

Working Paper 04-08

공공의료 혁신을 위한 동서의학 협진모델 및 협진지침에 관한 연구

강 은 정

설 휘 훈

최 우 진

한국보건사회연구원

Korea Institute for Health and Social Affairs

목 차

요 약	9
I. 서 론	22
1. 연구의 필요성	22
2. 연구의 범위 및 목적	23
II. 문헌고찰	24
1. 공공병원의 현황 및 문제점	24
2. 양·한방 협진의 필요성	27
3. 공공병원에서의 양·한방 협진의 필요성	28
4. 양·한방 협진 지침의 필요성	31
5. 양·한방 협진의 분석틀: 기술도입 모형	34
III. 연구방법	40
1. 우편조사	40
2. 외국사례연구	44
IV. 연구결과	45
1. 우편설문조사	45
2. 외국사례 연구	78
V. 결론 및 정책제언	82
1. 민간병원과 공공병원 간의 양·한방 협진의 실태 비교를 통한 결론	82
2. 공공병원의 양·한방 협진에 대한 인식 및 태도로부터 얻은 결론	84
3. 이론적 근거를 바탕으로 한 가설의 검증을 통한 결론	85

참 고 문 헌	87
부 록	89
부록 1. 공공병원용 설문지 및 민간병원용 설문지	91
부록 2. 대만 위생서 중의약위원회 설문지	106

표 목 차

〈표 II-1〉 전국 공공병원의 운영주체별, 종별 구분	24
〈표 II-2〉 공공병원의 소관부처별 분류	26
〈표 II-3〉 진료지침서 구비 여부와 의무기록지 사용 및 보관 방법	31
〈표 II-4〉 원무과 운영형태, 진료 수속 및 진료비 청구 방법	34
〈표 III-1〉 조사 대상 공공의료기관	40
〈표 III-2〉 조사대상이 된 지역별 양·한방 협진의료기관의 현황	41
〈표 III-3〉 공공병원 여부별 및 양·한방 협진 여부별 설문지 회수율	43
〈표 IV-1〉 응답지역의 환경적 특성	46
〈표 IV-2〉 응답한 공공과 민간의료 기관의 구분	46
〈표 IV-3〉 공공, 민간에서 협진비율	47
〈표 IV-4〉 협진 시작연도	47
〈표 IV-5〉 협진 총 월수	48
〈표 IV-6〉 협진 시작 월	48
〈표 IV-7〉 협진 진료과	49
〈표 IV-8〉 협진의 형태	50
〈표 IV-9〉 동일 진료 기록지 사용 여부	51
〈표 IV-10〉 병원 협진 질환	51
〈표 IV-11〉 한방기관의 형태	52
〈표 IV-12〉 협진 병상 수	53
〈표 IV-13〉 한방 치료법	53
〈표 IV-14〉 임상 진료 지침 여부	54
〈표 IV-15〉 공동연구 여부	54
〈표 IV-16〉 임상통계자료 축적 여부	55

〈표 IV-17〉 한방 신뢰도	55
〈표 IV-18〉 보완 / 대체재 인식	57
〈표 IV-19〉 협진에 도움이 되는 영역-수익성	58
〈표 IV-20〉 협진에 도움이 되는 영역-환자 만족도	59
〈표 IV-21〉 협진에 도움이 되는 영역-치료 효과	60
〈표 IV-22〉 협진에 도움이 되는 영역-치료기간 단축	61
〈표 IV-23〉 협진에 도움이 되는 영역-저소득 계층의 한방 진료 접근성	62
〈표 IV-24〉 협진에 도움이 되는 영역-노인성 질환 치료	63
〈표 IV-25〉 협진에 도움이 되는 영역-의료시장 개방을 대비한 경쟁력 향상	64
〈표 IV-26〉 단계별 의료서비스-예방	65
〈표 IV-27〉 단계별 의료서비스-건강검진	66
〈표 IV-28〉 단계별 의료서비스-진단	66
〈표 IV-29〉 단계별 의료서비스-치료	67
〈표 IV-30〉 단계별 의료서비스-재활	68
〈표 IV-31〉 공공병원에서 협진 확대 추진 주체	68
〈표 IV-32〉 공공병원에서 가장 적합한 양·한방 협진 모형	69
〈표 IV-33〉 공공병원에서 협진에 추가하고 싶은 진료과목	70
〈표 IV-34〉 공공에서 협진 필요 병상 수	70
〈표 IV-35〉 양방 병상 수 대비 필요 한방 병상 수 백분율	71
〈표 IV-36〉 원장 나이	71
〈표 IV-37〉 원장 근무년수	72
〈표 IV-38〉 협진 유무별 병원장 성별	72
〈표 IV-39〉 협진 유무별 병원장의 전문의 여부	73
〈표 IV-40〉 병상수별 양·한방 협진 비율(%)	74
〈표 IV-42〉 공공병원에서 경쟁도와 병원장의 한방재화에 대한 인식도에 따른 양·한방 협진비율(%)	75

〈표 IV-43〉	민간병원에서 경쟁도와 병원장의 한방재화에 대한 인식도에 따른 양·한방 협진비율(%)	75
〈표 IV-44〉	1997년 경제위기 전후의 협진기관수	76
〈표 IV-45〉	병원장의 나이와 양·한방 협진	77
〈표 IV-46〉	병원장의 병원장으로서의 경력과 양·한방 협진	77
〈표 IV-47〉	병원장의 한방 의료에 대한 신뢰도와 양·한방 협진	78

요 약

I. 서 론

1. 연구의 필요성

☐ 공공의료 혁신의 필요성

- 공공보건의료 시설의 노후와 인력 부족, 그 기능과 역할에 있어서 민간의료기관과의 차별성이 적은 정체성에서의 문제 등이 계속 제기됨. 이밖에도 의료시장개방과 관련해서 중산층 및 저소득계층이 양질의 서비스를 받을 수 있도록 공공보건의료가 강화되어야 할 필요성이 정부와 소비자로부터 제기됨.

☐ 공공의료 혁신을 위한 양·한방 협진의 의의

- 노령화 및 이에 수반되는 만성질환자 증가라는 사회적 요구에 부합
- 의료서비스에 대한 소비자들의 만족도를 높임으로써 우선은 공공의료에 대한 만족도를 향상시킬 수 있을 것이고 더 나아가서 공공의료에 대한 이미지를 제고 가능

2. 연구의 범위 및 목적

- 공공병원과 같은 양방병원을 대상으로 함.
- 공공병원과 민간병원에서 각각 어떤 조건에서 협진이 도입되는지 그 요인을 파악하고 공공병원에서 협진을 확대할 수 있는 방안을 도출하려는 것이 연구의 주된 목적임.

II. 문헌고찰

1. 공공병원의 현황 및 문제점

- 불분명한 공공병원의 기능과 역할

- 주관부처의 다양성으로 인한 공공병원간의 연계 부족
- 운영의 비효율성과 평가의 비합리성

2. 양·한방 협진의 필요성

- 급성전염성 질환에서 만성퇴행성질환 중심으로 상병구조가 변화되면서 양방의 한계점이 노출됨.
- 의료욕구의 다양화에 따른 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 시도로서 양·한방 협진의 필요성이 증대
- 미국을 포함한 세계적인 한의학 및 대체의학 시장규모의 증가 추세와 의료시장 개방에 따른 중국·대만과의 대외·대내 경쟁력 강화를 위해서 양·한방 협진 의료시스템이 요구됨.

3. 공공병원에서의 양·한방 협진의 필요성

- 정부의 공공의료 혁신정책의 일환으로서 공공의료기관의 양·한방 협진확대
- 의료시장 개방에 따른 경쟁력 강화의 차원으로서의 필요성: 경제자유구역 내 외국 병원의 내국인 진료허용에 따른 부정적 영향을 최소화 하기위한 방안의 일환으로서 양·한방협진의 확대
- 2007년 시행예정인 『노인요양보장정책의 방향』에 부합하는 제도상에서의 필요성
- 공공의료기관에 한방진료부를 설치하여 양·한방 협진기반을 구축하고 공공의료의 서비스 수준과 경쟁력을 제고
- 중풍, 당뇨 등 10대 중점관리질환에 대하여 치료의 효율성이 높고 이용부담이 적은 양·한방 협진을 실시

4. 양·한방 협진 지침의 필요성

- 협진의 무분별함에 따른 의료비의 상승을 억제
- 의료사고 시 법적 책임에 대한 명확한 기준 마련

- 의료 영역의 명확화를 통한 치료 효율의 향상
- 복수면허 소지자의 협진지침 마련으로 인력 운영의 효율성 향상
- 국민 의료 이용 상의 편의
- 의료 통계의 수준 향상

5. 양·한방 협진의 분석틀: 기술도입 모형

- 협진의 형태와 상관없이 양·한방 협진은 양방병원에서 한방이라는 새로운 기술을 받아들임으로써 생산방식이나 조직의 변화를 불러일으키는 것, 즉 혁신으로 해석할 수 있음.
- 기술도입모형은 혁신을 연구하는데 유용한 도구로 사용되어져 왔음.
- 기술도입에 영향을 미치는 요인들은 크게 네 가지 부류로 나뉨-첫째, 신기술이 갖는 불확실성 및 불확실성을 줄이는 정보의 역할, 둘째, 주변 기업들과의 관계를 고려한 전략적 행동의 역할, 셋째, 인적자본 (human capital), 넷째, 법 및 제도적인 요인. 이 가운데 법 및 제도적인 측면은 선행 연구들에서 많이 지적이 되어 왔기 때문에 앞의 세 가지 요인에 초점을 두고자 함.
- 연구가설

가. 기술적 불확실성과 관련된 가설

- H1 : 병상수를 기준으로 큰 병원일수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.
 H2 : 대도시, 도시, 농촌 병원의 순으로 협진 할 가능성이 높을 것이다.

나. 전략적 불확실성과 관련된 가설

- H3 : 경쟁이 심한 곳일수록, 즉 인구 1,000명당 병상수가 높을수록 한방을 양방의 대체재로 생각하는 병원장이 보완재로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.
 H4 : 경쟁이 적은 곳일수록, 즉 인구 1,000명당 병상수가 낮을수록 한방을 양방의 보완재로 생각하는 병원장이 대체재로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

H5 : IMF 경제위기 이후에 양·한방 협진하는 병원의 비율이 더 늘어났을 것이다.

다. 인적자본과 관련된 가설

H6 : 나이가 많은 병원장일수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

H7 : 병원장으로서의 경력이 길수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

H8 : 병원장의 한방 의료에 대한 신뢰가 높을수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 우편조사

- 대상설정: 2004년 전국병원명부를 기준으로 전국의 병원급 이상의 의료기관의 병원장을 전수조사 (민간병원 967개, 공공병원 116개)
- 우편전수조사와 회수율을 높이기 위한 추가 전화조사를 실시
- 설문지 개발: 공공과 민간의 두 가지로 나누어 개발하였고, 공통적으로 협진 현황과 협진에 대한 인식 및 태도에 관한 문항 포함. 공공에 대해서는 공공병원에서의 협진의 확충에 관련된 문항 추가
- 조사일정: 2004년 11월 12일~2004년 11월 30일
- 통계처리 및 분석: 2004년 12월 1일~2004년 12월 17일
- 회수율: 공공병원의 경우 53%가 회수되어 높은 회수율을 보였고 민간병원의 경우도 23%가 회수되어 선행 연구들에서보다 높은 회수율을 보임.

2. 외국사례연구

- 대만 선정 이유: 대만은 협진의 형태, 인구구조, 인구의 상병구조 등에서 현재 우리나라의 실정과 매우 흡사하므로 점진적인 개선안을 찾기에 유용하리라고 판단함.
- 방문지: 행정기관으로 위생서 소속 중의학연구원, 중서의협진이 이루어지고 있는 민간병원 한 곳과 시립병원 한 곳

IV. 결과

1. 우편설문조사

가. 기초통계분석

1) 설문에 응한 병원 및 해당 지역의 특성

- 공공병원의 경우 군에서 민간병원보다 더 많이 발견되며 특·광역시에는 민간병원보다 적게 분포함. 공공병원의 경우 협진병원의 60%가 군단위에 위치한 반면에 민간병원 중 협진을 하는 병원의 11.4%만이 군단위에 위치, 특·광역시와 시에는 각각 42.5%, 45.7%가 존재함.

2) 협진실태

- 공공, 민간에서 협진 비율은 민간병원의 19.6%, 공공병원의 24.2%가 협진함.
- 협진 시작 년도 : 민간은 1999년에 12곳(27.9%), 2001년에 8곳(18.6%), 2003년에 7곳(16.3%) 순으로 시작하였고, 공공은 1999년에 7곳(46.7%), 2002년 3곳(20.0%), 2001년에 2곳(13.3%)의 순으로 협진을 시작함.
- 협진진료과 : 민간에서는 내과(74.4%), 정형외과(58.1%), 신경외과(48.8%), 신경과(46.5%), 일반외과(34.9%), 재활의학과(32.6%)의 순으로 진료하는 것으로 나타남. 공공에서는 내과(85.7%), 신경과(50.0%), 정형외과(42.9%) 등의 순으로 나타남.
- 협진의 형태 : 상호검사만 의뢰하는 비율은 민간은 2.3%, 공공은 21.4%이고, 진료를 의뢰하는 비율은 민간은 34.9%, 공공은 35.7%이고, 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시에 협의 의뢰하는 비율은 민간은 20.9%, 공공은 7.1%이고, 모든 진료과정에서 양·한방 의사가 동시에 협의 의뢰하는 비율은 2.3%, 공공은 7.1%였음.
- 동일 진료 기록지 사용 여부 : 민간은 11.6%, 공공은 6.7% 만이 동일 진료 기록지를 사용함.
- 협진질환 : 민간병원과 공공병원 모두에서 운동기 질환이 가장 많았고 (민간 85.7%, 공공 93.3%), 다음으로 순환기 질환과 (민간 66.7%, 공공 46.7%) 소화기 질환 (민간

40.5%, 공공 40.0%)의 순으로 나타남.

- 한방기관의 형태 : 병원 내에 병상을 포함하지 않은 한방진료부의 비율은 민간에서는 42곳 중 7곳(16.7%), 공공에서는 14곳 중 4곳(28.6%)이었고, 병원 내에 병상을 포함한 한방진료부의 비율은 민간에서는 6곳(14.3%), 공공에서는 1곳(7.1%)이었고, 독립된 한방병원이 설치된 곳의 비율은 민간에서는 28곳(66.7%), 공공에서는 5곳(35.7%)임.
- 협진 병상 수 : 민간 43곳의 평균 병상 수는 9.9개, 공공 15곳의 평균 병상 수는 3.9개
- 한방치료법 : 민간, 공공 모두 치료법으로 침, 뜸, 한약, 부항이 대부분임. 침의 비율은 민간은 95.1%, 공공은 100%였고, 뜸의 비율은 민간은 85.4%, 공공은 85.7%였고, 한약의 비율은 민간은 100%, 공공은 64.3%였음. 부항의 비율은 민간은 85.4%, 공공은 78.6%였음. 테이핑이나, 추나는 상대적으로 비율이 낮았음.

3) 지침실태

- 임상진료지침 보유 여부 : 문서화 비율이 민간 41곳 중 1곳(2.4%), 공공 15곳 중 1곳(6.7%)으로 아주 낮았음.
- 공동연구 여부 : 안함이 민간 9곳(20.9%), 공공 5곳(33.3%)이었고, 비정기적이 민간 32곳(74.4%), 공공 10곳(66.7%)으로 가장 높았고, 정기적인 연구가 민간 2곳(4.7%), 공공은 없었음.
- 임상통계자료 축적여부 : 민간 5곳(11.6%), 공공 1곳(6.7%)이 임상통계자료를 축적하는 데 그치고 있었음.

4) 협진에 관한 인식 및 태도

- 한방 신뢰도 : 민간에서는 협진을 시행하지 않는 곳의 175곳 중 79곳(45.1%)이 한방을 신뢰하지 않는 편이라고 나타났으며, 협진을 시행하는 곳의 41곳 중 35곳(85.3%)이 한방을 신뢰하는 편이라고 나타남. 공공에서는 협진을 시행하지 않는 곳의 47곳 중 23곳(48.9%)이 신뢰하지 않는 편이라고 응답하였으며, 협진을 시행하는 곳의 15곳 중 11곳(73.3%)이 신뢰하는 편이라고 응답.

- 보완/대체재 인식도 : 협진을 시행하지 않는 공공에서는 주로 보완하는 성격이 강함(58.7%), 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함(37.0%)의 순으로, 협진을 시행하는 공공에서는 주로 보완하는 성격이 강함(53.3%), 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함(27.7%), 보완도 하지만 대체하는 성격이 강함(13.3%)의 순으로 나타남.
- 협진이 도움이 되는 영역(수익성) : 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(3.6%), 긍정적(45.8%), 보통(39.9%), 부정적(7.1%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(7.5%), 긍정적(40.4%), 보통(42.3%), 부정적(9.6%)으로 나타남. 공공에서 협진 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(2.1%), 긍정적(48.9%), 보통(40.4%), 부정적(2.1%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(0%), 긍정적(42.9%), 보통(42.9%), 부정적(14.3%)으로 나타남.
- 협진이 도움이 되는 영역 (환자 만족도) : 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(4.8%), 긍정적(49.7%), 보통(38.3%), 부정적(5.4%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(19.5%), 긍정적(61.0%), 보통(19.5%), 부정적(0%)으로 나타남. 공공에서 협진 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(12.8%), 긍정적(55.3%), 보통(31.9%), 부정적(0%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(20.0%), 긍정적(80.0%), 보통(0%), 부정적(0%)으로 나타남.
- 협진이 도움이 되는 영역 (치료효과) : 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(1.8%), 긍정적 (29.5%), 보통(36.7%), 부정적(25.3%), 매우 부정적(6.6%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(10%), 긍정적(70%), 보통(20%)으로 나타남. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(4.3%), 긍정적 (27.7%), 보통(34.0%), 부정적(29.8%), 매우 부정적(4.3%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(14.3%), 긍정적(35.7%), 보통(50%)으로 나타남.
- 협진이 도움이 되는 영역 (치료기간 단축) : 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(0.6%), 긍정적 (16.8%), 보통(40.1%), 부정적(31.1%), 매우 부정적(11.4%)으로 나타남. 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(5.0%), 긍정적(47.5%), 보통(40.0%), 부정적(7.5%)으로 나타남. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(0.0%), 긍정적 (10.9%), 보통(52.2%), 부정적(32.6%), 매우 부정적(4.3%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(7.1%), 긍정적(28.6%), 보통(50.0%), 부정적(14.3%), 매우

우 부정적(0%)으로 나타남.

- 협진이 도움이 되는 영역 (저소득 계층의 한방 진료 접근성) : 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(1.2%), 긍정적 (21.3%), 보통(40.2%), 부정적(26.2%), 매우 부정적(11.0%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(2.7%), 긍정적(27.0%), 보통(43.2%), 부정적(24.3%), 매우 부정적(2.7%)으로 나타남. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(4.3%), 긍정적 (40.4%), 보통(21.3%), 부정적(34.0%), 매우 부정적(0.0%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(14.3%), 긍정적(50.0%), 보통(14.3%), 부정적(14.3%), 매우 부정적(7.1%)으로 나타남.
- 협진이 도움이 되는 영역 (노인성 질환 치료) : 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(5.4%), 긍정적 (46.4%), 보통(31.5%), 부정적(13.1%), 매우 부정적(3.6%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(20.2%), 긍정적(57.5%), 보통(17.5%), 부정적(5.0%), 매우 부정적(0.0%)으로 나타남. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(6.4%), 긍정적 (42.6%), 보통(25.5%), 부정적(21.3%), 매우 부정적(4.3%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(14.3%), 긍정적(57.1%), 보통(21.4%), 부정적(0.0%), 매우 부정적(7.1%)으로 나타남.
- 협진이 도움이 되는 영역 (의료시장 개방을 대비한 경쟁력 향상) : 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(2.4%), 긍정적 (35.3%), 보통(36.5%), 부정적(19.8%), 매우 부정적(6.0%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(22.5%), 긍정적(55.0%), 보통(20.0%), 부정적(2.5%), 매우 부정적(0.0%)으로 나타남. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(8.5%), 긍정적 (39.8%), 보통(36.2%), 부정적(23.4%), 매우 부정적(2.1%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(20.0%), 긍정적(26.7%), 보통(40.0%), 부정적(0.0%), 매우 부정적(6.7%)으로 나타남.
- 예방부분에 적합한 의료서비스 : 민간에서는 협진을 하는 병원에서 협진이 적합하다고 답한 비율이 높았고(58.5% 대 29.1%), 협진을 하지 않는 병원에서 양방이 적합하다고 답한 비율이 높았음(66.9% 대 34.1%). 공공에서는 협진 유무와 상관없이 양방이 적합하다고 응답함 (60%).
- 건강검진에 적합한 의료서비스 : 민간병원에서는 협진을 시행하는 병원에서 협진이 적합하다고 답한 비율이 높았고(35.0% 대 6.9%), 협진을 하지 않는 병원에서 양방

이 적합하다고 답한 비율이 높았음(93.1% 대 65.0%)). 공공에서는 협진 유무와 상관없이 양방이 적합하다고 응답함 (약 77%).

- 진단에 적합한 의료서비스 : 민간병원에서는 협진을 시행하는 병원에서 협진이 적합하다고 답한 비율이 높았고(41.5% 대 17.8%), 협진을 하지 않는 병원에서 양방이 적합하다고 답한 비율이 높았음(82.2% 대 58.5%)). 공공에서는 협진 유무와 상관없이 양방이 적합하다고 응답함 (약 72%).
- 치료에 적합한 의료서비스 : 협진을 시행하는 곳에서는 민간 92.7%, 공공 73.3%가 양·한방 협진이 바람직하다고 응답함.
- 재활에 적합한 의료서비스 : 민간 71.3%, 공공 75.4%가 양·한방 협진이 우세하다고 응답함. 협진을 시행하지 않는 곳에서도 민간 67.2%, 공공71.7%가 양·한방 협진을 우세하다고 선택함.

5) 공공 의료기관의 양·한방 협진확대에 대한 인식태도

- 공공병원에서 협진의 확대 추진 주체 : 지방공사 의료원 및 시 도립병원이 (37.7%)로 가장 많은 지지를 얻었고, 그 다음이 산재·노인요양 병원 및 특수 병원(24.6%), 그리고 국립의료원(18.0%) 순임.
- 공공병원에서 가장 적합한 양·한방 협진 모형 : 병원 내 병상을 포함한 한방진료부가 47.5%로 가장 많은 의견을 보였고, 그 다음이 병원 내 병상을 포함하지 않은 한방진료부가 26.2%, 마지막으로 독립된 한방병원이 18%였음.
- 공공병원에서 협진에 추가하고 싶은 한방 진료과목 : 협진을 시행하지 않는 곳은 한방 침구과(34곳), 한방 재활의학과(25곳), 한방내과(11곳), 사상외과(9곳)의 순으로 한방부분을 추가하기를 원했고, 협진을 시행하고 있는 공공의료기관에서는 한방 재활의학과(12곳)의 추가 및 확대를 가장 원하는 것으로 조사됨.
- 공공의료기관에서 협진에 필요한 병상 수 : 협진을 실시하고 있는 곳에서는 평균 15.9병상, 협진을 하지 않는 곳에서는 평균18.2병상이 필요하다는 의견을 보임.
- 양방 병상 수 대비 필요 한방 병상 수 백분율에 대한 조사에서 5~20%가 전체의견의 대부분 (70.6%)을 차지

6) 설문응답자의 특성

- 원장의 나이는 협진을 하는 곳의 경우 평균 48.5세, 협진하지 않는 곳의 경우 50.2세
- 원장의 평균 근무년수는 협진을 하는 곳의 경우 8.6년, 협진을 하지 않는 곳의 경우 9.8년
- 협진 유무별 병원장의 전문의 여부를 살펴보면, 결과적으로 전문의보다는 일반의인 병원장인 경우 공공, 민간에서 공통으로 협진 실시하는 비율이 높았음.

나. 가설의 검증

1) 기술적 불확실성과 관련된 가설

가설 1 : 병상수를 기준으로 큰 병원일수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

☞ 공공병원에서는 병상수가 적은 병원 가운데서 협진 하는 비율이 높아 가설 1이 기각됨.

가설 2 : 대도시, 도시, 농촌병원의 순으로 협진 할 가능성이 높을 것이다.

☞ 공공병원의 경우는 군지역의 경우 81.8%가 협진을 함으로써 가설 2는 기각됨.

2) 전략적 불확실성과 관련된 가설

가설 3 : 경쟁이 심한 곳, 즉 인구 1,000명당 병상수가 높을수록 한방을 양방의 대체재로 생각하는 병원장이 보완재로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

가설 4 : 경쟁이 적은 곳, 즉 인구 1,000명당 병상수가 낮을수록 한방을 양방의 보완재로 생각하는 병원장이 대체재로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

☞ 인구 1,000명당 병상수가 10미만일 때는 주로 보완한다고 생각하는 병원에서 협진이 더 많이 이루어지고 있었고, 반면에 인구 1,000명당 병상수가 10이상인 지역에서는 병원장들이 한방이 양방을 어느 정도는 대체한다고 생각할 때 협진이 더 많이 이루어지고 있어 가설 3은 채택됨.

가설 5 : IMF 경제위기 이후에 양·한방 협진 하는 병원의 비율이 늘어났을 것이다.

☞ 1998년과 1999년에 협진기관이 비약적으로 증가했음을 통해 가설 5는 채택됨.

3) 인적자본과 관련된 가설

가설 6 : 나이가 많은 병원장일수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

☞ 협진 유무별로 나이 차이가 없어 가설 6은 기각됨.

가설 7 : 병원장으로서의 경력이 길수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

☞ 민간병원에서는 경력에 있어서 협진 병원과 비협진 병원에 차이가 없었고, 공공병원에서는 오히려 협진 병원의 병원장들의 경력이 비협진 병원 병원장들의 경력보다 짧아 가설 7은 기각됨.

가설 8: 병원장의 한방 의료에 대한 신뢰가 높을수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

☞ 가설 8은 채택됨.

2. 외국사례연구

가. 대만의 양·한방 협진 실태

1) 양·한방 협진 과정

☐ 양·한방 협진 실현 과정에서의 주된 어려움

- 양·한방 협진 과정에서의 양의사들과 한의사들 간의 마찰은 대만도 마찬가지였으며, 정부에서는 양의사와 한의사간의 교차교육 및 교차훈련으로 서로를 이해시키려고 노력해 왔음.

☐ 양·한방 협진 추진에서 정부의 역할

- 양·한방 협진을 추진하는데 있어서 정부의 역할은 크게 세 가지로 요약 - 첫째, 중의학에 대한 훈련 프로그램들을 마련 및 동시 면허를 가진 의사들을 위한 보수교육을 마련, 둘째, 양·한방 협진을 하는 병원에 대한 재정 지원, 셋째, 양·한방 협진의 지침을 마련 중임.

☐ 양·한방 협진을 위한 필수적인 요소들

- 교육, 정치, 한방의 과학화, 양방과 한방 간의 교류 등의 요소들 가운데 한방의 과학화를 가장 필수적인 요소로 지적

나. 사례

- 장흥기념병원 : 중서협진문진실이 한방진료부에 설치, 다루는 질병은 골다공증과 유방암. 협진 환자의 입원 치료를 위한 별도의 병상은 없었음.
- 시립인애병원 : 주로 사용하는 의료기술로 침, 한약, 카이로프랙틱. 중서의협진이 유용한 질병으로서는 뇌졸중과 같은 뇌혈관계질환, 폐경증후군, 암을 추천. 중서의협진의 활성화를 위해 정부는 중서의들이 임상연구를 할 수 있도록 재정적인 지원을 해주어야 한다는 의견을 줌.

다. 시사점

- 양·한방 협진을 위해서는 학계인 민간부문에서의 학문교류를 통한 상호 이해가 필수적임.
- 정부는 기술지원, 재정지원, 질 관리 등의 관리 및 지원을 담당해야 함.
- 이런 맥락에서 정부가 주요 질환에 대한 양·한방 협진 지침을 마련하도록 지원해야 함.
- 정부는 또한 양·한방 협진의 또 다른 필수 조건인 한방의 과학화를 위해 임상연구 지원을 높여야 함.
- 많은 수의 공공병원에서 양·한방 협진을 실시하고 있다는 점은 저소득층과 노인층이 많이 이용하는 공공병원에서 양·한방 협진의 필요성이 더욱 크고 대만에서는 수요에 맞게 공급하고 있었음.

V. 결론 및 정책제언

- 양·한방 협진을 하는 목적에 있어서 민간병원은 그 특성상 영리를 추구할 목적으로 하는 반면에 공공병원은 농어촌 지역의 저소득계층에 대한 서비스 제공을 목적으로 하는 경향이 짙었음. 양·한방 협진을 통한 저소득계층의 효과적인 진료를 위해서는 공공병원의 확충을 통하여 양·한방 협진 서비스를 확대해 나가야 함.
- 공공병원에서는 상호 검사만 의뢰하는 형태보다 적극적인 양·한방 협진 서비스를 제공해 주어야 함. 이를 위해 공공병원 내의 한방 서비스를 위한 시설 및 인력의

투자와 공공병원 리더들의 인식의 전환이 필요함.

- 민간부문과 공공부문 모두 양·한방 협진이 갖는 여러 가지 장점들을 공감하지만 경제적인 요인 때문에 확대 실시가 방해됨. 정부는 환자들의 진료비 부담 경감과 공급자인 병원에 대한 적절한 보수를 통해 수요자와 공급자의 경제적인 장벽을 낮추도록 노력해야 할 것임.
- 문서화된 양·한방 협진의 지침이나 양·한방 의사들 간의 공동 연구, 임상자료의 축적 등에 있어서 민간과 공공 부문 공히 매우 소홀히 하고 있어, 수익성을 먼저 추구할 수밖에 없는 민간 부문에서보다는 공공병원에서 이러한 사업들을 주도해 나가야 할 것임.
- 공공병원에서 양·한방 협진을 추진해야 하는 주체는 국립의료원을 비롯한 모든 종류의 공공병원이어야 하며 특별히 국립의료원을 통한 확충을 고려해야 함.
- 획기적인 예산의 증액이 없이는 현실적으로 독립된 한방병원을 갖는 것이 매우 어려운 상황에서는 병원 내 병상을 포함한 한방진료부를 설치하는 것이 바람직함.
- 정부는 우선적으로 재활의학과와 침구과를 공공병원에 설치할 수 있도록 자원을 배치하여야 할 것임.
- 공공병원에서 협진을 하기 위해 필요한 한방 병상수는 기존 병상수의 대략 5%~20% 혹은 15병상~20병상인 것으로 나타남. 적절한 병상수의 배합을 위한 후속 연구가 필요함.

I. 서 론

1. 연구의 필요성

가. 공공의료 혁신의 필요성

공공의료에 혁신이 필요한 이유는 공공의료 자체의 문제와 대외적인 환경에서 발생하는 문제에서 찾아볼 수 있다. 공공보건의료 시설의 노후와 인력 부족은 오래된 문제이며, 이와 더불어 그 기능과 역할에 있어서 민간의료기관과의 차별성이 적어져 정체성에도 문제가 있는 것으로 인식되어 왔다. 이밖에도 의료시장개방과 관련해서 중산층 및 저소득계층이 양질의 서비스를 받을 수 있도록 공공보건의료가 강화되어야 할 것이 주장되고 있다.

공공의료를 혁신할 수 있는 방안은 여러 차원에서 생각해 볼 수 있겠지만 본 연구는 슈페터(1934)의 네 가지 혁신 (innovation)을 바탕으로 설명하고자 한다. 슈페터는 다음의 네 가지로 혁신을 분류하였다: ① 새로운 재화의 도입 ② 새로운 생산방식의 도입 ③ 새로운 시장의 개척 ④ 원자재 혹은 반가공 상품의 새로운 공급처의 확보 ⑤ 어떤 산업의 새로운 조직의 운영

나. 공공의료 혁신을 위한 양·한방 협진의 의의

위의 분류에 따르면 양·한방 협진은 협진의 단계에 따라 다르겠지만 새로운 재화의 도입, 새로운 생산방식의 도입, 새로운 시장의 개척, 새로운 조직의 운영을 통한 혁신을 일으킬 수 있다고 볼 수 있다. 침, 뜸, 한약재 등의 한방관련서비스들은 새로운 재화라고 볼 수 있다. 또한 의료서비스를 사용하여 환자의 상태를 호전시키는 것을 하나의 생산체제로 본다면 이러한 새로운 서비스를 통해 환자를 치료한다는 것은 새로운 생산방식이라고 볼 수 있는 것이다. 마지막으로 병원에 이질적인 부서 혹은 조직이 새로 생김으로 인해서 조직 전체에 변화를 일으키게 될 것이다.

이와 같이 양·한방 협진을 통한 공공의료의 혁신은 노령화 및 이에 수반되는 만성질환

자 증가라는 사회적 요구에 부합한다. 만성질환자들은 급성질환자들에 비해 치료(cure)보다는 돌봄 (care)을 상대적으로 더 필요로 한다. 노인들 또한 청장년층에 비해 돌봄 혹은 수발을 더 필요로 한다. 따라서 치료 중심의 서양의학과 환자의 상태에 따라 예방에서 치료 및 재활까지 연속적으로 환자를 돌보는 것을 목표로 하는 동양 의학을 조화롭게 사용하는 것이 노령인구가 필요로 하는 의료서비스의 형태라고 할 수 있다.

양·한방 협진은 의료서비스에 대한 소비자들의 만족도를 높임으로써 우선은 공공의료에 대한 만족도를 향상시킬 수 있을 것이고 더 나아가서 공공의료에 대한 이미지를 제고할 수 있을 것으로 기대된다. 우리나라 국민들은 대체로 한방관련서비스에 대한 만족도가 높다 (박상태 외, 2000). 특히 근골격계 질환이나 뇌혈관계질환을 가진 환자들에서 한방관련 서비스에 대한 만족도가 높다. 따라서 이러한 질환들을 중심으로 공공의료에서 양·한방 협진을 확대한다면 공공医료를 이용하는 국민들의 만족도가 향상될 수 있을 것이다.

이상에서 살펴본 바와 같이 양·한방 협진은 위축되어 있는 공공医료를 혁신할 수 있는 방안이 될 수 있다. 지금까지 양·한방 협진에 관한 연구들이 다수가 있었지만 공공병원에서의 협진 방안을 모색하려는 연구는 거의 없다. 이에 본 연구에서는 공공병원에서의 양·한방 협진을 활성화할 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

2. 연구의 범위 및 목적

기존 양·한방 협진에 관한 연구는 주로 한방기관을 중심으로 이루어졌다. 이에 반해 본 연구는 공공병원과 같은 양방병원을 대상으로 하였다. 그리하여 공공병원과 민간병원에서 각각 어떤 조건에서 협진이 도입되는지 그 요인을 파악하고 공공병원에서 협진을 확대할 수 있는 방안을 도출하려는 것이 연구의 주된 목적이다. 이 밖에도 협진과 관련해서 양·한방 협진의 실태, 즉 빈도 및 협진의 모델을 파악하는 것이 두 번째 주요 목적이며, 협진의 지침에 관련된 실태를 파악하는 것이 세 번째 주된 연구목적이다.

II. 문헌고찰

1. 공공병원의 현황 및 문제점

보건복지부의 자료에 의하면 2003년 12월 현재 전국에는 130개의 공공병원이 존재한다. 공공병원을 운영주체별, 종별로 분류한 결과는 <표 II-1>과 같다.

<표 II-1> 전국 공공병원의 운영주체별, 종별 구분

(단위: 개)

구분			설립형태					계
			특수법인	국립	시·도립	지방공사	공립	
종별	종합병원		23	2	2	30		57
	병원	일반	4	1	2	4	17	28
		아동			1			1
		요양(산재)	1					1
		결핵		2				2
		나		1				1
		정신		6	8			14
		재활		1				1
		진폐	2					2
		치매(요양)				2		2
	군병원		21				21	
	계		30	34	15	34	17	130

자료: 김성순(2000), “공공보건의료 인프라 확충방안”, 『제215회 정기국회 국정감사 정책보고서』.

가. 불분명한 공공병원의 기능과 역할

대표적인 공공병원으로 34개의 지방공사의료원을 들 수 있다. 이들 의료원들이 치료한

환자들 가운데 의료급여환자들의 비율은 2003년에 평균 23.6%로 민간병원에 비해 높다¹⁾. 하지만 평균 병상수가 200여 남짓한 34개의 공공병원으로 전국의 의료취약계층을 모두 흡수하기는 불가능하다. 또한 의료급여환자의 비율이 상대적으로 높다는 것 외에는 대부분의 지방공사의료원이 민간병원과 차별이 없다. 즉 민간병원이 회피하는 재활, 정신보건, 희귀난치성 질환 환자들을 적극적으로 수용하지 못하고 있다. 지역의 대표병원 혹은 거점 병원으로서 지역 주민들의 건강문제에 특화된 서비스의 개발 및 제공도 부진한 실정이다.

다행히도 지방공사의료원은 정부와 지방자치단체로부터 보건소와 연계한 여러 가지 공공보건의료 사업을 위한 지원을 2001년부터 받음으로써 새로운 기능을 부여받고 있다. 보건소와 연계한 사업에는 당뇨병관리, 알코올치료 상담센터, 치매환자 주간보호서비스, 간병서비스 등을 포함하고 있다. 이러한 사업들이 지속적이고도 효과적으로 의료취약계층에 전달될 수 있기 위해서는 정부의 지원이 확대되어야 할 필요가 있다.

나. 주관부처의 다양성으로 인한 공공병원간의 연계 부족

건강에 관련된 정책을 기획하는 부서는 보건복지부이지만 정책을 실행하는 공공병원들은 다른 부처의 지휘 혹은 통제를 받는 이원화된 구조를 가지고 있다. <표Ⅱ-2>에서 알 수 있듯이 보건복지부 소관인 병원은 35개이고 나머지 95개의 병원은 7개의 부처의 관할 아래 있다.

이처럼 소관부처가 다양하기 때문에 공공병원으로서의 역할을 수행함에 있어서 기획, 조정, 평가가 일관성 있게 이루어지지 못한다. 특히 지방자치단체의 관할 아래 있는 병원들은 중앙정책의 전달자로서의 역할에만 그 역할을 제한하여 적극적으로 시·도립 병원이나 지방공사의료원에 기능을 부여하고 장려하는 노력이 미흡하였다.

1) 보건복지부 공공의료혁신 T/F팀 내부자료

〈표 II-2〉 공공병원의 소관부처별 분류

구분		소관 부처	종합 병원	병원										계
				일 반	아 동	요 양	결 핵	나	정 신	재 활	진 폐	치 매	국 군	
관 련 법 령	보건복지부와 그 소속기관제	보건복지부 (35개)	1				2	1	5	1				10
	지역보건법			17									17	
	대한적십자조직법		2	4									6	
	국립암센터법			1									1	
	국민건강보험법		1										1	
	국립대학교병원설치법	교육부 (8개)	7										7	
	서울대학교병원설치법		1									1		
	지방공기업법	행정자치부 (50개)	30	4									34	
	시도조례		2	2	1			8			2		15	
	경찰청과 그 소속관제		1										1	
	산업재해보상법	노동부 (9개)	6				1				2		9	
	한국보훈복지공단법	국가보훈처 (5개)	5										5	
	법무부와 그 소속관제	법무부 (1개)							1				1	
	국방부와 그 소속관제	국방부 (21개)										21	21	
	원자력연구소법	과학기술처 (1개)	1										1	
계			57	28	1	1	2	1	14	1	2	2	21	130

자료: 김성순, 공공보건의료 인프라 확충방안, 제215회 정기국회 국정감사 정책보고서, 2000

다. 운영의 비효율성과 평가의 비합리성

공공기관은 민간기관에 비해 비효율의 문제를 더 많이 가지고 있는 것이 일반적이다. 이는 부분적으로 공공기관의 인사관리나 재정관리가 민간기관에 비해 경직되어 있어 환경

변화에 신속하게 대처하기가 어렵기 때문이다. 지방공사의료원을 비롯한 공공병원들이 민간에 경영을 위탁해 온 것은 공공기관이 갖는 비효율성을 극복하기 위한 노력의 일환으로 볼 수 있다.

그러나 공공병원은 의료급여 대상자, 행려환자, 법정전염병환자, 무의탁환자 등 수익을 창출하기가 어려운 환자들을 민간병원보다 많이 진료한다. 또한 인력개발 및 교육, 공중보건연구 등의 공공사업도 수행해야 하므로 단순한 수익성만으로 효율성을 평가한다면 공공병원이 비효율적인 것은 어쩌면 당연할 지 도 모른다. 따라서 민간병원과 공공병원이 공히 추구해야 할 의료의 공공성에 대한 정의를 바탕으로 공공성을 실천하는 병원에 대해서는 가중치를 부여하는 평가체계를 마련하는 것이 시급하다고 하겠다.

2. 양·한방 협진의 필요성

경제성장과 과학기술의 발달로 급성전염성 질환에서 만성퇴행성질환 중심으로 상병구조가 변화되면서 양방의 한계점이 노출(이규식과 조경숙, 1999)되었고, 의료욕구의 다양화에 따른 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 시도로서 양·한방 협진의 필요성이 증대되었다.

또한, 미국을 포함한 세계적인 한의학 및 대체의학 시장규모의 증가 추세²⁾와 의료시장 개방에 따른 중국·대만³⁾과의 대외·대내 경쟁력 강화를 위해서 양·한방 협진 의료시스템이 요구되고 있는 실정이다.

『양·한방의 상호보완 발전방안 연구』에 따르면 가장 바람직한 양·한방 상호보완체제로 전문가집단과 학생 두 집단, 모두 양·한방 일원화체계보다 협진체계를 선호하였으며, 그 중에서도 ‘양·한방 상호 대등한 협진체계’를 가장 선호⁴⁾한다고 보고되었다.

2) 2001년 9월호 ‘미국내과학회지’에 게재된 대체의학 설문조사 결과를 보면 미국인들은 척추질환, 알레르기질환, 만성피로, 관절염, 목 통증 등의 치료는 현대의학보다 대체의학이 더 효과적이라고 생각하고 있었다. 51%의 미국인이 병에 걸리면 의사를 먼저 찾겠다고 응답했지만 의사보다 대체의료기관을 찾겠다는 사람도 15.4%나 됐다. 의사와 대체의료기관을 동시에 찾겠다는 사람도 18.5%나 됐다. 또 미국인의 79%는 ‘현대 의학과 대체의학 치료를 동시에 받는 게 더 효과적이다.’라고 생각하고 있었다. 이와 같은 흐름에 발맞추어 미국의 여러 대학병원에서도 대체의학 관련 센터를 운영하고 있다. 코넬 대학에서는 병원 내에 한방과가 설치되어있을 정도라고 한다.

3) 세계에서 의료이원화 체제를 갖춘 나라는 현재 우리나라 중국 그리고 대만이다.

4) 2000년 보건복지부 보건의료기술개발사업(정책과제)보고서 『양·한방의 상호보완 발전방안 연구』, 박종구, p.106.참조

뿐만 아니라 치료의 효율성과 치료기간의 단축을 위해 발병 단계에 따른 각 의학별을 바른 조치와 기준(예: 초기발작·급성기 → 양방의학 위주, 진정기 → 양·한방 병용, 안정기·한방위주/양방보조 등)이 필요하므로, 이에 대한 연구는 더욱 절실한 상황이라 하겠다.

3. 공공병원에서의 양·한방 협진의 필요성

현재 120여 곳의 병원이 양·한방협진을 실시하고 있으며, 이 가운데 공공의료기관은 15곳⁵⁾이라고 한다. 그리고 지금의 추세로 보아 이 수치는 앞으로 더욱 증가할 것으로 예상된다.

이는 고령화시대에 따른 노인성 및 만성질환의 증가로 국민들의 한방 의료의 수요증가와 병원의 환자유치를 위한 전략 등의 많은 이유와 시대적인 요구가 있을 것이나, 일련의 기준이 될만한 진료지침도 부재하며, 운영상의 혼란 등 많은 문제점을 안고 있는 실정이다.

『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구(김창엽, 2004)』에서는 향후 국민의료비의 양등⁶⁾을 예상하여, 이러한 상황이 국민경제에 심각한 부담이 될 것이라 했으며, 그 원인을 비용 유발적인 보건의료 시스템과 급격한 노인인구의 급증⁷⁾으로 보았다. 그리하여 그에 대한 유일한 대안은 공공보건의료의 확충임을 역설했다.

이러한 시대적 요구에 따른 공공의료의 확충에 발맞추어 공공의료기관에서 양·한방 협진의 확대의 필요성이 요구되며 그에 대한 근거는 다음과 같다.

5) 2004 전국병원명부, (사단법인 대한병원협회)

6) 국민의료비 양등은 중앙정부의 일반회계예산대비 의료비 지출 비중이 2001년도 4.1%에서 2020년 9.0%, 2050년에는 20.8%에 이를 것으로 보임. 20%의 비중은 현재 우리나라 국방비 비중임. 또한 가계경제에 있어도 생산인구감소와 더불어 고령화 사회로 진입하는 2020년부터 의료비에 대한 생산인구의 부담은 더욱 커질 것으로 전망되며, 국민일인당 국내총생산 대비 의료비지출이 2050년에는 26%에 이르며, 건강보험가입자의 경우 2020년까지 연평균 실질보험료 상승률이 13%에 이를 것으로 전망됨. 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』, p.29.

7) 국민의료비 양등의 주원인은 노인의료비의 급상승임. 이는 첫째, 급성진료서비스 중 단가가 높은 대수술 등에 대한 노인들의 필요가 급격히 유효수요(effective demand)로 전화되고 있으며, 둘째 장기요양이 필요한 노인 등 중증장애자들이 마땅하고 저렴한 요양시설이 없어 상대적으로 의료비가 높은 급성기병상 점유율 증가에서 기인함. 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구, p.30』

가. 정부의 공공의료 혁신정책의 일환으로서 공공의료기관의 양·한방 협진확대

나. 의료시장 개방에 따른 경쟁력 강화의 차원으로서의 필요성

경제자유구역 내 외국병원의 내국인 진료허용에 따른 부정적 영향을 최소화 하기위한 방안의 일환으로서 양·한방협진의 확대

다. 2007년 시행예정인 『노인요양보장정책의 방향』⁸⁾에 부합하는 제도상에서의 필요성

보건복지부에 따르면 지난해 우리나라의 공공의료 비중은 전체의 15.2%(병상 수 기준)에 불과하며, 경제협력개발기구(OECD)회원국 가운데 최하위 수준이라고 발표했다. 이는 다른 OECD국가인 영국(96.3%), 프랑스(65%), 독일(49%), 미국(33.2%), 일본(35.8%)과 비교했을 때 상당히 낮은 수준이며, 우리나라가 의료보장 정책에 모델로 삼고 있는 미국과 일본과 비교해도 절반에도 미치지 못하는 수치이다.

그리하여 정부는 공공의료 확충을 위하여 2009년까지 4조원을 투입할 것이라는 것을 골자로 하는 『공공의료 확충 종합대책』을 지난 11월 발표했다.

정부는 『공공의료 확충 종합대책』을 통하여 보건의료분야에 있어서 공공성이 강조되어야 함을 역설하고, 이에 따라 공급부문에 있어 정부투자가 크게 부족함으로써 우리나라 보건의료는 공공이 제대로 역할을 수행하지 못하고 있는 상황이라며 다음과 같은 사항을 지적했다.

8) 노인요양보장정책 방향 . 이 제도는 노인의 ‘자립생활지원’을 기본이념으로 하며, ‘요양보호의 욕구가 있는 노인은 누구라도, 언제 어디서나, 필요한 서비스를 받을수 있는 체제’의 구축을 정책목표로 한다. 그 기본 방향은

- ① 모든 노인이 이용할 수 있는 보편적인 체제
- ② 서비스의 권리성과 선택성이 보장되는 이용자 중심체제
- ③ 국가, 가족, 민간 등 다양한 주체가 참여하는 중층적 시스템
- ④ 사회적 연대에 의한 요양보호비용의 확보체제
- ⑤ 노인의료비 증가에 효율적으로 대처하는 시스템
- ⑥ 민간자원이 인프라 정비에 적극적으로 참여하는 체제
- ⑦ 재가 케어 및 예방과 재활을 중시하는 시스템
- ⑧ 케어 매니지먼트(care management)시스템 등이다.

- 필수보건의료를 제공하는 공공의료의 기반이 크게 취약함
- 서민층의 의료접근성의 제한과 공공의료의 질적 수준 미흡
- 국민의료비의 지속적인 상승가능성 내재

한편, 정부는 「저 출산·고령화 관련 확대의 부문」⁹⁾에서 양·한방의료 협진체계구축의 방안으로서 다음의 사안을 발표했다.

- ☐ 공공의료기관에 한방진료부를 설치하여 양·한방 협진기반을 구축하고 공공의료의 서비스 수준과 경쟁력을 제고
- ☐ 중풍, 당뇨 등 10대 중점관리질환에 대하여 치료의 효율성이 높고 이용부담이 적은 양·한방 협진을 실시

또한 이 외에 『공공의료 확충종합대책』안의 주요 내용 중 보다 효과적인 공공의료의 혁신을 위하여 양·한방 협진관련부문의 역할에 기대할 수 있는 부문은 다음의 여섯 가지 영역과 같다.

- 재활센터 건립¹⁰⁾
- 국립의료원을 국가중앙의료원으로 확대 개편하는 과정에서 국립한방병원의 역할¹¹⁾
- 지방공사의료원(34개소), 적십자병원(6개소)의 현대화¹²⁾
- 보건소의 건강증진 업무비중을 확대하고 진료환경개선¹³⁾
- 학교·사업장의 평생 건강관리 구축¹⁴⁾
- 노인질환 및 요양보호 기반 구축 등등이다.¹⁵⁾

9) 『공공의료 확충 종합대책』 중에서

10) 『공공의료 확충종합대책』안의 주요내용 중 1. 필수 보건의료의 국가적 시스템 완비 중에서 6개 권역에 150병상 규모의 재활센터 건립지원 방안

11) 『공공의료 확충종합대책』안의 주요내용 중 2. 서민층을 위한 양질의 의료서비스 제공기반 마련

12) 10)와 동일

13) 『공공의료 확충종합대책』안의 주요내용 중 3. 지역사회 밀착형 공공보건의료 기반 강화

14) 12)와 동일

15) 『공공의료 확충종합대책』안의 주요내용 중 4. 저출산 및 고령사회 관현 확대

그러므로, 공공의료기관의 양·한방협진 확대는 위의 정책사안들의 효과적인 정립과 수행에 있어서 필요한 양·한방의료 협진 기반 구축의 기본조건이며, 이를 기반으로 위에서 제시된 공공의료의 문제점을 해결하는데 필수적이라 하겠다.

4. 양·한방 협진 지침의 필요성

한 보고서에 따르면, 진료지침서와 의무기록지 사용현황¹⁶⁾을 살펴보면 조사대상 한방병원의 상당수(80%)가 진료지침서 없이 협진을 하고 있어 향후 협진에 대한 증거중심의 더 과학적이고 체계적인 접근이 필요한 것으로 보였다. 또한 상호 의료인 모두 공동으로 진료하더라도 의무기록지를 각각 작성하고 보관하는 경우가 57.1%로서 환자에 대한 임상정보의 공유가 미진하였다. 한편 진료지침서가 “있다”고 응답한 한방병원의 질병별 진료지침서로는 모두 뇌졸중에 국한되었다.

〈표 II-3〉 진료지침서 구비 여부와 의무기록지 사용 및 보관 방법

항목	구분	기관수(%)
진료지침서 구비 여부	있음	7(20.0%)
	없음	28(80.0%)
의무기록지 사용 및 보관방법	의사, 한의사 별도 작성·보관	20(57.1%)
	의사, 한의사 별도작성, 공동 보관	15(42.9%)

중국의 동서협진의 경우 성인병, 난치병, 외과수술, 정신질환 등에 내과적으로는 “양진 중치(洋診中治), 즉 서양 의학적으로 진단을 하고 중의학적으로 병을 치료하는 새로운 기반을 구축하고 합동진료, 합동수술 등 지금의 인식으로는 괄목할 만한 것이었으며 이에 따른 약품 개발과 치료방법의 개선은 세계적으로 관심의 대상으로 오르고 있다¹⁷⁾.

양·한방 협진 시 현 관행대로 즉, 협진지침 없이 병원마다 독자적으로, 양·한방의 학술적, 임상적 교류가 없이 시행되었을 때에는 여러 가지 문제점을 안고 있다. 예를 들면 협

16) 보건의료 기술 연구개발사업 최종보고서, 이원철, 동국대학교, 보건복지부, 2002.

17) 진삼곤 외 2인, 「양방과 한방병원의 협진체계에 대한 입원환자의 인식도」, 『병원경영학회』, 제3권 제1호.

진의 무분별함에 따른 의료비의 상승을 초래, 의료사고와 관련된 문제에 대한 대책의 부재, 협진 의료기관의 문제점 지속, 제도의 보완 미비, 운영의 효율성의 저하, 국민 의료이용 상의 불편, 의료 통계의 국제기준에 맞는 통계 미흡 등이다. 따라서 이러한 6가지의 문제점을 보완하기 위해 협진지침의 필요성이 제기된다.

가. 협진의 무분별함에 따른 의료비의 상승을 억제

우리나라 협진의 태생이 한방 측은 환자 진료상의 한계에서, 양방 측은 환자유치 전략의 일환으로 시행되어 왔음을 부인할 수 없다. 한 보고서(성현제, 신현규, 1997)에 따르면 협진 시행 시 85.7%가 외부자문을 받지 않았고, 85.7%가 협진 시스템 벤치마킹도 없었다.

이와 더불어 82.9%가 협진을 위한 별도의 심의기구나 조직이 없었고, 협진을 위한 연구소는 전혀 없었다. 82.9%는 협진운영을 위한 중·장기 계획(문서화)이 없었고, 80%는 협진운영의 정기평가 시행이 없었다. 또 82.9%는 협진의 양식, 예를 들어 「양·한방 동시 치료 승낙서」 등의 양식이 없었고, 94.3%가 협진 진료시 비급여 청구에서 한방과 양방에서 별도로 청구하여 중복 의료로 인한 의료비 지출 상승으로 이어졌다.

이상에서 살펴본 바와 같이 현재 협진을 실시하고 있는 병원에서 어떤 서비스를 어떻게 전달해야 하는가에 대해서 규제와 관리가 거의 안 되고 있는 실정이다. 특히 중복 의료는 의료비 상승으로 이어져 보건의료 재정의 위기가 초래될 수 있다.

나. 의료사고 관련

한 보고서(성현제, 신현규, 1997)에 따르면, 의료사고 대책여부의 질문에서 없음이 71%였다. 현 관행대로의 협진 시 발생할 수 있는 법적 진료 책임에 대한 상호간의 명확한 기준이 있어야 할 것이다. 이를 위해서는 동일 진료 기록지를 사용하도록 하며, 협진 진료 시 발생하는 모든 문제는 양·한방 의사 모두에게 책임이 있다는 것을 지침에 명기하여야 할 필요가 있다.

다. 의료 영역의 명확화를 통한 피로 효율의 향상

협진 시 양방과 한방의 의료영역에 대한 불분명한 규정에 따른 치료의 효율성 저하로 인

해 지침의 필요성이 제기된다. 지침의 마련 시 현재 극히 부진한 교육기관 간 교류 미흡과, 학술교류 및 공동연구의 미흡 등의 보완으로 더욱 협진 진료를 공고히 할 수 있을 것이다¹⁸⁾.

현재 교육기관 간 교류에서 첫째, 의과대학과 한의과대학간 강사진 교류 및 공동학술 연구 등의 교류가 미흡하고, 둘째, 의과대학 및 한의과대학의 교육과정에 의학 및 한의학 관련 교과목을 상호 개설할 필요가 있으나 현재 이러한 노력이 미흡한 상황이고, 셋째, 한 의과대학의 경우는 생리학·해부학·생화학·임상병리학 등 양방 관련 교과목이 상당 부분을 차지하고 있으나 대부분의 의과대학의 경우는 한의학에 관한 개론적 교과목도 없는 실정 으로 한 조사연구에 의하면(이창은 외, 1994) 의과대학생들의 약 78.4%가 한의학 관련 교 과목 수강을 찬성하는 것으로 나타나고 있다.

학술교류 및 공동연구는 의사·한의사·약사 등 인접분야 전문가의 참여에 의한 공동연구를 활성화하기 위한 제도적 지원이 부족한 실정이다¹⁹⁾.

학술적인 교류를 위해서는 상호간 의학용어의 이해와 통일이 필요한데, 이것이 전제가 되어야만 연구 및 치료를 위한 양·한방의 동일한 새로운 용어를 만들 수 있다.

라. 운영의 효율성

협진 진료의 체계화를 마련하여 본래의 목표인 의료의 질적인 향상과, 복수면허 소지자의 활용으로 예를 들어, 현 의료법상 복수 면허를 소지하더라도 양·한방 진료를 동시에 하지 못하는 상황, 복수 면허자의 협진지침 참여 개발 등 양·한방 상호간의 이해부족을 해소 하여 운영의 효율성을 제고시킬 수 있다.

마. 국민의료 이용 상의 편의

특정 질환에 대한 양·한방 의료의 상대적 치료효과가 불분명하여 국민들의 양·한방 의 료에 대한 선택이 곤란하고 양·한방 의료기관 사이를 오가는 동안 질병의 치료시기를 놓 치는 경우가 있다. 협진지침 기준에 의해 진료를 받게 되면 국민들이 양·한방 의료 서비스 를 이용하는데 편의를 제고할 것이다.

18) 이상영·변용찬(1997)

19) 조재국 외(1999), 『양·한방 협진실태와 정책방향』, 한국보건사회연구원.

또한 현 협진체제의 문제점으로 원무 행정 절차의 복잡함을 들 수 있다. 한 보고서²⁰⁾에 따르면 조사대상 한방병원의 약 65.7%가 협진을 하더라도 양·한방 별도로 원무과를 운영하고 있고, 진료 수속 및 진료비를 역시 별도로 청구하고 있으며, 그에 따라 진료비명세서도 별도로 발행하는 등 협진에 따른 행정절차는 이중으로 운영하고 있었다.

〈표 II-4〉 원무과 운영형태, 진료 수속 및 진료비 청구 방법(N=35)

구분	원무과 운영	진료 수속	초진료 청구	진료비명세서 발행
별도	23(65.7%)	18(51.4%)	20(57.1%)	30(85.7%)
일괄	11(31.4%)	17(48.6%)	7(20.0%)	3(8.6%)
무응답	1(2.9%)	-	8(22.9%)	2(5.7%)

만약 협진지침에 원무 행정 절차를 명시한다면 의료서비스를 이용하는 국민들은 더욱 편의성이 제고될 것이다.

바. 의료 통계의 수준 향상

현 협진체제 병원에서는 의학 및 한의학간 질병 및 진단명이 상이하여 국민의 이환 실태 등에 대한 정확한 현황 파악에 어려움이 있다. 특히 OECD 가입 국으로서 국제기준에 부합하는 질병 및 사망통계의 작성 및 비교가 어려운 실정이고 정확한 상병통계에 근거한 의사 및 한의사 등 의료인력 수급정책 수립에 어려움이 있다. 따라서 협진지침에 합의된 동일한 질병 명, 진단 명을 명시하여 이러한 문제점을 보완할 수 있을 것이다.

5. 양·한방 협진의 분석틀: 기술도입 모형

양·한방 협진을 분석하는데 있어서 기술도입 (Technology Adoption)모형을 이용하였다. 협진은 의사와 한의사의 기술교류의 수준에 따라 여러 가지 단계로 나뉜다. 그리하여 단

20) 이원철(2002), 『보건의료기술연구개발사업 최종보고서』, 동국대학교·보건복지부.

순히 임상시험 등을 위해 한방에서 양방으로 환자를 보내는 수준에서부터 의사와 한의사가 동시에 한 환자를 놓고 진단단계에서 치료까지 함께 진료행위를 하는 수준까지 협진의 형태는 다양하다. 하지만 이러한 협진의 형태와 상관없이 양·한방 협진은 양방병원에서 한방이라는 새로운 기술을 받아들임으로써 생산방식이나 조직의 변화를 불러일으키는 것, 즉 혁신으로 해석할 수 있다.

기술도입모형은 혁신을 연구하는데 유용한 도구로 사용되어져 왔다. 기술도입에 영향을 미치는 요인들은 크게 세 가지 부류로 나뉜다. 우선 경제학적으로 접근하는 학자들은 신기술이 갖는 불확실성 및 불확실성을 줄이는 정보의 역할 등을 중심으로 다루어왔다. 경제학적인 접근 가운데서도 산업조직론적인 차원에서는 앞서의 요인들과 더불어 주변 기업들과의 관계를 고려한 전략적 행동으로 기술도입을 설명하기도 한다. 두 번째로 인적자본(human capital)의 측면에서 기술도입을 설명하는 학자들이 있다. 이들에 따르면 교육, 경험, 지식과 같은 인적자본이 신기술도입에 따르는 불확실성과 비용을 줄여주기 때문에 인적자본이 얼마나 뒤받침 하느냐에 따라 기술도입이 결정된다. 세 번째는 가장 거시적인 측면에서 법적, 제도적 요인이 기술도입에 영향을 미친다고 보는 시각이다.

가. 경제학적 접근: 불확실성 및 정보

새로운 기술을 도입하는 데는 여러 가지 불확실성이 뒤따른다. 먼저 기술적인 불확실성(technical uncertainty)은 기업이 신기술을 도입함으로써 과연 수익을 얻을 수 있을 것인가에 대한 부분에 있어서의 불확실성을 말한다. 수익은 비용과 수입의 차이에서 발생하고 불확실성은 비용과 수입 모두에 존재한다.

신기술의 도입에는 여러 가지 비용이 수발된다. 한방서비스를 제공하고자 할 때 우선 한의사와 간호사 등의 인력과 의료행위를 할 수 있는 장소가 필요하다. 이 때 얼마나 우수한 인력을 지속적으로 일할 수 있게 할 것인지 혹은 기존의 의사와의 마찰은 없을 것인지 등에 대한 불확실성이 존재한다. 협진을 하는 많은 한방병원에서 일하는 의사들이 한 의사와의 친분이 있는 경우가 대부분인 것(이상영 & 변용찬, 1997)은 이러한 비용을 절감하기 위한 수단인 것이다. 이 밖에도 협진을 하려고 할 때 기존의 의사들에게 한방서비스에 대한 신뢰를 갖게끔 설득하는 작업도 필요하다.

수입에 있어서의 불확실성도 자명하다. 시장에서 미래에 발생할 수요, 즉 어느 정도의

환자가 한방서비스 혹은 협진서비스를 이용할 것인지를 예측하기는 매우 어렵다. 한방서비스를 선호하는 노인이 많은 지역, 혹은 인구가 밀집되어 있는 곳에서는 어느 정도 수요에 대한 긍정적인 전망을 가질 수도 있을 것이다. 하지만 전체적인 경제가 불안정한 시기에는 특히 사전에 수요를 정확하게 예측하기는 매우 어렵다고 할 수 있다.

공급의 측면에서의 불확실성은 시장의 다른 기업의 행동과 밀접하게 관련되어 있다. 전략적 불확실성 (strategic uncertainty)은 다른 기업과의 경쟁에서 발생하는 불확실성을 말한다. 병원은 일정 경계 내에 있는 잠재적 수요자를 두고 그 경계 안에 있는 다른 병원들과 경쟁관계에 있다. 이 때 병원들은 자신의 비용구조뿐만 아니라 타병원의 비용구조 및 투자전략 등을 고려하여 전략적으로 기술도입을 결정하게 된다. 한 조사에 의하면 기술관련 사업체의 최고경영자의 50%가 경쟁적 우위 (competitive advantage)를 얻기 위해 신기술을 도입한다고 했고, 21%는 경쟁자에 대한 대응으로 신기술 도입한다고 한다 (Goldman Sachs, 2000).

병원과 같은 과점기업에서의 전략적인 기술도입에 대해 보다 구체적으로 설명을 하면 다음과 같다. 과점 산업에서 한 기업의 기술 도입 결정은 시장 전체의 구조와 기업들의 전략 균형에 영향을 미치고 각 기업은 두 가지 인센티브를 가지고 행동한다.

우선 기업은 기술 도입에 따르는 비용과 신기술의 성과에 대한 불확실성을 해결할 수 있을 만큼 충분한 정보를 얻을 때까지 기다리고자 한다. 두 번째, 다른 기업이 먼저 신기술을 받아들임으로써 기술을 표준화(standard-setting)한다거나 규모의 경제를 누리거나 상표 (brand)를 소비자에게 인식시키는 이점, 즉 선점으로부터 오는 이익을 넘기고 싶지 않다. 첫 번째 인센티브와는 달리 이 두 번째 인센티브는 기업으로 하여금 기술도입을 서두르게 하는 효과가 있다.

이러한 기업의 딜레마는 특히 시장이 불안정하고 신기술의 성과에 대한 불확실성이 클 때 더욱 중요하다. 예를 들어 수요가 불확실할 때는 신기술을 일찍 도입하는 것이 유리하다 (Zhu & Weyant, 2003). 따라서 수요가 불확실할 때 신기술을 더 많이 도입할 가능성이 높다. 시장수요 및 그에 따른 신기술의 성과, 즉 수입에 있어서 중간 정도의 시장수요가 있을 것으로 예상할 때는 신기술 도입에 따른 비용이 적은 기업에서 먼저 도입할 가능성이 많다. 수요가 많을 경우는 비용 부담이 큰 기업도 신기술을 도입하려고 한다. 이에 반해 수요가 적을 것으로 예상할 때는 어떤 기업도 신기술을 도입하려고 하지 않을 것이다.

지금까지 살펴본 바와 같이 신기술의 도입에는 여러 가지 불확실성이 존재하고 불확실

성의 종류와 성격에 따라 기업들이 기술 도입을 결정하는데 영향을 미친다. 이러한 불확실성은 양질의 정보 혹은 시장에서의 검증에 의해 줄어들 수가 있다. 의사들이 새로운 정보를 얻는 주요 경로는 전문잡지, 전문가모임, 학회 등으로 알려져 있다. 그러나 무엇을 평가하는 데 필요한 정보는 동료들과의 비공식적 의논을 통해 주로 이루어진다고 한다 (Escarce, 1996). 먼저 기술을 도입한 사람에 의해 나중에 기술을 도입하는 사람은 여러 가지 불확실성을 줄일 수 있는 것이다.

나. 인적자본이론

교육, 경험, 혹은 신기술에 대한 지식과 같은 사람이 가지는 자본은 신기술 도입에 수반되는 비용과 불확실성을 줄여주는 역할을 한다. 교육은 정보를 받아서 해석하고 이해하는 능력을 향상시키는데, 대부분의 일을 수행함에 있어서 정보를 다루고 분석하는 일이 매우 중요하다. 경험이나 교육을 많이 가진 사람이 신기술 도입으로부터 기대하는 이득은 크면서 수반되는 위험은 적을 가능성이 높다. 그 이유는 경험이나 교육을 많이 받은 사람 일수록 전망이 있는 생각과 없는 생각을 잘 구분해내고 따라서 실수를 할 가능성이 적기 때문이다 (Nelson & Phelps, 1966).

다. 규제

규제 혹은 정책의 변화 또한 기업의 혁신에 영향을 미친다. 한 예로 미국에서 Medicare 및 Medicaid의 도입 이후 의료기술의 확산이 빨라진 것으로 알려져 있다 (Russell, 1977). 이는 사회보험형식의 의료보험의 도입으로 증가된 의료수요를 반영한 것이다. 또 다른 예로 미국의 각 주별로 1964년 이래로 실시되고 있는 Certificate of Need (CON)은 불필요한 의료기술을 확산을 통제하는 수단으로 이용되고 있다. 우리나라에서는 건강보험수가제도를 이용하여 의료기술의 확산을 부분적으로 통제해 오고 있다.

양·한방 협진과 관련해서는 이를 촉진할 만한 정책 및 제도적인 뒷받침이 부족하다는 것이 문제점으로 지적되어 왔다. 우선 건강보험에 양·한방 협진을 위한 수가체계가 존재하지 않는다. 그리하여 의사와 한의사간의 유기적인 협력을 통한 진료를 장려할 유인이 없다. 이처럼 아직 수가체계가 없는 것은 부분적으로는 협진과 관련된 기본 임상 자료가

축적되지 않았기 때문이다. 다시 말해서 협진의 효과성에 대한 과학적인 자료가 부족한 것이다. 협진에 관한 임상연구는 협진의 수가체계 개발과 이로 인한 협진 서비스의 수요 증대라는 사회적인 편익을 주기 때문에 공공병원을 중심으로 이루어지는 것이 바람직할 수 있다.

라. 연구가설

이상에서 살펴본 기술도입모형을 바탕으로 다음의 연구 가설들을 세웠다.

경제학적인 관점에서 볼 때 수익성, 즉 수입과 비용에 대한 불확실성이 신기술의 도입에 영향을 미친다는 것을 앞에서 살펴보았다. 불확실성은 크게 수익의 불확실성을 말하는 기술적 불확실성과 주변 기업과의 경쟁으로부터 오는 전략적 불확실성으로 나눌 수 있다. 정보는 이러한 불확실성을 줄이는데 결정적인 역할을 한다. 이상의 고찰을 바탕으로 다음의 가설들을 도출할 수 있었다.

1) 기술적 불확실성과 관련된 가설

규모가 큰 병원들은 비용의 불확실성을 보다 잘 흡수할 수 있기 때문에 협진을 할 확률이 높을 것이다.

H1: 병상수를 기준으로 큰 병원일수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

시장의 수요가 높은 곳에서는 수요가 낮은 곳에 비하여 신기술 도입에 따른 수입의 불확실성이 낮다. 따라서 시장의 수요가 높은 대도시가 도시보다, 도시가 농촌보다 협진 병원을 많이 가지고 있을 것이다.

H2: 대도시, 도시, 농촌 병원의 순으로 협진 할 가능성이 높을 것이다.

2) 전략적 불확실성과 관련된 가설

한방을 양방의 보완재로 받아들이느냐 아니면 대체재로 받아들이느냐는 두 가지 다른 방향으로 영향을 미칠 수 있다. 첫 번째로, 병원내부의 수익만을 생각할 때는 한방이 보완재일 때 병원 수익 면에서 긍정적인 역할을 할 것이다. 양방과 한방이 보완의 관계에 있

을 때는 기존의 양방서비스의 수요를 감소시키지 않으면서 한방수요를 창출할 수 있기 때문이다. 두 번째로, 시장의 다른 병원들을 고려할 때는 대체제로 인식하는 것이 협진을 할 가능성을 높일 수 있다. 즉 한방서비스가 다른 병원의 환자들에 대한 양방 서비스를 대체한다고 기대한다면 협진을 할 유인이 있는 것이다. 따라서 가설은 어느 한 방향으로 미리 정하기가 어렵다. 다만 경쟁이 적은 곳에서는 첫 번째 기전이, 경쟁이 심한 곳에서는 두 번째 기전이 더 타당할 것이다. 즉 시장의 경쟁도가 보완/대체제 인식과 협진과의 관계에서 매개요인 (mediator)으로 작용할 것이다. 시장의 경쟁도는 지역 내 인구 1,000명 당 병상수로 정의하기로 한다. 지역은 기초자치단체인 시·군·구로 정의한다.

H3: 경쟁이 심한 곳일수록, 즉 인구 1,000명당 병상수가 높을수록 한방을 양방의 대체제로 생각하는 병원장이 보완제로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

H4: 경쟁이 적은 곳일수록, 즉 인구 1,000명당 병상수가 낮을수록 한방을 양방의 보완제로 생각하는 병원장이 대체제로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

기업이 경쟁적으로 신기술을 도입하는 행동은 시장이 불안정할 때, 즉 수요가 불확실할 때 더욱 심해진다. 1998년부터 있었던 IMF를 통한 구조조정 등의 경제위기 상황은 시장을 불안하게 만들었다. 그 결과 많은 중소병원들이 도산하기도 하였지만 살아남은 병원들의 경우에는 오히려 더 협진을 많이 하게 되는 요인이 되었을 것이다.

H5: IMF 경제위기 이후에 양·한방 협진 하는 병원의 비율이 더 늘어났을 것이다.

3) 인적자본과 관련된 가설

교육, 경험, 신기술에 대한 지식 등과 같은 인적자본은 기술도입을 빨리 하게 한다. 나이 나 경력이 많은 병원장은 경험을 통해 협진의 필요성을 더 많이 느낄 것이다. 교육이나 경험을 통해서 얻은 한방에 대한 신뢰감이 또한 협진을 받아들이는데 영향을 미칠 것이다.

H6: 나이가 많은 병원장일수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

H7: 병원장으로서의 경력이 길수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

H8: 병원장의 한방 의료에 대한 신뢰가 높을수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 우편조사

가. 대상설정

2004년 전국병원명부를 기준으로 전국의 병원급 이상의 의료기관의 병원장²¹⁾을 조사대상으로 설정하여 전수조사를 실시하였다.

명부에 조사되어있는 공공의료기관(이하 공공) 115곳과 누락된 시립의료기관(인천시립 노인치매요양병원)을 추가하여 총 116곳을 조사대상 공공의료기관으로 선정하여 우편전수 조사와 회수율을 높이기 위한 추가 전화조사를 실시했으며, 민간의료기관(이하 민간)은 병원명부에 따른 총 967곳을 대상으로 전수조사를 시행하였다.

〈표 Ⅲ-1〉 조사 대상 공공의료기관

설립구분	병원수	협진을 시행하는 공공의료기관 수
국 립	14곳	3곳
시 립	12곳	0곳
도 립	8곳	3곳
공 립	14곳	5곳
지방공사	35곳	3곳
특수법인	33곳	1곳
총 합계	116곳	15곳

21) 병원장을 조사대상으로 선택한 이유는 병원의 대표로서 신뢰할만하고, 병원의 의견을 대변할만한 사람이기 때문이다.

〈표 III-2〉 조사대상이 된 지역별 양·한방 협진의료기관의 현황

지역	협진 의료기관 수	협진의료기관 중 공공의료기관
서울	11	1
부산	10	0
대구	13	1
인천	5	2
광주	4	1
대전	2	0
울산	1	0
경기도	22	1
강원도	7	1
충청북도	3	1
충청남도	4	0
전라북도	13	3
전라남도	5	2
경상북도	9	1
경상남도	15	1
제주도	0	0
총 합계	124	15

나. 설문지 개발

설문지는 공공과 민간의 두 가지로 나누어 개발하였다. 본 연구의 초점이 공공의료 확충을 위한 공공의료기관의 양·한방 협진확대에 있는 만큼 민간과 공공의 분류는 필요하다고 판단되었기 때문이다. 각각의 조사표는 크게 다음의 두 가지 부분으로 나누어진다.

- 협진의 현황 파악에 대한 질문
- 협진에 관한 의견에 대한 질문

1) 협진의 현황 파악에 대한 질문

이 부분은 민간과 공공의 조사표가 커다란 차이가 없는 부분으로 현재 양·한방협진의 실태를 파악하기 위한 질문으로 구성되어있다. 기존의 협진과 관련한 보고서²²⁾들이 조사 당시의 협진현황을 파악하기 위해 개발되었었기 때문에 이들을 참조하여 개발하였다. (부록의 조사표 참조)

2) 협진에 관한 의견에 대한 질문

이 부분은 공공과 민간의 질문이 각각 다르다.

공공의 경우, 공공의료기관에서의 양·한방 협진 실시에 대한 병원장들의 의견을 알아보 고자 했으며, 이에 대한 내용은 신뢰도, 적정 병상 수, 적합모형, 경제적 사회적 영향력, 추진주체, 지침개발주체 등등을 포함하고 있고, 한방부문을 확대할 경우의 추가하기를 원하는 한방진료과목 등을 포함하고 있다.

이는 본 조사에서 가장 중요한 부분으로 공공의 협진모델을 설정함에 있어 공공의료기관을 대표하는 기관장들의 의견을 알아볼 수 있는 부분이라 하겠다.

민간의 경우, 질문의 초점이 공공의료의 확대에 관련한 부분이라기보다는 현재 협진의 유무에 따른 한방 의료와 양·한방 협진에 대한 병원장들의 인식을 알아보는 데에 초점을 맞추었고, 나아가 공공과 동일하게 지침개발에 대한 주체에 관한 질문으로 이루어졌다.

이는 협진의 유무가 협진에 대한 병원장들의 인식에 어떠한 차이를 주는가에 대한 내용을 포함하고 있으며, 선행하고 있는 민간 협진 의료기관들의 인식파악을 통해 공공에서의 모델선정에 도움이 되고자함을 목적으로 한 것이다.

22) 양·한방 의료협진체계 실태파악을 위한 조사표(조재국 외(1999), 『양·한방 협진실태와 정책방향』, 한국보건사회연구원)
한·양방 협진 의료기관 운영조사표(이원철(2002), 『주요 난치성 질환에 대한 한·양방 협진의 임상효과 검증 및 한·양방협진 의료기관의 운영모형 개발』, 동국대학교·보건복지부)

다. 일정

1) 조사기간

- 2004년 11월 12일
 - 조사표 우편을 통하여 일괄발송
(공공과 민간을 구분하여 발송)
- 2004년 11월 15일~11월 30일
 - 우편을 통하여 회신, 우편회신이 되지 않은 경우 팩스를 통하여 회수
- 2004년 12월 1일~12월 17일
 - 회수된 조사표 통계처리 및 분석 작업

라. 회수율

공공의료기관의 경우 50% 이상의 회수율을 보였으며, 특히 협진을 시행하는 공공의료기관의 경우 회수율 100%를 보였다. 이는 공공부분에 있어서의 본 조사의 신뢰도를 대변하는 수치라고 생각한다. 그러나 회수된 조사표 중 일부에서 병원장이 아닌 다른 사람이 기록한 경우가 발견되어 본 조사의 한계를 드러내고 있다.

민간의 경우 총 23%의 회수율을 기록했으며, 협진을 시행하는 병원이 39%, 협진을 시행하지 않는 병원이 21%의 회수율을 보였다. 이는 본 조사에 필요성에 대한 조사자들의 인식의 차이에 기인하는 결과라고 추측해 본다.

〈표 III-3〉 공공병원 여부별 및 양·한방 협진 여부별 설문지 회수율

		대상 병원수	응답 병원수	회수율(%)	
공공	협진	15	15	100%	53%
	비협진	101	47	47%	
민간	협진	109	43	39%	23%
	비협진	858	176	21%	
총 합계		1083	281	26%	

2. 외국사례연구

가. 대만 선정 이유

양·한방 협진의 사례를 가진 나라는 대만, 중국, 일본으로 압축된다. 일본은 한방이 양방에 흡수되어 사실상 협진이라기보다는 일원화된 나라라고 볼 수 있다. 중국은 어느 한 쪽이 다른 한 쪽에 흡수된 형태의 통합이 아닌 제3의 의학으로서의 협진이 이루어지고 있는 나라이다.

반면에 대만은 여러 가지 면에서 현재 우리나라의 실정과 매우 흡사하다. 이중면허소지가 허용되면서도 한 가지의 의료만 선택하여 개설할 수 있다는 점이 그 하나이다. 다만 교차교육이 이루어지고 있다는 점에서 우리나라 보다는 양·한방간의 교류가 더 많이 이루어지고 있다고 할 수 있다. 또한 대만은 우리나라와 경제적 수준, 상병구조 등에서도 매우 흡사하다. 이와 같이 대만은 우리나라와 비슷한 조건을 갖추고 있으므로 비슷한 고민을 하고 있거나 했을 것으로 기대하여 방문하기로 결정하였다.

나. 방문지

행정기관으로 위생서 소속 중의학연구원을 방문하였고 중서의협진이 이루어지고 있는 민간병원 한 곳과 시립병원 한 곳을 방문하였다.

다. 자료수집방법

방문지에서 면접을 통한 자료수집과 더불어 방문지에서 수집한 문헌을 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 우편설문조사

가. 기초통계분석

1) 설문에 응한 병원 및 해당지역의 특성

환경적 특성을 도시구분, 인구수, 병상 수 및 병원 수로 정의하고 먼저 지역을 특·광역시, 시, 그리고 군으로 나누었을 때 공공병원과 협진병원이 어느 지역에 분포하고 있는가를 살펴보았다. <표 IV-1>에서 알 수 있듯이 공공병원은 시 및 군에서 민간병원보다 더 많이 발견되며 특·광역시에는 민간병원보다 적게 분포하고 있다. 협진병원들만의 지역분포를 보면 이러한 차이는 더욱 심해진다. 즉 공공병원의 경우 협진병원의 60%가 군단위에 위치한 반면에 민간병원 중 협진을 하는 병원의 11.4%만이 군단위에 위치하고 특·광역시와 시에는 각각 42.5%, 45.7%가 존재한다. 이러한 차이는 공공병원, 특히 양·한방 협진을 하는 공공병원은 농어촌 지역주민들에게 상대적으로 많은 서비스를 제공하고 있음을 알 수 있다.

공공병원과 민간병원의 지역적 분포의 차이는 곧 지역 내 인구수의 차이로 나타났다. 즉 공공병원이 위치한 지역의 평균 인구는 299,139명인데 반해 민간병원이 위치한 지역의 평균 인구는 340,824명이었다. 지역 평균 병원 수에 있어서는 협진병원의 경우는 공공병원이 위치한 지역의 병원수가 민간병원이 위치한 지역의 병원수보다 적었지만 비협진병원에 있어서는 차이가 없었다.

인구 1,000명당 평균 병상 수는 공공병원이 민간병원 보다 평균 1병상 정도 많았다.

〈표 IV-1〉 응답지역의 환경적 특성

		공공병원 (n=58)			민간병원 (n=197)		
		협진	비협진	계	협진	비협진	계
도시 구분 ^a	1	3 (20.0%)	10 (23.3%)	13 (22.4%)	15 (42.9%)	64 (39.5%)	79 (40.1%)
	2	3 (20.0%)	31 (72.1%)	34 (58.6%)	16 (45.7%)	76 (46.9%)	92 (46.7%)
	3	9 (60.0%)	2 (4.7%)	11 (19.0%)	4 (11.4%)	22 (13.6%)	26 (13.2%)
	계	15 (100.0%)	43 (100.0%)	58 (100.0%)	35 (100.0%)	162 (100.0%)	197 (100.0%)
지역 평균 인구수 (표준편차)		215,828 (233,951)	328,202 (237,140)	299,139 (239,465)	333,160 (144,564)	342,511 (349,078)	340,824 (321,639)
지역 내 평균 병원수 ^b (표준편차)		5.2 (3.7)	8.0 (5.6)	7.3 (5.3)	8.1 (4.6)	7.8 (4.4)	7.8 (4.5)
인구 1,000명당 평균 병상수 (표준편차)		6.4 (4.6)	7.0 (4.9)	6.8 (4.8)	5.4 (5.3)	5.9 (4.4)	5.8 (4.6)

주: a. 1 특·광역시, 2 시, 3 군; b. 시·군 단위는 해당 시·군을 지역으로 정의하고 특·광역시의 경우는 구를 지역으로 정의하였다.

2) 협진 실태

공공, 민간구분에서는 응답 기관 및 비율이 민간 기관은 219곳(77.9%), 공공기관은 62곳(22.1%)이었다. 따라서 전체 281곳의 응답을 바탕으로 “양·한방 협진 및 지침에 관한 실태 조사”가 이루어졌다(표 IV-2 참조).

〈표 IV-2〉 응답한 공공과 민간의료 기관의 구분

	기관수	비율
민간	219	77.9
공공	62	22.1
합계	281	‘100.0

공공, 민간에서 협진 비율은 민간은 전체 219곳에서 176곳이 협진을 시행하지 않아 80.4%의 비율을 보였고, 시행하는 곳은 43곳으로 19.6%의 비율을 보였다. 공공에서는 전체 62곳에서 47곳이 협진을 시행하지 않아 75.8%의 비율을 보였고, 시행하는 곳은 15곳으로 24.2%의 비율을 보였다. 통계적으로 유의하지는 않지만, 협진을 시행하는 곳은 공공이 약간 높은 비율을 보였다(표 IV-3 참조).

〈표 IV-3〉 공공, 민간에서 협진비율

	협진 시행		전체
	시행 안함	시행 함	
민간	176(80.4%)	43(19.6%)	219(100.0%)
공공	47(75.8%)	15(24.2%)	62(100.0%)
합계	223(79.4%)	58(20.6%)	281(100.0%)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의하지 않음.

협진 시작연도를 살펴보면, 민간은 1999년에 12곳(27.9%), 2001년에 8곳(18.6%), 2003년에 7곳(16.3%) 순으로 시작하였고, 공공은 1999년에 7곳(46.7%), 2002년 3곳(20.0%), 2001년에 2곳(13.3%)의 순으로 협진을 시작하였다(표 IV-4 참조).

〈표 IV-4〉 협진 시작연도

	협진 시작연도 (%)										전체
	1982	1994	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
민간	1 (2.3)	1 (2.3)	4 (9.3)	2 (4.7)	12 (27.9)	3 (7.0)	8 (18.6)	5 (11.6)	7 (16.3)	-	43 (100)
공공	-	-	1 (6.7)	-	7 (46.7)	-	2 (13.3)	3 (20.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	15 (100)
합계	1 (1.7)	1 (1.7)	5 (8.6)	2 (3.4)	19 (32.8)	3 (5.2)	10 (7.2)	8 (13.8)	8 (13.8)	1 (1.7)	58 (100)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의하지 않음.

협진 총 월수는 공공은 평균 50.1개월로 나타났고, 민간은 58.0개월로 나타났고 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(표 IV-5 참조).

〈표 IV-5〉 협진 총 월수

	평균	표준편차
공공(N=15)	50.1	24.12
민간(N=43)	58.0	41.71

〈표 IV-6〉 협진 시작 월

	협진 시작 월 (%)											전체
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
민간	5 (15.2)	1 (3.0)	4 (12.1)	4 (12.1)	3 (9.1)	4 (12.1)	2 (6.1)	2 (6.1)	3 (9.1)	1 (3.0)	4 (12.1)	33 (100.0)
공공	1 (7.7)	-	2 (15.4)	2 (15.4)	6 (46.2)	1 (7.7)	-	1 (7.7)	-	-	-	13 (100.0)
합계	6 (13.0)	1 (2.2)	6 (13.0)	6 (13.0)	9 (20.0)	5 (10.9)	2 (4.3)	3 (6.5)	3 (6.5)	1 (2.2)	4 (8.7)	46 (100.0)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의하지 않음

협진 진료과를 살펴보면, 민간에서는 내과(74.4%), 정형외과(58.1%), 신경외과(48.8%), 신경과(46.5%), 일반외과(34.9%), 재활의학과(32.6%)의 순으로 진료하는 것으로 나타났다. 공공에서는 내과(85.7%), 신경과(50.0%), 정형외과(42.9%) 등의 순으로 나타났다. 아래 <표 12>에서 가정의학과 같은 경우는 민간은 30.2%인데 반하여, 공공은 상대적으로 낮은 7.1%의 비율을 보였는데, 이는 이번 설문 대상에서 제외된 보건소 등의 공공의료기관 비중이 높기 때문일 것으로 생각된다. 또한 방사선과에서 공공의 경우는 0%로 나타났는데, 이는 협진 인식의 범위의 편차로 생각된다. 실제 방사선과와 협진을 하는 의료기관은 더 많을 것으로 사료된다.

〈표 IV-7〉 협진 진료과

	민간(N=43)	공공(N=14)	전체(N=57)
가정의학과*	13(30.2%)	1(7.1%)	14(24.6%)
내과	32(74.4%)	12(85.7%)	44(77.2%)
일반외과	15(34.9%)	5(35.7%)	20(35.1%)
산부인과	12(27.9%)	3(21.4%)	15(26.3%)
신경외과	21(48.8%)	4(28.6%)	25(43.9%)
신경과	20(46.5%)	7(50.0%)	27(47.4%)
방사선과**	11(25.6%)	0(0.0%)	11(19.3%)
재활의학과	14(32.6%)	3(21.4%)	17(29.8%)
마취통증의학과	8(18.6%)	1(7.1%)	9(15.8%)
정형외과	25(58.1%)	6(42.9%)	31(54.4%)
소아과	11(25.6%)	2(14.3%)	13(22.8%)
비뇨기과	7(16.3%)	1(7.1%)	8(14.0%)
이비인후과	6(14.0%)	1(7.1%)	7(12.3%)
안과	2(4.7%)	1(7.1%)	3(5.3%)
흉부외과	5(11.6%)	0(0%)	5(8.8%)
피부과	4(9.3%)	2(14.3%)	6(10.5%)
정신과	4(9.3%)	3(21.4%)	7(12.3%)

주: * $p<0.05$; ** $p<0.01$

협진의 형태에서는 상호검사만 의뢰하는 비율은 민간은 2.3%, 공공은 21.4%이고, 진료를 의뢰하는 비율은 민간은 34.9%, 공공은 35.7%이고, 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시에 협의 의뢰하는 비율은 민간은 20.9%, 공공은 7.1%이고, 모든 진료과정에서 양·한방 의

사가 동시에 협의 의뢰하는 비율은 2.3%, 공공은 7.1% 등으로 나타났다. ③에서 민간과 공공의 차이점은 민간은 공공보다는 특화된 진료 영역으로 운영하는 경우가 많으므로 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시에 협의 의뢰하는 비율이 높은 것으로 생각되고, 공공은 민간보다는 공공성에 치우치므로 특화 진료 영역의 어려움 때문인 것으로 생각된다.

결국 협진의 형태에서 진료를 의뢰하는 형태가 민간, 공공 공통적으로 높은 비율로 나타났다. 또한 진료 의뢰와 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시에 협의 의뢰하는 비율 또한 공통적으로 높게 나타났다(표 IV-8 참조).

〈표 IV-8〉 협진의 형태

	민간 공공 여부		전체
	민간	공공	
① 상호검사만 의뢰	1(2.3%)	3(21.4%)	4(7.0%)
② 진료의뢰	15(34.9%)	5(35.7%)	20(35.1%)
③ 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시에 협의 의뢰	9(20.9%)	1(7.1%)	10(17.5%)
④ 모든 진료 과에서 양·한방 의사가 동시에 협의 의뢰	1(2.3%)	1(7.1%)	2(3.5%)
기타	2(4.7%)	1(7.1%)	3(5.2%)
①+②	4(9.3%)	1(7.1%)	5(8.8%)
②+③	9(20.9%)	2(14.3%)	11(19.3%)
①+②+③	2(4.7%)	0(0%)	2(3.5%)
합계	43(100.0%)	14(100.0%)	57(100.0%)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의하지 않음; 기타= 상황에 따라 다름. 주로 환자에 의해 의뢰를 포함함.

동일 진료 기록지 사용 여부를 살펴보면, 민간은 11.6%, 공공은 6.7% 만이 동일 진료 기

록지를 사용한다고 나타났다. 결과적으로 민간, 공공 양쪽 모두 동일 진료 기록지의 사용을 하지 않는 것이 압도적으로 높게 나타나 병원 행정의 복잡함, 환자들의 편의성 저하가 예상됨을 알 수 있다(표 IV-9 참조).

〈표 IV-9〉 동일 진료 기록지 사용 여부

		민간 공공 여부		전체
		민간	공공	
동일 진료기록지 사용 여부	사용 안함	38(88.4%)	14(93.3%)	52(89.7%)
	사용함	5(11.6%)	1(6.7%)	6(10.3%)
합계		43(100.0%)	15(100.0%)	58(100.0%)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의하지 않음.

병원 협진 질환을 살펴보면, 민간병원과 공공병원 모두에서 운동기 질환이 가장 많았고 (민간 85.7%, 공공 93.3%), 다음으로 순환기 질환과 (민간 66.7%, 공공 46.7%) 소화기 질환 (민간 40.5%, 공공 40.0%)의 순으로 나타났다. 운동기 질환이 민간, 공공에서 가장 높은 비율을 보임으로써 협진 질환이 주로 근골격계 질환에 편중됨을 알 수 있었다(표 IV-10 참조).

〈표 IV-10〉 병원 협진 질환

	민간(N=42)	공공(N=15)	전체(N=57)
호흡기 질환	15(35.7%)	4(26.7%)	19(33.3%)
순환기 질환	28(66.7%)	7(46.7%)	35(61.4%)
소화기 질환	17(40.5%)	6(40.0%)	23(40.4%)
내분비 및 대사성 질환	17(40.5%)	4(26.7%)	21(36.8%)
비뇨기 질환	7(16.7%)	3(20.0%)	10(17.5%)
산부인과 질환	11(26.2%)	5(33.3%)	16(28.1%)
소아 질환	14(33.3%)	2(13.3%)	16(28.1%)
운동기 질환	36(85.7%)	14(93.3%)	50(87.7%)
피부과 질환	9(21.4%)	2(13.3%)	11(19.3%)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의하지 않음.

한방기관의 형태를 살펴보면, 병원 내에 병상을 포함하지 않은 한방진료부의 비율은 민간에서는 42곳 중 7곳(16.7%), 공공에서는 14곳 중 4곳(28.6%)이었고, 병원 내에 병상을 포함한 한방진료부의 비율은 민간에서는 6곳(14.3%), 공공에서는 1곳(7.1%)이었고, 독립된 한방병원이 설치된 곳의 비율은 민간에서는 28곳(66.7%), 공공에서는 5곳(35.7%)이었다. 기타로는 주 2회 한의사가 방문하거나, 부설 한의원이 설치되었거나, 한의사 개인만이 있거나, 인근 한의원으로의 진료 의뢰 등의 비율은 민간에서는 1곳(2.4%), 공공에서는 4곳(28.6%)이었다.

이 결과에서 알 수 있듯이 아직까지는 병원 내에 병상을 포함한 한방진료부의 비율이 낮았다. 따라서 행정 절차의 복잡함, 환자들의 불편, 동일 진료 기록지 미사용 등 이중 절차가 많아 협진에 장애가 되고 있다. 협진 지침 마련으로 병원 내에 병상을 포함한 한방진료부를 설치한다면 환자들의 진료 및 치료 효과를 높일 수 있을 것으로 기대된다(표 IV-11 참조).

〈표 IV-11〉 한방기관의 형태

	민간 공공 여부		전체
	민간	공공	
병원 내에 병상을 포함하지 않은 한방진료부	7(16.7%)	4(28.6%)	11(19.6%)
병원 내에 병상을 포함한 한방진료부	6(14.3%)	1(7.1%)	7(12.5%)
독립된 한방병원	28(66.7%)	5(35.7%)	33(58.9%)
기타	1(2.4%)	4(28.6%)	5(8.9%)
합계	42(100.0%)	14(100.0%)	56(100.0%)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의성이 없음; 기타=주2회 한의사 방문, 부설 한의원, 한의사 개인(1인), 주소 다른 인접병원의 한의원

협진 병상 수는 민간 43곳의 평균 병상 수는 9.9개, 공공 15곳의 평균 병상 수는 3.9개로 나타났으며 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(표 IV-12 참조)

〈표 IV-12〉 협진 병상 수

	평균	표준편차
공공(N=15)	3.9	13.10
민간(N=43)	9.9	20.72

한방 치료법을 살펴보면, 민간, 공공 모두 치료법으로 침, 뜸, 한약, 부항이 대부분임을 알 수 있다. 침의 비율은 민간은 95.1%, 공공은 100%였고, 뜸의 비율은 민간은 85.4%, 공공은 85.7%였고, 한약의 비율은 민간은 100%, 공공은 64.3%였다. 부항의 비율은 민간은 85.4%, 공공은 78.6%였다. 테이핑이나, 추나는 상대적으로 비율이 낮았다.

침, 뜸, 부항은 민간이나 공공 모두 비슷한 비율을 보였는데 한약에서는 민간은 100%, 공공은 64.3%의 비율을 보였다. 이는 한약의 치료법이 상대적으로 환자들의 부담이 크므로 민간보다는 공공에서의 비율이 낮은 것으로 판단된다(표 IV-13 참조).

〈표 IV-13〉 한방 치료법

		민간 공공 여부		전체
		민간	공공	
침	사용 안함	2(4.8%)	0(0%)	2(3.6%)
	사용함	39(95.1%)	14(100%)	53(96.4%)
뜸	사용 안함	6(14.6%)	2(14.3%)	8(14.5%)
	사용함	35(85.4%)	12(85.7%)	47(85.5%)
한약***	사용 안함	0(0%)	5(35.7%)	5(9.1%)
	사용함	41(100%)	9(64.3%)	50(90.1%)
부항	사용 안함	6(14.6%)	3(21.4%)	9(16.4%)
	사용함	35(85.4%)	11(78.6%)	46(83.6%)
테이핑	사용 안함	33(80.5%)	13(92.9%)	46(83.6%)
	사용함	8(19.5%)	1(7.1%)	9(16.4%)
추나	사용 안함	25(61.0%)	10(71.4%)	35(63.6%)
	사용함	16(39.0%)	4(28.6%)	20(36.4%)

註: *** $p < .001$

3) 지침실태

임상 진료 지침 여부를 살펴보면, 문서화 비율이 민간 41곳 중 1곳(2.4%), 공공 15곳 중 1곳(6.7%)으로 아주 낮았다. 이는 본 연구의 주된 문제로 양·한방 협진 지침의 필요성이 제기된다. 앞에서도 언급했듯이 협진의 무분별함에 따른 의료비의 상승, 의료 사고 관련, 의료 영역의 명확화를 통한 치료 효율의 향상, 국민 의료 이용 상의 편의 등과 관계되므로 임상 진료 지침의 문서화가 필요하다(표 IV-14 참조).

〈표 IV-14〉 임상 진료 지침 여부

	민간 공공 여부		전체
	민간	공공	
없음	11(26.8%)	6(40.0%)	17(30.3%)
암묵적 시행	29(70.7%)	8(53.3%)	37(66.1%)
문서화 됨	1(2.4%)	1(6.7%)	2(3.6%)
합계	41(100.0%)	15(100.0%)	56(100.0%)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의성이 없음.

공동 연구 여부를 살펴보면, 안함이 민간 9곳(20.9%), 공공 5곳(33.3%)이었고, 비정기적이 민간 32곳(74.4%), 공공 10곳(66.7%)으로 가장 높았고, 정기적인 연구가 민간 2곳(4.7%), 공공은 없었다. 임상지침 마련으로 공동 연구가 정기적으로 활성화되어 치료 효율의 향상으로 이어져야 하겠다(표 IV-15 참조).

〈표 IV-15〉 공동연구 여부

	민간 공공 여부		전체
	민간	공공	
안함	9(20.9%)	5(33.3%)	14(24.1%)
비정기적	32(74.4%)	10(66.7%)	42(72.4%)
정기적	2(4.7%)	0(0%)	2(3.4%)
합계	43(100.0%)	15(100.0%)	58(100.0%)

註: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의성이 없음.

임상통계자료 축적 여부를 살펴보면, 민간은 43곳 중 38곳(88.4%), 공공은 15곳 중 14곳(93.3%)이 축적을 하고 있지 않았으며, 민간 5곳(11.6%), 공공 1곳(6.7%)이 임상통계자료를 축적하는 데 그치고 있었다(표 IV-16 참조).

〈표 IV-16〉 임상통계자료 축적 여부

	민간 공공 여부		전체
	민간	공공	
축적 안함	38(88.4%)	14(93.3%)	52(89.7%)
축적함	5(11.6%)	1(6.7%)	6(10.3%)
합계	43(100.0%)	15(100.0%)	58(100.0%)

주: Chi-Square 테스트에서 통계적으로 유의성이 없음.

4) 협진에 관한 인식 및 태도

한방 신뢰도를 살펴보면, 민간에서는 협진을 시행하지 않는 곳의 175곳 중 79곳(45.1%)이 한방을 신뢰하지 않는 편이라고 나타났으며, 협진을 시행하는 곳의 41곳 중 35곳(85.3%)이 한방을 신뢰하는 편이라고 나타났다.

공공에서는 협진을 시행하지 않는 곳의 47곳 중 23곳(48.9%)이 신뢰하지 않는 편이라고 응답하였으며, 협진을 시행하는 곳의 15곳 중 11곳(73.3%)이 신뢰하는 편이라고 응답하였다. 이는 협진을 시행하기 전에는 한방에 대한 인식이 신뢰하지 않는 편이었다가 협진 시행 후에는 한방에 대한 이해와 더불어 신뢰도도 증가한다고 할 수 있겠다(표 IV-17 참조).

〈표 IV-17〉 한방 신뢰도

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간***	매우 신뢰함	1(0.6%)	5(12.2%)	6(2.8%)
	신뢰하는 편	83(47.4%)	35(85.3%)	118(54.6%)
	신뢰하지 않는 편	79(45.1%)	1(2.4%)	80(37.0%)
	전혀 신뢰안함	12(6.9%)	0(0%)	12(5.6%)
	합계	175(100.0%)	41(100.0%)	216(100.0%)

〈표 IV-17〉 계속

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
공공	매우 신뢰함	2(4.3%)	1(6.7%)	3(4.8%)
	신뢰하는 편	20(42.6%)	11(73.3%)	31(50.0%)
	신뢰하지 않는 편	23(48.9%)	3(20.0%)	26(41.9%)
	전혀 신뢰안함	2(4.3%)	0(0%)	2(3.2%)
	합계	47(100.0%)	15(100.0%)	62(100.0%)

주: *** $p < .001$

보완/대체제 인식도 조사에서는, 협진을 시행하지 않는 민간에서는 주로 보완하는 성격이 강함(52.0%), 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함(28.1%), 주로 대체하는 성격이 강함(10.5%)의 순으로 나타났고, 협진을 시행하는 민간에서는 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함(48.7%), 주로 보완하는 성격이 강함(33.3%), 보완도 하지만 대체하는 성격이 강함(15.4%)의 순으로 나타났다.

또한 협진을 시행하지 않는 공공에서는 주로 보완하는 성격이 강함(58.7%), 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함(37.0%)의 순으로, 협진을 시행하는 공공에서는 주로 보완하는 성격이 강함(53.3%), 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함(27.7%), 보완도 하지만 대체하는 성격이 강함(13.3%)의 순으로 나타났다. 이 인식도에서 특이할만한 점은 협진을 시행하는 민간에서는 주로 보완하는 성격(33.3%)과 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함(48.7%)의 비율이 다른 3분류의 비율과 다르다는 것이다. 아마도 대부분의 인식은 한방이 양방을 보완하는 성격이 강한 것으로 인식하는 것과는 달리, 어느 정도 대체하는 성격도 자리매김하고 있다는 인식이 높다고 할 수 있다(표 IV-18 참조).

〈표 IV-18〉 보완 / 대체제 인식

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간*	주로 보완하는 성격이 강함	89 (52.0%)	13 (33.3%)	102 (48.6%)
	대체도 하지만 보완하는 성격이 강함	48 (28.1%)	19 (48.7%)	67 (31.9%)
	보완도 하지만 대체하는 성격이 강함	16 (9.4%)	6 (15.4%)	22 (10.5%)
	주로 대체하는 성격이 강함	18 (10.5%)	1 (2.6%)	19 (9.0%)
	합계	171 (100.0%)	39 (100.0%)	210 (100.0%)
공공	주로 보완하는 성격이 강함	27 (58.7%)	8 (53.3%)	35 (57.4%)
	대체도 하지만 보완하는 성격이 강함	17 (37.0%)	4 (26.7%)	21 (34.4%)
	보완도 하지만 대체하는 성격이 강함	1 (2.2%)	2 (13.3%)	3 (4.9%)
	주로 대체하는 성격이 강함	1 (2.2%)	1 (6.7%)	2 (3.3%)
	합계	46 (100.0%)	15 (100.0%)	61 (100.0%)

주: * p<.05

협진에 도움이 되는 영역으로 본 조사에서는 수익성, 환자 만족도, 치료 효과, 치료기간 단축, 저소득 계층의 한방 진료 접근성, 노인성 질환 치료, 의료시장 개방을 대비한 경쟁력 향상 등 7가지로 나누어 조사하였다.

수익성을 살펴보면, 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(3.6%), 긍정적(45.8%), 보통(39.9%), 부정적(7.1%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(7.5%), 긍정적(40.4%), 보통(42.3%), 부정적(9.6%)으로 나타났다. 공공에서 협진 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(2.1%), 긍정적(48.9%), 보통(40.4%), 부정적(2.1%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(0%), 긍정적(42.9%), 보통(42.9%), 부정적(14.3%)으로 나타났다.

민간에서 시행하지 않는 곳의 45.8%가 긍정적인데 반해, 시행하는 곳의 17.5%가 긍정적인 점은 시행 전후의 수익성이 크게 나아졌다고 볼 수는 없는 것으로 생각된다(표 IV-19 참조).

〈표 IV-19〉 협진에 도움이 되는 영역-수익성

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간*	매우 긍정적	6(3.6%)	3(7.5%)	9(4.3%)
	긍정적	77(45.8%)	7(17.5%)	84(40.4%)
	보통	67(39.9%)	21(52.5%)	88(42.3%)
	부정적	12(7.1%)	8(20.0%)	20(9.6%)
	매우 부정적	6(3.6%)	1(2.5%)	7(3.4%)
	합계	168(100.0%)	40(100.0%)	208(100.0%)
공공	매우 긍정적	1(2.1%)	0(0%)	1(1.6%)
	긍정적	23(48.9%)	6(42.9%)	29(47.5%)
	보통	19(40.4%)	6(42.9%)	25(41.0%)
	부정적	1(2.1%)	2(14.3%)	3(4.9%)
	매우 부정적	3(6.4%)	0(0%)	3(4.9%)
	합계	47(100.0%)	14(100.0%)	61(100.0%)

주: * $p<.05$

환자 만족도를 살펴보면, 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(4.8%), 긍정적(49.7%), 보통(38.3%), 부정적(5.4%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(19.5%), 긍정적(61.0%), 보통(19.5%), 부정적(0%)으로 나타났다. 공공에서 협진 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(12.8%), 긍정적(55.3%), 보통(31.9%), 부정적(0%)으로 나타났고, 협진 시행하는 곳은 매우 긍정적(20.0%), 긍정적(80.0%), 보통(0%), 부정적(0%)으로 나타났다.

결과적으로 아래 <표 IV-20>에서 보는 바와 같이 환자 만족도는 시행 전과 후에서 뚜렷한 차이가 있었다. 민간, 공공 모두 시행하지 않는 곳보다 시행하는 곳의 만족도가 높은 비율로 나타났다.

〈표 IV-20〉 협진에 도움이 되는 영역-환자 만족도

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간**	매우 긍정적	8(4.8%)	8(19.5%)	16(7.7%)
	긍정적	83(49.7%)	25(61.0%)	108(51.9%)
	보통	64(38.3%)	8(19.5%)	72(34.6%)
	부정적	9(5.4%)	0(0%)	9(4.3%)
	매우 부정적	3(1.8%)	0(0%)	3(1.4%)
	합계	167(100.0%)	41(100.0%)	208(100.0%)
공공**	매우 긍정적	6(12.8%)	3(20.0%)	9(14.5%)
	긍정적	26(55.3%)	12(80.0%)	38(61.3%)
	보통	15(31.9%)	0(0%)	15(24.2%)
	부정적	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	매우 부정적	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	합계	47(100.0%)	15(100.0%)	62(100.0%)

주: ** $p < .01$

치료효과에 대한 인식을 살펴보면, 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(1.8%), 긍정적(29.5%), 보통(36.7%), 부정적(25.3%), 매우 부정적(6.6%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(10%), 긍정적(70%), 보통(20%)으로 나타났다. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(4.3%), 긍정적(27.7%), 보통(34.0%), 부정적(29.8%), 매우 부정적(4.3%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(14.3%), 긍정적(35.7%), 보통(50%)으로 나타났다.

결과적으로 민간의 경우 협진의 유무가 치료효과에 대한 긍정적 인식에 커다란 영향을 주었다. 또한 공공의 경우에도 협진을 하는 곳이 협진에 대한 치료효과에 대한 긍정적 인식이 높게 나타났다.

특히, 민간과 공공 중 협진을 시행하는 곳에서 모두 부정적인 견해가 0%로 나타나 협진이 실제적으로 유효하다는 사실이 어느 정도 검증되었다고 할 수 있다(표 IV-21 참조)

〈표 IV-21〉 협진에 도움이 되는 영역-치료 효과

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간***	매우 긍정적	3(1.8%)	4(10.0%)	7(3.4%)
	긍정적	49(29.5%)	28(70.0%)	77(37.4%)
	보통	61(36.7%)	8(20.0%)	69(33.5%)
	부정적	42(25.3%)	0(0%)	42(20.4%)
	매우 부정적	11(6.6%)	0(0%)	11(5.3%)
	합계	166(100.0%)	40(100.0%)	206(100.0%)
공공*	매우 긍정적	2(4.3%)	2(14.3%)	4(6.6%)
	긍정적	13(27.7%)	5(35.7%)	18(29.5%)
	보통	16(34.0%)	7(50.0%)	23(37.7%)
	부정적	14(29.8%)	0(0%)	14(23.0%)
	매우 부정적	2(4.3%)	0(0%)	2(3.3%)
	합계	47(100.0%)	14(100.0%)	61(100.0%)

주: *** p<.001, * p<.05

치료기간 단축에 대한 인식을 살펴보면, 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(0.6%), 긍정적 (16.8%), 보통(40.1%), 부정적(31.1%), 매우 부정적(11.4%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(5.0%), 긍정적(47.5%), 보통(40.0%), 부정적(7.5%)으로 나타났다. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(0.0%), 긍정적 (10.9%), 보통 (52.2%), 부정적(32.6%), 매우 부정적(4.3%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(7.1%), 긍정적(28.6%), 보통(50.0%), 부정적(14.3%), 매우 부정적(0%)으로 나타났다.

결과적으로 치료기간 단축에 대한 견해는 보통의 의견이 가장 많았으나, 민간의 경우 부정적인 견해가 협진 실시여부에 따라 (시행 안하는 곳 42.5%, 시행하는 곳 7.5%) 커다란 차이를 보였고, 통계적으로 유의하지는 않지만, 공공의 경우에도 (시행 안하는 곳 36.9%, 시행하는 곳 14.3%) 차이를 보였다. 이는 협진의 시행이 치료기간 단축에 부정적이지 않다는 것을 보여주는 결과라고 할 수 있다(표 IV-22 참조).

〈표 IV-22〉 협진에 도움이 되는 영역-치료기간 단축

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간***	매우 긍정적	1(0.6%)	2(5.0%)	3(1.4%)
	긍정적	28(16.8%)	19(47.5%)	47(22.7%)
	보통	67(40.1%)	16(40.0%)	83(40.1%)
	부정적	52(31.1%)	3(7.5%)	55(26.6%)
	매우 부정적	19(11.4%)	0(0%)	19(9.2%)
	합계	167(100.0%)	40(100.0%)	207(100.0%)
공공	매우 긍정적	0(0%)	1(7.1%)	1(1.7%)
	긍정적	5(10.9%)	4(28.6%)	9(15.0%)
	보통	24(52.2%)	7(50.0%)	31(51.7%)
	부정적	15(32.6%)	2(14.3%)	17(28.3%)
	매우 부정적	2(4.3%)	0(0%)	2(3.3%)
	합계	46(100.0%)	14(100.0%)	60(100.0%)

주: *** p<.001

저소득 계층의 한방 진료 접근성에 대한 인식을 살펴보면, 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(1.2%), 긍정적(21.3%), 보통(40.2%), 부정적(26.2%), 매우 부정적(11.0%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(2.7%), 긍정적(27.0%), 보통(43.2%), 부정적(24.3%), 매우 부정적(2.7%)으로 나타났다. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(4.3%), 긍정적(40.4%), 보통(21.3%), 부정적(34.0%), 매우 부정적(0.0%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(14.3%), 긍정적(50.0%), 보통(14.3%), 부정적(14.3%), 매우 부정적(7.1%)으로 나타났다.

결과적으로 저소득 계층에 대한 한방 진료 접근성에 대한 인식은, 민간의 경우 부정적인 견해가 더 많았으나 공공의 경우 긍정적인 견해가 더 많은 것으로 보아 한방 진료에 대한 민간과 공공의 인식이 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 아마도 한방 의료에 대한

인식이 민간의 경우 비 보험 의료행위(예: 한약)에 치중하고 있고, 공공의 경우 보험 의료 행위(예: 침구)에 치중하려하고 있기 때문이 아닌가 생각한다(표 IV-23 참조).

〈표 IV-23〉 협진에 도움이 되는 영역-저소득 계층의 한방 진료 접근성

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간	매우 긍정적	2(1.2%)	1(2.7%)	3(1.5%)
	긍정적	35(21.3%)	10(27.0%)	45(22.4%)
	보통	66(40.2%)	16(43.2%)	82(40.8%)
	부정적	43(26.2%)	9(24.3%)	52(25.9%)
	매우 부정적	18(11.0%)	1(2.7%)	19(9.5%)
	합계	164(100.0%)	37(100.0%)	201(100.0%)
공공	매우 긍정적	2(4.3%)	2(14.3%)	4(6.6%)
	긍정적	19(40.4%)	7(50.0%)	26(42.6%)
	보통	10(21.3%)	2(14.3%)	12(19.7%)
	부정적	16(34.0%)	2(14.3%)	18(29.5%)
	매우 부정적	0(0%)	1(7.1%)	1(1.6%)
	합계	47(100.0%)	14(100.0%)	61(100.0%)

주: 통계적으로 유의성이 없음

노인성 질환치료에 대한 인식을 살펴보면, 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(5.4%), 긍정적 (46.4%), 보통(31.5%), 부정적(13.1%), 매우 부정적(3.6%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(20.2%), 긍정적(57.5%), 보통(17.5%), 부정적(5.0%), 매우 부정적(0.0%)으로 나타났다. 공공에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(6.4%), 긍정적 (42.6%), 보통(25.5%), 부정적(21.3%), 매우 부정적(4.3%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(14.3%), 긍정적(57.1%), 보통(21.4%), 부정적(0.0%), 매우 부정적 (7.1%)으로 나타났다.

결과적으로 협진의 노인성 질환 치료에 대한 인식은 공공의 경우 통계적으로 유효하지는 않지만, 민간과 공공 모두가 긍정적인 견해를 보였으며, 협진의 시행 여부에 따른 견해 차이를 보아도 시행하는 곳의 견해가 더욱 긍정적인 것으로 보아 실제로 협진을 통한 진료가 노인성 질환 치료에 대해 상당히 유효한 결과를 나타낼 것이라고 기대 할 수 있다 (표 IV-24 참조).

〈표 IV-24〉 협진에 도움이 되는 영역-노인성 질환 치료

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간*	매우 긍정적	9(5.4%)	8(20.0%)	17(8.2%)
	긍정적	78(46.4%)	23(57.5%)	101(48.6%)
	보통	53(31.5%)	7(17.5%)	60(28.8%)
	부정적	22(13.1%)	2(5.0%)	24(11.5%)
	매우 부정적	6(3.6%)	0(0%)	6(2.9%)
	합계	168(100.0%)	40(100.0%)	208(100.0%)
공공	매우 긍정적	3(6.4%)	2(14.3%)	5(8.2%)
	긍정적	20(42.6%)	8(57.1%)	28(45.9%)
	보통	12(25.5%)	3(21.4%)	15(24.6%)
	부정적	10(21.3%)	0(0%)	10(16.4%)
	매우 부정적	2(4.3%)	1(7.1%)	3(4.9%)
	합계	47(100.0%)	14(100.0%)	61(100.0%)

주: * $p < .05$

의료시장 개방을 대비한 경쟁력 향상에 대한 인식을 살펴보면, 민간에서 협진을 시행하지 않는 곳은 매우 긍정적(2.4%), 긍정적(35.3%), 보통(36.5%), 부정적(19.8%), 매우 부정적(6.0%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(22.5%), 긍정적(55.0%), 보통(20.0%), 부정적(2.5%), 매우 부정적(0.0%)으로 나타났다. 공공에서 협진을 시행하지 않는

곳은 매우 긍정적(8.5%), 긍정적(39.8%), 보통(36.2%), 부정적(23.4%), 매우 부정적(2.1%)으로 나타났고, 협진을 시행하는 곳은 매우 긍정적(20.0%), 긍정적(26.7%), 보통(40.0%), 부정적(0.0%), 매우 부정적(6.7%)으로 나타났다.

결과적으로 민간의 경우 긍정적인 견해가 부정적인 견해에 비하여 많았다. 또한 협진을 시행하는 곳의 경우는 긍정적인 견해가 77.5%나 되고, 부정적인 견해가 2.5%에 불과해 민간에서는 의료시장 개방을 대비한 경쟁력 강화에 협진이 하나의 유효한 방안이 될 수 있을 것이라는 인식이 있는 것으로 생각된다. 공공의 경우에도, 통계적으로 유효하지는 않으나 부정적인 견해보다는 대체로 긍정적인 입장을 취하고 있는 것으로 나타났다(표 IV-25 참조).

〈표 IV-25〉 협진에 도움이 되는 영역-의료시장 개방을 대비한 경쟁력 향상

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간***	매우 긍정적	4(2.4%)	9(22.5%)	13(6.3%)
	긍정적	59(35.3%)	22(55.0%)	81(39.1%)
	보통	61(36.5%)	8(20.0%)	69(33.3%)
	부정적	33(19.8%)	1(2.5%)	34(16.4%)
	매우 부정적	10(6.0%)	0(0%)	10(4.8%)
	합계	167(100.0%)	40(100.0%)	207(100.0%)
공공	매우 긍정적	4(8.5%)	3(20.0%)	7(11.3%)
	긍정적	14(39.8%)	4(26.7%)	18(29.0%)
	보통	17(36.2%)	6(40.0%)	23(37.1%)
	부정적	11(23.4%)	0(0%)	11(17.7%)
	매우 부정적	1(2.1%)	1(6.7%)	2(3.2%)
	합계	47(100.0%)	15(100.0%)	62(100.0%)

주: *** p<.001

단계별 의료서비스의 관점에서 협진을 보면, 예방부분에서 민간은 협진을 시행하지 않는 곳에서는 양방이 (66.9%)로 우위를 보였으나, 협진을 시행하는 곳에서는 양·한방 협진이 (58.5%)로 우위를 보였다. 결과적으로 예방의 부문에서는 양방을 통한 의료서비스가 우위를 차지하고 있지만, 협진의 시행여부가 인식에 커다란 차이를 보이므로 예방부분에 있어서 협진의 역할을 보다 기대할 수 있을 것으로 생각된다. 그러나 통계적으로 유효하지 않지만, 공공은 협진의 시행여부가 별다른 인식에 영향을 주지 않는 것으로 나타났으며, 모두 양방을 통한 예방서비스에 우위를 보였다. 이는 공공의 경우 아직 협진에 대한 이해도가 부족하기 때문이 아닌가 생각된다(표 IV-26 참조).

〈표 IV-26〉 단계별 의료서비스-예방

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간**	양방	115(66.9%)	14(34.1%)	129(60.6%)
	양·한방 협진	50(29.1%)	24(58.5%)	74(34.7%)
	한방	7(4.1%)	3(7.3%)	10(4.7%)
	합계	172(100.0%)	41(100.0%)	213(100.0%)
공공	양방	28(60.9%)	9(60.0%)	37(60.7%)
	양·한방 협진	15(32.6%)	5(33.3%)	20(32.8%)
	한방	3(6.5%)	1(6.7%)	4(6.6%)
	합계	46(100.0%)	15(100.0%)	61(100.0%)

주: ** $p < .01$

건강검진부분에 있어서, 민간에서는 양방을 통한 의료서비스가 절대적인 우위(87.9%)를 보이고 있으나, 협진을 시행하는 곳의 경우 협진을 통한 건강검진에 35%의 의견이 나타남을 알 수 있다. 이들은 아직 한방진단의 객관적인 데이터 부족으로 인한 결과라고 할 수 있으나, 또한 협진의 시행을 통하여 데이터가 축적되면 건강진단으로서 협진의 역할 증대를 기대할 수 있다는 조사자들의 의견이 피력된 부분이라고 생각된다. 공공에서도 양방이 77.4%로 양·한방 협진 21.0%에 비해 커다란 우위를 보이고 있다(표 IV-27 참조).

〈표 IV-27〉 단계별 의료서비스-건강검진

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간***	양방	162(93.1%)	26(65.0%)	188(87.9%)
	양·한방 협진	12(6.9%)	14(35.0%)	26(12.1%)
	한방	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	합계	174(100.0%)	40(100.0%)	214(100.0%)
공공	양방	36(76.6%)	12(80.0%)	48(77.4%)
	양·한방 협진	10(21.3%)	3(20.0%)	13(21.0%)
	한방	1(2.1%)	0(0%)	1(1.6%)
	합계	47(100.0%)	15(100.0%)	62(100.0%)

주: *** $p < .001$

진단에 있어서는, 민간은 77.7%, 공공은 72.1%로 양방이 우세하게 나타났으나, 민간에서는 협진을 시행하는 곳에서 양·한방 협진 41.5%, 양방 58.5%로 협진을 시행하지 않은 곳에서의 양·한방 협진(17.8%), 양방(85.2%)에 비해 다소 그 차이가 적게 나타났다. 이는 협진의 실시여부가 인식에 영향을 주는 결과가 크다고 볼 수 있는 부분이다(표 IV-28 참조).

〈표 IV-28〉 단계별 의료서비스-진단

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간**	양방	143(82.2%)	24(58.5%)	167(77.7%)
	양·한방 협진	31(17.8%)	17(41.5%)	48(22.3%)
	한방	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	합계	174(100.0%)	41(100.0%)	215(100.0%)
공공	양방	32(69.6%)	12(80.0%)	44(72.1%)
	양·한방 협진	14(30.4%)	3(20.0%)	17(27.9%)
	한방	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	합계	46(100.0%)	15(100.0%)	61(100.0%)

註: ** $p < .01$

치료의 부문에 있어서는, 민간 58.4%, 공공 57.4%로 모두 양·한방 협진이 다소 우세하다는 인식 결과가 나왔다. 또한 협진의 시행 유무에 따른 결과에서 보면, 협진을 시행하는 곳에서는 민간 92.7%, 공공 73.3%가 양·한방 협진을 선택하여 치료부문에 있어서 협진의 유효성을 입증할 수 있는 결과가 나왔다고 할 수 있다(표 IV-29 참조).

〈표 IV-29〉 단계별 의료서비스-치료

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간***	양방	84(48.6%)	3(7.3%)	87(40.7%)
	양·한방 협진	87(50.3%)	38(92.7%)	125(58.4%)
	한방	2(1.2%)	0(0%)	2(0.9%)
	합계	173(100.0%)	41(100.0%)	214(100.0%)
공공	양방	22(47.8%)	4(26.7%)	26(42.6%)
	양·한방 협진	24(52.2%)	11(73.3%)	35(57.4%)
	한방	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	합계	46(100.0%)	15(100.0%)	61(100.0%)

주: *** $p < .001$

재활부문에 있어서는, 민간 71.3%, 공공 75.4%가 양·한방 협진을 선택하여, 협진이 매우 우세하다는 결과가 나왔다. 이는 협진을 시행하지 않는 곳에서도 민간 67.2%, 공공 71.7%가 양·한방 협진을 우세하다고 선택한 것을 보면, 특히, 재활의 단계에서 협진의료 서비스가 아주 유효하다는 것을 시사한다고 볼 수 있으며, 이러한 협진의 확대가 이와 관련한 의학부문(난치병, 노인의학 등)의 발전에 커다란 기여할 수 있을 것이라고 기대된다(표 IV-30 참조).

〈표 IV-30〉 단계별 의료서비스-재활

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
민간*	양방	50(28.7%)	5(11.9%)	55(25.5%)
	양·한방 협진	117(67.2%)	37(88.1%)	154(71.3%)
	한방	7(4.0%)	0(0%)	7(3.2%)
	합계	174(100.0%)	42(100.0%)	216(100.0%)
공공	양방	11(23.9%)	2(13.3%)	13(21.3%)
	양·한방 협진	33(71.7%)	13(86.7%)	46(75.4%)
	한방	2(4.3%)	0(0%)	2(3.3%)
	합계	46(100.0%)	15(100.0%)	61(100.0%)

주: * $p < .05$

5) 공공 의료기관의 양·한방 협진확대에 대한 인식태도

공공병원에서 협진의 확대 추진 주체에 대한 인식도 조사 (공공의료기관을 상대로 조사)에서, 지방공사 의료원 및 시·도립병원 (37.7%)로 가장 많은 지지를 얻었고, 그 다음이 산재·노인요양 병원 및 특수 병원(24.6%), 그리고 국립의료원(18.0%) 순으로 결과를 얻었다.

이는 설립목적에 따른 조사표본의 수와도 관련을 가지는 결과라고도 볼 수 있어 다소 한계가 있다고도 할 수 있지만, 공공의료의 목적에 보다 부합하는 설립목적의 순서로서 유효한 결과라고도 판단할 수 있다(표 IV-31 참조).

〈표 IV-31〉 공공병원에서 협진 확대 추진 주체

	협진 여부		전체
	시행 안함	시행함	
국립의료원	9(19.6%)	2(13.3%)	11(18.0%)
지방공사 의료원 및 시·도립병원	18(39.1%)	5(33.3%)	23(37.7%)
산재·노인요양병원 등 특수병원	11(23.9%)	4(26.7%)	15(24.6%)
국립대학병원	4(8.7%)	2(13.3%)	6(9.8%)
한의학 대학 병원	3(6.5%)	0(0%)	3(4.9%)
기타	1(2.2%)	2(13.3%)	3(4.9%)
합계	46(100.0%)	15(100.0%)	61(100.0%)

주: 통계적으로 유의성이 없음.

공공병원에서 가장 적합한 양·한방 협진 모형에 대한 조사에서 (공공의료기관을 대상으로 조사) 병원 내 병상을 포함한 한방진료부가 47.5%로 가장 많은 의견을 보였고, 그 다음이 병원 내 병상을 포함하지 않은 한방진료부가 26.2%, 마지막으로 독립된 한방병원이 18%였다. 하지만 실제로 협진을 시행하는 기관의 경우 병원 내 병상을 포함한 한방진료부가 (60%)로 보다 높게 나타났으며, 병원 내 병상을 포함하지 않은 한방진료부와 독립된 한방병원은 모두 (20%)로 동일하게 조사되었다(표 IV-32 참조).

〈표 IV-32〉 공공병원에서 가장 적합한 양·한방 협진 모형

	협진 여부		전체
	시행 안함	시행함	
병원 내 병상을 포함하지 않은 한방진료부	13(28.3%)	3(20.0%)	16(26.2%)
병원 내 병상을 포함한 한방진료부	20(43.5%)	9(60.0%)	29(47.5%)
독립된 한방병원	8(17.4%)	3(20.0%)	11(18.0%)
기타	5(10.9%)	0(0%)	5(8.2%)
합계	46(100.0%)	15(100.0%)	61(100.0%)

주: Chi-Square에서 통계적인 유의성이 없음.

공공병원에서 협진에 추가하고 싶은 한방 진료과목에 대한 조사에서 (공공의료기관을 상대로 조사) 협진을 시행하지 않는 곳은 한방 침구과(34곳), 한방 재활의학과(25곳), 한방 내과(11곳), 사상외학과(9곳)의 순으로 한방부분을 추가하기를 원했고, 협진을 시행하고 있는 공공의료기관에서는 한방재활의학과(12곳)의 추가 및 확대를 가장 원하는 것으로 조사되었다(표 IV-33 참조).

〈표 IV-33〉 공공병원에서 협진에 추가하고 싶은 진료과목

		협진 여부		전체 (N=60)
		시행 안함 (N=46)	시행함 (N=14)	
한방 내과	예	35(76.1%)	13(92.9%)	48(80.0%)
	아니오	11(23.9%)	1(7.1%)	12(20.0%)
한방 침구과**	예	12(26.1%)	10(71.4%)	22(36.7%)
	아니오	34(73.9%)	4(28.6%)	38(63.3%)
한방 부인과	예	43(93.5%)	12(85.7%)	55(91.7%)
	아니오	3(6.5%)	2(14.3%)	5(8.3%)
한방 소아과	예	42(91.3%)	13(92.9%)	55(91.7%)
	아니오	4(8.7%)	1(7.1%)	5(8.3%)
한방 신경정신과	예	41(89.1%)	12(85.7%)	53(88.3%)
	아니오	5(10.9%)	2(14.3%)	7(11.7%)
한방 재활의학과*	예	21(45.7%)	2(14.3%)	23(38.3%)
	아니오	25(54.3%)	12(85.7%)	37(61.7%)
한방 안이비인후과	예	46(100.0%)	14(100.0%)	60(100.0%)
	아니오	0(0%)	0(0%)	0(0%)
사상의학과	예	37(80.4%)	12(85.7%)	49(81.7%)
	아니오	9(19.6%)	2(14.3%)	11(18.3%)

주: * $p<0.05$; ** $p<0.01$

공공의료기관에서 협진에 필요한 병상 수에 대한 조사에서 협진을 실시하고 있는 곳에서는 평균 15.9병상, 협진을 하지 않는 곳에서는 평균 18.2병상이 필요하다는 의견을 보였고 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(표 IV-34 참조).

〈표 IV-34〉 공공에서 협진 필요 병상 수

	평균	표준편차
협진을 하는 병원 (N=15)	15.9	25.68
협진을 하지 않는 병원 (N=47)	18.2	23.14

양방 병상 수 대비 필요 한방 병상 수 백분율에 대한 조사에서 5~20%가 전체의견의 대부분 (70.6%)을 차지하고 있는 것으로 조사되었다(표 IV-35 참조).

〈표 IV-35〉 양방 병상 수 대비 필요 한방 병상 수 백분율

		협진 여부		전체
		시행 안함	시행함	
양방 병상수의 몇 %	전혀 필요 없다	3(6.8%)	2(14.3%)	5(8.6%)
	1	1(2.3%)	0(0%)	1(1.7%)
	2	1(2.3%)	1(7.1%)	2(3.4%)
	3	0(0%)	1(7.1%)	1(1.7%)
	5	9(20.5%)	5(35.7%)	14(24.1%)
	8	1(2.3%)	0(0%)	1(1.7%)
	10	12(27.3%)	2(14.3%)	14(24.1%)
	15	2(4.5%)	0(0%)	2(1.7%)
	20	10(22.7%)	1(7.1%)	11(19.0%)
	25	1(2.3%)	0(0%)	1(1.7%)
	30	3(6.8%)	1(7.1%)	4(6.9%)
	40	1(2.3%)	1(7.1%)	2(3.4%)
합계		44(100.0%)	14(100.0%)	58(100.0%)

6) 설문응답자의 특성

본 조사에 참여한 원장의 나이는 협진을 하는 곳의 경우 평균48.5세, 협진하지 않는 곳의 경우 50.2세로 조사되어 유의한 차이가 없었다. <표IV-36참조>

〈표 IV-36〉 원장 나이

	평균	표준편차
협진을 하는 병원 (N=58)	48.5	9.40
협진을 하지 않는 병원 (N=223)	50.2	10.89

본 조사에 참여한 원장의 평균 근무 년 수는 협진을 하는 곳의 경우 8.6년, 협진을 하지 않는 곳의 경우 9.8년으로 조사되어 통계적으로 유의한 차이가 없었다(표 IV-37 참조).

〈표 IV-37〉 원장 근무년수

	평균	표준편차
협진을 하는 병원 (N=58)	8.6	7.20
협진을 하지 않는 병원 (N=223)	9.8	11.10

협진 유무별 병원장 성별을 살펴보면, 민간에서는 협진을 시행하는 남성 원장의 병원은 210곳 중 39곳(18.6%), 여성 원장의 병원은 9곳 중 4곳(44.4%)으로 나타나 상대적으로 여성 원장의 경우 협진 비율이 높았다. 공공에서는 남성 원장의 병원은 59곳 중 14곳(33.3%), 여성 원장의 병원은 3곳 중 1곳(33.3%)으로 나타나 거의 차이가 없음을 알 수 있다(표 IV-38 참조).

〈표 IV-38〉 협진 유무별 병원장 성별

		민간			공공		
		남	여	합계	남	여	합계
협진 유무	시행안함	171(81.4%)	5(55.6%)	176(80.4%)	45(76.3%)	2(66.7%)	47(75.8%)
	시행함	39(18.6%)	4(44.4%)	43(19.6%)	14(23.7%)	1(33.3%)	15(24.2%)
전체		210(100.0%)	9(100.0%)	219(100.0%)	59(100.0%)	3(100.0%)	62(100.0%)

협진 유무별 병원장의 전문의 여부를 살펴보면, 결과적으로 전문의보다는 일반의인 병원장인 경우 공공, 민간에서 공통으로 협진 실시하는 비율이 높았다. 구체적으로 민간에서는 협진을 시행하는 일반의가 병원인 곳은 20곳 중 10곳(50.0%), 전문의인 경우는 189곳 중 28곳(14.8%)으로 나타났고, 공공에서는 협진을 시행하는 일반의가 병원인 곳은 4곳 중 2곳(50.0%), 전문의인 경우는 56곳 중 12곳(21.4%)으로 나타났음을 알 수 있다(표 IV-39 참조).

〈표 IV-39〉 협진 유무별 병원장의 전문의 여부

		협진 유무		전체
		시행 안함	시행 함	
민간 ***	일반의	10(50.0%)	10(50.0%)	20(100.0%)
	전문의	161(85.2%)	28(14.8%)	189(100.0%)
	간호사	0(0%)	1(100.0%)	1(100.0%)
	합계	171(81.4%)	39(18.6%)	210(100.0%)
공공	일반의	2(50.0%)	2(50.0%)	4(100.0%)
	전문의	44(78.6%)	12(21.4%)	56(100.0%)
	CEO	1(50.0%)	1(50.0%)	2(100.0%)
	합계	47(75.8%)	15(24.2%)	62(100.0%)

주: *** $p < .001$

나. 가설의 검증

1) 기술적 불확실성과 관련된 가설

가설 1: 병상수를 기준으로 큰 병원일수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

병상수의 분포에 따른 공공병원과 민간병원에서의 협진의 비율을 비교하였다. <표 IV-40>에서 나타나듯이 공공병원에서는 병상수가 적은 병원 가운데서 협진 하는 비율이 높았다. 즉, 100 병상 미만의 소규모 공공병원의 75%가 협진을 하는 것으로 나타났다. 반면에 그 이상의 규모를 가진 공공병원에서는 10%~30% 정도 협진을 하고 있었다.

민간병원의 경우는 400병상 이상의 병상 규모를 가진 병원들의 협진율이 100병상 미만의 병원들에 비해 약 3배가량 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 나타내지 않았다.

요약하면 가설1은 기각되었다. 다시 말해서 병원에서 한방을 받아들이는 것은 기술도입 이론에서 제시하는 규칙을 따르지 않는 것으로 보인다.

〈표 IV-40〉 병상수별 양·한방 협진 비율(%)

병상수	공공병원 중 협진 병원 수** (%)	민간병원 중 협진 병원 수 (%)	전체
100미만	6(75.0%)	9(13.2%)	15(19.7%)
100이상~200미만	2(13.3%)	5(19.2%)	7(17.1%)
200이상~300미만	0(0.0%)	8(21.6%)	8(16.7%)
300이상~400미만	2(13.3%)	1(20.0%)	3(23.1%)
400이상	5(31.3%)	6(33.3%)	11(32.4%)

주: ** p<.01

가설 2: 대도시, 도시, 농촌병원의 순으로 협진 할 가능성이 높을 것이다.

〈표 IV-41〉 지역별 양·한방 협진비율(%)

	공공병원 중 협진 병원 수*** (%)	민간병원 중 협진 병원 수 (%)	전체
특·광역시	3(23.1%)	15(19.0%)	18(19.6%)
시	3(8.8%)	16(17.4%)	19(15.1%)
군	9(81.8%)	4(15.4%)	13(35.1%)

주: *** p<.001

위의 <표 IV-41>에서 나타나듯이 민간병원의 경우는 특·광역시, 시, 군의 순으로 협진의 비율에 차이가 없어 가설 2가 기각되었다. 공공병원의 경우는 군지역의 경우 81.8%가 협진을 함으로써 가설 2와 정반대의 결과를 보였다. 시 지역을 제외하고 특·광역시와 군 지역에서 공공병원이 민간병원에 비해 협진 하는 비율이 모두 높았다.

2) 전략적 불확실성과 관련된 가설

가설 3: 경쟁이 심한 곳, 즉 인구 1,000명당 병상수가 높을수록 한방을 양방의 대체제로 생각하는 병원장이 보완재로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

가설 4: 경쟁이 적은 곳, 즉 인구 1,000명당 병상수가 낮을수록 한방을 양방의 보완재로 생각하는 병원장이 대체재로 생각하는 병원장보다 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

〈표 IV-42〉 공공병원에서 경쟁도와 병원장의 한방재화에 대한 인식도에 따른 양·한방 협진비율(%)

인구 1,000명당 병상수	주로 보완함	대체도 하지만 보완적 성격이 강함	계
10미만	29.4%	22.2%	26.9%
10이상	17.6%	20.0%	18.5%
계	23.5%	21.1%	

앞의 기초분석에서 <표 IV-18> ‘대체하는 성격이 강함’과 ‘주로 대체함’의 빈도가 매우 낮아서 분석에서 제외하였다. 각 병원이 위치한 지역의 인구 1,000명당 병상수를 병원들 간의 경쟁도로 정의할 때 위의 표는 공공병원에서 가설 3과 가설 4의 타당성을 어느 정도 뒷받침하고 있다고 할 수 있다. 인구 1,000명당 병상수가 10미만일 때는 주로 보완한다고 생각하는 병원에서 협진이 더 많이 이루어지고 있었다. (29.4% vs 22.2%) 반면에 인구 1,000명당 병상수가 10이상인 지역에서는 병원장들이 한방이 양방을 어느 정도는 대체한다고 생각할 때 협진이 더 많이 (17.6% vs 20.0%) 이루어지고 있었다(표 IV-42 참조).

〈표 IV-43〉 민간병원에서 경쟁도와 병원장의 한방재화에 대한 인식도에 따른 양·한방 협진비율(%)

인구 1,000명당 병상수	주로 보완함	대체도 하지만 보완적 성격이 강함	보완도 하지만 대체적 성격이 강함	주로 대체함	계
10미만	16.9%	25.7%	30.8%	-	19.5%
10이상	2.9%	30.8%	20.0%	-	14.5%
계	11.7%	27.9%	27.8%		

민간병원에서는 뚜렷한 경향을 찾기가 어려웠다. 다만 경쟁이 비교적 낮은 곳에서는 주로 한방이 양방의 보완재라고 생각하는 병원장들의 16.9%가 협진을 하고 있었던 반면에 경쟁이 높은 곳에서는 보완재라고 생각하는 병원장의 2.9%만이 협진을 하고 있어, 가설과 어느 정도 부합하였다(표 IV-43 참조)

가설 5: IMF 경제위기 이후에 양·한방 협진 하는 병원의 비율이 늘어났을 것이다.

기초분석에서 병원들의 협진 시작 년도를 분석하였다. 여기서는 동일한 자료를 재구성하여 보았다.

아래의 <표 IV-44>를 보면 1998년과 1999년에 협진기관이 비약적으로 증가했음을 알 수 있다. 이러한 경향은 민간병원보다 공공병원에서 더욱 뚜렷하다. 이로써 IMF와 같이 경제적인 불확실성이 높은 상황에서 기업들이 오히려 신기술에 더 많은 투자를 하였음을 알 수 있다. 공공병원의 경우에는 공공병원 자체의 투자라기보다는 정부의 예산이 확대되었음을 알 수 있다.

<표 IV-44> 1997년 경제위기 전후의 협진기관수

	공공병원	민간병원	전체
~1997년	1(6.7%)	6(13.9%)	7(12.0%)
1998년~1999년	7(46.7%)	14(32.6%)	21(36.2%)
2000년~2001년	2(13.3%)	11(25.6%)	13(12.4%)
2002년~	5(33.3%)	12(17.9%)	17(29.3%)
계	15(100.0%)	43(100.0%)	58(100.0%)

3) 인적자본과 관련된 가설

가설 6: 나이가 많은 병원장일수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

〈표 IV-45〉 병원장의 나이와 양·한방 협진

	공공병원		민간병원	
	협진	비협진	협진	비협진
평균 나이 (표준편차)	50.8 (11.2)	51.4 (8.6)	47.7 (8.7)	50.0 (11.4)

가설 6은 나이가 많다는 것이 신기술 즉 한방에 대한 경험을 통한 신뢰가 더 높음으로써 한방을 더 쉽게 받아들일 수 있음을 평가하였다. 결과는 공공병원과 민간병원 모두에서 가설 6이 기각되어야 함을 말해 주고 있다. 특히 민간병원에서는 협진을 하는 병원의 병원장들의 나이가 협진을 하지 않는 병원의 병원장의 나이보다 약 2살가량 적었다(표 IV-45 참조).

가설 7: 병원장으로서의 경력이 길수록 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

〈표IV-46〉 병원장의 병원장으로서의 경력과 양·한방 협진

	공공병원		민간병원	
	협진	비협진	협진	비협진
평균 나이 (표준편차)	7.2 (7.5)	11.5 (14.7)	9.0 (7.1)	9.4 (9.9)

가설 7 또한 가설 6과 마찬가지로 기각되었다. 민간병원에서는 경력에 있어서 협진 병원과 비협진 병원에 차이가 없었고, 공공병원에서는 오히려 협진 병원의 병원장들의 경력이 비협진 병원 병원장들의 경력보다 짧았다(표 IV-46 참조).

가설 6과 가설 7의 결과를 볼 때 한방이라는 새로운 기술에 대한 습득이 시간이 지남에 따라 축적되어 왔다고보다는 최근 들어 발생하기 시작했음을 알 수 있었다.

가설 8: 병원장의 한방 의료에 대한 신뢰가 높을수록 양·한방 협진을 할 가능성이 높을 것이다.

〈표 IV-47〉 병원장의 한방 의료에 대한 신뢰도와 양·한방 협진

	공공병원		민간병원	
	협진	비협진	협진	비협진
매우 신뢰 혹은 신뢰	12(80.0%)	22(46.8%)	40(97.6%)	84(48.0%)
불신뢰 혹은 매우 불신뢰	3(20.0%)	25(53.2%)	1(2.4%)	91(52.0%)
계	15(100.0%)	47(100.0%)	41(100.0%)	175(100.0%)

공공병원과 민간병원 모두에서 가설 8은 타당한 것으로 파악되었다. 한 가지 재미있는 현상은 공공병원에서 협진을 하고 있는 병원의 병원장의 20%가 한방을 신뢰하지 않음에도 불구하고 협진을 하고 있었다는 점이다. 물론 사례의 수가 많지 않음에 주의를 해야 하겠다. 그럼에도 불구하고 공공병원에서는 병원장 개인의 한방에 대한 신뢰도와 협진유무의 연관성이 민간병원의 병원장에서의 그것보다 약하다는 것을 알 수 있다(표 IV-47 참조).

2. 외국사례 연구

가. 대만의 양·한방 협진 실태

방문하기 2주 전에 이메일로 미리 양·한방 협진과 관련된 주요 질문을 보내고 자료를 준비하도록 요구하였다. 다음은 주요 질문에 대한 대만 위생서 중의약위원회 담당자의 구두응답 및 관련 자료를 정리한 것이다.

1) 양·한방 협진 과정

가) 양·한방 협진 실현 과정에서의 주된 어려움

양·한방 협진 과정에서의 양의사들과 한의사들 간의 마찰은 대만도 마찬가지이며, 정부에서는 양의사와 한의사간의 교차교육 및 교차훈련으로 서로를 이해시키려고 노력해왔다고 하였다. 또한 민간분야의 적극적인 활동이 크게 도움이 되었는데, 장홍기념병원과 대중 중국의과대학교는 서양의학을 다루는 병원으로서 중의학을 적극적으로 수용하려는 노력을 하여 다른 병원의 모범이 되었다고 한다.

나) 양·한방 협진 추진에서 정부의 역할

양·한방 협진을 추진하는데 있어서 정부의 역할은 크게 세 가지로 요약할 수 있었다. 첫째, 대만 정부는 의사들에게 중의학에 대한 훈련 프로그램들을 마련하여 관심 있는 의사들이 중 의학을 활용할 수 있도록 하고 있었다. 또한 중의학과 서양의학에 있어서 동시 면허를 가진 의사들을 위한 보수교육을 마련해주고 있었다. 둘째, 대만 정부는 양·한방 협진을 하는 병원에 대한 재정 지원을 해 주고 있었다. 먼저 양·한방 협진의 질을 담보하기 위한 최소한의 요구조건을 제시하고 이 요구조건에 부합하는 병원들에 대해서는 양·한방 협진에 관한 적절한 보수를 주고 있었다. 셋째, 양·한방 협진의 지침을 마련하고 있었다. 방문 당시 지침이 완성되지 않아 자료를 받을 수는 없었다.

다) 양·한방 협진을 위한 필수적인 요소들

교육, 정치, 한방의 과학화, 양방과 한방 간의 교류 등의 요소들 가운데 한방의 과학화를 가장 필수적인 요소로 지적하였다. 특히 한방의 과학화에 있어서 근거중심의 접근(evidence-based approach)을 하고 있다는 것이 인상적이었다.

2) 양·한방 협진 서비스 공급에 있어서 공공의료부문의 역할

가) 양·한방 협진을 하는 공공병원의 수

2004년 현재 63개의 병원이 협진을 실시하고 있다고 한다.

나) 보건복지부 예산 중 중의학과 양·한방 협진에 할당된 예산

2003년에 중의학에 할당된 예산은 170억 NTD 였고 양·한방 협진을 위한 예산은 집계된 바가 없다고 한다. 이는 주로 아직까지 양·한방 협진 서비스를 위한 수가가 마련되지 않은데 기인한다고 한다.

다) 양·한방 협진 서비스를 보급하기 위한 공공병원의 역할

공공병원이 선두적인 역할을 하지는 않았고 서두에 언급한 대로 두 민간병원이 선두적

인 역할을 하였다고 한다. 다만 현재는 많은 수의 공공병원에서 양·한방 협진을 실시하고 있다고 한다.

라) 공공병원에서 양·한방 협진이 이루어지는 질환들

수집된 정보가 없어서 차후에 방문한 병원 관계자들로부터 사례를 수집하는 정도에 그칠 수밖에 없었다.

3) 대만 양·한방 협진 제도의 평가

가) 대만 양·한방 협진 제도의 장점

양·한방 협진의 장점으로서 무엇보다도 환자들의 만족을 꼽았다. 또한 만성질환자들을 관리하는데 드는 비용을 줄일 수 있었다고 한다.

나) 대만 양·한방 협진 제도의 단점

최대의 문제점으로 양의사와 중의사들 간의 상호 불이해를 들었다.

나. 사례

타이베이 시내에 있는 민간병원 한 곳과 공공병원 한 곳을 방문하여 그곳에서의 양·한방 협진 서비스에 대해 관찰하였다.

장흥기념병원

장흥기념병원에는 중서협진문진실이 한방진료부에 설치되어 있었다. 다루는 질병은 골다공증과 유방암 등이 있었다. 방문 당시 16명의 환자가 치료 중이라고 하였다. 협진 환자의 입원 치료를 위한 별도의 병상은 없었다. 중서협진을 찾는 환자는 환자자신의 선택 혹은 중의 혹은 서의를 통해서 온다고 하였다.

시립인애병원

타이베이 시내에는 10개의 시립병원이 존재한다. 이 중 인애병원을 찾았다. 인애병원은

855병상을 갖춘 대규모 병원이었는데, 10명의 중의사를 보유하고 있었다. 이들 중 면접에 응한 중의사를 만나 중서의협진에 관해 면담을 나누었다.

중의로서 서의를 거쳐서 오는 환자를 위해 주로 사용하는 의료기술로 침, 한약, 카이로 프랙틱을 들었다. 중서의협진이 유용한 질병으로서는 뇌졸중과 같은 뇌혈관계질환, 폐경증후군, 암을 추천하였다. 폐경증후군을 가진 여성들은 양약인 프레마린을 지속적으로 복용해야 하는 불편함이 있으며 이 약이 유방암, 고지혈증과 같은 부작용을 갖기 때문에 이러한 불편이나 부작용이 없는 중의가 매우 유용하다고 하였다. 암의 경우는 방사선 치료의 부작용을 피할 수 있다는 점, 한약으로 백혈구수와 적혈구수를 높일 수 있다는 점, 또한 오심과 구토 등의 불편한 증상들을 침으로 다스릴 수 있다는 점에서 중의의 우수성을 설명하였다.

중서의협진의 활성화를 위해 정부가 해야 할 역할을 묻는 질문에 정부는 중서의들이 임상연구를 할 수 있도록 재정적인 지원을 해주어야 한다는 의견을 주었다.

다. 시사점

대만에서 수집한 정보를 정리하면 다음과 같은 시사점을 찾을 수 있었다.

- 양·한방 협진을 위해서는 학제인 민간부문에서의 학문교류를 통한 상호 이해가 필수적이다.
- 정부는 기술지원, 재정지원, 질 관리 등의 관리 및 지원을 담당해야 함.
- 이런 맥락에서 정부가 주요 질환에 대한 양·한방 협진 지침을 마련하도록 지원해야 함.
- 정부는 또한 양·한방 협진의 또 다른 필수 조건인 한방의 과학화를 위해 임상연구 지원을 높여야 함.
- 많은 수의 공공병원에서 양·한방 협진을 실시하고 있다는 점은 저소득층과 노인층이 많이 이용하는 공공병원에서 양·한방 협진의 필요성이 더욱 크고 대만에서는 수요에 맞게 공급하고 있었음.

V. 결론 및 정책제언

본 연구는 민간병원과 공공병원 간의 양·한방 협진의 실태 비교, 공공병원의 양·한방 협진에 대한 인식 및 태도, 이론적 근거를 바탕으로 한 가설의 검증에 더하여 대만의 사례를 연구하는 등 다양한 방법으로 공공병원에서의 양·한방 협진의 방안을 모색하고자 하였다.

1. 민간병원과 공공병원 간의 양·한방 협진의 실태 비교를 통한 결론

첫째, 양·한방 협진을 하는 목적에 있어서 민간병원은 그 특성상 영리를 추구할 목적으로 하는 반면에 공공병원은 농어촌 지역의 저소득계층에 대한 서비스 제공을 목적으로 하는 경향이 짙다. 이러한 결론은 협진을 하는 공공병원의 60%가 군 지역에 위치한 반면, 민간병원 가운데 협진을 하는 병원은 군 지역에 11.4%만이 존재한다는 데서 한 근거를 발견할 수 있다. 또한 협진에 사용되는 한방 치료법으로서 한약을 모든 협진 민간병원에서 사용하는 반면에, 공공병원에서는 주로 침을 사용하였다는 데서도 이 결론의 근거를 찾을 수 있다. 양·한방 협진을 통한 저소득계층의 효과적인 진료를 위해서는 민간병원에만 의존할 수 없다는 것을 확인하면서 동시에 공공병원이 제대로 그 역할을 감당하고 있다는 것을 알 수 있다. 앞으로도 농어촌 지역을 비롯한 도시의 저소득계층을 위하여 공공병원이 양·한방 협진 서비스를 확대해 나가야 하겠다.

둘째, 공공병원에서는 보다 적극적인 양·한방 협진 서비스를 제공해 줄 필요가 있다. 공공병원과 민간병원에서의 협진 형태를 비교해 본 결과 공공병원의 대다수에서 양·한방 간 상호 검사만 의뢰하는 경우(21.4%)와 진료를 의뢰(35.7%)하는 기초적인 수준에 머무르는 것으로 나타났다. 반면에 민간병원에서는 상호 검사만 의뢰하는 경우는 거의 없고(2.3%), 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시에 협의하는 경우(20.9%)의 비율이 높았다.

공공병원이 민간병원 보다 소극적인 협진의 형태를 갖는 이유로 먼저 공공병원 내의 한방 서비스를 위한 시설의 영세성을 들고자 한다. 협진 병원 내의 한방기관의 형태를 보면 민간병원의 경우는 병상을 포함한 한방진료부 내지 독립된 한방병원이 81.0%를 차지하였

고 공공병원 가운데서는 병상을 포함한 한방진료부 내지 독립된 한방병원이 불과 42.8%에 불과하였다. 다시 말해서 공공병원에서의 협진은 협진을 위한 병상조차도 없이 한 두 명의 고용 혹은 방문 한의사에 의해 이루어짐을 알 수 있었다. 공공병원에서의 이러한 빈약한 자원을 가지고는 높은 수준의 협진을 기대하기는 어려울 것이다.

공공병원이 민간병원에 비해 소극적인 협진 형태를 갖는 또 다른 이유를 공공병원장의 한방에 대한 소극적인 자세로 설명하고자 한다. 예를 들어 민간병원장의 경우 협진을 할 때는 대부분이 한방을 신뢰한다고 하였다(97.5%). 하지만 공공병원장의 경우는 협진을 하고 있음에도 불구하고 20.0%가 한방을 신뢰하지 않는다고 하였다.

또한 협진이 도움을 줄 수 있는 의료서비스 영역 가운데 예방서비스의 경우에 민간병원장의 58.5%가 양·한방 협진이 적합하다고 응답한 반면, 공공병원장의 33.3%만이 협진이 적합하다고 하고 60.0%는 양방이 더 적합하다고 응답한데서도 공공병원장들의 한방에 대한 소극적인 태도를 엿볼 수 있다. 이러한 민간부문과 공공부문의 견해의 차이는 건강검진, 진단, 치료에서도 동일한 양상으로 나타났다. 다만 재활에 있어서는 민간과 공공 모두 양·한방 협진을 가장 적합한 형태로 인식하고 있었다.

결론적으로 공공병원에서 이루어지는 양·한방 협진 서비스가 양·한방 의사들의 협의를 통한 공동 진료가 되기 위해서는 공공병원 내의 한방 서비스를 위한 시설 및 인력의 투자와 공공병원 리더들의 인식의 전환이 필요할 것으로 생각된다.

셋째, 협진이 도움을 줄 수 있는 영역에 있어서는 민간병원과 공공병원 간의 차이를 거의 찾아 볼 수 없었다. 협진의 수익성에 있어서는 민간과 공공 모두 협진을 시행하고 있는 곳이 협진을 시행하고 있지 않은 곳보다 부정적인 시각을 더 많이 갖고 있었고 이러한 경향은 민간에서 더욱 뚜렷하였다. 이러한 결과를 통해서 볼 때 민간병원에서는 양·한방 협진을 통해 기대했던 만큼의 수익을 거둘 수 없었음을 알 수 있다.

민간과 공공 모두 환자의 만족도, 치료의 효과성, 치료기간의 단축, 그리고 노인성질환의 치료라는 측면에서 긍정적인 인식을 갖고 있었다. 저소득계층의 한방 진료에 대한 접근성이라는 면에서는 민간과 공공 모두 양가적인 인식을 갖고 있었다. 이것은 저소득계층의 한방 서비스에 대한 선호라는 면에서는 긍정적이지만 건강보험에서 적용되지 않는 서비스에 기인하는 높은 비용 부담 때문에 부정적인 인식도 작용하고 있는 것 같다.

이상을 정리하면, 민간부문과 공공부문 모두에서 양·한방 협진이 갖는 여러 가지 장점

들이 경제적인 요인 때문에 실현되지 못할 수 있다고 볼 수 있다. 즉, 환자들의 진료비 부담과 공급자인 병원의 있어서는 적절한 보수가 이루어지지 않음으로 인해 생기는 기대 수익의 감소로 우리사회의 바람직한 수요와 공급이 이루어지지 않을 수 있다. 따라서 정부는 이러한 문제를 인식하고 민간부문과 공공부문 모두에서 양·한방 협진의 공급을 확대할 수 있도록 수요자와 공급자의 경제적인 장벽을 낮추도록 노력해야 할 것이다.

넷째, 문서화된 양·한방 협진의 지침이나 양·한방 의사들 간의 공동 연구, 임상자료의 축적 등에 있어서 민간과 공공 부문 공히 매우 소홀히 하고 있었다. 대만의 예에서 알 수 있었던이 민간부문 스스로의 이해의 노력과 정부의 연구 지원이 없이는 이질적인 두 학문분야의 결합은 매우 어렵다는 것을 전제로 할 때 매우 우려가 되는 현상임에 틀림없다. 이에 수익성을 먼저 추구할 수밖에 없는 민간 부문에서보다는 공공병원에서 이러한 사업들을 주도해 나가야 할 것이다.

2. 공공병원의 양·한방 협진에 대한 인식 및 태도로부터 얻은 결론

첫째, 공공병원에서 양·한방 협진을 추진해야 하는 주체는 국립의료원을 비롯한 모든 공공병원이어야 한다. 설문 결과 국립의료원이 추진 주체가 되어야 한다고 응답한 병원장이 18%였는데 이는 국립의료원장을 제외하고도 국립의료원이 추진 주체가 되어야 한다는 의식이 존재함을 뜻한다. 기타 지방공사의료원 및 시·도립 병원, 국립대학병원, 산재병원, 노인요양병원, 한의대 병원 등도 골고루 지지자를 얻어 병원의 형태에 상관없이 공공병원 모두가 주체가 되어야 함을 뜻한다고 하겠다.

둘째, 공공병원에서는 병원 내 병상을 포함한 한방진료부를 설치하는 것을 가장 선호하였다. 이는 획기적인 예산의 증액이 없이는 현실적으로 독립된 한방병원을 갖는 것이 매우 어려운 상황에서 현재 상태보다 한 단계 높은 수준을 원하는 것으로 해석할 수 있다.

셋째, 협진 시 추가하고자 하는 진료 과목으로 한방재활의학과가 압도적으로 많았다(협진 병원 85.7%, 비협진 병원 54.3%). 한방재활의학과는 특별히 협진을 아직 하고 있지 않은 병원에서보다 협진을 시행하고 있는 병원에서 더 많이 원하고 있어, 그 필요성을 더욱 부각시키고 있다. 다음으로 필요한 진료 과목은 침구과였다. 침구과는 협진을 아직 시행하고 있지 않은 공공병원에서 가장 많이 원하였다(73.9%). 정부는 우선적으로 재활의학과와 침구과를 공공병원에 설치할 수 있도록 자원을 배치하여야 할 것이다.

넷째, 공공병원에서 협진을 하기 위해 필요한 한방 병상수는 기존 병상수의 대략 5%~20% 혹은 15병상~20병상인 것으로 나타났다. 조사 결과 현재 협진에 사용되는 병상수가 평균 4개임을 고려할 때 약 4배~5배의 한방 병상의 증가를 요구하고 있는 셈이다. 이러한 결과를 바탕으로 후속 연구에서는 적절한 병상수의 배합을 연구할 필요가 있다.

3. 이론적 근거를 바탕으로 한 가설의 검증을 통한 결론

기술도입이론을 바탕으로 가설을 (1)기술적 불확실성과 관련된 가설, (2)전략적 불확실과 관련된 가설, (3)인적자본과 관련된 가설로 나누었다. 이 세 부류의 가설들 가운데 (2) 전략적 불확실과 관련된 가설들만이 지지를 얻었고 나머지 두 가지 가설들은 모두 기각되었다.

첫째, 병상수로 볼 때 소규모인 공공병원일수록 오히려 협진을 많이 하고 대도시 보다 는 군 단위의 공공병원이 협진을 많이 함으로써 기술적 불확실성과 관련된 가설들이 기각 되었다. 가설이 기각된 이유는 기존의 병원 의사들이 한방을 바라보는 시각이 불확실성을 수반하는 기술로 보지 않고 있음을 말한다. 다시 말해서 한방을 들여오는데 커다란 비용을 부담할 필요가 없다고 인식하고 있다는 뜻이다.

실제로 공공병원의 경우 군 지역의 100병상 미만의 소규모 병원에서 대부분 협진이 이루어지고 있으며 한방을 위한 별도의 병상이 없이 운영되고 있는 점을 고려한다면 기술적 불확실성을 별로 느끼지 못한다는 결과와 일관성을 갖는다고 볼 수 있다. 또한 이전 연구 들에서 양·한방 협진은 주로 친분이 있는 의사들끼리 이루어진다고 한다. 이렇게 협진이 이루어진다면 한방이라는 신기술을 도입함에 있어서 불확실성을 따진다는 측면은 약할 수 밖에 없을 것이다.

둘째, 병원도 무한경쟁 시대의 예외적인 대상은 아닌 것 같다. 1997년의 경제위기 이후 민간과 공공 부문에서 공통적으로 양·한방 협진을 하는 병원이 증가하였다. 이러한 경향 은 1999년에 최고조에 이르렀다. 앞으로는 의료시장개방이라는 경쟁시장에서의 불확실한 상황이 예상된다. 특히 민간병원에서는 양·한방 협진이 의료시장개방에 대한 대응방안으로 긍정적으로 인식하고 있으므로 앞으로 이런 면에서 양·한방 협진의 확대는 계속될 것으로 예상된다.

셋째, 양·한방 협진은 오랜 경험을 가진 리더에 의해 이루어진다고보다는 한방에 대해

수용하려는 태도를 보다 강하게 가진 젊은 리더를 통해 더 많이 이루어짐을 알 수 있다. 이러한 결과는 양·한방 협진을 위해서는 한방에 대한 신뢰 혹은 동등한 의학으로 인정하는 의식으로의 전환이 자기 분야의 지식의 깊이 혹은 오랜 경영 경험 보다 더 중요함을 말한다고 할 수 있다. 앞으로 정부가 두 학문 간의 교류를 활성화하고 한방의 과학화에 대한 지원을 계속 늘린다면 젊은 양·한방 의사들에 의해 양·한방 협진은 확대될 가능성이 높아질 것이다.

참 고 문 헌

- 김창엽, 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』, 보건복지부, 2004.
- 대한병원협회, 『2004 전국병원명부』, 2004.
- 박동일, 『성인병에 대한 한방 치료법연구(증치의학과 사상의학) 및 한방, 양방, 한·양방의 협진의 치료 효과에 관한 임상적 연구』, 동의대학교·보건복지부, 1999.
- 박상태·이규식·이해중·김춘배·조경숙, 「우리나라 일부 한양방병원 이용행태와 만족도에 관한 요인분석」, 『보건행정학회지』, 제10권 제2호, 2000.
- 박종구, 『양·한방의 상호보완 발전방안 연구』, 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실·보건복지부, 2000.
- 보건복지부, 『2003 보건복지통계연보』, 제49호, 2003.
- 송건용, 『의료체계의 공공성 제고방안 연구』, 한국병원경영연구원, 2003.
- 신현규, 『국내한방산업 육성방안과 경제성 분석연구』, 보건복지부·한국한의학연구원, 2004.
- _____, 『한의약의 세계화 전략방안 연구』, 한국한의학연구원·보건복지부, 2001.
- 이동희·류규수, 「한·양방 협진체계 개발에 관한 연구」, 『한국병원경영학회지』, 제2권 제1호, 1997.
- 이상영·변용찬, 『양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 이원재, 「양·한방의료 서비스 선택에 관한 연구」, 『보건행정학회지』, 제8권 제1호, 1998.
- 이원철, 『주요 난치성 질환에 대한 한·양방 협진의 임상효과 검증 및 한·양방 협진 의료기관의 운영 모형 개발』, 동국대학교·보건복지부, 2002.
- 조재국·이상영·이우백·신순식·김민순, 『양·한방 협진실태와 정책방향』, 한국보건사회연구원, 1999.
- 진삼곤 외 2인, 『양방과 한방병원의 협진체계에 대한 입원환자의 인식도』, 병원경영학회, 제3권 제1호, 1998.

- 최정수 외, 『2001년 국민건강·영양조사(국민건강 부문) 진행보고서』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2002.
- Escarce, J. J., "Externalities in hospitals and physician adoption of a new surgical technology: An exploratory analysis", *Journal of Health Economics*, 15: pp.715-734, 1996.
- Goldman Sachs, "B2B: 2B or Not 2B? E-Commerce/Internet Research Report", 2000.
- Nelson, R. & Phelps, E.. "Investment in humans, technological diffusion, and economic growth", *American Economic Review*, 56: pp.69-75, 1996.
- Russell, L. B., "The diffusion of hospital technologies: Some econometric evidence", *The Journal of Human Resources*, 12 (4): pp.482-502, 1977.
- Schumpeter, J., "The Theory of Economic Development", harvard University Press, Cambridge, 1934.
- Zhu, K. & Weyant, J. P., "Strategic decisions of new technology adoption under asymmetric information: A game-theoretic model", *Decision Science*, 34 (4), 2003.

부 록

부록 1-1. 공공의료기관용 설문지

『양·한방 협진 및 지침에 관한 실태조사』를 위한 설문지

안녕하십니까? 국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 주야로 노력하고 계시는 귀하의 노고에 진심으로 존경과 감사를 드립니다.

저희 한국보건사회연구원은 우리나라의 보건 및 복지 전 분야에 걸친 다양한 정책연구를 수행하고 있는 국무총리실 산하 정부 출연연구 기관입니다.

본 설문지는 한국보건사회연구원의 연구과제인 공공보건의료 혁신을 위한 동서 의학 협진 모델과 지침에 관한 연구를 수행하기 위해 작성된 것입니다.

귀하께서 응답하신 모든 내용은 익명으로 전산 처리되어 통계자료로만 이용될 것이며, 연구 목적 외에는 절대로 사용되지 않을 것입니다. 귀하의 고견은 향후 우리나라 양·한방 협진의 활성화에 매우 유용한 자료가 될 것입니다.

본 설문을 작성하신 후 동봉해 드린 우편봉투를 이용하시어 저희 연구원에 도착할 수 있도록 협조를 부탁드립니다.

끝으로 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다. 대단히 감사합니다.

2004. 11.

한국보건사회연구원장

※ 다음은 협진의 현황을 파악하기 위한 질문입니다.

1. 귀 병원은 현재 양·한방 협진을 하고 있습니까?

☐① 예 ☐② 아니오 ➡ 14번으로 가십시오.

2. 언제 협진을 시작하셨습니다? _____년 _____월

3. 협진에 참여하고 있는 진료과를 말씀해 주십시오.

가정의학과☐ 내과☐ 일반외과☐ 산부인과☐ 신경외과☐
 신경과☐ 방사선과☐ 재활의학과☐ 마취통증의학과☐ 정형외과☐
 성형외과☐ 소아과☐ 비뇨기과☐ 이비인후과☐ 안과☐
 흉부외과☐ 피부과☐ 정신과☐ 기타_____

4. 다음은 협진의 형태에 관한 질문입니다. 해당하는 것에 표시하여 주십시오.

☐① 상호 검사만 의뢰 ☐② 진료 의뢰
☐③ 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시 협의 진료
☐④ 모든 진료과에서 양·한방 의사가 동시 협의 진료
☐⑤ 기타_____ (설명해주십시오)

5. 협진에 전적으로 사용되는 병상은 몇 개나 됩니까?

☐① 별도로 사용되는 협진병상이 없음
☐② _____개 병상

6. 협진대상 환자에 대해 양방과 한방에서 동일한 진료기록지를 사용합니까?

☐① 예 ☐② 아니오

7. 다음 중 협진이 주로 이루어지고 있는 질환들에 모두 ○표시하여 주십시오. 예시되지 않은 질환은 기타_____에 적어주십시오.

- ☐① 호흡기질환 (천식, 진폐, 만성폐색성폐질환, 기타_____)
- ☐② 순환기질환 (고혈압, 심부전, 협심증, 기타_____)
- ☐③ 소화기질환 (만성 위염, 위십이지장궤양, 염증성 장질환, 기타_____)
- ☐④ 내분비 및 대사성질환 (당뇨병, 고지혈증, 갑상선질환, 기타_____)
- ☐⑤ 비뇨기질환 (전립선염, 성기능장애, 요실금, 기타_____)
- ☐⑥ 산부인과영역 (자궁내막증, 월경 장애, 갱년기장애, 불임, 기타_____)
- ☐⑦ 소아질환 (야뇨증, 알레르기성질환, 허약체질, 기타_____)
- ☐⑧ 운동기질환 (요통, 좌골신경통, 류마티스 관절염, 기타_____)
- ☐⑨ 피부질환 (습진, 아토피성피부염, 기타_____)

8. 협진 한방기관의 형태는 무엇입니까?

- ☐① 병원 내에 병상을 포함하지 않은 한방진료부
- ☐② 병원 내에 병상을 포함한 한방진료부
- ☐③ 독립된 한방병원
- ☐④ 기타 _____

9. 양·한방 협진시 한방에서 사용하는 치료법에 모두 √표해 주십시오.

- ☐① 침 ☐② 뜸 ☐③ 한약 ☐④ 부항
- ☐⑤ 테이핑 ☐⑥ 추나 ☐⑦ 기타 _____

10. 문서화된 양·한방 협진에 관한 지침이 있습니까?

- ☐① 예
- ☐② 문서화된 것은 없으나 암묵적으로 시행됨
- ☐③ 아니오 ➡ 12번으로 가시오

11. 지침서에 따라 협진을 시행하는 질환은 무엇입니까? (문항 7.의 보기를 참조하여 대답해 주십시오.)
-

12. 한의사와 의사가 함께 임상사례에 대한 논의나 연구를 하고 있습니까?

☐① 정기적으로 함 ☐ 얼마나 자주 하십니까? 평균 ____회/월
☐② 비정기적으로 ☐③ 전혀 안함

13. 양·한방 협진의 치료효과검증을 위한 임상통계자료를 축적하고 계십니까?

☐① 예 ☐② 아니오

※ 다음은 협진에 관한 귀하의 의견을 묻는 질문입니다.

14. 귀하는 한방 의료를 얼마나 신뢰하십니까?

☐① 매우 신뢰함 ☐② 신뢰하는 편
☐③ 신뢰하지 않는 편 ☐④ 전혀 신뢰하지 않음

15. 귀하는 한방 의료가 양방의료를 보완하는 성격이 강하다고 생각하십니까, 아니면 양방 의료를 대체 (혹은 대신)하는 성격이 강하다고 생각하십니까?

☐① 주로 보완하는 성격이 강함 (보완 >>>> 대체)
☐② 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함 (보완 > 대체)
☐③ 보완도 하지만 대체하는 성격이 더 강함 (보완 < 대체)
☐④ 주로 대체하는 성격이 강함 (보완 <<<< 대체)

16. 공공의료기관에서의 양·한방 협진이 다음 각 영역에 있어서 얼마나 도움이 된다고 생각하십니까?

매우 긍정적 긍정적 보통 부정적 매우 부정적
 (1) 수익성 ①-----②-----③-----④-----⑤

- (2) 환자만족도 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (3) 치료 효과 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (4) 치료기간단축 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (5) 저소득계층의 한방 진료 접근성 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (6) 노인성질환 치료 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (7) 의료시장개방을 대비한 경쟁력 향상 ①-----②-----③-----④-----⑤

17. 예방, 건강검진, 진단, 치료, 재활의 각각의 단계에서 어떤 형태의 의료서비스가 가장 적당하다고 생각하십니까?

	양방	양·한방 협진	한방
(1) 예방	☐	☐	☐
(2) 건강검진	☐	☐	☐
(3) 진단	☐	☐	☐
(4) 치료	☐	☐	☐
(4) 재활	☐	☐	☐

18. 공공병원의 양·한방 협진을 위하여 필요한 병상은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

☞ 양방 병상의 _____% 정도

19. 공공병원에 가장 적합한 양·한방 협진 모형은 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 병원 내에 병상을 포함하지 않은 한방진료부
- ☐ ② 병원 내에 병상을 포함한 한방진료부
- ☐ ③ 독립된 한방병원
- ☐ ④ 기타 _____

20. 공공병원에서의 양·한방 협진을 확대 실시하기 위해서는 어떠한 의료기관이 중심으로 추진하는 것이 가장 효과적이라고 생각하십니까?

- ☐① 국립의료원
☐② 지방공사의료원 및 시도립병원
☐③ 산재병원, 노인 요양병원 등 특수병원
☐④ 국립대학병원
☐⑤ 한의대학병원

21. 귀하의 병원에서 앞으로 협진을 확충한다면 추가하고 싶은 한방 진료과목은 무엇입니까?
 (복수응답가능)

- ☐① 한방내과 ☐② 한방침구과 ☐③ 한방부인과
☐④ 한방소아과 ☐⑤ 한방신경정신과 ☐⑥ 한방재활의학과
☐⑦ 한방안이비인후과 ☐⑧ 사상의학과 ☐⑨기타 _____

22. 다음 중 어느 기관에서 협진에 대한 지침을 개발하는 것이 가장 타당하다고 생각하십니까?

- ☐① 국립의료원
☐② 국립대학의 대학병원 및 소속 연구기관에서 개발해야 한다.
☐③ 민간대학의 대학병원 및 소속 연구기관에서 개발해야 한다.
☐④ 정부출연 국책연구기관(예) 한국보건사회연구원 등에서 개발해야 한다.
☐⑤ 민관합동으로 새롭게 구성된 T/F팀을 만들어 개발해야 한다.
☐⑥ 양·한방 관련 각 임상·학술학회를 중심으로 개발되어야 한다.

※ 다음은 귀하의 개인적 특성에 관한 질문입니다.

23. 성별 ☐① 남 ☐② 여
 24. 나이 만 _____세
 25. 현재 재직 중인 병원에서 일하신 연수 _____년
 26. 병원에서의 직책 _____
 27. ☐ 전문의 ☒ 전문과목 _____ ☐ 일반의

부록 1-2. 민간의료기관용 설문지

『양·한방 협진 및 지침에 관한 실태조사』를 위한 설문지

안녕하십니까? 국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 주야로 노력하고 계시는 귀하의 노고에 진심으로 존경과 감사를 드립니다.

저희 한국보건사회연구원은 우리나라의 보건 및 복지 전 분야에 걸친 다양한 정책연구를 수행하고 있는 국무총리실 산하 정부 출연연구 기관입니다.

본 설문지는 한국보건사회연구원의 연구과제인 **공공보건의료 혁신을 위한 동서의학 협진 모델과 지침에 관한 연구**를 수행하기 위해 작성된 것입니다.

귀하께서 응답하신 모든 내용은 익명으로 전산 처리되어 통계자료로만 이용될 것이며, 연구 목적 외에는 절대로 사용되지 않을 것입니다. 귀하의 고견은 향후 우리나라 양·한방 협진의 활성화에 매우 유용한 자료가 될 것입니다.

본 설문을 작성하신 후 동봉해 드린 우편봉투를 이용하시어 저희 연구원에 도착할 수 있도록 협조를 부탁드립니다.

끝으로 귀하의 무궁한 발전을 기원합니다. 대단히 감사합니다.

2004. 11.

한국보건사회연구원장

※ 다음은 협진의 현황을 파악하기 위한 질문입니다.

1. 귀 병원은 현재 양·한방 협진을 하고 있습니까?

☐① 예 ☐② 아니오 ➡ 14번으로 가십시오.

2. 언제 협진을 시작하셨습니다? _____년 _____월

3. 협진에 참여하고 있는 진료과를 말씀해 주십시오.

가정의학과☐ 내과☐ 일반외과☐ 산부인과☐ 신경외과☐
 신경과☐ 방사선과☐ 재활의학과☐ 마취통증의학과☐ 정형외과☐
 성형외과☐ 소아과☐ 비뇨기과☐ 이비인후과☐ 안과☐
 흉부외과☐ 피부과☐ 정신과☐ 기타_____

4. 다음은 협진의 형태에 관한 질문입니다. 해당하는 것에 표시하여 주십시오.

☐① 상호 검사만 의뢰 ☐② 진료 의뢰
☐③ 특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시 협의 진료
☐④ 모든 진료과에서 양·한방 의사가 동시 협의 진료
☐⑤ 기타 (설명해 주십시오) _____

5. 협진에 전적으로 사용되는 병상은 몇 개나 됩니까?

☐① 별도로 사용되는 협진병상이 없음
☐② _____개 병상

6. 협진대상 환자에 대해 양방과 한방에서 동일한 진료기록지를 사용합니까?

☐① 예 ☐② 아니오

7. 다음 중 협진이 주로 이루어지고 있는 질환들에 모두 ○표시하여 주십시오. 예시되지 않은 질환은 기타_____에 적어주십시오.

- ☐① 호흡기질환 (천식, 진폐, 만성폐색성폐질환, 기타_____)
- ☐② 순환기질환 (고혈압, 심부전, 협심증, 기타_____)
- ☐③ 소화기질환 (만성 위염, 위십이지장궤양, 염증성 장질환, 기타_____)
- ☐④ 내분비 및 대사성질환 (당뇨병, 고지혈증, 갑상선질환, 기타_____)
- ☐⑤ 비뇨기질환 (전립선염, 성기능장애, 뇨실금, 기타_____)
- ☐⑥ 산부인과영역 (자궁내막증, 월경장애, 갱년기장애, 불임, 기타_____)
- ☐⑦ 소아질환 (야뇨증, 알레르기성질환, 허약체질, 기타_____)
- ☐⑧ 운동기질환 (요통, 좌골신경통, 류마티스 관절염, 기타_____)
- ☐⑨ 피부질환 (습진, 아토피성피부염, 기타_____)

8. 협진 한방기관의 형태는 무엇입니까?

- ☐① 병원 내에 있는 (외래) 한방과
- ☐② 병원 내에 있는 한방진료부 (병상포함)
- ☐③ 독립된 한방병원
- ☐④ 기타 _____

9. 양·한방 협진 시 한방에서 사용하는 치료법에 모두 √표해 주십시오.

- ☐① 침 ☐② 뜸 ☐③ 한약 ☐④ 부항
- ☐⑤ 테이핑 ☐⑥ 추나 ☐⑦ 기타 _____

10. 문서화된 양·한방 협진에 관한 지침이 있습니까?

- ☐① 예
- ☐② 문서화된 것은 없으나 암묵적으로 시행됨
- ☐③ 아니오 ➡ 12번으로 가시오

11. 지침서에 따라 협진을 시행하는 질환은 무엇입니까?

12. 한의사와 의사가 함께 임상사례에 대한 논의나 연구를 하고 있습니까?

- ☐① 정기적으로 함 ☞ 얼마나 자주 하십니까? 평균 ____회/월
- ☐② 비정기적으로 함
- ☐③ 전혀 안함

13. 양·한방 협진의 치료효과검증을 위한 임상통계자료를 축적하고 계십니까?

- ☐① 예 ☐② 아니오

※ 다음은 협진에 관한 귀하의 의견을 묻는 질문입니다.

14. 귀하는 한방의료를 얼마나 신뢰하십니까?

- ☐① 매우 신뢰함 ☐② 신뢰하는 편
- ☐③ 신뢰하지 않는 편 ☐④ 전혀 신뢰하지 않음

15. 귀하는 한방 의료가 양방의료를 보완하는 성격이 강하다고 생각하십니까, 아니면 양방 의료를 대체 (혹은 대신)하는 성격이 강하다고 생각하십니까?

- ☐① 주로 보완하는 성격이 강함 (보완 >>>> 대체)
- ☐② 대체도 하지만 보완하는 성격이 강함 (보완 > 대체)
- ☐③ 보완도 하지만 대체하는 성격이 더 강함 (보완 < 대체)
- ☐④ 주로 대체하는 성격이 강함 (보완 <<<< 대체)

16. 양·한방 협진이 다음 각 영역에 있어서 얼마나 도움이 된다고 생각하십니까?

매우 긍정적 긍정적 보통 부정적 매우 부정적

(1) 수익성 ①-----②-----③-----④-----⑤

- (2) 환자만족도 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (3) 치료 효과 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (4) 치료기간단축 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (5) 저소득계층의 한방 진료 접근성 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (6) 노인성질환 치료 ①-----②-----③-----④-----⑤
- (7) 의료시장개방을 대비한 경쟁력 향상 ①-----②-----③-----④-----⑤

17. 건강검진, 진단, 치료, 재활의 각각의 단계에서 어떤 형태의 의료서비스가 가장 적당하다고 생각하십니까?

	양방	양·한방 협진	한방
(1) 예방	☐	☐	☐
(2) 건강검진	☐	☐	☐
(3) 진단	☐	☐	☐
(4) 치료	☐	☐	☐
(5) 재활	☐	☐	☐

18. 다음 중 어느 기관에서 협진에 대한 지침을 개발하는 것이 가장 타당하다고 생각하십니까?

- ☐① 국립의료원
- ☐② 국립대학의 대학병원 및 소속 연구기관에서 개발해야한다.
- ☐③ 민간대학의 대학병원 및 소속 연구기관에서 개발해야한다.
- ☐④ 정부출연 국책연구기관(예)한국보건사회연구원 등에서 개발해야 한다.
- ☐⑤ 민관합동으로 새롭게 구성된 T/F팀을 만들어 개발해야한다.
- ☐⑥ 양·한방 관련 각 임상·학술학회를 중심으로 개발되어야 한다.

※ 다음은 귀하의 개인적 특성에 관한 질문입니다.

19. 성별 ☐① 남 ☐② 여
20. 나이 만 _____세
21. 현재 재직 중인 병원에서 일하신 년 수 _____년
22. 병원에서의 직책 _____
23. ☐ 전문의 ☒ 전문과목 _____ ☐ 일반의

부록 2. 대만 위생서 중의약연구원을 위한 설문지

1. The Process of Unification of Oriental Medicine and Western Medicine
 - a. Who was the key person (s) or agency who took the initiative
 - b. What was his motivation?
 - c. What kinds of difficulties you have faced during the process?
 (**We are especially interested in how you resolved the conflicts between the two different professionals, i.e., oriental medicine doctors and western medicine doctors.)
 - d. What was the role of the government in the process, e.g., an organizer, or an arbitrator, or a financial supporter, or a provider for resources such as personnel and facilities, or a bystander?
 - e. What were the essential factors to achieve the unification of OM and WM, e.g., education, politics, scientific development of OM, communication between OM doctors and WM doctors, etc?

2. The Role of Public Sector in Providing Unified Services of Oriental and Western Medicine
 - a. The number and the percentages of public (and private) hospitals providing the unified services
 - b. What kind of leading role do those public hospitals assume for the rest of the hospitals in providing the unified services?
 - c. Which diseases are managed by the unified services in the public hospitals?
 - d. What percentages of the entire budget allocated to the Department of Health are spent for (1) oriental medicine in general and (2) the unified services of OM and WM?

3. The Challenges and Opportunities of the National Health Insurance in Providing Unified Services of Oriental and Western Medicine
 - a. Which services are covered by the national insurance? Examples with specific cases would be very helpful.

- b. What do you think the prerequisites are for the coverage of the unified services?
- c. Who determines the fees? Who produces the information needed to determine the fees?
- d. Any challenges that Taiwan national insurance has

4. The Practice of the Unified Services

(**We would like to visit at least one of each public and private hospitals.)

- a. What kinds of models for delivering the unified services? What is the typical model?
E.g., an oriental medicine clinic in a large western medicine hospital
- b. **We would like to know which profession provides which services at which state of which disease. A few most typical or common practices would be enough, although any summary statistics are preferred.

5. The Evaluation of Taiwan's System for the Unified Services of OM and WM

- a. What are the strengths that your system has?
- b. What are the weaknesses that your system has?
- c. What are you currently doing to improve the current system?
- d. Any suggestions for Korea

Thank you very much for your help!

