

유사의료/보완의료에 대한 보건의료정책학적 고찰

한동운*·황정혜**

- I. 서론
- II. 우리나라의 유사의료/CAM 규제에 대한 논점
- III. 주요 선진국에서의 보완대체의료 관련 정책
 - 1. 미국의 정책
 - 2. 영국의 정책
 - 3. 뉴질랜드의 정책
 - 4. 호주의 정책
- IV. 영국의 잉터리의료(Quackery)와 CAM에 대한 의료정책 전개과정
- V. 고찰 및 결론

I. 서론

세계적으로 현대의학의 발전에 따른 의료전문가가 양적 질적 증가와 국가 의료체계 내에서 해당 의료에 대한 접근도의 향상에도 불구하고, 의료 분야에 있어 부정직하게 관련 기술과 지식이 있다 주장할 뿐만 아니라 이를 제공하는 유사의료제공자/돌팔이 의사(quack)들은 확실히 많은 논쟁과 문제를 일으키고 있다. 이러한 문제는 전 세계적으로 유사의료/보완대체의료에 대한 이용과 관심이 증대함에 따라 더 많은 사회적 논쟁과 의료정책수요

* 논문접수: 2010. 11. 9. * 심사개시: 2010. 11. 10. * 게재확정: 2010. 12. 10.

* 한양대학교 의과대학 예방의학교실, 교수, 의료서비스경영학박사

** 한양대학교 의과대학 산부인과, 교수, 의학박사

를 증가시키고 있고, 관련 정책수립을 요구하고 있다. 특히 보완대체의료(Complementary and alternative medicine: CAM)는 선진국의 환자와 일반인들의 높은 관심을 받고 있으며, 그들에 의한 이용률 증대를 보이고 있다.¹⁾ 그동안 정통의학(conventional medicine)은 보건의료체계하에서 신기술을 이용해 개발된 약물이나 진단 및 치료기술에 의하여 관리될 수 있는 건강문제에 대하여 보다 많은 관심을 가졌으며, 이는 관련 의료시장의 급속한 성장을 초래하였다. 이로 인하여 기존의 의료체계는 관련 의료기술 이용에 대한 지나친 의존 현상과 의료기술 과용(overutilisation of technology), 환자-의료제공자 간의 의사전달의 장애를 초래하여, 환자-의료제공자들 간의 관계를 악화시키고 있다. 또한 만성질병 치료에 대한 기존 의료체계의 제한적 역할은 유사의료 내지 CAM 이용과 관심의 증가에 기여하고 있다.²⁾ 우리나라와 유사하게 과거 영국도 시골 전역을 통하여 기적의 물을 판매하고, 절박한 환자를 감언이설로 불법행위 수술을 받게 하거나 그들의 이론적, 치료적 허상을 위하여 기존의 의료체계를 비난하는 등과 같은 ‘돌팔이’ 의료제공자는 있었고, 지난 수 세기 동안 정부의 정책에 있어 공공 보호를 위한 우선순위 전략에 있어 이들이 중요한 일관된 목표였다³⁾.

또한 많은 국가들은 각국의 의료체계의 특성이나 의료수준에 무관하게 일반인이나 환자들이 그들의 질병관리나 건강증진측면에서 그 효과를 증대시키기 위하여 유사의료/보완대체의료를 병용하고 있음을 보여주고 있다.⁴⁾⁵⁾ 이러한 현황은 많은 임상 의사와 보건의료전문가들에 의하여 주류

1) Chua, S.A., Furnham, A. Attitudes and beliefs towards complementary and alternative medicine (CAM): A cross-cultural approach comparing Singapore and the United Kingdom. 2008 Complementary Therapies in Medicine(in press).

2) Rake D. Integrative medicine, Saunders, 2003.

3) Wahlberg A. A quackery with a difference—New medical pluralism and the problem of ‘dangerous practitioners’ in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*. 2007;65:2307-316.

4) Eisenberg D, Davis R, Ettner S, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 1998;280:1569-1575.

5) Ni H, Simile C, & Hardy A.M. Utilization of Complementary and Alternative Medicine by

보건의료체계가 개선해야 할 과제나 기존 의료체계에 대한 거부 의 일환으로 인식되어지고 있다.⁶⁾ 이러한 CAM의 광범위한 사용과 관심의 증대는 오늘날 의료 소비자, 의료제공자, 연구자들 및 정책결정자들에게 매우 중요한 과제이며, 보완대체의료 효과에 대한 개인 차원뿐만 아니라 공중보건의 측면에서도 보다 이해를 도모해야 할 필요가 생기고 있다.

또한 우리나라와 같은 양방-한방 이원화체계하에서 정부는 인구사회적 변화, 질병유형의 변화 및 의료소비자들의 의식 변화 등으로 인한 의료수요변화에 따른 의료체계 개편과 새로운 의료정책 수립을 서두르고 있다. 그 동안 우리나라도 유사의료/CAM에 대한 논의가 지속되고 최근 언론매체에서나 법조계에서도 한 유사의료업자를 둘러싸고 지속되는 논쟁에 휘말리고 있다. 이를 통하여 향후 공공정책의 선택과 미래형 국가보건체계 구축 모델 개발에 있어, 향후 유사의료업자/보완대체의료제공자에 대한 제도적 접근이 어떠한가 하는 것에 대한 논의가 계속될 전망이다. 이 연구에서는 유사의료/CAM에 대한 보건의료정책학적 고찰을 위하여 우선 우리나라의 유사의료/CAM에 대한 논점을 요약하고, 이에 대한 세계적인 동향과 관련 정책을 소개하기 위하여 주요 선진국에서의 CAM 이용과 정책 방향을 기술하였다. 이를 위하여 미국, 영국, 호주 및 뉴질랜드와 같은 4개국의 CAM에 대한 정책을 기술하였다. 다음으로 영국에서의 잉터리치료(quackery)와 보완대체의료에 대한 의료정책적 전개과정을 소개하고, 이를 토대로 마지막으로는 우리나라의 관련 정책에 주는 함의를 제시하였다.

United States Adults Results From the 1999 National Health Interview Survey, MEDICAL CARE. 2002;40(4): 353-358.

6) Gundling K. When did I become an "allopath." Arch Intern Med. 1998;158:2185-2186.

II. 우리나라의 유사의료/CAM 규제에 대한 논점

그 동안 우리나라의 유사의료규제에 대한 찬반 논리를 간략히 정리하면 다음과 같다.

우선 유사의료 규제에 대한 찬성 논리⁷⁾를 살펴보면 무면허 의료행위를 처벌하자고 하는 취지는 다음과 같다. 즉, 의사의 의료행위가 고도의 전문적 지식과 경험을 필요로 함과 동시에 사람의 생명, 신체와 중대한 관계가 있기 때문에 의료행위를 의료에 대한 전문적 지식과 경험을 갖고 있는 의사에게만 독점을 허용하는 것이 적절하다는 의견으로 이는 의사 아닌 사람이 의료행위를 함으로써 생길 수 있는 사람의 신체와 생명의 위험을 방지하고자 함에 그 목적이 있다. 또한 무면허 의료행위로 인해 치료를 받던 사람이 사망하거나 그 상태가 더 악화된 경우에만 이를 처벌한다면 무면허 의료행위를 규제하는 의미가 없어지며 무면허 의료행위자 중에서 부작용이 없이 의료행위를 할 수 있는 특별한 능력을 갖춘 사람이 있다고 하더라도 이를 구분할 수 있는 것은 실제로 불가능하고 그 구분이 가능하다 하더라도 일반인이 이러한 능력이 있는 무면허 의료행위자를 구분하려면 국가에서 인정할 자격증을 발급하는 것이 유일한 대안이기 때문에 이를 규제해야 한다고 한다.

유사의료 규제에 대한 반대 논리⁸⁾로 의료법은 의료행위를 의사에게만 독점허용하고 있으나 동법 제81조와 제82조에서는 의료유사업자의 허용과 시각장애인인 안마사 자격을 인정하고 있다. 그리고 만성질환이 증가하고 삶의 질이 높아지면서 침뜸과 같이 보완대체의학에 대한 일반 국민의 관심이 지속적으로 증가하고 있는 상황에서 의료소비자의 의료 선택권을 지나치게 제한하고 있다는 주장도 있다. 해외에서는 이러한 문제를 해결하기

7) 김한나·김계현, 의료정책연구소, 『유사의료행위에 관한 법적 문제와 개선방안』, 2009, 의료정책연구소.

8) 하태인, “무면허 의료행위 형사처벌의 타당성”, 『법학연구』, 제51권 3호, 2010, 제187~220면.

위하여 보완대체의료를 제도권 내에 두어 의료소비자들의 다양한 선택권을 확대하고, 저렴하면서도 안전한 보완대체의료를 제도화하고 있는데 이러한 트렌드에 발맞추어 의료소비자의 다양한 욕구를 충족시키고 국제적으로 경쟁력 있는 통합적 신의료서비스를 창출해야 한다는 주장도 있다⁹⁾. 또한 무면허 의료행위와 관련하여 어떤 예외도 적용하지 않고 무조건적으로 금지하고 있는 현 제도는 유사의료의 좋은 의료결과를 보장하는 측면은 부재하고 규제만 하고 있는 것이므로 타당하지 않으며 유사의료의 경우 추상적 위험만으로 제재하는 것은 적절하지 않고 사람의 생명이나 신체에 명백한 위해가 발생한 경우에 처벌하는 것이 적절하다고 주장한다. 그리고 무면허 의료업자들이 오히려 제도권 정규교육을 받은 의료인보다도 더 다양성을 가지고 유사의료행위자 중에서 치료 능력이 있는 사람을 가려내기 위한 노력을 하는 것이 국가의 의무라고 주장하고 있다.

2010년 7월 29일 헌법재판소¹⁰⁾는 유사의료규제에 대해 최종적으로 합헌 결정에 대하여 의료행위를 의료인에게만 독점시키는 것이 의료인만을 위한 것이 아니고, 국민건강을 보호하기 위한 유일한 선택이기 때문이라는 기존 판례의 입장을 고수한 것이며, 현재의 결정은 의료법은 의료행위의 주체로 의료인만을 인정하며 비의료인에 의한 의료영역으로의 침범을 치료의 결과와는 관계없이 무면허의료행위죄로 보아 구체적인 위험이 환자에게 발생하지 않은 경우에도 처벌한다는 입장이다. 이는 행위의 위험성이라는 행위중심의 판단이기보다는 국가가 허가한 면허증을 소지한 ‘의료인’이라는 자격을 중심으로 한 판단이라고 할 수 있다. 그리고 보완대체요법에 대한 판례의 태도는 국내에서는 보완대체요법에 대해 그 효과에 대한 과학적인 근거가 부족하며, 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위로 보는 시각이 지배적이다. 하지만 1994년부터 2010년까지 의

9) 한국보건산업진흥원, 『외국 및 우리나라의 유사의료 운영실태조사』, 2008, 한국보건산업진흥원 건강증진사업지원단.

10) 하태인, 전계서.

료법(무면허의료행위 금지 조항)에 대한 현재 결정은 모두 6번이었는데, 이전의 5번은 재판관 전원 일치로 합헌 결정이 나온 반면 2010년 7월 29일 결정에서는 재판관 9명 중 5명이 위헌 의견을 냈기 때문에 내용 면에서 이전과는 다르다는 해석이 있고 대체의학계는 사실상 위헌 결정이나 다름없다면서 국회에 관련법 개정을 촉구하는 움직임을 보이고 있다. 이에 대한 개선 방향¹¹⁾¹²⁾에 대한 논의로는 의료계 내에서는 현재의 합헌결정에 찬성하면서도 보완대체의학, 또는 의료유사행위에 대한 연구와 검증을 통해 이를 합법적으로 시행할 수 있는 제도적 보완에 대한 견해를 가지고 있고 양방과 한방 어느 한쪽이 아닌 독립적인 연구기관을 설립하여 안정성과 유효성을 검증해야 한다는 의견이 제기되고 있으나 민간자연의술을 제도화할 경우 필연적으로 의술의 규격화와 형식화를 강요하게 돼 적절치 않고 과학적 검증이라는 논리가 민간 자연의술을 평가하는 도구로서 부적절하다는 반대 의견도 나타나고 있다.

또한 김한나와 김계현(2009)은 제도권 내에서 자격시험이나 면허제도를 두어 양성화될 경우 유사의료행위에 대해 독자적인 지위를 인정할 것인지가 문제될 수 있는데 의료기사법상의 자격을 갖춘 물리치료사 등 의료기사들은 독립된 업소 개설권 없이 의사의 지도, 감독하에 치료보조행위만을 할 수 있음에 반하여 단기간의 사설교육과정을 거친 유사의료행위자들이 독립된 업소 개설권을 갖게 될 경우 형평성 문제와 의료사고의 위험 등이 논란이 될 수 있다. 그래서 일부 의료계에서는 의사에게 감독권을 부여하고 그 지시하에서 일정한 영역의 행위만을 허용하는 방안을 제기하고 있다. 그리고 보건복지부에서는 최근 보완대체의학 중 일부를 제도권으로 흡수하는 문제는 의료체계의 변화와 여러 갈등 요소가 내재되어 있어 신중한 검토가 필요하다는 의견이며 유사의료행위 내지 대체의료를 제도권으로 편입시키기 위해선

11) 김한나·김계현, 전제서.

12) 황대능, 「유사의료행위의 합리적 입법에 관한 연구」, 2009, 연세대학교 보건대학원, 석사논문.

과학적 검증을 하는 체계를 보완해 나갈 필요가 있다는 입장이다.

III. 주요 선진국에서의 보완대체의료 관련 정책

1. 미국의 정책

미국은 1990년대부터 실질적인 보완대체의료(Complementary and Alternative Medicine: CAM)의 이용증가¹³⁾¹⁴⁾를 경험하고 있고, 미국 사람들이 왜 CAM에 관심을 갖고 이용하는 지에 대한 연구들¹⁵⁾¹⁶⁾은 건강증진 및 근골격계 질환 및 만성질환치료에 흔히 사용되고 있음을 밝히고 있다. 동양의학의 신체의 균형, 심신의 상호작용에 근거한 인체에 대한 전인적인 접근과 환자들의 질병관리에 있어 개별화를 지향하고 있는 점은 특히 이들의 관심을 갖게 하는 주요 원인으로 인식되고 있다. 이로 인하여 미국인들이 이용하고 있는 CAM은 매우 이질적 이론 체계를 가진 의학적 진단 치료 방식이나 수많은 개별적 요법으로 구성되어 있으며, 이 중 침(acupuncture), 생약제재 (herbal medicine), 명상(Meditation) 및 요가 등의 건강증진 및 질병관리 부문에서의 효과, 효능 및 안정성에 관하여 국가적인 관심을 갖고 있다.¹⁷⁾ 특히 2002년의 백악관 위원회(White House Commission on Complementary and Alternative Medicine)의 보고서¹⁸⁾

13) Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997 results of a follow-up national survey. JAMA 280:1569-1575, 1998

14) Ni H, Simile C, Hardy AM: Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 National Health Interview Survey. Med Care 40:353-358, 2002.

15) Astin JA: Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA 279:1548-1553, 1998.

16) NCCAM. The use of complementary and alternative medicine in the United States, NCCAM, 2004.

17) NCCAM: Five Year Strategic Plan: 2001-2005. Available at: <http://nccam.nih.gov/about/plans/fiveyear/index.htm>.

는 미국 정부의 CAM에 대한 정책적 방향에 대해 다음과 같이 제안하고 있다. 이 보고서는 운동 증진, 영양 개선, 스트레스 관리 등에 실질적 도움이 될 수 있는 CAM 관련 방법이나 기술을 학생들을 위한 프로그램 개발을 통해 학교 교과과정에 통합시켜 활용할 것을 권고하고 있다. 일반 국민을 위해서는 건강증진 및 관리에 실질적 효과가 있는 침, 요가, 타이치, 명상, 영양요법, 마사지 등을 국가보건의료체계 내에서 활용을 권고하고 있다. 이에 관련된 연구는 미국은 1992년 대체의학기구(Office of Alternative Medicine)가 설립되었고, 이후 미국 국립보건원 산하 기관인 미국보완대체의료연구소(NCCAM)로 발전하였으며, 이 조직에서 관련 연구 대상, 연구 방법론, 훈련, 인프라 개발 및 지원을 이 기관의 주요 업무로 규정하고 있다. 또한 National Institute of Health, National Cancer Center 등은 연구와 기존의 의료인들과의 소통 등을 통하여 CAM에 대한 면허, 연구, 합법화 등에 지원을 하고 있다.¹⁹⁾

2. 영국의 정책

영국은 국가보건의료제도(National Health Service: NHS)하의 일차의료를 통한 환자들의 CAM이용에 있어 접근도가 증대되고 있고, CAM의 이용은 건강상의 이유뿐만 아니라 생활습관 관련해서도 이용하며, 이용의 대부분은 NHS제도권 외에서 이루어지고 있다²⁰⁾. 이로 인한 공중보건학적 논의가 1999년에 있었으며, CAM 제공자에 대한 규제나 요법의 효과 등에 대한 논의가 계속되고 있다²¹⁾. 영국은 공공보건의료부문에서의 CAM은 1988년 일차

18) White House Commission on Complementary and Alternative Medicine. White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, FINAL REPORT, March 2002.

19) Goldstein MS. The Emerging Socioeconomic and Political Support for Alternative Medicine in the United States The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science September 2002 583: 44-63.

20) Thomas K J, Nicholl J P, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population-based survey. Complement Ther Med 2001; 9: 2-11.

의료부문에서의 기존의 의로서비스 이외에 환자 스스로의 교육 모형(education self-help model)과 보완의료모델(complementary health-care model)을 포함한 전인적인 구성요소를 포함한 일차의료 제공에 대한 시범사업을 통한 연구와 평가를 수행한바 있다. 이어 1995년 현재 영국의 일차의료제공자인 일반의(General Practitioner: GP)들이 NHS환자들에게 CAM요법을 제공하고 있으며, 이러한 실태조사 결과는 제한된 범위의 CAM요법이 대다수의 일차의료부문에서 수용되고 있음을 시사하고 있다.²²⁾ 이후 NHS에 의한 근거중심의 CAM요법의 효능성²³⁾ 평가 연구가 1994년에 런던 남동지역의 NHS병원 중심 제공모형을 통한 침(acupuncture), 접골요법(osteopathy), 동종요법(homeopathy)에 대한 시범사업이 실시되어 4년간의 평가가 실시되었다. 또한 지역병원의 외래 환자를 대상으로 침(acupuncture), 접골요법(osteopathy), 동종요법(homeopathy)을 제공여부에 따른 건강수준의 차이를 평가하여 CAM의 질병치료에 대한 효능성 평가도 한바 있다.²⁴⁾

또한 2004년의 만성질환 관리와 건강 및 의료관련 서비스 제공에 있어 NHS의 기능변화를 제시한 “건강증진계획(Health Improvement Plan)”에서도 지역일차의료기관인 일차의료트러스터(Primary Care Trust)의 역할 변화가 중요한 사안으로 대두되었고, PCT는 CAM을 어떻게 NHS의 의료제공체내에서 통합시켜서 지역 주민의 건강을 개선시킬 수 있을지에 관한 실질적인 방안을 제시하고 있다.²⁵⁾²⁶⁾ 특히 CAM의 효과, 안정성, 근거중

21) House of Lords. Science and Technology – Sixth Report. Select Committees Publications on the internet Select Committee Publications.

22) Thomas KJ, Nicholl JP, Fall M. Access to complementary medicine via general practice. Br J Gen Pract. 2001 Jan;51(462):25-30.

23) Richardson J. Developing and evaluating complementary therapy services: Part 1. Establishing service provision through the use of evidence and consensus development. J Altern Complement Med. 2001 Jun;7(3):253-60.

24) Richardson J. Developing and evaluating complementary therapy services: part 2. Examining the effects of treatment on health status. J Altern Complement Med. 2001;7:315-328.

심의 CAM용법 제공, 임상가이드라인, 진료지침 등에 총체적인 거버넌스를 논의하고 있다. 최근 연구에 의하면 영국에서 제공되고 있는 CAM의 59%가 일차의료체계를 통하여 제공되고 있음을 알 수 있다. 또한 영국 NHS에서의 CAM의 역할과 만성질환관리에서의 이용과 그 역할에 대한 연구가 이루어지고 있다.²⁷⁾²⁸⁾ 이를 통하여 지역의 일차의료조직들은 필요에 따라 환자들을 CAM제공기관에 의뢰 시 활용할 수 있는 지침을 제공함으로써, 지역주민 및 환자들이 일부 기관에서만 제공 가능한 CAM 서비스에 보다 더 포괄적으로 접근하기 쉽게 하고 있다. 이와 같이 영국에서 보완대체의료는 광범위하게 이용되고 있으며, 영국의 일반의(General Practitioner)의 50%가 보완의료를 제공하고 있으며²⁹⁾, 스코틀랜드 지역 GP의 3명 중 2명이 약초나 동종요법을 처방하고 있다.³⁰⁾ 이에 영국의 National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)는 그 동안 의료기술을 이용한 질병진단 및 치료에 대한 과학적인 근거를 통한 평가, 비용효과의 평가를 수행하고 있으며, 영국 정부는 향후 대체의료에 대한 연구 및 평가에 있어 서양의학과 동일한 기준을 적용하여 안정성, 효과성, 비용, 삶의 질 증진 등과 같은 측면에서 평가해 나갈 것임을 알 수 있다³¹⁾.

-
- 25) Thomas KJ, Coleman P, Nicholl J. (2003) Trends in access to complementary or alternative medicines (CAMs) via primary care in England: 1995–2001. Results from a follow-up national survey. *Family Practice*; 575–577.
- 26) Jane Wilkinson J, Peters D, Donaldson J. *Clinical Governance for Complementary and Alternative Medicine in Primary Care, Final Report to the Department of Health and the King's Fund* October 2004.
- 27) Wilkinson J, Peters D, Donaldson J. (2004) *Clinical Governance for CAM in Primary Care: Consultation Document*, April 2004. University of Westminster.
- 28) Wilkinson J, Peters D, Donaldson J. (2004) *Clinical Governance for CAM in Primary Care: Report*, April 2004. University of Westminster.
- 29) Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995–2001 results from a follow-up national survey. *Fam Pract* 2003;20:575–7.
- 30) Ross S, Simpson CR, McLay JS. Homoeopathic and herbal prescribing in general practice in Scotland. *Br J Clin Pharmacol* 2006;62:647–52.
- 31) Linda Franck, Cyril Chantler, and Michael Dixon. Should NICE evaluate complementary and alternative medicine? *BMJ*, 2007; 334: 506.

3. 뉴질랜드의 정책

뉴질랜드도 영국과 유사한 의료체계를 운영하고 있으며, 의료공급체계 내외에서 환자나 지역주민들이 광범위한 보완대체의료의 이용이 가능하며 CAM 이용률의 증가를 보이고 있다. 1997년 수행된 뉴질랜드의 소비자 연구소의 서베이 결과는 가장 흔히 이용되고 있는 CAM으로 카이로프랙틱(chiropractic)³²⁾, 생약제재(herbal medicine)와 동종요법(homoeopathy)임을 제시하고 있다. 이러한 요법 중 높은 만족도를 보인 것은 카이로프랙틱, 정골요법(osteopathy), 신념치료요법(faith healing)이었다. 이 연구 보고서에서 연구 대상자들은 대체의료기술자들과 의사들에 대한 동시에 치료를 받고 있으며, 이 중 65%는 의사와 상의하고 있다고 하고 있으며, 의사들은 치료에 도움이 되는 요법으로 침(63%)과 아로마요법(63%)을 지적하고 있으며, 생약(26%) 또는 자연요법(23%)에 대해서는 지지를 하지 않는 경향을 보였다.

이러한 CAM에 대한 사회적 문제에 대응하기 위하여 뉴질랜드 정부는 보완대체의료에 대한 정부위원회(The Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health: MACCAH)³³⁾를 구성하였다. 이 위원회는 2000년에 뉴질랜드 공공보건과 장애에 관한 법에 의거하여 2001년 6월에 설치 운영되고 있어 2004년까지 운영하였다. 관련법에 따라 이 위원회의 주요 업무³⁴⁾가 규정되어 있고, 설립 목적은 CAM관련 공중보

32) <http://www.regboards.co.nz/chiropractic/>.

33) Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health. Complementary and Alternative Medicine Current Policies and Policy Issues in New Zealand and Selected Countries - A Discussion Document. 2003.

34) 가. 보건부에 보완대체의료에 대한 정보 제공 및 자문; 나. 뉴질랜드 건강전략에서의 우선순위분야로 되어 있는 결과지표를 보완대체의료가 어떻게 향상시킬 수 있 지에 대한 자문; 다. 보완대체의료를 사용하고 있는 소비자들에 대한 보호를 위한 수요나 보완대체의료기술자들에 대한 규제에 대한 자문; 라. 보완대체의료요법의 편익, 위험, 비용 등과 같은 소비자 정보 수요에 대한 자문; 마 보완대체의료요법의 안정성 및 효능에 대한 뉴질랜드 근거중심의 연구 개발을 위한 우선순위 파악, 외국의 근거중심의 연구에 대한 검토와 관련 가이드라인 개발 지원; 바. 특정 보완대체의료기술자들이 뉴질랜드

건학적 문제에 대하여 정부에 대한 규제, 소비자 정보 수요, 연구 및 통합과 같은 분야에 대한 자문을 하기 위함이다.³⁵⁾

많은 주민들은 보완대체요법 시술자에 의하지 않고 스스로 보완대체의료 제품을 자가 처방하고 있다. 이들은 약용으로 음식물을 가정에서 사용하거나 슈퍼마켓에서 비타민, 미네랄, 생약제재 등을 구매, 약국에서 관련 제품을 구매를 통하여 자체적으로 이를 사용하고 있다. 종종 가정에서 계승되어 오고 있는 전통적인 지식은 어떠한 상태의 진단과 치료를 위하여 사용되고 있다.³⁶⁾³⁷⁾

보완대체의료시술자의 수를 살펴보면 뉴질랜드에서 허가된 건강시술자 협회(8,500명으로 구성)는 일만 명의 보완대체의료시술자들이 현재 활동하고 있는 것으로 추정하고 있으며 이들은 뉴질랜드에서 보완대체의료서비스를 제공하고 있는 시술자들의 85%를 차지하고 있다고 추정하고 있다.

뉴질랜드의 보완대체의료 구분³⁸⁾³⁹⁾은 5가지로 구분하고 있다: 첫째, 대체의학체제로 아유르베다, 전통 중의학, 태평양지역의 전통치료체계, 동종요법, 자연요법; 둘째, 마음, 육체, 정신 요법으로 최면요법, 리버싱, 영적 치료; 셋째, 생물학에 근거한 치료요법으로 생약제제(herbal medicine), 동종식물 요법, 생물학적 요법; 넷째, 수기 및 신체적인 요법; 마지막으로, 에너지요법이 그것이다.

2000년도 이후 뉴질랜드는 CAM의 활용을 통하여 주류 의료서비스에 어떻게 통합하여 제공할 수 있는 가에 대한 논의를 하고 있으며, 또한 공적 재원조달이 되는 의료 시스템인 주류에 통합되어야 하는지 논란이 있다.⁴⁰⁾

드 의료제공시스템으로 통합되어야 하는지, 어떻게 해야 하는 지에 대한 자문.

35) 이 위원회는 2004년 6월까지 운영을 위한 재정지원을 받았다. 현재 뉴질랜드정부는 관련 정보를 보건부 홈페이지(www.moh.govt.nz)에 그 내용을 공개하고 있다.

36) Marshall R, Gee R, Israel M, Neave D, Edwards F, Dumble J, et al. The use of alternative therapies by auckland general practitioners. N Z Med J 1990:213-5.

37) Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health. Complementary and Alternative Health Care in New Zealand. 2004.

38) www.moh.govt.nz/nzhs.html.

39) <http://www.newhealth.govt.nz/maccah.htm>.

주류 의료 체계에 CAM을 통합하는 공적 정책을 가진 나라는 없고 현재 통합에 이용할 만한 연구나 가이드라인이 없어 이에 대한 실현은 어렵다고 보고 있다. 이러한 실정에도 뉴질랜드에서 CAM 관련 서비스가 공공재원의 지원을 받고 있는 경우도 있다. 우선 뉴질랜드 보건부(The Ministry of Health)에서는 사고보상 청구에 대한 기구인 Accident Compensation Commission (ACC)가 acupuncture, chiropractic, osteopathy와 같은 CAM 서비스에 이용에 대한 지원을 하며, Work and Income New Zealand도 장애인에 대한 비타민, 보조식품, 약초제재, 미네랄의 비용을 지원하는 보험 약관을 갖고 있다. 그러나 이러한 서비스는 등록된 전문인력에 의한 서비스에만 한정되어 있다.⁴¹⁾

이러한 뉴질랜드의 노력들은 결국 CAM서비스를 기존의 의료서비스 제 공체계 내에 통합을 시도하고 있다. 이를 위하여 CAM과 그 제공자들에 대한 규제, 소비자들에 대한 CAM에 대한 정보제공, 연구, 비용효과 분석, 효능에 대한 연구와 병원과 일차의료서비스 제공 시에 CAM의 활용 및 통합에 대한 논의를 계속하고 있음을 알 수 있다. 이러한 뉴질랜드의 보완대체의료 관련 정책을 고려하면 뉴질랜드의 경우도 전 세계적으로 임상시험과 경험들을 이용하여 뉴질랜드 국민들의 건강수준 향상을 위하여 보완대체의료를 활용하고 있음을 알 수 있다.

4. 호주의 정책

호주 국민의 약 50%가 CAM을 이용하고 있으며, 호주는 2000년 이후 CAM에 대한 지출과 이용량의 지속적 증가를 경험하고 있다.⁴²⁾⁴³⁾⁴⁴⁾ 이는

40) Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health (MACCAH). 2002. First Annual Report to the Minister of Health. Wellington. June 2002. Wellington: Ministry of Health.

41) [www.workandincome.govt.nz/manuals_and_procedures/income_support/extra_help/disability_allowance /index.htm](http://www.workandincome.govt.nz/manuals_and_procedures/income_support/extra_help/disability_allowance/index.htm).

42) MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. The escalating cost and prevalence of alternative

호주에서의 보완대체의료 시장이 확대됨을 의미한다. 그 제공에 있어 공공 의료영역에서는 서비스가 제공되고 있지 않다. 중의학의 경우 아직도 호주의 메디케어의 급여대상은 아니며, 국민상호건강보험과 같은 민간보험에서 이를 급여대상으로 하고 있다. 그럼에도 불구하고, 민간 영역에서 보완대체의료시장이 매우 커지고 있다.

호주의 의료전달체계에서 영국과 마찬가지로 GP들의 역할이 매우 크며, 이들 중 약 90%가 환자에게 CAM(herbal medicine, homoeopathy, naturopathy and aromatherapy)을 이용할 수 있게 권고 하였으며, 이들 스스로도 처방하거나 직접 제공하거나 본인이 이용하고 있는 CAM도 있으며, 명상, 침, 마사지 등이 그것이다.⁴⁵⁾ 이러한 이용의 확대에 따라 호주 정부는 보완의학에 대한 전문위원회(The Expert Committee on Complementary Medicines in the Australian Health System)를 설립하였고, 이 위원회는 CAM 규제를 개선하기 위한 49개의 권고안을 제시하였고, 이를 정부에서 받아들여 현재 시행 중에 있다.⁴⁶⁾ 이에 따라 호주는 CAM 관련 연구에 대한 요구도 증대되고 있다. 그러나 호주는 관련 연구에 대한 연구비를 지원이나 배정에 어려움이 따르고 있다. 그 원인 중의 하나는 우선 관련 산업체에서 연구비에 대한 지출보다는 마케팅에 대한 지출을 하고 있으며, 그 원인으로 연구 자체의 특성인 불확실성이나, 연구를 통하여 지금 생산되고 시장에 공급하고 있는 약초관련 그들의 지적 재산권이 침해된다거나, 연구결과에서 만약 관련 제품의 부작용

medicine. *Prev Med* 2002; 35: 166-173.

43) MacLennan AH, Myers SP and Taylor AW. The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. 2006. *MJA*, 184(1):27-31.

44) Bensoussan A, Myers SP, Wu SM, O'Connor K. Naturopathic and western herbal medicine practice in Australia — a workforce survey. *Complement Ther Med* 2004; 12: 17-27.

45) Pirota MV, Cohen MV, Kotsirilos V, Farish SJ, 2000. Complementary therapies: have they become accepted in general practice? *Medical Journal of Australia*, 172, 105-109.

46) Expert Committee on Complementary Medicines in the Australian Health System. Complementary medicines in the Australian health system. Report to the Parliamentary Secretary to the Minister for Health and Ageing. Canberra: Commonwealth of Australia, 2003.

이 밝혀질 경우 이에 대한 대비에 있어 취약하기 때문이다. 다음으로는 연방 정부의 연구지원기관들(NHMRC and the Australian Research Council)이 CAM 연구에 대한 최선의 방법이 무엇이며, 기존의 의학과 관련하여 어떻게 연구 우선순위를 설정할 것인가 등과 같은 부문에서 알려진 것이 적어 연구비 지원에 소극적이기 때문이다.⁴⁷⁾

호주정부의 의료부문에서의 CAM 이용의 증가로 인하여 관련 정책 개발과 체계적 제도적 접근을 도모하고 있다. 보완대체약제에 대한 규제에 있어 호주 정부는 1989년에 'The Therapeutic Goods Act 1989'를 제정하여 1991년에 법을 시행하였다.⁴⁸⁾ 이후 1995년 8월에 빅토리아 주 정부는 CAM서비스 제공과 관련 제도 마련에 관심을 처음으로 갖기 시작하여 1996년에 『안전한 선택을 향하여』라는 백서를 발간하였고, 1998년 8월에 등록 시스템을 도입하였다. 이후 200년 5월 빅토리아 주 의회에서 등록법안이 승인되었고, 2002년에 실질적인 등록절차가 시작되었다.

호주는 다른 국가와 달리 중의학이 도입된 지 매우 오래되었고 많은 환자나 일반인들이 이용하고 있어 정통의료인의 이에 대한 이해를 높이는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다. 그러나 호주 의과대학에서의 CAM관련 교육은 호주의 교육당국이 단일화된 안이나 권고도 하지 않고, 각 학교의 자율에 맡겨놓고 있다.⁴⁹⁾

중의사에 대한 규제는 어떠한가, 한마디로 해서 이들의 시술에 대한 규제를 하고 있다. 즉, 중의학 시술자들에 대한 규제로 중의사라는 의료 전문가 명칭 사용에 대한 규제를 통하여 제공자들에 대한 규제를 하고 있다.⁵⁰⁾

47) Bensoussan A.and Lewith G. Complementary medicine research in Australia: a strategy for the future. MJA 2004; 181 (6): 331-333.

48) Expert Committee on Complementary Medicines in the Health System. Complementary Medicines in the Australian Health System. 2003.

49) Lewith GT, Ernst E, Mills S. Complementary medicine must be research led and evidence based [letter]. BMJ 2000; 320: 188.

50) 중의학 대학의 한 예로 시드니의 University of Technology에서는 School of Science(과학대학)에 4년 과정의 중의학 학사과정(Bachelor of Health Science in Traditional Chinese Medicine)을 운영하고 있음. 이는 침과 중의약에 대한 과정임(acupuncture and

그 동안 호주는 보완대체의료부문에 있어, 건강증진관련 프로그램은 민간 부문의 의료기관에서 이용하고 있으며, 관련 연구 자료는 미국, 영국, 독일, 뉴질랜드 등 다양한 국가의 연구결과를 활용하고 있다.

다음으로 호주의 중의학관련 안전성에 대한 주요 논점(질과 안정성)에 대한 내용을 살펴보면 다음과 같다. 호주에서 중의약에 있어 약초제제관련 생산품에 있어 여러 문제가 야기되고 있으며, 건조 약초의 독성 문제가 가장 중점적인 논점이 되고 있다. 호주에는 대부분의 건조 약제는 호주 보완 의약을 위한 규제 지침(Australian Regulatory Guidelines for Complementary Medicines: ARGCM)에 의하여 규제되고 있으며, 이에 의하여 모든 생산품은 치료상품법(therapeutic goods legislation)의 기준을 충족하여야 한다. 또한 호주의 보완의약품평가 위원회(Complementary Medicines Evaluation Committee: CMEC)를 설치·운영하여 치료상품규칙(Therapeutic Goods Regulations: Schedule 14)을 제정하였다. 이를 통하여 연구나 기존 자료를 통하여 규제 대상 보완의약품과 그렇지 않은 것을 구분하고 있다. 이에 따라 호주의 치료제제는 호주 치료상품 등록(Australian Register of Therapeutic Goods: ARTG) 규정에 따라 보완의약의 명단과 등록과정을 명확하고, 투명하게 하고 있다: 이에 따라 평가, 질, 안정성에 대한 것을 가장 중요한 사항으로 규정하고 있다. 이에 대한 관리 기구인 TGA (Therapeutic Goods Administration)는 조직 자체의 제한된 감시 기능으로 인하여 시장에서 시판 중인 CAM의 1% 미만만 감시하고 있다. 대부분의 CAM은 “Listed” (L classification)로 분류되어 이들은 검사 없이, 효능에 대한 입증 없이 허용되어 있다. 이에 반해 “Registered” (R classification) 의약품은 품질, 안전 및 효능에 대한 평가가 되어 있다. 이러한 CAM 시판에 대하여 호주 의료 윤리 위원회의 위원장(The Chairman of the Australian Health Ethics

Chinese herbal medicine). 이 대학은 1996년에 College of Acupuncture로 출발하여 1997년에 UTS College of Traditional Chinese Medicine로 개명함. 또한 석사과정과 박사과정도 운영하고 있음(Master and PhD of Health Science in Traditional Chinese Medicine).

Committee, National Health and Medical Research Council)은 단지 위약 효과만 있는 CAM관련 제품 또는 치료법의 시장 유통이나 홍보에 대한 윤리적 측면의 중대성을 주장을 하며, CAM요법을 제공하거나 권유하는 사람은 효과가 검증되지 않은 점과 잠재적인 위험이 있다는 것을 알려야 하는 윤리적인 책임의 중요성을 강조한 바 있다.⁵¹⁾ 이에 대한 논거로 최근 들어 CAM 요법의 효율성에 대한 근거가 많아지고 있기 때문에 환자들의 이용을 막기보다는 종래의 의학적 접근에 대한 합리적인 대안으로 CAM이 활용될 수 있게 CAM 의료와 중재(CAM medicine or intervention)의 적절한 근거가 제시되어야 하기 때문이다. 또한 CAM을 처방 내지 옹호하는 의사 또는 CAM요법사들은 해당 치료나 요법 관련 재료의 위험성, 발생할 수 있는 가능한 합병증, 합리적인 대안, 그리고 비 치료의 효과를 경우에 따라 환자에게 경고해야 할 법적 의무⁵²⁾의 중요성을 강조하고 있다.

또한 호주의 대체의료이용에 있어 특히 중의학관련 진료의 윤리적인 문제가 제기되고 있으며 그 주요 내용은 다음과 같다. 즉, 호주는 앞서 제시한 바와 같이 중의학 제공자들을 법적으로 인식하고 있으나, 직접적인 서비스 제공에 있어 다음과 같은 윤리적인 문제가 밝혀지고 있다. 우선, 중의학 진료에 있어 중의학 제공자들이 중증 질환의 부적절하고 잘못된 진단을 시행하고 있다. 두 번째, 중의학 진료에 있어 중의학 제공자들이 의학적 진단을 하기에는 자격 미달자가 많다는 점이며, 세 번째로, 재정적인 위해로 중의학 진료를 오직 재정적인 이익을 위해서만 제공하고 있다는 점, 그리고 중증질환 치료에 있어 배상 청구가 많으며, 마지막으로 중의학 진료에 있어 허용되지 않은 약초를 사용하고 있다는 점이다. 이러한 문제는 보완 대체의료에 대하여 허용적인 입장을 취하고 있는 호주 정부의 딜레마라고 할 수 있다.

51) Breen KJ. Ethical issues in the use of complementary medicines. *Climacteric* 2003; 6: 268-272.

52) Mayes G. Does the rising use of complementary and alternative medicine change the rules for informed consent? *Medscape Ob/Gyn Womens Health* 2004; 9(1).

이러한 호주의 보완대체의료부문의 현황을 보면 한의사라는 제도가 정착되어 있는 우리나라와는 다른 경험을 하고 있으나, 공공부문에 있어 건강증진프로그램의 개발과 같은 문제보다는 호주는 대체보완의약 및 그 상품에 대한 질 증대에 더 많은 관심을 두고 있는 것 같다. 마지막으로 호주정부와 학계가 그동안의 경험을 토대로 호주 국민들을 위한 대체보완의약의 안전과 질적 향상을 위한 접근 방안을 살펴보면 다음과 같다: 협력적인 연구; 정부 및 산업 연구 개발 기금 조성; 특허의 사용과 특허 과정; 기업 내 지적 재산권 설정 및 귀적 추적 및 평판을 이용한다.

IV. 영국의 영터리의료(Quackery)와 CAM에 대한 의료 정책 전개과정

영터리치료요법(quackery)은 영국의 경우 초기 근대시기의 영국의 치료의 다각화에 그 기원을 찾을 수 있다. 많은 학자들의 연구결과에서 발표한 바와 같이 19세기부터 의료 전문화를 추구하였다. 이러한 정책은 무자격의료제공자나 검증되지 않는 의학적 시술들이 야기하는 시민들의 생명을 위태롭게 하는 위험으로부터 보호한다는 목적으로 도입되었다.⁵³⁾ 19세기에 새로운 학술단체, 대학, 의학회 등이 유럽과 미국 전역에 걸쳐 설립됨으로 위험한 가짜 약, 생약제재나 치료 등이 제공되는 자유방임적이고 수익성이 높은 시장에서 자격자와 무자격자를 구분하는 긴급한 조사와 같은 중요한 부문으로 법적 대표 기능을 담당하였다.

또 다른 차원에서 보면 미셸 푸코의 문제화 과정(problematization)이라는 개념으로 보면 CAM의 현재 주류의료 체계에서의 역학 확립과정으로 이해할 수도 있다.⁵⁴⁾ 이는 어떠한 동기와 이익이 CAM진료를 규제하려는 방

53) Ahuja, A. (2006). From needles to herbs: The alternative guide. The Times (24 May 2006, Times 2, p. 5). London.

향으로 진행되는지? 또한 영국에서 현대적인 진료가 어떠한 사회적 문제로서 제도화되고 어떠한 수단이 이러한 과정에 사회적으로 움직이는 기전이 그동안 논의되고 있다. 특히 근래에 태동한 CAM이 영국에서 돌팔이 또는 영티리 의료로부터 다시 대중을 보호하는 수단으로 변형되고 왜 CAM 진료 행위에 대하여 허용되며, 그 이용이 증가되고 있는가? 이러한 제반 논점에 대한 질문은 결국 영국사회의 경험을 보면 새로운 의학적 다원화 과정에서 논의가 제기되었다.

새로운 의학적인 다변화가 결과적으로 야기되는 것은 CAM진료와 지역 주민들의 CAM요법 이용에 어떻게 관심이 증가되었는지는 결국 앞서 논의한 바와 같이 새로운 의학적 다원주의의 대두는 CAM과 기존 서양의약 간 양분화된 패턴을 사회과학적 내면화를 통해 유사성을 파악해 나아가는 것처럼 그 차이를 감소시키는 방향으로 가는 것은 아니다. 오히려 CAM이 국가보건의료전달체계의 주도적인 의료로 진입되고 있기 때문에 그러한 CAM요법자들은 이런 의학에 서로 상이한 유형의 어떠한 한 종류의 다원주의 내에서 어떤 내적 행위가 완성적이나, 숙련, 비숙련되었는가와 같은 대중이 구분할 수 있는 방향으로 가고 있다. 마치 포터⁵⁵⁾가 주장한 것처럼 19세기 중반에서 후반 사이에 현대의학의 융복합 과정은 차별화된 영티리의료를 초래하였다. 이러한 문제가 영국 사회에 어떠한 부담을 주었고, 의사와 위험한 유사업자에 대한 구분을 어떻게 할지에 대한 방향으로 정책이 개발되고 있음을 알 수 있다.

영국 사회에서 임상의학의 황금기(golden age of biomedicine)는 무한히 지속되지 않았다. 거의 100년간의 우세한 위치를 확보한 후에 정부가 인정한 임상의학전문가들은 전문가, 학술인들, 일반인으로 구성된 운동가들과 같이 잡다한 그룹에 의하여 내외부로부터 공격을 당하고 있음을 자각하

54) Foucault, M. (1977). Discipline and punish: The birth of the prison. Harmondsworth: Penguin.

55) Porter, R. (1989). Health for sale: Quackery in England 1660-1850. Manchester: Manchester University Press.

게 되었다. 이는 Saks⁵⁶⁾에 의하여 의학 반대문화의 출현으로 기술되는 상태에 이르게 되었다.

사실 1970년 후반까지 많은 선진국에서 얼마나 많은 사람들이 실제로 의료를 공인되고 인정된 기존의 공급원으로부터 도움을 구하는지와 같은 의문이 제기되었다. 1981년 네덜란드 정부의 대체의료체계에 대한 위원회(the Commission on Alternative Systems of Medicine)는 결론 내리기를 일반대중들의 여론은 더 이상 임상의학의 독점하에 있지 않다는 것이다. 그렇게 규정된 법은 환자나 장애인들이 법적 제공이 공인되지 않은 사람으로부터 도움을 구함으로써 하루에 수천 번 어겨지고 있다고 볼 수 있다.⁵⁷⁾ 그 이후로 선진국 전역에 걸쳐 CAM 이용의 증가에 대한 국가적 청문회, 공적조사, 위원회 조사에서 그러한 질문은 계속되고 있다. 그 이후 영국 사회에서 osteopaths와 chiropractors는 1993년, 1994년에 의회 법률에 의하여 법적으로 인정받았으며, 최근 침요법사(acupuncturist)와 약초요법사(herbalists)도 유사한 과정을 밟고 있다. 덴마크(1983), 스웨덴(1984), 호주(1986), 프랑스(1986), 미국(1993), 노르웨이(1998), 미국 백악관 CAM위원회 보고서(2002), 뉴질랜드(2004) 20세기에서는 후반의 수십 년간 외변, 주변 또는 엉터리(가짜) 요법으로까지 간주된 전체적인 요법들⁵⁸⁾⁵⁹⁾은 이후 대체의료, 자연요법으로 최근 들어 이후에 보완요법으로 불리고 있다.

1986년 영국의학회(British Medical Association: BMA)는 한 보고서에서 보완의학에 대한 증가되는 관심에 대하여 지나가는 한때의 유행이라고 과소평가하였다. 그들 자신들의 의무는 어떠한 대체요법제공자들에 의한

56) Saks, M. P. (2003). *Orthodox and alternative medicine*. London: Sage.

57) The Netherlands Ministry of Health. (1981). *Alternative medicine in the Netherlands: Summary of the report of the Commission for Alternative Systems of Medicine*. The Hague: Staatsuitgeverij.

58) Bynum & porter (1987) In: W.F. Bynum and R. Porter, Editors, *Medical fringe & medical orthodoxy 1750-1850*, Croom Helm, London; Sydney; Wolfeboro, N.H. 1987.

59) Inglis B. Inglis, *Fringe medicine*, Faber & Faber, London. 1964.

상담은 손상의 위험이 수반됨을 경고하고 있다.⁶⁰⁾ 이 보고서는 답답한 논쟁 대신에 오히려 영국에서 새로운 의료다원론('new medical pluralism')에 대한 공식적인 규제규정에 대한 길을 터주는 토론, 법안, 법규발의의 촉매제역할을 하였다.

동종요법사(homoeopathy), 아로마요법사(romatherapy)와 자연요법사(naturopathy)와 같은 타 요법 제공자들을 대변하는 다양하고 분절된 조직이 단일 직업으로 통합하는 과정을 밟고 있다. 영국에서 주류 CAM으로 이러한 움직임의 잠정적 결론으로, 2000년 11월에 과학기술 상원 최고 위원회는 보완대체의학에 대한 자신들의 보고서를 발간하였다. 이 보고서는 현재 토론되고 있는 일련의 권고안을 제시하였다. 과학 기술에 대한 위원회(the House of Lords Select Committee on Science and Technology)에서 '대중은 무능력하고 위험한 CAM 제공자들로부터 대중을 보호되도록 보장'되어야 함을 촉구한바 있다.⁶¹⁾

영국 사회의 보완대체의학에 대한 분류체계는 House of Lords Select Committee, The Times' star-rating of a range of therapies, the Prince of Wales's Foundation for Integrated Health (PWFH)에 의하여 CAM요법을 과학적으로 확립된 근거를 중심으로 순위를 매기고 있다. 이를 통하여 지역 주민들에게 알리고 중요한 수단으로 활용하고 있다. 이러한 사회적 변화는 결국 과거에는 사용에 있어 부정적이었던 다양한 CAM 요법들이 영국의 국가보건의료체계로 도입되고 있음을 알 수 있고, 이에 따라 각각 요법 제공자들은 점차적으로 의학의 다원적 의학 형태 내에서 제공 능력이 있는지 없는지에 대하여 대중들이 구분할 수 있도록 도움을 주기를 요청받고 있음⁶²⁾을 시사한다.

60) BMA. (1986). *Alternative therapy*. London: British Medical Association.

61) House of Lords (2000) *House of Lords, Complementary and alternative medicine*, Stationery Office, London (2000).

62) Cant, S., & Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London:UCL Press.

V. 고찰 및 결론

20세기의 현대의학의 급속한 발전은 환자나 일반주민들이 최첨단 의료 기술과 전문화된 의료서비스의 이용을 할 수 있게 되었으나, 정통적 의료 제공자로 자리 매김한 전문인력들이 받는 교육, 훈련을 받지 않고도 질병이나 건강관리 관련 기술과 지식이 있다고 주장하고, 실질적으로 제공하는 인적그룹이 증가되고 있다. 이로 인하여 사회적 갈등과 의료전문가와 유사 의료업자 간의 갈등, 관련 이해 당사자들의 개입 등으로 국가적인 정책방향을 수립을 요구받고 있다. 그러나 유사의료로 인한 우리 사회가 경험하고 있는 논쟁과 문제나 그 현상을 어떻게 이해해야 하는지조차 어려운 사항이다. 이러한 국면에서 이 연구는 유사의료/보완대체의료에 대한 의료정책적 분석을 통해 관련 문제나 현상을 이해하여 우리나라의 당면한 문제에 대한 정책방향에 주는 함의를 제시하고자 하였다.

앞서 제시한 바와 같이 우리나라와 같은 양방-한방 이원화체계하에서 우리나라는 선진국에 비하여 훨씬 복잡한 양상을 보이고 있다. 우리나라에서도 유사의료업에 대한 제도적 개선에 대한 요구가 있어 왔으나, 대부분 법적 측면에서의 접근이 대부분이었다. 앞서 소개한 관련 연구결과에서 보는 바와 같이 지난 수세기 동안 유사의료 내지 CAM요법의 이용이 증가되고 있으며, 환자 및 지역 주민들의 관심이 증대되고 있음을 알 수 있다. 우리나라의 유사의료에 대한 논의 과정과 선진국의 보완대체의료관련 정책적 함의는 다음과 같이 몇 가지로 요약될 수 있다.

우선 각국에 있어 무면허시술자, 영터리의료시술자에 의해 제공되는 요법에 대한 이용은 해당 국가의 주민들에 의하여 이용되었고, 이로 인하여 사회적 문제가 야기되었음을 알 수 있다. 둘째, 이에 대한 국가적인 대응으로는 관련 제도나 정책 수립을 통하여 면허자와 무면허자로 구분하여 무면허시술, 영터리의료시술에 대한 시장접근성이나 환자들의 이용을 제한하고 있다. 셋째, 영국의 경우 의사협회에 이에 대한 공식적인 대응은 오히려 사

회적 논쟁을 일으켰고, 이에 대한 제도화에 대한 문제를 알 수 있다. 넷째, 각국은 국가 중심의 정책수립 부서에서 상당히 무게를 두는 방향으로 연구 보고서를 내고 있다. 다섯째, 비면허시술자, 영터리의료시술자는 의료제도 발전과정에서 보완대체의료로 발전되고 있음을 알 수 있고, 주로 의료체제로 도입되고 있음을 알 수 있다. 여섯째, 사회적 부담을 줄이기 위한 제도적 접근을 하고 있으며, 이들도 결국 단일의료전문가 군으로 서비스 bundle화 과정으로 발전되고 있다. 일곱째, CAM이용에 대한 정책에 있어, 규제 중심보다는 실용적인 측면에서 관련 연구를 통하여 주민들의 요구를 수용하는 방향으로 정책을 수립하고 있음을 볼 수 있다. 여덟째, CAM서비스를 기존의 의료서비스 제공체계 내에 통합을 시도하고 있다. 이는 미국, 영국, 호주, 뉴질랜드 모두에서 공공보건의료체계에서, 특히 건강증진부문에서의 활용을 시도하고 있다. 마지막으로 각국들은 의료기술을 이용한 질병진단 및 치료에 대한 과학적인 근거를 통한 평가, 비용효과의 평가를 수행하고 있으며, 대체의료에 대한 연구 및 평가에 있어 서양의학과 동일한 기준을 적용하여 안정성, 효과성, 비용, 삶의 질 증진 등과 같은 측면에서 평가해 나가고 있음을 알 수 있다.

이러한 선진국의 경험이 우리나라에는 유사의료행위나 대체의료부문에 대한 정책에 어떠한 함의를 주고 있을까? 우리나라도 보건의료 서비스에 대한 다양한 욕구(needs)와 인식이 증대되고 있어, 이를 정책 결정 과정에 반영되어야 한다. 보완대체의료관련 이해집단(Stakeholder) 특성과 이들의 인식은 결국 의료시장에서 개인적인 경험이나 믿음, 인식 등에 영향을 받게 되어 지고 있다. 이러한 상황은 정책 결정 과정에서 보건의료 서비스 관련 Stakeholder의 입장을 반영하기 위해서는 이들을 둘러싼 상황에 대한 인식이 필요하며, 이는 보건의료 이용 행태나 의료시장에 대한 재정의가 필요하다.

따라서 유사의료나 보완대체의료정책의 선택과 그 과제에 대한 논의를 위해 먼저 우리나라 보건의료 시장에서의 현황을 분석하고, 이러한 상황적

맥락하에서 정책이 선택되어야 할 것이다. 우리나라에서의 유사의료나 보완대체의료정책은 양-한방의료로 이원화된 상황하에서 양방의료의 ‘과학성’에 의존할 수밖에 없는 것이 현실이다. 이는 인간의 건강과 질병의 원인을 분자 수준에까지 세분화시키는 환원주의적인 서양의학의 관점을 이에 적용시키는 것이라고 볼 수 있다. 서구에서 최근 보완대체의학에 대한 정부규제를 강화하고, 합법적 범위에서 이루어지는 보완대체의료에 대한 전문직화 과정이 확대되면서 제기되는 문제 역시 이와 같은 맥락에서 접근되고 있음을 보이고 있다. 또한 관련 제공자들도 단일의 조직아래 통합하거나 단일 직업군으로의 변화를 도모하고 있다. 또한 유사의료행위에 있어 간과하지 말아야 하는 것은 외국의 제도 발전에서 강조된 바와 같이 안정성에 관한 것으로, 시술의 부작용이나 부절절한 상담으로 치료시기를 놓치므로 인한 추가적인 의료비나 사회적 부담을 누가 지는가에 대해서도 심도 있게 고려되어야 할 것이다.

또한 외국에서의 보완대체의학의 주류의료공급 체계로의 진입이나 우리나라에서 현재 논의 중인 한의약의료와 같이 과학적 검증절차를 요구 받는 것과 같이 유사의료나 그 제공자의 경우도 유효성, 안전성 등에 대한 절차를 통한 제도권 진입과정에서 모두에 지적한 바와 같이 환자와 지역주민들의 관심을 끌고, 그들에 의한 이용률이 증대의 원인이 되는 ‘본질적 측면에서의 유사의료나 CAM의 정체성’을 직시하고, 이를 의료체계 내에서 공급을 위한 일대 개혁이 필요하며, 지나친 정치적, 법률적인 판단보다는 한 사회 내에서 유사의료나 CAM에 대한 Foucault나 Saks의 견해를 살펴보고, 또다시 소비자의 수요나 이러한 유사의료/CAM이 제기되는 본질을 파악하지 못한 영국 BMA의 경험을 되새겨 봐야 할 것이다.

주제어 : 보완대체의료, 유사의료, 의료정책

[참 고 문 헌]

I. 국내문헌

- 김한나, 김계현. 의료정책연구소. 유사의료행위에 관한 법적 문제와 개선방안. 2009. 의료정책연구소.
- 하태인. 무면허 의료행위 형사처벌의 타당성. 2010. 법학연구, 51(3):187-220.
- 한국보건산업진흥원. 외국 및 우리나라의 유사의료 운영실태조사. 2008. 한국 보건산업진흥원 건강증진사업지원단.
- 황대능, 유사의료행위의 합리적 입법에 관한 연구. 2009. 연세대학교 보건대학원, 석사논문.

II. 외국문헌

1. 단행본

- BMA. Alternative therapy. London: British Medical Association. 1986.
- Chua, S.A., Furnham, A. Attitudes and beliefs towards complementary and alternative medicine (CAM): A cross-cultural approach comparing Singapore and the United Kingdom. 2008 Complementary Therapies in Medicine(in press).
- Expert Committee on Complementary Medicines in the Health System. Complementary Medicines in the Australian Health System. 2003.
- Foucault, M. Discipline and punish: The birth of the prison. Harmondsworth: Penguin, 1977.
- House of Lords. Science and Technology-Sixth Report. Select Committees Publications on the internet Select Committee Publications.
- House of Lords. House of Lords, Complementary and alternative medicine, Stationery Office, London. 2000.
- Inglis B. Inglis, Fringe medicine, Faber & Faber, London. 1964.
- Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health. Complementary and Alternative Medicine Current Policies and Policy

- Issues in New Zealand and Selected Countries—A Discussion Document. 2003.
- NCCAM. The use of complementary and alternative medicine in the United States, NCCAM, 2004.
- Porter, R. Health for sale: Quackery in England 1660-1850. Manchester: Manchester University Press. 1989.
- Saks, M. P. Orthodox and alternative medicine. London: Sage.
- Rakel D. Integrative medicine, Saunders, 2003.
- Wilkinson J, Peters D, Donaldson J. Clinical Governance for CAM in Primary Care: Consultation Document, April 2004. University of Westminster. 2004.
- White House Commission on Complementary and Alternative Medicine. White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, FINAL REPORT, March 2002.

2. 논문

- Bynum & Porter. In: W.F. Bynum and R. Porter, Editors, Medical fringe & medical orthodoxy 1750-1850, Croom Helm, London; Sydney; Wolfeboro, N.H. 1987.
- Bensoussan A, Lewith G. Complementary medicine research in Australia: a strategy for the future. MJA 2004;180(6):331-333.
- Bensoussan A, Myers SP, Wu SM, O'Connor K. Naturopathic and western herbal medicine practice in Australia—a workforce survey. Complement Ther Med 2004;12:17-27.
- Gundling K. When did I become an “allopath.” Arch Intern Med 1998;158: 2185-2186.
- Eisenberg D, Davis R, Ettner S, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. JAMA 1998;280:1569-1575.
- Lewith GT, Ernst E, Mills S. Complementary medicine must be research led

- and evidence based [letter]. *BMJ* 2000;320:188
- Linda Franck, Cyril Chantler, and Michael Dixon. Should NICE evaluate complementary and alternative medicine? *BMJ* 2007;334:506.
- Ross S, Simpson CR, McLay JS. Homoeopathic and herbal prescribing in general practice in Scotland. *Br J Clin Pharmacol* 2006;62:647-52.
- MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Prev Med* 2002;35:166-173.
- Mayes G. Does the rising use of complementary and alternative medicine change the rules for informed consent? *Medscape OB/Gyn Womens Health* 2004; 9(1): <http://www.medscape.com/viewarticle/481399>
- Ni H, Simile C, & Hardy A.M. Utilization of Complementary and Alternative Medicine by United States Adults Results From the 1999 National Health Interview Survey, *MEDICAL CARE* 2002;40(4):353-358.
- Pirotta MV, Cohen MV, Kotsirilos V, Farish SJ, 2000. Complementary therapies: have they become accepted in general practice? *Medical Journal of Australia* 172, 105-109.
- Richardson J. Developing and evaluating complementary therapy services: Part 1. Establishing service provision through the use of evidence and consensus development. *J Altern Complement Med* 2001;7(3):253-60.
- Richardson J. Developing and evaluating complementary therapy services: part 2. Examining the effects of treatment on health status. *J Altern Complement Med* 2001;7:315-328.
- Thomas KJ, Nicholl JP, Fall M. Access to complementary medicine via general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51(462):25-30.
- Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001 results from a follow-up national survey. *Fam Pract* 2003;20:575-7.
- Wahlberg A. A quackery with a difference—New medical pluralism and the problem of ‘dangerous practitioners’ in the United Kingdom. *Social Science & Medicine* 2007;65:2307-316.

3. 기타

Ahuja, A. (2006). From needles to herbs: The alternative guide. The Times (24 May 2006, Times 2, p. 5). London.

III. 인터넷 사이트

[www.workandincome.govt.nz/manuals_and_procedures/income_support/extra_help/disability_allowance /index.htm](http://www.workandincome.govt.nz/manuals_and_procedures/income_support/extra_help/disability_allowance/index.htm)

<http://www.regboards.co.nz/chiropractic/>

<http://www.newhealth.govt.nz/maccah.htm>.

A Critical Review on Complementary and Alternative Medicine/Pseudo-medicine/Quackery: Implication on Health Policy.

Dongwoon Han^{1,2,3} · Jung Hye Hwang^{2,3}

*Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine¹,
Department of Obstetric & Gynecology, Hanyang University College of Medicine²,
The Institute of Healthcare Management, Hanyang University³*

=ABSTRACT=

Nowadays, it is surely the quack which stands as one of the most controversial, problematic. the quack has been a consistent target of contested public protection strategies in the past few centuries in many countries. Recently, complementary and alternative medicine (CAM) is increasingly utilized and accepted by patients and providers throughout the health care system in the world, most accounts attribute this growing acceptability to the shortcomings of conventional medicine, the appeal of CAM's core beliefs, and the growing body of research indicating that CAM actually works. However, the governments of western countries have called for measures to ensure that the public are protected from incompetent and dangerous practitioners. Common to these controversies has been a suggestion to ban, exclude or limit the medical practice of those deemed to be damaging rather than improving the health of individuals as a measure of public protection. This article describes the experiences of western countries' health care system which is moving in a more pluralistic direction. By examining the ways in which regulatory efforts in the countries have come to address what is invariably described as a growing interest in CAM, this study show how the problem of CAM/quackery today is increasingly located in an ethical field of practitioner competency, qual-

ifications, conduct, responsibility and personal professional development, regardless of the form of therapy in question. Many countries developed a series of measures and strategies to contain the acceptance of CAM groups, such as insisting on scientific evidence of safety and efficacy, resisting integration of CAM with conventional medicine and opposing government support for research and education. In a sense, those countries' movements serve to protect not only patients, but the dominant position of medicine and its allied professions, and to maintain existing jurisdictional boundaries within the healthcare system. The popular support for CAM will require that health professional stakeholders continue to address the challenges this poses, and at the same time protect their position at healthcare system. To cope with the quack, professional body, public sector and health authorities should consider the safety of consumers of healthcare and responding to the demands of the community for CAM therapies as well as the claims of the established healthcare professions. Finally, some implications for future health care were suggested.

Keyword : Health Policy, Complementary and Alternative Medicine, Pseudo-medicine/Health quackery

지정토론문

유사의료행위·대체의료행위 등에 관한 법정책적 쟁점의 검토

문 현 호*

교수님께서 유사의료에 대하여 좋은 내용을 제시해 주셔서, 저로서는 많은 공부가 되었습니다.

이하에서는, 제가 발표내용을 접하면서 느꼈던 생각에 대한 의견을 묻거나, 보충설명을 듣기 원하는 사항들에 대하여 몇 가지 말씀드리는 방식으로 지정토론을 하고자 합니다.

I. 선진국의 정책에 관하여

가. 발표문 제133면을 보면, 영국에서 대체요법제공자들이 법적으로 인정받고, 타 요법 제공자들을 대변하는 다양하고 분절된 조직이 단일직업으로 통합하는 과정을 밟고 있다고 하였고, 발표문 제135면에서는, 단일의료 전문가 군으로 서비스 bundle화 과정으로 발전되고 있다고 하셨습니다.

우선 단일직업 내지 단일의료전문가 군이 어떤 것인지 궁금합니다.

그리고 대체의료의 유형 및 범위가 다양한데, 하나의 자격으로 통합한다는 것인지, 여러 종류의 자격을 만들고 있다는 것인지, 그 구체적 의미를 설명해주시면 감사하겠습니다.

나. 발표문 제135면을 보면, 각국이 대체보완의료에 관하여 규제보다 주

* 대법원 재판연구관

민들의 요구를 수용하는 방향으로 정책을 수립하고 있다고 하시는 한편, 대체보완의료를 기존의 의료서비스 제공체계 내에 통합을 시도하고 있다고 하셨습니다. 기존의 의료서비스 제공체계 내에 통합을 한다는 것의 구체적 의미가 어떤 것인지 알고 싶습니다(만약 새로운 자격제도를 도입하는 것이라면 기존의 의료서비스 제공체계 내에 통합한다고 말하기 어려울 것이고, 기존의 의료관련 자격자만이 할 수 있도록 하는 것이라면, 규제를 완화한다는 것과 상충되는 것 같습니다). 만약 새로운 자격제도를 도입하는 것이라면 새로운 자격제도에서 예정한 의료행위와 유사하지만 동일하지 않는 또 다른 유사, 대체의료는 어떻게 취급해야 하는지 궁금합니다.

II. 우리나라의 정책에 관하여

유사의료행위, 대체보건의료행위에 대하여 어떤 정책을 채택할 것인가 이 발표문의 주제로 생각됩니다.

1. 구체적 의료정책의 내용 관련

발표문 결론부분에서, 선진국의 경험에 비추어 정책결정 과정에서 보건 의료서비스에 대한 다양한 욕구를 반영하여야 한다는 추상적 내용을 말씀해 주셨는데, 다양한 욕구를 반영하기 위하여 어떤 보건의료정책을 채택해야 하는지 구체적 내용을 말씀해 주시면 감사하겠습니다.

2. 의료행위의 재정의 관련

발표문 결론 부분에서, 보건의료이용행태나 의료시장에 대한 재정의가 필요하다고 하였습니다.

제 생각에도 실제 의료정책 및 해당 법적용 과정에서는 의료행위의 범위

및 한계를 명확히 하는 게 중요할 것으로 생각합니다.

그런데 의료시장의 정의와 관련하여 유사의료행위, 대체보완 의료행위의 개념 내지 범위가 모호한 것 같은데, 무면허의료행위의 금지와 관련하여 의료행위(의료시장)를 어떻게 정의하여야 하는지, 즉 유사의료행위, 대체보완의료행위와 구별되는 특징, 차이점이 무엇인지 구체적으로 말씀해 주시면 감사하겠습니다. 만약 양-한방 의료로 이원화된 특수성이 중요하다면, 그 특수성을 구체적으로 어떤 방식으로 반영해야 하는지도 말씀해 주시기 바랍니다(보건의료이용행태에 대한 재정의는 어떤 의미인지도 설명 해주시면 감사하겠습니다).

III. 기 타

이상, 두서없이, 제 나름대로의 생각을 말씀을 드렸습시다만, 혹시 저의 부족함으로 기본을 잘못 알고 있거나 잘못 생각한 점에 대하여는 지적을 해 주시고, 또 이와 관련하여 발표자께서나 참석자 여러분께서 보충하거나 부언 설명하여 주실 것이 있으시면 기탄없이 해 주시기를 부탁드립니다.

감사합니다.