

## 복잡성, 혼돈 그리고 정책의 진화적 합리성: 의약분업 정책을 중심으로\*

김기형\*\*

---

본 연구는 의약분업 정책을 사례로 선정하여 정책의 복잡성과 혼돈 현상을 설명하고, 이러한 상황에서 정부와 정책 관련 집단들이 추구해야 할 정책의 합리성을 탐색하였다. 연구결과 의약분업 정책은 정책 그 자체, 정책결정체제, 다른 정책이나 제도, 외부 환경 등이 공진화하면서 체제 전체 차원에서 형성된 것이었다. 이러한 현상은 일반적인 합리성의 개념인 내용적 합리성과 절차적 합리성으로 설명하기에는 불충분하여 진화적 합리성이라는 새로운 개념을 제시하였다. 진화적 합리성이란 시행착오와 경험의 학습을 통해 지식을 확장시키면서 정책의 합리성을 개선하려는 논리이다. 복잡하고 혼돈스러운 상황에서 정부와 정책 관련 집단들은 이러한 진화적 합리성을 추구함으로써 정책실패로 인한 막대한 사회적 비용의 낭비를 감소시킬 수 있으며, 이러한 정책이 곧 합리적인 정책이 될 것이다.

주제어: 복잡성, 혼돈, 진화적 합리성

---

### I. 서론

정책은 의도하였던 방향으로 진행되기도 하지만 의도하지 않은 방향으로 진행되기도 한다. 만약 정책이 의도하지 않은 방향으로 진행된다면 그 이유는 무엇인가? 이러한 경우 정책은 합리적일 수 없는 것인가? 아니면 다른 의미에서 합리성을 충족하고 있는가? 본 연구는 이러한 질문에 대한 논의를 하고자 한다.

---

\* 본 논문에 유익한 조언을 해주신 익명의 심사위원들께 감사드립니다.

\*\* 현재 고려대학교 행정학과 박사과정을 수료하였고, 숭실대학교, 충주대학교, 한국방송통신대학교 강사로 재직 중이며, 관심분야는 정책이론, 연구방법론 등이다(kkhyung@hanmail.net).

최근 정책의 복잡성, 무질서, 불안정성, 비평형성, 비선형성 등이 강조됨에 따라 기존의 질서·안정·평형·선형성 등을 전제로 하는 뉴턴적 패러다임(Newtonian paradigm)<sup>1)</sup>으로는 정책 현상을 설명하는데 한계가 있다는 주장이 제기되고 있다. 즉 뉴턴적 정책 패러다임이 비록 몇몇 부분에서 유용성을 갖는다 하더라도, 복잡하고 불확실한 정책 현상이 전개되는 상황에서는 이를 보다 적절히 설명할 수 있는 새로운 정책 패러다임이 요구되고 있는 것이다. 이러한 맥락에서 최근 복잡성과 혼돈(chaos)에 초점을 두는 소위 신과학(new science)의 이론들이 정책학에 새로운 패러다임을 제시하고 있다(Stacey, 1992; Kiel, 1994; Kauffman, 1995; Elliott & Kiel, 1997, 김영평, 1993a, 1996; 노화준, 1998a; 최창현, 1999; 최성두, 2000; 사득환, 2002, 2003).<sup>2)</sup>

정부가 다루는 대부분의 공공정책들은 다른 정책들과 밀접하게 연결되어 있고, 수많은 행위자들이 다양한 방식으로 상호작용을 하면서 외부 환경이나 다른 정책 결정체제와도 상호작용을 하는 과정에서 결정된다. 이로 인해 정책은 복잡하고 혼돈스러워 보이지만, 동시에 환경과 상호작용 하는 가운데 내부적으로 자생적인 질서를 만들어내면서 새로운 정책으로 변화한다. 현실에서의 정책은 단 한번의 결정으로 의도한 방향대로 진행되어 목표를 달성하는 경우가 드물며, 일단 결정된 정책 역시 지속적으로 오차를 수정하면서 변화하게 된다. 이처럼 정책이 시간의 흐름에 따라 환경과 끊임없이 상호작용하면서 동태적으로 변화하는 모습은 마치 유기체가 환경과 상호작용하면서 진화해 나가는 모습과 유사하다.

1) 뉴턴적 패러다임은 원자론 및 기계론(atomism and mechanism)을 근간으로 단순하고 질서정연한 세계관을 갖고, 작은 입력으로 균등하게 작은 효과를 거둘 수 있는 선형관계(linear relations) 및 인과관계(causal relations)가 관심의 대상이며, 안정·질서·평형 등을 강조하였다(이창원·최창현, 2005: 90-91). 이에 따라 뉴턴적 패러다임은 시간을 하나의 상수로 취급하여 미래와 과거는 대등한 것으로 보았고(김용운, 2001: 33), 환원주의적 사고에 입각하여 전체는 원자로 분할될 수 있고 분할된 원자는 다시 전체로 재결합될 수 있다고 보았다(최창현, 1999: 23; 이광모·최창현, 2001: 4).

2) 일반적으로 신과학이란 고전적인 뉴턴주의적 과학의 설명으로 정확히 확인되지 않는 물리학과 생물학 등 개별 과학영역에서 발생되고 있는 이론과 아이디어들을 일컫는 용어이다(최성두, 2000: 595). 이러한 신과학 이론들은 그동안 간과되어온 복잡성과 혼돈에 초점을 맞추고 있으며, 복잡성 이론(complex theory), 혼돈 이론(chaos theory), 복잡한 적응 체제(complex adaptive systems), 동역학체제이론(dynamic systems theory), 복잡한 비선형 체제의 연구(the study of complex nonlinear system) 등으로도 불리우고 있다(Waldrop, 1992; Kauffman, 1995; Simon, 1996; 최창현, 1999: 20).

정책이 복잡하고 혼돈스러운 상황 하에서 진화적으로 형성되는 것이라면, 정책의 합리성 또한 진화를 허용하는 합리성이어야 할 것이다. 보통 정책이 합리적으로 결정되었다 하면, 주어진 목표를 달성하기 위하여 최선의 수단을 선택한다는 Simon의 내용적 합리성이나 Diesing이 말하는 경제적·기술적 합리성을 충족시킨 것을 의미하였다. 그러나, 정책은 일시적·부분적으로 내용적 합리성을 충족할 수 있으나, 계속적·전체적으로 내용적 합리성을 충족하기는 어렵다. 따라서, 시간의 흐름에 따라 동태적으로 변화하는 정책 상황에서는 정책오차의 발생을 인정하고, 시행착오와 학습을 통해 지속적으로 정책오차를 수정하면서 개선되어가는 과정을 합리성으로 보아야 할 것이다. 물론, Simon의 절차적 합리성과 Diesing의 정치적 합리성 등이 경제적·기술적·내용적 합리성의 한계를 지적하고 있으나, 정책의 진화적 특성을 포함하려면 그 개념을 보다 확장시켜야 할 것으로 보인다.

이러한 맥락에서 본 연구는 정책의 복잡성과 혼돈 현상을 설명하고, 이러한 상황에서 정부와 관련 집단들이 추구해야 할 정책의 합리성을 제시하려 한다. 이에 본 연구는 의약분업 정책을 사례로 선정하고 논의를 진행하기로 한다. 의약분업이란 의사가 진단·처방하고 약사는 의사의 처방에 따라 의약품을 조제하는 제도로, 우리나라에서는 1963년 약사법이 개정되면서 처음으로 실시되었다 중단된 이후 2000년에야 본격적으로 실시되었다. 당시 정부는 의약분업 정책을 실시하면서 의약품의 오남용 예방, 약제비 절감, 환자의 알권리 및 의약서비스의 수준 향상, 제약산업의 발전 및 의약품 유통구조의 정상화 등 긍정적인 효과를 기대하였다(보건복지부, 2000b: 2-5). 그러나, 정부가 기대하였던 효과가 나타나고 있는지 의심스러우며, 오히려 의료계의 총파업 등 집단행동으로 엄청난 사회적 혼란이 야기되었을 뿐만 아니라 의료보험<sup>3)</sup> 재정(이하 의보재정)의 악화와 국민 총의료비 상승 등 의도하지 않았던 문제점들도 나타났다.

이러한 의약분업 정책의 전개과정은 다음과 같은 구체적인 질문을 제기하게 한다. 첫째, 의약품의 오남용 예방 등 긍정적인 효과가 기대되었던 의약분업 정책은 왜 2000년에야 실시되었고, 이에 대해 의료계는 왜 총파업 등 강경한 집단행동을

3) 우리나라의 의료보험은 1999년 국민건강보험법 제정(1999. 2. 8. 법률 제5854호)으로 국민건강보험으로 명칭이 변경되었다. 본 연구에서는 이를 의료보험이라는 용어로 통일하여 사용하기로 한다.

하면서 반발하였으며, 의약분업의 실시 결과 왜 정부가 의도하지 않았던 문제점들이 나타났는가? 둘째, 전술한 질문들을 고려할 때 의약분업 정책은 합리적으로 결정된 것이 아니었는가? 본 연구는 이러한 질문에 대한 해답을 추구하면서 의약분업 정책의 복잡성과 혼돈적 특성을 설명하고, 향후 정부와 정책 관련 집단들이 이러한 특성을 지닌 의약분업 정책이나 유사한 정책에서 추구해야 할 합리성을 제시하고자 한다.

## II. 의약분업 정책에 대한 선행 연구의 검토

본 연구에서 의약분업 정책에 대해 제기한 질문들은 기존의 선행연구들에서도 어느 정도 설명이 이루어졌다. 그러나, 기존의 연구들은 주로 이익집단이나 시민단체, 혹은 대통령과 정부 등 특정 집단의 역할을 강조하여 설명하거나(박순기, 1990; 최완근, 1991; 이상기·윤태영·김철웅, 2000, 이상기, 2000; 조병희, 2000; 2001; 안병철, 2002a, 황혜신, 2005), 정책결정과정에서 참여한 집단들간 상호작용 또는 외부 환경을 고려하더라도 정책결정체제와 환경과의 상호작용을 충분히 연계하여 설명하지 못하였다(안병철, 2000; 2001; 전진석, 2003; 김주환, 2004a; 2004b; 신영균, 2004). 이로 인해 이러한 연구들은 의약분업 정책의 결정과정에서 중요한 요인들을 설명하고 있음에도 불구하고, 전체적으로 보면 설명이 미흡한 부분들이 발견된다.

대부분의 선행연구들은 의약분업 정책이 실시되지 못하였던 이유를 강력한 이익집단의 반대로, 실시될 수 있었던 이유를 시민단체의 역할을 중심으로 설명하고 있다. 그러나 전자의 경우 “2000년에는 강력한 이익집단의 반대가 없어 의약분업 정책이 실시되었는가?” 라는 문제가 제기되며, 후자의 경우 “왜 의약분업 정책의 결정과정에서 중요한 역할을 수행한 시민단체는 이후 의료계의 총파업이라는 강력한 이익집단의 반대와 이로 인해 기존의 의약분업안이 의료계의 요구를 수용한 안으로 수정되는 과정에서 무력하였는가?” 라는 문제가 제기된다. 또한 의약분업 정책이 실시될 수 있었던 이유를 주인 대리인 이론에 근거하여 대통령과 정부의 주도적 역할로 설명한 연구도 있는데, 이는 역으로 기존의 연구들이 중요한 요인으로 보았던 이익집단과 시민단체의 역할을 과소평가하는 측면이 있다.

이외에도 정치모형에 근거하여 의약분업 정책이 다양한 정책 행위자들간 상호작용의 결과라는 연구가 있으나, 1998년 이후를 주 분석대상으로 하여 1998년 이전에는 왜 의약분업 정책이 실시되지 못하였고 정책행위자들간 상호관계와 그 특성이 1998년 이후 의약분업 정책의 형성과정에 어떠한 영향을 미치는가에 대한 설명은 미흡하다. 또한, 정책네트워크와 정책옹호연합모형을 이용하여 의약분업 정책 환경(조건)의 변화와 이로 인한 의약분업 정책 네트워크 혹은 하위체제의 변화로 의약분업 정책의 변화를 설명하는 연구들도 있다. 그러나, 이들의 연구는 정책 환경의 변화가 정책 네트워크나 하위체제에 미치는 영향을 중심으로 서술하고 있어, 환경의 영향을 받은 정책 네트워크나 하위체제의 변화가 다시 환경을 변화시키고 새로운 환경은 또다시 정책 네트워크나 하위체제의 변화를 촉진시키는 관계에 대한 설명이 미흡하다.

한편, 본 연구의 또 다른 주제인 의약분업 정책의 합리성에 대한 선행연구는 거의 없으며, 합리성을 논의한 연구들도 동일한 의약분업 정책에 대해 상이한 합리성에 근거하여 상이한 설명을 하고 있다(이상이, 2000; 안병철, 2000; 2002b; 최성두, 2000).

먼저 이상이는 합리모형의 시각에서 의약분업실행위원회(이하 실행위)의 의약분업안이 내용적 합리성과 절차적 합리성을 충족시킨다고 설명하고 있다. 그러나, 내용적 합리성의 측면에서 실행위안이 최선의 안이었는지는 정책이 실시되기도 전에 어떻게 알 수 있으며, 만일 최선의 안이라면 당시 이를 반대한 의료계의 주장과 이들의 요구를 수용한 정부, 약사회, 시민단체 등은 모두 불합리하였다는 것인가? 절차적 합리성 또한 실행위의 최종 의약분업안은 대한의사협회(이하 의협)<sup>4)</sup>와 대한병원협회(이하 병협) 대표가 퇴장한 가운데 도출된 것인데, 이러한 형식적인 절차의 준수를 과연 절차적 합리성으로 보아야 하는가? 라는 질문이 제기된다.

안병철은 의약분업 정책이 정책형성과정에 참여하는 다양한 행위자들간 정치적 상호작용의 결과로 나타난 것이기 때문에, 경제적 합리성의 논리보다는 정치

4) 본 연구의 주 대상 시기인 1960년대 이후 의사들의 이익을 대변하였던 집단으로는 대한의학협회가 있는데, 대한의학협회는 1993년 5월 29일 대한의사협회로 그 명칭을 개칭하였다. 이하에서는 명칭만 다를 뿐 동일한 집단인 대한의학협회와 대한의사협회를 구분하지 않고 모두 의협이라 지칭하겠다.

적 합리성의 논리가 더 중요하다고 설명하고 있다. 본 연구도 이러한 그의 주장에는 어느 정도 동의하나, 그의 연구에서는 정치적 합리성이 더 중요하다는 주장만 있을 뿐, “정치적 합리성이 충족되었는지?”에 대한 논의는 없다. 그는 이후의 연구에서 정치적 합리성의 추구가 정책실패의 기제로 작용할 수도 있다고 하였는데,<sup>5)</sup> 이러한 경우 “정책의 실패를 초래할 수도 있는 정치적 합리성이 합리적인 것인가?” 라는 의문을 제기하게 만든다.

마지막으로 최성두의 연구는 의약분업 정책을 갈등관리의 측면에서 접근하면서, 의약분업 정책이 내용적 합리성을 확보하지 못하였고 절차적 합리성도 불충분하였다고 설명하고 있다. 그러나, 그의 연구는 정책의 갈등 조정에 초점을 두었기 때문에 합리성은 주 논의의 대상이 아니었다.

지금까지 논의한 선행연구들은 모두 중요한 요인들을 설명하고 있음에도 불구하고 전체적으로 설명이 미흡한 부분들이 나타났다. 따라서 이러한 부분을 보완하기 위해서는 참여집단들간, 참여집단의 내부집단들간, 그리고 이들과 외부 환경과의 상호작용 등을 전체적으로 고려하여 설명할 수 있는 이론적 논의와 이러한 상황에 보다 적합한 새로운 합리성에 대한 탐색이 필요하다.

### Ⅲ. 복잡성, 혼돈 그리고 정책의 진화적 합리성에 대한 이론적 논의

#### 1. 복잡성과 혼돈에 관한 이론적 논의

지금까지 대다수의 정책 연구는 안정, 질서, 평형, 선형성 등을 강조하는 뉴턴적 패러다임에 토대를 둔 것이었다. 따라서 정책도 안정과 평형을 이루며 선형적인

5) 안병철(2002b)은 정치적 합리성이 정책문제해결을 위한 합리적 접근이지만, 상호조정과정에서 왜곡된 정책변동으로 이어진다면 그것은 동시에 정책목표의 달성을 어렵게 하여 정책실패의 기제로 작용할 수도 있다고 하였다. 이러한 시각에서 그는 의약분업 정책이 의약품 오남용 방지와 의료비 절감 등 긍정적인 효과를 의도하였으나, 집행과정에서 정치적 합리성을 통한 행위자들간 왜곡된 상호조정으로 정책 어그러짐 현상이 나타났고, 이로 인해 의약분업 정책의 전술한 효과가 나타나지 않았다고 설명하고 있다.

변화가 이루어지는 것이 정상상태이고, 이를 벗어나는 현상에 대해서는 통제를 가하여 안정과 평형을 되찾는 것이 바람직한 것이었다. 그러나, 최근 사회현상의 복잡성, 불확실성, 비선형성, 비평형성, 예측불가능성, 비결정성 등이 강조됨에 따라 기존의 뉴턴적 패러다임으로는 이러한 현상을 설명하는데 어려움을 느끼게 되었다. 이미 뉴턴 역학은 아인슈타인(Einstein)의 상대성이론과 하이젠버그(Heisenberg)의 불확정성의 원리(principle of uncertainty)에 의해 수정·보완되었으며, 정책을 설명하는 새로운 패러다임으로 복잡성과 혼돈에 초점을 두는 신과학의 이론들이 제기되고 있다.

복잡성 이론은 수많은 인자(agent)들이 병렬적인 네트워크(parallel network)를 이루고 다양한 방식으로 상호작용을 하는 복잡한 적응체제가 외부 환경이나 다른 복잡한 적응체제와도 상호작용을 하면서 진화하는 데 초점을 둔 연구이고(Waldrop, 1992; 노화준, 1998b: 144; 최창현, 1999: 21-24), 혼돈 이론은 외견상 혼돈스러운(chaotic) 형태로부터 질서와 패턴이 드러나는 복잡하고도 동태적인 체제에 초점을 둔 연구이다(Prigogine & Stengers, 1984). 두 이론은 연구의 초점에 약간의 차이가 있는 듯 보이나, 모두 복잡하고 비결정적이며 비선형적이고 동태적인 체제에 대한 연구로서 복잡성과 혼돈에 초점을 두고 있다. 즉 복잡한 적응체제는 내부구성요소들, 외부 환경, 그리고 다른 체제와의 상호작용 과정에서 혼돈스러운 패턴을 보이면서도 동시에 혼돈 속에서 질서를 만들어내는 기제를 내포하기 때문에 두 이론은 상호보완적이라 할 수 있다.<sup>6)</sup>

복잡한 적응체제는 다양한 구성요소들이 병렬적으로 상호작용 하는 동시에 어느 한 차원의 구성요소들은 더 높은 차원의 구성요소가 되는 다층적인 구조를 이루며, 부분이 전체를 닮아 있는 자기 유사성을 특징으로 한다는 측면에서 프랙탈 구조를 나타낸다. 이러한 체제의 각 구성요소들은 외부환경이 변화함에 따라 학습하고 적응하며 공진화하는 과정에서 무한한 경우의 수로 조합됨으로써 혼돈적

6) 최창현(1999: 20-21)은 혼돈이론이 가장 단순한 체제도 복잡한 체제 행태를 보일 수 있다는 점에 초점을 둔 복잡한 비적응 결정 체제(complex nonadaptive deterministic system)를 다루는 이론이라면, 복잡성 이론은 아무리 복잡한 행태를 보이는 체제라도 단순한 규칙에 의해 지배된다는 점에 초점을 둔 복잡한 적응 확률론적 체제(complex adaptive stochastic system)라는 점에서 구분할 수도 있으나, 두 이론이 상호보완적으로 발전하여 chaoplexity(chaos와 complexity의 합성어)라는 개념으로 두 이론을 통합하여 설명하고 있다. 본 연구에서도 복잡성 이론과 혼돈 이론을 통합하여 설명하되, 원어의 뜻을 살려 복잡성·혼돈 이론이라는 용어를 사용하기로 한다.

행태를 보인다. Prigogine 등에 의하면 체제는 평형상태에서 비평형상태로 이동함에 따라 요동을 통한 자기조직화 과정을 거쳐 새로운 질서나 구조로 변화하게 된다(Prigogine & Stengers, 1984). 비평형 상태의 체제는 불안정하고 끊임없이 요동하며 작은 압력에도 민감하게 반응하므로 단순한 규칙이 반복될지라도 그 결과는 예측불가능하고 무질서한 혼돈적 행태를 나타내게 된다. 이러한 복잡성·혼돈 이론의 주요 특성들을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 자기조직화(self-organization)<sup>7)</sup>의 원리이다. 자기조직화는 체제가 지속적으로 자신을 새롭게 만들며 자기구조의 통합성을 유지하는 방식으로 환경과 더불어 창조를 계속하는 것을 말한다(김영평, 1996; 최성두, 2000: 600). 복잡성·혼돈 이론에서는 질서와 조직화가 무질서와 혼돈으로부터 자생적(autogenesis)으로 발생한다고 본다. Prigogine 등에 의하면 비평형 상태의 구조는 불안정하여 끊임없이 요동(fluctuation)하고, 그 요동이 강화되어 분기점(bifurcation point)에 이르면 기존의 구조는 무너지고 새로운 구조가 나타나는데, 이처럼 요동을 통해 새로운 질서가 출현하는 자기조직화 구조를 분산구조(dissipative structure)라 불렀다(Prigogine & Stengers, 1984; 최성두, 1996: 27).

둘째, 초기조건의 민감성(sensitivity to initial fluctuations)을 들 수 있다. 이는 로렌츠(Lorenz)의 나비효과(Butterfly Effect)라고도 불리는데, 초기조건의 미세한 차이가 비선형적 편차증폭 되먹임 고리(nonlinear deviation-amplifying feedback loop)에 의해 걷잡을 수 없이 증폭되고, 이로 인해 체제는 매우 큰 혼돈적 행태를 나타낸다는 것이다(Gleick, 1987; 박배식·성하운 역, 1993: 86).

셋째, 창발성(emergence)으로 이는 존재하는 것을 발견하는 것이 아니라, 그때까지 존재하지 않던 것이 새롭게 발현되는 과정을 강조하는 것이다(Morgan, 1927; 유동운, 2000: 49). 복잡한 적응체제에서 발현되는 창발성은 전체수준(집단수준)

7) 자기 조직화는 그리스어로 'autopoietic'인데, 자기창조(self-creating) 또는 자발적인 자기조직화(spontaneous self-organization)를 의미한다. 생명체로서의 체제(system)는 그들의 환경에서 무한히 존속할 수 없는 것이며, 그들의 구조를 복제하거나 증식할 수 있는 능력을 발전시킬 수 있는 경우에만 시간적으로 자신을 존속시킬 수 있다. 생명을 가진 세포, 기관(organs), 조직, 사회 집단, 시장 등이 자기조직화하는 체제의 예들이다. 이들은 서로 적응하고, 스스로 조정된 생태계를 형성하며, 상호작용을 통해 개별적으로는 가질 수 없는 생명, 사고, 의도 등과 같은 집단적 성질을 나타내면서 자신들을 초월해 가는 속성을 가지고 있다(Waldrop, 1992; 노화준, 1998b: 144; 사득환, 2003: 226-227).

에서 발견되는 특성이기 때문에, 미시적인 구성요소들에 대한 지식만 가지고서는 전체적인 유형 혹은 구조를 추론해 낼 수 없는 총체주의(holism)적 특성을 갖는다.

넷째, 경로의존성(path dependence)으로 이는 초기상태에서 일단 어떤 경로에 들어서게 되면 그 관성 때문에 경로를 변경하기 극히 어렵다는 것이다. 키보드 배열(QWERTY), 차량의 우측통행, 호주제 등 일단 사회에서 제도화되면 그것이 비효율적이더라도 그것을 변경하는데 비용이 들기 때문에 쉽게 변화하지 않는다.<sup>8)</sup>

다섯째, 공진화(coevolution)는 체제를 구성하는 상호의존적인 종(구성요소)들이 서로 영향을 주고받으면서 동시에 적응하고 진화하는 것을 말한다. Jantsch(1980; 김영평·최병선, 1993: 272)는 공진화를 개체군의 진화와 함께 진화과정의 진화가 이루어지는 것으로 보고, 개체군의 진화가 다른 종의 서식환경(niche)을 진화시키고, 새로운 서식환경은 개체군의 진화를 촉진시키는 조건이 된다고 하였다. 공진화는 자기조직화의 방식으로, 하위체제의 구성요소들이 공진화를 통해 만들어내는 질서는 상위체제의 자기조직화 과정이며, 체제 내의 한 요소가 다른 요소에게 미치는 영향이 되먹임 고리가 되어 자신에게 돌아오는 순환적인 특성은 결국 자기인과성(self-causality)과 상호인과성(mutual causality)을 나타낸다(최창현, 1999: 28-29).

이와 같이 사회현상을 복잡성·혼돈의 관점에서 파악하면 각 구성요소(행위자)들은 불확실한 상황에서 인식능력 및 행위능력에 제한을 받게 된다. 이는 결과적으로 국지적이고 단편적이며 단기적인 결정이나 행위만을 가능케 한다. 더욱이 각 구성요소들의 결정 및 행동은 그 전제가 된 환경적 조건(전체체제 혹은 다른 구성요소들)을 변화시켜 새로운 복잡성을 초래하며 결과적으로 혼돈적 행태를 가중시킨다.

## 2. 정책의 합리성에 대한 이론적 논의

정책은 어떤 집합체의 문제를 해결하려는 노력(김영평, 1984: 92)으로, 일반적

8)  $t$ 시점에서의 기능적 필요에 의해 형성된 제도는 사회적 환경이 변화하여 완전히 새로운 기능이 필요하게 되어도 그 자체는 지속된다. 즉  $t$ 시점에서 형성된 제도는  $t+1$ 시점에서의 선택과 변화방향을 제약하고,  $t+1$ 시점에서 형성된 제도는 또다시  $t+2$ 시점의 제도변화의 방향과 범위를 제약한다(Krasner, 1988: 66-72).

으로 정책은 문제가 해결된 바람직한 미래상태(목표)를 설정하고 이를 더 잘 성취할 것으로 여겨지는 대안(수단)을 선택할 때 합리적이라 한다. 그런데, 정책이 복잡하고 혼돈스러운 상황에서 형성되는 것이라면, 사전적으로 정책의 결과를 정확하게 예측하고 통제하는 것은 어렵다. 그렇다면, 이러한 상황에서 정책의 합리적 선택은 가능한가? 만약 불가능하다면 인간은 합리성을 포기해야 하는가? 아니면 새로운 합리성을 모색해야 하는가? 본 연구에서는 이러한 질문에 답하기 위하여 내용적 합리성과 절차적 합리성을 살펴보고,<sup>9)</sup> 복잡하고 혼돈스러운 상황에서 이러한 합리성들의 적용가능성을 높일 수 있는 새로운 합리성 개념을 탐색하고자 한다.

#### 1) 정책의 내용적 합리성과 절차적 합리성

내용적 합리성(substantive rationality)이란 경제학적 개념으로 어떤 행동이 주어진 제약조건 속에서 주어진 목표를 성취하기에 적합한 경우를 의미한다. 내용적 합리성은 주어진 목표를 달성할 수 있는 가장 적합한 해결책(대안)을 선택하는 것이므로, 내용적으로 합리적인 대안은 오직 하나뿐이다(Simon, 1976a: 130-131; 김영평, 1991: 15; 백완기, 1996: 82-83). 이러한 내용적 합리성은 행위자의 목표에 대한 명확한 인식, 이용가능한 모든 대안과 각 대안들이 야기할 모든 결과에 대한 지식과 정보, 결과들에 대한 행위자들의 명확한 선호도나 효용함수의 존재 등 전제조건이 충족되어야 한다(Simon & March, 1958: 137-138; 임의영, 2006: 991-992).

그러나, 이러한 내용적 합리성은 현실적으로 충족되기 어렵다. 즉 복잡하고 모

9) 내용적 합리성과 절차적 합리성은 Simon의 논의를 중심으로 살펴본다. 이외에도 정책결정과 관련하여 Mannheim과 Diesing의 합리성 유형이 많이 논의되고 있는데, Mannheim은 실질적 합리성(substantial rationality)과 기능적 합리성(functional rationality)으로, Diesing은 기술적 합리성(technical rationality), 경제적 합리성(economic rationality), 사회적 합리성(social rationality), 법적 합리성(legal rationality), 정치적 합리성(political rationality)으로 분류하여 설명하였다. 본 연구에서는 Mannheim의 기능적 합리성과 Diesing의 경제적·기술적 합리성을 정책목표를 달성하기에 적합한 최선의 정책수단을 선택한다는 의미에서 Simon의 내용적 합리성과 유사한 의미로 이해하고, Diesing의 정치적 합리성(political rationality)을 의사결정구조의 합리성을 의미한다는 의미에서 Simon의 절차적 합리성과 유사한 개념으로 본다. 그러나, Simon의 절차적 합리성은 목표나 가치에 대한 논의를 하지 않는 반면, Diesing의 정치적 합리성은 목표나 가치를 취합하는 절차의 합리성까지 추구한다는 점에서 차이가 있다(이종범, 2005: 3-4).

호하며 불확실한 상황에서 인간은 인지능력의 한계, 지식과 정보의 불완전성, 시간·비용·자원의 제약 등으로 모든 문제를 파악하고 정책목표를 설정하며, 가능한 모든 대안들과 각 대안들의 결과를 탐색하고, 명확한 기준을 가지고 비교·평가하여 최선의 대안을 선택하는 것이 불가능하다(Simon, 1972: 161-176; Simon, 1976b: x x iv; March & Olsen, 1976: 54).

정책이 내용적으로 최선의 결과를 보장할 수 없다면, 대안을 탐색하는 과정이나 절차에 관심을 가지는 것이 현실적이며 이를 절차적 합리성이라 한다. 절차적 합리성은 심리학적 개념으로 의식적인 사유과정을 의미하며, 결정의 내용이나 결과보다 해결책을 발견하는 방법과 과정에 더욱 관심을 갖는다(Simon, 1976a: 131-133; 김영평, 1991: 17; 백완기, 1996: 83-84). 그러나, 절차적 합리성도 복수의 경쟁적인 절차가 존재하여 어떤 절차가 다른 절차보다 합리적인지를 선택해야 하는 경우, 이 또한 목표를 달성하는데 있어 최적의 수단을 선택하는 내용적 합리성과 논리적으로 크게 다르지 않게 된다(김영평, 1993b: 18-19).<sup>10)</sup>

## 2) 정책의 진화적 합리성

전술한 절차적 합리성과 내용적 합리성의 문제점들은 미리 정해진 기준이나 목표를 설정할 수 있다는 전제조건이 충족되지 않기 때문이다. 그렇다면 사전적으로 절대적인 기준이나 목표를 정하지 않고 더 나은 방향을 전제하지 않는 합리성은 가능한가?

정책이 복잡하고 불확실한 혼돈 상황에서 환경과 상호작용하면서 동태적으로 변화하면서 형성되는 모습은 마치 유기체가 진화하는 것과 유사하다. 생물학적 진화의 기본적인 기제는 사전적으로 더 나은 방향이 없는 것이다. 자연 선택은 누가 선택한 것이 아니라 결과적으로 남게 된 것을 지칭하여 ‘자연선택’이라 부른다. 따라서 자연선택은 변화가 반드시 더 나은 방향으로 이루어진다고 가정하지 않으며, 단지 변화는 환경에 보다 잘 적응한 결과이다. 진화과정에는 목표가 없고,

10) 이러한 문제는 Diesing의 정치적 합리성에도 마찬가지로 적용되는 문제이다. Diesing은 의사결정구조가 개선될 때 정치적 합리성이 나타난다고 하였는데, 이는 어떠한 의사결정구조(절차나 제도)가 다른 의사결정구조보다 더 나은 정책을 결정할 수 있다는 의미이다. 따라서, 어떤 의사결정구조가 다른 의사결정구조보다 더 나은지 판단할 수 있어야 한다.

단지 부분적이고 국지적 적응을 통해 탐색하고 개선되는 과정만 있다.

그러나, 사회체제의 경우 이러한 생물학적 진화이론을 그대로 적용하여 설명하는 것은 문제가 제기될 수 있다. 인간은 비록 현실세계를 전체적으로 완전히 알고 미래를 정확히 예측하는 것이 본질적으로 불가능하더라도, 이성과 의지를 가진 존재이기 때문에 최소한의 목표와 기준을 상정하고 보다 나은 선택을 하려고 노력한다. 즉 인간은 생물학적 유기체로서 사회체제 전체의 진화에 제약을 받는 동시에 이성적 존재로서 합리성을 추구하는 모순적 상황에 직면하게 된다. 따라서 본 연구는 모순적인 개념으로 인식될 수 있는 합리성과 진화를 포괄하는 개념으로 진화적 합리성을 제시하고자 한다.

현실세계에서는 수많은 구성요소와 행위자들이 마치 합리적인 것처럼 국지적인 적응적 행동을 통해 선택을 한다(Simon, 1983: 38-39). 이것은 진화와 비슷하게 근시안적이어서 현재보다 약간 나은 미래를 만들려고 노력한다. 진화는 하나의 지식과정이고 적응은 진화의 증가분이다. 새로운 변화의 양상에 새로운 대응방법을 발견하는 것이 지식의 증가이고, 지식의 증가는 단기적으로는 시행착오의 결과이다. 이러한 시행착오가 원활하게 이루어지도록 학습의 제도화를 통하여 정책의 합리성을 개선하려는 논리가 진화적 합리성이다.<sup>11)</sup> 진화적 합리성에서는 미리 정해진 정책목표나 문제해결에 관심을 집중시키기보다, 환경의 변화와 정책의 전개양상에 비추어 더 나은 방향을 탐색한다. 그러므로 미리 정해진 기준이나 절차는 부분적인 고려사항이 될 뿐이며, 새로운 상황에는 새로운 기준과 절차가 필요하다(김영평, 1991: 29).

정책의 진화적 합리성은 진화가 더 잘 이루어지는 여건(절차)을 조성함으로써 향상된다. 진화는 부분이 변화할 때 더 잘 이루어지며, 이를 위한 조건은 다양성의 허용, 신축성(flexibility), 변화가능성, 이질적인 요소 간에 결합가능성 등을 증가시키는 것이다. 이를 위해서는 국지적 실험이 유용하며, 이는 정책의 전면적인 실

11) 진화적 합리성은 사전적으로 절대적인 목표나 절차, 또는 기준 등을 정해 놓지 않는다는 의미에서 March(1976: 69-81)의 “어리석음의 기술(technology of foolishness)”과 유사하다. March가 말하는 어리석음의 기술은 바보스러워지는 것이 더 영리한 기술이란 의미이다. 즉, 복잡하고 불확실한 혼돈 상황에서 문제를 해결해야 할 경우 합리성에서 도망갈수록 합리성을 더 잘 이루어낼 수 있다는 것으로, 미리 정해 놓는 합리성에서 벗어나 실험정신을 흡수하는 것이 보다 합리적이라는 것이다.

시 이전에 부분적인 실험을 통해 진화를 촉진하고 정책으로 인한 낭비와 피해를 최소화 할 수 있다.

#### IV. 의약분업 정책의 결정과정과 복잡성·혼돈적 특성

의약분업이란 의와 약을 구분하여 의사는 환자의 질병을 진단하여 처방전을 발행하고, 약사는 의사가 발행한 처방전에 따라 조제 및 투약하여 각기 다른 전문기능을 분담시키는 제도이다(정우진 외, 1999: 30). 우리나라에서 의약분업은 1963년 약사법이 전문개정되면서 처음으로 법제화 된 이후 2000년 7월에야 본격적으로 실시되었다. 이러한 의약분업 정책의 역사적 전개과정을 복잡성·혼돈 관점에서 정리하면 다음과 같다.

##### 1. 약사법 개정(1963)

우리나라는 의와 약을 분리하지 않던 동양의학의 영향으로 “의약공동 개념”이 역사적으로 관습화되어 왔으며, 해방 이후 6·25 전쟁을 겪으면서 의료시설과 약국, 의사와 약사 등 보건의료 자원이 부족하게 되었다. 이러한 상황에서 1953년 제정·공포된 약사법은 의약미분업을 제도적으로 허용하여,<sup>12)</sup> 정부는 부족한 보건의료 서비스를 제공할 수 있었고 의협과 약사회 또한 의약품 판매이익을 안정적으로 확보할 수 있었다.

이와 같은 상대적 평형상태는 1961년 5·16 군사쿠데타라는 정치적 환경의 변화로 인해 동요가 나타나게 되었다. 군사쿠데타로 집권한 박정희 정권은 쿠데타의 정당성을 확보하기 위하여 사회적·정치적·경제적 문제를 해결한다는 명분 하에 각종 법률을 개정하였다. 이러한 과정에서 의약분업 정책도 추진되었는데, 당시

12) 1953년 제정된 약사법은 제18조에 “약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없다”고 규정하였으나, 부칙 제59조에 의사의 직접조제를 허용하고, 약사법 시행규칙 제44조(1954. 8. 3)에 “약사가 의약품을 소분할 때에는 대한약전 또는 국정치방서에 수재된 의약품과 보건부장관이 지정한 의약품에 한한다”고 규정하여 의사 등의 처방전 없이도 약사가 임의조제할 수 있도록 허용하였다.

정당과 사회단체를 해산하는 등 정치체제의 권위주의적 특성으로 인해 이익집단의 이익투입 활동은 제한적일 수밖에 없었다.

이러한 상황에서 1963년 전문 개정된 약사법은 제21조 3항에 “의사의 처방에 의한 약사의 조제”를 규정하여 우리나라에서는 처음으로 의약분업이 법제화되었다. 그러나 개정 약사법은 약사의 조제권을 제한하면서도 부칙 3조를 통해 의사의 직접조제권을 허용하였다. 이에 약사회는 의사의 직접조제도 제한해야 한다며 반발하였고, 정부 또한 의약분업 규정이 현실성이 없다는 이유를 들어 1965년 삭제하였다.

이후, 1965년과 1969년에는 국회 보건사회위원회(이하 보사위)의 권유로 보건사회부(이하 보사부)가 ‘의약분업추진연구위원회’(이하 의분연)와 ‘의약분업추진위원회’(이하 의분추)를 설치하여 의약분업을 추진하였다. 이러한 위원회에는 의협과 약사회 등 이익집단이 공식적으로 참여하기 시작하여 전문성과 정당성을 확보한 것처럼 보였으나, 당시 권위주의적 정권하에서 그 운영은 형식적이었다.

## 2. 의료보험제도의 실시와 의약분업(1977~1991)

의약분업은 1977년 7월 (강제)의료보험 제도가 실시된 이후 이와 밀접한 관계를 맺으면서 전개되었다. 의료보험제도는 의료서비스 이용자에게 일종의 보조금을 지급함으로써 의료서비스에 대한 접근성을 강화시키는 제도이다. 그런데 당시 의약미분업 상황에서 1차 진료원의 역할을 수행하던 약국은 의료보험에 참여하지 못하였다. 이로 인해 의료보험 제도는 의·약계간 지속되어온 잠재적 이해관계의 균형상태에 변화를 초래함으로써 의약분업과 관련된 갈등이 발생할 가능성도 배태하고 있었다. 의료보험 제도의 실시 이후 의료기관의 이용도는 증가한 반면 약국의존도와 수익은 감소하였고, 이로 인해 약사회는 의료보험에서 배제됨으로 인하여 나타나는 손실을 만회하기 위하여 의약분업을 지속적으로 제기하였다.

### 1) 의료보험제도의 실시

1977년 의료보험제도의 도입을 계기로 의협은 항생제 등에 대한 약사의 임의조제를 제한해 의약품에 대한 지배권 확대를 추구하고, 약사회는 경제적 손실을

만회하려 의약분업을 추진하였다. 이에 따라 양 단체는 8월 의료보험 제도 하에서 점진적으로 의약분업을 실시하기로 합의하였다. 그러나, 당시 의료보험 제도의 안정적 실시에 주 관심을 가졌던 정부는 의약분업으로 인한 처방과 조제의 분리에 따른 불편이 의료보험 제도의 정착에 부정적 영향을 미칠 것을 우려하여 정책 의제화 하지는 않았다(김주환, 2004a: 142). 이후 양 단체는 협의를 진행하지 못하다가, 1년이 지난 후 의협의 무효선언으로 의약분업은 무산되었다.

## 2) 의약분업 시범사업의 실시

1977년 이후 의료보험 적용 대상자가 지속적으로 확대되면서(1977년 8.8%에서 1981년 29.5%, 보건사회부, 1981a), 약국은 점차 수익감소에 위기를 느끼게 되었고, 이로 인해 의약분업 정책을 둘러싼 갈등은 표면화되기 시작하였다. 1981년과 1982년 지역의료보험 시범사업이 실시되자 약사회는 약국의 의료보험 참여를 요청하였고, 그 결과 의약분업 시범사업도 함께 실시되었다(구체적인 내용은 <표 1> 참조).<sup>13)</sup>

특히 보건의료 환경이 양호한 목포시에서는 임의분업 방식과 강제분업 방식을 모두 실시하여 보았다. 그 결과 임의분업은 의사들의 처방전 발행실적이 극히 저조하였던 반면, 강제분업은 의사의 처방전 발행 실적의 증가 등 가시적인 성과가 나타났으나 임의분업을 주장하던 의협의 반대로 무산되었다.<sup>14)</sup>

13) 1981년 7월부터 실시된 지역의보 1차 시범사업(옥구, 흥천, 군위)에서 의약분업 시범사업은 임의분업 방식으로 실시되어 의사들의 처방전 발행실적이 극히 저조하였고, 이로 인해 약국은 심각한 경영상의 위기를 맞이하게 되었다. 따라서 약사회는 지역의보 2차 시범사업(목포, 보은, 강화)을 앞두고 강제분업을 주장하였고, 의협은 기존대로 임의분업을 실시할 것을 주장하여 갈등이 발생하였다. 더욱이 이처럼 의협과 약사회간 갈등이 심화되는 상황에서 정부는 보건의료 환경이 양호한 목포시에서 강제분업을 실시하려다 임의분업으로 지침을 수정하였고, 이로 인해 1982년 6월 23일부터 26일까지 일부지역의 약국들이 문을 닫는 등 약사회의 강력한 반발도 있었다. 결국, 6월 28일 보사부 주재로 의협과 약사회간 협의회가 진행되어, 의약분업에 대한 협의체로 '의약협업추진위원회'(이하 의협추)를 구성하기로 하고, 목포시에서는 7월부터 선시행 후보원을 전제로 임의분업을 실시하기로 하였다.

14) 임의분업이 실시된 1982년 8월부터 1984년 4월까지 월평균 처방전 발행건수는 2,165건이었는데 반해, 당사자 계약방식에 의한 강제분업이 실시된 1984년 5월부터 12월까지 월평균 처방전 발행건수는 32,095건이었다(의료보험연합회, 1997: 401-402).

<표 1> 의약분업안 변화(1977~1991)

|        | 의약분업 시범사업            |               |                |                | 전의실                  |                   |                   | 국의심                                    |
|--------|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------------|-------------------|-------------------|--|
|        | 1차                   | 2차            |                |                | 1단계                  | 2단계               | 3단계               |  |
| 실시 시기  | 1981.7~1982.6        | 1982.7~1984.4 | 1984.5~1984.12 | 1985.1~1985.10 | 농어촌(88년) 도시(89년)     | 92년부터 전국 실시       | 95년부터 전국 실시       | 1989년 7월                               |
| 유형     | 임의분업                 | 임의 분업         | 강제 분업          | 임의 분업          | 약제비 보험급여 방식에 의한 임의분업 | 의약품 분류방식에 의한 부분분업 | 의약품 분류방식에 의한 완전분업 | 약제비 보험급여 방식과 환자 본인부담금 차등적용 방식에 의한 임의분업 |
| 대상 기관  | 약사가 없는 병·의원의 의료보험 환자 | 좌동            | 좌동             | 좌동             | 좌동                   | 약사가 없는 병의원        | 좌동                | 약사가 없는 병·의원의 의료보험 환자                   |
| 대상 의약품 | 의료보험 대상 의약품 (주사제 제외) | 좌동            | 좌동             | 좌동             | 좌동                   | 모든 전문의약품 (주사제 제외) | 모든 전문의약품          | 의료보험 대상 의약품 (주사제 제외)                   |
| 처방전 발행 | 성분명                  | 상품명           | 좌동             | 좌동             | 좌동                   | 성분명 (불가피한 경우 상품명) | 반드시 성분명           | 상품명                                    |
| 대체 조제  | 처방발행자 동의             | 좌동            | 좌동             | 좌동             | 처방발행자 협의             | 좌동                | 좌동                | 처방발행자와 협의                              |
| 임의 조제  | 보험급여 제외              | 좌동            | 좌동             | 좌동             | 좌동                   | 금지                | 금지                | 보험급여 제외                                |

이러한 의약분업 시범사업의 무산은 이후 의료보험제도에 다시 되먹임되어 1988년까지 지역의료보험 제도가 확대되지 못하는 요인으로 작용하였다. 또한 의약분업 시범사업의 과정에는 학계, 언론계, 법조계 등이 참여하고, 정부와 의협, 약사회뿐만 아니라 지역의사회와 약사회, 지역의료보험조합 등이 참여하여 동태적으로 상호작용 함으로써 정책결정과정의 복잡성이 증가하였다. 더욱이 이러한 복잡성의 증가는 임의분업과 강제분업, 정부 주도방식과 당사자 계약방식 등이 다양하게 나타남으로써 혼돈적 양상을 나타내었다.

3) 전국민의료보험과 약국의료보험제도의 실시

정부는 1988년 농어촌지역 의료보험의 실시와 1989년 전국민의료보험의 실시를 앞두고 ‘전국민의료보험실행위원회’(이하 전의실)와 ‘국민의료정책심의위원회’(이하 국의심)를 구성하여 의약분업을 논의하였다(<표 1> 참조). 그러나, 의협

은 치료제의 자유판매 규제 선행 등을 주장하였고, 약사회는 의료보험내 완전분업을 주장하면서 양 집단간 갈등으로 의약분업은 무산되었다. 대신 정부와 의·약계는 1989년 5월 ‘1991년 7월 완전의약분업 실시를 위한 약사법 개정과 한시적인 약국 의료보험의 실시’에 합의하였으나, 약사법 개정안은 국회에서 심의되지도 못하다가 1991년 관련 조항이 삭제된 채 통과되어 의약분업이 무산되었다. 반면 1989년 10월 1일부터는 한시적인 약국의료보험제도가 실시되었는데, 이는 의약분업을 둘러싼 지속적 갈등의 원천이었던 약국의 의료보험 배제로 인한 경제적 손실을 보전하기 위하여 의약분업 대신 미봉책으로 선택된 제도였다.

결과적으로 의료보험 제도의 실시와 확대는 의료계와 약계간 이해관계의 불균형을 초래하여 의약분업 시범사업이 실시되는 요인으로 작용함과 동시에 또다시 지역의료보험 시범사업이 확대되지 못하는 요인으로 되먹임 되었다. 동시에 의료보험제도의 실시는 공급확대 중심의 정부의료정책과 경제성장에 기초한 중대형 병원의 증가 등과 상호작용하여 의료계 내부집단간 분화를 촉진시켰다. 이로 인해 의약분업 정책의 결정과정은 복잡성이 증가하였는데, 이에 대해서는 후술하겠다.

### 3. 한약분쟁으로 인한 약사법 개정과 의료개혁위원회의 3단계 의약분업안

1993년 발생한 한약분쟁은 한약조제권과 판매권을 둘러싸고 약사들은 한약도 의약품의 일종이므로 조제권이 약사에게 있다고 주장한 반면, 한의사들은 약사들이 한약을 조제할 능력이 없으며 약사의 조제영역도 아니라 주장하면서 발생한 갈등이다. 이는 의료보험 제도의 실시 이후 지속된 약국의 경제적 손실이 약국의료보험 제도의 실시에도 불구하고 보전되지 않아 의약품 시장 확대를 위한 방안으로 제기된 측면도 있다.<sup>15)</sup>

한약분쟁을 해결하는 과정에서는 한방의약분업과 함께 (양방)의약분업이 논의되면서 한의사와 약사간 갈등뿐만 아니라 의사와 약사간 갈등도 발생하였고, 더욱이 의료일원화 문제도 제기되어 의사와 한의사간 갈등까지로 확산되었다. 이는

15) 김미(1992: 84)는 약국의료보험제도가 활성화되지 못한 원인으로 약사들의 적극적인 참여 기피, 약국 의료보험 혜택의 제한(2,340여 종의 내복약과 1회 4품목 이내), 높은 본인부담율 등을 들고 있다.

복잡한 상황 하에서 정책문제의 성격이 변화하고 확대됨으로써 기존의 정책결정 체제에 동요가 나타나고 그 결과 의약분업 논의가 다시 촉발된 것이었다. 또한 갈등 해결과정에서 경실련이 주도적으로 갈등을 조정하고 해결하였는데, 이는 의약분업 정책결정체제의 복잡성을 증가시킴과 동시에 시민단체가 보건의료정책분야의 갈등 해결에 기여할 수 있다는 것을 보여준 것이었다.

이러한 한약분쟁의 영향으로 의약분업은 1994년 약사법이 개정되면서 그 실시시한(법 시행 후 3~5년 내에 실시)과 기본방안이 명문화되었다. 이후 1997년 12월 국무총리 자문기구인 의료개혁위원회(이하 의개위)는 의약품 분류방식에 의한 3단계 의약분업안을 정부에 건의하였다(<표 2> 참조).

<표 2> 의약분업안 변화(1993~1997)

|        | 개정 약사법<br>(1994)  | 의개위                         |                |                   |
|--------|-------------------|-----------------------------|----------------|-------------------|
|        |                   | 1단계                         | 2단계            | 3단계               |
| 실시시기   | 1997.7~1999.7     | 1999                        | 2002           | 2005              |
| 유형     | 의약품 분류방식에 의한 완전분업 | 의약품 분류방식에 의한 부분분업           | 좌동             | 의약품 분류방식에 의한 완전분업 |
| 대상기관   | 약사가 없는 병의원        | 좌동                          | 좌동             | 좌동                |
| 대상 의약품 | 전문의약품 (주사제 제외)    | 제한적 전문의약품                   | 전문의약품 (주사제 제외) | 모든 전문의약품          |
| 처방전 발행 | 일반명·상품명 처방 병용     | 좌동                          | 좌동             | 좌동                |
| 대체조제   | 의사 동의 하에 대체조제     | 좌동 (의사 대체불가 명기시 약사 대체조제 불가) | 좌동             | 좌동                |
| 임의조제   | 금지                | 좌동                          | 좌동             | 좌동                |

#### 4. 의약분업 정책의 실시(1998~2001)

##### 1) 김대중 정부의 등장

정치적 환경의 변화는 정책관련 집단들의 성격을 변화시키며 새로운 참여집단의 등장을 조성하기도 한다. 1987년 이후 정치적 환경의 변화는 상대적으로 민주화된 정부와 정책결정체제를 탄생시켰고 기존 이익집단들의 성격을 변화시켰으며 새로운 시민단체들이 정책관련 집단으로 생성되는 것을 촉진하였다.<sup>16)</sup> 이러한

상황에서 1997년 12월 대통령 선거 결과 의약분업 정책의 실시를 선거공약으로 제시하였던 새정치국민회의(이하 국민회의) 소속의 김대중 대통령 후보가 당선되었다. 이후 의약분업은 ‘국민의 정부 100대 국정과제’에도 포함되었고, 더욱이 한약분쟁의 결과 1994년 개정된 약사법에서 정한 의약분업의 실시 시한(1999년

<표 3> 의약분업 정책 실시기의 의약분업안 변화(1998~2001)

|           | 분추협안<br>(1998.8)                      | 국민회의안<br>(1999.2)                          | 시대위안<br>(1999.5)              | 실행위안<br>(1999.9)   | 약사법<br>(2000. 8)    | 의약정합의안<br>(2000.11)                  | 약사법<br>(2001.8)             |
|-----------|---------------------------------------|--|-------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 실시<br>시기  | 1999. 7. 1                            | 2000. 7. 1.                                | 좌동                            | 좌동                 | 좌동                  | 실시 중                                 | 실시 중                        |
| 대상<br>기관  | 의원기관분업<br>병원급 이상<br>직능분업              | 모든 의료기관<br>기관분업<br>(병원급 이상<br>1년간 유예)      | 모든 의료기관<br>기관분업               | 좌동<br>(보건지소<br>제외) | 좌동                  | 좌동                                   | 좌동                          |
| 의약품<br>분류 | 일반의약품과<br>전문의약품                       | 좌동   | 좌동                            | 좌동                 | 좌동                  | 좌동                                   | 좌동                          |
| 대상<br>의약품 | 모든<br>전문의약품<br>(주사제 제외)               | 좌동<br>(주사제 포함<br>1년간 유예)                   | 좌동<br>(주사제 일부<br>제외하고 포함)     | 좌동                 | 좌동                  | 좌동                                   | 좌동<br>(주사제<br>제외)           |
| 처방전<br>발행 | 일반명·상품명<br>처방 병용                      | 좌동   | 좌동                            | 좌동                 | 좌동                  | 좌동                                   | 좌동                          |
| 대체<br>조제  | 생동성 확보<br>의약품 허용<br>(기타 의약품<br>의사 동의) | 약동성 확보<br>의약품 허용<br>(기타 좌동)                | 좌동<br>(환자 동의<br>의사 사후통보)      | 좌동                 | 좌동 <sup>17)</sup>   | 생동성 확보<br>의약품 허용<br>(환자와 의사<br>사전동의) | 좌동<br>(환자 동의<br>의사사후통<br>보) |
| 임의<br>조제  | 금지<br>(일반의약품<br>규제 없음)                | 소분판매금지<br>PTP및foil포<br>장 판매 허용<br>(1년간 유예) | 소분판매금지<br>PTP및foil포장<br>판매 허용 | 좌동                 | 좌동<br>(39조2항<br>삭제) | 좌동                                   | 좌동                          |

\* 생동성은 생물학적동등성을 의미하고 약동성은 약효동등성을 의미한다.<sup>18)</sup>

16) 시민단체는 1987년 ‘6·29 선언’ 이후 등장하기 시작하여 본격적인 활동이 시작된 것은 김영삼 정부 출범 이후부터이다(김영래, 1999; 김준기, 1999). 이후 시민단체들은 정치, 경제, 사회, 문화, 복지, 환경 등 다양한 분야에 걸쳐 활동하면서, 그 수가 양적으로 증가하였을 뿐만 아니라 정책과정에 영향력도 증가하였다. 그러나, 의약분업을 비롯한 보건의료 정책의 경우에는 복잡성과 전문성의 부족 등으로 시민단체의 참여가 활발하지 못하였다. 예외적으로 1993년 한약분쟁 당시 시민단체(경실련 등)가 참여하여 갈등을 조정하고 해결하는데 도움을 주었으나, 경실련이 주도하여 해결하였던 문제는 (양방)의약분업이 아닌 (한방)의약분업이었고, 또한 이 시기 위원회들처럼 구체적인 안을 도출하는 것은 아니었다는 점에서 차이가 있다.

17) 2000년 8월 개정된 약사법은 상용처방약 600품목 이내 의약품에 대해 대체조제를 금지하고 지역의약분업협력위원회를 통해 이를 조정하도록 하였다(대체조제시 의사사전동의). 그러

7월 1일)이 다가오는 상황에서 정부로서는 의약분업을 적극적으로 추진할 수밖에 없었다. 이처럼 이 시기 의약분업 정책결정체제에 또 다른 동요가 발생한 이유는 정치적 환경의 변화와 한약분쟁의 영향이 복합적으로 작용하여 나타난 것이었다.

정부는 의약분업 정책의 실시를 준비하기 위하여 1998년 5월 의·약계와 공익대표 등으로 분추협을 구성하였고, 8월 제4차 회의에서 의약분업 시행방안을 도출하였다(<표 3> 참조). 이후 정부는 분추협안에 반대하는 이익집단들의 의약분업 연기 주장, 의료계의 총파업 등 집단행동으로 인한 반발, 국민들의 전통적인 의약미분업 관행을 변화시켜야 하는 어려움 등에도 불구하고 의약분업을 적극적으로 추진하였다.

## 2) 시민단체의 참여와 정치적 역학관계의 변화

1998년 이후 의약분업 정책결정과정에는 시민단체가 참여하면서 위원회들의 정치적 역학관계가 변화하였다. 1997년 이전 의약분업 정책을 논의한 위원회들은 대부분 의·약계 대표가 동수 혹은 유사한 수로 구성되어 양 집단간 갈등이 지속될 경우 합의를 도출하기 어려웠다. 그러나 1998년 이후 구성된 분추협, 시민대책위원회(이하 시대위), 실행위의 경우 시민단체들이 참여하였을 뿐만 아니라 이익집단간 갈등을 조정하는 역할을 하였다.

분추협은 정부 대표 7명, 의·약계 대표 각각 3명, 공익대표(시민단체 대표 2명, 학계 전문가 5명(3명은 시민단체 위원), 언론계 1명) 8명 등 총 21명으로 구성되었고, 합의와 토론이 원칙이었으나 합의가 안 될 경우 다수결로 의결하게 되어 있어

---

나, 이러한 규정은 이후 의료계의 발발로 삭제되어 의약정 합의안에는 의약분업협력위원회를 폐지하고, 지역의사회는 상용처방약을 선정하여 지역약사회에 통보하도록 변경되었다(대체조제시 의사사전동의).

- 18) 생물학적 동등성 시험(Bioequivalence Test: BE Test)이란 생동성 입증을 위한 생체내 시험으로서 주성분이 전신순환혈에 흡수되어 약효를 나타내는 의약품에 대하여 동일 주성분을 함유한 동일 투여경로의 두 제제가 생체이용률에 있어서 통계학적으로 동등하다는 것을 입증하기 위해 실시하는 시험을 말한다(생물학적동등성시험기준 제2조 제1호; 식품의약품안전청 고시 제2005-31호). “의약품동등성시험”은 그 주성분·함량 및 제형이 동일한 두 제제에 대한 의약품동등성을 입증하기 위해 실시하는 생물학적동등성시험, 비교용출시험, 비교봉해등 기타시험의 생체내·외 시험을 말한다(의약품동등성시험관리규정 제2조 제1항; 식품의약품안전청고시 제2005-64호).

시민단체들이 casting vote를 발휘할 수 있는 위치를 차지하였다. 그러나, 이러한 상황에서 도출된 분추협안에 대해 의협과 약사회는 반발하였고, 시민단체 또한 보다 완전한 의약분업을 촉구하는 성명서를 발표하였다.<sup>19)</sup>

이후 분추협안에 반대하던 의협·병협·약사회는 각각 의약분업 연기를 국회에 청원하였고, 이를 심의하던 국회 보건복지위원회 역시 의·약계 출신 위원들이 출신 집단의 이익을 대변하면서 의약분업은 연기될 가능성이 높았다. 이에 참여연대 등 시민단체는 1998년 11월 의약품 약가비리를 언론에 폭로하였고, 12월에는 보건복지위원의 자격에 대해 헌법소원을 제기하는 등 강력하게 대응하였다.<sup>20)</sup> 한편, 이익집단들이 의약분업 연기 청원을 국회에 제출하자 대통령은 집권여당 주도로 의약분업을 추진하도록 지시하였고, 이에 따라 국민회의 정책위원회는 조정안을 마련하여 중재에 나섰으나, 의협의 반대로 최종 합의에는 실패하였다(<표 3> 참조). 이후, 당시 보궐선거와 총선을 앞둔 국민회의는 의협과 약사회가 의약분업을 반드시 시행하겠다는 약속을 문서로 건의해오면 의약분업을 1년 연기하겠다는 입장을 표명하였고, 이에 2월 24일 의협과 약사회는 공동명의로 ‘의약분업을 1년 연기하되, 2개월 이내에 시민·소비자단체와 함께 새로운 의약분업 모형을 도출’하기로 합의하여 의약분업은 1년 연기되었다.

이에 따라 시민단체들은 3월 30일 경실련·참여연대·녹색소비자연대·한국소비자연맹·YMCA 등으로 시대위를 구성한 후, 5월 10일 의협과 약사회 대표가 합의한 의약분업안을 정부에 건의하였다. 시대위안은 대부분 시민단체의 입장을 반영한 것이었으며,<sup>21)</sup> 정부는 이를 토대로 실행위를 구성하여 9월 17일 세부 시행방안

19) 보건복지부가 분추협 제4차 회의에서 관련단체들간에 완전히 합의가 이루어지지 않았음에도 불구하고 성급하게 의약분업안을 확정된 이유는 1994년 약사법 개정안에서 정한 의약분업의 실시시한이 얼마 남지 않은 상황에서, 5월 의약분업추진체계를 구성하면서 계획한 대로 1998년 9월 정기국회에 약사법 개정안을 제출하기 위해서였다(한겨레신문, 1998. 8. 25).

20) 11월 12일 참여연대는 기자회견을 통해 제약회사들이 보험약가를 부풀려 책정하는 방법으로 약 1조 2천 8백억 원의 의료보험 제정의 손실을 초래하였고, 10월 한 달간 1,245개 의약품의 할증률과 사용실태 조사 자료를 공개하며 의약품의 평균할증률이 114%에 이른다고 주장하였다(참여연대, 1998). 또한 참여연대는 12월 16일 “상임위원회 배정 때 이해관계와 밀접하게 연관된 상임위 배정은 국회법 위반”이라며 헌법소원을 제출하였는데, 당시 보건복지위원회 소속위원 16명 중 10명이 병원장, 의사, 약사, 제약회사 대표 등으로 이해관계가 있는 의원들이었다(한겨레신문, 1998. 12. 16).

21) 분추협안의 경우 시민단체는 모든 의료기관의 기관분업, 주사제 포함, 일반명·상품명 처방

을 확정하였고, 2000년 1월 실행위안을 토대로 약사법이 개정되었다. 실행위는 의·약 관련단체, 시민·소비자단체, 언론계 등으로 구성되었는데 총 27명 중 의료계 4명을 제외하고는 대부분 시대위안을 지지하는 상황에서 실행위안은 시대위안과 유사하게 결정될 수밖에 없었다(<표 3> 참조).

전술한 과정은 정치적 환경 변화와 이에 따른 정책결정체제의 성격 변화, 그리고 의료보험제도 등으로 인한 의료계 내부집단간 분화 등이 결합된 상황에서 시민단체의 참여로 복잡성이 증폭된 것을 보여준다. 즉, 시민단체의 참여는 국회, 대통령, 정당 등의 개입을 초래하게 되어 결과적으로 정책결정과정을 혼돈적 상태로 만들었고, 이로 인해 특정 집단의 주도적 역할이나 미래의 결과를 예측하기 어렵게 하였다. 따라서 시민단체의 참여라는 초기조건이 미세한 변화가 정책결정체제의 복잡성을 증폭시켜 혼돈 상황을 야기하고, 그 결과 시민단체의 의견이 반영된 실행위안이 결정되고 의약분업이 실시된 것은, 시민단체의 참여라는 사실 하나만으로는 예측하기 어려운 전체적 차원에서 발현된 우연적 결과로 볼 수 있다.

### 3) 의약품 실거래가 상환제도의 실시

1998년 11월 12일 시민단체의 의약품 약가비리 폭로를 계기로 보건복지부가 의약품 실거래가를 조사한 결과 의보약가와 실거래가 사이에 상당한 차액(약가마진)이 존재하였고, 이러한 차액에 의해 의료기관은 음성적 이윤을 확보하고 있다는 것을 확인하였다. 이에 보건복지부는 1999년 11월 15일 의약분업의 실시를 위한 준비작업의 일환으로 의보약가를 실거래가 수준으로 대폭 인하하는 ‘의료보험 의약품 실거래가 상환제도’(이하 실거래가 상환제)를 실시하였다.

그러나, 실거래가 상환제의 실시는 의료계가 기존에 누리던 약품관련 수입(약가마진)을 급격히 감소시켜 의료기관의 경영 악화를 초래하였다. 더욱이 약가 인하에 대한 의보수가 조정에서 개별수가 항목의 차등인상으로 인상분의 대부분이 병원급 이상 의료기관에 집중되어 의원급 의료기관들은 보다 심각한 경영상의 손실을 입었다. 이후 의료계는 가장 큰 피해를 보게 된 개원의들을 중심으로 의약분

---

비용, 대체조제 허용 등을 주장하였는데, 최종안에는 일반명·상품명 처방 비용과 대체조제의 허용이 포함되었다. 한편 시대위안의 경우 모든 의료기관의 기관분업, 주사제는 제외되 제외범위 축소, 대체조제 허용범위 확대 등 시민단체의 의견이 대부분 반영된 것이었다.

업 반대집회, 집단휴진, 총파업 등 집단행동을 하였는데, 이러한 과정을 통해 실거래가 상환제는 이후 의약분업 정책에 큰 영향을 미쳤다(구체적인 복잡성·혼돈적 특성은 후술하는 의료계 내부집단간 갈등에서 논의한다).

#### 4) 의료계 내부집단간 갈등

1977년 의료보험 제도의 실시 이후 의과대학의 신설과 증원 등 공급확대 중심의 정부 의료 정책, 경제성장에 기초한 중대형 병원의 증가, 환자들의 대형병원 선호 경향 등으로 인하여 의료계는 내부적으로 분화가 촉진되었다. 즉, 의료계는 내부적으로 종합병원이 다른 의료기관에 비해 상대적으로 빠르게 성장하였으며, 이에 따라 중대형 병원에서 근무하는 전공의나 봉직의들 또한 증가하여 의사들의 직능별 구성비율도 변화하였다.<sup>22)</sup>

의료계 내부집단의 분화는 1998년 이후 병원급 이상 의료기관의 기관분업 문제를 계기로 갈등으로 표출되었다. 이 시기 의료계 내부집단들 중 병협은 병원의 직능분업을 개원의 협의회는 병원의 기관분업을 주장하였다.<sup>23)</sup> 의협의 경우 분추협에서는 병협의 입장에 동조하였으나, 개원의 협의회는 강한 반발로 이후 시대위안과 실행위안에서는 개원의 협의회에 동조하였다. 그러자 병협이 의협에

22) 1977년을 기준으로 의료기관(종합병원, 병원, 의원)과 약국의 변화를 비교하면 다음과 같다. 1963년부터 1977년까지 증가율 순위는 약국(2.45배), 종합병원(1.86배), 병원(1.23배), 의원(1.13배)의 순이었는데 비해, 1977년부터 2000년까지의 증가율 순위는 종합병원(5.48배), 의원(3.24배), 병원(3.11배), 약국(1.67배)의 순으로 의료기관의 성장과 약국의 쇠퇴가 특징적이다. 또한, 1970년대 약사가 의사보다 많았던 우리나라는 1985년 이후부터 다시 의사가 약사보다 많아졌다(보건복지(사회)부, 1963~2000a), 한편, 의사들의 경우 1965년 의사들의 구성비율은 개원의 50%, 봉직의 10%, 전공의 9%였으나, 1980년에는 개원의 42.1%, 봉직의 21.8%, 전공의 29.9%로 변화되더니, 의약분업이 실시될 무렵인 1999년(2000년 자료는 기준시점 변동으로 누락되었다)에는 개원의 37.9%, 봉직의 27.9%, 전공의 24.7%로 봉직의와 전공의의 비율이 크게 증가하였다(대한의학협회, 1965; 1980; 대한의사협회, 1999).

23) 직능분업은 의사와 약사의 직능만을 분리하면 되기 때문에, 병의원 내부에 약국을 설치하고 약사를 고용하여 조제할 수 있다. 반면, 기관분업은 의료기관과 약국의 소유와 경영이 분리되어야 하기 때문에, 외래환자에 대한 병의원 내부의 조제가 금지된다. 만약, 병원급 이상 의료기관만 직능분업으로 의약분업이 실시될 경우, 사실상 (종합)병원은 의약분업에서 제외되는 것으로, 오히려 의원의 기관분업을 불편하게 생각하는 환자들이 내부에서 편리하게 약국을 이용할 수 있는 (종합)병원으로 이동하여 (종합)병원의 수익 증가와 의원의 경영 악화가 나타날 가능성이 있었다.

회비납부를 거부하고 제2의 의사단체를 결성하는 등 강력하게 반발하였다. 이처럼 의료계는 내부집단간 갈등으로 인해 의약분업 정책에 대해 통일된 주장을 하지 못하였고 어떠한 결정을 하든 내부집단간 갈등에 직면하여 다른 집단과의 협상에 효과적으로 대처하기 어려웠다. 따라서 의료계 내부집단간 갈등은 분추협 이후 2000년 7월 의약분업의 실시까지 의료계에 불리한 의약분업안이 결정되도록 하는 요인들 중의 하나였다.<sup>24)</sup>

동시에 전술한 바와 같이 실거래가 상환제의 실시는 의료계의 총과업 등 집단 행동을 야기하였는데, 이러한 과정에서 의료계는 내부집단간 갈등을 심화시켰다. 의료계 내부집단들은 의약분업 정책에 자신들의 이해관계를 반영시키기 위하여 의료계의 의사결정과정에 직접 참여하였고, 일부 집단들은 자신들의 이해관계를 대변하는 새로운 조직을 신설하기도 하였다. 이러한 내부집단들의 참여는 전체적으로 의료계 대정부 요구안의 수를 증가시키고 의사결정 절차를 복잡하게 만들어 정부와의 협상을 어렵게 하는 동시에 총과업을 장기화시켰다.<sup>25)</sup> 결과적으로 의료계는 정부의 보다 많은 양보를 이끌어내었고 2001년 수정된 의약분업안 또한 의료계에 유리한 것이었다(<표 3> 참조).<sup>26)</sup> 또한 정부는 이러한 과정에서 의약분업

24) 의료계의 입장에서는 분추협안의 경우 1997년 의개위안에 비해 의원의 기관분업, 생물학적 동등성 통과 의약품의 대체조제 허용 등이 포함되어 불리하였고, 이후 시대위안은 모든 의료 기관의 기관분업과 주사제 포함, 약동성 확보 의약품의 대체조제 허용 등이 포함되어 더욱 불리하였다. 이후 실행위안에서는 보건지소가 제외되어 다소 완화되었지만, 이를 토대로 2000년 1월 개정된 약사법에는 보건지소가 포함되어 그 주요 내용은 시대위안과 같은 것이었다(<표 3> 참조).

25) 이 시기 의료계는 의협, 병협, 개원의 협의회 이외에 의쟁투, 대한전공의협의회, 봉직의사협의회, 전국병원의사협의회 등이 신설되었고, 이들과 함께 의대교수들, 의대생, 전임의 등 모든 의사집단들이 의료계의 결정에 영향력을 행사하였다. 이로 인해 2000년 8월 구성된 의료계 협상대표인 10인 소위의 경우, 교수(1), 전공의 비대위 대표(1), 학생대표(1), 전임의 대표(1), 의협상임이사회 대표(2), 의쟁투 대표(2), 병원 대표(1), 봉직의 대표(1) 등 의료계의 거의 모든 집단의 대표가 참여하였다. 한편, 대정부 요구안의 경우 의쟁투가 출범할 당시인 2000년 1월 8일 4개였던 것이 6월 4일 제3차 의약분업 반대집회에서는 10개항으로, 8월 31일 제6차 의약분업 반대 집회에서는 12개항으로 증가하였다. 이와 함께 의료계의 의사결정도 의쟁투의 등장, 제1차 총과업부터는 의사회원들의 전체투표, 10인 소위의 구성 등이 추가됨에 따라 2번, 3번, 4번의 절차를 거쳐야 최종 결정이 완료되었다.

26) 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 모든 주사제가 의약분업에서 제외되었다. 둘째, 대체조제는 약동성 확보 의약품의 경우 의사의 사전동의 없이 대체조제가 가능하였던 것이 생동성 통과 의약품으로 그 범위가 축소되고, 이 또한 의사의 사전동의를 받도록 변화되었다. 또한 의약품

으로 인한 의료계의 손실을 보전한다는 명목 하에 과도하게 의보수가를 인상함으로써 의보재정의 악화와 국민 총의료비가 상승하는 등 예상하지 못하였던 부정적 파급효과가 나타났다.

이와 같이 의료보험제도의 실시가 의료계 내부집단간 분화와 갈등을 초래하고, 이는 실거래가 상환제의 실시로 더욱 증폭되어 정책결정체제의 복잡성과 총과업 등에 의한 사회적 혼돈 현상을 증가시켰다. 또한 이러한 과정에서 의료계에 유리한 의약분업안이 도출되고 동시에 과도한 의보수가 인상으로 의료보험제도와 의약분업정책에 되먹임되어 의보재정의 악화와 국민총의료비 상승이라는 의도하지 않은 사회적 문제를 야기시키는 과정은 정책과 정책과정간의 공진화로 볼 수 있으며, 실거래가 상환제의 실시라는 초기조건이 변화가 엄청난 혼돈적 현상을 초래한 것으로 볼 수 있다.

#### 5) 약사회의 소극적 태도와 시민단체 역할의 한계

2000년 의료계의 집단행동과 이로 인해 정부가 의료계의 요구를 수용하는 과정에서 약사회와 시민단체들은 의료계와 정부 모두를 비판하고 이에 대응하는 활동들을 하였으나, 그 영향은 제한적이었다. 약사회의 경우 의료계에 비해 적극적인 행동을 하지 않았는데 이는 당시 의약분업안이 상대적으로 약사회에 유리하다고 인식하였기 때문이다. 또한, 1993년 한약분쟁의 과정에서 약국 휴업 등 적극적인 집단행동을 하였으나, 이에 대한 여론의 비판과 사법처리 등으로 결국 경실련의 조정위안을 수용하였던 경험도 영향을 미친 것으로 보인다.

시민단체의 경우는 의료계의 집단행동 이후 의약분업 정책의 결정과정에 별다른 영향력을 발휘하지 못하였다. 이는 시민단체들이 의약분업 합의안의 도출까지를 자신들의 역할로 생각하고, 자원의 제한과 지지세력 동원 능력의 부족 등으로 점점 강경하게 조직화되어가는 의사들의 집단행동에 적절하게 대응하지 못하였기 때문이다. 또한 의약분업과 관련된 협상이 전문적이고 구체적인 내용으로 진

---

목록도 지역의약분업협력위원회를 통한 조정에서 지역의사회가 선정하는 것으로 변화되었다. 셋째, 임의조제와 관련하여 약사법 제39조 2항을 삭제하여 일반의약품도 낱알·혼합판매를 금지하였고, 10정 미만의 소포장(PIP 및 Foil 포장)으로 생산·판매되어 낱알판매 금지규정의 원칙이 훼손되는 상황이 발생하지 않도록 행정지도를 하기로 하였다(<표 3> 참조).

행되자 개입의 한계를 드러내기 시작하였다(조병희, 2000; 안병철, 2000: 205-206; 이경희·권순만, 2004: 272-273).

## 5. 소결론

복잡한 적응체제는 수많은 구성요소들이 다양한 방식으로 상호작용을 하는 동시에 외부 환경이나 다른 체제와도 상호작용을 하면서 지속적으로 자신을 새롭게 만들고 자기구조의 통합성을 유지하는 방식으로 환경과 더불어 창조를 계속한다. 전술한 바와 같이 의약분업 정책은 특정집단이나 환경 등 특정요소만으로는 그 형성과정을 설명하기 어렵다. 따라서 의약분업 정책의 실시는 정책 그 자체, 정책 결정체제, 다른 정책이나 제도, 외부 환경 등이 상호작용 하면서 혼돈적 양상을 보이면서도 체제 전체 차원에서 질서를 형성한 것으로 보아야 할 것이다.

1953년 제정된 약사법은 역사적으로 관습화되어온 의약공동 개념과 당시 부족한 의료 환경 및 기능적 필요에 의해 의약미분업을 법제화 하였다. 이후 의약미분업 제도는 의약공동개념의 관습화,<sup>27)</sup> 정부의 다른 정책(의료보험제도 등)에 대한 우선순위와 사회적 갈등의 회피, 의협과 약사회의 의약분업의 실시로 인한 불확실한 이해관계 보다는 확실한 기존 이익의 유지 등이 동시에 작용하면서 의약분업의 실시를 제약하는 사회적 유전자로서의 경로의존성을 나타내었다.

이와 함께 정치적 환경의 변화(군사쿠데타와 김대중 정부의 등장), 의료보험제도, 한약분쟁 등은 의약미분업 제도의 유지라는 상대적 균형상태에 전체적인 차원에서의 변화를 초래하였는데, 이는 비평형 체제에서의 요동과 유사한 현상이었다. 그리고 시민단체의 참여와 실거래가 상환제의 실시 등은 복잡성 구조하에서 다른 정책이나 집단들과 상호작용하면서 예측하기 어렵고 통제불가능한 엄청난 결과를 초래하였는데 이는 초기조건에 민감성을 보여주는 것이었다. 결과적으로 의약분업 정책은 정치적 환경, 의료보험제도, 한약분쟁 등 환경의 변화, 정책결정

27) 전통 한의학의 관습 하에서 국민들은 의료기관이나 약국을 방문하여 의료서비스와 함께 의약품 구입하는 것을 편리하고 자연스럽게 인식하였다. 즉 약국을 방문한 환자들 경우 약사와 상담 후 약을 조제 받고, 병의원을 찾은 환자들 경우 의사의 진료와 함께 주사제의 처방·투약, 그리고 의사의 직접조제 또는 구내약국에서의 조제를 편리하고 당연하게 인식하였다. 이러한 의약공동 개념의 관습화는 국민들이 의약분업을 불편한 제도로 인식하게 하여 이의 실시를 어렵게 하는 하나의 주요 요인으로 작용하였다.

체제를 구성하는 집단들간 상호작용, 의약미분업 제도의 전통, 시민단체의 참여와 실거래가 상환제, 내부집단간 갈등과 의료계의 총파업 과정에서 나타난 약사회의 소극적 태도와 시민단체의 한계 등의 공진화<sup>28)</sup> 과정을 거쳐 체제 전체적인 수준에서 발현된 창발성으로 볼 수 있다.

이러한 측면에서 의약분업 정책의 실시는 복잡한 적응체제가 혼돈적 현상을 보이면서도 체제 전체 차원에서 질서를 형성한 것으로도 볼 수 있다. 복잡성 하에서는 복잡한 규칙에 의해서만 혼돈적 행태가 나타나는 것이 아니라, 단순한 규칙이 반복될지라도 그 결과는 예측할 수 없는 혼돈적 행태를 나타내게 된다. 예를 들어 의약분업 정책은 복잡성 구조하에서 정책 주체의 이익 추구 행위라는 단순한 규칙의 반복을 통해 혼돈적 현상과 자기조직화가 이루어진 것으로도 볼 수 있다.

의약미분업 제도가 유지되었던 이유들 중의 하나는 관련집단들이 의약분업의 실시로 인한 불확실한 이해관계 보다는 확실한 기존 이익을 유지하려는 자기 이익 추구적 행위로 인한 것이었다. 동시에 의약분업 정책이 추진되었던 이유들 중의 하나도 어느 한 집단이 기존의 균형상태보다 자기 집단의 이익을 증가시키려는 행위로 인한 것이었다. 약사회는 의료보험제도의 실시 이후 지속적으로 약국의 경제적 손실을 보전하기 위한 방안으로 의약분업 문제를 제기하였다. 이는 의료보험에의 참여 요구, 약국의료보험 제도의 실시, 한약 분쟁을 통한 의약품 시장 확대의 노력 등과 같은 다양한 경로를 통해 기존의 의약미분업 체제에 요동을 가져오고 점진적으로 비평형 상태로의 이동이라는 변화를 유도하였다. 또한 의료보험제도의 실시 이후 경제 성장, 공급 확대 중심의 보건의료정책, 실거래가 상환제 등이 상호작용하는 과정에서 의료계의 기존의 이익 유지 및 확대라는 욕구는 의

28) 공진화는 전체적인 차원에서 나타나는 현상으로 국지적인 차원에서의 공진화도 전체적인 차원의 공진화와 유사한 특성을 나타낸다. 예를 들어 의료보험 제도의 실시는 의료계와 약계간 이해관계의 불균형을 초래하는 동시에 의료계 내부집단간 분화를 촉진시켰다. 전자는 의약분업 시범사업이 실시되는 요인으로 작용하였으나 무산된 이후, 이는 또다시 지역의료보험 시범사업이 확대되지 못하는 요인으로 되먹임 되었다. 후자는 의료계 내부집단간 이질성과 갈등을 심화시켜 의료계의 의사결정과정에서 내부집단들의 참여를 증가시켰다. 이러한 의료계 내부집단간 갈등은 의료계에 불리한 의약분업안이 결정되는데 영향을 미치는 동시에 총파업 과정에서는 대정부 요구안의 수를 증가시키고 의사결정절차의 복잡하게 하여 의료계에 유리한 의약분업안으로 수정되는데 영향을 미쳤다. 또한 의약분업 정책의 수정과정에서 과도한 의보수가의 인상은 이후 의료보험 제도와 의약분업에 되먹임 되어 의보제정의 악화와 총의료비 상승이라는 의도하지 않은 사회적 문제를 초래하였다.

료계 내부집단간 이해관계의 차이로 분화와 갈등을 초래하여 총과업, 의약분업의 수정, 의보수가의 인상 등 혼돈적 현상을 야기하였다.

## V. 의약분업 정책의 합리성에 대한 논의

### 1. 내용적 합리성에 대한 논의

정책의 내용적 합리성은 정책의 목표 달성에 가장 적합한 수단을 선택하는 것이다. 모든 정책 관련집단들은 정책결정의 모든 단계에서 마치 합리적인 것처럼 선택하고 행동한다. 그러나 현실의 복잡성과 혼돈은 인간의 인식능력을 제약하여 제한된 합리성만을 가능케 한다. 각 집단들간 부분적 합리성들이 경합하거나 갈등할 때 최선의 합리성을 선택할 기준은 없으며 결과적으로 타협을 통해 수정된 목표나 대안을 도출하게 되는데 이 또한 제한된 합리성 하에서 나타나게 된다.

의약분업 정책의 경우, 정부는 의약품의 오남용 예방, 약제비 절감, 환자의 알권리 및 의약서비스의 수준 향상, 제약산업의 발전 및 의약품 유통구조의 정상화를 목표로 설정하고(보건복지부, 2000b: 2-5), 이를 달성하기 위하여 다양한 정책수단을 마련하였다. 그런데, 이러한 목표들 중 의약품의 오남용 예방이라는 하나의 목표만 고려하더라도 문제의 복잡성과 관련집단들간 수단 선택의 상이성으로 인해 내용적 합리성의 달성이 어려웠다. 의약품 오남용 문제는 의약미분업으로 인하여 나타나는 소비자가 의약품을 자유롭게 구입함으로써 야기되는 문제, 비전문적 의료행위와 약제행위가 제도적으로 방치됨으로 인해 야기되는 문제, 병의원(의사)과 약국(약사)의 환자 유치 경쟁으로 야기되는 문제(주사제 사용 증가) 등이 있었으며, 이러한 문제들이 의료보험제도, 즉 의보수가(행위별 수가제), 의보약가(약가마진) 등으로 인한 경제적 유인과 함께 상호작용 하여 나타나는 문제들이 있었다.

또한 의약품의 오남용을 예방하기 위한 구체적인 정책수단으로는 처방전을 필요로 하는 전문의약품의 증가, 주사제 포함, 기관분업, 상품명 처방, 대체조제 금지 혹은 제한적 허용, 임의조제 금지 등을 들 수 있다. 이러한 정책수단들 중 주사제와 관련하여 약사회와 시민단체는 주사제가 의약품 오남용의 핵심 중 하나이므

로 반드시 분업에 포함해야 한다고 주장하였다. 반면, 의료계는 환자들의 높은 주사 선호도, 시간비용의 증가, 약화사고의 가능성과 책임소재의 불명확 등을 이유로 주사제의 제외를 주장하였다. 이외에도 각각의 정책수단들에 대해 관련 집단들의 주장은 모두 그럴듯한 인과관계를 가정하고 있어 부분적으로는 합리적이거나 동시에 특수한 이해관계를 반영함으로써 인해 상호간 경합 및 갈등을 내포하고 있었다.

실거래가 상환제는 제약산업의 발전 및 의약품 유통구조의 정상화라는 의약분업 정책의 하위목표를 달성하기 위하여 보완적인 제도로 실시되었다. 그러나 실거래가 상환제는 약가마진의 제거라는 본래의 목표는 어느 정도 달성하였으나, 유통구조의 정상화라는 목표를 달성하였는지 의심스럽고, 오히려 국민총의료비를 상승시켜 약제비 절감이라는 목표의 달성에 부정적 영향을 미쳤다.

그러나, 장기적인 관점에서 보면 의약분업 정책의 내용적 합리성은 어느 정도 개선된 측면이 있다. 즉, 1963년 개정된 약사법에 규정된 의약분업은 약사의 임의조제는 제한했으나 의사의 직접조제를 허용하는 불완전한 의약분업안이었다. 그러나, 이후 의약분업 정책이 추진되고 실시되는 과정에서 논의된 의약분업안을 비교해 보면 문제의 복잡성에 대한 지식이 증가하고 이에 따라 정책의 내용이 명확해지며 수단이 구체화되어가는 변화과정을 파악할 수 있다(<표 1>, <표 2>, <표 3> 참조). 예를 들어, 의약분업 시범사업의 경우 실시 유형, 대상기관, 대상의약품, 처방전 발행 양식, 대체조제와 임의조제의 제한 방법 등이 구체화되었고, 실시 결과 임의분업은 가시적인 효과가 나타나지 않고 강제분업은 처방전 발행의 증가 등 가시적인 성과가 나타난다는 것을 알 수 있었다. 또한 의약분업의 실시 자체도 전체적인 관점에서 볼 때 부분적인 목표와 수단간의 상충이 존재하지만,<sup>29)</sup> 의약미분업 상황보다는 의사의 직접조제와 약사의 임의조제를 금지함으로써 내용적 합리성의 개선을 가져왔다.

29) 예를 들어, 의약분업의 실시는 장기적으로 의약품 오남용을 감소시켜 약제비와 의료비를 감소시키는 효과를 기대할 수 있으나, 단기적으로는 처방료와 조제료 등의 증가로 약제비와 국민총의료비가 증가하게 된다.

## 2. 절차적 합리성에 대한 논의

내용적 합리성을 보장할 수 없다면 대안을 탐색하는 과정이나 절차에 관심을 갖는 절차적 합리성을 추구하게 된다. 의약분업 정책의 경우 절차적 합리성은 주로 위원회 제도를 통하여 나타났다. 정부는 1966년 의분연을 시작으로 이후 의약분업 정책을 논의할 때마다 거의 대부분 위원회를 구성하였다.<sup>30)</sup> 이러한 위원회 제도의 이용 및 참여집단들의 증가는 그 자체가 절차적 합리성을 개선한 것으로 볼 수 있다. 예를 들어, 1966년 의분연이라는 위원회가 구성되면서 이전까지 정부 주도로 이루어지던 의약분업 정책결정에 의협과 약사회가 공식적으로 참여하게 되었다. 1982년 구성된 의협추는 목포시 의약분업 시범사업과정에서 야기된 문제를 해결하기 위하여 정부와 의·약계 대표 이외에도 학계, 언론계, 법조계 대표들이 참여하였다.

그러나, 이러한 위원회들은 대부분 의약분업 문제를 실질적으로 해결하는데 기여하지 못하여 형식적 절차만 개선된 것이었다. 예를 들어, 의분연은 국회 보사위의 의약분업 권고 결의로 1966년 보사부가 설치를 결정하였으나 기능을 제대로 발휘하지 못하고 자연스럽게 소멸되었다. 1982년 목포시 의약분업 문제를 해결하기 위하여 구성된 의협추도 의·약계간 갈등으로 의약분업 문제를 해결하지 못하였다. 이처럼 위원회 제도가 의약분업 문제의 해결에 기여하지 못한 이유는 대부분의 위원회가 동수 혹은 유사한 수로 구성되어야 한다는 위원회 구성 원리로 인해 이해관계가 첨예하게 대립되는 경우 합의를 도출하기 어려웠고, 이러한 상황에서 정부가 제시한 절충안도 충분한 동의를 확보하지 못하였기 때문이다. 그 결과 결정된 정책에 대해 불만을 가진 집단은 이를 거부하거나 집단행동을 하면서 반발하였다.

그러나 위원회 제도는 의약분업 문제를 해결하는데 실패하였음에도 불구하고 표준운영절차(SOP)화 되어 지속적으로 유지되었다. 그 이유는 이를 통하여 어느 정도 전문성을 확보할 수 있었고, 또한 위원회 제도의 존재가 최소한의 정당성을

30) 예를 들어, 1966년 ‘의약분업추진연구위원회’, 1970년 ‘의약분업추진위원회’, 1982년 ‘의약협업추진위원회’, 1987년 ‘전국민의료보험실행위원회’, 1988년 ‘국민의료정책심의위원회’, 1996년 의료개혁위원회, 1998년 ‘의약분업추진협의회’, 1999년 ‘의약분업실행위원회’ 등을 들 수 있다.

확보할 수 있었기 때문이다. 또한 관료제의 규범 중 하나는 안정성이며 이는 극적 변화보다 점진적 변화에 더 호의적이고, 절차나 제도의 유지에 더 관심을 가진다. 이로 인해 새로운 대안적인 절차나 제도를 채택하기 보다는 현존의 제도나 절차를 유지하여 문제를 해결하려 한다.

이러한 맥락에서 1998년 이후에도 정부는 계속 위원회 제도를 이용하였는데, 여기에 시민단체가 참여하게 된 것은 절차적 합리성이 개선된 것으로 볼 수 있다. 그러나 분추협과 실행위의 최종 의약분업안은 의협과 병협 대표들이 퇴장한 상황에서 이루어졌으며, 시대위안의 경우도 의협회장과 약사회장의 동의는 받았으나, 내부집단들의 충분한 동의를 확보하지 않은 것이었다. 이는 형식적 절차의 준수만으로는 절차적 합리성의 달성이 불충분 하였다는 것을 알려준다. 그러나 실제 결과는 의약분업 정책의 실시라는 측면에서 문제 해결에 커다란 공헌을 한 것이었다. 이처럼 시민단체의 참여라는 약간의 개선이 엄청난 결과를 야기한 것을 절차적 합리성만으로는 설명하기 곤란하다. 전술한 바와 같이 의약분업 정책의 실시에는 시민단체 이외에도 정부, 의료계, 의료보험제도나 실거래가 상환제 등 외부 환경 등이 상호작용하면서 영향을 미친 것이었다. 따라서 의약분업 정책의 전체적인 과정을 설명하기 위해서는 절차적 합리성 개념의 확장이 필요할 것이다.

### 3. 진화적 합리성의 탐색

의약분업 정책은 복잡하고 혼돈스러운 상황에서 다양한 집단들이 참여하여 상호작용 하는 동시에 외부 환경과도 공진화하면서 체제 전체 차원에서 형성되었다. 이러한 상황에서 합리성은 복잡성, 불확실성, 무질서, 예측불가능성, 다양성, 인과관계에 대한 지식의 불완전성 등을 전제해야 문제를 해결하고 정책을 개선하는데 도움이 될 수도 있을 것이다. 진화적 합리성이란 시행착오와 경험의 학습을 통해 지식을 확장시키면서 정책의 합리성을 개선하려는 논리이다.

의약분업 정책의 경우, 1963년 약사법에 처음으로 의약분업을 규정하여 실시하였는데, 이는 법으로만 규정되었을 뿐 현실적으로 실시되지 못하여 무산되었다. 그러나, 정부는 이러한 시행착오를 통해 의약공동 개념의 관습화, 열악한 보건의료 환경, 이익집단의 이해관계 등을 고려해야 한다는 것을 학습할 수 있었다. 이러한 지식의 증가는 정부로 하여금 전문성 확보와 이익집단간 갈등 관리의 필요성

을 인식하게 하여 의협과 약사회가 공식적으로 참여하는 위원회(1966년 의분연) 제도를 이용하게 하였다. 그러나, 위원회는 기능을 발휘하지 못하고 자연스럽게 소멸되었고, 이후 1970년에도 위원회를 구성하였으나 정부, 의협, 약사회간 갈등으로 시행안도 마련하지 못한 채 해산되었다. 이는 진화적 합리성의 관점에서 시행착오를 통한 학습의 제도화가 부족하여 지식의 증가가 이루어지지 않은 것으로 더욱 큰 문제는 이후 1997년까지 유사한 행태가 반복되었다는 것이다. 즉, 정부는 수많은 시행착오를 겪으면서도 문제를 해결하기 위한 대안적 절차의 탐색 및 학습의 제도화 등을 통하여 정책을 개선하려는 노력이 부족하였던 것으로 파악된다.

1977년 의료보험 제도가 실시된 이후 1981년 지역의료보험 시범사업 등 그 적용 범위가 지속적으로 확대되면서 1989년에는 전국민의료보험이 실현되었다. 이러한 과정에서 약국의 수익감소를 경험한 약사회는 의료보험에 참여하기 위한 방안으로 의약분업을 주장하였다. 지역의료보험 시범사업의 경우 특히 목포시에서는 임의분업과 강제분업을 모두 실시한 결과 전자는 가시적인 효과가 나타나지 않았고, 후자는 처방전 발행의 증가 등 가시적인 성과가 나타난다는 것을 알 수 있었다. 또한 당사자 계약 방식이 의약분업의 실효성을 높이고 갈등을 약화시키며 정당성 확보에 용이하다는 것을 알 수 있었다. 이러한 과정에서 나타난 시행착오와 경험의 학습 그리고 이를 통한 오차수정과 지식의 증가는 절차에 대한 지식의 개선과 이를 통한 정책의 내용에 대한 지식이 개선되는 과정 그리고 진화적 합리성이 현실에서 어떻게 적용되는지를 보여준다. 이와 함께 국지적 실험이 이질적 요소의 결합 가능성, 다양성의 허용, 변화가능성, 신축성 등을 증가시키고(예를 들어, 의료보험 제도와 의약분업의 연계 실시, 임의분업과 강제분업의 실시와 전환, 위원회 제도와 당사자 계약방식, 참여집단의 다양성 등) 비용을 감소시켜 진화적 합리성과 정책을 개선시키는데 어떠한 역할을 하는지 알려준다.

한편, 1998년 이후 의약분업 정책의 결정과정에는 시민단체가 참여하기 시작하였는데, 이는 한약분쟁시 경실련이 참여하여 문제해결에 공헌한 것을 학습한 결과로도 볼 수 있다. 즉 정부의 입장에서는 시민단체의 참여가 절차적 합리성을 증진시킬 수 있다는 지식이 증가한 것이었다. 또한 시민단체의 약가비리 폭로를 계기로 정부는 실태를 조사하여 약가마진의 구체적인 규모를 확인한 후 실거래가

상환제를 실시하였다. 이는 지식의 증가로 인해 의료보험 약가제도의 오차가 수정되고, 제약산업의 발전 및 의약품 유통구조의 정상화라는 의약분업 정책의 하위목표에 기여한 것이었다. 그러나 실거래가 상환제의 실시는 의료계의 총과업을 야기하여 의약분업의 실시를 제약하였고, 이와 함께 과도한 의보수가 인상과 국민 총의료비 상승 등 예상치 못한 부작용이 발생하였다.

이처럼 의약분업 정책은 각 시기마다 단기적으로는 내용적 합리성과 절차적 합리성이 불충분 하였지만 장기적으로 보면 절차적 합리성과 내용적 합리성이 서로 공진화하면서 지식이 증가하고 개선된 것으로 볼 수 있다. 복잡하고 불확실한 혼돈 상황에서는 제한된 내용적 합리성만을 갖게 되며 절차적 합리성 또한 불충분할 수밖에 없다. 절차에 대한 내용적 합리성(지식)을 모르고 절차를 선택할 수 없으며, 절차를 다양한 문제에 적용하면서 절차에 대한 내용적 합리성을 확보하게 된다. 경우에 따라서는 이처럼 정책의 절차적 합리성이 충족되면서 내용적 합리성이 개선되기도 하고, 이에 따라 개별정책이 개선되면서 전체적인 정책이 개선되기도 한다. 이와 같이 절차적 합리성과 내용적 합리성, 개별정책과 전체적인 정책이 상호 적응하면서 개선되어 가는 과정은 마치 개체와 개체, 개체군의 진화와 진화과정의 진화가 공진화하는 것과 유사하다.

## VI. 결론

본 연구는 의약분업 정책을 사례로 선정하여 정책의 복잡성과 혼돈 현상을 설명하고, 이러한 상황에서 정부와 정책 관련 집단들이 추구해야 할 정책의 합리성을 탐색하고자 하였다. 연구결과 의약분업 정책은 정부나 이익집단 등 특정집단의 의도대로 결정된 것이 아니며 환경의 영향을 단순히 반영한 것도 아니었다. 의약분업 정책은 정책 그 자체, 정책결정체제, 다른 정책이나 제도, 외부 환경 등과 공진화하면서 체제 전체 차원에서 형성된 것이었다. 이러한 현상은 일반적인 합리성의 개념인 내용적 합리성과 절차적 합리성으로 설명하기에는 불충분하여 진화적 합리성이라는 새로운 개념을 제시하였다.

진화적 합리성이란 정책도 생물학적 유기체와 유사하게 공진화 과정을 경유한다는 것을 가정하는 것이다. 진화는 사전적으로 주어진 목표 또는 방향성이 없이

한 개체가 다른 개체 또는 전체로서의 환경과 상호적응의 과정을 거치면서 변화해 나가는 것을 의미한다. 따라서 진화적 합리성은 선형적·사전적으로 주어지는 합리적 목표 또는 인과관계를 전제하지 않는다. 대신 정책과 전체로서의 정책 체제 간 일시적·국지적·부분적 상호 적응과 선택의 공진화적 과정을 거쳐 이루어지는 지성의 확장으로서의 합리성을 의미한다. 이러한 맥락에서 정책의 진화적 합리성은 시행착오와 경험의 학습을 통해 지식을 확장시키면서 정책을 개선하는 과정으로서의 합리성을 지칭한다.

진화적 합리성의 관점에서 정책은 다양성의 허용, 신축성, 변화가능성, 이질적 요소간의 결합가능성 등이 증가함으로써 부분의 변화가 촉진되고 그에 따라 전체의 진화가 잘 이루어질 때 개선될 수 있다. 이러한 맥락에서 국지적 실험은 부분의 변화를 촉진시킬 수 있는 방법이 된다. 예를 들어, 최근 제약회사의 리베이트 문제와 관련하여 성분명 처방, 국민조제선택분업제도(이하 선택분업), 저가약 처방 인센티브 제도 등이 논의되고 있다.<sup>31)</sup> 이러한 정책들도 지역별(도시와 농촌지역), 1·2·3차 의료기관별, 다양한 처방전 발행방식(성분명 처방 전면 실시, 상품명 처방 전면 실시, 일반명·상품명 처방 병용) 등을 고려하여 시범사업을 실시해 보아야 할 것이다.

복잡하고 혼돈스러운 상황에서도 정부와 정책 관련 집단들은 합리성을 추구하려는 노력을 할 것이다. 이 때 정부와 관련 집단들은 국지적인 사회적 실험에 의한 정책의 점진적 확대, 성공과 실패를 통한 경험의 축적, 모방과 학습효과를 통한 지식의 증대와 혁신의 확산, 그리고 의도하지 않았던 파급효과가 발생할 경우 사회적 비용의 최소화를 가능케 하는 진화적 합리성을 추구하는 것이 현실적으로 도움이 될 것이다.

마지막으로 본 연구의 한계와 향후 연구방향을 제안하면 다음과 같다. 진화의 결과는 합리적인가? 라는 문제가 제기된다. 본 연구에서 제시한 진화의 기본적인

31) 최근 제약회사의 리베이트가 여전하다는 언론 보도와 함께 성분명 처방을 해야 한다는 주장이 제기되고 있다. 성분명 처방은 노무현 정부의 공약사항으로 2007년 9월 17일 시범사업이 시작되었으나, 국립의료원만을 대상으로 실시하는 등 실험 방식에 많은 문제점을 내포하고 있다. 또한 의협은 이에 강하게 반발하면서 대안으로 선택분업의 시범사업 실시를 주장하고 있는데, 선택분업이란 환자에게 조제선택권을 부여하는 제도로 병원에서 진료 후 약 조제를 의사나 약사 중에서 선택할 수 있도록 하는 것이다. 그러나 정부는 선택분업을 거부하며 시범사업의 실시도 수용하지 않고 대안으로 저가약 처방 인센티브 제도를 제시하고 있다.

전제는 사전적으로 더 나은 방향이 없는 것이다. 따라서 사전적으로 진화의 결과가 반드시 합리적이라거나 비합리적이라 판단할 수는 없다. 그러나 인간은 복잡하고 혼돈스러운 상황 하에서도 합리적이라고 노력하므로 최소한이나마 합리성을 추구하게 된다. 따라서 진화적 합리성은 내용적 합리성과 절차적 합리성을 완전히 부정하는 것이 아니며, 이는 제한된 합리성에 근거하여 내용적 합리성과 절차적 합리성이 공진화 하는 과정을 의미한다. 즉, 진화의 각 단계마다 비록 제한된 합리성에 근거하지만 정책의 내용과 절차에 대해 지속적인 평가가 이루어져야 한다. 그럼으로써 정책은 최소한의 방향성을 유지할 수 있고 지식의 증대와 학습이 가능할 것이다. 이러한 맥락에서 진화적 합리성은 국지적이고 부분적인 차원에서 제한된 합리성에 근거한 정책설계가 가능하며, 이때의 정책설계는 실험적 성격을 가져야 한다.

그러나 정책을 궁극적인(절대적인) 목표나 기준에 의해 총체적 관점에서 합리적인지 여부를 판단하는 것은 어렵다. 단기적으로 실패한 정책이 장기적인 성공으로 귀결될 수 있으며 그 역도 가능하다. 이러한 상황은 내용적 합리성이나 절차적 합리성의 추구가 정책실패로 이어질 수 있듯이 진화적 합리성을 추구한 결과도 정책실패로 이어질 가능성이 존재한다는 것을 의미한다. 더욱이 진화적 합리성에서는 우연한 요소의 개입 등을 배제하지 않으므로 합리성의 개선이 반드시 정책의 개선으로 연결되는 것은 아니다.

본 연구는 이러한 문제에 대해 심층적인 논의가 부족하다는 한계가 존재한다. 즉 본 연구는 진화적 합리성에 대한 시론적 연구로서 의약분업 정책이라는 단일 사례를 연구하였기 때문에 일반화의 문제가 존재하며, “현존하는 정책은 합리적인가? 진화의 결과 또는 진화적 합리성의 추구로 정책실패가 나타날 수 있는가?” 등에 대한 보다 심층적인 검토가 부족하다. 이러한 부분은 향후 보다 많은 정책 사례를 통하여 검토하고 지속적으로 정책 연구에 적용할 예정이다.

#### ▣ 참고문헌

- 김 미. 1991. “약국의료보험에 관한 연구.” 《광주보건전문대학 논문집》 17: 83-103.  
 김영래. 1999. “비정부조직과 국가와의 상호작용 연구: 협력과 갈등.” 《국제정치논총》

- 39(3): 79-98.
- 김용운. 2001. 《카오스와 불교》. 서울: 사이언스북스.
- 김영평. 1984. “정책연구의 성격과 범위.” 《한국행정학보》 18(1): 91-102.
- \_\_\_\_\_. 1991. 《불확실성과 정책의 정당성》. 서울: 고려대 출판부.
- \_\_\_\_\_. 1993a. “우리나라 정책결정 체계의 개혁.” 《한국정책학회보》 2: 27-45.
- \_\_\_\_\_. 1993b. “Herbert A. Simon의 절차적 합리성 이론.” 오석홍(편), 《정책학의 주요이론》, 12-22. 서울: 법문사.
- \_\_\_\_\_. 1996. “정보화사회와 정부구조의 변화.” 임희섭(편), 《사회과학의 새로운 지평》. 서울: 나남.
- 김영평·최병선. 1993. 《행정개혁의 신화와 논리》. 서울: 나남.
- 김주환. 2004a. “의약분업정책네트워크와 정책반응의 변화: 정책패러다임의 변화를 중심으로.” 《행정논총》 42(1): 133-163.
- \_\_\_\_\_. 2004b. 《정책네트워크의 변화와 정책반응 연구 : 의약분업정책을 중심으로》. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- 김준기. 1999. “한국 비영리단체의 사회·경제적 역할에 대한 연구.” 《행정논총》 37(1): 111-135.
- 김한중. 2001. “2000년 의료사태의 경험과 교훈.” 《보건행정학회지》 11(1): 87-106.
- 노화준. 1998a. “카오스이론이 정책연구에 주는 시사점 분석.” 《행정논총》 36(1): 1-23.
- \_\_\_\_\_. 1998b. “한국 행정문화의 진화에 대한 복잡성 과학적 해석.” 《한국행정학보》 32(4): 137-156.
- 대한의사(학)협회. 1965, 1980, 1999. 《전국회원실태조사보고서》.
- 박순기. 1990. 《의약분업제도의 정책결정과정에 관한 연구》. 서울대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 백완기. 1996. “합리성에 관한 소고.” 《한국행정학의 기본문제들》, 76-104. 서울: 나남.
- 보건복지(사회)부. 1960-2000a. 《보건복지(사회)통계연보》.
- 보건복지부. 2000b. 《의약분업 종합 편람》.
- 사득환. 2002. “정책연구의 패러다임 전환과 적응모형.” 《한국행정논집》 14(1): 85-102.
- \_\_\_\_\_. 2003. “불확실성, 혼돈 그리고 환경정책.” 《한국정책학회보》 12(1): 223-248.
- 신영균. 2004. 《의약분업정책결정과정의 정책 네트워크 유형 변화에 관한 연구: 김대중 정부를 중심으로》. 영남대학교 박사학위논문.
- 안병철. 2000. 《정책형성과정에서의 역동성 분석: 의약분업정책의 참여자간 상호작용을

- 중심으로》. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- \_\_\_\_\_. 2001. “정책형성과정의 정치적 성격과 특성.” 《한국정책학회보》 10(2): 23-55.
- \_\_\_\_\_. 2002a. “정책결정과정에서 NGO의 영향력 요인: 의약분업모형의 산출과정 분석.” 《한국 사회와 행정 연구》 12(4): 321-337.
- \_\_\_\_\_. 2002b. “의약분업 정책변동과 정책실패 : 정책어그러짐의 개념을 중심으로.” 《한국행정학보》 36(1): 41-57.
- 유동운. 2000. 《경제진화론》. 서울: 선학사.
- 의료개혁위원회. 1997. 《의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제》.
- 의료보험연합회. 1997. 《의료보험의 발자취: 1996년까지》.
- 이경희·권순만. 2004. “의약분업정책-이익집단의 영향과 정책과정의 교훈-.” 《한국정책학회보》 15(5): 255-277.
- 이광모·최창현. 2001. “복잡성과학과 도가사상의 비교연구”. 《한국행정학회 21세기 지방행정의 과제와 비전: 자주재원확충과 지역발전요인의 탐색 세미나 자료》.
- 이상이. 2000. 《의약분업 정책결정과정에 관한 연구》. 경희대학교 박사학위논문.
- 이상이·윤태영·김철웅. 2000. “우리나라 의약분업 정책과정의 특성에 관한 연구.” 《보건행정학회지》 10(2).
- 이중범. 2005. “불확실성, 모호성과 딜레마 상황에서 절차적 합리성의 탐색.” 《행정논총》 43(4): 1-27.
- 이창원·최창현. 2005. 《새조직론》. 서울: 대영문화사.
- 임의영. 2006. “합리성의 행정철학적 논의구조와 H. A. Simon의 합리성 개념.” 《한국행정논집》 18(4): 981-1002.
- 전진석. 2003. “의약분업 정책변화에 대한 연구: 정책옹호연합모형을 적용하여.” 《한국정책학회보》 12(2): 59-87.
- 정우진외. 1999. 《의약분업정책 평가모형개발 연구》. 서울: 한국보건사회연구원.
- 조병희. 2000. “의약분업의 쟁점과 집단간 세력관계.” 《보건과 사회과학》. 6·7.
- \_\_\_\_\_. 2001. “보건의료분야에 있어서 시민단체의 역할과 과제: 의약분업정책을 중심으로.” 《보건과 사회과학》 10.
- 최성두. 1996. 《통제불가능성과 정책의 설계》. 고려대학교대학원 박사학위논문.
- \_\_\_\_\_. 2000. “카오스 행정론의 유용성 평가.” 《한국행정논집》 12(4): 595-607.
- 최성모·송병주. 1992. “정책집행의 정치적 성격과 특징: 의약분업정책을 중심으로.” 《한국행정학보》 26(3): 771-797.

- 최완근. 1991. 《정책결정과정 참여자로서의 이익집단에 관한 연구: 의약분업 정책결정을 중심으로》. 서울대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 최창현. 1999. “복잡성이론의 조직관리적 적용가능성 탐색.” 《한국행정학보》 33(4): 19-38.
- 홍경표. 1999. “1차 의료기관의 현실과 적정수가.” 《포럼: 의약분업, 1차의료기관의 현실과 전망》 자료집.
- 황혜신. 2005. “주인 대리인 이론의 정책과정에서의 시론적 적용.” 《한국정책학회보》 14(4): 29-56.
- 한겨레신문.
- Elliott, Euel. & Douglas Kiel. 1997. "Nonlinear Dynamics, Complexity, and Public Policy: Use, Misuse, and Applicability." In Eve, A. Raymond, Sara Horsfall, & Mary E. Lee. *Chaos, Complexity, And Sociology: Myths, Models and Theories*. London: Sage Publications.
- Gleick, James. 1987. *Chaos: Making A New Science*. New York: Penguin Books. [박배식·성하운(역). 1993. 《카오스: 현대과학의 대혁명》. 서울: 동문사].
- Jantsch, E. (1980). *The Self-Organizing University: Scientific and Human Implications of the Emerging Paradigm of Evolution*. Pergamon Press.
- Kauffman, S. A. (1995). "At Home in the Universe." Oxford University Press. In Lakoff, G. & Johnson, M. *Metaphors We Live By*. University of Chicago Press.
- Kiel, L. Douglas. 1994. *Managing Chaos and Complexity in Government: A New Paradigm for Managing Change, Innovation, and Organizational Renewal*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Krasner, S. 1988. "Sovereignty: An Institutional Perspective." *Comparative Political Studies* 21(1): 66-94.
- March, J. G. 1976. "The Technology of Foolishness." In March, J. G. & Olsen, J. P. *Ambiguity and Choice in Organization*. Bergen: Universitetforlaget.
- March, J. G. & Olsen, J. P. 1976. *Ambiguity and Choice in Organization*. Bergen: Universitetforlaget.
- Prigogine, Ilya & Isabelle Stengers. 1984. *Order out of Chaos: Man's New Dialogue with Nature*. New York: Bantam Books.
- Simon, H. A. 1972. "Theories of Bounded Rationality." In McGuige, C. B & Rov Radner eds.

- Decision and Organization*. (Amsterdam: North-Holland). 161-176.
- \_\_\_\_\_. 1976a. "From Substantive to Procedural Rationality." In Latsis, S. J. eds. *Method and Appraisal in Economics*, 129-148. Cambridge : Cambridge University Press.
- \_\_\_\_\_. 1976b. *Administrative Behavior*. 3rd. New York: The Free Press.
- \_\_\_\_\_. 1983. *Reason in Human Affairs*. Stanford University Press.
- \_\_\_\_\_. 1996. *The Sciences of the Artificial*. 3rd ed. MIT Press, Cambridge: MA.
- Stacey, R. D. 1992. *Managing Chaos: Dynamic business strategies in an unpredictable world*. London: Kogan Page. [최창현(역). 1996. 《카오스 경영》. 서울: 한언].
- Waldrop, M. 1992. *Complexity*. New York: Simon & Schuster.