보건행정학회지 : 제 10 권 제 2 호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol. 10, No. 2. 41-77, June 2000

우리나라 의약분업 정책과정의 특성에 관한 연구

이상이†, 윤태영[1], 김철웅[2]
경희대학교 예방의학교실[1], 한국보건사회연구원[2]

<Abstract>

A Study on Policy Making Process in the Separation of Prescribing and Dispensing

Sang-Yi Lee, Tae-Young Yoon[1], Chul-Woung Kim[2]
Department of Preventive Medicine, Kyung-Hee University, College of Medicine[1],
Department of Health Research, Korea Institute For Health and Social Affairs[2]

This study aimed at the analysis, from the perspective of rationality, of policy making process in the separation of prescribing and dispensing. This study is to identify the characteristics and problems of the policy process to introduce the new drug-prescription system, and make policy recommendations.

In terms of the separation of prescribing and dispensing, the development of policy making process can be divided into two periods; periods before and after the inauguration of the government of people.

In the period before the government of people, one of the major characteristics of policy decision on the new system was the powerful influence of interest groups. At that time, the ministry lacked the problem-solving ability and commitment on the policy. Consequently, during the former period, the policy making process had been driven by interest groups. Therefore, the original purpose of the policy to secure the public health was lost.

During the latter period, there was also the strong influence of interest groups, complexity of interest, the ministry's inability of problem solving. However, in this period, it is notable

† 교신저자 : 이상이(016-262-7038, leehealth@intizen.com)

that this policy has drawn nation-wide attention, several civic groups have participated in the policy making process, and that the number and voice of these groups have remarkably increased.

With regards to rationality, incrementalism model is highly suitable to explain the policy making process in the former period. But in the latter peirod when the new drug-prescription system became a national issue and civic groups began to participate in this matter more actively, rational model is more explanatory than incrementalism to understand the process.

During the latter period, the original goal of this policy was not distorted by a few interest groups thanks to the rapid development of civil movement and thereby a big influence of civic groups on the policy making. For that reason, a high level of rationality is found in the policy-making process of the latter period.

Some suggestions to achieve the rationality in the policy making process based on the results of this study are as follows;

First, the public's participation should be ensured in the policy making process. Second, the government should make continuous efforts to enhance its ability of long-term planning and policy implementation, and increase rationality of policy making process. Third, balance among interest groups should take place in the process of policy making. Forth, sound, constructive, and logical activity of interest groups is necessary to express and promote their interests.

Key Words : the separation of prescribing and dispensing, policy making process, rationality

Ⅰ. 연구배경 및 필요성

정부가 보건의료분야에서 정책을 통한 역할을 증가시키고 있어 향후 보건의료정책의 범위와 내용이 점점 빠른 속도로 변화하게 될 것이다. 이에 따라 공공보건의료정책에 참여하는 사람의 수가 늘어나고 그만큼 정책시행의 사회적 영향이 커지게 될 것이다(김창엽, 1993).

이러한 상황에서 바람직한 보건정책의 결정, 집행, 평가는 국민보건의 미래를 밝게 하고 국가의 발전을 위하여 커다란 도움이 될 것이다. 그러나 일반적인 정책학과 정책연구의 발전과는 달리 보건의료분야의 정책에 대한 연구는 아직 미흡한 상태이다. 내용 면에서도 의료보험정책 등 소수의 정책에 연구가 집중되어 있고, 정책과정에 관한 연구는 극소수에 지나지 않아 정책

담당자와 연구자들의 보건의료정책에 대한 이해를 극히 낮은 수준에 머물게 하는 가장 중요한 요인이 되고 있다(김창엽, 1993). 또한 정치학이 정책과 분리될 수 없다는 사실이 이미 많은 사람들로부터 동의를 얻고 있음에도 불구하고 보건정책 혹은 보건계획에 대한 기존의 연구들은 정치체계, 권력 및 정책결정에 대한 대중의 참여에 대해 거의 다루지 않고 있다(Walt, 1994). 따라서, 바람직한 정책결정과 집행을 위하여 정책결정과정과 이를 결정하는 정치체계, 권력, 정책결정에 대한 대중의 참여 등에 관한 지식을 습득하고 정책과정을 이해하는 것은 보건의료정책의 발전을 위해 시급한 연구과제라 할 수 있다.

의약분업정책은 오랜 기간동안 무수한 논의의 과정을 거쳤으며, 수많은 위원회가 만들어졌고 지역단위의 시범사업도 이루어진 바 있으나 이익집단의 강력한 영향력과 의약품 오·남용에 대한 국민의 인식부족 등으로 인해 지금까지 표류해왔다.

우리 나라에서 과거 36년간이나 논란을 거치면서도 의약분업이 정책결정에 도달하지 못한 원인을 찾아야 한다. 최근 국민의 정부에 들어와서 온갖 종류의 진통을 겪으면서도 의약분업 정책과정이 형성되고 정책결정이 이루어지게 된 이유 또한 밝혀져야 한다. 이러한 분석적 노력의 성과로서 정책결정이후의 과정이 어떻게 전개될 것인지 정확하게 예측하고, 이에 효과적으로 대응해야 한다. 본 연구는 이러한 목적을 달성하기 위해서는 정책과정분석이 가장 효과적이며 유력한 수단이라는 판단에서 의약분업정책에 정책과정분석의 방법론을 도입하기로 한 것이다.

Ⅱ. 연구목적

이러한 관점에서 본 연구에서는 의약분업정책의 추진과정을 정리함으로써 누가 정책과정을 주도했으며, 어떤 참여자가 어떤 시기에 어떠한 태도를 보여주었는지를 제시하고자 한다. 또한 의약분업 정책과정을 권력과 합리성의 측면에서 분석하고자 한다. 권력의 측면에서는 엘리트 이론과 다원주의 이론을 이용하여 의약분업 정책과정에서 실질적인 영향을 미치는 집단이 무엇인가에 대하여 검토하고, 합리성의 측면에서는 정책과정을 합리성의 측면, 즉 '어떻게 정책이 결정되며, 이것이 합리적인가' 라는 측면에서 분석하고자 한다. 이러한 접근방식을 통해 우리 나라 의약분업 정책과정의 특성과 문제점을 도출하고 정책적 제언을 수행하는 것이 본 논문의 궁극적 목적이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 사례연구

본 연구는 1963년 의약품의 오·남용방지를 주목적으로 약사법에 의약분업원칙이 천명된 이

후부터 1999년 12월 7일 약사법 개정안이 국회 본회의를 통과할 때까지의 의약분업 정책과정을 연구대상으로 하고 있다. 이는 연구방법론상 사례연구라고 할 수 있는데 사례연구는 통계학적으로 보면 표본이 하나이기 때문에 검증성의 문제와 일반화의 문제를 안고 있는 한계가 있으나 하나의 사례를 집중적으로 연구함으로써 보다 심도있게 이해할 수 있다는 장점도 있다(최완근, 1989).

2. 조사방법

이론적인 분석틀에 관해서는 국내외 저서를 참고하였고, 의약분업 정책과정에 대해서는 중앙일간지와 정부내부자료 및 의약단체의 기관지 등을 사용하였다. 이러한 자료들은 현상의 묘사이기 때문에 작성방법과 기술, 작성자 등에 따라 실제의 상황을 정확하게 나타내지 못하는 경우가 있을 수 있기 때문에 실제로 의약분업 정책과정에 관계된 담당자가 사례를 작성하는 것이 바람직하다. 저자는 국민의 정부시기 의약분업 정책과정에 많은 부분 관련되어 있어 보다 정확하게 실제의 상황을 기술할 수 있다고 판단된다.[1] 이렇게 구성된 사례가 불충분한 내용을 가지고 있다고 판단되면 면접을 통해서 보충하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 고찰

1. 의약분업정책의 추진경과

약사법이 제정된 이후 시기의 의약분업정책은 크게 두 과정으로 나눌 수 있다. 즉 의약분업정책이 본격적으로 추진된 국민의 정부 출범을 기준으로 그 이전과 이후로 시기를 구분하는 것이다. 왜냐하면, 의약분업정책의 추진과정에 있어 질적 변화의 시점이 국민의 정부 출범이기 때문이다.

1) 국민의 정부 이전 시기의 의약분업 추진경과

의약분업이 처음 법제화된 것은 1963년으로 약사법을 전문 개정하면서부터다. 그러나 1965년

1) 국민의 정부시기 의약분업 정책과정은 1998년 5월 21일 의약분업추진협의회가 보건복지부에 구성되면서 본격화되었다. 저자는 동년 5월 10일부터 집권여당인 새정치 국민회의의 보건의료정책 전문위원으로 일해오면서 의약분업 정책과정에 직접 개입해왔다.

과 1966년 의약분업을 추진하기 위해 구성된 각종 위원회가 흐지부지된 것을 시발로 하여, 의약분업은 그 당위성에 대해서는 누구나 공감하면서도 여러 가지 이유로 빛을 보지 못했다(유인왕, 1985). 그 후 1983년까지 의료보험을 확대 실시하는 과정에서 의약분업의 필요성이 점점 크게 제기됨으로써 약사회는 의료보험 내 의약분업을 주장하였으나, 의사회의 반발로 약사회의 주장은 받아들여지지 않았다.

1984년 약사회의 주장에 따라 비록 단기간이고 시범사업지역에 한정되었지만 처방전 발행이 의무화되는 강제의약분업이 실시되었다. 그러나, 목포시 의약분업 시범사업 실시 후 약사들은 강제의약분업이 기대만큼 유리한 제도가 아니라는 것을 알게 되었다. 왜냐하면, 시범사업에서 처방전이 일부 대형약국에 집중되고 다수의 약국은 처방전 수용이 미미했고, 항생제 등의 자유판매를 규제 받으면서 의약분업을 수용하는 것은 약국의 파멸을 가져온다는 것으로 여론이 형성되고 있었고, 의료보험에 참여하지 못하더라도 현 상태로 약국을 유지하는 것이 유리하다는 견해가 주류였기 때문이다. 이러한 상황에서 농어촌지역으로 의료보험을 확대 실시하는 것이 확실시되자 대한약사회는 의료보험대책반을 구성하여 보험 내 분업으로 정책방향을 설정하였다.

한편, 정부는 1987년 1월 의약인의 공동참여를 위한 방안을 다각적으로 검토하면서 보사부의 자문기구로 위촉위원 44인으로 구성된 '전국민의료보험 실행위원회' 산하 '의약분과위원회'에서 의약분업을 위한 보험제도 안의 3단계 접근을 주된 내용으로 하는 '단계별 의약분업 실행방안'의 시안을 제출하였다. 정부의 개각 후 1988년 국민의료정책심의위원회는 3단계 의약분업안을 받아들여 단계별로 시행하되 우선 1단계로 1989년 7월에는 부분분업방안을 도입하여 의사의 처방전으로 약국에서 조제한 의약품에 대하여 보험혜택을 주기로 했다. 이와 함께 의원급에서의 처방 및 조제권도 그대로 인정하며 다만 약국에 가서 조제하는 경우와 의원 내에서 조제하는 경우 본인부담금에 차등을 두어 처방전 발행을 유도하도록 했다. 이에 대하여 대한약사회는 보사부 안을 거부하고 보험 내 완전분업을 정책목표로 제시하였고, 대한의학협회는 관망하는 태도를 취하는 등 양측의 의견이 크게 엇갈렸다. 이후 정부는 의약분업정책을 실시하려고 했으나 이익집단의 반대로 실패하였다(박순기, 1990).

그 후 전국민의료보험이 실시되어 의료이용률이 높아지자 약사회는 또다시 의약분업을 실시할 것을 주장하였고, 이 과정에서 약국의 임의조제에 대한 보험적용이라는 성과를 얻게 된다. 그 후 의료인과 약사의 대립이 증폭되어 한약분쟁이 발생하였고, 이를 계기로 1994년 1월 약사법 개정을 통해서 의약분업 실시에 관한 기본골격과 그 시행시기가 명문화되었다(이재현, 1998). 1994년 개정 약사법에 규정된 의약분업의 기본골격은 다음과 같다.

① 의약분업의 당사자 : 의사와 약사간의 직능분업으로 함.

② 의약분업 대상 의약품 : 의약품은 기본적으로 전문의약품과 일반의약품의 2분류 체계로 함.

③ 의약분업 예외조항 : 의사의 직접조제 인정(약국이 없는 지역, 재해지역 등 7개 조항), 약사의 비처방조제 인정(의료기관이 없는 지역 등 3개 조항)

④ 원외처방전 발급대상 의료기관 : 약사가 종사하지 않는 의료기관

⑤ 처방전 기재방법 및 대체투약 : 상품명 또는 일반명 모두 사용 가능함. 대체투약시 의사의 동의를 받아야 함.

이 법 부칙 제3조에 의하면, 시행시기를 1997년 7월~1999년 7월 사이에 대통령령으로 정하는 날로 명시함으로써 다시 한번 의약분업이 현실화될 수 있는 계기가 마련되었다고 할 수 있다. 그 이후 문민정부에 국무총리 자문기구로 설치된 의료개혁위원회[2]는 의약분업을 주요 안건으로 다루어 1997년 12월 단계적 실시를 위한 의약분업제도 모형[3]을 마련하였고, 정부는 의약분업의 실시에 대비하기 위해서 기존의 의약품분류에 대한 종합적인 검토가 필요하다는 인식에서 1996년 6월부터 1997년 12월까지 한국보건사회연구원에 의약품분류 기준의 개선 및 재분류에 대한 연구용역을 실시하였다.

2) 국민의 정부 시기의 의약분업 추진경과

의약분업 정책과정을 누가 주도하였는가에 따라 이 시기를 네 개의 소기기로 나눌 수 있다. '정부 주도기'[4], '이익집단 주도기'[5], '새정치국민회의 주도의 제1협상기'[6], '시민단체 주도의 제2

---

2) 의료개혁위원회는 1996년 11월 6일 국무총리 자문기구로 설치되었으며, 1997년 12월 의약품 분류방식에 의한 단계별 의약분업 모형을 건의하였다.

3) 의료개혁위원회의 분업모형
- ㅇ 실시시기
  - 1단계(1999년) -> 2단계(2002년) -> 3단계(2005년)
- ㅇ 분업대상의약품
  - 1단계 : 항생제, 스테로이드제제, 습관성의약품 등 제한적 전문의약품
  - 2단계 : 주사제를 제외한 전문의약품
  - 3단계 : 모든 전문의약품
- ㅇ 예외조항 : 현행 약사법 조항 수용
  - 의사의 조제인정 : 재해지역, 무약지역, 입원환자, 응급환자, 주사제 투약, 예방약 및 진단용 의약품, 보건소에서의 조제 등 7개 항목
  - 약사의 비처방 조제인정 : 재해지역, 무의지역, 경구용 예방약 및 진단용 의약품 투여 등 3개 항목
- ㅇ 외래환자의 원내조제 인정
  - 전임약사와 조제실을 갖춘 의료기관에서는 원내·외 구별없는 동일 서식의 처방전을 발행
  - 환자가 본인의 의사에 따라 원내 또는 원외 조제를 선택
- ㅇ 처방전 기재 의약품명 및 처방대체 권한
  - 상품명 또는 일반명(성분명)으로 처방하되, 상품명 처방인 경우에 의사의 대체불가 표시가 있으면 약사의 대체불가

4) '정부주도기'는 정부가 분추협을 결성한 1998년 5월부터 분추협에서 도출된 정부의 의약분업방안을 정부입법으로 추진했던 1998년 11월 초까지의 시기이다.

5) '이익집단 주도기'는 시민단체와 의약관련 직능단체가 의약분업 연기여부와 정부의 의약분업방안에 대한 이견으로

협상기'[7]가 그것이다(서울대의대 의료관리학교실, 1999).

의약분업은 새정치국민회의의 대통령선거 공약, 국민의 정부 100대 국정과제의 하나로 명시된 사항인 데다, 1994년 개정약사법에 정해진 의약분업실시 시한이 다가오고 있었기 때문에 보건복지부의 주도하에 1998년 5월 21일 각계의 대표들로 의약분업추진협의회(이하 분추협)를 구성하여 의약분업실시를 위한 준비를 본격화하였다. 1998년 8월 24일 분추협 제4차 회의에서 의약분업에 대한 정부의 정책방안이 도출되었다. 이때 의약분업의 실시시기를 1999년 7월 1일로 하는 등의 기본원칙과 외래처방전, 일반명/상품명, 병원(급)이상 의료기관의 의약분업 포함문제를 포함한 세부사항 등에 대해 합의문의 형식으로 결론을 내렸다. 또한 병원의 기관분업은 실시하지 않고, 생물학적 동등성 검사를 받은 약품에 대해서는 약사가 대체권을 갖도록 하였다. 즉, 생물학적 동등성 검사를 통해 같은 효능을 갖고 있는 것으로 입증이 된 약품에 대해서는 약사가 의사의 처방을 대체할 권한을 갖도록 하였다.

의약품 분류를 위해서 의약품분류위원회가 역시 1998년 5월 21일 출범하였는데, 12월 18일 제8차 회의에서 분류 안을 결정하였다. 그러나, 의사협회는 한국보건사회연구원의 연구결과 중 동일성분 제재가 함량이나 제형 또는 효능에 따라 각기 전문 또는 일반으로 분류되는 경우가 있어 분류기준의 원칙에 위배되므로 전면적으로 재검토해야 한다는 의견을 제시하며 강력히 반발하였다(보건복지부, 1998). 1998년 11월 13일 참여연대에서 3차에 걸쳐 의약품 약가조사 결과를 발표하였고, 그를 통하여 의료보험약가와 실거래가의 차이가 1년에 1조 2천억원이라는 점이 밝혀지면서 의약분업은 일거에 사회적 관심사가 되었다.

1998년 11월 27일 약사회에서, 12월 1일 의사협회, 병원협회에서 각각 의약분업 연기를 국회에 청원하였다. 그 후 1998년 12월 14일 국회 보건복지위원회에서 의약분업시행 시기를 연기할 것을 시도하였으나 시민단체의 반대와 여론의 비난으로 무산되었고, 의약분업 관련법안은 계류되고 말았다.

1998년 2월 9일 집권여당인 국민회의의 주도로 의약분업협상 최종안이 의사회와 약사회에 제시되었으나 의사회가 수용을 거부하여 합의에 도달하지 못하였다. 이에 정부와 국민회의는 당정협의를 갖고 정부의 분추협 제4차 합의(안)으로 1999년 7월 의약분업실시를 강행하기로 결정하였으나, 1999년 2월 24일 새정치국민회의 보건복지위원회 간사인 김명섭 의원의 중재로 의사회와 약사회가 의약분업 실시를 합의하기로 하고, 이를 조건으로 의약분업 1년 연기를 여당

서로 대립했던 1998년 11월 초순부터 1999년 1월초까지이다.

6) '새정치국민회의 주도의 제1협상기'는 집권여당인 국민회의가 분추협 4차 회의에 근거한 정부의 의약분업방안을 사실상 폐기된 것으로 간주하고 새롭게 의료계와 약계간의 합의를 도모하였던 시기로서 1999년 1월 초순부터 의약분업 연기법안이 통과된 1999년 3월초까지의 기간이다.

7) '시민단체 주도의 제2협상기'는 의약분업 1년 연기법안이 국회 본회의를 통과한 1999년 3월 9일부터 의약분업실행위원회의 의약분업방안이 정부입법으로 추진되고 국회 본회의를 통과한 1999년 12월 7일까지의 기간이다.

에 건의해옴에 따라 연기가 결정되었다. 3월 2일 합의문이 정식으로 작성되었고, 양 단체의 회장이 서명하였다. 합의문의 주요내용은 다음과 같다.

① 의약분업이 반드시 실시되도록 하겠음.
② 국민회의 의약분업 중재안의 미비점을 보완하여 새로운 의약분업 모형을 도출함.
③ 시민소비자단체와 같이 노력하여 의약분업 모형을 도출함.
④ 이를 2개월 내에 완료하겠음.
⑤ 합의 도출에 실패하면, 정부가 제출한 의료법 및 약사법개정안에 따라 정부의 의약분업정책에 협력함.

이에 따라 1999년 3월 9일 의약분업시행이 1년 연기된 약사법개정안이 국회를 통과하게 되었다. 1999년 3월 30일 '의약분업 실현을 위한 시민대책위원회'가 구성되었고, 5월 10일 대한의사협회와 대한약사회는 시민사회단체의 중재 하에 새로운 의약분업 안에 합의하였다(강정화, 1999). 이 합의안은 정부에 의해 일방적으로 정해진 것이 아닐 뿐더러, 의사회와 약사회를 포함하여 시민소비자 단체가 참여하여 합의를 함으로써 '사회적 합의'라는 성격을 가지게 되었다.

1999년 6월 23일 정부는 '의약분업실행위원회'를 구성하여 5월 시민단체와 의료계 및 약계가 합의하여 건의한 의약분업 시행안을 토대로 국민불편을 최소화 할 수 있는 방안 마련에 나서게 되었다. 1999년 9월 17일 의약분업실행위원회 제2차 전체회의에서 의약분업 시행방안을 최종 확정하였고, 10월 1일 입법 예고된 약사법개정안은 정부입법으로 12월 7일 국회본회의를 통과하였다.

2. 국민의 정부 시기 의약분업 정책과정과 참여자

1) 정부 주도기

(1) 보건복지부

보건복지부는 법률이 정한 기한인 1999년 7월 7일까지 의약분업을 실시하기 위해 의료개혁위원회가 건의한 의약분업모형을 토대로 종합적인 정부의 추진방안을 마련하여 시행할 목적으로 의약분업 추진체계를 다음과 같이 구축하기로 결정하였다(보건복지부, 1998).

첫째, 정부 차원의 의약분업시행방안 마련과 세부추진대책 수립을 위해 관련단체를 망라하고 보건복지부 차관을 위원장으로 하는 「의약분업추진협의회」를 구성·운영한다.

둘째, 의약품의 분류기준 및 단순의약품의 범위 설정을 위해 공익대표가 위원장을 호선하는 「의약품 분류 위원회」를 구성·운영한다.

셋째, 상기 양 위원회의 운영을 지원하고 실무작업을 수행할 목적으로 보건정책국장을 단장

으로 하는 「의약분업 실무 기획단」을 구성·운영한다.

애초 의료개혁위원회의 건의안을 중심으로 논의를 전개한다는 방침 하에 분추협 제1차 회의의 의제를 설정했던 보건복지부는 분추협 제2차 회의에서 중요한 입장 변화를 보여주었다. 즉, 보건복지부는 의료개혁위원회가 제안한 3단계 의약분업 방식을 수정하여 주사제를 제외한 전문의약품 전체에 대해 1999년 7월부터 의약분업을 실시하기로 결정한 것이다.

이후 보건복지부는 분추협 제4차 회의 결과를 근거로 의료법 및 약사법개정안 마련에 착수했으며, 분추협 제5차 회의 직후 이를 입법예고 했고, 1998년 11월에 상기 의약분업관련 법안을 국회에 제출하였다.

(2) 대한의사협회

1998년 10월 1일 열린 의협 「시·도 의사회장 연석회의」는 「의약분업대책 기본입장」을 다음과 같이 밝혔다.

첫째, 의약분업실시와 함께 약국의 1차 진료를 근절시키며 특히 약국의 임의조제 및 혼합판매를 제도적으로 방지하기 위한 법적 보장을 해야한다.

둘째, 의약품분류에 있어 일반의약품은 국민들이 임의대로 약국에서 손쉽게 구입하더라도 약화사고가 발생하지 않을 정도로 안전성이 확보된 약품으로 극히 제한해야 한다.

셋째, 의약품처방전 발행 방법은 상품명으로 하며 부득이 대체투약을 하여야 할 경우에는 현행 약사법 제23조(처방의 변경, 수정)규정에 의해 반드시 의사의 동의를 받아서만 대체 투약토록 해야 한다.

넷째, 의약분업이 실시됨에 따라 의원급 의료기관의 경영악화가 초래되지 않도록 사전에 의료전달체계가 분명히 정립되어야 한다.

다섯째, 처방료가 현실화되어야 한다.

여섯째, 약화사고에 대한 책임한계를 제도적으로 명확히 규정해야 한다.

이상의 기본사항들 중 단 하나라도 지켜지지 않을 경우에는 의권의 옹호차원에서 어떠한 의약분업방안이라도 받아드릴 수 없다는 것이 의협의 확고한 방침이다.

의협 회원의 주류를 이루고 있는 개원의사들의 의약분업에 대한 정서는 훨씬 더 강경하였다. 분추협 제2차 회의와 제3차 회의의 분위기가 의료계에 전해지면서 개원가를 중심으로 강경한 목소리를 내기 시작하였다. 이 시기 강경 분위기를 주도했던 그룹은 '소아과 개원의협의회'와 '내과 개원의협의회'였다.

「대한소아과전문의 개원의협의회」는 의협에 보낸 공문에서 임의조제금지, 6세미만 소아의 의약분업제외, 완전상품명 처방과 대체불가, 단계적 의약분업실시 등을 요구하였다.

1998년 7월 부산시 내과 개원의협의회, 부산광역시 의사회, 대구경북 내과 개원의협의회 등

각 지역의 개원의협의회는 "지난 6월 6일의 분추협 제2차 회의 결과, 의료개혁위원회가 제안한 3단계 의약분업방식을 수정하여 1999년 7월부터 전면 의약분업을 실시키로 하였다는 보도를 접하고 경악을 금치 못한다"면서 다음과 같은 의견을 제시하였다.

- 의료개혁위원회의 3단계 의약분업 안을 지지한다.
- 전임약사나 조제실을 갖춘 의료기관은 원내·외 구별 없는 처방전을 발행하여 환자가 자신의 의사에 따라 조제 받을 수 있도록 해야 한다.
- 경제위기로 극심한 경영압박을 받고 있는 개원의사들에게 갑작스런 전면 의약분업은 돌이킬 수 없는 타격을 줄 것으로 예상되므로 단계적으로 실시해야 한다.

이상에서 본 바와 같이 의료계는 자신이 처한 입장에 따라 다양한 견해를 보여주고 있다. 의협의 공식의견으로 보아도 무방한 견해가 「시·도 의사회장 연석회의」에서 발표한 「의협의 의약분업대책 기본입장」인데, 이 내용과 개원의사단체들이 내 놓은 견해간에는 너무나 큰 간격이 있음을 알 수 있다. 이는 약사회의 일사불란한 지도력과 달리 의협 중앙지도부 지도력의 구조적 취약성을 그대로 드러내 주는 것이었다.

(3) 대한약사회

약사들에게 의약분업은 딜레마의 영역이었다. 그 동안 약사는 고유한 역할 이상의 역할을 수행해오면서 임의조제의 관행을 완전히 굳혀왔다. 하지만 개원약국의 경쟁이 치열해지면서 대형약국의 등장과 약 판매에 있어 난매, 투매현상이 심화되어 약사사회 내부에서 개혁의 동력이 생겨나고 있었고, 더불어 사회적으로 약의 오·남용 문제의 제기와 직능의 전문화 요구가 높아지면서 약계는 의약분업을 거스를 수 없는 추세로 받아들이고 있었다.

그럼에도 불구하고 의약분업의 현실화를 가정할 때 약사의 입장에서는 의사들의 처방에 대한 크로스 체킹이라는 본래의 역할이 보장될 수 있을지가 불확실하다는 점과 약의 조제만을 담당하는 것이 약사직능 전문화의 진전이라는 측면보다는 약사 역할의 제한과 사회적 지위의 하락이라는 결과를 가져올 수 있다는 점을 우려하는 것이 약사들의 대체적인 정서였다.

결국 약사회가 취한 입장은 의약분업의 실시로 인해 결과될 장점을 극대화하고 약계의 피해를 최소화하는 것이었는데, 이것이 바로 기관분업과 대체조제의 전면허용을 핵심내용으로 하는 완전의약분업 주장으로 나타났다.

논의과정에서 당시 정부의 의약분업(안)인 분추협 제4차 회의 결과에 약사회측의 입장이 상당히 많이 반영되었음에도 불구하고 일반 약사들과 약사회 시·도 지부는 이에 강력히 반발하여 약권수호전면투쟁을 선언하였고, 대한약사회는 이후 정부의 확정된 의약분업(안)에 대하여 다음과 같은 공식의견을 제출하였다.[8]

8) 대한 약사회. 성공적인 의약분업 시행을 위하여(의약분업 관련 법 개정에 대한 대한약사회 의견, 대한 약사회 내부

- 모든 의료기관(보건소 포함)의 외래환자에 대하여 원외로 처방전을 발행하도록 의무화해야 한다.
- 처방전 기재 약품명은 일반명으로 발행되어야 하며, 상품명으로 처방하더라도 동일성분, 동일함량의 의약품으로 대체투약을 허용해야 한다.[9]
- 의약품 분류는 의약분업 모형에 따라 분업의 조속한 실현을 위한 방향으로 비용 효과적인 측면을 고려하여 분류되어야 한다.
- 의약분업의 예외조항은 구체적으로 범위를 최소화하여야 한다.
- 의약분업의 성공적 수행을 위해서는 정부가 의약분업 후속조치로 제기하고 있는 의료전달체계의 구축을 위한 제도적 개선방안(환자본인부담금제 시행 포함), 의료보험 의약품 유통체계개선방안[10]과 동시에 실시하여야 한다.

분추협 제4차 회의 결과와 대한약사회의 공식의견을 비교해 보면, 핵심적인 차이로써 두 가지를 들 수 있다. 하나는 병원(급)이상 의료기관의 외래까지 의약분업에 포함시키자는 것이고, 다른 하나는 생물학적 동등성 시험을 거친 의약품에 국한한 제한적 대체투약이 아닌 GMP시설에서 제조된 모든 의약품을 대체 투약할 수 있도록 하자는 전면적 대체투약 주장이다.

(4) 대한병원협회

병원에게 의약분업은 기본적으로 달갑지 않은 제도라 할 수 있다. 낮은 공식 의료보험수가가 현실적으로 보상될 제도적 조치가 없는 가운데 의약분업이 실시되어 약가마진이 없어질 경우 병원 경영이 심각한 어려움에 처할 것이기 때문이었다. 병협은 의약분업 시행 시 병원을 이용하는 환자들의 불편이 크고, 거액의 사회적 추가비용이 들며, 의약분업의 실시에 부수된 각종 규제조치가 정부의 규제개혁방침과 배치된다는 등의 이유로 부정적 입장을 피력하였다.

병협은 처방전 기재의약품을 일반명으로 표시해야 한다는 약계와 시민사회계 등의 주장에 대하여 이는 의사의 처방권을 제한하는 것으로 의사의 직업행사 자유를 침해할 뿐만 아니라 환자의 수진권을 제한하는 것이라고 주장하였다. 또한 약사와 조제실을 갖춘 의료기관에 대하여 의무적으로 외래환자에게 원외처방전을 발급하도록 하는 국가가 세계 어디에도 없다는 것을 이유로 기관분업을 반대하였다. 주사제를 분업대상에 포함시킬 경우 국민들이 처방전을 받아 아픈 몸으로 병원밖에 있는 약국에 가서 주사약을 구입하여 다시 병원으로 되돌아와서 의사에

자료), 1998. 11.

9) 정부가 현재까지 GMP기준에 의거하여 의약품 인허가 관리 및 품질관리를 한 점을 고려할 때, 일반명 처방을 원칙으로 하되 상품명으로 처방되었다 하더라도 GMP 기준에 의한 동일함량, 동일성분에 대한 의약품은 대체허용이 되어야 한다는 주장이다.

10) 당시 정부의 의약분업추진계획에 의하면, 의약분업실시 시기는 1999년 7월 1일이며 의약품 유통체계 완성시기는 2001년 1월이므로 약 1년 6개월의 간격이 발생하게 된다. 후에 약사회는 이것을 문제삼아 의약분업 연기를 주장하게 된다.

게 주사를 맞아야 하는 등 불편이 크다는 이유에서 의약분업의 대상에서 제외되어야 한다는 입장을 견지하였다.

(5) 시민사회단체

이 시기 일부 보건의료단체를 제외한 대부분의 시민사회단체는 의약분업에 대해 공식적 태도표명을 하지 않았다. 그러므로 이 시기 시민사회단체의 대의적 의견은 직접 또는 간접으로 이들의 대표성을 띠고 분추협에 위원으로 참여한 인사들의[11] 회의 발언을 통하여 추적해 볼 수 있겠는데, 이들은 의약분업이 국민건강을 위한 의약품 오·남용 방지 및 의료보험 약가를 둘러싼 구조적 비리를 근절하는데 있어 필수적인 제도이고 의료개혁의 과제로서 중요성과 의의가 매우 큰 것으로 보았으며, 환자의 편익과 비용 효과를 반영해서 최선의 의약분업 정책대안을 마련해야 한다는 입장을 피력하였다.

인도주의실천의사협의회(이하 인의협)와 건강사회를위한약사회의 정책적 견해가 대외적으로 공론화 된 것은 1998년 9월 20일 인의협 주최 의약분업 토론회였다. 여기서 인의협은 병원급 이상 의료기관의 기관분업 실시,[12] 일반의약품의 엄격한 재분류 및 약사의 임의조제 금지,[13] 그리고 약가마진의 최소화[14]가 의약분업을 올바르게 실시하기 위한 필수적인 조건임을 규정하면서, 특히 가장 요구되는 것이 병원 기관분업의 관철이라고 밝혔다.

의약분업에 대한 시민사회단체의 공식적 입장 표명은 1998년 9월 15일의 「의약분업(안) 개정 촉구 성명서」[15] 발표를 통해 이루어졌다. 성명서는 의약분업이 실시되지 않고는 우리 나라 보건의료제도의 혼란상을 극복하여 이를 선진화시키는 것이 절대로 불가능하므로 1999년 7월 예정된 대로 의약분업이 반드시 실시되어야 한다는 점을 천명하고, 분추협 제4차 회의 결론에 근거한 정부의 의약분업(안)이 가지고 있는 문제점을 비판하면서 다음의 사항을 주장하고 이 내용이 포함된 새로운 의약분업(안)을 분추협에서 논의할 것을 촉구하였다.

- 병원 외래 환자의 경우도 원외처방전 발행을 의무화해야 한다.
- 주사제 오·남용을 막을 수 있는 제도적 장치를 마련해야 한다.

---

11) 여운영(한국 소비자 연맹 사무총장), 하승창(경실련 정책실장), 양봉민(경실련 의료개혁위원장, 서울대 교수), 김용익(참여연대, 서울대 교수) 등이 이에 해당한다.

12) 분추협 제4차 회의 결과 병원의 기관분업이 관철되지 않은 채, 병원 직능분업 내용의 약사법 개정안이 9월 14일자로 예고된 데 대해 인의협은 구태의연하고 비민주적인 방식이라고 정부를 비난하며, 이의 철회를 요구하였다.

13) 이에 대해 인의협은 "일반의약품만으로는 처방구성이 불가능할 정도가 되는 것이 의약품분류의 원칙으로 정해져야 하며, 이렇게 될 때 약사의 임의조제를 막을 수 있다"고 주장하며, 이러한 원칙의 표명이 분추협 제4차 회의 결론에서 제외된 것에 우려를 표시하였다.

14) 이에 대해 인의협은 분추협 제4차 회의 결론에 약가마진 최소화 방침이 명기된 것에 지지를 보내며, 이것이 제대로 실시될 수 있는 조치가 수반되기를 촉구하였다.

15) 이 성명서는 김용익, 문창규, 양봉민, 여운연, 전인구, 하승창(이상 분추협 위원) 등과 경제정의실천시민연합, 소비자문제를연구하는시민의모임, YMCA, 한국소비자연맹의 연명으로 발표되었다.

• 의약품 분류는 약사의 임의조제가 가능하지 않은 것으로 재조정되어야 한다.
• 의약품 가격은 직접 이윤만을 허용하는 것으로 대폭 인하되어야 한다.
• 의료전달체계의 확립을 위한 구체적인 정책방안을 공개해야 한다.

2) 이익집단 주도기

(1) 보건복지부

이 시기는 정부 정책의 시련기였다. 정부가 주도한 분추협의 다섯 차례에 걸친 논의과정과 의약품분류위원회의 여덟 차례에 걸친 논의를 통해 얻어진 정부의 의약분업 정책(안)이 참여자들 모두로부터 버림받았다. 즉, 의계와 약계가 의약분업연기 청원을 국회에 제출하였고, 의약품분류위원회 제8차 회의의 전문·일반의약품 분류 결과도 의료계의 반발과 무효화 선언에 의해 사실상 폐기되었다. 또, 정부는 국정감사에서 의사, 약사 출신 또는 이익집단으로부터 로비를 받은 여야 국회의원들로부터도 무수한 공격을 받아야 했다. 이에 대해서 김모임 복지부장관은 의약분업 실시시기를 늦추지 않겠다는 의지를 표명하였다.

이후 정부는 이익단체로부터 총체적 공격을 받으면서도 의약분업에 대한 정부의 입장을 강력히 고수했던 것으로 평가되고 있다.[16]

(2) 대한의사협회

12월 12일 열린 서울시의사회 임시전체이사회에서 정당한 행위료나 기술료를 인정받을 수 있는 주변 여건이 조성될 때까지 3-4년간 분업을 연기하는 것이 바람직하다는 의견이 제시되었다. 더불어 이사회에서 김재정회장은 현재 의약계의 사활이 걸려있는 의약분업 문제와 관련해 최근 의협 회장과 약사회 회장이 회동, 앞으로 양 단체가 이 문제의 원만한 해결을 위해 공동 보조를 취해 나가는데 원칙적인 의견접근을 가진 바 있다고 설명했다.[17] 이는 의약분업에 소극적인 의계와 약계간에 의약분업의 연기를 공동으로 추진하자는 일종의 합의가 있었던 것을 강력히 암시하는 대목이다. 그 후 실제로 의협 회장은 11월 23일 "국민에게 의약분업에 대한 충분한 홍보가 이루어지지 않은데다 IMF 관리체제하의 어려운 경제여건 속에서 내년 7월 의약분업을 시행하는 것은 바람직하지 않다"며 의약분업 시행연기를 국회에 청원하게 되었다.

1998년 12월 12일 대한개원의협의회장이 의협 회장에게 보낸 「완전의약분업 성취를 위한 의약분업 질의서」는 의협의 일방적 의약분업 반대논리에 이의를 제기하면서 새로운 의약분업 전략을 제시하였다는 점에서 주목을 끈다. 이 문건은 "개원의사들이 생각하는 완전의약분업방안이란, 약사의 임의조제가 근절되고, 병원까지 포함되는 원외처방전 발행 의무화"라고 규정하고

16) 이는 1998년 12월 21일 열린 제7차 「고위당정정책조정회의」에 보건복지부가 제출했던 「의약분업 추진상황」에서 잘 드러난다.
17) 보건사회뉴스, 1998년 11월 14일자

있다. 이것은 이후의 의약분업 정책과정에서 개원의 중심의 의료계와 대한병원협회간의 갈등을 예고하는 것이었다. 더불어 문건은 "새정치국민회의의 당론이 결정되어 있고, 집권당으로서 의약분업에 대한 정책적 입장이 확고한 현재, 어차피 진행되어갈 수밖에 없는 상황이라면 의약분업에 대한 우리의 주장을 분명히 하면서 국민적, 사회적 동의를 확보해 가는 전략적 방안이 필요하다면서, 의협의 연기론이 반대를 위한 것이 아니라면 차라리 병원분업카드를 먼저 사용함으로써 도덕적 우위를 확보한 후 올바른 제도시행을 위한 여건조성을 위한 기간확보와 약사의 임의조제 제한방안, 바람직한 의약품 분류(안)의 확정 등에 대한 의견을 강력히 제안하는 가운데 약사회와 협상하고, 복지부, 시민단체, 대 국민 홍보전략을 수립해야 할 것임"을 제기하였다.[18]

(3) 대한약사회

대한약사회는 11월 25일 이사회를 개최하여 "4차 분추협 합의에 따라 정부가 외래 환자의 원외조제를 유도하고, 약가마진을 없애기 위한 의약품물류조합을 완료하는 것이 분업에 앞서 선행되어야 한다"고 선언함으로써 사실상 의약분업 연기를 주장하게 되었다. 결국 대한약사회는 11월 27일 국회에 의약분업연기 청원서를 제출하였다.

국회가 논란 끝에 법안심의를 후년 1월로 연기하기로 결정한 후인 12월 23일에도 서울시약사회는 의약분업 연기를 간청하는 내용의 「대통령께 드리는 호소문」을 발표하였다. 그러나 의약분업 연기에 대한 약사회의 태도는 의협과의 공동보조 성격이 강한 것이었고, 반드시 연기해야 한다는 것이기보다는 시간을 좀 더 가지면서 실질적인 분업준비태세를 갖추는 것이 좋겠다는 상황인식에서 비롯된 것이었다.

(4) 대한병원협회

병협은 분추협 제4차 의약분업(안)에 의하면, 가장 유리한 입장에 놓여 있었다. 주사제와 병원 외래가 의약분업에서 예외로 되어 있었기 때문이었다. 그런 병협이 갑자기 12월 2일을 기해 의약분업 연기 청원을 국회에 제출하였다. 대 국민 홍보부족과 어려운 경제사정, 제반 여건의 미흡 등이 연기 청원의 이유였다.

정부는 병협의 이러한 입장에 대해 "병협은 제4차 분추협 합의사항에 만족을 표명하였으나 의약품 납품비리 근절을 위한 의약품 유통개혁 정책이 의약분업과 병행 추진된다는 발표가 있자 의약분업 반대로 선회한 것"으로 간주하였다.

병협은 11월 27일 병원관리종합학술대회에서 전국병원장 일동 명의의 결의문과 건의문을 발표하였는데, 결의문에서 의약분업연기를 주장하였으며, 건의문을 통해 "국민건강보험법에 물류

18) 대한개원의협의회 회장. 완전의약분업 성취를 위한 의약분업 질의서(문서번호 대한개원의협의회 제02호), 1998. 12. 12

조합 설치를 규정한 것은 의약품 유통과 관련한 비리 방지효과를 기대하기 어려울 뿐만 아니라 새로운 유형의 부조리를 파생시킬 수 있다"며 이의 삭제를 주장한 바 있다.

(5) 국회

1998년 11월 10일 제198회 정기국회 보건복지부 국정감사에서 김병태의원이 정부의 준비부족 등을 이유로 의약분업을 3년 연기할 것을 주장하였다. 이후 법안심의가 이루어졌던 12월 10일과 11일을 전후로 해서 이익집단들의 의약분업연기를 위한 집중적인 로비가 이루어졌다.

국회 보건복지위원회 소속 의원은 16명이며, 여당 소속 의원은 국민회의 6명과 자민련 2명을 합쳐 8명이고 야당인 한나라당 소속 의원도 8명으로 여야 동 수를 이루고 있었다. 그러므로 여야간 의사가 당론의 형태로 대립될 경우, 의사결정이 표결로 이루어지는 것이 사실상 불가능하므로 대부분의 경우 여야 합의로 의사 결정을 해오던 것이 관례였다. 그러나 의약분업에 관한 의사결정의 경우에는 여야간 당론의 문제가 아니었으므로 의약계 출신 의원들이 의사를 통일하면 그들의 뜻대로 될 수 있는 상황이었다.

보건복지위원회 의원들의 출신 직업별 분포를 보면, 병원장 또는 의사 출신이 5명,[19] 제약업 또는 약사 출신이 5명[20]이며, 기타 6명이다.

이들의 의약분업에 대한 태도는 그들의 소속 정당과는 무관하게 자기 출신 직능에 귀속됨을 알 수 있다. 경제정의실천시민연합이 1998년 12월 2일과 3일 양일간에 걸쳐 보건복지상임위원 16명 전원에 대해 직접방문을 통한 설문지 작성 방법으로 조사한 바에 의하면, 1999년 7월 의약분업의 예정된 실시에 찬성하는 의원이 7명으로 44%, 반대하는 의원이 7명으로 44%이었고, 무응답 또는 판단유보가 2명이었다. 국민회의 의원 6명 중 4명이 찬성하고 2명이 반대하였으며, 한나라당 의원은 2명만이 찬성하였다. 출신직업별로 보면, 의사 또는 병원장 출신 의원 5명 중 4명이 반대하였고 1명은 응답하지 않았으며, 약사 또는 제약업 출신 의원은 5명 중 2명이 찬성하였고 3명이 반대하였다. 이러한 의원들의 출신 직능별 응답 양상은 의약분업에 대한 의료계와 약계의 태도 및 입장과 잘 조응함을 알 수 있다. 즉, 의료계는 의약분업 실시 자체에 대해 강한 거부감을 갖고 이를 적극적으로 연기하려는 데 반해, 약계는 의약분업 자체는 수용하되 다소의 시간을 갖는 것이 더 좋겠다는 수동적 연기 선호입장을 갖고 있었는데, 양 직능의 이러한 입장과 해당직능 출신 의원들이 보인 태도가 잘 조응하고 있다는 것이다.

(6) 시민사회단체

참여연대는 1998년 11월 12일 기자회견을 통해 제약회사들이 보험약가를 부풀려 책정하는 방법으로 약 1조 2천 8백억원의 의료보험재정 손실을 초래했다고 밝혔다. 더불어 참여연대는

19) 김찬우, 박시균, 정의화, 황성균, 황규선(치과의사) 의원이 이들이며, 모두 한나라당 소속이다.
20) 김명섭, 김병태(이상 국민회의), 어준선(자민련), 김정수, 오양순(이상 한나라당) 의원이 여기에 속한다.

지난 10월 한 달간 1천2백45개 의약품의 할증률과 사용실태 조사자료를 공개하고, 의약품 평균 할증률이 1.14배에 이른다고 주장하였다.[21] 이후 의약분업제도로 가기 위해서는 반드시 약가마진 문제를 해결해야 한다는 공감대가 형성되었으며, 보건복지부가 그해 연말에 전국규모의 표본조사에 나서게 되었다. 이 조사에는 시민사회단체의 회원들도 참여하였으며, 결국 보건복지부는 약 30%의 보험약가 인하요인이 있다고 발표하게 되었다. 의료계는 약가마진이 정당하지 못한 것이었다는 사실을 시인하면서도 이를 보험수가 인상으로 환원해 줄 것을 요구하였고, 시민사회단체와 관련 학자들은 의약분업제도의 실시를 전제하는 속에서 「약가인하에 연동한 수가인상」을 수용할 의사를 표명하였다.

1998년 11월 26일 경실련 등 14개 시민·보건의료단체는 기자회견을 갖고 일부 국회의원의 의약분업 연기 주장과 의약계의 의약분업 연기 움직임에 대해 국민건강을 도외시한 이기주의적 주장이라며 예정된 대로 의약분업을 실시할 것을 강력히 주장하였다.[22]

국회의 법안심의가 있기 수일 전부터 시민사회단체는 국회의원 모두에게 서신을 보내 직능의 이해관계를 떠나 국민건강을 먼저 생각하여 의약분업 연기를 결정하지 말아줄 것을 부탁하면서 압력을 행사하였다. 특히, 12월 10일 법안심의 과정에서 의약분업 연기가 대세로 되자 시민사회단체는 긴급호소문을 의원들에게 보내어 경고성 압력을 가하였다. 결국 법안심의가 무산되어 의약분업의 예정된 실시가 불투명해지자 12월 16일 참여연대는 "상임위 배정 때 이해관계와 밀접하게 연관된 상임위 배정은 국회법 위반"이라며 국회의장을 상대로 헌법소원을 냈다. 국회법 48조 7항에는 이해관계가 있는 의원은 해당 상임위 선임을 금하도록 규정되어 있는데도 불구하고 보건복지상임위 소속의원 16명 중 10명이 병원장, 의사, 약사, 제약회사 임원 등으로 이해관계가 있는 의원들이며, 이들이 이해관련 직종의 이익을 위해 의약분업 시행을 연기하려한다는 것이 참여연대의 헌법소원 제기 이유였다.[23]

이렇듯 시민사회단체는 동원 가능한 모든 방법으로 필요한 모든 곳에 압력을 행사하였다. 이들은 주로 여론에 호소하여 이를 배경으로 활동해야 했으므로 언론매체를 효율적으로 활용하였다.

---

21) 이와 더불어 참여연대는 보험약가 책정을 제약협회에서 주관한다는 사실을 폭로한 후, 보험약가 책정을 업계에 일임하여 부당이익을 보장하고 보험재정손실을 초래케한 보건복지부의 직무유기를 비판하였다. 의협신보. 1998년 11월 16일자

22) 이날 기자회견에는 경실련, 참여연대, 한국소비자연맹, 인도주의실천의사협의회, 건강사회를위한약사회, 건강사회를위한치과의사회 등 14개 단체가 참여하였다.

23) 김병태의원(한민제약회장), 김찬우의원(영덕제일병원 이사장), 정의화의원(정화의료재단 이사장), 황규선의원(치과의사, 병원운영), 박시균의원(성누가병원장), 김명섭의원(구주제약 대표), 황성균의원(의료법인 순영재단 이사장), 어준선의원(안국약품 대표), 김정수의원(약사), 오양순의원(약사) 등 10명이 해당 의원들이다. 한겨레신문, 1998년 12월 16일자

3) 새정치국민회의 주도의 제1협상기

(1) 합의 시도부터 결렬까지

집권여당인 국민회의 정책위원회가 「보건의료 효율화 및 선진화 정책기획단」을 통해 합의를 중재한 제1협상기는 소수의 참여자에 의해 매우 조용하게 진행된 정책과정의 시기였다. 정부는 완전히 배제되었다. 병협은 국민회의 정책(안) 중심의 새로운 합의가 자신에게 불리하므로 참여하지 않았다. 이 협상의 초안은 국민회의「보건의료 효율화 및 선진화 정책기획단」의 정책보고서 "제5장 의약분업의 실시" 부분이었다. 제1차 협상(안)은 1월 9일에 제출되었으며, 논의가 진행될수록 계속 조금씩 수정이 가해져서 결국 2월 9일의 제6차 협상(안)까지 나오게 되었다.

주요 당사자들의 협상과 타결을 위한 노력에도 불구하고 2월 12일 최종 결렬되고 말았다. 약사회는 수용하였으나 의협 지도부가 거부했기 때문이었다. 의협은 주사제 제외, 대체조제시 의사의 동의, 의약품 분류에 대한 일부 수정 등을 의견으로 보내왔으나 일부의 조정에 그치자 이를 최종 거부한 것이었다. 국민회의 주도의 합의노력이 성과 없이 끝나자 의료계는 분업 반대 운동을 더욱 강화하였다. 의협은 2월 20일 "현 시점에서 의약분업 강행 시 정부의 재정부담과 국민의 의료비상승, 의료인의 불만"을 들어 의약분업 연기를 건의하는 서신을 국민회의 정책위의장에게 제출하였다. 병협도 의약분업의 연기를 거듭 주장하며, 2월 18일 국민회의 정책위에 "최근 일부에서 주사제 분업과 기관분업 등을 내용으로 관련 기관간 합의를 도모하려는데 대해 충격을 금치 못하며, 정부의 제4차 분추협 합의안이 국민불편을 최소화하고 의약분업의 기본정신에 부합한다는 뜻을 밝힌다"는 건의서를 제출하였다.

국민회의는 의약계 등 관련 당사자가 새로운 합의에 실패한 만큼 의약분업을 애초의 정부안대로 추진하기로 방침을 정하고, 2월 18일 당정협의를 통해 이를 결정하였다.[24]

당시 시민사회단체는 정부의 분업(안)에 대해서 병원을 분업예외로 인정한 불완전한 분업이라고 비판하면서도 이익단체의 분업 연기음모를 규탄하며 의약분업의 예정된 실시를 촉구하였다.

(2) 합의 결렬부터 1년 연기 법안의 통과까지

2월 23일 저녁 국민회의의 입장이 바뀌었다. 의료계와 약계간의 의약분업모형에 대한 완전한 합의도출이 아니라도 합의를 도출하여 의약분업을 반드시 시행하겠다는 약속을 문서로 한 후 건의를 해오면 의약분업 1년 연기에 동의하겠다는 것이었다. 다음날 의협과 약사회의 회장이 의약분업에 대한 건의서에 서명하였고, 정책위의장이 대통령에게 의약분업 1년 유예 방침을 보고함으로써 의약분업 1년 연기가 언론에 대서특필되었다. 이로 인해 집권여당의 정책혼선에 대

24) 김원길의장과 김모임장관은 2월 18일 여의도 당사에서 당정협의를 갖고 이익단체들의 반발에도 불구하고 의약분업을 예정대로 다가오는 7월에 실시하기로 결정하였다. 김의장은 "의약분업은 국민과의 약속이기 때문에 늦출 수 없다"고 밝혔다. 한겨레신문, 1999년 2월 19일자.

한 여론의 비난이 쏟아졌다.[25]

1999년 3월 5일 국회 보건복지상임위에서 의료법개정안과 약사법개정안이 통과되고 3월 9일 본회의에서 처리됨으로써 정부의 분추협 제4차 합의안의 내용을 그대로 담은 채로 실시시기만 1년 연기되고 말았다.

그러나 합의문에는 의료계와 약계가 2개월 이내에 시민단체 중재를 수용하여 새로운 의약분업모형을 합의 도출하도록 되어 있었으므로 이후의 의약분업 정책과정에서는 시민사회단체의 영향력이 커지게 되어 있었다.

4) 시민단체 주도의 제2협상기

(1) 보건복지부

보건복지부는 5.10 시민단체 합의(안)이 의협과 약사회의 합의를 얻어내자, 이를 수용할 방침을 밝혔고 의약분업의 차질 없는 시행을 담보하기 위해 보건복지부차관을 위원장으로 하는 의약분업실행위원회를 구성하여 실무준비를 추진하였다. 이 위원회는 의료계(의협, 병협, 치협, 인의협 : 4), 약계(약사회, 제약협, 도매협, 건약 : 4), 소비자·시민단체(소비자연맹, 경실련, YMCA, 참여연대, 녹색소비자연대 : 5), 언론계(동아, 조선, 중앙, 한겨레 : 4), 학계전문가(권경희, 김용익, 양봉민 : 3), 국책연구기관(보사연, 산업진흥원 : 2), 관련공무원(보건정책국장, 연금보험국장, 의약품안전국장 : 3) 등 총 25명으로 구성되었다.

보건복지부는 1999년 7월 2일 제1차 의약분업실행위원회 전체회의를 열어 의제로 의약분업실행위원회 운영 및 분과위원회 구성(안)을 다루었다. 여기서 위원장은 "실행위원회는 2000. 7. 1. 실시 예정인 의약분업을 차질 없이 추진하기 위한 실행 기구로서, 앞으로 시민대책위안을 토대로 국민불편이 최소화 될 수 있도록 실천방안을 마련해 나갈 것임"을 밝혔다. 이 회의에서 병협은 시민대책위안이 국민불편해소에 미흡하므로 재검토를 요구하고, 위원 구성에 의·약계 관련단체 인사가 적은 것에 이의 제기하였으며, 시민단체와 언론계는 정부가 시민대책위원회안대로 추진한다는 보다 명확한 입장 표명을 요구하였다. 약사회는 합의안의 준수를 주장하여 시민단체와 견해를 같이하였다. 회의결과, 실행위원회를 효율적으로 운영하기 위해 3개 분과위원회[26]를 두고, 위원별로 분과를 선택토록 하되, 필요에 따라 2개 이상의 분과를 선택할 수 있도록

25) 의사회와 약사회 등 이익단체의 반대와 로비에 부딪혀 일주일만에 분업연기로 돌아선 것에 대해, 2월 22일자 한겨레신문은 "국민연금 확대에 따른 비난여론에 부담을 느낀 여권이 내년 총선을 의식해 총선 뒤로 연기한 것"으로 보고 있다.

26) 실행위원회 3개 분과의 위원은 다음과 같다.

- 보건정책분과(위원 11명) : 송재성(위원장, 보건정책국장), 김종신(의사협회), 이 송(병원협회), 원희목(약사회), 신석우(제약협회), 류충열(도매협회), 김기식(참여연대), 김승보(경실련), 고학용(조선일보), 안종주(한계레신문), 김용익(서울대), 이평수(진흥원)
- 의료보험분과(위원 12명) : 강윤구(위원장, 연금보험국장), 김종신(의사협회), 이 송(병원협회), 김세영(치과의사

하였으며, 시민대책위안을 토대로 조속한 시일 내에 관련법령 개정작업이 이루어 질 수 있도록 노력하기로 하였다.

의약분업실행위원회는 분과위원회에서 총 11차례의 회의를 통해 각종 건의사항 등을 검토한 결과, 위원회 제2차 회의('99. 9 17)에서 의약분업 시행방안 최종 확정하여 발표하였다. 이로써 의협과 병협이 반대하는 속에서 다른 모든 참여자가 동의한 정부의 약사법개정안이 11월 국회에 제출되었으며, 국회 심의과정에서 병협의 강력한 반대로 인해 논란을 겪었으나 결국 실행위 안대로 12월 7일 국회 본회의를 통과하였다.

(2) 대한의사협회

서울시의사회는 3월 12일 열린 이사회에서 의협과 약사회가 합의한 '2개월 안에 두 단체가 의약분업 모형을 합의 도출하고, 합의에 실패할 경우 정부안대로 추진한다'는 의약분업 관련 합의문에 대해 이사 57명 전원이 수용할 수 없다고 결의하였다. 이로써 의협은 지도력에 큰 상처를 입게 되었고 향후의 협상과정에서 능동적으로 대응하는데 큰 장애를 갖게 되었다.

1999년 3월 9일 의약분업 1년 연기법안인 약사법개정안이 국회를 통과하였으므로 약속된 2개월이 만료되는 5월 10일에는 시민단체가 잡아 놓은 기자회견에서 시민단체 합의안에 의협 회장이 서명해야했고, 결국 합의안에 서명하였다. 이에 각 단과 개원의협의회와 소속 회원들이 추가 요구사항을 들고 나왔다. 의협 집행부는 이러한 회원들의 요구를 수렴하여 정부의 의약분업실행위원회에서 관철하겠다고 약속했으나, 실행위원회는 시민단체 합의안에서 작은 조정은 몰라도 큰 틀의 변화는 허용하지 않았다. 결국 의협 대표로 나온 실행위원은 9월 17일 열린 실행위원회 제2차 회의에서 퇴장하고 말았다. 이는 일부 개원의협의회와 서울시의사회 등 강경파를 의식한 행동이었다. 9월 17일 발표된 실행위원회의 의약분업 최종안에 대해 의협은 "의료계의 의견이 거의 반영되지 않은 안을 받아들일 수 없다"며, 약사의 임의조제 근절, 대체조제시 의사의 동의, 주사제 분업 제외 등을 주장하였다. 또 의협은 10월 의약분업 반대의사를 5대 일간지에 광고로 내고[27] 대대적인 선전공세에 나서는 한편, 10월 21일 열린 임시대의원 총회에서 반대투쟁을 결의하였다.

(3) 대한병원협회

협회), 원희목(약사회), 신석우(제약협회), 류충열(도매협회), 신종원(YMCA), 이덕녕(중앙일보), 김용익(서울대), 양봉민(서울대), 우석균(인의협), 홍춘택(건약)

o 의약품관리분과(위원 11명) : 최수영(위원장, 의약품안전국장), 김종신(의사협회), 이 송(병원협회), 원희목(약사회), 신석우(제약협회), 이덕승(녹색연대), 강정화(소비자연맹), 김용익(서울대), 권경희(서울대), 우석균(인의협), 홍춘택(건약), 조재국(보사연)

27) 의협은 5월 18일 6만 5천회원 일동 이름으로 일간지 광고를 통해 "정부가 입법예고한 약사법 개정안에는 의약품의 오·남용을 방지하기 위한 임의조제 금지조항이 명문화되어 있지 않다"면서 "시행에만 급급해 오·남용이 그대로 방치되는 의약분업은 절대 받아들일 수 없다"고 밝혔다. 중앙일보. 1999년 10월 18일자.

5월 10일 시민단체 합의안에 의협과 약사회가 서명하자 병협은 강하게 반발하였다.[28] 병협은 이날 성명서에서 "첫째, 병원의 외래 약국 폐쇄는 의약분업의 근본정신에 위배되며, 둘째, 병원의 외래 약국 폐쇄는 환자의 불편을 가중시키며, 셋째, 주사제는 의약분업 대상에서 제외되어야 하며, 넷째, 환자 치료를 위한 의약품의 선정권은 담당의사에게 주어져야 한다"는 입장을 밝혔다.

5월 20일 상임이사 및 시·도 병원장 합동회의에서 의약분업 재협상 노력을 결의하고, 아울러 의약분업과 관련, 병원직원 및 환자를 대상으로 100만 명 서명작업을 전개키로 하였다. 또 병협은 의협이 시민단체 합의안을 수용한 것은 현행 의료전달체계의 미비를 빌미로 병협을 곤경으로 몰아넣은 것으로 보고 의사 협회비를 내지 않기로 하고, 5월 27일「봉직의사협의회」발기인대회를 열어 의협의 대표성을 부정하였다. 이후 병협은 언론에 자신의 입장을 광고하고, 150만명 서명운동을 벌여, 이 성과를 배경으로 11월, 12월 정기국회 약사법개정안 심의과정에서 의약분업 시행시기를 연기하던지, 병원의 기관분업 시기나마 다소 늦추던지, 아니면 개정안 심의과정을 더디게 하여 법안통과 자체를 무산시키려 노력하였다.

(4) 대한약사회

대한약사회는 5.10 합의 이후 분업에 적극성을 보여왔으며, 정부의 실행위원회에도 적극 참여하였다. 또한 7.19 실행위원회 분업방안에 대해서도 시민단체와 같은 목소리를 내며 협조적인 자세를 보여왔다. 의약분업 최종안 입법예고 후 의협과 병협이 이를 무력화하려고 노력하고 있을 때 약사회가 회기 내 의약분업 추진 입장을 적극 견지해 주었던 것이 약사법개정안의 국회 통과를 가능하게 한 하나의 동력이 되었다.

(5) 시민사회단체

3월 2일의 의협과 약사회의 의약분업 1년 연기관련 합의문에 따라 양측의 중재자로서의 역할을 수행하기 위해「의약분업 실현을 위한 시민대책위원회」가 구성되어 3월 30일 경실련 강당에서 제1차 의약분업 공개토론회를 개최하였다. 이후 이 토론회는 7차에 걸쳐 진행되었다. 5월 9일 시민대책위원회의 최종안이 마련되었고, 의협과 약사회가 시민대책위원회 안에 동의하고 이를 두 단체가 합의하는 의약분업 안으로 채택한다고 발표함으로써 5.10 합의가 이루어지게 되었다. 시민사회단체는 이후 보건복지부 의약분업 실행위원회에 참여하여 7.19 최종안의 도출에 크게 기여하였다.

---

28) 대한병원협회와 사립대의료원장협의회, 국립대병원장회의, 전국중소병원협의회 등은 11일 성명서를 발표하고, "의약분업 합의안은 의약품 오·남용 방지 및 국민편의 도모라는 기본원칙을 무시한 채 특정집단의 이익에 편승한 무책임한 것"이라고 비난하고, 분업 시행에 앞서 이런 문제가 해결되지 않으면 이를 적극 거부할 것이라고 선언했다. 한겨레신문, 1999년 5월 11일자.

10월 이후 의료계와 병원협회가 의약분업에 크게 반발하면서 반대운동을 시도하자 시민사회단체는 의약분업실시에 대한 지지여론을 이끌어내는 방향으로 활동을 전개하였다.

3. 정치적 과정과 합리적 정책결정과정

정책결정에 관한 이론으로 크게 합리성과 정책결정과의 관계와 권력과 정책결정과의 관계를 기준으로 분류할 수 있다는 주장, 기술적-처방적-이상적 유형으로 나눌 수 있다는 주장, 합리모형과 인지모형, 규범론과 실증론, 개인적 의사결정론과 집단적 의사결정론 등의 기준으로 나눌 수 있다는 주장 등이 제시되고 있다(김창엽, 1993).

Ham과 Hill은 정책과정을 권력과 의사결정간의 관계에 초점을 맞추는 관점과 합리성과 의사결정간의 관계를 고찰하는 관점으로 구분하여 분석하였다(Ham C, Hill M, 강성진 역, 1991). 권력과 의사결정간의 관계에 초점을 맞추는 관점은 정책결정을 서로 대립하는 다양한 이해관계와 선호를 가진 사람들에 의하여 이루어지는 정치적 결정으로 보는 것이며, 합리성과 의사결정간의 관계를 고찰하는 관점은 정책결정을 설정된 정책목표를 가장 잘 달성할 수 있는 정책수단을 선택하는 기술적 결정으로 보는 것이다(정정길, 1997).

본 연구에서는 의약분업 정책과정에서 누가 영향을 미쳤는가를 살펴보는 정치적 결정과정의 관점과 정책결정과정이 합리적으로 이루어졌는가를 살펴보는 관점으로 나누어 분석하고자 한다.

4. 의약분업 정책결정과정과 권력

정책결정과 권력의 관계에 대한 지배집단론의 대표적인 이론으로 엘리트 이론과 다원주의 이론을 들 수 있다.

엘리트 이론의 관점에서는 국민대중은 정책에 대해 무관심하기 때문에 엘리트가 정책문제에 대하여 전적으로 의사를 결정하는 것으로 파악한다. 엘리트 이론이 주장하는 정책결정상의 특징들은 소수 엘리트에 의한 권력독점, 엘리트 집단에 편입되는 과정의 지속성과 완만성, 사회체제를 이루는 기본적 가치에 대한 엘리트간의 합의, 정책에 대한 엘리트의 가치 반영, 엘리트의 대중에 대한 영향력 등이다(Dye, 1984). 이와 관련하여 김창엽은 보건의료인력 정책결정에 관한 그의 연구에서 보건의료정책을 포함한 정책결정에서 일반적으로 공무원을 중심으로 한 소수의 사람이 정책결정에 결정적인 영향을 미치고 있는 것은 의심의 여지가 없다고 주장하였다. 그러한 점에서 정책결정구조가 '대통령과 기술관료를 중심으로 한 일종의 과두체제'라는 평가를 내리고, 대통령의 정책결정에 대한 압도적인 영향력은 분명 한국에서의 정책결정과정에 지

배집단이 미치는 성격을 명확하게 보여주고 있다고 주장하였다(김창엽, 1993). 물론 의약분업 정책과정에서도 일부 시기에서 대통령의 강한 영향력을 보여주고 있고, 특히 국민의 정부 이전 시기의 의약분업 정책과정에서 국민대중의 참여나 여론형성은 극히 취약했던 것이 사실이다. 또한, 정책결정이 소수의 엘리트나 공무원의 손에만 집중되거나 독점되어 있었던 상태는 아니었다 하더라도 결국 소수의 지배적 집단에 귀속되어 있었던 것은 사실이라 하겠다. 즉, 국민의 정부 이전 시기의 의약분업 정책과정을 사실상 지배했던 것은 정부의 고위관료, 의사협회와 약사회, 국회 보사위원회였으며, 이들 소수의 지배적 엘리트가 철의 삼각관계를 형성하여 정책을 보수적으로 이끌었던 것으로 볼 수 있겠다. 그러나 국민의 정부 시기의 의약분업 정책과정에서는 엘리트 이론으로는 설명할 수 없는 이익집단의 다원화와 실질적 정책과정 참여가 이루어지게 되었다. 이 시기 의약분업정책에 영향을 미쳤거나 정책을 실제로 결정한 집단이나 개인은 공무원을 중심으로 한 소수의 사람만이 아니었다. 각종 개원의협의회와 지역의사회 등 자기조직의 특수이해를 가지고 있으면서 경우에 따라 상당한 수준으로 원심력을 발휘할 가능성이 있는 조직들로 구성된 대한의사협회 등의 직능이익집단과 '인도주의실천의사협의회'나 '건강사회를위한약사회' 등의 개혁적 보건의료단체, 참여연대 등의 시민사회단체, 소비자단체, 개혁적 학자그룹, 집권여당 정책위원회, 언론계 등도 의약분업 정책과정에 참여하였던 것이다. 결국 엘리트 이론의 접근법은 국민의 정부 시기의 의약분업 정책과정을 설명하는 데에는 부적합한 것으로 판단된다.

다원주의를 주장하는 연구자들의 공통적인 견해는 자유주의적 이론에 따라 개인의 권리를 강조한다는 것이며, 권력분산에 따른 집단의 다양성을 주장한다는 것이다. 정책과정에서 다원론적 입장이 가지는 의미는 첫째, 국민의 의사가 정책에 반영된다는 점이며 둘째, 참여자간의 상호조정과 타협이 일어나게 되며 셋째, 정책과정의 참여자로서 이익집단이 존재하게 되고 넷째, 정책목표가 불명확하고 다목적적이라는 것 등이다(Smith, 1977). 미국과 일본에서는 보건의료분야의 정책을 설명하는데 있어서 다원주의을 적용하여 설명하려는 시도가 많이 있다. 특히 하위정책의 경우 대부분을 다원주의로 설명할 수 있다. 과거 우리 나라 보건의료정책의 경우 다원론의 입장을 받아들여 정책결정과정에 적용하여 설명할 경우 설득력이 약했던 것이 사실이나 국민의 정부 시기 의약분업 정책과정의 경우에는 다원주의 이론이 설명에 적합한 것으로 보여지는데, 그 근거가 되는 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 비록 우리사회가 국민의 의사표출활동이 활발한 완전히 다원적인 사회는 아니라 해도 국민대중이 자신의 이해가 걸려있는 보건의료정책의 결정과정에서 다양한 형태로 영향력을 행사할 수 있는 통로가 과거에 비해 많이 열려 있다는 것은 사실이다. 또 이를 매개할 시민사회·소비자단체 등의 성장과 언론의 역할 확대로 인해 국민의 의사가 주요 정책에 반영될 여지가 넓어졌는데, 의약분업정책의 경우도 이 범주에 해당된다 하겠다. 의약분업정책은 주로 정부가

위원회를 구성하여 그 속에서 이익집단간의 이해를 조정함으로써 정책결정을 추진하였는데, 국민의 정부 이전에는 위원회에 국민의 이해를 대변하는 시민사회단체 등의 참여가 보장되어 있지 않았고 국민의 관심도 없었던 반면, 국민의 정부 시기에는 시민사회단체와 개혁적 학자들의 공식적인 참여가 보장되었고 의약분업에 대한 비교적 높은 국민의 관심과 언론의 주목 등이 있었던 관계로 국민의 의사가 의약분업 정책과정에 간접적 형태로나마 반영되고 있었던 것으로 판단된다.

둘째, 국민의 정부 시기 의약분업 정책과정에서 이익집단들은 해당 직능의 이익관철을 위해 과거에 볼 수 없던 정도로 정부에 대한 비종속성과 비타협성을 보여주었다. 또한 이익집단 상호간에도 의약분업문제가 논의되기 시작한 시기부터 끝까지 정책결정을 둘러싸고 경쟁과 대립, 그리고 상호조정과 타협이 계속되었다. 이 과정에는 직능이익집단인 의협, 병협, 약사회, 제약협회 등 이외에도 시민사회단체, 보건의료단체 등 다양한 대중적 이익집단이 적극 참여하였다. 설사 국가에 의한 조합주의적 통제가 부분적으로 이루어져왔다고 하더라도 직능의 사활적 운명이 걸린 것으로 판단하고 전력 투쟁하고 있는 이익집단에게 있어, 이는 무시할 만한 것이었다. 결국, 국민의 정부 시기의 의약분업 정책과정에서는 참여자로서 강력한 이익집단들이 존재하였고, 참여자간의 상호조정과 타협이 지속적으로 이루어졌으며, 이익집단은 상당한 '자율성'에 기초해 정책결정을 둘러싼 권력을 분점하고 있었던 것이다.

셋째, 국민의 정부 시기는 과거 군사정부 시기와는 달리 민주화 과정의 진전을 통해서 시민사회의 영역이 급속히 성장하였고, 그 만큼 우리 사회가 자율화되었다. 이에 따라 특정 고위정책문제 뿐만 아니라 상당부분 하위정책과제인 다양한 사회문제들이 새롭게 정책의제로 부각되고 사회적 주목을 받게 되었다. 이러한 추세를 그대로 반영하여 정책결정과정에서 모호하고 다목적적인 정책결정이 빈번하게 이루어지게 되었는데, 이는 각종 이익집단의 요구와 다양한 이해관계를 정치적 과정을 통해 융화시켜야 했기 때문이다.

5. 의약분업 정책결정과정과 합리성

여기서는 정책과정을 합리성의 측면, 즉 '어떻게 정책이 결정되며, 이것이 합리적인가' 라는 측면을 다루고자 한다. 이와 관련하여 김창엽은 ALLISON 모형을 적용하여 정책결정과정을 분석한 연구들에서 제시된 분석차원을 종합하였는데(이송호, 1983; 김창엽, 1993), 여기서 사용된 분석차원은 일반적인 정책과정의 단계를 보여주는 것으로 Allison 모형에만 특별히 적용 가능한 것은 아닌 것으로 판단되어 이를 정책결정모형의 가장 기본적인 모형인 합리모형과 이에 반대하는 입장에서 정책결정을 설명하는 점증모형에 적용하였다. 다음과 같은 항목들을 분석의 기준으로 사용하기로 한다.

- 정책결정권의 분포상태
- 정책추진동기
- 목표의 구조와 공유정도
- 대안작성
- 결정의 규칙
- 불확실성의 취급
- 의사결정의 일관성

여기서 제시된 항목들은 주로 정책결정의 여러 의사결정론적 모형에서 제시되는 요소들을 구분하는 기준인데, 이 기준을 이용하여 의약분업 정책과정의 합리성 정도를 분석할 것이다. 의사결정론이라 함은 바람직한 정책결정을 위해서 정책결정자가 수행해야 할 지적인 작업이나 작업수행의 논리에 관한 이론을 말한다(정정길, 1997). 우리 나라 의약분업정책의 경우, 매번 위원회를 구성하여 의약분업정책의 결정을 추진하였기 때문에 위원회를 정책결정자로 보고 정책결정과정에서 합리성의 문제를 분석하는 것이 타당할 것이므로 이후의 분석은 이를 따르고자 한다.

합리적 정책결정과정의 모형으로 합리모형, 점증모형, 만족모형, 혼합주사모형, 최적모형 등이 있으나, 여기에서는 합리모형과 점증모형으로 나누어 분석할 것이다. 왜냐하면, 만족모형, 혼합주사모형이나 최적모형의 경우에는 절충모형이거나 합리성의 제고를 목적으로 하기 때문에 합리모형과 동일한 범주에서 설명될 수 있기 때문이다.

1) 정책결정권의 분포상태

합리모형에서는 정책의 결정이 목표에 대한 명확한 합의, 대안의 비교와 평가에 대한 기준의 명확함, 대안탐색의 합리성, 결과의 예측가능성 등을 전제로 하고 있다. 따라서 합리적, 분석적 판단에 의하여 의사결정을 할 수 있는 주체로 유기체로서의 조직의 최고지도자가 존재하는 것으로 본다(이송호, 1983).

이에 비하면 점증주의는 정책결정이 부분적, 분산적으로 이루어진다고 본다. 이것은 미국과 같은 다원주의 사회에서 흔히 일어나는 현상으로 한가지 정책에 대하여 여러 정책참여자들이 각각 서로 다른 주장을 반영시켜 상호조정과 타협에 의해 정책결정이 이루어지게 된다. 따라서 정책의 결정권은 어느 한 개인이나 집단에 주어지는 것이 아니다. 정책결정은 서로 반 독립적인 기관이나 개인이 각각 분석과 평가를 행하고 의사결정을 한 후 이의 통합과 조정이 이루어지는 과정을 따르게 된다(정정길, 1997).

의약분업 정책과정의 전시기에 걸쳐서 의약분업정책의 결정권이 정책결정자인 정부에 있다고는 할 수 없다. 오히려 정부는 정책결정에 대하여 거의 아무런 권한이나 권력을 행사하지 못

하였다. 의약분업 정책결정에는 정부 이외에도 의사협회, 약사회, 시민사회단체 등 이익집단이 참여하고 있어 정책결정권의 분포가 다소 복잡한 편이다. 또한 합리적인 결정에 유일하게 의존하거나, 연구나 분석의 결과가 항상 정책결정의 기준이 되었던 것도 아니다.

일반적으로 의약분업 정책결정은 시민사회단체와 의협, 약사회 등 이익집단이 참여한 위원회에서 결정되었다. 비록 위원장이 정부의 고위관료이기는 하지만 실질적인 정책결정은 이익집단에 의해서 많은 영향을 받았다. 실제 이들이 정책결정에 가장 중요한 영향을 미쳤다고 해도 무방할 것이다. 따라서 의약분업 정책결정과정은 전체적으로 조직의 최고지도자에 의해서 일사불란하게 움직이는 합리모형보다는 대체로 서로 반 독립적인 기관이나 개인이 각각 분석과 평가를 수행하고 의사결정을 한 후, 이의 통합과 조정의 과정이 뒤따르는 점증모형으로 설명될 수 있을 것이다.

정책결정권의 소재라는 측면에서 이상적으로는 정책결정이 단일한 행위자로서의 국가에 의해 합리적인 분석과 선택의 결과로 이루어지는 것이 바람직할 것이다.

그러나, 국민의 정부 이전 시기의 의약분업 정책과정은 정부가 강력한 의지를 가지고 국민의 이해를 대변하여 정책을 추진하지 못하였고 이해관계가 다른 집단들이 참여하여 자신들의 이해만을 관철시키려 했기 때문에 합리적인 절차에 따라 정책결정이 이루어지지 못하고 이익집단의 역학관계에 따라 정책결정이 이루어졌다고 볼 수 있다.

반면, 시민사회단체가 정책과정에서 압도적인 우위를 점했던 국민의 정부 시기에도 이전 시기처럼 정부가 정책과정을 주도하지는 못했지만, 시민사회단체가 커다란 영향력을 행사하였기 때문에 시민사회단체 우위의 위원회가 단일한 행위자(정책결정자)로서 정책결정권을 행사했던 것으로 볼 수 있다.

2) 정책추진동기

정책결정의 모형들이 정책의 추진동기라는 측면을 명확하게 제시하지는 않고 있지만 각 모형들의 내용을 검토함으로써 정책의 추진동기를 추출할 수 있다. 특히 합리모형과 점증주의 사이에는 정책의 추진동기에 대한 내용상의 차이가 분명하게 드러나 있다.

합리모형에서는 해결할 문제나 목표가 명확하게 이미 주어진 것으로 본다(이송호, 1983). 또한 목표나 가치를 명확하게 정의할 수 있고 서로 다른 목표나 가치관 사이에서도 우선순위를 결정할 수 있다고 본다. 따라서 이러한 관점에서는 정책의 추진동기는 해결해야 할 명확한 문제가 인식되었거나 명백한 목표가 존재하는 것이 된다.

점증주의 관점에서는 정책의 추진동기라는 것이 명확히 존재하지 않는다. 한꺼번에 어떤 정책을 획기적으로 결정하는 것이 아니라 기존의 정책을 서서히 수정, 보완하는 것이 정책결정과정이라고 주장하기 때문이다. 즉, 여기에서는 정책결정과정을 반복적이고 연속적인 문제해결의

과정으로 이해하기 때문에 합리모형에서와 같은 명확한 정책과제나 문제가 있다고 보지 않는다. 정책목표나 정책문제는 명확하지 않는 때가 많고 상충되거나 우선순위를 정할 수 없는 경우가 많기 때문에 목표나 문제를 주어진 것으로 전제할 수 없다는 것이다.

의약분업정책은 1960년대 초반에는 대한약사회가 분업조사위원회를 설치하여 의약분업의 당위성을, 의협에서는 오·남용이 극심한 항생제와 전문의약품의 자유판매금지를 제도화해 줄 것을 보건사회부(이하 보사부)에 건의하게 되면서 문제제기가 되었다. 1965년에는 약사법 및 의료법 개정안을 심의하던 국회 보사위에서 의약품 오·남용에 의한 국민보건의 위해를 들어 의약분업을 제도화하려는 시도도 있었다. 그 뒤 1969년 국회보사위 국정검사반의 보사부에 대한 국정감사에서 의약분업이 제기되었다. 1970년 이후 한동안 잠잠했던 의약분업 문제는 1976년 3월 13일 의협의 항생제 및 스테로이드 자유판매규제 건의를 계기로 보사부가 부분의약분업 안을 마련한 바 있고, 그 후 의료보험제도의 도입으로 의료수요가 증가함에 따라 약사회가 보다 적극적으로 의약분업을 제기하게 되었으며, 1993년 약사와 한의사간의 한약분쟁을 계기로 전문직능간의 역할 재정립이 현안과제로 떠오르면서 의약분업에 대한 논의가 새로운 국면을 맞이하게 되어 미침내 1994년 1월 약사법 개정을 통해서 의약분업 실시에 관한 기본골격과 그 시행시기가 명문화되었다.

이상의 경과에서 볼 때, 국민의 정부 이전 시기의 의약분업정책은 정책의 추진동기, 해결할 문제나 목표가 명확하게 주어졌다고는 보기 어렵다. 비록 국회 보사위에서 약물 오·남용에 따른 국민보건의 위해라는 문제를 제시한 적이 있었지만 대체로 이익집단의 이해관계에 따라 정책과정이 진행되었다는 점을 볼 때, 해결해야 할 명확한 문제가 인식되었거나 명백한 목표가 존재했던 것은 아니라고 볼 수 있다. 이에 따라 진전된 형태의 의약분업정책이 한번에 획기적으로 결정되지 못하고 여러 단체의 역학관계와 문제제기에 따라 서서히 수정, 보완되는 방식으로 정책과정이 진행되었던 것이다. 이처럼 의약분업의 정책목표나 정책문제가 명확하지 않는 때가 많았고 이해집단의 주장에 따라 상충되거나 우선순위를 정할 수 없는 경우가 많았기 때문에 목표나 문제를 주어진 것으로 전제할 수 없는 점증주의적 정책과정을 따랐다고 볼 수 있다. 반면 국민의 정부 시기의 의약분업정책은 약사법 개정을 통해서 기본골격과 시행시기가 이미 명문화되어 있었기 때문에 정책추진동기가 어느 모형을 따랐는지 분석할 여지는 적지만 그 동안의 논의를 통해서 의약분업의 정책문제나 목표가 이미 정리되어 주어진 측면이 큰 것으로 볼 수 있겠다.

3) 목표의 구조와 공유정도

합리모형에서는 해결할 문제나 목표가 명확하게 '주어진' 것으로 본다. 여기에는 잘 조정된 단일한 목표가 전제되어 있다. 의사결정자들이 하나의 목표를 가지고 있다고 가정한다(정정길,

1997). 여기에서 목표란 국가이익 또는 전체조직의 목표이다. 당연히 모든 정책결정의 참여자는 이러한 목표를 공유하고 있다. 따라서 합리모형에서는 문제가 무엇인지, 문제를 어떻게 파악할 것인지, 목표를 무엇으로 선정해야 하는지에 대해서는 별로 논의하지 않는다.

이에 비하여 점증주의에서는 정책으로 달성하고자 하는 목표에 대해서 합의가 어렵다고 본다. 즉 여러 정책간의 상대적 중요성에 대하여 정책결정자나 국민들이 합의하기가 어렵다는 것이다. 이러한 이유 때문에 점증주의에서는 정책의 목표와 대안을 명확히 구분하지 않고 서로 밀접하게 얽혀있는 것으로 본다. 당연히 정책결정에 참여하는 사람들 사이에서 목표의 공유정도는 낮을 수밖에 없다.

앞서 제시하였듯이 의약분업정책의 주된 목표는 약물의 오·남용 방지라고 할 수 있다. 물론 이러한 목표에 대하여 반론을 가지는 집단이나 개인은 존재하지는 않지만, 위원회에 속한 다양한 정책결정자들은 이러한 목표 이외에도 다양한 종류의 목표를 가지고 있다. 즉 국민의 정부 이전 시기에 위원회에 참여했던 의협은 약물 오·남용 방지라는 목표 이외에도 약사의 자유판매 규제를 통한 경제적 이익과 의권의 신장이라는 하위목표를, 약사회는 병원을 포함하는 완전의약분업을 통한 약사직능의 전문화와 약권의 신장이라는 하위목표를 설정하였다. 이처럼 같은 정책결정을 두고도 정책결정의 참여자들 사이에 자신들의 이해관계에 따라 상이한 정책목표가 있었다. 그 결과 정책결정에 참여하는 사람들 사이에서 목표의 공유정도는 낮을 수밖에 없었고 각 참여자는 서로 다른 암묵적인 목표를 가지고 정책결정에 참여함으로써 바람직한 정책결정에 도달하지 못했던 것으로 보인다.

국민의 정부 시기에서도 위원회에 참여한 집단들이 의약품의 오·남용 방지라는 상위의 목표를 제외하고는 공통의 정책목표를 대체로 형성하지 못했다는 점에서 점증주의 모형을 따랐다고 볼 수 있겠으나, 이후 의약분업 정책결정과정을 국민의 지지를 등에 업은 시민사회단체가 주도함에 따라 바람직한 방향의 목표설정과 구체적 정책결정이 이루어진 것으로 보아 합리모형에 의한 설명이 더 타당하다 하겠다.

4) 대안작성

합리모형에서의 대안작성은 정책의 추진동기나 정책목표의 설정과 기본적으로 동일한 구조를 가진다. 합리모형에서는 최선의 정책대안을 선택하기 위하여 모든 정책대안을 광범위하게 탐색하고 이들 대안들을 비교, 평가한 이후 최선의 대안을 선택하는 과정을 밟는다. 또한 이러한 분석에 필요한 시간, 비용, 능력 등이 충분하다고 가정한다. 그러나, 실제로는 모든 대안들을 모두 탐색하고 비교하는 것은 불가능하므로 실제로는 소수의 정책만이 비교와 평가의 대상이 된다.

점증모형에서는 가능한 모든 정책대안을 분석하고 검토하지는 않는다. 따라서 정책으로 인해

생길 수 있는 중요한 결과도 분석에서 누락될 수 있다. 또한 결과 중에서 일부만을 제한적으로 비교하게 된다. 한번 정책을 결정할 때 기존의 정책에서 약간 변화시킨 대안만을 고려하는 것이 점증주의의 접근방법이 된다(정정길, 1997).

대안작성은 국민의 정부 이전 시기와 이후 시기에서 조금 다른 양상을 보여주고 있다. 즉 국민의 정부 이후 의약분업문제가 전국민의 관심사가 되고 시민단체가 이를 주도하기 시작하면서 점점 합리모형의 대안작성과정을 따르기 시작하였다는 것이다.

물론 국민의 정부 이전 시기, 정책의 초기 논의과정에서 보사부에 '의약분업추진연구위원회'를 설치하고, 대한약사회는 '의약분업연구위원회'를, 대한의사협회는 '의약분업전문연구위원회'를 구성하여 의약분업에 관한 연구를 한 바 있고, 이 후 정부출연 연구원 등에 연구용역을 주는 등 합리적인 대안을 탐색하려는 노력이 다양하게 전개되었음을 알 수 있다.

그러나 국민의 약물 오·남용 방지라는 정책목표에 대하여 가능한 최선의 정책대안을 선택하기 위하여 많은 정책대안을 광범위하게 탐색하고, 이들 대안을 비교, 평가한 후 최선의 대안을 선택하려는 노력을 기울였던 것으로는 볼 수 없다.

반면, 국민의 정부 시기에서는 직능분업방식보다는 기관분업방식을 제시하였으며, 의약품의 분류, 약효동성성의 확보, 의약품제조기준의 변경 등과 같은 '의약품 관련 세부사항', 의약분업 협력위원회의 구성, 의약품정보체계의 구축, 의약품의 유통 및 배송체계, 문전약국 방지대책 및 단골약사제 등과 같은 '병·의원과 약국에서의 준비사항', 처방료와 조제료의 산정, 의료보험 약가의 재조정 등의 '의료보험 수가 관련 항목' 등 의약분업정책을 위하여 내부적으로 준비해야 할 정책대안들을 고려하였으며, 그 외에도 의약분업 관련법령의 정비, 의료전달체계의 수립방안과 제약산업 및 의약품 유통산업의 정비·육성방안 등을 보다 구체적으로 제시하였다.

5) 결정의 규칙

합리모형에서의 결정의 규칙은 합리적, 분석적 정책결정의 단계를 따르는 것이다. 합리적, 분석적 결정단계는 일반적으로 다음과 같은 5단계를 거치는 것이라고 인정되고 있다. 즉, 첫째는 정책문제나 목표를 명확히 하는 것이고, 둘째는 문제해결 및 목표달성을 위해 모든 대안들을 탐색하는 단계이며, 셋째는 대안이 실행되었을 때의 결과를 예측하는 단계, 넷째는 대안들의 결과를 평가하는 단계, 그리고 마지막이 최선의 대안을 선택하는 단계이다.

점증주의에서는 정책결정의 규칙으로 연속-제한적 비교, 분절적 점증주의, 참여자간 상호조정 등의 개념을 제시하고 있다. Lindblom에 의하면 연속-제한적 비교란 실제의 정책결정은 합리모형을 따르기보다 연속적이고 제한적인 범위에서 과거의 정책과 비교하는 방법을 통하여 이루어진다는 개념인데, 이것은 구체적인 정책들을 비교하고 또 정책이 구체적인 목적을 달성할 수 있는 정도까지만 비교함으로써 정책결정이 이루어진다는 주장이다. 또 분절적 점증주의

란 정책결정자가 모든 대안을 검토하는 것이 아니라 현행 정책과 다르지 않은 소수의 대안만을 검토하는 것이며, 참여자간 상호조정이란 독립적인 의사결정자들이 그들의 행태를 서로 조정하는 과정을 통하여 정책결정이 이루어진다는 것이다(정정길, 1997).

앞서 살펴본 대로 국민의 정부 이전 시기의 의약분업 정책과정에서는 의사협회와 약사회가 항상 자신들의 이해만을 대변하였고, 상황논리에 따라 그 당시 자신에게 유리한 주장들을 다양하게 제시하였으며, 보사부는 이러한 정황 조건 속에서 제한적이며 분절적인 절충안을 제시하는 과정을 되풀이하였다. 이는 점증주의의 규칙을 따른 것으로 볼 수 있겠다.

반면, 국민의 정부 시기에서는, 위원회에서 공익전문가 또는 시민사회단체 등이 강력한 중재의 행사와 추진력을 가지게 되면서 정책과정이 보다 분석적인 결정단계를 거치게 되었던 것으로 판단된다.

6) 불확실성의 취급

합리모형에서는 정책문제와 목표를 정확히 정의하고 그에 관련된 모든 정보와 데이터를 수집분석하여, 사회적 정치적 경제적인 모든 분석가능한 비용과 효과를 구체적이고 계량적이며 화폐적으로 제시할 수 있다는 것을 전제로 한다(이해영, 1996). 따라서 원칙적으로는 모든 불확실성에 대비하여 사전에 가능한 모든 정보를 수집하고 이를 분석한다. 결과가 명확하게 예측되는 경우는 물론이고, 결과가 몇 가지로 나누어지는 경우에도 비용-편익분석이나 선형계획, 의사결정분석 등의 합리적 분석을 통하여 불확실성을 회피하기 위하여 노력한다.

이에 비하여 점증주의에서는 불확실성 자체를 현실로서 받아들인다. 즉, 정책형성과정에서 필연적으로 분석적 접근이 제한된다고 본다. 정책형성에 오류가 있기 마련이고 어느 문제를 다루어야 하는지 확실하게 말할 수 없다는 것이다. 이러한 전제를 바탕으로 점증주의는 점증적이고 제한적인 분석, 수단지향과 분절화, 연속되고 처방적인 접근, 중요한 결과의 무시 등의 방법을 통하여 불확실성에 적응해 나간다고 본다(김창엽, 1993).

국민의 정부 이전 시기의 의약분업 정책결정과정에서 나타나는 양상은 점증모형의 설명에 가깝다고 볼 수 있다. 즉 위원회를 이끌었다고 볼 수 있는 보사부에서 정책결정을 위하여 가용한 정보를 수집하려고 노력하였으나, 양대 이익집단의 반발 사이에서 의약분업정책에 대한 명확한 의지표명을 하지 않고 종래의 결정에서 크게 벗어나지 않는 결정을 하는 양상을 관찰할 수 있다. 이것은 정책대안에 있어서 명확한 예측을 할 수 없고, 정책결정에 영향을 미칠 수 있는 여러 권력간의 힘의 균형이 나름대로 유지되고 있었기 때문에 생기는 현상이다.

반면 국민의 정부 시기에서는 합리모형에 가까운 양상을 보여준다. 즉 공익연구자의 의견을 통하여 약물의 오·남용 방지, 의료비 절감 등 의약분업의 효과가 잘 나타날 수 있는 방안을 모색하거나, 시민사회단체와 일부학계가 중심이 되어 의약분업정책과 매우 밀접한 관련이 있는

의료보험 약가차액문제 및 의약분업정책의 실시 등 제도개혁과 관련된 보험재정문제를 조사·연구하는 것 등이 한 사례이다.

7) 의사결정의 일관성

합리모형에서의 정책대안과 정책결정은 합리적, 분석적 검토와 비교를 거친 것이므로 같은 정책문제에 대한 결정은 동일한 것일 수밖에 없다. 또 모든 대안을 검토하여 최선의 대안을 선택하는 것이므로 당연히 다른 관련 정책과도 일관성이 있다.

점증주의에서의 의사결정은 기존의 결정에 기초하여 점증적으로 이루어지고, 기존의 정책을 근본적으로 바꾸거나 질적으로 전혀 다른 내용을 고려하지는 않는다. 그러나 바로 이러한 점 때문에 한꺼번에 획기적인 정책결정을 하지 않고 계속 기존의 정책을 수정해 나가게 된다. 따라서 기존 정책이 계속 수정 보완된다는 점에서 정책의 일관성은 약하다고 할 수 있다. 그러나 한번 결정된 정책은 근본적으로 변화하지 않고 크게 보아 같은 방향을 계속 유지한다는 점에서는 오히려 정책결정에 일관성이 있다고 볼 수도 있다(김창엽, 1993).

의약분업정책의 경우, 문제가 처음 제기된 1960년대부터 의약분업실행위원회의 안이 법제화된 현재까지 전체적으로 보면 일관성 없는 정책결정과정을 거친 것으로 볼 수 있겠다. 이는 관련 이해집단의 역학관계와 의료보험제도와 같은 관련 제도가 계속 변화했기 때문이다.

그러나 과거의 들쭉날쭉하던 정책변화에 비하여 의료개혁위원회의 3단계 의약분업(안) 이후부터 시민대책위안에 이르는 의약분업 정책결정과정을 살펴보면, 개정될 때마다 보다 합리적인 방향으로 의약분업정책이 조금씩 변화되어 왔다는 점을 고려해보았을 때, 정책변화가 한편으로는 기존의 의사결정에 기초하여 점증적으로 이루어진다고 볼 수도 있고, 다른 한편으로는 점점 합리적인 방향으로 정책결정이 된다는 점에서 일관성의 정도가 커졌다고도 볼 수 있겠다(표 1). 이렇게 합리성과 일관성이 높은 방향으로의 정책변화는 의약분업이 점점 국민의 관심사가 되고 있고, 시민사회단체의 참여가 두드러지면서 사회적 설득력이 없는 비합리적인 내용이나 이익집단의 잘못된 이익표출에 대해서는 사회적 수용이 곤란하다는 사회정치적 분위기가 형성된 데 기인하는 것으로 볼 수 있겠다.

8) 의약분업 최종 합의안의 합리성 검토

어떤 정책이 입안되었을 때, 그것이 '바람직한가'하는 평가는 어떤 입장에서 보느냐에 따라 큰 차이가 있을 수 있다. 특히, 의약분업처럼 각 집단의 이해관계가 상충되는 경우에는 이러한 차이가 심할 수밖에 없다. 여러 관련 당사자의 입장을 종합하여 볼 때, '바람직한 의약분업'의 조건은 대체로 다음과 같이 요약될 수 있을 것이다(김용익, 1999).

〈표 1〉 의료개혁위원회, 의약분업추진협의회, 국민회의 정책위, 시민대책위 의약분업 제도 모형 비교

항 목		의료개혁위원회 (97/12)	의약분업추진협의회 (98/08)	국민회의 정책위원회 (99/02)	시민대책위 (99/05)
실시 시기		1999, 2002, 2005년 (3단계 추진)	1999년 7월 1일 (동시시행)	2000년 7월 1일 (사실상의 2단계 추진)	2000년 7월 1일 (동시시행)
대상기관	기본방향	전임약사와 조제실을 갖추지 않은 의료기관 (의원도·원내 조제실을 갖추면 예외로 됨)	모든 의원 및 약국	모든 병의원 및 약국 (의료기관 외래조제실 폐쇄)	모든 병의원, 보건소 및 약국 (보건의료기관 외래조제실 폐쇄)
	보완조치	외래환자의 원내외 조제 선택을 환자에 일임	-병원급이상 의료기관 외래환자의 경우 원내외 조제의 선택을 환자에 일임 -원외처방전 발행 유리토록 의료보험수가 제도 보완	-병원, 종합병원, 치과병원의 외래조제실 폐쇄조치 1년간 유예 -본인부담금 차별 적용 -원내조제료 최소 설정	
대상의약품	기본방향	제한적 전문의약품(항생제, 스테로이드, 습관성의약품) → 주사제 제외 전문의약품 → 전문의약품	주사제를 제외한 전문의약품	주사제를 포함한 모든 전문의약품	주사제를 포함한 모든 전문의약품
	보완조치			-주사제에 대해 1년간 적용 유예 -의료보험 진료비 심사기준 변경 통한 경구제 우선 처방 유도	-검사관련, 수술·처치관련, 중환자 대상 주사제 및 보관이 어려운 주사제는 예외
처방 및 조제방식	기본	상품명 처방과 일반명 처방 병용	상품명 처방과 일반명 처방 병용	상품명 처방과 일반명 처방 병용	상품명 처방과 일반명 처방 병용
	보완	의사가 처방전에 '대체불가' 명기시 약사는 대체조제 불가	① 대체불가 표시(-) → 대체조제가능 ② 대체불가 표시(+), 생물학적 동등성 검사(+) → 대체조제 가능 ③ 대체불가 표시(+), 생물학적 동등성 검사(-) → 대체조제 불가 -지역의약분업협의체에서 상품명 투약리스트 작성	-약효동등성 확보를 전제로 대체조제 전면 허용 -지역별 의약분업협의회를 통한 상용 의약품과 대체조제 의약품 협의 -주사제 분업 유예기간 중에도 주사제 처방전 기재 및 교부 의무화	-약효동등성 확보를 전제로 환자의 동의하에 대체조제 허용 -지역별 의약분업협의회를 통한 상용 의약품과 대체조제 의약품 협의
일반의약품투약방식	기본			-소분판매 금지 -PTP포장 및 foil 포장 판매 허용	-소분판매 금지 -PTP포장 및 foil 포장 판매 허용
	보완			소분판매금지 1년 유예	
의약품분류	기본	전문 1,572처방(49.4%) 일반 1,613처방(50.6%)	전문 1,622처방(50.9%) 일반 1,563처방(49.1%)	전문 1,808처방(57.7%) 일반 1,326처방(42.3%)	전문 1,776처방(56.3%) 일반 1,234처방(39.1%)
	보완			스테로이드연고제 51개 처방은 역가(potency)에 따라 중앙약사심의위원회가 분류	스테로이드연고제 전체를 포함한 147개 처방(4.6%)은 제3의 기관이 연구하여 추후분류

* 자료 : 김용익. 의약분업 합의안의 의의와 추후 전망. 인도주의실천의사협의회 토론회 자료집. 1999. 7. 16

① 약물의 오·남용 방지, 의료비 절감 등 의약분업의 효과가 잘 나타날 것.
② 변화의 과정에서 국민들이 크게 불편하지 않을 것. 교육, 홍보 등으로 극복할 수 있을 정도의 불편일 것.
③ 진료 행태의 변화 폭이 가급적 크지 않을 것.
④ 의사와 약사간의 직역이 확실히 분리되어 향후 갈등의 소지가 없어질 것.
⑤ 병원, 의원, 약국 및 국민의 어느 한쪽으로 이해관계가 치우치지 않을 것.
⑥ 다른 의료제도에 악영향을 미치지 않고, 좋은 쪽으로 영향을 줄 것.

이러한 기준으로 의약분업추진협의회 제4차 회의 결과 안(이하 분추협 안)과 의약분업실행위원회 안(이하 실행위 안)을 비교해 보면, 다음과 같이 평가할 수 있을 것이다.

첫째 항목의 경우, 실행위 안이 훨씬 진전된 안이다. 분추협 안에서는 병원에 대해 임의분업 방식을 채택하고 보건소를 예외로 하고 있으며, 의약품 분류에서 일반의약품의 범위를 상당히 넓게 설정하고 있다. 이것으로 병원, 보건소 및 약국의 상당수의 환자가 사실상 의약분업에서 예외로 되는 결과를 낳을 수 있었다. 실행위 안에서는 모든 보건의료기관에서 예외 없이 의약분업을 강제 실시하고, 일반의약품 범위를 많이 축소함으로써 그 가능성은 대폭 줄어들게 되었다.

둘째 항목의 경우, 완전한 형태에 가까운 의약분업이 되는 만큼 국민들은 급격한 제도의 변화를 겪게 되었다. 특히 대형병원과 주사제를 분업 대상에 포함함으로써 그 불편의 정도는 더 커지게 되었다. 이것은 대대적인 국민 계몽과 홍보를 전개해야 함을 의미하여, 의약전문인들이 환자를 상대로 적극적인 지도를 수행하여야 할 필요성도 더 커지게 되었다. 그러나, 이 불편은 영구적인 것이 아니라 1-2년 정도의 기간을 지나면서 익숙해질 수 있는 것으로 보인다.

셋째 항목의 경우, 의약분업은 그 자체가 의사와 약사들에게도 큰 변화를 일으키는 정책이다. 실행위 안은 대체조제를 광범위하게 허용하고 주사제 등을 분업대상에 포함함으로써 정부안보다는 의사들이 겪을 변화가 더 크다고 할 수 있다. 소분판매의 금지는 약사들에게도 큰 변화를 강제한다. 더욱이, 대체조제 시 '환자의 동의'를 얻어야 하는 의무가 발생하게 되었는데 이것은 분추협 안과 국민회의 안에는 없던 것들이다. 이러한 점에서 의약전문인들이 겪을 변화의 폭은 실행위 안이 분추협 안보다 큰 것이다. 국민들과 마찬가지로 의약전문인들도 이 변화에 익숙해지는 데에는 상당한 시간이 소요될 전망이다.

넷째 항목의 경우, 실행위 안은 그 동안 의사와 약사 사이에 쟁점이 되었던 분업대상 기관과 분업대상 의약품의 분류를 비교적 완전한 형태로 정리한 것이다. 따라서 이를 불명확하게 또는 불완전하게 규정한 분추협 안보다는 향후의 분쟁거리를 많이 줄여 놓은 셈이다.

다섯째 항목의 경우, 실행위 안은 병원, 의원, 보건소 및 약국 등에 대해 동일한 조건의 의약분업을 실시하도록 규정하고 있다. 이 점에서는 분추협 안에 비해 훨씬 더 '공평한' 방안이라고

할 수 있다.

여섯째 항목의 경우, 분추협 안에 대해 그 동안 1차 의료기관들이 강하게 반발한 이유 중의 하나는 병원을 임의 분업함으로써 환자의 병원집중이 더 심해질 것이라는 점에 있었다. 실행위 안은 이 가능성을 차단하였다. 정부는 이에 더해서 1, 2, 3차 의료기관간 질병별 차등수가제도를 시행함으로써 의료기관 간의 기능분화를 촉진하려는 정책을 추진하고 있다. 원칙적으로 말하자면, 의료전달체계를 실시한 후 의약분업을 실시하는 것이 순서이겠으나, 정책의 실현에는 사회적인 계기가 있어야 하기 때문에 불가피 순서가 바뀌었으나, 의약분업은 의료전달체계의 도입을 강제하는 효과가 있는 것이다.

이상 검토한 바와 같이 이번 실행위 안은 과거의 여러 방안들보다 '진전된' 형태의 의약분업에 한층 다가 간 정책방안이라고 할 수 있다. 반면, 변화의 폭이 매우 크다는 문제점을 가지고 있으므로 이후 정책의 수용성을 높이려는 노력이 관건이라 하겠다.

9) 각 모형의 적합성

정책결정과정을 의사결정이라는 측면에서 설명하는 각 모형이 실제의 우리 나라 의약분업 정책결정과정을 설명하는 적합성을 요약하면 다음의 표와 같다(표 2).

〈표 2〉 의약분업 정책결정과정에서 이론모형의 분석요소별 적합성

요 소	합리모형	점증모형
정책결정권	+(II)	++(I)/+(II)
정책추진동기	++(II)	++(I)/+(II)
목표의 공유	++(II)	+(I)/+(II)
대안작성	++(II)/+(I)	++(I)/+(II)
결정의 규칙	+(II)	+(I)/+(II)
불확실성의 취급	++(II)	+(I)/+(II)
의사결정의 일관성	+(II)	+(I)/+(II)

<적합성의 크기> ++ : 적합성이 큼, + : 적합성이 어느 정도 있음
<시기> I : 국민의 정부 이전 시기, II : 국민의 정부 시기

국민의 정부 이전 시기에는 대체로 점증모형이 의약분업 정책결정과정을 설명하는 데에 적합성이 크다. 그러나, 의약분업정책이 전국민의 관심사가 되고, 시민사회단체가 정책과정에 참여하기 시작한 국민의 정부 시기에는 점증모형보다는 합리모형의 틀에 더 적합한 경향을 보여주고 있다.

국민의 정부 시기의 의약분업 정책과정은 이전 시기보다 더 많은 이익집단의 영향력 아래 있었음에도 불구하고 이전 시기에 비해 비교적 합리적인 의사결정과정을 보여주고 있고, 그러한 과정을 거쳐 결정된 의약분업정책이 절차나 내용 면에서 상당히 합리적인 것이라고 평가할 수 있겠다.

정책결정과정이 이러한 모습을 보이는 이유는 의약분업정책의 경우 이전의 일반적인 보건정책처럼 하위정책으로서 정책적인 중요성이나 비중을 인정받지 못한 채 소수의 참여자에 의해서 재단되지 않았고, 국민의 정부가 들어선 후 의료보험정책과 더불어 의약분업정책이 국민적·정치적 이슈가 되었기 때문이다. 또한 시민사회운동이 급격하게 성장하게 되어 정책과정에서 시민사회단체가 우위를 점함으로써 의약분업정책이 몇몇 이익집단의 이해관계에 의해 왜곡되지 않았기 때문인 것으로 판단된다.

V. 결 론

1. 요 약

국민의 정부 이전 시기 의약분업 정책결정과정의 특징 중 가장 두드러진 것으로는 이익집단의 강력한 영향력이다. 이는 공익을 대변하는 시민단체의 활동이 미약하였기 때문이다. 그리고 보사부는 의약분업을 추진하면서 여러 번 위원회를 설치하였는데, 이들 위원회는 공익전문가 또는 시민사회단체 등의 강력한 중재와 추진력이 배제된 구조적 결함을 지닌 채 이익집단의 대표들로 주로 구성된 형식적 위원회라는 한계를 지니고 있었다. 이 당시 보사부의 문제해결능력과 정책의지도 박약하였다. 그 결과 국민의 정부 이전 시기에는 정책결정과정이 이익집단의 의도대로 전개되어 국민의 건강을 보호한다는 당초의 정책목표를 상실하게 되었다.

국민의 정부 시기 전개된 의약분업 정책과정도 그 이전 시기와 마찬가지로 이익집단의 강력한 영향력, 이해관계의 복잡성, 보건복지부의 능력부족 등의 특징을 공통적으로 가지고 있었던 것으로 판단된다. 그러나 이 시기에는 이것 이외도 의약분업정책이 사회적 이슈가 되었다는 점, 시민단체 등 다양한 사회집단이 참여하였다는 점, 그들이 위원회에서 차지하는 수적 비중과 발언권이 매우 커졌다는 것 등을 들 수 있다.

의약분업 정책결정과정에서 합리성의 문제를 살펴보면, 국민의 정부 이전 시기에는 대체로 점증모형이 정책결정과정을 설명하는 데 적합성이 높았으나, 의약분업정책이 사회적 관심사가 되고, 시민단체가 정책과정에 참여하기 시작한 국민의 정부 시기에는 점증모형보다는 합리모형이 더 적합한 경향을 보여주었다.

2. 연구의 한계

본 연구는 통계학적으로 보면 표본이 하나인 사례를 연구한 것이기 때문에 검증성의 문제와 일반화의 문제를 안고 있는 한계가 있으나 하나의 사례를 집중적으로 연구함으로써 보다 심도 있게 이해할 수 있다는 장점도 있다(최완근, 1989).

의약분업 정책결정과정을 설명하기 위하여 합리모형과 점증모형을 적용하였는데, 이 두 모형은 정책결정모형의 기본으로 대부분의 정책결정모형에 적용 가능한 것이기는 하지만 의약분업 정책결정과정을 충실히 설명하기에는 역부족이었다는 한계를 가지고 있다. 즉, 국민의 정부 시기의 의약분업 정책과정은 그 이전 시기와는 달리 50년만의 정권교체와 경제위기에 따른 정권차원의 개혁추진 분위기, 그리고 노동운동을 비롯한 다양한 형태의 대중운동과 시민사회운동의 발전, 시민사회운동세력과 개혁적 보건의료단체 등의 정부정책분야로의 진출이 상당히 두드러졌다는 특징을 가지고 있는데(조희연, 1999), 이렇게 변화된 상황과 달라진 조건들을 충분히 고려한 정책결정모형이 추후 더 정교하게 연구되어야 할 것이다.

3. 제 언

의약분업 정책과정에 대한 분석 결과를 근거로 하여 의약분업정책, 나아가 보건의료정책의 결정과정에서 합리성을 높이기 위한 몇 가지 방안을 제언의 형태로 제시하고자 한다.

첫째, 의약분업 정책결정과정에서 국민들의 참여가 보장되어야 한다. 보건의료정책의 수립과정에서 지금까지 일부 고위 수준의 정책결정자나 행정부처의 전문관료가 이를 독점하고, 국민들은 정책결정과정에서 배제되어 왔었다. 그러나 의약분업 정책과정의 경우에서 우리는 국민들의 관심과 시민사회단체의 참여가 정책결정의 합리성을 높이는 데 크게 기여할 수 있음을 살펴보았다. 또 국민과 시민사회단체의 참여는 향후 정책집행의 순응도와 정책의 수용성을 높여줄 수 있을 것이다. 따라서 의약분업정책에서 민주적인 정책결정과정의 수립은 정책의 수립과정뿐만 아니라 집행과정에도 대단히 중요한 과제라고 볼 수 있다. 향후의 구체적 준비과정에서 실제적인 참여와 결정권이 보장될 수 있도록 하는 정책적 배려가 있어야 하겠으며, 또 일반국민들이 의약분업정책과 보건의료정책 전반에 대한 이해를 높이고 지식을 가질 수 있도록 대대적인 국민 계몽과 홍보를 전개해야 할 것이다.

둘째, 의약분업정책 뿐만 아니라 주요 보건의료정책에서 정부가 정책능력과 정책결정의 합리성을 높이려는 노력을 경주해야 한다. 기존의 이론들은 정부의 관료가 정책을 주도할 수 밖에 없는 이유로 관료 업무의 지속성과 정책 전문성을 들고 있다. 그러나 보건복지부의 경우 이와는 다소 거리가 있는 것으로 인식되고 있다. 합리적 정책결정을 위해서는 정책의 목표와 중요

성에 대한 기본적 인식과 가능한 정책대안에 대한 섭렵, 대안의 결과에 대한 예측, 그리고 이의 평가 및 장기적인 정책집행계획 등이 필요하다. 충분한 시간을 가지고 향후 대두될 주요 정책문제를 미리 준비하며, 가능한 외부 자원을 동원하여 치밀하게 연구하는 정부의 풍토를 조성하도록 해야 할 것이다. 그리고 이렇게 결정된 정부의 정책에 대해서는 국민의 동의를 구하는 절차를 밟은 후, 이를 강력히 추진해 나가야 할 것이다.

셋째, 정책결정과정에서 이익집단 사이에 불균형 현상이 나타나지 않도록 하여야 한다. 향후, 보건의료정책의 전 부문에 걸쳐 정책결정과정이 민주화되면서 이익집단의 참여가 불가피하게 왕성해질 것이며, 또한 이들의 이러한 이익표출활동은 정당한 것이기도 하다. 이에 따라 대다수의 주요 보건의료정책의 결정에서 이들 이익집단의 이익표출과 상호갈등 사이에서 많은 조정의 과정이 있게 될 것이다. 그러나 문제는 이 과정에서 정책결정에 참여할 수 있는 집단들의 영향력이 동일하지 않다는 것이다. 특히 자원과 조직력에 있어서 차이가 나는 이익집단과 일반국민을 대변하는 공익집단 사이에는 영향력의 불균형 현상이 있을 수 있다. 이러한 불균형이 최소화되어야 할 것이다.

넷째, 이익집단의 건전하고도 건설적인 이익표출활동이 필요하다는 것이다. 보건의료분야는 민간자본의 투입여부나 정도에 관계없이 기본적으로 공공적 성격을 갖고 있다. 우리 국민들이 의료서비스를 일반 상품과 동일시하지 않듯이 의료기관 또한 일반 기업체와 동일한 성격으로 보지 않고 있다는 것이다. 보건의료분야의 이익집단은 그 자체의 성격 때문에 높은 수준의 도덕성과 국민적 명성을 얻어야 한다. 즉, 그러한 방식으로 움직여야 한다는 것이다. 최근의 의약분업 정책과정에서 이익집단 영향력의 일반적 구비조건을 상당하게 갖춘 의료계가 그들의 이익표출활동에서 수세적 입지를 갖게 된 데는 국민적 명성이 부족한 점, 즉 의료계에 대한 국민적 불신이 중요한 역할을 한 것으로 보인다.

의료보험통합과 의약분업정책과 같은 최근의 보건의료정책의 경우, 일반국민 또는 국민적 이해를 대변하는 시민사회단체, 공익전문가와 관련 학자들이 보건의료정책에 더 많은 관심을 가지고 정책과정에 참여하려는 태도를 분명히 하고 있다. 이번 정책과정을 계기로 보건의료 전문인들도 한층 성숙한 태도로 향후의 정책에 참여할 수 있게 될 것이다.

참 고 문 헌

강성진 역(Ham C, Hill M 저). 현대 자본주의 국가의 정책과정. 대영문화사, 1991 : 89~107

강정화. 의약분업실현을 위한 시민대책위원회 발족. 월간 소비자. 소비자보호단체협의회, 1999. 4.

김용익. 의약분업 합의안의 의의와 추후 전망. 인도주의실천의사협의회 토론회 자료집. 1999 : 1~13

김창엽. 보건의료인력수급의 정책결정에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문, 1993 : 33~125

박순기. 의약분업제도의 정책결정과정에 관한 연구. 서울대학교 행정대학원 석사학위논문, 1990 : 30~41

보건복지부. 의약분업추진협의회 1차~5차 회의록, 보건복지부 내부자료, 1999

의약품분류위원회 1차~8차 회의록, 보건복지부 내부자료, 1999

서울대학교 의과대학 의료관리학교실. 의약분업역할극 자료집, 1999

유인왕. 우리나라 의약분업의 역사. 의보공론, 제3권 제2호, 1985 : 31~37

의약분업실행위원회. 의약분업실행방안. 보건복지부 내부자료, 1999. 9

이송호. 정책형성과정에 관한 연구. 서울대학교 행정대학원 석사학위논문. 1983 : 43~50

이재현. 약사법의 이해. 도서출판 약사공론, 1998 : 96~102

이해영. 정책학신론. 학현사, 1996 : 229~324

정정길. 정책학원론. 대명출판사, 1997 : 209~210

조희연. 한국의 민주주의 이행과 시민운동. 고려대 사회학과 제50회 콜로키움 발표자료, 1999

최완근. 정책결정과 정책시행 - 한국의 공정거래제도의 성립과 시행을 중심으로, 한국행정학회 월례발표, 1989

Dye T.R. Understanding public policy. 5th ed. Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc., 1984 : 28~30

Gill Walt. Health Policy-An Introduction to Process and Power. London and New Jersey, Witwatersrand University Press, Zed Books, 1994 : 7~8

Ham C, Hill M. The Policy Process in the modern capitalist state, Wheatsheaf Book Ltd., 1984 : 76~77

Hogwood BW, Gunn LA. Policy analysis for the real world. Oxford University Press, 1984 : 42~43

Smith B. Policy making in British government. London, Martin Robertson, 1977