

## 한국 사회의 의료혜택 불균형에 관한 윤리적 고찰\*

이상구 (단국대학교 의과대학 교수)

### I. 들어가는 말-한국사회에서 의료혜택의 불균형에 대한 재고

### II. 의료 인력의 불균형

1. 한국사회에서 의료 인력의 수도권 집중화
2. 전공의 편중 지원 현상
3. 전문가적 정체성의 위기와 갈등

### III. 물적 의료자원의 불균형

1. 국민적 의료 서비스 욕구와 기대심리
2. 의료시설의 지역적, 사회적 불균형
3. 의료 자원의 불균형과 이에 따르는 파급효과

### IV. 의료혜택의 불균형을 극복하기 위한 의료 윤리적 접근

1. 의료영역에서의 직업윤리
2. 도덕 원칙과 의료적 결단

### V. 나오는 말

\* 이 연구는 2006학년도 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음.

## I. 들어가는 말-한국사회에서 의료혜택의 불균형에 대한 재고

현재 우리나라는 지속적인 산업화와 근면한 국민성을 바탕으로 눈부신 경제발전을 이루었으며, 꾸준한 성장 속에서 선진국 진입을 목표로 나아가고 있다. 하지만 급격한 경제 성장에도 불구하고 오히려 빈부의 격차 증가, 인구의 수도권 집중화, 산업 자원의 편재

---

### • ABSTRACT •

---

Continuing industrialization and rapid economic rising status bring us to enter leading countries. On the contrary, we might face so many problems associated social imbalances as the gulf between rich and poor, concentration of population to the capital region, and maldistribution of industrial resources. There is no exception to the rule in medical resources. The improvements in economic status can make us to desire for best quality of medical services in various aspects. The high income brackets are seeking for best medical services, so they move to large hospital located in the capital or overseas.

The limitation of national health insurance is now restrict so many people can receive limited medical services. As increasing desire for best medical services, it is natural to grow in supply for medical personnel and resources. But the main problem is imbalance of the medical opportunities. There are increasing the medical cost, concentration to capital region, non-insurance medical activities and overlapping of the investments.

In this paper, I would alert the imbalances in medical personnel and medical resources in Korean society. After that, I would provide the key to solution of the problems associated imbalances. To overcome the possessing personal barrier like individualism and Money, we should return to calling of Protestantism. God blessing and Love can make us reach to Heaven in the world. We should remember the professional ethics and ethical principles govern the medical activities. The ethical judgement should be considered as putting in patient's place and be included biomedical ethics as principle of non-maleficence, justice and utility. The trinity of Lord in the bible is still showing interest in the disadvantaged people, an orphan or widow. We should change the medically imbalance society with warm heart as learned by the bible, we could make each other for the Lord's goodness.

**Key words:** Maldistribution, Imbalance, Medical ethics, Ethical judgement

등 또 다른 경제적 불균형이 사회 속에서 내재되어 도출되고 있다. 환경쓰레기의 지역적 편차, 님비현상과 같은 지역적 이기주의, 어느 지역에 살고 있는지에 따라 경제적 선입견을 갖는 것, 교통 상습 정체 지역과 낙후된 지역 교통의 혼재, 교육의 집중현상과 격차 등 일일이 열거하기도 어려울 정도로 많이 있다. 이러한 불균형은 의료의 영역에서도 예외는 아니다.

경제 수준의 향상에 따라 의료 서비스에 대한 국민적 욕구도 고급화, 다양화됨으로써 의료기관도 경제적 논리에 입각하여 더욱더 대형화, 고급화를 지양하고 있다. 하지만 더

나은 서비스를 원하는 일부 고소득층은 수도권으로 또는 해외로 원정 진료를 받는 경우가 늘어나고 있는 반면에, 건강보험의 재정적 한계로 인하여 제한적 의료서비스제공만이 가능하여 상대적인 박탈감 속에서 진료를 받는 환자들도 많이 있다. 환자들의 다양한 욕구를 충족하기 위하여 우리 사회는 그동안 끊임없이 의료의 인적, 물적 자원을 늘리려고 노력하였으며, 그에 따르는 과잉편중공급이 오히려 또 다른 문제점들을 유발하고 있다. 의료 인력의 증가에 따른 인건비의 상승, 의료 인력 및 의료 이용의 수도권, 대도시 집중화, 비 보험 적용이 가능한 진료로의 편중현상, 의료 장비의 고급화에 따르는 의료비의 상승, 병의원 간의 무한 경쟁 속에서 부익부 빈익빈 현상, 의료기관 유형별 기능의 중복 등 의료의 불균형과 관련하여 야기되어질 수 있는 문제점에 대해서는 고민을 많이 하지 않았던 것이 우리의 현실이었다. 이와 같은 불균형은 한국사회가 더 나은 발전을 이룩하는 데에 장애가 될 뿐만 아니라, “협력하여 선을 이루라”고 말씀하시는 하나님의 가르침에도 어긋나게 행하는 우리들의 모습인 것이다. 따라서 현재 한국 사회에서 논의 되어 질 수 있는 의료의 인적, 물적 불균형과 관련된 여러 가지 문제점을 도출하고 이에 대한 사회 윤리적 해소방안에 대하여 논하고자 한다.

## II. 의료 인력의 불균형

### 1. 한국사회에서 의료 인력의 수도권 집중화

#### 1) 의료 인력의 지역적 불균형

보건의료 인력은 국가의 핵심적인 보건의료자원으로서, 보건의료 인력의 양과 질은 그 국가의 의료수준을 가늠할 수 있는 결정적 기준이 된다. 또한 보건의료 인력은 단기간에 수급을 조절할 수 없기 때문에 잘못된 수급정책은 장기간에 걸쳐 국가의료시스템의 비효율성을 초래할 수 있다. 따라서 의료 인력의 적정수준의 유지는 국민건강권 확보를 위해 필수적이다. 국민소득, 교육수준 및 생활수준이 향상되면서 국민의 건강에 대한 관심이 고조되고, 평균수명의 연장으로 인한 인구의 고령화 추세, 건강보험의 보장성 확대 등으로 의료수요는 계속 증가하고 있기 때문에 이에 대한 적정 서비스의 공급과 확보는 국민 복지 차원에서 필수적인 요소가 된다. 그러나 의료 인력의 과잉공급은 오히려 불필요한 의료이용을 증대시키고, 국민의료비를 증가시키므로 의료 인력 공급에 정부가 일정수준 개입하는 것이 필요하다.

보건의료 인력의 지리적 분포의 문제는 의료이용의 접근성과 관련된 중요한 과제 중의 하나이다. 의료이용의 접근성 문제는 의료서비스의 이용이 용이하도록 의료 인력이나 시설이 가까이 위치해야 함은 물론, 적은 비용으로 효율적으로 서비스가 제공되어야 한다. 또한 의료 인력의 지리적 분포는 결국 의료 인력의 활용성과 연관된 중요한 문제로서, 의료 인력의 지리적 불균형, 직종 간 불균형은 의료 인력의 효율성에 영향을 준다. 2002년 12월 현재, 대한의사협회 전국회원실태 조사보고서에 의하면 서울을 비롯한 5대 광역시 등 대도시의 전문의 분포가 전체의 60%를 상회하는 집중현상을 보이고 있어, 전공의의 수도권 몰림 현상과 마찬가지로 전문의 인력도 수도권 집중현상이 심각한 것으로 나타나고 있다(표 1).

[표 1] 시·도별 의료인력 활동 현황

구분	의사	치과 의사	한의사	약사	조산사	간호사	간호 조무사	물리 치료사	임상 병리사	방사 선사
계	63,201	17,032	12,035	29,876	1,393	89,607	94,660	14,224	14,301	12,950
서울	18,615	5,186	3,279	8,138	262	23,012	23,641	2,638	3,778	3,259
부산	5,345	1,271	950	2,233	285	6,549	8,597	923	1,141	975
대구	3,657	884	725	1,666	57	5,143	4,437	627	1,000	807
인천	2,742	777	500	1,375	44	3,643	4,609	755	569	664
광주	2,290	629	304	948	54	3,810	2,763	431	631	462
대전	2,420	453	419	990	27	2,914	3,607	528	511	465
울산	1,078	292	239	530	25	1,754	1,663	293	272	256
경기	10,618	3,210	2,056	6,062	248	14,119	18,663	2,652	2,107	2,347
강원	1,969	520	358	836	40	3,355	2,738	483	406	395
충북	1,664	357	352	835	26	2,128	3,157	615	400	347
충남	2,064	599	469	1,012	28	2,559	3,867	735	466	457
전북	2,504	668	533	1,161	52	3,506	3,932	748	750	567
전남	2,044	563	413	1,045	79	4,174	3,593	860	592	434
경북	2,568	662	645	1,283	82	6,712	3,828	799	678	641
경남	3,079	803	677	1,465	69	4,991	5,409	948	843	738
제주	554	158	116	297	15	1,238	696	189	157	136

(자료: 보건복지부, 보건통계연감, 2004년 12월 현재, 단위: 명)

이러한 대도시 집중 현상은 작은 도시에서는 상대적으로 인구가 적어 의료의 수요가 크지 않으며, 문화생활 및 교육적 여건이 매우 열악하다는 것과는 무관하지는 않다. 하지만 이러한 현상이 지속된다면 상대적 빈곤층에게는 의료의 보편적 혜택에서조차 소외되고, 이 사회는 점점 사회적 약자에 대한 배려가 적어지는 사회로 탈바꿈할 수도 있다. 우리나라는 보건의료 인력의 지역적 불균형을 해소하기 위해 1980년 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법을 제정<sup>1)</sup>하여 1981년부터 공중보건인력과 보건진료원이 농어촌에 배치되었고, 2004년 말에는 보건지소에 치과과사와 한의사를 포함하여 2,488명이 배치되었고, 보건진료소에는 보건진료원이 1,863명 배치되어 지역 간 보건의료인력 편중현상을 해소하기 위해 노력하고 있다. 하지만 정부의 이러한 노력에도 불구하고 지역별 일반의사와 전문의의 분포비율은 오히려 도시지역에 밀집되어 있는 것으로 나타나고 있으며, 특히 전문의의 경우는 91.6%가 도시지역에 집중되고 있어 불균형은 더욱 심각한 상태이다.<sup>2)</sup>

## 2) 전공의의 수도권 집중화 현상

우리나라의 전문 의료 인력은 의과대학졸업 후 수련병원 및 각 기관에서 전공의(인턴 및 레지던트) 수련과정을 마치고 전문의 시험을 통과하여 배출된다. 따라서 인구에 비례하여 의과대학, 수련병원 및 기관이 지역적으로 균형수급이 되어 있다면 수도권과 지방의 전문 의료 인력의 분배는 적절할 것이다. 실제로 우리나라는 전국적으로 41개 의과대학이 있으며, 그 분포는 지역별로 어느 정도 균형적으로 분포하고 있다(표 2).

- 1) 농어촌 보건의료를 위한 특별법은 보건의료취약지역의 보건의료를 효율적으로 제공하기 위하여 제정되었으며, 공중보건학의 지위와 임무, 관할지역 등을 명시하고 있다.
- 2) 건강보험심사평가원 자료(2003)에 따르면 도시지역에는 일반의 4,628명, 전문의 43,282명이 있고, 읍면단위의 농촌에는 일반의 1,818명, 전문의 3974명이 분포한다고 하였다.

(표 2) 전국 41개 의과대학 지역별 분포현황

권역	소재지	인구수(만)	의과대학 수
수도권	서울특별시	1028	8
	경기	1046	3
	인천광역시	261	2
강원권	강원도	152	4
충청권	대전광역시	145	2
	충청남도	193	3
	충청북도	148	2
경상권	부산광역시	368	4
	대구광역시	252	4
	울산광역시	108	1
	경상남도	314	1
	경상북도	271	1
전라권	광주광역시	140	2
	전라북도	161	3
	전라남도	202	0
제주권	제주도	55	1

(자료: 통계청 및 보건복지부, 보건복지부통계연감, 2004년 현재)

만약 지방 의과대학 출신이 그 지역에서 끝까지 전공의 수련과정을 거치고 전문의로서 봉사를 한다면 인구의 안배에 따르는 의료 인력의 수급은 원활할 것이다. 하지만 우리의 현실은 그렇지 않다. 지역별 전공의(인턴 및 레지던트) 수련병원의 수 분포(표 3)를 보면, 2004년 현재 서울 경기 등 수도권을 중심으로 인턴 수련병원의 40%정도가 수도권에 집중되어 있으며, 인턴 정원도 서울지역이 45.3%의 정원을 책정 받고 있어 중심의 인력 수급이 이루어지고 있음을 알 수 있다.

(표 3) 지역별 전공의 수련병원의 수

지역	인턴			레지던트		
	수련병원 수	인턴 정원	확보율(%)	수련병원 수	레지던트 정원	확보율(%)
서울특별시	45	1695	99.6	59	1382	100
경기도	30	348	93.4	34	462	85.2
인천광역시	8	131	88.5	6	136	80.9
강원도	10	93	89.2	11	97	65.0
충청북도	7	57	91.2	7	57	68.4
충청남도	9	93	89.2	6	76	92.5
대전광역시	6	139	89.2	8	145	79.3
경상북도	16	91	56.0	10	48	62.5
경상남도	9	88	93.2	9	74	78.4
부산광역시	22	371	80.6	27	298	93.3
대구광역시	13	258	96.1	14	242	93.8
울산광역시	3	20	40.0	3	34	26.5
전라북도	7	132	83.3	10	122	95.9
전라남도	14	49	93.7	6	16	56.3
광주광역시	7	163	92.0	8	139	97.1
제주도	6	12	83.3	6	19	0

(자료: 2004년도 병원협회 통계)

이러한 수도권 및 대도시로의 몰림 현상은 매년 증가하는 추세에 있으며, 지방의대 출신 지원자들이 수도권으로 진출함에 따라 해당 지역의 인력난은 물론 지역의 수련프로그램이 비정상적으로 이루어지는 현상을 초래하게 된다. 이와 맞물려 지도전문의<sup>3)</sup>의 개원추세 및 수도권으로의 진출은 전공의를 뽑게 되는 인원을 충원하는 데에 차질을 빚게 되어 비정상적인 수련으로 다시 나타나게 되므로 악순환이 이루어질 수 있다. 결국 지방의 의과대학을 졸업하였다고 하더라도 인턴 및 레지던트를 수도권 및 대도시에서 수련을 받았던 전공의들은 대부분이 수도권 및 대도시에서 전문의로 활동을 하게 되는 것이다. 이로 인한 지방의 의료 전문 인력의 공동화 현상은 어제 오늘의 일이 아니며, 더욱 가속화가 이루어 질 수도 있다.

## 2. 전공의 편중 지원 현상

우리나라는 전체 의사 중 전문의 비율이 86%로 선진 외국에 비해 월등히 높으며, 이 중 전문의의 상당수가 개원을 함으로써 전공의 과정에서 배웠던 전문분야를 제대로 활용하지도 못하고 일차 진료에 주력하게 되어 비효율적인 의료서비스를 제공하고 있다. 소위 ‘감기환자’로 진단되는 환자들은 가정의학과, 내과, 소아과, 외과, 이비인후과 등 여러 과에서 치료를 받고 있다. 과거에는 의사 수가 적어서 동네의원의 의사 선생님은 지역의 유지였으며, 동네의 주치의였으므로 모든 치료를 담당하였다. 하지만 지금은 의사수가 증가하여 새롭게 건물이 들어설 때마다 병의원이 하나 둘씩 있게 되었고, 대부분이 전문의로서 개업을 하고 있어 다양성은 증대되었다. 또한 환자들에게는 접근성이 용이하게 되었지만, ‘감기환자’와 같은 비전문분야로 생각되는 영역들은 서로 중복이 되어 상대적인 의료비의 상승을 가져오게 되었다. 이로 인한 건강보험 재정부담은 더욱 늘어나게 된 것이다. 통계상으로 보면 여전히 OECD 선진국에 비해 의사 1인당 인구수<sup>4)</sup>는 아직도 높지만, 정부에서는 뒤늦게 인력 수급과 분배를 다시금 조정해야 할 필요성을 느끼게 된 것이다. 이에 따라 정부에서는 효율적인 전공의 정원의 지속적인 관리를 위하여 지속적인 감축을 추진하고 있다. 또한 과목 간 전문의 불균형 문제 해소 및 단과 전문의가 아닌 일차의료인력 양성 방안을 마련하는 등 수련제도 개편을 위해 향후 10년간 균형 수급을 위한 각 과목별, 연도별 감원율을 지속적으로 적용하고 있다.<sup>5)</sup> 내용으로는 26개 진료과목별로 7%이상, 4%이상, 2%수준 또는 동결, 2%수준 증원 등의 구분을 만들어 매년 기준 감원율을 정해 레지던트 정원을 지속적으로 감축하고 있으며, 지원육성과로의 지원을 및 확보율이 낮은 9개 과목(흉부외과, 진단검사의학과, 산업의학과, 해부 병리과, 핵의학과, 방사선 종양학과, 예방의학과, 결핵과, 진단방사선과)에 대해서는 국공립 병원을 대상으로 전공의 수련보조 수당을 매월 50만원씩 지급하고 응급의학과와 경우, 모든 수련병원에 지급하여 균형수급을 유도하고 있다. 하지만 연도별, 과목별 레지던트 정원

- 
- 3) 지도전문의는 전공의 임상교육을 담당할 전문의를 말하며, 이 지도전문의의 숫자 (N)기준에 따라 전공의를 선발하는 숫자를 정할 수 있다. 예를 들면 신경외과의 경우 N-3으로 정하여 4명의 지도전문의가 있어야 1명의 전공의를 선발할 수 있다.
- 4) 2002년도 OECD의 주요 국가별 의사1인당 인구수를 보면, 대한민국 638명, 미국 441명, 일본 506명, 영국 457명 등으로 아직까지도 우리나라가 인구에 비해 의사수가 적은 것으로 나타난다.
- 5) 보건복지부에서는 선진외국에 비해 전공의 비율이 높아 이로 인한 전문의의 비율이 높아진다고 판단하여, 1999년부터 단계적으로 정원을 감축하여 2015년까지 정형외과, 신경외과, 피부과는 50%, 성형외과, 산부인과, 안과, 비뇨기과, 흉부외과는 20-50%, 외과, 이비인후과는 20% 미만을 감축하고 그 외에는 동결 또는 축소, 비인기과는 10%이상 증원할 계획을 발표하였다.

및 확보현황(표 4)을 보면 정부의 과목별 불균형 해소를 위한 지속적 감축이 진행되고 있음에도 불구하고 각 과목별 확보 현황에서 나타나듯이 여전히 소위 인기과목 위주의 지원율과 비인기과목의 지원율이 극명히 대비되고 있다.

이러한 정부의 노력에도 불구하고 기대수입의 차이, 상대적으로 의료사고의 위험이 낮은 과, 개원이 유리한 과 등 레지던트 지원자들의 지원경향을 근본적으로 변화시킬 수 있는 정부의 정책이 없는 한 과목별 전공의 수급의 불균형은 한동안 지속될 것으로 보인다. 결국 정부의 전공의 정원의 지속적 감축을 통한 전공의 불균형 해소나 일차 의료 인력의 활성화를 위한 정부 지원금 정책은 효과를 보이고 있지 않고 있으므로 접근방식에서부터 근본적인 재검토가 필요할 것으로 생각된다.

[표 4] 연도별 과목별 레지던트 정원 및 확보현황

전문과목	2002년			2003년			2004년		
	정원	확보	확보율	정원	확보	확보율	정원	확보	확보율
내과	602	570	94.7	606	601	99.2	607	604	99.5
소아과	223	222	99.1	230	229	99.6	230	230	100
신경과	78	65	83.3	78	78	100	78	78	100
정신과	125	123	98.4	129	127	98.4	129	128	99.2
피부과	74	73	98.6	69	69	100	67	67	100
외과	259	194	74.9	257	237	92.9	256	239	93.4
흉부외과	70	35	50	70	40	57.1	66	41	62.1
정형외과	212	200	94.3	197	195	99	191	190	99.5
신경외과	104	101	97.1	105	105	100	101	100	99
성형외과	75	68	90.7	67	67	100	64	63	98.4
산부인과	272	220	80.9	237	236	99.6	223	208	93.3
안과	122	113	92.6	111	110	99.1	108	107	99.1
이비인후과	140	132	94.3	129	128	99.2	128	127	99.3
비뇨기과	99	93	93.9	96	96	100	95	95	100
결핵과	2	0	0	2	1	50	4	0	0
재활의학과	79	67	84.8	73	73	100	75	75	100
마취통증의학과	194	176	90.7	203	202	99.5	203	201	99.0
진단방사선과	139	64	41.9	140	106	75.7	131	120	91.6
방사선종양학과	11	7	63.6	20	9	46.0	17	16	94.1
진단검사의학과	33	26	78.8	43	16	37.2	39	26	66.7
병리과	38	10	26.3	47	19	40.4	44	30	68.2
가정의학과	362	257	71.0	284	274	96.5	288	271	94.1
응급의학과	102	57	55.9	105	79	75.2	105	88	83.8
핵의학과	7	5	71.4	14	5	35.7	13	11	84.6
산업의학과	26	10	38.5	26	16	61.5	24	21	87.5
예방의학과	45	10	22.2	41	7	17.1	41	14	34.1
레지던트 계	3,504	2,887	82.4	3,379	3,122	92.4	3,327	3,150	94.7

(자료: 2004년도 병원협회 통계)

### 3. 전문가적 정체성의 위기와 갈등

#### - 사례 1-

지방 소재 의과대학을 우수한 성적으로 졸업한 N씨는 청운의 꿈을 안고 서울로 올라가 S 종합병원에서 인턴을 마치고 그 병원에서 산부인과 전공의로서 일하게 되었다. 대부분의 대형 종합병원이 그렇듯이 많은 환자증례와 타병원에서는 보지 못하는 드문 환자를 경험하였으며, 많은 학술활동을 하여 어떠한 산부인과 환자를 보더라도 자신감이 넘쳐 있었다. 하지만 지방의과 대학출신으로서 대형병원의 지도전문의가 되기에는 너무나

경쟁이 치열하여 개원을 결심하게 되었다. 경기도의 한 중소도시에서 개원을 하였지만, 대형병원에서 보았던 다양한 환자는 없었고, 환자 수도 그리 많지는 않았다. 더군다나 핵가족화와 젊은 부부들이 임신을 기피하는 경향, 정부에서 출산율을 높이기 위하여 보조금을 지급한다는 정책이 병원 측에 있어서는 오히려 역효과를 내어서 낮은 의료보험 수가로 인해 병원의 경영을 압박하고 있었다. 대형병원에서의 경험을 통하여 많은 능력을 갖추고 있었지만, 다양한 환자들에게 혜택을 주려는 커녕 오히려 병원을 폐업해야 하나 걱정을 해야만 했다. 지방에서 전공의를 지원하였다면 소위 인기 있는 과를 지원할 수도 있었고, 교수요원이 되거나 개업을 하더라도 경제적으로 현재보다는 나았을 텐데.. 후회를 많이 하고 있었다.

- 사례 2 -

어려운 심장수술과 폐 수술을 하는 흉부외과를 전공하였지만 정작 전문병원이나 전공의 수련병원이 적어 개업을 하게 되었던 C 박사는 내과적인 간단한 질환이나 단순 열상에 대한 간단한 봉합수술 정도를 하는 환자만 진료한지 어언 6년이 지났다. 나름대로 소신을 가지고 환자를 자신의 가족과 같이 따뜻하게 진료하였기 때문에 단골환자는 끊임없이 찾아왔지만, 낮은 보험수가와 진료인원 제한이 있어 돈을 많이 벌지는 못하였다. 의약분업 직후 환자 1인당 만 몇 천원이었던 보험수가가 7천 원대로 떨어졌고, 주변에 내과 소아과, 가정의학과 의원이 우후죽순처럼 생겨나 환자 수는 점점 줄어드는 것처럼 느껴졌다. 그렇다고 다시 다른 곳으로 가서 새롭게 개원을 한다고 하더라도 마찬가지로일 것이라는 생각만 들었다. 다른 곳에서 개원하고 있는 일반외과 전문의 친구는 최근에 인터넷에서 알아낸 미용성형 세미나를 듣고 모발이식, 보톡스 주사, 코성형, 쌍꺼풀 수술 등 여러 가지 성형수술 수기법을 배우러 열심히 다니고 있다고 하였다. 과연 나는 전공과를 잘못 선택한 것인지 아니면 지금이라도 늦지 않았으니까 미용관련 세미나를 신청해 볼까? 고민을 하고 있었다.

1) 의료계의 영역과괴

다음은 한 방송사의 방송내용을 발췌한 글이다.<sup>6)</sup>

의사회원들을 대상으로 운영되는 한 인터넷 사이트. 그 곳에는 하루에도 수십 명씩 미용성형 세미나 공고가 올라와 참가자를 모집하고 있었다. 취재진들은 그 중 몇 개의 현장을 직접 찾아가 보았다. 3박 4일간 150만원의 수강료를 내고 기초부터 특수기술까지 체계적인 지식을 전수해 준다는 한 코 성형 전문 병원. 출석여부에 상관없이 4일 후에는 코 성형 과정의 수료증이 전달되었다. 또 다른 한 미용 세미나 현장에서는 의사들을 대상으로 모발이식, 보톡스 주사, 지방 흡입술 등의 기술을 가르치고 있었는데, 이 행사에 산부인과, 비뇨기과, 일반외과, 가정의학과 등 여러 과의 전문의들이 참가하여 시술자의 말 한마디 한마디에 귀를 기울이고 메모를 꼼꼼히 하는 등 현장견학에 여념이 없었다. 또한 직접 환자를 대상으로 하는 시술 현장에 참여하기도 하였다.

2005년 현재 강남구청에 등록된 성형외과 전문의원은 261개, 성형외과를 진료과목으로 한 의원은 93개이다. 하지만 지방으로 갈수록 이 비율은 1: 1에 가까워지고 있다. 이렇게 성형외과를 진료과목으로 표방한 의원의 수가 늘어나는 가장 큰 이유는 미용성형의 의료소비층이 두터울 뿐만 아니라 비 보험 진료를 할 수 있어 상대적으로 일반적인 질환을 진료해서 건강보험공단을 통해 돌려받는 의료보험 환자보다 훨씬 많은 수입이 보장되기 때문이다. 이러한 현상은 개업을 해서 수입이 잘 보장되지 않는 타과전문의 및 일반의 등이 비 보험진료가 많은 피부과, 성형외과 등과 같은 다른 영역으로의 진출을 모색

6) www.imbc.co.kr MBC “PD수첩” 2006년 9월 19일 방송



하는 비율이 늘어나는 것으로 나타나고 있다. 이로 인해 기존의 기득권을 가진 미용관련 전문 의료 인력과 비 전문의료 인력 간의 마찰과 갈등도 발생되고 있다. 개원가가 이렇게 ‘돈 되는’ 진료 과목으로의 변신을 꾀하는 것과 전공의 지원 시 ‘돈 되는’ 특정과로의 집중현상은 수도권 또는 대도시로의 의료 인력의 이동을 초래하여 더욱더 의료 인력의 불균형을 부채질하고 있다.

## 2) 전문가적 위기

대한 의사협회가 발행하는 의협신문이 지령 4000호 특집호에 보도한 ‘의사 1천 57명을 대상으로 한 의료현안에 대한 의사회원 여론조사’ 결과는 가히 충격적이다.<sup>7)</sup> 조사 결과에 따르면 의사 직을 그만두고 타 분야에 진출하고 싶다는 생각을 가져본 응답자가 전체의 66.9%로 나타났다. 그 중 1주일에 1회 이상 심각하게 고려해 본 응답자가 17%로 매우 높게 조사되었다. 취업형태별로는 외과계열 의사들이 타 분야 진출 의향이 상대적으로 높았다. 이러한 경향은 의과대학을 선호하는 현재의 대학진로선택 풍조와는 사뭇 배치되는 것이다. 많은 사람들의 생각에는 사랑과 봉사로서 아프고 병든 자를 치료할 수 있는 의료인은 분명 호감이 가는 매력적인 직업이지만, 실제로 그 현장에서 일하는 의료인은 만족하지 못하다는 결과인 것이다. 그 이면에는 저수가 의료보험 정책과 맞물린 자본주의적 경제논리가 반영되어 있으며, 또 다른 한편으로는 의료사고와 같은 위험이 높은 진료과목일수록 전문가적 위기감과 자괴감이 높은 것이다. 한 가지 다행스러운 것은 이 설문조사에서 ‘의대 교육내용에 대한 견해’를 묻는 질문에서 임상과목 외에 의료윤리, 경영, 보험 등의 교과목을 늘려야 한다는 비율이 80.3%로 나타났다. 과거에는 아픈 환자가 의사를 찾아오게 되고 의사는 환자를 진료하고 시술하는 데에 있어서 단순히 생리학적, 임상적인 관점에서만 접근을 하면 그만이었다. 하지만 지금은 의사면허를 소지한 숫자가 이미 9만 명을 넘어섰고, 건물마다 병원이 즐비한 현실에 부딪치게 되어 서로 경쟁을 하지 않으면, 생존 경쟁에서 도태하게 되었다. 그러한 점에서 경영, 보험 등에도 의사들이 관심을 가져야 할 뿐만 아니라 환자에게 적용되는 의료윤리가 반드시 필요하게 된 것이다.

## Ⅲ. 물적 의료자원의 불균형

### 1. 국민적 의료 서비스 욕구와 기대심리

의료서비스는 인간의 건강을 유지하고 개선하는 데에 기여한다. 우리나라는 1989년부터 전 국민 의료보장제도가 확대 실시되어 의료서비스에 대한 폭넓은 접근성을 확보하고 있다. 하지만 제한적인 보험급여로 인하여 의료이용 시 환자의 본인부담비율이 약 40%로 매우 높아졌기 때문에 의료이용에 대한 경제적 장벽이 여전히 존재한다. 이러한 경향은 가구의 소득에 따라 의료의 이용에 영향을 끼치게 된다. 한 연구에 따르면<sup>8)</sup> 1997년 경제위기 이후 우리나라 전체 가구소득은 고소득층의 소득 증가로 인하여 증가하였으나,

7) 대한의사협회 발행, <병원신문> 2006년 3월 9일자, “타 분야 진출하고 싶다 70%-의사 17%가 1주일에 1회 이상 이직생각”.

8) 허순임, 최숙자 “소득수준에 따른 의료 이용”, 한국노동패널 학술대회 논문집, (서울: 한국노동연구원, 2006) 477-478.

연간가구 의료비 지출에 있어서는 상위 10% 소득계층이 하위 10% 소득계층에 비해 약 1.8배의 의료비를 지출하고 있으며, 1998-2003년 사이에 모든 소득계층의 의료비가 약간 상승하였다고 하였다. 그만큼 건강을 유지하고 오래살기를 갈망하고자 하는 인간의 기본욕구가 소득의 증가를 통하여 새로운 수요를 창출하고 있는 것이다.

인간에게는 끊임없이 현재보다 차원이 높은 경제적, 문화적 상태를 유지하고 다른 사람에게 인정받고 싶어 하는 경향이 많다. 좋은 옷을 입고 좋은 집에서 맛있는 음식을 먹고, 수준 높은 문화생활을 즐기려고 한다. 의료의 서비스에 있어서도 예외는 아닐 것이다. 특히 우리나라 사람들은 걸치레와 체면을 중시하는 풍조가 아직까지 남아 있어서인지 병원 건물이 남아 있거나 병원 내부시설과 장비가 낙후되어 있으면 ‘병원이 얼마나 안 되면 이렇게 투자를 하지 않고 있는가?’라는 생각을 하고 잘 가려고 하지 않는다. 또한 걸모습을 보고 남을 판단하는 경향이 있기 때문에 진정한 인술로서 환자를 대하는 의사를 외면하고 시설투자를 많이 하고 대형화되어 있는 큰 병원만이 실력 있는 의사가 진료를 하고 있다고 생각한다. 비슷한 진료비를 지불하고 치료를 받을 바에는 차라리 서울로 가서 진료를 받는 것이 훨씬 나을 것이라는 기대심리가 작용하게 된다. 수도권에 비해 의료진과 시설이 떨어져 있다고 판단하여 환자들이 보따리를 싸들고 서울로 이동을 하는 것이다. 경제적인 여력이 넘치는 사람들은 우리나라의 의료진도 못미덥다고 판단을 하여 외국으로 원정 진료를 가기도 한다. 한국은행이 최근 발표한 ‘2006년 서비스수지세 분류 통계’에 따르면 우리나라 국민이 외국병원에서 의료서비스 대가로 지불한 금액은 9850만 달러지만 외국인이 한국에서 쓴 의료서비스 비용은 5090만 달러에 불과해 의료서비스 무역수지는 4760만 달러 적자를 기록했다. 그만큼 많은 환자들이 해외로 나가서 의료비지출을 하고 있는 것이다.

한편 국내에서는 환자들의 대도시, 수도권으로의 진출이 증가하고 있다. 한 국회의원의 보도 자료<sup>9)</sup>를 보면 2006년 광주, 전남 지역에서 환자 28만 4천명이 수도권으로 진출하여 건강보험 진료비 1619억 원을 지출하였고, 비 급여 및 체류비용을 포함할 때 약 3천억 원을 상회하게 지출한 것으로 조사하였다. 특히 그 중에서 암 치료 환자는 전체의 1/4을 차지한다고 하였다. 또한 대구, 경북지역 환자들의 76%가 서울의 종합전문요양기관을 이용하였다고 한다. 이러한 경향은 서해안 고속도로와 고속철도의 개통과 더불어 증가하였고, 환자 유출로 인한 지방병원의 경영압박과 지방경제의 침체는 가속화되고 있다. 이로 인한 지방의 공동화는 시설 및 인력에 대한 재투자를 더욱 어렵게 만들게 되어 악순환의 고리를 끊지 못하는 결과를 초래하고 있다.

## 2. 의료시설의 지역적, 사회적 불균형

현재 우리나라는 의료자원의 불균형 공급에 의해 급성 병상 및 고가의료장비가 과잉 공급되고 있으며, 의사인력 역시 2010년이 지나면 과잉될 우려가 있다. 또한 의료기관 유형별 기능중복과 더불어 환자들의 대형병원 선호현상이 지속되고 있다. 그리고 병상공급이 민간위주로 이루어져 공공부문의 비중이 약 15%에 불과하여 OECD 국가 중 최하위 수준이며,<sup>10)</sup> 또한 치료중심으로 의료서비스가 제공됨으로서 국민의료비의 증가가 GDP

9) www.kj21.org <국회의원 강기정 보도자료> 2006.10.16일자. “광주, 전남 의료비 유출심각”

10) OECD 국가별로 공공병상 비중을 보면 2002년 기준으로 미국 33%, 일본 37%, 영국 96% 등이며, 싱가포르의 경우에도 80%를 차지하고 있다.

의 증가율을 상회하고 있다. 우리나라는 민간병원의 의존도가 높기 때문에 민간 자본을 통한 투자가 지속적으로 이루어지고 있으며, 이에 따라 의원급 또는 병원급 민간의료기관의 병상 수는 해마다 크게 증가하고 있다. 특히 의원급 의료기관의 경우 1997년 이후 10% 안팎의 높은 병상 수 증가율을 기록하고 있지만, 정작 병상 이용은 그에 못 미치는 것으로 조사되어 의료자원 불균형 해소를 위한 적극적인 정책대안이 모색되어야 할 것으로 보인다.

건강보험공단이 최근에 발표한 한 연구<sup>11)</sup>에 따르면 1991년 이후 연평균 병상 증가율이 종합병원은 3.9%, 병원 12.8%, 의원 8.7%를 기록하여 병,의원을 중심으로 병상 수가 증가하고 있다고 하였다. 또한 병상 이용률 분석에선, 종합 전문요양기관의 경우, 1992년 98.0%에서 해마다 감소해 2003년 86.4%에 머물렀으며, 300병상 이상 종합 병원급 의료기관은 88.3%에서 81.3%로, 160병상 미만 종합병원은 85.6%에서 68.1%, 병원급은 71.5%에서 61.6%로 변화를 거듭하고 있어 병상규모가 작아질수록 병상이용률이 낮은 것으로 조사됐다. 이러한 결과는 민간자본에만 의지하여 병상의 수를 늘리고자 했던 정부의 정책이 오히려 병상이용률이 낮은 병의원에 집중하게 되었고, 이것이 효율성을 떨어지게 하였던 것이다. 환자들은 좀 더 큰 병원을 이용하기를 원하고, 시설이 잘 갖추어진 의료기관에서 치료받기를 원한다. 당연히 종합병원으로 환자가 몰릴 수밖에 없음에도 이를 간과해서는 안 된다. 국민건강보험공단은 이 같은 의료자원의 불균형을 해소하기 위하여 요양기관계약제 도입과 의료기관 종별기능정립, 종합전문요양기관 인증제 도입 등을 정책대안으로 제시하고 있다. 2004년 12월 현재 전체 의료기관의 90.4%가 시 단위 이상에 설치되어 있고, 군 지역에서는 9.6%의 의료기관이 설치되어 있어 지역별로 병상공급에 있어 심한 불균형을 보이고 있다 (표 5 참조)

[표 5] 지역별 의료기관 배치현황

종별구분	계		광역시		시지역		군지역	
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
종합병원	282	117,319	137 (48.6%)	64,043 (54.6%)	129 (45.7%)	49,834 (42.5%)	16 (5.7%)	3,442 (2.9%)
병원	763	86,897	336 (44.0%)	32,988 (38.0%)	49 (42.2%)	5,920 (42.5%)	28 (24.1%)	3,571 (25.6%)
요양병원	116	13,934	39 (33.6%)	4,443 (31.9%)	49 (42.2%)	5,920 (42.5%)	28 (24.1%)	3,571 (25.6%)
의원	24,491	91,702	13,012 (53.1%)	41,398 (45.1%)	9,237 (37.7%)	39,800 (43.4%)	2,242 (9.2%)	10,504 (11.5%)
계	25,652	309,852	13,524 (53.2%)	142,872 (46.1%)	9,704 (38.3%)	130,067 (42.0%)	2,424 (9.6%)	36,913 (11.9%)

(자료: 보건복지부, 보건복지통계연감, 2004년도)

의료 인력의 수도권 집중과 마찬가지로, 의료기관의 대도시 집중은 어제 오늘의 이야기가 아니다. 당연히 인구가 집중되는 곳에 돈을 쓰는 사람들이 있고, 의료서비스를 받고자 하는 사람들이 몰려 있다. 하지만 한 방송에서 나와 하소연하던 충남 서산의 어느 원장의 푸념이 귀에 쟁쟁하다.<sup>12)</sup> 자신은 소신 있게 시골에 내려와 자신의 전 재산을 투자

11) 이신호 “건강보험급여를 위한 적정 의료공급체계 설정에 관한 연구” 서울: 한국보건산업진흥원, 2005.  
 12) www.sbs.co.kr <그것이 알고 싶다>, 2007년 4월 14일 방송 “흔들리는 한국 의료계, 외과의사 봉달희

하여 종합병원을 경영하여 과거에는 잘 되었지만 이제는 중환자실, 수술실이 축소, 폐쇄되고 의료용구가 고물이 되었다고 한다. “이것은 누구를 위한 일이고, 누구에게 보상을 받을 수 있는 것인가?” 그 지역에서 뱀에 물리거나 다치면 수 십 km 떨어진 응급실이 있는 큰 병원으로 나가야 한다. 환자에게 직접적인 피해가 갈 수도 있는 것이다. 민간 자본으로 지역복지를 위해 투자하는 소신 있는 의료인에게 세제 혜택이나 금리 혜택을 줄 뿐만 아니라, 경영이 어렵게 되었을 때도 공공기관에서 인수를 하도록 하여 의료의 효율성을 높일 수 있도록 고려해야만 한다.

### 3. 의료자원의 불균형과 이에 따르는 과급효과

경제개발 초기부터 보건의료자원의 절대적 부족을 해소하는 것이 최대의 현안이었기 때문에 의료자원공급은 주로 양적인 확대에 집중되었다. 경제성장에 역점을 둔 제4차 경제개발계획까지의 기간 동안 보건의료에 대한 정책수립이나 투자보다는 보건소를 중심으로 한 1차 보건의료에 주력을 하였으며, 1982년 제 5차 경제개발계획이 시작되면서 병상 등 의료시설에 대한 투자가 본격화되었다. 1977년 의료보험제도의 도입 이후 의료부문의 규모가 급속히 성장하여 의료기관의 대형화 흐름이 두드러졌고, 이는 민간병원의 성장과 공공부문의 정체를 동반하게 되었다. 이에 따르는 의료의 투자는 주로 도시지역으로 집중되었고, 1989년 전 국민의료보험의 실시<sup>13)</sup>로 급증하는 의료수요에 대응하기 위하여 민간의 시설투자에 대한 자금지원을 지속하게 되어 의료기관의 대도시 집중화는 가속화되어 도농 간의 의료수준 격차는 더욱 커지게 되었다. 이러한 격차는 인간의 가장 기본적인 욕구에 해당하는 장수욕구를 저해하게 될 수도 있으며, 인구의 수도권 대도시 집중, 빈부의 격차 심화 등을 유발할 수 있다.

필요한 개인들에게 보건의료서비스가 제공되기 위해서는 수요를 만족시킬 수 있는 수준의 공급량을 확보하는 것이 기본적인 전제가 된다. 또한 병상자원은 입원에 동반되는 여타의 의료서비스나 서비스관련 재화의 소비를 파생시킨다는 점에서 심대한 과급효과를 불러일으킬 수 있어 적정 병상의 공급을 위한 정책적 개입은 필요하다. 하지만, 의료서비스 부문은 다른 경제적 분야와는 상이한 다음과 같은 특성을 가지고 있기 때문에 자원의 불균형을 해소하는 데에 있어서 제약을 받을 수 있다.

첫째, 의료서비스의 수요와 공급이 경제이론에서처럼 독립적으로 결정되는 것이 아니라 공급수준에 의해 수요가 영향을 받는다. 시설이 잘 갖추어지고 의료진의 수준이 높을수록 환자들이 많이 방문하게 된다는 것이다. 이러한 점이 더욱 불균형을 유발할 소지를 안게 만든다.

둘째, 병상자원은 투자를 할 경우 불가역적인 경우가 많으며, 투자에 대한 회수가 용이하지 않다. 서산의 어느 중소 병원의 경우에서처럼 개인으로서는 많은 투자를 하였지만, 병원의 경영이 위태롭게 될 경우 고스란히 자신의 손해로 남게 된다.

셋째, 의료서비스를 받을 필요성을 인식하였다고 하더라도 경제적인 제약으로 인해 필요한 욕구가 바로 수요로 실현되지 못한다. 경제적 소득 수준에 따라 의료기관을 이용하는 행태가 달라지는 것을 보았듯이, 경제적인 이유 때문에 의료기관을 이용하지 못하는 경

는 있는가”.

13) 2000년에 단일 보험제정으로 통합하면서 의료보험이 국민 4대 보험의 하나인 건강보험이 되었고, 전 국민이 의료의 혜택을 누릴 수 있게 되었다. 하지만, 지속적인 건강보험료 인상에도 불구하고 재정적 한계로 인하여 보다 높은 의료서비스를 원하는 국민들에게 많은 혜택을 제공하지 못하고 있다.

우도 발생할 수 있다.

넷째, 필요한 수준만큼의 공급량을 확보하는 것이 중요한 반면, 과잉수준의 공급은 전사회적으로 심각한 자원배분의 왜곡을 초래할 수 있다는 점을 고려해야 한다. 단순히 통계적으로 부족한 숫자를 채우기에만 급급할 것이 아니라 자원의 재배치와 효율성 있는 운용으로 기존의 자원을 잘 활용하고, 다각적으로 불균형의 원인을 분석하고 치유할 수 있도록 해야 한다.

#### IV. 의료혜택의 불균형을 극복하기 위한 의료 윤리적 접근

##### 1. 의료영역에서의 직업윤리

과거에는 환자가 걸어서 오거나 대중교통수단을 이용하여 사는 곳에서 가장 가까운 곳에 위치한 병원이나 의원을 찾아오면 의사는 진료만 잘 해주면 그만이었던 시절이 있었다. 하지만, 현대 한국 사회에서는 KTX와 같은 첨단교통수단과 인터넷과 같은 통신수단이 발달하면서, 지역적으로 아주 낙후된 곳을 제외하고는 어디서든지 의사를 만날 수 있고, 의학에 대한 정보도 쉽게 얻을 수 있게 되었다. 해마다 3,500명씩 의과대학을 졸업한 의사의 인력은 꾸준히 늘어나고 있으며, 새롭게 들어서는 건물마다 한두 개 이상의 병, 의원 간판을 보는 것은 이제는 전혀 낯선 현상이 아니다. 과거에는 아는 선배나 비슷한 전문 과목의 병, 의원이 개원하려고 하는 곳에 있을 경우에는 그 곳에서의 개업을 회피하였지만, 지금은 그러한 사항을 전혀 고려하지 않는다. 그만큼 환자유치를 위한 경쟁이 치열해지고, 과거의 수입을 보전하기 위하여 전문 과목뿐만 아니라 다양한 질환에 대해서도 총체적인 진료를 마다하지 않고 있다. 웬만한 의원에서는 비만치료를 하지 않는 곳이 없고, 심지어는 건강식품을 파는 곳까지 나오고 있다. 지방흡입술이나 쌍꺼풀 수술, 피부박피술, 점 빼는 수술 등 미용과 관련된 치료방법 등은 새로운 의학기술들이 속속 나오고 있으며, 전문 과목의 영역을 넘어서 이루어지고 있다. 이러한 것들이 의사협회의 의사윤리강령을 위배한다거나, 신성한 히포크라테스 선서를 거스르는 것은 아닐지라도, 정직, 친절, 성실, 사명감과 같은 직업적 덕목과 함께 국민의 건강보건을 일선에서 담당해야 하는 의사로서의 양심에 대해서는 검토를 해야 할 필요가 있는 것이다.

새로운 의학기술을 환자에게 적용해야 할 것인지에 대해서는 부루디(Broody)의 응용윤리학<sup>14)</sup>에서 힌트를 얻어야 한다. 그는 ‘새로운 기술의 발전이 새로운 도덕적 문제를 제기한다.’ 의학의 발전은 생명의 연장과 삶의 질을 윤택하게 하는 데에 기여를 하였지만, 새로운 기술은 전통적인 윤리적 신념만으로 대처하기 어려운 문제를 유발할 수 있다는 것이다. 그렇기 때문에 단순한 이론적인 도덕적 신념으로 해결할 수 없는 문제에 봉착했을 때, 좀 더 체계적인 도덕적 정당화가 이루어져야 한다는 것이다. 도덕적 행위자로서의 의료인 직업윤리를 적용할 때, 도덕적 정당화 및 그에 따르는 가치정립이 반드시 필요한 것이다. 전문적 직업윤리에서 또한 거론되어야 할 것으로는 덕의 윤리를 들 수 있다. 환자들은 의사에게 전문적 기술과 능력을 원하는 동시에 인격적인 성향과 내면적인 도덕성을 함께 요구한다. 의사들은 단지 이윤을 추구하기 위해서 전문분야의 영역을 넘어서면서까지 새로운 기술을 습득하려고 하는 것이 아니라, 해당 전문분야에서 환자의 보다 나은 치료를 위하여 새로운 기술을 습득하기 위해 노력해야 한다. 예를 들면 소화

14) 부루디 저, 황경석 역, 『응용윤리학』 (서울: 종로서적, 1994), pp.14-16

기 내과 전문의가 초음파 검사의 새로운 방법을 습득한다거나, 내시경 수술 방법을 익히는 것이 있다.

덕의 윤리와 관련하여 라인홀드 니버는 원리적인 정의(justice)와 실천적인 사랑(agape)을 동시에 강조하였다.<sup>15)</sup> 즉, 니버는 정의에 대한 요구가 개인의 이익에만 집착하게 되는 것을 막기 위해서는 아가페적인 사랑이 필요하다고 하였다. 그에게 사랑과 정의의 관계는 인간의 본성과 사회적 현실에서는 비록 분리되어 있지만, 동시에 상호 보완적인 관계가 있다고 하였다. 이러한 점에서 니버의 사회윤리는 어떠한 형태로든 사회에 속한 도덕적 행위의 주체인 인간의 의식이나 행위가 사회에 영향을 끼치게 되며, 개인의 책임과 도덕성은 사회적, 집단적으로 평가를 받을 수 있다는 것이다. 의료인들이 대도시에서만 개업을 하려고 하고, 자신들만의 이익을 위하여 소위 돈이 되는 진료과목에만 몰리며, 심지어는 자신의 전문적 진료과목을 포기하면서까지 이익 추구에만 급급해서는 올바른 사회 정의를 얻을 수 없으며, 의료인들은 집단 이기주의의 한 그룹으로만 평가를 받게 될 수도 있다. 그러므로 의료혜택의 불균형은 도덕적 행위의 주체인 의료인 및 보건정책 관련자들의 올바른 도덕적 의무와 덕성윤리를 통하여 개선되어질 수 있는 것이다. 하지만, 니버가 지적한대로 인간의 자기중심성은 집단적인 차원에서 더 강해지는 경향이 있으며, 개인 및 집단의 이기심에서 비롯되는 한계 때문에 윤리적 이상의 실현을 위해서는 개인윤리와는 철저히 구별되는 사회윤리의 개념이 필요하다고 하였다. 이러한 면을 고려할 때, 사회는 한 개인이나 집단이 손해를 보지 않도록 충분한 제도적인 보완을 마련해야 한다. 개인 의원이든 종합병원이든 자본을 투자하였을 때, 그에 따르는 이익을 얻고자 하는 것은 당연하며, 이것은 사랑과 정의를 구현하는 자선사업도 아니며, 개인 또는 집단적 이기심을 표현하는 것도 아니다. 인간 사회에서의 대부분의 문제들은 양심이나 도덕에만 호소함으로써 해결되는 것이 아니라 사회를 통한 권력이나 제도적 힘이 이러한 문제점을 해결할 수 있는 것이다. 따라서 의료혜택의 불균형현상을 극복하기 위해서는 단순히 의사들의 도덕적 해이로 인한 개인적 욕심 또는 집단이기주의에 대한 시각으로만 바라볼 것이 아니라, 사회 속에서의 구성원들이 많은 혜택을 받을 수 있도록 마련되어지는 사회제도적 정책을 통한 견제와 균형이 또한 필요한 것이다.

온전한 생명과 삶의 가장 기본적인 조건은 사회 경제적인 안전을 보장받는 올바른 사회 속으로 복귀하는 것을 의미한다. 다시 말하면 사회정의는 인간의 건강조건의 가장 중요한 요소가 되는 것이다. 단순히 ‘돈을 많이 벌 수 있는 수도권 또는 대도시로 가자’고 하는 경제적인 논리 속에서 또는 ‘교육과 문화 여건이 좋은 도시로 가야지’라는 일상적인 사회의 통념 가운데에서 흔들리는 의료인이 되기보다는 나병환자,<sup>16)</sup> 중풍병자,<sup>17)</sup> 혈루증 앓는 자,<sup>18)</sup> 눈먼자<sup>19)</sup>와 가난한 자, 사회적으로 소외되고 종교적으로 천대받는 사마리아인에게까지도 손길을 뻗었던 예수님<sup>20)</sup>의 무조건적인 사랑을 회복해야 하는 것이다. 칼빈(Calvin)은 인간의 직업노동을 포함한 모든 행위는 하나님의 영광을 위하여 행위 하는 것이라고 강조하였다. 그의 주장에 따르면, 인간은 전적으로 타락한 존재로서 하나님의 절대적 선택과 은총을 통해야만 구원에 이를 수 있다고 보았다. 직업이란 단순히 생계를

15) Gordon Harland, *Thought of Reinhold Niebuhr* (New York: Oxford University Press, 1960) p.25

16) 막1:40-45

17) 눅7:1-10, 눅 5:17-26

18) 눅 8:40-56

19) 마 9:27-31

20) 눅 10:25-37

위한 것이 아니라, 그리스도를 따르기 위한 소명의식의 한 가지 표현인 것이다. 이러한 점에서 덕성 윤리로서의 의료인의 직업윤리는 강조되어야 하며, 의과대학에서의 윤리교육의 강화를 통하여 다양한 의료현장에서 부딪히게 되는 문제들을 극복하는 데에 있어, 소명의식에 근거한 의료적 결단을 내릴 수 있게 되는 것이다.

## 2. 도덕 원칙과 의료적 결단

다음은 얼마 전 한 텔레비전 프로그램에서 보도되었던 내용<sup>21)</sup>이다.

한 산부인과 의사가 소위 비만치료의 한 가지로 여겨지는 ‘지방흡입술’을 시행하였는데, 의료기기를 파는 사람이 같이 시술을 도왔고, 이것이 몰래카메라에 담겨져 방송에 나와 물의를 일으킨 일이 있었다. 담당기자는 병원 사무장의 친구라고 거짓말을 하고 잠입하여 촬영을 하였고, 처음에는 본인이 혼자 시술을 하였다고 완강히 거부하였던 의사로 하여금 의료기기를 파는 사람과 같이 시술을 하였다고 한 내용을 여과 없이 방영하였던 것이다. 지방흡입술은 비 보험시술이어서 돈을 많이 벌 수 있지만 과다출혈 등으로 생명에 위협을 받을 수도 있어 주의가 요망되는 시술이다. 담당의사는 이 시술에 대한 경험이 많지 않았기 때문에, 비 의료인이 수술에 사용되는 의료 기구의 사용법을 안내하면서 함께 시술을 도왔던 것이다. 다행히 치료는 잘 되었고, 시술에 따르는 부작용은 없었다.

행위의 옳고 그름을 결정지을 때에는 규범윤리학이 적용되며, 큰 두 가지 흐름에는 의무론(Deontological theory)과 목적론 (Teleological theory)이 있다.<sup>22)</sup> 목적론적 이론을 주장하는 학자들로는 벤담(J. Bentham)과 밀 (J. S. Mill)이 있으며, 그들은 ‘옳고 그름은 그 행위가 산출하는 결과에 달려있다’고 하였다. 이들은 ‘최대 다수의 최대 행복’을 목표로 하는 공리주의자들이다.<sup>23)</sup> 밀은 그것을 ‘유용성의 원칙(principle of utility)’라고 명명하였으며, 행위의 유용성은 결과적으로 얻어지는 행복의 정도로 결정된다고 하였다. 위 사례에서 보면 시술 후 결과도 좋았고, 이번 시술의 경험을 통하여 다른 환자에게도 더 나은 의료서비스를 제공해 줄 수 있는 기회가 되었다. 과연 옳은 것일까? 규칙공리주의자들은 ‘약속을 지켜라’와 같은 규칙을 중요시한다.<sup>24)</sup> 이들은 약속이나 사회적 상식들이 지켜져야 하며, 유용성을 증가시킨다는 명분으로 규칙에 대한 의무를 무시해서는 안 된다고 생각하였다. 외과의사가 자기가 집도하기로 해 놓고 전공의를 통해 수술을 시키는 일, 위에 적은 사례처럼 의료기기를 판매하는 사람이 같이 시술을 한 사실 등은 환자와의 약속을 어긴 것이다. 개별행위에 의해 유용성이 높다고 판단되어지는 시술이었다고 할지라도 규칙을 어겨서는 안 되었던 것이다.

한편 의무론적 이론에는 칸트, 소크라테스, 기독교 윤리관이 맥을 이루고 있으며,<sup>25)</sup> 어떤 행위의 옳고 그름은 행위의 결과와 무관하게 선형적으로 결정이 된다고 주장한다. 칸트는 4가지의 원칙을 제시하였는데, 첫째 결과가 어떠하든지 거짓말은 잘못된 것이다. 둘째, 어떠한 경우에도 사람은 수단이 아니라 목적으로 다루어져야 한다. 셋째, 행위는

21) www.imbc.co.kr MBC 시사매거진 2580 2005년 1월 9일 방영.

22) 윌리엄 프랑케나. 황 경식 역. 『윤리학』. (서울: 종로서적); 1996. pp.26-60

23) Ronald Munson, *Intervention and Reflection-Basic issues in medical ethics*. 박석진, 정유석 옮김. ‘의료문제의 윤리적 성찰’ p.24.

24) Ibid., p.29

25) Ibid., pp.33-40.

정인 명법을 만족시킬 때에만 옳다고 할 수 있다. 넷째, 완전 혹은 불완전한 의무는 특정한 권리가 인정되어야만 한다는 주장이 기초를 이루고 있다.<sup>26)</sup> 위에 적은 사례에서 보면 행위의 결과가 좋았다고 할지라도 시술과정에서 거짓말이 포함되어 있으며, 사람을 상대로 시술의 경험을 늘리고자 하는 수단적인 의도가 내포되어 있는 것이다. 의료인으로서 환자의 신체와 생명을 소중히 다루어야 하며, 인간 자체의 행복추구가 목적이지만 돈을 벌기 위한 또는 시술의 경험을 넓히기 위한 수단이 되어서는 결코 안 되는 것이다. 분배 자원의 부족과 상호 무관심이 존재하는 사회 속에서 존 롤즈는 사회 구성원들이 각자 자신의 이해만을 주장할 때에는 이해의 대립을 조정해 줄 수 있는 사회정의의 원칙이 필요하다고 주장하였다.<sup>27)</sup> 롤즈에게 있어 정의의 원칙은 불평등한 분배가 최소 수혜자에게 이득을 주지 않는 한 평등하게 분배되어야 한다는 것을 모토로 하고 있다. 그는 사회적 가치의 우선성 문제에 주목하고 개인의 자유가 보다 큰 경제적 이익 때문에 제한되는 것을 막기 위하여 서열을 이루는 두 개의 원칙의 특수한 정의관을 주장하고 있다. 주요요지는 평등을 우선적으로 적용하되 필요한 경우에만 차등을 둘 수 있다는 내용이다.<sup>28)</sup>

제1원칙에서는 각자는 모든 사람에 대한 유사한 자유의 체계와 양립 가능한 평등한 기본적 자유의 가장 광범한 전체 체계에 대해 평등한 권리를 가져야 한다.

제2원칙에서는 사회적, 경제적 불평등은 최소 수혜자에게 최대 이득이 되고, 공정한 기회균등의 조건아래 모든 사람에게 개방된 직책과 직위에 결부되도록 배정되어야 한다.

제 1 우선성 규칙(자유우선성 : priority of liberty )에서 정의의 원칙은 축차적 서열로 되어야 하며, 자유는 오직 자유를 위해서만 제한될 수 있다. 제 2 우선성 규칙(효율성과 복지에 대한 공정의 우선성)에서는 정의의 제 2 원칙은 서열상으로 효율성의 원칙이나 이득 총량의 극대화 원칙에 우선적이며 공정한 기회는 차등의 원칙에 우선해야 한다. 이와 같은 정의의 원칙은 세 가지 특수한 주장으로 구성되어 있는데, 그 세 주장은 첫째로 경제적 이득에 대한 자유우선의 원칙이요, 둘째로 두 번째 원칙의 전반부가 나타내는 차등의 원칙이요, 셋째로 제2 원칙의 후반부를 이루는 기회의 공정한 균등이다. 경제적 이득 때문에 자유가 제한되어서는 안 되며, 최소 수혜자에게 최대 이득이 될 수 있는 한도 내에서 불평등이 허용된다는 것이다.

롤즈의 이론대로라면 불평등한 보건 의료 시스템은 가장 도움이 필요한 사람들에게 이익이 되도록 제도화될 때 정당화될 수 있다. 하지만 전술한 바와 같이 우리의 의료 현실은 의료 인력과 시설이 여전히 대도시에 집중되는 불평등에 처해 있으며, 이를 극복하기 위해서는 오히려 막대한 사회자원의 투입과 사회적 개혁이 필요하다. 또한 성형수술을 원하는 부자들의 요구가 있어도 기본적인 의료보장을 필요로 하는 가난한 사람들이 착취되지 않도록 하기 위하여 이러한 요구를 받아들이지 않을 수 있을 것인가? 실제의 의료현장에서는 좀처럼 허용이 되지 않는 부분이다. 부유한 사람들이 대형 종합병원을 찾고, 해외로 원정 진료를 나가는 현실에서 최소 수혜자를 위해 많은 사회적 자본과 인력을 투입할 수 있을까? 단순한 도덕적 관념과 원리만으로는 우리의 현실을 극복하기 어려울 수 있다.

26) Ibid., p.37

27) John Rawls. *A Theory of Justice*. 황경식 옮김. (서울: 이학사), 2003, p.103

28) Ibid., pp.105-106



이러한 한계점을 극복하기 위하여 우리들은 각각의 상황에서 개별적인 도덕적 원칙들을 하나씩 적용하는 것에서 그치지 않고, 이 땅에서 예수님이 행하셨던 성경적 의료윤리를 갖추어야만 한다.<sup>29)</sup> ‘예수님이라면 그 상황에서 어떻게 하셨을까?’라고 물어 보았을 때, 소외 받는 환자들에게 손을 내미는 것도 가능할 것이며, 경제적 이득이 적더라도 감수할 수 있을 것이다. ‘남보다는 나의 이익’을 앞세우기 때문에 수도권, 대도시로의 의료 인력과 시설이 편중되는 것이다. 이러한 현상이 더욱 지속된다면 우리의 사회에는 의료의 사각지대에서 소외되는 환자들이 더욱 많아질 수밖에 없을 것이다. 하나님의 형상을 따라 창조된 우리들 한 개인 한 개인은 매우 소중한 존재이므로 충분한 시설과 의료인을 통하여 치료를 받을 수 있어야 한다. 예수님께서서는 낮은 데로 임하셔서 소외받은 자들을 위하여 헌신하셨다. 고아와 과부, 세리와 창기, 혈루병 앓는 여인의 친구요 치료자를 대변 하셨다. 그 분께서는 낙후된 지역, 노후한 시설을 가리지 않았으며, 이익만을 위한 의료 활동을 행하지 않았다. 우리들은 이러한 사실에 주목하여야 한다. 의료 인력과 시설이 불균형을 이루고, 경제적 차이에 따라 치료의 기회가 차등적으로 이루어지는 현실을 극복하기 위해서는 의료인의 관념이 바뀌어야 한다. 하나님의 사랑이 회복되어야 하며, 소외된 자들에게 긍휼을 베풀어야 한다. 비록 각박한 현실이지만, 아직도 국내에서는 많은 기독교인 의사들이 예수님의 가르침을 실천하기 위하여 한국 누가회 활동,<sup>30)</sup> 호스피스 시설, 장애자나 미혼모시설, 외국인 노동자 진료, 독거노인 돕기 운동<sup>31)</sup> 등 다양한 활동들을 전개하고 있다. 의료의 사각지대에 있는 소외된 이웃에게 따뜻한 사랑의 손길을 보내고 있는 것이다. 이와 같이 ‘네 이웃을 내 몸과 같이 사랑하라’는 예수님의 가르침<sup>32)</sup>을 실천하기 위하여 살아가는 의료인이 많아진다면, 의료 인력 및 시설의 수도권, 대도시 집중은 점차적으로 줄어들 것이다.

이제부터 우리들은 의료혜택의 불균형을 극복하기 위하여 의료적 결단을 내려야 한다. 첫째, 비록 적법한 절차에 따라 의료인이 되었다고 하더라도, 그 역할에 따르는 책임을 다하기 위해서는 전문적 직업윤리를 가진 자로서의 맡은바 본분을 다해야 한다. 아무리 병원의 경영이 어려워졌다 하더라도, 자신의 전공분야에 해당되는 환자를 우선적으로 진료하는 데에 최선을 다하여야 한다. 만일 전공과는 관계가 없는 새로운 시술법을 습득하여야 할 경우라면 과연 그 치료법의 효과가 공인되어 있는지 또는 충분한 수련과정을 거쳤는지, 치료에 따르는 위험성과 합병증에 대하여 충분히 대처할 수 있는지를 검토하여야 한다. 비록 환자들의 미용이나 삶에 대한 욕구를 충족하고 치료를 통하여 경제적으로 많은 대가를 받을 수 있는 시술이라고 할지라도 부족한 경험 때문에 환자에게 해가 될 수도 있는 것이라면 피해야만 하는 것이다. 우리는 이러한 악행금지와 선행의 원칙을 통하여 다른 사람의 복지를 증진시키고, 돕는 전문직(the helping profession)으로서 역할을 다 해야만 한다.

둘째, ‘나보다는 타인의 이익’을 배려하는 사회를 만들고자 노력하여야 한다. 환자들은 “나만 잘 되면 그만”이라는 생각을 가지고서 수도권-대도시로 몰려가며, 해외 원정 진료를 마다하지 않고 있다. 경제적 불평등은 개인의 이기심과 맞물려 의료 인력 및 시설의 지역적, 계층적 불균형을 유발하고 있다. 모든 국민은 인간 그 자체가 존엄하며, 건강 수

29) 생명의료윤리 (한국 누가회 문서출판부, 1998) pp.20-31. 김민철, ‘성경적 의료윤리’

30) 한국 누가회 홈페이지 (www.kcmf.or.kr)

31) 독거노인돕기 운동본부 홈페이지 (www.silvermed.or.kr)

32) 막 12:31-33

명연장을 누릴 권리를 가지고 있다. 하지만, 나만이 좋은 시설에서 좋은 의료인에게 치료를 받으려는 환자의 욕심과 수요가 많아 돈 되는 대도시에서만 개업을 하려고 하는 의사들의 이기심이 지속된다면, 이러한 불균형은 더욱 가속화될 것이다. 우리 모두에게 필요한 것은 자기의 욕심을 내려놓고 많은 사람이 좋은 치료를 받을 수 있도록 해야 한다. 지방의 환자는 인근 병원에서 기본적인 치료를 받고, 병원이나 의원이 환자를 통하여 얻어진 수익을 그 지역의 병원 시설과 인력양성에 재투자할 수 있도록 해야 한다. 의료 인력도 대도시만 고집하지 말고, 해당 지역에서 의료의 손길을 바라는 자들에게 손을 내밀 수 있어야 한다. 공존과 공생의 법칙을 잊지 말아야 한다.

셋째, ‘모든 사람이 공정하게 대우’받도록 분배정의의 원칙을 상기하여야 한다. 현 상황과 같은 의료혜택의 불균형은 분명 사회적 갈등과 모순을 유발시킬 수도 있다. 의료 인력과 시설은 대도시에만 집중이 되고 있으며, 오히려 높은 수준의 과대공급은 병원끼리의 지나친 경쟁과 중복투자로 인한 재화의 낭비를 초래하고 있다. 거대해져가는 대도시의 종합병원은 오히려 지방 환자의 유치경쟁을 부추기고 있다. ‘최소한의 투자로 최대의 유용성을 창출하자’는 유용성의 원칙도 벗어난 것이다. 시골에서 자라거나 물질적으로 소외되어 있기 때문에, 치료를 받을 수 있는 기회가 박탈되어서는 안 된다. 물론 자본주의 사회에서는 모든 분야에서 이윤의 극대화를 목표로 노력을 경주한다. 의료의 영역에 있어서도, 개인이나 법인이 투자를 많이 하여 경제적 이윤을 높이고자 하는 것에는 아무도 이의를 제기하지는 않는다. 하지만, 종합병원에서 얻어진 이윤을 재 투자할 경우, 거대해져가는 동일 병원의 시설 확충에만 관심을 가질 것이 아니라, 지방에도 자병원(branch hospital)을 설립하거나, 자매 또는 협력병원을 유치하여 지방과 대도시가 함께 공존할 수 있는 방법을 모색해야 한다. 최근에는 민간 기업이 정부의 공공분야 의료시설에 투자할 수 있도록 2005년 1월 민간투자법이 개정되어 추진되고 있는 것은 이러한 점에서 고무적인 현상이다.

## V. 나오는 말

인간은 좋은 환경 속에서 생활하기를 원하고, 건강하게 오래살기를 바란다. 경제수준이 향상되면서 웰빙(well-being)에 대한 관심이 더욱 높아지고 있으며, 질병에 있어서도 더욱 나은 치료를 받고자 하는 욕구가 높아지고 있다. 한편, 교통의 발달과 통신수단의 발달로 인하여 과거에는 연고지 근처에서 국한되었던 치료를 대도시 또는 수도권에서 가능하게 됨에 따라 환자들의 이러한 욕구를 충족하는 것이 가능하게 되었다. 하지만 이러한 현상은 오히려 의료 인력과 의료시설의 수도권, 대도시 집중과 같은 심한 불균형을 유발하게 되었고, 교육환경의 요소까지 가세하게 되어 더욱 심해지고 있다. 또한 이러한 욕구는 의료 인력의 도시집중화만이 아니라 전문분야의 지원경향, 의료계의 영역과파에도 어느 정도는 영향을 주고 있다. 이제 의료에 관련된 문제는 의료인 또는 보건정책당국만의 문제가 아니라 이 시대를 살아가는 우리들 모두의 문제가 될 수도 있다. 인구의 도시집중이 여러 가지 사회문제를 유발하듯이 의료의 도시집중도 분명 여러 가지 사회적 문제를 유발할 수 있을 것이다. 이를 해결하기 위해서는 정부에서 사회분배 정책을 적절하게 만드는 것도 중요하지만, 의료인 스스로 소명의식을 근간으로 하는 직업윤리와 덕의 윤리에 입각한 도덕원칙을 지켜 나가는 것 또한 중요하다. 예수님께서 이 땅에 오셔서 사랑과 긍휼을 베풀고 부활하셨듯이, 우리에게 가르쳐준 사랑을 성경적 의료윤리에 입각

하여, 의료 혜택의 불균형 속에 있는 환자에게 베풀기 위해 노력하여야 하는 것이다. 나의 이익보다는 많은 사람의 이익을 위한 배려와 관심들을 놓치지 않는 한 이 사회는 분명 건강한 선진사회로 나아갈 수 있으며, 하나님께서 보시기에 좋았던 창세기의 에덴동산으로 복귀할 수 있게 될 것이다.

## 참고문헌

- 강명근, 『환자와 의사의 의료에 대한 태도차이』, 서울: 예방의학회, 예방의학회지, 1998.
- 김민철, 『성경적 의료윤리』, 서울: 생명의료윤리, 한국 누가회 문서출판부, 1998
- 박석진, 정유석 옮김. 『의료문제의 윤리적 성찰』 서울: 단국대학교 출판부, 2001.
- 부루디 저, 황경식 역, 『응용윤리학』 서울: 종로서적, 1994.
- 윌리엄 프랑케나, 황경식 역, 『윤리학』 서울: 종로서적, 1996.
- 이신호. 『건강보험급여를 위한 적정 의료공급체계 설정에 관한 연구』 서울: 한국보건산업 흥원, 2005.
- 한국의료윤리학회, 『의료윤리학』 서울: 계축문화사, 2003
- 허순임, 최숙자, 『소득수준에 따른 의료 이용』. 한국노동패널 학술대회 논문집, 서울: 한국노동연구원, 2006.
- Gordon Harland. *Thought of Reinhold Niebuhr*. New York: Oxford University Press, 1960
- John Rawls. 황경식 옮김, 『정의론』 서울: 이학사, 2003
- [www.imbc.co.kr](http://www.imbc.co.kr) <PD 수첩 및 시사매거진 2580>
- [www.kcmf.or.kr](http://www.kcmf.or.kr) <대한 누가회 홈페이지>
- [www.kj21.org](http://www.kj21.org) <국회의원 강 기정 보도자료>
- [www.nso.go.kr](http://www.nso.go.kr) <통계청 홈페이지: 통계DB 검색>
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org) <Health at a glance: OCED Indicator에서 한국자료 인용>
- [www.silvermed.or.kr](http://www.silvermed.or.kr) <독거노인 주치의 맺기 운동본부>
- [www.sbs.co.kr](http://www.sbs.co.kr) <그것이 알고 싶다>