

의약분업정책네트워크와 정책반응의 변화 : 정책패러다임의 변화를 중심으로

김 주 환*

〈目 次〉

- I. 서 론
- II. 이론적 배경
- III. 의약정책네트워크의 과정별 성격분석
- IV. 의약정책네트워크와 정책반응의 변화
- V. 결론 : 연구결과의 종합

〈요 약〉

본 연구는 의약분업정책사례를 중심으로 정책의 지속성과 변화에 대한 정책네트워크적 분석을 시도하였다. 일련의 정책적 논의에도 불구하고 의약혼재정책이 40여 년 동안 지속될 수 있던 원인과 의약분업으로 정책변화가 이루어진 원인을 정책네트워크적 접근을 통해 분석하고자 하였다. 나아가 이를 통해 정책네트워크라는 제도적 특성이 정책반응에 어떤 영향을 미치는지를 분석하고자 하였다. 분석결과, 먼저 의약혼재에서 의약분업으로 정책이 변경된 원인은 다음과 같다. 첫째, 의약혼재정책이 유지될 수 있던 원인은 정부와 이익집단으로 구성된 정책공동체적 성격에 의한 경로의존성에 기인한다. 둘째, 의약분업정책으로 전환은 이들 정책공동체에 시민단체가 참여함으로써 그 성격이 이슈네트워크화 하였다는 데서 원인을 찾을 수 있다. 다음으로 정책네트워크와 정책반응과의 관계에서 확인 할 수 있던 것은, 첫째 소수의 강한 응집성을 가진 정책네트워크는 정책변화의 요구를 무의사결정화 한다. 둘째, 소수의 정책행위자들 간의 응집성 약화는 정책수정, 즉 정책의 제한된 변화를 수반한다. 셋째, 새로운 정책행위자들의 등장과 이들의 정책네트워크의 진입시도는 정책네트워크의 문제해결능력을 제약함으로써 새로운 정책기제의 모색을 낳게 하는 원천이다. 넷째, 정책네트워크의 성격변화는 정책의 근본적인 변화를 낳게 한다.

【주제어 : 정책네트워크, 정책패러다임, 의약분업, 정책반응】

* 극동정보대학 비서행정과 조교수

I. 서 론

오랜 기간 안정적이고 지속적이던 정책이 특정 사건을 통해 단절적인 정책변화를 경험하는 것은 정책과정의 특징이다(Baumgartner and Jones, 1993). 이와 같은 정책결정의 전형적인 특징을 보여주는 것이 의약분업정책이다. 1953년 약사법 제정과 1963년 약사법 개정 이후, 의약정책은 일련의 정책적 논의에도 불구하고 비교적 안정적인 정책과정을 경험하여 왔다. 그러나 1999년 말부터 시작된 소위 ‘의료대란’을 거쳐 2000년 7월 본격적으로 의약분업정책이 시행됨으로써 의약정책은 과거와 전혀 다른 정책의 모습을 보이게 되었다.

의약정책은 의약분업 이전과 이후에 있어서 커다란 정책적 차이를 보이고 있다. 분업이전 의약정책은 의사의 직접조제와 약사의 임의조제가 동시에 용인되는 의약혼재정책이 추구되었다. 그러나 의약분업정책의 시행은 의약정책에 있어서 일대 전환을 가져오게 되었다. 의사의 직접조제는 금지되고 진단과 처방만이 허용되었으며, 약사는 임의조제가 금지되는 대신 조제권과 일반 의약품의 독점적 판매가 허용하게 되었다. 이로써 의사와 약사 모두 의약품을 통한 경제적 이윤동기가 엄격히 제한됐다.

과거 의약분업은 중요한 의료정책과제로 지속적으로 제기되었다. 1977년 의료보험의 도입, 1981년 지역의료보험시범사업의 실시, 1989년 전국민의료보험의 실시 그리고 1993년 한약분쟁이라는 중요 의료정책문제에 있어서 의약분업은 핵심적 정책문제로 등장하였다. 그럼에도 불구하고 의약정책은 의약혼재정책이 지속적으로 추진되었고, 의약분업으로 정책전환은 시행되지 못하였다. 그러나 1999년 시민단체가 주도한 ‘의약분업을 위한 시민대책위원회(이하 시대위)’를 거치면서 의약분업정책으로의 전환이 급격히 진행되어, 2000년 7월 본격적으로 실시되게 되었다.

이러한 측면에서 보았을 때, 의약분업정책은 정책의 지속성과 변화를 연구할 수 있는 중요한 사례라 할 것이다. 일련의 정책적 논의에도 불구하고 의약분업정책이 시행되지 못하였던 원인은 무엇인가? 시행될 수 있었던 원인은 무엇인가? 그리고 의약정책문제를 어떻게 해결하여 왔는가? 라는 연구 질문을 제기하지 않을 수 없다.

본 연구는 이러한 연구 질문에 대해 정책네트워크와 정책반응과의 관계를 중심으로 분석하고자 한다. 정책네트워크에 의한 분석은 정책과정의 안정성과 변화라

는 측면에서 매우 유용한 분석도구라 할 것이다. 정책네트워크는 정책행위자의 참여와 배제라는 제도적 특성이 정책산출에 영향을 미친다고 본다. 정책네트워크는 네트워크의 안정성과 예측가능성이라는 신제도주의적 장점을 계승하였다. 또한 정책행위자들의 관계를 제도로 봄으로써 제도변화에 대한 가능성을 제고시켜 제도연구의 한계를 극복하고자 하였다. 그러나 현재의 정책네트워크 연구는 국가간 비교연구(Döhler, 1991; Boase, 1992; Waarden, 1992; Knoke et al, 1996; Daugbjerg, 1998), 정책부문간 비교연구(Schneider, 1992; 윤석환, 1996; 김정렬, 1996) 그리고 정책네트워크 변화(Read, 1992; Raad, 1992; Yishiai, 1992; Pemberton, 2000; 이장재, 1998; 정용남, 1998; 이순호, 1999; 배용환, 2000; 강은숙, 2001) 등을 중심으로 단편적으로 이루어질 뿐, 정책네트워크의 제도적 경로의존성과 변화에 대한 체계적인 분석을 시도하지 못하고 있다. 정책네트워크의 지속성과 변화가 어떻게 정책반응에 영향을 미치는지에 대한 체계적인 분석이 이루어지고 있지 못하다.

이에 본 연구는 의약분업정책사례를 중심으로 정책네트워크의 변화와 정책반응과의 관계분석을 하고자 한다.¹⁾ 연구대상은 1963년 이후 의약분업 정책과 관련한 전 과정을 대상으로 하고 있다. 연구방법으로는 주로 문헌조사 및 정부 간행물 자료를 이용한 질적 연구를 이용하고자 한다. 이를 위해 먼저 제2장에서 이론적 배경과 분석틀을 논의하고, 제3장에서는 의약분업을 둘러싼 정책네트워크의 정책패러다임적 변화과정 분석을 시도한다. 그리고 제4장에서는 의약정책네트워크의 변화와 정책반응과의 관계를 분석하고 마지막으로 제5장에서 결론을 도출하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 정책네트워크의 의의와 성격

정책네트워크는 정책결정구조의 개방성과 폐쇄성 자체를 주요한 분석대상으로 하고 있다(Jordan and Schubert, 1992; Rhodes, 1997; Bözel, 1998; 정용남, 1998; 배용환, 2000). 이는 정책결정에 있어서 다원주의의 개방성과 엘리트론 혹은 코포라티즘의 폐쇄성을 통합하고자 하는 시도이다(Daugbjerg, 1998). 참여자들에 대한 개방

1) 본 연구에서는 논의의 초점을 위해 정책네트워크의 변화와 정책반응에 두고, 정책네트워크 변화에 대한 원인은 논의에서 제외하고자 한다.

성을 강조하는 다원주의모형은 현실에서 이익집단간 자원의 불평등성에 의한 정책결정에 대한 영향력의 차이를 무시하고 있다. 이로 인해 70년대 후반에 들어와 경험적 적절성과 논리적 일관성의 결여라는 비판에 직면하게 되었다. 반면 엘리트론 혹은 코포라티즘은 현대사회에 있어서 이익집단의 급성장, NGO, NPO 등, 공익집단의 등장으로 인한 정책환경의 다원성을 반영하지 못하고 있다는 한계를 드러내고 있다.

정책네트워크는 특정 정책영역에 참여하는 정책행위자들 간의 관계적 특성이라는 제도적 특성과 정책산출의 관계를 분석대상으로 하고 있다(이순호, 1999; 이장재, 1998; 윤석환, 1996; Jordan and Schubert, 1992; Read, 1992; Rhodes and Marsh, 1992). 정책행위자들의 참여와 배제 그리고 이들 간의 관계적 특성을 통해 정책결정을 분석하고자 한다. 정책네트워크 성격의 차이가 정책결정의 차이를 발생시킨다고 본다.

정책네트워크의 제도적 특성은 정책결정에 참여하는 정책행위자들의 참여와 배제에 대한 관계적 특성에 의해 결정된다. 정책행위자(policy actors)와 응집성(intensity)은 정책네트워크의 성격을 결정하는 핵심적 요인이다.²⁾ 누가 그리고 얼마나 많은 수의 정책행위자들이 정책결정에 참여하고 있으며, 이들 간의 관계적 특성이 얼마나 공고한 것인가의 문제는 정책네트워크의 성격을 결정하는 핵심적 요소라 할 것이다.

1) 정책행위자(policy actors)

정책네트워크에서 정책행위자에 대한 분석의 핵심은 참여자의 수와 성격이다.³⁾ 누가 그리고 얼마나 많은 수의 정책행위자들이 정책결정에 참여하고 있으며, 이들의 성격은 어떠한가를 확인하는 것이다. 그러나 참여하고자 하는 모든 정책행위자들이 정책결정에 참여할 수 있는 것은 아니며, 정책결정에 대한 참여와 배제

2) 정책네트워크의 성격을 결정하는 요인은 다양하게 논의되고 있다. Rhodes와 Marsh(1992)는 구성원, 통합, 자원, 권력을, Waarden(1992)은 정책행위자, 기능, 구조 제도화, 행동규칙, 권력관계, 행위자전략 등을, Knote 등(1996)은 정책영역, 집단적 행위, 정책이익, 권력관계, 정책결과 등을 지적하고 있다. 배웅환(2000)은 정책행위자, 정책이익, 권력관계, 상호작용통로 등을 제시하고 있다.

3) 정책행위자의 단위는 공식적 조직(formal organization)을 그 대상으로 한다. 개인은 조직의 구성원으로서 지위를 획득하며 조직의 대리인 자격으로 정책네트워크의 활동에 참여한다(Knote et al, 1996).

가 정책네트워크의 성격을 결정하는 핵심적 요인이다. 따라서 이들의 정책결정 참여는 차별성을 보여준다.⁴⁾ 정책네트워크에 참여하는 정책행위자들은 정책결정에 지속적인 참여를 통해 실질적인 영향력을 행사하는 집단이다.

정책네트워크에 참여하는 정책행위자들에 대한 개방과 폐쇄의 정도에 따라 다른 정책반응을 보인다. 일반적으로 정책행위자들이 소수일수록 정책결정은 협력과 합의를 통해 이루어진다. 정책공동체와 같이 소수의 우월적 지위를 가진 조직들로 구성된 정책네트워크는 주로 경제적-생산적 전문가 집단을 중심으로 한 폐쇄적 성격을 가진다. 반면 정책행위자들이 다수일수록 다양한 특성을 가진 조직들로 인하여 설득과 강제에 의한 정책결정이 이루어진다(Döhler, 1991: 245). 이슈네트워크와 같이 다수의 다양한 정책행위자들이 존재하는 정책네트워크는 개방적인 구조를 가진다. 다수의 집단이 정책결정영역에 끊임없이 진입하고 퇴진하게 됨으로써 정책네트워크의 성격은 계속 변화한다(강은숙, 2001 : 35).⁵⁾

일반적으로 정책행위자의 가능성을 가진 조직들로는 정부와 의회, 언론과 이익집단 그리고 최근 영향력을 강화하는 시민단체를 들 수 있다. 그러나 이들의 정책네트워크에 대한 참여는 정책결정에 참여하고자 하는 정치적 압력에 대한 정치제도의 수용력에 의해 결정된다.

2) 응집성(intensity)

정책네트워크의 제도적 특성을 결정하는 또 다른 핵심적 요인으로 응집성(intensity) 혹은 안정성을 들 수 있다(Richardson, 2000; Marsh and Smith, 2000; 강은숙, 2001). 이는 정책네트워크의 대내적인 통합성과 대외적인 배타성의 문제를 결정하는 요인이며, 정책행위자들 간의 갈등정도를 나타낸다. 응집성의 문제는 정책네트워크 내의 정책문제해결에 대한 이해를 얼마나 공유하고 있는가의 문제이다.

정책네트워크에 참여하는 정책행위자들은 정책결정에 의한 손실의 최소화와 이익의 극대화를 추구한다(Yishiai, 1992; 배웅환, 2001). 정책문제해결에 있어서 정책

- 4) 정책행위자들의 참여자들의 차별성에 대해서는 핵심(core), 중심(center), 주변(pheriphery)의 3단계(Read, 1992), 혹은 핵심(core)과 주변부(pheriphery)의 2단계(Smith, 1992; Rhodes and Marsh, 1992; Daubjerg, 1998; 성지은, 2003)로 구분하고 있다.
- 5) 정책네트워크의 유형에 대해서는 다양하게 논의되고 있다. 본 논문에서는 Rhodes와 Marsh(1992)의 정책네트워크 유형분류를 따르기로 한다. 이들은 정책네트워크 유형을 하나의 연속체선상에 있다고 보고, 가장 폐쇄적이고 유형으로서 정책공동체를 상징하고 반대편의 가장 개방적인 유형을 이슈네트워크로 보았다.

행위자들이 이해를 공유하는 경우 응집성은 강화된다. 반면 이해상충이 발생하는 경우 갈등정도는 강화된다. 이때 각 정책행위자들이 정책네트워크에 참여함으로써 추구하는 정책이익은 그들 집단의 성격에 따라 달리하고 있다. 예를 들어 정부는 정책네트워크의 참여를 통해 정책의 정당성과 집행의 순응을 확보하고자 하고, 이익집단들은 자신들의 이익 극대화를 추구한다.

정책네트워크의 응집성이 강할수록 정책결정은 합의를 가능케 하는 반면, 정책행위자간 정책갈등이 높을수록 설득과 강제를 통한 정책문제해결이 시도된다. 응집성의 강화는 배타성으로 나타나고, 타 정책행위자의 진입을 배제한다. 반면 낮은 응집성은 기존 정책네트워크의 개방성을 강화시켜 새로운 정책행위자의 진입 가능성을 제공한다. 이때 새로운 정책행위자의 진입은 정책네트워크 성격을 변화시켜 정책결정의 변화를 유발한다.

2. 정책네트워크와 정책패러다임의 변화

정책네트워크가 신제도주의적 분석에 있어서 주목되는 것은 제도의 안정성과 변화라는 측면에서다. 일반적으로 신제도주의에서는 제도의 지속성이 정책결정의 안정적 유형을 산출한다고 본다. 그러나 제도의 지속성과 정책의 정형성은 정책변화의 유도와 설명에 있어서 한계를 노정시키고 있다.

이와 같은 제도변화에 대한 설명으로는 Krasner(1984)와 Thelen과 Steinmo(1992)의 연구 성과를 들 수 있다. Krasner(1984)는 제도적 변화의 문제를 '단절적 균형(punctuated equilibrium)'으로 설명하고자 한다. 제도, 즉 정책네트워크는 형성 이후 안정성을 확보하게 된다. 경로의존적 정책네트워크는 강한 외부적 충격으로 위기와 급격한 붕괴를 겪게 되고, 이는 새로운 제도의 형성으로 이어진다. 그러나 이 같은 설명방식은 내부적인 요인에 의한 제도변화를 설명하지 못한다는 한계로 인해 결정론적 설명에 빠진다는 비판에 직면하고 있다(Thelen & Steinmo, 1992: 15). 이에 따라 Thelen과 Steinmo(1992 : 16)는 이를 극복하기 위해 '제도적 역동성'의 개념을 도입하였다. 이들은 역동적 진화과정으로써 제도변화를 설명하고자 한다. 단순히 정태적으로 변화하지 않는 제도를 상정하는 것이 아니라 이를 둘러싼 환경과의 역동적 상호작용을 통해 제도변화를 설명하고자 한다.⁶⁾

6) Thelen과 Steinmo(1992 : 16)는 제도환경에 의한 제도변화의 요인을 4가지를 들어 설명하고 있다. 첫째, 사회경제적 혹은 정치적 맥락의 광범위한 변화로 잠재적으로 존재하던 제도(latent institution)적 인자가 급작스런 표출되면서 제도적 변화를 유발한다. 둘

이와 같이 정책네트워크의 경로의존성과 변화를 언급할 때 일반적으로 쓰이는 개념이 정책패러다임(policy paradigms)의 이동이다(Hall, 1993; 윤석환, 1996). 1962년 Kuhn의 '과학혁명의 구조' 이후 패러다임이라는 용어는 어느 주어진 기간의 어떤 분야에 대한 공유된 신념과 가치 그리고 기술을 통한 문제해결과정으로 인식되고 있다(김명자 역, 1992 : 248). 정책패러다임의 이동은 장기간 표준적인 정책문제해결기제가 더 이상 그 역할을 수행하지 못하게 됨으로써 새로운 정책문제해결기제로 대체되는 일련의 과정이라 이해할 수 있다.

정책네트워크와 정책패러다임은 정책의 지속과 변화에 대한 다른 양상의 설명을 하고 있다. 우선 정책네트워크는 정책변화에 대한 사고가 어떻게 일어나는지에 대한 설명은 부족하지만 어떻게 정책변화 혹은 지속에 대한 압력이 정책네트워크 구성원들에 의해 관리되고 있는가에 대한 설명력을 제공한다. 이에 반해 정책패러다임은 정책변화의 원인을 제공하는 반면, 이익집단들이 정책패러다임 내에서 어떻게 움직이는지에 대한 설명은 부족하다. 이러한 측면에서 정책네트워크와 정책패러다임의 개념은 상보적 관계에 있다(Menahem, 1998 : 286). 정책변화가 어떻게 나타나는지, 그리고 왜 그러한 문제가 발생하는가에 대한 설명력을 강화시킬 수 있다. 제도적 지속성을 가진 정책네트워크로 인한 정책결정이 갑자기 변화하는 문제에 대해서 정책패러다임의 변화라는 개념을 통해 분석되어질 수 있고, 정책패러다임 변화의 원인에 대해서 정책네트워크는 그 제도적 특성의 변화문제와 결부되어 연결되어질 수 있다.

3. 정책패러다임과 정책반응

<그림 1>은 정책네트워크의 유형을 정책행위자(policy actors)와 응집성(intensity)을 기준으로 유형을 구분한 것이다. 이는 기존 정책에 대한 변화요구에 대한 정책네트워크의 문제해결기제에 대한 유형화 작업이다.

제, 사회경제적 혹은 정치권력의 균형변화로 인해 기존 제도가 각기 다른 목표를 지향함으로써 제도적 변화가 발생한다. 셋째, 외부적 변화로 인해 기존 제도가 추구하던 목표 또는 전략의 이동을 가져오게 됨으로써 제도적 배열이 새로이 구축된다. 마지막으로 제도적 변화를 통해 제도의 파산(breakdown)이 발생하는 외부적 압력에 정치적 행위자들이 그들 스스로 제도적 변화에 익숙하도록 그들의 전략을 적용시킴으로써 발생한다.

		정책행위자	
		소수	다수
응집성	강	유형I	유형III
	약	유형II	유형IV

<그림 1> 정책네트워크의 유형

첫째, 유형(I)은 정책행위자들이 소수이고 이들 간 기존 정책에 대한 정책이해를 강하게 가질 때 나타나는 경우를 들 수 있다. 이와 같이 소수의 정책행위자들이 기존 정책에 대해 이해공유를 강하게 하는 경우, 정책변동의 요구는 무시된다. 정책네트워크에서의 정책결정은 논의 자체가 무산되거나 억압되어질 수 있다. 이와 같은 정책반응은 무의사결정이라 할 수 있다. 둘째, 유형(II)은 정책행위자들은 소수이지만 이들 간의 정책이해에 대한 갈등으로 인해 응집성이 약화되어 있는 상황을 들 수 있다. 소수의 정책행위자들이 기존 정책에 대한 이해상충을 발생시킴으로써 응집성이 크게 약화된 형태의 정책네트워크이다. 이러한 정책네트워크는 정책변화의 요구를 선별적으로 수용함으로써 정책문제해결을 시도한다(Rhodes & Marsh, 1992 : 195). 이와 같은 정책반응은 정책의 근본적 변화 없이 정책결정의 지연, 정책자원의 수정, 전략적 대응과 정책의 비일관성 등을 통한 정책문제를 해결하고자 하는 정책수정을 통한 정책변동이다. 셋째, 유형(III)은 다수의 정책행위자들과 강한 응집성을 가진 경우이다. 정책결정에 참여하고자 하는 정책행위자들이 증가하였으나, 이들 간의 이해상충이 크게 발생하지 않은 상황이다. 이와 같은 경우, 다수의 정책행위자들이 정책결정에 참여를 요구하면서 기존 정책네트워크는 정책문제해결기제로서 심각한 위기에 직면하게 된다. 이에 따라 새로운 정책문제해결기제의 모색을 통한 정책문제해결을 시도한다. 이와 같은 정책반응은 새로운 정책문제해결기제를 통해 정책문제를 해결하고자 한다는 의미에서 정책결정 위임이라 할 수 있다. 넷째, 유형(IV)은 다수의 정책행위자가 참여하고 정책이해에 대한 응집성이 크게 약화될 경우를 상정할 수 있다. 다수의 정책행위자들과 이들 간 정책이해에 대한 합의 부재는 정책산출에 있어서 혼란을 겪게 된다. 이와 같은 혼돈적 상황에서의 정책산출은 정책의 근본적인 내용을 변화시키는 정책대체를 낳게 할 수 있다.

4. 분석틀

<그림 2>는 정책네트워크의 변화와 정책반응과의 관계를 설명한 분석틀이다.

정책패러다임		형성	지속	위기	변화
정책네트워크 성격	정책행위자	소수	소수	다수	다수
	융집성	강	약	강	약
		↓	↓	↓	↓
정책반응		무의사결정	정책수정	정책결정위임	정책대체

< 그림 2 > 분석틀

Ⅲ. 의약정책네트워크의 과정별 성격분석

본 연구에서는 정책네트워크의 변화과정을 의약분업과 관련한 중요한 사건을 중심으로 시기를 구분하였다. 1977년 의료보험도입과 의약단체의 의약분업 합의(형성), 1984년 목포시를 대상으로 한 의약분업시범사업(지속I), 1989년 전국민의료보험과 약국의료보험의 도입(지속II), 1998년 의약분업추진협의회(위기) 그리고 1999년 시민대책위원회 이후(변화)로 그 시기를 구분하였다.

1. 의료보험의 도입과 의약분업

1) 이익집단의 의약분업 합의와 무산

우리나라를 비롯한 동양에서는 의와 약에 대해 분리적 사고가 아닌 의약공동관념이 일반적인 것으로 받아들여졌다(최성모·송병주, 1992 : 773). 또한 당시의 부족한 의료시설은 현실적으로 의약분업을 실시할 수 있는 여건을 제공하지 못하였다. 이러한 제반 여건은 의약혼재, 즉 의사의 직접조제와 약사의 임의조제가 동시에 인정되는 다소 모순적 의약정책을 낳게 하였다. 1953년 약사법 제정 이후,

7) 민재성·박재용(1982)은 의약분업의 제약요인으로 첫째 의료제도의 미비, 둘째 의료자원의 불균형 분포, 셋째 의료기관의 수용태세미비, 넷째 의료전달체계의 미확립, 다섯째 의약품유통체계의 문제 등을 지적하고 있다.

1963년 개정과정에서 의약분업에 관한 규정이 처음으로 삽입된 이후에도 의약정책은 의약혼재가 지속적으로 추진되었다. 이후 몇 차례의 의약분업에 대한 정책의제화 시도가 있었으나, 본격적으로 정책의제화가 추진된 것은 1977년 의료보험의 도입을 둘러싸고 의사회와 약사회가 의약분업에 합의하면서부터다(의료보험연합회, 1997 : 394).

의료보험의 도입은 의약분업에 대한 정책적 논의를 새롭게 하는 계기가 되었다. 이를 계기로 의사회는 학생제 등에 대한 약사의 임의조제를 제한해 자신들의 의약품 시장에 대한 지배권 확대를 추구하였고, 약사회는 의료보험의 참여와 의료행태 변화로 인한 이익감소를 만회할 필요성이 제기되었다. 이에 따라 1977년 1월 의사회장의 제안으로 촉발된 의약분업 논의는 동년 8월 양 이익집단간의 '보험 내분업'에 대한 합의를 마련하는 계기가 되었다. 그러나 정부는 새로이 도입된 의료보험제도의 정착에 정책적 관심을 집중하고, 양 이익집단의 의약분업요구를 무시하였다.⁸⁾ 의료보험제도는 의료기관 이용자에 대한 보조금을 지급함으로써 의료서비스의 접근을 강화하고자 하는 정책인데 반해, 의약분업은 처방과 조제의 분리에 따른 의료서비스의 접근을 제약할 수 있었다. 의료보험과 의약분업간의 상충적 모습은 정부로 하여금 이들의 연계가 새로 도입되기 시작한 의료보험에 대한 정책불용으로 촉발시킬 수 있음을 우려하였다. 이후 양 이익집단이 의약분업에 대해 소극적으로 입장을 전환함으로써 의약분업에 대한 정책적 논의는 사장되었다.

2) 의약정책네트워크 형성기의 성격분석

<표 1>은 1977년 의료보험의 도입과 관련한 의약분업 논의를 중심으로 의약정책네트워크 내의 정책행위자들과 응집성을 나타내고 있다. 의약분업과 관련한 실질적으로 정책결정에 참여한 정책행위자로는 정부, 의사회 그리고 약사회를 들 수 있다. 이외에 관련 집단으로 국회와 언론을 들 수 있다.

8) 이 당시 정부의 주요 정책관심사는 별도의 예산 책정 없이 의료보험을 실시하는 것이었으며 의약분업은 약국의 수용태세 미비와 기존 의료관행에 따른 국민의 이해부족으로 인하여 그 실시에 있어서 어렵다고 판단하였다(김종해, 1984 : 27).

< 표 1 > 의약정책네트워크 형성기의 성격분석

	측정지표		분석결과	평가
정책행위자	주요		정부, 의사회, 약사회	소수
	기타		국회, 언론	
융집성	이해공유	의료보험	정부 - 의사회	강
		의약분업	의사회 - 약사회	
	이해상충	의료보험	정부 ↔ 약사회	
		의약분업	정 부 ↔ 이익집단	
	갈등표출		무	

- 협력, ↔ 갈등

1977년의 의약분업 논쟁은 의료보험의 도입에 따른 의약품 시장의 변화가능성에 양 이익집단이 반응하면서 촉발된 것이다. 의료보험은 의료시장에 대한 문턱을 낮춤으로써 신규 의료수요를 창출할 수 있는 반면, 병의원 등으로 의료행태를 이동시키는 효과를 가지고 있다. 이에 따라 의료보험을 중심으로 의사회가 참여하게 돼 정부와 협력관계를 구축한 반면, 약사회는 배제되어 갈등관계를 형성하였다. 그러나 의약분업이라는 측면에서 양 이익집단은 ‘보험 내 분업’을 중심으로 협력관계를 구축한 반면, 정부와 이들 이익집단은 갈등관계를 구축하였다. 이들 이익집단이 의약분업을 통해 의약품 시장의 지배권 확대를 추구한 반면, 정부는 의료보험의 안정적 정착을 그들의 정책이익으로 설정하였다.

그러나 이들 간의 정책갈등은 발생하지 않았다. 이는 의료보험이 초기로서 전체 인구의 8.8%에 불과하여 의약품 시장에서 차지하는 비중이 낮았기 때문이다 (최성모·송병주, 1992 : 776). 따라서 의약분업 보다 의약혼재라는 기존 정책에 대한 정책이해를 같이 하고 있었기 때문이다.

한편 이들 주요 정책행위자 이외에 국회와 언론이 정책결정에 영향력을 행사하려 하였다. 그러나 이들 국회와 언론은 의약분업에 대해 다소 상반된 입장을 취하였다. 과거 국회는 의약분업에 대한 국회의 권고결의를 통해 그 필요성을 제기한 반면, 언론은 의약분업에 대한 시기상조라는 입장을 취하였다.⁹⁾ 그러나 이들의 의약분업에 대한 영향력은 제한적이었다.¹⁰⁾

9) ‘의약분리는 시기상조, 좀 더 문제의 뿌리부터 생각해 볼 필요 있다(조선일보, 1976. 6.

17)’라는 사실을 통해 의약분업의 시기상조라는 입장을 취하였다.

10) 정정길(1991 : 145-146)은 의회의 영향력 약화의 원인을 크게 세 가지로 지적하고 있

2. 지역의료보험시범사업과 의약분업

1) 지역의료보험시범사업과 목포 의약분업시범사업

의약분업이 다시 정책의제화 시작한 것은 1981년부터 시작된 지역의료보험시범사업이 추진되면서부터다(권경희, 2000 : 160). 약사회는 지역의료보험시범사업의 추진에 있어서 약국의 의료보험 참여를 강력히 요구하였다. 이에 따라 이들 지역 내의 약국이 '관내약국'으로 지정되어 병의원의 처방전 발행이 권장되었다. 그러나 법적 강제성을 띠지 않은 의약분업은 그 실효성을 거둘 수 없었다. 오히려 이들 지역 내 약국들의 수입이 30~40% 감소하고, 1개 약국이 폐업하는 등 심각한 경영상의 위기를 발생시켰다(제113차 국회 보사위 회의록). 이에 따라 1982년에 실시된 2차 지역의료보험시범사업 지역 중, 도시지역인 목포에 대한 의약분업이 참여한 정책문제로 대두되었다. 목포는 시 지역으로 이제까지 의약분업의 제약요인으로 작용한 의료기관 및 약국의 부족문제를 해결함으로써 더욱 강하게 제기되었다.

< 표 2 > 목포시 의약분업시범사업

구 분	의약분업형태 ¹¹⁾	기 간
1단계	임의분업	1982년 7월 ~ 1984년 4월
2단계	강제분업(계약방식)	1984년 5월 ~ 1984년 12월
3단계	임의분업	1985년 1월 ~ 1985년 10월

<표 2>는 목포시에 대한 의약분업시범사업내용이다. 시범사업은 크게 3단계로

다. 첫째, 외교·국방상의 전략적 정책과 같이 비밀과 계속성 및 일관성이 요구되는 경우에는 많은 관련자가 공개적으로 참여하고 토의하며, 이해당사자간에 타협과 합의가 중시되어 의회의 중요성이 감소하였다. 둘째, 국가기능의 양적인 팽창과 질적인 심화에 대해 의회가 적절히 대응하지 못하였다. 셋째, 국민전체의 이익을 대표하기보다는 특수집단 또는 특정지역의 특수이익만을 대표하고 있다는 이념적 문제를 안고 있다.

11) 의약분업형태는 법률적 강제성을 중심으로 완전(강제)분업, 부분(강제)분업, 임의분업으로 구분된다(최성모·송병주, 1992 : 778-779). 이외에 행위주체에 따라 기관분업과 직능분업으로 구분된다. 직능분업은 의사와 약사의 직능분화라는 입장을 취하고 있는 반면, 기관분업은 병의원과 약국이라는 기관분화라는 입장을 취하고 있다. 따라서 기관분업에서는 병원에서 약사의 존재와 상관없이 외래환자에 대한 처방전 조제가 금지되는 반면, 직능분업에서는 약사의 유무에 따라 처방전 조제가 허용 여부가 결정된다.

구분되어 시행되었다. 1단계는 임의분업형태의 시범사업이 진행되었다. 당초 약사회의 강력한 요구에 의해 시작된 의약분업 논의는 의사회의 강제분업에 대한 적극적 반대에 직면하였다. 이 과정에서 약국폐문과 같은 심각한 정책갈등현상이 발생하였으나, 정부의 '선 시행 6개월 후 보완'이라는 타협안을 약사회가 수용함으로써 임의분업이 시작되었다. 그러나 강제성 없는 의약분업은 그 실효성을 거두는데 한계를 노출할 수밖에 없었고, 이에 따라 약사회의 요구를 반영한 강제분업이 2단계에서 시행되게 되었다. 이때 강제분업은 법률적 강제가 아닌 양 이의집단과 의료보험조합과의 계약방식에 의한 것으로 '보험 내 분업'의 형태를 취하였다. 2단계 시범사업은 그 처방전 발행에 있어서 상당한 성과를 거두었다.¹²⁾ 그러나 당초 계약기간이 종료 이후, 3단계에서는 의사회가 치료제의 자유판매규제를 주장하며 계약연장을 거부함으로써 다시 임의분업형태로 전환되었다. 이로 인해 처방전 발행의 실효성이 약화되었고, 급기야 1985년 8월 약사회가 시범사업 탈퇴를 선언하게 되었다. 이어 정부가 10월 공식적으로 시범사업을 종료함으로써 목표에 대한 의약분업시범사업은 종료하게 되었다.

2) 의약정책네트워크의 지속기(I)의 성격분석

<표 3>은 1981년과 1982년 지역의료보험시범사업으로 촉발된 목표 의약분업 시범사업을 중심으로 한 의약정책네트워크의 성격을 분석한 것이다. 정책네트워크의 주요 정책행위자로는 정부와 의사회 그리고 약사회를 들 수 있고, 이외에 국회와 언론이 정책결정에 대한 영향력을 행사하고자 하였다.

< 표 3 > 의약정책네트워크 지속기(I)의 성격분석

	측정지표		분석결과	평가
정책행위자	주요		정부, 의사회, 약사회	소수
	기타		국회, 언론	
응집성	이해공유	의료보험	정 부 - 의사회	약
	이해상충	의약분업	약사회 ↔ 정부, 의사회	
	갈등표출		유	

- 협력, ↔갈등

12) 임의분업시기인 1982년 8월부터 1984년 4월까지 21개월 간 월평균 처방전 발행건수는 2,165건이었으나, 계약분업이 실시된 1984년 5월에서 12월까지 8개월 동안은 월평균 32,095건의 처방전이 발행되었다(의료보험연합회, 1997 : 401-402).

이 시기의 의약분업 논쟁은 의료보험의 확대를 위한 지역의료보험시범사업을 중심으로 이루어졌다. 의사회와 약사회는 기본적으로 의약품 시장을 두고 경쟁하고 있는 가운데 지역의료보험 시범지역에 대한 의약분업 안을 두고 정책갈등관계를 형성하였다. 그러나 정부와 이들 이익집단과의 관계에서는 상반된 입장을 보이고 있다. 의사회는 정부와의 관계에서 의료보험확대를 중심으로 협력관계를 구축한 가운데 의약분업의 강제성 배제를 요구하였다. 반면, 약사회는 정부와의 관계에서 의료보험의 소외에 따른 갈등관계를 형성한 가운데 강제분업을 요구하였다. 특히 이중 의료보험의 확대과정에서 약사회의 정책이해가 크게 침해되었다고 보고, 이들의 갈등표출이 심각하게 발생하였다. 약사회는 의료보험 참여방안으로 의약혼재에서 의약분업을 정책변경을 요구하고, 이의 관철을 위해 '약국폐문' 등의 정책갈등상황이 표출되었다.¹³⁾ 이로 인해 의약정책네트워크 내의 응집성은 크게 약화되었다.

한편, 국회와 언론은 지역의료보험 시범사업과 약국폐문으로 발생한 의약분업 논쟁에 대한 정책결정에 영향력을 행사하고자 하였다. 그러나 국회의 상임위원회를 중심으로 한 의약분업 논의에서 의사회와 약사회 출신 의원들이 그들 출신 이익집단의 이익을 대변함으로써 정책결정에 대한 영향력 행사에 있어서 한계를 드러냈다.¹⁴⁾ 언론은 '약국폐문'을 약사회의 정책갈등표출을 중심으로 비교적 자세히 보도하고, 이의 조속한 해결을 촉구하면서도 약사회에 우호적인 측면의 시각을 보여주었다(약사회, 1992 : 135). 그러나 이들의 정책네트워크에 대한 참여와 영향력은 제한적이었다.

3. 전국민의료보험과 의약분업

1) 전국민의료보험과 약국의료보험의 도입

목포에서의 시범사업 이후 소강상태이던 의약분업문제는 1989년 전국민의료보험의 실시와 함께 또다시 정책 의제화 하였다(의사회, 1993 : 139). 의료보험 확대에 따른 의료 행태의 변화에 위협을 느낀 약사회는 전국민의료보험의 실시를 앞

13) 약국폐문은 1984년 6월 23일부터 3일간 목포를 필두로 하여, 26일에는 서울 등에서 약국폐문이 이루어졌다(의료보험연합회, 1997 : 397).

14) 의약분업시범사업이 이루어지던 11대 국회에는 의사회출신 의원이 5인, 약사회 출신 의원이 3인 진출하였는데 이들은 각기 그들 출신 이익집단의 이익을 대변하고자 하였다. 이들 의원들의 의견상충으로 의약분업에 대한 상임위의 공식적인 의견을 제하지 못하고 원론적인 수준의 의견제시에 그치고 말았다(김종해, 1984 : 30).

두고 의료보험 참여 방안으로 의약분업 실시를 강력히 요구하였다.

이에 따라 1987년 전국민의료보험실행위원회와 1988년 국민의료정책심의위원회가 설치되면서 의약분업문제는 전국민의료보험 실시와 함께 중요한 의료정책으로 대두되었다. 이들 위원회에서는 3단계 의약분업 안을 제시하였다.¹⁵⁾ 그러나 3단계 분업 안에 대해 약사회가 찬성을 표시한 반면,¹⁶⁾ 의사회는 환자의 선택권 존중, 치료제의 약국판매 우선 규제 등을 들어 반대 입장을 고수하였다. 이에 따라 의약분업에 대한 합의에 도달하지 못하고, 대신 의약분업을 전제로 한시적인 약국의 임의조제에 대한 의료보험의 적용을 내용으로 하는 약국의료보험이 탄생하게 되었다.¹⁷⁾

2) 의약정책네트워크 지속기(II)의 성격분석

<표 4>는 전국민의료보험의 실시로 인해 촉발된 의약분업 논쟁을 중심으로 한 의약정책네트워크 성격을 분석한 것이다. 정책네트워크에 참여하는 정책행위자로는 정부, 의사회, 약사회를 들 수 있으며, 이외에 국회와 언론이 정책결정에 영향력을 행사하고자 하였다.

< 표 4 > 의약정책네트워크 지속기(III)의 성격분석

	측정지표		분석결과	평가
정책행위자	주요		정부, 의사회, 약사회	소수
	기타		국회, 언론	
응집성	이해공유	의료보험	정부 - 의사회	약
	이해상충	의약분업	약사회 ↔ 정부, 의사회	
	갈등표출		유	

- 협력, ↔ 갈등

- 15) 3단계 분업 안은 1단계로 보험적용을 차등화 하는 '보험 내 분업', 2단계로 주사제를 제외한 전문의약품의 직접조제와 임의조제 금지, 3단계로 주사제를 포함한 모든 전문의약품을 대상으로 한 완전분업으로 하는 것이다(의료보험연합회, 1997 : 730).
- 16) 당초 약사회는 이러한 3단계 분업 안에 대해서 찬성을 표시하였으나, 이후 '보험 내 분업'방식에 있어서 의료보험혜택의 차등지급을 주요 내용으로 하는 의약분업 안이 수정되면서 반대 입장으로 선회하였다(약사회, 1992).
- 17) 이에 앞서 의약정 3자는 1991년 상반기 중 완전의약분업실시, 약국의료보험의 잠정적 실시, 그 실시 방법에 대한 약사회와 정부의 양자 합의에 의한 실시에 합의하였다(의료보험연합회, 1997 : 733).

전 국민 의료 보험을 중심으로 한 의약분업 논쟁에서 의약정책네트워크는 과거와 유사한 성격을 보이고 있다. 의사회와 약사회는 기본적으로 의약품 시장과 의약분업의 강제성을 중심으로 갈등관계를 형성하였다. 반면 정부와 의사회는 전국민 의료보험의 둘러싸고 이해를 공유한 반면, 정부와 약사회는 의약분업을 중심으로 갈등관계를 형성하였다. 약사회는 전국민 의료보험 참여에의 소외가 이제까지 지속된 의료보험 참여배제에 의한 이익의 침해를 더욱 강화시킬 것이라고 보고, 자신들의 정책이익을 확보하기 위한 정책갈등을 표출하였다. 약국의 부분파업을 통해 정책이익을 확보하고자 하였으며, 이로 인해 정책네트워크 내의 응집성은 크게 약화되었다.

한편 국회와 언론은 의약정책네트워크에의 참여는 제한적이었다. 국회 내 상임위원회는 자신들의 이익집단 입장을 반영함으로써 정책결정에 대한 영향력 행사의 한계를 노출하였다. 또한 언론은 양 이익집단의 의약분업을 둘러싼 정책갈등에 대해 지속적인 관심을 표명하면서도 정책갈등과정에서 이들 이익집단의 이익 표출활동으로 인한 국민의 불편을 지적하였다.¹⁸⁾

4. 한약분쟁과 의약분업

1) 한약분쟁과 의약분업 연기

의약분업문제는 1993년 한약분쟁과정에서 다시 제기되었다(권경희, 2000 : 163). 한약분쟁은 한방분야의 의약분업 논쟁으로 그 해결과정에서 의약분업의 실시시기를 1999년 7월 이전까지로 명시하였다. 이에 따라 1997년 의료개혁위원회가 설치되고, 이어 김대중 정부 출범 직후인 1998년 5월 의약분업추진협의회가 발족함으로써 정식으로 정책 의제화 하였다. 이들 위원회에서는 직능분업을 중심으로 한 강제분업이 논의되었다.¹⁹⁾ 그러나 양 이익집단은 직능분업이 오히려 자신들의 정책이익을 축소할 수 있음을 들어, 의약분업연기를 주장하였다.²⁰⁾

18) '의약분업의 속제: 이해-대립보다 상호육성의 관점에서(조선일보, 1987. 11. 25)', '의약분업무엇이 문제인가(조선일보, 1988. 11. 18)', '의약분업 7월 시행 진통(조선일보, 1989. 5. 31)' 등으로 지속적인 관심을 표명하였다.

19) 이들 위원회의 의약분업 안은 약간 차이를 보이고 있다. 의료개혁위원회에서는 전문 의약품을 중심으로 그 적용대상을 3단계로 나누어 실시할 것을 건의한 반면, 의약분업추진협의회에서는 주사제를 제외한 전문의약품을 대상으로 한 전면적인 의약분업 실시를 건의하였다. 그러나 이들 위원회 모두 직능분업을 중심으로 하고 있다는 데는 일치하고 있다.

반면, 김대중 정부는 의약분업을 의료개혁을 위한 국정과제로 선정한 이후, 위원회 안을 중심으로 의약분업을 당초 계획대로 1999년 7월부터 시행할 것을 주장하였다(안병철, 2002). 이 같은 의약분업연기와 강행을 중심으로 이익집단과 정부가 대립하는 가운데, 시민단체는 이들 이익집단들의 주장을 집단이기주의로 공격하며 의약분업 실시를 주장하였다.²¹⁾ 이 같은 대내외적 압력에 직면하면서 의약정책네트워크는 정책문제해결기제로서 그 역할을 수행하는데 한계를 나타냈다.

이익집단은 정부와 시민단체의 의약분업요구를 무시할 수 없었고, 정부는 핵심 대상집단인 이들 의사회와 약사회의 정책순응 없는 의약분업 강행에 있어서 커다란 부담을 느끼지 않을 수 없었다. 이에 양 이익집단이 ‘시민단체 주도하의 2개월 내 합의’를 전제로 의약분업 1년 연기를 제안하게 되었고, 정부가 이를 수용함으로써 의약분업은 그 실시시기를 다시 1년 연기하게 되었다.

2) 의약정책네트워크 위기기의 성격분석

<표 5>는 한약분쟁 이후 진행된 의약분업 논쟁을 둘러싼 의약정책네트워크의 성격을 분석한 것이다. 정책네트워크에 참여하는 정책행위자로는 정부, 의사회 그리고 약사회를 들 수 있다. 이외에 국회, 언론, 병원협회 그리고 시민단체가 의약분업과 관련한 정책결정에 영향력을 행사하고자 하였다. 정책네트워크를 둘러싼 새로운 정책행위자들의 등장은 정치체제의 민주화 이후 시민사회의 자율성 증대와 이들의 정책결정 참여욕구를 반영한 것이다.

20) 직능분업은 병원 급 이상으로 외래환자의 이동을 강화시켜 의원과 약국의 수익을 악화시킬 수 있다. 이를 구체적으로 보면, 의사회는 직능분업이 의원급의 심각한 경영위기를 불러올 수 있음을 들어 반대하였다(이상익, 2000). 약사회 역시 약국의료보험 이후 의약분업에 대해 소극적 입장으로 전환하였다(권경희, 2000 : 165).

21) 참여연대는 1998. 11. 12일 기자회견을 통해 제약회사들과 의료계간의 보험약가를 둘러싼 비리가 존재하고 있음을 밝히는 한편, 이어 11월 26일 경신련 등 14개 시민·보건의료단체가 기자회견을 통해 일부 국회의원의 의약분업 연기주장과 의료계의 의약분업연기 움직임이 국민건강을 도외시한 이기주의적 주장이라며 예정된 대로 의약분업을 실시할 것을 강력히 촉구하였다(안병철, 2000 : 148-149).

< 표 5 > 의약정책네트워크 위기기의 성격분석

	측정지표		분석결과	평가
정책행위자	주요		정부, 의사회, 약사회	다수
	기타		국회, 언론, 병협, 시민단체	
융집성	이해공유	의약분업	의사회 - 약사회	강
	이해상충	의약분업	정부 ↔ 이익집단	
	갈등표출		무	

- 협력, ↔ 갈등

이 시기의 정책네트워크 내 정책행위자들의 관계는 과거와 다른 모습을 보이고 있다. 의사회와 약사회가 의약분업연기를 중심으로 이해를 공유하고 있는 반면, 이들 이익집단과 정부와의 관계에서는 이해의 상충을 보이고 있다. 전통적으로 의약분업의 강제성 부여에 소극적이었던 의사회와 약국의료보험의 도입 이후 부정적으로 선회한 약사회는 의약분업연기를 중심으로 정책이해를 공유하였다. 반면 전국민의료보험의 실시 이후 한약분쟁과 김대중 정부 출범을 거치면서 정부는 의약분업에 대한 긍정적 입장으로 선회하였다.

한편, 국회와 언론 등의 정책결정에 대한 참여는 제한적으로 시도된 반면, 병원 협회와 시민단체는 보다 적극적으로 영향력을 행사하고자 하였다. 먼저 국회 내 상임위원회는 자신들 출신 이익집단의 이익을 반영함으로써 정책결정에 대한 영향력을 행사하는데 일정한 한계를 나타냈다.²²⁾ 언론 역시 의약분업을 둘러싼 위원회의 활동을 비교적 자세히 소개함으로써 정책결정에 대한 영향력을 행사하고자 하였다. 이에 반해 시민단체와 병원협회는 보다 적극적으로 자신들의 정책적 요구를 관철하고자 하였다. 병협은 의사회와 협력관계를 구축하고 약사회와 갈등관계를 형성하였다. 반면, 시민단체는 일부 국회의원과 양 이익집단의 의약분업 연기 움직임에 대해 국민건강을 도외시한 이기주의적 주장이라며 예정대로 의약분업을 강행할 것을 강력히 주장하였다(이상이, 2000 : 126). 그러나 이들의 정책결정에 대한 참여는 제한적이었다.

22) 보건복지상임위원 16명 중 10명이 의사, 약사, 제약회사 임원 등으로 구성되어 이익집단의 압력과 로비에 자유롭지 못한 상황이었다(안병철, 2000 : 151).

5. 시민대책위원회와 의약분업 실시

1) 시민대책위원회와 의약분업의 실시

시민단체가 의약분업정책에 본격적으로 참여한 것은 양 이익집단들의 시민단체 중재하의 의약분업 합의를 전제로 한 의약분업1년 연기 주장이 정부에 의해 받아들여지면서부터 이다(권경희, 2000 : 168). 이에 따라 시민단체가 주도한 ‘의약분업 실현을 위한 시민대책위원회’가 5개 단체를²³⁾ 중심으로 구성되었다. 이를 통해 기관분업을 핵심 내용으로 하는 의약분업안이 1999년 5월 10일에 양 이익집단으로부터 합의를 이끌어내는데 성공하였다. 정부는 이를 구체화하기 위한 의약분업실행위원회를 이어 구성하고, 의약분업 실시를 위한 약사법 개정안을 도출하였다. 특히 의약분업실행위원회의 구성에 있어서 과거와 달리 양 이익집단의 비중이 크게 증가한 것은 정책네트워크 내 정책행위자들의 변화를 보여주는 것이라 할 것이다.²⁴⁾

그러나 이 과정에서 의사회와 병협이 약사의 임의조제 근절과 약화사고 책임소재 불분명 등의 이유를 들어 의약분업 안에 반발하였다. 특히 1999년 11월 의료보험약가의 ‘실거래가 상환제가’ 실시되면서 의사회를 중심으로 한 의약분업에 대한 정책불용이 본격화되었다. 이후 소위 2000년의 ‘의료대란’이라는 일련의 의사회의 심각한 정책불용이 표출되었다.

2) 의약정책네트워크 변화기의 성격분석

의사회와 약사회가 의약분업1년 연기를 조건으로 시민단체와의 의약분업 합의 도출을 정부에 건의하면서, 시민단체는 본격적으로 의약정책네트워크에 참여할 수 있게 되었다. <표 6>은 시민단체의 정책네트워크에 대한 참여를 보여주고 있다. 정책네트워크에 참여하는 정책행위자로는 정부, 의사회, 약사회 그리고 시민단체를 들 수 있고, 이외에 국회, 언론 그리고 병원협회 등이 정책결정에 대한 영향력을 행사하고자 하였다.

23) 5개 시민단체는 경실련, 참여연대, 녹색소비자연합, YMCA, 한국소비자연맹 등이고, 이들 단체에서는 정책실장 등 실무 책임자급이 직접 토론회에 참여했다. 그리고 자문역으로 직책을 갖고 있는 대학교수들도 깊이 관여했다(권경희, 2000 : 269).

24) 의약분업실행위원회의 구성은 의료계 4인, 약계 4인, 소비자·시민단체 5인, 언론계 4인, 학계 3인, 연구기관 2인 그리고 관련 간사를 포함하여 정부 4인으로 구성되어 이익집단의 비중이 크게 낮아졌다(의약분업실행위원회 회의자료).

< 표 6 > 의약정책네트워크 변화기의 성격분석

	측정지표		분석결과	평가
정책행위자	주요		정부, 의사회, 약사회, 시민단체	다수
	기타		국회, 언론, 병협	
응집성	이해공유	의약분업	정부 - 약사회 - 시민단체	약
	이해상충	의약분업	의사회 ↔ 정부, 시민단체, 약사회	
	갈등표출		유	

- 협력, ↔ 갈등

시민단체의 주도로 의약분업 합의안이 도출된 이후, 정책네트워크는 과거와 그 성격을 크게 달리하고 있다. 정부와 시민단체 그리고 약사회가 기관분업을 중심으로 한 의약분업에 대해 이해를 같이하는 반면, 의사회와는 갈등관계를 형성하였다. 개별 정책행위자들 간의 관계 역시 다른 모습을 보이고 있다. 먼저 의약분업을 계기로 의사회와 약사회가 처방과 조제를 중심으로 협력가능성을 형성한 반면, 의사회와 시민단체 간의 갈등관계가 새롭게 구축되었다. 의사회와 시민단체는 의료대란과 의료수가의 연이은 인상을 중심으로 강한 갈등관계를 형성하였다.²⁵⁾

이러한 정책네트워크 내의 변화과정에서 응집성은 크게 약화된 모습을 보이고 있다. 의약분업으로 인해 약사회가 의약품에 대한 독점적 판매권을 확보한 반면, 의사회는 의약품에 대한 지배권을 엄격하게 제한하게 되었다. 이로 인해 의사회는 의약분업이 자신들의 이익을 크게 침해하였다고 보고, 이의 만회를 위해 정책갈등을 크게 표출하였다. 소위 '의료대란'이 발생은 정책네트워크 내의 응집성의 약화와 정책갈등의 심화를 보여주는 것이다.

한편 언론과 국회 등 주변부 정책행위자들은 의사회의 파업으로 인한 '의료대란'에 대해 통일적인 의사결집에 한계를 드러내며 제한된 영향력을 행사하였다.

25) 의사회와 시민단체의 이익표출활동에 있어서는 차이를 보이고 있다. 의사회는 '의권쟁취투쟁위원회'를 중심으로 한 임시조직체가 핵심을 이룬 반면, 시민단체는 '의약분업실현을 위한 시민운동본부'라는 총27개 단체가 참여하는 조직간 연합체가 핵심을 이루었다.

IV. 의약정책네트워크와 정책반응의 변화

1. 정책네트워크 형성과 무의사결정

1977년 의료보험의 도입으로 촉발된 의약분업으로의 정책변동요구는 핵심 이익 집단의 합의에도 불구하고 정책의제화 자체에 실패하였다. 정책의제화의 무산, 즉 무의사결정은 기존 정책으로부터 오는 정책이익에 대한 도전을 정책네트워크 내에서 억압 혹은 거부함으로써 발생한다. 의료보험의 도입으로 촉발된 의약분업 논의와 정책반응으로서 무의사결정은 기존 의약혼재 정책에 대한 정책행위자들의 정책이익을 반영한 것이다.

1953년 약사법 제정 이후 지속된 의약혼재정책은 정부와 의사회 그리고 약사회의 정책이익을 각 정책행위자들의 정책이익을 반영하고 있다. 정부는 의약혼재를 통해 부족한 보건의료서비스를 공급할 수 있기를 기대하였다. 의사회와 약사회 역시 직접조제와 임의조제를 통해 의약품 판매이익을 확보할 수 있었다. 부족한 의료공급은 오히려 이들 이익집단의 안정적 이익추구를 가능케 하였다.

그러나 1977년 의료보험의 도입은 의약분업에 대한 정책이해를 새롭게 하는 계기를 마련하였다. 의료보험은 의료서비스에 대한 일종의 보조금을 지급함으로써 의료수요를 확대하게 하고, 병의원으로 의료수요를 이동시킨다. 이에 의사회는 약국의 임의조제를 금지시켜 의료수요확대를 추구하고, 약사회는 의사의 직접조제를 금지시켜 의료행태 변화에 따른 의약품 판매감소를 만회하고자 하였다. 이러한 양 이익집단의 정책이해가 '보험 내 분업'이라는 의약분업으로의 정책변화에 합의하도록 한 것이다. 그러나 이러한 합의는 의약혼재에서 의약분업으로 실질적인 정책변화를 요구한 것이라기보다는 현실적으로 그 실현 가능성이 적고 이해대립이 첨예화되지 않은 단계에서 미래의 의약분업 지향원칙에 대한 합의라는 측면을 강하게 가지고 있었다(의료보험연합회, 1997 : 395).

이들 정책네트워크 내의 정책행위자들은 기존 정책, 즉 의약혼재에 대한 정책이해를 공유하였다. 먼저 양 이익집단에서 보면, 의약분업으로의 정책변화는 당면한 정책이해라고 보다는 미래가치에 대한 정책이해를 반영한 것이다. 당시 의약분업의 대상이 되고 있는 의료보험 대상자는 전 국민의 8.8%에 불과하였다. 자칫 의약분업 논쟁이 이들 이익집단의 직접조제와 임의조제를 통한 판매이익의 확보를 축소시킬 수 있었다. 다음으로 정부는 의료보험과 의약분업과의 연계에 대한 부정적 정책이해를 가지고 있었다. 정부는 의약혼재정책을 통해 부족한 의료서비스

스 공급을 확대하고자 하였다. 의약분업의 실시에 의한 처방과 조제의 분리에 따른 피의료보험자의 불편함으로 인해 의료보험이 정책불용에 직면하는 것을 우려하였다.

결국, 의료보험의 도입으로 촉발된 의약분업에 대한 정책적 논의는 핵심 정책행위자들이 기존 의약혼재정책에 대한 강한 정책이해로 인하여 정책의제화 자체에 실패하였다.

2. 정책네트워크 지속기(II)의 정책수정

지역의료보험 시범사업으로 촉발된 의약분업으로의 정책변동요구에 대해 정책네트워크는 각 정책행위자들의 요구를 제한적으로 수용함으로써 정책문제를 해결하고자 하였다. 이와 같은 정책수정을 통한 정책문제의 해결은 기존 정책네트워크의 틀 내에서 정책이해의 상충을 해결하고자 하는데서 출발한다.

지역의료보험시범사업으로 촉발된 의약분업에 대한 논의에 있어서 각 핵심 정책행위자들은 정책이해를 달리 하고 있다. 약사회의 의료보험 소외는 이들의 정책이익 감소를 가져왔고, 이를 만회하고자 의료보험의 참여와 이를 위한 실질적 방안으로 의약분업이 요구되었다. 이에 반해 의사회는 의료보험으로 인한 약사의 경영위기와 의약분업은 무관한 것이며, 항생제 등에 대한 약국의 자유판매규제 없는 의약분업은 자신들의 정책이익을 감소시킬 것이라며 정책변동에 반대하였다. 정부는 지역의료보험 확대를 통한 전국민의료보험의 실시에 그들의 정책적 관심을 집중하였다.

이와 같은 의약분업을 둘러싼 정책행위자들 간의 이해상충에 대해 정책네트워크는 정책수정을 통해 정책문제를 해결하고자 하였다. 임의분업→계약분업→임의분업으로 이어지는 일련의 정책변동은 이들 정책행위자들의 정책적 이해를 반영한 것이다. 정책네트워크 내 융집성의 약화에 대해 각 정책행위자들의 정책이해를 제한적으로 반영하고자 하는 전략이라 할 있다.

먼저, 1단계는 의약분업이라는 약사회의 요구를 수용하면서도 강제성을 부여하지 않음으로써 의사회의 요구를 수용한 것이다. 2단계의 계약분업방식의 강제성 부여는 약사회의 정책적 요구를 반영한 것이다. 이는 한편으로는 당사자 계약방식을 통해 형식적으로 강제성의 부여하지 않음으로써 의사회의 요구를 수용하는 한편, 보험적용의 차등을 통해 실질적인 처방전 발행을 유도함으로써 약사회의 요구를 반영한 것이다. 특히 8개월이라는 제한된 시간을 통해 의사회의 반발을 제

한하고자 하였다. 이러한 일련의 정책수정은 결국 정부의 정책이해를 반영한 것이다. 정부는 의약분업시범사업을 제한적으로 수용함으로써 의료보험 확대라는 그들의 기존 정책이해를 확보하는 한편, 의약분업에 대한 각 이익집단들의 정책적 요구를 선택적으로 수용하고자 하였다.

결국, 약사회의 의료보험 소외는 이들의 의약혼재정책에 대한 응집성을 약화시켰다. 이에 대해 정책네트워크는 목표 의약분업시범사업을 통해 정책문제를 해결하고자 하였다. 이 과정에서 정책네트워크는 각 정책행위자들의 정책이해를 제한적으로 반영하고자 하였다. 기존 정책에 대한 제한적 수정을 통해 이루어졌다.

3. 정책네트워크 지속기(II)의 정책수정

전국민의료보험으로 촉발된 의약분업문제는 약국의료보험이라는 정책수정을 통해 정책문제를 해결하고자 하였다. 약국의료보험은 기존 의약혼재정책을 변화시키지 않으면서 약사회의 의료보험 참여시킴으로써 이들의 정책적 요구를 수용하고자 하는 정책반응이다.

전국민의료보험에 대해 각 정책행위자들은 의약분업정책으로의 전환에 대한 정책이해를 달리하였다. 먼저 약사회는 의료보험에 대한 소외로 기존 의약혼재정책이 자신들의 정책이익을 감소시키고 있다고 본 반면, 의사회는 여건 미비를 이유로 기존 정책의 지속을 지지하였다. 정부 역시 전국민의료보험의 실시예 그들의 정책적 관심을 집중하고, 의약혼재에서 의약분업으로의 근본적인 변화를 추구하지는 않았다.

이러한 정책행위자들의 정책갈등에 대해 정책네트워크는 약국의료보험이라는 정책수정을 통해 정책문제를 해결하고자 하였다. 이는 기존 의약혼재정책을 유지하면서 약사회의 의료보험 소외로 인한 응집성의 약화를 해결하고자 하는 정책반응이라 할 것이다. 이를 통해 각 정책행위자들은 그들의 정책이익을 확보하였다. 먼저 약사회는 약국의료보험의 도입을 통해 그들의 의료보험 참여라는 정책이익을 확보하였다. 의사회 역시, 의약분업을 회피하고자 하는 정책이익을 확보하였다. 정부 역시 전국민의료보험의 도입과정에서 정책행위자들의 정책갈등을 제한할 수 있었다.

결국, 약국의료보험은 약사회의 의료보험 참여요구를 수용하고, 의사회의 의약분업 실시연기 그리고 정부의 전국민의료보험의 실시라는 정책이해를 정책네트워크를 통해 해결하고자 한 것이다. 이는 기존 의약혼재정책을 지속하면서도 정책

네트워크 내의 정책변화요구를 제한적으로 수용한 정책수정이라 할 것이다.

4. 정책네트워크 위기기의 정책결정위임

1993년 한약분쟁으로 인한 약사법 개정으로 촉발된 의약분업문제는 정책결정위임을 통한 정책문제해결을 시도하였다. 정치체제의 민주화는 시민사회의 정책결정에 대한 참여요구를 증가시켰다. 의약정책네트워크 역시 새로운 정책행위자들이 정책결정에 대한 참여요구에 직면하게 되었다. 이는 기존 정책네트워크에 의한 정책문제 해결을 어렵게 하는 결정적 요인으로 작용하였다.

김대중 정부 출범 이후 의약분업문제가 본격적으로 논의되었다. 의약혼재에서 의약분업으로 정책변경에 대해 핵심 정책행위자들 간의 정책이해의 상충이 존재하였다. 의사회와 약사회는 직능분업을 중심으로 한 의약분업 안이 자신들의 정책이익을 침해할 것으로 보고 반대한 반면, 정부는 의료개혁차원에서 의약분업으로의 정책변경을 시도하였다. 그러나 이들 기존 정책행위자들 간의 심각한 정책갈등은 발생하지 않았다.

한편, 기존 정책네트워크 내의 의약분업연기 움직임에 대해 시민단체는 강한 반발을 보였다. 이와 같은 정책변화에 대한 내외의 압력은 기존 정책네트워크를 중심으로 한 정책문제해결을 어렵게 하였다. 이에 따라 양 이익집단, 즉 의사회와 약사회가 '시민단체 중재하의 2개월 내 합의도출'과 '의약분업 1년 연기'를 주장하게 되었고, 정부가 이를 수용함으로써 의약분업정책문제를 해결하였다.

결국, 기존 정책네트워크가 새로운 정책행위자들의 등장과 강한 진입시도로 인하여 정책문제해결 기제로서 그 역할을 수행하는데 일정한 한계를 드러냈다. 이러한 정책문제해결기제로서 위기에 대해 정책네트워크는 정책결정위임이라는 새로운 정책문제해결기제라는 정책반응을 낳게 하였다.

5. 정책네트워크 변화기의 정책대체

의사회와 약사회가 시민단체를 의약분업정책의 새로운 정책행위자로 지정함으로써 정책네트워크는 그 성격을 변화시켰다. 이는 과거 이익집단 중심의 폐쇄적 정책네트워크에서 개방적인 정책네트워크로 전환하는 계기를 마련하였다.

시민단체가 중심이 된 위원회에서 기관분업을 중요한 내용으로 한 의약분업안에 대한 합의가 도출되었다. 이는 기존 의약정책이 의약혼재에서 의약분업으로 정책대체가 발생하였음을 의미하는 것이다. 과거의 의약혼재가 의사회와 약사회

의 상호경쟁을 통해 의료서비스 제공을 추구하였다면, 의약분업은 처방과 조제를 중심으로 이들의 협력체제를 통한 의료서비스의 제공과 의약품을 통한 경제적 이윤의 추구가 엄격히 제한됨을 의미한다.

그러나 의약분업이라는 정책대체는 의사회의 정책이익에 대한 심각한 불확실성을 발생시켰다. 이는 정책네트워크가 폐쇄에서 개방적으로 전환하면서 정책네트워크의 정책문제해결기제가 협상보다는 설득과 강제를 통해 이루어지는 결과라 할 것이다.

의사회는 시대위의 의약분업 합의 이후, 1999년 말 의료보험 약가의 '실거래가 상환제'로의 변경을 계기로 2000년 10월까지 지속된 소위 '의료대란'이라는 강력한 정책불응에 돌입하게 되었다. 의사회는 강제를 통한 정책이익의 확보전략은 < 표 7>과 같이 총 3번의 약사법 개정과 총 5회의 의료보험수가 인상 등이라는 연이은 정책변동이 발생하는 주요한 원인이 되었다.

< 표 7 > 정책네트워크 변화기의 정책반응

일 시	정책반응 내용
1999년 11월	분추협안을 중심으로 '약사법 개정'
11월	의료보험약가 30.6%인하, 의료보험수가 9.0%인상
2000년 4월	의료보험수가 6.0%인상
7월	의료보험수가 9.2%인상
7월	2차 의사회 파업에 의한 '약사법 개정'
9월	의료보험수가 6.5%인상
12월	의약정 합의에 의한 '약사법 개정'청원
2001년 1월	의료보험수가 7.08%인상

결국, 정책네트워크가 정책공동체적 성격에서 이슈네트워크화로 성격변화는 의약혼재에서 의약분업으로 정책대체를 가능케 하였다. 그러나 이슈네트워크화로의 성격변화는 정책문제해결기제를 협상과 합의보다는 설득과 강제로 전환시킴으로써 정책갈등이 심화되고 이로 인해 정책변동이 잦아지는 계기가 되었다.

V. 결 론 : 연구결과의 종합

본 연구는 의약분업정책사례를 중심으로 정책네트워크에 의한 정책의 지속과

변화를 분석하고자 하였다. 일련의 정책적 논의에도 불구하고 의약혼재정책이 40여 년 동안 지속될 수 있던 원인과 의약분업으로 정책변화가 이루어진 원인을 정책네트워크적 접근을 통해 분석하고자 하였다. 이를 통해 정책네트워크와 정책반응과의 연계를 분석하고자 하였다. <표 8>은 의약분업을 둘러싼 정책네트워크의 변화와 정책반응과의 관계를 종합한 것이다.

이를 통해서 확인할 수 있던 연구결과는 다음과 같다. 먼저, 의약혼재에서 의약분업으로 정책이 변경하게 된 원인은 다음과 같다. 첫째, 의약혼재정책이 지속될 수 있던 원인은 의약정책네트워크의 경로의존성에서 찾을 수 있다. 정부와 의사회와 약사회를 중심으로 한 정책공동체적 성격은 의약혼재정책의 지속성을 가능하게 하였다. 의료보험과 한약분쟁이라는 일련의 외부적 충격에도 불구하고 이들 의약정책네트워크의 성격이 지속되면서 의약분업으로의 정책변경을 제약하였다. 둘째, 의약혼재정책에서 의약분업정책으로 정책대체가 발생한 것은 의약정책네트워크 성격의 변화에 기인한다. 시민단체가 의약정책네트워크에 참여하면서 정책네트워크의 성격이 이슈네트워크화 하면서 정책의 근본적인 변화를 발생시킬 수 있는 요인으로 작용하였다.

< 표 8 > 정책네트워크의 변화와 정책반응

구 분			정책패러다임				
			형성기	지속기		위기기	변화기
				I	II		
정책문제			의료보험 도입	지역의료보험 시범사업	전국민 의료보험	한 약 분 쟁 에 따른 약사법 개정	약사법 개정에 따른 의약분업연기
정책 네트워크의 성격	정책 행위자	주요	정부, 의사회, 약사회	정부, 의사회, 약사회	정부, 의사회, 약사회	정부, 의사회, 약사회	정부, 시민단체, 의사회 약사회
		기타	국회, 언론	국회, 언론	국회, 언론	국회, 언론, 병협, 시민단체	국회, 언론, 병협
	융집성	강	약	약	강	약	
정책산출			정책의 제화 무산	목포 의약분업시범사업 (임의 → 계약 → 임의)	약국의료보험 도입	시민단체와의 2개월 내 합의를 전제로 한 의약분업연기	기관분업형태의 의약분업실시
정책내용			의약혼재				의약분업
정책반응 유형			무의사결정	정책수정	정책수정	정책결정위임	정책대체

다음으로 의약분업정책사례를 통해 정책네트워크와 정책반응과 같은 것을 확인할 수 있다. 첫째, 소수 정책행위자들로 구성된 응집성이 강한 정책네트워크는 정책변화의 요구를 무의사결정을 통해 정책문제를 해결하고자 하였다. 소수의 정책행위자와 이들의 기존 정책에 대한 정책이해의 공유는 정책변화의 요구를 제약한다. 둘째, 소수의 정책행위자들 간의 응집성 약화는 정책수정을 초래한다. 제한된 정책변화를 통해 정책네트워크의 응집성 약화를 해결하고자 한다. 셋째, 새로운 정책행위자의 등장과 이들의 정책네트워크에 대한 진입시도는 정책네트워크의 문제해결능력을 제약하고, 이는 새로운 정책문제해결기제의 모색하게 하는 원천이다. 넷째, 정책네트워크 성격의 변화는 정책에 대한 근본적인 변화를 가능케 한다. 새로운 정책행위자의 진입은 정책네트워크의 성격을 변화시키고 이는 새로운 정책변화를 가능케 한다.

참 고 문 헌

- 강은숙. (2001). 사회정책변동 요인에 관한 연구. 서울대학교 행정학 박사학위논문.
- 권경희. (2000). 의약분업에 관한 약사 측 입장과 주장. 「한국 의료 대논쟁」 서울 : 소나무.
- 김명자 역. (1992). 「과학혁명의 구조」. 서울 : 동아출판사.
- 김정렬. (1996). 산업구조고도화와 정부·기업관계의 제도적 특성변화: 준내부조직의 균열과 정책네트워크의 다원화. 「한국행정학보」, 30(3):153-169.
- 김종해. (1984). 제2종 의료보험 시범지역내의 의약분업지침 결정과정에 관한 연구. 서울대 석사학위논문.
- 대한약사회. (1992). 「대한약사회사 제III편」.
- 대한의학협회. (1993). 「대한의학협회85년사」.
- 민재성·박재용. (1982). 의약분업의 기대효과와 제약요인. 「한국개발연구」, 4(4):127-148.
- 배용환.(2000). 정치체제변화에 따른 정부와 경제이익집단의 정책네트워크연구 : 산업정책에 있어서 전경련, 대한상의를 중심으로. 고려대 박사학위논문.
- _____. (2001). 정책네트워크모형의 행정학연구에 적용탐색. 「한국행정연구」, 10(3):258-298.
- 보건복지부. (2000). 「의약분업 실행위원회 회의자료」.
- 성지은. (2003). 정보통신산업의 정책진화에 관한 연구: 이동통신사업자 선정사례를 중심으로. 고려대 박사학위논문.
- 안병철. (2000). 정책형성과정에서의 역동서 분석: 의약분업정책의 참여자간 상호작용을 중심으로. 고려대 박사학위논문.
- _____. (2002). 의약분업 정책변동과 정책실패: 정책어그러짐의 개념을 중심으로. 「한국행정학보」, 36(1):41-58.
- 유인왕. (1985). 우리나라 의약분업의 과제. 「의보공론」, 3(2):31-37.
- 윤석환. (1996). 정보통신정책영역에 있어서의 정책연계망에 대한 연구 : 통신사업자구조조정사례를 중심으로. 충남대 박사학위논문.
- 의료보험연합회. (1997). 「의료보험의 발자취 : 1996년까지」.
- 이상이. (2000). 의약분업 정책결정과정에 관한 연구. 경희대 박사학위논문.
- 이순호. (1999). 노동복지정책네트워크의 변화: 고용보험제도를 중심으로. 고려대

박사학위논문.

이장재. (1998). 국가첨단기술프로그램의 정책네트워크 분석 : 생명공학과 자동차 부문을 중심으로. 국민대 박사학위논문.

정용남. (1998). 사법개혁과정에서의 정책네트워크 연구. 서울대 박사학위논문.

최성모 · 송병주. (1992). 정책집행의 정치적 성격과 특징: 의약분업정책을 중심으로. 「한국행정학보」, 26(3):771-797.

하연섭. (2003). 「제도분석」. 서울 : 다산출판사.

국회. 「제113차 국회 보건사회위원회 회의록」

조선일보.

Baumgartner, Frank R. & Bryan D. Jones. (1993). *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago : The University of Chicago Press.

Boase, Joan Price. (1996). Institutions, Institutional Networks and Policy Choices : Health Policy in the US and Canada. *Governance*, vol.9(3):287-310

Börzel, Tanja A. (1998). Organizing Babylon-on the different conceptions of policy Networks. *Public Administration*, vol.76 (Summer):273-294.

Daugbjerg, Carsten. (1998). *Policy Networks under Pressure : Pollution Control, Policy Reform and the Power of Farmers*. Aldershot, Hants, England: Ashgate.

Döhler, Marian. (1991). Policy Networks, Opportunity Structures and Neo-Conservative Reform Strategies in Health Policy. in Bernd Main & Renate Mayntz eds., *Policy Networks : Empirical Evidence and Theoretical Considerations* Colorado : Westview Press.

Hall, Peter A. (1993). Policy Paradigm, Social Learning, and the State : The Case of Economic policy making in Britain. *Comparative Politics April* :275-296.

Jordan, Grant & Klaus Schubert. (1992). A preliminary ordering of policy network labels. *European Journal of Political Research*, vol.21:7-27.

Knoke, David. Franz Urban Pappi. Jeffrey Broadbent. & Yutaka Tsujinaka. (1996). *Comparing Policy Networks : Labor Politics in the U.S., Germany, and Japan*. Cambridge : Cambridge University Press.

Marsh, D. and Rhodes, R.A.W. (eds). (1992). *Policy Networks in British Government*. Oxford : Clarendon.

Menahem, Gila. (1998). Policy Paradigms, Policy Networks and Water Policy on Israel. *Jnl Publ. Pol*, 18(3):283-310.

- Pemberton. (2000). Policy Networks and Policy Learning : UK Economic Policy in The 1960s and 1970s. *Public Administration*,75(2):225-245.
- Raad, Charlws D. (1992). Taking Networks Seriously : Education Policy in Britain. *European Journal of Political Research*, Vol.21.
- Read, Elvyn D. (1992). Policy Networks and Issue Networks : The Politics of Smoking. in David Marsh & R. A. W. RHodes, eds.. *Policy Networks in British Government*. Oxford: Clarendon Press.
- Rhodes, R.A.W. (1997). Understanding Governance : Policy Network, Governance, Reflexivity and Accountability. Philadelphia : Open University Press.
- Richardson. (2000). Government, Interest Groups and Policy Change. *Political Studies*,48 :1006-1025.
- Schneider, Volker. (1992). Taking Structure of Policy Networks: A Comparison of the 'Chemical Control' and 'Telecommunications' Policy Domains in Germany. *European Journal of Political Research*, vol.21:109-129.
- Smith, M.J. (1992). The agricultural policy community: the rise and fall of a closed relationship. in D. Marsh and R. Rhodes (eds). *Policy Networks in British Government*. Oxford : Clarendon.
- Thelen, Kathleen & Sven Steinmo. (1992). *History Institutionalism in Comparative Politics*. in Sven Steinmo, Kathlen Thelen, & Frank Longstreth, eds., Structuring Politics. Cambridge : Cambridge University Press.
- Waarden, F. van. (1992). *Dimension and types of policy networks*. *European Journal of Political Research*, vol.21:131-162.
- Yishiai, Y. (1992). From an iron triangle to an iron duet? Health policy making in Israel. *European Journal of Political Research*, vol.21:91-108.

Abstract

Policy Network & Policy Output in the Policy Separating the Prescribing from the Dispensing of Drugs : on the Focus of Policy Paradigm Shift

Ju-Huan Kim

This study is trying to analyze, focused on the Policy Separating the Prescribing from the Dispensing of Drugs (PSPDD), policy continuations and changes by networks. To figure out how the Policy of Mixed Prescribing and Drugs (PMPD) could be kept for more than 40 years in spite of a series of arguments, this research uses policy network approaches. Moreover, the relations between policy networks and policy responses can be estimated by these approaches.

The results of these analyses are like follows. First of all, it is the first reason that policy community, consisted of governments and interest groups, was sustained with supporting PMPD. NGOs' participation gave influence to change the characteristics of policy networks and this made possible to achieve PSPDD. The degree of policy networks intensity is the second reason. The more intensive policy networks, the easier for non-decisionmaking. On the contrary, weak stability among policy

actors results in limited policies. Besides, appearances of new policy entrepreneurs and their trials to enter policy networks restrict the problem solving capability of policy networks. Furthermore, the changes of policy networks bring policy shifts and changes. As a result, policy networks impact on policy responses

【Key words : Policy Network, Policy Paradigm, Policy Response】