

## 의·약 분업 왜 안 되나?

—경제학적 일고—

충남대학교 의과대학 예방의학교실  
변재환

### 〈Abstract〉

#### Why the Prescribing-Dispensing Services Are Not Separated in Korea?

—An Economic Approach—

Jae Hwan Byon

*Chungnam National University*

This paper attempts to explain why the prescribing-dispensing services are not separated in Korea. The main reason why physicians and pharmacists do not compromise, even though the two parties support the separation policy in public, is contended to be that both parties would lose their interests if the policy were implemented. Physicians' loss from giving up their vested rights to dispensing would be larger than their gain from an increase in the number of prescriptions. Pharmacists' loss from being forced not to sell medicines without prescriptions would also be larger than their gain from prohibiting physicians from dispensing. The net gainer from the separation policy would be the patients. Therefore, the separation policy would not be implemented unless political pressure from general public surpasses that from physicians and pharmacists.

*key ward* : *Dispensing, Prescribing, Separation Policy, Vested Rights, Loss, Gain.*

## 서론

의·약 분업 또는 미분업 문제는 우리나라 보건 분야가 당면하고 있는 최대의 과제 중 하나이며 수십년을 끌어온 고질적인 문제로 인식되고 있다. 선진국 사례를 들먹이며 약물남용, 약

화사고 등 미분업에 따른 부작용에 대한 지적은 수 없이 많다. 의·약 분업을 실시해야 한다는 당위성에는 거의 이견이 없으면서도 막상 실시하려고 하면 큰 저항에 부딪히게 된다. 의·약 분업 실시에 대한 국민적 합의에도 불구하고 "대통령도 해결 못할 문제"로 된 이유는 무엇인가?

의·약 분업 문제를 제대로 이해하기 위해서는 여러 시각에서 접근해야 할 것이지만 이 논문에서는 왜 의·약 분업이 실시 안 되는가에 초점을 맞추고자 한다. 즉, 의·약 분업의 역사적, 문화적 배경이라든가, 미분업의 영향 및 분업의 당위성이라든가, 현 상황에 대한 기술적 설명 또는 적정 의·약 분업 방안 등은 이 논문에서 다루지 않는다.

만약 거리의 일반시민에게 의·약 분업이 왜 실시 안되고 있다고 생각하느냐고 물어 보면 아마 의사, 약사가 서로 타협하지 않기 때문이라고 대답할 것이다. 확실히 의사, 약사가 관련 당사자이고 문제 해결의 걸림돌임에는 틀림없다. 이 논문에서 시도한 내용은 그 다음 질문 즉, 의·약사가 왜 타협 안 하느냐에 대한 것이다. 개선 또는 변화를 저지하고 있는 근본원인을 찾아보자는 것이다. 이익 집단들의 동기 구조를 파악하여 의·약 분업이란 개혁에 저항하는 힘의 원천을 규명하고자 한다.

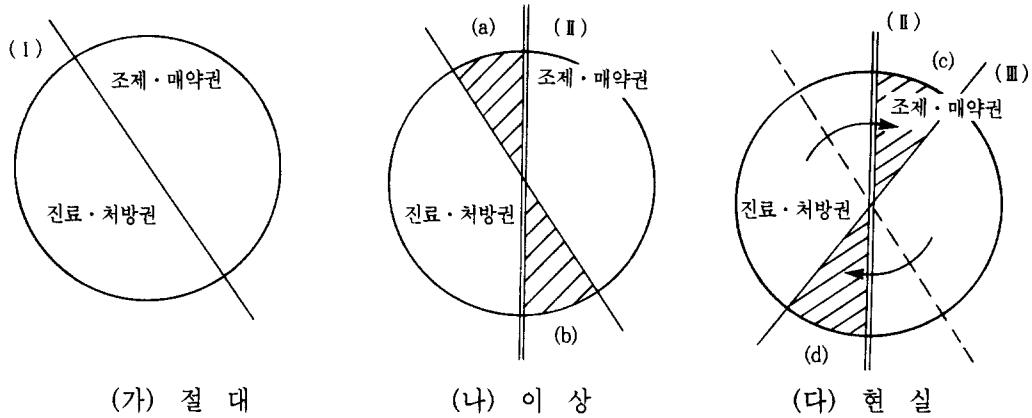
다음 절에서 현상황을 단순화하는 모델을 만들었고 II 절에서는 상식적으로 알고 있는 의사·약사 단체들의 업권 분쟁을 쉽게 설명 했다. 이 논문의 요체인 III 절에는 의·약 분업에 따른 의사와 약사의 손익 변화를 논했다. IV 절에서는 III 절의 이론에서 도출할 수 있는 몇 가지 가설들을 기술하고, V 절에서는 의·약 분업을 실시하기 위한 정책적, 더 정확히 말하면 정치적 함의를 설명했다.

## I. 현실의 단순화

편의상 의사의 영업 영역을 진료·처방권이라고 하고 약사의 업권을 조제·매약권이라고 하자. 의사와 약사의 전체 영업영역 즉, 진료·처방·조제·매약 행위를 (그림 1)에서와 같이 원으로 표시해 보자. 절대적 의미의 의약 분업을 실시한다면, 즉, (그림 1) (가)에서 보는 바와 같이 분할선 I 로 분할한다면, 의사는 왼쪽 아래편의 반원에 해당하는 진료·처방권만을 행사하게 될 것이고, 약사는 오른쪽 윗편의 반원에 해당하는 조제·매약권만을 행사하게 될 것이다.

의사는 일체 조제·매약을 하지 못하고 약사는 일체 진료·처방을 못하는 경우이다. 그러나

절대적 의미의 업권 분할은 현실성이 없고 바람직하다고 볼 수 없다. 그래서 바람직한 업권 분할선을 (그림 1)(나)의 선Ⅱ로 잡았다. 즉 의사는 (그림 1)(나)의 부채꼴 (a)영역 만큼의 조제·매약권을 가지는 것이 좋고 약사는 부채꼴(b)영역 만큼의 진료·처방권을 가지는 것이 바람직하다고 볼수 있다. 의사가 가져서 바람직한 조제·매약권의 예로서 응급조치시의 투약 행위를 들 수 있겠고 약사가 가져서 바람직한 진료·처방권은 단순하고 명백한 질병 증세라면 처방없이 면담으로 판단(진단)하여 투약하는 경우(OTC)가 해당될 것이다.(바람직한 분할선의 선택은 의·약 분업을 어떻게 할 것이냐는 기술적 문제로서 이 논문 주제의 영역 밖이다)



(그림 1) 의·약 분업의 현실과 이상

우리현실은 어떠냐 하면, 의사는 의사대로 지나치게 조제·매약권을 침범하고 있고 ((그림 1)(다)에서 부채꼴 (c)만큼) 약사는 약사대로 지나치게 진료·처방권을 침범하고 있다((그림 1)(다)에서 (d)만큼). 말하자면 업권 분할선이 (그림 1)(다)의 선 Ⅲ처럼 지나치게 오른쪽으로 기울어져 있다. 약사가 없는 의원·병원에서 조제·매약하는 경우와 처방전없이 항생제를 마구 파는 경우가 각각 지나친 영역 침범의 예가 될 것이다. 일반적으로 말하는 의약분업이란 (그림 1)(다)에 표기한 바와 같이 오른쪽으로 기울어진 업권 분할선을 곧 바로(분할선 Ⅱ로) 세우자는 것이라고 할 수 있다.

## Ⅱ. 업권 분쟁

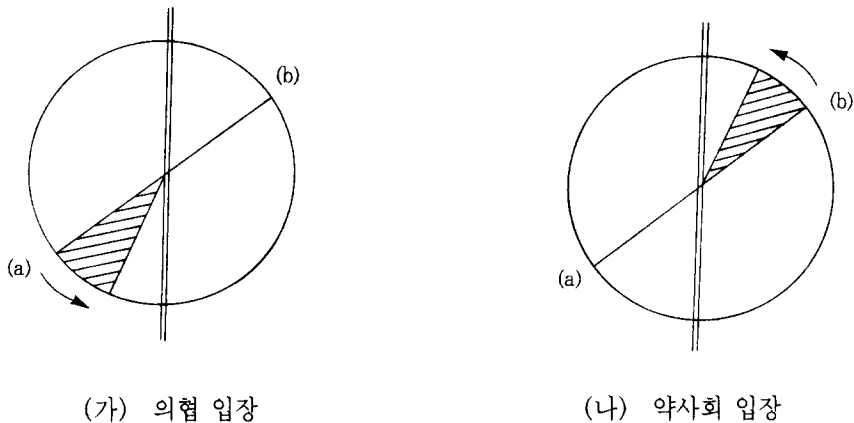
오른쪽으로 기울어진 현재의 분할선이 있게된 역사적 배경이야 어떻든, 그리고 현행법상으로 불법적이건 합법적이건 간에, 현재 의사가 누리고 있는 영업 영역은 의사의 기득권이요 현

재 약사가 아무런 제재 없이 행사하고 있는 업권은 약사의 기득권이다. 불법성·부당성을 강조하여 어느 일방에게 기존 업권을 포기하라는 것은 이권의 일부를 내 놓으라는 것과 같다.

의·약 분업이 실시 안되는 이유로 우선 말할 수 있는 것은 양 직능 간의 업권 분쟁이다. 현재의 미분업 상태에서 분업 상태로의 이행은 의사들과 약사들의 업권 변화를 의미 한다. 현재의 영업 영역이 기득권이라면 의약 분업의 실시는 일부 기득권의 포기과 동시에 빼앗겼던 업권의 회복을 뜻한다. 따라서 의·약 분업의 실시는 의사·약사의 입장에서 보면 점령 지역의 보존과 실지 회복이라는 영토 분쟁과 흡사하다고 할 수 있다.

이러한 인식은 일반적으로 상식이지만 명확히 하기 위해 앞에서 논한 도식을 다시 이용해 보자. (그림 1)(다)의 (c)영역은 의사의 입장에서 보면 점령지이고 기득권이지만 약사의 입장에서 보면 되돌려 받아야 할 업권인 것이다. 따라서 의·약 분업을 실시하면 의사는 (c)영역의 기득권을 포기하고 약사에게 반환해야 하고 약사는 (d)영역을 포기하고 의사에게 반환 해야 된다.

대한 의사 협회(의협)와 대한 약사회(약사회)를 각각 의사와 약사의 권익을 보호·증진시키는 순수한 이익 집단이라고 할 때 그들의 의도를 다음과 같이 도식화 할 수 있을 것이다. 의협은 (그림 2)(가)에서 보는 바와 같이 점령지의 경계선인 (b)선은 가능한 한 고수하려고 할 것이고 피점령지 경계선인 (a)선을 우측으로 밀어 실지 회복을 꾀할 것이다. 약사회는 이와 반대로 (그림 2)(나)에서 보는 바와 같이 기득권화된 의사 영역 점령지 경계선인 (a)를 고수하고 잃었던 업권을 회복하기위해 (b)선을 좌측으로 밀어 실지 회복을 도모할 것이다. 이것이 바로 업권분쟁의 요체이다.



(그림 2) 업권 분쟁

업권 분쟁 측면을 이렇게 단순화하고 보면 두 단체간의 이권이 첨예하게 대립하는 것을 알 수 있다. 의협과 약사회가 타협하여 의·약 분업이 실시될 때 양측이 똑 같이 만족할 수 있는 결과는 있을 수 없다는 사실도 알 수 있다. 주어진 파이를 어떻게 나누든 한쪽이 득을 보면 다른 쪽은 손해를 보게 되어 있다. 게다가 어떤 이익 집단이든지 제도적 변화를 자신들의 이익을 확대하는 계기로 삼기 때문에 외부의 압력없이 이익 집단간만의 타협은 매우 어렵게 된다. 이것이 상식적으로 알고 있는 의·약 분업이 안 되는 이유라고 생각한다.

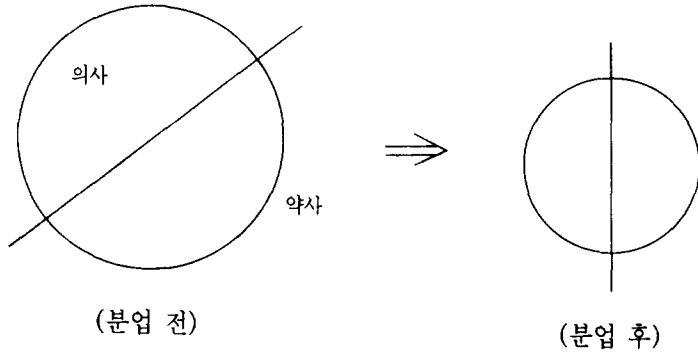
그러나 일반적으로 의·약 분업을 논의할 때 어느 일방의 희생을 강요하거나 어느 일방의 이익만을 옹호하지는 않는다. 이해 당사자들인 의사와 약사를 대변하는 대한 의학 협회와 대한 약사회조차도 권리만 주장하는 것이 아니라 양보할 의사도 나타내고 있다. 물론 양보하겠다는 사항들은 명분상 도저히 양보하지 않으면 안되는 것들이지만 적어도 표면상으로는 주고 받겠다는 것이 현재의 상황이라 할 수 있다. 그런데 왜 타협이 안 되는가? 노사 분규에서 보면 어느 일방(사용자측)의 희생과 다른 일방(노동조합원측)의 이익을 초래하는 임금 협상에서 결국 타협을 한다. 의·약 분업은 주고 받은 경우인 만큼 타협이 더 쉬울 것 같은데 왜 수십년을 끌어 오고 있는가? 비록 타협선이 어느 일방에게 약간의 손해를 준다고 하더라도 명분과 여론의 힘에 저항할 수 있을 만큼 크지 않을 것으로 추측되고 또 다른 일방은 이득을 보므로 적극적으로 찬성할 것인데 왜 타협이 안 되는가? 이런 질문에 대해 답하기 위해 다음 절에서 새 이론을 제시한다.

### Ⅲ. 의사·약사가 타협 안 하는 이유

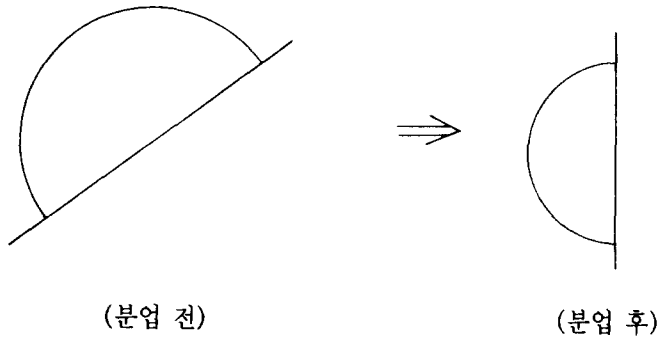
의사·약사 양측이 의·약 분업에 장기간에 걸쳐 타협을 보지 못하는 이유는 위에서 제시한 단순한 업권 분쟁 모델로는 설명이 안 되는 점이 많다. 이익 집단들의 공개적인 주장이야 어떻든 실제 이유는 다른 것이라는 의혹을 갖게 한다. 그래서, 주어진 파이를 나눌 때 발생하는 형평의 문제뿐만 아니라 쌍방이 함께 손해 볼 가능성이 있을 것이라는 착상을 하게 되었다. 이러한 착상은 노사분규의 타결 과정에서 얻은 것이다. 즉, 노사 분규가 타결 되는 이유와 반대되는 이유가 있어서 의·약 분업 실시에 타협을 이루지 못하고 있는 것으로 본 것이다.

참고로 노사 분규가 타결에 이르게 되는 동기 구조를 살펴보자. 노사 간의 임금 협상에는 어느 일방의 이익과 다른 일방의 손해를 초래하는 데도 불구하고 결국 협상이 타결되는 이유는 파업을 하거나 파업이 연장되면 쌍방이 함께 손해를 보기 때문이다. 노조 측에서 볼 때 파업

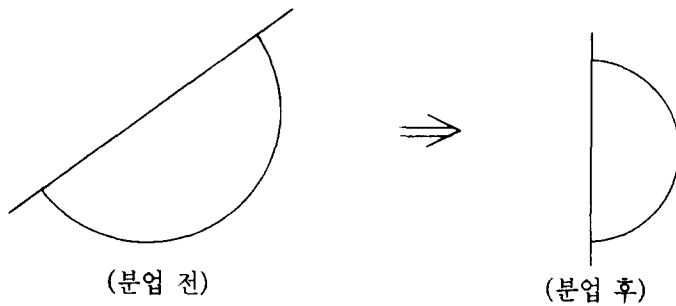
또는 파업 연장으로 인한 손해가 협상에서 얻을 수 있는 이익 보다 클 때 타협에 응할 것이고 사용자 측에서는 임금 협상에서 잃은 것이 노조원들의 파업으로 인한 손실보다 적다고 판단되는 선까지 양보할 것이다. 파업이 연장되면 양측의 손실이 증가하므로 결국 타협에 이르게 되는 것이다.



(가) 전체의 이권 변화



(나) 의사의 이권 변화



(다) 약사의 이권 변화

(그림 3) 의·약 분업 실시 전후의 이권 변화

우선 결론부터 말하면, 바람직한 의·약 분업(명확치 않지만)을 실시하면 의사와 약사의 이권이 함께 줄어들 것이라는 것이다. (그림 3)(가)에서 보는 바와 같이 분업선이 정상화(수직으로) 되었을 때 의사의 이권과 약사의 이권이 함께 축소 된다는 것이다. 의사의 이권을 따로 떼어 보면, (그림 3)(나)에서 왼 쪽에 비스듬한 반원으로 표시한 현재(분업 전)의 이권이 분업 후에는 오른쪽 바로선 반원처럼 크기가 줄어들 것이다. 약사의 이권도 마찬가지로 (그림 3)(다)에서 보는 것 처럼 축소된다. 의사의 이권과 약사의 이권은 각각 분할선을 어떻게 설정하느냐에 따라 달라지지만 주고 받은 이권이 거의 비슷하게끔 분할선을 설정하거나 또는 비록 조금 한쪽으로 치우친다 하더라도 의사와 약사의 이권은 의·약 분업으로 감소된다는 것이다. 왜 이렇게 양자의 이권이 함께 축소되느냐에 대한 설명이 이 논문의 요체이다. 무자격자의 영업행위에서 얻을 수 있는 이윤의 손실과 처방권의 독점성 상실로 인한 이득의 손실에서 이러한 결과가 나온다고 본다.

## 1. 무자격자 이윤 손실

먼저 이해하기 쉬운 무자격자의 영업행위로부터 얻을 수 있는 이윤의 손실부터 논의해 보자. 의사의 입장에서 보면 의·약 분업이란 진단후 처방전을 환자에게 발급하고 조제·매약권을 포기하는 것이다. 의사가 조제·매약 행위를 한다고는 하지만 실제로는 간호보조사나 일반종업원등 저급(값싼) 노동력으로 하여금 조제·매약 행위를 하게 한다. 조제·매약에 관한 이들은 무자격자들이다. 약사는 조제·매약 행위에 대한 면허를 얻기위해 약학대학을 이수한 것등 많은 투자를 했다고 볼 수 있는데 이러한 투자를 하지 않은 무자격자가 같은 영업을 하면 많은 이윤을 남길 수 있다. 다시말하면 조제·매약 서어비스 생산에 소요되는 인건비 차이에서 이윤이 더 발생한다.

약사가 행하는 조제·매약 서어비스와 무자격자가 행하는 조제·매약 서어비스에 대한 소비자의 평가에 차이가 있어서 저질 서어비스가 반드시 더 많은 이윤을 창출한다는 주장에 반론을 제기할수 있겠으나 면허제도의 기본요건인 "소비자 무지"를 고려하면 별문제가 없게 된다. 면허를 가진 약사를 고용한 약국의 경우와 무자격자를 고용하여 영업하는 약국의 경우를 비교하여 어느 쪽이 이윤을 더 많이 남길지를 상상해 보면 위의 논지를 쉽게 이해할 것이다. 따라서 의·약 분업 실시로 의사로부터 약사에게 조제·매약권이 이전될때 조제·매약권이 의사에 양겨 주던 이권이 고스란히 약사에게 넘어가는 것이 아니고 줄어들게 되는 것이다.

약사의 입장에서 보면 의·약 분업이란 의사의 처방전 없이 조제·매약 할수 있던 일부 권

리를 포기하는 것이다. "처방전 없이" 조제·매약 한다는 것은 약사가 진단·처방을 행한다는 것이나 다름없다. 의·약 분업은 약사에게 바로 이 진단·처방권의 이전을 강요한다. OTC 경우처럼 경우에 따라 "면담에 의한 판단"이 허용되는 것이 바람직하나 항생제나 호르몬제제에 서와 같이 약물의 남·오용의 우려가 있는 경우에도 면담에 의한 판단으로 조제·매약 한다는 것은 무자격자가 진단 행위를 행하고 있다고 볼 수 있다.

무자격자에 의한 진단 행위로부터 오는 영업 이득의 손실은 앞서 논한 무자격자에 의한 조제·매약 행위의 경우와 비슷한 논리로 설명할 수 있다. 진단 행위의 생산요소로서 의사와 약사의 투자비용은 큰 차이가 있다. 의사가 진단행위를 할 자격을 얻기까지 의과대학 이수, 인턴·레지던트 과정 등에 투여한 시간과 금전은 약사가 의학 지식 및 기술에 투여한 것 보다 훨씬 크다. 따라서 약사가 진단 행위를 한다는 것은 저급·저렴한 생산 요소를 투입하여 저질·저가의 서비스를 생산하는 것이고, 의사에게 이전되어 의사가 본업인 진단 행위를 한다는 것은 고질·고가의 서비스를 생산한다는 것이 된다(저급, 저질은 무자격자가 행하는 서비스의 질을 뜻함).

저질·저가의 진단 서비스의 판매로 부터 나오는 이윤의 크기가 고질·고가의 서비스 판매에서 나오는 것 보다 클지, 작을지는 소비자의 선호에 달려있다. 이상적인 자유시장의 경우에서 처럼 소비자 선택의 완벽성을 가정한다면 어느것이 더 수치맞는 영업인지 속단할 수 없다. 그러나 소비자 선택의 완벽성이 성립될려면 소비자가 선택 대상인 상품 또는 서비스에 대한 완벽한 정보를 가지고 있어야 한다. 의료 서비스는 이런 가정의 비현실성이 극심한 경우이다. 의료 서비스 시장은 "소비자 무지"로 인해 수요 개념 자체가 허물어질 정도이다. 자격증제도보다 더한 면허제도가 시행되는 이유가 바로 여기에 있다. 이런 경우 저질·저가의 묶음은 고질·고가의 묶음 보다 더 이윤을 남길 수 있는 상품이 될 수 있다. 게다가 의사의 고질의 진단 서비스 속에는 의사의 기술적 완벽 주의로 인한 검사의 중복이라든가 진단의 불확실성을 감소하기 위한 고가 장비의 사용등 소비자가 지불하고자 하는 금액 보다 많은 비용이 소요되는 요소도 포함될 수 있을 것이다. 더욱이 의사면허의 독점권에서 나오는 프리미엄 까지 고려하면 약사의 진단 서비스는 암시장의 경우처럼 더 많은 이윤을 남길 수 있는 여지를 가진다. 법적 규제와 단속에도 불구하고 무면허 의료 행위가 빈발하고 있다는 사실이 위의 논지를 잘 설명하고 있다.

본절에서 논한 것을 아래와 같이 요약 할 수 있다. 의·약 분업을 실시하지 않아 의사가 누리고 있는 기득권인 조제·매약권으로 부터 얻는 영업 이득은 의·약 분업 실시로 약사가 조제·매약하여 얻은 영업 이득 보다 크다. 또한 현재 약사가 누리고 있는 진단·처방권에서 얻



는 약사의 영업 이득은 의·약 분업 실시후 의사에게 진단·처방권이 넘어가 의사가 얻게될 영업이득보다 크다. 따라서 분업을 실시하면 의사·약사 전체의 이권은 줄어들 것이다.

## 2 처방전의 독점력 상실

이권 축소의 또 다른 중요한 요소로서 처방전의 독점력 상실을 들 수 있다. 의·약분업을 시행하면 의사는 진단의 결과인 처방전을 환자에게 발급하고 환자는 처방전을 가지고 약국에 가서 약을 사먹게 된다. 처방전에 표현된 정보가 의사로부터 환자에게 이전된다는 이 사실이 단순한 상품의 이전과는 전혀 다른 결과를 가져온다. 즉, 커다란 『권력 이동』 현상이 일어난다.

질병의 치료 과정을 진단 → 처방 → 투약 행위로 볼때 진단의 결과로 나온 처방전에 기재된 정보는 특정 환자의 특정 질병에 대한 유일한 정보이므로 투약행위에 필수 불가결한 투입 요소가 된다. 의·약 분업이 안되어 이러한 투입 요소를 방출하지 않고 소지하게되면 투약 서비스 시장(비록 규모는 미세하지만 하나의 시장임)에서 독점권을 행사할 수 있게 된다. 즉, 의사 자신에게 금전적으로 또는 비금전적으로 유리하겠끔 약의 가격과 양을 조정하여 소비자(환자)가 투약 행위로부터 취득할 수 있는 소비자 잉여를 탈취할 수 있는 위치에 서게된다.

적당한 용어가 없어서 "독점권"이라 하였지만 이 경우에는 의사가 독점권 이상의 권한을 가지게 된다. 일반적으로 공급자의 독점권은 소비자 수요가 주어진 상태에서 공급자가 유일하여 발생하는, 가격 및 공급양에 대한 공급자의 재량권을 말하는데 위의 처방권의 경우는 의사가 유일한 공급자일 뿐만아니라 수요 자체를 창출하는 주체이므로 독점권 이상을 행사할 수 있는 것이다. 일반적인 독점 시장에서는 공급자는 최대 이윤을 보장하는 가격을 책정하고 소비자는 소비량을 선택할 수 있는데 위의 투약 서비스 시장의 경우에는 공급자는 자기가 창출한 수요로 "전무 아니면 전부(all or nothing)"를 강요할 수 있다.

의·약 분업이 실시되어 의사가 환자에게 처방전을 발급해 버리면 처방전 속에 있는 정보의 독점력은 일시에 소멸된다. 처방전이 환자의 손으로 넘어가면 의사는 약의 양과 가격에 대한 재량권에서 얻을 수 있는 이득을 취득할 수 없기 때문에 약의 양과 가격을 자기에게 유리하게 하겠끔 조절할 동기도 의사에게서 없어진다. 처방전을 가진 환자가 약국에 가서 조제를 의뢰하면 약사는 수동적으로 처방전에 따라 조제·매약할 뿐 약의 양에 대해서는 아무런 재량권이 없다. 또한 환자가 처방전만 가지면 어느 약국을 가든지 거의 비슷한 내용과 질의 약을 구입할 수 있으므로 처방전에 따른 조제 서비스는 상당히 경쟁적인 시장이 될 것이다. 말하자면 약의 질과 내용, 그리고 양이 이미 처방전에 의해 결정되었기 때문에 소비자는 특정 약국에 대한

선호도도 덜 작용할 것이다. 소위 "XX약국의 약이 잘 듣는다"는 식의 소비자 선호도는 주로 임의 조제에서 비롯된 것이지 처방전에 따른 조제와는 별 상관이 없다.

이와같이 의·약 분업 실시로 처방전이 의사 → 환자 → 약사에게 이전되는 과정에서 의사에게 이권을 제공하던 처방정보의 독점력이 소멸되어 의사의 이권은 감소하고, 소실된 이권은 환자에게 돌아가고 약사에게는 같은 양의 이권이 이전되지 않는다.

다음 논제로 넘어가기전에 독자의 이해를 돕기위해 네가지 점을 간단히 지적하고 싶다.

첫째는 본질에 논한 의사의 독점권의 한계이다. 진단을 받고 난 환자를 위한 투약행위에 한정된 독점권이지, 진단 서어비스 시장이 독점적이 아니기 때문에 환자는 다른 의사로부터 다시 진단을 받을 수 있는 선택권이 있다. 따라서 진찰한 의사는 재진 비용의 한계내에서 독점권을 행사할 수 있고 또한 고객 확보를 고려해야 하기 때문에 무한정으로 소비자 잉여를 탈취하지 않을 것이다.

둘째로 의사가 조제·매약 행위를 하지 않고 처방전을 환자에게 발급한다고 해서 처방전에 얽힌 의사의 권한이 전부 상실 되지는 않는다는 점이다. 처방전에 기재하는 약의 양을 조절하여 재 방문을 유도 할수 있다.

세째로 지적하고 싶은 점은 심리적, 문화적 측면이다. 일반적으로 소비자는 무형의 서어비스에 대해 과소 평가하는 경향이 있다. 진단후 처방전만 주어 보내는 경우보다 주사를 놓아 주거나 약을 주는 등 눈에 보이는 물질을 제공함으로써 값어치 있는 것을 제공 받았다는 심리적 만족도를 높일 수 있다. 의사의 조제·매약 행위가 소비자의 "물질주의"를 이용하는 수단일 수 있다는 것이다. 이것이 의사가 진단 → 처방 → 조제 → 매약의 4단계 과정을 한데 묶어 판매하는 것이 유리한 이유중의 하나 일 것으로 생각한다.

네째로 "소비자 무지"중의 하나인 의약품 가격에 대한 소비자 무지도 의사의 이점으로 작용할 수 있다는 점이다. 소비자가 약품 가격에 대한 정보를 가지고 있지 않는 상태에서 의사는 진단 수수료를 약품비로 전가할 수 있는 여지가 있다.

### 3. 의사·약사의 득실

다음절로 넘어가기 전에 앞 두절에서 논의한 내용을 요약할 필요가 있다고 생각한다. 현재 의사가 가지고 있는 조제·매약권을 분업 실시로 약사에게 넘기면, 무자격자인 의사가 조제·매약 행위로부터 취하고 있는 영업이득이 그대로 고스란히 약사에게 넘어가는 것이 아니고 줄어든다. 또한 현재 약사가 누리고 있는 진단·처방권이 분업 실시로 의사에게 넘어가면 무자

격자인 약사가 진단·처방행위로 부터 얻고 있는 영업이득은 손실없이 의사에게 넘어가는 것이 아니고, 의사의 순이득은 약사의 그것보다 적게 된다. 한편 처방전에 기재된 정보의 독점력이 의·약 분업으로 상실되기 때문에 의사는 일방적으로 독점 이윤을 상실하게 되고 상실된 이윤의 대부분이 환자에게 돌아가고 약사에게는 거의 이전되지 않는다.

위의 논의에서 확실해진 것은 진단 → 처방 → 조제 → 매약 행위로 요약되는 의사·약사의 영업 영역에서 발생하는 의사·약사의 총 이권이 의·약 분업으로 감소된다는 사실이다. 그러나 의사·약사 각각의 이권이 줄어들 것인가 늘어날 것인가는 확실하지 않다. 업권 분할선을 어떻게 긋느냐에 따라 어느 일방의 이권은 줄어들지 않을 수도 있을 것이다. 그러나 실현 가능한 타협점이 어느 일방의 희생만 강요하는 분업으로 되지 않을 터이고 또한 의학적 측면에서 바람직한 분할선의 범위로 보아 양자의 이권이 함께 줄어드는 분업이 될 개연성이 절대적으로 높다.

#### IV. 소비자의 손익

앞에서 의·약 분업으로 관련 당사자인 의사·약사의 이권이 줄어 든다고 결론지었다. 그렇다면 왜 의·약 분업을 실시해야 하느냐고 물을 수 있다. 말할 필요도 없이 소비자가 득을 본다는 것이다. "국민 건강 증진을 위해서"라는 추상적이고 애매 모호한 답 대신에 위에서 전개한 논리에 근거하여 소비자의 득실을 명확히 하고자 한다.

소비자 주권주의(consumer sovereignty)에 입각하여 말한다면 직능별 영업 영역이 없을 수록 소비자의 편익은 증대한다. 소비자가 자기의 이익을 최대화하는 방식으로 상품의 선택을 옹계 할 수 있다면 선택의 폭이 넓을 수록 소비자에게 유리한 것이다. 이와 같이 소비자 선택을 최우선으로 볼 경우 의사면허, 약사면허등 직능별 업무 영역을 특정인에 한정시키는 면허제도 자체가 그 당위성을 잃어 버린다.

상품이나 서비스 등 산출물에 대해 소비자가 옹계 판단하기 위해서는 그 산출물 자체의 내용, 질, 가격에 대한 정보와 그 산출물 소비에 따른 편익에 대한 정보를 가지고 있어야 한다. 의료의 경우는 그렇지가 못하다. "소비자 무지"로 대변되는 이 문제는 여기서 깊이 논의할 문제가 아니다. 어떻든 의사에게 의료 행위를 한정시키는 면허제도의 가장 근본적인 이유가 바로 이 소비자의 정보 부족 또 정보의 비대칭성 때문이다. 아래에서 설명할 나의 설명은 의사, 약사 면허의 당위성을 전제하고 있다.

우선 명확하고 쉬운 것 부터 논의하기 위해 앞에서 논의한 순서와는 다르게 분업실시로 약사(무자격자)로부터 의사에게 진단·처방권의 이전에 따른 소비자 득실을 따져보자. 앞에서 논의한 대로 약사의 진단·처방은 저질·저가의 묶음이고 의사에게 넘어가면 고질·고가의 묶음이 된다. 분업전에는 소비자가 자유로이 두 묶음중 하나를 선택 할 수 있으나 분업을 실시하면 소비자는 금전적으로 그리고 비금전적으로 더 많은 희생을 강요당한다. 이러한 기회비용의 증가에 대한 반대 급부로 소비자가 얻는 것은 무자격자(약사)의 저질 진단, 즉 오진의 결과로 발생할 수 있는 손실의 기대치의 감소라고 할 수 있다. 주로 의료전문인들의 견해이지만 약사가 의사의 업권을 "지나치게" 침범하고 있다든가, 항생제와 호르몬제제의 남용으로 인한 폐해가 크다는 등 주장에서 알수있는 바와 같이 극단적인 경우에는 분명히 약사의 진단·처방권을 금지함으로써 발생하는 소비자의 이익은 그에 따른 소비자의 손실보다 크다. 한계 편익과 한계 비용이 연속선상의 어느 점에서 이루느냐는 기술적인 문제는 쉽게 해결하기 어려우나 현재(분업전)의 상황은 의사면허제도 자체를 부정하는 상황이므로 약사의 진단·처방권 제한은 소비자에게 순 이익을 준다고 봐도 된다.

의사의 조제·매약권을 약사에게 이양함으로써 발생하는 소비자의 득실을 설명하기는 좀 어렵다. 약사면허가 없는 저급 노동력(일반 종업원)을 사용한 조제·매약 서비스의 생산비는 약사가 생산하는 경우보다 적을 것이나, 앞서 밝힌대로 처방정보를 가진 의사는 투약 서비스 시장에서 독점력을 행사할 수 있으므로 의사가 책정한 조제약값이 약사가 조제한 약값보다 싼 것이라고 단정할 수 없다. 이론상으로 약사가 없는 병·의원의 조제약값이 약사의 조제약 값보다 싼 수도 있고 비싼 수도 있다. 설명의 편의상 비싸다고 하자. 조제 서비스의 질은 약사면허의 당위성을 인정하는 한 약사의 조제가 비약사의 조제보다 낫다고 봐야 한다. 즉 조제과정에서 발생할 수 있는 약화사고의 확률은 비약사 조제의 경우보다 약사 조제의 경우에 낮다고 볼 수 있다. 이렇게 볼때 의·약 분업은 소비자에게 고가·저질의 무자격자(의사)의 조제·매약 서비스로부터 저가·고질의 약사 서비스를 구매할 수 있는 기회를 제공해 준다. 이런 점에서는 한계 개념을 동원할 필요 없이, 조제·매약권의 이전은 절대적으로 소비자에게 유리하게 된다. 만약 의사의 조제약 값이 약사의 조제약 값보다 싸다고 하더라도 약화사고의 손실 기대치 감소로 인한 소비자의 편익 증대가 소비자 지불 증대보다 크다고 봐야 약사 면허의 당위성과 부합된다.

여기서 덧붙이고 싶은 점은 약사의 저가·고질의 조제·매약 서비스가 존재하는데 병·의원의 고가·저질의 조제·매약 서비스를 소비자가 구매하고 있는 점이다. 이는 처방전을 발급하지 않는 의사의 강요 때문에 소비자가 선택권을 가지지 못하고 있으므로 소비자의 자발

적인 선택의 결과로는 볼 수 없다. 만약 소비자에게 자유로운 선택의 기회를 부여하더라도(즉 처방전을 발급하더라도) 소비자는 약 사러가는 귀찮음 등의 이유로 의사의 고가·저질의 조제약을 선택할 것이라고 주장한다면 이런 주장은 소비자 무지에 근거한 약사 면허의 당위성과 배치되는 주장이 된다.

## V. 내포된 가설들

위에서 전개한 이론은 그렇게 복잡하지 않지만은 꽤 많은 가설을 설정할 수 있게 한다(이론 자체의 정교함과 신빙성보다는 논리성과 현실에 대한 설명력에 의해 평가되어야 한다). 아래 논술할 가설들은 현재의 미분업하의 상태와 분업후의 상태를 비교한 것이다. 즉 분업 실시로 인한 변화를 기술한 것이다. 따라서 분업 실시후의 상태에 대한 예측이라고도 할 수 있고 현재의 상태 또는 비정상적인 상태에 대한 설명이랄 수도 있다. 분업 내용이 명확할 때 더많은 가설을 도출할 수 있겠으나 여기서는 의사는 조제·매약권을 약사에게 넘겨 주고 항생제등 일부 의약품에 대해 의사의 처방 없이 약국에서 판매하지 못하게 하는 것을 의·약 분업이라고 가정하고, 앞절의 이론에 내포된 가설들을 뽑아 보았다.

제안 1 : 분업을 실시하면 의사와 약사의 소득은 줄어 들 것이고 따라서 의사와 약사의 권익을 각각 대표하는 대한 의학 협회와 대한 약사회는 분업 실시로 상실될 이익을 보상에 줄 만큼 상대방으로부터 업권을 양보 받기전에는 분업 실시를 반대할 것이다.

제안 2 : 분업 실시후 의사의 진단·처방 수수료와 약사의 조제·매약 수수료의 합계는 현재 의사가 행하고 있는 진단 → 처방 → 조제 → 제약 행위의 총 수수료 보다 적을 것이다.

제안 2-1 : 현재 의사가 조제 판매하는 약품비(가격×양)는 분업 실시후 처방전에 따라 약국에서 조제·매약하는 약품비보다 많을 것이다.

제안 2-2 : 분업 실시로 의사의 진단 수수료는 상승할 것이나 상승폭은 약품비의 하락폭보다 적을 것이다.

제안 3 : 현재 약사가 행하고 있는 진단 → 처방 → 조제 → 제약 행위의 총 수수료는 분업 실

시후 의사의 진단·처방 수수료와 약사의 조제·매약 수수료의 합계보다 적을 것이다.

제안 4 : 분업을 실시하면 조제약품비가 줄어들 것이고 총 의료비중 약품비의 비중이 작아질 것이다.

위의 제안 들을 충분히 검증하기 위해서는 분업 전후의 데이터를 비교하여야 하겠으나 분업 전이라 하더라도 부분적으로 가능하다. 분업을 실시하고 있는 나라와의 비교, 의·약 단체들의 행태, 현재의 의·약사들의 행태 등 간접적 방법들을 동원 하여 테스트 할 수 있을 것이지만 이 작업은 후일로 미룬다. 다만 약물 남용, 의료비중 의약품비 비중의 증대 등 상식적인 관찰로도 부분적으로 확인할 수 있음을 부기한다.

## VI. 정책적 함의

의사나 약사의 이익을 옹호하는 입장에서는 침범당한 업권의 회복이 기득권의 포기보다 훨씬 큰 경우에만 의·약 분업으로 손실이 발생하지 않으므로 쌍방이 이익을 보거나 손해를 보지않는 해결점을 찾을 수 없다. 어느 일방이 현재 수준의 권익을 유지하기 위해서는 다른 일방이 큰 손실을 수용해야 가능해 진다. 중립적 입장에서 내 놓은 어떤 방안도 쌍방의 이익을 감소시키는 결과를 초래할 것이기 때문에 두 단체는 저항할 것이다. 따라서 의·약 두 단체가 회원들의 이익을 대변하는 역할만을 한다고 할때 자발적으로 의·약 분업에 타협하지 않을 것으로 예상된다. 의사와 약사에게 맡겨 가지고는 의·약 분업이 되기 힘들다는 것이다.

의·약 분업으로 이득을 보는 그룹은 소비자들이다. 소비자들의 압력이 의·약 두 단체의 저항을 능가할 때만 의·약 분업이 가능해 진다. 불행하게도 소비자들은 수적으로 우세하지만 소수의 결집된 이익단체보다 정치적 영향력이 적다. 더욱이 의·약사가 대민 접촉의 중심점이 라서 여론 형성 및 선거 홍보에 비중 큰 역할을 할 수 있기 때문에 정치인에게 대한 압력을 크게 발휘 할 수 있다.

이렇게 볼때, 분산된 소비자들의 영향력을 응집하여 정책 결정자들의 의사결정에 반영시키는 일이 문제해결의 관건이 된다. 여러 방법이 있겠으나 결국은 의·약 분업의 당위성에 대한 시민 의식이 고양되어 의·약 분업 실시를 약속하는 정치인을 많이 뽑을 때 의·약 분업이 가능해 질 것 같다.

## 참 고 문 헌

- 김병곤, 의약 분업 법론, 법문사, 1989
- 김양옥외, 목포지역 의료보험과 의약분업 시범사업에 관한 조사 분석, 1986
- 김영창, 의료보험에서의 약제비 분석, 인간과학 별책(13권 제11호, 1989)
- 김장숙, 의료체계와 의약분업 정책에 관한 연구, 1986
- 대한약사회, 의약분업 추진 현황 및 전망, 1987
- 대한약사회, 목포시범 의약분업 자료, 1086
- 대한의학협회, 의약분업과 우리들의 견해, 1982
- 대한의학협회, 의약분업의 실상, 1982
- 대한의학협회, 우리나라에 있어서 의약분업이 바람직한가?, 1982
- 문옥륜, 보험 약제비에 관한 연구, 의료보험관리공단, 1987
- 민재성외, 의약분업의 기대 효과와 제약 요인, 1985
- 박순일외, 적정 의약분업 방안에 관한 연구, 한국인구보건연구원, 1987
- 안창수, 의약분업의 효율적 시행 방안, 1985
- 양명생, 약국 의료보험의 실태분석 및 의약분업 실시방안에 관한 연구, 1990
- 한국생산성본부, 의약분업 제도 도입에 따른 약국 적정수가 산정 연구 보고서, 1988
- Paul J. Feldstein, Health Care Economics, 2nd ed.(New York : Wiley Medical, 1983)
- Victor R, Fuchs, Who Shall Live? : Health, Economics, and Social Choice(New York : Basic Book, 1974)
- Albert Rees, The Economics of Trade Unions(Chicago : University of Chicago, 1962)
- Hal R, Varian, Microeconomic Analysis(New York : Norton, 1978)