

(참여)정부의 보건의료 Infra개편과정에서 한의학의 참여방안[†]
-공공의료를 중심으로-

이 선 동

상지대학교 한의과대학 예방의학교실

Roles of Korean Medicine in Restructuring
Public Health Service of Korea

Sun Dong Lee

Department of Preventive Medicine, College of Oriental Traditional Medicine, Sangji University

Abstract

Current Korean medical system is evaluated as inefficient and the government is planning a new medical development plan to provide guaranteed life-long medical service and more efficient medical system. Korean medicine also needs to participate as the primary medical provider and strengthen public recognition. The needs for active participation are essential to prevent irrational medical policies and Korean medicine can exercise medical merits. When the doctors of Korean medicine are recognized as the primary medical provider, not only social rights are served but also provide medical service to less privileged sector of the society. This calls for the establishment of system for attending physician and public health doctor from Korean medicine. Another important issue is the establishment of public medical service at the government level. Doctors of Korean medicine should be posted at the national health center and other public hospitals. Revision of the current policies on Korean medicine must be made to yield concrete outcome of the public Korean medicine service as well as cooperation between the conventional allopathic medical community and the Korean medical community

Key words : Korean Medicine, Restructure, Public Health Service, Korea

* Corresponding author : Sun Dong Lee, Department of Preventive Medicine, College of Oriental Traditional Medicine, Sangji University. e-mail: sdlee@mail.sangji.ac.kr or sdlee1012@hotmail.com
Tel: 82-33-730-0665, Fax: 82-33-730-0653 C.P.: 011-9188-0025

† 본 논문은 2005년도 상지대학교 교내연구비지원으로 인해 이루어졌음을 밝힘.

1. 서론

보건의료의 1차적 기능은 인간의 질병치료와 건강 보호, 향상에 있다. 보건의료를 통해서 제공되는 서비스는 사람을 직접대상으로 하는 것과 생활환경을 건강에 적합하도록 조성하기 위한 사회 및 환경보건서비스로 구분하는데 前者를 의료서비스라고 한다. 이러한 관점에서 볼 때 의료서비스는 건강보호와 향상을 1차적 과제로 삼고 질병에 대처하여 직접 사람들에게 행하여지는 모든 조처라고 정의할 수 있다.¹⁾

이 문제를 해결하는데 필요하다면 가능한 모든 수단을 동원하고 최대한 활용해야 할 것이다. 그리고 국가는 이것을 보장해 주어야 한다. 한의학은 우주내에 존재하는 모든 생명체의 가치와 존재를 아우르는 통일체적 생명관을 바탕으로 하여 주로 한의학적인 진단과 치료수단을 통하여 의료행위를 하고 있다.²⁾ 현재 활용할 수 있는 최선의 방법으로 질병치료와 고통의 문제를 해결해야 하는 것은 당연하다. 따라서 이를 보장하는 법·제도적 장치뿐만 아니라 국가와 사회, 국민의 심리적 또는 역사·문화적 지지도는 매우 중요하다.

우리나라의 의료체계는 매우 비효율적인 것으로 알려져 있다. WHO가 발간한 World Health Report 2000³⁾에 의하면 우리나라 보건 의료체계의 수행능력은 건강수준을 기준으로 할 때 191개국 중 107위, 보건의료체계를 기준으로 할 때는 58위로 낮은 수준을 보여주고 있다. 이는 우리나라 보건의료체계가 투입된 자원에 비해 그 산출물이 신통치 않다는 사실을 보여준다. 의료체계의 비효율성은 장차 보건의료수요에 대한 수요가 기하급수적으로 증

가하게 되면 의료체계를 위기상황으로 빠뜨릴 수 있기 때문에 시급히 해결책을 모색해야 한다. 이러한 이유 때문에 참여정부에서는 보건 의료발전계획을 마련하면서 평생 국민건강관리체계의 구축, 보건의료서비스 보장성 강화, 보건의료체계의 효율화, 보건산업의 경쟁력 제고 및 보건의료 발전을 위한 기반 구축 등의 기본방향을 제시하고 있다.^{4),5),6)}

그동안 한의계에서는 한방 공공의료에 대한 지속적인 관심이 있어 왔다. 한의사의 보건(지)소 배치와 공중보건한의사제도의 도입, 국립의료원내 한방 진료부 설치 등과 같은 한의계의 숙원 사업이 이루어졌으나 아직까지 공공의료 체계 안에서 한의의료의 역할은 미미한 수준이다. 더구나 참여정부 하에서 이루어지는 공공의료 분야의 인프라 개편 과정에서 한의의료의 참여는 논의조차 되지 않고 있다.⁷⁾

따라서 허브보건소사업 등 한방 공공의료의 영역에서 1차 의료로서 역할을 증대시킬 수 있는 방안이 무엇인지 알아 볼 필요가 있다.^{8),9)} 한의의료의 공공의료에 참여하는 것은 한의학의 과학화와 표준화를 위해서 대단히 중요한 일이다. 한의의료의 대중화를 이루기 위해서도 정부의 공공의료에 대한 투자에서 제외되어서는 안된다.

이 연구는 참여정부의 공공医료를 강화하기 위한 인프라 개편과정에서 한의의료의 참여할 수 있는 정책 방안이 무엇인지를 알아보는 데 있다.

2. 연구의 배경 및 필요성

“보건의료 및 사회복지서비스의 인프라 확충”은 참여정부의 10대 국정과제 중 하나인 “참여복지와 삶의 질 향상”을 위한 정책과제의 하나이다.^{4),5)} 보건의료의 인프라 확충이 제기

되게 된 것은 그동안 우리나라 보건의료가 불균형적인 형태로 발전해 왔고 앞으로도 그러한 방향으로 전개될 경우 의료비 증가와 의료보장성 취약 등 비효율적 운영에 따라 향후 우리나라 의료체계의 지속성 자체에 심각한 위협이 예상되기 때문이다. 이제 보건의료 인프라의 개편은 의료보장제도의 보장성 강화를 위한 전제조건이자 우리나라 의료체계의 지속성을 위한 필수조건이 되고 있다.

보건의료 인프라 개편의 주된 방향으로 정부의 역할, 재조정과 연계를 강화하는 것으로써 세부 방안을 보면, 첫째, 공공의료의 강화, 둘째, 1차의료의 강화, 셋째, 의료기관의 역할 재설정(의원/병원, 급성병상/만성병상), 넷째, 공공과 민간의 협력강화, 다섯째, 보건과 복지의 연계 강화, 여섯째, 한·양의간 교류강화 등이다.^{4),5)}

한의학의 경우 ‘한·양의간 교류강화’등 일부 사안이 인프라 개편방안에서 언급^{9),10)}되고 있으나 공공부문에의 참여가 미진하고 관련된 기초연구가 이루어지지 않는 상황에서 심도 있고 구체적인 논의가 이루어지지 않고 있다. 현재 한의의료는 교육, 면허, 기술의 제도화를 통해 이원적 의료제공의 한 부분을 담당하고

있는 바, 전체 건강보험 진료비의 약 6.1% (2004)을 차지하고 있으며¹¹⁾, 한의사수로는 우리나라 전체 의사 인력의 약 12%를 차지하고 있어 보건의료의 구조재편과정에서 포괄적으로 고려해야할 분야이다.¹¹⁾ 한의의료는 엄격히 양방과 분리된 제도로 존재하는 현실에서 인력, 시설 등이 양방보다 더 전적으로 민간에 치우쳐 있고, 한의의료 인력간의 역할 정립이 미진하여 자원 활용측면에서의 비효율성이 더욱 높아질 가능성을 가지고 있다.

3. (참여)정부의 보건의료체계 개편 방향

보건의료서비스제공의 주요 목적인 의료의 필요성과 목적에 알맞은 효율성과 형평성을 달성할 수 있도록 개편되어야 한다. 보건의료체계는 관리, 자원, 재정, 조직, 의료제공 등 5가지 요소로 구성되어 있고 의료체계의 밖에는 국민들이 존재하고 있다. 따라서 보건의료체계의 목표는 국민들의 의료욕구를 파악하여 보건의료체계를 효율적으로 운영하여 국민들의 건강을 보호하고 증진함을 궁극적인 목표로 하고 있다.¹²⁾

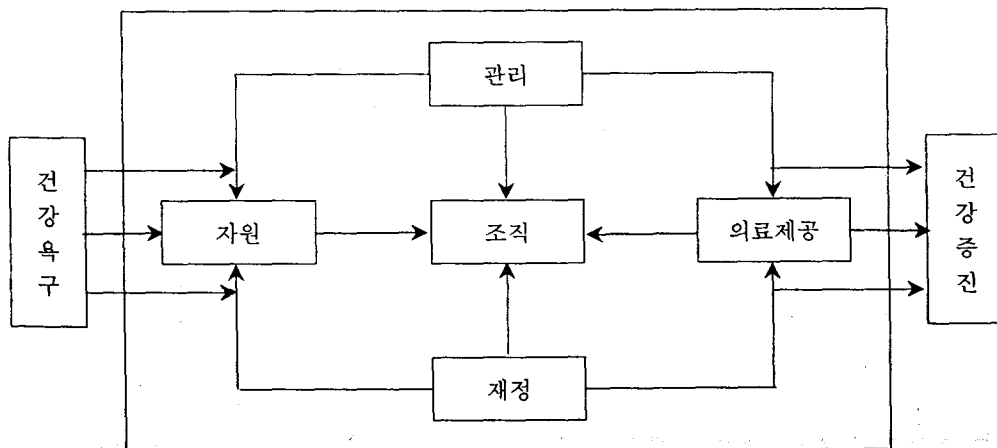


Fig. 1. Constituents of health system and correlations between health levels

이를 위해서는 정부의 역할 강화 및 재조정, 조직간 연계강화, 보건의료체계의 개편 등이 반드시 필요하다.

1) 정부의 역할강화 및 재조정, 조직간 연계강화

(1) 중앙 정부의 개편

중앙정부의 강화가 시급히 추진되어야 한다. 보건복지부에는 식품의약품 안전청, 질병관리본부, 국립의료원, 국립암센터 외 9개 병원, 국립인천검역소 외 12개 등 소속기관과 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 국민연금관리공단 등 산하기관을 가지고 있다. 보건복지부는 보건의료 정책이 중장기 방향 설정과 단기적 정책입안을 담당하고 집행 기능의 상당부분은 지방자치단체나 소속기관, 산하기관에 이양하고, 산하기관 및 지방자치단체에 대한 지원, 업무조정, 정보 및 평가에 집중하여야 한다. 보건의료 인프라와 관련하여 보건복지부와 관련부처(예를 들어 노동부, 교육부, 행정자치부 등)의 정책 협의를 위한 상시적인 정책 협의기구를 만들어 정책결정, 정책집행의 일관성과 효율성을 가질 수 있도록 해주어야 한다.^{4),5),13)}

식품의약품안전청은 의약품의 품질관리와 약효동등성 확보, 의료기기 생산의 질 보장, 식품안전성 관리 기능의 일원화 중심으로 능력을 강화시킬 필요가 있다. 국민건강보험공단은 명실상부한 '보험자'로서 보험재정의 운용을 책임질 수 있도록 수가, 약가 관련 기능의 상당부분을 이양 받을 필요가 있으며, 가입자의 보호를 위한 기능을 대폭 강화해야 할 것이다. 건강보험심사평가원은 진료비 심사를 과학화, 합리화하고, 의료의 질 관리기능을 대폭 보강할 필요가 있다.

질병관리본부는 기존의 전염병 관리기능의 강화 이외에 만성퇴행성 질환에 대한 관리 기

능을 대폭 강화해야 하며, 검역소 기능도 통합하고, 시도 보건환경연구원과 협조관계를 대폭 강화해야 할 것이다. 아울러 현재 유명무실한 연구기능을 대폭 확대하여 민간기관에서 시행하기 어려운 국가 차원의 대단위 연구를 담당할 수 있도록 해야 할 것이다. 중장기적으로 국립의료원은 「질병관리본부」와 「국립보건연구원」의 양대 축으로 기능과 구조를 확대할 필요가 있다. 국립보건원이 강화될 경우 보건복지부 본부의 기능이 약화될 수 있다는 우려가 있으나, 본부는 정책수립과 정책조정과 국가단위 프로그램의 실행을 담당하고, 국립보건원은 지역단위까지 미치는 구체적인 사업에 대한 지원과 모니터링으로 역할을 분담할 수 있을 것이다. 국립의료원은 단순히 진료기관으로서의 역할만을 상정해서는 곤란하고, 근거에 입각한 교과서적인 표준진료지침의 개발 및 확산, 국가수준의 정책수립과 시행을 지원하는 기능, 다른 공공의료기관과 민간기관에 대한 지원 기능을 가진 명실공히 「국가중앙보건의료센터(National Health Center)」로 개편해야 한다. 이를 위해서는 이 기능에 상응하는 시설, 인력, 장비 및 조직의 대대적인 혁신이 필요하다.¹³⁾

(2) 광역자치단체

현재 보건정책의 '통로' 역할 밖에 하지 못하고 있는, 광역자치단체는 광역단위 보건사업 및 진료사업을 총괄 조정하는 역할을 해야 한다. 국립 및 사립 대학병원에 대한 예산 및 행정지원을 하도록 하되, 이들 병원이 광역 중심의 3차병원으로서의 역할을 적극적으로 수행하도록 지원과 감독을 해야 한다. 요양병원, 재활병원, 정신병원 및 응급의료기관은 여러 기초자치단체에 걸쳐 설립 운영될 필요가 있으므로 광역에서 수급조절을 할 필요가 있다.

지방공사의료원은 소속을 행정자치부에서 보건복지부로 이관하여 관할하고, 보건소와의

기능 연계를 위해서는 설립 주체를 광역에서 기초로 이관하는 것이 좋을 것으로 생각된다. 이는 분권·분산 정책의 진행과 기초자치단체의 재정 상황 개선에 보조를 맞추어야 한다. 일부 지방공사 의료원은 요양병원 또는 특수병원으로 전환하거나 3차병원으로 확대 육성할 수도 있을 것이다.^{4),5),13)}

(3) 기초자치단체

도시지역에 인구 5만명 정도를 기준으로 “주민보건센터(보건지소)를 신설하고, 농촌 보건지소를 현대화하여 건강증진, 질병예방, 방문보건사업 등을 담당하도록 해야 할 것이다. 기초자치단체마다 1개소의 공공병원을 설립하여 지역거점병원으로 육성함으로써 보건소와 함께 지역에서의 보건의료의 중심으로 삼는다.^{4),5),13)}

도시지역의 주민보건센터는 진료 위주의 ‘공공의원’이 되어서는 안되며, 포괄적 1차 보건의료서비스를 제공하는 새로운 형태의 서비스 제공기관이 되어야 한다. 이때 우선순위가 높은 기능은 만성질환과 위험요인관리, 영유아관리, 방문보건사업, 노인과 장애인에 대한 주간보호, 재활서비스, 보건교육 등이 될 것이다. 주민보건센터는 충분한 인력과 시설을 갖추어 경쟁력 있는 기관으로 만들어야 할 것이다. 아울러, 주민보건센터에서는 주치의 등록제도를 도입해서 1차의료 강화의 모델 역할을 하는 것이 바람직할 것이다.

2) 보건의료체계의 개편

(1) 공공의료 강화

보건의료의 공공성 강화를 위한 전략으로는 흔히 보건의료의 정부실패를 줄이기 위해 시장(market)을 활성화하거나, 시장실패를 개선하기 위해 정부개입을 주장하는 방식이 있다. 그러나 시장원리 도입이나 정부 기능강화 주

장 중 어느 일방을 선택할 것이 아니라 정부 부문을 포함한 공공부문의 역할을 일정수준 이상으로 끌어올리고, 관료주의와 비효율적 요소를 제거하여 공공부문을 합리적이고 효율적인 것으로 개선하며 민간부문의 공공성을 유지하며, 활력을 불어넣을 수 있는 “실용적 개혁이 바람직하다는 주장도 있다.^{4),5)}

정부가 의료에 개입하는 방식은 정보제공(inform), 규제(regulate), 의무부여(mandate), 재정조달(finance), 서비스 공급(provide)이다. 여기서 공공의료를 강화해야 한다고 말할 때 이는 공공적인 서비스 공급이 확대되어야 한다는 의미이다.

보건의료서비스의 특성, 즉 정보의 비대칭성(information asymmetry)과 외부효과(external effect)로 인한 효율성 저하를 막고, 가치재(merit good)인 보건의료서비스의 형평성 보장을 위해공공의 개입이 필요하다. 그러나 이에 동의하더라도 보건의료서비스를 공공의료가 직접 제공하는 것이 더 바람직한 것인가에 대한 검토가 필요하다.¹⁾ 민간의료기관이 공공의료기관보다 더 효율적이라고 간단하게 생각할 수 있으나, 평가는 효율성을 무엇으로 정의하느냐에 따라 달라질 수 있다. 효율성을 기관 내부의 관점이 아니라 지역사회 혹은 주민의 시각으로 접근하면 완전히 다른 결과를 보여 줄 수 있다. 한 지방공사의료원이 민간위탁으로 운영을 전환한 후 의료보호(현재의 의료급여)환자수는 크게 감소하고, 의료보호 환자에 대한 진료비는 크게 증가하였다. 즉, 기관 단위의 미시적인 효율성은 개선되었는지 몰라도 지역사회 차원에서의 효율성이 향상되었다고 할 수 없다. 형평성을 강조하는 경우 공공의 역할은 명확하다. 경제적인 약자가 공공부문의 의료서비스를 주로 이용하기 때문이다.¹⁴⁾ 좀더 현실적으로 공공부문의 의료제공이 강화되어야 하는 가장 중요한 이유는 국가 보건정책을 집행할 수 있는 집행조직이 필요하다는 점이

다. 보건복지부가 만든 국민건강목표인 Health plan 2010¹⁵⁾을 보면 달성해야 할 목표와 전략이 기술되어 있다. 그런데 가장 심각한 문제는 이를 달성할 수 있는 구체적인 실행계획이 빠져 있다. 이 계획을 달성할 하부구조가 없기 때문이다. 민간의료의 압도적으로 우세한 현 상황에서 도시지역에 말단 집행구조를 가지지 못한 상태에서 방문보건을 강화할 수 있는 방안이 없다. 예를 들어 국가 암관리사업을 실행하기 위해서는 모든 국민이 암검진을 받도록 해야 하는데, 이를 하부에서 실행할 조직이 마땅치 않다. 질병양상이 급격히 변화된 상황에서 이에 적절하게 대처하고 국가 보건목표를 달성하기 위해서는 공공부문의 강화가 필수적이다.

둘째, 형평성이 강화될 수 있다. 의료기관의 지역적 불균등 분포 문제를 해결할 수 있으며, 저소득층의 접근성을 향상시킴으로써 형평성이 강화될 수 있다. 물론 형평성 강화를 위해서는 보험급여의 확충, 본인부담금 인하 등의 경제적 장벽을 없애려는 노력이 병행되어야 함은 물론이다.

셋째, 불필요한 의료비 증가를 억제할 수 있다. 공공의료기관의 수익성에 대한 압력을 줄일 수 있다면, 과잉진료를 하지 않고 교과서적으로 진료를 행함으로써 불필요한 의료비 증가를 억제하는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 공공의료의 비중과 국민의료비 증가는 반비례 관계에 있다.

넷째, 민간의료기관의 행태 변화를 자극할 수 있을 것이다. 민간의료기관의 이윤추구 행태를 쉽게 변화시키기는 어려울 수 있지만, 공공의료기관이 표준적이고 모범적인 질 높은 의료서비스를 제공한다면 민간의료기관을 긍정적인 방향으로 유도할 수 있을 것이다.

공공의료강화를 위해서는 공공의료의 자체 충족적인 공공의료전달체계를 구성할 수 있도록 해야 한다. 중앙의 국립의료원, 광역자치단

체의 국립대학병원, 기초자치단체의 지역거점 병원, 보건소, 보건지소(보건진료소), 주민보건 센터를 연결하는 공공의료전달체계가 만들어 질 필요가 있다.

(2) 1차의료의 강화

1차의료의 요소는 첫 접촉과 문지기역할 (first contact and gate keeping), 지속성 (longitudinally), 포괄성 (comprehensiveness), 조정자 (coordination) 등이다.^{1),16)} 문지기 역할이란 의료기관 이용 시 반드시 1차의료기관을 거치도록 하는 것을 말하며, 이렇게 함으로써 환자는 문지기 역할을 하는 1차의료의사로부터 진료체계에 대한 안내를 얻을 수 있고, 전문의의 진료를 덜 받게 되므로 의료비를 줄일 수 있게 된다. 지속성이란 건강문제의 유무나 종류에 관계없이 일정한 장소, 일정한 개인을 방문하도록 하는 것으로 단골의사를 가지게 되면 예방서비스를 더 많이 이용하게 되고 응급실을 덜 이용하고 입원율도 줄어든다는 보고가 있다. 포괄성이란 치료는 물론 예방, 건강 증진 등 넓은 범위의 서비스를 제공하는 것을 말한다. 조정기능이란 환자진료에 필요한 정보를 정확하게 전달하는 것으로 1차의료의 요소인 문지기 역할, 지속성, 포괄성이 달성될 수 있도록 하는 핵심적인 요소이다. 적절한 의뢰는 치료효과와 함께 환자의 치료만족도를 증가시킨다. 한나라의 1차의료의 비중과 건강수준 및 의료비 지출은 밀접한 관계가 있다. 1차의료의 비중이 높으면 건강수준이 상대적으로 높고, 의료비 지출이 상대적으로 낮다. 따라서 1차의료 강화는 국민의 건강수준을 높이고, 의료비를 효율적으로 이용할 수 있는 매우 중요한 수단의 하나이다.

1차의료 강화를 위해서는 먼저 1차의료인력의 확대가 필요하다.¹⁷⁾ 1차의료의사에게 문지기 역할을 부여하고, 포괄적인 보건의료서비스를 지속적으로 제공하기 위한 제도적 장치(예

를 들어 주치의제도 또는 단골의사제도)의 도입이 필요하다.

(3) 의료기관의 역할 재설정

의료서비스의 질 문제의 중요한 원인 중 상당부분은 의원과 병원의 기능이 분화되지 않은 것과 중소병원의 비중이 높은 데에 있다. 의원급에서 제공하는 입원서비스의 질적 수준을 높이는 것은 어려운 것이며 소규모 병원이 절대 다수를 차지하는 상황에서 시설, 장비, 서비스 제공의 질을 높이는 것 또한 매우 어렵다. 따라서 의원과 병원의 기능을 재설정해야 한다. 의원은 외래환자를 진료하고, 의원의 병상은 관찰 병상으로만 인정하여 일정 시간 이내의 진료비만 지불하도록 해야 한다. 대략 300병상 정도를 기준으로 하여 그 이하의 소규모 민간병원은 요양병원으로 기능을 전환하도록 유도하는 것이 바람직할 것이다. 이를 위해서는 요양병원 수가를 만들고, 요양병원으로 전환하는데 필요한 자금을 지원하도록 하여 민간병원의 피해가 없도록 해주어야 한다. 아울러 300병상 이상의 중대형 민간병원은 서비스의 질을 향상시킬 수 있도록 자금을 지원하여 공공성 강화를 유도하도록 해야 할 것이다. 지역거점 공공병원도 300병상 이상을 원칙을 하여 설립하되, 시설을 현대식으로 하고, 인력의 급여수준을 민간병원과 같은 수준으로 제공해야 할 것이다.^{4),5),6),9)}

(4) 공공과 민간의 협력 강화

보건과 의료부문 모두에서 민간부문과의 협조를 강화해야 한다. 민간병원의 시설 재투자에 대해 공공자금을 지원할 수 있도록 해주고 voucher 방식을 도입하여 민간의원이 제공하는 예방접종 서비스에 대해 공공자금을 지원

하고 공공은 접종 정보를 획득하고 국민 예방접종률을 획기적으로 높일 수 있다. 민간부문의 공공성 확보는 매우 중요한 과제인 바, 독일과 같이 민간부문의 자본적 투자를 공공자금으로 제공하는 것이 필요하다. 의료보장 진료비는 경상적 비용의 총량에만 사용하도록 하고 자본적 비용은 별도의 기금에서 제공하여 민간기관이 자본 확보의 압력에서 벗어나게 해야 공공성의 증진이 가능하다. 물론 지배구조의 공공화(예 : 이사회에 공익적 외부인사 참여)도 추진되어야 할 것이다.^{4),5)}

(5) 보건의료와 복지의 연계강화

보건소는 보건복지사무소로 개편하는 것이 바람직하나 과거 보건복지사무소 시범사업이 실패한 경험이 있고, 현재 복지사무소 시범사업의 시행이 계획되고 있으므로 기초자치단체 자율로 조직형태를 자율적으로 결정하도록 하되, 보건과 복지의 접촉면을 넓힐 수 있도록 조치를 취하는 것이 바람직하다.¹⁸⁾

(6) 양·한의학 교류 강화

서양의료와 한의의료간 관계 설정이 시급하다. 현재 양방과 한방의 관계는 보완관계가 아닌 대체관계, 경쟁관계에 있다. 더구나 상호간의 지식, 정보, 인적 교류가 거의 이루어지지 않고 있어, 현실적으로 두개 체계를 이용하는 국민이 양·한방의 장·단점을 충분히 알지 못하고, 약물상호작용 등 여러 부작용에 노출되어 있다. 양·한방의 협진이 부분적으로 이루어지고 있으나, 서로의 교류는 한계가 있다.^{4),5),9),18)} 따라서 현시점에서 가장 중요한 것은 교육, 진료, 연구 등의 가능한 여러 분야에서 양·한방의 상호 교류를 촉진할 수 있는 방안을 모색해야 한다.

4. 한의학의 참여방안

1) 이론적 틀과 배경

(1) 국가의 보건의료정책의 방향과 의료인 참여의 중요성

건강은 인간의 자율성을 보장하는 기본조건 의 하나이다. 따라서 건강은 사회적 권리의 하나이며 건강을 보장받기 위해서는 기본적으로 의료이용 및 제공에 불평등이 없어야하며 또한 접근의 용이성, 질적 적절성, 연속성 및 경제적 합리성 등의 적정 의료서비스의 요건이 갖추어야 한다.^{1),16)}

사람들이 의료서비스를 이용하는 이유는 의료서비스의 이용자체가 즐거워서라기보다는 질병으로 인한 고통의 문제와 건강을 유지 증진하기 위해서 이다. 사람들이 건강하려고 하는 것은 건강은 사람들을 안락하고 행복하게 해주고 편안하게 하고 장수하게 할 수 있는

투자재 역할을 하기 때문이다.¹⁹⁾ 따라서 국가에서는 모든 국민들이 가능한 평등하고 특히 기본적인 의료서비스를 이용할 수 있는 보건 의료체계를 만들어야 한다. 또한 의료서비스를 제공하는 모든 제공자들도 정상적이고 합리적이면서 올바르게 서비스를 제공할 수 있는 기회와 역할이 주어져야 한다.¹⁹⁾

이러한 국가의 건강을 기본적으로 여기고 보장하는 보건의료정신과 모든 제공자들의 이에 따른 적극적인 참여와 노력은 무엇보다도 중요하다.

(2) 보건의료 필요정도와 단계화

합리적인 보건의료체계는 국민의 의료필요(need)에 대응하여 알맞은 보건의료서비스를 제공하기 위해 조직하는 것이다. 국민의 의료 필요는 간단하고 기본적인 것을 양이 많고 복잡하고 첨단의료서비스는 그 양이 매우 적다.^{4),5)}

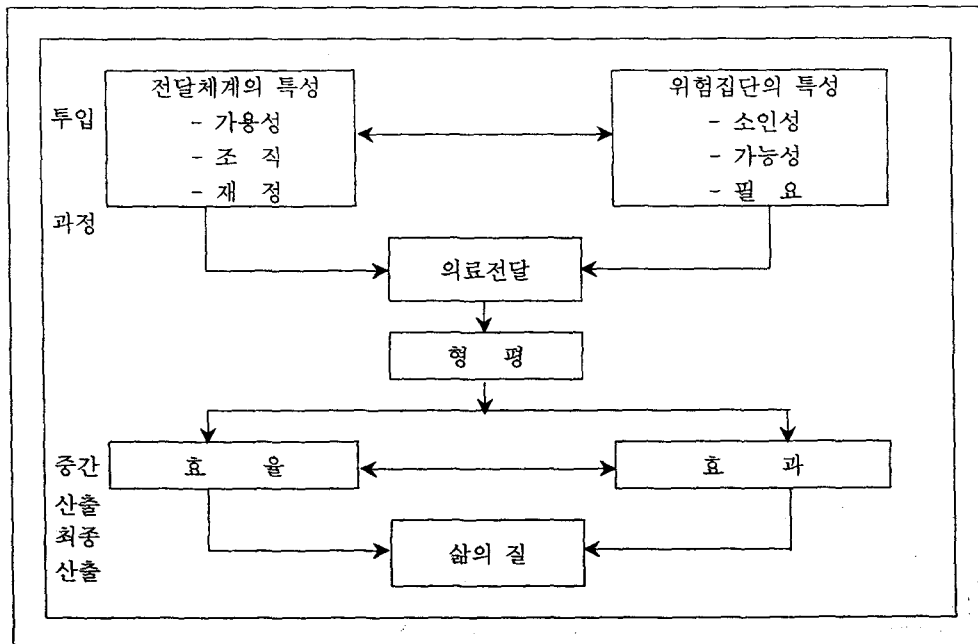


Fig. 2. Input-output model of health system

이선동 : (참여)정부의 보건의료 Infra개편과정에서 한의학의 참여방안

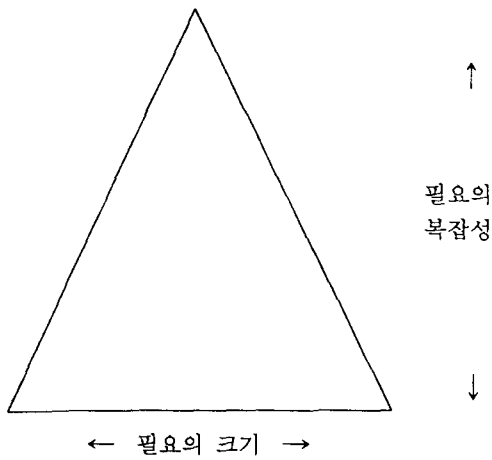


Fig. 3. Magnitude and complexity of health service needs

한 연구¹⁸⁾에 의하면 성인인구 1,000명이 거주하는 지역에서 1년에 질병을 앓는 사람은 약 750명이며 이중 250명이 1차의사를 찾고 이중 9명이 병원에 입원하며 3차병원에 입원이 필요한 경우는 1명에 불과하다고 하였다.

따라서 당연히 이는 간단한 건강문제를 해결할 수 있는 1차의료기관과 이를 담당할 1차의료인력의 수가 많아야 하고, 아주 복잡한 건강문제를 해결할 수 있는 3차 의료기관과 세부전문의는 그 수가 아주 적어도 된다는 것을 의미한다. 필요의 복잡성에 따라 요구되는 보건의료서비스를 적절히 제공하기 위해서는 보건의료 시설, 서비스와 인력의 종류를 단계화하고, 단계별로 기능을 적절히 분화시켜야 한다.

(3) 보건의료서비스의 수평적 다양성과 포괄적 서비스

건강에는 여러 차원이 있는데, 건강의 대표적인 정의로 인용되는 WHO의 정의²⁰⁾에서는 이를 신체적(physical), 사회적(social), 정신적(psychologic) 측면으로 구분한다. 따라서 의료서비스도 건강문제의 여러 측면에 대응할 수 있도록 포괄적으로 제공되어야 한다.

· 신체적 보건의료서비스/ 정신적 보건의료

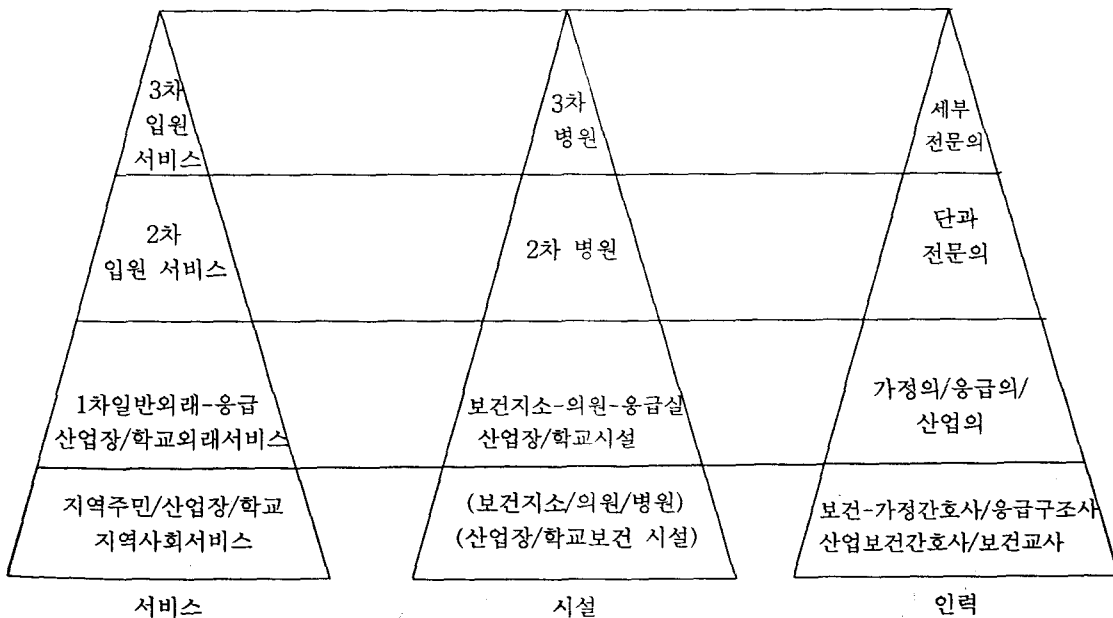


Fig. 4. Necessities and phases of health services, facilities and human resources

서비스/ 사회복지서비스
 · 질병의 치료/ 질병의 예방과 건강증진/ 재활
 · 급성질환/만성질환
 따라서 의료체계의 구성도 보건 의료서비스의 필요에 대응하는 방식으로 만들어져야 한다.
 · 신체병상/ 정신병상/ 사회복지시설
 · 치료기관/ 보건기관/ 재활기관
 · 급성기 시설/ 만성기 시설
 경우에 따라서는 일부 영역을 수직적 보건

의료사업(Vertical health program)별로 구성하는 경우도 있다.
 · 대상 인구집단에 따라 : 아동보건, 모성보건, 노인보건, 학교보건, 산업보건 등
 · 대상 질병에 따라 : 결핵, 나병, 알코올중독, 마약중독, 노인성 치매, 고혈압, 당뇨병 등
 합리적인 보건 의료체계 및 조직의 조건은 의료의 필요를 가장 비용 효과적으로 충족시키는 것이다.

Table 1. Legal Basis of Western and Korean Medicine

비 교 대 상	양 방	한 방	법 적 근 거
의료인	의사(의료와 보건지도에 종사함을 임무)	한의사(한방의료와 한방보건지도에 종사함을 임무)	의료법 제 2조
진료과목	일반내과, 외과(일반, 정형, 신경, 흉부, 성형) 마취과, 신경과, 정신과, 산부인과, 소아과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 진단방사선과, 치료방사선과, 해부병리학, 임상병리학, 재활의학과, 결핵과, 가정의학과, 핵의학과, 산업의학과, 응급의학과 등 25개	한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방이비인후과, 한방신경정신과, 침구과, 한방재활의학과, 사상체질 의학과	의료법 시행규칙 제 30조
시설기준	입원실 30병상 이상, 수술실, 응급실, 임상검사실, 회복실, 조제실, 의무기록실, 방사선장치, 구급차	입원실30병상이상, 한방요법실, 조제실, 의무기록실	의료법 시행규칙 제28조의 2
의료인 등의 정원	의사, 약사(연평균 조제수 80건 이상), 영양사(입원 시설을 갖춘 경우 1인 이상), 의료기사(보건복지부장관이 정하는 바에 따라 진료과목별로 필요한 수), 간호사, 간호조무사	한의사, 간호사, 간호조무사, 영양사(입원시설을 갖춘 경우 1인 이상)	의료법 시행규칙 제 28조의 6
보험지정	자동차보험(1963.6) 산재보험(1964.7) 의료보험(1977) 의료보호 (1979.1)	의료보험(1987.2) 의료보호(1993.1) 산재보험(1999.4)	
보험급여범위	진찰료, 입원료, 검사료, 방사선, 투약, 주사, 마취, 물리치료, 정신요법, 처치 및 수술, 케이스트료.	진찰료, 입원료, 침구료, 부항료, 단미엑스산제, 양도락, 맥전도검사료 등	의료보험요양 급여기준 및 진료 수가기준
의료기사 지도권	의사, 치과의사는 의료기사(임상병리, 방사선, 물리치료, 작업치료, 치과기공, 치과의생, 의무기록, 안경사) 지도 가능	없음	의료기사법 제1조 및 시행령 2조
전문의 제도	29개 전문과목을 인정	8개 전문과목으로 2000년 실시	전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정

(4) 의료관련 법·제도의 합리적인
정비 및 제정

현재 한국의 의료는 서양의학과 한의학으로 이원화되어 있다.²¹⁾ 다시 말하면 한국사회의 의료체계는 그 근본철학과 질병관, 치료방식과 조직이 두개의 형태가 병존하는 이중구조로 되어 있고 그 원인은 서양의학을 수용하는 과정과 밀접하게 관련되어 있다. 이러한 이원화된 양·한의의료의 특성으로 인해 의료선택권의 다양성이란 긍정적인 측면도 있지만 의료의 중복이용이나 혼합사용, 의료인간의 갈등 및 분쟁발생 같은 문제점도 발생하고 있다.^{10),22),23)} 따라서 서양의학의 많은 한계와 의료수요자들

의 한의학에 대한 꾸준한 의료수요 및 이용률 증가를 고려한다면 현재의 이원화된 의료체계의 장점은 최대화하고 문제점은 최소화하는 합리적인 의료제도와 체계를 만들어야 한다.¹⁰⁾ 그러나 현재 한의사와 직접적으로 관련하여 의료법을 비롯한 지역보건법 등으로는 정상적인 또는 가장 기복적 수준의 한의학적인 활동이나 사업을 할 수 없다. 예를들어 의료법에서 의료행위의 범위를 한의사는 의사·치과의사·조산사·간호사와 더불어 의료인에 속하며 국민보건향상을 도모하고 건강한 생활보호에 기여함을 사명감으로 하고 한의의료와 한방보건지도에 종사함을 임무로 한다고 규정²⁴⁾하고 있다.

Table 2. Legal and Systematic Problems Pertaining to Korean Medicine

법률	조항	조문내용	문제점	비고
지역보건법	제9조	보건소의 업무	한방보건에 대한 농어촌지역 주민의 욕구가 많음에도 이를 반영할 근거가 구체적으로 명시되어 있지 않은 것은 형평성에 어긋남	
국민건강증진법	제19조	건강증진사업 등	사상체질건강교실, 중풍예방교육, 한방금연교실 및 양생법(식이요법) 등 건강증진과 질병의 예방차원에서 다양한 한방의료 또는 한방보건의 역할을 반영할 근거가 부족	지역보건법과 연계
정신보건법	제13조	보건소의 지역사회정신보건사업시행	洋方に 한정해 있음. 한방의 경우도 정신질환 치료 및 예방에 적합(한방정신신경과 전문의 수련 인정)하여 지역사회정신보건사업을 수행할 수 있는 능력이 됨	지역보건법과 연계
모자보건법	제2조/ 제10조	모자보건사업의 정의/ 임산부 영유아 등의 건강관리	洋方に 한정해 있음. 한방의 경우도 한방산전·산후건강교실, 한방육아교실에 적합(한방부인과, 한방소아과전문의 수련인정)하여 수행할 수 있는 능력이 됨.	지역보건법과 연계
공중보건장학에 관한 특별법	제1조	공중보건업무에 종사할 의료요원을 확보하기 위해 의사/치과의사/간호사 지방 대학생에게 장학 지원	현재 한의사도 관련법에 따라 공중보건사업에 종사할 수 있는데, 한의사 지방 대학생은 제외되어 있어 형평성 등의 문제가 있음.	단순 법률 정비사항이지만, 정부 규제 개혁 차원에서 조만간 폐지 예정(규제위원회 백서 참조)

여기서 문제되는 점은 (양방)의료와 한방의료, 보건지도와 한방보건지도라는 용어의 법적 정의의 추상성으로 인해 실제 의료시장내에서 한방과 양방의 의료영역이 모호하다는 것이다. 특히 양의사와 한의학간에 업무의 연계 및 협조에 관한 규정이 구체적으로 마련되어 있지 않아 상호간에 이해대립과 갈등을 야기시키는 요인으로 작용하고 있다.^{25),26)}

정상적이라면 의료관련 법과 제도가 동일한 기준을 바탕으로 두 의학의 상호발전과 존중, 상호교류가 가능도록 제정되어야 하는 것은 당연하다. 또한 서양의학과 한의학 각각이 갖고 있는 의학적 성격과 철학, 정신이 올바르게 반영되어야 하고 실제로 의료현장에서 활용되게 해야 한다. 이미 잘못 그리고 왜곡되게 제정된 법조항은 당연히 개정해야 한다.²⁷⁾

2) 한의학의 참여방안

(1) 1차한의의료의 정립

① 개념

의료서비스는 다른 재화와 달리 생산·유통·소비가 분리될 수 없으며, 시설과 인력이 있는 장소에서 동시에 발생하게 된다. 따라서 의료자원을 지역간에 균형 있게 배분할 필요가 있다. 또한 한정된 자원을 효율적으로 사용하기 위해서는 의료시설의 기능에 따라 다른 종류의 질환을 진료하도록 할 필요가 있다. 이러한 필요에 의해, 의료자원의 지역화와 단계화가 요구되어 진다. 의료자원의 지역화와 의료서비스의 제공체계의 단계화는 서로 연결되어 사용된다. 의료서비스제공의 기본목적은 의료의 필요(needs)를 충족시키는 것이다. 때문에 의료서비스의 필요의 제반 성격은 의료 제공체계의 구성에 기본적인 원칙을 제공한다. 단순한 의료의 필요는 양적으로 많고, 반면 복잡한 의료의 필요는 양적으로 적다. 보통 개인

의들이 흔히 보는 질환을 진단, 치료하는 데에는 비교적 간단한 시설과 장비가 필요하다. 반면, 의료필요의 내용은 매우 복잡하여, 입원치료와 같은 고도의 의료서비스를 필요로 하는 경우는 전체 환자의 극소수에 불과하다. 그러나 이들 복잡한 질환을 진단, 치료하기 위해서는 복잡한 시설, 기기와 고도의 의학기술을 필요로 하며, 많은 의료자원을 사용하게 된다. 이와 같이 의료서비스는 필요의 복잡성에 따라 요구되는 의료시설, 기기 및 인력의 종류가 다르기 때문에 의료서비스는 단계화되고, 단계별로 기능이 적절히 분화되는 것이 바람직하다. 의료인력이 제공하는 의료서비스내에서도 일반의료와 전문의료의 구분이 있게 된다. 의료필요의 복잡성에 따라 의원급과 병원급에서 담당하는 것이 달라지게 되며, 의료인력을 기준으로 할 때, 의원급에는 일반의, 병원급에는 전문의가 일을 하는 것이 원칙이라 할 수 있다.^{4),5)}

1차의료는 '의료체계 내에서 의료인에 의하여 의료수요자에게 공급되는 의료체계의 최초 접촉단계로서 1차의료의 문지기 역할, 지속성, 포괄성, 조정 기능의 네가지 속성을 위주로 하여 제공되는 질병의 진료 및 예방과 응급처치를 망라한 기본 의료서비스'라고 할 수 있다.^{1),17)} 따라서 1차의료인력은 일반적으로 건강에 문제를 가진 환자가 첫 번째로 접촉하는 의사이며 포괄적인 의료를 제공하는 의사로 정의될 수 있을 것이다. 한편 이러한 1차의료인력의 정의는 과거 상병의 진단과 처치, 응급상황에서의 긴급처치를 할 수 있는 일반의의 개념에서 현재 각종 암의 조기발견 및 만성질환 환자의 교육과 관리, 각종 질환의 1차적 진료 등의 포괄적인 진료를 하는 전과의 개념으로 바뀌고 있다. 외래진료의 대부분이 1차의료이며, 1차의료는 종합적 인간지향적의료이다. 결국 '1차의료는 외래환경에서 제공되는 진료로서 건강증진, 질병 예방, 진단, 치료 등 1차

적 접촉의 전인적 의료'라 할 수 있다. 외래환경이란 입원과 대치되는 개념으로, 의원과 병원의 외래진료는 1차의료의 범위에 포함되지만, 입원진료는 1차의료의 범위에 포함되지 않는다. 한편, 병원의료에는 1차의료 없다고 규정할 수 있다. 물론 병원의 1차적 접촉의 외래진료는 예외적으로 1차의료일 수 있다. 그러나 병원에는 전문과목별로 진료과목이 설정되어 있고, 외래진료의 경우에도 진료과목이 전문화되어 있고 전문화된 진료를 제공한다. 이는 의원이 일반적 문제를 갖고 찾아오는 환자에게 일반적 진료를 하는 것과 구별된다.

따라서 이러한 일반적인 1차의료의 개념은 한의원과 한방병원의 경우에도 마찬가지로 적용될 수 있다. 즉 한의사가 '외래환경에서 제공하는 진료로서 건강증진, 질병 예방, 진단, 치료 등 1차적 접촉의 전인적 의료'를 한의 1차의료라 할 수 있다. 최근 의료기술이 최고급 첨단의료분야위주로 발달하고 있는게 사실이지만 아직도 세계적으로 볼 때 인구의 80%가 1차보건의료문제를 갖고 있으며 이중의 85%는 전혀 이러한 의료혜택이나 관리조차도 받고 있지 못하고 있다.^{1),16)}

이러한 사실은 일단 제공해야할 의료의 량이 많다는 것이며 또한 의학과 의료인입장에서 볼 때 자신의 의료적 가치를 제공할 수 있는 좋은 기회를 가질 수 있는 것을 의미하기도 한다. 이것을 해결할 수 있는 의학적인 충분한 가치와 역할이 갖추어졌다면 가능한 많은 사람들에게 의료서비스를 제공하는 일은 의학과 의료인, 또한 의료서비스를 받는 의료소비자들에게도 모두 중요하다. 왜냐하면 의료인은 그동안 갖고 닦은 자신이 전공한 의학철학과 정신, 의료기술들을 제공해서 자신의 의학적 역할과 가치를 확인할 수 있기 때문이다. 이러한 측면에서 볼 때 1차한의의료의 정립과 발달은 한의사가 한의학을 활용하여 상당수의 1차보건의료문제를 해결할 수 있는 기

회를 제공하기 때문에 중요한 의료적 측면의 의미가 있으며 또한 의료소외계층에서 의료서비스를 제공함으로써 사회적 약자를 돌본다는 사회적 정의와 가치를 동시에 얻을 수 있기 때문에 의료제공자와 의학적 이미지를 크게 제고할 수 있다. 이외에도 한의학의 발전의 바탕이며 장래 중요한 의학적 투자가 될 수 있다.⁸⁾ 따라서 앞으로 1차한의보건의료의 역할강화를 위한 구체적인 연구와 노력이 필요할 것으로 사료된다.

② 참여(발전)방안

- 한방가정의학 및 주치의 제도 도입^{9),27)}

한의학이 1차의료로서 기능을 하기 위해서는 가장 중요한 것이 환자들과의 접근성이다. 그리고 전문의제도의 시행이 점점 더 확대될 것이라는 점을 고려해 볼 때 가정의학과와 신설이 1차의료로서 한의학이 역할하기 위한 한방안이 될 수 있을 것 같다. 가정의학과가 이미 보편적으로 수용되고 있는 미국을 볼 때 환자들은 몸에 이상이 있거나 건강 유지를 위한 조언을 얻고자 할 때 부담없이 가족주치의를 찾는다. 가정의학과가 보편화되고 가족주치의라는 개념이 정착되면 생각해 볼 수 있는 장점으로는

- 환자의 건강을 지속적으로 책임질 수 있다.
- 지속적 관리가 이루어지다 보면 치료의학 수준에서 머무는 게 아니라 재활의학 예방의학 측면까지도 고려될 수 있다.
- 오랜 시간, 많은 만남을 통해 의사와 환자는 인간적인 유대를 가질 수 있고 그로 인해 정신적인 치료도 가능하다.

한의사들이 가족주치의가 되어 고정된 규모의 가족들의 건강을 관리하고 지속적 포괄적 관리를 한다면 한의학의 환자들에 접근성은 자연스럽게 높아질 수 있다. 가정의학과와 도입을 위해서 정부는 미국 등 선진의학국가들

의 가정의학과 제도를 정밀하게 분석하고 우리나라의 사정을 고려하여 적절한 제도를 마련해 주어야 한다. 그리고 한의학 종사자들은 가정의학의 도입을 긍정적으로 고려, 검토하여 수용해야 하며 그에 따라 생길 수 있는 불평등(일반 한의사와 가족주치의 한의사와의 불평등)에 대해 적절한 보상을 통해 가족주치의 한의사를 배출해야 한다.

- 첩약의료보험의 도입^{9),27),28)}

한의원을 1차의료기관으로 이용하는 질환은 질병 중 일부로 국한되어 있다. 가령, 요통, 관절 질환, 염좌 등과 같은 동통질환은 한의원을 1차의료기관으로 이용한다. 그러나 그 외 질병의 경우 한의원을 1차의료기관으로 생각하지 않는데, 여기에는 진료비가 비싸다는 이유 외에도 한의원은 보약 먹으러 가는 곳이라는 생각, 한의학은 비과학적이라는 생각 등이 국민들의 인식 속에 자리 잡고 있기 때문이다. 첩약의료보험을 도입하면 환자의 진료비부담을 감소하고 의료의 접근성을 높일 수 있다.

(2) 한의의료기관간 역할의 재설정²⁹⁾

① 개념

일반적으로 전문의는 특정진료영역에 대해서 전문지식이 많고 전문적 임상능력을 발휘할 수 있어야 한다. 여기에서 전문지식은 해당 진료영역의 질병에 대한 생리, 병리, 약리, 진단에 대한 지식들이며 임상적 능력이란 실제 환자에게 시술하는 진단기술, 시술 및 처치기술을 구비한 것으로 생각할 수 있다. 그러나 이것은 서양의학이 가지고 있는 학문적 특성과 그에 따른 병원중심의 의료체계와 많은 연관을 갖고 있다.

이에 비해 한의학은 서양의학과는 다른 형태로 발전되어 왔다. 학문적으로 보면 국소적 병변에 머물러서 치료하기보다는 인체를 전일

적으로 음양, 허실, 장부의 균형을 바로잡음으로써 국소의 질병을 치료하며 또한 한의의료 제공의 형태도 집합적인 병원급 의료를 제공하기 보다는 개별 한의원을 중심으로 한 소규모 의료제공형태가 주를 이루었다.

이런 한의의료의 특성은 많은 장점을 갖고 있지만 한편으로 한계도 존재하는데 그것은 우선, 단독시술형태가 주를 이룸에 따라 치료 효과에 대한 객관적 입증에 어렵다는 것이며, 두 번째로는 전일적 접근을 강조함에 따라 세부분야별 발전에 소극적인 측면이 있다. 한의사전문가가 발전적으로 성숙하게 되면 이런 단점들을 극복하고 한의의료의 깊이와 폭이 한층 향상되는 계기를 제공해 줄 수도 있다.

한의사전문가는 한방병원에 근무하며 1차한의료보다 전문적인 2, 3차한의료에 기여하는 것이 바람직하다. 의료전달체계의 상위에 위치하여 한의의료의 발전을 1차의료로 파급하는 역할을 하여야 할 것이다.

② 한의의료기관간의 역할재설정³⁰⁾

한의의료에서 바람직하고 기능화할 수 있는 의료전달체계를 확립하기 위해서는 1, 2, 3차 한의의료의 개념화 및 이에 기초하여 한의의료기관의 종류를 분류해야 할 것이며, 한의의료기관의 기능을 계층화한 의료전달체계를 확립해야 한다. 또한 한의의료기관의 한의의료기술력에 의한 경쟁의 틀을 마련하고, 이를 활성화할 수 있는 지원 방안을 강구해야 할 것이다. 우리나라 한의의료기술 수준의 향상에 기여할 수 있는 연구개발과 확산 등 연구와 교육을 주 기능으로 하는 발전된 병원형태의 육성과 한의의료의 하부구조인 1차한의료의 활성화에 우선 순위를 두어야 한다. 그리고 한의의료전달체계의 참여자인 환자, 한의사, 한의의료기관의 적극적 참여로 한의사, 한의의료기관의 선택과 환자의 선택기회를 확대할 수 있는 방안을 지원한다.

이선동 : (참여)정부의 보건의료 Infra개편과정에서 한의학의 참여방안

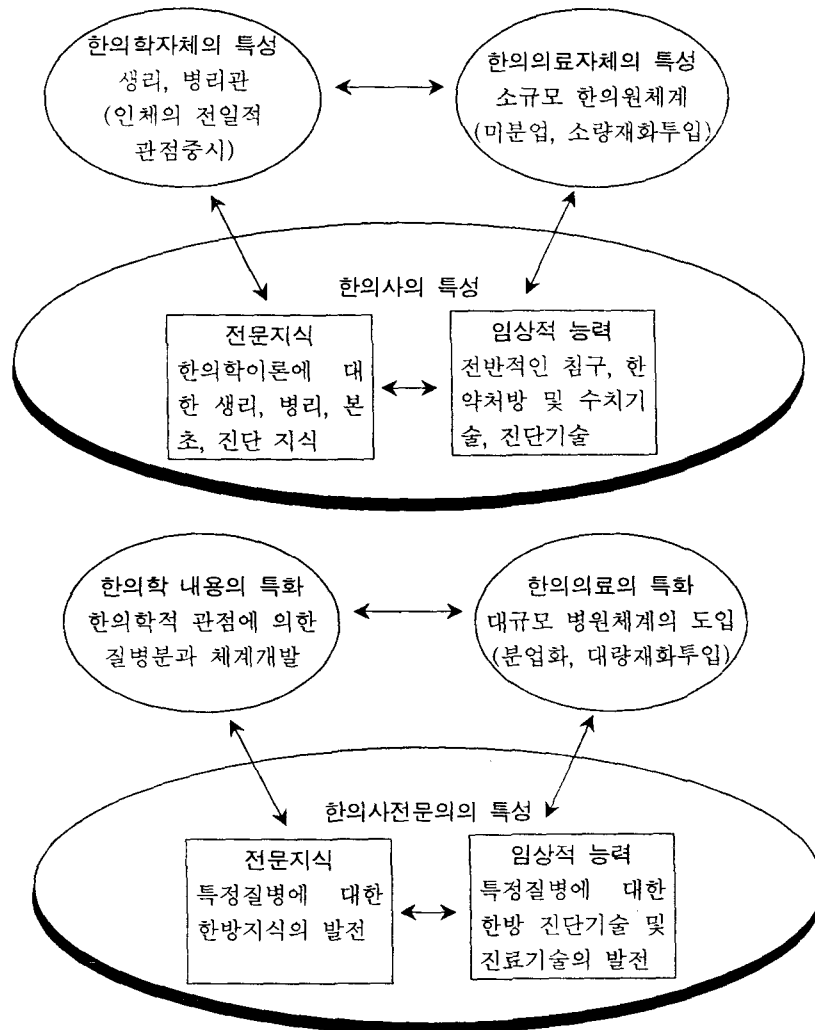


Fig. 5. Peculiarities of korean medicine doctors and specialists

Table 3. Functions and Roles of Korean Medical Clinics and Hospitals

	한의원	한방병원
기능과 역할	한의1차의료 전담 외래진료 위주 전반적인 질병에 대한 전인적이면서 포괄적인 진료 질병예방 및 건강증진	한의2, 3차의료 전담 입원환자 진료위주 전문과목 진료위주 새로운 학문과 임상기술의 평가 교육 및 연구활동

크게 한의의료전달체계의 기본이 되는 사항은 1차한의의료의 안정적 공급 확보, 의료의 전문화 및 경쟁력 향상, 공공한의의료의 강화 등이다. 의료전달체계의 초기 개념인 지역화와 단계화는 최근의 의료이용 행태와 규제 개혁의 차원에서 그 의미가 퇴색되었다. 이러한 점에서 한의의료의 경우에도 크게 두 부분으로 나뉘고 단계화 할 수 있다. 한 부분은 1차 한의의료이며, 다른 한 부분은 병원의료이다.

1차한의의료의 기능은 외래진료의 제공이다. 즉 예방, 건강증진, selfcare능력 향상, 만성질환관리, 전인적 진료 등 1차의료를 제공하도록 하며, 한의원은 1차의료 제공 장소가 된다. 한방병원의료는 병원이 제공하는 의료로서 원칙적으로 2차의료이다. 주요기능은 의료기술의 연구, 개발 및 확산이 그 역할이 된다.

위의 모형에서 중요한 점은 1차한의의료와 한방병원의료의 명확한 구분이 필요하며, 그 구분은 1차한의의료기관과 한방병원간의 역할 분담에서 이루어져야 한다. 즉 1차한의의료기관(개원 한의원)은 1차한의医료를 담당하고, 한방병원은 입원진료를 위주로 그 역할이 분

담되어야 한다.

현재의 상태를 평가하여 보면, 한의원과 한방병원의 의뢰, 회송체계는 미흡한 편이며, 이에 따라 자원의 효율적 이용이 이루어지지 않고 있다. 이러한 한계를 극복해야 한의의료전달체계가 올바른 방향으로 수립될 것이며, 환자들이 한의医료를 보다 편리하고 효율적으로 이용할 수 있을 것이다.

(3) 한의 공공의료체계의 확립

① 개념

공공보건의료(공공보건의료에 관한 법률)는 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관이 국민의 건강을 보호 증진하기 위하여 행하는 모든 활동으로 규정하고 있다. 따라서 공공보건의료기관은 “지역보건법”²⁴⁾과 “농어촌 등 보건医료를 위한 특별조치법”²⁴⁾에 의해서 보건기관인 보건소, 보건지소, 보건진료소와 의료법²⁴⁾에 의한 공공기관이 운영하는 의료기관을 포함한다고 볼 수 있다.

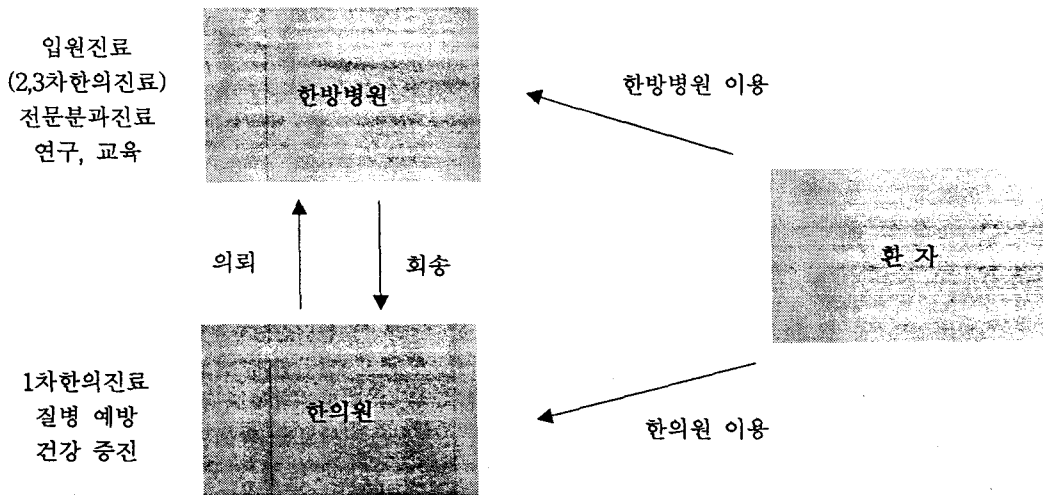


Fig. 6. Roles and correlations between the primary and secondary korean medicine organizations

Table 4. Roles, Activities, and Operational Ranges of Public Health

역 할	활 동	사 업
<ul style="list-style-type: none"> - 주요 질병의 관리 - 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사 - 보건의료인의 교육활동 - 국가·지방자치단체 공공보건의료시책 수립, 수행 및 평가지원 - 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료 활동 참여 및 지원 - 민간 보건의료기관에 대한 기술 지원 및 교육 - 기타 보건복지부 장관이 요청하는 사업 등임 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료 - 노인, 장애인, 정신질환 등 타 분야와 연계가 필수적인 보건의료 - 전염병 예방 및 진료 - 아동과 모성을 대상으로 한 보건의료 - 응급환자 진료 - 기타 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 사업 - 기타 보건복지부장관이 정하는 사업 	<ul style="list-style-type: none"> - 주요 질병관리사업 - 연구 및 검사사업 - 지원 및 참여사업 - 교육 훈련 사업 - 민간 보건의료기관이 담당하기 어려운 사업

② 현황

한국 보건의료의 고질적인 병폐인 민간의료의 시장주도 의료공급체계와 공공의료기관의 관료화로 인한 비효율성은 이미 오래전부터 지적되어 온 사실이다.^{4),5)} 참여정부는 공공의료의 비중을 확대하고 공공의료의 질적 향상을 통한 표준진료의 시행, 관리 및 예방중심의 보건의료 기능 확대를 하기 위해 노력을 하고 있다.¹⁸⁾ 특히나 한방공공보건의료는 최근 몇년 전부터 전국적인 한방공중보건의 배치로 과거에 비해서 양적인 면에서 크게 확대 및 활성화되고 있으나 이에 알맞은 질적 수준과 내용에 있어서 많은 문제가 있다. 현재 한방공공보건의료는 주로 보건소 및 보건지소의 진료사업과 더불어 방문진료사업, 금연교실, 기공체조교실, 사상의학교실, 중풍예방교실, 비만교실 등 8대사업을 전국적으로 시행하고 있으나 전국적으로 정책적으로 독려되고 내용적으로 통일되어 조직적으로 관리가 되고 있다기보다는 시행기관 및 담당자 개인의 의지에 따라서 그 현실과 내용에서 많은 차이를 보이고 있다.^{31),32)} 이러한 문제점을 극복하기 위하여 정

부에서는 한방공공보건평가단을 만들어 전국 사업을 총괄 및 기획하도록 하여 2005년에 전국적으로 23개의 한방 건강증진Hub보건소를 선정하여 선정된 각 지역보건소별로 8개사업 이외에 해당지역 보건문제를 파악하여 지역에 알맞은 사업을 진행 중에 있다.³¹⁾

그러나 실제적으로 공공의료를 담당하고 있는 인력의 95%이상이 공중보건한의사들과 이들의 역할규정과 정책방향에 따라서 한방공공의료가 크게 영향을 받을 수밖에 없는 현실적인 문제가 있다.⁹⁾ 따라서 현재로서는 한방공공보건의료 사업관련의 근거가 되는 관련법·제도의 정비와 사업의 내용과 질, 사업 담당자의 책임과 역할, 교육 등과 관련되어서 1차적으로 해결해야 하는 상황에 있다.

③ 한의공공의료체계의 확립방안

- 현재 한의사 공공보건의료 관련법·제도의 개편이 필요

우리가 잘 알고 있듯이 국가가 행하는 모든 사업은 반드시 직접적인 근거가 되는 법과 제도가 마련되어 있어야 한다. 의료법에는 한의

사의 역할과 책임은 국민보건향상을 도모하고 국민의 건강한 생활보호에 기여함을 사명으로 하고 한의의료와 한방보건지도에 종사함을 임무로 한다고 규정하고 있다.²⁴⁾ 여기서 문제되는 점은 의료와 한방의료, 보건지도와 한방보건지도 등의 법적 정의의 추상적으로 인해서 실제 현장에서 한의의료영역과 양방영역의 범위와 한계가 모호하다. 특히 의사와 한의사간의 업무의 연계와 협조에 관한 규정도 구체적 마련되어 있지 않아 상호간에 이해대립과 갈등의 요인으로 작용하고 있다.⁹⁾ 최근 정부는 보건소에 전국적인 공중보건한의사의 배치를 계기로 한방보건사업산업을 2001년부터 새롭게 추진하고 있다. 하지만 이 부분에서도 아직 한방보건사업을 시도하기에는 그 근거가 미흡한 실정이다. 보건소에서 시행되는 기존의 보건사업을 보면 지역보건법(제9조 보건소의 업무)과 국민건강증진법(제19조 건강증진사업 등), 결핵예방법, 모자보건법, 구강보건법 및 정신보건법 등의 개별법의 근거에 의해 단일 관련 보건사업을 시행하고 있다. 한의사는 한의의료와 한방보건지도에 종사함을 임무로 한다고 의료법에서 명시는 되어 있지만 한방보건사업을 시행할 수 있는 근거가 되는 관련법 조항이 심지어 지역보건법조차도 구체적으로 명시되어 있지 않다.^{24),26)}

- 보건의료서비스내용의 개선

공공보건의료에 종사하는 한의사가 표준적이고 교과서적 기준에 맞는 올바른 보건의료 행위를 할 수 있도록 표준진료지침서나 바람직한 진료의 형태와 치료공간의 마련, 진단 및 치료기기의 확보, 한방진료와 지역보건사업의 보조인력 충원 등 기본적인 의료서비스를 할 수 있도록 해야 한다.³⁰⁾

한의 공공부분의 infra구축
국립의료원 한방진료부를 국립한방병원으

로 확대개편하고 각 지역단위에 지역공공병원, 보건소 등에 한방진료부를 설치하여 공공부분의 한의 infra를 구축을 고려하고 또한 농어촌 지역에서 실시되고 있는 한방지역 보건사업의 프로그램을 지역특성에 맞게 다양화하여 도시 지역까지 사업을 확대하고 공공성 제고를 위한 건강보험급여 확대를 추진한다.³⁰⁾

- 지역특성에 알맞은 서비스개발

도시와 농어촌, 기타 산업도시 및 광산촌 등 지역의 인구구조 및 산업 같은 사회인구학적 특성에 따라 질병의 구조 및 의료수요나 필요성이 크게 차이가 발생하게 된다. 이러한 지역 사회의 특성을 반영하고 해당지역사회의 보건 의료문제를 파악하여 지역주민에게 필요한 보건의료서비스가 제공되도록 해야 한다.⁸⁾

- 한의학특성을 제고할 수 있는 지역보건사업

최근 고령화추세와 생활양식의 변화로 각종 암, 고혈압 및 중풍, 치매 등 만성퇴행성질환의 예방과 관리, 치료를 위한 농어촌 지역 및 중소도시 지역주민의 한의의료에 대한 수요가 증가하여 건강보험진료비가 증가추세에 있다. 보건소 등 지역 공공보건의료기관에서 한의의료서비스와 병행하여 지역보건사업의 필요성이 대두되고 있고 또한 보건소의 기능이 건강증진 및 예방보건사업중심으로 변화되고 있는 추세에 적극 대응해야 한다. 다행이도 2002년 4월부터 공중보건한의사의 확대 배치로 한방 지역보건사업의 실시를 위한 여건이 조성되었다.⁸⁾ 이제는 지역주민의 한의의료서비스에 대한 인식제고 및 잠재적인 한방의료 요구 충족을 위한 다각적인 건강증진 및 예방관리사업의 추진이 필요하다. 기존의 8대 한방사업 뿐만 아니라 지역특성과 보건의료 필요성에 맞는 새로운 산업개발이 지속적으로 적극적으로 실시되어야 한다. 이를 위해서는 사업에 직접 참여하는 지자체와 보건소, 한의사 공보의의

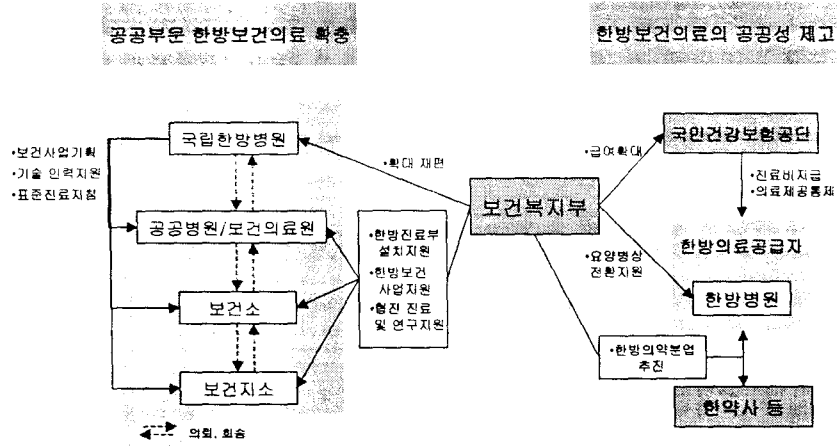


Fig. 7. Expansion scheme of public service of Korean medicine

의식과 관심이 매우 중요하며 더불어 국가 및 한방공공보건평가단, 각 한의과대학 예방의학 교실의 참여로 올바른 전략 및 지침서 개발, 교육 및 평가 등의 전반적이면서 구체적인 지원이 중요하다.

(4) 서양의학과 관계설정

① 개념

수천년간 국민들의 건강을 책임지고 있던 한의학과 서양의학이 공존한 세월이 100년이 되었다. 그동안 두 의학이 공존하면서 큰 충돌 없이 우리나라에서 발전해 왔다. 서양의학이 자리 잡으면서 한국의 보건의료에 많은 기여 해오고 있다.²¹⁾ 그러나 최근 한방병원에서의 CT사용으로 인한 행정심판건, 한약독성문제, IMS의 자동차보험진료수가산정, 의료일원화 제기, 이외에도 허준이 죽어야 나라가 산다, 한약은 효과가 없다 등 여러 사건을 통하여 한의학 및 한의사의 근본적인 정체성을 혼드는 일련의 사건들로 인해서 한국 의료계간 매우 심상치 않다. 그동안 두 의학관계간이 대단히 좋지는 않았지만 과거에는 이렇게까지 심각한

상황은 없었던 것 같다.^{9),30)}

② 배경

오래전부터 한·양의간의 분쟁과 갈등은 예견된 문제였다. 10년전에 한의계는 한약조제권 문제로 약계와 큰 갈등을 치른 적이 있었다. 이 사건의 발달에 대한 배경은 많은 학문적 연구가 필요할 것이지만 지금까지 연구된 것 중에서 동서문명의 충돌 등 한 두건의 연구³³⁾가 있었을 뿐이다. 그러나 그 근본적인 이유는 한약조제권과 관련된 두 집단간의 이익과 크게 관련됐을 것으로 생각하고 있다.

최근 의학과 한의학의 갈등의 직접적으로 촉발된 계기가 표면적으로는 CT사건이지만 의료내부에 오래 전부터 상존해왔던 많은 문제, 예를 들어 지난 100여년동안 서양의학과 한의학간에는 학문적 갈등, 민족문화와 융합하지 못하고 서양문화 및 과학의 우월주의에 빠져 한의학을 마치 미신의학으로 폄하하거나 아예 한의학 존재를 지금까지도 부정하는 인식이 지속되고 있다. 더불어 의료인력의 파잉배출로 수입급감에 따른 경영난 등이 의료계 내외부 환경의 여러가지 어려움이 동시에 발생하면서

이번의 사태가 시작되었다.

③ 개선방향

각 국가의 의료제도는 나라마다 다른데 그 이유는 역사, 문화, 철학 및 권력체계, 사회 및

민주적 성숙도 정도 등의 다양한 반영한 결과이기 때문이다. 또한 서양의학이나 전통의료의 질병치료와 건강관리 수단과 방법이 서로 크게 차이가 있으며 지금까지 의료소비자들의 선택권에 대한 존중도 매우 중요하다.⁹⁾

Table 5. Status of Conflicts Between Western and Korean Medicine

시기	주요 내용	양·한방보건의료계의 입장
1951. 9	국민의료법 개정	한의계: 의료업자 2종으로 분류/의료인으로 공식적 인정받음
1961. 10	국가재건최고회의에서 한의사제도 삭제	한의계 및 동양의대생들의 반대
1962. 3	국민의료법 개정: 제 14조 2항에 국공립의대 등 정규의과대학에서 최종 2년간 한방의학을 전공한 자에게 절차를 거쳐 한의사 면허를 취득할 수 있도록 함	양방의료: 의료일원화를 위한 법 개정으로 긍정적으로 받아들임 한방의료: 한의사제도 폐지에 대한 우려, 14조 2항의 개정 요구
1974	의협, 의료일원화연구위원회 설립	
1987	의협, 보사부와 한의협에 의료일원화 방안 제의	한의협 반대로 무산
1992	의협, 의료일원화 방안 발표	의사와 한의사 교육훈련제도를 통합하여 일원화를 달성하자고 제안
1992	보사부, 의료일원화정책의 기본골격을 정리하여 양·한방협진체계 제안	의협 반대로 무산
1993. 3	약사법 시행규칙 제 11조 1항 7호 “약국에는 재래식 한약장 이외의 약장을 두어 깨끗이 관리하여야 한다” 폐지	양방의료: 삭제된 조항을 단지 약국 내 위생에 대한 조항으로 해석, 한약은 의약품이라는 주장을 통해 약사들의 한약조제 정당화 한방의료: 약사들의 한약조제금지 규정 삭제로 여김
2004. 12	서울행정법원, 한방병원의 CT 사용 가능 판결	양방의료: 한의사의 CT 사용은 면허 이외의 의료 행위이다. 내과의사회: 한약 피해 대국민 캠페인 전개
2005. 1	대한개원한의사협회, ‘우리가족 감기는 한방으로’ 대국민 포스터 배포	개원한의사협회: 한방의 감기치료 효과의 우수성 주장
2005. 4	의협, 한약제 사용실태 조사위원회 구성, 운영	의협: 한국의료일원화에 대한 국민적 공감대를 형성하기 위해 한약제 부작용 파악에 주력하기로 함
2005. 5	자동차보험진료수가심의위원회, IMS 진료수가 결정, 공치	의협: 명백한 의료행위를 ‘찌르는 것은 모두 침이다’ 라는 논리로 못하게 하는 것은 국민의 치료받을 권리를 제한하는 행위이다. 한의협: 한의학 고유영역에 대한 양방의 면허 침해

이선동 : (참여)정부의 보건의료 Infra개편과정에서 한의학의 참여방안

Table 6. Strengths and Weaknesses of Western and Korean Medicine

장단점 의학종류	장 점	단 점
한의학	<ul style="list-style-type: none"> · 자연순응의학 · 전체성(종합적)유기체적 의학 · 조화·조절·균형의학 · 체질중시(개체성)의학 · 원인이 복잡한 질병(허증, 노인성 질병 등)치료에 적합한 의학 · 증상치료의학 · 내과적 치료의학(면역강화, 방어적 의학) · 예방과 치료를 동시에 하는 의학 · 마음과 신체의 조화중시 · 非藥物的인 예방/치료수단 중요시 · 기능적 의학 · 치료자와 환자의 주관을 중시하는 의학 · 건강관리중심의학 · 자연면역기능 강화 의학 · 거시적(구심적, 우주과학적) 의학 · 체액병리 중심의학 · 생활의학 기초 · 병의 발생단계에 따라 예방과 치료를 다르게하는 의학 	<ul style="list-style-type: none"> · 과학적 접근과 객관성 결여 · 對症治療(증상중심치료)의학 · 분석적 접근 부족 · 병리현상의 평가와 검증방법이 微細하지 못한 의학 · 개발된 평가지표가 부족한 의학 · 普遍的인 지식이 부족한 의학 · 應急醫療의 한계 · 治療作用(機轉)의 불명함- 유효성분의 파악(안됨) · 微視的 變化 파악의 한계 · 治療反應이 대체로 늦음 · 治療者間(전문가와 비전문가)의 치료율 및 실력차이가 크다
서양의학	<ul style="list-style-type: none"> · 응급의료 및 소생의학 · 수술 등 외과적 처치의학 · 세포치치(급·만성 전염성 질병, 공격적인 의학) 의학 · 객관적인 기준에 의한 보편(균일적) 의학 · 진단수준이 우수한 의학 · 질병치료 중심의학 · 치료반응이 신속한(공격적) 의학 · 기질적 의학 · 미시적(현미경 활용) 의학 · 해부학위주 의학 · 기계의존적 의학 · 세포병리 중심의 의학 · 자연극복 의학 · 실증치료의학 · 확률의학 · 예후(예측)가능 의학 · 대체적인 의료수준의 평준화(표준화) · 질병체 초기 제거 가능의학 	<ul style="list-style-type: none"> · 전인적 개념과 전인적 치료의 한계 · 만성퇴행성 질병관리의 한계 · 정신·육체의 유기적 관계 부족 · 장부상호간의 관계이론 부족 · 질병범위·건강범위·진단의 범위 협소 · 기능성 질병의 접근 한계 · 무형적 변화인식 부족 · 개체성·체질 등 각 환자의 특성 무시 · 약물독성·부작용 우려- 장기치료 부적합 · 개발된 치료수단(약물, 기기 등)이 적어 올바른 치료에 한계 존재

따라서 의료인간의 갈등보다는 의료이용자를 상대로 상호 선의의 경쟁을 통하여 평가를 받는 것이 중요하다. 즉 공급자 중심이 아닌 이용자중심의 의식전환이 필요할 때이다. 의료비의 중복진료 및 이용의 혼란문제는 두 의학의 치료우위질병연구를 통해서 장기적인 해결이 가능할 수 있다.^{10),34)}

의학의 대상인 인간에 대한 생명현상연구 및 관리는 매우 어렵다. 현재에도 많은 부분이 밝혀져 있지 않거나 확인이 불가능하다. 따라서 다양한 의학 및 한의학 뿐 만 아니라 생명과학 및 인문학분야까지도 참여하거나 협조 및 교류해야 한다. 또한 의학적 연구는 과학적 방법으로만으로는 해결이 불가능하다. 미국의

한 명문대학병원에서 환자들이 수술 받기전에 서명해야 되는 수술동의서(informed consent form)의 첫 문장에 다음과 같은 말이 있다. 의(醫)는 그 자체가 과학이 아니다. 그러나 의는 예술 즉 인술이다(The medicine is not exactly a science, But the medicine is an art... a healing art). 仁術로써 醫는 하나지만 학문으로써 의학은 여러이며 치료수단으로써 요법은 수천가지 이다.³⁵⁾

최근에 인간에 대한 생명관, 건강관과 질병관이 바뀌어지고 있다. 의학관련 사고체계의 전환(paradigm shift)이 필요하다.^{35),36)} 다행이도 최근에 국민의 정부 및 참여정부에서 나름대로 한국의 보건의료체계 및 제도의 올바른

Table 7. Preferred Disease Treatment of the Two Medicines

서양의학우선치료질병	한의학우선치료질병	양/한방 병용치료질병	분류불가능질병
허혈성 심장질환	고관절동통	간질	렙토스피라증
급성신증후군	무릎동통, 손과 손목의 통증	고지혈증	
만성신증후군	부정맥	기침	
특발성혈서판감소성자반증	족근동통	당뇨	
알레르기성 피부염(급성)	갱년기 증후군	고혈압	
지루성피부염	알레르기성 자반증	발열	
진균성피부염	건선	변비	
직장성농양	백반	복통	
치루	부정맥	급성사구체신염	
치핵	신체형장애	상기도감염(감기)	
토혈	아토피성피부염	설사	
폐결핵	안면신경마비	소양증	
홍역	알레르기성 천식	두통	
각종수술질환 (심장수술, 정관/난관절제술, 급성 충수염, 백·녹내장 등)	알레르기성 비염	위·십이지장궤양	
Co중독 등의 응급질환	야뇨증	요로감염	
화상	월경전기증후군	요통	
산재사고	저혈압	유행성이하선염	
	과민성장질환	통풍	
	피로종합증	황달	
		중풍	
		전립선비대증	
		비만	
		각종 암	

변화를 위해 노력하고 있다. 더불어 한의학관련 제도의 변화, 특히 공공의료의 개편과정에서 한의학의 참여방안에 대한 논의가 매우 활발하다.³¹⁾ 특히 정부에서 2005년 12월22일에 제1차 한의학육성발전5개년종합계획을 발표하고 2006년부터 2010년까지 실시하기로 했다.¹¹⁾ 구체적인 내용은 한약재안전성 강화, 한방전문병원제도, 공공의료기관에 한방진료부 설치, 한양의협진모델 개발, 농어촌주민의 건강관리를 위해 한방 HUB보건소를 전국에 설치하는 것이다. 이외에도 다빈도·만성질환 등 40여개 질환에 사용되는 한약제제에 대한 임상시험기준도 마련하기로 하였다.

세상의 모든 의료와 의학의 존재 이유는 그 시대의 질병으로 고통 받는 인간의 문제를 해결을 하여 모든 사람들을 건강하고 행복하게 하는 것이다. 이를 위해서 각자 독립적으로 또는 서로 협조하여야 하는 것은 당연하다.

5. 요약 및 결론

현재 우리나라의 의료체계는 매우 비효율적인 것으로 평가되고 있다. 이러 이유 때문에 참여정부에서는 보건의료발전계획을 마련하면서 평생 국민건강관리체계의 구축, 보건의료서비스의 보장성 강화, 보건의료체계의 효율화, 보건산업의 경쟁력 제고 및 보건의료 발전을 위한 기반구축 등의 기본방향을 제시하고 있다. 따라서 한의학도 이러한 우리나라의 보건의료 인프라개편 방향에 부합하도록 공공성 강화와 1차의료 역할증대 등을 골격으로 하는 인프라개편의 참여방안이 구체적으로 마련되어야 한다.

- 1) 참여를 위한 이론적 틀과 배경은
이는 앞으로의 국가 보건의료정책의 방향과 정책을 말해주는 것으로 한의학 및 한의사의 적극적인 참여가 반드시 필요

하며

- 공공의료 및 1차보건의료는 필요의 크기가 상당한 부분이 존재하고 의학적 가치를 충분히 발휘할 수 있으며
- 이를 위해서는 불합리하고 왜곡된 의료관련법·제도의 합리적인 정비와 제정이 필요하다.

2) 구체적인 참여 및 연구분야로는

(1) 1차한의학료

1차한의학료의 개념은 외래환경에서 제공하는 진료로 건강증진, 질병예방, 진단·치료 등 1차적 접촉의 전인적 의료이다.

- 따라서 1차한의학료의 정립과 발달은 한의사가 한학을 활용하여 1차보건의료문제를 해결할 수 있는 기회를 제공하기 때문에 매우 중요한 의학적 의미가 있으며 이외에도 의료소외계층을 대상으로 의료서비스를 제공함으로써 '사회적 정의'정책에 참여한다는 사회적 가치를 동시에 얻을 수 있어 한의학 및 한의사의 긍정적 이미지를 크게 제고 할 수 있다.
- 이를 위해서는 한방가정의학 및 주치의제도 도입, 청약의보참여와 한의사공중보건 의제도의 적극적인 확대실시 및 정착이 필요하다.

(2) 한의학료기관간 역할 재설정

한 의사전문의제도와 관련된 것으로 일반적인 의사(비전문의)와 전문의, 한의원과 한방병원(국립의료원 포함)간의 역할정립문제이다.

- 비전문한의사이든 전문한의사이든 한의학 특성에 알맞은 예방 및 치료행위가 가능하도록 제도적 장치를 마련해야 하며
- 전문의 배출은 전문의수준의 의료 필요량이나 크기에 알맞게 최소한으로 배출해야

한다.

- 한의원은 외래진료위주의 전반적인 질병에 대한 전인적이면서 포괄적인 치료 및 관리를 하고, 2·3차한의의료기관은 입원 환자진료위주의 전문과목 진료, 새로운 학문과 임상기술의 평가, 교육 및 연구활동의 기능과 역할을 해야 한다.

(3) 한의공공의료체계의 확립

공공보건의료는 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관이 국민의 건강을 보호증진하기 위하여 행하는 모든 활동을 말한다. 따라서 한의사관련 공공보건의사는 국립의료원내 한방병원 등 국·공립의료기관과 보건소·지소에서 근무하는 한의사나 한의사 공중보건의사들이며 이들이 하는 모든 일들이 한의공공의료업무라고 할 수 있다.

- 현재 한의공공의료체계를 확립하기 위하여 우선적으로 한의사공공보건의료관련 법·제도의 개편이 필요하고, 서비스 내용의 개선과 한의공공부분의 infra구축, 지역특성에 알맞은 서비스개발 및 한의학특성을 제고할 수 있는 지역보건사업의 연구가 필요하다.

(4) 서양의학과와의 정상적인 관계 설정 중요

최근 한방병원의 CT사용, 한약독성문제, IMS의 자동차보험진료수가의 산정, 의료 1원 화제기 등으로 한·양방의료집단간 심각한 갈등 및 긴장관계가 형성되었다.

- 이러한 배경에는 두 의학간의 학문적 갈등뿐만 아니라, 서양문화와 과학의 일방적 우월주의로 인한 한의학을 폄하 및 왜곡, 부정하는 잘못된 인식에 기인한다.
- 개선방안으로는 우선 의료소비자들의 선택권의 중요성을 인식하고 서양의학 및 한의학의 학문적 장단점을 바탕으로 의학별 치료우위질병 및 병용치료질병을 연구

해야한다. 이를 위해서 교육 및 연구, 서로 교류의 폭과 량을 넓혀서 의학적 효과를 최대화하여 의료의 중복이용과 안전성 문제 등을 동시에 해결 할 수 있다. 이것의 중요의미는 공급자에서 소비자 중심으로 인식의 전환이 이루어졌음을 의미하기도 하며, 또한 한국의료의 선진화를 뜻하기도 한다.

참고문헌

1. 예방의학 편찬위원회, 예방의학, 계축문화사, 2004
2. 원종일, 금경수, 황제내경 陰陽五行醫論에 나타난 生命觀, 동의생리병리학회지, 2004 18(5) 1270-1274
3. WHO, World Health Report 2000, 2000
4. 대통령자문정책기획위원회, 제3회 지방순회 토론회 보건·복지 인프라개편방안, 2003
5. 대통령자문 고령화 및 미래사회위원회, 고령화 및 미래사회 국민건강 보장을 위한 보건의료체계 개편방안, 2004
6. 보건복지부, 대선공약사업, 2003
7. 보건복지부, '2005 한방공공보건의료학술대회'자료집, 2005
8. 보건복지부, '공공의료강화와 한방지역보건사업의 혁신을 위한 공중보건의사 Workshop'자료집, 2005
9. 한의사협회, "참여정부의 보건복지 Infra개편과정에서 한의학의 참여방안" 보고서, 2004
10. 박종구(보건의료기술연구개발사업) 등, 양한방의 상호보완 발전방안 연구, 보건복지부, 2000
11. 관계부처합동(보건복지부외 7개기관), 제1차 한의약육성발전5개년종합계획(2006-2010), 2005

12. Roemer MI, National health systems of the world, Oxford University Press, 1991
13. 보건복지부, 보건의료현황과 정책방향, 2005
14. 2005년도 제1회 보건의료경영·경제·행정학회 공동학술대회 운영위원회, 2005년도 제1회 보건의료경영·경제·행정학회 공동학술대회 연세집, 2005
15. 한국보건교육·건강증진학회, 국민건강증진법제정 10주년기념 국제학술대회, 건강증진사업의 새로운 도전, 2005
16. 전국 한의과대학 예방의학교실, 양방예방의학, 계축문화사, 2004
17. 김창엽, 한국 1차의료의 현실과 과제, 보건학논집 2000, 37(1), P 25-35
18. 대통령자문 정책기획위원회, 2003년 정책기획과제, 보건·복지 인프라개편방안 연구, 2003
19. Aday LA, et., evaluating the medicine care system. health administration press, Ann Arbor, Michigan, 1993
20. WHO, WHO Committe 1948, 1957, 1998
21. 박종연, 손명세, 한국의료체계의 이원화와 변혁과제, 보건과 사회과학, 1997, 1(1), P 31-64
22. 박일훈, 양한방 상호보완의료체계에 대한 고찰, 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1997
23. 박종구 등, 동·서의학간 이상적 교류의 합리적 방안 구충, 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실, 1999
24. 김광호외 7인, 한의사와 한의대생을 위한 보건·의료법규, 계축문화사, 2004
25. 김춘배 외 7인, 한·양방의 상호보완발전을 위한 법적 및 제도적 고찰, 한국의료법학회지, 2002, 8(2), P 829
26. 김춘배, 농촌지역 보건소에서 한·양방 협진(통합)보건사업모형, 한국농촌의학회 2001년도 추계학술대회, 2001
27. 대한한의사협회, 2003 정책과제 및 현안과제, 2003
28. 식품의약품안전청, 한국인의 한약재복용실태 조사연구 보고서, 2005
29. 보건복지부, 한의사 전문의 적정인력수급 등을 위한 표준화연구 보고서, 2004
30. 고령화 및 미래사회위원회, 고령화사회 대비를 위한 한방공공의료역할 증진방안 보고서, 2005
31. 보건복지부, 공공보건의료체계방안-한방공공의료서비스체계 구축중심, 2004
32. 한방공공보건평가단, 2005년 한방건강증진 HUB보건소 수행지침, 2005
33. (주)범양사, 과학사상,
34. 박송림, 중국 중서의결합의 경험을 토대로 한 한국 양·한방협진제도의 발전방안연구, 서울대학교 보건대학원, 2002
35. 전세일, 보완대체의학, 계축문화사, 2004
36. 강신익, 동서의학의 신체관, 제3의학, 2003, P 46-52