대한예방한의학회지 제16권 제1호(2012년 4월)
Kor. J. Oriental Preventive Medical Society 2012 ; 16(1) : 1-13

선진국의 일차의료부문의 통합의료
— 일차보건의료체계에서의 한의학에 주는 함의 —

한 동 운[1), 2), 3)*]
[1)]한양대학교 보건의료연구소, [2)]보건복지부 한방공공보건평가단,
[3)]한양대학교 의과대학 예방의학교실

Use of Integrative Medicine among primary care patients in Western counties
— Its implication for traditional Korean medicine in primary care system —

Dongwoon Han[1), 2), 3)*]
[1)]Institute of Health Service Management, Hanyang University
[2)]National Traditional Korean Medicine Research & Development Center, Ministry of Health and Welfare
[3)]Department of Preventive Medicine, Hanyang University, College of Medicine

Abstract

The objective of this study is to discuss the role of integrative medicine (IM) in contemporary health care settings, and how and which factors affect and facilitate the success of IM in terms of the integration of complementary and alternative medicine (CAM) and conventional medicine in primary health care (PHC). IM is meant to provide the best possible health care, for both patient and physician. The way of IM use in the developed countries presents various ways that IM can be provided, and it appears that strategies have been successfully developed to facilitate integration. Although few of the barriers to the integration of CAM and conventional medicine have been resolved, concerns over the legitimacy of CAM in health care (e.g., safety, biomedical evidence, and efficacy) are being overcome by the use of evidence-based practice in IM delivery. There are dominant models of IM that have been developed. The model types signify different levels of equity between CAM and conventional medicine in regard to the power, autonomy, and control held by each. However, the factors common to all IM models, whether describing CAM as supplementary or complementary to conventional medicine, is the concept of a health

· 접수 : 2011년 12월 7일 · 채택 : 2011년 12월 27일
* 교신저자 : Dongwoon Han, Department of Preventive Medicine, Hanyang University, College of Medicine.
전화 : 02-2220-0666, 팩스 : 02-2220-4666, 전자우편 : dwhan@hanyang.ac.kr

care model that aspires to be client-centred and holistic, with focus on health rather than disease as well as mutual respect among peer practitioners. Finally, this study concluded that the growth and viability of traditional Korean medicine(TKM) depend on evidence-based practices and identifying the successful influences on the integration of TKM and conventional medicine for recognition of its inherent value in PHC. Some recommendations for the integration of TKM and conventional medicine were suggested.

Key words : Integrative medicine ; Complementary medicine ; Alternative medicine ; Primary health care ; Traditional Korean Medicine

I. 서 론

의료서비스 제공체계에서 일차의료는 매우 중요한 자리 매김을 하고 있다. 즉 의료소비자에게 의료공급체계로의 진입점을 마련하고, 핵심의료 및 예방 치료를 제공하며, 환자 치료의 조정 및 통합적 지원 등의 기능을 담당하고 있다.[1] 20세기에 이어 일차의료부문에서 보완대체요법(Complementary and Alternative Therapies : CTs)에 대한 관심의 증대는 국제적 현상[2) 3)]이며, 선진국에서는 환자를 비롯한 일반인들의 이용률 또한 증가하고 있다.[4] 그동안 정통의학(conventional medicine)은 신기술을 이용해 개발된 약물이나 진단 및 치료기술에 의하여 관리될 수 있는 건강문제에 보다 많은 관심을 가졌으며, 이는 관련 의료시장의 급속한 성장을 초래하였다. 이로 인하여 의료기술 이용에 대한 지나친 의존 현상과 과용(overutilisation of technology)을 유발하고 이는 환자-의료제공자 간의 의사전달과정에서 장애를 초래하여 결국 환자-의료제공자들 간의 관계를 악화시키고 있다. 또한 기존 보건의료체계내에서 의료제공자들이 만성질환 치료시 보여준 제한적 역할은 유사의료 내지 CAM에 대한 관심과 이용을 증대시키는 요인으로 작용하였다.[5] 또한 많은 국가들은 각국의 의료체계 특성이나 의료수준과는 무관하게 일반인이나 환자들이 그들의 질병관리나 건강증진 차원에서 그 효과를 높이기 위해 보완대체의료를 병용하고 있다.[6) 7)] 이러한 현황을 통해 정부, 의료제공자 및 보건의료전문가들은 기존의 의료공급체계의 내용과 방식의 개선이 필요하다는 방향으로의 인식전환을 경험하고 있다.[8] CAM의 광범위한 사용과 관심의 증대는 오늘날 의료 소비자, 의료제공자, 정책결정자 및 관련 연구자들에게 매우 중요한 과제이며, 보완대체의료 효과에 대한 개인적 차원에서 뿐만 아니라 일차보건의료부문에서도 보다 폭넓은 이해를 도모해야하는 필요성이 강조되고 있다.

II. 연구목적 및 방법

이 논문은 우리사회가 논의해 나아가야 할 일차의료부문에서의 한의학 활용에 대한 전망과 대책의 전개방향을 제시하기 위함이다. 이를 위하여 우선 선진국의 일차보건의료환경의 변화를 소개하고, 다음으로 일차의료부문에서의 통합의료(Integrative Medicine)에 대한 세계적인 동향과 주요 선진국에서의 통합의료 이용현황과 관련 정책 방향을 기술하였다. 이를 통해 우리나라에서의 한의학 관련 정책과 전망을 기술하고, 마지막으로 일차의료체계 내에서 우리나라 한의학이 주는 함의를 제시하고자 한다.

이를 위한 연구 방법으로는 일차의료부문에서의 통합의료관련 정책, 연구보고서, 논문 등과 같은 관련 문헌들에 대한 체계적 고찰(systemic review)과 내용분석을 시행하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 선진국의 일차의료현황과 과제

최근 의료환경의 변화를 겪고 있는 선진국을 중심으로 일차의료체계가 환자중심 및 건강중심의 일차의료제공팀 체계로 바뀌고 있다. 이러한 변화는 환자들의 일차의료 수요 증대, 다양한 보완대체의료 선호 및 이용 증가, 신 의료기술 발달과 병원서비스 이용 및 의존도 증가로 인한 재정적 부담과 이러한 문제로 인한 의료체계의 유지 발전 가능성 저하 때문이다.[8] CAM에 대한 접근도 향상을 포함한 일차의료부문의 역할강화를 통해 국민들의 건강을 증진시킬 수 있다는 선진국의 경험은 국민에게 적절하고 저비용의 보다 나은 보건의료서비스에 대한 접근성을 향상시키고, 건강 불평등을 감소시키려는 노력으로 나타났다. 이러한 방향에서 선진국들의 정책적 의제가 설정되어 있다.[9]

이러한 일차의료부문의 현황은 미래를 위한 의료서비스, 연구, 의학교육에 있어 통합의료에 대한 지지여부와 관계없이 통합적 접근방향으로 진행되어야 한다는 것은 명백해지고 있다. 특히 만성질환 사례는 더욱 그러하다.[10] 영국, 네덜란드, 미국, 호주의 일차의료부문의 현황과 통합의료이용 양상을 보면 다음과 같다.

영국의 경우 국가보건의료서비스제도(National Health Service : NHS)하에서 일반의(General Practitioner : GP)의 역할이 매우 중요하다. 모든 의료서비스 이용의 일차적인 입구가 되고 있다. 과거에는 일반의들은 주로 진단 및 상담, 병원으로의 의뢰 등을 담당하였으나 점차 의료서비스 제공 영역이 확대되고 있다. 간단한 수술, 건강검진, 예방접종, 건강증진, 그리고 질병관리 및 병원 의료서비스 중의 일부가 GP들에 의하여 제공되고 있다. 이러한 변화로 인해 동 서비스 이용을 위해 병원을 방문함으로써 발생하는 비용을 줄이기 위하여 일차의료부문에 대한 투자를 확대하고 있으며 결국 고비용 의료서비스 이용 및 불필요한 병원입원을 방지하고 있다.[10]

네덜란드의 일차의료는 국가의료시스템의 중심을 이루며 건강관리, 모자보건, 경증질환치료, 만성질환자 및 환자 지원 등과 같은 서비스 제공 역할을 수행하고 있다. 이러한 일차의료제도는 재정적 효율성, 지역적 접근성, 환자 중심적, 포괄성 및 조정성 등과 같은 특징으로 정평이 나 있다.[11] 비록 일차의료부문에서 제공하는 생활습관과 관련된 질병 예방서비스가 치료서비스보다 취약하나 네덜란드 정부는 만성질환자나 고령자들의 보건의료수요에 부합하는 통합적 의료체계 강화를 위한 병원, 공공기관, 사회서비스의 구조적 협력체계를 강화하고 있다.[12]

미국의 경우 일차의료서비스는 민간의원, 병원의 외래, 지역보건소와 통합의료체계에서 제공되고 있다. 그러나 미국은 일차의료에 있어 위기상황을 경험하고 있다. 6000만명이 일차의료가 부족한 지역에 거주하고 있으며, 필요시 즉각적인 이용이 매우 어려우며,[13] 만성질환자들은 그들의 건강 및 질병관리를 위한 적절한 서비스를 제공받지 못하고 있다. 이러한 일차의료부족의 절박함은 고령자 및 만성질환자 군에서 더욱 심각하며, 이에 대한 획기적인 개선이 요구되고 있다.[14]

호주의 일차의료는 기본 보건의료서비스에 대한 지역사회의 요구를 충족시키기 위하여 그 기능과 역할을 확장시키고 있으며, 이에 지출되는 재원은 공공 및 민간으로부터 조달을 받고 있다.[15] 메디케어나 국가의료보험제도는 지불 가능한 일차의료서비스 이용을 보장하고 있

으나 정통적 의료 이외의 의료서비스는 환자가 직접 비용을 부담하는 체계를 갖고 있다. 지난 20년 동안 호주 정부는 많은 정책적 변화를 시도하였으며, 이를 통하여 일차의료의 효율성과 질적 향상을 도모하고, 보완대체의료에 대한 접근성 향상과 포괄적 일차서비스가 제공될 수 있는 의료체계로의 개혁을 시도하고 있다.[16] 이러한 변화의 배경에는 만성질환의 증가에 따른 효율적 관리체계 구축과 질병예방과 관리 향상시키려는 호주정부의 의지가 자리잡고 있다. 이를 위하여 일차의료서비스 제공에 있어 다학제적 팀을 구성하고 관련 의료서비스의 효율적 이용을 위한 구체적 조정 및 지불 가능성을 검토 등을 통하여 관련 서비스에 대한 접근성을 보장하기 위한 다양한 변화를 시도하고 있다. 이러한 정책 변화 중 정부에 의한 일차의료향상프로그램(Enhanced Primary Care program : EPC program)은 GP들에 의한 만성질환자 지속적 관리 및 팀구성을 통한 제공될 의료서비스 조정 활동에 대한 비용을 지불하고 있다. 이러한 일련의 과정에서 CAM 이용도 허용되고 있다.[17]

이와 같은 영국, 네덜란드, 미국, 호주의 일차의료부문의 최근 정책변화와 과제에서 보는 바와 같이 선진국들은 보건의료 시스템의 형평성, 효율성, 효과성 및 반응성을 개선할 수 있는 방안을 모색하고 있다.[18] 세계보건기구의 한 보고서에서 보건의료체계의 성과개선의 필요성을 제기하고 있으며,[19] 이에 대한 대책의 일환으로 선진국들은 의료서비스전달체계와 그 재정 충당 방안으로 국가주도의 다원주의적 의료제공정책 도입을 시도하고 있다. 그러나 관련 정책에서 비정통적 요법 활용을 통한 통합적, 다학제적 서비스가 비용 효과적인지 그리고 그러한 통합의 최적의 구조, 내용 및 방법에 합의는 찾아보기 어렵다.[20]

2. 주요 선진국의 일차의료환자들의 통합의료이용 현황과 과제

1) 스웨덴의 통합의료 이용과 정책

스웨덴은 CAM 이용의 증가를 경험하고 있으며, 특히 만성질환자들의 이용이 증가하고 있다. 그러나 이에 대한 제도나 법은 아직 없다.[21] 스웨덴의 보완대체의료관련 위원회는 1984년에 설립되었고, 1989년 의사들에게 보완대체의료에 대한 전향적인 인식과 태도를 가지며, 환자들의 보완대체의료 선택에 대한 자율성을 존중할 것을 권고하고 있다.[22] 스웨덴의 의료관련법에서는 법정 질병의 경우 훈련된 의료 인력만이 치료할 수 있도록 규정하고 있다. 그럼에도 불구하고 약 200여종의 보완대체의료가 있고, 이는 스웨덴의 의료체계 및 제도 하에 통합되어 있지 않으며 보완대체요법사들의 경우도 일부를 제외하고는 법적인 면허 조차 소지하지 않고 있다.[21]

최근 스웨덴의 한 연구소에서 일차의료제공체계에서의 통합의료모형이 개발되었다. 이 모형에 따르면 일반의들은 우선 일차의료시설에 방문한 급성환자가 요통이나 경부통을 호소하는 경우 의사와 환자가 함께 치료계획을 수립한다. 이에 따라 먼저 일반적 치료서비스를 제공하고, 이와 병행하여 통합의료제공팀(integrative medicine provider team)과의 회의를 통하여 통합요법에 대한 사례별 합의를 도출한 후 해당 환자에게 보완대체요법을 제시한다. 이 과정에서 통합의료제공팀은 해당 요법이 환자질병관리에 적절한지를 조사 후 치료계획을 확정하고 이후 12주까지만 통합의료서비스를 제공한다.[23] 이 시범사업을 통하여 일차의료부문에서의 통합의료의 가능성을 인식하고, 일반의와 보완대체요법제공자들과의 팀으로 환자에 대한 통합적 질병관리 모형의 유용성과 타당성에 대한 논의를 하고 있다. 특히 통합의료제공에 있어 근거

중심의 관리 지침의 중요성이 강조되고 있다.

2) 영국의 통합의료 이용과 정책

영국은 2004년 잉글랜드 지역의 NHS의 역할변화와 관련하여 "건강증진계획(Health Improvement Plan)" 수립을 하였다. 이 백서는 지역일차의료조직인 일차의료트러스트(Primary Care Trust : PCT)가 지역의료서비스공급체계에 보완대체의료서비스의 통합을 통한 주민 건강 개선을 위한 실질적인 방안을 제시하였다.[24) 25)] 이 뿐만 아니라 통합의료의 수요를 고려하여 NHS산하의 보완대체의료관련 의료기관의 명칭도 바꾸었다. 왕립동종요법병원(Royal London Homoeopathic Hospital)은 왕립통합의학병원(Royal London Hospital for Integrated Medicine)으로, 글라스고의 동 기관도 통합의학센터(Centre for Integrative Care)로 개명되었으며, 브리스톨에는 주민건강을 위한 일차의료기관인 건강통합센터(Integrated Centre for Health)가 설치되었다.[26)]

이와 같은 변화는 영국사회의 보완대체의료 수요를 반증하는 것으로 프린스 웨일 재단(Prince of Wales foundation)에 따르면 잉글랜드의 일차의료기관의 50%가 보완대체요법에 대한 주민들의 접근을 허용하고 있다.[27)] 이는 NHS가 많은 제도적 변화를 통해 일차보건의료조직이 보완대체의료서비스의 제공을 확대시키고 있음을 의미한다. 2004년 영국정부는 대체의료제공자의 의료서비스(Alternative Provider Medical Services : APMS)[28)]제도 도입을 통하여 일반의들에게 보완대체요법 관련 치료에 대한 비용지불과 신 진료중심의 구매 예산(new practice based commissioning budgets)을 배정하였다.

또한 NHS Trusts Association(NHSTA)는 2000년 4월 일차의료그룹과 트러스트의 협회(Association of Primary Care Groups and Trusts : APCGT)에서 출발하여 현재의 이름으로 명칭이 변경되었다. 이 기구는 보건부나 NHS의 조직이 아니며 독립적인 기구이다.[29)] 이 기구는 보완대체요법사 디렉토리를 운영하여 지역의 보완대체요법사나 관련 기관에 의하여 제공되는 서비스의 비용, 요법사의 자격, 제공되는 치료서비스 종류 등에 대한 정보를 제공하고 있다. 이는 NHS제도하에서 보완대체요법에 대한 지역주민들과 환자의 수요에 부응할 뿐만 아니라 일차의료건강증진프로그램의 일부로서 보완대체요법의 제공을 준비하고 있는 GP 및 일차의료기관의 수적 증가에 따른 관련 기관과 의료진을 위한 정보제공의 확대를 위함이다. 이러한 정보제공은 결국 지역의 환자들의 질병의 관리에 있어서 통합적 접근시 필요하여 보완대체요법사나 기관에 의뢰를 요구할 경우에도 유용하게 활용될 수 있다. 이와 같은 과정을 통하여 개별 보완대체요법사들의 NHS환자를 위한 일차의료서비스 제공에 참여할 수 있는 잠재력을 제고하고 해당 지역의 일차의료팀의 합법적인 구성원으로 인정될 수 있는 기회를 제공하고 있다.[29)]

3) 뉴질랜드의 통합의료 이용과 정책

뉴질랜드의 경우 일차의료공급체계 안밖으로 환자와 지역주민들이 광범위한 보완대체의료의 이용이 가능하며 CAM 이용률 증가 현상이 나타나고 있다. 뉴질랜드인의 이용률이 높은 CAM은 카이로프락틱(chiropractic), 생약제재(herbal medicine)와 동종요법(homoeopathy) 등이다.[30)] 이들은 질병치료에 있어 의료기관과 CAM시술자들에 의한 서비스를 동시에 이용하고 있으며, 일차의료기관에서 의사들과 CAM이용에 대하여 논의한다. 의사들은 침, 아로마요법, 생약 또는 자연요법을 치료에 도움이 되고 있다고 인식하고 있다. 최근의 조사연구에서도 일반의사의 95%가 그들의 환자들을 침, 카이로프락틱, 정골요법을 제공하는 보완대체요법사에게 의뢰하고 있다고 밝히고 있다.[28) 30)] 그러나 많은 지역주

민들은 보완대체요법 시술자에 의하지 않고 보완대체의료 제품을 자가 처방하여 약용 음식을 가정에서 섭취하거나 약국이나 슈퍼마켓에서 비타민, 미네랄, 생약제재 등을 구매하고 있다. 때로는 주민들은 가정의 전통적인 방식을 활용한 건강 및 질병관리도 하고 있다.[31) 32)] 이러한 국면에서 2000년 이후 뉴질랜드는 CAM을 주류 의료서비스에 어떻게 통합하여 제공할 수 있는 가에 대한 논의를 계속하고 있으나, 공적 재원조달이 되는 주류 의료 시스템으로 통합되어야 하는지에 대해서는 아직 논란의 여지가 있다.[33)] 최근 수행된 조사연구에서도 의사들의 60%가 CAM요법이 최상의 환자진료나 지원을 위해서 정통의료와 통합하여야 한다는 점에 찬성한다고 지지[34)]하고 있는 바와 같이 뉴질랜드의 보건의료부문은 통합의학적 접근을 진료현장에서 수용하고 있다.

4) 독일의 통합의료 이용과 정책

독일에서도 CAM요법에 대한 이용은 지속적 증가를 보이고 있으며, 1976년 새로운 의료법 통과로 제도적 차원에서 이 요법을 본격적으로 다루기 시작하였다. 일반국민들의 CAM요법 이용률은 1970년에는 52%이었으며 2002년에는 73%로 증가되었다.[35)] 이 중 일부만이 의료보험의 급여에 포함되어 있으며, 물리요법, 카이로프락틱, 전통적 자연요법, 동종요법, 침 등이 그 대상이다. 이 범주를 벗어난 CAM요법은 환자나 민간보험에 의해 지불이 이루어지고 있다. 또한 2004년 보고에 따르면 독일 성인남성의 54%, 성인여성의 70%가 일 년 동안 적어도 1번 이상 보완대체요법을 이용하는 것으로 나타났다. 주로 사용되는 요법은 운동요법, 허브요법, 수(水)치료, 의료마사지, 동종요법, 침술 등이며, 주된 사용 이유는 요통, 감기, 두통, 염좌, 소화기 질환 등이다.[35)]

독일에서 CAM요법은 의사들에 의해 주로 제공되고 있으며, 의료보험기관의 지불보상을 받기 위해서는 일정한 자격을 보유하여야 한다. 그러나 실질적으로 많은 의사들은 이에 대한 자격을 갖추지 않고 관련 서비스를 제공하고 있다. 2004년 1월부터 모든 동종요법과 일부를 제외한 약초치료약은 보험으로부터 보상을 받지 못하고 있다.[36)] 그럼에도 불구하고 일차의료의사(가정의)의 많은 수가 CAM요법의 가치를 인정하고 있으며, CAM요법 제공에 실질적인 기여를 하고 있다. 지역주민들도 자신들의 가정의들이 CAM요법의 제공과 감독에 참여하기를 바라고 있다.[37)] 이로 인하여 가정의들은 일차진료시에 실질적으로 CAM요법을 제공하고 있어 통합의학적 접근의 기회가 되고 있다. 독일환자들의 기대수준을 고려하면 CAM요법이 단순히 사례별로 정통의료와의 단순히 결합(combined therapy)된 형태로 제공되기 보다는 보건의료체계내에 통합된 서비스제공형태(integrated therapy)로의 발전이 기대되고 있다.[38)] 이와 같은 형태인 통합의학(integrative medicine)은 의사와 환자간의 신뢰를 바탕으로 근거가 있는 CAM요법 및 정통의학을 동시에 활용하여 개별 환자의 생의학적-정신의학적-사회적-영적 부문을 존중하는 치유과정으로 대변하고 있다.[39)]

그러나 CAM요법의 대부분은 의사 외에 "Heilpraktiker"[1)]라는 직업군에 의하여 제공되고 있다. 최근 조사에 따르면 CAM요법에 대한 주민들의 수요 증가로 인하여 그 제공자들은 1993년 9,000명에서 최근 20,000명으로 증가하였다.[40)] 이러한 현황들은 결국 일차의료부문에서 통합의학적 접근을 통한 환자진료서비스 제공 가능성이 점차 높아지고 있음을 보여주고 있다.

1) 이들은 의사가 아니며 보완대체요법을 제공하고 의료보험급여에서 제외되어 있으며, 여성이 70%를 차지하고 있다.

5) 호주의 통합의료 이용과 정책

호주사회의 환자들도 CAM요법 이용률이 50%에 육박하며, 이용자들의 약 20%는 정규 의사 아닌 CAM요법사들에 의해 제공되는 서비스를 이용하고 있다. 호주인들은 비타민, 미네랄, 비정통의약품 등의 CAM의약품을 처방약제 정도로 많이 이용하고 있다. 2006년도에 호주에서는 국민들 중 68%가 최소한 한 개 이상의 CAM의약품을 이용하였으며 64%가 CAM요법관련 기관을 이용하고 있다.[41] 이로 인하여 보완대체의약에 대한 공적지출은 제약부문에 환자들이 직접 지출되는 비용의 4배에 육박하는 것으로 추정된다.[42] 이와 같이 호주 의료시장에서 소비자들의 CAM요법 이용은 증대되고 있다.

호주의 일차의료의사인 General Physician(이하 : GP)들은 침, 명상, 카이로프라틱, 최면요법과 같은 CAM요법들이 주류의학으로 일차진료에 편입될 수 있을 것으로 인식하고 있다. 이와 같이 CAM요법에 대한 GP들의 수용성이 매우 높아짐에 따라 통합적 환자관리를 위해 환자를 의뢰하는 행태를 보이고 있다.[43] 한편 호주의사협회는 근거중심의 CAM은 환자진료의 중요한 부분이며 향후 의료기관에서 주류적 의학의 일부로 그 역할을 담당할 것이라는 인식을 갖고 있다. 또한 왕립호주일반의사협회는 호주 통합의학협회와 협력하여 GP들의 훈련의 필요성을 제고하고 CAM요법들이 양질의 임상진료에 어떻게 통합되어야 하는지에 대한 가이드라인을 제공하였다.[44] 실질적으로 호주의 일차의료부문에서 제공되는 CAM요법 중 침과 명상이 진료환경에서 가장 흔히 제공되고 있으며, GP 중 약 18%가 직접제공하고 있다. 이러한 비율은 캐나다 의사의 8%. 영국의사의 4%에 비해 매우 높음을 알 수 있다. 그러나 동종요법의 경우 영국의 GP들이 가장 많이 진료실에서 제공하고 있으나 호주에서는 매우 드물다. 또한 GP들의 80%가 CAM요법사들에 환자를 의뢰하고 있다. 이와 같이 호주의 의료인들은 CAM요법을 적극 활용한 통합의학적 의료전달체계로의 발전 가능성에 관심을 갖고 있다.

3. 선진국의 일차의료체계에서의 통합의료모형에 대한 논의

2000년도부터 CAM과 현대의학간의 통합 논의가 선진국에서 시작되었다. 일차의료서비스 제공에 있어 GP에 의한 CAM요법 제공 비율은 캐나다와 영국이 16%, 뉴질랜드가 30% 네덜란드 47%, 독일 85%에 이르기까지 국가별로 매우 다양하다.[45] 통합의학의 출현과 의료모형의 재개편은 소비자들에 의해 주도되는 하나의 혁명적 변화의 결과로 볼 수 있다. 어떠한 이유이든 서양의학적 진료행태에서 보면 이 자체가 나름대로 내재적 특성에 의해 파생된 문제로 볼 수 있다.

실질적으로 선진국의 보건의료분야에 왜 이러한 문제가 생기는 것일까? 왜 이러한 임상진료 모형이 개발되고 있는가? 그동안 많은 사람들이 서양의학에 의한 치료방법은 대단히 확실하다고 인식하였다. 그러나 지난 10년간 서양의학 자체에 대한 환상에서 깨어나는 방향으로 사회적 논의가 전개되고 있다. 즉 통합의학 자체가 새로운 종류의 의학으로 또는 두 종류의 의학을 하나로 결합시키는 양상으로 나타나고 있다. Lewith과 Bensoussan[46]이 기술한 바와 같이 “이상적인” 통합의학 모형에 관한 논의는 환자나 의료이용자에 대한 최적의 건강결과를 산출하기 위하여 CAM과 서양의학 모두에서 가장 효과적인 요소를 선택적으로 결합한 것이다. 즉 건강과 질병 관리에 대한 보다 더 전인적 개념을 중심으로 기존의료를 통합의학적으로 재구성하는 데 있다. 또한 이러한 접근은 환자 중심의 의료체계로의 변화에 영향을 미치지만[47] 통합의료적 접근은 양 영역 모두에서 생의학적 근거와 임상적 효능의 유무

및 건강이익의 정도가 평가되어야 한다. 이러한 과정은 환자치료 및 관리시 통합의학적 접근을 촉진하고 이를 위해 CAM 제공자와 GP간의 상호 동등한 측면에서 자율성이 보장되어야 한다. 덴마크의 Birkenholm 센터는 이러한 모형을 기반으로 설립되었다.[48] 또 다른 예로는 런던의 Marylebone 보건센터이다. 이 기관에서는 대상자의 의학적 상태를 기반으로 한 지침에 의거한 CAM요법이 제공된다. 호주의 쉘하버 병원(Shellharbour Hospital)은 CAM과 생의학 서비스 모두를 제공하고, 병원에 인접한 시설에서 생약제제나 CAM 관련 제품과 기존의 의료 제품을 동시에 판매하고 있다.[49]

또한 미시간 대학의 가정의학과에서 평가한 통합의학 임상진료 모형은 '선택적 조합형'이다.[50] 이 모형은 환자 중심의 임상진료를 위한 통합의학적 접근방법으로 환자와 직원 간의 의사소통의 촉진을 위하여 해당 병원의 물리적 환경 개선을 제안하고 있다. 그 결과 의사나 CAM 공급자들이 같은 공간에서 해당 환자에 대한 실질적 논의를 할 수 있도록 협력하게 되었으며, 그 과정에서 CAM과 전통적인 의학의 요소들이 개별적 형태로 치료계획을 수립하기 위해 채택된다. 또한 진료과정에서 환자 자신이 마음, 몸, 감정, 그리고 정신 측면에서 다양한 접근 방안을 선택할 수 있도록 직접적 참여가 허용된다. 이러한 선택적 통합의학 접근방식의 성과는 환자의 만족도와 결과를 통해 평가되었다. 결과적으로 이 모형은 환자의 만족도와 신체적 기능의 향상에 기여하였으며 이는 Maizes 등[50]에 의하여 제안된 것과 같다. 이 모형은 팀 기반의 의료서비스를 제공하기 위한 기본적 시스템이 포함된 조직을 제안하고 있다. 이 팀에서 통합의료 서비스를 제공시 환자를 잘 파악하고 있는 CAM 요법사와 GP들이 서로 파트너로서 돕고 치료과정을 조정된 환자 중심의 편안한 의료시설(patient-centred medical home)을 구축할 수 있다.[51]

Hollenbergs[52]도 통합의료서비스 제공 시설에 관한 연구에서 의사와 CAM요법사 간의 매우 광범위한 협력, 상호존중, 상호신뢰, 협진의 중요성을 제시하고 있다. 그러나 통합의료모형 자체가 앞서 기술한 바와 같이 팀제에 의하여 개발될 수는 있지만 실제로 통합의료서비스가 제공되기에는 수많은 난관이 존재한다. 예를 들어 그동안 일차의료영역에서 의사와 CAM요법사가 같은 공간에서 근무현황을 살펴보면, 영국의 경우 일차의료기관의 20% 범위 내에서만 이루어지고 있다.[53] 이와 같은 의료기관내에서의 협진이 선진국에서 일어나고 있으며, 미국 전역에서도 관심을 끄는 센터가 있지만 호주에서는 동시에 근무하는 형태는 흔하지 않으며, CAM요법자들에 대한 설문 결과 단지 약 4% 내외에서 다학제적 크리닉에서 구성원으로 일하고 있고 있을 뿐이다.[54]

Ⅳ. 고찰 및 결론

최근 보건의료환경 및 의료수요의 급격한 변화를 경험하고 있으며 이에 대한 대응방안으로 신진국들은 일차의료부문의 개혁을 단행하고 있다. 우리나라도 그 동안 같은 맥락에서 다각적인 노력을 기울이고 있으며, 한의학의 역할 증대를 위한 정책개발에도 관심을 기울이고 있다. 이 연구는 이러한 국면에서 일차의료부문에서의 한의학의 전망과 대책의 전개방향을 제시하기 위함이다. 그동안의 선진국의 일차보건의료환경 변화와 일차의료부문에서의 통합의료(Integrative Medicine) 동향 및 정책을 고려하여 볼 때 전 세계적으로 일반인이나 환자들이 대체보완의료의 관심과 사용이 증가하고 있음을 알 수 있다. 이러한 변화는 서양의학 치료에 대한 기대감이 점차 감소됨에 따라 현대사회에서 서양의학이 주도하고 있음에도 불구하고 더 나은 치료방법에 대한 새로운 해결

책을 요구하고 찾고 있다는 것을 의미한다.

이러한 국면에서 미국이나 영국에서 통합의료를 분석하고 있는 사회과학자들은 생의학 전문가들이 CAM제공자를 하나의 협력자로서 받아들이는 과정이 시작되었다고 주장한다. 그 동안 Integrative와 integrated의 개념의 개발로 서양의학과 CAM이 함께 일할 수 있는 새로운 방향을 모색하는 하나의 시도의 결과로서 발전하였다고 할 수 있다. 이러한 통합의학은 "Wellness"를 추구하며, 단순히 신체의 손상과 질병을 치료하는 것이 아니고, 통합의학(Integrative medicine) 자체는 의학적으로 적절한 방법을 환자의 일상생활의 모든 곳으로 확대하는 것으로 생의학, 정신의학, 사회 및 영적 영역을 포괄하고 있다. 통합의학이란 특정 용어에 무관하게 최근의 보건의료부문에서의 공급 및 수요적 측면에서 보면 의료다원주의적인 방향으로 진행되고 있다. 즉 환자, 진료 환경 및 제공자들의 특성의 차이에도 불구하고 서양의학과 CAM이 공존하고 있으며, 이러한 추세가 점차 증가되고 있다고 할 수 있다. 통합의료의 개념과 진료형태는 미국과 영국에서 처음 생겼지만 이것은 국경을 초월한 문화적 흐름과 이전의 결과로 받아들일 수 있다. 앞서 기술한 바와 같이 서양의학과 CAM간의 다양한 결합된 전달체계를 발전시킨 유럽, 호주, 미국 등에서 카이로프랙틱, 정골요법, 자연요법, 동종요법, 약초요법, 침술, 그 외 구체화된 요법들의 역할이 고객중심의 의료로 확대되고 있음을 보여준다. 이러한 과정을 통하여 서양의학 중심의 의료서비스 제공체계를 유지하고 있는 의료기관 및 의료제공자들의 진료과정에 스며들어가고 공공의료체계 내에서 그 역할 증대를 통한 발전을 이루어가고 있음을 알 수 있다.

이러한 선진국의 경험이 우리나라에는 일차의료부문에서의 한의학 정책에 어떠한 함의를 주고 있을까? 우리나라도 보건의료 환경 변화와 보건의료서비스에 대한 다양한 욕구(needs)와 인식 증대를 경험하고 있어, 이에 대한 대응방안의 일환으로 2010년 초부터 "협진제도"를 도입한 바 있다. 이러한 과정에서 선진국의 경험을 고려하면 의료기관의 한의사와 의사간에 환자들을 상호 의뢰하는 임상훈련이 이루어져야 하며, 이를 위한 동기부여도 제공되어야 함을 시사한다. 이에 따라 향후 상호 임상훈련수준이나 인력의 자격기준에 대한 논의가 활발해질 것이 예상된다. 이러한 맥락에서 한의학 및 한의약의료서비스에 대한 정책결정 및 제도 개선 시 관련 이해당사자들의 한의약의료서비스에 대한 수요와 인식 및 태도를 반영하기 위한 다각적인 노력이 필요함을 시사한다.

따라서 일차보건의료관련 지원과 정책결정을 위한 제반 사항에 대한 논의를 위해 먼저 우리나라 일차의료부문의 현황을 심도 있게 분석하고, 다양한 정책이 개발되어야 한다. 서구사회에서는 CAM에 대한 정부규제를 강화하고, 합법적 범위에서 서비스를 제공하는 CAM 요법사를 전문직화하는 과정에서 제기되는 문제 역시 이와 같은 맥락에서 접근하고 있다. 또한 통합의료에 있어 간과하지 말아야 하는 것은 선진국의 보건의료제도 발전에서 강조된 바와 같이 통합의료적 접근의 유효성과 안정성에 관한 것으로, 단순한 결합이 아니라 효과적인 새로운 서비스로의 발전을 추구해야 한다는 것이다. 이는 CAM이 서양의학중심의 의료서비스 공급체계내로 진입되는 과정에서 근거중심의 통합의학이 강조되거나 우리나라에서 지속적으로 한의학과 한의약의료서비스에 대하여 과학적 검증절차를 요구하고 있는 것은 같은 수준의 제한을 설정하고 있다는 것을 의미한다. 그렇기 때문에 서구에서의 통합의료의 지향점에 대하여 심도 있는 관찰과 분석이 필요하다.

마지막으로, 선진국의 경험과 비교할 때 우리나라의 일차의료부문에서 한의학의 역할 증대를 서양에서 통합의학이란 개념으로 발전시킬 수 있을까? 그동안 많은 사람들은 서양의학

이 급성질환이나 중증 질환 관리에 있어 근거 중심의 확실한 치료방법으로 인식하였으나 지속적인 만성질환의 증가는 이러한 서양의학적인 질병관리방안에 대한 환상에서 벗어나게 하였다. 이로 인하여 지난 10년간 통합의학에 대한 논의가 보다 본격적으로 이루어지고 있다. 이러한 접근은 새로운 종류의 의학으로 보여지기도 하고 두 종류의 의료를 하나로 결합시키는 양상으로 인식되기도 한다. 더 중요한 점은 통합의학적인 접근이 질병치료와 건강관리에 대한 개념을 좀 더 전인적인 방향으로 재구성하고자 하는 시도로 볼 수 있다. 어떤 의미에서는 우리나라도 이미 지역주민이 필요로 하는 한의약보건의료서비스를 공급함에 있어 한의학 관련 일차의료조직이나 보건의료인력이 그 중심적 역할을 해야 한다는 데 인식에 대해서는 많은 동감을 얻고 있다. 이를 위하여 한의학 관련 전문인력을 일차보건의료체계에서 다학제적인 특성을 지닌 일차보건의료팀원으로 구성하여 지역주민을 위한 전인적인 접근을 해야 하며 중심적인 역할을 수행해야 한다. 따라서 앞서 설명한 외국의 통합의료제공에 있어 일차의료조직 관련 정책 도입과 그 실행과정에서의 경험 및 그 결과들을 신중하게 검토하고 연구하여, 우리나라 일차의료부문에서 시행되고 있는 한의학 관련 제도를 보완 발전시켜 나가야 할 것이다. 이를 위하여 기존의 의료체계에서 제공되고 있는 의료서비스와 한의학의료서비스의 장점을 살린 통합의료서비스를 제공하기 위하여 전문인력에 대한 교육 및 훈련, 연구와 진료에 대한 정부의 다각적인 지원이 요구된다고 할 수 있다.

참고문헌

1) Starfield B. Primary Care. New York : Oxford University Press, 1998.
2) Ben-Arye E, Karkabi K, Karkabi S, et al. Attitudes of Arab and Jewish patients towards integration of complementary medicine in primary care clinics in Israel : A cross-cultural study. Soc Sci Med. 2009 ; 68 : 177-182.
3) Artus M, Croft P, Lewis M : The use of CAM and conventional treatments among primary care consulters with chronic musculoskeletal pain. BMC Fam Pract 2007 ; 8 : 26.
4) Chua SA, Furnham A. Attitudes and beliefs towards complementary and alternative medicine (CAM) : A cross-cultural approach comparing Singapore and the United Kingdom. Complementary Therapies in Medicine. 2008 ; 16(5) : 247-53.
5) Rakel D. Integrative medicine, Saunders, 2003.
6) Eisenberg D, Davis R, Ettner S, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990 - 1997. JAMA 1998 ; 280 : 1569-1575.
7) Ni H, Simile C, & Hardy A.M. Utilization of Complementary and Alternative Medicine by United States Adults Results From the 1999 National Health Interview Survey, MEDICAL CARE. 2002 ; 40(4) : 353-358.
8) Gress S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenewegen P, Howson H, et al. Coordination and management of chronic conditions in Europe : the role of primary care-position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care 2009 ; 17 (1) : 75-86.
9) Kidd MR, Watts IT and Saltman DC. Primary health care reform : equity is the key. MJA 2008 ; 189(4) : 221-222.

10) Erler A, Bodenheimer T, Baker R, Goodwin N, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJM., Nolte E, Gerlach FM. Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 2011, in Press.
11) WHO. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. Geneva : WHO ; 2008.
12) De Bakker D. Towards a strong primary care : specialization in the land of generalists? In : Inaugural lecture. The Netherlands : Tilburg University ; 2010.
13) California HealthCare Foundation. Overuse of emergency departments among insured Californians. Issue Brief October ; 2006. http://www.chcf.org/~/media/Files/PDF/E/EDOveruse.pdf
14) Bodenheimer T, Berenson RA, Rudolf P. The primary care-specialty income gap : why it matters. Ann Intern Med 2007 Feb 20 ; 146(4) : 301-6.
15) Van Weel C, Del Mar C. How should GPs be paid? Medical Journal of Australia 2004 ; 181(2) : 98-9.
16) Coote W. General practice reforms. Medical Journal of Australia 2009 ; 191(2) : 58-1.
17) Foster M, Mitchell G, Haines T, Tweedy S, Cornwell P, Fleming J. Does Enhanced Primary Care enhance primary care? Policy induced dilemmas for allied health professionals. Medical Journal of Australia 2008 ; 188(1) : 29-2.
18) World Health Organization. The world health report 2000. Health Systems : Improving Performance. Geneva.
19) World Health Organization. Targets for health for all. Copenhagen : Regional Office for Europe, 1985.
20) Ham C, Robinson R, Benzeval M. Health check. Health care reforms in an international context. London, King's Fund Institute, 1990.
21) Bjersåa K, Forsberg A, lsénc MF. Perceptions of complementary therapies among Swedish registered professions in surgical care. Complementary Therapies in Clinical Practice, 2011 ; 17(1) : 44-49.
22) Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition : Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
23) Sundberg T, Halpin J, Warenmark A and Falkenberg T. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care, BMC Health Services Research, 2007, 7(1)1, 107.(http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/107)
24) Thomas KJ, Coleman P, Nicholl J. (2003) Trends in access to complementary or alternative medicines (CAMs) via primary care in England : 1995-2001. Results from a follow-up national survey. Family Practice ; 575-577.
25) Jane Wilkinson J, Peters D, Donaldson J. Clinical Governance for Complementary and Alternative Medicine in Primary Care, Final Report to the Department of Health and the King's Fund October 2004.
26) McCartney M. The scam of integrative medicine, BMJ 2011 ; 343
27) Ong CK and Banks B. Complementary

and Alternative Medicine : the consumer perspective. The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health, 2003.
28) http://www.nhsta.org.uk/About.htm
29) The NHSTA Directory of Complementary and Alternative Practitioners, http://www.nhstadirectory.org
30) Poynton L, Dowell A, Dew K, Egan T. General practitioners' attitudes toward [and use of] complementary and alternative medicine : a New Zealand nationwide survey. N Z Med J. 2006 ; 119 : U2361.
31) Marshall R, Gee R, Israel M, Neave D, Edwards F, Dumble J, et al. The use of alternative therapies by auckland general practitioners. N Z Med J 1990 : 213-5.
32) Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health. Complementary and Alternative Health Care in New Zealand. 2004.
33) Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health(MACCAH). 2002. First Annual Report to the Minister of Health. Wellington. June 2002. Wellington : Ministry of Health.
34) Bocock C, Reeder AI. Perez D, Trevena J, Beliefs of New Zealand Doctors About Integrative Medicine for Cancer Treatment. Integrative Cancer Therapies, 2011 : 1-9.
35) Hartel U & Volger E. "Use and acceptance of classical natural and alternative medicine in Germany—findings of a representative population-based survey," Forschende Komplementarmedizin und Klassische Naturheilkunde, vol. 11, no. 6, pp. 327-334, 2004(German).
36) M. Frenkel, E. Ben Arye, C. Carlson, and V. Sierpina, "Integrating complementary and alternative medicine into conventional primary care : the patient perspective," Explore, vol. 4, no. 3, pp. 178-186, 2008.
37) Münstedt K, Schröter C, Brüggmann D and Tinneberg HR. Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany. Forsch Komplementärmed, 2009 ; 16 : 111-116.
38) McCaffrey AM, Pugh GF, O'Connor BB. Understanding patient preference for integrative medical care : results from patient focus groups. J Gen Intern Med. 2007 Nov ; 22(11) : 1500-5.
39) Choi CH. "An Arguing Point on the Alternative Medicine as a Withdrawal Medicine," Kor. J. Oriental Preventive Medical Society, Vol.11, No.1, pp.85-99, 2007.
40) Allin S, Busse R, Dixon A. et al., "Healthcare systems in transition template 2006," http://www.mig.tu-berlin.de/menue/publications/thematisch/intgesundheitssystem/parameter/.
41) Zhang, A 2006, Complementary and alternative medicine use in Australia : a national population-based study, PhD Thesis, School of Health Sciences, RMIT University.
42) Bensoussan A, Myers SP, Wu SM, O'Connor K. Naturopathic and western herbal medicine practice in Australia — a workforce survey. Complement Ther Med 2004 ; 12 : 17-27.
43) Leach M, Public, nurse and medical practitioner attitude and practice of natural medicine. Complement Ther Nurs Midwifery, 2004 ; 10(1) : 13-21.

44) Adams J, Sibbritt D, Easthope G, Young A. The profile of women who consult alternative health practitioners in Australia. Med J Aust 2003 ; 179 : 297-300.
45) Hollenberg D. Uncharted ground : patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings, Soc Sci Med. 2006 ; 62 : 731-744.
46) Lewith G and Bensoussan A. Complementary and alternative medicine－with a difference, Med J Aust. 2004 ; 180 : 585-586.
47) Adams J, General practitioners, complementary therapies and evidence-based medicine : the defence of clinical autonomy. Complement Ther Med, 2000 ; 8 : 248-252.
48) Peters D. Chaitow L, Harris G and Morrison S. Integrating complementary therapies in primary care, Churchill Livingstone, Edinburgh. 2002.
49) Myklebust M., . Pradhan E. Kand Gorenflo D. An integrative medicine patient care model and evaluation of its outcomes : the University of Michigan experience, J Altern Complement Med. 2008 ; 14 : 821-826.
50) Maizes V, Rakel D, Niemiec C. ntegrative medicine and patient-centered care. Explore. 2009 ; 5 : 277-289.
51) Myklebust M. Pradhan EK and Gorenflo D. An integrative medicine patient care model and evaluation of its outcomes : the University of Michigan experience, J Altern Complement Med 2008 ; 14 : 821-826.
52) Hollenberg D. How do private cam therapies affect integrative health care settings in a publicly funded health care system? J Complement Integr Med 2007 ; 4 : 1-16.
53) Thomas K, Nicholl J, Fall M. Access to complementary medicine via general practice. Br J Gen Pract 2001 ; 51 : 25-30.
54) Hale A. 2002 survey of ATMS : acupuncturists, herbalists and naturopaths. J Aust Tradit Med Soc 2002 ; 8 : 143-149.