

# 한국의 의료현황과 교회의료의 위상

맹 광 호

〈가톨릭의대 예방의학 교수〉

## 1. 서 론

극히 최근까지도, 그동안 우리나라의 보건의료 수준은 후진국 상태를 면치못해 왔다. 특히 질병의 진단이나 치료 차원의 의료서비스에 있어서는 의료인력이나 시설의 절대수 부족과 지역간 불균형 때문에도 많은 사람이 제대로 혜택을 입지 못해 온 것이 사실이다. 이 같은 사실은 이들 보건의료 수준을 나타내주는 여러가지 국민건강지표들, 예컨대 평균 수명이나 영아사망율등이 선진국 수준에 크게 미치지 못하는 것만 봐도 알 수가 있는 일이다.

우리나라의 경우, 그동안 교회의료를 포함한 민간의료 시설이 전체 국민의료의 80%나 차지할 수 밖에 없었던 이유도 일차적으로 바로 이런 보건의료 수준, 특히 의료 시설수준의 문제와 관련해서 중요한 의미를 갖는다. 그만큼 민간의료, 특히 교회의료는 의료지원면에서 그동안 우리나라의 의료를 실제적으로 이끌어 온 것이 사실이기 때문이다.

그러나 어느시대, 어느 장소를 막론하고 교회의료의 진정한 존재목적과 의의가 단지 이처럼 부족한 의료지원의 조달이나 공공의료와의 기능 분담에만 있지 않다는 것은 두말할 나위도 없는 일이다. 새삼스런일인지 모르지만 교회의료의 진정한 목적은 의료를 통한 복음화에 있다. 공공의료부문의 의료가 확대되고 일반 민간의료의 참여가 많아지는 현실에서도 교회의료가 그 존재가치를 더욱

들어내 보일 수 있고 또 그래야 하는 것도 이런 까닭에서이며 교회의료가 시대적 상황에 따른 위상 정립에 늘 신경써야 하는 것도 바로 이런 이유에서인 것이다.

## 2. 본 론

### 1) 한국의 의료현황

우리나라에 서양의학이 처음 들어온 것은 1884년 미국 개신교 선교의사 호헨스 알랜이 왕실에서 광혜원이라는 조그만 의원을 설립한 때부터라고 할 수 있다. 이를 계기로 1899년에는 관립의학교가 설립되고 여기서 비로소 한인 의사들도 배출되기 시작했다. 그러니까 우리나라에서의 현대적 서양 의료 역사는 불과 100년 정도에 불과한 셈이다. 이 사이 우리나라 의료는 그 질과 양에 있어서 많은 발전을 이룩해 온 것이 사실이다. 특히 1945년 해방이후 불과 4~5년의 미군 군정을 거치는 동안 전염병 예방을 비롯한 각종 보건활동에 있어서 미국의 많은 지식과 경험을 도입했을 뿐아니라 이분야 인력훈련에도 큰 발전이 있었고 6·25는 그 자체 우리 민족에게 큰 불행이었긴 하나 이 시기에 우리나라 의사들이 배우고 익힌 진단, 치료, 특히 외과적 치료 기술은 여간 큰 것이 아니다.

특히 1950년대를 거쳐 60년대를 들어서면서 전국에는 13개 의과대학과 그 부속병원들이 자리를 잡아갔고 이 시기에 많은 의사들이 미국등지에 나가 새로운 의학지식과 기술을 습득해 옴으로써 의

학분야의 발전이 다른 어떤 분야에서 보다 빠르게 서구화 될 수가 있었다.

그러나 문제는 이렇게 축적된 의학지식과 기술들이 이후로 정부의 관심이나 통제능력 부족, 그리고 여러가지 사회경제적 문제로 인해서 국민모두에게 고르게 분배되는 제도로 발전되지를 못함으로써 의료가 일부 도시 중산층 이상의 전유물로 존재해 올 수 밖에 없게 된 일이다. 현재 전체의사 3만여명 가운데 절반 이상과 전체병상 약 9만개중 38%가 서울과 부산 두 도시에만 몰려 있다. 따라서 서울은 인구 1천명 정도에 의사가 1명꼴로 존재하지만 경상북도나 충청북도 같은 곳은 무려 인구 5천명 정도에 의사가 1명 정도인 의료인력 내지 의료시설의 지역간 불균형은 이를 잘 설명해 주고 있는 일이다.

국민의 질병관리를 위한 의료시설이나 인력은 정부 스스로 확보하지 못하는 형편에서 개인이 투자하는 민간차원의 의료가 필요할 수 밖에 없으며 이런 상황에서, 가난한 사람들이 많이 사는 농어촌 지역이나 도시 변두리 지역보다 여유가 있는 사람들이 많이 사는 도시 중심가나 주거지에 의료인력과 시설이 집중되는 일이 조금도 이상할 것이 없다는 말인 것이다. 이런 우리의 의료현실이 크게 개선되는 기미를 보이기 시작하는 계기가 된 것이 바로 1977년 의료보험제도의 출발이다.

의료보험제도의 도입은 무엇보다 국민의 의료 접근도를 크게 향상시키는데 성공을 했다. 돈이 없어 병원을 찾는 경우를 크게 감소시켰다는 얘기다.

그리고 지난해 7월 1일을 기해서는 농어촌 무의 지역에 대한 의료인력과 시설준비를 바탕으로 의료전달체계라는 획기적인 제도를 출범시킴으로써 국민의료의 기본적 해결을 위한 첫 걸음을 시작한 것이다. 작은 병은 의원급에서, 큰 병은 종합병원이나 대학병원급에서 치료받게 함으로써 인력이나 시설을 효율적으로 사용토록하여 의료의 기능분담을 기하고 또 되도록이면 자기 거주지 부근에서 모든 의료문제를 해결하도록 함으로써 의료의 지역화를 달성하자는 것이 그것이다.

물론 이들 현행 의료보험제도와 의료전달체계는 아직도 내용적으로 여러가지 결점과 무리를 내

포하고 있기는 하나 그런대로 의료접근이라는 측면에서 보면 이제 우리도 명실공히 국민의료를 위한 기본적인 준비를 시작한 셈이라고 말할 수가 있는 것이다.

## 2) 한국의 교회의료현황

우리나라의 경우, 기독교의 도입은 가톨릭이 처음 시작된 1784년으로 보지만 역시 의료 활동의 시작은 이보다 100년 뒤인 1884년 미국 개신교 선교사 알랜의 광혜원 설립으로부터 봐야 한다.

물론 가톨릭이 서양문학의 형태로 실학자들의 사이에 연구되고 이어서 종교로 신앙되는 과정에서 가령 정약용이 서양의 중두법을 처음 우리나라에 소개했다든지 박해시대에는 일부 전교 성직자나 평신도 가운데 한방의술과 약제술을 교회의료 차원에서 베푼 일들이 없었던 것이 아니다. 그리고 개신교가 들어오기 전인 1859년에 이미 조선교구 제4대 교구장인 베르너주교에 의해서 고아원 사업의 일환으로 서양식 서약소가 설치된 일도 있으나 이것마저 1886년 박해때 없어지고 더 이상 발전되지 못했던 것이다. 박해시대가 끝나고 우리나라에 진출한 메리놀회나 베네딕도회 같은 몇몇 수도회가 나름대로 의료활동을 시작하기도 했지만 그 수나 규모 또한 개신교의 그것에 비하면 역시 보잘 것이 없는 상태였다. 예컨대 개신교가 150병상이나 되는 종합병원을 설립했던 1904년까지도 가톨릭은 1888년에 한국에 진출한 성바로로 수녀회가 서울과 인천에 간단한 무료 진료소를 하나씩 갖고 있었던 것이 고작이다.

1930년을 전후로 가톨릭도 덕원, 신의주, 연길, 인천, 서울등지에 본격적인 의료시설을 갖추고 이를 좀더 큰 규모의 병원으로 발전시키려는 사이에 2차대전을 맞게 되기도 한다. 따라서 가톨릭 의료의 경우 서울에서만 조금씩 발전해 갈 수 밖에 없었으며, 1936년 성모병원이 증축 개원되면서 오늘날의 가톨릭 의료역사를 시작하게 되는 것이다.

이렇게 해서 본격적인 의료 사업을 시작한 가톨릭은 6·25를 거치면서, 엄청난 발전을 하게 된다. 즉, 지금 전국에 걸쳐 있는 20여개의 종합병원급 의료시설 가운데 15개가 전후에 주로 자선의료할

등을 위해 시작된 것으로서 실제 이 기간동안 가톨릭 의료가 이룩한 성과는 한국의료 역사에서도 매우 중요한 사실로 기록이 되고 있는 정도이다.

이제 역사 34년의 의과대학 1개와 간호대학 1개, 그리고 2개의 간호전문대학등의 의학교육기관을 비롯해서 26개의 종합병원과 24개의 의원 및 진료소, 그리고 많은 특수 복지시설을 운영하고 있는 가톨릭 의료는 명실공히 우리나라 의료에 있어서 중추적인 역할을 담당하고 있는 것이다.

특히, 이들 가톨릭 의료기관이 소유하고 있는 병상수 약 7천개는 전국 병상수의 10%에 가까우며 가톨릭의사수 또한 전국의사의 10%를 넘는 것으로 추정됨으로써 전체 인구에서의 가톨릭 신자비율이 5%정도인 것을 감안해 보면 지금까지 가톨릭 의료가 우리나라 전체 의료에서 담당해온 역할이 얼마나 큰 것이었는지는 능히 짐작이 가고도 남는 일이다.

### 3) 사회보장시대에서의 교회의료의 위상

이렇게 발전해 온 교회의료는 그러나 지금사회보장제도라는 새로운 의료제도와 의료의 고급화추세등에 밀려 전통적 자선진료 성격의 교회의료와 경영압박의 갈등 속에 새로운 문제를 맞아 고민하고 있다. 사회보장제도가 지금 당장 가난한 사람들의 의료문제를 다 해결해 주는 것은 아니지만 그래도 이들 모두 최소한의 의료 혜택을 받을 수 있도록 보장을 하고 있는 이상 굳이 교회병원의 자선 의료활동의 의미를 갖는다고 할 수 있느냐 하는 것과 의료기술의 고급화 내지는 고가화에도 불구하고 최소한의 의료수가밖에 받을 수 없이 보험제도 하에서 경영상 압력을 받아가면서까지 교회가 의료활동을 계속 해야하느냐하는 현실적 고민이 그것이다.

그러나 조금만 깊이 생각해 보면 이 일이 현대세계에서의 교회의료의 역할을 결코 감소시키거나 무의미하게 할 수는 없다는 결론을 얻게 된다. 그것은 우선 교회의료는 어떤 상황에서나 역시 성서적이라는 사실에도 근거하지만 또한 교회의료는 지금도, 아니 앞으로도 여전히 최선의 선교수단이라는 판단에서이다.

국가나 사회가 의료문제를 어느 정도 해결해주지 못함으로써 가난한 사람들의 의료문제를 교회가 해결해 주던 시대에는 분명 자선의료가 가장 좋은 선교의 수단이었듯이 지금은 비인간화된 의료행위나 반생명적 의학기술등에 고통 받는 많은 사람들에게 교회가 가장 인간적이고 생명적인 의료를 베풀으로써 이를 최선의 선교수단으로 삼는 일인 것이다.

그렇게 하자면 첫째로, 교회의료는 역시 그것이 의료선교가 되도록 교회의 가르침, 특히 의료에 대한 교회의 가르침을 올바로 실천해야 한다. 특히 여기서 빼놓을 수 없는 것은 가난한 사람들에 대한 자선적 진료다. 이 경우, 교회의료기관이 겪는 어려움은 교회의료기관 단독으로 보다 교구전체의 참여로 이루어지는 방안이 강구되는 것이 중요하다.

둘째로, 교회의료기관의 운영은 그것 자체가 그리스도교적이어야 한다. 이것은 무엇보다도 운영자 자신들이 먼저 복음적 가치와 실천적 사랑, 높은 책임감, 그리고 충직한 그리스도의 일꾼으로서의 양심과 생명에 대한 존엄성을 가져야 한다는 것을 의미한다.

세째는 원목활동의 강화다. 교회의료기관은 반드시 병원종사자들에 대한 사목활동을 중요한 사업으로 다루어야 한다. 원내미사나 환자방문 및 봉사체, 그리고 각종 상담과 봉사활동이 여기에 속하는 일이다. 물론 규모나 내용은 병원 형편에 따라 달리할 수가 있을 것이며 이웃교회의 사목자나 평신도들과 함께 이런 활동을 하는 것도 큰 효과가 있을 것이다. 특히 가난하고 늙고 외로운 사람들에 대한 집중적인 사목적 도움과 임종환자에 대한 선종봉사활동을 강화하는 것이 좋다.

네째는 의학윤리의 교육과 준수다. 사회변천과 의학기술의 발달에 따른 비윤리적 의료의 성행이 현재도 크게 증가하고 있으며 장차는 더욱 더 빈도와 내용이 확대될 가능성이 많다. 생명창조에 도전하는 일부 유전공학기술 같은 비그리스도적 기술개발과 인공유산이나 생명파괴적 피임기술의 보급, 그리고 적극적 안락사등 반생명적 의학기술은 물론 가정과 결혼의 신성성에 도전하는 각종 인공

수태기술등 앞으로의 의료는 더욱 더 높은 그리스도적 의학윤리의 교육과 그 실천이 필요하게 되었다. 이들 비윤리적 의학기술에 대하여 우리 가톨릭 의료기관들은 더욱 철저한 반대 의사와 함께 세상을 올바르게 이끌도록 기관내 모든 종사자들을 먼저 교육하고 대외적 홍보교육에도 앞장서는 것은 물론 가정과 생명의 존엄성을 높이는 기술개발에도 적극적인 노력을 해야 한다.

끝으로, 교회 의료기관은 의료와 관련된 사회정의에도 민감한 반응을 보여야 한다. 앞서 언급한 비윤리적 생명연구나 사회관행에 관해서는 물론이지만 제2차 바티칸 공의회 정신에 따라 인권을 침해하는 그릇된 법규제등에 대해서도 강력한 반대 의사를 밝힘으로써 이를 저지하는데 앞장서지 않으면 안된다.

### 3. 결 론

1977년 7월에 시작해서 작년 7월 1일을 기해 일단 제도적 시행을 이룩한 우리나라 의료보험 및 의료보호제도, 그리고 전국적인 보건의료망 확충과 함께 역시 작년 7월 1일에 시작한 의료전달체계는 전 국민의 의료접근을 보다 용이하게 해줌으로써 국민 질병관리나 건강증진에 획기적인 전기를 마련했다고 할 수 있다.

그러나 우리나라에서의 이런 국민의료 발전은 거의 전적으로 민간차원의 의료의 참여와 노력에 의해서 가능한 것이었으며 특히 이 일에 있어서 교회 의료의 역할은 지대하다. 교회가 이토록 의료활동에 참여해 온 것은 반드시 국민적 의료문제 해결에

교회가 관여해야 하는 이유에서 이루어진 것은 아니다. 역사적으로 볼 때 교회의 의료활동은 인간이 항상 하느님의 자녀로서 살아갈 수 있도록 하는 참다운 인간적 삶의 보장을 목표로 이루어져 왔다. 따라서 교회의료는 육체적인 질병만을 치료하는 기술로서의 아니라 인간을 총체적으로 돕고 개발하되 그것을 통해 하느님의 복음을 전파하는 미션(mission)으로 존재하는 것을 기본 사명으로 해왔다.

다시 말해서 교회의료는 복음전파를 위한 교회의 한 사업으로 그 존재가치가 현양되어야 한다. 이것은 교회의료의 단지 한개 의료기관의 노력만으로 이루어지기 보다 그 지역교회 전체의 종합된 노력의 산물이어야 한다는 것을 의미한다.

의료보장의 확대는 장차 무료 자선진료의 부담을 어느정도 줄여갈 것이지만 낮은 보험 수가와 고가의 인력 및 장비를 갖추는 일로 인한 경영압박은 계속될 것이다.

따라서 자체 운영 합리화를 강구하는 일도 계속 노력하지 않으면 안된다. 그러나 이런 모든 교회의료에 관한 지속적인 연구와 개발은 기존 의료관리자나 수도자, 성직자 한 두사람의 노력만으로는 되지 않는 일이다. 교회의료에 관한 전방적 연구와 계획추진을 위한 별도의 담당부서 내지는 담당자를 두는 일도 고려되어야 한다.

그렇지 않고는 올바른 교회의료의 항상 필요성과 그 중요성에 대한 인식수준에 머물러 있게 되고 구체적인 사업과 발전적 노력이 불가능할 것이기 때문이다.