

제도적, 사회적 변화에 따른 약사의 역할

목차

- I. 서론
- II. 의약분업, 약사의 영향은?
- III. 코로나, 약사의 영향은?
- IV. 대한민국의 의료민영화, 어디까지 왔는가?
- V. 의료 민영화의 제도적 장점 및 단점
- VI. 민영화가 불러올 약사의 미래
- VII. 의료 민영화, 약사와 약학대학 학생들의 바람직한 태도 및 대응책은?
- VIII. 결론 및 제언
- IX. 토론 및 질의 응답
- X. 참고문헌

보건사회약학 5조

조장 신정빈 (2024194017)

구민주 (2024194001)

김재우 (2024194003)

박성연 (2024194033)

박준형 (2021190017)

이혜린 (2024194021)

I. 서론

의료 시스템이 변화하고 있다. 변화는 지금도 계속되고 있으며, 수십 년 전부터 그 흐름이 이어져 왔다. 의사와 약사의 직능을 분담하는 의약분업, 발생 3개월 만에 전 세계적으로 수많은 확진자와 사망자를 기록한 COVID-19, 의료 서비스가 시장 논리에 따라 운영되는 의료 민영화 등 여러 가지 제도적, 사회적 변화들이 약사의 역할에 영향을 미치고 있다. 본 보고서는 이러한 사회적 변화의 결과로 나타난, 그리고 나타날 약사의 역할을 고찰한다. 그동안 의료는 누구에게나 평등하게 제공되어야 할 공공재로 인식되었다. 하지만, COVID-19과 같은 생물학적 변수 및 의약 분업, 의료 파업 사태와 같은 제도적, 사회학적 변수는 대한민국의 의료체계를 흔들었다. 비대면 진료 플랫폼의 발전, 실손보험의 증가, 영리병원 설립과 같은 논의들이 오가면서 대한민국 의료 서비스는 자본과 시장 논리에 따라 급격하게 변화하고 있다. 따라서, 의료 민영화는 국민들에게 더 이상 낯선 용어가 아니다. 미래 대한민국 의료의 공공성과 형평성을 뒤바꿔 놓을 수 있는 의료 민영화, 보건의료인으로서 어떤 관점으로 바라보아야 할까? 본 보고서는 의약분업, COVID-19를 겪으며 변화한 약사의 역할을 알아보고 의료 민영화의 개념과 배경, 장단점을 논한 후, 약사의 직무 변화에 초점을 두어 다가오는 미래 의료 환경 속에서 어떤 태도를 지녀야 할지 논의하고자 한다.

II. 의약분업, 약사의 영향은?

2000년 한국은 의료 체계에 의약분업이라는 변화를 맞이했다. 의약분업 전, 우리나라에서는 항생제를 비롯한 약물의 오남용이 심각한 사회 문제로 대두되었으며 의료 직능의 전문성이 제대로 사용되지 못한 제도로 인해 환자가 체계적으로 치료받지 못하는 사례가 빈번했다. 실제로 의약분업 도입 당시 WHO 권장 항생제 처방 비율이 22.7%였으나, 한국은 58.9%에 달했다. 따라서 의약분업제도를 통해 의사와 약사의 전문적인 직능을 실현하여 국민의 건강을 증진하려 했다.

의약분업 이전에는 환자의 처방, 조제, 투약이 의사로부터 결정되었던 것과 달리 의약분업 이후 처방전의 검토, 부작용의 확인, 의사 처방의 평가 등의 업무가 약사에게 일임되어 약사의 사회적 역할이 증대되었다. 분업화 후 약국 약사의 임상적 업무는 다음과 같다. 첫째, 환자가 사용하는 의약품 간의 부작용을 설명하고 종류에 맞는 용법을 안내하는 것이다. 또한, 환자가 의약품의 부작용이나 용법을 문의할 경우 답변할 수 있다. 둘째, 환자의 개인 병력, 과거 투약 이력 등을 바탕으로 약물 정보를 정리하고, 의약품 관련 자료를 확보해 환자의 상태를 점검하여 병의원 방문을 상담을 유도하는 상담을 수행하는 것이다. 추가로 약사법에 따라 의약품을 관리해야 하며, 충분한 양의 일반의약품을 확보해야 한다. 만약 구하기 힘든 의약품이 존재하는 경우, 제약회사나 도매상의 협조를 받아 구매해야 한다. 원활한

조제가 이루어질 수 있는 적절한 조제 공간을 확보해야 하며 약국은 의료기관으로부터 독립적으로 운영되어야 한다. 특히 현재 대한민국은 초고령화 시대에 접어들며 의약품 사용량은 더 증가할 것이기에 환자와 가장 먼저 접하는 약사의 역할이 강화되고 있다. 특히 고령자는 여러 병원의 진료를 받기 때문에 과다 처방이나 중복 처방이 가능해 약사는 반드시 지역약국의 확인으로 의약품 오남용을 방지해야 한다는 역할을 부여받았다. 병원 약사의 역할에도 변화가 있었는데, 분업 전 외래환자의 조제를 담당했던 것과는 달리 이후에는 원내 환자와 퇴원 환자의 투약 업무가 주어졌다. 또, 임상 업무 영역이 확대되었는데, 부작용 모니터링, 신약 개발 업무 참여, 회진 참여 등의 역할을 부여받아 병원 약사의 전문성이 향상되었다 (정수철, 2018).

그렇다면, 의약 분업화 후 약사의 직능은 구체적으로 어떠한 방식으로 변화해 왔을까? 약사의 역할 변화는 크게 2000년을 기준으로 5년씩, 총 4기로 나누어 살펴볼 수 있다. 제1기인 2000년도에서 2004년까지는 의약분업이 이루어진 시기로, 기존 처방 조제만 했던 약사의 역할이 조제뿐 아니라 복약지도 중심으로 확대되었다. 이로부터 5년간, 2004년까지는 부작용, 용법, 조제 등 일반적으로 약사의 직능이라 하면 떠오르는 약물 관련 직능이 중심으로 연구되었다. 환자는 자신이 복용하는 약에 대한 정보를 얻을 수 있었으며, 의사도 자신의 처방에 대한 재확인 가능하고 약품 투약 및 관리 업무의 부담이 줄어 진단과 치료에 더욱 집중할 수 있었다. 결과적으로, 가장 큰 문제였던 항생제, 스테로이드제 등 내성을 유발하는 약물들의 오남용이 크게 줄어들었다 (정수철, 2018). 제2기인 2005년에서 2009년은 복약지도 및 복약 상담, 정보제공 등 약물 치료 관리까지 약사의 직능으로 확대되어, 환자의 약물 상담과 같은 약사의 역할에 대한 필요성이 대두되었다. 제3기인 2010년부터 2015년까지는 DUR 모니터링과 같은 방법으로 약사가 적극적으로 약물 치료에 관여하는 역할이 부여되었다. 이 시기부터 약사의 능동적 개입이 중요하게 여겨졌는데, 이로부터 약물치료에서 환자가 강조되었음을 알 수 있다. 마지막으로 제4기인 2016년부터 2020년까지는 환자와 의료진 사이의 커뮤니케이션에 관한 연구 결과가 다수 발견되었다. 이를 통해 약물치료가 환자, 그리고 의료진과의 상호작용이 필요한 과정임이 드러났고, 여러 가지 커뮤니케이션 방법들이 사용되어 더 정밀한 치료가 가능했다(김동하, 2020).

그러나 의약분업은 성과만 존재한 것은 아니었는데, 우선 의료기관과 약국 간의 담합이 심화되었다. 대표적으로 의약품의 처방이 타 약국으로 가지 못하게 의료기관에 경제적인 이익을 주어 다른 약국에서 구할 수 없는 ‘품목 도매의 의약품’¹⁾이 처방전에 나타났다. 또한 의약 분업화 후 경제적 이익을 위해 연구 기관, 종합병원에서 근무하던 약사들이 지역약국으로 이직하는 경향성을 보였는데, 이는 결과적으로 약학 연구의 약화로 이어졌다.

1) 소형 의약품 도매상으로, 약국과의 담합으로 처방을 유도해 환자가 타 약국에 방문한다면 특정 의약품을 구매할 수 없는 형태의 영업 방식이다. 대체조제도 어려우며, 종합 의약품 도매상에 약이 공급되지 않아 특정 약국 외에는 해당 약물을 구매하기 어렵다.

III. 코로나, 약사의 영향은?

코로나19는 전 세계 사람들의 삶 전반에 많은 영향을 끼쳤으며, 의료 및 보건 체계의 구조와 역할에 큰 변화를 가져왔다. 그 중, 약사의 역할은 제도적, 사회적으로 중요한 전환점을 맞이했다.

2020년 겨울, 코로나19가 유행함에 따라 우리나라에선 마스크 품귀 현상이 일어났다. 결국 마스크 수급 불균형으로 인해 국민들은 불안에 떨었고, 공공에 대한 신뢰도는 크게 떨어졌다. 이런 현상을 바로잡을 수 있는 것은 오직 정부였고, 정부는 ‘공적 마스크 제도’를 도입했다. 그 과정에서 마스크를 어디에서 어떻게 배분해야 공평성을 확보할 수 있는지가 관건이었는데, 그 문제점을 약국이 해결했다. 마스크의 중복 구매를 방지하기 위한 확인 시스템을 구축해야 했는데, 주민등록번호라는 민감한 개인정보를 안전하게 처리할 수 있는 신뢰성과 건강보험심사평가원의 요양기관 업무포털을 이용한 전산 처리 능력이 약국이 공적 판매처가 될 수 있는 결정적 요인이었다 (최진혜, 2023). 그렇게 약국은 공공 정책의 일부분을 담당하게 되면서, 협력적 거버넌스를 이루었다.

협력적 거버넌스란 네트워크 사회에서 중앙정부의 통제와 지시가 아닌 공공부문과 민간부문 간의 협상을 통한 동의로 사회문제를 해결해 나가는 것을 의미하며, 이는 정부만이 사회 전체의 이익을 대변하고 공공의 문제를 해결할 수 있다는 기존의 통념을 대신한다 (최진혜, 2023). 현대 사회에는 복잡하고 예측 불가능한 문제들이 증가하면서 정부 주도 방식만으로는 공공의 문제를 해결하기 어려워졌다. 이에 따라 다양한 이해관계자들이 참여하여 자발적이고 수평적인 협력 네트워크로 문제를 해결하기 위해 이 개념이 등장하게 되었다. 협력적 거버넌스는 일시적인 위기 대응 수단이 아닌, 향후 사회적, 제도적 변화에 지속적으로 활용할 수 있다. 특히 약국은 전국에 분포된 지역사회 기반 공공 보건의료의 핵심으로 접근성이 좋고, 신뢰성과 전문성을 겸비한 약사는 건강 관련 정보의 중재자로서 시민들과 직접 소통하며 중간 조정자 역할을 수행하여 정책의 실행력을 높여준다. 게다가 약사는 공공성에 기반하여 국민의 신뢰를 바탕으로 공익에 기여하는 역할임을 스스로 자각하고 있다. 따라서 약사는 미래에 새로운 사회적, 제도적 위협이 다가오더라도 협력적 거버넌스를 기반으로 정책 형성과 실행에 참여해 사회적 안전망을 유지하고 공공의 건강을 지켜내는 중추적인 역할을 수행할 것으로 전망된다.

또한, 약사들은 정보의 비대칭을 완화할 수 있는 존재였다. 보건의료 서비스는 정보의 비대칭성이 본질적으로 내재한 영역이다. 특히 감염병과 같은 불확실성이 극대화된 상황에서 국민들은 정확한 정보에 접근하기 힘들어 불리한 상황에 놓이기 쉽다. 실제로 코로나19 팬데믹 상황에서 약사들은 마스크 구매 기준, 사용 방법, 방역 수칙에 대한 상담과 안내를 통해 정보의 비대칭을 완화하려 노력했고, 단순한 마스크 판매처가 아닌, 시민의 ‘정보 건강

권'을 보장해 주는 지식 중개자의 역할을 수행했다. 또, 코로나19 증상이나 코로나19 백신 접종 후 나타나는 고열로 해열진통제 '타이레놀'의 수요가 급격히 증가해 품귀현상이 일어났다. 실제로 많은 시민들이 특정 제약회사 제품에 대한 집착을 보이고, 동일 성분의 약품 처방을 거부하는 일도 있었다. 하지만, 이 과정에서 약사들은 동일 성분의 다른 의약품이 존재함을 안내했고, 그동안 잘못 인식되었던 국민들의 오해를 바로잡았다. 이런 경험은 국민들이 특정 제약 회사의 약품과 제네릭 약품의 차이를 인식할 수 있는 좋은 계기가 되었다. 약사는 단순히 약을 조제, 판매하는 존재를 넘어선 의약품 정보의 해석자이다. 코로나19 팬데믹을 겪으며 약사는 환자들의 의약품 선택을 돕는 상담자로서의 기능이 더 강화되었다고 볼 수 있다.

IV. 대한민국의 의료 민영화, 어디까지 왔는가?

의약분업, 코로나19 팬데믹 상황을 지나 이제 우리는 의료 민영화라는 거대한 파도 앞에서 있다. 의료 민영화는 의료 서비스 시장에 민간 기업이 참여하여 이익을 추구하고, 국가가 운영하던 의료서비스의 일부를 민간이 담당하는 것을 의미한다. 의료 민영화는 단순히 민간이 의료기관의 주체가 되는 것뿐 아니라, 건강보험에 민간 보험 회사 참여를 허용하거나, 의료 정보를 민간 기업이 수집 및 활용하는 것까지 포함한다. 그렇다면 과연 의료민영화 도입에 대해 논의하는 이유는 무엇일까?

첫째, 고령화로 인한 의료 수요의 급증으로 공공의료만으로는 이를 감당하기 어렵다. 대한민국의 노인 인구수는 다른 OECD 국가들보다 훨씬 빠른 속도로 증가하고 있으며, 이에 따른 만성 질환과 노인성 치료에 대한 수요도 급격히 증가하고 있다. 이로 인해 병원은 큰 예산이 필요해지고 민간에 의존하여 금전적 부담을 줄이려 할 수 있다.

둘째, 대한민국의 산업 전반이 기하급수적으로 발전하면서 이에 따른 국가 재정 부담이 커졌고, 의료 분야에서의 국가 재정 부담을 줄이기 위해 민간의 참여가 필요했기 때문이다(김정은, 2023). 즉, 고가의 첨단 의료 장비 도입, 의료 인프라 확장, 인건비 상승 등으로 인해 공공 재원만으로는 의료 수요를 충분히 감당하기 어려운 상황이 되어 정부는 민간 자본의 유입을 통해 재정적 부담을 분산시키고자 했다. 이와 관련한 장단점은 이후 본문에서 다루겠다.

현재 대한민국은 국민건강보험을 기반으로 한 단일 공공의료 시스템을 운영하고 있다. 그러나 실제 의료 서비스 제공 주체의 상당수는 민간 의료기관이며, 공공병원과 국립대학교 병원을 제외한 대부분의 병원이 민간에 의해 운영되고 있다. 의료 민영화 현상은 최근 들어 보다 뚜렷하게 나타나고 있다. 실손보험 가입자 총 건수가 2024년 기준 1억 6,614만 건으로 2019년 1억 532만 건 대비 57.7% 증가했다(김승직, 2024). 실손보험이란, 민간 보험

사가 운영하는 상품으로, 개인이 병원 치료 및 검사에 사용한 보험을 환급하는 체계이다. 이로 인해 환자는 비용 부담 없이 비급여 진료를 선택하게 되는 경향이 있고, 결과적으로 공공의료보다 민간의료기관의 이용이 증가하게 된다 (김승직, 2024).

또한, 진료 예약 및 상담, 그리고 약 배송까지 전 과정을 시스템화시킨 ‘닥터나우’와 ‘굿닥’과 같은 비대면 진료 어플이 일상화되었다. 이는 대면 중심이었던 기존 의료 시스템을 재구성하며, 의료를 하나의 ‘서비스 산업’으로 변질시킨다는 점에서 공공성과 형평성 측면의 우려를 일으키고 있다.

한편, 제주특별자치도에서는 외국인을 대상으로 한 영리병원인 ‘녹지국제병원’ 설립 시도가 있었다. 이는 국내 최초로 정부가 영리병원을 허가한 사례로, 의료 민영화 논의의 상징적 사건으로 평가된다. 그러나 지역 주민 및 시민단체의 강한 반발로 인해 해당 병원은 개원하지 못한 채 허가가 취소되었다(최은택, 2022). 영리병원이 도입될 경우, 일부에서는 의료 서비스의 질적 향상을 기대할 수 있다고 주장하나, 지불 능력이 있는 사람만 양질의 치료를 받을 수 있고, 전체 의료비가 상승할 가능성이 있다는 점에서 비판의 목소리도 크다.

이와 같은 비판의 목소리를 깊게 새겨들으며, 의료 민영화가 대한민국 보건의료 체계에 미칠 영향을 신중히 고려해야 한다. 미래의 약사로서 변화에 능동적으로 대응하며, 보다 책임감 있게 새로운 역할을 모색해 나가야한다.

V. 의료민영화의 제도적 장점 및 단점

의료민영화 논쟁의 여러 측면 중, 앞서 논의한 영리병원 도입과 민간 보험 확대에 초점을 맞추어서 장단점을 논의해보자. 먼저 영리병원은 주식회사 형태로 자본을 확보할 수 있다. 즉, 자금을 얻으려면 빚을 내야 하는 비영리병원과 달리, 영리병원은 이론상 최신 의료서비스 발달 및 제공 등에 더 과감한 투자가 가능하다. 따라서, 국가·산업적 면에서 영리병원 도입은 의료산업의 경쟁력을 강화하고, 최대 26조 원의 생산유발효과²⁾와 최대 18만 명의 고용 창출 효과를 불러올 수 있다고 보고된 적이 있다 (서울경제, 2014). 또한, 영리병원 도입을 통해 외국 자본 유치가 가능해지고, 국제 의료시장 진출에도 영리병원이 기여할 수 있다고 보고되었다 (서영준, 2013년). 반면, 환자의 관점에서는 실손보험 등 민간의료보험이 확대될 경우, 환자의 선택권이 넓어지고 일방적, 무조건적이지 않은, 개인형/맞춤형 의료보장이 가능해진다. 즉, 국민건강보험이 보장하지 않는 비급여 항목이나 본인부담금을 보장받아 의료비 부담이 줄어들 수도 있으며, 보험료를 더 내면 원하는 의료보장 범위나 조건을 선택할 수 있다 (강환웅, 2025).

2) 생산유발효과란, 한 산업의 연구개발 및 제품 생산과정에서 필요한 산업 역량을 키우는 과정에서, 연계된 다른 산업의 발전이 비의도적으로 유도되는 것을 가리킨다.

이러한 장점에도 불구하고, 의료 민영화를 도입한 다른 나라의 사례를 통하여 의료민영화의 제도적 단점 또한 알 수 있다. 구체적으로 의료민영화로 인하여 발생한 국가적, 환자적 손실을 보여주는 예시로서 미국 내 시판되는 의약품들의 가격들을 살펴볼 수 있다. 민간 보험사가 건강보험 산업을 주도하는 미국에서는, 각 민간 보험사마다 PBM³⁾이라는 중개업체를 통해서 제약회사와 개별적으로 약가 협상을 한다. 따라서, 같은 약국에서 같은 약을 처방받더라도, 환자마다 본인이 가입한 보험사와 보험 플랜에 따라 의약품 가격이 천차만별일 수 있다. 그리고 미국에서는 각자 이해관계가 모두 다를 수 있는 민간 보험사, 제약회사 및 중간 협상 매개자들이 서로 이익을 취하려는 복잡한 의약품 유통 구조 속에 섞여 있다. 따라서, 약가 책정 과정에서 중간 비용이 많이 발생하며, 다음 그래프에서 확인할 수 있듯이 미국 내 평균 처방 약 가격은 OECD 국가 대비 278% 정도로 월등히 높다 (한국보건산업진흥원, 2024).

2022년 주요 다른 국가 가격 대비 미국 처방약 가격의 비율(전체 약품)

U.S. Prescription Drug Prices as a Percentage of Prices in Selected Other Countries, All Drugs, 2022

미국 가격 대 다른 국가 가격 (%)
US Prices vs. Other-Country Prices (%)



그림 1 OECD 국가 대비, 미국 내 처방 약 가격 [출처: 한국보건산업진흥원 (2024)]

반면, 국내에서는 제약사가 식약처에서 의약품을 시판 허가받은 후, 실제로 신약을 시중에서 팔기 전까지, 건강보험심사평가원을 거쳐서 국민건강보험공단과 함께 약가를 검토 및 협상해야 한다. 즉, 준정부기관인 건강보험공단과 건강보험심사평가원은 미국 등에서 흔히 볼 수 있는 약가 폭등 현상을 방지하고, 국민에게 적절한 약가를 보장하기 위해서, 급여 적정성 등 여러 요소를 고려하여 보험급여 대상 약가를 협상한다.

물론 민간 보험사의 비중이 매우 큰 미국에서도, 메디케어 (Medicare) 등의 연방정부 주도 공공 건강보험이 존재한다. 그리고 의료급여 대상자만 6,800만 명이 넘는 메디케어가 직접 제약사와 의약품 가격 협상을 주도할 경우에는, 세분화된 민간 보험사보다 낮은 의약품 가격을 확보할 수 있다고 보고되었다 (미국 CMS, 2024). 한 예로, 메디케어의 약가 협

3) PBM (Pharmacy Benefit Manager, 의약품급여관리자 또는 약국 혜택 관리자)

상 프로그램⁴⁾을 살펴볼 수 있다. 메디케어는 미국 연방 건강보험 중 한 프로그램으로, 주로 65세 이상의 사람들 및 말기 신장 질환이나 루게릭병과 같은 특정 질환을 앓고 있는 젊은 사람들을 위한 공공보험이다 (Social Security Administration, 2025). 프로그램의 운영은 미국 CMS가 맡고 있는데, 미국 CMS⁵⁾는 의료비 지출이 가장 높고, 제네릭이나 바이오 시밀러와 같은 대체약이 없거나 매우 제한적인 단일 출처 의약품 (single source drug)를 선정하여 의약품 목록을 만든다 (U.S. Department of Health and Human Services, 2024). 이후 미국 CMS는 직접 의약품 제조업체와 협상하여 "최대 공정 가격" (MFP, maximum fair price)을 설정하는 방식으로 협상 과정은 이루어진다. 미국 CMS는 해당 프로그램으로 하향 조정한 2026년 적용 약가가 만약 2023년에 적용됐을 경우, 첫 협상 대상 10개의 약물에 대해서, 2024년에만 60억 달러 (약 8조 4,012억 원)을 절약할 수 있었을 것으로 보고했다.

Table 3. Drugs Selected for Negotiation: Comparison of List Price and MFP for 30 day Equivalent Supply

Drug Name	2018 List Price	2023 List Price	List Price Change (2018-2023)	Agreed to Negotiated Price for 30 day Supply, 2026	Percent Discount of Agreed to Negotiated Price from 2023 List Price
Eliquis	\$389	\$521	34%	\$231	56%
Jardiance	\$449	\$573	28%	\$197	66%
Xarelto	\$400	\$517	29%	\$197	62%
Januvia	\$414	\$527	27%	\$113	79%
Farxiga	\$464	\$556	20%	\$178.50	68%
Entresto	\$436	\$628	44%	\$295	53%
Enbrel	\$4,575	\$7,106	55%	\$2,355	67%
Imbruvica	\$10,688	\$14,934	40%	\$9,319	38%
Stelara	\$10,760	\$13,836	29%	\$4,695	66%
Fiasp; Fiasp	\$502	\$495	-1%	\$119	76%

그림 2. 2023년 가격 대비, Medicare가 2026년 MFP 협상에서 합의한 정가 할인율.
[출처: U.S. Department of Health and Human Services, 2024년 8월 Issue Brief, p9]

미 보건복지부가 공개한 위 표에서 확인할 수 있듯이, 민간 보험회사가 아닌 연방정부가 직접 관리하는 공공 의료보험인 메디케어가 의약품 가격 협상에 나섰을 경우, 시장 유통가격보다 최대 79% 정도까지 약값을 할인받아 판매할 수 있었다는 점을 알 수 있다.

이와 같은 미국의 사례를 통하여 알 수 있는 것은, 민간 보험사가 의료시장을 독점하는

4) 2022년 바이든 행정부의 인플레이션 감소법 (IRA)에 따라, 미국 메디케어는 특정 고비용 처방 약의 가격을 제약사와 직접 협상할 수 있는 권한을 부여받았고, 이를 메디케어의 '약가 협상 프로그램' (Medicare Drug Price Negotiation Program)이라 한다.

5) CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)는 메디케어를 담당하는 미국 연방 정부 기관이다.

구조는 약가 상승과 직결된다는 점이며, 공권력을 가진 공공 건강보험이 제약사와 직접 협상할 시에 의약품 판매 가격을 낮출 수 있다는 사실이다. 무엇보다 국가적 관점에서 보았을 때, 필수 의약품을 포함한 전반적인 약가 상승은 사회 전체적인 의료비 상승 및 국민 건강 악화를 초래하고, 공공의료에 큰 위협으로 작용할 수 있다. 암이나 자가면역질환을 진단받은 경험이 없는 사람들은, 생명을 위협하는 심각한 질병에 대하여 천문학적인 치료 비용의 대부분을 지원해 주는 국민건강보험이 있다는 사실을 크게 실감 못하거나, 인식하지 못할 수 있다. 그러나 특수 고가 약물 투여가 필요한 환자들에게는, 미국처럼 연간 수천만 원에 이를 수 있는 치료비의 상당한 부분을 건강보험공단이 부담한다는 점이 매우 중요한 의미로 다가온다.

VI. 민영화가 불러올 약사의 미래

한국의 의료민영화 논쟁이 계속되는 가운데, 민영화가 불러올 약사의 미래는 어떤 모습일까? 현행 약사법 제16조 제1항⁶⁾에 따르면, 약사 또는 한약사만이 약국을 개설할 수 있으며 법인 명의로는 약국 개설이 불가능하다. 여기서 약사와 한약사는 살아있는 ‘자연인’이고, ‘법인’은 자연인은 아니지만 법률상 권리와 의무를 부여받을 수 있는 단체이다. 하지만, 이 조항이 개정되거나 철폐되어, 마치 미국처럼 약사가 아닌 일반 경영인들로 구성된 회사 및 법인도 약국 운영의 주체가 될 수 있는 법인약국이 허용되면 어떨까. 실제로 2014년 박근혜 정부는 법인약국 허용을 추진한 적이 있으나, 당시 강한 반대 여론에 부딪혀 무산된 바 있다. 그리고 2024년 6월, 제22대 국회 입법조사처에서 법인약국 허용 재논의가 필요하다는 제안이 등장했다. 더불어 2002년 헌법재판소가 법인약국 개설 금지에 대해 ‘헌법 불합치’ 판결을 내린 바 있어, 제도 변화 가능성은 열려있다. 그렇다면 미국식 법인약국이 한국에 도입되었을 때 약사의 미래는 어떤 모습일까?

이에 앞서, 현재 한국에서 흔히 볼 수 있는 온누리약국 등의 체인 약국과, 미국 법인약국의 차이점을 먼저 설명할 필요가 있다. 온누리약국의 경우, 개별적인 약국 지점의 소유권과 경영권은 그 지점을 소유하고 운영하는 약사에게 있다. 즉, 집 근처에서 볼 수 있는 온누리약국은 ‘온누리’라는 브랜드를 빌려 운영하는 개인 약국 가맹점이다. 하지만 법인약국의 경우, 소유하고 있는 약국의 경영권은 약사가 아닌, 법인약국 회사의 이사회에 있다. 따라서, 일반 경영인으로 구성된 이사회의 결정하에서 개별적 직영점 약국의 개설과 폐업 등이 결정된다. 미국의 경우, 대표적인 법인약국인 Walgreens와 CVS도 각각 운영 이사회가 있으며, 각 주마다 있는 약국 지점에 근무하는 약사도, 회사에서 고용된 형태로 근무한다.

6) "약사 또는 한약사가 아니면 약국을 개설할 수 없다"고 명시함.

이러한 구조에서 나타나는 문제점은 약사의 근무 환경이 심각하게 악화될 수 있다는 점이다. 법인에서는 운영하는 약국의 인건비를 줄이기 위해, 고용한 약사의 수를 줄이거나, 약사당 하루에 수백 건 이상의 처방전 입력 및 처리를 요구하는 경우도 보고된 적이 있다. 실제로 2020년에 미주리 주의 한 법인약국 약사는 인터뷰에서 8~10시간 근무 동안, 요구된 업무량 때문에 화장실을 단 한 번도 사용할 수 없을 정도로 바빴다고 진술했으며, 다른 주의 약사는 화장실 사용이 제한되어 물조차도 마시기 어렵다고 증언했다 (The New York Times, 2020). 이외에도, 2024년에는 한 CVS 약국에서 13시간 동안 근무하면서 단 한 번도 식사하지 못하여 근무 후 구토를 하거나, 물을 마시지 못하여 요로결석 진단을 받은 약사도 있었다 (The Boston Globe, 2024). 2024년에 약국 부실 운영으로 고발되어 약 3억 원의 벌금을 부과받은 CVS는 회사 명칭만은 'consumer value store' 이지만, 정작 환자나 약사의 가치는 고려하지 않은 채, 오직 이윤 추구를 우선시하는 모습을 보여주었다.

약사의 근무 환경 이외에도, 법인약국의 적극적인 도입은 개인 약국 사업 운영에 부정적인 영향을 미치고 있다. 미국에 법인약국이 활발하게 도입된 20년 [1980년~2000년] 동안, 미국 내 개인 약국이 약 4만 개의 지점에서 20,896개로 약 50% 감소되었다 (Nightengale, 2020). 해당 현상의 원인과 관련하여 다음과 같이 설명할 수 있다. 이 변화의 원인 중 하나는 미국의 건강보험 체계와 관련이 있다. 한국에서는 의료급여 대상자가 아닌 이상, 급여 대상 의약품값의 30%만 본인 부담이며 나머지 70%는 보통 건강보험공단이 약국에 요양급여로 지급한다. 하지만 미국에서는 약국을 방문한 보험자가 본인이 가입한 보험상품에 명시된 본인부담금을 지급한 이후에, 약국이 나머지 약값을 환자가 가입한 보험사와 연계된 PBM 회사에 요양급여를 청구한다. 미국의 PBM 회사들은 민간 보험사와 독립적인 회사들로서, 한국의 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 역할을 모두 수행하는 대형 민간 기업들이다. 이는 곧 보험자가 약국에서 약을 사면, 얼마만큼을 약국에 요양급여로 지불할지 심사하고 평가하는 역할을 PBM 회사들이 한다는 의미이다. 이때 약국이 PBM을 대상으로 청구한 요양급여를 '상환금'⁷⁾이라 부른다. 이때 약국과 PBM 기업 사이의 상환금 협상 과정에서, 법인약국은 회사 규모를 앞세워서 개인 약국에 비해 PBM으로부터 더 높은 상환금 급여를 받는 경우가 많다. 미 연방거래위원회의 2024년 보고서에 의하면, 다음 그림에서 확인할 수 있듯이 법인약국이 조제료 등에 대해서 받은 요양 급여비가 개인 약국보다 더 많음을 확인할 수 있다.

7) Reimbursement

Figure 11. Gross Pharmacy Reimbursement Rates For a One-Month Supply of Two Specialty Generics Paid to PBM-Affiliated and Unaffiliated Pharmacies By Commercial and Medicare Part D Plans and Members Managed By the Big 3 PBMs, and NADAC, 2020-2022

A. Abiraterone Acetate (generic Zytiga for prostate cancer)

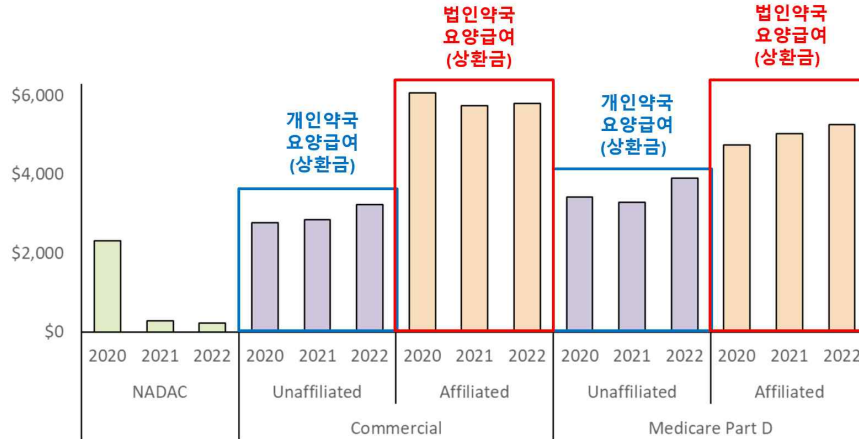


그림 3 전립선암 치료제 Zytiga에 대한 개인약국 대비 법인약국의 높은 요양급여 (상환금)
[출처: U.S. Federal Trade Commission]

이에 반해, 개인 약국은 조제 급여 등의 상환금 협상 과정에서 법인 약국들에 비해 상대적으로 협상력이 부족하기 때문에 어쩔 수 없이 PSAO라는 약국협동조합⁸⁾에 가입해서 상환금 협상을 해야 한다. 즉, 법인 약국의 규모 앞에서 개인 약국의 경영적 불이익을 겪는 면이 있다.

이와 같은 사례를 종합적으로 분석해볼 때, 만약 한국에서도 약국의 소유·경영권이 개별 약사에게 없는 수익형 추구 법인약국이 도입되고, 약사 대상 행위 수가 결정권이 민간에 이양된다면, 개별 약사 및 개인 약국은 심각한 불이익에 직면할 수 있음을 확인 할 수 있다.

VII. 의료 민영화, 약사와 약학대학 학생들의 바람직한 태도 및 대응책은?

앞서 보고서에서 언급하였듯이 의료 민영화가 본격화되면 약사의 역할에 큰 변화가 따를 것이다. 생산 효율성과 수익 극대화를 목표로 하는 의료 민영화 체계에서 약사는 단순한 조제 업무에만 국한될 가능성이 크고, 약사들이 그동안 쌓아왔던 전문성과 정체성, 그리고 환자와의 신뢰 역시 크게 훼손될 수 있다. 의료 민영화 사회에서 국민의 건강을 최우선시 하는 보건의료인의 덕목과 자질을 굳건히 지켜나가려면 민영화라는 구조 변화에 안일하게

8) Pharmacy Services Administrative Organizations (PSAOs)

대처해서는 안 된다. 즉, 약사뿐 아니라 약학대학 학생들 역시 사회적 책임 및 전문성을 보다 강화해야 한다. 그렇다면, 약사와 학생들은 과연 무엇을 선택하고 대응할 것인가? 보건 사회약학 5조의 조원들이 열띤 토론을 진행한 결과, 다음과 같은 세 가지의 방안이 의료 민영화 사회 속 약사 및 약학대학 학생들이 취해야 할 태도라 결론지었다.

첫 번째, 약사는 의료 전문가와 보건의료인으로서의 본질을 망각하지 말아야 한다. 의료 민영화란, 공공이 담당하는 있는 의료 서비스의 운영 및 재정을 민간 자본과 기업 중심으로 전환하는 것을 의미한다. 이는 경쟁을 통해 보다 질 높고 효율적인 의료 서비스를 국민에게 제공할 수 있다는 장점이 있지만, 동시에 의료의 상품화되고 이윤 중심의 시장재로 전환되어 높은 의료 비용을 감당할 수 없는 저소득층의 의료 접근성을 악화시킨다는 문제점도 가진다. 의료 민영화로 인해 저소득층의 건강 기본권이 침해된다면, 대한민국 헌법 제 36조 3항에서 명시하고 있는 '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다'에 위배될 소지가 있다. 이를 기반으로 의료의 전면 민영화를 통한 저소득층의 의료 접근성의 침해가 과연 헌법을 위배할 수 있는가에 대해 많은 논의를 진행하였다. 논의 결과, 위 조항을 국가가 실질적으로 모든 국민들에게 의료 접근성을 보장해야 한다는 의미로 해석하여 취약계층이 민영화에 따른 의료 이용에 제한이 생긴다면 국가가 그들을 보호하지 못한 것이라 판단하였다. 헌법뿐 아니라 보건의료기본법 역시 의료인은 이윤이 아닌 국민의 보건과 복지에 이바지해야 한다고 명시되어 있다. 의료 이용에 소외된 환자들이 없도록 약사들은 주기적으로 취약계층에게 약물 상담을 진행하고, 지역 보건 캠페인 등을 통해 국민 건강에 힘써야 한다. 이렇듯 국민의 건강권을 침해하지 않기 위해서는 보건의료인으로서의 본질과 목표를 잊지 말아야 한다.

전면 민영화가 진행된다면 약사는 이윤 극대화를 위한 복약지도 최소화, 혹은 조제 단순화를 목표로 하는 소비자 중심 서비스 제공자로 변질되는 것이 아닌, 민영화가 되기 전보다 훨씬 더 의료 질을 높여 주는 복약지도와 조제 과정이 필연적이라 생각한다. 그 이유는 다음과 같다. 민영화가 진행된 병원 차원에서는 병원에 투자하는 민간 기업, 혹은 개인이 투자 금액 대비 이윤을 극대화하려 한다. 이에 병원은 수익 중심 운영이 지속될 것이고, 더 많은 이윤 추구를 위해 불필요한 검사나 고가의 시술을 환자에게 권유할 가능성이 높다. 이와 더불어, 부유한 환자들을 위한 성형수술, 미용 의료 등 프리미엄 진료는 늘어나지만, 가장 기초적인 진료는 실질적으로 이윤이 적기에 줄어들 것이다. 그렇다면 기초 진료가 필요한 저소득층과 취약계층은 치료를 위해 어디로 향하겠는가? 1차 의료기관이나 약국이 그들의 행선지일 것이다. 즉, 병원보다 훨씬 저렴한 가격으로 증상에 맞는 일반의약품 구매하거나 상담을 받을 확률이 높다는 뜻으로 해석할 수 있다. 이러한 변화에 따라 약사는 더욱 전문적으로 환자를 맞이하고, 치료해야 할 것이다. 약물치료 모니터링 등을 통한 차별화

된 기술로 약사만의 전문성을 강조해야 하고, 현재 약사의 역할에 국한되지 않으며, 의료 양극화의 피해자인 저소득층 및 노인 계층을 위한 역할을 찾아야 할 것이다.

대한민국에서 전면 의료 민영화가 일어날 시 약사들이 적극적으로 맡아야 하는 역할은 미국 약사들로부터 힌트를 얻을 수 있다. 미국은 대표적인 의료 민영화 국가이며, 빈부 격차에 따른 의료 접근성 차이가 매우 심한 국가이다. 저명한 미국 약학 저널 *American Journal of Pharmaceutical Education*에 따르면, 미국에서 병원 의료 비용이 극단적으로 많이 나와 약사들의 역할이 매우 중요하다 (Manolakis & Skelton, 2010). 더 구체적으로 설명하자면, 미국의 약사는 단순 조제 업무뿐 아니라, 1차 의료 역할을 하여 특정 질병에 대해서는 의약품 처방할 수 있고, 백신 접종 및 투약의 역할까지 맡고 있다. 더불어, 약사의 역할이 약국에서 그치지 않고 약국 밖에서도 환자의 집에 찾아가 환자 중심 관리까지 하고 있다. 이를 통하여 막대한 의료 비용을 아끼고 있는데, 논문에 따르면 위와 같은 역할을 하는 약사 한 명당 약 \$368,000의 비용을 아낀다고 설명한다. 이는 한화로 인당 약 5억에 해당하는 값인데, 의료 민영화 체계에서 약사의 역할이 늘어나면서 필요 비용이 감소한다고 볼 수 있다. 물론 미국과 대한민국은 경제적, 정치적, 문화적 요인에 따라 약사 직무의 확대에 대한 효과가 차이가 날 수 있지만, 높아진 전문성과 늘어난 역할이 민영화 사회에서 비용을 줄이고 국민 건강을 증진할 수 있다는 점은 부정할 수 없다. 즉, 국민의 건강 증진과 의료 비용 감소, 두 마리 토끼 모두 잡은 셈이다. 따라서 의료 전문가로서 직능 확대를 위해 지속적으로 노력하고, 보건의료인으로서의 본질을 망각하지 않는 것이 의료 민영화에 대한 약사의 적절한 대응이다.

두 번째, 기타 자발적 보건의료 조직인 약사협회와 기타 약사 단체를 통해 지속적으로 목소리를 내야 한다. 의료 민영화가 전면 진행된다면 약사 개인의 노력만으로는 구조적 문제를 해결하기 어렵다. 약사 개개인에게는 큰 힘이 없기에 직능 개선, 혹은 직능 확대를 목표로 하는 것이 아닌 시스템에 순응하고 본인의 이윤만을 추구 및 극대화하려고 노력할 확률이 높다. 만약 대다수의 약사들이 이와 같이 대응한다면, 미래 약사는 단순히 조제 업무만 담당하는 서비스업으로 변질될 것으로 판단하였다. 그러나 앞서 첫 번째 대응 방안에서 언급하였듯이, 우리는 대한민국의 보건의료인으로서 국민 건강에 이바지해야 한다. 단순히 눈앞에 있는 이윤만 추구하다가 대한민국 전체 사회의 의료 체계의 악순환이 지속될 수 있다. 예를 들어 이윤을 목표로 병원이 과잉 진료 및 고가의 진료만 진행하면 높은 비용만큼 치료를 받을 수 있는 인원도 줄어들고, 저소득층의 의료 배제가 일어나 국가 전반에 경제적, 안보적 타격을 미칠 수 있다. 이를 방지하고자 약사들은 대한약사회, 지역약사회, 병원약사회 등 직능 단체를 중심으로 제도 개선에 나서야 한다. 또한 약사가 약국 밖에서도 환자 중심 치료 및 예방을 할 수 있도록, 혹은 백신 접종 및 투약까지 할 수 있도록 제도 개

편을 요구하는 입법 운동이 필요하고, 지역사회 약국의 공공 기능 확대를 위한 정책 제안이 절실하다.

특히, 이윤을 추구하는 입장에서 수도권이 아닌 지방에서는 상대적으로 경제적 이익이 떨어질 것이기 때문에 병원 혹은 약사 인원이 모두 수도권으로 몰리는 지방 의료 불균형이 생길 것이다. 이러한 지방붕괴 문제를 방지하기 위해, 의사와 약사 등 필수 의료 인력들이 지방에서도 활동할 수 있도록 보조해 주는 정책 역시 필요하다. 예를 들어, 전면 의료 민영화가 진행된다면 약국은 서울 등 수도권에 집중되는 경향이 나타나기에 약국의 지역 분포에 따른 진료비나 약제비 등 의료비용에 차등을 두는 제도를 고려해 볼 필요가 있다. 이를 통해 약국이 부족한 지방에는 경제적 인센티브나 비용 감면 혜택을 제공하여 약국의 균형 있는 분포를 형성할 수 있다. 또 다른 제도적 방안으로는 소득 분위 기반 전문의약품 처방제도의 도입을 고려할 수 있다. 의료 민영화 이후, 상대적으로 낮은 소득 계층은 증가한 의료비용을 감당하기 어려워 의료기관 이용을 기피하게 될 가능성이 있다. 따라서 일정 소득 분위 이하의 국민들에게는 병원을 거치지 않더라도 약국에서 고혈압 치료제인 아미로디핀과 같이 일반적으로 처방되는 전문의약품을 제한적으로 처방받을 수 있는 제도를 마련함으로써, 소득 수준에 따른 의료 접근성의 격차를 완화할 수 있을 것이다. 약사단체는 이와 같은 사회적 설득력을 갖춘 정책 연구를 기반으로 정부와 국회를 대상으로, 지속적으로 협의하고 논의해야 한다. 이러한 약사단체에 힘을 실어주기 위해서는 약사 개개인이 위와 같은 활동에 적극적으로 관심을 가지고 참여 의식을 가져야 한다.

세 번째, 약사뿐 아니라 약학대학 학생들도 단순히 약물 치료뿐 아니라 보건정책에도 관심을 가지고, 시대의 흐름에 발맞추어 기술을 습득해야 한다. 재차 설명하였듯, 의료 민영화는 특정 시대의 정치인과 정책에 따라 언제 진행될지 모른다. 약사는 단순히 약물 조제인에서 벗어나 소비자 중심의 서비스 제공자이자, 1차 건강 상담자로 변화할 가능성이 높다. 따라서, 약학 교육은 의료 민영화에 따른 약사의 역할 변화에 적응하고 주도하기 위한 가장 중요한 기반이 될 것이다. 평소에 생화학적 지식뿐 아니라 보건정책과 여러 가지 사회·의료적 이슈들에 관한 지식을 가져야하고, 그러한 변화를 마주했을 때 어떤 해결책이 있는지 고민해 보아야 한다. 보통의 약학대학 대학생이면 보건정책이나 의료 민영화와 같은 사회적 변화보다는 신약 개발과 같은 생화학적 탐구에 관심을 가지게 되는 일이 일반적이다. 약사이자 미래의 보건의료인으로서 이 혼란이 지속되지 않도록 기여하는 것은 학생의 의무라고 생각한다.

그렇다면 대학생뿐 아니라 약사들은 어떤 교육을 추가로 받으면 좋을까? 우선, 의사소통과 상담 능력이 필수적일 것이다. 민영화 이후에는 약국이 1차적인 건강 상담 공간으로 기

능할 가능성이 높기 때문에, 환자의 증상에 대한 설명을 정확하게 듣고, 안전하고 적절한 복약 지도를 제공하는 능력이 필수적이다. 대학교부터 이와 같은 교육을 실시한다면, 전문성과 공감 능력을 두루 갖춘 약사로 성장할 수 있을 것이다. 또한, 약물치료 모니터링 및 임상약학 역량 강화를 위한 교육이 필요하다. 민영화 이후에는 환자가 병원을 거치지 않고 약국에서 직접 약을 구매할 가능성이 커지고, 중복 처방이나 부작용의 위험성이 증가한다. 따라서 약물 복용 상태를 모니터링하는 DUR과 같은 체계적인 방법을 사용하는 것에 익숙해져야 한다. 이와 더불어, 데이터 정보 분석 능력을 기르는 교육도 시급하다. 빠르게 발전하는 인공지능과 데이터 기술을 기반으로 약사는 이러한 기술을 적극적으로 활용하여 신속하고 정확한 복약 상담을 제공해야 한다. 민영화 환경에서는 의료기관 간 정보 공유에 어려움이 있을 수 있다. 따라서 약국은 디지털 기반으로 건강지표를 평가할 수 있어야 한다.

물론 이 세 가지 교육 외에도 약사가 갖추어야 할 역량은 다양하다. 그러나 조원들과 깊은 토론 끝에, 우리는 지금, 이 시대에 약학 교육이 가장 시급히 준비해야 할 방향으로 위의 세 가지를 선정하였다. 이는 단순히 교육 커리큘럼만의 문제를 넘어서, 약대생 개개인이 봉사 정신과 포용성까지 내면화해야 한다는 의미도 가진다. 그래야만 의료 민영화로 초래된 의료 양극화 시대에서 국민의 건강을 책임지는 진정한 보건의료인으로 자리매김할 것이라 확신한다.

VIII. 결론 및 제언

본 보고서에서 분석하였듯, 의약분업 이후 약사는 단순한 제조자 위치에서 벗어나 복약지도, 약물 오남용 예방, 약물 치료 관리 등을 담당하는 전문가가 되었다. 코로나19라는 위기 속에서도 약국은 국가와 협력하여 국민의 신뢰를 바탕으로 공익을 위해 힘썼다. 우리는 이러한 경험을 통해 약사가 공공성과 전문성을 지닌 보건의료인임을 확인할 수 있었다.

그리고 현재, 비급여 항목이나 고액 진료비에 대한 실손 보험 확대, 원격 진료, 약 배달 서비스, 영리병원 설립 시도 등 의료 민영화가 확대되는 보건의료 체계의 사회적 흐름과 이 변화가 약사에게 어떤 영향을 미칠지 다각도로 살펴보았다. 의료 민영화는 공공이 운영하던 의료 시스템에 민간 자본이 개입하여 의료 시장 논리에 따라 운영되는 현상을 말한다. 자유로운 ‘개인의 선택’이 불가한 의료시장 특성을 고려하면 의료민영화로 인해 소득수준에 따라 의료 불평등이 발생할 위험이 있다. 또한 민간 의료기관이 의료 서비스를 제공하게 되면 현재도 제기되고 있는 지방 의료 붕괴 문제가 더욱 심화될 수 있다. 더불어 의료 서비스의 목적이 환자의 생명이 아닌 이윤으로 변화되어 필수 치료에 대한 접근성이 저하될 수 있고, 이는 국가 의료체계의 붕괴까지 이어질 가능성이 존재한다. 물론 의료 민영화는 진행되었을 때의 장점도 분명 존재한다. 대기시간이 없는 빠른 진료, 프리미엄 서비

스, 개인 맞춤형 의료보장이 가능해진다. 하지만 이러한 고가의 의료 서비스에 대한 지불능력을 갖춘 사람은 소수임이 분명하다. 의료 민영화로 영리병원이 도입된다면 첨단 의료 기술 투자와 연구, 개발이 더 자유로워질 수 있지만, 이 또한 고소득층을 위한 기술로 쓰이며 의료 서비스의 양극화가 다시금 심화될 것이다. 결국 의료 민영화로 인해 우려되는 가장 큰 부작용은 의료의 공공성과 형평성의 근본을 위협하는 구조적 악순환이다.

의료 민영화 시대에 약사는 윤리적 딜레마에 빠진다. 국내외 거대자본이 대형 프랜차이즈 약국을 통하여 공급자의 위치를 독점할 것이고 더 많은 약을 판매하기 위하여 조제 속도의 경쟁이 이루어지며 이는 복약 지도의 감소로 이어져 결과적으로 의료의 질이 저하될 것이다. 이러한 구조는 약사를, 국민의 건강을 위하는 전문가라고 할 수 없는, 단순한 상품 유통 및 조제 판매자로 전락시킨다. 그러나 약사는 단순한 상인이 되어서는 안 된다. 약사는 의약품 안전관리, 복약지도 등 의약품 안전관리에서 가장 중요한 보건의료 전문가이다. 약사의 전문성으로 환자는 약물 부작용 예방 및 치료 효과 극대화라는 생명과 직결되는 중요한 도움을 얻는다. 앞서 제시된 미국의 사례처럼 약사는 1차 의료의 역할까지 맡을 수 있는 전문성을 가졌기에 우리 사회의 고령화와 만성질환 문제가 본격화됨에 따라 약사의 전문성은 더욱 필요하다. 따라서 약사는 의료 민영화 시대에도 속도와 이윤을 추구하는 것이 아니라 보건의료 전문가로서 국민 건강에 책임감을 가지고 환자를 대해야 한다.

다른 무엇도 아닌 사람의 생명과 직결되는 의료서비스가 오직 시장 논리에 따라 운영되는 것은 결코 모든 국민을 위한 방향이라고 할 수 없다. 우리는 전면적인 공공의료 체계를 주장하는 것이 아니다. 국가 재정 부담이 커지는 현실 속에서 어느 정도의 민영화는 피할 수 없다는 것을 알고 있다. 하지만 의료 민영화가 본격화되면 소득 격차, 지역 격차와 같은 문제점이 확대될 것이 틀림없다. 따라서 모든 국민이 국가의 보건에 관한 보호를 받기 위해서 의료 민영화를 받아들이더라도 그 부작용에 대하여 제도적으로 완화하고 통제할 수 있는 장치를 마련해야 한다. 우리는 약학대학 학생이자 미래의 약사로서 이 변화에 침묵해서는 안 된다. 약사는 약물 유통인이 아닌 국민 건강을 위한 전문가이다. 보건의료 전문가로서 사회적 책무를 수행하고 약사 협회 및 단체를 통해 제도 개선에 목소리를 내야 한다. 의료 민영화가 언제, 어떤 모습으로 우리에게 다가올지 모른다. 그러므로 보건 정책 및 관련한 사회 이슈에 관심을 가지고 참여 의식을 기르는 모습이 필요하다. 우리의 침묵은 약사의 미래를 시장의 손에 내던질 테지만, 우리의 말과 행동은 약사를, 생명을 중시하는 보건의료 전문가로 지켜낼 것이다.

IX. 토론 및 질의 응답

- 토론 -

쟁점 1. 의료민영화 이후, 환자의 리뷰 평점이 약사의 진로를 결정짓는 시대가 온다면?

* 은종인 학우와 토론한 내용을 바탕으로 정리한 것입니다.

반대	<p>약사는 전문가이며, 환자의 평점에 휘둘리는 의료는 상업적 쇼핑몰과 다를 것이 없다.</p> <p>1. 약사의 전문성과 윤리적 판단 훼손 우려 환자의 평점이 중요한 기준이 되면, 약사는 전문적인 판단보다는 고객의 비위에 맞추려고 할 수 있다. 이는 약사의 역할을 고객 응대 직원처럼 전락시키고, 복약 지도와 같은 중요한 의료 서비스 제공을 왜곡할 수 있다. 결국 평점에 따라 친절을 우선시하게 되면, 약사의 윤리적 판단과 전문성이 희생될 가능성이 있다.</p> <p>2. 감정적이고 왜곡된 리뷰 환자의 리뷰는 종종 감정적이고 왜곡될 가능성이 있다. 예를 들어, 배달의 민족에서 발생하는 별점 테러와 같이, 개인의 감정에 의해 공정하지 못한 평가가 이루어질 수 있다. 이런 리뷰는 약사에게 부당한 영향을 미칠 수 있다.</p> <p>3. 평점이 낮은 약사는 해고당할 위험 약사의 평점이 낮을 경우, 해고와 같은 경영적 불이익을 당할 수 있다. 이는 약사의 직업 안정성을 위협하며, 공공의료 서비스가 위축될 수 있다.</p>
찬성	<p>1. 서비스 질 향상 의료 민영화가 진행되면, 약사는 보다 고객 중심으로 변화해야 하며, 환자의 리뷰 평점은 서비스 질을 높이는 도구로 활용될 수 있다. 평점 시스템은 경쟁을 유도하여, 성의 없는 응대나 서비스 품질 저하를 방지할 수 있다. 이는 음식점이나 의류 쇼핑몰 등에서 평점 시스템이 경쟁을 촉진시키는 것과 같은 맥락으로, 의료 서비스 또한 시장 경제 논리에 따라 평가받아야 한다.</p> <p>2. 환자 만족 높은 리뷰를 위해, 약사들은 의료 서비스의 질을 향상시켜 환자의 높은 만족도를 충족시키려 할 것이다. 이 리뷰 제도는 약사들의 업무 효율성을 높이고, 더 나아가 환자들에게 더 나은 서비스 제공을 위해 동기를 부여할 것이다.</p>

쟁점 2. AI와 민영화가 약사의 기능을 축소시킬 수 있는 시대에, 우리는 어떤 법제도적 보완이 필요한가? * 전예리 학우와 토론한 내용을 바탕으로 정리한 것입니다.

<p>1. AI 도입에 따른 법적 가이드라인 마련</p> <p>AI 기술이 약사의 업무를 보조하거나 일부분을 대체하는 상황이 늘어남에 따라, 이에 대한 명확한 법적 가이드라인이 필요하다. 예를 들어, AI가 복약지도나 약물을 추천할 때, 약사의 최종 판단권을 어떻게 보장할지, 관련 규정을 마련해야 한다. 또, GPT가 한번씩 오류를 내는 것처럼 AI가 제공한 정보에 문제가 있다면, 그에 따른 책임 귀속에 대한 법적 규정도 필요하다 생각된다. 아마도, 환자들이 AI의 정보를 ‘정답’으로 받아들일 가능성이 높기 때문에 약사의 판단이 우선적임을 공시하는 법적 내용이 필요하다 생각한다.</p>
<p>2. 민영화된 구조에서 약사 보호 제도 마련 및 약사의 독립성 보장</p> <p>민영화된 의료 구조에서는 보험회사나 특정 기업 소속 약사가 기업의 방침이나 수익 논리에 따라 윤리적 판단을 내리기 어려운 상황이 생길 수 있다. 이 때, 약사를 보호할 수 있는 법적 근거가 마련되어야 한다. 예를 들어, 약사의 해고를 막는 제도나, 기업의 이익에 의한 판단 압박을 피할 수 있는 보호 장치가 필요하다. 또, 약사의 전문성과 책임을 존중하고 약사의 전문적인 판단권을 제도적으로 보장해줘야한다. 이를 통해 약사의 자율성과 책임을 강화하고, 기업의 이익에 영향을 받지 않도록 해야 한다.</p>

쟁점 3. 해결방안 우선 순위 매기기

우선 순위	주장	근거
1	약사단체를 통해 정책을 추진하고, 지방 차등 인센티브 제도를 도입해 약사의 역할을 강화해야 한다.	<ul style="list-style-type: none"> - 정책 추진 : 약사단체가 전문의약품 처방권 확대와 같은 정책을 제안하여 약사의 전문성을 강화할 수 있다. - 지방 인센티브 : 지방의 의료 자원 부족을 해결하기 위해 지방 차등 인센티브 제도를 도입하면 약사의 1차 의료 참여를 유도할 수 있다.
2	약사의 직능 확대를 통해 1차 의료를 강화해야 한다. 미국처럼 예방 접종과 만성 질환 관리를 포함한 1차	<ul style="list-style-type: none"> - 미국 사례 : 약사는 예방 접종 및 만성 질환 관리에 참여, 의료 접근성을 향상시킨다. - 우리나라 가능성 : 고령화 사회에서 약사들이 1차

	의료 서비스를 제공하는 것이 중요하다.	의료에 참여하면 의사의 부담을 덜고 의료 효율성을 높일 수 있다.
3	약학대학에서 비판적 사고와 보건정책 관련 과목을 신설하고, 의사소통 능력과 AI 활용 능력을 강화해야 한다.	<ul style="list-style-type: none"> - 교육 개선 : 비판적 사고 및 보건정책 과목을 신설하면 약사가 정책적 역할을 할 수 있다. - AI 활용 : AI 기술을 활용한 데이터 분석 교육을 통해 약사의 업무 효율성을 높일 수 있다.

* 김연재 학우와 토론한 내용을 바탕으로 정리한 것입니다.

<p>1. 직능 확대가 먼저(김연재 학우)</p> <p>주장 : 약사의 직능 확대가 우선되어야 한다. 약사가 단순히 조제 및 유통업자로 전락하지 않기 위해서는 1차 의료에 참여하고 역할을 확장해야 한다.</p> <p>근거 : 미국의 사례처럼, 약사들이 예방 접종, 만성 질환 관리 등 1차 의료 서비스를 제공함으로써 의료 접근성을 높이고, 효율성을 개선할 수 있다. 이러한 변화는 약사의 전문성을 강화하고, 의료 시스템 전반의 품질을 향상시킬 것이다.</p>
<p>2. 반론 : 직능 확대의 문제점</p> <p>주장 : 직능 확대가 급격하게 이루어지면 의사의 반발과 보건 의료 체계의 혼란을 초래할 수 있다. 1차 의료의 변화가 급격하게 진행된다면 의사와 협력하는데 어려움이 생길 것이다.</p> <p>근거 : 제도적 변화와 정책적 해결이 먼저 이루어져야 하며, 그 이후에 직능 확대가 자연스럽게 따라오는 것이 효율적이다. 급격한 직능 확대가 의료 체계에 혼란을 줄 수 있기 때문이다.</p>
<p>김연재 학우의 재반박</p> <p>주장 : 제도적 변화가 정치적으로 어려운 상황에서, 직능 확대가 더 실현 가능하다. 국민들의 동의와 정치계의 승인을 얻기 어려운 경우, 직능 확대를 먼저 추진하는 것이 더 효과적일 수 있다.</p>

토론 진행자 재반박

주장 : 직능 확대가 이루어져도, 민영화된 의료 체계에서 지방에서 수도권으로 많은 사람들이 몰리는 현상이 발생할 수 있다. 이는 보건 의료 체계의 붕괴를 초래할 수 있으므로, 제도적 해결이 먼저 필요하다.

- 질의 응답 -

1. 아까 PBM 제도나 법인약국의 단점만 소개된 것 같은데 오히려 약사의 디지털 전환을 촉진시키는 것과 같은 장점도 있지 않을까요?

법인약국은 여러 지점을 통합 운영하기 때문에 데이터 일관성을 확보를 위해, AI 기반 복약지도 시스템이나 자동조제기와 같은 디지털 시스템을 적극적으로 도입할 가능성이 높다. 이러한 변화는 ‘디지털 헬스 전문가’로서의 약사 정체성을 강화하는 기회가 될 수도 있다. 그러나 민영화를 부정적으로 바라본 우리 입장에서는 약사의 정체성 강화보다는 열악한 근무환경과 경영적 불이익을 겪는 면이 더 크다고 생각해 단점을 위주로 발표했다.

2. 약국과 의료기관의 담합은 어떤 방법으로 일어나며, 어떻게 하면 개선할 수 있을까요?

약국 간 담합은 주로 처방전 단계에서 발생하는데, 특정 약국에서만 구할 수 있는 약물을 처방받게끔 하는 방식으로 이루어진다. 이런 담합은 환자에게 불리한 영향을 미친다. 그래서 DUR(Drug Utilization Review) 시스템이 적극 필요하다. DUR은 약물의 중복 처방을 방지하고, 부적절한 약물 사용을 모니터링하는 시스템이다. 하지만, 현재 한국에서는 DUR의 적용이 잘 안 되고 있고, 실제 처방 단계에서 담합을 차단하는 데 한계가 있다. 그래서 DUR 시스템의 확대 개편과 강화가 절실히 요구된다.

의료기관 내 약국 개설 개수에 관한 규정이 있지만, 대여점이나 유령 점포와 같은 편법을 통해 이를 회피하는 경우도 있다. 이 역시, 국가 차원의 엄격한 관리와 실효성 있는 법적 규제가 필요하다. 이는 담합을 예방하고, 약국 간의 공정한 경쟁을 촉진하는 데 중요한 역할을 할 것이다.

참고문헌

- 김정은. (2023). 개인 맞춤형 의료의 발전과 의료 민영화의 관계. *보건사회연구*, 40(2), 85-110.
- 이상훈. (2024). 가치 기반 의료 도입이 의료 시스템에 미치는 영향. *의료정책포럼*, 15(1), 22-41.
- 김선호. (2024, 6월 10일). 복지부, 원격의료 활성화 '드라이브'...비대면 진료 제도화 속도. *Medical Times*.
<https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1159727>
- 김진현. (2016). 한국 보건의료정책의 현황과 과제. *보건복지포럼*, (242), 6-17.
- 최은택. (2022, 7월 26일). 제주도 영리병원, 국내 첫 사례로 논란 지속. *의약뉴스*.
<https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3007989>
- 김동하. (2020). 체계적 문헌고찰과 웹크롤링 기법을 통해 살펴본 국내 약사 역할의 변화 (석사학위논문). 경북대학교 대학원.
- 정수철. (2018). 한국과 미국의 의약분업제도 분석을 통한 약국 약사의 임상적 전문성 강화 방안 (박사학위논문). 동아대학교 국제전문대학원.
- 최진혜. (2023). 감염병 위기 상황에서의 협력적 거버넌스 사례연구: 약국을 통한 공적 마스크 정책을 중심으로. 서울대학교 보건대학원
- 박길홍. (2011년 11월 30일). '주식회사 병원', 이익을 볼 사람과 손해를 볼 사람: 영리 의료 법인 도입에 앞서 생각해 볼 것들. 프레시안. <https://www.pressian.com/pages/articles/67102>
- 서영준. (2013년 12월 17일). [의료민영화 논란⑤] 외국은 어떤가...성공과 실패모델. 뉴스핌.
<https://www.newspim.com/news/view/20131217000325>
- 서울경제. (2014년 1월 9일). [이것이 대못 규제] 국내 의료 기술·서비스 세계 최고 수준... 영리병원 허용 땀 생산효과 11조 육박. <https://www.sedaily.com/NewsView/1HT4Z3SAMX>
- 강환웅. (2025년 4월 30일). 치료 목적의 한의 비급여 실손보험 보장 "국민 진료 선택권 높인다". AKOM News.
https://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=62614
- 한국보건산업진흥원. (2024). 글로벌보건산업동향, GLOBAL BIO-HEALTH INDUSTRY TREND (Vol. 530).
<https://www.khidi.or.kr/board/view?pageNum=3&rowCnt=10&no1=687&linkId=48918629&menuId=MENU01530&maxIndex=00489260109998&minIndex=00489035929998&schType=0&schText=&schStartDate=&schEndDate=&boardStyle=Gallery&categoryId=&continent=&country=>

- Centers for Medicare & Medicaid Services. (August 15, 2024). Medicare drug price negotiation program: Negotiated prices for initial price applicability year 2026. U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services.
<https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-drug-price-negotiation-program-negotiated-prices-initial-price-applicability-year-2026>
- Chappell, B. (2023). Have a complaint about CVS? So do pharmacists: Many just walked out. OPB.
<https://www.opb.org/article/2023/09/29/cvs-pharmacists-walk-out/>
- Freyer, F. J. (2024). CVS employees allege poor working conditions in federal lawsuit. The Boston Globe.
<https://www.bostonglobe.com/2024/12/19/metro/cvs-employees-allege-poor-working-conditions-federal-lawsuit-opioids/>
- Jewett, C. (2020). How chaos at chain pharmacies is putting patients at risk. *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com/2020/01/31/health/pharmacists-medication-errors.html>
- Linde, S., Norton, B., & Siebert, R. (2019). The effect of bargaining power determinants on pharmaceutical prices (No. 7988). CESifo Working Paper.
- Nightengale, B. (2020). What Was, Is No More: Community Pharmacy Economics. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 26(6), 703-705. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2020.26.6.703>
- Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. (August 15, 2024). Medicare drug price negotiation program: Medicare prices negotiated for 2026 compared to list and U.S. market prices. U.S. Department of Health and Human Services.
<https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/3e8abec86039ac0ed674a8c5fac492e3/price-change-over-time-brief.pdf>
- Social Security Administration. (2025, January). Medicare (Publication No. 05-10043). U.S. Government Publishing Office. <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10043.pdf>
- Thompson, D. (2024, October 24). Independent drugstores reckon with painful prescription economics. U.S. News & World Report.
<https://www.usnews.com/news/health-news/articles/2024-10-24/independent-drugstores-reckon-with-painful-prescription-economics>
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.). Get started with Medicare. Medicare.gov.
<https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare>
- U.S. Federal Trade Commission, Office of Policy Planning. (2024, July). Pharmacy benefit managers: The powerful middlemen inflating drug costs and squeezing Main Street pharmacies, interim staff report.

https://www.ftc.gov/system/files/ftc_gov/pdf/pharmacy-benefit-managers-staff-report.pdf

대한민국헌법: 국가법령정보센터: 법령 > 본문. 대한민국헌법 / 국가법령정보센터 / 법령 > 본문.(n.d.).
<https://www.law.go.kr/lsEfInfoP.do?lsiSeq=61603#>

Manolakis, P. G., & Skelton, J. B. (2010). Pharmacists' contributions to primary care in the United States collaborating to address unmet patient care needs: The emerging role for pharmacists to address the shortage of primary care providers. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(10). <https://doi.org/10.5688/aj7410s7>