

의약분업 정책의 문제점과 개선방안

김 광 태

〈대림성모병원이사장, 의약분업추진협의회위원장〉

1. 의약분업 추진경과

정부는 1994년 약사법 개정시 의약분업을 1999년 7월까지 시행하기로 입법화하였고, 1997년 의료개혁위원회에서 의약분업의 모형에 대한 논의가 이루어진 바 있다.

1999년 7월까지로 명시된 의약분업을 실현하기 위해 정부는 보건복지부 차관을 위원장으로 하고 학계, 소비자, 언론등 공익대표와 의약계 인사로 구성된 “의약분업추진협의회”를 운영중에 있다.

의약분업추진협의회는 지난 8월 개최된 제4차회의에서 의약분업의 실시시기를 '99년 7월1일로 정하고, 의·약간 전문직능의 참여를 전제로 국민부담과 불편이 최소화되는 방향으로 추진한다는 기본원칙과 세부추진사항을 도출한 바 있다.

세부추진사항은 첫째, 분업대상 의약품은 주사제를 제외한 전문의약품으로 한다. 둘

째, 의료법에 외래환자에 대한 처방전을 의무화한다. 다만, 의료법상 조제실을 두어야 하는 병원급이상 의료기관의 경우는 원내외 구분없는 양식으로 처방전을 발행하여 원내외 조제의 선택을 환자에게 일임한다. 셋째, 처방전에 기재하는 의약품은 일반명 또는 상품명으로 하되, 상품명으로 기재하고 “대체불가”를 표시하는 경우 생물학적 동등성 시험을 거친 의약품으로 보건복지부장관이 고시한 의약품은 대체가능하고 그밖의 의약품은 의사의 동의를 받아 대체 투약할 수 있다는 내용이다.

또한 의약분업의 성공적인 정착을 위해 정부는 의약품거래에 따른 약가 마진을 최소화하기 위한 조치를 강구, 외래의 경우 원내처방 조제시보다 원외처방전의 발행이 유리하도록 의료보험수가제도등을 보완, 의료전달체계가 조속히 정착되기 위한 제도적 개선방안 마련, 의약분업으로 의료체계가

왜곡되지 않도록 사전, 사후 방안을 강구한다는 입장을 정리하였다.

지난 10월 개최된 제5차 의약분업추진협의회에서는 의약분업의 시행을 위한 시안을 원외처방전 발행 유도방안(환자본인 부담정액제 또는 약제비 본인 부담제), 의료전달체계 확립방안(의료기관 종별에 맞는 진료유도), 의약분업 협력위원회 지역별 설치방안, 의약품 유통개혁 방안 등으로 정리한 바 있다.

2. 의약분업 세부추진사항에 대한 의견

1) 분업대상 의약품의 범위

의약분업은 의약품을 일반의약품과 전문의약품으로 분류하고 전문의약품에 한해 의약분업을 실시하되 주사제의 경우에는 국민의 불편을 감안하여 의약분업대상에서 제외하기로 하였다.

주사제를 의약분업대상에 포함할 경우 환자는 의료기관에서 진료를 받고 주사제가 처방될 경우 의료기관 밖의 약국에서 주사제를 구입한 후 주사를 맞기 위해 다시 의료기관을 방문해야 하는 불편을 감수해야 하는 문제가 발생하게 된다. 이러한 과정은 특히 몸이 아픈 환자에게는 여간 고통스러

운 사안이 아닐 수 없으며 국민을 위한 의료의 제공이라는 측면에서도 주사제를 분업대상에서 제외한 것은 당연하다 할 수 있을 것이다.

일부에서는 주사제가 의약분업대상에서 제외된 것을 두고 주사제 남용을 우려하는 의견을 개진하고 있다. 의약분업의 목적이 약물의 오남용을 막아보자는 취지에서 출발한 것이므로 주사제를 제외할 경우 이의 남용이 우려된다는 주장이 일견 설득력이 있어 보이나, 의료보험연합회에서 진료비 심사를 통해 문제가 있을 경우 진료비의 삭감을 시행하고 있으므로 주사제 남용의 문제는 우려할 사안이 아니라고 판단되며, 그보다도 더 중요한 것은 일반의약품과 전문의약품의 분류가 약품의 오남용 및 약화사고를 막는 열쇠가 될 것이다.

일부에서는 연합회 내부자료를 인용하여 총 의료비중 약제비의 비율을 제시하면서 우리나라의 약제비 비중이 의약분업을 실시하고 있는 다른 나라에 비해 그 비중이 상당히 높아 의료기관에서 과잉투약이 이루어지고 있는 것이 아닌가 하는 문제를 제기하고 있다(표 1).

그러나 이러한 비교자료를 면밀히 살펴보면 우리나라의 자료는 제목과 달리 총의료

(표 1) 총의료비중 약제비 비율, 1996

약제비 항목	의약분업 실시(%)		의약분업 미실시(%)	
	미 국	영 국	일 본	한 국
총의료비중 약제비 비율	11.3	16.4	29.1	31.1
총의료비중 입원 약제비 비율	3.9	1.6	7.8	10.4
총의료비중 외래 약제비 비율	7.4	14.8	21.3	20.7

주 1) 영국은 1992년, 미국과 일본은 1993년 기준임.

2) 우리나라는 의료보험진료비를 기초로 계산된 것으로 한방 병·의원, 보건소, 약국 등이 제외됨.
자료: 연합회내부자료(의료개혁위원회 자료 재인용)

비중 약제비 비율이 아니라 의료보험진료비를 기초로 비율을 산출한데 반하여, 비교군으로 설정한 국가들은 총의료비를 기초로 비율을 산출한 것이어서 비교 자체가 무의미하다.

의료개혁위원회도 무조건적으로 연합회의 내부자료를 인용하여 보험진료비중 약품비용은 1조 9,500억원으로 31.5%를 차지한다고 밝힌 바 있다. 국가간 비교가 가능하기 위해서는 분모값을 보험진료비가 아닌 총의료비로 계산하여야 하므로 한국보건 의료관리연구원이 추정한 개인보건의료서비스에 대한 지출액 10조 2,367억원(국민의료비지출동향 85-95보고서)을 총의료비로 환산할 경우 총의료비중 약제비의 비중은 19%에 불과하게 된다. 또한 한국보건사회연구원이 추정한 16조 4,827억원(국민의료비 및 요양기관별 의료비 추계)을 총의료비 분모로 투입할 경우에는 이보다 훨씬 낮은 값을 보이게 된다. 이러한 경우 우리나라 약제비 비중은 영국과 유사하며 대부분의 원료의약품을 외국에서 수입하거나, 완제품생산을 외국의 지원기술에 의존하고 있는 국내현실을 감안한다면 의약품가격이 상대적으로 비쌀 수 밖에 없음과 구미처럼 의와 약이 나누어져 발달한 것이 아니고 의와 약을 한가지로 여기는 국민정서를 감안할 때 우리나라의 약제비 비중 19%는 의약분업을 시행하고 있는 나라들의 10~15%와 비교시 결코 높은 수치가 아니며 과잉투약 동기가 상존한다고 문제를 제기하는 것은 어불성설이 아니라 할 수 없다.

역으로 (표1)의 내용은 우리나라의 의료보험이 지급하는 보험진료비중 약제비 비중이 30%에 달한다는 것은 의료보험의 지급

수준이 국민의 약값등 기본적인 진료비 지원에 불과한 저급여 방식이라는 것을 설명하고 있다. 따라서 외국처럼 행위료에 대해 적정 보상될 경우 약제비중은 오히려 떨어질 것이다.

2) 원외처방전 발행 의무화

외래환자에 대한 원외처방전을 의무화하되, 의료법상 조제실을 두어야 하는 병원급 이상 의료기관의 경우는 원내외 구분없는 양식으로 처방전을 발행하여 원내외 조제의 선택을 환자에게 일임한다는 안은 의료법 준수와 환자의 선택권을 보호한다는 취지에서 바람직한 안이라 판단된다.

일부에서는 의약분업에 대해 의사는 처방, 약사는 조제라는 직능분리에서 그칠 것이 아니라 소유의 분리까지 이루어져야 한다는 기관분립을 주장하면서 모든 의료기관을 대상으로 원외처방전 발행을 강제화해야 한다는 논리를 펴고 있다.

의약분업은 말 그대로 의와 약을 분리하여 의료 및 약료가 각각의 전문 인력에 의해 수행됨으로써 의약서비스의 전문화를 기하고, 또 한편으로는 의사의 처방내용이 공개되어 이를 약사가 이중점검 함으로써 양질의 의료를 효율적으로 제공하자는 데 있다.

만일 원외처방전발행 강제화 논리가 맞다면 병원의 약사가 의사의 처방을 받아 약을 조제할 경우 전문화 및 이중점검이 이루어지지 않는다는 말인지, 그렇다면 입원환자에 대한 조제는 어떤 논리로 원내에서 가능하다는 것인지 도대체 그 의미를 종잡을 수 없다.

의약분업은 의사와 약사가 전문업무를 충

실히 수행하자는 논리라는 점에는 어느 누구도 이견이 없을 것이다. 따라서 기관분리가 아닌 직능분리이어야만 한다. 즉, 의사는 처방하고 약사는 조제실을 갖춘 어느 곳에서든지 조제가 가능해야 할 것이다.

3) 처방전 기재 방식과 처방대체 인정유무

처방전에 기재하는 의약품은 일반명 또는 상품명으로 하되, 상품명으로 기재하고 “대체불가”를 표시하는 경우 생물학적 동등성 시험을 거친 의약품으로 보건복지부장관이 고시한 의약품은 대체가능하고 그밖의 의약품은 의사의 동의를 받아 대체 투약할 수 있다는 안은 의약품 선정권을 환자치료의 최종책임자인 의사에게 준다는 취지에서 대체로 무리가 없다고 판단된다.

같은 성분의 의약품이라 하더라도 제약회사에 따라 추가첨가물 등이 다르고 환자의 상태에 따라 흡수, 감수성 등이 다르므로 환자의 상태를 가장 잘 알고 있는 의사에 의해 의약품이 선택되어야 하므로 의사의 의약품 선정권은 당연하며 외국의 경우도 상품명으로 처방하고 있다.

더욱이 대법원도 “의료행위란 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 수술을 포함한다”고 판례를 남긴 바 있어 환자측의 명시적 의사표시가 없는 한 의사의 의료행위를 제한할 수는 없는 일이며, 이를 부당하게 제한하고자 하는 것은 의사의 직업의 자유를 침해하는 것일 뿐만 아니라 환자의 수진 선택권을 제한하는 행위가 될 우려가 있다.

3. 의약분업 시안에 대한 의견

제5차 의약분업추진협의회에서 제시된 의약분업 시안을 살펴보면 원외 처방전 발행 유도방안(환자본인 부담정책제 또는 약제비 본인 부담제), 의료 전달체계 확립방안(의료기관 중별에 맞는 진료유도), 의약분업 협력위원회 지역별 설치 방안, 의약품 유통 개혁 방안등을 제시하였다.

정부는 제4차회의시 논의된 의약품거래에 따른 약가 마진을 최소화하기 위한 조치를 강구, 외래의 경우 원내처방 조제시 보다 원외처방전 발행이 유리하도록 의료보험수가제도 등을 보완하고, 의료전달 체계가 조속히 정착되기 위한 제도적 개선방안 마련, 의약분업으로 의료체계가 왜곡되지 않도록 사전, 사후 방안을 강구하겠다는 내용에 대한 시안을 제시했다.

그러나 시안의 내용을 살펴보면 의약분업으로 의료체계가 왜곡되지 않도록 사전, 사후 방안을 강구한다는 전제는 사라지고 환자본인 부담정책제, 의료전달체계 확립, 의약품 유통개혁을 통한 약품비 지급체계개선 등 의약 분업의 본질과는 무관한 의료제도 개선에 대한 사항이 주를 이루고 있어 의약분업을 하자는 것인지 의료제도의 판을 뜯어 고치겠다는 것인지 분별이 어려운 실정이다.

의약분업의 도입 그 자체만으로도 가히 혁신적이라 할만큼 커다란 작업임에도 불구하고 이를 계기로 우리나라 전체 의료제도를 개혁하겠다는 것은 의약분업 본래의 목적이 흔들릴 수 있으므로 의약분업협의회에서는 의약 분업의 대전제만을 합의하고 세부방안에 대해서는 의약분업으로 인해 의료체계가 왜곡되지 않도록 한다는 전제하에 규제를 통한 해결책을 강구할 것이 아니라

인센티브를 부여하여 동기를 유발 할 수 있는 방안에 대해 심도있는 연구가 필요하다고 판단된다.

1) 원외처방전 발행유도 및 의료전달체계 확립방안

정부는 원외처방전 발행을 유도하기 위하여 병원의 외래이용시 일정금액까지의 진료비용은 본인이 직접부담하고 이를 초과하는 진료비에 대하여는 현행 본인부담율을 적용하되, 의원 이용시에는 현행과 동일하게 본인부담금을 적용하는 환자본인부담정액제 또는 의료기관에 관계없이 모든 외래환자의 약제비는 전액 본인이 부담하되 원외처방전에 따라 약국에서 조제·투약을 받은 경우 일정금액을 초과한 때에는 해당 금액을 보험자단체에서 상환하는 약제비 본인부담 및 상환제도를 도입할 것을 검토하고 있다.

의약분업은 의사가 조제를 포기하고 처방에만 전념토록 하는 것이 그 취지인 바 원외처방전 발행은 당연히 처방료의 현실화를 통한 인센티브 부여로 유인책을 마련하여야 하나 정부의 시안은 유인방안은 커녕 의료기관 및 국민들에게 불편을 초래하는 규제방안을 통해 원외처방을 강제화하겠다는 처사라고 밖에 볼 수 없다.

의료전달체계에 대한 문제는 결코 의약분업의 일환으로 강제화를 통하여 해결될 수 있는 사안이 아니며 어텐딩시스템(attend-ing system)의 도입등 장기적인 의료제도의 발전방향 차원에서 별도로 심도있게 고려되어야 할 사안이다.

2) 약품 유통개혁을 통한 약품비 지급체계개선

정부는 약가마진을 최소화하는 방안으로 제약회사와 도매상이 공동출자 하여 의약품 물류협동조합을 설립하고, 의약품 거래과정을 투명화하기 위해 의료기관이 구입가를 보험자에게 청구하면 보험자는 의료기관에 약품관리비를 지급하고 약품비는 물류조합을 통하여 도매상(제약회사)에 직접 지급케 한다는 안을 제시하는 한편 국민의료보험법 입법예고안에까지 명문화하고 있다.

의약품물류협동조합안은 작년에 의료개혁 위원회에서도 논의된 바 있었으나, 합리적인 유통구조 개선을 통해 물류비를 절감하겠다는 취지는 좋으나 이를 위해 국가의 지원을 요구하는 것은 무리가 있으며, 대형화, 자동화 및 경영현대화는 자구적인 노력을 통해 수행하는 것이 바람직 하다고 결론을 내린 바 있다. 그럼에도 불구하고 약가마진을 최소화한다는 명분으로 이를 다시 거론하면서 이번에는 한걸음 더 나아가 보험자가 의약품비용을 도매상(제약회사)에 직접 지급토록 하겠다니 실로 놀라움을 금할 수 없다.

의료기관의 금전거래를 배제하면 약가마진이 배제될 수 있다는 기발한 논리도 논리려니와 의약품의 선택과 단가계약은 의료기관이 하도록 하고 대금지불은 보험자가 한다는 안은 참으로 초범적인 발상이라 아니할 수 없으며 약가마진 최소화라는 목표만을 달성할 수 있다면 전체약품비는 얼마든지 증가하여도 좋다는 논리인지 반문하지 않을 수 없다.

시안대로라면 보험자가 약가를 지불하게 될 것이므로 약가에 대한 부담이 사라진 의료기관은 고가·양질의 약품을 최우선으로 선택할 것은 자명한 일이며, 이러한 경우

전체약품비는 천문학적인 금액으로 증가할 수 밖에 없을 것이다. 또한, 제약회사는 약가의 저하를 막기 위해 약의 선택에 있어 가격부담이 없게 된 의료기관을 대상으로 치열한 로비를 벌일 것이 명확할 뿐만 아니라 제약회사는 약가지불 자루를 쥐고 있는 보험자를 향해 약제비의 조기지불을 받기 위한 로비 또한 치열할 것으로 예상된다.

4. 맺음말

의약분업의 목적은 의약품 오남용 및 약화사고를 방지하고, 의사·약사의 역할을 전문화하여 국민에게 양질의 의료서비스를 제공함을 원칙으로 하고 있다. 정부에서도 의약분업으로 의료체계가 왜곡되지 않도록 사전, 사후 방안을 강구하겠다는 천명한 바 있다.

그러나 제5차 협의회에서 도출된 정책시안을 살펴보면 의료의 규제를 통한 의약분업을 실시하겠다는 의도가 보인다.

의약분업을 시행하려면 최소 5,000억원 이상의 추가 자금소요가 필요하다고 전문가들은 진단하고 있다. 경제위기로 인해 추가 재원조달이 거의 불가능한 현실에서 의약분업이 성공적으로 정착하기 위해서는 의약분업 그 자체의 목적에만 매진하더라도 여간 어려운 과업이 아닐 수 없다.

그런데도 불구하고 규제를 통해 의료제도 전체를 개혁하겠다는 논지는 불필요한 규제를 철폐하고 자율성을 최대한 부여하겠다는 신정부의 의지와도 전혀 상반된 논리가 아니라 할 수 없다.

따라서 지금이라도 의약분업추진협의회는 의약분업 본연의 대전제만을 합의하고, 의약분업으로 인해 의료체계가 왜곡되지 않도록 한다는 전제를 명심하여 규제를 통한 해결책을 강구할 것이 아니라 진정한 인센티브 제도를 도입하는 등 의약분업이 성공적으로 정착될 수 있는 정석적인 접근방안이 강구되어야 할 것이다. 病協