함께 이루어진 약국의 구조조정에 막대한 비용이 소요되었는데 이러한 비용이 매몰비용으로 전락할 우려가 있음.
 - 약국의 구조조정에 소요된 비용을 투자의 개념으로 이해할 수도 있으나 새로운 의약분업 체제로 전환하게 될 경우 그 이전 투자의 상당부분이 의미를 상실하게 된다는 점에서 매몰비용으로 간주할 수 있음.
 - 아울러 상당수의 환자가 의료기관 내에서 처방과 조제를 받을 경우 약국과 약사의 과잉현상이 초래될 가능성이 높음.
 - 이에 따라 약국 시장의 새로운 구조조정이 필요하게 될 것이며 이 과정에서 새로운 사회적 비용이 발생할 수 있음.
- 처방의 적정성 평가, 의약품 경제성 평가, 항생제 처방률 공개 등의 제도는 영향을 적게 받을 것이나 성분명 처방 등은 유명무실해질 가능성이 있음.
- 제도의 근간을 바꾸는 파격적인 변화는 지금의 체제에 어느 정도 적응해 가고 있는 국민들에게 정부정책에 대한 불신을 야기할 가능성이 있음.
- 제약회사들의 의료기관에 대한 리베이트의 관행의 심화될 가능성이 있으며, 이로 인한 의약품 유통상의 난맥상이 심화될 가능성도 배제할 수 없음.

마. 선택분업 도입 가정 시 전체적인 비용과 편익의 변화

- 전제적으로 보아 선택분업을 도입한다고 가정할 경우 비용이 절감되는 부분이 존재하는 반면 편익의 일부분을 포기해야 하는 측면도 있음.

- 이 경우 비용절감을 더 중시할 것인지 또는 편의의 감소를 더 중시할 것인지는 국민적 합의와 정책선택의 문제임.
- 아울러 선택분업을 도입한 이후 일본과 같이 원외 처방을 제고하도록 노력해야 하느냐에 대한 사회적 합의도 필요함.
 - 현재 약국에서 조제 받는 환자들의 상당부분이 의료기관 조제로 전환되도록 하는 정책적 변화를 시도하면서 반대로는 원외 약국 조제를 위해 비용을 투입한다는 것은 모순되는 측면이 있음.
 - 그렇다고 해서 대부분의 환자들이 의료기관에서 조제를 받음으로써 처방의 상호 점검과 중복투약 방지 등의 의약분업이 취지가 크게 후퇴하는 것을 인정하는 것도 바람직하지 못한 측면이 있음.
 - 따라서 이러한 상충적인 관계 속에서 선택에는 국민적 합의가 절대적으로 요구되며, 일본이 분업을 제고를 위해 장기간에 걸쳐 노력을 투입하는 데 대한 고려도 필요함.

IV. 의약분업 제도의 개선방안

- 의약분업제도가 오남용 의약품 및 전체적인 의약품 사용량 감소, 그리고 약제비에 영향을 미치는 경로는 다음과 같이 정리될 수 있음.
 - 의약분업 실시 이전에 약국에서 임의 조제하여 투약하던 의약품 사용량의 일부가 의사의 처방으로 전환되면서, 약국에서 구입·복용하던 의약품의 양과 종류에 비해 의사의 처방에서의 의약품의 약과 종류가 감소하는 효과
 - 의약분업 실시 이후 의사의 처방에서 의약품 처방량이 감소함으로 인해 발생하는 효과로서, 이는 처방이 공개되면서 의사가 보다 신중하게 처방을 하고 이에 따라 처방하는 의약품을 의사 스스로 줄이는 데서 오는 효과
 - 의약분업 이후 경증 질환으로 의료기관을 방문해야 하는 불편함을 회피하기 위해 환자들이 스스로 투약을 포기하는 데서 발생하는 효과
- 그런데 의약분업 이후에 발생하는 절감 효과는 의약분업제도 그 자체만으로는 크지 않음.
 - 즉, 의약분업제도는 의사의 처방내용에 직접적인 영향을 미치려는 제도가 아니며, 단지 의사가 신중하게 처방한다는 간접적 효과를 목표로 하고 있기 때문임.
- 이는 의약분업 이후 단계에서, 의약분업으로 인한 의약품 사용량의 변화는 주로 제도 이행과정에서의 담합행위, 불법 대체조제, 임의조제, 리베이트 등에 의해 결정된다는 것을 의미함.

- 담합행위와 리베이트 관행의 존재는 의사 처방에서의 의약품 처방량 감소를 유도해 내지 못하게 요인이 되며, 임의조제와 불법 대체조제 등은 약국에서 의약품 사용을 증가시키는 교란요인으로 작용하게 됨.
- 물론 전체적인 의약품 사용량의 변화에는 인구규모의 증가, 만성질환자의 증가 등에 의한 자연증가분이 포함되지만, 순수하게 의약분업 제도에 직접적으로 기인한 의약품 사용량의 변화는 주로 이행과정 상의 문제에 의해 결정된다는 의미임.
- 따라서 의약분업이 도입된 이후 최근에 이르기까지 의약품 사용량이 억제되지 않고 있다는 비판은 결국 의약분업제도에만 국한해서 본다면 제도 이행과정에 올바르게 준수되지 않고 있다는 비판으로 간주할 수 있음.
- 이렇듯 의약분업 제도 이행과정상의 문제는 의약분업의 성과에 결정적인 영향을 미치는 요인이므로 이에 대한 정책적 개선방안의 마련은 그만큼 의미가 깊음.
- 한편, 의약분업 이행과정 상의 부조리를 개선하기 위한 대안은 추가적인 비용을 크게 발생시키지 않아야 하며, 관련주체의 수용도가 전제되어야 하며, 효과성을 담보할 수 있어야 하며, 가능한 한 규제보다는 유인책으로서의 성격을 가져야 하며, 새로운 사회문제를 파생시키지 않아야 하는 등의 조건을 갖추는 것이 바람직함.
- 국민선택분업 제도의 도입 등의 문제는 앞에서 언급한 바와 같이 국민적 합의와 정책선택의 문제로 남겨 놓고 여기서는 현행 체제 하에서 제도개선책을 모색하고자 함.

1. 담합행위의 개선

- 의료기관과 약국간 담합행위는 의약분업의 취지를 가장 크게 훼손하는 행위의 하나로서, 양자의 도덕적 해이가 동일한 방향으로 작용하기 때문에 발생하기 때문임.
- 어느 한 주체의 이익 추구행위가 다른 주체의 이익을 감소시킬 때 상호 경제와 균형을 기대할 수 있으며 담합행위를 근절할 수 있는데, 의사와 약사간의 담합행위에 대해서는 그러한 역학구도를 형성해줄 수 있는 제도적 장치를 현실적으로 찾기 어려움.
- 아울러 상호 지리적 위치가 인접해있다거나 특정의료기관의 처방을 특정 약국에서만 조제된다는 등의 외형적인 모습만으로는 의료기관과 약국간의 건전한 협조와 담합행위를 분간해 낼 수 없음.
- 이에 따라 담합행위에 대해서는 현장에서 단속에 의지할 수밖에 없는 한계가 있는데, 이의 보조적인 수단으로 처방에 대한 이의제기나 처방 오류가 평균적인 수준에 미달하거나 매우 낮은 경우에 대해서는 집중 점검대상으로 관리하는 제도를 고려해 볼 필요가 있음.
 - 의료기관과 인접한 약국들과 그렇지 않은 약국들로 유형을 구분하여, 각 유형별로 이의제기나 변경조제, 수정조제의 평균적인 실적을 산출한 다음, 이러한 평균적인 실적에 크게 미달하는 약국을 집중적으로 관리하는 방안을 고려해 볼 수 있을 것임.
- 이와 함께 단속과 적발에는 막대한 행정비용이 소요되므로 시민단체나 환자를 감시자로 활용하는 방안을 고려해 볼 수 있음,

2. 임의조제의 방지

- 임의조제와 관련하여 약사가 주동적으로 임의조제를 하는 경우, 환자가 임의조제를 요구하는 경우로 구분할 수 있는데, 약사가 임의조제를 하는 경우는 문진을 통한 일반 의약품 판매가 가장 많은 유형으로, 환자들의 일부를 표본으로 선정하여 문진 행위 등이 있었는지를 확인한 후 해당약국에 대해 점검을 하는 절차를 마련할 필요가 있음.
 - 이러한 조치는 효과가 높을 것으로 판단되는데, 약사로서는 나중에 환자를 통해 자신의 행위가 들어날 수도 있다는 점을 인식하고 제도를 적극 준수하려는 동기를 가지게 될 것임.
- 환자가 임의조제를 적극 요구하는 경우와 관련하여서는 환자들 스스로 의료기관을 방문하지 않고 약국에서 의약품 구입을 희망하는 경우가 많기 때문에 이중에서 임의조제에 해당하는 행위를 약사에게 요구할 수 있음.
 - 임의조제에 대한 대국민 홍보와 교육이 필요하며, 환자가 처방전 없이 전문약품의 조제나 판매를 적극적으로 요구하는 경우에도 법적인 제재를 가하는 방안을 강구할 필요가 있음.
- 출발점은 어디이든 임의조제가 발생하느냐는 궁극적으로 약사의 제도 준수 의지에 달려 있으며, 그런 측면에서 임의조제를 자율적으로 정화하겠다는 의·약·정합의 준수와 함께 스스로의 인식개선을 위한 노력이 필요함.

3. 복약지도의 증진

- 현재 복약지도는 법제화 되었지만 처벌 규정이 없어 실효성이 부족하기 때문에 복약지도를 하지 않는 경우에 대한 처벌 규정의 마련도 필요하지만 규제적인 접

근보다는 약사들 스스로 복약지도를 성실히 수행하도록 하기 위한 유인책의 개발이 필요함.

- 이와 관련하여 복약지도에 대한 수가차등화를 고려해 볼 수 있으나 이를 추가적인 보험재정 지출을 초래할 가능성이 높으며, 수가차등화를 위한 표준화에 한계가 있음.
- 약사들의 복약지도 동기를 강화시켜 주기 위해 성실하게 복약지도를 수행하는 약국에 대해 “모범약국” 등의 표시를 게재할 수 있도록 하는 방안을 고려할 필요가 있음.
- 아울러 약사로부터 복약지도를 충분히 받았다는 사실을 환자가 인정하는 서명하도록 하여 이를 약사가 보관하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있음.

4. 불법 대체조제의 방지

- 대체조제의 사후 통보기간을 현재의 1일에서 2일~3일로 연장하되, 만약 그 기간 내에 환자가 재진을 받으러 의료기관을 방문해야 하는 경우에는 환자의 처방전에 대체조제 사실을 기록하여 의사에게 전달하도록 하는 방안을 강구할 필요가 있음.
- 한편, 지역 의약분업협력위원회의 지역처방목록에 포함된 의약품은 별도의 사후 통보가 필요하지 않으므로, 불필요한 사후통보 위반 사례를 줄이기 위해 지역처방목록을 제출하도록 유도할 필요가 있음.

5. 처방전 발행 제도와 지역처방목록

- 지역처방 목록을 제출과 관련하여 이미 제출된 목록을 기준으로 지역별 특성에

따라 일정 유형이 표준목록을 작성한 다음, 기한을 정하여 목록을 수정해서 제출하도록 하고, 수정해서 제출하지 않을 경우 표준목록을 그대로 적용하는 방안도 고려할 필요가 있음.

- 처방전 2매 발행 의무를 이행하지 않는 경우에 대한 행정처분 등 규제를 강화하는 것보다는 이와 관련한 소비자의 역할을 강화하는 것이 바람직한 정책방향으로 판단됨.
 - 국민들을 대상으로 환자용 처방전을 교부받음으로 자신이 복용하는 의약품에 대해 알 수 있다는 사실을 충분히 홍보함으로써 의료기관에서 처방전을 2매 받도록 유도하는 방안을 강구할 필요가 있음.
 - 환자들이 접하는 각종 서식에 처방전은 2장을 받아야 한다는 홍보 문구를 삽입하도록 하는 것도 하나의 방안이 될 수 있음.
- 한편, 의사의 처방을 약사가 올바르게 이행했는지 여부를 환자가 점검할 수 있도록 하는 제도적 장치가 마련의 필요성이 제기되고 있는데, 이는 임의조제나 불법 대체조제 등을 방지하는데 기여한다는 장점을 가질 수 있음.
 - 그러나 조제내역서를 별도로 발행하여야 하는 문제에 대해서는 업무의 효율성 대한 판단이 필요함.
 - 별도의 조제내역서를 발행하지 않더라도 환자용 처방전에 조제내용과 복약지도 내용을 기록하는 방안을 고려할 필요가 있음.

6. 타제도와의 연계강화

- 의약분업 제도는 의약질서의 흐름을 결정짓는 근간 이기는 하지만 의약분업의 성과를 극대화하기 위해서는 여러 가지 사회적 환경을 개선해야 함.

- 특히, 의약품을 둘러싼 리베이트 관행은 의료기관에 대한 리베이트이든 또는 약국에 대한 리베이트이든 의약품의 사용량을 증대시키는 결정적 요인의 하나임.
 - 리베이트 관행은 근본적으로 약가가 높은데서 출발하는데, 이를 통제하기 위한 실거래가 상환제도도 실효성이 부족하다는 비판을 받고 있음.
 - 의약품 유통질서의 투명화는 그 자체로서의 정책목표에서 나아가 의약분업의 성과에도 직접적인 영향을 미치고 있는데 이러한 관행의 개선 없이는 어떠한 형태의 의약분업 제도를 도입하든 그 성과가 극대화되기를 기대할 수는 없음.

- 이와 관련하여 사회적 여건이 충분히 조성되지 않은 상태에서 의약분업이 실시되었다는 비판도 있지만 다른 한편으로는 선진국과 여러 개발도상국조차도 의약분업 제도를 실시하고 있는 시점에서 우리나라만 예외로 남아 있을 수는 없었음.
 - 리베이트 관행은 단기간에 특정한 제도 하나만으로 해결될 수는 없으며 복제약의 생산·판매가 중심이 되고 있는 우리나라 의약품 시장의 특성상 이의 시정을 위해서는 오랜 기간이 소요될 수밖에 없음.

- 일본과 같이 의약품 유통의 투명성을 증대시키고 의료기관의 약가마진을 줄이기 위한 실효성 있는 관련 제도와 연계하여 추진되지 않은 한 의약분업의 성과 제고를 기대하기 어려움.

- 아울러 의약분업 예외환자에 대한 원내 조제가 최근 증가하는 경향을 보이고 있으므로, 이에 대한 정확한 원인 파악과 함께 불법적 사례가 발생하고 있는지에 대해 건강보험심사평가원의 심사를 강화하는 등의 제도적 장치가 강구되어야 함.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원, 「의약분업 전후 항생제 처방 및 조제내역 분석」, 2004.
- 건강연대, 『모의환자를 이용한 의약분업 이후 의원 및 약국의 행태조사 결과 발표 자료』, 2001. 10
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『2006 건강보험통계연보』, 2007.
- 김남순·김민자·김동숙·엄중식 등, 『항생제 사용실태 조사 및 평가』, 건강보험심사평가원, 2006.
- 배은영, 「의약분업이 제약산업에 미친 영향」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2002. 2.
- 보건복지부, 「건강보험 약제비 적정화 방안」, 2006. 5 .3.
- 서울대학교 사회발전연구소, 「의약분업 평가를 위한 국민만족도 조사」, 2006.
- 이의경·배종면·장선미, 『의약품사용평가』, 한국보건사회연구원, 2000
- 이의경·장선미·신종각·박정영, 『의약분업 전후의 약제비 변동요인 분석 및 정책과제』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 장선미·이의경·김윤·배은영·한은아 등, 『의약분업전후의 의약품 오남용 실태분석』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 장선미·한은아·김재용·배은영 등, 『보건의료이용형태변화가 국민건강증진에 미친 효과분석』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 장선미·김재용·배은영·오영호, 『의약분업제도 성과분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2002.

- 장영식·고경환·도세록·이내연, 『2001년도 국민의료비 추계』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 정형선, 「의약분업이 건강보험 급여비에 미친 영향」, 보건행정학회지 제16권제2호, 2006 6.
- 조재국·이의경·김재용·장선미·배은영·박혜경, 『의약분업 시행평가 분석 및 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 조재국·김재용·장선미·배은영·이상호·윤강재, 『의약분업 시행에 따른 보건의료이용 행태 모니터링』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 조재국·최병호·이상영·윤강재, 『의약분업 성과평가와 제도개선』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 최병호, 「의약분업 시행이 건강보험 재정에 미친 영향」, 의약분업 평가 및 개선방안 모색을 위한 정책토론회 자료, 한국보건사회연구원, 2002.
- _____, 「건강보험 미래전략」, 건강보험 미래전략위원회, 2007. 7.
- 한국소비자연맹, 「약국복약지도 실태조사」, 2004.
- 허순임, 정종찬, 이호용, 『합리적 약제비 지출방안 연구』, 국민건강보험공단, 2006.
- 臺灣 行政院 衛生署, 『96年 用藥安全 宣導 調查報告』, 2007.

부 록

부록 1: 의·약·정 합의문

부록 2: 일본의 의약분업제도

부록 3: 대만의 의약분업의 현황과 과제

부록 4: 환자 보건의료이용 행태 조사

부록 5: 조사표

[부록 1] 의·약·정 회의 최종 합의 전문(2000. 11. 11)

2000년 11월 11일

의료계와 약계 및 정부는 먼저, 의약분업의 도입 및 시행과정에서 상호 협력이 원활하게 이루어지지 않아 국민에게 과중한 불편과 고통을 안겨준데 대하여 진심으로 사과드립니다.

의료계와 약계 및 정부는 의약분업이 국민의 건강을 지키고 보건의료제도를 선진화하기 위하여 꼭 필요한 제도로서 이번 기회에 반드시 정착시켜야 한다는 데에 의견이 일치함을 확인하였습니다.

그리고 시행초기 오래된 의료이용 관행을 바꾸는 과정에서 불가피하게 발생하는 국민의 불편도 의료계와 약계가 서로 믿고 협력하면 상당부분을 해소할 수 있을 것이라는 데에 인식을 같이하고, 국민의 불편을 최소화하기 위하여 가능한 모든 노력을 다하기로 하였습니다.

앞으로 의·약·정 대화를 거치면서 쌓은 상호 신뢰와 협력을 바탕으로 국민이 안심하고 편리하게 진료와 조제를 받을 수 있도록 의약분업에 적극 참여하여 조기에 정착될 수 있도록 다음과 같이 노력할 것을 국민 앞에 엄숙히 다짐합니다.

1. 의료계는

- 지역별 처방의약품목록을 적정 품목수로 줄여 제출하며, 가급적 품질이 우수하고 가격이 적절한 약을 선정한다.
- 엄격한 기준에 의해 꼭 필요한 경우에만 대체불가를 표시한다.
- 약사가 불가피한 사정으로 대체조제를 요청하는 경우, 이에 최대한 협조한다.
- 주사약의 처방을 최소한으로 줄이고, 가급적 경구약을 사용하도록 환자를 적극적

으로 교육한다.

2. 약계는

- 복약지도를 철저히 한다.
- 일정한 질병이 의심되는 환자는 의사에게 의뢰한다.
- 처방의약품목록의 선정에 의사의 견해를 존중한다.
- 소속 지역의 처방의약품 목록에 있는 의약품을 갖추도록 한다.
- 처방전 없이 조제하는 행위는 자체적으로 단속한다.

3. 의료계와 약계는

- 상호 의견교환·교육 등을 통하여 처방과 조제의 질적 수준을 제고하도록 노력한다.
- 의료·약사제도 개선과 발전을 위해 상호 협력한다.
- 의료기관과 약국의 담합행위를 강력히 자체 단속하여 근절한다.
- 각자의 내부적인 부정적 요인을 극복하기 위한 개혁작업을 수행한다.

정부는 의료계 및 약계의 발전을 통해 국민의 건강이 증진될 수 있도록 최대한 제도적으로 지원한다.

<의약분업관련 제도개선사항>

1. 개별 의료기관은 처방약 목록을 지역의사회에 제출한다.
2. 지역의사회는 이를 적정 품목수로 조정한 목록과 함께 조정된 개별 의료기관의 의약품목록을 지역약사회에 제공한다.
3. 지역약사회는 이를 회원약국에 통보하여 구비케 한다.
4. 처방의약품 품목수가 지나치게 많아서 의약품구비에 어려움이 있다고 인정된 때에는 지역의사회와 지역약사회는 이를 협의하여 조정할수 있다. 품목수가 추가되거나 변경되는 경우에도 또한 같다.
5. 통보한 의약품 목록변경시 지역의사회는 지역약사회에 30일 이전에 통보한다.

6. 지역의사회가 통보한 목록에 등재된 같은 성분의 다른 품목을 반복하여 처방하는 것은 이를 담합의 한 유형으로 본다.
7. 관외 의료기관 처방전 소지환자에 대해서는 약국 소재 지역의 의약품 목록을 기준으로 조제한다. 이 경우 의사에게 사전동의 또는 부득이한 경우 사후통보하고 환자에게 알린다.
8. 종합병원의 원외처방전 문제 해소를 위하여 대체조제 상담실을 설치·운영한다(전화번호와 전담인력을 지정).
9. 의사의 사전동의를 받은 대체조제의 경우 사후통보를 요하지 않으나 환자에게 이를 알려야 하며, 식품의약품안전청장의 생동성 인정 품목(면제품목 및 AA code 포함)은 사후통보로 대체조제할 수 있고 이를 환자에게 알려야 한다.
10. 대체조제의 사후통보는 1일 이내를 원칙으로 하되 부득이한 경우 3일 이내로 한다.
11. 생동성 인정 품목이더라도 의사는 대체조제 불가 표시할 수 있으며 이때 그 사유를 구체적으로 기재하여야 한다.
12. 의사의 사전동의 없이 대체조제할 경우 그 대체조제한 약품으로 인하여 약화사고가 발생하는 경우 의사의 책임은 없다.
13. 동일제약회사의 함량이 다른 동일제형으로 동량을 투약하는 것은 생동성 인정 품목의 경우와 같다(일반의약품은 일반 의약품으로, 전문의약품은 전문의약품으로 한다)
14. 약사는 처방전에 의하여 조제를 한 때에는 환자에게 필요한 복약지도를 하여야 한다.
15. 일반의약품을 판매할 때에는 필요하다고 판단되는 경우 복약지도를 할 수 있다.
16. 복약지도는 아래와 같다
 - 가. 의약품의 정확한 용법·용량, 효능·효과, 보관방법과 명칭, 부작용, 상호작용 등의 정보를 제공하는 것
 - 나. 일반의약품의 판매에 있어 진단적 판단에 의하지 아니하고 구매자가 필요한 품목을 선택할 수 있도록 도와주는 것

17. 의약분업 위법행위에 대한 시민신고 포상제를 규정한다
 - 동일한 위법행위에 대하여는 처벌양형은 의사·약사 동일하게 적용한다.
18. 처방전 양식 및 기재사항 등은 처방전 서식위원회에서 결정하고, 기재사항 위반 시 행정처분 등은 의사·약사 양형을 동일하게 적용한다
19. 약사법제21조 4항 및 5항에 의한 의사·약사의 직접 조제범위를 아래와 같이 조정한다.

〈제21조제4항〉 약사의 직접 조제범위

제1호 현행대로 존치

제2호 재해가 발생하여 사실상 의료기관이 없게 된 경우에 재해구호를 위하여 조제하는 경우

제3호 경구용 전염병예방접종약(진단용의약품은 조제하는 경우는 삭제하고 자가 진단의약품은 일반의약품으로 분류)

제4호 사회봉사를 위하여 조제하는 경우는 의사·약사 공히 삭제하고 의사·약사는 사회봉사활동 동시 상호 협력한다

〈제21조제5항〉 의사의 직접조제범위

제2호 재해가 발생하여 사실상 약국이 없게 되어 재해구호를 위하여 조제하는 경우

제12호 사회봉사를 위하여 조제하는 경우는 의사·약사 공히 삭제하고 의사·약사는 사회봉사활동 동시 상호 협력한다.

20. 약사는 조제기록부를 작성하고 이를 5년간 보관한다. 전산화된 조제기록부도 인정한다(조제기록부에는 조제날짜, 환자의 인적사항, 처방약품명 및 일수, 조제내역, 복약지도 내용 등을 기록하여야 한다)
21. "일반의약품"이라함은 다음 각호에 1에 해당하는 것으로서 보건복지부장관이 지정하는 것을 말한다.

1. 의약품의 오남용의 우려가 적고 처방에 의하지 않더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 것
 2. 질병의 치료를 위한 의사 등의 전문적지식을 필요로 하지 않는 것
 3. 의약품의 제형과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이비교적 적은 것
22. "전문의약품"이라 함은 일반의약품이 아닌 것을 말한다.
 23. 의약품분류소위원회는 정확한 약품분류가 될 수 있도록 위원구성은 의·약계 동수로 구성한다. 일반 또는 전문의약품으로 분류하기 어려울 경우 중재소위원회를 구성한다. 중재소위원회의 구성은 의약계가 공동으로 추천하는 인사로 한다.
 24. 정부는 일반의약품이 10정미만의 소포장으로 생산판매됨으로서 약사법제39조제2항의 낱알판매 금지규정의 원칙이 훼손되는 상황이 발생하지 않도록 행정지도한다(다만, 의약품의 특성상 소포장이 필요한 품목은 제외한다). 행정지도에도 불구하고 약사법제39조제2항의 입법취지가 훼손되는 상황이 발생할 때에는 일반의약품의 최소포장 단위를 규정한다.
 25. 의약품의 재분류는 현행 의약품의 분류에 문제가 있다고 제기되는 품서는 2001년 6월말까지 실시한다. 이까지 분류위원회에서 이견이 있어 재분류 결정을 하지 못한 품목에 대하여는 중재소위원회에 회부하여 2001년 12월말까지 결정한다.
 26. 일반의약품 낱알판매 금지조치 유예규정을 폐지한다
 27. 국민불편 해소를 위한 추가토의과제(주사제, 거동불편노인 및 의료보호환자)에 대하여는 충분한 토의가 이루어지지 못하였으므로 추후 의·약계 대표와 협의하여 입법과정에 반영여부를 결정한다.

[부록 2] 일본의 의약분업 제도

1. 의약분업 관련 근대 의료의 발전

□ 근대의료의 여명

- 1868년(明治 1년) 1월 25일: 근대화 첫걸음 시작
 - 의료 제도는 어떻게 하면 좋은지 조사
- 1868년 3월: 정부가 서양 의학 도입 결정
- 1869년(明治 2년): 독일 의학 채용
- 1873년(明治 6년) 6월: 문교부가 「의제(醫制) 조사」 실시
- 1873년(明治 6년) 12월: 문교부가 「의제 상신서」 제출
 - 내용: “우리나라에 좋지 않는 의료 관습이 침투하고 있다. 의사가 약을 팔고 있기 때문에 다양한 폐해가 생기고 있다. 의사가 약을 파는 것을 금지하는 조치를 우선 도쿄, 교토, 오사카에서부터 서서히 착수해 나가야 한다”(에도시대, 의사들이 약을 판매하는 것에 대한 반감 형성)

□ “의제의 통지”

- 1874년(明治 7년) 6월, 도쿄, 교토, 오사카에 의료법령의 근간인 「의제 (醫制)」(76개 조)를 통지
 - ① 의학교의 설치와 교육 내용
 - ② 의사 제도
 - ③ 약포(藥鋪)와 약포주(藥鋪主)(약국과 약사) 등을 제도화

○ 의약분업 관련 사항

- 제41조: “의사는 스스로 약을 주는 것을 금지하며...”
- 제55조: 조제는 약포주, 약포직원 및 약포연습생이 아니면 허락하지 않고...
- 제65조: 의사가 주는 처방전은 그 내용에 따라서 세밀하게 조합해야 하고...

□ 약사·약국 제도

- 1889년(明治22년) 3월 「약품 영업 및 약품 취급 규칙(약률)」이 성립되었고, 약사 제도 및 약국 제도가 정상화되었음.
- 그러나 1874년 의제의 통지와 함께 의약분업제도가 실시되었다고는 하지만 다음과 같은 이유로 약국에서의 조제가 진전되지 못하였음.
 - 의사로부터 약을 받는 것이 오랜 세월의 관습이었음.
 - 수요에 비해 약국이나 약사의 수가 부족하였음.
 - 약률 부칙에 의사의 조제가 인정되어 있었음.
 - 의료수가가 낮은 상태였으며 의료기관이 약가마진에 크게 의존
- 1933년(昭和 8년) 「의사법」 개정
 - “의사는 의료 상 지장이 없을 때는 약제를 교부하는 것을 인정함”으로 규정

2. 의약분업의 본격적 태동

□ 연합군 사령부의 의약분업 권고

- 1945년 8월 제 2 차 세계대전 종료 후, 1949년(쇼와 24년) 9월 연합군 사령부

(GHQ)는 미국 약사협회장을 단장으로 하는 조사단으로 하여금 일본의 약사 제도를 조사 분석

- 조사단은 “일본에서는 의사가 약을 팔고, 약국은 잡화를 팔고 있다”고 지적하고 의약분업을 조기 실시하도록 일본 정부에 권고

□ 근대법의 성립

- 1951년(昭和 26년): GHQ의 권고에 따라 「의사법, 치과의사법 및 약사법의 일부 개정 법률」을 제정(소위 의약분업 법)
- 1954년(昭和 29년): 의약분업 연기 법안 가결
- 1956년(昭和 31년) 4월: 「의사법, 치과의사법 및 약사법의 일부 개정 법률」 시행
 - 의사의 처방전 발행이 원칙으로서 의무화되었음.
 - 그러나 다음과 같은 예외 조항으로 의약분업이 실질적으로 진전되지 않음.
 - “의사(치과 의사)는, …(중략)… 처방전을 교부해야 한다. 다만, 환자가 …(중략)… 처방전의 교부를 필요하지 않는 취지를 신청했을 경우 …(중략) … 경우에는 그러하지 아니하다”

□ 본격적인 의약분업 실시를 위한 제도적 조치

- 1967년(昭和42년): 매 2년마다 약값을 인하하기로 결정
- 1974년(昭和49년): 의료수가 개정을 통해 의사 처방전 발행료를 60엔에서 500엔으로 인상(「의약분업의 원년」) (약가마진보다 다 처방전 발행을 통해 실리를 얻도록 조치)
- 1984년(昭和 59년): 의료비 자기 부담 강화(30%까지 확대)
- 1990년(平成 2년): 노인병원 의료비의 포괄화 등을 통해 의약분업을 유도하고

국민의료비 삭감책 실시

- 1995년(平成7년): 의약분업 실시 공포, 이후 의약분업이 점차 진전

3. 현행 의약분업의 법적 근거 및 취지

□ 법적근거

- 의료법제22조 및 약제사법제19조

— 의료법 제22조에는 의사는 처방전을 반드시 발행해야 하나 환자가 희망하는 경우와 의료상의 이유로 불가피한 경우는 직접 조제할 수 있도록 단서를 둠

□ 취지(후생노동성에서 제시하는 취지)

- 의약품에 대한 정보를 환자에게 공개하고, 국민의 조제 선택권을 줌
- 약제사로 하여금 의사와 독립적으로 처방전 내용에 대한 점검케 함
- 복수의 의사로부터 나온 처방전을 1개 약국에서 조제케 하여 중복투여를 방지하고 상호작용 확인을 통해 약품 적정 사용에 기여함
- 병원의 외래조제 업무를 경감시키고, 병원약제사는 병동활동에 충실케 함

4. 의약분업률의 변화추이

※ 분업률: 약국에서 조제받은 처방건수/(의과 외래환자수×투약률66.4% + 치과외래환자수×투약률 10.9%)

□ 전체적 변화 추이

- '92년 14.1%(1억8천만매) → '00 39.6%(5억1천만매) → '03 51.6%(5억9천만매) → '06 55.8%(6억6천만매)에 육박함.
- '92년도부터 정부의 지시에 따라 국공립병원 및 공공병원은 원외처방전 발행을

강제하고 있으며, 현재는 처방전의 약 90%정도가 외부로 발급됨.

<연도별 의약품분업률 및 처방전발행 추이>

구분	1992	1995	1998	2000	2002	2004	2006
분업률 (%,전국평균)	14.1	20.3	30.5	39.5	48.8	53.8	55.8
처방전매수(억)	1.8	2.7	4.0	5.1	5.8	6.2	6.6

자료: 일본제약공업협회 내부자료

<일본의 연도별 분업률>

연 도	총 약국 수	보험약국 수	보험 조제 건수	처방전수(만)	전국 평균 분업률(%)
1986년(昭和61년)	-	-	-	-	9.7
1990년(平成 2년)	36,979	31,674	91,188,633	16,048.9	12.8
1995년(平成 7년)	39,433	35,622	154,044,284	26,586.7	20.3
2000년(平成 12년)	46,763	43,912	312,606,757	50,620.3	39.5
2005년(平成 17년)	51,233	49,478	447,783,865	64,507.5	54.1
2006년(平成 18년)	-	50,338	465,854,425	66,083.4	55.8

자료: 일본제약공업협회 내부자료

□ 지역별 격차: 약국수의 분포 등 지리적 요인(remote area 등)이 크게 좌우

○ 지역간 격차

(단위: %)

연 도	전국 평균	최고현	최저현
1995년(平成 7년)	20.3	43.7	2.8
2000년(平成 12년)	39.5	62.9	10.8
2005년(平成 17년)	54.1	71.4	20.1

자료: 일본약제사회 조사 자료

○ 주요 지역의 분업률(2005년 기준)

상위	아키타(71.4%), 사가(71.3%), 카나가와(70.3%), 니가타(66.1%)
수도권	도쿄(65.2%), 치바(61.2%), 사이타마(58.2%)
하위	후쿠이(20.1%), 와카야마(29.6%), 교토(32.3%), 이시카와(32.6%)

자료: 일본약제사회 자료

5. 의약분업률의 진전 요인

- 1997년(平成 9년) 약사법 25조의 2에 의해, 처방전 조제시 환자에게 의약품정보 제공 의무를 약사에 부과함으로써 의약품 적정 사용에 대한 사회적 관심 제고
- 국립병원이나 국립대학 부속 병원을 중심으로 원외 처방전 발행을 적극 추진
 - 1999년(平成11년) 국립대학 부속 병원에서의 처방전 발행이 58.7%에 이르렀으며, 국립병원 중 의약분업 모델 병원으로서 지정된 38 병원에서는 분업률이 약 90%에 도달함.
 - 2년마다 약가를 조사하여 약가를 인하함으로써 의료기관의 약가 마진 감소

6. 의약분업의 진전에 따른 장단점

- 장점
 - 단골의사와 단골 약국을 갖도록 하여, 환자 개인별로 약력 관리를 가능케 함으로써 중복 투약 방지, 적정복약, 환자의 투약내력 관리 등 서비스 향상
 - 의약품 거래의 투명성 제고
- 단점
 - 지역 약국이 활성화되지 못하고, 문전약국 및 대형조제체인약국이 증가함.

예) 2003년 국민 앙케이트 조사결과, 외래처방전 소지자중 90.3% 문전약국에서 조제

- 환자는 의료기관과 약국 2곳을 이용하는 점과 요금의 이중 지불(처방전료, 복용지도료 등)에 대한 불만이 80% 차지(2003년 국민 앙케이트 조사)

7. 일본 의약분업 제도와 관련된 정책 이슈

일본의 의약분업이 임의분업 형태로 발전한 이유

- 의사에게서 약을 조제 받던 역사적 관행
- 의약분업을 본격적으로 추진하던 초기에 약국 부족(병원 인근에 약국이 없는 경우가 약 10%)
- 의료수가가 낮아 의료기관이 약가마진에 크게 의존
- 환자의 선택권이 중요하다는 인식
- 약제사에 대한 신뢰 문제
- 관련법률 상의 예외 규정

일본 소비자의 조제 양상 및 인식

- 일본 소비자의 약 90.3%가 문전약국에서 조제 받음.
- 문전약국에서 조제 받는 이유로 68.2%가 의료기관근처이어서 편리하다고 응답
- 원외 처방전에 대해 좋다고 응답한 비율은 이번에 원외 처방전을 받아본 사람들의 경우 42.3%, 이전에 원외 처방전을 받아본 사람들의 경우 32.7%
- 원외 처방전을 받아 본적이 없는 사람들 중에서 앞으로 원외 처방전을 받기를 희망하는 비율은 16.3%
- 원외 처방전의 좋은 점에 대해 의견을 제시한 비율은 97.4%이며, 원외 처방의

나쁜 점에 대해 의견을 제시한 비율은 93.8%

[일본 약제사회 조사결과]

- 조사기간: 2002.12.10 - 2003.1.8일
- 조사대상: 2002년 8월 의료기관에서 외래 진료를 받은 환자 1,108명(가나가와 현의 5개 건강보험의 20세 이상 피보험자 및 피부양자)
- 조사결과
 - 원외 처방전을 가지고 조제를 받은 보험약국

구 분	비율(%)
진료받은 의료기관 인근	90.3
자택 인근	6.8
직장인근	0.5
기타	0.2
무응답	2.1

- 그 약국에서 조제 받은 이유

구 분	비율(%)
자주 다니는 의료기관에 가까워서	69.1
병원에서 제시하는 약국일람표에 있어서	6.0
약사가 친절하게 설명 해주어서	6.0
집이나 직장근처이어서 편리해서	10.6
의료기관에서 소개해 주어서	32.9
평판이 좋아서	0.5
약 이외 다양한 상품을 살 수 있어서	0.6
기타	2.8
무응답	2.2

－ 단골약국이 있는지 여부

구 분	비 율
단골약국 있음	44.1
단골약국 없음	53.7
무응답	2.2

－ 그 약국을 단골약국으로 선택한 이유

구 분	비율(%)
자주 다니는 의료기관에 가까워서	68.2
약사가 친절하고 신뢰할만해서	7.0
약력관리를 잘해 주어서 안심이 되어	11.4
집이나 직장근처이어서 편리해서	9.0
기타	2.0
무응답	2.3

－ 원외처방에 대해 좋다는 생각하는 점

구 분	비율(%)
약을 받는데 기다리는 시간이 적다	50.2
약사가 설명을 자세히 해준다	54.2
집이나 직장 인근의 약국에서 조제를 받을 수 있어 편리하다	13.6
타 의료기관의 약과 중복 체크를 할 수 있다.	9.4
약력관리가 가능하다	18.7
의료기관에 부가하여 자신의 질환에 대해 약사가 한 번 더 확인해 준다	23.6
기타	2.1
특별히 좋은 점 없다	11.1
무응답	2.6

－ 원외처방에 대해 바쁘다고 생각하는 점

구 분	비율(%)
의료기관과 약국을 이중으로 방문하는 불편	55.9
약을 조제 받는 보험약국이 멀다	0.5
의료기관 내에서 조제 받는 것이 더 안심이 된다	7.6
의료기관 내에서 약에 대해 궁금한 점을 쉽게 문의할 수 있다	5.3
비용부담이 증가한다	23.6
약국에 처방약이 없다	6.9
병에 대해 약국에서 다시 한번 물어 보기 때문에 번거롭다	11.2
기타	4.9
특별히 나쁜 점 없다	22.4
무응답	7.2

－ 원외처방에 대한 의향

구 분	좋다	나쁘다	그저 그렇다	무응답
금번에 원외 처방전을 받아본 사람들의 경우	42.3	7.7	48.6	1.3
이전에 원외 처방전을 받아본 사람들의 경우	32.7	12.9	51.8	2.7

－ 원외처방을 받아본 경험이 없는 경우 향후 의향

구 분	비율(%)
앞으로 원외 처방전을 희망한다	16.3
희망하지 않는다	59.2
그저 그렇다	18.4
무응답	6.1

□ 의약분업 추진과정 상의 각계 입장

- 의료계: 원외처방에 대한 메리트를 느끼지 못하고 있었으나 거듭된 약가 인하, 원외 처방전료 인상 등에 따라 의약분업에 협조
- 약계: 의약분업으로 인해 약사의 독립성과 지위가 증대되었다고 인식하고 있으며, 당초에 面분업과 단골약국을 희망하였으나 현재 문전약국과 대형조제체인이 증가하고 있음.
- 국민: 약국에서 대기 시간은 줄었지만 병원과 약국을 오가는 불편함, 이중적 비용 지출 등에 대해 불만. 약사로부터의 복약지도에 대한 불만도 일부 있음. 약국에서 약품이 구비되지 않아 즉시 처방할 수 없는 경우도 발생

□ 국민들의 원내외 조제의 선호도

- 노인계층 등에서는 원외 조제를 선호하며, 일반적으로 원내 조제 선호

□ 보험약가 인하에 대한 제약업계 및 약국의 태도

- 신약 메이커들이 약값 인하에 대해서 거부감을 가졌지만 제약산업이 타 산업과 비교해서 경상수익률이 높아 여론의 지원을 받기가 어려운 상황
- 환자로서도 의료에 대한 비용 의식이 강해졌으며 이에 따라 의료기관들이 저약값인 후발품을 처방하는 경우 증가
- 의료기관의 약가 마진을 없애기 위해 약가를 인하하다보면 약국에서도 약가 마진이 없어지는 문제점이 발생하지만 약국에 대해서는 타 항목의 기술료 등 인상하여 보상

□ 분업률을 제고하는 것이 의약분업의 취지에 도움이 되는지에 대한 인식

- 분업률을 높이는 것이 의약품 거래의 투명성과 이중투약방지, 적정복약, 투약내력관리에 기여한다는 인식

□ 지역별 분업률 차이의 원인

- 의료기관 인근에 약국이 없는 지역 등 지리적 요인

□ 의사의 처방에 대한 약사의 의견 조취

- 의견조취를 하는 비율은 낮지만, 그 결과 타 약으로 변경하는 비율은 높음.

구 분	2005년 조사	2002년 조사	2000년 조사	1998년 조사	2005년 처방전 매수
의견조취 처방전 비율	3.3%	2.91%	2.38%	2.18%	1,400만매~2,130만매
의견조취 처방중 처방내용을 변경하는 비율	59.2%	52.9%	66.3%	63.9%	900만매~1,260만매

자료: 일본약제사회 조사

□ 국민의료비 및 약제비

- 국민의료비 : 급격히 증가 추세

— '75년 5조엔, '80년 10조엔, '90년 20조엔, '00년 30조엔 '05년 35조엔

- 약제비 :

— '93년 6.9조엔(28.3%), '98년 6조엔(20.1%) '00년 6.1조엔(20.2%), '04년 6.6조엔(21.5%)

— 약제비 비율을 줄일 수 있었던 것은 1회/2년 약가조사에 따른 약가인하 조치가 주요했으며, 이 과정에서 유통마진을 종전 15% → 최근 2%까지만 인정하고 있음 (2%이상 구매 마진이 확인되었을 경우 그 만큼 해당 품목 약가를 강제 인하시킴)

— 약가가 떨어질수록 의료기관은 의약품 취급에 따른 이익이 거의 없어지고 재고관리 등에 소요되는 불편만을 느끼게 됨 → 직접 조제를 하지 않고,

외래처방전을 발급하게 되며, 결국 분업율(외래처방전 발급율) 증가에 기여함.

* 의료기관과 도매상의 양방향 거래자료를 제출받고, 검토후 현장실사를 하게 되며, 거래내역을 허위로 보고할 염려는 거의 없음.

- 70세 이상 본인부담율 상향조정(20%→30%, '06.10)
- 약제비 절감을 위한 복제약 사용 증감 대책
 - 처방전 양식개정('06.4~) : 오리지널약 →복제약 변경 허용서명란 추가
 - 처방전 양식개정('08.4~) : 오리지널약 →복제약 변경 불허용서명란 추가

□ 정부의 입장

- 국민에서 조제에 대한 선택권을 주었으며, 단골약국을 통해 약력관리, 중복투약 방지 등 서비스를 제공하고 있어 분업율은 지속적으로 높아지고 있음
- 지역별로 다소 차이는 있으나 상위 10개 지역(현)은 63.1%~73.5%, 하위 10개 지역(현)은 24.3%~41.2% 수준임
 - 분업율 차이에 대한 특별히 연구한 자료는 없으며, 지리적인 요건, 약국이 충분치 않아 의사가 처방전을 발행할 수 없는 등의 사유가 있음
- 향후, 목표는 가급적 높아지는 것이 좋겠으나 환자(고령자, 장애인)의 심리를 고려하여 무리할 생각은 없으며 전 지역이 70%를 달성하는 것을 희망함
- 의약분업의 편리성을 지속적으로 홍보함
 - 팜플렛 배포, 지자체 홍보요원 교육, 지자체 운영비 지원, 약국 안전사고 발생 분석조사 등에 사용함('08년 예산 7,700만엔 배정)

<藥의 知識, 팜플렛(후생노동성, 일본약제사회 공동 제작)>

- 약의 안전한 사용을 위해 약제사에게 상담·질문(약이름, 효능, 부작용, 주의할 음식, 주의사항 등)
- 부작용 발생시 조치사항(부작용피해구제제도 이용할 것, 신고방법, 전화번호 등)
- 자신이 복용한 약에 대한 기록을 철저히 관리할 것
- 약의 올바른 사용 (침부분서 읽기, 용법용량 지키기, 복용시간 지키기 등)
- 약의 올바른 보관 (어린이 손에 닿지 않고, 온도·햇빛 차단, 다른용기에 보관 하지 말 것 등)

□ 약제사회 입장

- 환자들의 60% 이상은 약을 약국에서 조제받는 것에 대한 의식이 정착됨
- 2005년도 의사에게 문의한 의심처방이 3.3%(1,400만매~2,130만매)이며, 그 중 59.2%(900만매~1260만매)가 처방내용을 바꾸어야 했음
 - 이는 국민에게 약제사의 필요성을 인식시켜 주는 근거이며, 20년전과 비교 하여 시민 불편 문제 제기도 현저히 감소함

※ 약제사 근무현황('04년말 총 24만명)

- 약국 116,303명(48.2%), 병원·진료소 48,094명(19.9%),
- 의약품제조업 29,828명(12.4%), 의약품판매업 15,433명(6.4%)
- 대학 8,046명(3.3%), 행정 5,860명(2.4%), 기타 7.4%
- * '94년 이후 분업을 증가에 따라 약국개설수 크게 증가

□ 약사 역할

- 지역 약국이 활성화되지 못하고, 문전약국 및 대형조제체인약국이 증가함
- 일반의약품 판매시 약제사 상담업무 강화 필요 ('04 조사, 총 67,157건)
 - 의약품 선택을 위한 도움(41%)
 - 효능·효과 및 유효성 (12.3%)
 - 용법·용량 (9.8%)
 - 상호작용 (7.9%)
 - 부작용 (5.0%)
- 일반의약품 복용 후 부작용 발생 결과 ('04 조사, 총 937건)
 - 발진 137건, 두드러기 96건, 변비 66건, 졸리움 66건, 발적 59건 등
 - 약제사의 조치 (총 1,009건)
 - 사용중지 지시 304건(30.1%), 복약지도 227건(22.5%), 의료기관 소개177건 (17.5%), 감량지시 30(3.0%), 후생성에 보고 2건(0.2%) 등
- 약학교육 6년제
 - '06.4월 입학자부터 적용되며, 약학대학으로 입학함.
 - 의료현장에서 실무적으로 대응할 수 있는 실습 및 교육을 강화시킴.
 - 2010년경에는 7,000명 정도를 양성할 목적임.

[부록 3] 대만의 의약분업의 현황과 과제

- 대만의 의약분업은 직능 분업의 형태로서 처방은 의사, 조제는 약사가 담당하지만 의사가 의료기관 내에 약국을 개설하여 약사를 고용할 수 있도록 허용(Two Tier System)
- 원외 처방률은 2007년 약 20.8%에 불과하고, 원내에서 처방과 조제를 모두 받으려는 소비자의 비율이 높은 실정
- 원외 처방률 제고를 위한 인센티브 제도를 시행하였으나 현재는 폐지된 상태로서, 현재 원외처방률 제고를 위한 실질적 정책수단은 없는 상태

1. 의약분업 이전의 사회·정치적 여건 및 추진경과

- 의약분업 실시 이전에는 의사들이 진료의 일환으로 조제까지 담당하였으며, 대부분의 조제가 무자격자에 의해 행하여지고 있었음.
- 처방·조제에 대한 환자의 정보가 제한되어 있었으며, 일부 전문의약품은 처방전 없이 조제하는 경우도 있었음.
- 이러한 상황 하에서 1988년 계엄령(Martial Law)이 폐지되고 약사들이 조제권의 확보를 위해 정치적 영향력 확보를 위한 노력을 적극적으로 강구
- 이에 따라 의약분업의 실시를 규정한 약사법(Pharmaceutical Affairs Act) 102조 개정안이 1993년에 통과되고 1997년에 시행됨.
- 의약분업은 약사법 제 102조(1993년 개정)에 규정
 - 조제시설을 갖춘 의사는 의료적 목적이라면 누구든 자신이 내린 처방에 따라 조제를 할 수 있음.
 - 국민건강보험(National Health Insurance)을 실시한 지 2년이 지난 약사법 102

조에 따른 의약분업을 실시함.

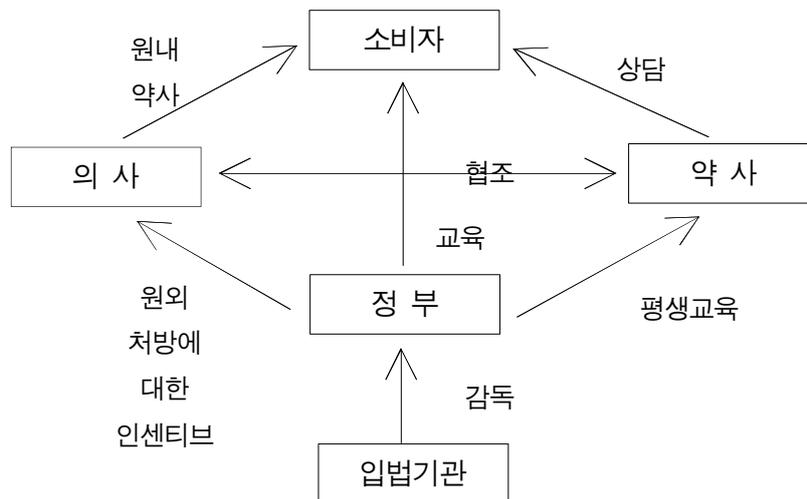
— 국민건강보험은 1995년에 실시되어 있으며, 이에 따라 1997년(民國 86年)부터 의약분업 실시

□ 의약분업 실시의 원동력

- 법적 측면: 약사법 상에 의약분업 실시 시기를 명시함에 따라, 반드시 그 시기에 의약분업을 실시해야 하는 법적 구속력 발생
- 약사협회(대만약사공회): 의약분업 실시에 대한 적극적 의지를 바탕으로 정치적 영향력 행사
- 정부: 정부 입장에서 의약분업 실시에 대한 의지 확고
- 언론 및 소비자 단체: 환자 중심의 의약품 서비스에 대해 찬성

2. 의약분업 추진전략

□ 추진체계



※ 원외처방에 대한 인센티브: 원외 처방률을 높이기 위해 의사가 원외처방전을 발행할 경우 처방당 NT\$25를 제공했으나 문전약국 문제로 인해 2007년 폐지

※ 문전약국 문제: 의료기관 외부에 약국을 개설하더라도 실질적으로 의사가 고용한 약사가 약국을 개설함으로써, 원외 처방료 인상을 통한 원외 처방 발행 유도 노력이 의미 상실

□ 이원체계(雙軌 醫藥分業, Two Tiers Policy): 원내 약국에서의 조제와 원외 약국에서의 조제를 모두 허용

○ 의사들에 대해 원외 처방전을 발행하도록 유도

○ 원내 약국(in-house pharmacy)에서 약사를 고용하여 조제

□ 만성질환의 경우 의사가 발행한 1장의 처방전으로 1개월씩 3회에 걸쳐 조제를 받을 수 있는데, 첫 번째 조제는 의료기관에서 받고 나머지 2회는 환자가 원하는 곳(의료기관 또는 원외 약국)에서 받을 수 있음.

○ 원외 약사들의 입장에서는 만성질환자이 주된 target group이며, 정부에서도 나머지 2회의 조제를 지역 약국에서 받음으로써 교통비, 진료비 등의 비용이 절약됨을 적극적으로 홍보하고 있음.

○ 만성질환 처방전수(약사공회 자료, 대북시립연합의원25)의 사례)

— 2006년 1월~12월: 235,758장

— 2007년 1월~12월: 288,096장

○ 만성질환 연속처방전의 사용 대상과 방법

— 健保局 公告의 97개 만성질환

— 의사가 발행한 처방전은 3개월 간 유효, 매회 1개월분 처방

— 만성질환 연속 처방전을 사용함으로써 다음의 비용 절감 가능

25) 대북시립 연합의원 연혁: 2005년 정식 개원, 현재 12개 병원 소속

- 등록비 2회: 100원 × 2회 = 200원
- 진찰비 2회: 210원 × 2회 = 420원
- 의약품비 중 본인 일부부담: 200 × 3회 = 600원

※ 연속 처방전: 만성질환 환자에게 발행하는 처방전으로, 처방전 1장으로 1개월씩 3회에 걸쳐 조제를 받을 수 있는 처방전

○ 만성질환 외래 연속 처방전 비율

연도	2003	2004	2005
만성질환 처방전수	486,565	714,777	911,315
총처방전수	160,023,809	172,582,670	178,536,337
비율(%)	0.30	0.41	0.51

자료: 대만 중앙건강보험국, 2005.

- 1997년 타이페이 등에서 먼저 의약분업을 실시한 다음 대상지역을 점차 확대하여 2004년에 전국적으로 시행
- 의약분업의 예외
 - 오벽지: 의약분업 실시 기준에 미달하는 시·군 지역은 의약분업 제도에서 예외
 - 응급의료
 - 원내 약국 개설 및 약사 고용을 통한 조제 허용
- 약사에 대한 평생교육
 - 국민건강보험 계약시 교육: 40시간 이수
 - 보수교육: 국민건강보험 계약 갱신을 하기 위해서는 연간 24시간 교육 이수요건을 충족하여야 함.

- 국민건강보험 관련 평생교육 경과
 - 진소 근무 약사: 1999년 완료
 - 구역병원 약사: 2000년 완료
 - 지역병원 약사: 2001년 완료
 - 메디컬 센터 약사: 2002년 완료

3. 일반국민의 인식 및 의약분업 성과 지표

- 2007년 의약품 안전 관련조사 결과(行政院 衛生署, 『96年 用藥安全 宣導 調查報告』)
 - 국민의 80%가 의사에 대해 처방전을 요구할 권리를 가지고 있다고 인식
 - 51.7%가 국민건강보험 계약 약국에서 처방약을 받으려는 의사가 있다고 응답
 - 가장 최근의 의료기관 방문시, 47.9%가 처방약을 병원으로부터 받았으며, 27.3%는 진소, 13.7%는 건강보험계약 약국으로부터 처방약을 받았음.
- 2007.4~2008.7월 중 행정원 위생서의 의약분업 추진전략
 - 국민의 만족도 제고를 위한 조치
 - 복약 지식에 대한 국민의 권리 보장
 - 약사가 의약품 안전의 문지기 역할 수행
 - 약국 서비스의 질 증대
 - 비용 절감
 - 편의 증진
 - 의약분업의 핵심지표(KPI)
 - 재정지표: 의약품비 지출
 - 건강보험의 의약품비 지출

- 총 의약품 사용량
 - 처방당 평균의약품수(average tablet counts per prescription)
 - 총 의약품 종류수(total number of drug kinds)
 - 1인당 평균 의약품비 지출
 - 평균 약가 차액(average price gap of drugs)
 - 1인당 주사제 사용량
- 재정지표: 의료비 지출
- 1인당 평균 의료비 지출
 - 1인당 평균 의료기관 방문수
- 소비자 지표: 만족도
- 건강보험 계약 약국의 비율 및 이용 인구의 비율
 - 건강보험 계약 약국에서 조제 받는 처방수의 증가율
 - 원외 처방전 비율
 - 의사의 환자 평균진료 시간
 - 처방조제를 위한 평균 대기 시간(병원, 진소, 약국)
 - 의사로부터 처방전을 받는 비율
 - 약사로부터 조제를 받는 비율

[대만 약사공회의 만족도 조사]

0 조사시기: 2007년 6월~10월

0 표본 규모: 대북시 45~64세 가정주부 2,198명

0 조사결과: 원외 약국의 고객서비스에 대한 만족도

/ 매우 만족: 8%(183)

/ 만족: 40%(872)

/ 불만족: 4%(92)

/ 매우 불만족: 1%(15)

/ 무응답: 40%(880)

0 조사결과: 원외 약국의 만성질환 처방 조제에 대한 만족도

/ 매우 만족: 15%(325)

/ 만족: 44%(983)

/ 불만족: 6%(125)

/ 매우 불만족: 0%(9)

/ 무응답: 29%(631)

— 소비자 지표: 의약품 안전

- 의약품 오남용 비율
- 의약품 대체·중복 비율
- 부정확한 의약품 조제 건수
- 의료분쟁 발생건수
- 복약지도·상담 평균 소요시간
- 복약지도·상담(주된 효과, 부작용, 의약품 간 상호작용) 건수
- 처방전 없이 전문의약품을 구입하는 비율

○ 건강보험의 약제비 및 의료비 지출

— 전반적 변화 추세(행정원 위생서 자료)

(단위: 억 NT\$, %)

Year	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06.1~10
진료비 지출 (약제비 제외)	2,909	3,166	3,260	3,417	3,709	3,839	4,382	4,524	3,788
의료비의 전년대비증가율	11.4	8.8	2.9	4.8	8.5	3.3	14.1	3.1	0.6
약제비 지출	722	804	829	847	905	945	1,094	1,121	952
약제비의 전년대비 증가율	12.9	11.3	3.1	2.2	6.9	4.3	15.7	2.4	2.1
의료비/약제비 비율	24.8	25.4	25.4	24.8	24.4	24.6	24.9	24.8	25.1

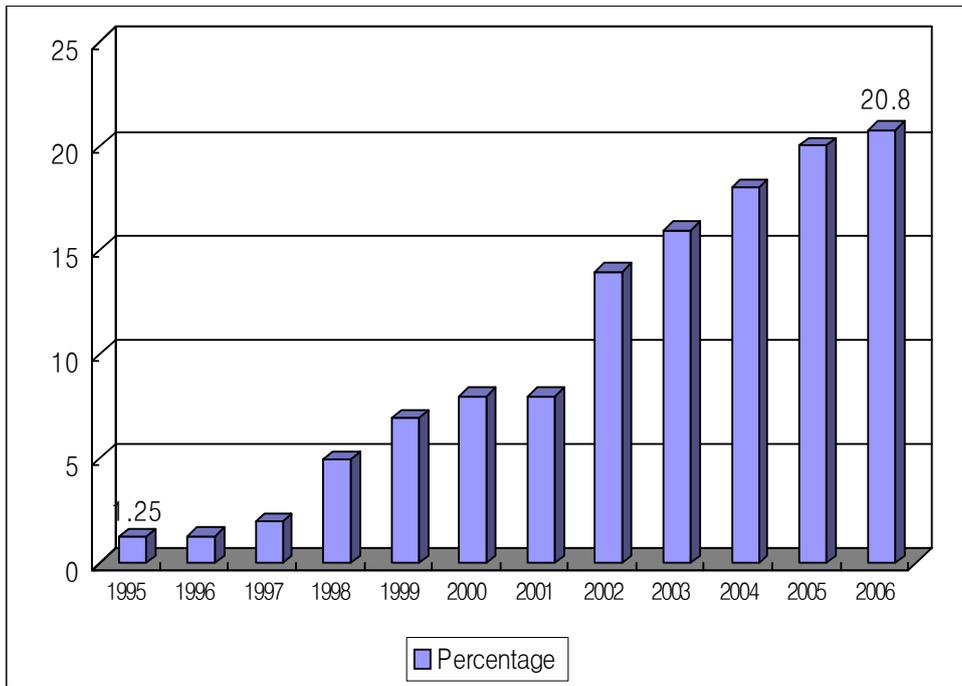
자료: 대만 행정원 위생서 내부자료

— 의약분업 후 의약품비 증가(대만 약사공회 자료)

- 2003년 만성질환 의약품비는 494억원으로, 총 외래 의약품비 768억원의 64.3%, 총의약품비 945억원의 52.3%
- 1997년~2003년 기간중 매년 9.8% 증가
- 1996년 의약품비 총 270억원 → 2007년 1100억원으로 증가 : 11년 동안 4배 증가
- 의약분업 이후 병·의원의 약가마진 40%, 이에 따라 원외 처방을 내려하지 않음.

○ 건강보험 계약 약국에 발행된 원외 처방의 비율

— 원외 처방전 변화 추세(대만 행정원 위생서 자료)



— 2004년 10월~12월 기간 중 건강보험에 계약된 양방의원(진소)이 발행한 총 처방건수 47,417, 277건, 이중 진소가 환자에게 발행한 원외 처방전은 16,043,267건 → 원외 처방률 33.83%(대만 약사 공회 자료)

— 만성질환 처방전 원외처방·조제 비율(첫 번째 조제 제외)(약사공회 자료, 대북시립연합의원의 사례) ※ 첫 번째 조제는 병원에서 실시

- 2006년 1월~12월 평균: 64.5%
- 2007년 1월~12월 평균: 66.2%

○ 현재의 과제

— 환자의 불편

- 쌍궤체계: 의료기관내 약국과 지역 약국
- 물류: 의약품 공급센터의 부족으로 인한 약국의 재고문제
- 법적 측면: 원외 처방료 폐지(2006년 1월 지불보상체계를 개정하여, 원외 처방 당 NT\$25씩 제공하던 인센티브 폐지)
 - ※ 만성질환은 예외
- 관련단체가 인식하고 있는 과제(대만 약사공회의 입장)
 - 의사들이 만성질환 원외 처방전 발행을 반대하는 이유
 - 의료분쟁의 책임 소재
 - 환자를 빼앗긴다는 의식
 - 수입 감소
 - 의약품 지원 시스템 미완
 - 약사가 의약품을 바꾼다는 생각
 - ※ 법적으로는 약사의 대체조제가 가능하며, 환자에게 설명의무 있음. 의사가 대체조제 불가로 표시한 경우는 대체조제 불가
 - 약국 방문에 따른 국민 불편
 - 원외 약사의 전문성 부족
 - 단계 의약분업 추진상의 어려움과 도전
 - 의사들의 협조 부족
 - 처방약 관리상의 문제점
 - 의약분업 쌍궤 정책
 - 건보약국의 의약품 준비상의 문제

- 약사에 대한 신뢰도
- 문전 약국 문제
- 문전 약국의 문제(대만 약사공회의 입장)
 - 문전약국의 실질적인 주인은 의사
 - 문전약국에 대해 건보재정에서 매년 10억원 지출
 - 원내 약국에 대해서는 처방당 30원, 문전약국에 대해 45원 지급

4. 향후의 추진전략

- 공공보건의료정책에서 약사회의 역할 제고
 - 약사회가 공공보건의료정책(예: 병원과 약국간 협조 문제, 금연 프로그램 등)에 관여하기 시작
 - NGOs와의 협력(예: SARS 통제를 위한 교육 프로그램 등)
- 약사들의 전문성 제고
 - ID 뱃지 착용
 - Good Dispensing Practice에서 Good Pharmacy Practice로 전환
 - 평생교육과 연계하여 6년마다 면허 갱신
 - 약사교육 개혁: 임상지식 증대
 - 의약품 공급센터 설립 유도
 - “대만 모조의료용품추방TF”(Taiwan Medical Product Anti-Counterfeit Task Force:TMPACT)
 - 의약품 정보의 투명성
 - 기관분업

[부록 4] 환자 보건의료이용 행태 조사

1. 조사개요 및 일반적 특성

- 의약분업제도는 환자들의 보건의료서비스 이용행태에도 많은 변화를 가져올 것으로 예측되었음.
 - 이전에는 의료기관에서 진료와 처방·조제를 동시에 하거나 약국에서 의사의 처방전 없이도 거의 대부분의 전문의약품을 구매할 수 있었던 것과 달리, 이제는 의료기관에서의 진료 및 처방을 통하여 발급된 처방전으로 약국을 직접 방문, 조제해야 하는 형태로 변화된 것임.
- 이에 따라 환자들의 불편함 해소와 환자 비용부담 증가 억제, 환자의 의료기관 이용 만족도 제고 등은 의약분업제도 시행 초기부터 제도의 안정적인 정착을 위한 필수적인 보완대책으로 추진되었음.
- 의약분업제도가 본격적으로 시행된지 7년이 경과함에 따라 의약분업제도를 통한 보건의료기관 이용행태의 변화는 어느 정도는 국민들에게 체득되었다고 할 수 있겠으나, 여전히 그 불편함을 호소하는 사례는 많음.
- 이에 따라 본 연구에서는 의약분업제도 하에서 환자들의 보건의료이용 행태를 분석하여, 향후 제도의 보완의 기초자료로서 활용하고자 전국 20~69세 성인남녀를 대상으로 2008년 4월 15일부터 4월 30일까지 12일에 걸쳐 보건의료 이용행태에 관한 전화조사를 실시하였음.
 - 본 조사의 표본은 통계청의 2008년도 인구추계 자료를 토대로 지역별 비례할당을 적용·추출한 것으로서(제주도 제외), 표본오차는 95%신뢰수준에 $\pm 3.1\%$ 임.
 - 조사대상자들은 지역별 표본규모에 따라 대도시(서울의 6대 광역시)와 각 도의 전화번호부 인명편을 이용하여 확률표본이 될 수 있도록 대상자를 선택하여 전화를 건 후 설문지의 내용을 이해하기 쉽게 설명하였고, 조사거부나 중

도 포기, 부재중인 경우를 감안하여 표본 추출된 인구수보다 4배수 많게 추출하였음.

- 조사내용은 우선 응답자의 일반적인 인구사회학적 특징을 질문하였고, 단골약국의 유무 및 의료기관·약국 이용시의 비용과 이용이유, 선택분업 시의 선택, 처방전 내역 변경에 대한 사례, 복약지도, 의료기관·약국서비스 만족도 및 개선요구사항 등의 순서로 조사가 진행되었음.
- 조사대상자들의 일반적인 특성은 다음 <부표 1>과 같았음. 즉, 남성의 비율(45.3%)보다 여성의 비율(54.7%)이 높았고, 응답자들의 연령평균은 42.6세였음.
 - － 교육수준은 대학재학 이상의 학력자가 48.7%로 가장 높았고, 직업별로는 전화조사의 특성상 주부들이 가장 많은 것으로 나타났음(33.1%).
 - － 소득수준별로는 절반 정도의 응답자가 200~400만원 사이였고, 거의 대부분이 건강보험에 가입되어 있었음.

<부표 1> 조사대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

전체	1,001 (100.0)	전체	1,001 (100.0)
성별		직업	
남자	453 (45.3)	전문직/사무직	216 (21.6)
여자	548 (54.7)	자영업/판매/서비스직	222 (22.2)
		노동근로/농어업	79 (7.9)
연령		무직	64 (6.4)
20-29세	197 (19.7)	주부	331 (33.1)
30-39세	244 (24.4)	학생/기타	89 (8.9)
40-49세	256 (25.6)		
50-59세	183 (18.3)	소득수준	
60세이상	121 (12.1)	200만원 미만	357 (36.5)
		200-400만원미만	426 (43.6)
교육수준		400만원 이상	194 (19.9)
초졸이하	95 (9.6)		
중졸	92 (9.3)	가입보험	
고졸	323 (32.5)	건강보험	982 (98.1)
대학재학이상	484 (48.7)	의료보호/없음	19 (1.9)

2. 주요 조사결과

가. 단골약국

- 단골약국에 대해서는 평소에 자주 이용하는 단골약국이 있는지를 질문하였으며, 자주 이용하고 있는 단골약국이 있는 경우 해당 단골약국의 위치와 지정 이유를 질문하였다. 또한 단골약국이 없는 경우에는 평소에 어떤 약국을 이용하는지 위치와 그 약국의 이용이유에 대해서 질문하였음.
- 전체 응답자 가운데 평소 자주 이용하는 단골약국이 있다는 응답은 50.8%(508명)이었고, 없다는 응답은 49.2%(492명)로 나타났음.
 - 단골약국 보유여부는 인구사회학적 특성별로 차이를 보였는데, 성별로는 남성에게 비해 여성이 단골약국을 가지고 있다는 응답이 높았으며(남성: 34.1%, 여성: 65.9%), 연령별로는 20대를 비롯하여 상대적으로 젊은 연령대에서는 단골약국이 없다는 응답이 높거나 차이가 없었던 반면, 50세 이상의 고연령대에서는 단골약국을 지정해 두고 이용한다는 응답이 상대적으로 높게 나타났음.
 - 교육수준별로는 대학재학 이상의 응답자들에게서 단골약국이 없는 경우가 많았고, 직업별로는 주부들에서는 있다는 응답(44.5%)이 없다는 응답(21.1%)에 비해 높은 반면, 전문직/사무직들에서는 없다는 응답(29.7%)이 있다는 응답(13.8%)에 비해 높은 것으로 조사되었다. 그 외 소득수준과 가입되어 있는 의료보장에 따른 차이는 나타나지 않았음.

〈부표 2〉 사회경제적 특성별 단골약국 지정 여부

(단위: 명, %)

	단골약국 있음	단골약국 없음
전체	508(50.8)	492(49.2)
성별		
남성**	173(34.1)	280(56.9)
여성**	(335(65.9))	212(43.1)
연령		
20-29세**	58(11.4)	139(28.3)
30-39세	119(23.4)	125(25.4)
40-49세	139(27.4)	116(23.6)
50-59세**	114(22.4)	69(14.0)
60세이상**	78(15.4)	43(8.7)
교육수준		
초졸이하**	62(12.3)	33(6.8)
중졸**	57(11.3)	35(7.2)
고졸**	186(36.8)	137(28.1)
대학재학이상**	200(39.6)	283(58.0)
직업		
전문직/사무직**	70(13.8)	146(29.7)
자영업/판매/서비스직	103(20.3)	119(24.2)
노동근로/농어업	46(9.1)	33(6.7)
무직	36(7.1)	28(5.7)
주부**	226(44.5)	104(21.1)
학생/기타**	27(5.3)	62(12.6)
소득수준		
200만원 미만	190(38.6)	167(34.5)
200-400만원미만	211(42.9)	214(44.2)
400만원 이상	91(18.5)	103(21.3)
가입보험		
건강보험	498(98.0)	483(98.2)
의료보호/없음	10(2.0)	9(1.8)

** p < .01

- 다음으로 단골약국이 있다고 응답한 응답자들에게는 단골약국의 소재지를, 단골약국이 없다고 응답한 응답자들에게는 평소에 주로 어떤 약국을 이용하는지를 질문하였음.

- 전체적으로 ‘평소에 자주 다니는 병원 인근/같은 건물’에 위치하고 있다는 응답이 64.7%로 가장 높게 나타났음.
- 특히 별도의 단골약국이 없다는 응답자들에게서는 병원 인근의 약국을 이용하는 비율이 78.6%로 높았던 반면, 단골약국이 있다는 응답자들에게서는 상대적으로 집 근처 동네약국을 단골약국으로 지정하고 있다는 응답이 42.0%로 높았음.
- 이와 같은 결과는 우리나라 소비자들의 경우 약국의 선택에 있어서 병원 등 의료기관을 중심으로 한 위치를 선호하고 있는 것을 보여준다고 할 수 있는데, 의료기관-약국간 이동의 편리성과 이에 따른 비용 절감 등이 원인이 되고 있는 것으로 판단됨.
- 만약 선택분업이 도입되어 의료기관 내에서 외래환자에 대한 처방조제가 가능하게 경우 대부분의 이용자들이 약국보다는 의료기관에서 직접 약을 조제 받게 될 가능성이 높음을 의미함.
- 이러한 경향은 해당 약국을 이용하는 이유에 대해서 질문한 결과에도 뚜렷하게 나타나는데, ‘진료받은 병원에서 가깝기 때문에’ 해당 약국을 이용한다는 응답이 거의 2/3를 넘고 있음(69.5%).
- 또한 ‘교통이 편리해서’라는 응답도 12.4%를 차지하였음(부표 4 참고).

〈부표 3〉 단골약국 및 이용약국 소재지

(단위: 명, %)

	전체	단골약국	평소 이용약국
전체	1,001(100.0)	510 (50.9)	491 (49.1)
소재지			
집 근처 동네**	303 (30.3)	214 (42.0)	89 (18.1)
시내 중심가	47 (4.7)	32 (6.3)	15 (3.1)
병원 인근/건물**	648 (64.7)	262 (51.4)	386 (78.6)
기타 지역	3 (0.3)	2 (0.4)	1 (0.2)

** p < .01

〈부표 4〉 단골약국 및 이용약국 이용 이유

(단위: 명, %)

	전체	단골약국	평소 이용약국
전체	1,001(100.0)	510 (50.9)	491 (49.1)
소재지			
약국이 크고 많은 약 구비	33 (3.3)	25 (4.9)	8 (1.6)
교통이 편리	124 (12.4)	71 (13.9)	53 (10.8)
아는 약국	39 (3.9)	33 (6.5)	6 (1.2)
아는 사람의 권유	2 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)
의사의 권유	4 (0.4)	2 (0.4)	2 (0.4)
약값이 저렴	12 (1.2)	7 (1.4)	5 (1.0)
진료받는 병원과 가까움	696 (69.5)	298 (58.5)	398 (81.1)
자동처방전 발급기	6 (0.6)	3 (0.6)	3 (0.6)
약사가 친절	60 (6.0)	57 (11.2)	3 (0.6)
기타	24 (2.4)	12 (2.4)	12 (2.4)

나. 의료기관 및 약국 이용 소요시간 및 교통비

- 의료기관까지 소요된 시간과 소요된 교통비, 의료기관에서 처방을 받은 후 약국까지 이동하는 데에 소요된 시간과 소요된 교통비를 조사하였음.
 - 조사 결과 의료기관까지의 소요시간은 평균 15.7분(SD: 17.4분)인 것으로 나타났으며, 의료기관에서 약국까지의 소요시간은 평균 3.0분(SD: 5.3분)인 것으로 나타났음.
 - 또한 교통비는 자가용을 이용하는 경우를 제외하고 분석하였다. 의료기관까지의 교통비는 평균 840원, 의료기관에서 약국까지의 교통비는 평균 0원으로 나타났는데, 이는 도보를 이용하는 이용자가 대부분(의료기관 59.2%, 의료기관-약국 97.2%)이었기 때문이었음.

〈부표 5〉 의료기관 및 약국 이용 평균 소요시간 및 교통비

(단위: 분, 백원)

	의료기관		의료기관-약국	
	소요시간	교통비	소요시간	교통비
평균	15.7±17.4	8.4±24.3	3.0±5.3	0.1±1.9

- 단골약국을 지정한 경우와 지정하지 않은 경우를 나누어 의료기관 방문소요 시간과 교통비, 의료기관-약국의 방문소요시간과 교통비를 분석해 보았으나, 유의미한 차이를 보이지 않았음(부표 6 참고).
- 위와 같은 조사 결과를 해석해 보면 소비자들의 경우 의료기관과 약국을 선택하는 데에 있어서 특별한 경우(종합병원급 이상의 대규모 의료기관 방문)가 아니라면 접근이 쉬운 가까운 곳을 선호한다는 점을 알 수 있는데, 특히 의료기관에서 처방을 받은 후 약을 구입하기 위하여 방문하는 경우는 거의 대부분의 이용자가 도보로 접근이 가능한 곳을 이용하고 있으며, 이는 단골약국을 가지고 있느냐의 여부에 상관없이 나타나는 현상이었음.

〈부표 6〉 단골약국 지정여부별 평균 소요시간 및 교통비

(단위: 분, 백원)

	의료기관		의료기관-약국	
	소요시간	교통비	소요시간	교통비
단골약국 있음	15.7±19.2	9.1±27.2	3.7±6.9	0.3±2.6
없음	15.8±15.5	7.6±20.5	2.3±2.6	0.0±0.5

- 다음으로 응답자들의 의료기관이나 약국 이용 시간대 및 특정 시간대의 이용 이유에 대하여 조사하였음.
 - 대부분의 응답자들은 오전중(42.8%)이나 오후(37.3%) 시간대에 의료기관 및 약국을 이용하는 것으로 나타났음.

- 성별로는 여성의 경우 오전시간을 이용하는 비중이 높은 반면, 남성들은 점심시간을 이용하는 비중이 상대적으로 높았음.
- 또한 연령이 높아질수록 오전 시간을 이용하는 경우가 많았으며, 전문직/사무직 종사자의 오후 시간대 이용비중이 높은 반면, 자영업 종사자나 노동근로/농어업 종사자, 주부들은 오전 중에 의료기관을 주로 이용하고 있었음(부표 7참고).
- 한편 그 시간대에 의료기관이나 약국을 이용하는 이유에 대해서는 '직장 때문에'라는 응답이 38.2%로 가장 많았으며, '환자가 붐비지 않을 것 같아서'라는 응답이 24.6%를 차지하였음.

<부표 7> 평소 의료기관 또는 약국 이용시간대

(단위: 명, %)

	오전	점심시간	오후	저녁/밤	기타
전체	427 (42.8)	68 (6.8)	372 (37.3)	48 (4.8)	83 (8.3)
성별**					
남성	173 (38.4)	49 (10.9)	161 (35.7)	24 (5.3)	44 (9.8)
여성	254 (46.4)	19 (3.5)	211 (38.6)	24 (4.4)	39 (7.1)
연령**					
20-29세	53 (26.9)	24 (12.2)	93 (47.2)	19 (9.6)	8 (4.1)
30-39세	94 (38.7)	26 (10.7)	98 (40.3)	12 (4.9)	13 (5.3)
40-49세	97 (38.0)	11 (4.3)	105 (41.2)	12 (4.7)	30 (11.8)
50-59세	106 (58.2)	3 (1.6)	52 (28.6)	5 (2.7)	16 (8.8)
60세이상	77 (63.6)	4 (3.3)	24 (19.8)	-	16 (13.2)
직업**					
전문직/사무직	54 (25.1)	37 (17.2)	83 (38.6)	24 (11.2)	17 (7.9)
자영업/판매/서비스직	100 (45.2)	15 (6.8)	80 (36.2)	7 (3.2)	19 (8.6)
노동근로/농어업	41 (51.9)	2 (2.5)	21 (26.6)	6 (7.6)	9 (11.4)
무직	25 (39.7)	5 (7.9)	24 (38.1)	-	9 (14.3)
주부	180 (54.4)	3 (0.9)	117 (35.3)	3 (0.9)	28 (8.5)
학생/기타	27 (30.3)	6 (6.7)	47 (52.8)	8 (9.0)	1 (1.1)

** p < .01

다. 약 조제처 선택

- 현행 의약분업제도는 특수한 경우를 제외하고는 환자들이 먼저 의료기관을 방문하여 처방전을 받은 후, 약국을 방문하여 처방전을 제시하고 약을 조제 받도록 되어 있음.
- 본 조사에서는 응답자들을 대상으로 의료기관 내에서도 조제가 가능하다고 할 경우 의료기관과 약국 중 어디를 이용하여 약을 조제할 것인지를 질문하였음.
- 조사 결과 응답자의 87.5%인 876명이 의료기관을 선택하였고, 12.5%인 125명만이 약국을 선택하였음.
- 이와 같은 의료기관에서의 조제 선호는 다른 일반적 특성별로도 차이를 보이지 않아서, 모든 성별, 연령별, 교육수준별, 단골약국 유무 등에 관계없이 모든 응답자들이 의료기관에서의 조제를 선호하고 있었음.
- 이는 역시 응답자들이 의료기관에서 처방과 조제를 한 번에 받는 서비스가 기존의 2개 기관 방문에 따른 번거로움을 해소할 것이라는 기대가 반영된 것으로 판단됨.

〈부표 8〉 의료기관 조제 허용시 처방의약품 조제처 선호도

(단위: 명, %)

	의료기관	약국
전체	876 (87.5)	125 (12.5)
성별		
남성	385 (85.0)	68 (15.0)
여성	491 (89.6)	57 (10.4)
연령		
20-29세	171 (86.8)	26 (13.2)
30-39세	211 (86.5)	33 (13.5)
40-49세	225 (87.9)	31 (12.1)
50-59세	163 (89.1)	20 (10.9)
60세이상	106 (87.6)	15 (12.4)
직업		
전문직/사무직	194 (89.8)	22 (10.2)
자영업/판매/서비스직	193 (86.9)	29 (13.1)
노동근로/농어업	70 (88.6)	9 (11.4)
무직	49 (76.6)	15 (23.4)
주부	292 (88.2)	39 (11.8)
학생/기타	78 (87.6)	11 (12.4)
단골약국		
있음	442 (87.0)	66 (13.0)
없음	433 (88.0)	59 (12.0)

** p < .01

- 의료기관에서의 약조제 선호현상이 불편함, 번거로움의 해소 측면에서 기인한 바가 크다는 것은 그 이유를 질문한 문항에서 나타나고 있음.
- 즉, 의료기관에서의 조제가 허용될 경우 의료기관을 이용하겠다는 응답자의 82.0%가 '약국에 가야 하는 불편함과 시간이 절약되기 때문에'라고 응답하였음.
 - '의료기관이 주는 약이 약국의 약보다 더 믿을만 해서'라는 응답은 11.2%, '의사가 복약설명을 더 잘해 줄 것 같아서'라는 응답은 5.0%였음.
 - 반면 현행과 같이 약국에서 조제하겠다는 응답자들이 선택한 가장 큰 이유는

‘약에 대해서는 약사가 더 잘 알 것 같아서’(46.4%)인 것으로 나타났다.

〈부표 9〉 의료기관 및 약국조제 선택 이유

(단위: 분, 원)

의료기관 선택이유	N (%)	약국 선택이유	N (%)
약국에 가는 불편함과 시간 절약	718 (82.0)	약사가 복약지도를 더 잘해서	13 (10.4)
교통비 등 비용 절감	8 (9.0)	약국 약이 의료기관보다 믿을 만	11 (8.8)
의료기관의 약이 약국보다 믿을 만	98 (11.2)	약에 대해 약사가 더 잘 알아서	58 (46.4)
의사의 복약 한 설명이 더 나아서	44 (5.0)	기타	43 (34.4)
기타	8 (0.9)		

라. 처방내역 변경 조제 경험

- 현행 의약분업 제도 하에서는 처방전 내용의 변경 또는 수정이 필요한 경우 약사 또는 한약사는 처방전을 발행한 의사·치과의사·한의사 또는 수의사의 동의 없이 처방을 변경하거나 수정하여 조제할 수 없도록 규정하고 있으며(약사법 제26조), 처방을 변경하거나 수정하여 조제하기 위해서는 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사에게 변경하거나 수정하려는 사유 및 내용에 대하여 전화·팩스·컴퓨터통신 등을 이용하여 동의를 받아야 하며(약사법 시행규칙 제13조), 대체조제하려는 경우에는 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사에게 대체조제하려는 사유 및 내용에 대하여 전화·팩스 또는 컴퓨터통신 등을 이용하여 동의를 받아야 한다(약사법 시행규칙 제14조)고 규정하고 있음.
- 따라서 이와 같은 경우는 현행 의약분업 제도 하에서 합법적인 대체조제라 할 수 있는데, 실제 이와 같은 처방내역을 변경하여 조제한 경험이 있는지에 대하여 조사하였음.
- 조사 결과 의사의 처방 내역을 약사가 바꾸어 조제한 적이 있다는 응답은 전체의 8.2%였으며, 없다는 응답은 73.9%, 잘 모르겠다는 응답은 17.9%로 나타났다.

- 또한 처방 내역 변경 경험이 있었던 응답자를 대상으로 하여 내역의 변경에 대해서 환자에게 설명해 주었는지와 의사와 전화 등을 통해 상의하였는지를 조사한 결과, 84.0%의 응답자가 처방전 내역 변경의 사유를 들었으며, 49.4%가 의사와 상의한 사실을 알고 있는 것으로 조사되었음.

〈부표 10〉 처방전 내역 변경 경험 여부

(단위: %)

	N (%)		N (%)	
처방전 변경 경험 있음 없음 잘 모름	82 (8.2) 740 (73.9) 179 (17.9)	환자에게 변경 설명		
		설명	68 (84.0)	
		설명하지 않음	12 (14.8)	
			기억나지 않음	1 (1.2)
			의사와의 상의	
			상의함	40 (49.4)
		상의하지 않음	38 (46.9)	
		기억나지 않음	3 (3.7)	

마. 처방조제 및 복약지도 현황

- 처방조제와 관련하여서 본 연구에서는 의료기관에서 처방전을 발급받은 후 첫 번째 약국에서 해당되는 처방조제를 받았는지 여부와 복약지도가 어떻게 이루어졌는지 여부에 대해서, 그리고 복약지도에 따라 복약이 이루어졌는지를 평가하였음.
 - 몇 번째 약국에서 처방을 받았느냐는 환자의 불편을 해소한다는 차원에서도 중요하지만, 의약분업을 시행하는 데에서 꼭 필요한 의약품의 조달이 순조롭게 이루어지고 있는지를 평가할 수 있다는 점에서도 중요함.
 - 이와 관련하여 본 조사에서는 보건소에서 처방과 조제를 동시에 한 경우를 제외하고, 의료기관에서 처방전을 받은 후 방문한 몇 번째 약국에서 처방조제를 받았는지를 질문하였음.

- 조사 결과 응답자의 거의 대부분인 98.6%가 첫 번째 약국에서 처방조제를 받은 것으로 나타났다(부표 11 참고).
- 또한 세 군데 이상의 약국을 들러서 처방조제를 받은 경우는 한 건도 없었던 것으로 조사되었음.
- 참고로 의약분업 직후인 2001년 5월 조사에서의 첫 번째 약국 조제율은 95.4%, 2003년 4월의 동일항목 조사에서는 97.3%에 이르는 것으로 조사된 바 있음²⁶⁾.
- 한편 두 번째 약국을 방문하여 처방조제한 이유는 대부분 (처방전에 명기된 처방의약품이 없기 때문인 것으로 조사되었음.

〈부표 11〉 처방조제를 받은 약국 순서

(단위: N, %)

전체	첫 번째 약국	두 번째 약국
991(100.0)	977(98.6)	14(1.4)

- 약사법 제24조는 ‘약사는 의약품을 조제하면 환자에게 필요한 복약지도(服藥指導)를 하여야 한다’라고 하여 복약지도를 약사의 의무 및 준수사항으로 규정하고 있음.
- 본 연구에서는 복약지도를 두 가지 측면에서 평가해 보았는데, 조제된 약의 이름을 말로써 알려주거나 적어주었는지와 약을 먹는 방법이나 주의사항을 말로 설명해 주었는지를 질문하였음.
- 약을 먹는 방법과 복용시의 주의사항 등에 대해서는 거의 대부분의(97.0%) 응답자가 복약지도를 받은 것으로 나타났으나, 약의 명칭을 알려주거나 적어주는 비율은 상대적으로 매우 낮은 것으로(22.2%) 조사되었음.

26) 조재국 외, 『의약분업 성과평가와 제도개선』, 한국보건사회연구원, 2003.

- 약의 명칭을 알려주는 복약지도는 단골약국을 가지고 있느냐에 따라서 차이가 있었는데, 단골약국이 있다고 응답한 경우는 처방조제시 약의 이름을 지도 받는 비율이 26.4%인 반면, 단골약국이 없다고 응답한 경우는 17.9%로 낮게 나타났음.

〈부표 12〉 처방의약품 조제시 복약지도

(단위: 명, %)

	약의 이름을 알려줌		복용방법·주의사항을 알려줌	
전체	222	(22.2)	971	(97.0)
성별				
남성	86	(19.0)	440	(97.1)
여성	136	(24.8)	531	(96.9)
연령				
20-29세	39	(19.8)	186	(94.4)
30-39세	54	(22.1)	238	(97.5)
40-49세	53	(20.7)	251	(98.0)
50-59세	40	(21.9)	179	(97.8)
60세이상	36	(29.8)	117	(96.7)
단골약국				
있음	134	(26.4)**	497	(97.8)
없음	88	(17.9)**	473	(96.1)

** p < .01

- 순응도(compliance)는 처방받은 약을 남김없이 복용하였는지와 복용시 시간을 잘 지켰는지로 평가해 보았음.
 - 처방받아 약국에서 산 약을 남김없이 복용하였다는 응답은 전체의 46.1%였으며, 복용시 시간을 잘 지켰다는 응답은 80.8%에 이르는 것으로 나타났음.
 - 이와 같은 순응도는 여러 가지 인구사회학적 변수별로 다소 다르게 나타났는데, 특히 약을 남김없이 복용하였는지에 대한 질문에 대해 많은 차이를 보였음.

○ 여성에 비해 남성이, 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록 처방의약품을 남김없이 복용하는 비율이 높았으며, 특히 50대 연령층과 60세 이상 연령층은 시간을 지켜 복용한다는 응답도 각각 85.8%와 96.7%로 높게 나타났음.

○ 반면 단골약국의 지정 여부에 따른 순응도의 유의한 차이는 없었음.

〈부표 13〉 의약품 처방에 대한 순응도

(단위: 명, %)

	남김없이 복용		시간을 지켜 복용	
전체	461	(46.1)	809	(80.8)
성별				
남성	231	(51.0)**	377	(83.2)
여성	230	(42.0)**	432	(78.8)
연령				
20-29세	94	(47.7)**	147	(74.6)
30-39세	84	(34.4)**	186	(76.2)
40-49세	95	(37.1)**	202	(78.9)
50-59세	94	(51.4)**	157	(85.8)**
60세이상	94	(77.7)**	117	(96.7)**
교육수준				
초졸 이하	66	(69.5)**	82	(86.3)
중졸	57	(62.0)**	79	(85.9)
고졸	141	(43.7)**	254	(78.6)
전문대재 이상	194	(40.1)**	389	(80.4)
단골약국				
있음	247	(48.6)	421	(82.9)
없음	214	(43.5)	387	(78.7)

** p < .01

바. 의료기관 및 약국서비스 만족도

□ 이용한 의료기관 및 약국서비스에 대한 만족도는 의료기관의 경우 진료행위, 대기시간, 서비스환경 등을, 약국의 경우 약에 대한 설명이나 정보, 대기시간, 서비스환경 등을 질문하여 조사하였음

□ 전체적으로 보통 수준을 약간 상회하는 만족도를 가지는 것으로 나타났는데, 약국에서의 조제대기시간과 의사의 진료행위에 대한 만족도 평균값이 각각 3.9점과 3.8점으로 높았음.

- 반면, 이용자들은 의료기관에서의 서비스의 경우 진료대기시간에, 약국에서의 서비스의 경우 약에 대한 설명이나 정보의 제공에 상대적으로 낮은 만족도를 보였음.
- 의료기관에서의 진료대기시간에 대해서는 불만족한다는 응답이 24.2%로 다른 문항들에 비해 상대적으로 높게 나타났고, 약국에서는 약에 대한 설명이나 정보 제공에 대해 불만족하는 응답이 11.1%로 다른 문항들의 불만족 비율에 비해 높은 것으로 조사되었음.

<부표 14> 의료기관 및 약국서비스 만족도

(단위: 점, 명, %)

구 분		평균값	만족		보통		불만족	
의료 기관	의사의 진료행위	3.8	613	(61.2)	306	(30.6)	82	(8.2)
	진료대기시간	3.3	426	(42.6)	333	(33.3)	242	(24.2)
	서비스환경	3.7	608	(60.7)	321	(32.1)	72	(7.2)
약국	약에 대한 설명이나 정보 제공	3.5	473	(47.3)	417	(41.7)	111	(11.1)
	조제대기시간	3.9	665	(66.4)	302	(30.2)	34	(3.4)
	서비스환경	3.7	577	(57.6)	377	(37.7)	47	(4.7)

- 인구사회학적 특성별로 인식하는 만족도의 차이를 분석하기 위하여 각 항목 평균값에 대한 t-test 및 분산분석을 시행하였으며, 그 결과는 다음 <부표 15>와 같음.
- 성별로는 의사의 진료행위, 의료기관의 서비스환경, 약사의 약설명 및 정보제공, 조제대기시간 등에서 차이가 있었는데, 모두 남성에게 비해 여성의 만족도가 높은 것으로 나타났음.

- 연령별로는 대체로 50대 이상의 장년층·노년층과 20대 및 30대 연령층간의 차이를 보였는데, 연령이 높을수록 만족도가 높아지는 결과를 보였다. 연령이 높아짐에 따라 만족도 역시 높아지는 관계는 앞서 논의했던 의약품 처방에 대한 순응도(compliance) 측면에서도 관련성이 있을 것으로 보임.
- 마지막으로 단골약국을 지정하고 있는지의 여부로 항목별 만족도를 살펴보았는데, 모든 항목에서 단골약국이 있는 경우의 만족도가 높게 나타나고 있음을 알 수 있음.
- 특히 약사의 약 설명 및 정보제공(복약지도 포함) 항목에서의 만족도 차이가 가장 큰 것으로 나타나고 있음.

〈부표 15〉 인구사회학적 특성별 의료기관 및 약국서비스 만족도

(단위: 점, 명, %)

	의료기관			약국		
	진료행위	진료 대기시간	서비스환경	약 설명 정보제공	조제 대기시간	서비스환경
전체	3.79	3.28	3.71	3.50	3.85	3.68
성별						
남성	3.69**	3.28	3.63**	3.35**	3.77**	3.64
여성	3.87**	3.27	3.78**	3.63**	3.92**	3.70
연령						
20대	3.71**	3.26	3.80	3.31*	3.89	3.64
30대	3.60**	3.20	3.64	3.43	3.77	3.54*
40대	3.79**	3.24	3.65	3.52	3.89	3.64
50대	3.87**	3.32	3.75	3.63*	3.86	3.80*
60대	4.16**	3.47	3.78	3.70*	3.87	3.91*
단골약국						
있음	3.89**	3.34*	3.77*	3.68**	3.90	3.80**
없음	3.68**	3.21*	3.65*	3.32**	3.81	3.54**

** p < .01 * p < .05

- 응답자들에게 의료기관의 의사서비스와 약국의 약사서비스 중에서 개선이 필요한 사항을 조사하였음.
 - 의사서비스의 경우 설명을 자세하게 해주지 않는다는 지적이 응답자의 26.0%를 차지하였고, 다음으로 가벼운 질병인데 너무 자주 오게 한다가 14.5%, 진료대기시간이 길다가 10.8%를 차지하였음.
 - 반면 개선할 사항이 없다라는 응답은 28.4%에 이르렀으며, 약사서비스의 경우에는 약 이름과 약의 종류를 알려주지 않아서 약에 대한 정보를 얻기 어렵다는 응답이 39.0%로 가장 높았고, 약값이 비싸다는 응답이 19.4%였음. 개선할 사항이 없다는 응답은 28.8%였음.

〈부표 16〉 의료기관 및 약국서비스에서 개선이 필요한 사항

(단위: N, %)

의료기관 개선사항	N (%)	약국 개선사항	N (%)
설명이 자세하지 않음	260 (26.0)	약 정보를 얻기 어려움	390 (39.0)
너무 자주 오게 함	145 (14.5)	비싼 약값	194 (19.4)
긴 대기시간	108 (10.8)	복약지도가 자세하지 않음	59 (5.9)
비싼 진찰료	93 (9.3)	긴 대기시간	23 (2.3)
너무 많은 검사	50 (5.0)	없음	288 (28.8)
너무 많은 약 처방	39 (3.9)	기타	46 (4.6)
없음	284 (28.4)		
기타	22 (2.2)		

3. 조사 결과의 시사점

- 의약분업 제도는 그동안의 일원화된 처방/조제 행태에 비하여 이용자인 환자와 가족들에게 다소간의 불편함을 가져다 줄 수밖에 없는 제도임.
- 이로 인하여 선택분업의 도입을 비롯한 다양한 제도개선 방안과 환자의 불편함 해소 및 만족도 제고를 위한 대책이 제안되고 있음. 이와 관련하여 본 전화조사를 통하여 나타난 시사점을 간략히 정리하면 다음과 같음.

- ① 현행 의약분업 제도 하에서 환자들의 보건의료서비스 이용행태는 편리함과 접근도에 초점을 두어 이루어지고 있는 것을 확인할 수 있음. 단골약국이 있다고 응답한 응답자들은 평소 자주 다니는 병원 인근이나 집 근처 동네에 단골약국을 지정하고 있었고, 단골약국이 없다는 응답자들은 대부분 병원 인근에 주로 이용하는 약국이 있다고 응답하였음. 의료기관에서의 처방 이후 약조제를 위해 약국을 방문하는 데에 소요되는 시간이 평균 3분 정도이며, 대부분 도보를 이용하고 있다는 점도 이러한 사실을 뒷받침하고 있음. 따라서 의료기관에서의 조제가 허용되는 선택분업이 도입될 경우 이용자들의 대부분(87.5%)이 의료기관에서 처방의약품을 조제하겠다고 응답한 것은 당연한 것이라 하겠음.
- ② 의약품 조달 및 처방의약품을 조제한 약국 방문횟수는 비교적 현행 의약분업 제도의 기본적인 절차를 충족시키는 것으로 나타났음. 즉, 거의 모든 응답자들이 첫 번째로 방문한 약국에서 처방조제를 완료한 것임. 다만, 의약분업 제도를 도입하면서 약사의 전문성 및 이용자가 받는 서비스 수준의 제고를 위하여 의무화한 복약지도는 약의 명칭을 인지시켜주는 면에서는 다소 미흡한 점이 나타났음.
- ③ 의료기관과 약국의 서비스 만족도는 보통수준을 약간 상회하는 것으로 조사되었다. 전화조사라는 한계로 인해 만족도 조사 항목이 제한되어 있는 한계가 있으나, 특히 의료기관에서의 진료대기시간과 약국에서의 약에 대한 설명이나 정보 제공에 대하여 만족한다는 응답이 낮았다는 점은 향후 서비스 개선에서 참고할 수 있을 것임.

[부록 5] 환자 보건의료이용 행태 조사표 및 약국조사표
환자 보건의료이용 행태 조사

- A1. 실례지만 만으로 연세가 어떻게 되시는지요? 만 ()세
- A2. 성별(목소리를 듣고 조사원이 기록) () ① 남 ② 여
- A3. 거주지역(전화번호부를 보고 조사원이 기록) (시군구까지)

1. 선생님께서서는 평소에 자주 이용하는 단골약국이 있습니까?
 ① 있다(질문 1-1번으로 가십시오) ② 없다(질문 1-3번으로 가십시오)

1-1. 단골약국이 소재하고 있는 위치는 어디입니까?
 ① 집근처 동네 ② 시내 중심가
 ③ 평소에 자주 다니는 병원 인근/같은 건물
 ④ 기타 지역(어디: _____)

1-2. 단골약국을 그곳에 정한 가장 중요한 이유는 무엇입니까?
 ① 약국이 크고 많은 약을 갖추고 있어서 ② 교통이 편리해서
 ③ 아는 약국이어서 ④ 아는 사람의 권유로
 ④ 의사가 권해서 ⑤ 약 값이 다른 곳보다 저렴해서
 ⑥ 진료 받는 병원에서 가까워서
 ⑦ 병원의 자동 처방전 발급기에서 선택하도록 되어 있어서
 ⑧ 약사가 친절해서
 ⑨ 기타(무엇: _____)

1-3. 평소에 주로 어떤 약국을 이용하십니까?
 ① 집근처 동네 약국 ② 시내 중심가 약국
 ③ 평소에 자주 다니는 병원 인근/같은 건물
 ④ 기타 지역(어디: _____)

1-2. 그 약국을 이용하시는 가장 중요한 이유는 무엇입니까?
 ① 약국이 크고 많은 약을 갖추고 있어서 ② 교통이 편리해서
 ③ 아는 약국이어서 ④ 아는 사람의 권유로
 ④ 의사가 권해서 ⑤ 약 값이 다른 곳보다 저렴해서
 ⑥ 진료 받는 병원에서 가까워서
 ⑦ 병원의 자동 처방전 발급기에서 선택하도록 되어 있어서
 ⑧ 약사가 친절해서
 ⑨ 기타(무엇: _____)

10. 처방조제를 받은 후 약사가 조제된 약의 이름을 말로 알려주거나 적어주었습니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

11. 처방조제를 받은 후 약사가 약을 먹는 방법(예, 하루 3번 식후 등)이나 주의사항에 대해 말로 설명해 주었습니까?
 ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

12. 약국에서 산 약을
 1) 모두 남김없이 복용하셨습니까? ① 예 ② 아니오
 2) 시간을 잘 지켜서 복용하셨습니까? ① 예 ② 아니오

※ 의료서비스 만족도와 관련해서 몇 가지만 여쭙어 보겠습니다.

13. 최근 이용하신 병(의)원과 약국의 서비스에 대해 말씀해 주시기 바랍니다.

구 분		① 매우 만족	② 약간 만족	③ 보통	④ 약간 불만족	⑤ 매우 불만족
의료 기관	의사의 진료행위(친절하고 상세한 설명)	①	②	③	④	⑤
	진료대기시간	①	②	③	④	⑤
	서비스환경(대기장소 등)	①	②	③	④	⑤
약국	약에 대한 설명이나 정보 제공(복약지도 포함)	①	②	③	④	⑤
	조제 대기시간	①	②	③	④	⑤
	서비스 환경(대기장소 등)	①	②	③	④	⑤

14. 만약 의료기관에서 제공하는 의사의 서비스 중 개선되었으면 하는 것이 있다면 가장 중요한 것을 하나만 선택해 주십시오.
 ① 없음
 ② 가벼운 질병인 경우에도 너무 자주 오게 한다(1-2일치 약만 주고 다시 오게 한다).
 ③ 설명을 자세하게 해 주지 않는다
 ④ 진료대기시간(진료를 위해 기다리는 시간)이 너무 길다
 ⑤ 약을 너무 많이 처방해 준다
 ⑥ 진찰료가 너무 비싸다
 ⑦ 검사를 너무 많이 한다
 ⑧ 기타(의약분업 이전으로)

15. 만약 약국에서 제공하는 약사의 서비스 중 개선되었으면 하는 것이 있다면 가장 중요한 것을 하나만 선택해 주십시오.

- ① 없음
- ② 약이름과 약의 종류를 알려주지 않아 약에 대한 정보를 얻기 어렵다
- ③ 복용지도(하루 몇 번 먹는지, 부작용 등에 대한)를 자세하게 해 주지 않는다
- ④ 조제대기시간(조제를 위해 기다리는 시간)이 너무 길다
- ⑤ 약값이 너무 비싸다
- ⑥ 기타 (의약분업 이전으로)

※ 마지막으로 일반사항 몇 가지만 여쭙어 보겠습니다.

A4. 귀하께서 현재 종사하고 계신 일은 어떤 일입니까? ()

- ① 전문직 ② 사무직 ③ 노동 근로직 ④ 자영업
- ⑤ 판매/서비스직 ⑥ 농어업 ⑦ 무직 ⑧ 주부
- ⑨ 학생 ⑩ 기타

A5. 귀하께서는 학교를 어디까지 다니셨습니까?

- ① 무학 ② 초등학교 졸 ③ 중 졸
- ④ 고졸 ⑤ 전문대 재학 또는 졸업 이상

A6. 귀 가구의 월간 평균소득은 대략 얼마입니까?

- ① 50~100만원 미만 ② 100~150만원 미만 ③ 150~200만원 미만
- ④ 200~250만원 미만 ⑤ 250만원 이상 ⑥ 300만원 이상 ⑦ 400만원 이상

A7. 귀하는 어떤 종류의 사회보험에 가입되어 있습니까?

- ① 의료보험 ② 의료보호 ③ 없음