

# 공공병원 혁신을 위한 양·한방 협진 도입에 관한 연구

강은정\* · 설휘훈\*\* · 최우진\*\*\*

본 연구의 목적은 공공병원과 민간병원에서 각각 어떤 조건에서 양·한방 협진이 도입되는지 그 요인을 파악하고 동시에 양·한방 협진 실태와 인식 조사를 통해 공공병원에서 협진을 확대할 수 있는 방안을 도출하려는 것이다. 지금까지 공공의료에 대해서 시설의 노후와 인력 부족, 그 기능과 역할에 있어서 민간의료기관과의 차별성이 적은 정체성의 문제 등이 계속 제기되어 왔다. 또한 노인인구의 증가와 만성병의 증가라는 현실 속에서 양·한방 협진은 유용한 의료의 형태로 인식되고 있으며 공공의료의 혁신의 대안이 될 수 있다.

공공병원이 어떤 조건에서 양·한방 협진을 도입하는지를 파악하기 위해 기술도입모형 이론을 사용하였다. 기술도입이론 모형은 신기술 혹은 생산체계를 도입하는 모형으로 널리 사용되어 왔다. 본 연구에서는 기술도입에 영향을 미치는 기술의 불확실성, 전략의 불확실성, 인적자본의 특성, 그리고 법 및 제도적 환경 가운데서 앞의 세 가지 요소의 영향을 분석하였다. 동시에 전국의 공공병원과 민간병원을 대상으로 양·한방 협진 실태와 병원장을 대상으로 양·한방 협진에 관한 인식 및 태도를 우편으로 조사하였다.

연구 결과 양·한방 협진의 도입 현황은 대체로 기술도입모형을 바탕으로 한 가설을 뒷받침하지 못하였다. 토의 및 결론에서는 구체적으로 가설 검증 결과에 대한 해석, 그리고 양·한방 협진 실태와 병원장들의 인식 및 태도 조사로부터 얻은 결과를 바탕으로 공공병원에서의 양·한방 협진을 확대하는 방안에 대해 논의하였다.

**주요용어:** 공공병원, 양·한방 협진, 기술도입모형

\* 한국보건사회연구원 책임연구원

\*\* 한국보건사회연구원 공중보건한의사

\*\*\* 한국보건사회연구원 공중보건한의사

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

#### 1) 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 민간 의료기관과의 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 다섯 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.

#### 2) 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 생산체계로 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 만성질환자 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 동양학을 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 한방관련서비스에 대한 만족도가 높다. 따라서 이러한 질환들을 중심으로 공공의료에서 양·한방 협진을 확대한다면 공공의료를 이용하는 국민들의 만족도가 향상될 수 있을 것이다.

이상에서 살펴본 바와 같이 양·한방 협진은 위축되어 있는 공공의료를 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

본 연구는 크게 두 가지 면에서 선행연구들과 차별성을 갖는다. 우선 선행연구들이 양·한방 협진이 이루어지기 힘든 제도적인 요소들을 지적한 반면에 본 연구는 미시적인 요소인 병원의 특성과 병원장의 특성이 양·한방 협진에 미치는 영향을 고찰하고자 한다. 또한 기존 양·한방 협진에 관한 연구는 주로 한방기관을 중심으로 이루어진 반면 본 연구는 공공병원과 같은 병원을 대상으로 하였다. 공공병원과 민간병원에서 병원과 병원장의 특성이라는 면에서 어떤 조건에서 협진이 도입되는지 그 요인을 파악하고 공공병원장들의 설문을 통해 공공병원에서 바람직한 협진의 형태를 도출하려는 것이 연구의 주된 목적이다.

## II. 문헌고찰

### 1. 양·한방 협진 도입의 분석틀: 기술도입모형

협진은 의사와 한의사의 기술교류의 수준에 따라 여러 가지 단계로 나뉜다. 그리하여 단순히 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.

기술도입모형(Technology adoption model)은 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 다루어 왔다. 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.

#### 1) 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 수반된다. 한방서비스를 제공하고 자 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 한의사와의 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. 이때 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 신기술을 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 불확실성의 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.

## 2) 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 사람일수록 전망이 있는 생각과 없는 생각을 잘 구분해내고 따라서 실수를 할 가능성이 적기 때문이다(Nelson & Phelps, 1966).

## 3) 규제 등의 제도적 요인

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 의료기술 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.

#### 4) 연구가설

기업의 기술 도입에 영향을 미치는 요인으로 불확실성, 인적자본, 그리고 규제 등과 같은 정책적 요소 등이 있다는 것을 살펴보았다. 이 가운데서 규제 등과 같은 제도적 요소는 여러 선행 연구에서 전문가들의 의견이나 국제적인 제도의 비교를 통해 그 영향이 인정되었다. 양·한방 협진을 활성화할 수 있는 제도적인 요인으로는 이중면허 소지자에 대한 동시진료 허용, 의학·한의학 통합교육 과정 설치, 협진 모델 개발 및 임상연구 활성화, 협진에 대한 건강보험 수가체계 정비 등이 포함된다(이상영, 2004).

본 연구에서는 제도 외적인 환경, 즉 불확실성과 인적자본의 영향을 살펴보고자 한다. 제도 외적인 요인에 초점을 맞춘 이유는 제도적인 요인이 충족되기까지는 비교적 오랜 시간이 걸리므로 보다 단기적으로 정책적 효

과를 기대할 수 있는 미시적인 접근법을 사용할 수 있는 가능성을 타진하기 위해서이다. 제도 외적인 환경, 즉 불확실성과 인적자본의 영향 가운데 불확실성은 크게 수익의 불확실성을 말하는 기술적 불확실성과 주변 병원과의 경쟁으로부터 오는 전략적 불확실성으로 나눌 수 있기 때문에 각각의 불확실성의 형태에 따른 가설을 설정하였다.

##### ① 기술적 불확실성과 관련된 가설

규모가 큰 병원들은 한방서비스의 생산을 시작하는데 발생하는 여러 가지 비용과 관련된 불확실성을 보다 잘 흡수할 수 있기 때문에 협진을 할 확률이 높을 것이다(H1).

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. 양·한방 협진 서비스를 주로 필요로 하는 계층은 노인계층이며 노인들의 분포가 높은 곳은 지역으로 볼 때 도시보다는 농촌이다. 따라서 시장의 수요가 높은 도시가 대도시보다, 농촌이 도시보다 협진 병원을 많이 가지고 있을 것이다(H2).

H2: 농촌, 도시, 대도시 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 있을 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(H4), 경쟁이 심한 곳에서는 두 번째 기전이(H3) 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 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.

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).

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. 나이나 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. 우편조사의 대상

2004년 전국병원명부를 기준으로 전국의 병원급 이상의 의료기관의 병·원장<sup>1)</sup>을 조사대상으로 설정하여 전수조사를 실시하였다.

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

1) 병원장에는 이사장, 의료원장, 부장 이상의 간부, 의료진의 경우 과장 등을 모두 포함하였다.

## 2. 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 협진의 현황을 파악하기 위한 질문과 협진에 관한 의견에 관한 질문으로 구성되었다.

### 1) 협진 현황에 관한 질문

이 부분은 민간과 공공의 조사표가 커다란 차이가 없는 부분으로 현재 양·한방협진의 실태를 파악하기 위한 질문으로 구성되어있다. 기존의 협진과 관련한 보고서<sup>2)</sup>들이 조사 당시의 협진현황을 파악하기 위해 개발되었기 때문에 이들을 참조하여 개발하였다. 주요 변수로는 협진시작 연도, 협진에 참여하고 있는 진료과, 협진 형태, 협진용 병상수, 협진이 이루어지는 질환, 한방기관의 형태 등을 포함하고 있다.

### 2) 협진에 관한 의견에 대한 질문

이 부분은 공공과 민간의 질문이 각각 다르다. 공공의 경우, 공공병원에서의 양·한방 협진 실시에 대한 병원장들의 의견을 알아보고자 했으며, 이에 대한 내용은 신뢰도, 적정 병상 수, 적합모형, 경제적·사회적 영향력, 추진주체, 지침개발주체 등을 포함하고 있고, 한방부문을 확대할 경우의

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

추가하기를 원하는 한방진료과목 등을 포함하고 있다.

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 지침 개발에 대한 주체에 관한 질문으로 이루어졌다.

## 3. 조사기간 및 회수율

2004년 11월 12일에 조사표를 각 병원으로 우편으로 발송하였다. 2004년 11월 15일부터 11월 30일까지는 전화로 연락하여 회신하지 않은 기관에 재차 응답을 요구하였다.

공공의료기관의 경우 50% 이상의 회수율을 보였으며, 특히 협진을 시행하는 공공의료기관의 경우 회수율 100%를 보였다. 민간의 경우 총 23%의 회수율을 기록했으며, 협진을 시행하는 병원이 39%, 협진을 시행하지 않는 병원이 21%의 회수율을 보였다.

〈표 1〉 공공병원 여부별 및 양·한방 협진 여부별 설문지 회수율과 조사표의 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     |    |
| 총합계 |     | 1083   | 281    | 26     |    |

## 4. 기타 자료

각 병원이 위치한 지역의 특성을 파악하기 위해 시·군·구 단위의 인구수, 병상수 등의 자료가 필요하였다. 또한 각 병원의 병상수는 설문에 의하지 않고 병원협회자료를 사용하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 설문에 응한 병원이 위치한 지역의 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 2>에서 알 수 있듯이 공공병원은 시 및 군에서 민간병원보다 더 많이 발견되며 특·광역시에는 민간병원보다 적게 분포하고 있었다. 협진병원들만의 지역분포를 보면 이러한 차이는 더욱 심하였다. 즉 공공병원의 경우 협진병원의 60%가 군단위에 위치한 반면에 민간병원 중 협진을 하는 병원의 11.4%만이 군단위에

<표 2> 응답 지역의 환경적 특성

(단위: 개소, %)

|                                       | 공공병원 (n=58)  |              |              | 민간병원 (n=197) |              |              |            |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
|                                       | 협진           | 비협진          | 계            | 협진           | 비협진          | 계            |            |
| 도시<br>구분 <sup>a</sup>                 | 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 내 평균<br>병원수 <sup>b</sup><br>(표준편차) | 5.2<br>(3.7) | 8.0<br>(5.6) | 7.3<br>(5.3) | 8.1<br>(4.6) | 7.8<br>(4.4) | 7.8<br>(4.5) |            |
| 인구 1,000명당<br>평균 병상수<br>(표준편차)        | 6.4<br>(4.6) | 7.0<br>(4.9) | 6.8<br>(4.8) | 5.4<br>(5.3) | 5.9<br>(4.4) | 5.8<br>(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.

위치하고 특·광역시와 시에는 각각 42.9%, 45.7%가 존재하였다. 이러한 차이는 공공병원, 특히 양·한방 협진을 하는 공공병원은 농어촌 지역주민들에게 상대적으로 많은 서비스를 제공하고 있음을 알 수 있다.

### 2. 협진 실태

민간은 전체 219곳 중에서 19.6%인 43곳이 협진을 하고 있었다. 공공에 서는 전체 62곳 중에서 24.2%인 15곳에서 협진을 하고 있었다. 통계적으로 유의하지는 않지만, 협진을 시행하는 곳은 공공이 약간 높은 비율을 보였다<표 3 참조>.

<표 3> 공공, 민간에서 협진 비율

(단위: 개소, %)

|    | 비협진       | 협진       | 전체         |
|----|-----------|----------|------------|
| 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) |

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 의사가 동시에 협의 의뢰하는 비율은 2.3%, 공공은 7.1% 등으로 나타났다. 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 4 참조>.



〈표 4〉 협진의 형태

(단위: 개소, %)

| 협진의 형태 구분                                    | 민간        | 공공        | 전체        |
|--|-----------|-----------|-----------|
| ①상호검사만 의뢰                                    | 1( 2.3)   | 3( 21.4)  | 4( 7.0)   |
| ②진료 의뢰                                       | 15( 34.9) | 5( 35.7)  | 20( 35.1) |
| ③특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시 협의의뢰                  | 9( 20.9)  | 1( 7.1)   | 10( 17.5) |
| ④모든 진료 과에서 양·한방 의사가 동시 협의의뢰                  | 1( 2.3)   | 1( 7.1)   | 2( 3.5)   |
| 기타   | 2( 4.7)   | 1( 7.1)   | 3( 5.2)   |
| ①상호검사만 의뢰+②진료 의뢰                             | 4( 9.3)   | 1( 7.1)   | 5( 8.8)   |
| ②진료 의뢰+③특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시 협의의뢰           | 9( 20.9)  | 2( 14.3)  | 11( 19.3) |
| ①상호검사만 의뢰+②진료 의뢰+③특정 환자를 놓고 양·한방 의사가 동시 협의의뢰 | 2( 4.7)   | 0(0)      | 2( 3.5)   |
| 합 계  | 43(100.0) | 14(100.0) | 57(100.0) |

한방기관의 형태를 살펴보면, 병상을 포함하지 않은 한의원을 가진 병원은 민간에서는 42곳 중 7곳(16.7%), 공공에서는 14곳 중 4곳(28.6%)이었고, 병상을 포함한 한의원을 가진 병원은 민간에서는 6곳(14.3%), 공공에서는 1곳(7.1%)이었다. 한방병원과 함께 운영되고 있는 병원은 민간에서는 28곳(66.7%), 공공에서는 5곳(35.7%)이었다(표 5 참조).

〈표 5〉 한방기관의 형태

(단위: 개소, %)

| 한방기관의 형태        | 민간        | 공공        | 전체        |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| 병상을 포함하지 않은 한의원 | 7( 16.7)  | 4( 28.6)  | 11( 19.6) |
| 병상을 포함한 한의원     | 6( 14.3)  | 1( 7.1)   | 7( 12.5)  |
| 한방병원            | 28( 66.7) | 5( 35.7)  | 33( 58.9) |
| 기타              | 1( 2.4)   | 4( 28.6)  | 5( 8.9)   |
| 합 계             | 42(100.0) | 14(100.0) | 56(100.0) |

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 민간병원이나 공공병원 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 6 참조).

〈표 6〉 협진에 사용되는 한방 치료법

(단위: 개소, %)

|       | 민간       | 공공       | 전체       |
|-------|----------|----------|----------|
| 침     | 39(95.1) | 14(100)  | 53(96.4) |
| 뜸     | 35(85.4) | 12(85.7) | 47(85.5) |
| 한약*** | 41(100)  | 9(64.3)  | 50(90.1) |
| 부항    | 35(85.4) | 11(78.6) | 46(83.6) |
| 테이핑   | 8(19.5)  | 1( 7.1)  | 9(16.4)  |
| 추나    | 16(39.0) | 4(28.6)  | 20(36.4) |

주: \*\*\* p<.001

임상 진료 지침 여부를 살펴보면, 문서화 비율이 민간병원 41곳 중 1곳(2.4%), 공공병원 15곳 중 1곳(6.7%)으로 아주 낮았다. 공동 연구 여부를 살펴보면, 민간과 공공이 공통적으로 비정기적으로 하거나 전혀하지 않는 것으로 나타났으며 대부분이 임상통계자료를 축적하고 있지 않는 것으로 나타났다(표 7 참조).

〈표 7〉 양·한방 협진 임상 진료 지침 현황

(단위: 개소, %)

| 항 목          | 구 분    | 민 간      | 공 공      | 전 체      |
|--------------|--------|----------|----------|----------|
| 임상진료지침 보유 여부 | 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)  |
| 공동 연구 여부     | 전혀 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)  |
| 임상통계자료 축적 여부 | 축적 안함  | 38(88.4) | 14(93.3) | 52(89.7) |
|              | 축적함    | 5(11.6)  | 1( 6.7)  | 6(10.3)  |

### 3. 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 비교한 결과 가설 1은 기각되었다. 〈표 8〉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.

〈표 8〉 병상수별 양·한방 협진 비율

| 병상수         | 공공병원 중 협진 병원 수** (%) | 민간병원 중 협진 병원 수 (%) | 전 체      |
|-------------|----------------------|--------------------|----------|
| 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 9〉 지역별 양·한방 협진 비율

|       | 공공병원 중 협진 병원 수*** (%) | 민간병원 중 협진 병원 수 (%) | 전 체      |
|-------|-----------------------|--------------------|----------|
| 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 9〉에서 나타나듯이 공공병원의 경우는 군지역의 경우 81.8%가 협진을 함으로써 가설 2가 채택되었다. 민간병원의 경우는 특·광역시, 시, 군의 순으로 협진의 비율에 차이가 없어 가설2는 채택되지 못했다. 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 대체재로 생각하는 병원장이 보완재로 생각하는 병원장

보다 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 10〉 공공병원에서 경쟁도와 병원장의 한방재화에 대한 인식도에 따른 양·한방 협진 비율

(단위: %)

| 인구 1,000명당 병상수 | 주로 보완 | 보완>대체 | 계    |
|----------------|-------|-------|------|
| 10미만           | 29.4  | 22.2  | 26.9 |
| 10이상           | 17.6  | 20.0  | 18.5 |
| 계              | 23.5  | 21.1  | 22.3 |

주: 통계적으로 유의하지 않음.

‘대체하는 성격이 강함’과 ‘주로 대체함’은 그 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 뒷받침하지 못함을 말한다(표 10 참조).

〈표 11〉 민간병원에서 경쟁도와 병원장의 한방재화에 대한 인식도에 따른 양·한방 협진 비율

(단위: %)

| 인구 1,000명당 병상수 | 주로 보완 | 보완>대체 | 보완<대체 | 주로 대체 | 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  |       |      |

주: 통계적으로 유의하지 않음.

민간병원에서도 가설 4는 채택되지 못하였다. 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 11 참조).

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

아래의 〈표 12〉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 12〉 1997년 경제위기 전후의 협진기관수

(단위: %)

|            | 공공병원      | 민간병원      | 전 체       |
|------------|-----------|-----------|-----------|
| ~1997년     | 1( 6.7)   | 6( 13.9)  | 7( 12.0)  |
| 1998~1999년 | 7( 46.7)  | 14( 32.6) | 21( 36.2) |
| 2000~2001년 | 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.

가설 6은 나이가 많다는 것이 신기술 즉 한방에 대한 경험을 통한 신뢰가 더 높음으로써 한방을 더 쉽게 받아들일 수 있음을 평가하였다. 결과는 협진하는 병원과 협진을 하지 않는 병원의 병원장들의 나이에 유의한 차

〈표 13〉 병원장의 나이와 양·한방 협진

(단위: 세, %)

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

주: 통계적으로 유의하지 않음.

이가 없어 공공병원과 민간병원 모두에서 가설 6이 채택될 수 없음을 말해 주고 있다(표 13 참조).

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

〈표 14〉 병원장이 병원장으로서의 경력과 양·한방 협진

(단위: 세, %)

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

주: 통계적으로 유의하지 않음.

가설 7은 병원장으로서의 경력이 길수록 한방에 대한 이해와 경험이 더 높음으로써 협진을 더 많이 할 수 있음을 평가하였다. 결과는 병원장 경력에 있어서 협진 병원과 비협진 병원 간에 차이가 없어 가설 7 또한 채택될 수 없었다(표 14 참조).

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

〈표 15〉 병원장의 한방 의료에 대한 신뢰도와 양·한방 협진

(단위: 개소, %)

|               | 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) |

주: \* p<.05, \*\*\* p<.001

가설 8은 보다 직접적으로 병원장의 한방에 대한 신뢰도가 협진에 미치는 영향을 평가하였다. 결과는 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 15 참조).

#### 4. 공공 의료기관장의 양·한방 협진확대에 대한 인식태도

공공병원에서 협진의 확대 추진 주체에 대한 인식도 조사에서, 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%) 순으로 결과를 얻었다(표 16 참조).

공공병원에서 가장 적합한 양·한방 협진 모형에 대한 조사에서 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 않는 한방진료부와 독립된 한방병원은 모두 20%로 동일하게 조사되었다<표 17 참조>.

<표 16> 공공병원에서 협진 확대 추진 주체

(단위: 개소, %)

|                   | 비협진       | 협진        | 전체        |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| 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)   |
| 한외과 대학 병원         | 3( 6.5)   | 0(0)      | 3( 4.9)   |
| 기 타               | 1( 2.2)   | 2( 13.3)  | 3( 4.9)   |
| 합 계               | 46(100.0) | 15(100.0) | 61(100.0) |

<표 17> 공공병원에서 가장 적합한 양·한방 협진 모형

(단위: 개소, %)

|                        | 비협진       | 협진        | 전체        |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 병원 내 병상을 포함하지 않는 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) |
| 기 타                    | 5( 10.9)  | 0(0)      | 5( 8.2)   |
| 합 계                    | 46(100.0) | 15(100.0) | 61(100.0) |

공공병원에서 협진에 추가하고 싶은 한방 진료과목에 대한 조사에서 모든 공공병원이 안이비인후과를 원하는 것으로 나타났다. 이 밖에도 협진을 시행하지 않는 곳은 한방 부인과, 한방 소아과, 한방 신경정신과, 사상외과 과 순으로 한방부분을 추가하기를 원했고, 협진을 시행하고 있는 공공병원에서는 한방 내과, 한방 소아과, 한방 부인과, 한방 신경과 등의 추가 및 확대를 가장 원하는 것으로 조사되었다. 협진을 실시하고 있는 공공병원은 협진을 실시하고 있지 않는 공공병원보다 한방 침구과를 더욱 원하였다. 반면에 협진을 하지 않는 병원에서 보다 많이 한방 재활외과를 추가하

기를 원하였다<표 18 참조>.

<표 18> 공공병원에서 협진에 추가하고 싶은 진료과목

(단위: 개소, %)

|           | 비협진 (n=46) | 협진 (n=14) | 전체 (n=60) |
|-----------|------------|-----------|-----------|
| 한방 내과     | 35( 76.1)  | 13( 92.9) | 48( 80.0) |
| 한방 침구과**  | 12( 26.1)  | 10( 71.4) | 22( 36.7) |
| 한방 부인과    | 43( 93.5)  | 12( 85.7) | 55( 91.7) |
| 한방 소아과    | 42( 91.3)  | 13( 92.9) | 55( 91.7) |
| 한방 신경정신과  | 41( 89.1)  | 12( 85.7) | 53( 88.3) |
| 한방 재활외과*  | 21( 45.7)  | 2( 14.3)  | 23( 38.3) |
| 한방 안이비인후과 | 46(100.0)  | 14(100.0) | 60(100.0) |
| 사상외과      | 37( 80.4)  | 12( 85.7) | 49( 81.7) |

주: \* p<.05; \*\* p<.01

공공의료기관에서 협진에 필요한 병상 수에 대한 조사에서 협진을 실시하고 있는 곳에서는 평균 15.9병상, 협진을 하지 않는 곳에서는 평균18.2병상이 필요하다는 의견을 보였고 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

양방 병상 수 대비 필요 한방 병상 수 백분율에 대한 조사에서 5~20%가 전체의견의 대부분(70.6%)을 차지하고 있는 것으로 조사되었다<표 19 참조>.

<표 19> 양방 병상 수 대비 필요 한방 병상 수 백분율

(단위: 개소, %)

|          | 비협진       | 협진        | 전체        |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| 전혀 필요 없다 | 3( 6.8)   | 2( 14.3)  | 5( 8.6)   |
| ~5%      | 11( 25.1) | 7( 49.9)  | 18( 30.9) |
| 6~10%    | 13( 29.6) | 2( 14.3)  | 15( 25.8) |
| 11~20%   | 12( 27.2) | 1( 7.1)   | 13( 20.7) |
| 21%~     | 5( 11.4)  | 2( 14.2)  | 7( 12.0)  |
| 합 계      | 44(100.0) | 14(100.0) | 58(100.0) |

## V. 토의 및 결론

본 연구는 민간병원과 공공병원 간의 양·한방 협진의 실태 비교, 공공병원의 양·한방 협진에 대한 인식 및 태도, 이론적 근거를 바탕으로 한 가설의 검증에 의해 공공병원에서의 바람직한 양·한방 협진의 방안을 모색하고자 하였다.

### 1. 기술도입모형의 한계

기술도입이론을 바탕으로 가설을 (1)기술적 불확실성과 관련된 가설, (2)전략적 불확실과 관련된 가설, (3)인적자본과 관련된 가설로 나누었다. 이 세 부류의 가설들은 대부분 지지를 얻지 못하였다. 가설들이 기각된 이유 중 하나는 기존의 병원 의사들이 한방을 바라보는 시각이 불확실성을 수반하는 기술로 보지 않고 있거나 시장에서의 전략적인 수단으로 협진을 인식하고 있지 않기 때문일 것이다.

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. 공공병원의 경우는 예산에 의해 어느 정도 적자가 충당될 수 있는 구조이기 때문에 새로운 기술 도입에 따른 재정적 불확실성에 덜 민감할 가능성이 높다. 또한 이전 연구들에서 양·한방 협진은 주로 친분이 있는 의사들끼리 이루어진다고 한다. 이렇게 협진이 이루어진다면 한방이라는 신기술을 도입함에 있어서 불확실성을 따진다는 측면은 약할 수밖에 없을 것이다.

다만 1997년의 경제위기 이후 민간과 공공부문에서 공통적으로 양·한

방 협진을 하는 병원이 증가하였다는 사실은 앞으로 의료시장개방이라는 경쟁시장에서의 불확실한 상황에 따라 양·한방 협진이 증가할 수 있음을 시사한다. 특히 같은 조사의 결과를 따르면 민간병원에서는 양·한방 협진이 의료시장개방에 대한 대응방안으로 긍정적으로 인식하고 있으므로 앞으로 이런 면에서 양·한방 협진의 확대는 계속될 것으로 예상된다.

기술도입모형을 바탕으로 한 가설이 채택되지 못한 다른 이유로 우리나라 병원의 특성이 이론과 다르다는 점을 들 수 있다. 우리나라 병원 중에 개인병원을 제외한 법인병원들은 비영리병원 혹은 공익병원으로 영리를 추구하지 못하게 되어 있다. 이러한 상황에서 신기술을 도입하는 병원들의 전략적 행동은 영리를 최대화하고자 하는 영리병원들의 그것과는 다를 수 있을 것이다. 또한 공공병원은 일반적으로 이윤을 추구하지 않기 때문에 더욱 사용된 이론적 모델이 적합하지 않을 수 있다. 그러나 공공병원의 대부분이 지방자치단체가 수익성을 그 성과지표로 삼는 지방공사의료원이라는 점을 염두에 둔다면 공공병원에 기술도입모형을 도입하는 것이 어느 정도는 타당하다고 판단하였다. 하지만 후속 연구에서는 비영리 민간병원과 공공병원들의 행태에 대한 보다 현실에 근접한 모델을 개발하여 이를 바탕으로 병원들의 양·한방 협진의 도입 행태를 설명할 수 있어야 하겠다.

인적자본이론 또한 협진의 도입을 잘 설명하지 못하였다. 이는 양·한방 협진은 오랜 경영 경험을 가졌다거나 나이가 많다고 하여 이루어진다고 보는 한방에 대해 수용하려는 태도를 보다 강하게 가진 리더를 통해 더 많이 이루어짐을 알 수 있다. 이러한 결과는 양·한방 협진을 위해서는 한방에 대한 신뢰 혹은 동등한 의학으로 인정하는 의식으로서의 전환이 자기분야의 지식의 깊이 혹은 오랜 경영 경험보다 더 중요함을 말한다고 할 수 있다. 앞으로 정부가 두 학문 간의 교류를 활성화하고 한방의 과학화에 대한 지원을 계속 늘려야 하는 필요성을 말해 주고 있는 것이다.

이처럼 불확실성과 인적자본이 공공병원뿐만 아니라 민간병원에서의 양·한방 협진의 도입도 잘 설명하지 못하는 것은 시장의 상황이나 병원

장의 인적특성과 같은 미시적인 요인보다는 역시 제도적인 뒷받침이 우선 되어야 함을 시사한다고 하겠다.

## 2. 공공과 민간의 현황 및 인식 비교로부터 얻은 시사점

본 연구는 양·한방 협진의 현황과 인식을 또한 조사함으로써 이론적인 분석을 보완하고자 하였고 여기서 공공병원에서의 양·한방 협진을 확대할 방안을 모색하였다. 조사 결과를 통해서 얻은 결과를 바탕으로 대략 네 가지 결론을 얻을 수 있었다.

첫째, 공공병원은 농어촌 지역의 저소득계층에 대한 서비스 제공을 목적으로 양·한방 협진을 하는 경향이 짙었다. 협진을 하는 공공병원의 60%가 군 지역에 위치한 반면, 민간병원 가운데 협진을 하는 병원은 군 지역에 11.4%만이 존재한다는 데서 그 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 들 수 있다. 협진 병원 내의 한방기관의 형태를 보면 민간병원의 경우는 병상을 포함한 한방 진료부 내지 독립된 한방병원이 81.0%를 차지하였고 공공병원 가운데서는 병상을 포함한 한방진료부 내지 독립된 한방병원이 불과 42.8%에 불과하였다. 다시 말해서 공공병원에서의 협진은 협진을 위한 병상조차도 없었던 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 설명할 수 있다. 즉 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, 문서화된 양·한방 협진의 지침이나 양·한방 의사들 간의 공동 연구, 임상자료의 축적 등에 있어서 민간과 공공 부문 공히 매우 소홀히 하고 있었다. 수익성을 먼저 추구할 수밖에 없는 민간 부문에서보다는 공공병원에서 이러한 사업들을 주도해 나가야 할 것이다.

### 3. 공공병원장의 인식하는 바람직한 양·한방 협진 형태

공공병원장의 설문조사로부터 공공병원에서 바람직한 양·한방 협진의 형태에 관한 몇 가지 시사점을 찾을 수 있었다. 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 시도립 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 모든 조사대상 공공병원이 한방 안이비인후과를 지적하였다. 이 밖에도 소아과, 부인과, 신경정신과에 대한 욕구도 높았다. 따라서 이들 진료과에 대한 양·한방 협진 서비스가 우선적으로 공급될 수 있도록 자원을 배치하여야 할 것이다.

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

### 4. 연구의 한계

본 연구는 양·한방 협진에 영향을 미치는 요인을 밝히기 위하여 기술 도입모형을 이용하는 과정에서 기술도입을 하는 주체를 병원장으로 잠정적으로 규정하고 병원장을 대상으로 한 설문에 의해 자료를 수집하였다. 이러한 연구 방법은 몇 가지 한계를 갖는다. 우선 공공병원의 경우 병원장 개인의 의지에 의해 어떤 의사결정이 이루어지기 보다는 정부의 정책적 의지와 예산 편성에 의해 사업의 종류와 규모가 결정될 가능성이 높기 때문이다. 또한 민간병원이라고 하더라도 법인의 경우는 이사회 혹은 간부회의에서 의사결정이 일어나기 때문에 병원장 개인의 의지가 크게 작용하지 않을 수도 있다. 더군다나 협진의 의사결정이 있었던 시점과 조사 시점의 병원장이 다를 경우도 배제할 수 없다. 앞으로의 연구에서는 이러한 방법상의 한계를 보완할 필요가 있을 것이다.



## 참 고 문 헌

- 대한병원협회, 『2004 전국병원명부』, 2004.
- 박상태 · 이규식 · 이해중 · 김춘배 · 조경숙, 『우리나라 일부 한양방병원 이용 행태와 만족도에 관한 요인분석』, 보건행정학회지, 제10권 제2호, 2000.
- 이상영, 『양·한방 협진의 활성화를 위한 정책방향』, 보건복지포럼, 제75호, 2004.
- 이상영 · 변용찬, 『양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 이원철, 『주요 난치성 질환에 대한 한·양방 협진의 임상효과 검증 및 한·양방 협진 의료 기관의 운영 모형 개발』, 동국대학교 · 보건복지부, 2002.
- 조재국 · 이상영 · 이우백 · 신순식 · 김민순, 『양·한방 협진실태와 정책방향』, 한국보건사회연구원, 1999.
- 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, 1966.
- 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.

## Summary

### A study for integrated traditional korean / western medicine to reform public medicine

*Kang, Eun-Jung, Seol, hwi-hoon, Choi, woo-jin*

The purpose of this study is first, to understand the factors of the terms under which public and private hospitals adopt integrated traditional Korean/western medicine; and second, to derive a plan to expand the use of such integrated medicine in public hospitals. The issues of worn-out facilities, labor shortage in public medical institutions, and their shortfall to discriminate themselves from the private medical institutions in their roles and functions to distinct their identity, have been constantly raised. With the current wave of chronic diseases and elderly population,(integrated medicine has been recognized as a useful form of medicine, and even as an alternative reform plan for the public medicine field.

In order to understand the terms public hospitals place for integrated traditional Korean/western medicine, technology-adoption-model, which has been widely used to model new technology or production system adoption, was used. In this study, three factors that effect technology adoption, the uncertainty of technology, uncertainty of strategy, and the characteristics of human capital were discussed; and their influences were further analyzed in the legal and institutional setting.

A mailing survey on the situational analysis of integrated medicine in the nation's public and private hospitals was conducted; and the perception and attitude toward it was studied through another mailing survey of directors of the hospitals.

The result of the study shows that the current situation usually did not support the hypothesis derived from the technology-adoption-model. The discussion and conclusion parts of the paper deal with detailed explanation on the hypothesis-test result; and based on the results from the perception-attitude survey, discuss further the plans to expand integrated medicine in public hospitals.