

양·한방 상호보완 방안에 관한 인식도 연구.
- 의사, 한의사 및 보건의료전문가간 비교를 중심으로 -

박종구¹⁾, 김춘배^{1)†}, 조경숙¹⁾, 최서영²⁾, 이종찬³⁾, 이선동⁴⁾, 전세일⁵⁾, 김종호⁶⁾
연세대학교 원주의과대학 예방의학교실¹⁾, 하나한방병원²⁾,
아주대학교 의과대학 의사학교실³⁾, 상지대학교 한의과대학 한방예방의학교실⁴⁾,
연세대학교 의과대학 재활의학교실⁵⁾, 김종호한의원⁶⁾

<Abstracts>

**Cognitive Discrepancies of the Mutual Development Strategies of
Western and Oriental Medicine in Korea**
- A Comparison between Western and Oriental Medical Practitioners and Health Professionals -

Jong Ku Park¹⁾, Chun Bae Kim¹⁾, Kyung Sook Cho¹⁾, Seo Young Choi²⁾,
Jong Chan Lee³⁾, Sun Dong Lee⁴⁾, Sae Il Chun⁵⁾, Joong Ho Kim⁶⁾
*Department of Preventive Medicine, Yonsei University Wonju College of Medicine¹⁾,
Hana Oriental Hospital²⁾, Department of the History of Medicine, Ajou University School of Medicine³⁾,
Department of Preventive Oriental Medicine, Sang Ji University College of Oriental Medicine⁴⁾,
Department of Rehabilitation Medicine, Yonsei University College of Medicine⁵⁾,
Kim Joong Ho Oriental Medical Clinic⁶⁾*

This study is conducted to compare how the Western·Oriental medical practitioners and health professionals perceive reciprocal development strategies respectively of Western·Oriental Medicine in Korea. A total of 3,273 persons were questioned by direct distribution, e-mail, and mail with a self-developed questionnaire. Of those questioned, 362 responded (the response rate of 11.1%), and of them 360 persons (Western medical practitioners 206,

본 연구는 1999년도 보건복지부 보건의료기술연구개발사업(과제번호 : HMP-99-P-0002) 지원에 의한 연구결과의 일부임.
† 교신저자 : 김춘배(033-741-0344, kimcb@wonju.yonsei.ac.kr)

Oriental medical practitioners 90, and health professionals 64) were analyzed with SPSS for Windows. The results were as follows:

The need for legislation on the mutual development system for Western·Oriental Medicine was recognized by 66.9% (218 persons) of respondents. Among them, largest group who agreed with this need was the health professionals. Western medical practitioners chose the "the difference of approach methods on the diseases between Western·Oriental Medicine" as their response, and Oriental medical practitioners & health professionals selected "the indifference or bias of Western medical practitioners" as the reasons for the inactivity in developing a mutual system of Western·Oriental Medicine. Therefore, Western medical practitioners and health professionals selected the category of "the reformation of educational system", while Oriental medical practitioners selected the category of "the activation of joint research on Western·Oriental medical care" as the most important condition for setting a precedent. Also, Western medical practitioners preferred "cooperative health care system for Western medical care supported by Oriental medical care", but Oriental medical practitioners and health professionals preferred "cooperative health care system of Western·Oriental medicine on equal terms".

In conclusion, Western & Oriental medical practitioners have to make every effort to close the gap between differing views through mutual understanding and respect if joint research of Western·Oriental medical care is to become a reality. The government should continuously enforce the health policy on development of a legal and systematic infrastructure for mutual development strategy of Western·Oriental Medicine in Korea.

Key Words : Mutual development strategy, Western Medicine, Oriental Medicine, Cognitive discrepancy

I. 서 론

서구에서 의료의 질 향상에 관한 논의가 지속되면서 침술(acupuncture)을 정식 치료방법으로 수용하도록 촉구한지도 이미 오래되었고, 세계보건기구에서도 동서의학의 접목을 위해 구체적인 도움을 제공하고 있다(WHO, 1986; NIN Consensus Development Panel on Acupuncture, 1998). 또한 양·한방 이원화 체계를 갖추고 있는 중국과 대만에서는 양·한방 상호보완 방안으로 각각 중서의결합(中西醫結合) 및 중서의정합(中西醫整合) 정책을 펴고 있

다(성현제와 신현규, 1997).

양방의료와 한방의료가 공존하는 우리 나라에서도 양·한방 일원화 내지 양·한방 협진과 같은 양·한방 상호보완 방안에 관한 논의가 계속적으로 이루어져 왔다(홍경섭, 1979; 최진학, 1987; 권순원, 1992; 김용익 등, 1994; 최용민, 1995; 문옥륜, 1996; 이상영과 변용찬, 1997; 손태용과 오희철, 1998; 이동희와 류규수, 1998; 이연숙 등, 1998; 박종구 등, 1999; 조기호, 1999; 조재국 등, 1999; 최서영, 1999). 이는 경제 성장과 의학기술의 발달로 급성전염성질환에서 만성퇴행성질환 중심으로 상병구조가 변화되면서 양방의료의 한계점이 노출되었기 때문이다(이규식과 조경숙, 1999). 또한 국민 소득과 교육 수준의 향상으로 의료욕구가 다양하여졌으며, 양·한방 이원화체계에 따른 환자의 시장보기(hospital shopping) 행태와 그로 인한 의료비 중복 문제가 제기되었기 때문이라 할 수 있다(최진학, 1987; 문옥륜, 1996; 박종구 등, 2000).

양·한방 상호보완 방안은 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫째, 현행 이원화 체계를 그대로 유지하면서 양방과 한방의 협진체계를 도모하는 방안이다. 즉, 한방위주 양방보조의 협진체계와 양방위주 한방보조의 협진체계 및 양방과 한방이 대등한 위치에서 상호 보완하는 협진체계 등 다양한 형태가 있을 수 있다. 둘째, 양·한방 의료체계를 통합시켜 하나로 관리하는 양·한방 일원화 방안으로서 한방위주의 일원화와 양방위주의 일원화를 들 수 있다(박일훈, 1997; 이동희와 류규수, 1998).

이러한 방안 중 향후 우리 나라에서 지향하여야 할 방향을 정립하는데는 관계 전문가 집단과 일반인들의 인식도 및 공감대 형성이 중요하다. 그러나 이들의 인식도를 비교한 연구는 드물다. 따라서 이 연구에서는 의사, 한의사 및 보건의료전문가를 대상으로 양·한방 상호보완에 관한 인식도를 상호 비교함으로써 향후 양·한방 상호보완 발전을 위한 정책 수립의 기초자료를 제공하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 방법

이 연구의 설문지는 국내 양·한방 협진 또는 일원화 관련 문헌을 고찰하여 초안을 작성한 다음, 1999년 10월에 워킹샵을 통해 수정 보완하였으며, 1999년 11월에 30명에게 사전조사(pre-test)하여 파악된 문제점을 기초로 최종 수정하였다.

설문조사는 1999년 12월부터 2000년 2월까지 의사, 한의사 및 보건의료전문가 집단을 대상으로 실시하였으며, 조사방법은 설문지의 직접배포에 의한 조사, 전자우편(e-mail)을 통한 설

문조사, 그리고 우편 설문조사를 혼용하였다. 설문지의 직접 배포에 의한 조사는 대한예방한의학회와 한국보건행정학회의 학술대회 개최시 참석 회원들을 대상으로 실시하였으며, 전자우편을 통한 설문조사는 전국대학보건관리교육협의회 및 대한예방의학회의 회원과 인터넷 홈페이지에 전자우편 주소가 등록되어 있는 전국 의과대학 및 한의과대학의 연구강사 이상 교원, 전국 21개 표본 병원과 한방병원의 의사 및 한의사, 한국보건산업진흥원 소속 연구원을 대상으로 이루어졌다. 전자우편 주소가 등록되어 있지 않은 전국 21개 표본 병원과 한방병원의 의사 및 한의사, 한국보건사회연구원 소속 연구원에게는 우편설문조사를 실시하였다. 직접 배부에 의한 조사는 560명중 54명(9.6%)이, 전자우편에 의한 조사는 2,062명중 197명(9.6%)이, 우편설문조사는 651명중 111명(17.1%)이 응답하였다. 결국 전체 조사대상자 3,273명 중 362명이 응답하여 11.1%의 회수율을 보였다. 최종 분석 시에는 불성실하게 응답한 2명을 제외하고 360명의 설문지를 이용하였다(표 1).

<표 1> 조사대상자 현황 및 설문지 회수율

단위 : 명(%)

구분	조 사 대 상	대상 자수	회수	소계 (회수율)
직접 배포	- 한국보건행정학회 회원	150	23	54 (9.6)
	- 대한예방한의학회 회원	50	18	
	- 기타	360	13	
전자 우편	- 대한예방의학회 회원			197 (9.6)
	- 전국대학보건관리교육협의회 회원	209	46	
	- 한국보건산업진흥원의 연구원	45	6	
	- 전자우편 주소가 등록되어있는 의과대학 및 한의과대학 연구강사 이상 교원	124	14	
	- 21개 표본 병원 및 한방병원의 의사 및 한의사 (전자우편 주소 등록) *	1,402	124	
우편	- 21개 표본 병원 및 한방병원의 의사 및 한의사 (전자우편 주소 비등록) *	551	88	111 (17.1)
	- 한국보건사회연구원의 연구원	100	23	
합 계		3,273	362	(11.1)

* (서울) 경희대 부속한방병원, 경희의료원, 중앙대부속병원; (부산) 동의대부속한방병원, 동의의료원; (대구) 중앙한방병원, 중앙병원; (인천) 동국인천한방병원, 중앙길병원; (대전) 대전대부속한방병원, 혜화병원, 충남대부속병원; (광주) 조선대부속병원; (경기) 경희분당한방병원, 차병원; (강원) 상지대부속한방병원, 원주기독병원; (전북) 원광대부속(익산)한방병원, 원광의료원; (경북) 동국대(경주)부속한방병원, 동국의료원

2. 조사내용

설문의 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 양·한방 상호보완에 관한 법제화의 찬반 여부 및 찬성이유 15가지와 반대이유 10가지 항목을 5점 척도(1=매우 그렇지 않다, 2=그렇지 않다, 3=보통이다, 4=그렇다, 5=매우 그렇다)로 측정하였다. 둘째, 양·한방 상호보완이 활성화되지 못하는 이유 11가지 항목을 5점 척도(1=매우 그렇지 않다, 2=그렇지 않다, 3=보통이다, 4=그렇다, 5=매우 그렇다)로 측정하였으며, 양·한방 상호보완체계 구축의 선행요건에 대한 16가지 항목중 3가지를 선정하도록 하였다. 셋째, 양·한방 상호보완체계 확립을 위한 법적 및 제도적 방안 13가지중 중요한 순서대로 3가지를 선택하도록 하였으며, 교육제도와 진료측면의 개선방안을 조사하였다. 그 외 응답자의 성, 연령, 교육수준 등과 같은 사회인구학적 특성을 포함하였다.

3. 분석방법

이 연구에서는 SPSS for Windows 통계 프로그램을 이용하여 조사대상자의 일반적 특성 등은 빈도분석(frequency)으로, 집단간 양·한방 상호보완에 대한 법제화 찬반여부, 진료·교육·제도적 측면에서의 차이 등은 χ^2 검정으로, 또한 집단간 양·한방 상호보완에 관한 인식도의 차이는 분산분석(ANOVA)으로 통계분석하였다.

III. 연구결과

1. 조사대상자의 사회인구학적 특성

조사대상자의 사회인구학적 특성을 보면, 남자가 전체 응답자의 85.0%이었다. 연령별로 보면 30대가 149명(41.4%)으로 가장 많았으며, 40대와 50대가 각각 110명(30.6%), 45명(12.5%)이었다. 집단별로도 30대가 가장 많아 의사, 한의사, 보건의료전문가 각각 37.9%, 54.4%, 34.4%를 차지하였다. 최종학위는 박사가 58.6%(211명)로 다수를 차지하였다(표 2).

2. 양·한방 상호보완제도의 법제화에 관한 인식

양·한방 상호보완제도의 법제화에 대한 찬반여부는 <표 3>과 같다. 전체 응답자중 218명(66.9%)이 찬성, 65명(19.9%)이 반대한다고 응답하였다. 집단별로 비교해 보면, 보건의료전문가의 찬성률이 가장 높았고, 다음은 한의사, 의사의 순이었다.

<표 2>

조사대상자의 사회인구학적 특성

단위 : 명(%)

구 분		의사	한의사	보건의료 전 문 가	계
성	남	180 (87.4)	76 (84.5)	50 (78.1)	306 (85.0)
	여	20 (9.7)	11 (12.2)	12 (18.8)	43 (11.9)
	무응답	6 (2.9)	3 (3.3)	2 (3.1)	11 (3.1)
연 령	20대	6 (2.9)	14 (15.6)	4 (6.2)	24 (6.7)
	30대	78 (37.9)	49 (54.4)	22 (34.4)	149 (41.4)
	40대	75 (36.4)	15 (16.7)	20 (31.3)	110 (30.6)
	50대	30 (14.6)	3 (3.3)	12 (18.7)	45 (12.5)
	60대 이상	11 (5.3)	5 (5.6)	5 (7.8)	21 (5.8)
	무응답	6 (2.9)	4 (4.4)	1 (1.6)	11 (3.0)
최 중 학 위	학 사	29 (14.1)	35 (38.9)	9 (14.1)	73 (20.3)
	석 사	37 (18.0)	13 (14.5)	16 (25.0)	66 (18.3)
	박 사	134 (65.0)	39 (43.3)	38 (59.4)	211 (58.6)
	무응답	6 (2.9)	3 (3.3)	1 (1.5)	10 (2.8)
합 계		206(100.0)	90(100.0)	64(100.0)	360(100.0)

양·한방 상호보완제도의 법제화에 찬성 의견을 제시한 응답자들의 이유를 보면, ‘양·한방의 상호 단점을 보완한 서비스 제공으로 환자만족도 증가’, ‘최선의 치료방법 선택으로 인한 국민보건 향상’, ‘한방의료의 한계 극복’, ‘용이한 양·한방 상호보완적 치료기전 마련’의 순이었다. 집단별 주요 찬성 이유를 보면, 의사는 ‘불필요한 보약 등의 남용으로 인한 의료비 낭비 감소’, ‘한방의료의 한계 극복’, ‘양·한방의 상호 단점을 보완한 서비스 제공으로 환자만족도 증가’였으며, 한의사와 보건의료전문가는 ‘양·한방의 상호 단점을 보완한 서비스 제공으로 환자만족도 증가’, ‘최선의 치료방법 선택으로 인한 국민보건 향상’, ‘용이한 양·한방 상호보완적 치료기전 마련’이었다(표 4).

또한 양·한방 상호보완제도의 법제화를 반대하는 이유로는 ‘상호보완체계 시행을 위한 제도적 측면의 어려움’, ‘협진 또는 일원화 효과에 대한 이론적 근거 빈약’, ‘환자의 의료비 부담이 오히려 증가’ 등의 항목이 가장 높은 점수를 보였다. 반대 이유를 집단별로 보면, 의사는 ‘협진 또는 일원화 효과에 대한 이론적 근거 빈약’, ‘상호보완체계 시행을 위한 제도적 측면의 어려움’, ‘양방과 한방의 학문적·인적 교류 자체의 불가능’ 순이었으며, 한의사는 ‘한방의료의 특성 상실’, ‘상호보완체계 시행을 위한 제도적 측면의 어려움’, ‘협진 또는 일원화 효

과에 대한 이론적 근거 빈약' 순이었다. 또한 보건의료전문가는 '상호보완체계 시행을 위한 제도적 측면의 어려움' 및 '환자의 의료비 부담이 오히려 증가'와 '한방의료의 특성 상실' 순이었다(표 5).

<표 3> 양·한방 상호보완제도 법제화에 대한 찬반여부

단위: 명(%)

	의사	한의사	보건의료전문가	계
찬성	107 (56.9)	61 (76.2)	50 (86.2)	218 (66.9)
반대	48 (25.5)	12 (15.0)	5 (8.6)	65 (19.9)
모르겠다	33 (17.6)	7 (8.8)	3 (5.2)	43 (13.2)
합계	188(100.0)	80(100.0)	58(100.0)	326(100.0)

$$\chi^2 = 21.472(p=.000)$$

<표 4> 양·한방 상호보완제도 법제화에 대한 찬성 이유

문항	의사	한의사	보건의료전문가	합계	p
양·한방의 상호 단점을 보완한 서비스 제공으로 환자만족도 증가	4.09±.70	4.27±.67	4.30±.59	4.19±.67	.090
최선의 치료방법 선택으로 인한 국민보건 향상	3.97±.86	4.20±.79	4.23±.60	4.09±.79	.053
한방의료의 한계 극복	4.11±.71	3.98±.77	3.98±.72	4.04±.73	.409
용이한 양·한방 상호보완적 치료기전 마련	3.90±.73	4.12±.71	4.09±.61	4.00±.70	.085
한의학 및 한방의료의 국제화 가능	3.92±.89	4.06±.82	3.93±.95	3.96±.89	.576
양·한방 의료선택에 있어서 국민의 혼란 해소	4.00±.74	3.85±.81	3.89±.78	3.93±.77	.401
양·한방 의료 영역간 불신풍조 해소	3.78±.80	4.01±.73	3.96±.68	3.89±.76	.088
불필요한 보약 등의 남용으로 인한 의료비 낭비 감소	4.22±.71	3.31±1.04	3.87±.91	3.89±.94	.000
양방의료의 한계 극복	3.63±1.06	4.04±.71	3.93±.76	3.82±.92	.009
보건의료정책에 있어서의 혼란 해소	3.72±.84	3.92±.75	3.80±.67	3.79±.78	.234
한방의료의 객관화 가능	3.76±.92	3.56±.84	4.02±.52	3.76±.83	.010
국민의 양·한방 시장비기로 인한 시간적 낭비 감소	3.69±.92	3.80±.79	3.56±.96	3.69±.90	.332
국민의 양·한방 시장비기로 인한 의료비 부담 감소	3.64±.97	3.79±.81	3.51±1.00	3.65±.94	.257
만성퇴행성질환 및 불치병에 대한 해결 가능성	3.38±1.02	4.00±.74	3.52±.89	3.58±.96	.000
양방의 불필요한 치료(수술 등)에 따른 의료비 낭비 감소	3.02±1.11	3.89±.75	3.47±1.03	3.37±1.07	.000

<표 5> 양·한방 상호보완제도 법제화에 대한 반대 이유

문항	의사	한의사	보건의료전문가	합계	p
상호보완체계 시행을 위한 제도적 측면의 어려움	4.17±.86	4.10±.72	3.50±1.22	4.09±.87	.207
협진 또는 일원화 효과에 대한 이론적 근거 빈약	4.33±.89	3.55±.99	3.16±1.47	4.04±1.04	.001
환자의 의료비 부담이 오히려 증가	3.79±1.00	3.05±.99	3.17±1.20	3.54±1.06	.019
현 교육체계로는 협진 또는 일원화가 불가능	3.54±1.16	3.16±.83	3.00±.89	3.40±1.08	.042
협진 또는 일원화로 인한 환자의 혼란	3.54±1.16	3.16±.83	3.00±.89	3.40±1.07	.272
한방의료의 특성 상실	2.93±1.42	4.16±.76	3.17±.98	3.29±1.34	.003
양방과 한방의 학문적·인적 교류 자체의 불가능	4.16±1.08	3.30±1.15	3.00±.89	3.23±1.15	.001
기존 의사 및 한의사의 위상 정립의 혼란	3.23±1.19	3.05±1.15	3.00±.89	3.22±1.15	.595
양방의료의 특성 상실	2.98±1.47	3.05±1.08	2.67±.81	2.97±1.32	.825
양방의료 또는 한방의료 영역의 기득권 상실	2.85±1.08	3.20±1.00	2.33±.82	2.90±1.06	.180

3. 양·한방 상호보완 활성화 방안에 관한 인식

1) 양·한방 상호보완체계가 활성화되지 못한 이유

양·한방 상호보완체계가 활성화되지 못한 이유중 점수가 가장 높았던 항목은 '의학과 한의학간의 질병에 대한 접근방법의 차이'이며, 다음으로는 '의사의 무관심 내지는 편견', '환자의 의료비 부담 증가' 등의 순이었다. 이를 집단별로 보면, 의사는 '의학과 한의학간 질병에 대한 접근방법의 차이'를, 한의사와 보건의료전문가는 '의사의 무관심 내지는 편견'을 가장 중요한 이유로 꼽았다(표 6).

2) 양·한방 상호보완체계 구축의 선행 요건

양·한방 상호보완체계 구축의 선행 요건을 3가지씩 선정하도록 한 결과, '교육제도의 보완' 항목이 가장 다빈도를 차지하였으며, 다음으로 '양·한방 공동연구의 활성화', '의료제도에 대한 정책 변화', '국민·학계·정부의 공동노력' 등의 순이었다. 이를 집단별로 살펴보면, 의사와 보건의료전문가는 '교육제도의 보완'이, 한의사는 '양·한방 공동연구의 활성화'가 양·한방 상호보완체계를 위해 가장 선행되어야 할 요건이라고 응답하였다(표 7).

<표 6> 양·한방 상호보완체계가 활성화되지 못한 이유

문항	의사	한의사	보건의료 전문가	합계	p
의학과 한의학간의 질병에 대한 접근방법의 차이	4.25±.91	4.01±.93	3.65±1.02	4.08±.96	.000
의사의 무관심 또는 편견	3.75±1.12	4.35±.82	4.20±.90	3.98±1.04	.000
정책입안자(정부)의 무관심 또는 소극적 자세	3.71±1.01	4.12±.89	3.73±.92	3.82±.98	.005
진료프로토콜 마련을 위한 특정질환 공동연구의 부재	3.79±.94	3.71±.99	3.77±.91	3.77±.95	.774
의과대학 및 한의과대학간 학문적 교류의 부재	4.06±.90	3.79±.94	3.70±.99	3.76±.94	.463
관련 법제도의 미비	3.51±1.09	3.77±1.03	3.76±.97	3.62±1.06	.089
한의사의 무관심 또는 편견	3.67±1.09	3.16±.93	3.78±.98	3.56±1.05	.000
한방(침, 뜸, 첩약 등)의 치료기전 및 효능에 대한 객관적 검증의 부재	3.98±.96	2.66±1.01	3.15±1.17	3.49±1.16	.000
한방과 양방의 상병명 불일치	3.39±1.05	3.06±1.11	3.03±1.14	3.25±1.09	.016
면허제도의 이원화	3.37±1.22	2.55±1.14	3.10±1.27	3.11±1.25	.000
사회적 분위기(국민의 호응) 조성의 미비	2.99±1.03	2.49±.87	2.83±.98	2.84±1.00	.001
양방(한방)병원의 한의사(의사)고용 불허	2.79±.97	2.55±1.18	2.98±.97	2.76±1.04	.044

<표 7> 양·한방 상호보완체계 구축의 선행 요건[†]

단위 : 회(%)

문항	의사	한의사	보건의료 전문가	계
교육제도의 보완	93 (17.1)	35 (13.8)	31 (16.5)	159 (16.1)
양·한방 공동연구의 활성화(연구비 중점 배정 등)	83 (15.2)	43 (16.9)	30 (16.0)	156 (15.8)
의료제도에 대한 정책 변화	70 (12.8)	41 (16.1)	22 (11.7)	133 (13.6)
국민·학계·정부의 공동 노력	48 (8.8)	37 (14.6)	17 (9.0)	102 (10.3)
상병명의 통일 및 의료행위의 표준화	49 (9.0)	12 (4.7)	10 (5.3)	71 (7.2)
협진 또는 일원화 촉진 관련 특별법의 제정	35 (6.4)	17 (6.7)	16 (8.5)	68 (6.9)
한의학(의학)에 의학(한의학) 보장	32 (5.9)	12 (4.7)	9 (4.9)	53 (5.4)
의사의 관심 도모	27 (5.0)	13 (5.1)	12 (6.3)	52 (5.3)
면허제도의 일원화	39 (7.1)	4 (1.6)	6 (3.2)	49 (5.0)
의사 및 한의사간의 상호고용 허용	10 (1.8)	9 (3.5)	11 (5.8)	30 (3.0)
전문의과목: 양·한방 전문의(동서의) 신설	15 (2.8)	8 (3.1)	7 (3.7)	30 (3.0)
사회적 지지(분위기 조성)	15 (2.8)	6 (2.4)	8 (4.3)	29 (2.9)
한의사의 관심 도모	10 (1.8)	4 (1.6)	6 (3.2)	20 (2.0)
수련병원 파견 허용	5 (0.9)	10 (4.0)	1 (0.5)	16 (1.6)
대학원제도(학점교류 등)의 보완	7 (1.3)	2 (0.8)	2 (1.1)	11 (1.1)
기타	7 (1.3)	1 (0.4)	0 (0.0)	8 (0.8)
합계	545(100.0)	254(100.0)	188(100.0)	987(100.0)

[†] 각 범주에 대한 우선순위에 따른 응답자별 3가지씩 선택 응답의 빈도 총합.

3) 가장 바람직한 양·한방 상호보완체계

가장 바람직한 양·한방 상호보완체계로는 양·한방 일원화체계보다 협진체계를 선호하였으며, 그 중에서도 '양·한방 상호 대등한 협진체계'를 가장 선호하였다. 이를 집단별로 살펴 보면, 의사는 협진체계중 '양방위주, 한방 보조의 협진체계'를 선호하였으며, 한의사와 보건의료전문가는 협진체계중 '양·한방 상호 대등한 협진체계'를 가장 선호하였다. 일원화체계에 대한 선호도는 협진체계에 비해 상대적으로 낮았으나, 집단별로는 의사의 선호도가 한의사와 보건의료전문가보다 높았다(표 8).

<표 8> 가장 바람직한 양·한방 상호보완체계

단위 : 명(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전 문 가	계
협진체계	121 (61.1)	72 (83.7)	47 (74.6)	240 (69.2)
양방위주, 한방 보조의 협진체계	77 (38.9)	0 (0.0)	11 (17.5)	88 (25.4)
양·한방 상호 대등한 협진체계	44 (22.2)	72 (83.7)	36 (57.1)	152 (43.8)
양한방 일원화체계	64 (32.3)	9 (10.5)	15 (23.8)	88 (25.3)
양방위주의 통합 일원화체계	43 (21.7)	0 (0.0)	3 (4.8)	46 (13.2)
양·한방 상호 대등한 일원화체계	21 (10.6)	9 (10.5)	12 (19.0)	42 (12.1)
기타*	13 (6.6)	5 (5.8)	1 (1.6)	19 (5.5)
합 계	198(100.0)	86(100.0)	63(100.0)	347(100.0)

* 기타에는 한방위주·양방 보조의 협진체계, 한방위주의 통합 일원화체계 등이 포함.

$\chi^2=123.321(.000)$

4. 양·한방 상호보완체계 확립을 위한 방안

1) 법적·제도적 측면

양·한방 상호보완을 위한 법적·제도적 방안으로 '현재 의사, 한의사로 구분된 명칭을 의사로 통일'을 가장 중요시하였으며, 그 다음으로는 '협진 의료인력 양성 방안 마련', '현 면허 소지자에 대한 양·한방 동시면허 허가' 등의 순이었다. 이를 의사, 한의사, 보건의료전문가로 구분하여 비교하여도 전체적인 경향에서 벗어나지는 않았다(표 9).

2) 진료 측면

양·한방 상호보완을 위한 진료 측면의 개선방안으로는 세 집단 모두 '진료방법의 상호보

완을 위한 협동연구의 확대', '한약 및 침 등의 효능성에 관한 연구', '질병과 증상의 개념 및 질병명 통일'이 시급하다고 생각하였다. 이중 '진료방법의 상호보완을 위한 협동연구의 확대'에 대해서는 한의사들의 선호도(82.3%)가 특히 높았다(표 10).

<표 9> 양·한방 상호보완체계 확립을 위한 법적·제도적 방안[†]

단위: 점수(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전문가	계
의사로 명칭 통일	259 (26.6)	104 (21.6)	89 (25.9)	452 (25.1)
협진 의료인력 양성 방안 마련	183 (18.7)	93 (19.3)	70 (20.3)	346 (19.2)
현 면허 소지자에 대한 양한방 동시면허 허가	171 (17.5)	105 (21.9)	56 (16.3)	332 (18.3)
한방의학 전문과 설치	88 (9.0)	61 (12.7)	27 (7.8)	176 (9.8)
양방 및 한방 진료부서 상호교류 개설 허가	89 (9.1)	20 (4.2)	17 (4.9)	126 (7.0)
양·한방 의료정보의 데이터 베이스화	49 (5.0)	21 (4.4)	15 (4.4)	85 (4.7)
한방, 양방, 협진으로 치료가능한 질병에 대한 분류	45 (4.6)	17 (3.5)	22 (6.4)	84 (4.7)
의사 및 한의사의 협력에 관한 규정 신설	29 (3.0)	10 (2.1)	14 (4.1)	53 (2.9)
의료기사 지도감독권에 대한 한의사의 자격 인정	12 (1.2)	17 (3.5)	13 (3.8)	42 (2.3)
의료영역 설정에 대한 의료법의 개선	14 (1.4)	4 (0.8)	8 (2.3)	26 (1.5)
이중면허의 허용	9 (0.9)	15 (3.1)	1 (0.3)	25 (1.4)
정부주도 하의 적극적인 법적, 제도적 지원 방안 마련	10 (1.0)	3 (0.6)	3 (0.9)	16 (0.9)
기타	20 (2.0)	11 (2.3)	9 (2.6)	40 (2.2)
합 계	978(100.0)	481(100.0)	344(100.0)	1,803(100.0)

[†] 각 범주에 대한 우선순위에 따른 3가지의 응답을 1순위=3점, 2순위=2점, 3순위=1점으로 가중치한 총점.

<표 10> 양·한방 상호보완체계 확립을 위한 진료 측면의 개선 방안

단위: 명(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전문가	계
진료방법의 상호보완을 위한 협동연구의 확대	73 (37.8)	65 (82.3)	34 (55.8)	172 (51.7)
한약 및 침 등의 효능성에 관한 연구	50 (25.9)	3 (3.8)	8 (13.1)	61 (18.3)
질병과 증상의 개념 및 질병명 통일	25 (13.0)	3 (3.8)	12 (19.7)	40 (12.0)
의료행위의 표준화	23 (11.9)	3 (3.8)	6 (9.8)	32 (9.6)
공동 학술활동에 대한 지원 확대	9 (4.7)	2 (2.5)	1 (1.6)	12 (3.6)
기타	13 (6.7)	3 (3.8)	0 (0.0)	16 (4.8)
합 계	193(100.0)	79(100.0)	61(100.0)	333(100.0)

$\chi^2=55.262(p=.000)$

3) 교육제도 측면

양·한방 상호보완을 위한 교육제도 개선방안으로 '기존 체계 하에서 개선'이 바람직한지, '새로운 교육제도의 도입'이 필요한지를 질문한 결과, 전체 응답자의 60.5%가 '기존 체계 하에서의 개선'이 더 바람직하다고 하였다. 집단별로 보면, 의사의 50.0%, 한의사의 84.5%, 보건의료전문가의 61.1%가 '기존 체계 하에서의 개선'방안을 찬성하여 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 11).

'기존 체계 하에서 개선해야 한다'고 응답한 대상자에게 그 구체적 방안에 대하여 질문한 결과, 응답자의 36.5%가 '의과대학 및 한의과대학의 교과과정 개편'이 필요하다고 하였으며, 23.6%가 '상대 의료에 대한 보수교육의 기회 부여'라고 응답하였다. 집단별로도 응답 경향은 유사하였다(표 12).

또한 '새로운 교육제도의 도입'이 필요하다는 응답자를 대상으로 그 구체적인 방안에 대하여 질문한 결과, '의학 및 한의학을 모두 교육하는 교과과정 설치'가 필요하다는율이 41.5%, '한의과대학을 의과대학에 통합하는 방안'이 필요하다는 율이 43.4%이었다. 집단별로 보면, 의사는 56.8%가 '한의과대학을 의과대학에 통합'하는 방안이 필요하다고 하였으나, 한의사와 보건의료전문가는 '의학 및 한의학을 모두 교육하는 교과과정 설치'하는 방안이 필요하다는 율이 69.6%와 52.0%이었다(표 13).

4) 사회적 측면

양·한방 상호보완을 위한 사회적 측면의 방안을 선정하도록 한 결과, '국민·학계·정부의 공동 노력'과 '의사단체의 인식 전환이 필요하다'는 의견이 각각 43.3%와 23.9%이었다. 집단별로 살펴보면, 의사는 45.3%가 '국민·학계·정부의 공동 노력', 17.9%가 '한의사단체의 인식 전환', 15.3%가 '의사단체의 인식 전환'이 필요하다고 하였다. 반면에 한의사는 38.3%가 '국민·학계·정부의 공동 노력', 34.6%가 '의사단체의 인식 전환', 19.8%가 '정부(보건복지부)의 인식 전환'이 필요하다고 하였고, 보건의료전문가는 38.3%가 '국민·학계·정부의 공동 노력', 36.7%가 '의사단체의 인식 전환', 10.0%가 '정부(보건복지부)의 인식 전환'이 필요하다고 하였다(표 14).

양·한방 상호보완체계 확립을 위해 가장 적극적인 자세가 필요한 집단에 관하여 전체 응답자의 37.4%가 '정부', 33.5%가 '의사', 11.2%가 '한의사'라고 각각 응답하였다. 집단별로 보면, 의사는 36.8%가 '의사', 30.1%가 '정부'라고 응답하였고, 한의사는 52.3%가 '정부', 24.4%가 '의사'라고 응답하였으며, 보건의료전문가는 39.3%가 '정부', 36.1%가 '의사'라고 응답하였다(표 15).

<표 11> 양·한방 상호보완체계 확립을 위한 교육제도 측면의 개선 방안

단위 : 명(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전 문 가	계
기존 체계 하에서의 개선	68 (50.0)	49 (84.5)	33 (61.1)	150 (60.5)
새로운 교육제도의 도입	68 (50.0)	9 (15.5)	21 (38.9)	98 (39.5)
합 계	136(100.0)	58(100.0)	54(100.0)	248(100.0)

$\chi^2=20.239(p=.000)$

<표 12> 기존 체계 하에서의 교육제도 개선 방안

단위 : 명(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전 문 가	계
의과대학 및 한의과대학의 교과과정 개편	37 (36.6)	19 (29.7)	18 (47.4)	74 (36.5)
상대 대학(및 대학원) 입학제도의 확대 및 유인방안 마련	14 (13.9)	17 (26.6)	4 (10.5)	35 (17.3)
상대 의료에 대한 보수교육의 기회 부여	25 (24.7)	13 (20.2)	10 (26.3)	48 (23.6)
2-3년 임상실습후 상대 의료면허 응시자격 부여	11 (10.9)	9 (14.1)	4 (10.5)	24 (11.8)
기타	14 (13.9)	6 (9.4)	2 (5.3)	22 (10.8)
합 계	101(100.0)	64(100.0)	38(100.0)	203(100.0)

$\chi^2=9.870(p=.274)$

<표 13> 새로운 교육제도 도입 방안

단위 : 명(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전 문 가	계
의학 및 한의학을 모두 교육하는 교과과정 설치	37 (33.3)	16 (69.7)	13 (52.0)	66 (41.5)
한의과대학을 의과대학에 통합	63 (56.8)	0 (0.0)	6 (24.0)	69 (43.5)
의과대학을 한의과대학에 통합	0 (.0)	1 (4.3)	0 (.0)	1 (.6)
지금과 다른 제3의 의과 및 한의과대학 설립	5 (4.5)	3 (13.0)	4 (16.0)	12 (7.5)
기타	6 (5.4)	3 (13.0)	2 (8.0)	11 (6.9)
합 계	111(100.0)	23(100.0)	25(100.0)	159(100.0)

<표 14> 양·한방 상호보완체계 확립을 위한 사회적 측면의 개선 방안

단위: 명(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전 문 가	계
국민·학계·정부의 공동 노력	86 (45.3)	31 (38.3)	23 (38.3)	140 (42.3)
의사단체의 인식 전환	29 (15.3)	28 (34.5)	22 (36.7)	79 (23.8)
한의사단체의 인식 전환	34 (17.9)	2 (2.5)	4 (6.7)	40 (12.1)
정부(보건복지부)의 인식 전환	9 (4.7)	16 (19.7)	6 (10.0)	31 (9.4)
국민의 인식 전환	24 (12.6)	2 (2.5)	2 (3.3)	28 (8.5)
기타	8 (4.2)	2 (2.5)	3 (5.0)	13 (3.9)
합 계	190(100.0)	81(100.0)	60(100.0)	331(100.0)

$\chi^2=51.355(p=.000)$

<표 15> 양·한방 상호보완체계 확립을 위해 가장 적극적인 자세가 필요한 집단

단위: 명(%)

구 분	의사	한의사	보건의료 전 문 가	계
정 부	58 (30.0)	45 (52.3)	24 (39.3)	127 (37.4)
의 사	71 (36.8)	21 (24.4)	22 (36.1)	114 (33.5)
한 의 사	29 (15.0)	6 (7.0)	3 (4.9)	38 (11.2)
국 민	14 (7.3)	4 (4.7)	4 (6.6)	22 (6.5)
시 민 단 체	5 (2.6)	2 (2.3)	2 (3.3)	9 (2.6)
기 타*	16 (8.3)	8 (9.3)	6 (9.8)	30 (8.8)
합 계	193(100.0)	86(100.0)	61(100.0)	340(100.0)

* 기타 의견에는 보험자단체 등 포함.

$\chi^2=17.798(p=.058)$

IV. 고 찰

1. 연구방법에 관한 고찰

이 연구에서 의사, 한의사, 보건의료전문가를 대상으로 양·한방 상호보완에 대한 인식도의 차이를 살펴보고자 하였다. 이 연구에서 사용한 설문지는 문헌고찰을 통해 개발한 후,

1999년 10월에 전문가집단 워킹그룹과 1999년 11월에 30명에게 사전조사를 실시하여 수정·보완하였다.

이 연구의 조사 대상자로는 양·한방 협진과 직접 관련되는 의사와 한의사, 그리고 간접 관련자인 보건의료전문가를 선정하였다. 조사방법은 낮은 설문 응답률을 감안하여 직접배포에 의한 조사, 전자우편을 통한 조사, 그리고 우편조사로 다각화하였고, 조사대상자도 총 3,273명을 선정하였다. 회수율이 11.1%(362명)로 낮아서 연구결과의 대표성이 낮다는 문제가 있다. 그러나 이 연구의 회수율은 윤현국 등(1999)이 서울 지역 개원의를 대상으로 한 우편설문조사의 회수율 18.1%보다 낮았지만, 이응세 등(1999)의 전국 개원 한의사를 대상으로 한 우편설문조사의 회수율인 5.7%보다는 높았다.

2. 연구결과에 관한 고찰

양·한방 협진 또는 양·한방 일원화에 관한 문제는 끊임없이 제기되어 온 이슈중 하나이다. 양·한방 협진이라는 것은 현재의 양방과 한방의 이원화된 의료체계를 유지하면서 내원 환자를 의사와 한의사가 함께 진단·검사후 가장 적합한 치료방법을 결정하는 진료체계(박일훈, 1997; 이동희와 류규수, 1998)를 의미하는 반면, 양·한방 일원화라는 것은 현재의 양방과 한방으로 나뉘어진 의료체계를 하나로 통합·관리하는 것을 의미한다. 그리고 양·한방 상호보완이라는 개념은 양·한방 협진이든 일원화든 양방과 한방의 장점은 살리고, 단점은 보완하기 위해 상호 협력하여 의료를 제공하는 것이라고 정의내릴 수 있겠다.

이 연구에서는 양·한방 상호보완체계의 법제화에 대하여 전체 응답자의 66.9%(218명)가 찬성하였다. 이러한 찬성률은 집단별로 차이가 있었으나 모든 집단에서 찬성률이 50%를 상회함으로써 이들 집단간에 양·한방 상호보완체계의 법제화에 대한 공감대 형성 가능성을 보여 주었다. 최용민(1995)의 연구에서는 의사의 82.2%, 공무원의 76.7%, 한의사의 56.2%(양한방 통합¹⁾의 필요성을 인식하고 있었으며, 양·한방 통합의 가능성에 대해서는 공무원의 60.4%, 의사의 49.4%, 한의사의 26.0%가 긍정적이었다.

그러나 양·한방 상호보완체계가 활성화되지 못한 이유에 대하여 의사는 '의학과 한의학간의 질병에 대한 접근방법의 차이'를 꼽았으며, 한의사와 보건의료전문가는 '의사의 무관심 또는 편견'을 가장 중요한 이유로 선정하였다. 이 결과는 의사는 한의학의 비과학화를 들어 부정적 태도를 보이며(이연숙 등, 1998; 조기호 등, 1999), 한의사는 의사의 무관심 내지는 편견이 양한방 상호보완의 가장 큰 장애물이라고 생각한다는 보고(이동희와 류규수, 1998)와 비슷한 결과였다.

1) 여기서 통합의 의미는 협진 또는 일원화를 포괄한 개념으로 이 연구의 양한방 상호보완과 비슷한 개념임.

가장 바람직한 양·한방 상호보완 체계에 대하여 세 집단 모두 양·한방 일원화체계보다 협진체계를 선호하였으며, 그 중에서도 '양·한방 상호 대등한 협진체계'를 가장 선호하였다. 이를 집단별로 보면, 의사는 협진체계중 '양방위주, 한방 보조의 협진체계'를 선호하였으며, 한의사와 보건의료전문가는 협진체계중 '양·한방 상호 대등한 협진체계'를 더 선호하여 집단간 입장의 차이를 보였다. 이는 이동희(1998)의 연구결과와도 일치한다. 그러나 이 결과에서 주목할 점은 양·한방 상호 대등한 협진체계와 양·한방 상호 대등한 일원화 체계를 선호하는 의사가 각각 22.2%와 10.6%로 의사중 1/3이 양·한방 상호 대등한 체계를 선호한다는 점이다. 한편, 다른 연구 결과를 보면, 의사는 한의사에 비해 협진에 대한 선호도가 낮은 반면(이동희와 류규수, 1998), 일원화에 대한 선호도는 더 높았다(조기호, 1999). 또한 양·한방 보완체계 확립을 위해 가장 적극적인 자세가 필요한 집단에 대해서 의사는 '의사'라고 응답한 반면, 한의사와 보건의료전문가는 '정부'라고 응답하여 박일훈(1997)의 연구와 비슷한 경향을 보였다.

양·한방 상호보완을 달성하기 위해서는 무엇보다도 이를 담당하고 연구해야 할 인력의 양성이 우선된다 하겠는데(전세일, 1995; 손태용과 오희철, 1998), 이 연구에서도 '교육제도의 보완'이 양·한방 상호보완을 위해 가장 중요한 선행요건으로 조사되었다. 교육제도를 보완하는 방법으로 이상영과 변용찬(1997)의 연구에서는 '의학 및 한의학을 모두 교육하는 교과과정 설치'라든지, '의과대학 및 한의과대학간 상호 편입학제도의 확대'를 제시하였으며, 손태용과 오희철(1998)은 '의과대학 및 한의과대학간 학점교환제', '2~3년간 임상실습후 상대 의료면허 응시자격 부여' 등과 같은 방안을 제시하였다. 이 연구에서는 양·한방 상호보완을 위한 교육제도 개선의 방안으로 세 집단 모두 '기존 체계 하에서 개선'을 더 선호하였고, 구체적 방안에 대해서도 세 집단 모두 '의과대학 및 한의과대학의 교과과정 개편'을 선호하였다. '새로운 교육제도 도입'의 구체적 방안으로는 의사는 '한의과대학을 의과대학에 통합'을 선호하였고, 보건의료전문가와 한의사는 '의학 및 한의학을 모두 교육하는 교과과정 설치'를 선호하였다.

V. 요약 및 결론

이 연구는 1999년 12월부터 2000년 2월까지 의사, 한의사, 그리고 보건의료전문가를 대상으로 설문지의 직접배포에 의한 조사, 전자우편을 통한 설문조사, 그리고 우편 설문조사를 통해 이루어졌다. 설문지는 총 3,273명에게 배부하였으며, 이중 362명이 응답하여 11.1%의 회수율을 보였다. 분석에 사용된 설문지는 의사 206명, 한의사 90명, 보건의료전문가 64명 총 360명이다. 결과는 다음과 같다.

첫째, 양·한방 상호보완체계의 법제화에 대하여 전체 응답자의 66.9%(218명)가 찬성하였다. 이러한 찬성률은 집단별로 차이가 있었으나 모든 집단에서 찬성률이 50%를 상회함으로써 이들 집단간에 양·한방 상호보완체계의 법제화에 대한 공감대 형성 가능성을 보여 주었다.

둘째, 양·한방 상호보완체계가 활성화되지 못하는 이유에 대해서 의사는 '의학과 한의학 간 질병에 대한 접근방법의 차이'를, 한의사와 보건의료전문가는 '의사의 무관심 또는 편견'을 꼽았다.

셋째, 양·한방 상호보완체계 구축의 가장 중요한 선행 요건으로 의사와 보건의료전문가는 '교육제도의 보완'을, 한의사는 '양·한방 공동연구의 활성화'를 꼽았다.

넷째, 가장 바람직한 양·한방 상호보완 체계에 대하여 세 집단 모두 양·한방 일원화체계보다 협진체계를 선호하였으며, 그 중에서도 '양·한방 상호 대등한 협진체계'를 가장 선호하였다.

다섯째, 양·한방 상호보완체계 확립을 위한 법적·제도적 방안으로 세 집단 모두 '의사로서의 명칭 통일'을 가장 중요시하였으며, 다음은 '협진 의료인력 양성 방안 마련', '현 면허 소지자에 대한 양·한방 동시면허 허가' 등의 순이었다. 양·한방 상호보완을 위한 진료 측면의 개선방안으로는 세 집단 모두 '진료방법의 상호보완을 위한 협동연구의 확대', '한약 및 침 등의 효능성에 관한 연구', '질병과 증상의 개념 및 질병명 통일'이 시급하다고 생각하였다. 이 중 '진료방법의 상호보완을 위한 협동연구의 확대'에 대해서는 한의사들의 선호도(82.3%)가 특히 높았다. 또한 교육제도 개선방안으로 세 집단 모두 '기존 체계 하에서 개선'이 '새로운 교육제도의 도입'보다 더 바람직하다고 하였고, 구체적 방안에 대해서는 세 집단 모두 '의과대학 및 한의과대학의 교과과정 개편'이 가장 필요하다고 하였다.

결론적으로 세 집단(의사, 한의사, 보건의료전문가)간에 양한방 상호보완의 구체적 방안에 대하여는 약간의 차이가 있었으나, 상호보완의 필요성, 상호보완체계 구축의 선행 요건, 가장 바람직한 양·한방 상호보완체계, 상호보완을 위한 법적·제도적 방안과 진료측면, 교육제도 측면 및 사회적 측면의 개선방안에 대하여 대체로 비슷한 인식도를 보였다. 이러한 양상은 향후의 양·한방 상호보완 체계 구축에 긍정적인 요소가 될 것으로 생각한다.

참 고 문 헌

- 권순원. 한방의료의 체계화와 발전을 위한 제안: 장기적 과제를 중심으로. 대한한의학회지 1992; 13(2): 17-18
- 김용익, 김창엽, 김윤. 청장년 의사들의 의료제도 및 대한의학협회에 대한 의견조사. 대한의학협회 1994

- 문옥륜. 의료일원화에 대한 고찰. 보건의료전망 1996. 12
- 박일훈. 양한방 상호보완 의료체계에 대한 고찰. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1997
- 박종구, 김춘배, 이성수, 김달래, 최서영, 한창호, 김민기, 조용진. 동·서의학간 임상적 교류의 합리적 방안 구축. 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실. 1999
- 박종구, 김춘배, 최서영, 김달래, 전세일, 이선동, 이종찬, 강명근, 조경숙. 보완·대체의학에 대한 시론. 보건행정학회지 2000; 10(1): 1-30
- 성현계, 신현규. 한국과 동양3국의 한의학 정책 비교 연구. 한국한의학연구원. 1997
- 손대용, 오희철. 의과대학과 한의과대학의 교육내용 비교 분석. 한국의학교육 1998; 10(2): 337-349
- 윤현국, 김진하, 오상우, 윤영호, 유태우. 서울 지역 개원의의 대체의학에 대한 인식 및 형태. 가정의학회지 1999; 20(1): 71-77
- 이규식, 조경숙. 한방의료 이용실태에 관한 조사 연구: 전국 한의원 이용자를 중심으로. 보건행정학회지 1999; 9(4): 120-139
- 이동희, 류규수. 한·양방 협진체계 개발에 관한 연구. 병원경영학회지 1998; 3(1): 34-61
- 이동희. 한양방 협진 진료의 접점에 관한 조사 연구. 경산대학교 대학원 박사학위논문. 1998
- 이상영, 변용찬. 양한방 협진체계의 현황과 개선방안. 한국보건사회연구원. 1997
- 이연숙, 서홍관, 김철환, 김일수. 한의학과 양·한의학 일원화에 대한 양의사의 인식도. 가정의학회지 1998; 19(8): 662-670
- 이용세, 이규식, 이선동, 조경숙. 한방의료이용실태 및 개선방안 연구. 한국한의학연구원. 1999
- 전세일. 의대교육과정으로서의 한의학 강의. 대한의사협회지 1995; 38(10): 1194-1195
- 조기호. 한양방의료의 상호보완발전방안 연구. 한국한의학연구원. 1999
- 조재국, 이상영, 신순식, 이우백, 김민형. 양·한방 협진실태와 정책방향. 한국보건사회연구원. 1999
- 최서영. 동서의학 협력의 필요성과 발전 방안(한·양방의료의 상호보완발전방안 세미나 자료). 경희대학교 1999. 7.
- 최용민. 한국 한방의료제도와 정책의 개선방안에 관한 연구. 동국대학교 대학원 박사학위논문. 1995
- 최진학. 의료일원화. 대한의학협회지 1987; 30(6): 579-580
- 홍경섭. 한의원의 의료실태에 관한 조사 연구. 연세대학교 보건대학원 석사논문. 1979
- NIN Consensus Development Panel on Acupuncture. Acupuncture. JAMA 1998; 280(17): 1518-1524
- WHO. Scientific Group on Herbal Medicine Research. 1986