

## 한방의료보험의 의료사회학적 접근에 관한 연구

김 정 필 · 이 기 남

원광대학교 한의과대학 예방의학교실

### A Study on the Social Medical Approach of Oriental Medical Insurance

Jeong-Pil Kim, Ki-Nam Lee

*Dept. of Preventive Oriental Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University*

#### ABSTRACT

Through the sociological approach on the Oriental Medical Insurance, I has reflected on the necessity and propriety of the Herb-pack Medicine Insurance, what the goverment and the Oriental Medicines as the main organization of it should think about. So I come to the conclusion as follows ;

First, medical sociological approach must precede the study on the Herb-pack Medicine Insurance and in the process concrete, political problem must be solved.

Second, although the Oriental Medicines has a different way from the Western Medicines, it comes to take up a part of health service field with its independent efforts. And coming changes count on whether the Oriental Medicines exert independently or not.

Third, due to the original limit of the Oriental Medical Insurance, it has little effect on the Oriental Medicine Service's popularization and development. Yet bit gives the opportunity to present where the Oriental Medicines should go and the way to develop it is the practice of the Herb-pack Medicine Insurance.

Fourth, so it can be said that the practice of the Herb-pack Medicine Insuranceis our important plan which can not only make the Oriental Medicines improve as the professional jods but also solve the contradiction of the Korea Medicines

#### I. 서 론

몇 년 전만 하더라도 건강과 질병이라는 말은 병원, 의사, 간호사, 약품, 구급상자와 같은 연상을 불러일으켰을 것이다. 하지만 오늘날에는 이 말이 건강식품, 비타민 제제, 운동요법, 헬스 클럽, 에어로빅 등 훨씬 더 큰 이미지를 연상시킬 게 분명하다. 건강은 우리 문화와 사회속에

서 어디에나 존재하는 하나의 거대한 주제가 된 듯하다. 이러한 인식과 형태의 변화는 의료라는 것이 단순히 생물학적인 질병으로부터의 치료에서 사회적, 문화적, 생의학적으로 건강하고자 하는 욕구를 충족시키고 향상시키는 인간의 기본권적인 권리이자 의무라는 사실<sup>1)</sup>을 반증한다.

질병과 의료에 대한 변화된 개념의 확대는 의료제도나 의료체계의 변화, 발전과정을 보면 잘 알 수 있다. 질병의 개념과 의미가 확대되면 될수록, 의료의 사회적 범주가 발전하면 할수록 보다 넓고 광대하며 구체적인 사회적 제도들이 생겨났다. 현대사회의 의료제도와 체계는 이미 단순한 형식적 틀을 넘어 의료에 관계된 거의 모든 활동과 습관, 형태를 규정하고 반영하는 것이 되고 있다.<sup>2)</sup> 옛날에는 의료의 사회적 의미가 낮고 대부분 개인적 봉사 차원이나 경험에서 치료와 의료의 질을 좌우하였다<sup>3)</sup>면 현대사회는 질병과 의료의 사회적 의미의 확대로 의료제도라는 모습으로 우리의 의료형태, 습관, 생각이 나타나고 있는 것이다. 다시 말하면 의료제도의 발전과정을 보면 의료체계의 특징과 성격, 그리고 의료의 질, 형태를 알아낼 수 있다.

이런 의미에서 의료제도에 대한 연구는 의료의 질과 성격을 분석해 낼 수 있는 매우 중요한 잣대가 된다. 그것은 의료체계와 제도 그 자체가 단순히 형태적, 형식적 문제를 넘어 사회역사적 의미를 가진다는 것을 의미하며 또한 사회역사적 관점에서 의료제도를 연구해야 가장 잘 분석할 수 있음을 뜻한다.

그러나 의료체계와 제도에 대한 연구 경향을 보면 주로 제도의 형태나 형식과 같은 부분에 초점이 맞추어져 있으며 정책연구 그러한 형편이다.<sup>4)</sup>

현대의 의료는 이미 치료기술을 단순히 현장에 적용하는 것을 넘어 우리 삶의 일부분이 되고 있으며 삶의 질을 향상시키는 가장 중요한 요소 중의 하나로 자리잡아 가고 있다. 그렇기 때문에 보건의료에 대한 연구도 단순 치료·기술적 방식으로는 그 본질에 접근할 수 없으며 정치적, 경제적, 문화적, 역사적, 생태학적 등 모든 사회분야에서의 종합적 사회접근만이 보건의료에 대해 정확한 해명을 할 수 있는 것이다. 실제로 많은 선진국가에서는 이미 보건의료에 대한 사회학적 접근이 학계에서 보편화가 되어 있으며 더 나아가 보건의료행정, 제도, 정책에서도 사회학적 연구결과를 토대로 하여 계획이 수립되고 집행되는 현실에 와 있다.<sup>5)</sup> 의료사회학에서 요즘 연구되는 쟁점을 보면 국가의 개입이 의료발전에 미치는 영향, 의료전문직에 대한 연구, 의료인과 환자와의 관계, 의료조직의 성장 등이 많이 연구되고 있으며 특히, 의료제도에 대한 사회학적 접근-국가 중심 형성인가, 민간중심 형성인가-이 매우 중요하게 논의되고 있다.<sup>6)</sup>

그러나 우리 나라에서는 아직 몇몇 뜻 있는 사회학자들을 제외하고는 보건의료에 대한 사회학적 연구는 매우 미비한 상태이며 현실적용에 있어서도 거의 실현되지 못하고 있는 등 아직 개척단계에 머물러 있다.<sup>7)</sup> 이는 매우 안타까운 일로 대부분의 나라가 그렇지만 우리나라의 보

1) 전국대학보건관리학교육협의회, 보건학원론, 계축문화사, 1994, p3-18

2) 정경균외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판사, 1995, p313

“의료체계는 국가, 사회가 구성원의 건강을 위하여 마련한 의료사업에 관한 제반 사회제도와 구조를 말하는데, 이에는 의료인력양성체계, 의료수요체계, 의료공급체계, 보건교육체계, 의료보장체계, 재정조달체계, 응급의료체계, 예방의료체계, 의료전달체계, 전시비상의료체계 등을 포함한다.”

3) 전계서, p6-10

4) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p191

5) 황상익, 역사와 사회속의 의학, 명경, 1995, p105-112

6) 사라 네틀턴, 조효제 역, 건강과 질병의 사회학, 한울아카데미, 1995, p14-17

건의료체계는 세계에서 유래를 찾아보기 힘든 우리만의 역사성과 문화성, 사회성을 가지고 있고 사회보장제도의 정착과정도 다른 나라와는 다른 과정을 가지고 있으며 사회보장제도의 역사가 짧은 관계로 여러 문제가 도출되고 있는 상황이므로 사회학적 연구가 절실하다 하겠다.<sup>8)</sup>

특히, 역사적, 사회적, 문화적 특이성을 가지고 있는 한방의료체계에 대한 연구는 사회학적 접근을 기본으로 해야 그 진로와 방향을 올바르게 조명할 수 있다. 한방의료는 역사적으로 볼 때 봉건시대와 일제시대 이후로 일반대중과의 일정한 거리를 좁힐 수 없었으며 현재에 와서도 여전히 대중적 기반을 상실하고 있다. 한방의료는 보건의료의 사회화과정에서도 역사적으로 소외되어 왔으며 제도적인 소외는 갈등과 반목을 양상해 내었다. 보건의료내에서의 질서의 혼란과 갈등, 그리고 사회적 영향은 전문인으로서의 의료인이 아닌 모습으로 국민들에게 다가갔고 이러한 현실은 보건의료체계의 모순을 극대화시켜 왔다.<sup>10)</sup> 한방의료의 모순은 단순히 한방의료만의 문제가 아니라 우리의 특수한 역사적 배경과 상황에 의해 만들어진 의료모순인 것이다. 그렇기 때문에 한방의료에 대한 사회학적 연구는 우리나라의 의료모순의 핵심을 찾는 일이며 더 나아가 우리의 의료가 나아가야 할 방향의 맥을 잡는 일이다.

본 연구는 이러한 취지에서 우리 나라 보건의료의 특징 중 하나인 한방의료제도(한방의료보험제도)에 대한 의료사회학적 접근을 통해 보건의료의 전망을 바라보았다. 한방의료의 현실은 곧 우리 나라 보건의료의 축소판이며 현재 우리가 안고 있는 모순이자 문제점이기 때문이다. 한방의료보험의 형성과정에 대한 의료사회적인 분석은 보건의료의 모순을 찾고 우리 나라의 전반적인 보건의료체계를 설명할 수 있는 토대가 될 수 있을 것이다.

## II. 연구 내용 및 방법

의료사회에 대해 연구하기 위해서는 무엇보다도 관점이 중요하다. 똑같은 현상이라도 어떻게 접근하느냐에 따라서 그 의미가 달라지기 때문이다. 푸코는 근대 이후 서양의학의 지식체계는 몸에 관한 서구합리성의 하나의 담론이라고<sup>11)</sup> 하였다. 이러한 평가는 우리가 기존에 믿었던 어떤 가치체계도 그것이 합리적이고 과학적이라는 외형으로 감싸져 있다고 하더라도 그것은 하나의 그 사회의 담론, 패러다임일 뿐이라는 것이다. 즉, 그 사회의 역사적, 문화적, 사회적 산물이라는 말이다. 결국, 의료에 대한 사회학적 접근은 어느 정해진 틀이 있을 수 없음을 시사하는 것이며 역으로 보면 의료사회를 정확히 분석하기 위해서는 종합적인 분석이 반드시 이루어져야 함을 이야기하는 것이다.

의료의 사회학적 접근에는 정해진 방식이 존재하지 않는다. 여러 가지 의료사회에 대한 접근방법이 제시되고 있으며 각각은 그 나름대로의 의미와 유효성을 가지고 있다. 본 논문에서

7) 정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판부, 1995, 머리말

8) 문옥륜, 한국사회와 의료보장정책, 명경, 1994, p48-51

9) 역사적, 문화적, 사회적 특성은 ①전통의학이 현대사회에서도 여전히 공인되고 인정되는 나라가 몇몇 사회주의를 제외하고 거의 없다는 사실 ②공인되고 인정되는 과정이 일반과 다르게 국가적 도움에 의해서가 아니라 거의 민간에 의해서 이루어졌다는 사실 ③한방의료에 대한 국민적 공감대가 매우 넓고 깊다는 사실 등이다.

10) 서동진, 한방의료의 구조적 갈등에 관한 의료사회학적 연구, 원광대 한의과대학원 석사논문, 1994, p44-45

11) M. Foucault, The Birth of the Clinic, New York : Vintage Books, 1975, p127-146

도 어느 하나의 연구방법만을 선택하지는 않았으며 다양한 접근방식을 모두 참고하여 가능한 종합적인 접근방법을 취하였다. 의료가 이미 사회화의 과정을 겪으면서 의료에 대한 접근은 종합적인 사회적 접근이 아니고서는 안되기 때문이다.

1. 먼저 의료사회학의 일반적인 기본관점을 고찰해 보았다. 그리고 이를 토대로 의료사회에 접근하기 위한 핵심적인 쟁점들인 의료전문직에 대한 문제<sup>12)</sup>, 국가의 개입 문제<sup>13)</sup> 등을 다루었다. 의료전문직은 의료의 실재적 주체자이자 주도자라는 의미에서, 국가의 개입은 의료가 사회화되면서 가장 큰 영향력을 발휘하는 것이 국가라는 의미에서 반드시 짚고 넘어가야 하는 지점이다.

이 외에도 매우 중요한 것이 의사와 환자와의 관계 문제<sup>14)</sup> 등이 있으나 이것은 의료사회학의 관점문제, 의료전문직에 대한 문제, 국가의 개입 문제가 풀어지면 해결되는 문제로 굳이 따로 설정할 필요가 없었다. 이 논문의 전체적인 요지 자체가 결국 의사와 환자와의 관계문제이며 의료의 발전과 본질에 관련된 문제이므로 다른 문제가 해결되는 과정 속에서 자연히 고찰될 것이다.

- (1) 의료사회학의 일반적 관점에 관한 고찰
- (2) 의료전문직에 대한 이해
- (3) 국가개입과 의료의 관계에 대한 고찰
- (4) 의료의 발전이란 무엇인가?

이와 같은 문제를 다루면서 특히 주의했던 점은 단순히 기존에 연구된 관점에서만 접근하는 것이 아니라 기존관점에 대한 저자 나름대로의 평가와 비판을 통해서 의료의 본질과 발전에 접근하는 방법을 선택하려고 하였다. 즉, 의료사회에 대한 분석 방법은 기존의 접근방식을 적극적으로 수용하였으나 앞으로의 발전지향 방향에 있어서는 해석학적 접근방법<sup>15)</sup>을 탈피해보고자 하였다.

2. 한방의료보험에 대한 고찰은 위에서도 밝혔듯이 한국의 의료현실에서 가장 모순된 지점<sup>16)</sup>에 있는 것이 한방의료서비스이기 때문에 한방의료제도에 대한 연구는 한국보건의료체계의 현실과 방향을 밝힐 수 있다. 또한 의료보험제도를 그 연구대상으로 한 것은 의료의 구체적인 형태를 보여주는 가장 강력한 지표이며 더불어 국가와 이에 대한 의료전문직의 대응이 가장 잘 두드러지게 나타나기 때문이다.

한방의료서비스는 의료보험의 측면에서 접근하다보면 솔직히 특별한 변화를 찾기 힘든 면<sup>17)</sup>이 있는데 그럼에도 불구하고 한국의료계에서 한방의료서비스가 차지하는 위치가 계속 상승하고 있

12) 전병재 외 3인, 한국사회의 전문직업성연구, 사회비평사, p9-11

13) 정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판부, 1995, p287-288

14) 사라 네틀턴, 조효제 역, 건강과 질병의 사회학, 한울아카데미, 1997, p175-176

15) 해석학적 방법이란 본질에 대한 접근보다는 어떻게 해석하는 것이 실용적인가라는 관점에서 접근하는 방법을 말한다.

16) 서동진, 한방의료의 구조적 갈등에 관한 의료사회학적 연구, 원광대 한의과대학원 석사논문, 1994, p44-45

17) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p212-216

한방의료보험은 한방의료서비스의 꽃인 첨약이 빠져있음으로 하여 한방의료서비스의 체계변화에 큰 영향을 주지 못했다. 사실상 한의계는 한방의료보험의 영향으로부터 벗어나 있었다.

고 한방의료서비스와 한국의료의 발전을 연구하기 위해서는 한방의료보험의 개선과 첨약의료보험의 시행이 매우 중요할거라는 판단에서 한방의료보험을 연구대상으로 선택하게 되었다.

한방의료보험에 대한 의료사회학적 접근은 먼저 한방의료보험의 어떤 역사적 상황 속에서 실시되었으며 현재 핵심적으로 논의되는 것은 무엇인가를 알아보고, 한방의료보험의 의료전문직의 형성에 미치는 영향과 한방의료체계에 어떤 변화를 초래했는가를 검토하였다. 다음으로 한방의료보험의 가지는 한국의료계에서 차지하는 의미를 의료사회학적으로 고찰함으로써 한방의료보험의 발전의 상을 잡아보고, 마지막으로 첨약의료보험 실시의 중요성과 나아가야 할 방향을 의료사회학적으로 접근해 보았다. 그리고 한방의료보험에 대한 사회학적 고찰은 양방의료보험과의 비교를 통해서 접근했는데 이는 한 국가체계하인데도 매우 다르게 발전하였다는 점과 한국의료의 양모순이라는 점에서 상호 비교를 통한 접근이 한국보건의료의 현실을 훨씬 더 정확하게 분석할 수 있을 거라고 판단했기 때문이다.

- (1) 한방의료보험의 형성 과정
- (2) 한방의료보험의 쟁점 문제
- (3) 한방의료보험의 사회학적 고찰
- (4) 첨약의료보험의 갖는 사회학적 의미

### III. 의료사회학의 기본이론에 대한 검토

#### 1. 의료사회학적 관점에 대한 검토

건강과 질병은 인류에게 보편적인 현상으로 어느 곳에서나 모든 사람에게 영향을 주게 마련이나 그 영향은 동일하지 않다. 그렇기 때문에 건강과 질병, 치료, 예방의 범위를 포괄하는 의료는 단순히 개인의 문제가 아닌 사회의 문제이며 사회학적 지식은 의료의 본질과 문제를 해명하는데 필수적인 요소이다. 이와 같은 현대의료의 성격과 그 사회학적 의미를 이해하는 학문이 바로 의료사회학이다. 이에 한국의료사회에 대한 분석을 하는데 의료사회학의 기본관점을 검토하는 것이 필수라고 판단하여 일반적인 의료사회학적 관점들을 검토해 보았다.

여기서는 의료사회학 여러 이론 중 중심이론<sup>18)</sup>이라고 할 수 있는 Parsons의 구조기능주의적 관점, Freidson의 갈등론적 관점, 마르크시즘 관점, 상징적 상호작용론적 관점 등을 검토해 보았다.

- (1) 구조기능주의 관점

1950년대 유행된 구조주의의 입장에서 출발한 사회학적 관점으로 1950, 60년대에 사회학계에서 지배적인 패러다임을 형성하였다. 이 이론은 사회를 행위체계의 측면에서 이해하며 사회의 구조와 기능을 포괄적으로 설명하는 일반도식을 구축하려는 것으로 사회를 각 구성부분의 역할이나 기능은 사회구성원들간의 가치합의를 통하여 안정된 기반 위에 존재하는 것으로 이해한다.<sup>19)</sup> 신체의 각 부분이 서로 상호의존하면서 하나로 통합되어 유기체를 구성하듯이 사회

18) 《정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판부, 1995》의 분류방법을 그대로 채용하였음 p30-39

19) 정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판부, 1995, p30

도 여러 조직과 제도들이 서로 다른 기능을 수행하면서 사회라는 하나의 통합된 전체를 구성한다는 입장이다.

구조기능주의적 관점에서 의료는 사회통합과 관련되어 사회통제기능을 수행하는 것으로 파악한다. 산업사회에서는 생산의 효율성과 합리성을 극대화하는 것이 하나의 원리가 되는데 질병의 만연이나 국민들의 불건강은 이러한 원리에 배치되며 결과적으로 사회통합을 저해하는 요인으로 된다.<sup>20)</sup> 그렇기 때문에 의사에게는 업무를 적절히 수행하기 위한 지위나 권위가 부여되고 환자는 의사의 권위에 절대 복종해야 할 의무가 있다고 본다.

파슨스(Parsons,1951)에 따르면 권위-복종 관계는 인격적 우월성이나 물질적 요인 때문이 아니고 사회 전체의 구조와 기능유지의 필요상 요구되는 것이므로 환자는 사회적인 일탈상태에서 빨리 벗어나기 위해, 낫기 위해 노력해야 하며 의사은 환자가 건강을 되찾도록 노력해야 하는 사회적 역할이 주어진다. 그래서 의사은 고도의 지식과 기술이 있어야 하고 이타적이면서 자기 이해관계를 떠나야 하며, 전문적인 윤리강령에 따라 행동해야 할 의무가 있고 이런 의무를 완수할 때 권위와 자율권이 주어진다.

구조주의적 관점은 1950년대 의사들이 갖는 동기나 가치지향의 문제와 그것이 사회적으로 어떻게 연결되고 구조화되는가를 주 관심사로 하여 발전된 이론으로 의료사회학을 처음으로 발전시키고 활성화시키는데 큰 공헌을 하였다.

## (2) 갈등론적 관점

1960년대 후반에 세계적으로 반전운동을 필두로 한 인권, 학생, 민주화운동 등이 폭발적으로 발생하였고 이에 따라 사회학적 관심사도 과거처럼 안정된 구조에 대한 연구보다는 권력현상에 대한 관심이나 사회변동에 대한 관심이 증대되었다.<sup>21)</sup>

이에 구조기능주의를 비판하고 나온 것이 갈등론적 관점이다. 사회구성요소들은 사회의 통합보다는 서로 이해관계를 달리하는 갈등적 관계에 있다고 파악하고 있다. 사회적으로 유용한 자원이 제한되어 있고 이를 소유, 획득하기 위하여 구성원들이 경쟁함으로써 필연적으로 갈등은 발생<sup>22)</sup>한다고 보았다.

갈등론적 관점은 의료현상연구에 새로운 영역을 제시하였는데 프리드슨(Freidson,1970)은 의사가 권위를 갖게 된 것은 그가 소유한 지식이나 그 지식이 갖는 사회통제적 기능 때문이 아니라 의사가 지식을 사회적으로 소유하는 방식, 즉 의료시장에서 경쟁자를 불식시키는 독점체제 자체에 있다고 보았다. 의료체계에서 의사가 권위를 가지는 것은 의사들이 다른 치료자들과의 권력투쟁에서 이겼기 때문이라는 것이다. 실제로 의료시장을 독점하고, 독점체계의 재생산구조를 만들고, 의사만이 의술을 시행할 수 있도록 국가적 제도화를 쟁취함으로써 의사은 권위를 획득할 수 있었다.<sup>23)</sup> 그렇기 때문에 의사의 권위는 배타성에 기반한 독점에서 형성된 권위와 자율성이다.

이러한 갈등론적 관점은 의료계内外의 여러 현상의 정치적 측면을 이해하는데 매우 유용한

20) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, P27

21) 정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판부, 1995, P33

22) 갈등론적 관점은 자원의 한정을 제로섬의 법칙과 같이 바라보고 있기 때문에 갈등의 필연성은 당연한 결과이다.

23) 이런 연구는 라슨(Larson1977)과 스타(Star1982) 등의 현대사회학자들의 연구에 의해 증명되고 있는 역사적 사실이다.

시각으로 중요한 점은 의료시장의 독점이 세력관계의 소산일 경우 그 관계가 변함에 따라 의사의 지위가 변할 가능성을 함축한다는 점이다. 바로 이러한 의료의 불확실성은 의료서비스 시장에 대한 새로운 가능성과 변화를 예고한 획기적인 시각이다.

### (3) 마르크시즘적 관점

사회가 경제체계를 토대로 하여 그 위에 정치제도나 교육, 사상, 문화 등이 구축된다고 보고 경제체계를 구성하는 두 요인인 자본과 노동의 관계에 기초하여 자본의 이해가 관철되도록 상부구조적 체계가 형성된다고 파악하는 관점이다.<sup>24)</sup> 즉, 사회의 과정이나 변동은 모두 자본의 운동법칙에 따라 이루어진다고 바라본다.

의료에 대한 시각도 여기서 출발하는데 산업자본주의사회가 전개되면서 질병을 효과적으로 치료하고 통제하는 것이 노동력의 재생산을 위하여 효과적이라는 사실에 따라 의학을 발전시킨다. 의료는 자본에 기능적이기 때문에 발전할 수 있다는 것이다. 의료의 사회통제 또는 노동통제적 역할이 자본주의사회에서의 의료성장을 가져왔다는 것이 마르크스주의 견해의 핵심이다.<sup>25)</sup>

의료의 자본에 대한 기능적 역할을 강조할 경우 의사가 현재까지 누려온 지위는 자율성이 아니라 자본에 위탁받아 의료부문을 관리해온 관리자로 간주된다.(Navarro, 1983) 의료부문의 성장과 재정적 위기의 문제 역시 경제적 계급적 모순의 결과일 뿐이지 의사라는 변수는 부차적인 것으로 파악된다. 의사의 권위는 의학 자체에서 유래되는 것이 아니라 자본의 힘에 근거하는 것으로 위임된 권위에 불과하다고 생각한다.

결국, 자본주의에서의 의료란 보다 많은 노동력을 얻어내기 위한 최소한의 건강유지와 질병퇴치라는 목적과 더불어 의료를 상품화함으로써 의료를 통한 이익축적이라는 목적이 의료의 성격임을 설명하고 있다. 그러나 사회구성이나 변화에 대한 설명이 너무 경제적 측면에서만 고찰함으로써 사회의 성격을 단순화시키며 교조주의적으로 판단하게 하는 문제점이 있다.

### (4) 상징적 상호작용론적 관점

앞의 관점들과는 달리 객관적 실체로서의 사회구조 파악보다는 주관적 실재의 이해에 중점을 두는 매우 미시적인 접근방법이다. 인간은 고정된 어떤 사회적 실재의 관계에 의해서가 아니라 언어, 문자, 신호, 제스처 같은 성원들간의 공유된 가치나 의미상징을 사용하여 의사소통과 상호작용을 한다고 보는 입장으로 이러한 생각은 사회구조가 객관적인 사물간의 관계에 의하여 구성되는 것이 아니라 성원들이 일상생활에서 상호작용하면서 부여하는 의미가 공유됨으로써 존재한다고 보는 시각이다.<sup>26)</sup>

후에 사회적 반응이론으로 더욱 구체화되어 의료현상연구에 적용되는데, 사회적 반응이란 사회적으로 일탈적이라 규정되는 행동들이 그것의 구체적인 내용범주 때문이 아니라 그 행동에 부여하는 의미가 각기 다름으로써 발생된다는 것이다. 즉 어떤 특정한 행동이나 사안에 사람들이 부여하는 의미의 차이에 의해서 사회적 실재가 변한다는 이론이다. 사회적 행동의 주체인 인간이 사회와 역사를 만들어 나간다는 명제에 가장 충실한 관점으로 의사나 환자가 단지 객관적으로 주어지는 사회적 역할이 아니라 질병이라는 위기 상황에서 환자의 살고자 하는

24) 정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판부, 1995, p35

25) 사회통제의 기능이라는 말이 구조기능주의 관점과 동일하지만 통제의 목적이 자본의 이해나 자본의 축적을 돋기 위한 것으로 규정하는 점이 다르다.

26) 정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판부, 1995, p37

의지와 의사의 치료자로서의 관심이 교차하며 구체적인 상황을 만들어 나가고 이것에 의해 의료현상이 성립한다고 본다.

이론 자체로는 문제가 있으나<sup>27)</sup> 의사-환자 관계의 다양한 측면이나 상황적 조건에 따른 차이 등이 구체적으로 연구될 수 있고 이러한 연구결과는 의사-환자 관계가 본질적으로 불평등 하지만 양자가 모두 진료의 결과에 영향을 미칠 수 있다는 사실을 설명하고 있다. 환자는 단순히 수동적인 의료수혜자가 아니라 진료과정의 적극적인 참여자가 되는 것이다. 그렇기 때문에 의사의 교육훈련이나 환자의 관리에 유용하게 적용될 수 있다.

지금까지 의료사회학의 기본관점에 대해서 살펴보았는데 모두 장, 단점이 있다. 마르크시즘적 관점과 상징적 상호작용론 관점은 의료사회학의 새로운 영역을 개척하기는 했으나 전자는 너무 경제적인 측면에서만 접근하였으며 후자는 미시적인 부분만을 강조한 나머지 극단적이고 관념적인 접근방법이 되고 말았다. 특히 위 두 가지 접근방법은 의료의 사회화라는 과정을 한면으로 접근한 오류를 범함으로써 의료의 사회화의 본질을 바르게 보지 못한 치명적인 한계를 가지고 있다. 이에 반해 구조기능론적 관점과 갈등론적 관점은 의료의 사회화라는 특징에 맞게 접근한 방법론으로 의료사회학에서 가장 대표적인 관점으로 뽑히고 있다.

그러나 구조기능주의적 관점은 의료의 사회적 역할이나 기능에 대해서 매우 탁월하게 접근하고 있으나 의료가 역사적으로 어떻게 형성되고 변화, 발전하는가에 대해서는 그 논의가 매우 취약하다. 실재로 역사적으로 보면 의료의 발전은 구조기능주의적 과정보다는 갈등과 대립 속에서 변화, 발전했다는 것을 증명한다.<sup>28)</sup> 이에 반해 갈등론의 관점은 구조기능주의적 관점의 물역사성을 비판하고 나왔으며 역사적 사실을 중요시하고 그 논리전개가 실증적이다. 그러나 이 관점도 그 전체 자체가 제로섬이라는 이론에 바탕을 둔 갈등<sup>29)</sup>을 그 중심테마로 상정함으로써 이미 전제에서부터 문제가 발생하고 있다. 의료는 사회화가 되면서 의료 자원이 풍부화되고 그 영역이 확대해 온 과정에 있었으며 이를 통해 의료종사자도 많이 생기게 되었다. 이러한 사실은 자원의 제한을 갈등의 근거로 둔 갈등론의 오류를 증명하는 것이다. 그럼에도 불구하고 갈등론적 관점은 의료권력의 형성과정을 사실적으로 묘사함으로써 의료의 변화, 발전의 모습을 찾는데 매우 중요한 단서를 제공하고 있다.

한국의 의료계에 대한 접근도 갈등론적 접근방법이 보다 타당하며<sup>30)</sup> 특히, 한방의료에 대한 접근은 갈등론적 방법이 아니고서는 정확히 분석해 낼 수가 없다.

## 2. 의료전문직에 대한 연구

의료전문직에 대한 연구는 의료사회학에서 매우 중요하게 다루어지고 있고 핵심적인 부분을 차지하는 주제이다. 의료에서 절대적 지위를 차지하고 있고 의료에 대한 주도적 역할을 하고

27) 이론 자체에 문제가 있다는 것은 상호작용론 관점은 개인과 개인간의 상호관계에 대한 설정은 많은 도움이 될수 있으나 사회적 관계와 같은 거시적인 부분에 대한 설명은 불가능하며 또한 상징적 의미의 차이가 어떻게 발생되는가에 대한 정확한 분석이 부족한 이론이다.

28) 라슨과 스타의 연구업적을 보면 알 수 있다.

조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p44-67

풀스타, 이종찬.윤성원 공역, 의사 국가 그리고 기업, 명경, 1994

29) W.J.Goode, The Librarian: From Occupation to Profession?, Library Quarterly31: 307-320, 1961

30) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p41-42

있는 집단이 바로 의료전문인(의사)이므로 의료전문인에 대한 분석이 전제되지 않고는 의료의 사회학적 접근이 어렵다.

'산업사회는 곧 전문화사회'라는 등식이 사회통념화 되어 있고 실재로도 산업사회로 보다 전진하면 할수록 직업의 세분화와 전문화가 가속화되어 왔었다. 전문직으로 불리는 직업들은 고도로 체계화된 이론적 지식을 소유하고 있고 새로운 직업성원의 충원과정에서 공식화한 장기간의 훈련 및 일정한 자격을 요구한다는 점에서 일반적인 직업들과는 구분되며, 또한 경제적으로나 사회적으로 높은 수준의 보상이 주어진다는 점에서 직업구조상 상층의 직업집단에 속한다.<sup>31)</sup> 의료전문직도 마찬가지이다. 아니 전문직업인의 대표가 바로 의사이다. 의사은 산업社会의 변화과정과 더불어 전문직업의 대표적인 모델로서 사회적 성장을 해 왔다.

그런데 현대 산업사회에 들어서면서 영원히 계속될 것 같은 의료전문직의 쇠퇴의 징후들이 보이기 시작했다. 바로 여기에 의료전문직에 대한 사회학적 접근의 요체가 있다.

과연 의료의 절대적 지위는 어떻게 차지하게 되었으며, 사회에서의 권위와 자율성은 어떻게 만들어 진 것일까? 또 탈전문화 과정의 의미는 무엇인가? 이런 물음은 바로 의료발달의 형성과정과 본질을 정확히 파악할 수 있는 핵심적인 의문이며 전제이다.

여기서는 이런 취지에서 의료전문직의 접근방법론과 형성과정 등을 고찰해보고 더 나아가서 현대사회의 탈전문화 과정의 의미를 고찰함으로써 한국사회의 의료전문직의 사회학적 의미, 특히 한의사의 전문직 형성과 발전, 변화의 가능성, 사회학적 의미 등을 찾아보았다. 다만 의료전문직의 접근방법론은 위의 의료사회학의 기본관점과 그 구분 방법이 거의 일치함으로 개략적인 것만을 다루었다.

(1) 전문직에 대한 이론적인 시각<sup>32)</sup>은 기능론적 시각, 갈등론적 시각으로 크게 볼 수 있는데 기능론적 시각이란 전문직의 발생이 사회통합이라는 사회구조적 필요에 기초하여 이루어진 현상으로 보며, 갈등론적 시각은 전문직 형성과정 자체가 집단간의 갈등속에서 정치적인 목적에 의해 형성되었다고 보고 계속 변화할 수 있으며 사회적 조건에 따라 다를 수도 있다고 본다. 기능론적 시각에서는 전문직의 형성이 지식이나 윤리에서 그 기준을 찾기 때문에 사회는 당연히 전문직에게 권위와 경제적 보장을 해야 한다고 보며, 갈등론적 시각에서는 독점을 통한 지배와 자율성이라는 기준에 서 있다.

(2) 이미 위의 의료사회학 일반 이론에서 그 중요 내용을 다루었듯이 기능론적 관점은 의료전문직의 형성과정을 사실적으로 바라보는데 한계가 있으며 이에 비해 갈등론적 관점은 보다 사실적인 접근법이라고 볼 수 있다. 그러나 갈등론적 관점은 의료권력의 형성이 단순히 갈등과정에서만 형성되는 것으로 판단하는 오류를 범하고 있다. 제로섬 이론에 의한 전제가 잘못된 것은 말할 것도 없고 의료의 변화나 의료전문직의 형성이 반드시 대립과 경쟁, 그리고 갈등의 과정에서만 만들어지는 것이 아니기 때문이다. 각국의 의료전문직의 형성과정을 보면 각각의 역사적 경험을 토대로 하여 변화하였으며 그 과정에는 갈등도 대립도, 화해도, 타협도 있었다.<sup>33)</sup> 그리고 그 형태가 어떤 형태이든 의료전문직의 권위와 위상의 향상은 의사의 노력에 의해 형성되었다. 그럼으로 의료전문직의 형성을 주체적인 노력이라는 측면에서 접근한다면

31) 전병재 외 2인, 한국사회의 전문직업성 연구, 사회비평사, 1995, p19

32) 전계서, p12

33) 이종찬, 서양의학의 두 얼굴, 한울, 1992, p13-79

매우 타당성이 있으나 일방적인 갈등의 과정으로 단정짓는 것은 잘못된 접근이다. 결국, 의료는 의료전문직의 주체적인 노력에 의해서 권위와 지위를 차지하게 되었으며 의료권력을 형성하게 되었고 의료의 사회화 과정을 통해 그 의료권력이 사회통합적인 역할을 행하게 된 것이다.

(3) 그러나 현대사회에 와서 탈전문화<sup>34)</sup>의 과정이 급속히 진행중이다. 특히, 미국을 비롯한 서구사회의 의사집단에 관한 연구들에 의하면, 최근까지 전문직으로 발전해 왔던 의료전문직이 이제는 쇠퇴하는 변화 추이를 보인다고 보고하고 있다.<sup>35)</sup>

즉, 신자유주의와 소비자시대를 맞아 근대사회에서 가졌던 전문직의 권위가 위협받고 있다 는 시각이다. 대중의 교육수준이 향상되면서 과거에는 전문직만이 소유할 수 있었던 전문지식 중 많은 부분이 점차 상식화됨에 따라 전문직의 가장 중요한 특징으로 지적되는 지식의 독점이 의미를 상실하고, 다른 한편으로는 대중의 권리의식이 증대되면서 전문직의 영역에도 소비자주의가 예외없이 적용되어 전문직과 고객과의 관계가 변질되고 있다는 점을 중심으로 하여 전개되고 있다.<sup>36)</sup>

그러나 탈전문화과정을 단순히 전문화의 쇠퇴니, 이제는 전문화는 필요없다는 식의 방식으로 접근해서는 안될 것 같다. 분명히 탈전문화과정이 시행되고 있는 것은 사실이나 현대산업사회가 발전하면 할수록 지식이 사회의 중요한 사회적 자원이 되고 있고 재화의 생산보다는 서비스의 생산이 위주가 되는 사회임으로 전문직의 특성이 전문적인 지식을 요하며 일정한 서비스를 제공한다는 측면에서 보면 다가오는 사회에서는 전문직의 지위는 더욱 상승할 여지가 있는 것이다. 실재로도 전문직의 종류나 수는 늘어나는 추세이며 의료의 영역도 마찬가지이다.

결국, 탈전문화는 기존의 독점과 이데올로기에 의한 권위와 자율성이 약화되어 가고 있으며, 의사의 권위가 환자와의 상호관계에 의한 신뢰와 믿음의 권위와 자율성으로 변화해 가고 있음을 의미한다. 이는 의료권력의 역할이 변화하고 있음과 의료전문직이 무엇을 지향해야 하는가를 나타내는 지표로 의료 사회화의 보다 진전된 발전이다. 그리고 원칙적인 부분에서도 의료와 같이 생명을 다루는 분야에서 전문성이 보장되지 못한다면 오히려 사회적 문제를 일으킬 수 있으므로 의료전문성은 유지될 필요가 있다.

바로 이러한 시각에서 이 논문은 한국의 한방의료에 대한 접근을 해 보았다.

### 3. 국가개입과 의료의 발전

많은 의사들은 국가의 개입이 의사들의 자율성을 해치는 것으로 인식하고 있다. 그러나 이런 현상은 현대산업사회에 들어와서 생긴 인식일 뿐이다. 의료의 사회화가 진전되면서 기존에는 개인의 책임이었던 건강과 질병에 대한 문제가 국민의 기본권이자 사회의 책임으로 간주되면서 의료에 대한 국가의 개입이 시작되었다.<sup>37)</sup> 국가의 개입이 시작된 지는 이미 오래 전부터 있어 왔으나 본격적으로 그 범위가 광범위해지고 확대된 것은 산업사회를 거치면서부터이다.

34) 이 용어는 전문직의 사회적 권위 또는 지위가 하락하는 현상을 설명하기 위한 개념으로 활용되어 왔다.

35) M.R Haug, "A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization", *The Milbank Quarterly* 66 : 48-56, 1988

36) 전병재 외 2인, *한국사회의 전문직업성 연구, 사회비평사*, 1995, p22

37) 편집위원회, *예방의학과 공중보건, 계축문화사*, 1995, p14

초창기의 국가의 의료에 대한 개입은 많은 나라들에서 매우 긍정적인 평가와 효과를 보았으며 지금도 선진복지국가의 대부분의 나라는 국가개입의 정도가 높은 편이다.<sup>38)</sup> 그런데 이상하게도 산업사회 후기로 넘어가면서 국가의 개입이 의료전문인의 자율성과 권위를 침해하게 되는 결과를 낳는 경우가 많아졌으며 더 나아가 재정적인 문제 등의 어려움에 봉착하게 되는 경우가 많아졌다. 그래서 오늘날의 대부분의 의사들은 국가의 개입이 의사들의 자율성을 해친다고 생각하게 되었다.

사실, 국가의 개입 자체는 중립적인 것이다. 문제는 개입하는 방식일 것이다. 국가개입의 일반적 분류를 보면 사회주의형, 자유방임형, 사회보장형으로 나누는데<sup>39)</sup> 모두 장, 단점이 있다. 여기서는 세가지 유형의 의료체계의 문제점을 통해 국가개입과 의료발전과의 관계를 해명해 보았다.

#### (1) 사회주의형(State Medicine Type)

구 소련 등 사회주의 국가가 이에 속하는데 모든 국가 체계가 국가소유로 되어 있기 때문에 의료체계도 국가가 재정과 수가, 인력 등 의료자원과 체계에 대한 대부분을 통제하고 관리한다. 국가가 관리함으로써 의료자원과 의료서비스의 균등분배와 균등기회를 보장한다.

장점으로는 효율성과 의료비의 절감 등의 효과와 진료의 계속성을 보장하고 총괄적 의료제공을 행할 수 있다. 그러나 관료체제로 인한 경직성으로 의료전문직의 자율성을 침해함으로써 의료수준의 저하 및 내용의 빈약함, 그리고 생산성이 저하되고 환자에 대한 책임성이 떨어지는 문제점 등을 안고 있다. 특히, 중앙집권적 방식은 다른 사회적 분야의 변동에 의해 의료분야가 영향받고, 좌우되는 문제를 발생시켰다. 사회주의의 붕괴는 국가의 지원에 의해 지탱되던 의료체계를 한순간에 무너뜨렸으며 이는 의료품의 부족과 의사들의 부족<sup>40)</sup>을 초래하였다.

#### (2) 자유방임형(Laissez-faire System)

자유방임형에는 미국, 일본 등이 속하는데 자유방임 체계는 의료의 책임을 개인이나 시장기능에 의거하는 체계로 자유기업정신에 바탕을 두고 개인의 능력과 자유를 존중하고 의료기관의 선택의 폭을 넓히며 의료기관간의 상호경쟁을 통한 서비스 향상 등을 목표로 한다.

이 체계는 환자의 선택권이 최대한 보장됨으로 환자 만족도가 매우 높으며 환자의 특성이나 의학적 필요에 따른 개별화된 의료서비스가 제공될 수 있으므로 의료의 기술력의 질적 성장이 보장되고 있다. 그러나 자원배분의 편중현상이나 과잉투자의 문제점이 있으며 의료의 남용이 의료비의 상승을 부추기는 문제점을 나았다. 미국의 경우는 세계 최고의 의료비 지출<sup>41)</sup>을 행하고 있음에도 불구하고 국민 대부분이 미국의료제도에 대해 불만을 표시<sup>42)</sup>하고 있으며 국가

38) 이기남 외 6인, 예방의학과 보건학, 계축문화사, 1996, p481-482

39) 전계서 p478-479

40) 의사들의 부족이란 국가에 의해 보장되던 의료체계가 붕괴됨으로써 의사들이 환자진료보다는 돈벌이에 나서면서 나타난 현상이다. 이는 의료품의 부족과 더불어 구 사회주의권의 심각한 의료문제를 발생시켰는데 이것은 의료인들의 환자에 대한 책임성이나 직업의 소명의식이 약하기 때문으로 미국의 개척기 시기의 의사들(돈보다는 환자를 돌보는 혼신과 봉사로서 환자로부터 신뢰 구축)과 비교하면 매우 큰 대조를 이룬다.

41) 진보의련 편집위, 미국의 보건의료제도, <보건의료의 전망>, 1996.4, p34

"1994년 총의료비는 약 5,835억 \$로 GNP대비 의료비 지출률 14%로 의료비 지출규모가 절대적으로나 상대적으로 타국가에 비해 크고 또한, 점치 증가하고 있다."

42) 진보의련, 각국의 의료제도(캐나다의 보건의료제도), <진보의련 연수교육 자료집Ⅱ>, 1997, p17

에서도 의료비의 과다지출과 국민 불만에 대한 해소책을 계속 연구<sup>43)</sup>하고 있다.

### (3) 사회보장형(Welfare State Type)

사회보장형은 복지국가형이라고도 부르는데 영국를 비롯한 서구 유럽의 대부분의 국가가 이 체계를 가지고 있다. 위의 두 가지의 장점을 혼합시킨 혼합형 의료체계로서 기본적으로 자유 시장의 체제를 인정하지만 국민의 기본권에 관련된 문제에 대해서는 사회가 책임지고 보장하는 체계이다.

복지국가의 형태를 지향하는 의료체계로 가장 이상적인 의료체계로 각광 받아왔고 실재로 많은 효과를 만들어 내었다. 대표적으로 영국 같은 나라는 '요람에서 무덤까지'라는 말이 나올 정도로 복지정책이 잘 되어 있었으며 세계적으로 인정받고 있었다.<sup>44)</sup> 사회주의형의 장점인 의료의 접근성이나 진료의 계속성, 환자의 만족도를 높일 수 있으며 또한 자유시장의 기능을 유지함으로써 적절한 동기유발도 만들어 내었다.

그러나 이 제도도 또한 의사와 환자의 선택권이 제한되고 의료인의 생산성이 저하되며 의료 조직의 대규모화로 관료화되는 문제점 등이 발생하였다. 영국 같은 경우는 이미 오래 전부터 재정적인 압박으로 보건의료분야의 재정적 지원을 삭감하고 있으며 이는 많은 환자와 의사로부터 불만을 자아내고 있는 실정이다.<sup>45)</sup>

이상의 경우를 고찰해 보면 인류는 사실상 모든 국가개입의 방법을 채택해 보았고, 시험해 보았지만 이상적인 국가개입을 아직 찾지 못했다는 것이 진실된 이야기 일 것이다. 현대사회에서 의료의 발전이란 단순히 의료의 질적인 발전이나 기술력의 발전만도 아니요, 건강의 기본권으로서의 사회적 공공성의 강화만도 아니다. 의료의 사회화라는 진전은 보다 질적이고 다양한 의료에 대한 요구와 사회적 기본권으로서의 이해 모두를 포함한다고 볼 수 있다. 이러한 이해와 요구는 형식적 형태를 갖춘다고 하여 만들어지는 것이 아니라 이를 행하는 주체자의 노력과 헌신에 의해서만이 이루어지는 부분이다.

자유방임형의 의료체계는 의료의 질적 성장과 선택의 자유를 보장하기는 하였으나 자본제적 사회에서는 국민들의 기본권이 침해당할 수밖에 없으며 사실상의 국가의 국민건강권에 대한 포기라고 밖에 볼 수 없다. 의료가 국민의 건강을 지키는 것을 그 사명으로 한다고 하였을 때 자유방임형의 의료체계는 심각한 문제가 있는 것이다. 그러나 그럼에도 불구하고 사회적 책임을 강화했다는 사회주의형이나 사회보장형은 문제가 없는가? 아니다. 의료제도에 대한 국민 만족도는 어느 정도 유지할 수 있을지 모르지만 다른 사회분야의 영향을 너무 쉽게 받기 때문에 항상 불안한 의료체계이며 의료를 시행하는 의사나 의료관리자가 관료화되는 문제점이 있

"1988년 Harris 여론조사결과에서도 잘 드러난다. 자기네 의료보장 제도에 호의적인 응답자가 영국과 미국의 경우 27%와 10%임에 비하여 … 영국과 미국의 응답자들이 28%와 61%가 각각 캐나다 제도를 선호하고 있는 것"

43) 진보의련 편집위, 미국의 보건의료제도, <보건의료의 전망>, 1996.4, p46

"의료비 절감은 미국의 중요한 관심사이고 의료비 절감을 위한 미국정부의 노력은 '70년대 초반 일 반물가와 더불어 의료수가의 동결', '1986년도에 Medicare에 DRG제도의 도입, 최근 RBRVS제도의 Medicare 적용 등이 있다. 또한 클린턴 대통령의 미국의료제도 개선안의 핵심은 서로 연관되는 일련의 대안들을 통하여 '보건의료비용의 통제'와 '의료보험의 국민개보협화'를 시행하려고 하는 노력으로 이해할 수 있다."

44) 진보의련, 각국의 의료제도(영국의 보건의료제도), <진보의련 연수교육 자료집 II>, 1997. p1

45) 진보의련, 각국의 의료제도(영국의 보건의료제도), <진보의련 연수교육 자료집 II>, 1997, p4-5

고 의료의 질을 보장하기가 어렵다. 그래서 영국이나 서구 유럽, 캐나다 등의 사회보장형을 추구하는 국가는 재정적 문제를 해결하면서 의료의 질을 높이는 방안으로 의사들의 경쟁성을 부추기고 있으며 인센티브제도를 적극적으로 도입하고 있다.<sup>46)</sup> 미국도 마찬가지인데 의료인 스스로가 국민들을 위한 제도를 도입하고 참여할 수 있도록 인센티브제도를 도입하고 있다.<sup>47)</sup>

결국, 그 형태가 무엇이든 간에 현재 의료계에서 나타나는 핵심적인 문제는 국민들이 만족할 수 있게 의료인의 도덕성과 자율성을 어떻게 향상시키느냐이다. 사회주의형이든, 자유방임형이든, 사회보장형이든 의료를 담당하는 의료전문인이 전문인으로서의 도덕성과 자율성을 보장하지 못하면 의료의 발전은 있을 수 없다는 것이며 그 도덕성과 자율성은 국민들의 만족도를 높이는 방향이 되어야 함을 이야기하는 것이다. 마치 미국 초창기의 의사가 그랬듯이 말이다.<sup>48)</sup> 그렇기 때문에 의료사회학의 중요한 과제 중 하나가 바로 전문직과 환자와의 관계라는 주제이다. 이 문제는 이 논문의 중심적인 지향이기도 하다.

의료는 사회화되면 될수록 더욱 전문화될 수밖에 없으며 다양화될 수밖에 없다. 그렇기 때문에 의료전문인의 자율성은 반드시 필요한 것이며 의료전문인이 의료의 주체자인만큼 의료전문인의 대중적 자율성이 보장되고 강화되는 방향으로 국가개입이 이루어져야 하는 것이다. 이 점을 보다 일반화시켜 생각해 보면 국가개입에 의한 의료체계의 변화가 긍정적이거나 부정적이라기 보다는 국가의 개입에 대하여 의사들이 어떤 전략을 구사하여 어떻게 반응하는가에 따라 달라질 수 있는 문제로 생각된다.

본 논문에서 다룬 국가개입의 대표적인 제도인 의료보험제도도 마찬가지로 얼마나 공공성을 강화하느냐, 국가가 얼마나 책임져야 하느냐의 문제가 관건이 아니라 과연 이 제도가 의료전문인의 조직성과 자율성에 어떤 영향을 미치며 후기산업사회의 전문화 지향점인 소비자 중심의 의료전문성에 어떻게 접근하느냐의 관점에서 바라보아야 하는 것이다.

## IV. 한방의료보험의 역사와 실태

### 1. 한방의료보험의 형성과정

우리나라는 1977년부터 의료보험이 실시되었으나 한방의료는 한약재 규격화와 수가체계의 기준 설정이 곤란하다는 이유로 의료보험급여에서 제외되었다. 이로부터 10년간 한방의료보험의 조기실시문제를 가지고 대한한의사협회 및 개업 한의계, 한의대생들은 의료법상 의료인 자격이 동등하고 환자진료의 사명이 있다는 점등을 들어 정부에 진정을 내는 한편, 국민여론조사와 서명운동을 전개하면서 한방의료보험 조기실시를 촉구하였다.<sup>49)</sup>

국민들과 한의학계의 강력한 요구로 한방의료보험을 더 이상 유보하기가 어려워진 정부는 1984년 12월 1일부터 1986년 11월 30일까지 2년간 충청북도 청주시와 청원군 지역을 대상으로 한 시범사업을 거쳐 1987년 2월 1일부터 전국적으로 시행하였다.<sup>50)</sup>

46) 진보의련, 각국의 의료제도, <진보의련 연수교육 자료집>, 1997

47) 진보의련편집위, 미국의 보건의료제도, <보건의료의 전망>, 1996.4, p34-49

48) 폴스타, 이종찬.윤성원 역, 의사 국가 그리고 기업(미국의료의 사회사), 명경, 1994

49) 송경섭, 한의학의 발전과정과 사회기여도에 관한 연구, 경산대 보건학과 대학원 박사학위논문, 1995, p96

시범사업 당시 급여범위는 침, 구, 부항, 및 단미엑스산제 98종으로 구성된 63개 처방이었다. 시범사업은 매우 활발하게 진행되었으며 지역주민의 호응도 매우 좋았다. 보험 실시후 하루 이틀간은 평균 30%의 환자만 의료보험카드를 소지했는데 약 일주일을 경과하면서 내원환자가 계속 늘어나 약 2배의 환자가 한방의료를 이용하는 성과를 나았다.<sup>51)</sup>

그러나 시범사업의 결과가 매우 만족스럽게 나왔음에도 불구하고<sup>52)</sup> 전국확대 실시는 이루어지지 않았다. 시범사업이후 1년 6개월이 지나도 정부는 미온적인 태도로 일관하였다. 이에 한의계가 결기하였다. 전국 한의과 대학생들을 중심으로 “국민은 저렴한 한방의료혜택을 받을 권리가 있다”는 제하의 성명서를 발표하고 자퇴투쟁 등 100여일 이상의 시위를 전개하였으며 개업한의사들도 이에 동조하여 “한방의료보험을 즉각 전국적으로 확대 실시하라”는 구호를 외쳤다. 국민들의 호응도 조사결과 매우 높게 나오기도 했다.<sup>53)</sup> 그리하여 1987년 2월 한방의료보험의 전국확대가 이루어지게 되었다. 한방의료보험은 처음부터 양방이나 치의계와 달리 정부의 보건정책에서 소외되어 있었던 것이다.

전국 확대 실시시에 당연히 들어갈 줄 알았던 첨약이 제외되고 진찰, 입원, 침, 구, 부항에 한정되었다. 이유는 첨약의 경우 국민들의 선호도는 높지만 규격, 가격, 등급 등의 관리 문제와 한약업사들의 참여문제 때문이었다.

첨약이 빠진 이유를 보다 구체적으로 보면 정부 입장에서 시범실시 기간 중 약제의 규격화와 가격, 유통과정의 문제점, 엑스산제가 장차 한방의료보험의 전국확대 실시에 유리하다는 판단, 타 단체의 반대(의협과 한약업사회의 첨약급여 반대와 약협의 복합엑스산제에 단미엑스산제를 첨가하는 것에 반대)등과 한의계에서 조차도 첨약이 급여에 포함되는 것에 대하여 반발하였기 때문이었다. 그러나 이는 표면적인 이유이고 근본적인 이유는 비제도권 의료로서만 존재했다는 데 이유가 있다. 정부는 기본적으로 한방의료에 대한 큰 관심이 없었고, 한의계는 비제도권의 장점에 안주해 있기를 바랬던 것이다.

비록 첨약이 빠진 상태였지만 한방의료보험은 그 이후로도 계속적인 발전과 변화를 해 왔다. 첨약 대신 1987년 4월 1일부터 68종의 단미엑스산제로 조제할 수 있는 26개 처방을 보험급여에 포함시켰으며 그후 1989년 9월 1일부터 10개 처방, 1990년 2월 1일부터 20개 처방이 더 추가되어 현재 68종의 단미엑스산제로 조제 가능한 56개 처방에 대해 급여가 제공되고 있다.<sup>54)</sup>

그리고 1993년부터 노령 의료보호 대상자들의 소망이었던 한방의료보호를 한방의료보험급여와 동일하게 실시하여 저소득층의 의료비 부담을 다소나마 경감시켜주었으며<sup>55)</sup> 1997년 9월부터 경락 기능 검사 실시, 레이저 침의 인정, 물리요법의 비급여 인정 등 한방의료보험급여범위가 다소 확대되었다.<sup>56)</sup>

첨약의료보험에 대한 요구는 그 동안 계속 잠복해 오다가 1993년 한약분쟁을 계기로 다시 수면위로 떠오르게 되었는데 이것은 한의사와 약사의 한약조제에 대한 이익을 차지하려는 과정<sup>57)</sup>에서 자연히 요구되게 되었다.

50) 이원숙, 한방의료보험의 현황과 과제, <의료보장>, 의료보험연합회, 제41호, 1991 10, P4-5

51) 대한한의사협회, <대한한의사협회 40년사>, 1989, p316

52) 전개서, p317

53) 대한한의사협회, <대한한의사협회 40년사>, 1989, p320-323

54) 보건복지부, <보건복지백서>, 1997, p229-230

55) 보건사회부 기획관리실 기획예산담당관실, <93년도 10대 역점 사업>, 1993.7.

56) 송재성, 한방의료정책의 과제, <원광대 한의대 개교 25주년 기념식 및 국제학술회의 발표자료집>, 1997, 11. 6, p16-19

## 2. 한방의료보험의 현황과 실태

이어서 한방의료보험의 실적과 현황에 대해 간략히 살펴보자. 한방의료보험 요양기관<표 1>은 실시초기인 1987년보다 2배 이상 증가했는데 해마다 10% 정도씩 꾸준히 증가하다가 1995년 갑자기 30%가 증가한 양상을 보이고 있다.

<표 1> 한방의 의료기관의 의료보험 요양기관 지정 현황

연도	총계	한방병원	한의원
1988	2,760	-	2,760
1990	3,200	-	3,200
1992	3,771	42	3,729
1995	4,967	67	4,900
1996	5,813	70	5,743

출처 : 한국한의학연구소, 한방의료보험 활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여 확대 모형 개발, 1996.1, p10

의료보험 참여율<표 2>도 초기에는 분기평균 40%정도에서 머물다가 1996년도에는 50%를 넘어섰고 현재 연간 한번이라도 의료보험을 청구하는 한방의료기관은 78%에 달하고 있다.

이는 한방의료에서 점점 보험영역이 확대되고 있음을 의미한다.

<표 2> 한방의료기관 의료보험 참여율

연도	지정기관수	청구기관수		청구율	
		분기평균	년간	분기평균	년간
1992	4,115	1,632	-	39.7%	-
1994	4,967	2,231	3,516	47.4%	70.8%
1996	6,037	3,138	4,746	52.0%	78.6%

출처 : 청년한의사회, 첨약의 의료보험 적용모형 및 실시방법에 관하여, <첨보에 대한 토론회 발표자료>, 1997.11.9, p14

이에 따라 의료보험 진료실적<표 3>을 보면 한방진료건수가 전체 의료보험 진료건수에 비하여 1990년에 1%에 불과하던 것이 1996년 현재 한방진료건수는 총 약 1천만 건으로서 전체 진료건수의 84,566천 건의 12%에 이르고 있다.

&lt;표 3&gt; 한방의료보험 급여 실적 : 1996

구분	진료건수 (천건)	총진료비 (백만원)	보험자부담진료비 (백만원)	건당진료비 (원)	건당진료일수 (일)
한방	10,109	207,472	131,824	20,522	2.89
전체	84,566	7,423,716	4,821,387	87,786	

출처 : 보건복지부, 『보건백지백서』, 1997, p230.

진료비 총액<표 3>을 보면 한방은 2,074억원으로서 전체 진료비 7조 4,237억원의 2.8%이다. 보험자 부담 진료비에서도 한방의료보험은 1,318억원으로 전체의 2.7%에 불과하다. 이렇게 한방의료보험의 건수로는 12%를 차지하지만, 진료비로는 2.8%만을 차지하고 있는 것은 현재 한방의료보험의 비정상성을 단적으로 나타내고 있다고 보여진다. 한방진료의 상당 부분이 의료보험의 급여 대상이 되지 않고 있기 때문이다. 첨약이 가장 대표적이다. 건당 투약료 부문<표 4>이 현저하게 감소 현상을 보이고 있는 것이 이를 증명한다. 엑스산제의 약제급여가 한의사들과 국민들사이에 호응이 거의 없으며 문제점이 개선되지 않는 한 투약료는 계속 줄어들 것이다.

&lt;표 4&gt; 연도별 한방진료 5대분류별 의료보험 건당금액 및 금액 구성비(단위:원)

연도	계	진찰료	입원료	투약료	시술료	검사료
1994	15,627	7,789	570	4,343	2,913	12
1995	19,437	7,585	565	2,589	8,256	442
1996	20,627	8,292	812	2,154	8,969	400

출처 : 한국한의학연구소, 한방의료보험활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여 확대 모형 개발, 1996.1, p14

한방의료보험의 문제점<sup>58)</sup>에 대해 보통 (1) 한의학의 특성이 제대로 반영되지 않은 점, (2) 한의학에 대한 현대과학의 접목이 제한되고 있는 점, (3) 의료보험 급여가 극히 제한된 점, (4) 수가 구조가 양방 중심으로 되어 있는 점 등을 들고 있다. 한방의료보험의 문제점으로 위와 같은 문제들을 지적할 수 있지만 막상 주요하게 논쟁이 되는 것은 의료수가의 문제이다. 첨약에 대한 의료보험 실시도 수가책정의 문제에서 정부와 한의계가 마찰을 빚고 있다.<sup>59)</sup> 의료수가를 기준 관행대로 유지시켜 달라는 것이 한의계의 입장이며 양방과의 형평성상 그렇게 할 수 없다는 것이 정부의 입장이다.<sup>60)</sup> 현재 한의계에서는 의료수가를 어떻게 책정하느냐의 문제를 첨약뿐만 아니라 한방의료보험의 문제점을 해결할 수 있는 중심적인 문제로 인식하고 있는 실정이다. 그러나 결코 의료수가의 문제는 한방의료보험의 핵심적인 문제가 아니다.

58) 송재성, 한방의료정책의 과제, <원광대 한의대 개교 25주년 기념식 및 국제학술회의 발표자료집>, 1997, 11. 6, p16

59) 청년한의사회, 첨약의 의료보험 적용 모형 및 실시 방법에 관하여, <첨약의료보험 실시방법에 대한 대토론회 발표자료집>, 1997.11.9, p26-27

60) <첨약의료보험 실시방법에 대한 대토론회 발표자료집>, 1997.11.9, p26-27

## V. 한방의료보험에 대한 의료사회학적 연구

의료보험이 실시된 지 15년이 지나면서 의료체계는 많은 변화를 맞고 있다. 이제 의료보험제도가 의료체계에 미친 영향을 체계적으로 분석할 필요가 있게 되었다. 의료보험제도는 건강과 질병에 대한 부담을 사회적, 국가적으로 함께 부담해 가고 대처해 가는 의료제도로 현재 가장 많은 국가에서 시행하고 있는 사회보장제도이다.<sup>61)</sup> 의료보장제도가 모든 문제를 국가의 재원과 책임 하에 둘으로써 의료의 사회화의 진전<sup>62)</sup>이라는 취지에 맞지 않은 반면, 의료보험제도는 국가기관만의 책임이 아닌 가입자의 사회적 책임이라는 점에서 의료의 사회화의 질적 성숙에 합당한 제도라고 볼 수 있다.

그렇기 때문에 의료보험에 대한 연구는 보건의료에 대한 연구의 직접적 접근이며 의료연구에서 매우 중대한 부분을 차지한다. 세계의 의료역사 속에서 의료보험제도의 형성과 발전이 각 국가의 의료체계의 변화와 성립에 중심적인 위치를 차지하고 있다는 것은 이미 확인된 사실<sup>63)</sup>이며 한국도 전국민의료보험의 실시로 한국의료체계가 완전히 그 체계를 달리<sup>64)</sup>하게 되었다.

그러나 의료보험의 이런 사회적 의미에도 불구하고 기존의 의료보험에 대한 학계의 논의는 보험조직의 운영방식, 보험 수가와 급여 내용, 보험제 도입의 정치경제적 과정과 배경 등에 집중되어 있었다. 이러한 논의가 의료보험제도의 도입과 운영에 현실적으로 중요한 주제임에는 틀림없으나 의료보험제도가 국가 보건 정책, 의료인 및 의료조직, 또는 국민들의 보건행동에 미친 영향과 같은 사회학적 연구가 이루어지지 않는다면 의료보험제도의 진정한 의미를 제대로 밝힐 수 없을 뿐만 아니라 의료체계의 형성에 대한 본질을 찾고 앞으로 나아가야 할 방향을 잡는데 있어서 매우 잘못된 경로를 걸을 수 있다.

이 논문은 위와 같은 의미에서 한방의료보험제도의 실시가 의료조직과 의료과정에 어떤 영향을 미쳤는가를 연구해 보고자 한다. 이를 위해 한방의료보험 실시 이전과 실시 이후로 나누어 고찰해 보았다.

### 1. 한방의료보험 실시 이전의 한방의료체계

#### (1) 일제시기의 한방의료체계

일제시대에 한의학은 거의 억압적인 상태에 있었다. 국가는 한의사들의 지위를 체계적으로 하락시켰다. 조선조 말 일본이 한국을 보호국으로 만들면서 당시까지 관료제내에서 치료자로 인정받던 한의사들을 추방하고 한의사들의 교육기관마저 폐지하였다. 한의사들이 독자적으로 학교를 세워 운영할 재정 능력이 없었기 때문에 국가가 운영하던 한의학교의 폐지는 한의사의 충원이나 한의학의 재생산 능력의 파괴를 의미하였다. 일제 초기 국가는 한의사를 포함한 모든 의료요원의 등록을 받았다. 국가는 한의사들이 자격이나 능력면에서 여러 계층이 있음을

61) 문옥륜, *한국의료보험론*, 신광출판사, 1991, p55-68

62) 의료의 사회화는 단순히 공공성만을 이야기 하는 것이 아니라 의료의 책임과 권리에 대한 문제가 사회적 문제로 된다는 사실과 사회의 구성원이 각자가 각 부분에서의 책임이 있다는 점을 말한다.

63) 한국의료관리연구원, 각국 의료제도 비교연구, 1994

의료보험관리공단, 주요국 의료보장제도의 최근동향, 1994.4

64) 조병희, *한국의사의 위기와 생존전략*, 명경, 1994, p191-223

무시하였다. 2년 이상 시술한 한의사들은 학력이나 능력과 관계없이 동일한 면허를 받았다. 학력이나 경력면에서 의심이 가는 무능력자도 잘 훈련받은 한의사들과 동일한 면허를 갖게 되었다. 한의사의 공식 명칭도 醫員에서 醫生으로 변화하였다. 용어 자체가 수준미달의 치료자라는 의미를 내포하였다. 국가는 의사의 수가 증가하여 전국에 충분히 분포될 때까지 한시적으로 한의사들의 시술을 허용한 것이다.<sup>65)</sup> 한의사들의 수는 1914년의 5,827명에서 1943년의 3,337명으로 감소하였다. 다른 모든 의료요원의 수가 증가하였는데 한의사들의 수만 감소<표 5>한 것이다.

<표 5> 의료요원의 성장, 1915-1940

연도	양의사	간호사	산파	약사	한의사
1915	954	215	517	63	5,804
1920	1,111	609	606	93	5,476
1930	1,972	1,120	1,251	234	4,594
1940	3,660	2,098	2,116	598	3,604

출처 : 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p101

지위가 하락한 한의사들은 의사들의 세력이 강한 도시지역을 벗어나 농촌지역에서 명맥을 유지하였다. 일제는 억압정책을 합리화하기 위하여 식민지 체제가 한국을 문명화한다는 이데올로기를 전파하였다. 일제는 한국인들은 미개하고 자체 개혁의 능력이 없기 때문에 한국인에게는 근대적인 문화와 기술을 보급하는 외에도 훈육적인 방법을 적용할 필요가 있다고 주장하였다. 보건정책의 경우도 근대적인 형태의 인력과 시설을 확대하여 한국인이 새로운 의료체계에 적응하는 것이라고 보았다.<sup>66)</sup> “조선의 의학은 조잡하고 의사들은 희귀하고 때문에 우리는 의료시설을 설치하고 의사를 공급하여 국민들이 문명적인 의료에 의존할 수 있게 하며 위생이 무엇인지를 이해할 수 있게 한다.”<sup>67)</sup> 바로 이것이 식민지 국가의 주장이었다. 이런 와중에서도 활발하지는 못했지만 1930년대에 몇몇 한의사들은 한의학 부흥운동을 전개하기도 하였다.<sup>68)</sup>

이에 반해 양의사들은 국가의 적극적 지원을 받아 육성되었다. 국가는 병원을 세우고 의사들을 교육하여 의료체계를 주도적으로 만들어 나갔으며 국가와 의사들만이 절대적인 권위를 행사하며 특권을 누릴 수 있었다. 그러나 이 특권은 양의사들이 쟁취한 것이 아니라 국가가 만들어 준 것이었다. 양의사들은 국가에 의존하기만 하면 되었기 때문에 이익집단으로 조직화되어 단결할 필요가 없었다. 또한 양의사들의 시술형태도 지역사회의 일원으로서 지역사회의 보건문제 해결에 능동적으로 나서기보다는 의학지식을 가지고 자신의 병원을 방문하는 환자를 치료하는데 국한하였다.<sup>69)</sup>

## (2) 해방 후 한방의료체계

일제시대와는 달리 새 국가는 변화된 사회경제구조하에서 양의사들의 권익만을 보호하기 어

65) 이종형, 동의학사, <한국현대문화사대계IV>, 고려대 민족문화연구소, p737-878

66) 조선총독부, <조선위생요람>, 1929

67) 조선총독부, <조선총독부구제기관>, 1913

68) 대한한의사협회, <대한한의사협회40년사>, 1989, p38-45

69) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p105

려웠다. 새 국가가 당면했던 시급한 과제중의 하나는 의료요원을 확보하는 것이었다. 일제말기에 한반도에서 활동하던 의사수의 절반을 차지하던 일본인 의사의 귀국으로 인한 의사부족과 6.25로 인한 의료요구의 급격한 증가는 정부로 하여금 이용 가능한 모든 의료인력을 동원하게 만들었고 한의사들은 이러한 상황에서 의사와 법적으로 동등한 지위를 확보할 수 있었고 한의학 교육기관을 정규대학으로 공인받을 수 있었다. 이 과정에서 일부 한의사들의 지위상승을 위한 결집된 노력이 있었던 것은 한의사제도의 국가공인에 영향을 준 중요한 요인 중의 하나였다. 일제하에서 공식적인 교육기관을 갖지 못하여 급속하게 몰락했던 한의학은 일제말기 경기도에 강습소가 개설되어 수백 명의 신진 한의사가 배출되었다. 이들은 해방 이후 한의학의 공인을 위하여 매진하였으나 미군정하에서는 군정당국을 설득할 수 없었다. 대부분의 미군 관료와 한국인 의사출신 관료들은 퇴락한 한의학을 비과학적이라 배척하였다. 그러나 전쟁 중 부산 임시수도에서 열린 국회에서 한의사들은 국회의원들에 대한 로비와 선거구민의 서명을 받는 청원, 그리고 언론을 동원한 여론조성작업 등으로 국민의료법 조항에 한의사의 지위를 의사와 동등하게 만드는데 성공하였다. 한의사들은 자신들의 열등한 사회적 지위를 개선하기 위하여 내부적으로 단결하였고 이를 근거로 자신들의 목적을 성취하였다.<sup>70)</sup>

그런데 중요한 사실은 양의사들이 한의사제도의 공인을 방지하지 못하였다는 점이다. 한의학은 양의학과는 병인론과 치료방식을 달리하는 대안적 의료체계를 갖기 때문에 한의사의 지위상승은 의사의 혜개모니와 대립될 수 있다. 그럼에도 불구하고 양의사들이 한의사의 지위상승을 방지하지 못한 것은 당시의 상황이 의사에게 매우 불리하게 전개되었기 때문으로 보인다. 우선 6.25라는 비상상황하에서 양의사들이 조직적으로 대응할 수 없었으며 국회의 의료법 안 심의과정에서 국회의원들이 한의사를 지지한 점도 양의사들에게 불리하게 작용하였다.<sup>71)</sup> 심의과정에서 국회의원들은 의사들이 이윤만 추구하고 국민의 건강을 증진시켜야 할 책무를 망각하고 있다고 비판하였다. 더욱이 양의학은 외국산 의약품에 의존해야 하고 한의학은 국산 약초를 사용한다는 점도 지적되었다. 의원들은 한의학이 수천년동안 민족문화에 결합되어 있었는데 일제에 의하여 억압받아 발전할 수 없었다고 생각하여 동정심을 느꼈다.

이 시기의 가장 큰 논쟁은 한의학의 발전을 위해 무엇을 하느냐였다. 양의사들은 과학적 의학의 방법론에 기초하여 양의학을 먼저 공부한 후 한의학을 전문분야로 선택해야 한다고 주장했고<sup>72)</sup> 한의사들은 한의학과 양의학의 통합은 한의학을 발전시키기보다는 오히려 소멸시킨다고 주장하였다.<sup>73)</sup> 한의사들은 양의학이 혜개모니를 장악하고 있고 한의학이 퇴락하고 있는 상황에서 양의학과 한의학의 접목이란 결국 한의학의 소멸이라고 보았다. 이 논쟁은 오늘날까지도 계속되는 평행선과도 같은 핵심논쟁이다.

그러나 한의사의 지위가 상승할 수 있었던 것은 근본적으로 의료전문직의 존립기반이 전통적으로 국가권력에 의한 보호였던 상황에서 국가가 자신의 존립이 위태로워지거나 아니면 나름의 정치적인 목적으로 의료체계의 변경을 시도할 때 양의사들이 이에 대항할 대내적인 단결력이나 기타 대응수단이 부재하였던 점을 지적할 수 있다. 한의사들은 양의학의 단점을 역설하고 양의학의 수용을 거부하는 논조를 보였으나 그들이 양의학의 지식을 다소라도 갖추지 않는 한 살아남기 어렵다는 것을 알고 있었으며 이를 위해 일제시기에는 한의학강습소를 개설하

70) 이종형, 동의학사, <한국현대문화사대계>, 고려대학교, 1977

71) 대한의학협회, <대한의학협회70년사>, 1979, p88-89

72) 대한의학협회, 의료일원화에 대한 제안, <의협신보1079호>, 1977

73) 대한한의사협회, <대한한의사협회 40년사>, 1989, p72-75

여 양의학의 기초를 가르쳤고 해방 후에도 동양의학대학이나 교육기관을 통해 양의학의 기초를 가르쳤다. 이 부분은 양의학의 발전과 비교해 시사하는 바가 큰데 양의학에서는 현재에도 교양수준을 제외하고 한의학이 커리큘럼에 들어 있지 않은데 반해 한의과대학에서는 예과1, 2 학년을 중심으로 하여 상당 수준의 양의학의 의학 지식을 배우고 있다. 결국, 한의사들은 학문 이론적인 부분에 있어서도 자신을 변화시키며 현실 속에서 살아남을 수 있는 다양한 방법을 끊임없이 모색하며 대처해 왔던 것이다.

한의사들은 조직적이고 활발한 활동을 통해 일제시기에 거의 소멸되어 가던 한의학을 양방 의학과 동등한 위치와 지위를 차지하게 한 반면 과거 일제하에서 국가의 보호 아래 순치되었던 양의사들의 정치적 무관심은 양의사들로 하여금 개인의 진료실을 지키는데만 안주하도록 하였으며 의료체계 전체가 관련되는 정치적 사안에는 둔감하도록 하였다. 나쁜 조건에 있기 때문에 생기는 투쟁의 과정이라고 판단 할 수도 있으나 많은 다른 나라에서 산업화과정을 거치면서 전통의학이 서양의학에 의해 소멸되고 퇴보되어가는 역사적 사실을 보더라도 양의사와 한의사의 대응은 매우 큰 차이를 보인다. 물론, 당시의 상황이 한의학이 위낙 후진되어 있었기 때문에 한의학의 공인이 실질적으로 의료나 양의사에 미치는 영향이 크지는 않았지만 장기적으로 이원적 공급체계의 확립이라는 중대한 효과<sup>74)</sup>를 가져오게 된 것이다. 갈등론적 관점에서 보면 한의사들은 자신의 지위를 찾기 위한 나름대로의 노력을 전개한 것이며 이는 성공적인 활동이었다.

한의사의 지위가 법적으로 양의사와 같아졌다고 하여도 국가는 한의학에 계속적으로 무관심하였고 보건행정은 양의학 중심으로 진행되었다. 정부내에는 한의학을 담당하는 부서도 없었고 한의사들은 군의관으로 임용되지도 않았으며 한방병원을 설치하지도 않았다. 한의사의 수도 매우 느리게 증가하였는데 양의사 수가 1955년에서 1980년 사이에 4배 증가하였는데 비해 한의사 수는 1.5배 증가<표 6>하였다 뿐이다.

<표 6> 양의사, 한의사, 약사 수의 증가

연도	양의사	한의사	약사
1955	6,141	2,078	1,304
1965	10,854	2,849	10,028
1980	22,564	3,015	24,370

출처 : 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p128

그러나 한의학은 양의학과 같은 경로로 점차로 발전하여 나갔다. 대학교육을 이수한 한의사들이 구시대의 한의사들을 대체하였고 그들은 점차로 도시로 집중하였다. 1970년대 경제발전이 이루어질 즈음에는 한의사들은 양의사들과 마찬가지로 실험을 통한 연구를 하고 학술잡지를 통하여 결과를 발표하기에 이르렀다. 현대화된 한방병원이 전립되었고 진단장비도 현대화되었으며 진료시 간호사의 보조를 받는 등 외형상 양의사와 다름없는 모습을 보이게 되었다. 그에 따라 한방시술비용도 높아져 양의사들의 진료비를 초과하기까지 하였다.

결국, 한의사들은 양의사처럼 국가적 원조나 도움을 받지 못하고 오히려 억압과 무관심을

74) 이원적 공급체계의 확립이란 한의학의 독자성이 제도적으로는 미진하더라도 사회적으로 인정됨으로써 의료에 있어서 독자적인 의료권력을 형성하게 되었다는 의미이다.

받았으나 자체적인 노력으로 매우 빠르게 성장해 나갔으며 현재는 상당부분 양의사와 어깨를 나란히 할 수 있는 위치까지 발전하였다. 이는 매우 시사하는 바가 큰데 의료체계가 어떻게 발전하고 변모해 가는 가를 보여주는 중요한 예라 할 수 있다.

## 2. 한방의료보험실시 이후와 한방의료체계

### (1) 국가의 개입과 한방의료보험의 문제점

한방의료에 대한 의료보험은 1987년부터 적용되기 시작하였다. 위에서 살펴보았듯이 급여 범위가 진찰, 입원, 검사(양도락, 맥진도), 조제, 침, 텁, 부항 및 69종의 단미엑스산제로 조제되는 56처방으로 한정되어 있다. 그리고 진료비 총액에서 한방이 2,074억 원으로서 전체 진료비 7조 4,237억 원의 2.8%이며 보험자 부담 진료비에서도 한방의료보험의 1.318억 원으로 전체의 2.7%에 불과하다.<앞표 3> 특히, 건당 투약료 부문<앞표 4>이 현저하게 감소 현상을 보이고 있는데 엑스산제의 약제급여가 거의 활용되지 못하고 있으며 문제점이 개선되지 않는 한 투약료는 계속 줄어들 전망이다. 이는 매우 안타까운 일이며 불합리한 일이다. 의료보험이라는 것은 국민들의 기본권인 건강을 국가나 사회에서 책임져 주고 공동으로 대처한다는 공공성의 의미도 있지만 의료체계를 대중적 의료체계로 만들어 간다는 것에도 의미가 있는 것이다. 이런 취지에서 한방의료보험을 바라본다면 현재 진행되는 한방의료보험은 비정상적인 모습을 하고 있다. 절름발이 보험인 것이다. 그 시행자(한의사)가 국민들에게 실질적으로 의료보험의 범위를 활용하지 못하는 것은 이미 의료보험으로서의 의미를 상실한 것이며 더 나아가 국가적, 사회적 낭비인 것이다.

정부는 1987년도의 한방의료보험의 확대 실시부터, 아니 그 이전부터 한방의료서비스에 대한 관심이 없었으며 한의계와 국민의 반발에 못 이겨 한방의료보험을 실시함으로써 태생적인 역사적 한계를 가지고 있는 것이다. 정부는 건국 초부터 한의학을 비과학적인 민간의 의술로 생각해 왔으며 한의사를 한국의 의료인으로서보다는 과거부터 있어왔던 민간의 의술자 정도로 여겨왔다. 이러한 측면을 이데올로기와 제도적 측면으로 잘 밝힌 것이 서75)의 논문이다.

“의료행정의 초기에 양방의 의료전문직에게 권력을 부여한 것은 국가는 정치적 조직이었지만 국민들이 서양의학을 과학적이고 정통적인 것으로 믿게 만드는 것은 그들이 만들어 낸 이데올로기였다. 이들은 한의학을 비과학적이라고 하여 멸시함으로써 같은 경쟁적 관계에 있는 한의사들을 배제시켜 결국 이들이 오늘날 한국보건의료의 권력을 행사하는 보건의료권력의 엘리트 계층을 형성하게 된다. 여기서 시작된 차별은 오늘날까지도 한의학의 발전을 가로막는 커다란 장애요인으로 작용하고 있다.”

그러나 정부와 양의학계의 이런 이데올로기적, 제도적 배제는 그리 성공한 것처럼 보이지는

75) 서동진, 한방의료의 구조적 갈등에 관한 의료사회학적 연구, 원광대 한의과대학원 석사논문, 1994, p24-25

않는다. 아니 더 솔직하게 이야기하면 한의학을 배제하려는 노력이 그리 강하지 못했다고 평가하는 것이 옳을 것이다. 자신의 전통의학이 서양의학에 의해 파괴되고 흡수되는 다른 여러 나라의 경우를 보더라도 이를 잘 알 수 있다. 정부와 양의학계는 서양의학적 패러다임을 구축하고 알리고 이를 통해 새로운 보건의료체계를 만드는데 일조하기는 하였으나 이것이 다른 경쟁상대를 배제하고 파괴하는데 까지는 미치지 못했다. 다른 나라와 다르게 약사의 지위가 매우 중요하게 자리잡고 있는 현실도 이러한 과정에서 비롯된 것으로, 위에서도 보았듯이 정부에게 가장 중요했던 보건의료정책의 방향은 의료인력을 빨리 육성하는 것이었고 또 정책 결정의 가장 중요한 영향 요소는 보건의료의 정치적 필요성<sup>76)</sup>이었다. 이 속에서 양의사들은 자신의 사회적, 경제적 지위를 보장받을 수 있었으며 다른 경쟁공급자와 크게 갈등하고 대립할 필요를 느끼지 못했다. 조<sup>77)</sup>는 한국의 양의사들에 대한 의료사회학적 고찰을 매우 잘 설명하고 있다.

“한국의 의사들은 그들의 생존기반이 국가에서 시장으로 바뀌는 사회경제적 여건에서 한편으로는 전문의 제도를 도입하여 지식을 환자에게 제공하였다. 의사들은 개인의원을 만들어 생산기반과 시장능력을 확보하는데는 노력을 집중하였지만 그러한 생산방식을 원활하게 운영하는데 필요한 사회적 관계의 형성이나 조직의 개선에는 등한히 하였다. … 그러나 의사들은 의료의 사회적 성격을 도외시하고 국민의 의료욕구를 충족시키지 못함으로써 약사, 한의사 등의 경쟁자가 등장하는 계기를 만들어 스스로 사회경제적 기반을 축소하였다.”

결국, 한방의료보험이라는 국가의 개입은 한의학을 육성하기 위한 지원이나 보조가 아니라 한의계와 국민들의 저항에 못 이겨 끌려가는 형식의 제도임을 알 수 있다. 그렇기 때문에 한방의료보험은 한방의료서비스의 본질적 특징을 잘 반영하지 못했으며 한의계는 의료보험에서 사실상 벗어나<sup>78)</sup> 있었다.

현재 의료수가의 문제가 한방의료보험이나 첨약의료보험 실시의 가장 중요한 문제인 것처럼 여겨지고 있는데 한의계가 한방의료보험으로부터 사실상 벗어나 있다는 측면에서 보면 결코 핵심적인 문제가 아니다. 근본적인 문제는 아직까지도 의료의 사회화에 한의학이 완전히 결합하지 못했다는 점이며 이런 측면에서 한방의료보험에 접근해야 할 것이다. 첨약이 의료보험 규정항목에서 빠진 점, 엑스산제에 대한 효능의 불확신, 침, 구, 부항 시술료의 낮은 수가 책정, 자유로운 처방구성을 인정하지 않는 점, 다양한 침구시술 내용의 불인정 등의 모든 문제는 바로 여기에서 기인하고 있는 것이다.

한마디로 한방의료보험은 국가의 도움에 의한 제도가 아니라 마지못해 이루어진 절름발이

76) 김록호, 한국의료보장제도의 정치경제학적 이해, <한국의료보장연구>, 1989, p165-166

77) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p141

78) 사실상 벗어나 있다는 표현은 한의학의 기본 체계와 한방의료보험의 적용범위와 방식이 달라 의료보험 활용도가 적다는 의미뿐 만 아니라 보험 청구하는 방식 따로 진료 따로 하는 식으로 제대로 활용되지 못하고 있다는 뜻이다. 이것이 가지는 의미는 한방의료체계가 한방의료보험으로부터 거의 영향을 받지 않고 전통적 시술 방법을 고수하였으며 이를 통해 독자적인 학문 체계를 이룰 수 있었다는 사실이다.

제도이다. 이는 국가가 한방의료서비스에 대해 아직까지도 그 실체를 인정하지 않고 있다는 반증이며 이는 국가의 의료정책이 양의학적 패러다임속에서 여전히 존재한다는 이야기이다. 그러므로 단순히 국가로 하여금 한방의료보험의 발전을 촉구하는 방식이나 의료수가의 조정에 의한 접근방식은 결코 근본 해결점이 될 수 없으며 한의계가 한방의료서비스에 대한 의학으로서의 과학성<sup>79)</sup>을 확실히 증명하는 것이 근본적인 해결책이다.

### (2) 한방의료보험과 한의사의 지위 향상

그러나 한방의료보험의 한의계의 발전에 방해만 되었던 것은 물론 아니다. 국가개입에 대하여 주체자가 어떻게 대응하느냐에 따라 긍정적으로도 부정적으로도 결정되는 것처럼 한의계는 한방의료보험을 통해 내적인 새로운 변화를 일구어내었다.

위에서 살펴보았듯이 한방의료보험 전국확대 실시 이후 한방의료보험 요양기관<앞표 1>은 실시초기인 1987년보다 2배 이상 증가했으며 의료보험 참여율<앞표 2>도 초기에는 분기평균 40%정도에서 머물다가 1996년도에는 50%를 넘어섰고 현재 연간 한번이라도 의료보험을 청구하는 한방의료기관은 78%에 달하고 있다. 이는 한방의료에서 점점 보험영역이 매우 중요한 부분으로 확대되고 있음을 의미한다.

<표 7> 전국 한의과대학 현황

설 치 대 학	설 립 년 도	정 원
경 희 대	1965	120
원 광 대	1972	100
동 국 대	1978	80
경 산 대	1980	120
대 전 대	1981	80
동 의 대	1987	50
우 석 대	1987	30
상 지 대	1987	60
경 원 대	1990	30
세 명 대	1992	40
동 신 대	1992	40

출처 : 한국한의학연구소, 한방의료보험활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여 확대 모형 개발, 1996.1, p21

또한, 한방의료보험 실시 이후 한의과대학이 2배이상 신설되었으며<표 7> 한의사의 숫자도 1986년을 기점으로 하여 급속한 증가<표 8>를 보이고 있다. 그리고 한의원이나 한방병원도 1980년 이후 한의원이 2.7배, 한방병원이 8배가 증가<표 9>하였다.

79) 여기서의 의학의 과학성은 학술적인 분야에서의 과학성만을 이야기 하는 것이 아니라 현대사회에서 의료가 갖추어야 할 전문성, 논리성, 합리성, 대중성, 자율성, 도덕성 등의 모든 면을 이야기 하는 것이다.

&lt;표 8&gt; 양의사 및 한의사 수

연 도	양 의 사	한 의 사	한의사 비율
1975	5,854	2,788	47.6
1980	8,415	3,015	35.8
1985	14,797	3,789	25.6
1990	23,222	5,792	24.9
1992	26,792	6,839	25.5
1993	27,633	7,569	27.4
1994	29,595	8,179	27.6
1995	32,003	8,714	27.2
1996	34,726	9,299	26.8

출처 : 보건복지부, <복건복지통계연보>, 1997, p96-97

&lt;표 9&gt; 한방병원 및 한의원 수

연 도	한방병원	한 의 원
1980	11	2,317
1985	17	2,774
1990	33	4,261
1995	69	5,928
1996	81	6,172

출처 : 보건복지부, <복건복지통계연보>, 1997, p76-77

즉, 한방의료보험의 실시는 한방의료의 대중화에 매우 중요한 자리를 차지했음을 알 수 있으며 이런 대중화는 한방의료의 서비스체계를 더욱 다양화하고 향상시키는데 매우 큰 기여를 하였다.

이는 매우 중요한 것을 시사해 주는데 거의 정부의 지원 없이 독자적으로 일제시기 이후 발전해 왔던 한의계로서는 가장 중요한 것이 국민들의 지원과 협조, 동조였는데 한방의료보험의 전국확대 실시는 제한적이지만 기간의 보약을 파는 사람의 이미지에서 치료자, 전문인으로서의 이미지<sup>80)</sup>로 자신을 탈바꿈하는 계기를 형성하였다.

한의학에 대한 대중적 관심과 성장은 한의학을 양의학과 같은 경로로 발전시켜 나갔다. 우수한 성적의 학생들이 대학교에 입학하게 되고 대학교육을 이수한 한의사들이 구시대의 한의사들을 대체하였다. 이것은 전문직 형성과정에서 의미가 큰데 한의대생들은 6년의 대학과정 이외에도 비록 국가에서 법적으로 인정하고 있지는 않지만 전문의 수련과정을 부과하고 있으며 이는 전문직의 자격을 전문직 성원 스스로 규정하는 것이 전문직의 중요한 요건이라고 볼 때 한의계가 전문성을 재고하기 위해 노력하였고 일정정도 성공하고 있음을 보여준다. 또한,

80) 이선동 · 박경식, 최근 일부 한국인의 한의사 · 한방의료기관 및 한의학 관련 인식 · 태도 및 의료 행위에 관한 연구, 대한예방한의학회지 창간호, 1997.12, p27-41

우수한 성적의 한의대생들은 당장의 이익보다는 한의학에 대한 순수한 마음과 열정으로 학문을 함으로써 한의계의 조직적 단결력과 직업적 자부심을 고취하였다.<sup>81)</sup> 자신의 일에 대한 전문가로서의 열정은 전문직과 일반직을 구분 짓는 특징의 하나라고 볼 때 이 또한 한의사의 전문성 고취의 중요한 요건이다. 이런 노력은 한의사의 윤리의식 고취와 한의학의 대중화에 결정적 역할을 하였다.

1980년대 경제발전이 성장할 즈음에는 한의사들은 과학화를 위한 연구를 하고 다양한 학회를 구성하여 학문연구에 상당한 성과를 이루어 내었다. 현대화된 한방병원이 건립되었고 진단 장비도 현대화되었으며 외형상 양의사와 다름없는 모습을 보이게 되었다. 한의학이 더 이상 가난한 농민들을 위한 의학이 아니라 도시의 중산층을 상대로 하는 의학이 된 것이다. 사회역할에서도 중요한 자리를 차지해 나갔는데 1996년에 한의사의 수는 9,299명으로 의사의 20%에 달하며 15일간의 의료 이용자 100인당 병의원 방문자는 40.6명이고 한방기관 방문자는 2.0명이며 만성병이환 100건당 병의원 이용자는 80.9건이었고 한방 이용자는 42.5건으로<sup>82)</sup> 이런 통계치들에 근거할 때 의료체계 내에서의 한방의 역할이 적지 않으며 특히 만성질환일 경우 그 역할이 중요함을 알 수 있다. 이미 국민들 속에서는 한의학이 양방의료와는 달리 만성질환에 효과가 좋은 독자적인 의료체계를 가진 의술이라고 이해하기 시작했으며<sup>83)</sup> 새로운 의료권력을 형성해낸 것이다. 전문직이 전문지식의 생산과 그 지식을 사회속에 활용하는 일을 주업무로 한다는 측면에서 한의사는 전문인으로서의 자리를 사회속에서 잡아가고 있는 것이며 지식체계에 있어 양의사와 한의사의 업무내용이 서로 다름이 인정되고 있는 것이다.<sup>84)</sup>

한의사들은 전국민의료보험을 통한 양의사들의 조직력과 지위 약화와는 다르게 전문직업성을 높여가고 있었으며 국민들 사이에서도 점차 전문인으로서 자리잡아가고 있었다. 전문직업이 점차 배제나 독점에 의한 전문성이 아닌 윤리나 도덕, 소비자에 기반한 전문성으로 바뀌고 있는 시점에서 한의계의 성장은 시사하는 바가 크며 앞으로의 가능성도 매우 높다고 할 수 있다.

그러나 한의사의 지위 향상은 완벽한 것이 아니다. 한의사들은 정부 수립 전후하여 법적 지위 복원을 위한 투쟁에서는 매우 단결된 모습을 보였지만 이후에는 집단 결속력의 제고보다는 개인적인 진료활동에 주력하였다. 의료일원화 문제가 양의사측에서 여러번 제기되었지만 그러한 공세가 조직적이기보다는 한의학이 비과학적이라는 등 다분히 원론적이고 감상적인 편견에서 기초한 주장이었기 때문에 한의계에서는 자신의 학문적 독자성을 주장하는 것만으로도 충분히 방어할 수 있었으며 정부 또한 양의학이나 약학과는 달리 한의학에 대해서는 무관심으로 일관하였기 때문에 한의계에서는 자력갱생을 취할 수 있었던 것이다. 한의학의 공공분야 진출이 한의계의 발전과 의료권력의 형성에 매우 중요한 부분을 차지한다는 것을 알면서도 총

81) 송진욱의 한의사 대상 설문조사 연구(1993)에 의하면 응답자 중 64.9%가 일반이 한의사를 존경하고 있다고 믿고 있었고 응답자의 97.0%가 한의사가 된 것에 만족하고 있었다. 그러나 의사의 지위와 비교할 때는 75.0%가 의사보다 지위가 낮다고 대답했고 젊을수록 그러한 경향이 높았다. 또한 75.3%가 앞으로 한의사의 사회적 영향력이 높아질 것으로 보고 있었다.

82) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p214

83) 이선동·박경식, 최근 일부 한국인의 한의사·한방의료기관 및 한의학 관련 인식·태도 및 의료행위에 관한 연구, 대한예방한의학회지 창간호, 1997.12, p27-41

84) 양의학과 한의학의 지식체계가 다르다는 것의 인정은 한의학에 대한 독자성 인정의 첫걸음으로 의료권력의 독자적으로 구축하기 위한 핵심이 된다. 그러나 지식체계에 대한 인식에서 한의학의 독립성이 점점 인정되고 있으나 한방의료체계가 아직 정리되지 못했으며 의료시술형태도 아직 구식적이고 윤리적인 부분에서도 비도덕적 측면이 많이 남아있다. 이는 전문인으로서의 한의사의 길을 가는 데 중대한 방해요인이 되고 있다.

력적인 대응이 없었으며 아직도 많은 개업의에서 일반질환의 치료가 중심이 되지 못하고 보약처방의 비중이 과도하게 높음으로 인해 전문성을 제도적으로 신장시키는데 어려움을 겪고 있다는 사실이 이를 잘 보여준다. 이는 현재 한의계가 위기에 직면해 가고 있음을 보여주는 것으로 다음의 '(3)의사-환자관계의 변화'에서 자세히 다루겠지만 한의계는 지금까지 나름대로의 독자적인 노력과 국민적 호응, 동조로써 전문직으로서의 자리를 만들어 가고 이원적 체계를 형성해 나가고는 있지만 현대사회의 전문직, 즉 시민과 대중 중심의 신뢰와 도덕성의 전문직으로서의 성장을 위한 조건에서는 많은 부분이 부족하다는 것을 말해준다. 한방의료보험 등이 여전히 대중적이지 못하며 한의학의 의료접근도 과학적이지 못하는 등 국민의료로써는 부족한 형편이다. 국민의 힘에 의해 발전해 왔음에도 여전히 국민의료로 발전하지 못하는 이중성은 한의계의 아킬레스건이 되고 있는 것이다.

### (3) 의사-환자관계의 변화

대부분의 한의계 종사자나 한의학을 연구하는 사람은 한의학의 대중성 취약률을 많이 강조한다. 서85)는 한의학의 대중화 정도를 "고대로부터 봉건시대를 거쳐서 전래된 한의학은 아직까지 한번도 대중적인 의료로서 자리를 잡지 못했으며, 그러한 대중화의 작업은 근대화가 시작되면서 당연한 과정으로 이루어져야 했으나 역사적인 억압의 결과로 오늘날까지도 답보상태로 머물러 있는데 이는 근대화이후로 한방의료에 대한 대중화정책의 부재로 인한 것으로 볼 수 있다."로 표현하였다. 물론, 제도적인 측면이나, 외형적인 측면에서 보면 한방의료의 대중화는 매우 취약한 상태에 있다. 그러나 여러 설문조사를 통해서 나오듯이 외형적인 대중화는 매우 취약하나 내부적인 대중화는 상상외로 높다는 것<sup>86)</sup>을 알 수 있다.

실제로 한방의료서비스가 자력갱생 할 수 있었던 힘은 바로 국민들의 성원과 동조였다. 지식의 전문성과 권위는 궁극적으로 환자에 의해서 인정받는다고 볼 때 이점에서 한의계는 상당한 유리한 위치에 있다고 볼 수 있다. 한의학은 한국 문화에 깊게 뿌리박고 있기 때문에 한의학에 대해 친근감을 갖고 있고 환자들의 병세에 대한 이해도 수월하다. 환자들은 한의사와의 거리감을 양의사의 경우보다 덜 느끼고 있다. 제도적으로 보장되지 못하고 있는 형편인데도 국민들의 생활수준이 향상됨에 따라 보험적용이 안 되는 한방진료를 국민들이 비싼 비용을 지불하면서도 이용하고 있으며 일반적으로 국민들이 질환 발생시 양의사에게 일차적으로 의존하지만 만성질환시 의학에 의한 치료효과가 불분명한 경우 한방에 의존하는 경향이 늘어나고 있다. 이것은 제도적인 측면만으로서는 설명될 수 없는 것으로 총체적인 시각이 필요하다. 총체적인 시각이 필요한 것은 이미 앞에서 밝혔듯이 의료의 형성이 정치, 경제, 사회, 문화와 습관이라는 역사성에서 기인하기 때문이다.

여기에서 이러한 분석이 중요한 것은 위의 이중적 상황이 양면성을 띠게 될 소산이 크기 때문이다. 현재처럼 한방의료서비스가 극히 제한된 부문만 보험급여를 받을 경우 한의사들은 기존의 관행대로 진찰하고 처방하게 된다. 따라서 의료보험 실시로 인한 한의계 조직 내부의 변화는 제한되게 되고 이러한 상황은 한의사들의 지위에 양면적인 영향을 미친다. 한편으로는 한의사들은 기존의 관행대로 진료함으로써 수입이나 노동 과정에 변화가 없는 일정하게 안정

85) 서동진, 한방의료의 구조적 갈등에 관한 의료사회학적 연구, 원광대 한의과대학원 석사논문, 1994, p44

86) 권성실 외 5인, 양방과 한방진료에 대한 환자의 만족도 및 인식도 기초조사, 가정의학회지 제13권 제11호, 1992

된 지위를 가질 것이다. 많은 한의사들이 첨약을 선호하고 있고 약제를 표준화하여 양약처럼 바꾸는 작업에 부정적인 태도를 보이는 것은 이러한 점을 반영하는 것으로 보인다. 그러나 다른 한편 한방의 이용이 고가의 치료비를 부담할 수 있는 중산층에게만 제한됨으로써 한방 이용의 확대를 통한 의료체계 내에서의 위상제고에는 부정적인 효과를 갖게 된다. 즉 의료보험의 실시로 양의학계가 기술혁신을 하게 되고 진료의 질을 빠른 속도로 높여 나간 결과는 대비되는 것이다.

결국, 이런 모습은 전문인으로서의 성장에 장애가 된다. 전문직이란 업무의 제고에 우선적으로 노력하고 그 과정에서 사회적, 경제적 보상이 따라오는 것인데 수입의 보전에 급급하면 전문성 제고를 등한시하게 된다. 한의사가 진정한 전문인으로 성장하기 위해서는 무엇보다도 시술형태에서나, 사회적 활동에서 대중성 확보를 위한 많은 노력과 실천이 있어야 한다. 푸코가 주장하였듯이<sup>87)</sup> 담론으로서의 지식은 단순히 학술적인 정보만을 의미하는 것이 아니라 특수한 시술형태까지도 결합되어 그 종체적인 체계가 권력을 만들어 내는 것이기 때문이다.

### 3. 첨약의료보험에 대한 사회학적 접근

한의계가 진정 현대사회의 의료전문인으로 성장하기 위해서 가장 필요한 것은 위에서 밝혔듯이 대중성 확보를 통한 국민의료로 발전하는 것이다. 바로 그 중심에 있는 것이 첨약의료보험이다. 첨약은 한방의료서비스의 가장 중요한 부분으로 한방의료체계의 꽃이다. 즉, 첨약에 대한 의료보험 실시는 한방의료체계의 틀을 규정하는 문제이며 한의사들의 시술, 진료형태를 보장하는 문제이다. 그러므로 첨약의료보험의 실시는 모든 한방의료서비스를 국민 모두에게 전면적으로 공개하는 것이며, 양의학과 동등하게 경쟁하고 성장하는 자율적이고 도덕적인 의료전문인으로 변화할 수 있는 동력이라고 할 수 있다.

첨약의료보험은 아직 정부에서 시행할 의사를 가지고 있지 않을 뿐만 아니라 한의계에서도 선뜻 나서지 않는 ‘뜨거운 감자’이다. 정부에서 열심히 하지 않는 것은 역사적인 질곡이 있다고 손치더라도 한의계가 나서지 않는 것은 사실 문제가 매우 심각하다. 한의계가 나서지 않는 것은 첨약이 한방의료체계에서 차지하는 비중이 크기 때문에 기존 관행에서 얻어지는 이익에 손상이 갈 것을 염려하는 것이다. 그러나 한의학을 대중화시키고 공공성을 강화하려는 노력이 없으면 결코 전문인으로서 발전할 수 없다. 첨약의료보험의 실시는 한의계의 발전이라는 측면에서 매우 중차대한 문제이다. 현재 한의계는 여기서 안주하느냐 아니면 국민들로부터 인정받는 전문직으로 성장하느냐의 갈림길에 있는 것이다. 양의사는 국가가 보호했든, 그렇지 않든 양의학을 공공화시키고 대중화시키는데 성공한 것은 틀림없으며 이런 결과가 지금의 위치를 차지한 것도 틀림없다. 의료는 그냥 스스로 변화, 발전하지 않는다. 갈등과 대립, 그리고 협조 등 주체자들의 노력에 의해서 발전하는 것이다.

첨약의료보험은 한의학이 국민의료에 들어가느냐 아니냐의 문제와 한의학의 대중화를 획득하느냐 아니냐의 문제, 그리고 이를 통해 한의 전문인으로 당당히 성장하느냐 아니냐의 문제 가 걸린 갈림길의 표지판이다.<sup>88)</sup>

87) 한상진 외, 미셸푸코론, 한울, 1994, p59-108

88) 청년한의사회가 주최가 되어 열렸던 ‘첨약의료보험 실시방법에 대한 토론회(1997.11.9.)’에서 청년한의 사회 발표자로 나온 박용신은 “첨약의료보험은 우리가 가진 한의학을 우리 사회에 모두 드러내 놓는 것과 같다.”고 말했는데 이는 매우 의미심장한 말이다.

정부도 첨약의료보험에 대해 새로운 각도에서 접근해야 할 것이다. 정부는 첨약의료보험 실시의 어려움에 대해 한방 진료가 표준화가 되지 않아 행위별로 구분되기 힘들다는 점과 형평성을 고려해 한방의료의 특수성만을 인정하기 어렵다는 이유를 들고 있는데 이는 근본적으로 양방의료체계로 한방의료체계를 바라 볼려는 편협된 시각이다. 의료가 그 나라의 역사성이나 문화, 그리고 특수적 상황에 의해 좌우되는 것처럼 한국의료의 특수성이 있는 것인데 이를 인정치 않고 행정 편의식 방법만으로 재단할려는 것은 매우 잘못된 것이다. 세계의료가 모두 하나 같지 않고 각기 다르다는 사실만 보더라도 정부의 주장이 얼마나 터무니없는가는 금방 알 수 있다.

정부는 일방적인 양방위주의 지원을 중심으로 한국의 의료를 이끌어 옴으로써 오늘날에 와서는 '온실안의 화초'처럼 성장한 양의사들은 위기를 맞게 되었다.<sup>89)</sup> 진정 의료인이 전문직업성을 살리고 발전하는 길이 무엇인가 정부는 고민해야 할 것이다. 이런 측면에서 보면 첨약의료보험은 양의사들에게 새로운 자각을 줌으로써 한국의료계에 새로운 전기를 마련할 수도 있다. 양의사와 한의사가 대립하고 갈등하지 않겠는가 걱정할 수도 있으나 일정정도의 갈등과 대립은 의료서비스를 향상시키고 의료인의 자각을 일깨운다는 점에서 의미가 있을 수 있으며 실제로는 양의사와 한의사가 크게 갈등하지 않을 소지가 오히려 더 크다.

전문직의 성립에 근간이 되는 요소는 지식이 적용되는 서비스시장을 독점하는 것이다. 혼히 한국의 의료서비스시장은 양의사와 한의사, 약사가 삼분하고 있다고 이야기된다. 그러나 양의사와 한의사, 약사의 업무내용과 관련하여 볼 때 하나의 의료서비스시장이 삼분되었다기 보다는 여러 개의 서비스시장이 중충적 구조를 가지고 서로 연결되어 있는 것으로 볼 수 있다.<sup>90)</sup> 의료공급자의 서비스가 내용적으로 서로 유사하여 환자들이 이것 아니면 저것을 선택해야 한다면 의료공급자들은 시장독점을 위하여 투쟁을 벌이게 될 것이다. 그러나 앞서 지적한 것처럼 양의사와 한의사는 서로 보완적인 서비스를 제공하고 있다. 한의사를 찾는 환자가 증가한다고 하여도 양의사를 찾는 환자가 줄지는 않는다. 어떤 환자들은 병원에서 양의사의 진료를 받으면서 동시에 한약을 먹는 경우도 있다. 물론, 양의사와 한의사의 서비스가 완전하게 보완적이지는 않다. 양의사의 치료에 불만을 가진 환자가 한의사를 찾는 경우 양의사와 한의사는 경쟁관계에 놓일 수밖에 없다. 그러나 기본적으로 양의사와 한의사는 서로 다른 관점에서 문제를 규정하고 다른 서비스를 제공하기 때문에 환자를 두고 경쟁을 벌이지 않아도 된다. 한의학과 양의학은 그 자체로는 결코 대립적이지 않다. 문제는 다른 쪽을 불신하고 불인정하는 태도에 있다.

현재는 의료의 거의 대부분을 양의사가 독점하고 한의사는 현대의학의 위기에서 나오는 일부분만을 차지하고 있는 편차속에서 오히려 대립과 경쟁이 가속화될 수 있다. 이 때에 첨약의료보험은 한방의료체계를 온전히 드러내는 것으로 한의학을 양의학과 동등하게 경쟁할 수 있게 하는 제도가 될 것이다. 동등한 경쟁은 서로에게 노력을 요구하게 되고 이런 경쟁은 의료서비스의 향상과 의료지식과 기술의 발전을 부추김으로써 현대사회에 적합한 의료전문직으로 발전하게 하는 힘이 될 것이다.

의료사회학적으로 볼 때 첨약의료보험의 실시는 한의계에게는 새로운 변화의 위상을, 그리고 양방에게는 의료전문직으로서의 위상 제고를, 국가에게는 국민에 대한 보건 서비스 차원의

89) 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994, p5-9

90) 이러한 관점은 이미 갈등론의 제로섬 이론을 비판하면서 그 이론적 근거를 들었다.

문제를 해결하는 한국 의료문제의 핵심적인 관건이다.

물론, 한의계는 첨약의료보험 실시에 있어 전문직으로서의 지위를 높이는데 더욱 경주해야 할 것이다. 첨약의료보험 실시 자체가 의료전문성의 향상이 아니기 때문이다. 첨약의료보험 실시는 의료전문성의 향상에 중요한 계기가 될 뿐이다. 그렇기 때문에 학문적인 분야에서의 과학성과 현대화을 갖추는 문제, 도덕성과 자율성을 가진 집단으로 변화하는 문제 등 의료전문성에 도움이 되는 다양한 활동과 노력이 전제되어야만 하는 것이다. 전문직으로서의 위상이 없는 상태에서의 첨약의료보험의 실시는 오히려 혼란만을 과중시키기<sup>91)</sup> 때문이다. 이렇게 볼 때 첨약의료보험이나 한방의료보험의 발전은 사실상 한의계의 노력에 달렸다고 해도 과언이 아닐 것이다. 바로 이것이 현대의료의 본질이며 모습이다.

## VI. 결 론

의료는 사회적, 문화적, 역사적 특수성에 의해서 규정된다. 이런 현상은 현대사회로 넘어가면 갈수록 더욱더 심화되고 있으며 이것이 바로 의료사회화의 심화과정이다. 이런 의미에서 의료사회학적 접근은 의료의 본질을 찾고 의료가 나아가야 할 방향을 잡는데 가장 유용한 접근방법이며 과학적인 시도이다. 한국의료에 대한 접근도 마찬가지이다. 다른 나라에서 찾아보기 힘든 양방과 한방의 공존이나, 세계 의료보장사에서 유례를 보기 드문 짧은 시간의 전국민 의료보험실시 등과 같은 우리만의 독특한 한국의료계의 중요한 문제들은 모두 의료사회학적 접근에 의해서만 그 본질 해명이 가능하다.

본 논문은 한국의료계의 발전방향을 설정하기 위해 한국의료계의 모순인 한방의료서비스에 대한 연구가 무엇보다도 필요하다고 판단되어 한방의료보험에 대한 의료사회학적 접근을 통해 '한방의료가 얼마나 현대의료가 요구하는 대중중심의 의료전문성에 접근하고 있으며 그 가능성은 있는가', '그리고 이를 위해서는 무엇을 해야 하는가?' 등을 고찰해 보았다.

1. 한국의료계는 의료사회학의 관점 중 하나인 갈등론적 관점에 의해서 해석될 수 있는데 대표적인 것이 한방의료서비스이다. 한방의료서비스는 양의학과는 달리 일제시대부터 현재까지 국가의 무관심과 불평등한 보건정책속에서 존재해 왔으나 전문인으로서 필요한 요건들인 체계화된 이론지식의 소유, 장기간의 훈련, 직업적 소명의식과 도덕성 등의 고취에 힘씀으로써 보건의료 분야의 독자적인 한 영역을 점유해 가게 되었으며 의료전문직으로서의 성장을 계속해 왔다.

2. 한방의료보험은 이미 그 태생적인 한계로 인하여 한방의료체계의 공공성과 대중화에 큰 영향을 미치지는 못했으나 한의계는 한방의료보험을 통해 내부적 성숙과 발전의 계기로 삼았다. 또한, 한방의료보험은 양면성을 가지는데 현재처럼 극히 제한된 부문만 보험급여를 받을 경우 한의사들은 기존의 관행대로 한의계의 조직 변화를 유인하지 못하고 안주할 수 있으며, 한편으로는 한방의료보험의 개선을 통해 기술 혁신과 진료의 질을 성숙시키며 조직의 성장을

91) 이종수, 한방의료보험제도에 대한 개선방향(안), <첨약의료보험 실시방법에 대한 토론회 자료집>  
1997.11.9, p16-22

피할 수 있다. 이는 한의계가 현재 새로운 갈림길에 봉착해 있음을 시사하는 것이다.

3. 한의계는 독자적인 성장을 해 온 것은 사실이나 그것은 한의계 스스로의 전적인 노력보다는 국가의 무관심과 양의학의 조직적 약화로 인하여 얻은 것으로 한방의료서비스가 아직 국민의 의료로서 자리잡고 있지 못하다. 한의계의 노력은 스스로를 지키고 성장시키는데 공헌했지만 국민의료로 더욱 발전하고 넓히는데는 여전히 미약한 형편이다. 그러나 현대사회에 맞는 전문직업성을 갖춘 전문인으로 성장할 것인가 아닌가의 문제는 한국의료계의 역사적 과정이 보여주듯이 전적으로 한의사 자신의 노력여하에 달려 있다.

4. 의료가 사회화되고 사회가 현대화되면 될수록 전문직업인으로서 가장 필수적인 요건은 대중성과 전문성을으로, 한의계가 발전하기 위해서는 무엇보다도 대중성과 전문성을 보다 공공히 하고 확대하기 위한 노력을 해야 하며 대표적인 것이 첨약의료보험이다. 첨약의료보험은 한의계의 입장에서는 국민의료로 발전할 수 있는 제도이자 사회에 한의학을 온전히 보여줄 수 있는 제도이므로 한방의료체계에 직접적인 영향과 규정을 하는 문제이다. 그리고 정부에게는 첨약의료보험이 그 자체로 의미가 있는 것은 아니지만 한국의료의 현실을 감안할 때 의료서비스에 선의의 경쟁을 도입함으로써 기존의 양의사에게는 자각을 주고, 국민들에게는 보다 질적인 서비스를 제공하며, 의학계에는 지식과 기술의 발전을 기할 수 있는 계기가 된다. 나아가서 한국의료의 현실에 맞는 의료체계를 모색할 수 있는 방향타도 될 수 있다.

## VII. 참고문헌

1. 전국대학보건관리학교육협의회, 보건학원론, 계축문화사, 1994
2. 정경균 외 4인, 보건사회학, 서울대학교출판사, 1995
3. 조병희, 한국의사의 위기와 생존전략, 명경, 1994
4. 황상익, 역사와 사회속의 의학, 명경, 1995
5. 사라 네틀턴, 조효제 역, 건강과 질병의 사회학, 한울아카데미, 1995
6. 문옥륜, 한국사회와 의료보장정책, 명경, 1994
7. 서동진, 한방의료의 구조적 갈등에 관한 의료사회학적 연구, 원광대 한의과대학원 석사논문, 1994
8. M. Foucault, *The Birth of the Clinic*, New York : Vintage Books, 1975
9. 전병재 외 3인, 한국사회의 전문직업성연구, 사회비평사
10. W.J.Goode, The Librarian: From Occupation to Profession?, *Library Quarterly*31, 1961
11. 이종찬, 서양의학의 두 얼굴, 한울, 1992
12. M.R Haug, "A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization", *The Milbank Quaterly* 66, 1988
13. 이기남 외 6인, 예방의학과 보건학, 계축문화사, 1996
14. 진보의련 편집위, 미국의 보건의료제도, <보건의료의 전망>, 1996.4
15. 진보의련, 각국의 의료제도 <진보의련 연수교육 자료집 II>, 1997
16. 폴스타, 이종찬·윤성원 역, 의사 국가 그리고 기업(미국의료의 사회사), 명경, 1994
17. 송경섭, 한의학의 발전과정과 사회기여도에 관한 연구, 경산대 보건학과 대학원박사학위논문, 1995
18. 이원숙, 한방의료보험의 현황과 과제, <의료보장>, 의료보험연합회, 제41호, 1991.10
19. 대한한의사협회, <대한한의사협회 40년사>, 1989
20. 보건복지부, <보건복지백서>, 1997
21. 보건사회부 기획관리실 기획예산담당관실, <93년도 10대 역점 사업>, 1993.7.
22. 송재성, 한방의료정책의 과제, <원광대 한의대 개교 25주년 기념식 및 국제학술회의 발표자료집>, 1997, 11. 6
23. 청년한의사회 주최, <첩약의료보험 실시방법에 대한 대토론회 발표자료집>, 1997.11.9
24. 이종형, 동의학사, <한국현대문화사대계 IV>, 고려대 민족문화연구소
25. 조선총독부, <조선위생요람>, 1929
26. 조선총독부, <조선총독부구제기관>, 1913

26. 대한의학협회, <대한의학협회70년사>, 1979
27. 대한의학협회, 의료일원화에 대한 제안, <의협신보1079호>, 1977
28. 김록호, 한국의료보장제도의 정치경제학적 이해, <한국의료보장연구>, 1989
29. 권성실 외 5인, 양방과 한방진료에 대한 환자의 만족도 및 인식도 기초조사, 가정의학회지 13권 11호, 1992
30. 편집위원회, 예방의학과 공증보건, 계축문화사, 1995, p14
31. 한국한의학연구소, 한방의료보험활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여 확대 모형 개발, 1996.1,
32. 문옥륜, 한국의료보험론, 신광출판사, 1991, p55-68
33. 한국의료관리연구원, 각국 의료제도 비교연구, 1994
34. 의료보험관리공단, 주요국 의료보장제도의 최근동향, 1994.4
35. 이선동 · 박경식, 최근 일부 한국인의 한의사 · 한방의료기관 및 한의학 관련 인식 · 태도 및 의료행위에 관한 연구, 대한예방한의학회지 창간호, 1997.12
36. 한상진 외, 미셀푸코론, 한울, 1994, p59-108