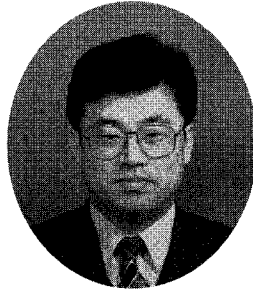


지·면·보·수·교·육

근로자의 건강관리와 의약분업

## 의약분업의 필요성과 의의



강영호 연구원  
(울산의대 예방의학교실)

의약분업은 '진료는 의사에게, 그리고 나서 약은 약사에게 받도록 하자'는 것이다. 병·의원에서도 조제·투약하고, 약국에서도 진료·처방을 하는 상황을 막아 환자들이 약을 먹게 되기까지의 과정을 교통 정리하는 것이다. 즉, 병·의원과 약국이 진료에서 투약까지 one-stop으로 처리하던 관행을 바꿔 two-stop(병·의원→약국)이나 three-stop(주사제의 경우라면 병·의원→약국→병·의원)으로 하자는 것이다. 1차, 2차, 3차 진료의 '수직적' 의료전달체계와 달리 의사와 약사, 또는 병·의원과 약국 사이에 새로운 환자의뢰 관계를 세운다는 의미에서 의약분업은 '수평적' 의료전달체계를 의미한다.

의약분업은 외래환자를 대상으로 한 제도이다. 병원 입원환자를 대상으로 한다면 모든 입원환자가 three-stop의 과정을 거쳐야 하는 불편함이 있기 때문에 입원환자를 대상으로 한 의약분업은 논의되기가 힘들다. 외국처럼 병원이 주되게 입원진료기능만을 담당하는 경우라면 병원외래환자에 대한 의약분업이 크게 취급되지 않지만, 병원급 이상 의료기관에서의

외래환자 약제비가 46%를 차지하는 우리 나라의 상황에서서는<sup>1)</sup> 병원외래가 매우 중요시된다. 그래서 의약분업을 의사와 약사의 직능 간에 도입할 것이냐(직능분업), 병·의원과 약국 간에 도입할 것이냐(기관분업)를 놓고 논쟁되어 왔다. 병원측은 이미 의사와 약사 간에 의약분업이 이뤄지고 있다는 입장으로 병원외래에 기관분업을 도입하는 데에 반대하였다.

사실 의약분업처럼 우여곡절을 겪은 보건의료정책도 드물다. 1963년 개정 약사법에 의약분업을 실시할 것이 명기되었고, 1965년과 1966년에는 의약분업 추진을 위한 위원회가 구성되기도 하였으며, 1982년부터 3년간 목포 지역을 대상으로 의약분업 시범사업이 실시된 바도 있다. 1989년 약국의료보험 실시를 앞두고 의약분업 논의가 있었지만, 보건사회부와 의약단체의 최종협상 과정에서 의약분업이 무기 연기되었고<sup>2)</sup>, 한약분쟁 이후 1994년 1월 개정된 약사법에 다시 '3~5년의 범위 내에' 의약분업을 실시하도록 부칙에 명기한 바 있지만<sup>3)</sup>, 올해 7월 법에서 정한 시한을 앞두고 올해 2월말 국회에서 다시 1년 연기되었다<sup>4)</sup>.

이처럼 여러 차례에 걸쳐 논의-연기를 반복한 정책이라면, 마땅히 정책을 추진해야 할 큰 필요성과 의의가 있었을 것이다. 새로운 보건의료정책이 제기 되는 역사적인 배경에 따라 강조점이 달라지겠지만, 현재 우리 나라에서 제기되는 의약분업은 다음과 같은 세 가지의 논리(필요성과 의의)를 갖고 있다고 할 수 있다.

첫째로, 의약품 오·남용을 막고 의약서비스를 향상함으로써 국민을 '의학적으로' 보호하고, 불필요한 약품의 사용을 막아 국민을 '경제적으로' 보호하자는 것이다.

의사는 약의 전문가가 아니고 약사는 진료의 전문가가 아니다. 지금까지 의사의 처방은 공개되지 않아 그 질적 수준을 가늠할 수 없었고, 약사의 진료·처방능력은 언제나 의사들의 문제제기 대상이었다. 하지만 의약분업으로 의사가 환자에게 발행한 처방전이 불특정 다수 약사의 검토 대상이 되면, 의사들은 좀더 '교과서적인 처방'을 하게 될 것이고, 이에 따라 의료의 질이 높아질 것으로 기대된다. 또한 간단한 질병을 진료하고 처방하는 과정을 모두 약국에서 해결함에 따라 큰 질병을 조기진단·조기치료할 기회를 갖지 못해, 질병을 키우는 상황(기침→결핵 또는 천식, 속쓰림→위궤양 또는 위암 등)이 개선될 것이다.

의약분업의 필요성을 이야기할 때, 우리 나라의 의약품 오·남용에 대한 각종 통계와 연구결과들은 약방의 감초와 같다. '항생제공화국'<sup>[4]</sup>이라고 부를 정도로 우리 나라에서의 항생제남용은 문제가 되고 있는데, 항생제남용의 지표로 쓰이는 페렴구균에 대한 페니실린 내성률은 70%를 넘어 이미 세계최고 수준이다<sup>[6]</sup>. 감기에서 세균감염이 있을 때에 한하여 사용하도록 권고되고 있는<sup>[5]</sup> 항생제가, 개원의사에서는 전체 감기환자의 75%~85%에서 투여되었고<sup>[7,8]</sup>, 항생제 투여사례 중 25%만이 적절했다고 보고되고 있다<sup>[7]</sup>. 급성충수돌기염, 제왕절개술 등 주요 수술에서 1회 정도 투약이 권고되고 있는<sup>[9-11]</sup>, 예방적 항생제 사용이 불필요하게 많다는 연구<sup>[12]</sup>나 노인입원환자에서 항생제 처방비율이 외국보다 높다는 보고<sup>[13]</sup> 등이 의사층에서의 의약품 오·남용 실태를 보여준다. 약국에서의 의약품 오·남용도 심각하여 불필요한 항생제 처방이 많고<sup>[14]</sup>, 스테로이드제제 사용과 복약지도가 부적절하며<sup>[15]</sup>, 관절염 환자에 대한 진통소염제 처방이 투약식으로 이뤄지고 있다<sup>[16]</sup>고 보고

되었다. 환자측 요인에 의한 오·남용도 지적되고 있는데, 환자의 50% 이상이 항생제의 용도를 잘못 알고 있으며 오용사례도 있는 것으로 나타났다<sup>[16]</sup>.

의료비도 문제이다. 의약품 오·남용으로 인해 직접적으로는 약제비가 증가하고, 나중에는 항생제 내성증가와 같은 건강문제로 인해 더 많은 의료비가 지출된다. 약이 듣지 않으니 약의 용량을 올리거나 고가의 새로운 약물을 써야 하기 때문이다. 그런 결과, 우리 나라 총의료비 중 약제비 비율은 30%가 넘어 의약분업을 실시하는 다른 나라의 10%~15%보다 배가 넘는다<sup>[17]</sup>. 약제비의 증가폭도 커서 1990년~1994년까지 건당 진료비의 증가율이 30.9%였는데, 약제비의 증가율은 50.0%로 우리 나라 의료보험 진료비의 증가를 약제비가 주도하고 있다<sup>[17]</sup>. 물론 약제비 증가의 이면에는 행위별수가제 문제도 크긴 하지만, 의약분업이 이루어져 있지 않은 상황이 약제비 증가를 부추기고 있는 것만은 틀림없는 사실이라 할 수 있다. 물론 의약분업 실시로 의료보험에서 의료제공자에게 지급하는 외래 처방료·조제료가 인상되고 국민들도 병·의원, 약국을 두 번 가야 하기 때문에 당장의 비용지출이 늘 것으로 예상된다. 하지만 의약분업으로 환자에게 투여되는 약품 총량이 감소하고, 잘못된 처방이나 약화사고도 줄어 장기적인 의료비용 절감효과가 클 것으로 예상되고 있다<sup>[18]</sup>.

둘째, 국민의 알권리를 확보하자는 것이다.

의사의 처방전이 환자에게 주어지고 불특정 다수의 약사에게 이를 검토받도록 함에 따라 처방전의 내용을 환자가 알 수 있다. 이는 의약분업체도를 통해 의사와 약사간에 check-and-balance 과정을 거침으로써 의료제공자→의료소비자의 일방적인 정보독점 상태를 개선할 수 있다는 사실을 의미한다. 환자는 잘못된 처방전을 발행한 병·의원을 다음에는 찾아가지 않을 수 있다. 약에 대한 설명(복약지도)을 충실히 하지 않는 약국도 찾아가지 않을 수 있다. 병·의원과 약국 모두 약에 대한 설명을 충실히 하게 된다. 앞으로 시행될 의약분업 방안에 따르면, 약국에서 직접 일반의약품을 파는 경우 속칭 '통약판매'를 의무화하여 약 포장 안에 있는 사용설명서를 항상 받을 수 있도록 한 규정<sup>[19]</sup>을 통해 환자의 알권리가 신장될 것으로 기대되고 있다.

셋째, 의료제도의 개혁이나 변화라는 차원에서 의약분업이 제기되고 있다.

의약분업 추진의 이면에는 할인, 할증, 리베이트, 랜딩비 등의 약가마진 문제를 해결한다는 논리가 있다. 물론 의약분업이 되지 않아서 약가마진 문제가 생겼거나 의약분업 자체만으로 이 문제를 해결할 수 있다는 논리에는 이견이 있을 수 있다. 하지만 작년 11월 '약가마진이 1조원이 넘는다'는 시민단체의 문제제기<sup>[20]</sup>로 촉발되어 의약분업에 대한 국민적 관심이 높아져 있으며, 의약분업을 지렛대로 삼아 약가마진 문제를 해결한다는 현실논리를 부정하기는 어렵다.

'의료보험약가를 낮추고 대신 의료보험수가를 높인다'는 약가마진 해결책과 함께 의약분업은 제약산업의 구조조정과도 관련되어 있다. 약가마진 문제의 해결과정을 통해 할인, 할증, 리베이트, 랜딩 위주의 경영방식에 의존하는 제약기업의 퇴출을 유도하고 약품의 품질을 향상시킴으로써 건전한 제약산업을 육성할 것으로 기대되고 있다<sup>[21]</sup>. 매출액 대비 3%(외국의 경우 12%~28%)만을 연구비에 투자하면서 영업비용으로는 우리나라 일반제조업보다 3배가 넘는 35%를 지출하고<sup>[22]</sup>, 400여개 제약회사의 반수 이상이 종업원 50인 미만의 영세 제약회사인 우리나라 제약산업의 구조<sup>[23]</sup>가 개편되어야 한다는 목소리가 있는 것이다. 내년 실시 예정인 의약분업 방안<sup>[19]</sup>에 따르면, 생물학적 동등성 실험 등을 통해 약품의 효능이 같다고 입증된 약품에 대해서는 약사의 대체권을 인정하고 있어, 제약산업에서의 의약품 품질향상 노력이 커지고 연구개발 위주로 제약산업의 체질이 바뀌어 나갈 것으로 예상되고 있다.

의약분업은 의료제공체계에 새로운 질서를 부여하게 될 것이 확실하다. 거칠게 말한다면 지금까지 의사와 약사는 서로 상대방이 없더라도 생존이 가능하였다. 하지만 의약분업으로 기능이 중복되던 의사와 약사의 기능이 제자리를 찾아 의사는 진단과 처방, 약사는 조제와 복약지도를 담당하게 됨으로써, 의약서비스가 이들 두 의료제공자의 협조와 상호의존, 상호감시가 없이는 성립하지 못하게 되었다.

의약분업은 의원(1차 진료기관)과 병원(2, 3차 진료기관) 간의 관계, 병원 내에 의료인력 역할에도 영향을 미칠 것이다. 의약분업 합의 과정에서 병원외래 포함여부가 핵심 쟁점이었으며, 시민단체 주도의 합의안<sup>[19]</sup>에 병원외래가 포함됨으로써 병원에서의 반발이 있다는 사실<sup>[24]</sup>을 보더라도 이 문제가 얼마나 중요한가를 알 수 있다. 1984년 당시 목표를 대상으로 한

강제의약분업 시범사업에서도 나타났듯이<sup>[25]</sup>, 병원외래를 의약분업 대상에서 제외할 경우 two-stop을 거쳐야 하는 불편함 때문에 외래 환자가 병원급 의료기관으로 몰릴 가능성이 시민단체 합의안에서 고려되었다<sup>[19]</sup>. 병원외래가 의약분업에 포함됨으로써 이런 가능성이 일단 없어졌다고 할 수는 있지만, 병원외래 기능을 둘러싼 의료전달체계 구성의 문제는 여전히 남아 있다. 의약분업에 따른 의료인력의 역할 또한 많은 변화를 겪을 것이 확실하다. 의원급에서 약을 조제하던 간호사 또는 간호조무사의 업무조정과 고용 문제가 있을 것이다. 전체 병원 약사업무의 40% 정도를 차지하는<sup>[26]</sup> 병원 외래조제 업무가 외국과 같이<sup>[27]</sup> 입원환자를 대상으로 한 복약지도와 환자 약물요법으로 이전될 수 있을지도 주목해야 할 사항이다. 약무보조직의 업무조정과 고용문제, 복약지도의 업무를 담당하던 기존 병동 간호사의 업무문제도 앞으로 불거질 것이다.

이제 내년 7월이면 의약분업이 실행될 예정이다. 하지만 여전히 많은 문제가 남아 있는 것 또한 사실이다. 시민단체 합의안<sup>[19]</sup>에서 제시하고 있는 바와 같이, 병원에서 약을 타기 위해 기다릴 것이 아니라 팩스로 자신이 원하는 약국에 처방전을 보내놓고, 집으로 돌아오는 길에 그 약국을 들러 약을 타오면 되는 '팩스를 이용한 처방전 발송 제도'나 다음 내원 일자에 필요한 주사약을 미리 구입하여 가지고 올 수 있도록 해당 날짜에 유효한 처방전을 발행하는 '사전 처방제도'가 상당부분 환자의 불편을 덜어줄 것이다. 하지만 '불편함'으로 상징되는 two-stop의 관행을 만들어 나가는 것이 어려운 일인 것만은 분명해 보인다.

의약분업이 근본취지를 현실에서 제대로 살릴 수 있을지도 큰 관심거리이다. 여전히 남아 있는 행위별수가제의 문제 속에서 의약분업에 따른 의약품 오·남용 절감효과가 어느 정도까지 나타날 것인가의 문제, 병원과 약국 간의 담합에 의한 '문전약국'의 문제 등의 우려가 그것이다.

병·의원에서 외부로 발행하는 처방전의 수와 약국 조제에 대한 수가, 병원 약사기능 변화에 따른 병원 입원환자의 복약지도에 대한 수가 등과 같이 의료보험 수가조정의 문제, 의약분업 방안에 따라 3년마다 전문의약품과 일반의약품을 제조정하는 문제<sup>[19]</sup>도 남아 있다.

이제 우리 나라에서 의약분업이 약사법에 명시된 지 40년이 되어가고 있다. 우여곡절이 많았던 만큼 이 제도의 시행을 뒷받침할 강력한 필요성과 의의가 있었고, 우여곡절을 겪어야만 했던 만큼 이 제도가 시행되지 못했던 이유도 있었다.

앞서 살펴봤듯이 의약분업은 의료전달체계, 의료보험수급자와 의료보험약가, 제약산업, 의료인력의 역할 등 많은 문제와 관련되어 있다. 물론 의약분업이 이 모든 문제를 직접 해결할 수 있을 것으로 기대되지는 않는다. 의약분업제도가 본래의 취지를 살릴 수 있을 것인가의 문제 또한 의약분업을 둘러싼 정책환경의 성숙도에 따라 결정될 것이다. 많은 문제가 여전히 남아 있는 것이 사실이지만, 한 가지 분명한 사실은 의약분업이 난마처럼 얽혀 있는 우리나라 보건의료제도가 제 케도를 찾아가는 데 있어 매우 중요한 지렛대 역할을 할 것이라는 점이다. 의약분업을 '불편함' 속에서도 '우리 사회를 정상으로 되돌리는 것'이기 때문에 필요한 것으로 이해하고 있는 소비자의 목소리<sup>28)</sup>에 귀기울일 때이다.

**참고 문헌**

[1] 의료개혁위원회. 의약분업의 도입방안. In: 의료개혁위원회. 보건부문의 선진화를 위한 의료정책과제. 1997, pp73-107.

[2] 약사법 부칙(1994. 1. 7.) 1조. 법제처. 대한민국 현행법령집: 약사법.

[3] 대한의사협회, 대한약사회. 의약분업에 대한 건의서. 1999. 2. 24.

[4] 월간 보사저널 엠. 항생제 공화국. 1996 August

[5] Jae-Hoon Song. Asian epidemiology of antibiotic-resistant pneumococci: data from the Asian Network for Surveillance of Resistant Pneumococci. In: The 1st Samsung International Symposium on Antimicrobial Resistance, Seoul: Samsung Medical Center, 1997, pp31-46.

[6] 강홍모. 감기에 항생제 투여는 필요한가. 의약정보 1990;11:65-67.

[7] 이영성. 개원의의 소아 급성호흡기질환에 대한 항생제 처방양상에 관한 연구[석사학위 논문]. 서울대학교 의과대학; 1992.

[8] 박실비아. 개원의의 의약품 처방에 영향을 미치는 요인[박사학위 논문]. 서울대학교 보건대학원; 1998.

[9] 조창범, 박경환. 급성중수돌기염에 있어서의 예방적 항생제의 사용. 외과학회지 1991;41(5):662-666.

[10] Duff P. Prophylactic antibiotics for cesarean delivery: a simple cost-effective strategy for prevention of postoperative morbidity. Am J Obstet Gynecol 1987;157:794-798.

[11] Krukowski ZH, Irwin ST, Denholm S, Matheson NA. Preventing wound infection after appendectomy: a review. Br J Surg 1988;75:1023-1033.

[12] 신영수, 김용익, 이영성, 김창엽, 최강원, 이환중. 일부 다빈도 입원 및 수술실에서 항생제 사용의 의료기관별 처방실태와 적정성에 관한 연구. 감염 1992;24(4):271-284.

[13] 조용균. 노인입원환자에서 항생제 사용양상에 관한 약물역학적 분석[석사학위 논문]. 서울대학교 의과대학; 1999.

[14] 인도주의실천의사협의회, 건강사회를 위한 약사회, 서울YMCA시민중계실. 의원 및 약국의 처방행태 조사:감기와 관절염 모의환자를 중심으로. 1999.

[15] 어광수, 조홍준, 최진욱. 모의환자를 이용한 약사의 처방행태 연구. 대한가정의학회 추계학술대회. 초록집. 1996:1213.

[16] 이미영. 일부지역 항생제 소비자의 올바른 투약에 영향을 미치는 요인에 관한 연구[석사학위 논문]. 이화여자대학교 대학원; 1994.

[17] 의료보험연합회. 진료행위별 청구경향 조사. 서울: 의료보험연합회, 1995.

[18] 양봉민. 의약분업의 경제성 평가. 1998.

[19] 의약분업실현을 위한 시민대책위원회. 의약분업실현을 위한 시민대책위원회 의약분업 방안. 1999. 5. 9.

[20] 참여연대. 부풀려진 보험약가로 인해 한해 1조2천8백억원의 보험재정손실 초래-참여연대 1,245개 의약품에 대한 실제거래가 조사결과 발표. 참여연대 보도자료. 1998. 11. 12.

[21] 김용익. 의료보험약가와 보건의료체계 그리고 제약산업. In: 건강사회를위한약사회, 인도주의실천의사협의회, 참여연대. 의료보험약가 정상화를 위한 공청회 자료집. 1999. pp1-26.

[22] 류충렬. 의약품유통의 변화와 바람직한 발전 방

- 향. In: 서울대학교 국민보건연구소, 1998년도 서울대학교 보건대학원 국제 학술 세미나: 의약품산업의 현황 및 진로, 1998. pp.67-86.
- [23] 한국제약협회 및 한국약업경영연구소, 제약산업 통계집, 1998. p.14.
- [24] 봉직의사협회의회, 봉직의사협회의회 창립 발기인 모임 회의자료, 1999. 5. 25.
- [25] 보건의료효율화 및 선진화 정책기획단, 의약분업의 실시. In: 새정치국민회의, 보건의료 효율화와 선진화를 위한 보건의료개혁 정책, 1998. pp123-153.
- [26] 병원약사회, 병원약사 인력 및 업무 현황 조사 결과, 1998. 6.
- [27] 민일기, 미국에서의 임상 약사의 역할. 병원 약사회 춘계 심포지엄 자료, 1999. 6. 5.
- [28] 여운연, 의약분업은 우리 사회를 정상으로 되돌리는 것. In: 소비자보호단체협의회, 특집-의약분업제도와 소비자, 소비자 1999, vol. 205, pp42-43.

