



■ 수시보고서 2013-03

의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색

윤강재 · 김동수

【책임연구자】

윤강재 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

중국의 전통의학-양의학 협진서비스 현황 및 전달체계
대외경제정책연구원·한국보건사회연구원, 2012(공저)

한방의료이용 및 한약소비실태조사
보건복지부·한국보건사회연구원, 2011(공저)

【공동연구진】

김동수 한국한의학연구원 연구원

수시보고서 2013-03

**의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한
통합적 접근방법 모색**

발 행 일 2013년
저 자 윤 강 재 외
발 행 인 최 병 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)
전 화 대표전화: 02)380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
가 격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2013
ISBN 978-89-6827-103-8 93510

발간사 <<

우리나라 의료제도의 특징 중 하나는 의과(醫科)와 한의과(韓醫科)가 상호배타적인 면허체계 속에서 의료서비스를 제공하는 의료이원화(醫療二元化)체계를 운영하고 있다는 점이다. 그러나 최근 과학기술은 융·복합화 현상이 뚜렷하여 의-한의간 전통적인 경계를 희석시키고 있으며, 소비자들의 요구 역시 특정 분야의 서비스에 고착되는 것이 아니라 갈수록 다양화하는 추세로 변화하고 있다. 더욱이 빈발하고 있는 의-한의 직역간 갈등은 의료전문직에 대한 신뢰 하락과 사회적 비용의 증가를 초래하고 있는 상황이다.

본 연구는 의-한의 업무영역의 현황과 주요 쟁점을 정리하고 있으며, 현대의학과 전통의학의 관계 설정이라는 고민을 공유하고 있는 중국, 일본, 대만 등 주변 국가의 사례를 검토함으로써 정책적 시사점을 높이고자 하였다. 또한 이를 토대로 중장기적인 관점에서 의-한의 직역간 공생 발전을 위한 점진적·단계적 통합방안을 제시하고 있다. 본 연구가 국민건강에 이바지하는 의료서비스 공급체계 구성에 효과적으로 활용되기를 기대한다.

바쁘신 중에도 귀중한 조언을 주신 한양대학교 경상학부의 사공진 교수 및 의과대학의 한동운 교수와 본 원의 오영호 연구위원, 최정수 연구위원에게 감사드리며, 대만 사례에 대한 귀중한 원고를 집필한 한국한의학연구원의 김동수 연구원에게 특별히 감사의 뜻을 전한다.

2013년 8월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	19
제1절 연구의 배경 및 목적	21
제2절 주요 연구내용	25
제2장 의료이원화와 의-한의 업무 영역	27
제1절 의료이원화체계의 근거	29
제2절 의-한의 업무영역 갈등	34
제3장 동북아시아 국가들의 전통의학 수용	49
제1절 중국의 전통의학 수용	53
제2절 일본의 전통의학 수용	75
제3절 대만의 전통의학 수용	88
제4장 의-한의 직역 중장기 운영방안	117
제1절 의-한의 직역체계 운영에 대한 그간의 주요 논의	120
제2절 중장기 의-한의 직역체계 운영방안	146
제5장 결론	165
참고문헌	175
부록: 중국 중서의결합병원 사업지침	181

표 목차

〈표 2-1〉 의-한의 의료이원화체계의 법적 근거	32
〈표 2-2〉 현행 의료법의 의료인 및 의료행위 관련 조항	35
〈표 2-3〉 서양의학과 한의학의 학문적 원리(한의학의 CT 활용 관련 판례)	37
〈표 2-4〉 한의약육성법의 한방의료행위 정의 규정	38
〈표 2-5〉 연도별 한방병의원 보유 의료장비 현황	40
〈표 2-6〉 IMS 판결에 대한 직역별 해석	43
〈표 2-7〉 간호조무사의 진료보조업무 관련 복지부 유권해석	47
〈표 3-1〉 전통의학에 대한 수용 유형	52
〈표 3-2〉 중의약조례 주요 조항	58
〈표 3-3〉 중서의결합병원 이용 현황: 외래(진료실 및 응급실)	63
〈표 3-4〉 중서의결합병원 이용 현황: 입원	64
〈표 3-5〉 중서의결합병원 의사인력 1인당 업무량	65
〈표 3-6〉 중서의결합병원의 수입 및 지출 추이	65
〈표 3-7〉 중서의결합 의료기관의 인력 및 시설 등 기준	66
〈표 3-8〉 3급 중서의결합병원의 인력 기준	68
〈표 3-9〉 중국, 한국, 일본의 전통의학 지원 인프라 비교	76
〈표 3-10〉 일본 한방전문의 인정제도 주요 내용	81
〈표 3-11〉 일본 한방제제의 사용 이유	84
〈표 3-12〉 한방제제를 사용하는 질환증후	84
〈표 3-13〉 일본 한방의약품 생산 및 수입 현황(2008년)	86
〈표 3-14〉 대만의 중서의 의료체계 역사	91
〈표 3-15〉 대만 중의약위원회 역할	93
〈표 3-16〉 대만의 의사 및 중의사 고시 자격 규정	96
〈표 3-17〉 대만의 의학계 및 중의학계 과정별 고시 및 집업등록 자격	98
〈표 3-19〉 대만 의학대학 및 중의학대학 교육과정의 필수 학점	101

〈표 3-20〉 대만의 연도별 서의사 및 중의사 집업인 수	103
〈표 3-21〉 대만의 의료기관 형태별 종사 중의사 수(2011년)	104
〈표 3-22〉 대만의 중의사 인력 배출 현황(2011년)	105
〈표 3-23〉 대만의 중의 및 서의 의료기관 추이	106
〈표 3-24〉 대만全民건강보험의 중의·서의 외래이용 건수 및 상대가치 점수	107
〈표 3-25〉 대만 행정원위생서의 중의·서의 의료업무영역 관련 주요 유권해석	111
〈표 3-26〉 개정된 '중의의원설치표준'의 의료업무 관련 주요 내용	113
〈표 4-1〉 양한방협진의 유형	124
〈표 4-2〉 의료계 및 한의계의 의료일원화 논제 및 대안(2000년대 초반)	134
〈표 4-3〉 한의계의 의료통합 필요 및 불필요 사유	138
〈표 4-4〉 의-한의 공동논의기구 초기 논의 의제(안)	150

그림 목차

[그림 3-1] 중국 중서의결합의료기관 추이(중서의결합병원 및 중서의결합문진부)	60
[그림 3-2] 중국 중서의결합의료기관 근무 인력 추이	60
[그림 3-3] 중서의결합 본과(本科) 및 석박사 전공 졸업생 현황	62
[그림 3-4] 중서의결합병원 보유 병상(실제 보유병상 기준) 추이	62
[그림 3-5] 북경중의약대학 5년제 교육과정(중의학전공, 침구추나학전공 등)	73
[그림 3-6] 북경중의약대학 7년제 교육과정(중의임상방향, 중서의결합방향 등)	73
[그림 3-7] 일본의 한방의학 교육 실시 의과대학 및 한방외래 설치 대학병원 추이	80
[그림 3-8] 일본의 한방전문의 추이	82
[그림 3-9] 대만 중의서의 면허 및 교육체계 도식	100
[그림 4-1] 한방병원 중 협진 시행 기관 추이	126
[그림 4-2] 연도별 협진병원 시행 의료기관(병원급) 추이	127
[그림 4-3] 의료일원화에 대한 의료계 의견 조사 결과(2013. 3)	135
[그림 4-4] 의료일원화에 대한 한의계 의견 조사 결과(2012. 4)	137
[그림 4-5] 의료일원화의 기본 틀과 쟁점	140
[그림 4-6] 2원적 1원화 의료일원화 방안	141
[그림 4-7] 3원적 1원화 의료일원화 방안	142
[그림 4-8] 4단계 통합방안	144
[그림 4-9] 진료면허제 도입을 통한 2원적 1원화 방안	145
[그림 4-10] 의료계 및 한의계의 의사·한의사의 관계 모형 비교	148
[그림 4-11] 의료일원화 모형(안)	159

Abstract <<

‘Medical Unification Plan’ for shared growth with modern medicine and traditional medicine in Korea

The Characteristic of Korean Medical System is ‘Dualized System’ as (modern) medical science and Korea (traditional) medicine. This system has many weaknesses such as in-efficiency of medical service use, extra burden of medical expenses, conflict between medical professions(doctors, Korean traditional doctors).

This study gives a brief introduction about history of ‘Dualized System’ and conflict between medical professions, and analyses various cases of China, Japan and Taiwan from perspectives of medical integration. And this study suggests ‘Medical Unification’ for shared growth with modern medicine and traditional medicine in Korea.

In order for the effective promotion of ‘Medical Unification’, the following principles are needed: First, composition and operation of discussion structure among stakeholders(doctor, Korean traditional doctor and Ministry of health and welfare), second, future-oriented positioning of Korean traditional medicine, third, practice of medium and long-term ‘Medical Unification Plan’. Lastly, this study gives a ‘ternary unification plan’ as a concrete plan for ‘Medical Unification Plan’.

I. 연구의 배경 및 목적

- 우리나라는 의과(醫科)와 함께 전통의학인 한의과(韓醫科)를 국가의 공식적인 의료체계에 포함시키면서, 면허제도에 의해 직역간 상호 배타적인 서비스가 제공되는 의료이원화(醫療二元化) 체제 운영
- 60여년간 유지해 온 의료이원화 체제에 대한 근본적 검토 필요성 제기
 - 소비자 입장에서는 중복진료 및 의료비 지출 증가를 유발하며, 공급자 입장에서는 인력 과잉공급의 한 원인으로 작용
 - 영역간 교류·융합 경향에 유연하게 대응하기 어려운 체제
 - 직역별 허용된 면허범위에 대한 해석 차이로 전문직종간 갈등과 대립이 심화됨에 따라 신뢰하락과 사회적 부담 증가
- 의-한의 업무영역을 합리적으로 설정하고, 중장기적인 공생발전방안을 마련하는 것은 사회적 비용부담 감소와 효율적인 의료공급체계 구축, 국민편익 증대라는 측면에서 중요도가 높은 과제
- 본 연구에서는 의과와 한의과의 업무영역을 둘러싼 현재 갈등 상황을 살펴보고, 중국, 일본, 대만 등 해외 사례 등을 참고로 하여 양 직역의 공생발전을 위한 정책과제를 제시하고자 함.

II. 주요 연구결과

1. 의료이원화와 의-한의 업무 영역

- 1951년 ‘국민의료법’ 제정을 통해 한의학이 국가의 공식적인 의료 체계 내에 수용되면서 의료이원화 체제가 성립
 - 이후 명칭 및 수행 업무(의사: 의료와 보건지도, 한의사: 한방의료와 한방 보건지도) 등을 직역별로 구분하였고, ‘무면허 의료행위 금지’를 통해 직역간 면허의 배타성과 업무 한계를 명확히 규정
 - 그러나 의료행위와 한방의료행위에 대한 구체적인 기준은 제시하고 있지 않아, 직역별로 허용된 면허의 범위를 두고 갈등과 법적 분쟁 발생
- 의료이원화체제는 현재까지 유지되고 있으나, 의료기술의 발달과 융합화 경향에 유연하게 대처하지 못하고 있음.
- 현재 우리 법원은 의료행위와 한방의료행위의 구분 기준으로 ‘행위의 학문적 원리’를 제시하고 있으며, 이 기준은 침 시술행위, 현대의료기기의 한의사 사용 여부 판례에 일관되게 적용
 - 그러나 의학의 영역이 교류·융합하면서 학문적 원리를 엄격하게 구분하는 것에 한계가 나타나고 있으며, 의-한의간 갈등으로 인한 부작용 해소와 현실적 구분 어려움으로 인해 두 직역의 일원화 모색 주장이 제기되고 있음.
- 현재 의료계와 한의계가 업무영역을 둘러싸고 보이는 주요 갈등은

다음과 같음. 이들 갈등은 의료행위-한방의료행위의 구분 기준 모호함, 지역별 면허가 허용하는 업무영역에 대한 해석 차이 등을 공통 특징으로 하고 있음.

- 한의약육성법(법률 제10852호) 상의 ‘한방의료행위’ 정의
 - 한의사의 CT, MRI 등 현대의료기기 사용 허용 여부
 - 의사의 IMS, 한의사의 IPL 등 새로운 의료기술의 성격
 - 기타 천연물신약 처방권, 물리치료사 지도권 등
- 지역간 공동 논의를 위한 ‘보건의료직능발전위원회’와 같은 공론장(public sphere)의 운영과 함께, 의-한의 지역간 갈등의 근본적 해소를 위한 새로운 서비스 공급체계에 대한 고민이 필요

2. 중국의 전통의학 수용 사례

- 중국은 서의사(西醫師) 및 중의사(中醫師)를 각각 두고 있으며, 상대 지역의 행위를 제한없이 제공할 수 있는 ‘통합형(integrated)’ 체계를 운영하고 있음.
- 또한 특징적인 점은 ‘중서결합의(中西結合醫)’라는 별도의 통합의학 인력제도를 운영하여 중의학의 현대화·과학화와 세계 시장에 서의 경쟁력 확보를 위한 두 의학의 융합을 도모
- 중국에서 중의학과 서의학의 결합이 강조되어 추진되게 된 원인은 다음과 같이 정리할 수 있음.
- 정부 수립을 전후한 시기에 열악한 중국의 의료환경 타개를 위해

6 의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색

기존 전통의학 자원을 활용해야 할 필요성

○ 중국 정부의 적극적인 중서결합의학 육성 노력

- 중국 정부는 ‘중의·서의 단결’을 주요한 위생방침 중 하나로 설정하였으며, 최근의 중의약조례와 〈중의약 혁신발전계획 개요〉 등 국가 중장기 발전계획에서도 중서의결합의 추진을 주요 목표로 제시

○ 인력, 시설, 학술조직 등 인프라 구축

- 『중서의결합 10개년 발전계획(1976)』을 통해 각 성(省), 시, 자치구에 1개 이상의 중서의결합병원 창설 의무화
- 전국 중의약대학 및 의과대학에 중서의결합 석·박사 과정 개설 및 별도의 중서의결합 전공 과정에서의 신입생 선발
- 중국중서의결합학회를 국가일급학회로 지원하고, SCI 등재지 발간, 국내외 학술대회를 통해 중서의결합의학의 성과를 공유하고 임상경험에 대한 근거 축적

□ 최근 중서의결합서비스를 제공하는 의료기관 및 병상 등과 의료인력이 지속적으로 증가하고 있으며, 외래·입원서비스 등의 이용량 역시 매년 높은 증가율을 보이고 있음.

□ 중국 의료공급체계에서 중요한 역할을 담당하는 3급 중서의결합병원의 주요 운영 내용은 다음과 같음.

- 중점전문과목(重點專科) 지정: 의무적으로 중서의결합의료를 활용하여 진료해야 하는 질환으로서 3개 이상을 지정하되, ‘협동진료방안(진료지침)’ 작성과 치료 경과에 협의 및 평가 시행

○ 중서의결합진료가 효율적으로 이루어지기 위한 최소한의 인력 기준 시행

인력 구분	기 준
의사	• 중서의결합인력이 전체 의료인력의 60% 이상 차지 • 각 진료과에 배치된 의료인력 가운데 중서의결합인력이 60% 이상 차지 • 모든 진료과에 부주임의사 이상 또는 10년 이상 경력을 가진 중서의결합인력 1명 이상 보유 • 임상부서 책임자는 부주임의사 이상 인력이 담당 • 병원 내 모든 부주임의사 이상 인력의 40% 이상 중서의결합인력 차지
약사	• 총 5명 이상 또는 100병상당 0.6명 이상 보유 • 약사 인력의 40% 이상이 중약사
간호사	• 병상당 0.4명 이상 확보 • 전체 간호인력의 70% 이상에게 체계적인 중서의결합 지식 및 기술 교육 수행

○ 인구고령화에 따른 만성질환 증가 등으로 ‘치미병(治未病)’으로 알려진 예방의학 분야에서의 중의학 및 중서결합의학 관심 확대

3. 일본의 전통의학 수용 사례

□ 일본은 화의학(和醫學)이라 불리는 전통의학을 보유하고 있으나, 현재는 국가의 공식 의료체계에서 인정되지 않는 ‘용인형(tolerant)’의 의료일원화 체계를 운영

○ 그러나 전통의학을 완전히 소멸시키는 것이 아니라 의과대학에서의 전통의학 교육 강화, ‘한방(漢方)전문의’ 자격 부여, 민간제약 업체를 중심으로 한 활발한 한약제제 개발 등 적극적인 전통의학 활용 정책을 추진

□ 일본에서의 한방의학(漢方醫學)은 2001년 문부성의 『21세기 의학-치의학 교육의 개선책』 이후, 의과대학의 의무교육과정에 ‘화한약

개설'이 명시됨으로써 본격화

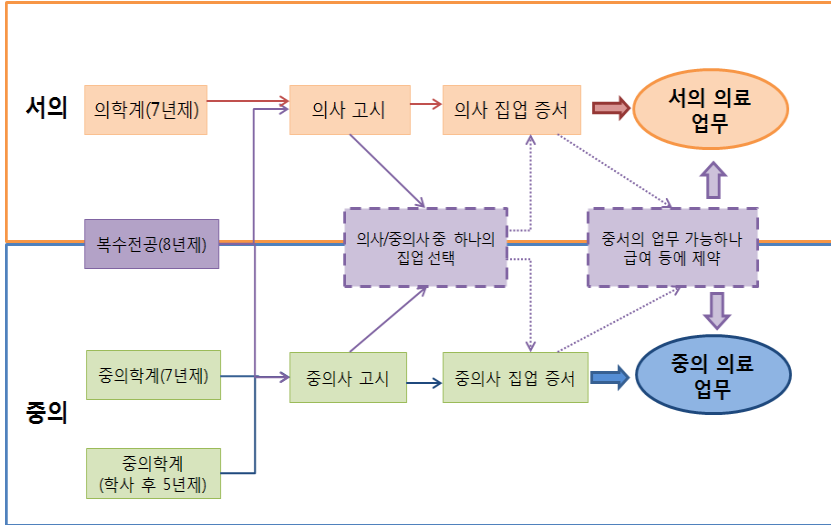
- 현재 일본의 80개 의과대학은 최소 8코마(1코마: 90분 수업) 이상의 한방의학 교육을 의무적으로 실시하고 있으며, 2007년의 경우 전체 대학병원의 82.5%(66개)에 한방외래가 설치·운영
- 의사면허 소비자가 별도의 자격요건을 갖춘 경우 '한방전문의(漢方専門醫)' 자격을 취득하여 한방의학 시술이 가능
- 일본 동양의학회의 경우 한방의학 분야에서 근거중심의학(EBM)을 접목시키기 위해 한방(약물)의학에 대한 평가 및 표준화된 서비스 정립을 위해 노력
- 일본의 전통의학 수용에서 가장 주목할 만한 점 중 하나는 고품질 한약제제의 생산을 통한 세계 시장에서의 경쟁력 확보
- 일본의 총의약품 생산액에서 한방의약품이 차지하는 비중은 약 2.0%에 이르며(2008년), 쓰무라 제약 등 민간제약기업을 통해 세계시장을 선점하기 위해 노력 중
- 일본 한방의약품의 성장은 꾸준한 한약처방 급여화 및 과학적 근거 확보를 바탕으로 한 연구개발 투자 증가에 있음.

4. 대만의 전통의학 수용 사례

- 대만은 동북아시아 국가 중 우리나라와 가장 유사한 의료체계를 유지하고 있음. 즉, 면허, 교육, 업무(행위) 등에서 중의(中醫)와 서의(西醫)가 이원화되어 있으며, 상대 면허 행위 역시 허용되지 않음.

- 대만에서도 중의학이 ‘전근대 유물’로 평가받으며, 중의학 폐기 논쟁이 촉발되었으나, 1950년 중의사 특종고시가 시행됨으로써 현재와 같은 이원화체계를 유지
 - 1984년에 의과대학에 ‘학사 후 중의학과’가, 1994년에는 ‘西學中’ 반이 개설되어 소정의 과정을 이수한 의사에게 중의사 고시 응시자격을 부여(현재 이 과정은 폐지)
 - 현재 대만내 중서의결합은 정부(중의약위원회)의 주요한 정책 목표 중 하나로 설정
- 대만의 의학교육 및 면허체계는 우리나라와 마찬가지로 이원화되어 있으나, 완전 폐쇄적인 구조가 아니라 예외규정을 통해 상대적으로 유연하게 운영
 - 일부 의과대학에 중의·서의 이중면허를 획득할 수 있는 8년제 과정을 두고 있음. 이들 이중면허자가 개업할 경우 중의 또는 서의를 선택해야 하나, 필요에 의해 변경이 가능
 - 침구시술을 중의사의 배타적인 면허범위에서 제외하여, 서의사라 하더라도 소정의 침구훈련을 거쳐 시술이 가능하도록 허용(단, 비급여 진료만 가능)
 - 대만의 경우 중서의 이중면허자가 많아 이들에 대한 독자적인 법률을 제정·운영
 - 대만 역시 구체적인 행위의 성격을 법적으로 규정하고 있지는 않음. 따라서 행정원위생서의 유권해석을 기준으로 삼고 있는데, 침구를 제외하고는 중의사의 서의 의료행위, 서의사의 중의 의료행위가 분리

10 의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색



- 최근 대만의 행정원위생서는 ‘의료기관 설치표준’ 개정안에서 이중 면허자가 아닌 중의사에게 제한적으로 X-ray 등 현대의료기기의 사용을 허용하는 유연함을 보이고 있음.

5. 의-한의 직역 중장기 운영방안

가. 기존의 직역 운영방안

- 의료이원화 체계에서 발생하는 직역간 갈등을 해소하고, 서비스 공급에서 효율성을 높이기 위하여 그동안 다양한 논의가 진행되었음. 대표적인 것이 양한방협진과 의료일원화 논의임.
- 양한방협진의 경우 1990년대 초반부터 본격적으로 추진되어 의-한의 직역간 협력을 위한 주요한 모형으로 추진되었음.

- 협진의 기반이 되어야 할 기본적인 연구와 의과대학-한의학대학 간 교육체계가 미흡하며, 건강보험 수가 미개발 등으로 인해 실질적인 협진의 효과가 미진하다는 평가가 있으나, 최근 의료법 개정을 통한 교차 진료과 설치 및 교차고용이 허용되면서 협진을 시도하는 기관이 증가하는 추세
- 의료일원화 논의는 배타적인 의-한의 직역체계의 문제점에 대해 보다 근본적인 해결책이 될 수 있다는 점에서 본격적으로 검토되기 시작하였음.
 - 그러나 의료일원화를 위해서는 교육 및 면허 체계의 통합이 필요하고, 한의학의 소멸 가능성 등을 이유로 상대적으로 한의계에서는 의료일원화에 소극적인 반응이었음.
 - 최근 의료계와 한의계의 움직임은 과거에 비해 의료일원화에 다소 긍정적으로 변화하고 있음.
 - 의료계의 회원 조사(2013년) 결과, 의료일원화에 대한 찬성입장이 응답자의 47.1%를 차지하였음. 다만, 반대 입장 역시 43.9%로 나타나 찬반의견이 팽팽하였음.
 - 한의계의 회원 조사(2012년) 결과, 의료일원화에 대한 찬성입장이 응답자의 62.7%로 조사되었으며, 통합이 필요한 이유로 '진료의 질적 향상(27.8%)', '사회적 요구에 부응(19.9%)', '현대의학의 활용 필요(19.5%)' 등이 제시되었음.
- 기존에 제시되었던 의료일원화 모형은 크게 다음과 같은 다섯 가지로 정리할 수 있음.

12 의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색

○ 2원적 1원화

- 한의과대학을 소멸시켜 의과대학과 통폐합하는 방안으로서, 신입생을 의학과와 한의학과로 선발하여 공통교육과정을 운영한 후, 의학과-한의학과 분리 교육을 실시

○ 3원적 1원화

- 기존의 의과대학과 한의과대학을 존치하되, 통합의학과를 공동으로 설립·운영하는 방안
- 통합교육 과정을 거쳐 졸업하는 졸업생에게는 통합(결합)의사 면허 취득 자격을 부여하여 의-한의 직역의 구분이 없는 행위가 가능하도록 허용

○ 4단계 통합방안

- 먼저 협진단계를 통해 교차 진료과목 설치 및 교차고용을 허용하고, 의과대학과 한의과대학 교과과정에 상대 과목 개설
- 병원급 통합단계에서는 기관통합을 이루고, 의사와 한의사에게 상대 직역의 면허 내용 중 일부를 허용
- 면허 통합 단계에서는 의사와 한의사 면허를 통합하고, 궁극적으로 완전 일원화 단계에서 교육기관의 통합을 도모

○ 진료면허제 도입을 통한 2원적 1원화

- 의과와 한의과 간 협력진료를 강화하고, 상호간 기술이용을 허용하는 그린존(green zone)을 설치함. 그린존에서는 협진에 대한 매뉴얼 및 수가체계, 의료기관 관리지침 등을 시행
- 진료면허제도 도입을 통해 국시 통과 후 수련기간을 설정하는데, 이는 복수면허 부여를 위한 일종의 ‘수련 기간’으로서의 의

미를 아울러 가짐.

- 교육 및 면허통합은 기존의 2원적 1원화 방안의 골격을 따름.
즉, 의과대학과 한의과대학을 통합하고, 통합교육과정을 운영
하며, 이러한 제도를 상당기간 운용한 후 면허통합 실시

나. 중장기 직역 운영방안 제안

□ 중장기적으로 의-한의 직역의 통합을 지향하는 방안을 마련하는 것
을 제안함. 이를 위해서는 직역체계 운영의 원칙을 세우고 다양한
모형을 의료계, 한의계가 함께 검토해야 할 것임.

□ 직역체계 운영의 원칙으로 다음과 같은 세 가지를 설정

○ 의-한의 직역간 상호 이해 제고 선행

- 두 직역간 뿌리깊은 갈등과 반목을 해소하기 위하여 상호 이해
를 제고하기 위한 노력이 선행되어야 함.
- 먼저 의료계와 한의계, 정부가 공동으로 참여하는 상시적인 공
동논의구조를 안정적으로 운영할 필요가 있음. 공동논의기구
는 제도와 학술 부문으로 나누어 아래와 같은 의제를 논의

부문	논의 의제
제도 부문	•의-한의 공동논의기구의 안정적 운영 방안 •의료행위와 한방의료행위의 기준 구체화 •수가 개발 등 의-한의 협력 진료(양한방협진) 활성화 방안 모색 •해의 전통의학 수용 현황에 대한 지속적 연구
학술 부문	•의-한의 협력 진료의 효과성 검증 •주요 대상질환에 대한 협진 프로토콜 논의 •한의학의 근거 마련을 위한 의-한의 공동연구 추진 •협진 관련 학술 활동(학회, 학술대회 등) 지원

14 의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색

- 현재 시행되고 있는 의-한의 협력 진료(양한방협진)의 실질적인 강화 방안을 마련·추진할 필요가 있음.
- 국공립의료기관을 중심으로 한 ‘협진전문병원’ 지정 및 ‘협진 중점질환’ 지정
- 협진 중점질환의 경우 진료 근거 확보 및 성과 검증시스템 구축
- 협진에 대한 시범 지불보상제도 마련
- 기능적 협진 등 다양한 협진 모형 개발

○ 한의학의 미래지향적 포지셔닝 설정

- 의료일원화가 한학을 사멸시켜 소위 ‘박물관 의학’으로 전락하도록 하는 것은 국가적 손실로 사료됨.
- 과학기술 및 현대 의학을 활용하여 한의학의 성과에 대한 근거 마련과 더불어 미래 자원 확보 차원에서 한의학이 가진 가치를 발전시키고 경쟁력을 갖추도록 하기 위한 지원이 필요

○ 면허체계에 앞서 교육체계의 통합을 우선에 둔 의료일원화

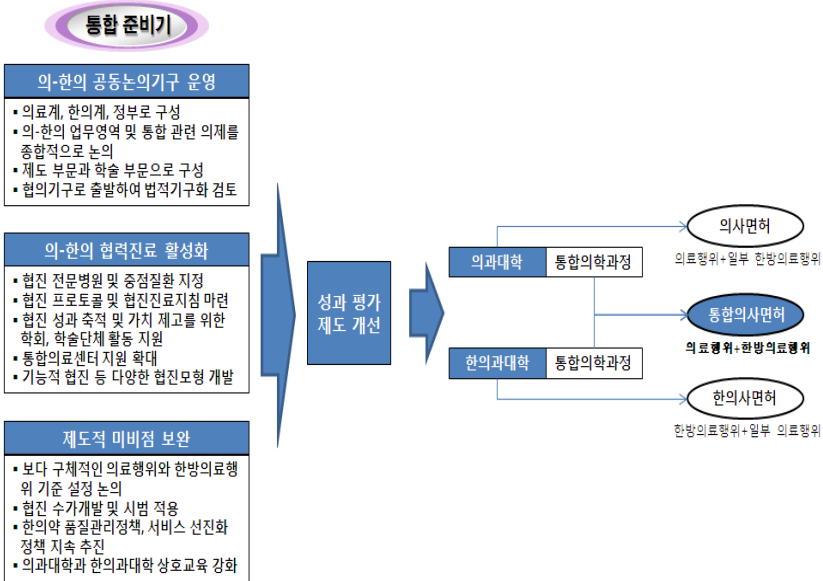
○ 중장기적이고 점진적인 의료일원화 추진

- 단기간의 무리한 일원화보다 당분간은 현행 직역체계를 유지하는 가운데 통합을 추진

□ 본 연구에서는 의료일원화가 장기간에 걸쳐 점진적으로 추진되어야 한다는 점을 원칙으로 하여 ‘3원적 1원화’를 제안함.

○ 의료일원화 과정은 통합준비기, 성과 평가 및 제도 개선기, 통합추진기(교육체계 통합)로 구분하며, 개괄적으로 다음 그림과 같이

나타낼 수 있음.



○ 통합준비기

- 의료계와 한의계, 정부(보건복지부)가 공동으로 참여하는 논 의기구를 구성·운영하여 관련 의제를 종합적으로 논의하되, 일 원화를 위한 제도 부문과 학술 부문으로 나누어 운영
- 의-한의 협력진료 활성화를 위해 협진전문병원과 협진중점질환 지정, 협진수가 개발을 추진하고 협력 진료의 성과를 평가 하기 위한 근거 축적
- 단기적으로 구체적인 의료행위와 한방의료행위의 기준을 논의하고, 한의사의 현대의료기기 사용 문제 등 직역간 갈등사안에 대한 지속적인 의견 조정
- 의과대학과 한의과대학 상호교육 활성화 등 두 직역간 갈등 해

소를 위한 기제 마련

○ 성과 평가 및 제도 개선기

- 통합준비기에 추진된 정책의 성과를 평가하고, 제도 개선 사항을 도출하여 보다 진전된 통합 논의의 기초 자료로 활용

○ 통합추진기(교육체계 통합)

- 면허제도 등의 통합에 앞서 '3원적 1원화'를 골격으로 하는 교육체계의 통합을 시도
- 기존 의과대학과 한의과대학을 존치시킨 가운데 각각 2~3년에 걸친 (가칭)통합의학과정을 신설하고, 통합의학과정 이수자에게는 별도의 (가칭)통합의사 면허에 응시할 수 있는 자격 부여
- 의-한의 직역구분에서의 배타성을 유연하게 적용하여 의사에게는 침, 뜸 등 일부 한방의료행위를, 한의사에게는 의료기기 활용, 병리검사 등 일부 의료행위를 허용하되, 우선 학술적 연구목적에 허용하고 임상에서의 허용은 추후 검토

□ 통합모형 마련 이후의 고려사항

- 일원화 과정에도 공동논의기구, 의-한의 협력 진료 등은 지속적으로 병행하여 추진
- 통합의학 과정은 우선 2~3년의 석·박사 과정으로 운영하되, 장기적으로는 신입생 선발 수준을 목표로 운영
- 기존 의사 및 한의사 인력은 무리하게 통합하기보다, 현재의 면허 분리를 원칙적으로 유지하되, 통합의학과정을 별도로 이수하는 경우 상대 행위를 일부 허용하는 것을 검토

- 전문의 제도: 별도의 (가칭)통합전문의를 신설하기 보다 수련과정에서 의학 또는 한의학 전문수련과목을 자유롭게 선택하는 것을 허용하는 등의 방안 마련
- 의료법 등 법·제도적 정합성과 의료인력의 적정 공급 규모에 대한 검토 필요

III. 결론

- 배타적인 의료이원화체계 확립 이후 비교적 안정적으로 운영되던 우리나라의 의료전문직 직역체계는 최근 업무영역의 중첩과 직역간 갈등 심화 등으로 지속가능성에 의문을 제기하는 목소리가 높아짐.
- 의료행위와 한방의료행위의 구분을 위한 사법부의 판단 기준은 ‘학문적 원리’에 있으나, 학문의 융합화·통합화 경향이 강해지면서 직역간 해석의 차이가 발생하는 행위가 증가
- 의료이원화로 인한 사회적 부담과 의료전문직간 갈등, 국민의 혼란과 불신을 해소하기 위하여 의료일원화(의료통합)를 긍정적으로 검토할 필요가 있음.
- 다만 의료공급체계의 변화는 해당 전문직종 뿐만 아니라 국민의 의료이용에 미치는 영향이 매우 큰 사안이므로, 장기적인 관점을 가지고 신중하게 접근해야 함.
- 무엇보다 통합의 주체가 되어야 할 의료계와 한의계의 상호 협력 및 신뢰체계 형성이 가장 중요함. 현실적인 어려움이 있겠으나 공식적인 공동논의기구를 지속적으로 운영하고, 여기에 정부가 참

여하여 조정 역할을 담당

- 여전히 의료일원화에 반대하는 의견이 적지 않으나, 최근 의료계와 한의계 내부에서 통합 필요성에 찬성하는 의견이 높아지고 있는 점은 긍정적인 신호임.

- 일선 의료현장에서 의-한의 협력진료가 활성화될 수 있는 다양한 방안을 마련하는 한편, 협력진료의 효과를 국민들이 체감하여 향후 의료일원화 진전을 추동할 수 있도록 성과를 검증하고 축적
- 면허통합 및 의학통합에 앞서 교육통합을 추진하되, 그 방법은 '3원적 1원화'를 제안함. 이는 기존 의과대학-한의학대학 체계를 유지함으로써 저항감을 최소화하는 한편, 통합의학 과정을 이수한 의료인력을 양성하는 방안임.

□ 또한 동북아시아 국가(중국, 대만, 일본) 뿐만 아니라 다양한 서구 국가들의 최근 전통의학 수용사례를 꾸준히 파악할 필요가 있으며, 해외 사례는 관련 법령 및 제도적 구축 현황에 초점을 둬으로써 향후 우리나라의 통합적인 체계 구축에 도움이 될 수 있어야 함.

*주요용어: 의료이원화, 의료일원화, 업무영역



제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 주요 연구 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

우리나라 의료제도가 가지는 특징 중 하나는 의과(醫科)와 함께 전통의 학인 한의과(韓醫科)가 국가의 공식적인 의료체계에 포함되어 있으면서, 면허제도에 의해 상호배타적으로 서비스가 제공되는 의료이원화(醫療二元化) 체계를 운영하고 있다는 점이다. 이와 같은 의료이원화 전통은 1951년 ‘국민의료법’ 제정 당시부터 유지되고 있는데, 지금도 의(醫)-한의(韓醫)를 별도의 면허제도로 운영하면서 해당 면허에 따라 상대 직역에 속하는 처방이나 기술을 엄격히 제한하는 체계를 고수하고 있다.

의료이원화 체계는 현행 의료법 조항을 통해 살펴볼 수 있다. 현행 의료법(법률 제10387호) 제2조(의료인)는 의사의 임무를 ‘의료와 보건지도’로, 한의사의 임무를 ‘한방의료와 한방 보건지도’로 규정하면서 별도의 면허제도를 규정하고 있으며(제5조), 제33조(의료기관의 개설)는 복수면허 소지자의 의원급 의료기관 개설·운영을 제외하고는 의료인으로 하여금 둘 이상의 의료기관 개설을 금지하고 있다. 따라서 복수면허자가 아닌 의사는 종합병원·병원·요양병원·의원만을, 한의사는 한방병원·요양병원·한의원만을 개설할 수 있도록 제한된다(제33조제2항). 이러한 배타적인 면허제도를 침해하는 행위는 법적인 처벌의 대상이 된다(제87조). 의료인이라 할지라도 해당 면허를 소지하지 않은 자가 처방·처치·시술을 행할 경우는 모두 무면허의료행위로 간주되는 것인데, 이는 제27조(무면허 의료행위 등 금지)에서 ‘의료인도 면허행위 이외의 의료행위를 할 수 없다’는 규정에 반영되어 있다.

이와 같이 이원화된 의료서비스 전달체계를 도입하여 운영하는 취지는 의료인들의 행위¹⁾를 면허에 의해 분명하게 구분함으로써 무자격자에 의한 소비자 피해를 차단하고, 직종별 전문성을 최대한 보장함으로써 국민들에게 높은 수준의 서비스를 안정적으로 제공하는 한편, 소비자들의 선택 폭을 확대하기 위함이다. 아울러 의학과 한의학이라는 각 학문의 특성을 유지한 상태에서 각각의 학문 발전과 직역별 전문성을 보장한다는 의미도 가지고 있다.

의료이원화 체계의 긍정적 도입 취지에도 불구하고 최근에는 이의 단점을 지적하는 의견도 만만치 않다. 예를 들어 전문적인 의학적 지식을 갖추지 못한 소비자 입장에서는 자신에게 가장 필요한 의료행위 주체 선택에 혼란이 발생할 수 있으며, 이 과정에서 중복진료 및 의료비 지출 증가의 부작용이 발생할 가능성이 있다. 공급자 측면에서는 의사와 한의사 인력의 별도 공급으로 인해 의료인력 과잉공급의 원인으로 작용하고 있다는 지적이 가능하다. 또한 과학적 지식이 심화되고 의료기술이 발달하면서 영역간 교류·융합이라는 학문적·사회적 변화에도 유연하게 대응하기 어려운 체계라는 단점도 있다. 그렇지만 의료이원화 체계와 관련하여 가장 큰 단점으로 지적되는 것은 각각의 의료직역별로 허용된 면허범위가 어디까지인가에 관한 해석을 둘러싸고 의료인들간의 갈등이 발생할 경우 이를 조정하기 쉽지 않다는 점에 있다. 특히 우리나라 의료법의 경우 의료행위와 한방의료행위를 구별할 수 있는 구체적인 정의 기준이 없는 상태에서 모호하게 규정되어 있고, 갈등이 발생하여도 이를 조정할 기제가

1) '의료행위'는 광의로 해석할 경우에는 의료법 제2조에 규정된 의료인(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사)이 행하는 의료기술을 총칭하는 것으로 정의할 수 있으나, 여기서는 의료인 가운데 의사 직역에 속하는 의료인이 행하는 최협의의 개념으로 정의하고자 함(노태현, 2010). 참고로 과거 일부 연구에서는 '양방의료행위'라는 용어를 사용하기도 하였으나, 이는 한방의료행위에 대한 대응개념이라는 편의적 성격이 강하므로 본 연구에서는 활용하지 않고자 함.

미흡한 상황이다(조형원 외, 2005; 이백휴·이평수, 2011). 따라서 업무 영역을 둘러싼 의료전문직간의 갈등이 그대로 사회적 부담의 증가로 귀결되며, 국민들로부터의 신뢰를 하락시키는 요인으로 작용한다.

의과와 한의과의 업무영역을 둘러싼 갈등과 논쟁은 상당히 뿌리가 깊은 것이지만, 최근 들어 과학기술의 발달에 따른 융합·통합적 성격을 가진 서비스 수요가 높아지고 소비자 요구가 다양화되면서 갈등 발생이 더욱 빈번해지고, 본격화되는 추세이다. 특히 2011년 7월 개정된 한의약육성법(법률 제10852호)에서 한의약을 ‘과학적으로 응용·개발한 한방의료행위’까지 확대규정한²⁾ 것을 계기로 하여 현재는 한의사의 서양의학을 기초로 한 의료기기 사용 여부, 의사의 IMS 및 IPL 기술, 한의사의 의료기사 지도권 인정, 천연물신약 처방권 문제, 한의계의 ‘독립한의약법’ 발의 등이 직역간 갈등 영역으로 끊임없이 제기되고 있는 상황이며, 이와 같은 갈등으로 발생한 상호 고소·고발, 법적 분쟁은 상대 직역에 대한 불신과 감정적 대립을 심화시키고 있다.

의료계와 한의계의 대립과 갈등은 적지 않은 사회적 비용 부담을 요구하는 것이며, 정부 역시 이를 해결하기 위하여 다양한 방안을 모색하고 있다³⁾. 그러나 문제는 앞서 언급한 바와 같이 모호하고 포괄적인 현재의 보건의료 법령체계 및 배타적으로 이원화된 면허체계 내에서는 의-한의 간 업무 영역 갈등을 근본적으로 해소하기에는 한계가 존재한다는 점이다. 다양화·융합화하는 경향의 학문과 기술 발전은 기존의 의-한의 업무 영역이 중첩되는 서비스 영역을 계속하여 창출하고 있고, 소비자들의 요구 역시 그와 같은 서비스를 선호하고 있다. 따라서 현재와 같은 상호배

2) 한의약육성법 제2조에서 ‘한의약’은 ‘우리 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 “한방의료”라 한다) 및 한약사(韓藥事)’로 정의되었음.

3) 보건복지부는 이와 같은 보건의료 분야 직능간 갈등 조정과 해소를 위해 ‘보건의료직능발전위원회’를 구성운영하고 있음.

타적인 면허를 바탕으로 하는 이원화된 의료서비스 제공체계에 대한 고민이 없다면, 설령 하나의 사안에 대한 갈등을 해결한다고 하더라도 언제든지 그 내용만 바뀔 채 본질적으로는 달라지지 않은 새로운 문제가 제기될 가능성이 매우 높다고 하겠다.

결국 의-한의 업무영역의 합리적 설정은 우리 사회가 부담해야 할 사회적 비용을 줄이고, 전문 직종간 신뢰체계를 구축함으로써 궁극적으로는 국민들이 누려야 할 편익을 극대화해야 한다는 점에서 중요도가 높은 과제라 할 것이다. 뿐만 아니라 공급자인 의료인 입장에서도 날로 증가하고 있는 상호간의 고소·고발·법적 분쟁으로 야기되는 서로간의 대립과 반목을 해소하는 한편, 의학발전과 국민적 신뢰회복의 출발점이 된다는 점에서 중요성이 높은 주제이다.

이에 따라 본 연구에서는 의과와 한의과의 업무영역을 둘러싸고 발생하는 갈등을 살펴보고, 이를 합리적으로 중장기적으로 조정하기 위한 방법을 모색하는 것을 연구의 목적으로 삼았다. 이와 같은 목적을 달성하기 위해서는 수십년간 이어져 온 의료서비스 전달체계에 대한 고찰이 필요하다는 점에서 몇 가지가 전제되어야 할 것으로 사료된다.

첫 번째로 현재 의(醫)-한의(韓醫) 학문 영역이 가지고 있는 특징과 구분체계를 살펴보는 한편, 업무영역을 둘러싼 갈등관계 현황을 조망해야 한다. 두 의학체계가 이론적으로, 법률적으로 어떻게 구분되어 있는지를 살펴봄으로써 향후 업무범위 조정의 단초가 마련되면서 서비스 전달체계 조정의 사회적 합의 가능성을 모색할 수 있을 것이다. 둘째, 직역간 업무범위와 체계에 대한 중장기적인 정책방향을 수립하는 데에 있어서 의료인 양성과정(교육과정), 면허 취득 및 유지 과정 등이 종합적으로 검토되어야 한다. 셋째, 의-한의간 업무영역의 합리적 조정은 장기적으로는 두 직역의 통합 및 의료일원화에 대한 검토를 필요로 한다. 앞서 언급한 바

와 같이 현재의 의-한의 직역간 갈등의 가장 근본적인 요인이 의료이원화(醫療二元化) 체계라면, 사안별 접근(예를 들어 한의사의 현대의료기기 사용권, 천연물 신약 처방권 등)은 일시적이고 단기적인 대책이 될 가능성이 높다. 따라서 이러한 단기대책과 더불어 근본적인 대안으로서 두 의학 체계의 일원화를 고려하는 것이 당연한 수순일 것으로 사료된다. 물론 의료일원화에 대해서는 찬반 의견에서부터 그 수준과 방법을 둘러싸고 다양한 의견이 존재하고 있어서 단기적으로 합의에 도달하기에는 어려움이 적지 않을 것이나, 본격적인 사회적 논의의 시작은 필요하리라 여겨진다.

제2절 주요 연구 내용

앞서 언급한 바와 같이 본 연구는 의사·한의사의 의료행위와 업무범위를 둘러싼 현황을 분석하고, 직역간 공생발전을 위한 운영방안을 검토하는 것을 목적으로 하고 있다. 물론 오랜 시간 동안 운영되어 온 의료전문직의 직역체계를 단기간 내에 재구성하기에는 고려해야 할 요소들이 매우 많다. 따라서 본 연구에서는 의-한의 직역간의 통합을 장기적인 지향 목표로 설정하고, 이를 달성하기 위해 해외 사례 및 그동안 제시되었던 다양한 접근과 최근의 동향을 정리하는 ‘기본 연구’로서 진행하였다. 본 연구는 다음과 같이 구성하였다.

제2장에서는 ‘의료행위’ 및 ‘한방의료행위’를 둘러싼 이론적·법적 구분을 검토하며, 최근 의-한의 업무영역으로 논쟁이 되고 있는 사안들을 사례로서 제시하였다. 이를 통해 여러 가지 장점에도 불구하고 의료이원화 체계가 직역간 갈등의 원인으로 작용하고 있으며, 따라서 갈등 사안들에 대한 개별적 해결방안 모색과 아울러 중장기적으로는 보다 근본적인 체계의 고민이 필요함을 보여주고자 하였다.

다음으로 제3장에서는 우리나라처럼 전통의학의 영향력이 강하게 남아 있는 중국 및 일본, 대만 등 동북아시아 국가들에서 (서양)의학과 전통의학의 관계설정을 어떻게 규정하였는지의 사례를 고찰하였다. 국가들마다 전통의학이 공식적인 의료체계 내에서 어떻게 수용되고 있는지에 대해서는 문화적·역사적 배경에 따라 다소 차이가 있다. 그러나 실제 의료현장에서 전통의학인 중의학(中醫學) 및 한방의학(漢方醫學)이 어떤 형태로든 활용되고 있다는 점에서 공통점이 있으며, 우리나라와 가장 유사한 체계를 운영하던 대만 역시 몇 가지 의미있는 변화를 시도하고 있다. 주변 국가들의 사례를 통해 전통의학이 어떠한 정책적 목표 하에서 어떤 방식으로 수용되었고, 현재 어떤 위상을 가지고 있는지를 살펴 보는 것은 우리에게 많은 시사점을 줄 것이다.

마지막으로 제4장에서는 의-한의 직역의 중장기 운영방안에 대하여 검토하였다. 적지 않은 시간을 거쳐 고착화된 의료이원화체계의 문제점을 해소하기 위해서는 많은 연구와 직역간·사회적 합의가 필요할 것이기 때문에 본 연구에서는 장기적으로 직역 통합을 염두에 두되, 부작용을 최소화하기 위하여 점진적·단계적인 진행 및 3원적 1원화를 기본으로 하는 교육체계의 통합을 우선하여 제시해 보았다. 물론 여기서 제시한 방안은 하나의 '안(案)'으로서 앞으로 의료계 및 한의계의 폭넓은 논의를 거쳐 보다 완결된 형태로 수정·보완되어야 할 것이다. 이는 본 연구의 한계이기도 하다는 점을 이 자리에서 밝혀 둔다.



제2장 의료이원화와 의-한의 업무 영역

제1절 의료이원화체계의 근거

제2절 의-한의 업무영역 갈등

2

의료이원화와 의-한의 << 업무 영역

제1절 의료이원화체계의 근거

1. 국민의료법 제정

전통의학인 한의학을 대상으로 한 일제강점기 조선총독부의 정책은 원칙과 현실 사이의 딜레마에 빠져 있었다. 원래 조선총독부가 가지고 있던 기본적인 원칙은 서양의학 중심의 의료공급체계 정책이었다. 한의를 의생(醫生)으로 격하한 것에서 나타나듯이 최소한 식민지배 초기에 한의학은 서양의학에 의해 대체·소멸되어야 할 영역으로 간주되어 서양의학에 대하여 ‘주변화’된 영역이었다(신동원, 2002). 그러나 1930년대 이후 의료자원의 부족 및 불균등한 분포 등 열악한 의료현실로 인해 어떤 형태로든 전통의학 자원을 활용해야 할 현실적 필요성에 직면하게 되었다(신동원, 2003)⁴⁾. 이러한 딜레마는 해방 이후에도 지속되었고, 따라서 이 문제에 대한 해답은 우리 정부가 내려야 할 책임으로 넘어왔다.

1944년 제정·공포된 조선의료령(朝鮮醫療令)을 대체하기 위해 당시 보건부는 ‘보건의료행정법안’을 제헌국회에 제출하였는데, 이 법안은 의사와 치과 의사 제도만을 포함하고 한의사를 배제한 일종의 의료일원화 법안이었다. 한의계는 당연히 강력하게 반발하였고, 보건부의 보건의료행정법안은 본회의에 상정되지도 못한 채 폐기되었다.

한의학의 수용에 관한 시도는 1951년 제2대 국회에 새롭게 제출된 ‘국

4) 이는 중국 역시 마찬가지였는데, 1940년대 후반 내전을 전후로 한 시점에서 ‘중의학 폐지’라는 다소 극단적인 주장과 아울러 열악한 의료현실을 타개하기 위한 전통의학 활용방안이 적극적으로 검토되었음(윤강재 외, 2012b).

민의료법안'으로 다시 구체화되었다. 한의학의 과학성 여부와 열악한 의료서비스 환경에서의 실용성 등에 대한 다양한 논쟁을 거쳐 최종적으로 국회에서 통과·공포된 국민의료법(1951. 9. 25)은 한의학을 국가의 공식적인 의료체계 내에 수용하였다. 한의사의 명칭을 '漢醫師'로, 한의사가 개설하는 기관의 명칭을 '漢醫院'으로 하였으며(제2조 및 제8조), 자격 및 면허는 의사와 같은 수준으로 결정되었다(제13조).

전통의학 인력을 의사와 동일한 지위로 격상·정의하고(醫生→漢醫師), 의료업자로서의 자격과 면허를 동등하게 부여한 국민의료법은 의사와 한의사가 거의 동등한 자격을 가지는 의료이원화제도의 출발점이 되었다(정기용 외, 2010). 이는 뒤이어 제정된 각종 시행령과 시행규칙을 통해 더욱 정교화된다. 예를 들어 국민의료법시행세칙(1951. 9. 25, 보건부령 11호)은 '한의사는 한방진료와 이에 관련되는 위생지도에 힘써 국민의 보건향상과 건강증진을 도모한다'로 규정함으로써 한의사의 업무를 제시하였고, 의사치과의사한의사 국가시험령(1952. 1. 15, 대통령령 제588호)과 의사치과의사한의사 국가시험응시자격검정시험규정(1952. 1. 30, 보건부령 12호) 역시 의료업자로서 세 직역의 면허와 자격을 동등하게 취급하였다(정기용 외, 2010).

제정·공포 이후 국민의료법은 보건의료 환경의 변화와 국민건강수준의 증진에 따라 다양한 변화를 겪게 된다. 법의 명칭도 '의료법'으로 바뀌었고(1962. 3. 20), 한방병원 규정 신설(1973. 2. 16), '韓醫師'로의 명칭 변경(1986. 5. 10) 등 한방정책 분야에서의 변화도 적지 않았다. 또한 1970년대에 들어서 대한의사협회 의료일원화 연구위원회 구성을 계기로 의료일원화 필요성이 제기되었고, 이는 한약분쟁 및 양한방협진 등의 과정에서 본격적으로 논의되기도 하였다. 그러나 의-한의 두 직역의 업무와 면허 범위를 구분하고 있는 의료이원화 원칙은 현행 의료법에 이르기가

지 변화하지 않고 그대로 유지되고 있다.

2. 의료이원화체계의 근거와 평가

우리나라의 의료이원화체계는 의료법을 비롯하여 다양한 관련 법령에서 그 근거를 찾아볼 수 있다. 우선 현행 의료법은 의사와 한의사를 별도로 구분하며 수행 업무 역시 의사에게는 ‘의료와 보건지도’를, 한의사에게는 ‘한방 의료와 한방 보건지도’를 임무로 부과함으로써 두 직역을 분리하고 있다(제2조). 아울러 양 직역이 개설할 수 있는 의료기관에 있어서도 차이를 두고 있다(제33조제2항).

명칭과 임무가 의-한의 간의 형식적 직역 구분이라면 ‘무면허 의료행위 금지 조항(제27조)’은 보다 실질적인 직역 구분이라 할 수 있다. 즉, 의료인이라 할지라도 면허행위 이외의 의료행위를 할 수 없다고 규정함으로써 진료 및 치료 과정에서의 직역간 배타성과 업무 한계를 명확히 한 것이다. 뿐만 아니라 우리나라의 의료인력 체계에는 중국의 중서결합의사(中西結合醫師)와 같이 두 직역의 임무를 동시에 수행할 수 있는 공식적인 별도의 인력자원을 지정하고 있지도 않다.

또한 의-한의 두 직역은 면허와 행위의 구분 외에도 진료과목, 전문의 제도, 개설 의료기관의 시설 기준 및 정원 등에서도 구분된다. 예를 들어 의과의 경우 내과를 비롯한 25개 진료과목과 26개 전문과목에서의 전문의가 인정되는 반면, 한의과의 경우에는 한방내과를 비롯한 8개 진료과목과 8개 한방전문의가 인정된다. 임상병리사, 물리치료사, 방사선사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사 등 의료기사에 대한 지도권 부여 여부도 두 직역 간에 구분된다. 현행 의료기사 등에 관한 법률에 따르면 이들은 의사 또는 치과의사의 지도 하에 진료나 의화학적 검사에 종사하는 사

32 의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색

람을 의미하는데(제1조의2), 한의사에게는 의료기사에 대한 지도권이 부여되지 않기 때문이다(조재국, 2010).

〈표 2-1〉 의-한의 의료이원화체계의 법적 근거

비교대상	의(醫)	한의(韓醫)	근거
의료인	•의사 •임무: 의료와 보건지도	•한의사 •한방의료와 한방보건지도	의료법 제2조
진료과목	•25개과 •내과, 신경과, 정신과, 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기관, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 재활의학과, 결핵과, 가정의학과, 핵의학과, 산업의학과, 응급의학과	•8개과 •한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방안/이비인후과, 한방신경정신과, 한방재활의학과, 사상체질과, 침구과	의료법 시행규칙 제41조
시설기준	•입원실 30병상 이상, 수술실, 중환자실, 응급실, 임상검사실, 회복실, 의무기록실, 방사선장치, 구급차 등	•입원실 30병상 이상, 한방요법실, 조제실, 탕전실, 의무기록실 등	의료법 시행규칙 제34조
의료인 정원	•의사, 약사(연평균 조제수 80 이상), 영양사(입원시설을 갖춘 경우 1인 이상), 의료기사, 간호사, 간호조무사	•한의사, 한약사, 간호사, 간호조무사, 영양사(입원시설을 갖춘 경우 1인 이상)	의료법 시행규칙 제38조
의료기사 지도권	•의료기사(임상병리, 방사선, 물리치료, 작업치료, 치과기공, 치과위생) 및 의무기록사, 안경사 지도 가능	•의료기사 지도권 없음	의료기사등에관한법률 제1조 및 시행령 제2조
전문인 제도	•26개 전문과목 인정	•8개 전문과목 •2000년 실시	전문의료인수련및자격인정등에 관한 규정 제3조, 한의사전문의료인수련및자격등에 관한 규정 제3조

자료: 조재국(2010)

이원화된 의료서비스 전달체계를 운영하는 취지는 의학과 한의학이라는 각각의 학문 발전과 직역별 전문성을 보장하기 위해서였다. 1951년 국민의료법 제정 당시부터 한의학의 국가의료체계 내 수용을 반대한 주장의 가장 큰 근거는 한의학의 비과학성이었다. 그럼에도 불구하고 의사와 동등한 지위를 획득하게 된 데에는 ‘한민족과 운명을 같이 한 한민족의 의학’이라는 상징성과 의료시설 및 인력의 절대적인 부족을 타개하기 위한 실용적 목적이 크게 작용하였다(박윤재, 2011). 국민의료법과 현행 의료법은 한의학이라는 학문 및 임상 영역을 별도로 인정하고 수용하면서 한방의료행위에 대한 배타적 자율성을 인정하였다. 이러한 법적 토대 위에서 의과와 한의과는 각 직역별 전문성을 발전시켜 온 것이다.

그러나 의료전달체계를 둘러싼 사회적 환경에 변화가 생기면서 각 전문직의 배타적 업무영역의 근거가 되었던 직역별 전문성이란 ‘벽’에 균열이 발생하기 시작하였다. 즉, 과학적 지식이 심화되고 의료기술이 발달하면서 업무영역간 구분이 희석되고 교류·융합하는 현상이 뚜렷해진 것이었다. 또한 행위별수가제(fee-for-service) 하에서 해당 면허 내에 어떤 행위가 배타적으로 인정되느냐는 경제적 동기와 직결되는 주제이기도 하였다. 문제는 의료이원화체계가 이러한 학문적·사회적·임상적 변화에 유연하게 대응하기 어려운 한계점을 드러내게 되었다는 점이다.

앞서 살펴본 바와 같이 현행 의료법은 의사와 한의사의 임무를 구분한다. 그러나 의사의 임무를 의료와 보건지도로, 한의사의 임무를 한방의료와 한방보건지도로 분리하는 정도에서 그치고 있으며, 어떤 것이 의료행위이고 어떤 것이 한방의료행위인지에 대한 기준점까지 제시하지는 않고 있다. 의료법 제12조가 규정하고 있는 의료행위에 대한 정의는 ‘의료인이 하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행’으로서 직역간 업무범위의 기준으로 삼기에는 모호하다(이미선, 2009). 즉, 현행 의료법은 의료이원화

체계의 토대가 되는 가장 중요한 근거임에도 불구하고 해당 직역에 배타적으로 속하는 행위(의료행위, 한방의료행위)의 기준에 대해서는 정의하지 못하고 있는 것이다(조형원 외, 2005; 이백휴·이평수, 2011). 이와 같은 법적 모호성은 각각의 직역별로 허용된 면허범위가 어디까지인가에 관한 해석의 문제를 촉발시킨다. 이 해석에 직역간 차이가 발생하는 것은 당연하고, 상대의 해석을 수용하지 못할 경우 갈등과 분쟁이 발생하는데, 이를 조정하기 쉽지 않다. 업무영역을 둘러싼 의료전문직간 갈등은 서로 간의 신뢰를 하락시키는 한편, 국민들로부터의 신뢰를 하락시키는 요인으로 작용한다. 또한 직역간 갈등의 해소를 위해 직·간접적으로 지출해야 하는 사회적 부담을 증가시킨다.

제2절 의-한의 업무영역 갈등

현행 의료법 상에 규정된 의료인은 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사로서, 의료인 면허가 없는 사람의 의료행위 및 면허종별에 따르지 않는 의료행위는 무면허의료행위로 처벌된다. 그러나 앞서 지적한 바와 같이 이들의 면허범위 내의 합법적인 업무 영역이 모호하게 규정되어 있어서 의료현장에서의 구체적인 행위가 면허범위를 벗어난 것인지에 대한 직역간 쟁점이 발생한다. 특히 과학지식과 의료기술이 급속하게 발전함에 따라 의과와 한의과의 업무 영역이 서로 근접해지면서 전통적인 기준으로 분명하게 규정하기 어려운 사례들이 지속적으로 발생하면서 해당 직역간 갈등과 법적 분쟁을 유발시키고 있는 상황이다. 따라서 각각의 의료전문직의 핵심적 기술과 지식을 고려하여 치료행위의 범위를 존중하면서도 국민의 건강보호와 사회적 갈등 해결을 위한 방안을 마련할 필요성도 높아지고 있다.

〈표 2-2〉 현행 의료법의 의료인 및 의료행위 관련 조항

조항	내용
제2조 (의료인)	①이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. 〈개정 2008.2.29, 2010.1.18〉 ②의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다. 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다. 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다. 4. 조산사는 조산(助産)과 임부(妊婦)·해산부(解産婦)·산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다. 5. 간호사는 상병자(傷病者)나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료 보조 및 대통령령으로 정하는 보건활동을 임무로 한다.
제12조 (의료기술 등에 대한 보호)	①의료인이 하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행(이하 "의료행위"라 한다)에 대하여는 이 법이나 다른 법령에 따로 규정된 경우 외에는 누구든지 간섭하지 못한다.
제27조 (무면허 의료행위 등 금지)	①의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다.

본 절에서는 의-한의 업무영역과 관련한 대표적인 갈등 사례를 정리하고, 이에 대한 판례 및 유권해석을 통해 직역간 쟁점 사안에 대한 사법적 판단을 살펴보고자 한다.

1. 의료행위와 한방의료행위에 대한 사법적 판단 기준

우리나라의 의료법은 의료행위와 한방의료행위를 구분하여 모두 국가의 공식적인 의료영역으로 인정하는 이원화된 의료체계를 운영하고 있으나, ‘의료행위’와 ‘한방의료행위’가 무엇인지에 대한 구체적인 정의 규정은 존재하지 않는다. 따라서 의-한의 직역에 대한 판단은 정부의 유권해석과 사법부의 법적 판단에 의존하는 경향이 강하다.

의료행위와 한방의료행위의 구분은 의학 발달 및 사회적 발전에 따라

다소 다르게 적용할 수 있겠으나, 우리 법원은 의료법의 목적, 의료행위에 관련된 규정, 의료행위의 목적과 태양 등을 감안하여 사회통념에 비추어 판단하여야 할 것으로 기준을 삼고 있다. 특히 의료행위와 한방의료행위의 구분 기준으로 중요한 것이 ‘해당 진료행위의 학문적 원리’임을 판시하고 있다. 결국 의료전문직의 행위의 기초가 되는 지식이 서양에서 도입된 의학인지, 전통적으로 내려오는 한의학인지 여부에 따라 구분된다는 것이다.

구체적인 행위가 한방의료행위에 해당하는지 여부를 판단할 때에는 ... 구체적 사안에 따라 의료법의 목적, 구체적인 의료행위에 관련된 관계 규정, 구체적인 의료행위의 목적, 태양 등을 감안하여 사회통념에 비추어 판단하여야 하는 것으로, 어떠한 진료행위가 의사만이 할 수 있는 의료행위에 해당하는지 아니면 한의사만이 할 수 있는 한방의료행위에 해당하는지 여부는 결국 해당 진료행위가 학문적 원리를 어디에 두고 있는가에 따라 판단하여야 한다(서울행정법원 2008.10.10. 선고 2008구합 11945 판결, 이백휴·이평수, 2011에서 재인용; 강조는 연구자).

기존의 판례들에 따르면, 기본적으로 (서양)의학이 가지는 학문적 특성으로는 분석적·객관적인 학문 사상과 해부, 조직, 생화학 이론을 기초로 한 진단과 치료가 해당된다. 반면, 한의학의 학문적 특성은 종합적·주관적인 면모를 특징으로 하며, 이에 따라 기(氣), 5기능계이론, 12경락이론 등이 진단과 치료를 위한 기본 이론으로 적용된다. 의-한의 업무영역을 둘러싼 분쟁 및 법적 소송의 사례에서 우리 법원이 내린 판결을 종합하면 이와 같은 학문적 기초와 원리에 따라 두 영역을 구분한다는 것이 일관되게 관통하는 원칙인 것으로 판단된다. 실제 학문적 원리에 따른 의료행위의 분류는 침 시술행위, CT를 비롯한 현대의료기기의 한의사 사용 가능에 대한 판례 등에서 일관되게 적용되고 있다.

〈표 2-3〉 서양의학과 한의학의 학문적 원리(한의사의 CT 활용 관련 판례)

구분		(서양)의학	한의학
학문특성 및 사상		분석적(사실적, 실증적, 객관적)	종합적(주관적, 직관적, 전체적, 경험적)
학문구성		실험과학	자연과학의 원용
인체관		해부조직(이화학적 방법에 의한 실험 결과를 기초로 인지)	생명, 기(氣), 소우주
탐구 대상		물질적 조직 탐사	생체현상의 관찰
질병관	의미	인체의 특정부위에 변화가 생겨서 나타나는 것	인체가 어떠한 원인에 의하여 변화를 일으키는 것
	원인	주로 외부적 인자. 즉, 세균이나 바이러스 등	주로 사람의 기력이 약하여 인체를 방어하지 못하는 것
	대응	질병 부위 중심	여러 증상이 긴밀한 연계를 가지고 있으므로 전체적 대응
진단	방법	문진, 시진, 청진, 타진, 촉진 등	망진, 문진, 절진 등
	이론	해부, 조직, 생화학 이론이 기초	오장의 5기능계이론, 12경락이론
	특성	생화학, 내분비, 면역, 유전자, 방사선 등의 검색	시진 및 8강으로 검색

자료: 대한한의사협회(2011), 이백휴·이평수(2011), 윤진원(2012)

물론 이와 같은 학문적 원리에 근거한 의료행위와 한방의료행위의 구분 역시 한계를 가지고 있다. 무엇보다 학문 영역 자체가 교류·융합되면서 학문적 원리를 엄격하게 구분하는 것 역시 현실적으로 어려워지고 있다는 점이 지적된다. 이로 인해 동일 사안에 대해서도 심급에 따라 행위에 따른 판단기준을 달리 적용함으로써 상충되는 판결이 내려지는 사례도 발견된다⁵⁾. 의-한의 학문적 원리와 업무영역에 대한 명확한 구분이 쉽지

5) 예를 들어 한의사의 CT 사용과 관련하여 제1심(2004.12.21.)은 치료행위와 달리 진단은 의학이나 한의학 모두 인간의 오감을 이용하는 것이어서 본질적인 차이가 있다고 볼 수 없고, 한의학과에서 영상진단에 필요한 과목을 교육하고 있으며 한의학에서도 CT기기를 사용한 진찰을 학문적으로 인정한다는 점에서 ‘한방의료행위로 볼 수 있음’ 판결을 내린 반면, 제2심(2006.6.30.)은 서양의학과 달리 한의학은 인체와 질병을 보는 관점도 다르고 진찰방법에도 차이가 있기 때문에 ‘한방의료행위로 볼 수 없다’는 판결을 내린 바 있음(박용신, 2012).

않고, 양측의 갈등으로 인한 부작용이 크다면 양자간 협진을 넘어 궁극적으로 의료체계의 일원화를 모색할 필요가 있다(이백휴·이평수, 2011)는 주장이 꾸준히 제기되는 것도 이 때문이다.

2. 한의약육성법 개정

2011년 6월 29일 국회에서 의결된 (개정)한의약육성법은 ‘우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 의료행위’라는 한방의료행위의 정의를 ‘우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위’로 정의하였다(법 제2조). 이는 한방의료행위를 기존의 전통적인 한의학에 기초한 것에서 과학적으로 응용·개발한 의료행위로 확장시킨 것이다.

〈표 2-4〉 한의약육성법의 한방의료행위 정의 규정

현행	개정안
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “한의약”이라 함은 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 의료행위(이하 “한방의료”라 한다)와 한약사(韓藥事)를 말한다.	제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “한의약”이란 ----- ----- <u>한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 “한방의료”라 한다) 및 한약사(韓藥事)</u> -----.

의료행위와 한방의료행위를 구분하는 것과 관련하여 한의약육성법은 적지 않은 의미를 가지고 있다. 무엇보다 한방의료행위를 정의함에 있어서 기존의 정의보다 확장된 법률적 정의가 내려졌다는 점이 주목되는 점

이다. 물론 한의약육성법의 관련 규정은 한의약육성과 한의약기술 연구·개발사업에 적용되는 개념이기 때문에 의료법 상의 한방의료행위의 개념과 범위를 평가하기 위한 기준으로 동일하게 적용될 수 없고(이백휴·이평수, 2011), 서양의학의 원리를 기초로 한 의료기기나 기술까지 사용하도록 하려는 것은 아니라는 점에서 개정실익이 적다는 검토의견이 제시되기도 하였다(김대현, 2011). 그러나 이 조항은 한방의료행위를 규정하는 사법적 판결에 있어서 간접적으로나마 활용될 가능성이 없지 않다고 여겨진다. 또한 실제로 한의계에서는 이 조항을 한의사의 의료기기 사용을 합법화하는 근거로 해석하고 있기도 하다(유경환, 2011).

한의약육성법 제2조의 정의 조항은 입장에 따라 해석의 논란이 있을 수 있으나, 우리나라 사법부의 판단은 여전히 본 조항이 한의약 산업의 육성을 위한 경우에 해당하며, 의료행위와 한방의료행위의 구분에는 학문적 원리라는 기존 판례의 판단 기준과 의료법이 원칙적으로 적용되어야 한다는 점에는 변화가 없는 것으로 보인다. 예를 들어 최근 내려진 한의사의 골밀도 측정용 초음파진단기기 사용에 대한 헌법재판소의 판결(2013. 2.28 선고, 2011헌바398)은 의료행위와 한방의료행위에 대한 법규정이 불명확하다고 볼 수 없으므로 한의사의 골밀도 측정용 초음파진단기기 사용은 면허범위를 넘어서는 ‘면허된 것 이외의 의료행위’로 판시하였다⁶⁾. 이는 한의약육성법 개정안이 발효된 이후에도 한의사의 현대의료기기 사용에 있어서 한의약육성법이 우선적으로 고려되지 않았음을 보

6) 재판부는 ‘의료행위’는 의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰, 검안, 처방, 투약 및 외과적 수술을 시행하여 하는 질병의 예방 또는 치료행위와 그밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 의미하고, ‘한방의료행위’는 우리의 옛선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 질병의 예방이나 치료행위를 하는 것을 의미한다라고 판시하였음.

7) http://www.ccourt.go.kr/home/storybook/storybook.jsp?mainseq=126&seq=6&list_type=05

여주는 판례라 할 것이다.

3. 한의사의 현대의료기기 사용 여부

CT, MRI 등 현대의료기기의 활용은 의과(醫科)의 영역이었다. 그러나 과학기술이 발달하면서 의-한의간의 명확한 업무 구분이 점차 어려워지고, 또한 치료 및 소비자 편익을 증대한다는 측면에서 현대의료기기를 한의사들도 활용할 수 있도록 허용해야 한다는 주장이 한의계를 중심으로 제기되고 있다. 실제로 한방병원이 보유하고 있는 각종 의료장비는 지속적으로 증가하는 추세이다.

〈표 2-5〉 연도별 한방병원 보유 의료장비 현황

(단위: 대)

연도	총계	검사 장비	방사선진 단 및 치료장비	이학 요법 장비	수술 및 처치 장비	기타 장비	한방장비				
							계	검사 진단기	시술기	추나 관련기	기타
2003	43,564	260	6	18,805	30	-	24,463	8,876	14,446	987	-
2004	44,874	242	10	17,811	38	-	26,773	9,753	16,039	981	-
2005	46,104	231	9	16,911	36	-	28,917	10,462	17,501	954	-
2006	46,849	221	8	15,862	35	-	30,723	10,928	18,869	926	-
2007	62,562	629	202	26,803	53	10	34,865	11,348	20,954	1,452	1,111
2008	62,777	575	180	26,717	53	10	35,242	11,408	21,308	1,405	1,121
2009	75,727	564	171	13,688	53	8	61,243	11,725	22,575	1,416	25,527
2010	85,734	668	228	14,304	57	-	70,477	11,837	55,958	1,442	1,240
2011	90,843	618	142	14,816	77	-	75,190	11,882	60,399	1,480	1,429

주: 1) 검사진단기: 양도락, 맥진기, 경락기능검사기, 적외선체열진단기, 체성분분석기, 맥파기, 가속도맥파기, 전산화팔강검사기, 수양명경락기능검사기를 종합한 값임.

2) 시술기는 전기침시술기, 레이저침시술기, 전자침시술기, 혈맥레이저침시술기, 헬륨-레이저침시술기, 색제요법기를 종합한 값이며, 2010년부터는 시술기에 적외선조사기를 추가함.

3) 추나관련기는 추나치료대, 견인장치를 종합한 값임.

자료: 부산대학교한의학전문대학원·한국한의학연구원·대한한의사협회(2012)

물론 소위 ‘CT 판결’로 불리는 한의사의 현대의료기기 및 방사선 진단기기의 활용에 대한 사법적 판단 및 유권해석은 이를 면허범위 이외의 행위로 규정하고 있으며⁸⁾, 이후 몇 차례 진행된 한의사의 현대의료기기 관련 유권해석과 판례 역시 이와 동일한 취지의 결정을 내리고 있다.

이와 관련하여 의료계가 주장하는 바는 CT, MRI, 초음파진단기 등 현대의료기기는 근거중심의학(evidence based medicine)이라는 현대과학에 근거를 둔 의료장비이며, 따라서 한의학에 근거를 두지 않고 있는 이들 의료기기의 한의사 사용은 면허범위 이외의 행위라는 것이다. 또한 한의대에는 방사선진단장비와 관련한 임상실습과정이 부재하기 때문에 한의사들이 관련 전문 지식을 습득하지 못한 상태에서 국민의 건강과 안전에 위해를 미칠 수 있다고 주장한다⁹⁾. 의과 진료과목에 ‘영상의학과’가 있는 반면, 한의과에는 ‘한방영상의학과’가 없다는 사실 역시 한의사의 현대의료기기 사용 불가를 뒷받침하는 근거이다(이백휴·이평수, 2011).

반면 한의계에서는 한의사에게 현대의료기기 활용을 허용함으로써 진료행위의 투명성과 효과성을 확보하고 의료사고 및 오진의 가능성을 회피하여 국민 건강에 이바지할 수 있으며, 이는 한의약의 경쟁력 강화에도 기여한다고 주장한다. 또한 의료기기를 통해 수집된 정보는 과학의 산물로서 의료계의 전유물이 아니며 정규 교육과정에서 원리 및 사용법 등에 대한 충분한 교육을 받고 있다고 주장한다(박용신, 2012). 특히 앞서 언급한 바와 같이 한의약육성법에 규정된 ‘과학적으로 응용·개발한 한방의료행위’라는 문구에 근거하여 한의계는 의료기구·기기의 한의사 사용 가능여부에 대한 유권해석 민원을 복지부에 집단적으로 제기하기도 하였다.

8) 서울고법 2006.6.30. 선고2005누1758 판결, 서울행정법원 2008.10.10. 선고2008구합11945 판결, 2012.2.23. 선고2009헌마623 판결 등

9) <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=86974>

현대의료기기 사용 권한을 둘러싼 의-한의 업무영역 갈등은 현재와 같은 이원화된 의료서비스 공급체계 하에서는 일방의 전폭적인 양보가 없는 한 해결에 어려움이 있을 것으로 전망된다. 다만, 현실적으로 보았을 때 한의사의 현대의료기기 활용이 ‘진단’을 목적으로 하지 않는 경우 다소 유연하게 적용될 수도 있음을 보여주는 유권해석이 있어 직역간 협의를 위한 하나의 실마리로 고려할 수는 있으리라 사료된다.

보건복지부는 유권해석(보건복지부 2005.12.2. 의료정책팀-4702)을 통해 원칙적으로 한의사는 직접 진단용방사선발생장치 등을 사용한 의료행위를 할 수 없으나, 한의사가 의원·병원·종합병원 등 의료기관에 방사선진단 등을 의뢰하여 그 진단결과를 통보받아 이를 한방진료에 활용하는 것은 가능하다고 결정한 바 있다(이백휴·이평수, 2012). 또한 현행 의료법은 한방병원에서 의사를 두어 의과 진료과목을 설치·운영하도록 허용하고 있다(제43조). 따라서 한의사가 직접 현대의료기기를 사용하는 것에는 여전히 한계가 있다고 하더라도 기관대 기관 또는 기관내 ‘협진’이라는 틀 속에서 연구학술적 목적에서의 공동활용은 두 주체간 협의에 따라 가능할 수 있을 것이다. 최근까지 의과대학 영상의학과 교수들의 한의과대학 출강이 허용되었던 사례도 이러한 연구학술 목적에서의 교류·활용에 관한 사례로 볼 수 있다. 절차상의 복잡함을 해소하기 위한 노력이 뒤따라야 할 것이겠으나, 연구학술 목적에서의 활용방안을 우선 모색해 볼 것을 제안한다.

4. 의사의 IMS 사용 여부

근육내 자극요법(IMS: instamuscular stimulation)은 만성통증 환자를 대상으로 근육 내부를 자극, 탈감작(脫感作)시켜 통증을 완화하고자 1

회용 바늘을 이용해 손상된 근육을 자극하는 치료법을 의미한다. IMS는 시술대상 및 시술목적, 시술관련 기구, 치료 원리에 있어서 한방의 ‘경혈 침(經穴針)’과 유사한데, IMS가 신의료기술의 일종으로서 의료행위로 간주되어 의료행위에 포함될 수 있는지가 의료계와 한의계의 쟁점사안이다. 한의계는 IMS가 한방의 침술과 동일한 한방의료행위로서 신의료기술로의 인정은 불가하다는 입장인 반면, 의료계는 IMS가 새로운 의료행위로서 신의료기술로 인정되어야 한다는 입장이다.

IMS와 관련해서는 의사의 ‘침술행위’에 대한 의사면허자격정지 처분에 대한 제소(2005년 1월)¹⁰⁾와 2005년 5월 당시 건설교통부의 ‘자동차보험 진료수가분쟁심의회’에서 IMS 진료수가를 인정함으로써 직역간 갈등이 본격화되었다. 게다가 본 건에 대한 대법원의 확정 판결 역시 다소 모호하여 직역별로 다르게 해석하고 있는 상황이다. 대법원은 의사가 행한 시술행위가 한의학의 전통침술행위이므로 자격정지처분이 적법하다는 판결을 내렸으나, IMS가 한방의료행위에 해당하는지에 대한 판단은 유보하였다. 이에 따라 의료계에서는 ‘IMS는 한의사의 침술행위와 다르다’로, 한의계는 ‘의사의 침 시술은 불법’이라는 판결로 해석하고 있다.

〈표 2-6〉 IMS 판결에 대한 직역별 해석

대법원 판결	의사협회	한의사협회
해당 시술행위는 한의학의 전통침술행위이므로 해당 처분(의사면허자격정지)은 적법	•해당 판결은 시술행위에 대한 판결 •IMS가 한의사의 침술행위와 다르다는 것을 확인 •IMS는 신의료기술에 해당	•침을 이용한 모든 행위는 한의사에 의해 시술되어야 하는 한방 의료행위 •양의학의 침 시술은 불법 •IMS는 한방의 침술과 동일한 한방의료행위

자료: 윤강재 외(2012a)

10) 2004년 5월 의사가 ‘침술행위’를 한다고 판단하여 면허범위 밖의 의료행위로서 의사면허자격정지 처분을 내렸으나(태백보건소), 해당 의사는 ‘해당 시술행위는 IMS 시술로서 의사 면허범위 내 시술’이라는 주장으로 행정법원에 제소하였음.

IMS와 관련하여 한의사의 IPL(잡티제거술) 기술이 유사한 사례로서 함께 쟁점으로 다루어질 수 있다. 법원은 IPL의 한의학적 원리를 인정하여 한의사의 IPL 기술을 합법적인 것으로 인정하고 있는데, 의료계에서는 치료 부위 및 방법 등에 비추어 볼 때 단순히 한의학적 원리만으로 IPL을 사용할 수 없으며, 한방의료행위의 일환으로 IPL을 활용했다 하더라도 적응증, 유효성, 안전성이 입증되지 않은 상황이란 점에서 당연히 의사에게 면허된 의료행위로 파악하여야 한다고 주장하고 있다.

IMS와 IPL 등으로 대표되는 새로운 의료기술의 범위 문제는 전문영역 간 업무범위가 분명하게 법으로 명시되고 있지 못한 우리나라 상황에서 앞으로 많은 논쟁을 불러일으킬 전망이다. 특히 질병치료를 위한 통합의학적 접근이 강조되고, 의료기술이 급속히 발달하면서 다양한 의학·의학·의학 기술이 등장하고 있는 상황에서 IMS 기술에 대한 판단은 향후 유사한 사안에서 기준으로 적용될 수 있는 중요성을 가진다고 볼 수 있다¹¹⁾.

5. 기타 의-한의 업무영역 쟁점 사례¹²⁾

위에서 제시한 사례 이외에도 의-한 의간 업무영역을 둘러싼 쟁점은 다양하게 전개되고 있는데, 여기서는 추가적인 사례로서 천연물신약 처방권을 둘러싼 논쟁과 물리치료사에 대한 지도권을 둘러싼 논쟁을 제시하고자 한다.

‘천연물신약’은 2010년 정부의 의약산업 육성 차원¹³⁾에서 전략적으로

11) 새로운 의료기술에 대한 성격 규명을 ‘신의의료기술평가위원회’라는 공식적인 논의기구를 통하여 정리할 수도 있었으나 현재 위원 구성상(대한의사협회 추천 9명, 대한한의사협회 추천 2명) 의사결정 과정의 형평성 문제가 한의계로부터 지적되기도 함.

12) 이 부분은 윤강재 외(2012a)의 내용을 정리한 것임.

도입된 개념으로, 현재 7종¹⁴⁾이 개발되어 있다. 그러나 이들 천연물신약 7종은 전문의약품으로 허가되어 의사들만이 처방권을 갖고 있으며, 이에 따라 처방권이 없는 한의사들은 강력하게 반발하고 있는 상황이다. 천연물신약은 현재 7종에 머물러 있지만 60여종에 대한 연구개발이 진행 중에 있어 향후 개발 및 허가, 처방권의 부여 결정 과정에서 파장이 더욱 클 것으로 예상되고 있다.

의료계에서는 ‘전문의약품인 천연물신약은 의사처방영역이며, 한약의 처방·조제 내역서의 작성·발급·보존 등에 대한 법령이나 제도의 마련 없이 한의사가 이를 처방하는 것은 불가하다’는 입장이다. 또한 대부분의 의약품이 천연물로부터 만들어진 것이므로 천연물에 대한 한의계의 독점적 권리 주장은 모순된 것이며, 천연물에서 효능이 있는 성분을 추출해내고 이를 임상실험을 통해 밝히는 것은 모두 의학적 방식이기 때문에 천연물 신약의 처방은 의사만이 내릴 수 있다고 주장하고 있다.

반면 한의계에서는 천연물신약은 “한약의 효능과 한약처방을 활용하여 조성을 새롭게 하거나 새로운 효능을 임상시험을 통해 확인한 의약품”으로 약사법 상 한약제제이므로 한의사의 처방범위에 해당한다고 주장하고 있다. 한의계의 주장은 시판되고 있는 천연물신약 대부분은 ‘한의사들이 조제해오던 한약을 캡슐에 담거나 알약으로 만들었을 뿐인데 신약이라는 이름 하에 의사가 처방하고 약국에서 판매되고 있다’는 것이다. 현재 보건복지부에서는 천연물신약의 처방권과 관련한 유권해석을 검토중이며, 직능발전위원회에서도 이 문제를 다루기는 하였으나, 의료계와 한의계의 상호 양보가 이루어지지 않고서는 모두의 이해를 충족시키는 해석이 나

13) 화학 합성물이나 생물학적 물질을 이용한 의약품개발은 다른 나라에 비해 뒤쳐져 있으나, 천연물을 이용한 의약품은 비교우위에 있다고 판단한 정부는 10년간 5,600억원의 예산을 투입해 세계 신약개발국 7위권에 진입하겠다는 비전을 제시하고 있음.

14) 천연물신약은 현재 조인스정, 스티렌정, 모티리톤정, 신바로 캡슐, 레일라정 등 7종이 개발되어 있음.

오기 어려울 것으로 보인다¹⁵⁾.

물리치료사는 '의료기사'에 속하는 인력으로서 온열치료, 전기치료, 광선치료, 수치료(水治療), 기계 및 기구 치료, 마사지·기능훈련, 신체교정운동 및 재활훈련과 이에 필요한 기기·약품의 사용·관리, 그밖의 물리요법적 치료업무를 담당하는 인력으로 규정되어 있다(의료기사 등에 관한 법률 시행령 제2조). 의료기사의 경우 의사 또는 치과의사의 지도를 받아 업무를 수행하도록 하고 있으므로(의료기사 등에 관한 법률 제1조의2) 현행 법체계에서 합법적인 물리치료사의 활동은 의료기관에 물리치료실을 갖추고 의사의 지도 하에 물리치료사를 고용하여 하는 행위에 한정된다.

물리치료사에 대한 의-한의간 쟁점은 의사와 치과의사로 제한되어 있는 물리치료사 지도권을 한의사에게도 부여할 것인가의 문제인데, 한의계에서는 현실적으로 한방물리요법이 시술되고 있는 상황에서 물리치료사에 대한 지도감독권을 요구하고 있는 반면, 의료계는 물리치료란 현대 의학 이론에 의거하여 면허를 받은 인력이므로 이들에 대한 한의사의 지도감독권을 인정할 수 없다는 입장이다¹⁶⁾.

현재까지 대법원 판례는 현행 의료기사등에관한법률상 한의사의 물리치료사 지도권이 없으므로 물리치료사가 의사 또는 치과의사의 지도없이 한방물리치료를 한 것은 무면허의료행위라고 판시하고 있다. 다만, 이 사안에 대해서는 한의사협회에서 의료기사 지도권 부여 관련 헌법소원(2011헌마552)을 제기하여 현재 심리중에 있으므로, 판결 결과가 향후 본 쟁점사례의 중요한 기준이 될 것으로 여겨진다.

한의사에게 물리치료사에 대한 지도·감독권을 부여할 것인가에 대한 문제는 최근 간호조무사의 진료보조업무에 관한 보건복지부 유권해석을

15) 김경미(2012.12.9). [이슈 인사이트] 바람 잘 날 없는 의료계 영역 다툼. 서울경제.

16) 이 사안에 대해서는 한의사협회에서 의료기사 지도권 부여 관련 헌법소원(2011헌마552)을 제기하여 현재 심리중에 있음.

둘러싸고 보다 복잡한 양상으로 전개되고 있다. 보건복지부의 유권해석 내용은 물리치료사의 지휘권 및 채용이 불가능한 한방의료기관에서 한의사의 지도·감독하에 간호조무사가 수동적·종속적인 관계에서 진료보조가 가능하다는 취지로 해석된다. 그러나 의료계 및 물리치료사 단체는 첫째, 간호조무사의 행위는 단순한 업무보조행위가 아닌 물리치료사의 업무를 침해한 행위이며, 둘째, 초음파치료기와 극초단파치료기는 한방의료기관에서 사용할 수 없는 것이므로 복지부의 유권해석은 철회되어야 한다고 주장하였다.

〈표 2-7〉 간호조무사의 진료보조업무 관련 복지부 유권해석

한의사가 사용 가능한 물리치료기로 유권해석한 기기 중 초음파치료기, 극초단파치료기는 표피에 부착구(석션컵 등)를 부착하고 전기선을 연결하여 한방물리치료에 사용하고 있는 바, ‘한의사가 부착부위와 자극강도를 지정한 후 한의사의 지도·감독 하에 간호조무사가 부착구를 부착, 전기를 연결하고 자극강도를 조절하는 행위’는 한의사의 물리치료 행위를 돕기 위해 간호조무사가 할 수 있는 진료보조업무로 볼 수 있다(2011. 3. 15)

6. 소결

우리나라의 의료공급체계는 의료행위 및 한방의료행위의 공급독점권을 면허에 따라 인정하고 있다. 따라서 면허를 보유하지 않은 인력의 의료행위 및 한방의료행위는 불법일 뿐만 아니라, 설령 면허를 보유하고 있더라도 해당 면허가 허용하는 업무영역을 벗어나는 의료행위 및 한방의료행위 역시 불법행위이다.

일선 의료현장에서 발생하는 모든 행위에 대해 일일이 업무영역을 지정하는 것은 불가능하다. 따라서 의료행위와 한방의료행위 구분의 기준으로 우리 법원이 세운 기준인 ‘학문적 원리’는 가장 현실적이면서도 합

리적인 기준이라고 볼 수 있다. 그러나 문제는 의료인의 행위들이 상대적으로 단순했던 과거에는 각각의 행위가 속하는 업무영역을 구분하는 데에 어려움이 적었으나, 의료기술이 발달하고 소비자 역시 고급화된 서비스에 대한 요구가 높아지면서 기존의 기준으로 판단내리기 어려운 행위들이 지속적으로 증가하고 있다는 점에 있다.

따라서 보건복지부가 운영하고 있는 ‘보건의료직능발전위원회’와 같이 당사자들의 의견을 수렴하여 사회적 합의를 이끌어 낼 수 있는 공론장(public sphere)을 마련하는 것과 의료법 등 관련 법조항에 의료행위와 한방의료행위에 대해 가능한 수준에서의 구체성을 부여하는 방안을 지속적으로 연구해야 할 것으로 보인다. 또한 한의사의 현대의료기기 사용에 대한 갈등에서도 언급한 바와 같이 우선 학문적 영역에서의 교류·협력을 활성화함으로써 시각차를 좁히고 갈등을 해소할 수 있는 중요한 단초가 될 수 있을 것으로 판단된다.

마지막으로 직역간 업무영역의 갈등을 해소하고 중복진료 등으로 인한 국민들의 혼란을 최소화한다는 점에서 이원화체계에 대해 보다 본격적인 검토가 필요한 시점으로 사료된다. 해외의 사례 및 그동안의 제기 내용의 장단점을 분석하여 전문직역의 발전·상호공생을 이루고 국민건강증진에 기여하기 위한 바람직한 방향을 찾아야 할 것이다.



제3장 동북아시아 국가들의 전통의학 수용

제1절 중국의 전통의학 수용

제2절 일본의 전통의학 수용

제3절 대만의 전통의학 수용

3

동북아시아 국가들의 << 전통의학 수용

본 장에서는 중국, 일본, 대만 등 동북아시아 3개국의 전통의학 수용 사례를 고찰해 보고자 한다. 전통의학의 영향력이 서양에 비해 상대적으로 강하게 남아 있던 동북아시아 국가들에게 있어서 문호 개방 이후 본격적으로 ‘주류’의 위치를 점하게 된 서양의학과의 전통의학의 관계 설정은 매우 중요한 과제였다. 즉, 우선 전통 의학을 국가의 공식적인 의료체제에서 인정할 것인가의 문제를 시작으로, 만약 인정한다면 어느 정도까지 인정할 것인가, 반대로 인정하지 않는다면 전통의학의 유산은 어떻게 다룰 것인가가 의료인력의 양성체제 및 의료서비스의 전달체제를 설계하는 데에 있어 중요한 질문이 된 것이었다.

세계보건기구는 전통의학의 수용유형을 4가지로 구분한 바 있는데, 중국과 북한은 통합형(integrated system), 한국과 대만은 내포형 또는 병존형(inclusive or parallel system), 일본은 용인형(tolerant system)에 속하며, 마지막으로 배제형 또는 독점형(exclusive or monopolistic system) 등으로 구분하였다(문옥륜 외, 2003).

우리나라는 전통 의학을 공식적인 의료체제에서 인정하여 이원(二元)체제를 구성하며, 의사-한의사 사이에는 배타적 면허권을 부여하여 상대 지역에 속하는 시술이나 처방은 ‘무면허 의료행위’로 분류, 인정받지 못한다. 반면 중국은 자국의 전통의학인 중의학(中醫學)을 공식적으로 인정한다는 점에서는 우리와 동일하나, 상호 영역의 장벽을 해제한 통합형 일원화(一元化) 체제를 운영하고 있다는 점에서 우리나라와 구분된다. 일본의 경우는 ‘용인형’으로 분류되는데, 이 모형에서는 기본적으로 전통의학이

공식적인 국가의료체제로 수용되지 않고, 현장에서 활용되는 일종의 ‘의술’로서 수용된다고 할 수 있다. 일본의 전통의학인 화의학(和醫學)은 서양화 정책이 적극적으로 시행되었던 메이지 유신 시기에 폐지되면서 오랫동안 침체기를 겪었다. 그렇지만 현재 일본은 일원화된 의료체제를 유지하면서 의사 중심으로 한방치료가 병용되는 형태를 유지하면서 전통의학을 적절히 활용하고 있는 것으로 평가되고 있다(김정곤, 2008).

〈표 3-1〉 전통의학에 대한 수용 유형

유형	특징	해당 국가
통합형	- 전통의학의 서양의학 통합 - 국가가 정책적으로 전통의학과 서양의학의 결합 지지	중국, 북한
내포형 또는 병존형	- 공식적으로 전통의학을 인정하여 서양의학과 병존 - 완전히 이원화된 의료서비스 제공체계 - 이중면허는 허용되나, 의료행위 시에는 하나만 선택	한국, 대만
용인형	- 의술로는 전통의학이 수용되나 국가제도로는 비수용 - 일원화된 의료체제로서 전통의학은 서양의학의 한 부분	일본
배제형 또는 독점형	전통의학의 불인정	벨기에

자료: 문옥륜 외(2003)

이처럼 동북아시아 각 국은 자신들이 처한 사회적·문화적 환경에 따라 전통의학의 수용이라는 과제에 특색있게 접근했고, 다른 나라와 구별되는 의료서비스공급체계를 발전시켜 왔다. 따라서 업무영역의 구분을 둘러싼 의-한의간 갈등관계가 지속적으로 제기되고 있는 우리 현실에서 유사한 전통과 숙제를 공유하고 있었던 중국, 일본, 대만 등의 사례는 우리의 문제를 풀어가는 데에 있어서 적지 않은 시사점을 줄 수 있을 것으로 기대된다.

제1절 중국의 전통의학 수용¹⁷⁾

앞서도 언급한 바와 같이 중국은 전통의학의 수용에 있어서 통합형(integrated) 일원화체계를 유지하고 있다. 따라서 서의사의 증의약 기술 및 처방 뿐만 아니라 증의사의 서의약 기술 및 처방에 원칙적인 제한은 없다. 중국의 의료서비스 공급체계에서 주목할 만한 제도는 ‘중서의결합(中西醫結合)’이다. 여기서 중서의결합이란 전통의학과 서양의학의 통합의학(IWCM: Integration of Western Medicine and Traditional Chinese Medicine)으로서, 전통의학의 계승과 발달을 위하여 현대적인 과학 지식과 방법 활용, 증의학과 서의학이 서로를 보완함으로써 진단 및 질병 치료에 기여하는 형태의 의학체계와 형태라고 정의할 수 있다.

현재 중국에는 증의사와 서의사 외에 ‘중서결합의사’라는 별도의 의료 인력 면허제도가 운용되고 있으며, 이들의 수는 지속적으로 증가하고 있다. 의료일원화 제도가 이루어지고 있는 중국에서 별도의 통합의학 인력이 필요한 것인지에 대해서는 의문이 있을 수 있으나, 중국 정부가 중서결합의 인력을 육성하고 있는 중요한 이유는 첫째, 두 의학체계의 통합교육을 강화하고 통합인력을 집중적으로 육성함으로써 증의학의 세계화를 앞당기는 한편, 둘째, 현대의학과 의 결합을 제도적으로 보장함으로써 증의학의 현대화·과학화를 이룸과 동시에 향후 세계 시장에서의 경쟁력 확보를 위한 두 의학간 화학적 융합을 촉진하기 위한 것으로 정리할 수 있다. 본 절에서는 중국의 중서의결합의 제기되어 현재까지 발전해 온 역사적 전개상황을 먼저 살펴본 후, 현재 중서의결합 제도가 운영되고 있는 현황을 통해 시사점을 도출하고자 한다.

17) 중국의 사례는 다음 발간물의 내용을 재정리·업데이트하여 작성하였음: 윤강재·조재국이 준혁·강승현·천재영(2012b), 중국의 전통의학-양의학 협진서비스 현황 및 전달체계, 대외경제정책연구원·한국보건사회연구원

1. 중국의 중서의결합(中西醫結合)의 역사적 전개

가. 서양의학의 등장과 전통의학과의 관계에 대한 논쟁

동북아시아 지역에서 중국이 차지하고 있는 문화적 영향력은 매우 크며, 전통의학 분야 역시 우리나라를 비롯해 일본, 베트남 등에 적지 않은 영향을 미쳤다. 음양오행학설(陰陽五行學說)과 천인합일학설(天人合一學說)에 기반을 두고 성립된 것으로 알려져 있는 중국의 전통의학인 중의학(中醫學)은 오랜 역사를 통해 치료와 예방에 관한 독특한 이론체계와 풍부한 임상경험을 축적하여 왔다.

17세기 이후 서양과의 교류가 활발해지면서 주로 선교사들을 통해 서양의학[西醫學]이 전파되었고, 특히 아편전쟁을 전후로 하여 서양의학이 빠르게 중국 사회에 정착하게 되면서 서로 다른 세계관과 인체관·질병관을 가진 두 의학체계(중의학 및 서의학)가 공존하는 상황에 놓이게 되었다. 이 때문에 당시 중국 의학계와 정책 당국은 중의학과 서의학의 관계 설정의 문제를 두고 격렬한 논쟁에 휩싸였고, 점차 아래와 같은 네 가지 방향에서의 의학사조를 형성하게 되었다(신순식, 1999).

- ① 회통사조(匯通思潮): 중의학과 서의학은 서로 동등한 것으로 파악하며, 양자를 소통하는 것에 주력한다.
- ② 폐중취서(廢中取西): 중의학과 서의학은 서로 다른 의학으로 판단한다. 이 가운데 서의학이 옳고 우등하며, 중의학은 그르며 열등하므로 중의학을 버리고 서 의학을 발전시켜야 한다고 주장한다.
- ③ 참합사조(參合思潮): 중의학과 서의학은 서로 다른 의학으로 판단한다. 다만 각각의 장단점을 가지고 있으므로 서로간의 단점은 버리고

장점은 선택하여 절충한다.

- ④ 보존사조(保存思潮): 중의학과 서의학은 상대적으로 독립한 의학체계이므로 두 의학이 병존하여 독립적으로 발전하는 것이 바람직하다.

이와 같은 논쟁 속에 존폐의 위기에 까지 놓여 있던 중의학¹⁸⁾은 열악한 중국의 의료자원 확보라는 필요성 속에 중국 정부의 정책적 지원을 얻어 새로운 발전 방향을 모색하게 된다. 1950년 모택동(毛澤東) 주석이 ‘중·서의 단결’을 중국의 4대 위생방침 중 하나로 정한 이래(양기화, 2005), 북경에 중국중의연구원(中國中醫研究院: 현재의 중국중의과학원)이 설립되었으며(1955년), 중의연구원에서는 1960년까지 약 2,300명의 서의사들이 서의로서의 직무를 중단한 채 중의학을 배워 배출되었는데, 이들이 중서의결합 서비스를 제공한 첫 번째 세대라고 할 수 있다.

나. 중서의결합 발전을 위한 제도적 정비

중국의 전통의학 수용에 있어서 가장 획기적인 전기 가운데 하나는 1976년 중국 위생부가 개최한 ‘전국 중서의결합 사업보고회’에 제출된 『중서의결합 10개년 발전계획(全國中西醫結合十年發展規劃)』이라 할 수 있다. 이 계획이 가지고 있는 중요성은 다음과 같이 두 가지로 정리된다. 첫째, 단순한 의료자원 확보의 차원이 아니라 중서의결합을 통해 ‘새로운 의약학’을 창출하겠다는 의지를 천명한 것이다. 즉, 이 계획에서는 중서

18) 신해혁명 이후 성립된 북양정부(北洋政府)는 일본 의학학제를 본떠 의학 학제개혁을 실행하는 개혁안을 마련하면서 대학과정에서 중의학을 제외하는 ‘의학전문학교규정’을 반포하였으며(廢止中醫·不用中藥 주장) 1929년에는 남경(南京政府)에서 ‘구(舊) 의사’, 즉 중의사의 등록 중단과 중의학교의 폐지를 규정한 ‘구 의사 등록원칙에 관한 규정(規定旧医登記案原則)’이 통과되기도 하였음(중의폐지운동).

의결합 정책의 목표로 ‘중의·서의는 서로 단절하며 현대과학의 지식과 방법을 응용하여 광범한 실천을 통해 중의중약학의 지식과 서의서약학의 지식을 결합시켜 점차적으로 중서의결합의 기본이론을 창출하고 새로운 의약학을 형성’하는 것으로 제시하고 있다. 중의학의 효과를 현대과학에 응용할 뿐만 아니라 중의학과 서의학의 물리적 결합을 넘어서 두 의학을 화학적으로 융합시킴으로써 ‘새로운 의약학’을 창출해 내겠다는 것이다. ①중의학의 과학화 ②새로운 중서결합의학의 창출은 이후 중국 정부의 각종 중의학 관련 정책 및 국가계획의 변함없는 기초가 되었다.

둘째, 중서의결합 10개년 발전계획은 중서의결합정책을 추진함에 있어 반드시 필요한 인프라인 인력과 시설 측면에서 실질적인 발전을 가져온 계획이었다. 이 계획에 따라 1980년까지 각 성(省), 시, 자치구에서 반드시 1개 이상의 중서의결합병원 창설이 의무화되었으며, 천진시에 최초로 중서의결합병원이 설립되었다(天津市 中西醫結合病院). 아울러 1980년부터는 전국 중의약대학 및 의과대학에 총 28개의 중서의결합 박사과정과 87개의 석사과정이 설치됨으로써 중서의결합 과정이 공식적인 학제로 인정되기에 이르렀다. 이와 별도로 기존 의료인들 역시 통합적인 진료 제공이 가능하도록 중의약대학에는 의과대학 교과과정을, 의과대학에는 중의약대학 교과과정을 일정 비율 이상 편성하도록 하였다¹⁹⁾.

중서의결합 발전 과정에서 연구·학술 조직의 구성과 활성화 역시 중요한 의미를 가진다. 현재 우리나라 한의학의 효능을 과학적으로 입증해야 한다는 주장이 적지 않은데, 중의학 역시 이와 유사한 고민을 겪었다. 즉, 효과에 대한 과학적 근거 부족이 중의학의 한계로 흔히 지적되는 상황에서 중의학 및 중의결합의 성과에 대한 학술적 뒷받침과 전문 연구자간 네

19) 공식적으로 의사면허가 중의, 서의, 중서결합의로 세분화된 것은 2001년 집업의사법의 제정 이후임(양기화, 2005).

트위크의 형성을 매우 중요한 과제로 설정한 것이었다.

이와 같은 과제를 담당하고 있는 전문학회가 중국과학기술협회로부터 인정을 받은 국가일급학회인 중국중서의결합학회(中國中西醫結合學會)이다. 1981년 창립된 중국중서의결합학회는 매년 20~30여 차례의 국내·국제 학술대회를 개최하여 중서의결합 의료의 성과를 발표하는 한편, SCI 등재지인 「중국중서의결합잡지(中國中西醫結合雜誌)」를 전세계 20여 국가에 보급함으로써 중의학 및 중서결합에 대한 이론적 성과와 임상경험을 공유하고 있다. 아울러 주요 질환별로 35개 분과전문위원회를 두고 있는데, 각 분과별 학술지 발간 및 학술대회 개최를 통해 질병별·증상별 전문성 확보에도 주력하고 있다.

다. 중서의결합 발전을 위한 법적 규정과 정책적 방향 변화

현행 중화인민공화국 헌법 제21조는 국가로 하여금 보건의료사업의 발전과 아울러 현대의학과 전통의학을 발전시키는 의무를 가진 것으로 규정하고 있으며²⁰⁾, ‘중의약조례(中醫藥條例)²¹⁾’에서는 중의학과 서의학의 유기적인 결합을 통한 공동발전과 중의약 현대화를 국가적 책임으로 규정하고 있다.

중의약조례 제3조가 중의와 서의 간의 협력 및 보충(取長補短)의 정신을 구현하고 있다면, 제4조에서는 더 나아가 중서의결합의 추진 이유로

20) 중화인민공화국 헌법 제21조: “국가는 의료위생사업을 발전시키고 현대의학과 우리나라의 전통의학을 발전시키며 농촌의 집단경제조직, 국가의 기업, 사업체, 및 거주지 조직이 각종 의료위생시설을 설치하는 것을 장려하고 대중적인 위생활동을 전개하여 인민의 건강을 보호한다.”

21) 중의약조례는 2003년 4월 7일 국무원령 제374호로 발표되어 2003년 10월 1일부터 시행되고 있는 중의약 관련 법률로서, ‘중의약학(中醫藥學)’을 계승 및 발전시키고 중의약 사업의 발전을 보장 및 추진(제1조)하기 위하여 중의의료기구와 종사인력, 중의약 교육 및 과학 연구, 보장 조치, 법적 책임 등을 규정하고 있음.

서 현대의 과학기술을 이용하여 전통의학이 가지고 있는 비과학성을 극복하여 우수성을 증명함으로써 중의약의 현대화를 이루는 ‘화학적 결합’을 명시하고 있다.

〈표 3-2〉 중의약조례 주요 조항

제3조 국가는 중의약사업을 보호·지원발전시키고, 중의와 서의를 동시에 증시하는 방침을 실행하여, 중의와 서의가 서로간에 학습하고, 서로간에 보충하여, 서로 함께 향상될 수 있도록 장려하고, 중의와 서의, 두 종류의 의학 체계가 유기적으로 결합할 수 있도록 추진하여 우리나라의 중의약사업을 전면적으로 발전시킨다. (国家保护、扶持、发展中医事业，实行中西医并重的方针，鼓励中西医相互学习、相互补充、共同提高，推动中医、西医两种医学体系的有机结合，全面发展我国中医药事业.)

제4조 중의약사업은 마땅히 계승과 창조라는 원칙에 따라 발전되어야 하며, 중의약 특색과 우수성을 지키고 발양시키도록 현대과학기술을 적극 이용함으로써 중의약의 이론과 실천상의 발전을 촉진하여 중의약의 현대화를 추진한다. (发展中医事业应当遵循继承与创新相结合的原则，保持和发扬中医药特色和优势，积极利用现代科学技术，促进中医药理论和实践的发展，推进中医药现代化.)

중화인민공화국 정부 수립 초기에 강조한 ‘중의·서의 단결’과 현재의 ‘중서의결합’은 그 목적에서 다소 변화가 있었다고 평가할 수 있다. 건국을 전후로 한 시기의 중서의결합은 전통의학 인력을 활용함으로써 전란과 자연재해 등으로 생겨난 중국내 의료자원의 부족과 보건의료서비스 접근성 제고를 목적으로 한 것이었다면, 최근의 중서의결합은 중의약의 과학화세계화를 달성하기 위하여 서양의 의학과 과학기술을 적극적으로 활용하고, 궁극적으로는 두 의학체계의 유기적 융합을 통한 특색있는 새로운 의약학 발전에 목표를 두고 있다.

중서의결합의 목표가 중의학의 단순한 계승이 아닌, 서양의학과의 접목을 통해 현대화과학화하기 위한 것임은 중국 정부가 정기적으로 수립하는 ‘5개년 계획’에서 지속적으로 중의약의 발전과 중서의결합의 활성

화를 대내외적으로 천명하고 있다는 점에서 확인할 수 있다. 예를 들어 2001년 수립되어진 『중화인민공화국 국민경제와 사회발전을 위한 제10차 5개년 계획(10·5 계획)』의 ‘위생·체육사업 발전’에는 분명하게 ‘중의약(中醫藥)을 크게 발전시켜, 중서의결합(中西醫結合)을 추진한다’라는 방침을 제시하고 있다. 또한 5년 후에 수립된 제11차 5개년 계획에는 위생부와 국가중의약관리국, 과학기술부 등 16개 정부 부처가 공동으로 작성한 <중의약 혁신발전계획 개요(2006~2020)>라는 장기발전계획이 별도로 포함되어 있는데, 여기에서도 중의학과 서의학의 장점을 상호보완, 상호융합하여 중국 특색을 보유한 새로운 의약학 구축의 기반 마련을 총체적인 발전목표 가운데 하나로 제시하고 있음이 확인된다.

2. 중서의결합서비스 공급 및 이용 현황

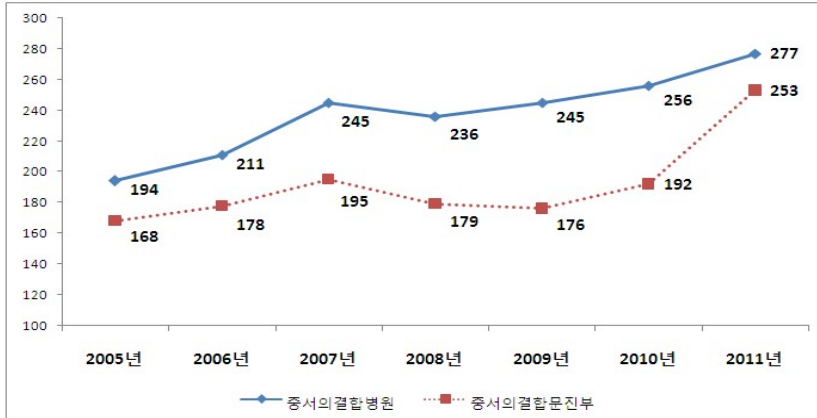
가. 중서의결합 자원공급 현황

2011년 현재 중국의 병원급 의료기관과 문진부²²⁾를 합쳐서 중서의결합 의료기관으로 등록되어 있는 곳은 총 540개소(병원 277개소, 문진부 253개소)이다. 이들 중서의결합 의료기관들은 2007~2008년 사이에 다소 감소했던 것을 제외하고는 지속적으로 증가하고 있는 추세이다. 특히 2010년부터 2011년 사이에 주로 외래의료를 담당하는 지역의 중서의결합문진부가 큰 폭으로 증가한 것이 특징이다.

22) 중국 위생부의 ‘의료기구기본표준(醫療機構基本標準)’에 따르면 중국의 의료기관은 병원급 의료기관(중국에서 병원은 醫院으로 표현)과 기층(基層) 의료위생기구로 대별됨. 병원은 규모와 전문과목의 규모에 따라 1, 2, 3등급으로 나누어지며, 진료 기능을 중심으로는 종합병원, 중의병원, 전문병원으로 구분되는데, 중서의결합은 ‘중의병원’의 범주에 포함된다. 문진부(問診部)는 기층 의료위생기구에 속하며, 주로 지역사회에서 외래의료기관으로서의 역할을 담당함(황홍국 외, 2011).

[그림 3-1] 중국 중서의결합의료기관 추이(중서의결합병원 및 중서의결합문진부)

(단위: 개소)

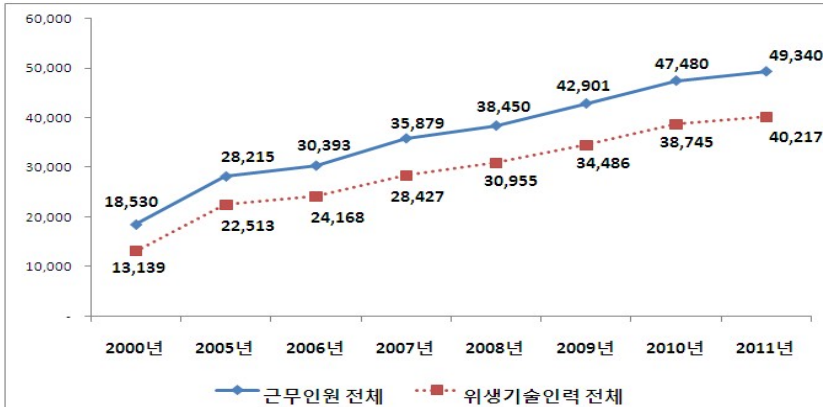


자료: 中國中醫藥管理局, 全国中医药统计摘编, 각 년도

중서의결합 의료기관이 증가하면서 이들 기관에서 근무하고 있는 인력의 수 역시 지속적으로 증가하면서 점차 중국 의료서비스체계에서 차지하는 비중을 높여가고 있다.

[그림 3-2] 중국 중서의결합의료기관 근무 인력 추이

(단위: 명)



자료: 中國中醫藥管理局, 全国中医药统计摘编, 각 년도

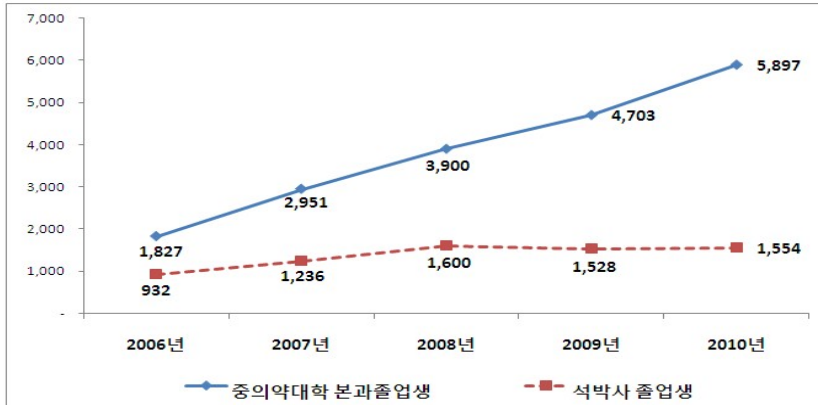
2011년 현재 중서의결합 의료기관에서 근무하는 의사, 약사, 간호사, 의료기사 등 ‘위생기술인력(衛生技術人力)’은 총 40,217명으로서 2000년(13,139명)에 비해 3배 이상 증가하였다. 위생기술인력에 한정하지 않고, 기타 기술인력과 관리인력까지 합산할 경우 2011년 근무인력은 49,340명에 이르는 것으로 집계되고 있다. 이는 같은 기준으로 10년 동안 약 2.7배 증가한 것이다(그림 3-2 참고).

현재 중국에서 중서결합의사가 되는 방법은 크게 두 가지이다. 첫 번째 일반적인 방법은 중의약대학 또는 의과대학 내에 설치된 ‘중서의결합 전공’에 입학하여 졸업한 후 면허시험에 응시하는 것으로서, 중서의결합 전공은 5년제 본과 과정 외에도 석사과정과 박사과정, 석박사통합과정(쌍학위과정)이 운영되고 있다. 두 번째 방법은 기존 의사인력(중의사, 서의사)이 2년 또는 3년간의 별도의 교육기간을 수료한 후 면허시험에 응시하여 자격증을 취득하는 것인데, 최근 중국 정부는 중서의결합 인력의 질적 수준 제고를 위해 중의약대학 및 의과대학에서의 전공자 육성에 더 많은 관심을 기울이고 있는 것으로 알려져 있다.

현재 집계가 가능한 최근 연도인 2010년 중의약대학 본과에서 중서의결합 전공을 마치고 졸업한 졸업생은 모두 5,897명으로 집계되고 있다. 2006년 졸업생이 1,827명이었던 것을 감안하면 5년 사이에 중서의결합 전공에 대한 관심이 크게 높아진 것이다. 또한 중의약대학과 의과대학에 개설된 석사과정 및 박사과정을 통해 배출되는 중서의결합 전공자 역시 2010년 1,554명으로 2006년(932명)에 비해 꾸준히 증가하는 추세이다. 직접적인 비교에는 무리가 있겠으나, 최근 10년간(2000~2010년) 중국 내 전체 의사인력이 1.1배, 간호사 인력이 1.5배 증가한 것과 비교해 보면 중서의결합의 위상과 관심, 향후 발전에 대한 기대감이 중국 사회에서 상당한 수준임을 엿볼 수 있다.

[그림 3-3] 중서의결합 본과(本科) 및 석박사 전공 졸업생 현황

(단위: 명)

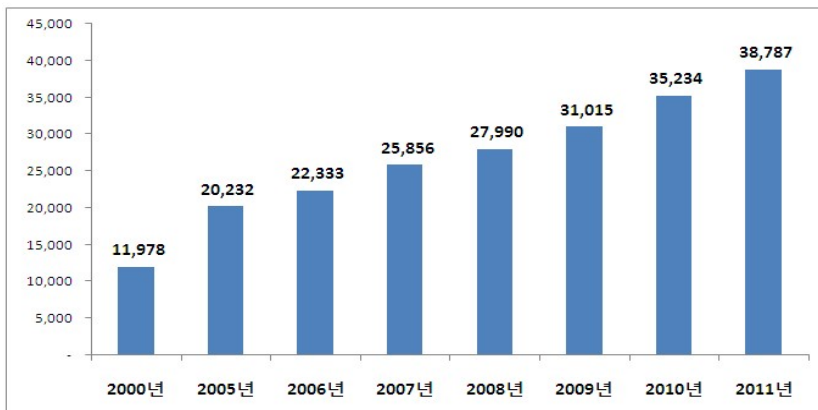


자료: 中國中醫藥管理局, 全国中医药统计摘编, 각 년도

마지막으로 중서의결합병원의 병상 수 역시 지속적으로 증가하고 있음을 확인할 수 있다. 2011년 현재 중서의결합병원이 보유하고 있는 병상 수는 38,787병상으로서 최근 10년 동안 약 3.2배 증가하였다.

[그림 3-4] 중서의결합병원 보유 병상(실제 보유병상 기준) 추이

(단위: 병상)



자료: 中國中醫藥管理局, 全国中医药统计摘编, 각 년도

나. 중서의결합 이용 현황

매년 증가추세에 있는 공급 현황에서 유추할 수 있듯이 중서의결합 서비스를 이용하는 이용량 역시 증가추세가 뚜렷하다. 물론 이러한 이용량 증가에는 중국의 경제성장과 의료보험 확대 정책도 적지 않은 영향을 미쳤으나, 중서의결합 공급의 꾸준한 확대와 중국 국민들의 신뢰감 제고도 긍정적으로 작용한 요인이었을 것으로 사료된다.

먼저 2005년부터 2011년까지 중서의결합병원에서의 외래(진료실 및 응급실) 이용 환자 추이를 살펴보면 2005년 14,674천명이던 이용자는 2011년에는 28,948천명으로 증가하여 거의 두 배 가까이 증가하였음을 알 수 있다. 앞서 공급 추이에서 살펴본 바와 같이 2007년과 2008년 사이에는 중서의결합병원의 수가 감소했음에도 불구하고(그림 3-1), 외래 서비스를 이용하는 인원은 줄어들지 않았다는 사실은 결합의료에 대한 이용자의 요구가 지속적으로 증가해왔음을 반증하는 것이기도 하다.

〈표 3-3〉 중서의결합병원 이용 현황: 외래(진료실 및 응급실)

(단위: 명, %)

연도	외래이용 인원 계	전년 대비 증가율	진료실 외래	전년 대비 증가율	응급실 외래	전년 대비 증가율
2005	14,674,567	13.0	13,564,093	13.6	1,110,474	6.6
2006	16,572,996	12.9	15,157,137	11.7	1,415,859	27.5
2007	19,580,127	18.1	18,019,984	18.9	1,560,143	10.2
2008	20,757,852	6.0	18,929,815	5.0	1,828,037	17.2
2009	24,173,181	16.5	21,977,885	16.1	2,195,296	20.1
2010	26,336,118	8.9	23,937,583	8.9	2,398,535	9.3
2011	28,947,666	9.9	26,377,439	10.0	2,570,227	7.2

자료: 中國中醫藥管理局, 全國中藥統計摘要, 각 년도

2005년 380,387명 수준이던 중서의결합병원 입원환자의 수는 2011년에는 984,419명으로 약 2.6배 증가하였다. 2011년에는 전년 대비 입원이용자 증가율이 7.8%로 상대적으로 낮아지긴 하였으나, 중서의결합병원에서의 입원의료 이용량은 꾸준히 증가하는 추세를 유지하고 있음을 알 수 있다. 입원의료 이용량 증가에 따라 관련 지표들인 병상가동일 및 병상사용을 역시 매년 증가하는 추세임을 확인할 수 있는데, 병상가동일은 2005년 248.06일에서 2011년 304.45일로 약 56일, 같은 기간 병상사용율은 67.96%에서 83.41%로 약 15.45%p 증가하였다.

〈표 3-4〉 중서의결합병원 이용 현황: 입원

(단위: 명, 일, %)

연도	입원이용 인원	전년 대비 증가율	병상가동일	병상사용(가동)율
2005	380,387	11.2	248.06	67.96
2006	428,518	12.7	256.12	70.17
2007	549,191	28.2	280.72	76.91
2008	631,041	14.9	292.83	80.23
2009	765,424	21.3	299.53	82.06
2010	913,493	19.3	302.29	82.82
2011	984,419	7.8	304.45	83.41

자료: 中國中醫藥管理局, 全國中藥統計彙編, 각 년도

이러한 이용량 증가에 따라 중서의결합 의사의 업무량 역시 비례하여 증가하고 있다. 중서의결합병원의 경우 2008년 근무 의사 1인당 1년 동안 진료해야 할 외래인원이 1,741.9명이었으나, 2011년에는 1,924.9명으로 증가하였으며, 담당해야 할 입원병상 수 역시 2008년 628.6병상에서 2011년에는 724.9병상으로 증가하였다. 이는 중의병원 및 민족병원 등 중의학 서비스를 제공하는 기관들에서 공통적으로 나타나는 현상으로

서, 서비스를 제공하는 기관 및 인력 투입량 증가를 상회하는 이용 요구가 있음을 보여주는 결과라 할 것이다.

〈표 3-5〉 중서의결합병원 의사인력 1인당 업무량

(단위: 인, 개)

연도	의사 1인당 연간 업무량		의사 1인당 하루 업무량	
	외래인원	입원병상	외래인원	입원병상
2008	1,741.9	628.6	6.9	1.7
2009	1,835.0	651.5	7.3	1.8
2010	1,815.3	710.5	7.2	1.9
2011	1,924.9	724.9	7.7	2.0

자료: 中國中醫藥管理局, 全国中医药统计摘编, 각 년도

중서의결합 의료기관의 수입과 지출 추이 역시 이용량 증가를 확인할 수 있는 자료이다. 중서의결합병원은 매년 높은 수입 증가율을 보이고 있으며, 지출 규모 역시 매년 증가하고 있다. 2008년 중서의결합병원의 수입액은 71억 위안이었으나, 2011년에는 135억 위안으로 2배 가까이 증가하였고 지출액 역시 70억 위안에서 129억 위안으로 약 1.8배 증가하였다.

〈표 3-6〉 중서의결합병원의 수입 및 지출 추이

(단위: 천위안, %)

연도	수 입		지 출	
	금액	전년대비 증감율	금액	전년대비 증감율
2008	7,157,346	28.6	6,979,116	27.5
2009	8,889,504	24.2	8,431,831	20.8
2010	11,318,591	27.3	10,714,118	27.1
2011	13,517,328	19.4	12,861,601	20.0

자료: 中國中醫藥管理局, 全国中医药统计摘编, 각 년도

3. 중서의결합서비스 운영 현황

가. 의료기관 운영 현황(3급 중서의결합병원을 중심으로)

중국의 병원급 의료기관은 그 규모에 따라 1, 2, 3급으로 나누어지는데, 우리나라와 마찬가지로 각급별로 인력, 병상, 면적 등의 최소 기준을 설정하고 있다. 이 가운데 상대적으로 소형 병원이라 할 수 있는 제1급 및 제2급 중서의결합병원 및 기층 의료기관인 중서의결합문진부의 기준은 다음 <표 3-7>과 같이 정리할 수 있다.

<표 3-7> 중서의결합 의료기관의 인력 및 시설 등 기준

	병상수	진료부서	의료인력	건물규모
중서의결합병원	1급 20 ~99개	•최소 중서의결합 내과, 외과, 예방보건과 •보조부서로서 최소 중약방, 화학실험실, 방사선과, 소독실	•병상당 최소 0.7명 의료인력 •최소 의사 3명, 간호사 5명, 약제사 1명, 화학실험 및 방사선과 1명 •병원인력의 최소 50%가 중서의결합인력	병상당 건물면적 35㎡ 이상
	2급 100 ~349개	•최소한 6개 이상의 중서의결합 임상부서 •보조부서로서 약제실, 화학실험실, 방사선과, 병리과, 소독실 •중서의결합전문가 또는 전문질환 연구실, 연구조(研究組) 필요	•병상당 최소 0.98명 의료인력 •병상당 최소 0.35명 간호사 •전체 의료인력의 최소 50%가 중서의결합인력 •전문부서마다 1명 이상의 주치의 사급 의사 배치	병상당 건물면적 40㎡ 이상
중서의결합문진부	-	•최소 중서의결합 내과, 외과 •보조부서로서 최소 약방, 화학실험실, 방사선실, 처치실, 주사실, 소독실 필요	•2년 이상 중서의결합 임상업무 종사경험이 있는 의사 최소 3명 이상 •최소 5명 이상 간호사 •보조부서에 1명 이상의 전문기술인력	건물면적 최소 300㎡ 이상
중서의결합진료소	-	•최소한 진료실, 처치실, 치료실 구비	•의사자격 취득후 5년 이상 중서의결합 임상업무 조사경험이 있는 의사 1명 •최소 1명 이상 간호사	건물면적 최소 40㎡ 이상

자료: 國家中醫藥管理局(2011), 中西醫結合醫院工作指南; 황홍국 외(2011)의 내용을 재정리

여기서는 3급 중서의결합병원을 중심으로 중국의 중서의결합제도의 운영을 좀 더 자세히 살펴보기로 한다. 우리나라의 종합병원급 의료기관과 비교할 수 있는 중국의 3급 병원은 높은 수준의 전문의료서비스를 담당함으로써 의료서비스전달체계에서 차지하는 위상이 매우 높다. 따라서 진료과, 인력기준, 시설 기준 등이 상당히 복잡하게 규정되어 있는데, 이 가운데 중서의결합서비스와 관련성이 높고 우리나라 제도 개선에 시사점을 줄 수 있다고 판단되는 영역을 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 인력 기준 및 인력 교육

3급 중서의결합병원 역시 1, 2급 기관들과 마찬가지로 중의학 또는 중서결합의학에 대한 지식을 갖춘 인력을 의무적으로 충당할 것을 규정하고 있다. 예를 들어 의사 인력은 중의사 또는 중서의결합의사가 전체 의료인력의 60% 이상을 차지하되, 일부 진료과목을 제외하고는²³⁾ 모든 진료과 구성 인력의 60% 이상을 차지해야 한다. 또한 각 진료과에는 고급 전문 기술 자격을 갖춘 부주임의사 이상 인력 또는 10년 이상 경력을 가진 중의학 또는 중서의결합의학 면허소유자를 1명 이상 보유하도록 하였다. 여기에 모든 임상부서의 책임자는 반드시 부주임의사 이상 인력이 담당하되, 이들의 40%는 중의 또는 중서의결합의가 맡도록 규정한다. 또한 중서결합의학에 대한 중서결합의학에 대한 지식과 경험은 약학 및 간호 인력 등에게도 요구되는 기본조건이다.

한편 3급 중서의결합병원은 인력교육계획을 수립하여 시행해야 한다. 병원임원(원장)과 진료과 책임자들은 매년 국가중의약관리국의 중서의결합정책 교육을 이수해야 하며, 병원 내부 직원들을 위한 교육 프로그램을

23) 60% 이상 기준에서 제외되는 과는 치과, 마취과, 산부인과, 심장외과, 신경외과 등임.

시행하도록 되어 있다. 그리고 3급 중서의결합병원에는 병원 외부의 인력에 대한 교육 역시 중요한 임무로 부과되는데, 매년 성(省)급의 <중서의 재교육 프로젝트>를 5건 이상 시행하는 한편, 중의사 자격증을 갖추지 않은 서의사들을 대상으로 중의약 및 중서결합의학에 대한 기본 지식과 기능 교육을 수행하는 역할을 담당한다.

〈표 3-8〉 3급 중서의결합병원의 인력 기준

인력 구분	기 준
의사	•중서의결합인력이 전체 의료인력의 60% 이상 차지 •각 진료과에 배치된 의료인력 가운데 중서의결합인력이 60% 이상 차지 •모든 진료과에 부주임의사 이상 또는 10년 이상 경력을 가진 중서의결합인력 1명 이상 보유 •임상부서 책임자는 부주임의사 이상 인력이 담당 •병원 내 모든 부주임의사 이상 인력의 40% 이상 중서의결합인력 차지
약사	•총 5명 이상 또는 100병상당 0.6명 이상 보유 •약사 인력의 40% 이상이 중약사
간호사	•병상당 0.4명 이상 확보 •전체 간호인력의 70% 이상에게 체계적인 중서의결합 지식 및 기술 교육 수행

자료: 國家中醫藥管理局(2011), 中西醫結合醫院工作指南

2) 진료과 및 중점 진료과목

3급 중서의결합병원에는 응급실, 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 이비인후과, 치과, 안과, 피부과, 침구과, 마취과, 전염병과 등 기본 12개과 이상의 임상 진료과를 개설하도록 되어 있으며, 진료활동을 보조하기 위한 부서로서 약제과, 의학검사와, 의학영상과, 병리과, 수혈과, 소독공급실, 진료기록보관실, 영양과 등을 설치해야 한다.

중서의결합병원의 진료에 있어서 가장 주목할 만한 것은 중서의결합의료를 활용하여 진료 및 치료를 담당해야 하는 중점전문과목(重點專科)를

지정하도록 의무화한 점이다. 3급 병원의 경우에는 중점전문과목을 3개 이상 지정하고, 여기에 소요되는 병상의 수를 30개 이상 두어야 하며²⁴⁾, 일종의 진료지침이라 할 수 있는 ‘협동진료방안’을 작성하도록 유도하고 있다. 이들 중점전문과목은 해당 질병의 치료 과정에서 중서의결합 치료 방법이 차지하는 비중이 전체 치료과정의 70% 이상을 유지하고, 진료성과 측면에서도 변증치료의 정확도가 90% 이상이 되도록 관리되어야 한다. 이를 위해 중점전문과목 연구실을 별도로 두는 한편, 지속적으로 치료 경과에 대한 자료를 구축하고 정기적으로 평가하는 과정을 밟는다. 또한 중점전문과목은 고정된 것이 아니라 주기적으로 개발·변경하도록 함으로써 중서의결합 진료가 다양한 질환에 적용될 수 있도록 하고 있다.

3) 약사(藥事) 및 간호업무 관리

중서의결합병원은 서비스 특성상 많은 중약재(中藥材)를 활용하게 된다. 중약재 역시 우리나라와 마찬가지로 안전성에 대한 논란을 겪어 왔다. 따라서 중약재의 안전한 관리를 위하여 조제실, 약재 창고 등의 면적 기준과 배수 및 설비 기준을 규정하는 한편, 전문 기술 자격증을 갖춘 인력의 책임 하에 약재가 관리되도록 하고 있다. 3급 중서의결합병원의 경우 전체 진료건수 가운데 7% 이상을 비(非)약물 중의치료로 수행하도록 한다. 또한 병원에서 상시적으로 사용하는 중약재제를 20종 이상으로 할 것과 전체 처방 가운데 중의약 처방을 40% 이상 유지할 것으로 요구함으로써 결합진료 활성화를 도모한다.

중서의결합병원에서는 중의 간호를 적극적으로 장려한다. 의료기관은 간호사를 대상으로 하는 중의약 지식 및 기능 교육을 계획하여 수행하고

24) 2급 중서의결합병원에도 중점진료과목 설정이 의무화되어 있는데, 과목의 수는 2개 이상, 전문 병상은 20개 이상임.

진료과목별 중의 간호 프로젝트가 2종 이상 유지되도록 노력하며, 중의 간호에 특화된 간호 병례 토론을 개최하도록 하고 있다²⁵⁾.

4) 예방중의

전통적으로 중국 등 동북아시아의 의학은 질병에 대한 치료라는 관념 보다는 평상시의 양생(養生), 즉, 질병에 걸리지 않도록 노력하는 것을 중시하여 왔다. 중의학에서 말하는 ‘치미병(治未病)’은 주로 질병 이전에 질병을 다스리는 예방의학을 의미하는데, 최근 중국에서 급증하고 있는 만성질환에 대응하기 위하여 매우 중요한 분야로 정책적 주목을 받고 있다. 예를 들어 상대적으로 지역사회에 밀착된 소규모 의료기관이라 할 수 있는 1급 중서의결합병원의 경우에는 앞서 <표 3-7>에서 살펴본 바와 같이 ‘예방보건과’를 의무적으로 설치하도록 하는 등 중 의학을 이용한 질병 예방 및 건강증진 서비스에 대한 관심이 높아진 것이다.

3급 중서의결합병원에는 예방의학 서비스를 제공하기 위한 별도의 구역을 지정하고 규정하고 있다. 구체적으로 건강상태 식별 및 위험 평가 구역, 건강상담 및 지도 구역, 건강치료구역, 보조구역 등이 그 예이다. 그리고 예방의학 서비스를 담당하기 위하여 의사와 간호사 인력이 최소 6명 이상 배치되어야 하는데, 이 가운데는 부주임의사 이상의 전문 기술을 갖춘 중의학 또는 중서의결합 의사 인력을 1명 이상 확보하는 것을 의무화하고 있다.

25) 중의 간호가 일반적인 간호 활동과 본질적인 차이를 가지고 있는 것은 아니며, ‘중의간호’라는 별도의 명칭은 간호기법의 차이가 아니라 중의약대학 간호학과에서 중의의 기본적인 이론을 습득하기 때문에 붙여진 명칭임. 중의병원과 중서의결합병원에서는 치료 효과와 업무 효율성을 제고하기 위해서 중의약대학 간호학과 졸업생을 선호하는 경향이 있으며, 중의 및 중서의결합병원에서는 간호사들을 대상으로 자체적으로 ‘변증간호법’ 교육 등의 프로그램을 운영하고 있음.

나. 교육 및 면허 운영

중국인으로서 중서결합의사가 되기 위한 방법으로 가장 중요한 것은 중의약대학 또는 의과대학에 설치된 ‘중서의결합 전공’에 입학하여 졸업한 후 면허시험에 응시하여 자격증을 취득하는 것이다. 중서의결합 전공 학제는 학교마다 차이가 있어서 7년제 석사급 또는 8년제 박사급(북경중의약대학)으로 운영하고 곳도 있지만, 최근에는 5년의 본과 과정을 운영하는 곳이 증가하고 있다.

2010년을 기준으로 중서의결합 전공자 가운데 박사 학위 졸업생의 81.2%, 석사 학위 졸업생의 81.9%가 중의과대학에서 학위를 취득한 것으로 나타나고 있다. 현재 재학생 역시 박사 과정의 82.7%, 석사 과정의 80.7%가 중의과대학에 재학하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 중의과대학 편중 현상은 중서의결합 석박사 과정이 개설된 중의약대학과 의과대학 수의 차이에서 기인한 불가피한 측면이 있기는 하나, ‘전통의학의 현대화’라는 중서의결합의 취지를 고려할 때, 오히려 의과대학에 더 많은 중서의결합 석박사 과정을 설치해야 한다는 비판도 나오고 있다(王 敏, 2010).

한편 중의과대학의 중서의결합 본과는 원래 5년제 외에도 2년제와 3년제가 운영되었으나, 인력의 질적 수준 제고 차원에서 2010년부터 2년제 과정은 폐지되었고, 3년제 과정 역시 인원을 대폭 감소하는 추세이다. 이에 따라 2010년 현재 본과 이수자 가운데 5년제 학제에서의 이수자가 거의 대부분(95.2%)을 차지하고 있다. 이외에도 중국 정부의 인력 수준 제고 노력은 다양하게 이루어진다. 원래 비(非)의과대학 및 관련 연구소에 개설된 석박사 학위 과정을 폐지하는 한편, 중국 교육부와 국무원들은 중서의결합 전공이 개설된 중의약대학을 대상으로 4~5년 주기의 정기적

인 평가를 담당한다. 평가항목은 교수들의 실적, 학생들의 수준, 교과과정 운영, 교육시설과 설비, 회계 규정 등에 대한 지표를 중심으로 구성되며, 평가결과 기준에 미달하는 부분에 대해서는 별도의 보완과정을 시행해야 하며, 문제점 개선, 지원금 회수, 신입생 모집 금지 등의 벌칙을 부여한다. 특별히 중서결합의 과정에 대해서는 국무원이 합동 평가를 하고 있으며, 평가 항목은 중의약과정과 대체로 유사하나, 석박사과정에 대해서는 보다 엄격한 기준을 적용하고 있다²⁶⁾.

중서의결합 교육과정은 대학별로 일정한 자율성을 부여하고 있지만, 중서의결합 인력 양성에 있어서 모델로 삼고 있는 ‘두 가지 기초, 하나의 임상(两个基础, 一个临床)’이란 원칙을 준수해야 한다. 두 가지 기초는 중의학과 서의학의 장점을 상호보완하기 위하여 두 의학체계를 체계적으로 학습해야 할 필요성을 강조한 것이며, 하나의 임상은 두 의학을 임상에서 동시에 적용함으로써 치료 및 예방효과를 극대화해야 함을 의미한다.

대학별로 편차가 있기는 하나, 북경중의약대학의 경우 중의학 전공자와 중서결합의학 전공자가 모두 전체 교과과정의 약 35~40%를 서의 과정에 배당하여 학습하도록 교육과정을 편성하고 있다. 다음 [그림 3-5] 및 [그림 3-6]은 북경중의약대학의 5년제(중의학 전공)와 7년제(중서의결합 전공) 교육과정이다. 5년제 과정은 중의학 기초과목을 먼저 이수한 후 고전 의사학(황제내경, 상한론, 금궤요략, 온병학)을 학습하면서 서의과목을 동시에 학습하도록 되어 있다. 7년제는 4년 반 동안의 강의와 1년간의 실습, 1년간의 학위논문연구의 틀을 갖추고 있는데, 중서의결합을 전공할 경우에는 서의 과목 및 임상에 좀 더 많은 시간을 투입하도록 하고 있다(이원철 외, 2008).

26) 2012년 10월 22일~10월 26일 연구자의 북경 출장시 북경중의약대학(北京中醫藥大學) 관계자와의 면담 결과

[그림 3-5] 북경중의약대학 5년제 교육과정(중의학전공, 침구추나학전공 등)

학년		1학년		2학년		3학년		4학년		5학년	
학기		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
교양필수											
전공 필수	4학기초	中基→中診→中藥→方劑				:					
	4대경전					內經→傷寒→金匱, 溫病		各家學說			
	서의					해부→생리, 생화→병리, 약리		진단 내과			
	임상					:		中內應急→外婦兒針			
임상실습								집중견습		졸업실습	
선택	중의	의사학				의안학		상과, 추나, 오관, 피부			
	서의					통계기초, 생물, 유전, 조직, 면역, 기생충, 예방, 재활				서의외과	
		← 리법방약 →				각기학설 임상견습		← 임상강의 →		←임상실습→	
		←									

자료: 정기호(2007)

[그림 3-6] 북경중의약대학 7년제 교육과정(중의임상방향, 중서의결합방향 등)

학년		1학년		2학년		3학년		4학년		5학년		6학년		7학년	
학기		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
교양필수															
전공 필수	4학기초	中基→中診→中藥→方劑													
	4대경전							內→傷, 金, 溫		各家學說					
	서의	해부→생리, 생화→병리, 약리						진단		내과					
	임상							內→外婦→兒急→針							
전공방향								皮眼傷推西外							
임상실습및연구												임상실습		학위논문연구	
선택	중의	醫史				統計, 醫案, 信息, 科研, 老年, 耳鼻, 口腔									
	서의			細胞 遺傳 組織 免疫 微生物 寄生蟲 預防 康復											
		← 리법방약 →				← 경전원저 →		← 임상의 →		← 임상실습 →		← 연구 →			
		← 기 초 →						← 임상 →							

자료: 정기호(2007)

4. 중국 사례의 시사점

전통의학 수용에 있어서 중국은 의학-중의학의 이원화체계를 인정하고 있다는 점에서는 우리나라와 유사성이 있으나, 그 성격이 배타적이지 않다는 점에서 차이점이 있다. 즉, 중국의 (서)의사는 중의학을, 중의사는 (서)의학을 별다른 제한없이 활용하는 것이 가능하다.

그러나 중국은 서의학과 중의학의 물리적 통합에서 한 단계 나아가 ‘화학적 융합’을 목표로 하고 있다는 점에 주목해야 한다. 두 의학체계의 융합은 중국 중의학정책의 주요한 목표였으며, 최근 발표되고 있는 중국 정부의 중장기 발전계획 및 중의약법(안)에 이르기까지 일관되게 강조되고 있는 국가적 시책이다. 이를 위해 ‘중서의결합의사(中西醫結合醫師)’라는 특수한 형태의 면허체계가 운영되고 있으며, 이를 위해 교육체계에서도 의과대학, 중의과대학 외에 별도의 ‘중서의결합 과정’이라는 통합교육 체계를 운영하는 3원적 체계를 갖추고 있다.

통합의학 과정인 중서의결합을 보다 실질적으로 발전시키기 위한 제도적 장치들은 우리나라의 의-한의 협진(양한방협진)을 내실화하는 과정에서 벤치마킹할 수 있는 측면을 가지고 있다. 예를 들어 2급 및 3급 중서의결합병원에서 의무적으로 지정하여 운영하도록 하고 있는 ‘중점전문과목’은 우리나라에서도 충분히 활용 가능하다. 국·공립의료기관을 (가칭)협진전문병원으로 지정한 후, 한방의료 또는 의-한의 협진의료가 상대적으로 경쟁력을 갖추고 있다고 알려진 질환을 중심으로 중점전문질환을 설정한다. 그리고 이들 질환에 대해서는 의과와 한의과의 협력 진료를 의무화하는 한편, 그 성과와 근거를 함께 논의하고 효과적인 예방과 치료를 위한 임상진료지침 등의 제정을 공동으로 연구하는 것이다.

중서의결합학회(中西醫結合學會)와 같은 학술활동을 국가 차원에서 지

원함으로써 의학과 중의학의 협력 지점을 모색하고, 그 근거를 과학적으로 검증하는 데에 많은 노력을 기울이고 있다는 점 역시 주목해야 한다. 실제로 한의학에 대한 비판 가운데 ‘효과성, 근거에 대한 과학적 검증’이 높은 비중을 차지하고 있는 것이 우리나라의 상황임에도 불구하고 이를 타개하기 위하여 의료계와 한의계의 공동 노력이 상당히 부족했음을 인정하지 않을 수 없다. 따라서 보완대체의학 및 한의계의 전통의학에 대한 다양한 연구활동들이 과학적 근거를 확보할 수 있도록 지원하고, 그 성과를 축적할 필요가 있겠다.

마지막으로 의료전문직간 직무영역의 설정과 자원공급체계의 개편에 있어서 상당한 기간을 들여 단계적으로 발전해 온 점 역시 중국의 특징이다. 건국 당시의 사회환경(의료자원 부족, 지역적 분포 편중성 등)을 타개하기 위해 시작된 중의·서의 협력은 『중서의결합 10개년 발전계획』까지 약 30여년, 현재의 ‘제3의학으로의 융합’까지 약 60여년 등 장기간이 소요되었다. 직무영역을 둘러싼 갈등과 대립이 빈발하기 쉬운 의료이원화 체계에서 서로간의 신뢰 형성을 시작으로 목표를 설정, 각 사안에 따라 점진적으로 실현해 가는 역사적 과정을 살펴보아야 할 것이다.

제2절 일본의 전통의학 수용

일본의 전통의학 수용 특징은 WHO 서태평양 지역사무소가 전통의학 지원 인프라를 분류한 자료에서도 잘 나타난다. 일본 역시 화의학(和醫學)이라 불리는 전통의학을 보유하고 있던 국가였으나, 현재에는 전통의학을 공식적인 의료체계에서 인정하지 않은 채, 일원화된 의료체계를 유지하고 있다. 그러나 일본은 일원화된 의료체계 속에서 적절히 병용하는 형태로 전통의학을 적극적으로 활용하고 있다. 따라서 전통의학을 전담하

는 정부기구나 프로그램이 존재하는 것은 아니지만, 전체 의과대학에서 전통의학을 교육하고 있으며, 일정 자격요건을 갖춘 전문의에게는 ‘한방(漢方)전문의’ 자격을 부여하여 전통의학 기술이 가능하도록 하고 있다. 뿐만 아니라 민간제약업체들을 중심으로 고품질 한약제제를 개발, 세계 시장에서의 주도권을 확보하기 위해 지속적으로 투자하고 있다.

〈표 3-9〉 중국, 한국, 일본의 전통의학 지원 인프라 비교

국가	정부공식문서 (정책/법/규제)	전통의학 국가기구	국가 프로그램	국가 전문가 자문위원회	연구기관	전통의학 대학교육 과정	의료보험 등
중국	○	○	○	○	○	○	○
한국	○	○	○	○	○	○	○
일본	○	-	-	-	○	○	○

자료: WHO(2012)

본 절에서는 이처럼 서양의 의학 중심으로 의료일원화체계를 운영하고 있는 일본의 사례를 살펴보고자 한다. 전통의학에 대한 일본의 수용 사례는 전통의학이 용인되어진 사례로서 중국과는 또다른 시사점을 줄 것으로 여겨진다.

1. 일본 의료일원화의 역사적 전개: 한방의학(漢方醫學)의 소멸

일반적으로 ‘한방의학(漢方醫學, kampo medicine)²⁷⁾’으로 명명되는 일본 전통의학의 모체는 우리나라와 중국의 전통의학 지식이라 할 수 있

27) 일본에서는 중국에서 건너온 의학을 한방의학(漢方醫學), 자국의 전통 의학을 화의학(和醫學), 이들을 총칭하여 화한의학(和漢醫學)이라 하였으나, 메이지유신 이후 현재까지 한방 의학, 화한의학, 동양의학 등의 용어가 혼용되고 있음. 일본의 동양의학회 역시 한방(漢方)의 일본어 발음을 이용하여 ‘kampo medicine’으로 부르고 있으므로 본 절에서는 일본의 전통 의학을 ‘한방의학(漢方醫學)’이란 용어로 통일하여 사용하고자 함.

다. 한반도(백제, 신라)를 통한 전통의학지식의 전수에 이어 562년 중국의 오(吳)나라 지충(知聰)이 중국의 고대의방, 본초, 침구서 160권을 전해 주면서 본격적으로 시작된 중국 전통의학과와의 접촉은 16세기 이후 후세파(後世派), 고방파(古方派), 절충파(折衷派), 고증파(考證派) 등 학문적 유파를 출현시키면서 전성기를 구가하였다(김재철, 2007)²⁸⁾.

오랜 기간 동안 이어 내려오던 일본의 전통의학은 중국과 마찬가지로 서양의 의학을 만나면서 큰 변화를 겪게 되었다. 포르투갈 및 네덜란드와의 교류를 통해 서양의 의학을 접하게 된 일본의 의학은 메이지유신을 계기로 일원화의 길을 추진하였다. 메이지 정부는 부국강병의 근대국가를 이룩하기 위하여 서양의 과학과 기술을 적극적으로 수용하였고, 이러한 시대적 조류 속에 한방의학이 문제점이 제기되었다. 당시 지적되었던 한방의학의 문제점은 ①한약재의 대부분이 고가인 까닭에 일부 부유층에만 사용되며 대중화되지 못하고 사회적 적합성을 충족하지 못하였고, ②한 의사의 교육이나 훈련제도가 구태의연한 도제교육 형태를 벗어나지 못하여 공개적인 서양의학교육에 비해 체계적이지 못하였으며, ③한방은 극히 개인 중심의 개별의학으로서 산업사회가 요구하는 집단의료 및 지역 사회 의학의 역할을 수행할 수 없고, ④객관적인 검사방법의 결핍과 수술을 요하는 외과 분야가 빈약하며, 현대의료로서의 종합기능을 갖추 수 없다는 점 등이었다(양기화, 2005).

조기호(2008) 역시 몰락 원인을 정치사회적 요인과 더불어 한방의학의 학문적 문제점을 지적하고 있다. 즉, 당시 한방의학에는 실증성을 추구하는 자세가 부족하였던 반면, 처방공개를 하지 않는 등 지적보편성을 거부하는 비밀주의는 횡행하였다. 또한 당시 한방의학 지도자들의 무비판적인 학문 태도와 외과영역에서의 성과 보유 미흡, 경제적·사회적 환경변화

28) 일본 전통의학의 유파에 대해서는 김재철(2007) 참고

속에 집단에게 일률적으로 적용되기 어려운 한방의학 본연의 특색 역시 중요한 원인으로 작용하였다(조기호, 2008).

당시 의약위생을 책임지고 있던 문부성(文部省)은 의료제도의 정비를 위하여 ‘의업허가제’를 강조한 『의제(醫制)개혁』을 반포하였고, 이에 근거하여 1875년부터 의사개업고시(의술개업시험)를 실시하게 되었다. 이 때 의사개업고시에 서양의학 과목만이 포함됨으로써 기존의 한방의학 인력이 국가의 공식적인 의료체계에 편입될 기회가 제한되는 결과를 낳았다. 더욱이 1883년 포고된 『의술개업시험규칙(醫術開業試驗規則)』에는 새롭게 의사로서 개업하는 자는 물리·화학·해부·생리·병리·약제·내과·외과 시험에 통과하도록 규정하여(김재철, 2007) 현재 의료일원화의 틀이 만들어지게 되었다. 이제 일본에서 서양의학을 수학하지 않은 사람의 의사 자격 취득이 제한되었으며, 한방의학은 서양의학과 공존이 아닌, 공적인 의학교육의 장에서 완전히 배척된 것이다.

물론 일본의 한방의학계는 이러한 위기 상황에 나름대로 대응하기 위한 활동을 전개하였다. 1879년 한방의학의 부활을 위한 결사로 동경에서 조직된 온지사(溫知社)는 한방의학 강좌를 마련하고 관련 잡지[溫知醫談]를 발간하는 등의 활동을 전개하였고, 나고야에 한방의학자들이 박애사(博愛社)를 결성하여 관의 허가를 얻은 황한의학(皇漢醫學) 강습소를 개설하는 등 한방의학 부흥운동을 펼치게 된다(김재철, 2007). 그러나 한방의학에 대한 일반의 관심이 감소하고 운동을 이끌어 온 유력 인사들이 사망하면서 한방의학 부흥운동은 쇠퇴의 길을 걷게 되었으며, 결정적으로 1895년 제4차 제국의회에서 한방의(漢方醫) 부활을 위해 제출된 ‘의사면허규칙 개정안’이 근소한 표차로 부결되면서 한방의학은 제도권에서 사라지게 되었다. 이후 일본의 한방의학은 오랫동안 일부 관심있는 의사들을 중심으로 개인적으로 학습하고 전승되며 명맥을 유지하다가 제2차

세계대전 종전 이후 1950년대에 들어 한방의학을 인정하는 의사, 약제사, 침구사 등이 중심이 된 일본동양의학회²⁹⁾가 설립되면서 새로운 발전의 계기를 마련하게 되었다(신민규 외, 1998).

2. 일본의 의료일원화 운영 현황과 성과

가. 한방의학 교육현황

그동안 한방의학을 교육하는 의과대학은 꾸준히 증가하여 왔으나, 획기적인 전환점은 2001년 3월 일본 문부과학성이 발표한 『21세기 의학·치의학 교육의 개선책』이라 할 수 있다. 이 개선책 가운데 의과대학의 교육과정 개선을 다룬 「의학교육 Model Core Curriculum」에는 의과대학생이 6년간 의무적으로 배워야 할 내용을 규정하고 있는데, 이 가운데 하나인 ‘약물치료의 기본원리’에 “화한약을 개설(概說)한다”라는 항목이 추가되었다. 즉, 앞으로 의과대학에 입학하는 학생들은 의무적으로 한방의학에 대한 교육을 이수하게 된 것이다. 뿐만 아니라 “화한약을 개설한다”는 의미는 학생들에게 “화한약에 대한 설명이 가능하도록 교육되어야 한다”고 설명함으로써, 한방의학 교육의 수준의 기준이 되도록 하였다²⁹⁾. 이를 실천하기 위한 텍스트로서 2002년 12월에 일본동양의학회

29) 당시 국립대학 가운데 유일하게 한방의학교실이 개설되어 있던 토야마(富山)의과대학이 마련한 core curriculum의 해당 항목은 다음과 같이 구성되어 있음(조기호, 2008).

○ 일반 목표

- 진료에 필요한 화한약치료의 기본(한방의학의 기본적 개념, 진찰방법, 한방처방의 운용)을 배운다.
- 전인적 시야를 익히고, 화한약을 포함한 환자를 위한 최선의 치료방침을 선택할 수 있도록 한다.

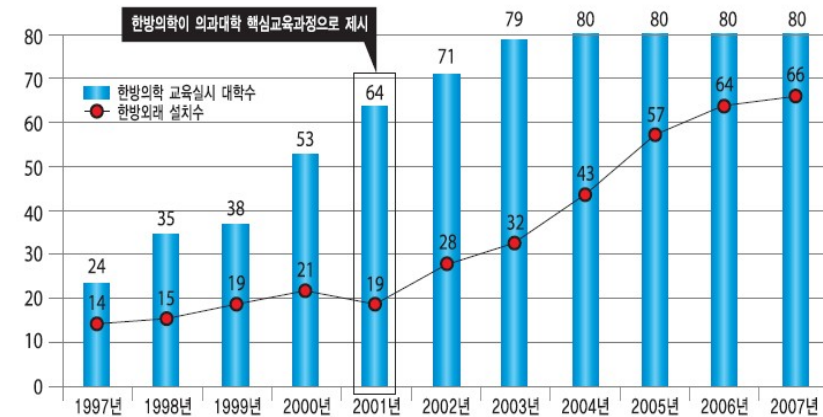
○ 도달 목표

- 한방의학의 특징, 기본적인 개념을 설명할 수 있어야 한다(기혈수, 음양허실, 표리·한열을 이해한다).

학술교육위원회가 편찬한 『입문한방의학』이 발간되었다(조기호, 2008).

현재 일본의 80개 의과대학은 모두 한방의학에 대한 교육을 실시하고 있으며, 2006년부터는 모든 의과대학에서 8코마³⁰⁾ 이상의 한방의학 교육을 실시하고 있다. 이는 의과대학생이 한방 의학을 이해하기 위한 최소의 강의시수를 8코마 이상으로 규정하고 있기 때문이다. 공식적인 의과대학 교육과정에 한방의학이 포함됨에 따라 한방외래를 설치한 대학병원 수도 2001년 이후 지속적으로 증가하는 추세로서, 2007년의 경우 전체 대학병원의 82.5%에 달하는 66개 대학병원에서 한방외래를 설치, 진료 중에 있다(한국한의학연구원, 2009).

[그림 3-7] 일본의 한방의학 교육 실시 의과대학 및 한방외래 설치 대학병원 추이



자료: 보건복지부(2012)

- 한방의학과 서양의학의 기본적인 차이를 설명할 수 있어야 한다.
- 한방의학의 진단방법을 설명할 수 있어야 한다(四診: 望診, 聞診, 問診, 切診).
- 한방의학의 '증(症)'을 설명할 수 있어야 한다.
- 한방방제의 구성, 약리작용, 적응증을 설명할 수 있어야 한다.
- 한방처방의 대표적인 부작용과 사용상의 주의사항을 설명할 수 있어야 한다.
- 한방의학의 EBM과 동서의학의 통합에 대하여 대략적인 설명을 할 수 있어야 한다.

30) '코마'는 일본 문부과학성이 정하는 대학의 강의시수로서 1코마는 90분 수업으로 규정되어 있음.

또한 2007년 실시된 Kampo Medical Symposium에 참가한 의사 585명을 대상으로 한 대학병원의 한방외래 설치 필요성에 대한 조사에서도 ‘서양의학과 한방의학이 결합한 의료의 실천으로서 필요하다’는 응답이 61.1%, ‘임상실습 중 외래실습의 하나로 필요하다’는 응답이 29.8%를 차지하는 등 의료현장에서의 한방의학 교육 및 기술의 필요성은 광범위하게 인정되고 있다(조기호, 2008).

나. 한방의학 면허 및 서비스 현황

이미 기술한 바와 같이 일본에서는 전통의학인 한방의학이 공식적·법률적으로 인정되지 않으며, 한방의학의 기술을 위해서는 의사면허 소비자가 별도의 자격요건을 갖춘 후 ‘한방전문의(漢方専門醫)’ 자격을 취득해야 한다. 일본에는 총 72종의 전문의가 있는데, 한방전문의 자격은 ‘횡단적 다분야 영역’에 속한 일본 동양의학회가 인정하고 있다.

일본동양의학회가 인정하는 한방전문의는 1990년부터 배출되기 시작하였는데, 의사면허 소지자로서 동양의학회가 지정한 연수시설에서 일정기간 이상 한방의학 임상수련을 받을 것을 의무사항으로 지정하고 있다. 또한 한방전문의 자격은 5년 단위로 갱신하여야 한다.

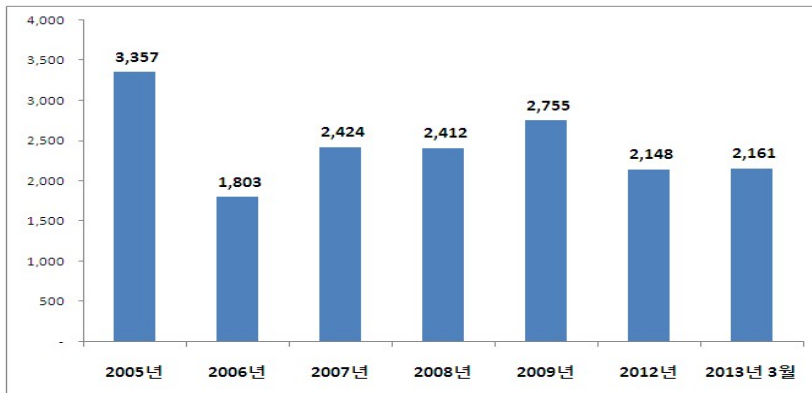
〈표 3-10〉 일본 한방전문의 인정제도 주요 내용

구분	내 용
자격조건 및 연수기간	•일본 의사면허소지자로 ‘일본전문의인정기구’의 인정의 또는 전문의 •일본동양의학회가 정한 연수시설에서 3년 이상 한방의학 임상수련을 쌓은 자
인정방법	•한방진료가 유효하다고 인정되는 50증례의 임상보고 중 10증례의 임상보고 제출 •매년 1회 실시하는 인정시험 합격
자격 갱신	•매 5년마다 갱신, 심사는 매년 1회 실시

자료: 일본동양의학회 홈페이지(<http://www.jsom.or.jp/universally/doctor/index.html>)

한방전문의의 수는 2005년 3,357명에 이르렀으나, 2006년에는 1,803명까지 감소한 후 다소 부침을 거듭하고 있는 상황이다. 2013년 3월 현재 일본동양의학회가 집계하고 있는 한방전문의의 수는 2,161명으로서, 2010년 후생노동성이 집계하고 있는 일본 전체 의사 수가 295,049명³¹⁾임을 고려한다면, 약 0.7%의 의사들이 한방전문의로서 자격을 취득하고 있는 셈이다.

[그림 3-8] 일본의 한방전문의 추이



자료: 보건복지부(2012)

일본동양의학회에서 주목되는 점은 단순히 한방전문의 자격의 관리에만 그치는 것이 아니라 한방의학의 과학화를 위한 노력을 꾸준히 기울이고 있다는 점이다. 예를 들어 2000년대 들어와 일본동양의학회가 한방의학의 활성화를 위하여 주력한 분야가 근거중심의학(EBM)의 추구하고 용어 통일 및 통일된 교과서 편찬인데, 각각의 분야에서 적지 않은 성과를 거두고 있는 것으로 평가할 수 있다. 특히 한방의학에서 근거중심의학을 접

31) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html>

목시킴을 위한 노력이 높이 평가될 수 있는데, 일본동양의학회회는 이미 2001년에 학회 내에 EBM위원회를 설치, 운영하고 있다.

EBM위원회의 설치취지는 현대의학 각 과에 따른 질병치료 인식을 한방의학에 적용함으로써 한방의학에 대한 이해도를 제고하기 위함이었다. 그 일환으로 2002년 발간된 보고서는 일차적으로 한방의학에서 주로 활용되고 있는 약물요법을 대상으로 하였다. 1986년부터 발표된 한방제제가 사용된 임상논문 833편을 리뷰하여 임상증거편과 연구방법론으로 구성하여 그 결과를 평가한 것인데, 이는 한방의학 분야에서 최초로 EBM관점에서 현대의학 각 과에 맞추어 시도한 평가였다(조기호, 2008). 최근 EBM위원회가 발표한 『한방치료 Evidence Report 2010(漢方治療 エビデンスレポート 2010)』³²⁾은 345건의 무작위 임상실험(RCT) 결과와 아울러 각종 질환을 대상으로 한 논문에 대한 메타분석 결과를 수록함으로써 한방의학의 과학화와 표준화에 꾸준한 노력을 기울이고 있다.

일본의 의사 713명을 대상으로 조사된 한방의학 서비스 제공 현황 조사 결과는 표본의 대표성과 낮은 회답률 등의 몇 가지 한계점에도 불구하고 한방의학에 대한 인식을 파악할 수 있는 자료로 활용할 수 있다³³⁾. 먼저 전체 응답자 가운데 현재 진료에서 한방제제를 사용하고 있다는 응답이 72.4%에 이르고 있는데, 이들이 한방제제를 사용하는 이유(중복응답)로는 ‘서양약 치료만으로는 한계가 있기 때문(62.8%)’, ‘학회 등에서 과학적 데이터가 보고되고 있기 때문(32.6%)’, ‘환자의 삶의질을 높이고 전인적 의료가 가능하기 때문(32.0%)’ 등의 순으로 나타났다.

32) <http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/er/pdf.html>

33) 이하 조사 결과는 조기호(2008)의 내용 가운데 발췌·정리

〈표 3-11〉 일본 한방제제의 사용 이유

사용 이유	%
•서양약 치료만으로는 한계가 있기 때문에	62.8%
•학회 등에서 과학적 데이터가 보고되고 있기 때문에	32.6%
•환자의 삶의질을 높이고, 전인적 의료가 가능하기 때문에	32.0%
•환자들이 강력하게 요구하기 때문에	21.9%
•복합질환을 가진 고령환자가 늘어나기 때문에	13.4%
•생활습관병 등의 질병 진행 억제가 기대되기 때문에	7.8%
•의료 경제측면에서 약제비용절감이 되기 때문에	2.7%
•기타	8.3%

자료: 조기호(2008), 한국한의학연구원(2009b)

또한 각종 질환 가운데 한방제제를 사용하고 있는 질환이나 증후를 나열하면, 부정수소(不定愁訴)궤년기 장애·자율신경실조증에 사용하는 비율이 가장 높았고, 그 뒤를 이어 급성기도염, 변비, 피로·권태감 등의 순으로 나타나고 있다.

〈표 3-12〉 한방제제를 사용하는 질환증후

순위	질환증후	%	순위	질환증후	%
1	부정수소·궤년기 장애·자율신경실조증	52.7	6	기침·가래	30.8
2	급성기도염	50.8	7	알레르기 비염	29.1
3	변비	48.4	8	위염	22.1
4	피로·권태감	32.0	9	근육 경련	21.6
5	식욕부진·영양상태 개선	31.0	10	부종	20.9

자료: 조기호(2008), 한국한의학연구원(2009b)

다. 한방의약품³⁴⁾

마지막으로 일본의 한방의약품(한약제제) 현황을 간략히 살펴보고자 한다. 공식적인 국가의료체계에서 제외되면서 명맥만 겨우 유지하던 일본의 전통의학이 20세기 중반 이후 다시 관심의 대상이 된 중요한 원인 중의 하나가 고품질 한약제제의 개발·생산 및 한약제제에 대한 건강보험 적용 확대이다. 일본 전통의학 수용 현황에 있어서 한방의약품이 차지하는 위치는 결코 낮지 않다. 일본의 한방제제 생산기술 수준은 세계 최고 수준으로 여겨지고 있는데, 이는 전통의학의 인정 여부와는 별개로 기술적 측면을 최대한 집중육성한 일본 특유의 실용적 전략이 성과를 거둔 것으로 평가된다.

2008년 현재 일본의 한방의약품 시장규모는 약 1,245억엔(약 1조 7,162억원)으로 추정되며, 한방의약품 시장에서 국내생산액이 차지하는 비중이 98.0%(1,220억엔), 수입액이 차지하는 비중이 2.0%(25억엔)으로 수입의존도가 매우 낮은 특징을 보여준다. 한방원료의약품(생약)의 국내생산액과 수입액의 비율이 65:35인 점을 감안한다면, 일본이 보유하고 있는 한방완제의약품 생산기술의 우수성이 나타난다.

일본의 총의약품 생산액에서 한방의약품 생산액이 차지하는 비중은 약 2.0%로서(일본 총의약품 생산액 6조 1,405억엔), 2005년 이후 한방의약품 산업의 연평균성장률은 4.8%에 이르는 것으로 추계되고 있다. 2009년 현재 일본의 한방의약품 제약업체 수는 78개 업체로서, 이들은 총 1,446개에 달하는 한방의약품 품목을 생산하고 있다(한국한의학연구원c, 2009).

34) 일본의 한방의약품 시장현황과 동향에 대해서는 다음 저작물의 내용을 중심으로 작성하였음: 한국한의학연구원(2009c), 일본 한방의약품 시장 생산 현황.

〈표 3-13〉 일본 한방의약품 생산 및 수입 현황(2008년)

(단위: 백만엔)

구분	생산		수입		합계금액
	금액	구성비	금액	구성비	
한방제제	113,582	99.1%	1,048	0.9%	114,630
생약	2,433	64.8%	1,322	35.2%	3,755
기타 생약 및 한방처방에 기반한 의약품	5,970	98.1%	117	1.9%	6,087
합계(한방의약품)	121,985	98.0%	2,487	2.0%	124,472

자료: 조기호(2008), 한국한의학회연구원(2009c)

한방의약품의 건강보험 급여화는 1976년 33처방을 시작으로 2009년 현재 총 148종(147처방+생약 1종)의 한방의약품으로까지 확대되었다. 특히 이들 한방의약품은 1980년대 중후반 이후 급격히 증가하게 되는데, 이는 1989년부터 본격적으로 도입·시행된 한방전문의 인정제도(실제 한방전문의 배출은 1990년)로 인해 전문가의 활용이 증가하였기 때문으로 분석된다. 일본의 한방의약품 보험급여는 의사의 처방이 필요한 전문의 약품을 대상으로 하기 때문이다.

물론 일본의 한방의약품 역시 제제의 품질을 둘러싼 논쟁, 한방의약품 사용상의 부작용과 주의사항 규제, 한방처방의 약효에 대한 재평가, 한방 의약품의 급여화에 따른 경제성 문제 등 지속적으로 해결해야 할 많은 과제를 안고 있다. 그러나 과학적인 근거 중심으로 한방치료를 연구하고, 민간제약업체를 중심으로 연구개발을 진행함으로써 고품질 한약제제를 개발하여 세계시장에서의 점유율을 높여가고 있다는 점, 일본내 의사들에 의한 한방의약품 처방 비율이 낮지 않고, 앞으로 인구고령화와 만성질환 증가 등으로 한방의료에 대한 의사들의 기대치가 높다는 점³⁵⁾ 등은 의

35) 일본 의사들을 대상으로 한 조사에서 노인의료 분야에서 한방의료가 차지하는 역할은

료일원화 체계 속에서 일본 전통의학이 차지하고 있는 위상과 생존·확장 전략이 어떤 성과를 거두고 있는가를 보여주는 좋은 예라고 할 것이다.

3. 일본 사례의 시사점

일본은 현재 국가의 공식적인 의료체계에서 전통 의학을 인정되지 않으며, 별도의 전통의학 인력 양성과정이나 면허체계를 가지고 있지 않다. 그러나 일본의 전통의학은 소멸된 것이 아니라 오히려 활발하게 연구되어지고, 산업(한약제제) 측면에서는 전통의학의 종주국이라 할 수 있는 중국을 능가하는 경쟁력을 갖추고 있는 것으로 평가된다.

이러한 성과가 나타나게 된 가장 큰 이유는 의과대학의 교육과정에 꾸준히 전통의학 과정을 확대하고, 한방 외래를 설치하여 진료서비스를 제공하는 대학 병원 역시 꾸준히 증가하는 등 전통의학에 대한 이해를 전체 의료체계 가운데 높여 온 노력에 있다. (서양)의학과 전통의학의 이해의 격차를 감소시키는 것이 효과적인 협력 진료 형성과 의료일원화 과정에서 필수적인 과정이라는 점에서 일본의 전통의학 교육체계와 의료 현장에서의 서비스 제공체계는 앞으로도 깊이있게 연구할 가치가 충분하다고 할 수 있다³⁶⁾.

또한 앞서 지적한 바와 같이 한방의학의 과학화를 위하여 많은 노력을 기울이고 있으며, 그 성과가 한방의약품(한약제제)에서 구체적으로 나타나고 있다는 점 역시 ‘한의학의 세계화’를 구상하고 있는 우리나라에서 주목해 보아야 할 필요가 있다. 특히 한방의약품에 대한 건강보험 급여화

큰 역할이 기대됨(7.0%), 경우에 따라서는 역할이 클 것으로 기대됨(56.8%) 등으로 나타나고 있음(한국한의학연구원b, 2009).

36) 예를 들어 최근 일본 후생노동성 장관은 안전성이나 효과에 대한 과학적 근거 마련을 통해 전통 의료와 현대 의료를 통합시키는 노력을 적극적으로 검토할 의사를 피력한 바 있음(統合医療推進を「積極的に検討」 <http://www.cabrain.net/news/regist.do>)

의 확대와 한방전문의 인정제도를 통한 한방 분야 처방의약품의 확대는 여러 가지 논란에도 불구하고 이러한 산업 발전에 크게 기여한 것으로 보 이는데, 전통의학의 인정 여부와는 별도로 그 가치를 사전에 포착하고, 이를 집중 육성한 일본 특유의 실용적 전략은 우리에게도 시사하는 바가 적지 않다.

제3절 대만의 전통의학 수용

대만의 보건의료 체계는 여러 가지 면에서 우리나라와 유사하다. 전국 민 단일보협체계(single payer system)가 구축되어 있음에도 공공의료 는 상대적으로 취약하다. 또한 의료서비스의 전달에 있어서도 주요한 공통점이 있는데 바로 전통의학에 대한 의료이원화 시스템이다.

대만의 의료는 면허, 교육, 업무(행위), 행정체계 등 의료시스템 전반을 중의(中醫)와 서의(西醫)로 구분하는 의료이원화 시스템을 갖추고 있다. 전통의학에 대해 법적·행정적으로 서양의학과 동등한 지위를 부여하는 국 가는 세계적으로 많지 않다. 중국과 일본의 의료현장에서 전통의학이 제 공되고 있고, 이를 보험 서비스를 통해 보장하고 있지만, 중국은 면허와 의료행위에서 중의·서의의 구분이 없으며 일본은 한방(kampo)의료 중 약(한방제제)은 서의사에 의해 제공되고 침구는 전통 침구사에 의해 제공 되나 침구사는 의료인의 지위를 갖고 있지 못하여 의료 이원화 시스템이 라고 보기 어렵다. 이렇게 보았을 때 대만은 동아시아 전통 의학을 보유한 국가이면서, 전통 의학을 이원화 시스템 속에서 발전시켜온 우리나라 이 외의 유일한 국가라고 할 것이다.

현재 우리나라는 한의사와 의사간에 의료기기와 의료행위 등 영역을 둘러싼 갈등이 극심하다. 이러한 상황에서 대만의 중서의 의료시스템에

대해 파악하고 우리나라와의 공통점 및 차이점을 분석한다면 우리나라의 의료이원화 시스템에도 좋은 시사점을 줄 것으로 여겨진다.

1. 중서의 의료시스템 역사

중의학(中醫學)은 근대 이전에는 음양오행의 철학적 체계를 바탕으로 중국 국민들의 의료를 담당하였으나, 근대 이후에는 ‘전근대 유물’로 치부되어 루쉰 등 근대 사상가들에 의해 폐기되어야 한다고 주장되었다. 앞서 중국의 사례에서 살펴본 바와 같이 중국에서도 1940년 이후 모택동 주석에 의해 ‘중서의 결합’이 제시되어 중의에 대한 재조명이 이루어지기까지 중의학 폐기를 둘러싼 끊임없는 논쟁이 벌어졌다.

중국 본토에서의 논쟁과는 별개로 대만에서는 일본 식민지 정부에 의한 중의 탄압에 의해 중의가 큰 타격을 받았다. 1901년 식민지 정부에 의해 중의사 허가증을 발급받은 사람이 1,903명이었으나, 1945년에는 중의사가 10명에 불과했다(오월환, 2004). 해방 이후에도 1949년 행정원장이 중의약 업무를 폐지하려고 시도하는 등 중의폐지에 대한 논란이 계속되었으나, 1950년 중의사 특종고시가 시작되고, 1958년에는 중국의 약학원(현 중국의약대학)이 개교하여 1966년에 면허고시를 위한 중의과가 개설되면서 중의 의료 시스템을 갖추기 시작하였다. 당시에 중국의약학원에는 6년제와 7년제가 있었는데 6년제는 중의사 면허만 취득이 가능하며, 7년제는 중의사 면허 취득 후 서의사 면허도 취득이 가능하였다.

1975년에는 비록 외래[門診部]로 제한되긴 하였으나, 중국의약학원 부설병원이 개설되어 중의과 실습이 실시되었으며, 1984년에는 중국의약학원에 학사 후 중의학과가 개설되어 4+5제가 시도되었다. 1994년에는 중국의약학원 내에 ‘西學中’ 반을 개설하였는데, 이는 서양의사가 중의과

목 45학점을 이수하게 되면 중의사 고시에 응시할 수 있는 자격을 주는 과정이었다³⁷⁾. 1996년에는 중국약학원 내에서 중의와 서의 면허고시에 모두 응시할 수 있는 7년제가 8년제로 연장·변경되었다. 1998년에는 장경의학원에 8년제 중의과가 개설되었으며, 1999년에는 중국약학원에 중서의결합 석사과정이 개설되었다.

국가차원에서의 중의학 및 중서의결합 정책으로는 1963년에는 교육부 산하에 국립중의약연구소가 설립되었는데, 우리나라의 한국한의학연구원이 1994년에 개소한 것과 비교해보면 국가의 중의학에 대한 과학화 및 현대화 발전 의지가 일찍부터 높았음을 잘 보여준다. 1991년에는 국립대학인 양명대학에 전통의학연구소가 설립되어 중의학 석사를 배출하기 시작하였으나 중약기초 연구에 치중되어 있으며, 면허와 연계된 교과과정은 아니었다. 1986년에는 고시원 의사인원규제법(醫事人員檢覈辦法)에 중의사를 의사(醫事) 인원 범주에 포함하여 중의사가 의료인으로 인정받기 시작하였다. 현재 대만내 중서의 결합은 국가 행정기관인 중의약위원회의 4개 목표중 하나로 추진되어지고 있다.

1993년에는 학술단체인 중화민국 중서의정합학회가 창립되어 대만내 중서의 결합 전문의제도를 제안하였으나 무산되었다. 중서의정합학회는 1998년에는 중서의 결합 전문의 고시를 실시하는 등의 노력을 벌였으나 큰 성과를 거두지는 못하였다.

37) 이 과정은 현재 폐지되어 운영되지 않음

〈표 3-14〉 대만의 중서의 의료체계 역사

연도	주요 내용
1901	■ 일본 식민정부의 첫 중의사 고시 실시 ■ 「대만의사면허규칙」 반포하여 중의사 고시 폐지
1936	■ 국민정부(國民政府) 의학 교육과정 중 중의 과목 폐지
1939	■ 중의사 개원 금지
1943	■ 중화민국 의사법 개정 (의사와 중의사 의원제도)
1950	■ 중의사 特種考試 개시
1958	■ 중국약학원(現 중국약학대학) 개교, 의학과(7년제) 개설
1963	■ 국립 중의약연구소 설립
1966	■ 중국약학원 중의과 개설
1968	■ 중의사 檢定考試 개시
1975	■ 중국약학원 부속병원 개원 및 중의연구소(석사과정) 개설
1984	■ 중국약학원 학사 후 중의학과(5년제) 개설
1986	■ 고시원 의사인원규제법(醫事人員檢覈辦法)에 중의사를 의사(醫事)인원 범주에 포함
1991	■ 양명대학 전통의학연구소(석사반) 설립
1993	■ 중화민국 중서의정합학회(중서의결합학회) 창립 및 중서의결합 전문의제도 제안
1994	■ 중국약학원 “西學中”반 개설
1996	■ 중국약학원 중의과 8년제 신설 (중서의 복수과정) 개편
1998	■ 장경의학원 중의과 개설(8년제)
1998	■ 중서의정합의학회 중서의정합 전문의 고시 실시
1998	■ 양명대학 전통의학연구소 박사반 개설
1999	■ 중국약학원 중서의결합연구소 설립
2000	■ 장경대학 전통중국의학연구소 설립
2002	■ 중서의정합의학회 회장(楊思標), 7년제 신규 중의학 및 학사 후 5년제 중의학 교과정 개편 제안 - 전국의학대학 학장 회의 통과, 교육부 승인 요청
2005	■ 중의사검정고시(中醫師檢定考試) 폐지 ¹⁾
2008	■ 중의사 보고(中醫師 補考) 폐지 ²⁾
2011	■ 중의사특종고시(中醫師特種考試) 폐지 ¹⁾

주: 1) 정식 대학 교육을 거치지 않은 自學 또는 전통적 도제 방식으로 중의학을 배운 자를 대상으로. 검정고시 합격 후 특종고시 합격을 통해 중의사 면허 취득 가능(검정고시 2005년 폐지, 특종고시 2011년 폐지)

2) 중의사 검정고시 과목 중 불합격 과목에 한해 실시되는 고시로 3차례 보고(補考) 기회가 주어지며 불합격 과목에 합격해야 최종 검정고시에 합격

자료: 「대한한 의사협회, 대만 의료제도 관련 자료, 2010」를 재가공함.

2. 중서의 의료 현황

가. 중서의 행정체계

대만의 위생행정조직은 원래 “중앙-성-현(시)” 3급으로 나누어져 있었으나 1999년 「지방제도법(地方制度法)」 시행으로 ‘대만성정부조직 간소화(精簡台灣省政府組織)’ 작업을 완성한 후 “중앙-직할시 및 현(시)” 2급으로 간소화되었다. 이에 따라 중앙의 행정원위생서를 대만 최고 위생행정기관으로 정하고, 전국 위생행정사업을 책임지며 각급 지방위생기관에 대한 업무 지도, 감독과 협조의 역할을 담당하게 하였다. 대만은 보건의료를 담당하는 행정기관인 행정원위생서(行政院衛生署) 산하에 중의약 관리 기관을 설치하였지만, 우리나라의 한의약정책관실이 복지부내에 소속된 하나의 부서라면 대만은 독립성을 부여한 중의약위원회(中醫藥委員會)를 두어 중의약을 관리하도록 하고 있다.

행정원위생서는 ‘전 국민의 건강과 복지 추진 및 보호’를 사명으로 하고 있으며 비전은 품질보장, 효율증진, 자원균형, 약자보호이다. 행정목표는 의료 체계의 정진, 국제위생 참여, 의약기술의 발전 등 여덟 가지를 설정하고 있다.

대만에서 중의약 관련 제도와 관리감독을 총괄하는 행정기관은 중의약위원회(中醫藥委員會)이며, 중의약위원회는 우리나라의 보건복지부에 해당하는 행정원위생서 산하기관이나 독립성이 강한 부속기관이다. 중의약위원회는 1982년에 중의약 발전을 위해 구성되었으며, 이후 중의약의 빠른 발전과 요구 증대에 의해 중요성이 더욱 커짐에 따라 1987년에 더 많은 행정적 기능들이 추가되었다. 1994년에 개정된 법은 중의약위원회가 중의약 발전과 연구, 행정적 문제의 조절을 위해서 위생서 내부에 위치하

도록 하였다³⁸⁾.

〈표 3-15〉 대만 중의약위원회 역할

부서	역할
중의팀	1. 중의정책의 계획, 디자인, 지시 2. 등록된 중의사의 관리와 점검 3. 등록된 중의사를 위한 지침과 보상 4. 중의관련 업무의 계획, 보조, 보상, 표준화 5. 중의인력을 위한 교육 6. 중의기관과 업무에 대한 점검
중약팀	1. 중약정책의 계획, 디자인, 수정과 지시 2. 중약제약회사를 위한 지침, 보상, 국가표준검사 3. 중약제약 제조업에 대한 지시와 질 통제 4. 중의 원료의 안전성 통제 5. 중약 인력을 위한 교육 6. 중약 광고의 관리 7. 기타 중약에 관계된 관리적이고 기술적인 업무
연구발전팀	1. 중의 처방의 연구와 개발, 그리고 중의약의 임상적 발전 2. 침과 경혈의 연구, 개발과 임상적 효과 검증 3. 중의 제조업과 중약 제형의 연구와 발전 4. 중의 원료의 성분, 질, 맛, 장기영향, 그리고 주된 영향에 대한 연구 5. 중의약 연구의 국제 교류에 대한 진전 6. 기타 중의약에 관련된 연구와 개발
문헌정보팀	1. 중의약 자료의 개발과 관련된 업무 2. 중의약 고전서적의 수집과 편찬, 그리고 중의약 연보의 편찬 3. 기타 중의약에 관련된 자료, 고전서적 그리고 기술적인 업무들
비서원	1. 문서의 수납, 인계, 교정 그리고 보존 2. 도장 보관 3. 자금의 출납원과 보호 4. 재산과 시설의 보호 5. 기타 다른 부서에 속하지 않은 일반적인 서비스와 업무
인사관리원	1. 관련된 법과 규정에 따른 인사관련 업무의 관리
회계원	1. 관련된 법과 규정에 따른 연 수입과 지출 계산, 회계, 통계의 관리

자료: 行政院衛生署中醫藥委員會 홈페이지

(<http://www.ccmp.gov.tw/en/public/public.asp?selno=89&reln=89&level=C>)

38) 중의약위원회는 위생서 부속기관이나 독립성을 가진 조직으로서, 마치 중국의 중의약관리국이 위생부 산하이면서도 독립적으로 운영되는 것과 유사한 형태임.

중의약위원회의 최근 업무 전략은 중의에 있어 교육과 임상 환경 시스템을 구축하는 것이며 중약에 있어서는 임상효과에 대한 평가이다. 또한 건강보험에서의 중의약 역할을 높이고 중서의의 결합, 국제화 등을 주요 정책전략으로 삼고 있다. 중의약위원회의 주요 정책전략 중 하나로 중서 의학의 결합을 추진하는 것을 삼았다는 것은 중서의 결합을 국가적 정책 방향으로 정하였으며 여기에 중의계와 서의계가 어느 정도 합의수준에 도달하였음을 보여준다.

행정원위생서 중의약위원회 업무 전략

- 중의 임상교육센터 설립
- 중의 의료인력의 건전한 집업(執業)환경 시스템 구축
- 중약 임상효과에 대한 평가 추진
- 국민 건강보험에 필요한 중의약(中醫藥)의 역할 구현
- 중의학과 서양의학의 결합 촉진
- 중의약(中醫藥)의 국제화 추진

자료 : 行政院衛生署 中醫藥委員會(2012)

행정원위생서는 일반적인 보건의료에 관한 업무 전반을 관리하는 기관이기 때문에 중의약에 관한 사항도 행정원위생서 내부 부서가 업무의 일부를 담당하고 있다. 따라서 중의약에 관한 업무를 행정원위생서내 의사처(醫事處)와 중의약위원회간에 업무분장이 필요함을 인식하고 1996년에 행정원위생서 내부 문서인 의사처(醫事處)와 중의약위원회 업무분장 조정회의록」³⁹⁾를 통해 두 부서간의 업무를 효율적으로 나누고 있다. 내

39) 行政院衛生署. 85년3월12일 衛署醫字 第85013028號函

용을 보면 의료법령, 면허증발급, 중의의료시설등에 관한 사항은 의사처에서 담당하며 무면허 의료, 중의약재단법인 관련 사항은 중의약위원회에서 담당하고 있다.

나. 중서의 면허 및 교육 체계

1) 면허체계

대만에서 중의사와 서의사간의 기본적인 면허 및 교육체계에 대해서는 의사법(醫師法)에 규정되어 있다. 의사법 제1조에는 ‘의사고시에 합격하고 본 법령에서 말하는 의사증서를 받은 자는 의사’라고 규정함으로써 의사(醫師)라는 용어 안에 의사, 중의사, 치의사를 포괄하여 사용하였다. 의사와 한의사를 동일한 ‘의료인’의 범주로 묶으면서도 의료법 내에서 의사와 한의사를 각각 별도로 구분하는 우리나라의 의료법 체계와는 다소 차이가 있는 규정이다.

또한 의사법 제2조와 제3조는 의사와 중의사가 되기 위한 자격고시 규정이 제시되어 있다. 규정에 의하면 (서)의사고시를 볼 수 있는 자격이 있는 사람은 의과대학 졸업자, 1995년도 이전에 중의대를 졸업한 중의사 중 정해진 의학 교육을 받은 자, 중서의 이중전공 대학을 졸업한 중의사이다. 중의사고시 자격이 있는 자는 중의과대학 졸업자, 본 법 수정시행(2008년도) 이전에 의과대학을 졸업한 의사 중 정해진 중의학 교육을 받은 자, 중서의 이중전공 대학을 졸업한 의사이다. 이외에도 현재는 폐지된 중의사 검정고시 합격자에 대한 규정과 해외 거주 중국인에 대한 규정이 중의사 고시 자격에만 포함되어 있다.

특징적인 것은 중의학과를 졸업한 중의사에게 일정한 의학 교육을 이수할 경우 의사고시에 응시할 수 있도록 하였다는 점인데, 이 규정은

1995년에 폐지되어 현재는 금지되어 있다. 또한 의학과를 졸업한 의사가 중의사고시에 응시할 수 있도록 한 규정도 2001년에 폐지되었다⁴⁰⁾.

〈표 3-16〉 대만의 의사 및 중의사 고시 자격 규정

의사고시 자격 (의사법 제2조)	중의사고시 자격 (의사법 제3조)
1. 공립 또는 등록된 사립대학, 독립 학원 또는 교육부가 인정한 규정의 국외 대학, 독립학교 의학계열의 과를 졸업하고, 정해진 기간 동안의 실습을 수행하여 합격 성적을 얻고 졸업증서를 받은 자 2. 84학년도 이전 입학한 사립 독립 학원 7년제 중의학 계열을 졸업하고, 정해진 기간 동안의 의학 필요 과정 및 실습을 수행하고 합격 성적을 얻어 그 증명 문건을 갖춘 자료, 중의사고시에 합격하여 중의사증서를 갖춘 자 3. 중의학 계열에서 의학 계열 이중 전공을 선택하여 졸업하고, 정해진 기간 동안의 실습을 수행하여 합격 성적을 얻고 졸업증서를 받은 자료, 중의사고시에 합격하여 중의사증서를 갖춘 자 전 항 제3관의 중의학 계열의 의학 계열 이중 전공은, 91학년도 이전 입학자 외에, 그 인원수가 의학 계열 인원수를 합쳐 교육부가 정한 의학생 모집 인원수를 초과해서는 안 된다.	1. 공립 또는 등록된 사립대학, 독립 학원 또는 교육부가 인정한 규정의 국외 대학, 독립학교 중의학계열의 과를 졸업하고, 정해진 기간 동안의 실습을 수행하여 합격 성적을 얻고 졸업증서를 받은 자 2. 본 법 수정 시행 전, 공립 또는 등록된 사립대학, 독립 학원 의학 계열의 과를 졸업하고, 중의필요과정을 수련 실습하여 증명 문건을 갖춘 자료, 의사고시에 합격하여 의사증서를 갖춘 자 3. 의학 계열에서 중의학 계열 이중 전공을 선택하고 졸업하여, 정해진 기간 동안의 실습을 수행하여 합격 성적을 얻고 졸업증서를 받은 자료, 의사고시에 합격하여 의사증서를 갖춘 자 전 항 제3관의 의학 계열의 중의학 계열 이중 전공 선택은, 그 인원수가 중의학 계열 인원수를 합쳐 교육부가 정한 중의학생 모집 인원수를 초과해서는 안 된다. 중의사 검정고시 합격자는 중화민국 100년 이전으로 제한하고, 중의사특종고시(中醫師特種考試)를 치뤄야 한다. 교중자(僑中字: 해외 거주 중국인) 중의사증서를 갖고 있는 자는, 중화민국 94년 12월 31일 전에 중의사검핵필시(檢覈筆試)에 합격하고 대중자(台中字)중의사증서를 취득하면, 귀국하여 집업(執業)할 수 있다.

대만은 자격고시를 통과하였다고 해서 바로 의료업무를 시행할 수 있는 것이 아니고, 집업등록을 신청하고 집업증명(執業執照)을 받아야 의료

40) 의사고시 자격의 경우 1995년(84학년) 이전 입학한 중의사, 중의사고시 자격의 경우 본 법 수정시행 이전(2001년) 졸업한 의사에게만 예외적으로 상대 면허고시 응시 자격을 부여하고 있음.

업무가 가능하다. 따라서 집업증명이란 의료업무를 행할 수 있는 자격을 주는 것이라 볼 수 있다. 의사법 제8조에 의하면 의사는 집업소제지에 집업등록을 신청해야 하며, 집업증명을 받아 집업을 시작한다. 의사가 집업증명을 받아 집업을 하게 되더라도 지속적으로 교육을 받아야 하며, 매 6년마다 지속교육 수료 증명문건을 제출하여 집업증명 갱신을 해야 한다. 또한 의사의 집업은 특수한 경우가 아니면 소재지 주관기관이 등록을 비준한 의료기관 내에서 행해야만 한다.

대만에서 의사와 서의사 자격을 모두 갖춘 이중자격자라 할지라도 집업증명은 둘 중 하나를 선택해야 한다. 이는 중서의 이중자격자가 많은 대만에서 의료업무에서의 중·서의 간 유연한 연계가 필요하지만, 현실적으로 중의와 서의간 총액계약제가 구분되어 진행되고 있다는 점, 중의와 서의 가운데 중점 전문성이 요구되는 분야가 별도로 존재한다는 점 등으로 인해 중의의료기관과 서의의료기관간에는 배타적인 구분이 요구되고 있는 상황이 반영된 것으로 여겨진다.

2) 교육체계

2011년 중의사 검정고시와 특종고시가 모두 폐지되면서 실질적으로 대만에서 의사 또는 중의사가 되기 위해서는 정규 의대 또는 중의대를 졸업해야 한다. 현재 대만에서 의사고시 자격을 부여하는 의과대학은 11개 의과대학이 있으며 모두 7년제이다. 중의사 고시 자격을 부여하는 중의과대학은 모두 3개 대학이며, 과정은 학사 후 5년제, 7년제, 중서의 복수전공의 8년제로 3가지 과정이 있다.

7년제 의과대학을 졸업하면 모두 의사고시 자격을 주고 합격한 후에는 의사 집업등록을 신청할 수 있다. 마찬가지로 중의과대학 7년제와 학사 후 5년제를 졸업하면 모두 중의사고시 자격을 주고 합격한 후에는 중의

사 집업등록을 신청할 수 있으며, 복수전공 8년제를 졸업하면 중의사와 서의사 자격고시를 모두 볼 수 있는 자격이 주어진다.

〈표 3-17〉 대만의 의학계 및 중의학계 과정별 고시 및 집업등록 자격

학교	고시자격	집업등록 신청
■ 의학계 7년제 - 국립대만대학의학원(國立台灣大學醫學院) - 국립양명대학(國立陽明大學) - 국립성공대학의학원(國立成功大學醫學院) - 국방의학원(國防醫學院) - 타이페이의학대학(台北醫學大學) - 보인대학의학원(輔仁大學醫學院) - 장경대학의학원(長庚大學醫學院) - 중국약대학(中國醫藥大學) - 중산의학대학(中山醫學大學) - 고웅의학대학(高雄醫學大學) - 자제의학원(慈濟醫學院) - 마해의학원(馬偕醫學院)	의사	의사
■ 중의학계 8년제 - 중국약대학(中國醫藥大學) - 장경대학의학원(長庚大學醫學院)	중의사와 의사 모두 가능	중의·의사 중 택일
■ 중의학계 7년제 - 중국약대학(中國醫藥大學) - 장경대학의학원(長庚大學醫學院)	중의사	중의사
■ 중의학계 5년제 - 중국약대학(中國醫藥大學) - 의수대학의학학군(義守大學醫學學群)	중의사	중의사

이러한 의사와 중서의의 두 가지 교육-면허-집업 프로세스는 우리나라와 마찬가지로 이원화 체계로 구축되어 각각 독립적으로 운영된다. 그러나 우리나라와는 달리 완전히 폐쇄적인 구조는 아니며 몇 가지 예외의 경우를 두고 있다는 점이 특징이다. 첫 번째는 중의·서의 이중 면허를 획득할 수 있는 8년제 과정이 있다는 것인데, 중국약대학과 장경대학에서

운영 중인 8년제 중의학계를 졸업하면 중의사와 서의사 고시자격을 모두 부여받게 된다. 이를 통한 중의·서의 이중 면허자는 집업을 등록할 때에는 중의사와 서의사 중 하나로만 신청할 수 있으나 이렇게 선택된 면허는 고정된 것은 아니고 언제든지 필요에 의해 다시 변경이 가능하다. 대만의 8년제 복수전공 과정은 우리나라의 의학과와 한의학과가 상대 대학에서 추가교육을 통해 상대 의료행위에 대한 자격을 부여할 수 있는 아이디어를 제공한다는 점에서 의의가 있다.

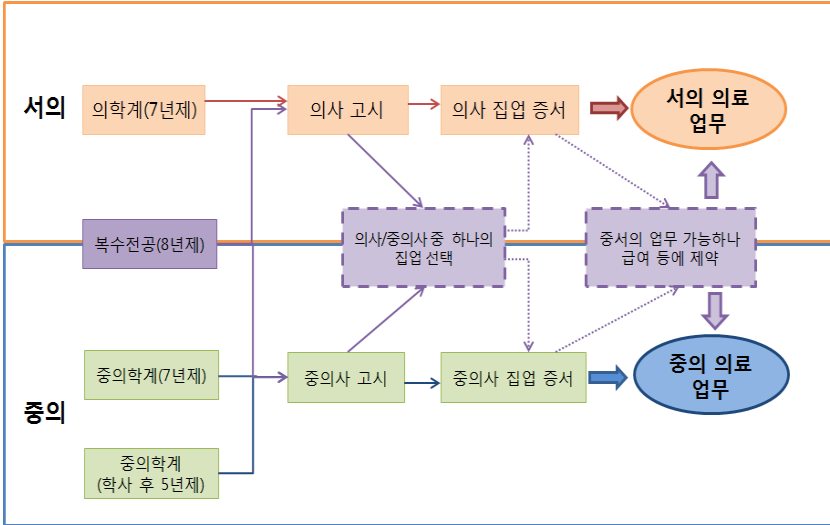
두 번째는 침구시술에 대해서는 의사에게 의료행위를 할 수 있는 여지를 두었다는 것이다. 행정원위생서는 1998년 공고⁴¹⁾를 통해 서의사와 치과의사가 소정의 침구훈련을 거친다면 침구시술을 가능하도록 하였다. 공고문에서 요구하는 침구훈련은 침구개론, 견실습(見實習) 등이며 시간은 총 192시간이다. 하지만 침구훈련을 통해 서의사가 침구시술이 가능하다고 하더라도 건강보험에서의 급여를 받을 수는 없고 비급여 진료만 가능하다.

이상의 대만 중·서의 면허 및 교육체계를 도식화하면 다음 [그림 3-9]와 같다.

41) 行政院衛生署 87年6月3日 衛署中會第87032201號 公函, 〈의사, 치과의사의 침구시술 허용이 가능한 침구훈련 과정 명 및 시간 수〉에는 다음과 같이 규정되어 있음.

과정명	시수	과정명	시수
중국의학개론中國醫學概論	4	침구실험針灸試驗	4
침구개론針灸概論	4	이침요법耳針療法	8
침구작용기전針灸作用機轉	4	수침간개手針簡介	4
경락학經絡學	12	두침간개頭針簡介	4
수혈학腧穴學	24	전침간개電針簡介	4
침법針法	8	침구의 현대연구針灸之現代研究	4
구법灸法	4	치료학治療學	40
발관拔罐	4	견실습見實習	60
		합 계	192

[그림 3-9] 대만 중의서의 면허 및 교육체계 도식



다. 중서의 대학 교육과정

앞서 살펴보았듯이 대만의 의사 또는 중의사가 되기 위해서는 의학대학 7년제 또는 중의학 대학 5년제·7년제·8년제를 졸업하여야만 한다. 이들 각 과정의 교육내용은 중복되는 경우가 많으나 각 과정의 특성을 반영하고 있다.

중의사 자격고시를 볼 수 있는 학사 후 5년제 과정은 5년 과정 동안의 필수 이수학점이 220학점이며, 이 중 서의과목 학점이 44.5%이고 중의과목 학점은 52.6%이다. 학사 후 5년제 과정은 과정이 짧은 만큼 교양과목에 대한 필수 요구 학점이 없지만, 이수에 필요한 학점의 절반 가까이를 현대의학 관련 과목들로부터 취득해야 한다.

중의학 7년제 과정은 7년 동안의 필수 이수학점이 291학점이며, 이 중 서의과목 학점이 36.8%이고 중의과목 학점은 38.8%이다. 이상으로 볼

때, 중의사 자격고시를 볼 수 있는 학사 후 5년제 과정과 중의학 7년제 과정은 모두 서의과목 학점 비중이 매우 높아 중의과목 학점과 큰 차이가 없었다. 이들 두 과정의 서의과목 학점은 서의사 자격고시를 볼 수 있는 서의학 7년제 과정에서 이수해야만 하는 서의과목 학점인 178학점 대비 각각 55.1%, 60.1% 수준이다.

반면, 서의사 자격고시를 볼 수 있는 서의학 7년제 과정은 필수로 이수해야할 학점에 중의학 과목은 없었다. 다만, 국립성공대학교에서는 선택 과목으로 ‘중의개론’ 2학점을 이수 할 수 있게 하였다. 이처럼 서의학 과정에서는 중의과목이 없고 중의학 과정에서는 서의과목이 50% 가까운 것은 우리나라의 상황과 유사하다.

〈표 3-19〉 대만 의학대학 및 중의학대학 교육과정의 필수 학점

(단위: 학점)

	서의학 7년제 ¹⁾	중의학 5년제 ²⁾	중의학 7년제 ³⁾	복수과정 8년제 ⁴⁾
교양	55	0	46	44
의학일반	2	4	3	1
서의기초	57	29	42	58.5
서의임상	121	69	65	135
중의기초	0	39	46	53
중의임상	0	74	67	60
총계	235	215	269	351.5
필수 이수학점	277	220	291	365

자료: 1) 국립성공대학 의학계 교육과정을 재정리함. 국립성공대학 의학계 홈페이지

(http://www.ncku.edu.tw/~dep_med/)

2) 의수대학 의학학군 학사 후 중의학계 교육과정을 재정리함. 의수대학 의학학군 홈페이지

(<http://www.scmpb.isu.edu.tw/site/83210/3>)

3) 중국의학대학 중의학계 7년제 교육과정을 재정리함. 중국의학대학 중의학계 홈페이지

(<http://chmed.cmu.edu.tw/content-1.html>)

4) 중국의학대학 중의학계 복수전공 8년제 교육과정을 재정리함. 중국의학대학 중의학계 홈페이지(<http://chmed.cmu.edu.tw/content-1.html>)

중의사와 서의사 자격고시를 모두 볼 수 있는 8년제 과정은 필수 이수 학점이 365학점으로 이중 서의과목이 53.0%이고 중의과목이 31.0%이다. 서의학 7년제 과정과 비교하여 볼 때 서의과목 학점은 큰 차이가 없으나 중의과목 학점은 8년제 과정이 113학점 더 많다. 중의학 7년제 과정과 비교하여 보면 중의과목 학점은 큰 차이가 없으나 서의과목은 8년제 과정이 86.5학점 더 많다. 중서의과 과정의 1년 학점이 약 40학점 정도 이므로 서의학 7년제 과정은 중의과목을 약 3년, 중의학 7년제 과정은 서의과목을 약 2년 정도의 추가교육을 받아야 8년제 과정과 유사한 수준의 교육으로 볼 수 있다.

라. 중의 및 서의 의료 통계

2011년 서의사 집업인수는 39,960명이며 중의사 집업인수는 5,556명으로 서의사 집업인수가 중의사 집업인수의 약 7.2배이다. 1992년에는 서의사 집업인수가 13,887명, 중의사가 673명으로 서의사 집업인수가 중의사 집업인수의 20배 이상이었지만 1994년에 약 8.6배로 차이가 줄어들고 후 최근까지 조금씩 격차가 줄어들고 있다. 이는 지난 20여년간 중의사 수의 증가율이 더 높았기 때문으로 볼 수 있는데, 2000년 들어서 중의사는 매년 약 170명씩 증가하였으며, 서의사는 매년 약 950명씩 증가하였다.

〈표 3-20〉 대만의 연도별 서의사 및 중의사 집업인 수

(단위: 명, 배)

연도	서의사	중의사	서의사/중의사
1992	13,887	673	20.63
1993	14,723	693	21.25
1994	24,442	2,833	8.63
1995	24,452	2,838	8.62
1996	24,745	2,839	8.72
1997	25,676	3,143	8.17
1998	27,071	3,340	8.11
1999	28,150	3,430	8.21
2000	29,522	3,647	8.09
2001	30,534	3,897	7.84
2002	31,511	4,040	7.80
2003	32,365	4,247	7.62
2004	33,329	4,570	7.29
2005	34,061	4,596	7.41
2006	34,864	4,727	7.38
2007	35,815	4,848	7.39
2008	37,099	5,099	7.28
2009	37,841	5,277	7.17
2010	38,849	5,341	7.27
2011	39,960	5,556	7.19

자료 : 行政院衛生署 中醫藥委員會(2012)

2011년 서의사 면허를 갖고 있는 자가 49,680명이란 점을 고려해 보면, 이중 약 80.4%인 39,960명이 집업등록을 유지하고 있다. 중의사 면허를 갖고 있는 자는 12,767명인데, 이중 43.5%만이 집업을 유지하고 있다. 이는 중의사 및 서의사 이중 면허를 갖고 있는 자의 상당수가 서의사로 집업을 유지하고 있기 때문으로 여겨진다.

참고로 행정원위생서가 2009년 9월 25일 발표한 자료에 따르면 대만 내 집업 서의사는 37,428명이고 집업 중의사는 5,271명이라고 밝혔다.

데, 이중 집업 이중 자격자는 2,959명이며 그 중 서의사로 집업 신청한 자가 2,534명이고 중의사로 집업 신청한자는 425명이라고 하였다⁴²⁾. 횡단적인 분석이라는 한계가 있으나, 집업 서의사 중 중의서의 이중 자격자는 약 6.8%, 집업 중의사 중 이중 자격자는 약 8.1%이고 이중 자격자 중 중의사로 업무를 행하고 있는 자는 약 14.4%에 불과하다고 할 수 있다.

2011년 집업등록을 유지하고 있는 중의사 5,556명중 서의의원과 서의진소 등 서의의료기관에 근무하고 있는 중의사는 534명으로 중의사의 약 10%이다. 중의진소에 근무하는 중의사는 4,937명으로 전체 중의사의 88.9%를 차지하고 있다.

〈표 3-21〉 대만의 의료기관 형태별 종사 중의사 수(2011년)

(단위: 명)

형태별	인원수
서의의원	526
- 종합의원	481
- 일반의원	43
- 전문의원	-
- 정신과의원	1
- 만성의원	1
서의진소	8
중의의원	85
- 중의종합의원	3
- 중의의원	82
중의진소	4,937
총계	5,556

자료 : 行政院衛生署 中醫藥委員會(2012)

42) 訂定「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」, 業經衛生署於102年7月1日 以衛署醫字第1020269815號 令訂定發布”(http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L002_0181)

2011년까지 중의사로 배출된 과정을 보면 중의대 졸업 후 중의사 단독 국가고시 합격자는 5,282명이며, 중의·서의 이중자격에 대한 국가고시 합격자는 2,874명이다. 또한 서의사가 45학점 이수 후 중의사 국가고시를 보고 합격한 인원은 126명으로 곧, 2011년 이중자격을 모두 갖고 있는 인원은 3,000명에 이른다. 이는 중의사 면허를 갖고 있는 인원인 12,767명의 약 23.5%를 차지하는 규모이며, 서의사 면허를 갖고 있는 인원인 49,680명을 기준으로 할 경우 약 6.0%에 해당한다.

〈표 3-22〉 대만의 중의사 인력 배출 현황(2011년)

(단위: 명)

구분	인원수
1. 중국의약대학 중의과 졸업생	
- 중국의약대학 중의학과 졸업생(7년제)	2,954
- 중국 의약대학 중의학과 졸업생(8년제)	853
- 국가고시 합격자(중의사)	3,179
- 국가고시 합격자(중의사 및 서의사 이중자격)	2,708
2. 장경대학 중의과 졸업생(8년제)	231
- 국가고시 합격자(중의사)	189
- 국가고시 합격자(중의사 및 서의사 이중자격)	166
3. 중국의약대학 학사후 중의과 졸업생(5년제)	1,944
- 국가고시 합격자	1,914
4. 서의사 45점 이수 후 중의사 취득 과정 졸업생	339
- 시험 합격자	126
5. 중의사 검정고시 합격자	22,053
6. 중의사 특종고시 합격자	3,600
7. 화교 중의사 검증 필기시험	1,186
- 보충 필기시험 합격자	73

자료 : 行政院衛生署 中醫藥委員會(2012)

2001년도 당시 558개소, 9,425개소였던 서의의원과 서의진소(西醫診所)는 2011년에 719개소와 10,815개소로 각각 28.9%, 14.7% 증가하

였다. 반면 같은 기간 중의의원과 중의진소(中醫診所)는 36개소에서 109개소, 2,544개소에서 3,411개소로 203.8%, 34.1%의 증가율을 보였다. 여전히 대만의 의료체계에서 서의진료기관의 비중이 높지만, 중의의료기관, 특히 중의 의원의 성장이 최근 10년간 높게 나타나고 있음을 보여주는 결과이다.

〈표 3-23〉 대만의 중의 및 서의 의료기관 추이

(단위: 개소)

연도	서의 의료기관		중의 의료기관	
	의원	진소	의원	진소
2001	558	9,425	36	2,544
2002	574	9,473	36	2,601
2003	593	9,565	44	2,729
2004	617	9,819	52	2,852
2005	634	9,948	66	2,900
2006	647	10,064	72	3,006
2007	667	10,197	83	3,069
2008	684	10,326	89	3,160
2009	688	10,361	99	3,217
2010	709	10,599	101	3,289
2011	719	10,815	109	3,411

자료 : 行政院衛生署 中醫藥委員會(2012)

대만의全民(全民)건강보험에서는 중의의 입원 진료비를 급여에 포함시키지 않고 있다. 따라서 외래의료비용에 국한하여 서의와 비교가 가능하다. 2012년 서의의 전체 청구건수는 308,708천건으로 중의 전체 청구건수인 39,695천건의 약 7.8배이다. 서의의 RVU⁴³⁾는 290,293 백만 RVU로 외래 전체 RVU의 78.72%를 차지하고 있으며, 중의의 RVU는

43) 상대가치 점수(Relative Value Unit)

18,490 백만RVU로 전체 RVU의 5.01%를 차지하고 있다. 외래의료 가운데 서의의 비중은 2000년대 초반 이후 78% 정도로 비교적 안정적이거나, 중의의 비중은 조금씩 줄어들어 최근 5%대 초반을 보이고 있다.

〈표 3-24〉 대만全民健康보험의 중의서의 외래이용 건수 및 상대가치 점수

(단위: 1,000건, 백만RVU, %)

	총계		서의			중의		
	건수	RVU	건수	RVU	비율	건수	RVU	비율
2002	317,501	224,342	263,411	178,448	79.54	28,812	13,551	6.04
2003	314,849	234,789	258,273	184,855	78.73	31,258	14,754	6.28
2004	342,976	266,013	280,494	209,240	78.66	34,497	15,919	5.98
2005	345,199	273,308	283,177	213,536	78.13	33,952	15,700	5.74
2006	330,043	277,212	268,712	216,985	78.27	32,983	15,272	5.51
2007	337,600	289,373	273,719	226,548	78.29	34,734	16,077	5.56
2008	341,017	306,556	274,823	239,337	78.07	36,186	16,911	5.52
2009	356,795	325,980	287,758	253,917	77.89	38,472	18,146	5.57
2010	360,651	336,007	293,140	263,818	78.52	36,888	17,126	5.10
2011	375,009	356,128	306,314	280,296	78.71	38,208	17,569	4.93
2012	380,465	368,788	308,708	290,293	78.72	39,695	18,490	5.01

자료 : 中央健康保險署(2011). The National Health Insurance Statistics.⁴⁴⁾

3. 대만의 중의서의 업무영역 관련 제도

가. 법률

대만에서 의료업무와 관련된 법규는 의료법, 의료법 시행세칙, 의사법, 의사법 시행세칙 등이 있으며, 의사법 제4조의 2⁴⁵⁾에 대한 하위법령으로

44) http://www.nhi.gov.tw/English/webdata/webdata.aspx?menu=11&menu_id=296&webdata_id=1942&WD_ID=296

45) 의사법 제4조의2는 “의사, 중의사, 치의사 등 여러 종의 의사인원자격을 갖춘 자의 개업 방법은 중앙主管기관에서 정한다”라고 규정하고 있음.

‘다중의사 자격자의 개업 관리 판법(具有多重醫師人員資格者執業管理辦法)’이 있다. 대만은 우리나라와는 다르게 의료법(醫療法)과 의사법(醫師法)이 구분되어 있는데 의료법은 의료기관의 기준, 허가, 의무 등에 대한 관리 규정이며, 의사법은 의사(의사, 중의사, 치의사)의 면허, 개원, 의무 등에 대한 규정이다⁴⁶⁾.

대만의 의료법과 의사법에는 일반적인 의료인의 의무사항은 기재되어 있지만, 중의사와 서의사의 업무범위 구분에 대한 규정은 없다. 다만, 원칙적인 수준에서 의료인이 어떠한 업무를 시행해야 하는지가 제시되어 있다. 의료법 제82조에는 의료인은 의료업무 시행 시 의료상 필요한 모든 주의를 다할 것을 명시하여 의료인의 업무는 의료상 필요한 모든 업무라고 보았다. 하지만 의료법 제57조에 의료업무는 ‘의사전문직업법규(醫事專門職業法規)’의 규정에 따라 업무가 집행되어야 함을 밝히고 있어 의료업무가 정해진 규율내에서 행해져야 한다고 보았으며, 의사법 제21조에는 의사가 위급한 환자에게 구급처치를 할 때에도 ‘전문 업무 능력의 범위에서’ 할 것을 명시하였다.

46) 대만 의료법 및 의사법은 다음과 같이 구성되어 있음.

의료법	의사법
제1장 총칙	제1장 총칙
제2장 의료기구	제2장 집업
제3장 의료법인	제3장 의무
제1절 통칙	제4장 상벌
제2절 의료재단법인	제5장 공회
제3절 의료사단법인	제6장 부칙
제4장 의료업무	
제5장 의료광고	
제6장 의료인력 및 시설의 분포	
제7장 수련의원	
제8장 의료업무심의위원회	
제9장 벌칙	
제10장 부칙	

이러한 의료업무 제한을 직접적으로 규제하기 위해 여러 처벌 조항도 제시되어 있다. 의료법 제108조에는 중앙주관기관이 규정한 부적당한 의료행위를 한 경우 업무 정지 등 처벌을 내린다는 조항이 포함되어 있으며, 의사법 제25조에는 의사가 의료에 필요하지 아니한 과도한 용약 또는 치료행위를 하였을 경우에 공회⁴⁷⁾에서 징계를 내린다고 하였다. 의사법 제28조의 4는 의사가 중앙주관기관이 규정한 집행해서는 안 되는 의료행위를 행한 경우, 중앙주관기관이 규정한 사용금지 약물을 사용한 경우에 의사증서 폐지 등의 처벌을 받음을 명시하였다.

대만에서는 증서의 이중 면허자가 많아 이중 면허자의 집업에 대한 독자적인 법률이 존재한다⁴⁸⁾. 다섯 개의 조항으로 이루어진 법의 주요 내용은 다중의사자격자는 하나의 자격으로만 개업할 수 있으나, 필요시 보유한 자격에 맞는 의료업무가 가능하다는 것이다. 이는 증서의 이중자격자가 많은 대만에서 현실적으로 의료업무에서의 증의와 서의 간 유연한 연계가 필요하지만, 증의와 서의간 총액계약제가 구분되어 진행되고 있기 때문에 증의의료기관과 서의의료기관간에는 배타적인 구분이 요구되는 특징에서 기인한 것으로 여겨진다.

나. 유권해석

앞에서 살펴보았듯이 대만에서는 의료업무에 관해 구체적인 사항을 법에 명시하지 않았기 때문에 실제 의료 상황에서 벌어지는 구체적인 사항들에 대해 행정원위생서에서의 유권해석을 그 기준으로 삼고 있다. 이 점은 우리나라와 유사하나 우리나라는 판례와 유권해석에서 한방의료행위

47) 우리나라의 의협, 한의협 등 의료인 직능단체를 의미함.

48) 다중의사인원자격자 집업관리 판법(具有多重醫師人員資格者執業管理辦法)

와 의료행위에 대한 범위설정 기준이 포괄적으로 명시되어 있는 반면, 대만에서는 유권해석에 의료업무 범위 설정에 대한 기준이 명시되어 있지 않다는 점이 차이점이라 할 수 있다. 의료업무와 관련하여 행정원위생서가 내린 유권해석을 통해 알 수 있는 사항은 다음의 4가지로 축약하여 볼 수 있다.

첫째, 의료업무는 대가의 여부와 관계없이 불특정 다수를 위해 직업으로 하는 모든 의료행위를 뜻한다. 따라서 대가를 받지 않더라도 중의사와 서의사가 상대방의 의료업무를 시행하는 것은 금지된다.

둘째, 중의사와 서의사의 업무범위는 분리되어 있다. 유권해석에 의하면 중의사의 심전도, X-ray 검사와 비점막소상술, 서약사용 등 서의진료를 금지하고 있으며, 서의사도 중약처방이 금지되어 있다. 다만 서의사의 경우 일정한 침구훈련 후에 침구기술이 가능하여 약간의 업무교류를 허용하고 있다.

셋째, 유권해석상으로는 중의사와 서의사의 의료업무범위 기준을 명확히 파악하기 어려우나 몇 가지 사항별로 기준들이 제시되어 있다. 그 기준은 교과서(침구학, 중의외과학 등)에 기재된 행위인가의 여부, 기존 유권해석에서 결정되었던 행위인가의 여부, 중의·서의 상규(常規)⁴⁹⁾ 행위인가의 여부이다.

넷째, 이중면허자는 중의·서의 자격 중 하나를 택하여 집업 등록을 하여야 하나, 의료업무에서는 제한이 없으며 의료기관내 설비도 가능하다. 하지만 약 처방에 있어서는 의료기관에서 직접 약을 조제하여 환자에게 교부하는 행위는 금지되어 있으며, 처방전을 교부하여 약국에서 약품을 조제받아야 한다. 현재 대만에서 의약분업은 서의에만 국한해서 이루어지고 있는 상황이기 때문에 중의기관에서 서약을 교부하거나, 서의기관에서 중약을 교부하는 행위 모두를 금지하고 있다.

49) 중의사 및 서의사가 평상시에 사용하는 일반적이거나 일상적인 의료행위를 의미함.

〈표 3-25〉 대만 행정원위생서의 중의서의 의료업무영역 관련 주요 유권해석

제목	주요 내용
‘의료업무’에 대한 해석 (行政院衛生署 65年4月6日 衛署醫字第107880號函)	○ 의료업무는 불특정 다수를 위해 직업으로 하는 모든 의료행위를 뜻하며, 대가를 받는 것을 요건으로 하지 않음.
‘의사 또는 치과의사의 침구의료 서비스 집행’에 대한 해석 (行政院衛生署 76年10月5日 衛署醫字第689828號函)	○ 침구에 대해 의사 또는 치과의사는 중국의약학원 침구 훈련반 졸업 또는 본 국이 인가한 의료기관에서 침구훈련을 받은 자에 한해 침구시술이 가능함. ○ 다만, 치과의사는 구강 침구마취업무에 한정함. ○ 중약처방은 중의사만 시행 가능
‘의료행위’에 대한 해석 (行政院衛生署 81年8月20日 衛署醫字第8056709號函)	○ 의료행위는 인체의 질병, 상처, 손상을 치료하고 교정하며 예방하는 것을 목적으로 하는 진료, 진단 및 치료를 가리키거나 진찰 및 진단 결과에 따라 치료를 목적으로 하는 처방, 약의 사용, 시술, 처치 등 행위의 일부 또는 전체를 총칭.
‘중서의사 중보자격자의 집업등기 선택’에 대한 해석 (行政院衛生署 83年7月19日 衛署醫學字第83033250號函)	○ 한 사람이 의사, 중의사 중보 자격증을 소지하고 있다면 하나의 집업등기를 택해야 하며 만일 업무 필요시 환자의 진단처방에 의사, 중의사의 의료방식 병용에 제제가 없음.
‘중서의사 이중자격자는 하나의 자격을 선택하여 집업등록을 함’에 대한 해석 (行政院衛生署 84年11月28日 衛署醫字第84062300號函)	○ 한 사람이 의사, 중의사 이중 자격을 갖춘 경우, 현행 규정에 따라 하나의 자격을 택하여 집업 등록을 하도록 함. ○ 단, 업무 상 필요한 경우, 의사 또는 중의사의 의료방식을 병용하여 환자를 진단 처방하는 것에는, 현행 규정상 제한이 없다
‘중의사의 심전도, X-ray 검사 결과서의 작성과 판독 및 중의원의 검험실 설치 조건’ 해석 (行政院衛生署 84年11月28日 衛署醫字第84062300號函)	○ 심전도, X-ray 검사 결과서의 작성과 판독은 의사의 전업범위에 속하므로, 중의사는 할 수 없음. ○ 이중 자격자가 중의사로 개업한 경우 심전도, X-ray 검사 결과서의 작성과 판독을 행할 수 있으나, 서약을 교부할 수 없음. ○ 이중 자격자인 경우 중의의원 중의사라 할지라도 업무상 필요하다면 심전도, X-ray 기기를 설치할 수 있음.
‘훈제요법(熏臍療法)’의 의료행위 포함여부에 대한 해석 (行政院衛生署 91年9月23日 衛署醫字第0910062996號函)	○ 의사법 제28조에 의거하여 의료업무행위는 치료, 교정 또는 인체질병, 상해, 장애예방의 목적으로 진찰, 진단 및 치료하는 것을 의미. 또는 진찰, 진단 결과를 바탕으로 치료의 목적으로 처방, 용약, 수술 및 처치 등 행위의 전부 또는 일부를 모두 포함. ○ 본 서의 90년 3월 12일 衛署醫字第0900017656號函규정에 의하면 ‘유관 침구요법에는 취침取針과 구법 등 행위의 보조 시행이 있다.’ 따라서 훈제요법은 침구의 ‘구법’에 속함. ※ 의료관리 행위에 포함되지 않는 것. 1. 접골 또는 내복약품 교부가 시행되지 않은 것으로

112 의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색

	전통의 추나방식 또는 민간에서 자주 사용하는 외부 고약, 외부 생 약초와 약세藥洗 운동 타박상으로 인한 처치 행위. 또는 각 인체 질병의 처치행위를 들 수 있다. 2. 기구 미사용, 약품의 미교부交付 또는 미사용, 또는 침입성이 없고, 전통 상용방식으로 신체질병을 처리하는 행위; 예를 들어, 지압, 팔사, 발안마, 부적, 향회香灰, 발판, 기공과 내공의 공술 등 방식으로 인체 질병에 대한 처치행위를 들 수 있다..
중의진소에서 환자에게 교부한 약물의 검험결과 서약 및 금지약이 나왔을 경우에 대한 의사법 수정 후 그 법률 적용 의의 (行政院衛生署 92年2月10日 衛署醫字第0910082089號函)	○ 중의진소의 중의사가 환자에게 사용한 약에 서약 성분을 첨가한 경우 징계를 내림. ○ 본서 83년 6월 14일에 중약의 서약 첨가 처방 원칙과 관련한 내용은 적용을 정지함.
‘중서의 이중 자격의사의 중의진소에서 서약이 포함된 처방전 발부 시의 조제’ 해석 (行政院衛生署 92年9月25日 衛署醫字第0920047163號函)	○ 이중 자격의사는 반드시 하나의 자격을 선택하여 개업을 해야 하나, 만약 업무상 중서의의 의료방식을 병용하여 처방하여야 하는 경우는 가능함. ○ 단, 서의 진소에서 중약을 교부하거나, 중의 진소에서 서약을 교부하는 것은 안되며, 중의진소에서 약사를 고용하여 서약을 조제해서도 안됨. ○ 중의 진소에서 서약처방전을 발부한 경우, 의사는 반드시 처방전을 환자에게 주어 환자가 처방전을 들고 지역 약국에 가서 약품을 조제받도록 해야 함.
‘혈위매선요법이 중의의료서비스 범주에 속한다.’에 대한 해석 (行政院衛生署 98年5月26日 衛署醫字第0980208066號書函)	○ 침구학 기재에 의거, 「혈위매선」은 양장선(洋腸線)을 혈위에 매입하는 시술로 중의의료업무 범위에 속함. ○ 양장선의 매선요법 시행은 중의사가 직접 시술해야 하며, 과정에 소형수술판, 수술용 천 등의 무균 설비를 갖추고 관리의무를 충족하여야 함.
‘중서의 중복자격의사의 서의진료소에 서약조제실 외, 중약조제실을 설립 후 중약 교부의 가능 여부’에 대한 해석 (行政院衛生署 99年3月22日 衛署醫學字第0990004648號函)	○ 「다중 의사자격증 소지자에 관한 집업관리판법」제3조 규정에 의거 중복자격의사는 하나의 자격을 선택하여 진료소(또는 중의진료소)를 개원함. ○ 환자진료 필요시 중서 약물 처방은 가능함. ○ 서약은 의사의 처방 자체조제는 불가하나, 중약은 중의사가 스스로 조제하는 것에 대한 금지는 없음. ○ 서의 진료소내 중약조제실을 설치하기위해서는 의료기관 설치표준상관규정을 조사하여 서의진료소 조제설비 및 약사인원을 살펴 해야 함. 약사는 조제 업무시 ‘약품우량조제작업준칙’ 상관규정으로 조치함.
중약 중 서약성분 첨가와 관련한 의문 (行政院衛生署中醫藥委員會 100年1月25日衛中會藥字第1000000818號函)	○ 다음의 경우에 따라 적용 규정이 달라짐. ①의료원에서 약품 구입시 이미 서약이 첨가되어 있다면 약사법 제 20조, 22조에 의거 위급기 약품, ②의료원 및 의료진이 조제하여 불특정 환자에게 공급하였다면 약사법 제 20조의 의거, 위약에 속함, ③중의사가 중약에 서약성분 첨가시 의사법 제28조의 4 제1관 규정 위반

다. 중의서의 업무영역 관련 최근 현황

대만의 의료업무영역 관련 정책은 최근까지도 이원화 체계의 원칙 하에 중의 의료업무와 서의 의료업무를 엄격히 구분한다는 기조가 계속 유지되고 있다. 하지만 최근 행정원위생서에서 발표한 ‘의료기관 설치표준(醫療機構設置標準)’의 개정안에서 중의사에게 서의 진단기기를 사용할 수 있는 여지를 주고 있어 새로운 논란이 되고 있다.

〈표 3-26〉 개정된 ‘중의의원설치표준’의 의료업무 관련 주요 내용

항목	주요내용
3. 인원	(5) 의사검험인원 1. 의사검사인(醫師檢驗師)은 의사검험사(醫事檢驗師)와 의사검험생(醫事檢驗生)을 포함한다. 2. 의사, 중의사 중복자격자로서, 중의사 자격으로 업무를 하는 행하는 자는 심전도 검사단, 검험단의 처방과 판독을 집행할 수 있다. 3. 중의학과(학사 후 중의학과 포함)졸업의 중의사는 심전도 검사단, 검험단의 처방을 집행할 수 있다.
	(6) 의사방사인원 1. 의사방사시스템은 의사방사사(醫事放射師)(영상기사)와 의사방사사(醫事放射士)를 포함한다. 2. 의사, 중의사 중복자격자로서, 중의사 자격으로 업무를 행하는 자는 X레이 검사처방과 판독을 집행할 수 있다. 3. 중의학과(학사 후 중의학과 포함)졸업의 중의사는 X-ray 처방을 집행할 수 있다.
4. 의료복무 설치	(5) 검험설비 1. 검험설비를 설치한 자는 그 책임의사는 중의학과 졸업하고 반 수 이상의 중의사도 중의학과 졸업자이다. 2. 중서의 중복자격증 보유자로서 중의사 자격을 집행하는 자는 심전도 검사단, 검험단의 처방과 판독을 행할 수 있다. 3. 중의학과(학사후 중의학과)졸업의 중의사는 심전도 검사단, 검험단의 처방을 집행할 수 있다.
	(6) 방사선 진단설비 1. 심전도, X레이설비 설치한 자는 그 책임의사는 의사, 중의사 중복자격자이다. 2. 중서의 중복자격자로서 중의사 자격으로 임상을 집행하는 자는 X레이의 검사단 지시와 판독을 할 수 있다. 3. 중의학과(학사 후 중의학과)졸업의 중의사는 X레이검험단을 처방할 수 있다.

자료 : 行政院衛生署, 醫療機構設置標準 法規沿革 法規內容, 2013

행정원위생서는 2013년 4월 8일 '의료기관 설치표준'을 개정하였다. 개정된 내용 중에는 제6조 중의의원설치표준도 포함되어 있는데 이중면 허자가 아닌 중의사에게 X-ray 등 서의진단기기에 대한 처방권을 인정하고 있다.

중의의원에 서의진단기기 관련 인원을 두고 중의사에게는 처방권을 부여하는 것은 서의사에게 배타적으로 허용되었던 진단 행위에 대해 중의사의 권한을 일부 인정하는 것으로서 획기적인 변화라 볼 수 있다. 현재 우리나라에서 현대의료기기에 대한 한의사의 사용권 문제가 의-한의 업무영역 갈등의 가장 첨예한 부분 중 하나라는 점에서 대만의 이와 같은 입장 변화 움직임은 다양한 관점에서 시사점을 가질 수 있다.

물론 이번에 개정된 규정에는 몇 가지 한계가 있다. 첫 번째는 이번 개정으로 서의진단기기 처방권을 부여받은 중의사는 병원급 중의기관에 한정한다는 것이다. 이것은 이번 개정이 중의사 일반에 대한 서의 진단기기 사용 권한을 사회적으로 합의하여 나온 법적인 판단이기 보다는 병원급에서 중의사에게 진단기기 처방이 매우 필요할 수 밖에 없는 현실을 반영한 측면이 더 큰 것으로 여겨진다. 이러한 점은 중의사의 처방권이 의사법 영역에서 다루어지지 않고 의료기관 설치와 관련된 규정에 나타난 사실로도 확인할 수 있다. 두 번째는 중의·서의 중복자격자에게는 X-ray, 심전도 등 서의진단기기에 대해 처방권과 판독권을 모두 부여한 반면 중복자격이 없는 중의사에게는 처방권만 부여하였다. 이러한 점도 이번 개정이 병원내에서 일어나는 문제점을 해결할 수 있는 수준만큼의 행위만 인정받은 것으로 보인다. 그러나 이러한 한계점에도 불구하고 실제 현실을 반영하여 이원화된 의료업무 시스템에 예외조항을 설정하는 유연함을 보였다는 것은 적지 않은 의미를 가지는 것으로 사료된다.

4. 대만 사례의 시사점

대만의 중의·서의 의료이원화체계는 우리나라와 매우 유사하다. 뿐만 아니라 중의가 건강보험에서 차지하는 비중(약 4% 내외) 및 근골격계에 집중된 중의 서비스 등 국민들의 인식과 이용 측면에서도 유사한 점을 가지고 있다. 하지만 우리나라와는 달리 대만에서는 중의사와 서의사간의 의료행위의 영역을 둘러싼 분쟁이 심하지 않다. 표면적으로는 대만 건강보험지출 증가율이 연 3% 이상인 상황에서 의료인에 대한 비용규제가 우리나라보다 심하기 때문에 중의사와 서의사간 분쟁이 더욱 심할 것으로 예상되는 것과는 반대되는 결과이다. 이러한 사실은 대만의료체계가 가지는 다음과 같은 특징으로 설명될 수 있을 것이다.

첫째, 대만에서 시행하고 있는 건강보험 지불제도인 총액계약제는 총액 부문(sector)이 서의의원(병원), 서의기층시설(의원), 중의, 치과로 구분되어 있어 서비스 경쟁이 서의의료기관과 중의의료기관간에 이루어지기 보다는 중의와 서의 각 내부적으로 국한하여 이루어지는 경향이 강하다. 따라서 중의 또는 서의에 의한 상대 의료행위에 대한 영역확대가 우리나라에서만큼 직접적으로 경제적 이익으로 구현되는 기전이 약하다. 더구나 중의의 진료항목은 진찰비, 약비, 침구치료비(전기침, 복잡한 치료) 등으로 매우 단순화되어 있어, 새로운 의료업무를 인정받기가 어려운 구조를 갖고 있다는 점 역시 의료업무 범위 확대를 크게 원하지 않는 요인인 것으로 보인다⁵⁰⁾.

둘째, 대만은 우리나라에 비해 중의와 서의의 의료업무 구분이 유연하

50) 대만의 총액계약제는 서의의원(병원), 서의기층시설(의원), 중의, 치과로 각각 총액 부문을 구성함. 따라서 의료기관은 이 4가지 중 하나로 보험계약을 해야 하며, 계약된 형태의 서비스에 대해 서만 급여가 이루어짐. 따라서 만약 중의의료기관으로 보험계약한 후 서의행위가 이루어진다면 비급여본인부담으로 처리됨.

다. 서의사가 일정 시간의 교육을 받으면 침구시술을 할 수 있는 자격을 부여하거나, 중의와 서의 의료업무가 모두 가능한 이중 면허 취득을 위한 8년제 교육과정이 운영되며, 올해 개정된 '의료기관 설치표준'을 통해 병원급 종사 중의사에게 서의 의료기기 처방권을 부여한 것 등이 그 예이다. 물론 대만과 우리나라의 의료현장에서의 세부적인 상황은 차이가 있겠으나, 경직된 의료 업무구분으로 인한 첨예한 분쟁을 피하고 엄격한 이원화체제로 인해 임상현장에서 일어나는 여러 문제들을 해결하기 위한 유연한 업무영역의 해석은 분쟁 당사자간 합리적인 해결의 가능성을 제시하고 있다고 평가된다.

셋째, 의료업무에 대한 규제를 법적인 규제가 아닌 건강보험 급여를 통해 규제함으로써 상대지역의 반발을 최소화하고 이원화체계를 유지하면 서도 의료업무 구분에 대한 유연한 대처는 가능하게 한다는 점이다. 예를 들어 서의사라 할지라도 교육을 통해 침구시술이 가능하며, 의료적 필요에 의해 침구시술을 행할 수도 있다. 그러나 서의사의 침구시술은 보험급여를 받을 수는 없어 이원화 의료체계에 큰 영향을 줄 정도로 보편화되지 못하며, 침구시술 가능한 서의사 양산에도 한계가 있다.

넷째, 이중면허자 비중이 높은 점은 중의사와 서의사간 정서적인 거리감을 좁혀주는 것으로 보인다. 2009년 중의·서의 이중 면허자는 집업 서의사의 6.8%, 집업 중의사의 8.1%이다. 우리나라의 의사-한의사 동시면허자가 약 250여명으로 한의사의 1.5%, 의사는 1%로 되지 않는 비율인 것으로 볼 때 상당히 높은 수치라 할 수 있다. 이들 대만의 이중면허자는 면허이동이 어렵지 않기 때문에 하나의 직능에 대한 정체성이 그리 강하지 않다는 점도 정서적인 거리를 좁히는데 영향을 준 것으로 여겨진다.



제4장 의-한의 직역 중장기 운영방안

제1절 의-한의 직역체계 운영에 대한 그간의 주요 논의

제2절 중장기 의-한의 직역체계 운영방안

4

의-한의 직역 중장기 운영방안 <<

앞서 살펴본 바와 같이 우리나라는 의과와 한의과가 배타적인 면허제도 하에서 배타적인 업무 영역을 가지고 서비스를 제공하는 의료이원화 체계를 운영하고 있다. 그러나 여러 가지 이유로 인해 ‘의료행위’와 ‘한방 의료행위’의 기준이 명확하게 규정되어 있지 않음으로 인해 각각의 직역에 해당되는 업무영역이 어디까지인지 해석을 두고 의과와 한의과 간 갈등이 적지 않은 상황이다. 최근의 천연물신약 처방권, 한의사에 대한 현대의료기기 사용 허용의 문제 등이 그 예로서, 국민 건강을 담당하고 있는 전문 직종간 갈등 심화는 사회적 비용을 증가시키는 한편, 소비자인 국민들의 불안감을 증폭시키고 의료전문직에 대한 신뢰를 저하시키는 부작용을 가져온다.

사실 의료체계 내에서 공급자 집단간 갈등은 다른 나라에서도 볼 수 있는 현상이다. 제3장에서 중국, 일본, 대만은 모두 전통의학과 현대의학의 갈등을 겪은 경험이 있으며, 또한 지금도 정도의 차이만 있을 뿐 갈등이 상존하고 있음을 보았다. 서구 국가인 영국 역시 NHS 내에 교육훈련부 책임자가 의료계를 구성하는 여러 직종들이 자기 직종 중심의 태도만을 가지고 직종간 협력이 부족함을 지칭하여 부족주의(tribalism)라는 평가를 내리기도 하였다(조병희, 2000).

그러나 현재 우리나라에서 발생하고 있는 의-한의간 업무영역을 둘러싼 갈등의 큰 문제점은 향후 직역간 갈등이 해소되기 보다 더욱 빈발하고, 심화할 가능성이 높다는 점이다. 최근 들어 과학기술이 빠르게 발전하고, 인접 학문분야와의 학제간 연구를 통해 융합화하는 현상이 두드러

지게 나타나고 있다. 소비자들 역시 다양한 의료서비스에 대한 요구가 매우 높다. 융합·다양화 경향 속에서 기존에 관행적으로 인지되어 왔던 의과-한 의과 업무 영역의 기준으로는 명확하게 구분하기 어려운 ‘중첩된’ 영역이 계속하여 등장하고 있는 것이다. 특히 갈등 해소를 위한 논의가 사회적으로 적극적인 동북아시아 국가들에 비해 우리나라는 직역간 안정적인 논의구조도 마련되지 않은 채, 소통과 대화를 위한 최소한의 논의 역시 감정적으로 깊이 패인 갈등의 골에 침잠된 양상이다.

이번 장에서는 의-한의 직역의 공생발전을 위한 중장기 운영방안을 검토해 보고자 한다. 이와 관련하여 다양한 모형을 고려할 수 있겠으나, 본 연구에서는 크게 이원화된 현행 체계를 유지하는 경우와 두 의학의 통합을 긍정적으로 검토하는 경우로 크게 구분하고자 한다. 검토를 위해 의과와 한의과의 직역간 관계 설정과 운영방안에 대해서 그동안 제기되었던 논의들을 먼저 정리하는 것에서 시작한다.

제1절 의-한의 직역체계 운영에 대한 그간의 주요 논의

1. 양한방협진

가. 의-한의 직역체계에서 양한방협진의 의의

의-한의 직역체계의 운영과 관련하여 양한방협진⁵¹⁾은 일원화된 의료

51) ‘한방(韓方)’이 의료법 등에서 공식적으로 활용되고 있는 용어인 반면, ‘양방(洋方)’은 학술적으로 명확한 정의가 내려져 있거나 공식적인 문헌자료(의료법 등)에서 활용되는 용어는 아니라고 할 수 있음. 따라서 양방·한방이라는 용어보다 의(醫)-한의(韓醫)라는 용어를 쓰는 것이 바람직하다고 할 것이나, ‘양한방협진’의 경우 그동안 정부 정책 및 학술적·관행적으로 널리 사용되었던 용어라는 점에서 편의상 본 보고서에서 그대로 활용하고자 함.

체계에 비해 한 단계 낮은 단계에서의 ‘통합’이라고 할 수 있다. 양한방협진이 제기된 배경으로는 크게 두 가지 요인을 생각해 볼 수 있다. 우선 사회·경제적 수준이 개선됨에 따라 우리나라 인구집단의 평균수명이 점차 늘어나면서 인구고령화가 본격화되었고, 이에 따라 나타난 만성퇴행성 질환 중심으로 질병구조가 변화되었다. 만성질환을 효과적으로 예방하고 치료하기 위한 노력이 시도되고 있으나, 아직까지 현대의학으로도 효과적인 대응방법을 개발하지 못한 질병이 적지 않은 것이 현실이다. 이러한 상황에서 동·서양이 각각 구축해 온 영역을 넘나드는 ‘두 의료체계의 공존과 협력’을 통한 더 좋은 치료효과와 예방효과를 기대하는 흐름이 전세계적으로 주목받고 있다(윤강재 외, 2012b).

양한방협진의 두 번째 제기 배경은 우리 의료체계에서 한방의료가 정착함에 따라 나타나기 시작한 중복진료 등 낭비적 비효율성을 극복해야 할 필요성이 높아졌기 때문이었다. 의-한의 양 단체 및 사회적으로 의료 일원화 논의가 높아지던 2000년을 기준으로 할 때, 전국의 한의과대학은 총 11개소, 입학정원은 750명이었으며, 당시 한의사 면허발급 현황은 11,904명에 이르고 있었다(이상영 외, 2002). 따라서 의과대학을 졸업하고 배출되는 의사인력에 한의과대학을 졸업한 한의사인력이 더해져 의료인력의 과잉공급에 대한 논의가 본격화되던 시기였다. 또한 최근에는 <표 2-25>에서 이미 살펴본 바와 같이 한방의료기관에서 보유하고 있는 의료장비 역시 지속적으로 증가하고 있다. 문제는 의-한의 직역이 상호배타적인 면허체제로 이원화된 체계는 이용자(환자) 입장에서는 치료효과 극대화를 위한 중복 선택을 합리적인 결정으로 인식하게 하지만, 중복이용 서비스에 대한 별도의 의료비 조정기제가 아직 완비되지 않은 우리나라 상황에서 의료비 부담 중첩과 의료비 증가로 귀결될 가능성이 매우 높다는 점이다⁵²⁾. 따라서 보건의료 분야의 당면 과제인 국민의료비의 효과적 조

정과 보험재정의 건전성·지속성 확보에 의과와 한의과의 협진은 효과가 있을 것으로 기대된다.

양한방협진은 이처럼 국민들에게 보다 질높은 의료서비스를 제공하고, 서비스 공급체계 상에 나타나고 있는 비효율성 극복 및 건강보험재정의 지속성 확보라는 측면에서 의의가 있으나, 본 연구에서 중점적으로 다루고 있는 의-한의 직역별 업무영역 조정이라는 측면에서도 상당히 중요한 의미를 가지는 것으로 볼 수 있다. 양한방협진은 이전까지 각 직역별로 의료서비스를 제공해 오던 의사와 한의사들이 ‘협력진료’라는 형태를 활용, 공동으로 업무를 수행하는 모형이기 때문이다.

물론 의과와 한의과의 협력에 대해서는 개인 연구자의 수준에서 여러 차례 그 필요성이 제기된 주제였다. 그러나 양한방협진은 1990년대 초반부터 보건복지부를 통해 정책연구와 임상연구가 시행됨으로써 두 직역체계의 협력관계 공론화에 결정적인 계기가 되었다. 뿐만 아니라 1996년 국무총리 자문기구로 발족운영되었던 「의료개혁위원회」는 21세기 도약을 위한 의료정책 과제로서 ‘양-한의료 상호교류 및 협진체계 구축’을 제시하기도 하였으며(의료개혁위원회, 1997), 2000년대 들어 보건복지부가 발표하고 있는 ‘한의학육성발전 5개년 계획’에도 두 의학체계의 협력진료는 중요한 정책적 과제로 다루어지고 있다.

양한방협진은 의과와 한의과의 배타적인 면허체계와 별도의 교육체계를 그대로 유지한다는 점에서 의료통합 또는 의료일원화보다는 한 단계 낮은 수준에서의 의-한의 업무영역을 조정하고 갈등을 해소하기 위한 모형이었다고 해석할 수 있다. 그러나 양한방협진은 실제 일선 의료기관에

52) 예를 들어 우리나라 한방병원 입원환자의 절반 이상의 두 번째 입원한 환자로서, 종합병원 등에서 1차 치료를 받은 후 추후 치료나 요양을 위해 한방병원에 입원하는 것으로 보고되고 있는데(조재국 외, 2011), 양한방협진 의료서비스에 대한 건강보험 수가체계 마련이 미흡한 현재 상황에서 이러한 이용행태는 진료비 이중 지출을 유발하여 개인의 진료비 지출과 국민의료비 상승 요인으로 작용할 가능성이 높음(윤강재 외, 2012b).

서 시행되었고, 현재도 시행중인 정책으로서 그 현황과 운영상의 문제점은 중장기적인 의-한의 직역체계 운영방안을 마련하는 데에 많은 시사점을 줄 것으로 기대된다.

나. 양한방협진 현황

일반적으로 양한방협진은 의사와 한의사가 서로 상이한 이론과 의료기술 또는 시술방법 등을 통해 의료와 한방의료를 접목하여 진료·진단·처방 등을 행하는 공동의료행위라고 정의할 수 있다(이원철, 2008).

그러나 실제 의료현장에서 협진은 매우 다양한 형태로 이루어지고 있다. 예를 들어 서비스 행위자(공급자)를 기준으로 하는 경우에도 중국과 같이 의사 또는 한의사가 의료행위와 한방의료행위를 제한없이 사용하는 유형과 우리나라나 대만처럼 의사와 한의사의 면허에 따라 제공 가능한 서비스가 구별되는 가운데 자신의 진료 영역만을 제공하여 각각의 서비스가 진료 과정에서 합쳐지는 유형으로 구분할 수 있다. 또한 진료범주의 결합이라는 측면에서는 ‘진단’과 ‘치료’를 어느 주체가 담당하느냐에 따라 네 가지 유형으로 구분할 수 있으며, 의료기관의 결합이라는 측면에서도 네 가지 정도의 유형으로 구분짓는 것이 가능하다.

〈표 4-1〉 양한방협진의 유형

구분	유형	특징
서비스행위자	면허에 따른 제한이 없는 경우	•의사/한의학사가 면허에 제한없이 사용하며, 중국처럼 전통의학이 공식적으로 인정되거나 일본처럼 전통의학이 '흡수'되어 제공되는 형태로 구분
	면허에 따른 제한이 있는 경우	•의사/한의학사가 면허에 허용된 행위만 제공할 수 있으며, 진료·치료 과정에 각 영역의 행위를 결합시키는 유형이며, 결합의 정도는 다양하게 나타남.
진료범주 결합	한의(韓醫) 진단+의(醫) 치료	•한의학의 진단방법을 활용하여 환자 상태를 진단하고 변증(辨證)한 후, 그 진단을 토대로 의과의 치료, 시술을 하는 형태 •현실적으로 존재하기 어려우며, 현대의학의 장점(진단 정확성 및 객관성)을 고려할 경우에도 현실성이 부족함.
	의(醫) 진단+한의(韓醫) 진단·치료	•의과의 진단으로 질환명을 확정한 후, 한의과 역시 진단·치료를 수행하는 형태로서 우리나라에서 가장 일반적인 형태 •의사와 한의사를 공동으로 고용한 의료기관에서 가능한 형태이나, 한의사의 현대의료기기 활용 여부 등이 제약조건으로 작용할 가능성이 있음.
	의(醫) 진단+한의(韓醫) 치료	•의과에서 진단한 후, 그 진단을 토대로 한의과의 치료·시술이 제공되는 형태 •전통의학이 공식적으로 인정되지 않는 경우(일본) 및 중국 중의사들의 진료 형태에 가까움.
	한의(韓醫) 진단·치료+의(醫) 진단·치료	•의과, 한의과 각각의 진단을 토대로 양쪽의 치료방법을 병행하는 형태로서, 우리나라 한방병원에서 볼 수 있는 협진 형태
의료기관 결합	의원+한의원	•일선 한의원과 방사선과 의원의 공생관계가 사례이며, 법적 제한으로 광범위하게 협력 진료를 제공하기에는 한계가 있음.
	의원+한방병원	•우리나라 중소 한방병원의 가장 일반적인 협진 형태로서, 한방병원이 부설 의원을 두는 형태가 일반적임.
	병원+한방병원	•의대와 한의대 부속 병원을 모두 갖춘 경우의 형태
	상대 교차고용	•병원내 한의과를 두거나, 한방병원내 의과를 두는 유형으로서 의료법 개정에 따른 교차고용 허용으로 향후 증가가 예상되는 유형임.

자료: 이원철(2008), 임병목(2008), 윤강재 외(2012b)

한편 2009년 1월 의료법 개정은 양한방협진에 있어서 큰 전기를 마련한 개정으로 평가할 수 있다. 개정 의료법에 따르면 2010년 1월 말부터 병원급 의료기관에서의 교차고용(예: 의료기관-한 의사 고용, 한방의료기관-의사 고용)과 의사-한의사 복수면허자의 의료기관 개설이 가능하게 되었다⁵³⁾. 의과에서는 내과와 가정의학과를, 한의과에서는 한방내과, 사상체질과, 침구과를, 치과에서는 구강내과를 공통과목으로서 모든 병원급 의료기관에 설치가 가능하게 되었다(보건복지부, 2010). 면허종별로 시행가능한 의료서비스가 엄격하게 구분되는 우리나라 현실에서 교차고용의 허용은 최소한 동일 기관 내에서의 협진을 가능하게 한 진전된 방향으로 평가된다.

현실적으로 현황 파악에 한계가 있는 의원급 의료기관에서의 양한방협진은 제외하고, 병원 및 한방병원에서의 최근 협진 현황을 제시하고자 한다⁵⁴⁾. 먼저 교차고용을 허용한 의료법이 개정되기 이전(2010년) 전체 한방병원 167개소 중 협진을 시행하고 있는 한방병원은 116개소로서, 전체 한방병원의 69.5%가 양한방협진을 시행하고 있었다. 협진 한방병원의 수는 [그림 4-1]에서 볼 수 있는 바와 같이 지속적으로 증가하고 있는 추세이긴 하지만, 그 비율은 오히려 2008년에 비해 감소하였음을 알 수 있다(2008년 협진 수행 한방병원 비율: 82.4%).

53) 의료법 제43조(진료과목 등) ① 병원·치과병원 또는 종합병원은 한의사를 두어 한의과 진료과목을 추가로 설치·운영할 수 있다.

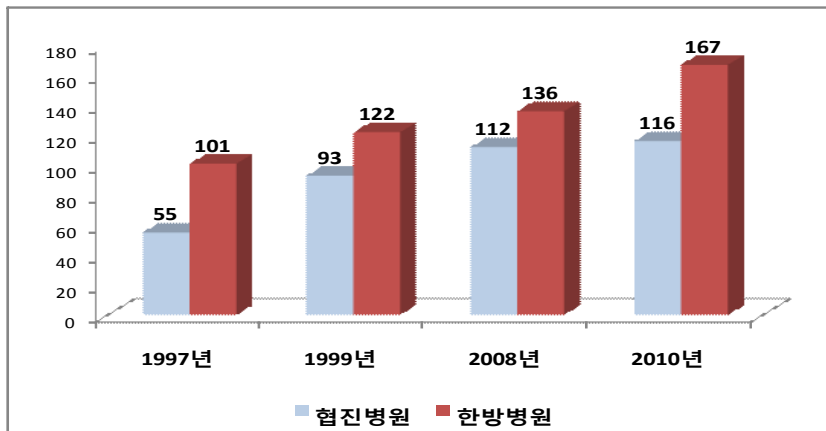
② 한방병원 또는 치과병원은 의사를 두어 의과 진료과목을 추가로 설치·운영할 수 있다.

③ 병원·한방병원 또는 요양병원은 치과의사를 두어 치과 진료과목을 추가로 설치·운영할 수 있다.

54) 이하 한방병원에서의 협진 현황 및 의료법 개정 이후 교차고용 현황에 대해서는 권영규 외(2012)를 인용하였음.

[그림 4-1] 한방병원 중 협진 시행 기관 추이

(단위: 개소)



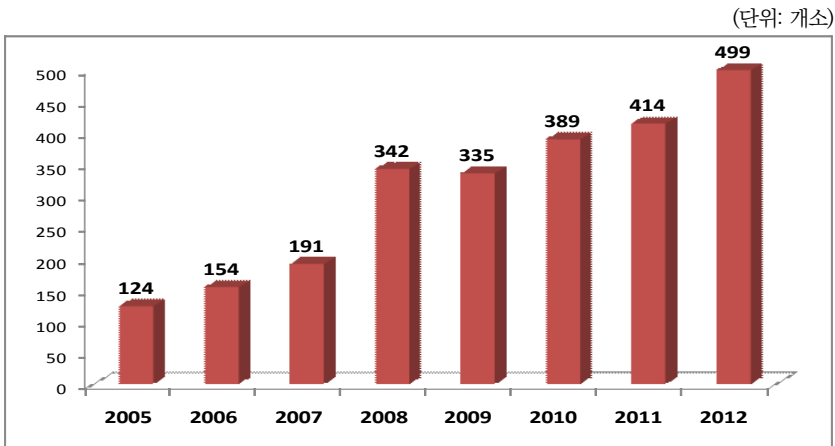
자료: 권영규 외(2012)

이들 한방병원의 협진 유형은 거의 대부분 ‘의료기관 결합 측면’에서의 유형, 즉, 기관대 기관 형태의 협진이라고 할 수 있다. 반면 2009년 의료법 개정을 계기로 병원급 의료기관에서 상호 교차고용이 가능해지면서 이를 활용한 협진 유형이 증가하고 있다. 보건복지부의 조사에 따르면 의료법 개정 이후 한방병원 36개소에서 의과 과목을, 종합병원 및 병원 71개소에서 한의과 과목을 설치하였으며, 치과병원 3개소에서도 한의과를 설치한 것으로 집계되었다. 한방병원에서 설치된 의과 진료과목으로는 가정의학과가 16개소로 가장 많았으며, 내과를 설치한 한방병원도 13개소에 이르렀다. 영상의학과를 추가로 설치한 한방병원은 8개소로 조사되었다. 종합병원 및 병원급 의료기관에 설치된 한의과 진료과목으로는 내과(39개소), 침구과(24개소) 등의 순으로 나타났다(권영규 외, 2012).

한편 병원급 의료기관에서의 협진 역시 지속적으로 증가하는 추세이다. 협진을 시행하고 있는 병원급 의료기관은 2005년 124개소에서 2012년 499개소까지 약 4배 가량 증가하였는데, 특히 2012년에 85개소

가 증가하여(전년 대비 20.5% 증가), 최근의 의료법 개정에 따른 교차고용 허용이 협진 활성화에 기여한 것으로 해석된다.

[그림 4-2] 연도별 협진병원 시행 의료기관(병원급) 추이



자료: 윤강재 외(2012b)

다. 양한방협진 활성화를 위한 개선과제

의료법 개정으로 교차고용이 허용되고, 양한방협진에 부합하는 대상 질환 발굴(권영규 외, 2012), 대구와 장흥에 추진되고 있는 통합의료센터 등 양한방협진 활성화를 위한 노력이 활발하나, 아직까지 이를 지원하기 위한 제도적 장치는 부족한 점이 상존한다는 평가도 적지 않다.

현재의 양한방협진이 기관 중심, 임상 중심으로 구성되어 있어, 협진의 기반이 되어야 할 기본적인 연구와 의과대학-한의학대학 간의 교육훈련 체계가 미흡하다. 협진에 부합하는 대상질환 발굴은 이제 본격적으로 연구가 시작된 상황으로 볼 수 있으며, 각 질환에 따른 임상진료지침과 협진 과정에서 의-한의 직역별 결합방법에 대한 구체적인 프로토콜 역시 개

발 초기단계이다. 또한 최근 한의학에 대한 인식변화와 보완대체의학의 부각에 힘입어 의과대학 내에 한의과 관련 교육이 차츰 증가하는 추세이긴 하지만, 의과-한의과의 협력 파트너십 형성을 위한 교과과정에는 이르지 못한 채 교양과목 수준에 머물러 있다. 이로 인해 최근 한방병원 내 설치된 의과 진료과목에 고용된 의사들의 경우 기본 검사, 물리치료, 의약품 처방 등의 기본 업무만 수행할 뿐 정작 전문질환에 대한 협진은 어려우며, 현대의료기기 활용의 법적 제한을 극복하기 위한 역할로 국한되어 있다는 불만이 제기되고 있다(권영규 외, 2012).

건강보험 급여 및 의료분쟁 발생시 책임 소재 등도 양한방협진이 본격적으로 추진된 이후 지속적으로 제기되고 있는 저해 요인이다(임병목, 2008). 동시면허를 보유한 의료인의 병행시술, 의사-한의사간 협진, 기관간 협진 등에 대한 협진 수가항목 개발 및 각 협진행위별 적정수가의 개발이 필요하다⁵⁵⁾. 이는 서비스를 이용하는 소비자 입장에서든 협진서비스 이용을 촉진할 수 있도록 하는 중요한 과제인데, 의료비 부담을 중요하게 인식하는 우리나라 이용자 특성상 이중부담-전액 본인부담은 양한방협진 서비스의 소극적 이용으로 귀결될 가능성이 높다.

정부는 보건산업을 미래성장산업으로 육성할 것을 국정과제로 지정하고, 이를 달성하기 위해 ‘전략적 보건의료 R&D 강화’를 추진과제로 제시하고 있는데, 여기에 “양한방 융합”을 ‘부가가치가 높은 첨단의료기술 개발 분야’로 포함시켜 추진하고자 천명하였다(제18대 대통령직인수위원회, 2013). 이를 달성하기 위한 현실적인 출발점이 침체기 이후 다시 본격적으로 추진되고 있는 양한방협진이 될 수 있을 것으로 보인다. 따라서 협진의 효과가 기대되는 질환을 선정, 이를 위한 진료 모델과 프로토콜을

55) 보건복지부 유권해석(보건복지부 급여65720-101호) 상으로는 동일상병에 대한 동시진료에 대해서는 중복진료로 간주하여 전액 본인부담토록 되어 있음.

개발하는 한편, 상대 의학에 대한 이해 제고와 현장에서의 실질적인 협진 파트너쉽 구축을 위해 교육체계에 대한 개선과 상호교류 확대 노력이 필요할 것으로 사료된다. 아울러 오랫동안 결과를 얻지 못하고 있는 협진 수가지불체계 역시 국공립 의료기관에서의 시범사업 등을 통해 현실 적용이 가능한 방향을 잡아야 할 것으로 보인다.

2. 의료일원화(의료통합) 논의

가. 의료일원화 제기 배경

전술한 양한방협진은 의과와 한의과의 상호 이해를 바탕으로 한 긴밀한 협력을 목표로 하고 있지만, 실제로는 현재의 배타적인 의-한의 직역 체계를 유지하는 의미를 가진다. 따라서 양한방협진 활성화와 제도적 지원인프라 마련을 통해 소비자들의 중복의료이용과 의료비 부담 증가, 서비스 선택 과정에서의 혼란 등을 완화해 줄 것으로 기대된다.

그러나 의-한의간 업무영역을 둘러싼 다툼이 빈발하여 갈등이 심화되고 있는 현실적 조건을 고려할 때 과연 의사와 한의사들이 상대방의 영역을 심도있게 연구하고 이해하여 실질적인 협력의 효과를 창출할 수 있을지에 대해서는 의문이 드는 것 또한 사실이다. 매년 의과대학과 한의과대학을 합쳐 약 4,000여명의 의료인력이 배출되는 상황 역시 공급자 유인 수요와 함께 경쟁을 격화시키고, 영역확대 과정에서 갈등을 유발하는 악순환을 반복하는 원인으로 작용한다.

의-한의 업무영역과 직접적인 연관성은 없다고 하더라도, 오래 전부터 자국의 전통의학(중의학)을 서양의학의 과학적 지식과 결합시켜 세계시장에서 우월한 위치를 구가하고 있는 중국의 사례 역시 시사하는 바가 크

다. 우리나라 역시 한의학이 보유하고 있는 성장잠재력에 주목하여 다양한 형태로 산업화를 모색하고 있으나, 독자적인 한의학의 역량만으로 세계시장으로의 진출에 어느 정도 성과를 거둘 수 있을지에 대해서는 냉정하게 평가할 수밖에 없다 하겠다.

나. 의료일원화의 개념적 특징

현재의 의-한의 직역체계의 구분을 존속시키는 양한방협진에서 한 단계 더 나아가 양자를 하나로 통합하는 의료통합 또는 의료일원화(醫療一元化)의 과제를 제기할 수 있다. 사실 의료전문직의 특성을 고려할 때 1951년 공포된 국민의료법으로 확립된 의료이원화체계는 출발 당시부터 의-한의 직역의 관계 설정의 문제를 가지고 있었다고 할 것이다. 왜냐하면 의료전문직은 별도의 의료윤리와 의학교육체계를 통해 습득한 전문적 지식을 바탕으로 자율성(autonomy)을 가진 독점적 지배를 특징으로 하는데(류화신, 2007; 박호진, 2011; 백한주, 2012), 의료이원화는 기본적으로 이러한 특성에 배치되기 때문이다.

의료일원화는 의-한의 두 직역으로 이원화되어 있는 의료공급체계의 통합과 함께 학제와 면허제도의 통합까지도 포함하는 개념이다(조재국, 2010). 즉, 의료일원화는 그 수준에 따라 크게 ‘운영적 측면’, ‘제도적 측면’, ‘학문적 측면’으로 구분하여 검토되어질 수 있다. 이 가운데 운영적 측면은 의료서비스가 발생하는 공간과 인력의 통합이라 할 수 있다. 예를 들어 하나의 의료기관 또는 한방의료기관에서 의과 진료와 한의과 진료가 동시에 발생하도록 하거나, 중국의 중서결합의사(中西結合醫師)처럼 한 명의 의료인이 양측 진료를 모두 수행할 수 있도록 하는 것이다. 앞서 살펴보았던 양한방협진은 운영적 측면에서 가장 낮은 단계의 일원화라

할 수 있다. 제도적 측면에서의 일원화에는 교육통합과 면허통합이 포함된다. 현재 이원화된 인력양성체제와 배타적인 면허체제를 통합하여 일원화된 교육과정을 개발·적용하고, ‘통합의사’로서 활동할 수 있도록 하는 것이다. 마지막으로 학문적 측면에서의 통합은 현대의학과 한의학이 융합된 새로운 의학을 모색하는 단계이다(김주경 외, 2012).

다. 의료일원화 논의 과정

1951년 국민의료법 이후 상당한 기간 동안 의-한의 직역간 관계설정 에 관해서는 일부 개인적·학문적인 의견 표명 이외에는 공론화되지 않았다. 우선 국가적으로 전후 복구와 경제발전에 따른 의료자원 확대가 중요한 과제였을 뿐만 아니라, 의료계는 대체로 한의학의 존재를 무시하였고, 한의계는 자체적인 체계 확립 이외에 관심을 가질 여유가 없었기 때문이었다. 그러나 의료 인력 팽창에 따른 의료시장의 중복성이 가시화되어 경쟁이 점차 격화되면서 경쟁을 허물기 위한 대안으로서 1977년 대한의학 협회에 의해 ‘의료의 일원화’가 제기되었다(서홍관, 2000).

이후 대한의사협회는 비교적 적극적으로 의료일원화 방안을 연구하여 그 방안을 제시하게 되는데, 1992년에는 의료일원화연구위원회를 개최하여 의료일원화의 기본 골격을 정리·발표하기에 이른다. 당시 대한의사협회의 의료일원화 방안은 다음과 같다⁵⁶⁾.

- ① 의과대학 및 한의과대학의 구별을 없애고, 의학 과목과 한의학 과목을 포함하는 개편된 의과대학 교과 과정을 운영한다.
- ② 졸업 후 모두에게 동일한 신제 통합 의사 면허를 부여한다.
- ③ 종합병원에 한의학과 전문의 수련 과정을 신설한다.

56) 대한의사협회의 1992년 의료일원화 방안은 서홍관(2000)에서 발췌하였음.

④ 신제 의과대학에 한의학과 대학원 과정을 신설한다.

⑤ 기성 의사 및 한의사는 보수 교육과 시험을 거쳐 신제 통합 의사 또는 한의학과 전문의로 전환하고, 만약에 상대편 의학의 수용을 희망하지 않는 사람은 기존의 의사 및 한의사로 잔존할 수 있게 한다.

이 의료일원화 방안은 주로 제도적 통합에 초점을 맞추고 있다. 즉, 의사와 한의사의 교육훈련제도를 통합함으로써 일원화를 달성하자는 제안이다. 그러나 제도의 통합을 위해 선행되어야 할 상대 직업에 대한 이해와 갈등 해소를 위한 기제 마련 등에 대한 고려는 상대적으로 부족한 것으로 평가된다. 이러한 점에서 2005년에 제안되었던 의료일원화 방안은 보다 현실적이다(조병희, 2005). 그 내용은 다음과 같다.

- ① 병원과 종합병원에 한방과 설치, 한의사 근무허용, 한방병원에 양방 진료과 설치, 의사 근무허용
- ② 병원과 종합병원을 통합, 의원과 한의원은 존치하지만 공동근무 허용, 의사에게 침뜸과 일부 한약제 사용 허용, 한의사에게 의료기기 병리검사, 약제사용 허용
- ③ 의대와 한의대는 존속하지만 면허는 통합
- ④ 교육기관 통합

이 방법은 임상수준에서 의과와 한의과의 협력기반을 구축할 것과 상호 업무영역의 개방(의사에게 침뜸 및 한약제 허용, 한의사에게 의료기기 및 약제 허용)과 교류를 선행한 후, 면허통합과 교육통합으로 진행할 것을 제안하고 있다. 이 가운데 임상에서의 상호 진료과 설치 및 교차고용은 지난 의료법 개정을 통해 허용된 바 있다.

이와는 별도로 의사협회는 1993년 소위 ‘한약분쟁’ 과정에서 의료일원화 문제를 다시 한 번 제기하였고, 2004년과 2006년에는 각각 ‘의료일원화 범의료계 대책위원회’와 ‘의료일원화 특별위원회’를 구성·운영하는 등

의-한의 직역체계의 문제점을 ‘의료일원화’라는 방식을 통해 해결하기 위해 적극적인 행보를 보여 온 것으로 평가된다. 반면 한의계의 대응은 상대적으로 수동적이었으며, 상당한 기간 동안 의료일원화를 공론화하는 것 자체를 금기시하는 입장이 지배적이었다(조재국, 2010; 김주경 외, 2012).

의료일원화 논의에서 상대적으로 한의계가 다소 소극적이긴 하였지만 지금까지도 논의에 비해 가시적인 성과를 나타내지 못한 채 지지부진한 이유는 역시 의료계와 한의계 사이에 존재하고 있는 뿌리깊은 불신감이라 할 것이다. 그동안 전문가 단체를 중심으로 각각 제기되어 온 의사와 한의사의 관계 모형에는 큰 차이가 존재한다. 예컨대 의료계의 경우 현대 의학을 중심으로 하고 전통의학을 통해 보완하는 방식으로 의료체계가 이루어져야 한다는 점을 기본으로 하면서, 이 과정에서 한의학은 과학적 근거 마련과 한약재의 표준화, 부작용 등에 대비한 안전성 확보가 선행되어야 한다는 점을 주장한다(권용진, 2005)⁵⁷⁾. 반면, 한의계는 의료계가 한의학을 흡수통합하는 방식의 의료일원화 방안은 수용이 불가능하며, 이와 같은 방식은 두 의학체계의 상이성을 인정하지 않은 채로 궁극적으로 한의학의 가치를 소멸시키는 것으로 인식하고 있다. 따라서 의료일원화가 이루어지기 위해서는 우선 현대의학과 전통의학 및 의사와 한의사가 상호 대등한 지위선상에서 경쟁 내지는 협력할 수 있는 구조가 전제되어야 한다고 주장한다.

이처럼 최소한 2000년대를 전후로 한 시기에 의료일원화 추진을 주도적으로 주장한 측은 의료계였다고 할 수 있다. 이 시기까지 의료일원화를

57) 이는 최근(2013. 5. 21) 의료일원화 공청회에서도 유사하게 제기된 바 있음. 의료계 내부에도 다양한 의견이 있으나, 기본적으로 국민의 신뢰 회복을 위해 ‘한의학의 진료효과와 부작용에 대한 과학적 입증’을 통한 과학화·현대화가 전제되어야 한다는 입장임 (http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?news_cd=2013052100007)

둘러싼 의료계 및 한의계의 주장을 최종덕(2000)은 다음과 같이 정리하고 있다.

〈표 4-2〉 의료계 및 한의계의 의료일원화 논제 및 대안(2000년대 초반)

	의료계	한의계
중심 논제	•한방진료는 그 진료방법과 임상 처방 및 치료효과에서 과학적 검증이 안되며, 객관화된 기준이 없다 •한방진료는 과거의 질병에 대한 임상 진료만을 갖고 있으므로 한방 임상도 변해야 한다 •현재 이원화된 의료체계는 환자들에게 판단의 혼란과 의료비 부담을 가져다준다 •한의학의 이론체계와 치료 효과는 현실적으로 다른 점이 많다 •한방의료가 사용하는 과학 의료장비는 결국 한방의료의 한계를 스스로 보여주는 것이다 •중국, 일본, 서구에서 볼 수 있듯이 의료일원화는 세계적 추세이다	•(양)의학과 한의학의 패러다임은 서로 다르다. 한의학은 유기체적이고 전인적인 자연관과 인체대상관을 가지므로 원인요법을 추구하는 (양)의학과 동일한 차원에서 인체를 다룰 수 없다 •자연과학의 획일적인 잣대로 한의학을 볼 수 없다 •환자를 질병 관련으로 국한하여 보는 것이 아니라 총체적 인간관으로 보기 때문에 의료체계의 형식이 다를 수밖에 없다 •이원화된 진료체계에서 발생하는 의료비가중은 의료보험제도 개선을 통해 해결할 수 있다
대안	•이원화된 의료 교육제도를 통합하여 신제 의사면허를 도입한다 •기존의 양한방 의사들은 보수 교육을 통해 신제 의료인으로 전환할 수 있다 •실질적인 협진 체제를 도입하여 일정 유예기간을 두고 한의사를 한의과 전문의로 전환한다.	•당장의 통합보다 보완 의학으로서 상호주의적 기준을 상실하지 않고 적절한 공존공간을 가져야 한다 •의료교육기관에 한의학 교육을 포함하여 일방향적인 요구보다 점진적인 상호 접근태도를 가져야 한다 •일원화를 이루기 위해서는 자연과학 뿐만 아니라 동양 사상의 이해를 위한 교육을 의-한의 모두 점진적으로 늘려야 한다

자료: 최종덕(2000)의 내용을 재정리

라. 의료일원화에 대한 최근 의-한의계 입장

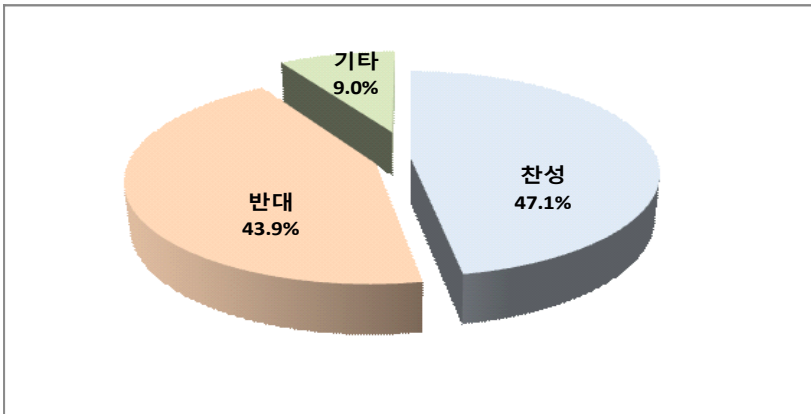
1) 의료계

의료일원화에 대한 의료계의 입장표명은 그동안 여러 차례 있었으나, 가장 최근의 회원 의견 수렴 이후 지난 2013년 3월에 발표된 결과는 다

음과 같다⁵⁸⁾. 이 조사는 대한의사협회 전회원을 대상으로 한 설문조사였으며, 최종적으로 1,229명이 응답하였다.

먼저 의사와 한의사로 이원화 되어 있는 학제와 면허제도를 통합하는 ‘의료일원화’에 대하여 찬성 의견이 47.1%, 반대 의견이 43.9%로 나타나 찬반 의견이 팽팽한 것으로 조사되었다. 또한 의사와 한의사로 이원화된 현재 의료제도가 야기하고 있는 문제점에 대해 응답자의 66.7%가 ‘한의사의 업무범위를 넘은 진료행위로 인해 국민건강에 악영향을 끼친다’는 점을 지적하였으며, 17.9%는 ‘국민의 의료선택에서 혼란을 초래한다’, 10.6%는 ‘의료비 이중 부담의 요인으로 작용한다’를 지적하였다.

[그림 4-3] 의료일원화에 대한 의료계 의견 조사 결과(2013. 3)



자료: 대한의사협회 보도자료(2013. 3. 18)

한편, 대한의사협회는 이 조사를 통해 한방건강보험 체계의 개편 방식과 한의사들의 현대의료기기 사용 여부 등 의-한의 업무영역에서 쟁점이 되고 있는 사안들에 대해서도 의견을 조사하였다.

⁵⁸⁾ 대한의사협회 보도자료(2013. 3. 18)

한방건강보험 개편 방법에 대해서는 ‘선택한 환자에 대해서만 건강보험을 적용해야 한다’가 50.4%, ‘한방을 건강보험체계에서 배제해야 한다’가 41.1%로 나타나 90% 이상의 응답자들이 한방의료를 현대의학과 동일선상에서 건강보험을 적용하는 것에 문제가 있다고 밝혔다. 또한 한 의사의 현대의료기기 사용에 있어서도 응답자의 93.9%가 ‘사용하지 않도록 해야 한다’고 답하였으며, 그 이유로 76.2%가 ‘오진 위험성이 높다’를 지적하였다.

찬반 의견이 팽팽하기는 하지만 절반에 가까운 47.1%의 응답자들이 의료일원화에 찬성하고 있다는 점은 시사하는 바가 있다. 일단 지금까지 의료일원화에 대한 의료계의 입장을 ‘이원화체계가 환자들의 중복의료 이용 및 의료비 지출을 증가시키고 질병치료 선택에 대한 혼란 및 치료시기 상실 등의 문제를 야기시킬 수 있으므로 제도개선이 필요하다’는 입장으로 정리할 수 있다면, 절반에 가까운 회원이 이에 찬성하고 있다는 점은 의료일원화 논의를 본격화시킬 수 있는 여지를 확인했다고 하겠다. 다만, 일원화의 보다 구체적인 방법(상호교류 방법, 학제 및 면허 통합방법 등)까지 의견수렴이 이루어지지 못한 점은 아쉬움을 남긴다. 또한 의료일원화를 위해 상대 직역(한의)과의 관계 설정 측면에서는 기존의 입장과 큰 변화가 없는 것으로 여겨지는데, 일원화 과정에서 필수적으로 거쳐야 할 의-한의 논의에서 이는 적지 않은 부담이 될 것으로 보인다.

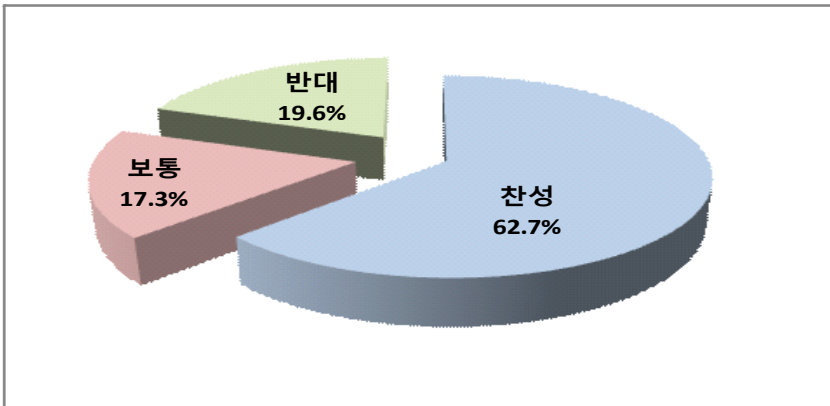
2) 한의계

그동안 한의계는 의료계에 비교해 볼 때 의료일원화에 소극적이었다. 이는 인력 규모, 영향력 등에서 의료계에 비해 상대적으로 열세에 있는 한의계에서 흡수 통합 형식의 의료일원화가 진행될 경우 한의학의 쇠퇴 및 소멸을 가져와 ‘박물관 의학’으로 전락하고 말 것이라는 우려가 강하

게 작용하였기 때문이었다. 그러나 최근 한의계 내에서도 의료일원화에 대한 소극적이거나 유보적인 태도 및 반대 견해를 지양하고 여러 가지 불가피한 상황변화를 고려하여 구체적인 논의 및 대안 마련이 필요하다는 견해가 지속적으로 나타나고 있다.

2012년 4월 조사, 발표된 한의사 대상 조사 결과(김주경 외, 2012)는 이러한 변화를 보여주고 있다. 전국 한의사 1,322명의 의료통합에 대한 의견을 분석한 결과 찬성 62.7%, 보통 17.7%, 반대 19.6%로 나타났으며, 면허통합에 대한 의견 역시 이와 유사하게 찬성 62.4%, 보통 16.0%, 반대 21.6%로 나타났다. 통합에 대해서는 연령에 따른 인식 차이가 유의미하게 나타났는데, 60대 이상 응답자들의 경우 다른 연령대 응답자들에 비해 의료통합 및 면허통합에 찬성하는 평균점수(5점 척도)가 낮았다.

[그림 4-4] 의료일원화에 대한 한의계 의견 조사 결과(2012. 4)



자료: 김주경 외(2012)

의료통합이 필요한 이유로 가장 많이 선택된 것은 ‘진료의 질적 향상 (27.8%)’이었으며, ‘사회적 요구에 부응(19.9%)’, ‘현대의학의 활용 (19.5%)’ 등의 순으로 조사되었다. ‘학문발전’을 위해 필요하다는 응답과

‘경영개선’을 위해 필요하다는 응답 역시 각각 16.7%와 14.3%를 차지하였다. 반대로 의료통합이 필요하지 않은 이유에 대해서는 ‘학문적 특성 약화’가 35.3%로 가장 높았다. 뒤이어 ‘한의학 존재 위기(34.1%)’, ‘한 의과-의과간 불필요한 갈등(18.4%)’ 등의 순으로 조사되어, 통합시 한의학의 위상 약화 또는 소멸을 가장 우려하는 것으로 파악된다.

〈표 4-3〉 한의계의 의료통합 필요 및 불필요 사유

(단위: %)

필요 사유		불필요 사유	
내용	%	내용	%
진료의 질적 향상	27.8	학문적 특성 약화	35.3
사회적 요구에 부응	19.9	한의학 존재 위기	34.1
현대의학의 활용	19.5	한 의과-의과간 불필요한 갈등	18.4
학문 발전	16.7	경영상 경쟁력 약화	9.1
경영 개선	14.3	기타	3.2
기타	1.8		
계	100.0	계	100.0

자료: 김주경 외(2012)

의료통합이 이루어질 경우 바람직한 방법에 대해서는 현재의 의과대학과 한의과대학을 폐지하고 의학대학 내 의학과, 한의학과로 구성·통합하자는 소위 ‘2원적 1원화 방안’이 46.3%로 가장 높았으며, 현재의 의과대학과 한의과대학을 존치하면서 진료면허제, 1차의료전담의제 등을 통한 면허의 배타성 완화 시행 이후 점진적인 교육·면허 통합으로 진행하는 것이 바람직하다는 의견은 26.3%로 조사되었다.

의료일원화의 추진이라는 점에서 보았을 때, 이와 같은 한의계의 입장은 기존에 비해 진일보한 것으로 평가할 수 있겠다. 무엇보다 통합에 대해 긍정적으로 받아들이는 의견이 종래에 비해 크게 증가하였다는 점을 들 수 있다. 또한 통합의 필요성에 대해서도 다양한 응답이 제기되었으

나, 전체적으로 경영개선을 위한 측면보다는 진료의 질적 수준을 개선하고 학문적 발전을 이루기 위해서 필요하다라는 입장이 상당히 높아졌다는 점 역시 주목할 필요가 있겠다. 의료통합의 방안에 대해서도 기존의 한의계 입장과는 다소 다른 결과가 나타나 이에 대해서는 향후 좀 더 심도있는 분석이 필요할 것으로 보여진다. 그동안 한의계는 한의학의 존재 위기를 불러온다는 점에서 한의과대학 폐지를 골자로 하는 ‘2원적 1원화 방안’에 반대하는 입장이 우세하였기 때문이다.

마. 의료일원화에 대한 기존 모형 검토

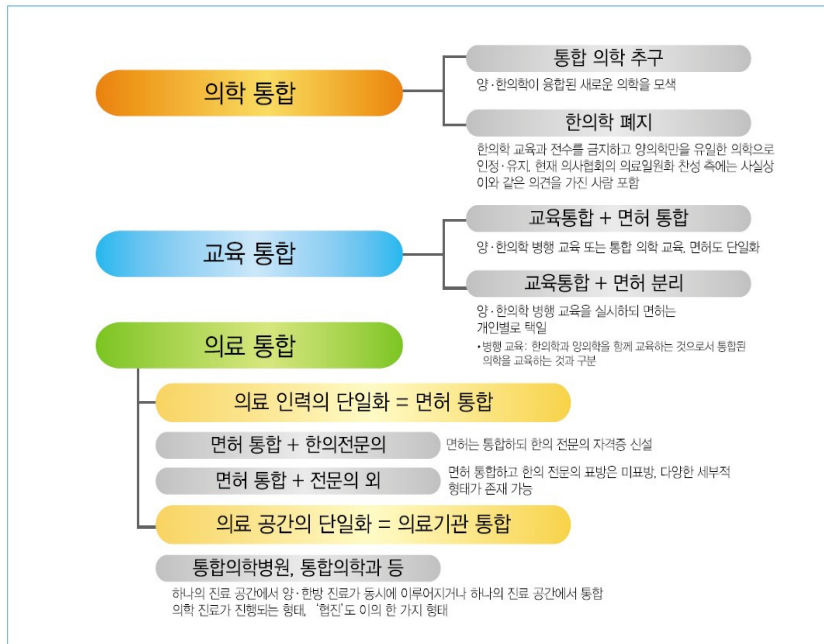
단순하게 보자면 의료일원화는 현재 의-한의로 이원화되어 있는 의료 서비스 전달체계를 하나로 통합하는 것으로 달성할 수 있다. 그러나 의료일원화가 실제로 현실화되기 위해서는 다층적인 단계들에서 전제되어야 할 점들이 적지 않다.

의료일원화의 최종적인 단계는 의학과 한의학을 하나의 통합의학으로 개편하는 것이라 하겠으나, 두 영역은 ‘질병의 치료와 예방’이라는 목적의 동일성을 제외하면 최근까지도 상당히 다른 발전 단계를 거쳐왔다고 할 수 있다. 의과대학과 한의과대학으로 구분된 별도의 교육·인력양성체계와 의사와 한의사로 구분된 별도의 면허체계가 운영되는 것도, 또한 의학과 한의학에 대한 학문적 원리의 차이(표 2-3)가 지적되는 것도 이 때문이다. 따라서 의료일원화 과정에서 이 차이의 해소는 매우 중요한 과제이다.

이런 점에서 최근의 의료법 개정으로 복수면허자의 역할 확대와 의-한의 상호간 교차고용이 가능하게 된 점은 중요한 의미를 가진다. 그러나 여전히 의료행위 및 한방의료행위의 배타적 구분은 확고하다. 뿐만 아니

라 의과대학과 한의과대학으로 분리되어진 인력양성체계를 ‘통합’된 체계에서는 어떻게 구성하여 운영할 것인가와 면허체계의 통합 및 그 과정에서의 기존 인력의 업무영역 설정 등도 중요한 과제라 할 것이다. 즉, 의료일원화를 달성하기 위해서는 의료통합, 교육통합, 의학통합에 이르는 각 단계가 유기적으로 구성되어 있어야 하는 것이다. 지금까지 단계별 모형과 쟁점을 [그림 4-5]와 같이 할 수 있는데, 의료일원화에 대한 기존의 모형들은 과연 각 단계에서 통합을 어떻게 이룰 것인가에 초점을 맞추고 있다고 하겠다.

[그림 4-5] 의료일원화의 기본 틀과 쟁점



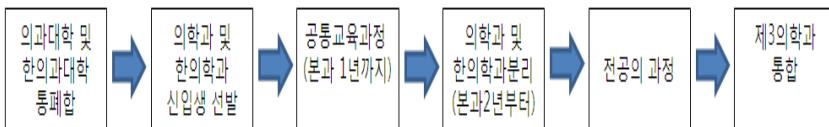
자료: 조재국(2010)

1) 2원적 1원화⁵⁹⁾

2원적 1원화의 가장 큰 특징은 한의과대학을 공식적으로 소멸시킨다는 점에 있다. 즉, 기존의 의과대학과 한의과대학은 의과대학으로 통합하고, 공통교육과정을 운영하는 것이 이 통합방안의 큰 특징이다. 신입생은 의학과와 한의학과로 선발하여 본과 1년까지 공통교육과정을 운영하되, 본과 2학년 과정부터는 의학과와 한의학과를 분리하여 교육한다. 이후 전공의 과정은 의학과와 한의학과가 각각 운영하는데, 현재와 같은 전공의 배출 방식과 큰 차이가 없으며, 장기간 이와 같은 교육체계를 운영한 후 의학과와 한의학과를 ‘제3의학과’로 통합한다(문옥륜, 2002).

이 방안은 동북아시아 3개국을 비교해 보았을 때, 일본과 유사한 방안으로 생각할 수 있다. 즉, 교육과 면허를 ‘의과’라는 하나로 통합한 후, 그 안에서 별도의 방식을 통해 한방의료를 제공할 수 있는 자격을 부여하는 것이기 때문이다. 2원적 1원화는 주로 의료계를 통해 주장되어 온 통합방안이라 할 수 있으며, 상대적으로 한의계는 한의학의 소멸이라는 위기감으로 반대의견이 높았던 안이었다. 다만 앞서 살펴본 바와 같이 최근의 한의계 조사(김주경 외, 2012)에서는 2원적 1원화에 대한 찬성 의견이 적지 않은 것으로 나타나 실제 일선 한의계의 여론이 변화한 것인지에 대한 보다 깊은 논의가 필요할 것으로 사료된다.

[그림 4-6] 2원적 1원화 의료일원화 방안



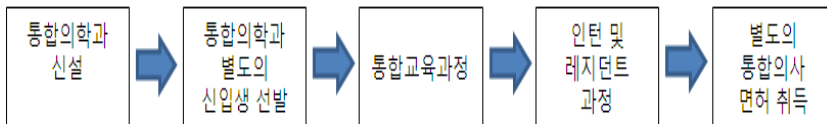
자료: 김주경 외(2012) 재구성

59) 이하 기존의 일원화방안에 대해서는 조재국(2010), 김주경 외(2012)의 자료를 정리한 것임.

2) 3원적 1원화

3원적 1원화 체제에서는 의과대학과 한의과대학이 존치하되, 통합의학과를 공동으로 설립·운영하는 것이 특징이다. 신입생 선발이 의학과, 한의학과, 통합의학과로 이루어지며, 통합교육 과정을 거쳐 졸업하는 졸업생에게는 통합(결합)의사 면허를 취득할 수 있는 자격을 부여한다(문옥륜, 2002). 이 방안은 의과대학, 중의과대학을 모두 존치시킨 상황에서 별도의 ‘중서의결합’ 과정을 두고 있는 중국의 인력양성체제와 유사한 점을 가지고 있다고 할 수 있다.

[그림 4-7] 3원적 1원화 의료일원화 방안



자료: 김주경 외(2012) 재구성

3원적 1원화 방안은 먼저 소개한 2원적 1원화 방안에 비해 교육 및 인력양성체제의 통합에 유예적 조치를 두고 있으며, 기존의 면허체제 역시 그대로 인정되는 가운데 별도의 통합(결합)의료인력 면허를 도입한다는 점에서 지역별 저항이 상대적으로 적은 점진적 안이라 할 수 있다. 그러나 새로운 면허의 도입에 따른 인력 정원의 조정 문제, 통합의료인력과 기존 인력간의 차별적인 서비스 제공 보장 문제 등 제도적으로 뒷받침되어야 할 점이 적지 않을 것으로 보인다.

3) 의료일원화 4대 원칙 및 4단계 통합방안

대한의사협회 의료정책연구소의 용역보고서는 의학은 근본적으로 하나이며 하나로 통합되는 것이 원칙(윤태영, 2004)이라는 전제 하에 의료

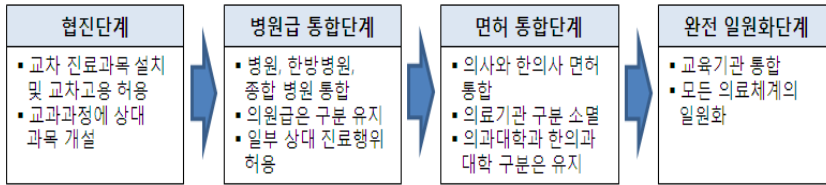
일원화의 4대 원칙과 4단계 통합방안을 제시한 바 있다.

우선 의료일원화를 위한 4대 원칙은 ①의사와 한의사는 각각의 영역을 존중하며 서로의 전문성을 활용한다 ②환자는 의료와 한방을 활용한 진료를 받을 수 있어야 한다 ③면허의 통합과 같은 급진적 방법보다 협진과 같은 점진적 방법으로 추진한다 ④궁극적으로 의료일원화를 위해 의학교육체계에서 의학과 한의학에 대한 이해와 교육, 실습이 가능하도록 한다 등이다(윤태영, 2004). 여기서 주목되는 것은 의료일원화가 ‘면허의 통합과 같은 급진적 방법보다 협진과 같은 점진적 방법으로 추진’되어야 한다는 데에 있다. 이는 학문적 원리가 서로 다른 의-한의 체계를 일원화라는 목적의식에 매몰되어 무리하게 통합하기 보다는 상대 직역에 대한 존중과 이해를 선행해야 한다는 원칙으로 해석된다.

이와 같은 원칙에 따라 의료일원화의 첫 번째 단계는 ‘협진단계’로 설정되며, 이 단계에서는 의-한의 각각의 병원급 의료기관에 교차 진료과목 설치와 교차 고용을 허용하는 한편, 의과대학과 한의과대학 교과과정에 상대 과목을 개설한다. 이후 두 번째 단계로서 ‘병원급 통합 단계’로 진행하는데, 이 단계에서는 병원, 한방병원, 종합병원을 병원 혹은 종합병원으로 통합하되, 의원급 의료기관(의원, 한의원)은 구분된다. 특히 아직까지 면허가 구분된 상황에서 의사에게는 침, 뜸, 한약제 사용이, 한의사에게는 의료기기, 병리검사, 약제 사용이 일부 허용되도록 하고 있다.

세 번째는 ‘면허통합 단계’이다. 즉, 의사와 한의사의 면허를 통합하는 것이다. 다만, 의과대학과 한의과대학의 구분은 유지한다. 마지막 단계는 ‘완전 일원화 단계’로서, 의과대학과 한의과대학 등 교육기관의 통합과 함께 모든 의료체계를 일원화한다.

[그림 4-8] 4단계 통합방안



자료: 김주경 외(2012) 재구성

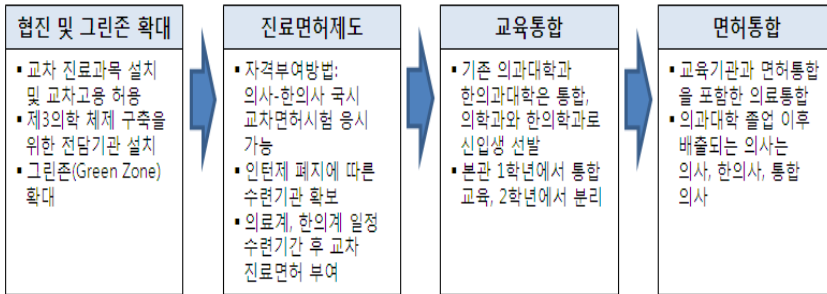
이상과 같은 4단계 통합방안에 대한 수정·보완 방안이 한의계로부터 제기되었다(임병목, 2009; 김주경 외, 2012). 이 수정·보완 방안은 의과와 한의과 교육을 모두 받은 인력(복수면허자)을 중심으로 의료일원화 이전에 보다 유연한 시스템을 갖추도록 하자는 데에 초점을 맞추고 있다. 본격적인 통합 이전에 소위 ‘협진 촉진 단계’를 설정하고, 여기서 교차 진료 과목 및 교차고용을 허용하는 것은 기존 4단계 통합방안과 동일하다. 다만 본격적인 통합 단계에서는 기존의 의과대학 및 한의과대학 교육과정에 1~2년 정도의 ‘복수면허 교육과정’을 도입하여 복수면허를 부여하고, 이들을 의과 및 한의과 전문과에서 수련토록 함으로써 전문의 수련과정에 통합진료에 대한 수련을 추가하는 방안이다.

이 방안에서는 의사에게는 침, 뜸, 한약제 사용의 일부 허용, 한의사에게는 의료기기, 병리검사, 약제 사용이 일부 허용되며, 복수면허자에게는 제한없이 양쪽 사용이 모두 가능하다.

5) 진료면허제 도입을 통한 2원적 1원화 방안

대한한 의사협회 회원들을 대상으로 한 설문조사 결과를 바탕으로 제시된 ‘진료면허제 도입을 통한 2원적 1원화 방안’은 그린존(green zone) 설정 및 진료면허제도의 도입을 주요 내용으로 한다(김주경 외, 2012).

[그림 4-9] 진료면허제 도입을 통한 2원적 1원화 방안



자료: 김주경 외(2012) 재구성

먼저 첫 번째 단계는 의과와 한의과 간 협력진료를 강화하는 것인데, 이 방안 역시 최근 의료법 개정을 통해 허용된 교차 진료과목의 설치와 교차고용의 허용을 전제하고 있다. 또한 협력 초창기에 상호간의 기술이 용을 어느 정도 허용해 주는 영역인 그린존(green zone) 확대를 주장한다. 여기서 그린존이란 1차 외래진료의 다빈도 상병에 대한 진료영역을 설정하고 해당 진료과목별 보수교육을 통해 한의사에게 진료면허를 부여하는 방법이다. 교육 측면에서는 제3의학 체제 구축을 위해 의료계와 한의계가 학문적으로 협력하고 공유하는 협력 체계를 구축하고, 이를 위해 전담 기관을 설치할 것을 제안하고 있다. 이 전담 기관에서는 ①근거 중심의 학문 융합 매뉴얼 개발 ②협진 수가체계 연구 및 병원 관리지침 개발 ③협진 병원 인력에 대한 교육프로그램 개발 ④한·양방 병행투약과 시술의 안전성과 효과 규명을 위한 연구사업 도입 ⑤복수 면허 취득 교육 프로그램 개발 등의 활동을 담당한다(김주경 외, 2012).

두 번째 단계에서는 진료면허제도 도입이 중요한 특성인데, 진료면허제도란 국시 통과 후 바로 독자진료가 가능한 현재 제도를 개선하여 일정 수련기간을 거친 이후 독자진료가 가능하도록 하는 것이다. 그리고 진료면허제도에는 신규 의사·한의사 뿐만 아니라 기존 인력들을 모두 포함하

여 복수면허 부여를 위한 일종의 ‘수련 기간’을 별도로 설정한다. 구체적인 제도 시행 방안으로는 의사-한의사의 국시 교차면허시험 응시 허용, 수련기관의 확보, 일정기간의 수련 이후에는 교차진료면허 부여 및 독자 진료 허용 등을 제시하고 있다.

교육통합 및 면허통합 부분은 기존의 2원적 1원화 방안의 골격을 따르고 있다. 즉, 의과대학과 한의과대학을 통합하여 별도의 ‘의학대학’으로 일원화하고 신입생을 의학과와 한의학과로 선발한다는 것으로서, 본과 1학년까지의 통합교육과정을 마치면 2학년부터 의학과 한의학을 분리하는 것이다. 그리고 이와 같은 교육통합이 상당 기간 운용된 후 충분한 학문적 공감대가 형성되었을 때 면허통합을 실시하는 방안이다(김주경 외, 2012).

제2절 중장기 의-한의 직역체계 운영방안

의료계와 한의계의 업무영역을 둘러싼 갈등은 상당히 뿌리가 깊지만, 오랜 기간 동안 상호구분된 배타적인 교육체계와 면허체계가 운영되어 왔다. 그러나 최근 융합을 화두로 한 과학기술의 발달과 다양화된 소비자 요구 등으로 인해 두 직역간 갈등 양상이 더욱 빈번해지고 본격화되는 추세이다. 또한 직무 영역을 둘러싼 의료전문직간 갈등 수준이 매우 높아져 이를 해소하지 않을 경우 적지 않은 사회적 부담과 국민적 신뢰도 저하가 우려되는 상황이기도 하다. 이와 같은 문제점을 해결하기 위하여 의료계 및 한의계에서는 다양한 상호 소통 방안을 마련하기도 하였고, 정부 역시 의과와 한의과의 협진 추진, 보건의료직능발전위원회 구성·운영 등을 통해 의-한의 업무영역에서 나타난 갈등을 해소하고자 노력하고 있다.

그러나 이와 같은 갈등 해소 노력은 의료행위와 한방의료행위를 구분

하기 어려운 모호하고 포괄적인 현재의 법체계와 배타적인 면허체계에 대해서는 근본적인 한계를 가진다. 의학의 영역에서도 뚜렷하게 나타나고 있는 다양화·융합화하는 경향과 이에 부응하는 소비자 선호변화는 구분되어 갈등하는 체계와는 부합하지 않기 때문이다. 따라서 배타적으로 이원화된 의료서비스 제공체계에 대한 고민이 없다면, 설령 의과와 한의과 사이에서 발생하는 하나의 갈등사안을 해결하는 성과를 거둔다 하더라도 언제든지 본질적인 내용은 달라지지 않은 채 외형적인 문제의 형태만 바꾸어 또다른 문제가 제기될 가능성이 매우 높다.

앞 절에서는 의과와 한의과의 직역간 관계 설정과 운영방안에 대해서 그동안 제기되었던 논의들을 정리해 보았다. 여기서는 앞서 논의된 방안들과 해외 사례 등을 종합하여 중장기적으로 의-한의 직역체계를 어떻게 운영할 것인지에 대해서 제안하고자 한다. 본 절에서 제시하는 모형은 단기적으로는 현재 체계를 유지하여 직역별 저항 최소화 및 직역간 논의 구조를 통한 통합 기반을 마련하고 적어도 10년 이상의 중장기적인 관점에서 의-한의 직역체계를 통합하는 방안을 마련하는 것이다. 이를 위해 먼저 직역체계 운영에 있어서 견지해야 할 원칙을 몇 가지 제시한다.

1. 직역체계 운영의 원칙

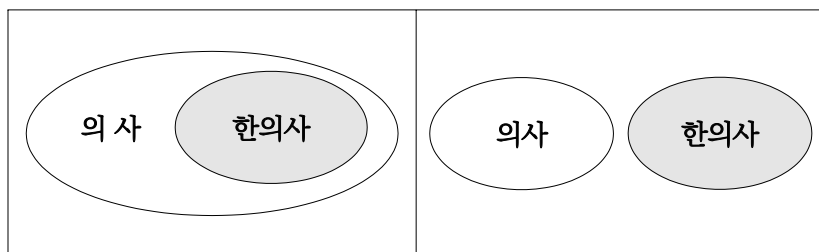
가. 의-한의 직역간 상호 이해 제고

의(醫)-한의(韓醫)로 이원화되어 있는 직역체계의 통합 필요성 못지 않게 과연 통합할 필요가 있을 것인가에 대한 문제제기가 있을 수 있다. 이러한 문제제기의 주요한 근거 중 하나는 의료계와 한의계 사이에 존재하는 뿌리깊은 갈등이다. 상호이해와 협력의 모습이 없는 상황에서 의료일

원화는 공허할 수밖에 없다. 따라서 의료계와 한의계의 상호 이해 및 협력은 효과적인 직역간 관계 설정이 이루어지도록 하는 데에 있어서 필수적인 전제 조건이라 할 수 있다.

그러나 실제로는 의료계는 한의학을 흡수·통합·소멸해야 하는 대상으로 바라보는 경향이 강하며, 수적으로나 의료체계에서 상대적으로 열세에 있는 한의계는 서로 대등한 위치에서의 위상 정립을 요구하는 상황으로서, 불균형한 상태에서의 성급한 통합은 학문적 왜곡을 초래할 수 있다고 주장한다. 의사-한의사의 관계 모형에 있어서 두 전문직종은 지향하는 바는 [그림 4-10]과 같이 일반화할 수 있다고 여겨진다. 즉, 의료계는 한의계를 일종의 보완적 대체의학의 하나로 인식하여 과학적인 검증을 거쳐 ‘통합의학’의 한 분야로 편입되어야 한다는 인식이 강한 반면, 한의계는 독특한 학문체계를 구성·유지해 온 상황에서 의료계와 대등한 위상이 먼저 인정되어야 한다는 인식이 강하다고 할 수 있다. 이와 같은 근본적인 인식의 차이 속에서 의료일원화의 의미와 가능성은 감소할 수밖에 없다.

[그림 4-10] 의료계 및 한의계의 의사·한의사의 관계 모형 비교



자료: 조병희(2000)

실제로 그동안 의료계는 의료일원화에 비교적 적극적이면서도 그 선결 조건으로서 한방의료행위에 대한 근거 마련과 한약의 부작용 등 안전성 문제의 해소, 한약재 표준화 등을 주장하여 왔다(권용진, 2005). 반면 한

의계는 의료계가 한의학 자체를 부정하는 상황이 유지된다면 그 체계가 일원화든, 이원화든, 삼원화 등 전통의학은 부정될 수밖에 없으리라는 입장 속에서(조기호, 2008) 상대적으로 의료일원화 논의에 소극적일 수밖에 없었던 것이다.

따라서 의-한의 공생발전을 위한 직역운영방안을 모색함에 있어서 의-한의 상호 이해와 협력을 도모하기 위한 정책적·제도적 방안이 모색되어야 한다. 현재 직역체계 운영은 논의 여하에 따라 이원화 직역체계를 유지하든, 아니면 의료일원화와 같은 새로운 체계를 구축하든 어느 쪽으로도 나아갈 수 있는데, 체계의 구축 못지않게 중요한 것은 의-한의 간 상호 이해와 협력 도모이다. 이는 장기간이 소요될 의-한의 직역에 대한 논의 과정에서 지속적으로 시도되어야 하며, 구체적으로 첫째, 의-한의-정부가 참여하는 상시적인 논의구조의 구성·운영과 둘째, 현재 이루어지고 있는 의-한의 협력진료(양한방협진)의 실질적 강화를 제시한다.

1) 상시 논의구조 구성·운영

의료계와 한의계 뿐만 아니라 정부가 참여하는 협의 기구를 구성하여 운영하는 것을 적극적으로 추진할 필요가 있다. 보건의료제도는 국민의 건강과 생명에 직결되는 문제이면서도 그 속성상 의료인이라는 대리인(agent)의 역할이 중시된다는 점을 감안할 때 이해당사자간 의견 수렴과 사회적 합의를 이끌어 낼 수 있는 공론장(public sphere)의 상시적 운영은 중요한 의미가 있다.

의료계와 한의계는 이와 같은 논의구조 구축의 경험을 보유하고 있다. 즉, 2010년 대한의사협회와 대한한 의사협회는 의료일원화와 관련한 의제들을 논의하기 위해 공동협의체(TFT)를 구성한 바가 있었던 것이다. 물론 업무영역을 비롯한 직역간 갈등이 불거지면서 공동협의체가 가시적

인 성과를 거두지 못한 채 단기간 운영되는 것으로 그쳤으나, 이러한 협의·소통 공간의 마련은 매우 의미있는 경험이라 할 것이다. 공동논의 기구에는 정부 참여가 반드시 이루어져야 할 것으로 사료된다. 정부는 중립적이고 공익적인 입장에서 두 직역간 입장을 조정하고, 활발한 의견개진이 가능하도록 기구를 운영하는 역할을 담당하는 한편 직역간 합의가 이루어진 사항에 대해서 정책적으로 추진하도록 한다.

공동논의 기구의 위상은 일단 한시적 협의기구로 시작하되, 논의를 거쳐 법적기구화까지도 고려할 수 있을 것이다. 또한 효과적인 논의의 진전을 위하여 크게 제도와 학술 부문으로 나누어 운영하는 것을 제안한다. 제도 부문에서는 논란이 되고 있는 의료행위와 한방의료행위의 기준을 보다 구체화하거나 의과와 한의과의 협력진료를 활성화하기 위한 다양한 제도적 방안(수가개발, 협진지침서 개발 등), 현재 의과대학 및 한의과대학의 교육체계와 교류 방안 등을 논의한다. 학술 부문은 의-한의 공동연구, 공동 학술대회 지원 등으로 한의학의 근거 마련과 협력진료의 효과성 검증을 논의하는 한편 해외에서의 통합의학 현황과 효과에 대한 지속적인 연구를 지원함으로써 우리나라 실정에 부합하는 제도 마련을 논의한다.

〈표 4-4〉 의-한의 공동논의기구 초기 논의 의제(안)

부문	논의 의제(안)
제도 부문	•의-한의 공동논의기구의 안정적 운영 방안 •의료행위와 한방의료행위의 기준 구체화 •수가 개발 등 의-한의 협력진료 활성화 방안 모색 •교육 및 인력양성체계에서의 직역간 교류 방안
학술 부문	•의-한의 협력 진료의 효과성 검증 •주요 대상질환에 대한 협진 프로토콜 논의 •한의학의 근거 마련을 위한 의-한의 공동연구 추진 •협진 관련 학술 활동(학회, 학술대회 등) 지원 •해외 통합의학 현황에 대한 지속적 연구

2) 의-한의 협력 진료(양한방협진)의 실질적 강화

협진은 의과와 한의과의 현재 교육체제와 면허체제를 그대로 유지한 상태에서 두 직역간 협력을 도모한다는 점에서 의료일원화보다는 한 단계 낮은 수준이라고 할 수 있다. 그러나 의-한의 직역체제의 중장기적 운영방안 마련에 있어서 협력진료의 활성화가 가지는 의미는 결코 작지 않다. 우선 협진은 단기간의 급작스러운 의료통합이 추진될 경우 예상되는 직역별 저항의 우려가 낮으며, 오히려 수가체제와 협진의 효과성 입증 등이 이루어진다면 적극적인 참여를 유도할 수 있다. 무엇보다 의료계와 한의계가 공동으로 협력하는 구조가 마련되어 중장기적으로 통합을 지향하는 경우 주요한 경험의 축적으로 활용될 수 있다.

1990년대부터 본격적으로 추진된 양한방협진은 의-한의 직역 내에 상존하는 갈등 관계와 제도적 지원 인프라 미흡으로 인해 취지에도 불구하고 실제 성과는 부진하였다는 평가가 적지 않았다. 협진이 진단과 치료 과정에서 이루어지지 못한 채, 극히 제한된 범위에서만 이루어져 협진의 본래 의미를 살린 진료는 이루어지지 못했던 것이다(서흥관, 2000; 이성재, 2012). 그러나 최근의 의료법 개정을 통해 의료기관 및 한방의료기관에서 상대 진료과의 교차 개설 및 교차고용이 허용되었고, 의사-한의사 복수면허를 소지한 자의 의료기관 개설 역시 가능하게 되었다. 그동안 지속적으로 제기되던 교차고용을 통한 협진 활성화의 전기가 마련된 것인데, 이에 따라 협진을 표방하는 의료기관이 증가하고, 두 의학체제의 협력 진료에 부합하는 질환 발굴이 시도되는 등 본래 취지에 부합하는 실질적 ‘협진’이 이루어지기 위한 시도가 이루어지고 있다.

물론 의과와 한의과의 용어 통일 등 기본적인 의사소통 구조 미흡, 협진을 위한 교육훈련 체계 부재, 협진행위에 대한 지불보상체계 미흡, 의-한의 상대 직역에 대한 부정적인 인식 등이 여전히 걸림돌로 작용하고 있

다. 이와 같은 점들을 해소하고 의과와 한의과 사이의 협진을 보다 활성화하기 위하여 다음과 같은 점들을 제안하고자 한다.

첫째, 공간적 측면과 질병의 측면에서 협진을 실질화 하는 것이다. 즉, 국공립의료기관을 중심으로 ‘협진전문병원’을 지정하고, 이 가운데 상대적으로 한방의료 및 협진의료의 효과성이 인정될 가능성이 높은 질병을 ‘협진 중점질환⁶⁰⁾’으로 지정하여 일정 기간 동안 의무적으로 의과와 한의과의 협진을 시도하는 방안을 고려할 수 있다. 교차진료과목의 허용으로 인해 의과대학 내에 한의과를 설치하는 경우와 반대의 경우가 모두 가능하게 되었으므로 한방의료서비스 공급이 가능한 국공립의료기관(예를 들어 국립재활원, 부산대학교병원 등)을 중심으로 시범사업 형태로 이와 같은 협진을 수행할 수 있을 것이다. 국립재활원에는 이미 한방재활의학과의 운영되고 있고, 부산대학교의 경우 한의학전문대학원을 통해 협진에 대한 연구와 임상 경험을 보유하고 있으므로 제도 추진에 강점이 있을 것으로 여겨진다. 또한 실질적인 협진 성과를 평가하기 위하여 이들 협진전문병원에서는 의과와 한의과가 협력하여 진료의 근거를 확보하고 검증하도록 한다. 또한 일부 의료기관에서 운영중인 통합의학센터를 제도적으로 지원하는 방안도 제안된다(이성재, 2012).

두 번째로 협진 활성화의 걸림돌로 지속적으로 지적되어 온 지불보상 체계 역시 협진전문병원 내에서의 시범사업이라는 형태로 개선을 시도해 볼 수 있을 것이다. 현재 동일상병에 대한 동시진료는 중복진료로 간주하여 전액 본인부담으로 하는 것이 원칙이나, 협진전문병원 내의 협진 중점질환으로 대상을 좁혀 수가를 개발하고, 그 영향을 평가한다면, 사회적 비용 부담을 최소화하는 가운데 의-한의간 협력 진료가 과연 비용효과적

60) 앞서 해외 사례에서 살펴본 바와 같이 중국의 경우 2급 이상 중서의결합병원에서는 의무적으로 중점전문과목(重點專科)을 지정, ‘협동진료방안’의 작성과 중서의결합 치료의 비중(3급 병원: 70% 이상)을 유지하도록 하고 있음.

인지에 대해 검증할 수 있을 것이다.

세 번째로 기능적 협진에 대해서 생각해 볼 수 있다. 의사와 한의사 간 면허에 따른 의료행위가 배타적으로 구분되는 우리나라 이원화 체계에서 중국과 같이 의료인력 1인이 현대의료와 전통의료를 동시에 제공하는 물리적 협진은 교육 및 면허체계에 대한 전체적인 조정 없이는 상당한 한계가 있을 것으로 사료된다. 따라서 치료의 전과정에 의과와 한의과가 동일하게 개입하는 물리적 협진형태를 고집할 것이 아니라 서로가 강점을 가지는 영역을 구분한 후 협진모형을 도출하는 기능적 협진 과정을 구성하는 것이다. 예를 들어 일차적인 질환의 진단과 치료 영역은 의과에서 주도적으로 수행하되, 통증 완화와 면역 강화 등 변증(辨證)적 영역에는 한의과가 개입한 후 그 결과를 공동으로 논의하여 전체적인 치료 효과를 제고하는 것이다(윤강재, 2013).

나. 한의학의 미래지향적 포지셔닝 설정

그동안 한의계가 의료계에 비해 의료일원화 논의에서 상대적으로 소극적이었던 가장 큰 이유는 의료일원화가 되면 수적으로나 인프라 측면에서 열세에 있는 한의학이 고사(枯死)되거나 사멸될 것이라는 인식과 함께 의료계에서 한의학을 보는 시각이 편견과 불신으로 가득차 있어 한의학에 대한 소신과 자부심을 침해하고 있다는 인식이 적지 않았기 때문이다(최승훈, 2000).

물론 한의학이 현대 과학기술과의 접목을 통해 그동안 결점으로 지적되어 온 객관성 문제를 해결하는 것은 중요한 과제이다. 정부 역시 한의학에 대한 미래 전망을 통해 수백년간 시술로 확립된 경험적 근거(empirical evidence)를 현대과학 조사에 의한 인증(scientific evi-

dence)요구로 발전시켜야 한다고 보고 있으며(보건복지부, 2012), 한의계 역시 최근 들어 진단의 객관성 확보와 한방 치료 이론 및 효능의 과학적 입증, 실용화의 필요성을 절감하고 임상 연구와 학술 활동에 많은 역량을 투입하고 있다. 현재까지 규명된 과학적 성과에 다소 미흡한 점이 있다는 이유만으로 그 의의가 격하되는 것은 성급한 판단으로 여겨진다. 과학적이고 객관적인 근거 마련은 이제 본격화된 상황이며, 경험적 임상 효과가 학술적으로 증명되기 위해서는 적지 않은 기간과 연구성과 축적이 필요하기 때문이다.

미래 성장산업으로서 중요성이 부각되고 있다는 점 역시 한의학의 미래지향적 포지셔닝에 있어서 고려되어야 한다. 주지하는 바와 같이 전통 의학이 주요한 의료서비스의 통로로 활용되고 있는 동북아시아 국가들은 물론이고 미국, EU 등 서구 국가들 역시 보완대체의학에 관심을 기울이고 투자를 확대하고 있다. 최근에는 생물다양성협약(CBD)과 나고야의정서⁶¹⁾ 등에서 볼 수 있는 바와 같이 생명자원의 확보가 국가경쟁력과 직결되는 교역체계 구축이 진행되고 있으며, 표준화된 공정을 통해 생산하던 의약품에서는 발견할 수 없었던 성분이 ‘자연물’로부터 발견·추출되어 천연물신약으로 상품화되고, 질병치료와 산업 발전에서 보다 탁월한 치료 효과와 가치를 가져오는 사례가 잇따르고 있기 때문이다⁶²⁾. 미국과 유럽, 아태지역 등 세계 주요 지역의 보완대체의학시장은 2015년까지 1,141천

61) 생물다양성협약과 나고야의정서 등을 통해 그동안 인류의 공동자산으로 인정되어 오던 생명자원을 보유 국가의 고유 자원으로 인정하여 그 권리를 보호하는 방향으로 전환되고 있음(정성춘 외, 2009).

62) 예를 들어 난소암, 유방암, 폐암, 위암에 탁월한 효과를 가지고 있는 것으로 알려진 물질인 택솔(taxol)은 미국 서해안에 자생하는 주목(taxus brevifolia)의 껍질로부터 추출되고 있음. 미국 국립암연구소(NCI: National Cancer Institute)가 동물·식물·광물 등 천연물질로부터 새로운 항암물질을 개발하기 위해 연구하는 과정에서 발견된 택솔 덕분에 쓸모없는 나무로 취급되던 주목은 막대한 경제적 효용을 가진 중요한 자원으로 인정받고 있음(<http://www.rinr.fsu.edu/fall2002/taxol.html>).

억 달러로 확대되는 한편 2010~2015년까지 연평균성장률(CAGR)이 5.98%에 이를 정도로 성장할 전망이다(Global Industry Analysts, 2012). 이와 같은 상황에서 세계시장으로부터 인정받는 전통의학을 보유하고 있다는 점은 시장 선점과 경쟁력 강화를 위한 매우 유리한 조건을 갖추었다고 할 수도 있다.

따라서 향후 의-한의 직역간 관계 설정에 있어서 미래지향적인 한의학의 역할 설정이 중요하다. 의료일원화가 한의학 고유의 치료법이나 이론을 해체시키거나 사멸시켜 소위 '박물관 의학'으로 전락하도록 하거나 변화의 흐름에 부응하지 못하여 의료 주변부에 머물도록 진행되어서는 안 된다는 지적(조재국, 2010)이 제기되는 것은 이 때문이다. 따라서 변화하는 환경 속에서 과학기술 및 현대 의학을 활용하여 치료효과의 근거를 확보하는 등 보편의학의 흐름에 발맞추기 위한 노력을 기울여야 하는 것이 사실이지만, 한의학이 가진 가치를 매몰시키는 것은 중요한 미래 자원을 잃어버리는 것으로 사료된다. 따라서 한의학 자원의 장점을 주요한 국가적·사회적 자원으로 인식하여 경쟁력을 갖추도록 지원할 필요가 있으며, 정부와 한의계는 이와 더불어 한약재 생산과 유통과정에서의 품질관리를 강화함으로써 국민들로부터의 신뢰 회복에 초점을 맞추어야 할 것으로 사료된다.

다. 중장기적이고 점진적인 의료일원화 추진

실제 의료현장에서 단기간에 의료일원화를 추진하기에는 무리가 따르며, 의료행위와 한방의료행위에 대한 사법적 판단 기준(표 2-3)에서 살펴본 바와 같이 (서양)의학과 한의학의 학문적 원리와 인체관·질병관에는 적지 않은 차이가 존재한다. 또한 경제적 이윤동기와 결합한 직역범위 해석

을 둘러싸고 적지 않은 갈등으로 인해 상대 직역에 대한 감정적 거부감 역시 상당한 상태이다. 따라서 현재 상태에서 서로 다른 의학체계를 무리하게 일원화하기 보다는 현행 직역체계를 유지하는 것이 오히려 합리적이라는 의견도 제기된다. 의학과 한의학은 상이한 학문체계와 진단체계를 가지고 있으며, 미국 등 보완대체의학이 활발해지고 있는 국가에서도 의료일원화 논의가 이루어지고 있지 않다는 주장⁶³⁾ 역시 현행 직역체계 유지를 뒷받침하는 근거이다.

이와 같은 현행 체계 유지 주장은 이원화된 직역체계 유지를 긍정하기 보다는 여러 가지 현실적 한계로 인해 이원화 체계를 유지할 수밖에 없는 불가피성에 초점을 맞춘 인식으로 여겨진다. 이는 일정 부분 현실을 반영한 인식이다. 그간의 의료일원화 논의가 가시적인 성과를 거두기 어려웠던 이유 중 하나는 일원화 이후의 의료체계가 특정 직역의 소멸을 의미하는 일종의 ‘제로섬게임’으로 받아들여졌기 때문이다.

아직까지 의-한의 두 직역간에 갈등과 대립의 요소가 상존하는 상황에서 전격적인 통합은 어려울 전망이다. 그럼에도 불구하고 국민들의 혼란과 중복의료로 인한 비효율성, 직역간 갈등 빈발과 융·복합화 등 변화하는 의료환경을 고려할 때 이원화된 체계의 개선 필요성 역시 제기되는 상황이다. 따라서 현재의 체계를 영속적으로 유지하거나 급격한 면허, 교육 통합을 이끌어 나가는 방식보다는 상당 기간 현재 체계를 존속시키는 가운데 중장기적으로 점진적 의료일원화를 추진하는 과정이 바람직할 것으로 사료된다.

63) <http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsid=2013052100007>

2. 의료일원화 모형(안)

가. 원칙

의료일원화 모형의 원칙은 크게 두 가지이다. 첫 번째는 위에서 지적인 바와 같은 ‘점진적 일원화’이다. 통합을 위해서는 교육체계와 면허체계를 비롯하여 여러 측면이 복합적으로 고려되어야 한다. 이 과정에서 무엇보다 중요한 것은 통합의 주체로서 역할을 담당해야 할 의-한의 직역간 상호 신뢰와 협력, 상생을 위한 노력이다.

그러나 60여년간 고착되어 온 의료이원화체계에서 기인한 현재 두 직역 사이에 존재하는 갈등과 대립은 급격한 통합과정에서 큰 저항을 불러올 가능성이 높다. 병원급 의료기관 및 한방의료기관에서의 상호 교차과목 개설과 인력 교차고용 허용이라는 상대적으로 ‘작은’ 사항의 의료법 개정에도 많은 시간과 합의 과정을 필요로 하였다. 따라서 의료서비스 제공체계의 근간을 변화시키는 ‘거대한’ 사안인 의료일원화는 적어도 10년 이상의 장기적인 관점을 가지고 추진해야 한다. 단기적으로는 의료계와 한의계, 정부가 참여하는 상시논의기구의 안정적 정착, 의료행위와 한방 의료행위의 구분에 대한 보다 구체화된 기준 마련 시도, 실질적인 의-한의 협력진료 활성화와 성과 창출을 위한 노력을 통해 신뢰 회복에 노력한 후, 교육과 면허의 통합은 장기적인 과제로 검토할 수 있을 것이다.

의료일원화의 두 번째 원칙은 교육과 면허 중에 어떤 것을 먼저 통합의 대상으로 설정할 것인가의 문제인데, 여기서는 ‘先 교육통합, 後 면허통합’이 바람직할 것으로 사료된다. 의료일원화는 상대 직역에 대한 이해 및 상대 직역과의 협력을 전제로 한다는 점에서 전문직으로서의 교육과정을 시작하는 단계에서부터 이를 추진하는 것이 장기간의 시간이 소요

되더라도 보다 효과적이다. 이 때 교육통합 방안은 ‘3원적 1원화’로 제안하고자 한다. 즉, 의과대학과 한의과대학은 현재와 같이 존치하되, 별도의 통합의학 과정을 석사 또는 박사과정 형태로 의과대학과 한의과대학에 설치하여 의대 또는 한의대 졸업생을 대상으로 (가칭)통합의사를 양성하는 것이다. 다만 통합의사의 정원, 통합의학 과정의 별도 신입생 모집 여부, 현재 한의과대학이 원할 경우 심사를 거쳐 통합의과대학으로의 전환 여부 등에 대해서는 통합의사에 대한 사회적 수요와 전체적인 의료인력 규모를 고려하여 추후에 결정하도록 한다.

의료행위와 한방의료행위를 엄격하게 구분하고 있는 현재의 면허체계 역시 의과대학과 한의과대학 내에 통합의학 과정이 신설됨에 따라 변화가 있게 된다. 가장 큰 변화는 별도의 통합의사면허가 신설되는 것이라 할 수 있는데, 이 면허를 갖춘 인력에게는 원칙적으로 모든 의료행위와 한방의료행위가 제한없이 허용되도록 한다.

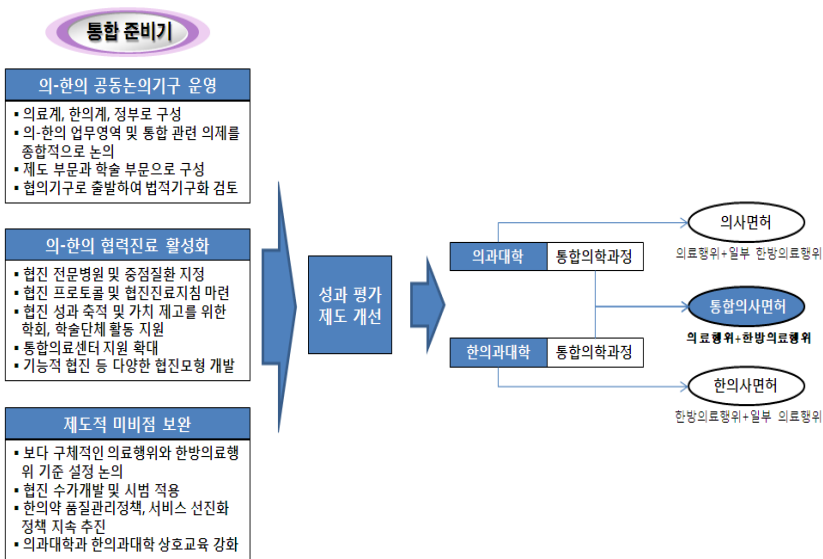
또한 통합의학 과정이 신설되고, 기존 의과대학에서의 한의학 교육과정과 한의과대학에서의 의학 교육과정이 보다 강화될 경우를 전제로 하여 별도의 요건을 설정, 이를 충족하는 경우에는 의사에게 침, 뜸 등 일부 한방의료행위를, 한의사에게 현대의료기기의 활용과 병리검사 등 일부 의료행위를 허용하도록 하는 방안을 긍정적으로 검토할 수 있다고 사료된다. 통합의학의 발전에는 (가칭)통합의사에게만 의존하는 것이 아니라 기존 의료인력의 참여도 중요하다. 따라서 교육과정의 개편을 통해 상대직역으로의 진출 가능성을 모색할 필요가 있겠다.

나. 의료 일원화 모형(안)

이와 같은 원칙에 따라 본 연구에서 제안하는 의료일원화 모형은 [그림

4-11]과 같다. 물론 이 모형은 장기간이 소요될 것으로 예상되는 통합 과정에서 제안되어질 수 있는 의료일원화 모형의 하나로서, 의료계 및 한의계의 논의 과정과 국민적 여론 수렴 과정 등을 거쳐 수정·보완될 여지가 충분하다고 하겠다.

[그림 4-11] 의료일원화 모형(안)



1) 통합준비기

제도적인 통합에 앞서 최소 약 5년 정도의 통합 준비기가 필요할 것으로 사료된다. 통합 준비기에는 크게 두 가지가 중점적으로 이루어져야 할 것이다. 먼저 의료계와 한의계, 정부(보건복지부)가 공동으로 참여하는 논의기구를 구성하고 상시적으로 운영함으로써 안정적인 소통 통로를 확보하는 것이다. 이 논의기구에서는 의-한의 직역간 신뢰 구축이라는 차원에서 현안으로 부각되는 관련 이슈와 의료일원화 문제를 종합적으로 논

의하되, 제도 부문과 학술 부문으로 나누어 진행하는 것이 효율적일 것으로 사료된다.

통합준비기에 초점을 두어야 할 또 한 가지는 의료계와 한의계의 협력 진료를 내실화·활성화하기 위한 방안을 추진하는 것이다. 이를 위해 중국의 사례를 참고로 하여 협진전문병원과 협진 중점질환을 지정하고, 협력 진료의 효과를 평가할 수 있도록 성과를 축적하도록 한다. 협력 진료에 따른 수가체계 개발과 시범 적용 역시 필수적인 과정이다. 또한 현재 의-한의 직역간 갈등과 반목의 원인이 되고 있는 현안들에 대한 인식의 폭을 좁히기 위한 노력을 병행하여 한의사의 현대의료기기 사용 여부 등 사안별 접근과 아울러 보다 근본적으로 의료행위와 한방의료행위에 대해 보다 구체적인 구분 기준의 설정이 가능한지를 검토해야 한다. 상대 의학에 대한 이해 증진을 위해 의과대학과 한의과대학에 관련 과목을 개설하거나 교육 내용을 강화하는 한편, 한의학 역시 과학기술을 이용한 효과의 객관적 검증과 한의약의 품질관리 및 서비스 개선 등을 통해 신뢰를 제고하는 노력을 기울인다.

2) 성과 평가 및 제도 개선기

의료일원화를 위한 이와 같은 사전 노력들에 대해 성과를 평가하고 제도 개선점을 창출하는 과정을 거친다. 다만, 앞 단계에서 이루어지는 공동논의구조의 운영과 의-한의 협력진료 활성화 조치 등은 단절됨 없이 지속적으로 이루어져야 한다.

3) 통합추진기(교육체계 통합)

의과와 한의과의 통합은 면허통합보다 교육통합을 우선으로 하되, 그 방식에 있어서는 현행 의과대학-한의과대학 체계를 유지하는 '3원적 1원

화'를 기본 골격으로 설정한다. 기존의 의과대학과 한의과대학을 무리하게 통합하기보다 존치하는 것이 통합에 대한 저항 감소와 내실있는 준비에 보다 유리할 것으로 판단된다.

이에 따라 의과대학과 한의과대학에는 각각 2~3년에 걸친 '(가칭)통합 의학과정'을 신설한다. 의과대학과 한의과대학을 졸업하고 통합의학을 추가로 학습하기를 원하는 경우 이 과정을 수료한 후 별도의 '(가칭)통합 의사' 면허를 취득할 수 있도록 하는 것이다. 즉, 기존의 의과대학과 한의과대학을 졸업하는 경우에는 현재와 같이 각각 의사면허시험 및 한의사면허시험에 응시하는 자격을 부여하나, 통합의학과정을 수료하는 졸업자에게는 별도의 면허를 부여하는 3원화된 인력양성체계를 구성한다. 통합 의사의 경우에는 당연히 의료행위와 한방의료행위의 수행에 있어서 제한이 필요하지 않을 것이다. 한편, 이를 위해서는 '(가칭)통합의사'의 규모와 교육과정에 대한 별도의 연구가 필요하다.

통합의학 과정이 신설됨과 동시에 의과대학과 한의과대학의 커리큘럼에 대해서도 상대 의학에 대한 학습 기회를 보다 강화한 과정을 도입하고 소정의 요건을 갖춘 경우 상대 직역의 일부 행위를 허용하는 방안을 검토할 필요가 있다. 즉, 의과대학과 한의과대학에 상대 의학에 대한 실질적인 이해 증진과 임상에서의 활용 가능한 교육 과정 상호 개설과 이수가 전제된 상황에서 예를 들어 의사들에게는 의료행위와 더불어 침, 뜸 등 일부 한방의료행위를 허용하고 한의사들에게는 한방의료행위와 더불어 의료기기 활용, 병리검사 등 일부 의료행위를 허용하는 것이다.

그리고 교육체계의 일원화가 진행되는 과정에서도 의-한의 협진에 대한 연구와 관련 제도 개선 등은 지속적으로 이루어져야 한다. 즉, 앞서 제시한 '통합준비기'의 내용들(공동논의구조, 의-한의 협진 등)은 평가 및 교육통합 과정과 함께 단절되어야 한다는 것이 아니라, 본격적인 의료일

원화 과정의 시작 이후에도 병행하여 추진되어야 할 과제들인 것이다. 또한 의료일원화 과정에서 주도적인 역할을 담당해야 할 주체는 물론 당사자인 의료계와 한의계이겠지만, 지금보다는 보다 적극적인 정부의 역할이 필요하다고 여겨진다.

다. 향후 고려사항

이와 함께 3원적 1원화 이후에 고려되어야 할 사항을 몇 가지 나열하면 다음과 같다.

첫째, 통합의학 과정을 의과대학과 한의과대학의 석·박사 과정으로만 운영할 것인지가 검토되어야 한다. 이는 통합의학에 대한 사회적·산업적 수요 등을 고려하여 판단되겠지만, 장기적으로는 통합의학 과정에서 신입생을 선발할 수 있는 수준으로까지 목표를 설정하는 것이 바람직하다고 여겨진다.

둘째, 기존의 의사 및 한의사 인력을 어떻게 운용할 것인지의 과제이다. 의료일원화의 원칙에 따라 통합해야 바람직하다는 의견이 있을 수 있고, 대부분 전문의 자격을 갖추고 있는 기존의 인력을 굳이 통합함으로써 얻을 수 있는 편익이 무엇인지 문제를 제기하는 의견도 있을 수 있다. 연구자 개인의 의견으로는 현재 의사 및 한의사 인력은 전면적인 ‘의학 통합’의 단계로까지 나아가기 이전에는 현재의 상황을 유지하는 것이 바람직할 것으로 사료된다. 즉, 교육은 통합을 지향하되, 현실적인 의료 현장의 상황을 감안하여 면허 분리는 원칙적으로 유지하는 것인데, 다만, 의과와 한의과의 협진을 의원급 의료기관까지 확대함으로써 기존 의료인력 역시 일원화 과정에서 소외되는 일이 없도록 지원할 필요가 있다.

셋째, 전문의 제도와 관련해서는 ‘(가칭)통합의’라는 별도의 전문의 자

격을 신설하는 방안이 있을 수 있겠으나, 그 이전에는 현재의 전문의 제도를 활용하는 것이 가능하다고 사료된다. 예를 들어 통합의사 면허를 취득하는 경우, 이들에게는 수련 과정에서 의학 또는 한의학 전문수련과목을 자유롭게 선택하여 수련을 받도록 하고, 해당 과목의 전문의가 될 수 있도록 허용하는 것이다.

넷째, 의료법을 비롯한 다양한 법·제도적 사항들이 정합성을 가질 수 있도록 정비되어야 할 것이다. 예를 들어 교육 과정에 통합의학 과정을 신설하고 통합의사 면허를 둔다고 할 때, 의료법을 비롯한 각종 제도의 종합적인 개선이 불가피하다. 현재의 이원화된 배타적 면허체계에서 불허되어 있는 한의사의 현대의료기기 사용, 물리치료를 비롯한 의료기 사들에 대한 지도권 부여 등이 새로운 직역체계에서 어느 정도까지 허용되어야 할 것인지가 논의되고 보완되어야 한다. 그리고 이 과정에서 의-한의 직역간 논의와 더불어 다른 보건의료계 종사 직종들과의 관계 설정이 중요한 사회적 이슈가 될 가능성이 높다. 또한 의료인력의 적정 공급 규모에 대해서도 검토되어야 한다.

다섯째, 세계 각 국에서 전통의학이 어떻게 수용되고 있으며, 교육과 면허 등에 있어서 어떻게 운영되고 있는지 지속적으로 동향을 파악하고 시사점을 도출해야 한다. 우리에게 상대적으로 익숙한 동북아시아 국가 뿐만 아니라 최근 보완대체의학과 통합의학의 관심이 높아지고 있는 미국 및 유럽 국가들의 사례 역시 관심을 가질 필요가 있다.



제5장 결 론

1. 의료이원화체계의 문제점과 의료일원화 모색

1951년 국민의료법 제정으로 확립된 우리나라의 의료이원화 체계는 직역별 전문성을 보장하여 국민들에게 수준 높은 의료서비스를 제공하고, 무자격자에 의해 발생할 수 있는 소비자 피해를 차단한다는 점에 취지를 두고 운영되어 왔다. 그러나 다양한 논쟁 중에서도 비교적 안정적으로 유지되어 오던 우리나라의 의료전문직 체계는 최근 들어 직역간 업무 영역의 중첩 등으로 인해 그 지속가능성에 의문을 제기하는 목소리가 높아지고 있는 상황이다.

업무영역의 경계를 둘러싼 직역간 갈등은 보건의료 분야의 거의 전 직종에서 나타나고 있는 현상이기는 하다. 그러나 천연물신약의 처방권, 현대의료기기 사용권, 독립 한의약법(안)의 제출 등 의사-한의사로 대표되는 의료인 간의 갈등은 보다 큰 중요성을 가진다. 이들이 우리나라 보건 의료체계의 핵심적인 역할을 수행하고 있는 상황에서 이들 인력자원의 양성과 적정 수급 수준, 질적 수준, 서비스 제공 범위 등은 국민들의 건강과 삶의 질에 직결되는 문제이기 때문이다. 따라서 의-한의간 갈등의 빈발과 그 정도의 심화는 사회적인 문제가 된다. 물론 이러한 의-한의 간의 갈등은 의료행위와 한방의료행위의 분명한 구분이 어려운 현행 법률 체계의 한계점이 중요한 원인이지는 않지만, 두 직역간의 행위에 대해 배타적인 면허체계를 유지·운영하는 우리나라 의료공급체계에서 필연적으로 발생할 수밖에 없는 문제이기도 하다.

의료행위와 한방의료행위의 구분을 위해 우리나라의 사법부는 ‘학문적

원리'를 주요한 판단 기준으로 활용한다. 즉, 분석적·객관적인 학문 사상과 해부, 조직, 생화학 이론을 기초로 한 진단과 치료가 이루어지는 행위라면 의료행위에, 종합적·주관적 사상과 기(氣), 경락 등의 이론을 기초로 한 진단과 치료가 이루어지는 행위라면 한방의료행위에 보다 가깝게 판단하는 것이다. 물론 의료현장에서 일어나는 모든 행위에 대해 구체적인 판단을 내릴 수 없는 상황에서 학문적 원리에 따른 구분은 가장 현실 가능한 요인이라 할 수도 있다. 그러나 문제는 학문적 원리마저도 명확하게 구분할 수 없는 행위들이 속속 등장하고 있다는 점에 있다. 예를 들어 본 연구에서 간략히 살펴 본 IMS(근육내 자극요법) 및 IPL(잡티제거술) 등은 그 시술 형태와 원리가 현대의학과 전통의학의 경계에 놓여 있다. 향후 이러한 논란을 가져올 행위들은 과학기술과 의학지식의 발달에 따라 더욱 증가할 것이다.

최근의 사회환경 변화와 의-한의 직역간 갈등에 따른 사회적 비용은 과연 현재의 의료이원화가 효과적인 체계로 지속가능한 것인가에 대해 근본적인 질문을 던지고 있다. 이에 대한 대안으로 의료의 통합 또는 의료일원화를 고려할 수 있겠다. 의료일원화에 대한 정의는 학자들마다 상이하게 내릴 수 있겠으나, 이원화체계의 본질이 교육·양성과정의 이원화와 면허체계의 이원화에 있다고 할 때, 다음과 같은 두 가지 모형을 기본으로 설정할 수 있겠다.

첫 번째는 한 직역이 다른 직역을 흡수하는 2원화 모형이다. 이 경우 현실적으로 기존의 한의학은 의학의 산하 학문영역으로 포함된다. 구체적으로 한의과대학이 폐지되는 대신 의과대학 내의 '한의학 전공'과 같은 형태로 편입되며, 면허 제도 역시 증장기적으로 하나로 통합하여 운영하고 '한방전문의' 등을 두는 것이다. 이는 공식적인 전통의학은 인정되지 않는 가운데, 의과대학 내에서 전통의학이 의무적으로 교육되고 면허에

있어서도 별도의 전문의(한방전문의)를 두는 현재 일본의 체제와 유사하다고 할 수 있다. 그러나 2원화 모형은 우리나라 현실에서 실현되기에는 많은 장벽이 존재한다. 한의계 입장에서 본다면 이러한 흡수는 ‘한의학의 소멸’과 크게 다르지 않은 것으로 받아들이기 쉽다. 또한 일본이 메이지 유신 이후 현재의 의료일원화 체제를 지속적으로 유지해 온 것과 반대로 우리나라는 의료이원화를 지속적으로 유지해 오고 있다는 점에서 기존의 직역체제를 폐지하는 것은 적지 않은 부담으로 작용할 수밖에 없다.

두 번째로 현재의 이원적 직역체제를 일정 기간 인정하는 가운데 별도의 통합 교육체제와 통합면허를 신설하는 3원화 모형이다. 이 모형의 핵심은 현재의 의과대학과 한의과대학은 존치시킨 채로 별도의 ‘통합의학과’를 신설하고, 이 과정을 수료한 경우 ‘통합의사면허’에 응시할 수 있는 자격을 부여하는 데에 있다. 이 모형은 다양한 변화를 줄 수 있다. 예를 들어 통합 교육과정을 석·박사급으로 제한하거나 애초에 신입생 모집부터 허용하는 방식으로 운영할 수도 있으며, 보유 면허별로 허용되는 행위의 경계 역시 면허에 관계없는 전면 허용(중국의 사례)에서부터 제한적 허용과 통합의사에게만 허용 등으로 구분할 수도 있다. 3원화 모형은 통합에 따른 직역의 반발을 감소시킬 수 있다는 장점이 있으나, 전체적으로 운영체제가 복잡하고 새로운 교육과 면허를 도입을 고려해야 한다는 점에서 신중한 접근이 필요하다고 하겠다.

그러나 현재 의료계와 한의계가 보여주고 있는 갈등 상황을 볼 때, 어떠한 모형이든 두 직역체계 사이의 신뢰와 이해 증진이란 과정이 필수적인 것으로 사료된다. 지금까지 의료일원화에 대한 접근은 필요성이나 당위성을 강조하는 경향이 강하였던 반면 의-한의 직역간 관계 설정에 관한 근본적인 고민과 상대를 이해하기 위한 현실적 교류방안을 실천하는 것에서는 부족함이 있었던 것으로 평가할 수 있다. 한의학을 없애거나 흡수

통합하는 것이 바람직하다는 모형, 또는 한의학의 독자성만을 강조하여 대립각을 세우는 모형을 실질적으로 벗어나기 위한 노력이 필요하다.

2. 중장기 의-한의 직역체계 운영방안

의사, 한의사 등 의료전문직의 양성과 훈련에는 많은 투자와 기간이 필요하며, 국민들에게 미치는 영향이 매우 크다는 점에서 신중한 접근이 필요하다. 그러나 현재 학문의 발전 양상과 국민적 요구의 변화, 직역간 갈등에 따른 사회적 부담 등을 고려할 때, 의료이원화체계의 유지에 대한 근본적인 고민이 필요한 시점으로 여겨진다. 본 연구에서는 이를 위하여 중장기적인 관점에서 의-한의 두 직역을 통합하는 의료일원화 체계의 구성을 제안하였다.

본격적인 정리에 앞서 전통의학을 어떻게 수용하고, 현대의학과 관계를 어떻게 설정할 것인가는 최근 인구고령화와 보험재정의 급증, 보완대체의학 시장의 성장과 맞물려 전세계적으로도 주목받는 이슈 중 한 가지라는 점을 지적해야겠다. 이렇게 보았을 때, 전통의학인 한의학을 여전히 보유하고 있다는 점은 우리에게 매우 큰 강점일 수 있는데, 유사한 상황에 처해 있는 중국을 비롯한 동북아시아 국가들이 공통적으로 보이고 있는 양상이 두 의학의 통합에 보다 유연하게 대응하고 있다는 점에 주목해야 한다. 오래전부터 중의학과 서의학 사이의 상호 진료 허용과 ‘중서 의결합(中西醫結合)’이라는 특징적인 통합의학을 운영해 온 중국은 물론이고, 우리와 가장 유사한 이원화체계를 유지해 왔던 대만 역시 폐쇄적인 구조를 개선하여 이중 면허 획득이 가능한 복수 전공을 운영하고 있다. 최근에는 몇 가지 한계에도 불구하고 중의사에게 현대 진단기기를 사용할 수 있는 여지를 주고 있는데, 그동안 엄격하게 지켜왔던 서비스의 이

원화에 다소나마 유연성을 부여하는 것이어서 유사한 고민을 안고 있는 우리나라에서는 적용 여부는 차치하고서라도 그 추이를 주의하여 지켜볼 필요가 있겠다.

의료계와 한의계 내부에서도 통합에 보다 긍정적인 의견이 많아지고 있는 것도 의료일원화에 희망적으로 작용할 수 있다. 대한의사협회의 회원들을 대상으로 한 조사에서 학제와 면허제도 통합이라는 ‘의료일원화’에 대해 찬성 의견이 47.1%로, 대한한 의사협회 회원들을 대상으로 한 조사에서도 찬성 의견이 62.7%로 나타난 것은 과거와는 상당히 달라진 결과라 할 것이다. 다만, 의사들을 대상으로 한 조사에서는 의료일원화 반대 의견 역시 43.9%로 적지 않았으며, 현재 의료일원화 체계가 야기하고 있는 문제점으로 ‘한의사의 업무범위를 넘은 진료행위로 인해 국민건강에 악영향을 끼친다’가 66.7%로 가장 높게 나타나는 등, 통합을 위해서는 의-한의 직역간 더 많은 소통의 공간이 필요함을 보여주는 결과라 할 것이다.

본 연구에서는 의-한의 두 직역체계에 대한 장기적인 운영방안으로서 ‘의료일원화’를 목표로 하되, 이를 위해 점진적·단계적인 3원적 1원화 방안을 골격으로 제안하였다. 각각의 단계와 주요 내용은 다음과 같다.

가. 통합준비기

통합준비기에는 우선 의료계와 한의계, 정부가 공동으로 참여하여 운영하는 논의기구를 창설하고 안정적으로 운영할 필요가 있다. 의료계와 한의계는 이미 2010년 의료일원화 의제를 논의하기 위한 공동협의체(TFT)를 구성한 경험이 있다. 의료일원화는 일방적인 법률 제정이나 강제적인 제도 통합으로 이루어지는 것이 아니라, 정부가 적극적으로 중재·

조정하고, 통합의 양대 주체인 의료계와 한의계가 적극적으로 소통하고 협력방안을 논의할 필요가 있다는 점에서 공론장(public sphere)의 마련은 매우 중요한 선결조건이다. 공동논의기구는 실질적인 논의 진전을 위해 제도 부문과 학술 부문으로 나누어 공동논의기구의 안정적 운영 방안, 의료행위와 한방의료행위의 기준, 의-한의 협력진료 활성화 방안 및 협력 진료의 효과성 검증, 협력 진료 대상질환에 대한 프로토콜 개발, 의-한의 공동연구 추진 및 관련 학술 활동 지원 등을 논의하도록 한다.

통합준비기는 또한 소위 ‘양한방협진’으로 명명되는 의료계와 한의계의 협력 진료를 활성화시키기 위한 방안들을 개발하여 적용하는 단계이기도 하다. 의 또는 한의 일방의 진료보다 협력 진료가 보다 높은 치료 효과와 삶의 질 증진효과를 가져올 것으로 인지된 질환을 ‘협진 중점질환’ 등으로 지정하고, 이를 전문적으로 수행할 전문 의료기관의 지정 및 시범적인 협진 수가 마련·적용을 진행한다. 그리고 이 과정에서 의과대학과 한의과대학에 상호 이해 제고와 간극 축소를 위한 교육과정을 강화하도록 하는 한편, 전통 한의약의 품질 관리와 서비스 선진화 노력을 지속적으로 병행하여 근거 확보 및 국민의 신뢰성 제고에 노력해야 할 것이다.

나. 성과 평가 및 제도 개선기

중국 등의 사례에서 살펴본 바와 같이 의료일원화는 단기간에 성과를 창출할 수 있는 성격이 아니며, 오히려 장기간에 걸쳐 다양한 제도적 검토와 논의가 필요한 영역이다. 따라서 통합준비기에서 제시되었던 정책들에 대한 성과를 평가하고 개선점을 논의하는 중간 단계가 필요하다. 이 시기에는 의-한의 협력진료 등 기존의 정책을 지속적으로 추진하는 한편, 추진 과정에서 제기되었던 문제점을 공동논의기구에서 종합적으로 평가하게

된다. 정부와 의료계, 한의계가 공동으로 참여하여 의료일원화의 여러 방안에 대해 회원들 또는 국민들의 의견을 수렴하는 절차도 고려할 수 있다.

다. 교육체계 일원화

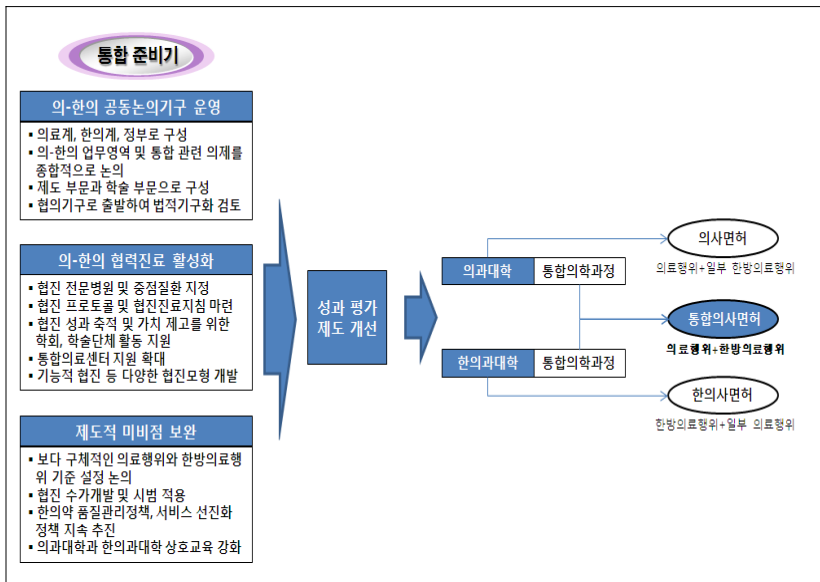
본 연구에서는 면허체계의 일원화보다 교육체계의 일원화를 선행할 것을 제안하였다. 이는 장기간에 걸쳐 진행될 의료일원화 과정에서 상대 의학체계에 대한 이해는 새롭게 의료계 및 한의계에 진입하는 인력자원부터 시작하는 것이 저항감이 적을 뿐만 아니라, 면허 통합을 거쳐 궁극적인 의학통합까지 나아가기 위해서는 교육 단계에서의 유연성 확보가 필수적이라 여겨지기 때문이다.

교육체계의 일원화는 대만의 사례와 같이 3원적 1원화를 골격으로 하였다. 즉, 기존의 의과대학과 한의과대학을 존치시키고, 의과 또는 한의과 교육 과정을 모두 수료한 인력에게 통합의료인의 자격을 부여함으로써 체제 변화에 따른 저항과 부작용을 최소화하는 한편, 서비스의 전문성 확보에 보다 용이함이 있도록 하였다.

이러한 교육과정을 거쳐 배출되는 각각의 면허에 대해 허용되는 행위 측면에서는 대만의 폐쇄성과 중국의 개방성을 절충하여 제한적인 유연성을 부여한다. 예를 들어 의사 및 한의사 공히 소정의 관련 교과목을 이수하였다는 전제 하에 의사에게는 의료행위와 더불어 침, 뜸 등 일부 한방 의료행위를 허용하고, 한의사에게는 한방의료행위와 더불어 의료기기 활용, 병리검사 등 일부 의료행위를 허용할 것을 긍정적으로 검토하는 것이다. 물론 통합의학과정을 거쳐 양성되는 통합의사에게는 의료행위와 한방의료행위의 구분을 두지 않는다.

이와 같은 3원적 1원화를 운영하면서 중국과 같이 별도의 통합의학과

정 신입생을 선발하는 방법과 기존 의료인(의사, 한의사)의 통합 방안, 의료법 등 기존 법·제도적 사항들에 정합성을 부여하도록 정비하는 방안, 적정 의료인력의 공급 규모 등이 함께 검토될 의제들이 될 것이다.



이원화된 의료체계를 통합하여 일원화하는 것은 상당한 노력을 필요로 하는 일이며, 특히 업무영역을 둘러싼 의료계와 한의계의 갈등이 적지 않은 우리나라 상황에서 더더욱 고려할 점이 많은 정책이기도 하다. 그러나 전문직간 갈등으로 인해 지불해야 할 사회적 비용과 국민의 불편이 적지 않은 상황에서 수십년간 유지해 왔던 이원화체계를 근본적으로 고민해 볼 필요성은 분명히 존재한다고 할 수 있다. 장기적인 목표와 계획을 가지고 정책을 추진해야 할 정부의 역량 강화 역시 필요하겠지만, 의료계와 한의계의 공동 노력이 반드시 필요하다.

참고문헌 <<

- 권영규·신미숙·신병철·윤영주·최준용·김소연·이상돈·박성우(2012), 치료의 효
과성을 고려한 한양방 협진 대상 질환 발굴 기초연구, 보건복지부·부산대
학교 한의학전문대학원.
- 권용진(2005). 한국의료일원화의 필요성 및 추진 방향, [의학한의학 갈등해결
및 의료선진화 어떻게 할 것인가?] 정책토론회, 국회 정책연구의원실.
- 김대현(2011). 한의약육성법 개정법률안에 대한 보건복지위 검토보고서 주요 내
용, 국회 보건복지위원회.
- 김재철(2007). 일본 전통의학의 유파에 관한 연구, 동국대학교 박사학위 논문.
- 김정곤(2008). 한국에서의 양방과 한방의 일원화 방안, 우석대학교 석사학위 논문.
- 김주경·고대유·이호규·김영곤(2012), 의료통합에 대한 한의계의 인식조사 및
의료통합 모델 정립에 관한 연구, 한의학정책연구원.
- 노태현(2010). 의료행위에 관한 용어정리 및 판례분석, 의료법학. 11(2),
pp.11~74.
- 대한한 의사협회(2010). 대만 의료제도 관련 자료.
- 대한한 의사협회(2011). 한의사의 현대의료기기 활용방안.
- 류화신(2007), 의료전문가주의에 대한 법적 검토, 한국의료윤리교육학회지,
10(2), pp.175~188.
- 문옥륜(2002). 의료일원화와 양한방 협진체계의 개발, 의학교육과정 통합을 통한
의료일원화 모색 토론회 발표자료.
- 문옥륜·김은영·신은영·김혜영·천희란(2003). 동북아시아 4개국의 양한방 의
료협진체계 비교, 보건행정학회지. 13(2), pp.1~22.
- 박용신(2012). 한의사 의료기기 사용에 대한 논쟁의 과거와 현재, 한의정책. 창
간준비호, pp.10~30.
- 박윤재(2011). 해방 후 한의학의 재건과 한의사제도의 성립, 東方學志. 제154
집, pp.345~376.

- 박호진(2011), 한국 개원의사들에서 의학전문직업성의 의미, 대한의사협회지, 54(11), pp.1154~1163.
- 백한주(2012), 신(新)의료전문가주의, 대한류마티스학회지, 19(6), pp.316~325.
- 보건복지부(2010). 협진병원 관리 안내.
- 보건복지부(2012). 제2차 한의약육성발전계획.
- 부산대학교한의학전문대학원·한국한의학연구원·대한한의사협회(2012). 한국 한의약연감.
- 서홍관(2000). 한양방 의료일원화-한의학과 양의학은 만나야 한다, 이중찬 엮음, 한국 의료 대논쟁, 소나무.
- 신동원(2002). 1910년대 일제의 보건의료정책-한의학 정책을 중심으로, 한국 문화. 30, pp.333~370.
- 신동원(2003). 조선총독부의 한의학 정책-1930년대 이후의 변화를 중심으로, 의사학. 12(2), pp.110~128.
- 신민규·신현규·남봉현·안상우(1998). 세계 각국의 전통의학 제도 조사, 한국 한의학연구원.
- 신순식(1999). 중국 중서의결합의 발전과정과 정책변화, 의사학. 8(2), pp.207~232.
- 양기화(2005). 동아시아 4개국에서의 전통의학 현황, 의료정책포럼. 3(3), pp.52~64.
- 오월환(2004). 대만중의학의 역사적 발전사항, 한약응용학회지. 4(1), pp.61~68.
- 유경환(2011). 국민건강 향상을 위한 한의사의 현대과학 기반을 근거로 한 의료기기 사용 활성화 방안, 한의약 육성발전 및 국제경쟁력 강화를 위한 정책토론회. pp.25~35.
- 윤강재·김경래·여지영·최지희·변무웅(2012a). 보건의료분야 법령 현황과 주요 과제, 한국보건사회연구원.
- 윤강재·조재국·이준혁·강승현·천재영(2012b). 중국의 전통의학-양의학 협진서비스 현황 및 전달체계, 대외경제정책연구원·한국보건사회연구원.
- 윤강재(2013). 중국 중서의결합(中西醫結合) 운영현황과 시사점, 보건복지포럼.

- 제198호, pp.91~105.
- 윤진원(2012). 현대의료기기 활용을 둘러싼 법적 논의, 한의정책. 창간준비호, pp.31~47.
- 윤태영(2004). 현대의학과 한방의학의 의료일원화를 위한 정책방안 연구. 대한 의사협회 의료정책연구소.
- 의료개혁위원회(1997). 의료부문의 선진화를 위한 의료정책 과제. 의료개혁위원회.
- 이미선·권영규(2009). 판례분석을 통한 한방의료행위 개념의 법적 근거 고찰, 한국한의학연구원은문집. 15(3), pp.19~28.
- 이상영·조재국·송태만·류시원·윤강재(2002). 한의사 인력수급 추계 연구, 한국보건사회연구원.
- 이백휴·이평수(2011). 의사와 한의사의 업무갈등 사례 분석 및 대응방안 연구. 의료정책연구소.
- 이성재(2012). 통합의료, 의료인과 정부에 바란다, 대한의사협회지. 55(6), pp.508~511.
- 이원철·백승완(2008). 한양방 협진체계 구축사업. 부산대학교.
- 임병묵(2008). 한양방협진의 현황과 과제. 한국보건산업진흥원 발표자료.
- 임병묵(2009). 의료일원화, 필요한가? 그리고 어떻게 할 것인가?. 국회 안홍준 의원실 주최 정책토론회 발표자료.
- 정기호(2007). 한의학전문대학원 교육과정 및 입문검사 개발 연구.
- 정성춘 외(2009). 유전자원 접근 및 이익공유 영향분석 및 대응체계 구축 연구, 환경부·대외경제정책연구원.
- 제18대 대통령직인수위원회(2013). 박근혜 정부 국정비전 및 국정목표, 국정과제.
- 조기호(2008). 일본 한방의학을 말하다. 군자출판사.
- 조병희(2000). 한약분쟁의 사회학, 이중찬 엮음, 한국 의료 대논쟁, 소나무.
- 조병희(2005). 우리나라 의·한방 통합의 과정과 전망, 한국의료 일원화의 쟁점과 정책방안 토론회자료집, 대한의사협회 의료정책연구소.
- 조재국(2010). 보건의료 환경변화와 의료일원화, 보건복지 Issue&Focus. 제

27호, 한국보건사회연구원.

조재국·김남순·도세록·이연희·윤강재·박진한·장동현·천재영·김화영·이난희·
유형석·서성우(2011), 한방의료이용 및 한약소비실태조사, 보건복지부·
한국보건사회연구원.

조형원 외(2005). 법정정책적 연구방법 시론-보건의료법체계를 중심으로. 한
국정책학회 추계학술발표논문집, pp.39~56.

정기용·박왕용·이충열(2010). 1951년 국민의료법 한의사 제도 입법 과정, 대
한한의학회지. 31(1), pp.112~121.

최승훈(2000). 한의사의 입장에서 본 의료 일원화 논쟁, 이종찬 엮음, 한국 의료
대논쟁, 소나무.

최종덕(2000). 의료일원화 논쟁의 관점 찾기, 이종찬 엮음, 한국 의료 대논쟁,
소나무.

한국한의학연구원(2009a). 일본 한방교육 및 한방전문의 현황.

한국한의학연구원(2009b). 일본 한방의약품 이용 실태.

한국한의학연구원(2009c). 일본 한방의약품시장 생산현황.

황홍국 외(2011). 중국의 보건의료관리.

國家中醫藥管理局(2011), 中西醫結合醫院工作指南

王 敏(2010), 中西医结合现状的SWOT分析, 中國當代醫藥, 17(13), pp.161~162.

中國國家中醫藥管理局, 全国中医药统计摘编, 各 년도

行政院衛生署 中醫藥委員會(2012). 中醫行政要覽.

Global Industry Analysts(2012), *A Global Outlook*.

WHO(2012), *The Regional Strategy for Traditional Medicine in the
WEstern Pacific 2011-2020*, WHO Western Pacific Region.

〈web site〉

- [http://www.ccourt.go.kr/home/storybook/storybook.jsp?mainseq=126
&seq=6&list_type=05](http://www.ccourt.go.kr/home/storybook/storybook.jsp?mainseq=126&seq=6&list_type=05)
- <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=86974>

- <http://www.jsom.or.jp/universally/doctor/index.html>
- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html>
- <http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/er/pdf.html>
- <http://www.cabrain.net/news/regist.do>
- <http://www.ccmp.gov.tw/en/public/public.asp?selno=89&reln=89&level=C>
- http://www.ncku.edu.tw/~dep_med/
- <http://www.scmpb.isu.edu.tw/site/83210/3>
- <http://chmed.cmu.edu.tw/content-1.html>
- <http://chmed.cmu.edu.tw/content-1.html>
- <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L002 0181>
- http://www.nhi.gov.tw/English/webdata/webdata.aspx?menu=11&menu_id=296 &webdata_id=1942&WD_ID=296
- <http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsid=2013052100007>
- <http://www.rinr.fsu.edu/fall2002/taxol.html>

중서의결합병원 사업지침⁶⁴⁾

서 언

2003년 중국 국가중의약관리국(國家中醫藥管理局)이 중의학과 서양의학을 결합한 병원 건설 사업에 중점을 둔 이후부터 중의학과 서양의학을 결합한 병원 건설이 한층 더 활발해졌고 병원관리와 업무추진 등에서 눈에 띄는 성과를 얻었을 뿐만 아니라 많은 노하우를 쌓아왔다. 두 차례에 걸친 중서의를 결합한 중점병원 22곳의 건설 사업 경험을 체계적으로 종합하여 규칙적이고 규범적인 방법을 강화하고, 중의약관리부처와 중서의결합병원이 더 나은 병원 관리와 건설을 추진하여 중서의 결합이 지닌 특색과 우수성을 충분히 발휘할 수 있도록 하기 위해 의약위생체제 개혁 심화와 <국무원의 중의약 사업발전을 위한 지원 및 추진에 관한 약간의 의견(國務院關於扶持和促進中醫藥事業發展的若干意見)>(국발 [2009]22호) 및 <국가 중의약관리국의 중서의 결합 사업 강화에 관한 지도 의견(國家中醫藥管理局關於進一步加強中西醫結合工作的指導意見)>(국중의약발 [2003]52호)정신에 입각하여 중국 국가 중의약관리국은 <중서의결합병원 사업 지침서(中西醫結合醫院工作指南)>(이하 <지침서>)를 마련했다.

<지침서>는 자료수집, 소재 정리, 현지 조사연구, 분류작성, 수정 및 보완, 전문가 논증 등 몇 가지 단계로 나뉘며 2년여의 시간이 소요되었다.

64) 본 내용은 중국의 국가중의약관리국이 작성한 『中西醫結合醫院工作指南』을 번역한 것으로서, 번역 원문은 윤강재 외(2012b)에 출처를 두고 있음.

그 기간 동안, 각급 중의약관리부처, 중서의결합병원, 관련 전문가의 의견 및 건의를 폭넓게 수렴했다. <지침서>를 통해 중서의결합병원 사업의 핵심 요소를 귀납적으로 정리했고 병원관리, 인재육성, 진료과 및 부서 설치, 전문 진료과목 설치, 임상연구, 약사(藥事)관리, 간호, 문화건설, 예방보건 등 아홉 개 영역에서 중서의결합병원 자체 사업의 특징을 구현해 줄 수 있는 요구사항을 제시했다. 이밖에도 <지침서>의 실용성, 지도성 및 활용성을 살펴보았다.

본 <지침서>는 각 급과 각 종류의 중서의 결합 병원에 모두 적용된다. 중서의결합병원은 내적 합의, 학과의 발전 방향, 병원 운영모델 등에서 개선을 위한 모색이 필요하므로 해당 지역에서는 <지침서>를 바탕으로 실천에 힘쓰고 부단히 방법을 모색하면서 쌓아온 경험을 종합적으로 평가하기를 바란다. 본 국은 각지에 위치한 중서의결합병원 사업 실천을 기초로 하여 꾸준히 <지침서>를 수정하고 보완하고 중국의 중서의결합병원의 관리 수준을 향상시킬 것이다.

제1부분 병원관리

중서의결합병원은 중국 국가 관련 법률, 법규를 철저하게 따라야 하고 중서의가 결합된 병원운영 방향을 끝까지 견지해 나가야 한다. 또한 중의와 서의 두 의학의 장점을 받아들이고 중서의 결합의 특징을 부각시켜 중서의 결합의 우수성을 널리 알려야 하며 의료, 교학, 과학연구 및 인재육성을 강화하고 임상치료의 효과, 의료품질 및 관리효과를 꾸준히 높여 중서의결합병원의 지속가능한 발전을 추진해야 한다.

1. 인력자원배치방안을 정하고 초빙임용제를 실시하며 위생기술 전문

인력의 학력 및 전공 구조를 합리적으로 구성한다. 중서의 결합 인력은 다음과 같이 규정한 비율에 따라 배치해야 한다. 중서의 결합 인력 중 의사비율은 60% 이상이어야 하고 전체 개업의⁶⁵⁾에서 중의 개업의 비율은 30% 이상이어야 한다.

병원 등급과 규모에 따라 병원 임원진을 합리적으로 배치한다. 임원진 중 중의약 및 중서의 결합인력의 비율은 60% 이상이어야 하고 나머지 임원진의 중의약 및 중서의 결합지식 교육률은 100%에 달하도록 한다.

병원 의료업무, 간호, 과학연구, 교육 등 주요 직능 부서의 책임자 중에서 중의약 및 중서의 결합인력의 비율은 60% 이상이어야 하고 나머지 책임자의 중의약 및 중서의 결합지식 교육률은 100%에 달하도록 한다.

임상과 책임자 중에서 중의 및 중서의 결합인력의 비율은 60% 이상이어야 하고 나머지 임상과 책임자의 중의약 및 중서의 결합지식 교육률은 100%에 달하도록 한다.

임상과 의사 중 중의 및 중서의 결합인력 비율은 60% 이상이어야 하며 중서의 결합인력의 비율을 점차 늘리도록 한다. 중약 전문기술직원은 전체 약학전공 기술자 중 40% 이상이어야 한다. 임상과 간호사 중 중의약 및 중서의 결합지식과 기능교육(교육시간은 100시간 이상)을 받은 비율은 70% 이상이어야 한다.

병원학술위원회 중에서 중서의 결합전문가 비율은 2/3 이상이고 위원회는 중서의 결합의 과학적 건설과 학술 발전에 관해 지도하고 심사하고 연구한다.

본 〈지침서〉 중에서 중서의 결합인력은 다음 조건 중 하나라도 해당하는 자를 일컫는다.

1) 중서의 결합 전문 의사 개업자격

65) 본문에서 일컫는 개업의는 임상, 중의, 구강 및 공공위생 분야의 의사를 말한다.

- 2) 중서의 결합 전문기술 직무재직자격
- 3) 임상 의사이면서 동시에 중의나 중서의 결합 전공 학력이나 학위 보유하거나 중의(서의를 배운 후 중의 수학)을 1년 이상 수학하여 수료증을 받거나 지시급(地市級)⁶⁶⁾ 이상 중의나 중서의 결합인재육성 프로젝트에 선발되어 수료한 자
- 4) 중의 의사이면서 중서의 결합을 전공하거나 임상 전공 학력이나 학위 소지자

2. 중서의결합병원 관리의 운영제도 및 보장제도를 세우고 계속해서 개선해 나간다. 병원의 중장기 발전계획과 연도별 사업계획에는 중서의 결합의 내포적 의의가 반영되어야 하고 보장조치를 조직적으로 실시해야 한다. 중서의결합병원의 과학적인 관리를 위한 제도와 프로세스를 세우고 해당 병원의 특징을 고려하여 꾸준히 보완하고 철저하게 시행해야 한다.

병원과 전문 진료과목을 동시에 관리하고 연도별 종합목표를 세워야 하며 종합평가체계를 완비하여 중서의 결합의 특징을 부각시키도록 한다. 또한 중서의 결합 임상치료 효과를 핵심으로 삼아야 하며 서비스 능력과 성과를 기초로 한 심사 및 격려 제도를 마련한다.

교육을 실시할 임무가 있는 병원은 중서의 결합임상연구실을 설치하여 중서의 결합임상교육을 실시하도록 한다. 조건을 갖춘 병원은 연구소(실) 등 기관을 설치하고 전임이나 겸임을 하는 연구원 조직을 구성하여 중서의 결합의 과학적 연구를 적극적으로 실시한다.

3. 중서의결합병원의 품질관리체계를 마련하고 관련 법률, 법규 및 규

⁶⁶⁾ 지급 행정구에 속하는 제2급 지방행정단위

장제도를 준수하며 지도, 육성 및 감독을 강화하는 동시에 품질 관리를 장기적으로 유지할 수 있는 시스템을 모색한다. 의료를 핵심으로 한 제도를 엄격하게 시행하고 의료기술 도입과 응용을 제도화 하며 중서의 결합 의료, 간호기술 규범을 개선해야 한다. 또한 의료기술, 의료서비스, 의료보장 등 전면적인 질적 관리를 실시하여 중서의결합병원의 품질관리를 지속적으로 향상시킨다.

4. 정보화의 지속적 발전을 위한 계획을 세우고 중서의결합병원의 디지털 및 정보화 구축을 추진하고 인력과 경비 지원을 보장한다. 중서의결합 전자병력시스템을 점진적으로 마련하고 개선하여 중서의 결합 임상 및 과학연구에 유용한 정보를 제공한다. IT기술의 개발과 응용을 적극적으로 추진하고 완벽한 정보플랫폼을 세워 중서의결합병원 건설과 발전을 위해 유용한 정보를 제공하고 효과적으로 정책을 결정할 수 있도록 한다.

5. 중서의결합병원의 핵심가치관 수립에 힘쓰고 중의와 서의를 상호 존중하면서 서로 배워나가야 하며 조화로운 발전과 중서의 결합학술을 위한 환경 및 인간적인 분위기를 조성한다.

중서의 결합의 내적 의미를 체현할 수 있는 병원 휘장, 깃발, 원가(院歌), 원훈(院訓) 등 문화적 표지를 정하고 개선된 행위규범체계를 세우며 개방, 혁신, 포용, 조화 등을 특색으로 한 중서의 결합 서비스 문화와 관리문화를 마련한다.

중서의결합한 건강을 위한 다양한 활동을 적극적으로 추진하고 기층으로 파고들어가 더 많은 사람들이 의료 서비스를 받을 수 있도록 한다. 병원과 관련한 간행물과 네트워크 등 다양한 문화 매체를 이용해서 광범위하게 홍보하여 중서의 결합에 대한 사회적 인식을 넓힌다.

6. 위생경제학 등의 분석 및 평가방법을 활용하고 과학적인 방법으로 관리 성과를 평가하며 병원의 관리수준을 꾸준히 향상시켜서 중서의 결합의 장점을 확대해 나간다.

제2부분 인재육성

중서의의를 결합한 인재풀을 통해 중서의 결합 의료, 교육, 과학연구 업무 및 학과 설치를 효과적으로 실현한다. 중서의결합병원은 다양한 조치를 마련하여 인력의 중서의 결합 지식과 기능 교육을 강화해야 한다.

1. 서의가 중의를 배운다.

임상 의사가 각종 형식의 중의 지식과 기능을 익힐 수 있는 교육과 관련 부서 및 조직이 실시하는 1년 이상의 체계적인 교육에 참여하도록 독려한다. 임상 의사가 중의 및 중서의 결합 학력(학위) 교육에 적극 참여하도록 독려한다.

(1) 전일제 교육

임상 개업의는 중의 이론 과정을 2년 이상 수학하고 최소 10-14 과목의 중의 필수과정을 이수해야 하며 전체 이수시간은 850시간 이상이다. 임상실습시간은 6개월 영업일 이상이어야 한다.

교육 운영은 정해진 기준에 부합해야 한다. 즉, 중의이론과정은 중의약 보통고등교육기관 교학처 및 교사가 맡아야 하며 임상실습은 중의약 보통고등교육기관 교학실습자격을 갖춘 교학병원에서 담당한다. 중의를 학습하는 중의 전일제 학습반의 경우 성급(省級) 이상의 중의약 관리부처의 인가가 필요하다.

(2) 반일제 교육

임상 개업의는 반일제 프로그램을 통해 중의이론 과정을 1년 동안 수학하고 10—14 과목의 중의 필수과정을 이수해야 하며 전체 이수시간은 최소 750시간이다. 임상실습시간은 최소 3개월 영업일 이하이어서는 안 된다. 중의이론과정은 중의약 보통고등교육기관 교학처 및 관련 교사가 담당하고 임상실습은 중의약 보통고등교육기관 실습자격이 있는 교학병원이 맡는다.

(3) 업무 외 교육

업무 외 시간에 중의이론과정을 1년 동안 학습하고 필수과정 8과목을 이수해야 하며 전체 이수시간은 550시간 이상이다. 임상실습 시간은 3개월 영업일 이하이어서는 안 된다. 중의이론과정은 중의약 보통고등교육기관 교학처와 교사가 담당하고 임상실습병원의 자격에는 제한이 없으며 임상지도교육은 중급 이상의 중의 및 중서의 결합인력 자격이 있는 의사가 담당한다.

2. 전수 및 육성

중의 및 중서의 결합의 학술적 분파마다 갖는 특색과 기능을 계승하고 보존할 수 있는 중서의 결합 의사를 육성한다.

명의(名醫, 중의 및 중서의 결합) 작업실을 마련하고 명의 의학전수 프로그램의 일환으로 마련한 ‘전수 및 전파’ 방법을 통해 중의(중서의 결합) 경전 저작, 저술, 강독, 기록 등의 활동을 활발하게 추진하며 의료 임상 및 진료, 진료기록 분석, 학술사상과 임상 경험을 정리한다.

3. 전문 인재 육성

인재를 선발하여 국가, 지방, 병원 및 전문 인력 육성 프로그램이나 연

수교육 적극 참여하도록 한다. 예를 들어 중국 국가중의약관리국의 ‘우수 중의임상인재연수프로그램’, ‘성(시)급 유명 원로 중의(중서의결합 전문가) 노하우 계승반’ 등이 있다.

4. 간호사 대상 중의지식 교육

〈중의간호범례기술조작규정(中醫護理常規 技術操作規程)〉의 요구에 따라 중의약과 중서의결합지식 및 기능교육을 실시하고 교육시간은 100시간 이상이어야 한다.

5. 현대 의학이론지식 및 기능교육

중의약과 중서의 결합인력이 국내외 전문학술단체가 개최하는 현대의 학발전강좌, 기능교육, 학술교류 등에 적극 참여하도록 독려하고 중국 국내외 관련 의료기관이나 전문연구기관에서 관련 전공(학과)의 새로운 기술과 지식을 배우고 정기적으로 전문가를 조직해서 현대의학지식강좌와 기능교육을 개최하도록 한다.

6. 격려제도 보장

국가 및 지방의 관련 규정과 요구에 의거하여 병원은 전문적인 중서의 결합 인재 배치, 조직건설방안을 제정하고 중서의 결합인재 육성, 격려 및 심사제도를 마련하며 중서의 결합인력의 전문기술방안을 만들어 조직적으로 실시해 나간다. 중서의 결합 학과학술분야의 전문가(예비 학과학술 전문가)를 선발하고 활용할 수 있는 시스템을 마련한다. 병원에 필요한 인재 초빙임용, 업무실적 심사, 분배제도를 통해 중서의 결합인재 육성을 독려해야 한다. 병원은 연도별 직원의 재직교육 경비 중 60%를 중서의 결합 인재육성 경비에 지출한다.

제3부분 임상과 설치 및 건설

중서의결합병원에서 임상과를 설치할 경우 중서의 결합 임상과를 위주로 해야 하며 동시에 침구, 추나 등 중의(민족의)만의 특색 있는 과목을 마련해야 한다. 중서의 결합의 특색을 구현해줄 수 있는 임상과의 경우 요구에 부합하는 인적구조와 진료기술 및 서비스 능력을 갖춰야 하며 병원의 임상과 전체 비율은 60% 이상이어야 하며 침상 수는 병원 전체 침상 중 60% 이상이어야 한다.

1. 기본 요구

중서의 결합 임상과의 명칭에 대한 규정을 마련한다. 임상과의 명칭은 ‘중서의 결합’, ‘서의’ 등의 글자가 포함되어서는 안 되며 중의병원의 해당 과 명칭규범을 참고할 수 있다. 질병명칭이나 증상으로 전문 진료과목(전문 질병)을 명칭으로 할 경우 <중의질병증후분류 및 코드번호(中醫病證分類與代碼)>(TCD)를 참고하여 명명한다. 3급 병원의 임상과는 12개(응급진료과, 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 이비인후과, 구강과, 안과, 피부과, 침구과, 마취과, 예방보건과 등) 이상이어야 한다. 2급 병원의 임상과는 6개 이상이어야 한다.

진료과와 부서의 행정관리제도를 세우고 여기에는 건설발전계획, 인력 직무, 인재육성제도, 차트관리제도, 과학연구/교육관리제도, 심사제도, 상벌제도 등을 포함하도록 한다. 의료규장제도를 마련하고 여기에는 3급 회진제도, 근무교대제도 등 의료핵심제도를 포함하도록 하며 국가가 제정하거나 인가한 의료간호기술의료활용규범, 진료과목의 우수 병종(病種)진료규범 및 돌발사건 응급 대응책 등을 마련한다.

2. 인력구조

부서 책임자원칙에 따라 3급 중서의결합병원은 고급전문기술직무재직 정(正)자격을 갖춰야 하고 2급 중서의결합병원은 고급이상 전문기술직무 재직 부(副)자격을 갖춰야 한다.

임상과 의사 중 중의와 중서의 결합인력의 비율은 60% 이상이어야 하고 그 중 고급전문기술직무인력 중에서 중의와 중서의 결합인력의 비율은 70% 이상이어야 한다. 중급전문기술직무인력 중에서 중의와 중서의 결합인력의 비율은 60% 이상이어야 하고 수술을 위주로 하는 개별 임상과의 비율을 적정수준으로 낮출 수 있다.

병실 수간호사는 체계적인 중의지식기능교육을 받아야 하며 일반 간호사가 질병과 증상을 판단하여 상응하는 간호를 하고 중서의 간호기술을 활용하도록 지도한다.

3. 진료기술

병종진료규범 및 응용규정을 제정하고 해당 프로세서를 실시, 평가 및 개선한다. 기술응용은 병원감염통제 및 의료품질통제규범에 부합해야 하고 정기적으로 심사와 평가를 실시한다. 진료과와 부서가 장기적으로 활용하는 의료효과가 뛰어난 중서의 결합기술을 정리하여 보급한다. 중의 임상경로 응용을 폭넓게 보급한다.

중서의 결합 진료기술규범 및 활용규정을 제정하고 중서의를 결합한 새로운 기술과 방법을 모색한다. 편이하고 안전하며 효과가 있는 진료기술을 종합하여 기층부터 보급한다.

해당 진료과와 부서 및 해당 지역의 원로 중의사 및 중서의 결합 전문가의 임상 경험을 발굴하고 정리하고 법률과 특색 있는 중서의 결합내용을 다듬어서 중서의를 결합한 의료 서비스의 수준을 꾸준히 높인다.

중의와 중서의 결합임상과는 <중의병력서기록 기본규범(中醫病曆書寫基本規範)>과 <중의 전자병력 기본규범(中醫電子病曆基本規範, 시범 시행)>을 집행하고 중약처방양식 및 기록은 관련 규정에 부합해야 한다. <한약재로 만든 제약 임상응용지도원칙(中成藥臨床應用指導原則)>을 엄격하게 시행한다.

4. 서비스능력

중의와 서의 두 수단이 질병진료 과정에서 갖는 장점을 충분히 발휘하도록 통합한다. 중서의의를 결합한 진료과와 부서는 필요한 중의진료설비를 마련하고 중의약만의 특색 있는 진료를 실시한다. 일정량에 해당하는 진료기관의 중약제제를 적극 사용한다. 진찰 처방 중에서 중약처방의 비율을 40% 이상으로 하고 중약재 처방은 진찰처방 비율에서 20% 이상으로 한다. 80% 이상의 병례에 대해 중서의 결합진료서비스를 받도록 한다.

우위를 지닌 병종을 파악한다. 현지지역의 특색과 진료과 및 부서의 기술능력을 바탕으로 우위를 지닌 2-3개 병종을 정할 수 있으며 확정된 병종에는 중서의 결합만의 명확한 특색이 담겨 있어야 한다. 관련 임상연구를 적극 추진하고 중서의 결합을 위한 최상의 진료방안을 모색한다.

중서의 결합임상 효과, 환자의 편의를 위해 선진 의료관리모델을 세운다. 질병의 특징에 따라 진료규범을 준수하고 명확한 진료목표의 의료종합관리 체계를 세운다. ‘질병과목’, ‘진찰통합’ 등 관리모델을 모색하고 합병증이 없는 단일 질병종류의 질적 관리, 임상경로관리연구를 지속적으로 실시한다. 중점 질병에 대한 중서의 결합의 최적화 진료 및 치료 방안을 마련하고 개선하여 중서의 결합이 질병관리에서 우위를 갖도록 한다.

제4부분 전문 진료과목 설치

중서의결합병원은 지역위생계획에서 언급하는 기능과 포지셔너, 중서의 결합진료서비스의 조건 및 수준 등의 기본 상황과 중서의 결합건설업무 목표 및 임무를 바탕으로 순서와 단계를 나누고 전문 진료과목을 신설한다. 전문 진료과목 신설을 통해 중서의 결합의 수단과 방법 운용을 부각시켜야 하고 중서의 결합이 지닌 장점을 알려야 한다. 또한 임상진료효과를 꾸준히 향상시키는 동시에 전문 진료과목을 신설하여 중서의 결합업무를 꾸준히 발전을 시킨다.

1. 등급분류 및 관리

3급 중서의결합병원 중 성급 이상의 중점 중의와 중서의 결합 전문 진료과목 수는 3개 이상이어야 하고, 2급 중서의결합병원 중 지시급 이상의 중점 중의와 중서의 결합 전문 진료과목 수는 2개 이상이어야 한다. 병원은 전문 진료과목의 증가수준을 고려하여 중점, 육성, 지원 등 세 개 단계로 나누고 설치 및 관리할 수 있다.

중점 전문 진료과목의 경우 매년 신설 상황을 종합하여 정리한다. 중점 병종에 대해 중서의 결합은 탁월한 우위가 있어야 하며 임상효과와 그 영향력을 해당 지역 외에까지 넓히기 위해 병원은 거점 마련에 집중해야 한다.

전문 진료과목 육성을 통해 중서의 결합을 평가할 수 있다. 즉, 중점 병종에 대해 중서의 결합은 탁월한 우위가 있어야 하며 임상효과와 그 영향력을 해당 지역 외에까지 넓히기 위해 병원은 투자를 증가하여 3-5년 후에는 중점 전문 진료과목을 확보해야 한다.

전문 진료과목 지원을 통해 중서의 결합을 초보적으로 평가한다. 즉,

중점 병종에 대한 치료효과가 확실해야 하고 병원이 3-5년 후 전문 진료 과목 육성의 중심이 될 수 있도록 환경을 조성한다.

2. 전문 진료과목 선별

전문 진료과목 항목 선별은 병원 기능의 정의와 발전 계획에 따라야 하며 전문 진료과목의 중서의 진료 서비스 능력과 수준, 인력구조, 임상연구 현황 및 전망, 중서의 치료의 우위 및 치료수준, 학술경험의 계승 및 혁신, 의료품질 개선제도 및 조치 마련, 인프라 설비조건 등의 요소를 종합하여 평가한다.

병원의료관리부서와 학술위원회는 국가급, 성급, 지시급, 병원급 등 서로 다른 등급별 전문 진료과목 설립 기준 및 요구를 바탕으로 병원의 기존 전문 진료과목의 중서의 결합사업 기초 및 중점 병종에 대한 중서의 결합 전문 진료과목 진료방안을 평가하고 전문 진료과목을 선별하여 확정한다.

3. 신설목표

전문 진료과목 신설은 임상진료효과 제고를 핵심으로 하고 중서의 결합의 임상실천을 근거로 삼아야 한다. 또한 중점 병종을 중심으로 중서의 결합치료방법이 서로 다른 질병과 질병의 발전단계에서 갖는 치료우위를 정리 및 비교하고 최상의 상태로 조합하여 운용함으로써 치료효과 향상, 치료기간 단축, 중독반응 감소, 위생경제학지표 개선 등의 목표를 실현하도록 한다.

병원은 각 급 전문 진료과목을 신설하여 그에 따른 성과를 거둬야 하고 중서의를 결합한 중점 전문 진료과목이 해당 지역과 전국적으로 확대되도록 한다. 이 외에도 운용시스템과 규모효과에서 탁월한 우위를 유지하

고 기술지도, 인력 교육 및 성과 보급 등에서 중요한 역할을 함으로써 지역뿐만 아니라 전국적으로 중서의 결합의료센터가 되어야 한다.

4. 임상업무

전문 진료과목에서는 이전 업무의 기초를 바탕으로 2-3개 중점 병종을 확정한다. 중점 병종연구는 중서의를 결합한 분명한 특색이 있어야 하고 상대적인 안정성을 유지하며 전문 진료과목의 주요 학술 연구 방향과 중점 병종이 서로 일치해야 한다.

중점 병종의 중서의 결합진료방안은 중서의 결합 임상치료효과 향상을 목적으로 삼아서 해당 전문 진료과목의 전통과 혁신을 구체적으로 드러내고 여러 질병과 질병단계에서 중서의 결합이 갖는 치료 우위를 구현할 수 있어야 한다. 또한 임상 활용에 도움이 되어야 하고 약물과 비약물 치료법의 종합적인 운용을 구체화할 수 있어야 한다.

중점 병종에 대한 임상연구를 실시하여 중점 병종의 중서의 결합진료 현황, 치료효과 수준, 치료의 어려운 점과 해결방법 등의 문제를 정리한다. 또한 원로 중의사와 중서의결합전문가의 학술사상 및 임상 경험을 기초로 하는 등의 활동을 통해 임상 치료 효과를 높이고 선진 기술과 설비를 도입하여 중서의 결합 연구사업에 새로운 방향과 조건을 마련해줘야 한다. 이 외에도 치료에 어려운 부분이 있을 경우 중서의의 특색 있는 진료방법을 모색하고 의료기관의 중약 제제를 위한 다자협력연구를 적극 활용하며 진료방안을 점진적으로 최적화하고 개선한다.

전문 진료과목의 발전 현황과 수요를 파악하기 위해 중서의 결합의료 품질통제체계를 세우고 조직기구, 인력배치, 병종관리, 임상약사, 병원감염, 의료안전 등의 기준을 마련해야 하며 전문 진료과목의 의료품질의 지속적인 개선을 보장하도록 한다. 그 중, 질병 진행에 대한 주요 문제에 대

해 중의와 서의가 서로 협력할 수 있는 효과적인 관리능력, 실제 진료과정과 중서의 결합진료방안의 일치 비율, 병증의 성질과 원인 등을 분석하고 판단하여 상응하는 치료를 할 수 있는 비율, 중서의 결합진료기술, 중약재와 의료기관의 중약제제 사용률, 중서의 결합진료의 품질통제기준 활용률 등의 지표를 중점적으로 평가해야 한다.

전문 진료과목 신설 시 중서의 결합의 결합점과 실증을 임상연구의 핵심 방향으로 삼아야 한다. 학술연구는 해당 난치, 복잡한 임상문제의 해결에 집중하여 중서의 결합임상진료규율을 체계적으로 연구하고 중서의 결합방법학의 혁신을 점진적으로 추진하여 해당 중서의 결합사업에 좋은 모범사례가 될 수 있도록 한다.

전문 진료과목 설치에 따른 성과를 정부나 관련 학술단체에 적극 보고하여 관련 표창을 받을 수 있도록 독려한다.

5. 인재 건설

전문 진료과목 중 중의와 중서의 결합인력은 60% 이상이어야 한다.

전문 진료과목 학술 대표자는 고급 중의약 및 중서의 결합의약 전문기술 직무재직 자격을 갖춰야 하고 지역 내에 본 전문 진료과목 분야에서 일정한 지명도가 있어야 한다. 또한 지역 내 2급(포함) 이상의 학술단체 위원/이사(포함) 이상의 직무에 임용되고 본 전공에 관한 국내외 발전현황과 학술 정보를 파악하고 있어야 하며 동종업계에서 인가를 받은 자이어야 한다. 2급 병원은 적당한 선에서 요건을 낮출 수 있다.

전문 진료과목의 경우 원로 중의사나 중서의 결합 전문가의 업무 지도력이 충분히 발휘되어야 한다. 또한 원로 중의사 및 중서의 결합 전문가의 학술 경험을 계승 발전시켜야 하며 중의약 전문가와 중서의 결합 전문가를 초청하여 전문 진료과목의 고문을 맡도록 한다.

전문 진료과목의 인재풀 건설은 합리적으로 구성되어야 하고 전문 진료과목의 학술 계승자는 중의 및 서의에 관한 전문기초지식과 풍부한 임상경험이 있어야 하며 해당 전공의 학술발전에 창의적인 생각을 지녀야 한다. 이와 동시에 해당 전공의 복잡하고 어려운 임상문제를 해결할 능력도 갖춰야 한다. 전문 진료과목의 기타 인력은 전문 진료과목의 중서의 임상진료방안과 진료기술 규범을 전체적으로 숙지해야 한다.

전문 진료과목을 위한 인재육성계획을 세우고 각 급 인재육성 프로젝트에 적극 참여한다. 또한 전문 진료과목에 해당하는 인력의 평생교육, 연수 프로그램을 추진하고 정기적으로 중서의결합학술강좌와 기술교류를 추진하여 전체 진료과목의 인력이 중서의 결합진료방법을 익히고 운용할 수 있도록 한다.

6. 정보 및 홍보

전문 진료과목의 정보뱅크, 전문 진료과목의 진료 모듈 및 전문 진료과목의 데이터 통계분석 모듈을 세우는 등 디지털 정보수단을 운영하고 디지털 정보를 저장 및 응용하여 중서의 결합 임상치료효과를 효과적으로 평가할 수 있도록 한다. 또한 정보 네트워크를 세우고 원격 회진을 추진하고 다중 매체 형식을 통해 홍보를 확대하여 중서의결합의 기술 혁신과 성과를 널리 알린다.

7. 협력교류

각급 전문 진료과목은 각급 및 각종 협력교류에 적극 참여하고 협력조직 등의 형식을 통해 임상연구사업을 추진해야 한다. 이 밖에도 국가급 중점 전문 진료과목은 중점 전문 진료과목의 협력조직이 정한 중의진료방안 활용 및 검증 작업을 실시해야 한다.

협력추진연구의 범위에는 다음과 같은 내용을 포함한다. 중점 병종에 대한 중서의결합진료방안의 정리·검증·개선·최적화·사업 추진 및 보급, 중서의임상과 명칭 및 병종명칭의 규범 문제, 중서의 결합 임상과에 대한 중의학 설비 및 현대설비 마련기준 등 관련한 문제, 중서의 결합 임상약물, 기술, 진단방법의 범위와 내적 합의 등 관련 문제 등이다. 협력 사업에는 학술 및 기술교류의 자리 마련, 학술교류·기술협동·기술지도·기술보급 및 과학연구 추진, 전문 진료과목의 임상기술혁신과 학술발전 추진 등의 내용도 포함되어야 한다.

전문 진료과목은 인재 우위, 기술우위를 충분히 구현할 수 있어야 하며 학습반·대학원생 육성·연수생 접수 등 다양한 루트를 통해 지역 및 전국적으로 고차원적인 수준에 달하는 전문 진료과목 인재를 육성하고 관련 중서의 결합 전문 인력의 기술 수준을 높이도록 한다.

8. 보장조치

각급 전문 진료과목은 건설발전계획, 사업계획 및 중서의결합의 특색을 갖춘 구체적인 조치를 제정 및 실시하고, 건설과정에서 각급 항목의 업무규모, 시설 및 설비, 인재구조, 진료방안, 학술연구, 노하우 계승 등에서 규정한 조건을 점차 만족시켜야 한다.

병원은 의료업무 등 직능부서의 전문 진료과목에 대한 업무 지도를 실시하고 이에 상응하는 관리 및 심사제도를 제정한다. 또한 계획에 따라 정기적으로 전문 진료과목의 업무 발전, 경비사용, 인재육성, 중서의 결합 진료방안 활용, 학술연구, 대외협동 및 정보 네트워크 구축 등의 진행 상황을 심사한다.

병원은 우선적으로 전문 진료과목에 해당하는 병실과 진찰실을 마련하고 인력배치·경비투입·시설 및 설비 배치 등의 수요를 만족시켜야 하며 해

당 프로젝트 계획이 실제 수요에 맞게 성실히 이행될 수 있도록 해야 한다. 이를 통해 중서의 결합이 갖는 장점을 충분히 발휘하도록 한다.

제5부분 임상연구

중서의 결합 임상연구는 중서의결합병원의 지속가능한 발전을 위한 원동력이다. 중서의 결합의 임상연구는 진료효과를 높이는 것을 핵심으로 하며 중서의 결합 임상 서비스 능력 강화를 취지로 삼는다.

1. 목표와 정의

중서의 결합 임상연구의 전체 목표는 중의약의 전통 계승, 중의와 서의의 장점 극대화, 중서의 진료의 결합점 모색, 중서의 결합진료방안 개선, 중서의 결합 임상진료체계 형성, 질병진료와 연구 분야의 국내외적 수준 향상 등이다.

3급 중서의결합병원은 중서의 임상연구의 중요한 역할을 담당하고 있으며 중서의 결합 임상 활용연구를 추진하고 있다. 또한 앞으로도 임상의 핵심 문제에 관한 중서의 결합기초와 이론연구를 강화하여 중서의 임상연구의 주체가 되어야 한다.

2. 원칙 및 방법

중서의 결합 임상연구에서는 임상 수요를 중심으로 임상업무를 긴밀하게 결합하고 임상진료 데이터 축적을 중시하며 각기 다른 질병단계에서 중의와 서의의 활용조건·연합하여 응용하는 시기 및 합병증에 대한 활용 선택방안을 모색한다. 이 밖에도 중서의 결합의 최상의 형식과 시기를 찾고 중서의 결합의 최고 진료방안을 연구한다.

변병(辨病)과 변증(辨證)의 상호 결합, 거시적이고 미시적인 상호 결합의 연구 개념을 통해 중의약 이론지도를 강화한다. 다양한 전문 진료과목의 협동 및 방법활용을 수단으로 삼고 임상치료효과 향상을 핵심으로 하여 중서의 결합 임상연구모형을 모색하고 중서의 결합의 학술혁신을 추진한다.

3. 방향과 중점

임상에서 자주 보는 병, 자주 발생하는 병 및 인류 건강을 심각하게 위협하는 중대한 불치병을 중심으로 병원은 확실하게 치료효과가 있는 진료방법과 기술을 결합하여 임상연구를 추진한다.

중서의 결합 임상진료방안과 임상 경로를 연구하고 중서의결합의 우위가 있는 병종의 진료 규율과 모델을 세우는 동시에 과학적이고 합리적인 질병효과의 평가방법과 체계를 연구한다.

전통 중의약의 정수를 계승하고 명가의 학술 경험 전승연구를 중시하며 임상치료효과가 뛰어난 처방과 특색 있는 제제 연구 및 개발활용 연구를 강화한다.

임상 분야의 핵심문제를 중심으로 중서의 결합 기초연구를 실시하고 중서의 결합에서 세운 질병 예방 및 치료 규율과 치료효과 메커니즘 및 질병 예방과 치료에 대한 새로운 개념과 방법을 제시하여 중서의 결합이 이론적으로 혁신과 개혁을 할 수 있도록 한다.

임상연구 성과를 통해 중서의 결합만의 특색 있는 진료방법과 기술 및 약물을 개발하고 이를 적극 활용 및 보급한다.

4. 과학연구 관리

해당 병원의 중서의 결합 임상연구 목표를 바탕으로 중서의 결합의 강

점을 구현할 수 있는 연구사업계획과 연도별 계획을 수립하여 계획적이고 조직적으로 실시할 수 있도록 한다.

중서의 결합과 관련한 과학연구 규율과 발전을 위한 각종 관리 제도를 세운다. 여기에는 과제보고, 심사 및 입안, 과정관리, 실험기록, 경비사용, 자료문서 보관, 상별 심사, 성과조사 및 검수 등이 포함된다. 이처럼 제도와 체계적인 보장을 통해 중서의 결합 임상연구를 효과적으로 추진한다.

첨단 과학기술 혁신환경을 조성하고 전문 진료과목의 고급인재가 중서의 결합 임상 및 기초연구활용에 적극 참여하도록 격려한다. 또한 합리적인 구조를 세우고, 소양이 높은 중서의 결합전문가 및 겸직을 하는 임상연구 인재풀을 육성하고 유지한다.

중서의 결합 임상연구 플랫폼 건설을 강화하고 임상수요를 만족할 수 있도록 과학연구 서비스를 제공한다. 연구실(소)과 실험실을 설치하고 조건에 부합하는 병원은 성부급(省部級)⁶⁷⁾ 이상의 중점 연구실과 실험실을 세우도록 한다.

중서의결합병원의 특징을 지닌 임상성과를 발전시킬 수 있는 경로를 확대하고 중서의가 결합된 기술과 임상성과를 부각시키는 동시에 중서의가 결합된 새로운 기술과 약물의 임상 보급 및 활용을 추진한다.

5. 심사평가 및 격려

과학연구의 업적을 심사평가할 수 있는 제도를 만들고 중서의 결합의 특징을 지닌 임상 및 과학연구를 결합한 실적종합심사평가체계를 세운다. 연구업무량과 연구 성과(학술논문, 과학기술 성과, 담당항목, 특허출원, 성과 전환 등)에 따라 결과 심사와 과정 평가를 일괄 통일하고 업적

67) 성 책임자 및 각 부 장관급

심사와 상벌을 연결할 수 있는 심사제도를 마련한다. 과학연구 격려제도를 강화하고 중서의 결합 임상연구에 도움이 되는 과학연구에 혜택과 표창을 주는 정책을 마련한다.

제6부분 약사관리

중서의결합병원의 약사관리는 안전위생, 믿을 수 있는 품질, 과학적인 조제의 중서약물을 핵심으로 하고 임상수요 만족을 취지로 삼는다.

1. 약국 설치

중서의결합병원에 설치된 약국에는 중약국, 중약제제약국 및 양약국이 포함된다. 중약 제제 약국과 양약국은 같은 장소에 설치 가능하나 구역을 나뉘야 하고 면적은 규정에 따라야 하며 병원의 임상수요를 만족시킬 수 있어야 한다.

중약제제약국 설치는 〈병원 중약국 기본기준(醫院中藥房基本標準)〉에 따라야 하고 중약재 창고, 중약재 조제실, 중약 제제 창고, 중약제제 조제실, 선반창고, 중약 탕약실을 설치해야 한다. 중약국은 각종 오염원으로 부터 격리되어야 하며 통풍이 잘 되고 먼지를 제거해야 하며 물이 고이지 않도록 하고 소방시설을 갖춰야 한다. 중약국, 중약제제약국, 중약재 조제실 면적은 병원 규모 및 업무 수요에 부합해야 한다. 즉, 중약재 조제실 면적은 100㎡ 이상이어야 하고 중약제제 조제실 면적은 60㎡ 이상이어야 한다. 중약국의 설비(기구)는 병원의 규모 및 업무 수요에 부합해야 한다. 중약국 주임이나 부주임은 부주임 중약사 이상의 전문기술직무재직 자격을 갖춰야 한다. 중약재 품질 검수 담당자는 중급 이상의 전문기술직무재직 자격과 중약재 감별 경험이 있는 자이거나 중약재 감별 경험이 많

은 중약에 관한 전문지식이 많은 약공(藥工)이어야 한다. 중약재 검사직원은 주관(主管)중약사 이상의 전문기술직무재직 자격이 있어야 한다. 탕약실 담당자는 중약사 이상의 전문기술직무재직자격이 있어야 하고 탕약직원은 중약학 전문 인력이거나 중의약 관리부서와 학술단체 및 병원 등에서 관련 교육을 받은 후 해당 자격을 부여받은 직원이어야 한다.

2. 중약재 관리

중약재 관리는 〈병원 중약재관리규범(醫院中藥飲片管理規範)〉을 엄격하게 준수해야 하며 중약구매제도, 입하경로도 관련 규정에 맞게 실시해야 한다. 중약재 검수제도를 세우고 이를 성실히 따른다. 중약재 저장관리규범을 세우고 품질을 보장하는 관리제도와 설비조건을 갖춘다. 중약재 조제제도(벌크 중약재와 소포장 중약재)를 마련하고 처방심사를 엄격히 하며 조제점검율을 100% 이행하고 조제 중량 오차는 $\pm 5\%$ 이내로 한다. 요구가 있을 경우 소포장 중약재를 사용한다. 또한 소포장 중약재의 색코드와 규격은 관련 기준에 부합해야 한다.

3. 중약 탕약실 관리

중약국은 중약 탕약실을 설치하여 환자 대신 약을 달여 주는 서비스를 제공하고, 탕약실은 〈의료기관 중약탕약실관리규범(醫療機構中藥煎藥室管理規範)〉에 따라 엄격하게 관리되어야 한다. 해당 부서의 실제상황에 맞게 중약 탕약실 업무에 관한 제도를 세우고 약탕기 등 관련 설비에 표준화된 조작 과정을 적용하며 탕약의 품질 통제 및 모니터링 업무를 실시한다. 약제과(藥劑科) 담당자는 정기적으로(최소 매분기에 1회) 탕약업무 품질에 대해 평가와 조사를 실시하고 의료직원과 입원환자의 의견을 수렴해서 품질통제와 모니터링에 관한 자료를 만든다. 탕약실을 합리적으로

로 배치하고 탕약실의 작업구역과 생활구역을 철저히 분리한다. 또한 저장(약), 준비, 달임, 청소 등의 기능에 따라 구역을 나누고 선진적인 탕약 제조 설비와 보조기구를 설치하여 합리적인 프로세서를 보장한다. 탕약실 면적은 해당 부서의 업무규모(탕약업무량)를 수용할 수 있을 정도여야 한다. 탕약조작방법은 요구에 부합해야 한다. 즉, 탕약재를 미리 물에 담그는 시간은 30분 이상이어야 하고 약재는 일반적으로 2번씩 달인다. 달이는 시간은 처방제의 기능과 주요치료 및 효과를 살펴서 정한다. 예를 들어 ‘선전(先煎)’과 ‘후하(後下)’⁶⁸⁾ 등의 특수한 요구가 명시된 경우 요구나 의사의 지시에 따른다. 탕약실은 정기적으로 소독하고 소독기록을 남겨야 하며 탕약시설설비 및 용기의 청결규정을 세우고 매일 청결상황을 기록하여 임상사용의 청결을 유지하도록 한다. 약탕기, 약탕설비 등은 재탕, ‘선전후하’(2009년 4월 이전에 구입한 약탕기의 경우 재탕과 ‘선전후하’의 요구를 만족하지 못하는 것도 있다) 기능을 갖춰야 한다.

4. 중약 조제 및 제공

중약 제제에 대해 〈중약재 처방사용명과 조제제공에 관한 관련 문제 통지(關於中藥飲片處方用名和調劑給付有關問題的通知)〉를 엄격하게 시행해야 한다.

5. 중약제제관리

중약제제관리는 〈의료기관 중약제제관리 강화에 관한 의견(關於加強醫療機構中藥制劑管理的意見)〉을 따라야 한다.

68) 약재를 먼저 달이는 것이 선전이며, 약재를 전탕이 어느 정도 진행되는 도중에 넣는 것은 후하라고 함.

제7부분 중의간호

중의간호는 중서의결합병원 업무의 중요한 내용이자 중서의 결합 치료의 중요한 경로이다. 중서의결합병원은 국가관련 간호업무 규범과 요구에 의거하여 중의의 내적 함의를 지닌 간호업무를 실시해야 한다.

1. 원칙과 목표

중서의결합병원의 중의간호는 임상에서 출발해야 하고 환자를 최우선으로 하며 중의약의 특색과 우위를 충분히 발휘하여 중의간호업무의 지속적인 개선을 추진하고 중서의결합병원의 간호 수준을 꾸준히 높여야 한다.

2. 조직실시

중서의결합병원은 〈중의병원의 중의간호업무 지침(中醫醫院中醫護理工作指南, 시범 시행)〉을 참조하여 중의 간호업무를 실시해야 한다. 병원의 구체적인 상황을 고려해서 발전목표를 실현하고 병원의 연도별 업무 계획 중에서 〈지침(시범 시행)〉의 계획 및 조치를 제정하고 이를 성실하게 이행한다. 간호관리부서의 직능과 간호인력의 직책에 대한 명확한 정의가 내려져야 한다. 간호업무의 제도화를 강화한다. 정기적으로 중의 간호 품질평가 업무를 실시한다.

진료과와 부서마다 각자 지닌 특징을 결합하여 중의의 특색 있는 간호 항목중에서 2가지 이상 항목을 실시한다. 〈중의간호기술규범조작규정(中醫護理常規技術操作規程)〉에 따라 증상을 판단하여 간호한다. 중의간호규범을 시행하고 전문 진료과목(질병)에 대한 중의의 특색 있는 간호를 실시한다. 전문 진료과목(질병) 간호규범을 세우고 중의약의 특색 있는 건

강회복 및 건강지침을 제공한다.

3. 직원관리

입원구역의 간호인력 구조를 합리적으로 배치하고 실제 침상 수와 간호사 수의 비율은 1:0.4 이하이어서는 안 된다. 간호직원의 수준과 특징을 고려하여 간호직원의 중의교육계획을 세우고 시행조치를 마련한다. 각 임상과의 특징을 고려하여 〈흔한 병 중의간호규범 및 중의간호의 기본 조작(常見病中醫護理常規和中醫護理基本操作)〉을 마련한다. 간호사는 해당 과의 흔한 병에 대한 중의 간호규범과 중의간호 기본조작을 숙지하여 중의약의 특색 있는 건강회복과 건강지침을 제공할 수 있도록 한다.

제8부분 문화건설

중의약 문화는 중화민족의 우수한 전통문화의 중요한 구성부분이며 중서의결합병원은 중의약 문화의 계승과 혁신, 전시 및 전파의 중요한 장소이다. 중의약 문화건설 강화를 통해 중서의결합병원의 기본 특징을 구현하고 중서의 결합이 위주가 되는 발전방향을 확고히 하며 중서의결합의 특색과 장점을 활발하게 발휘할 수 있도록 한다.

1. 원칙과 목표

중의약 문화건설의 범위는 광범위하고 내적 함의가 풍부하며 여기에는 주로 가치관, 행위규범, 환경적 이미지 등이 포함된다. 문화를 세우는 과정에서 독특한 특색을 고수하면서 중의약 문화를 주체로 삼아야 하며 문화적 특징을 융합해야 한다. 또한 전통계승의 기초 위에 혁신과 발전을 도모하고 시대에 순응하면서 중의약 문화의 특색을 충분히 구현할 수 있

어야 한다. 전면적이고 통일된 계획을 견지하는 동시에 중의약 문화건설과 병원의 전체 발전계획을 함께 추진하는 과정에서 병원문화건설을 결합하여 가치관, 행위규범, 환경 이미지의 유기적인 통일을 꾀하도록 한다. 각 지역의 실정에 맞아야 하고 전체 요구에 의거하고 병원의 실제상황을 고려하여 실질적이고 실행 가능한 조치를 정하고 이를 통해 문화건설사업이 병원의 개성적 특징과 지역 문화의 특징을 구현할 수 있도록 한다. 발전추진을 견지해 나가야 하며 병원의 개혁발전의 중심사업을 중심으로 중의약 문화건설을 실시하여 진료과와 부서 설립, 기술서비스, 학술연구, 인재육성 및 과학적 관리 등 사업 수준을 꾸준히 향상시킨다. 중의약 문화건설을 통해 국민이 진료환경, 진찰방식, 서비스태도 등에서 독특한 중의약 서비스를 받을 수 있도록 한다.

2. 주요 내용

중의약문화의 가치관은 중서의결합병원의 중의약 문화의 내재적 정신과 근본으로써 중서의결합병원의 기본적인 특징과 기본 방향을 주도하고 있다. 병원의 핵심가치 체계건설 과정에서 병원 자신의 특징과 민족문화 및 지역 문화의 특징을 결합하고 중의약문화의 핵심가치가 병원의 취지, 발전전략, 원훈, 원가 등에서 구현될 수 있도록 한다.

행동규범은 중의약문화가 중서의결합병원에서 실현되는 하나의 방식이자 병원 및 직원의 행동 준수와 중의약문화 구현에 있어서 주요 수단이 된다. 중서의결합병원의 행동규범 체계건설의 경우 각종 규장제도, 사업규범 및 직원지침을 제정하고 실시하는 과정에서 중의약문화를 융합시킨다. 또한 언어, 행동, 예의 및 서비스 방식, 서비스 프로세서 등의 분야에서 행동규범체계를 세우고 규범화하여 서비스 가치와 품질 및 효율을 높이도록 한다.

환경 이미지는 중의약문화의 물질적 매개체이자 병원이 중의약문화를 전시 및 전파하는 중요한 경로가 된다. 중서의결합병원은 건축적 풍격, 내부 인테리어, 진료환경, 이미지 표지 등에 힘써야 하고 정원, 강당, 복도, 진료대기실, 진료실 등의 구역을 충분히 활용하여 중의약문화를 전시함으로써 병원에 있는 누구나 중의약문화의 분위기가 한껏 느껴질 수 있도록 한다.

3. 조직실시

중서의결합병원은 전략적인 안목과 실무적인 작업태도를 통해 중의약 문화건설계획을 제정하고 실시해야 한다. 중의약문화건설계획을 병원의 전체발전계획의 유기적인 구성부분으로 삼는다. 또한 장단기적인 결합을 통해 역사전승, 건설발전현황 파악 및 실제에 입각한 발전목표를 적극 실현한다. 동시에 문화건설의 핵심을 부각시키고 건설에 대한 요구를 세분화하고 지표의 계량화와 명확한 직책 설정 등을 실현해야 한다.

중서의결합병원은 효과적인 조치를 마련해야 하며 중의약문화건설사업에 종사하는 인력에게 필요한 교육을 실시함으로써 업무 능력을 꾸준히 제고한다. 직원 중에서 특히 청년 의료인에 대한 중의약 문화 및 중화민족의 전통문화 교육을 강화하여 전 직원의 중의약 문화적 소양을 높이는데 힘쓴다.

제9부분 예방보건

예방보건은 중의약학의 중요한 구성부분으로 ‘치미병’을 핵심이념으로 하는 중의 예방보건 서비스이며 중국 공산당의 제17차 전국대표대회에서 강조하는 예방을 위주로 하고 있으며 중서의 병행의 위생업무방침을 성

실히 이행하고 누구나 기본의료위생서비스를 향유할 수 있도록 하자는 목표를 실현하는 중요한 조치이다. 중의예방보건 서비스를 적극 발전시켜 중의약의 전면적인 계승과 혁신을 추진하고 중의약의 특색 있는 장점을 드높여 중의약의 새로운 수요를 확대하고 중의약 서비스의 새로운 영역을 넓혀나가야 한다.

1. 기본 요구

중서의결합병원은 중의예방보건 서비스사업을 시행해야 하며 목적성과 실현가능성이 있는 사업계획과 구체적인 조치를 마련하고 이를 바탕으로 기본 서비스규범과 기술조작규범을 세우고 시행한다.

중서의결합병원은 〈중의예방보건서비스제공플랫폼 건설 기본규범(中醫預防保健服務提供平台建設基本規範)〉에 따라 합리적으로 ‘치미병’ 서비스제공플랫폼을 설치하고 이를 바탕으로 전체계획을 세운다. 건강상태 판별 및 위험평가구역, 건강자문 및 지도구역, 건강관리구역, 보조구역 등과 같은 영역에 대한 정의를 명확하게 내려야 한다. 건강상태 정보관리, 건강상태판별 및 위험평가, 건강자문 및 지도교육, 건강관리 등과 관련한 설비를 배치한다.

2. 서비스 내용

중서의결합병원은 〈중의 특색 있는 건강보장—서비스모델 서비스기본 규범(中醫特色健康保障—服務模式服務基本規範)〉에 따라 중의 예방보건서비스를 체계적으로 실시해야 한다. 중의예방보건과(‘치미병’ 센터)는 적당한 시기에 서비스대상의 건강정보를 파악하고 건강관리 데이터베이스를 만들어 중의 건강검진과 건강평가를 실시한다. 중의예방보건기술을 적극 활용하여 독특하고 체계적이며 점진적으로 전체를 아우르는 관리서비스

를 제공하고 이를 통해 서비스 대상의 건강위험 발생, 진행 및 변화를 사전에 예방한다. 이와 동시에 중의예방보건서비스 효과평가업무를 적극 추진한다.

3. 인재풀

인력배치를 통해 ‘치미병’ 서비스기능의 수요를 만족시켜야 하며 인력에는 중의 개업의, ‘치미병’ 서비스업기능인력, 의료인력, 중약사, 간호사, 관리자 등이 포함된다. 전임 의료직원은 6명 이상이어야 하고 종류별 중의인력은 70% 이상이어야 한다. 그 중, 부주임 이상 전문기술직무채직 자격을 갖춘 개업의 1명이 있어야 한다. 중의예방보건과(‘치미과’ 센터)는 각종 형식을 통해 전 직원 교육을 실시해야 하고 특히, 중의예방보건사용 기술 교육을 통해 전체 의료직원이 중의의 ‘치미병’ 이론이 갖는 주요 의미와 중의예방보건 서비스의 의의를 이해하고 중의예방보건서비스의 주요 내용과 기본 기능을 숙지할 수 있도록 한다.