

정책보고서 97-13, 83쪽, 1,000부

洋·韓方 醫療協診體系의 現況과
改善方案

李 相 暎

卞 俗 榮

韓國保健社會研究院

머 리 말

1987년 전국적인 한방의료보험의 실시, 人口의 高齡化, 慢性退行性疾患 비중의 增加 등에 따른 韓方醫療 需要의 증가와 함께 양질의 韓方 醫療서비스를 보다 효율적으로 제공하기 위한 政策代案 開發의 必要性이 날로 증대되고 있다. 특히 洋·韓方 醫療體系間 상호 보완적 협업관계의 구축을 통해 洋·韓方 醫療供給의 효율성을 제고하고 불필요한 國民醫療費의 절감 등을 도모할 수 있는 政策代案의 개발이 요구되고 있다.

이는 1978년 「알마아타 선언」 이후 1차 보건의료에 있어 傳統醫療가 담당할 수 있는 役割의 중요성이 강조되면서 세계보건기구(WHO) 및 傳統醫療를 가지고 있는 많은 국가들이 政策的 關心을 가지고 추진하고 있는 바이기도 하다.

이에 본 보고서는 洋·韓方 協診 實態 및 制約要因, 外國의 사례 등을 분석하고 이를 기초로 診療體系, 教育制度, 醫療關聯 法·制度, 學術交流 및 共同研究 등의 측면에서 洋·韓方 協診의 活性化를 위한 장·단기 정책대안을 제시하고 있어 향후 洋·韓方 醫療의 상호교류 증대와 協診體系 構築을 위한 政策樹立에 귀중한 자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

본 연구는 李相暎 副研究委員의 책임하에 卞俗燦 研究委員의 共同研究로 수행되었으며, 研究陣은 보고서 작성에 도움을 준 경북대학교 朴宰用 教授, 계명대학교 趙炳熙 教授, 전 경희대 한의과대학 金秉雲 學長, 연세대학교 全世一 教授, 한국한의학연구원 成賢濟 研究企劃室 長에게 감사를 표하고 있다. 그리고 본 報告書의 초고를 읽고 유익한

조언을 해준 本 研究院의 曹在國 保健制度研究室長, 黃那美 責任研究員에게 감사하고 있으며 資料蒐集과 정리에 도움을 준 高德基 研究員에게도 감사하고 있다.

끝으로 本 報告書에 수록된 내용은 어디까지나 저자들이 개인적인 의견이며 本 研究院의 公式的인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

1997年 12月
韓國保健社會研究院
院長 延 河 清

目 次

要 約	9
I. 序 論	22
II. 洋方 및 韓方醫療 利用實態와 醫療資源 現況	24
1. 洋方 및 韓方醫療 利用實態	24
2. 洋方 및 韓方醫療 資源現況	29
III. 洋·韓方醫療 協診體系의 現況 및 問題點	40
1. 洋·韓方醫療 協診體系 現況	40
2. 洋·韓方醫療 協診體系 未備에 따른 問題點	54
IV. 外國의 洋·韓方醫療 協診體系	58
1. 中國의 中·西醫 協診體系	58
2. 日本의 漢方醫療	68
V. 洋·韓方醫療 協診體系의 改善方案	71
1. 洋·韓方 醫療協診 活性化를 위한 診療體系의 改善	71
2. 醫學 및 韓醫學 教育機關間의 交流 促進	74
3. 共同 學術活動에 대한 支援 擴大	75
4. 洋·韓方 協診 關聯 其他 措置事項	76
VI. 結 論	78
參考文獻	81

表 目 次

〈表 II- 1〉	醫療保險 診療實績 變化	24
〈表 II- 2〉	2週間 醫療利用者の 醫療施設別 利用 比率	25
〈表 II- 3〉	醫療保險 診療件數(1996年)	25
〈表 II- 4〉	疾病分類別 醫療機關 및 藥局 利用者 比率(1995年)	26
〈表 II- 5〉	全體 人口中 年間 醫療機關 利用 經驗者の 比率 (1995年)	27
〈表 II- 6〉	保健所の 韓方診療室 利用患者 分布 (春川市保健所の 事例)	28
〈表 II- 7〉	醫療機關 現況(1996年)	29
〈表 II- 8〉	入院診療 病床數 現況(1996年)	30
〈表 II- 9〉	醫師 및 韓醫師 人力 現況(1996年)	30
〈表 II-10〉	醫科大學 및 韓醫科大學 現況(1997年)	31
〈表 II-11〉	醫療關聯 人力 現況(1996年)	31
〈表 II-12〉	農漁村 保健所の 施設·裝備補強을 위한 資金投入實績	33
〈表 II-13〉	農漁村 公共保健醫療機關 施設·裝備 補強 實績	33
〈表 II-14〉	保健所 等の 施設面積 基準	34
〈表 II-15〉	韓方診療室이 設置된 保健所 및 保健支所 (1997年 12月 現在)	35
〈表 II-16〉	保健所の 專門人力 最少配置基準	38
〈表 II-17〉	專攻醫 修練韓方病院別 定員配定數	39
〈表 III- 1〉	地域別 洋·韓方 協診 病院現況(1997年 5月 現在)	41

〈表 III- 2〉	韓醫科大學과 醫科大學의 教科目 編成比較	46
〈表 III- 3〉	韓醫科大學의 韓醫學關聯 研究所 設置現況	47
〈表 III- 4〉	保健醫療技術研究開發事業의 韓醫學 關聯研究	49
〈表 III- 5〉	醫療機關이 表示할 수 있는 診療科目	53
〈表 III- 6〉	韓方醫療機關 患者의 傷病別 分布(1993年)	55
〈表 IV- 1〉	中醫 醫療機關 現況(1993年)	61
〈表 IV- 2〉	中國 醫療機關의 病床數	61
〈表 IV- 3〉	中·西醫 專門人力 現況(1993年)	62
〈表 IV- 4〉	中·西藥 專門人力 現況(1993年)	63
〈表 IV- 5〉	西醫學 및 中醫學 關聯 教育機關 現況(1990年)	65
〈表 IV- 6〉	西醫學 및 中醫學 關聯 研究機關 現況(1990年)	65
〈表 IV- 7〉	中國中醫研究院 機構現況	66

圖目次

[圖 IV-1]	中國의 醫·藥 管理 行政組織	60
----------	-----------------	----

要約

本 研究는 洋·韓方 醫療의 상호교류를 촉진하고 協診體系를 구축함으로써 양질의 의료서비스를 국민들에게 提供함과 아울러 醫療供給의 효율성을 제고하기 위한 政策代案을 모색하는 데 목적을 두고 있음.

1. 洋方 및 韓方醫療 利用實態와 醫療資源 現況

가. 洋方 및 韓方醫療 利用實態

- 洋方醫療保險의 수진율(연간진료건수/적용인구)은 1991년 3.14(건/명)에서 1996년 3.97(건/명)로 증가한 반면, 韓方醫療保險 수진율은 1991년 0.05(건/명)에서 1996년 0.23(건/명)으로 약 5배 정도 증가하였음.
- 국민들 중 醫療機關을 이용해 본 經驗이 있는 사람의 비율¹⁾은 病·醫院의 경우 1989년 40.0%에서 1995년 48.0%으로 증가하였으며, 韓方病·醫院의 경우 1989년 3.9%, 1995년 4.4%로 지속적으로 증가하고 있음.
- 韓方醫療機關 이용자 중에는 양방의료기관에 비해 相對的으로 老人의 비율이 높아 1996년 현재 65세 이상 노인의 診療件數가 한방의 경우 12.1%임(양방 8.2%).
 - 韓方病·醫院 이용자는 50.1%가 근골격계 및 결합조직 질환자이고, 19.8%가 순환기계 및 사고중독 질환자로서 만성퇴행성질환

1) 2주일 기간 중 의료기관을 이용해 본 경험자의 비율임.

자의 比率이 양방에 비해 현저히 높음.

- 또한, 만성퇴행성질환자의 20.7%, 특히 중풍환자의 70.7%가 韓方醫療機關을 이용한 경험이 있음.

- 向後 人口高齡化와 함께 만성퇴행성 질환을 가진 老人들이 增加하면서 韓方醫療에 대한 수요가 급속히 增加할 것으로 예상됨.

나. 洋方 및 韓方醫療 資源現況

- 1996년 현재 특수병원, 치과병·의원, 부속의원 등을 제외한 洋方醫療機關은 15,694개소이며 韓方病·醫院은 총 6,253개소로 양방의료기관이 한방의료기관에 비해 약 2.5배에 달하고 있음.
 - 醫療機關 種類別로는 종합병원 271개소, 병원 421개소, 의원 15,002개소, 한방병원 81개소, 한의원 6,172개소 등임.
 - 地域別로는 양방의료기관의 약 90%, 한방의료기관의 약 92%가 도시지역에 偏重되어 있음.
- 1996년 현재 특수병원, 치과병·의원, 부속의원 등을 제외한 洋方醫療機關의 병상수는 185,713병상이며, 韓方病·醫院의 병상수는 4,397병상으로 양방의 病床數가 한방에 비해 약 42배에 달하고 있음.
 - 종합병원 100,828병상, 병원 37,262병상, 의원 47,623병상, 한방병원 4,207병상, 한의원 190병상 등임.
 - 洋方醫療機關 병상의 91.4%, 韓方醫療機關 병상의 99.4%가 도시지역에 밀집되어 있음.
- 1996년 현재 免許 醫師數는 1990년 42,458명에서 1994년 54,314명, 1996년 59,307명으로 증가하였으며, 免許 韓醫師數는 1990년 5,701명에서 1994년 8,090명, 1996년 9,210명으로 증가하였음.

2. 洋·韓方醫療 協診體系의 現況 및 問題點

가. 洋·韓方 協診을 위한 診療體系의 未備

- 1997년 6월 현재 전국 91개²⁾ 韓方病院 중 약 절반 정도인 54개소가 洋·韓方 協診을 실시하고 있으나 다음과 같은 問題點을 안고 있음.
 - 協診에 참여하는 洋方醫療機關이 주로 의원급이며, 협진의 내용이 診斷은 양방, 治療는 한방으로 하는 ‘洋診韓治’의 形態가 대부분임.
 - 洋方 및 韓方 醫療機關間의 제휴·협진이 한방의료기관의 주도로 이루어지고 있으며, 양방의료기관이 먼저 한방의료기관에 환자를 의뢰하거나 한의사와의 協診을 모색하는 사례는 많지 않음.
 - 洋方 및 韓方 醫療機關間의 제휴·협진이 주로 의사와 한의사간의 개인적인 친분에 의해 散發的으로 이루어지는 경우가 많음.
- 國立醫療院 등 공공의료기관에서도 洋·韓方 協診을 위한 診療體系가 미비함.
 - 국립의료원의 경우 1991년 5월 韓方診療部를 설치하고 1995년부터 洋·韓方 協診을 실시해 오고 있으나 한방진료부서에서 양방진료부서에 이화학적 검사등을 의뢰하는 경우가 대부분임.
 - 한방진료부에서 양방진료부서로 檢査나 診療를 의뢰하는 경우는 연간 약 1,200건이나 양방진료부서에서 한방진료부로 진료를 의뢰하는 경우는 연간 약 240건 정도임(송경섭, 1997).
 - 1997년 12월 현재 한방진료실이 설치된 保健所는 74개소, 保健支所는 2개소에 이르고 있으나, 아직까지 전국적으로 保健所에 한방진료실을 설치해 나가는 과정에 있어 체계적인 洋·韓方 協診을 기대하기는 어려운 실정임.

2) 1997년 12월 현재에는 한방병원수가 99개소로 증가하였음.

나. 教育機關間 交流 未洽

- 醫科大學과 韓醫科大學間 강사진 교류 및 공동학술 연구 등의 교류가 미흡함.
- 의과대학 및 한의과대학의 교육과정에 醫學 및 韓醫學 關聯 교과목을 상호 개설할 필요가 있으나 현재 이러한 노력이 미흡함.
 - 韓醫科大學의 경우는 생리학·해부학·생화학·임상병리학 등 양방 관련 교과목이 상당부분을 차지하고 있으나 대부분의 醫科大學의 경우는 한의학에 관한 개론적 교과목도 없음.
- 한 調査研究에 의하면(이창은 외, 1994) 의과대학생들의 약 78.4%가 韓醫學關聯 교과목 수강을 찬성하는 것으로 나타나고 있음.

다. 學術交流 및 共同研究의 未洽

- 의사·한의사·약사 등 인접분야 專門家의 참여에 의한 공동연구를 활성화하기 위한 制度的 支援이 부족함.
 - 政府는 1997년 「난치성질환 극복을 위한 한방의료 연구지원계획(2010 프로젝트)」를 樹立·施行하고 있으나 이를 위한 예산의 확충 등이 요구됨.
 - 1997년 保健醫療技術研究開發事業의 총 202개 신규 공모과제(연구비지원 86억원)중 韓醫藥關聯 연구과제는 8개 과제에 불과하여 韓醫藥關聯 연구에 대한 과제선정상의 優先順位가 낮은 실정임.

라. 洋·韓方 協診을 위한 法的 基盤 未備

- 현행 「醫療法」에 의하면 醫師 및 韓醫師 免許를 모두 소지하고 있더라도 이를 醫療機關에 동시에 표방할 수 없도록 되어 있음.

- 현행 「醫療法」 제30조에 의료인은 1개소의 의료기관만을 개설할 수 있으며, 醫師는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원을, 韓醫師는 한방병원·요양병원 또는 한의원만을 개설할 수 있는 것으로 규정되어 있음.
- 종합병원 및 병원에 韓方診療部署를 설치할 수 없고, 한방병원에도 洋方診療部署를 설치할 수 없도록 되어 있음.
 - 「醫療法施行規則」 제30조에서는 醫療機關이 표시할 수 있는 診療科目이 규정되어 있는 바, 병·의원은 양방 진료과목만을, 한방 병·의원은 한방 진료과목만을 표시할 수 있도록 되어 있음.
- 洋方醫療機關에서 한의사를 고용하여 診療를 하도록 하거나, 반대로 韓方醫療機關에서 의사를 고용하여 진료를 하도록 하는 것도 허용되지 않고 있음.
 - 「醫療法」 제3조 4항에는 ‘병원·치과병원 또는 한방병원이라 함은 醫師·齒科醫師 또는 韓醫師가 각각 그 醫療를 행하는 곳’으로 규정되어 있음.
- 현행 「醫療法」은 의사는 ‘醫療와 保健指導’, 한의사는 ‘韓方醫療와 韓方保健指導’에 종사하는 것으로 규정하는데 그치고 있어 의사와 한의사간 業務의 連繫 및 協助에 관한 규정이 마련되어 있지 않음.

마. 兩 醫療界間의 相互理解 不足

- 醫療界 및 韓醫界間의 상호 이해부족은 洋·韓方 協診의 근본적인 障礙要因으로 지적되고 있음.
 - 醫療界는 韓方醫療의 임상적 효과를 부분적으로 認定하나 한의 학의 理論的 體系를 과학적 검증이 어려운 ‘철학적 명제’로 인

식하는 경향이 있음.

- 韓醫界는 현대 의과학적 접근의 유용성에 대해 타당성을 인정하나 한의학의 正體性和 特性을 살리지 못한 兩 醫學의 접목에 대해 우려를 나타내고 있음.

바. 國民 醫療利用上의 不便

- 특정질환에 대한 洋·韓方 醫療의 상대적 治療效果가 불분명하여 국민들의 洋·韓方 醫療에 대한 선택이 곤란하고 양·한방 의료기관 사이를 오가는 동안 질병의 治療時期를 놓치는 경우도 있음.
 - 이는 洋·韓方 協診을 통하여 치료효과를 제고시킬 수 있는 상병이나 診療領域이 설정되어 있지 못하기 때문임.
- 洋方 및 韓方診療를 동시에 받을 필요가 있을 경우 양방진료는 양방의료기관에, 한방진료는 한방 의료기관에 가서 받아야 하는 不便을 겪고 있음.
- 韓醫院 등 한방 1차 진료기관에서 병원 및 종합병원 등 양방 2·3차 진료기관으로 患者를 이송할 수 있는 제도적인 체계는 구비되어 있으나 相互理解를 바탕으로 한 실질적인 환자의뢰가 이루어지지 않고 있음.
- 醫學 및 韓醫學間 疾病名 및 診斷名이 상이하야 국민의 罹患實態 등에 대한 정확한 현황 파악에 어려움이 있음.
 - 특히 OECD 가입국으로서 國際基準에 부합하는 질병 및 사망통계의 作成 및 比較가 어려운 실정임.
 - 정확한 상병통계에 근거한 의사 및 한의사 등 醫療人力 수급정책 수립에 어려움이 있음.

3. 外國의 洋·韓方醫療 協診體系

가. 中國의 中·西醫 協診體系

- 醫學院(醫科大學) 및 中醫學院(韓醫科大學)의 교육과정에 中醫 관련과목과 西醫 관련과목을 상호 교육시키고 있음.
 - 대학마다 차이가 있으나 中醫學院 교과과정의 약 1/3은 서의학 교과과목으로 구성되며, 醫學院의 교과과정도 약 10%(100시간)가 중의학 과목으로 편성되어 있음.
- 中醫와 西醫가 같이 근무하는 中西結合病院을 운영하고 있으며, 서의병원에도 중의과를 설치하고 병상의 약 1/5을 중의병상으로 배정하도록 하고 있음.
 - 1993년 현재 中西結合病院은 28개소가 설치·운영되고 있는데 중서결합병원에는 중의사의 중의처방, 서의사의 서의처방을 연계하여 診斷과 治療서비스를 제공하는 中·西醫 協診이 活性化되어 있음.
- 西醫와 中醫를 겸업하는 中西醫結合醫師를 양성하고 있음.
 - 중서의결합의사는 西醫師 교육과정을 마친 후 2년의 중의학교육 과정을 거쳐 中醫와 西醫를 겸업하는 의사로 1993년 현재 약 7,000명이 양성·배출되어 있음.
- 中國中醫研究院, 中醫藥研究院 등을 통하여 현대 의과학적 접근방법과의 접목을 통한 중의학의 現代化·科學化를 적극 추진하고 있음.
 - 1990년 현재 55개소의 中醫藥研究院(所) 등에서 중서의학 기초이론의 접목 뿐 아니라 中藥에서 약효성분을 추출하여 중약제제를 개발하는 등 서의약의 理論과 技術을 적극 활용하고 있음.

- 또한 1992년 현재 약 800여개의 중약공장과 1,500여개의 중약 약재가공소에서 中藥製劑를 생산하고 있음.

나. 日本의 漢方醫療

- 정규 漢醫科大學이나 漢醫師制度가 없으나 의사들이 다음과 같은 3가지 형태의 漢醫學 關聯 교육을 거친 후 漢方醫療를 시술하고 있음.
 - 醫學 및 藥學 교육과정 중에 개별과목으로 漢方關聯 科目을 교육하는 경우, 醫學教育 과목중의 일부내용으로 한의학 관련 내용을 교육하는 경우, 재단법인·사단법인 형태의 研究所나 學會가 개설한 특별강좌를 통하여 교육하는 경우 등임.
- 1911년 침구업의 免許制度가 공인되었으며, 현재는 안마·마사지·지압·침구에 대해 각 3년 이상의 專門教育課程과 實習을 거쳐 국가시험에 합격한 자에게 免許證을 부여하여 해당 기술을 할 수 있도록 하고 있음.
- 厚生省은 1976년 일부품목에 대해 한약추출 조제를 許可·認定하였으며, 1985년 한약엑기스제의 제조과정 및 품질관리를 위한 새로운 標準規格을 설정하는 등 漢藥의 科學化를 위한 정책적 노력을 기울여 오고 있음.
 - 또한 1977년에는 한약제제(엑기스제)를 健康保險의 給與範圍에 포함시켜 현재 118종의 한약엑기스제에 대해 보험이 적용되고 있음.
 - 漢藥製劑가 건강보험 급여범위에 포함된 이후 漢方醫療 利用이 현저히 증가하고 있으며 현재 醫師의 약 80%가 漢藥을 사용해

본 경험이 있음.

- 이같은 측면을 고려해 볼 때, 洋·韓方 醫療의 상호교류와 관련하여 일본의 사례에서 얻을 수 있는 가장 중요한 시사점은,
 - 現代 醫藥學的 접근방법과의 접목을 통한 漢藥의 과학화 및 고부가가치 漢藥製劑의 연구·개발을 위하여 法·制度的 지원을 강화하고 있으며,
 - 向後 漢藥製劑 개발의 주요 분야를 면역조절제로 設定하고 첨단 현대의학인 면역학의 이론을 적용한 研究·開發을 적극 추진하고 있다는 것임.

4. 洋·韓方 醫療協診體系의 改善方案

가. 洋·韓方 醫療 協診 活性化를 위한 診療體系의 改善

- 1) 兩 免許(醫師·韓醫師) 所持者에 대한 洋·韓方 同時標榜 許容
 - 醫師 및 韓醫師 免許를 모두 소지하고 있는 자에 대하여 醫療機關에 양방 및 한방 診療科目을 모두 표방할 수 있도록 하고 양·한방 의료를 제한없이 진료할 수 있도록 함.
 - 이를 위하여 洋方 醫療機關은 양방진료과목만을, 韓方 醫療機關은 한방진료과목을 표방할 수 있다는 「醫療法施行規則」 제30조를 개정할 필요가 있음.
- 2) 洋方 및 韓方 診療部署 相互交叉 開設 許容
 - 종합병원 및 병원에 韓方 診療部署를, 한방병원에 洋方 診療部署를

설치할 수 있도록 허용할 필요가 있음.

- 이를 위해 현행 「醫療法」 제3조를 개정하여 醫師와 韓醫師가 동시에 하나의 醫療機關에서 진료를 행할 수 있도록 하며,
 - 「醫療法施行規則」 제30조를 개정하여 綜合病院 및 病院, 韓方病院에 양방진료부서와 한방진료부서를 상호 교차 개설하고 이를 표방할 수 있도록 한다는 조항을 新設할 필요가 있음.
- － 診療科目의 상호교차 개설을 허용함에 있어 무분별하게 양방 및 한방진료부서를 개설하는 경우를 방지하기 위한 제도적 장치가 마련되어야 함.
- 이를 위해 상호개설할 수 있는 진료과목을 일정한 범위로 한정하는 한편, 이를 일시에 모두 개설하도록 허용하는 것이 아니라 단계적으로 확대 개설하도록 하는 방안도 검토될 수 있음.
 - 예컨대 診療科目 상호교차 개설의 첫단계로서, 綜合病院 및 病院에는 침구과, 韓方病院에는 일반내과나 가정의학과를 개설할 수 있도록 하는 방안이 검토될 수 있음.

3) 醫師 및 韓醫師의 協力에 관한 規程 新設

- － 「醫療法」이나 기타 별도의 법령에 醫師와 韓醫師間 진료업무의 連繫와 協力에 관한 규정을 신설할 필요가 있음.
- 예컨대, 현행 「醫療法」내에 ‘필요할 경우 의사와 한의사가 협력하여 가장 效果的인 의료서비스를 환자에게 提供할 수 있도록 하여야 한다’는 등의 조항을 신설할 필요가 있음.

나. 醫學 및 韓醫學 教育機關間의 交流 促進

1) 醫學 및 韓醫學을 모두 教育하는 教科課程의 設置

- 洋·韓醫學間의 교류 및 협력을 원활히 하기 위해서는 醫學과 韓醫學 모두에 충분한 지식과 기술을 갖춘 醫療人力이 필요하며, 이를 위하여 醫學과 韓醫學을 모두 教育하는 과정을 설치하는 방안을 강구할 필요가 있음.
 - 이 과정은 교양과정 2학기, 의학과정 6~7학기, 한의학과정 6~7학기 등으로 조정하여 총 8년 과정으로 하는 방안을 검토할 수 있음.
 - 이 과정에 새로이 入學定員을 배정할 경우 전체적인 의사 및 한의사 人力需給에 영향이 클 것이므로 이 과정의 입학정원은 醫科大學이나 韓醫科大學의 기존 입학정원의 일부를 할애하여 설정하는 것이 바람직할 것임.
 - 향후 이 교육과정의 설치와 관련하여 졸업후 수련기간, 수련내용, 수련과정 설치기관 등에 대한 검토가 필요함.

2) 醫科大學 및 韓醫科大學間 相互 編入學制度의 擴大

- 醫科大學 및 韓醫科大學 졸업자들을 위하여 의과대학 및 한의과대학의 상호 編入學制度를 활성화할 필요가 있음.
 - 醫科大學에는 한의과대학 졸업자, 韓醫科大學에는 의과대학졸업자만을 위한 編入定員을 별도로 배정하도록 유도하는 방안을 고려할 필요가 있으며, 編入試驗 과목중 일부 과목을 면제해 주도록 하는 방안도 고려할 필요가 있음.

다. 共同 學術活動에 대한 支援 擴大

- 의사·한의사·약사 등 隣接分野 전문가의 참여에 의한 共同研究를 적극 지원할 필요가 있으며, 이를 위하여 현재 추진중인 「2010 프로젝트」, 保健醫療技術研究開發事業 등의 연구기금을 확충하고 지원대상 연구과제 선정에 있어 洋·韓方 協診 관련 공동연구의 優先 順位를 상향 조정할 필요가 있음.
 - 특히 韓藥을 이용한 신약개발, 韓醫藥學 關聯 古典의 번역과 공동검증, 한의약의 임상효과 증진, 한방의료기술의 效率增進, 韓方醫療器機의 개발 등의 연구를 적극 지원하되 양·한방 협진체계 구축에 기여할 수 있는 분야에 우선 支援하는 방안을 강구해야 함.
- 醫科大學의 의학연구소, 韓醫科大學의 한의학연구소 등에 洋·韓方 協診 및 共同研究를 위한 전문연구소 또는 부서를 설치하도록 권장할 필요가 있음.
- 國立醫療院 등을 洋·韓方 協診 示範機關으로 지정하여 효과적인 洋·韓方 協診模型을 개발할 수 있는 방안을 검토할 필요가 있음.
- 의학과 한의학간 용어의 차이를 보완하기 위하여 韓醫學 用語를 현대 의학적인 용어와 논리로 객관화할 필요가 있음.
 - 이를 위해 韓醫·藥 用語의 辭典을 편찬하고 한의학의 질병명 및 症名을 國際 疾病 및 死因 분류체계의 항목에 따라 분류하기 위한 연구를 지원함.

라. 洋·韓方 協診 關聯 其他 措置事項

- 불필요하게 洋方과 韓方을 동시에 시술하는 경우를 방지하기 위한 制度的 裝置의 마련이 필요함.
 - 이것을 가능하도록 하기 위해서는 優先的으로 特定疾患別로 洋·韓方 協診을 통해 治療效果를 增大시킬 수 있는 모형을 개발하여야 함.
- 洋·韓方 協診과정에서 醫療事故가 발생할 경우 의료사고의 책임소재에 관한 法的 基準이 마련되어야 함.
- 韓方醫療機關에서의 양방 의료보험 진료비 청구, 洋方醫療機關에서의 한방의료보험 진료비 청구가 가능하도록 하여야 할 것임.
 - 이와 함께 長期的으로는 洋·韓方 協診에 대한 診療酬價體系를 개발할 필요가 있음.

I. 序 論

우리나라는 醫療供給의 양적·질적 측면에서 이미 상당한 수준에 도달해 있다고 평가되는 洋方醫療體系와 오랜 역사를 두고 발전해 온 韓醫學을 가지고 있다. 이는 다른 나라에 비해 우리나라가 가지는 하나의 장점이라 할 수 있다. 즉, 兩 醫療의 장·단점을 상호 보완함으로써 보다 良質의 의료서비스를 국민들에게 제공함은 물론 醫療供給의 效率性を 제고하는 데 크게 기여할 수 있을 것이다.

이러한 긍정적인 외부효과(positive externality)를 얻기 위해서는 洋方 醫療 및 韓方 醫療間의 효과적인 협업관계가 구축되어야 한다. 그렇지 않을 경우 오히려 국민의료 이용상의 혼란, 불필요한 國民醫療費의 증가 및 醫療資源의 낭비 등 부정적인 외부효과만을 낳게 될 가능성이 있다. 특히 최근 몇 년 동안 우리 사회가 보아온 兩 醫療界間의 이해대립과 갈등은 兩 醫療의 접목에 의한 相互補完的 발전의 기회를 제약하는 결과를 낳고 있다.

洋·韓方 協診을 시도하기 위한 노력은 이미 1980년대부터 시작되었으며 현재 일부 韓方病院을 중심으로 洋·韓方 協診을 실시하고 있다. 그러나 洋·韓方 協診의 내용이나 범위가 매우 제한되어 있다. 즉, 洋·韓方 協診의 내용이 韓方 醫療機關으로부터 洋方 醫療機關에 검사를 의뢰하는 수준에 머무는 경우가 대부분이다. 또한 韓方 醫療機關에서 洋方 醫療機關으로의 일방적인 의뢰가 주류를 이루고 있으며 양방의료기관에서 한방의료기관으로 환자를 의뢰하는 경우는 매우 드문 것으로 지적되고 있다. 이와 함께 洋·韓方 協診을 통해 치료의 효율을 제고시킬 수 있는 진료영역이 개발되어 있지 않아 어떤 경우에 洋·韓方

協診을 실시하는 것이 좋은 지가 분명하지 못하다.

이러한 문제점을 해결하고 洋·韓方 協診을 활성화하기 위해서는 진료체계 및 교육제도의 개선, 인접분야 전문가간의 공동연구 지원 등 다각적인 노력이 필요하다. 특히 洋·韓方 協診을 어렵게 하는 진료체계상의 법·제도적 제약요인을 정비하고 의과대학 및 한의과대학간의 교류와 공동학술연구 등을 촉진함으로써 상대방 의료에 대한 이해증진과 지식의 교류 등을 도모하고 효과적인 洋·韓方 協診 모형의 개발 등을 추진해 나가야 할 것이다.

본 보고서는 이러한 政策代案을 모색하기 위하여 II장에서는 국민의 양·한방 의료이용실태, 의료인력 및 의료기관 등 양·한방 의료자원의 현황 등을 살펴보고, III장에서는 진료체계, 교육기관간 교류, 학술교류 및 공동연구, 법·제도 등의 측면에서 洋·韓方 의료의 相互交流 및 協診의 현황과 문제점을 제시하였다.

이어 IV장에서는 중국 및 일본을 중심으로 洋·韓方 協診과 관련한 外國의 示唆點을 살펴보고 V장~VI장에서는 향후 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 정책대안을 제시하였다.

마지막으로 본고에서는 洋·韓方 協診體系를, 한사람의 입원 및 외래환자를 대상으로 동일한 질병에 대한 치료효과를 제고하기 위하여 양방 및 한방의료서비스를 동시에 제공하거나 洋·韓方 醫療機關間에 진료 및 검사를 의뢰하는 체계로 정의하고자 한다. 즉, 洋方 및 韓方 治療를 병행하는 경우, 양방의 진찰·검사결과를 활용하여 韓方治療를 하거나 또는 그 반대의 경우 등을 모두 포함하는 것으로 한다. 또한 현재는 하나의 의료기관내에서 의사 및 한의사가 공동으로 診療行爲를 할 수 없도록 되어 있다. 따라서 본고에서 제시하고 있는 洋·韓方 協診現況은 각기 별도로 개설된 양방 및 한방의료기관간의 제휴·연계를 통한 협진의 실태임을 밝혀둔다.

Ⅱ. 洋方 및 韓方醫療 利用實態와 醫療資源 現況

1. 洋方 및 韓方醫療 利用實態

1987년 전국적으로 韓方醫療保險이 실시된 이후 한방의료에 대한 수요가 급속히 증가하고 있다. 洋方醫療保險의 수진율(연간진료건수/적용인구)은 1991년 3.14(건/명)에서 1996년 3.97(건/명)로 증가한 반면, 한방 의료보험 수진율은 1991년 0.05(건/명)에서 1996년 0.23(건/명)으로 약 5배 정도 증가하였다.

〈表 II-1〉 醫療保險 診療實績 變化

	양방의료기관 ¹⁾			한방의료기관		
	1991(A)	1996(B)	B/A	1991(C)	1996(D)	D/C
수진율 ²⁾ (건/명)	3.14	3.97	1.26	0.05	0.23	4.60
건당진료비(원)	24,583	38,220	1.55	14,655	20,522	1.07
진료건수구성비 ³⁾ (%)	98.3	94.6	-	1.7	5.4	-
진료비구성비 ⁴⁾ (%)	99.0	97.0	-	1.0	3.0	-

註: 1) 종합병원, 병원 및 의원

2) 연간진료건수/적용인구

3) 의료보험 총진료건수중 양방 진료건수 및 한방 진료건수 구성비

4) 의료보험 총진료비중 양방 진료비 및 한방 진료비 구성비

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

또한 한국보건사회연구원이 2주 기간 동안 醫療機關이나 藥局을 이용했던 국민을 대상으로 조사한 바에 의하면(송건용·홍성국, 1996)³⁾,

3) 한국보건사회연구원의 국민건강실태조사임. 본 보고서에서 인용한 통계는 송건용·홍성국(1996)에 수록된 내용을 2차 인용한 것임.

병·의원 이용자의 비율은 1989년 40.4%에서 1995년 48.0%으로 증가하였으나 1992년 이후에는 거의 변화가 없다. 이에 반해 韓方病院 이용자의 비율은 1989년 3.9%, 1992년 4.3%, 1995년 4.4% 등으로 완만하나 지속적인 증가세를 보이고 있다.

〈表 II-2〉 2週間 醫療利用者の 醫療施設別 利用 比率

(단위: %)

연도	계	병·의원	치과 병·의원	한방 병·의원	보건 기관	약국	기타
1989	100.0	40.4	1.4	3.9	3.1	50.5	0.7
1992	100.0	48.5	2.1	4.3	4.4	40.1	0.6
1995	100.0	48.0	5.7	4.4	4.6	37.3	-

資料: 송건용·홍성국, 『한방의료수요와 공급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

한편, 韓方醫療機關 이용자 중에는 洋方醫療機關에 비해 상대적으로 老人의 비율이 높다. 1996년 현재 의료보험진료 건수 중 65세 이상 노인의 진료건수가 한방의 경우는 12.1%로 양방의 8.2%에 비해 약 4% 포인트 높은 것으로 나타나고 있다.

〈表 II-3〉 醫療保險 診療件數(1996年)

(단위: 천건, %)

연령	한방의료기관		양방의료기관	
	진료건수	비율	진료건수	비율
계	10,110	100.0	201,472	100.0
0~ 9세	687	6.8	60,215	29.9
10~39세	3,682	36.4	69,493	34.5
40~64세	4,514	44.7	55,299	27.4
65세 이상	1,227	12.1	16,465	8.2

註: 약국은 제외

資料: 의료보험연합회, 『'96의료보험통계연보』, 1997.

이에 따라 韓方醫療機關 이용자의 주요 질환도 근골격계 질환이나 순환기계질환 등 慢性退行性疾患으로 나타나고 있다. 한국보건사회연구원의 조사자료에 의하면⁴⁾, 병·의원, 약국이용자는 대다수가 호흡기계질환, 소화기계 질환자인데 비하여 韓方病·醫院 이용자는 50.1%가 근골격계 및 결합조직 질환자이고, 19.8%가 순환기계 및 사고중독 질환자로서 만성퇴행성질환자의 비율이 월등히 높다.

〈表 II-4〉 疾病分類別 醫療機關 및 藥局 利用者 比率(1995年)
(단위: %)

질병종류	병 원	의 원	한방 병·의원	약 국
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(265)	(2,263)	(280)	(2,388)
감염성 및 기생충성	1.1	1.4	0.6	0.4
신생물	-	0.3	-	0.2
내분비장애	5.6	2.3	1.7	0.5
정신질환	3.0	1.3	1.0	0.2
신경계 및 감각계	2.6	9.9	5.5	4.7
순환기계	7.2	4.0	9.6	2.4
호흡기계	16.7	35.5	6.3	41.8
소화기계	17.9	12.6	6.2	19.3
비뇨생식기계	3.1	1.4	0.5	1.3
피부 및 피하조직	4.3	7.5	0.2	5.3
근골격계 및 결합조직	13.4	10.4	50.1	10.5
사고중독 및 후유증	11.2	5.0	10.2	3.1
전신증상, 미분류	0.5	2.4	3.5	2.4
검진, 상담	10.0	2.8	1.8	0.3
예방서비스	1.6	1.1	3.0	-
성형, 보철, 교정	-	-	-	-
기타	1.8	2.1	-	7.6

資料: 송건용·홍성국, 『한방의료수요와 공급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

4) 한국보건사회연구원의 국민건강실태조사임. 본 보고서에서 인용한 통계는 송건용·홍성국(1996)에 수록된 내용을 2차 인용한 것임.

또한 전체 국민 중 1년 동안 醫療機關을 이용해 본 경험자의 비율은 병·의원이 53.3%, 치과병·의원 22.3%, 한방병·의원 16.3%로 나타났으며, 만성퇴행성 질환자의 20.7%, 특히 중풍환자의 70.7%가 韓方醫療機關을 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다.

〈表 II-5〉 全體 人口中 年間 醫療機關 利用 經驗者의 比率(1995年)
(단위: %)

구 분	병·의원	치과 병·의원	한방병·의원
전 체	53.3	22.3	16.3
도 시	52.5	22.1	16.8
농 촌	51.7	18.5	14.4

資料: 송건용·홍성국, 『한방의료수요와 공급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

한편, 보건소의 한방진료실⁵⁾을 이용하는 환자도 상당수에 이르고 있다. 강원도 춘천시 보건소에는 양방진료실, 한방진료실⁶⁾, 치과진료실이 설치되어 있는 바, 이 保健所를 대상으로 1990년 4월부터 1994년 12월까지의 환자 진료실적을 조사한 바에 의하면(송건용·홍성국, 1996), 총 진료건수중 양방진료건수가 53.1%, 한방진료건수가 30.6%, 치과진료건수가 16.4% 등으로 한방진료건수가 차지하는 비중이 상당한 수준에 이르고 있다.

또한 1990년 4월부터 1994년 12월까지 韓方診療室을 이용한 환자중에서 한방진료실만을 이용한 경험이 있는 환자는 59.5%, 양방진료실과 한방진료실을 모두 이용한 환자는 40.5%로 나타났다. 특히 양방과 한방진료실을 모두 이용한 환자의 비율은 高年齡層일수록 높게 나타나고 있다.

5) 1997년 12월 현재 74개 보건소, 2개 보건지소에 한방진료실이 설치되어 있음.

6) 1990년 4월 한방진료실이 개설되었음.

이는 보건소에 있어서도 양방진료실과 한방진료실간 협진방안을 마련하여야 할 필요성을 시사해 주고 있다. 그러나 아직까지 전국적으로 보건소에 한방진료실을 설치해 나가는 과정에 있어 체계적인 양·한방 협진을 기대하기 어려운 실정이다.

〈表 II-6〉 保健所의 韓方診療室 利用患者 分布(春川市保健所의 事例)
(단위: %, 명)

연령	계(이용자수) ¹⁾	한방만 이용한 환자	한방과 양방 모두 이용한 환자
계	100.0 (1,030)	59.5	40.5
15~44세	100.0 (166)	74.7	25.3
45~64세	100.0 (505)	60.0	40.0
65세 이상	100.0 (359)	51.8	48.2

註: 1) 1990. 4.~1994. 12. 기간중 한방진료실 이용환자수
資料: 송건용·홍성국, 『한방의료수요와 공급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

지금까지 언급된 요인들을 고려해 볼 때 향후 人口高齡化와 함께 만성퇴행성 질환을 가진 노인들이 증가하면서 韓方醫療에 대한 수요가 급속히 증가할 것으로 예상된다. 따라서 이러한 국민의 醫療需要變化를 고려하여 양방 및 한방의료가 효율적으로 제공될 수 있도록 洋·韓方醫療間 役割分擔 및 協業體系를 구축하기 위한 제도적 장치가 시급히 구축되어야 할 것이다.

2. 洋方 및 韓方醫療 資源現況

가. 醫療機關 및 人力現況

1996년 현재 특수병원, 치과병·의원, 부속의원 등을 제외한 洋方醫療機關은 15,694개소이며, 韓方病·醫院은 총 6,253개소로서 양방의료기관의 수가 한방의료기관에 비해 약 2.5배에 달하고 있다. 醫療機關種類別로는 종합병원 271개소, 병원 421개소, 의원 15,002개소, 한방병원 81개소, 한의원은 6,172개소 등이다. 지역별로는 양방의료기관의 약 90%, 한방의료기관의 약 92%가 도시지역에 偏重되어 있다.

〈表 II-7〉 醫療機關 現況(1996年)

구 분	(단위: 개소)		
	전국	도시	농촌
종합병원	271	253	18
병 원	421	345	76
의 원 ¹⁾	15,002	13,603	1,399
한방병원	81	81	-
한 의 원	6,172	5,647	525

註: 1) 부속의원 제외

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1997.

病床數에 있어서는 1996년 현재 특수병원, 치과병·의원, 부속의원 등을 제외한 양방의료기관의 병상수는 185,713병상이며, 한방병·의원의 병상수는 4,397병상으로 양방의 병상수가 한방에 비해 약 42배에 달하고 있다. 醫療機關別로는 종합병원 100,828병상, 병원 37,262병상, 의원 47,623병상, 한방병원 4,207병상, 한의원 190병상 등이다. 地域別로는 양방의료기관 병상의 91.4%, 한방의료기관 병상의 99.4%가 도시지역에 밀집되어 있다.

〈表 II-8〉 入院診療 病床數 現況(1996年)

(단위: 병상)

구 분	전국	도시	농촌
종합병원	100,828	97,744	3,084
병원	37,262	30,881	6,381
의원	47,623	41,158	6,465
한방병원	4,207	4,207	-
한의원	190	163	27

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1997.

1996년 현재 免許 醫師數는 1990년 42,458명에서 1994년 54,314명, 1996년 59,307명으로 증가하였으며, 免許 韓醫師數는 1990년 5,701명에서 1994년 8,090명, 1996년 9,210명으로 증가하여 1996년 현재 면허 의사수가 한의사에 비해 약 6.4배 정도에 달하고 있다.

〈表 II-9〉 醫師 및 韓醫師 人力 現況(1996年)

(단위: 명)

구 분	의사(A) ¹⁾	한의사(B) ¹⁾	A/B
1990	42,458	5,701	7.5
1992	48,295	6,748	7.2
1994	54,314	8,090	6.7
1996	59,307	9,210	6.4

註: 1) 면허등록 의사 및 한의사이며, 한지의사 및 한지한의사 제외
資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1997.

1997년 현재 醫科大學數는 40개로 韓醫科大學의 11개에 비해 약 4배 정도 많으며, 入學定員은 의과대학 3,260명, 한의과대학 750명으로 의과대학이 한의과대학에 비해 4.3배 정도 많다.

〈表 II-10〉 醫科大學 및 韓醫科大學 現況(1997年)

(단위: 개, 명)

구 분	의과대학	한외과대학
대 학 수	40	11
입학정원	3,260	750

資料: 대한의사협회 및 대한한의사협회 내부자료

이외 醫療關聯 人力으로 1996년 현재 면허등록 약사 44,577명, 간호사 127,145명, 간호조무사 197,788명, 조산사 8,447명, 임상병리사·방사선사·물리치료사·작업치료사·치과기공사·치과위생사 등 의료기사 69,571명, 그리고 韓藥關聯 人力으로 한약업사 2,222명 등이 있다.

〈表 II-11〉 醫療關聯¹⁾ 人力 現況(1996年)

(단위: 명)

구 분	인원수	구 분	인원수
약 사	44,577	치과위생사	11,277
간 호 사	127,145	의무기록사	5,349
조 산 사	8,447	안 경 사	15,946
간호조무사	197,788	접 골 사	43
임상병리사	23,310	침 사	86
방사선사	12,114	구 사	2
물리치료사	10,611	안 마 사	2,862
작업치료사	319	한 약 업 사	2,222
치과기공사	11,940		

註: 1) 면허등록자수 기준

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1997.

나. 保健所의 韓方診療室 設置 및 韓方公衆保健醫師配置 現況

1) 韓方診療室 設置를 위한 制度的 支援

公共保健醫療體系에 있어 한방의료의 중요성이 부각되기 시작한 것은 1978년 「알마아타 선언」 이후이다. 이 선언에서는 저렴한 비용으로, 문화적으로 받아들일 수 있는 인력을 통해 1차보건의료 서비스를 제공하여야 한다는 점을 강조하였다. 이러한 개념에 기초하여 국민들 사이에서 오랜기간 동안 활용되어온 傳統醫術은 1차보건의료 자원으로로서의 활용가능성이 매우 크다는 인식이 國際적으로 확산되었다.

이에 따라 세계보건기구(WHO)는 1979년 4월 ‘동남아시아 지역의 전통의술에 관한 세미나’와 1983년 ‘서태평양지역에 있어서 1차보건의료에의 전통의술 도입에 관한 워싱턴’을 개최하여 傳統醫術과 관련된 인력의 훈련, 保健醫療體系로의 기능적 통합, 전통의술에 관한 연구개발 강화 등의 의제를 토의한 바 있다. 이어 1985년 6월에는 ‘1차보건의료에 있어서 전통의술의 역할에 관한 연찬회’를 개최하는 등 전통의술을 1차보건의료로 活用하기 위한 노력이 이어져 왔다.

이러한 추세에 부응하여 우리나라에서도 1990년 지역주민의 1차보건의료를 擔當하는 保健所를 통하여 韓方醫療서비스를 제공하려는 시도가 이루어졌다. 즉, 1990년 3월부터 2년간 춘천군 보건소, 영양군 보건소, 순창군 보건의료원 등 3개 보건소에서 ‘농촌지역 한방보건의료 시범사업’을 실시하여 保健所에서의 한의사의 활용가능성을 검토하고 公共 韓方醫療서비스 공급모형을 개발하고자 하였다.

이와 함께, 1994년부터 ‘농어촌 의료서비스 개선사업’의 일환으로 農漁村地域의 保健所에 한방진료실 및 물리치료실 설치 등을 위하여 농어촌특별세 자금을 투입하고 있다. 즉, 농어촌 보건소의 시설 및 장비 보강을 위한 資金으로 1994~1996년 기간 동안 1,020억원을 투입

하였으며, 1997년에는 408억원을 투입한다는 계획아래 豫算을 집행중에 있다⁷⁾. 1998년에는 465억원을 투입한다는 계획을 심의중에 있으나 최근의 고환율·고물가·저성장 등의 經濟狀況에 따른 재정긴축의 필요성으로 인해 재조정될 소지가 있다.

〈表 II-12〉 農漁村 保健所의 施設·裝備補強을 위한 資金投入實績
(단위: 억원)

	계	1994	1995	1996	1997
계 획	1,427	200	401	418	408
실 적	1,020	96	505	419	진행중

資料: 보건복지부 내부자료

이에 따라 1994~1996년 기간중 농어촌 지역소재 保健所 54개소, 保健醫療院 15개소, 保健支所 75개소 등의 시설을 보강하였으며, 보건소 70개소, 보건의료원 15개소, 보건지소 46개소 등의 장비를 보강하였다.

〈表 II-13〉 農漁村 公共保健醫療機關 施設¹⁾·裝備 補強 實績
(단위: 억원, 개소)

	예산	계		보건소		보건의료원		보건지소		보건진료소	
		시설	장비	시설	장비	시설	장비	시설	장비	시설	장비
계	1,020	169	131	54	70	15	15	75	46	25	-
1994	96	17	16	9	8	2	2	5	6	1	-
1995	505	63	71	19	33	6	5	37	33	1	-
1996	419	89	44	26	29	7	8	33	7	23	-

註: 1) 신축, 증축 및 개·보수

資料: 보건복지부 내부자료

또한 韓方診療室 및 物理治療室의 설치, 시·군·구 통합에 따른 조직 및 인력확대 등에 따라 保健所 등의 시설면적 기준을 상향 조정하

7) 한방진료실 설치 등을 포함한 자금 투입 포함.

였다. 보건소의 경우 종전까지는 통합시 300평 이상, 군지역 250평 이상으로 되어 있었으나 통합시 468평 이상, 군지역 365평 이상으로 施設面積 기준을 상향 조정하였다.

〈表 II-14〉 保健所 等の 施設面積 基準

(단위: 평)

	보건소		보건의료원	보건지소		보건진료소
	통합시	군지역		통합	일반	
종 전	300 이상	250 이상	600 이상	60 이상	60 이상	22.5 이상
조 정	468 이상	365 이상	1,000 이상	190 이상	102 이상	35 이상
증 감	168	115	400	130	42	12.5

資料: 보건복지부 내부자료

2) 韓方診療室 設置·運營 現況

위와 같은 지원에 힘입어 韓方診療室을 설치하는 보건소가 증가하는 추세에 있으며, 1997년 12월 현재 한방진료실이 설치된 保健所는 74개소, 保健支所는 2개소에 이르고 있다. 地域別로는 충북지역이 11개 보건소 및 1개 보건지소로 가장 많고, 전남지역이 9개 보건소 및 1개 보건지소, 그리고 서울이 9개 보건소 등이다.

한편, 保健所는 「지역보건법」에 근거하여 대통령령이 정하는 바에 따라 地方自治團體의 條例에 의하여 설치하도록 되어 있다. 즉, 「지역보건법」 제7조에 의하면, “보건소(보건의료원 포함)의 설치는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다”고 규정되어 있다. 保健所의 組織에 대해서도 “보건소의 조직에 관하여는 대통령령이 정하는 사항 이외에는 「지방자치법」 제102조의 규정에 의한다”고 되어 있다(「지역보건법」 제11조). 이러한 법적인 기초를 바탕으로 보건소의 하부조직과 業務分掌은 지방자치단체별로 「보건소

직제규정』과 『사무분장규칙』에서 정하도록 되어 있다.

〈表 II-15〉 韓方診療室이 設置된 保健所 및 保健支所(1997年 12月 現在)

지역	개소수	한의사의 근무 형태		
		전문직	일용직	자원봉사
서울	9	중구, 강서구, 관악구, 서초구	-	은평구, 양천구, 동작구, 구로구, 금천구
부산	5		남구, 금정구, 강서구, 연제구, 기장군	
대구	2			서구, 달서구
인천	6		남구, 부평구	동구, 연수구, 계양구, 용진군
광주	2	서구, 북구		
대전	5		중구, 서구, 유성구, 동구, 대덕구	
울산	1			남구
경기	5	과천시	안양 만안구, 안양동안구, 안산시, 군포시	
강원	6	영월군, 화천군, 인제군	춘천시	동해시, 삼척시
충북	11(1) ¹⁾			충주시, 제천시, 청주시 상당, 흥덕, 옥천군, 청원군, 영동군, 진천군, 괴산군, 음성군, 단양군 (중평보건지소)
충남	5		공주시	천안시, 아산시, 논산시, 연기군

〈表 II-15〉 계속

지역	개소수	한의사의 근무 형태		
		전문직	일용직	자원봉사
전북	5	장수군, 순창군	전주시 완산, 덕진	익산시
전남	9(1) ²⁾			순천시, 여천시, 광양시, 고흥군, 화순군, 장흥군, 강진군, 영암군, 해남군 (광양시보건지소)
경북	1		영양군	
경남	1	진주시		
제주	1	북제주군		
계	74(2)	14	21	39(2)

註: 1) ()안은 증평보건지소 1개소

2) ()안은 광양시보건지소 1개소

資料: 보건복지부 내부자료

이로 인해 韓方診療室의 運營形態 등은 지방자치단체에 따라 약간씩 다르다. 한방진료실 한의사의 근무형태도 專門職 公務員으로 임용되어 근무하는 경우, 일용직으로 근무하는 경우, 自願奉仕의 形態로 근무하는 경우 등 지방자치단체마다 상이하다. 1997년 현재 한방진료실의 한의사가 자원봉사의 형태로 근무하는 경우가 39개 保健所 및 2개 保健支所로 가장 많으며, 전문직 공무원으로 임용되어 근무하는 경우는 14개소에 불과하다.

3) 公衆保健 韓醫師 配置

韓方診療室의 설치·운영에 부가하여, 의료취약지역이나 농어촌지역 보건소에 공중보건한의사를 배치하기 위한 조치도 진행되고 있다.

「지역보건법」 제9조에는 보건소의 업무가 규정되어 있는 바, 地域住民에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 疾病管理에 관한 사항을 규정하고 있다. 「지역보건법시행규칙」 제5조 제1항에서는 保健所에서 관장할 수 있는 業務를 예시하고 있는데, 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 疾病管理에 관한 업무로 일반진료, 치과진료, 한방진료, 만성퇴행성질환자의 등록·관리 등을 제시함으로써 韓方診療를 보건소 업무의 하나로 규정하고 있다.

이러한 韓方診療 業務를 수행하기 위한 인력으로 1997년 2월 14일 시행된 「지역보건법시행규칙」 제6조 제1항에서는 都·農 複合形態의 시지역 및 군지역 保健所와 保健醫療院에 최소한 1명의 한의사를 두도록 규정하고 있다. 여기서의 韓醫師는 공중보건 한의사로서 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 의해 農漁村 地域에 배치되도록 되어 있다.

이에 따라 1997년 경희대, 경산대, 원광대 부속 한방병원 등 36개 한방병원을 전공의 수련기관으로 지정하여 여기에서 수련과정을 마치는 한의사를 韓醫 軍醫官과 보건소의 공중보건의사로 配置할 계획이다. 특히 「한의사의 전공의 수련 등에 관한 규정」을 제정하여 1998년부터 136개소의 농어촌 보건소에 段階的으로 公衆保健 韓醫師를 배치할 예정이다.

〈表 II-16〉 保健所の 専門人力 最少配置基準¹⁾

(단위: 명)

	구단위 (A) ²⁾	구 및 시 (B) ³⁾	인구30만명 미만의 시	도농복합 형태의 시	군	보건의료원이 설치된 군
의사	3	3	2	2	1	6
치과의사	1	1	1	1	1	1
한의사	-	-	-	1	1	1
조산사	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
간호사	18	14	10	14	10	23
약사	3	2	1	1	1	2
임상병리사	4	4	3	4	2	4
방사선사	2	2	2	2	2	3
물리치료사	1	1	1	1	1	2
치과위생사	1	1	1	1	1	1
영양사	1	1	1	1	1	2
간호조무사	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(6)
의무기록사	-	-	-	-	-	1
위생사·위생시험사	(3)	(3)	(2)	(2)	(2)	(2)
정신보건 전문요원	1	1	1	1	1	1
정보처리기사·기능사	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
응급구조사	-	-	-	-	(1)	1

註: 1) 이 기준은 보건소장을 제외한 기준이며, 지방자치단체의 실정에 따라 이 기준을 초과하여 필요한 전문인력을 배치할 수 있으며, 한의사의 기준은 공중보건 의사로서의 한의사가 배치되는 경우에 적용하고, ()내는 시·군·구의 여건에 따라 이 기준을 조정하여 배치할 수 있음.

2) 특별시의 구

3) 광역시의 구, 인구 50만명 이상 시의 구 및 인구 30만명 이상의 시

資料: 법제처, 『대한민국 현행법령집 37권』, 1996.

〈表 II-17〉 專攻醫 修練韓方病院別 定員配定數

병 원 명	병상수	정원 배정수	수련과정별 정원		
			일반수련 과정	전문수련과정	
				1년	2년
계	2,998	80	33	29	18
경산대부속	108	4	2	1	1
경원대부속	72	2	1	1	-
경희대부속	400	13	6	3	4
경희분당	88	2	2	-	-
광동	52	1	1	-	-
구로	50	1	1	-	-
꽃마을	74	2	1	1	-
나사렛	65	1	1	-	-
대전	51	1	-	-	1
대전대부속	92	4	1	3	-
대전대부속천안	52	1	-	1	-
대전대부속청주	69	1	-	1	-
동국대부속	51	1	-	-	1
동국대부속분당	100	2	1	1	-
동국인천	100	2	1	1	-
동서	99	3	2	-	1
동신대부속	59	1	-	-	1
동의대부속	100	2	1	1	-
동인당	72	2	-	2	-
불교	77	2	-	1	1
상지대부속	99	3	-	1	2
성심	67	1	1	-	-
세명대부속	66	1	-	1	-
신라	57	1	-	1	-
신애	51	1	1	-	-
안동유리	70	2	2	-	-
열경	50	1	-	-	1
우석대부속	55	1	-	1	-
우신향	50	1	1	-	-
원광대부속광주	175	5	3	2	-
원광대부속이리	120	5	-	3	2
원광대부속전주	125	5	1	2	2
중화	50	1	-	1	-
하나	50	1	-	-	1
혜당	50	1	1	-	-
국립의료원	32	2	2	-	-

資料: 보건복지부 내부자료, 1997.

Ⅲ. 洋·韓方醫療 協診體系의 現況 및 問題點

1. 洋·韓方醫療 協診體系 現況

가. 洋·韓方醫療 協診을 위한 診療體系의 未備

1980년대까지는 부속병원 및 부속한방병원을 모두 갖춘 경희대, 원광대, 동국대 등에서 洋·韓方 協診을 시도하여 왔다. 그러나 최근 들어 국립의료원, 분당 차병원 등을 비롯해 일반 개인 병원들도 합류하는 등 洋·韓方 協診을 실시하는 병원이 점차 증가하고 있다. 『한방병원협회』에 따르면 1997년 6월 현재 전국 91개⁸⁾ 韓方病院 중 약 절반 정도인 54개소가 洋·韓方 協診⁹⁾을 실시하고 있는 것으로 나타났다.

이처럼 洋·韓方 協診을 실시하는 醫療機關이 점차 증가하는 것은 의료기관이 점차 大型化되고 수가 늘어남에 따라 의료기관간의 경쟁이 치열해지면서 다른 병원과의 差別化를 통해 더 많은 환자를 유치하기 위한 전략으로 풀이된다.

또한 젊은 의사들의 경우 구세대와 달리 韓方과 洋方의 장단점을 상호 보완하여 새로운 治療모델을 만들려는 욕구가 강하다는 점도 협진의 증가추세에 한 몫을 하고 있는 것으로 판단된다.

한편, <表 Ⅲ-1>에는 한방병원과 양방의료기관 사이의 協診에 대해 통계가 제시되어 있으나 한의원과 양방의료기관 사이의 協診實態에

8) 1997년 12월 현재에는 한방병원수가 99개소로 증가하였음.

9) 인접지역에 있는 양방의료기관과 제휴하여 양·한방 협진을 실시하고 있으며, 협진의 형태로는 주로 검사는 양방의료기관에서 하고 치료는 한방의료기관에서 하는 경우가 많음.

대해서는 구체적인 통계가 없다. 그러나 한의원과 양방의료기관간의 協診도 점차 증가하고 있는 것으로 판단된다.

〈表 III-1〉 地域別 洋·韓方 協診 病院現況(1997年 5月 現在)

지역별(개소수)	한방병원명	협진양방 의료기관명
서울특별시(18)	경원대부속	경원의원
	경희대부속	경희의료원
	광동	광동의원
	구로	지성의원
	국립의료원	국립의료원
	꽃마을	꽃마을의원
	남서울	남서울의원
	동서	동서의원
	동인당	동인의원
	명지	명지종합병원
	서울기독	서울기독병원
	신라	신라의원
	영등포	덕수의원
	영생	영생의원
	우신향	우신향의원
	태능성심	태능성심의원
	하나	하나의원
	해당	해당의원
부산광역시(3)	고려	고려병원
	동의대부속	동의의료원
	부산	고려병원
대구광역시(5)	경산대부속	제한의원
	문성	동산의원
	불교	불교의원
	열경	불교병원
	중앙	중앙병원
인천광역시(4)	나사렛	나사렛
	동국인천	길병원
	해당	해당의원
	광혜원	성루가의원

〈表 III-1〉 계속

지역별(개소수)	한방병원명	협진양방 의료기관명
광주광역시(3)	동신대부속 원광대부속광주 하나	동신의원 원광의원 하나의원
대전광역시(3)	대전 대전대부속 성심	대전의원 혜화병원 성심병원
경기도(5)	경희분당 동국대분당 성심 신애 중화	차병원 동국의원 성심의원 신애의원 중화의원
강원도(3)	삼척 상지대부속 현대	삼척의원 상지의원 현대병원
충청북도(3)	대전대부속천안 대전대청주 세명대부속	혜화의원 혜화의원 세명의원
전라북도(4)	남원기독 우석대부속 원광대부속이리 원광대부속전주	남원기독병원 우석의원 원광의료원 원광의원
전라남도(1)	고흥	고흥제일병원
경상북도(2)	동국대경주 안동유리	동국의료원 안동유리의원
계(54)		

註: 1997년 5월 현재 전체 한방병원은 91개소임.

資料: 한방병원협회 내부자료, 1997. 5.

이와 같이 일부 醫療機關에서 현재 실시하고 있는 洋·韓方 協診은 다음과 같은 몇 가지 특징을 가지고 있다. 첫째, 하나의 의료기관내에 양방 및 한방 진료부서를 개설하여 協診을 실시하는 것이 아니고 각각 별도의 의료기관이 提携, 協診을 실시하고 있다. 특히 인근지역에

소개하고 있는 기존의 양방의료기관과 제휴하는 경우도 있으며, 주로 같은 건물내 혹은 인접지역에 의사 명의의 洋方醫療機關을 개설하여 협진을 시도하는 경우가 主從을 이루고 있다. 경우에 따라서는 마치 하나의 건물내에 입주해 있어 하나의 의료기관인 것처럼 보이는 경우도 있으나 실제로는 별도의 의료기관으로 개설되어 있다. 또한 양방 및 한방 의료기관간의 제휴·협진이 주로 의사와 한의사간의 개인적인 친분에 의해 散發的으로 이루어지는 경우가 많다.

둘째, 양·한방 의료기관간의 提携 및 協診이 주로 한방의료기관이 주축이 되어 이루어지고 있으며 양방의료기관이 먼저 한방의료기관에 환자를 의뢰하거나 韓醫師와의 協診을 모색하는 사례는 많지 않은 것으로 판단된다.

韓方醫療機關이 먼저 주축이 되어 洋方과의 협진을 모색하는 현상은 현재 이루어지고 있는 協診의 內容과도 깊은 관련이 있다. 예컨대, 중풍의 경우 뇌일혈이나 뇌출혈 등 급성기에는 洋醫師의 診斷과 處方으로 일단 위기를 넘긴 후 만성기로 접어드는 시기에 韓方治療를 하는 등의 경우가 많기 때문이다.

셋째, 協診에 참여하는 양방의료기관이 주로 의원급으로 效果的인 협진의료서비스를 제공하기 위해서는 의원급 뿐 아니라 병원급간의 協診도 이루어져야 한다.

넷째, 協診의 內容이 진단은 양방, 치료는 한방으로 하는 ‘洋診韓治’의 형태인 경우가 많다는 점이다. X-ray, 초음파 등 현대 의료기기를 사용하여 진단을 한 후 韓方治療를 하는 경우가 많다.

한편, 韓方醫療서비스에 대한 수요 증대에 대응하여 정부는 1991년 5월 30일 국립의료원에 韓方診療部를 설치하였다¹⁰⁾. 이와 같이 국립

10) 이와 관련하여 『보건복지부와 그 소속기관직제』 제4장 제39조는 ‘의료원에 사무국·제1진료부·제2진료부·제3진료부 및 한방진료부를 둔다’고 규정하고 있으며, 제

의료원의 경우 한방진료부를 설치함으로써 洋·韓方 協診을 위한 조직상의 틀은 갖추고 있다고 할 수 있으며 1995년부터 원내 내부방침으로 洋·韓方 協診을 시도해 오고 있다.

그러나 국립의료원에서의 洋·韓方 協診도 주로 한방진료부서에서 양방진료부서에 이화학적 검사를 의뢰하여 韓方診療에 참고하는 정도에 그치고 있다. 특히 한방 입원진료중 합병증의 유무를 관찰할 필요가 있을 경우 X-ray, MRI, Sono 등의 검사를 양방진료부서에 의뢰하거나, 양방진료부서의 환자가 韓方診療를 희망할 경우 轉科 또는 한방 외래진료를 받도록 하는 정도이다(송경섭, 1997).

좀더 구체적으로는, 보행이 가능한 환자는 환자 스스로 양방 및 한방의 해당과에 접수한 후에 診療를 받도록 하고 있으며, 한방진료부에 입원한 重患者에 대해서는 대체로 3가지 형태로 協診을 실시하고 있다. 첫째, 한방진료부에 입원한 상태에서 양방에 수납 후 가정의학과에 診療를 依賴하여 검사 또는 투약을 하도록 하거나, 둘째, 내과·신경외과 등 의사의 回診을 실시하거나 셋째, 양방진료부서로 轉科를 하여 진료를 받은 후 다시 한방진료부로 再入院하는 등의 절차를 거치고 있다.

이에 따라 韓方診療部에서 洋方診療部署로 검사를 의뢰하는 경우는 연간 약 1천건이며, 진료를 의뢰하는 경우는 약 200건 정도이다. 반대로 양방진료부서에서 한방진료부로 진료를 의뢰하는 경우는 연간 약 240건 정도이다.

그러나 이러한 洋·韓方 協診이 制度化되어 실시되고 있는 것이 아니라 원내의 의료진간의 내부적인 방침에 의해 운영되고 있는 실정이며, 원내 兩 診療部署 의료진간의 理解不足과 協助 未洽으로 검사·진료 의뢰를 거부하는 사례도 발생하고 있다.

44조에는 ‘한방진료부에 한방과 및 침구과를 둔다’고 규정하고 있음.

나. 教育機關間 交流 未洽

1) 醫科大學 및 韓醫科大學의 教科目開設 現況

洋·韓方 協診의 活性化를 위해서는 의학 및 한의학 모두에 대한 기본적인 이해와 지식을 갖춘 인력이 養成되어야 한다. 이를 위해서는 의과대학 및 한의과대학의 교육과정에 의학 및 한의학 관련 교과목을 상호 개설할 필요가 있으나 현재 이러한 노력이 미흡한 실정이다.

특히 韓醫科大學의 경우는 생리학·해부학·생화학·임상병리학 등 양방관련 교과목이 상당부분을 차지하고 있으나 대부분의 醫科大學의 경우는 한의학에 관한 개론적 교과목조차 없는 실정이다.

한편, 한 조사연구에 의하면(이창은 외, 1994) 醫科大學生들의 약 78.4%가 한의학관련 교과목 수강을 찬성하는 것으로 나타나고 있는 바, 의과대학에 한의학 관련 과목을 개설토록 유도하여 韓醫學의 기초이론에 대한 이해를 증진시킬 필요가 있다.

2) 教育課程 改編 事例

일부 大學校에서는 의과대학내에 한의학과를 개설하는 등 의과대학 및 한의과대학 교육과정의 개편을 계획하고 있다. 특히 경희대학교는 한의대, 의대, 치의대의 예과과정을 통합운영하는 방안을 검토중에 있다.

연세대학교 의과대학은 1994년 3월 본과 4학년 교과과정에 8주일, 16시간의 강의수강은 義務적으로 하되 학점은 없는 한의학개론 강좌를 개설하였으며 1998년 6월부터 이 강좌를 3학년 교과과정으로 옮겨 16주일, 16기간의 강좌로 개편할 계획이다. 이와 함께 의과대학내에 한의학과를 설치하고 추후 이를 한의학교실로 확대 개편한다는 계획을 검토중인 것으로 알려지고 있다.

〈表 III-2〉 韓醫科大學과 醫科大學의 教科目 編成比較

한의학대학(K대학교)		의과대학(S대학교)	
한의학개론(4)	의사학(3)	의사학(1)	생리학 및 가족계획(1)
원전(12)	조직학(1)	조직학 및 실험 I (3)	약리학 및 실험 I (2)
경혈학(2)	조직학실습(2)	조직학 및 실험 II(1)	약리학 및 실험 II(4)
경혈학실습(4)	양방생리학(2)	생리학 및 실험 I (5)	임상약리학·영양학(1)
상한론(2)	양방생리학실습(2)	생리학 및 실험 II(2)	면역학(2)
침구학(7)	의학한문(3)	생화학 및 실험 I (5)	종양학(1)
사상의학(5)	생리학(3)	생화학 및 실험 II(1)	혈액학(2)
외관과학(6)	생리학실습(4)	해부학 및 실험(7)	내분비학(2)
	생화학(3)	신경해부학 및 실험(2)	심장학(2)
	생화학실습(2)	병리학 및 실험 I (3)	기초의학종합평가(2)
	해부학총론(2)	병리학 및 실험 II(6)	일반의과학실습(4)
	해부학(3)	임상병리학 및 실습(3)	흉부외과학 및 실습(3)
	해부학실습(4)	임상총론(1)	성형외과학 및 실습(3)
	병리학(3)	미생물학 및 실험 I (2)	정형외과학 및 실습(3)
	병리학실습(4)	미생물학 및 실험 II(4)	방사선과학 및 실습(3)
	양방병리학(2)	예방의학 및 실험 I (2)	마취과학(1)
	양방병리학실습(2)	예방의학 및 실험 II(3)	마취과학실습(2)
	임상병리학(2)	이비인후과학 및 실습(3)	치료방사선과학 및 실습(2)
	미생물학(2)	안과학 및 실습(3)	기생충학 및 실험(2)
	미생물학실습(2)	내과학 및 실습(12)	기생충학(1)
	예방의학(3)	소화기학(2)	행동과학(1)
	예방의학실습(4)	호흡기학(2)	합춘특강(-)
	안이빈인후과학(5)	비뇨기과학 및 실습(3)	의료관리학(1)
	간계내과학(6)	신장학(2)	지역사회의학 및 실습(2)
	폐계내과학(6)	신경학(2)	의공학(1)
	비계내과학(6)	신경과학 및 실습(3)	임상의학종합평가(2)
	신계내과학(6)	신경외과학 및 실습(3)	
	신경정신과학(5)	정신과학 및 실습(4)	
	부인과학(7)	산부인과학 및 실습(6)	
	소아과학(5)	소아과학 및 실습(6)	
	응급과학(2)	응급의학 및 실습(2)	
	피부과학(6)	피부과학 및 실습(3)	
	발생학(2)	태생학 및 실험(1)	
	물리요법과학(5)	재활의학 및 실습(2)	
	법의학(2)	법의학·의사법규(1)	
	양방진단학(2)		
	방사선과학(2)		
	의학통계(2)		
	의학컴퓨터(2)		
	진단학(2)		
합계: 과목수(48), 학점(173)		합계: 과목수(61), 학점(161)	

註: ()안은 학점

資料: K대학교 및 S대학교 내부자료

다. 學術交流 및 共同研究의 未洽

1) 民間 研究機關 및 研究活動 現況

우리나라는 醫療界와 韓醫界間의 學術 교류 및 공동연구 활동이 활성화되지 못하고 있다. 그 이유로는 兩 醫療界間의 理解不足 및 공동연구 추진을 위한 制度的 支援 不足을 들 수 있다. 특히 共同研究를 추진할 연구팀이나 연구기관이 부족하다. 1997년 현재 11개 韓醫科大學 中에서 10개의 韓醫科大學에 韓醫學 相關 研究so가 設치되어 있는 바, 이러한 研究so들을 中심으로 醫學·藥學 等 人接분야와의 共同연구를 체계적으로 추진할 必要가 있다.

또한, 醫學과 韓醫學의 接목을 위한 共同研究에 목적으로 두고 設 立된 代表적인 研究so로 延世대학교의 東서醫學研究so와 慶熙대학교의 東西醫學研究so를 들 수 있다. 延世대학교 東서醫學研究so는 재활 醫學·藥리학·생리학·예방醫學·전기공학·물리학 분야의 연구원 26명을 두고 韓醫學의 治療效果를 과학적으로 규명하기 위한 연구를 추진하고 있으며, 1996년에는 14편, 1997년 16편의 相關 논문을 발표하였다.

<表 III-3> 韓醫科大學의 韓醫學關聯 研究so 設置現況

韓醫科大學	研究so 名	韓醫科大學	研究so 名
慶熙大	韓醫學研究so, 東서醫學研究so, 韓醫學과학기술研究so 국제韓醫學敎育원	東醫大	韓醫學研究so
		上智大	韓方醫學研究so
		東國大	韓醫學研究so
원광大	韓國傳統醫學研究so	慶源大	韓醫學研究so
경산大	제한동醫學술원	세명大	韓醫學研究so
대전大	韓醫學研究so	東新大	韓醫學研究so

資料: 韓國韓醫學研究so 내부자료

경희대학교 동서의학연구소는 1971년 사단법인 경희동서의학연구소로 설립되어 1996년 9월 1일 경희대학교 부속 경희의료원 동서의학연구소로 개칭되었다. 이 研究所는 임상연구부, 기초연구부, 통증자극요법연구부, 약물연구부, 연구자료실 등을 두고 있으며, 40여명의 연구원이 위촉되어 있다. 1996년에는 ‘개흉술후 동통 억제를 위한 침의 효과에 관한 연구’ 등 23편의 研究論文을 발표한 바 있다.

이와 같은 연구소들을 통하여 相關분야간의 共同研究가 推進되고 있으나 전체적으로 民間研究所들에서의 공동연구가 활성화되지 못하고 있는 실정이다.

2) 共同研究의 活性化를 위한 政府의 制度的 支援現況

共同研究의 活性化를 위한 政府의 制度的 支援은 크게 相關 연구기관의 설립 및 연구자금 지원 등으로 구분된다. 우선, 정부는 한의학 相關연구 및 인접분야와의 공동연구를 촉진하기 위하여 1994년 10월 정부출연연구소로 韓國韓醫學研究院을 설립하였다¹¹⁾. 이 연구소는 기초연구부, 임상연구부, 한약연구부, 공동실험실 등을 두고 있으며, 한의학·약학·미생물학·생화학·의공학 분야의 연구인력 25명으로 인접분야와의 共同研究를 推進하고 있다.

이와 함께 政府는 1997년 「난치성질환 극복을 위한 한방의료 연구지원계획(2010 프로젝트)」를 樹立·施行하고 있다. 이 프로젝트는 難治性疾患에 대한 치료기술의 개발이라는 窮極的인 目標을 가지고 있으나 연구의 效果的인 推進을 위해서는 인접분야와의 공동연구가 필수적인 만큼 共同研究의 活性化를 위한 支援策의 일환으로 간주하여도 무방할 것이다.

11) 설립당시는 한국한의학연구소였으나 1997년 한국한의학연구원으로 개칭되었음.

정부는 이 프로젝트에 따라 2010년까지 치매, 뇌혈관질환, 골다공증, 알레르기, AIDS 등 난치성 질환에 대한 치료기술 개발을 위하여 韓醫科大學別로 1개 이상의 特定疾患 연구센터를 설립토록 하고 의학·약학·의공학 등 인접 과학분야 專門家와 공동으로 협동연구를 추진할 수 있도록 연구자금을 지원할 계획이다. 특히 1997년을 연구과제 선정 등 계획수립 및 준비연구 단계, 1998~2000년을 기초연구단계로 설정하고, 기초연구단계의 연구과제로 61개의 연구과제를 선정하여 30억원의 研究資金을 지원하고 있다. 현재 이 61개의 연구과제는 의학·약학·생물학·물리학·전기공학·생명공학 등 관련분야와의 공동연구로 수행되고 있다. 研究課題의 선정과 함께, 연구과제별 지원기준 및 연구결과 평가체계 구축, 年度別 연구비투자 소요액 산정, 연구결과외 産業技術化 방안 등의 세부 실천계획을 마련중에 있다.

〈表 III-4〉 保健醫療技術研究開發事業의 韓醫學 關聯研究

주관연구기관	연구과제명
한양대 의대	한약시호제의 생약성분이 알레르기 환자의 집진드기 특이 T세포에 미치는 억제효과
한국한의학연구원	한약을 이용한 뇌신경세포의 노화예방 및 치료제의 개발 연구
동신대	경혈기능의 과학적 접근
경희대	중증근무력증에 대한 한방치료법이 객관화 연구
동국대	한약제로부터 항암활성을 갖는 다당류의 개발
원광대	중풍치료에 사용되는 한약제의 약리활성 및 면역계에 관한 연구
경북대 의대	전통침술과 레이저경혈자극술에 의한 만성두통의 치료효과에 대한 뇌파의 spectrum분석 및 신경내분비학적 평가
연세대 의대	사상의학의 체질분류에 의한 신뢰도 검증 및 객관적 분류체계 정립을 위한 새로운 의학적 접근

資料: 보건의료기술연구기획평가단, 『보건의료과학기술 21세기: Good Health 21 Program』, 1997.

이와 함께, 정부는 1994년 11월 ‘보건의료기술혁신방안’을 수립하고 1995년부터 保健醫療技術研究開發事業을 추진해 오고 있는 바, 이 연구개발사업에 한의약 관련 연구과제가 포함되어 있다. 보건의료기술 연구개발 사업은 의과학·의약품·의료생체공학·생명공학·식품·보건의료정보 등 6개 분야별로 研究課題를 선정하여 出捐金形態로 연구개발비를 지원하는 사업으로, 1997년에는 의과학분야 68과제, 의약품분야 35과제, 생명공학분야 35과제, 의료생체공학분야 17과제, 식품과학분야 30과제, 보건의료정보분야 17과제 등 총 202개의 신규공모과제 과제에 대해 86억원을 지원하였다. 韓醫藥 關聯研究은 의과학분야에 속해 있는데, 1997년 신규공모과제중 ‘경혈기능의 과학적 접근’ 등 8개 과제에 불과하여 한의약 연구에 대한 지원대상 과제 선정상의 우선순위가 낮은 실정이다.

라. 兩·韓方 醫療協診을 위한 法的 基盤 未備

현행 「醫療法」에는 의사, 한의사 등 각종 의료인력과 의료기관 등에 관한 사항들이 규정되어 있으나 洋·韓方 協診과 관련하여 다음과 같은 몇 가지 問題點을 안고 있다.

1) 醫師 및 韓醫師의 診療領域에 대한 基準設定 未洽

洋方醫療 및 韓方醫療의 구체적인 領域과 基準이 명시되어 있지 않다. 즉, 현행 「醫療法」은 의사는 ‘의료와 보건지도’, 한의사는 ‘한방의료와 한방보건지도’에 종사하는 것으로 규정하는 데 그치고 있어, 어디까지가 洋方醫療이며 어디까지가 韓方醫療인지를 명확히 제시하지 못하고 있다는 것이다. 이는 診療領域과 관련하여 의계 및 한의계간의 이해대립과 갈등을 야기시키는 요인이 되고 있다. 특히 한방물리

치료와 양방물리요법간의 領域이 명확히 구분되어 있지 않은 것으로 지적되고 있다. 보건복지부의 유권해석(의정 65507-501호: '93. 4. 24.)에 의하면, '한의사가 한방 병·의원에서 의료기관별 시설기준에 의거 한방요법실을 갖추고 물리치료기구로 한방이론에 입각하여 경락과 경혈에 자극을 주어 한방물리요법을 시술하는 것은 의료법의 위반사항이 아니다'고 밝히고 있다. 그러나 韓方理論에 입각한 한방물리요법의 具體的인 기준과 종류가 提示되어 있지 않아 양방의 물리치료와의 구분이 불명확하다.

2) 醫師 및 韓醫師間 協助에 관한 規程 不在

의사와 한의사간 업무의 連繫 및 協助에 관한 규정이 마련되어 있지 않다. 이에 따라 醫師 및 韓醫師間에 협조·보완이 아니라 상호 경쟁적인 경합관계가 형성되어 있는 것이 현실이다.

診療行爲와 관련하여 의사 및 간호사, 의료기사 등의 관계에 대해서는 明示的인 규정이 마련되어 있다. 즉, 『醫療法』 제2조 2항에 의하면, 간호사는 '상병자 또는 해산부의 요양상의 간호 또는 진료의 보조 및 대통령령이 정하는 보건활동에 종사함을 임무로 한다'고 규정되어 있어, 진료행위 보조라는 간호사의 役割이 명시되어 있다.

의료기사와 관련하여서도, 『의료기사 등에 관한 법률』 제1조에 의하면 의료기사는 '의사 또는 치과의사의 지도하에 진료 또는 醫化學的 검사에 종사하는 자'로 규정되어 있다.

따라서 의사 및 한의사에 대해서도 『醫療法』 내에 相互 協力에 관한 사항을 명시함으로써 洋·韓方 協診의 活性化를 위한 법적 기반을 마련할 필요가 있다.

3) 兩 免許(醫師·韓醫師) 所持者에 대한 醫療機關開設上의 制約

醫師 및 韓醫師 면허를 모두 소지하고 있더라도 이를 醫療機關에 동시에 표방할 수 없도록 되어 있다. 현행 「醫療法」 제30조에는 ‘의료인은 1개소의 의료기관만을 개설할 수 있으며, 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원, 치과의사는 齒科病院 또는 齒科醫院을, 한의사는 韓方病院·療養病院 또는 한의원만을 개설할 수 있는’ 것으로 규정되어 있다. 이에 따라 의사 및 한의사 免許를 모두 소지하고 있더라도 양방의료기관이나 한방의료기관중 어느 하나만을 選擇하여 개설하도록 되어 있다.

4) 洋方 및 韓方 醫療機關의 診療科目 開設上의 制約

종합병원 및 병원에 韓方診療部署를 설치할 수 없고, 한방병원에도 양방진료부서를 설치할 수 없도록 되어 있다. 「의료법시행규칙」 제30조에서는 醫療機關이 표시할 수 있는 診療科目이 규정되어 있는 바, 병원 또는 의원은 일반내과, 신경과, 일반외과 등 양방 진료과목만을, 한방병원 또는 한의원은 한방내과, 한방부인과, 한방소아과 등 한방 진료과목만을 표시할 수 있도록 되어 있다.

또한 洋方醫療機關에서 한의사를 고용하여 진료를 하도록 하거나, 반대로 韓方醫療機關에서 의사를 고용하여 진료를 하도록 하는 것도 허용되지 않고 있다. 즉, 「醫療法」 제3조 4항에는 ‘병원·치과병원 또는 한방병원이라 함은 의사·치과의사 또는 한의사가 각각 그 醫療를 행하는 곳’으로 규정되어 있어 의사와 한의사가 동시에 하나의 의료기관에서 진료를 행할 수 없게 되어 있다.

이에 따라 일부 한방병원에서 洋·韓方 協診을 실시하고 있으나 한방병원내에 양방진료부서를 설치하여 협진을 하는 것이 아니라 인근

지역의 양방의료기관과 제휴하여 협진을 실시하고 있다. 특히 한방병원이 위치한 동일 건물내 혹은 隣接地域에 의사 명의의 양방 의료기관을 별도로 개설하여 이들과 協診을 실시하는 경우가 많다.

〈表 III-5〉 醫療機關이 表示할 수 있는 診療科目

구 분	진 료 과 목
종합병원 및 병·의원	일반내과, 신경과, 일반외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취과, 산부인과, 소아과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 진단방사선과, 치료방사선과, 해부병리과, 임상병리과, 재활의학과, 결핵과, 가정의학과, 산업의학과 및 응급의학과
한방병·의원	한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방안이비인후과, 한방신경정신과 및 침구과

資料: 의료법 시행규칙 제30조

마. 兩 醫療界間의 相互理解 不足

의료계 및 한의계간의 相互 理解不足은 양·한방 협진의 근본적인 障礙要因으로 지적되고 있다. 의료계는 韓方醫療의 임상적 효과를 부분적으로 인정하나 韓醫學의 이론적 체계를 科學的 檢證이 어려운 ‘철학적 명제’로 인식하는 경향이 있으며, 한의계는 현대의과학적 접근의 유용성에 대해 妥當性을 인정하나 한의학의 正體性과 特性을 살리지 못한 兩 醫學의 접목에 대해 우려를 나타내고 있어 양·한방 협진 활성화의 걸림돌이 되고 있다.

2. 洋·韓方醫療 協診體系 未備에 따른 問題點

가. 國民醫療利用上의 不便

洋·韓方 協診體系의 미비로 인해 국민들이 겪어야 하는 불편은 한 두 가지가 아니다. 우선, 特定 疾患에 대해 양방의료와 한방의료의 치료기술중 어느 것이 상대적으로 治療效果가 더 높은지가 불명확하다. 이에 따라 국민들로서는 질병이 발생하였을 경우 양방과 한방의료기관중 어디로 가야 좋은지 알수가 없다. 환자로 하여금 양방의료기관과 한방의료기관중 적절한 醫療機關을 선택할 수 있도록 상담·교육서비스를 제공해주는 人力도 없는 실정이다. 이에 따라 한 사람의 환자가 동일한 질병으로 洋方醫療機關과 韓方醫療機關에서 중복하여 진료를 받는 경우가 발생하고 있다.

이는 경제적인 측면과 국민건강 측면에서 여러 가지 부작용을 낳는 요인이 되고 있다. 즉, 환자들이 治療費를 불필요하게 이중으로 지출하거나 치료의 적정시기를 놓치는 경우가 있어 國民醫療費의 상승 및 국민건강의 저해 요인으로 작용하고 있다.

둘째, 종합병원 및 병원에 韓方診療部署를 설치할 수 없으며, 한방병원에도 양방진료부서를 設置할 수 없도록 되어 있어 환자가 洋方 및 韓方診療를 동시에 받기를 원하는 경우 양방진료는 양방 의료기관에, 한방진료는 한방 의료기관에 가서 받아야 한다. 예외적으로 한방의료기관이나 양방의료기관에 醫師나 韓醫師를 일시적으로 초빙하여 診療를 하게 할 수는 있다. 즉, 보건복지부의 유권해석(급여 31510- 9804: 1990. 7. 25.)에 의하면, “한방병(의)원에 입원중인 자를 환자의 진료상 부득이 하여 洋方診療를 받을 필요가 있는 경우 한방병(의)원에서 발행한 진료의뢰서나 한방병(의)원의 진료의견서가 첨부된 타 진료권 진료확인서에 의하여 양방요양기관으로 이송되어 양방진료를 받게 하는 것이 원칙이나 환자의

이송이 불가능할 경우에는 위 전달체계의 수속을 밟아 양방의사를 초빙하여 진료를 받게 할 수 있는” 것으로 되어 있다. 그러나 이것은 일시적인 往診의 형태에 지나지 않으며 실제 이렇게 하는 경우도 드물다.

한편, 이와 같은 문제점은 韓方醫療機關 입원환자들의 경우 더욱 큰 불편을 안겨 주고 있다. 醫療保險資料에 의하면(의료보험연합회, 1993), 한방의료기관 입원환자의 주요 질병은 중풍이 53.8%, 요통 7.7%, 중풍전조증 4.5%, 중풍휴유증 3.1%, 관절통 2.2% 등으로 중풍이나 요통 관련 질병이 71.3%를 차지하고 있다. 특히 이러한 질병들에 대해서는 治療效果를 높이기 위해 물리치료를 병행해야 하는 경우가 많다. 그러나 洋方の 物理治療¹²⁾에 대해서는 의료보험이 적용되고 있으나 韓方物理療法에 대해서는 醫療保險이 적용되지 않고 있어 의료보험으로 물리치료를 받기 위해서는 양방 의료기관으로 가야 한다.

〈表 III-6〉 韓方醫療機關 患者의 傷病別 分布(1993年)

(단위: %)

순위	입 원		외 래	
	상병명	구성비	상병명	구성비
1	중풍	53.8	요통	19.3
2	요통	7.7	관절통	17.3
3	중풍전조증	4.5	한성건비통	10.8
4	중풍휴유증	3.1	요각통	7.0
5	관절통	2.2	기타하지병	3.9

資料: 의료보험연합회, 『의료보장』, 1993. 11.

12) 양방의 물리치료는 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과 또는 일반외과 등 전문의와 물리치료사가 상근하는 의료기관에 대해 의료보험 급여를 인정하고 있음. 위 진료과목의 전문의가 상근하지 않는 경우는 주로 소염·진통 목적으로 실시하는 물리치료(표층열치료, 심층열치료, 자외선치료, 경피전기신경자극, 맛사지, 운동요법 등)에 한하여 급여를 인정하되 물리치료사가 상근하여야 함.

복합적인 질병으로 洋方과 韓方治療를 병행해야 할 경우에 환자가 겪는 불편은 현재 洋·韓方 協診을 실시하고 있는 일부 의료기관에서는 비교적 그 정도가 덜하다고 할 수 있다. 그러나 아직까지 양·한방 협진서비스를 충분히 提供하기에는 未洽하며, 환자가 밟아야 하는 行政的인 수속절차도 복잡하다. 예컨대, 일부 대학교의 경우 부속병원 및 한방부속병원을 모두 갖추고 있어 이들 病院間에 환자를 서로 이송·의뢰하는 경우가 있으나 이 경우에도 患者는 (한방)부속병원에 진료접수를 하였다가 다시 (한방)부속병원에 진료접수를 해야 한다.

나. 醫療資源 活用の 非效率性

한의원 등 한방 1차 진료기관에서 病院 및 綜合病院 등 양방 2·3차 진료기관으로 환자를 이송할 수 있는 制度的인 體系는 구비되어 있으나 相互理解를 바탕으로 한 실질적인 환자의뢰가 이루어지지 않고 있다. 이는 양방진료가 한방진료보다 治療效率이 더 높은 전문영역, 한방진료가 양방진료보다 치료효율이 더 높은 전문영역, 양·한방 협진을 통해 치료효율을 증대시킬 수 있는 診療領域 등이 뚜렷이 설정되어 있지 못한 데서 출발한다.

이러한 현상은 洋方醫療機關과 韓方醫療機關들이 상호보완적 협업 관계가 아니라 競爭的 경합관계를 형성하고 있음을 의미하며, 이는 국가적 차원에서 볼 때 醫療人力 및 施設 등 의료자원의 효율적인 활용을 저해하는 요인으로 작용하고 있다.

다. 醫療人力 需給政策 樹立上的 制約

의학 및 한의학간 疾病名 및 診斷名이 상이하야 국민의 이환실태 등에 대한 정확한 현황 파악이 어렵다. 특히 OECD 가입국으로서 국

제기준에 부합하는 疾病 및 死亡統計의 작성 및 비교가 어려운 실정이다. 이에 따라 精確한 상병통계에 근거한 醫師 및 韓醫師 등 의료인력 수급정책 수립에 어려움이 있다. 예컨대, 1997년 현재 醫師 免許登錄者數는 총 62,240명¹³⁾으로 인구 10만명당 의사수는 136명에 이르고 있으며, 韓醫師 免許登錄者數는 약 9,670명으로 인구 10만명당 한 의사수는 21명이다. 그런데, OECD가 제시하는 적정 의사수는 국민 1인당 GNP 3만불 기준에서 인구 10만명당 150명으로, 우리나라의 경우 현재의 의사인력 양성수준(40개 의과대학의 입학정원 3,260명)을 그대로 유지하면 2010년경 인구 10만명당 醫師數는 209명으로 OECD 기준을 상회할 것으로 예상된다(백화중·황나미, 1997). 그러나 韓醫師인력을 포함하면 현재에도 OECD 기준을 약간 상회하는 수준에 이르고 있다.

이에 따라 效果的인 醫療人力 수급정책의 수립을 위해서는 양·한방 협진에 대한 의료수요 등에 대한 精確한 분석이 이루어져야 하나 아직까지 이러한 研究가 未洽한 실정이다.

13) 앞의 <表 II-9>에는 1996년 현재 의사수가 제시되어 있음.

IV. 外國의 洋·韓方醫療 協診體系

1. 中國의 中·西醫 協診體系

중국 정부는 1950년대 이후 中·西 醫療의 結合 및 協診을 통한 중국고유의 醫療體系 構築을 保健醫療分野의 주요 정책과제로 설정해 왔다. 이에 따라 서의에 비해 人力·施設 등 의료자원의 양적, 질적 측면에서 相對적으로 낙후되어 있던 中醫를 발전시킴으로써 中·西 醫療體系를 균형있게 육성하고 中·서의간 협진체계를 강화하기 위한 정책적 노력을 다각적으로 경주해 왔다. 특히 1986년에는 중앙정부의 의약관련 행정조직을 개편하여 中의약 전담기구로 「國務院」 산하에 「國家中醫藥管理局」를 설치하였다.

이와 함께 中·西醫의 連繫 및 協診體系를 강화하기 위하여 첫째, 中의사를 양성하는 中의학원과 서의사를 양성하는 서의학원의 교과내용에 각기 서의학 과목과 中의학 과목을 포함시키고 있다.

둘째, 西醫教育 과정을 마친 후 일정기간 中의교육과정을 마치면 中·서의를 겸업할 수 있는 「中西醫結合醫師」 제도를 두고 있다.

셋째, 서의병원에 中의과의 설치를 의무화하고 病床中の 일정비율을 中의병상으로 배정하도록 하여 中·西醫 協診이 원활히 이루어질 수 있도록 하고 있다.

이에 본절에서는 중국의 中醫藥關聯 행정조직, 교육제도, 의료기관 및 인력, 中西醫 協診體系 등의 현황을 살펴봄으로써 洋·韓方 協診과 관련한 시사점을 찾아보고자 한다.

가. 中醫藥 關聯 行政組織

중국은 의약 관련 중앙행정조직으로 국무원 산하에 「衛生部」, 「國家醫藥管理局」, 「國家中醫藥管理局」을 두고 있다. 이중 「衛生部」 및 「國家醫藥管理局」은 서의약 업무를 전담하고 있으며, 「國家中醫藥管理局」은 1986년 「衛生部」에서 분리되어 설치된 기구로서 중의약 관련 업무를 전담하고 있다. 「衛生部」의 부장은 장관급이며, 「國家醫藥管理局」 및 「國家中醫藥管理局」의 장은 부부장으로서 차관급에 해당된다.

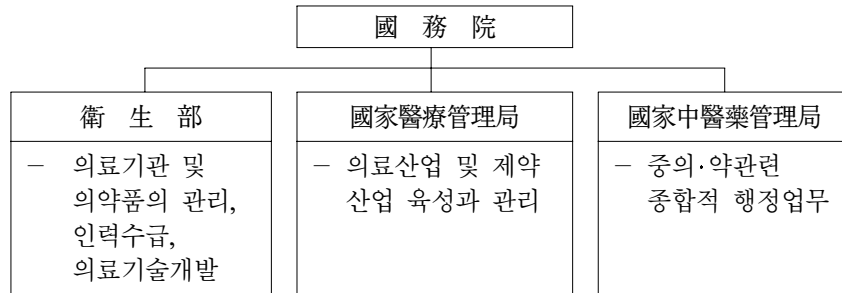
「衛生部」는 11개의 司, 그리고 보건국과 약정관리국 등 2개의 局, 각각 1개의 室 및 廳의 행정조직으로 구성되어 있으며, 중의학과학원, 중국예방의과학원, 검역소 등의 산하기관을 두고 있다. 담당업무는 西醫 醫療機關의 설치 및 운영, 서의약품 관리기준의 제정, 신약 개발의 승인, 保健醫療人力에 대한 교육 및 훈련, 의료기술의 개발·평가·보급 등이다.

「國家醫藥管理局」은 8개의 司, 1개의 室의 행정조직으로 구성되어 있으며 科學技術情報研究所 등의 산하기관을 두고 있다. 담당업무는 의료 및 제약산업의 육성·관리 등이다.

「國家中醫藥管理局」은 8개의 司, 3개의 室로 구성되며 산하에 중국 중의연구원 등을 두고 있다. 擔當業務는 중의약 관련 인력 수급, 중의 의료관리, 중약관리, 중의약교육제도, 중의약 연구개발 등에 관한 綜合的인 행정업무를 담당하고 있다.

中央政府 조직 뿐만 아니라 각 省에도 중의약관리국이 설치되어 있어 中醫藥 관련 업무를 전담하고 있다.

[圖 IV-1] 中國의 醫·藥 管理 行政組織



資料: 한국한의학연구원 내부자료

나. 醫療機關 및 人力 現況

1) 醫療機關 現況

중국의 병원은 기능특성상 서의병원, 중의병원, 중서결합병원으로 구분할 수 있으며, 모든 西醫病院에 중의과를 설치하고 병상중 1/5 이상을 中醫 病床으로 하도록 의무화¹⁴⁾하고 있어 사실상 모든 병원에서 중의진료가 가능하다. 또한 西醫病院에서도 中藥을 처방하고 있는 바, 중약처방중 상당부분이 제제화된 중약으로 서의병원인 북경협화의학원의 중약처방 중에서 중약제제가 차지하는 비율은 30~40% 정도이다.

한편, 병원은 縣級이상 병원, 읍면병원, 기타병원으로 구분되며, 현급이상 병원에는 종합병원, 전염병병원, 정신병원, 결핵병원, 모자병원, 아동병원, 나병원, 직업병원, 암병원, 기타 특수병원, 중의병원 등으로 구성된다. 1993년 현재 病院은 약 60,784개소로 현급이상 병원의 14,713개 병원중 약 17%인 2,305개가 中醫病院이다. 中西結合病院은

14) 병원에 따라서는 중의병상이 1/5에 미치지 못하는 경우도 있음. 예컨대, 서의병원인 북경의과대학 인민의학원의 경우 총 973병상 중 32병상이 중의병상으로 지정되어 있음.

28개소가 설치·운영되고 있는데 중서결합병원에서는 중의사의 중의처방, 서의사의 서의처방을 연계하여 診斷과 治療서비스를 제공하는 중·서의 協診體系가 활성화되어 있다. 특히 中·西醫 協診이 활발히 이루어지는 분야는 심장병, 위암, 쇼크 등의 치료와 마취 분야인 것으로 알려져 있다.

〈表 IV-1〉 中醫 醫療機關 現況(1993年)

(단위: 개소)

구 분	기 관 수
병원수	60,784
현급이상 병원	14,713
종합병원	10,547
중의병원	2,305
중서결합병원	28
특수병원(정신병원 등)	1,861
읍면병원	45,024
기타병원	1,047

資料: 中國統計出版社, 『中國統計年鑑』, 1994.

病床數에 있어서는, 모든 保健醫療機關의 총병상수가 1978년 2,041,681병상에서 1990년 2,925,390병상으로 증가하였는데, 이 중 中醫病床數는 1978년 32,366병상에서 1990년 160,899병상으로 약 5배 정도 증가하였다.

〈表 IV-2〉 中國 醫療機關의 病床數

(단위: 개)

	1978	1980	1985	1990
총병상수 ¹⁾	2,041,681	2,184,423	2,487,086	2,925,390
중의병상수	32,366	49,151	101,418	160,899

註: 1) 모든 보건의료기관의 병상수 포함.

資料: 中華人民共和國 衛生部, 『中國衛生統計摘編』, 1991.

2) 醫·藥 關聯 專門人力

중국의 의사인력은 西醫師, 西醫士, 中醫師, 中醫士, 中西醫 結合醫師 등으로 구분된다. 西醫師 및 中醫師는 5년제 이상의 의과대학이나 중의학원을 졸업한 인력이며, 西醫士 및 中醫士는 전문학교수준의 중등 중의약교육기관¹⁵⁾을 졸업한 인력이다. 중서의 결합의사는 西醫師 교육과정을 마친후 2년의 중의교육과정을 거쳐 중의와 서의를 겸업하는 의사이다.

중국에는 醫師免許制度가 없다. 의과대학 졸업생들은 국가가 각 병원으로 배치하며, 병원에 배정된 졸업생들은 상급의사의 지도하에 1년의 臨床實習을 받고 의사로 활동하게 된다. 1993년 현재 中醫師 및 中醫士는 332천명으로 西醫師 및 西醫士 1,466천명의 약 1/5 정도이며, 중서의 결합의사는 약 7천명에 이르고 있다.

〈表 IV-3〉 中·西醫 專門人力 現況(1993年)

(단위: 천명)

전문인력	인원수
西醫師	1,115
西醫士	351
中西醫 結合醫師	7
中醫師	250
中醫士	82

資料: 송건용·홍성국, 『한방의료수요와 공급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

서약 및 중약 관련 전문인력으로는 西藥劑師, 西藥劑士, 西藥劑員, 中藥劑師, 中藥劑士, 中藥劑員 등이 있다. 西藥劑士, 西藥劑員, 中藥劑士, 中藥劑員은 4년제 대학과정이 아닌 하위등급의 위생학교 등을 졸

15) 醫學校, 中醫學校, 衛生學校 등임.

업한 인력이다. 1993년 현재 西藥劑師 117천명, 西藥劑士 85천명, 西藥劑員 44천명, 中藥劑師 67천명, 中藥劑士 65천명, 中藥劑員 35천명으로 등으로 서약관련 인력이 중약관련 인력에 비해 약 1.5배에 이르고 있다. 중약제사 중에서도 中藥學을 전공한 中藥劑師와 中藥劑學을 전공한 中藥劑師로 구분되는 데, 중약학을 전공한 中藥劑師는 주로 대학이나 연구소에 근무하며, 중약제학을 전공한 中藥劑師는 중약 제약업에 종사하고 있다. 그리고 일반 중약국에는 中藥劑士나 中藥劑員 등 하위등급의 중약관련인력이 근무하고 있다.

〈表 IV-4〉 中·西藥 專門人力 現況(1993年)

(단위: 천명)

전문인력	인원수
西藥劑師	117
西藥劑士	85
西藥劑員	44
中藥劑師	67
中藥劑士	65
中藥劑員	35

資料: 송건용 외, 『한방의료수요와 공급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

한편, 藥關聯 전문인력의 경우에는 中西醫 結合醫師와 같은 중서약 결합약제사가 없다. 醫師人力의 경우는 중서의 결합을 국가 의료정책으로 추진하고 있으나 약관련 인력은 中西藥의 結合을 시도하지 않고 있다.

다. 教育制度

중국의 醫藥關聯 教育制度의 수립·시행 행정부처는 「위생부」와 「국가중의약관리국」이다. 즉, 「위생부」의 「教育司」는 중동 및 고

등 의·약교육과 간호사, 의료기사 등의 의료전문인력의 교육제도 樹立 및 施行을 담당하고 있으며, 「국가중의약관리국」의 「人事教育司」는 中醫·藥 教育機關의 설치 및 운영과 교학관리 등에 관한 綜合的 계획의 수립·시행을 담당하고 있다.

중국의 醫科大學은 5년제에서부터 8년제에 이르기까지 다양한 학제를 가지고 있으나 대부분은 5년제이다. 극히 일부 대학에서 7년 학제를 두고 있으며, 8년제 醫科大學으로는 중국협화외과대학을 들 수 있다. 특히 학교에 따라 학제에 차이가 있고 동일한 학교내에서도 다양한 과정을 개설하고 있다. 북경 中醫藥大學의 경우 중의학전공 과정으로서 6개의 과정을 운영되고 있는 데, 7년제 과정(석사 학위부여), 5년제 과정(학사학위 부여), 그리고 서의과 수료 후 또는 이공과 수료후 제2의 학위를 수여하는 二學位 西醫班과 二學位 理工班 등이 있으며, 성인교육반으로 夜大班과 通信教育班 등이 있다. 中藥 과정은 4년제 학사과정으로서 중약학전공과 중약제학전공으로 구분되어 있다. 침구학 과정으로는 5년제 학사학위과정, 통신교육과정 등이 있다. 중의행정과정으로 5년제 학사학위과정이 있으며 3년제 중의간호과정이 있다.

중국의 西醫師는 주로 5년제인 의과대학이나 醫學院에서 양성·배출되며, 西藥師는 약학대학의 4년제 약학전공 과정을 통해 양성·배출되고 있다. 西醫師보다 하위 등급의 西醫士는 衛生學校 및 醫學校 등에서 양성·배출되며 주로 농촌지역에 근무하고 있다.

中醫師는 주로 5년제 중의학대학 및 중의학원, 中藥劑師는 중의학대학 및 중의학원의 4년제 중약학 전공과정을 통해 배출되고 있다. 이외 中醫師와 中藥劑師보다 하위 등급의 중의·약 전문인력으로 中醫士, 中藥劑士, 中藥劑員 등을 양성하는 중등 중의약 교육기관이 설치·운영되고 있다. 1990년 현재 대학 이상의 서의학 및 중의학 관련 고등교육기관은 122개소이며 이 중에서 중의약학원은 31개이다.

〈表 IV-5〉 西醫學 및 中醫學 關聯 教育機關 現況(1990年)

(단위: 개소)

	1978	1980	1985	1990
高等醫藥院 ¹⁾	98	109	116	122
中醫藥學院	22	22	24	31
中等醫藥學校 ²⁾	520	555	515	563

註: 1) 중세의약 학원을 포함한 대학 이상의 서의학 및 중의학 관련 고등 교육기관

2) 중의학관련 교육기관을 포함한 중등교육기관

資料: 中華人民共和國 衛生部, 『中國衛生統計摘編』, 1991.

한편, 『中醫學院』 교과과정의 약 1/3은 서의학 교과과목으로 구성되며, 『西醫學院』의 교과과정도 약 10%(100시간)가 중의학 과목으로 편성되어 있어 中醫學과 現代醫學에 대한 상호이해를 증진시키고자 하고 있다.

라. 研究機關 現況

의학관련 전체 研究機關은 1990년 현재 337개소이며, 이중에서 中醫藥研究院(所)는 55개소이다.

〈表 IV-6〉 西醫學 및 中醫學 關聯 研究機關 現況(1990年)

(단위: 개소)

	1978	1980	1985	1990
醫學科學研究機構 ¹⁾	219	282	323	337
中醫藥研究院(所)	36	47	54	55

註: 1) 중의학연구원(소)을 포함한 의학관련 연구기구

資料: 中華人民共和國 衛生部, 『中國衛生統計摘編』, 1991.

중앙단위의 대표적인 中醫學 關聯 연구기관으로는 국가중의학관리국 산하의 中國中醫研究院이 있다. 이 연구원은 1955년에 설립되어 연구·임상·교육 등을 擔當하는 綜合研究機關이다.

〈表 IV-7〉 中國中醫研究院 機構現況

소 속	국가중의약관리국	
설립년도	1955년	
연구인원	4,215명	
연구기구	기초이론연구소	197명
	도서정보연구소	161명
	침구연구소	325명
	골상과연구소	208명
	중약연구소	360명
	중국의사문헌연구소	61명
부속병원	광안문병원	480병상
	서원병원	525병상
부속기관	- 위생학교	- 북경침구골상학원
	- 중의고적출판사	- 중의잡지사
학 술 지	- 중의잡지	- 중서의결합잡지
	- 중국침구	- 중국중약잡지
	- 중화 의사잡지	- 골상과연구
	- 중국의학문헌	- 침자잡기

資料: 한국한의학연구원 내부자료

전체 연구인원은 4,215명에 달하고 있으며, 이 研究所 산하에 기초이론연구소, 침구연구소, 골상과연구소, 中藥研究所, 중국의사문헌연구소 등의 연구소를 두고 있다. 이와 함께 광안문병원, 서원병원 등 부속병원을 두고 있으며, 북경침구골상학원, 위생학교 등의 教育機關도 있다.

마. 中藥의 開發·生産現況

1990년 현재 55개소의 中醫藥研究院(所) 등에서 중약에 관한 연구를 수행하고 있다. 각 省의 중의약연구원(소)에서는 중서의학 기초이론의 접목 뿐 아니라 중약에서 약효성분을 추출하여 주사약을 개발하는 등

서의약의 理論과 技術을 적극 활용하고 있다.

또한 1992년 현재 약 800여개의 중약공장과 1,500여개의 중약 약재 가공소에서 中藥製劑를 생산하고 있을 것으로 알려지고 있다. 중약공장에서는 中藥과 西藥의 성분을 합성한 중약제제의 개발 및 생산을 담당하고 있다. 이를 위해 省이 직접운영하는 약 2,030개의 중약공사가 있으며, 이들은 韓藥材 등을 구입하여 병원에 공급하는 役割을 수행하고 있다.

바. 示唆點

洋·韓方 協診과 관련하여 중국의 사례로부터 찾을 수 있는 시사점은 첫째, 西醫學院 및 中醫學院의 교육과정에 중의 관련과목과 서의 관련 과목을 상호 교육시키고 있다는 점이다. 이를 통해 西醫師 및 中醫師들이 상호 학문에 대한 충분한 이해를 바탕으로 공동으로 진료를 하거나 환자를 상호 의뢰하고 있다.

둘째, 중의와 서의가 같이 근무하는 中西結合病院을 운영하고 있으며, 서의병원에도 중의과를 설치하고 병상의 약 1/5을 중의병상으로 하도록 함으로써 중서의간 協業 및 協診을 활성화시키고자 하고 있다.

셋째, 醫療人力에 있어서도 서의와 중의를 겸업하는 중서결합의사를 양성하고 있다.

넷째, 중국중의연구원, 중의약연구원 등을 통하여 현대의과학적 접근방법과의 접목을 통한 中醫學의 現代化·科學化를 적극 추진하고 있다. 특히 중약 분야에 있어서도 서약이론을 적용한 中藥製劑의 개발 등이 활발히 이루어지고 있다.

2. 日本의 漢方醫療

일본은 메이지 정부가 출범한 이후 1875년 醫師國家考試制度에서 전통의료는 제외시키고 서양의학만을 포함함으로써 일본의 의료는 서양의학을 중심으로 발전해 왔다. 이에 따라 漢方醫療와 관련한 법제도나 行政組織이 별도로 마련되어 있지 않다. 그러나 한방의료에 대한 국민들의 수요가 점차 증대되면서 침구·지압 등에 대한 免許制度를 실시하거나 한약 추출조제를 허용하는 등 정책적인 측면에서도 한방의료에 대한 관심이 높아지고 있다.

가. 漢醫學 關聯 教育·研究現況

日本에는 정규 한의과대학이나 한의사제도가 없다. 그러나 다음과 같은 3가지 형태의 漢醫學 關聯 教育을 거친 후 한방의료를 시술하고 있다. 첫째, 醫學 및 藥學 교육과정 중에 개별과목으로 漢方關聯 과목을 교육하는 경우, 둘째, 의학교육 과목중의 일부내용으로 한의학 관련 내용을 교육하는 경우, 셋째, 재단법인·사단법인 형태의 研究所나 學會가 개설한 특별강좌를 통하여 교육하는 경우 등이다.

日本에서 漢方關聯 教育을 실시하는 醫科大學은 5개교, 齒科大學은 11개교, 藥學大學은 22개교 등으로 漢醫學을 독립과목으로 교육하는 대학으로 富山 국립의과약과대학이 있다. 이 대학에서는 기초교육과목으로 약용생물학을, 임상의학계 관련 과목으로 和漢藥論을 교육하는 등 한의학의 基礎理論과 臨床을 강의하고 있는 것으로 알려지고 있다.

의과대학의 교과목의 일부 내용으로 한 의학을 교육하는 학교중에는 마취학이나 약리학의 일환으로 교육하는 학교가 있다. 이 중 마취학의 일환으로 漢醫學關聯 內容을 교육하는 경우는 침구와 침마취 등 침의 진통효과에 관한 사항이 주된 교육내용이며, 약리학의 일환으로

한의학관련 내용을 교육하는 경우는 한약에 의한 治療 및 藥理에 관한 사항이 주된 교육내용이다.

또한 日本 전국에 걸쳐 약 10개의 재단법인·사단법인 형태의 研究所와 學會가 한의학 강좌 및 연구발표 등의 활동을 하고 있으며, 대표적으로 北理研究所附屬 東洋醫學綜合研究所, 國立富山大學研究所, 近畿大學醫學部 東洋醫學研究所 등이 있다.

나. 漢方醫療 利用現況

1911년 침구업의 免許制度가 公認되었으며, 현재는 안마·마사지·지압·침구에 대해 각 3년 이상의 전문교육과정과 실습을 거쳐 國家試驗에 합격한 자에게 免許證을 부여하여 해당 기술을 할 수 있도록 하고 있다.

또한 1977년 한약이 健康保險 給與範圍에 포함되었으며 이후 한방 의료 이용이 현저히 증가하고 있다. 현재 醫師의 약 80%가 한약을 사용해 본 經驗이 있는 것으로 알려지고 있으며, 침을 시술하는 의사들도 일부 있다. 日本에 있어서 이와 같은 漢藥 사용의 증가는 첫째, 인구고령화와 함께 現代醫學으로 치료가 어려운 만성퇴행성질환을 가진 노인이 증가하면서 漢方醫療에 대한 관심이 增大되고 있으며, 둘째, 한약제제에 대한 건강보험의 적용으로 저렴한 가격으로 한약을 이용할 수 있다는 점 등의 요인에 의한 것으로 분석되고 있다.

다. 漢藥製劑 開發現況

日本에서는 한약제제를 개발하기 위한 노력이 製藥會社들을 중심으로 활발히 진행되어 왔다. 특히 1976년에는 厚生省이 일부품목에 대해 한약추출 조제를 許可·認定하였으며, 현재 의약계에서 공인한 한방처방수는 약 210종에 이르고 있다. 또한 1977년에는 한약제제(엑기

스제)를 健康保險의 給與範圍에 포함시켜 현재 118종의 한약엑기스제에 대해 보험이 적용되고 있다.

이와 함께 1985년 후생성은 한약엑기스제의 제조과정 및 품질관리를 위한 새로운 標準規格을 설정하는 등 漢藥의 科學化를 위한 정책적 노력을 기울여 오고 있다.

라. 示唆點

日本의 경우 洋·韓方醫療의 상호교류와 관련하여 얻을 수 있는 시사점은 현대 의약학적 접근방법과의 접목을 통한 한약의 과학화 및 고부가가치 漢藥製劑의 연구·개발이 제약회사를 중심으로 활발히 이루어지고 있으며, 政府는 漢藥製劑의 開發 및 品質의 向上을 위한 법제도적 지원을 강화하고 있다는 점이다. 또한 향후 한약제제 개발의 주요 분야를 면역조절제로 설정하고 첨단 현대의학인 면역학의 이론을 적용한 研究·開發을 적극 추진하고 있다.

V. 洋·韓方醫療 協診體系의 改善方案

1. 洋·韓方 醫療協診 活性化를 위한 診療體系의 改善

가. 兩 免許(醫師·韓醫師) 所持者에 대한 洋·韓方 同時標榜 許容

洋·韓方 協診을 활성화하기 위해서는 가장 우선적으로 양방과 한방 모두에 대해 충분한 지식과 기술을 갖춘 醫療人力이 필요하며, 이들로 하여금 양·한방 제한없이 진료를 할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 醫師 및 韓醫師 면허를 모두 소지하고 있더라도 이를 醫療機關에 동시에 표방할 수 없도록 되어 있는 현행 「醫療法施行規則」을 개정할 필요가 있다. ‘의사·치과의사·한의사·조산사 등 의료인은 1개소의 醫療機關만을 개설할 수 있으며 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원을, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을 개설할 수 있다’는 「醫療法」 제30조의 규정은 존속시키되, 綜合病院 및 病院은 양방진료과목만을 개설할 수 있으며 韓方病·醫院은 한방진료과목만을 표방할 수 있도록 한 「의료법」 시행규칙 제30조의 규정은 개정할 필요가 있다. 즉, 의사 및 한의사 면허를 소지하고 있는 경우는 洋方醫療機關이나 韓方醫療機關중 하나를 선택하여 개설하되 그 의료기관에 양방과 한방진료과목을 모두 표방할 수 있도록 할 필요가 있다.

醫師 및 韓醫師 면허를 모두 소지하고 있는 人力은 현재 대한의사협회에 8명이 회원으로 登錄되어 있으나 전체적인 규모에 대해서는 구체적인 통계가 없다. 이와 같이 醫師 및 韓醫師 免許를 모두 소지

하고 있는 인력이 현재로는 소수에 지나지 않으나 앞으로 교육과정 등의 개편 등을 통하여 이러한 人力을 확대 양성함과 아울러 이들에 대해 兩 醫療分野의 진료활동을 보장해 줄 수 있는 法的 措置를 강구하여야 할 것이다.

나. 醫療機關에 洋方 및 韓方診療部署 相互交叉 開設 許容

현행 「醫療法」에 의하면 양방의료기관에 한방진료부서를 설치하거나 한방의료기관에 양방진료부서를 설치하는 것이 허용되지 않고 있다. 따라서 洋·韓方 協診의 활성화를 위해서는 종합병원 및 병원에 한방진료부서를 설치하고 한방병원에도 양방진료부서를 설치할 수 있도록 허용할 필요가 있다.

이를 위한 法的인 措置로는 우선 의사나 한의사가 洋方醫療機關과 韓方醫療機關에서 진료를 할 수 있도록 허용하는 조치가 선행되어야 한다. 즉, ‘병원·치과병원 또는 한방병원이라 함은 의사·치과의사 또는 한의사가 각각 그 醫療를 행하는 곳’으로 규정되어 있는 현행 「醫療法」 제3조를 개정하여 의사와 한의사가 동시에 하나의 의료기관에서 진료를 행할 수 있도록 해야 한다. 특히, 老人病院과 같은 전문병원이나 척추질환과 같은 특수클리닉 등에 醫師와 韓醫師의 공동근무가 가능하도록 하여 協診을 유도할 필요가 있다.

이와 함께 綜合病院 및 病院, 한방병원에 洋方診療部署와 韓方診療部署를 상호 교차 개설하고 이를 표방할 수 있도록 한다는 명시적인 조항을 新設할 필요가 있다.

한편, 診療科目의 상호교차 개설을 허용함에 있어 수입증대를 목적으로 무분별하게 洋方 및 韓方診療部署를 개설하는 경우를 방지하기 위한 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다. 이를 위해 상호개설할 수 있는 診療科目을 일정한 범위로 한정하는 한편, 이를 일시에 모두 개

설하도록 허용하는 것이 아니라 단계적으로 확대 개설하도록 하는 방안도 검토될 수 있다. 예컨대 진료과목 상호교차 개설의 첫단계로서, 綜合病院 및 病院에는 침구과, 韓方病院에는 일반내과나 가정의학과를 개설할 수 있도록 하는 방안이 검토될 수 있다.

이러한 法的인 조치와 아울러, 醫療機關 측에서는 양방진료를 받으면서 한방진료를 동시에 받아야 할 경우 양방진료부서에 진료접수를 하였다가 다시 한방진료부서에 진료접수를 해야 하는 등의 不便을 解消할 수 있도록 진료수속절차의 개선도 이루어져야 할 것이다.

다. 醫師 및 韓醫師의 協力에 관한 規程 新設

현행 「醫療法」에는 醫師와 韓醫師의 임무를 각각 ‘의료와 보건지도’, ‘한방의료와 한방보건지도’로 규정하는 데 그치고 있다. 따라서 洋·韓方 協診體系 構築을 위한 법적 조치의 하나로 「醫療法」이나 기타 별도의 법령에 의사와 한의사간 진료업무의 連繫와 協力에 관한 규정을 신설할 필요가 있다. 예컨대, 현행 「醫療法」내에 ‘필요할 경우 의사와 한의사가 협력하여 가장 效果的인 의료서비스를 환자에게 제공할 수 있도록 하여야 한다’는 등의 조항을 신설할 필요가 있다.

이와 함께 醫療 및 韓方醫療의 範圍와 領域에 관한 기준을 보다 구체적이고 분명하게 제시할 필요가 있다. 「醫療法」에서 의사의 임무로 규정된 ‘醫療와 保健指導’, 그리고 한의사로 임무로 규정된 ‘한방의료와 한방보건지도’의 범위가 각각 어디까지인지 그 기준을 「의료법시행규칙」 등에서 具體的으로 제시할 필요가 있다.

2. 醫學 및 韓醫學 教育機關間의 交流 促進

가. 醫學 및 韓醫學을 모두 教育하는 教科課程의 設置

洋·韓醫學間의 交流 및 協力을 원활히 하기 위해서는 의학과 한의학 모두에 충분한 지식과 기술을 갖춘 醫療人力이 필요하며, 이를 위하여 의학과 한의학을 모두 教育하는 과정을 설치하는 방안을 강구할 필요가 있다.

이 課程의 教育기간은 약 8년과정으로 하는 방안이 검토될 수 있다. 韓醫科大學의 교과과정(예과 및 본과)에서 일반교양과목 이수에 약 2~3학기, 한의학 專攻關聯科目 이수에 약 6~7학기가 소요되며, 나머지 기간은 洋方關聯 과목이수에 소요되는 기간이다. 이에 따라 한의학 전공관련 과목이수에 소요되는 기간과 醫科大學의 教育과정을 단순 합산할 경우 약 9년 이상의 시간이 소요된다. 따라서 교양과정 2학기, 의학과과정 6~7학기, 한의학과과정 6~7학기 등으로 조정하여 총 8년 과정으로 하는 방안을 검토할 필요가 있다.

이 과정에 새로이 定員을 배정할 경우 전체적인 醫師 및 韓醫師 인력수급에 커다란 影響을 미칠 것이므로 이 과정의 入學定員은 의과대학이나 한의과대학의 기존 입학정원의 일부를 할애하여 설정하는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

향후 이와 같은 교과과정의 설치와 관련하여 졸업후 수련과정에 대한 검토가 필요하다. 즉, 수련기간, 수련내용, 수련과정 설치기관 등에 대한 政策代案이 개발되어야 할 것이다.

나. 醫科大學 및 韓醫科大學間 相互 編入學制度的 擴大

醫學과 韓醫學을 모두 教育하는 과정을 설치하는 방안은 신규로 입

학하는 계층을 대상으로 하므로 기존의 醫科大學 및 韓醫科大學 졸업자들을 위하여 의과대학 및 한의과대학의 編入學制度를 활성화할 필요가 있다.

현재 각 대학교별로 학사편입제도가 운영되고 있는 바, 편입학 資格 및 基準 등이 학교마다 다르다. 그러나 의과대학을 졸업하고 한의과대학에 편입할 경우, 혹은 한의과대학을 졸업하고 의과대학에 편입할 경우 예과 2학년 혹은 본과 1학년에 편입되는 것이 일반적이다. 그러나 이러한 編入制度가 활성화되지 못하고 있는 것이 사실이다. 특히 현재 醫科大學을 졸업하고 韓醫科大學에 편입하는 경우는 일부 있으나 한의과대학을 졸업하고 의과대학에 편입하는 경우는 극소수에 지나지 않는 것으로 지적되고 있다.

따라서 醫科大學 및 韓醫科大學間 編入制度의 활성화를 위하여 의과대학에는 한의과대학 졸업자, 한의과대학에는 의과대학졸업자만을 위한 편입정원을 별도로 배정하도록 誘導하는 방안을 고려할 필요가 있다. 이와 함께 編入試驗 과목중 일부 科目을 면제해 주도록 하는 방안도 고려할 필요가 있다.

3. 共同 學術活動에 대한 支援 擴大

洋·韓方 協診의 활성화를 위하여 가장 우선적으로 선결되어야 할 과제는 양·한방 협진으로 診斷·治療·豫防의 효율이 증대될 수 있는 상병명이나 診療行爲를 설정하는 것이다. 이를 위해서는 협진의 효과에 대한 基礎研究와 함께 임상적인 검증과정이 뒤따라야 한다.

이와 함께, 의학과 韓醫學間 用語의 차이를 보완하여 協診體系를 구축하기 위하여 한의학 용어를 현대 의학적인 용어와 논리로 객관화할 필요가 있다. 이를 위해 韓醫·藥 用語의 辭典을 편찬하고 한의학의

질병명 및 症名을 국제 질병 및 死因 분류체계의 항목에 준해 분류하기 위한 연구를 支援해야 할 것이다.

이와 같은 研究를 活性化시키기 위해서는 우선 의사·한의사·약사 등 인접분야 專門家の 참여에 의한 공동연구를 적극 지원할 필요가 있다. 이를 위하여 현재 추진중인 「2010 프로젝트」, 보건의료기술연구 개발사업 등의 연구기금을 확충하고 지원대상 연구과제 선정에 있어 洋·韓方 協診 關聯 공동연구의 우선 순위를 상향 조정할 필요가 있다. 특히 한약을 이용한 新藥開發, 한의약학 관련 古典의 번역과 공동검증, 韓醫藥의 臨床效果 增進, 한의료기술의 효율증진, 한의료기기의 개발 등의 연구를 적극 지원하되 洋·韓方 學問 交流 및 協診體系構築에 기여할 수 있는 분야에 우선 지원하는 방안을 강구해야 할 것이다.

둘째, 의과대학의 의학연구소, 한의과대학의 한의학연구소 등에 양·한방 협진 및 공동연구를 위한 專門研究所 또는 部署를 설치하도록 권장할 필요가 있다.

셋째, 國立醫療院 등을 양·한방 협진 示範機關으로 지정하여 효과적인 洋·韓方 協診模型을 개발하는 방안을 강구하여야 할 것이다.

4. 洋·韓方 協診 關聯 其他 措置事項

양·한방 협진의 활성화를 위한 관련 조치로 첫째, 韓方醫療機關에서의 양방 의료보험 진료비 청구, 洋方醫療機關에서의 한방 의료보험 진료비 청구가 가능하도록 하여야 할 것이다. 이와 함께 長期的으로는 양·한방 협진에 대한 診療酬價體系를 개발하여야 한다.

둘째, 불필요하게 양방과 한방을 동시에 시술하는 경우를 방지하기 위한 制度的 裝置의 마련도 필요하다. 이것을 가능하도록 하기 위해서는 가장 우선적으로 特定疾患別로 洋·韓方 協診을 통해 치료효과를

증대시킬 수 있는 모형을 개발하는 것이 시급하며, 이를 기초로 洋·韓方 協診에 대한 診療酬價體系를 개발하는 것이 바람직할 것이다.

셋째, 洋·韓方 協診의 과정에서 의료사고가 발생할 경우 의료사고의 책임소재에 관한 法的 基準이 마련되어야 한다.

VI. 結論

이상에서 제시한 洋·韓方醫療의 相互交流 및 協診體系와 관련한 문제점과 그 改善方案을 제시하였는 바, 主要 政策建議는 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 醫師 및 韓醫師免許를 모두 소지한 인력들로 하여금 醫療機關에 이를 동시에 표방할 수 있도록 하고 洋·韓方醫療를 모두 診療할 수 있도록 해야 한다.

둘째, 한방병원에 洋方診療部署를 설치할 수 있도록 허용하고, 종합병원 및 병원 등 양방의료기관에도 韓方診療部署를 설치할 수 있도록 허용하는 방안을 검토할 필요가 있다.

셋째, 보건의료기술연구개발사업 등의 지원대상 研究課題 選定에 있어 洋·韓方 協診關聯 연구의 優先順位를 상향 조정하고 양·한방 협진으로 진단·치료의 효율이 增大될 수 있는 상병이나 진료영역을 설정하기 위한 인접분야 專門家間의 共同研究를 추진해야 할 것이다.

넷째, 洋·韓方 協診의 활성화를 실질적으로 유도할 수 있도록 양·한방 협진에 대한 醫療保險 酬價模型을 개발해야 한다.

다섯째, 이와 같은 조치들은 의료계와 한의계간 洋·韓方 協診을 적극 추진하기 위한 意志와 相互理解가 전제되지 않고는 실질적인 성과를 기대하기 어렵다. 이러한 측면에서 醫科大學 및 韓醫科大學에서의 教育段階부터 상대방 학문에 대한 지식과 이해를 쌓아갈 수 있도록 교육과목의 개편 등이 이루어져야 할 것이다. 특히 의과대학 및 한의과대학간 相互編入制度를 확대하고 의학 및 한의학을 모두 교육하는 과정을 설치하는 방안을 강구할 필요가 있다.

그러나 醫學 및 韓醫學間 상호이해의 기반이 확고히 형성되기까지는 장기간이 소요될 것이므로 위의 改善方案을 추진함에 있어 사회적 파급효과 등을 고려하여 적절한 優先順位를 설정할 필요가 있다.

예컨대, 醫師 및 韓醫師의 이중면허 소지자에 대한 양·한방 동시표방 허용, 의과대학 및 한의과대학간의 卒業生 相互編入制度의 擴大, 의사·한의사·약사 등 인접분야 전문가간의 洋·韓方 協診 공동연구에 대한 지원 강화 등은 短期的으로 추진될 수 있을 것이다.

특히, 洋·韓方 協診을 통해 진단·치료·예방의 효율·효과를 증대시킬 수 있는 傷病名과 診療領域을 설정하기 위한 연구는 시급히 착수할 필요가 있다. 이는 불필요하게 양·한방 협진을 실시하는 것을 방지하기 위한 제도적 장치를 구축하고 洋·韓方 協診에 대한 진료수가 체계를 마련하는 데 필수적인 요소이기 때문이다. 따라서 이를 위한 정부의 積極的인 지원이 필요하며, 醫療機關에서 양·한방 협진을 임상적으로 실시하는 과정에서 각 疾患別 또는 診療領域別로 효과적인 양·한방 협진 모형이 점진적으로 개발될 것이지만, 國立醫療院 등을 洋·韓方 協診 示範機關으로 지정하여 효과적인 양·한방 협진모형을 개발하는 한편, 民間醫療機關들이 양·한방 협진에 보다 많은 관심과 노력을 기울이도록 분위기를 조성해 나갈 필요가 있다.

한편, 醫療機關에 양방 및 한방진료부서를 상호 교차 개설할 수 있도록 하는 방안과 관련하여서는, 실질적인 洋·韓方 協診을 위해서라기보다는 의료기관의 수입증대를 목적으로 무분별하게 양방 및 韓方 診療部署를 설치할 우려를 배제할 수 없으므로 이를 방지하기 위한 制度的 裝置를 마련한 후 중·장기적으로 추진하는 것이 바람직하다.

또한 醫學과 韓醫學을 모두 교육하는 教育課程을 설치하는 방안도 교수인력의 확보, 수련과정 설치 및 수련의료기관 지정 등에 대한 細部的인 검토를 거친 후 중·장기적으로 추진하는 것이 바람직

할 것이다.

이상과 같은 政策代案의 단계적 추진을 통해 양 의료계간의 상호이해를 증진시키고 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 법·제도적 여건을 조성함으로써 현재와 같이 검사를 의뢰하는 수준의 협진에서 한 걸음 더 나아가 의학 및 한의학적 診斷·治療 기술의 접목에 바탕을 둔 協診으로 발전시켜 나갈 수 있을 것으로 기대된다.

參 考 文 獻

- 고신대학교 보건과학연구소, 『한국의 한방의료 이용에 관한 연구』, 1994.
- 김종열·김우중, 『동서의학 비교연구』, 계축문화사, 1994.
- 김진순·류호신·김은주, 『농촌지역 한방보건의료 시범사업을 위한 기초조사 보고서』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 김진순·류호신·김은주·고경환, 『농촌지역 한방보건의료 시범사업 최종평가 보고서』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 대한한의사협회, 『보건소 한방진료실 설치방안과 효과적인 운영에 관한 연구』, 1995, 8.
- 동서의학 비교연구회, 『바람직한 양·한방 협진 방안』, 동서의학 비교연구회 창립 2주년 기념 심포지엄, 1993.
- 백화종·황나미, 『의료인력양성 및 관리 현황과 개선방향』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1997.
- 보건의료기술연구기획평가단, 『보건의료과학기술 21세기: Good health 21 Program』, 1997.
- 서울특별시한의사회, 『한방의료정책백서』 제2집, 1992.
- 송건용·남정자·최정수·김태정, 『1992년도 국민건강 및 보건의식형태조사-국민건강조사결과』, 한국보건사회연구원, 1993.

- 송건용·홍성국, 『한방의료수요와 공급에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 송경섭, 『한의학의 발전과정과 사회기여도에 관한 연구』, 경산대학교 대학원, 1995.
- _____, 『양한방 협진현황』, (미발간 자료), 1997.
- 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』 제16호, 1994.
- 의료보험연합회, 『의료보장』, 1993, 11.
- _____, 『의료보험통계연보』, 1990~1996.
- _____, 『한방의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1995.
- 이창은·박재용·차병준, 「의약분업 및 한약조제에 대한 관련 대학생들의 인식과 태도」, 『대한보건협회지』 제20권 제2호, 1994.
- 임준규, 『동서의학 협진과 임상실제』, 한성사, 1995.
- 장문경, 『양·한방 물리치료의 차이점 연구』, 연세대학교 보건대학원, 1995.
- 전세일, 「동서의학의 차이점과 공통점」, 『대한의사협회지』 제40권 제3호, 1997.
- _____, 「동양의학과 서양의학 “정말 서로 다른 두 의학인가”」, 제3회 생명과학 심포지엄 자료, 원광대학교 한의과대학, 1993.
- _____, 「동양의학과 서양의학의 접목」, 『보건주보』 제974호, 보건사회부, 1994.
- _____, 「한의학 이론의 과학적 해석」, 『한중 국제공동세미나 발표논문집』, (서울대학교천연물 과학연구소, 과학기술정책관리 연구소, 국제과학기술 협력센터 주관) 1995.

- 정란영, 「중서의 결합교육을 교육체계로 끌어들이 필요성과 가능성에 관한 연구」, 『중국 중서의 결합잡지』, 1993.
- 정종철, 「일본에서의 한약 연구동향」, 『한국한의학연구소회보』, 1996.
- 청년의사, 『의료일원화 어떻게 할 것인가?』, 청년의사 창간 5주년 기념 심포지엄 자료, 1997.
- 최영길, 「동서의학 임상적 접점」, 『대한의사협회지』 제40권 제3호, 1997.
- 최환영, 「한방공중보건제도 접근방안」, 『한방의료정책백서』 제1집, 1990.
- 한국한의학연구소, 『21세기의 한의학』, 제1회 한국한의학연구소 학술 세미나, 1995.
- 中華人民共和國 衛生部, 『中國衛生統計摘編』, 1991.
- 中國統計出版社, 『中國統計年鑑』, 1994.
- Chun, S.I., “Acupuncture in Modern Medicine”, *International Journal of Acupuncture*, Vol.1-1, 1979, pp.2~5.
- _____, “Steps of Acupuncture Research”, *International Journal of Acupuncture*, Vol.1-2, 1979, pp.1~2.
- _____, “Modern Application of Traditional Theories in Medicine”, *International Symposium on East-West Medicine*, WHO Collaborating Center for Traditional Medicine, Kyung Hee University, 1994.
- _____, “The Role of Oriental Medicine in Rehabilitation Medicine”, *Proceedings of the 8th World Congress of the International Medicine Association*, Kyoto, Japan, 1997.