

## 보건의료 환경변화와 의료일원화

-의료일원화는 양방과 한방이 상호이해의 폭을 넓히면서 보완, 발전해 나갈 수 있는 방법으로 양·한방 협진을 통해 단계적으로 통합될 수 있음

-의료일원화는 중장기적으로 의료체계의 선진화를 가져올 것으로 예상되나 통합 이후 전통 한의학의 발전 가능성이 높아지도록 해야 하며 이를 위한 관리 및 정책개발이 필요함

### 1. 의료일원화 논쟁의 현황과 개념

#### □ 양·한방 일원화 논의와 의료환경 변화

- IMS(Intramuscular stimulation) 시술분쟁(2003), CT 소송(2004) 등과 같은 의료장비 및 치료기술의 영역 중복에 대한 양방과 한방 영역의 대립이 지속됨
- 2009년 1월 말 의료법 개정으로 복수면허자의 의원 동시 개설이 가능해졌고(의료법 제33조 제8항 신설) 2010년 1월 말부터 병원급에서 한·의·치간 협진이 가능해졌음(의료법 제43조)
- 지난 보건복지부가족부 국정감사에서 의료일원화에 대하여 안홍준 의원이 질의를 하였고, 을초 대한의사협회에서 한방관련대책특별위원회를 구성하여 의사·한의사 면허 상호취득을 포함한 의료일원화 방안을 강구키로 하였음
- 이에 따라 한의계 내부에서도 의료일원화에 대한 공론화가 제기되고 있는 상황이며 보약시장의 급속한 위축 등으로 한의계 경영난이 심화되는 추세는 이런 논의를 가속화하고 있음
- 보건복지부에서는 의료일원화가 의학교육, 의료전달체계, 건강보험 등에 미치는 영향이 지대한만큼 신중한 태도를 보이고 있음

#### □ 의료일원화의 정의

- 의료일원화는 이원화된 의료공급체계를 통합하는 것으로 관련된 학제와 면허제도의 통합을 모두 포함하는 것임
- 특히, 양·한방 일원화는 현재의 양방과 한방으로 나누어진 의료체계를 하나로 통합, 관리하는 것임
- 의료법상 양방이라는 표현은 없으나 논의의 편의를 위해 '의료'를 양방 의료, 양의 또는 양방(줄여서 '양')으로 표기하며, 순서는 한방보다 양방을 먼저 표기함

○ 현행 유지되고 있는 양 · 한방 의료이원화 체계를 법적 근거에 따라 정리하면 <표 1>과 같음

[표 1] 양 · 한방 의료체계의 법적 근거

비교대상	양방	한방	근거
의료인	의사(의료와 보건지도에 종사함을 임무)	한의사(한방의료와 한방보건지도에 종사함을 임무)	의료법 제2조
진료과목	내과, 신경과, 정신과, 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 재활의학과, 결핵과, 가정의학과, 핵의학과, 산업의학과 및 응급의학과(25개과)	한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방안 · 이비인후 · 피부과, 한방신경정신과, 한방재활의학과, 사상체질과 및 침구과 (8개과)	의료법 시행 규칙 제41조
시설기준	입원실 30병상 이상, 수술실, 중환자실, 응급실, 임상검사실, 회복실, 의무기록실, 방사선장치, 구급차 등	입원실 30병상 이상, 한방요법실, 조제실, 탕전실, 의무기록실 등	의료법 시행 규칙 제34조
의료인의 정원	의사, 약사(연평균 조제수 800이상), 영양사(입원시설을 갖춘 경우 1인 이상), 의료기사(보건복지부장관이 정하는 바에 따라 진료과목별로 필요한 수), 간호사, 간호조무사	한의사, 한약사, 간호사, 간호조무사, 영양사(입원시설을 갖춘 경우 1인 이상)	의료법 시행 규칙 제38조
의료기사 지도권	의사, 치과의사는 의료기사(임상병리, 방사선, 물리치료, 작업치료, 치과기공, 치과위생, 의무기록, 안경사) 지도 가능	없음	의료기사법 제1조 및 시행령 2조
전문의 제도	26개 전문과목 인정	8개 전문과목으로 2000년 실시	전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정 제3조, 한의사전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정 제3조

□ 논쟁의 역사적 경과

- 의료일원화 논쟁은 한의학의 가치, 서양의학의 한계, 한의학의 침체 원인, 한의학 부흥 운동의 필요성 여부에 대한 논의를 했던 1930년대의 동서의학 논쟁에서 시작됨
- 1970년대에 의료체계에서 한의계의 위상이 급격하게 부상한 결과 양의계의 위기의식이 고조되었고 의료일원화 문제가 제기됨
- 1990년대에 ‘의’의 이분화는 곧 ‘약’의 이분화라는 근거를 통해 한약사 제도가 생겨났고 이것은 다시 의료일원화 논쟁을 낳음
- 2000년대 이후부터 의사협회는 강경한 태도로 의료 일원화 논의에 적극적인 행보를 취했는데, 2008년에는 의료일원화를 위한 국제토론회를 개최했고 의료일원화 특별위원회를 지속적으로 발족시킴
- 여기에 대해 한의계는 수동적 방어 자세를 취해왔으나 최근에는 젊은 한의사들을 중심으로 찬성의견이 많아지고 있음

## 2. 의료일원화의 필요성에 대한 검토

### □ 의료일원화가 불필요한 이유(의료이원화의 입장)

#### ○ 한의학의 학문적 잠재 가능성 소멸

- 한의학은 현상에 대한 포괄적 이해와 경험론적 접근 방법을 통해 해결방법을 구축해왔음. 그러나 양의학과 통합될 경우 배우기가 어렵고 임상에서 선택되기 어렵기 때문에 도외시되고 따라서 한의학의 잠재적 가치가 사라질 가능성이 많음

#### ○ 양·한방 협진만으로도 치료효과 상승 및 국민의 건강수준 향상 가능

- 의료공급 체계를 일원화하지 않고 단지 협진을 시행한다 하더라도 환자의 질병에 대해서 다른 관점, 다른 전략, 수단으로 진료에 임하여 상호보완적 효과를 기대할 수 있음. 협진치료에 대해서는 상당수의 환자가 긍정적인 인식과 만족도를 나타냈음
- 아래의 <표 2>와 같이 양방과 한방의 치료 영역이 서로 구분되는 측면이 크기 때문에 협진만으로도 충분하며 굳이 의료일원화가 필요하지 않음

[표2] 양방과 한방의 우선치료 질병의 구분

양·한방의료 병용치료 질병	양방의료 우선치료 질병	한방의료 우선치료 질병
간질 고지혈증 기침 당뇨 고혈압 발열 변비 복통 급성사구체신염 상기도감염(감기) 설사 소양증 두통 위·십이지장궤양 요로감염 요통 유행성이하선염 통풍 황달 중풍 전립선비대증 비만 암	허혈성 심장질환 급·만성 신증후군 특발성혈소판감소성자반증 알레르기성 피부염(급성) 지루성피부염 진균성피부염 직장성농양 치루 치핵 토혈 폐결핵 흉역 각종수술질환 일산화탄소 중독 등의 응급질환 화상 산재사고	고관절동통 슬관절동통 족근동통 부정맥 갱년기 증후군 알레르기성 자반증 건선 백반 아토피성피부염 안면신경마비 알레르기성 천식 알레르기성 비염 야뇨증 월경진증후군 저혈압 과민성장질환 피로종합증

자료: 정유경, 『2009년 한의학 정책 백서』, 제 8장 한방의료와 양방의료의 연계, 대한한의사협회, 2009.

#### ○ 이해관계 집단 및 정부의 입장

- 한의사들은 인원 수, 영향력 등 의사에 비해 열세 상황에서 의사와 대등한 지위를 보장받기 어려움. 일부 양의사들은 임상적 검증체계가 다른 비과학적인 지식체계와 굳이 일원화를 해야 할 필요성 없다고 판단함

- 정부는 의료일원화가 한의학의 쇠퇴 및 소멸을 초래할 경우 의료소비자의 수요가 완전 사라지지 않는 상황에서 우리 전통의학의 사라짐을 우려함

#### □ 의료이원화의 문제점

- 환자의 양·한방 의료선택에 대한 혼란 및 치료시기 상실 가능성 문제
  - 선택의 기준이 없어 환자들이 불편을 감수해야 하고 치료시기를 상실하여 치명적인 결과를 초래할 가능성이 있음
- 중복 의료 이용으로 인한 의료비 지출 증가 문제
  - 환자들의 중복 의료 이용은 한쪽의 진료만으로는 기대했던 효과를 얻지 못해서 발생하기 때문에 국가적 손실을 야기해왔는데 이를 효율화할 수 있음. 다만, 가용 기술의 확대로 의료비용이 늘어날 수 있다는 입장도 있음
- 의사-한의사 간 불필요한 갈등 문제
  - 의료공급체계를 단일화하여 상호간의 불신풍조를 막고 상호보완적 치료의 폭을 확대하여 경제적 효율성과 발전을 꾀할 수 있음

#### □ 의료일원화의 효과

- ◇위의 문제점 해소 이외 다음과 같은 효과 기대
- 진료의 질적 향상을 꾀할 수 있음
  - 면허제도가 통합되므로 양·한방 모두 환자 진료가능함
- 의료시장 진출 및 개방에 대비할 수 있음
  - 한의사도 의사 면허를 취득하여 해외 의료시장 진출이 용이해짐
- 제 3의학의 창출로 세계 의학을 주도할 수 있음
  - 서양의학과 동양의학의 장점을 결합시킨 새로운 형태의 의료체계로 인해 보건의료부분의 개혁을 주도할 것으로 예측됨
- ◇결국 의료일원화의 장점은 비교적 명료하고 단점은 불명료하거나 통제할 수 있는 부분이 라는 점에서 의료일원화에 대한 검토가 요청되지만 한의학 고유의 특성과 기술적 다양성 유지에 대한 보완책이 필요함

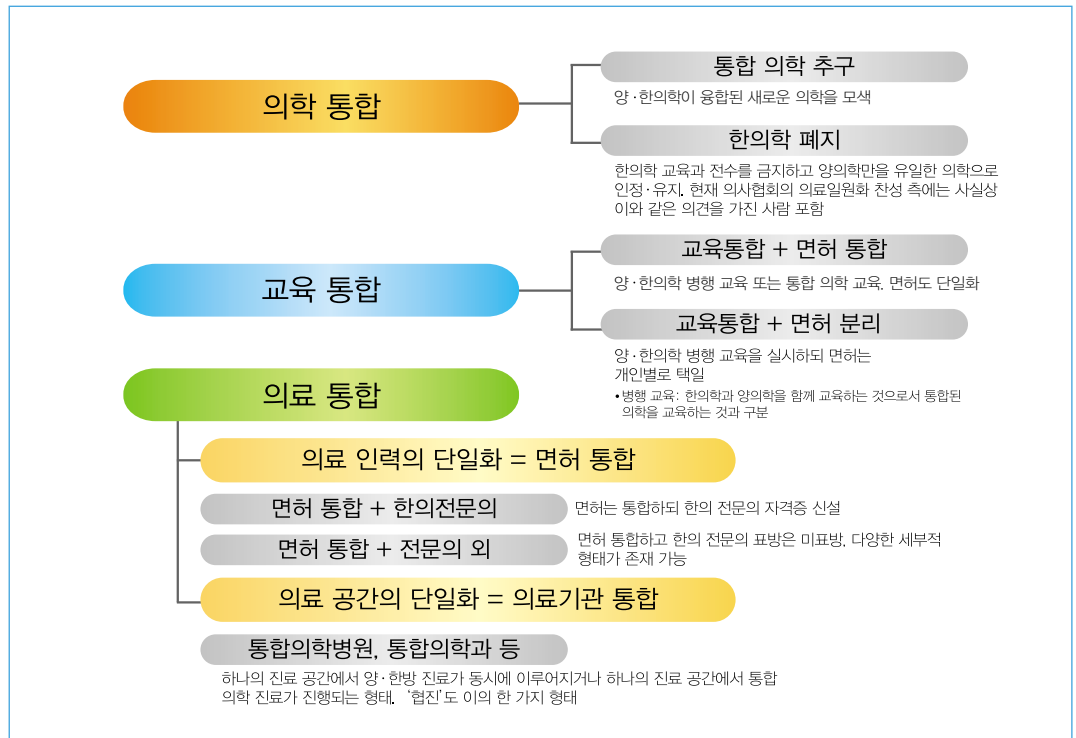
### 3. 의료일원화의 방안

#### □ 의료일원화의 기본 틀

- 의학통합은 한의학을 폐지하고 통합 의학이라는 새로운 의학을 모색하는 것을 말함

- 교육통합은 기본적으로 양의학 및 한의학의 병행 또는 통합 교육을 실시하되 면허는 분리할 것인지, 아니면 면허까지 단일화할 것인지를 말함
- 의료통합은 의료기관을 통합하여 하나의 진료 공간에서 양방 진료와 한방 진료가 동시에 일어나게 할 것인지의 문제와 면허 통합에 기반한 의료인력의 단일화 문제를 모두 아우름

[그림1] 의료일원화의 기본 틀



□ 이원적 일원화 방안(한의과대학 소멸)(문옥륜, 2002)<sup>1)</sup>

- 기존 의과대학과 한의과대학은 의학대학으로 통폐합하여 의학대학체계 수립 → 본과 2학년부터 의학과와 한의학과로 분리하여 추가교육 실시 → 본과 1년까지는 통합 교육과정 운영 → 전공의 과정은 각기 운영
- 상당 기간(약 20년) 경과 후 의학과와 한의학과를 제 3의학과로 통합

□ 삼원적 일원화 방안(문옥륜, 2002)

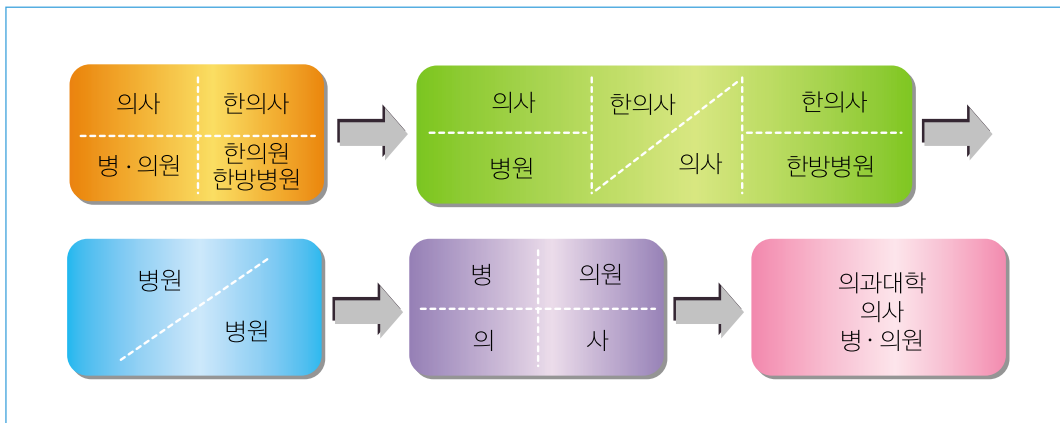
- 의대 및 한의대가 함께 있는 대학교에서 두 대학을 존치하면서 통합의학과 설치하여 공동 운영 → 의학과, 한의학과, 통합의학과 학생 선발 → 양한방 통합교육 실시(적정 비율 결정) 후 졸업생은 결합의(제3의학)로 배출 → 인턴 및 레지던트 과정 통합수련 실시

□ 의료정책연구소의 의료일원화 방안(2002)<sup>2)</sup>

1) 문옥륜, 「의료일원화와 양한방 협진 체계의 개발」, 의학 교육과정 통합을 통한 의료일원화 모색 토론회 자료집, 2002. 그 당시에는 의학전문대학원 제도 없었음  
2) 의료정책연구소, 「16대 대통령에 바라는 보건의료정책 방향」, 대한의사협회, 2002.

- 의사와 한의사는 각각의 영역을 존중하며 서로의 전문성을 활용하되 면허의 통합과 같은 급진적인 방법보다는 협진과 같은 점진적인 방법으로 환자의 양방 및 한방 의료이용을 수월하게 하고 궁극적으로는 의료일원화를 위하여 의학교육체계에서 의학과 한의학에 대한 이해와 교육, 실습이 가능하도록 함
- 세부방안은 다음과 같음
  - 1단계(협진단계): 병원, 종합병원 내에 한방과 설치 및 한의사 근무 허용, 한방병원 내에 양방 진료과목 설치 및 의사 근무를 허용함
  - 2단계(병원급 통합 단계): 병원, 종합병원과 한방병원을 병원, 종합병원으로 통합하는 방안을 추진함
  - 3단계(면허의 통합 단계): 의료일원화의 전 단계로 의과대학과 한의과대학은 계속 존속하되 의사와 한의사의 면허는 통합하고 모든 의료기관에 대한 구분을 없앴
  - 4단계(완전일원화 단계): 교육기관을 포함한 모든 체계를 일원화함
- 이를 도표로 나타내면 <그림 2>와 같음

[그림2] 의료정책연구소의 의료일원화 방안(2002)



□ 의료일원화에 대한 수정·보완 방안(임병목, 2009)<sup>3)</sup>

- 협진과 상호 영역 허용 내지 면허통합은 별개 사안일 수 있기 때문에 단계별 연속성에 문제를 야기하지 않기 위하여 면허 통합 전 단계에서 동서의학 지식을 모두 교육받은 한의사들을 중심으로 책임성 있고 유연한 시스템을 갖추자는 방안이 대두됨
- 기존 안의 단점을 보완한 이 안은 통합교육과 진료를 중심 방향으로 설정하고, 통합진료 시범사업과 통합 근거의 확보, 국외의 복수면허자 교육과정을 도입한 면허 통합 등을 추가한 안임. 세부 단계는 다음과 같음
  - 0단계(협력 촉진 단계): 병원, 종합병원 내에 한방진료과 설치 및 한의사 근무 허용, 한방병원 내에 양방진료과 설치 및 의사 근무를 허용

3) 임병목, 「의료일원화, 필요하다? 그리고, 어떻게 할 것인가?」, 보건의료의 미래-의료일원화 정책간담회 자료집, 2009.

- 1단계(통합기반 조성 단계): 제도정책에 있어서는 의원급에서 상호 고용 허용을 추진하고, 교육에 있어서는 의대 내 필수 한의학 과목을 확대하며, 진료에 있어서는 통합 진료에 대한 시범사업을 추진하고, 연구에 있어서는 양·한방 병행 투약과 시술의 안전성 및 효과를 구명함
- 2단계(통합 본격화 단계): 제도정책에 있어서는 병원, 종합병원, 한방병원을 병원과 종합병원으로 통합하는 방안을 추진하고, 교육에 있어서는 기존 교육과정에 소정 년수를 추가하여 복수면허 교육과정을 도입하며, 진료에 있어서는 상호 진료를 허용하여 의사에게 침, 뜸, 한약제를, 한의사에게는 의료기기, 병리검사, 약제사용을 일부 허용하며 복수면허자는 제한 없이 사용 가능하게 함
- 3단계(통합의 성숙 단계): 제도정책에 있어서는 의과대학 및 한의과대학은 존속하되 의사와 한의사 면허는 통합하고 모든 의료기관에 대한 구분을 없애고, 교육에 있어서는 의과대학 내 의학부, 한의학부, 통합의학부 형태로 운영하게 함

#### 4. 양·한방 협진에 대한 검토

##### □ 양·한방 협진의 필요성과 취지

- 의료일원화가 갖는 파급효과를 고려하여 양방과 한방이 상호이해의 폭을 넓히면서 보완, 발전해 나갈 수 있는 방법으로 양·한방 협진을 검토할 수 있음. 협진을 통해 단계적으로 의료일원화로 나아갈 수 있음

##### □ 양·한방 협진의 현황 및 문제점

###### ○공급자 측면

- 양·한방 의료를 함께 제공하는 협진 기관이 증대하고 있으나 상호 협진을 위한 인프라, 연구 체계, 법과 제도적 정비가 미흡한 실정임

###### ○수요자 측면

- 양·한방 의료 협진에 대한 수요는 존재하나 연계 진료의 질적 미흡으로 이용자들의 비용-효과성이 떨어지고 임상 가이드라인이 미흡한 실정임

###### ○정부의 관리제도적 측면

- 양·한방 의료체계의 국민의료비가 증가하고 기술의 혼합사용에 따른 안전성 문제가 제기되며 관련 정책 수요가 증대됨

##### □ 양·한방 협진을 위한 세부과제 개발 필요

- 근거 중심의 협진 매뉴얼을 개발
- 협진 수가체계 연구 및 병원 관리지침을 개발
- 협진 병원 인력에 대한 교육 프로그램 개발

#### 5. 의료일원화의 함의

##### □ 한의학의 미래지향적 포지셔닝

- 양의학의 급속한 발전에 따라 한의학은 점차 양의학의 체계를 스스로 닮아가는 과정을 겪고 있음. 뿐만 아니라 변화된 의료환경은 의료일원화를 통해 한의학의 정체성을 새롭게 재정립할 것을 요구하고 있음
- 그러나 의료일원화가 한의학 고유의 치료법이나 이론을 해체시키거나 사멸시켜 소위 박물관 의학으로 전락되게 해서는 안되며 변화의 흐름을 따라잡지 못하여 의료 주변부에 머물게 진행되어서도 안됨
- 의료일원화를 통해 한의학은 치료법과 이론을 현대의학의 조류에 맞게 재정립하여 통합된 보편의학의 흐름에 발맞추고 의료일원화의 결과 우리에게 맞는 신의학의 창출까지 기대할 수 있는 가능성을 창출해야 함

□ 의료일원화를 위한 제도 및 관리체계 마련

- 공식적인 위원회를 설치하여 분과별(교육제도, 학술·임상, 법령 제도 등)로 다양한 의견 수렴 및 공식적인 논의의 장을 마련해야 함
- 양·한방 복수면허 소지자의 역할을 증대하고 협진을 통해 의료일원화의 단계적인 발전 및 의견 수렴을 거침
- 추후 의료법 등 관련 법령의 획기적 정비를 통한 의료선진화 기틀을 마련함. 의료법과 약사법을 일부 통합하고(의료인에 약사(한약사) 포함), 의료인의 구체적인 역할 분담 및 의료행위의 정확한 정의를 기술할 필요가 있음

□ 의료일원화를 위한 한방이론의 검증과정 필요

- 의료일원화는 중장기적으로 의료체계의 선진화를 가져올 것으로 예상되나 양의학의 입장에서 한의학의 이론이 문제가 있을 수 있고 임상에서 한방 처방 효과가 미흡할 가능성이 상존함. 임상에서 검증된 것만 의료행위로 수용해야 할 경우 한방의료의 극히 일부분만 수용될 가능성이 있음
- 과거 한방의 검증 수준은 '써 보았다' 또는 '효과 있다' 정도로 현재까지도 지속되고 있으나 오늘날 양의학은 임상시험의 통과가 필수임. 그러므로 합성약과 생약 처방의 차이를 인정하고 한의학의 치료 체계에 대한 심층적 논의가 필요함. 여기에는 한약에 상대적 고비용의 재배 및 채취 방식을 도입하고 약품 고급화 전략이 병행되는 것이 바람직함

□ 의료일원화 이후를 위한 제언

- 통합 이후 전통 한의학의 발전 가능성이 높아지도록 해야 하며 이를 위한 관리 및 정책 개발이 필요함
- 의료일원화 결과 전체적인 의료 범위는 축소되고 통합된 의사협회(통합 이후에도 의사라는 용어를 계속 사용한다고 가정할 경우)의 규모가 확대되므로 의사 인력의 적정 규모에 대한 검토가 필요하고 통합된 관리체계에 맞는 자율 정화 노력이 요청됨

조 재 국 (보건의료연구실 선임연구위원)   문의사항: jgjo@kihasa.re.kr

- 한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다.  
[http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/public/public\\_01\\_01.jsp](http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/public/public_01_01.jsp)