

# 中國 中西醫結合 모형에 따른 韓國의 韓洋方協診 政策 提言

박정석<sup>1</sup>·신병철<sup>2</sup>·김춘배<sup>3</sup>·정태영<sup>1</sup>·이연월<sup>1</sup>·조종관<sup>1</sup>·유화승<sup>1</sup> \*

대전대학교 둔산한방병원 동서암센터<sup>1</sup>·부산대학교 한의학전문대학원 재활의학교실<sup>2</sup>.  
연세대학교 원주의과대학 예방의학교실<sup>3</sup>

---

## A Policy Proposal for the Korean Collaboration of Eastern and Western Medicine according to a model of the Chinese Integrative Medicine

Park, Jeong-Seok<sup>1</sup>·Shin, Byung-Chul<sup>2</sup>·Kim, Chun-Bae<sup>3</sup>·Jeong, Tae-Young<sup>1</sup>.  
Lee, Yeon-Weol<sup>1</sup>·Cho, Chong-Kwan<sup>1</sup>·Yoo, Hwa-Seung<sup>1</sup> \*

<sup>1</sup>East-West Cancer Center, Dunsan Oriental Hospital of Daejeon University

<sup>2</sup>Department of Rehabilitation Medicine, Graduate School of Oriental Medicine, Pusan University

<sup>3</sup>Department of Preventive Medicine, Yonsei University Wonju College of Medicine

Melasma is a common disorder that causes dark colored patches. It generally causes brown spots on the face, especially on the forehead, cheeks, and upper lips. The pattern of patches has bilateral symmetry in yellowish-brown to gray-brown colors. It is much more common in women than in men. Melasma is considered to be caused by environmental and physical constitutional factors and often occurs when a woman's hormone changes by pregnancy or the use of oral contraceptive pills. It is important to combine oriental medicine and Sasang constitutional medicine for treatment of Melasma. Normal treatment of Melasma includes warming oneself, removal of the emotional stress factors, and good nutrition.

Key words: Melasma, Sasang constitutional medicine, physical constitutional factor, treatments for Melasma

---

### I. 서론

\* 교신저자 : 유화승, 대전대학교 한의학과 동서암센터.  
E-mail : altyhs@dju.kr  
투고일 : 2010년 6월 25일, 수정일 : 2010년 7월16일,  
게재확정일 : 2010년 7월 22일.  
이 연구는 보건복지가족부 2009년 연구용역사업인 『한·의  
치의 협진제도 발전방안』 연구과제에 의해 지원되었음.

한의학과 중의학은 한국과 중국에서 각각 수천  
년의 역사를 통해 교류, 발전해 온 동양의 대표  
의학이다. 그러나, 19세기 이후 서양의 동양으로  
의 적극적인 진출과 함께 각종 문물과 문화가 유  
입됨에 따라 서양의 의학도 자연스럽게 한국과  
중국 양국의 의료체계에 막대한 변화를 일으켰으

며, 더구나 19세기 후반부터 20세기 중반까지 이어진 외세의 침입과 식민시대를 거치면서 한의학과 중의학은 자국의 주류의학으로서의 위치를 서양의학에 내어주게 되는 상황에까지 이르게 된다.

다행히 20세기 중후반을 지나면서 한국과 중국에서는 전통의학이 다시 명맥을 이어 발전하고 있다. 중국은 1950년대부터 ‘中西醫結合方針’에 따라 국가적 차원에서 中西醫의 결합을 지원하여 중의학과 서의학이 대등한 위치에서 상호 간의 장단점을 취합, 보완하는 형태로 의료체도를 갖춰가고 있다<sup>1</sup>. 이에 반해 한국은 한방과 양방이 독립적으로 공존하는 의료이원화라는 형태를 갖추고 있어 중국과 비교해 상대적으로 전통의학이 잘 보존되어 있다는 특징을 가지고 있는 반면, 양방과의 대립되는 구조적 문제로 인해 발전에 상대적으로 많은 장애를 받고 있다<sup>1</sup>. 현재 미국을 비롯한 세계 여러 국가에서 보완대체의학(Complementary and Alternative Medicine, CAM)이라는 학문영역으로 한의학, 아유르베다 의학 등의 전통의학이 현대의학과 결합하여 통합의학(Integrative Medicine)으로 의료체제가 격상되는 시점에서 향후 우리나라 한의학 장점의 부각과 함께 국제경쟁력을 갖는 고유의 의료체제로의 발전은 필요불가결한 현실적 핵심 과제이다.

이에 금년 초 의료법 개정으로 2010년부터 한의치의 협진 허용이라는 제도적 변화를 앞두고 중국 中西醫의 결합 현황과 문제점에 대한 고찰을 통해 우리나라에서의 한양방협진 방법과 정책적 방향을 제시해 보고자 한다.

## II. 본 론

### 1. 中西醫結合의 배경

19세기 중반 이후 서구열강들이 아시아 시장으로의 진출을 활발히 하면서 서양의학도 자연스럽게 중국에 유입되어 자연스레 중의와 서의가 공존하게 되었다. 1900년대 초반까지는 양자 간에 큰 충돌이 없었으나, 1920년대에 들어 급격한 서

구문물의 유입과 함께 서의의 세력 확장과 중의에 대한 비판이 거세지면서 중의계와 서의계의 갈등이 심화되었다<sup>1</sup>.

그러던 중 중국의약학을 위대한 보고로 인식하고 학문간 교류와 융합을 중시하던 毛澤東의 영향 하에 1950년대 초 중국 정부는 중의와 서의를 함께 중시하며 각자의 장점을 강화하고 단점을 보완하여 발전시키도록 ‘中西醫結合方針’을 수립하였다. 아울러 헌법에도 “현대의약과 중국 전통의약을 발전시킨다”는 규정을 명확히 하였으며, 1954년에는 ‘중서의결합’을 중국 보건위생산업의 4대 방침 중 하나로 정하였다<sup>1,2</sup>.

### 2. 中西醫結合의 과정과 방법

모택동이 저명한 중의사 劉惠民과의 담화 중에서 중서의결합에 대해 “관건은 서의가 중의를 배우는 것이다.”라고 하였듯이, 모택동의 지시와 뜻에 따라 1955년 위생부(한국의 보건복지가족부에 해당)는 북경에서 처음으로 서의사들이 중서의결합의사가 되기 위한 중의연구반을 개설하였으며, 그 후 1956년 초까지 광주, 상해, 무한, 천진 등의 대도시에서 305명의 서의사들이 2년 반의 중의연구반 과정을 거쳐 배출되었다. 중서의 단결이라는 정책이 나오면서 서의사가 중의를 배우는 열풍이 일어 1958년 10월에서 1960년 5월까지 전국에서 서의사로서의 직무를 중단한 채 중의를 배우는 全國西醫離職學習中醫班 37곳이 생겨, 모두 약 2,300여명의 중서의결합인원이 양성되었고, 재직하면서 중의를 배우는 서의사도 36,000여명에 이르렀다. 이런 인력들 가운데 적극적으로 중의를 연구하는 ‘西學中’인원이라는 전문가들도 있어 중서의를 결합하여 각종 난치병, 경락학설과 처방 등에 있어 이론과 임상적으로 탁월한 연구성과를 거두었다<sup>1,2</sup>.

1960년 4월 9일의 위생부 당조직 보고서를 보면, “현대의 과학을 이용하여 중서의학을 연구하였으며, 크게 다음 몇 가지 유형으로 정리된다.

① 중의와 서의의 이론과 방법을 이용하여 임상과 결합하고, 일부의 질병에 대해 종합적 연구를 하였으며, 점차적인 중서의 학술교류를 통해 새

로운 의학이론을 형성하였다. ② 생리학적으로 현대 기초의학을 이용하여 중의학을 연구하여, 기초의학의 발전을 추진시켰다. ③ 중서의결합으로 환자를 치료함에 있어, 체계적으로 임상경험을 정리하여 다양한 질병에 대한 예방법과 임상치료주기를 파악하며, 더욱더 심도 있는 이론적 연구로 새로운 임상의학 체계를 형성하였다. ④ 물리학, 화학 등 현대자연과학방법으로 중국의학에 대해 종합적으로 연구하여, 중국의학의 내용을 다양화시켜 새로운 의학을 형성하였다"라고 하였는데, 이를 통해 중서의가 결합하는 과정과 방법에 대해 짐작할 수 있다<sup>2</sup>.

1980년 3월 13일, 陳慕華 부총리는 全國中醫和中西醫結合工作會議에서 중의와 서의의 상호 교류 및 보완으로 결합을 이루어 중국의 신의학을 형성할 것을 강조하는 중서의결합의 개념, 방법, 과정에 대해서 새로운 정책을 제시하였다<sup>2</sup>.

그리고 1996년 《中共中央、國務院關於衛生改革與發展的決定》에서는 “중서의는 서로 단결하여 상호학습하며 중서의결합을 촉진시켜야 한다”라는 결정과 함께 “중의와 서의의 지위는 동등하다”는 중서의결합의 방침을 관철하였다<sup>2</sup>.

중서의결합은 초급부터 고급까지의 결합을 이루는 과정이며, 방법적인 면에서도 다과정, 다측면으로 진단적·치료적·이론적 결합을 목표로 한다.

### 3. 中西醫結合의 현황

중국은 전세계에서 유일하게 서양의학과 전통의학이 의료전달체계의 모든 수준에서 서로 나란히 운영되는 국가이다. 서의 병원의 95%는 입원병상을 가진 중의 부서가 설치되어 있어 환자가 외래에 오면 중의 치료와 서의 치료를 선택할 수 있다. 이러한 두 가지 의료체계의 협조는 서의병원에서 처방된 40% 정도는 중의 처방이고, 마찬가지로 중의병원에서 처방된 40% 정도는 서의약이라는 것으로 잘 설명되며, 시골마을과 같은 촌락에서도 의사들이 주로 두 가지 형태의 치료를 동시에 시행한다<sup>3</sup>.

그리고 의료제도도 어느 한 쪽을 중심으로 한

결합방식이 아닌 중의 이론 위주의 중서의 결합, 서의 이론 위주의 중서의 결합, 중서의 결합 후 형성된 새로운 이론을 바탕으로 한 중서의결합병원, 종합병원과 전문병원의 서의 진료과와 연구실, 종합병원의 중의 진료과, 중서의 기구 등이 다양하게 운영되고 있다<sup>3</sup>.

1976년 위생부는 “1980년까지 각 성, 시, 자치구가 반드시 한 개의 중서의결합병원을 설립해야 한다”고 제정한 『全國中西醫結合十年發展規划』에서 ‘중서의결합병원’의 개념을 제안하였다. 이후 1997년 중의약관리국(한국의 한방정책관실에 해당)의 통계에 의하면, 중국 전역에 있는 총 46곳의 중서의결합병원을 파악하였다. 1964년 최초로 천진시 중서의결합병원이 설립된 이후 산둥성 청도시 중서의결합병원(1968년), 절강성 항주 중서의결합병원(1981년) 등의 설립과 함께 중국 전역에 걸쳐 급격히 그 숫자가 늘었다<sup>1</sup>.

또한 각 성, 시와 의과대학, 중서의결합병원에는 다수의 중서의결합연구소가 차례로 설립되고 있으며, 서의사의 중의학습과정(2년)과 중의사의 서의학습과정(2년), 대학 및 학원 등에 중서의결합 전공(본과, 석사, 박사) 과정도 꾸준히 개설되었다<sup>1</sup>.

중국의 의과대학은 5년제에서부터 8년제에 이르기까지 다양한 학제를 가지고 있으나 대부분은 5년제이며, 동일한 학교 내에서도 다양한 과정을 개설하고 있다. 중국의 의학원(의과대학)과 중의학원(중의대학)은 중의 관련 과목과 서의 관련 과목을 상호 교육시키고 있는데, 의학원 교과과정의 10~15% 정도는 중의 관련 과목으로 중국의 모든 의사들은 중의에 대한 교육을 받고 있다. 중국의 의사인력은 西醫師, 西醫士, 中醫師, 中醫士, 中西醫結合醫師 등으로 구분되는데, 西醫師, 中醫師는 5년제 이상의 의학원이나 중의학원을 졸업한 인력이며, 西醫士, 中醫士는 전문학교 수준의 교육기관을 졸업한 인력이다. 그리고 中西醫結合醫師는 서의 교육과정을 마친 후 2년의 중의 교육과정을 거쳐 중의와 서의를 겸업하는 의사이다<sup>3</sup>.

중서의결합협회는 중서의결합의 학술기관으로

내부에 35개의 분과전문위원회를 두고 매년 20여 차례의 국제 및 국내 학술대회를 개최하고 있으며, 중서의결합학회와 분과전문위원회, 각 성, 시의 중서의결합분회는 각기 다양한 잡지들을 지속적으로 간행 중이다. 2000년 통계에 따르면, 중서의결합협회의 학회 회원 수는 48,438명이며, 미국, 일본, 싱가포르 등 해외에도 다수의 학회 회원이 있다<sup>4</sup>.

그리고 중의약관리국 민족의학처는 국가행정기구로서 이러한 중서의결합에 관한 정책 법규를 수립하고, 중서의결합의 구체적인 업무를 지도하고 관리한다<sup>4</sup>.

#### 4. 中西醫結合의 문제점

##### (1) 전문적인 중서의결합 법규의 부족

현재 교육부 본과전공 목록에는 중서의결합이라는 전공이 없다. 현재는 전공명을 ‘중서의임상 의학’이라고만 비준하였고 ‘결합’이라는 두 글자를 승인하지 않고 있으며 많은 학교에서는 아예 중의학전공 한 방향으로만 가고 있다<sup>4</sup>.

##### (2) 중서의결합에 대한 지원 부족

중앙정부와 지방정부의 예산지원 부족과 관리부실로 중서의결합병원은 보편적으로 경비, 직업관리, 진료기술 등에 문제점이 존재한다<sup>4</sup>.

##### (3) 중서의결합 교육의 문제

중서의결합 전공의 학제는 다수가 5년제 本科 혹은 3년제 專科로, 학기 시간이 너무 짧고, 중의와 서의에 풍부한 지식을 가진 교수 자원도 부족하다. 그리고 대부분의 학교에는 전문적인 중서의결합 임상실습 교육체계가 부족하여 중의 또는 서의에만 편향됨으로써 중서의결합의 특색이 있는 임상교육을 하기 힘들다<sup>4</sup>.

##### (4) 중서의결합의사고시의 표준화 문제

중서의결합의사고시의 표준화가 잘 진행되지 않고 있으며, 특히 임상기능시험은 단지 중의와 서의의 내용을 단순 배합하였을 뿐, 중서의결합 임상의 특색을 구현하지 못하고 있다. 심지어 많

은 성과 시에서는 전문적인 중서의결합의사고시 제도 자체가 없어서 중서의결합 병원은 있지만 중서의결합의사가 없는 모순된 상황에 직면해 있다<sup>4</sup>.

(5) 중서의결합의 학술적 발전과정에서의 문제  
중서의결합이 질병의 예방과 치료에 있어 우수한 효과를 인정받고 있음에도 불구하고, 체계적인 이론체계와 완벽한 평가표준의 결핍으로 하나의 학과로서 발전해가는 데 큰 제약이 있다<sup>4</sup>.

#### 5. 韓國의 韓洋方協診 현황

한국은 20세기 후반부터 고속 경제성장에 힘입어 생활이 풍족해지고 국민의 수명도 늘어나면서 세계적으로도 그 전례를 찾기 힘들 정도로 급속하게 고령화 사회로 진입하고 있다. 그만큼 고혈압, 당뇨병, 비만 등 선진국형 성인병을 비롯하여 새롭고 다양한 질병들이 급증하고 있고, 당연히 질 높은 의료에 대한 수요 역시 폭발적으로 증가하고 있는 상황이다. 그러나 우리나라는 다른 국가들과 달리 한방과 양방이라는 이원화된 의료체계 내에서 양 의료계가 각각 독자적으로 많은 발전을 이뤄왔음에도 불구하고 치료효과면에서 많은 한계가 있는 것이 현실이다.

이에 한방과 양방의 장단점을 취합, 보완하는 한양방협진이 시대적으로 요구되고 있으나 안타깝게도 지금까지의 한양방협진은 대부분 한방병원에서만 이루어져 오고 있다. 2006년 건강보험심사평가원의 ‘인구고령화 시대를 대비한 한방병원산업의 사회적 역할 증대방안’에 관한 연구보고서에 따르면, 한방병원의 한양방협진 현황을 조사한 결과, 응답한 64개 한방병원 가운데 4개 병원을 제외한 93.8%에서 한양방협진을 시행하고 있었으며<sup>5</sup>, 2009년 현재 사단법인 대한한방병원협회의 회원한방병원 수는 129개소로 적어도 100여 곳 이상의 한방병원에서 한양방협진을 시행 중인 것으로 추정된다.

위의 건강보험심사평가원 조사에서 보면, 한방병원에서 협진하는 이유로는 양방검사가 필요한 경우가 73.9%로 가장 많았으며, 양방치료와 제

활치료 목적이 각각 8.8%로 뒤를 이었다. 그리고, 협진형태로는 동일 재단 혹은 동일 소유주의 양방병의원과 협진하는 경우가 70%로, 대부분의 한방병원이 양방병의원을 동시에 소유하고 있다는 것을 알 수 있으며, 동일 주소지 혹은 인접한 양방병의원과 협진하고 있는 비율은 각각 23.3%와 1.7%로 조사되었다. 한편 주변의 병의원 등으로 환자 의뢰를 하거나 의뢰를 받는 경우도 많았는데, 환자 의뢰를 하는 경우는 주로 상급 양방병원(75.5%)이었으며, 기타 환자의뢰를 하는 기관으로는 양방의원(9.8%), 상급 한방병원(6.0%) 등이었으며, 환자 의뢰를 받는 경우는 한의원(43.5%), 상급 양방병원(29.3%), 동급 한방병원(8.7%), 상급 한방병원(7.1%) 순이었으나, 한양방의료기관 간의 상호 이해와 신뢰를 바탕으로 한 실질적인 환자 의뢰는 잘 이루어지지 않고 있는 실정이다<sup>5</sup>.

양방의 경우 2004년 양방의 공공병원 116곳, 민간병원 967곳을 대상으로 조사한 결과 응답한 공공병원의 24.2%, 민간병원의 19.6% 등 응답기관의 20.6%가 협진을 시행하고 있었으며, 협진의 형태는 일반적인 진료 의뢰(35.1%), 특정환자에 대한 동시 협의 진료(17.5%), 상호 검사의뢰(7%) 등의 순이었다<sup>6</sup>.

그러나 국내에는 각 병원들이 사용할 수 있는 협진의 표준운영모형이 마련되어 있지 않으며, 기존 협진병원의 경우 자신들만의 경험과 노하우를 통해 각자 다른 협진시스템을 운영하거나, 상호보완적인 의료서비스를 제공하는 데 그치고 있는 실정이다<sup>6</sup>.

근래 들어 의원급에서도 조금씩 한양방협진이 확산되고는 있지만 대부분 한의사와 의사 간의 개인적 친분에 의한 경우가 많을 뿐, 한방의료기관과 양방의료기관이 적극적으로 협진을 모색하는 경우는 소수에 불과한 것이 현실이다. 그리고, 한방 및 양방 의료기관 간의 협진이 한방의료기관의 주도로 이루어지고 있으며, 양방의료기관이 먼저 한방의료기관에 환자를 의뢰하거나 한의사와의 협진을 모색하는 사례가 적은 것도 문제점으로 지적된다. 국립의료원은 1991년 5월 한방

진료부를 설치하고 1995년부터 한양방 협진을 실시해 오고 있으나 한방진료부서에서 양방진료부서에 이화학적 검사 등을 의뢰하는 경우가 대부분으로, 공공의료기관에서도 한양방협진을 위한 진료체계가 미비함을 알 수 있다<sup>7</sup>.

한양방 협진을 위한 법적·제도적 기반이 미비한 것도 문제다. 다행히 2010년부터는 일부 허용되지만, 현행 의료법 하에서는 의사·한의사 복수면허자의 한양방 동시표방이 불가능하며, 한방의료기관 내의 양방진료부서 설치 및 양방의료기관 내의 한방진료부서 설치도 허용되지 않는다. 물론 한방의료기관에서의 의사 고용과 양방의료기관에서의 한의사 고용도 법적으로 막혀 있으며, 한의사와 의사간의 업무 연계 및 협조에 관한 규정도 마련되어 있지 않다<sup>7</sup>.

교육과정과 상호 간의 불신도 큰 문제가 아닐 수 없다. 한의과대학에서는 생리학, 병리학, 해부학, 진단방사선학 등 기본적인 양방 관련 과목을 교육하고 있으나, 대부분 의과대학의 경우 한의학개론조차 수강과목으로 편성되어 있지 않아 이는 의사들의 한의학에 대한 이해 부족과 불신으로까지 이어지고 있으며, 양 의료계간의 반목의 원인이 되기도 한다. 일반적으로 의료계는 한방의 임상적 효과를 일부 인정하긴 하나 한의학의 이론적 체계 및 한약의 안전성에 대해서는 부정적으로 인식하는 경향이 있으며, 한의계에서는 의료계가 한학을 무시하고 폄하한다는 피해의식을 가지고 있는 바, 이러한 상호 간의 불신과 갈등이 한양방협진에 대한 가장 근본적인 장애요인이라 할 수 있다.

그리고 양 의료계 간의 학술적 교류나 공동연구 활동도 상당히 미흡하며, 이를 뒷받침하기 위한 제도적 지원이나 예산도 부족하다. 특히 보건 의료연구에 대한 예산 지원 중 한의학 관련 연구에 대한 투자 비율이 상당히 낮은 것은 개선되어야 할 사항이다<sup>7</sup>.

상황이 이렇다 보니 질환별로 한양방 간의 치료효과에 대한 비교 및 통계가 정확히 발표되지 않아 의료소비자인 국민 입장에서 선택에 어려움을 느끼고 있으며, 심지어 한방의료기관과 양

방의료기관을 두고 갈팡질팡하다 질병의 치료시기를 놓치거나 악화되는 경우도 있다. 더욱이 환자가 한양방 동시 진료를 원하는 경우에도 한방 의료기관과 양방의료기관을 따로 방문해야 하는 불편도 감수해야 하는 것이 현재 한국 의료계의 실정이라 할 수 있다<sup>7,8</sup>.

### III. 결 론

본 연구는 중국 中西醫結合의 역사, 과정, 현황 등에 대한 고찰과 함께 한국의 현황을 파악함으로써 한국 韓洋方協診의 정책적 방향을 모색해 보고자 하는 목적으로 진행되었다. 이미 한국에서도 2009년 1월 8일 의료법 개정안이 국회 본회의를 통과하면서 2010년 1월 31일부터는 병원급 이상의 의료기관에서 의료인 상호고용 및 한양방협진이 가능하게 되었고, 의사·한의사 복수면허자의 면허 중별 의원급 의료기관 개설도 가능해져 한양방협진의 초석은 마련되었다고 할 수 있다. 이러한 상황에서 본 연구를 통해 중국 中西醫結合의 발전과정과 지원정책, 의료 및 교육체계의 장점과 문제점을 파악하였고, 이를 모델로 한국 韓洋方協診의 발전을 위한 정책을 다음과 같이 제언하는 바이다.

첫째, 한국식 한양방협진에 대한 범정부적 마스터플랜을 수립해야 한다. 보건복지가족부 내에 한양방협진 전담부서를 설치하고, 한양방협진을 위한 의료법의 개정 및 보완이 신중하게 검토되어야 하며, 한양방협진을 지속적으로 지원할 수 있는 법적, 제도적 여건을 조성하여야 한다. 현재 병원급 이상에서 허용된 양 의료계 간의 상호 개설 및 고용을 점차 의원급으로까지 확대하는 방안도 검토해 볼 필요가 있으며, 한양방협진 과정에서 발생 가능한 의료사고의 책임소재에 대한 논의도 반드시 선행되어야 한다.

둘째, 의과대학과 한의과대학 간의 활발한 교류를 촉진함으로써 전문인력을 육성해야 한다. 우선 의과대학 내 한의학 과목의 개설을 확대하고, 한의과대학 내 의학 과목의 교육을 강화하며,

상호 간의 편입학도 더욱 활성화해야 한다. 그리고 양 의료계의 한양방협진에 대한 체계적인 교육 및 연수 프로그램을 마련하여 꾸준히 운영하여야 한다.

셋째, 의사·한의사 복수면허자들의 한양방 동시 치료를 지원하는 등 한양방협진의 임상경험 및 자료를 수집하여 치료효과를 검증하고 과학적인 근거와 기준을 확보해 불필요한 과잉협진을 방지하고 최선의 협진운영 모형과 프로토콜을 개발해야 한다.

넷째, 기초이론 및 임상에 있어 양 의료계의 공동연구를 활성화한다. 한양방협진 관련 공동연구에 예산 배정을 늘리며, 한양방의학 공동연구기관의 설립 및 확충도 적극적으로 고려할 필요가 있다. 특히 다른 나라에 비해 강점이 있는 한방의 우수한 치료효과를 이용할 수 있도록 한방의료기기의 개발과 한약을 이용한 신약 개발 등을 적극 지원해야 한다.

다섯째, 한방의료기관에서의 양방건강보험 진료비 청구와 양방의료기관에서의 한방건강보험 진료비 청구 등 한양방협진과 관련된 건강보험 적용과 진료수가 체계의 정비가 필요하며, 한양방협진의 확대에 인한 진료비 청구의 증가는 결국 건강보험 재정 악화의 문제를 야기할 것이므로 이에 철저히 대비해야 한다.

여섯째, 현재도 심각한 문제인 대형병원으로의 쏠림 현상이 더욱 가중될 것이므로 중소병원 및 의원에 대한 활성화 방안을 강구해야 한다. 규모에 따른 의료기관의 양극화는 결국 그 피해가 국민에게 돌아갈 수밖에 없으므로 의료전달체계를 개선함으로써 이러한 사태를 미연에 방지해야 한다.

### 참고문헌

1. SL Park. "A study on development Korean cooperative medicine based experience of Chinese integrative medicine", Graduate school of Public health, Seoul University, 2002, 10-38.

2. 选自丁涵章等主编. 现代医院管理全书, 杭州出版社, 1999.
3. 김춘배. 한·양방 협진 의료기관 운영모형 개발(보건의료기술연구개발사업(정책과제) 최종보고서인 ‘주요 난치성 질환에 대한 한·양방 협진의 임상효과 검증 및 한·양방 협진 의료기관의 운영모형 개발’의 제5세 부과제명), 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실, 2002, 154-6.
4. 何清湖. 中西医结合管理及相关政策 调查及建议, 湖南中医药大学学报, 2008, 3-4.
5. 고수경, 전한나, 박다진, 민지현, 김정희. “인구고령화 시대를 대비한 한방병원산업의 사회적 역할 증대방안에 관한 연구”, 건강보험심사평가원, 2005, 46-7, 270-1.
6. 이원철. 한·양방 협진체계 구축 사업, 정책연구 2008년도 제4과제 최종보고서, 부산대학교, 2008, 43-51.
7. 李相暎, 卞俗榮. 洋·韓方 醫療協診體系의 現況과 改善方案, 韓國保健社會研究院, 1997:11-4, 43-56.
8. 신병철. 한·양방 협진의 정책과 방향(2009년도 한·양방 협진체계 구축 세미나 자료집), 부산대학교 한의학전문대학원·간호대학, 2009.