

## 우리나라 양·한방 보건의료 부문간의 현황과 과제 : 새로운 의료체계의로의 전환을 위한 공공정책의 선택

한동운<sup>1),2)</sup> · 윤태형<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>한양대학교 의과대학 예방의학교실, <sup>2)</sup>한양대학교 보건의료연구소

### Current Circumstance and Issues in Interface between Western Medicine and Traditional Korean Medicine in Korea : What are Health Policy Options for a New Integrative Health System?

Dongwoon Han<sup>1),2)</sup> & Tae-Hyung Yoon<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Hanyang University, College of Medicine,

<sup>2)</sup>Hanyang University, Institute of Health Care Management

#### Abstract

Internationally, many countries are facing the demand for reshaping health care systems to cope with rapid changing circumstances in health care sector. The recent growth of oriental medicine and complementary and alternative medicine (CAM) in the many countries is, to a large extent, due to the growth of the number of oriental medical doctors and physicians who have taken up alternative therapies alongside conventional medicine. To cope with the changing environments, many countries consider to develop integrative health care which is now used widely in health care sector. In both biomedical and CAM sectors(including oriental medicine), attention appears to have shifted away from separating therapeutic modalities into categories such as biomedical or CAM, towards a focus on merging diverse modalities into a "new" integrative health system.

In Korea, one of peculiar characteristics of health care system is that as health care provider, Hanbang medicine (traditional Korean medicine) and (western) medicine coexist since 19 century. Recently, the government of Korea has given many efforts to enhance the role and function of traditional Korean

\* Corresponding author : Dongwoon Han, College of Medicine, Hanyang University  
Tel ; 82-2-2290-8272, Fax : 82-2-2293-0660, E-mail : dwhan@hanyang.ac.kr

medicine in health care sector. However, the strategies and measures for integrative health care settings combining traditional Korean medicine and western medicine on health sector have not been developed yet. The research question of this study is In Korea, what are the trends and problems in interface of traditional Korean medical sector and Western medical sector; what are the causes of or associated factors to the problems; how to cope with the problems and how to resolve the causes?; what are the health policy directions and its strategies that the government should take to cope with the future demand and the burden on health care sector?

In order to do this, this study explores the current situations and issues on the interface between traditional Korean medicine and (western) medicine in various ways using contents analysis of existing data and documents related to traditional Korean medicine and health policy. Finally, we discussed stakeholders' views on the interface in the health care sector. Then, health policy options to have shifted away from separating therapeutic modalities into categories such as "traditional Korean medicine" or 'western medicine", towards a focus on merging diverse modalities into a "new" integrative health system.

---

**Key words** : Current Circumstance and Issue, Western Medicine and Traditional Korean Medicine, Korea

---

## 1. 서론

전 세계적으로 많은 국가들은 급속한 보건 의료 환경 변화에 대한 대응방안의 일환으로 보건의료체계의 변혁을 요구받고 있다. 최근 들면서 선진국들은 인도 및 중국 전통의학과 같은 동양의료와 포괄적 의미에서의 대체보완 의료에 대한 관심과 이용율의 증대를 경험하고 있다. 이는 서양의학의 내재적인 문제, 즉, 부작용 증가, 여러 만성질환 치료 미흡, 신약의 높은 비용, 저항 미생물 및 새로운 질병의 출현 등(Humber, 2002)의 서양의료체계 내에서의 관련 의료제공자들의 수적 증가(WHO, 2001)로 인한 것이다. 이러한 변화는 서양의 연구에서 서양의료와 동양의료를 포함한 대체보완의료 사이의 영역(interface)에 대한 정보와 연구에 대한 요구가 증대하고 있으며, 그 영역이란 의사들의 대체보완의료에 대한 태도, 개별 의사들의 대체의료제공, 보완대체의료제

공자와 의사들 간의 의사소통을 포함한 접점을 포함한다(Adams, 2004).

이러한 현상은 21세기 접어든 우리사회에서도 마찬가지로 저출산 및 인구 고령화, 만성 퇴행성 질환의 증가로 인한 새로운 의료수요 증가, 이로 인한 한방의료나 대체의료에 대한 수요 증가와 같은 보건의료환경변화를 경험하고 있으며, 이러한 수요의 증가와 공급자들의 양적·질적 변화는 우리나라 보건의료서비스 제공 체계에의 변화를 요구하고 있다(한동운 외, 2005). 특히 지난 20세기 중반부터 계속되는 양·한방 이원화 보건의료체계하에서, 양·한방의료제공자들간의 갈등을 경험하고 있어 이에 대한 체계적인 해소방안이 필요하다고 볼 수 있다. 그동안 중앙정부와 관련 단체들의 노력이 있었으며, 학계 내에서도 우리나라에서 한방의료에 관한 연구들이 의사들이나 한의사와 같은 의료제공자들에 있어 한방의료와 양방의료에 대한 인식과 상호 협진에 대한 의견에 관한 연구(이연숙 등, 1998; 이윤현, 2000; 고수경, 2005)나 양·한방의료이용자들에

있어 대체의료나 양·한방의료에 대한 인식도 (김대환, 이기효, 2004; 윤태형 외, 2005) 등에 대한 연구 수행을 통하여 양·한방 이원화 의료체계 하에서 그 동안 갈등으로 인식되고 있는 의료체계내의 국면전환을 위한 많은 연구가 수행되고 있다. 그럼에도 불구하고 이에 대한 구체적인 정책적 방안이 수립되지 않고 있다.

이에 본 연구는 양·한방 이원화 의료체계 하에서 양·한방의료부문간의 현황 및 과제를 도출하고, 그 원인을 분석하고, 이를 바탕으로 그 해소 방안을 제시하고자 한다.

## II. 연구의 목적 및 방법

본고는 양방-한방으로 이원화된 우리나라 보건의료체계하에서 양방과 한방의료 부문 간(interface)에 대한 연구로 두 의료영역이 동시에 존재하고 있는 현실에서 각 부문의 영역의 확대와 두 부문간에서 일어나고 있는 제반 문제에 대한 원인을 분석 이에 대한 발전적인 의료제도 정착을 위한 정책적인 방향과 그 전략이 무엇인가를 제시하고자 한다. 이를 위한 구체적인 연구내용은 다음과 같다. 우선 양방과 한방의료 영역간(interface)의 현황과 문제점은 무엇인가?, 둘째, 그 문제의 원인 또는 그 관련 요인이 무엇인가?, 셋째, 그러한 문제에 대하여 어떻게 대응할 것인가?, 마지막으로 미래사회의 보건의료에 대한 수요와 그 부담에 어떻게 대응할 것인가?

이를 위한 연구 방법으로는 우리나라의 양한방 의료의 부문간의 현황과 문제를 보건의료부문에서의 Stake-holders(이해당사자들), 즉, 의료제공자, 소비자, 정부 측면에서 분석하기 위하여 우리나라의 한방의료 관련 문헌 및 논문, 외국의 대체의료 및 동양의학 관련 문헌들에 대한 체계적 고찰(systemic review)과

내용분석을 시행하였다.

## III. 결 과

### 1. 양·한방보건의료부문간의 현황과 과제

#### 1) 양·한방의료 공급자 측면

##### 가. 양·한방의료 공급자간 상호기술 사용 증대

그동안 우리나라 의료체계내에서의 양·한방의료 공급자들의 경험을 통해 볼 수 있는 바와 같이 최근 양·한방보건의료 부문 간의 상호 진단 및 치료기술 공유가 증가하고 있다 (문병순 외, 1998; 신헌태, 이선동, 2004; 고수경, 2005; 한동운 외, 2005). 한의사들이 환자 진단을 위하여 서양의학에서 사용하는 진단 의료장비를 활용하는 빈도가 증대하고 있으며, 양방에서도 한방의료 영역에 포함되는 일부 치료기술 사용 빈도가 증가되고 있다. 이는 2004년 의료기관별 의료장비 현황(심사평가원, 2004)에서도 볼 수 있다. 즉, 1,167개 양방의료 기관에서 양도라기, 맥진기 등과 같은 한방장비를 보유하고 있으며, 한방의료기관의 경우에도 한방 장비 이외에 방사선 진단이나 임상병리 검사 등을 위한 양방 진단 의료장비를 상당수 보유하고 있음을 보이고 있다.

이러한 양·한방 기술장비의 상호 보유는 각각의 고유 영역에 속하는 의료기술의 사용과 이로 인한 양 부문 간 진료영역의 확장으로 이어져, 보건의료시장내에서 그 역할 및 영역 중첩을 증대시키고 있다. 최근 양방의료부문에서 분과적으로 자리매김하고 있는 보완(대체)·통합의학의 확산은 이러한 중복 영역의 범위를 더욱 확대시키고 있다.

양·한방보건의료부문 간 상호 진입과 중복

현상이 나타나면서 일부 의료 공급자들은 근 골격계 질환, 중풍 등 몇몇 질환에 대해 같은 물리적 공간 내에서 양·한방의료를 함께 제공하는 동서의학협진형태를 통한 의료서비스 제공이 늘어가고 있다(이현중 외, 2003; 김성택 외, 2003; 김대환, 이기효, 2004). 최근 한의사협회(2005)의 연구에서도 한방병원에 있어 1997년부터 2003년까지 동서의학 협진을 시도하고 있는 병원 수가 전체 한방 병원의 약 50%에서 70.6%까지 증가하였다고 보고하고 있으며, 최근 연구(고수경, 2005)에서도 계속 높은 의료기관내 협진 비율을 보이고 있다<sup>1)</sup>(표 1).

표 1. 양·한방협진병원 현황

연도	한방병원(A)	협진병원(B)	B/A*100
1997	101	54	53.4
1999	130	91	70
2001	140	94	67.1
2002	150	103	68.7
2003	150	106	70.6

자료 : 한의사협회, 2005

이와 같은 해당 기관에서의 협진 이유로는 한방병원의 경우 진단을 위한 양방검사(73.7%), 양방치료(8.8%), 재활치료(8.8%) 등으로 파악되고 있다(고수경, 2005). 그러나 양의사측면에서 한의학과 협진이유에 대한 자료는 아직 미비하나 이언숙 등(1988)의 연구가 보여주고 있는 바와 같은 양의사들이 침술이나 보약의 치료효과에 대한 긍정적인 인식도, 관절염 등 만성질환자들을 한의사들에 의뢰, 김대환과 이기효(2004)의 연구에서의 만성질환자들의 협진경험율(63.5%) 등은 결국 양의사

1) 고수경(2005)의 연구에서는 조사대상 한방 병원의 한의사 중 98% 이상이 협진을 실시한다고 응답하였다.

측면에서의 한의사와 협진의 이유로 볼 수 있다.

#### 나. 양·한방보건의료 제공자간 갈등 지속

우리나라의 의료부문이 지난 1951년 국민의료법의 시행으로 양의학과 한의학의 두 의료체계의 공존을 경험하면서, 한의사와 의사의 의료공급체계상 그 영역의 중복과 양 의료부문의 인력 및 시설의 증가로 인한 의료시장내의 중복성이 가시화되어 이들 군 간의 경쟁은 양·한방보건의료집단 간 갈등이라는 결과를 제공하고 있다(이언숙 등, 1998). 이는 양·한방 부문 간 상호 기술의 활용 빈도 증가는 양·한방보건의료 집단 간의 상호 교류나 통합적 진료체계 구축을 촉진하기 보다는 오히려 양 집단 간 갈등의 촉발점이 되고 있다고 지적하고 있는 조병희(2005)의 주장과 같은 맥락으로 볼 수 있다.

## 2. 양·한방의료 소비자 측면

### 가. 양·한방의료 선택에 대한 혼란 증대

양방의료와 한방의료의 치료기술 중 어느 것이든 자유롭게 선택할 수 있는 의료체계하에서, 대다수의 만성질환들은 양·한방협진경험이 있고, 자신들의 질병치료에 양방과 한방의료 중 어느 쪽을 택해야 상대적으로 치료효과가 더 높은지에 대한 선택의 기준이 없어 많은 어려움과 불편이 가중되고 있다(김대환과 이기효, 2004; 윤태형 외 2005; 이언숙 외, 1998). 일부 양·한방의료의 치료 효과에 대한 몇몇 연구(김대환과 이기효, 2004; 김성진, 2001)가 있기는 하지만 주로 설문지에 의한 의견조사가 대부분이며, 과학적 검증절차를 통한 효과성 연구(문병순 외, 1998)는 미흡함을 보이고 있다. 이로 인하여 협진선택에 있어 의사나 대중매체와 같은 정확한 정보에 의한 선택 보다는 가족/이웃 등과 같은 비정규적인 협진인지를 하게 되는 경우가 많아(김삼곤, 남은우,

1997; 김대환, 이기효, 2004), 이는 부적절한 의료기관 선택은 물론 의료기관 중복 선택으로 이어져 이용자들에게 재정적 부담을 초래할 뿐만 아니라 급성 뇌졸중이나 심혈관계 질환 등 응급처치가 필요한 질환의 경우 부적절한 의료 기관 선택, 혹은 치료 시간 지연으로 질병이 악화되는 경우가 발생하고 있다(이병철 외, 2002).

나. 양·한방 연계치료를 위한 환자 의뢰체계 미흡

현행 체제하에서 양·한방의료협진 경험에 있는 환자들의 경우 이상영 외<sup>2)</sup>(1997)의 연구에서 보는 바와 같이 한방의료기관은 양방의료기관으로 진료 상 환자의뢰를 할 수 있는 공식적, 정형화된 체계가 없고, 입원 환자관리 측면에서도 한방의료기관 퇴원 후 다시 양/한방기관으로 전원 해야 하는 등 절차상의 어려움은 환자들의 불편을 더욱 가중시키고 있다고 보고하고 있다.

이원철(2005)의 연구에서 밝히고 있는 바와 같이 양·한방협진 병원의 경우에도 수납이나 진료 수속, 진료비 청구 등에서 50% 이상이 양방의료와 한방의료를 별도로 취급하고 있어 이를 더욱 심화시키고 있다(표 2).

다. 양·한방 연계 진료 지침 미흡과 협진의 비용-효과 제고 필요

양·한방협진병원의 관리·운영에 대한 법적·제도적 체계의 미비(진삼곤, 남은우, 1997; 이원철, 2002; 김대환, 김지혁, 2004)에도 불구하고 협진에 대한 높은 수요(김대환, 이기효, 2004; 고수경, 2005)로 인하여 협진병원의 수적 증가를 보이고 있다. 그러나 협진병원의 운영 또는 개선을 원하는 의료기관들은 자문을 받거나 벤치마킹을 할 수 있는 협진병원이 없어 개별 병원의 재량에 의해 이루어지고 있는 실정이다. 또한 대부분의 협진 기관이 협진 대상자, 협진의 효과성 확인 등 평가나 연계를 위한 진료지침서나 관련 심의기구나 조직 및 관련 연구기관 등이 갖추어 지지 않아, 제공되는 협진서비스의 질 보장에 제한적인 요인으로 작용하고 있다(조재국, 1994; 성현재, 신현규, 1997; 이원철, 2002).

이러한 현상은 최근 연구(강은정, 2004)에서 볼 수 있다. 즉, 조사대상 281개 공공/민간병원 중 협진병원을 대상으로 임상진료지침 여부를 조사한 결과 전체 96.4%의 의료 기관에서 협진에 대한 임상진료 지침이 문서화되어 있지 않았으며, 제공되는 진료 내용에 있어서도 협진에 대한 표준화된 가이드라인이 미비하였다.

표 2. 양·한방협진 병원의 원무과 운영 형태, 진료 수속 및 진료비 청구 방법

구분	원무과 운영	진료 수속	초진료 청구	진료비명세서 발행
별도*(N=35)	23(65.7%)	18(51.4%)	20(57.1%)	30(85.7%)
일괄	11(31.4%)	17(48.6%)	7(20.0%)	3(8.6%)
무응답	1(2.9%)	-	8(22.9%)	2(5.7%)

주 : \* 양·한방협진 병원에서의 양방의료와 한방의료이용자들에 대한 원무 행정, 진료 수속 및 진료비 청구를 각각 별도로 운영하고 있는 실태.

자료 : 이원철, 2002(2002년 35개 한방병원을 대상 설문 조사 실시 결과)

2) 양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방안, 이상영 외, 보건사회연구원, 1997.

또한 82.9%는 협진을 위한 중장기 계획(문서화)이 없거나, 협진 운영에 대한 정기적인 자체 평가도 시행되지 않았다. 82.9%는 협진의 양식, 예를 들어 '양·한방 동시 치료 승낙서' 등의 양식도 없었다(표 3). 이와 같은 양·한방 협진 병원의 임상 진료 지침 보유 현황이나 협진시스템 현황 등은 의료 소비자측면에서 보면 양·한방의료에 대한 접근성 뿐 아니라 질적 측면에 있어서도 충분한 보장을 받고 있지 못한 상태라 할 수 있다.

### 3. 정부 측면 : 관리·제도적 측면

#### 가. 양·한방의료체계하의 국민 의료비

##### 지출 증가

의료 이용에 대한 이용자의 정보 부재는 양·한방의료를 동시에 이용해야 하는 환자들에게 의료서비스 및 의료기관 선택에 대한 혼란을 가져다주며, 결국 양·한방 중복선택을 초래하고 있다. 이로 인하여 양·한방의료 기관에 대한 진료비 이중 지출을 유발하여 환자 개인의 진료비 지출을 증가시킬 뿐만 아니라 국민의료비를 상승시키는 요인으로 작용하고 있다(이윤현, 2000; 김성택 외, 2003; 김대환, 이기효, 2004; 김대환, 김지혁, 2004, 윤태형, 2005). 구체적인 사례로 고수경(2005)의 연구가 밝히고 있는 바와 같이 한방병원 입원환자의 절반 이상이 두 번째 이상 입원한 환자로서 종합병원이나 병·의원에서 1차로 치료를 받

은 후 추후 치료나 요양을 위해 한방 병원에 입원하고 있다.

#### 나. 양·한방의료 기술의 혼합사용에 따른 안전성에 대한 우려 증가

양·한방의료 동시이용으로 인한 또 다른 문제점으로 약재 혼합사용에 따른 위해의 가능성이 있다(최규현, 정현주 등, 1996; 이정석, 2003; 신헌태, 이선동, 2004). 하지만 현재 양방이나 한방치료를 받고 있는 환자군의 자의적인 양·한방 치료 혼용이 얼마나 이루어지고 있는지 현황 파악이 거의 이루어 지지 않고 있으며, 이들 집단에서의 부작용 사례 또한 조사, 연구가 아직은 미흡한 실정이다. 이에 보건복지부에서는 2004년도 '한약과 양약의 복합 투여시 안전성 및 유효성 연구'를 시작하였지만, 이 이외의 선행 연구나 정부 차원의 다른 연구는 이루어지지 않고 있다. 양방의료계에서 한약 부작용 및 양·한방 의약 혼합사용의 안전성에 대한 연구가 일부 진행되고 있지만(권용진, 2005), 양·한방 공동 협력을 통한 연구를 비롯한 광범위한 양·한방 혼합사용에 대한 연구까지 포괄하지는 못하고 있다.

#### 다. 양·한방의료 부문간에 대한 정부의 정책 수요 증대

전술한 바와 같이 양·한방의료 부문 공급자와 이용자 측면에서의 여러 가지 현황과 각

표 3. 양·한방협진 병원의 임상 진료 지침 보유 현황

	병원 특성		전체
	민간병원	공공병원	
없음	11(26.8%)	6(40.0%)	17(30.3%)
암묵적 시행	29(70.7%)	8(53.3%)	37(66.1%)
문서화 됨	1(2.4%)	1(6.7%)	2(3.6%)
합계	41(100.0%)	15(100.0%)	56(100.0%)

자료 : 강은정, 2004

부문에서의 정부에 대한 요구의 증대는 결국 정부 정책에 대한 수요의 증대를 초래하고 있다. 최근 정부의 한방공공의료 강화 정책에 따라 공공부문에서도 양 · 한방의료기술의 혼합 사용 기회가 증가하고 있어, 이러한 양 부문 의료기술의 혼합사용에 대한 안전성에 대한 연구의 중요성이 부각되고 있다. 최근의 양 · 한방의료 집단 간 첨예화된 갈등으로 인하여 대한의사협회와 대한 한의사협회는 각각의 서로 다른 통합 연계 방안을 수립하여 정부 측에 기존 제도나 법에 대한 개정을 요구하고 있다. 또한 양 부문 의료의 동시 이용에 따른 안전성의 문제가 계속하여 쟁점으로 부각되면서 국가 차원에서의 양 · 한방 의약품 복용 실태 파악 및 안전성 검증 요구도 부각되고 있다. 하지만 아직까지 이러한 양 · 한방보건의료 부문 간의 문제에 대한 정부의 경험이 부재하여, 양 부문 간에서 현실적으로 나타나고 있는 위와 같은 문제들에 대해 적극적인 중재안을 마련하지 못하고 있는 상황이다.

## 2. 우리나라 양 · 한방의료 부문 간 문제의 원인

### 1) 양 · 한방보건의료 공급자 측면

#### 가. 상호 연계 체계 구축을 위한 인프라 부족

양 · 한방의료부문 간 갈등 심화의 근본적인 원인으로 지적되는 것 중의 하나가 양 부문 간 신뢰와 이해의 부족이다. 양 부문에서 각각의 영역을 의학의 연속성이라는 측면에서 존중하고 받아들여야 하기 보다는 서로의 차이를 부각시키려는 것이 현재 양 · 한방의료 부문의 모습인 것이다. 이는 앞서 살펴본 바와 같이 1951년 국민의료법 개정으로 우리나라에 이원화된 의료 체계가 정착된 이후부터 지금

까지 지속되어 온 양 · 한방보건의료 부문 간 논쟁 사례들을 보면 알 수 있다. 그렇다면 이러한 상호 불신의 원인은 무엇인가? 한 연구(강은정, 2004)에 따르면 협진 경험 유무가 양방의사의 한방의료에 대한 신뢰도를 결정하는 중요한 변수로 작용한다. 이 연구에 의하면 민간병원 의사들의 42.6%가 한방의료에 대해 신뢰하지 않았고, 공공병원의 경우는 그 비율이 45.1%였다. 또한 민간 병원 근무 의사의 경우 협진을 시행하는 기관과 시행하지 않는 기관 간에 한방의료에 대한 신뢰도의 차이를 보였다. 즉, 협진을 시행하고 있는 기관에 근무하는 의사들의 한방에 대한 신뢰도가 협진 경험이 없는 병원의 의사들보다 높았다. 이는 양방의료와 한방의료 종사자 간의 상호 이해 및 연계가 상호 영역에 대한 신뢰를 구축하는데 중요한 요소임을 의미한다고 볼 수 있다.

즉, 양 · 한방보건의료 부문 간 신뢰를 구축하기 위해서는 상호 의료 부문에 대한 경험과 지식이 필요하다고 할 수 있다. 상호 의료 부문에 대한 경험과 지식을 공유하기 위해서는 양 부문 간 교육 과정에서의 상호 교류가 무엇보다 중요하며, 양 · 한방보건의료 부문 간 상호 의료 영역에 대한 경험을 공유하고, 임상적 지식을 교환할 수 있는 물리적 공간이 마련되어야 한다.

현재 동서의학 협진의 형태로 양 · 한방보건의료 부문의 물리적 결합이 증가하는 추세이지만, 대부분 민간의료기관 위주로 진행되고 있으며, 양 부문의 상호 신뢰와 이해를 통한 발전적 통합의 형태이기 보다는 같은 건물 내에서 두 부문의 의료 서비스를 독립적으로 시행하는 데 그치고 있다. 사실상 민간의료기관의 경우 경제적 이윤이 발생할 수 있는 방향으로 협진이 이루어지기 때문에 양 · 한방 통합적인 의료 서비스에 대한 폭넓은 연구 개발이 이루어지기는 힘들다. 또한 민간 위주의 양 · 한방의료기관 연계나 협진이 개별 의료기

관에서 임의로 이루어지기 때문에 의료기관 간 차이가 나타날 수밖에 없다.

따라서 양·한방보건의료 부문 간 상호 통합·연계를 활성화하기 위해서는 정부의 개입이 필요하며, 공공보건의료부문이 이러한 정부 개입의 수단이 되어야 한다. 하지만 현재 한방 부문의 공공의료 기관 비율은 매우 미흡하다. 또한 일부 공공병원에 한방진료부가 설치되어 있기는 하지만 한방병상이 없거나 그 수가 매우 제한적이고<sup>3)</sup>, 한의사 및 한방보조인력의 수도 부족하여 실질적으로 양방의료와 대등한 관계에서 협진을 시행하는 것은 쉽지 않다.

2002년부터 농어촌지역을 중심으로 전국 보건소에 한방공중보건의의 배치가 대폭 확대되면서 공공보건의료기관에서 양·한방보건의료 부문이 동시에 서비스를 제공할 수 있는 물리적 공간이 확대되어 양 부문 간 통합 연계를 통해 신뢰를 구축해 나갈 수 있는 기반이 형성되고 있다고 볼 수 있다. 하지만 아직까지 공공부문에서의 이러한 양·한방보건의료부문이 같은 물리적 공간 내에서 서비스를 제공할 수 있는 인력, 시설, 장비 등 기본 인프라가 2, 3차 공공의료기관에 까지 갖추어지지 못하는 한 양·한방보건의료 부문 전반에 걸친 상호 교류와 협력을 통한 신뢰 구축을 이끌어 내기에는 한계가 있다.

#### 나. 양·한방보건의료 부문 간의 연구를 위한 체계 미흡

그 동안 우리사회에서 지속되고 있는 양·한방보건의료 부문 간 갈등의 원인 중의 하나는 한의학의 과학성에 관한 것이었다. 1950년

대 한방의 비과학성에 대한 양·한방의료 부문 간의 논쟁에서부터 2005년 현재 한약의 부작용에 대한 논의에 이르기까지 양 부문 간 논쟁의 핵심에는 이연숙 등(1998)이 주장하고 있는 바와 같이 한의학의 과학적 바탕의 부족을 들고 있다. 이는 동 연구에서 밝히고 있는 바와 같이 의사들의 한의학에 대한 신뢰할 수 없는 원인으로 한방의 경험에만 의존하고 비과학적이라고 연구대상 의사의 79%가 응답하고 있다.

따라서 양·한방보건의료 부문 간 갈등을 완화하기 위해서는, 두호경 등(2000)이 주장하고 있는 바와 같이 양·한방간의 비교우위적인 경쟁보다는 상호보완적인 입장에서의 공동으로 응용할 수 있는 가에 대한 연구가 필요하다고 볼 수 있다. 이를 위해서 두 의료영역에서의 '과학적 바탕'에 대한 논의가 필요하다고 볼 수 있으며, 이는 양 부문 간 상호 연구 개발에 대한 교류 및 공동 연구 수행이 필요하다.

하지만 2004년 연구자료(강은정, 2004)에 따르면 전체 조사 대상 의료기관의 3.4%만이 양·한방공동 연구를 수행하고 있었으며, 이마저도 모두 민간의료기관에서 이루어지고 있다.

앞서 기술한 바와 같이 최근 양·한방의료를 동시에 이용하는 환자의 증가는 최근 언론에서 논의되고 있는 안전성 문제가 사회적으로 이슈가 되면서 정부에서 양 부문 간 의료이용의 안전성에 대한 연구를 일부 진행하고 있지만, 이러한 연구조차도 양방과 한방의료 부문의 공동 연구 형태로 진행되기 보다는 어느 한 부문에 의해 수행되고 있는 실정이다. 동서의학 협진에 관한 연구 역시 이와 마찬가지로 주로 한의학 연구원을 중심으로 한방의료 부문에서 이 부분에 대한 연구를 진행하고 있다. 따라서 양·한방보건의료 부문 상호 간의 연구 영역에서의 교류 및 협력은 아직까지 매우 미흡한 상황이라 할 수 있다.

3) 강은정(2004)의 연구에 따르면 공공의료기관의 한방기관은 병원 내 병상을 포함하지 않은 한방진료부가 있는 병원이 4개(28.6%), 병원 내에 병상을 포함한 한방진료부가 있는 병원이 1개(7.1%)였다.



다. 양·한방보건의료부문에 대한 법적 제도적 정비 미흡

그 동안의 양·한방협진에 대한 연구들이 주장하는 바와 같이 효율적인 양·한방협진을 위해서 민간 주도로 공급체계하에서 양·한방 보건의료부문 간의 문제를 최소화하기 위하여 양·한방협진관련 규제 및 관리 등의 제도적 장치 마련은 무엇보다 중요하다. 특히 우리나라와 같이 의료 체계가 이원화되어 의료 집단 간의 갈등이 지속되는 상황에서 법적 제도적 장치를 통한 정부의 중재가 필요하다. 아직까지 우리나라는 양·한방의료 간의 협력을 위한 제도적 지원이 미비한 실정이며, 오히려 현재 의료법상 양방의료와 한방의료에 대한 규정은 양 부문 의료 집단에게 갈등의 소지를 제공하고 있다.

현재까지 파악되고 있는 법적 제도적 문제는 다음과 같이 세 가지 부분으로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 동일의사의 양·한방 행위의 병행 금지: 현행 제도 내에서는 동일의사의 한·양방 행위의 병행을 금지하고 있어 한 사람의 의사/한의사가 비록 양측의 면허를 모두 소유하고 있다 할지라도 한 환자에 대해 양·한방 의료행위를 동시에 제공하는 것이 불가능하다. 이로 인하여 양·한방 기술의 융합적 차원의 활용이 어렵다. 둘째, 의료기사의 활용이나 지휘권의 미부여: 의료기관내에서 한의사에게 양·한방협진을 하기 위해서는 임상병리검사, 진단기기 등의 활용이 필수적이다. 이를 위한 제도적인 측면을 고려하면, 임상병리와 방사선검사와 관련된 의료기사의 활용이나 지휘권이 부여되어야 한다. 그러나 현재 이러한 제도적 장치가 마련되어 있지 않은 실정이다. 최근 CT 분쟁에서 한의사의 CT사용권을 인정한 사례가 있었지만, 의료법 상에는 의료기사에 대한 지휘권을 양방의사에게만 두고 있어, 법제도의 현실화 방안이 요구되어지고 있다. 셋째, 양·한방협진에 대한 건강보험급여 제도 미비: 현

재 건강보험 급여체계 내에서 한·양방협진 형태의 진료에 대한 건강보험 급여체계가 마련되어 있지 않고, 오히려 현재 보건복지부의 유권해석상(보건복지부 급여65720-101호) 동일상병에 대한 동시진료에 대해서는 중복진료로 간주하여 전액 본인부담토록 되어있는 실정이다.

2) 양·한방보건의료 수요자 측면

가. 적절한 정보 부족 및 제공체계 미흡

질병치료를 있어 관련 정보의 제공과 의료수요자-공급자의 상호 관계는 의료수요자들의 질병관리에 많은 도움을 줄 수 있다. 그러나 우리나라의 민간중심의 의료공급체계하에서는 의료공급자들이 의료수요자들에 대한 충분한 정보 제공의 동기가 미약하다고 평가되고 있다(김혜경 외, 1997). 특히 한방의료나 양·한방협진관련 정보에 대한 제공 현황(진승희, 박영배, 1999)은 의료수요자들의 부적절한 의료서비스 선택과 이용, 치료효과 및 결과의 질적 저하, 국민 의료비 상승으로 인한 국가적 부담가중과 같은 결과를 초래하기 때문에 의료수요자들에 대한 충분한 정보제공은 중요한 보건의료 정책 목표 중의 하나라고 할 수 있다(김혜경 외, 1997).

그러나 아직까지 공공부문에서 이러한 정보에 대한 데이터베이스를 구축하고, 근거 마련을 위한 연구를 수행할 수 있을 만한 인프라가 충분히 마련되어 있지 않은 상황이다(김혜경 외, 1997). 이에 따라 의료소비자들은 질환별 치료 효과에 따라 선택을 하기 보다는 장기질환일수록, 교육 및 소득수준이 높을수록 한방의료를 더 선호 내지 선택하고 있다. 즉, 실제적으로 해당 질환의 치료에 어느 것이 상대적으로 치료효과가 더 높은지에 대한 정확한 기전이나 치료결과를 바탕으로 한 소위 '중거 중심의 의료'에 대한 축적된 연구 자료에

의거한 정보나 지식이 없어 의료 소비자들은 이원화된 의료 체계 속에서 의료 이용에 대한 혼란과 불편을 겪고 있다.

나. 민간의료부문에 대한 관리 미흡

민간의료 중심의 의료 공급은 의료 부문간 과도한 경쟁을 유발하고 있으며, 이미 언급한 바와 같이 의료 소비자들은 의료 서비스에 대한 충분한 정보를 제공받지 못하고 있어 의료 서비스 이용에 많은 불편을 겪고 있다. 양·한방보건의료 부문 간 효율적인 환자의뢰체계의 부재는 이들에 대한 효과적인 치료에 장애가 되고 있으며, 의료 기관 별 진료 및 치료에서의 편차는 의료 수요자들의 신뢰를 저하시킬 뿐만 아니라 의료 이용자들의 안전성에 대해서도 문제를 유발할 가능성이 제기되고 있다.

이에 따라 양·한방보건의료 부문 간 서비스에 대한 표준화, 효율적인 연계 체계 마련과 같은 체계적인 접근이 필요하다.

3. 정부 측면 : 관리·제도적 측면

가. 양·한방보건의료 부문 간의 관리 미흡

우리나라에 의료 이원화 체계가 형성된 것은 1951년의 국민의료법 개정 이후이지만, 공공 의료부문에서 한방의료 서비스가 제공되기 시작한 지는 채 10년도 되지 않고 있다. 이로 인하여 한방 의료부문은 민간중심의 공급체계를 가져왔으며, 한방의료부문에 대한 정부의 개입은 한의사 면허 자격, 시설 기준, 한약재 기준 등 최소한의 범위에 머물러 있었다. 중앙정부의 의료정책은 양방의료와 한방의료 부문 각각에 대해 분절적으로 수립·시행되었으며, 의료 공급이나 수요에 대한 정부 개입은 거의 양방의료 부문에서만 이루어져 왔다고 볼 수 있다. 이로 인하여 정부 차원에서 양·한방보건의료 부문 간 의료 이용에 대한 실제적인 현황 파악조차 거의 이루어 지지 않고 있다.

그동안의 공적 한방보건의료를 살펴보면, 의료보험이나 공공보건의료사업을 통해 정부에서 한방의료 공급에 대한 제도적 접근을 시도한 것은 근래의 일임을 알 수 있다. 1987년 한방의료에 대해 제한적이지만 보험급여가 적용되기 시작하였고, 1990년 강원도 춘성군, 영양군, 전북 순창군 보건소에서 한방보건의료 시범사업을 실시하면서 공공의료기관을 통해 한방의료서비스를 공급하기 시작한 것이다. 이후 2003년부터 정부는 보건소에서 한방 보건사업을 시작하여 기존의 보건소 건강증진사업과 같은 보건사업과 연계·협조체계를 유지하여 추진하며, 한방보건사업 관련 인프라를 구축하고, 지역특성에 맞는 사업의 개발 및 표준화된 사업 운영 지침을 개발, 궁극적으로는 지역사회 건강자원과 연계한 한방건강증진사업을 추진할 계획을 수립하고 있다.

하지만, 아직까지 공공부문에 대한 정부의 한방의료 정책이 한방의료에 대한 접근성 확대에 머물러 있으며, 양방의료 부문과의 상호관계나, 연계에 대한 접근은 미흡한 실정이다. 또한, 50년 이상 양·한방 병존형 의료체제로 인한 양 부문 간 갈등과 대립이 지속되는 과정 속에서도 정부는 양 부문의 통합 연계에 대한 대안이나 실질적인 모델의 제시와 같은 적극적으로 갈등을 해소해 나가기 위한 실질적인 정책개발에 있어 미숙함을 보이고 있다.

나. 양·한방보건의료 부문에 대한

정부 전략 미흡

우리나라에서 양·한방병존형 의료체계 도입 이후 의료 이용을 이용하는 국민들의 비용-효과성, 혹은 안전성에 대한 논의는 거의 이루어지지 않고 있는 상황이다. 최근 정부는 양·한방의료 부문의 약재 혼합사용에 대한 안전성의 문제에 대한 중요성을 인식하여 2004년을 전후하여 이에 대한 정부 차원의 연구가 진행되고 있다.

그렇지만, 아직까지 양·한방보건의료 부문에 대한 논의의 범위가 대학교육에서의 통합·연계나 양 부문에 대한 제도 정비에 대한 부분까지 포괄하고 있지는 못하고 있는 실정이다. 또한 의료기관에서의 양·한방보건의료 연계나 협진 체계에 대해서 정부나 공공의료기관에서는 표준 임상 지침이나 양·한방 통합 모델을 제시하지 못하고 있는 실정이다. 한편, 최근 들어 정부는 보건소/보건지소 등 1차 공공의료기관에 대해 한방의료 인프라를 강화하려 하고 있지만, 이와 연계할 수 있는 2, 3차 공공의료기관에 대한 한방의료 인프라 구축 계획은 아직까지 매우 미흡하다고 볼 수 있다.

#### 다. 양·한방보건의료 부문에 대한 정책 수단 미흡

앞서 언급한 바와 같이 현재 양·한방보건의료 부문에 대한 정부의 정책 수요는 증가하고 있다. 즉, 양·한방보건의료 집단 각각의 기존 보건의료관련 제도나 법 개정, 양 부문 동시 이용에 대한 안전성 문제 검토 등에 대한 요구가 증가하고 있는 것이다. 하지만 아직까지 정부는 이러한 수요에 따른 정책을 수립, 집행하기 위한 정책 수단을 충분히 확보하고 있지 못하다고 할 수 있다.

우선, 기존 보건의료관련 제도나 법 개정을 위해서는 양·한방보건의료 집단의 서로 다른 의견을 조정할 수 있는 기전이 필요하며, 이는 양 부문 간에 통합적인 보건의료체계를 구축하는 과정에서 도출해 낼 수 있을 것이다. 하지만 정부 차원에서 양·한방보건의료 협진에 대한 연구는 일부 이루어지고 있으나, 공공보건의료기관을 통한 양·한방협진 체계 구축이나 양·한방보건의료 통합 연계를 위한 임상 지침 마련 등 구체적인 정책 대안은 제시하지 못하고 있는 상황이다. 또한 공공의료부문의 한방 의료는 거의 1차 보건의료기관에 한정되

어 있고, 2, 3차 의료기관의 경우 국립의료원과 일부 공공병원을 제외하고는 한방진료부가 설치되어 있지 않아서 실제 진료 부분에서 양·한방 통합연계 모델을 구축하기에는 어려움이 있다.

한편, 정부차원에서 양·한방보건의료 동시 이용에 따른 안전성 문제 검토를 위해서는 현재 양·한방보건의료 동시 이용 현황 파악이 선행되어야 한다. 보건의료 이용 현황을 파악을 위한 2차 자료로 주로 건강보험자료가 이용되는데, 한방의료의 경우 건강보험 급여 범위가 한정되어 있어 침약 등 이용 빈도가 높은 의료 서비스 항목에 대한 파악이 불가능하다는 문제가 있다. 따라서 2차 자료를 통해 양·한방의료 동시 이용에 대한 정확한 실태 파악이 어려우며, 한방의료기관이 대부분 민간 부문에 있어 이러한 현황 파악이 더욱 어렵다.

다음으로 양·한방보건의료 동시 이용의 안전성에 대한 임상 연구가 요구되고 있지만, 정부 차원에서 양·한방보건의료 연구 부문의 연계 체계가 마련되어 있지 않아, 아직까지는 양 부문이 개별적으로 이러한 안전성 문제에 대한 연구를 진행하고 있는 상황이다.

### III. 결론 및 정책제언

앞서 분석한 우리나라 양·한방의료부문의 문제점과 그 원인 해소를 위한 발전적 정책방향은 다음과 같다. 한방의료 내부적으로는 과학화, 산업화, 국제화를 통해 경쟁력을 강화해 나가도록 해야 하며, 양·한방보건의료부문 간 학제 교류 확대를 통해 한방医료를 더욱 발전시켜나갈 수 있는 기회를 마련할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한, 양·한방의료 부문 간에 대해서는 양 부문의 의료 서비스 공급을 효과적으로 관리할 수 있는 정부 정책 개발과 함께 무엇보다 한방공공의료 확충을 통해 양·

한방보건의료 통합연계 모델을 마련하는 방향으로 나아가야 할 것이다. 구체적인 정책 방향은 다음과 같다.

1. 양·한방보건의료부문간 발전적 정책방향

앞서 살펴본 바와 같이 양·한방보건의료 부문 간에서 발생하는 많은 문제점들은 우리나라 보건의료체계의 특성에 기인한다고 볼 수 있다. 즉, 민간 주도의 의료서비스 공급체계는 긍정적인 측면도 있으나 이로 인한 공급자간 역할 및 기능상의 중복과 경쟁으로 인하여 의료수요자, 공급자, 정부 측면 모두에서 문제가 발생하고 있는 것이다. 따라서 이러한 문제점들을 극복하고 국민들에게 안전하고 비용-효과적인 보건의료서비스를 제공하기 위해 가장 중요한 것은 공공의료의 확대라고 볼 수 있다. 특히 양적인 측면에서 양방의료에 비해 상대적으로 부족한 한방의료 부문의 공공성 확대는 양·한방 병존형 의료체계 내에서 발생하는 여러 가지 문제점 - 의료선택의 혼란과 이용 상의 불편, 국민의료비 상승, 국민 안전성 위협 등 - 을 극복하기 위한 대안을 마련하는데 있어 반드시 선행되어야 할 것이다. 또한 공공의료 강화는 기존에 양·한방보건의료 부문 간 발전적 관계 수립에 장애가 되어 온 법적 제도적 체계를 개편하는 방향으로 가야 할 것이다.

이러한 체계 개편 방안으로서 세 가지 측면의 정책 방향을 볼 수 있다. 이를 요약하면 다음과 같다.

가. 공급자 측면: 양·한방보건의료 부문 간 협력을 위한 기반으로 공공의료 확충 양·한방보건의료 부문간 상호 신뢰 구축을 통해 양 부문 간 갈등을 지양하고 상호 연계를 강화하기 위해서는 1) 양·한방보건의료 부

문 간 상호 교류를 가능하게 하는 물리적 기반 마련; 2) 양·한방보건의료 부문 간 상호 교류에 장애가 되는, 혹은 양 부문 간 갈등의 유발 요인이 되고 있는 법적 제도적 정비 등에 대한 정책이 필요하다. 이를 위한 정책 방향은 다음과 같다.

첫째, 임상 영역에서 양·한방보건의료 부문 간 상호 교류 협력을 수행할 수 있는 물리적 공간, 인적 자원 등 인프라 확충

- 공공의료기관 내 한방진료부 설치 확대, 한방 입원 병상 확보
- 공공의료기관 한의사의 양적, 질적 확충

둘째, 양·한방보건의료 부문 간 상호 연계 및 협력 증진을 위한 법, 제도 정비

- 양·한방보건의료인에 대한 업무 범위 재설정 및 관련법, 시행규칙 등 개정
- 양·한방보건의료 협력 및 동시 공급을 위한 제도 마련 : 한방의료에 대한 건강보험 급여 확대, 양·한방보건의료 협진에 대한 급여 체계 개발 등

나. 수요자 측면 : 공공보건의료부문에서 양·한방보건의료 부문 간 통합연계 모델 제시

앞서 지적한 바와 같이 양·한방보건의료 부문 간 서비스 이용에 대한 학계의 실증적 연구의 부족과 이로 인한 체계적인 시스템의 부재는 의료 서비스를 이용하는 사람들에게 불편과 비효율을 초래하고 있다. 특히, 양·한방보건의료부문 간 의뢰, 연계 등 상호 교류가 민간 중심으로 시행되고 있어 의료 기관 간에 편차가 매우 크게 나타나고 있다.

따라서 양·한방보건의료 부문 간 연계·협진을 통한 의료 서비스 공급과 이용에 대한 표준화된 체계 마련이 필요하며, 현재 민간 위주로 이루어지고 있는 개별적인 의료 서비스를 하나의 체계적인 시스템으로 묶어 내기 위

한 거시적 조정자로서 중앙 정부 차원의 개입이 요구된다.

이에 대한 정책 방향은 다음의 4 가지 부분으로 제시할 수 있다. 첫째, 공공의료 부문 내 양·한방보건의료 상호 협력을 위한 1, 2, 3차 의료 부문 간 진료 의뢰, 협진 체계 마련; 둘째, 양·한방보건의료 서비스 공급에 대한 표준 임상 지침 개발, 확산; 셋째, 상병별, 증상별 양·한방보건의료 서비스 이용에 대한 표준 지침 마련, 의료 수요자에게 이러한 정보를 제공할 수 있는 기전 마련; 넷째, 양·한방보건의료 부문 간 통합 연계에 대한 연구 개발 지원 확대 등이다.

다. 정부 - 관리 및 제도적 측면 : 양·한방 보건의료 부문간에 대한 정책 개발

양·한방보건의료 부문 간 상호 협력을 촉진하기 위해서는 무엇보다 중앙 정부 차원에서 보건의료 수요 중심의 정책적인 지원이 필요하다. 지금까지의 양방의료 수요를 중심으로 한 보건의료 정책 개발에서 양·한방/한방의료 수요를 고려한 양·한방보건의료 부문에 대한 균형적인 정책적 고려가 요구되는 것이다. 특히 인구의 고령화, 만성 질환의 증가 등 다양한 보건의료 수요를 창출해내고 있는 보건의료 환경의 변화는 이와 같은 정부의 정책 변화를 절실히 요구하고 있다. 정부 측면에서 정책 변화의 방향은 다음과 같이 네 가지 방향으로 설정될 수 있다. 첫째, 양·한방보건의료에 대한 개별적 접근 지양, 상호 통합·연계를 위한 기회 확대를 위한 정책 수립; 둘째, 공공 부문에서 양·한방보건의료 부문 간 다양한 협력 기반 마련을 위한 정책 수립 : 양·한방보건의료 상호 협력을 위한 인프라 구축; 셋째, 양·한방보건의료 부문 간 의료 서비스 공급에 대한 규제 및 관리 체계 구축; 넷째, 정부가 추진 중인 평생건강관리체계 구축에서의 한방공공의료 역할 증진 방안 개발 등이다.

우리나라 양·한방의료 부문 간의 경험을 보면 공급자측면에서 양 의료부문의 인력 및 시설의 증가와 상호간 기술의 공유로 인하여 한의사와 의사와의 영역의 중복이 양·한방보건의료 집단 간의 상호 교류나 통합적 진료체계 구축을 촉진하기 보다는 양 집단 간 갈등을 초래하고 있다. 이러한 움직임은 지난 50년의 경험을 미루어 볼 때, 의료전문가들 사이에 양·한방 연계 또는 통합 형태의 새로운 의료 서비스 개발에 대한 노력이 중앙정부 차원 보다는 민간의료기관을 중심으로 일부 진행되고 있음을 알 수 있다. 외국에서도 서양의 생의학과 대체보완의료의 다양한 측면을 결합한 형태의 의료서비스를 개발하고 있다. 소비자 측면에서 보면 현행 의료체계하에서 양·한방결합내지 협진에 대한 수요가 높음에도 불구하고, 환자들의 질병치료에 요구되는 양방과 한방의료서비스 선택에 있어, 치료효과나 효율성에 대한 공식적인 정보 부재가 있다고 볼 수 있다. 또한 양·한방의료기관간 공식적인 환자 의뢰체계 미흡, 양·한방 연계 진료 지침 미흡 등은 결국 소비자들의 의료비 부담과 같은 재정적인 측면의 부담을 초래하기도 하고 있다. 마지막으로 정부측면에서는 양·한방의료체계에서의 국민 의료비 지출, 양·한방의료 기술의 혼합사용에 따른 안전성, 양·한방의료 부문간 갈등 등에 대한 정부의 정책 수요 증대로 이어지고 있음을 알 수 있다.

이러한 현황과 문제의 원인으로 양·한방보건의료 공급자 측면에서 상호 연계 체계 구축을 위한 인프라 부족, 양·한방보건의료 부문간의 연구 체계 미흡, 양·한방보건의료부문에 대한 법적 제도적 정비 미흡 등이 지적될 수 있다. 또한 양·한방보건의료 수요자 측면에서는 적절한 정보 부족 및 제공체계 미흡, 민간 의료부문에 대한 관리 미흡, 민간의료 중심의 의료 공급으로 인한 의료부문간 과도한 경쟁 유발 등이 그 원인으로, 정부 측면(관리·제도

적 측면)에서는 양·한방보건의료 부문 간의 관리 미흡, 양·한방보건의료 부문에 대한 정부 전략 부재, 양·한방보건의료 부문에 대한 정책 수단 부재 등이 지적될 수 있다.

## 2. 결론

외국에서도 보완대체의료와 정통의료 기술을 상호 결합한 형태의 의료를 제공하기 위한 통합의료클리닉을 개설하여 이에 대한 평가를 하고 있기도 하며, 이를 통해 다양한 유형의 의료제공자들이 상호역할 분담을 통한 최상의 환자진료를 추구하고 있다 (Stewart, Faass, 2001; Scherwitz 등, 2004). 이와 같이 서양에서도 우리나라에서 동서의학협진이나 양·한방연계진료 형태의 개념을 도입할 뿐만 아니라 서비스를 직접 제공하고 있다. 이와 같은 형태의 의료는 통합보완의료와 정통의료간의 협진형태로 다양한 용어로 정의되고 있다. 즉, 협진(collaborative practice), 전문가 연계 진료(interprofessional care), 통합의료(진료)(integrated care), 새로운 형태 의료(진료)(integrative care)가 그것이다. 이 중 통합의료(integrated care)는 양방의사의 주도하에 보완대체의료를 생의학(서양의학)으로 통합되는 형태이며, 새로운 형태 의료(진료)(integrative care)는 생의학을 새로운 보건의료 체계로 융합시키는 의료형태로 구분될 수 있으며, 특히 후자의 경우 관련 분야 전문가들의 비교적 최근의 활동 현상이다(Hoolenberg, 2006).

21세기에 접어들면서 보건의료환경의 변화에 따라 전 세계적으로 국가 간 각 분야의 제도와 체계의 개혁이 더욱 가속화되고 있다. 이러한 변화의 조류로 인하여 서양의학과 동양의학의 장점을 결합시킨 새로운 형태의 의료체계(Integrative health care system)가 보건의료부문의 개혁을 주도할 것이라는 예측이

제기되고 있다. 그동안 우리나라의 의료계가 양방-한방영역간에서 경험한 갈등과 혼란 등은 우리만의 특수한 고민이 아님을 의미한다. 결국 우리의 경험은 미래사회가 요구하는 이상적 모형 (ideal-type: Integrative care )으로서 의료형태를 개발하는 국제적인 활동을 주도할 수 있는 잠재적인 능력 함양에 많은 기여를 했다고 볼 수 있다. 향후 양·한방보건의료영역 간에 경험을 토대로 우리나라가 미래 의료수요에 대응하기 위한 의료 체계로의 전환을 위하여 어떠한 추가적인 노력이 필요한가?, 이를 위해서 우리는 어떠한 정책을 선택해야 하며, 그 정책 목표를 달성하기 위한 노력을 어느 부문에서 누가 해야 할까? 우리나라와 같은 민간중심의 공급체계에서, 한방의료 부문의 교육, 훈련, 연구 수준이 양방에 대하여 상대적으로 미흡한 현 상황에서 공공부문의 양·한방보건의료 부문 간 다양한 협력 기반 마련을 위한 체계적인 노력이 필요하다고 할 수 있다.

## 참고문헌

- 강은정: 공공의료혁신을 위한 동서의학 협진모델 및 협진지침에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 2004
- 고수경: 인구고령화시대를 대비한 한방병원사업의 사회적 역할 증대방안에 대한 연구, 보건복지부, 2005
- 김대환, 이기효: 양·한방 협진병원 뇌졸중 입원환자 진료이용실태와 협진에 대한 태도에 관한 연구, 병원경영학회지, 9(2): 76-101, 2002
- 김성진: 한방의료기관 및 한약에 대한 소비자 인식도 조사, 서울대학교 보건대학원 석사논문, 2001
- 김성택, 이정환 등: 뇌경색으로 입원한 양방

- 한방 환자의 특성 비교; 양한방 협진의 치료지침 제안, 대한응급의학회지, 14(2): 173-175, 2003
- 김지혁, 안현주, 척추마취 후 수막염과 자가면역 뇌질환의 발생-증례보고-, 대한마취과학회지, 46: 735-738, 2004
- 김혜경, 손상영 등: 의료제도서비스 개선을 위한 법 제도 정비, 정보통신정책연구, 8: 1997
- 두호경, 안영민 등: 한의학의 이해, 가정의학회지, 21(11): S605-S611, 2000
- 문병순, 이주현 등: 감두탕전탕액이 순환기 Anaphylaxis에 미치는 영향, 대한동의병리학회지, 12(1): 116-125, 1998
- 성현재, 신현규: 한의학 중장기 예측 기획연구, 한의학연구소, 1997
- 신현대, 이선동: 한약과 양약 복용이 신장기능에 미치는 영향, 대한예방한의학회지, 8(2): 157-169, 2004
- 심사평가원, 심사평가연구원 통계연보, 2004
- 윤태형, 한동운 등: 류마티스 질환 환자의 보완대체의학 이용과 그 결정요인, 가정의학회지, 26, 203-210, 2005
- 이규식 등: 한방의료 이용실태에 관한 조사연구, 한국보건행정학회지 9(4): 1999
- 이병철, 유경호, 국내 뇌졸중의 역학, 대한의사협회지, 45(12): 2002
- 이상영: 양 · 한방 의료협진체계의 현황과 개선방안, 보건사회연구원, 1997
- 이연숙, 서홍관 등: 한의학과 양 · 한의학 일원화에 대한 양의사의 인식도, 가정의학회지, 19(8):662-670, 1998
- 이윤현: 양 · 한방 협진의료정책에 관한 고찰, 한국사회복지정책학회 논문집, 사회복지정책: 11, 2000
- 이정석: 한, 양약 복용이 간기능에 미치는 영향-피부과치료 한약복용환자를 중심으로-, 상지대학교 대학원 한의학박사 학위논문, 2003
- 이원철: 보건의료기술연구개발사업 최종보고서, 동국대학교, 보건복지부, 2002
- 이현중, 김수영 등: 뇌졸중 후 중추성 통증 환자에 대한 동서협진이 진통과 재활에 미치는 영향, 대한침구학회지, 20(2):2003
- 조재국: 양 · 한방 협진실태와 정책방향, 한국보건사회연구원, 1999
- 조병희: 우리나라 의 · 한방통합의 과정과 전망, 한국의료 일원화의 쟁점과 정책방안, 대한 의사협회 의료정책연구소, 2005
- 진승희, 박영배: 한방임상 의료정보화 현황 및 전망, 대한한의원학회지, 3(1): 1999
- 진삼곤, 남은우: 양방과 한방병원의 협진체계에 대한 입원환자의 인식도, 병원경영학회, 3(1): 134-164, 1997
- 최규현, 정현주 등: 한약복용과 관련된 신병증, 대한신장학회지, 15(3): 365-72, 1996
- 한동운, 김향자 등: 우리나라 한방의료의 현황과 과제-미래사회를 위한 정책적 선택, 대한예방한의학회지, 9(1): 77-89, 2005
- 한의사협회, 참여정부의 보건복지 Infra개편과정에서 한의학의 참여방안, 한의사협회, 2005
- John Adams: Examining sites of interface between CAM and conventional health care: extending the sociological gaze, editorial, Complementary Therapies in Medicine, 12: 69-70, 2004
- John Adams: Exploring the interface between complementary and alternative medicine(CAM) and rural general practice: a call for research, Health and Place, 10: 285-287, 2004
- Gill Green, Hannah Bradby et al: "We Are not completely Westernised": Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in

- England; *Social Science & Medicine*, Oct 3: 1-12, 2005
- Ian H Kerridge, John R McPhee: Ethical and legal issues at the interface of complementary and conventional medicine, *Complementary and Alternative Medicine*, 181(3): 164-166, 2004
- Faith J. Hill: Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion?, 18(3): 265-272, 2003
- Scherwitz, Larry W: A descriptive Analysis of an Integrative Medicine Clinic, *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10(4). p 651-659, 2004
- Daniel Hoolengerg, Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings, *Social science and medicine*, 62, p. 731-744, 2006
- Victor Stiebel, M.D, Charles E. Schwartz, M.D., Physicians at the Medicine/Psychiatric Interface What do Internist /Psychiatrists do?, *Psychosomatics*, 42(5): 2001
- www.segye.com