

병원 외래환자의 약국선택권 제도도입 필요성

작성자 : 이용균 연구위원(lyk@kha.or.kr)

목 차

1. 의약분업과 병원외래약국	5
2. 제기되는 문제점	7
3. 외국의 사례	8
4. 약품거래 투명성 제고정책	10
5. 개선과제와 방안모색	13
6. 맺음말	18

요 약

- 1998년 8월 보건복지부는 의약분업추진 협의회를 구성 운영하며 의사와 약사의 職能분업을 전제로 국민의 부담과 불편을 최소화하는 방향으로 추진키로 함. 그 구체적인 내용으로는 의료법에 근거하여 외래환자에 대한 원외처방전 발행을 의무화 하고, 병원급 이상 의료기관의 경우에는 원내·외 구분 없는 양식으로 처방전을 발행하여 원내·외 조제의 선택권을 환자에게 일임하는 안이 정부발표의 원안이었음.
- 당초 ‘의약분업추진 협의회’의 대안대로 시행 될 경우 병원에서는 진료와 처방 및 조제가 원-스톱으로 이루어지게 되는 편의성 때문에 환자가 병원을 선호하게 될 것이라는 주장이 제기되어 병원에서 조제업무에 종사하는 약사는 입원환자에 대해서만 조제할 수 있도록 강제하는 약사법 개정안이 입안되었고, 1999년 12월 7일 국회를 통과하였음.
- 이 법안에 따라서 2000년 7월부터 개정 약사법에 근거하여 의약분업이 실시되었음. 이에 따라서 병원에서 약 조제는 입원환자, 응급환자, 정신질환자 등 예외 조항을 제외하고 불허하였음.
- 그 결과, 의사와 약사의 직능이 분리되어 운영되고 있는 병원급 의료기관의 원내약국이 폐쇄됨에 따라 현재처럼 문전약국이 다수 출현하게 되었고, 병원을 내원한 외래환자는 병원과 약국을 각각 방문하는 불편을 초래하였음.

- 그 동안 평가연구에 의하면 의약분업 제도도입의 긍정적 효과로서는 의약품 오남용 예방, 국민의 알권리 신장 등으로 요약됨. 하지만 부정적인 요소로서는 소비자 의·약서비스 이용의 불편, 사회적 비용증가(one-stop→two stop system), 소비자 경제부담의 증가 현상 등이 지적되고 있음.
- 의약분업이라는 제도도입 10년이 지난 2011년도를 맞이하여 현재의 의약분업 정책의 틀을 유지하면서 제도운영 과정에서 나타나고 있는 문제점들을 부분적으로 수정 보완하는 제도 개선이 요망된다고 하겠음.
- 구체적으로는 병원의 원내약국의 개설 허용을 통해서 외래환자 약국 선택권을 허용하고 이를 통한 원내외 약국간의 경쟁을 통한 환자서비스 개선과 사회적 비용절감을 유도하는 제도개선이 요망된다고 하겠음.
- 외래환자의 약국의 선택권은 미국, 일본, 대만 등 외국의 사례에 비추어 볼 때 대부분의 국가들이 원내약국 개설을 허용하고 있으며, 임의분업을 시행하고 있는 일본의 경우에도 외래환자가 의료기관과 약국을 이중적으로 방문하는 점과 요금의 이중지불(처방전료, 복약지도료 등)이 환자불만의 80%를 차지하는 것으로 나타남.
- 따라서 의약분업 제도 도입 시 환자의 편익보다는 의원·약국 등을 의약분업에 참여시키기 위한 수단으로 활용되었던 원내약국 폐쇄조치는 의약분업 제도가 정착된 현 시점에서 원래 의약분업의 정책대안에서 제시된 바와 같이 병원급 의료기관은 약 처방전을 발행하고 약 조제 선택은 환자에게 일임하는 '환자 약국선택권'으로 정책전환이 요구된다고 하겠음.

1. 의약분업과 병원외래약국

- 의약분업 시행방안은 당초 1994년 보건복지부장관의 자문기구로 운영되었던 ‘의료보장 개혁위원회’와 1996년 국무총리 자문기구로써 운영되었던 ‘의료개혁위원회’에서 제시된 정책대안으로 모두 외래환자에 대하여 처방전 발행을 의무화 하되, 약조제의 선택권은 국민에게 주어져야 한다는 職能분업의 원칙이 제시되었음.
- 1998년 5월부터 8월까지 보건복지부는 의약분업추진 협의회를 구성 운영하며 4차에 걸친 회의 결과 정부안을 도출해 내었음. 합의된 도출내용은 의사와 약사의 職能분업을 전제로 국민의 부담과 불편을 최소화하는 방향으로 추진기로 함.
- 구체적인 내용으로는 의료법에 외래환자에 대한 원외처방전 발행을 의무화 하고, 의료법상에 조제실을 두어야 하는 병원급 이상 의료기관의 경우에는 원내·외 구분 없는 양식으로 처방전을 발행하여 원내·외 조제의 선택권을 환자에게 일임하는 안이 주요 내용이었음¹⁾.
 - 다만, 외래의 경우 원내 처방 조제 시 보다 원외처방전 발행이 유리하도록 건강보험 수가제도를 보완기로 함.
- 당초 ‘의약분업추진 협의회’의 대안대로 시행 될 경우 병원에서는 진료와 처방 및 조제가 원-스톱으로 이루어지게 되는 편의성 때문에 환자가 의원보다 병원을 선호하게 될 것이라는 주장이 제기되었고,

1) 보건복지부, ‘의약분업추진위원회 제4차 회의록’, 1998.8.24일자.

이 경우 환자쏠림으로 의료전달체계의 왜곡현상이 초래될 것이라는 주장이 제기되었음.

- 따라서 병원의 외래조제를 금지시킬 경우 양자(약사회, 의사회)의 이해가 합치된다는 일부 시민단체 주도의 이해 조정에 따라 1999년 5월 10일 대한의사협회, 대한약사회가 시민단체의 의약분업 조정안에 합의 서명하게 되었고 정부도 이를 수용하게 되었음.
- 이와 같은 합의 안이 근간이 되어, 병원에서 조제업무에 종사하는 약사는 입원환자에 대해서만 조제할 수 있도록 강제하는 약사법 개정안이 입안되었고, 1999년 12월 7일 국회를 통과하였음. 개정 약사법의 주요내용은 다음과 같음.
 - 의사의 처방전에 의해서만 조제
 - 일반의약품만 임의판매가능
 - 병원에서 약 조제는 불허(입원환자 예외) 등임.
- 이 법안에 따라서 2000년 7월부터 개정 약사법에 근거하여 의약분업이 실시되었음²⁾. 이에 따라서 병원에서 약 조제는 입원환자, 응급환자, 정신질환자 등 예외 조항을 제외하고 불허하였음.

2) 의약분업 실시된 2000.7.1일부터 7.31일까지 의약분업의 계도기간을 설정하여 문제점을 보완하여 실제적으로는 2000년 8월부터 본격적으로 시행되었다고 하겠음.

2. 제기되는 문제점

- 당초의 정부안인 직능분업에 대하여 의료전달체계의 개선과 완전분업이라는 명분하에 ‘병원 외래조제실 폐쇄’가 되고 병원 내 약사는 외래환자에 대해서는 조제행위를 금하게 되었음.
- 그 결과 의약분업의 기본인 의사와 약사의 직능에 의한 직능분업이 아니라 의료기관과 약국(개국약사)의 業權을 분리하여 보장해 주는 기관분업의 형태가 되었음. 또한 이해 당사자의 정책의 지지도를 높이고자 ‘원외처방료’와 ‘약국조제료’의 수가인상으로 보험재정의 악화 현상을 초래하게 됨.
- 그 동안 의약분업제도의 도입평가 연구에 의하면 의약분업 제도도입의 긍정적 효과로서는 의약품 오남용 예방, 국민의 알권리 신장 등으로 요약되지만 부정적인 측면으로는 소비자 의·약서비스 이용의 불편, 사회적 비용증가(one-stop→two stop system), 소비자 경제부담의 증가 현상 등이 함께 지적되고 있음.
- 또한, 의사와 약사의 직능이 분리되어 운영되고 있는 병원급 의료기관의 외래약국이 폐쇄됨에 따라 현재처럼 문전약국이 다수 출현하게 되었고, 병원을 내원한 외래환자는 병원과 약국을 각각 이중 방문하는 불편을 초래하였음.

3. 외국의 사례

□ 미 국

- 미국 대부분의 주에서는 의사의 조제권을 금지하는 규정이 없어 의사도 조제 및 투약할 수 있음. 다만, Medicare(노령층 의료보험), Medicaid(저소득층 의료보험), 건강보험(HMO)에서 보험자들이 의사의 조제나 투약행위에 대해서는 별도의 수가를 지불하지 않지만, 환자들의 접근편리성을 위해서 병원약국을 허용하고 있음.

□ 일 본

- 일본의 경우 법률에 의한 의사의 조제권을 제한하는 형식을 취하고는 있으나 환자들의 요구에 의해 의사가 여전히 조제를 할 수 있는 임의분업 형식임.
- 일본은 의료법 제22조에서 의사는 처방전을 반드시 발행해야 하나 환자가 희망하는 경우와 의료상의 이유로 불가피한 경우는 직접 조제할 수 있도록 단서를 두고 있음.
- 일본의 경우에도 병원의 문전약국 및 대형조제 체인약국이 증가현상이 발생하였으며³⁾, 외래환자는 의료기관과 약국 2곳을 방문하는 점

3) 2003년 국민 앙케이트 조사결과, 외래처방전 소지자중 90.3% 문전약국에서 조제하는 것으로 나타남.

과 요금의 이중 지불(처방전료, 복약지도료 등)이 불만요인의 80%를 차지하는 것으로 나타남.

□ 대 만

- 대만은 국민건강보험을 실시한 지 2년이 지난 시점인 1997년도부터 의약분업을 실시함. 운영방식은 이원체계(Two Tiers Policy)로서 병원 원내 약국에서의 조제와 원외 약국에서의 조제를 모두 허용하는 환자선택권 보장방식으로 운영되고 있음⁴⁾.

4) 대만의 의약분업은 직능 분업의 형태로서 처방은 의사, 조제는 약사가 담당하지만 의사가 의료기관 내에 약국을 개설하여 약사를 고용할 수 있도록 허용하고 있음.

4. 약품거래 투명성 제고정책

□ 약품거래 리베이트 쌍벌제

- 2010년 4월부터 약거래 투명성을 제고하기 위해서 리베이트를 주는 제약사와 받는 의·약사를 모두 형사 처벌하는 이른바 `리베이트 쌍벌제'가 2010년 11월28일부터 본격적으로 시행됨.
- 주요내용은 의료인이나 의료기관 종사자는 의약품 채택 및 처방유도 등 판매촉진을 목적으로 제공되는 금전, 물품, 편익, 노무, 향응 등 경제적 이익을 제공 받는 경우 처벌을 받음⁵⁾.

〈표 1〉 리베이트 쌍벌제 주요 내용

대상	제재종류	기존(2010년 11월28일 전)	개정(2010년 11월 28일 후)
수수자	행정처분 (자격정지)	2개월	1년 이내
	형사처벌	처벌없음	2년 이하 징역 또는 3천만원 이하 벌금 (취득한 경제적 이익 등 몰수·추징)
제공자	행정처분 (자격정지)	제조(수입)자: 1개월~허가취소 의약품도매상: 15일~6개월	현행유지
	형사처벌	1년 이하 징역 또는 300만원 이하 벌금	2년 이하 징역 또는 3천만원 이하 벌금

5) 쌍벌제에서는 각종 리베이트를 준 사람은 물론 받은 의료인도 2년 이하 징역이나 3000만원 이하 벌금 또는 과징금 없이 1년 이내의 자격정지 처벌 규정을 두고 있음.

□ 시장형실거래가 제도

- 1999년 11월 15일부터 시행돼 왔던 의약품 실거래가상환제가 음성적 리베이트 구조화의 한 원인이라고 판단한 정부가 의약품 거래 시 시장원리가 작동하도록 제도개선을 추진하였음.
- 2010년도 10월부터 도입한 시장형실거래가제는 요양기관이 의약품을 상한가보다 싸게 구입했을 경우 그 차액 중 70%를 인센티브로 되돌려주는 제도임.
- 즉, 종전의 실거래가제도는 정부가 정한 기준금액(상한금액) 안에서 병원·약국 등이 해당 의약품을 실제 구입한 가격으로 지불받았으나, 대부분 상한금액으로 구입금액을 신고해 제도의 효과가 별로 없었다는 문제점이 지적되어 왔음.
- 이를 개선하기 위해 시장형실거래가제도는 병원·약국 등이 의약품을 값싸게 구입하면 상한금액과 구입금액의 차액의 70%를 수익으로 제공해 의약품을 저렴하게 구입할 동기를 부여하고, 환자의 경우 병원·약국 등이 의약품을 싸게 구매할수록 본인부담액이 경감되도록 제도화 하였음.
- 이 밖에 약가와 약거래 투명성 제고를 위한 도입된 제도로서는 신고포상제, 리베이트 감시시스템 등이 운용되고 있음.

<참고>시행중인 약품 리베이트 근절정책

주요 리베이트 근절 정책	내 용	시행일
리베이트 약가 연동제	리베이트 적발 의약품 약가 최대 20% 인하	2009.08.01
신고포상제	의약품 리베이트 내부고발자에 최대 1억원 지급	2010.05.14
리베이트 종합 감시시스템	복지부, 검·경찰, 공정위, 국세청 등 범정부 차원 리베이트 감시 공조체계 가동	2010.07
시장형실거래가제 (저가구매인센티브)	요양기관이 의약품을 보험상한가보다 싸게 구매하면 차액의 70%를 병원·약국에 인센티브로 제공	2010.10.01
리베이트 쌍벌제	리베이트 주고받은 제약사 및 의·약사 2년이하 징역 또는 3000만원 이하 벌금	2010.11.28

5. 개선과제와 방안모색

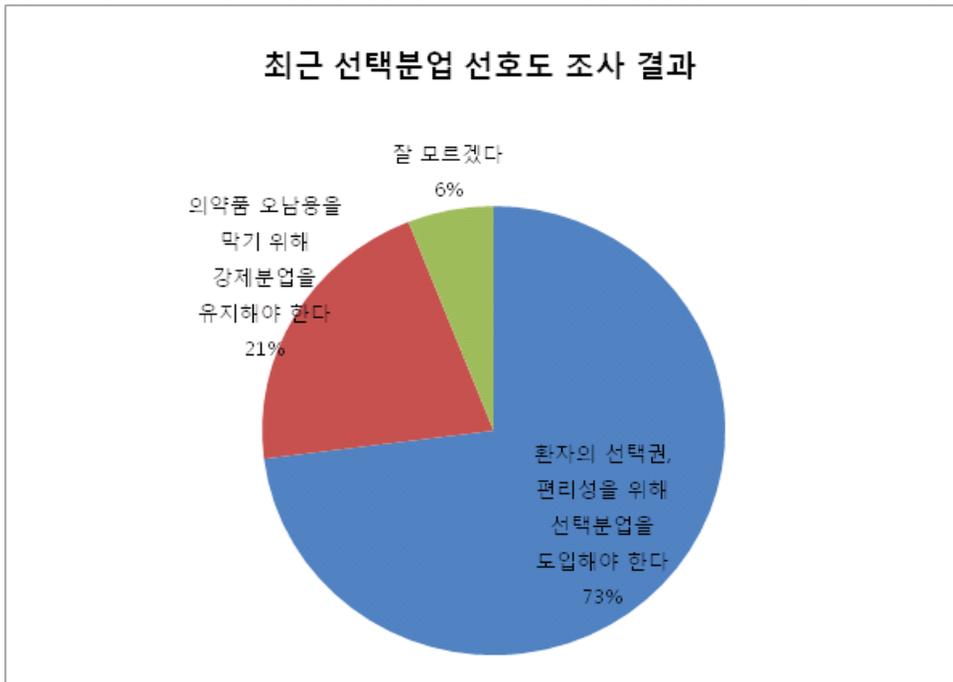
□ 의약분업의 개선방향

- 의약분업제도가 도입된 지 10년이 지난 현 시점에서 의약분업은 여러 가지 쟁점사항이 남아 있으며, 의약분업제도 도입에 따른 긍정적, 부정적인 성과가 동시에 지적되어 왔음.
- 그리고 의약분업의 직능단체별 제도개선 사항을 요약해 보면 병원계는 의사와 약사의 직능분업, 의사협회는 선택분업, 소비자는 구매약국의 선택권 보장 등으로 요약될 수 있겠음.
- 따라서 제도도입이 10년이 지난 현 시점에서 의약분업의 개선방향은 현재 의약분업 정책의 틀을 유지하면서 제기된 문제점을 부분적으로 수정 보완하는 정책방안이 바람직하다고 하겠음.
- 즉, 의약분업 제도의 긍정적 효과(예:의약품 오남용 예방, 국민의 알권리 신장 등)를 강화하고, 지난 10년 동안 제기되어 온 소비자 의·약서비스 이용 상의 불편 등 사회적 비용증가를 줄일 수 있는 대안을 적극 도입할 필요가 있다고 하겠음.

□ 환자의 약국 선택권 보장

- 외래환자의 약국의 선택권은 미국, 일본, 대만 등 외국의 사례에 비추어 볼 때 시급한 개선사항으로 사료됨.

※ 최근(2010.7) 한국리서치사가 전국의 20~69세 남녀 1,000명을 대상으로 전화설문방식으로 조사한 결과를 보면 73%가 환자선택권을 보장하는 선택분업에 찬성하는 것으로 나타남⁶⁾.



[그림 1]최근 선택분업 선호도 조사결과

- 이 밖에 의약분업 시행 당시 문제점으로 제기된 병원 외래환자는 원내 약국의 one-stop 서비스, 동네의원 외래환자는 two-stop service (의원과 약국)으로 인한 의료전달체계의 왜곡우려감은 10년이 지난 현재 시점에서 도리어 역전된 현상을 나타내고 있음.

6) 김양균, 윤지용. 의약분업 10년평가(병협 발표자료), 2010.10.29.

- 즉, 동네의원의 경우 대다수 동일 빌딩 내 약국 또는 인접 약국이 원내 약국의 역할을 수행하고 있지만, 병원 외래환자는 거리적으로 떨어져 있는 원외약국을 이용해야 하는 현상이 나타나고 있음.
- 따라서 병원의 원내약국의 개설 허용을 통해서 외래환자 약국선택권을 허용하고 이를 통한 원내외 약국간의 경쟁을 통한 환자서비스 개선과 사회적 비용절감을 유도하는 제도개선이 요망된다고 하겠음⁷⁾.

□ 건강보험 약국 약제비 절감

- 의약분업이 시행된 지 10년이 경과된 현재 시점에서 정책효과를 종합적으로 분석하기에 이르다는 지적도 있으나, 약국 약제비 증가가 건강보험 재정약화의 주요 요인이라는 주장에는 다수 연구자들이 동의하고 있음.
- 참고로 의약분업 시행 당시 건강보험 비용절감을 주요 정책목표로 제시하였지만, 약국의 건강보험 급여비는 2000년도 11,906억에서 의약분업이 시행된 2001년도에는 46,069억으로 387% 증가한 것이 이 같은 주장을 반증한다고 하겠음⁸⁾.

7) 참고로 일부에서 제기하는 원내약국과 병원의 도덕적 해이현상(moral hazard)에 대해서는 원내약국의 개설자를 병원운영자와 특수관계자를 배제하는 제도적 장치를 두는 방안으로 해결할 수 있다고 사료됨.

8) 그 결과 약국 건강보험비는 2009년도 기준으로 27.2% 수위를 차지하고 있으며, 약제비를 포함할 경우 총진료비 대비 36.2%를 차지하고 있음(2009년도 기준)

〈표 2〉 연도별 건강보험재정 변화추이

(단위:억,%)

구 분	전체	상급 종합	종합 병원	병원	의원	약국	기 타
2000	129,122 (%)	23,765 18.4	23,229 18.0	9,762 7.6	45,891 35.5	11,906 9.2	14,569 11.3
2001	178,433 (%)	23,290 13.1	22,402 12.6	10,701 6.0	58,658 32.9	46,069 25.8	17,313 9.7
2005	248,615 (%)	35,395 14.2	35,071 14.1	18,837 7.6	66,526 26.8	70,229 28.2	22,557 9.1
2009	393,390 (%)	62,435 15.9	56,438 14.3	48,031 12.2	89,670 22.8	106,974 27.2	29,841 7.6

자료 : 심평원 진료비 통계(각 연도 진료비 통계)

- 또한, 의약분업이 시행 이전 2000년도 3,896억원에 불과하던 약 조제료가 2001년도 1조 4349억으로 268% 증가하였음⁹⁾. 그 결과 2000~2009년도 약품비를 제외한 약사 조제료 등으로 18조 4324억 원 비용이 건강보험 재정에 투입된 것으로 추계되고 있음¹⁰⁾.
- 최근 자료인 2009년도 기준으로 건강보험 총약제비(약품비+약국약제비)는 14.3조원으로 건강보험의 총진료비 대비 36.2%를 차지하여 수위를 차지하는 것으로 나타났으며, 약국약제비만 총진료비 대비 6.6%를 차지하는 것으로 나타났음.

9) 이 비용은 의약분업에 따라 처방료와 조제료가 인상 지급되므로 보험재정에서 6,300억 원 추가부담이 예상된다는 복지부의 추계금액보다 2배 이상 수준임(보건복지부, 의약분업 설명자료, 1999.11)

10) 장현재, 의약분업제도 개선방안(일간보사), 2011.1.3일자

〈표 3〉 건강보험재정의 약제비 비중

(단위:억,%)

구분	2005년	2009년
총진료비(억원)	247,968	394,296
약품비(억원)	72,289	116,546
약국약제비(억원)	19,530	26,051
총약제비(억원)	91,819	142,597
총진료비 대비 약품비	29.2%	29.6%
총진료비 대비 약제비	37.0%	36.2%

주)총약제비는 약품비와 약국약제비(약국급여)를 포함한 금액임.

자료 : 건강보험공단, 진료비 통계(2005,2009년도)

- ‘건강보험 요양급여 비용’(2009년도) 기준으로 약국의 약제비는 약국 관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료 및 의약품관리료 등의 5개 수가항목으로 구성되어 있음. 처방전 빈도가 높은 9일치 기준으로 약국 약제비는 5,831원으로 나타났음. 이 비용은 동일조건의 병원 원내약국의 약제비(3,086원)에 비해서 47.1%가 높은 것으로 나타남.

〈표 4〉 원외약국 대 원내약국 약제비 비교

(단위:원)

구분	원외약국(원)	원내 약국(원)
약국관리료(방문당)	530	-
조제기본료(방문당)	713.9	-
복약지도료(방문당)	658.1	외래조제복약지도료
조제료(9일기준)	3,017.80	2,800(9일기준)
의약품관리료(9일기준)	911.7	286.6(병원평균)
소계	5,831.5	3,086.6

자료 : 건강보험 진료비 통계(2009년도), 건강보험 요양급여비용(2010년1월판)

※ 참고 : 2009년도 기준으로 약국 약제비는 원내약국에서 투약하는 경우 연간 4,306.3억 절감효과가 있는 것으로 나타남¹¹⁾.

11) 산식은 다음과 같음. 26,051억원(2009년도 약국약제비)×47.1%(원내약국조제 시 절감액비율)×34.5%(병원급 원외처방 점유비율)

6. 맺음말

- 의약분업이라는 제도도입 10년이 지난 2011년도를 맞이하여 현재의 의약분업 정책의 틀을 유지하면서 제도운영 과정에서 나타나고 있는 문제점들을 부분적으로 수정 보완하는 제도 개선이 요망된다고 하겠음¹²⁾.
- 국내 시민단체에서도 의약분업 제도점검과 발전방안 마련을 위한 논의를 더 이상 미루지 말고, 의약분업 도입 시 참여했던 의료, 약업, 시민, 정부 각 주체가 모두 참여하여 실질적이고 책임있는 논의가 이뤄질 수 있도록 의약분업 제도 발전을 위한 사회적 협의체 구성을 제안, 요청한 바 있음¹³⁾.
- 특히, 시민단체에서도 ‘의약분업 실시 이후 만족도’ 부문에서 국민들이 불편함을 호소하는 의견들이 많았으며, 이는 병원에서 약국으로 이동하는 것에 대한 불편과 약 구입을 위해 여러 약국을 방문하는 경우도 있어 이에 대한 불편함이 있다고 문제점을 지적하고 있음.
- 그리고 의약분업의 긍정적인 측면과 부정적인 측면을 기술하면서, 부정적인 측면으로 약사에게는 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료, 조제료, 의약품관리료 등 새로운 수가를 인정해 건강보험 재정의 악화로 나타났으며, 국민들은 약국으로의 이동불편과 처방전 발급에서 약 조제까지 절차가 복잡하고 이용시간의 증가로 불편함을 호소하고 있다고 지적하고 있음.

12) 병협에서는 2011년 6월 20일부터 잃어버린 환자권리인 ‘약국 선택권’ 되찾기 전국 서명운동을 전개하고 있음.

13) 경실련, 의약분업 발전을 위한 의·약·사·정 협의체 구성 제안자료, 2011.1.12

- 따라서 그 동안 기관분업형태로 운영되어 온 의약분업제도의 문제점으로 제기된 환자들의 불편함을 해소하기 위해서는 환자들의 ‘약국선택권’확보를 통해서 환자의 소비자권리를 적극적으로 모색할 필요가 있음.
- 이 밖에 의약분업의 이해당사자 일각에서는 환자들에게 약국선택권을 부여할 경우 상급종합병원으로의 환자 쏠림현상이 더욱 심화될 것이라고 우려의 목소리를 높이고 있지만, 상급종합병원으로의 환자 쏠림현상은 의약분업이 시행된 2000년도부터 점차적으로 심화되어 온 현상이므로 이는 또 다른 정책대책이 요구되어지는 사항임.
- 또한, 외래환자의 약국의 선택권은 미국, 일본, 대만 등 외국의 사례에 비추어 볼 때 대부분의 국가들이 원내약국 개설을 허용하고 있으며, 임의분업을 시행하고 있는 일본의 경우에도 의약분업 대국민 조사결과(2003년), 외래환자가 의료기관과 약국을 이중적으로 방문하는 점과 요금의 이중 지불(처방전료, 복약지도료 등)이 환자불만의 80%를 차지하는 것으로 나타남.
- 따라서 의약분업 제도 도입 시 환자의 편익보다는 의원·약국 등을 의약분업에 참여시키기 위한 수단으로 활용되었던 원내약국 폐쇄조치는 의약분업 제도가 정착된 현 시점에서 원래 의약분업의 정책대안에서 제시된 바와 같이 병원급 의료기관은 약 처방전을 발행하고 약 조제 선택은 환자에게 일임하는 정책전환이 요구된다고 하겠음.¹⁴⁾

14) 참고로 2012년 1월부터는 병원약사 인력기준안 제도 정착을 위해서 병원급(요양병원 포함)의료기관에서는 1인 이상의 약사를 의무적으로 고용하도록 규정하고 있음(보건복지부, 의료법 시행규칙).

참고문헌

- 김국일, 의약분업 10년 평가와 전망(일간보사 special report), 2011.1.3.
김양균, 윤지웅. 의약분업 10년 평가(병협 발표자료), 2010.10.29.
건강보험심사평가원, 진료비 통계(2000~2009년도).
대한병원협회, 건강보험 요양급여비용(2010년1월판),2011.1
장현재, 의약분업제도 개선방안(일간보사 special report), 2011.1.3.
차홍봉, 「의약분업 정책과정」, 집문당, 2006.8.
법제처 홈페이지 [<http://www.moleg.go.k/>]