보건행정학회지 : 제 13 권 제 2 호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol. 13, No. 2. 1-22, June 2003

동북아시아 4개국의 양·한방 의료협진체계 비교

문옥륜, 김은영, 신은영[1)†], 김혜영, 천희란
서울대학교 보건대학원, 동서울대학[1)]

<Abstract>

A comparative Study on the Combined Oriental and Western Medicine(COWM) in Four Northeast Countries

Ok-Ryun Moon, Hae-Young Kim, Eun-Young Shin[1)†], Eun-Young Kim, Hee-Ran Chun
School of Public Health, Seoul National University, Dong Seoul College[1)]

Since 1990s, the use of Complementary and Alternative Medicine(CAM) has been rising rapidly all of the world. In 1983, WHO recommended that the traditional medicine actively be utilized. At the end of 20th century, as chronic and intractable diseases increased in western countries, traditional medicine has attracted considerable attention. COWM shows possibilities of new approaches for these intractable diseases. Thus, we try to show our proper approach of COWM through the international comparative study.

In order to fulfill the objectives, we applied the following methodology: 1) Literature review on previous study, 2) Local survey using self-administered questionnaire, and 3) FGI(Focus Group Interview) with local experts.

The results were as follows ;

Three Asian countries, China, Korea and Taiwan, are very active in implementing COWM policy. Japan, however, has independent system of unified medicine. In regards to the combined care policy and system, China has the most advanced COWM system among four countries. In respect to combined care education, it is needed to increase the COWM education contents and the amount of cross educational curriculum.

* 이 연구는 2000년도 서울대학교 대학연구센터 연구과제로 수행되었음
† 교신저자 : 신은영, 동서울대학(031-720-2274, eyshin@dsc.ac.kr)

Based on the current COWM system, Chinese, Japanese and Taiwanese doctors can prescribe both oriental and western drugs. But, Korean medical law prohibits western doctors and oriental doctors from prescribing the counterpart's medicine. So, the revision of current medical law is urgent for COWM in Korea.

And when it comes to patient satisfaction, more than fifty percent responded positively in China, Korea and Taiwan.

To achieve the goal of COWM ; 1) mutual understanding and recognition of COWM is essential. 2) institutional and legal support system for COWM is desperately urgent. 3) possible international collaboration and cooperation should be sought to untangle these complex cultural dilemmas.

Key Words : Combined of Oriental and Western Medicine (COWM), Complementary and Alternative Medicine (CAM), Unified Care

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 정치, 경제, 사회, 문화 등 모든 분야들에서 국제화의 시대에 접어들고 있다. 보건의료부문 또한 예외일 수 없다. 특히, 한국, 일본, 중국, 대만 등의 동북아시아 국가들은 20C 초반까지만 하더라도 동양(한)의학이 의료의 중심 학문으로 자리잡고 있었다. 이들 국가들의 의료제도변화는 동양의학에서 서양의학으로 무게중심이 이동되는 것과 궤를 같이 하고 있다. 하지만, 이들 국가가 모두 동일한 내용의 의료제도로 정착화된 것은 아니다. 일본처럼 동양의학이 서양의학에 거의 완전하게 흡수된 형태인 국가도 있는 반면, 우리나라처럼 완전히 이분화 되어 있는 국가도 있으며, 중국과 같이 이분화 되어 있는 동시에 양 · 한방 합작의사(중서의)로 통합되어 있기도 해서 서로간의 3원적 협조관계가 긴밀한 국가도 있다.

각 국가별 의료제도에 대한 비교연구는 최근 들어 정보 및 교통의 급속한 발전으로 인하여 국제적으로 비교적 활발히 진행되고 있는 분야이다. 하지만, 이러한 연구의 대부분이 주로 선진 서양의학적 측면에서 파악된 것이기 때문에 한국, 일본, 중국, 대만처럼 전통적인 동양의학이 서양의학과 함께 현존하고 있는 국가들에 대한 연구는 지극히 희소하다. 그러므로, 이 시점에서 동양의학과 서양의학의 공존이라는 특수성을 감안한 국제적 비교연구가 진행되는 것이 바람직하다. 특히, 최근 들어 서구선진국가들에서 점차적으로 동양의학을 인정하고,

서양의학이 해결하지 못하는 부분에 동양의학을 적극적으로 활용하고자 하는 노력들이 진행되고 있다[1)2)]. 따라서 너무 늦기 전에 우리도 국제적 비교연구를 수행할 필요가 있다.

본 연구는 지금까지 수행되어 왔던 보건의료제도의 국가간 비교와는 달리 서양의학과 동양의학체계를 동시에 고려한 국가간 의료제도의 비교라는 특징이 있다. 동양의학과 서양의학을 접목해 가고자 하는 다양한 노력 중에서 가장 잘 알려진 것이 바로 양·한방 협진체계이다. 이는 서양의학과 동양의학의 장단점을 보완하는 일종의 대안적 의료체계의 하나로서 동양의학적 전통이 강한 동북아시아 국가들을 중심으로 활발히 진행 중에 있다.

양·한방 협진체계에 대한 기존의 국내 연구는 그다지 활발한 편은 아니었으나, 전 국민의 관심을 끌었던 94년 한약논쟁을 기점으로 의료일원화 정책과 맞물리면서 몇몇 연구들이 수행이 되었었다. 이들 연구들은 크게 두가지로 구분될 수 있는데 하나는 우리나라의 양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방향(조종관, 1993 ; 박일훈, 1997 ; 이원철, 1999 ; 서동윤, 2000)에 관련한 연구이며, 지금까지 수행된 연구의 대부분은 이에 관련한 것이었다. 다른 하나는 양·한방 협진을 위한 모형개발(이동희, 1997)에 대한 연구가 있었다.

현재 우리나라에서 운영하고 있는 양·한방 협진체계의 문제점으로는 한의학과 한방의료에 대한 기본적인 몰이해와 상호 보완의 필요성 불인정, 공조체계에 대한 연구과정 및 방법론에 대한 의견수렴 없이 기존틀에 의한 단순 편의적으로 운영되고 있다는 점, 양·한방 상호 지원 및 의료사고에 대한 책임소재 관장 등의 공조 운영체계를 담당할 연결고리가 없다는 점 등이 주요하게 지적되었는바 이에 대한 외국의 사례들을 검토하는 것이 필요할 것이다(서울시한의사회, 1992). 현재까지의 연구들은 주로 의료공급자를 대상으로 한 연구들이 주종을 이루었으며, 내용 또한 의사와 한의사들의 역할분담 및 교육내용에 주된 초점을 두었다. 실제로 양·한방 협진체계의 정착을 위해서 필수적인 요건인 이용자의 만족도 및 요구도 조사 등의 연구는 매우 미비한 실정이다.

더구나 동양의학과 서양의학이 공존하고 있는 남·북한, 일본, 중국, 대만 등 동북아시아 국가들의 현행 의료제도와 양·한방 협진체계에 대한 비교연구, 그리고 해당 국가 국민들의 만족도 및 요구도 조사 등은 아직까지 연구가 수행된 적이 없었으므로 이에 대한 연구의 필요성이 제기된다고 하겠다.

---

1) 거의 모든 유수한 미국의 대학에는 대체의학 연구소가 설립되어 있으며, 일부 대학에서는 침술을 중심으로 한 동양의학 연구를 활발하게 추진하고 있다.

2) 이러한 추세에 부응하여 중국의 헌법에는 한방의학을 '조상이 물려준 보배'로 기재하고, 이를 발전시켜 21세기에는 한의학을 세계의학의 중추에 갖다 놓겠다는 의지를 보이고 있다.

2. 연구 목적

우리나라 양·한방 협진체계가 나아갈 진로를 결정하는데 필요한 정책자료를 제시하기 위해 동북아시아 국가들의 의료제도 및 양·한방 협진체계를 비교·분석하고자 한다.

첫째, 동북아 4개국의 한의학 제도를 비교·분석한다.

둘째, 동북아 4개국의 양·한방 협진제도를 비교 · 분석한다.

셋째, 동북아 4개국의 양 · 한방 협진현황을 비교·분석코자 한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 기존문헌 고찰

동북아시아 4개국의 한의학제도 비교를 위하여 기존문헌을 고찰하였다. 이를 통하여 각국가에서 현재의 제도가 정착하기까지 어떠한 과정을 겪었으며, 동양의학과 서양의학의 제도가 어떻게 상호관계를 형성하고 있는지를 파악하였다.

2. 현지 전문가 인터뷰

동북아시아 4개국에서 현재 시행 중에 있는 양 · 한방 협진체계를 비교 · 분석하기 위하여 중국, 대만, 일본을 방문하여 관련 기관을 견학하고, 각 분야의 전문가들과의 면담을 실시하였다.

전문가들과의 면담을 통하여, 양한방 협진체계의 현황과, 협진체계가 정착되기까지의 과정 및 현재 시행되고 있는 협진체계의 문제점, 실천 가능성, 향후 개선 또는 발전 가능성에 대한 자료를 수집하였다. 현지방문을 통해 직접 면담을 실시한 전문가는 중국 6명, 대만 13명, 일본 6명이었다. 전문가 구성은 <표 1>과 같다.

3. 설문조사

본 연구진에서 개발한 설문지를 가지고 직접 중국, 대만, 일본을 방문하여 의료제공자와 의료이용자를 대상으로 설문 조사를 실시하였다. 주요 설문내용은 동북아시아 국가들의 양 · 한방 협진에 대한 국민들과 제공자의 요구도 및 만족도이다.

<표 1> 3개국의 현지방문 면담자 목록

국 가	소속 및 직함
중 국	- 중국중의연구원 서원의원 연구원, 중국과학원사, 중서의 결합학회 회장
	- 국가중의약관리국 주임의사, 중서의 결합학회 부회장 겸 비서장
	- 중국중의연구원서원의원 부원장
	- 중국중의연구원 기초소 AIDS실 주임
	- 중서의 결합학회 부비서장
	- 북경시 중의연구소 소장
대 만	- 행정원위생서 중의약위원회 비서
	- 보건부 국제합작조 부연구위원
	- 국립 중국의약연구소 소장
	- 중국의약학원 부속병원 중의부 주임
	- 중국의약학원 부속병원 중의내과 주치의사
	- 장경기념병원 중의분원 부원장
	- 장경기념병원 중의분원 임상연구부 주임
	- 장경기념병원 중의부 주치의사
	- 장경기념병원 중의부 침구과 의학박사
	- 장경기념병원 소아병원 의학박사
	- 대북시 중의사공회 이사장
	- 대북시 중의사공회 상무이사
	- 대북시 중의사공회 감사장
일 본	- 토야마 의과약과대학 부원장
	- 토야마 의과약과대학 화한진료과 조교수
	- 토야마 의과약과대학 화한약연구소 부속 조교수
	- 키타사토 연구소 동양의학 총합연구소 소장
	- 키타사토 연구소 동양의학 총합연구소 약제부 부장

설문조사 대상 의료제공자는 한국 141명, 중국 100명, 대만 134명, 일본 24명이었으며, 의료이용자는 한국 527명, 중국 183명, 대만 625명이며, 일본의 경우는 제도적으로 양한방 협진이 존재하지 않으므로 조사에서 제외하였다. 각 국의 양한방협진체계 및 의료제도가 다르기

때문에, 조사대상 기관을 양한방협진이 실시되고 있는 의료기관으로 제한하였다. 각 국의 조사대상 의료제공자는 이에 소속되어 있는 자이며, 의료이용자도 현재 양한방협진을 이용하고 있는 자로 한정하였다. 각 국가별 조사대상 의료기관 및 조사기간은 <표 2>와 같다.

<표 2> 4개국의 조사대상 의료기관 및 조사기간

	조사대상 의료기관	조사기간
한국	· 양한방협진을 실시하고 있는 6개 한방병원 (서울3개, 경기도2개, 전북1개)	2002년 5월 13일 - 5월 18일
중국	· 북경 중서의 결합병원 · 북경 안정병원(서의병원) · 북경 서원병원(중의병원)	2000년 8월 20일 - 8월 27일
대만	· 대중 소재 중국의약학원 부속병원	2001년 1월 14일 - 1월 19일
일본	· 토야마(富山)의과약과대학, 부설 화한약 연구소 · 기타사토(北里)연구소 내 동양의학 종합연구소	2001년 8월 19일 - 8월 21일

Ⅲ. 연구 결과

1. 각 국의 한의학제도 비교

1) 한의학 수용 유형

현대적 서양의학과 전통의학 사이에는 종종 마찰이 있으며, 나라마다 대응방식에 차이가 있다. WHO에서는 전통의학의 수용유형을 4가지로 구분하는데(Stepan, 1983), 첫째, 통합형(Integrated system)은 한의학을 서양의학과 통합하는 유형으로, 국가가 정책적으로 중서결합을 지지하는 중국이 이에 속하고 북한도 이 유형에 가깝다.

둘째, 내포형 또는 병존형(Inclusve or Parallel system)은 공식적으로 한의학을 인정하여 서양의학과 병존하는 유형이다. 즉, 양.한방 제공체계가 완전히 이원화된 체계를 구축하였다. 한방에 대한 국가정책과 제도가 존재하는 한국과 대만이 이에 속한다. 이들 국가에서는 한의사 면허제도가 있고, 이중면허를 허용하지만, 의료행위(practice)시에는 그 중 어느 하나를 선택해야 한다.

셋째, 용인형(Tolerant system)은 의술로서는 한의학을 수용하지만, 국가제도로서는 한의학을 수용하지 않는 유형이다. 예를 들어 일본에서는 비공식적으로 한방의료나 한의학을 인정하고 시행은 용납하지만, 법적으로는 서양의학의 한 부분으로 인정하고 있다. 민간차원에서 광범위하게 이용하고 있다.

넷째, 배제형 또는 독점형(Exclusive or Monopolistic system)으로, 전통의학을 인정하지 않는 유형이다. 한의학을 비합법적인 것으로 보는 유형으로 연구대상 4개국에는 해당국가가 없고, 벨기에가 이에 분류된다.

2) 한의학 교육현황 비교

한의학 교육제도 또한 학제나 편제, 교육기관의 유형, 면허유형에 있어 각 국가마다 상이한데, 일본을 제외한 3개국에는 한의학 전문교육기관이 존재하고 있으며, <표 3> 과 같다.

한국에는 11개의 한의과대학(6년제)에서 매년 800여명의 한의사가 그리고, 2개의 한약학과(4년)에서 80명의 한약사가 배출되고 있다. 한약분쟁 이후에 생긴 '한약조제약사'가 3번의 시험을 통해 24,786명이 배출되었다. 한약사와 한약조제약사만이 한약을 조제할 수 있도록 제도화되어 있다(보건복지부, 2002).

중국에는 역사만큼이나 다양한 중의사 인력과 교육제도가 현존한다. 전국 30개 고등 중의대학 및 51개 중등 중의약학교, 22개 의대내 중의학과 전공을 개설하고 있다. 기본학제는 5년이고, 기능직급과 입학자격에 따라 2-7년 과정으로 다양하다. 중약학과(3-4년)와 한방간호학과(3-4년)도 존재하고 있다. 또한 통신교육과 야간대학을 통해서도 한방교육이 이루어지고 있으며, 양의의 경우 2년의 한의학과정도 있다(최훈과 최전, 2001).

대만에서 한의사 양성은 대만의 유일한 한의과대학인 '사립 중의대학(8년)'을 통해 이루어지고 있다. 고등학교졸업 후 8년이나 또는 학사 후 5년의 교육과정을 통해 양성된다. 그 외에는 22세 이상 누구나 응시 가능한 '한의사 특고시험'을 통해 배출되기도 하는데, 이 경우에는 18개월의 한방병원수련을 거쳐야 한방의료기관을 개설할 수 있다(성현재와 신현규, 1997a). 대만에서는 교차교육이 활발해서, 한의는 양의사 면허시험자격이 인정되고, 양의는 일정학점 취득 후 한의사 면허시험자격이 된다(Chen 등, 2002).

일본에는 한의과대학이 존재하지 않는다. 현 일본의료법에서는 서양의들이 모든 종류의 전통의료를 시행할 수 있고 실제로 서양의들은 높은 비율로 한방의료를 행하지만, 한방교육제도는 존재하지 않는다.

<표 3>국가별 한의학 관련교육기관

	한국	중국	대만	일본
한의과 대학 수(개)	11	103	2	-
교육 기간(년)	6	2-7	5-8*	
한약학과 대학 수(개)	2	59	2	-
교육 기간(년)	4	3.4	4	
한방전문 간호사제도	없음	존재, 3년	없음	-

* 대만의 경우 IOWM (Integrated oriental and western medicine)은 1995년 8년으로 전환

3) 한의학 자원

(1) 인력

각국 한의학 제도가 다름에 따라 한의학 인력구성도 다르다. 한국의 경우 2002년 현재 한의사 16,379명, 한약사 259명, 한약조제약사 24,786명이 있다(보건복지부, 2002). 중국은 한의학 인력이 교육유형에 따라 다양하다. 1999년 통계에 의하면 중국 중의약위생기술 인력의 총수는 5,080,048명에 달한다. 한의사 인력에는 중의사(中醫師, 258,314명), 중.서결합 고급의사(11,407명), 중의사(中醫士 67,854명), 기타 중의사 등이 있고, 한약사 인력은 중약사(88,286명), 중약조제사(48,658명), 중약조제원(22,194명)으로 구성된다. 한방간호사도 존재한다. 대만은 한의사수가 3,733명(2000년) 이다. 일본에는 한의사는 존재하지 않지만, '한방전문의'가 4,472명(1997년)이나 된다 <표 4>.

(2) 대표적 한의학 연구기관 현황비교

한국은 1994년 10월 정부출연 연구소로 한국한의학연구소를 설립하고 1997년 11월에 한국한의학연구원으로 개편하였다. 조직은 기획조정실, 연구부, 국제협력부, 사무국으로 구성되어 있다.

중국의 중의연구원은 1955년 12월에 설립되었고, 국무원 직속산하기구인 중의약관리국 소속이다. 두 개의 부속병원을 운영하며, 한약연구소, 침구연구소, 골상과학연구소, 중의기초이론연구소, 중국의사문헌연구소, 도서정보연구소 등의 연구기관이 있으며, 출판사, 학원, 학교 등을 지니고 있다. 연구인원은 총 4,215명이며 이중 한의사가 850명, 결합의가 69명이다.

대만은 1963년 정식으로 국립중의약연구소를 설립하였다. 인력은 소장, 부소장, 주임 비서 각 1인, 연구원 54인, 기술인 18인, 행정원 22인으로 구성되어있다. 연구부분은 중의기초의학, 중약 및 천연물, 약물화학, 그리고 중약임상의학연구소로 조직되어 있다.

<표 4> 국가별 한의학 인력 비교

	유 형	인력 수(명)
한 국[a]	- 한의사	16,379
	- 한약사	259
	- 한약조제익사	24,786
중 국[b]	- 중의사 : 중서결합의(Integrated Practitioner),	11,407
	中醫師,	258,314
	中醫士, 기타 중의	67,854
	- 중약사 : 中藥師, 中藥士, 中藥劑士, 中藥劑員	159,138
대 만[c]	- 한의사	3,733
	- 한약사	-
일 본[d]	- 일본 동양의학회가 인정하는 'Kampo Medicine Specialist'	4,472

주 : a) 보건복지부(2002), b) 최훈과 최전(1999) , c) Chen 등(2002), d) 한국한의학연구원(1997)

일본의 키타사토연구소는 1913년 北里梨三郎박사가 설립한 개인연구소이다. 조직은 기획조정부, 기초연구소, 생물기능연구소, 간장병연구센타, 동양의학총합연구소, 가축위생연구소, 바이아트릭센타, 병원, 고등간호학교, 간호전문대학, 위생과학전문학교, 사무본부로 되어있다. 연구원은 75명으로 의사, 약사, 침구사 및 중국유학연구원으로 구성되어 있다.

<표 5> 국가별 대표적 한의학연구소 비교현황

	한국[a]	중국[b]	대만[c]	일본[d]
명칭	한의학연구원	중의연구원	국립중의약연구소	키타사토연구소 부설 동양의학 총합연구소
소속	정부	정부	정부	사단법인
설립	1994	1955	1963	1913
연구원	31('02)	3,824('03)	99	75
부속병원	설립계획중	광안문병원 (505병상) 서원병원 (546병상)	개설계획중	키타사토연구소병원 (294병상 : 양방)

주 : a) 한국한의학연구원(2002), b) 중국중의연구원(2003), c) 대만국립중의약연구소(2003), d) 일본동양의학총합연구소(2001)

2. 각국의 양한방 협진체계 비교

1) 양한방 협진의 정책 및 제도적 특징

양한방 협진에 대한 각 국가의 정책을 살펴보면, 중국은 국가적 차원에서 정부 주도하에 정책적 뒷받침이 이루어지는 가운데 양한방 협진이 실시되고 있다. 한국과 대만은 민간 의료부문이 주도하여 추진하면서 정부의 뒷받침을 끌어내고 있다. 일본의 경우 양한방 일원화의 기조에서 협진이 이루어지므로 다른 나라와는 차이가 있다.

법적으로 양한방 협진의료기관의 개설은 중국에서만 가능하다. 한국과 대만의 경우는 양방과 한방 의료기관으로 각각 개설신고를 한 후, 동일장소에서 양의사와 한의사가 협력하여 진료하는 형태로 이루어지고 있다. 일본의 경우 병원내에 한방진료부를 설치할 수 있는데, 양의사가 주로 한약을 처방하여 환자를 치료하고 있다.

양한방 협진 의료행위에 대한 지불보상은 중국에서만 이루어지고 있다. 한국과 대만에서는 협진형태로 진료를 행하더라도, 양방 진료행위와 한방 진료행위를 구분하여 해당하는 부분에 대해서 각각 보상을 받도록 되어 있다. 일본의 경우 양의사가 한약으로 환자를 치료한 경우 일반 보험의 적용을 받을 수 있다.

2) 양한방 협진의 교육

중국과 대만에서는 양항방 협진 의사를 양성하는 별도의 대학과정과 대학원과정이 설치되어 있다. 한국에서는 동서의학대학원과 대체의학대학원 등 대학원 과정을 통하여 협진인력을 양성하기 시작하였다. 일본의 경우에는 의료일원화 정책의 일환으로 의과대학에서 한의학 관련 과목을 일부 교육하고 있다<표 6>.

<표 6> 국가별 양한방 협진 관련인력 교육기관

	교육기관 (수)	교육기간(년)
한 국	석사(2) 박사(1)	석사 : 2-3 박사 : 3-5년
중 국	학사(4) 석사(12) 박사(4)	학사 : 5 석사 : 3 박사 : 3
대 만	학사(2) 석사(1) 박사(1)	학사 : 8 석사 : 2 박사 : 3
일 본	의학과에서 관련과목 교육(20)	학사과정에서 일부

의학과와 한의학과 사이의 교차교육 상황은 나라마다 다양하다. 모든 국가에서 대체적으로

한의학과에서 많은 양의학 교과목을 교육하고 있다. 상대적으로 의학과에서 한의학 교과목을 교육하는 경우는 적다. 가장 많은 교차교육을 실시하고 있는 곳은 대만의 중국의약학원의 의학과였다 <표 7>.

<표 7> 국가별 양한방의학 교차교육 현황

	의학과의 한의학 교육비율	한의학과의 의학 교육비율
한 국	1.3%정도(2-3학점)	27%정도
중 국	5%정도(3-6학점)	25%정도
대 만	8%정도(23학점)	56%정도
일 본	1학점 이하	-

3. 각국의 양한방 협진에 대한 만족도 및 요구도 비교

1) 양한방 협진에 대한 의료인 의견 조사결과

동북아 4개국의 양한방 협진에 관한 의료인 의견을 조사하기 위하여, 한국 141명, 중국 100명, 대만 134명, 일본 24명의 의료인에게 설문조사를 실시하였다. 의료진의 일반적 특성은 <표 8>과 같이 나타났으며, 한국의 경우는 양한방 협진이 행해지고 있는 한방병원을 중심으로 설문조사를 수행하였기 때문에 한의사가 90.0%, 양의사가 9.9%였다.

<표 8> 의료진의 일반적 특성

(단위 : 수(%))

		성		연 령		직 종		
	계	남	여	≤39세	>39세	한의 (중의)	양의 (서의)	양한방결합의 (중서결합의)
한국	141 (100.0)	117 (83.0)	24 (17.0)	132 (93.6)	9 (6.4)	127 (90.0)	14 (9.9)	0 (0.0)
중국	100 (100.0)	50 (50.0)	50 (50.0)	81 (81.8)	18 (18.2)	42 (41.6)	47 (46.5)	12 (11.9)
대만	134 (100.0)	113 (84.3)	21 (15.7)	7 (5.3)	124 (94.7)	41 (30.4)	72 (53.3)	22 (16.3)
일본	24 (100.0)	16 (66.7)	8 (33.3)	13 (54.2)	11 (45.8)	8 (33.3)	5 (20.8)	11 (45.8)

의료진들의 진료형태를 약처방비율로 본 결과는 <표 9>와 같다. 한국과 대만의 한의(중의)와 양의(서의)는 교차처방하는 비율이 낮아 한국의 경우 한의는 13.5%, 양의는 11.9%였고, 대만은 중의는 0.1%, 서의는 0.6%였다. 이에 비하여 중국은 중의가 양약만을 처방(34%)하거나 서의가 한약만을 처방(14.5%)하는 비율이 다른 두나라에 비하여 높은 것으로 나타났다. 또한 중국과 대만의 중서결합의들은 한약과 양약을 동시에 처방하는 비율이 각각 40.4%, 27.4%로 다른 의사들의 동시처방 비율에 비하여 높았다. 그리고 한국의 한의사가 양약만 처방할 경우(13.5%) 대만의 중의사가 양약을 처방하는 경우(0.1%)보다 월등하게 높았다. 일본의 경우 모든 의사는 한약과 양약의 구분없이 처방할 수 있기 때문에 일반전문의들과 한방전문의를 획득한 의료인들에게 전체 처방중 한약 처방 비율만을 조사하였는데, 한방 전문의의 처방 비율은 98.8%로 매우 높았다. 일반전문의 응답자인 경우 한방전문의 자격은 취득하지 않았지만 현재 주로 한방진료를 수행하는 의사들이었으므로, 다른 나라들에 비하여 한약처방 비율이 훨씬 높게 나타나고 있다(70.0%).

<표 9> 국가별 의료진들의 약처방 비율 비교

(단위 : %)

		한약만 처방하는 비율	양약만 처방하는 비율	한약과 양약을 동시에 처방하는 비율
한국	한의	84.1	13.5	2.4
	양의	11.9	65.5	22.6
중국	중의	33.0	34.0	33.0
	서의	14.5	64.5	21.3
	중서결합의	42.0	17.6	40.4
대만	중의	94.9	0.1	0.9
	서의	0.6	97.3	0.9
	중서결합의	49.7	43.8	27.4
일본*	한방전문의	98.8	-	-
	일반전문의	70.0	-	-

* 일본은 전문의들의 전체처방 중 한방약의 처방비율임

4개국의 의료진들이 생각하기에 양한방 협진에 가장 효과적인 질병(또는 질병군)은 국가마다 약간의 차이를 보였다. 한국과 중국의 경우 노인성 질환에서 양한방 협진이 효과적이라고

응답한 경우가 가장 많았으며(31.2%, 52.5%), 대만과 일본의 경우는 만성질환에서 양한방 협진이 효과적이라고 응답한 경우가 가장 많았다(53.5%, 54.2%). 각 질환특성별 국가간의 차이 중 노인성 질환과 만성질환인 경우 한국을 제외한 나머지 3개국에서 효과적이라고 응답한 비율이 높아 국가간의 차이가 통계적으로도 유의하였다(p<.05) <표 10>.

<표 10> 국가별 · 질병군별 양한방 협진이 가장 효과적이라고 생각하는 의료진 비율

(단위 : %)

	예방, 건강증진	노인성 질환	만성질환	급성질환
한 국	30.2	31.2	27.7	29.7
중 국	41.6	52.5	49.5	28.7
대 만	32.8	46.6	53.4	24.8
일 본	20.8	50.0	54.2	30.4
x^2	5.207	12.306	41.514	1.046
p	0.157	0.006	<.001	0.790

또한 양한방 협진이 제공될 때, 의사들이 가장 효과적이라고 생각하는 질환은 <표 11>과 같다. 한국의 경우 양한방 협진이 뇌졸중(67.4%)에서 효과적이라고 응답한 경우가 가장 많았고, 중국은 고혈압(65.3%), 대만과 일본에서는 천식(60.0%, 86.4%)이 가장 높게 나타났다. 질환에 따른 국가간의 차이를 보면 장염의 경우, 일본에서 양한방 협진이 가장 효과적이라고 응답한 경우가 다른 국가에 비하여 상대적으로 매우 높아 통계적으로도 유의하였으며(P<.001), 천식과 고혈압, 당뇨 질환도 국가간 차이를 보였다(P<.005)

<표 11> 국가별 · 질병별 양한방 협진이 가장 효과적이라고 응답한 의료진 비율

(단위 : %)

	천식	고혈압	당뇨	뇌졸중	자궁암	장염
한 국	47.0	47.5	45.3	67.4	37.0	30.0
중 국	60.0	65.3	64.4	56.6	49.5	39.6
대 만	60.0	47.5	56.6	58.4	48.7	26.3
일 본	86.4	76.2	76.2	75.0	52.4	72.7
x^2	15.803	13.040	12.694	4.092	5.188	21.059
p	<.001	0.005	0.005	0.252	0.159	0.000

한의사제도가 없는 일본을 제외한 3국의 양한방 협진 정책에 대한 의료진의 의견을 국가별로 차이가 있는지 비교한 결과는 <표 12>와 같다.

양한방 협진정책의 정착에 대한 의견을 보면 중국의 경우 정착되었다고 응답한 경우가 가장 많았으나(78.4%), 대만과 한국은 각각 11.9%및, 3.6%에 불과하여 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다(P<.001). 양한방 협진정책에 대한 만족도는 중국의 경우 만족하는 경우가 75.6%로 가장 높았고, 한국(26.7%), 대만(14.5%)의 순으로 나타나 국가별 만족도의 차이가 매우 컸다(P<.001). 국민들이 가장 신뢰하고 있는 의료형태에 대한 응답을 보면, 한국과 중국의 경우는 양한방 협진의료라고 응답한 경우가 과반수를 넘은 것에 반해(51.2%, 64.6%), 대만의 경우는 22%에 불과했다(P<.001). 한의사와 양의사간에 갈등이 있다고 응답한 경우는 한국이 94.0%, 중국 30.1%, 대만 49.6%로 한국에서 양한방 의사간 갈등이 가장 심각한 것으로 나타났다(P<.001). 앞으로의 전망에 대한 응답에서는 긍정적으로 응답한 경우가 한국 65.1%, 중국 83.2%, 대만 51.5%로 나타났다(P<.001).

<표 12> 국가별 양한방협진 정책에 대한 의료진의 의견

(단위 : %)

항 목		한국	중국	대만	x^2	p
양한방협진정책에 대한 정착여부	예	3.6	78.4	11.9	167,040	<.001
	아니오	96.4	21.6	88.1		
양한방협진정책에 대한 만족여부	예	26.7	75.6	14.5	84.773	<.001
	아니오	73.3	24.4	85.5		
국민들이 가장 신뢰하는 의료형태에 관한 의료인 의견	한방의료	0.8	6.3	0.0	73.622	<.001
	양방의료	19.1	20.8	47.7		
	양한방협진의료	51.2	64.6	22.0		
	별차이없음	13.7	5.2	12.9		
	잘모르겠다	15.3	3.1	17.4		
양한방 의사간 갈등의 존재에 대한 의료인 의견	매우그렇다	39.1	3.2	2.3	150.133	<.001
	그런편이다	54.9	26.9	47.3		
	그저그렇다	4.5	69.9	50.4		
	아닌편이다	1.5	0.0	0.0		
양한방 협진의 전망에 대한 의료인 의견	매우밝다	1.5	27.4	12.1	54.598	<.001
	약간밝다	63.6	55.8	39.4		
	밝지않다	29.6	15.8	39.4		
	전혀밝지않다	5.3	1.1	9.1		

2) 양한방 협진에 대한 의료이용자 의견 조사결과

동북아 4개국의 양한방 협진에 대한 의료이용자의 요구도와 만족도를 파악하여 조사한 결과를 비교분석하였다. 조사대상 의료이용자의 일반적 특성은 <표 13>과 같다.

<표 13> 국가별 의료이용자의 일반적 특성

항 목	세분류	중 국		대 만		한 국	
		빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
성	남	92	50.3	279	44.6	233	44.2
	녀	91	49.7	346	55.4	294	55.8
	계	183	100.0	625	100.0	527	10.0
연 령	≤30세	10	6.0	54	8.8	74	14.3
	31세-45세	53	31.7	236	38.4	117	22.6
	46세-60세	56	33.5	186	30.3	167	32.2
	≥61세	48	28.7	138	22.5	160	30.9
	계	167	100.0	614	100.0	518	100.0
학 력	미취학	3	1.6	29	4.9	29	5.6
	초, 중학교	79	41.8	110	18.6	103	39.6
	고등학교	23	12.6	191	32.2	295	38.0
	대학재학이상	80	44.0	264	44.4	85	16.6
	계	182	100.0	594	100.0	512	100.0
직 업	사무직	4	2.2	13	2.2	46	8.7
	전문직	15	8.3	16	2.7	36	6.8
	교사	18	9.9	33	5.5	8	1.5
	기능 및 기술직	10	5.5	31	5.2	28	5.3
	서비스직	7	3.9	98	16.4	30	5.6
	단순노무직	51	28.2	23	3.9	8	1.5
	상업	8	4.4	63	10.6	45	8.5
	농업, 임업, 어업	5	2.8	20	3.4	36	6.8
	공무원	44	24.3	28	4.7	16	3.0
	군인	2	4.4	5	0.8	0	0
	주부	5	2.8	117	19.6	169	32.0
	학생	4	2.2	85	14.3	30	5.6
	기타	8	4.4	64	10.7	75	14.2
	계	181	100.0	596	100.0	527	100.0
거주지역	중소도시	18	9.8	181	30.7	228	43.5
	대도시	147	80.3	310	50.5	244	46.5
	농촌	18	9.8	99	16.8	52	9.9
	계	183	100.0	590	100.0	524	100.0
의료보장 종류	공무원, 직장보험	137	76.1	103	18.2	313	59.8
	의료급여	40	22.2	454	80.1	162	30.9
	해당없음	2	1.1	4	0.7	42	8.0
	기타	1	0.6	6	1.1	6	1.1
	계	183	100.0	567	100.0	523	100.0

의료이용자들의 양한방협진에 대한 의견 조사 결과는 <표 14>와 같다.

병원선택시 가장 먼저 고려하는 사항으로는 치료를 잘한다는 명성, 병원의 시설 및 장비의 우수성, 의사 및 직원의 친절도 등을 공통적으로 답변하였다. 그 중 중국과 대만의 이용자는 '의사 및 병원의 친절도'(3.08점, 3.34점)를, 그리고 한국의 이용자는 '의료기관의 명성'(3.18점)을 으뜸으로 지적하였다.

세 나라의 조사대상 이용자들은 공통적으로 양방, 한방, 양한방 협진의료 중 양한방 협진의료를 가장 선호하였으나, 협진의료에 대한 실제 이용 면에서는 차이를 보였다. 중국의 이용자는 60% 이상이 이용경험이 있다고 답변하였으나, 대만과 한국의 이용자들은 60% 이상이 이용경험이 없다고 하였다(P<.001). 양한방 협진의료를 이용하지 못한 이유로는 세나라 모두 잘 몰라서 이용하지 않았다고 응답한 비율이 각각 52.8%, 65.0%, 51.0%로 가장 높았다.

양한방 협진의료를 이용한 사람들의 치료결과 만족도 점수는 5점을 완전만족으로 할 때 한국은 2.98점, 중국과 대만은 각각 3.12, 3.15점으로 중간값 3보다 약각 적거나 많은 정도로 나타났다. 그러나, 만족도를 간접적으로 평가할 수 있는 항목인 남에게 추천할 의향에 대한 응답에서는 80% 정도의 답변자가 다른 사람에게 추천할 의향이 있다고 하였으며, 본인의 경우도 다시 이용할 의사가 있다고 답변하여 매우 긍정적인 반응을 보였다.

Ⅳ. 고 찰

동북아시아 4개국의 양한방협진정책을 비교하기 위하여 우선 각국의 한의학 제도를 살펴보았다. 한의학은 중국에서 시작된 동양전래의학으로서, 동북아시아 지역의 국가에 광범위하게 분포하고 있는 전통의학이다. 그러나, 한국, 중국, 대만, 일본에서 한의학은 각국의 특성에 맞추어 각기 다르게 발전해 왔다. 일본을 제외한 3개국에서는 모두 한의학이 국가의 공식적인 보건의료체계내에 독립적으로 존재하고 있는 반면 일본에서는 서양의학체계와 흡수합병된 형태로 존재하고 있다. 따라서 일본의 경우, 공식적인 한의학 교육기관이 존재하지 않고 있으며, 의사들은 스스로 한의학에 대한 지식과 기술을 익히고 있는 실정이다. 일반적으로 일본의 의사들은 졸업후 한의학 관련 학회 참여를 통해 한의학 교육을 받고 있지만, 관련 학회에 참여하지 않고도 한방진료 시행이 허용된다(성현재와 신현균, 1997c ; 김성준, 2001). 중국의 경우는 의과대학내에 중의학과를 두고 있어 의사를 양성하는 과정에서 자연스럽게 한의학을 통합하는 형태를 취하고 있다. 한국과 대만은 한의사와 양의사를 각각 배출하고 있다는 점에서 유사하지만, 대만이 한국과 다른 점은 한의학과 양의학 간의 교차교육이 활발하게 이루어지고 있어서 일정 교육을 수료한 후에는 한의가 양의사 면허시험을 또는 양의가 한의사 면허시험을 볼 수 있고, 이중면허가 가능하다는 것이다. 그러나 실제로 의사가

<표 14> 국가별 양·한방협진에 대한 의료이용자의 의견

항	목	한국	중국	대만	x^2	p
병원 선택시 고려사항1) (점수)	치료를 잘한다는명성	3.18	2.89	3.22	-	-
	병원의 시설 및 장비	2.60	2.94	3.34		
	의사 및 직원의 친절도	2.57	3.08	3.34		
	지인존재	1.95	2.38	2.26		
	권유	2.68	2.48	2.85		
	진료비 수준	1.84	2.64	2.65		
의료형태에 대한 선호도2) (점수)	한의학	68.7	68.5	71.8	-	-
	양의학	62.2	66.6	72.2		
	양한방협진	73.3	80.4	74.4		
지난 1년간 양한방협진 의료 이용경험 (%)	있음	36.9	62.9	32.3	54.591	<.001
	없음	63.1	37.1	67.7		
양한방협진의료를 이용한 적이 없는 이유(%)	치료효과 불신	3.8	1.4	2.0	28.493	<.001
	비싼 진료비	4.7	6.9	5.5		
	잘 몰랐음	51.0	52.8	65.0		
	지리적 접근성의 한계	13.4	13.9	6.9		
	자신의 질병에 부적합	16.9	11.1	10.1		
	기타	10.3	13.9	10.5		
양한방 협진치료 만족도3)(점수)		2.98	3.12	3.15		
양한방협진의료를 남에게 추천할 의향(%)	매우그렇다	24.8	12.6	12.0	32.638	<.001
	그런편이다	64.1	66.9	66.7		
	아닌편이다	11.1	11.4	16.7		
	전혀아니다	0.0	9.1	4.7		
양한방협진의료를 다시이용하거나 새롭게 이용할 의사(%)	매우그렇다	23.4	14.2	17.4	15.794	<.015
	그런편이다	66.5	68.8	70.5		
	아닌편이다	10.1	11.4	8.4		
	전혀아니다	0.0	5.7	3.7		

1) 4점 만점(1점-전혀 고려하지 않음, 4점 상당히 고려함)

2) 100점 만점 기준

3) 5점 만점(5점-매우 만족, 1점-매우 불만족)

개업할 때에는 한 종의 면허만을 택해야하며, 이런 경우 서양의로 옮기는 경우가 80% 정도로 많다고 한다.

각국의 한의학 연구기관을 보면, 4개국 모두 전문 한의학 연구기관이 존재하는데, 소속에 있어서 일본의 키타사토(북리)연구소만 사단법인이며 나머지 3국은 정부소속기관이다. 한국의 한의학 연구소는 의학, 한의학, 약학, 자연과학 등을 전공한 전문가로 구성되어 연구소 방향 및 연구자문을 하고 있는데, 총 연구원은 31명('01년)으로 출발당시의 39명에서 오히려 감소되었다. 전체적으로 볼 때 연구기관의 설립시기나 운영규모에 있어 한국이 가장 소극적이고, 중국이 가장 적극적인 것으로 보인다. 한의학 인력은 한의사 1인당 인구가 한국 4,901명, 중국 4,678명, 대만 7,173명으로 대만이 가장 많은 인구대비를 나타내어 상대적으로 한의사의 수가 가장 적다(성현재와 신현균, 1997b).

동북아 4개국의 다양한 한의학 발전과정과 한의학 수용유형에 따라 양한방협진제도도 국가별로 차이를 보이고 있다. 한의학과 서양의학이 통합적으로 이루어지는 중국은 양한방 협진의료기관의 개설이 법적으로 가능하며, 양 · 한방 제공체계가 이원화 되어 있는 한국과 대만은 양방 혹은 한방의료기관으로 각각 개설 신고를 한 후 동일장소에서 양의와 한의가 협력하여 진료하는 형태를 취하고 있다. 일본의 경우는 국가제도로서 한의학을 수용하지는 않지만, 양의사들의 한방의료행위나 한약 처방은 광범위하게 이루어지고 있는 실정이며, 동양의학회를 중심으로 한방전문의 제도를 시행하고 있다.

동북아 4개국 의료진의 의견을 종합해보면, 중국의 경우, 양한방협진이 성공적으로 정착되어 의료진도 만족하는 분위기가 조성되고 있고, 양한방 의사간 갈등도 비교적 적고 앞으로의 전망도 3개국 중 가장 밝은 것으로 응답을 하였다. 한국과 대만을 비교하여 보면, 양한방 협진정책이 정착되었다고 응답한 의료진의 비율은 대만이 높았으나, 정책에 만족하는 의료진은 오히려 한국에서 높은 비율을 나타냈다. 그리고 의사간 갈등에서는 한국이 대만에 비해 훨씬 심한 것으로 나타났으나 앞으로의 전망은 밝다고 응답한 경우가 대만에 비해 약간 높은 것으로 나타났다. 이와 같은 조사결과는 한국의 조사대상 의료진들은 현재 양한방 협진정책이 미비하고 의사간 갈등과 같은 어려운 상황을 안고 있음에도 불구하고 대만의 의료인들에 비하여 양한방 협진정책을 더욱 긍정적으로 생각하고 발전시킬 수 있는 것으로 보고 있음을 보여주고 있다.

양한방 협진에 대한 의료이용자의 의견 중 다른 사람에게 추천할 의향과, 다시 이용하거나 새롭게 이용할 의사에 대한 의견을 보면 한국의 경우에 매우 그렇다(24.8%, 23.4%)라고 응답한 경우가 다른 나라에 비하여 상대적으로 높은 것을 알 수 있다. 의료진의 응답에서 현재 한국에서의 양한방 협진 정책의 정착이나 만족이 낮음에도 불구하고 이용자들의 의견이 긍

정적으로 나타나고 있으며, 이와같은 분위기로 인하여 의료진들은 앞으로의 전망을 다른 국가에 비하여 높게 평가한 것으로 보인다. 이러한 조사결과로, 이후 양한방협진의료의 공급확대와 홍보가 강화될 경우 양한방 협진의료의 이용도가 더욱 높아질 것으로 예상된다.

지금까지 양한방협진에 대한 의료제공자와 의료이용자의 의견을 종합하여 보면, 한국의 경우 다른 국가들에 비하여 긍정적인 것으로 나타났다. 그러나 한국은 양한방협진을 실시하고 있는 기관이 주로 한방병원이므로, 한의사의 비율이 높고, 의료이용자의 경우도 양방보다 한방을 더 선호하는 경향이 높을 수 있다. 따라서 이러한 국가간의 차이가 연구대상집단의 구성이 다르기 때문인지 아닌지 구분하기 어려운 문제가 있을 수 있다. 연구대상 선정시 모든 국가에 일률적인 기준을 결정하기 매우 어려웠는데, 이는 앞서 논의한 바와 같이 국가별로 양한방 제도가 다르기 때문이다. 그러나 이러한 연구의 제한점, 즉 표본의 대표성 문제에도 불구하고, 본 연구는 각 국가에서 실제로 양한방협진에 참여하는 의료제공자와 의료이용자의 만족도와 요구도를 파악하여 비교하므로써, 앞으로 양한방협진체계가 나아가야 할 방향을 제시하였다는데 의의가 있다고 생각한다.

이상의 연구결과를 종합하여 보면, 동북아시아 국가들에서 실시하고 있는 양한방협진의 정책과 진료체계 및 교육체계 등은 서양의학과 동양의학의 장단점을 조화하여, 실제로 활용하고 있었다. 따라서 양한방협진은 '제 3의학에의 징검다리'로 자리매김되고 있어서, 이를 이용하는 국민들에게도 좋은 반응을 얻고 있었다. 우리나라의 경우, 양한방협진이 시작하는 단계에 있기 때문에 중국과 대만에 비하여 제도적 뒷받침이 부족한 것을 발견할 수 있었다. 그러나 양한방협진에 대한 선호도나 만족도는 비교적 높은 것으로 나타났기 때문에, 우리나라의 실정에 부합되고, 의료소비자인 국민의 정서에 맞는 양한방협진체계가 정착되고 발전하는 것이 바람직하다고 생각된다.

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 중국, 대만, 일본, 한국 등 동북아시아 4개국의 양한방협진 제도의 현황과 문제점 및 전개방향을 점검하기 위하여 실시되었다. 먼저 기존문헌을 고찰함으로써, 동북아시아 각 국가들의 한의학제도의 형성과정과 특징들을 파악하였고, 이를 토대로 양한방협진에 관한 현지조사를 실시하였다. 현지조사는 2단계로 이루어졌다. 첫째, 양한방협진과 관련된 주요기관의 전문가들을 집중적으로 인터뷰했고, 함께 학술집담회를 개최함으로써 각국의 양·한방협진제도의 현황과 문제점들을 파악하였다. 둘째, 각국의 의료인과 의료이용자를 대상으로 설문조사를 실시하여 양한방협진에 대한 요구도 및 만족도를 파악하였다.

주요한 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 각국의 양한방협진에 대한 정책 및 특징들을 비교분석한 결과, 중국에서는 정부주도하에 양한방협진이 실시되고 있는 반면에, 대만과 한국은 민간부분 주도하에 이루어지고 있었으며, 일본은 양한방 일원화의 원칙하에서 양방이 주도적인 입장을 취하고 있었다.

둘째, 각국의 양한방협진에 대한 교육제도를 분석한 결과, 중국과 대만에서는 양한방협진 의사를 양성하는 별도의 대학 및 대학원 과정이 마련되어 있는 반면에, 한국의 경우 대학원 과정만이 존재하고 있으며, 일본의 경우 학사과정에서 일부 한의학 과목을 개설하는 수준이었고, 키타사토 대학 동양의학연구소를 중심으로 전문의 연수과정이 운영중이다.

셋째, 각국의 의료인의 양한방 약처방비율을 조사분석한 결과, 한국과 대만의 경우 한의사와 양의사가 교차처방하는 비율이 낮았으나, 중국의 경우는 교차처방 비율이 매우 높을 뿐만 아니라, 한약과 양약을 동시에 처방하는 비율도 높게 나타났다.

넷째, 각국의 의사들이 양한방협진으로 제공할 때 효과적이라고 생각하는 질환은, 한국의 경우 뇌졸중, 중국은 고혈압, 대만과 일본은 천식으로 각각 나타났다. 양한방협진이 효과적이라고 생각하는 질환에는 다소 차이가 있으나, 모든 국가에서 만성질환과 노인성질환에 효과적일 것이라는 의견이 대부분 높은 것으로 나타났다.

다섯째, 양한방정책의 정착에 대한 의료인들의 의견을 보면 중국의 경우 정착되었다고 응답한 경우가 가장 많았으며, 다음으로 대만, 한국으로 나타났다. 양한방협진 정책에 대한 만족도는 중국의 경우 만족하는 경우가 75.6%로 가장 높았고, 한국(26.7%), 대만(14.5%)의 순으로 나타났다.

여섯째, 각국의 의료이용자를 대상으로 지난 1년간 양한방협진의 이용경험을 조사한 결과, 중국은 62.9%, 한국은 36.9%, 대만은 32.3%가 이용한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 이용자의 만족도는 대체로 높은 것으로 나타났고, 80%정도가 다른 사람에게 추천할 의사가 있다고 응답하였다.

본 연구결과를 토대로 한국의 양한방협진 정책에 관하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 양한방협진에 대해 국가적 정책을 수립하여 현 의료법의 양한방 협진 발전에 장애가 되는 관련법을 심중히 검토하며, 이를 개선하고 양한방협진의 법적, 제도적 기반을 마련하여 양한방협진 정책을 지속적으로 지원해야 한다.

둘째, 양한방협진의 모델과 지침을 개발하여 전문 양한방협진 센타를 설립함으로써 협진의 효과와 효율을 향상시키고 환자에게 양질 서비스와 편익을 제공하도록 해야 한다.

셋째, 양한방협진에 관한 전문인력을 육성해야 한다. 이것은 양한방협진의 전제조건이다. 현재로서 한방전문의와 전문의가 동참하는 양한방협진과정을 개발하는 것이 적당한 방법이

라고 생각되며, 이중면허 취득자에 대한 양한방 동시개업 제도도 고려해볼 수 있다. 점차적으로 의과대학에서 한의과 과목을 개설하고, 더 나아가서 양한방협진의 학과과정까지 고려해야 한다.

넷째, 현재 중요 질환을 선별하여 양한방협진의 치료효과를 관찰하고 임상자료를 수집하여 체계적인 임상연구를 통하여 양한방협진의 과학적 근거를 제시하도록 해야 한다. 이와 동시에 의과대학 혹은 전문의학 연구기관에서 분야별로 양한방협진의 기초이론 개발에 대해 적극 장려해야 한다.

마지막으로 우리나라의 선진화된 제약산업을 기반으로 한약제에 대한 개발을 강화하고 한약의 장점을 널리 알려 양한방협진의 효과를 극대화 시켜야 할 것이다.

참 고 문 헌

김성준. 일본 한방의 현황과 전망. 동아시아 전통의학 연구개발의 현황과 발전방향에 관한 세미나자료집, 한국한의학연구원, 2001

대만국립중의약연구소. http://www.nricm.edu.tw, 2003

박일훈. 양한방 상호보완 의료체계에 대한 고찰. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1997

보건복지부. http//www.mohw.go.kr, 2002.

서동윤. 한·양방 동시 개설 의료기관의 협진 현황에 관한 연구. 서울대 보건대학원 석사학위논문, 2000

서울시한의사회. 한방의료정책백서. 제2집, 1992

성현제, 신현규. 대만의 한의학 정책 및 현황. 한국한의학연구원, 1997a

성현제, 신현규. 한의학 중장기 예측 기획연구. 한국한의학연구원, 1997b

성현제, 신현규. 한국과 동양 3국의 한의학정책 비교연구. 한국한의학연구원, 1997c

이동희. 한·양방 협진진료체제 개발에 관한 연구. 경산대학교 박사학위논문, 1997

이원철. 한·양방 협진의 문제점과 나아갈 방향. 한국한의학연구원, 1999

일본기타사토연구소 부설 동양의학총합연구소. http://www.kitasato.or.jp/toui-ken, 2001.

조종관. 동서의학 협력진료를 통한 병원발전 방안. 혜화의학 1993 ; 1(2) : 8~12

중국중의연구원. http://www.cintcm.ac.cn/catcm/yz/catcm.htm, 2003.

최훈, 최전. 중국 중의약학 현황과 발전방향. 동아시아 전통의학 연구개발의 현황과 발전방향에 관한 세미나자료집, 한국한의학연구원, 2001.

한국한의학연구원. 일본의 한의학 의료현황. 1997.

한국한의학연구원. http://www.kiom.re.kr, 2002.

Chen J, Liang W, Tsao J, Chen C, Tsai C, Yu C, Li C. Condition of Integrated Oriental Medicine and Western Medicine in Taiwan. International Conference on Combination of Oriental and Western Medicine, 2002

Stepan S. Patterns of legislation concerning traditional medicine, in Bannerman RH, Burton, 1983