

대구지역 한의학의 전문화 과정에 대한 연구 - 제한의료원을 중심으로 -

홍승표 · 이현지^{1*}

계명대학교 사회학과, 1: 경북대학교 영남문화연구원

Study of the Process of the Professionalization of Korean Oriental Medicine of Taegu - Focusing on the Case of Je-Han Medical Center -

Seung Pyo Hong, Hyun Ji Lee^{1*}

Department of Sociology, Kyimyung University, 1: Youngnam Culture Institute, Kyungpook National University

This study explored the process of the professionalization of Korean Oriental medicine in Je-Han Medical Center. Je-Han Medical Center has fulfilled the requisites of the professionalization. The process of professionalization of Je-Han Medical Center is different from the process of professionalization of Western medical profession. Firstly, the Korean Oriental medical doctors of Je-Han Medical Center had been educated the standardized Korean Oriental medical knowledges. But the medical practices of them were not fully standardized. Secondly, the Korean Oriental medical doctors of Je-Han Medical Center have occupied the exclusive rights in the areas of Korean Oriental medicine. But there still exists the restriction of the range of license. Thirdly, the Korean Oriental medical doctors of Je-Han Medical Center had pride as a Korean Oriental medical doctor. They had the ideology as the national medical doctors. But the patients' use of Korean Oriental medicine were based on the practical reasons, not based on the ideological reasons. Fourthly, the inner hierarchy of Je-Han Medical Center was very strict. But the hierarchical and authoritarian relations between medical doctors and patients were very weak. Like this, we can find the unique process of professionalization of Korean Oriental medicine in Je-Han Medical Center. These findings can contribute to the extend the horizon of the sociology of profession.

Key words : Je-Han Medical Center, Korean Oriental medical knowledges

서 론

해방 이후 韓醫學은 독자적인 의료체계를 구축하면서 전문화를 달성하였다. 한의학의 전문화는 비서구 사회의 전통제도가 근대적인 자기 변화에 성공한 사례라는 점에서 흥미로운 사회학적 현상이다. 동시에 의학적 측면에서 볼 때는 한의학이 걸어온 전문화 발전전략이 과연 한의학의 진정한 발전을 담보할 수 있는가에 대한 근본적인 문제를 제기해 주는 의미있는 주제이기도 하다.

한의학이 전문화 발전전략을 채택하고 독립적인 의료체계를 유지해 온지 50년 이상의 시간이 흘렀다. 한국사회에서 한의사 자격을 얻기 위해서는 한의과대학을 졸업하고 한의사 면허시험

을 통과해야만 한다. 그러나 중국 중의학의 경우를 보면 최근까지는 이러한 전문화 발전전략을 추구하지 않았다. 예를 들어 중의약대학을 졸업하지 않더라도 유명한 명의로부터 사승전수를 받으면 의료활동을 하는데 문제가 없다. 특히 오늘날에는 의술의 측면에서 오히려 민간영역에서 수학한 중의사가 훨씬 전통적인 의료지식을 잘 보존하고 있다는 평가를 받기도 한다. 왜냐하면 중의약대학에는 중의학의 전통적인 교과내용의 비중이 축소되고 있고, 공부하기 어려운 중의철학에 근거한 연구를 수행하는 연구자가 줄어들고 있기 때문이다.

이러한 상황을 고려한다면 서구적인 전문화 발전전략을 답습하는 것이 과연 한의학의 진정한 발전인가에 대한 진지한 논의가 요구된다. 그러나 한국을 포함해서 비서구 사회에서는 일반적으로 서구적인 발전의 길을 답습하는 경향이 지배적이다. 의료의 영역도 예외가 아니다. 서구적인 전문화 전략만이 한의학의

* 교신저자 : 이현지, 대구시 북구 산격동 경북대학교 영남문화연구원

· E-mail : hyunji05@knu.ac.kr, · Tel : 011-9591-6090

· 접수 : 2004/11/24 · 수정 : 2004/12/31 · 채택 : 2005/02/03

발전을 보장해 주는 길이라는 인식이 널리 공유되어 왔다.

20세기를 통해서 경험한 한국 한의학의 급격한 지위변동은 바로 이런 일반적인 관념의 관점에서 해석할 수 있다. 일제 강점기 하에서 근대적인 서구의학만이 과학적인 의학으로 지위를 누렸고, 근대화되지 않았던 한의학은 비과학적인 미신으로 치부되었으며, 급기야는 소멸의 위기에까지 처하게 되었다. 그러나 해방 이후 한의학은 적극적인 전문화 발전전략을 추진하였고, 오늘날에 이르러서는 상당한 수준의 전문화를 달성하였다. 이에 따라서, 한의학의 지위는 급속히 성장하였다. 대학입시에서 가장 우수한 학생들이 한의과대학을 진학하기를 희망하고 있다. 한의사의 사회적 지위도 상승하고 있으며, 한의학은 독립적인 의료체제로써의 공고한 지위를 구축하였다.

한의학의 급작스런 부흥에는 전문화라는 요인 외에도 다음과 같은 요인들을 꼽을 수 있다. 첫째, 서구의학의 시술은 치료과정에서 약물남용 혹은 부작용 등의 예상치 못한 문제를 야기하고 있는데 반해서, 한의약은 부작용이 적다는 일반의 인식이 존재하고 있다. 둘째, 과학적인 의학의 발전은 인류에게 많은 혜택을 주었지만, 의료비의 급격한 상승은 의료 수요자들에게 큰 부담으로 작용하고 있다. 이에 반해서, 한의약 특히 침술의 경우는 환자들의 부담이 가볍다는 이점이 있다. 셋째, 물질적인 삶이 풍요해지면서 대중들은 전통에 대한 관심을 가지게 되었고, 서구적인 삶의 방식에 초래하는 문제를 인식하게 되었다. 급격한 근대화의 추구과정에서 폄하되었던 전통에 대한 재해석과 복원 작업이 시도되고 있다. 이런 사조의 전환은 한의학의 부흥에 한 몫을 담당하고 있다. 그러나 이런 여타 요인들에도 불구하고, 한의학의 부흥에 결정적인 작용을 한 것은 한의학의 전문화였다. 본 연구에서는 제한의료원을 중심으로 대구지역 한의학의 전문화 과정과 정도에 대한 깊이 있는 사례연구를 통해서, 한의학의 부흥에 대한 심도 있는 요인분석을 수행하고자 한다.

본 론

1. 이론적 논의

해방 이후 한의학은 전문화를 통한 발전 전략을 채택하였고, 수십 년간 이를 추구하여 왔다. 한의학이 지난 수십 년간에 걸쳐서 이루어낸 전문화는 비서구 사회의 전통 직업집단들의 전문화로서는 가장 앞서는 사례이다. 현대 사회학의 전문화 이론은 근대 서구의 직업집단의 전문화 과정을 바탕으로 수립된 것이다. 그러므로 한의학이 전문화 발전전략을 수립하고 달성하여 왔다는 점에서는 한의학의 전문화를 설명하는 데 있어서 적절한 점이 있다. 그러나 한의학이 비서구 사회의 전통 직업집단의 하나로서 서구의 직업집단들과는 상이한 전문화 과정을 밟아왔다는 점에서는 기존의 이론을 한의학의 전문화에 적용하는데 부적절한 점도 있다. 본 연구에서는 제한의료원이라는 구체적인 사례를 통해서, 현대 사회학의 전문화 이론이 한의학의 전문화를 설명하는 데 있어서의 적합성을 살펴보고, 새로운 전문화에 대한 분석틀을 모색하고자 한다.

의료전문직에 대한 이론적인 논의는 구조기능주의 이론의

관점, 갈등 이론의 관점, 마르크스주의 이론의 관점이 있다. 사회구조의 필요에 의해서 전문직이 생겨나게 된다는 구조기능주의 이론의 관점은 탈코트 파슨스(Talcott Parsons)에 의해서 발전하였다. 산업 사회가 안고 있는 구조적 문제로 인해서 필연적으로 다양한 질병이 발생하며, 이러한 질병은 직업 활동이나 여타의 사회적 역할수행을 방해하고 궁극적으로는 사회체계의 작동에 역기능적이다. 의료 전문직은 이러한 질병에 체계적으로 대처하는 사회적 역할을 수행하며, 이를 통해서 질병으로 인해서 발생하는 사회 통합의 문제를 해결하는데 기여한다. 전문직이 수행하는 이와 같은 중요한 사회적 기능 때문에 높은 사회 경제적 보상이 주어져야 한다고 파슨스는 주장한다(Parsons, 1971; 존슨, 1983).

전문직에 대한 구조기능주의의 관점은 1960년대 후반까지 지배적이었다. 그러나 1970년대 초반이 되면서 전문직의 기능적 역할을 강조하던 구조기능주의 이론은 비판을 받았고, 엘리엇 프리드슨(Eliot Freidson)에 의해서 의료 전문직에 대한 갈등론적 관점이 대두되었다. 프리드슨은 의사와 환자 사이, 그리고 다른 의료집단과 의사집단 사이에는 상호 이해관계의 대립이 존재한다고 가정하였다(Freidson, 1994). 의료영역에 대한 독점이 의료 전문직이 점유하고 있는 지위의 원인이 된다고 그는 주장하였다. 그리고 매길리 사파티 라슨(Magali Sarfatti Larson, 1979)과 폴스타(Paul Starr)는 의료 시장과 의료 전문직의 형성 과정에 대한 분석을 통해서 의료 체계를 둘러싸고 있는 거시적인 정치 구조 자체보다는 그 속에서 형성되는 의료 전문직과 의료 생산 체계 조직의 구조적 측면에 초점을 맞추어 분석하였다. 라슨은 전문직의 조직과 직업 이데올로기가 사회 경제적 변동과 더불어 어떻게 변화되어 갔는가를 연구하였고, 스타는 국가·사회·의료 간의 상호 관계의 형성과 변동이라는 주제를 다루었다(스타, 1994). 이러한 관점들을 종합 정리한 조병희(1999)는 의료 전문직의 지위 획득 과정을 1) 전문화의 단계, 2) 독점의 단계, 3) 재생산 구조의 확립 단계, 4) 권위 행사의 단계 등 4단계로 정리하고 있다. 전문화의 주요 요건은 지식의 표준화, 면허 제도의 확립, 직업 이데올로기의 개발, 조직의 강화 등이다. 이러한 전문화의 요건이 충족되고 나면 의료 전문직은 의료 시장에서 자신들의 의료 서비스의 희소가치를 높이고, 다른 의료 관련 집단과의 배타적 차별성을 확보함으로써 독점 체제를 구축하려고 한다. 이렇게 구축된 독점 체제를 유지하기 위해서는 다음 단계인 재생산 구조의 확립이 요구된다. 재생산 구조는 조직 내부의 경쟁을 최소화하고, 의료 서비스의 제공을 비시장적 거래 관계로 전환하며, 의료 전문직의 업무에 대한 자율성과 서비스 정신의 필요에 대한 사회적으로 인정받는 논리의 구축을 통해서 만들어진다. 이상의 단계를 거치는 동안 의료 전문직은 사회적으로 허용되는 권위를 가지게 된다. 의료 전문직에 대한 또 다른 관점으로는 전문직은 자신을 고용하는 고용주의 이해관계를 대변한다고 주장하는 마르크스주의 이론이 있다. 비센트 나바로(Vicente Navarro)와 같은 마르크스주의 이론가들은 의료 전문직이 치료기능을 가지고 있음과 동시에 자본의 이해관계를 반영하는 이중적 역할을 설명하였다. 나바로와 같은 관점에서 보면, 의사의 권력은 어떤 특정한 계급과의 관계에 기반을 두고 있다(Coburn and Willis, 2000: 381-382).

이상과 같이 다양한 관점에서 의료 전문직에 대한 논의가 전개되어 왔지만, 의료 전문직에 대한 분석에서 의사집단과 다른 의료집단 사이의 상호 이해관계의 대립으로 인한 갈등을 주요 변수로 설정하는 갈등 이론이 한의학이 경험한 전문화의 상황을 가장 잘 설명할 수 있다. 특히 현대 한국의 의료 상황은 다원적인 상황이기 때문에, 한정된 의료 시장을 둘러싸고 의료집단 간의 상호 이해관계의 대립으로 인해서 한의사집단·약사집단·의사집단·정부 간의 집단 갈등이 빚어져 왔다. 이러한 의료 집단 간의 갈등은 한의학의 전문화 과정을 설명하는 데 있어서 의미있는 변수이다.

2. 연구방법 및 연구대상

1) 연구방법

제한의료원의 전문화 과정을 분석하기 위해서 본 연구는 문헌연구와 참여관찰 및 면접의 방법을 다차원적으로 이용하였다. 일차적으로 제한의료원의 전문화와 관련된 문헌자료를 수집·검토하고 그 특징을 분석하였다. 이차적으로는 제한의료원의 운영과 의사·환자 관계, 의료 전문직 간의 관계를 분석하기 위해서 관찰의 방법을 사용하였다. 마지막으로 본 연구는 면접의 방법을 사용하여 질적인 수준에서의 자료를 수집하였다.

2) 연구대상

(1) 제한의료원

본 연구는 대구지역 한의학의 전문화 과정에 대한 연구를 위해서 제한의료원을 연구대상으로 삼았다. 제한의료원을 연구대상으로 선택한 이유는 다음과 같다. 첫째, 제한의료원은 대구지역 최초의 한방병원이다. 1970년에 개원한 제한의료원은 병원급 한방의료기관으로 출발하였다. 1983년 5월 26일 대구한의대학교 대학부속한방병원으로 개원하면서 제한한방병원의 명칭은 대구한의과대학 부속한방병원으로 변경되었다. 그리고 1991년 1월 16일 학교명칭의 변경에 따라 경산대학 부속한방병원으로 변경되었고, 1991년 4월 22일 의료원 체제를 도입하면서 다시 제한의료원으로 명칭이 바뀌었다. 그 후에도 몇 번의 명칭의 변화를 경험하면서 2002년 5월 30일부터 지금의 대구한의대학교 의료원으로 불리게 되었다. 현재 6개의 내과, 2개의 침구과, 신경정신과, 여성외과, 안이비인후과, 피부과, 외과로 의료진이 전문화되어 있다. 본 논문에서는 최초의 병원급 한방병원으로 출발한 제한의료원이 전문화의 관점에서 볼 때 어떤 변화를 겪어왔는지를 고찰하고자 한다.

둘째, 제한의료원은 2004년 1월에 대구가톨릭대학교 대학병원과 국내 대학간 최초로 한·양방 협진체제를 구축하였다. 제한의료원과 대구가톨릭대학교 의료원의 협진체제 구축은 대구·경북지역에서 최초로 이질적인 의료영역 간의 협력체제를 구축하

1) 현재 제한의료원은 진료과목이 전문화되어 있으며, 특히 26가지의 클리닉 운영을 통해서 좀 더 전문화된 의료서비스를 제공하고 있다. 운영 중인 클리닉의 종류는 화병클리닉, 두통 클리닉, 장 질환 클리닉, 보약 클리닉, 만성피로 클리닉, 한방 암클리닉, 비만 클리닉, 통증 클리닉, 구안와사 클리닉, 척추관절 클리닉, 금연 클리닉, 척추교정 클리닉, 관절통증 클리닉, 단식 클리닉, 성장 클리닉, 천식 클리닉, 두드러기 클리닉, 알러지성비염 클리닉, 아토피성피부염 클리닉, 이명 클리닉, 중풍 클리닉, 금주 클리닉, 치매 클리닉, 진전 클리닉(수축 떨림), 수험생 클리닉, 여성 클리닉 등이다.

였다는 점에서 의미를 가지고 있다. 특히 두 대학병원은 의료서비스의 제공에 있어서의 협진체제 구축만을 시도하는 것이 아니라, 운영위원회를 구성하고 진료·교육·연구·행정 등의 각 부분에서 상호 협력을 추진한다는 점에서 시사하는 바가 크다고 할 수 있다. 본 논문에서는 제한의료원이 한·양방 협진체제를 선택하게 된 의료사회학적 환경을 고찰하면서, 전문화와의 연관성을 살펴보고자 한다.

셋째, 제한의료원은 약령시를 비롯한 한의학 전통을 고수하고 있는 대구지역의 대표적인 한의학 교육기관에서 운영하고 있는 종합병원이다. 특히 한의학의 사회적 지위가 확고하지 못했던 1970년대에 개원을 하고, 독립의료체계를 완전히 구축하고 있는 오늘날까지 한의학계의 대표적인 의료기관으로 자리 잡고 있다는 점에서 한의학의 전문화와 대구지역에서의 사례연구의 대상으로서의 의미를 가지고 있다. 따라서 본 연구에서는 한의학의 전문화의 지역적인 특성과 차별화 전략이 존재하는지에 대한 의료사회학적인 분석을 시도해 보고자 한다.

(2) 면접대상의 특성

본 연구에서는 제한의료원의 한의사 및 수련의, 병원행정직원, 한의과대학 재학생, 입원환자를 대상으로 면접을 실시하였다. 이들 가운데 특히 입원환자들의 특성을 분석해 보면, 제한의료원의 특성이 규명될 수 있을 것이다.

Table 1. 입원환자의 특성

구분	성별	연령	진료과목
입원 환자 1	남	62	외과
입원 환자 2	여	56	신경과
입원 환자 3	남	30	내과
입원 환자 4	여	36	부인과
입원 환자 5	여	78	부인과
입원 환자 6	여	63	침구과
입원 환자 7	남	69	내과
입원 환자 8	여	55	신경과
입원 환자 9	여	68	3내과
입원 환자 10	남	51	2내과
입원 환자 11	여	68	5내과
입원 환자 12	남	68	2내과
입원 환자 13	남	70	5내과
입원 환자 14	여	59	내과
입원 환자 15	여	76	2내과
입원 환자 16	여	66	2내과
입원 환자 17	여	70	내과

위의 표에서 알 수 있듯이 입원환자들의 연령은 전체적으로 상당히 높다. 그리고 진료 과목에 따라서 환자를 분류하고 있기는 했지만, 환자들의 대부분은 진료 과목과 관계없이 중풍환자였다. 다음으로 많은 병 증상은 유통환자였고, 그 다음은 신경쇠약 환자로 나타났다. 이러한 특성을 통해서 제한의료원이 조직기구와 한의학의 전문화로 인하여 상당히 분화되어 있었지만, 실제 수요자들의 병 증상은 집중되어 있다는 것을 알 수 있다.

3. 제한의료원의 전문화

1) 지식의 표준화와 직업적 권위의 형성

전문직이 비전문직에 비해서 높은 사회적 지위를 누리며, 강

한 직업적 권위를 행사할 수 있는 요인은 무엇일까? 그것은 전문직이 배타적으로 소유하고 있는 지식에 기반을 두고 있다. 그러므로 전문직 종사자가 되기 위해서는 누구에게나 인정받을 수 있는 표준화된 지식을 습득하는 것이 필수적인 요건이다. 따라서 전문직은 여타의 직업집단과 자신들을 차별화하기 위해서 체계적인 교육과정을 정비하고자 하며, 그러한 체계적인 교육과정 자체가 전문직이 갖고 있는 권위에 대한 정당성을 부여해 주기도 한다. 예를 들어 의과대학 교육과정을 졸업하고 나서 의사 자격증을 따면, 그 자체가 그 사람을 전문가로 인정하는 데 있어서 결정적인 요인으로 작용한다. 그것은 의과대학에서 표준화된 전문지식을 교육받았으며, 그러한 교육이 전문가로 평가를 받는 기준이 된다는 것을 말해준다. 체계적인 교육을 받은 후 전문직 종사자는 자신의 직무영역에서 지식을 적용시켜나가는 과정에서 고객이나 관련 전문직 종사자로부터 자신의 직업적 활동에 대한 정당성을 확보할 수 있어야 한다. 의료영역의 경우, 의사는 의료 기술을 행할 때 환자의 상황이나 기대와는 관계없이 전문적인 지식에 근거한 기술을 행할 수 있다는 인정을 받아야만 한다. 그것은 의료전문직을 배출하는 교육기관이 얼마나 표준화된 지식을 확립하고 있는지와 의료기술 과정에서 얼마나 표준화된 진료를 제공하는지를 통해서 논의해 볼 수 있다.

본 연구에서는, 제한의료원의 한의사들이 어떤 교육체계를 경험했는지, 새로운 지식의 개발에 대한 공인은 어떻게 이루어지는지, 의료기술의 전수 방식은 어떠한지, 기술과정에서 사용되는 지식은 표준화된 것인지 등을 연구함으로써 제한의료원의 지식의 표준화를 살펴 볼 것이다.

한의학의 교육체계는 1980년대에 구성된 전국 한의과대학 '대학교육협의회'에 의해서 1995년 현재의 틀이 형성되었다. 1995년 이전에는 한의학 교육기관으로서 가장 긴 역사를 가지고 있는 경희대학교를 모델로 교과과정을 개설하였다. 이 모델은 의과대학의 교과과정을 기본적인 형식으로 취하고 있었다(대한한의학회, 1996). 오늘날에 이르러서 한의학 교육과정은 전체적으로 볼 때 통일되어 있다. 물론 각 학교별로 교양과목에서는 다른 과목이 개설되기도 하지만, 그 과목들이 차지하는 비율은 아주 낮으며 전공과목 가운데 필수적으로 이수해야하는 과목은 거의 동일하다(이현지, 2000: 76). 이러한 사실은 한의학의 지식형성이 표준화되어있음을 보여준다. 한국과 유사한 한의학의 전통을 가지고 있는 중국의 경우 5년제와 7년제의 학제를 통해서 중의사를 배출하고 있다. 물론 7년제는 석사과정을 포함하고 있지만, 이들이 졸업 후에 중의사 자격시험에 응시할 수 있는 자격을 갖게 되는 것은 동일하다²⁾. 그러나 한국의 경우, 한의사 국가고시

응시 자격은 6년제의 한의과대학을 졸업할 경우에만 가질 수 있다. 한의과대학의 학제와 전문의제도 등은 서구의학을 모델로 하고 있으며, 이러한 영역에서 한의학은 상당한 정도로 표준화를 달성하였다. 의과대학이나 치의과대학의 졸업학점은 160학점에서 165학점 정도이며, 한의과대학의 경우도 160학점 정도로 비슷한 수준을 규정으로 가지고 있다. 한의과대학의 경우 전체 교과과정 가운데 30%정도는 서구의학 관련 교과목이며, 40%는 한의학 관련 전공과목이며, 30%는 원전 의사와 관련 과목으로 구성되어 있다. 한의학의 지식개발은 한의과대학의 교육과 연구 및 임상에서의 연구를 통해서 이루어진다. 새로운 지식은 대부분 한의약을 비롯한 한의학 기술의 효능에 대한 실증적 연구가 대부분을 차지하고 있다. 이에 비해서 원전 이론연구는 양적으로 차지하는 비율이 상당히 낮다. 교육과정을 통해서 습득한 표준화된 지식은 임상현장에서도 표준화된 기술로 나타나야 한다. 그러나 한의학의 경우 기술에서의 표준화는 실제로 측정하기 어려울 뿐 아니라, 한의사들은 기술과정에서 가장 자신있는 방법을 사용한다고 말한다. 다시 말해서 지식의 형성과정은 상당히 표준화되어 있지만, 지식의 사용은 표준화가 어려운 것이 현실이다.

환자를 볼 때, 진맥을 표준화해서 기술한다는 것은 한의학에서는 쉽지 않을 것 같아요. 우리끼리 하는 말로 여러 가지 방법 가운데 자기가 도통한 방법을 쓴다고 말해요. 그래서 한의대생들은 유명한 한의사들 밑에서 사승전수식의 수업을 아직도 받고 있어요. 그렇지 않으면 의사로서의 자신감이 잘 생기지 않거든요(면접대상: 한의사 N).

한의학의 표준화를 위한 노력 가운데 중요한 부분이 진단, 치료법에 대한 표준화의 주장으로 나타나기도 한다. 세계화를 위해서는 표준화가 되어야한다는 주장이다.

일본이나 중국만 해도 침구 혈자리에 대한 국가표준안이 이미 마련돼 있다. 그러므로 우리나라도 정부 차원에서 국가표준안 마련에 나서야 한다. 진단과 치료법에 대한 통일된 기준이 마련돼야 환자들이 한의사 개인의 비방에 의존하지 않는 균일하고 안정된 치료를 받을 수 있기 때문이다(바이오뉴스, 2004년 4월 20일자). 이러한 주장은 한의학지식의 표준화가 한의학의 발전이라는 입장이다. 대부분의 한의학계는 이러한 주장에 부응하여 학교교육을 의과대학을 모델로 하여 표준화하였고, 최근에는 전문의 제도의 도입을 통해서 전문적인 지식과 표준화된 지식에 기초하는 의료 서비스의 제공을 확립하였다. 그 결과 한의학의 지식의 표준화는 한층 높은 수준으로 진전되었다. 그렇다면 이러한 전문화에 대해 임상현장의 의사들은 어떻게 생각할까?

모든 한의사를 전문의로 만들려고 하는 한의학계의 시도는, 한방이 양방과 균등한 위치를 확보하기 위한 방법으로 주장되어진다. 한의사가 모두 전문가가 된다면

2) 중의과대학의 학제와 교육과정은 근대화 이후 사회·정치적인 조건에 의해 여러 차례 변화를 경험한다. 최초의 근대적인 중의학 교육기관은 상해의 중의학전수학교(中醫學專修學校)였고, 도제식 교육방식을 탈피한 학교방식의 집단교육이 실시되었다. 그 후 이러한 집단적 교육은 각 지역에서 점진적으로 확대되었다. 1920년대말 국민당 정부에 의한 중의학 폐지정책 결과 많은 중의학 교육기관은 폐쇄되고, 중의학은 전문적인 위기를 경험하게 된다. 그러나 1949년 공산당 정부는 사회적으로 요구되는 기본적인 의료서비스를 제공하기 위해서 단기간에 양성할 수 있는 중의사 교육제도를 만들면서, 중의학의 부흥을 촉발시킨다. 이러한 정책은 민족의학 부흥이라는 이데올로기적 요소와 결합하여 적극적으로 추진되었다(武澤民, 1999: 76-81). 그 결과 전국에 전문 중의학교육의 장인 중의약원(中醫藥院)이 설립되었고, 1990년 초 교육개혁의 영향의 대표적

인 중의학원 7개소는 중의약대학(中醫藥大學)으로 승격하여 오늘날 전문 중의학 교육을 담당하고 있다. 그러나 여전히 사승전수에 의한 교육도 인정하고 있으며, 다양한 학제를 통해서 중의사를 배출하고 있다는 면에서 한의학의 교육제도와는 차이가 있다.

의료비의 증가가 필연적으로 수반될 것이다. 전문의 제도는 의료기술 개발을 위해서 필요한 것이지만 모든 한의사가 전문의가 될 필요는 없다고 생각한다. 한의학의 객관적인 의학으로 자기 정립을 하고 외부에 한의학을 전파하기 위해서는 전문의제도가 필요하다. 전문의제도에 대해서 기존 한의사들의 반발이 많은 것이 사실이다. 이것은 기본적으로 경쟁에서 자신들의 입지가 점점 좁아지기 때문이다. 현재 전문의제도는 병원의 수련의 보다 일반 한의사들이 전문의 시험에 응시할 수 있는 자격이 까다롭기 때문에 불이익이라고 생각하는 것 같다(면접대상: 수련의 7).

전문제도의 도입에 대해서 한방병원협의회, 대한한의학협회, 한의과대학 학생회 등은 각각 다른 입장을 주장한 바 있다. 전문제도를 찬성하는 입장은 주로 전문제도를 통한 한의학계의 혁신이 한의학의 발전을 가져올 수 있을 것이라고 주장하고 있다. 반면, 반대하는 입장에서는 전문제도는 의료수가를 높이고 한의학의 외철학과는 상반되는 의료영역의 세분화를 초래함으로써 진정한 한의학의 발전을 기대할 수 없다는 입장이다. 그러나 전체적인 대세는 전문제도가 한의학의 철학적인 토대와는 맞지 않지만, 현대사회에서 양방과의 경쟁에서 적응력을 가지려면 불가피하게 선택해야 한다는 입장을 보이고 있다.

모두 전문의가 될 필요는 없다고 생각한다. 종합병원에서는 전문의제도가 물론 필요하지만, 일반 진료를 하는 동네병원에서는 전문의가 필요 없다고 생각한다. 양방이든 한방이든 동네병원에서는 간단한 질병을 고쳐주고, 문제가 있으면 큰 병원으로 옮겨주는 역할을 하면 된다고 생각한다. 동네병원까지 전문의가 진료하게 되면, 의료수가가 높아지게 되고 부담은 결국 국민이 가지게 된다(면접대상: 학부생 7).

면접을 통해서 수집하게 된 전문의제도에 대한 한의학계의 입장을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 전문의제도가 의료비를 높이는 결과를 초래하는 반면 의료의 수준을 높이는데 크게 기여하지 못할 것이라는 입장이다. 둘째, 한방과 양방 모두 일반병원에서 전문의 진료가 필요하지는 않다는 것이다. 셋째, 양방과의 경쟁을 위해서 한방에서도 전문의제도를 도입할 수밖에 없다는 입장이다.

2) 면허제도와 독점

전문직은 자신들의 직업영역에서 독점을 유지하기 위해서 국가가 인정하는 면허제도를 확립하게 된다. 한의사들은 1951년 9월 국민의료법이 공포되면서 법적인 지위를 가지게 되었다. 한의사 면허제도의 확립과정에는 한의사집단의 적극적인 노력이 결정적인 기여를 하였다(이현지, 2000: 79-83). 그 결과 한의사집단은 국가가 공인하는 면허제도를 가지게 되었다. 즉 전문직으로서의 지위를 가질 수 있는 면허제도를 확립했으며, 한의사 자격에 대한 통제권에 영향을 미치고 있다. 이러한 상황이 한의학시

장의 독점권을 한의사들에게 보장해 주고 있다. 그러나 한의사들은 면허범위에 있어서, 많은 제약을 갖고 있다. 의료기사업 제1조에는 의사, 치과의사에게만 의료기사업에 대한 지휘권을 부여하고 있다. 따라서 한의사는 의료기사업에 대한 지휘권을 가지고 있지 않다. 그러므로 실제 임상에서의 필요여부와는 관계없이 한의사가 의료기사를 채용하는 것은 불법으로 간주되고 있다. 그러나 현실적으로 임상의 필요에 의해서, 한양방 협진체제를 병행하면서 양방 진료실의 공간을 이용해서 의료기사를 채용하고 있는 실정이다. 이러한 현실은 의사집단이 지속적으로 자신들의 독점권을 유지하기 위해서 한의사집단의 의료기사업 지휘권에 반대를 하고 있기 때문에 발생하고 있다. 면허제도에서 정해진 권한에 있어서도 여타 의료집단과의 충돌이 발생하기도 한다. 실제로 한의사들은 한약처방에 있어서 한의사의 면허영역에 약사집단과 한약사집단의 침입현상이 나타나고 있는 것으로 보고 있다.

현재 약국에서 탕약을 제조할 수 있는데 이것은 이익 집단 간의 기득권 싸움에서 한의사집단이 약사집단에 쪼기 때문이다. 그리고 한약사 시험에 합격하면 100가지 처방에 한하여 약을 제조하게 규정되어 있는 것도 지켜지지 않는 실정이다(면접대상: 수련의 7).

현실적으로 한의사들은 현대의학의 영역에서는 의사집단보다는 면허권에 있어서 더 많은 제한을 받고 있으며, 전통의학 영역에서는 한약사, 한약업사, 침구사 등과 직무영역에서 충돌하고 있는 실정이다(이현지, 2000). 직무영역의 충돌은 전문직간의 갈등의 핵심적인 요인으로 작용하고 있으며, 집단이익과도 직결되어 있다.

제한의료원의 경우 의료원 내에 양방진료를 담당하는 대구제한병원을 두고 있다. 이 대구제한병원에서는 신경외과, 소아과, 내과의 진료를 서비스하고 있으며, 임상병리실, 방사선실, CT실, 수술실, 종합검진실 등 전문적인 의료 기술을 갖추고 있다. 그러나 실제로 한방진료의 많은 부분에서는 의료기사의 지휘권을 필요로 한다. 혈액검사를 할 경우에는 임상병리기사가 필요하고, 한방내과·침구과 등에서는 X-ray기사가 필요하며, 침구과와 한방내과의 중풍환자의 치료에는 물리치료기사가 절대적으로 필요한 것이 현실이다. 따라서 제한의료원에서는 한방치료에서 필요로 하는 의료기사 관련 서비스는 대구제한병원이라는 양방병원의 영역 속에서 제공하고 있다. 이러한 현실은 의사집단의 이기적인 면허범위 선점에 의해서 빚어지는 비합리적인 결과라고 할 수 있다. 이러한 시술과정에서의 직무영역에 대한 제한 외에도 한의대 학생들은 한의학의 근대적 교육을 실시해 온지 50년이 넘는 최근 몇 년까지도 공중보건의로 복무하는데 자격제한을 받아왔다.

지금은 한의대생도 공중보건의가 될 수 있지만, 얼마 전까지만 해도 한의 공중보건의가 없었기 때문에 군복무를 하고 오면 그전에 배운 것을 모두 잊어버리는 게 현실이었다. 한의 공중보건의가 생겼지만 현실적으로 소비자들의 수요를 충족시키기에는 턱없이 부족한 실정이다.

3) 의료기사는 임상병리사, X선기사, 물리치료기사, 작업치료기사 등이 있다.

다(면접대상: 수련의 나).

우리 대학의 경우 2002년부터 한의대 남학생들은 자신이 원하면 대부분 공중보건의로 갈 수 있게 되었다. 예전보다는 한의사들이 공중보건의로 갈 수 있는 기회가 많아졌다. 그런데 아직까지 진료환경의 면에서는 문제가 많다고 들었다(면접대상: 학생 다).

위의 면접에서 나타나듯이 공중보건의 자격에 대한 제한은 한의대 학생들에게 의사가 되는 과정에서 큰 장애 요소가 되었다. 그러나 2002년부터 한의대학 남학생들은 원한다면 대부분 공중보건의로 복무할 수 있게 환경이 변화되었다.

3) 직업 이데올로기와 직업지위

대부분의 전문직은 직업 이데올로기의 확립을 통해서 전문직으로서의 독점을 정당화하려는 노력을 한다. 왜냐하면 직업 이데올로기가 설득력을 가질수록 직업영역에 대한 전문직의 지배는 정당성을 가지게 되며, 전문직의 재생산에 대한 사회적 필요성도 획득하게 되기 때문이다. 그러므로 전문직이 어떤 직업 이데올로기를 가지고 있는가 하는 것은 전문직의 직업지위와 직결되는 중요한 요소이다. 한의사들은 어떤 직업 이데올로기를 가지고 있을까? 한의사들과의 면접연구를 통해서 다음과 같은 사실을 분석할 수 있었다. 한의사들은 한의학의 발전이 민족의학의 부흥이라고 생각하고 있다. 그리고 민족의학의 부흥에 이바지하는 것에 대해서 상당한 자부심을 가지고 있다.

...우리나라 사람들은 동양적인 사고를 가지고 있어서 한방적 이해가 빠른 편이다. 그러므로 양방보다 한방이 우리에게 맞으며, 한의사는 우리의 것을 가지고 우리를 치료한다는 자부심을 가지고 있다(면접대상: 수련의 나).

한의사협회 등의 한의사집단은 한의학의 직업 이데올로기를 확립하기 위해서 한의학(韓醫學)의 특수성을 주장하였다. 1986년 의료법 개정을 통해서 한(漢)의학으로 표기되었던 것을 한(韓)의학으로 변경하였다. 이 과정에서 한의사들은 한국 한의학의 독자성을 강력하게 주장하며 있다. 그러나 제한의료원의 한의사들은 한학을 다른 동아시아 전통의학⁴⁾과 차별화하고자 하는 생각은 드러내지 않았다. 오히려 의학과와의 비교를 통해서 한의학의 장점이나 특징을 설명하고자 하는 입장을 공통적으로 가지고 있었다. 한의학의 특징을 묻는 질문에 다음과 같이 답하였다.

한의사는 자기가 공부한 것에 경험과 지식을 계속 축적 시킴으로써 세월이 지날수록 더 나은 한의사가 될 수 있다. 그에 반해 의사는 그때그때의 새로운 기술과 지식에 맞추어 가는 사람을 우수한 의사라고 여기며, 자신이 예전에 공부하고 이용한 오래된 기술은 낡은 것이 되어버려

서 오로지 새로운 기술배우기에 급급하다. 그리고 나이가 든 의사일수록 시대의 흐름에 발맞추지 못 한다는 이유로 젊은 후임들에게 무시를 받기 쉽다(면접대상: 의사 가).

한의사들은 의학보다는 한의학이 축적된 경험을 중시할 수 있다는 점과 오랜 전통을 가지고 있는 의학이라는 측면에 상당한 자부심을 가지고 있었다.

...한의학과 서구의학은 근본적으로 다른 것이라는 생각이 든다. 서구의학은 모든 것을 나누어서 보는 경향이 있으며, 한의학은 음양의 균형과 모든 것에 대해 친화적이다. 물론 통계적인 것은 서구의학이 우수한 것이 사실이지만, 내 생각에 한의학의 치료가 더욱 입체적이고 우수하다고 본다(면접대상: 한의사 나).

위에서 주장하듯이 한의사는 의학보다는 한의학이 의학적으로 우수한 측면이 있다고 생각한다. 이러한 자부심이 하나의 직업 이데올로기로 형성되고, 한의사집단 내부에서 통용된다면 더욱 확고한 전문직의 지위를 차지할 수 있을 것이다. 면접에 응해준 한의사들은 '민족의학'이라는 한의학의 이데올로기를 신념으로 가지고 있었으며, 전통의학이라는 자부심도 높았다.

한의사들의 직업 이데올로기는 라슨의 논의를 분석틀로 볼 때, 1차적인 이데올로기의 형성의 완성이라고 볼 수 있다. 그러나 전문직이 진정한 직업 이데올로기를 형성하게 되는 것은 외부집단에서 그들의 직업 이데올로기를 인정하고, 그것이 전문직의 직업지위를 평가하는데 영향을 미칠 때라고 할 수 있다. 그러나 한의사들이 가지는 직업 이데올로기와는 달리 환자들은 아주 현실적인 이유에서 한방병원이용을 결정하는 것으로 나타났다.

한방이나 양방이나 둘 다 공부 열심히 하고 환자도 계속 잘 봐 온 의사선생님들이 진료하는데 다 잘하죠. 한방이 양방보다 낫다는 것 보다는, 병이 급하고 수술할 때는 양방에 가는 것이고, 허리를 비꿨었다든가 풍이 왔든가 하면 한방으로 오고 그렇죠. 때에 따라서 어떤 병인가에 따라서 결정하는 것 같아요(면접대상: 디스크 환자, 46세).

위의 면접내용에 나타나듯이 환자들이 한의사에 대한 신뢰를 가지는 이유는 한의학의 직업 이데올로기의 영향 보다는 한의과대학에 대한 신뢰와 지식표준화에 의한 권위가 더 큰 작용을 하고 있는 것으로 보인다. 그러므로 한의사들이 한의학의 부흥과 발전 및 직업지위에 대한 이데올로기적 근거로 주장하는 '민족의학의 부흥', '한(韓)의학의 독자성' 등은 그들이 서구의학과 갈등관계에 있을 때는 직접적으로 직업지위 결정에 영향을 미쳤지만, 현대사회에서의 지위결정에는 결정적인 요인으로 작용하지 못하고 있는 것으로 평가할 수 있다.

이런 결과는 오늘날 한의사집단이 주장하는 직업 이데올로기가 한의사의 직업지위를 정당화시켜주는데, 큰 작용을 하지 않는 것으로 볼 수 있다. 따라서 한의사집단은 새로운 직업 이데올

4) 한의학(漢醫學)의 전통을 공유하고 있는 동아시아 전통의학은 중국에서는 중의학(中醫學), 일본에서는 황한의학(皇漢醫學) 또는 화한의학(和漢醫學) 등으로 발전하였다.

로기를 구상하고 형성해 나가는 노력을 기울여야 할 것이다.

한의학은 어떤 대안적인 직업 이데올로기를 구상할 수 있을까? 지금까지 한의학의 발전이 서구화의 추구로 이루어진 탑이라는 사실을 인정한다면, 전통의학의 특수성에 기초한 새로운 과학 패러다임을 형성하는 것이 한의사집단의 직업지위를 인정해 줄 수 있는 새로운 이데올로기가 될 수 있을 것이다.

4) 조직활동과 한의사 지위

전문직에게 있어서 조직활동은 중요한 의미를 가진다. 전문직으로서 가지는 직업적 권위와 권력의 대부분은 전문직의 조직활동 과정에서 재생산된다. 따라서 대부분의 전문직은 조직활동의 강화를 통해서 직업지위를 강화하고자 노력한다. 한의사들은 한의사로서 직업지위를 유지하기 위해서는 대한한의사협회에 의무가입을 해야 한다. 그리고 대한한의사협회의 조직활동 가운데 많은 부분은 협회 내부 정보로 제한되고 있다.

전문직의 사회적 지위는 지식에 대한 신뢰에서 초래한다. 그러므로 전문직은 지식에 대한 통제와 재교육을 중요시 하는데, 이런 통제와 재교육은 전문직 집단이 담당한다. 한의학계에도 보수교육에 대한 통제권을 협회에서 가지고 있다. 원래 보수교육은 의사집단이 새로운 의학지식을 보충하는 교육기회를 제공하여, 의료전문직으로서 지식수준을 유지하는데 목적이 있다. 그러나 현재 시행되고 있는 한의학 보수교육은 이러한 역할보다는 관리의 편의성을 추구하는 보건복지부의 이해와 회원관리와 회비확보를 필요로 하는 협회의 이해관계가 맞물려서 단순한 정보교류의 장으로서의 역할을 하고 있는 실정이다.

한의사들은 대한한의사협회는 조직활동을 통해서 한의사들이 가지는 직업적인 권위를 재생산하게 된다. 대한한의사협회는 조직의 내부와 외부에 대한 엄격한 관리를 통해서 내부의 위계질서를 재창출하고, 외부집단과는 차별화를 확대해 나가는데 이바지 한다. 이러한 현상은 전문직의 하부단위에서도 유사하게 드러난다. 제한의료원의 운영과 관리에는 다양한 방식의 이러한 위계질서가 내재해 있는 것을 면접연구를 통해서 알 수 있었다.

한의학과는 다른 과보다는 위계질서가 잡혀있고, 교수님이라고 해서 편하게만 대할 수는 없다. 왜냐하면 졸업을 해서 병원으로 들어가면, 교수님은 교수님이 아니라 곧 선배님이다. 일반 대학보다는 약간 어려운 면도 있는 것 같다(면접대상: 학생 리).

전문직 조직은 내부적인 위계질서가 비교적 엄격하다. 조직 내의 위계질서는 전문직 직업영역내의 직업질서를 유지하는 역할을 하기도 한다. 특히 전문직 관련 직종 간에는 엄격한 직무의 구분과 위계적인 서열이 존재하는 것이 일반적이다. 특히 관련 의료전문직 간의 조직 내부 위계질서는 더욱 엄격하게 드러난다.

호칭이나 태도 등 권력관계는 병원 내에서 위계질서가 철저한 편입니다. 학교 다닐 때는 교수님이라고 부르던 사람을 병원에서는 과장님이라고 불러야 하니, 좀 어색하기도 합니다. 우리 병원에서는 간호사에게는 나이와

관계없이 '○○간호사'라고 부릅니다(면접대상: 전문수련의 디).

의사들과 간호사, 병원직원들은 사적으로 친밀하게 지내지 못하는 권력구조가 있습니다. 같은 직종끼리만 어울리는 경향이 있습니다(면접대상: 총무과 기).

제한의료원의 경우, 의사와 간호사는 상호 높임말을 쓰지만 일반적으로 의사들이 간호사를 부를 때는 이름 뒤에 간호사라고 호칭한다. 이러한 조직 내 위계질서는 의료 전문직 간의 권력과 지위를 차별화 해주는 중요한 기제로 작용한다. 병원 조직의 관료적 성격을 반영하고 있는 측면이라고 할 수 있다. 그러나 제한의료원의 경우, 일반적인 종합병원에서는 흔히 찾아 볼 수 있는 의사-환자 간의 관계에서 드러나는 권위적인 관계는 잘 드러나지 않았다. 의료진들은 환자에게 공손한 존대어를 사용했고, 병 증상에 대한 설명도 최대한 자세히 하는 것으로 관찰되었다. 이러한 현상은 여러 가지 의료환경의 조건으로 설명할 수 있을 것이다. 먼저, 오늘날 의료시장의 조건을 고려하면 의료영역은 더 이상 전문직의 권위를 행사할 수 있는 안전한 영역이 아니라는 현실을 반영하는 것이다. 둘째, 제한의료원의 경우 입원환자들의 연령이 상당히 높고 한방병원이라는 특성이 환자들에 대한 존중으로 나타났다고 할 수 있다. 제한의료원에서 면접을 한 환자들의 대부분은 의사나 간호사가 친절하다고 칭찬을 했고, 특히 간호사들의 따뜻한 태도에 크게 만족하였다. 전문직은 직업집단을 중심으로 전문직의 지위향상과 발전을 위해서 지속적인 노력을 기울인다. 한의사집단도 대한한의사협회를 주축으로 왕성한 활동을 하고 있다. 그리고 학술활동은 주로 대한한의학회 산하에 26개의 정회원학회와 2개의 준회원학회를 중심으로 이루어진다. 보수교육규정에 의하여 매년 의무평점 3점, 일반평점 5점을 이수하여야 한다. 따라서 한의사들은 본인 전공의 학회를 중심으로 활동하되, 많을 경우는 10여개의 관련 학회에 참가하기도 한다. 이처럼 한의사들이 학회활동에 적극적인 참여하는 것은 한의사 조직이 강력하게 한의사 지위에 영향을 미치고 있기 때문인 것으로 설명할 수 있다.

결 론

본 연구에서는 제한의료원을 대상으로 한의학의 전문화가

- 5) 병원을 관찰하면서 환자들이 의료서비스에 상당히 만족한다는 것을 느낄 수 있었다. 특히 제한의료원에는 3층에 '보호자 없는 병동'이 운영되고 있었는데, 간호사들이 친절하고 가족과 같은 분위기 때문에 칭찬이 많았다. 실제로 '보호자 없는 병동'에는 간호사들이 직접 만든 종이접기 액자와 화분, 그림 등이 따뜻한 분위기를 만들고 있었으며, 간호사들이 매우 친절하고 상냥하였다.
- 6) 한의사 보수교육은 보건복지부령에 준하여 한의사협회가 관리하고 있다. 한의사들은 1년에 8점의 평점을 이수하여야 하며, 의무평점은 학회활동에 대한 1점과 시도지부 한의사회에서 평가하는 2점이며, 일반평점은 선택적으로 가입한 학회에서 최대 4점까지 이수가 가능하고 1점은 한의사협회에서 주관하는 전국규모의 학술대회를 통해서 이수하여야 한다. 이러한 보수교육에 대한 규정을 위반할 경우에는 의사면허에 대한 제약이 가해지므로 현실적으로 한의사협회가 강력한 조직적 규제권을 가지고 있는 것으로 평가할 수 있다.

어떻게 이루어졌는가에 대하여 살펴보았다. 전통의학인 한의학 의료기관인 제한의료원은 서구적인 전문화 요건을 충족하면서, 현대적인 종합병원으로써 지위를 갖게 되었다. 그러나 전문화 과정에서 서구적인 의료기관과는 다른 특징을 보여준다는 점에서 의료사회학적으로 흥미로운 연구대상이라고 평가할 만하다. 제한의료원의 전문화 과정에 대한 연구를 통해서 한의학 의료전문직의 전문화는 서구 의료전문직의 전문화와는 다른 특징이 있다는 점을 알 수 있었다.

본 연구의 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 제한의료원의 한의사들은 표준화된 지식을 교육받고 공유하고 있었다. 하지만 그들의 기술이 표준화되었는가에 대해서는 명확한 답을 하기가 쉽지 않다. 한의학 지식과 관련된 많은 부분에서 표준화가 추구되었지만, 한의학이 가지는 독자성 때문에 기술의 표준화를 달성하는 것은 쉽지 않은 것 같다. 오히려 무리하게 기술을 표준화하는 것은 한의학의 독자성을 무시하는 결과를 초래하기가 쉬웠다. 둘째, 제한의료원의 한의사들은 면허제도를 통해서 한의학 영역에 대한 독점권을 획득하였다. 그러나 한의사의 면허범위에는 상당한 제한이 남아 있다. 예를 들면, 한의사들은 의료기사 지휘권이 없다. 이러한 면허범위의 제한으로 인해서 제한의료원에서는 종합병원 내에 양방 진료과를 설치하여, 의료기사에 대한 수요를 충족시키고 있었다. 셋째, 제한의료원의 한의사들은 스스로 한의사로서 상당한 자부심을 가지고 있었다. 그 자부심의 밑바탕에는 민족의학의 발전과 부흥이라는 사명감이 존재했다. 그러나 한의사들의 직업 이데올로기와는 달리 환자들이 제한의료원을 찾는 이유는 한의학이 민족의학이기 때문이 아니라는 것을 면접조사를 통해서 알 수 있었다. 환자들은 한의학도 제도적인 교육을 받은 훌륭한 의사들에 의해서 시술되고, 중풍이나 만성질환의 경우 한의학이 서의학에 비해서 훨씬 큰 효과를 얻을 수 있기 때문에 한의학을 이용한다고 응답하였다. 이런 응답 결과는 환자들이 한의학의 직업 이데올로기보다는 실용적인 이유에서 한의학을 신뢰하고 이용한다는 점을 잘 보여준다. 넷째, 제한의료원 내부의 조직적 위계와 질서는 여타의 의료집단의 관료적인 질서와 유사하다. 의사와 간호사, 의사와 수련의 등의 관계는 매우 위계적이며, 권위적인 질서를 유지하고 있었다. 그러나 기존의 의료집단에서 의사와 환자 사이에 드러나는 위계적이고 권위적인 관계는 아주 약하게 나타났다. 의사들은 환자들에게 존댓말을 사용하고, 환자의 병 증상에 대한 설명에 귀를 기울이는 자상한 모습을 보여주었다.

이상과 같이, 제한의료원에 대한 사례 연구를 통해서, 본 연구는 한의학의 전문화 과정이 서구의학의 전문화 과정과는 다른 특징들이 있음을 발견하였다. 이런 연구결과를 통해서 향후 전문직의 사회학의 발전에 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

감사의 글

본 연구는 한국학술진흥재단의 지방대학육성사업의 지원에 의하여 연구되었습니다.(KRF-2003-002-B00169)

참고문헌

1. 김종인. "공공부문에의 한의사 배치에 대한 타당성 평가." 원대논문집 29: 629-653, 1994. .
2. 나바로(Vicente Navarro). 현대자본주의와 보건의료. 보건과 사회연구회 편. 한울, 1995.
3. 대구광역시한의사회. 21세기를 대비한 한의학발전방안. 대구광역시한의사회, 1998.
4. 대한한의사협회. 대한한의사협회 40년사. 대한한의사협회, 1989.
5. 대한한의사협회. 2000년도 신입회원 오리엔테이션. 대한한의사협회, 2003.
6. 대한한의학회. 한의과대학 학습목표 - 임상의학편. 대한한의학회, 1995a.
7. 대한한의학회. 한의과대학 학습목표 - 기초의학편. 대한한의학회, 1995b.
8. 武釋民. "현대중의학 성립전야의 배경." 동양의학 73: 76-81, 1999.
9. 문창진. 보건의료의 사회학. 신광출판사, 1997.
10. 맥도널드(Keith M. MacDonald). 전문직의 사회학. 권오훈역. 일신사, 1999.
11. 박계조 편. 한의학은 부흥할 것인가. 학민사, 1997.
12. 박용신. "전문 한의제도에 대한 한의사 의식 조사 및 도입 방법에 관한 연구." 원광대학교 석사학위논문(미간행), 1996.
13. 반채홍. "한의 전문의제도." 의림 45: 9, 1999.
14. 변성희. "한의약 관련 자료 수집 및 분석." 인터넷상 한의약 학술정보시스템 구축 및 검색도구개발. 경산대학교 한의과대학(미간행), pp. 19-36, 1999.
15. 보건복지부. 한방치료기술연구개발사업 안내. 보건복지부, 1999.
16. 보건복지부. 보건복지백서. 보건복지부, 2003.
17. 보건복지부·한국보건의료관리연구원·보건의료기술연구기획평가단. 보건의료 기술연구 개발사업 안내. 보건복지부, 1996.
18. 성낙진. "한국 전문의 제도의 도입에 관한 연구." 서울대학교 보건대학원 석사학위논문(미간행), 1992.
19. 송진옥. "한의사의 전문직업성 연구." 서울대학교 보건대학원 석사학위논문(미간행), 1994.
20. 스타(Paul Starr). 의사, 국가, 기업. 이종찬 역. 명경, 1994.
21. 스타(Paul Starr). 의사, 시장, 병원. 이종찬 역. 명경, 1996.
22. 신민규. "동서의학의 인간관과 질병관." 동서의학의 만남과 삶의 질. 아산 사회복지사업재단, pp. 65-81, 2000.
23. 신순식. "해방후 한의약학(1945~1994년)." 한국한의학사 재정립. 한국한의학연구소, pp. 204-306, 1995.
24. 이민정. "한방 의료 기관의 의료기 보유 및 사용 현황." 서울대학교 보건대학원 석사학위논문(미간행), 1998.
25. 전병재. 한국사회의 전문직업성 연구. 사회비평사, 1995.
26. 조병희. 의료문제의 사회학. 태일사, 1999.
27. 조병희. 의료개혁과 의료권력. 나남출판, 2003.
28. 존슨(Benton Johnson). 사회과학의 구조기능주의: 탈콧트와 아스스 이론의 이해. 박영신 역. 학문과 사상사, 1983.
29. 홍승표. "근대화 과정에서의 전통 의료 제도(한방)에 대한 연

- 구.” 사회연구 1: 81-94, 1991.
30. 홍승표. “20세기 동아시아 전통 의료 제도의 지위 변화와 그 요인에 관한 연구.” Max Weber와 사회학 연구, 이순구교수 정년퇴임기념논문집간행위원회, pp. 277-294, 1992.
 31. Abbott, A. D. *The System of Professions*. Chicago and London: University of Chicago Press, 1988.
 32. Barnett, J. R., P. Barnett, and R. A. Kearns. “Declining Professional Dominance?: Trends in the Proletarianization of Primary Care in New Zealand.” *Social Science and Medicine* 46: 193-207, 1998.
 33. Branate, T. “A Theory of Professional Types and Professional Waves: The Case of Sweden.” Paper presented at the I.S.A. conference on Professional Identities in Transition. Gothenburg, 1998.
 34. Coburn, D., E. Willis. “The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy.” *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, edited by Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick, and Susan C. Scrimshaw. London: Sage, 2000.
 35. Dohler, M. “Physicians’ Professional Autonomy in the Welfare State: Endangered or Preserved?” in *Controlling Medical Professionals*, edited by G. Freddi and B. W. Bjorkman. London: Sage, 1989.
 36. Freidson, E. *Professionalism Reborn*. Cambridge: Polity Press, 1994.
 37. Hong, S. P. “Traditional Korean Medicine in the Modernization Process: Institutional and Attitudinal Changes” Ph. D. Dissertation, Iowa State University(unpublished), 1989.
 38. Larson, M. S. *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press, 1977.
 39. Larson, M. S. “Professionalism: Rise and Fall.” *International Journal of Health Services* 9: 607-627, 1979.
 40. Parsons, T. “The Professions and Social Structure.” *Social Forces* 17: 457-67, 1939.
 41. Saks, M. “The Role of Professions: Power, Interests and Causality.” pp. 103-115 in *Health Professions and the State in Europe 1995*, edited by Johnson, Terry, Gerry Larkin, and Mike Saks. USA & Canada: Routledge, 1995.
 42. Son, A. H. K. “Modernization of Medical Care in Korea (1976-1990).” *Social Science and Medicine* 49: 543-550, 1999.
 43. Southon, G., J. Braithwite. “The End of Professionalism?” *Social Science and Medicine* 46: 23-28, 1998.
 45. 대한의사협회. 2004. 「의협홍보실」. <http://www.kma.org>.
 46. 대한한의학협회. 2004. <http://www.koma.or.kr>.
 47. 의학연구소. 2004. <http://www.medindex.org>.
 48. 생물학연구정보센터 바이오뉴스(<http://bric.postech.ac.kr>), 2004년 4월 30일자.