

# 중국 중서의결합(中西醫結合) 운영현황과 시사점<sup>1)</sup>

*Issues and Implications of  
IWTCM(Integration of Western and Traditional Chinese Medicine) in China*

윤강재 한국보건사회연구원 부연구위원

## 1. 서론

전통의학의 영향력이 서양에 비해 상대적으로 크게 남아 있던 우리나라, 중국, 일본 등 동북아시아 국가들에게 있어서 문호 개방 이후 본격적으로 소개된 서양의학과 전통의학의 관계 설정은 매우 중요한 과제였다. 이들 국가들에서 서양식 의학이 주류로 자리잡는 과정에서 전통의학의 수용 유형은 몇 가지로 구분할 수 있다<sup>2)</sup>. 우리나라는 전통 의학을 공식적인 의료전달체계에서 인정하여 이원(二元)체계를 유지하되, 의사-한의사 사이에는 배타적 면허권을 부여하여 상호간 기술이나 처방은 ‘무면허 의료행위’로서 인정받지 못한다. 반면 중국은 자국의 전통의학[中醫學]을 공식적으로 인정한다는 점

은 우리와 동일하나, 면허에 따른 상호 영역의 장벽을 해제한 통합형(integrated) 일원화(一元化) 체계를 운영하고 있다는 점에서 우리나라와 구분된다.

우리나라 제도를 기준으로 할 경우, 의료전문 직간 영역을 분명히 구분함으로써 전문성이 높은 의료서비스를 안정적으로 제공할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 반대로 전문직간 허용된 면허범위의 해석을 둘러싼 갈등이 발생할 경우 이를 조정하기 쉽지 않아서 사회적 부담을 발생시킨다는 단점 역시 가지고 있다. 또한 두 의학 체계의 통합적인 서비스를 원하는 수요자의 요구를 반영하기에도 여의치 않다. 우리 사회에서 뿌리깊은 의료계와 한의계의 갈등들<sup>3)</sup>은 현재와 같은 배타적인 면허체계를 유지하는 한 언제든

1) 본 원고는 2012년 대외경제정책연구원의 협동과제로 수행된 『중국의 전통의학-양의학 협진서비스 현황 및 전달체계』의 내용을 바탕으로 작성한 것임.

2) ‘Stepan S, Patterns of legislation concerning traditional medicine; 문옥륜 외(2003), 동북아시아 4개국의 양·한방 의료 협진체계 비교’에서 재인용.

3) 대표적인 최근의 사례는 천연물신약 처방권, 의사의 IMS(근육내 자극요법) 시술권, 한의사의 방사선진단기기 등 의료장비 사용권, 물리치료사 지도감독권 등임.

지 그 내용만 바꾸어 제기될 가능성이 높다. 뿐만 아니라 보건의료서비스에 대한 수요자의 요구가 갈수록 다양화·융합화·고도화되어 가고 있는 시점에서 직역간 갈등에서 비롯되는 경직된 서비스체계는 국민의 삶의 질 수준 제고에도 부정적으로 작용할 가능성이 높다.

이러한 상황을 해결하는 단초를 얻기 위하여 '전통의학과 서양의학의 관계 설정'이라는 유사한 고민을 경험했던 주변 국가의 사례를 검토할 필요가 있다. 특히 두 의학체계의 공존이라는 공통점에도 불구하고 공존의 형태를 다르게 설정하고 있는 중국의 경험은 우리에게 적지않은 시사점을 제공한다. 중국의 경우 중의사(中醫師)와 서의사(西醫師)의 면허가 별도로 존재하긴 하지만 이들이 제공 가능한 서비스 범위에 따라 면허에 따른 구별이 없다. 예를 들어 서의사가 중의학 처방·시술을 하거나 중의사가 서의 처방·시술을 하는 것에 제한이 없는 것이다. 단순히 면허의 장벽만을 허문 것이 아니라 두 의학체계의 협력 진료 활성화와 '통합적' 의료 서비스 제공을 적극적으로 추진하고 있다. 일정 등급이상의 의료기관에 의무적으로 중의과(中醫師科)를 설치하도록 하거나, 각 전문과목별로도 중의진료부서를 병행하여 운영하도록(예를 들어 내과와 중의내과 동시 운영) 의무화하고 있는 것이 그 예이다.

최근 중국의 통합의학 확산 노력에서 주목받는 특징 중 하나가 '중서의결합(中西醫結合)' 이

다. 중서의결합은 중의학과 서의학을 물리적으로 통합하여 별도의 통합인력인 중서결합의(中西結合醫)를 통해 중의 및 서의 서비스를 동시에 제공하는 것을 의미한다. 이와 같은 독특한 방식의 통합의학의 역사는 1949년 중화인민공화국 수립 당시부터 중서의결합방침(中西醫結合方針)의 천명으로 제도화하였고, 이후 1980년에는 중서의결합병원 설립 및 중의약대학 내에 전공 과정 개설, 별도의 면허제도 창설 등을 통해 본격화되었다. 최근 중국 정부는 중서의결합을 더욱 강조하는 추세이다. 중국 정부는 기존의 중의약 관련 법령이던 중의약조례(中醫師藥條例)를 격상한 '중의약법(가칭)'을 제정 중에 있으며, 11·5규획(規劃)<sup>4)</sup>에 부가된 중의약 부문 중장기계획인 「중의약 혁신발전계획 개요(2006~2020)」에서도 '중의학과 서의학의 장점을 상호보완·상호융합하여 중국 특색을 보유한 새로운 의학학 구축의 기반 마련'을 4대 발전목표의 하나로 제시하고 있다<sup>5)</sup>.

본 원고는 중서의결합 운영현황을 살펴봄으로써 중국의 독특한 의료전달체계에 대한 이해를 제고하는 한편, 우리나라의 양·한방협진 발전을 위한 시사점을 도출하고자 하였다. 이를 위해 먼저 중서의결합의 역사적 전개 과정을 간략히 살펴본 후, 최근의 운영 현황을 공급 및 이용 현황과 법·제도적 운영 현황에서 파악해 보고자 한다. 마지막으로 중국의 중서의결합 사례가 주는 시사점을 제시하였다.

4) 중국은 1953년부터 정기적으로 '5개년 계획'을 수립·집행하는데, 2006년부터 2010년까지의 계획이 『중화인민공화국 국민경제 및 사회발전 11·5 규획』인, 제11차 계획부터 정부가 경제에 깊이 개입한다는 인상을 불식시키기 위해 명칭을 '계획'에서 '규획'으로 변경하였으며, 2011년부터는 '12·5 규획'이 추진되고 있음.

5) 보건복지부(2011), 제2차 한의약육성발전계획.

## 2. 중서의결합의 역사적 전개 과정

중국의 전통의학은 오랜 역사를 통해 치료와 예방에 관한 독특한 이론체계와 풍부한 임상경험을 축적하여 왔다. 그러나 아편전쟁을 전후로 서양의학이 빠르게 중국 사회에 정착하게 되면서 서로 다른 세계관·질병관을 가진 두 의학체계(중의학, 서의학) 사이의 관계를 어떻게 설정할 것인가를 놓고 독자적 발전론부터 중의학 폐지(廢中取西)에 이르기까지 다양한 논쟁이 촉발되었다. 중의폐지운동(1929년) 등으로 존폐의 위기에까지 직면하였던 중의학이 공식적인 의료체제로 생존하고, 나아가 중서의결합이라는 정책적 경향으로 발전하게 된 데에는 중국 정부의 정책적 지원이 결정적인 역할을 하였다고 볼 수 있다.

1950년 모택동(毛澤東) 주석이 ‘중의·서의의 단결’을 중국 보건에 관한 4대 원칙 중 하나로 천명한 이후 북경에 중국중의연구원(中國中醫研究院: 현재의 중국중의과학원)이 설립되었다(1955년). 중의연구원에서는 1960년까지 약 2,300명의 서의사들이 서의로서의 직무를 중단한 채 중의학을 배워 배출되었는데<sup>6)</sup>, 이들은 중서의결합 서비스를 제공한 첫 번째 세대라고 할 수 있다. 이후 1976년 발표된 『중서의결합 10개년 발전계획(中西醫結合十年發展規劃)』은 중서의결합정책을 추진하기 위해 반드시 필요한 인프라인 인력과 시설 측면에서 획기적인 전기를 마련한 것으로 평가된다. 즉, 이 계획에

따라 1980년까지 각 성(省), 시(市), 자치구에 반드시 1개 이상의 중서의결합병원 창설을 의무화되었으며, 1980년부터 전국 중의약대학 및 의과대학에 총 28개의 중서의결합 박사과정과 87개의 석사과정을 설치하여 중서의결합이 공식적인 학제로 인정되었다. 이와 같은 별도의 학위과정 외에도 일선 의료인이 통합적인 진료 제공이 가능하도록 중의약대학에는 의과대학교과과정을, 의과대학에는 중의약대학 교과과정을 일정 비율 이상의 정규 교과과정으로 편성하도록 하였다.

중서의결합의 발전 과정에서 연구·학술조직의 구성과 활성화 역시 중요한 의미를 가진다. 효과에 대한 과학적 근거 부족이 전통의학의 한계로 흔히 지적되는 상황을 고려한다면, 중서의결합의 성과에 대한 학술적 뒷받침과 전문 연구자간 네트워크의 형성은 매우 중요한 과제라고 할 수 있다. 이 과제를 담당할 전문학회가 중국과학기술회회로부터 인정을 받은 국가 일급학회인 중국중서의결합학회(中國中西醫結合學會)이다. 1981년 북경에서 창립된 중서의결합학회는 매년 20~30여 차례의 국내·국제 학술대회를 개최하는 한편, SCI 등재지인 <중국중서의결합잡지(中國中西醫結合雜誌)>를 전세계 20여 국가에 보급함으로써 중의학 및 중서결합에 대한 이론적 성과와 임상경험을 공유하고 있다. 아울러 주요 질환별로 35개의 분과전문위원회를 두고 있는데, 각 분과별 학술지 발간 및 학술대회 개최를 수행하고 있다

2000년대 초반까지 자원 확보와 근거 마련에

6) 박정석 외(2010). 중국 중서의결합 모형에 따른 한국의 양·한방협진 정책 제언, 대전대학교 한의학연구소논문집 19(1).

적지 않은 성과를 거두었다고 자평하고 있는 중국 정부의 중서의결합 정책은 앞서 언급한 ‘11·5규획’을 계기로 큰 변화의 양상을 보이고 있다. 최근 들어 발표되는 중국 정부의 중의약 관련 문헌에는 ‘중의약의 현대화’와 ‘새로운 의약학 창출’이라는 표현이 빈번하게 등장하고 있다. 중국 정부로부터 지지받고 있는 융합학설(融合學說)은 중의와 서의의 단순한 보완을 뛰어넘어 유기적 융합 수준을 지향한다. 즉, 중의학과 서의학이 물리적 결합에서 멈추는 것이 아니라 화학적 결합(융합)의 단계로 나아가야 한다는 것이다. 중국 정부는 ‘중의약조례(中醫藥條例)’를 격상시킨 ‘중의약법(가칭)’ 제정을 준비하고 있는데, 이 법에서는 중의학과 서의학의 ‘높은 수준의 결합을 지원하고 촉진한다’는 입장을 반영할 것으로 알려져 있다.

중의학은 전란과 자연재해 등으로 부족한 의료자원과 열악한 서비스 접근성 극복이 시대적 과제였던 건국 초기 상황에서 국가 의료체제로 공식화되었다. 그러나 현재 중의학은 서양의 의학과 과학기술을 적극적으로 활용하는 한편, 궁극적으로는 두 의학체계의 유기적 결합과 새로운 중국식 의약학의 발전, 중의약의 과학화·세계화 달성을 위한 국가적 지원을 받는 촉망받는 영역으로 변모하고 있는 것이다.

### 3. 중서의결합 운영 현황

#### 1) 중서의결합 자원 공급 현황

중국의 중서의결합 공급 현황에 대한 이해를 돕기 위해서 우선 중국의 의료기관 편제를 간단히 살펴 볼 필요가 있다. 중국 위생부(衛生部)의 ‘의료기구기본표준(醫療機構基本標準)’에 따르면 중국의 의료기관은 병원(病院)<sup>7)</sup>급 의료기관과 기층(基層) 의료위생기구로 대별된다. 병원은 규모에 따라 1, 2, 3급으로 나누고, 각 급은 다시 갑(甲), 을(乙), 병(丙) 3가지 등급으로 나누어진다<sup>8)</sup>. 또한 전문 진료 기능을 기준으로는 종합병원, 중의병원, 전문병원으로 구분하는데, 중국의 공식적인 통계에서 중서의결합병원은 대부분 ‘중의병원’의 범주에 포함시킨다. 기층 의료위생기구는 지역사회를 중심으로 활동하는 외래의료기관인 문진부(問診部), 위생원(衛生院), 사구의료센터(社區衛生服務中心), 위생실(衛生室) 등이 포함된다.

2010년 현재 병원급 의료기관과 문진부를 합쳐서 중서의결합 의료기관으로 등록되어 있는 곳은 총 448개소(병원 256개소, 문진부 192개소)로이다. 이들 중서의결합 의료기관들은 2007~2008년 사이에 다소 감소했던 것을 제외하고는 최근 5년 동안 지속적으로 증가하고 있는 추세이다.

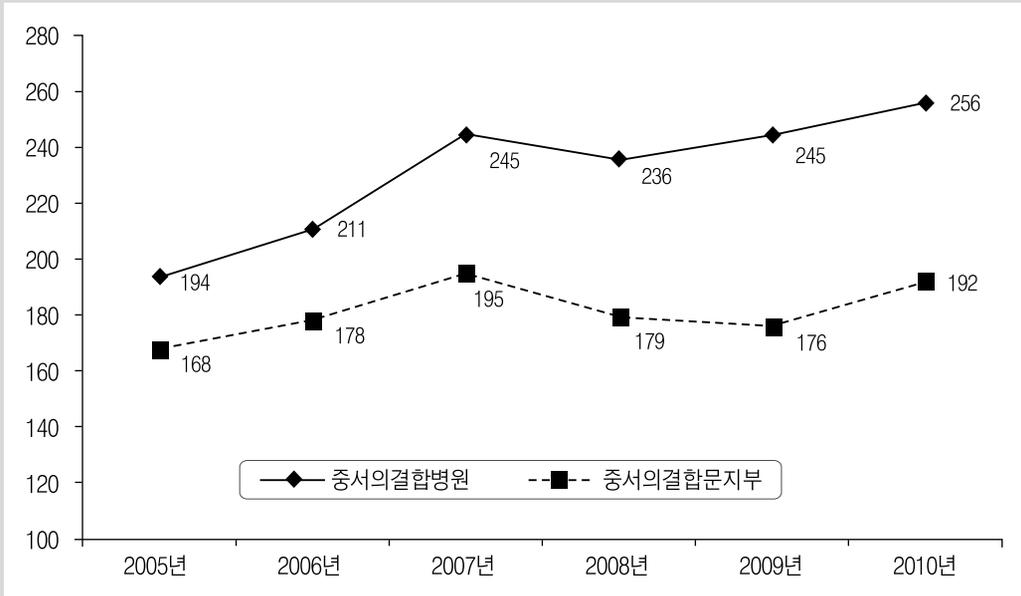
중서의결합 의료기관들을 설립지역별로 살펴보면 중서의결합병원의 76.7%와 중서의결합

7) 중국에서는 병원급 의료기관을 ‘의원(醫院)’으로 표현함.

8) 황흥국 외(2011). 중국의 보건의료관리.

그림 1. 중서의결합병원 및 중서의결합문진부 개설 추이

(단위: 개소)



자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

문진부의 88.1%가 도시 지역에 위치하고 있어서 중국의 전체적인 의료기관 이용분포와 유사한 양상을 보이고 있다. 반면 소유형태별로는

다른 의료기관 및 중의병원들에 비해 국가 또는 공공에 의해서 설립된 유형의 비중이 매우 낮고, 개인이 소유한 경우가 많은 것이 특징이다

표 1. 설립지역 및 소유형태별 중서의결합 의료기관 비중

(단위: 개소, %)

구분	N	설립지역		소유형태					
		시(市)	현(縣)	국유(國有)	공동(集体)	공사연계(聯營)	개인(私營)	기타(其他)	
병원	병원 전체	20,291	69.9	30.1	62.2	7.0	0.7	20.8	9.3
	중의병원	2,728	51.8	48.2	78.9	5.9	0.3	10.8	4.2
	중서의결합병원	245	76.7	23.3	36.7	10.2	0.4	38.4	14.3
문진부	문진부 전체	7,639	89.4	10.6	21.2	11.8	0.5	51.7	14.8
	중의문진부	681	95.0	5.0	11.6	9.0	0.6	53.5	25.4
	중서의결합문진부	176	88.1	11.9	11.4	12.5	0.6	69.9	5.7

자료: 中國衛生統計年鑒(2010)

(중서의결합병원의 38.4%, 중서의결합문진부의 69.9%).

중서의결합 의료기관이 증가하면서 이들 기관에서 근무하고 있는 인력의 수 역시 지속적으로 증가하면서 점차 중국 의료서비스체계에서 차지하는 비중을 높여가고 있다. 2010년 현재 중서의결합 의료기관에서 근무하는 '위생기술인력(衛生技術人力)<sup>9)</sup>'은 총 38,745명으로서 2000년(13,139명)에 비해 약 2.9배 증가하였다. 위생기술인력에 기타 기술인력·관리인력까지 합산할 경우 2010년 근무인력은 47,480명으로 10년 동안 약 2.6배 증가하였다.

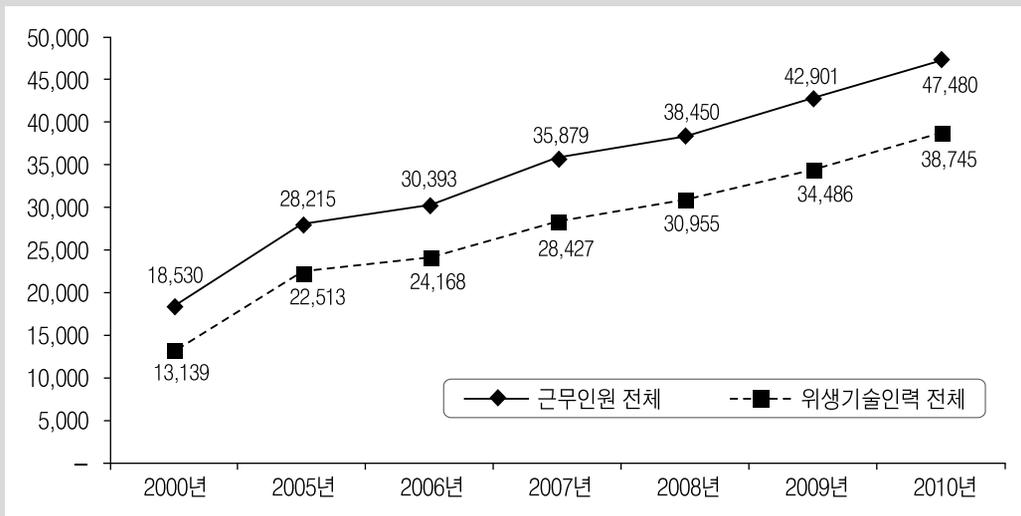
중서의결합에서 가장 중심적인 인력은 역시

'중서의결합의사' 인력이라고 할 수 있다. 외국인, 대만·홍콩·마카오 주민을 제외하고 현재 중국에서 중서의결합의사가 되는 방법은 크게 두 가지이다. 첫 번째는 중의약대학 또는 의과대학 내에 설치된 '중서의결합 전공'에 입학하여 졸업한 후 면허시험에 응시하는 것으로서, 중서의결합 전공은 5년제 본과 과정 외에도 석사과정과 박사과정, 석박사통합과정(쌍학위과정)이 운영되고 있다. 두 번째는 기존 의사인력(중의사, 서의사)이 2년 또는 3년간의 별도의 교육기간을 수료한 후 면허시험에 응시하여 자격증을 취득하는 방법이다<sup>10)</sup>.

2010년 현재 중의약대학 본과에서 중서의결

그림 2. 중서의결합 의료기관 근무인력 추이

(단위: 개소)



자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

9) 중국의 '위생기술인력'은 의사, 간호사, 약사, 의료기사로 구성됨.

10) 최근 중국 정부가 중서의결합 인력의 질적 제고를 위해 중의약대학 및 의과대학에서의 전공자 육성에 더 많은 관심을 기울이고 있어서 기존 인력의 면허취득은 비중이 크게 줄어들고 있는 실정임.

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

마지막으로 중서의결합병원의 병상 수 역시 지속적으로 증가하고 있음을 확인할 수 있다.

2010년 현재 중서의결합병원이 보유하고 있는 실제 병상 수는 35,234병상으로서 최근 10년 동안 약 2.9배 증가하였다.

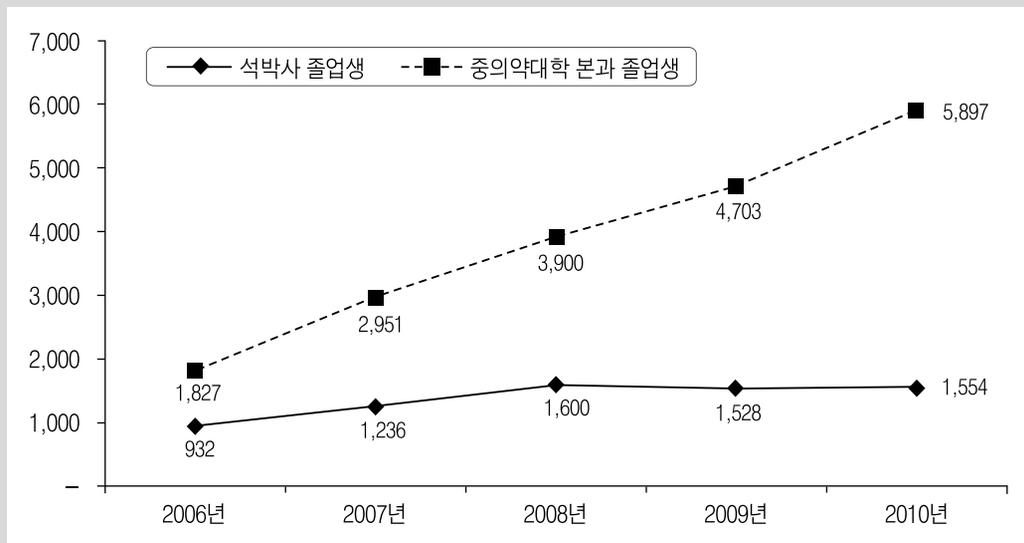
## 2) 중서의결합 서비스 이용 현황

중서의결합 서비스를 이용하는 환자의 수도 매년 증가하는 추세이다. 이와 같은 이용량의 증가는 중국의 경제성장과 아울러 중국 정부의 의료보험 확대 정책도 큰 영향을 미쳤으나, 중서의결합자원의 꾸준한 확대와 협력진료에 대한 중국 국민들의 신뢰감도 긍정적으로 작용한 것으로 중국 당국은 파악하고 있다.

먼저 2005년부터 2011년까지 중서의결합병원에서의 외래(진료실 및 응급실) 이용 환자 추

그림 3. 중서의결합 본과(本科) 및 석박사 졸업생 현황

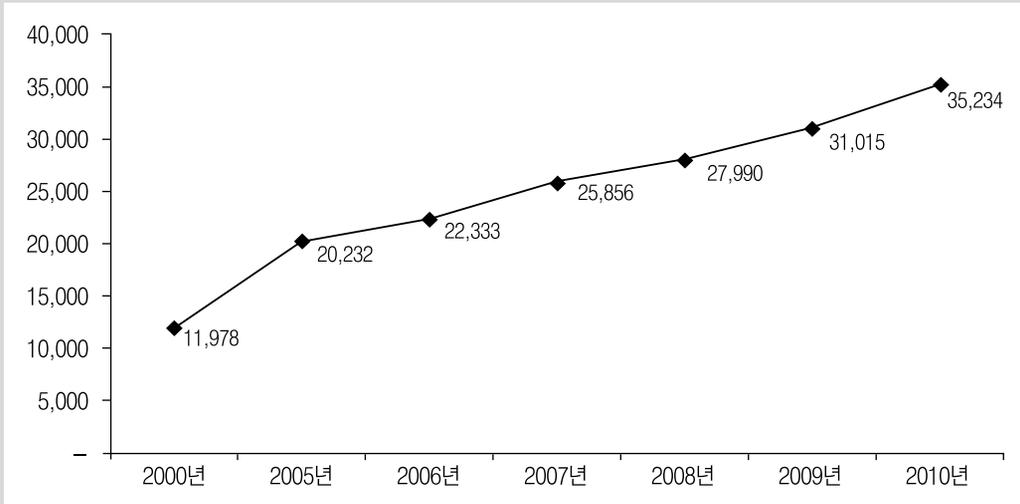
(단위: 명)



자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

그림 4. 중서의결합병원 보유 병상 추이

(단위: 병상)



주: 실제 보유병상 기준  
 자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

이를 살펴보면 2005년 14,674천명이던 이용자는 2011년에는 28,948천명으로 증가하여 거의 두 배 가까이 증가하였음을 알 수 있다. 특히 2007년과 2008년 사이에는 중서의결합병원의

수가 감소했음에도 불구하고(그림 1 참고), 외래 서비스를 이용하는 인원은 줄어들지 않았다는 사실은 결합의료에 대한 이용자의 요구가 지속적으로 증가해왔음을 반증하는 것이기도 하다.

표 2. 중서의결합병원 이용 현황: 외래(진료실 및 응급실)

(단위: 명, %)

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

자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

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

서 83.41%로 약 15.45%p 증가하였다.

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

표 3. 중서의결합병원 이용 현황: 입원

(단위: 명, 일, %)

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

자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

표 4. 중서의결합병원 의사인력 1인당 업무량

(단위: 인, 개)

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

자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

입탕 증가를 상회하는 이용 요구가 있음을 보여주는 결과라 할 것이다.

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

### 3) 중서의결합 의료기관 운영: 3급 중서의결합병원을 중심으로

앞서 언급한 바와 같이 중국의 병원급 의료기관은 그 규모에 따라 1, 2, 3급으로 나누어지며, 중국 정부가 제정한 ‘의료기구기본표준(醫療機構基本標準)’에는 각급 기관별로 인력, 병상, 면적 등의 최소 기준을 설정하고 있다. 이 가운데 상대적으로 소형 병원이라 할 수 있는 제1급 및 제2급 중서의결합병원과 중서의결합문진부의 기준을 먼저 살펴보면 다음 <표 6>과 같이 정리

할 수 있다.

3급 중서의결합병원의 운영에 대해서는 좀 더 자세히 살펴보고자 한다. 우리나라의 종합병원급 의료기관과 비교할 수 있는 중국의 3급 병원은 높은 수준의 전문의료서비스 및 고등의학·과학연구를 담당함으로써 의료서비스전달 체계에서 차지하는 중요성이 매우 높다. 따라서 진료과, 인력기준, 시설 기준 등이 상당히 복잡하게 규정되어 있는데, 이 가운데 중서의결합 서비스와 관련성이 높고 우리나라 제도 개선에 시사점을 둘 수 있다고 판단되는 영역을 중심으로 살펴보고자 한다.

#### (1) 인력 기준

3급 중서의결합병원의 의사, 약사, 간호사 등에 관한 인력 기준은 <표 7>과 같다. 다른 등급의 중서의결합 의료기관과 마찬가지로 중의학 또는 중서결합의학에 대한 지식을 갖춘 인력을 의무적으로 총당할 것을 규정한 것이 특징이다. 예를 들어 의사 인력은 중의사 또는 중서의결합 의사가 전체 의료인력의 60% 이상을 차지하되,

표 5. 중서의결합병원의 수입 및 지출 추이

(단위: 천위안, %)

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

자료: 全國中醫藥統計摘編, 각 년도

표 6. 중서의결합 의료기관의 인력 및 시설 등 기준

구분	병상수	진료부서	의료인력	건물규모	
중서의결합 병원	1급	20~99개	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 최소 중서의결합 내과, 외과, 예방보건과</li> <li>• 보조부서로서 최소 중약방, 화학실, 방사선과, 소독실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병상당 최소 0.7명 의료인력</li> <li>• 최소 의사 3명, 간호사 5명, 약제사 1명, 화학 실험 및 방사선과 1명</li> <li>• 병원인력의 최소 50%가 중서의결합인력</li> </ul>	병상당 건물면적 35㎡ 이상
	2급	100~349개	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 최소한 6개 이상의 중서의결합 임상 부서</li> <li>• 보조부서로서 약제실, 화학실험실, 방사선과, 병리과, 소독실</li> <li>• 중서의결합전문가 또는 전문질환 연구실, 연구조(研究組) 필요</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병상당 최소 0.98명 의료인력</li> <li>• 병상당 최소 0.35명 간호사</li> <li>• 전체 의료인력의 최소 50%가 중서의결합인력</li> <li>• 전문부서마다 1명 이상의 주치의사급 의사 배치</li> </ul>	병상당 건물면적 40㎡ 이상
중서의결합 문진부	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 최소 중서의결합 내과, 외과</li> <li>• 보조부서로서 최소 약방, 화학실험실, 방사선실, 처치실, 주사실, 소독실 필요</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2년 이상 중서의결합 임상업무 중서경험이 있는 의사 최소 3명 이상</li> <li>• 최소 5명 이상 간호사</li> <li>• 보조부서에 1명 이상의 전문기술인력</li> </ul>	건물면적 최소 300㎡ 이상	
중서의결합 진료소	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 최소한 진료실, 처치실, 치료실 구비</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사자격 취득후 5년 이상 중서의결합 임상 업무 조사경험이 있는 의사 1명</li> <li>• 최소 1명 이상 간호사</li> </ul>	건물면적 최소 40㎡ 이상	

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

일부 진료과목을 제외하고는<sup>11)</sup> 모든 진료과 구성 인력의 60% 이상을 차지해야 한다. 또한 각 진료과에는 고급 전문 기술 자격을 갖춘 부주임 의사 이상 인력 또는 10년 이상 경력을 가진 중의학 또는 중서의결합의학 면허소유자를 1명 이상 보유하도록 하였다. 여기에 모든 임상부서의 책임자는 반드시 부주임의사 이상 인력이 담당하되, 이들의 40%는 중의 또는 중서의결합의가 맡도록 규정한다. 또한 중서결합의학에 대한 중서결합의학에 대한 지식과 경험은 약학 및 간호인력 등에게도 요구되는 기본조건임을 파악

할 수 있다.

한편 3급 중서의결합병원은 인력교육계획을 수립하여 시행해야 한다. 병원임원(원장)과 진료과 책임자들은 매년 국가중의약관리국의 중서의결합정책 교육을 이수해야 하며, 병원 내부 직원들을 위한 교육 프로그램을 시행하도록 되어 있다. 그리고 3급 중서의결합병원에는 병원 외부의 인력에 대한 교육 역시 중요한 임무로 부과되는데, 매년 성(省)급의 <중서의 재교육 프로젝트>를 5건 이상 시행하여, 이수자에게 학점을 부여하는 한편, 중의사 자격증을 갖추지 않

11) 60% 이상 기준에서 제외되는 과는 치과, 마취과, 산부인과, 심장외과, 신경외과 등임.

표 7. 3급 중서의결합병원의 인력 기준

인력 구분	기 준
의사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중서의결합인력이 전체 의료인력의 60% 이상 차지</li> <li>• 각 진료과에 배치된 의료인력 가운데 중서의결합인력이 60% 이상 차지</li> <li>• 모든 진료과에 부주임의사 이상 또는 10년 이상 경력을 가진 중서의결합인력 1명 이상 보유</li> <li>• 임상부서 책임자는 부주임의사 이상 인력이 담당</li> <li>• 병원 내 모든 부주임의사 이상 인력의 40% 이상 중서의결합인력 차지</li> </ul>
약사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 총 5명 이상 또는 100병상당 0.6명 이상 보유</li> <li>• 약사 인력의 40% 이상이 중약사</li> </ul>
간호사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병상당 0.4명 이상 확보</li> <li>• 전체 간호인력의 70% 이상에게 체계적인 중서의결합 지식 및 기술 교육 수행</li> </ul>

은 서의사들을 대상으로 중의약 및 중서결합의 학에 대한 기본 지식과 기능 교육을 수행하는 역할을 담당한다.

(2) 진료과 및 중점 진료과목

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

중서의결합병원의 진료에 있어서 가장 주목 할만한 것은 중서의결합의료를 활용하여 진료 및 치료를 담당해야 하는 중점전문과목(重點專科)를 지정하도록 의무화한 점이다. 3급 병원의 경우에는 중점전문과목을 3개 이상 지정하고,

여기에 소요되는 병상의 수를 30개 이상 두어야 하며<sup>12)</sup>, 일종의 진료지침이라 할 수 있는 ‘협동 진료방안’을 작성하도록 유도하고 있다. 이들 중점전문과목은 해당 질병의 치료 과정에서 중서의결합 치료 방법이 차지하는 비중이 전체 치료과정의 70% 이상을 유지하고, 진료성과 측면에서도 변증치료의 정확도가 90% 이상이되도록 관리되어야 한다. 이를 위해 중점전문과목 연구실을 별도로 두는 한편, 지속적으로 치료 경과에 대한 자료를 구축하고 정기적으로 평가하는 과정을 밟는다. 또한 중점전문과목은 고정된 것이 아니라 지속적으로 개발·변경하도록 함으로써 중서의결합 진료가 다양한 질환에 적용될 수 있도록 하고 있다.

(3) 약사(藥事) 및 간호업무 관리

중서의결합병원은 서비스 특성상 화학합성

12) 2급 중서의결합병원의 경우에도 중점진료과목 설정이 의무화되어 있는데, 과목의 수는 2개 이상, 전문 병상은 20개 이상임.

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

중서의결합병원에서는 중의 간호를 적극적으로 장려한다. 의료기관은 간호사를 대상으로 하는 중의약 지식 및 기능 교육을 계획하여 수행하고 진료과목별 중의 간호 프로젝트가 2종 이상 유지되도록 노력하며, 중의 간호에 특화된 간호 병례 토론을 개최하도록 하고 있다<sup>13)</sup>.

#### (4) 예방중의

전통적으로 중국 등 동북아시아의 의학은 질병에 대한 치료라는 관념보다는 평상시의 양생(養生), 즉, 질병에 걸리지 않도록 노력하는 것을

중시하여 왔다. 중의학에서 말하는 ‘치미병(治未病)<sup>14)</sup>’은 주로 질병 이전에 질병을 다스리는 예방의학을 의미하는데, 최근 중국에서 급증하고 있는 만성질환에 대응하기 위하여 매우 중요한 분야로 정책적 주목을 받고 있다. 예를 들어 상대적으로 지역사회에 밀착된 소규모 의료기관이라 할 수 있는 1급 중서의결합병원의 경우에는 앞서 살펴본 바와 같이 ‘예방의학과’를 의무적으로 설치하도록 하는 등 중의학을 이용한 질병 예방 및 건강증진 서비스에 대한 관심이 높아진 것이다.

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

13) 중의 간호가 일반적간호 활동과 본질적인 차이를 가지고 있는 것은 아님. ‘중의간호’라는 별도의 명칭이 붙여진 것은 간호기법의 차이가 아니라 중의약대학 간호학과에서 중의의 기본적인 이론을 습득하기 때문임. 이에 따라 중의병원과 중서의결합병원에서는 중의약대학 간호학과 졸업생을 선호하는 경향이 있으며, 중의 및 중서의결합병원에서는 간호사들을 대상으로 자체적으로 ‘변증간호법’ 교육 등의 프로그램을 운영하고 있음.

14) 미병(未病)은 아프지 않은 상태를 가리키기도 하고, 질환으로 현상화되지 않은 상태를 가리키기도 하는 용어임. 달리 표현하자면 ‘미병’은 건강과 질병 사이에 나타날 수 있는 다양한 몸상태를 표현하는 넓은 범위를 가진 용어임. ‘미병’ 상태에서 질병으로 진행되지 않도록 치료하거나, 건강상태를 유지하기 위한 노력이 필요한데, 이 노력이 바로 ‘양생(養生)’의 개념임(곽노규·김시천(2009). 고대 동아시아에서의 건강과 양생).

#### 4. 결론: 중국 중서의결합의 시사점

본 고에서는 중서의결합의 전개과정과 공급 및 이용 현황, 운영현황을 살펴봄으로써 중국의 독특한 의료전달체계인 중서의결합에 대한 이해를 제고하고자 하였다. 논의된 내용을 바탕으로 중서의결합 사례가 우리나라에 주는 시사점을 몇 가지로 나누어 제시하고자 한다.

먼저 현재 중국의 중서의결합은 중국 정부의 의지와 꾸준한 정책적 지원의 산물이라는 점을 지적할 수 있다. 1950년대 정부 수립 직후 제안된 중의학과 서의학의 협력정책은 문화혁명 시기에 두 의학체계간 갈등이 고조되면서 오히려 후퇴하기도 하였다. 그러나 먼저 의과대학과 중의약대학 내에 공통교육과정을 마련하여 상호간의 이해의 폭을 넓히고 이를 바탕으로 시설·인력 등 자원 확대, 임상경험 축적, 교육제도와 면허제도 보완, 중서의결합 지원을 대외적으로 표명하는 정부 중장기계획의 발표 등을 정부가 먼저 적극적으로 추진하면서 꾸준히 결합 수준을 높여 왔다는 점을 주목할 만하다. 물론 국가정책의 힘이 상대적으로 강력한 사회주의 의료체제였다는 점도 영향을 미쳤겠지만, 결과적으로 문화적 배경과 경제적 이해관계가 다른 두 직능의 장점을 융합해 나가는 최선의 방법을 중국 정부가 선택한 셈이다. 최근 중국 정부는 중서의결합의 수준을 물리적 결합에서 화학적 융합으로 격상시키고, 이를 토대로 세계 보완대체 의학시장에서의 우위를 공고하게 하고자 노력하고 있다. 지리적·문화적 근접성으로 인해 중국과의 협력 또는 경쟁이 더욱 커질 것으로 전망되는 가운데 중국의 전통의학이 어떻게 상대

적 우위를 점하게 되었는지를 지속적으로 연구할 필요가 있다.

현재 한의학에 대한 비판중 가장 많은 ‘효과에 대한 과학적 검증’이라는 측면에서도 중서의결합 사례를 벤치마킹할 수 있을 것으로 사료된다. 특히 3급 중서의결합병원에서 의무적으로 지정하여 운영하도록 하고 있는 ‘중점전문과목’은 고혈압이나 당뇨, 뇌혈관질환 등의 만성질환을 중심으로 한 시범사업 형태로 활용할 만하다고 여겨진다. 이들 만성질환은 한방의료 및 협진의료의 경쟁력이 상대적으로 있다고 알려진 영역이므로 국·공립의료기관(예를 들어 국립중앙의료원, 국립재활원, 부산대병원 등)에 협진을 위한 중점전문과목으로 설정한 후 연구개발기금을 투자하여 중장기적으로 효과성을 검증하도록 하는 것이다. 이와 더불어 중서의결합 진료의 근거 확보와 성과 확산이란 측면에서 학술 활동에 대한 지원이 적극적이었다는 점도 눈여겨 볼 대목이다. 앞서 살펴본 바와 같이 중서의결합 발전에서 중서의결합학회(中西醫結合學會)가 매우 중요한 역할을 담당하였다. 우리나라에서는 기존의 관련 학회 및 연구모임의 활동 가운데 성과가 기대되는 사업을 중심으로 지원을 시작하되, 그 결과에 대해서 국내외 의학계와 전통의학계에 발표하여 성과가 축적될 수 있도록 뒷받침할 필요가 있다.

물론 중국의 중서의결합이 우리나라에 그대로 적용되기에는 여러 가지 한계가 있다. 따라서 우리나라의 양·한방협진이 가지고 있는 처지와 조건을 고려한 접근이 고민되어야 한다. 의사와 한의사 간 면허에 따른 의료행위가 배타적으로 구분되는 우리나라 제도 하에서 중국과

같이 의사 인력 1인이 현대의료와 전통의료를 동시에 제공하는 물리적 형태의 협진은 상당한 한계가 있을 것으로 사료된다. 따라서 질병 치료의 전과정에 의과와 한의과가 동일하게 개입하는 물리적 협진형태를 고집할 것이 아니라 서로가 강점을 가지는 영역을 구분한 후 협진모형을 도출하는 기능적 협진형태로 시작하는 것이 바람직하다. 예를 들어 일차적인 질환의 진단과 치료 영역은 의과에서 주도적으로 수행하되, 통증 완화와 면역 강화 등 변증(辨證)적 영역에는 한의과가 개입한 후 그 결과를 공동으로 논의하여 전체적인 치료 효과와 환자의 만족도를 제고하는 것이다.

전통의학 및 보완대체의학은 인구고령화와 만성질환으로의 질병구조 변화에 따라 그 중요성이 지속적으로 증가할 것으로 전망된다. 이에 따라 중국을 비롯하여 미국, EU 등은 보완대체

의학에 대한 투자를 증가시키고 있고, WHO 역시 모든 사람이 수용가능하고(acceptable), 접근 가능하며(accessible), 저렴하고(affordable), 활용 가능한(available) 의료서비스를 누릴 수 있도록 전통의학의 안전하고 효과적인 이용을 촉진하고, 전통 의학을 국가보건의 체계에 포함시킬 것을 전략으로 제시할 정도로<sup>15)</sup> 전통 의학을 강조하고 있다. 우리나라는 공식적인 국가의료 체계에 포함된 전통 의학을 보유하고 있음에도 불구하고 여전히 업무영역을 둘러싼 직역간 갈등이 존재하고, 이것이 적지 않은 사회적 부담을 유발하고 있다. 전통 의학의 수용에 관련된 우리나라 의료 체계의 특수성과 아울러 중국 등 해외 국가의 사례를 지속적으로 관찰함으로써 보다 효과적이면서도 이용자의 요구를 충족시킬 수 있는 제도 마련에 활용해야 할 것이다. 문헌지

15) WHO(2012). The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific(2011~2020).