# 韓方醫療 需要와 供給에 關한 硏究

宋 建 鏞
洪 性 國

韓國保健社會硏究院

# 提 出 文

大韓韓醫師協會長

貴協會로부터 依賴받은 「韓方醫療 需要와 供給에 관한 硏究」가 完了되었기에 이 報告書를 提出합니다.

1996年 7月 31日

韓國保健社會硏究院
院 長 延 河 淸

# 머 리 말

한방의료는 國內外的으로 많은 關心을 갖는 主題였지만 그간 의료제도의 관점에서 한방의료를 연구한 실적이 별로 없었다. 이 硏究는 한방의료를 總醫療需要의 한 構成要素로서 한방의료의 수요를 다각적으로 분석하여 한방의료의 特性을 파악하고 공공부문에서의 한방의료 공급현황을 분석하여 개선방향을 제시하고 있다. 또한 우리나라 한방의료의 정책개발에 示唆를 얻을 수 있는 中國의 中醫藥制度에 관하여도 현황분석을 하고 있다.

그러므로 이 연구는 醫療制度의 관점에서 향후 韓醫藥의 發展에 관한 정책개발에 크게 도움이 될 수 있을 것으로 기대되어 관련학계 및 행정부처의 담당관들에게 일독을 권하고 싶다.

硏究陣은 이 연구를 가능케 한 大韓韓醫師協會의 財政支援에 감사하고 있으며, 또한 이 硏究報告書 작성과정에서 원고정리 등 기초적 업무를 도와 준 張世媛 臨時硏究員과 원고 검독을 맡아준 洪文植 保健政策硏究室長과 卞鐘和 硏究委員에게 감사하고 있다.

본 연구는 大韓韓醫師協會의 硏究用役으로 실시된 '韓方醫療 需要와 供給에 관한 硏究'의 最終報告書로서 제출한 것이며 본원의 宋建鏞 先任硏究委員 책임하에 洪性國 招聘硏究員에 의해 완성되었다.

끝으로 이 보고서가 담고 있는 내용은 硏究者의 개인적 의견이며 當 硏究院의 공식적 見解가 아님을 밝혀둔다.

1996年　　7月　　日

韓國保健社會硏究院

院 長　延 河 淸

# 目　　次


要　約 ····· 13

1. 韓方醫療의 供給擴大 方向 ····· 13

2. 保健所 韓方診療室 設置 ····· 14

3. 韓方醫療의 滿足度 및 效率向上 ····· 15

Ⅰ. 序 論 ····· 16

1. 硏究의 背景 ····· 16

2. 硏究目的과 內容 ····· 17

가. 硏究目的 ····· 17

나. 硏究內容 및 方法 ····· 18

Ⅱ. 韓方醫療需要 ····· 22

1. 醫療需要와 韓方醫療需要의 槪念 및 分析方法 ····· 22

2. 利用者中心 韓方醫療需要(2週間 利用) ····· 23

가. 年度別 變化 ····· 23

나. 人口特性別 差異 ····· 24

다. 經濟狀態別 差異 ····· 26

라. 疾病種類別 差異 ····· 27

마. 醫療機關 選擇經路의 差異 ····· 29

3. 利用者中心 韓方醫療需要(年間 利用) ····· 30

가. 地域·性別 差異 ····· 30

나. 地域·年齡 差異 ····· 31

다. 地域·敎育程度 差異 ····· 33

라. 地域·醫療保障 差異 ····· 34
마. 地域·家口所得 差異 ····· 35
바. 慢性疾患別 差異 ····· 36
4. 訪問頻度中心 韓方醫療需要 ····· 39
가. 醫療利用者當 訪問頻度 ····· 39
나. 地域·性別 差異 ····· 40
다. 地域·年齡別 差異 ····· 41
라. 地域·敎育水準 差異 ····· 43
마. 地域·醫療保障 差異 ····· 44
바. 地域·家口所得 差異 ····· 45

Ⅲ. 保健所 韓方醫療 ····· 47
1. 保健所 韓方診療室 設置 ····· 47
2. 保健所 韓方診療 現況分析 ····· 50
가. 利用者의 一般特性 ····· 50
나. 利用者의 傷病種類 ····· 51
다. 年度別 初診患者數 ····· 56
라. 利用者當 訪問回數 ····· 58
마. 利用人口比率 ····· 61
바. 移動診療 實績 ····· 63
3. 保健所 韓方診療室 診療類型과 診療費 ····· 65
가. 診療類型 ····· 65
나. 處方 種類 ····· 67
다. 投藥日數 ····· 78
라. 總診療費 ····· 80

4. 保健所 韓方診療 供給能力 ····· 83
가. 適正供給의 槪念 ····· 83
나. 韓醫師의 1日 適正 診療時間 ····· 84
다. 適正 診療患者數 ····· 86
5. 保健所 洋方·韓方·齒科 診療 ····· 90
가. 利用者의 一般特性別 分布 ····· 91
나. 診療室別 診療實績 ····· 93
다. 診療室別 利用者當 訪問回數 ····· 97
6. 保健所 韓方醫療의 法的·制度的 側面 ····· 99
가. 保健所 韓方診療室 設置와 關聯된 法規 ····· 99
나. 保健所 韓方診療室 人力의 身分 ····· 104
다. 韓方診療서비스의 內容 ····· 108
라. 公共醫療로서 韓方醫療 ····· 111

Ⅳ. 支出醫療費와 서비스 滿足度 ····· 112
1. 支出醫療費와 滿足度의 槪念 ····· 112
2. 支出醫療費 ····· 112
3. 醫療 滿足度 ····· 116

Ⅴ. 中國의 醫療制度 ····· 118
1. 醫療制度 槪觀 ····· 118
가. 中國 醫療制度의 特徵 ····· 118
나. 中國 醫療制度 記述內容 ····· 119
다. 資料 및 方法 ····· 120
2. 人口 및 保健狀態 ····· 121
가. 人口 ····· 121
나. 保健狀態 ····· 124

3. 醫療資源 ····· 127
가. 總醫療資源 ····· 127
나. 醫療施設의 年度別 變化 ····· 130
다. 醫療人力의 年度別 變化 ····· 131
라. 硏究所의 年度別 變化 ····· 134
4. 中醫藥 行政體系와 中·西醫間 關係 ····· 136
가. 行政管理 組織體系 ····· 136
나. 中·西醫間 關係 ····· 137

Ⅵ. 要約 및 結論 ····· 142
1. 韓方醫療의 供給 擴大方向 ····· 142
2. 保健所 韓方診療室 設置 ····· 145
3. 韓方醫療의 滿足度 및 效率 向上 ····· 148

參 考 文 獻 ····· 152

附錄 統計表 ····· 154

# 表 目 次

〈表 2- 1〉 2週間 醫療利用者 100人當 利用한 醫療供給源
比率, 1989～1995 ····· 24
〈表 2- 2〉 地域·性·年齡別 2週間 醫療利用者 100人當
醫療機關 利用 比率, 1995 ····· 25
〈表 2- 3〉 敎育水準·醫療保障·家口所得別 2週間 醫療利用者
100人當 醫療機關利用 比率, 1995 ····· 26
〈表 2- 4〉 疾病種類別 醫療機關 利用者 比率, 1995 ····· 28
〈表 2- 5〉 醫療機關別 醫療機關 選擇經路, 1995 ····· 29
〈表 2- 6〉 地域·性別 人口 100人當 年間 醫療機關
利用者 比率, 1995 ····· 30
〈表 2- 7〉 地域·年齡別 人口 100人當 年間 醫療機關
利用者 比率, 1995 ····· 32
〈表 2- 8〉 地域·敎育程度別 人口 100人當 年間 醫療機關
利用者 比率, 1995 ····· 33
〈表 2- 9〉 地域·醫療保障別 人口 100人當 年間 醫療機關
利用者 比率, 1995 ····· 34
〈表 2-10〉 地域·家口所得別 人口 100人當 年間 醫療機關
利用者 比率, 1995 ····· 35
〈表 2-11〉 地域·家口所得別 人口 100人當 年間 醫療機關
利用者 比率, 1995 ····· 36
〈表 2-12〉 醫療機關別 醫療利用者當 訪問回數 分布, 1995 ····· 39
〈表 2-13〉 地域·性別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關
訪問回數 比率, 1995 ····· 40

〈表 2-14〉 地域·年齡別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關
訪問回數 比率, 1995 ····· 42
〈表 2-15〉 地域·敎育程度別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關
訪問回數 比率, 1995 ····· 43
〈表 2-16〉 地域·醫療保障種類別 2週間 訪問回數 100回當
醫療機關 訪問回數 比率, 1995 ····· 44
〈表 2-17〉 地域·所得水準別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關
訪問回數 比率, 1995 ····· 46
〈表 3- 1〉 地域別 一般特性別 韓方診療室 利用 患者의 分布 ····· 50
〈表 3- 2〉 保健所 韓方診療室 初診患者의 12大 韓方
傷病分類에 따른 傷病分布 ····· 52
〈表 3- 3〉 主要 傷病分類·醫療機關別 醫療利用 比率 ····· 53
〈表 3- 4〉 6個 保健所 韓方診療室 利用者의 諸變數別
傷病分布 ····· 55
〈表 3- 5〉 保健所 韓方診療室 利用患者의 5大 傷病 ····· 56
〈表 3- 6〉 保健所 韓方診療室의 年度別 初診患者 分布 ····· 57
〈表 3- 7〉 春川市,英陽郡,淳昌郡 등 3個 保健所의 諸變數別
年度別 初診患者 分布 ····· 58
〈表 3- 8〉 保健所 韓方診療室 利用患者의 訪問回數 分布 ····· 59
〈表 3- 9〉 春川市,英陽郡,淳昌郡 等 3個 保健所의 諸變數別
利用者當 訪問回數 分布 ····· 60
〈表 3-10〉 保健所別 韓方診療室 利用 人口比率 ····· 62
〈表 3-11〉 地域別 年度別 韓方診療室의 保健所內
診療實績(實人員) ····· 63
〈表 3-12〉 地域別 年度別 移動診療實績 ····· 64
〈表 3-13〉 保健所 韓方診療室의 診療類型 分布 ····· 66

〈表 3-14〉 諸變數別 診療類型 分布 ····· 68
〈表 3-15〉 保健所 韓方診療室 利用患者에 對한 投藥有無 ····· 70
〈表 3-16〉 保健所 韓方 處方의 活用分布 ····· 71
〈表 3-17〉 處方種類別 活用處方別 患者數(性·年齡 等) ····· 73
〈表 3-18〉 處方種類別 患者數(傷病種類) ····· 74
〈表 3-19〉 處方種類別 患者數(保健所) ····· 76
〈表 3-20〉 投藥日數 分布 및 平均投藥日數 ····· 78
〈表 3-21〉 諸變數別 投藥日數 分布 및 平均投藥日數 ····· 79
〈表 3-22〉 患者 1人當 總診療費 分布 및 平均 總診療費 ····· 81
〈表 3-23〉 諸變數別 總診療費 分布 및 患者 1人當 平均 診療費 ·· 82
〈表 3-24〉 冬節期의 保健所 韓醫師의 時間活用 現況 ····· 85
〈表 3-25〉 示範事業 期間의 韓醫師의 業務分野別 一週日間
活動時間 分布 ····· 86
〈表 3-26〉 地域別 午前·午後別 診療患者數 ····· 87
〈表 3-27〉 地域別 午前·午後別 平均訪問患者數, 平均診療時間,
患者 1人當 平均診療時間 ····· 89
〈表 3-28〉 模型保健所 對比 保健所別 1日 患者診療數 및
患者當 診療時間 增減 所要 ····· 89
〈表 3-29〉 6個 地域 保健所의 차트管理方法 比較 ····· 91
〈表 3-30〉 住所別 一般特性別 分布 ····· 92
〈表 3-31〉 診療室別 차트數 및 診療件數 分布 (90.4.~94.12.) ····· 93
〈表 3-32〉 年間 醫師 1人當 診療件數 ····· 94
〈表 3-33〉 診療室別 諸變數別 차트數 分布 ····· 95
〈表 3-34〉 韓方 및 洋方診療室 利用者의 性別 年齡別 分布 ····· 96
〈表 3-35〉 諸變數別 患者 1人當 차트數 分布 ····· 97
〈表 3-36〉 診療室別 訪問回數 分布, 平均 訪問回數 및 再診率 ····· 98

〈表 3-37〉 五積散 엑스散劑 中 賦形劑 比率 ····· 109
〈表 4- 1〉 2週間 醫療利用者當 支出醫療費, 1995 ····· 113
〈表 4- 2〉 醫療機關別 2週間 外來利用者 1人當 醫療費 ····· 114
〈表 4- 3〉 治療源別 支出醫療費 構成(1989～1995) ····· 115
〈表 4- 4〉 利用한 醫療機關에 對한 滿足度, 1995 ····· 117
〈表 5- 1〉 年度·性別 人口數, 1952～1993 ····· 122
〈表 5- 2〉 年度別 出生率과 死亡率, 1952～1993 ····· 123
〈表 5- 3〉 性別 人口構造, 1990 ····· 123
〈表 5- 4〉 中國의 平均壽命(1981～1985) ····· 125
〈表 5- 5〉 全體死亡 中 主要 死因別 死亡構成比 比較, 1993 ····· 125
〈表 5- 6〉 地域·性別 癌의 種類別 死亡率(人口 10萬當), 1990 ····· 126
〈表 5- 7〉 保健醫療施設 種類別 機關數, 病床數, 人力數, 1993 ····· 127
〈表 5- 8〉 機能區分別 保健醫療人力數, 1993 ····· 128
〈表 5- 9〉 職種別 醫療技術人力數, 1993 ····· 129
〈表 5-10〉 病院種類別 病院當 平均 病床 및 人力規模, 1993 ····· 130
〈表 5-11〉 年度別 病院數 및 病床數의 變化, 1978～1990 ····· 130
〈表 5-12〉 年度別 主要 醫療人力의 變化, 1978～1990 ····· 131
〈表 5-13〉 中醫藥人力과 西醫藥人力의 人力種類別
構成比 比較, 1990 ····· 133
〈表 5-14〉 年度別 醫科學 및 中醫 硏究所數의 變化, 1978～1990 134
〈表 5-15〉 外來 및 入院 診療費 支出源 分布, 1986 ····· 139
〈表 5-16〉 一般病院과 中醫病院間 外來 및 入院 診療費
比較, 1990 ····· 139
〈表 5-17〉 診療所와 居住地 距離別 醫療서비스 coverage, 1985 · 141
〈表 6-1〉 保健醫療人力 種類別 免許登錄數, 1995 ····· 142

# 附 表 目 次

〈附表 1〉 韓方診療室利用者當 訪問回數 分布, 平均 訪問回數
및 再診率(春川市 保健所) ····· 157
〈附表 2〉 洋方診療室의 訪問回數 分布, 平均 訪問回數 및
再診率(春川市 保健所) ····· 158
〈附表 3〉 齒科診療室利用者當 訪問回數 分布, 平均 訪問回數
및 再診率(春川市 保健所) ····· 159

# 要 約

이 硏究는 醫療制度의 觀點에서 한방의료수요의 규모와 특성을 분석하고, 중국 중의약제도의 분석에서 얻은 시사점을 고려하여 公共部門에서의 韓方醫療 發展方向을 제시하는 데 목적을 두고 있다. 이에 따라 한방의료 발전의 주요 政策課題, 懸案, 政策方向을 이 연구의 분석결과를 중심으로 요약·제시하고 있다. 기술형식은 政策課題別로 이 연구에서 분석된 현황과 문제점을 기술하는 〈分析結果〉, 이와 같은 분석결과에서 얻을 수 있는 정책적 시사를 요약하는 〈示唆點〉 그리고 이 시사점에 따라 설정할 수 있는 〈政策方向〉 등으로 구분되어 있다.

## 1. 韓方醫療의 供給擴大 方向

- 한방의료를 확대할 수 있는 韓方醫療供給體系를 확립한다.
  - 韓方病院은 만성질환자 治療 및 再活을 위한 입원진료중심의료기관으로 육성
  - 韓醫院은 예방, 건강증진, 1차적 진료 등을 위한 1차 진료 기관으로 육성.
  - 한방 의료인력의 範圍와 役割 정립, 상호 역할 분담, 협조방안 강구.

- 公共部門의 한방의료 공급기능을 확대한다.
  - 農村地域 한의사 유치를 위한 방안 강구
  - 保健所 및 보건지소의 한방진료실 설치 확대

## 2. 保健所 韓方診療室 設置

- 保健所 한방진료실의 설치를 전국 보건소로 점진적으로 확대하고, 保健支所에는 지역 특성을 고려하여 선별적으로 한방진료실을 설치한다.
  - 한방진료실 模型과 적정 환자진료량은 영양군을 모형으로 사용
  - 지방공무원임용령이 규정하고 있는 관련규정을 개정하여 보건의무직군 醫務職列의 職類에 韓方醫務를 포함, 이 개정된 규정에 의거하여 보건소 한의사 임용
  - 농촌지역에 한의사를 유치하고 보건소와 보건지소에 근무케 하기 위한 공중보건한의사제도의 도입

- 보건소 한의사가 진료에 사용할 수 있는 한방처방과 한약제의 범위를 재검토하고, 保健所 標準韓方診療指針書를 작성·시행한다.
  - 기존 한방의료보험 급여에 포함된 처방중 사용되지 않는 처방 제외, 새로운 필요한 처방을 선정 포함
  - 한방의료보험 급여와는 관계없이 한의사의 적정진료를 위하여 필수적인 첩약처방과 한약재를 선정, 활용
  - 동일 傷病에 대한 한의사의 診療類型 객관화
  - 한의학연구소는 이상의 내용을 수록한 〈보건소 표준한방 진료지침서〉를 작성, 재직중 한의사와 신규 한의사에게 활용효율을 높이기 위한 韓醫師 硏修 실시

- 보건소내 洋韓方 協診을 점진적으로 실시한다.
  - 65세 이상 노인으로부터 양한방 구별하지 않는 동일 診療記錄 사용, 점진적으로 전연령층으로 확대, 협진 가능한 환자 선정, 협진의 구체적 방법과 법적 장애의 제거방안 개발

· 家庭訪問과 老人保健 등 사업팀에 한방의료팀 참여, 공동사업 방안 강구·시행

## 3. 韓方醫療의 滿足度 및 效率向上

- 한방의료의 治療效果 向上을 위한 硏究開發을 擴充한다.
  · 치료효과가 높은 處方의 發掘·普及, 치료효과가 낮은 처방의 제외, 치료과정의 객관화 등을 위한 韓方醫療 結果評價에 대한 재정지원 확대
  · 이와 같은 한방의료 연구·개발은 중국의 예를 참고로 하여 한국한의학연구소의 기능, 인력, 조직 확대
  · 좋은 한약재의 개발·생산을 위한 品種改良, 栽培, 管理 등 지원 확대

- 韓方醫療 酬價를 合理化한다.
  · 사용빈도가 높고 주요한 처방별 韓方醫療酬價制의 도입·실시
  · 한약재 유통단계의 개선과 규격화 품목의 확대

# Ⅰ. 序 論

## 1. 硏究의 背景

한방의료는 醫療法에 의거하여 한방병원, 한의원 등 의료기관의 설정과 한의사의 자격과 면허, 역할 등이 규정됨으로써 공식의료의 한 부분이 되고 있다. 그러나 한방의료에 대한 연구는 많지 않았다. 1985년에 한국보건사회연구원은 1차보건의료에 있어서의 傳統醫術의 役割에 관한 연찬회를 개최하여 1차보건의료사업에 전통의술을 포함하여 활용할 것을 건의하고 있다. 1989년에는 대구한의과대학 보건대학원 주최로 韓醫學과 公衆保健 세미나가 개최되었고, 이 세미나를 통하여 한의사의 공공보건의료업무에의 참여, 한의사의 공중보건의로의 활용, 한의사의 公衆保健分野에서의 役割 등이 건의되고 있다. 1990년에 최환영에 의한 韓方公衆保健醫制度에 관한 연구가 있다. 이 연구에서 한방공중보건의의 도입 필요성, 역할 등을 규정하여 정부에 이 제도의 도입을 건의하고 있다.

1990~1992년 기간에 한국보건사회연구원은 춘천, 순창, 영양 등 3개군의 保健所에 韓方診療室을 설치하여 한방진료실의 모형 설정, 동 모형의 효과평가 등 示範事業을 실시하여 지역주민이 한방진료에 대한 높은 수용성과 만족도를 갖고 있음을 실증하여 보건소 한방진료사업을 타 보건소에 확대할 것을 건의하고 있다. 1995년에는 참된 의료현실을 위한 청년한의사회 주최로 韓方公共醫療 세미나를 개최하여 한방의료의 공공부문 참여, 한방공공의료관련법 제도의 개선 등을 건의하고 있다. 1995년에 안철호 등에 의하여 보건소 韓方診療室 設置方

案과 효과적인 운영에 관한 연구가 이루어졌다. 이 연구에서 한방진료실 인력의 正規職化를 건의하고 있다. 1995년에 서울대학교 보건대학원은 公共保健機關에 한방진료 도입, 공중보건한의사제도 도입을 위한 관련법의 개정, 보건소 한방의료서비스의 범위 등을 건의하고 있다. 김진현 등은 1995년에 공공의료기관 근무 韓醫師의 保健行政에 관한 指針書 연구를 수행하여 보건소법에 규정된 업무에는 한방의료 업무가 명시되어 있지 않음을 지적하고 이의 개선을 건의하고 있다.

이와 같이 한방의료에 관한 그간의 연구는 數的으로 制限되어 있을 뿐만 아니라 공공의료와 한방의료, 특히 공중보건한의사제도에 관한 연구에 치중되고 있다.

이와 같은 先行硏究의 결과를 검토하여 이 연구는 한방의료의 硏究範圍를 확대하여 總醫療需要의 측면에서 한방의료를 검토하고, 타 의료기관 利用者와 비교되는 한방의료 이용자의 特性을 밝혀내고, 한방의료에 대한 滿足度 그리고 中國의 中醫藥制度 등을 검토하여 한의약 발전 방향을 모색하는 한편, 公共部門에서 보건소 한방진료실의 확대 가능성 등을 검토하는 새로운 시도를 하고 있다. 그러므로 이 연구는 한의약 발전을 위하여 새로운 領域의 懸案과 問題點을 다루면서 그 改善案을 제시하고자 하고 있다.

## 2. 硏究目的과 內容

### 가. 硏究目的

이 硏究는 의료제도의 관점에서 總醫療需要와 韓方醫療의 需要에 관한 심층분석과 중국의 中醫藥制度를 검토하여 한의약의 발전을 도모하고, 공공부문에서 한방의료의 효율적인 공급방안을 제시하는데 목

적을 두고, 다음과 같은 細部目的을 위해 실시되었다.

(1) 총의료수요의 추정과 한방의료의 수요 추정 그리고 한방의료 이용자의 성, 연령, 지역, 교육수준, 가구소득, 질병 분류별 특성 분석
(2) 한방의료 지출의료비 분석 및 타 의료기관과 비교·분석
(3) 한방의료에 대한 만족도 분석 및 타 의료서비스와의 비교·분석
(4) 보건소 한방의료 공급현황 분석
(5) 중국의 중의약제도 현황분석

## 나. 硏究內容 및 方法

〈醫療需要〉

□ 연구내용

· 한방의료의 연도별 변화
· 전체 의료기관 이용중 한방의료 이용 점유율
· 지역, 성, 연령, 교육수준, 의료보장 종류, 가구소득별 의료기관 이용과 한방의료 이용수준

□ 자료

· 한국보건사회연구원이 실시한 1989년, 1992년, 1995년의 국민건강조사 자료

□ 방법

· 記述分析

〈韓方 支出醫療費〉

□ 연구내용

· 2주간 한방의료 利用者當 지출의료비 및 타 의료기관 지출의료비
· 한방의료기관 訪問當 지출의료비 및 타 의료기관 지출의료비

· 2주간 외래진료 총지출의료비중 한방의료 지출의료비의 구성비 및 타 의료기관 지출의료비의 구성비

□ 자료

· 한국보건사회연구원이 실시한 1989년, 1992년, 1995년 국민건강조사 자료

□ 방법

· 기술분석

〈 韓方醫療에 대한 滿足度〉

□ 연구내용

· 한방의료 진료 대기시간 및 타 의료기관 진료 대기시간
· 한방의료 진료시간과 타 의료기관의 진료시간
· 한방의료인의 친절도 및 타 의료인의 친절도
· 한방의료의 치료효과 및 타 의료의 치료효과
· 한방의료 지출의료비와 타 의료기관의 지출의료비에 대한 인식

□ 자료

· 한국보건사회연구원이 실시한 1995년 국민건강조사 자료

□ 방법

· 기술분석

〈保健所 韓方醫療〉

□ 연구내용

· 보건소 한방진료 실적(상병명, 거주지역, 初診月, 의료보장 종류, 성, 연령, 방문횟수 등)
· 보건소 한방진료 類型 및 공급능력(성, 연령, 의료보장 종류, 1일 진료환자수, 진료유형, 처방종류, 처방당 투약일수, 의료

비, 진찰 및 시술 소요시간 등)

· 보건소 洋方, 치과, 한방 진료 현황(이용자, 방문수 등)

□ 자료

· 보건소 한방, 양방, 치과 진료기록

· 한의사가 작성한 處方箋

□ 방법

- 한방진료 실적

· 한방진료실이 설치·운영되고 있는 6개 보건소(춘천, 영양, 순창, 화천, 진주, 인제)를 현지 방문하여 진료기록 조사실시

· 진료기록은 각 보건소당 1,000매를 계통추출

· 조사기간은 1995년 12월 11일~ 12월 30일

- 한방진료 유형 및 공급능력

· 6개 보건소 한의사 대상 自計式 조사로 자료수집

· 조사시기는 1995년 12월 12일, 13일, 19일, 20일, 26일, 27일의 6일간

- 보건소 양방, 치과, 한방 진료 현황

· 춘천시보건소를 대상으로 가구단위로 보관·관리되고 있는 양방, 치과, 한방 진료기록을 계통추출, 2,670가구내 환자 진료기록 4,270매 수집·분석

· 자료수집은 1995년 12월 11일~12월 30일 기간에 실시

- 분석은 기술분석방법 적용

〈中國의 中醫藥制度〉

□ 연구내용

· 중의약제도

· 인구 및 보건상태

· 의료시설 종류, 수, 연도별 변화

· 인력종류, 수, 연도별 변화, 교육제도

· 中醫藥行政體系

· 中西醫間 관계, 중의약의 연구·개발

□ 자료

· 중국 현지출장 수집

· 출장기간은 1996년 7월 29일~8월 4일(1주간)

□ 방법

· 기술분석

# Ⅱ. 韓方醫療需要

## 1. 醫療需要와 韓方醫療需要의 槪念 및 分析方法

의료수요는 예방, 진단, 치료, 재활 등을 위해 실제로 이용된 의료량이다. 醫療提供源에는 병·의원, 치과병·의원, 한방병·의원, 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소), 약국 등이 있다. 이들 醫療提供源을 특정기간에 이용한 의료는 總醫療需要가 된다. 의료수요는 이용형태를 外來와 入院으로 구분하여 계량화할 수 있다. 入院인 경우에 연간 1인당 在院日數로, 外來인 경우에 연간 1인당 訪問數로 표시된다.

한방의료의 이용형태는 주로 외래이용이며, 외래이용을 중심으로 의료수요를 추정하는 것이 방법상 용이하기 때문에 여기서는 외래이용을 중심으로 한방의료의 수요를 추정하였다.

韓方醫療需要는 특정기간에 이용된 총의료수요 중 한방의료 이용비율로 정의한다. 특정기간은 2주간이며, 이 기간에 병·의원, 치과병·의원, 한방병·의원, 보건기관, 약국(방) 등을 방문한 총수가 총의료수요이며, 동 기간에 한방병·의원(한약방 포함) 방문수의 비율이 한방의료수요가 된다. 이러한 의료수요 추정에는 한국보건사회연구원이 1989년, 1992년, 1995년에 각각 실시한 국민건강조사자료가 이용되었다. 이 자료는 2주간 외래이용량을 醫療供給源別 利用者(1회 이상 이용자, person base)와 訪問頻度(visit base)로 나누어 제시하고 있다. 그러므로 여기서는 이용자중심의 한방의료수요와 방문빈도중심의 한방의료수요로 나누어 검토하기로 한다.

이용자 중심 한방의료수요는 2주간 의료이용과 연간 의료이용으로

구분하여 분석·제시한다. 연간이용은 2주간 이용이 다루지 못하는 영역 예컨대 의료이용에서 주요 지표로 사용되는 연간 의료공급체계와의 접촉 여부에 대한 정보를 제공할 수 있다. 연간접촉 비율이 높을수록 의료를 필요로 하는 대상에게 보다 더 균등하게 의료를 공급한 것으로 해석한다.

이와 같이 정의된 韓方醫療需要는 지역, 성, 연령, 교육수준, 의료보장 종류, 가구소득수준별로 분석하여 한방의료기관과 병·의원, 치과, 약국, 보건기관 등 각 의료기관의 이용수준과 비교·분석되었다.

본 분석에 사용된 자료는 한국보건사회연구원이 실시한 1995년 국민건강조사 자료이다.

## 2. 利用者中心 韓方醫療需要(2週間 利用)

### 가. 年度別 變化

〈表 2-1〉은 1989년~1995년 기간의 2주간 醫療利用者 100人當 醫療供給源別 이용 비율을 나타내고 있다.

病醫院 需要는 전국에서 1989~1992년 기간에 현저히 증가했으나, 1992~1995년 기간에는 변화가 거의 없다. 지역별로 보면, 농촌지역에서 1989년이래 연도별로 병·의원 수요는 계속 증가하고 있으나, 도시에서는 1992년보다 1995년에 병·의원 수요는 감소하고 있다.

齒科需要는 1989년 이래 연도별로 현저한 증가추세를 나타내고 있고 특히 1992~1995년 기간에 도시에서 현저한 증가추세를 나타낸다.

이에 반하여 藥局需要는 1989년이래 연도별로 현저한 감소추세를 나타내고 있다. 특히 농촌지역에서 감소추세는 현저하다. 1989년에 45.6%였던 것이 1995년에는 24.2%로 감소하고 있다.

〈表 2-1〉 2週間 醫療利用者 100人當 利用한 醫療供給源 比率, 1989～1995

(단위 %)

| 지역/연도 | 병의원 | 치과 | 한방 | 보건기관 | 약국(방) | 기타 | 계 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | | | | |
| 1989 | 40.4 | 1.4 | 3.9 | 3.1 | 50.5 | 0.7 | 100.0 |
| 1992 | 48.5 | 2.1 | 4.3 | 4.4 | 40.1 | 0.6 | 100.0 |
| 1995 | 48.0 | 5.7 | 4.4 | 4.6 | 37.3 | - | 100.0 |
| 도시 | | | | | | | |
| 1989 | 41.5 | 1.5 | 3.6 | 0.5 | 52.3 | 0.6 | 100.0 |
| 1992 | 49.1 | 2.2 | 4.4 | 0.8 | 43.0 | 0.5 | 100.0 |
| 1995 | 47.2 | 6.1 | 4.4 | 1.2 | 41.1 | - | 100.0 |
| 농촌 | | | | | | | |
| 1989 | 37.5 | 0.9 | 4.7 | 10.5 | 45.6 | 0.8 | 100.0 |
| 1992 | 46.5 | 2.1 | 4.0 | 15.8 | 30.9 | 0.7 | 100.0 |
| 1995 | 50.8 | 4.4 | 4.4 | 16.4 | 24.2 | - | 100.0 |

韓方需要는 1989년 이래 연도별로 큰 변화를 나타내지 않고 완만한 증가추세를 보이고 있다.

1989년 이후 의료기관별 의료수요의 변화는 병·의원의 경우에 농촌에서 계속 증가추세를 보이고 있으나 도시지역에서는 1995년에 감소경향을 나타내어 전국적으로는 안정되는 경향을 나타낸다. 그러나 약국이용은 연도별로 계속 감소경향을 나타내고, 이 감소는 치과와 보건기관 이용으로 대체되고 있다. 전체적으로 보면, 1992년 이후 치과수요의 상대적 증가, 그리고 한방수요의 완만한 증가는 특기할 만하다.

## 나. 人口特性別 差異

〈表 2-2〉는 지역·성·연령별 2주간 의료이용자 100인당 의료기관 이용 비율을 나타내고 있다.

〈表 2-2〉 地域·性·年齡別 2週間 醫療利用者 100人當 醫療機關 利用比率, 1995

| 지역/성/연령 | 계(N[1)]) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건기관 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 계 | 100.0(6,406) | 12.7 | 35.3 | 4.4 | 5.7 | 37.3 | 4.6 |
| 지역 | | | | | | | |
| 도시 | 100.0(4,963) | 12.3 | 34.9 | 4.4 | 6.1 | 41.1 | 4.2 |
| 농촌 | 100.0(1,443) | 14.1 | 36.7 | 4.4 | 4.4 | 24.2 | 16.4 |
| 성별 | | | | | | | |
| 남자 | 100.0(2,670) | 13.0 | 35.2 | 3.7 | 7.3 | 36.6 | 4.1 |
| 여자 | 100.0(3,736) | 12.4 | 35.4 | 4.8 | 4.5 | 37.8 | 5.0 |
| 연령 | | | | | | | |
| 0～ 4 | 100.0( 767) | 11.1 | 63.6 | 1.4 | 3.9 | 6.2 | 3.8 |
| 5～ 9 | 100.0( 475) | 6.5 | 43.1 | 0.7 | 11.8 | 35.2 | 3.6 |
| 10～19 | 100.0( 611) | 9.7 | 30.4 | 1.2 | 10.8 | 44.4 | 3.4 |
| 20～29 | 100.0( 705) | 12.7 | 31.3 | 3.2 | 6.4 | 45.2 | 1.1 |
| 30～39 | 100.0( 978) | 12.1 | 27.8 | 3.4 | 5.8 | 48.0 | 3.0 |
| 40～49 | 100.0( 908) | 13.0 | 30.2 | 5.9 | 4.5 | 43.9 | 2.5 |
| 50～59 | 100.0( 890) | 14.7 | 30.2 | 7.8 | 2.0 | 37.3 | 5.0 |
| 60～69 | 100.0( 663) | 16.9 | 31.4 | 8.4 | 2.8 | 29.4 | 11.1 |
| 70～ | 100.0( 409) | 17.6 | 35.6 | 5.7 | 1.5 | 27.5 | 12.2 |

註: 1) N=2주간 의료기관 이용자수

都市와 農村間 의료기관 이용비율간 큰 차이는 병·의원과 보건기관 이용이 도시보다 농촌에서 현저히 높은 반면, 약국 이용은 농촌에서 현저히 낮은 것이다. 이에 반하여 농촌보다 도시에서 약국 이용과 치과 이용의 비율이 높다. 한방의료 이용은 도시와 농촌간 차이가 없다.

性別로 볼 때 치과 이용은 남자에서, 한방 이용은 여자에서 약간 높으며, 기타 의료기관 이용의 성별 차이는 별로 없다.

年齡別로 보면, 병원 이용은 연령증가에 따라 이용비율이 증가하고 있는데 이러한 이용패턴은 보건기관 이용과 한방 이용에서 볼 수 있다. 의원 이용은 9세 이하, 치과 이용은 5～19세, 약국 이용은 20～39세에서 각각 높다.

居住地域은 한방 의료수요의 차이에 유의하게 영향을 주지 않지만 性과 年齡은 영향을 주고 있다. 즉 여자와 연령증가는 한방수요의 증가에 영향을 주는 요인이 되고 있다.

### 다. 經濟狀態別 差異

〈表 2-3〉 은 교육수준, 의료보장, 가구소득별로 2주간 의료이용자 100인당 의료기관 이용 비율을 나타내고 있다.

〈表 2-3〉 敎育水準·醫療保障·家口所得別 2週間 醫療利用者 100人當 醫療機關利用 比率, 1995

| 교육/의료보장 /가구소득 | 계(N[1)]) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건기관 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 교육수준 | | | | | | | |
| 미취학 | 100.0( 941) | 10.5 | 59.6 | 1.3 | 4.9 | 20.3 | 3.4 |
| 무학 | 100.0( 772) | 13.9 | 35.3 | 6.0 | 2.0 | 29.7 | 13.0 |
| 국졸 | 100.0(1,451) | 12.5 | 33.5 | 4.7 | 6.8 | 36.0 | 6.4 |
| 중졸 | 100.0( 944) | 12.2 | 29.6 | 5.7 | 4.3 | 44.9 | 3.2 |
| 고졸 | 100.0(1,585) | 13.2 | 28.7 | 4.2 | 6.3 | 45.6 | 2.0 |
| 대졸 이상 | 100.0( 713) | 14.0 | 29.6 | 4.7 | 8.9 | 41.9 | 1.0 |
| 의료보장 | | | | | | | |
| 공교 | 100.0( 663) | 13.3 | 38.0 | 7.2 | 7.9 | 32.0 | 4.7 |
| 직장 | 100.0(2,105) | 13.1 | 36.8 | 4.4 | 5.9 | 37.1 | 2.9 |
| 지역 | 100.0(3,322) | 12.1 | 34.1 | 4.5 | 5.5 | 38.9 | 4.8 |
| 의보 | 100.0( 245) | 18.1 | 33.2 | 5.0 | 1.1 | 24.4 | 18.4 |
| 없음 | 100.0( 71) | 0.8 | 31.1 | 0.8 | 2.6 | 63.0 | 1.7 |
| 가구소득 | | | | | | | |
| ~ 50만원 | 100.0( 958) | 14.7 | 32.8 | 5.8 | 2.2 | 32.0 | 12.6 |
| 51~100만원 | 100.0(1,653) | 12.4 | 34.4 | 4.7 | 4.8 | 38.5 | 5.2 |
| 101~150만원 | 100.0(1,662) | 12.2 | 37.1 | 3.2 | 6.5 | 37.8 | 3.2 |
| 151~200만원 | 100.0(1,136) | 12.4 | 36.9 | 3.6 | 7.2 | 37.7 | 2.1 |
| 201~250만원 | 100.0( 410) | 11.6 | 34.9 | 4.6 | 6.5 | 39.6 | 3.0 |
| 251만원~ | 100.0( 587) | 12.4 | 34.3 | 4.9 | 8.3 | 39.8 | 0.3 |

註: 1) N=2주간 의료기관 이용자수

敎育水準別로 볼 때, 보건기관 이용은 교육수준이 높아짐에 따라감소하고, 치과 이용은 증가하는 경향을 나타내지만, 병원, 의원, 한방 약국 등 이용은 교육수준과 별로 관련이 없다.

醫療保障 종류별로 보면, 의료보호수혜자의 경우에 병원이용과 보건기관 이용에서 비교적 높은 비율을 나타내는 것을 제외하고 의원이용과 한방이용에서 의료보장 종류별로 일관된 차이를 볼 수 없다. 다만 치과 이용과 약국 이용에서 의료보호수혜자의 이용이 적다는 것을 볼 수 있다. 즉 의료보장의 혜택권 밖에 있는 의료보장 비수혜자는 약국 이용 비율이 높다는 것을 알 수 있다.

家口所得水準別로 보면, 치과 이용은 소득수준이 높아짐에 따라 이용수준이 높아지나, 보건기관 이용은 소득수준이 높아짐에 따라 낮아진다. 병원, 의원, 한방, 약국 등 이용은 소득수준과 유의한 관계가 없다.

韓方醫療에 교육수준, 의료보장 종류, 가구소득 등은 유의하게 영향을 주지 못 한다.

### 라. 疾病種類別 差異

〈表 2-4〉는 질병종류별 의료기관 이용자 비율을 나타내고 있다. 의료기관 종류별로 이용자의 疾病分布는 유의하게 차이가 있다. 3次 醫療機關의 경우에 순환기계질환자의 이용비율이 가장 높고 다음은 호흡기계, 소화기계질환이다. 綜合病院과 病院에서는 소화기계질환의 비율이 가장 높고, 다음이 호흡기계, 근골격계질환이다. 醫院에서는 호흡기계질환자의 비율이 가장 높고, 다음이 소화기계, 근골격계질환이다. 藥局 이용에서는 호흡기계질환자가 42%로서 가장 큰 비율을 나타내고 다음은 소화기계, 근골격계질환이다. 保健診療所 역시 약국과 유사하게 호흡기계질환의 비율이 현저하게 높고, 다음은 근골격계질환이다. 保健(支)所에서는 근골격계, 소화기계, 호흡기계질환의 비율이 유사하게 높다.

〈表 2-4〉 疾病種類別 醫療機關 利用者 比率, 1995

| 질병종류 | 계(N) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건(지)소 | 보건진료소 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| (N) | (6,406) | (265) | (2,263) | (280) | (365) | (2,388) | (217) | (78) |
| 감염성 및 기생충성 | 0.9 | 1.1 | 1.4 | 0.6 | - | 0.4 | 2.1 | 2.8 |
| 신생물 | 0.4 | - | 0.3 | - | - | 0.2 | 0.3 | - |
| 내분비장애 | 2.0 | 5.6 | 2.3 | 1.7 | - | 0.5 | 3.4 | - |
| 정신질환 | 0.9 | 3.0 | 1.3 | 1.0 | - | 0.2 | 0.8 | - |
| 신경계 및 감각계 | 6.3 | 2.6 | 9.9 | 5.5 | 0.8 | 4.7 | 2.4 | 0.5 |
| 순환기계 | 4.7 | 7.2 | 4.0 | 9.6 | - | 2.4 | 13.8 | 5.1 |
| 호흡기계 | 31.4 | 16.7 | 35.5 | 6.3 | - | 41.8 | 16.0 | 49.4 |
| 소화기계 | 19.4 | 17.9 | 12.6 | 6.2 | 83.2 | 19.3 | 18.4 | 8.3 |
| 비뇨생식기계 | 1.6 | 3.1 | 1.4 | 0.5 | - | 1.3 | 0.8 | - |
| 피부 및 피하조직 | 5.3 | 4.3 | 7.5 | 0.2 | - | 5.3 | 3.7 | 3.4 |
| 근골격계 및 결합조직 | 12.0 | 13.4 | 10.4 | 50.1 | - | 10.5 | 18.9 | 20.4 |
| 사고중독 및 후유증 | 4.5 | 11.2 | 5.0 | 10.2 | 0.7 | 3.1 | 4.2 | 3.7 |
| 전신중상, 미분류 | 2.2 | 0.5 | 2.4 | 3.5 | - | 2.4 | 0.5 | 0.7 |
| 검진, 상담 | 2.7 | 10.0 | 2.8 | 1.8 | 3.2 | 0.3 | 2.6 | 2.1 |
| 예방서비스 | 1.1 | 1.6 | 1.1 | 3.0 | 0.3 | - | 11.3 | 3.6 |
| 성형, 보철, 교정 | 0.7 | - | - | - | 11.4 | - | - | - |
| 기타 | 3.9 | 1.8 | 2.1 | - | - | 7.6 | 0.5 | - |

이들 의료기관과 비교하여 韓方醫療 이용은 근골격계질환이 50.1%로서 절반을 차지하고 다음은 사고 및 중독, 순환기계질환이다. 이들 3개 상병이 전체 한방의료 이용자의 70%를 점유한다.

이와 같이 의료기관별로 취급되는 의료이용자의 질병분포는 유의하게 차이가 있다. 韓方病醫院은 다른 의료기관과 차별화되는 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하고 있음을 알 수 있다. 그러므로 한방의료는 현대의료가 치료하기 어렵거나 접근하기 어려운 만성질환중 근골격계질환과 순환기계질환의 치료라는 특수영역의 의료수요의 충족에 이용됨으로써 기존 의료체계내에서 특화된 의료서비스 제공기능을 수행하고 있음을 알 수 있다.

## 마. 醫療機關 選擇經路의 差異

〈表 2-5〉는 2주간에 이용한 의료기관의 선택경로를 나타내고 있다.

〈表 2-5〉 醫療機關別 醫療機關 選擇經路, 1995

| 선택경로 | 전체 | 종합병원 | | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건(지)소 | 보건진료소 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3차 | 2차 | | | | | | | |
| 계 (N[1]) | 100.0 (6,406) | 100.0 (233) | 100.0 (317) | 100.0 (265) | 100.0 (2,263) | 100.0 (280) | 100.0 (365) | 100.0 (2,388) | 100.0 (217) | 100.0 (78) |
| 거리인접 | 49.3 | 7.6 | 15.7 | 29.6 | 38.4 | 23.5 | 50.1 | 73.7 | 35.5 | 72.7 |
| 혼자선택 | 32.1 | 35.1 | 48.8 | 39.6 | 40.4 | 34.6 | 30.4 | 19.3 | 52.1 | 23.5 |
| 친지권유 | 15.2 | 21.2 | 21.3 | 17.2 | 19.2 | 41.5 | 18.2 | 7.1 | 10.3 | 3.8 |
| 타기관의뢰 | 1.8 | 30.4 | 6.7 | 2.1 | 0.8 | 0.4 | - | - | 2.0 | - |
| 응급의료 | 0.7 | 3.7 | 4.3 | 3.5 | 0.6 | - | - | - | - | - |
| 기타 | 0.8 | 1.9 | 3.1 | 8.1 | 0.6 | - | 1.2 | - | - | - |

註: 1) N=2주간 의료기관 이용자수

의료기관의 選擇經路는 전체적으로 거리인접과 혼자선택의 비율이 82%를 차지한다. 즉 자신이 평소 인지하고 가까운 거리에 있는 의료기관을 이용하고 있다. 이러한 의료기관 선택은 의원, 약국, 보건(지)소, 보건진료소 등에서 볼 수 있다. 그러나 3차 醫療機關에서는 의뢰의 비율이 높고, 韓方病醫院에서는 親知勸誘로 이용한 비율이 현저히 높다.

한방병·의원은 지리적으로 고르게 분포되어 있지 않고 그 소재지와 역할에 대한 정보가 부족하여 혼자서 어떤 한방병·의원을 선택할 것인가에 대하여 주저하는 경향을 나타낸다. 친지를 통하여 이용한다는 것은 의료기관에 대하여 정보의 부족과 이용상 불안을 갖고 있는 것이다. 이러한 불안의 해소, 의료기관의 존재, 역할 등에 관한 홍보는 한방병·의원 이용을 향상시키는 주요 요인이 될 수 있다.

## 3. 利用者中心 韓方醫療需要(年間 利用)

### 가. 地域·性別 差異

〈表 2-6〉 은 지역·성별 인구 100인당 연간 병·의원, 치과병·의원, 한방병·의원을 이용한 경험자의 비율을 비교하고 있다.

〈表 2-6〉 地域·性別 人口 100人當 年間 醫療機關 利用者 比率, 1995

| 지역/성 | 계(N) | 병의원 | 치과 | 한방 |
|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | |
| 계 | 100.0(22,675) | 53.3 | 22.3 | 16.3 |
| 남자 | 100.0(10,974) | 48.4 | 20.7 | 14.0 |
| 여자 | 100.0(11,701) | 55.9 | 21.9 | 18.4 |
| 도시 | | | | |
| 계 | 100.0(17,737) | 52.5 | 22.1 | 16.8 |
| 남자 | 100.0( 8,674) | 48.4 | 21.6 | 14.5 |
| 여자 | 100.0( 9,063) | 56.3 | 22.5 | 19.0 |
| 농촌 | | | | |
| 계 | 100.0( 4,938) | 51.7 | 18.5 | 14.4 |
| 남자 | 100.0( 2,300) | 48.3 | 17.2 | 12.2 |
| 여자 | 100.0( 2,638) | 54.7 | 19.6 | 16.4 |

年間 病醫院에 1회 이상 이용한 이용자는 인구 100인당 52.3%이다. 이 비율은 美國의 78.3%와 비교하여 현저히 낮은 것이다. 미국에서 연간 1인당 평균 의사방문수는 5회이지만 우리나라는 1992년에 8.4회에 달한다. 우리나라는 연간 20회 이상 의사를 방문하는 多利用者의 비율이 높기 때문에 평균은 올라가고 연간 이용자 비율은 낮은 것이다. 우리나라는 少數의 多利用者가 의료를 寡占하고 있는데 반하여 미국은 필요한 의료를 필요한 만큼 다수가 이용하고 있음을 알 수 있다.

齒科와 韓方 의료기관을 연간 이용한 비율은 병·의원 이용보다 훨씬 낮아서 치과에서 22.3%, 한방에서는 16.3%에 불과하다. 특히 한방에서는 1년에 전혀 한방의료기관과 접촉을 하지 않는 비율이 83.7%에 달하는 것이다.

性別로 볼 때, 병·의원, 치과, 한방 모두에서 연간 의료기관 이용자 비율은 남자보다 여자에서 높다. 다만 韓方에서 성별 차이가 병·의원이나 치과보다 큼을 알 수 있다.

地域別로 볼 때, 농촌보다 도시에서 의료기관 이용자 비율이 병·의원, 치과, 한방에서 다 같이 약간 높다. 지역·성별로 보아도 도시나 농촌에서 다 같이 남자보다 여자에서 의료기관 이용자 비율이 높다.

거주지역과 성별 차이는 한방의료의 이용에 영향을 주고 있음을 알 수 있다.

### 나. 地域·年齡 差異

〈表 2-7〉은 지역·연령별로 인구 100인당 연간 병·의원, 치과, 한방 의료기관 이용자 비율을 비교하고 있다.

病醫院의 경우에 연간 이용자 비율은 0~4세에서 가장 높고, 齒科에서는 5~9세, 韓方에서는 50~69세 고령층에서 각각 가장 높다. 특히 치과와 비교하여 50~69세에서는 한방에서 이용자 비율이 더 높다.

이러한 의료기관별 이용자 비율의 傾向은 도시와 농촌에서 나타나며, 특히 한방 이용자 비율은 都市의 60~69세 노령층에서 가장 높음을 알 수 있다. 연령은 한방의료 이용자 비율에 영향을 주는 주요 요인이 되고 있다.

〈表 2-7〉 地域·年齡別 人口 100人當 年間 醫療機關 利用者 比率, 1995

| 지역/연령 | 계(N) | 병·의원 | 치과 | 한방 |
|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | |
| 0～ 4 | 100.0(1,581) | 84.3 | 16.9 | 12.8 |
| 5～ 9 | 100.0(1,600) | 65.7 | 51.8 | 11.8 |
| 10～19 | 100.0(4,085) | 36.2 | 22.0 | 8.1 |
| 20～29 | 100.0(3,601) | 41.7 | 17.0 | 10.6 |
| 30～39 | 100.0(4,050) | 48.8 | 18.2 | 18.5 |
| 40～49 | 100.0(2,998) | 53.8 | 19.2 | 22.2 |
| 50～59 | 100.0(2,318) | 60.6 | 21.8 | 26.2 |
| 60～69 | 100.0(1,417) | 64.4 | 19.3 | 25.9 |
| 70～ | 100.0(1,025) | 57.0 | 12.7 | 19.8 |
| 도시 | | | | |
| 0～ 4 | 100.0(1,314) | 85.9 | 16.7 | 13.3 |
| 5～ 9 | 100.0(1,299) | 67.9 | 54.6 | 12.9 |
| 10～19 | 100.0(3,240) | 37.7 | 23.9 | 8.9 |
| 20～29 | 100.0(3,063) | 42.1 | 17.4 | 10.6 |
| 30～39 | 100.0(3,422) | 48.8 | 18.6 | 19.1 |
| 40～49 | 100.0(2,398) | 53.9 | 19.8 | 23.3 |
| 50～59 | 100.0(1,579) | 59.7 | 21.4 | 27.8 |
| 60～69 | 100.0( 840) | 63.2 | 20.9 | 29.1 |
| 70～ | 100.0( 582) | 59.2 | 15.4 | 22.5 |
| 농촌 | | | | |
| 0～ 4 | 100.0( 267) | 76.5 | 17.9 | 10.1 |
| 5～ 9 | 100.0( 301) | 56.3 | 39.6 | 6.8 |
| 10～19 | 100.0( 845) | 30.3 | 18.5 | 4.9 |
| 20～29 | 100.0( 538) | 39.7 | 14.7 | 10.9 |
| 30～39 | 100.0( 628) | 48.9 | 16.2 | 15.1 |
| 40～49 | 100.0( 600) | 53.3 | 17.0 | 18.0 |
| 50～59 | 100.0( 739) | 62.4 | 22.6 | 22.8 |
| 60～69 | 100.0( 577) | 66.3 | 17.1 | 21.2 |
| 70～ | 100.0( 443) | 54.1 | 9.3 | 16.2 |

註: 1) N=2주간 의료기관 이용자수

### 다. 地域·敎育程度 差異

〈表 2-8〉은 지역·교육정도별 인구 100인당 연간 병·의원, 치과, 한방 의료기관 이용자 비율을 비교하고 있다.

〈表 2-8〉 地域·敎育程度別 人口 100人當 年間 醫療機關 利用者 比率, 1995

| 지역/교육정도 | 계(N) | 병·의원 | 치과 | 한방 |
|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | |
| 미취학 | 100.0(2,011) | 82.7 | 24.6 | 12.6 |
| 무학 | 100.0(1,789) | 62.0 | 13.8 | 21.9 |
| 국졸 | 100.0(4,676) | 57.0 | 30.6 | 18.1 |
| 중졸 | 100.0(3,798) | 47.1 | 19.1 | 16.1 |
| 고졸 | 100.0(6,985) | 45.0 | 17.8 | 15.2 |
| 대졸 이상 | 100.0(3,416) | 43.7 | 20.2 | 15.4 |
| 도시 | | | | |
| 미취학 | 100.0(1,661) | 84.6 | 24.8 | 13.3 |
| 무학 | 100.0( 848) | 64.3 | 14.3 | 25.6 |
| 국졸 | 100.0(3,264) | 57.2 | 33.8 | 18.6 |
| 중졸 | 100.0(3,002) | 48.3 | 19.8 | 17.2 |
| 고졸 | 100.0(5,880) | 45.5 | 18.0 | 15.9 |
| 대졸 이상 | 100.0(3,082) | 44.2 | 20.5 | 15.7 |
| 농촌 | | | | |
| 미취학 | 100.0( 350) | 73.9 | 23.4 | 9.7 |
| 무학 | 100.0( 941) | 60.0 | 13.4 | 18.6 |
| 국졸 | 100.0(1,412) | 56.4 | 23.3 | 16.9 |
| 중졸 | 100.0( 796) | 42.4 | 16.5 | 12.0 |
| 고졸 | 100.0(1,105) | 42.2 | 17.0 | 11.7 |
| 대졸 이상 | 100.0( 334) | 38.9 | 17.2 | 12.1 |

齒科를 제외하고 병·의원과 한방 이용자 비율은 교육수준이 낮을수록 높다. 이와 같은 경향은 도시와 농촌에서 다 같이 볼 수 있다. 그러나 교육수준이 낮은 계층은 고령층에 속할 가능성이 높기 때문에 연령과 교육의 요인이 복합적으로 이용자 비율에 영향을 줄 수도 있

다. 그러므로 교육수준이 의료이용자 비율에 크게 영향을 주는 요인이라고 해석하기는 어렵다.

### 라. 地域·醫療保障 差異

〈表 2-9〉는 지역·의료보장 종류별 인구 100인당 연간 병·의원, 치과, 한방 의료기관 이용자 비율을 비교하고 있다.

〈表 2-9〉 地域·醫療保障別 人口 100人當 年間 醫療機關 利用者 比率, 1995

| 지역/의료보장 | 계(N) | 병·의원 | 치과 | 한방 |
|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | |
| 공교 | 100.0( 2,204) | 56.6 | 23.7 | 17.7 |
| 직장 | 100.0( 7,543) | 54.1 | 21.7 | 16.8 |
| 지역 | 100.0(12,003) | 40.7 | 21.1 | 16.0 |
| 의보 | 100.0( 560) | 48.4 | 15.1 | 13.0 |
| 없음 | 100.0( 365) | 32.8 | 15.3 | 12.8 |
| 도시 | | | | |
| 공교 | 100.0( 1,717) | 55.8 | 24.3 | 18.3 |
| 직장 | 100.0( 6,361) | 54.2 | 22.4 | 16.9 |
| 지역 | 100.0( 9,137) | 50.9 | 21.7 | 16.7 |
| 의보 | 100.0( 214) | 66.3 | 19.7 | 13.8 |
| 없음 | 100.0( 308) | 33.9 | 16.7 | 13.5 |
| 농촌 | | | | |
| 공교 | 100.0( 487) | 59.6 | 21.4 | 15.9 |
| 직장 | 100.0( 1,182) | 53.2 | 18.2 | 16.4 |
| 지역 | 100.0( 2,866) | 50.1 | 19.1 | 13.7 |
| 의보 | 100.0( 346) | 53.6 | 12.2 | 12.4 |
| 없음 | 100.0( 57) | 26.8 | 7.9 | 9.5 |

병·의원, 치과, 한방 의료기관 이용자 비율은 공·교와 직장 의료보험에서 높지만, 齒科와 韓方에서는 의료보호수혜자와 의료보장비수혜자에서 이용자 비율이 비교적 낮음을 알 수 있다. 이와 같은 현상은

의료보험 급여범위가 제한적인데 기인하는 것 같다.

전체적으로 의료보험 적용자의 경우에 의료보험의 종류별로 의료이용자 비율은 유의한 차이가 없다.

## 마. 地域·家口所得 差異

〈表 2-10〉 地域·家口所得別 人口 100人當 年間 醫療機關 利用者 比率, 1995

| 지역/가구소득 | 계(N) | 병의원 | 치과 | 한방 |
|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | |
| ~ 50만원 | 100.0(2,664) | 55.6 | 18.2 | 17.7 |
| 51~100만원 | 100.0(5,864) | 50.0 | 19.4 | 14.5 |
| 101~150만원 | 100.0(6,170) | 53.8 | 21.1 | 15.3 |
| 151~200만원 | 100.0(4,199) | 54.1 | 24.4 | 16.7 |
| 201~250만원 | 100.0(1,654) | 52.1 | 23.5 | 17.3 |
| 251만원~ | 100.0(2,124) | 50.2 | 24.0 | 20.0 |
| 도시 | | | | |
| ~ 50만원 | 100.0(1,297) | 57.7 | 21.1 | 20.2 |
| 51~100만원 | 100.0(4,293) | 50.2 | 19.9 | 14.7 |
| 101~150만원 | 100.0(5,106) | 52.7 | 21.6 | 15.8 |
| 151~200만원 | 100.0(3,651) | 55.0 | 24.6 | 17.0 |
| 201~250만원 | 100.0(1,454) | 52.3 | 22.4 | 17.3 |
| 251만원~ | 100.0(1,936) | 49.7 | 24.3 | 20.4 |
| 농촌 | | | | |
| ~ 50만원 | 100.0(1,359) | 53.5 | 15.4 | 15.3 |
| 51~100만원 | 100.0(1,568) | 49.7 | 18.1 | 14.0 |
| 101~150만원 | 100.0(1,069) | 53.3 | 19.1 | 12.8 |
| 151~200만원 | 100.0( 550) | 48.1 | 22.9 | 14.6 |
| 201~250만원 | 100.0( 202) | 50.4 | 23.1 | 17.4 |
| 251만원~ | 100.0( 190) | 55.1 | 20.9 | 16.5 |

〈表 2-10〉은 지역·가구소득별로 인구 100인당 연간 병·의원, 치과, 한방 의료기관 이용자 비율을 비교하고 있다.

病醫院 이용자 비율은 도시나 농촌에서 가구소득별로 유의한 차이를 나타내지 않는다. 그러나 齒科의 경우에는 가구소득이 높아짐에 따라서 이용자 비율이 높아지는 경향을 나타내고 있다. 韓方의 경우에는 가구소득 50만원 이하의 낮은 所得階層과 高所得層에서 이용자 비율이 높은 현상을 보이고 있다. 그러므로 한방의 경우에는 소득이 낮은 계층에서는 치료의 目的으로, 소득이 높은 계층에서는 補藥性 治療의 목적으로 이용되는 경향을 나타내는 것 같다.

### 바. 慢性疾患別 差異

〈表 2-11〉은 만성질환별로 환자 100인당 조사일 현재까지의 의료기관별 이용경험 비율을 나타내고 있다. 만성질환은 앞에서 논의한 바와 같이 韓方醫療의 수요와 밀접한 연관성이 있기 때문에 의료이용 경험률은 중요하다. 전체적으로 慢性疾患者의 의료이용경험 비율은 높다. 다만 치료경험률이 낮은 질환은 신경계 및 감각계질환 중 기타 귀의 이상, 치핵, 치질, 그리고 치주질환 및 치경부마모증 등 만성질환이다. 醫療機關別로 보면, 병·의원 이용이 가장 높고 다음은 약국이며, 한방이용은 20.7%로서 앞에서 논의한 이용자 100인당 한방이용자 비율보다 훨씬 높다. 이는 만성질환의 이용에 한방이 크게 關與하고 있음을 意味한다. 만성질환의 종류별로 이용한 의료기관에는 많은 差異가 있다. 병·의원 이용은 기타 귀의 이상, 치핵, 치질, 치아우식증, 치주질환 및 치경부 마모증 등 만성질환의 治療經驗率이 낮다. 약국이용은 신경계이상, 피부 및 피하조직 질환, 만성 폐색성 폐질환, 관절염 등 만성질환자의 이용 비율이 높다. 韓方의 경우에는 중풍, 관절염, 기타 근골격계질환, 신경증, 신경쇠약 등 慢性疾患의 치료경험율이 높다. 특히 중풍환자의 70.7%는 韓方醫療를 이용한 경험을 갖고 있고 이환률이 높은 근골격계질환의 한방이용 비율이 높음을 알 수 있다.

〈表 2-11〉 地域·家口所得別 人口 100人當 年間 醫療機關 利用者 比率, 1995

| 상 병 분 류 | 계(N[1]) | 치료 | 의료기관 종류별 치료경험률 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 병·의원 | 한방 | 약국 | 보건(지)소 | 보건진료소 | 기타[2] |
| 전체 | 100.0(9,775) | 87.0 | 66.3 | 20.7 | 35.5 | 5.5 | 1.5 | 2.4 |
| 감염성 및 기생충성질환 | | | | | | | | |
| 결핵, 폐결핵 | 100.0( 52) | 100.0 | 81.2 | 8.5 | 14.4 | 54.7 | - | 3.1 |
| 기타 | 100.0( 5) | | | | | - | - | - |
| 신생물 | | | | | | | | |
| 위암 | 100.0( 15) | * | * | * | * | - | - | - |
| 자궁암 | 100.0( 6) | * | | * | * | - | - | - |
| 기타 부위 악성신생물 | 100.0( 17) | * | * | * | * | * | - | * |
| 양성신생물 | 100.0( 35) | 93.5 | 87.6 | 18.0 | 23.0 | 1.6 | - | 3.1 |
| 내분비장애 | | | | | | | | |
| 당뇨병 | 100.0( 365) | 89.7 | 84.1 | 16.0 | 27.8 | 7.4 | 0.3 | 2.7 |
| 갑상선질환 | 100.0( 95) | 69.7 | 93.8 | 6.8 | 15.8 | 1.2 | 0.6 | 1.7 |
| 정신장애 | | | | | | | | |
| 신경증, 신경쇠약 | 100.0( 147) | 96.3 | 92.3 | 32.7 | 36.0 | 3.6 | 0.7 | 1.5 |
| 정신병 | 100.0( 35) | 94.6 | 92.8 | 8.9 | 12.7 | 1.3 | 3.0 | 10.8 |
| 신경계 및 감각계 질환 | | | | | | | | |
| 만성중이염 | 100.0( 112) | 93.2 | 90.0 | 4.4 | 25.0 | 2.3 | 1.0 | 1.0 |
| 백내장, 녹내장 | 100.0( 159) | 83.9 | 82.1 | 1.6 | 14.7 | 1.5 | - | - |
| 기타 눈의 이상 | 100.0( 69) | 90.1 | 73.2 | 4.6 | 35.3 | 1.1 | - | - |
| 기타 귀의 이상 | 100.0( 128) | 62.8 | 51.4 | 6.8 | 24.3 | 1.4 | 1.0 | 2.0 |
| 기타 신경계 이상 | 100.0( 137) | 88.8 | 60.0 | 23.7 | 57.6 | 7.4 | 2.2 | 0.9 |

註: 1) N=치료경험자수
2) 가정상비약 이용 포함
3) * = 20건 이하임

〈表 2-11〉 계속

| 상 병 분 류 | 계(N[1]) | 치료 | 의료기관 종류별 치료경험률 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 병·의원 | 한방 | 약국 | 보건(지)소 | 보건진료소 | 기타[2] |
| 순환기계질환 | | | | | | | | |
| 고혈압 | 100.0( 606) | 89.9 | 77.8 | 22.6 | 37.6 | 11.2 | 3.1 | 1.4 |
| 중풍 | 100.0( 130) | 98.3 | 71.6 | 70.7 | 29.2 | 4.6 | - | 6.1 |
| 심장병 | 100.0( 262) | 90.8 | 81.3 | 20.6 | 30.9 | 2.3 | 1.1 | 0.8 |
| 치핵, 치질 | 100.0( 275) | 54.6 | 20.5 | 2.0 | 36.1 | 0.3 | - | 5.5 |
| 기타 순환기계질환 | 100.0( 27) | 96.1 | 67.2 | 41.8 | 38.4 | 2.0 | 2.4 | 4.0 |
| 호흡기계질환 | | | | | | | | |
| 만성 폐색성 폐질환 | 100.0( 419) | 87.0 | 70.5 | 20.5 | 45.7 | 11.3 | 1.9 | 3.2 |
| 축농증(만성 부비동염) | 100.0( 344) | 87.4 | 78.3 | 11.6 | 27.0 | 0.5 | - | 0.4 |
| 기타 호흡기계질환 | 100.0( 191) | 77.9 | 65.7 | 11.8 | 32.9 | 4.8 | 0.9 | - |
| 소화기계질환 | | | | | | | | |
| 소화성궤양 및 위염 | 100.0(1,462) | 94.2 | 71.1 | 15.0 | 51.9 | 4.2 | 1.6 | 1.6 |
| 간질환 | 100.0( 271) | 82.1 | 70.9 | 11.7 | 25.2 | 3.7 | 0.9 | 3.8 |
| 치아우식증 | 100.0( 748) | 82.4 | 49.6 | 0.5 | 12.3 | 3.2 | - | 0.6 |
| 치주질환 및 치경부마모증 | 100.0( 345) | 65.0 | 43.3 | - | 18.3 | 1.7 | 0.1 | 1.4 |
| 기타 소화기계질환 | 100.0 (199) | 92.8 | 49.0 | 10.7 | 30.7 | 2.0 | 1.8 | 2.8 |
| 비뇨생식기계질환 | | | | | | | | |
| 남성 비뇨생식기계질환 | 100.0( 54) | 85.9 | 67.3 | 17.3 | 34.3 | 1.2 | - | - |
| 여성 비뇨생식기계질환 | 100.0( 185) | 79.5 | 66.3 | 13.8 | 33.0 | 1.4 | 0.2 | 0.6 |
| 피부 및 피하조직 질환 | 100.0( 275) | 95.4 | 71.8 | 5.8 | 57.8 | 1.2 | 1.8 | 0.8 |
| 근골격계 및 결합조직 질환 | | | | | | | | |
| 관절염 | 100.0(1,064) | 91.2 | 67.3 | 42.9 | 45.1 | 9.3 | 4.4 | 5.2 |
| 기타 근골격계질환 | 100.0(1,312) | 83.8 | 55.0 | 35.5 | 33.8 | 6.6 | 1.8 | 3.7 |
| 사고 및 중독의 후유증 | 100.0( 159) | 98.2 | 89.2 | 19.8 | 23.1 | 5.3 | 0.3 | - |
| 전신증상, 미분류 | 100.0( 70) | 84.9 | 64.7 | 25.8 | 34.1 | 5.8 | 0.8 | 2.0 |

註: 1) N=치료경험자수
2) 가정상비약 이용 포함

# 4. 訪問頻度中心 韓方醫療需要

## 가. 醫療利用者當 訪問頻度

의료이용자와 방문빈도는 개념적으로 차이가 있다. 이용자당 방문빈도에 차이가 있기 때문이다. 〈表 2-12〉는 2주간 의료이용자당 의료기관별 방문빈도를 나타내고 있다.

〈表 2-12〉 醫療機關別 醫療利用者當 訪問回數 分布, 1995

| 방문횟수 | 전체 | 종합병원 | | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건(지)소 | 보건진료소 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3차 | 2차 | | | | | | | |
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| (N[1]) | (6,406) | (233) | (317) | (265) | (2,263) | (280) | (365) | (2,388) | (217) | (78) |
| 1회 | 59.3 | 74.8 | 68.0 | 52.9 | 44.2 | 51.8 | 41.4 | 74.7 | 64.9 | 63.9 |
| 2회 | 18.6 | 15.3 | 17.7 | 22.2 | 22.0 | 14.9 | 16.6 | 15.5 | 22.7 | 24.8 |
| 3회 | 8.7 | 4.3 | 4.7 | 6.7 | 12.3 | 9.3 | 15.9 | 5.3 | 6.6 | 8.2 |
| 4회 이상 | 13.4 | 5.6 | 9.6 | 18.1 | 21.5 | 24.0 | 26.1 | 4.5 | 5.8 | 3.0 |
| (평균) | (2.1) | (1.6) | (1.8) | (2.4) | (2.7) | (2.6) | (2.7) | (1.4) | (1.6) | (1.5) |

註: 1) N=2주간 의료기관 이용자수

전체적으로 의료이용자 100인당 1회 방문비율은 59.3%로서 가장 높고 다음은 2회로서 18.6%이며, 비교적 다빈도 이용자인 4회 이상 방문비율은 13.4%이며, 이용자당 평균 방문횟수는 2.1회이다.

1회 방문비율은 종합병원, 약국, 보건기관 등에서 비교적 높아서 이들 의료기관 이용자당 평균 방문횟수는 1.4~1.8회이다. 그러나 의원, 치과, 한방 등 의료기관 이용자 중 4회 이상 다빈도 이용자의 비율이 비교적 높다. 이에 따라 이들 의료기관 이용자당 평균 방문횟수는 2.4~2.7회에 달한다.

의료수요 추정에 있어서 2주간 의료기관 이용자와 방문횟수 등 두 측면에서 접근할 수 있으나, 방문횟수가 보다 더 의료수요를 잘 반영하는 것으로 해석한다. 의료제공자와 소비자의 접촉빈도를 의료수요로 보면 이 수요는 의료제공자의 공급계획의 기초로 사용될 수 있다.

## 나. 地域·性別 差異

〈表 2-13〉 은 2주간 각종 의료기관 방문횟수 100회당 각 의료기관 방문빈도의 비율을 나타내고 있다. 이 비율은 2주간 인구 100인당 각 의료기관 방문횟수를 먼저 계산하고, 다음에 이와 같이 계산된 100인당 방문횟수를 합계(表 2-13의 전국계 58.2회)하고, 다음에 이 합계에 대한 각 의료기관 방문횟수의 백분율을 계산하고 있다. 여기서는 이와 같이 계산된 각 의료기관 이용횟수의 백분율을 의료수요로 규정하고 있다.

〈表 2-13〉 地域·性別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關 訪問回數 比率, 1995

| 지역/성 | 계(N[1)]) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건기관 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | | | | |
| 계 | 100.0(58.2) | 11.8 | 45.7 | 5.5 | 7.4 | 26.0 | 3.6 |
| 남자 | 100.0(50.0) | 12.5 | 45.7 | 4.5 | 9.2 | 24.7 | 3.3 |
| 여자 | 100.0(65.9) | 11.3 | 45.7 | 6.3 | 6.2 | 26.9 | 3.8 |
| 도시 | | | | | | | |
| 계 | 100.0(57.7) | 11.5 | 45.5 | 5.7 | 7.7 | 28.8 | 0.8 |
| 남자 | 100.0(49.7) | 5.9 | 45.4 | 4.8 | 9.8 | 27.2 | 0.7 |
| 여자 | 100.0(65.3) | 11.1 | 45.6 | 6.4 | 6.2 | 30.0 | 0.9 |
| 농촌 | | | | | | | |
| 계 | 100.0(60.0) | 13.1 | 46.4 | 4.8 | 6.4 | 16.2 | 13.0 |
| 남자 | 100.0(51.0) | 14.6 | 47.0 | 3.1 | 7.0 | 15.8 | 12.5 |
| 여자 | 100.0(67.9) | 12.1 | 46.1 | 5.9 | 6.0 | 16.5 | 13.3 |

註: 1) N=2주간 인구 100인당 방문횟수

전체적으로 의원의 의료수요는 45.7%로서 가장 높고 다음은 약국이며 한방의료수요는 5.5%로 추정된다. 지역별로 볼 때, 병·의원과 보건기관의 의료수요는 도시보다 농촌에서 높지만, 치과, 약국, 한방 의료수요는 도시에서 약간 높다.

성별로 보면, 전체적으로 남자보다 여자의 의료수요가 높지만 의료기관별로 보면 병원과 치과 의료수요는 남자에서 높지만 약국, 보건기관, 한방 등의 의료수요는 여자에서 높다. 특히 한방의 경우에 도시나 농촌에서 성별 의료수요의 차이는 비교적 크며, 도시의 여자에서 한방 의료수요가 비교적 크다.

### 다. 地域·年齡別 差異

〈表 2-14〉는 2주간 방문횟수 100회당 각 의료기관 방문횟수의 비율을 나타내고 있다.

전체적으로 연령의 차이 없이 의원의 의료수요가 가장 크지만 의료기관별로 연령별 의료수요에는 차이가 있다. 병원의 경우에 도시나 농촌에서 70세 이상에서 의료수요가 가장 크다. 의원의 경우에는 0~4세 영유아의 의료수요가 도시나 농촌에서 다 같이 높다. 치과의 경우에는 도시나 농촌에서 5~29세 연령층에서 비교적 의료수요가 높은데 이는 이들 연령층의 일반 의료수요는 낮음으로써 치과 의료수요의 비율이 커진 것으로 해석할 수 있다. 이와 같은 경우는 약국 의료수요에서도 볼 수 있다. 약국 의료수요는 30~49세 청장년층에서 비교적 높다. 보건기관의 의료수요는 60세 이상 고령층에서 높고 특히 농촌에서 60세 이상 의료수요 중 19% 정도가 보건기관이 차지할 만큼 이들 연령층의 보건기관 의료수요는 크다. 한방 의료수요는 도시나 농촌에서 50~69세 연령층에서 비교적 크다. 특히 도시의 50~59세 연령층에서는 전체 의료수요의 12%, 60~69세에서는 14%를 차지한다.

〈表 2-14〉 地域·年齡別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關 訪問回數 比率, 1995

| 지역/연령 | 계(N[1)]) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건기관 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | | | | |
| 0～ 4 | 100.0(112.4) | 11.7 | 73.2 | 0.6 | 4.0 | 8.2 | 2.2 |
| 5～ 9 | 100.0( 61.3) | 5.7 | 53.3 | 0.4 | 15.0 | 23.4 | 2.2 |
| 10～19 | 100.0( 28.5) | 8.5 | 41.7 | 1.1 | 15.3 | 30.9 | 2.5 |
| 20～29 | 100.0( 35.7) | 13.1 | 40.5 | 3.3 | 10.7 | 31.0 | 3.9 |
| 30～39 | 100.0( 45.0) | 11.3 | 39.1 | 4.2 | 7.2 | 35.5 | 2.7 |
| 40～49 | 100.0( 59.3) | 11.3 | 40.9 | 7.0 | 7.2 | 31.6 | 1.9 |
| 50～59 | 100.0( 85.9) | 13.7 | 38.9 | 10.9 | 6.1 | 27.8 | 3.4 |
| 60～69 | 100.0(102.8) | 13.0 | 39.6 | 11.5 | 3.4 | 23.2 | 8.9 |
| 70～ | 100.0(91.8) | 16.9 | 43.8 | 8.0 | 1.3 | 20.5 | 8.8 |
| 도시 | | | | | | | |
| 0～ 4 | 100.0(115.9) | 12.0 | 74.1 | 0.7 | 3.8 | 8.4 | 1.0 |
| 5～ 9 | 100.0( 64.0) | 5.0 | 53.2 | 0.4 | 14.9 | 25.8 | 0.6 |
| 10～19 | 100.0( 30.0) | 8.1 | 41.8 | 1.1 | 14.6 | 33.7 | 0.5 |
| 20～29 | 100.0( 35.4) | 13.3 | 40.3 | 2.9 | 10.0 | 32.9 | 0.4 |
| 30～39 | 100.0( 45.4) | 10.5 | 39.6 | 4.4 | 6.8 | 37.8 | 0.7 |
| 40～49 | 100.0( 60.6) | 10.7 | 40.3 | 7.3 | 1.9 | 33.9 | 0.3 |
| 50～59 | 100.0( 87.2) | 14.5 | 34.2 | 12.2 | 7.1 | 32.6 | 0.6 |
| 60～69 | 100.0(101.8) | 12.2 | 37.1 | 14.4 | 4.3 | 30.0 | 1.7 |
| 70～ | 100.0( 99.9) | 17.1 | 43.4 | 11.1 | 2.3 | 23.1 | 2.7 |
| 농촌 | | | | | | | |
| 0～ 4 | 100.0( 95.0) | 10.1 | 68.1 | 0.0 | 4.7 | 7.5 | 9.5 |
| 5～ 9 | 100.0( 49.6) | 9.3 | 53.9 | 0.0 | 15.6 | 10.1 | 11.1 |
| 10～19 | 100.0( 22.7) | 10.1 | 41.0 | 0.6 | 19.1 | 16.8 | 12.4 |
| 20～29 | 100.0( 37.5) | 12.2 | 41.3 | 5.4 | 14.3 | 20.4 | 6.5 |
| 30～39 | 100.0( 42.9) | 16.0 | 36.0 | 2.9 | 9.6 | 21.7 | 13.7 |
| 40～49 | 100.0( 54.0) | 14.0 | 43.5 | 5.6 | 6.8 | 21.1 | 8.8 |
| 50～59 | 100.0( 83.0) | 11.8 | 49.5 | 7.9 | 3.9 | 17.2 | 9.6 |
| 60～69 | 100.0(104.2) | 14.1 | 43.3 | 7.5 | 2.3 | 13.6 | 19.2 |
| 70～ | 100.0( 81.6) | 16.4 | 44.1 | 2.9 | 1.1 | 16.1 | 18.6 |

註: 1) N=2주간 인구 100인당 방문횟수

그리고 도시의 50～69세 연령층의 한방 의료수요는 농촌의 동 연령

층보다 현저히 높은 한방의료수요를 나타내고 있다. 이러한 차이는 농촌에서 이들 노령층의 의료수요 중 큰 부분을 보건기관이 흡수하고 있는데 기인하는 것 같다.

### 라. 地域·敎育水準 差異

〈表 2-15〉는 지역·교육수준별로 2주간 방문횟수 100회당 각 의료기관별 방문횟수 비율을 비교·제시하고 있다.

〈表 2-15〉 地域·敎育程度別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關 訪問回數 比率, 1995

| 지역/교육정도 | 계(N[1)]) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건기관 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | | | | |
| 미취학 | 100.0(106.6) | 10.7 | 69.9 | 0.3 | 5.8 | 11.0 | 2.0 |
| 무학 | 100.0( 96.4) | 13.0 | 45.2 | 7.6 | 2.3 | 21.5 | 10.0 |
| 국졸 | 100.0( 66.3) | 11.4 | 43.3 | 6.2 | 8.0 | 26.6 | 4.5 |
| 중졸 | 100.0( 52.5) | 12.1 | 40.0 | 7.4 | 7.4 | 31.5 | 2.6 |
| 고졸 | 100.0( 43.0) | 12.4 | 38.0 | 5.7 | 8.9 | 33.0 | 1.8 |
| 대졸 이상 | 100.0( 36.2) | 10.6 | 38.8 | 6.3 | 12.7 | 30.9 | 0.7 |
| 도시 | | | | | | | |
| 미취학 | 100.0(110.8) | 10.8 | 70.3 | 0.6 | 5.9 | 11.5 | 0.8 |
| 무학 | 100.0(100.7) | 16.5 | 42.1 | 7.3 | 2.8 | 29.5 | 1.8 |
| 국졸 | 100.0( 66.7) | 9.3 | 43.5 | 7.0 | 8.9 | 30.3 | 1.0 |
| 중졸 | 100.0( 54.9) | 11.6 | 38.6 | 7.9 | 7.0 | 34.4 | 0.6 |
| 고졸 | 100.0( 44.1) | 12.2 | 37.9 | 6.1 | 8.3 | 34.7 | 0.8 |
| 대졸 이상 | 100.0( 36.8) | 10.9 | 39.0 | 6.4 | 11.9 | 31.5 | 0.2 |
| 농촌 | | | | | | | |
| 미취학 | 100.0( 85.8) | 9.7 | 67.8 | 0.0 | 5.2 | 8.1 | 9.2 |
| 무학 | 100.0( 92.3) | 10.3 | 48.3 | 7.9 | 1.8 | 13.7 | 18.0 |
| 국졸 | 100.0( 65.1) | 16.6 | 43.0 | 4.1 | 5.8 | 17.7 | 12.7 |
| 중졸 | 100.0( 45.5) | 13.9 | 44.7 | 4.6 | 8.9 | 16.3 | 11.6 |
| 고졸 | 100.0( 37.1) | 14.5 | 38.8 | 3.4 | 12.6 | 22.2 | 8.6 |
| 대졸 이상 | 100.0( 30.4) | 7.3 | 36.6 | 5.2 | 21.1 | 23.7 | 6.0 |

註: 1) N=2주간 인구 100인당 방문횟수

전체적으로 교육수준과 병원수요, 한방수요, 약국수요 등은 관련이 없으나, 의원수요와 보건기관수요는 교육수준이 낮아짐에 따라, 치과수요는 교육수준이 높아짐에 따라 높아지는 경향을 나타낸다.

지역적으로 보면, 도시와 농촌간에 이러한 경향을 보이고 있으나, 농촌지역에서는 교육수준이 높아짐에 따라 약국수요도 높아지고 있는 경향을 볼 수 있다.

## 마. 地域·醫療保障 差異

〈表 2-16〉 地域·醫療保障種類別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關 訪問回數 比率, 1995

| 지역/<br>의료보장종류 | 계(N[1)]) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건기관 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | | | | |
| 공교 | 100.0( 63.0) | 12.3 | 47.5 | 5.9 | 8.4 | 21.9 | 3.9 |
| 직장 | 100.0( 58.0) | 11.3 | 48.6 | 5.2 | 7.3 | 25.4 | 2.3 |
| 지역 | 100.0( 55.9) | 11.7 | 44.0 | 5.6 | 7.8 | 27.4 | 3.5 |
| 의보 | 100.0(104.4) | 11.7 | 44.0 | 5.6 | 7.8 | 27.4 | 3.5 |
| 없음 | 100.0( 38.1) | 18.9 | 39.7 | 7.4 | 1.4 | 19.1 | 13.5 |
| 도시 | | | | | | | |
| 공교 | 100.0( 62.2) | 9.7 | 50.3 | 6.7 | 9.0 | 24.1 | 0.2 |
| 직장 | 100.0( 57.6) | 11.9 | 47.7 | 5.2 | 7.4 | 27.4 | 0.6 |
| 지역 | 100.0( 56.1) | 11.1 | 43.5 | 6.2 | 7.9 | 30.2 | 1.1 |
| 의보 | 100.0(120.4) | 11.1 | 43.5 | 6.2 | 7.9 | 30.2 | 1.1 |
| 없음 | 100.0( 40.1) | 24.8 | 35.1 | 4.8 | 2.0 | 31.4 | 1.9 |
| 농촌 | | | | | | | |
| 공교 | 100.0( 65.6) | 21.2 | 38.2 | 3.2 | 6.6 | 14.5 | 16.2 |
| 직장 | 100.0( 60.4) | 8.2 | 53.4 | 5.4 | 6.7 | 15.2 | 11.0 |
| 지역 | 100.0( 55.4) | 13.6 | 45.5 | 3.9 | 7.5 | 18.2 | 11.2 |
| 의보 | 100.0( 94.6) | 14.3 | 43.3 | 9.4 | 0.8 | 9.5 | 22.7 |
| 없음 | 100.0( 26.7) | 3.7 | 62.1 | 3.7 | 0.8 | 22.7 | 7.7 |

註: 1) N=2주간 인구 100인당 방문횟수

〈表 2-16〉은 지역·의료보장 종류별 2주간 방문횟수 100회당 의료기관별 방문횟수 비율을 비교·제시하고 있다.

전국적으로 의료보장의 혜택을 받지 못하고 있는 계층을 제외하고 의료보장 종류별로 의료기관의 수요에는 별로 차이가 없다. 그러나 지역을 도시와 농촌으로 구분하여 보면, 도시는 농촌과 비교하여 의료보장 수혜자는 그 종류와 관계없이 약국, 치과, 한방의 수요가 높은 반면 병원과 보건기관의 수요가 낮다. 그러므로 의료보험의 종류가 의료기관별 의료수요에 차이를 주지 못하며 한방의료의 경우에도 동일하게 의료보장의 종류가 수요에 차이를 주지 못하고 있다.

### 바. 地域·家口所得 差異

〈表 2-17〉은 지역·가구소득별 2주간 방문횟수 100회당 의료기관별 방문횟수 비율을 비교·제시하고 있다.

전국이나 도시, 농촌에서 병원수요, 의원수요, 한방수요, 치과수요, 약국수요 등은 가구소득과 유의한 관련이 없다. 다만 보건기관수요는 도시나 농촌에서 가구소득이 낮을수록 높아지는 경향을 볼 수 있다.

〈表 2-17〉 地域·所得水準別 2週間 訪問回數 100回當 醫療機關 訪問回數 比率, 1995

| 지역/소득 | 계(N[1)]) | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건기관 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 전국 | | | | | | | |
| ~ 50만원 | 100.0(81.0) | 13.1 | 42.8 | 8.2 | 3.2 | 23.0 | 9.6 |
| 51~100만원 | 100.0(57.5) | 11.8 | 42.4 | 6.2 | 7.1 | 28.1 | 4.3 |
| 101~150만원 | 100.0(55.3) | 11.2 | 49.5 | 3.0 | 9.1 | 25.1 | 2.1 |
| 151~200만원 | 100.0(51.9) | 11.0 | 48.5 | 5.4 | 8.2 | 26.2 | 1.6 |
| 201~250만원 | 100.0(53.0) | 13.2 | 44.5 | 5.2 | 8.3 | 26.9 | 1.4 |
| 251만원~ | 100.0(59.0) | 11.2 | 45.4 | 6.5 | 9.8 | 26.9 | 0.1 |
| 도시 | | | | | | | |
| ~ 50만원 | 100.0(91.8) | 13.9 | 39.7 | 12.0 | 4.0 | 29.2 | 1.1 |
| 51~100만원 | 100.0(56.6) | 11.4 | 42.5 | 5.5 | 6.4 | 32.7 | 1.4 |
| 101~150만원 | 100.0(55.3) | 10.2 | 49.5 | 3.1 | 9.3 | 27.0 | 0.8 |
| 151~200만원 | 100.0(52.2) | 10.9 | 48.8 | 5.7 | 7.9 | 27.2 | 0.6 |
| 201~250만원 | 100.0(53.0) | 12.9 | 42.7 | 5.3 | 9.1 | 28.9 | 0.6 |
| 251만원~ | 100.0(60.7) | 11.4 | 44.3 | 6.6 | 9.9 | 27.6 | 0.1 |
| 농촌 | | | | | | | |
| ~ 50만원 | 100.0(70.8) | 12.2 | 46.6 | 3.5 | 2.3 | 15.4 | 20.0 |
| 51~100만원 | 100.0(59.9) | 13.2 | 41.9 | 7.9 | 8.8 | 16.3 | 11.7 |
| 101~150만원 | 100.0(55.5) | 15.9 | 49.3 | 2.3 | 8.1 | 16.2 | 8.1 |
| 151~200만원 | 100.0(50.2) | 11.6 | 46.2 | 3.6 | 10.2 | 20.1 | 8.3 |
| 201~250만원 | 100.0(53.5) | 15.6 | 57.0 | 4.5 | 3.0 | 12.8 | 7.1 |
| 251만원~ | 100.0(42.1) | 7.8 | 60.9 | 4.6 | 8.5 | 17.5 | 0.7 |

註: 1) N=2주간 인구 100인당 방문횟수

# Ⅲ. 保健所 韓方醫療

## 1. 保健所 韓方診療室 設置

保健所를 통한 韓方醫療의 供給은 1990년 3월 보건소에서의 한의사의 活用可能性을 分析하고, 公共保健部門의 韓方 保健醫療서비스 供給模型을 開發하기 위하여 실시된 '農村地域 韓方保健醫療 示範事業'을 통해 시작되었다. 당시 춘천군 보건소, 영양군 보건소, 순창군 보건의료원 등 3개 보건소를 대상으로 1992년 2월까지 2년간 시범사업이 실시되었고, "事業目的은 成功的으로 成就되었다"는 評價를 얻은 바 있다.

시범사업이 종료된 이후에도 이들 보건소의 한방진료실은 지역주민의 높은 受容性으로 인하여 운영되고 있고, 이들 한방진료실은 다른 보건소의 한방진료실 설치를 위한 모형으로 이용되었다.

현재 농촌은 물론 도시 보건소에 한방진료실이 많이 설치·운영되고 있다. 강원 화천군, 경남 진주시, 강원 인제군, 경기 과천, 서울 강남, 서초구 등 보건소에 한방진료실이 설치·운영되고 있고, 향후 계속해서 한방진료실의 설치는 증가할 것으로 전망된다.

이와 같은 보건소 한방진료실의 증가추세를 감안하여 본 분석의 목적은 보건소 韓方診療室의 供給實績과 供給能力, 그리고 供給上의 行政的, 技術的 問題點을 分析評價하여 保健所 韓方醫療의 供給改善方案을 提示하는 데 두고 있다.

이 章에서는 보건소를 중심으로 다음과 같은 연구내용의 분석결과가 기술되고 있다.

1) 한방의료 供給實績

2) 한방의료 供給能力

3) 한방의료 供給上 行政 및 技術的 問題

이 연구를 위하여 보건소 중 한방진료실이 1년 이상 설치·운영되고 있는 보건소를 대상으로 관련자료를 수집·분석하였다. 연구내용별 자료수집은 다음과 같다.

- 保健所 韓方診療室 診療現況 調査

調査對象: 6개 지역 보건소(강원 春川市, 경북 英陽郡, 전북 淳昌郡, 강원 華川郡, 경남 晉州市, 강원 麟蹄郡)의 한방진료실의 진료기록부 6,061매

調査期間: 95. 12. 11. ~ 12. 30.

調査內容: - 방문환자의 의료보장종류, 연령, 성, 주소
- 한방상병명
- 한방진료실 초진월 및 방문횟수

調査方法: 한방진료실별로 1,000매(春川市의 경우 1,061매)의 진료기록부를 표본추출하여 진료기록을 중심으로 조사 실시

- 保健所 韓方診療室 診療類型 및 供給能力 調査

調査對象: 6개 보건소

調 査 日: 95. 12. 12.(화), 12. 13.(수), 12. 19.(화), 12. 20.(수), 12. 26.(화), 12. 27.(수)

調査內容: - 환자의 의료보장종류, 연령, 성
- 일일 방문환자수

- 진료유형, 처방종류, 처방일수, 총진료비
- 한의사의 진찰 및 시술소요시간

調査方法: 지정된 6일 동안의 환자들을 대상으로 한의사와 간호사에 의하여 조사 실시

- 保健所 洋方·韓方·齒科診療 利用率 調査

調査對象: 양방·한방·치과 진료차트가 가구 및 개인별로 보관·관리되고 있는 春川市 보건소를 대상으로하여 90년 4월부터 94년 12월까지의 기간동안 舊 春川郡 보건소의 한방·양방·치과진료실을 이용한 환자 3,423명의 진료기록부 4,270매

調査期間: 95. 12. 11 ~ 96. 1. 1

調査內容: - 가구별 한방·양방·치과차트수
- 환자별 한방·양방·치과차트수
- 한방·양방·치과진료실별 초진월
- 한방·양방·치과진료실별 방문횟수

調査方法: 春川市 보건소 민원실 및 창고에 보관되어 있는 舊 春川郡 보건소의 가구별 봉투 2,670개(총 봉투수 21,812개의 1/7에 해당하는 3,116개 중 90년 3월 이전 차트만 있는 봉투 446개를 제외한 수) 속에 들어 있는 환자진료차트 4,270매를 대상으로 조사실시

## 2. 保健所 韓方診療 現況分析

### 가. 利用者의 一般特性

保健所 韓方診療室 利用者의 一般特性을 保健所別로 보면〈表 3-1〉과 같다.

〈表 3-1〉 地域別 一般特性別 韓方診療室 利用 患者의 分布

(단위: %)

| 구 분 | 계 | | 보건소 | | | | | | 6개 지역 인구 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | (N[1)]) | 춘천 | 영양 | 순창 | 화천 | 진주 | 인제 | |
| 성별 | | | | | | | | | |
| 남 | 32.0 | (1,942) | 26.7 | 36.7 | 32.6 | 37.9 | 27.4 | 31.3 | 50.0 |
| 여 | 68.0 | (4,119) | 73.3 | 63.3 | 67.4 | 62.1 | 72.6 | 68.7 | 50.0 |
| 연령 | | | | | | | | | |
| ~14 | 2.0 | (122) | 1.0 | 2.4 | 0.4 | 2.9 | 1.7 | 3.7 | 21.0 |
| 15~44 | 18.7 | (1,132) | 15.4 | 19.9 | 11.8 | 28.9 | 14.6 | 21.7 | 50.0 |
| 45~64 | 44.8 | (2,713) | 48.4 | 47.3 | 52.8 | 46.0 | 34.1 | 39.9 | 20.0 |
| 65~ | 34.5 | (2,094) | 35.2 | 30.4 | 35.0 | 22.2 | 49.6 | 34.7 | 9.0 |
| (평균 연령) | | (56.5) | (58.1) | (55.3) | (59.0) | (51.3) | (60.6) | (54.7) | - |
| 의료보장종류 | | | | | | | | | |
| 의료보호 | 15.8 | (958) | 6.9 | 13.8 | 27.7 | 10.9 | 21.9 | 14.2 | - |
| 의료보험 | 81.2 | (4,921) | 91.7 | 82.0 | 72.2 | 83.9 | 75.3 | 81.4 | - |
| 일반 | 3.0 | (182) | 1.4 | 4.2 | 0.1 | 5.2 | 2.8 | 4.4 | - |
| 계 | 100.0 | | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| (N) | (6,061) | | (1,061) | (1,000) | (1,000) | (1,000) | (1,000) | (1,000) | - |

註: 1) N=표본수

性別 分布를 보면, 전체적으로 여자환자가 훨씬 많이 이용하였고(68.0%), 보건소별로 보면 춘천과 진주에서 여자환자의 비율이 비교적 높다.

年齡別 分布를 보면, 45세에서 64세 사이의 연령층이 가장 많이 이용하는 것으로 나타났으며(44.8%), 지역에 따라 차이가 있었다. 즉 晉州市 같은 경우 65세 이상이 가장 많은 49.6%를 차지하였고, 華川郡과 麟蹄郡의 경우는 15세에서 44세 사이의 이용자가 상대적으로 많이 이용한 것으로 나타났다(28.9%, 21.7%). 이러한 수치를 6개 보건소의 전체 인구의 연령별 분포와 비교해 보면 45세 이상 전체 인구의 비율은 29.0%이지만 45세 이상 한방진료실 이용자는 79.3%로서 장년 및 노령층의 한방이용률이 높다.

특히 65세 이상 인구는 전체인구의 9%를 차지하지만, 한방의료 이용자중 65세 이상 비율은 전체평균이 34.5%였고, 진주에서는 49.6%에 달한다. 이와 같이 노령층의 높은 이용에 기인하여 한방의료 이용자의 평균연령은 6개 보건소 평균이 56.5세이며, 진주에서는 60.6세, 순창에서 59.0세, 춘천에서 58.1세였다. 보건소 한방진료실 이용은 老齡層의 한방의료에 대한 높은 選好性과 수요를 반영하고 있다.

醫療保種類別 分布를 보면, 의료보험 환자가 81.2%로 가장 많았고, 의료보호 환자가 15.8%였으며, 일반환자가 3.0%였다. 淳昌郡과 晉州市의 경우 다른 지역에 비해 의료보호대상자들이 보건소 한방진료실을 많이 이용하는 것으로 나타났다(27.7%, 21.9%).

## 나. 利用者의 傷病種類

한방의료이용자의 傷病分類體系는 양방의료와는 다르다. 현재 한방의료보험에서 사용하는 傷病名은 大韓韓醫師協會에서 발행하고 統計廳에서 監修한 「韓國標準疾病死因分類(韓醫)」에 의거하고 있다. 한방傷病種類는 12가지 그룹으로 나누어 분류하고 있는데 分類體系가 많은 문제를 지니고 있어 韓國韓醫學硏究所 및 大韓韓醫師協會에서 이의 개정을 위한 연구를 진행 중에 있지만 현재까지의 진료기록은 기

존 분류체계를 토대로 작성된 것이기 때문에 이를 이용하여 利用者의 傷病種類를 분석하였다.

보건소 한방진료실 이용환자들의 韓方 12大 分類別 傷病分布는〈表 3-2〉와 같다. 가장 큰 특징은 運動機疾患(주로 筋骨格系疾患)이 전체의 74.2%를 차지하는 심한 편중현상을 나타내고 있는 것이다. 그 이외의 질환은 心系疾患(주로 순환기계질환)이 6.8%, 脾系疾患(주로 소화기계질환)이 5.1%, 外科疾患(주로 피부과 및 외과질환)이 4.6%, 神經精神疾患이 2.7% 순으로 나타났다. 이들 5가지 질환을 합하면 전체의 93.4%가 되는 것으로 볼 때 보건소 한방의료가 커버하는 질병의 종류는 몇개의 상병에 편중되어 있음을 알 수 있다.

〈表 3-2〉 保健所 韓方診療室 初診患者의 12大 韓方 傷病分類에 따른 傷病分布

| 상병종류 | 계 | |
|---|---|---|
| | N[1)] | 비율 |
| 운동기질환 | 4,498 | 74.2 |
| 심계질환 | 409 | 6.8 |
| 비계질환 | 309 | 5.1 |
| 외과질환 | 277 | 4.6 |
| 신경정신질환 | 165 | 2.7 |
| 폐계질환 | 159 | 2.6 |
| 간계질환 | 117 | 1.9 |
| 안이비인후과질환 | 65 | 1.1 |
| 신계질환 | 28 | 0.5 |
| 부인질환 | 28 | 0.5 |
| 소아질환 | 3 | 0.0 |
| 감염성 및 기생충성 질환 | - | 0.0 |
| 계 | 6,061 | 100.0 |

註: 1) N=표본수

이 조사결과를 1995년도 국민건강조사결과 중 한방병·의원의 상병분포와 비교해 보면(表 3-3 참조), 한방병·의원 역시 근골격계질환이

50.1%를 차지하지만 보건소 한방진료실의 경우보다는 낮음을 알 수 있다. 한방진료실이 한방병·의원보다 근골격계질환에 더욱 심한 편중현상을 보이는 것은 이 질환이 만성퇴행성질환으로서 장기간 치료를 요하는 질병의 특성에서 오는 것이다. 또한 저렴한 수가로 잠재된 의료요구가 이용으로 전환된 것과 보건소에서 사용할 수 있는 한약재(엑스산제)의 제한으로 인하여 다른 질병의 치료에 제약이 옴으로써 상대적으로 근골격계질환의 비중이 커진 것으로 해석할 수 있다.

〈表 3-3〉 主要 傷病分類·醫療機關別 醫療利用 比率

(단위: %)

| 상병분류 | 의원 | 한방병의원 | 약국 |
|---|---|---|---|
| 신경·감각계 | 9.9 | 5.5 | 4.7 |
| 호흡기계 | 35.5 | 6.3 | 41.8 |
| 소화기계 | 12.6 | 6.2 | 19.3 |
| 순환기계 | 4.0 | 9.6 | 2.4 |
| 피부계 | 7.5 | 0.2 | 5.3 |
| 근골격계 | 10.4 | 50.1 | 10.5 |
| 손상·중독 | 5.0 | 10.2 | 3.1 |
| 기타 | 15.1 | 11.9 | 12.9 |
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

資料: 최정수 외, 『韓國人의 健康과 醫療利用實態』, 韓國保健社會硏究院, 1995.

〈表 3-4〉는 6개 보건소 한방진료실 이용자의 성, 연령, 의료보장, 보건소별 傷病分布를 나타내고 있다.

성별로 보면, 상병분포는 유사하다. 남자와 여자에서 다 같이 운동기질환의 비율이 74~75%를 차지하고 다음은 심계질환으로서 각각 7%를 차지한다.

연령별로 보면, 질병분포에 유의한 차이가 있다. 14세 이하에서는 肺系疾患(주로 호흡기계질환)이 33.6%로 가장 많았고, 脾系疾患(주로

소화기계질환)이 22.1%로서 비교적 높지만 이들 질병은 연령증가에 따라 구성비율이 감소한다. 이에 따라 운동기질환은 연령증가에 따라 높아져서 45세 이상에서는 한방이용자의 76%를 차지한다. 그러므로 운동기질환은 고령층의 주요 질병이며, 한방의료의 주요수요가 되고 있음을 알 수 있다.

醫療保障 種類別로 보면, 질병분포에 유의한 차이가 없다.

地域別로 살펴볼 때도 運動機疾患이 6개 보건소에서 다 같이 높다. 다만 보건소별로 차이가 나는 점은 春川市의 경우 心系疾患(주로 순환기질환)과 神經精神疾患이 약 10%씩을 차지하여 상대적으로 높았고, 麟蹄郡의 경우는 脾系疾患(주로 소화기질환)이 약 10%로 역시 상대적으로 높은 것이다. 한편 麟蹄郡의 경우 外科疾患이 19.8%로 매우 높은 분포를 나타냈는데 그 이유는 슬안풍(膝眼風)이라는 병명이 외과질환으로 분류되어 있기 때문으로, 이를 운동기질환으로 포함시킨다면 다른 지역과 유사한 분포를 보인다. 그러므로 지역별로 질병분포에는 유의한 차이가 없다고 하겠다.

傷病 중에서 運動機疾患이 많은 이유는 筋骨格系疾患 환자수가 만성질환자 중에서 가장 많다는 것과 한방의료가 운동기질환자에게 선호되고 있는 것으로 생각된다. 이와 아울러 농촌지역 노동력의 老齡化趨勢가 이러한 현상을 더욱 부추긴다고 볼 수 있다. 농촌지역의 노동은 심한 肉體勞動이 대부분이어서 운동기질환은 농민들에게 가장 가까이 있는 질환이다. 또한 운동기질환은 痛症과 運動障碍를 주증상으로 하기 때문에 勞動力의 喪失 내지는 減少를 가져오므로 농민들에겐 가장 걱정스런 질환이기도 하다. 生命과는 직접적인 관계가 없으나 生計와는 직결되는 질환이기 때문이다. 그러한 운동기질환 환자들이 한방진료실을 많이 찾는 이유는 저렴한 비용으로 현저한 진통효과와 더불어 빠른 운동기능의 회복을 가져오기 때문으로 생각된다.

〈表 3-4〉 6個 保健所 韓方診療室 利用者의 諸變數別 傷病分布

(단위: %)

| 구분 | 상병종류 | | | | | | | | | | | | 계 | (N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| 성별 | | | | | | | | | | | | | | |
| 남 | - | 2.0 | 6.6 | 5.1 | 3.7 | 0.5 | 1.4 | 4.3 | 1.3 | 74.9 | - | 0.2 | 100.0 | (1,942) |
| 여 | - | 1.9 | 6.8 | 5.1 | 2.1 | 0.4 | 0.9 | 4.7 | 3.4 | 73.9 | 0.7 | - | 100.0 | (4,119) |
| 연령 | - | | | | | | | | | | | | | |
| ~14 | - | - | 1.6 | 22.1 | 33.6 | 3.3 | 8.2 | 4.1 | 2.5 | 20.5 | 1.6 | 2.5 | 100.0 | ( 122) |
| 15~44 | - | 2.6 | 4.3 | 7.5 | 3.4 | 0.7 | 1.8 | 3.3 | 3.4 | 71.5 | 1.5 | - | 100.0 | (1,132) |
| 45~64 | - | 1.7 | 6.8 | 4.3 | 1.5 | 0.3 | 0.7 | 4.6 | 3.5 | 76.4 | 0.3 | - | 100.0 | (2,713) |
| 65~ | - | 2.0 | 8.3 | 3.9 | 1.8 | 0.4 | 0.8 | 5.2 | 1.4 | 76.1 | 0.0 | - | 100.0 | (2,094) |
| 의료보장종류 | | | | | | | | | | | | | | |
| 의료보호 | - | 3.7 | 7.1 | 4.3 | 1.9 | 0.2 | 0.7 | 4.3 | 1.6 | 76.0 | 0.3 | - | 100.0 | ( 958) |
| 의료보험 | - | 1.5 | 6.8 | 5.3 | 2.8 | 0.5 | 1.2 | 4.5 | 3.0 | 73.8 | 0.5 | 0.1 | 100.0 | (4,921) |
| 일반 | - | 2.7 | 3.3 | 4.4 | 1.1 | 0.5 | 0.5 | 8.8 | 1.1 | 77.5 | - | - | 100.0 | ( 182) |
| 보건소 | | | | | | | | | | | | | | |
| 춘천 | - | 1.0 | 10.4 | 2.1 | 2.1 | 0.4 | 0.9 | 0.8 | 9.7 | 71.3 | 1.1 | 0.1 | 100.0 | (1,061) |
| 영양 | - | 1.5 | 6.7 | 5.5 | 3.7 | 0.6 | 1.6 | 2.1 | 0.9 | 76.5 | 0.5 | 0.2 | 100.0 | (1,000) |
| 순창 | - | 1.4 | 6.9 | 1.1 | 0.5 | 0.1 | 0.7 | 2.2 | 0.2 | 86.6 | 0.3 | - | 100.0 | (1,000) |
| 화천 | - | 1.3 | 5.2 | 7.7 | 2.2 | 0.7 | 0.9 | 1.4 | 3.2 | 77.0 | 0.4 | - | 100.0 | (1,000) |
| 진주 | - | 5.2 | 5.6 | 4.1 | 4.0 | 0.5 | 1.5 | 1.3 | 0.8 | 75.8 | 0.2 | - | 100.0 | (1,000) |
| 인제 | - | 1.1 | 5.5 | 10.3 | 3.3 | 0.5 | 0.8 | 19.8 | 1.1 | 57.4 | 0.2 | - | 100.0 | (1,000) |
| 계 | - | 1.9 | 6.8 | 5.1 | 2.6 | 0.5 | 1.1 | 4.6 | 2.7 | 74.2 | 0.5 | 0.0 | 100.0 | (6,061) |

註: 1.감염성 및 기생충성 질환 2.간계질환 3.심계질환 4.비계질환 5.폐계질환 6.신계질환 7.안이비인후과질환 8.외과질환 9.신경정신과질환 10.운동기질환 11.부인질환 12.소아질환

보건소 한방진료실 이용환자의 상병을 보다 더 세분화한 질병분류에 의거하여 多頻度 傷病을 살펴보면〈表 3-5〉와 같다.

〈表 3-5〉 保健所 韓方診療室 利用患者의 5大 傷病

| 상병순위 | 상병명 | % | N[1)] |
|---|---|---|---|
| 1 | 요 통 | 25.0 | 1,515 |
| 2 | 견비통 | 11.7 | 709 |
| 3 | 슬 통 | 7.6 | 459 |
| 4 | 역절풍 | 4.2 | 257 |
| 4 | 두 통 | 4.2 | 257 |
| 계 | | 100.0 | 6,061 |

註: 1) N=표본수

요통이 25.0%로 가장 많았고, 다음은 견비통(11.7%), 슬통(7.6%), 역절풍(4.2%), 두통(4.2%), 순이었다. 두통을 제외한 이들 질환은 모두 운동기질환이다. 통계상으로는 견비통이 두번째로 나타났지만 슬통·슬안풍·각기·역절풍 등이 무릎의 통증을 나타내는 질환을 한의사들마다 다른 병명을 선택한 것이라고 볼 때 슬통이 두번째로 많은 상병으로 보아야 할 것이다.

이와 같이 보건소 한방진료실은 노령층, 근골격계질환, 각종 통증 등을 대상으로 특수한 의료수요를 충족시키는 역할을 하고 있으나, 한방진료실이 취급할 수 있는 한방의료의 제약, 예컨대 의료보험 급여에 포함되는 56개 처방과 한방엑스산제로서는 다양한 상병의 치료에 대처할 수 없다. 그러므로 다양한 상병을 취급할 수 있도록 처방범위를 확대하고 첩약도 취급할 수 있도록 하는 조치가 필요하다.

### 다. 年度別 初診患者數

초진환자란 보건소 한방진료실을 처음 찾아온 환자로서 초진시 진료기록이 작성된다. 再診患者는 진료기록이 작성된 후에 찾아온 환자이다.

〈表 3-6〉 保健所 韓方診療室의 年度別 初診患者 分布

(단위: %)

| 보건소 | 초진년도 | | | | | | 계 | N[1)] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | | |
| 춘천 | 24.4 | 23.8 | 20.5 | 17.7 | 11.0 | 2.5 | 100.0 | (1,061) |
| 영양 | 30.5 | 19.0 | 16.5 | 13.7 | 10.9 | 9.3 | 100.0 | (1,000) |
| 순창 | 13.9 | 27.7 | 21.4 | 19.7 | 11.0 | 6.2 | 100.0 | (1,000) |
| 화천 | - | - | - | - | 37.4 | 62.6 | 100.0 | (1,000) |
| 진주 | - | - | - | - | - | 100.0 | 100.0 | (1,000) |
| 인제 | - | - | - | - | - | 100.0 | 100.0 | (1,000) |

註: 1) N=표본수

〈表 3-6〉은 1990년 보건소 한방진료실이 설치된 이후 전체 환자 중 연도별 초진환자의 비율을 나타내고 있다.

1990년에 설치된 보건소의 경우에 이용자의 대부분은 재진환자이며 1995년이 초진인 환자의 비율은 극히 낮다. 이와 같은 현상은 3개 보건소에서 다 같이 볼 수 있다.

〈表 3-7〉은 춘천, 영양, 순창 등 3개 보건소의 성, 연령, 의료보장 종류, 지역별 초진연도의 분포를 나타내고 있다. 성별로 보면, 남자보다 여자에서 1990년이 초진년도인 비율이 높은 반면, 1992년 이후 초진년도의 비율은 낮다. 이는 여자보다 남자에서 신규환자가 최근에 와서 더 많아지고 있음을 의미한다.

연령별로 보면, 초진년도의 분포에 유의한 차이가 없다. 다만 65세 이상에서 1990년의 비율이 비교적 크고 최근에 가까워질수록 환자비율이 감소함을 볼 수 있다. 의료보장 종류별로도 초진년도의 분포에는 유의한 차이가 없다.

지역별로 보아도 초진년도의 분포에는 유의한 차이가 없다. 다만 영양은 다른 보건소와 비교하여 초진년도가 1990년인 비율과 1995년의 비율이 비교적 높음을 볼 수 있다. 이는 신규환자가 계속 많음을 나타

내는 것으로서 바람직한 현상으로 해석된다.

〈表 3-7〉 春川市,英陽郡,淳昌郡 등 3個 保健所의 諸變數別 年度別 初診患者 分布

(단위: %)

| 구분 | 초진년도 | | | | | | 계(N[1)]) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | |
| 성별 | | | | | | | |
| 남 | 17.8 | 23.1 | 20.7 | 18.1 | 11.8 | 8.5 | 100.0( 976) |
| 여 | 25.4 | 23.7 | 19.0 | 16.6 | 10.6 | 4.8 | 100.0(2,085) |
| 연령 | | | | | | | |
| ~14 | 17.9 | 28.2 | 17.9 | 17.9 | 12.8 | 5.1 | 100.0( 39) |
| 15~44 | 22.5 | 22.9 | 17.9 | 18.3 | 11.3 | 7.1 | 100.0( 480) |
| 45~64 | 22.2 | 23.7 | 20.2 | 16.0 | 11.4 | 6.4 | 100.0(1,513) |
| 65~ | 24.5 | 23.2 | 19.4 | 18.0 | 10.1 | 4.8 | 100.0(1,028) |
| 의료보장종류 | | | | | | | |
| 의료보호 | 20.7 | 26.8 | 20.5 | 15.6 | 9.8 | 6.6 | 100.0( 488) |
| 의료보험 | 23.5 | 22.7 | 19.1 | 17.5 | 11.3 | 6.0 | 100.0(2,515) |
| 일반 | 20.7 | 29.3 | 31.0 | 10.3 | 8.6 | - | 100.0( 58) |
| 보건소 | | | | | | | |
| 춘천 | 24.4 | 23.8 | 20.5 | 17.7 | 11.0 | 2.5 | 100.0(1,061) |
| 영양 | 30.5 | 19.0 | 16.5 | 13.7 | 10.9 | 9.3 | 100.0(1,000) |
| 순창 | 13.9 | 27.7 | 21.4 | 19.7 | 11.0 | 6.2 | 100.0(1,000) |
| 계 (N) | 23.0 (703) | 23.5 (719) | 19.5 (598) | 17.1 (522) | 11.0 (336) | 5.9 (182) | 100.0(3,061) |

註: 1) N=표본수

### 라. 利用者當 訪問回數

訪問回數란 보건소 한방진료실 설치 이후 조사일 현재까지 이용자당 총방문횟수이다.

〈表 3-8〉 은 보건소별로 이용자당 방문횟수의 분포를 나타내고 있

다. 同 表에서 시범지역이란 90년 4월부터 현재까지 한방진료실이 운영되고 있는 春川市, 英陽郡, 淳昌郡을 말하며, 신설 지역이란 1994년 이후 설치된 곳으로서 華川郡의 경우는 94년 7월 1일부터, 晉州市는 95년 5월 8일부터, 麟蹄郡은 같은 해 6월 1일부터 진료를 시작하였다.

訪問回數는 1회, 2~3회, 4~9회, 10~19회, 20회 이상으로 나누어 분석하였으며, 平均 訪問回數와 2회 이상 訪問者率인 再診率을 파악해 보았다. 재진율은 치료의 만족도와 치료의 계속성을 나타내는 지표이다.

보건소 한방진료실 이용자들의 재진율은 시범사업 지역은 73.9%였으며 신설 지역은 65.1%인 것으로 나타났다. 平均 訪問回數는 시범사업 지역은 7.18회, 신설 지역은 5.27회로 나타났다.

전체적으로 재진환자의 비율이 높지만, 시범지역과 신설지역을 비교해 보면 시범지역에서 재진환자 비율, 이용자당 10회 이상 방문 비율이 높고 이용자당 평균 방문횟수도 많다.

〈表 3-8〉 保健所 韓方診療室 利用患者의 訪問回數 分布

(단위: %)

| 구분 | 방문횟수 | | | | | | | 평균방문횟수(회) | 재진율 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2~3 | 4~9 | 10~19 | 20~ | 계 | N[1] | | |
| 시범지역 | | | | | | | | | |
| 춘천 | 27.1 | 27.1 | 28.1 | 10.9 | 6.7 | 100.0 | (1,061) | 6.5 | 72.9 |
| 영양 | 26.8 | 25.0 | 25.6 | 13.8 | 8.8 | 100.0 | (1,000) | 8.1 | 73.2 |
| 순창 | 24.3 | 31.7 | 27.8 | 10.7 | 5.5 | 100.0 | (1,000) | 5.7 | 75.7 |
| 평균 | 26.1 | 27.9 | 27.2 | 11.8 | 7.0 | 100.0 | (3,061) | 7.2 | 73.9 |
| 신설 지역 | | | | | | | | | |
| 화천 | 31.0 | 32.3 | 26.4 | 7.4 | 2.9 | 100.0 | (1,000) | 4.6 | 69.0 |
| 진주 | 34.8 | 31.5 | 24.9 | 8.0 | 0.8 | 100.0 | (1,000) | 3.8 | 65.2 |
| 인제 | 39.0 | 29.7 | 23.0 | 6.3 | 2.0 | 100.0 | (1,000) | 3.7 | 61.0 |
| 평균 | 34.9 | 31.2 | 24.8 | 7.2 | 1.9 | 100.0 | (3,000) | 5.3 | 65.1 |

註: 1) N=표본수

시범지역내 보건소별로 이용자당 방문횟수의 분포에는 유의한 차이가 없으나, 영양군은 다른 보건소와 비교하여 10회 이상 방문자의 비율이 높고 이에 따라 이용자당 평균방문수도 가장 많은 8.1회이다. 그러므로 영양군 보건소 한방진료실 이용자의 치료계속성과 서비스에 대한 만족도가 비교적 높은 것으로 보인다.

〈表 3-9〉 春川市,英陽郡,淳昌郡 等 3個 保健所의 諸變數別 利用者當 訪問回數 分布

| 구분 | 방문횟수 | | | | | | | 평균방문 횟수(회) | 재진율 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2~3 | 4~9 | 10~19 | 20~ | 계 | N[1)] | | |
| 성별 | | | | | | | | | |
| 남 | 31.4 | 30.6 | 22.0 | 10.3 | 5.6 | 100.0 | (976) | 6.3 | 68.6 |
| 여 | 23.6 | 26.7 | 29.6 | 12.5 | 7.6 | 100.0 | (2,085) | 7.6 | 76.4 |
| 연령 | | | | | | | | | |
| ~14 | 74.4 | 15.4 | 7.7 | - | 2.6 | 100.0 | (39) | 2.4 | 25.6 |
| 15~44 | 30.6 | 31.0 | 25.8 | 8.8 | 3.8 | 100.0 | (480) | 6.0 | 69.4 |
| 45~64 | 26.1 | 28.3 | 27.0 | 12.0 | 6.6 | 100.0 | (1,514) | 7.1 | 73.9 |
| 65~ | 22.2 | 26.4 | 28.8 | 13.4 | 9.2 | 100.0 | (1,028) | 8.0 | 77.8 |
| 의료보장종류 | | | | | | | | | |
| 의료보호 | 22.5 | 24.2 | 29.7 | 12.9 | 10.7 | 100.0 | (488) | 8.2 | 77.5 |
| 의료보험 | 26.4 | 28.5 | 26.9 | 11.8 | 6.3 | 100.0 | (2,515) | 7.1 | 73.6 |
| 일반 | 43.1 | 32.8 | 17.2 | 1.7 | 5.2 | 100.0 | (58) | 4.3 | 56.9 |
| 시범지역평균 | 26.1 | 27.9 | 27.2 | 11.8 | 7.0 | 100.0 | | 7.2 | 73.9 |
| (N) | (799) | (855) | (832) | (361) | (214) | | (3,061) | | |

註: 1) N=표본수

〈表 3-9〉는 춘천, 영양, 순창군 등 3개 보건소의 성, 연령, 의료보장종류별로 한방진료실 이용자당 방문횟수의 분포를 나타내고 있다.

性別로 보면, 여자가 남자보다 再診患者 비율이 높고, 4회 이상 다빈도 이용 비율이 높고, 이에 따라 平均 訪問回數도 많다.

연령별로 보면, 연령이 적을수록 初診患者의 비율이 높고 4회 이상

다빈도 이용 비율이 낮아져서 이용자당 平均訪問回數는 14세 이하에서 2.4회에 불과하나 65세 이상에서는 8.0회로 높아진다.

의료보장 종류별로 보면, 일반환자의 43.1%가 초진환자이지만 의료보호환자의 22.5%만이 초진환자이다. 의료보호환자는 의료보험환자와 비교하여도 초진환자의 비율이 낮은 반면 4회 이상 이용자의 비율이 높아서 이용자당 평균방문횟수는 8.2회로서 의료보험환자의 7.1회보다 많다.

### 마. 利用人口比率

管轄地域 人口 중 보건소 한방진료실을 이용한 인구의 비율, 즉 인구 100인당 1회 이상 한방진료실 이용자 비율은 서비스 포괄범위(service coverage)를 나타내는 주요 지표가 될 수 있다. 〈表 3-10〉은 6개 보건소의 이용자 거주지와 보건소간 거리별로 인구 100인당 이용자 비율을 나타내고 있다. 94년 12월 31일을 기준(淳昌郡은 94년 12월 8일 기준)으로 地域別 利用人口比率은 春川市가 3.64%, 英陽郡이 24.76%, 淳昌郡이 21.48%, 華川郡이 7.91%, 晉州市가 0.32%, 麟蹄郡이 3.27%로 나타나 地域別 差異가 컸다.

이러한 차이가 나타나는 이유는 韓方診療室 設置年度와 管轄地域內 人口數의 差異 때문으로 볼 수 있다. 설치년도가 오래되고 인구규모가 비교적 적은 英陽郡(인구 28,390), 淳昌郡(인구 40,991) 지역은 이용인구비율이 높고 春川市(인구 225,634)는 낮다. 나머지 신설 지역은 다 같이 낮은 이용자비율을 나타내지만 특히 인구규모가 큰 진주시(인구 334,425)의 이용자 비율은 가장 낮다. 설치한 지 5년 9개월이 지난 3개 지역 중 2개 郡 地域(英陽郡, 淳昌郡)은 지역주민의 1/4~1/5이 1회 이상 방문한데 비해, 市 地域(春川市)은 3.64%밖에 이용하지 못한 것으로 나타났고, 신설된 2개 郡 地域은 華川郡이 7.91%(1년 6개월 경

과), 麟蹄郡이 3.27%(7개월 경과)로 나타났으며, 신설된 市 地域인 晉州市는 8개월 동안 0.32%의 인구만이 한방진료실을 이용하였다.

利用人口比率을 보건소로부터의 거리를 기준으로 분석한 결과 거리가 멀어질수록 이용인구비율은 낮아지는 것으로 나타났다. 특히 郡 地域의 경우는 春川市의 군 지역을 제외하고는 20km를 넘어서면서 급격히 利用率이 낮아지는 것을 볼 수 있다.

한편 전체 이용자 100인당 보건소 관할지역 외 행정구역(他 市·郡 地域)에 거주하고 있는 이용자 비율은 춘천에서 7.5%, 영양 5.8%, 순창 6.3%, 화천 11.8%로서 비교적 높은 비율을 나타내고 있다.

〈表 3-10〉 保健所別 韓方診療室 利用 人口比率

(단위: %)

| 구분 | 시범지역 | | | 신설 지역 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 춘천 | 영양 | 순창 | 화천 | 진주 | 인제 |
| 시 지역 | | | | | | |
| ~0.9km | 3.87 | - | - | - | 0.53 | - |
| 1~1.9km | 3.54 | - | - | - | 0.34 | - |
| 2~2.9km | 2.74 | - | - | - | 0.52 | - |
| 3~4.9km | 1.00 | - | - | - | 0.16 | - |
| 5km~ | 0.70 | - | - | - | 0.37 | - |
| 평균 | 2.35 | - | - | - | 0.34 | - |
| 군 지역 | | | | | | |
| ~ 9km | 7.27 | 27.20 | 21.63 | 8.52 | 0.21 | 4.78 |
| 10~19km | 7.12 | 23.36 | 21.60 | 8.19 | 0.26 | 2.68 |
| 20~29km | 11.77 | 9.76 | 13.19 | - | 0.11 | 1.10 |
| 30km~ | 6.57 | - | - | 2.27 | - | 0.90 |
| 평균 | 8.02 | 24.76 | 21.48 | 7.91 | 0.18 | 3.27 |
| 평균 | 3.64 | 24.76 | 21.48 | 7.91 | 0.32 | 3.27 |

이러한 조사결과는 의료시설의 설치, 의료시설과 거주지간 거리, 관할지역내 인구규모 등을 함께 고려하여 의료이용인구비율을 높일 수 있는 대안이 강구되어야 함을 지적하고 있다. 의료시설과 거주지간 거

리가 단축되고 관할지역내 인구가 적으면 의료이용자 비율은 높아진다. 문제는 주민의 한방진료 이용자 비율을 최적의 투입을 통해서 최대로 향상시킬 수 있는 대안의 강구에 있는데, 이번 조사결과는 보건지소에 한방진료실이 설치됨으로써 거주지역간 이용자 비율의 격차가 축소될 수 있음을 시사한다. 서비스 供給源(service points)의 확대는 의료이용상 지리적 장애를 제거하여 지역간 균등한 한방의료의 이용에 기여할 수 있기 때문이다. 한편 타 행정구역 거주자의 이용편의를 고려하여 행정구역별로 보건소 한방진료실의 설치도 필요함을 알 수 있다.

### 바. 移動診療 實績

韓方醫療의 長點 중의 하나는 시술이 간편하다는 것이다. 요즘 들어 많은 韓方醫療機器가 개발되고 있긴 하지만, 침과 뜸 그리고 부항만 있으면 基本的 施術이 가능한 것이 한방의술이다. 많은 장비가 필요한 양방의료와는 달리 한방의료는 機動性이 높다고 할 수 있다.

〈表 3-11〉 地域別 年度別 韓方診療室의 保健所內 診療實績(實人員)

(단위: 명)

| 보건소 | 계 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 춘천 | 64,477 | 9,553 | 12,684 | 12,998 | 11,973 | 8,992 | 8,277 |
| 영양 | 58,348 | 11,832 | 9,703 | 8,612 | 11,843 | 8,754 | 7,604 |
| 순창 | 46,677 | 4,238 | 10,603 | 10,431 | 11,497 | 6,708 | 3,200 |
| 화천 | 10,187 | - | - | - | - | 3,199 | 6,988 |
| 진주 | 3,678 | - | - | - | - | - | 3,678 |
| 인제 | 4,450 | - | - | - | - | - | 4,450 |
| 계 | 187,817 | 25,623 | 32,990 | 32,041 | 35,313 | 27,653 | 34,197 |

〈表 3-11〉은 6개 보건소 한방진료실의 保健所內 診療實績을 나타

내고 있고,〈表 3-12〉는 移動診療實績을 각각 나타내고 있다. 이들 보건소내 진료실적과 이동진료 실적을 합하면 보건소의 총한방진료 실적이 된다.

〈表 3-12〉 地域別 年度別 移動診療實績

(단위: 명)

| | 지 역 | 계 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 춘천 | 이동진료 횟수 | 91 | ? | 15 | 14 | 18 | 23 | 21 |
| | 총진료 환자수 | 1,986 | ? | 386 | 333 | 368 | 390 | 509 |
| | 1회 평균 환자수 | 21.8 | ? | 25.7 | 23.8 | 20.4 | 17.0 | 24.2 |
| 영양 | 이동진료 횟수 | 281 | 36 | 84 | 19 | 95 | 25 | 22 |
| | 총진료 환자수 | 4,555 | 437 | 1,081 | 365 | 1,577 | 528 | 567 |
| | 1회 평균 환자수 | 16.2 | 12.1 | 12.9 | 19.2 | 16.6 | 21.1 | 25.8 |
| 순창 | 이동진료 횟수 | 40 | 4 | 8 | 8 | 4 | 7 | 9 |
| | 총진료 환자수 | 1,815 | 162 | 329 | 349 | 157 | 263 | 555 |
| | 1회 평균 환자수 | 45.4 | 40.5 | 41.1 | 43.6 | 39.3 | 37.6 | 62.7 |
| 화천 | 이동진료 횟수 | 6 | - | - | - | - | - | 6 |
| | 총진료 환자수 | 112 | - | - | - | - | - | 112 |
| | 1회 평균 환자수 | 18.7 | - | - | - | - | - | 18.7 |
| 진주 | 이동진료 횟수 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 총진료 환자수 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 1회 평균 환자수 | - | - | - | - | - | - | - |
| 인제 | 이동진료 횟수 | 18 | - | - | - | - | - | 18 |
| | 총진료 환자수 | 313 | - | - | - | - | - | 313 |
| | 1회 평균 환자수 | 17.4 | - | - | - | - | - | 17.4 |

보건소 내 진료실적은 춘천에서 가장 많고 다음은 영양, 순창의 순이다. 1995년의 진료실적을 보면, 지역마다 진료실적에 큰 차이를 나타낸다. 춘천에서 가장 많은 8,277명, 영양에서 7,604명이며, 신설 보건소 한방진료실인 화천에서는 6,988명이다. 그러나 설치된 지 오래된

순창에서는 가장 낮은 3,200명에 불과하다.

이동진료 실적을 보면, 1995년에 英陽에서 가장 많은 567명이며, 다음이 순창의 555명, 춘천에서 509명이다. 신설 한방진료실의 이동진료 실적은 비교적 적다.

이들 이동진료 실적을 보건소 내 진료실적 100인당 비율로 계산해 보면 순창에서 17.3%로 가장 높고 다음은 영양의 7.5%, 춘천에서 6.1%이다. 6개 보건소의 총 보건소내 진료환자수 100인당 이들 이동진료환자수의 비율은 187,817명 중 5.0%에 불과하지만, 보건소에 지리적으로 접근이 어려운 오벽지 주민에게 한방진료를 제공한 데 의의가 크다. 이동진료를 위한 비용은 보건소내 진료와 비교하여 높지만 오벽지 주민의 한방의료에 대한 선호도와 수용도는 높다. 전체적으로 보면 1회 평균 20명을 진료하고 있다. 이러한 이동진료는 확대할 필요가 있지만, 한방의료수요가 높은 곳에 보건지소 한방진료실을 설치하는 것이 보다 더 큰 효과를 거둘 수 있다.

## 3. 保健所 韓方診療室 診療類型과 診療費

### 가. 診療類型

한방의료의 診療類型은 보는 이에 따라 다양하게 나눌 수 있을 것이다. 현재 한방의료기관에서 한의사들이 행하고 있는 醫療行爲는 일반적으로 진찰, 검사, 시술, 처방, 투약으로 나눌 수 있다. 診察이란 망진(望診)·문진(聞診)·문진(問診)·절진(切診)이라는 4가지 진찰과정을 의미하며, 檢査란 맥진도검사기·양도락검사기·메리디안(생기능진료기)·체열진단기 등의 한방진단기기들을 조작하고 검사결과를 판독하는 행위를 의미한다. 施術은 침·구·부항·추나 등의 서비스를 환자에게 제공

하는 행위들을 의미하며, 處方이란 진찰 및 검사를 통해 파악한 진단결과에 의거하여 약물들의 조합구조를 결정하는 행위이며, 投藥이란 약물들을 처방내용에 의거하여 수치(修治), 조합시키는 행위를 의미한다.

본 조사에서는 한의사의 진료유형에 필요한 진찰 및 시술소요시간 측정을 목적으로 진찰, 침, 구, 부항만을 측정대상으로 하였다. 흔히 진료유형 분류시에 포함되는 投藥項目은 보건소 한의사에게 별도의 시간을 요구하지 않는다고 보고 제외시켰다. 또한 檢査項目은 보건소 한방진료실의 경우 검사기기 미비로 제외시키고, 오직 한의사의 노동시간이 요구되는 診察(상담·처방 포함)과 施術(침·구·부항)의 두 요인만을 이용하여 진료유형을 분류하였다. 그 결과 8종의 진료유형이 나오게 되지만 진찰+구, 진찰+부항, 진찰+구+부항의 경우 그 수가 극히 적은 관계로 이 3가지를 하나로 묶어 '진찰+구, 부항'으로 하여 6종으로 분류하였다. 6種의 診療類型 및 診療類型別 分布는〈表 3-13〉과 같다.

〈表 3-13〉 保健所 韓方診療室의 診療類型 分布

| 진료유형 | 비율 | N[1)] |
|---|---|---|
| 진찰 | 6.8 | 65 |
| 진찰+침 | 45.2 | 432 |
| 진찰+침+구 | 18.4 | 176 |
| 진찰+침+부항 | 17.9 | 171 |
| 진찰+침+구+부항 | 9.6 | 92 |
| 진찰+구, 부항 | 2.1 | 20 |
| 계 | 100.0 | 956 |

註: 1) N=표본수

6가지로 診療類型을 분류하여 분석한 결과 진찰만 받고 시술은 받지 않은 환자가 6.8%(투약은 했을 수 있다)였고, 나머지 93.2%는 여러 형태의 시술을 받고 있다. 施術種類로는 침을 맞은 환자가 전체 방

문환자의 91.1%에 이르렀고, 침과 더불어 구나 부항시술을 받은 환자도 45.9%에 이르렀다. 침은 맞지 않고 구나 부항시술만 받은 경우는 2.1%에 불과했다. 그러므로 보건소 한방진료의 가장 보편적인 시술은 침술임을 알 수 있다.

〈表 3-14〉는 환자의 성, 연령, 의료보장 종류, 환자종류, 상병종류별로 진료유형의 분포를 나타내고 있다.

성별로 보면, 진료유형에는 큰 차이가 없으나 여자에서 침+부항의 비율이 약간 높은 반면 남자에서는 여자보다 침+구와 침+구+부항의 비율이 높다. 연령별로 보면 진료유형에 차이가 거의 없다. 다만 44세 이하에서 비교적 진찰만을 받은 비율이 비교적 높다. 의료보장 종류별로는 비교적 큰 차이를 볼 수 있다. 의료보호수혜자는 의료보험 적용자와 비교하여 진찰만의 비율이 높은 반면 침 시술의 비율이 낮다.

보건소별로는 진료유형에 많은 차이가 있다. 춘천에서는 전체 환자 중 침만을 시술한 비율이 74.4%였고, 영양에서는 침+부항의 비율이 비교적 높고, 순창에서는 침+구의 비율이, 진주에서는 진찰만의 비율이, 인제에서는 침+구+부항의 비율이 각각 높음을 알 수 있다. 초진환자와 재진환자간 진료유형에는 큰 차이가 없다.

질병종류별로 진료유형은 다르다. 비계질환에서 진찰만의 비율이 비교적 높고, 심계질환에서 침만의 시술 비율이 비교적 높다. 가장 높은 유병률을 나타내는 운동기질환의 진료유형은 침이 가장 높은 45.6%, 다음이 침+구의 20.3%, 침+부항이 19.0%이다. 이 질환에 대하여 진찰만 한 비율은 2.4%에 불과하다.

### 나. 處方 種類

보건소 한방진료실에서 사용되는 한약은 제약회사에서 공급되는 한방의료보험용 엑스산제로 제한되어 있다. 따라서 약물투여의 범위는 68종의 單味劑로 구성되는 56종의 處方에 한한다.

〈表 3-14〉 諸變數別 診療類型 分布

(단위: %)

| 구분 | 진료유형 | | | | | | 계 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 진찰 | 진찰+침 | 진찰+침+구 | 진찰+침+부항 | 진찰+침+구+부항 | 진찰+구+부항 | % | N[1)] |
| 성별 | | | | | | | | |
| 남 | 6.7 | 44.7 | 20.0 | 14.1 | 12.9 | 1.6 | 100.0 | (255) |
| 여 | 6.8 | 45.4 | 17.8 | 19.3 | 8.4 | 2.3 | 100.0 | (701) |
| 연령 | | | | | | | | |
| ~14 | * | - | * | * | - | - | 100.0 | (8) |
| 15~44 | 13.3 | 46.7 | 20.0 | 12.6 | 4.4 | 3.0 | 100.0 | (135) |
| 45~64 | 4.3 | 46.7 | 25.6 | 20.5 | 10.4 | 2.5 | 100.0 | (443) |
| 65~ | 6.2 | 43.8 | 21.4 | 16.5 | 10.8 | 1.4 | 100.0 | (370) |
| 의료보장종류 | | | | | | | | |
| 의료보호 | 17.6 | 32.1 | 20.8 | 17.6 | 10.7 | 1.3 | 100.0 | (159) |
| 의료보험 | 4.7 | 47.7 | 18.0 | 17.8 | 9.5 | 2.3 | 100.0 | (782) |
| 일반 | - | * | * | * | * | - | 100.0 | (15) |
| 보건소 | | | | | | | | |
| 춘천 | 3.3 | 74.4 | 6.2 | 13.7 | - | 2.4 | 100.0 | (211) |
| 영양 | 3.8 | 42.1 | 8.7 | 35.0 | 4.9 | 5.4 | 100.0 | (183) |
| 순창 | 5.3 | 29.3 | 49.3 | 16.0 | - | - | 100.0 | (75) |
| 화천 | 6.9 | 57.2 | 5.0 | 27.7 | - | 3.1 | 100.0 | (159) |
| 진주 | 21.4 | 40.7 | 37.9 | - | - | - | 100.0 | (145) |
| 인제 | 2.7 | 14.2 | 25.7 | 12.0 | 45.4 | - | 100.0 | (183) |

註: 1) N=표본수

2) *는 例數가 적어서 계산 안함

〈表 3-14〉 계속

(단위: %)

| 구분 | 진료유형 | | | | | | 계 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 진찰 | 진찰+침 | 진찰+침+구 | 진찰+침+부항 | 진찰+침+구+부항 | 진찰+구+부항 | % | N[1)] |
| 환자종류 | | | | | | | | |
| 초진 | 6.3 | 40.9 | 15.2 | 24.5 | 9.7 | 3.4 | 100.0 | (237) |
| 재진 | 7.0 | 46.6 | 19.5 | 15.7 | 9.6 | 1.7 | 100.0 | (719) |
| 상병종류 | | | | | | | | |
| 감염성 및 기생충성 질환 | - | - | - | - | - | - | 100.0 | - |
| 간계질환 | * | * | * | * | - | - | 100.0 | (16) |
| 심계질환 | 8.0 | 60.0 | 14.7 | 16.0 | 1.3 | - | 100.0 | (75) |
| 비계질환 | 13.6 | 48.5 | 22.7 | 13.6 | - | 1.5 | 100.0 | (66) |
| 폐계질환 | * | * | - | - | * | - | 100.0 | (19) |
| 신계질환 | * | * | * | - | - | - | 100.0 | (5) |
| 안이비인후과질환 | * | * | - | * | - | - | 100.0 | (7) |
| 외과질환 | 1.9 | 27.8 | 7.4 | 25.9 | 37.0 | - | 100.0 | (54) |
| 신경정신질환 | * | * | * | - | - | - | 100.0 | (9) |
| 운동기질환 | 2.4 | * | 20.3 | 19.0 | 10.0 | 2.7 | 100.0 | (700) |
| 부인질환 | * | * | - | - | - | - | 100.0 | (5) |
| 소아질환 | - | - | - | - | - | - | 100.0 | - |
| 계 | 6.8 (65) | 45.2 (432) | 18.4 (176) | 17.9 (171) | 9.6 (92) | 2.1 (20) | 100.0 | (956) |

註: 1) N=표본수

2) *는 例數가 적어서 계산 안함

〈表 3-15〉는 보건소 한방진료실이 진료한 환자에 대한 投藥 현황을 나타내고 있다. 진료환자 956명 중 74.4%인 711명에게 투약했으며, 25.6%인 245명에게는 투약하지 않은 것으로 나타났다. 한의학 치료에서 약은 주요 수단이다. 약물중심의 치료가 한의학의 특성이다. 그럼에도 불구하고 투약하지 못하는 환자의 비율이 높은 것이다. 이는 보건소에 근무하는 한의사들은 藥을 투여하려고 하고 환자들도 그것을 원하지만 환자의 증상이나 질병의 치료에 적절한 '줄 만한 약이 없는' 현실이 반영된 것으로 보여진다.

〈表 3-15〉 保健所 韓方診療室 利用患者에 對한 投藥有無

| 투약 유무 | N | % |
|---|---|---|
| 투약함 | 711 | 74.4 |
| 투약하지 않음 | 245 | 25.6 |
| 계 | 956 | 100.0 |

조사기간 동안 보건소 한방진료실에서 사용된 처방을 使用頻度別로 나열해 보면 〈表 3-16〉과 같다. 처방 중 五積散이 291명으로 두드러지게 많은데 이는 전국적인 한방의료급여보험통계와도 일치한다.

오적산은 주로 退行性 關節疾患 患者들에게 많이 쓰이는데 56개 처방중에는 이 처방 이외에 달리 쓸 만한 처방이 없다. 또한 56개 처방 중 1주간에 한번도 사용되지 않은 처방은 궁소산 등 17개 처방에 달한다. 1회 이상 사용된 처방은 39개 처방이며, 사용된 처방 100건 중 오적산의 사용빈도는 40.9%였고 다음으로 구미강활탕 8.4%, 궁하탕이 4.5%였다. 이들 3종의 처방은 전체 약물치료의 54%를 점유한다. 보건소 수준에서 사용할 수 있는 처방은 부족하여 투약할 수 없는 환자는 많다. 그러나 한편 기존 56개 처방 중에는 사용되지 않은 처방도 많다.

〈表 3-16〉 保健所 韓方 處方의 活用分布

| 환자수 | 처방명(환자수) | 처방수 |
|---|---|---|
| 100명 이상 | 오적산(291) | 1 |
| 20～99명 | 구미강활탕(60), 궁하탕(32), 보중익기탕(28), 갈근탕(25), 청상견통탕(25), 향사평위산(25), 내소산(21), 가미소요산(20) | 8 |
| 10～19명 | 팔물탕(17), 인삼패독산(16), 반하백출천마탕(15), 연교패독산(14), 불환금정기산(12), 대화중음(12), 삼출건비탕(10) | 7 |
| 1～ 9명 | 대청룡탕(9), 자음강화탕(9), 이진탕(8), 행소탕(6), 갈근해기탕(5), 삼소음(5), 소시호탕(6), 대시호탕(4), 도인승기탕(5), 반하사심탕(4), 소청룡탕(4), 이중탕(4), 시호청간탕(3), 형개연교탕(3), 시경반하탕(2), 평위산(2), 황련해독탕(2), 회춘양격산(2), 반하후박탕(1), 삼호작약탕(1), 삼황사심탕(1), 오림산(1), 인진호탕(1) | 23 |
| 사용하지 않은 처방 | 궁소산, 당귀연교음, 당귀육황탕, 대황목단피탕, 백출탕, 보허탕, 복령보심탕, 생맥산, 승양보위탕, 시호계지탕, 시호소간산, 안태음, 익위승양탕, 조위승기탕, 청서익기탕, 청위산, 황금작약탕 | 17 |
| 계 | | 56 |

보건소 한방진료의 내실화, 즉 환자의 질병양상에 부응하여 적절한 진료를 하기 위하여 기존 한방처방 중에서 사용되지 않는 처방은 제외하여 새로운 처방이 선정·포함되어야 하고 첩약도 사용될 수 있어야 한다. 그 이유는 한의사 자신이 가지고 있는 지식과 기술이 한방진료에 충분히 발휘하여 지역주민의 한방수요를 효과적으로 충족시킬 수 있어야 하기 때문이다. 기존의 엑스산제 68종, 사용되지 않는 처방이 많이 포함된 56개 처방으로서는 한의사의 진료능력을 死藏시키고 지역주민에게는 質的으로 낮고 適切性이 떨어지는 한방의료서비스를 제공하게 된다.

〈表 3-17〉 은 사용된 처방종류별로 사용빈도를 성별, 연령별, 의료

보장 종류별로 나타내고 있다.

性別로 보면, 男子에서 오적산 사용빈도는 48.0%였고 다음은 구미강활탕 7.6%, 팔물탕 5.8%, 궁하탕 5.3%, 보중익기탕 4.7%였고 이들 5개 처방이 전체 사용빈도의 71%를 차지한다. 女子에서는 오적산 사용빈도가 38.7%로서 남자의 경우보다 낮고 다음은 구미강활탕 8.7%, 청상견통탕과 향사평위산이 각각 4.4%, 궁하탕이 4.3%로서 이들 5종의 사용빈도는 60.5%를 차지한다. 대체로 사용된 처방의 사용빈도의 성별 차이는 크지 않지만, 남자보다 여자에서 비교적 많이 사용되는 처방의 종류수는 약간 많음을 알 수 있다. 年齡別로 보면, 45~64세에서는 오적산 사용률이 역시 가장 높은 39.4%이며, 다음으로 구미강활탕 9.2%, 향사평위산 4.9%, 갈근탕 4.0%, 보중익기탕 3.4%로서 이들 5개 처방의 사용이 60.9%를 차지한다. 65세 이상에서는 오적산의 사용빈도가 높은 43.6%이며 다음이 구미강활탕 9.4%, 청상견통탕 6.3%, 보중익기탕 5.2%, 팔물탕 4.2%로서 이들 5개 처방 사용이 68.7%를 차지한다. 이와 같이 성별이나 연령별로 큰 차이 없이 10개 미만의 처방이 60% 이상의 한방진료에 사용되고 있는 것이다.

〈表 3-18〉 은 상병종류별로 사용된 처방의 빈도를 나타내고 있다. 가장 높은 상병종류는 운동기질환인데, 운동기질환의 치료에 오적산이 56.3%가 사용되고 다음으로 구미강활탕 7.7%, 궁하탕 6.0%, 갈근탕 3.6%, 보중익기탕 3.0%로서 이들 5개 처방이 76.6% 사용되고 있다. 다음으로 높은 질병은 비계질환인데, 비계질환의 치료에 내소산이 가장 높은 26.7%였고 다음으로 불환금정기산과 향사평위산이 각각 15.6%, 삼출건비탕이 12.5%, 대화중음이 10.9%로서 이들 5개 처방이 81.3% 사용되고 있다. 전체 질병 중 운동기질환과 비계질환이 79.9%를 차지하며 이들 질병의 치료에 10개의 처방이 약 80% 사용되고 있다. 다양한 질병에 제한된 소수의 처방이 사용되어 질병에 적절한 치료가 어려움을 알 수 있다.

〈表 3-17〉 處方種類別 活用處方別 患者數(性·年齡 等)

(단위: 명)

| 처방종류 | 계 | | 성별 | | 연령별 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | 남 | 여 | ~14 | 15~44 | 45~64 | 65~ |
| 1. 가미소요산 | 20 | 2.8 | 3 | 17 | 1 | 5 | 8 | 6 |
| 2. 갈근탕 | 25 | 3.5 | 6 | 19 | - | 8 | 13 | 4 |
| 3. 갈근해기탕 | 5 | 0.7 | 2 | 3 | - | - | 4 | 1 |
| 4. 구미강활탕 | 60 | 8.4 | 13 | 47 | - | 3 | 30 | 27 |
| 6. 궁하탕 | 32 | 4.5 | 9 | 23 | - | 10 | 11 | 11 |
| 7. 내소산 | 21 | 3.0 | 1 | 20 | - | 4 | 10 | 7 |
| 10. 대시호탕 | 4 | 0.6 | 3 | 1 | - | 1 | - | 3 |
| 11. 대청룡탕 | 9 | 1.3 | 1 | 8 | - | 1 | 7 | 1 |
| 12. 대화중음 | 12 | 1.7 | - | 12 | - | 2 | 6 | 4 |
| 14. 도인승기탕 | 5 | 0.7 | 2 | 3 | - | 1 | 3 | 1 |
| 15. 반하백출천마탕 | 15 | 2.1 | 2 | 13 | - | 2 | 7 | 6 |
| 16. 반하사심탕 | 4 | 0.6 | 1 | 3 | - | 1 | 1 | 2 |
| 17. 반하후박탕 | 1 | 0.1 | - | 1 | - | 1 | - | - |
| 19. 보중익기탕 | 28 | 3.9 | 8 | 20 | 1 | - | 12 | 15 |
| 22. 불환금정기산 | 12 | 1.7 | 1 | 11 | - | 1 | 11 | - |
| 23. 삼소음 | 5 | 0.7 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | - |
| 24. 삼출건비탕 | 10 | 1.4 | 1 | 9 | - | - | 6 | 4 |
| 25. 삼호작약탕 | 1 | 0.1 | - | 1 | - | - | 1 | - |
| 26. 삼황사심탕 | 1 | 0.1 | 1 | - | - | - | 1 | - |
| 28. 소시호탕 | 6 | 0.8 | 2 | 4 | - | - | 3 | 3 |
| 29. 소청룡탕 | 4 | 0.6 | 2 | 2 | - | - | 3 | 1 |
| 31. 시경반하탕 | 2 | 0.3 | - | 2 | - | - | 2 | - |
| 34. 시호청간탕 | 3 | 0.4 | 1 | 2 | - | 1 | - | 2 |
| 36. 연교패독산 | 14 | 2.0 | 1 | 13 | - | - | 8 | 6 |
| 37. 오림산 | 1 | 0.1 | - | 1 | - | 1 | - | - |
| 38. 오적산 | 291 | 40.9 | 82 | 209 | - | 37 | 129 | 125 |
| 39. 이중탕 | 4 | 0.6 | 2 | 2 | 1 | - | 1 | 2 |
| 40. 이진탕 | 8 | 1.1 | - | 8 | - | 2 | 1 | 5 |
| 42. 인삼패독산 | 16 | 2.3 | 4 | 12 | - | 3 | 9 | 4 |
| 43. 인진호탕 | 1 | 0.1 | 1 | - | - | - | - | 1 |
| 44. 자음강화탕 | 9 | 1.3 | 3 | 6 | - | - | 5 | 4 |
| 46. 청상견통탕 | 25 | 3.5 | 1 | 24 | - | 1 | 6 | 18 |
| 49. 팔물탕 | 17 | 2.4 | 10 | 7 | - | - | 5 | 12 |
| 50. 평위산 | 2 | 0.3 | - | 2 | - | 1 | - | 1 |
| 51. 행소탕(산) | 6 | 0.8 | 3 | 3 | - | 1 | 4 | 1 |
| 52. 향사평위산 | 25 | 3.5 | 1 | 24 | 1 | - | 16 | 8 |
| 54. 황련해독탕 | 2 | 0.3 | 1 | 1 | - | - | 1 | 1 |
| 55. 형개연교탕 | 3 | 0.4 | 1 | 2 | - | 2 | 1 | - |
| 56. 회춘양격산 | 2 | 0.3 | - | 2 | - | - | 1 | 1 |
| 계 | 711 | 100.0 | 171 | 540 | 7 | 90 | 327 | 287 |

註: 1) N=표본수

〈表 3-18〉 處方種類別 患者數(傷病種類)

(단위: 명)

| 처방종류 | 계 | | 상 | | | | 병 | | 종 | | | 류 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1.가미소요산 | 20 | 2.8 | - | - | 5 | - | - | - | 1 | 1 | 7 | 5 | 1 | - |
| 2.갈근탕 | 25 | 3.5 | - | - | - | - | - | - | - | 7 | - | 18 | - | - |
| 3.갈근해기탕 | 5 | 0.7 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5 | - | - |
| 4.구미강활탕 | 60 | 8.4 | - | - | - | - | - | - | - | 21 | - | 39 | - | - |
| 6.궁하탕 | 32 | 4.5 | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 30 | - | - |
| 7.내소산 | 21 | 3.0 | - | - | - | 17 | - | - | - | 1 | - | - | 3 | - |
| 10.대시호탕 | 4 | 0.6 | - | - | 1 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 11.대청룡탕 | 9 | 1.3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 9 | - | - |
| 12.대화중음 | 12 | 1.7 | - | - | - | 7 | - | - | - | 2 | - | 3 | - | - |
| 14.도인승기탕 | 5 | 0.7 | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 3 | - | - |
| 15.반하백출천마탕 | 15 | 2.1 | - | 1 | 4 | 1 | - | - | - | - | 1 | 8 | - | - |
| 16.반하사심탕 | 4 | 0.6 | - | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 2 | - | - |
| 17.반하후박탕 | 1 | 0.1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| 19.보중익기탕 | 28 | 3.9 | - | - | 4 | 3 | 4 | 1 | - | 1 | - | 15 | - | - |
| 22.불환금정기산 | 12 | 1.7 | - | - | - | 10 | - | - | - | - | - | 2 | - | - |
| 23.삼소음 | 5 | 0.7 | - | - | - | - | 5 | - | - | - | - | - | - | - |
| 24.삼출건비탕 | 10 | 1.4 | - | - | - | 8 | - | - | - | - | - | 2 | - | - |
| 25.삼호작약탕 | 1 | 0.1 | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 26.삼황사심탕 | 1 | 0.1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 28.소시호탕 | 6 | 0.8 | - | 3 | 2 | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |

註: 1.감염성 및 기생충성 질환 2.간계질환 3.심계질환 4.비계질환 5.폐계질환 6.신계질환 7.안이비인후과질환 8.외과질환 9.신경정신과질환 10.운동기질환 11.부인질환 12.소아질환

〈表 3-18〉 계속

| 처방종류 | 계 | | 상 | | | | 병 | | 종 | | | 류 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 29.소청룡탕 | 4 | 0.6 | - | - | 1 | - | 3 | - | - | - | - | - | - | - |
| 31.시경반하탕 | 2 | 0.3 | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| 34.시호청간탕 | 3 | 0.4 | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| 36.연교패독산 | 14 | 2.0 | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - | 11 | - | - |
| 37.오림산 | 1 | 0.1 | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 38.오적산 | 291 | 40.9 | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 5 | - | 284 | - | - |
| 39.이중탕 | 4 | 0.6 | - | - | 2 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| 40.이진탕 | 8 | 1.1 | - | 1 | 3 | - | - | - | 1 | - | - | 3 | - | - |
| 42.인삼패독산 | 16 | 2.3 | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 14 | - | - |
| 43.인진호탕 | 1 | 0.1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| 44.자음강화탕 | 9 | 1.3 | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 8 | - | - |
| 46.청상견통탕 | 25 | 3.5 | - | - | 18 | - | - | - | - | - | - | 7 | - | - |
| 49.팔물탕 | 17 | 2.4 | - | 2 | 1 | - | - | - | - | - | - | 14 | - | - |
| 50.평위산 | 2 | 0.3 | - | - | - | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 51.행소탕(산) | 6 | 0.8 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 5 | - | - |
| 52.향사평위산 | 25 | 3.5 | - | 6 | - | 10 | - | - | - | 1 | - | 8 | - | - |
| 54.황련해독탕 | 2 | 0.3 | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - |
| 55.형개연교탕 | 3 | 0.4 | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | 1 | - | - |
| 56.회춘양격산 | 2 | 0.3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - |
| 계 | 711 | 100.0 | - | 15 | 47 | 64 | 15 | 4 | 6 | 44 | 8 | 504 | 4 | - |

註: 1.감염성 및 기생충성 질환 2.간계질환 3.심계질환 4.비계질환 5.폐계질환 6.신계질환 7.안이비인후과질환 8.외과질환 9.신경정신과질환 10.운동기질환 11.부인질환 12.소아질환

〈表 3-19〉 處方種類別 患者數(保健所)

(단위: 명)

| 처방종류 | 계(N[1)]) | 춘천 | 영양 | 순창 | 화천 | 진주 | 인제 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 가미소요산 | 20 | 1 | 4 | 1 | 4 | 8 | 2 |
| 2. 갈근탕 | 25 | 2 | 1 | 5 | 14 | - | 3 |
| 3. 갈근해기탕 | 5 | - | 2 | 3 | - | - | - |
| 4. 구미강활탕 | 60 | 19 | 3 | 8 | 14 | - | 16 |
| 6. 궁하탕 | 32 | - | - | 1 | 28 | - | 3 |
| 7. 내소산 | 21 | 1 | - | - | 10 | - | 10 |
| 10. 대시호탕 | 4 | - | - | - | 4 | - | - |
| 11. 대청룡탕 | 9 | - | - | 9 | - | - | - |
| 12. 대화중음 | 12 | 2 | 2 | - | 8 | - | - |
| 14. 도인승기탕 | 5 | - | 4 | - | - | 1 | - |
| 15. 반하백출천마탕 | 15 | 1 | 3 | - | 1 | 4 | 5 |
| 16. 반하사심탕 | 4 | - | - | - | 1 | - | 3 |
| 17. 반하후박탕 | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| 19. 보중익기탕 | 28 | 2 | 17 | 2 | 4 | 2 | 1 |
| 22. 불환금정기산 | 12 | - | 4 | - | 8 | - | - |
| 23. 삼소음 | 5 | - | - | - | 1 | - | 4 |
| 24. 삼출건비탕 | 10 | 6 | - | - | 4 | - | - |
| 25. 삼호작약탕 | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| 26. 삼황사심탕 | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| 28. 소시호탕 | 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | - | - |
| 29. 소청룡탕 | 4 | - | 2 | - | - | 2 | - |
| 31. 승양보위탕 | 2 | - | 2 | - | - | - | - |
| 34. 시호청간탕 | 3 | 2 | 1 | - | - | - | - |
| 36. 연교패독산 | 14 | 3 | 3 | 4 | - | - | 4 |
| 37. 오림산 | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| 38. 오적산 | 291 | 45 | 41 | 7 | 18 | 101 | 79 |
| 39. 이중탕 | 4 | 1 | - | 3 | - | - | - |
| 40. 이진탕 | 8 | - | 1 | - | - | 7 | - |
| 42. 인삼패독산 | 16 | - | 16 | - | - | - | - |
| 43. 인진호탕 | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| 44. 자음강화탕 | 9 | 2 | 1 | 6 | - | - | - |
| 46. 청상견통탕 | 25 | 3 | 5 | - | - | 6 | 11 |
| 49. 팔물탕 | 17 | - | 3 | 2 | - | 7 | 5 |
| 50. 평위산 | 2 | 2 | - | - | - | - | - |
| 51. 행소탕(산) | 6 | 3 | - | 3 | - | - | - |
| 52. 향사평위산 | 25 | 5 | 6 | 2 | - | 7 | 5 |
| 54. 황련해독탕 | 2 | - | 2 | - | - | - | - |
| 55. 형개연교탕 | 3 | 2 | 1 | - | - | - | - |
| 56. 회춘양격산 | 2 | - | - | 2 | - | - | - |
| 계 | 711 | 105 | 127 | 62 | 120 | 145 | 152 |

註: 1) N=표본수

〈表 3-19〉는 6개 보건소별로 사용된 처방의 빈도를 비교하고 있다. 6개 보건소별로 사용된 처방의 종류에는 큰 차이가 있다. 春川의 경우에 오적산의 사용빈도가 42.9%였고 다음이 구미강활탕으로서 18.1%이며 이들 두 처방의 사용이 61%를 차지한다. 英陽에서는 오적산 사용이 32.3%, 보중익기탕이 23.6%, 인삼패독산이 12.6%로서 이들 3개 처방의 사용이 58.3%를 차지한다. 화천에서는 궁하탕이 가장 높은 23.3%이며 다음이 오적산 15.0%, 갈근탕과 구미강활탕이 각각 11.7%로서 이들 4개 처방의 사용이 61.7%를 차지한다. 진주에서는 오적산 사용이 69.7%를, 인제는 오적산이 52.0%, 구미강활탕이 10.5%를 차지한다. 이와 같이 보건소별로 사용되고 있는 처방은 1개 내지 4개 정도의 처방으로 60% 이상의 환자를 진료하되 사용하는 처방의 종류가 상당히 다르다. 보건소별로 질병양상과 찾아오는 환자의 특성이 유사하고, 의료보험 급여범위내에서 동일한 처방과 약제가 사용됨에도 사용되는 처방이 보건소별로 크게 차이가 나는 것은 한의사 개인의 진료형태의 차이가 큼을 의미한다. 이러한 개별적 차이는 환자진료에 있어서 바람직한 것인지 아니면 표준화하여 개별적 차이가 가미되어야 할 것인지 등이 검토되어야 한다. 다만 여기서 지적할 수 있는 것은 한방의료는 환자의 특성에 따라 다양한 처방이 적용되어야 한다는 관점에서 현행 의료보험 급여에 포함된 56개 처방과 68종 단미엑스산제는 보다 더 확대되어야 하고 첩약도 의료보험에 포함하거나 비보험으로 보건소 단위에서 선택하여 사용할 수 있도록 할 필요가 있다는 것이다. 이렇게 되더라도 보건소에서 사용할 수 있는 한방처방의 종류는 開院 韓醫師와 비교하여 수적으로 제한을 받을 것이다. 그러므로 보건소에서 사용되는 처방과 약제를 사용하는데 참고할 수 있는 保健所 韓方診療標準指針書가 개발되어 보건소에 한의사가 배치되기 전에 이에 대한 연수기회가 주어지거나 한의과대학 교과과정에서 심층적으

로 다룰 수 있는 기회가 주어질 필요가 있다. 이에 따라 公共部門 한방진료에 있어서 한의사 個人의 經驗과 主觀的 判斷의 폭을 감소시켜 客觀化하는 계기를 마련할 수 있다.

### 다. 投藥日數

보건소 한방진료실 방문환자들의 방문당 投藥日數의 분포 및 평균 투약일수는 〈表 3-20〉과 같다.

〈表 3-20〉 投藥日數 分布 및 平均投藥日數

| 투약일수 | N[1)] | % |
|---|---|---|
| 투약하지 않음 | 216 | 22.6 |
| 1일 | 37 | 3.9 |
| 2일 | 200 | 20.9 |
| 3일 | 254 | 26.6 |
| 4일 이상 | 249 | 26.0 |
| 계 | 956 | 100.0 |
| 평균 투약일수 | 2.6 | |

註: 1) N=표본수

방문시 1일분을 투약한 경우는 37건으로 3.9%에 불과했으며, 2일분은 20.9%, 3일분은 26.6%, 4일분 이상은 26.0%로 나타났다. 6개 지역의 평균 投藥日數는 2.6일로 나타났다. 투약하지 않은 비율은 22.6%로서 앞에서 논의한 바와같이 환자의 질병에 적절히 치료할 수 있는 약제의 구비가 필요하다.

〈表 3-21〉은 성, 연령, 의료보장 종류, 보건소, 환자종류, 상병종류별로 投藥日數의 분포와 평균 투약일수를 나타내고 있다.

성별로 보면, 여자보다 남자에서 투약하지 않는 비율이 높은 반면 投藥日數 4일 이상의 비율이 높아서 방문당 평균 투약일수는 적다.

〈表 3-21〉 諸變數別 投藥日數 分布 및 平均投藥日數

(단위: %)

| 구 분 | 투약일수 | | | | | | | 평균투약일수(일) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 투약안함 | 1일 | 2일 | 3일 | 4일이상 | 계 | (N[1)]) | |
| 성별 | | | | | | | | |
| 남 | 29.4 | 5.1 | 19.6 | 27.1 | 18.8 | 100.0 | (255) | 2.2 |
| 여 | 20.1 | 3.4 | 21.4 | 26.4 | 28.7 | 100.0 | (701) | 2.8 |
| 연령 | | | | | | | | |
| ~14 | * | - | * | * | * | 100.0 | (8) | 3.0 |
| 15~44 | 24.4 | 2.2 | 22.2 | 25.9 | 25.2 | 100.0 | (135) | 2.7 |
| 45~64 | 23.0 | 3.8 | 25.5 | 24.4 | 23.3 | 100.0 | (443) | 2.5 |
| 65~ | 21.6 | 4.6 | 14.6 | 29.5 | 29.7 | 100.0 | (370) | 2.8 |
| 의료보장종류 | | | | | | | | |
| 의료보호 | 13.8 | 1.9 | 16.4 | 29.6 | 38.4 | 100.0 | (159) | 3.5 |
| 의료보험 | 24.3 | 4.0 | 22.0 | 25.8 | 23.9 | 100.0 | (782) | 2.4 |
| 일반 | * | * | * | * | * | 100.0 | (15) | 1.7 |
| 보건소 | | | | | | | | |
| 춘천 | 50.2 | 10.4 | 12.8 | 9.0 | 17.5 | 100.0 | (211) | 1.4 |
| 영양 | 30.6 | 2.7 | 31.1 | 26.2 | 9.3 | 100.0 | (183) | 1.9 |
| 순창 | 2.7 | 5.3 | 50.7 | 26.7 | 14.7 | 100.0 | (75) | 2.7 |
| 화천 | 13.2 | 3.8 | 47.8 | 10.1 | 25.2 | 100.0 | (159) | 2.8 |
| 진주 | - | - | - | 6.2 | 93.8 | 100.0 | (145) | 5.2 |
| 인제 | 16.9 | - | 1.1 | 77.6 | 4.4 | 100.0 | (183) | 2.6 |
| 환자종류 | | | | | | | | |
| 초진 | 13.5 | 6.8 | 30.8 | 28.3 | 20.7 | 100.0 | (237) | 2.6 |
| 재진 | 25.6 | 2.9 | 17.7 | 26.0 | 27.8 | 100.0 | (719) | 2.6 |
| 상병종류 | | | | | | | | |
| 감염성 및 기생충성 질환 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 간계질환 | - | * | * | * | * | 100.0 | (16) | 5.0 |
| 심계질환 | 32.0 | - | 16.0 | 26.7 | 25.3 | 100.0 | (75) | 2.5 |
| 비계질환 | 1.5 | 3.0 | 24.2 | 31.8 | 39.4 | 100.0 | (66) | 3.7 |
| 폐계질환 | * | * | * | * | * | 100.0 | (19) | 3.6 |
| 신계질환 | * | * | * | * | * | 100.0 | (5) | 3.8 |
| 안이비인후과질환 | * | * | * | * | * | 100.0 | (7) | 2.7 |
| 외과질환 | 9.3 | 1.9 | 22.2 | 53.7 | 13.0 | 100.0 | (54) | 2.8 |
| 신경정신질환 | - | - | - | * | * | 100.0 | (9) | 5.8 |
| 운동기질환 | 25.6 | 4.7 | 21.7 | 24.9 | 23.1 | 100.0 | (700) | 2.4 |
| 부인질환 | * | - | * | - | * | 100.0 | (5) | 4.6 |
| 계 | 22.6 | 3.9 | 20.9 | 26.6 | 26.0 | 100.0 | | 2.6 |
| (N) | (216) | (37) | (200) | (254) | (249) | | (956) | |

註: 1) N=표본수

2) *는 例數가 적어 계산하지 않음

연령별로 보면, 투약하지 않는 비율은 연령이 많아질수록 낮아지고 3일 이상 투약일수의 비율은 높아진다. 의료보장 종류별로 보면, 의료보험 적용자의 경우에 의료보호수혜자와 비교하여 투약하지 않는 비율이 높고 3일 이상 투약의 비율은 낮다. 보건소별로 보면 투약형태에 큰 차이를 볼 수 있다. 春川市의 경우 투약하지 않는 비율이 50.2%였고 英陽郡의 경우는 30.6%였으나 순창에서는 2.7%에 불과하다. 설치·운영된 지 비교적 오래된 보건소간에도 투약여부 및 투약일수에 큰 차이가 있다. 이러한 차이는 한의사간 진료유형의 차이와 보건소 내방환자수 즉 환자수가 많으면 투약하지 않는 비율도 높다. 방문당 투약일수도 보건소간 차이가 크다. 晉州市의 경우는 93.8%가 4일 이상의 투약을 받은 것으로 나타났다. 보건소 한의사들은 投藥日數를 조절함으로써 방문환자수를 조절하고 있는 것으로 보여진다. 진료환자수가 많은 보건소에서는 환자당 비교적 장기 투약하고 적은 보건소에서는 단기투약하고 있는 경향이 있다.

환자종류별로 보면, 초진환자보다 재진환자에서 투약하지 않는 비율이 높은 반면 4일 이상 투약비율이 높다. 상병종류별로 보면, 심계질환과 운동기질환에서 투약하지 않는 비율이 높다. 이들 질병은 유병률이 높지만 한방에서 중요시하는 약물치료율은 낮은 것이다. 그러나 투약되는 경우에는 4일 이상 투약비율은 비교적 높다.

### 라. 總診療費

보건소 한방진료실 이용자의 방문당 總診療費(자비부담액+조합부담액)의 分布는 〈表 3-22〉와 같다. 방문당 總診療費가 3,900원 이하인 환자는 226명인 23.6%였고, 4,000~4,900원은 32.1%, 5,000~6,900원은 6.3%, 7,000원 이상의 환자는 38.0%로 나타났다. 방문당 平均 總診療費는 6,790원으로 나타났다.

〈表 3-22〉 患者 1人當 總診療費 分布 및 平均 總診療費

| 진료비(원) | N | % |
|---|---|---|
| ~ 3,900 | 226 | 23.6 |
| 4,000 ~ 4,900 | 307 | 32.1 |
| 5,000 ~ 6,900 | 60 | 6.3 |
| 7,000 ~ | 363 | 38.0 |
| 계 | 956 | 100.0 |
| 평균 진료비 | 6,790 | |

〈表 3-23〉은 성, 연령, 의료보장 종류, 보건소, 환자종류, 상병종류, 진료유형별로 진료비를 나타내고 있다.

性別로 보면, 診療費는 남자환자가 평균 6,095원, 여자환자가 평균 7,043원으로 여자환자가 남자환자보다 약 1,000원 정도 진료비가 많다. 年齡別로 보면 診療費는 15세에서 44세 사이가 8,043원으로 가장 높았으며, 45세에서 64세 사이는 6,953원, 65세 이상은 6,163원으로 나타났다. 醫療保障 種類別로 보면 診療費는 의료보호환자가 7,025원, 의료보험환자가 6,775원으로 나타났다.

保健所別로 보면, 보건의료원인 淳昌郡과 華川郡이 각각 11,857원, 12,889원으로 높은 진료비를 나타냈고, 보건소 지역인 4개 지역은 春川市가 3,939원, 英陽郡이 4,181원, 晉州市가 7,632원, 麟蹄郡이 4,642원을 나타냈다. 이는 보건의료원은 行爲別 수가제인 반면 보건소는 訪問當 酬價制이기 때문이지만, 환자에 대한 투약 여부 및 투약일수에 따라 차이가 난다. 患者種類別로 보면, 초진환자의 平均 診療費가 7,412원으로 재진환자의 6,585원보다 많았다. 傷病種類別로 보면, 평균진료비는 신경정신질환(10,544원)이 가장 높고 다음은 비계질환이며 유병률이 높은 운동기질환(6,341원)과 심계질환(5,876원)의 진료비는 비교적 적다. 施術類型別로 보면, 진찰+침+구+부항 등 많은 시술을 한 경우에도 평균진료비는 4,621원으로서 진료유형 중 가장 낮고 다른 진료유형에서는 큰

차이가 없다. 그러므로 진료유형별 진료비의 차이는 수가가 비교적 높은 한약제의 투약 여부 및 투약일수에 따라 나지만 시술종류에 의하여 유의한 차이가 나는 것은 아님을 알 수 있다.

〈表 3-23〉 諸變數別 總診療費 分布 및 患者 1人當 平均 診療費

(단위: %)

| 구 분 | 총 진 료 비(원) | | | | | | 환자 1인당 진료비 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ~3,900 | 4,000~ 4,900 | 5,000~ 6,900 | 7,000~ | 계 | (N[1]) | |
| 성별 | | | | | | | |
| 남 | 30.2 | 31.0 | 7.1 | 31.8 | 100.0 | (255) | 6,095 |
| 여 | 21.3 | 32.5 | 6.0 | 40.2 | 100.0 | (701) | 7,043 |
| 연령 | | | | | | | |
| ~14 | * | * | - | * | 100.0 | ( 8) | 5,613 |
| 15~44 | 15.6 | 33.3 | 5.9 | 45.2 | 100.0 | (135) | 8,043 |
| 45~64 | 25.3 | 30.0 | 6.5 | 38.1 | 100.0 | (443) | 6,953 |
| 65~ | 24.1 | 34.3 | 6.2 | 35.4 | 100.0 | (370) | 6,163 |
| 의료보장종류 | | | | | | | |
| 의료보호 | 15.1 | 31.4 | 5.7 | 47.8 | 100.0 | (159) | 7,025 |
| 의료보험 | 25.1 | 32.2 | 6.3 | 36.4 | 100.0 | (782) | 6,775 |
| 일반 | * | * | * | * | 100.0 | ( 15) | 5,100 |
| 보건소 | | | | | | | |
| 춘천 | 60.7 | 21.8 | 15.2 | 2.4 | 100.0 | (211) | 3,939 |
| 영양 | 33.3 | 57.4 | 2.7 | 6.6 | 100.0 | (183) | 4,181 |
| 순창 | 1.3 | 1.3 | 8.0 | 89.3 | 100.0 | ( 75) | 11,857 |
| 화천 | 1.3 | 5.7 | 1.9 | 91.2 | 100.0 | (159) | 12,889 |
| 진주 | - | 3.4 | 9.7 | 86.9 | 100.0 | (145) | 7,632 |
| 인제 | 18.6 | 77.0 | - | 4.4 | 100.0 | (183) | 4,642 |
| 환자종류 | | | | | | | |
| 초진 | 17.7 | 33.8 | 5.5 | 43.0 | 100.0 | (237) | 7,412 |
| 재진 | 25.6 | 31.6 | 6.5 | 36.3 | 100.0 | (719) | 6,585 |

註: 1) N=표본수
2) *는 例數가 적어 계산하지 않음

〈表 3-23〉 계속

(단위: %)

| 구 분 | 총 진 료 비(원) | | | | | | 환자 1인당 진료비 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ~3,900 | 4,000~4,900 | 5,000~6,900 | 7,000~ | 계 | (N[1)]) | |
| 상병종류 | | | | | | | |
| 감염성 및 기생충성질환 | * | * | * | * | 100.0 | (16) | 8,244 |
| 간계질환 | 32.0 | 30.7 | 5.3 | 32.0 | 100.0 | (75) | 5,876 |
| 심계질환 | 1.5 | 30.3 | 12.1 | 56.1 | 100.0 | (66) | 9,909 |
| 비계질환 | 36.8 | 10.5 | 21.1 | 31.6 | 100.0 | (19) | 6,895 |
| 폐계질환 | * | * | - | * | 100.0 | (5) | 6,260 |
| 신계질환 | * | * | * | * | 100.0 | (7) | 6,171 |
| 안이비인후과질환 | 9.3 | 48.1 | - | 42.6 | 100.0 | (54) | 8,685 |
| 외과질환 | - | * | * | * | 100.0 | (9) | 10,544 |
| 신경정신질환 | 26.4 | 32.3 | 5.7 | 35.6 | 100.0 | (700) | 6,341 |
| 운동기질환 | * | - | - | * | 100.0 | (5) | 11,220 |
| 부인질환 | 7.7 | 7.7 | 24.6 | 60.0 | 100.0 | (65) | 9,266 |
| 소아질환 | - | - | - | - | - | - | - |
| 진료유형 | | | | | | | |
| 진찰+침 | 30.8 | 24.3 | 6.9 | 38.0 | 100.0 | (432) | 6,777 |
| 진찰+침+구 | 17.0 | 23.9 | 4.0 | 55.1 | 100.0 | (176) | 6,819 |
| 진찰+침+부항 | 21.6 | 42.1 | 4.1 | 32.2 | 100.0 | (171) | 7,080 |
| 진찰+침+구+부항 | 16.3 | 80.4 | - | 3.3 | 100.0 | (92) | 4,621 |
| 진찰+구, 부항 | 30.0 | 45.0 | - | 25.0 | 100.0 | (20) | 6,255 |
| 계 | 23.6 | 32.1 | 6.3 | 38.0 | 100.0 | (956) | 6,790 |

註: 1) N=표본수
2) *는 例數가 적어 계산하지 않음

## 4. 保健所 韓方診療 供給能力

### 가. 適正供給의 槪念

보건소 한방진료실이 제공하는 한방 의료서비스는 韓方診療와 韓方

保健敎育으로 大別할 수 있다. 한방진료서비스는 보건소내 한방진료실에서 이루어지는 서비스와 管內 醫療脆弱地域에서 이루어지는 移動診療서비스가 있다. 한방보건교육 역시 한방진료실내에서 환자들을 대상으로 한 相談과 다수의 지역주민을 대상으로 하는 集團敎育이 있다. 본 연구에서 보건소내 한방진료실에서 이루어지는 한방진료서비스에 한하여 공급능력을 분석하기로 한다. '韓醫師의 診療서비스 供給能力'은 지역내 韓方醫療의 要求, 한방진료실의 인력구성, 장비 등에 따라 다르다. 진료서비스 공급능력이란 주어진 여건하에서 1일 기준으로 최대 진료수 또는 적정 진료수로 나누어 검토할 수 있다.

그러나 현실적으로 한방진료실은 순창을 제외하고 대부분 내방 환자수가 보건소에서 진료가능한 환자수를 초과함으로써 보건소 자체가 환자수를 통제하여 1일 진료환자수를 정하여 진료하고 있기 때문에 현재의 환자진료수는 최대 환자진료수와 유사한 실정이다. 그러므로 여기서는 환자진료의 質的 側面인 患者當 適正診療時間에 의하여 1일 적정 진료환자수를 적정 공급능력의 개념으로 규정하고 있다.

1日 適正 診療患者數는 다음의 두 가지 사항을 통해 파악할 수 있다. 즉 1日 適正 診療時間과 患者 1人當 適正 診療時間이 그것이며, 다음과 같은 관계가 성립한다.

$$1\text{일 적정 진료환자수} = \frac{\text{한의사의 1일 적정 진료시간}}{\text{환자 1인당 적정 진료시간}}$$

### 나. 韓醫師의 1日 適正 診療時間

한의사의 1일 공식적인 業務時間은 동절기에는 8시간(09:00~17:00), 하절기에는 9시간(09:00~18:00)이다. 업무시간 중 점심시간과 행정업무에 소요되는 시간, 진료준비 및 정리 등에 소요되는 시간, 그리고 중간중간의 휴식시간을 제외하면 실제 진료가능시간이 계산될 수 있

다. 이러한 1日 診療可能時間은 진료부장을 겸하고 있는 華川郡 보건의료원의 한의사를 제외한 나머지 5개 보건소의 한의사들은 유사하였다. 〈表 3-24〉는 동절기를 기준으로 한 보건소 한의사의 주요 업무별 시간소비 분포를 나타내고 있다.

〈表 3-24〉 冬節期의 保健所 韓醫師의 時間活用 現況

| 시 간 | 업 무 |
|---|---|
| 09:00 ~ 09:30 | 행정업무, 오전진료 준비 |
| 09:30 ~ 12:00 | 오전진료(2시간 30분) |
| 12:00 ~ 13:00 | 점심 |
| 13:00 ~ 13:30 | 행정업무, 오후진료 준비 |
| 13:30 ~ 16:30 | 오후진료(3시간) |
| 16:30 ~ 17:00 | 정리 |

이와 같이 보건소 한의사의 1日 診療可能時間은 동절기는 오전 2시간 30분, 오후 3시간, 합계 5시간 30분이며, 하절기는 6시간 30분으로 볼 수 있다. 그러나 適正 診療時間을 정하는 데에는 고려할 점이 몇 가지 있다. 첫째, 진료시간 중의 개인 용무나 휴식을 위한 시간이 고려되어야 한다. 둘째, 오후시간은 오전시간의 노동으로 인해 상대적으로 능률이 저하된다는 점이 고려되어야 한다. 셋째, 진료서비스의 질을 높이기 위한 한의사의 임상연구시간 및 지역보건업무에 관한 연구시간이 확보되어야 한다.

이와 같은 점을 고려해 볼 때 午前의 適正 診療時間은 2시간 30분 중에서 휴식시간을 30분 정도를 뺀 2시간이 적당할 것으로 생각되며, 午後의 適正 診療時間은 동절기 3시간, 하절기 4시간이다. 그러나 오후시간은 오전시간보다 시간적으로 많으나 한의사의 육체적 피로와 연구시간을 고려하여 적정 진료시간은 오전과 같은 2시간으로 잡는 것이 적당할 것 같다. 따라서 1日 適正 診療時間은 동절기와 하절기의

구분 없이 1일 4시간(240분)이 적당하다고 하겠다.

이와 같은 1일 적정진료시간은 91년 농촌지역 한방의료 시범사업시에 조사한 한방진료팀의 업무분야별 일주일간 활동시간 분포 중에서 技術業務 活動時間과 거의 일치하고 있다. 즉 진료, 처치, 상담, 환자교육, 이동진료, 기타 공무에 한의사는 1일 평균 245.7분을 소요한 것으로 나타난 바 있다.

〈表 3-25〉 示範事業 期間의 韓醫師의 業務分野別 一週日間 活動時間 分布

| 분 야 | 지역 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 춘천 | | 영양 | | 순창 | | 계 | |
| | % | 1일 기준 | % | 1일 기준 | % | 1일 기준 | % | 1일 기준 |
| 행정업무 | 13.4 | (72.4) | 13.9 | (75.1) | 9.8 | (52.9) | 11.9 | (64.3) |
| 기술업무 | 44.4 | (239.8) | 72.3 | (390.4) | 27.4 | (148.0) | 45.5 | (245.7) |
| 지원업무 | 7.7 | (41.6) | 0.8 | (4.3) | 17.3 | (93.4) | 8.7 | (47.0) |
| 기타 | 34.6 | (186.8) | 13.0 | (70.2) | 45.5 | (245.7) | 30.9 | (166.9) |
| 계 | 100.0 | (540) | 100.0 | (540) | 100.0 | (540) | 100.0 | (540) |
| 총활동시간(분) | 3,013 | | 2,633 | | 3,050 | | 8,697 | |

註: 1) 행정업무 - 문서작성, 기록, 업무협의, 회의, 공무전화
기술업무 - 진료, 처치, 상담, 환자교육, 이동진료, 기타공무
지원업무 - 환경정리, 연구 및 내소자 교육준비, 독서
기타 - 개인전화, 휴식, 식사, 조퇴, 환자대기, 손님접대, 화장실

資料: 김진순 외, 『農村地域 漢方醫療示範事業 最終評價報告書』, 韓國保健社會硏究院, 1992.

### 다. 適正 診療患者數

6개 지역 보건소의 1日 平均 診療患者數는 〈表 3-26〉과 같다.

조사결과 6개 지역은 지역마다 1일 진료환자수가 크게 다른 것으로 나타났다.

〈表 3-26〉 地域別 午前·午後別 診療患者數

| | 평균 | 지역 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 춘천 | 영양 | 순창 | 화천 | 진주 | 인제 |
| 오전 | | | | | | | |
| 제1일 | 13.8 | 18 | 14 | 13 | 11 | 10 | 17 |
| 제2일 | 16.8 | 20 | 22 | 10 | 14 | 18 | 17 |
| 제3일 | 16.3 | 18 | 25 | 10 | 13 | 15 | 17 |
| 제4일 | 15.3 | 22 | 15 | 7 | 12 | 19 | 17 |
| 제5일 | 17.7 | 24 | 24 | 11 | 13 | 16 | 18 |
| 제6일 | 16.6 | 21 | 22 | 11 | 18 | 10 | 18 |
| 평균 | 16.1 | 20.5 | 20.3 | 10.3 | 13.5 | 14.7 | 17.3 |
| 오후 | | | | | | | |
| 제1일 | 11.2 | 19 | 4 | 2 | 20 | 8 | 14 |
| 제2일 | 9.2 | 21 | 6 | 4 | 8 | 8 | 8 |
| 제3일 | 11.8 | 17 | 9 | - | 14 | 13 | 18 |
| 제4일 | 9.3 | 12 | 9 | 3 | 13 | 10 | 9 |
| 제5일 | 13.0 | * | 20 | 4 | 10 | * | 18 |
| 제6일 | 12.5 | 19 | 13 | - | 13 | 18 | 12 |
| 평균 | 11.2 | 17.6 | 10.2 | 2.2 | 13.0 | 11.4 | 13.2 |
| 오전+오후 | | | | | | | |
| 제1일 | 25.0 | 37 | 18 | 15 | 31 | 18 | 31 |
| 제2일 | 26.0 | 41 | 28 | 14 | 22 | 26 | 25 |
| 제3일 | 28.1 | 35 | 34 | 10 | 27 | 28 | 35 |
| 제4일 | 24.6 | 34 | 24 | 10 | 25 | 29 | 26 |
| 제5일 | 30.7 | 24 | 44 | 15 | 23 | 16 | 36 |
| 제6일 | 29.1 | 40 | 35 | 11 | 31 | 28 | 30 |
| 평균 | 27.3 | 38.4 | 30.5 | 12.5 | 26.5 | 26.3 | 30.5 |

註: 1) *는 휴진

6개 지역의 1日 平均 診療患者數는 27.3명으로 나타났으며, 이를 地域別로 살펴보면 春川市가 38.4명으로 가장 많은 진료를 하고 있는 것으로 나타났고, 英陽郡과 麟蹄郡이 30.5명으로 그 다음을 차지했으며, 華川郡이 26.5명, 晉州市가 26.3명으로 나타났고, 淳昌郡이 12.5명으로 가장 적었다.

오전과 오후로 나누어보면 午前에는 평균 16.1명을 진료했으며, 午後에는 평균 11.2명을 진료한 것으로 나타나 오후보다는 오전에 보건소 한방진료실을 많이 이용하는 것으로 나타났다.

보건소 한방진료실에서 한의사가 환자들에게 투입하는 시간은 평균 6.2분으로 나타났다. 물론 이 시간은 환자가 한의사의 시술을 받고 침상에서 누워있는 시간(留鍼時間)은 제외한 시간이다. 오전·오후별 환자 1인당 平均 診療時間은 오전이 5.9분, 오후가 6.6분으로 시간에 비해 환자수가 적은 오후시간에 환자에게 보다 많은 시간을 할애하고 있는 경향이 있다. 그러나 지역에 따라서는 환자수도 적고, 환자당 진료시간이 적은 보건소(순창)가 있고, 한편 환자수도 많고 환자당 진료시간도 많은 보건소(영양)가 있다. 특히 순창군 보건의료원은 오후에 환자수가 극히 적거나 없기 때문에 한의사의 환자진료 잠재력 이하의 환자를 진료하고 있다.

이런 점에서 6개 보건소 중에서 평균 이하의 환자를 진료하고 있는 순창을 제외한 5개 보건소를 대상으로 적정 환자진료수를 검토할 수 있다. 영양군 보건소는 환자당 진료시간이 가장 길고 또한 환자수도 많다. 그러므로 현실적 자료를 이용하여 1일 적정 환자진료의 모형으로 영양군 보건소를 삼을 수 있다.

〈表 3-27〉에서 보면, 영양군의 경우에 6일간 오전, 오후 환자당 진료시간은 평균은 7.4~13.0분의 범위내에 있고, 환자당 전체 평균 진료시간은 8.0분, 1일 환자진료수는 30.5명이다.

〈表 3-27〉 地域別 午前·午後別 平均訪問患者數, 平均診療時間, 患者 1人當 平均診療時間

(단위: 명, 분)

| | 오전+오후 | | | 오전 | | | 오후 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 평균 환자수 (N) | 평균 진료 시간 (T) | 1인당 평균진 료시간 (T/N) | 평균 환자수 (N) | 평균 진료 시간 (T) | 1인당 평균진 료시간 (T/N) | 평균 환자수 (N) | 평균 진료 시간 (T) | 1인당 평균진 료시간 (T/N) |
| 계 | 27.3 | 167.9 | 6.2 | 16.1 | 94.3 | 5.9 | 11.2 | 73.6 | 6.6 |
| 춘천 | 38.4 | 213.1 | 5.5 | 20.5 | 114.3 | 5.6 | 17.6 | 97.2 | 5.5 |
| 영양 | 30.5 | 244.7 | 8.0 | 20.3 | 151.2 | 7.4 | 10.2 | 93.5 | 9.2 |
| 순창 | 12.5 | 65.5 | 5.2 | 10.3 | 55.3 | 5.4 | 2.2 | 10.2 | 4.6 |
| 화천 | 26.5 | 184.8 | 7.0 | 13.5 | 89.3 | 6.6 | 13.0 | 93.3 | 7.2 |
| 진주 | 26.3 | 156.9 | 6.0 | 14.7 | 80.3 | 5.5 | 11.4 | 76.2 | 6.7 |
| 인제 | 30.5 | 141.7 | 4.6 | 17.3 | 75.0 | 4.3 | 13.2 | 66.7 | 5.1 |

영양군을 한방진료실 적정 환자진료 모형으로 설정한 경우에 이 적정 환자진료수와 비교한 다른 5개 보건소의 1일 환자수 및 환자당 진료시간의 차이 또는 필요한 증감은 〈表 3-28〉과 같이 추정할 수 있다.

〈表 3-28〉 模型保健所 對比 保健所別 1日 患者診療數 및 患者當 診療時間 增減 所要

| 보건소명 | 1일 환자수 (명) | 환자당 진료시간 (분) | 증감소요 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 환자수(명) | 진료시간(분) |
| 영양(모형) | 30.5 | 8.0 | - | - |
| 춘천 | 38.4 | 5.5 | -7.9 | 2.5 |
| 순창 | 12.5 | 5.2 | 18.0 | 2.8 |
| 화천 | 26.5 | 7.0 | 4.0 | 1.0 |
| 진주 | 26.3 | 6.0 | 4.2 | 2.0 |
| 인제 | 30.5 | 4.6 | - | 3.4 |

모형(영양)과 비교하여 춘천은 1일 환자수를 감소시키고, 환자당 진료시간은 증가시켜서 진료의 질 향상이 필요하다. 그러나 순창의 경우에는 1일 환자수와 환자당 진료시간을 모두 증가시켜 환자진료의 量과 質, 양측면의 개선 노력이 필요하다. 인제의 경우에는 1일 환자수를 그대로 유지하되 환자당 진료시간은 증가되어야 한다. 이와 같이 5개 보건소 한방진료실은 적정 환자진료의 관점에서 환자 진료량은 물론 진료의 질 향상을 위한 노력이 필요함을 지적할 수 있다.

## 5. 保健所 洋方·韓方·齒科 診療

보건소에 한방진료실, 양방진료실, 치과진료실이 설치·운영되며, 진료기록이 가구 및 개인별로 보관·관리되고 있는 보건소를 대상으로 양방·한방·치과진료 이용실태를 조사분석하였다. 본 조사에서는 6개 지역 중 春川市 保健所에 한하여 診療室別 診療實績 比較調査를 실시하였다. 그 이유는 春川市 保健所의 診療記錄簿(차트) 管理方式이 조사 가능토록 되어 있기 때문이다. 즉 春川市 保健所는 한 가족의 차트들을 진료실에 관계 없이 하나의 봉투에 넣어 관리하는 방식을 채택하고 있다. 따라서 하나의 봉투 속에 들어 있는 차트를 통해 가족 중 몇 사람이 각각 어떤 진료실을 방문했는지, 그리고 이용자를 중심으로 어떤 진료실을 이용했는지 쉽게 파악할 수 있다. 이런 점을 활용하여 春川市 보건소에서 관리하고 있는 1994년 12월까지의 舊 春川郡 보건소의 봉투 21,812개의 1/7에 해당하는 2,670개의 봉투를 대상으로 診療室別로 몇 명의 환자가 방문했는지, 몇 번씩 방문했는지 등을 조사하였다. 春川市 보건소를 제외한 5개 보건소의 진료차트는 환자별로 또는 진료실별로 별도 관리하고 있어서 본 분석에는 이용하지 못하였다(表 3-29 참조).

〈表 3-29〉 6個 地域 保健所의 차트管理方法 比較

| 지 역 | 보관장소 | 타진료실 차트와의 통합관리여부 | 관리단위 |
|---|---|---|---|
| 춘천시 | 민원실 | 한방·양방·치과차트 통합관리 | 가구별 봉투 |
| 화천군 | 원무과 | 한방·양방·치과차트 통합관리 | 환자별 봉투 |
| 영양군 | 한방진료실 | 별도관리 | 환자별 차트 |
| 순창군 | 한방진료실 | 별도관리 | 환자별 차트 |
| 진주시 | 한방진료실 | 별도관리 | 환자별 차트 |
| 인제군 | 접수실 | 별도관리 | 환자별 차트 |

6개 보건소의 진료기록 관리현황을 보면 영양 등 4개 보건소는 진료실별로 별도 관리되고 있고, 진료기록이 통합관리(예: 화천) 되더라도 한방이나 양방 진료기록이 환자별로 관리되고 있는 경우에 본 분석에 이 자료는 이용할 수 없다. 그러므로 모든 진료기록을 가구단위로 보관·관리하고 있는 춘천의 진료기록을 대상으로 분석되었다.

## 가. 利用者의 一般特性別 分布

春川市와 春川郡이 통합된 95년 이전, 즉 94년까지는 春川市 내에 市保健所와 郡保健所가 함께 있었다. 95년 1월 1일 市·郡 統合과 함께 보건소도 통합되어 舊 春川市 보건소는 폐쇄되고, 舊 春川郡 保健所가 現在의 春川市 保健所로 활용되고 있다. 따라서 이 조사 환자들의 차트는 현재의 春川市 保健所에서 관리하고 있는 舊 春川郡 保健所의 차트들이다.

〈表 3-30〉 의 분석내용은 90년 4월 한방진료실이 개설된 이후부터 94년 12월 31일 市·郡 統合 前까지 舊 春川郡 保健所의 세개 진료실(한방진료실, 양방진료실, 치과진료실) 중 어느 한 진료실, 두 진료실, 3개의 진료실 모두를 이용했던 환자 3,423명(전체의 1/7)의 一般特性別 分布를 나타내고 있다.

〈表 3-30〉 住所別 一般特性別 分布

| 구 분 | 계 | | 주 소 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 구 춘천시 | | 구 춘천군 | | 타 지역 | |
| | % | (N) | % | (N) | % | (N) | % | (N) |
| 성별 | | | | | | | | |
| 남 | 38.7 | (1,326) | 36.1 | 662 | 43.2 | 617 | 28.7 | 47 |
| 여 | 61.3 | (2,097) | 63.4 | 1,170 | 56.8 | 810 | 71.3 | 117 |
| 연령 | | | | | | | | |
| ~14 | 7.9 | ( 269) | 9.9 | 181 | 5.6 | 80 | 4.9 | 8 |
| 15~44 | 25.5 | ( 873) | 27.0 | 495 | 23.8 | 341 | 22.5 | 37 |
| 45~64 | 38.0 | (1,302) | 36.6 | 671 | 39.6 | 564 | 40.9 | 67 |
| 65~ | 28.6 | ( 979) | 26.5 | 485 | 31.0 | 442 | 31.7 | 52 |
| 평균 연령 | 50.7 | | 48.9 | | 52.7 | | 52.8 | |
| 의료보장종류 | | | | | | | | |
| 의료보호 | 9.6 | ( 328) | 3.4 | 63 | 18.3 | 261 | 2.4 | 4 |
| 의료보험 | 85.9 | (2,939) | 92.5 | 1,694 | 77.4 | 1,105 | 85.4 | 140 |
| 일반 | 4.6 | ( 156) | 4.1 | 75 | 4.3 | 61 | 12.2 | 20 |
| 계 | 100.0 | (3,423) | 100.0 | 1,832 | 100.0 | 1,427 | 100.0 | 164 |

조사 환자들의 性別 分布는 여자가 남자보다 많이 이용하는 것으로 나타났다(61.3% : 38.7%). 年齡別 分布는 14세 이하가 7.9%, 15세~44세가 25.5%, 45세~64세가 38.0%, 65세 이상이 28.6%로 노년층의 의료이용자가 많았으며, 평균 연령은 50.7세였다. 醫療保障種類別 分布는 의료보험이 85.9%, 의료보호 9.6%, 일반 4.6% 순이었다.

조사 환자들을 住所別로 살펴보면 舊 春川市 거주자가 53.5%(1,832명), 舊 春川郡 거주자는 41.7%(1,427명), 타 지역 거주자는 4.8%(164명)를 차지했다. 이러한 住所別 分布는 性別, 年齡別로도 같은 분포를 보였으나, 의료보장종류에서는 다르게 나타났다. 즉 의료보호 환자의 경우는 舊 春川郡 거주자가 가장 많았고, 일반 환자의 경우는 타 지역 거주자가 가장 많았다.

## 나. 診療室別 診療實績

診療室別 차트수는 〈表 3-31〉과 같다. 診療室別 차트수 分布는 양방진료실이 절반 가량인 50.8%(2,170매)를 차지하였고, 치과진료실과 한방진료실이 비슷한 분포를 나타냈다(치과 24.8%, 1,060매 ; 한방 24.4%, 1,040매). 이들 차트수에 平均訪問回數를 곱하면 진료건수를 알 수 있다. 診療室別 진료건수 分布에서도 양방진료실이 53.1%로 가장 많았고, 한방진료실이 30.6%, 치과진료실이 16.4% 순으로 나타났다.

〈表 3-31〉 診療室別 차트數 및 診療件數 分布 (90.4.~94.12.)

| 구 분 | 의사수 | 차트수 (A) | | 평균 방문횟수 (B) | 진료건수 (A×B) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % | N | | % | N |
| 진료실별 | | | | | | |
| 한방 | 1 | 24.4 | 1,040 | 6.3 | 30.6 | 6,572 |
| 양방 | 2 | 50.8 | 2,170 | 5.3 | 53.1 | 11,405 |
| 치과 | 1 | 24.8 | 1,060 | 3.3 | 16.4 | 3,516 |
| 계 | 4 | 100.0 | 4,270 | 5.0 | 100.0 | 21,493 |
| 의사 1인당 | | | | | | |
| 한의사 | 1 | 32.6 | 1,040 | 6.3 | 41.4 | 6,572 |
| 의사 | 1 | 34.1 | 1,085 | 5.3 | 35.9 | 5,703 |
| 치과의사 | 1 | 33.3 | 1,060 | 3.3 | 22.2 | 3,516 |
| 계 | 3 | 100.0 | 3,185 | 5.0 | 100.0 | 15,870 |

이러한 수치를 의사 1인당으로 환산해 본 결과 차트수에서는 한의사·의사·치과의사 모두 비슷한 비율을 나타냈으나(32.6%, 34.1%, 33.3%), 진료건수에서는 한의사가 41.4%, 의사가 35.9%, 치과의사가 22.2% 순으로 나타났다.

위의 조사자료는 전체 가구 중 1/7에 대한 57개월간의 차트수와 진료건수이다. 이를 전체 가구에 대한 연간(12개월) 진료건수로 환산하면 〈表 3-32〉와 같다. 이를 볼 때 보건소 한의사는 의사와 치과의사

와 비교하여 연간 진료건수가 가장 많음을 알 수 있다. 한의사 진료건수 100에 대하여 의사는 87%, 치과의사는 54% 수준의 진료를 하고 있다.

〈表 3-32〉 年間 醫師 1人當 診療件數

(단위: 명)

| | 한의사 | 의사 | 치과의사 |
|---|---|---|---|
| 연간 진료건수 | 9,685 | 8,403 | 5,182 |
| 지수 (한의사 = 100) | 100 | 87 | 54 |

각 진료실을 이용한 환자들의 특성을 살펴보면 〈表 3-33〉과 같다. 性別 分布는 양방 및 치과진료실 이용자가 남녀 각각 약 4 : 6의 비율을 보인 반면 한방진료실 이용자는 약 3 : 7의 비율로 다른 진료실에 비하여 여자환자의 이용이 많음을 알 수 있다. 이는 6개 지역 보건소 한방진료실의 性別 分布(32.0 : 68.0)와도 일치하고 있다.

年齡別 分布 역시 양방 및 치과진료실은 비슷한 양상을 보인 반면 한방진료실은 다른 양상을 보여주고 있다. 각 진료실의 평균 연령은 양방과 치과진료실이 50.4세로 같은데 반해 한방진료실은 58.0세로서 매우 높게 나타났다. 年齡層別로 살펴보면 3개의 진료실 모두 45세에서 64세의 연령층이 가장 이용을 많이 하는 것으로 나타났으며, 한방진료실의 경우는 14세 이하 및 15~44세 연령층의 분포가 다른 진료실에 비해 극히 적었다. 결국 한방진료실은 노년층이 주로 이용한다고 말할 수 있다.

醫療保障種類別 分布는 의료보호 환자의 비율이 診療室別로 차이가 있었으며 양방진료실이 가장 많은 비율을 보였고(11.6%), 한방진료실이 가장 적은 분포를 보였다(6.3%). 일반환자 비율도 양방진료실이 가장 많은 비율을 보였으며(4.6%), 한방진료실이 가장 적은 분포를 보였

다(1.3%). 그러나 이러한 한방진료실의 醫療保障種類別 分布는 春川市만의 현상으로 나타났다. 즉 6개 지역 보건소의 한방진료실은 의료보호환자들의 비율이 15.8%로 매우 높게 나타났고, 심지어 淳昌郡의 경우는 27.7%로 나타났다.

〈表 3-33〉 診療室別 諸變數別 차트數 分布

| 구 분 | 진료실별 차트수 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 한 방 | | 양 방 | | 치 과 | |
| | % | N | % | N | % | N |
| 성별 | | | | | | |
| 남 | 26.9 | 280 | 40.9 | 887 | 41.0 | 435 |
| 여 | 73.1 | 760 | 59.1 | 1,283 | 59.0 | 625 |
| 연령 | | | | | | |
| ~14 | 1.0 | 10 | 8.7 | 188 | 9.5 | 101 |
| 15~44 | 15.7 | 164 | 26.2 | 570 | 22.5 | 238 |
| 45~64 | 48.6 | 505 | 35.2 | 764 | 39.3 | 417 |
| 65~ | 34.7 | 361 | 29.9 | 648 | 28.7 | 304 |
| 평균 연령 | 58.0 | | 50.4 | | 50.4 | |
| 의료보장종류 | | | | | | |
| 의료보호 | 6.3 | 66 | 11.6 | 251 | 7.9 | ,84 |
| 의료보험 | 92.3 | 960 | 83.9 | 1,820 | 87.6 | 929 |
| 일반 | 1.3 | 14 | 4.6 | 99 | 4.4 | 47 |
| 주소 | | | | | | |
| 구 춘천시 | 51.1 | 531 | 51.5 | 1,118 | 60.2 | 638 |
| 구 춘천군 | 41.4 | 431 | 44.6 | 968 | 37.4 | 396 |
| 타지역 | 7.5 | 78 | 3.9 | 84 | 2.5 | 26 |
| 계 | 100.0 | 1,040 | 100.0 | 2,170 | 100.0 | 1,060 |

住所別 分布는 3개 진료실 모두 舊 春川郡 주민들에 비해 舊 春川市 주민들의 차트가 많았는데 그 중에서도 치과진료실 이용자의 경우에 춘천시 거주자의 비율이 가장 높다. 특이한 것은 한방진료실 이용자 중에 타지역 거주자들이 상대적으로 많다(7.5%)는 점이다.

〈表 3-34〉는 양방진료실과 한방진료실 이용자의 특성을 나타낸 것이다. 전체적으로 한방만 이용한 환자는 59.5%, 양·한방 모두 이용한 환자는 40.5%였다. 양·한방 모두 이용한 환자비율은 성별로는 차이가 없으나, 연령이 많아짐에 따라 증가하여 65세 이상에서 48.2%였다. 노령화에 따라 만성퇴행성질환의 이환률이 높아짐에 따라 양방→한방, 한방→양방의 형태로 진료받고 있음을 알 수 있다. 이들 환자를 위한 양·한방 협진방안이 강구될 필요가 있다.

〈表 3-34〉 韓方 및 洋方診療室 利用者의 性別 年齡別 分布

(단위: %)

| 성/연령 | 한방만 이용한 환자 | 한방과 양방 모두 이용 환자 | 계(N[1)]) |
|---|---|---|---|
| 성별 | | | |
| 남 | 59.4 | 40.6 | 100.0( 281) |
| 여 | 59.6 | 40.4 | 100.0( 759) |
| 연령 | | | |
| ~14 | * | * | 100.0( 10) |
| 15~44 | 74.7 | 25.3 | 100.0( 166) |
| 45~64 | 60.0 | 40.0 | 100.0( 505) |
| 65~ | 51.8 | 48.2 | 100.0( 359) |
| N | 59.5 | 40.5 | 100.0( 1,040) |

註: 1) N=한방진료실 이용자수

환자 1인이 가지고 있는 차트수는 그 환자가 이용한 진료실의 개수를 의미한다(表 3-35 참조). 한 개의 진료실을 이용한 환자는 78.8%였고, 2개의 진료실을 이용한 환자는 17.7%, 3개의 진료실을 이용한 환자는 3.5%로 나타났다. 환자 1인당 차트수를 諸變數別로 분석해 본 결과, 여자환자가 이용하는 진료실 개수가 남자환자보다 많았으며, 연령층이 높을수록 이용하는 진료실 개수가 증가하였다. 醫療保障種類別로는 일반환자의 개수가 가장 적은 것으로 나타났고, 住所別 分布는 타지역 주민의 차트 개수가 가장 적게 나타났다.

〈表 3-35〉 諸變數別 患者 1人當 차트數 分布

| 구 분 | 계 | | 1인당 차트수 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1매 | | 2매 | | 3매 | |
| | % | (N) | % | (N) | % | (N) | % | (N) |
| 성별 | | | | | | | | |
| 남 | 100.0 | (1,326) | 81.7 | (1,083) | 15.9 | (211) | 2.4 | (32) |
| 여 | 100.0 | (2,097) | 77.0 | (1,614) | 18.8 | (395) | 4.2 | (88) |
| 연령 | | | | | | | | |
| ~14 | 100.0 | (269) | 88.8 | (239) | 11.2 | (30) | - | - |
| 15~44 | 100.0 | (873) | 90.1 | (787) | 8.4 | (73) | 1.5 | (13) |
| 45~64 | 100.0 | (1,302) | 74.7 | (972) | 21.3 | (277) | 4.1 | (53) |
| 65~ | 100.0 | (979) | 71.4 | (699) | 23.1 | (226) | 5.5 | (54) |
| 의료보장종류 | | | | | | | | |
| 의료보호 | 100.0 | (328) | 79.6 | (261) | 18.6 | (61) | 1.8 | (6) |
| 의료보험 | 100.0 | (2,939) | 77.7 | (2,284) | 18.4 | (541) | 3.9 | (114) |
| 일반 | 100.0 | (156) | 97.4 | (152) | 2.6 | (4) | - | - |
| 주소 | | | | | | | | |
| 구 춘천시 | ,100.0 | (1,832) | 79.0 | (1,448) | 17.1 | (314) | 3.8 | (70) |
| 구 춘천군 | 100.0 | (1,427) | 77.5 | (1,106) | 19.2 | (274) | 3.3 | (47) |
| 타지역 | 100.0 | (164) | 87.2 | (143) | 11.0 | (8) | 1.8 | (3) |
| 계 | 100.0 | (3,423) | 78.8 | (2,697) | 17.7 | (606) | 3.5 | (120) |

## 다. 診療室別 利用者當 訪問回數

보건소 의료이용자들의 訪問回數를 診療室別로 분석한 결과는 〈表 3-36〉과 같다. 3개 진료실의 전체 訪問回數는 1회 방문자가 41.4%, 2~3회가 26.5%, 4~9회가 20.7%, 10~19회가 6.8%, 20회 이상 방문자 수는 4.8%였으며 平均 訪問回數는 약 5회였다.

이를 診療室別로 비교해 보면 양방진료실의 경우 다른 진료실보다 1회 방문자의 비율이 높게 나타났다. 이용자당 1회 방문비율은 양방진료실이 가장 높은 48.6%, 치과진료실이 39.9%, 한방진료실이 가장 낮은 27.0%로 나타났다. 따라서 2회 이상 방문비율인 再診率은 한방진

료실이 73.0%로 가장 높게 나타났고, 치과진료실이 60.1%, 양방진료실이 가장 낮은 51.4%로 나타났다. 이용자당 平均 訪問回數는 한방진료실이 6.3회로 가장 높게 나타났고, 양방진료실이 그 다음인 5.3회, 그리고 치과진료실이 3.3회로 나타났다.

〈表 3-36〉 診療室別 訪問回數 分布, 平均 訪問回數 및 再診率

(단위: %, 매)

| 진료실 | 방문횟수 | | | | | 계 | 평균 방문횟수(회) | 재진율 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2~3 | 4~9 | 10~19 | 20~ | | | |
| 한방 | 27.0 (282) | 27.8 (289) | 28.1 (292) | 10.7 (111) | 6.4 (66) | 100.0 (1,040) | 6.3 | 73.0 |
| 양방 | 48.6 (1,052) | 23.4 (508) | 16.5 (359) | 5.5 (119) | 6.1 (132) | 100.0 (2,170) | 5.3 | 51.4 |
| 치과 | 39.9 (423) | 31.5 (334) | 22.2 (235) | 5.6 (59) | 0.8 (9) | 100.0 (1,060) | 3.3 | 60.1 |
| 계 | 41.1 (1,757) | 26.5 (1,131) | 20.7 (886) | 6.8 (289) | 4.8 (207) | 100.0 (4,270) | 5.0 | 58.9 |

이를 볼 때, 한방진료실은 再診率이나 平均 訪問回數 모두 가장 높게 나타나 상대적으로 치료의 만족도나 계속성이 높은 것으로 나타났다.

診療室別 訪問回數 分布를 諸變數別로 분석한 결과는 〈附表 1-3〉에 수록되어 있다. 性別 訪問回數는 진료실에 관계 없이 여자환자의 방문횟수가 많았으며, 年齡別 分布는 한방과 양방진료실이 연령층이 높아질수록 방문횟수가 증가하는데 반해 치과진료실은 14세 이하에서 가장 높은 방문횟수를 보였다. 醫療保障種類別 分布의 경우 한방진료실은 의료보호 환자가 가장 오래 방문했던 것으로 나타났고, 양방 및 치과진료실은 의료보험 환자가 가장 많이 방문했던 것으로 나타났다. 住所別로는 양방 및 치과진료실은 春川市, 春川郡, 타 지역 순으로 평균 방문횟수가 많은데 반하여 한방진료실은 타 지역 환자의 平均 訪問回數가 가장 높게 나타나고 있다.

## 6. 保健所 韓方醫療의 法的·制度的 側面

### 가. 保健所 韓方診療室 設置와 關聯된 法規

공공보건기관을 통한 한방의료의 공급은 1990년 3월부터 2年間 3個郡地域에서 실시된 '農村地域 韓方保健醫療 示範事業'을 통해 이루어졌다. 물론 1977년 서울시 마포구 보건소와 관악구 보건소에서 1년간 실시된 적은 있었으나, 이는 공공보건기관을 통해 이루어진 사업이라기 보다는 管內 韓醫師會의 자발적 참여에 의해 공공보건기관이 장소제공 등의 協助를 한 것이었다.

1990년 3월부터 공공보건기관을 통해 한방의료가 공급되게 된 가장 重要한 背景은 1次保健醫療 槪念이 제창된 1978년의 알마아타선언이었다. 個人, 家族, 地域社會가 地域的으로 가까이서, 費用支拂面에서 감당할 수 있고, 文化的으로 받아들일 수 있는 人力에 의하여 서비스가 提供되어야 한다는 1次保健醫療의 槪念은 대다수 국민들 사이에서 오래전부터 사용되어온 傳統醫術이 1次保健醫療의 資源으로서 매우 중요하다는 것을 인식하게 하였다. 이에 따라 世界保健機構는 傳統醫療體系 開發을 촉구하게 되었고, 1979년 4월의 '東南아시아 地域의 傳統醫術에 관한 세미나', 1983년의 '西太平洋 地域의 1次保健醫療에 傳統醫術의 導入에 關한 워크숍' 등을 통하여 기존 傳統醫術要員의 訓練, 保健醫療體系 一環으로의 機能的 統合, 보다 효과적으로 추진할 수 있는 傳統醫術에 關한 硏究方案 等을 討議하였다. 이 會議에 우리나라도 참석하여 1次保健醫療에 傳統醫術의 導入에 關한 계속적인 硏究開發을 決意하였고, 1983년 西太平洋 地域에서 개최한 워크샵의 後續措置로서 1985년 6월에 '1次保健醫療에 있어서 傳統醫術의 役割에 關한 硏讚會'를 개최하게 되었다. 이러한 일련의 세계사적 흐름은

1990년 우리나라 公共保健機關을 통한 韓方醫療의 供給에 영향을 주었고 중국에서는 '國家中醫藥管理局'이 新設(1988년)되어 국가수준에서 중의약 발전을 위한 기틀이 마련되었다.

보건소 韓方診療室 설치와 관련된 법규의 문제를 검토하기 전에 먼저 醫療法의 관련규정을 살펴보기로 한다.

醫療法 제2조 1항에 의거한 醫療人의 種類는 醫師·齒科醫師·韓醫師·助産師 및 看護師이다. 이들 의료인은 의료법 제2조 2항에 의하여 그 종별에 따라 다음의 任務를 수행함으로써 國民保健의 向上을 도모하고 國民의 健康한 生活保障에 기여함을 사명으로 한다.

- 의사는 의료와 보건지도에 종사함을 임무로 한다.
- 치과의사는 치과의료 및 구강보건지도에 종사함을 임무로 한다.
- 韓醫師는 韓方醫療와 韓方保健指導에 종사함을 임무로 한다.
- 조산사는 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도에 종사함을 임무로 한다.
- 간호사는 상병자 또는 해산부의 요양상의 간호 또는 진료의 보조 및 대통령령이 정하는 보건활동에 종사함을 임무로 한다.

이와 같이 韓醫師는 의료법상 '韓方醫療'와 '韓方保健指導'에 從事함을 任務로 하고 있다.

1) 保健所의 業務와 韓方醫療

地域保健法 제9조(保健所의 業務)에 보건소는 당해 地方自治團體의 管轄區域안에서 행하여지는 다음 各號의 事項을 管掌한다고 明示되어 있다.

(1) 국민건강증진·보건교육·구강보건 및 영양개선사업
(2) 전염병의 예방·관리 및 진료

(3) 모자보건 및 가족계획사업
(4) 노인보건사업
(5) 공중위생 및 식품위생
(6) 의료인 및 의료기관에 대한 지도등에 관한 사항
(7) 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도등에 관한 사항
(8) 응급의료에 관한 사항
(9) 농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 공중보건의사·보건의료원 및 보건진료소에 대한 지도등에 관한 사항
(10) 藥事에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항
(11) 정신보건에 관한 사항
(12) 가정·사회복지시설등을 방문하여 행하는 보건의료사업
(13) 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리에 관한 사항
(14) 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
(15) 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업
(16) 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구등에 관한 사업

이와 같이 地域保健法은 16개 항목에 걸쳐 자세하게 保健所의 業務를 규정해 놓았다. 물론 韓醫師의 任務인 韓方醫療 및 韓方保健指導에 關한 事項도 위의 業務속에 包含되어 있는 것으로 보아야 할 것이다. 韓醫師와 關聯이 깊은 업무들은 다음과 같은 것들이다. 1) 국민건강증진·보건교육, 4) 노인보건사업, 13) 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리에 관한 사항. 그러나 齒科醫師나 營養師의 관련 업무인 口腔保健事業, 營養改善事業 등은 구체적으로 명시되어 있으나 韓方保健事業에 대한 項目은 明示的으로 規定되어 있지 않다.

醫療法은 한의사가 한방보건지도의 임무를 가지고 있다는 점을 인정하고 있으나 地域保健法에서는 구체적인 명시가 없는 것이다. 보건소에서 시행하기에 적합한 韓醫學的인 保健業務가 開發되어 있지 않기 때문이다. 韓醫學은 풍부한 內容의 豫防醫學的 知識을 보유하고 있는데, 그러한 내용이 保健所 組織을 통해 活用될 수 있도록 하는 方案들이 硏究되어야 할 것이다.

韓方醫療에서 優先的으로 導入이 검토될 수 있는 부분은 四象醫學 분야일 것이다. 한의학은 매우 다양한 疾病에 對한 接近法을 보유하고 있는데 오히려 이것이 韓醫學의 短點으로 인식되고 있기도 하다. 그러한 다양한 接近法을 大別하자면 '증치의학(證治醫學)'과 '체질의학(體質醫學)'으로 區分할 수 있다. 證治醫學은 중국에서 개발·발전되어 온 전통적인 접근방법이며, 體質醫學은 19세기 말 이제마에 의해 우리나라에서 개발된 접근방법이다. 물론 중국에서 개발된 체질의학도 있으나 학문적 체계성과 임상적 가치는 상대적으로 빈약한 수준이다.

증치의학과 체질의학의 가장 큰 차이점은 生理構造를 보는 視覺에 있다. 證治醫學은 모든 인간의 생리구조는 普遍的이라는 立場에서 이러한 正常的 生理構造의 逸脫을 病的 狀態로 규정하는데 반해, 體質醫學은 인간은 서로 다른 生理構造를 가지고 있으며 各各의 生理構造에 따른 各各의 病理狀態가 存在한다는 立場을 취하고 있다. 이제마는 이러한 각각의 生理構造를 4가지로 구분하여 소위 '四象醫學'이라 불리고 있다. 사상의학은 이미 우리나라의 韓方 臨床界에서 그 地位를 확고히 하고 있으며, 일반 국민들도 언론을 통해 그 존재를 알고 있다.

이 사상의학이 증치의학에 비해 保健所의 保健事業으로 활용되기 쉬운 이유는 증치의학에 비해 客觀性이 더 요구된다는 점에 있다. 증치의학의 경우 이렇게도 볼 수 있고 저렇게도 볼 수 있는 점에서 韓醫師의 主觀性이 큰 반면, 사상의학은 한 사람의 體質은 하나이며 韓

醫師의 立場에 따라 달라지는 것이 아니라고 보고 있기 때문이다. 따라서 體質鑑別을 명확히 할 수 있는 客觀的 指標만 개발된다면, 각각의 體質에 따른 豫防醫學的 指導를 충분히 제공할 수 있게 된다.

체질에 따른 예방의학적 지도의 중요성은 체질의 존재를 무시한 각종 個人 攝生法의 오류를 바로 잡을 수 있다는 점일 것이다. 하나의 예를 들자면 서양의 人蔘이라 불린다며 대대적인 광고를 통해 국민들에게 공급되었고 지금도 공급되고 있는 알로에(韓藥名 노회)는 그 성질이 한성(寒性)이어서 소음인(少陰人)에게는 毒藥이나 다름 없다. 변비치료를 목적으로 服用했을 경우 一時的인 效果를 볼 수는 있으나 腸機能을 無力化시켜 결국에는 치료가 어려운 慢性 便秘 狀態로 빠지게 된다. 이러한 副作用은 소음인의 분포가 전체의 1/4인 25%로 본다면 알로에 복용자의 25%가 副作用에 고통받고 있다는 결론에 이르게 된다. 최근 조사된 건강식품 복용 후의 부작용실태는 건강식품의 품질에도 원인이 있겠지만, 이러한 개개인의 생리적 차이를 무시한 무분별한 투여에도 원인이 크다.

물론 四象醫學 以外의 分野 역시 풍부한 예방의학적 가치를 지니고 있으며, 이들 분야는 중국의 경험을 참고하여 도입 여부를 검토할 수 있을 것으로 본다.

### 2) 保健所 韓方診療 및 韓方診療室의 法的 根據

保健所는 地域保健法을 근거로 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 條例에 의하여 設置하도록 되어 있고, 運營에 있어서도 지방자치단체장의 지휘, 감독을 받아 운영되고 있으며, 組織編制上으로는 시·군·구의 특별 사무소의 위치에 있다.

保健所의 업무를 효과적으로 수행하기 위하여는 업무의 내용이나 성격에 따라 이를 분담해야할 下部組織이 필요하며, 이러한 하부조직

과 그 분담업무를 규정해 놓은 것이 '保健所 職制規則'과 '事務分掌規則'이다. 이와 같이 지방자치단체의 '自治法規'에 의하여 보건소의 직제나 사무분장이 정해지기 때문에 지방자치단체(시·군·구)마다 약간씩 그 내용이 다르다.

1996년 5월 현재 한방진료실이 설치된 10개 지역의 '保健所(保健醫療院) 職制規則'을 조사해 본 결과 보건의료원(淳昌郡, 華川郡, 임실) 중에서는 華川郡 보건의료원의 경우만 한방진료실에 관한 法的 根據가 있었으며, 보건소의 경우는 春川市와 晉州市의 경우만 사무분장 항목에 한방진료에 관한 사항이 규정되어 있었다. 한방진료와 한방진료실 설치·운영에 관한 법적 근거(보건소 직제규칙과 사무분장 규칙)가 '自治法規'로 마련되어야 할 것이다.

## 나. 保健所 韓方診療室 人力의 身分

### 1) 韓醫師

韓醫師가 보건소나 보건의료원에 근무한다고 해서 모두 동일한 公務員身分으로 근무하는 것은 아니다. 韓醫師가 보건소 및 보건의료원에 任用된 형태는 3가지로 나누어 볼 수 있다. 華川郡과 麟蹄郡처럼 一般職公務員으로 임용된 경우가 있고, 晉州市, 과천시, 강남구, 서초구처럼 專門職公務員으로 임용된 경우가 있으며, 春川市, 英陽郡, 淳昌郡, 임실군처럼 임시직으로 雇用되어 일하는 경우가 있다. 각각의 경우를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 一般職公務員으로 근무하고 있는 경우는 地方醫務事務官으로 임용된 경우다. 보건소의 定員規定에 있는 관리의사 定員을 韓醫師의 任用에 활용하고 있다. 이런 경우에 공무원신분으로 身分保障은 물론 합당한 대우를 받고, 오지임에도 불구하고 다른 지역의 한의사에 비해

經歷이 많은 한의사들이 지원케 된다(임용 당시 華川郡 6년, 麟蹄郡 10년 경력). 그러나 한의사를 지방의무사무관으로 임용할 때, 내부적으로 한의사를 지방의무사무관으로 임용할 수 있느냐라는 문제가 제기되었다고 한다. 이러한 문제가 제기된 이유는 地方公務員任用令 제3조 1항에 의거한 '1級 내지 9級 公務員職級表(별표1)'의 모호성 때문이다. 地方公務員任用令 제3조 1항과 '1級 내지 9級 公務員職級表'中 醫務關聯部分은 다음과 같다.

地方公務員任用令 제3조(公務員의 職級區分等) ① 1급 내지 9급의 계급으로 구분하는 一般職公務員의 직군·직렬·직류 및 직급의 명칭은 〔別表 1〕과 같다.

〔別表 1〕 1級 내지 9級 公務員 職級表

| 직 군 | 직 렬 | 직 류 | 계 급 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1급 | 2급 | 3급 | 4급 | 5급 | 6급 | 7급 | 8급 | 9급 |
| 4.보건의무 | 의무 | 일반의무<br>치 무 | 지방관리관 | 지방의무이사관 | 지방의무부이사관 | 지방의무서기관 | 지방의무사무관 | | | | |

이와 같이 保健醫務職群 醫務職列의 職類가 一般醫務와 齒務 두 가지로만 되어 있기 때문에 한방의료의 일반의무직류 包含與否는 해석에 논란의 여지가 있는 것이다. 華川郡과 麟蹄郡의 경우는 일반의무직류에 포함된 것으로 보고 한의사를 지방의무사무관으로 임용하였다. 다른 보건소에서는 한의사는 일반의무에 포함되지 않는 것으로 해석하고 있다. 이러한 오해의 소지를 없애기 위해서라도 직무에 한방의무를 명시하는 것이 바람직할 것이다.

둘째, 專門職公務員으로 임용하는 방법은 대개 最近에 韓方診療室을 開設한 보건소들에서 주로 活用하는 方法이다. 이런 지역들은 대개 財政상태가 양호한 지역으로 4개 지역이 모두 都市地域이다(晉州市, 과천시, 강남구, 서초구). 이러한 지역의 한의사들은 報酬는 다른 지역보다 많은 편이나 짧은 契約期間 동안만 身分保障을 받을 수 있는 점과, 補助人力인 간호사나 간호조무사가 正規職일 경우 계약직 한의사와 이들 정규직간 진료실운영에 갈등이 발생할 소지가 있게 된다.

셋째, 정규직 또는 계약직이 아닌 신분으로 韓方診療室에서 근무하고 있는 경우는 1990년부터 시작된 韓方保健醫療 示範事業이 이루어졌던 地域들이다. 이들 지역은 맨 처음 한방진료실이 설치된 3개 지역(春川市, 英陽郡, 淳昌郡)과 임실군으로서 주로 農村地域이다.

이 지역 한방진료실 의료인력의 身分은 매우 애매모호하다. 春川市와 英陽郡의 경우는 委囑狀을 받고 근무하므로 囑託醫療人이라고 말할 수 있으나 春川市의 경우는 아예 分類하는 名稱이 없으며, 英陽郡의 경우는 其他職이라는 이름으로 분류되고 있다. 그러나 기타직이라는 명칭은 정식 명칭이 아니라 便宜上 부르는 명칭일 뿐이다. 淳昌郡 역시 기타직이라는 이름으로 분류되고 있으나 日傭職이나 마찬가지로 볼 수 있다. 淳昌郡 보건의료원에 고용된 한의사가 받았던 발령내용이 다름아닌 '일용인부사역결정통지(日傭人夫使役決定通知)'였기 때문이다. 따라서 신분보장이 안되는 만큼 이들 지역 한의사들의 離職은 다른 지역에 비해 잦을 수밖에 없다. 이와 같이 일용직 신분으로 채용된 경우는 현 자치단체의 의사결정자들이 관련법규를 안일하게 해석하고 있는 현실을 단적으로 나타내고 있고, 한번 일용직으로 채용되면 다른 보건소에서 정규직으로 채용하고 있는 사례가 있더라도 일용직을 정규직으로 전환하기 어려움을 例示하고 있다.

2) 看護人力

정규직 또는 계약직 公務員이 아닌 신분으로 근무하는 한방진료실 의료인력중 補助人力인 간호사나 간호조무사의 법적 신분은 불안하다. 한의사는 身分上으로는 不安定하지만 報酬에 있어서는 정규직 의사보다 많은 금액을 받는데 반해, 간호(조무)사들은 不安定한 身分과 함께 정규직 간호(조무)사와는 비교가 되지 않는 薄俸을 받는다. 정규직으로 채용되지 못한 간호사들은 本俸과 期末手當만이 지급될 뿐, 이외의 각종 手當은 일절 받지 못하고 있으며 또한 처음 고용되었을 때의 號俸이 그대로 지속되고 있는 경우도 있다.

이러한 한방진료실 의료인력의 불안정한 신분문제는 1996년 2월 전북 淳昌郡 보건의료원에서 불미스런 사건을 만들어내고야 말았다. 全國 및 地方 日間紙와 農民新聞등에 대서특필된 이 사건은 한방진료실 간호(조무)사에 대한 부당한 처우에 기인했다. 사건의 발단은 日傭職인 한방진료실 근무자들에 대한 俸給 引上率을 한의사는 公務員과 같은 9%로 정하였으나 간호사와 간호조무사는 5%만 引上한다는 보건의료원의 결정에서 비롯됐다. 이에 한방진료실측은 간호(조무)사의 임금 9% 인상과 아울러 간호(조무)사의 處遇改善을 요구했다. 한방진료실측의 요구사항은 다른 일용직처럼 年月次手當을 줄 것, 休暇日數를 규정대로 줄 것, 여성들의 生理休暇 및 分娩休暇를 줄 것이었다. 그러나 이러한 요구가 번번히 묵살되자 2월 17일 최후의 의사표시로 한의사와 간호사 그리고 간호조무사가 모두 辭表를 제출하였다. 그러나 요구사항에 대한 재검토가 이루어질 것이란 기대와는 달리 곧바로(2월 21일) 辭表가 수리되었고 한방진료실의 의료인력 3인은 모두 직장을 잃어야 했다. 이중에 간호사는 위와 같은 조건속에서 시범사업때부터 7년간을 근무했던 인력이었다.

## 다. 韓方診療서비스의 內容

현재 보건소 한방진료실에서 제공되고 있는 진료서비스는 한방의료보험에서 인정하고 있는 給與範圍內에서 이루어지고 있다. 따라서 한방의료보험제도의 문제점이 곧바로 보건소 한방진료실 진료서비스의 문제점으로 표출된다고 볼 수 있다.

1994년 현재 한방의료보험의 診療件數는 전체 의료보험 總診療件數의 2.4%에 불과하다. 이는 한방의료이용률이 낮은 원인도 있겠지만 한방의료보험제도 自體의 問題點에 기인하는 요인도 많다.

이러한 문제점 중에서 保健所의 韓醫師들이 느끼는 주된 문제점은 두 가지다.

### 1) 韓方엑스散劑의 種類와 成分

첫번째 문제점은 현재 사용되고 있는 韓方엑스散劑의 種類가 너무 부족하며, 韓方엑스散劑에 부형제가 과다하게 사용되고 있다는 점이다.

우선 種類問題를 살펴본다면 현재 韓方醫療保險制度를 통해 공급되고 있는 韓方엑스散劑는 68種의 單味劑와 56種의 處方인데, 활용되는 처방을 보면 五積散 등 一部 處方에 지나치게 偏重되어 있다(앞에서 분석된 결과와 같음).이는 56種의 處方 選定이 적절하지 않음을 보여준다. 보건소 한방진료실을 이용하는 환자들의 70% 정도가 筋骨格系 疾患者들인데 이들 환자에 대한 處方은 數種에 불과하기 때문에 결국 몇 개 안 되는 處方만이 반복 활용되고 있는 것이다. 따라서 韓方醫療保險이 현행과 같이 處方名 中心體系를 계속 고집할 경우 이 56종의 處方은 내원환자의 상병분포에 의거하여 활용빈도가 낮은 처방은 제외하고 활용도가 높은 새로운 處方들로 확충되어야 할 것이다.

〈表 3-37〉 五積散 엑스散劑 中 賦形劑 比率

| 한약재명 | 엑스산제총량 〈A〉 (g/일) | 순수한약 엑스산제량 (mg/일) | 부형제량 〈B〉 (mg/일) | | 엑스총량중 부형제 비율 〈B/A〉 (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 유당 | 옥수수전분 | |
| 창 출 | 8.0 | 3,840.0 | 3,744.0 | 416.0 | 52.0 |
| 마 황 | 2.0 | 800.0 | 1,080.0 | 120.0 | 60.0 |
| 진 피 | 4.0 | 1,600.0 | 2,160.0 | 240.0 | 60.0 |
| 후 박 | 1.6 | 320.0 | 1,152.0 | 128.0 | 80.0 |
| 길 경 | 3.2 | 1,728.0 | 1,324.8 | 147.2 | 46.0 |
| 지 각 | 3.2 | 1,228.0 | 1,774.1 | 197.1 | 61.6 |
| 당 귀 | 3.2 | 1,472.0 | 1,555.2 | 172.8 | 54.0 |
| 건 강 | 1.6 | 896.0 | 633.6 | 70.4 | 44.0 |
| 백작약 | 3.2 | 1,088.0 | 1,900.8 | 211.2 | 66.0 |
| 백복령 | 0.6 | 64.0 | 518.4 | 57.6 | 90.0 |
| 천 궁 | 2.8 | 1,176.0 | 1,461.6 | 162.4 | 58.0 |
| 백 지 | 2.8 | 1,215.0 | 1,426.3 | 158.5 | 56.6 |
| 반 하 | 2.8 | 856.8 | 1,748.9 | 194.3 | 69.4 |
| 계 피 | 0.5 | 179.2 | 342.7 | 38.1 | 68.0 |
| 감 초 | 2.4 | 811.2 | 1,429.9 | 158.9 | 66.2 |
| 생 강 | 1.4 | 406.0 | 894.6 | 99.4 | 71.0 |
| 계 | 43.4 | 17,681.2 | 23,146.9 | 2,571.9 | 59.3 |

註: 한국신약 단미엑스산제의 성분을 근거로 재구성.

그 다음 중요한 문제는 韓方엑스散劑의 賦形劑 過多使用 問題이다. 부형제(賦形劑)란 제제의 모양을 갖추기 위하여 첨가하는 물질로서 微量인 主藥의 부피를 크게 하며, 제제시의 취급을 쉽게 하려는 것을 목적으로 사용한다. 주로 糖類(유당, 자당, 포도당 등)와 澱粉(감자전분, 밀가루전분 등) 및 결정화 셀룰로오스 등을 사용한다. 부형제가 문제가 되는 이유는 첫째, 부형제로 사용되는 유당과 전분이 消化障碍를 일으켜 소화불량, 복통, 복만, 설사 등의 症狀을 일으킬 수 있기 때문이다. 둘째, 한의학의 方制構成理論인 '君臣佐使'理論으로 볼 때 가장 중요한 君藥이 부형제가 되어버리는 결과를 가져오기 때문이다. 셋째, 부형제가 濕氣를 흡수하여 한약제를 굳게 만드므로 투여의 불편과 함

께 환자에게 오래 된 한약제제라는 오해를 불러 일으키기 때문이다.

예를 들어 56종 處方 중에 가장 많이 사용되고 있는 五積散의 단미 엑스산제별 순수엑스산제량과 부형제량은 〈表 3-37〉과 같다.

五積散은 16개 한약재로 구성되는데 이들 한약엑스산제 중 부형제의 比率은 평균 59.26%이다. 부형제 함유비율은 최소 44%(건강)에서 90%(백복령) 범위로 크다. 이렇게 부형제의 비율이 높아야 하는가라는 문제가 제기된다. 이렇게 많은 부형제를 사용하지 않더라도 엑스산제를 만들 수 있음에도 불구하고 부형제를 사용하고 있는 것이다. 불필요한 부형제의 과다 사용을 억제하는 방안이 마련되어야 한다.

2) 韓醫師의 處方權

보건소 한방진료실 韓醫師의 處方權은 크게 制限되어 있다. 한의사는 韓方醫療保險 基準處方에 告示된 56種의 처방 중에서 적합한 처방을 선택할 수 있을 뿐 자기 스스로 處方을 構成할 수 없다. 물론 處方 선택 이외에 약간의 권한이 더 있기는 하다. 이 56개 고시 處方 중 16개 처방에 한해 5종의 單味劑 범위내에서 1日 用量 10g을 넘지 않는 범위내에서 加減할 수 있기 때문이다. 그러나 이것 마저도 조제 및 진료비청구상의 번거로움으로 인해 실제 臨床에서 활용되는 경우는 거의 없다. 물론 위와 같이 한의사의 판단에 따라 새로이 處方을 구성하지 않고 기존 處方을 사용하는 경우도 많다. 그러나 새롭게 처방을 構成할 것인가, 기존 처방을 加減하여 사용할 것인가를 판단하는 것은 한의사의 固有機能인데 이러한 기능을 발휘할 수 있는 여건이 조성되어 있지 않다. 민간 한방의료기관의 한의사는 환자의 특성에 맞는 처방을 선택하거나 처방을 구성한다. 민간의료기관의 한의사는 韓方醫療保險 給與對象에서 제외되어 있는 한약(貼藥)을 處方·活用할 수 있지만, 보건소에서는 첩약을 사용할 수 없기 때문에, 결국 보건소의 한의

사는 자신의 의료기술을 온전히 발휘할 수 없는 실정이다. 이것은 결국 醫療의 質과 직결되는 부분이다. 개개의 환자에 맞는 處方을 제공할 수 있는 의료인력의 知的 資源을 제도의 未備로 활용하지 못하고 있는 것이다. 開院 한의사와 동일한 자질과 자격을 갖춘 보건소 한의사의 지식과 기술을 최대로 활용하여 환자에게 적절한 한방진료를 제공하기 위하여 한약 첩약이 점진적으로 도입·확대되어야 할 것이다.

### 라. 公共醫療로서 韓方醫療

保健所 韓方醫療 供給問題는 전체 보건의료 정책의 일환으로 해결될 수 있어야 한다. 즉 국가 보건의료 정책목표를 달성하기 위한 도구로서 보건소 한방의료를 바라보아야 한다. 국가 보건의료정책의 궁극적 목표는 國民健康의 增進이므로, 국민건강증진이라는 목적달성을 위하여 수립된 전체 보건의료 정책하에 보건소 한방의료 문제가 다루어져야 한다. 그러나 전체 보건의료 정책에서 한방의료부문의 정책은 아직 수립되어 있지 않은 상태이다. 보건소 한방의료는 이러한 基本政策의 不在로 인해 방향을 못잡고 漂流하고 있는 實情이다. 단지 일부 적극적인 자치단체의 의지에 의해 보건소 한방진료실이 設置·運營되고 있는 實情이다. 앞으로도 한방의료의 올바른 육성을 위해 국가의 적극적인 정책이 요망된다. 올바른 육성이란 국민의료비를 절감하면서 의료의 질을 향상시키는 것이다. 구체적 방향으로는 疾病治療中心에서 豫防保健中心으로의 誘導, 藥物治療中心에서 非藥物治療中心으로의 유도, 治療中心에서 診斷中心으로의 유도 등이다. 결국 한의사집단의 硏究活動을 극대화시키는 誘引策을 마련해주어야 하지만, 그러한 연구가 질병치료 중심에서 예방보건 중심으로, 약물치료 중심에서 비약물치료 중심으로, 치료중심에서 진단중심으로 轉換될 수 있도록 政策的 管理가 이루어져야 할 것이다.

# Ⅳ. 支出醫療費와 서비스 滿足度

## 1. 支出醫療費와 滿足度의 槪念

본 연구에서 지출의료비는 2주간 외래진료를 위해 의료기관에 지출한 진료비이다. 이 진료비에는 본인부담금, 보험비급여에 해당하는 진료비, 그리고 의료보험이나 의료보호 비적용자의 경우에는 전액자비로 지출한 진료비 등이 포함된다.

지출의료비는 의료기관별로 이용자당, 방문당, 투약일당으로 계산하여 제시되고 있다. 지출의료비는 의료기관별로 비교·분석되었고, 분석에 사용된 자료는 한국보건사회연구원이 실시한 국민건강조사 자료이다.

진료서비스 만족도는 진료 대기시간, 치료시간, 친절도, 치료효과, 의료비 등에 대한 환자의 인식에 기초를 두고 있다. 대기시간은 짧고, 치료시간은 길고, 친절하고 치료효과가 높고, 의료비는 적당하다고 인식하는 경우에 의료서비스의 만족도는 높은 것으로 해석한다.

서비스 만족도는 이용한 의료기관별로 비교·분석되었고, 자료는 한국보건사회연구원이 실시한 국민건강조사 자료가 사용되었다.

## 2. 支出醫療費

〈表 4-1〉은 2주간 의료기관별로 이용자가 지출한 의료비 支出源과 이용자당 지출한 의료비 총액의 분포를 비교·제시하고 있다.

전체적으로 보면, 醫療費 支出源이 의료보험인 비율이 60.2%로서 가장 높고, 다음은 전액자비이다. 의료기관별로 보면, 전액자비의 비율

은 종합병원, 병원, 의원, 치과, 보건기관에서 낮고, 약국과 한방에서 높다. 한방과 약국에서 전액자비의 비율이 높은 것은 보험급여 범위가 제한되어 있기 때문이다.

〈表 4-1〉 2週間 醫療利用者當 支出醫療費, 1995

(단위: %)

| 구분 | 전체 | 종합병원 | | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건(지)소 | 보건진료소 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3차 | 2차 | | | | | | | |
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| (N[1)]) | (6,406) | (233) | (317) | (265) | (2,263) | (280) | (365) | (2,388) | (217) | (78) |
| 의료비 지출원 | | | | | | | | | | |
| 전액자비 | 35.2 | 7.9 | 7.9 | 6.2 | 6.2 | 45.0 | 12.4 | 78.3 | 6.6 | 6.2 |
| 의료보험 | 60.2 | 86.2 | 81.7 | 80.0 | 89.1 | 50.8 | 84.5 | 21.1 | 68.5 | 80.9 |
| 의료보호 | 2.6 | 2.3 | 6.1 | 4.6 | 3.4 | 1.7 | 0.5 | 0.0 | 15.6 | 12.4 |
| 자동차산재 | 0.3 | 1.4 | 0.6 | 2.1 | 0.3 | - | - | - | - | - |
| 기타 | 1.7 | 2.2 | 3.7 | 6.9 | 1.0 | 2.6 | 2.6 | 0.6 | 9.3 | 0.5 |
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 2주간 총의료비 | | | | | | | | | | |
| 없음 | 3.5 | 5.2 | 7.3 | 12.5 | 2.8 | 3.3 | 2.6 | 0.7 | 23.2 | 9.9 |
| 1~ 29백원 | 27.3 | 0.8 | 3.1 | 6.0 | 22.2 | 6.2 | 5.8 | 40.8 | 57.7 | 80.6 |
| 30~ 49백원 | 14.5 | 4.4 | 4.8 | 5.6 | 7.2 | 4.5 | 17.0 | 26.6 | 6.2 | 2.5 |
| 50~ 99백원 | 21.4 | 9.0 | 14.7 | 22.8 | 31.7 | 15.1 | 20.0 | 16.5 | 7.8 | 1.5 |
| 100~299백원 | 14.2 | 21.5 | 23.3 | 19.1 | 19.1 | 13.0 | 21.0 | 8.0 | 2.3 | 1.7 |
| 300백원~ | 19.0 | 59.2 | 46.9 | 64.1 | 17.1 | 58.0 | 33.5 | 7.5 | 2.3 | 3.8 |
| (평균:백원) | (195) | (547) | (347) | (227) | (140) | (893) | (608) | (76) | (25) | (25) |
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

註: 1) N=2주간 의료기관 이용자수

이용자당 의료기관별로 지출한 의료비 총액을 보면, 3만원 이상 지출이 3차의료기관에서 59.2%로서 가장 높고, 다음은 한방으로서 58.0%, 병원이 46.9%, 치과에서 33.5%였다. 이용자당 평균 지출의료비는 한방에서 가장 높은 89,300원이며, 다음이 치과로서 60,800원이다.

이들 두 의료기관에 대한 지출의료비가 높은 것은 의료보험 비급여 범위가 제한되어 있어서 자비부담액이 커진데 있다.

〈表 4-2〉는 2주간 의료이용자당 지출의료비를 1992년과 1995년간 변화를 비교하고 있다.

〈表 4-2〉 醫療機關別 2週間 外來利用者 1人當 醫療費

(단위: 백원)

| | 종합(병원) | 의원 | 한방 | 치과 | 약국 | 보건(지)소 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1992 | 337 | 113 | 868 | 406 | 66 | 29 |
| 1995 | 365 | 140 | 893 | 608 | 76 | 25 |
| (방문당) | (188) | (52) | (343) | (225) | (54) | (16) |
| (투약일당) | (45) | (26) | (102) | (203) | (19) | (4) |

2주간 의료이용자당 평균 지출의료비는 병원, 의원, 약국 등에서 1992년과 비교하여 1995년에 큰 변화가 없다. 그러나 치과에서는 40,600원에서 60,800원으로 한방에서는 80,600원에서 89,300원으로 각각 크게 증가하고 있다. 1995년 방문당 평균 지출의료비를 보면, 한방에서 가장 많은 34,300원이며, 다음이 치과로서 22,500원이다. 종합(병원)은 18,800원이며, 보건소는 가장 낮은 1,600원이다.

투약일당 평균의료비는 치과에서 가장 많은 20,300원이며, 다음이 한방으로서 10,200원이다. 종합(병원)의 투약일당 지출의료비는 4,500원이며, 보건소는 400원으로서 가장 낮다. 이와 같이 투약일당 지출의료비는 이용자당 투약일수의 차이에 영향을 받는데, 이용자당 투약일수는 병원과 한방에서 비교적 길다. 즉 3차의료기관에서 10.1일, 종합병원에서 8.0일이며, 한방에서 8.8일, 치과에서 3.0일, 보건소에서 6.4일이다.

〈表 4-3〉은 2주간 지출한 총의료비중 각 의료기관에 지출한 의료비의 구성비를 제시하고 있다.

〈表 4-3〉 治療源別 支出醫療費 構成(1989～1995)

| 치료원 | 1989 | 1992 | 1995 |
|---|---|---|---|
| 병의원 | 48.6 | 45.9 | 48.6 |
| 치과 | 1.7 | 3.1 | 16.7 |
| 한방 | 16.0 | 28.5 | 19.4 |
| 보건기관 | 0.6 | 0.6 | 0.7 |
| 약국 | 32.0 | 21.5 | 14.6 |
| 기타 | 1.1 | 0.4 | - |
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

資料: 최정수 외, 『韓國人의 健康과 醫療利用實態』, 韓國保健社會硏究院, 1995.

외래진료를 위하여 지출한 총 의료비 중 병·의원에 지출한 의료비의 비율은 1995년에 48.6%로서 가장 높고, 이 비율은 1989년이래 변화가 없다. 그러나 약국에 지출한 의료비는 1989년 32.0%에서 1995년에 14.6%로 크게 감소한 반면 치과에 지출한 의료비는 1.7%에서 16.7%로 크게 증가하고 있다.

한방에 지출한 의료비는 1989년 16.0%에서 1992년에 28.5%로 증가했다가 1995년에는 19.4%로 감소하고 있다.

이용빈도가 낮음에도 치과와 한방에 지출한 의료비의 비중이 높은 것은 이용자당 및 방문당 지출의료비가 많기 때문이다. 이는 의료보험 비급여 범위가 넓은데서 오는 자비부담액이 많은 것과 한방의 경우에는 한약재의 다단계 유통과정에서 높은 마진이 붙게 되는 한약재 가격의 영향을 받은 것으로 해석된다.

그러므로 치과와 한방의 지출의료비를 감소하기 위하여 의료보험 급여범위의 확대, 한방의 경우에는 첩약의 의료보험화와 한약재 유통과정의 개선 등이 필요하다.

## 3. 醫療 滿足度

〈表 4-4〉는 의료기관 종류별로 이용한 의료기관에 대하여 환자가 인식하는 의료서비스 만족도를 진료대기시간, 치료시간, 친절도, 치료효과, 의료비 등을 중심으로 제시하고 있다.

진료대기시간은 전체적으로 평균 31분이며, 3차의료기관에서 가장 많은 69분이며 다음이 종합병원 66분, 병원이 35분이다. 의원, 치과, 한방 등의 평균 진료대기시간은 23~26분의 범위 내에 있어서 유사하다. 다만 한방의 경우에 의원 및 치과와 비교하여 9분 이내 및 60분 이상 대기비율이 높음을 볼 수 있다. 의료서비스 만족도에 있어서 치료시간에 대하여 충분하다고 인식하는 비율은 치과에서 가장 높은 79%였고, 3차의료기관은 55%, 종합병원도 55%, 병원은 61%, 의원은 63%였다. 이들 병·의원과 비교하여 한방의 진료시간에 대하여 충분하다고 인식하는 비율은 74%로서 비교적 높다. 의료인에 대하여 친절하다고 인식하는 비율은 치과에서 가장 높은 79%였고, 3차의료기관에서 67%, 종합병원에서 70%, 병원에서 61%, 의원에서 63%였으며, 한방에서는 74%로서 비교적 높았다. 치료효과에 대하여 효과적이라고 인식하는 비율은 3차의료기관 75%, 종합병원 74%, 병원 71%, 의원 75%, 치과 77%로서 71~77% 범위내에 있으나 한방의 경우에는 61%에 불과하다. 지출한 의료비에 대하여 적당하다고 인식하는 비율은 의원에서 57%로서 가장 높고 다음은 병원으로서 53%이다. 치과에서는 47%, 한방은 42%이다. 3차의료기관과 종합병원의 지출의료비에 대하여 적당하다고 인식하는 비율은 각각 36%에 불과하다. 비싸다고 인식하는 비율은 3차의료기관에서 가장 높은 46%, 종합병원 44%, 병원 29%였다. 의원의 경우에는 18%, 치과 32%였고 한방은 36%이다. 한방의료비에 대하여 종합병원과 비교하여 비싸다고 인식하는 비율은 낮으나 치과만큼 비싸다고 인식하고 있는 경향이 있다.

〈表 4-4〉 利用한 醫療機關에 對한 滿足度, 1995

| 구분 | 전체 | 종합병원 | | 병원 | 의원 | 한방 | 치과 | 보건(지)소 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3차 | 2차 | | | | | |
| 대기시간(분) | | | | | | | | |
| 0～ 9 | 23.3 | 10.9 | 8.3 | 18.0 | 23.9 | 36.6 | 24.7 | 40.9 |
| 10～29 | 37.1 | 20.4 | 19.4 | 31.1 | 41.9 | 30.4 | 38.9 | 43.8 |
| 30～59 | 21.3 | 18.8 | 29.4 | 28.4 | 20.5 | 17.7 | 25.1 | 10.0 |
| 60～ | 18.3 | 49.9 | 42.9 | 22.4 | 13.8 | 15.2 | 11.3 | 5.3 |
| (평균) | (31) | (69) | (66) | (35) | (26) | (24) | (25) | (14) |
| 의료서비스 만족도 | | | | | | | | |
| 치료시간 | | | | | | | | |
| 매우충분 | 8.1 | 5.0 | 4.2 | 8.2 | 7.2 | 15.6 | 10.4 | 13.5 |
| 충분한편 | 56.4 | 47.7 | 50.3 | 52.6 | 56.2 | 58.1 | 68.4 | 59.9 |
| 보통 | 21.9 | 19.4 | 22.6 | 26.1 | 22.5 | 21.9 | 16.0 | 21.1 |
| 부족한편 | 11.4 | 19.6 | 21.4 | 10.3 | 11.8 | 3.2 | 4.2 | 5.3 |
| 매우 부족 | 2.3 | 8.3 | 1.6 | 2.8 | 2.2 | 1.2 | 1.0 | 0.3 |
| 친절도 | | | | | | | | |
| 매우친절 | 14.9 | 14.0 | 7.8 | 12.0 | 14.8 | 18.4 | 22.0 | 15.1 |
| 친절한편 | 63.0 | 53.0 | 6138 | 64.7 | 63.9 | 65.0 | 61.1 | 65.4 |
| 보통 | 17.8 | 21.3 | 24.4 | 18.0 | 17.7 | 14.6 | 13.7 | 15.9 |
| 불친절한편 | 3.4 | 8.4 | 5.4 | 4.4 | 2.9 | 1.8 | 2.9 | 2.7 |
| 매우 불친절 | 0.8 | 3.3 | 0.5 | 0.8 | 0.8 | 0.3 | 0.3 | 0.8 |
| 치료효과 | | | | | | | | |
| 매우효과적 | 13.2 | 19.6 | 5.7 | 10.3 | 13.3 | 12.9 | 18.8 | 12.1 |
| 효과적 | 61.5 | 55.0 | 67.9 | 61.0 | 631.3 | 48.0 | 68.5 | 68.1 |
| 보통 | 16.4 | 18.0 | 18.4 | 20.0 | 16.6 | 18.0 | 10.9 | 12.2 |
| 효과없음 | 7.5 | 6.2 | 7.2 | 6.6 | 7.7 | 16.6 | 1.5 | 7.0 |
| 전혀효과없음 | 1.3 | 1.2 | 0.8 | 2.0 | 1.1 | 4.6 | 0.2 | 0.6 |
| 의료비 | | | | | | | | |
| 매우적당 | 10.4 | 8.7 | 5.8 | 15.4 | 7.6 | 5.6 | 7.7 | 55.2 |
| 적당한편 | 24.9 | 27.6 | 30.4 | 37.6 | 49.0 | 36.1 | 39.4 | 32.1 |
| 보통 | 22.2 | 17.3 | 19.6 | 17.7 | 24.9 | 22.8 | 21.2 | 7.8 |
| 비싼편 | 21.5 | 35.4 | 38.9 | 23.6 | 17.0 | 30.4 | 28.6 | 4.1 |
| 매우비싼편 | 3.0 | 11.0 | 5.2 | 5.6 | 1.6 | 5.1 | 3.0 | 0.9 |

# Ⅴ. 中國의 醫療制度

## 1. 醫療制度 槪觀

### 가. 中國 醫療制度의 特徵

한 나라의 醫療制度는 그 나라의 사회와 정치적 구조의 부분이다. 중국은 사회주의 국가이며, 의료제도도 사회주의 국가의 특성을 갖고 있다. 모든 醫療資源(物的·人的 資源과 知識)은 국가소유이고 정부에 의하여 관리되고 건강과 의료에 대한 책임은 개인보다 정부에 주어진다.

중국은 사회, 경제적으로 주어진 조건하에서 인민의 건강과 의료의 향상에 크게 성공했다고 자부하고 있다. 1949년 중국이 해방되기전 영아사망률은 출생 1000명당 200에서 1990년에 35로, 모성사망률은 10만 명당 1,500에서 94.7로, 법정전염병 환자수는 인구 10만 명당 2만 명에서 235명으로, 나병환자수는 50만 명에서 2만 명으로 각각 감소된 통계치를 제시하고 있다.

중국은 그 나름대로 특성을 갖는 醫療政策과 醫療體系의 下部構造(infrastructure)를 구성·관리하고 있다. 중국은 改革과 開放 정책을 채택한 후에 예방에 1차적 우선순위를 두고 과학·기술의 발전에 의존하고 사회참여를 동원하고 傳統醫學과 西洋醫學에 동일한 관심을 두고 인민의 건강에 봉사한다는 원칙에 따라, 전략적인 중요성의 우선순위를 농촌보건, 예방보건, 中醫藥의 계속 진흥에 두고 있다.

이와 같은 보건의료정책의 原則과 戰略을 수행하기 위한 의료체계의

하부구조는 醫療資源의 開發, 정부기관, 의료공급 등으로 구분하여 기술할 수 있는데 중국은 이에 대하여서도 그 나름대로 특징을 갖고 있다. 중국의 보건의료정책에 대해서는 다음에 상술하기로 한다.

## 나. 中國 醫療制度 記述內容

한 나라의 의료체계를 이해하기 위하여 다음과 같은 기본적 정보가 필요하다고 한다. 다음 내용을 중심으로 중국의 의료제도를 기술코자 한다.

1) 국토 및 인구
2) 경제상태, 문자해득
3) 도시화, 행정구역
4) 주요 보건지표
   - 사망률, 평균수명, 영아사망률, 1~4세 사망률
   - 10대 사망원인
5) 의료체계의 하부구조
   - 의료자원의 개발
     · 의료인력
     · 보건의료시설
     · 보건지식
   - 정부 관리기관
     · 중앙
     · 지방
   - 의료공급
     · 건강증진, 예방, 치료, 재활, 중증 장애 및 난치병의 사회의학적 관리
     · 1차, 2차, 3차 의료

## 다. 資料 및 方法

한 나라의 의료제도를 분석·기술하기 위해 많은 자료가 필요하고, 분석의 시각을 어디에 두느냐에 따라 기술내용도 달라진다. 이 연구를 위하여 이용된 資料는 국내에서 획득 가능했던 자료와 중국을 방문하여 얻은 자료로써 다음과 같다.

- 세계보건기구와 홍콩정부가 공동주최 한 regional workshop on traditional medicine(1995년 11월 13~15일 홍콩에서 개최)에서 발표된 중국 中醫藥 관련 논문
- 중국 의료제도 현황 특별강연회(한국사회복지연구원 주최 1993년 11월 8일 서울에서 개최) 자료집
- Medical and Health Services in China(중화인민공화국 衛生部, 1993년 12월 발간)
- 중국 中醫藥事業(중화인민공화국 국가중의약관리국 발간)
- 중국 中醫硏究院 책자
- 북경중의약대학 책자
- 북경의과대학 인민의원(병원) 책자
- 중국통계연감(중국통계출판사, 1994년 발간)
- 中國衛生統計摘編, 1978~1990년(중화인민공화국 위생부 발간)
- 중국중의약관리규정(대한한의사협회 1994년 6월 번역 발간)
- Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000, Second evaluation, volume 7 (WHO, Regional Office for the Western Pacific, 1993년 발간) 내용 중 중국 관련 자료
- Reviewing health manpower development, Public Health Papers 83(세계보건기구, 1987년 발간)

- National health systems and their reorientation towards Health for all, Public Health Papers 77(세계보건기구, 1984년 발간)
- 다음과 같은 중국 현지 방문처에서 면담을 통해 얻은 정보
  · 국가중의약관리국
  · 북경중의약대학
  · 中國中醫硏究院
  · 위생부
  · 북경의과대학 부속병원
  · 西苑病院
  · 陝西省 중의관리국, 中藥材 市場
  · 西安 人民病院

이와 같은 자료와 정보를 활용하여 이 章에서는 중국의 전반적 의료제도를 槪觀, 그 제도속에서 中醫藥 관련제도의 현황을 기술하고, 시사점을 찾음으로써 우리나라 韓醫藥 발전방향을 모색하는데 참고가 될 수 있는 내용을 분석·기술하고 있다.

## 2. 人口 및 保健狀態

### 가. 人口

중국의 면적은 9,600,000평방Km이고 남북간 거리는 4,000Km, 동서간 거리는 4,800Km로서 러시아, 캐나다 다음으로 세계 3위의 국토를 가지고 있다. 행정적으로는 23개 省, 5개 自治區, 3개 중앙정부 直轄市로 구성되어 있다. 〈表 5-1〉은 1952년~1993년의 연도별 인구규모 및 성별 인구를 나타내고 있다.

〈表 5-1〉 年度·性別 人口數, 1952～1993

(단위: 만 명)

| 연도 | 전체 | 남자 | 여자 |
|---|---|---|---|
| 1952 | 57,482 | 29,833 | 27,649 |
| 1957 | 64,653 | 33,469 | 31,184 |
| 1962 | 67,295 | 34,517 | 32,778 |
| 1965 | 72,538 | 37,128 | 35,410 |
| 1970 | 82,992 | 42,686 | 40,306 |
| 1975 | 92,420 | 47,564 | 44,856 |
| 1980 | 98,705 | 50,785 | 47,920 |
| 1985 | 105,851 | 54,725 | 51,126 |
| 1990 | 114,333 | 58,904 | 55,429 |
| 1993 | 118,517 | 60,472 | 58,045 |

資料: 중국통계출판사, 『중국통계연감』, 1994.

1993년 인구는 11억 9천만 명으로서 세계인구의 약 1/5을 차지하고 있다. 人口規模는 1952년 대비 2.06배 증가하였다. 성별로 보면 男子人口는 1993년에 약 6억 명으로서 1952년 대비 2.03배 증가하였다. 女子人口는 1993년에 약 5억8천만 명으로서 1952년 대비 2.10배 증가하였다. 1993년 여자인구 100인당 남자인구의 性比는 104이다.

〈表 5-2〉는 1952년～1993년의 연도별 출생률, 사망률, 자연증가율을 나타내고 있다.

연간 出生率은 1993년에 18.09로서 1952년 대비 49% 감소, 死亡率은 6.64로서 39% 감소, 이에 따라 自然增加率은 11.45로서 57% 감소하였다. 지난 40년간 출생률과 사망률이 다 같이 현저히 감소하였지만, 출생률보다 사망률의 감소가 더 현저하여 자연증가율의 감소는 상대적 낮은 것이다. 특히 1965년에 자연증가율은 28.4로서 가장 높았으나 이후 매년 현저히 감소하여 1993년에는 11.5로 감소하고 있음을 알 수 있다.

〈表 5-2〉 年度別 出生率과 死亡率, 1952～1993

(단위: 千 명당)

| 연도 | 출생률 | 사망률 | 자연증가율 |
|---|---|---|---|
| 1952 | 37.00 | 17.00 | 20.00 |
| 1957 | 34.03 | 10.80 | 23.23 |
| 1962 | 37.01 | 10.02 | 26.99 |
| 1965 | 37.88 | 9.05 | 28.38 |
| 1970 | 33.43 | 7.60 | 25.83 |
| 1975 | 23.01 | 7.32 | 15.69 |
| 1980 | 18.21 | 6.34 | 11.87 |
| 1985 | 21.04 | 6.78 | 14.26 |
| 1990 | 21.06 | 6.67 | 14.39 |
| 1993 | 18.09 | 6.64 | 11.45 |

資料: 중국통계출판사, 『중국통계연감』, 1994.

이와 같은 자연증가율의 감소는 사망률의 감소에도 불구하고 이보다 현저한 출생률의 감소에 기인한 것인데 이는 그간 국가정책으로 추진하였던 가족계획사업의 성과로 볼 수 있다. 〈表 5-3〉은 1990년 성별 인구구조를 나타내고 있다.

〈表 5-3〉 性別 人口構造, 1990

| 연령 | 전체 | 남자 | 여자 |
|---|---|---|---|
| 계 | 100.00 | 51.45 | 48.55 |
| 0～ 4 | 10.30 | 5.39 | 4.91 |
| 5～14 | 17.40 | 9.00 | 8.40 |
| 15～24 | 21.84 | 11.23 | 10.61 |
| 25～34 | 16.63 | 8.58 | 8.05 |
| 35～44 | 13.26 | 6.89 | 6.37 |
| 45～54 | 8.38 | 4.41 | 3.97 |
| 55～59 | 3.69 | 1.94 | 1.75 |
| 60～64 | 3.01 | 1.55 | 1.46 |
| 65～ | 5.58 | 2.55 | 3.03 |

資料: 중국통계출판사, 『중국통계연감』, 1994.

성별·연령별로 인구구성을 보면, 각 연령계층에서 여자보다 남자의 구성비가 약간 높다. 그러나 다만 65세 이상 구성비에서만은 여자에서 높음을 볼 수 있다. 이는 여자의 평균수명이 남자보다 훨씬 높은 데 기인하는 것 같다.

전체인구 중 65세 이상 老齡人口는 5.6%로서 약 6,380만 명이며, 서기 2000년에 65세 이상 노령인구는 1억이 넘을 것으로 추정되어 노령인구는 중요한 보건문제로 취급될 것이다. 특히 1990년에 65세 이상 여자인구는 3,464만 명으로서 남자노인 2,916만 명보다 548만 명이 더 많다. 여자 노인의 보건문제는 중요한 정책적 관심이 될 것이다.

중국은 56개 種族으로 구성되고 있으며, 이 중 漢族이 91.96%(10억4천만 명)이며 기타 종족은 약 1억 명에 달하지만 소수민족으로 취급되고 있고, 소수민족의 전통의술도 보호육성되고 있다. 조선족(韓族)도 소수민족에 포함되며 전체 중국인구 중 0.17%(192만 명)를 차지하고 있다.

전체인구 중 약 80%는 농촌인구로서 농촌지역에 보건의료사업의 우선순위가 주어지고 있다.

## 나. 保健狀態

이용 가능한 몇 가지 保健指標로서 중국의 보건상태를 알아보기로 한다. 1989년 平均壽命(출생시 期待余命)은 70세이며, 영아사망률은 출생 1000명당 31, 5세 이하 사망률은 43이다. 1981년 제3차 인구센서스와 1985년 인구표본조사 결과에서 추정된  평균수명은 다음과 같다. 평균수명은 매년 연장추세를 보이고 있다. 1988년 1인당 GNP는 330달러, 문자해득(literate rate) 성인인구는 69%이다. 낮은 소득수준과 비교하여 건강수준은 높다고 할 수 있다.

〈表 5-4〉 中國의 平均壽命(1981～1985)

| 성별 | 1981년(세) | 1985년(세) |
|---|---|---|
| 남자 | 66.4 | 67.0 |
| 여자 | 69.3 | 71.0 |
| 평균 | 67.9 | 68.9 |

〈表 5-5〉는 도시와 농촌의 10대 死因의 구성비를 비교하고 있다.

〈表 5-5〉 全體死亡 中 主要 死因別 死亡構成比 比較, 1993

(단위:%)

| 사망원인 | 도시 | 농촌 |
|---|---|---|
| (10대 死因합계) | (91.1) | (91.5) |
| 암 | 21.8 | 16.4 |
| 뇌혈관질환 | 21.4 | 15.7 |
| 호흡기계질환 | 17.1 | 26.5 |
| 심장질환 | 14.8 | 10.0 |
| 손상·중독 | 6.7 | 11.5 |
| 소화기계질환 | 3.7 | 5.0 |
| 내분비·영양질환 | 2.1 | - |
| 비뇨·생식계질환 | 1.6 | 1.3 |
| 정신병 | 1.2 | - |
| 신생아질환 | 1.0 | 1.9 |
| 폐결핵 | - | 1.9 |
| 전염병(폐결핵 제외) | - | 1.4 |

資料: 중국통계출판사,『중국통계연감』, 1994.

도시와 농촌간 死亡原因의 構造에는 많은 차이가 있다. 都市에서는 암이 가장 중요한 死因이며 다음이 뇌혈관질환, 호흡기계질환, 손상·중독 등의 순으로 되어 있다. 農村에서는 호흡기계질환이 가장 중요한 死因이되고 있고 손상·중독의 死因 구성비가 높고, 10대 死因에 폐결핵과 전염병이 포함되고 있다. 이와 같은 死因構造의 비교를 통해 도시는 농촌보다 산업국가의 死因구조에 접근하고 있으나 농촌은 호흡

기계질환, 전염병과 손상·중독이 중요한 보건문제가 되고 있음을 알 수 있다.

그러나 癌은 도시나 농촌에서 높은 사망원인을 나타내는 질병이므로 암을 도시·농촌 및 성별로 그 특성을 살펴보면, 〈表 5-6〉 과 같다.

〈表 5-6〉 地域·性別 癌의 種類別 死亡率(人口 10萬當), 1990

| 암의종류 | 도시 | | | 농촌 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 계 | 남자 | 여자 | 계 | 남자 | 여자 |
| 폐암 | 32.89 | 42.97 | 22.23 | 15.05 | 21.32 | 8.57 |
| 위암 | 21.51 | 28.00 | 14.64 | 25.94 | 27.59 | 18.74 |
| 간암 | 20.10 | 28.75 | 10.96 | 24.32 | 34.87 | 13.39 |
| 식관암 | 9.70 | 13.23 | 5.96 | 20.78 | 25.77 | 15.62 |
| 취장암 | 8.25 | 8.40 | 8.08 | 5.41 | 5.68 | 5.14 |
| 백혈병 | 3.65 | 3.95 | 3.33 | 3.46 | 3.81 | 3.10 |
| 유방암 | 3.26 | - | 6.70 | 1.43 | - | 2.90 |
| 전체암 | 128.03 | 151.76 | 99.38 | 112.36 | 140.41 | 83.32 |

資料: 중화인민공화국 위생부, 『中國衛生統計摘編』, 1978~1990.

全體癌에 의한 사망률은 도시에서 128, 농촌에서 112로서 지역간 큰 차이는 없다. 그러나 암의 種類別 死亡率에는 큰 차이가 있다. 性別로도 차이는 크다. 남자가 여자보다 암 사망률이 현저히 높고 암의 종류별 사망률에도 차이가 크다. 도시에서 肺癌死亡率이 가장 높고 다음은 胃癌, 肝癌이다. 특히 남자의 폐암 사망률이 높고 위암, 간암 역시 여자보다 높다. 이들 3개 암이 여자보다 남자에서 높은 암 사망률을 나타내는 주요 사망원인이 되고 있다. 농촌에서는 위암 사망률이 가장 높고, 다음은 간암, 食管癌이다. 폐암은 네번째로 높은 사망원인이다. 성별로 보면 암 종류별로 사망률에 큰 차이가 있다. 남자의 경우에 간암 사망률이 가장 높고 다음은 위암, 식관암이다. 여자에서는 위암 사망률이 가장 높고 다음은 식관암, 간암이다.

## 3. 醫療資源

### 가. 總醫療資源

〈表 5-7〉은 보건의료서비스의 제공과 관련되는 시설과 인력 그리고 연구개발 시설 및 인력을 나타내고 있다.

1993년 현재 총 보건의료기관수는 193,586개소이며, 총 보건의료인력수는 522만 명에 달한다.

〈表 5-7〉 保健醫療施設 種類別 機關數, 病床數, 人力數, 1993

| 종류 | 기관수 | 병상수 (萬 병상) | 인력수(의료기술인력수) (萬 명) |
|---|---|---|---|
| 병원 | 60,784 | 279.5 | 379.0(300.8) |
| 縣級 이상 | 14,713 | 201.7 | 278.2(213.6) |
| 읍·면단위 | 45,024 | 73.1 | 94.6(82.3) |
| 기타 | 1,047 | 4.7 | 6.2(4.9) |
| 요양원 | 600 | 11.9 | 5.4(2.6) |
| 외래진료소 | 115,161 | 9.2 | 54.8(50.1) |
| 특수스테이션 | 1,872 | 3.0 | 5.8( 4.4) |
| 위생방역스테이션 | 3,609 | 0.1 | 19.3(15.3) |
| 모자보건소 | 2,691 | 1.8 | 7.4( 6.1) |
| 의약검사소 | 1,976 | - | 2.3( 1.7) |
| 의과학연구소 | 436 | 0.7 | 3.9( 2.3) |
| 기타보건기관 | 6,357 | 3.7 | 27.4(12.2) |
| 계 | 193,586 | 309.9 | 521.5(411.7) |

資料: 중국통계출판사, 『중국통계연감』, 1994.

病院은 縣級 이상 병원, 읍·면 병원(rural township hospital), 기타 병원으로 구분되는데, 縣級 이상 병원에는 종합병원, 의대부속병원, 전염병병원, 정신병원, 결핵병원, 모자병원, 아동병원, 나병원, 직업병원, 암병원, 기타 특수병원, 그리고 中醫病院 등이 포함된다. 이들 병원 중

에서 中醫病院은 2,305개소로서 현급 이상 병원 14,713개소의 17%를 차지한다. 중의병원의 병상수는 19만4천병상으로서 현급 이상 병원 병상수 201만7천 병상의 10%를 차지한다. 이에 따라 일반병원보다 中醫病院의 평균 병상수는 적음을 알 수 있다. 그러나 이러한 중의병원 병상수보다 실제 중의병상수는 더 많을 수 있다. 모든 병원에 中醫病床의 설치를 의무화하고 있기 때문이다. 그러므로 전체 병상 중 중의병상수는 10%를 훨씬 초과한다.

중국 인구 중 약 80%는 농촌인구이므로 농촌보건은 중요한 정책과제이다. 농촌보건의료는 3단계 즉, 縣-邑·面(township)-마을단위 공급체계를 구성·운영하고 있다. 전국에 縣은 1,986개소이며, 縣病院은 2,200개소가 넘는다. 縣病院은 관내 위생방역스테이션과 모자보건소를 지원하여 질병예방 및 관리, 모자보건, 기술지도, 요원훈련, 1차보건으료의 개발 등을 위한 중심기관의 역할을 한다.

〈表 5-8〉 機能區分別 保健醫療人力數, 1993

(단위: 만 명)

| 구분 | 인력수 |
|---|---|
| 의료기술인력 | 411.7 |
| 기타 기술인력 | 11.3 |
| 관리인력 | 43.3 |
| 지원인력 | 55.2 |
| 계 | 521.5 |

한편 한 나라의 의료체계에서 중요한 자원은 건강과 질병 그리고 질병예방, 치료, 재활의 여러 방법 등에 관한 知識이다. 이들 지식은 생물의학연구, 사회의학연구, 의료체계연구 등을 통해 수집·활용된다. 중국은 1993년에 의약검사소 1,976개소, 의과학연구소 436개소를 가지고 있다. 1990년에 의과학연구소는 337개소였고 이들 중 中醫藥硏究所

는 55개소였다. 보건의료인력은 1993년에 521만 5천 명이며, 이들 중 病院人力은 73%인 379만 명이다. 보건의료인력은 의료기술인력, 기타 기술인력, 관리인력, 지원인력으로 구분하고 있는데, 이들 구분에 따른 인력수는 다음과 같다.

이들 인력 중에서 중심인력은 醫療技術人力인데 이들의 직종별 인력수는 다음과 같다.

〈表 5-9〉 職種別 醫療技術人力數, 1993

(단위: 만 명)

| 직 종 | 인 원 |
|---|---|
| 中醫師 | 25.0 |
| 西醫師 | 111.5 |
| 중서결합의사 | 0.7 |
| 상급간호사 | 52.8 |
| 中藥劑師 | 6.7 |
| 西藥濟師 | 11.7 |
| 시험기사 | 9.5 |
| 기타기사 | 8.0 |
| 中醫士 | 8.2 |
| 西醫士 | 35.1 |
| 하급간호사 | 52.8 |
| 조산사 | 5.5 |
| 中藥劑士 | 6.5 |
| 西藥劑士 | 8.5 |
| 하급시험기사 | 6.6 |
| 기타보조기사 | 5.8 |
| 其他中醫 | 2.6 |
| 보조간호사 | 13.4 |
| 中藥劑員 | 3.5 |
| 西藥劑員 | 4.4 |
| 보조시험기사 | 2.3 |
| 기타보조인력 | 30.6 |
| 계 | 411.7 |

한편 보건의료시설 중에서 중요한 위치를 차지하는 병원당 평균 병상수 및 인력수를 보면 〈表 5-10〉과 같다.

〈表 5-10〉 病院種類別 病院當 平均 病床 및 人力規模, 1993

| 병원종류 | 병상수 | 총 인력수 | 기술인력수 |
|---|---|---|---|
| 縣급 이상 병원 | 137.1 | 189.1 | 145.2 |
| 읍·면 병원 | 16.2 | 21.0 | 18.3 |
| 기타 병원 | 44.8 | 59.0 | 46.7 |

資料: 중국통계출판사, 『중국통계연감』, 1994.

## 나. 醫療施設의 年度別 變化

의료시설 중에서 중요한 의료기관은 病院이므로 병원수 및 병상수의 연도별 변화를 보면〈表 5-11〉과 같다.

〈表 5-11〉 年度別 病院數 및 病床數의 變化, 1978～1990

| | 1978 | 1980 | 1985 | 1990 |
|---|---|---|---|---|
| 병원수 | | | | |
| 총병원수 | 9,405 | 10,037 | 12,227 | 14,705 |
| 中醫병원수 | 447 | 678 | 1,455 | 2,080 |
| 병상수 | | | | |
| 총병상수[1)] | 2,041,681 | 2,184,423 | 2,487,086 | 2,925,390 |
| 中醫병상수 | 32,366 | 49,151 | 101,418 | 160,899 |

註: 1) 총병상수에는 모든 보건의료기관 병상수 포함.
資料: 중화인민공화국 위생부, 『中國衛生統計摘編』, 1978～1990.

총병원수는 1990년에 1978년 대비 2.3배가 증가했으나, 中醫病院은 4.7배 증가하고 있다. 病床數는 동 기간에 1.4배 증가하였으나 中醫病床數는 5.0배 증가하고 있다. 그러나 一般病院의 病床 중 최소 1/5은

中醫病床으로 확보토록 하고 있고, 모든 病院에는 中醫科를 개설토록 하고 있다. 1992년에 병원의 95%가 中醫科를 설치·운영하고 있다. 그러므로 여기서 제시된 통계수치보다 더 많은 中醫病床이 설치·운영되고 있다고 하겠다.

## 다. 醫療人力의 年度別 變化

〈表 5-12〉는 총 보건의료인력수, 中醫關聯人力數, 西醫關聯人力數의 연도별 변화를 나타내고 있다.

중국의 총보건의료인력은 1990년에 490만 명으로서 1978년 대비 1.6배 증가하고 있다. 이들 인력 중에서 의사와 약사인력은 중요하다.

〈表 5-12〉 年度別 主要 醫療人力의 變化, 1978～1990

| | 1978 | 1981 | 1985 | 1990 |
|---|---|---|---|---|
| 총인력수 | 3,105,572 | 3,796,121 | 4,313,011 | 4,906,201 |
| 中醫師 | - | 102,202 | 119,965 | 239,602 |
| 中醫士 | 251,088 | 132,625 | 150,147 | 91,123 |
| 西醫師 | 358,520 | 516,498 | 602,237 | 1,058,460 |
| 西醫士 | 423,410 | 436,196 | 472,784 | 331,229 |
| 中藥劑師 | - | 11,484 | 13,871 | 59,503 |
| 西藥劑師 | 16,749 | 29,948 | 32,995 | 103,799 |
| 中藥劑士 | 94,854 | 49,314 | 54,817 | 72,251 |
| 西藥劑士 | 67,633 | 81,863 | 89,685 | 90,455 |
| 中藥劑員 | - | 72,011 | 82,486 | 37,898 |
| 西藥劑員 | 87,334 | 79,170 | 91,291 | 42,072 |

資料: 중화인민공화국 위생부, 『中國衛生統計摘編』, 1978～1990.

의사는 中醫人力과 西醫人力으로 구분되는데, 각각 醫師와 醫士로 다시 구분된다. 中醫師 통계는 1981년부터 발표되고 있다. 中醫士는 1978년에 25만 명이었고 1981년에 13만 명으로 감소하고 中醫師數는 10만 명으로 기록되고 있다. 1985년에는 中醫師數는 12만 명, 中醫士

數는 15만 명으로 증가하여 이 때까지만 해도 中醫士數는 中醫師數보다 많았다. 그러나 1990년에는 中醫師數가 24만 명으로서 中醫士數 9만 명보다 훨씬 많아진다. 中醫人力은 하급의사인 中醫士를 보수교육을 통해 상급자격인 中醫師 자격을 부여하고 中醫學大學을 확대하여 中醫師數를 증가시키고 있음을 알 수 있다.

西醫人力의 경우에는 中醫人力과는 달리 1978년에 西醫師보다 西醫士의 수가 약간 많았으나, 西醫師數는 매년 현저한 증가를 나타내고 있으나 西醫士數는 변화하지 않거나 완만한 감소추세를 나타내고 있다. 이와 같이 연도별로 中醫와 西醫人力이 변화하여 왔으나 1990년 中·西醫師人力 중 19%가 中醫師이다. 우리나라는 1995년에 醫師와 韓醫師 면허등록자 중 韓醫師의 비율은 13%이다. 중국과 비교하여 우리나라의 韓醫師 비율은 크게 차이가 나지 않는다. 中·西醫結合高級醫師數는 1981년에 1600명에서 1990년에 5000명으로 증가하고 있으나 전체 의사인력의 규모면에서 보면 그 수는 미미한 것이다.

藥關聯人力도 中藥人力과 西藥人力으로 구분되고 각각 藥劑師, 藥劑士, 藥劑員으로 주분된다. 中藥劑師數는 1981년에 1만 명에 불과하였으나 1990년에 6만 명으로 증가하고 있다. 그러나 中藥劑士數와 中藥劑員數 특히 가장 낮은 급의 약제인력인 中藥劑員의 수는 연도별로 현저히 감소하고 있다. 西藥劑師數는 매년 현저한 증가추세를 보이고 있으나 西藥劑員의 수는 현저히 감소하고 있다.

다만 여기서 中醫藥人力과 西醫藥人力을 비교해 보면 西醫藥인력보다 中醫藥인력에서 藥關聯人力의 비중이 큰 것을 알 수 있다.

〈表 5-13〉에서 볼 수 있는 바와 같이 中醫藥人力중 34%가 藥關聯人力이다. 이것과 비교하여 西醫藥人力 중 藥關聯人力의 비율은 15%에 불과하다. 한편 藥關聯人力 중 고급인력인 藥劑師의 구성비는 西藥人力에서 43.9%이지만 中藥人力에서는 35.1%에 불과하다. 그러므

로 中醫는 藥人力의 의존도가 비교적 높고 특히 하급 약제원에 대한 의존도가 큼을 알 수 있다.

藥關聯人力의 경우에는 의사인력에서 볼 수 있는 中·西藥結合藥劑師와 같은 인력은 볼 수 없다. 중국에서는 中西醫 결합을 국가의료정책으로 추진하고 있으나 藥關聯人力은 中·西藥 각각에 주어진 역할을 수행토록 하고 있고 中·西藥의 결합은 시도하고 있지 않다.

〈表 5-13〉 中醫藥人力과 西醫藥人力의 人力種類別 構成比 比較, 1990

| 인력종류 | 중의약 인력 | | 서의약 인력 | |
|---|---|---|---|---|
| | 수 | 비율 | 수 | 비율 |
| 醫師＋醫士 | 330,725 | 66.1 | 1,389,689 | 85.5 |
| 藥劑師＋藥劑士＋藥劑員 | 169,652 | 33.9 | 236,326 | 14.5 |
| 계 | 500,377 | 100.0 | 1,626,015 | 100.0 |

그러나 中醫藥이나 西醫藥 교육기관에서는 각각 중의약과 서의약의 기초이론을 습득한다. 中醫科大學과 中藥學科에서는 西醫基礎科目을 30% 정도, 이수하고, 西醫科大學과 西藥學科에서도 中醫基礎科目을 30% 정도 즉 100~120교시 이수한다. 그러므로 西醫는 中醫를 배우고 中醫는 西醫를 배워서 각각 활용할 수 있도록 하여 교육과정에서 中西醫 結合을 시도하고 있다고 하겠다.

中醫 양성기관은 衛生部 산하교육기관으로서 일본, 영국 등과 유사한 6년제와 미국과 유사한 8년제의 중점대학이 있으나, 5년제가 보편적이다. 그러나 대학에 따라 다양한 교육과정을 개설·운영하고 있다. 예컨대 北京中醫藥大學의 경우를 살펴보자.

中醫學專業課程으로서 6개 과정이 운영되고 있다. 첫째 7년제 석사학위 과정, 둘째 5년제(本科) 학사 과정, 그리고 西醫本科 수료 후 또는 理工本科 수료 후 제2의 학위를 수여하는 二學位 西醫班과 二學位

理工班 그리고 成人敎育班으로서 夜大班과 通信敎育班 등이 있다.

中醫 건강유지 및 재활을 위한 특별교육과정으로서 5년제(本科) 학사학위과정이 있다.

中藥課程으로서 4년제(本科) 학사학위과정인 中藥學專業과 4년제(本科) 학사학위과정인 中藥制藥專業 등이 있다.

針灸學課程이 별도로 개설·운영되고 있는데, 하나는 5년제(本科) 학사학위과정이며 다른 하나는 계속 재교육과정으로서 통신교육, 專業, 本科 등이 있다. 또한 중의행정과정으로서 5년제(本科) 학사학위과정이 있다. 이외에 3년제(專科) 中醫看護課程이 있다. 이와 같이 북경중의약대학에는 中醫관련의 다양한 석사, 학사 학위과정과 中藥, 寢具學, 看護學, 中醫行政 등 교육과정을 개설·운영하고 있다.

### 라. 研究所의 年度別 變化

〈表 5-14〉은 醫科學 및 中醫 연구소수의 연도별 변화를 나타내고 있다.

中醫藥의 계승 및 발전을 위하여 역점을 두고 있는 것이 中醫藥 연구이다. 1990년에 전체 의과학연구소 중 중의약 연구소 수는 16%를 차지한다. 中醫藥研究所에 관하여 보다 더 자세히 알기 위하여 衛生部 및 國家中醫藥管理局의 산하기관인 中國中醫研究院을 소개하면 다음과 같다.

〈表 5-14〉 年度別 醫科學 및 中醫 研究所數의 變化, 1978～1990

| | 1978 | 1980 | 1985 | 1990 |
|---|---|---|---|---|
| 의과학연구소 | 219 | 282 | 323 | 337 |
| 중의약연구소 | 36 | 47 | 54 | 55 |

資料: 중화인민공화국 위생부, 『中國衛生統計摘編』, 1978～1990.

이 연구원은 1955년에 설립된 과학적 연구, 臨床, 의학교육 등 기능을 수행하는 中醫藥 종합연구기관이다. 전체 인력은 4,367명이며 이들 중 과학기술인력은 3,383명이다. 동 硏究院 밑에 北京針灸骨外傷學院을 두고 이 학원 밑에 부속병원과 中醫藥學院(대학)을 두고 있다. 연구기관으로서 다음과 같은 12개의 연구소를 두고 있다.

- 第1臨床硏究所
- 第2臨床硏究所
- 中藥硏究所
- 針灸硏究所
- 骨傷硏究所
- 中醫基礎理論硏究所
- 醫史文獻硏究所
- 中醫藥情報硏究所
- 臨床藥理硏究所
- 老年病硏究所
- 眼科硏究所
- 醫學實驗動物센터

이외에도 임상, 교육, 기업 등 3개 영역의 기능을 수행하는 산하기관을 갖고 있다. 臨床機能을 수행하기 위하여 西苑病院, 廣安門病院, 眼科病院, 骨傷病院, 長城病院, 中醫外來診療部, 針灸硏究所 中醫外來診療部, 中醫基礎理論硏究所 中醫外來診療部 등을 설치·운영하고 있다. 敎育 기능을 수행하기 위하여 硏究生部, 訓練센터, 西醫師를 위한 中醫訓練所, 北京國際針灸訓練센터 등을 설치·운영하고 있다. 企業의 기능도 수행하고 있는데, 중요한 것만 소개하면 中醫古籍出版社, 中醫藥 및 健康食品 公司 등을 운영하고 있다.

이외에도 이 硏究院의 비상설로서 中醫學 關聯 學會 즉 中國中西醫結合學會, 中國針灸學會, 世界針灸學會聯合會 등을 운영하고 있다.

## 4. 中醫藥 行政體系와 中·西醫間 關係

### 가. 行政管理 組織體系

중국에서는 中醫와 西醫를 동등한 위치에서 함께 발전시켜 나가는 것을 국가정책으로 채택·추진하고 있다. 中醫藥을 發展시켜야 하는 이유에 관하여 中醫藥은 중국 10억 인구의 보건의료의 要求일 뿐만 아니라 중국적 특색을 띠는 사회주의 의료위생사업을 건설하는 필수조건으로 규정되고 있다. 따라서 中醫藥은 중국인민의 보건향상 뿐만 아니라 세계에 기여하는 역사적 자산으로 보고 계속 발전을 시도하고 있다. 이와 같은 관점에서 中醫관련 資源(시설, 인력, 지식 등)은 西醫와 비교하여 數的으로 부족하고 質 또한 낮았다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 지난 40년간 中醫藥관련 資源의 개발에 노력하여 앞에서 기술된 바와같이 상당한 성과를 거두고 있다.

이러한 中醫藥의 발전을 도모하는 중앙정부의 中醫藥 專擔部署로서 中國中醫藥管理局이 있다. 이 관리국은 衛生部에서 분리(1986년)되었고 관리국장은 衛生部의 次官을 겸임하고 있다. 관리국은 中醫藥 행정에 책임을 지고 中醫藥科學의 계승·발전과 개발을 촉진하며 다음과 같은 책무를 갖는다.

- 指針, 政策, 法規 등 작성, 이들의 수행·감독
- 中醫藥 전략 개발, 장단기개발사업 및 연간 프로그램 작성·실시
- 災難과 軍 要求에 따른 中醫資源의 응급배분, 특수 기금, 借款 등

의 적절성 감독

- 中醫藥의 치료, 간호, 재활, 보건의료, 中醫와 西醫의 결합, 소수민족의학 등의 지도
- 中醫藥의 생산과 무역의 감독, 인력훈련, 과학적 연구, 기술개발, 知的財産權 보호 등의 조직, 中醫藥의 국제교류·협력, 수출입 계획 작성

이와 같이 중의약관리국은 中醫藥행정의 중추기관으로서 광범한 기능과 책무를 가지고 있다. 앞으로의 발전계획에 있어서 中醫藥 발전의 관건을 內部管理에 두고 있다. 즉 임상효과와 中醫藥의 질 향상에 관심을 두고 있다. 量에서 質 및 惠澤(benefits)으로의 변화, 과학적 진보와 知的訓練의 전략 등이 강조된다. 인민의 요구와 시장정황에 따라 자연자원이 中醫藥의 종합적 혜택과 개발을 촉진하기 위하여 분포되고 합리적으로 이용되어야 한다는 것이다.

더 나아가서 中醫藥水準의 향상, 中醫藥 영역의 확대, 과학·기술과 의료의 통합, 의약생산과 사회적 요구, 완전한 교육체계 등 운영체계 실시 등을 도모하고, 사회주의 시장경제체계에 적중하고 인민의 일상적 삶의 요구를 충족하는 상대적으로 완전한 中醫藥의료서비스체계를 확립한다는 향후 정책방향을 제시하고 있다.

中醫藥 行政體系로서 중앙에 국가중의약관리국이 있고, 省에도 중의약 행정을 담당하는 中醫管理局이  있다. 즉 중앙과 지방에 中醫藥을 전담하는 독립된 행정관리기관이 설치·운영되고 있다.

### 나. 中·西醫間 關係

중국은 중국이 갖고 있는 정치적 문화적 경제적 특성을 고려하여 中醫藥制度를 정립·발전시키고 있다. 中醫藥의 발전은 전통의 계승과

현대적 과학기술의 中醫藥에의 접목이며, 주요 수단은 數的으로 부족하고 質的으로 낮은 中醫藥 관련 物的·人的資源의 확대와 質的改善이다. 역할면에서는 西醫에게 中醫를 가르치고 中醫에게 西醫를 가르쳐서 中醫藥의 역할을 할 수 있는 의사를 대량 확보하는 것이다. 中醫는 西藥의 처방이 가능하고 西醫가 사용하는 각종 의료기기의 사용도 자연스럽게 되었다. 그러나 西醫는 의과대학을 졸업 후 中醫敎育을 받아서 中·西醫結合醫師가 되지 않는 한 中藥의 처방이 불가능하다.

환자는 어느 병원에 가든 中醫나 西醫를 선택할 수 있고, 진료를 받을 수 있다. 진료에 있어서 각 의사가 개별적으로 진료하는 것이 흔한 진료형태이며, 한 환자를 대상으로 中醫와 西醫가 공동으로 각기 장점을 살려서 진료하는 경우도 있는 것 같다.

中藥과 西藥은 분리되고 각각의 전문인력에 의하여 취급되고 있다. 中藥은 中藥劑師, 中藥劑士, 中藥劑員, 西藥은 西藥劑師, 西藥劑士, 西藥劑員에 의하여 각각 취급되고 中藥은 西藥관련 인력이 취급할 수 없고 西藥은 中藥관련 인력에 의하여 취급할 수 없다. 中·西醫 결합정책과는 달리 藥은 中西 결합이 시도되지 않고 있고 각각의 전문성에 입각하여 역할을 수행한다.

醫藥의 分業은 中藥이나 西藥에서 이루어지고 있지 않다. 의사의 처방없이 西藥房이나 中藥房에서 독약을 제외하고 어떤 종류의 약도 구입가능하다. 의사의 처방을 받아서 藥房에서 조제받는 것은 드물다. 환자의 요구에 따라 약방에서 임의 조제가 가능하다. 이와 같은 환자의 약방에서의 직접 약 구입은 병원에서 진료받아 약을 구하는 것보다 비용이 저렴하여 흔히 이용되는 의료이용 방법이 되고 있다.

의료이용을 결정짓는 주요 요인의 하나는 지출의료비이다. 〈表 5-15〉는 外來 및 入院診療시 진료비 支出源의 분포를 나타내고 있다. 의료이용시 진료비 支出源別 수혜자 100인당 의료이용률은 전액 무료

에서 가장 높고 自費에서 가장 낮음을 알 수 있다.

〈表 5-16〉은 일반병원과 中醫病院간 외래 및 입원 진료비를 비교하고 있다. 병원 외래방문당 평균비용은 일반병원보다 中醫病院에서 약간 낮은데 이 차이는 진단검사비의 차이에 기인하고 있다.

〈表 5-15〉 外來 및 入院 診療費 支出源 分布, 1986

(단위: %)

| 지출원 | 외래진료(2주간) | 입원진료(연간) |
|---|---|---|
| 公費(무료) | 15.74 | 6.18 |
| 노동자보험 | 15.47 | 5.67 |
| 부분면제 | 13.98 | 4.38 |
| 자비 | 11.89 | 3.10 |

資料:『1989년 중국 도시 의료이용조사』

〈表 5-16〉 一般病院과 中醫病院間 外來 및 入院 診療費 比較, 1990

(단위: 元)

| 구분 | 일반병원 | 중의병원 |
|---|---|---|
| 외래방문당 평균비용 | 10.9 | 9.9 |
| 약제비 | 7.4 | 7.9 |
| 진단검사비 | 2.1 | 1.2 |
| 입원당 평균비용 | 473.3 | 557.3 |
| 입원비 | 42.8 | 59.1 |
| 약제비 | 260.6 | 349.2 |
| 수술비 | 17.4 | 10.3 |
| 진단검사비 | 104.1 | 98.7 |
| 입원일당 평균비용 | 33.6 | 29.2 |
| 연간 의사당 평균 경영수입 | 46,939 | 38,675 |

資料: 중화인민공화국 위생부,『中國衛生統計摘編』, 1978~1990.

입원당 평균비용은 일반병원보다 中醫病院에서 훨씬 높다. 이 차이는 약제비에 기인한다. 그러나 入院日當 평균비용은 일반병원보다 中醫病院에서 낮다. 그러므로 일반병원보다 中醫病院 입원환자의 입원기

간이 장기임을 알 수 있다. (입원환자당 평균 在院期間 : 일반병원 14.1일, 중의병원 19.1일).이에 따라 中醫病院 입원환자의 평균비용이 일반병원 입원환자보다 높은 것이다. 통계표에서 입원환자당 진료비는 中醫 진료비보다 西醫 진료비에서 약간 높은 것으로 제시되고 있으나, 현지의 병원을 방문하여 관계자와의 면담에서 파악할 수 있던 것은 일반적으로 西醫 診療費가 中醫 진료비보다 훨씬 높다는 것이다. 또한 中醫藥 가격 중에서 貼藥과 成藥(中藥製劑)의 비용을 비교하면 첩약이 훨씬 저렴하다고 한다. 그러므로 중국에서 첩약의 선호도가 여전히 높고 높은 이용도를 나타내는 것은 中藥 이용자의 연령이 비교적 고령층이고 만성질환자이며 비용이 저렴하다는 등 여러 요인에 기인하는 것 같다.

이와 같은 현상은 우리에게 시사하는 바 크다. 우리나라는 貼藥價格이 가장 높고 다음이 일반병·의원 진료비이다. 역사적으로 우리나라에 서양의학이 들어오기 전에는 韓醫藥이 국가의료였고 국민이 전적으로 의존하여 이용하였다. 서양의학이 들어온 후에도 서양의료보다 가격이 저렴하여 국민이 선호하고 이용하는 의료였다. 그러나 이제는 가장 고가 의료로, 일부 난치병이나 외상환자 그리고 부유층이 이용하는 의료로 변화하고 있다. 중국의 중의약 현실을 보면서 우리 韓醫藥의 위치를 재검토할 필요성을 느낀다.

연간 醫師當 經營收入은 中醫病院보다 일반병원에서 높다. 이는 병상이용률(일반병원 88.2%, 중의병원 77.1%), 입원환자당 평균재원일수 등의 차이에 기인하는 것 같다.

〈表 5-17〉은 농촌지역에서 진료소와 거주지간 거리가 멀어짐에 따라 의료서비스의 coverage가 낮아지고 있음을 나타내고 있다.

전체적으로 진료소와의 거리가 1km 이내에서 이용자 비율은 64%를 나타내고 거리가 멀어짐에 따라 이용률은 낮아져서 3km 이상에서

는 2.1%로 낮아진다. 이와 같은 통계는 의료이용의 地理的 接近度와 이로 인한 의료이용의 衡平性의 문제를 야기시킨다. 의료이용상 지리적인 장벽이 높은 것이다.

〈表 5-17〉 診療所와 居住地 距離別 醫療서비스 coverage, 1985

| 省名 | 계 | 0~1 | 1~2 | 2~3 | 3~4 | 4~5 | 5~10 | 10km~ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 山西 | 100.0 | 82.9 | 7.5 | 5.7 | 1.0 | 0.5 | 1.5 | 0.9 |
| 內蒙古 | 100.0 | 46.2 | 17.7 | 6.2 | 4.9 | 5.6 | 2.6 | 16.9 |
| 吉林 | 100.0 | 54.1 | 23.4 | 8.9 | 2.9 | 3.6 | 5.4 | 1.8 |
| 雲南 | 100.0 | 57.5 | 11.3 | 8.6 | 2.8 | 3.3 | 10.9 | 6.4 |
| 廣東 | 100.0 | 66.0 | 24.7 | 6.6 | 0.5 | 1.6 | 0.6 | 0.1 |
| 陝西 | 100.0 | 63.7 | 14.7 | 8.6 | 1.9 | 1.4 | 6.4 | 3.6 |
| 계 | 100.0 | 64.4 | 17.5 | 7.1 | 2.1 | 2.1 | 3.4 | 3.4 |

資料:『1985년 중국 농촌의료이용조사』

이와 같은 의료이용상 지리적 장벽은 診療費 負擔과 같은 경제적 장벽에 의하여 더욱 형평성의 문제를 심각하게 한다. 중국에서는 지리적 및 경제적 장벽이 의료이용의 형평성을 저해하는 주요 요인이 되고 있는 것 같다. 이러한 형평성을 개선하기 위하여 中醫藥의 발전이 적극적으로 시도되고 있고 이것이 상당한 성과를 거두고 있는 것으로 평가하고 있는 것 같다.

# Ⅵ. 要約 및 結論

이 硏究는 醫療制度의 觀點에서 한방의료수요의 규모와 특성을 분석하고, 중국 중의약제도의 분석에서 얻은 시사점을 고려하여 公共部門에서의 韓方醫療 發展方向을 제시하는데 목적을 두고 있다. 이에 따라 한방의료 발전의 주요 政策課題, 懸案, 政策方向을 이 연구의 분석결과를 중심으로 요약 제시하고 있다. 기술형식은 政策課題別로 이 연구에서 분석된 현황과 문제점을 기술하는 〈分析結果〉, 이와 같은 분석결과에서 얻을 수 있는 정책적 시사를 요약하는 〈示唆點〉 그리고 이 시사점에 따라 설정할 수 있는 〈政策方向〉 등으로 구분되어 있다.

## 1. 韓方醫療의 供給 擴大方向

〈分析結果〉

〈表 6-1〉 保健醫療人力 種類別 免許登錄數, 1995

| 종류 | 수 | 구성비(%) |
|---|---|---|
| 의사 | 54,406 | 46.3 |
| 치과의사 | 12,939 | 11.0 |
| 한의사 | 8,179 | 7.0 |
| 약사 | 42,037 | 35.7 |
| 계 | 117,561 | 100.0 |

- 한방의료수요는 外來診療를 기준으로 病醫院, 齒科, 韓方, 藥局, 保健機關 등 각종 보건의료기관별 의료수요를 합한 總醫療需要 중

5.5%를 차지한다. 이러한 한방의료수요의 규모는 1989년 이후 연도별로 완만히 증가하고 있는 추세를 나타내지만, 〈表 6-1〉에서 보는 바와 같이 전체인력 중 韓醫師의 구성비인 7.0%보다 낮다.

- 한방의료수요는 敎育水準, 醫療保障 種類, 家口所得水準 등의 변수에 따라 차이가 거의 없으나 性, 年齡, 居住地 등에 따라 유의한 차이가 있다. 즉 여자, 50세 이상 노령층, 도시거주자 등에서 한방의료수요는 크다. 농촌보다 도시에서 한방의료수요가 큰 것은 한의사의 都市集中과 연관성이 있다(1994년에 한방병·의원에 취업하고 있는 한의사 중 郡部地域에 8.4%가 취업하고 있다. 의사의 경우에 군부지역 병·의원 취업자는 6.5%이지만, 保健支所 취업자를 포함하면 9.7%가 된다. 공중보건의사 제도는 농촌지역에 의사를 유치하는 데 크게 기여하고 있다).

- 한방의료수요의 특성은 한방의료기관을 이용한 환자의 傷病種類別로 나타난다. 한방의료기관 이용자의 50.1%가 근골격계질환자이며, 다음은 손상·중독 및 후유증이 10.2%, 순환기계질환이 9.6%로서 이들 3개 상병분류가 전체 한방의료수요의 70%를 차지한다. 이러한 한방의료의 수요는 병·의원과 약국의 의료 수요와 差別化되는 것이다. 한방의료수요는 50대 이상에서 높은데 이는 이들 연령층에서 높은 만성질환(근골격계질환, 순환기계질환등)유병률과 연관성이 높다.

- 慢性疾患者의 한방의료수요는 높다. 만성질환자의 20.7%는 한방의료를 이용한 경험을 갖고 있으며, 中風, 關節炎 등 근골격계질환, 신경증, 신경쇠약 등 만성질환자의 한방의료 이용 경험률은 높다. 특히 중풍환자의 70.7%는 한방의료를 이용한 경험을 가지고 있다.

〈示唆點〉

- 한방의료는 기존의 現代醫療(병·의원, 약국, 보건기관 등)와 차별화되는 의료수요를 갖고 있으며, 이 수요는 현대의료로서 해결되기 어려운 難治性 慢性疾患者가 큰 부분을 차지한다.

- 이들 만성질환자의 한방의료수요의 확대는 기존 의료공급체계내에서 한방의료에 대한 消費者의 選擇機會를 확대하고 만성질환자의 삶의 질 향상에도 기여할 수 있을 것이다.

- 한방의료기관의 종류별로 기능을 정립하여 醫療機關間 機能의 分業과 協助, 농촌지역에 한의사의 유치 등을 통한 한방의료의 효율적 공급대안이 강구되어야 한다.

〈政策方向〉

- 한방의료를 확대할 수 있는 韓方醫療供給體系를 확립한다.
  · 韓方病院은 만성질환자 治療 및 再活을 위한 입원진료중심의료기관으로 육성
  · 韓醫院은 예방, 건강증진, 1차적 진료 등을 위한 1차진료 기관으로 육성.
  · 한방 의료인력의 範圍와 役割 정립, 상호 역할 분담, 협조방안 강구.

- 公共部門의 한방의료공급 기능을 확대한다.
  · 農村地域 한의사 유치를 위한 방안 강구
  · 保健所 및 보건지소의 한방진료실 설치 확대

## 2. 保健所 韓方診療室 設置

〈分析結果〉

- 주민의 보건소 한방진료실 이용도는 높고, 한의사의 患者診療量은 의사 및 치과의사보다 훨씬 많다. 한의사의 연간 환자진료량은 9,685명이며, 의사는 한의사 진료량의 87%, 치과의사는 54%를 진료하고 있다.

- 보건소 한방진료실 이용자는 한방병·의원 이용자와 비교하여 인구학적 특성과 질병의 분포에 유의한 차이가 있다. 보건소 이용자는 여자, 65세 이상 노령층, 의료보호수혜자, 근골격계질환의 비율이 현저히 높다.

- 보건소 한방진료실 이용자는 일반진료실과 치과진료실 이용자보다 再診率이 높고(한방 73%, 일반의료 51%, 치고 60%) 이용자당 平均訪問回數가 많아서(이용자당 평균방문수, 한방 6.3회, 일반의료 5.3회, 치과 3.3회) 治療의 繼續性과 診療 滿足度가 비교적 높다.

- 한방 이용자 중 41%는 일반진료실을 이용한 경험을 갖고 있다. 그러나 보건소내 韓方과 洋方間 協診關係는 유지되고 있지 않다.

- 한방진료실 한의사의 1일 근무시간 중 適正 患者診療量은 適正 診療時間(1일 근무시간 중 행정, 진료준비, 정리, 개인용무, 연구 등을 제외하고 진료에 투입되는 시간은 4시간으로 추정)과 患者當 適正診療時間(8분으로 추정)을 고려하여 추정한 바 30.5명(영양군 보건소 한방진료실의 예)이다.

- 한방진료실의 한의사는 의료보험 급여에 포함되는 56개 處方과 68

종의 單味엑스散劑 등 제약된 한의약 범위와 침, 구, 부항을 이용하여 진료함으로써 침술위주(환자의 93% 시술)의 진료를 하며, 이용자 중 投藥되지 않는 환자는 23%로서 높다.

- 56개 처방 중 오적산의 사용빈도는 41%, 구미강활탕 8%, 궁하탕 5%로서 이들 3개 처방이 전체 藥物治療의 54%를 점유하고 사용되지 않은 처방은 17개에 달한다.

- 사용되는 단미엑스산제는 과량의 賦形劑가 포함됨으로써 환자에게는 소화장애, 복용상 불편, 한의사에게는 습기흡수에 의한 변형과 취급 곤란 등의 문제를 일으키고 있다.

- 한의사가 사용하는 處方의 種類와 使用頻度는 각 관할지역의 인구특성과 상병분포가 유사함에도 크게 차이를 나타내고 있다.

- 한방진료실의 한의사 任用形式은 보건소마다 다르다. 임용형식은 보건소 정원 규정에 있는 관리의사의 정원을 이용하여 地方醫務事務官으로 임용하는 경우(화천, 인제), 專門職公務員으로 계약하여 임용하는 경우(진주시, 과천시, 강남구, 서초구 등 도시지역), 그리고 임시직으로 委囑醫療人(춘천, 영양), 日傭人夫使役(순창)으로 임용하는 경우 등 다양하다. 정규직 공무원으로 임용하는 경우는 다른 임용형태보다 經歷이 많은 한의사의 채용, 장기근속, 한방진료실의 운영상 타 인력의 효율적 지도·감독 등 利點을 갖는다.

〈示唆點〉

- 保健所 한방진료실 이용자의 特性은 民間部門에 속하는 한방병·의원 이용자와 차이가 있다. 여자, 노령층, 의료보호수혜자, 근골격계 질환자 등의 이용자가 한방병·의원보다 높아서 이들 醫療脆弱階層

에게 한방의료를 확대할 수 있는 방안의 개발이 필요하다.

- 농촌지역의 한방의료의 확대를 위한 한의사의 공급방안의 강구가 필요하다.

- 보건소 한의사 任用 및 活用의 효율성을 향상시킬 수 있는 법적 장치가 있어야 한다.

- 보건소 한의사가 환자진료에 활용할 수 있는 處方과 韓藥劑는 의료보험 급여의 범위로 제한함으로써 한의사에게는 갖고 있는 한의학 知識과 技術을 死藏시키고, 환자에게는 적정진료를 저해한다. 이러한 문제를 해결할 수 있는 방안이 강구되어야 한다.

- 보건소 韓醫師間 사용하고 있는 처방의 종류와 빈도에 큰 차이가 있다. 個人的 臨床經驗을 標準化 및 客觀化하여 한방진료의 효율을 향상시킬 수 있는 방안이 강구되어야 한다.

- 보건소 한방진료실 이용자 중 洋方診療室 이용자의 비율이 높으나, 洋韓方 協診의 利點은 살리지 못하고 있다. 보건소 내에서의 양한방 협진방안이 강구되어야 한다.

〈政策方向〉

- 保健所 한방진료실의 설치를 전국 보건소로 점진적으로 확대하고, 保健支所에는 지역 특성을 고려하여 선별적으로 한방진료실을 설치한다.
  · 한방진료실 模型과 적정 환자진료량은 영양군을 모형으로 사용
  · 지방공무원임용령이 규정하고 있는 관련규정을 개정하여 보건의무직군 醫務職列의 職類에 韓方醫務를 포함, 이 개정된 규정에 의거하여 보건소 한의사 임용

· 농촌지역에 한의사를 유치하고 보건소와 보건지소에 근무케 하기 위한 공중보건한의사제도의 도입

- 보건소 한의사가 진료에 사용할 수 있는 한방처방과 한약제의 범위를 재검토하고, 保健所 標準韓方診療指針書를 작성·시행한다.
  · 기존 한방의료보험 급여에 포함된 처방 중 사용되지 않는 처방 제외, 새로운 필요한 처방을 선정·포함
  · 한방의료보험 급여와는 관계 없이 한의사의 적정진료를 위하여 필수적인 첩약처방과 한약재를 선정, 활용
  · 동일 傷病에 대한 한의사의 診療類型 객관화
  · 한의학연구소는 이상의 내용을 수록한 〈보건소 표준한방 진료지침서〉를 작성, 재직중 한의사와 신규 한의사에게 활용효율을 높이기 위한 韓醫師 硏修 실시

- 보건소 내 洋韓方 協診을 점진적으로 실시한다.
  · 65세 이상 노인으로부터 양한방 구별하지 않는 同一 診療記錄 사용, 점진적으로 전연령층으로 확대, 협진 가능한 환자 선정, 협진의 구체적 방법과 법적 장애의 제거방안 개발
  · 家庭訪問과 老人保健 등 사업팀에 한방의료팀 참여, 공동사업 방안 강구·시행

## 3. 韓方醫療의 滿足度 및 效率 向上

〈分析結果〉

- 한방병·의원 診療待機時間은 종합병원이나 병원보다 짧지만 의원 및 치의과와 유사하다. 患者當 診療時間에 대하여 종합병원, 병원,

의원보다 한방병·의원에서 충분하다고 인식하는 비율이 높다. 親切度에서도 한방병·의원은 종합병원, 병원, 의원보다 높은 것으로 인식한다.

- 그러나 治療效果에 대하여 한방병·의원은 종합병원, 병원, 의원보다 낮은 것으로 인식한다. 支出醫療費에 대하여 종합병원보다 한방병·의원이 적당하다는 비율이 높지만, 병원과 의원보다는 비싼 것으로 인식하는 비율이 높다.

〈示唆點〉

- 한방의료에 대한 滿足度는 수요 및 공급확대의 주요 결정요인이다.

- 치료효과에 대하여 100% 만족할 수 있는 의료기술은 존재하지 않는다. 그러나 韓方은 洋方과 비교하여 상대적으로 치료효과에 대한 만족도는 낮으며, 이는 치료대상이 되는 질병이 주로 난치성 만성질환인데도 기인하지만 한방의료 자체의 결과평가(outcome evaluation)의 강화 필요성을 제기하는 것이다.

- 높은 한방의료비는 한방의료가 주로 대상으로 하는 질병 즉 난치성 만성질환이라는 질병의 차이, 의료보험 급여의 제한으로 인한 높은 自費支出負擔, 한약재의 복잡한 流通過程에 따른 韓藥原價의 상승 등에 기인하지만 한방병·의원에서의 높은 의료수가도 이에 영향을 주고 있다. 주요 한방처방별 수가책정이 필요하다.

〈政策方向〉

- 한방의료의 治療效果 向上을 위한 硏究開發을 擴充한다.
  · 치료효과가 높은 處方의 發掘·普及, 치료효과가 낮은 처방의 제외, 치료과정의 객관화 등을 위한 韓方醫療 結果評價에 대한 재

정지원 확대

· 이와 같은 한방의료 연구·개발은 한의과대학과 한국한의학연구소가 주축이 되어 체계화

· 좋은 한약재의 개발·생산을 위한 品種改良, 栽培, 管理 등 지원 확대

- 韓方醫療 酬價를 合理化한다.

· 사용빈도가 높고 주요한 처방별 韓方醫療酬價制의 도입·실시

· 한약재 유통단계의 개선과 규격화 품목의 확대

## 4. 中國의 中醫藥制度

〈分析 結果〉

- 보건상태

· 1인당 국민총생산수준과 비교하여 보건수준은 높다.

· 주요 사망원인은 도시에서 암과 뇌혈관질환이며 농촌에서는 호흡기질환과 암이다.

- 의료자원

· 의료자원(시설, 인력)은 연도별로 증가하고 있으나 특히 中醫關聯 資源의 증가가 현저하다.

· 中醫硏究所의 연도별 증가는 현저하다.

- 中西醫藥間 關係

· 中醫와 西醫를 동등한 위치에 두고 육성하고 있다.

· 中醫는 西醫를 배우고 西醫는 中醫를 배우게 하여 中西醫 결합을 국가시책으로 추진하고, 中醫의 계승·발전에 현대과학기술을 접목하고 있다.

· 중앙과 지방에 中醫藥 전담 행정부서를 두고 중의약사업을 관장케 하고 있다.

〈示唆點〉

- 중국의 中醫藥 전통계승 및 발전은 정치, 경제, 문화적 특성의 産物이지만, 연구·개발과 교육투자가 중의약 발전에 기여하고 있다.
- 이와 같은 발전에 西醫의 참여와 현대 과학기술의 활용, 주민의 높은 이용 등이 크게 영향을 주고 있다.

〈政策方向〉

- 韓醫學 硏究·開發을 강화한다.
  · 기존 한국한의학연구소의 연구기능 강화를 위한 인력, 조직을 중국중의연구원의 기능을 고려하여 확대
  · 연구결과의 한방진료와  의학교육 및 한의사평생교육에의 활용
- 醫學敎育을 개선한다.
  · 한의과대학에 針灸科 설치
  · 의과대학에 한방관련 교과과목 설정·운영

# 參 考 文 獻


김남주·문옥륜·신현규·남봉현,『한방의료보험 활성화를 위한 한약 및 한약제제의 보험급여 확대 모형 개발』, 한국한의학연구소, 1996.

김종인·원석조,『공공부문에의 한의사 배치방안과 비용-효과 분석』, 1994.

김진순·류호신·김은주,『농촌지역 한방보건의료 시범사업을 위한 기초조사 보고서』, 한국보건사회연구원, 1990.

김진순·류호신·김은주·고경환·신문정,『농촌지역 한방보건의료 시범사업 중간평가 보고서』, 한국보건사회연구원, 1991.

김진순·류호신·김은주·고경환,『농촌지역 한방보건의료 시범사업 최종평가 보고서』, 한국보건사회연구원, 1992.

김진현·이선동,『공공의료기관 근무 한의사의 보건행정에 관한 지침서Ⅰ』, 1995.

_____,『공공의료기관 근무 한의사의 보건행정에 관한 지침서Ⅱ』, 1995.

대구한의과대학 보건대학원,『한의학과 공중보건 세미나』, 1989, 11.

대한한의사협회,『한의사협회 40년사』, 1989, pp.256~259.

_____,『보건소 한방진료실 설치방안과 효과적인 운영에 관한 연구』, 1995, 8.

_____,『한국표준질병사인분류(한의)』, 1994.

_____,『한방의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1995.

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

양봉민·김진현·박종원,『농민의 의료이용 실태 및 농촌의료제도의 개선방안』, 서울대학교 보건대학원, 1995.

의료보험관리공단,『의료보험통계연보』제16호, 1994, p.42.

임종권·김혜련·장동현·김홍식,『지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계개선 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.

참된 의료 실현을 위한 청년한의사회,『한방공공의료 세미나』, 1995.

최환영,「한방공중보건의제도 접근방안」,『한방의료정책백서 제1집』, 1990.

한국인구보건연구원,『일차보건의료에 있어서의 전통의술의 역할에 관한 연찬회』, 1985. 6.

# 附錄　統計表

〈附表 1〉 韓方診療室利用者當 訪問回數 分布, 平均 訪問回數 및 再診率(春川市 保健所)

(단위: %)

| 구분 | 방문횟수 | | | | | 계 | (N) | 평균방문횟수(회) | 재진율 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2~3 | 4~9 | 10~19 | 20~ | | | | |
| 성별 | | | | | | | | | |
| 남 | 31.2 | 28.0 | 25.1 | 9.7 | 6.1 | 100.0 | (279) | 5.6 | 68.8 |
| 여 | 25.5 | 27.8 | 29.2 | 11.1 | 6.4 | 100.0 | (761) | 6.6 | 74.5 |
| 연령 | | | | | | | | | |
| ~14 | 90.0 | 10.0 | - | - | - | 100.0 | (10) | 1.1 | 10.0 |
| 15~44 | 25.6 | 33.5 | 29.3 | 9.8 | 1.8 | 100.0 | (164) | 4.6 | 74.4 |
| 45~64 | 27.2 | 27.6 | 27.8 | 9.9 | 7.5 | 100.0 | (505) | 6.7 | 72.8 |
| 65~ | 25.8 | 26.0 | 28.8 | 12.5 | 6.9 | 100.0 | (361) | 6.7 | 74.2 |
| 의료보장종류 | | | | | | | | | |
| 의료보호 | 30.3 | 21.2 | 33.3 | 10.6 | 4.5 | 100.0 | (66) | 6.8 | 69.7 |
| 의료보험 | 26.7 | 28.2 | 27.7 | 10.8 | 6.6 | 100.0 | (960) | 6.3 | 73.3 |
| 일반 | 35.7 | 35.7 | 28.6 | - | - | 100.0 | (14) | 2.8 | 64.3 |
| 주소 | | | | | | | | | |
| 구 춘천시 | 28.3 | 26.0 | 28.5 | 10.0 | 7.2 | 100.0 | (530) | 6.6 | 71.7 |
| 구 춘천군 | 24.8 | 31.6 | 28.1 | 10.9 | 4.6 | 100.0 | (432) | 5.8 | 75.2 |
| 타지역 | 30.8 | 19.2 | 25.6 | 14.1 | 10.3 | 100.0 | (78) | 7.4 | 69.2 |
| 계 (N) | 27.0 (282) | 27.8 (289) | 28.1 (292) | 10.7 (111) | 6.4 (66) | 100.0 | (1,040) | 6.3 | 73.0 |

〈附表 2〉 洋方診療室의 訪問回數 分布, 平均 訪問回數 및 再診率(春川市 保健所)

(단위: %)

| 구분 | 방문횟수 | | | | | 계 | (N) | 평균방문횟수(회) | 재진율 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 계 | 4~9 | 10~19 | 20~ | | | | |
| 성별 | | | | | | | | | |
| 남 | 51.0 | 22.5 | 16.4 | 4.3 | 5.8 | 100.0 | (887) | 5.0 | 49.0 |
| 여 | 46.9 | 24.0 | 16.6 | 6.3 | 6.3 | 100.0 | (1,283) | 5.4 | 53.1 |
| 연령 | | | | | | | | | |
| ~14 | 64.2 | 21.4 | 10.7 | 3.2 | 0.5 | 100.0 | (188) | 2.3 | 35.8 |
| 15~44 | 60.8 | 24.0 | 12.2 | 1.9 | 1.1 | 100.0 | (570) | 2.4 | 39.2 |
| 45~64 | 44.6 | 23.9 | 19.6 | 6.3 | 5.5 | 100.0 | (764) | 5.4 | 55.4 |
| 65~ | 38.0 | 22.8 | 18.4 | 8.2 | 12.7 | 100.0 | (648) | 8.5 | 62.0 |
| 의료보장종류 | | | | | | | | | |
| 의료보호 | 49.2 | 19.6 | 19.2 | 7.2 | 4.8 | 100.0 | (251) | 4.9 | 50.8 |
| 의료보험 | 47.2 | 24.0 | 16.6 | 5.5 | 6.6 | 100.0 | (1,820) | 5.5 | 52.8 |
| 일반 | 71.4 | 21.4 | 7.1 | - | - | 100.0 | (99) | 1.6 | 28.6 |
| 주소 | | | | | | | | | |
| 구 춘천시 | 44.2 | 24.7 | 17.7 | 6.1 | 7.4 | 100.0 | (1,118) | 5.9 | 55.8 |
| 구 춘천군 | 51.9 | 22.3 | 16.0 | 5.2 | 4.6 | 100.0 | (968) | 4.6 | 48.1 |
| 타지역 | 67.9 | 19.0 | 7.1 | - | 6.0 | 100.0 | (84) | 3.6 | 32.1 |
| 계 (N) | 48.6 (1,052) | 23.4 (508) | 16.5 (359) | 5.5 (119) | 6.1 (132) | 100.0 | (2,170) | 5.3 | 51.4 |

〈附表 3〉 齒科診療室利用者當 訪問回數 分布, 平均 訪問回數 및 再診率(春川市 保健所)

(단위: %)

| 구분 | 방문횟수 | | | | | 계 | (N) | 평균방문횟수(회) | 재진율 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2~3 | 4~9 | 10~19 | 20~ | | | | |
| 성별 | | | | | | | | | |
| 남 | 45.1 | 30.8 | 20.0 | 3.7 | 0.5 | 100.0 | (435) | 2.9 | 54.9 |
| 여 | 36.3 | 32.0 | 23.7 | 6.9 | 1.1 | 100.0 | (625) | 3.6 | 63.7 |
| 연령 | | | | | | | | | |
| ~14 | 31.7 | 31.7 | 26.7 | 7.9 | 2.0 | 100.0 | (101) | 4.2 | 68.3 |
| 15~44 | 46.6 | 29.8 | 19.7 | 3.4 | 0.4 | 100.0 | (238) | 2.6 | 53.4 |
| 45~64 | 40.8 | 31.9 | 21.3 | 5.3 | 0.7 | 100.0 | (417) | 3.2 | 59.2 |
| 65~ | 36.2 | 32.2 | 23.7 | 6.9 | 1.0 | 100.0 | (304) | 3.7 | 63.8 |
| 의료보장종류 | | | | | | | | | |
| 의료보호 | 44.0 | 40.5 | 14.3 | 1.2 | - | 100.0 | (84) | 2.5 | 56.0 |
| 의료보험 | 38.0 | 31.3 | 23.6 | 6.1 | 1.0 | 100.0 | (929) | 3.5 | 62.0 |
| 일반 | 70.2 | 19.1 | 8.5 | 2.1 | - | 100.0 | (47) | 1.8 | 29.8 |
| 주소 | | | | | | | | | |
| 구 춘천시 | 35.1 | 32.4 | 24.5 | 6.7 | 1.3 | 100.0 | (638) | 3.7 | 64.9 |
| 구 춘천군 | 46.7 | 31.1 | 18.2 | 3.8 | 0.3 | 100.0 | (396) | 2.8 | 53.3 |
| 타지역 | 53.8 | 15.4 | 26.9 | 3.8 | - | 100.0 | (26) | 2.6 | 46.2 |
| 계 (N) | 39.9 (423) | 31.5 (334) | 22.2 (235) | 5.6 (59) | 0.8 (9) | 100.0 | (1,060) | 3.3 | 60.1 |