

한국 의료의 국제화와 윤리적 문제

임주원*, 정준호**, 신연선**, 김옥주**

요약

의료의 국제화는 한국 내에서도 여러 층위로 일어나고 있다. 세계화라는 세계적 흐름 속에서 주요한 교역 자원으로 떠오른 의료 관광은 차세대 성장 동력으로 강력한 정책적 지원을 받고 있다. 동시에 반대편에서는 기본적인 의료 서비스에 대한 접근성조차 적절히 확보되지 않은 외국인 이주노동자와 다문화 환자들의 숫자도 빠르게 늘어 사회 문제 중 하나로 떠오르고 있다. 한국의 국제화에 따른 이주노동자와 결혼이주여성, 의료관광환자의 증가는 각각의 범주에서 의료자원 분배에 관련된 정의의 문제를 제기한다. 이러한 외국인과 다문화 환자들에게 보건의료서비스를 제공하는 국내 현장에서는 외국인 환자들에 대한 차별과 편견, 문화적 감수성의 부족, 의사소통의 문제들이 발생하여 우리 사회가 함께 숙고해야 할 의료윤리의 문제들을 제기한다. 단일한 언어와 문화권에서 자라고 훈련받은 국내의 의료진은 한국 의료의 국제화된 현실을 인지하고 외국인과 다문화 환자 진료에서 의료진의 역할을 강화하는 것이 중요하다. 지역 및 인종에 따른 건강 요인의 차이를 이해하지 못할 경우 의료 사고로 이어질 수 있으며, 언어 및 문화적 장벽은 의료 접근성을 저해하여 불평등을 야기할 수 있다. 의료 전문직의 진료 및 문화적 역량의 강화는 이러한 외국인과 다문화 환자 진료에서 발생하는 윤리적 문제를 예방할 수 있는 주요한 방안이다. 이 논문에서는 한국 의료의 국제화에 따른 의료윤리의 문제를 외국인 이주노동자, 결혼이주여성, 의료관광 세 가지 범주로 나누어 살펴보고, 의료서비스를 제공하는 현장에서 발생하는 윤리적 문제를 실제 사례들을 통해 살펴보고, 이에 대한 해결책을 모색하고자 한다.

색인어

국제화, 의료윤리, 국제진료, 의료관광, 다문화진료, 문화적역량

I. 서론

종래에 단일 민족으로 여겨졌던 한국은 이제 세계화의 물결 속에서 빠르게 변화해 가고 있다. 1998년 국내 체류 외국인 수는 30만 명에 불과했지만, 2016년에는 200만 명을 넘어섰고 최근 5년간 매년 9.2%의 증가율을 보이며 전체 인구의 약 4%를 차지하고 있다[1]. 거주민 통계를 보아도 행정안전부가 조사한 외국인 주민 수는 최초 조사 연도인 2006년의 536,627명에서 2016년 1,764,644명으로 3배 이상 증가하여, 외국인 주민 비율은 2006년 주민등록인구 대비 1.1%였던 외국인 주민이 2016년에는 3.4%로서 3배 이상 증가하였다. 또한 한국 사회에 정착하고 살아가는 다문화가족 구성원수는 2016년 기준 약 90여만 명에 이른다[2]. 2016년 한 해 동안에만 약 1,700만 명의 관광객이 한국을 방문했다[3]. 의료 역시 이러한 국제화의 영향을 받고 있다. 체류 외국인이나 관광객들이 증가하면서 사고나 질병에 의해 의료 서비스를 찾는 경우도 늘어났고, 이주노동자나 다문화가정에 정착한 사람들의 의료 수요 역시 출신 지역에 따라 각기 다른 양상을 보이고 있다. 또한 의료 서비스를 목적으로 하는 의료관광(medical tourism)도 빠른 증가세를 보이고 있다. 2012년을 기준으로 최근 1년간 외국인 환자를 담당한 경험이 있는지에 대한 설문에서 의사직 87.2%, 간호직 73.8%, 행정직 62.6%가 그렇다고 답했고, 담당 환자 중 1/4 이상이 외국인 환자인 경우 역시 의사직의 20.5%, 간호직의 22.1%, 행정직의 30.0%가 그렇다고 답해 의료의 국제화가 한국에서 눈앞으로 다가온 현실을 넘어 이미 상당한 수준으로 진행되고 있음을 보여준다[4].

한국에서 의료의 국제화는 여러 층위로 일어나고 있으며, 의료의 국제화가 제기하는 윤리적인 문제들 또한 다층적이다. 한국 사회의 국제화

로 인해 의료윤리의 맥락에서 주요하게 검토해야 할 보아야 할 세 범주는 외국인 이주노동자, 결혼 이민여성, 그리고 의료관광 관련 의료서비스에 관련된 내용이다. 첫째, 1980년대 후반 이후 한국 사회에서 증가한 외국인 이주노동자들은 해마다 증가해서 2016년 단순기능인력 외국인 노동자는 약 55만여 명이 되었다[1]. 외국인 이주노동자들은 열악한 작업 환경에서의 장시간 노동, 차별과 저임금으로 질병으로 건강이 나빠지게 되지만, 적절한 보건의료 서비스를 받기 어려워 어려움을 겪는다. 사회경제적으로 취약한 계층인 외국인 이주노동자들에 대해서 한국 사회가 적절한 보건의료서비스를 제공하며, 의료 인권을 보장하는가의 문제, 즉 의료윤리에서의 정의의 문제가 제기된다. 둘째, 1990년대 이후 국제 결혼의 증가로 한국에 이주한 외국인 결혼이민자는 2016년 기준 158,620명이며 귀화자 151,002명을 포함해 30여만 명에 이르고 다문화 가정의 자녀들은 20여만 명에 이른다[2]. 결혼이주여성들은 언어와 의사소통의 문제, 경제적인 문제, 출신국의 사회적 지지망에서 나와 이주해 오는 과정에서 겪는 어려움에 더해 짧은 기간 내에 임신과 출산을 하는 과정에서 건강상의 여러 문제들을 겪지만 적절한 보건의료 서비스를 충분히 받고 있지 못하다. 사회문화적으로 취약 계층인 결혼이주여성들이 겪는 미충족된 보건의료서비스의 문제는 의료윤리에서 정의에 대한 문제를 제기한다. 셋째, 지난 10년간 세계화의 흐름을 타고 가파르게 성장한 한국의 의료관광은 의료자원배분에서 정의의 문제를 제기한다. 2009년 글로벌헬스케어를 “새롭게 주목해야 할” 17대 신성장동력산업 중 대표적인 고부가가치 서비스 산업으로 지목한 이래 한국의 의료관광은 지난 10년간 연간 20%~25%로 빠르게 성장하고 있으며 2016년에만 약 36만 명의 환자가 한국에서 치료를 받았다[5,6]. 현재 한국 정

부는 한 해에 100억 원 가량의 예산을 투자해 해외환자 유치를 주도해오고 있다. 상업적인 의료관광이 활성화하게 되면 한국 사회의 한정된 의료 자원을 두고 외국인 환자와 지역 주민 간의 의료자원의 분배 문제가 발생하게 된다. 높은 이윤의 첨단 의료 시설에 투자가 집중되어 경험이 많고 숙련된 의료 인력이 의료관광에서 수입을 올리는 분야로 이동하게 되어 지역의 주민이 필요로 하는 보건의료서비스는 약화될 수 있다. 한국보다 더 일찍 정부에서 의료관광을 진작시킨 다수의 의료관광 국가에서 의료관광이 확대될수록 공공 분야의 인력 생산성이 감소되어 의료관광으로 인한 국내 의료의 불평등의 문제가 제기되었다.

본 논문에서는 최근 급속하게 진행되는 한국 의료 국제화의 현황을 살펴보고, 이에 대한 의료 윤리 문제들을 살펴보고자 한다. 기존의 논의에서는 합법과 불법의 경계에서 장기관광, 대리모관광 등 국경을 넘어(cross border) 일어나는 의료행위의 윤리적 문제들이 다루어졌고[7] 빠르게 국제화되어가는 의료 서비스에서 한국이라는 지역의 맥락에서 어떠한 윤리적 문제들이 제기되고 있는지에 대해 충분한 성찰이 없었다. 한국인들이 국경을 넘어 해외에서 의료를 추구하는 문제는 본 논의에서 제외하고, 현재 한국 사회에서 발생하고 있는 윤리적인 문제에 집중할 것이다. 먼저 한국 의료의 국제화에 따른 의료윤리의 문제를 외국인 이주노동자, 결혼이주여성, 의료관광세가 지 범주로 나누어 살펴보고, 외국인 및 다문화 환자 의료와 관련하여 의료서비스를 제공하는 현장에서 발생하는 윤리적 문제를 실제 사례들을 통해 살펴보고자 한다. 사례들은 2011년부터 2017년까지 국제진료센터가 설립되어 있는 국내 종합병원에서 발생한 사례들을 의료진 및 의료통역사의 면담으로 통해 수집하여 구성하였고, 외국 이주노동자와 다문화 환자 의료 관련 사례들

은 기존 연구에서 면담 조사를 통해 수집된 질적 연구를 바탕으로 구성하였다[8,9]. 마지막으로 한국 의료의 국제화에 따른 윤리적 문제에 대한 바람직한 해결을 위해 우리 사회와 의료계가 어떠한 노력을 해야 하는지를 제시하고자 한다.

II. 본론

1. 한국 의료의 국제화 현황과 윤리

1) 외국인 이주노동자 의료에서 윤리

한국사회의 국제화는 노동 시장에서부터 시작되었다. 1990년대 저출산 고령화로 인구감소와 경제발전예 따라 내국인의 고학력화와 고임금화로 더럽고 어렵고 위험한 일을 꺼리는 소위 3D기피현상이 일어나자, 강도가 높고 위험한 제조업 분야의 노동력 부족을 채우기 위해 외국인 이주노동자들이 유입되었다. 초기에 정부는 노동력의 부족을 산업연수제도로 해결하려 했다. 1993년 중소기업, 건설업 등의 기업에서 외국인을 근로자가 아닌 산업연수생의 신분으로 1년 활용하고 추가 1년 연장하는 ‘외국인 산업연수생’ 제도 하에서 외국인노동자들은 노동자의 권리를 인정받지 못하고 열악한 노동환경 속에서 저임금과 임금체불, 산업재해와 질병 등의 어려움을 겪게 되며 사업장을 이탈하여 불법체류자가 되었다[10]. 이러한 문제들이 지속되자 정부는 2003년 <외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률>을 제정하여 이듬해 시행된 2004년 ‘고용허가제’를 도입하였다. 즉, 국내인력을 구하지 못하는 중소기업이 노동부장관의 외국인 고용허가를 받아 최대 3년 고용계약기간으로 외국인 노동자를 근로자 신분으로 고용하는 제도이다. 고용허가제로 외국인 이주노동자는 내국인과 마찬가지로 건강보

험 등의 사회보험을 제공받고 노동권을 보장받을 수 있으나, 현실에서는 고용주의 참여부족, 열악한 근무환경과 저임금으로 불법체류자로 이전되는 일은 지속되었다[11]. 열악한 노동 환경에서 불법체류자로 내몰리는 이주노동자들에 대해 이주노동계와 학계에서는 부정적인 어감을 주는 불법체류자 대신에 ‘미등록 이주노동자’로 칭한다 [11].

이러한 제도 하에서 한국에서 외국인 이주노동자는 계속 증가하였다. 통계청 보고에 의하면 2006년 외국인 근로자는 약 12만 명이었으나 2015년에는 약 58만 명으로 10년 동안 4배 이상 증가하였다. 2016년 한국의 외국인주민은 176만여 명으로 남성이 약 94만 명(53.6%), 여성이 약 82만 명(46.4%)이었는데, 한국 국적을 갖지 않은 외국인 노동자는 약 54만 명이 넘어 전체 외국인 주민의 30%를 상회한다[2]. 이주노동자들은 이주 당시에는 건강상태가 좋은 편이지만 입국 후 시간이 지날수록 건강이 악화된다. 내국인이 꺼려하는 위험하거나 힘든 일에 종사하기 때문에 위험에 노출되어 있으며 사고나 재해의 비율도 높다. 또한 장시간 노동과 열악한 주거시설에 노출되어 있어서 산업재해와 부상으로 만성 질병에 시달리는 경우가 많다. 이주노동자들은 건강보험 가입 비율이 낮으며 질병이 발생했을 때에도 비용의 문제, 근무시간 중 병원에 갈 수 없는 시간적 제약, 언어소통의 문제, 의료서비스 이용의 복잡함 등으로 보건의료에의 접근권이 확보되지 못하고 있는 실정이다[11,12]. 미등록 이주노동자의 경우는 신분의 불안과 불리한 사회경제적 조건으로 인해 다양한 건강상의 문제가 있으나 건강보험이 적용되지 않으며 불법체류의 신분에 대한 불안으로 단속이 두려워서 의료서비스를 이용하지 못하고 있다. 의료서비스 제공을 위한 제도적 장치가 있지만, 현실적인 이유로 의료서비스 접

근성이 낮은 이주노동자들에 대한 지원은 민간차원에서 상당 부분 이루어지고 있다[10,13].

한국사회가 국제화됨에 따라 외국인 이주노동자들의 숫자는 계속 증가할 것이다. 이들은 한시적으로 체류하지만 인간다운 삶을 누릴 권리를 가진 사회의 구성원이다. 국내 노동력의 부족 상황에서 한국의 경제와 산업에의 기여를 고려하고 의료서비스의 필요를 고려하여 이주노동자들이 내국인과 같이 의료서비스에 대한 접근을 하도록 정책 개선과 자원의 배분이 필요하다[11]. 이주노동자들의 의료에 대한 접근은 보장되어야 한다 [10]. 질병이나 사고 발생 후의 의료서비스 지원 뿐 아니라 안전한 작업환경을 마련하여 건강하게 노동을 할 권리를 보장해야 한다. 외국인 이주노동자 의료에서 윤리적 문제는 기본적인 인권으로서 건강권을 보장하는 것이다.

2) 결혼이주여성과 다문화 의료에서 윤리

한국 사회에서 본격적인 국제화가 광범위하게 일어난 곳은 사적인 영역인 가족(family)이었다. 전통적인 단일민족의 이념과 가부장제의 문화가 깊게 뿌리내린 농촌 가정에서부터 국제화가 시작된 것이다. 한국 정부는 외국인 이주노동자에 대해서는 한시적인 체류만을 허용했으나, 국제결혼을 위해 이주한 외국인 여성들에 대해서는 한국에 정착하여 가족을 이루고 국적을 취득하는 정책을 채택하였다. 처음부터 결혼이주여성을 적극 장려하는 정책은 정부의 주도로 이루어졌다. 1990년대 저출산으로 인구가 줄고 경제 위기를 겪으며 농촌 가정에 시집와서 아이를 낳고 고된 노동과 시부모를 돌볼 여성들을 구하기 어렵게 되자 지방자치제정부의 주도로 농촌 총각 결혼시키는 ‘농촌총각 장가보내기’ 운동이 벌어졌다[14]. 2017년 현재까지도 이어져 인구 감소

를 겪는 농촌지역 지자체에서 국제 결혼을 원하는 미혼 남성 농업인에게 항공료, 맞선비용, 중매인수수료 등 결혼소요비용을 일인당 300만 원에서 600만 원까지를 지원하는 ‘농촌총각 장가보내기 사업’을 진행 중이다. 이러한 정부의 방침으로 1990년대 이후 결혼이민자가 증가하였다. 1991년 전체 결혼건수에서 국제결혼은 1.2%였으나, 2005년 13.5%가 되어 정점을 찍은 후 10%를 유지하다가 2014년 7.6%에 이른다. 2015년 실태조사 결과, 결혼이민자·귀화자 수는 304,516명이며, 2012년 대비 7.52% 증가하였다. 전국의 다문화가족은 약 28만 가구이며 2012년에 비해 4.3% 증가였다[15]. 2016년 다문화가구 가구원은 96만여 명으로 한국인배우자 약 30만 명(31.0%), 결혼이민자 약 16만 명(16.5%), 귀화자 약 15만 명(15.7%), 자녀 약 20만 명(20.7%), 기타 동거인 약 15만 명(16.1%)이었다[2]. 출신국적을 보면 중국(한국계)이 30.8%, 중국 22.4%, 베트남 20.8% 순이다.

한국에서는 2008년 결혼이주여성의 문제를 다루는 <다문화가족지원법>을 제정하였다. 다른 나라는 가족 전체가 이민을 오거나 이민자들이 차이나타운처럼 독자적인 커뮤니티를 만들기 때문에 이민자 지원을 위한 법정책으로 다문화주의를 다룬다. 이와 달리 한국은 가까운 나라들 여성이 한국 남성과 결혼을 하고 가족을 이루도록 장려하기 위한 정책을 기조로 개별 이민자가 아니라 “다문화가족”을 지원한다[16]. 이 법에서 정의하는 “다문화가족”이란 결혼이민자 또는 귀화한 사람과 한국 태생으로 구성된 가족을 의미한다. “다문화가족”이라는 용어는 국가 행정 절차뿐 아니라 일상 언어 사용에서도 결혼이민자를 위한 대리 용어로 사용되고 있다.

이주 시에 빈곤하고 법적 지위가 불안정한 결혼이주여성들은 경제적으로나 법적, 사회적으로

한국의 가족에 의존하게 되어 사회경제적으로 취약한 상황에 놓이며, 한국 사회의 민족적 구성의 동질성 때문에 사회적으로도 차별을 경험하게 된다. 젊은 나이에 이주해서 이주 1년 이내에 임신과 출산을 하는데 짧은 시간에 이루어지는 이주, 결혼, 임신과 출산 등으로 스트레스와 어려움을 겪게 된다. 임신 출산과 자녀 양육으로 보건의료 서비스에 대한 필요가 매우 높으나 언어와 문화의 차이로 적절한 의료서비스에 접근이 어려워 미충족요구에 대한 적절한 대응이 필요하다[8].

「다문화가족지원법」에 따라 3년마다 실시하는 ‘전국다문화가족 실태조사’ 2015년 결과에서는 지난 1년간 결혼이민여성의 11.6%가 병원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험이 있고, 그 이유로는 49.3%가 ‘치료비가 부담스러워’, 17.6%가 ‘한국어를 잘하지 못해서’, ‘어떤 종류의 병원을 가야될지 몰라서’ (7.3%), ‘가까운 데 병원이 없어서’ (5.8%), ‘이용 절차가 복잡해서’ (4.7%)를 지적하였다[17]. 경제적 원인이 가장 크며, 언어의 장벽과 정보 부족, 접근성의 부족이 그 원인이었다. 다른 연구에 의하면 결혼이주여성이 임신 중 의료기관을 이용하지 못하는 이유는 ‘말이 통하지 않아서’가 29.0%로 가장 높았고, ‘혼자 나가기 힘들어서, 무서워서’가 25.7%, ‘교통이 불편해서’ 23.9%, ‘병원비가 비싸서’ 23.2%, ‘지리적으로 멀어서’ 21.6%, ‘집안일이 바빠서’ 10.1%, ‘가야하는지 몰라서’ 6.0%, ‘가족이 병원에 갈 필요가 없다고 해서’ 5.5%, ‘아기를 봐줄 사람이 없어서’ 3.9%, ‘건강보험이 없어서’ 2.3%였다[8].

2012년 결혼이주여성들의 건강문제를 조사한 연구에 의하면 다문화정책에서 건강영역은 사각지대에 있다. 의료보장이 없는 대상자가 9.6%이며, 건강보험이 있는 경우에도 경제적인 문제로 이용이 어렵고 지리적 접근성의 문제가 있으며, 언어문제로 의사소통의 어려움을 겪으며 일부의

료기관 종사자의 이주여성에 대한 차별로 의료이용에서 장애를 겪고 있었다. 외국여성의 결혼이민 정책을 추구한 지 20여 년이 지나면서 정착주기별 보건 의료 문제가 제기된다[13]. 2015년 자료에는 한국에서 10년 이상 거주한 결혼이민여성이 47.9% ('12년 36.1%)를 차지한다[15]. 결혼이주여성의 체류기간이 늘어나며 다문화가족 여성의 연령층 상승, 자녀의 성장, 부부의 연령 격차로 인한 남편의 고령화, 이혼·사별이 증가하고 있다. 다문화 가족 내에 사별이나 이혼을 겪은 이민여성의 경우 건강보험의 수혜대상의 사각지대에 놓일 가능성이 높다는 최근의 조사보고는 주목할 만하다[18]. 다문화가족 여성들은 아이들이 9세에서 10세가 될 무렵 가장 힘든 시기를 보내게 되며, 건강보험료를 내기 힘든 경제적 상황에 놓일 때는 빈곤이 질병으로 이어져 건강상의 취약성이 바로 사회경제적 취약성과 연결되어 치료 또한 제대로 받을 수 없는 악순환의 고리에 빠지게 된다는 것이다. 결혼이주여성과 다문화가족의 의료 현실은 건강형평성과 정의의 윤리적 문제를 제기한다. 또한 의료진들의 차별과 편견도 문제가 된다. 우리 사회를 이루는 다문화가족의 취약성을 고려하여 의료의 필요를 현실에 기초하여 충족하는 노력들이 지속되어야 한다.

3) 의료관광과 윤리

의료의 국제화 측면에서 집중적인 윤리적 논쟁을 일으키고 있는 분야는 의료관광이다. 정보통신 기술의 급속한 발달은, 구매자들로 하여금 국가별로 큰 차이를 보이는 의료 전달 체계나 서비스에 관한 정보를 국경의 제약 없이 손쉽게 찾아볼 수 있게 했다. 이제 의료 서비스 구매자들은 양질의 의료 서비스, 혹은 보다 빠른 서비스를 제공하는 국가를 적극적으로 모색하고 이를 찾아 이

동할 수 있게 되었다. 의료는 이제 일국적 맥락의 고유한 의료 전달 체계 내에서 행해지는 특수한 성질의 서비스가 아닌 일종의 중요한 ‘서비스 교역품’이 되었다[19]. 2016년 전 세계 의료관광객은 연간 1,400만 명으로 추산되며, 경제 규모는 약 720억 불(80조 원)로 연간 20%~25%의 성장률을 보이고 있다[20]. 의료관광은 비용에 따라 고소득국가에서 저소득국가로 이루어질 뿐 아니라, 저소득국가에서 다른 저소득국가로, 혹은 고소득국가에서 다른 고소득국가로 이동하는 등 다양한 방향으로 일어나고 있다. 국가별로 의료 서비스의 질과 가격, 제공 기회의 차이가 크기 때문이다. 특정 국가에서 법으로 금지되어 있거나 매우 고가인 의료 서비스를 받기 위해 다른 나라로 이동하는 형태의 의료관광은 특히 심각한 윤리적 쟁점을 불러일으키고 있다.

이처럼 빠르게 성장하고 있는 의료관광은 이제 싱가포르, 태국 등 많은 국가에서 정책적으로 장려하고 있는 중요한 산업이 되었다. 한국 역시 의료관광은 지난 10년간 연간 20%~25%로 빠르게 성장하고 있으며 2016년에만 약 36만 명의 환자가 한국에서 치료를 받았다. 진료 수입은 8,606억 원으로 2009년부터 누적 총액이 3조 원에 달했다[5]. 2009년 정부에서는 17대 신성장동력산업 중 글로벌헬스케어를 “새롭게 주목해야 할” 대표적인 고부가가치 서비스 산업으로 지목했다[6]. 2009년 의료법을 개정하여 외국인 환자 유치를 허용한 이후, 2015년 <의료 해외 진출 및 외국인 환자 유치와 관련된 법률>을 제정하였다. 개정된 의료법은 기존 제27조 3 “영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니 된다”를 개정, 제27조의2 “외국인환자 유치에 대한 등록 등”을 신설하고 등록기관에 한해 외국인 환자 유치에 대해서는 소개·알선·유인 등

의 행위를 할 수 있도록 허용하는 예외규정을 두며 의료관광 진흥을 적극적으로 추진하기 시작했다[21]. 의료 해외진출 및 외국인 환자 유치 지원에 관한 법률에 의하면 외국인환자 유치란 외국인환자의 국내 의료기관 이용 증진을 위하여 진료예약·계약 체결 및 그 대리, 외국인환자에 대한 진료정보 제공 및 교통·숙박 안내 등 진료에 관련된 편의를 제공하는 활동을 말한다. 2009년 3월 25일에는 관광진흥법 제12조의 2 '의료관광 활성화'가 신설되어 관광진흥개발기금을 대통령령에 따라 보조할 수 있도록 했다[22]. 또한 총리실 산하에 외국인환자 유치 지원 전담부서를 구성하고, 메디컬 비자를 새로 도입했으며, 의료기관의 숙박업 및 부대사업을 인정하는 등 대대적인 제도 변화를 추진해왔다. 이와 같은 의료관광의 제도화 아래 문화체육부는 관광에 중점을 둔 경증 환자의 유치를, 보건복지부는 의료서비스에 중점을 둔 중증환자를 유치를 담당하며 한 해 100억 원 가량의 예산을 투자해 해외환자 유치를 정부 차원에서 주도해오고 있다.

의료관광을 지지하는 입장은 의료관광 산업의 활성화로 전체 의료 자원에 대한 투자가 증가하기 때문에 민간 부분뿐만 아니라 공공부분의 의료의 발전에도 도움이 되며, 관광 산업 발전, 고용 증가 등 사회 모든 분야에 전반적으로 이익이 될 것이라는 일명 낙수효과를 주장한다. 즉, 의료관광산업이 경쟁을 부추겨서 공공 병원 스스로가 의료 기반시설 및 인력 투자를 확대하는 방향으로 이끌 것이며, 의료관광으로 얻은 이익을 바탕으로 민간 병원이 공공부분에 투자하여 지역 주민에 더 수준 높은 의료서비스를 제공할 것이라고 주장한다. 그러나 이러한 주장은 근거가 부족하며 의료의 상업화로 인해 초래될 문제점들을 간과하게 만든다.

의료관광이 한 지역의 한정된 의료 자원을 두

고 외국인 환자와 지역 주민 간의 경쟁이 발생하기 때문에 의료관광이 활성화될수록 이윤이 높은 의료의 전문 분야에 투자가 집중되게 된다. 그러면, 외국인 환자와 국내의 부유한 환자들은 최첨단의 전문진료를 받지만, 지역주민은 결핵, 설사 등 위생과 같은 기본적인 의료조차 누리기 어렵게 된다는 것이다. 특히, 높은 이윤의 첨단 의료 시설에 투자가 집중될 뿐만 아니라, 경험이 많고 숙련된 의료 인력이 더 높은 보수를 받으면서 낮은 업무량을 가진 분야로 이동하게 된다. 실제로 다수의 의료관광 국가에서 의료관광이 확대될수록 공공 분야의 인력 생산성이 감소되는 이 같은 현상이 관찰되었다.

한국의 의료 해외 진출 및 외국인 환자 유치와 관련된 법률에 외국인환자의 권익 보호, 과도한 수수료 제한(상급종합병원 15%, 종합병원 20%, 의원 30%), 종합병원의 외국인 환자 유치 제한(상급종합병원, 병상수의 5%, 종합병원 8%) 등의 내용이 포함되어 있다. 외국인 환자 유치가 상업적으로 활성화되면 의료자원의 공공성이 이 과정에서 손상될 수 있다. 유치 수수료 및 병상수 제한을 통해 의료관광에 따른 의료의 지나친 상업화를 경계하는 노력이 필요하다. 만약, 유치 수수료와 병상수를 통한 외국인 환자의 유치에 제한을 두지 않으면, 경제적 원리에 의해 이윤이 극대화되는 쪽으로 인력과 자원이 이동하는 것을 막을 수가 없다. 수가가 훨씬 높아 마진이 높은 외국인 환자 진료로 우수한 인력과 자원이 쏠릴 가능성이 있고, 상대적으로 국내 의료는 취약해지게 된다[23,24]. 의료관광 대국으로 알려진 태국의 사례를 보면 투자 확대로 늘어난 의료 자원이 균등히 분배될 수 있도록 하는 강력한 규제가 없이는, 의료관광을 통해 유입된 의료 자원은 의료관광객 및 지역의 부유한 환자들을 위해 다시 쓰이게 되어 의료 불평등은 더욱 심화된다. 의료관

광으로 인한 수입 증대는 확인되지만 낙수 효과의 근거는 충분하지 않다. 의료관광에서 얻는 수입으로 이익을 얻는 계층이 한정되어 있는 반면, 이로 인해 의료자원 배분이 의료관광 쪽으로 쏠리게 될 때 국가 의료서비스 체계의 왜곡이 일어나며 국내 의료자원 배분의 불공정성으로 취약계층을 포함해 사회 전체가 피해를 받을 수 있다. 따라서 과도한 의료상업화를 막고 국내의 의료 자원의 공정한 배분과 의료의 공공성을 위한 규제와 장치가 필요하다. 국가는 지역 사회 구성원의 건강을 보장하고 보호할 의무가 있으며, 이 건강보장증진의 의무는 다른 가치와 교환할 수 없는 것이기 때문이다[7].

2. 다문화 및 외국인 진료에서의 윤리적 문제

1) 차별과 윤리적 문제

의료통역사가 의료관광객의 외래 진료를 통역하던 중이었다. 진료 중에 해당 환자의 국적을 알게 된 의사는 “이 OO새끼들, 나는 정말 OO국적의 환자는 보기 싫다. 니들 나라에서 치료 받을 것이지, 왜 여기까지 와? 빨리 돌아가라”고 하였다. 의사는 환자가 자신의 말을 듣지 못할 것으로 생각했지만 환자는 이상한 상황이라는 것을 직감하고 당황하였으며, 이 상황을 눈치챈 통역사는 이 말을 통역하지 않았다. 며칠이 지난 후 환자는 병원을 상대로 민원을 제기했다.

대한의사협회의 의사윤리지침 제5조 2항은 “의사는 환자의 인종과 민족, 나이와 성별, 직업과 직위, 경제 상태, 사상과 종교, 사회적 평판 등을 이유로 의료에 차별을 두어서는 안 된다”고 규정하고 있다. 하지만 위의 사례에서 나타나듯, 타

문화에 대한 이해 부족과 특정 국가 및 인종에 대한 차별은 의료 현장에서 어렵지 않게 찾아볼 수 있는 것이 현실이다. 국내 의료인 453명을 대상으로 한 조사에 따르면 백인계 미국인에 대한 긍정적 편견과 중국인에 대한 부정적 편견이 존재했다[25]. 국제화, 다문화 사회로의 이행 과정에서 편견과 차별의 문제는 피할 수 없는 과정이며, 오랫동안 단일민족의 신화를 지니고 있던 한국 사회가 다문화 사회로의 급격히 이행하면서 이러한 갈등은 더욱 두드러지고 있다. 편견과 차별의 발생에 대한 이론적 고찰에는 권위주의적 성격이 차별과 밀접한 연결을 맺고 있음을 지적했다[26]. 즉 차별은 고립된 현상이 아니라 권위에 대한 집착, 인습주의, 사고의 경직성과 연계하여 나타나는 일종의 증후군을 형성하는데, 이는 전문직업군으로서 권위주의적 성격이 강한 한국의 의료전문직 사회에서 특히 주의 깊게 살펴야 할 부분이다[27]. 또한 현재 한국의 의학교육은 의학적 민족주의(medical ethnocentrism)를 중심으로 진행되어왔기 때문에 소수자 환자에 대한 고정관념을 가지기 쉬운 환경이다[12]. 즉 기존의 한국 사회 및 의료전문직의 특성이 외국인 및 다문화 환자에 대한 차별을 심화시킬 수 있음을 인지할 필요가 있다.

단순히 언어능력 부족의 문제가 아니라 인종이나 국적에 대한 편견과 차별은 직접적으로 신체와 정신의 건강에 부정적인 영향을 미치기도 한다. 차별 경험이 빈번한 결혼이주여성일수록 심장질환증상, 불면증, 소화불량증상 등 건강에 부정적인 영향이 있음이 나타났다[28]. 이처럼 편견은 의료 불평등을 강화시킬 뿐 아니라 직접적으로 환자에게 해악을 가할 수 있다. 뿐만 아니라 차별의 경험은 다문화 환자들로 하여금 한국 의료에 대한 부정적 인식을 가지게 하고, 결국 접근성을 낮추어 분배의 정의를 훼손하는 결과를 낳

게 된다. 또한 차별 및 문화적 이해 부족으로 환자-의사의 신뢰 관계가 형성되지 못할 경우, 적절한 소통 및 정보 전달이 이루어지지 못해 치료 순응도가 낮아지고 치료 효과가 낮아질 수 있다. 미국의사협회(American Medical Association)의 의료윤리지침(Code of Medical Ethics)에서는 인종적, 민족적 소수집단에 대한 차별은 다수집단보다 나쁜 건강을 초래하는 원인이 된다고 명시하며, 임상적 필요에 직접적으로 기인하지 않는 치료에서의 차별은 의학적으로 무관한 개인의 특성과 관계없이 환자를 윤리적으로 치료해야 할 의사에게 중요한 과제임을 강조했다[29]. 즉 의사 윤리강령 제1조에 명시된 “의사는 인간의 존엄과 가치를 존중하며, 의료를 적정하고 공정하게 시행하여 인류의 건강을 보호증진함에 헌신한다”는 의사의 기본적인 윤리적 행위를 위해서, 차별을 배제하고 모든 환자에게 동등한 의료 서비스를 제공하기 위한 노력과 자기 성찰은 필수적이다.

2) 문화적 역량과 윤리적 문제

아랍에서 온 외국인 환자가 수술을 받기 위해 병동에 입원하였다. 의사가 언제 회진을 올지 몰라 환자와 아랍통역사는 병동에서 오랜 시간 의사를 기다려야 했다. 마침내 의사가 병동에 나타났으나 환자가 마침 기도를 하고 있어서 회진을 할 수가 없었다. 그 다음날에는 기도 시간을 피해 아침 일찍 방문했으나 환자가 히잡을 두르는 데 시간이 걸렸고, 의사는 바쁜 일정 때문에 기다릴 수 없어 자리를 떠다. 결국 의사는 환자를 수술 테이블 위에 누워있을 때 처음 보게 되었다. 의사는 나중예야 히잡을 두르지 않으면 마치 속옷을 입지 않은 채로 있는 것과 같이 민망하다는 이야기를 듣게 되었다.

문화적 역량이나 감수성의 부족이 차별과 편견을 야기하기도 하지만, 문화적 역량은 차별의 사례에서 나타난 것처럼 직접적인 차별과 편견을 배제하는 것보다 포괄적인 분야를 다루고 있다. 문화란 지식, 신념, 행동의 집합으로 정체성, 언어, 종교, 인종, 지역, 사회 집단 등 다양한 요소들로 구성된다. 이러한 문화적 요소들은 환자 개인이 건강과 의료에 대해 가지고 있는 신념과 기대에 많은 영향을 미치기 때문에, 올바른 환자-의사 관계를 형성하기 위해 이러한 문화적 이해가 충분히 반영되어야 한다. 따라서 문화적 역량이란 다양한 요구와 신념, 기대를 지닌 환자들에게 의료진이 능동적이고 효과적으로 대응할 수 있는 능력을 말한다[30]. 문화적 이해의 부족 때문에 나타날 수 있는 의료에서의 윤리적 문제는 위의 사례에서도 찾아볼 수 있다. 의료진은 해당 환자의 관습이나 행동에 대해 충분히 인지하지 못하고 있었고, 이러한 장애 때문에 적절한 소통을 이루지 못한채 수술을 시행할 수 밖에 없었다. 종교가 중요한 가치인 문화에서는 회진보다 기도나 예배가 우선시될 수 있다. 한국에서는 관행으로 굳어진 여러 의료 환경들이 타문화권 환자들에게는 낯선 것일 수 있으며, 이는 정보전달과 신뢰 확보에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

큰 병원에서 입원하면 만약에 한국에서는 한 선생, 한 의사선생님이 보는 거 아니죠. 그 거도 좀 달라요. 우리는 한 명 의사가 보는 거예요, 그 환자를. 근데 여기는 좀. 그래서 한번 통역하러 갔을 때, 그 환자분이 되게 ‘왜 이렇게 이상해요?’ 여러 번 뭐 여러 다양한 선생님 와서 질문하는 거예요. 되게 믿음이 안 가는 거예요. 왜 계속 다른 선생님이 오는 거예요[31].

우즈베키스탄 출신의 이주노동자가 경험한 위

의 사례는 의사소통이나 언어의 문제뿐 아니라 기존 사회에서의 의료 경험과 한국의 경험이 차이를 보이면서 갈등을 일으킬 수 있음을 보여준다. 특히 국내 이주민이나 관광객의 많은 비율을 차지하고 있는 동남아시아 및 동구권의 사회주의 국가에서는 예방을 강조하는 사회주의 의료의 특성을 가지고 있다. 이러한 국가들에서는 한 명의 담당의사가 상대적으로 더 긴 시간을 환자에게 할애하여 상담과 치료를 진행하는데, 이는 현재 한국의 의료 경험과 차이를 만들어 낼 수 있다[31]. 이러한 차이는 의료인이 직접적으로 차별이나 편견을 가지고 있지 않더라도, 환자들로 하여금 자신이 소수자로서 차별받고 있다고 느끼게 만드는 요인이 될 수 있다. 즉 문화적 역량의 부족으로 야기될 수 있는 의사소통의 장애는 궁극적으로 충분한 정보에 기반한 환자의 의사결정이라는 자율성을 침해하고, 나아가 근거에 기반한 윤리적, 임상적 의사결정을 저해할 수 있다. 이처럼 관습적 차원의 문화적 차이뿐 아니라, 각기 다른 의료환경을 경험해온 다문화 환자들의 의료 경험이 갈등을 일으키기도 한다. 이러한 문화적 차이를 이해하고 극복하기 위해서는 다문화 환자에게 더 많은 시간을 할애하고, 적극적으로 환자와 가족에게 문화적 차이에 대해 질문할 필요가 있다[32]. 이처럼 의료 전문직은 문화적 역량이 국제화된 의료 환경에서 윤리적인 진료를 위한 핵심 역량이며, 문화적 역량 부재가 치료 결과에 직접적인 영향을 미칠 수 있음을 인지해야 한다[33,34].

3) 의사소통과 윤리적 문제

병원하면 설명 못하는 게 제일 먼저 떠올라요. 언어 설명이 힘들어서 두렵고, 떨려요. 내가 느끼는 걸 잘 설명하기 힘들고, 내가 잘못된

용어를 말할 수 있어요. 그래서 잘못된 약을 처방해 줄 가능성이 있어요. 저는 걱정이 안되는데 아들이 걱정돼요[12].

미국의 ‘문화 및 언어 적정 의료 서비스에 관한 국가 기준(National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care, CLAS)’이 그 명칭에서 시사하듯 적정한 의료 서비스 전달에는 문화적 역량과 더불어 언어의 장벽을 개선하는 것이 핵심적이다. 하지만 한국에서 언어의 장벽은 다문화 환경에서 윤리적 의료를 저해하는 주요한 요소로 작용하고 있다. 의료 인력의 경우 외국인 환자를 담당하며 의사직의 53.0%와 간호직의 67.2%가 의사소통에 어려움을 겪은 경험이 있다고 답했다[4]. 동시에 결혼이주여성들은 의료기관 이용에서 의사소통의 어려움을 가장 큰 장애로 꼽았다. 특히 의료용어의 이해뿐 아니라 증상에 대한 표현 등 단순히 언어적 문제를 넘어 의사소통 전반에 걸친 어려움을 경험하고 있음을 보여주었다[35]. 언어 문제로 인한 의료접근성의 저하는 의료분배와 정의의 문제를 야기할 수 있으며, 위의 사례처럼 오진으로 인한 해악으로 이어질 가능성이 있다. 이를 개선하기 위해 한국보건산업진흥원은 외국인 환자 진료표준양식집을 만들어 환자들에게 충분한 정보를 전달하고 자율성을 존중할 수 있도록 하고 있지만[36], 해당 서식이 영어, 중국어, 일본어, 아랍어, 러시아어로 한국의 다문화 환경을 충분히 반영하기에는 어려우며 해당 내용을 충분히 통역할 수 있는 전문 인력도 부족한 것이 현실이다. 즉 의료진의 의사소통 역량과 문화적 역량이 부족한 상황에서 충분한 설명에 근거한 동의와 환자의 자율성이 충분히 존중될 수 있을지에 대한 우려도 있다.

동시에 의사소통의 문제를 극복하기 위해 양성

되고 있는 의료통역사와 의료관광코디네이터는 전통적인 진료실의 풍경을 바꾸어 놓고 있다. 기존 의사, 간호사 등 의료전문직과 환자의 일대일 대면으로 이루어지던 진료에 의료통역사라는 새로운 전문직이 등장했기 때문이다. 의사가 외국인 환자를 진료할 때 의료통역사를 통하는 경우 기존의 환경과 다른 새로운 관계가 형성되고 있지만 이를 인식하고 있는 경우는 많지 않다.

검진을 받은 외국인 환자가 의료통역사와 함께 1주일이 지난 후 판정을 위해 외래를 찾았다. 의사는 환자에게 여러 가지 검사 결과와 임상적의 의미 그리고 앞으로의 관리에 대해서 하나씩 설명을 하기 시작했다. 그런데 의사의 말이 너무 빠르고 문장이 긴데다 통역할 틈을 주지 않았다. 심지어는 통역이 끝나지도 않았는데 다음 설명으로 넘어갔다. 통역사는 너무 빨리 통역을 하다 보니 제대로 했는지 자신이 서질 않았다.

이러한 사례는 언어적 역량이나 문화적 역량과 함께 변화하는 진료현장의 모습을 의료진이 충분히 인지할 필요가 있음을 보여준다. 의료의 국제화 과정에서 이러한 문화적 차이를 극복하고 건강한 의사 환자 관계를 형성하기 위해서는, 이러한 의사소통 과정을 원활히 하고 중재할 수 있는 의료통역사의 역할이 핵심적이다. 국가적으로 의료통역사를 양성하고 있으나[37,38], 전문성이나 경험이 부족한 상태이며 의료진 역시 통역사의 역할에 대한 충분한 인식이 없는 상태다. 의료통역사는 의학적 전문성은 의료전문직에 비해 부족하나, 언어와 문화적 경험을 기반으로 이러한 문화적 차이에서 유래할 수 있는 여러 가지 윤리적 문제들을 예방하고 중재할 수 있는 역할을 할 수 있다. 즉 부족한 의사의 문화적 역량을 보완할 수

있는 중요한 위치로서 의료통역사를 재인식하고 교육할 필요가 있다. 변화하는 의료 현장을 인식하고 이에 대응할 수 있는 적절한 역량을 기르는 것은 환자의 자율성을 보장하며 윤리적 진료를 가능하게 하는 첫걸음이 될 것이다.

3. 해결책 및 역량강화

1) 문화적 역량

의료의 국제화에서 나타나는 이러한 양극화 현상은 서로 다른 정책적 접근을 요구하지만, 실제 임상 현장에서 이러한 양극화와 불평등을 해소하기 위해서는 국제화에 대한 의료진의 역량을 강화하는 것이 가장 근본적인 접근이 될 수 있다. 지역 및 인종에 따른 건강 요인의 차이를 이해하지 못할 경우 의료 사고로 이어질 수 있으며, 언어 및 문화적 장벽은 의료 접근성을 저해하여 불평등을 야기할 수 있다. 의료 전문직의 진료 및 문화적 역량의 강화는 이러한 의료의 국제화의 윤리적 문제를 예방할 수 있는 주요한 수단으로 간주되어, 일찍부터 다문화 사회를 경험한 미국과 유럽 지역에서는 의학 교육에 국제화에 따른 진료, 문화 역량 강화를 의학 교육에 적극적으로 포함시키고 있다.

미국은 <문화 및 언어 적정 의료 서비스에 관한 국가 기준(CLAS)>을 마련하고 있으며[30], 일찍부터 다문화 사회를 이루고 있던 서구권의 많은 국가들은 의료인 뿐 아니라 사회 전반에서 문화적 역량에 관한 교육을 시행하고 있다[39]. 21세기 들어 급격히 다문화 사회로서 이행하기 시작한 한국에서는 최근에야 문화적 역량에 대한 논의가 시작되었다. 한국 의료의 국제화에 발맞추어 한국보건산업진흥원에서는 <외국인환자 케어 매뉴얼>을 배포하고, 국제진료 간호사 전

문과정을 운영하는 등 국제화된 의료 환경에 대응할 수 있는 의료인의 역량을 강화하기 위한 방안을 마련했다. 하지만 이러한 교육은 주로 의료관광에 초점을 맞추고 있으며, 앞서 살펴본 다층적인 의료의 국제화에 대한 포괄적인 접근은 부재한 상태다. 즉 외국인 및 다문화진료에서 나타나는 특수성과 양극화를 충분히 반영한 문화적 역량 강화 방안을 마련할 필요가 요구된다. 현재 의료관광을 중심으로 한 문화적 역량에 대해서는 의료관광의 주요 고객이 되고 있는 중국, 러시아, 중동 등의 식생활, 종교, 언어 등 문화적 관습을 중심으로 정보를 제공하고 있다[32]. 하지만 한국의 다문화환자 중 상당수를 차지하고 있는 이주노동자나 결혼이주여성의 경우 보편적인 의료관광 송출국과는 다른 베트남, 필리핀, 파키스탄 등에서 이주해온 경우가 많으며, 이들은 해당 국가 내에서도 취약계층인 소수민족 출신인 경우가 많다[31]. 즉 주로 관습적인 요소에 초점을 맞춘 기존의 교육 자료로는 이러한 문화적 다양성을 충분히 수용하기 어렵다. 국가별 문화적 특성 등에 초점을 맞춘 교육이 한계가 있기 때문에 문화적 역량 교육에서는 보다 근본적인 가치들을 요구하고 있다.

문화적 역량의 정의나 구성 요소는 분야별, 지역별 차이가 존재하지만 기본 원칙은 다음과 같은 요소들을 강조한다. 첫째, 사람들의 삶에서 문화가 차지하는 중요성을 인정하고, 둘째, 문화적 차이를 존중하며, 셋째, 문화적 차이에 따른 부정적인 결과들을 최소화한다[40]. 문화적 역량의 핵심 요소들은 윤리적 의사결정에 필요한 윤리적 감수성의 요소들과도 교집합을 이룬다. 윤리적 감수성은 크게 사회적 편견을 관리하고, 타인의 관점을 수용할 수 있으며, 타인과 공감하고, 감정적 표현을 이해하며, 다양성을 인지하고 대응할 수 있으며, 효과적인 커뮤니케이션을 이룰 수

있는 능력이 포함된다[41]. 문화적 역량과 윤리적 역량은 공통적으로 사회적 차별에 대한 감수성을 개발하여 편견을 인지하고 저항할 수 있는 능력을 요구한다[41]. 이를 기반으로 환자 개개인이 가지고 있는 차이에 대해 적절히 이해하고 대응할 수 있도록 하며, 올바른 환자-의사 관계를 맺을 수 있도록 도와줄 수 있다. 나아가 이러한 기초적인 역량은 환자의 자율성을 충분히 보장하고 선행을 행하며, 해악을 예방할 수 있는 중요한 도구가 될 수 있다.

2) 전문적 역량

문화적 차이와 함께 특정 인구집단은 고유한 인구통계학적, 역사적 특성을 보이기 때문에 기존 한국인의 진료와는 다른 특수한 진료역량을 요구한다. 이러한 의료의 국제화에 따른 전문적 역량은 서로 다른 유전, 환경, 생활습관 등 건강 질병 결정의 요인들을 추가적으로 고려해야 한다는 점에 달려있다. 예를 들어 혈액소가 감소한 중동 여성의 경우 한국인에서는 드문 지중해성 빈혈임을 고려하여 철분제 처방에 신중을 기할 필요가 있고[41], 중국 환자의 경우 C형간염 바이러스(hepatitis C virus)나 인간 면역 결핍 바이러스(human immunodeficiency virus, HIV) 감염 경로가 한국 상황과 다를 수 있음 감안하여 수혈과 수술력을 면밀히 확인을 할 필요가 있다[42,43]. 이러한 인구통계학적 특수성에 기반한 근거를 수집하고 진료역량을 강화해 의료행위를 하지 않을 경우 최선의 진료 결과를 보장하기 어려워 환자에게 해악을 가하는 결과를 낳을 수 있다. 외국인 및 다문화환자의 진료가 일상화 되어감에 따라 이러한 전문적 역량 강화는 새로운 의학지식 및 기술의 습득과 전문직업성 함양이라는 의료인의 의무의 일부로 볼 수 있다[44].

동시에 타문화권 환자의 눈으로 본 한국의 의료 현실을 통해 국내의 현실을 재검토하고 부족한 부분을 채울 수 있는 기회로 삼을 수도 있다. 현재 의료의 국제화에 따른 전문적 진료역량은 대부분 국제 의료 산업 시장에서 국내 의료의 기술적 우위를 나타내기 위해 고급 기술만을 강조하고 있지만, 실제 현실에서는 환자의 안전을 위협할 수 있는 의료에서 가장 기본적인 부분조차 간과되는 경우가 있다.

한국의 높은 의료 수준에 대해서 전해 듣고 한국에서 건강검진을 하러 러시아의 부부가 최근 JCI 인증을 받은 검진센터를 방문하였다. 부인은 예진외가 남편을 진찰한 손을 씻지도 않고 곧바로 자신을 진찰하는 것이 좀 마음에 걸렸지만 부부라서 그런가 보다 했다. 이어진 혈액검사에서 장갑도 착용하지 않은 채 손도 매번 씻지 않고 여러 사람의 팔을 만지고 채혈하는 광경에 충격을 받고는 검진을 모두 취소하기로 했다.

해외 환자를 유치하기 위해 첨단시설과 기술을 광고하지만, 오히려 타문화권 환자들이 진료 역량의 부족을 느끼는 부분은 이러한 당연하고 기본적인 행동들일 수 있다. 이미 이러한 관행에 익숙해진 국내 환자와 의료진의 눈에 띄지 않는 부분이더라도, 타문화권의 환자들의 눈에는 쉽게 발견되어 큰 문제로 부각될 수 있다. 즉 국제화된 진료 환경에서 전문적 역량의 강화란 문화적 역량 강화나 타문화 환자의 인구통계학적 특성에 기반한 특수한 진료 역량을 개발할 필요를 의미하기도 하지만, 동시에 환자에 대한 해악 금지의 원칙을 지키기 위해 가장 기초적인 부분에서부터 의료진 개개인의 의료 서비스 전달 역량을 재고하고 강화할 필요가 있음을 의미하기도 한다. 이

를 기회로 기존에는 관행으로 굳어져 문제가 되지 않았으나 환자 안전 및 의료 윤리에 문제를 일으킬 수 있는 다양한 요소들을 새로운 눈으로 바라볼 수 있을 것이다.

3) 의사소통 역량

병원에서 말하는 거는 우리가 보통 말하는 거하고 좀 틀리잖아요. (이제는) 설명 다 잘해 줘요. 자주 가니까. 근데 진짜 못 알아들은 거는 원장님한테 또 물어보고 그러면 어떻게 됐다고 설명해줘요. 그림도 이렇게 그려서 알려 줘요. 보는 걸로 보면 더 잘 알아요[9].

외국인들이 국내 의료서비스를 이용하면서 가장 자주 겪는 어려움은 언어의 장벽이다. 기초적인 의사소통이 가능하더라도, 진료실에서 사용되는 언어는 일상회화와 상당한 차이를 보이는 경우가 많으며 때에 따라서는 설명을 이해하는 것뿐 아니라 증상을 설명하는 데 어려움을 겪기도 한다. 미국의사협회의 의료윤리지침에서는 환자들의 이해에 영향을 미치는 언어적인 요소들을 인식하고 고려할 필요가 있으며, 언어 장벽은 양쪽 모두 정보를 이해할 수 있을 정도로 줄어들어야 한다고 강조했다[29]. 의료관광의 경우 전문 코디네이터나 통역사가 제공되고 있으나, 현재 이에 대한 교육의 질 관리나 지속적인 재교육이 이루어지고 있지는 못하며, 다문화가정을 위한 통역 서비스는 의학적 상황이 아닌 일상생활에서의 문제에 초점을 맞추고 있어 매우 제한적이라는 한계가 있다. 의료관광을 중점 산업으로 육성하고 있는 대구시의 사례는 이러한 양극화를 줄이는 동시에 현재 의료 환경에서 부족한 의사소통의 역량을 보완할 수 있는 하나의 사례를 제시하고 있다. 2017년 3월 대구시에서는 다문화가

정 여성들을 중심으로 의료관광통역사 협동조합을 구성하여 다문화가정 여성의 일자리 창출과 해외의료관광객 유치를 지원했다[45]. 의료 서비스에 있어 통역이 단순히 언어적 장벽을 극복하는 것 뿐 아니라, 각 국가의 문화적 특성이나 의료 경험을 충분히 이해하고 있는 인력이 필요하다는 점에서 장기적인 협력체계 구축에 중요한 역할을 담당할 수 있을 것이다.

외국인 및 다문화 환자들이 의사소통 과정에서 다양한 어려움을 겪고 있고, 이 때문에 의료접근성이나 자율성이 보장되지 못한다는 점을 의료인들이 충분히 인지하고 개선해 나갈 수 있는 방법을 강구할 필요가 있다. 단기간에 의료인들이 다양한 외국어에 능통하게 되는 것은 현실적으로 어려운 방법이다. 하지만 이러한 어려움을 극복하기 위해 위와 같은 사례처럼 의료인 개인이 선행의 원칙에 기반하여 의사소통 방법을 개선하도록 노력하는 방법도 고려할 수 있을 것이다.

앞서 의사소통의 윤리적 문제 사례에서 살펴 보았듯, 외국인 및 다문화 환자와의 의사소통 문제가 단순히 언어의 문제가 아니라 의료서비스의 경험이나 문화의 차이에서 올 수도 있다는 점을 이해해야 한다. 즉 의료인 자신의 언어 능력이나 유능한 통역사의 존재가 의사소통 문제를 완전히 해결해 주는 것이 아니라, 의료인 전반의 문화적 역량이 충분히 뒷받침되어야 환자의 자율성을 충분히 존중하며 적절한 의료서비스를 제공할 수 있다. 현재 외국인 환자들이 가장 많은 어려움을 호소하고 있는 의사소통의 문제의 개선을 통해 “의사는 의료가 모든 사람에게 공정하게 제공될 수 있도록 최선의 노력을 기울여야 한다” (의사윤리지침 제5조 1항)는 공정한 의료 제공의 윤리성을 담보하고, 언어소통의 어려움을 이유로 “진료 순위를 결정하거나 의료자원을 배분할 때 의학적 기준 이외에 정치적·경제적·사회적 조

건 등을 고려하여서는 안” (의사윤리지침 제5조 3항) 될 것이다.

III. 결론

사람은 꿈꾸기 때문에 사람이다. 나도 사람 이니까 꿈이 있다. 나의 고향에 조그만 병원을 차리는 것이다. 이 세상에는 중요한 것이 네 가지 있다. 먹는 것, 자는 것, 치료 받는 것, 교육 받는 것이다. 치료가 네 가지 중에 들어간다. 생명은 귀중하다[46].

한국에서 이주노동자이자 시인으로 활동하고 있는 방글라데시 출신의 하킴씨는 자신의 글에서 한국에서 살아가는 외국인들이 의식주만큼이나 중요하게 여기는 요소가 바로 의료접근성임을 보여주었다. 의료의 국제화에 따라 적지 않은 논의와 노력들이 있어왔으나 여전히 한국에서 외국인에 대한 진료실의 문턱은 높다. 앞서 의료관광객이 경험한 차별의 사례에서 보았듯, 이는 단지 이주노동자나 결혼이주여성 등 취약계층뿐 아니라 상당한 비용을 지불하고 의료 서비스를 이용하는 의료관광객들에게도 마찬가지다. 다민족, 다문화 사회로의 전환은 단지 인종이나 민족 구성이 다양하게 변화한다는 것 이상으로 보건의료 환경을 다차원적으로 변화시킬 수 있다. 인권으로서의 건강권과 의료 접근성 문제, 진료 환경의 변화, 보건의료 수요의 변화와 경제적 문제 등 다양한 정치, 경제, 문화, 윤리적 문제들이 나타날 것이다 [47].

앞서 언급한 다양한 윤리적 사례들에서 나타나 다시피, 문화적 역량은 임상에서 윤리적 의사결정에 중요한 역할을 담당하지만 윤리적 부분이 기존의 문화적 역량 교육에서 중점적으로 다루어 지지 못했다. 의료윤리 교육과 마찬가지로 의

의료의 국제화에 따른 역량 강화 교육은 하나의 사건이 아니라 일련의 과정이다[48]. 한국 사회의 발전에 따라 외국인이나 다문화환자뿐 아니라 성소수자, HIV 감염인 등 다양한 소수자들이 자신의 목소리를 내고 정체화 하고 있으며, 이러한 인구 집단의 고유한 건강 문제 또한 중요한 보건의료 의제로 떠오르고 있다[49]. 이런 면에서 문화적 역량 강화는 단지 국제화된 진료 환경뿐 아니라, 이러한 다양한 소수자들의 건강 문제를 임상 현장에서 대응하는 의료전문직의 윤리적 의사결정에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다. 즉 앞으로 다양한 문화에 대한 이해와 존중, 적절한 대응과 소통을 가능하게 하는 포괄적인 능력은 의료전문직의 핵심 역량 중 하나가 될 것이며 의학교육 및 의사윤리강령에도 포함될 필요가 있다.

이와 같은 진료, 문화 역량의 강화는 교육을 통해 이루어질 수 있다. 하지만 의대생 및 의료인 교육 과정을 살펴보면, 외국인 진료와 관련된 내용은 부족한 것이 현실이다. 뿐만 아니라 현재 국내에는 외국인 환자를 대상으로 한 진료지침이나 관련 가이드라인이 제한적이다. 의료인의 문화적, 전문적 역량 강화는 의료의 국제화에 따른 윤리적 문제를 예방할 수 있는 가장 근본적인 방법으로 의학교육 과정에서 국제화와 관련된 사회, 문화, 법, 윤리 교육을 적극적으로 포함할 필요가 있다. 아직 두드러지게 나타나고 있지는 않지만, 다문화사회로 이환되며 문화적 차이에 따른 윤리적 딜레마가 진료 중 발생할 가능성도 존재한다. 종교적, 문화적 신념에 따라 의료진의 의학적 판단과는 달리 수혈이나 특정 의약품 및 수술법을 거부하는 경우가 생길 수 있다. 이미 이러한 다양한 윤리적 딜레마 사례들은 의학교육 과정의 의료윤리 수업에서 다루어지고 있으나, 문화적 역량이나 의료의 국제화의 측면에서는 충분히 다루어지지 못했다. 하지만 앞서 살펴보았듯 문화적

역량과 감수성의 강화는 윤리적 의사결정에 필요한 능력과 공통적인 기반을 가지며 불가분의 관계에 있다. 즉 문화적 역량 강화를 포함한 포괄적인 윤리 교육은 문화적 역량에 기반한 차이의 이해와 존중, 의사소통 역량에 기반한 충분한 사실의 수집, 전문적 역량에 따른 질병과 인구집단의 차이를 고려하여 근거에 기반한 의사결정으로 문제를 해결해 나가는 능력을 배양하는 데 중요한 역할을 담당할 수 있다[41].

한국의학교육평가원의 2019년 새 의학교육 평가인증 기준에서는 의과대학의 사명에 대한 우수 기준으로 세계 보건과 관련된 내용을 포함할 것을 요구하고 있다. 여기서는 국제 보건의료에 대한 인식, 불평등과 불공정으로 인한 보건의료 관련 문제를 중심으로 다루고 있다. 동시에 교육과정 평가기준 중 의료인문학을 통해 의료윤리 교육을 통한 윤리적 의사결정 능력을 다룰 것을 요구하고 있는데, 이러한 윤리적 감수성과 국제 보건의료에서의 불평등 및 불공정 문제를 인식할 수 있는 문화적 감수성이 공통의 기반을 가진다는 점에서 교육목적의 유기적 연계를 향후 교육평가 지표에서 고려할 수 있을 것이다. 각 개인이 외국인 및 다문화 환자와 같은 소수자들에게 가지고 있는 편견을 내적으로 인식하고 이를 통해 감수성을 함양하고 소수자를 바라보는 시각을 개선할 수 있다는 분석에서 나타나듯[50], 이미 의학교육에서 운영 중인 다양한 교육과정 중에 소수자에 대한 자신의 인식을 다시금 고찰할 수 있는 사례와 학습 활동을 포함하여 문화적 역량을 강화시킬 수 있다. 즉 문화적 역량에 대한 별도의 교육 과정을 편성하는 방법을 고려하는 동시에, 이미 운영 중인 의료인문학, 국제보건의료 교과과정에서 외국인 및 다문화 환자들이 마주하는 환경을 경험하고 학습할 수 있도록 할 수 있다. 예를 들어 의학교육 평가인증에서 나타나듯

최근 빠르게 확대되어 가고 있는 국제보건의료에서 국외의 불평등 사례뿐 아니라 국내 다문화 환자들이 마주하는 불평등의 사례를 다루거나, 환자와의 커뮤니케이션을 다루는 교과목에서 전통적인 환자-의사 관계를 벗어나 외국인 환자와의 커뮤니케이션의 어려움을 다루는 실습을 진행할 수 있을 것이다. 이처럼 타문화에 대한 편견을 자신이 직접 점검하는 탐색과정을 통해 문화적 인식에 기반한 의료서비스 제공의 기초를 획득하게 할 수 있다[51].

보다 장기적으로는 미국의사협회 의료윤리지침의 권고처럼 의료전문직의 인종적, 민족적 다양성을 증대시키는 방안을 고려할 필요가 있다. 의료인들의 문화적 역량과 감수성은 외국인 친구와의 교제나 해외 체류 등 타문화 경험의 빈도와 유의미한 상관관계를 지니는 것으로 나타났다[4]. 즉 전문가 집단 내에서 다양성이 확대되면 문화적 역량 또한 강화될 수 있다. 현재 한국에서 활동하고 있는 외국인 및 다문화 의료인력은 매우 적은 편이지만, 2014년 6월 “외국인 의사, 치과 의사의 국내연수 중 제한적 의료행위 승인에 관한 지침”이 발표되며 한국의 진료실에서도 외국 의료인이 의료행위를 할 수 있게 되었다. 즉 앞으로 의료의 국제화는 진료실 내 환자-의사 관계에 국한되는 것이 아니라 전문직 사이에서의 관계에서도 일어나게 될 것이며, 이에 따라 문화적 역량과 의료의 국제화에 대한 인식과 감수성은 더욱 중요하게 대두될 것이다.

국제화된 의료 환경 안에서는 거대한 산업으로서 고가의 의료 서비스를 대상으로 하는 의료관광과, 기초적인 의료 접근성에서도 장애를 느끼는 저소득층 다문화가정과 이민자들이 공존한다. 한국 사회 전반의 국제화라는 변화 속에서 의료자원의 분배 문제 역시 중요한 윤리적 문제로 떠올랐다. 다문화가정이나 결혼이민자에 대한 법

적, 제도적 지원이 이루어지고 있으나 여전히 의사소통 등 의료 접근성을 저해하는 요인들이 존재하며, 이는 의료 불평등을 야기하는 주요한 문제가 되고 있다. 이는 문화적 역량 강화를 통한 의료인의 적극적인 참여가 필요한 동시에, 미국의 <문화 및 언어 적정 의료 서비스에 관한 국가 기준(CLAS)>과 같이 정부 차원에서 이러한 변화하는 사회의 요구를 의료진들이 수용할 수 있도록 하는 정책적 지원도 필요하다. CLAS는 건강불평등을 제거하고, 의료의 질을 높이며, 건강형평성을 강화할 목적으로 제시되었으며, 다양한 문화적 건강 신념, 의료 행위, 건강문해력 및 커뮤니케이션 요구에 대응하여 효과적이고 평등하며, 이해 가능하고, 존중을 기반으로 한 양질의 돌봄을 제공하는 것을 기본 원칙으로 삼고 있다[52]. 2000년 처음 제정된 CLAS 기준은 대통령 행정명령을 기반으로 보건부 및 각 의료기관에서 제공되는 서비스 전반에서 문화적 요인들을 고려하여 접근성을 높일 것을 의무화했다. 동시에 문화적 역량에 대한 교육과 인증을 담당할 수 있는 연구소를 설치하고 이에 대한 정부 차원에서의 지원을 계속해왔다. 이처럼 역량 강화에 필요한 교육과정 개발과 시행에 필요한 재정적 지원도 고려할 수 있을 것이다. 또한 이런 외국인 및 다문화진료를 중점적으로 시행하는 의료관광 협력 지정기관이나 국제진료센터에 적절한 문화적, 언어적, 윤리적 역량을 갖춘 전문인력이 상주할 수 있도록 허가 및 감독을 강화할 필요가 있다.

과거 한국 의사들은 다문화 환경에 노출될 기회가 적었고, 그에 따라 문화적 역량을 개발할 수 있는 기회도 제한적이었다. 하지만 한국의 국제화는 빠른 속도로 진행되고 있으며, 외국인 및 다문화진료는 더 이상 국제진료센터나 다문화진료센터에 국한된 특수한 상황이 아닌 임상 환경에서 수시로 마주할 수 있는 일상의 일부가 되어

가고 있다. 이와 같은 흐름 속에서 문화적 역량이 한국 의료의 질에 직접적인 영향을 미치게 될 시기는 그리 멀지 않았다. 의료의 국제화는 한국 사회에 이미 도래한 현실이지만 이에 따라 발생할 수 있는 다양한 윤리적 문제들은 제대로 논의되지 못했다. 또한 이를 예방할 수 있는 문화적, 윤리적 역량의 강화 역시 충분히 이루어지지 못했다. 동시에 의료관광의 급속한 확대가 가져올 다양한 의료자원 분배와 정의의 문제 또한 충분히 다루어지지 못했다. 이러한 거대한 사회적 변화는 단순히 정책적, 제도적 지원이나 변화만으로 대비할 수 없다. 국제화에 따른 전통적인 환자-의사 관계의 변화와 새로운 환자 및 사회의 요구를 분명히 인지하고 능동적으로 대처할 수 있는 의료인의 적극적인 참여 또한 요구되고 있다. 의사 윤리지침 4조 2항은 “의사는 새로운 의학 지식과 기술을 끊임없이 습득하고 연마하며, 그에 따르는 사회적, 윤리적 문제를 이해하고, 그 해결을 위하여 노력하여야 한다”고 명시하고 있다. 의료의 국제화에 대응할 수 있는 문화적 역량, 전문적 역량, 의사소통 역량을 기르는 것은 현대 한국 의사들의 전문가적 책무의 일환이 될 것이다. 동시에 이러한 의료의 국제화에 필요한 역량을 강화하는 것은 윤리적인 의료를 촉진시키는 중요한 디딤돌이 될 수 있을 것이다. ㉞

REFERENCES

- 1) 출입국 외국인정책본부. 2016년 출입국 외국인정책 통계연보. Available from: https://www.immigration.go.kr/HP/COM/bbs_003/ListShowData.do?strNbodCd=noti0096&strWrtNo=130&strAnsNo=A&strOrgGbnCd=104000&strRtnURL=IMM_6050&strAllOrgYn=N&strThisPage=1&strFilePath=imm/ [cited 2017 Nov 11]
- 2) 행정안전부. 2016년 지방자치단체 외국인주민 현황. Available from: http://www.mois.go.kr/frt/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000014&nttId=60528 [cited 2017 Nov 11]
- 3) 문화체육관광부. e-나라지표. 외래관광객수. Available from: http://www.index.go.kr/portal/main/EachDtIPageDetail.do?idx_cd=1653 [cited 2017 Nov 11]
- 4) 이원재, 서원식, 이재희 등. 보건의료서비스 인력의 국제화 역량 강화 방안 연구용역. 세종 : 보건복지부, 2012.
- 5) 보건산업진흥원. 외국인환자유치실적. Available from: https://khiss.go.kr/khidi/theme-stat/sublistThemeSubjectstat.jsp?htxt_code=&uplist_id=358_E&list_id=358_EC [cited 2017 Nov 11]
- 6) 청와대. 미래 한국을 이끌 17개 신성장동력 선정. 대통령 기록관. 2009. 1. 3.
- 7) Cohen IG. Patients with Passports: Medical Tourism, Law, and Ethics. New York : Oxford University Press, 2014.
- 8) 김혜련, 여지영, 정진주 등. 다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구. 세종 : 한국보건사회연구원, 2012.
- 9) 고진강, 고선강. 여성결혼이민자의 의료서비스 이용경험. 한국간호교육학회지 2012 ; 15(1) : 89-99.
- 10) 부종식. 이주노동자의 의료인권. 생명윤리정책 연구 2012 ; 6(1) : 69-81.
- 11) 김성호. 한국 내 외국인 이주노동자들의 의료 서비스에 대한 인식 및 이용에 영향을 미치는 요인. 다문화콘텐츠연구 2015 ; 18 : 255-297.
- 12) 정의철, 권예지, 이선영. 이주민과 헬스커뮤니케이션에 대한 탐색적 연구: 건강 인식, 병의원 이용, 헬스커뮤니케이션 과정을 중심으로. 한국방송학보 2012 ; 26(4) : 344-385.
- 13) 김계형, 박상민. 국내 이주민을 위한 정착 시기에 따른 보건의료 접근성 개선방안. 다문화사회연구 2014 ; 7(2) : 29-59.
- 14) 정부24. 농촌총각 국제결혼 지원. 2017. 5. 4.
- 15) 여성가족부. 2015년 전국다문화가족실태조사. 서울 : 여성가족부, 2016.
- 16) Yang H. Multicultural families in South Korea: a socio-legal approach. NCJ Int' l L Com Reg 2011 ; 37 : 47-81.
- 17) 정해숙, 김이선, 이택면 등. 2015년 전국다문화가족실태조사 분석. 서울 : 여성가족부, 2015.
- 18) 김현미, 이해응, 정혜실 등. 정착주기별 다문화가족 특성 분석을 통한 정책 개발 연구. 서

- 울 : 여성가족부, 2016.
- 19) OECD. Health at a glance 2013 OECD indicators, Paris : OECD, 2013.
 - 20) Woodman J. Patients beyond borders: everybody's guide to affordable, world-class medical travel. Healthy Travel Media, 2009.
 - 21) 국가법령정보센터. 의료법. 제27조 무면허 의료행위 등 금지. Available from: <http://www.law.go.kr/법령/의료법> [cited 2017 Nov 11]
 - 22) 국가법령정보센터. 관광진흥법. 제12조의 2 의료관광 활성화. Available from: <http://www.law.go.kr/IsInfoP.do?IsiSeq=191034&chrClsCd=010202&urlMode=IsInfoP&efYd=20170718#0000> [cited 2017 Nov 11]
 - 23) Finch S. Medical tourism driving health care disparity in Thailand. Can Med Assoc 2014 ; 186(1) : E11.
 - 24) Chongsuvivatwong V, Phua KH, Yap MT, et al. Health and health-care systems in southeast Asia: diversity and transitions. Lancet 2011 ; 377(9763) : 429-437.
 - 25) 남경아, 정금희. 국내 의료인의 외국인에 대한 편견. 한국보건간호학회지 2013 ; 27(3) : 437-449.
 - 26) 허영식. 다문화사회에서 편견·차별의 문제와 해결방안. 다문화와 인간 2015 ; 4(2) : 3-32.
 - 27) 임기영, 조선미, 송호정. 의사집단 내 폭력현황 및 권위주의와 공격성, 충동성, 성격특징과의 상관. 한국의학교육 2004 ; 16(3) : 305-307.
 - 28) 류한수. 결혼이주여성의 차별경험이 신체적, 정신적 건강에 미치는 영향. 한국콘텐츠학회논문지 2016 ; 16(8) : 345-356.
 - 29) American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. 박윤형, 장동익 역. 의료윤리규약과 윤리적 쟁점사례. 서울 : 대한의사협회 의료정책연구소, 2012.
 - 30) Office of Minority Health (HHS), National CLAS standards: fact sheet. Available from: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/pdfs/NationalCLASStandardsFactSheet.pdf> [cited 2017 Nov 11]
 - 31) 김윤영, 조일동. 결혼이주여성들의 문화차이에 따른 의료경험: 경기도 안산시 원곡동 주민들의 사례를 중심으로. 다문화와 평화 2016 ; 10(2) : 69-91.
 - 32) 한국보건산업진흥원. 외국인환자 care manual. 오송 : 한국보건산업진흥원, 2012 ; 2012 : 32-34.
 - 33) Rokni L, Avci T, Park SH. Barriers of developing medical tourism in a destination: a case of South Korea. Iran J Public Health 2017 ; 46(7) : 930-937.
 - 34) Connell J. Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. Tourism Manag 2013 ; 34 : 1-13.
 - 35) 김혜련. 다문화가족의 건강문제와 정책과제. 보건복지 issue & focus. 보건사회연구원 2013 ; 185(4) : 7-8.
 - 36) 한국보건산업진흥원. 외국인환자 진료표준양식집. 오송 : 한국보건산업진흥원, 2011.
 - 37) Kwak JC. Implications of medical interpreter training for conference interpreters in Korea. 통번역학연구 2011 ; 14(2) : 1-34.
 - 38) 정현옥. 의료관광분야 전문인력 자격요건 및 인력양성방안에 관한 연구. 관광학연구 2011 ; 35(6) : 205-228.
 - 39) Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, et al. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Reports 2003 ; 118 : 293-302.
 - 40) Paasche-Orlow M. The ethics of cultural competence. Acad Med 2004 ; 79(4) : 347-350.
 - 41) Brenda L. Cultural competence and ethical decision making for health care professionals. Humanities Social Sci 2016 ; 4(2-1) : 41-52.
 - 42) Rao H, Wei L, Lopez-Talavera JC, et al. Distribution and clinical correlates of viral and host genotypes in Chinese patients with chronic hepatitis C virus infection. J Gastroenterol Hepatol 2014 ; 29(3) : 545-553.
 - 43) Zhang T, Tully DC, Zhou S, et al. Characteristics of HCV coinfection among HIV infected individuals from an area with high risk of blood-borne infections in central China. PloS One 2014 ; 9(4) : e94219.
 - 44) 대한의사협회. 의사윤리강령 제4조, 2017.
 - 45) 경향신문. 대구, 다문화 여성 '의료관광통역 조합' 운영. 2017. 3. 15.
 - 46) 이세기. 이주, 그 먼 길. 서울 : 후마니타스, 2012 : 248.
 - 47) 정하나. 다문화 사회의 위협인식에 대한 영향요인. 한국사회정책 2016 ; 23(2) : 83-112.
 - 48) Campinha-Bacote J. Coming to know cultural competence: an evolutionary process.

- Int J Caring 2011 ; 15(3) : 42-48.
- 49) 이혜민, 박주영, 김승섭. 한국 성소수자 건강 연구. 보건과 사회과학 2014 ; 36 : 43-76.
- 50) 강방글, 이영선. 사회복지 실무자들의 권위주의적 성격과 문화적 역량. 한국지역사회복지학 2013 ; 46 : 1-21.
- 51) 이려정. 문화적 역량을 통한 의료관광 수용의 통합적 인식 모형. 관광연구논총 2017 ; 29(3) : 3-28.
- 52) Office of Minority Health. Think cultural health. HHS. Available from: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/clas> [cited 2017 Nov 11]

The Globalization of Healthcare and Ethical Problems in Korea

LIM Juwon*, JUNG Junho**,***, SHIN Yeunsun**, KIM Ock-joo**

Abstract

The globalization of healthcare is a multi-layered phenomenon in Korea. Medical tourism, which has emerged as a major trading resource and engine of economic growth, is receiving strong support from the government. At the same time, the number of multicultural patients with inadequate access to basic medical services is rapidly increasing. This article examines the ethical issues related to the globalization of healthcare in Korea as well as some of the ethical problems caused by insufficient clinical and cultural competence within the medical profession. Failure to understand the health-related differences between regions and cultures can compromise the quality of healthcare. Furthermore, language and cultural barriers can cause inequity by hindering access to health care. This article argues that in order to resolve the problems of polarization and inequality in a globalized healthcare system, efforts must be made to ensure the clinical and cultural competency of medical professionals in Korea.

Keywords

globalization, medical ethics, global healthcare, medical tourism, multicultural healthcare, cultural competency

* Department of Clinical Medical Sciences, Seoul National University College of Medicine and International Healthcare Center, Seoul National University Hospital

** Department of History of Medicine and Medical Humanities, Seoul National University College of Medicine

*** Corresponding Author