

洋·韓方 協診實態와 政策方向

曹在國

李相暎 申舜植

李佑百 金玟淳

韓國保健社會研究院

머 리 말

現在와 같은 保健醫療供給體系下에서 患者가 洋方과 韓方診療를 동시에 받을 필요가 있을 경우 洋方診療는 洋方醫療機關에서 韓方診療는 韓方醫療機關에서 받아야 하는 불편이 초래되어 왔고, 다른 한편으로 동일한 患者가 洋方과 韓方醫療를 중복하여 이용함으로써 치료 시기를 상실하거나 醫療費를 이중으로 지출하는 문제점이 대두되어 왔다.

최근 韓方病院의 증가, 醫療供給者의 정확한 진단과 적절한 치료방법의 개발 욕구 증대, 病院經營과 환자만족도에 대한 긍정적 효과 기대, 그리고 위에서 언급한 문제점의 해소 노력 등과 맞물려 洋方과 韓方의 協診 움직임이 가속화되고 있다.

그러나 현실적으로 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 제도적 기반이나 정책적 지원이 미흡한 실정이다. 中國의 경우 오래 전부터 中西結合醫師의 양성, 中西醫結合 병원 설립·운영, 現代醫科學的 理論에 근거한 中藥製劑의 개발 등에 정책적 지원이 있어 왔다.

따라서 洋·韓方 協診의 活性化를 위한 체계적인 연구가 필요하였는바 그 기초작업의 일환으로 本 研究에서는 우선 전국적으로 洋·韓方 協診을 실시하고 있는 韓方病院에 대한 제반 실태를 파악하고자 하였다.

이와 같은 조사결과는 향후 洋·韓方 協診의 정착을 위한 政策開發에 가장 기본적인 자료로 활용될 것으로 기대된다.

本 報告書を 작성함에 있어서 자료 제공에 협조해준 韓方病院協會, 韓醫師協會 등 관련協會와 많은 질문에 성실하게 답변해준 전국의 韓方病院, 그리고 保健福祉部 담당자 분들에게 연구진은 깊은 감사를

드린다. 또한 報告書 초안을 읽고 유익한 조언을 해준 本院의 변용찬
박사와 정기혜 박사에게도 감사를 드린다.

끝으로 本 報告書에 수록된 모든 內容은 저자들의 개인적 의견이며
당 研究院의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

1999年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭 敬 培

目 次

要 約	11
I. 序 論	33
1. 研究의 必要性 및 目的	33
2. 研究의 方法 및 內容	36
II. 洋·韓方 醫療機關의 資源現況 및 協診實態	38
1. 洋·韓方 醫療機關과 人力 現況	38
2. 洋方 및 韓方醫療機關의 利用實態	48
3. 洋·韓方協診의 必要性和 基盤要因	53
4. 韓方病院에서 洋方과의 協診實態와 協診模型	59
III. 外國의 洋·韓方 協診 現況	69
1. 中國 中西醫 協診現況	69
2. 臺灣의 中·西醫 一元化 現況	101
3. 北韓의 東·洋醫學의 結合 現況	107
4. 日本의 洋·漢方醫療協力 現況	112
IV. 洋·韓方 協診實態에 관한 分析	114
1. 洋·韓方 協診 實態調查의 背景 및 對象	114
2. 設問應答 洋·韓方醫療機關의 一般的 事項	117
3. 洋·韓方 協診 醫療機關의 醫療資源 現況	124

4. 洋·韓方 醫療協診 實態分析	134
5. 洋·韓方 醫療協診 類型 分析	159
6. 洋·韓方 醫療協診 綜合評價	169
V. 結論 및 政策提言	179
參 考 文 獻	183
附 錄	189

表 目 次

〈表 II- 1〉	地域別 및 醫療機關種別 病院現況(1998年) ……………	39
〈表 II- 2〉	洋方病院과 韓方病院의 增加推移 ……………	40
〈表 II- 3〉	洋方醫院과 韓方醫院의 增加推移 ……………	42
〈表 II- 4〉	地域別 및 醫療機關種別 病床數 現況(1998年) ……………	43
〈表 II- 5〉	洋方 및 韓方醫療機關의 病床 1個當 人口數 ……………	44
〈表 II- 6〉	醫師 및 韓醫師 人力 現況(1998年) ……………	45
〈表 II- 7〉	醫療機關種別 醫療人力 分布現況(1998年) ……………	45
〈表 II- 8〉	醫師와 韓醫師數의 年度別 增加와 性別構成比率 ……………	46
〈表 II- 9〉	韓方病院 醫療利用 實態 및 診療科別 全屬 韓醫師 現況(1997年) ……………	47
〈表 II-10〉	醫療關聯 人力 現況(1998年) ……………	48
〈表 II-11〉	醫療保險 診療實績 變化 ……………	50
〈表 II-12〉	洋·韓方病院의 入院과 外來의 件當診療費 ……………	50
〈表 II-13〉	年齡別 醫療保險 診療件數(1998年) ……………	51
〈表 II-14〉	韓方病院에서의 疾患診療頻度 ……………	52
〈表 II-15〉	洋方病院에서의 疾患診療頻度 ……………	53
〈表 II-16〉	韓方病院의 地域別·病床規模別 分布 現況(1999年 ……………	60
〈表 II-17〉	地域別 洋·韓方 協診 韓方病院 分布現況 分析 ……………	61
〈表 II-18〉	地域別 洋·韓方 協診 病院現況(1999年 12月 現在) ……………	62
〈表 III- 1〉	北韓의 保健人力 養成機關과 養成期間 ……………	110
〈表 III- 2〉	南北韓 韓醫學 制度 比較 ……………	111
〈表 IV- 1〉	調查對象 洋·韓方 協診 韓方病院의 地域·病床數 分布	

	및 回收率	116
<表 IV- 2>	調査對象 韓方病院 및 洋方醫療機關의 設立時期別 分類	117
<表 IV- 3>	韓方病院 設立後 洋·韓方 協診을 始作한 時期	119
<表 IV- 4>	韓方病院과 協診醫療機關間 病院形態 關係	123
<表 IV- 5>	韓方病院과 洋方醫療機關의 病床數 分布	125
<表 IV- 6>	病院形態別 韓方病院의 病床數 分布	125
<表 IV- 7>	病院形態別 洋方醫療機關의 病床數 分布	126
<表 IV- 8>	洋·韓方 協診 韓方病院의 診療科別 設置 分布	127
<表 IV- 9>	洋方醫療機關의 診療科別 設置 分布	128
<表 IV-10>	病床數 規模別 韓方病院群의 平均 醫療人力	129
<表 IV-11>	病院形態別 韓方病院群의 平均 醫療人力	130
<表 IV-12>	病床數 規模別 洋方醫療機關의 平均 勤務人力	131
<表 IV-13>	病院形態別 洋方醫療機關의 平均 勤務人力	132
<表 IV-14>	病床數 規模別 韓方病院群의 平均 韓醫師 勤務人力 · 133	
<表 IV-15>	病院形態別 韓方病院의 平均 韓醫師 勤務人力	134
<表 IV-16>	韓方病院과 洋方醫療機關의 空間的 分離 現況	136
<表 IV-17>	初診患者의 檢診 現況	138
<表 IV-18>	洋·韓方 醫療保險의 分離請求 現況	139
<表 IV-19>	患者의 同一診療紙 使用 現況	140
<表 IV-20>	協診 關聯 臨床統計生産 現況	141
<表 IV-21>	協診 關聯 機構, 組織 設置 現況	142
<表 IV-22>	洋·韓方 協診 綜合檢診센터 開設 現況	143
<表 IV-23>	初診患者의 洋方檢診科目 開設比率 現況	144
<表 IV-24>	初診患者의 韓方檢診科目 開設比率 現況	145
<表 IV-25>	洋·韓方 協診時 洋方診療分野	146
<表 IV-26>	洋·韓方 協診時 韓方診療分野	147

〈表 IV-27〉	韓方診療科別 總診療實績 및 平均診療實績(1998년) …	148
〈表 IV-28〉	病床規模 및 病院形態別 韓方診療科別 平均診療實績	150
〈表 IV-29〉	洋方診療科 依賴患者診療實績 ……………	150
〈表 IV-30〉	病院規模 및 病院形態別 洋方診療科 依賴患者診療實績	151
〈表 IV-31〉	韓方入院患者들의 主要傷病에 대한 平均診療頻度 ……	152
〈表 IV-32〉	韓方外來患者들의 主要傷病에 대한 平均診療頻度 ……	153
〈表 IV-33〉	洋·韓方 協診治療의 效果性 評價 ……………	155
〈表 IV-34〉	病床規模別 洋·韓方 醫療協診에 관한 制度的 改善事項	157
〈表 IV-35〉	病院形態別 洋·韓方 醫療協診에 관한 制度的 改善事項	158
〈表 IV-36〉	疾患別 洋·韓方 醫療協診 類型適用 現況 ……………	162
〈表 IV-37〉	醫療協診 類型에 따른 疾患別 治療效果 ……………	166
〈表 IV-38〉	病床數 規模 및 病院形態別 洋·韓方 協診 類型適用 現況 ……………	167
〈表 IV-39〉	洋·韓方 協診機構의 有無와 病院經營間의 關係 ……	173

圖 目 次

[圖 II- 1]	洋方病院과 韓方病院의 年度別 增減率 ……………	41
[圖 II- 2]	洋方醫院과 韓方醫院의 年度別 增減率 ……………	42
[圖 II- 3]	西洋醫學과 東洋醫學의 長點과 限界點 ……………	57
[圖 II- 4]	協診模型 1 ……………	65
[圖 II- 5]	協診模型 2 ……………	66

[圖 II- 6]	協診模型 3	67
[圖 II- 7]	協診模型 4	67
[圖 II- 8]	協診模型 5	68
[圖 IV- 1]	調査對象 韓方病院과 洋方醫療機關의 所在地域別 分類	120
[圖 IV- 2]	調査對象 韓方病院의 病院形態別 分布	122
[圖 IV- 3]	協診 洋方醫療機關의 設立形態 分布	122
[圖 IV- 4]	協診 洋方醫療機關의 病院形態 分布	123
[圖 IV- 5]	洋·韓方 醫療協診 實施의 動機	135
[圖 IV- 6]	洋·韓方 醫療協診 類型	160
[圖 IV- 7]	洋·韓方 醫療協診 類型適用 現況	162
[圖 IV- 8]	協診類型이 疾病群 治療에 미치는 影響力	169
[圖 IV- 9]	洋·韓方 協診이 病院經營에 미치는 影響程度	170
[圖 IV-10]	洋·韓方 協診이 病院經營에 미치는 影響程度 - 病床別 分析	171
[圖 IV-11]	洋·韓方 協診이 病院經營에 미치는 影響程度 - 病院形態別 分析	172
[圖 IV-12]	洋·韓方 協診關聯 臨床統計의 生産과 治療效果性間의 關係	176
[圖 IV-13]	洋·韓方協診關聯 別途機構存在와 治療效果性間의 關係	177
[圖 IV-14]	洋·韓方協診關聯 綜合檢診센터의 設置와 治療效果性間의 關係	178

要 約

1. 序論

- 오늘날 韓方醫療는 需要部門의 增大, 關聯醫療技術의 發展, 醫療資源의 效率的 活用 등 많은 분야에서 관심을 끌고 있음.
 - 洋方과 韓方의 중복이용으로 인한 불편, 이중적인 의료비 부담과 국가 의료자원의 비효율적 활용
 - 人口高齡化와 퇴행성질환 등과 같은 난치성 질환에 대한 새로운 치료접근방법으로서 韓醫學의 중요성 대두
 - 1990년대 이후의 韓方病院의 급격한 증가로 인하여 洋·韓方協診에 관심을 갖게되는 기초로서 작용하게됨.
 - 1990년대 이후 醫療界와 韓醫界間의 갈등이 양의료계간의 상호 이해와 정부차원에서의 관심이 더욱 증대됨.
- 이와 같이 洋·韓方協診을 수행하게 됨으로써 의료서비스공급자와 환자, 그리고 국가측면에서 여러 기대효과가 발생하게 됨.
 - 의료서비스 供給者에게는 정확한 진단과 적절한 치료방법의 개발이 가능하며 病院經營과 患者滿足度에도 긍정적 효과를 기대할 수 있음.
 - 患者側面에서는 洋方과 韓方에서 병행하여 진단과 치료를 받던 불편함과 시간적 낭비를 최소화하고, 疾患의 치료가능성에 대한 기대감을 높임으로써 심적인 안정이 가능함.
 - 다양한 新藥開發의 idea pool의 확보 및 만성, 악성, 퇴행성 질환

에 대한 효과적인 치료법의 개발이 가능

- 따라서 洋·韓方協診의 활성화를 위해서 체계적인 연구가 이루어져야 하며 이를 위해서 본 연구에서는 우편설문조사를 실시하였음.
- 이로써 洋·韓方協診 시행 韓方病院의 실태 파악, 보다 원활한 協診遂行을 위해서 개선되어야 할 法的·制度的 事項, 그리고 疾患別 多頻度 協診模型을 파악하였으며, 이러한 실태 파악은 향후 洋·韓方協診의 활성화를 위한 政策開發의 기초자료로 활용 가능할 것임.

2. 洋·韓方 醫療機關의 資源現況 및 協診實態

가. 洋·韓方 醫療機關과 人力 現況

1) 洋方 및 韓方 病·醫院 現況

- 洋方醫療機關의 병원수는 서울, 경기, 부산의 순서로 많았으며, 韓方病院은 서울, 경기, 대구, 韓方醫院은 서울, 경기, 부산의 순서임.
 - 洋方綜合病院은 1980년도에 82개였고 1985년까지 123% 증가한 후 183개가 됨. 그 이후 증가율이 감소하여 1995년에서 1998년까지는 오히려 266개에서 255개소로 -4.1%의 감소율을 나타냄.
 - 洋方病院은 1980년도에 240개였으며 1985년까지 32.1% 증가하여 317개가 됐으며 1998년까지 약 20%대의 증가율을 보이며 1998년에 517개가 됨.
 - 韓方病院은 1980년에 11개소였으며 그 이후 지속적인 증가를 기록하면서 1995년(74개)에서 1998년(107개)까지에도 45%의 증가율을 보임.

2) 洋方 과 韓方病·醫院의 病床數 現況

- 病床數는 洋方醫療機關중 綜合病院은 서울(28,419개), 病院級에서는 경남(9,641개), 그리고 醫院級에서는 경기지역(12,902개)에 가장 높은 비율을 나타냄.
- 病床數는 韓方病院級의 서울이 1,690개로 가장 많았으며, 경기(639개), 대구(649개)의 順이었음.

3) 醫師와 韓醫師의 人力現況

- 醫師數는 1980년에 22,564명에서 1985년 29,596명으로서 31.3%의 증가하였고, 43.1%(1990년), 34.3%(1995년)로 지속적으로 증가함.
- 韓醫師數는 1980년에 3,014명에서 1985년 3,789명으로 25.6%의 증가율을 보였고, 1990년에 5,792명(52.8%), 1995년에 8,714명(50.4%)의 급격한 증가 후 1998년(9,914명)에 13.8%로 증가세가 둔화됨.
- 洋方醫療機關중 綜合病院에 25,866명의 醫師가 있으며, 病院과 의원급에 각각 3,376명과 18,793명이 근무하고 있고, 韓方醫療機關의 경우에 병원급에서는 韓醫師가 872명이 韓醫院에는 6,778명이 근무함.

나. 洋方 및 韓方醫療機關의 利用實態

1) 醫療保險 診療實績 現況

- 수진율의 경우, 洋方醫療機關은 1993년 3.18건(1인당)에서 1998년 4.22건(1인당)으로 32.7% 증가한 반면, 韓方醫療機關은 0.08건(1인당)에서 0.31건(1인당)으로 287% 증가함.

- 件當診療費의 경우, 洋方醫療機關이 57,065원에서 89,518원으로 56.8% 증가함. 韓方醫療機關은 42,987원에서 36,072원으로 감소함.
- 入院患者와 外來患者間의 件當診療費 비율의 경우, 洋方綜合病院은 15.6:1, 洋方病院은 16.1:1, 洋方醫院은 20.4:1, 韓方病院은 13.6:1, 韓醫院은 13.4:1 임.
- 年齡別 醫療保險 診療件數의 경우에 洋方醫療機關과 韓方醫療機關 간의 진료비율이 1~9세 年齡群은 각각 28.4%와 5.8%이고, 10~39세 年齡群은 32.7%와 34.7%이며, 40~64세 年齡群의 경우 28.9%와 45.2%이었으며, 65세 이상의 고령층에서도 10.0%와 14.4%로써 韓方醫療機關에서의 진료비율이 상대적으로 높음.

2) 洋·韓方病院에서의 疾患別 現況

- 1998년 현재 韓方入院患者의 多診療頻度の 病患은 중풍후유증이 16,830건, 졸중풍(11,465건), 요통(7,853건), 두통(1,309건)의 순서임.
- 韓方外來患者의 多診療頻度の 病患은 요통 4,118,382건, 견비통(1,737,926건), 염좌(1,541,321건), 고 및 슬부용저(719,448건) 순서임.
- 洋方入院患者의 多診療頻度の 病患은 자연분만이 261,214건, 제왕절개에 의한 단일분만(173,126건), 급성충수염(92,332건), 정신분열증(75,222건), 치핵(74,054건)의 순서임.
- 洋方外來患者의 多診療頻度の 病患은 급성기관지염이 12,110천건, 급성상기도감염(10,329천건), 치아우식증(9,373천건), 치주·치근조직질환(8,962천건), 급성비인두염(8,608천건)의 순서임.

다. 洋·韓方協診의 必要性

- 西洋醫學의 강점은 특정질환에 대한 의학적 기술이 발전되어 있고 세밀하고 客觀的인 理論體系가 잘 정립되어 있음.
- 東洋醫學과 비교하여 西洋醫學의 미비한 점
 - 疾病의 原因設定과 치료관리를 함에 있어 총체적 파악이 약함.
 - 疾病 관련인자 설정과 치료과정에서 개인의 편차에 대한 고려 없이 보편적 이론적용을 하기 때문에 특수하게 나타나거나 예외적으로 반응하는 상황에 대한 說明根據가 미흡함.
 - 육체적 질병관과 개체에 대한 기계론적 평가라는 한계
- 東洋醫學의 강점은 전인적인 질병관을 통한 생명현상을 관찰하게 되었고, 정신적, 기능적 이론체계에 강함.
- 西洋醫學과 비교하여 東洋醫學의 부족한 점
 - 韓醫學的 論理는 科學的 結果이기 보다는 관념에서 나온 성격이 짙기 때문에 현대 과학적 지식으로의 설명과 객관화가 어려움.
 - 應急疾患의 경우 신속한 대처능력이 부족함.
 - 東洋醫學에서는 미세한 부분에 대한 관찰이 정밀치 못하고 소박하며, 主觀的 評價와 檢證方法의 미비로 인한 확실성과 재현성이 어려움.
- 따라서 洋·韓方協診을 통하여 東洋醫學과 西洋醫學 상호간에 장점을 극대화하는 동시에 단점을 최소화함으로써 보다 효율적이고 정확한 診斷과 治療가 가능하게 될 것임.

라. 韓方病院에서 洋方과의 協診實態와 協診模型

- 1999년 12월 現在 全國에는 130개의 韓方病院이 등록, 이는 1997년도와 비교하여 32.7%가 증가된 규모임.
- 전체 韓方病院 중 서울소재 韓方病院이 30개소로써 23.1%를 차지하고, 다음으로는 대구 와 경기가 13개, 부산 12개, 경북 11개 등이며 울산과 제주는 각각 1개소가 소재함.
- 전체 韓方病院 病床數는 6,837병상, 50개미만의 병상보유 韓方病院은 53개소로써 전체의 44.2%이며, 50~100개의 병상보유 韓方病院이 전체의 46.7%로 가장 높은 비중임.
- 1999년 현재 전체 89개 協診遂行 韓方病院들 중 서울소재 韓方病院의 비율이 24.7%로 가장 높았으며, 다음으로 경기(14.6%), 대구(8.9%), 부산(7.8%), 인천(7.8%)의 순서임.
- 전체 韓方病院들 중 協診參與 韓方病院의 비율은 강원, 충북, 제주 지역이 모두 참여하고 있었으며, 광주(80.0%), 인천(77.8%), 전남(75.0%)의 순으로 높은 協診參與率을 나타내었음.
- 전국의 洋·韓方協診 遂行病院은 총 89개(1999년 12월 현재)이며, 서울에서는 총 22개소의 韓方病院이 協診을 수행하고 있으며, 경기도가 13개소이고, 대구 8개소이고, 부산과 인천이 각각 7개소임.

3. 外國의 洋·韓方 協診 現況

가. 中國 中西醫 結合의 發展과 政策

- 中國의 醫學界에는 中醫·西醫·中西醫라는 세 그룹이 존재함.

- 中醫는 中醫藥大學에서 中國의 전통의학인 中醫學을 배운 醫師
- 西醫는 現代醫學인 西醫學을 西醫科大學에서 배운 醫師
- 中西醫는 西醫나 中醫가 中醫學이나 西醫學을 일정기간 배워 中醫學과 西醫學을 아는 醫師를 말함.

1) 中西醫結合醫의 現況

- 거시관과 미시관의 결합, 전체와 국소의 결합, 변병과 변증의 결합, 구조와 기능의 결합, 종합과 분석의 결합, 전통과 현대의 결합 등 각분야에서 中醫와 西醫의 우세를 상호보완하고 각자 발전하는 동시에 몇 가지 醫藥學의 理論·原理와 예방치료방법을 개발하고 있음.
- 中國은 현재 省·市級 中西醫結合醫院은 39개이고, 中西醫結合研究所는 17개임.
- 西醫學習中醫 이외에도 1978년이래, 國務院 學位委員會의 기준을 거쳐 전국에 28개 中西醫 結合 博士課程과 87개 中西醫結合 석사 과정이, 1995년부터 3개의 博士 後 순회과정인 개설되었음.
- 1992년부터 滬이징·상하이(上海)와 꾸앙저우(廣州)의 중의약대학에서 복수학위 서학중반(雙學位西學中班)이 개설 운영되고 있고 1998년부터 7년제 중서의 결합전공방향의 학부반 학생을 모집
- 中國科學技術協會로부터 인정을 받은 국가 일급학회인 中國中西醫結合學會는 1981년 11월 滬이징에서 설립되었고 학회 산하에는 30여개 전문위원회나 학술팀이 있음.

2) 韓國의 洋·韓方 協診과 關聯한 時事點

- 韓醫學을 洋醫學의 한 의학으로 질병치료에 대응하기보다는 더 높은 차원의 만남을 통하여 질병치료에 대응하는 것이 효과적임.
- 中國 中西醫結合의 發展過程과 政策樹立이 韓國의 洋·韓方協診과 關聯된 政策樹立에 주는 시사점은 다음과 같음.
 - 별도로 洋·韓方協診에 대한 국가적인 차원에서 政策을 수립하고 基礎理論, 臨床研究, 敎育 등의 계획수립후 大學 및 研究機關에서의 研究를 수행해야함.
 - 洋·韓方協診과 關聯하여 法的·制度的 장애가 되는 점들을 충분히 고려해 이들을 개선해야 함.
 - 洋·韓方協診과 關聯하여 醫療人力들을 지속적으로 육성해야 함.
- 中國 中西醫結合의 기초이론연구가 韓國의 洋·韓方協診과 關聯된 기초이론에 주는 示唆點은 다음과 같음.
 - 洋·韓方協診과 關聯된 기초이론의 지속적 研究를 위해 韓醫師들과 洋醫師들간에 개방적인 자세로의 意識 전환이 요구됨.
 - 洋·韓方協診과 關聯된 기초이론연구에 대한 關聯 學會의 활동을 통하여 활발한 學術활동이 요구됨.
 - 韓醫師와 洋醫師가 상호 研究에 접근할 수 있는 法的·制度的인 구속을 풀고 기초분야에서 韓醫學과 洋醫學의 専門학자들이 협력하여 研究할 수 있는 적극적인 研究지원이 있어야함.
 - 洋·韓方協診과 關聯된 기초이론의 學問정립을 위하여 敎과과정 개설, 敎과서와 專門서의 개발 등이 필요함.

나. 臺灣의 中·西醫 一元化 現況

1) 中醫學의 現代化 方案과 行政體系

- 臺灣 中醫師의 수준향상을 위해 臺灣 考試院 考試部는 中華民國의 藥大에 ‘特種考試 中醫師 考試 筆記試驗 合格者 訓練’을 설치함.
- 中醫師 考試 필기시험 합격자는 반드시 먼저 8개월간의 기초의학 훈련을 수련한 후에 10개월간의 임상진료수련을 받도록 하였음.
- 開業 中醫師에게는 현대의학에 대한 지식을 교육하여 그 소질을 높이기 위해 韓醫學 學術活動과 교육을 지속적으로 함.
- 1985년 6월 이후에는 中醫藥委員會가 부분적인 中醫學 中藥行政業務를 운영하였고, 1987년에 中醫學과 中藥 각 항의 행정사무와 연구 발전업무를 중의약위원회가 관장하게 되었으며, 동시에 「행정원 위생서 중의약위원회」가 설립되었음.

2) 中醫藥 學術水準의 向上

- 1974년부터 약용식물 분포조사, 육묘이식, 시험종 재배 등의 연구를 진행, 대만 특유 약용식물자원의 보호와 연구를 수행함.
- 중약시장을 관리하고 中醫藥 品質을 제고시키기 위해 중약재 품질의 관리, 기본적 감정과 표본품의 검사방법을 진행하였으며, 1985년도에 위탁으로 「중약재 감정연구」 등 8개항의 계획을 진행함.
- 中醫學情報網의 구축과 이의 활성화를 위하여 1990년부터 위탁 학술연구과제 외에 中醫學 文獻情報化의 연구를 진행하였고, 1992년부터 1996년까지 「中國醫藥文獻의 情報시스템網 總括」의 연구계획을 진행함으로써 中醫와 洋方의 一元化에 도움을 줌.

3) 中西醫 一元化 方案의 實現과 模型

- 臺灣의 醫療體系는 기본적으로 中醫學을 전공한 中醫師와 西洋醫學을 전공한 西醫師로 구분되는데 中醫學을 전공한 자에 한해서 西醫師 면허 취득 자격을 주어 ‘中西醫’가 되며 이와 같이 두 개의 면허를 소지하는 것이 가능함.
- ‘學士後 中醫學科’가 설치되어 있음.
- 私立中國醫藥大의 中醫學科의 학제는 7년으로 학생은 필수적으로 西醫學의 모든 학점을 이수해야하는 이외에 中醫學의 학점을 취득해야 하므로 졸업생은 모두 中醫師와 西醫師 이종의 증서를 소유함.
- 中·西醫 合作醫療센터로 臺灣中國醫藥 研究發展基金會와 대북시립 和平병원이 합작한 “中·西醫 治療 合作組” 및 榮民總 의원과 합작한 “中西醫 結合 實驗組”로 실행하고 있음.
- 공동훈련제도는 “레지던트 中·西醫 임상교육수련”제도로 中醫部와 西醫部를 교차하며 教育함으로써 相互醫學에 대한 이해와 協診가능성을 파악할 수 있음.

다. 北韓의 東·洋醫學의 結合 現況

1) 東醫學의 重要性和 必要性 認識

- 北韓은 1950년대에 이미 전통 東醫學의 필요성 인식, 민족 고유의 특색과 현실에 맞춰 국민 보건 체계 속에 전통 의학과 신의학이 함께 공존하는 목표를 수립하고 韓醫學 대신 東醫學이라는 명칭을 사용함.
- 北韓 醫療 體制의 특징은 “예방 위주의 의료 정책, 무상 치료제,

의사 담당구역제 등임.

- 東醫學 診療의 특성은 첫째, 쉽게 구득 가능한 풍부한 한약재 자원이 풍부 둘째, 치료 효과가 높고 부작용이 적음 셋째, 진료에 필요한 약재의 취급의 용이성이 있음.

2) 北韓의 醫療行政과 東·洋醫學 教育體系

- 北韓은 中央과 道에 高麗病院을 설치하고 시군 단위의 인민병원과 산업병원 그리고 里單位 人民病院 및 診療所에 고려의과를 두고 있으며 시·군 단위에 新藥局과 함께 고려 약국 및 약방을 운영
- 醫學 大學과 藥學 大學을 통해 高麗 醫師와 高麗 藥師를 양성하는 한편 과학원을 통해 고려 의학의 과학화와 체계화를 추진
- 현재 北韓에는 11개 醫學 大學에 東醫學部가 설치되어있고, 교육 기간은 의예과 1년을 포함한 5년임. 北韓에서 모든 의료인들은 공무원 신분이고 이들이 제공하는 서비스는 공무 집행이자 무상 조건임.

3) 北韓의 東·洋醫 協力體系

- 醫療 施設은 國有化되어 있기 때문에 의료전달체계는 상당히 체계화되어 있음. 1차 診療는 里單位의 診療所나 人民病院에서 행해지며, 2차 진료는 시·도 단위 인민병원(종합병원 수준)에서 수행함. 3차 진료는 각도의 병원인 醫學 大學病院에서 제공됨.
- 高麗醫學의 科學化와 體系化 등 일련의 연구 사업을 통해 일부나마 高麗醫藥의 성분과 藥理作用, 치료 효과를 규명해 넘으로써 나름대로 成果를 거둠.

라. 日本의 洋·漢方醫療協力 現況

1) 日本의 洋·漢方教育制度

- 1995 漢方醫學 교육을 실시하는 대학은 20개이며 이들 중 漢方醫學 강의를 필수과목으로 강의하고 있는 대학은 10개 대학임.
- 日本의 漢方醫學 교육은 과거에 비하면 漢方醫學에 관심을 갖는 대학이 점차 증가하는 추세이지만 아직까지는 中國이나 臺灣과 비교하면 미비한 수준임.

2) 漢方醫學의 研究現況

- 日本의 漢方醫學에 대한 기초연구는 藥學者들이 주도함.
 - 明治時代 이후, 生藥有效成分의 추출이 적극적으로 이루어졌음.
 - 漢方醫學에 관한 기초연구는 “漢方醫藥會”가 주최하는 학술총회가 중심임.
- 漢方醫學 臨床의 전통적 학술총회로서는 ‘日本 東洋 醫學會’가 주최하는 학술 총회가 중심이며 내과, 외과, 부인과 등 西醫學會의 漢方醫學部會가 설립되어 漢方醫學의 임상보고에 관한 연구를 발표함.

4. 洋·韓方 協診實態에 관한 分析

가. 洋·韓方 協診 實態調查의 背景 및 對象

- 實態調查의 目的은 89개의 洋·韓方協診수행 韓方病院을 대상으로 조사를 수행함으로써 協診 운영실태의 심층적 분석과 분석결과를

토대로 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 기초자료 확보

- 조사기간은 1999년 10월부터 12월까지 3개월에 걸쳐 전국의 協診 중인 89개 韓方病院을 대상으로 우편조사 실시

나. 設問應答 洋·韓方醫療機關의 一般的 事項

- 서울이 전체의 42.3%인 22개, 인천/경기 지역에 소재한 韓方病院은 21.2%인 11개소로써 수도권에 소재하고 있는 韓方病院의 비율은 63.5%(33개소)임.
- 地方에서는 광주/전남/전북에 11.5%(6개), 대구/경북소재가 9.6%(5개), 부산/경남지역과 대전/충남/충북지역이 각각 4개소였음.
- 醫療法人이 32.7%인 17개소로 가장 많았으며, 學校法人이 16개소(30.8%), 個人病院이 15개소(28.8%), 國公立病院이 3개(5.8%), 그리고 기타로 社會福祉法人이 1개소이었음.

다. 洋·韓方 協診 醫療機關의 醫療資源 現況

1) 韓方病院과 協診 洋方醫療機關의 病床數 分布

- 50개 이하의 病床보유 韓方病院의 비율은 19개소인 36.5%인데 비해 病床數 50개 이하의 洋方醫療機關은 23개소(63.9%)로 나타나 상대적으로 韓方醫療機關의 병상수가 많음.

2) 韓方病院과 協診 洋方醫療機關의 設置診療科 現況

- 韓方病院 診療科의 설치분포는 전체 52개 韓方病院 중 98.1%인 51개의 韓方病院에 내과가 있으며, 침구과 48개소(92.3%), 부인과 40개소(76.9%), 신경정신과 32개소(61.5%), 소아과 29개소(55.8%), 재

활의학과 28개소(53.8%), 안·이비인후과 25개소(48.1%)의 순서임.

- 韓方病院과 協診관계에 있는 洋方醫療機關의 진료과별 설치분포에 서는 내과가 88.0%로써 가장 높은 진료과목 設置率을 보였으며, 그 다음으로는 외과와 소아과가 48.0%, 이비인후과가 36.0%의 순서임.

3) 洋·韓方 協診 醫療機關의 醫療人力 現況

- 洋方醫療機關의 醫療人力 現況
 - 平均醫師數는 50病床以下에서 1.9명, 151病床以上에서 52.3명임.
 - 平均看護師數는 50病床以下에서 3.1명, 151病床以上에서 188.9명임.
 - 專攻修鍊醫는 모두 151개 以上 病床數 규모에서 근무함.
 - 行政管理, 의무기록사를 제외한 평균 인원규모는 國公立病院, 學校法人, 醫療法人, 個人病院 순서로 나타났음.
- 韓方病院의 診療科別 韓醫師人力 現況
 - 내과근무인원이 평균 2.35명으로 가장 많았으며, 침구과(1.38명)부인과(1.05명), 재활의학과(1.04명), 안·이비인후과(0.92명)의 순서임.
 - 學校法人에 평균 1.58명이 근무하며, 國公立病院이 1.1명, 의료법인이 0.94명 그리고 개인병원에서는 0.84명이 근무함.
 - 韓醫師의 多頻度診療科는 내과가 평균 2.35명이고, 침구과가 2.38명, 부인과가 1.05명, 재활의학과가 1.04명의 순서임.

라. 洋·韓方 醫療協診 實態分析

1) 韓方病院의 洋·韓方 醫療協診 動機 및 運營現況

- 洋·韓方 醫療協診을 실시하게 된 계기로 ‘治療 效率性的 提高’라고

응답한 韓方病院이 26개소(55.0%)로 가장 높았고, ‘환자에게 양질의 진료혜택 제공’으로 응답한 韓方病院은 13개소(27.7%)인 것으로 나타났으며, 그 외에는 연구목적(12.8%), 기타(4.3%)로 나타남.

- 韓方病院과 洋方醫療機關의 공간적 분리 현황
 - 조사대상 韓方病院 중 57.7%인 30개소가 洋方醫療機關이 韓方病院과 별도로 독립되어 운영되고 있다고 응답하였음.
 - 57.7~75.0%의 韓方病院에서 洋方醫療機關은 韓方病院과 독립된 별도의 건물을 사용한다고 응답하였음.
- 初診患者의 檢診 現況
 - 初診患者의 檢診은 총 50개 韓方病院들 중 24.0%인 12개 병원이 ‘한방에서 담당하고 있다’고 응답, ‘양방에서 담당하고 있다’고 응답한 韓方病院은 8.0%인 4개임. 특정하게 검진을 韓方과 洋方으로 분리하지 않고 洋·韓方 부문에서 동시에 실시하고 있다고 응답한 韓方病院은 34개(68.0%)임.
- 醫療保險의 分離 請求 現況
 - 응답병원의 11.9%인 5개 병원이 ‘별도로 분리하여 청구하지 않는다’고 응답하였으며 88.1%인 37개 병원이 분리 적용한다고 응답함.
- 患者診療記錄紙 作成 現況
 - 총 42개 韓方病院 중 동일한 診療記錄紙 사용병원은 20%인 7개이고 나머지는 별도로 작성한다고 응답함.
- 臨床統計 資料의 生産 現況
 - 臨床統計 資料의 生産有無에서 무응답 4개를 제외한 총 48개 韓方病院중에서 協診關聯 臨床統計를 생산하지 않는다는 응답이 64.6%인 31개소였으며 協診關聯 臨床統計를 생산하는 韓方病院

은 35.4%에 해당하는 17개소임.

- 醫療協診 委員會, 組織의 設置 現況
 - 洋·韓方 醫療協診을 위해 별도의 組織, 委員會가 병원내에 설치되어있는 韓方病院은 전체 응답병원의 38.8%인 19개인 것으로 조사됨. 病床 규모가 증가할수록 協診關聯 機構 및 組織을 운영하고 있는 병원의 비율이 높아짐.
- 洋·韓方 綜合檢診센터 設置 現況
 - 洋·韓方 綜合檢診센터가 설치된 병원은 전체 응답 韓方病院중 56.9%인 29개이며, 病床數 51~100개 규모의 병원과 病床數 151개 이상의 병원에 개설되어 있는 韓方病院은 각각 68.0%와 100.0%임.

2) 洋·韓方 檢診科目 및 診療分野 現況

- 初診患者의 檢診科目 開設 現況
 - 初診患者의 檢査를 洋方醫療機關 혹은 洋·韓方病院에서 수행하는 경우에 洋方科目들 중에서 다검진빈도는 당뇨검사, 요 검사, 흉부 X-ray검사가 97.0%, 일반혈액 검사, 간기능 검사가 95.0%를 차지하였고, 다음으로 심전도검사(92.0%), 이학적 검사(90.0%)등의 순서임.
 - 初診患者의 검사를 韓方病院 혹은 洋·韓方病院에서 모두 검진을 하는 경우에 한방검진과목은 중풍검진이 92.0%, 갱년기 검진(75.0%), 중풍후유증검진(58.0%)의 순서임.
- 洋·韓方 協診 診療分野 現況
 - 전체 52개 韓方病院중에서 洋方檢診科目 중 X-ray검사의 수행이 100.0%인 52개이고, 洋藥投與가 92.3%인 48개, Lab 검사가 90.4%인 47개, 특수촬영이 76.9%인 40개 그리고 응급실 관리가

48.1%인 25개 韓方病院에서만 수행

- 韓方檢診科目의 平均頻度는 부항요법, 뜸요법 및 한약투여의 경우는 52개 韓方病院 모두가 수행, 다음으로 추나요법(71.2%), 메리디안(69.2%), 향기치료(53.8%) 그리고 홍채(19.2%)의 순서임.

3) 患者 診療實績

- 1998년도 洋·韓方協診 韓方病院의 평균 진료실적은 내과(외래: 17,403건, 입원: 3,964건), 침구과(외래: 14,737, 입원: 1,256건), 한방재활의학과(외래: 6,679건, 입원: 1,319건), 안·이비인후과(외래: 5,219건, 입원: 783건), 신경정신과(외래: 5,219건, 입원: 784건)등의 순서임.
- 1998년도 平均 診療依賴實績에서는 내과(외래: 4,786건, 입원: 1,694건), 정형외과(외래: 1,451건, 입원: 104건), 일반외과(외래: 994건, 입원: 93건), 산부인과(외래: 908건, 입원: 23건)등이었음.

4) 疾患別 診療頻度

- 韓方 入院患者들의 상병별 진료실적(각 5점 만점)은 뇌졸중(4.56점), 중풍후유증(3.86점), 요통(3.96점), 중풍전조증(3.60점), 관절통(3.30점)의 순서임.
- 韓方 外來患者들의 상병별 진료실적은 요통(4.16점), 요각통(3.98점), 관절통(3.90점), 한성견비통(3.65점), 기타하지병(3.08점)의 순서임.

5) 疾患別 治療效果

- 協診治療의 效果性은 뇌혈관계 질환(4.45점), 순환기계 질환(3.78점), 근골격계 질환(3.70점), 신경정신계 질환(3.55점), 소화기계 질

환(3.42점), 부인과 질환(3.37점)의 순서로 나타났음.

6) 洋·韓方 醫療協診에 관한 制度的 改善事項 評價

- 현 醫療制度들 중에서 洋·韓方 協診體系를 活性化시키기 위하여 개선되어야 할 필요성을 평가한 결과, 개선의 필요성이 높은 項目의 순서는 ‘의료제도상 한방물리치료가 醫療保險에 非適用되는 제도’가 4.62점, ‘協診體系를 뒷받침할 수 있는 연구와 교육미비’가 4.27점, ‘韓醫師에게 의료기사 지휘권이 부여되어 있지 않음’이 4.23점 등의 順이었으며 ‘入·退院時 별도의 절차가 필요하다’는 3.43점으로 9개 項目 중에서는 우선순위가 상대적으로 가장 낮았음.

마. 洋·韓方 醫療協診 類型 分析

1) 醫療協診 類型

- 協診類型 1과 協診類型 2는 診斷과 치료상의 協診類型으로 協診에 있어서 診斷과 治療를 분리하여 각 領域을 洋·韓方에서 분담
 - 協診類型 1은 환자가 진찰을 받으러오는 경우에 양방에서 우선적으로 정밀진단을 하고 한방에서 치료하는 ‘洋診韓治’의 유형임.
 - 協診類型 2는 반대로 한방에서 정밀진단을 실시한 후 양방에서 치료를 수행하는 ‘韓診洋治’의 경우임.
- 協診類型 3~4는 協診類型 1과 2와 달리 환자의 진단과정에서도 協診이 병행되며, 치료에서는 洋·韓方의 協診 診療가 순차적으로 진행됨.
 - 協診類型 3은 洋方과 韓方에서 정밀진단을 병행한 다음 洋方部門에서 일차적으로 환자치료를 수행한 후 결과를 판단하여 韓方に

게 환자를 의뢰, 치료를 하는 協診類型임.

- 協診類型 4는 반대로 일차적으로 韓方에서 치료를 한 후 환자의 경과를 보아 洋方에게 추가적 치료를 의뢰하여 수행하는 協診形態임.
- 協診類型 5는 韓方과 洋方이 정밀진단을 수행한 후에 병행하거나 교차하면서 치료를 수행해 가는 協診類型을 나타낸 것임.

2) 疾患別 醫療協診 類型適用 現況

- 洋·韓方 醫療協診 유형적용 현황은 類型 5가 34.5%로 가장 많았으며, 類型 4(27.1%), 類型 1(16.3%), 類型 3(10.3%), 類型 6(7.4%), 類型 2(4.4%)의 순서임.
- 각 疾患群別로 적용되고 있는 協診類型
 - 協診類型 5가 가장 많이 적용되는 疾患群은 뇌혈관계 질환(44.7%), 근골격계 질환(35.1%), 신경정신계 질환(34.5%), 순환기계 질환(36.4%)임.
 - 協診類型 4가 많이 적용되는 疾患은 소화기계 질환(30.3%) 및 부인과 질환(30.3%)임.
 - 뇌혈관계 질환에 대한 醫療協診은 類型 5(44.7%), 類型 3(21.1%), 類型 4(21.1%)의 비율로 시행되고 있음.
 - 근골격계 질환에 대해 醫療協診은 類型 5(35.1%), 類型 4(29.7%), 類型 3(13.5%)의 순서대로 나타났음.
 - 소화기계 질환에 대한 醫療協診은 協診類型 4는 30.3%, 協診類型 5의 채택비율이 27.3%로 높게 나타남.
 - 신경정신계 질환에서는 協診類型 5가 34.5%로 가장 높으며, 協診類型 4와 1을 택한 비율은 각각 27.6%와 24.1%인 것으로 나타

났음.

- 순환기계 질환에서는 協診類型 5가 36.4%(12개)인 것으로 나타났으며, 協診類型 4를 택한 병원이 24.2%(8개)임.
- 부인과 질환에서는 協診類型 4가 전체의 30.3%이었으며, 協診類型 1과 5를 택한 병원이 각각 27.3%이었음.

바. 洋·韓方 醫療協診 綜合評價

1) 洋·韓方 協診과 病院經營과의 關係分析

- 洋·韓方 協診의 시행이 病院經營 項目(收益性, 病院運營, 患者滿足度)에 미치는 영향력에서 ‘患者滿足度’가 4.38로 가장 높았으며, ‘病院運營’과 ‘收益性’이 각각 4.02, 3.72점을 나타냈음.
- 洋·韓方協診이 病院經營에 미치는 영향정도를 병상별로 분석한 결과 모든 병상에서 ‘患者滿足度’의 점수가 가장 높았으며, 101~150 병상을 제외한 모든 병상에서 ‘病院運營’에 많은 영향을 미침.
- 洋·韓方協診이 病院經營에 미치는 影響程度를 병원형태별로 분석을 실시한 결과 모든 병원형태에서 ‘患者滿足度’, ‘病院運營’, ‘收益性’의 순서임.

2) 病院經營에 影響을 미치는 要因에 대한 分析

- 洋·韓方 協診機構가 설치된 병원은 그렇지 않은 병원보다 患者滿足도와 收益性, 病院運營측면에서 모두 높은 결과를 나타냄.
 - 綜合檢診센터를 설치한 병원이 그렇지 않은 병원보다 患者滿足도와 收益性에서는 높은 반면 病院運營측면에서는 낮는데, 이는 추가적인 인력과 장비의 투입 때문임.

- 洋·韓方醫療保險을 분리적용 하는 병원이 그렇지 않은 병원보다 患者滿足度, 病院運營, 收益性 등 모든 측면에서 낮음.

3) 各 疾患別 治療效果性에 影響을 미치는 要因에 대한 分析

- 臨床統計를 생산하는 병원이 그렇지 않은 병원보다 모든 질환별로 치료효과가 높은 것으로 나타났으며, 그 중에서 뇌혈관계(4.46점), 순환기계(4.06점)의 順이었음.
- 洋·韓方協診과 관련한 별도의 기구가 존재하는 韓方病院이 그렇지 않은 韓方病院과 비교하여 모든 질환에서 높은 치료효과를 나타냈음. 그 중 뇌혈관계(4.44점), 순환기계(4.00점), 근골격계(3.84점)의 순서로 치료효과가 높음.

5. 結論 및 政策提言

- 韓國이 洋·韓方 協診을 통하여 의료서비스의 質 향상과 의료서비스공급의 효율성을 제고할 수 있는 可能性은 이미 오래전부터 中西醫結合을 적극 추진하고 있는 中國과 비교하여도 충분한데, 그 이유는 이미 선진화된 洋方醫療技術과 고유의 韓方醫學이 고루 발달되어 있기 때문임.
- 洋·韓方 協診이 원활히 발전적으로 活性化되기 위해서는 社會的, 法·制度的 여건이 중요한 문제인 만큼 이를 조기에 파악하여 개선해 나가는 것이 가장 선행되어야 할 것임.
- 본 研究에서 수행한 洋·韓方協診 實態調査를 통하여 파악·분석한 결과를 토대로 다음과 같은 政策代案의 제안이 가능할 것임.

- 첫째, 洋·韓方協診의 프로토콜이 개발되어야 함. 그러나 그 개발에 있어서 대상 질환의 선정이 선행되어야 하는데 근골격계 질환과 뇌졸중 등과 같이 가장 이용빈도가 높은 질환부터 시작하여 다른 질환으로 그 범위를 확대해 나가야 할 것임.
- 둘째, 洋·韓方協診과 관련한 臨床統計의 생산을 위한 제도적 장치가 마련되어야 함. 臨床統計의 생산은 기초적인 임상연구결과 발표를 통해 安定性, 有效性 등을 인정받기 위한 필수적인 과정임.
- 셋째, 洋·韓方協診을 실시하는 醫療機關내에 協診과 관련한 組織이나 委員會를 설치·운영할 필요성이 있음. 환자에 대하여 協診方法의 決定, 協診診療팀의 구성, 協診過程에서의 치료효과 관찰, 協診關聯 臨床資料의 정리 등을 수행한 조직을 병원내 두어야 할 것이고, 이에 대한 運營模型을 政府次元에서 開發·擴散시켜야 함.
- 넷째, 향후 자신에게 발생할 질병에 대해서 적극적으로 예방하고자 하는 예방검진서비스의 수요가 점차적으로 증대되므로 洋·韓方 綜合檢診을 醫療保險 健康檢診事業에 추가할 필요성이 있음.
- 다섯째, 洋·韓方協診과 관련하여 환자의 편의 증진과 원무행정의 효율성 제고를 위해 洋·韓方協診과 관련한 진료수속절차 및 환자의 診療費 수납절차 등에 대한 개선이 필요함.

I. 序 論

1. 研究의 必要性 및 目的

지난 20세기초 서양의학의 일방적 수용과 한의학에 대한 차별정책으로 인하여 한 때 위축되었던 한방의료가 해방후 한의대의 설립과 한방의료에 대한 지속적인 수요증가로 오늘에 이르러서는 양방의료와 함께 우리나라 보건의료공급체계의 양대 축을 형성하는 위치로 성장하기에 이르렀다.

이와 함께 1990년대에 들면서 양방과 한방간의 협진에 대한 관심이 급속히 확산되기 시작했다. 이와 같이 洋·韓方 協診에 대한 관심이 대두된 배경에는 여러 가지 사회적 요인이 관련되어 있다. 그 요인으로 첫째, 국민들이 양방과 한방의료를 불필요하게 중복적으로 이용함으로써 발생하는 이중적인 의료비 부담과 국가 의료자원 활용의 비효율성을 제거해야 할 필요성이 점차 증대되어 왔다는 점을 들 수 있다. 즉, 양방과 한방이 각자 독자적인 의료체계로 발전해 오면서 양자간의 상호보완을 통한 보건의료공급체계의 효율화라는 국가 정책적 필요성이 대두되었다.

둘째, 세계적인 인구고령화 추세에 따라 만성퇴행성 질환 및 난치성질환이 급속히 증가하고 있다. 이러한 질환들은 아직까지 현대 서양의학으로는 효과적인 치료법이 개발되지 않은 질환들로서 이들 질환에 대한 치료법의 개발은 국가 경제적인 측면에서 막대한 부가가치를 생산할 수 있다는 점에서 선진국에서도 이들 질환에 대한 치료법 및 신약 개발을 위해 엄청난 R&D 투자를 하고 있다.

이러한 측면에서 우리나라 洋·韓方 協診은 새로운 치료법 및 신약 개발을 위한 선진국과의 경쟁에서 유리한 위치를 점할 수 있는 가능성을 제시해 주고 있다. 이미 오랜 역사를 두고 임상적 유효성이 검증된 한의학의 치료법과 한약을 가지고 있다는 것은 선진국에 비해 우리만이 가진 귀중한 자산이라 할 수 있다. 이러한 치료법과 한약들을 현대 의과학과 접목할 경우 만성퇴행성 질환과 난치성 질환에 대한 치료법이나 신약을 개발할 가능성이 그 만큼 높다는 것이다. 이러한 측면에서 洋·韓方 協診에 대한 사회적 관심이 고조되고 있으며 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 정책개발이 국가적 과제로 대두되고 있다.

셋째, 1990년대 후반의 한방병원의 급속한 증가를 들 수 있다. 한방병원의 경우 내원환자에 대한 응급환자 여부 판단 및 응급처치, 각종 검사나 진단을 위하여 별도의 양방의료기관을 설립·운영하는 것이 일반적인 추세인데, 아직까지 초보적인 형태의 협진, 소위 「洋診韓治」의 수준을 크게 벗어나지 못하고 있기는 하지만 이러한 한방병원이 급속히 증가하면서 洋·韓方 協診의 움직임이 본격화되기 시작했다고 할 수 있다.

마지막으로 1990년대 중반 이후 표출되고 있는 의료계와 한의계간의 갈등은 양 의료계간의 상호이해와 협조가 절실하다는 인식을 국민들에게 심어주는 계기가 되었으며, 이에 따라 양방과 한방의 협조와 협진에 대한 정부차원에서의 관심이 점차 증대되고 있다.

이와 같은 배경하에 시작된 洋·韓方 協診은 여러 측면에서 긍정적인 효과를 가져올 것으로 기대되고 있다. 한의학은 질병에 대한 주관적 이론체계와 검증방법 등과 같은 한계점을 지니고 있는 반면 이는 서양의학에서의 객관적 이론체계로써 보완이 가능하다. 반대로 서양의학의 육체적 질병관과 기계론적 접근방법 등의 한계를 한의학의 전인적인 질병관과 이론체계로 상호 보완함으로써 보다 효율적이고 정

확한 진단과 치료가 가능하게 될 것이다.

이와 같은 洋·韓方 協診을 통해 의료서비스공급자 측에서는 보다 정확한 진단과 적절한 치료방법의 개발이 가능하게 되며 이를 통한 치료효과의 극대화가 가능할 것이다. 또한 병원경영과 환자만족도 등에 있어서도 긍정적인 효과를 기대할 수 있다. 환자측면에서는 기존의 양방 및 한방에서 병행해서 진단과 치료를 받던 불편함과 시간적 낭비를 최소화할 수 있게 되며, 질환의 치료가능성에 대한 기대감을 높임으로써 심적 안정을 찾을 수 있을 것이다.

또한 洋·韓方 協診을 통해 다양한 신약개발의 idea pool이 확보될 수 있으며 점증되고 있는 만성·악성·퇴행성 질환에 대한 효과적 치료법이 개발될 수도 있을 것이다.

그러나 이와 같이 洋·韓方 協診의 필요성은 널리 인식되고 있으나 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 제도적 인프라 구축 등 정책적인 지원이 미흡할 뿐 아니라 양·한방협진에 대한 임상연구나 정책연구도 매우 부족한 실정이다.

중국의 경우는 이미 오래 전부터 中西醫 結合이라는 이념하에 중서 결합의사의 양성, 중서의결합 병원의 설립·운영, 현대의과학적 이론에 입각한 중약제제의 개발 지원 등 정책적 지원을 아끼지 않고 있다.

따라서 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 체계적인 연구가 광범위하게 이루어져야 할 것이며, 이러한 측면에서 본 연구에서는 현재 전국에서 洋·韓方 協診을 실시하고 있는 한방병원에 대한 일반적 사항과 의료자원에 대한 분석뿐만 아니라 이들 한방병원에서 실시되고 있는 洋·韓方 協診의 실태와 진료과목별로 가장 일반적으로 실시되고 있는 협진의 모형을 파악하고자 하였다. 이러한 실태파악 연구는 향후 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 정책개발의 가장 기본적인 자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

2. 研究의 方法 및 內容

본 연구를 위해 1999년 10월 현재 전국의 洋·韓方 協診 실시 한방 병원 89개를 대상으로 2개월간 우편설문과 방문수거를 통하여 총 52개의 설문지를 수집하였으며, 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 洋·韓方 協診을 실시하고 있는 한방병원들의 기초적인 비교 자료를 획득하기 위해서 洋·韓方 協診을 수행하는 한방병원에 대한 병원형태, 양방진료부서, 협진양방병원의 설립형태 등과 같은 일반적인 사항과 협진수행 한방병원의 병상수나 인력현황 등의 의료자원을 파악하였다.

둘째, 한방병원에서 현재 수행하고 있는 협진실태를 파악하기 위해서 양·한방검진과목, 진료실적, 진료빈도 자료를 수집하였고 洋·韓方 協診을 보다 원활히 시행하기 위해서 개선되어야할 법적·제도적 개선사항을 파악하였다.

셋째, 가장 이상적인 협진모형을 개발하기 위하여 질환분야별로 가장 많이 수행되어지는 협진유형을 분류하여 파악하였으며, 이를 세분화하여 병상규모와 병원형태를 기준으로 추가분석을 실시하였다.

마지막으로 협진과 병원경영간의 상관관계를 파악하기 위하여 한방병원에서 생산하는 협진기구, 임상통계, 검진센터 등의 유무가 병원수익성과 환자만족도에 미치는 영향을 파악하였다.

본 연구의 내용은 서론에 이어 제2장에서는 양방 및 한방의료기관에서의 의료자원과 이용실태 그리고 협진의 필요성 등에 대한 환경분석을 실시하였으며, 제3장에서는 외국에서 수행되어지고 있는 협진과 관련한 발전과정, 정책지원, 협진모형 등을 중국, 대만, 북한, 일본 등의 동양 4개국에 대한 사례를 파악하였다.

제4장에서는 한방병원에서 수행중인 洋·韓方 協診의 실태파악과 이

상적인 협진모형의 개발을 위해서 수거설문지의 분석결과를 분석 및 정리하였다.

그리고 마지막 장에서는 위의 각 장에서 환경분석과 외국사례 그리고 설문 분석된 결과를 토대로 한방병원 자체에서 수행하여야할 개선 방향과 정부의 의료지원정책 측면에서 분석·제시하였다.

Ⅱ. 洋·韓方 醫療機關의 資源現況 및 協診實態

1. 洋·韓方 醫療機關과 人力 現況

가. 洋方 및 韓方 病·醫院 現況

다음의 <表 Ⅱ-1>에서는 지역별 및 의료기관종별 병원현황이 나타나 있다. 양방의료기관들 중에서는 종합병원, 병원, 의원 등 모두에서 서울이 가장 높은 구성비율을 차지하고 있으며 그 다음으로 경기, 부산의 순서이다. 한방의료기관중 한방병원의 경우에 서울(23.1%)이 가장 많으며 대구와 경기가 같은 10.0%를 차지하고 있어서 타 의료기관과 달리 대구에 많은 한방병원이 소재하고 있으며, 한방의원은 서울(31.5%), 경기(13.6%), 부산(9.4%)의 순으로써 상대적으로 서울의 비율이 상당히 높은 것을 알 수 있다. 한방병원을 제외한 모든 의료기관에서 서울 경기, 부산의 순으로 의료기관이 많이 소재하고 있었지만, 서울에 밀집해 있는 정도에 있어서는 한방병원(23.1%)이 양방종합병원(20.0%)과 양방병원(19.3%)보다 높으며, 韓醫院(31.5%)도 양방의원(26.3%)보다 그 비율이 높았다.

<表 II- 1> 地域別 및 醫療機關種別 病院現況(1998년)

구 분	양방병·의원			한방병·의원		합 계
	종합병원	병 원	의 원	한방병원 ¹⁾	한의원	
서 울	51(20.0)	100(19.3)	4,482(26.3)	30(23.1)	2075(31.5)	6,738(27.5)
부 산	25(9.8)	51(9.9)	1,483(8.7)	12(9.2)	620(9.4)	2,191(8.9)
대 구	13(5.1)	26(5.0)	1,004(5.9)	13(10.0)	494(7.5)	1,550(6.3)
인 천	12(4.7)	14(2.7)	895(5.3)	9(6.9)	266(4.0)	1,196(4.9)
광 주	10(3.9)	22(4.3)	548(3.2)	5(3.8)	98(1.5)	683(2.8)
대 전	7(2.7)	12(2.3)	640(3.8)	5(3.8)	243(3.7)	907(3.7)
울 산	5(2.0)	15(2.9)	353(2.1)	1(0.8)	145(2.2)	519(2.1)
경 기	34(13.3)	83(16.1)	2,949(17.3)	13(10.0)	896(13.6)	3,975(16.2)
강 원	15(5.9)	18(3.5)	455(2.7)	3(2.3)	163(2.5)	654(2.7)
충 북	11(4.3)	14(2.7)	511(3.0)	4(3.1)	191(2.9)	731(3.0)
충 남	10(3.9)	21(4.1)	604(3.5)	3(2.3)	217(3.3)	855(3.5)
전 북	9(3.5)	32(6.2)	743(4.4)	7(5.4)	263(4.0)	1,054(4.3)
전 남	17(6.7)	27(5.2)	608(3.6)	8(6.2)	141(2.1)	801(3.3)
경 북	15(5.9)	25(4.8)	711(4.2)	12(9.2)	344(5.2)	1,107(4.5)
경 남	16(6.3)	57(11.0)	875(5.1)	4(3.1)	385(5.9)	1,337(5.5)
제 주	5(2.0)	-	180(1.1)	1(0.8)	49(0.7)	235(1.0)
합 계	255(100)	517(100)	17,041(100)	130(100)	6590(100)	24,533(100)

註: 1) 1999년 12월 현재

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

한방병원협회 내부자료.

종합병원과 일반병원을 포함한 양방병원수 그리고 한방병원에 대한 연도별 병원수와 그 증가율이 <表 II-2>에 나타나있다. 양방종합병원의 경우에는 1980년도에 82개소였던 것이 1985년까지 123%의 급격한 증가를 하면서 183개가 되었고, 그 이후로는 점차 그 증가율이 감소하여 1995년에서 1998년까지는 오히려 266개소에서 255개소로 -4.1%의 감소율을 나타내었다. 양방병원의 경우에는 1980년도에 240여 개

이던 병원수가 1985년에 32.1% 증가하여 317개가 되었고, 그 이후에도 1998년까지 약 20%대의 완만한 증가율을 나타내며 1998년도 현재 517개가 되었다. 이와 같이 양방종합병원의 최근에의 감소와 양방병원의 완만한 증가와 비교하면 상대적으로 한방병원이 급격한 증가를 하였는데, 1980년에 11개였던 한방병원수가 그 이후에 꾸준한 증가를 기록하면서 모든 병원들의 감소율이 둔화되었던 1995년에서 1998년까지에도 45.0%의 증가율을 나타내었다(圖 II-1 참조).

이러한 한방병원의 급격한 증가는 양방병원과 한방병원의 비율로써 확인할 수 있는데 1980년도에 양방병원 322개, 한방병원 11개으로써 29.3:1이었던 것이 1990년도에는 각각 556개와 33개으로써 16.8:1로 감소하게 되었으며 그 이후에도 양방병원과 비교하여 급격한 증가를 보인 한방병원의 영향으로 1998년에는 각각 772개와 107개로 7.2:1로 한방병원 대비 양방병원의 비율이 감소하게 되었다.

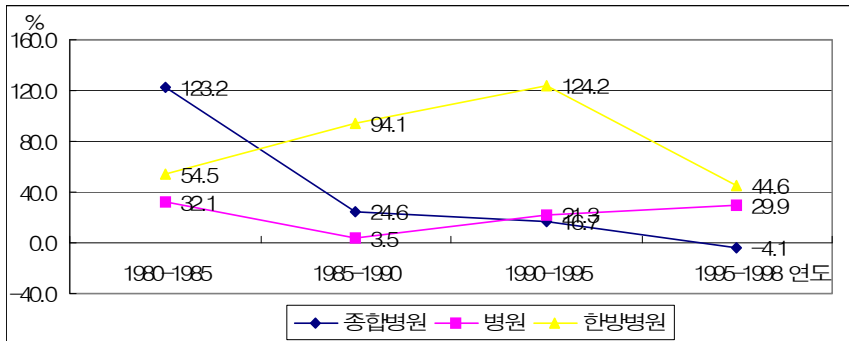
〈表 II- 2〉 洋方病院과 韓方病院의 增加推移

(단위: 개, %)

연 도	양방병원		한방병원(C)	(A+B)/C
	종합병원(A)	병원(B)		
1980	82	240	11	29.3
1985	183	317	17	29.4
1990	228	328	33	16.8
1995	266	398	74	9.0
1998	255	517	107	7.2

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

[圖 II- 1] 洋方病院과 韓方病院의 年度別 增減率



註: n-5년도 대비 n년도 증가율임(단 1995년부터 1998년까지는 3년간의 평균 증가율).

양방의원과 한방의원에서의 연도별 의원수를 보면 양방의원의 경우 1980년도와 비교하여 1985년도까지 27.2%의 증가, 그 이후에도 35.5%(1990년), 31.2%(1995년) 그리고 1998년에 18.8% 증가한 17,041개였다. 한방의원의 경우도 마찬가지로 1980년에 2,317개였던 한방의원의 수가 1985년에 19.7%가 증가한 2,774개가 되었고 그 이후로 57.2%(1990년), 35.9%(1995년) 그리고 1998년에 11.2%가 늘어난 6,590개가 되었다(圖 II-2 참조). 양방의원과 한방의원의 구성비율을 보면 약간의 변동이 있기는 했지만 1980년도부터 1998년까지 대략 2.41:1에서 2.9:1사이에서 증감을 지속하고 있음을 알 수 있다(表 II-3 참조).

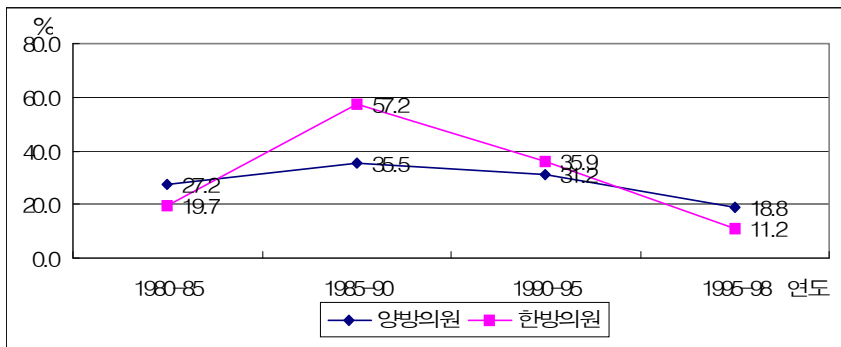
〈表 II-3〉 洋方醫院과 韓方醫院의 增加推移

(단위: 개, %)

연 도	양방의원(A)	한방의원(B)	A/B
1980	6,344	2,317	2.74
1985	8,069	2,774	2.90
1990	10,935	4,361	2.50
1995	14,343	5,928	2.41
1998	17,041	6,590	2.58

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

[圖 II-2] 洋方醫院과 韓方醫院의 年度別 增減率



註: n-5년도 대비 n년도 증가율임(단 1995년부터 1998년까지는 3년간의 평균 증가율).

나. 洋方 과 韓方病·醫院의 病床數 現況

지역별 및 의료기관종별 병상수에서 양방의료기관의 경우 종합병원에서 서울이 28,419개로 가장 많고 그 다음으로 경기(11,073개), 부산(10,554개)의 순서이나, 병원급은 경남이 9,641개로서 오히려 경기(8,076개)와 서울(7,776개)보다 많다. 의원급의 경우 경기도가 12,902개

로써 가장 많으며 그 다음으로 서울(9,447개)과 인천(4,295개)의 순서였다. 양방의료기관의 경우에 병상수가 종합병원에서는 서울이, 병원급에서는 경남, 그리고 의원급에서는 경기지역에 가장 높은 비율을 보이고 있다.

다음으로 한방의료기관의 경우 병원급의 병상수도에서 역시 서울이 가장 많은 1,690개였으며 그 다음으로 경기(639개), 대구(649개)의 순서였으며, 양방의원과 달리 한방의원의 경우 한방의 치료방법의 특성상 상대적으로 병상수가 한의원의 수에 비하여 소규모인 것을 알 수 있다(表 II-4 참조).

〈表 II- 4〉 地域別 및 醫療機關種別 病床數 現況(1998年)

구 분	양방병·의원			한방병·의원		합 계
	종합병원	병 원	의 원	한방병원	한의원	
서 울	28,419	7,776	9,447	1,690	112	47,444
부 산	10,554	5,247	3,651	458	54	19,964
대 구	6,015	2,006	2,420	649	-	10,441
인 천	5,239	1,224	4,275	352	-	10,738
광 주	3,641	1,451	1,452	370	14	6,544
대 전	3,632	1,167	2,350	235	-	7,149
울 산	1,511	1,307	964	32	-	3,782
경 기	11,073	8,076	12,902	639	10	32,051
강 원	5,377	1,961	2,235	109	20	9,573
충 북	3,382	1,215	2,315	140	-	6,912
충 남	3,443	1,848	3,940	81	1	9,231
전 북	3,914	2,766	3,627	451	-	10,307
전 남	3,830	2,929	1,906	241	14	8,665
경 북	5,127	3,741	2,129	430	-	10,997
경 남	4,777	9,641	2,478	75	-	16,896
제 주	1,203	-	572	-	-	1,775
합 계	101,137	52,355	56,663	5,952	225	210,155

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

양방의료기관에서 병상1개당 인구수는 종합병원의 경우 1980년 1,875명에서 1998년 459명으로 감소하였으며, 병원급은 1980년에서 1990년까지는 거의 변동이 없었으나 1990년이후 병상당 인구수의 급격한 감소를 나타내며 1998년에는 887명이 되었다. 한의원급에서는 1980년 병상1개당 인구수가 552,521명이던 것이 1990년에는 급격한 증가를 보이며 3,062,071명이 되었고 이후 한의원 병상수의 증가로 인하여 1998년 현재 206,355명이 되었다(表 II-5 참조).

〈表 II- 5〉 洋方 및 韓方醫療機關의 病床 1個當 人口數

(단위: 명, %)

구 분	양방병·의원			한방병·의원	
	종합병원	병 원	의 원	한방병원	한의원
1980	1,875	2,208	1,532	96,030	552,521
1985	826(-55.9)	2,271(2.9)	1,710(11.6)	68,466(-28.8)	1,943,142(251.7)
1990	643(-22.1)	2,206(-2.9)	1,299(-24.0)	33,596(-50.9)	3,062,071(57.6)
1995	465(-27.7)	1,349(-38.8)	1,011(-22.2)	12,891(-61.6)	268,410(-91.2)
1998	459(-1.3)	887(-34.2)	834(-17.5)	7,800(-39.4)	206,355(-23.1)

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

다. 醫師와 韓醫師의 人力現況

<表 II-6>에서는 의사 및 한의사의 인력현황과 그 구성비율이 나타나 있다. 1990년도의 면허 의사수는 42,458명 이었으며 매년 평균 11.4%의 증가율을 보이며 1998년에는 65,432명이 되었고, 한의사의 경우 1990년 5,701명을 기준으로 매년 평균 9.23%의 증가율을 보이며 1998년 현재 9,914명이 되었다. 2년간 지속적으로 10%대의 증가율을 보이다가 1996년부터 1998년까지 낮은 증가율을 보인 것은 1997년 의사면허시험에 8명만이 응시하여 4명이 합격함으로써 평균증가율을 감소시키는 요인으로 작용하였다. 이는 의사와 한의사의 구성비율로도

알 수 있는데 1990년도 이후 계속 감소하던 의사의 비율이 1998년에 다시 소폭 증가한 것을 확인할 수 있다.

<表 II- 6> 醫師 및 韓醫師 人力 現況(1998年)

연 도	(단위: 명, %)		
	의사(A) ¹⁾	한 의사(B) ¹⁾	A / B
1990	42,458	5,701	7.45
1992	48,295(13.7) ²⁾	6,748(18.3)	7.16
1994	54,314(12.4)	8,090(19.9)	6.71
1996	59,307(9.2)	9,210(13.8)	6.44
1998	65,431(10.3)	9,914(7.6)	6.60

註: 1) 면허등록 의사 및 한 의사이며, 한 지 의사 및 한 지 한 의사 제외함.

2) n-2년도 대비 n년도 증가율임.

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

<表 II-7>에서는 의료기관종별 의료인력 분포현황으로써 양방의료 기관중에서는 종합병원에 25,866명의 의사가 있으며, 병원과 의원급에 각각 3,376명과 18,793명이 근무하고 있고 한 의사도 종합병원에 7명, 병원에 30명이 있다. 한방의료기관의 경우에 병원급에서는 한 의사가 872명이 한 의원에는 6,778명이 근무하고 있으며, 한방병원에도 의사가 44명, 한 의원에 69명이 각각 근무하고 있다.

<表 II- 7> 醫療機關種別 醫療人力 分布現況(1998年)

구 분	양방병·의원			한방병·의원		합 계
	종합병원	병 원	의 원	한방병원	한의원	
의 사	25,866	3,376	18,793	44	69	48,148
한 의사	9	30	-	872	6,779	7,690
합 계	25,875	3,406	18,793	916	6,848	55,838

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

의사와 한 의사수의 연도별증가와 성별구성비율을 <表 II-8>에서 도

표화하였다. 의사수는 1980년에 22,564명에서 1985년 29,596명으로서 31.3%의 증가를 나타내었고, 1990년 43.1%, 1995년 34.3%로 지속적으로 증가하였으며, 한의사수는 1980년에 3,014명에서 1985년 3,789명으로 25.6%의 증가율을 보였다. 그 후 1990년에 5,792명(52.8%), 1995년에 8,714명(50.4%)의 급격한 증가를 한 후에 1998년에 13.8%로 증가세가 둔화되었다. 의사의 성별구성비율을 보면 1980년에 남성과 여성이 6.35:1이던 비율이 1998년 4.51:1로 여성의 비율이 조금 증가하였으며, 한의사의 경우는 1980년 40.9:1로써 남자한의사의 비율이 월등히 높았으나, 1998년도에는 10:1로 여자한의사의 구성비율이 지속적으로 증가하고 있다.

〈表 II- 8〉 醫師와 韓醫師數의 年度別 增加와 性別構成比率
(단위: 명, %)

구분	의사수				한의사수			
	남자(A)	여자(B)	A/B	소계	남자(C)	여자(D)	C/D	소계
1980	19,494	3,070	6.35	22,564	2,943	72	40.9	3,015
1985	25,542	4,054	6.3	29,596(31.3) ¹⁾	3,655	134	27.3	3,789(25.6)
1990	36,327	6,227	5.84	42,544(43.1)	5,452	340	16.0	5,792(52.8)
1995	46,997	10,191	4.61	57,188(34.3)	8,007	707	11.3	8,714(50.4)
1998	53,546	11,885	4.51	65,431(14.4)	9,015	899	10.0	9,914(13.8)

註: 1) 의사수의 증가율

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

한방병원 의료이용 실태 및 진료과별 전속 한의사 현황이 <表 II-9>에 도표화 되어있다. 한방병원에서의 한의사 배치 규모는 내과가 112명으로 전체 한의사중 38.2%를 차지하고 있었으며 그 다음으로는 침과 68명(23.2%), 부인과 31명(10.6%)의 순서대로 높았으며 한방병원당 평균 7.7명의 한의사를 고용하고 있는 것으로 나타났다. 한방병원 중에서 환자 의료이용도가 높은 진료과목은 외래의 경우 내과

(36.6%), 침구과(32.8%), 부인과(7.1%)와 안·이비인후과(7.1%)등의 순서로 나타났으며, 입원의 경우에는 내과(56.9%), 침구과(22.9%), 신경정신과(6.6%)의 순이었다. 1996년 대비 환자 의료이용도가 가장 높게 증가한 진료과목은 외래(34.0%)·입원(34.0%)모두 신경정신과(기타 제외)로 나타났다. 아울러 부인과(외래: 26.0%, 입원: 16.0%)를 이용한 환자도 신경정신과 다음으로 1996년도에 비해 높게 증가하였다.

〈表 II- 9〉 韓方病院 醫療利用 實態 및 診療科別 全屬 韓醫師 現況 (1997年)¹⁾

(단위: 명, %)

	내과	침구과	부인과	소아과	신경정신과	안·이비·인후과	기타 ²⁾	계
한의사 현황								
- 총 계	112 (38.2)	68 (23.2)	31 (10.6)	20 (6.8)	26 (8.9)	26 (8.9)	10 (3.4)	293 (100.0)
- 병원평균	2.9	1.8	0.2	0.5	0.7	0.7	0.3	7.7
외래환자								
- 연 인원	803,459 (36.6)	718,839 (32.8)	155,749 (7.1)	118,324 (5.4)	136,665 (6.2)	155,592 (7.1)	104,694 (4.8)	2,193,322 (100)
- 병원평균	21,144	18,917	4,098	3,114	3,596	4,095	2,755	57,719
- 96년 대비 증가율	2	3	26	17	34	17	21	8
입원환자								
- 연 인원	452,636 (56.9)	182,143 (22.9)	39,766 (5.0)	12,087 (1.5)	52,086 (6.6)	24,034 (3.0)	32,113 (4.0)	794,865 (100)
- 병원평균	11,912	4,793	1,046	318	1,371	633	845	20,918
- 96년 대비 증가율	-2	2	16	-21	34	5	58	3

註: 1) 1999년도 전공의수련한방병원 지정을 위하여 신청한 39개 한방병원을 대상으로 1998.4.15~5.2까지 조사한 실태결과임.

2) 한방재활과 및 사상체질과

資料: 대한한방병원협회 내부자료, 『1998년도 전공의수련병원 실태조사』, 1999.

라. 其他 醫療關聯 人力的 現況

다음의 <表 II-10>에서는 1998년도 의료관련 인력 현황으로써 면허 등록 간호조무사가 가장 많은 218,718명이며, 간호사가 141,094명, 약사가 46,998명, 임상병리사가 26,753명, 안경사가 18,220명으로 많은 의료관련 인력구성을 보이고 있으며 한약관련인력으로는 한약업사가 2,243명이 있다.

<表 II-10> 醫療關聯¹⁾ 人力 現況(1998年)

(단위: 명)

구 분	인원수	구 분	인원수
약 사	46,998	치과위생사	13,769
간 호 사	141,094	의무기록사	6,811
조 산 사	8,590	안 경 사	18,220
간호조무사	218,718	접 골 사	34
임상병리사	26,753	침 사	69
방사선사	14,360	구 사	5
물리치료사	13,028	안 마 사	3,286
작업치료사	370	한 약 업 사	2,243
치과기공사	13,259		

註: 1) 면허등록자수 기준

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

2. 洋方 및 韓方醫療機關의 利用實態

가. 醫療保險 診療實績 現況

양방의료기관과 한방의료기관에서의 의료보험 진료실적의 변화율은 우선 양방의료기관의 경우에 수진율이 1993년 3.18에서 1998년 4.22로 33%의 증가에 그친 반면, 한방의료기관의 수진율은 0.08에서 0.31로

391%의 증가율을 나타냈음을 알 수 있다. 건당진료비의 경우에 양방 의료기관이 57,065원에서 89,518원으로 56.8%의 증가를 나타내었지만 한방의료기관의 경우 오히려 42,987원에서 36,072원으로 감소하였다. 양방의료기관의 진료건수구성비는 76.6%에서 80.7%로 증가하였고 한방의 경우에도 1.9%에서 6.0%로 진료건수가 208%의 급격한 증가율을 기록하였다. 양방병원의 진료비구성비는 91.5%에서 90.4%로 감소한 반면에 한방의료기관은 1.2%에서 3.5%로 증가를 하여서 한방의료기관에서 청구되어진 진료비가 전체의료기관에의 총진료비에서 차지하는 비중이 점차 증가하는 것을 알 수 있다(表 II-11 참조).

양·한방병원의 입원과 외래별 건당진료비 및 진료건수를 <表 II-12>에 나타내었다. 종합병원에서 입원환자와 외래환자간의 건당진료비의 비율은 15.6:1이었으며, 양방병원은 16.1:1, 양방의원의 경우 20.4:1이었다. 한방병원의 경우 입원환자와 외래환자의 건당진료비를 비교해보면 입원환자의 건당진료비가 13.6:1이었으며, 한의원은 13.4:1이었다. 상대적으로 한방병원에서는 입원과 외래간의 건당진료비의 차이가 양방병원보다 적었는데 이는 한방병의원에서 입원환자보다는 외래환자를 선호하는 하나의 이유가 될 수 있다.

〈表 II-11〉 醫療保險 診療實績 變化

구 분	양방의료기관 ¹⁾			한방의료기관		
	1993(A)	1998(B)	B/A	1993(C)	1998(D)	D/C
수진율 ²⁾ (건/명)	3.18	4.22	1.33	0.08	0.31	3.91
건당진료비(원)	57,065	89,518	1.57	42,987	36,072	0.84
진료건수구성비 ³⁾ (%)	76.6	80.7	-	1.9	6.0	-
진료비구성비 ⁴⁾ (%)	91.5	90.4	-	1.2	3.5	-

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』, 각연도.

〈表 II-12〉 洋·韓方病院의 入院과 外來의 件當診療費

구 분	양방병·의원			한방병·의원	
	종합병원	병원	의원	한방병원	한의원
입 원					
-진료건수	2,383,393	738,012	702,509	49,181	265
-건당진료비(A)	1,102,928	624,598	438,371	391,821	280,408
외래					
-진료건수	24,756,782	8,869,608	150,181,405	751,436	13,106,921
-건당진료비(B)	70,532	38,899	21,532	28,904	20,942
A / B	15.6	16.1	20.4	13.6	13.4

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1999.

연령별 의료보험 진료건수에서 1~9세의 연령군의 경우 양방의료기관에서 진료를 받는 비율이 28.4%로 상당히 높은 반면에 한방의 경우는 5.8%정도로 진료빈도가 낮았다. 10~39세에는 양방의료기관과 한방의료기관이 모두 비슷하게 30%대였으며, 40~64세의 연령군의 경우 한방의료기관에서 진료를 받는 경우가 월등히 높아서 전체 중 45.2%

가 한방의료기관에서 진료를 받았고 28.9%가 양방의료기관에서 진료를 받았다. 65세 이상의 고령층에서도 한방의료기관이 14.4%, 양방의료기관이 10.0%로써 한방의료기관에서의 진료비율이 높게 나타났다 (表 II-13참조).

<表 II-13> 年齡別 醫療保險 診療件數(1998年)¹⁾

(단위: %)

연령군	양방의료기관		한방의료기관	
	진료건수	비율	진료건수	비율
0~9세	62,117,007	28.4	802,403	5.8
10~39세	71,488,519	32.7	4,822,754	34.7
40~64세	63,134,909	28.9	6,286,132	45.2
65세 이상	21,745,852	10.0	1,996,514	14.4
합계	218,485,287	100.0	13,907,803	100.0

註: 1) 약국은 제외
 資料: 의료보험연합회, 『'98의료보험통계연보』, 1999.

나. 洋·韓方病院에서의 疾患別 現況

<表 II-14>에서는 한방병원에서의 질환별 진료빈도순위를 나타내고 있다. 입원환자의 경우에는 중풍후유증이 16,830건으로 가장 많은 진료빈도를 나타내었고, 그 다음으로는 졸중풍(11,465건), 요통(7,853건), 두통(1,309건)의 順이었으며, 외래환자의 경우 요통이 4,118,382건으로 가장 많았으며, 다음으로는 견비통(1,737,926건), 염좌(1,541,321건), 고 및 슬부옹저(719,448건)등의 順으로 진료빈도가 높았다.

〈表 II-14〉 韓方病院에서의 疾患診療頻度

(단위: 건)

진료빈도 순위	질환별 진료빈도	
	입 원	외 래
1	중풍후유증 (16,830)	요통 (4,118,382)
2	졸중풍 (11,465)	견비통 (1,737,926)
3	요통 (7,853)	염좌 (1,541,321)
4	두통 (1,309)	고 및 슬부옹저 (719,448)
5	심실증 (1,197)	역절풍 (640,031)
6	담음 (1,075)	경부통(481,961)
7	중풍전조증 (1,009)	복통(466,468)
8	구안완사 (571)	상근(427,302)
9	현훈 (568)	두통(385,842)
10	역절풍 (453)	중풍후유증(346,001)

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1999.

양방병원에서의 질환별 진료빈도순위를 보면 입원환자의 경우에는 자연분만이 261,214건으로 가장 많았으며, 그 다음으로는 제왕절개에 의한 단일분만(173,126건), 급성충수염(92,332건), 정신분열증(75,222건), 치핵(74,054건)의 順이었으며, 외래환자에 있어서의 진료빈도순위는 급성기관지염이 12,110,037건으로 가장 높았고, 급성상기도감염(10,329,567건), 치아우식증(9,373,409건), 치수 및 치근조직질환(8,962,807건), 급성비인두염(8,608,375건)의 順으로 양방병원에서의 외래환자에 대한 진료빈도가 높았다.

〈表 II-15〉 洋方病院에서의 疾患診療頻度

(단위: 건)

진료빈도 순위	질환별 진료빈도	
	입 원	외 래
1	단일자연분만(261,214)	급성기관지염(12,110,037)
2	제왕절개에 의한 단일분만(173,126)	급성상기도감염(10,329,567)
3	급성충수염(92,332)	치아우식증(9,373,409)
4	정신분열증(75,222)	치수 및 치근조직질환(8,962,807)
5	치 핵(74,054)	급성비인두염(8,608,375)
6	폐 렴(73,930)	급성편도염(6,920,429)
7	설사 및 위장염(73,485)	급성인두염(6,539,687)
8	노인성백내장(60,543)	본태성고혈압(5,727,706)
9	기타 추간판장애(57,868)	위염 및 십이지장염(5,363,774)
10	위의악성신생물(50,335)	치음염 및 치주질환(3,842,792)

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1999.

3. 洋·韓方協診의 必要性和 基盤要因

가. 東·西洋醫學에서 미비한 領域

1) 西洋醫學

동양의학과 비교하여 서양의학의 미비한 점은 다음과 같다.

첫째, 전인적 개념과 전인치료의 한계로써 식생활, 환경과의 적응문제, 정신관리 등과 같은 삶의 요소들이 질병발생과 건강유지에 어떠한 관계가 있는지에 대한 이론 정립이 부족해서 질병의 원인을 설정하고 치료관리를 함에 있어 총체적 파악이 약하다.

둘째로는 균과 같은 질병진행 과정을 설명함에 있어 원인균의 성격

에 초점을 맞추고 있고 숙주의 상태에 대한 것은 소홀하다.

셋째로 심신의학분야에서 정신과 육체의 유기적 관계에 대한 설명이 불충분하다. 1940년경 정신신체의학의 제창으로 심신의 상관관계, 상호영향에 대한 이론이 정립되어 이전의 이분적 이론보다 전체적, 종합적 인식체계로 발전되었지만 그 메커니즘을 설명하는 과정에서의 육체적 연결고리에 대한 확고한 바탕이론이 부족하다.

넷째, 질병진행에 있어 오장상호간의 전이 규정이론이 없다. 서양의학은 하나의 질병에 局在的 인식을 취하기 때문에 질병의 진행에 있어서 다른 기관간의 상호연계성에 조금 부족한 면이 있다.

다섯째, 질병의 범위와 건강의 범위가 협소하여 양생을 기초로 한 예방에 소홀하다. 진단과 관련한 기계적 접근은 인체의 정신적, 기능적, 비가시적 상황을 관찰하는 데에 어려움이 존재하기 때문에 유기체적 생명현상을 모두 파악하는데 부족함이 있다.

여섯째, 서양의학에서는 기능혼란에 대한 개념이 없어 질병 전체 단계의 상황을 관찰하는데 한계가 있다. 일곱째, 체내에 생성된 병리물질에 대한 인식이 주로 가시적 범위 내에서만 이루어져 있다. 여덟째, 질병 관련인자 설정과 치료과정에서 개인의 편차에 대한 고려없이 보편적 이론적용을 하기 때문에 특수하게 나타나거나 예외적으로 반응하는 상황에 대한 설명근거가 적다.

아홉째, 서양의학에서 사용되는 항 고혈압제, 항생제, 경구용 혈당강하제, 진통제, 스테로이드제, 홀몬제, 항암제 등은 화학추출물로서 어느 정도의 독성을 지니고 있으며, 대부분의 약리기전이 인체의 정상 생리기전을 인위적으로 조절하거나 억제하는 작용이 있기 때문에 부차적 문제를 야기시킬 수 있다. 이와 같이 서양의학은 고도로 발달된 의학적 기술과 정보를 통해 특정질환과 관련된 생물학적 메커니즘을 밝히고 특수 질병에 영향을 주는 기술 개발과 과학적인 진보로 세

밀하고 객관적인 이론 체계를 구축하고 있지만 전체성의 결여, 비가시적 상황에 대한 인식 부족, 심신의학의 한계 등의 문제를 지니고 있음을 알 수 있다.

2) 東洋醫學

서양의학과 비교하여 동양의학의 부족한 점은 다음과 같다.

첫째, 한의학적 논리는 과학적 결과이기보다는 관념에서 나온 성격이 짙기 때문에 현대 과학적 지식으로 설명되거나 객관성을 부여하기가 어렵다. 광대한 자연논리를 인체에 적용하는 과정에서 객관적 메커니즘을 확인하지 않음으로 해서 많은 이론이 가설의 범주에서 맴돌고 있는 것이다. 세부적이고 미세한 부분에 대한 관심이 부족하기 때문에 소박함을 면치 못하고 대체로 포괄적이고 모호한 상태에 머무르기 때문에 기병리, 비가시적 병리물질, 오감과 정신관련론, 체질병리, 경락이론, 진단의 四診法 등 한의학의 핵심이론 자체가 객관성을 규명하기가 어려워 적용과 평가에 모호함이 존재한다.

둘째, 질병이 아닌 증상을 대상으로 하는 대증치료의 한계로써 한의학의 발전은 변증법적인 체계를 중심으로 지속적으로 발전을 하여왔는데 이는 대부분의 증후에 맞추어서 진단과 치료법이 세워지게 되어있다. 이러한 증후군 중심의 원인파악은 질병의 범위와 차이가 날 수 있기 때문에 그러한 질병이 어떠한 원인에 의해서 개선되었는지에 대한 객관화된 평가를 하기가 어려운 점이 있다.

셋째, 한의학은 분석이 미흡하고 종합적인 사고에 머물 수 있다. 특히 한의학은 지식의 종합적인 구조에 의거하고 있어서 인식론상의 최종결정을 회피하거나 양자 택일적인 사고를 하지 않는 경향이 있다. 대부분의 자연과학을 다루는 연구들과 달리 한의학은 대부분 포괄적이고, 주관적이며, 세밀한 평가나 분석에 소홀하여 이론의 확실성과

재현성에서 다소 부족하다.

넷째, 한의학은 병리현상의 평가나 검증방법이 정밀하지 못하다. 정밀한 기계적 진단을 수행하는 수단이 부족하여 병을 진단하는데 한계를 가지게 되거나 증상화 되지 않은 병은 병으로 인식하기 힘들다. 고혈압이나 당뇨초기, 간장병, 신장병 등의 질환은 증상의 발현이 되기 전에는 알기 힘들어서 잘못하면 병을 지나치기 쉽고, 또한 치료를 수행한 후에 증상만이 호전된 것인지 아니면 병이 치료되었는지에 대한 판단을 하는 데에 서양의학과 비교하여 상대적으로 주관적으로 해석하는 경향이 많다.

다섯째, 동양의학은 전인적인 생체관을 객관적으로 증명하기 위해서는 무수한 변화가 불가피하기 때문에 막대한 과학기술의 지원이 필요하게 된다. 서양의학에서의 이러한 노력에 비해서 동양의학에서는 과학기술을 적극적으로 도입하지 않음으로써 실용적인 치료학을 완성하는데 어려움이 있다.

여섯째, 개체에 대한 고려가 보편적 의학 원리를 끌어내는데 어려움을 주고 있는데 한의학적 질병관에서는 각 개인의 체질적 경향과 속성을 주요 관련요인으로 인정하고 있다. 이러한 시각은 각 개체의 개별적 차이를 반영하여 질병의 파악과 치료에 있어서 많은 영향을 미치지만 또 한편으로는 객관적이고 일반화된 원리의 확립을 어렵게 만들었다.

일곱째, 응급질환에 대한 한계로서 한의학의 진단과 치료도구들이 정밀하고 정확한 판단을 하는데 한계가 있으며, 신속한 상황에 대처 능력이 떨어지므로 응급상태의 환자를 다루는 데에는 무리가 있다.

여덟째, 한의학의 용어와 관련한 문제로서, 한의학의 용어들이 수천년간 정리되면서各家들에 의해 나름의 생각을 덧붙이고 변화됨으로 다의적인 것들이 많다.

아홉째, 한약제의 제형에 대한 한계로써 대부분의 한약은 탕약의 형식으로 경구 투여되고 있는데, 이 때문에 간이나 위에 문제가 있는 경우나 연하장애가 있는 환자의 경우 섭취에 부담이 있고 간편성이나 실용성에서 현저히 떨어지게 된다.

나. 洋·韓方 協診의 必要性

서양의학의 강점이 특정질환에 대한 의학적 기술이 발전되어 있고 세밀하고 객관적인 이론체계가 잘 정립이 되어있는 것이며, 동양의학의 강점은 전인적인 질병관을 통한 생명현상을 관찰하게 되었고, 정신적, 기능적 이론체계에 보다 강하다. 하지만 서양의학의 한계라면 육체적 질병관과 개체에 대한 기계론적 평가라는 한계가 존재하며, 동양의학에서는 미세한 부분에 대한 관찰이 정밀치 못하고 소박하며, 주관적 평가와 검증방법의 미비로 인한 확실성과 재현성이 어렵다는 문제가 있다. 따라서 洋·韓方 協診을 통하여 동양의학과 서양의학에 대한 장점을 극대화하는 동시에 단점을 최소화함으로써 보다 효율적이고 정확한 진단과 치료가 가능하게 될 것이다(圖 II-3 참조).

[圖 II- 3] 西洋醫學과 東洋醫學의 長點과 限界點

서양의학	동양의학
장점	장점
·특정 질환에 대한 의학적 기술의 발전 ·세밀하고 객관적인 이론체계의 정립	·전인적 질병관을 통한 생명현상 관찰 ·정신적, 기능적 이론체계에 강함
한계점	한계점
·개체에 대한 기계론적 평가 ·육체적 질병관 ·건강의 유지 및 증진의 소홀	·미세한 부분에 대한 관찰이 비정밀 ·주관적 경향이 있으며 평가나 검증방법의 미비로 확실성과 재현성이 없음

다. 韓醫學과 西洋醫學의 結合方式과 協診의 基盤造成要因

한의학과 서양의학을 결합하는 데에는 두 가지의 포괄적인 접근방법이 있을 수 있는데, 학문적인 입장에서의 접근방식과 임상적인 측면에서의 접근방식이 있다. 먼저 학문적인 접근방법으로는 양·한방 상호간 학문의 기초적인 원리를 먼저 이해를 한 후에 병리를 비교, 연구하여 상호간의 단점을 보완하여 일반화되고 객관화된 이론을 만들어 임상에 적용하는 것이다. 즉, 인체에 대한 서양의학의 미시적이고 기계론적인 사고관과 한의학의 거시적이고, 통합적 사고관이 부딪치지 않은 연구분야를 채택하여 의과대학과 및 한의과대학, 한의학연구소 등의 유사연구단체에서 협력하여 연구를 진행하도록 한다. 그 결과로 얻은 유의성 있는 이론이나 치료약을 협진 의료기관에 활용할 수 있도록 제공하도록 하는 접근방법이다. 그리고 임상적인 측면의 접근방식은 양·한방이 협진을 먼저 시행하고 그 결과, 임상적으로 효과가 있는 이론 및 치료법을 기초분야에 제공하여 이를 연구하게 함으로써 발전된 치료법이나 신약개발을 유도하는 방법이다. 이러한 두 가지 접근방식은 동시에 이루어져야 하며 상호간의 연구작업이 조화를 이룰 수 있도록 지속적인 노력을 하여야 한다.

洋·韓方 協診이 보다 원활히 이루어지기 위해서는 다음과 같은 기반조성이 중요할 것이다. 첫째 의사와 한의사 서로간의 이해와 공존의식의 필요성이 있는데 이를 위해서는 서로 타학문을 인정하고 장점과 단점을 파악하여 궁극적인 의료서비스의 목표인 국민의 건강증진을 이루도록 하여야 할 것이다. 둘째, 학술적인 교류를 위해서는 상호간 의학용어의 이해와 통일이 필요한데, 이것이 전제가 되어야만 연구 및 치료를 위한 양·한방의 동일한 새로운 용어를 만들 수 있을 것이다. 셋째, 의료계 주도로 협진의 인적 자원을 확보하기 위하여 필요

한 의료인들에게 양·한방 상호학문을 교육시키도록 하며, 아울러 교육을 담당하기 위한 기구를 설치해야 할 것이다. 넷째, 협진시 발생할 수 있는 법적 진료 책임에 대해서 상호간에 명확한 기준이 있어야 할 것이다. 이를 위해서는 동일 진료기록지를 사용하도록 하며, 협진 치료시 발생하는 모든 문제는 양·한방 의사 모두에게 책임이 있다는 것을 명기하여야 한다.

4. 韓方病院에서 洋方과의 協診實態와 協診模型

가. 協診 韓方病院의 現況

1999년 12월 현재 전국에는 130개의 한방병원이 등록되어 있으며 이는 1997년도와 비교하여 32.7%가 증가된 규모이다(表 II-16 참조). 전체 한방병원 중 서울에 소재한 한방병원이 30개소로써 23.1%를 차지하고 있으며 다음으로는 대구와 경기가 13개소, 부산 12개소, 경북 11개소 등이며 울산과 제주는 각각 1개소가 소재하고 있다. 전체 한방병원 병상수는 6,837병상으로 50개 미만의 병상을 보유하고 있는 한방병원은 53개소로써 전체의 44.2%이었으며, 병상수 규모가 50~100개인 한방병원이 전체의 46.67%로 가장 많은 비중을 차지하고 있다.

한방병원 1개소당 평균 병상수는 57.0개로 나타났으며 평균 병상수가 가장 높은 지역순서는 대전(76.3개), 광주(73.4개), 전북(70개), 강원(64개), 서울(62.5개) 순이다.

〈表 II-16〉 韓方病院의 地域別·病床規模別 分布 現況(1999年 12月)
(단위: 개소, %)

지역	병상	~50	50~100	100~150	150~	계	평균병상
서울		12	16	1	1	30(23.1)	62.5
부산		7	4	0	1	12(9.2)	52.6
대구		6	5	2	0	13(10.0)	51.8
인천		3	5	1	0	9(6.9)	57.0
광주		3	1	0	1	5(3.9)	73.4
대전		2	2	0	1	5(3.9)	76.3
경기		2	11	0	0	13(10.0)	56.3
강원		1	2	0	0	3(2.3)	64.0
충북		1	3	0	0	4(3.1)	46.7
충남		1	2	0	0	3(2.3)	44.3
전북		3	2	2	0	7(5.4)	70.2
전남		3	4	1	0	8(6.2)	39.5
경북		6	6	0	0	12(9.2)	39.4
경남		4	1	0	0	5(3.9)	33.0
제주		0	1	0	0	1(0.8)	54.0
계		54(41.5)	65(50.0)	7(5.4)	4(3.1)	130(100)	57.0

資料: 대한한방병원협회 내부자료(1999)를 재구성하였음.

지역별로 전체 한방병원 중에서 양·한방협진이 시행되고 있는 한방병원수와 협진참여율이 <表 II-17>에 도표화 되어있다. 1999년 현재 전체 89개 협진수행 한방병원들 중에서 서울에 있는 한방병원이 차지하는 비율이 24.7%로 가장 높았으며, 다음으로 경기(14.6%), 대구(8.9%), 부산(7.8%), 인천(7.8%)의 비율을 보이고 있다. 협진 한방병원들중에서 지역적으로 전남지역이 1997년 1개소에서 6개소로 600%의 가장 높은 증가율을 나타내었고, 다음으로 경기지역은 5개소에서 13개소로 160%, 경남이 200%증가를 나타내었다. 전체 한방병원들중에서 협진에 참여하고 있는 한방병원의 비율을 보면 강원, 충북, 제주지역은 모든 한방병원들이 협진에 참여하고 있었으며, 그 다음으로 광주

(80.0%), 인천(77.8%), 전남(75.0%)의 順으로 높은 협진참여율을 나타내었다.

<表 II-17> 地域別 洋·韓方 協診 韓方病院 分布現況 分析
(단위: 개소, %)

지 역	1997. 5	1999. 12	증가수	양방의원 비율 ¹⁾	한방병원의 협진참여율 ²⁾
서 울	18 (33.3) ³⁾	22 (24.7)	4 (11.4)	66.7	73.3
부 산	3 (5.6)	7 (7.9)	4 (11.4)	14.3	58.3
대 구	5 (9.3)	8 (9.0)	3 (8.6)	71.4	68.5
인 천	4 (7.4)	7 (7.9)	3 (8.6)	71.4	77.8
광 주	3 (5.6)	4 (4.5)	1 (2.9)	100.0	80.0
대 전	3 (5.6)	3 (3.4)	0 (0.0)	33.3	60.0
경 기	5 (9.3)	13 (14.7)	8 (22.9)	38.5	61.5
강 원	3 (5.6)	3 (3.4)	0 (0.0)	66.7	100.0
충 북	3 (5.6)	4 (4.5)	1 (2.9)	100.0	100.0
충 남	0 (0.00)	1 (1.1)	1 (2.9)	100.0	33.3
전 북	4 (7.4)	4 (4.5)	0 (0.0)	50.0	57.1
전 남	1 (1.9)	6 (6.7)	5 (14.3)	40.0	75.0
경 북	2 (3.7)	4 (4.5)	2 (5.7)	100.0	33.3
경 남	0 (0.0)	2 (2.3)	2 (5.7)	40.0	50.0
제 주	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (2.9)	100.0	100.0
합 계	54 (100.0)	89(100.0)	35 (100.0)	64.8	68.5

註: 1) 한·양방 협진을 운영하고 있는 양방의료기관중에서 의원이 차지하는 비율

2) 1999년 12월 현재 한방병원협회에 등록되어 있는 한방병원 중에서 한·양방 협진을 운영하고 있는 한방병원의 비율임.

3) ()안은 전체 협진병원 중에서 각 지역별 협진병원이 차지하는 비중임.

資料: 대한한방병원협회 내부자료(1999)를 재구성하였음.

한국보건사회연구원, 『양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방안』, 이상영·변용찬, 1997.

<表 II-18>에서는 한방병원과 협진을 수행하는 양방의료기관을 지역별 분포와 병원명을 기재하였다. 전국에서 洋·韓方 協診을 시행하

고 있는 한방병원은 총 89개(1999년 12월 현재)였다. 서울에는 총 22개의 한방병원이 협진을 수행하고 있으며, 경기도가 13개, 대구가 8개, 부산과 인천이 각각 7개가 있다.

〈表 II-18〉 地域別 洋·韓方 協診 病院現況(1999年 12月 現在)

지역별 (개소)	한방병원명	협진양방 의료기관명
서울특별시 (22)	경원대부속	경원의원
	경희대부속	경희의료원
	광동	광동의원
	구로	지성의원
	국립의료원	국립의료원
	꽃마을	꽃마을의원
	남서울	남서울의원
	동국대강남	동국의원
	동서	동서의원
	동인당	동인의원
	명지	명지종합병원
	방지거	방지거병원
	서울기독	서울기독병원
	신라	신라의원
	영등포	덕수의원
	영생	영생의원
	우신향	우신향의원
	오당	한라병원
	자생	제성의원
	태능성심	태능성심의원
하나	하나의원	
혜당	혜당의원	
부산광역시 (7)	동의대부속	동의의료원
	부산	고려병원
	부산동서	안락성심병원
	삼선	삼선병원
	삼세	삼세의원
	영도	영도병원
	제일	서동제일병원

〈表 II-18〉 계속

지역별 (개소)	한방병원명	협진양방 의료기관명
대구광역시 (8)	경산대부속	제한의원
	기독	기독병원
	대구경희	성효의원
	동보	동보의원
	문성	동산신경과의원
	불교	불교의원
	중앙	중앙병원
	허	허병원
인천광역시 (7)	나사렛	나사렛
	경원인천	길병원
	세명	세명의원
	우리들	우리들의원
	중앙	중앙병원
	해광	해광의원
	광혜원	성루가의원
광주광역시 (4)	대동	가정의학병원
	동신대부속	동신의원
	원광대부속광주	원광의원
	하나	하나의원
대전광역시 (3)	대전	대전의원
	대전대부속	혜화병원
	성심	성심병원
경기도 (13)	경희분당	차병원
	남천	남천병원
	늘푸른	늘푸른병원
	동국대분당	동국의원
	동수원	동수원
	명지	명지종합병원
	봉주	이춘택의원
	성심	성심의원
	순천향	순천향병원
	신애	신애의원
	원광대군포	원광대군포병원
	의정부	의정부의료원
	중화	중화의원

〈表 II-18〉 계속

지역별 (개소)	한방병원명	협진양방 의료기관명
강원도 (3)	삼척	삼척의원
	상지대부속	상지의원
	현대	현대병원
충청북도 (4)	대전대부속천안	혜화의원
	대전대청주	혜화의원
	세명대부속	세명의원
	충무	충무병원
충청남도(1)	한서대부속	한서대의원
전라북도(4)	남원기독	남원기독병원
	우석대부속	우석의원
	원광대부속이리	원광의료원
	원광대부속전주	원광의원
전라남도(6)	경희	목포한국병원
	고흥	고흥제일병원
	나주	연합의원
	목포	동서가정의원
	순천	순천중앙병원
	한마음원광	동서연합의원
경상북도(4)	경산대부속	제한의원
	동국대경주	동국의료원
	명성	명성의원
	안동유리	안동유리의원
경상남도(2)	창생	창생의원
	한마음	한마음병원
제주 (1)	제주	제주병원
계 (89)		

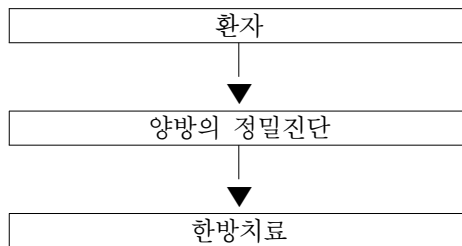
資料: 대한한방병원협회 내부자료, 1999.

나. 洋·韓方病院에서 協診時의 協診模型

1) 韓醫學의 治療法에 洋醫學의 診斷法이 結合된 模型

이러한 형태는 진단은 양의학으로, 치료는 한방으로 하고자 하는 것으로 현실적인 접근이 가장 쉬우며 실제 이러한 형태가 국제적으로 주류를 이룬다고 할 수 있다. 국제 학술지의 경향도 이와 같은 형태를 취하지 않을 때는 저항을 느끼는 것이 현실이다. 그러나 이와 같은 형태는 한의학의 기본개념이 들어갈 여지가 없기는 하지만, 이것이 현실적으로 가장 많이 이루어지고 있다.

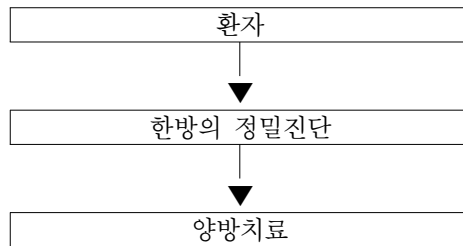
[圖 II- 4] 協診模型 1



2) 洋醫學의 治療法에 韓醫學의 診斷法이 結合된 模型

이러한 모형은 협진모형 1에서 설명하였던 한의학의 치료법에 양의학의 진단법이 결합된 모형과는 반대로 양의학의 치료법에 한의학의 진단법이 결합된 모형이다. 환자가 외래나 입원으로 병원에 검진을 받으러 오는 경우에 우선 초진을 한방으로 정밀진단을 수행한 후에 그 진단결과를 토대로 양방에서 치료를 하는 모형이다.

[圖 II- 5] 協診模型 2

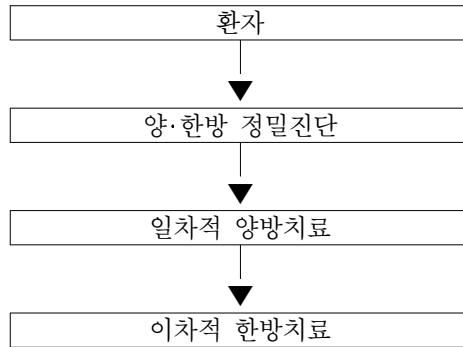


3) 韓醫學의 治療法에 洋醫學의 治療藥物이 結合한 並用療法

이 형태는 한·양방의 병용요법으로써 일본한방에서 시작하여 우리나라에 도입되었다. 이와 같은 방법으로 긍정적인 평가를 받은 곳은 한방병원이다. 한방병원에 오는 경우 필요하면 양방의 치료도 받을 수 있다는 인식이 환자들에게 긍정적인 평가를 받았다고 할 수도 있다. 특히 이러한 방법의 안전성은 이미 일본에서 많은 연구가 있어 한약과 양약을 함께 사용할 때의 병용요법상 주의점이 마련되어 있다. 일본은 1977년부터 의료보험 한방제제가 국가차원에서 인정되기 시작하였기 때문에 안전성 문제는 어느 정도 검증이 되었다고 할 수 있다. 그러나 아직까지 한방에서는 한약 단독만의 효과에 집착하는 경향이 있으며 양방에서도 한약의 효과에 대하여 인정하지 않는 경향이 있기 때문에 많은 이해를 위한 연구와 교육이 선행되어야 할 것이다.

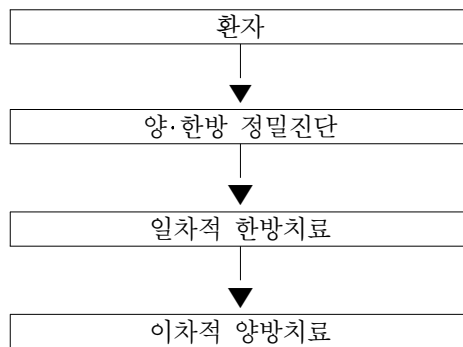
협진모형 3은 환자가 진찰을 받으려오면 양방과 한방에서 정밀진단을 한 후에 일차적으로 양방에서 치료를 수행하고 다음단계인 한방에서 추가적인 치료를 수행하는 과정을 모형화한 것이다(圖 II-6 참조).

[圖 II- 6] 協診模型 3



협진모형 4는 협진모형 3과 비교하여 치료순서만이 변형되어진 모형으로써 환자가 진찰을 받으러오는 경우 양방과 한방에서 정밀진단을 우선적으로 수행한 후에 일차적으로 한방에서 치료를 하고 추가적인 치료는 양방에서 하는 과정을 모형화한 것이다(圖 II-7 참조).

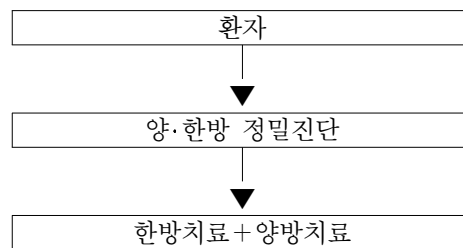
[圖 II- 7] 協診模型 4



협진모형 5는 환자가 진찰을 받으러오는 경우에 우선적으로 양방과

한방에서 정밀진단을 동시에 수행하고, 치료도 한방과 양방에서 교차하며 동시에 진행되어지는 모형이다(圖 II-8 참조).

[圖 II- 8] 協診模型 5



Ⅲ. 外國의 洋·韓方 協診 現況¹⁾

1. 中國 中西醫 協診現況²⁾

중국의 의학계에는 中醫·西醫·中西醫라는 세 그룹이 존재한다. 중의는 중의약대학에서 중국의 전통의학인 중의학을 배운 의사이고, 서의는 현대의학인 서의학을 서의과대학에서 배운 의사이며, 중서의는 西學中과 같이 서의나 중의가 중의학이나 서의학을 일정기간 배워 중의와 서의를 모두 시술하는 의사를 말한다.

중의학과 서의학은 역사가 오래인데 반하여 중서의결합은 중서의가 처음으로 배출되는 1958년 7월 3일(제1회 全國西醫離職學習中醫研究班的 졸업식날)(李經衛, 1996)을 기점으로 한다면 40년이 조금 넘는 신흥학문이다. 질병을 중의학이나 서의학의 한가지 전문적인 지식으로 대응하기보다는 두 의학을 결합했을 때 얻어지는 치료효과가 크다는 연구결과들이 많이 보고되고 있다. 임상효과 뿐만이 아니고 그 밑바탕이 되는 기초이론에 대한 다양한 연구결과들이 발표되고 있으며 중서의 인재양성과 중서의 결합학문 발전에 토대가 되는 중서의 결합학과가 정착되어 가고 있다. 우리 나라도 중국과 마찬가지로 전통의학인 한의학과 서양에서 들어온 현대의학인 양의학이 각자의 전문적인 지식으로 질병치료에 접근하기보다는 두 의학이 만나서 질병치료를 모색하는 것이 더 효과적이라는 인식이 점차 확대되고 있다. 이런

1) 외국의 양·한방 협진 현황에 관한 내용은 한국한의학회에서 발간된 자료를 바탕으로 재구성 하였다.

2) 한국한의학회원의 申舜植 박사가 작성한 원고를 그대로 게재한 것이다.

점에서 중국이 지난 40년간 축적해온 중서의결합을 다각도로 검토해보는 것은 지금 우리 나라에서 논의되고 있는 “동서의학”·“동서의협진” 등 한의학과 양의학의 협력관계를 정립하는데 많은 참고가 될 것으로 판단된다.

가. 中西醫 結合의 概念

1) 中西醫 結合 發展課程

신중국 수립 전에 마오쩌둥(毛澤東, 1893~1976)은 리뎡밍(李鼎銘, 1881~1947)과 중국의학의 발전에 관하여 토론하는 과정에서 “중서는 반드시 결합해야 한다”는 발언을 하게 되는데, 이는 중서의 결합에 관한 중국의학사 최초의 언급으로서 “中西醫結合”이라는 의학과학의 술어와 개념이 이때부터 사용되기 시작하였다.

왕지에(王階)와 쉬즈르언(許志仁)이 1949~1958년간 중의와 관련된 문헌에서 중의와 서의의 협력관계에 관한 용어를 조사하여(王階·許志仁, 1997:690~692), 中西合作·中西醫團結·中西醫合流·中西醫藥結合의 네 가지로 정리하였다. 이 때까지도 용어가 통일되어 있지 않았다. 1958년 10월 11일 마오쩌둥(毛澤東, 1893~1976)의 앞으로의 西醫離職學習中醫班 개설에 대한 지시공문, 1958년 10월 17일 쉰원페이(徐運北)의 전국중의중약사업회의 보고, 1960년 위생부당조의 전국서의학습중의 경험교류좌담회상황에 관한 보고 이후 중서의 결합이라는 특정한 학술용어가 통일되기 시작하였다.

마오쩌둥(毛澤東)은 앞으로의 西醫離職學習中醫班 개설에 대한 지시공문(1958년 10월 11일)에서 “만일 1958년에 省·市·自治區 마다 각각 70~80명 정원과 2년을 1기로 하는 서의이직중의반을 개설하면

1960년 겨울이나 1961년 봄이면 약 2,000명 정도나 되는 중서의 결합의 고급의사가 배출되고, 그중 몇 명의 훌륭한 이론가가 나올 수 있다.”(徐運北, 1985:119) 라고 하였고, 쉬원빼이(徐運北)는 전국중의중약사업회의 보고(1958년 10월 17일)에서 “2~3년안에 2~3천명이나 더 많은 중서의 결합의 고급의사를 배출하여 중국의학을 정리하는 골간으로 삼는 것이 요구된다.”라고 하였으며, 위생부 당조의 전국서의학습중의 경협교류좌담회상황에 관한 보고(1960년 4월 9일)에서 “중서의 결합은 현대과학적인 방법으로 중국의학을 정리하고 연구하는 작업을 말한다”라고 하였다.

왕지에(王階)와 쉬즈르언(許志仁)의 『中醫雜誌』 조사에 의하면 1955~1957년간에는 “中西醫結合”이라는 단어가 나오지 않고 1958년에 “中西醫合流”라는 용어가 나오며 1960년에 “中西醫結合治療”라는 낱말이 나오기 시작하고 1961년에 중서의 결합으로 青光眼을 치료한 글이 나오며 1965년에 중서의 결합으로 急腹症과 골절을 치료한 글이 나오고 1972년이후에는 중서의 결합에 관한 문장·어휘가 광범위하게 사용되고, 학술논문과 신문지에서는 “中西醫結合·建立我國的新醫藥學”이라는 식으로 표현되어 있다. 이로써 중서의 결합은 새로운 학문분야와 새로운 방법이라는 대명사가 되었다. 80년대이후 중서의 결합은 이미 하나의 특정한 낱말이 되었고 전공·학문·체계라는 함의를 갖기 시작한다.

2) 中西醫 結合의 概念과 正義

왕지에(王階)와 쉬즈르언(許志仁)은 중의사업문건을 종합하고 10여종의 중의잡지에 실린 논문을 찾아 중서의 결합의 개념과 정의를 다음과 같이 정리하였다.

가) 單純한 結合과 合流說

중서의 결합은 단지 일종의 합류로 즉 단순한 중서의이론을 서로 보태고 임상에서 중서의약물을 합쳐서 사용한다. 당시의 역사적인 조건에서 中西合流는 단지 일종의 임상에서 치병의 임시방편적인 응용이고 이론지도도 없으며 과학적인 방법을 운용할 수도 없어서 단지 일종의 간단한 합류이다.

나) 새로운 醫學體系와 學問設

衛生部黨組는 전국서의학습중의 경험교류좌담회상황에 관한 보고에서 “중서의 결합은 현대과학적인 방법으로 중국의학의 작업을 정리하는데 현재는 대체로 다음의 몇 가지 유형이 있다. 첫 번째 유형은 중의와 서의의 이론과 방법으로 임상을 결합하고 어느 질병에 대해서는 종합적인 연구를 진행하며 중서의의 학술을 점차로 교류하고 아울러서 새로운 이론을 만들기 시작하는 것이다. 두 번째 유형은 생리학 등 현대기초의학으로 중의학술을 연구하고 나아가서 기초의학과학의 발전을 추진시키는 것이다. 세 번째 유형은 중서의 결합으로 환자를 치료하는 과정 중에 임상경험을 계통적으로 정리하고 하나의 병에서부터 여러 가지 병에 이르기까지 그리고 모든各科(예를 들면 내과·외과 등)에 이르기까지 중서의 결합의 예방치료방법과 임상치료원리를 종합하고 아울러서 점점 깊은 이론연구를 하여 점차로 새로운 임상의학체계를 형성한다. 네 번째 유형은 현대 자연과학적인 방법으로 물리학·화학·전자학 등에서 중국의학에 대하여 종합연구를 진행함으로써 과학적인 내용을 풍부히 하고 아울러서 새로운 학문을 만드는 것이다.”라고 하고 있다.

다) 여러 學問·次元·角度에서의 概念設

실제로 “중서의 결합”은 內涵이 풍부하고 여러 단계와 여러 방위를 갖고 있는 개념이고 역사시기의 차이로 중서의 결합연구가 진전된 여러 발전단계에 따라 여러 가지 다른 내함을 갖고 있다. 『中國中西醫結合研究會章程』에 “중서의 결합은 현대과학(현대의학 포함)의 이론지식과 방법을 운용하여 중서의 결합 연구를 강화하는 것이다”라고 비교적 명확하게 제시하였고, 그 단기적인 목적과 임무는 주로 중국의 약학을 계속 발전시키는 것이며 중국의약이 끊임없이 발전하는 것을 촉진시킨다는 전제아래 중서의의 정화를 채택하고 중서의 결합의 사유방법, 임상에서 치료효과가 있는 약물제형, 기초이론 등 여러 방위, 여러 단계, 여러 학문에서 연구를 진행한다. 그러나 장기적으로 추구해야 할 목표는 중서의 약학의 장점을 취하고 실천에서부터 이론상의 융회관통을 실현하고 중국 중서의 결합의 신의학을 만드는 것이다.

라) 中西醫學 引接學文 研究設

중서의 결합은 과학보급의 개념이 아니고 중의와 서의를 넘어서 펼쳐지는 신흥의학 인접학문의 과학적인 연구이다. 그것은 현대과학의 지식과 방법(현대의학의 지식과 방법을 포함함)을 운용하고 중의의 기본이론을 검토하며 중의의 치료효과를 연구하고 높이며 그 理法方藥을 종합한 변증논치법칙이다. 이와 같은 결합은 중의의 장점과 특색을 계통적으로 하고 정리하여 실증하며 동시에 현대의학의 진전과 결합하여 중서의 결합의 신흥 의학인접학문으로 발전시키는 것을 목적으로 하는 과학연구사업이다(韋黎, 1995:10).

마) 大內涵·小外延의 實踐過程設

이 설은 중서의 결합은 내함은 크고 외연은 작다는 개념이라고 본다. 이 개념의 정의는 “중서의연구자가 상호합작하고 중서의학술을 상호 배합하여 임상치료효과를 높이는 것을 목적으로 하는 실천과정”이다. 중서의 결합의 실천과정은 중서의가 연구 검토하여 임상에서 장점을 결합하여 가장 좋은 유형을 만들어내는 과정이고, 또한 두 가지의 연구대상과 연구방법을 하나로 이루어내는 과정이다. 중서의 결합은 여전히 두 학술체계가 병존하며 서로 장점은 취하고 단점은 보완하며 임상실제에서 끊임없이 경험을 누적시키는 양적인 변화과정이다(孟慶雲, 1993:34).

바) 體系範疇說

이 설에서 중서의 결합은 체계적으로 이루어졌다고 보고 있다. 그 범주에는 다음을 포함한다. 첫째, 인력상의 결합으로써 즉 중의·서의·중서의 인력이 상호 협력한다. 둘째, 지식구조상의 결합이다. 西學中 혹은 中學西 등은 의료종사자 및 의학과학기술자들이 중서의 두 의학 이론지식과 실제기능을 파악하도록 하고 중서의에 대한 지식을 갖추게 한다. 셋째, 임상의 결합이다. 의료와 예방에 있어서 중서의 결합, 진단과 치료의 중서의 결합, 중약과 서약의 결합 등을 포함하는데 임상학의 이론과 실제의 결합을 실행한다. 넷째, 연구분야에 있어서의 결합이다. 연구, 방법, 과제선택, 실험설계, 분석하고 종합하는 과정에서 중서의 결합의 개념, 이론, 방법 등을 적용한다. 다섯째, 교육의 결합이다. 의학교육 교과과정 설치, 교육방법, 교재내용 등에 중서의 결합을 적용하여 중서의 결합교육체계를 점차로 이루고 중서의 결합형 의료인력을 양성한다. 여섯째, 이론의 결합이다. 중서의약이론체계상

의 유기적인 결합을 유도한다. 일곱째, 조직기구의 결합이다. 중서의 결합의 과학연구, 임상, 교육, 관리기구 예컨대 중서의 결합의원, 연구소, 의학원 및 관리부 등을 설립한다.

왕지에(王階)와 쉬즈르인(許志仁)은 위의 학설에 근거하여 중서의 결합을 다음과 같이 정의하였다. 현대과학(현대의학 포함)적인 지식과 방법을 운용하여 중국의학의 유산을 계승하고 발휘하며 중서 의학의 장점을 조화시켜 중서의 결합인력을 양성하여 의과학의 번영과 진보를 촉진시켜 중국적인 특징을 갖춘 신의학을 이룩하는 것이 중서의 결합이라고 한다.

나. 中西醫 結合 政策

중서의 결합정책의 역사는 신중국 수립이전, 신중국 수립 - 문화대혁명 이전, 문화대혁명 기간(1966~1975), 문화대혁명 이후 - 1980년대 말, 1990년 이후 - 현재의 다섯 시기로 나누어 살펴보고자 한다.

1) 新中國 樹立以前

마오쩌둥은 징강산(井崗山)³⁾시기에 중서의 두 법으로 병을 치료해야 한다고 주장하면서 “초의초약은 중시해야 한다”(高欽穎, 1984:445)고 하고 자신이 직접 중의와 서의의 치료법을 체험하기도 했다. 특히 老中醫⁴⁾가 종종 자신의 병을 진단하고 치료하는 시기를 틈타 그와 중국 의학의 발전문제 등을 토론하였는데 그중 대표적인 사람이 바로 리명

3) 징강산(井崗山): 지양시(江西)·후난(湖南) 두省的 경계에 있으며 1927년 9월 12일 중국 勞農紅軍이 혁명의 근거지로 삼았던 곳이다.

4) 老中醫: 대부분 중의약대학이 설립되기전에 이미 중의학에 정통한 중의사로, 그들은 정식으로 중의약대학을 졸업하지는 않았지만 전통적인 도제방식으로 중의학을 배워서 의술이 뛰어나다.

밍(李鼎銘, 1881~1947)이다.

리펑밍은 뻬엔취(邊區)⁵⁾정부에서 문교위생사업을 관장하고 뻬엔취 의료위생사업의 발전에 많은 공헌을 하였다. 그는 양지아링(楊家嶺)에서 마오쩌둥을 진찰하고 3첩의 중약을 처방하자 마오쩌둥이 長征 도중에서 얻은 관절통의 치료가 좋아졌다. 한번은 마오쩌둥이 선생에게 현재 연안(延安)의 몇몇 서의는 중의를 깔보는데 당신이 보기에 뻬엔취의 의약위생사업은 어떻게 발전시켜야 합니까라고 질문을 하였다. 선생은 중서의는 각자 장점이 있어 단결되어야 진보할 수 있다고 대답하였다. 마오쩌둥은 당신의 이 방법은 좋으니 앞으로 중서의는 반드시 결합해야 한다고 말하였다. 마오쩌둥과 뻬엔취정부의 관심과 지지 아래 리펑밍은 몸소 중의훈련반을 개설하여 운영하였으며, 1944년 10월 11일 뻬엔취文教大會에서는 중서의 결합을 발언하였다. 그는 “한 파의 견해를 타파해야하고 중서의는 접촉이 많으며 뻬엔취국민을 위한 건강봉사사업의 방법을 공동으로 많이 연구해야 한다”고 하였다. 같은 해 10월 16일 리펑밍은 ‘중의는 각자의 비방을 공개해야 하고 정부는 이를 모아서 출판하며 전국 각지에 보내 이를 채택할 것’을 호소하였다. 마오쩌둥은 그의 의술이 高明한 것을 칭찬하고 그가 제시한 의견에 따라 사람들에게 중의를 존중하고 중의를 지지할 것을 요구하였으며 서의는 중의를 배워 중서의 결합을 실행할 것을 호소하였다.

1944년 7월 國醫研究會 주임인 리펑밍은 뻬엔취의 중의와 서의가 합작하고 서로 돕는 문제에 대하여 세 가지 의견을 발표하였다. 하나는 國醫를 동원하고 조직하여 대중위생방역사업에 참가하는 문제이고, 또 하나는 중서의 합작문제이며, 마지막으로 國醫의 개선 및 그

5) 뻬엔취(邊區): 중국의 국공내전·항일전쟁 시기에 중국 공산당이 몇 개의 省에 세웠던 혁명 근거지를 말한다.

내부의 단결문제로 여기에 대하여 일일이 설명을 하였다. 리땡밍은 “여러분은 하나의 진리가 있어 일을 하는 것이면 국민을 위하여 봉사 하는데 피차 대문을 열 수 있어야 하고 서의는 국의의 비과학을 무시해서는 안되며 국의는 스스로 도리에 어긋나고 몇 천년의 풍부한 경험이 있다고 함부로 잘난 체 해서는 안되고 서로 존중하며 배울 수 있어야 하고 관계가 밀접한 합작을 해야 앞날이 있는 것이다.”라고 하였다. 이로부터 中西醫合作이 뻘엔취에서 실현되었다.

1945년 3월 13일에 산간녕(陝甘寧) 뻘엔취 中西醫藥研究會가 창립되고 뻘엔취 의약위생계의 명성과 인망이 있는 35명을 초빙하고 집행위원회를 구성하여 선생이 회장으로 리우징환(劉景范)이 부회장으로 당선되었다. 장소는 연안시(延安市) 난꾸안(南關) 保健藥社 總社에서 설립되었다. 창립회에서 리땡밍은 중서의의료종사자들은 기존의 견해를 타파하고 친밀하게 단결해야하며 “中醫科學化, 西醫中國化” 실현을 위하여 노력해야한다고 제시하였다. 뻘엔취정부의 주석인 린뻬취(林伯渠, 1882~1960)는 창립회에서 중서의 “양자는 결합하여 새로운 의리와 의술을 만들 수 있고 중국 장래의 의약건설에 중대한 의의가 있다.”고 하였다(盧希謙·辛智科, 1991:149~150).

따라서 중화인민공화국이 수립되기 전의 중서의 결합은 정책결정에 영향력 있는 마오쩌둥(毛澤東)의 중서의 두 의학에 대한 몸소 체험과 중서의학에 해안을 가진 리땡밍(李鼎銘)에 의하여 시작되었다고 말할 수 있다.

2) 新中國 樹立 - 文化大革命 以前

1949년 중화인민공화국이 수립되자 정부와 당이 급히 해결해야할 문제중의 하나는 국민들의 질병고통을 어떻게 벗어나게 하느냐 이었다. 정확한 통계는 아니지만 허츠엉(賀誠)에 의하면 중국인은 매년

500만명이 사망하고 1억명이 계속해서 각종의 병 피해를 입고 있으며 이들 환자의 대부분은 제대로 된 치료한번 받아보지도 못하고 있으며, 농촌인 鄉村의 경우를 조사해보면 환자의 80%가 합리적인 치료를 받지 못하였고 이를기초로 전국규모를 추계한 결과 매년 사망자의 400만명이 제대로 된 의약의 도움을 받지 못하였으며 환자의 8,000만명이 제대로 된 치료를 받지 못하였다. 당시 질병의 대다수는 전염병이었고 이를 효과적으로 대처하는데는 서의가 유리하였지만 서의는 38,000명이었고 중의는 276,000명으로 중의가 서의보다 7.3배나 많아 서의만으로는 이들 전염병에 제대로 대응해 나갈 수 없었다. 단기간내에 서의를 양성하는 것보다는 기존 중의의 서의교육을 통하여 활용하는 것이 유리하다고 보았다. 그리고 전통적으로 내려오는 중의학의 유산을 어떻게 새롭게 정리하여 이를 계승하고 발전시켜 국민들의 건강에 보탬이 될 수 있는지도 신중국건설 의학의 경우 중국의 독자적인 신의학정립에 중요한 과제였다. 또한 中國人民政治協商會議共同綱領 第48條에서 제시된 “국민체육을 제창하고 위생의약사업을 보급하며 어머니·영아와 아동의 건강을 주의하여 보호한다.”를 실천에 옮겨야하는 상황에 처하였다. 위의 몇 가지 과제들을 해결하기 위해서는 중의와 서의가 단결하고 공동 합작하며 서로 협력할 때 비로소 가능할 수 있다고 보았다. 따라서 1950년 제1회 전국위생대회(第一屆全國衛生大會)에서 위생사업 3대방침⁶⁾중의 하나인 “중의와 서의의 단결”을 제정하여 건국초기부터 중서의 결합사업에 중점을 두게 되었다.

중서의 단결의 구체적인 내용은 허츠엉(賀誠)의 1950년 “제1회 전국 위생대회”의 종합보고속에 잘 드러나 있다.

“중서의 합작의 노정에서 두 가지 중요한 문제가 있고 반드시 해결

6) 위생사업 3대방침은 “예방을 위주로 한다. 노동자·농민·군인의 요구를 만족시킨다. 중의와 서의를 단결시킨다.(豫防爲主, 面向工農兵, 團結中西醫)”를 말한다.

해야 한다. 첫 번째는 중의연수이다. 중의는 해부·생리·세균·병리 등 등과 같은 자연과학의 이론을 배운 뒤에 그의 경험부분은 갑자기 도를 환하게 깨달아 명확한 해석을 얻게 되어 가속도의 발전을 촉진하였다. 이미 연수한 중의는 자신의 본령을 다른 사람에게 전수해줄 때 자신이 전수해 준 것은 영채한 경험이 아니고 과학적인 이론을 기초로 하는 계통적인 경험이다. 두 번째는 서의가 중의의 경험을 연구하고 중약의 약리를 연구하는 것이다. 서의는 이것들을 배운 뒤에 그들의 과학적인 이론은 더욱 충실해질 수 있고 봉사의 도구도 더욱 풍부해질 수 있다. 이와 같은 서의가 자신의 본령을 다른 사람에게 전수해 주었을 때 자신이 전수해 준 것은 외국의 것일 뿐만 아니라 중의 고금의 성과이다. 이렇게 한 결과 중서의 사이의 거리가 점점 좁아질 수 있고 중서의 사이의 차별은 점점 없어질 수 있었으며, 신중국의 의학은 이와 같은 토대 위에서 성장하고 번성할 수 있었고, 이와 같이 국민보건사업의 공헌과 국민의 공로에 대하여 중의와 서의가 공동으로 만들었던 것이다.

그러므로 오로지 중서의는 흥금을 털어놓고 긴밀하게 단결하며 전적으로 서로 돕고 서로 선입관 없이 배워야 비로소 중국국민의 건강문제를 해결할 수 있고 신중국의 신의학이라는 길을 열 수 있는 것이다.

“중의와 서의의 단결”을 위생사업방침으로 내놓긴 하였지만 중의와 서의의 관계는 순탄하지 못하였다. 마오쩌둥은 제1회 전국위생대회에서 “젊거나 나이든 중의와 서의의 각 의약위생종사자들은 단결하여 공고한 통일전선을 만들고 위대한 국민위생사업을 펼치는데 분투해야 한다”는 중서의 단결을 독려하는 기념사를 하였다. 위생부조차도 중의를 무시하는 사태가 발생하자, 1954년 6월에 中共 중앙서기처 서기인 리우사오치(劉少奇, 1898~1969)는 中央文委(中央文化衛生委員會) 부주임인 치엔쥘루이(錢俊瑞)에게 위생부가 중의를 무시하는 것은

잘못이라는 마오쩌둥 주석의 비평을 전달하였다. 리우사오치는 西醫學習中醫의 조직에 대하여 “계통적으로 배운다. 전체적으로 받아들인다. 정리수준을 높인다”는 방침을 제시하였다. 치엔진루이는 위생부의 영도에게 그리고 전국고등교육회의에서 위생부에 대한 마오쩌둥 주석의 비평을 전달하였다.

같은 해 10월에 中央文委黨組가 중앙에 보낸 중의사업개선문제에 관한 보고에는 당시 중의의 기본적인 상황과 안고 있는 주된 문제를 반영하고 있고, 중의사업의 개선과 강화에 대하여 다음의 조치를 채택할 것을 건의하였다. ① 중의연구원을 창립한다. ② 중의를 받아들여 大醫院업무에 참여하도록 한다. ③ 중의의 업무를 확대하고 개선한다. ④ 중의연수사업을 개선한다. ⑤ 중약의 생산과 판매에 대한 관리를 강화한다. ⑥ 중의서적을 정리하고 출판한다. ⑦ 중화의학회는 반드시 충실히 하고 확대해서 학식이 훌륭하고 경험이 많은 중의를 받아들여 참여하게 하고 이를 진정한 전국의학계의 대중 학술단체가 되도록 한다. 학회는 중의와 서의의 합작을 촉진하고 조직적으로 서의는 중의를 배우고 연구하여 공동으로 중국의 의학유산을 정리하고 발휘하는 것을 자신의 중요한 임무로 삼아야 한다.

여론도 “중서의 단결” 조성에 한 몫을 하였다. 1954년 10월에 『人民日報』는 『중의의 정확한 정책 관철』이라는 사설에서 당시 위생행정 영도부는 중국의학유산을 경시하고 중국국민들에 대한 중의·중약의 보건역할을 무시하는 심각한 잘못을 비판하였고, 동시에 중의와 서의의 단결을 호소하고 중국의학의 유산사업을 잘 계승하고 발휘하여 나가자고 하였다.

같은 해 11월에 중앙은 中央文委黨組의 『중의사업개선문제에 관한 보고』에 대한 회신을 전국에 보내는 글에서 중의와 서의가 단결하여 중의의 역량을 정확하게 발휘하는 것은 국민보건사업을 위한 봉사가

되는 것이고, 이것은 중앙이 일찍이 명확하게 지시했던 중요한 위생 사업방침중의 하나이다. 당장 가장 중요한 일은 서의학습중의를 크게 호소하고 조직하며, 몇 명의 현대적인 과학지식을 갖춘 서의를 장려하고 합당한 자세로 중의와 합작하여 중의를 배우고 중국의 의학유산을 정리해야 한다고 하였다.

1955년 1월에 위생부의 기관신문인 『健康報』가 발표한 「현재 중의 사업의 주된 임무」라는 사설의 주요골자⁷⁾중의 하나는 중서의 대중단체의 지도와 연락사업을 강화하였다.

효과적인 “중서의 단결”을 실천하기 위해서는 체계적인 교육을 받은 인재육성이 필요하였는데, 1955년 12월에 中醫研究院의 第1期 西醫學習中醫研究班이 개설되고 高等醫學院校(우리 나라의 의과대학에 해당)의 졸업생과 임상경험을 갖춘 서의들이 참여하여 西醫離職學習中醫(西學中)들이 배출되기 시작하였다.

1956년 2월에 위생부가 저우언라이(周恩來, 1898~1976) 총리와 黨中央·마오쩌둥에게 보고한 『중의사업 개선에 관한 보고』속에서 서의학습중의사업의 교육조직·교육내용·학습제도와 영도문제를 다루었고 이 보고는 중앙의 비준을 얻어 1956년 3월 7일 縣級 以上の 위생행정관리부문에 발송되었다.

마오쩌둥은 같은 해 8월 24일에 「음악종사자와의 대화」에서 자세하고 분명하게 어떻게 “중국의 것과 외국의 것을 유기적으로 결합”시키느냐와 “어떻게 중국의 신의학을 발전시키느냐”는 등의 문제를 논하

7) “① 중의연구기구를 건립하고 중의약의 연구사업을 진행하는 것은 중국의학의 보물을 발굴하고 중의경험을 정리하고 보급하는 필요한 조치이다. ② 중의를 받아 들여 醫院治療事業에 참여하도록 한다. ③ 중의의 업무를 확대하고 개선한다. ④ 반드시 중의연수사업을 개선한다. ⑤ 중약의 관리사업을 강화한다. ⑥ 중의서적을 정리하고 출판한다.”(『目前中醫工作的主要任務』(1955年 1月 7日). 中華人民共和國 衛生部 中醫司. 앞의 책, 54~9.)

였다. 마오쩌둥은 “외국의 유용한 것도 모두 배워야 하고 중국의 것은 개선하고 발휘하여 중국의 독특한 새로운 것을 만들어야 한다”고 말하였다. 한 걸음 더 나아가 “근본적인 이치를 분명하게 말해야 한다. 기본원리는 서양의 것도 배워야한다. 해부같은 반드시 중국식을 써야하는 것은 말이 않된다. 의학으로 말하면 서양의 근대과학으로 중국 전통의학의 원리를 연구하고 중국의 신의학을 발전시켜야 한다”라고 하였다. 그리고 “외국의 좋은 것은 모두 배워야 한다. 의학을 배우는 것을 예로 들면 세균학·생물화학·해부학·병리학의 이런 것은 모두 배워야 한다. 마찬가지로 중국의 좋은 것은 모두 배워야 한다. 중국의 것을 중시해야지 그렇지 않으면 대단히 많은 연구는 바로 대상이 없게 된다. 중국역사에서 좋은 많은 것이 전해오지 못하였다. 탕밍후양은 황제를 할 수 없었고 인생의 전반부는 할 수 있었고 후반부는 할 수 없었다. 그는 예술을 이해하고 연출하며 복을 칠 수 있지만 물건을 전해줄 수 없었다. 여전히 여러분들에게 의존해야 한다. 여러분들은 “서의”이지만 중국화를 해야하고 일괄 배운 뒤에는 중국의 것을 연구하고 배운 것을 중국화해야 한다.

외국의 것을 배운 뒤에는 중국의 것을 믿지 않는데 그것은 좋지 않다. 그러나 외국을 배워서 는 않된다고 말해서는 않된다.

근대문화는 외국이 우리들 중국보다 높는데 이 점을 인정해야 한다. 예술도 이와 마찬가지로인가? 중국은 어느 점에서는 독특한 곳이 있고 다른 점에서는 외국이 우리들 중국보다 고명하다. 소설의 경우 외국은 뒤에 일어나 빼어나고 우리들은 낙후되었다. 루쉰(魯迅, 1881~1936)은 외국의 것과 중국의 것을 이해하고 있지만 그는 중국의 것을 경시하지 않았다. 하지만 중의와 경극에서 그의 견해는 그리 정확하지 않다. 중의가 자신의 부친을 치료하다 죽었다. 그는 지방극에 대하여도 좋아한다.

콩쯔는 교육자이고 음악가이며 그는 음악을 六藝중에 두 번째에 놓았다.

우리들은 외국의 장점을 받아들이고 우리들 스스로의 것은 약진시킬 수 있다. 중국의 것과 외국의 것을 유기적으로 결합시켜야 하고 외국의 것을 답습해서는 안된다. 외국의 모자 짜는 방법을 배우고 중국의 모자를 짜야 한다.”(毛澤東, 1979)라고 강조하였다.

노중의들의 학술경험의 계승도 중국의학 건설에 중요한 과제였다. 1958년 2월에 위생부는 老年中醫學術經驗의 계승에 관한 긴급통지를 발표하였다. 통지에는 요 몇 년 사이에 중국내의 많은 이름 있는 老中醫가 계속해서 세상을 떠남에 따라 그들의 학술경험이 잘 계승되지 못하여 우리들 위생사업의 중대한 손실이 되고 있다. 이러한 손실을 보충하기 위해서 위생행정부는 곧 각 지역의 학술과 경험을 갖춘 노중의를 우수하고 열심히 연구하는 중의와 서의에게 도제교육방식으로 안배하여 노중의의 학술경험이 계승되도록 애쓰기 시작하였다는 내용을 담고 있다.

같은 해 9월에 中央衛生部黨組가 西醫學中醫離職班의 상황·성과·경험을 중앙에 내는 보고에서 중의연구원이 첫 번째로 서의학습중의이 직반을 운영한 상황을 계통적으로 종합하였다. 같은 해 10월에 마오쩌둥(毛澤東)은 「앞으로 서의이직학습중의 학습반 운영에 대한 비평」에서 “중국 의약학은 하나의 위대한 보고이고 발굴에 힘써서 높여 나가야 한다.”라는 지시를 하고 있는데, 이를 실천하기 위한 구체적인 방안으로 중서의 단결이라는 정책이 나오게 된다.

같은 해 11월에 중공중앙은 위생부당조의 서의이직학습중의반조직에 관한 종합보고중에 다음을 지시하였다: “각 省·市·自治區의 黨委는 조건을 갖춘 곳이면 모두 70~80명 정원과 2년을 1期로 하는 서의이직학습중의의 학습반을 운영해야 한다. 학생은 반드시 대학졸업수

준과 1~3년의 임상경험이 있어야하고 가장 좋은 것은 중의서를 볼 수 있는 중문수준이다. 이렇게 되면 1960년 겨울이나 1961년 봄이면 전국에 2,000명이나 되는 중서의 결합의 고급의사가 배출될 수 있고, 그 중 몇 명의 훌륭한 이론가가 나올 수 있다. 이것은 대사이니 등한시해서는 안 된다. 여러분이 적극적으로 처리하시오.” 같은 해 11월에는 허베이성(河北省) 빠오땡시(保定市)에서 전국중의중약사업회의가 열리고 위생부는 앞으로의 중의중약사업의 안배에 대한 의견⁸⁾중의 하나는 서의학습중의의 대중운동을 펼치기를 제기하였다. 같은 해 11월에 『인민일보』는 『서의학습중의운동을 펼치는데 크게 힘을 쏟자』라는 사설을 발표하였으며 이는 서의학습중의운동이 고조되는 결과를 낳았다.

계속하여 중서의 단결을 강화할 수 있는 방안들이 경험교류나 언론 보도 그리고 공문형식으로 추진해 나갔다. 1960년 4월에 위생부당조는 중앙에 『전국 서의학습중의의 경험교류좌담회상황에 관한 보고』를 제출하고 3가지 경험과 4가지 의견을 제기하였다. 3가지 경험은 첫째, 중국의학의 유산을 경시하는 사상을 반드시 진지하게 비판해야 하고 아울러 이와 같은 두 종의 사상경향의 투쟁 속에서 끊임없이 중서의 단결을 강화하고 “계통적으로 배우고 전면적으로 파악하며 정리하여 높인다”는 방침을 관철하고 집행해야 한다. 둘째, 당의 중의정책을 관철시키는데는 반드시 “百花齊放”과 “百家爭鳴”⁹⁾의 방침을 유지해야

- 8) ① 중의의 새로 나오는 역량을 크게 배양한다. 한편으로는 광범위하게 중의도제 교육방식을 장려하고 다른 한편으로는 중의학원과 중의학교가 잘 운영되도록 애쓴다. ② 대중운동을 펼쳐 비방과 경험방을 모은다. ③ 의원사업의 개혁에 크게 힘을 쏟아 중의의 역할을 충분히 발휘하게 한다. ④ 중의약연구사업을 강화한다. ⑤ 중약생산 발전에 힘을 쏟고 중약의 경영관리사업을 강화한다. ⑥ 民族醫(蒙醫·티베트의 등)에 대해서도 존중하고 중시하며 진정한 발굴과 발휘사업을 한다.
- 9) “百花齊放”과 “百家爭鳴”의 방침은 1956년 중국 공산당이 제출한 예술 발전·과학 진보와 사회주의 문화 번영을 촉진시키는 방침을 말한다.

한다. 셋째, 서의학습중의를 조직하는데는 반드시 離職學習과 在職學習을 서로 결합하고 이론과 실재를 서로 결합하며 동시에 여러 가지의 다양한 방식을 채택해야 한다. 4가지 의견은 첫째, 중의사업에 대한 당의 지도를 강화하여 진지하게 중의정책을 집행하고 관철시킨다. 둘째, 서의학습중의는 여전히 현재의 당의 중의정책을 관철시키는 열쇠이다. 셋째, 서의학습중의를 진일보하게 펼치는 동시에 현대과학적인 방법을 이용하여 중국 의학을 정리하고 연구하는 사업을 강화해야 하며 이 사업을 신속하게 발전하는 현대의학사업과 서로 결합하고 촉진시킨다. 넷째, 당의 중의정책을 진일보하게 강화하기 위하여 中西醫團結合作을 강화하고 경험을 교류한다.

1961년 2월에 중공 衛生部黨組의 書記이며 위생부 副部長인 쉬윈베이(徐運北)는 『인민일보』에 “중국 의약과학을 발전시키려면 중의와 서의는 단결하고 합작하며 노력해야한다”는 글을 발표하였다. 전문은 5개로 요약된다. 첫째, 중의도 좋다, 서의도 좋다, 중서의 결합은 더욱 좋다. 둘째, 계승하고 발휘하면 최고봉에 오른다. 셋째, 百花齊放하고 百家爭鳴한다. 넷째, 연구방법은 광활하고 작업방법은 정확해야 한다. 다섯째, 친밀히 단결하며 어깨를 같이하고 앞으로 나간다.

1962년 7월에 衛生部黨組가 내놓은 “중국의 의학유산을 연구하고 이를 계승하는 일의 개진에 관한 의견”에 中央은 동의하였고 그 주된 의견은 다음과 같다. 첫째, 현대과학적인 방법으로 중국의 의학유산을 연구하는 문제이다. 둘째, 중국의 의학유산을 계승하는 문제로서 中醫學院¹⁰⁾을 잘 운영하는 것은 비교적 수준 높은 중의를 배양하기 위해서이고 반드시 계속해서 중의도제교육방식을 제창해야 한다. 셋째, 중서의 종합요법과 기타 관련된 문제이다. 넷째, 百家爭鳴과 계속하여 中西醫團結을 강화하는 문제이다.

10) 中醫學院은 중의학대학으로 우리 나라의 한의과대학에 해당된다.

1963년 9월에 위생부는 당면한 중의사업의 일부분제에 대한 의견을 제시하였다. 그 요점은 다음과 같다. 계속해서 서의학습중의를 조직하는 것에 관한 문제, 중의연구기지를 절실하게 강화하고 연구팀을 충실히 하는 것에 관한 문제, 진지하게 저명 老中醫(民族醫도 포함함)의 학술경험을 잘 계승하는 것에 관한 문제, 적극적으로 中醫學徒를 잘 인솔하는 것에 관한 문제이다.

1965년 5월에 國家科委 中醫中藥組가 창립되었다는 것은 중의약의 연구와 사업발전이 이미 진일보하게 국가과학기술연구와 계획의 정상적인 궤도에 진입했음을 뜻한다. 위생부 부장 치엔신중(錢信忠)은 창립회의에서 말하기를 1954년 중앙이 위생부의 중앙정책에 어긋난 잘못된 방침을 비판하고 바로잡은 뒤에, 1958년에 중의사업은 고조되고 요즘 몇 년은 중의중약연구에서 많은 좋은 성과를 거두었다. 예를 들면, 鍼灸에서는 침자마취, 외과에서는 골절·小副木·痔核·勞損·접질립·요추간판탈출·急腹症·화상·常見病·多發病·난치병(유행성 B형뇌염·麻疹에 肺炎합병·哮喘·자궁경부암 등)은 모두 일정한 치료효과가 있다는 것이 충분히 증명되어 중국의학은 확실히 하나의 위대한 보고인 것이다. 앞으로는 계속해서 정확하게 당의 중의정책을 관철시켜야 하고 중의중약사업도 반드시 노동자·농민·병사의 요구를 만족시켜야 한다. 중국의 의학유산을 계속해서 발휘하는 열쇠는 중서의 단결합작과 중의중약의 연구정리사업을 강화하는데 있다. 이밖에, 중의중약의 기타사업, 예컨대 중의교육·중의도제식교육·중약공급·중약연구 등의 사업은 모두 실행가능하게 조직해야 한다.

같은 해 6월에 國家科委 副主任 위꾸앙위안(于光遠)은 창립회의 보고에서 중의중약연구사업의 방침과 방법의 문제를 거론할 때 중서의 결합으로 중국 의학을 연구하는데에는 대체로 4종의 형식이 있다고 하였다(于光遠, 1965:231~2). 첫째, 임상에서 현대과학의 방법을 써서 검

사와 진단을 하고, 중의전통의 理法方藥에 따라 辨證論治하며 중서의가 같이 치료효과를 관찰하여 잘 기록하고 데이터를 모아두었다가 최후에는 과학적인 분석과 종합을 한다. 둘째, 임상연구과정중 중서의의 두 기술을 채택하고 중약과 서약을 같이 사용하여 비교적 좋은 치료효과를 거두었다. 셋째, 의학의 핵심사상이 일부 융합하는데, 서의는 중의의 理法方藥을 다 배울 수 있고 중의는 현대과학적인 방법으로 思考문제를 다 배울 수 있으며 중의요법이나 서의요법을 한가지 사용할 때 보다 치료효과를 현저히 높이고 의학이론도 새로운 발전이 있게 된다. 넷째, 당연히 중서의 합작 최고의 형식은 융합의 기초 위에서 더 높고 새로운 의약학파를 만드는 것이다. 그러나 한 발짝도 본래의 중의와 서의의 수준에는 이르지 못하였다.

이 네 가지 형식은 단계마다 높아지고 깊어져 현재 첫 번째 형식이 가장 많고 세 번째 형식은 막 시작되었다.

이 시기는 건국초기 국민들의 질병퇴치(주로 전염병)와 중국의약유산을 계승하고 발전시켜 신의학을 만드는 방안으로 “團結中西醫”를 위생사업방침의 하나로 채택하고, 서의학습중의반을 개설하여 서학중이 배출되기 시작함으로써 이를 체계적으로 실천하고, 언론보도를 통하여 중서의 결합이 널리 확대되며 중서의 결합의 형식을 정립해 나가는 기간이었다.

3) 文化大革命 期間(1966~1975)

기타 다른 사업과 마찬가지로 중의중약사업도 심각하게 파괴되었고 심각한 손상을 입어 중의중약은 날로 쇠퇴되었으며 중의인재들이 계속해서 모자라 중의약인원은 1/3로 줄었으며 전국중의의원은 1960년의 330개에서 129개로 줄었고 중의학원은 21개에서 11개로 줄었다. 중의기초이론연구는 취소되고 중의약학술의 자유로운 토론은 박탈되

었으며 중국의약학을 계승하고 발양하는 사업은 더럽혀져 “옛날로 돌아가 후퇴”(復古倒退)하였으며 많은 중의의 의원·학교·연구 기관의 방·실험기기·기자재·재산·설비·도서·자료는 파괴되고 잘못된 노선의 지도아래에서 “사람 사람마다 중의를 배우는”(人人學中醫) 구호가 제기되었다. 이러한 시대의 흐름에 역행되는 가운데에서도 많은 위생의약 종사자들은 저우언라이 총리의 배려에 힘입어서 사업을 유지하여 적지 않은 성과를 거두었다. 그들은 서의학습중의사업을 유지하고 많은 의약위생종사자들과 맨발의사들이 일정하게 중의약지식을 보급시켰으며 중서의 결합은 임상응용과 중초약을 채집하고 씨뿌리며 제조하고 활용하는 면에서 비교적 광범위하게 펼쳐졌다.

1970년 11월에 전국중서의 결합사업회의가 뻬이징에서 열렸다.

1971년 2월에 저우언라이 총리는 全國中西醫結合事業 대표와 全國中草藥 및 新醫療法展覽會종사자들을 만나 대화를 나누었다. 이 자리에서 “5년을 1기로 하고 몇 번의 실행을 거쳐 中醫와 西醫를 서로 결합하고 공동으로 높여 점차로 融滙貫通에 이르며 마오쩌둥 주석이 지시한 창조적인 통일중국의 新醫學·新藥學의 위대한 理想을 실현해 나가자”고 요구하였다. 같은 해 6월에 전국 老年慢性氣管炎 정복사업회의가 뻬이징에서 열렸다. 저우언라이 총리는 여러 회에 걸쳐 중요한 지시를 하였고 그 중에 지적된 것은 중국의 의약학유산과 외국의 의약학경험을 다루는데는 비판적으로 흡수하여 그 찌꺼기는 버리고 그 정화는 취해야 한다고 하였다.

1972년 8월에 저우언라이 총리의 배려로 위생부는 만성기관지염 예방 치료실을 설립하고 본 병에 대한 중서의 결합연구의 지도를 강화해 나갔다. 1975년 7월에 衛生部는 중서의 결합영도팀 사무실을 설립하고 中醫司를 취소하였으며, 이 시기에 중서의 결합사업은 정체와 퇴보의 길을 걸었고 서의학습중의사업과 임상응용면에서 일부 명맥만 유지되었다.

4) 文化大革命 以後 - 1980年代末

문화대혁명 때에 흐트러진 중서의 결합사업을 재정비하여 후계자 양성을 계속하여 진행하였다.

1978년 4월에 위생부는 각 성·시·자치구의 衛生廳局·중국의학과학원·중의연구원에 西醫離職學習中醫班 운영에 관한 통지를 발송하였으며 구체적인 요구와 방법은 다음과 같다. 첫째, 학제는 2년을 1기로 하고 매년 학생 30~50명을 모집한다. 둘째, 중의이론을 계통적으로 학습시켜 중의 理法方藥의 치료원칙을 파악하고 중서의 두 기술을 써서 임상·교육·과학연구사업을 진행할 수 있게 한다. 셋째, 학생의 조건은 大專醫學院校 졸업자나 이에 해당하는 수준을 갖춘 자가 5년 이상의 임상경험이 있고 정치표현이 좋으며 몸이 건강하고 중의사업에 애착을 갖고 있으며 가장 좋은 것은 中醫書를 볼 수 있는 수준이어야 하고 아울러서 중국의약학의 유산을 계승하고 발휘하며 중국의 통일된 신의학과 신약학이라는 위대한 사업을 만드는데 헌신적이어야 하고 40세 이하의 청장년 서의가 가장 적당하다. 자원해서 신청을 하며 대중의 추천이 있어야 하고 기관장의 허가를 얻는 원칙을 채택한다. 넷째, 힘있는 교육그룹을 조직하고 교재는 大專院校의 중의교재를 골라 쓴다. 다섯째, 마지막 학기에 시험에 합격한 자는 성·시·자치구의 위생국은 졸업증서를 통일하여 발급하고 위생부에 등록한다. 여섯째, 학생들은 졸업한 뒤에 그들의 역할을 충분히 발휘하기 위하여 중서의 결합의 의료·교육·연구사업에 종사하고 원칙적으로 성·시·자치구 위생국에서 총괄하여 안배하고 집중적으로 쓴다. 일곱째, 각 성·시·자치구는 1958년 11월 18일 중공중앙이 위생부당조의 『서의이직학습중의반조직의 종합보고』의 지시와 별지를 참고하여 반을 운영하는 계획과 구체적인 교육계획을 입안하고 아울러 실행 가능한 상황을 6월말까지

위생부에 보고한다.

같은 해 8월에 위생부당조는 중앙에 『진지하게 당의 중의정책을 관철시키고 중의후계인력의 부족문제를 해결하는 보고』를 제시하였다. 보고에서는 1959년 전국의 중의는 36.1만명이고 서의는 23.4만명이며, 1977년 서의는 73.8만명으로 2.2배가 늘고 중의는 도리어 24만명으로 줄어들어 1959년의 1/3로 줄었다. 중의중약사업을 발전시키기 위해서는 중의후계인력의 부족문제를 해결해야 한다고 하면서 다음의 내용을 건의하였다. 첫째, 당의 중의정책을 진일보하게 거듭 천명하는 동시에 진지하게 이를 실행 가능하도록 관철시키며 중의중약의 종사자들을 다루는 잘못된 태도를 바로 잡는 것이 절실하다. 둘째, 진지하게 中醫院校를 잘 운영하고 중의중약의 新生力量을 적극적으로 양성한다. 셋째, 中醫醫院을 정돈하고 잘 운영한다. 넷째, 중의약연구기구의 건설을 강화한다. 다섯째, 서의학습중의를 계속해서 조직한다. 여섯째, 현재 대다수의 중의가(모두 12.9만명으로 약 중의총수의 55%차지) 집체소유제 의료기관에서 일을 하고 있는 것에 비추어 중의원교·중의약 과학연구기구와 중의의원에서 부족한 교사자격과 기술핵심의 문제를 해결하기 위하여 國家計委가 1만명에게 나누어 준 노동지표에 기초하여 집체소유제의 의료기구와 도시·시골에 흩어져 있는 민간 의사 중에서 시험을 거쳐 진짜 재능이 있고 견실한 학문을 갖춘 중의를 선발하고 全民所有制의 중의약교육·과학연구와 의료기구를 충실하게 강화한다. 일곱째, 현재 중의기구의 수가 대단히 적고 조건이 몹시 떨어진 것에 비추어 급히 정돈하고 건설을 강화해야 할 필요가 있으며 각 省·市·自治區가 기본건설계획을 안배할 때 중의기구의 발전을 우선 고려해야 하고 경비를 분배할 때는 중의기구를 중점적으로 배려해야 한다고 건의하였다. 여덟째, 진지하게 당의 중의정책을 관철하고 실행가능하도록 하는 열쇠는 영도에 있다. 각 省·시·자치구의 黨委는 중의와

중서의 결합사업을 議事日程에 넣고 각 관련분야를 독촉하여 당의 중의정책을 관철하고 집행하며 중서의 결합을 잘 하도록 건의하였다.

같은 해 9월에 당중앙은 (78)56호 문건으로 위생부당조가 보낸 『진지하게 당의 중의정책을 관철시키고 중의후계인력의 부족문제를 해결하는 것에 대한 보고』에 대한 회신을 전국의 관련기관에 보냈다. 공문지시에서 중의후계인력의 부족문제를 모두 해결해야하고 중의이론에 정통하고 임상실제경험이 풍부한 수준 높은 중의인력을 양성해야 하며 중서의 결합사업에 적극적인 서의학습중의의 핵심인력을 육성해야 한다고 강조하였다. 평샤오핑(鄧小平)은 지시에서 특별히 “이 문제는 반드시 중시해야 합니다. 특히 중의가 양호한 발전을 하고 높은 물질조건을 만들 수 있도록 해주시기 바랍니다”라고 지적하였다. 같은 해 국무원 학위평심위원회도 중서의 결합전공 석사와 박사 대학원생을 모집하기로 확정하여 中西醫結合研究人才를 끊임없이 육성하게 된다.

1980년 1월에 위생부는 베이징에서 全國衛生局長會議를 열고 1980년의 8개 임무를 확정하였다. 그중 제3항은 중국의 의학유산을 계승하고 발양하며 현대의학을 열심히 발전시키고 중서의 결합에 박차를 가하여 중국의 의학과학을 흥성하게 발달시켜 인재들을 배출한다. 같은 해 3월에 위생부는 전국중의와 중서의 결합사업회의를 열었다. 회의에서 전면적으로 건국30년간의 중의 및 중서의 결합사업의 중요한 경험과 거기에서 얻은 교훈을 종합하였고, 당의 중의정책을 연구하였으며 당장 존재하는 문제를 분석하였고 앞으로 반드시 채택해야할 조치를 토론하였으며 췌이위에리(崔月犁) 부장은 중의·서의·중서의 결합이라는 세 역량을 발전시키고 장기적으로 병존시킨다는 원칙을 제시하였고 의료계의 단결을 증진하였으며 인식을 높였다. 회의에서는 또한 당의 중의정책의 기본요점을 다음과 같이 종합하였다. 첫째, 계

승에 노력하고 寶庫를 발굴하며 중국의학의 수준을 애써 높인다. 둘째, 중의를 단결하고 의지하며 발전시키고 높인다. 셋째, 중서의 결합을 견지하고 서의가 중의를 배우고 연구하는 것을 조직한다. 넷째, 중의는 점차로 현대화를 실행해야 한다. 다섯째, 비례적으로 계획을 세워 중의와 중서의 결합사업을 발전시키고 동시에 그 발전을 위하여 좋은 물질조건을 높이고 만든다. 여섯째, 중약자원을 보호하고 이용하여 중약사업을 발전시킨다. 같은 해 5월에 위생부는 『중의의 전통적인 도제식교육방법의 개선과 중의인재의 적극적인 배양』에 관한 허난성(河南省)의 자료를 아래로 보냈다. 허난성의 방법이 전국중의와 중서의 결합사업회의정신에 부합한다는 것을 인정한 것이고 아울러서 허난성의 경험은 각 지역에 참고할 가치가 있음을 지적하였다.

학회가 창립되어 학술활동이 강화되었다. 1981년에 전국규모의 1급 학회인 중국중서의 결합연구회가 창립되었다. 이 연구회에는 24개의 전공위원회가 있으며 2만여 명의 회원이 있고 매년 10여 회의 전국적 혹은 국제적인 학술회의를 조직하여 끊임없이 중국 중서의 결합 학술 발전을 추진하였다.

1982년 4월에 위생부는 후난(湖南) 형양(衡陽)에서 전국중의의원과 고등중의교육사업회의를 열었다. 회의에서 『중의의원의 정돈과 건설 강화에 관한 의견』·『전국중의의원사업규칙』·『교육의 질을 높이는데 노력하고 중의의원을 잘 운영하는 것이 절실함』 등의 문건을 토론하고 제정하였다. 이번 회의에서는 특별히 중의기관은 중의의 특색을 유지하고 발휘하는 문제와 중의사업경비를 늘이는 문제, 중의약의 후계인력과 의술의 부족을 계속해서 해결하는 문제, 의약결합의 문제, 중의교육사업의 몇 가지 문제, 중서의 결합·중의연구·民族醫의 문제, 위생행정부가 중의사업을 강화하는 지도문제 등을 해결해야 한다고 강조하였다. 같은 해 12월에 위생부는 스지아주양(石家莊)에서 “전국

중서의 결합과 종합의원·전문진료과목의원 중의과”의 사업회의를 소집하였다.

같은 해 12월에 “현대의약과 중국의 전통의약을 발전시킨다”¹¹⁾를 중국의 『헌법』 제21조에 넣음으로써 중의학과 서의학이 법적으로 대등한 관계라는 보장을 받아내게 되었다.

같은 해 중국은 중서의 결합의원·중서의 결합연구소를 세우기 시작하였고 종합의원에서 중서의 결합과·외래진료부·병실 등을 개설하였다. 省·市·地區級 중서의 결합의원과 연구소는 40개에 이르며 중서의 결합임상·과학연구와 인재육성에 중요한 기지가 되고 있다. 따라서 중서의 결합의 연구가 활성화되고 국민들이 임상에서 중서의 결합의 혜택을 입게 되는 계기가 되었다.

1983년 11월에 시안(西安)에서 전국중의·중서의 결합과학연구사업회의가 소집되었다. 회의에서는 34년의 사업을 종합하였고 아울러서 『중의중서의 결합과학연구성과평정·장려방법』(토론원고)을 토론하였으며, 동시에 『중의중서의 결합과학연구사업관리방법』을 제의하고 제정하였다. 같은 해 같은 달에 전국중의의원 急症사업좌담회가 츠칭(重慶)에서 소집되었다. 회의에서는 中醫急症事業의 경험과 진전을 교류하고 종합하였다. 또한 반드시 중의급증사업을 중의의원건설로 만드는 하나의 大事로 확실히 완전하게 잡아내자는 데 인식을 같이 하였다. 회의에서 高熱·厥脫·중풍·통증·血證(출혈)의 중의치료와 제약 개선 등의 협력팀을 설립하기로 하였고, 점차로 중의급증의 진단·치

11) 제21조의 전문은 “국가는 의료위생사업을 발전시키고 현대의약과 중국 전통의약을 발전시키며 농촌집체경제조직·국가기업사업조직과 가도(도시의 ‘區’아래의 작은 행정 단위)조직을 격려하고 지지하여 각종 의료 위생시설을 개설하고 대중의 위생활동을 전개하며 국민의 건강을 보호한다. 국가는 체육사업을 발전시키고 대중적인 체육활동을 전개하여 국민의 체질을 증강시킨다.”이다. 이 조항은 1982년 12월 4일 제5회 전국인민대표대회 제5차 회의에 통과된 것이다.

료효과표준과 치료常規를 제정하기를 바라고 있다. 회의에서는 『중의 의원급증사업 강화에 대한 의견』을 통과시켰다. 같은 해 12월에 위생부는 『중의·중서의 결합의 과학연구사업 강화에 대한 의견』과 『중의 의원의 급증사업 강화에 대한 의견』을 발행하여 공표하였다.

1984년 4월에 “2000년의 중국”이라는 중서의결합 연구논증회가 베이징에서 열렸다. 회의에서는 중서의 결합의 이론과 임상연구의 각 영역 현황을 객관적으로 평가하였고, 아울러 2000년 각 분야의 중서의 결합연구에 대한 발전전망을 예측하였으며 향후 15년의 중점방향을 제시하였다.

1985년 6월에 中央書記處는 위생업무에 관한 결정에서 지적한 것은 다음과 같다. “헌법 제21조에 명시된 ‘현대의약과 중국의 전통의약을 발전시킨다’는 규정에 근거하여 중의와 서의를 동등하고 중요한 자리에 놓아야 한다. 한편으로 중의약학은 중국 의료위생사업의 특징과 우위를 차지하여 중의는 버릴 수 없으며 반드시 보존하고 발전시켜야 한다. 다른 한편으로는 중의는 반드시 선진의 과학기술과 현대화수단을 적극적으로 이용하여 중의약사업의 발전을 촉진시켜야 한다. 중서의 결합방침을 유지해야하고 중의와 서의는 서로 배합하며 取長補短하고 각자의 우위를 발휘하도록 애써야 한다.” 같은 8월에 전국 중의 업무와 전국 중서의 결합업무회의가 허웨이(合肥)에서 열렸으며 회의 기간에 中醫立法業務에 대하여도 토론을 하였다.

1989년 11월에 全國中西醫結合醫院業務會議가 티엔진에서 열렸는데 이 회의에서 『중서의 결합의원업무의 일부문제에 대한 규정』과 『전국 중서의 결합의원건설 검사표준』에 대하여 토론하고 개정하였다.

이 시기는 문화대혁명 때 흐트러진 중서의 결합사업을 재정비하여 후계자양성을 계속하고 중국중서의 결합연구회를 창립하여 학술활동을 강화하며 중서의 결합연구소와 의원 그리고 종합의원내 중서의 결

합과가 설치되기 시작하면서 국민들에게 구체적인 임상혜택이 돌아갔으며 “현대의약과 중국의 전통의약을 발전시킨다”는 것을 헌법에 명시하고 이를 근거로 서의와 중의의 법적 지위를 동등한 자리로 끌어올린 시기이다.

5) 1990年 以後 - 現在

1991년 4월에 7차 全國人大 4번째 會議에서 『국민경제와 사회발전의 10년 계획과 8차 5개년 계획 綱要』중에 “중의와 서의에 무게를 함께 둠”을 위생사업 기본방침중의 하나로 하였다. 같은 해 10월에 국무위원 리티에잉(李鐵映)은 국제전통의약대회에서 중국정부를 대표하여 한 개막사에서 중국의 중의약정책에 대해서 밝혔는데, 중국헌법제 21조에 “현대의약과 중국의 전통의약을 발전시킨다”는 규정은 중국정부가 전통의약을 발전시키는 근본적인 법률근거이며, “중의와 서의에 무게를 함께 둠”은 중국정부 위생사업의 기본방침중 하나이고 전통의약을 계승하고 발전시키는 것은 중국정부의 일관된 정책이다라고 하였다(李鐵映, 1993:7).

1992년 4월에 국가중의약관리국은 國家敎委의 심사와 비준을 거친 중의전공의 제2학사학위 西醫班학생모집방안을 발행하였으며, 서의와 중의 두 이론과 기능을 모두 갖춘 높은 단계의 복합형인재를 배양하는데 새로운 길을 열었다.

1995년 7월에 장원강(張文康) 부부장 겸 국장이 주편을 맡고 동시에 국가중의약국 1995년 중점항목중의 하나인 『中國中西醫結合醫學』의 연구·편찬업무에 전면적인 활동을 하였다. 같은 해 장원강(張文康)은 『중의약선전사업강화에 힘을 써서 중의약사업의 건강한 발전을 촉진한다』에서 中西醫并重問題와 중서의 결합문제를 다루었다. 중서의병 중문제의 경우 “중서의병중은 위생사업 5대방침중의 하나로 이를 실

시하는데는 주로 다음의 다섯 가지가 있어야 한다. 첫 번째는, 사상인 식상의 병중이다. 12억인구의 의료에서 예방과 보건의 문제는 중의와 서의에 의존된다. 두 번째는, 정치적으로 누구나 차별 없이 대해야 한다. 세 번째는, 학술지위에서 평등하다. 과학기술성과·기술직무평정·의료사고의 감정 등은 함께 공평한 의논을 한다. 네 번째는, 사업발전상 병중이다. 중의약사업을 정부의 경제사회발전계획과 위생구역의 계획에 넣어야 한다. 다섯 번째는, 사회위생의 전체 자원을 함께 누리고 자신의 의무를 다한다. 중의약의 역사와 현실상황에 따라 일정한 기간 안에 반드시 정책과 투입 등에 기울인다.”(張文康, 1996:6)라고 하였고 중서의 결합문제의 경우는 “중서의 결합은 중국 위생사업의 한 특징이고 중의약학을 계승하고 발휘하며 현대의약학을 풍부하게 하는 중요한 방법중의 하나이고 또한 중국 위생사업의 공동임무이다. 작업에서 중서의는 단결을 강화하고 서로 取長補短하며 각자의 우세를 발휘하고 함께 국민의 건강을 위하여 봉사한다. 학술상에서 반드시 중서의 결합의 이론과 방법을 검토해야 한다. 임상에서 두 의학의 장점을 발휘하여 치료수단을 풍부하게 하고 질병을 예방하고 치료하는 능력을 높여야 한다. 덩샤오핑은 명확하게 “과학기술은 첫 번째 생산력이다”라고 지적하였다. 우리들은 반드시 시종일관되게 이 사상을 견지해야하고 과학기술의 진보에 의존하여 중의약사업을 발전시켜야 한다.”

1997년 1월 15일에 중공중앙과 국무원은 위생개혁과 발전에 관한 결정을 다음과 같이 내려 “중서의병중”이 새로운 시기 위생사업방침 중의 하나임을 다시 한번 분명히 하였다.

“중의약은 중화민족의 우수한 전통문화이고 중국 위생사업의 중요한 구성부분이며 독창적인 특색과 우세를 갖고 있다. 중국의 전통의약과 현대의약은 서로 보충하고 공동으로 국민의 건강을 보호하고 증

진하는 임무를 맡는다. 각급의 당위와 정부는 진지하게 중서의병중의 방침을 관철시켜야하고 중의약사업의 영도를 강화하며 점차로 투자를 늘려 중의약발전을 위하여 좋은 물질적인 조건을 만든다. 중서의는 단결을 강화해야하고 서로 배우며 취장보단하고 공동으로 제고하여 중서의 결합을 촉진시킨다.”

이 시기는 중국 위생사업방침중의 하나로 中西醫并重이 채택되고 중의와 서의가 법적, 학술적인 보장을 받아 같이 연구하고 중의대학이나 서의대학내에 중서의 결합학과가 개설되고 관련 교재도 편찬되기 시작하는 시기로 중서의 결합이 성숙되어가는 시기라고 말할 수 있다.

6) 中西醫結合醫 現況

중국 중서의 결합학회 츠언커지(陳可冀)는 중국 중서의 결합의 현황에 대하여 다음과 같이 언급하였다(陳可冀, 1999:6~7). 40년 동안 많은 중서의 결합 의료과학연구의 제일선에서 일하는 종사자들은 “계통적으로 배우고 전체적으로 파악하며 정리하여 수준을 높인다(系統學習·全面掌握·整理提高)”는 지도방침에 따라 진지하게 중의를 배우고 작업에 애를 쓰며 평생의 심혈을 기울여 거시관과 미시관의 결합·전체와 국소의 결합·변병과 변증의 결합·구조와 기능의 결합·종합과 분석의 결합·전통과 현대의 결합 등의 각분야에서 그리고 각 단계에서 중의와 서의의 우세를 상호보완하고; 각자 발전하는 동시에 몇 가지 의학의 이론·원리와 예방치료방법을 융회하고 交叉하며 創新하였다. 중의약의 扶正療法과 현대 腫瘍治療를 서로 결합한 중국중서의 결합 종양의료모형, 허혈성 심뇌혈관 및 주위혈관병에 대한 活血化瘀藥의 효능, 腹部외과급증에 대한 通裏攻下法의 효능, 급성 미만성 혈관내 응고와 여러 장기기능쇠약의 중서의 결합치료, 계통성 홍반낭창·만성

재생불량성빈혈 및 기관지 哮喘속의 補腎療法の 응용, 침 보조마취와 진통원리의 규명, 면역성 불임증에 대한 滋陰降火法の 효능, 중서의 결합골상질병의 의료관념에 대한 創新, 靑蒿素의 抗瘧疾, 백혈병치료에 砷劑의 응용, 肝腎疾病 등 내과병, 소아과·안·이비인후과·피부과 등 여러 가지 양호한 치료효과, 화상·아편금지의 연구, 臟象·氣血·八綱 등 이론연구, 중약 및 複方의 약효기전 연구, 실험방법학 등 여러 가지 많은 창신을 하여 여러 영역 안에서 중의약학을 계승하고 발전시켰으며 아울러 현대의약학을 풍부하게 하였다.

중국은 현재 省·市級 中西醫結合醫院은 39개이고, 中西醫結合研究所는 17개이다. 중국의 일부 저명한 의과대학과 중의약대학에도 중서의 결합연구소를 설립하였다. 예를 들면, 상하이외과대학(上海醫科大學)·베이징외과대학(北京醫科大學)·통치외과대학(同濟醫科大學)·후난외과대학(湖南醫科大學)·중산외과대학(中山醫科大學)·시안외과대학(西安醫科大學)과 베이징중의약대학(北京中醫藥大學) 등이다.

西醫學習中醫 이외에도 1978년이래, 國務院 學位委員會의 기준을 거쳐 전국에 28개 중서의 결합 박사과정과 87개 中西醫結合 석사과정 이, 1995년부터 3개의 박사 후 순회과정이 개설되었다. 1992년부터 베이징·상하이(上海)와 꾸앙저우(廣州)의 중의약대학에서 복수학위 서학중반(雙學位西學中班)이 개설 운영되고 있고 또 일부 高等醫學院校에서는 중서의 결합과 혹은 전공을 개설하였으며, 일부 高等中醫藥院校에서는 이미 1998년부터 7년제 중서의 결합전공방향의 학부반 학생을 모집하였다. 1958년부터 1995년까지 육성된 총 중서의 결합인력은 58,000여명이고 그중 중서의 결합의 박사와 석사출신이 1,200여명이나 된다.

중서의 결합의 전문학회도 설립되었다. 중국과학기술협회로부터 인정을 받은 국가 일급학회인 中國中西醫結合學會(원래는 中國中西醫結

合研究會라고 하였음)는 1981년 11월 베이징에서 설립되었고 1998년 12월 현재 회원은 45,319명이며, 학회 산하에는 30여개 전문위원회나 학술팀이 있고 해마다 20~30회에 걸친 전국적인 학술회의가 열린다. 학회는 중국중서의 결합사업의 추진과 국제교류에 대단히 훌륭한 역할을 한다.

그 동안 중국내외에서 여러 종의 중서의 결합잡지 및 각종 중서의 결합교과서와 전문서가 출판되었다. 1981년에 창간한 『중국중서의 결합잡지』는 중국중서의 결합학회와 중국중의연구원이 연합하여 주관한 것으로 이것은 일종의 전면적이고 국가급의 종합의학간행물(月刊)이며, 중국자연과학의 핵심간행물중의 하나이고, 발행부수는 30,000여권이며, 독자는 五大洲의 20여개국과 지역에 보급되고 있고 중국중서의 결합학술진전을 전면적으로 반영할 수 있는 유일한 잡지이며, 논저의 영문초록이 붙어 있고, 주요 論著는 Medline과 Index Medicus에 수록된다. 이 잡지는 아직도 여전히 日文片·英文版과 한글판(현재는 중단 상태)으로 출판되고 있다. 그 밖에도 『中西醫結合外科雜誌』·『中西醫結合耳鼻喉科雜誌』·『中西醫結合實用急救雜誌』·『中西醫結合脾胃病雜誌』·『中西醫結合新消化病雜誌』·『中西醫結合骨傷科雜誌』와 『中西醫結合臨床雜誌』 등 전문성 잡지가 출판되고 있고, 중국내외의 중서의 결합학술교류와 번영을 촉진하는데 중요한 역할을 하고 있다. 중서의 결합교과서와 각종 관련 의료연구전문서는 대단히 많다.

다. 韓國의 洋·韓方 協診과 相關한 時事點

1) 韓國의 政策樹立時의 時事點

한의학과 양의학 중 하나의 의학으로 질병치료에 대응하기 보다는 둘의 더 높은 차원의 만남을 통하여 질병치료에 대응하는 것이 효과

적이라는 것은 피할 수 없는 시대적인 흐름이다. 시대의 흐름에 맞추어 우리나라는 어떻게 준비해 나가느냐에 따라 우리나라 의학이 장래 세계의학속에 편승할 것인지 아니면 낙후된 의학으로 남게 될 것인지를 성패가 달려 있다고 해도 과언이 아닐 것이다. 이런 점에서 지난 40년 이상 실험의 장으로서 중국의 중서의결합은 우리나라 洋·韓方 協診의 바람직한 발전과 관련하여 좋은 참고가 될 것으로 생각된다.

여기에서는 중국 중서의결합의 발전과정과 정책수립 및 기초이론연구라는 두 가지 점에서 한국의 洋·韓方 協診과 관련하여 주는 시사점을 생각해 보기로 한다.

첫째는, 한국의 洋·韓方 協診에 대한 정책은 민간적인 차원의 한계에서 벗어나 국가적인 차원에서 관심을 갖고, 심도 있고 체계적으로 다루어져야 한다. 별도로 洋·韓方 協診에 대한 정책을 수립해야하고, 기초이론·임상연구 및 교육 등의 면에서 구체적으로 실행될 수 있도록 계획을 세워 대학과 연구기관에서 연구를 꾸준히 진행해야 한다.

둘째는, 洋·韓方 協診과 관련하여 법적·제도적 장애가 되는 점들을 충분히 고려해 이들을 개선해야 한다.

셋째는, 洋·韓方 協診과 관련하여 洋·韓方 協診人力들을 지속적으로 육성해 나가야 한다. 인적 자원의 지속적인 확보가 없이는 꾸준히 洋·韓方 協診을 실천해 나가는데 한계를 드러내기 때문이다.

2) 韓國의 洋·韓方 協診과 관련한 示唆點

중국 中西醫 結合의 기초이론연구가 한국의 洋·韓方 協診과 관련된 기초이론에 주는 시사점은 몇 가지로 요약된다.

첫째는, 洋·韓方 協診과 관련된 기초이론연구가 지속적으로 이루어질 수 있도록 한의사들과 양의사들간에 개방적인 자세로의 의식전환이 요구된다.

둘째는, 洋·韓方 協診과 관련된 기초이론연구에 대한 관련 학회의 활동을 통하여 활발한 학술활동이 요구된다.

셋째는, 한의사와 양의사가 상호 자유롭게 연구에 접근할 수 있는 법적·제도적 구속을 풀다는 전제아래 기초분야에서 한의학과 양의학의 전문학자들이 협력하여 연구할 수 있는 적극적인 연구지원이 있어야 한다.

넷째는, 洋·韓方 協診과 관련된 기초이론의 학문정립을 위하여 교과과정 개설 및 교과서와 전문서의 개발 등이 필요하다.

중국 中西醫 結合이 주는 위의 몇 가지 시사점이 우리 나라에 정착된다면 우리 나라의 洋·韓方 協診關聯 研究는 순조롭게 궤도에 오를 것이고 더 나아가 인류건강복지에 기여하게 될 것이다.

2. 臺灣의 中·西醫 一元化 現況

가. 中醫學의 現代化 方案과 行政體系

1) 臺灣 中醫學의 現代化 方案

대만의 중의사의 소질을 향상시키기 위하여, 대만 고시원 고시부는 중화민국의 약대에 ‘특종고시 중의사 고시 필기시험 합격자 훈련’을 설치토록 하였으며, 또한 ‘특종고시 중의사 고시 필기시험 합격자 훈련법’의 규정에 의거하여, 중의사 고시 필기시험 합격자는 반드시 먼저 8개월간의 기초의학훈련을 접수한 후에 10개월간의 임상진료수련을 받도록 하였다. 또 임상 진료훈련병원은 삼년마다 을차 현장평가를 하는데, 1996년 6월 제3차 현장평가를 하여서 109개 중의의료기관 중에서 36개가 현장평가 신청을 제출하여, 평정을 거친 결과로 3개

중의의료기관이 『특종고시 중의사 고시 필기시험 합격자 훈련』을 하는 수련중의의료기관으로 지정 받았다. 이 임상진료훈련은 고시선발부·교육부와 중화민국의 약대가 정기적으로 접수하여 각지 중의사들이 중의의료기관에 가서 수련과정을 거치면서 실제적인 임상 수련상황을 이해하도록 하고 있다. 그리고 개업 중의사에게는 현대의학에 대한 지식을 교육하여 그 소질을 높이기 위해, 중화민국 중의사협회는 전국연합회의 지도아래 한의학 학술활동과 교육을 지속적으로 하며, 적극적으로 중의학 현대화를 추진하고 있다.

2) 臺灣 中醫學의 行政體系

1985년 이전에 중의학 행정관린업무계통은 의정처와 약정처가 나누어 책임지고 관리하였는데, 1985년 6월 이후에는 중의약위원회가 시험적으로 부분적인 중의학 중약행정업무를 운영하여, 1987년에 이르러서야 수정된 행정원 위생서 조직법 제17조에 ‘본부아래 중의약위원회를 설치하여, 중의 중약 각 항의 행정사무와 연구 발전 업무를 관리하며...’를 규정하여, 이 조문에 의거하여 중의학 중약 각 항의 행정사무와 연구 발전업무는 비로소 정식으로 중의약위원회가 관장하게 되었다. 동시에 『행정원 위생서 중의약위원회』가 설립되었다. 중화민국에서는 전통의학과 현대의학의 結合을 가속화하기 위해, 의료기구에 중·서의 정충병원 건립을 재촉하며, 중의약위원회가 적극적으로 시내 각급 병원과 서의 종합병원에 중의부를 설치하도록 건의하여, 국민에게 우수한 중의의료서비스환경을 제공하고 있다.

나. 中醫藥 學術水準의 向上

1) 基礎 臨床研究의 活性化

대만에서는 1974년부터 학술연구단위와 공동으로 약용식물 분포조사, 육묘이식, 시험종 재배등의 연구를 진행하기 시작하였으며, 대만 특유 약용식물자원의 보호와 지속적인 이용 등의 필요를 근거로 하여, 1985년도까지 지속적으로 대만의약대에 위탁하여 『대만산 중약재자원의 조사연구』·『약용식물의 이식관찰과 표본제작』등 3개항의 연구계획을 진행하였다. 그리고 중약시장을 관리하고 중의약 품질을 제고시키기 위해, 중약재 품질의 관리, 기본적 감정과 표본품의 검사방법을 진행하며, 1985년도에 위탁으로 『중약재 감정연구』등 8개항의 계획을 진행하였다.

2) 中醫學 情報網의 構築과 活性化

대만에서는 중의학에 대한 정보망의 구축과 이의 활성화를 위해서 다음과 같은 계획들을 수립하여 진행하고 있다. 첫째, 1990년부터 위탁 학술연구과제외에 중의학 문헌정보화의 연구를 진행하여, 현재 이미 「黃帝內徑」·「金元四大家」·「중의학자문서서비스시스템」등 문헌조회시스템을 완성하는 외에, 1992년부터 1996년까지 「중국의약문헌의 정보시스템망 총괄」의 연구계획을 진행하였는데, 이 시스템은 연구, 교육수련, 임상, 출판 등 다양한 항목의 기능을 가지고 있어 중의와 양방의 일원화에 도움을 주고 있다.

다. 中西醫 一元化 方案의 實現과 模型

대만보건의료의 유관부문도 중의학의 이론을 현대적 방법으로 상세히 설명하고 중의·서의를 일치시켜 세계의 진보적인 의학으로 이루어

야 한다고 주장하였다. 1986년 대만 고시원의 “중의사 개혁조직”을 만들었고 1987년 대만 교육부가 독촉하고, 대만 중의학계의 의견을 모아 “중의학교육개진조직”을 만들었다. 이상 2개의 조직은 대만 중의학계와 위생서·교육부가 수집한 자료에 전면적인 의견을 받아들이고, 수차례 연구토론을 진행하였고, 마지막으로 현실적이고 현대화의 개혁방안인 『중국의약교육개진건의서』를 제출했다.

1) 中醫學 教育方面의 現實과 改革

대만 중화민국의약대학 중의학과 학생의 학제는 7년으로, 그 중 전문학습시간은 5년이며, 임상훈련 시간은 2년이다. 과정의 설치는 대만 교육부 의학위원회와 중의·서의 전문가가 공동으로 정한 것으로 총학점은 327점으로, 그 중 필수과목은 28학점, 기초의학은 69학점, 중의학 과목은 103학점, 서의학과목은 61학점, 중의학 실습은 32학점, 서의학 실습은 44학점이다. 이 과 학생은 다른 의대보다 비교적 강의를 많이 받고 있으며, 반드시 대만 교육부가 설정한 모든 서의학 과정을 이수해야 하며, 동시에 반드시 규정된 중의학 과목을 이수해야 한다. 이 과 학생들은 중의·서의학을 겸해야 하며, 졸업후 의학사 학위를 받음과 동시에 대만에서 거행하는 중의사·서의사 특별고시에 응시하여, 중의사 혹은 서의사 자격을 취득할 수 있다. 이 학교의 통계에 의하면 800여명의 중의학과 졸업생들 중에서 600여명이 중·서의 두 개 면허증을 취득하였는데, 이 방법은 대만 중의사 인력배출의 독특한 특징이다.

대만의 의료체계는 기본적으로 중의학을 전공한 중의사와 서양의학을 전공한 서의사로 구분되는데 중의학을 전공한 자에 한해서 서의사 면허 취득 자격을 주어 ‘중서의’ 즉 두 개의 면허를 소지할 수 있게 하고 있다. 이와 같은 제도의 발상은 중의학의 종주국이라는 자긍심에 기초하여 세계적 수준의 의학을 창출하기 위한 목표로 중의학을

제도적으로 육성하고 궁극적으로는 환자에게 양질의 의료 혜택을 베풀기 위해 나온 것이다.

따라서 의학 교육 차원에서도 우리와는 많은 차이가 있다. 서의학과에서는 7년의 교육과정 중에 중의학에 관한 내용은 일부 교양과목 정도로 이수케 해 중의학을 이해하는 차원에서만 그치고 있다. 반면 중의학과에서는 7년 과정 중에 중의학, 서의학 관련 실습이 끝나는 6년째가 되면 다시 서의 병원에서 2년간의 유급 인턴 수련 과정을 거치게 한 뒤 비로소 졸업과 함께 중의사, 서의사 면허 시험에 각각 응시하게 되는 것이다. 결국 서의학과에 비해 상대적으로 중의학과 학생들에게 요구되는 교과목 이수 시간 및 학점이 매우 높고 어려운 실정 이어서 국가고시 합격률도 첫해에는 대개 20%를 넘지 못할 정도이다.

한편 7년제 중의학과 외에도 중의사 양성 제도로써 ‘학사후 중의학과’가 설치되어 있다. 4년제 유사 학과 즉, 생물, 화학, 유전학 등을 전공한 이들에게 5년간의 중의학 교육과정을 밟게 하여 중의사 면허를 소지할 수 있게 하는 반면 서의사 면허는 취득할 수 없게 했다. 이와 같은 제도는 현재 대만의 서의사와 중의사의 숫자가 대략 9대1의 비율이지만 중의 진료에 대한 국민의 신뢰도가 높은 탓으로 중의학 육성책의 하나로 마련된 체제로 해석된다.

중·서의를 융합시켜 신의학을 만들면서 중의학자가 서의학에 최선을 다하게 하는 조건을 만들어 양의학체계의 학문을 하는 방법을 만들어야 한다. 대만의 유일한 사립중국의약대의 중의학과 학제는 7년으로 학생은 필수적으로 서의학의 모든 학점을 따라하는 이외에 중의학에 상당한 학점을 따라하므로, 이과의 졸업생은 모두 중의사와 서의사 이중의 증서를 가지고 있다.

대만의 중서의학 교육개혁방안은 다음과 같다. 교과 내용을 통일하고, 중의학과·서의학과의 한계를 폐지하고; 교과내용은 임상을 위주로 하며, 이론의학은 연구소에서 연구하도록 남겨두고, 중·서의 의학과를

널리 설치하여 중·서의 2종 고시를 통과한 자는 ‘국가의사’로 삼아 중·서의 학자의 최고 영예를 가질 수 있도록 한다는 방안이다. 이외에 또한 일부 의학계 명사들은 대만에 현재 있는 의과대학의 의학과 중에서 중의학 과목을 적어도 20학점을 늘리도록 규정해야 하며 공립 중국의약대를 설립하고 중의학교육을 정상적인 운영이 가능토록 하는 동시에 더 많은 중·서의 일원화 인재를 배양하도록 노력하고 있다.

2) 中西醫 共同診療·共同訓練의 模型

대만 사립중국의약대 台中부설의원이 시행하고 있는 “중·서의 공동 진료 공동훈련제도”는 바로 대만의 중·서의 일원화의 창시이다. 그러나 공동진료제도는 이미 중·서의 합작의료센터로 대만중국의약 연구 발전기금회와 대북시립 和平병원이 합작한 “중·서의 치료 합작조” 및 榮民總 의원과 합작한 “중서의 결합 실험조”로 실행하고 있는데 그 내용은 다음과 같다.

동일한 진료에 한사람마다 환자를 진료하는데 중·서의 두 의사가 진료를 나누어 하고, 중·서의사 각자가 자필로 질병증세를 쓰고, 각각 임상통계와 평가를 하며, 연후에 환자의 뜻에 의해서 중의로 진료하는 환자는 중의학에 기초를 둔 중의사가 주진료를 담당하면서 치료를 하며, 이에 대한 진단은 서의사가 수행하게 된다. 반대로 서의사가 진료하는 환자는 서의사가 주진료와 치료를 수행하게 되며, 중의사가 진단을 판정한다. 매번 진료시 중·서의학의 토론을 진행하며, 결론을 내어 연구보고서를 제출하게 된다.

공동훈련제도는 “레지던트 중·서의 임상교육수련”제도로 이 제도는 5년간의 훈련과정으로서 1년 상반기는 중의부에서, 하반기와 2년차 상반기는 서의부에서, 2년차 하반기와 3년차 상반기는 중의부에서, 3년차의 하반기와 4년차의 상반기는 서의부에서, 4년차 하반기와 최후

1년은 모두 중의부에서 훈련을 받는다. 훈련의 규정은 중의부에서 일하는 의사는 서의사 자격 여부의 검비를 막론하고, 일률적으로 서의학적인 방법으로 병치료를 지도하며, 반대로 서의부에서 훈련하는 의사는, 중의사 자격 검비여부를 막론하고, 일률적으로 중의학 방법으로 치료를 지도한다. 이러한 순수한 중의·서의를 검비한 각과의 임상사를 배양할 수 있는 것이다.

3) 多中心 研究模型의 建立

최근 대만의 병원·의대·의약연구소 및 중의사공회등 10개 단체는 침구 사용과 중약 치료에 의한 만성비염의 대규모 연구를 연합하여 진행하고 있다. 이는 대만에서 처음으로 하는 다중심 방식으로 중의학이 진행되는 연구이다. 그 연구방식은 중·서의사가 환자를 공동 진단함으로써 말미암아, 중·서의 이론이 상호 검증되게 하고, 연후에 double blinding 시험을 채용하여, 환자에게 침구와 중약 및 서양식 치료법을 각각 시술하여 통계조사를 한다. 이 연구의 책임을 맡은 陽明 의대 교수 崔玖박사는 현재 대만 대다수 연구는 모두 각 병원 또는 연구단체가 독자적으로 진행하는 것으로 연구의 성과가 정리되기 어렵고 또한 편향성이 있다고 주장하고 있다. 이런 방식의 연구는 대만 중의학 임상과 약물연구수립을 위한 일종의 새로운 다중심 연구모형인 것이다.

3. 北韓의 東·洋醫學의 結合 現況

가. 東醫學의 重要性和 必要性 認識

북한은 1950년대에 이미 전통 동의학을 재건하고 발전시켜야 할 필

요성을 인식하고 대중 보건 사업과 전통 문화 건설에 동의학이 중요 수단이라는 계획을 마련하고 그들 나름대로 이를 발전시켜 왔다. 북한에서는 다른 모든 분야와 마찬가지로 의학도 주체사상에 이론적 근거를 두고 있다. 이와 같은 시각에서 그들은 자주적인 노력에 의해 국민 건강의 문제가 해결되어야 하며 그 방법으로는 민족 고유의 특색과 현실에 맞춰 국내 자원과 잠재력을 극대화하는 국민 보건 체계 속에 전통 의학과 신의학이 함께 공존돼야 한다고 보고 있다. 북한은 한의학 대신 東醫學이라는 명칭을 사용해 왔으며 1993년부터 민족주체성을 살린다는 취지에서 ‘高麗醫學’으로 명칭을 바꿨다.

북한에서는 고려 의학을 1940년대 후반부터 대중 보건 사업과 문화 건설에 전통의학을 중요한 수단으로 규정, 국가적 정책아래 발전시켜 왔으며 질병 치료보다 예방에 유용하며 나아가 종합적인 치료 효과를 발휘하는 의학 체계로 보고 있다. 북한 의료 체계의 특징은 “예방 위주의 의료 정책, 무상 치료제, 의사 담당구역제 등을 들 수 있다.

그들은 고려의학 진료의 특성을 다음과 같이 보고 있다. 첫째, 쉽게 구득 할 수 있는 한약재 자원이 풍부하다. 둘째, 치료 효과가 높고 부작용이 적다. 셋째, 취급하기 용이하고 언제 어디서나 사용할 수 있다.

북한은 또한 세계적인 의학 발전의 추세에 따라 화학 합성 약제보다는 천연물 약품의 사용이 증가하며 민간 요법의 개발과 과학화가 활발하다는 점을 들어 고려의학 육성의 필요성을 역설했다. 이에 따라 북한은 고려의학을 과학화, 체계화시키기 위해 노력하는 한편 신의학으로 진단하고 고려 의학으로 치료하는 등 신의학과 고려의학의 역할을 분담시켰다. 북한은 이를 적극적으로 활성화하고 발전하는데 가장 큰 장애 요인을 정부 관리들이 갖고 있는 고려의학 경시 풍조로 보고 사상 교육을 통해 인식 전환 작업을 벌여왔다. 이와 함께 현대 과학 지식이 부족한 고려 의사들이 비과학적인 전통 치료법을 완전무

결한 것으로 생각하는 것도 옳은 관점이 아니라고 지적하며 과학적인 지식교육을 강조해왔다.

나. 北韓의 醫療行政과 東·洋醫學 敎育體系

북한은 중앙과 도에 고려병원을 설치하고 시군 단위의 인민병원과 산업병원 그리고 리단위 인민병원 및 진료소에 고려의과를 두고 있으며 시군 단위에 신약국과 함께 고려 약국 및 고려 약방을 운영하고 있다. 그리고 의학 대학과 약학 대학을 통해 고려 의사와 고려 약사를 양성하는 한편 과학원을 통해 고려 의학의 과학화와 체계화를 추진해 왔다. 이와 함께 고려약 증산을 위해 약초 재배 사업과 야생 약초 채취 및 보호증식 사업을 대대적으로 전개하고 있다.

교육에 있어서도 해방 직후부터 '위생강습소'를 개소하여 이곳을 수료한 사람에 한하여 동의사면허를 주고 1995년부터는 한약을 아무나 취급하는 불법행위를 엄격히 단속했다. 1956년에는 한의사들의 의료 활동을 제한하는 규정과 법규를 폐지시켜 양의와 똑같은 자격으로 의료에 종사케 했다. 또한 1959년에 개성 의학 전문학교에 동의학과가 설치된 것을 시작으로 1960년에는 평양의학대학에 동의학부가 개설되었다. 1962년에는 평양의대에 2개월간의 동의 제 교육반을 설치하여 양의사들에게 동의학 교육을 실시, 동의학에 대한 올바른 인식을 갖고 민족 의학 정립을 위해 적극 참여토록 했다. 1975년부터는 평양의대 동의학부에 2년제 대학원과정을 설치하고 양의학 교수들을 1년제 동의 재교육반에 입학시켜 동의학과 양의학의 장점이 조화되도록 하였다.

현재 북한에는 <表 III-1>에서 보듯이 평양의대를 포함한 11개 의학 대학에 동의학부가 설치되어 있으며 교육기간은 의예과 1년을 포함한 5년으로 되어 있다. 이곳에서 배출된 동의사들은 도·시·군·리 단위까지 설치되어 있는 동의 진찰소에서 일하고 있으며 군의관으로 진출하

여 양의사와 동등한 대우를 받고 있다. 북한측의 설명에 따르면 ‘사회주의 의학은 예방의학’이라고 한다. 이는 북한 의학에서 동의학이 차지하고 있는 비중의 크기를 강조함과 아울러 특히 보약의 예방 의학적 효능을 중시하여 물량 확보 및 기술의 과학화, 대형화를 시도하고 있음을 의미한다.

북한은 모든 의료인들이 공무원 신분이고 이들이 제공하는 서비스는 공무 집행이자 무상 조건이다. 따라서 공공 조직의 경직성과 관료주의, 그리고 물자 부족과 낙후된 의료기술을 극복하기 위해서 의료부분의 정성 운동을 대대적으로 전개하고 있다.

〈表 III- 1〉 北韓의 保健人力 養成機關과 養成期間

보건의료인력	양성기관	기관수	양성기간
의사	의학대학	11개(각도 단위)	6년
동의사	의학대학 동의학부		4년
위생의사	의학대학 위생학부		5년
약제사	의학대학 약학부		5년
조제사	고등 의학 전문학교		5년
부의사	고등 의학 전문학교	11개(각도 단위)	4년
조산원	고등의학고	11개(각도 단위)	3년
준의사	보건 간부학교	11개(각도 단위)	3년
조제사	보건 간부학교	11개(각도 단위)	2년
간호원	보건 간부학교	11개(각도 단위)	2년
조산원	보건 간부학교	11개(각도 단위)	2년

다. 北韓의 東·洋醫 協力體系

의료 시설은 국유화되어 있기 때문에 의료전달체계는 상당히 체계화되어 있다. 1차 진료는 리단위의 진료소나 인민병원에서 행해지며 주로 의사담당구역제에 따른다. 2차 진료는 1차 진료기관에서 후송 의뢰

서를 발급, 환자를 시, 도 단위 인민 병원(종합병원 수준)에 의뢰하게 된다. 단지 결핵 환자와 간염 환자는 요양소로 이송된다. 3차 진료는 각도의 병원인 의학 대학 병원에서 제공된다. 이밖에 희귀 질병 환자들은 평양에 있는 적십자 병원이나 평양의대 병원에서 진료를 받게 된다. 그러나 의료시설은 남산진료대나 봉화진료소와 같은 당 간부를 위한 고급 시설과 인민 대중을 위한 저급 시설로 이원화되어 있다.

이와 같이 북한은 고려의학의 과학화 및 체계화와 함께 신의학의 적절한 배합을 실현하기 위해 고려 의학 의료 사업과 신의학 의료 사업의 유기적 결합과 의료 활동 및 의학 연구에서 고려 의사와 신의사의 동지적 협조 실현 등과 같은 지침을 마련해 놓고 있다. 북한이 이처럼 고려 의학에 관심을 기울이는 것은 기본적으로는 의료 기술과 시설의 낙후 및 의약품 부족 등을 극복하기 위한 의도로 분석되고 있다.

〈表 III- 2〉 南北韓 韓醫學 制度 比較

	한국	북한	비교
정책	<ul style="list-style-type: none"> · 국가적 뒷받침이 없고 민간 한의과 대학과 한방병원 위주로 발전 · 한·양방 이원화 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회주의 정책을 반영하여 주체성확립 차원에서 발전, 열악한 야의학 수준을 보완하여 어려운 경제상태 극복의 방편으로 한·양방 협조체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> · 한국은 한·양방이 이원화로 상호경쟁적 · 북한은 각 병원이 한·양방을 병용하여 상호 보완적임.
교육	<ul style="list-style-type: none"> · 11개 한의과대학이 있으며 예과 2년을 포함한 6년의 교육을 마친 후 면허시험 합격자에 한하여 자격 부여 · 수련의 제도 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 정식 동의대학 교육이 있기 이전의 동의 개업의들에게 교육을 통한 면허 허가 · 개업 동의사들에게 지속적재교육 실시 · 11개 의학대학에 동의학과 설치로 예과 1년을 포함한 6년 교육후 졸업과 동시에 동의사 자격증 부여 	<ul style="list-style-type: none"> · 한국: 11개 한의과 대학, 교육 기간은 본과 4년, 예과 2년 · 북한: 11개 의대에 동의과 설치, 교육기간 본과 5년, 예과 1년
연구기관	<ul style="list-style-type: none"> · 국립한의학연구원 1개소(1997년 승격) 	<ul style="list-style-type: none"> · 국립 동의학 과학원에 5개의 연구소와 8개의 연구실이 있으며 이외에도 연구소가 다수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 북한은 한국에 비해서 체계적인 연구가 진행되고 있음.

하지만 북한의 고려 의학으로 일차 진료를 받는 비율이 80%이상인 점을 미뤄 볼 때 진료의 질 문제는 놓아두고서라도 외형적인 면에서는 일정 부분 평가를 받고 있는 것으로 알려졌다. 또한 고려 의학의 과학화와 체계화 등 일련의 연구 사업을 통해 일부나마 고려의학의 성분, 약리작용 및 치료 효과를 규명해 냄으로써 나름대로 성과를 거둔 것으로 알려졌다

4. 日本의 洋·漢方醫療協力 現況

가. 日本의 洋·漢方教育制度

1995년 일본의 『日經 MEDICAL』지가 전국의 의과대학 80개중에서 62개 대학을 대상으로 수행한 설문조사에 의하면 의학교육 강의에서 어떠한 형식으로든 한방의학 교육을 실시하고 있다고 응답한 대학은 20개(약 33.0%)였다. 이들 20개 대학중에서 한방의학 강의를 필수 과목으로 강의하고 있는 대학은 10개 대학이었으며, 대상 학년은 4학년이상의 학년에서 한방의학에 대한 강의를 실시하는 대학이 많았으며 대학원생이나 졸업생을 대상으로 한방의학 교육을 실시하는 대학도 있었다. 그러나, 강의시간수는 많은 대학에서 월 4회 이하였으며 이러한 강의시간으로는 충분한 한방의학에 대한 교육을 실시하는데 무리가 있다고 하겠다. 종합적으로 평가하였을 때 한방의학 교육이 실시되고 있는 대학은 富山醫科藥果大學과 동경여자의과대학이라고 할 수 있으며 졸업후 교육으로서 동서의학연구회가 설치되어 있는 대학은 31개 대학이다.

일본의 한방의학 교육은 과거에 비하면 한방의학에 관심을 갖는 대학이 점차 증가하는 추세이지만 아직까지는 중국이나 대만과 비교하

여 미비한 수준이다.

나. 漢方醫學의 研究現況

일본의 한방의학에 대한 기초연구는 약학자들이 주도해 왔는데, 역사적으로 보면 한방의학의 입상은 명치정부의 의료정책에 의하여 한방의학이 폐절되어 한방의학이 쇠퇴하기는 했지만, 기초연구분야에서는 명치시대이후, 생약유효성분의 유출이 적극적으로 이루어졌다. 1885년 長牛長儀(나가이 나기요시)가 麻黃으로부터 ephedrine의 유출에 성공한 이후 많은 화학, 약학자들에 의하여 생약의 유효성분이 해명되어져 왔으며 현재도 각종 생약성분의 유효성이 탐색되고 있다.

한방의학에 관한 기초연구의 발표는 “한방의약회”가 주최하는 학술총회가 중심이 되어 있지만, 생약학회, 약학회, 생화학회, 약리학회 등의 한방의학 부회에 한방의약에 관한 많은 연제가 발표되기도 하였다.

임상연구는 한방의학 제제의 약가 수재에 따라서 임상분야에서 한방의약을 사용하는 의사가 증가되었고, 전통적인 한방의학의 입장 혹은 서양의학의 입장에서 많은 임상보고가 활발히 이루어져 있다. 한방의학 입상의 전통적 학술총회로서는 ‘일본 동양 의학회’가 주최하는 학술 총회가 중심이 되어 갔지만, 동서의학회가 일본 의학회의 분과학회로 인정된 것도 영향이 있어서 내과, 외과, 부인과 등 서의학회의 한방의학부회가 설립되어 한방의학의 임상보고에 관한 연구가 많이 발표되어 있다.

또 침구학도 ‘일본 동서의학회’에서 침구사회를 중심으로 한 각 학회에서 연구성과가 보고되어 있다. 이러한 동서의학의 연구를 중심으로 한 연구기관에서는 일본의 동서의학의 확립과 각 동서의학연구기관의 상호연결과 정보교환, 동서의학발전에 기여하는 것을 목적으로 1982년 ‘일본 동·서 의학연구기관 연결 협의회’가 발족하였다.

IV. 洋·韓方 協診實態에 관한 分析

1. 洋·韓方 協診 實態調查의 背景 및 對象

가. 調查의 目的 및 方法

본 조사는 대한한방병원협회에 등록되어 양방과 의료협진을 실시하고 있는 전국의 한방병원을 대상으로 협진 운영실태의 심층적 분석과 분석결과를 토대로 洋·韓方 協診의 활성화를 위한 정책방향을 모색하는데 필요한 기초자료를 확보하고자 실시되었다.

조사기간은 1999년 10월부터 12월까지 3개월에 걸쳐 전국의 130개 한방병원 중에서 洋·韓方 協診을 실시하고 있는 것으로 대한한방병원협회에 파악된 89개 한방병원을 대상으로 우편 설문조사를 실시하였으며 설문지가 회수되지 않은 한방병원을 직접 방문하여 설문지 회수 및 자료수집을 병행하였다. 설문작성자는 병원의 기초적인 자료와 병원업무를 포함하고 있는 설문내용의 특성상 각 한방병원의 원무과장이나 원장으로 선정하였다.

본 설문조사의 구체적인 목적은 洋·韓方 協診을 실시하고 있는 한방병원과 양방의료기관간의 일반적인 협진실태 현황 및 적용되고 있는 협진유형을 파악하는데 있다. 또한 질환별 협진모형의 적용사례 및 치료효과를 분석하고, 양·한방 협진과 병원경영간의 인과관계를 파악하여 향후 정책방향을 제시하는데 있다. 이러한 연구목적에 부합되도록 작성된 설문지의 구성을 보면 먼저 설립시기, 협진형태 등과 같은 한방병원에 대한 일반적인 사항을 파악하였고, 인력현황과 병상

수 등과 같은 한방병원의 의료자원에 대한 전반적인 환경을 분석하였다. 그리고 마지막으로 양·한방 협진실태에 대한 일반적인 자료로서 양·한방의 검진항목, 진료실적, 질환별 진료빈도, 법·제도적 개선 필요성 등과 관련한 한방병원의 기술적인 자료를 파악하였다.

나. 調查 對象 韓方病院의 分布 및 回收率

<表 IV-1>에서는 1999년 10월을 기준으로 대한한방병원협회에 등록되어 양·한방 협진을 시행하고 있는 한방병원 중에서 설문조사에 응답한 한방병원의 지역별·병상별 분포 및 회수율을 나타내고 있다. 양·한방 협진을 실시하고 있는 전국에 소재한 89개 한방병원을 대상으로 설문조사를 실시한 결과, 모두 52부가 회수되어 회수율은 59.1%를 기록하였다. 설문조사의 회수율을 지역별로 살펴보면 서울지역에서는 전체 25개 양·한방 협진 한방병원 중에서 22개 한방병원이 조사에 응답함으로써 88.0%의 높은 회수율을 기록하였다. 경북지역의 한방병원도 모두 설문조사에 응답하여 100.0%를 기록한 반면, 강원도에 소재한 3개 양·한방 협진 한방병원에서는 이번 조사에 모두 응답하지 않았다. 한편 설문조사에 대한 회수율을 지역별로 분석하면 50병상 미만의 소규모 한방병원에서는 41개 병원 중에서 24개 병원이 설문에 응답하여 58.5%의 회수율을 나타내었으며, 51~100병상 규모의 한방병원은 56.8%를 기록한 것으로 조사되었다.

〈表 IV- 1〉 調査對象 洋·韓方 協診 韓方病院의 地域·病床數 分布 및 回收率

(단위: 개소, %)

지역	병상규모별 병원군				합 계
	~50	51~100	101~150	151~	
서울	14/15 ¹⁾ (93.3) ²⁾	6/7 (85.7)	1/2 (50.0)	1/1 (100.0)	22/25 (88.0)
부산	1/4 (25.0)	1/2 (50.0)	-	1/1 (100.0)	3/7 (42.9)
대구	1/3 (33.3)	0/3 (0.0)	1/2 (50.0)	-	2/8 (28.6)
인천	1/3 (33.3)	4/5 (80.0)	-	-	5/8 (62.5)
광주	1/2 (50.0)	1/1 (100.0)	-	1/1 (100.0)	3/4 (75.0)
대전	1/1 (100.0)	0/2 (0.0)	-	1/1 (100.0)	2/3 (66.7)
경기	2/5 (40.0)	4/9 (44.4)	-	-	6/14 (42.9)
강원	0/1 (0.0)	0/2 (0.0)	-	-	0/3 (0.0)
충북	-	1/2 (50.0)	-	-	1/2 (50.0)
충남	1/1 (100.0)	0/1 (0.0)	-	-	1/2 (50.0)
전북	0/1 (0.0)	1/1 (100.0)	1/2 (50.0)	-	2/4 (50.0)
전남	1/3 (33.3)	0/0 (0.0)	-	-	1/4 (25.0)
경북	-	3/3 (100.0)	-	-	3/3 (100.0)
경남	1/2 (50.0)	-	-	-	1/2 (50.0)
합계	24/41 (58.5)	21/38 (56.8)	3/6 (50.0)	4/4 (100.0)	52/89 (59.1)

註: 1) 분모는 해당 병상규모수 및 지역별 양·한방 협진 한방병원의 수이며, 분자는 조사에 응답한 양·한방 협진 한방병원의 수입.

2) ()는 해당 지역과 병상수 규모에 해당하는 한방병원 집단의 회수율을 나타냄.

2. 設問應答 洋·韓方醫療機關의 一般的 事項

가. 韓方病院 및 協診 洋方醫療機關의 設立時期

조사대상 한방병원의 설립시기 분포에 대한 결과는 <表 IV-2>에 나타나 있다. 1990년도 이전에 설립된 한방병원의 수는 12개로 조사에 응한 전체 한방병원 중에서 23.1%를 차지하였으며, 1991년도 이후부터 1999년까지 신규 설립된 한방병원은 40개로 76.9%인 것으로 나타났다. 특히 1996년 이후 4년 동안 설립된 한방병원은 22개소(42.3%)로 최근에 접어들어 한방병원이 급격하게 증가하였음을 알 수 있다. 52개 한방병원 설립연도의 평균치는 1992년으로, 최근에 증설된 한방병원의 증가는 최근의 한방의료에 대한 국민적 관심과 한방의료서비스에 대한 수요의 증가라는 의료시장의 환경에 부합하는 한방의료기관의 대응으로 해석할 수 있다.

<表 IV- 2> 調査對象 韓方病院 및 洋方醫療機關의 設立時期別 分類
(단위: 개소, %)

설립시기	한방병원		양방의료기관	
	신설	누적	신설	누적
1975 이전	1(1.9)	1(1.9)	2(4.4)	2(4.4)
1976~1980	4(7.7)	5(9.6)	1(2.2)	3(6.7)
1981~1985	3(5.8)	8(15.4)	4(8.9)	7(15.6)
1986~1990	4(7.7)	12(23.1)	3(6.7)	10(22.2)
1991~1995	18(34.6)	30(57.7)	12(26.7)	22(48.9)
1996~1999	22(42.3)	52(100.0)	23(51.1)	45(100.0)
총 계	52(100.0)	-	45(100.0) ¹⁾	-

註: 1) 무응답한 7개 한방병원 제외

조사대상 한방병원과 의료협진을 하고 있는 양방의료기관의 설립시

기 분포에 대한 결과를 분석하면 무응답을 제외하고 1990년도 이전에 설립된 양방의료기관의 수는 10개로 조사에 응한 전체 한방병원과 협진 관계에 있는 의료기관 중에서 22.2%를 차지하였으며, 이는 1990년도 이전에 설립된 한방병원이 차지하고 있는 비율인 23.8%와 유사함을 알 수 있다. 또한 1991년도 이후부터 1999년까지 신규 설립된 양방의료기관은 총 35개로 조사대상의 양방의료기관 중에서 77.8%를 차지하고 있는 것으로 나타났으며 특히 1996년 이후 4년 동안 설립된 양방의료기관은 23개소(51.1%)로, 한방병원의 증가추세와 더불어 급격한 증가를 했음을 알 수 있다. 그러나 협진 양방의료기관들의 설립연도 평균치는 1993년으로 한방병원보다 더 최근에 설립된 병원들이 많은 것으로 나타났다.

<表 IV-3>은 한방병원이 최초 설립 후 양방의료기관과 의료협진을 시작한 시기를 한방병원의 형태 및 병원의 병상수 규모별로 분류하여 제시한 결과이다. 52개 전체병원을 대상으로 한방병원 설립 후 양방과 협진을 시작한 시기를 분석한 결과, 의료협진 시작연도가 한방병원 설립연도와 동일한 경우(1년 미만)는 34개 병원으로 65.4%이었으며, 설립 후 1년부터 2년 이내에 협진을 시작한 병원은 5개 병원으로 9.6%를 차지하였다. 또한 양·한방 협진의 시작시기는 한방병원이 설립되고 평균적으로 2.5년이 경과한 후인 것으로 분석되었다.

한방병원 형태별로 분석한 결과에서는 의료법인의 70.6%가 상대 양방의료기관과 의료협진을 1년 미만(실질적으로는 한방병원 설립연도와 동일한 연도임)에 시작하였다고 하였으며 평균적으로는 설립후 2.2년 경과 후에 양방과 의료협진을 시작하였음을 알 수 있다. 학교법인에 속하는 한방병원의 경우에도 '설립연도부터 양방과 의료협진을 시작하였다'고 응답한 병원은 56.3%로 가장 높았으나 의료협진은 설립연도 이후 평균적으로 3.9년이 경과한 후에 시작하는 것으로 나타났

다.

병상 규모별로 분석한 양·한방 협진의 시작연도에서도 마찬가지로 한방병원의 설립연도와 동일한 경우가 1~50미만의 소규모 한방병원에서 71.4%로 가장 많았으며, 병상수 150개 이상의 대형 한방병원에서는 50.0%인 것으로 나타났다.

〈表 IV- 3〉 韓方病院 設立後 洋·韓方 協診을 始作한 時期

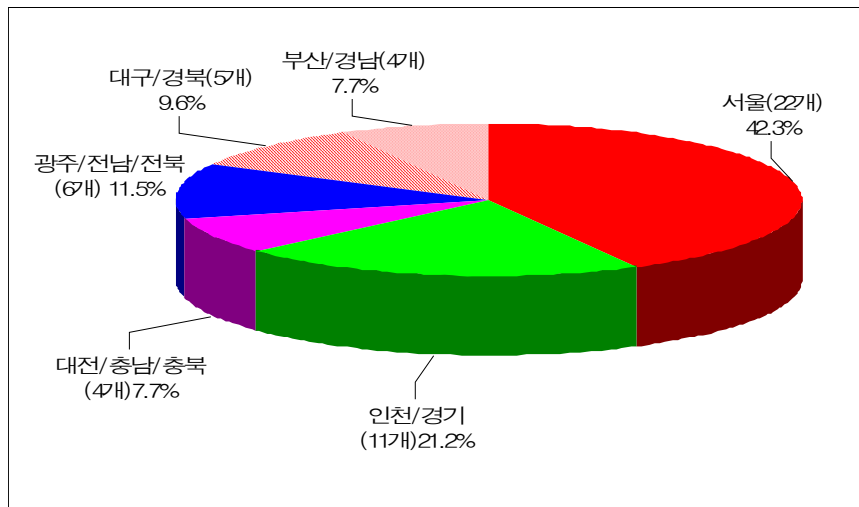
기 간	1년 미만	1년~2년이내	2년~3년이내	3년 이상	전 체	평균
병원형태						
- 국공립병원	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	3 (100.0)	2
- 학교법인	9 (56.3)	2(12.5)	1 (6.3)	4 (25.0)	16 (100.0)	3.9
- 의료법인	12 (70.6)	3(17.6)	0 (0.0)	2 (11.8)	17 (100.0)	2.2
- 개인병원	10 (66.7)	0 (0.0)	2(13.3)	3 (20.0)	15 (100.0)	1.6
- 기 타	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1
병상규모						
- 1~50미만	10 (71.4)	0 (0.0)	2(14.3)	2 (14.3)	14 (100.0)	2.4
- 50~100미만	20 (64.5)	5(16.1)	1 (3.2)	5 (16.1)	31 (100.0)	1.8
-100~150미만	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	3 (100.0)	2.7
- 150 이상	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	4 (100.0)	7.3
전 체	34 (65.4)	5 (9.6)	3 (5.8)	10(19.2)	52 (100.0)	2.5

나. 韓方病院의 地域的 分布

조사에 응답한 한방병원의 시도별 지역적 분포를 보면 42.3%인 22개 한방병원이 서울지역에 소재하고 있으며 인천/경기 지역에 소재한 한방병원은 21.2%인 11개소로 나타나, 조사대상 전체 한방병원 중에서 수도권에 소재하고 있는 한방병원의 비율은 63.5%(33개소)인 것으로 나타났다. 지방에서는 광주/전남/전북 지역소재 한방병원의 비율이 11.5%(6개)로 가장 높았으며, 대구/경북소재 한방병원은 9.6%(5개), 부

산/경남 지역과 대전/충남/충북 지역에 위치한 한방병원이 각각 4개였다. 한편 조사대상 한방병원의 협진 양방의료기관의 지역적 분포는 52개소 모두 한방병원의 시도별 분포와 동일한 것으로 나타났다.

[圖 IV- 1] 調查對象 韓方病院과 洋方醫療機關의 所在地域別 分類



다. 韓方病院 및 洋方醫療機關의 病院形態別 分布

조사에 응답한 한방병원을 병원형태별로 분류하면 [圖 IV-2]에서 보는바와 같이 의료법인이 32.7%인 17개소로 가장 많았으며, 학교법인이 16개소(30.8%), 개인병원이 15개소(28.8%)인 것으로 나타났다. 그 외에도 국공립병원이 3개(5.8%)였으며 기타에는 사회복지법인이 있는 것으로 조사되었다.

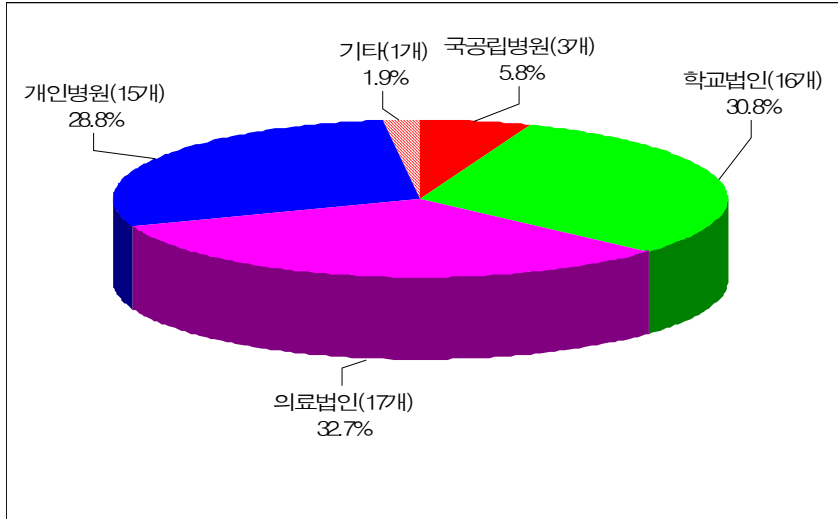
한방병원과 협진을 하고 있는 양방의료기관을 설립형태로 구분하여 보면 [圖 IV-3]에서 보는 바와 같이 의원이 차지하는 비율이 57.1%(28개소)로 가장 많았으며, 병원과 종합병원은 각각 22.5%(11개소),

20.4%(10개소)인 것으로 나타났다. 또한 [圖 IV-4]에서와 같이 이들 양방의료기관을 형태별로 분류할 때 응답을 하지 않은 3개소를 제외하면 개인병원, 의료법인, 학교법인이 각각 15개로 동일하게 30.6%를 차지하고 있으며, 국공립병원은 4개소(8.2%)인 것으로 조사되어 한방병원의 형태 분포와 같이 국공립병원을 제외한 나머지 병원형태에 균등하게 분포되어 있음을 알 수 있다.

<表 IV-4>에서는 한방병원과 협진양방의료기관간의 병원형태 사이의 관계를 나타내고 있는데, 특정한 병원형태에 분류된 한방병원과 협진관계에 있는 양방의료기관의 형태는 한방병원의 병원형태와 동일함을 알 수 있다. 한방병원과 협진양방의료기관간의 병원형태 사이의 관계가 통계적으로 독립적 인지의 여부를 판단하기 위하여 카이제곱 검정한 결과, χ^2 값은 136.42로 1%미만의 유의적인 수준에서 한방병원과 협진양방의료기관의 병원형태간에는 의존적인 관계가 있는 것으로 나타났다.

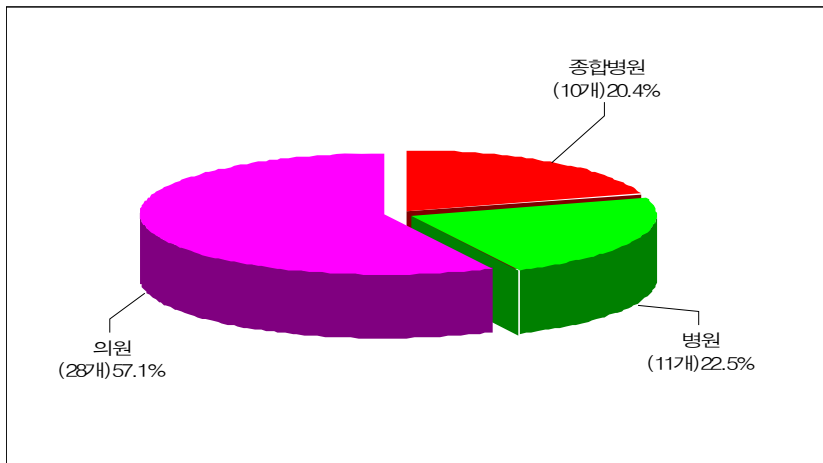
한방병원을 기준으로 할 때, 국공립한방병원은 3개소 모두 국공립 양방의료기관과 의료협진을 수행하고 있는 것으로 나타났으며, 학교법인인 한방병원도 93.8%(15개소)가 학교법인 양방의료기관 의료협진 관계에 있는 것으로 나타났다. 조사대상 한방병원 52개소 중에서 협진양방의료기관과 병원형태가 동일한 한방병원의 비율은 94.2%(47개소)인 것으로 파악되었다.

[圖 IV- 2] 調查對象 韓方病院의 病院形態別 分布¹⁾

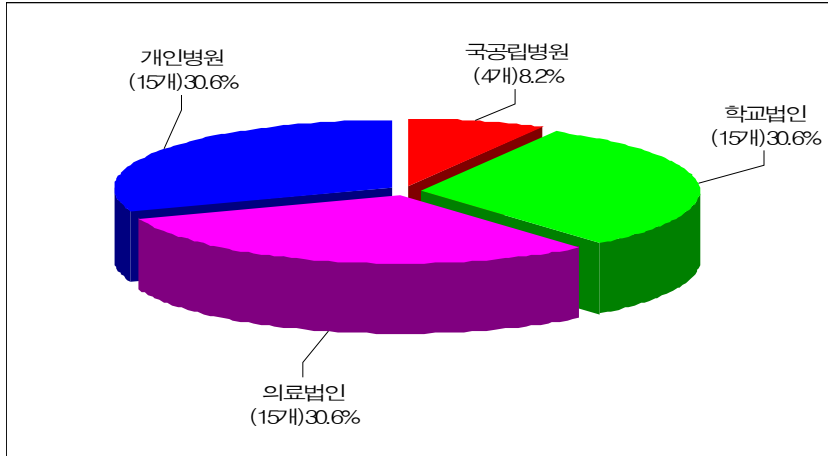


註: 1) 기타에는 사회복지법인이 속함.

[圖 IV- 3] 協診 洋方醫療機關의 設立形態 分布



[圖 IV- 4] 協診 洋方醫療機關의 病院形態 分布¹⁾



註: 1) 무응답 3개소 제외

<表 IV- 4> 韓方病院과 協診醫療機關間 病院形態 關係

(단위: 개소)

구 분	한방병원					전 체	
	국공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	기 타 ¹⁾		
양 방 병 원	국공립병원	3	0	0	1	0	4
	학교법인	0	15	0	0	0	15
	의료법인	0	0	15	0	0	15
	개인병원	0	0	0	14	1	15
	기 타 ¹⁾	0	1	2	0	0	3
	전 체	3	16	17	15	1	52

$$\chi^2=136.42 (0.001)^2$$

註: 1) 사회복지법인, 무응답한 경우

2) 한방병원형태와 양방병원형태간의 상호관련성을 검정하기 위한 χ^2 통계치이며, ()의 값은 p-value로 유의수준을 나타냄.

3. 洋·韓方 協診 醫療機關의 醫療資源 現況

가. 韓方病院과 協診 洋方醫療機關의 病床數 分布

조사대상 한방병원과 협진 양방의료기관에 설치된 병상수 규모의 분포를 <表 IV-5>에서 보면, 50개 이하의 병상을 보유한 소규모 한방병원의 비율은 19개소인 36.5%인데 비해, 병상수 50개 이하의 양방의료기관은 23개소(63.9%)로 나타났다. 51~100개 이하의 병상을 설치한 한방병원은 조사대상 한방병원의 50.0%인 26개소인 것으로 조사되어 100병상 이하의 한방병원은 총 45개로 조사대상 한방병원의 86.5%를 차지하고 있는 반면, 100병상 이하의 양방의료기관은 총 27개의 75.0%를 차지하고 있었다. 한방병원 1개소가 보유한 평균 병상수는 50개 이하의 병상을 보유한 소규모 한방병원이 37.0개로, 병상수 50개 이하의 양방의료기관이 보유한 평균 병상수인 18.1개 보다 높았다. 반면에 병상수 100개 이상의 대형 양방의료기관의 평균 병상수는 대형 한방병원의 평균 병상수보다 높은 것으로 나타나 전체 한방병원 1개소당 설치된 평균 병상수는 73.0개로 양방의료기관 1개소에 설치된 평균 병상수인 119.3개보다 낮은 것으로 분석되었다.

〈表 IV- 5〉 韓方病院과 洋方醫療機關의 病床數 分布

(단위: 개소, %)

병상수 규모	한방병원		양방의료기관	
	개소	평균병상수	개소	평균병상수
~ 50	19 (36.5) ¹⁾	37.0	23 (63.9)	18.1
51 ~ 100	26 (50.0)	70.6	4 (11.1)	70.3
101 ~ 150	3 (5.8)	115.3	1 (2.8)	145.0
151 ~	4 (7.7)	226.8	8 (22.2)	472.4
전 체	52 (100.0)	73.0	36 ²⁾ (100.0)	119.3

註: 1) ()은 전체에서 차지하는 구성비율임.

2) 무응답을 제외한 숫자임.

병원형태별 한방병원의 병상수 분포를 살펴보면, 학교법인 및 의료 법인에 해당하는 한방병원의 병상수 규모는 51~100병상이 각각 62.4% 및 58.8%로 가장 많았으며, 한방병원 1개소당 설치된 평균병상수는 113.1개와 60.6개였다. 50개 이하의 병상이 설치된 소규모 한방병원은 개인병원의 60.0%를 차지하고 있었다. 한편 병상수 150개 이상을 보유한 대형 한방병원은 4개로, 이는 모두 대학 부속 병원인 것으로 조사되었다(表 IV-6참조).

〈表 IV- 6〉 病院形態別 韓方病院의 病床數 分布

(단위: 개소, 개, %)

병상수	국공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	기타 ¹⁾
1 ~ 50	2(66.7)	1(6.3)	6(35.3)	9(60.0)	1(100.0)
51 ~ 100	1(33.3)	10(62.4)	10(58.8)	5(33.3)	0(0.0)
101 ~ 150	0(0.0)	1(6.3)	1(5.9)	1(6.7)	0(0.0)
151 ~	0(0.0)	4(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
합 계	3(100.0)	16(100.0)	17(100.0)	15(100.0)	1(100.0)
평균병상수	44.0	113.1	60.6	52.5	31.0

註: 1) 사회복지법인임.

병원형태별 양방의료기관에 설치된 병상수 분포를 살펴보면, 학교법인에 해당하는 양방의료기관의 병상수 규모는 1~50병상이 58.3%이었으며 평균 병상수는 196.8개였다. 의료법인 양방의료기관도 70.0%가 병상수가 1~50개 이하를 보유하고 있었으며, 평균 병상수는 103.9개인 것으로 나타났다. 한편 개인병원 양방의료기관의 평균 병상수는 32.1개로, 81.8%가 1~50개 이하의 병상수 규모에 해당하는 것으로 조사되었다(表 IV-7 참조).

〈表 IV- 7〉 病院形態別 洋方醫療機關의 病床數 分布

(단위: 개소, 개, %)

병상수	국공립병원	학교법인	의료법인	개인병원
1 ~ 50	0(0.0)	7(58.3)	7(70.0)	9(81.8)
51 ~ 100	1(33.3)	1(8.3)	0(0.0)	2(18.2)
101 ~ 150	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)
151 ~	2(66.7)	4(33.3)	2(20.0)	0(0.0)
합 계	3(100.0)	12(100.0)	10(100.0)	11(100.0)
평균병상수	294.0	196.8	103.9	32.1

나. 韓方病院과 協診 洋方醫療機關의 診療科 設置 現況

<表 IV-8>은 한방병원 진료과의 설치분포를 병원형태와 병상규모별로 각각 분류하여 나타낸 것이다. 조사대상 전체 52개 한방병원 중에서 98.1%인 51개의 한방병원에 내과가 설치되어 있었으며 그 다음으로는 침구과 48개소(92.3%), 부인과 40개소(76.9%), 신경정신과 32개소(61.5%), 소아과 29개소(55.8%), 재활의학과 28개소(53.8%), 안·이비인후과 25개소(48.1%)의 순서로 한방병원에 설치되어 있었다. 병원형태별로 볼 때, 학교법인을 제외한 나머지 병원에서 내과 설치비율은 100.0%인 것으로 나타났으며, 침구과의 설치비율은 76.5%에서 100.0%

로 조사되었다. 한편 소아과, 신경정신과, 안·이비인후과 그리고 재활의학과는 주로 학교법인에 설치되어 있으며, 의료법인의 경우에는 침구과와 부인과에서 가장 높은 설치율을 나타냈다. 개인병원은 설치율이 100.0%인 내과를 제외하고는 전반적인 진료과목들이 상대적으로 낮은 설치율을 보이고 있다. 병상수 규모별 진료과목 설치율을 보면 1~50병상수가 설치된 한방병원의 경우 내과의 설치비율은 100.0%, 침구과가 84.0%, 그리고 부인과가 73.0%설치율을 기록하였으며, 나머지 과들은 모두 50.0%이하의 낮은 설치율을 보이고 있다.

〈表 IV- 8〉 洋·韓方 協診 韓方病院의 診療科別 設置 分布
(단위: 개소, %)

한방 진료과	내과	침구과	부인과	소아과	신경정신과	안·이비 인후과	재활의학과
병원형태							
- 국공립병원	3(100.0) ¹⁾	3(100.0)	2(66.7)	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)
- 학교법인	15(93.8)	15(93.8)	13(81.3)	13(81.3)	12(75.0)	12(75.0)	14(87.5)
- 의료법인	17(100.0)	16(94.1)	14(82.4)	8(47.1)	9(52.9)	7(41.2)	6(35.3)
- 개인병원	15(100.0)	13(76.5)	10(58.8)	6(35.3)	8(47.1)	5(29.4)	7(41.2)
- 기 타 ²⁾	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)
병상규모							
- 1~50	19(100.0)	16(84.2)	14(73.7)	6(31.6)	8(42.1)	7(36.8)	7(36.8)
- 51~100	25(96.1)	25(96.1)	19(73.1)	16(61.5)	18(69.2)	13(50.0)	14(53.8)
- 101~150	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	2(66.7)	3(100.0)
- 151~	4(100.0)	4(100.0)	4(100.0)	4(100.0)	3(75.0)	3(75.0)	4(100.0)
진 체	51(98.1)	48(92.3)	40(76.9)	29(55.8)	32(61.5)	25(48.1)	28(53.8)

註: 1) 조사대상 한방병원에서 해당 진료부서에 한의사가 근무하고 있다고 응답한 한방병원의 비율임.

2) 사회복지법인임.

51~100병상수 규모의 한방병원들은 내과와 침구과가 96.1%, 부인과 73.1%의 진료과 설치율을 보였으며, 101~150병상수 규모 병원인 경우에는 표본의 특성상 안·이비인후과를 제외한 모든 진료과목에서 100.0%의 설치율을 나타냈다. 병상수 151개 이상의 한방병원에서는

신경정신과와 안·이비인후과를 제외한 모든 진료과들이 100.0% 설치되어 있는 것으로 나타났으며, 병상규모가 큰 대형병원일수록 전반적인 진료과목의 설치율도 높음을 알 수 있다.

한방병원과 협진관계에 있는 양방의료기관의 진료과별 설치분포에서는 한방병원과 마찬가지로 내과가 88.0%로써 가장 높은 진료과목 설치율을 보였으며, 그 다음으로는 외과와 소아과가 각각 48.0%, 이비인후과가 36.0%의 순으로 나타났다(表 IV-9 참조).

〈表 IV- 9〉 洋方醫療機關의 診療科別 設置 分布

(단위: %)

양 방 진 료 과 ¹⁾						
내과	외 과	소아과	산부인과	안 과	이비인후과	가정의학과
88.0 ²⁾	48.0	48.0	32.0	20.0	36.0	20.0
피부과	비뇨기과	정신과	마취과	방사선과	병리과	재활의학과
32.0	20.0	28.0	20.0	32.0	20.0	20.0

註: 1) 기타 진료과는 정형외과, 신경외과, 치과, 성형외과, 신경과, 응급의학과 등이 있음.

2) 협진 양방의료기관에서 해당 진료부서가 설치되어 있다고 응답한 의료기관의 비율임.

다. 洋·韓方 協診 醫療機關의 醫療人力 現況

1) 調査對象 韓方病院의 醫療人力 現況

조사대상 전체 한방병원과 병상수 규모별로 분류한 한방병원군 근무인력의 평균인원이 <表 IV-10>에 제시되어 있다. 병상수 규모가 증가할수록 전반적으로 각 직종별 의료인력 규모가 증가하는 것을 알 수 있는데, 병상수 1~50개가 설치된 한방병원에 근무하는 평균 한의사수는 3.5명인 반면 병상수 151개 이상의 대형 한방병원에 근무하는

평균 한의사수는 6.4배인 22.3명인 것으로 나타났다.

또한 병상수 151개 이상을 보유한 한방병원에서 근무하는 간호사의 평균인원은 50병상 이하의 한방병원에서 근무하는 간호사인력의 평균인원인 7.2배인 48.0명에 달해 병원규모에 따라 근무인원도 차이가 심함을 알 수 있다. 행정관리 인력과 전공수련의 평균인원도 병상수와 평균 인력간에 높은 정의 상관관계를 보이고 있는 반면, 약사는 병상수 규모에 따른 인력의 증가관계는 존재하지 않고 평균적으로 0.8~1.1명의 낮은 수준을 보이고 있었다.

<表 IV-10> 病床數 規模別 韓方病院群의 平均 醫療人力

(단위: 명)

의료인력	병상수 규모				전 체 (52)
	~50 (19) ¹⁾	51~100 (26)	101~150 (3)	151~ (4)	
한 의 사	3.5	7.3	13.3	22.3	7.4
간 호 사	6.7	15.0	20.3	48.0	14.8
약 사	1.1	0.9	1.0	0.8	1.0
행정관리	4.9	11.1	13.3	43.3	11.5
의무기록사	1.6	1.2	1.0	1.3	1.3
의료기사	1.7	3.0	10.0	8.3	3.8
전공수련의	2.7	8.6	21.3	37.8	11.0

註: 1) ()안은 해당 한방병원수를 나타냄.

병원형태별로 분류한 한방병원에 근무하는 인력의 평균인원을 계산한 결과는 <表 IV-11>에 나타나 있다. 학교법인에서 근무하는 인력 중에서는 한의사가 12.2명, 간호사 21.3명으로 타 병원형태의 한방병원보다 높은 것으로 나타났으며, 행정관리(18.1명), 전공수련의(19.7명)도 타 병원형태의 한방병원보다도 평균근무인원이 많았다. 이는 <表

IV-6>에서보는 바와 같이 병상수 151개 이상의 대형병원이 모두 학교 법인에 속함에 따라, 평균 근무인력도 많음을 알 수 있다.

<表 IV-11> 病院形態別 韓方病院群의 平均 醫療人力

(단위: 명, 개소)

근무인력	병원형태				전 체 (52)
	국·공립법인 (3) ¹⁾	학교법인 (16)	의료법인 (17)	개인병원 (15)	
한의사	3.6	12.2	5.0	6.3	7.4
간호사	7.0	21.3	13.8	11.1	14.9
약사	1.3	0.6	1.2	1.0	1.00
행정관리	7.3	18.1	9.7	7.2	11.5
의무기록사	1.0	1.2	1.4	1.6	1.3
의료기사	2.5	3.9	4.2	3.6	3.8
전공수련의	4.5	19.7	5.8	3.9	11.0

註: 1) ()안은 해당 한방병원수를 나타냄.

2) 洋方醫療機關의 醫療人力 現況

병상수 규모별 양방의료기관의 평균 근무인력이 <表 IV-12>에 제시되어 있다. 병상수 규모별 한방병원의 평균 근무인력과 마찬가지로, 양방의료기관에서도 병상수 규모가 증가할수록 각 직종별 의료인력의 평균인원도 증가함을 알 수 있다.

병상수 1~50개가 설치된 양방의료기관에 근무하는 평균 의사 수는 1.9명인데, 병상수 151개 이상의 양방의료기관에 근무하는 평균 의사 수는 52.3명인 것으로 나타났다. 또한 병상수 151개 이상을 보유한 양방의료기관에서 근무하는 간호사의 평균인원은 188.9명으로 50병상 이하의 양방병원에서 근무하는 간호사인력의 평균인원인 3.1명의 60.9

배로 병상수 규모에 따라 근무인원의 차이가 심함을 알 수 있다. 의무기록사의 경우, 151개 병상수 규모의 양방의료기관은 평균 3.8명으로 병상수 101~150개 규모를 보유한 양방의료기관보다도 낮은 것으로 나타났으나, 전공수련의는 모두 조사대상 양방의료기관중에서 151개 이상 병상수 규모를 가진 곳에서 근무하는 것으로 나타났다.

<表 IV-12> 病床數 規模別 洋方醫療機關의 平均 勤務人力
(단위: 명, 개소)

의료인력	병상수 규모				전 체 (36)
	~50 (23) ¹⁾	51~100 (4)	101~150 (1)	151~ (8)	
의사	1.9	4.0	8.0	52.3	9.7
간호사	3.1	6.8	64.0	188.9	35.2
약사	0.7	1.3	1.0	10.0	3.2
행정관리	2.7	7.5	24.0	57.3	15.0
의무기록사	0.5	0.8	6.0	3.8	1.6
의료기사	3.6	4.5	13.0	50.3	11.6
전공수련의	0.0	0.0	0.0	114.6	28.7

註: 1) ()안은 무응답을 제외한 해당 의료기관수를 나타냄.

<表 IV-13>은 양방의료기관에서 근무하고 있는 인력의 평균규모를 병원형태별로 분류하여 나타내고 있는데, 양방의료기관 병원형태별 근무인원은 전반적으로 국공립병원이 타 병원형태보다 높음을 알 수 있다. 의료인력 직종별로 볼 때, 행정관리, 의무기록사를 제외한 평균 인원규모는 국공립병원, 학교법인, 의료법인, 개인병원 순서대로 나타났다. 행정관리, 의무기록사의 평균 근무인원은 의료법인이 학교법인보다 많은 것으로 조사되었다. 병원형태별로 볼 때 국공립병원에 근무하는 의사인력의 평균인원은 30.3명으로 가장 많은 것으로 조사

되었으며, 전공수련의의 평균인원도 158.0명으로 학교법인(32.8명)과 의료법인(5.8명)보다 현저히 높은 것으로 나타났다.

〈表 IV-13〉 病院形態別 洋方醫療機關의 平均 勤務人力

(단위: 명, 개소)

근무인력	병 원 형 태				전 체 (36)
	국·공립법인 (3) ¹⁾	학교법인 (12)	의료법인 (10)	개인병원 (11)	
의사	30.3	17.7	4.6	1.2	9.7
간호사	111	60.6	19.3	2.6	35.2
약사	7.6	3.8	1.3	0.5	3.2
행정관리	25.7	13.3	34.8	2.6	15.0
의무기록사	5.7	0.8	1.8	0.5	1.6
의료기사	25.0	18.7	8.9	2.2	11.6
전공수련의	158.0	32.8	5.8	0	28.7

註: 1) ()안은 무응답을 제외한 해당 의료기관수를 나타냄.

3) 韓方病院의 診療科別 韓醫師人力 現況

병상수 규모별로 구분한 한방병원근무 한의사의 진료과별 평균 근무인력이 <表 IV-14>에 제시되어 있다. 진료과별 한의사수는 내과에서 근무하는 인원이 평균 2.4명으로 가장 많았으며 이는 <表 IV-8>에서 파악한 바와 같이 병원마다 높은 설치율을 기록하고 있는 것과 관련이 있다. 침구과에 근무하는 한의사는 평균 1.4명으로 내과 다음으로 높았다. 또한 진료과별 평균 한의사수는 병상수 규모가 증가함에 따라 역시 증가함을 알 수 있는데 내과의 경우 151개 병상수 이상 규모의 한방병원에 근무하는 평균 한의사수는 8명으로 50병상 이하의 한방병원에서 근무하는 인력의 5.9배나 되었다.

<表 IV-14> 病床數 規模別 韓方病院群의 平均 韓醫師 勤務人力
(단위: 명, 개소)

진료과	병상수 규모				전 체 (52)
	~50 (19) ¹⁾	51~100 (26)	101~150 (3)	151~ (4)	
내과	1.4	2.2	2.7	8.0	2.4
침구과	1.1	1.3	1.0	3.3	1.4
부인과	1.1	1.0	1.0	1.3	1.1
소아과	1.0	0.6	1.0	1.0	0.8
신경정신과	0.8	0.8	1.0	1.0	0.8
안이비인후과	0.7	0.9	1.0	1.7	0.9
재활의학과	0.7	0.9	1.0	2.0	1.0

註: 1) ()안은 해당 한방병원수를 나타냄.

다음의 <表 IV-15>에서는 병원형태별로 한의사의 평균 근무인력현황을 파악하고자 하였다. 한의사의 수가 가장 많이 근무하는 병원은 학교법인의 병원으로써 1.6명이 근무하고 있고, 국공립병원이 1.1명, 의료법인이 0.9명 그리고 개인병원에서는 0.8명이 근무를 하고 있다. 각 진료과별로 가장 많은 한의사가 진료를 하는 과는 내과로서 평균 2.4명이고, 침구과가 2.4명, 부인과가 1.1명, 재활의학과가 1.0명의 순으로 진료한의사수가 많은 것으로 나타났다. 소아과와 신경정신과를 제외한 모든 진료과목에서 학교법인이 그 외의 병원형태들보다 많은 인원이 있는 것으로 분석되었다.

〈表 IV-15〉 病院形態別 韓方病院의 平均 韓醫師 勤務人力
(단위: 명, 개소)

근무인력	병원형태				전 체 (52)
	국·공립법인 (3) ¹⁾	학교법인 (16)	의료법인 (17)	개인병원 (15)	
내 과	3.7	4.0	1.5	1.4	2.4
침구과	1.0	2.0	1.1	1.0	1.4
부인과	1.0	1.1	1.0	1.0	1.1
소아과	1.0	0.7	0.8	0.8	0.8
신경정신과	1.0	0.9	0.7	0.6	0.8
안이비인후과	0.0	1.2	0.7	0.4	0.9
재활의학과	0.0	1.2	0.8	0.7	1.0

註: 1) ()안은 해당 한방병원수를 나타냄.

4. 洋·韓方 醫療協診 實態分析

가. 洋·韓方 醫療協診 運營實態 分析

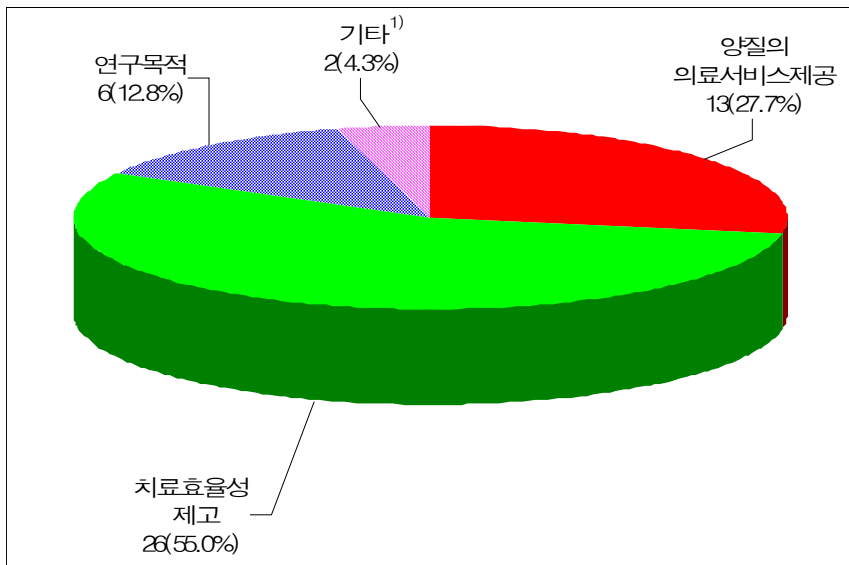
1) 洋·韓方 醫療協診 實施의 動機

양·한방 의료협진을 실시하게 된 계기에 대하여 분석한 결과에서는 ‘치료 효율성의 제고’라고 응답한 한방병원이 26개소(55.0%)로 가장 높았으며, ‘환자에게 양질의 진료혜택 제공’으로 응답한 한방병원은 13개소(27.7%)인 것으로 나타났다. 그 외에는 연구목적(12.8%), 기타(4.3%)인 것으로 나타났다.

‘치료 효율성의 제고’라고 응답한 한방병원들 중에서는 한방진료의 한계에 따라 검진 및 치료에 대한 양방의 보완적 관계로 양·한방 상호보완 진료가 필요하다고 응답한 한방병원이 다수였으며 ‘양·한방 진단에 대한 객관적 비교’를 위해서 양·한방 협진이 필요하다고 응답

한 경우도 있었다. 또한 ‘응급환자 관리’, ‘중풍, 치매와 같은 질병에 대해 특질화한 진료체계를 구축’하고자 양·한방 의료협진을 수행하고 있다고 응답한 한방병원도 있었다.

[圖 IV- 5] 洋·韓方 醫療協診 實施의 動機



註: 1) 기타에는 병원 설립자의 의지 등이 있음.

2) 韓方病院의 洋·韓方 醫療協診 運營現況

① 韓方病院과 洋方醫療機關의 空間的 分離 現況

한방병원내에 양방진료부서가 설치되어 있는지, 양방의료기관이 한방병원과 공간적으로 별도로 독립되어 있는지는 양·한방 협진시 환자의 회진 및 이송에 영향을 미친다. 조사대상 한방병원 중 57.7%인 30개 한방병원은 양방의료기관이 한방병원과 별도로 독립되어 운영되고 있다고 응답하였다. 이를 한방병원의 병상수 규모별로 분석하면, 병상

수 101~150개 규모가 설치된 한방병원을 제외하고는 57.7%~75.0%의 한방병원이 양방의료기관과 한방병원이 독립된 별도의 건물을 사용한다고 응답하였다. 한방병원과 양방의료기관의 공간적 분리여부와 병상수 규모별로 분류한 한방병원군간에 통계적으로 유의적인 관련성이 있는지를 판단하기 위해 카이제곱 검정을 실시한 결과, χ^2 통계치는 1.361로 유의적인 결과가 나오지 않아 병상수 규모차이에 따라 한방병원이 양방의료기관과 공간적으로 분리시켜 협진을 운영하는 것은 아닌 것으로 나타났다.

병원형태별로 분류한 결과에서는 의료법인에 해당하는 한방병원 중에서는 58.8%가 ‘한방병원 내에 양방진료부서가 설치되어 있다’고 응답하였으며, 나머지 병원형태에서는 ‘양방의료기관이 한방병원과 별도로 독립되어 있다’고 응답한 비율이 많음을 알 수 있다. 이러한 응답결과와 병원형태간에 통계적으로 어떠한 관련성이 있는지의 여부를 판단하기 위하여 카이제곱 검정을 한 결과 χ^2 값은 6.081로 유의수준은 낮아, 병원형태 차이에 따라서 한방병원과 양방의료기관이 공간적으로 분리된 것은 아닌 것으로 나타났다.

〈表 IV-16〉 韓方病院과 洋方醫療機關의 空間的 分離 現況
(단위: 개소, %)

한방병원과 양방의료기관이 공간상 별도로 분리						
병상수	~50	51~100	101~150	151~	합 계	
- 예	11(57.9)	15(57.7)	1(33.3)	3(75.0)	30(57.7)	$\chi^2=1.361$ (0.715) ¹⁾
- 아니오	8(42.1)	9(42.3)	2(66.7)	1(25.0)	22(42.3)	
소 계	19(100.0)	26(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	52(100.0)	
병원형태						
병원형태	국·공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	합 계	
- 예	3(66.7)	9(56.2)	7(41.2)	12(75.0)	30(57.7)	$\chi^2=6.081$ (0.108)
- 아니오	0(33.3)	7(43.8)	10(58.8)	4(25.0)	22(42.3)	
소 계	3(100.0)	16(100.0)	17(100.0)	16(100.0)	52(100.0)	

註: 1) ()의 값은 χ^2 통계치의 p-value로 유의수준을 나타냄.

② 初診患者의 檢診 現況

다음의 <表 IV-17>은 의료협진과 관련하여 초진환자의 검진운영을 병상규모별과 병원형태별로 제시한 것이다. 한방병원을 방문하는 초진환자를 접수한 다음 단계인 검진을 담당하는 영역을 양·한방으로 분리하여 분석한 결과, 조사대상 한방병원 중 응답한 50개 한방병원들에서 24.0%인 12개 병원이 ‘한방에서 담당하고 있다’고 응답하였으며, ‘양방에서 담당하고 있다’고 응답한 한방병원은 8.0%인 4개 병원에 불과하였다. 특정하게 검진을 한방과 양방으로 분리하지 않고 양·한방 부문에서 동시에 실시하고 있다고 응답한 한방병원은 34개 (68.0%)인 것으로 나타났다.

병상수 규모별로 볼 때, 초진환자에게 양·한방 정밀검진을 병행하여 시킨다는 병원군은 병상수 51~100개를 보유한 한방병원의 80.8%를 차지하였으며, 병상수 151개 이상을 보유한 한방병원도 모두 이에 해당하는 것으로 나타났다. 초진환자의 검진분야와 병상수 규모별 한방병원군 사이에 상호 관련성이 있는지의 여부를 판별하고자 카이제곱 검정을 실시한 결과, χ^2 통계치는 9.647로 상대적으로 유의적인 수준은 아닌 것으로 나타나, 초진환자의 검진분야와 병상수 규모별 한방병원군 사이에 관련성은 없는 것으로 해석된다.

병원형태별로 분석한 결과에서도 초진환자는 양·한방 부문에서 동시에 실시하고 있다는 병원은 각 병원형태별로 64.7%~100.0%인 것으로 나타났으며, 역시 초진환자의 검진분야와 병원형태간에 어떠한 관련성이 있는지의 여부를 실시한 결과에서 χ^2 값은 1.406으로 낮게 나와 초진환자의 검진분야와 병원형태간에는 특별한 관계가 없는 것으로 밝혀졌다.

〈表 IV-17〉 初診患者의 檢診 現況

(단위: 개소, %)

초진환자의 검진					
병상수	~50	51~100	101~150	151~	합 계 ¹⁾
- 양방에서 실시	3(16.7)	1(3.8)	0(0.0)	0(0.0)	4(8.0)
- 한방에서 실시	6(33.3)	4(15.4)	2(66.7)	0(0.0)	12(24.0)
- 양·한방 동시 실시	9(50.0)	21(80.8)	1(33.3)	3(100.0)	34(68.0)
소 계	18(100.0)	26(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	50(100.0)
병원형태					
	국·공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	합 계
- 양방에서 실시	0(0.0)	1(6.7)	2(11.8)	1(6.7)	4(8.0)
- 한방에서 실시	0(0.0)	4(26.7)	4(23.5)	4(26.7)	12(24.0)
- 양·한방 동시 실시	2(100.0)	10(66.7)	11(64.7)	10(66.7)	34(68.0)
소 계	2(100.0)	15(100.0)	17(100.0)	15(100.0)	50(100.0)

註: 1) 무응답 제외

2) ()의 값은 χ^2 통계치의 p-value로 유의수준을 나타냄.

③ 醫療保險의 分離 請求 現況

한방병원에서 환자들이 진료에 대하여 양·한방 의료보험을 별도로 청구하는지에 대해서 조사한 결과에서는 무응답을 제외한 전체 응답 병원의 11.9%인 5개 병원이 ‘별도로 분리하여 청구하지 않는다’고 응답하였으며 88.1%인 37개 병원이 분리 적용한다고 응답하여 환자들의 의료보험 적용상의 절차 및 진료비의 부담을 증가시키는 것으로 나타났다(表 IV-18 참조).

양방과 한방의료보험의 별도 적용 여부를 병상수 규모별과 병원형태별로 분석한 결과에서도 역시 대부분 한방병원이 양·한방의료보험을 별도로 청구하고 있다고 응답하였으며, 카이제곱 검정 결과에서도 알 수 있듯이 병상수 규모 및 병원형태와 의료보험의 별도 청구 여부 사이에는 특별한 관계가 존재하지 않는 것으로 해석된다.

〈表 IV-18〉 洋·韓方 醫療保險의 分離請求 現況

(단위: 개소, %)

양·한방의료보험 분리청구					
병상수	~50	51~100	101~150	151~	합 계 ¹⁾
- 예	12(80.0)	20(91.9)	2(100.0)	3(100.0)	37(88.1)
- 아니오	3(20.0)	2(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	5(11.9)
소 계	15(100.0)	22(100.0)	2(100.0)	3(100.0)	42(100.0)
$\chi^2=1.179$ (0.620) ²⁾					
병원형태	국·공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	합 계
- 예	3(100.0)	9(81.8)	15(93.8)	9(81.8)	37(88.1)
- 아니오	0(0.0)	2(18.2)	1(6.3)	2(100.0)	5(11.9)
소 계	3(100.0)	11(100.0)	16(100.0)	11(100.0)	42(100.0)
$\chi^2=1.681$ (0.641)					

註: 1) 무응답 제외

2) ()의 값은 χ^2 통계치의 p-value로 유의수준을 나타냄.

④ 同一 患者紀錄紙 作成 現況

양·한방 의료협진시 임상 환자에 대하여 공통의 환자 기록지를 작성하는지에 관해서는 응답을 하지 않은 한방병원 10개소를 제외한 42개 한방병원 중 20.0%인 7개 한방병원이 동일한 환자 기록지를 작성한다고 응답하였으며, 나머지 병원에서는 양·한방 진료영역에서 동일한 환자에 대해서 별도로 환자 기록지를 작성한다고 응답하였다.

이는 양·한방협진의 목적인 협진을 통한 치료효과성 증대와 이의 검증을 위한 기초적인 자료의 획득조차도 되어지지 않고 있음을 보여주고 있다(表 IV-19 참조).

한방병원의 공통 환자기록지 작성 여부를 병상수 규모별과 병원형태별로 분류하여 분석한 결과에서도 역시 대부분 한방병원에서 의료협진 시에는 환자진료지를 별도로 분리하여 작성하지 않는 것으로 나타났다. 또한 카이제곱 검정 결과에서도 알 수 있듯이 병상수 규모 및 병원형태에 따라 조사결과의 특별한 차이는 없었다.

〈表 IV-19〉 患者의 同一診療紙 使用 現況

(단위: 개소, %)

의료협진시 환자의 동일진료지 사용					
병상수	~50	51~100	101~150	151~	합 계 ¹⁾
- 예	3(20.0)	4(18.2)	0(0.0)	0(0.0)	7(20.0)
- 아니오	12(80.0)	18(81.8)	2(100.0)	2(100.0)	35(80.0)
소 계	15(100.0)	22(100.0)	2(100.0)	3(100.0)	42(100.0)
<hr/>					
병원형태	국·공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	합 계
- 예	1(33.3)	2(18.2)	1(2.4)	3(27.3)	7(20.0)
- 아니오	2(66.7)	9(81.8)	15(93.8)	8(72.7)	35(80.0)
소 계	3(100.0)	11(100.0)	16(100.0)	11(100.0)	42(100.0)

 $\chi^2=0.933$
(0.817)²⁾
 $\chi^2=2.702$
(0.440)

註: 1) 무응답 제외

2) ()의 값은 χ^2 통계치의 p-value로 유의수준을 나타냄.

⑤ 臨床統計 資料의 生産 現況

양·한방협진과 관련한 일련의 임상통계의 생산유무에 대하여 조사한 결과, 전체 조사대상 한방병원 중에서 무응답 한방병원 4개를 제외한 총 48개 한방병원 중에서 협진관련 임상통계를 생산하지 않는다는 응답이 64.6%인 31개소였으며 양·한방 협진을 수행함으로써 획득되어지는 치료효과성과 이의 검증을 위한 기초자료인 협진관련 임상통계를 생산하는 한방병원은 35.4%에 해당하는 17개소였다. 병상수 규모가 50개 이하인 소규모 한방병원에서 의료협진과 관련한 임상통계를 생산한다고 응답한 한방병원은 16.7%(3개소)로 적었으나, 병상수 51~100개 규모인 한방병원에서는 임상통계를 생산한다고 응답한 한방병원의 비율은 54.2%에 달하는 것으로 나타났다. 또한 협진 관련 임상통계생산을 하는 한방병원과 병상수 규모에 따른 한방병원간의 관계를 파악하고자 실시한 카이제곱 검정 결과에서는 5%의 유의수준에서 상호관련성이 존재하는 것으로 나타났다.

병원형태별로 분류를 하면 국공립병원과 학교법인에 해당하는 한방

병원에서 각각 50.0%에 해당하는 병원이 협진관련 임상통계를 생산함으로써 의료법인(25.0%)이나 개인병원(33.3%)보다 상대적으로 높음을 알 수 있다(表 IV-20 참조).

〈表 IV-20〉 協診 關聯 臨床統計生産 現況

(단위: 개소, %)

협진 관련 임상통계생산						
병상수	~50	51~100	101~150	151~	합 계 ¹⁾	
- 예	3(16.7)	13(54.2)	0(0.0)	1(33.3)	17(35.4)	$\chi^2=8.106$ (0.044) ²⁾
- 아니오	15(83.3)	11(45.8)	3(100.0)	2(66.7)	31(64.6)	
소 계	18(100.0)	24(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	48(100.0)	
병원형태						
국·공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	합 계		
- 예	1(50.0)	7(50.0)	4(25.0)	5(33.3)	17(35.4)	$\chi^2=2.242$ (0.524)
- 아니오	1(50.0)	7(50.0)	12(75.0)	10(66.7)	31(64.6)	
소 계	2(100.0)	14(100.0)	16(100.0)	15(100.0)	48(100.0)	

註: 1) 무응답 제외

2) ()의 값은 χ^2 통계치의 p-value로 유의수준을 나타냄.

⑥ 醫療協診 委員會, 組織의 設置 現況

양·한방 의료협진을 위해 별도의 조직, 위원회가 병원 내에 설치되어 있는 한방병원은 전체 응답병원의 38.8%인 19개인 것으로 조사되었는데, 병상 규모가 큰 대형병원일수록 협진 관련 기구 및 조직을 운영하고 있는 병원의 비율이 높아짐을 알 수 있다. 아울러 한방병원내 협진관련 기구 및 위원회의 설치 여부와 한방병원의 병상별 규모 수준간의 관련성이 존재하는지의 여부를 통계적으로 검정하여 본 결과, χ^2 는 13.38로 한방병원의 규모 차이에 따른 조사결과의 상호 관련성이 1%미만에서 유의적으로 높게 나타났다.

병원형태별로 분류하면 상대적으로 국공립병원이나 학교법인에서 각각 66.7%와 71.4%에 해당하는 병원이 협진기구를 운영하고 있는 것

으로 나타났으며 의료법인과 개인병원은 이보다 낮은 37.5%와 6.7%가 협진을 위한 조직이 설치되어 있다고 응답하여, 병원형태에 따라서도 협진에 관련한 기구나 조직의 설치가 차이가 있음을 알 수 있다 (表 IV-21 참조). 또한 한방병원내 협진관련 기구 및 위원회의 설치 여부와 한방병원의 병원형태간에 상호 관련성이 존재하는지의 여부를 검정하여 본 결과, χ^2 은 13.682로 나타나, 한방병원의 형태와 조사결과의 상호 관련성은 1%미만에서 유의적으로 높게 나타났다.

〈表 IV-21〉 協診 關聯 機構, 組織 設置 現況

(단위: 개소, %)

협진 관련 기구, 조직 설치					
병상수	~50	51~100	101~150	151~	합 계 ¹⁾
- 예	2(10.5)	12(50.0)	2(66.7)	3(100.0)	19(38.8)
- 아니오	17(89.5)	12(50.0)	1(33.3)	0(0.0)	30(61.2)
소 계	19(100.0)	24(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	49(100.0)
<hr/>					
병원형태	국·공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	합 계
- 예	2(66.7)	10(71.4)	6(37.5)	1(6.7)	19(38.8)
- 아니오	1(33.3)	4(28.6)	10(62.5)	14(93.3)	30(61.2)
소 계	3(100.0)	14(100.0)	16(100.0)	15(100.0)	49(100.0)

註: 1) 무응답 제외

2) ()의 값은 χ^2 통계치의 p-value로 유의수준을 나타냄.

⑦ 洋·韓方 綜合檢診센터 設置 現況

양·한방 종합검진센터가 설치된 병원은 전체 응답 한방병원에서 56.9%인 29개로 비교적 비율이 높은 것으로 나타나있는데, 특히 병상수 51~100개 규모의 병원과 병상수 151개 이상의 대형병원에서 개설되어 있는 한방병원은 68.0%와 100.0%로 타 병원군보다 높았다. 이 같은 결과는 초진환자를 양·한방 측에서 동시에 검진하고 있는 한방병원의 비율이 높다는 사실과 관련이 있다.

병원형태별 분석에서는 학교 부설 한방병원의 73.3%가 종합검진센터

터를 개설하고 있었으며, 국공립병원과 의료법인 형태의 한방병원에서도 각각 66.7%와 52.9%가 종합검진센터를 설치·운영하고 있는 것으로 나타났다(表 IV-22 참조).

양·한방 종합검진센터를 개설한 병원이 병원의 규모 수준이나 병원 형태와 관련이 있는지의 여부를 통계적으로 검정하여 본 결과, 병원의 규모와 종합검진센터의 개설 여부는 상호 관련성이 5% 유의수준에서 존재하는 것으로 밝혀졌으나 병원형태와는 상관성이 없는 것으로 나타났다.

<表 IV-22> 洋·韓方 協診 綜合檢診센터 開設 現況

(단위: 개소, %)

종합검진센터 개설						
병상수	~50	51~100	101~150	151~	합 계 ¹⁾	
- 예	7(36.8)	17(68.0)	1(33.3)	4(100.0)	29(56.9)	$\chi^2=8.081$ (0.044) ²⁾
- 아니오	12(63.2)	8(32.0)	2(66.7)	0(0.0)	22(43.1)	
소 계	19(100.0)	25(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	51(100.0)	
병원형태						
병원형태	국·공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	합 계	
- 예	2(66.7)	11(73.3)	9(52.9)	7(46.7)	29(56.9)	$\chi^2=2.510$ (0.474)
- 아니오	1(33.3)	4(26.7)	8(47.1)	8(53.3)	22(43.1)	
소 계	3(100.0)	15(100.0)	17(100.0)	15(100.0)	51(100.0)	

註: 1) 무응답 제외

2) ()의 값은 χ^2 통계치의 p-value로 유의수준을 나타냄.

나. 洋·韓方 檢診科目 및 診療分野 現況

1) 初診患者의 檢診科目 開設 現況

다음의 <表 IV-23>에서는 초진환자의 검사를 양방의료기관 혹은 양·한방병원에서 수행하는 경우에 양방과목들 중에서 검진빈도를 나타내고 있다. 초진환자를 대상으로 시행되는 양방검진과목 중, 검진이

실시되는 비율은 요검사, 흉부 X-ray검사, 당뇨병 검사가 97.0%이었다.

초진검사를 양방에서만 수행하는 경우에는 혈액형, 신장기능 등을 제외한 모든 양방과목을 대상으로 초진환자에게 검진을 실시하고 있으며, 양·한방 검진이 이루어지는 경우에는 당뇨, 간기능, 요검사, 흉부 X-ray검사가 실시되는 비율이 94.0%이었다. 다음으로 일반혈액 검사가 91.0%, 이학적 검사가 85.0%, 신장기능 검사가 79.0%순으로 나타났다.

〈表 IV-23〉 初診患者의 洋方檢診科目 開設比率 現況

(단위: %)

양방검진과목	검진 구분		
	양방 검진 (n=4)	양·한방 검진 (n=34)	전 체 (n=38)
이학적 검사	100.0 ¹⁾	85.0	90.0
혈액형 검사	75.0	76.0	76.0
당뇨 검사	100.0	94.0	97.0
간기능 검사	100.0	94.0	95.0
신장기능 검사	50.0	79.0	76.0
일반혈액 검사	100.0	91.0	95.0
요 검사	100.0	94.0	97.0
흉부 X-ray검사	100.0	94.0	97.0
초음파 검사	100.0	62.0	68.0
심전도 검사	100.0	88.0	92.0
기 타	50.0	24.0	29.0

註: 1) 초진환자에게 양방검진 및 양·한방검진을 실시한다고 응답한 한방병원 중에서 해당 양방검진과목이 개설된 양방의료기관의 비율임.

다음의 <表 IV-24>에서는 초진환자의 검사를 한방병원 혹은 양·한방병원에서 모두 검진을 하는 경우에 한방검진을 수행하는 과목의 빈

도를 나타내고 있다. 초진검사를 한방에서만 수행하는 경우에는 중풍 검진이 92.0%로 가장 많이 검진을 실시하고 있었고 그 다음으로는 갱년기 검진(75.0%), 척추검진(58.0%)의 순이었다. 그리고 양·한방 검진이 병행된다고 응답한 한방병원들의 경우 초진과목의 경우는 중풍이 역시 97.0%로 가장 높았으며 척추 검진과 디스크 검진이 65.0%로써 높은 빈도를 나타내었다.

<表 IV-24> 初診患者의 韓方檢診科目 開設比率 現況

(단위: %)

한방검진과목	검진구분		
	한방 검진 (n=12)	양·한방 검진 (n=34)	전 체 (n=38)
척추 검진	58.0 ¹⁾	65.0	63.0
디스크 검진	50.0	65.0	61.0
중풍 검진	92.0	97.0	96.0
비만 검진	50.0	59.0	59.0
스트레스 검진	50.0	47.0	46.0
갱년기 검진	75.0	32.0	41.0
골다공증 검진	33.0	41.0	37.0
천식 검진	33.0	32.0	32.0
비염 검진	41.0	32.0	33.0
만성피로증후군 검진	33.0	44.0	39.0
기 타	50.0	15.0	28.0

註: 1) 초진환자에게 한방검진 및 양·한방검진을 실시한다고 응답한 한방병원 중에서 해당 한방검진과목이 개설된 한방병원의 비율임.

2) 洋·韓方 協診 診療分野 現況

다음의 <表 IV-25>에서는 양·한방 협진시 병상수별 양방검진과목이 나타나있다. 전체 52개 한방병원중에서 X-ray검사를 수행하는 한방병원은 100.0%인 52개이고, 양약투여가 92.3%인 48개, Lab 검사가

90.4%인 47개, 특수촬영이 76.9%인 40개 그리고 응급실 관리가 48.1%인 25개 한방병원에서만 수행하고 있는 검진과목이었다. 양방검진과목이 개설된 병원 현황을 병상규모별로 분석한 결과에서는 X-ray 검사의 경우, 조사대상 한방병원이 모두 실시하고 있는 것으로 나타났으며, Lab검사를 실시하는 한방병원도 해당 병원집단에서 78.9%~100.0%인 것으로 나타났다. 병원형태별로 분석한 결과에서는 Lab검사를 실시하는 한방병원의 비율이 88.2%~100.0%인 것으로 나타났으나, 응급실관리를 실시하는 병원의 비율은 31.3%~68.8%로 비교적 낮았다.

〈表 IV-25〉 洋·韓方 協診時 洋方 診療分野

(단위: 개, %)

진료분야	병상수				전 체
	~50	51~100	101~150	151~	
Lab 검사	15(78.9) ¹⁾	25(96.2)	3(100.0)	4(100.0)	47(90.4)
X-ray 검사	19(100.0)	26(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	52(100.0)
특수 촬영	12(63.2)	22(84.6)	2(66.6)	4(100.0)	40(76.9)
양약 투여	16(84.2)	26(100.0)	2(66.6)	4(100.0)	48(92.3)
응급실 관리	7(36.8)	15(57.7)	0(0.0)	3(75.0)	25(48.1)
진료분야	병원형태				전 체
	국공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	
Lab 검사	3(100.0) ¹⁾	15(93.8)	15(88.2)	15(93.8)	48(90.4)
X-ray 검사	3(100.0)	16(100.0)	17(100.0)	16(100.0)	52(100.0)
특수 촬영	3(100.0)	15(93.8)	11(64.7)	11(68.8)	40(76.9)
양약 투여	3(100.0)	15(93.8)	17(100.0)	14(87.5)	48(92.3)
응급실 관리	2(66.7)	11(68.8)	8(47.1)	5(31.3)	25(48.1)

註: 1) ()은 해당 병상수 규모별 한방병원 중 진료분야가 개설된 한방병원의 비율임.

<表 IV-26>에서는 양·한방 협진시 병상수별 한방검진과목의 평균빈도를 나타내고 있다. 진료분야 중에서 부항요법, 뜸요법, 한약투여는 52개 한방병원 전체에서 수행중인 검진과목으로 파악되었으며, 그 다음으로 많이 수행되어지는 검진과목은 추나요법(71.2%), 메리디안(69.2%), 향기치료(53.8%) 그리고 홍채(19.2%)의 순으로 나타났다.

<表 IV-26> 洋·韓方 協診時 韓方診療分野

(단위: 개소, %)

진료분야	병상수				전 체
	~50	51~100	101~150	151~	
부항요법	19(100.0) ¹⁾	26(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	52(100.0)
뜸요법	19(100.0)	26(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	52(100.0)
한약투여	19(100.0)	26(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	52(100.0)
메리디안	11(57.9)	21(80.8)	1(33.3)	3(75.0)	36(69.2)
홍채	4(21.1)	2(7.7)	1(33.3)	3(75.0)	10(19.2)
향기치료	8(42.1)	14(53.9)	2(66.6)	4(100.0)	28(53.8)
추나요법	10(52.6)	20(76.9)	3(100.0)	4(100.0)	37(71.2)
진료분야	병원형태				전 체
	국공립병원	학교법인	의료법인	개인병원	
부항요법	3(100.0)	16(100.0)	17(100.0)	16(100.0)	52(100.0)
뜸요법	3(100.0)	16(100.0)	17(100.0)	16(100.0)	52(100.0)
한약투여	3(100.0)	16(100.0)	17(100.0)	16(100.0)	52(100.0)
메리디안	3(100.0)	12(75.0)	11(64.7)	10(62.5)	36(69.2)
홍채	1(33.3)	6(50.0)	1(5.9)	2(12.5)	10(19.2)
향기치료	1(33.3)	11(68.8)	10(58.8)	6(37.5)	28(53.8)
추나요법	2(66.7)	15(93.8)	10(58.8)	10(62.5)	37(71.2)

註: 1) ()은 해당 병상수 규모별 한방병원 중 진료분야가 개설된 한방병원의 비율임.

다. 患者 診療實績

<表 IV-27>은 1998년도 한해동안 양·한방 협진 한방병원의 진료과별 환자실적을 총진료건수, 병원당 평균진료건수로 분류하여 나타내고 있다. 조사대상 한방병원을 대상으로 한 총 외래 진료실적은 1,500,262건이었으며, 입원 진료실적은 외래 진료실적의 14.2%인 212,795건을 기록하였다.

<表 IV-27> 韓方診療科別 總診療實績 및 平均診療實績(1998년)

(단위: 건수, %)

진료과	총진료실적		평균진료실적	
	외래	입원	외래	입원
내과	539,491 (36.0) ¹⁾	110,995 (52.2)	17,403 ²⁾	3,964
침구과	456,850 (30.5)	36,420 (17.1)	14,737	1,256
부인과	109,172 (7.3)	10,874 (5.1)	4,043	494
소아과	82,920 (5.5)	840 (0.4)	3,605	76
신경정신과	94,343 (6.3)	22,906 (10.8)	4,288	1,091
안·이비인후과	109,589 (7.3)	10,975 (5.2)	5,219	784
한방재활학과	107,897 (7.2)	19,785 (9.3)	5,679	1,319
전체	1,500,262 (100.0)	212,795 (100.0)	-	-

註: 1) ()은 외래 및 입원의 해당 진료과별 진료실적이 총진료실적에서 차지하는 구성비율임.

2) 해당 진료과가 개설된 한방병원 1개소당 평균진료실적임(무응답 제외).

진료과별로 분류한 환자진료건수를 파악하면 외래에서는 내과가 총 진료건수의 36.0%인 539,491건으로 진료실적이 가장 높았으며, 그 다음으로는 침구과가 456,850건(30.5%)을 기록하였다. 입원의 경우에도 내과가 총 진료건수의 52.2%인 110,995건으로 진료실적이 가장 높았으며, 침구과는 36,420건(17.1%)인 것으로 밝혀졌다. 기타 외래진료에서 실적이 높은 진료과는 안·이비인후과(7.3%), 부인과(7.3%)의 순으로 나타난 반면, 입원에서는 신경정신과(10.8%), 한방재활학과(9.3%)가

상대적으로 높은 비중을 기록하였다.

병원당 평균 외래 진료건수실적에서는 내과(17,403건), 침구과(14,737건) 다음으로 한방재활학과(5,679건)가 높게 나타나는데 비해, 입원 진료건수 실적에서는 내과(3,964건) 다음으로 한방재활학과(1,319건)가 높게 나타났다.

<表 IV-28>은 병상규모별, 병원형태별로 분류된 진료과별 평균진료실적을 제시하고 있다. 외래의 경우 한방재활학과, 신경정신과를 제외하고 대체적으로 병상규모가 증가할수록 환자의 평균진료실적은 증가하고 있음을 알 수 있으며, 특히 병상수 1~50개의 소규모 한방병원에서는 내과 외래환자보다 침구과를 찾는 외래환자가 더 많음을 알 수 있다. 입원의 경우에도 외래와 마찬가지로 병상규모가 증가할수록 내과, 침구과, 부인과에서 대체적으로 진료건수가 증가하는 추세를 나타내고 있지만 기타 진료과에서는 100병상 이상의 비교적 규모가 큰 한방병원의 특성에 따라 진료실적에서 차이를 나타내고 있다.

<表 IV-29>는 1998년도 한 해동안 한방병원에서 협진을 맺고 있는 양방의료기관에 환자의 진료를 의뢰한 총실적 및 병원당 평균 진료실적을 양방진료과별로 분류하여 제시하고 있다. 한방병원이 환자진료를 의뢰한 양방 진료과를 대상으로 한 총 외래진료실적은 120,273건이었으며, 입원 진료실적은 외래 진료실적의 32.9%인 39,590건을 기록하였다.

진료과별로 분류한 환자 의뢰진료건수를 파악하면 외래에서는 내과가 총 의뢰건수의 79.6%인 95,718건으로 진료실적이 가장 높았으며, 그 다음으로는 정형외과가 15,956건(13.3%)을 기록하였다. 입원의 경우에도 내과가 총 진료건수의 94.1%인 37,268건으로 진료실적이 가장 높았으며, 그 다음으로 정형외과(3.4%)인 것으로 밝혀졌다(表 IV-30 참조).

〈表 IV-28〉 病床規模 및 病院形態別 韓方診療科別 平均診療實績
(단위: 건수)

한방진료과	병 상 수							
	1~50		51~100		101~150		151~	
	외 래	입 원	외 래	입 원	외 래	입 원	외 래	입 원
내 과	4,855 ¹⁾	202	11,285	2,246	31,157	3,021	55,191	14,906
침 구 과	7,050	22	10,468	752	22,579	2,117	40,916	4,088
부 인 과	2,615	7	3,583	342	3,352	871	7,772	999
소 아 과	420	2	1,962	68	9,305	8	11,205	141
신경정신과	1,474	3	2,997	476	15,604	7,164	6,881	720
안이비인후과	1,756	-	4,147	672	6,987	753	12,144	1,140
한방재활학과	4,246	-	3,624	627	2,428	5,823	13,374	1,922
한방진료과	병 원 형 태							
	국공립병원		의료법인		학교법인		개인병원	
	외 래	입 원	외 래	입 원	외 래	입 원	외 래	입 원
내 과	9,362	7,496	26,810	8,070	10,943	928	12,212	912
침 구 과	6,582	3,249	22,191	2,386	12,217	543	8,223	252
부 인 과	3,769	1,903	4,933	560	5,343	285	1,198	341
소 아 과	3,141	327	6,180	88	3,918	16	738	8
신경정신과	6,880	2,749	3,891	712	6,228	2,081	2,122	100
안이비인후과	1,503	217	8,866	1,023	2,568	514	480	1
한방재활학과	442	22	9,502	1,470	3,107	1,494	1,096	1,012

註: 1) 해당 진료과가 개설된 한방병원 1개소당 평균진료실적임(무응답 제외).

〈表 IV-29〉 洋方診療科 依賴患者診療實績
(단위: 건수, %)

양방진료과	총 의뢰실적				평균의뢰실적	
	외 래		입 원		외 래	입 원
내 과	95,718	(79.6)	37,268	(94.1)	4,786	1,694
정형외과	15,956	(13.3)	1,346	(3.4)	1,451	104
일반외과	4,968	(4.1)	840	(2.1)	994	93
산부인과	3,631	(3.0)	136	(0.3)	908	23
전 체	120,273	(100.0)	39,590	(100.0)	-	-

<表 IV-30> 病院規模 및 病院形態別 洋方診療科 依頼患者診療實績
(단위: 건수)

한방진료과	병 상 규 모							
	1~50		51~100		101~150		151~	
	외	래	외	래	외	래	외	래
내 과	770	233	4,343	1,832	2,827	43	22,030	4,612
정형외과	4,343	1,832	1,647	109	1,483	84	-	124
일반외과	787	38	910	149	-	-	-	48
부 인 과	7	2	1,205	11	-	-	-	86

한방진료과	병 원 형 태							
	국공립병원		의료법인		학교법인		개인병원	
	외	래	외	래	외	래	외	래
내 과	-	162	8,344	3,981	3,384	268	3,137	563
정형외과	-	28	30	84	2,342	113	467	128
일반외과	-	3	920	160	-	7	782	47
부 인 과	-	-	20	31	3,541	11	25	10

라. 疾患別 診療頻度

한방 입원환자들을 주요 상병에 대한 빈도수를 측정 한 결과는 <表 IV-31>에 나타나 있다. 조사에 응답한 한방병원들이 한방 입원환자들 주요 질환을 뇌졸중, 요통, 중풍전조증, 중풍후유증, 관절통 등으로 선정하였으며 리커트(Likert) 척도법에 의하여 가장 높은 진료빈도를 5 점, 가장 낮은 진료빈도를 1점으로 평가하여 각 상병별 점수를 평균 한 결과, 뇌졸중이 전체 평균 4.56점으로 가장 높게 나타났다. 그 다음으로 한방병원에 입원하는 환자들이 많이 겪게 되는 질병은 중풍후유증으로 평균 3.86점으로 나타났다.

주요 상병들에 관한 환자들의 입원빈도수를 병상규모별로 조사한 결과에서도 뇌졸중은 모든 병상규모별 한방병원군에서 가장 빈도수가 높은 질환으로 평가되었으며, 중풍 후유증은 병상수 150개 이상의 대

형병원을 제외한 병원들에서 높은 빈도수(4.50점)를 기록하였다. 또한 각 질환별로 입원환자의 평균진료빈도의 차이가 유의적인 수준에서 존재하는지의 여부를 분산분석(ANOVA)으로 검정한 결과 F통계치는 17.9로 높게 나타나, 각 질환별 평균진료빈도는 유의적인 수준에서 차이가 있는 것으로 판별되었다.

병원형태별 분석에서도 환자들의 상병구조에 있어 병원규모에서와 마찬가지로 질병 빈도수의 순위에 있어 유사한 것으로 조사되었으며, 각 질환별로 입원환자의 평균진료빈도의 차이가 존재하는지의 여부를 분산분석으로 검정한 결과에서 F통계치는 17.48로 1%미만의 유의수준을 나타내어 각 질환간에 평균진료빈도의 차이는 통계적으로 유의적인 것으로 해석된다.

〈表 IV-31〉 韓方入院患者들의 主要傷病에 대한 平均診療頻度

주요 질환	병상규모				전체	분산분석
	~50	51~100	101~150	151~		
뇌졸중	4.32 ¹⁾ (1) ²⁾	4.67 (1)	5.00 (1)	4.75 (1)	4.56 (1)	F=17.90 ³⁾ (0.00)
요 통	3.21 (4)	4.00 (3)	4.00 (2)	4.00 (4)	3.69 (3)	
중풍전조증	3.26 (3)	3.71 (4)	4.00 (2)	4.67 (2)	3.60 (4)	
중풍후유증	3.47 (2)	4.04 (2)	4.00 (2)	4.50 (3)	3.86 (2)	
관절통	3.05 (5)	3.42 (5)	3.67 (5)	3.50 (5)	3.30 (5)	
주요 질환	병원형태				전체	분산분석
	국공립병원	의료법인	학교법인	개인병원		
뇌졸중	4.67 (1)	4.67 (1)	4.50 (1)	4.53 (1)	4.56 (1)	F=17.48 (0.00)
요 통	3.00 (5)	4.27 (3)	3.56 (3)	3.50 (3)	3.69 (3)	
중풍전조증	3.67 (3)	4.00 (4)	3.44 (4)	3.43 (4)	3.60 (4)	
중풍후유증	4.00 (2)	4.40 (2)	3.62 (2)	3.57 (2)	3.86 (2)	
관절통	3.33 (4)	3.60 (5)	3.25 (5)	3.20 (5)	3.30 (5)	

註: 1) 리커트(Likert) 척도법에 의하여 1점은 ‘매우 낮음’, 2점은 ‘낮음’ 3점은 ‘보통’, 4점은 ‘높음’, 5점은 ‘매우 높음’으로 평가하였음.

2) 해당 한방병원군에서 각 질환군의 평균점수가 차지하는 순위임.

3) 질환에 따른 평균진료빈도의 차이가 존재하는지의 여부에 관한 F통계치이며, ()의 값은 p-value로 유의수준을 나타냄.

한방 외래환자에서 나타나는 주요한 상병들을 빈도별 우선 순위에 따라 측정된 결과가 <表 IV-32>에 제시되어 있다. 조사대상 한방 병원들이 한방 외래환자들이 자주 겪게 되는 주요 질환인 요통, 관절통, 한성견비통, 요각통, 기타 하지병에 대하여 가장 높은 진료빈도를 5점, 가장 낮은 진료빈도를 1점으로 평가하여 각 상병별 점수를 평균한 결과, 요통(4.16점), 요각통(3.98점), 관절통(3.90점), 한성견비통(3.65점), 기타 하지병(3.08점)의 순서로 나타났다. 상병에서 가장 높은 빈도로 평가된 요통은 병상규모에 관계없이 가장 높게 나타났으며, 요각통은 병상수 51~100규모의 한방병원과 150규모의 한방병원에서 요통과 더불어 높게 평가되었다.

<表 IV-32> 韓方外來患者들의 主要傷病에 대한 平均診療頻度

주요 질환	병상규모				전체	분산분석
	~50	51~100	101~150	151~		
요 통	4.05 ¹⁾ (1) ²⁾	4.25 (1)	4.33 (1)	4.00 (1)	4.16 (1)	F=6.23 ³⁾ (0.01)
관절통	3.84 (2)	3.92 (3)	4.33 (2)	3.75 (3)	3.90 (3)	
한성견비통	3.68 (4)	3.69 (4)	3.00 (3)	3.75 (3)	3.65 (4)	
요각통	3.79 (3)	4.25 (1)	3.00 (3)	4.00 (1)	3.98 (2)	
기타하지병	3.00 (5)	3.13 (5)	3.00 (3)	3.25 (5)	3.08 (5)	
주요 질환	병원형태				전체	분산분석
	국공립병원	의료법인	학교법인	개인병원		
요 통	4.33 (1)	4.27 (1)	3.88 (1)	4.30 (1)	4.16 (1)	F=12.05 (0.00)
관절통	4.00 (2)	4.07 (3)	3.69 (3)	3.93 (3)	3.90 (3)	
한성견비통	2.67 (5)	3.80 (4)	3.47 (4)	3.87 (4)	3.65 (4)	
요각통	4.00 (2)	4.13 (2)	3.81 (2)	4.00 (2)	3.98 (2)	
기타하지병	3.00 (4)	3.20 (5)	3.06 (5)	3.00 (5)	3.08 (5)	

註: 1) 리커트(Likert) 척도법에 의하여 1점은 '매우 낮음', 2점은 '낮음' 3점은 '보통', 4점은 '높음', 5점은 '매우 높음'으로 평가하였음.
 2) 해당 한방병원군에서 각 질환군의 평균점수가 차지하는 순위임.
 3) 질환에 따른 평균진료빈도의 차이가 존재하는지의 여부에 관한 F통계치이며, ()의 값은 p-value로 유의수준을 나타냄.

한방병원들의 병상수를 기준으로 하여 한방외래환자들의 평균진료빈도가 개별질환별로 통계적인 차이가 존재하는지의 여부를 분산분석으로 검정한 결과, F통계치는 6.23으로 나타나 각 질환간에 평균진료빈도는 5%미만의 유의적인 수준에서 차이가 있는 것으로 나타났다.

한방외래환자들에게서 나타나는 주요 상병들을 한방병원의 병원형태별로 볼 때에도 요통은 병원형태에 관계없이 가장 높은 빈도수를 가진 것으로 나타났으며, 이어 요각통-관절통의 순서로 진료빈도가 높았다. 또한 한방병원들의 병원형태를 기준으로 하여 한방외래환자들의 평균진료빈도가 개별질환종류에 따라 차이가 존재하는지의 여부를 분산분석으로 검정한 결과, F통계치는 12.05로 나타나 각 질환간에 평균진료빈도는 1%미만의 높은 유의적인 수준에서 차이가 있는 것으로 나타났다.

마. 疾患別 治療效果

양·한방 협진병원들이 협진치료의 효과성을 주요질환별로 분류하여 평가한 결과는 <表 IV-33>에 제시되어 있다. 주요 질환들을 뇌혈관계 질환, 근골격계 질환, 소화기계 질환, 신경정신계 질환, 순환기계 질환, 부인과 질환의 6개 질환군으로 선정하여 각 질환군에 대하여 리커트(Likert) 척도법에 의하여 양·한방 협진시 치료효과가 가장 낮은 점수인 1점부터 높은 점수인 5점으로 평가를 한 결과, 뇌혈관계 질환(4.45점) - 순환기계 질환(3.78점) - 근골격계 질환(3.70점) - 신경정신계 질환(3.55점) - 소화기계 질환(3.42점) - 부인과 질환(3.37점)의 순서로 나타났다.

뇌혈관계 질환은 병상수 규모와 병원형태별로 분류된 한방병원들에 있어서 양·한방 협진시 공통적으로 높은 효과가 나타나는 질환군으로 평가되었다. 병상수 규모별로 분류한 한방병원을 대상으로 할 때, 뇌

혈관계 질환 다음으로 치료효과가 높은 질환군은 순환기계 질환과 근골격계 질환으로 평가되었다. 또한 한방병원들의 병상수를 기준으로 하여 개별 질환별로 양·한방 협진의 치료효과의 차이가 통계적으로 유의적인지 여부를 분산분석으로 검정한 결과, F통계치는 10.83으로 나타나 각 질환별로 1%미만의 높은 유의적인 수준에서 치료효과의 차이가 있는 것으로 나타났다.

〈表 IV-33〉 洋·韓方 協診治療의 效果性 評價

주요 질환	병상규모				전체	분산분석
	~50	51~100	101~150	151~		
뇌혈관계 질환	4.26 ¹⁾ (1) ²⁾	4.52 (1)	4.67 (1)	4.75 (1)	4.45 (1)	
근골격계 질환	3.42 (3)	3.92 (3)	3.33 (4)	4.00 (3)	3.70 (3)	
소화기계 질환	2.89 (5)	3.79 (5)	3.33 (4)	3.75 (5)	3.42 (5)	F=10.83 ³⁾
신경정신계 질환	3.28 (4)	3.79 (5)	3.67 (2)	3.25 (6)	3.55 (4)	(0.00)
순환기계 질환	3.37 (2)	4.04 (2)	3.67 (2)	4.25 (2)	3.78 (2)	
부인과 질환	2.56 (6)	3.88 (4)	3.33 (4)	4.00 (3)	3.37 (6)	

주요 질환	병원형태				전체	분산분석
	국공립병원	의료법인	학교법인	개인병원		
뇌혈관계 질환	4.67 (1)	4.47 (1)	4.57 (1)	4.29 (1)	4.45 (1)	
근골격계 질환	3.33 (5)	3.93 (3)	3.81 (2)	3.47 (2)	3.70 (3)	
소화기계 질환	3.67 (3)	3.80 (5)	3.38 (6)	3.07 (5)	3.42 (5)	F=7.88
신경정신계 질환	4.33 (2)	3.67 (6)	3.63 (4)	3.21 (4)	3.55 (4)	(0.00)
순환기계 질환	3.66 (4)	4.27 (2)	3.69 (3)	3.47 (2)	3.78 (2)	
부인과 질환	3.00 (6)	3.93 (3)	3.60 (5)	2.67 (6)	3.37 (6)	

註: 1) 리커트(Likert) 척도법에 의하여 1점은 '매우 낮음', 2점은 '낮음' 3점은 '보통', 4점은 '높음', 5점은 '매우 높음'으로 평가하였음.

2) 해당 한방병원군에서 각 질환군의 평균점수가 차지하는 순위임.

3) 질환에 따른 치료효과의 차이가 존재하는지의 여부에 관한 F통계치이며, ()의 값은 p-value로 유의수준을 나타냄.

병원형태별로 분류한 한방병원들을 대상으로 할 때 뇌혈관계 질환 다음으로 순환기계 질환이 치료효과가 높다고 응답한 한방병원은 의료법인과 개인병원이었으며, 국공립병원에서는 신경정신계 질환, 학교

법인은 근골격계 질환으로 평가하였다. 또한 한방병원들의 병원형태를 기준으로 하여 개별 질환별로 양·한방 협진의 치료효과의 차이가 통계적으로 유의적인지의 여부를 분산분석으로 검정한 결과, F통계치는 7.88로 나타나 각 질환별로 1%미만의 높은 유의적인 수준에서 치료효과의 차이가 있는 것으로 나타났다.

바. 洋·韓方 醫療協診에 관한 制度的 改善事項 評價

현 의료제도들에 대해서 양·한방 협진체계를 활성화시키기 위하여 개선되어야 할 필요성을 병상수 규모별 및 병원형태별로 분류하여 평가한 결과는 <表 IV-34>와 <表 IV-35>에 각각 제시되어 있다. 현재 양·한방 의료협진과 관련된 의료제도 및 여건 중에서 협진을 저해하는 요소를 전문가에게 의뢰하여 <表 IV-34>에서와 같이 9개 항목을 선정하였으며, 이들 항목에 대하여 최저 1점(매우 낮음)부터 최고 5점(매우 높음)으로 평가하게 하는 리커트(Likert) 척도법을 적용하여 평가하게 하였다.

평가 결과, 현재 의료제도상 한방물리치료가 의료보험에 비적용되는 제도가 4.62점으로 개선의 필요성이 가장 높은 항목으로 평가되었으며, 모든 병상수 규모별 및 병원형태별로 분류한 한방병원군에서도 공통적으로 개선의 필요성이 가장 높은 것으로 나타났다(表 IV-34, 表 IV-35 참조). 한편 다른 치료영역으로 입퇴원시 별도의 절차가 필요하다는 항목은 3.43점으로 9개 항목 중에서는 우선순위가 상대적으로 가장 낮은 것으로 평가되었다.

그 외 양·한방 의료협진과 관련된 의료제도 및 환경에 관하여 시급히 개선되어야 할 항목으로 평가된 항목은 “양·한방 협진체계를 뒷받침해 줄 수 있는 교육과 연구가 미비함(4.27점)”, “한의사에게 의료기

사 지휘권 부여되어 있지 않음(4.23점)”으로 개선의 필요성이 매우 높은 것으로 나타났다.

양·한방 의료협진에 관한 각 제도적 개선의 필요성간에 통계적으로 유의적인 차이가 존재하는지를 분산분석으로 검정하여 본 결과, 병상 수 규모와 병원형태 분류 기준 모두에서 1%미만에서 유의적인 차이가 있는 것으로 평가되었다.

〈表 IV-34〉 病床規模別 洋·韓方 醫療協診에 관한 制度的 改善事項

의료제도	병상규모				전체
	~50	51~100	101~150	151~	
현행의료법상 동일인의 양·한방 동시 의료행위의 금지	3.88 ¹⁾ (4) ²⁾	3.65 (7)	5.00 (1)	3.50 (8)	3.80 (6)
의사와 한의사 이외의 의료인들의 의료행위 범위 규정이 애매함	3.31 (8)	3.52 (9)	4.00 (6)	4.00 (6)	3.52 (8)
동양학과 서양학 사이에 의료수가제도가 불균형하게 적용	4.25 (2)	4.13 (4)	4.00 (6)	4.25 (3)	4.17 (4)
양·한방 협진체계를 뒷받침해 줄 수 있는 교육과 연구의 미비	4.12 (3)	4.35 (3)	4.50 (4)	4.25 (3)	4.27 (2)
한의사에게 의료기사 지휘권 부여 되어 있지 않음	3.65 (5)	4.52 (2)	5.00 (1)	4.50 (2)	4.23 (3)
진단을 위한 검사시에도 양방 진찰료가 필요	3.47 (6)	4.00 (6)	4.33 (5)	4.25 (3)	3.85 (5)
양방에서 한방으로, 한방에서 양방으로 입퇴원시에 별도의 입퇴원 절차가 필요	3.00 (9)	3.64 (8)	4.00 (6)	3.75 (7)	3.43 (9)
한방물리치료의 의료보험 청구 비 적용	4.47 (1)	4.61 (1)	5.00 (1)	5.00 (1)	4.62 (1)
한방치료와 양방치료를 동시에 받는 경우 양·한방을 동시에 접수	3.47 (6)	4.09 (5)	3.33 (9)	3.00 (9)	3.73 (7)
분산분석 ³⁾		F=5.65 (0.00)			

註: 1) 리커트(Likert) 척도법에 의하여 1점은 ‘매우 낮음’, 2점은 ‘낮음’, 3점은 ‘보통’, 4점은 ‘높음’, 5점은 ‘매우 높음’으로 평가하였음.
 2) 해당 병원군에서 각 항목의 평균점수가 차지하는 순위임.
 3) 각 의료제도 개선에 관한 필요성의 차이가 존재하는지의 여부에 관한 F통계치이며, ()의 값은 p-value로 유의수준을 나타냄.

〈表 IV-35〉 病院形態別 洋·韓方 醫療協診에 관한 制度的 改善事項

의료제도	병원형태				전체
	국공립 병원	의료 법인	학교 법인	개인 병원	
현행의료법상 동일인의 양·한방 동시 의료행위의 금지	3.67 ¹⁾ (7) ²⁾	3.53 (6)	3.93 (6)	3.92 (3)	3.80 (6)
의사와 한의사 이외의 의료인들의 의료행위 범위 규정이 애매함	3.33 (9)	3.47 (7)	3.53 (8)	3.58 (6)	3.52 (8)
동양의학과 서양의학 사이에 의료 수가제도가 불균형하게 적용	4.0 (5)	4.33 (3)	4.07 (4)	4.17 (2)	4.17 (4)
양·한방 협진체계를 뒷받침해 줄 수 있는 교육과 연구의 미비	4.67 (1)	4.33 (3)	4.40 (3)	3.82 (4)	4.27 (2)
한의사에게 의료기사 지휘권 부여 되어 있지 않음	4.33 (2)	4.67 (1)	4.60 (2)	3.46 (8)	4.23 (3)
진단을 위한 검사시에도 양방 진 찰료가 필요	3.67 (7)	4.27 (5)	3.80 (7)	3.54 (7)	3.85 (5)
양방에서 한방으로, 한방에서 양 방으로 입퇴원시에 별도의 입퇴원 절차가 필요	4.33 (2)	3.43 (8)	3.53 (8)	3.15 (9)	3.43 (9)
한방물리치료의 의료보험 청구 비 적용	4.33 (2)	4.60 (2)	4.73 (1)	4.54 (1)	4.62 (1)
한방치료와 양방치료를 동시에 받 는 경우 양·한방을 동시에 접수	4.00 (5)	3.40 (9)	4.07 (4)	3.73 (5)	3.73 (7)
분산분석 ³⁾		F=5.08 (0.00)			

註: 1) 리커트(Likert) 척도법에 의하여 1점은 '매우 낮음', 2점은 '낮음' 3점은 '보통', 4점은 '높음', 5점은 '매우 높음'으로 평가하였음.

2) 해당 병원군에서 각 항목의 평균점수가 차지하는 순위임.

3) 각 의료제도 개선에 관한 필요성의 차이가 존재하는지의 여부에 관한 F통계치이며, ()의 값은 p-value로 유의수준을 나타냄.

5. 洋·韓方 醫療協診 類型 分析

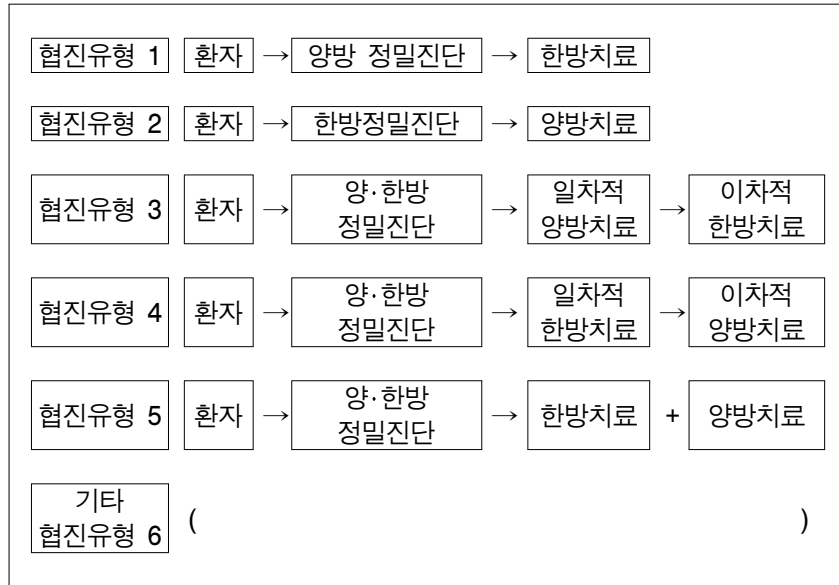
가. 醫療協診 類型

다음의 [圖 IV-6]은 환자가 병원에 검진이나 치료를 받으러 오는 경우에 병원측에서 양방과 한방에서 검진을 하고 치료를 해야하는 과정을 유형별로 분류한 것이다.

협진유형 1과 협진유형 2는 진단과 치료상의 협진유형으로 협진에 있어서 진단과 치료를 분리하여 각 영역을 양·한방에서 분담하는 사례이다. 즉, 협진유형 1의 경우에는 환자가 진찰을 받으러오는 경우에 양방에서 우선적으로 정밀진단을 하고 한방에서 치료를 하는 이른바 ‘洋診韓治’의 유형이며 협진유형 2는 반대로 한방에서 정밀진단을 실시한 후 양방에서 치료를 수행하는 ‘韓診洋治’의 경우이다.

협진유형 3~4는 협진유형 1과 2와 달리 환자의 진단과정에서도 협진이 병행되며, 치료에서는 양·한방의 협진 진료가 순차적으로 진행되는 경우이다. 협진유형 3은 양방과 한방에서 정밀진단을 병행한 다음 양방부문에서 일차적으로 환자치료를 수행한 후 결과를 판단하여 한방에게 환자를 의뢰, 치료를 하는 협진유형이며, 협진유형 4는 반대로 일차적으로 한방에서 치료를 한 후 환자의 경과를 보아 양방에게 추가적인 치료를 의뢰하여 수행하는 협진 형태이다. 마지막으로 협진유형 5는 한방과 양방이 정밀진단을 수행한 후에 병행하거나 교차하면서 치료를 수행해 가는 협진유형을 나타낸 것이다. 그리고 그 외의 각 협진한방병원에서 수행되어지고 있는 협진유형들을 기타 유형으로 묶어서 협진유형 6으로 분류하였다.

[圖 IV- 6] 洋·韓方 醫療協診 類型



나. 疾患別 醫療協診 類型適用 現況

한방병원에서 실시하고 있는 의료협진 유형을 파악하기 위하여 우선적으로 조사대상의 개별 한방병원을 대상으로 뇌혈관계, 근골격계, 소화기계, 신경정신계, 순환기계, 부인과 등 6개의 질환군중에서 협진이 원활하게 이루어진다고 평가되는 질환군을 복수응답으로 선정하게 한 다음, 선정된 해당 질환군에 6개 협진유형 중에서 어떠한 협진유형이 적용되는지를 파악하였다.

한방병원이 채택하고 있는 의료협진 유형의 현황을 분석한 결과에서는 [圖 IV-7]과 같이 한방과 양방이 환자를 정밀 진단한 다음 한방과 양방이 동시에 협진을 병행하는, 즉 진단에서의 협진 및 진료에서의 협진이 결합된 협진 유형인 협진유형 5에 해당하는 경우가 34.5%

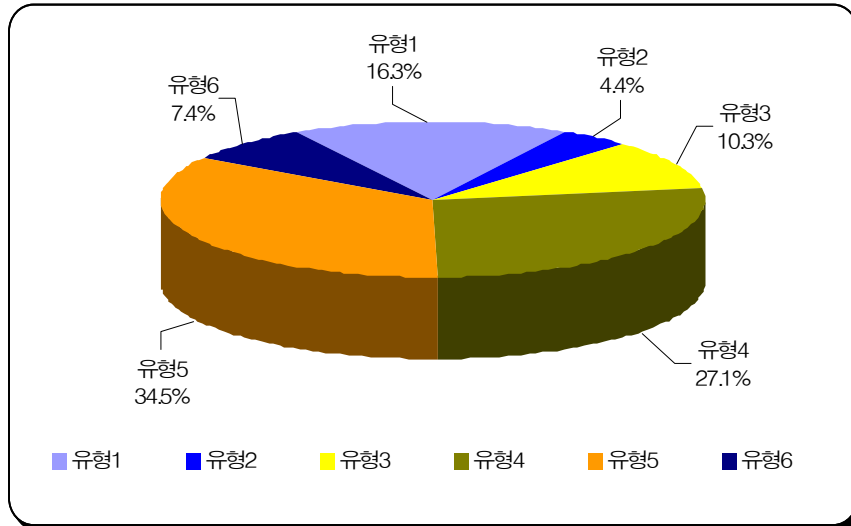
로 가장 많았다. 또한 한방과 양방이 환자를 정밀 진단한 다음 한방에서 일차적으로 환자를 치료하고 이차적으로 양방으로 회송시켜 환자를 치료하는 유형인 협진유형 4도 27.1%인 것으로 나타나, 양·한방간 협진 유형에서 진단상의 협진을 우선적으로 채택하는 사례가 많음을 알 수 있다.

또한 조사대상 한방병원 중에서 무응답 한방병원을 제외한 42개 한방병원 중 73.0%인 38개 병원이 뇌혈관계질환을 양·한방 협진에 의하여 가장 원활하게 이루어진다는 질환군으로 평가하였으며, 그 다음으로 근골격계 질환이 선정되었다.

각 질환군별로 적용되고 있는 협진유형을 분석해보면 협진유형 5가 가장 많이 적용되는 질환군은 뇌혈관계 질환(44.7%), 근골격계 질환(35.1%), 신경정신계 질환(34.5%), 순환기계 질환(36.4%)인 것으로 나타났다. 협진유형 4가 많이 적용되는 질환군은 소화기계 질환(30.3%) 및 부인과 질환(30.3%)으로 조사되었다(表 IV-36 참조).

따라서 각 질환을 종합하여 볼 때 가장 많이 활용되는 협진형태는 유형 5로써 협진 유형의 34.5%를 차지하였으며 이는 우리 나라 양·한방 협진병원이 협진의 가장 기본 모형인 양방과 한방의 진료상의 협진을 수행하고 있음을 나타낸다.

[圖 IV- 7] 洋·韓方 醫療協診 類型適用 現況



<表 IV-36> 疾患別 洋·韓方 醫療協診 類型適用 現況

(단위: 개소, %)

유형	질 환 군					
	뇌혈관계	근골격계	소화기계	신경정신계	순환기계	부인과
1	3(7.9)	4(10.8)	8(24.2)	7(24.1)	3(9.1)	8(24.2)
2	0(0.0)	2(5.4)	1(3.0)	1(3.4)	4(12.1)	1(3.0)
3	8(21.1)	5(13.5)	1(3.0)	1(3.4)	4(12.1)	2(6.1)
4	8(21.1)	11(29.7)	10(30.3)	8(27.6)	8(24.2)	10(30.3)
5	17(44.7)	13(35.1)	9(27.3)	10(34.5)	12(36.4)	9(27.3)
6	2(5.3)	2(5.4)	4(12.1)	2(6.9)	2(6.1)	3(9.1)
전 체	38(100.0)	37(100.0)	33(100.0)	29(100.0)	33(100.0)	33(100.0)

<表 IV-37>은 협진유형에 따라 <表 IV-36>을 질환별 치료효과측면에서 분석한 결과이다. 즉, 각 질환별 치료효과를 평가한 한방병원이 채택한 협진유형을 동시에 파악함으로써, 협진유형과 치료효과간의 상관관계를 분석할 수 있다.

뇌혈관계 질환에 대한 의료협진은 유형 5(44.7%), 유형 3(21.1%), 유형 4(21.1%)의 비율로 시행되고 있었다. 뇌혈관계 질환에 대한 치료효과가 ‘높음’이라고 응답한 병원 16개소 중 37.5%(6개소)가 협진유형 5를 택했으며, 그 다음으로는 협진유형 3을 택한 병원이 많았다(25.0%). 한편 ‘매우 높음’이라고 응답한 병원에서 협진유형 5를 택한 병원은 52.6%(10개)로 가장 많았으며, 협진유형 4를 택한 병원은 26.3%인 5개 병원으로 밝혀졌다. 기타유형으로는 양방정밀진단 후에 1차로 양방치료 2차로 양방과 한방의 동시치료유형 그리고 양방정밀진단 후에 양·한방치료 등의 유형이 있었다.

근골격계 질환에 대해 많이 적용되고 있는 협진 유형은 유형 5(35.1%), 유형 4(29.7%), 유형 3(13.5%)의 순서대로 나타났다. 근골격계 질환에서는 치료효과가 ‘보통’과 ‘높음’이라고 응답한 병원 중에서 협진유형 5를 채택한 병원이 각각 30.0% 및 41.2%로 가장 높았으며, ‘매우 높다’고 응답한 병원에서는 협진유형 4와 5가 33.3%로 동일한 비율인 것으로 나타났다.

소화기계 질환에서는 협진유형 4를 택하고 있는 병원비율이 30.3%로 가장 높았으며, 그 다음으로 협진유형 5의 채택비율이 27.3%로 높게 나타났다. 소화기계 질환에서는 치료효과가 높다고 응답한 병원에서 협진유형 5를 채택한 병원은 46.1%이었으나, 협진유형 1과 4를 적용하는 병원도 각각 23.0%이었다. 치료효과가 보통이라고 응답한 병원에서도 협진유형 1과 4를 적용하는 병원은 35.7%로 높게 나타났다. 기타 협진유형으로는 한방정밀진단 후에 한방치료를 수행하는 유형이었다.

신경정신계 질환에서는 협진유형 5를 채택한 병원이 34.5%인 것으로 나타났으며, 협진유형 4와 1을 택한 비율은 각각 27.6%와 24.1%인 것으로 나타났다. 신경정신계 질환에서 치료효과가 ‘높음’이라고 응답한 병원 중에서는 협진유형 5를 채택한 한방병원이 37.5%(6개)로 가장 많았으며, 협진유형 1을 채택한 한방병원은 31.3%(5개)이었다. 치료효과가 ‘보통’이라고 응답한 병원 중에서 협진유형 5와 1을 채택한 한방병원은 각각 50.0%, 33.3%이었다. 기타 협진유형으로는 양·한방 정밀진단 후에 한방치료를 수행하는 것이다.

순환기계 질환에서는 협진유형 5를 택한 병원이 전체의 36.4%(12개)인 것으로 나타났으며, 그 뒤를 이어 협진유형 4를 택한 병원이 24.2%(8개)였다. 협진유형 4를 택한 병원은 협진에 대한 치료효과가 ‘보통’이라고 응답한 병원 중에서 57.1%, ‘높음’이라고 응답한 병원에서는 25.0%이었지만, 치료효과가 ‘매우 높음’이라고 평가한 병원에서는 협진유형5를 채택한 병원의 비율이 87.5%로 가장 높았다.

부인과 질환에서는 협진유형 4를 택한 병원이 전체의 30.3%이었으며, 협진유형 1과 5를 택한 병원이 각각 27.3%이었다. 치료효과를 ‘보통’으로 평가한 병원에서 채택한 협진유형은 1과4가 각각 44.4%로 가장 높았으며, ‘높음’에서는 협진유형 5가 46.7%로 가장 높았다. 기타 협진유형으로는 양·한방 정밀진단 후에 한방치료를 수행하는 것이다.

<表 IV-38>은 한·양방 각 질환별 의료협진 유형 적용 현황을 병상수 규모 및 병원형태별로 구분하여 분석한 것이다. 병상수 규모별 한·양방 의료협진 유형 적용을 분석한 결과, 병상수 50개미만의 한방병원에서 공통적으로 적용된 협진유형은 4가 가장 많았으며, 병상수 51~100개 미만 병원군은 협진유형 5를 가장 많이 채택하였다. 나머지 병상수 규모의 병원에서는 표본수가 적은 관계로 뚜렷하게 채택하고 있는 협진 유형은 파악되지 않았다. 병원형태별 한·양방 의료협진 유

형적용 현황을 분석한 결과에서는 학교법인의 경우 6개 질환에서 협진유형 5를 채택한 한방병원이 41.7%로 가장 많았으며, 의료법인의 경우에는 61.5%로 협진유형 4를 택한 한방병원과 같았다. 협진유형 5를 채택한 한방병원이 많은 질환으로는 뇌혈관계 질환(28.6%), 근골격계 질환(25.0%) 등이었다.

〈表 IV-37〉 醫療協診 類型에 따른 疾患別 治療效果

(단위: 개소, %)

질환	유형	치 료 효 과					합 계
		매우낮음	낮 음	보 통	높 음	매우높음	
뇌혈관계	1	-	-	1(33.3)	2(12.5)	0(0.0)	3(7.9)
	2	-	-	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	3	-	-	1(33.3)	4(25.0)	3(15.8)	8(21.1)
	4	-	-	0(0.0)	3(18.8)	5(26.3)	8(21.1)
	5	-	-	1(33.3)	6(37.5)	10(52.6)	17(44.7)
	6	-	-	0(0.0)	1(6.3)	1(5.3)	2(5.3)
	전체	-	-	3(100.0)	16(100.0)	19(100.0)	38(100.0)
근골격계	1	-	0(0.0)	3(30.0)	1(5.9)	0(0.0)	4(10.1)
	2	-	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(16.7)	2(5.4)
	3	-	1(25.0)	1(10.0)	2(11.8)	1(16.7)	5(13.5)
	4	-	2(50.0)	2(20.0)	5(29.4)	2(33.3)	11(29.7)
	5	-	1(25.0)	3(30.0)	7(41.2)	2(33.3)	13(35.1)
	6	-	0(0.0)	0(0.0)	2(11.8)	0(0.0)	2(5.4)
	전체	-	4(100.0)	10(100.0)	17(100.0)	6(100.0)	37(100.0)
소화기계	1	-	0(0.0)	5(35.7)	3(23.0)	0(0.0)	8(24.2)
	2	-	0(0.0)	1(7.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.0)
	3	-	0(0.0)	1(7.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.0)
	4	-	1(25.0)	5(35.7)	3(23.0)	1(50.0)	10(30.3)
	5	-	2(50.0)	1(7.1)	6(46.1)	0(0.0)	9(27.3)
	6	-	1(25.0)	1(7.1)	1(7.7)	1(50.0)	4(12.1)
	전체	-	4(100.0)	14(100.0)	13(100.0)	2(100.0)	33(100.0)
신경정신계	1	-	0(0.0)	2(33.3)	5(31.3)	0(0.0)	7(24.1)
	2	-	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.4)
	3	-	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(25.0)	1(3.4)
	4	-	2(66.7)	0(0.0)	4(25.0)	2(50.0)	8(27.6)
	5	-	0(0.0)	3(50.0)	6(37.5)	1(25.0)	10(34.5)
	6	-	0(0.0)	1(16.7)	1(6.3)	0(0.0)	2(6.9)
	전체	-	3(100.0)	6(100.0)	16(100.0)	4(100.0)	29(100.0)
순환기계	1	-	0(0.0)	1(14.3)	2(12.5)	0(0.0)	3(9.1)
	2	-	1(50.0)	0(0.0)	3(18.8)	0(0.0)	4(12.1)
	3	-	0(0.0)	0(0.0)	3(18.8)	1(12.5)	4(12.1)
	4	-	0(0.0)	4(57.1)	4(25.0)	0(0.0)	8(24.2)
	5	-	1(50.0)	1(14.3)	3(18.8)	7(87.5)	12(36.4)
	6	-	0(0.0)	1(14.3)	1(6.3)	0(0.0)	2(6.1)
	전체	-	2(100.0)	7(100.0)	16(100.0)	8(100.0)	33(100.0)
부인과	1	0(0.0)	0(0.0)	4(44.4)	2(13.3)	2(66.7)	9(27.3)
	2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)	0(0.0)	1(3.3)
	3	0(0.0)	1(20.0)	1(11.2)	0(0.0)	0(0.0)	2(6.1)
	4	0(0.0)	3(60.0)	4(44.4)	3(20.0)	0(0.0)	10(30.3)
	5	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	7(46.7)	1(33.3)	9(27.3)
	6	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(13.3)	0(0.0)	3(9.1)
	전체	1(100.0)	5(100.0)	9(100.0)	15(100.0)	3(100.0)	33(100.0)

〈表 IV-38〉 病床數 規模 및 病院形態別 洋·韓方 協診 類型適用 現況
(단위: 개소, %)

질환 유형	병상수 규모별				병원형태별				
	~50	51~100	101~150	151~	국공립 병원	학교법인	의료법인	개인병원	
뇌혈관계	1	3(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	1(7.7)	1(7.1)	0(0.0)
	2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	3	3(20.0)	3(16.7)	0(0.0)	2(66.7)	0(0.0)	3(23.1)	3(21.4)	3(30.0)
	4	3(20.0)	3(16.7)	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(15.4)	4(28.6)	2(20.0)
	5	6(40.0)	10(55.6)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	7(53.8)	4(28.6)	5(50.0)
	6	0(0.0)	2(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(14.3)	0(0.0)
	전체	15(100.0)	18(100.0)	2(100.0)	3(100.0)	1(100.0)	13(100.0)	14(100.0)	10(100.0)
근골격계	1	2(13.3)	2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(15.4)	1(8.3)	1(10.0)
	2	1(6.7)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(10.0)
	3	4(26.7)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	3(25.0)	1(10.0)
	4	5(33.3)	4(23.5)	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(23.1)	3(25.0)	4(40.0)
	5	3(20.0)	7(41.2)	0(0.0)	3(100.0)	0(0.0)	8(61.5)	3(25.0)	2(20.0)
	6	0(0.0)	2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(10.0)
	전체	15(100.0)	17(100.0)	2(100.0)	3(100.0)	1(100.0)	13(100.0)	12(100.0)	10(100.0)
소화기계	1	4(28.6)	3(17.6)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(10.0)	4(30.8)	2(25.0)
	2	1(7.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)
	3	0(0.0)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.7)	0(0.0)
	4	4(28.6)	6(35.3)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)	3(30.0)	4(30.8)	2(25.0)
	5	2(14.3)	6(35.3)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	5(50.0)	2(15.4)	2(25.0)
	6	3(21.4)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(15.4)	2(25.0)
	전체	14(100.0)	17(100.0)	1(100.0)	2(100.0)	1(100.0)	10(100.0)	13(100.0)	8(100.0)
신경정신계	1	4(33.3)	3(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(22.2)	2(20.0)	2(25.0)
	2	1(8.3)	1(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)
	3	0(0.0)	1(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)
	4	4(33.3)	3(20.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(22.2)	3(30.0)	3(37.5)
	5	2(16.7)	6(40.0)	0(0.0)	2(100.0)	1(100.0)	5(55.6)	2(20.0)	2(25.0)
	6	1(8.3)	1(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(20.0)	0(0.0)
	전체	12(100.0)	15(100.0)	1(100.0)	2(100.0)	1(100.0)	9(100.0)	10(100.0)	8(100.0)
순환기계	1	2(15.4)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(9.1)	0(0.0)
	2	3(23.1)	1(5.9)	0(0.0)	1(50.0)	1(100.0)	1(8.3)	1(9.1)	1(11.1)
	3	1(7.7)	3(17.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(25.0)	2(18.2)	2(22.2)
	4	4(30.8)	2(11.8)	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(16.7)	4(36.4)	5(55.6)
	5	2(15.4)	9(52.9)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	5(41.7)	2(18.2)	1(11.1)
	6	1(7.7)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)
	전체	13(100.0)	17(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	1(100.0)	12(100.0)	11(100.0)	9(100.0)
부인과	1	4(30.8)	4(23.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	4(36.4)	2(25.0)
	2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(8.3)	0(0.0)	0(0.0)
	3	2(15.4)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(9.1)	0(0.0)
	4	5(38.5)	4(23.5)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)	1(8.3)	5(45.5)	3(37.5)
	5	1(7.7)	6(35.3)	0(0.0)	2(66.7)	0(0.0)	7(58.3)	0(0.0)	2(25.0)
	6	1(7.7)	2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(9.1)	1(12.5)
	전체	13(100.0)	17(100.0)	1(100.0)	3(100.0)	1(100.0)	12(100.0)	11(100.0)	8(100.0)

다. 疾患別 治療效果에 대한 醫療協診의 影響力 測定

각 질병군 치료효과에 대해서 협진유형의 채택이 미치는 영향력은 <表 IV-37>에서 한방병원이 채택하는 협진유형의 빈도수와 해당 협진유형의 질병군에 대한 치료효과를 결합하여 다음과 같은 식으로 측정할 수 있다.

아래 식에서 분자항은 특정한 질병군에 대해 협진유형 1~6 중에서 적용된 협진유형의 빈도수에 각 빈도수에 해당하는 치료효과별 점수를 곱한 값으로 구성되며, 분모항은 이러한 협진유형의 점수를 모두 합산하게 된다. 즉 영향력은 특정 질병군내에서 치료효과와 빈도수로 구성된 6가지 유형 협진유형의 총점수에서 특정 유형이 차지하는 점수를 비율로 나타낸 것이다.

$$\alpha_j = \left(\frac{\sum_{i=1}^5 n_{ij} \times i}{\sum_{j=1}^6 \sum_{i=1}^5 n_{ij} \times i} \right) \times 100 \quad j = \left(\frac{\sum_{i=1}^5 n_{ij} \times i}{\sum_{j=1}^6 \sum_{i=1}^5 n_{ij} \times i} \right) \times 100$$

α_j : 특정 질병군 치료에 대해 협진유형 j 가 미치는 영향력(%)

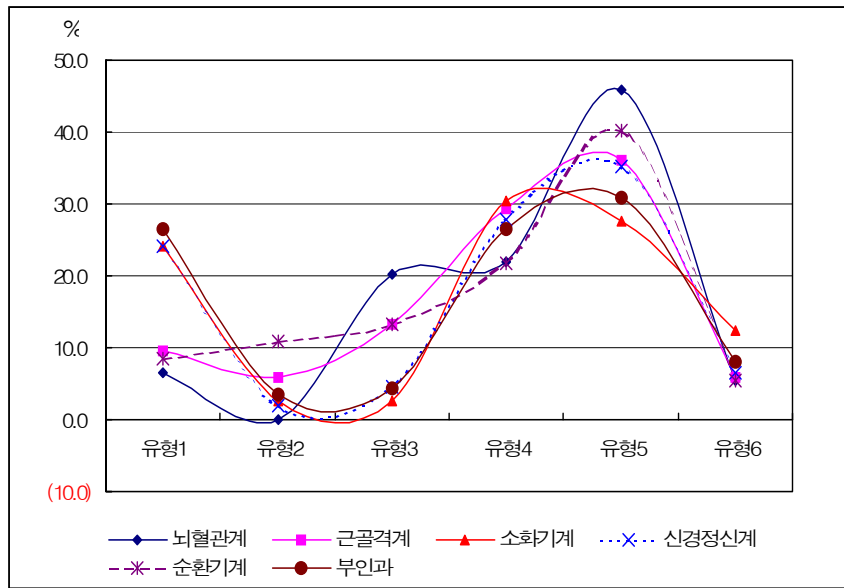
n_{ij} : 특정 질병군에 대해 치료효과 i 로 응답한 병원중 협진유형 j 를 채택한 병원의 수 ($j = 1, 2, 3, 4, 5, 6$)

i : 특정 질병군의 치료효과 ($i = 1, 2, 3, 4, 5$)

[圖 IV-8]에서는 위의 식으로 계산한 협진유형이 질병군 치료에 미치는 영향력을 나타내고 있는데, 소화기계질환을 제외한 모든 질병군에서 협진유형 5가 미치는 영향력은 31.0%~45.8%를 기록함으로써 다른 협진유형보다 영향력이 높음을 알 수 있다. 협진유형 4 또한 21.7%~30.4%로 협진유형 5에 이어 각 질병군에 큰 영향력을 미치고 있으며, 협진유형 1은 소화기계, 신경정신계, 부인과 질환군에서 상대

적으로 높은 영향력을 가진 것으로 나타났다.

[圖 IV- 8] 協診類型이 疾病群 治療에 미치는 影響力

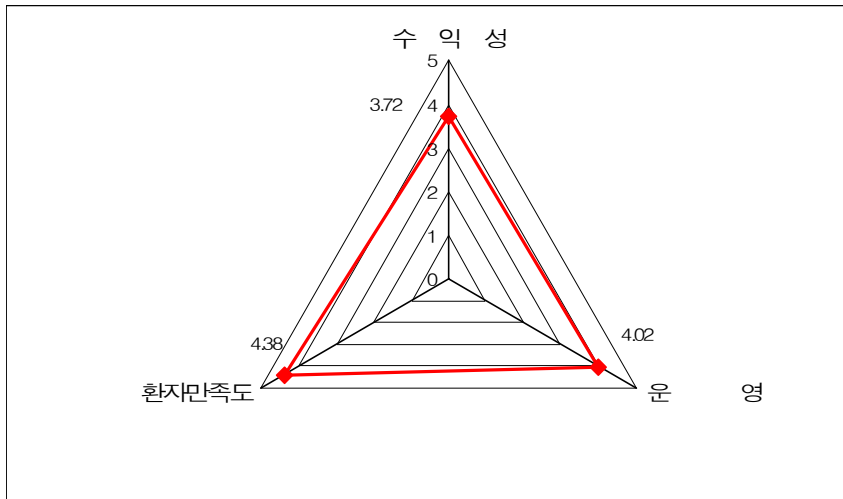


6. 洋·韓方 醫療協診 綜合評價

가. 洋·韓方 協診과 病院經營과의 關係分析

[圖 IV-9]는 양·한방 협진의 시행이 병원경영에 미치는 영향력을 수익성, 병원운영, 환자만족도의 3가지 요소를 축으로 하여 설명하고 있다. 설문응답에 응한 한방병원들의 환자만족도에 대한 평가점수의 평균은 4.38로 가장 높은 결과가 나왔으며, 병원 운영측면과 수익성 측면에서도 각각 4.02, 3.72점을 나타냈다.

[圖 IV- 9] 洋·韓方 協診이 病院經營에 미치는 影響程度¹⁾



註: 1) 리커트 5점 척도법으로 평가한 점수의 평균이며 1점은 매우 부정적, 2점은 부정적, 3점은 보통, 4점은 긍정적, 5점은 매우 긍정적으로 평가함.

다음의 [圖 IV-10]과 [圖 IV-11]은 [圖 IV-9]에서 나온 결과를 각각 병상규모별 및 병원형태별로 분석한 결과를 제시하고 있다. 먼저 양·한방 협진의 시행이 병원경영에 미치는 영향력을 병상규모별로 구분하여 볼 때 양·한방 협진이 환자만족도에 대해 미치는 영향력이 병원의 운영이나 수익성에 미치는 영향력보다 전반적으로 높음을 알 수 있다(圖 IV-10 참조). 환자만족도의 평균점수는 4.32~4.75로, 병상규모에 관계없이 모든 한방병원에서 양·한방 협진이 환자만족도를 매우 긍정적으로 제고시키는 것으로 평가되었다. 반면에 병원운영에 관한 평균점수는 3.33~4.17에 걸쳐 분포되어 환자만족도에 미치는 영향력보다 다소 낮은 것으로 나타났으며, 수익성에 관한 평균점수는 3.50~4.75에 분포되어 양·한방 협진이 환자만족도를 제고시킨다고 응답하였다. 양·한방 의료협진으로 인한 환자만족도, 병원운영, 수익성이 병상수로 분류한 한방병원군에 따라 차이가 유의적으로 존재하는

지의 여부를 판별하고자 분산분석(ANOVA)을 시행한 결과, F통계치는 0.29로 낮게 나와 양·한방 협진이 병원경영에 미치는 효과자체는 병원 규모에 따라 특별한 차이가 없는 것으로 해석된다.

[圖 IV-10] 洋·韓方 協診이 病院經營에 미치는 影響程度 - 病床別 分析¹⁾



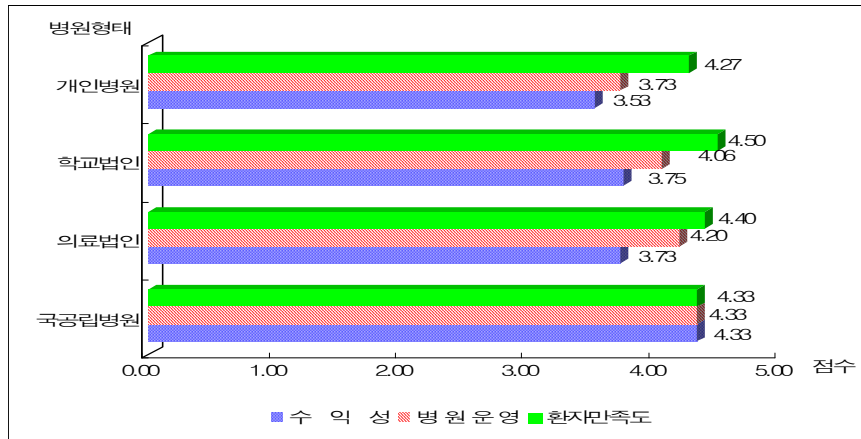
註: 1) 리커트(Likert) 척도법에 의하여 1점은 '매우 낮음', 2점은 '낮음' 3점은 '보통', 4점은 '높음', 5점은 '매우 높음'으로 평가하였음.

양·한방 협진의 시행이 병원경영에 미치는 영향력을 병원형태별로 구분하여 분석한 결과도 국공립병원의 경우를 제외하고 병상수별로 분석한 결과와 마찬가지로 환자만족도, 병원운영, 수익성의 순으로 영향력이 큰 것으로 나타났다. 환자만족도는 4.27~4.50점으로, 병상수 규모별 분석과 같이 수익성이나 병원운영의 점수보다 모두 높은 것으로 나타났다(圖 IV-11 참조).

국공립병원에서는 환자만족도, 병원운영, 수익성 모두 동일한 결과가 나왔으며 나머지 병원형태에 속하는 한방병원들에서도 수익성, 병원운영에서 전반적으로 긍정적인 결론을 내린 것으로 나타났다.

양·한방 의료협진으로 인한 환자만족도, 병원운영, 수익성이 병원형태별로 분류한 한방병원군에 따라 차이가 유의적으로 존재하는지의 여부를 확인하고자 분산분석을 시행한 결과, F통계치는 3.12로 낮게 나와 양·한방 협진으로 인한 병원경영의 효과는 병원형태에 따라 차이가 없음을 알 수 있다.

[圖 IV-11] 洋·韓方 協診이 病院經營에 미치는 影響程度 - 病院形態別 分析¹⁾



註: 1) 리커트(Likert) 척도법에 의하여 1점은 '매우 낮음', 2점은 '낮음' 3점은 '보통', 4점은 '높음', 5점은 '매우 높음'으로 평가하였음.

나. 病院經營에 影響을 미치는 要因에 대한 分析

다음은 양·한방 협진 정도와 병원의 수익성, 운영 그리고 환자만족도간에 상관관계가 존재하는지를 분석하였다.

<表 IV-39>에서는 양·한방 협진을 위한 별도의 기구, 조직, 위원회 등이 구성되어있는가의 여부에 따라 병원경영에 어느 정도의 영향을 미치는가를 분석한 결과이다. 미기재를 제외하고 실제표본으로 사용

된 48개의 한방병원 중에서 별도의 협진기구가 존재하는 병원이 19개 이고, 그렇지 않은 한방병원이 29개였으며, 양·한방 협진과 관련한 기구가 존재하는 병원은 그렇지 않은 병원보다 수익성, 운영, 환자만족도 등 병원경영과 관련한 모든 항목에서 보다 긍정적인 평가를 나타내었다.

양·한방 협진기구를 설치한 한방병원군과 아직 설치하지 않은 한방병원군간에 양·한방 의료협진에 따른 병원경영의 결과의 차이가 존재하는지의 여부를 분산분석으로 검정한 결과, F통계치가 123.86으로 1%미만에서 유의적인 것으로 나타나, 양·한방 협진기구를 설치한 한방병원일수록 양·한방 의료협진으로 인한 병원경영의 성과가 높음을 증명하고 있다.

〈表 IV-39〉 洋·韓方 協診機構의 有無와 病院經營間의 關係 (단위 : 개소)

	수익성	운영	환자만족도
양·한방 협진기구 설치 여부			
설 치(19) ¹⁾	4.00 ²⁾	4.21	4.57
미설치(29)	3.62	3.93	4.21
종합검진센터 설치 여부			
설 치(28)	3.75	3.96	4.46
미설치(22)	3.68	4.09	4.27
양·한방의료보험의 분리적용 여부			
분 리(36)	3.72	4.03	4.31
미분리(5)	4.00	4.40	4.60

註: 1) 응답한 한방병원의 수임.

2) 매우 부정적(1점)부터 매우 긍정적(5점)까지 리커트(Likert)척도 사용

한방병원내에 양·한방 종합검진센터가 병원경영에 긍정적 혹은 부정적 영향을 미치는지에 대한 분석결과에서는 한방병원내에 양·한방 종합검진센터가 설치되어있는 한방병원은 그렇지 않은 한방병원과 비

교하여 수익성과 환자만족도 측면에서 보다 긍정적 평가를 하였지만 운영측면에서는 오히려 종합검진센터가 설치되어있지 않은 병원이 긍정적 평가를 받았는데, 이는 추가적으로 종합검진센터를 운영하는 데 소요되어지는 의료기구나 추가 관리인력 때문에 상대적으로 덜 긍정적인 평가를 한 것으로 고려되어진다. 종합검진센터가 존재하는 한방병원의 경우에 3개 요인들 중에서 환자만족도가 4.46점으로 가장 긍정적 이었으며, 운영이 3.96점 그리고 수익성이 3.75점으로 평가되었는데 이는 궁극적으로 양·한방 종합검진센터는 의료서비스의 이용자인 환자의 만족도를 증가시킬 수 있다는 결과를 얻을 수 있다.

종합검진센터를 설치한 한방병원군과 설치하지 않은 한방병원군간에 양·한방 의료협진 시행에 따른 병원경영의 영향력의 차이를 검정한 결과에서 F통계치는 0.220으로 낮게 나타나, 유의한 차이는 없는 것으로 밝혀졌다.

환자가 양·한방 협진치료를 받을 경우에 의료보험의 청구를 한방과 양방에서 별도로 하는지 또는 같이 청구하는지의 여부가 병원경영에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 분석결과에서 한방치료와 양방치료를 같이 하는 경우에 의료보험의 청구방식이 동일한 한방병원이 그렇지 않고 별도로 청구하는 한방병원보다 수익성, 운영, 환자만족도 등 3개의 병원경영항목 모두에서 긍정적 평가를 하고 있는 것으로 나타났다. 3개 요인별로 구분을 하여보면 환자만족도(4.60점)가 가장 긍정적이었으며, 그 다음으로 운영(4.40점)과 수익성(4.0점) 순으로 나타났다. 또한 의료보험의 청구 방식에 따라 병원경영에 미치는 영향력의 차이가 유의적으로 존재하는지의 여부를 분산분석으로 검정한 결과, F통계치가 121.04로 5%미만에서 통계적으로 유의적인 것으로 나타나 양·한방의료보험을 연결시켜 청구하는 한방병원이 별도로 청구하는 한방병원보다 병원경영 측면에서 효율적임을 알 수 있다.

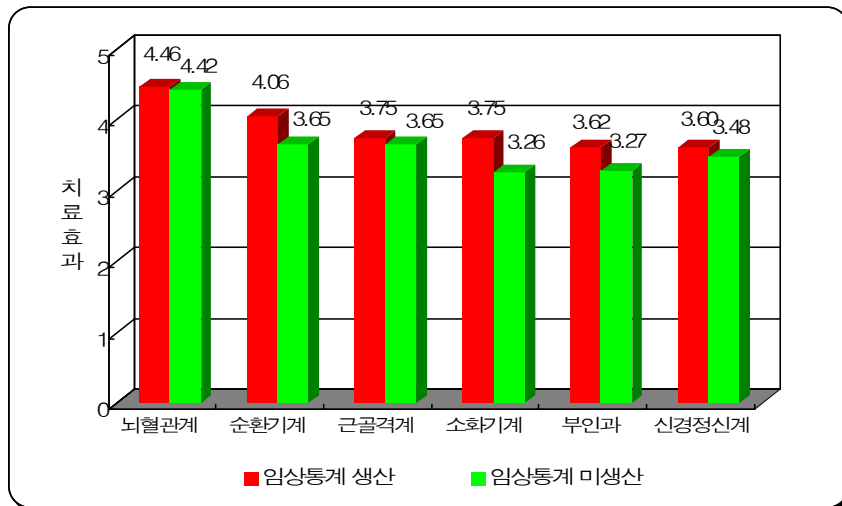
다. 各 疾患別 治療效果性에 影響을 미치는 要因에 대한 分析

[圖 IV-12]에서는 양·한방협진과 관련한 임상통계를 생산하는 것이 과연 각 질환별 치료효과성에 영향을 미치는지 그렇다면 어느 질환에 가장 많은 영향을 미치게 되는지에 대한 분석을 실시한 결과이다. 양·한방 협진시 임상통계의 생산과 미생산으로 구분하여 분석한 결과 총 6개 질환유형을 나타낸 바에 의하면, 임상통계를 생산하는 한방병원이 그렇지 않은 병원보다 각 질환치료효과에 대해 높은 점수를 받았다. 임상통계를 생산하는 한방병원에서 치료효과가 높다고 평가한 질병으로는 뇌혈관계 질환(4.46점) - 순환기계질환(4.06점) - 근골격계 질환(3.75점)의 순으로 나타났으며, 임상통계를 생산하지 않는 한방병원에서도 이와 같은 결과를 보였다. 양·한방 협진과 관련한 임상통계를 생산하는 한방병원군과 생산하지 않는 한방병원군간에 질환별 치료효과에서 유의적인 차이가 존재하는가의 여부를 분산분석으로 검정한 결과에서는 F통계치가 10.75로 5%수준에서 유의적인 것으로 나타나, 임상통계를 생산하는 한방병원이 그렇지 않은 병원보다 질환치료에 있어 우수한 것으로 나타났다.

다음의 [圖 IV-13]은 한방병원내에 양·한방 협진을 위한 별도의 기구, 조직, 위원회 등의 설치 여부에 따라 각 질환별로 치료 효과성에 어떠한 차이가 있는지에 대한 분석결과이다. 총 6개의 질환에 대하여 별도의 기구가 존재하는 한방병원과 그렇지 않은 한방병원으로 분류하여 나타내었으며 그 질환유형중에서 유의한 수준($p < 0.10$)에서 치료효과성이 나타나지 않은 3개 질환을 제외한 신경정신계, 순환기계, 부인과 질환 모두 별도의 협진기구가 존재할 경우가 그렇지 않은 경우보다 상대적으로 치료 효과성이 높다고 응답하였다. 협진기구가 존재하는 한방병원에서 응답한 질환별 치료효과성에서는 뇌혈관계 질환이

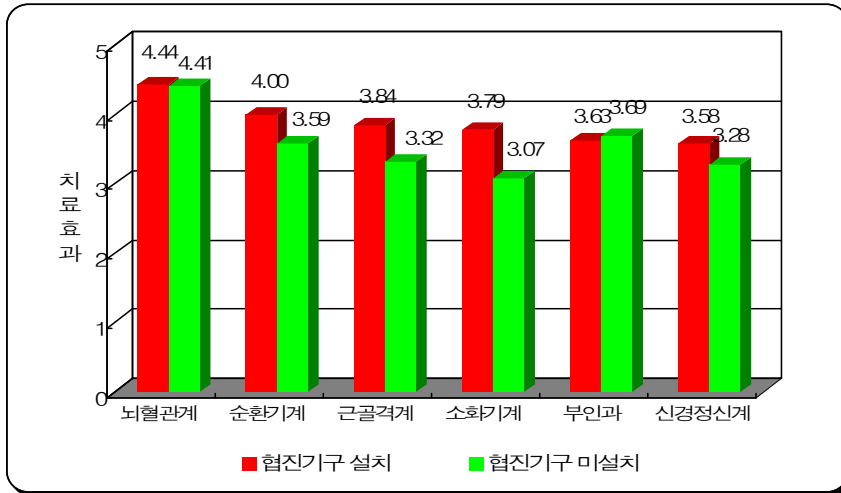
4.44점으로 가장 높았으며, 그 다음으로 순환기계 질환(4.0점), 신경정신계 질환(3.84점)의 순으로 나타났으며, 협진기구가 설치되어 있지 않은 한방병원에서는 뇌혈관계 질환(4.41점) - 부인과 질환(3.69점) - 순환기계 질환(3.59점)의 순서로 나타났다. 이같은 결과를 근거로 양·한방 협진과 관련한 별도의 기구가 설치된 한방병원과 설치되어 있지 않은 한방병원군간에 질환별 치료효과의 유의적인 차이가 존재하는가의 여부를 분산분석으로 검정한 결과 F통계치는 7.03으로 5% 수준에서 유의적인 것으로 나타나, 협진관련 별도의 기구가 설치된 한방병원이 그렇지 않은 병원보다 질환치료에 있어 전반적으로 우수한 것으로 평가되었다.

[圖 IV-12] 洋·韓方 協診關聯 臨床統計의 生産과 治療效果性間의 關係¹⁾



註: 1) 매우 낮음(1점)부터 매우 높음(5점)까지의 리커트(Likert)척도 사용

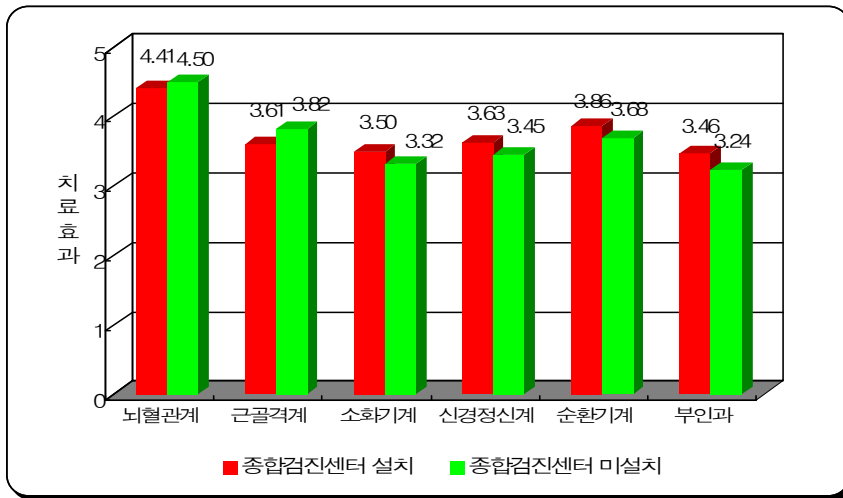
[圖 IV-13] 洋·韓方協診關聯 別途機構存在와 治療效果性間的 關係¹⁾



註: 1) 매우 낮음(1점)부터 매우 높음(5점)까지의 리커트(likert)척도법 적용

[圖 IV-14]에서는 양·한방협진 관련 종합검진센터를 설치한 한방병원군과 설치하지 않은 한방병원군간에 양·한방 협진의 치료효과 차이를 분석한 결과이다. 종합검진센터가 설치된 한방병원에서는 순환기계 질환과 신경정신계 질환에서 종합검진센터가 설치되지 않은 한방병원보다 치료효과가 높다고 응답하였으며, 나머지 질환에서는 종합검진센터가 설치되지 않은 한방병원이 치료효과가 높은 것으로 나타났다. 또한 양·한방협진 관련 종합검진센터를 설치한 한방병원군과 설치하지 않은 한방병원군간에 양·한방 협진의 질환별 치료효과 차이가 유의적으로 존재하는가의 여부를 분산분석으로 검정한 결과, F통계치는 1.08로 유의적인 결과를 얻지 못하여 양·한방협진관련 종합검진센터의 설치가 직접적으로 치료효과에 긍정적인 영향을 줄 수 있는 요인은 아닌 것으로 밝혀졌다.

[圖 IV-14] 洋·韓方協診關聯 綜合檢診센터의 設置와 治療效果性間의 關係¹⁾



註: 1) 매우 낮음(1점)부터 매우 높음(5점)까지의 리커트(Likert)척도법 적용

V. 結論 및 政策提言

洋·韓方 協診의 活性化는 여러 가지 측면에서 의의를 가진다. 하나의 질환을 치료하기 위해 환자들이 洋方醫療器關과 韓方醫療機關을 중복적으로 이용함으로써 발생하는 二重的인 醫療費 支出과 여러 의료기관을 돌아 다녀야 하는 간접적인 비용을 절감하고 국가적인 의료자원 활용의 효율성을 제고하는 데 크게 기여할 수 있다. 특히 우리나라는 다른 어떤 나라보다도 양방의료와 한방의료 양자간의 相互補完과 協助를 통해서 의료서비스의 질 향상과 의료서비스공급의 효율성을 제고할 수 있는 가능성이 높다고 할 수 있다. 中西醫 協診을 적극 추진하고 있는 중국의 경우에 비해서도 협진에 대한 잠재력 측면에서는 우리 나라가 결코 뒤지지 않는다고 할 수 있다. 그것은 이미 선진국 수준에 도달해 있는 양방의료체계와 오랜 역사를 두고 발전해 온 우리 나라 고유의 韓方醫療體系를 가지고 있기 때문이다. 단지 문제는 洋·韓方 協診을 활성화시키기 위한 사회적, 법·제도적 여건을 어떻게 구비하느냐에 있다. 그리고 이에 앞서 우선 현재 洋·韓方 協診이 어느 정도, 어떤 형태로 이루어지고 있는지에 대한 정확한 실태가 파악되어야 한다. 현재 洋·韓方 協診을 위한 法的·制度的 與件이 구비되지 않은 상태인 만큼, 그러한 장애요인들 하에서 현재 協診이 어떤 형태로 이루어지고 있는지를 파악하여야만 향후 法·制度를 어떤 방향으로 개선할 것이며 그 기대효과가 어떤 것인지를 예측할 수 있기 때문이다.

본 연구에서는 이러한 協診의 實態를 파악·분석하였는데, 실태분석을 토대로 몇 가지 政策建議를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 洋·韓方 協診의 프로토콜이 개발되어야 한다. 동서의학이 교류하고 통합을 지향해 나가는 과정은 지금까지와는 다르게 새로운 의료체계를 구축하는 일에 해당된다. 이때 이러한 의료체계의 재구축을 위해서 우선적으로 자원의 개발과 조직이 해결되어야 하지만 진료행태의 변화가 크고 의료체계가 이원화되어 있는 상황으로 볼 때, 우선 東西醫學 協診에 대한 診療指針의 開發과 適用이 반드시 필요하다고 본다. 診療指針은 개발된 자체로서도 하나의 지적 자원으로 중요한 의미를 갖지만, 그 개발과정에서 의사와 한의사간의 불신의 장벽을 헐고 상호 장단점을 충분히 인식하고 접목을 모색할 수 있는 계기를 마련함으로써 두 의료체계의 學問的 交流를 촉진시키는데 있다.

醫學은 他 學問들과 달리 무엇보다도 실천적 응용분야로서 동서의학이 교류하고 궁극적으로 統合을 지향한다고 할 때 서로의 학문에 대한 원론을 배우는 것만으로는 불충분하다. 두 학문간의 통합에 근거하여 실제의 임상적 진료가 어떻게 이루어지는가에 대한 모델이 필요한데, 이는 두 체계의 합의에 근거하여 개발된 診療指針이 그 架橋의 役割을 하며 또한 교육의 원천으로서도 활용될 수 있다.

최근 여러 類型의 協診病院이 등장하고 있지만 실제적인 協診보다는 동일병원에서 두 가지 진료를 동시에 해결하는 정도에 머물고 있으며 오히려 과잉진료의 우려마저 있다는 목소리가 높다. 이러한 상황에서 洋方서비스와 韓方서비스를 공간적인 한 장소에서 제공하는 것도 중요하지만 東洋醫學과 西洋醫學이 학문적으로 융합되고 지식의 체계가 동질성을 지니도록 그 개념과 용어가 정립되어야 한다는 주장이 제기되고 있다.

물론 診療指針의 개발에 있어 대상 질환의 선정이 합의되어야 한다. 의료이용의 빈도가 높고 두 의료체계 단독으로보다는 협력을 통해 진료의 결과와 질이 향상될 수 있는 질환이 우선시 되어야 할 것

이다. 몇몇 연구를 통해 밝혀진 바에 따르면 한방 이용도가 높은 질환은 근골격계 질환과 뇌졸중 등이다. 따라서 이러한 질환부터 개발을 시작하여 개발 단계에서 발생, 파생되는 문제들을 파악하여 점차 다른 질환으로 범위를 확대해가야 한다. 이러한 과정에서 프로토콜 개발의 필요성에 대한 의료인의 열린 자세와 적극적인 참여뿐만 아니라 정책적 지원도 뒤따라야 한다

둘째, 洋·韓方 協診과 관련한 臨床統計의 生産을 위한 제도적 장치가 마련되어야 한다. 洋·韓方 協診에 대한 임상연구를 수행하고 그 결과를 국제학술지 등에 발표함으로써 한방의료의 우수성과 洋·韓方 協診의 안정성·유효성을 국제적으로 인정받기 위해서는 洋·韓方 協診에 대한 임상통계가 지속적으로 축적되어야 한다. 이러한 임상통계는 洋·韓方 協診을 실시하는 의료기관에서 작성될 수밖에 없는데, 본 연구의 조사결과에 의하면 洋·韓方 協診 한방병원의 약 35%정도만이 임상통계를 생산하는 것으로 나타났다.

셋째, 洋·韓方 協診을 실시하는 의료기관내에 협진과 관련한 組織이나 委員會를 설치·운영하도록 할 필요가 있다. 현재에도 일부 의료기관들이 이러한 협진관련 조직을 설치·운영하고 있는 것으로 나타나고 있는데 이를 활성화할 필요가 있다. 내원환자에 대해 協診이 필요한지 여부와 協診이 필요할 경우 어떠한 형태의 協診이 필요한지를 판단하는 한편 協診方法의 결정, 協診診療팀 구성, 協診 過程에서의 치료효과 관찰, 협진관련 임상자료의 정리 등의 역할을 담당하는 조직을 설치·운영하도록 함으로써 의료기관내에서 協診의 活性化를 도모할 수 있을 것이다. 필요하다고 판단될 경우 의료기관 스스로 이러한 조직을 설치·운영할 것이지만 政府次元에서 이러한 조직의 運營模型을 開發·擴散시키는 방안을 강구하는 것도 고려해 보아야 할 것이다.

넷째, 건강에 대한 국민들의 관심이 증대되면서 檢診서비스에 대한

수요가 급속히 증가하고 있다. 이에 따라 이미 많은 의료기관이 洋·韓方 綜合檢診센터를 운영하고 있는 바, 의료보험 건강검진사업에 洋·韓方 綜合檢診을 포함시키는 방안을 고려할 필요가 있다.

마지막으로 洋·韓方 協診과 관련하여 환자의 편의 증진과 院務行政의 效率性 提高를 위해 洋·韓方 協診과 관련한 진료수속 절차 및 환자의 진료비 수납절차, 진료차트의 작성방법 등을 개선할 필요가 있다.

參 考 文 獻

- 고신대학교 보건과학연구소, 『한국의 한방의료 이용에 관한 연구』, 1994.
- 김달래, 『북한의 한방보건의료 현황』, 대한한의학회지, 1998.
- 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.
- 경희대학교, 『한·양방의료의 상호보완 발전방안 연구』, 한국한의학연구원, 1999.
- 경희대학교, 『한·양방의료의 상호보완 발전방안』, 한국한의학연구원, 1999.
- 남궁 인, 『한의학과 양의학의 일원화 필요성에 대한 고찰』, 서울대학교 보건대학원, 1988.
- 대한학회, 『동서의학 교섭의 역사』, 학술심포지엄, 1999.
- 대한의사협회, 『한국의학의 새로운 천년』, 제 29차 종합학술대회, 1999.
- 대한한 의사협회, 『보건소 한방진료실 설치방안과 효과적인 운영에 관한 연구』, 1995.
- 동서의학 비교연구회, 『바람직한 양·한방 협진 방안』, 동서의학 비교

연구회 창립 2주년 기념 심포지엄, 1993.

박경섭·박우진·이영진·임병목·윤상협·배철영, 『한의학에서의 간병환자에 대한 의학적 간질환과의 관련성』, 가정의학회지, 제 13권, 제11호, 1998.

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

박종연·손명세, 『한국 의료체계의 이원화와 변혁과제』, 보건과 사회과학, 1998.

백화중·황나미, 『의료인력양성 및 관리 현황과 개선방향』, 한국보건사회연구원, 1997.

보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1999.

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

서울특별시한의사회, 『한방의료정책백서』, 제2집, 1992.

송건용·남정자·최정수·김태정, 『1992년도 국민건강 및 보건의식형태 조사-국민건강조사결과』, 한국보건사회연구원, 1993.

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

송건호, 『한의학 발전의 현안과 정책과정』, 한의학발전협의회 전문가 소위원회 발표자료, 1996.

송경섭, 『한의학의 발전과정과 사회기여도에 관한 연구』, 경산대학교 대학원, 1995.

신길조·김갑성, 『한방병원 입원환자의 양방 협진 및 협치에 관한 경

- 향보고』, 제2회 한방병원확충대회논문지집, 1998.
- 신현규·김재곤, 『일본의 동양의학 활성화 방안에 대한 조사』, 한국한의학연구원, 1998.
- 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』, 제16호, 1994.
- 의료보험연합회, 『의료보장』, 1993.
- _____, 『의료보험통계연보』, 1990~1999.
- _____, 『한방의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1995.
- 연세대학교, 『동·서의학간 임상적 교류의 합리적 방안 구축』, 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실, 1999.
- 이동희, 『한·양방 협진진료체제 개발에 관한 연구』, 경산대학교 박사학위 논문, 1997.
- 이상영·변용찬, 『양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 이원철, 『한·양방 협진의 문제점과 나아가야 할 방향』, 한의학연구원, 1999.
- 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 보건사회부, 제974호, 1994.
- _____, 『한의학 이론의 과학적 해석』, 한중 국제공동세미나 발표논문집, (서울대학교천연물 과학연구소, 과학기술정책관리 연구소, 국제과학기술 협력센터 주관) 1995.
- 정관영, 『중서의 결합교육을 교육체계로 끌어들이 필요성과 가능성에 관한 연구』, 중국 중서의 결합잡지, 1993.
- 정종철, 『일본에서의 한약 연구동향』, 한국한의학연구소회보, 1996.
- 지제근, 『동서의학 연구의 접점』, 대한의학협회지, 제 40권 제 3호, 1997.
- 청년의사, 『의료일원화 어떻게 할 것인가?』, 청년의사 창간 5주년 기념 심포지엄 자료, 1997.
- 최영길, 『동서의학 임상적 접점』, 대한의사협회지, 제 40권 제 3호, 1997.
- 최환영, 『한방공중보건제도 접근방안』, 한방의료정책백서, 제1집, 1990.
- 한국한의학연구소, 『21세기의 한의학』, 제1회 한국한의학연구소 학술 세미나, 1995.
- 高欽穎, 陝甘寧邊區中西醫團結合作史話, 『中國中西醫結合雜誌』, 4(7), 1984.
- 盧希謙·辛智科, 『陝甘寧邊區醫家傳略』, 第1版. 陝西: 陝西科學技術出版社, 1991.

- 孟慶雲 主編; 劉艷驕·盧賀起·呂愛平·陳小野 副主編, 『中西醫結合基礎理論 研究方法與實驗技術』, 第1版 第1次 印刷, 北京: 中醫古籍出版社, 1999.
- 孟慶雲, 論中西醫結合, 『現代中醫』, 34(1), 1993.
- 毛澤東, 同音樂工作者的談話(1956年 8月 24日), 『光明日報』 1979年 9月 9日 第1版.
- 徐運北, 在全國中醫中藥工作會議上的報告, 『中醫工作文件匯編』, 中華人民共和國 衛生部 中醫司, 1985.
- 沈自尹 等, 『深入基礎理論研究 促進中西醫結合發展』, 中國中西醫結合雜誌, 12(6), 1992.
- 沈自尹, 『對中醫基礎理論研究的思路』, 中國中西醫結合雜誌, 17(11), 1997.
- 葉增茂·李恩 整理, 『中西醫結合基礎理論研究進入了系統醫學時代』, 中國中西醫結合雜誌, 13(8), 1993.
- 王階·許志仁, 中西醫結合概念與範疇的探討, 『中國中西醫結合雜誌』, 17(11), 1997.
- 王大仁, 『中西融滙, 國醫增輝-中西醫結合講授現代生理學的嘗試』, 中西醫結合雜誌, 11(5), 1991.
- 王明輝·彭志輝·王風雷, 『中西醫結合診治性疾病的整體醫學模式』, 中國中西醫結合雜誌, 16(11), 1996.
- 韋黎, 中西醫結合定義研究, 『中國醫藥學報』, 10(2), 1995.
- 危北海 等, 『宏觀辨證與微觀辨證結合的研究』, 中西醫結合雜誌, 11(7), 1991.
- 衛生部, 『努力提高教育質量 切實辦好中醫學院』, 中華人民共和國, 1985.

李鐵映, 『中國中醫藥年鑒』, 第1版 第1次 印刷, 北京: 中國中醫藥出版社, 1993.

日經 MEDICAL 부록 9, 1993 과 부록 10, 1995.

張文康, 『中國中醫藥年鑒』, 第1版 第1次 印刷, 北京: 中國中醫藥出版社, 1996.

陳如泉 主編, 『中西醫結合方法學』 第1版 第2次 印刷, 北京: 中國醫藥科技出版社, 1998.

Chun, S. I., “Acupuncture in Modern Medicine”, *International Journal of Acupuncture*, Vol.1, No.1, 1979, pp.2~5.

_____, “Steps of Acupuncture Research”, *International Journal of Acupuncture*, Vol.1, No.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.

附 錄

附錄 I. 洋·韓方 醫療協診體系 實態把握을 위한 調査票

안녕하십니까?

국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 노력하고 있는 귀하의 노고에 진심으로 감사드립니다.

저희 한국보건사회연구원은 우리나라의 보건 및 복지 전 분야에 걸쳐 정책연구를 수행하고 있는 국무총리실 산하 정부 출연연구기관으로서, 현재 중요성이 증대되고 있는 『한·양방 의료협진 실태와 모형개발』에 관한 연구를 수행 중에 있습니다. 본 설문조사는 이 연구의 일환으로 한·양방 협진을 실시하고 있는 한방의료기관의 협진 운영 실태 및 환자에 대한 협진 진료체계 절차 파악을 통하여 협진 제도에 관한 정책대안을 도출하고자 작성되었습니다오니 번거로우시겠지만 연구의 중요성을 이해하시어 적극 협조해 주시면 감사하겠습니다.

이 조사결과는 익명으로 통계처리되어 효과적인 정부 정책 수립 및 각종 제도 변화에 실질적이고 귀중한 기초자료로 활용될 뿐 그 외 다른 목적에는 절대 없을 것을 알려드립니다.

본 설문을 작성하신 후 동봉해 드린 우편봉투를 이용하시어 저희 연구원에 도착할 수 있도록 협조바랍니다.

끝으로 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다. 대단히 감사합니다.

1999. 10.

한국보건사회연구원장

한국보건사회연구원

번호	문항	코드
■ 한방의료기관의 일반사항 (1~10)		
1	위원의 설립시기는 언제입니까? 19 년	
2	위원이 위치한 지역은 어디입니까? ① 특별시 ② 광역시 ③ 시,군 지역 ④ 읍,면 지역	
3	위원의 설립형태는 무엇입니까? ① 한방병원 ② 한의원	
4	위원의 병원형태는 무엇입니까? ① 국,공립병원 ② 학교법인 ③ 의료법인 ④ 개인병원	
5	현재 실시하고 있는 양방과의 협진 형태는 어떻게 이루어지고 있습니까? ① 한방병원내에 양방진료부서가 설치되어 있다 →6번 문항으로 ② 양방의료기관이 별도로 분리되어 있다 → 7번 문항부터 시작하십시오	
6	한방병원내에 설치되어 있는 양방진료부서를 있는대로 ()에 √하여 주시기 바랍니다. ① 내 과 () ② 외 과 () ③ 소 아 과 () ④ 산부인과 () ⑤ 안 과 () ⑥ 이비인후과 () ⑦ 피 부 과 () ⑧ 비뇨기과 () ⑨ 신경정신과 () ⑩ 마 추 과 () ⑪ 방사선과 () ⑫ 병 리 과 () ⑬ 기 타 () →11번 문항부터 시작하십시오	
7	협진 양방 의료기관의 설립형태는 무엇입니까? ① 종합병원 ② 병 원 ③ 의 원	
8	협진 양방 의료기관의 병원형태는 무엇입니까? ① 국,공립병원 () ② 학교법인 () ③ 의료법인 () ④ 개인병원 ()	
9	협진 양방 의료기관이 위원과 동일한 법인에 속해 있습니까? ① 예 () ② 아니오 ()	
10	협진 양방 병원의 설립시기는 언제입니까? 19 년	

번호	문항	코드
----	----	----

■ 한·양방의료기관의 의료자원 (11~15)		
11	한방병원의 병상수를 기재하여 주시기 바랍니다. ()beds	
12	협진 양방병원(부서)의 병상수를 기재하여 주시기 바랍니다. ()beds	
13	한방병원에서 근무하고 있는 인력 현황을 기재하여 주시기 바랍니다. ①한 의 사 ()명 ②간 호 사 ()명 ③약 사 ()명 ④행정관리 ()명 ⑤의무기록사 ()명 ⑥의료기사 ()명 ⑦전공수련의 ()명	
14	협진 양방병원(부서)에서 근무하고 있는 인력 현황을 기재하여 주시기 바랍니다. ①의 사 ()명 ②간 호 사 ()명 ③약 사 ()명 ④행정관리 ()명 ⑤의무기록사 ()명 ⑥의료기사 ()명 ⑦전공수련의 ()명	
15	조직구성에 따른 진료과별 한의사 근무 인력 현황을 기재하여 주시기 바랍니다. ①내 과 ()명 ②침 구 과 ()명 ③부 인 과 ()명 ④소 아 과 ()명 ⑤신경정신과 ()명 ⑥안이비인후과 ()명 ⑦재활의학과 ()명	
■ 한·양방 협진 실태 일반(16~34)		
16	귀원이 한·양방 협진을 시작한 시기는 언제부터입니까? 19 년	
17	귀원이 한·양방 협진을 시작하게 된 계기는 무엇입니까?	
18	초진환자의 검사는 어느 기관에서 담당하고 있습니까? ①양방의료기관 () → 21번 문항으로 ②한방의료기관 () → 22번 문항으로	

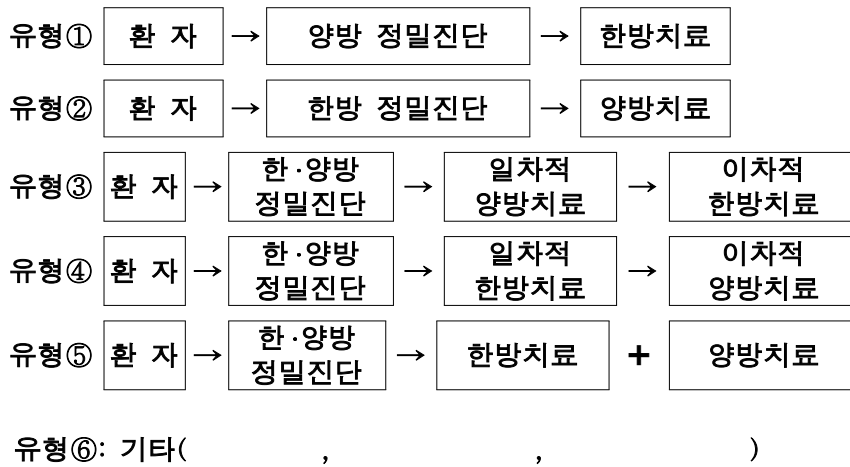
번호	문 항	코드
25	<p>1998년도 한해동안 한방병원의 각과별 환자 진료실적을 기재하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">외 래 입 원</p> <p>(1) 내 과 _____ 건 _____ 건 (2) 침 구 과 _____ 건 _____ 건 (3) 부 인 과 _____ 건 _____ 건 (4) 소 아 과 _____ 건 _____ 건 (5) 신경정신과 _____ 건 _____ 건 (6) 안이비인후과 _____ 건 _____ 건 (7) 한방재활학과 _____ 건 _____ 건</p>	
26	<p>1998년도 한해동안 한방에서 다음 양방 각과로 의뢰한 진료건수를 기재하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">외 래 입 원</p> <p>(1) 내 과 _____ 건 _____ 건 (2) 정형외과 _____ 건 _____ 건 (3) 일반외과 _____ 건 _____ 건 (4) 산부인과 _____ 건 _____ 건</p>	
27	<p>한방입원환자들의 다음 주요 상병에 관하여 진료빈도를 기재하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">매우 낮음 낮음 보통 높음 매우 높음</p> <p>(1) 졸 증 풍 ①-----②-----③-----④-----⑤ (2) 요 통 ①-----②-----③-----④-----⑤ (3) 중풍전조증 ①-----②-----③-----④-----⑤ (4) 중풍후유증 ①-----②-----③-----④-----⑤ (5) 관 절 통 ①-----②-----③-----④-----⑤</p>	

35 귀원에서 한·양방 의료협진이 효과적으로 이루어지고 있는 대상 질환분야를 있는대로 선택하신 다음, 해당 질환에 대한 한·양방 의료협진의 유형을 보기에서 선택하여 해당 번호를 빈칸에 기입하여 주시기 바랍니다.

〈한·양방 의료협진 대상 질환〉

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
질환 분야	뇌혈관계 질환	근골격계 질환	소화기계 질환	신경정신계 질환	순환기계 질환	부인과 질환	기 타
협진 유형							

〈보기: 한·양방 의료협진 유형〉



□ 著者 略歷 □

● 曹 在 國

美國 위스콘신大學校 公共政策 및 行政學 碩士

美國 뉴욕州立大學 經濟學 博士

現 韓國保健社會研究院 研究委員

〈主要 著書〉

『韓藥師人力 需給展望』, 韓國保健社會研究院, 1999.(共著)

『醫藥人力의 需給展望과 政策課題: 醫師, 韓醫師, 齒科醫師, 看護師, 藥師』, 韓國保健社會研究院, 1998.(共著)

● 李 相 暎

東國大學校 經濟學科 博士課程

現 韓國保健社會研究院 副研究委員

● 申 舜 植

慶熙大學校 韓醫學 博士

現 韓國韓醫學研究院 學術情報팀장

● 李 佑 百

서울大學校 經營學 碩士

現 韓國保健社會研究院 研究員

● 金 玟 淳

西江大學校 經營學 碩士

現 韓國保健社會研究院 研究員
