醫史學 제11권 제1호(통권 제20호) 2002년 6월 *Korean J Med Hist* 11 : 85 – 110, June 2002
ISSN 1225 – 505X
Ⓒ大韓醫史學會

한국 근대 사립병원의 발전과정
- 1885년 1960년대까지 -

신규환*, 서홍관*

1. 머리말

우리 나라의 근대 병원 체제는 크게 도입기(1885-1910), 일제강점기(1910-1945), 미국식 의료 체제 도입 발전기(1945-1977)로 나눠볼 수 있다.[1] 그 중에서도 1945년은 식민지 의료체제에서 미국식 의료 체제로 전환되는 중요한 기점이자 현재 남한 의료체제의 기원으로 평가되며, 흔히 해방 이후 보건의료체제는 '개업의체제',[2] '자유개업체제',[3] '자유방임형 의료제도'[4] 등으로 불리고 있다. 해방전후기의 병원체제 역시 일제 식민지당국에서 미군점령당국이 지배하는 체제로 전환되면서, 공립병원 중심체제에서 개업의원 중심체제 혹은 민간주도로 전환되었다고 알려져 왔다.[5]

그러나 병원 건립에는 일정한 시간과 재정적 부담이 필요하기 때문에 병원체제가 급격히 변화하기는 어려운 일이며, 해방 이후 시장경

* 인제의대 의사학 및 의료윤리학 교실

1) 전종휘 · 김일순은 도입기(1877-1910), 주도기(1910-1945), 회복기(1945-1970), 자주적 발전기(1970-)의 4단계로 나누고 있다. 그러나 개항이후 우리나라에 일본병원의 설립은 조선침략의 전초기지로서 자국민을 위한 것이었으므로 우리나라 근대의학과 병원의 도입시기는 1885년 제중원의 설립부터라고 할 수 있다. 또, 전종휘 등은 자주적 발전기가 왜 1970년부터 시작하는지에 대한 구체적 설명은 하지 않고 있다. 전종휘 · 김일순의 시기구분은 (全鍾暉. 우리 나라 現代醫學 그 첫 世紀. 서울 ; 인제연구장학재단, 1987 : 2쪽)을 참고. 성창기는 전종휘 등의 시기구분을 그대로 따르되, 1945년 이후를 미국식 의료의 도입 · 발전기(1945-1977)와 의료보험제도 도입이후시기(1977-)로 나누고 있다. 성창기, 우리나라 서구식 병원의 발전과정에 관한 연구. 서울대 보건대학원 석사학위논문. 1995.

2) 조병희. 한국의사의 위기와 생존전략. 서울 ; 명경, 1994 : 제2장 개업의체제의 확립을 참고.

3) 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 醫史學 2000. 12 ; 9-2 : 225-226쪽 ; 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 서울대 의학대학원 석사학위논문. 2001 : 69-70쪽.

4) 신오성 · 이우천, 韓國戰爭이 保健醫療에 끼친 影響에 관한 硏究. 韓國保健史學會誌 1992. 5 ; 2-1 : 92-98쪽.

5) 개업의원을 구체적으로 지목하지 않는 경우에도 공립병원이 쇠퇴한 반면 사립병원은 증가한 것으로 평가한다. 신오성 · 이우천, 韓國戰爭이 保健醫療에 끼친 影響에 관한 硏究. 1992 : 92-98쪽 ; 성창기, 우리나라 서구식 병원의 발전과정에 관한 연구. 1995 : 20-21쪽.

제가 충분히 성숙되지 않은 상황에서 민간의료기관이 어느 정도 성장했는지 알아보기 위해서는 병상 수의 추이를 면밀히 검토해 보아야 한다. 또한 점령군의 보호와 점령지역의 질병 및 사회불안요소의 제거를 목표했던 미군점령당국과 그 정책을 계승한 남한정부가 의도적으로 개업의원 중심체제를 지향했는지도 일제시기 병원체제와의 관련 속에서 좀더 따져 보아야할 문제이다. 더욱이 근대 병원은 단순히 국가권력의 지배력만이 관철된 영역은 아니었다. 근대 병원은 국가권력과 사회세력, 제국주의와 민족주의, 전통의학과 서양의학 등 병원을 둘러싼 다양한 요소들이 경쟁하고 타협하는 공간이었다. 이러한 시각은 근대 병원이 단순히 질병 치료만을 위한 고정적인 공간이 아니라 각 세력들이 자신들의 의도를 반영하려는 역동적 공간이라는 점에 초점을 둔 것이다. 이런 시각을 통해 근대병원체제 역시 단순히 지배권력의 의도가 실현되는 공간이라는 선입견에 빠지지 않고, 다양한 세력과의 관계 속에서 병원체제의 성격과 의미가 재검토될 수 있을 것이다. 본고의 목표는 이러한 관점에서 해방전후기 병원체제의 전환과정에 주목하면서 사립병원의 발전과정을 검토하려는 것이다. 이를 통해 한국 근대병원사를 통시적으로 조감할 수 있는 시각뿐만 아니라 공립병원과 사립병원의 발전과정을 구조적으로 이해할 수 있는 단서를 제공할 수 있을 것이다.

그런데 해방전후 병원체제의 성격을 규명하기에 앞서 반드시 짚고 넘어가야 할 대목이 '병원'에 대한 개념 자체가 어떻게 형성·발전되었는가 하는 점이다. 지금까지는 한국 근대 병원사 연구에 있어 개업의원, 의원, 병원, 종합병원 등의 분류와 사립병원, 민간병원, 공립병원 등 설립주체에 따른 분류를 시기별로 그 의미가 다르다는 점에 주목하지 않고 무분별하게 사용해 왔는데, 개념사용의 혼란이 초래할 위험은 자명하다.

예컨대 일제시기 '사립병원'이란 일정규모 이상을 갖춘 병원을 지칭했음에도 불구하고, 사립병원과 개업의원을 동일시하여 파악해왔다.[6] 그러나 일제시기 사립병원은 사실상 20병상 이상 규모였고, 3-4명의 의사로 구성되었기 때문에, 1의원 1의사체제인 개업의원과는 다를 수밖에 없었다. 따라서 사립병원과 개업의원을 동일시하는 것은 일제시기 사립병원의 통계수치가 나타내는 의미와 그 위상을 훼손할 우려가 있을 뿐만 아니라 일제시기와 해방이후 병원체제의 특성을 파악하는 데도 왜곡을 초래할 수 있다. 더욱이 사립병원과 개업의원의 규모와 성격은 일제시기와 해방전후 병원체제의 특성을 이해하기 위한 중요한 단서이다. 따라서 우선 한말 일제하 근대 병원 개념의 형성과정과 일제하 사립병원과 개업의원의 규모 등에서 대해서 검토한 후, 해방 전후 공립병원과 사립병원의 발전과정에 대해 알아보기로 하겠다.

2. 근대 병원 개념의 형성과 일제하 사립병원

6) 신동원은 대부분의 사립병원을 개업의원의 '1병원 1의사체제'로 간주하여, 1939년의 경우 사립병원의 의사비중은 3.3% 정도에 불과했을 것으로 추산하고, 조형근 역시 이에 동조하여 많아야 5%를 넘지 않았을 것으로 추정한다. 신동원, 일제의 보건의료정책과 한국인의 건강상태. 서울대 보건대학원 석사논문. 1986 : 122쪽 ; 조형근, 일제시대 한국에서 의료체계의 변화와 그 사회적 성격. 서울대 사회학과 석사논문. 1997 : 37-38쪽.

1885년 4월 10일 우리나라 최초의 근대적 병원인 광혜원(廣惠院, 4월 23일 濟衆院으로 개칭)이 개설된 이래 서구식 근대병원이 본격적으로 등장하기 시작했는데, 한국 근대 병원의 발전과정을 파악하기 위해서는 우선 한말 일제하의 병원 개념의 형성과정부터 검토해 볼 필요가 있다. 우리나라 최초의 근대적 병원인 제중원의 설립과정부터 영어의 Hospital에 상응하는 개념으로 '병원', '의원', '○○원' 등이 혼재되어 있었다. 미국 북장로회 선교의사였던 알렌(Horace N. Allen : 1858-1932)은 민영익(閔泳翊 : 1860-1914)에 대한 성공적인 치료를 기화로 1885년 1월 27일 "Proposal for Founding an Hospital for the Government of His Majesty, the King of Corea in Seoul"이라는 병원건설안을 조선정부에 제안하고자 했는데, 주한 미국 대리공사인 포크(George C. Foulk)는 알렌을 도와 이를 「조선정부경중 병원건설절론(朝鮮政府京中病院建設節論)」이라고 번역하여 통리교섭통상사무아문(統理交涉通商事務衙門)에 제출하였다. 이에 대한 조선정부의 병원건설과 관련된 답신은 일관되게 '병원'이라는 용어를 사용하고 있다.[7] 이는 안건의 제기에 대한 외교상의 답변이기 때문에 알렌측이 사용하고 있는 '병원'이라는 용어를 그대로 사용했다고 볼 수 있다.

그러나 조선정부가 제중원의 재정지원을 약속한 후, 제중원 운영을 위해 조선정부와 알렌의 협의를 거쳐 1885년 4월 제정한 「공립의원규칙(公立醫院規則)」에서는 '의원'이라는 용어를 사용하고 있다. 흥미로운 점은 조선정부가 알렌에게 처음 통보한 규칙과 차후에 적용된 규칙에 상당한 차이가 있다는 점이다. 기본틀은 정부 제시안을 받아들이면서도 조선관리가 병원운영에 참여한다거나 병을 회복한 후에야 약값을 지불한다 등의 규정이 삭제되거나 수정되었다.[8]

최초의 근대적 병원이 인정을 널리 베푼다는 뜻의 광혜원이나 백성을 구제한다는 뜻의 제중원으로 칭해졌듯이, 일단 병원명칭의 제정에는 국가가 백성에게 인정을 베푼다는 의료에 대한 국가권력의 전통적인 인식이 반영되어 있었다. 알렌의 궁극적 목표는 서양의학의 우수성을 널리 알리고 선교사업을 공식화하는데 있었고, 그에게는 서양의학을 본격적으로 전개할 수 있는 장(場)을 마련하는 것이 중요한 일이었기 때문에, 병원의 명칭 자체에 큰 비중을 두지 않았을 것이다. 반면 서양 의약과 시술방식의 우수성은 민영익과 청국 병사들에 대한 치료로 이미 입증된 바 있어, 알렌은 조선왕실 뿐만 아니라 청나라 위안스카이(袁世凱: 1859-1916) 등으로부터 극진한 대우를 받기도 했다. 단지 의료수요의 증가에 따라 의약품조달에 어려움이 따랐는데, 소모품 및 의약품은 주로 미국으로부터 송달되었고, 일부는 주일공사관 등에서 제공받기도 했다.[9]

다른 한편 제중원의 실질적인 운영이나 내용에 관해서는 많은 부분에서 타협이 이루어졌는데 어떠한 타협이 이루어졌는지 좀 더 면밀히 살펴볼 필요가 있다. 신동원의 연구(1997)는 제중원이 환자들의 지불 능력에 따른 병실분류 및 진료비 책정, 병이 나은 경우에만 약값을 지불하는 등 기존 관행을 따르고 있었고, 병원 운영에서도 서양인 의사를 고빙한 것 외

7) 이경록 외, 광혜원의 개원과 제중원으로의 개칭과정. 延世醫史學 1998. 9 ; 2-4 : 527-531쪽.
8) 박형우. 제중원. 서울 ; 몸과마음, 2002 : 64-69쪽.
9) Horace N. Allen, 김원모 완역. 알렌의 日記. 서울 ; 단국대학교 출판부, 1991 : 80-81쪽.

에는 혜민서(惠民署)나 활인서(活人署)의 그것과 다를 바 없다고 주장했다.[10] 물론 무엇보다 환자들이 불편을 느끼게 해서는 안될 터이니 알렌이 제중원을 모든 면에서 새롭게 운영하려고 하지는 않았을 것이다.[11] 그러나 제중원이 전통적인 병원과 별반 다를 바 없었는지는 더 따져볼 필요가 있다.

알렌은 『제중원 일차년도 보고서』에 포함된 「병원에 관한 이야기(Narrative Concerning the Hospital)」에서 다음과 같이 주장하였다.

> 병원 기구는 새로운 것이 아니었다 : 유사한 기관이 수 백년 동안 존속해왔고, 이러한 고대의 기관을 전복하는 것이 어떤 나쁜 감정을 불러일으킬 것 같아 두렵다. 그런 감정이 있다 하더라도 명백히 드러나지는 않는다. 사람들은 새 병원에 매우 우호적인 것 같았고, 국왕의 포고 및 병원을 개원해 전국 각 지방의 사람들이 치료받을 수 있게 한다는 취지에 수 없이 반응을 보였다.[12]

그는 조선에서 병원이 새로운 것은 아니며, 유사한 기관이 오랫동안 지속되어왔다는 점을 인정하고 있다. 그러나 또 한편으로 그는 "이러한 고대의 기관을 전복하는 것이 어떤 나쁜 감정을 불러일으킬 것 같아 두렵다"라고 고백하고 있다. 즉 조선에서 병원이 새롭지 않다는 것은 질병치료 기관으로서 병원은 조선에서도 오래 전부터 있었다는 뜻이고, 고대의 기관을 전복한다는 것은 전통의학과 전통적인 방식으로 운영되는 병원을 새로운 양식으로 전환시킨다는 것을 의미한다.

제중원의 운영을 책임졌던 알렌은 이처럼 '새로운 병원'으로 낡은 것을 '전복'하고자 하는 의도를 가졌음에도 불구하고, 그런 의도를 실현하기 위해서는 '가장 적절한 방법'을 찾아야 했다. 그를 위해서는 한국인들이 새로운 병원에 대해서 갖는 반감을 극소화하고, 각종 비용을 제공하고 있는 조선정부가 병원의 성과에 호감을 갖도록 하는 일이 필요했다. 따라서 기존 혜민서 등에서 일하던 일부 관리와 직원들을 채용해야 했고,[13] 전통적 의료기관의 운영방식도 일부 받아들이지 않을 수 없었다. 그러나 알렌은 정부관리가 병원운영에 직접 개입하는 것에는 반대했고, 1885년 4월 제정된 「공립의원규칙(公立醫院規則)」에는 정부안에서 제시했던 조선관리의 병원 책임자 선정과 병원운영 개입안을 삭제시키고, 약값의 지불은 병의 호전여부와 상관없이 지불하도록 규정했다. 알렌이 어떤 과정을 거쳐 조선정부의 병원운영상의 직접 개입을 막을 수 있었는지는 구체적으로 알 수 없으나, 전통적인 병원운영 방법을 적절히 사용하면서 무엇보다도 진료성과에 대한 조선정부와 한국인들의 호감을 얻은 것이 가장 큰 힘이 되었을 것이다. 이처럼 제중원의 명칭제정과 실제 운영방식의 정착과정 등에는 근대적 병원의 성격을 둘러싸고 재정지원자인 조선정부와 운영자인 알렌 사이의 경쟁과 갈등이 내포되어 있었다.

---

10) 신동원. 한국근대보건의료사. 서울 ; 한울, 1997 : 83-84쪽.

11) 그 일례가 제중원이 40병상 규모의 병실을 갖추었지만, 침대 없이 전통적인 온돌방을 그대로 사용했다는 점이다. 박형우. 제중원. 2002 : 89쪽.

12) H. N. Allen and J. W. Heron. *First Annual Report of the Korean Government Hospital, Seoul.* Yokohama ; R. Meiklejohn & Co., 1886. 4. 10. 『제중원 일차년도 보고서』의 원문과 번역본은 延世醫史學 1999. 3 ; 3-1(통권9호) : 51쪽.

13) 김원모 완역. 알렌의 日記. 1991 : 80쪽.

1897년 대한제국이 선포된 후, 국가의료기관을 증설하기 위한 노력의 일환으로 내부(內部) 직속 '병원'을 설립하기 위한 움직임이 본격화되었다. 1899년 「병원관제」와 「병원세칙」 등을 통해 내부병원(內部病院)이라는 제국의 병원을 건립하였는데, 그 설립목적은 제중원과는 대조적으로 전염병통제와 구료(救療) 병원의 성격을 가지는 것이었고, 양약(洋藥)을 이용하기는 했지만 주로 한의사와 한의학에 의존했다.[14] 1900년 내부병원을 광제원(廣濟院)으로 개명한 것 역시 전통적 의미의 국가의료의 성격을 명확하게 하려는 상징적 표현이라 할 수 있다.

이처럼 한말의 '병원' 개념은 서구적 의미의 병원과 동일시 된 것이 아니었으며, 조선정부 내에서는 여전히 '의원'이라는 용어를 사용하고 있었다. 더욱이 개항이래 일본의 선진성을 선전하는 공간이었던 일본의 병원들도 주로 '의원'이라는 명칭을 선호하고 있어서 용어상의 혼란은 더욱 가중되었다. 일제시기에 들어선 이후에도 관에서는 '병원'이라는 용어를 사용했지만, 실제로는 '의원'이라는 명칭이 많이 사용되었다.[15] 예컨대 '총독부 부속의원', '도립의원', '우에무라(植村) 외과의원' 등 병원의 규모나 성격에 관계없이 '의원'이라는 명칭이 가장 보편적으로 사용되었다.

1919년 4월 제정된 「사립병원 취체규칙(私立病院 取締規則)」에 따르면, '병원'은 최소 10명 이상의 전염병 환자를 수용할 수 있는 시설을 갖추어야 한다고 규정하고 있다.[16] 따라서 실제 병원운용에 필요한 일반병동을 포함할 경우 사립병원은 최소 20병상 규모는 넘었을 것으로 예상된다. 그러다가 1944년 8월 21일 「조선의료령(朝鮮醫療令)」이 제정된 이후, 그 세부 시행사항을 규정한 1944년 9월 14일 「조선의료령시행규칙(朝鮮醫療令施行規則)」 제41조에서는 "환자 10인 이상의 수용시설을 갖춘 곳"을 '병원'이라고 하고, 그 미만을 '진료소(診療所)'라고 규정하였다.[17] 이와 같은 사실들을 종합해 볼 때, 1919년의 「사립병원 취체규칙」에서 말하는 '병원' 규정이 전염병실을 갖추어야 하는 등 다른 어떤 시기보다도 상당히 까다로운 기준을 제시하고 있었다는 점과 일제시기에는 '의원'에 대한 특별한 개념규정이 없었다는 것을 알 수 있다.

병원과 의원에 대한 개념이 명시적으로 분리된 것은 한국전쟁 이후 국민의료법을 제정하면서부터였다. 1951년 9월 25일 제정된 「국민의료법 · 총칙(國民醫療法 · 總則)」 제4조는 "병원이라 함은 의업 또는 치과의업을 행하는 장소로서 환자 20명 이상을 수용할 수 있는 설비"라고 하였고, 20명 미만의 환자를 수용할 수 있는 설비를 가진 것을 '의원'이라 규정하였다. 또, "환자 수용능력이 수백 명을 초과하고 전문과목 중 적어도 내과, 소아과, 외과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 비뇨기과, 방사선과로 구분할 수 있는 설비를 갖춘 것"을 '종합병원'이라고 규정했다.[18] 이처럼 1950년대부터 1960년대까지는 병상규모에 따른 병원 규정

14) 신동원. 한국근대보건의료사. 1997 : 297-283쪽.
15) 全鍾暉. 우리나라 現代醫學 그 첫 세기. 1987 : 13-14쪽.
16) 私立病院取締規則. 朝鮮總督府官報. 1919. 4. 7 : 85쪽.
17) 朝鮮醫療令施行規則. 朝鮮總督府官報. 1944. 9. 14 : 75쪽.
18) 國民醫療法 · 總則. 1951. 9. 25(법률 제21호). 保健年鑑編纂委員會. 1945-1950 大韓保健年鑑. 서울 ;

이 있었음에도 불구하고, 종합병원에 대한 규정 자체가 모호하여, 최소 13병상의 국(공)립병원과 25병상의 사립병원이 종합병원으로 분류되기도 하였다.[19]

종합병원, 병원, 의원의 구분이 명확하게 이루어진 것은 1970년대에 들어선 이후였다. 1973년 2월 16일(법률 제2533호) 전문 개정된 「국민의료법·총칙(國民醫療法·總則)」 제3조에서는 의료기관의 종류를 종합병원, 병원, 의원 등으로 나누고, 종합병원은 "의사 및 치과의사가 의료를 행하는 곳으로서 입원 환자 80인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고, 진료과목이 적어도 일반내과, 일반외과, 소아과, 산부인과, 방사선과, 마취과, 병리과, 보건관리과 및 치과가 설치되어 있고 각과마다 필요한 전문의를 갖춘 의료 기관"이라고 하였고, 병원은 "의사가 의료를 행하는 곳으로서 입원환자 20인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관"이라고 정하였다.[20]

이런 점에서 보면 '병원'의 병상규모는 일제시기부터 1994년까지 75년 동안 대략 20병상 규모로 외형상 크게 변하지 않았다고 할 수 있다. 그러나 내용상으로는 일제시기에는 병원이 식민통치에 부합한 의료체제 건설을 목표로 법령에 의해 통제하는 '취체(取締)'의 대상이었다면, 해방이후로는 병원이 국가의료와의 관계 속에서 어떤 역할을 수행할 것인가를 두고 논쟁의 대상이 되었다. 예컨대 북한에서는 병원이 해방직후부터 사회주의 국가의료체제에 편입되었던 반면, 남한에서는 병원을 국가의료체제에 편입시킬 것인가 아니면 국가의료와 분리시킬 것인가를 두고 논의가 있었다.

또한 병원 자체도 시기에 따라 그 의미가 크게 달라져왔는데, 설립주체에 따른 분류 역시 시기별로 크게 달랐다. 일제시기에는 설립 주체에 따라 크게 관(공)립병원과 사립병원으로 나누어서 관리하였다. 「사립병원 취체규칙」이 주로 전염병 환자와 병실에 관한 많은 규정을 담고 있는데서 알 수 있듯이 식민지 당국은 표면상 전염병을 비롯한 공중보건 문제를 보건행정의 최우선의 과제로 삼았다. 바꿔 말하면, 사립병원과 개업의원의 구분은 기본적으로 표준적인 병원시설의 확보와 병상 규모의 차이에 근거하고 있었지만, 무엇보다도 전염병 병동 혹은 전염병 병실의 보유 여부가 그와 같은 구분의 핵심이었다. 따라서 20병상 이상 일반병실만을 갖춘 사립병원 규모의 개업의원도 적지 않았을 터이지만, 전염병 병동을 갖추지 못한 개업의원은 일제의 일차적인 통제대상에서 제외되어 있었다. 다른 한편으로는 개업의원에 대한 별도의 통제규칙이 없었던 만큼 경찰에 의한 통제항목을 조목조목 구체적으로 명시한 「경무총감부령(警務總監府令)」[21]과 「사립병원 취체규칙」은 경찰이 사립병원 뿐만 아니라 개업의원을 통제하는 데 중요 근거로서 활용되었을 것으로 예상된다.

사립병원은 다시 설립운영자의 국적에 따라 일본인, 한국인, 외국인 사립병원으로 구분되

保健年鑑社, 1956. 2. 15(第4法令編) : 1쪽.

19) In-ho Chu. *Public Health Reports in Korea*. Headquarters Combined Hospital Facilities 3rd and 14th Field Hospitals, September 1951 : 35-36쪽.

20) 金基鈴. 醫療法解說. 서울 ; 大韓醫學協會, 1974 : 9쪽. 의료법에서 '종합병원'이 80병상에서 100병상으로, '병원'이 20병상에서 30병상으로 바뀌게 된 것은 1994년 1월 7일자 의료법 개정에서였다.

21) 警務總監府令. 朝鮮總督府官報. 1919. 4. 7 : 89-90쪽.

는데, 『조선총독부통계연보(朝鮮總督府統計年報)』에 나타난 이와 같은 병원 구분에는 관(공)립병원과 사립병원 이외에 대다수 개업의원(개인의원)들이 누락되어 있다. 해방 이후, 미군정 보건후생부 보건차관을 지낸 최제창(崔濟昌: 1907-)이 인용한 보건부 자료는 국립/도립/사립/반사립/선교병원 등으로 나누고 있고, 1960년대 이후의 『보건사회통계연보(保健社會統計年報)』는 국립/공립/법인/개인병원 등으로 나누고 있다. 한마디로 말하면 기존 설립주체에 따른 병원 분류는 일관성이 없었다.

오늘날에는 병원을 설립주체에 따라 공립병원(Public hospital)과 사립병원(Private hospital)으로 나누고 있다.[22] 공립병원은 일제시기 관(공)립병원 이래 국(도)립병원을 거쳐 국(공)립병원으로 발전했다고 할 수 있다. 사립병원은 민간법인 혹은 개인이 설립·운영하는 병원을 총칭하는 것인데, 일제시기 사립병원은 일본인병원, 한국인병원, 외국인병원(선교병원) 등으로 나누어지는데, 주로 외래진료에 의존했던 개업의원(개인의원)은 관(공)립병원과 대비되지만 10병상 이상의 전염병상을 갖추어야 했기 때문에 사립병원의 범주에서는 제외되었다. 해방 이후에는 사립병원의 범주에 선교병원은 포함되지 않았고, 1960년대 이후에는 사립병원 대신 법인병원, 개인병원으로 분류하기도 했다. 따라서 사립병원사를 검토할 경우 시기별로 사립병원의 규모나 의미가 다르다는 점을 염두에 둘 필요가 있다.

일제하 사립병원은 일제의 통제와 억압 속에서도 대체로 양적으로 꾸준히 성장하였다. 선교 병원의 경우, 1910년 9개소로 늘었고, 1919년 28개소까지 증가하였다. 1920년 23개소로 줄어든 이후, 1930년대 말까지 선교 병원의 숫자는 별다른 증감을 보이지 않았다. 1941년 태평양전쟁의 발발 이후로는 일제의 기독교 탄압과 외국인 추방으로 인해 선교병원의 숫자는 1941년 4개, 1942년 1개로 극감하였다(【표 1】을 참고).

일본인 병원은 1876년 개항이래, 부산 제생의원(濟生醫院, 1876년), 원산 생생의원(生生醫院, 1880년), 한성 일본관의원(日本館醫院, 1883년), 인천 영사관부속의원(領事館附屬醫院, 日本醫院 1883년) 등이 일본 정부의 직접적인 지원 속에서 일찍부터 설립되었는데, 주로 일본인 거류지의 자국민을 위한 것이었다. 1880년대 중반 이후 일본인 거류민이 증가하고 이들 병원에 대한 일본 정부의 각종 지원이 중단되면서, 일본인 거류민을 위한 일본 정부의 보조를 받는 개업의와 사립 병원이 등장하였다.[23] 청일전쟁 이후 일본정부의 주도하에 일본 주둔군의 치료를 위한 목적으로 일본인 병원이 설립되었는데, 1905년 을사보호조약(乙巳保護條約) 체결 이후로 일제는 우선 대한의원(大韓醫院)에 대한 식민지적 경영을 본격화하여 일본인에 의한 병원장악의도를 노골적으로 드러내기 시작했다. 1909년에는

22) 세부적으로 다음과 같이 구분된다. (1) 공립병원 : 국가, 지방자치단체 또는 공공단체에서 설립·운영하는 병원을 말하며, 그 종류는 다음과 같다. ① 국립의료원, 경찰병원 등 국립병원, ② 시·도립병원 ③ 지방공사의료원 ④ 보건의료원인 공립병원, ⑤ 서울대학교병원 등 특수법인병원 (2) 사립병원 : 민간법인 또는 개인이 설립·운영하는 병원을 말하며, 그 종류는 다음과 같다. ① 학교법인병원, ② 재단법인병원, ③ 사단법인병원, ④ 사회복지병원, ⑤ 회사법인병원, ⑥ 의료법인병원, ⑦ 개인병원 등. 남은우. 병원관리학. 서울 ; 신광출판사, 2000 : 66쪽.

23) 박윤재는 이를 일본 관립병원이 공립병원으로 전환된 것으로 파악한다. 박윤재, 1876-1904년 일본 관립병원의 설립과 활동에 관한 연구. 역사와 현실 2001. 12 ; 제42호.

전주, 청주, 함흥 지역에 자혜의원(慈惠醫院)을 설치하였고, 1910년에는 전국 13도에 자혜의원을 설치하였는데, 모두 일제의 수비군에게 편리를 제공하고 식민통치의 정당성을 선전하는 수단으로 사용되었다.[24] 다른 한편 일본인 사립병원은 【표 1】에서 볼 수 있는 것처럼, 일제의 세력확장에 편승하여 한국인이나 외국인 사립병원에 비해 압도적 우위를 차지할 수 있게 되었고, 그러한 우위는 일제통치기간 동안 지속되었다.

일제하 사립병원, 특히 한국인이 개설한 사립병원의 설립양태를 살펴보기 위해서는 우선 당시의 의학교육과 의사면허제도 등을 통해 병원 운영의 핵심주체 중의 하나인 의사가 어떻게 양성되었는지에 대한 이해가 필요하다. 1886년 제중원에서 초보적 수준의 의학교육이 실시되고, 1899년 관립의학교에서 의학교육이 본격화된 이래, 관립의학교에서는 1903년 1월, 19명의 1회 졸업생이 배출되었으며,[25] 세브란스의학교에서는 1908년 6월, 7명의 1회 졸업생이 배출되었다.[26]

흥미로운 것은 세브란스의학교 1회 졸업생 7명이 대한제국 정부가 개인에게 영업을 허가하는 개술인허 1번(김필순 金弼淳, 1878-1919)에서 7번을 차지하였고, 관립의학교 1회 졸업생 유병필은 8번을, 대한의원 교육부 졸업생은 9번을 받고 있다는 점이다. 1900년 대한제국 내부(大韓帝國內部)에서 제정한 「의사규칙(醫士規則)」은 의학교 졸업생과 내부에서 행한 시험에 합격한 자에 한해 인허증을 받을 수 있도록 규정했는데, 제정 당시 서양의학을 가르치는 의학교가 없었기 때문에 그 해당자가 없었다. 관립의학교 졸업생을 배출하기 시작한 1903년 이후, 법적 근거를 가지고 면허를 부여할 수 있었지만, 당시 관립의학교는 개업의사의 양성을 목표로 삼지 않은데다 관립의학교 졸업생은 곧바로 위생관료 및 의학교 교관으로 특채되었기 때문에 별도의 개술인허를 필요로 하지 않았다. 1907년 이후 일본인 의사가 점차 관직을 독점해 나갔고 의료제도 전반에 대한 통제정비책이 필요한 상황에서 우선 사립의학교 졸업생을 대상으로 개술인허제도를 실시하게 된 것이다. 1911년 2월, 『조선총독부월보(朝鮮總督府月報)』에 따르면 개술인허를 받은 54명 중 절반인 27명이 개업하였고, 17명이 관리로 진출했다.[27]

개술인허를 받은 세브란스의학교 1회 졸업생들은 종로에 공동의원(共同醫院)을 설립하고 진료활동을 벌였으나 그들 역시 대부분은 세브란스의학교 등에서 의학교육을 담당하였다.[28] 그러나 사립의학교 졸업생이 관리로서 나가는 길은 거의 봉쇄되어 있었기 때문에 의학교에서 의학교육에 종사하거나 국내외의 사립병원에서 활동할 수밖에 없었다. 실제로 1928년 전국 도립의원에 근무하는 184명의 의사 중 조선인 의사는 45명이었는데, 세브란스의학교 출신은 단 1명에 불과할 정도로 일제시기 사립의학교 출신이 관직에 나가는 것은 극히 어렵다는 것이 일반적인 상식이었다.[29]

관립의학교 졸업생들이 사립의학교 졸업생

24) 신동원. 한국근대보건의료사. 1997 : 346-373쪽.
25) 여인석, 대한제국기 官에 의한 의학교육. 延世醫史學1988 ; 2-2.
26) 김일순, 제중원에서의 초기 의학교육(1885-1908). 延世醫史學 1988 ; 2-2.
27) 신동원. 한국근대보건의료사. 1997 : 299-300쪽, 412-415쪽.
28) 박형우, 세브란스의학교 제1회 졸업생의 활동. 延世醫史學 1988 ; 2-2.

【표 1】 일제하 병원별 양적 추이[30]

연도	병원					계
	관립	공립 (도립/기타)	사립			
			일본인	한국인	외국인	
1910	14	3	85	14	9	125
1911	14	6	98	28	14	160
1912	19	3	88	15	20	145
1913	19	4	156	28	27	234
1914	19	4	98	19	24	164
1915	19	6	171	62	31	289
1916	20	5	180	47	31	283
1917	20	5	204	65	32	326
1918	20	5	211	95	31	362
1919	21	7	229	111	28	396
1920	20	7	71	18	23	139
1921	23	8	43	4	22	100
1922	25	7	41	7	20	100
1923	27	8	43	13	23	114
1924	27	10	37	11	22	107
1925	2	37(30/ 7)	39	7	23	108
1926	3	35(26/ 9)	37	6	22	103
1927	3	38(27/11)	37	9	21	108
1928	4	39(29/10)	42	9	20	114
1929	4	39(29/10)	46	8	22	119
1930	4	40(30/10)	47	8	24	123
1931	4	42(32/10)	48	10	25	129
1932	4	42(33/ 9)	51	11	23	131
1933	4	45(35/10)	51	9	25	134
1934	4	46(35/11)	53	10	23	136
1935	4	46(35/11)	51	12	23	136
1936	4	46(38/ 8)	51	15	24	140
1937	4	49(39/10)	57	16	25	151
1938	4	50(41/ 9)	54	15	26	149
1939	4	51(42/ 9)	55	13	25	148
1940	4	52(43/ 9)	63	20	22	161
1941	5	53(44/ 9)	67	34	4	163
1942	6	61(46/15)	68	41	1	177

※ 조선총독부가 실시한 이 통계에는 대다수 개업의원의 수치는 누락되어 있다.

에 비해 관리로 나갈 수 있는 유리한 입장이긴 했으나 이는 상대적인 의미에서 그렇다는 것이다. 관립의학교 졸업생이라 하더라도 한국인들은 의학교에 남게되는 경우에도 교수로서 활

29) 전종휘. 우리나라 現代醫學 그 첫 世紀. 1987 : 15쪽.
30) 朝鮮總督府 編. 朝鮮總督府統計年報. 1910-1943.

동하기는 극히 어려웠다. 그러다보니 졸업생 중 많은 수가 충분한 장비나 병실을 갖추지 않고서 간단한 진료에 의존하는 개업의원 등에서 활동할 수밖에 없었다.

그런데 일제하 공식적인 통계에서는 개업의원의 분포나 통계가 잘 드러나지 않으므로 우선 사립병원의 상황을 살펴보자. 【표 1】의 일제하 병원별 양적 추이과정을 살펴보면, 사립병원 수가 일본인 병원 229개와 한국인 병원 111개를 포함하여 전반적으로 1919년까지 양적으로 최고조에 달했다가 1921년에는 일본인 병원은 1919년의 18.8%(43개), 한국인 병원은 1919년의 3.6%(4개) 수준으로 급감한다는 것을 알 수 있다. 이러한 변화는 1919년 4월 「사립병원 취체규칙」과 「경무총감부령」의 발효 이후, 사립병원에 대한 통제가 강화되었기 때문이었다. 예컨대, 전염병 병상을 구비해야하는 것은 물론이고, 준공일 또는 완공일만 어겨도 병원설립 허가가 취소될 수 있었고, 심지어 계단 수와 폭의 길이가 기준과 달라도 병원설립이 취소될 수 있었다. 이와 같은 법적 조치들은 모든 사립병원에 독립된 전염병 병동을 설치할 것 등 사립병원의 구조설비의 표준을 강화하였기 때문에 재정이 충분치 못한 대다수 사립병원들은 경찰의 통제를 받을 수밖에 없었다. 따라서 영세한 한국인 병원이 커다란 타격을 받았던 것은 두말할 나위가 없을 것이다. 이러한 사립병원에 대한 통제는 총독부의 관할 하에 각 시도를 중심으로 훗날 도립병원의 전신이 될 자혜의원을 설치 확대함으로써 보건의료체제를 효율적인 식민지배의 일환으로 진행시켜 나가고자 했던 총독부의 의도를 잘 드러내 준다 하겠다. 물론 해방 전까지 공립병원의 수 자체는 전체 병원수의 절반에도 미치지 못했지만 인력, 장비, 시설 등에서 월등하였기 때문에 사실상 관 주도의 보건의료체제를 구축하고 있었다고 말할 수 있다. 실제로 1942년의 경우 관(공)립병원(관립, 도립, 기타)의 수는 67개로 사립병원(110개)과 비교해 볼 때 전체 병원 177개중에서는 38%만을 차지하고 있지만, 당시 병원규모, 병상 수, 의료장비, 의료재정 방면 등에서 사립병원에 대해 압도적 우위에 있었을 것으로 예상된다(【표 1】참고).

더욱이 1930년대까지 한국인이 경영하는 사립병원은 전국적으로 10여 개 수준이었으니 외국계 사립병원에 일부 의학교 졸업생들이 진출하였다해도 그들이 졸업생 전체의 진로에서 차지하는 비율은 낮을 수밖에 없었다. 그런데 일제하 전 시기에 걸쳐 공립병원과 사립병원의 수는 획기적으로 증가되지 않은 반면, 한국인 의사의 수는 일본인 의사 및 선교의사와 비교해 보아도 꾸준히 증가하고 있음을 알 수 있다(【표 2】일제하 의사인력의 추이를 참고). 그렇다면 사립병원 수가 전반적으로 감소하는 추세에서 대부분의 한국인 의사들은 어디에서 활동하고 있었던 것일까?

일제하 대표적인 관립의학교였던 경성의학전문학교(京城醫學專門學校, 이하 경성의전)를 예로 들어보자. 1916년 성립한 경성의전은 조선총독부의원 부속의학강습소(朝鮮總督府醫院附屬醫學講習所)를 개편한 것이었다. 경성의전은 개편과 함께 조선총독부의원 부속의학강습소 4학년생이 편입할 수 있도록 하였고, 일본인 학생도 선발하기 시작했다. 1917년부터 한국인 1회 졸업생을 배출하였고, 1920년부터는 일본인 졸업생도 배출하기 시작하여 1917년에서 1930년까지 총 913명의 졸업생이 배출되었다. 그 중 35% 이상이 관리나 관(공)립병원에 진출하고 있는 점이 눈에 띤다. 그러나 경성의전 졸업생의 진로 중 가장 많은 비율을 차지하는 것은 사실은 개업(45.4%)이었다.

일제의 식민지 정책에 따라 1926년 경성제국대학(京城帝國大學, 이하 경성제대) 의학부

【표 2】 일제하 의사인력의 추이[31]

	의사				한지의사*				한국인 의생**	계
	일본인	한국인	외국인	계	일본인	한국인	외국인	계		
1910	345	1,342	25	1,712	-	-	-	-	-	1,712
1911	376	479	25	880	37	-	-	37	1,365	2,282
1912	353	72	32	457	42	-	-	42	1,653	2,152
1913	395	183	38	616	26	-	3	29	1,462	2,107
1914	464	144	33	641	82	1	8	91	5,827	6,559
1915	627	209	36	872	74	-	7	81	5,804	6,757
1916	667	233	32	932	76	1	7	84	5,626	6,642
1917	678	279	36	993	68	1	6	75	5,659	6,727
1918	648	351	35	1,034	71	2	5	78	5,588	6,700
1919	654	354	30	1,038	82	24	3	109	5,438	6,585
1920	604	402	29	1,035	70	5	1	76	5,376	6,487
1921	619	411	31	1,061	63	15	2	80	5,240	6,381
1922	659	468	32	1,159	70	4	8	82	5,223	6,464
1923	652	515	35	1,202	67	11	8	86	5,183	6,471
1924	666	577	32	1,275	61	19	8	88	5,004	6,367
1925	685	637	36	1,358	69	16	5	90	4,915	6,363
1926	708	703	39	1,450	74	40	9	123	4,877	6,450
1927	711	762	35	1,508	85	54	10	149	4,829	6,486
1928	786	806	30	1,622	87	49	12	148	4,699	6,469
1929	779	836	30	1,645	83	76	11	170	4,680	6,495
1930	796	921	32	1,749	89	116	13	218	4,594	6,561
1931	818	939	34	1,791	87	166	12	265	4,472	6,528
1932	885	1,001	23	1,909	83	179	11	273	4,374	6,556
1933	964	1,094	32	2,090	88	207	12	307	4,267	6,664
1934	1,054	1,218	30	2,302	79	208	9	296	4,155	6,753
1935	1,146	1,336	24	2,506	78	173	9	260	4,044	6,810
1936	1,129	1,413	23	2,565	74	218	9	301	3,880	6,746
1937	1,414	1,470	22	2,906	81	270	10	361	3,739	7,006
1938	1,245	1,668	18	2,931	74	274	8	356	3,783	7,070
1939	1,253	1,725	20	2,998	69	317	8	394	3,684	7,076
1940	1,269	1,918	10	3,197	65	365	6	436	3,604	7,237
1941	1,191	2,022	3	3,216	57	399	2	458	3,597	7,271
1942	1,187	2,487	-	3,674	54	509	1	564	3,349	7,587
1943	1,194	2,618	1	3,813	55	548	1	604	3,337	7,754

와 1928년 경성제대 의학부 부속의원(京城帝大醫學部 附屬醫院)이 설립되었는데, 졸업생 중 많은 수가 의학교(43.8%)에 대거 진출한 것 이외에는 개업의(27.3%)로 활동하고 있음을 알

31) 朝鮮總督府 編. 朝鮮總督府統計年報. 1910-1943.

* 크게 보아 한지의사(限地醫師)는 개업의원에 포함된다고 할 수 있다. 한지의사는 본래 농촌과 산간 벽

【표 3】 경성의학전문학교 졸업생(1917-1930)의 진로[32] 명(%)

	관공서	의학교	관공립 병원	사립 병원	軍醫	開業	會社	사망	기타	졸업자 총수
한국인	10 (5.2)	85 (43.8)	15 (7.7)	13 (6.7)	-	49 (25.3)	10 (5.2)	10 (5.2)	2 (1)	194 (100)
일본인	32 (5.6)	173 (30.3)	71 (12.4)	29 (5)	123 (21.5)	42 (7.4)	66 (11.6)	16 (2.8)	19 (3.3)	571 (100)

수 있다.

관립의학교의 사정이 이러할진대, 사립의학교 졸업생들이 대부분 개업의로 활동할 것이라는 것은 충분히 예상할 수 있다. 한 조사에 따르면, 1944년 현재, 전체 의사 수 2,743명 중 72%인 2,075명이 개업의로 활동하고 있었다.[34] 이러한 상황은 관(공)립병원이나 사립병원의 획기적 성장이 없었던 일제시기 전 시기에 걸쳐 개업의의 우세를 반증하는 것이다. 그런데 이들 개업의들은 열악한 재정·시설 조건 때문에 병실 위주의 병원경영을 하지 못하고, 대부분 외래환자에 의지하여 의원을 경영했다.[35]

【표 4】 경성제국대학 의학부 졸업생(1930-1941)의 진로[33] 명(%)

	관공서	의학교	관공립 병원	사립 병원	적십자 병원	軍醫	開業	會社	사망	기타	졸업자 총수
한국인	44 (8.3)	56 (10.6)	146 (27.6)	15 (2.8)	7 (1.3)	-	240 (45.4)	3 (0.6)	15 (2.8)	3 (0.6)	529 (100)
일본인	26 (6.8)	58 (15.1)	100 (26)	40 (10.4)	14 (3.6)	53 (13.8)	51 (13.3)	19 (4.9)	19 (4.9)	4 (1)	384 (100)

3. 해방전후 공립병원 중심체제의 지속

1945년 일제의 패망과 함께 관(공)립병원이 중심이 된 식민지의료체제가 종말을 고하면서 우리나라에는 새로운 의료체제의 수립이 요구되

지 등 의료혜택을 받기 어려운 일본인들을 위해 의사 자격을 완화한 대신 일정지역에서만 활동하도록 한 것이었다. 1911년 일본인 한지의사가 활동하기 시작하고, 1913년 한국인 한지의사가 활동한 이래, 해방 이후에도 한지의사는 계속 배출되었고, 1956년에서야 공식 폐지된다.

** 일제시기에 의료제도는 서구식으로 재편되었는데 전통 한의사는 의생(醫生)으로 격하시켰다. 의생은 경력에 따라 무기면허자(無期免許者)와 5년 이내의 유기면허자(有期免許者) 두 종류로 구분된다. 일제시기의 의생제도는 서구식 의료제도를 보완하기 위한 과도기적 조치로 실행된 것이었다.

32) 京城醫學專門學校一覽. 1930 : 147-175쪽에 실려있는 졸업생 명단에 근거하여 작성.

33) 京城帝國大學一覽. 1941 : 394-395쪽. 장세윤, 日帝의 京城帝國大學 設立과 運營. 한국독립운동사연구 1992 ; 제6집 : 399쪽.

34) 최응석, 현단계 보건행정의 근본적 임무. 조선의학신보 1947. 5 ; 제2호 : 17-20쪽. 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2001 : 61쪽에 재수록.

35) 외과가 아닌 경우는 대부분의 개업의원들은 조제와 주사비용에 의존했다. C. C. Choi. *Public Health in Korea*. Alexandria, Virginia: Deputy Minister of Public Health and Welfare, American Military Government, Seoul, 1945-1949, 1949 : 38쪽.

었다. 그러나 남북이 각각 미소의 영향하에 놓이고 독자적인 정권 수립에 들어감에 따라 각기 상이한 의료체제를 건립하였다. 북한은 1947년 이후 의료기관의 국영화 조치를 강화하면서 사회주의 국가의료체제를 수립해 나갔다.[36] 반면 남한은 전염병 통제와 공중보건활동은 국가가 관리하고 일반진료는 민간에 일임하는 미국식 의료체제를 받아들였지만 민간 주도의 의료체제가 곧바로 정착된 것은 아니었다.

북한의 경우, 1945년 해방 당시 42개의 병원(1,135병상), 37개의 진료소, 1개의 전염병원(50병상)에서 1947년 상반기에는 115개의 병원(3,251병상), 154개의 진료소, 7개의 전염병원(375병상)이 설립되어 해방 당시에 비해 병원 규모가 2.8배에서 7배에 이르는 급신장을 거듭했다.[37] 아울러 해방이전부터 존속했던 평양의학전문학교와 함흥의학전문학교를 의학대학으로 확대 개편하고, 1948년에는 청진의학대학 등을 설립하였으며,[38] 몇 개의 의학강습소를 열어 의료인력의 양성에 힘썼다.[39] 이로써 해방 당시 230명(의학교 학생 80명)에 불과했던 예비 의료인력수는 1947년에는 3,680명(의학교 학생 1,523명)으로 무려 16배(의학교 학생수는 19배)로 증가했다.[40]

그러나 1949년 당시 북한의 의사 수는 1,000명(일제시기 의학교 졸업자 350명, 해방 이후 의학교 졸업자 400명, 남한의 한지의사급 250명) 정도로 남한의 인구당 의사비율이 5,800:1명인 것과 비교하여 9,500:1 정도로 열악한 수준이었다. 이러한 수치는 북한 당국의 의료인력 양성 노력에도 불구하고 해방 이후 북한 전체 의사의 70%가 남한으로 대거 이주했던 것에 기인한다.[41]

당시 남한의 의료인력과 시설 등에 대해서는 북한에서도 북한의 4배에 해당한다고 인정하고 있는데,[42] 실제로 1945년 9-11월 미군정의 보고에 의하면, 남한은 인력이나 규모면에서 북한의 3-4배에 이르는 총 181개의 병원(서울에 10개, 1,620병상), 3,381명의 의사, 573명의 치과의사, 1,163명의 정규교육 간호부, 943명의 조산부, 42개의 결핵요양소(환자 1,248명), 3개의 나병요양소(환자 8,000명)가 있었다.[43]

1939년 당시 남한의 의사 수는 2,970명(한지의사 394명 제외)이고,[44] 1944년 말에는 2,743명(한지의사 1,017명 제외)[45]이었다는 기록으

36) 북한에서 말하는 국가의료체제는 "단 하나의 개인병원도 없는" 의료체제를 말하는 것이다. 홍순원. 조선보건사. 평양 ; 과학, 백과사전출판사, 1981 : 441-484쪽. 특히 448쪽.
37) 홍순원. 조선보건사. 1981 : 454쪽.
38) 그밖에도 1948년에는 평남의학전문학교, 해주의학전문학교, 강계의학전문학교, 신의주의학전문학교 등이 설립되었다. 박윤재 · 박형우, 북한의 의학교육제도 연구. 醫史學 1998 ; 7-1 : 69쪽.
39) 1948년 당시 신입생 모집수는 평양의학대학 150명, 함흥의학대학 150명, 청진의학대학 90명이었다. 위의 책, 462쪽.
40) 위의 책, 463쪽.
41) C. C. Choi. *Public Health in Korea*. 1949 : 9쪽.
42) 홍순원. 조선보건사. 1981 : 454쪽.
43) GHQ, SCAP, Summation of Non-military Activities in Japan and Korea, No.1(1945. Sep.-Nov.) Part Ⅴ Section 3 : 17-25쪽. 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2001 : 31쪽에서 재인용.
44) Medical Intelligence Division, TB MED 208, Medical and Sanitary Data on Korea, AGO 2417A, Microfish, 1945. 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2001 : 92쪽에서 재인용.

로 보아, 대다수의 의사들이 남한에 있었다는 점을 감안한다 해도 1945년 3,381명이라는 통계 수치에는 한지의사가 포함된 것으로 추측된다.

남한에는 해방 당시 1개 대학 의학부(경성대학 의학부)와 6개의 의학전문학교(경의전, 세브란스의전, 서울여의전, 이화의전, 대구의전, 광주의전)가 있었고, 매년 신입생만도 420-500여명에 달했다.[46] 그 결과 1949년 12월 남한의 의사는 4,375명(한지의사 704명 포함)[47]에 달했다.

일제하 의학교에서는 매년 300여 명(한국인 112명, 일본인 189명)의 졸업생을 배출하였는데,[48] 해방이후 1945-1949년 사이 남한에서는 대략 1000여명 이상이 증가한 것으로 보아 6개 의학교에서 매년 250명 이상의 졸업생을 배출했던 것으로 보인다.

해방이후 인구대비 의사 수는 결코 우량한 수준도 아니었고 보건관료들은 의료인력이 더 많이 양성되어야 한다고 강조하고 있었지만, 실제로 국가차원에서는 의료인력을 흡수할 수 있는 의료기관을 가지고 있지 않았다. 따라서 의학교 졸업생들은 대부분 개업의사의 길을 선택해야 했다. 실제로 1949년 의사 3,881명 중 76.6%에 해당하는 2,972명이 개업의로 활동하고 있었다.[49]

이러한 통계에 근거하면 해방 이후의 병원체제를 개업의원 중심체제로 간주하는 것이 틀리지 않은 것처럼 보인다.[50] 그러나 머리말에서 제기한 것처럼 해방전후 공립병원 중심체제

【표 5】 일제시기 도립의원 진료실적[51]

	1928년 (30개 의원)	1937년 (41개 의원)
보통병상	999병상	2,008병상
전염병상	385병상	577병상
무료시료	20병상	44병상
계	1,585병상	2,629병상
병원당 평균 병상	53병상	64병상
입원환자	239,232명	457,998명
외래환자	878,369명	1,300,824명
비고(선교병원 입원환자)	19,965명	

45) 최응석, 현단계 보건행정의 근본적 임무. 조선의학신보 1947. 5 ; 제2호 : 17-20쪽. 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2001 : 61쪽에 재수록.

46) 국립보건원. WHO-UNKRA 보건사업 기획사절단 보고서. 서울 ; 국립보건원, 1961 : 177쪽. 신오성, 韓國戰爭 前後의 保健醫療에 대한 연구 : 1945-1959. 서울대 보건관리학과 석사학위논문, 1989 : 25쪽에서 재인용. 佐藤剛藏. 李忠浩 역. 朝鮮醫育史. 서울 ; 형설출판사, 1993에서는 해방 당시 6개교의 입학정원은 420명이었다고 한다.

47) In-ho Chu. *Public Health Reports in Korea*. 1951 : 26쪽.

48) 위의 글, 33쪽 ; C. C. Choi. *Public Health in Korea*. 1949 : 26쪽

49) In-ho Chu. *Public Health Reports in Korea*. 1951 : 27쪽.

50) 대표적으로 '개업의체제(조병희; 1994)', '자유개업체제(신좌섭; 2000, 2001)', '자유방임형 의료제도(신오성; 1989, 신오성 · 이우천; 1992, 성창기; 1995)' 등이 그것이다.

【표 6】 1949년의 병원형태와 병상 수[53]

	나병원	종합병원	결핵병원	전염병병원	정신병원	총계(%)
국립병원	9,050	962	150	120	0	10,282(63.2)
도립병원	0	1,943	100	300	100	2,443(15)
반-사립병원	0	718	50	0	0	768(4.7)
선교병원	0	245	0	20	0	265(1.6)
사립병원	0	2,416	100	0	0	2,516(15.5)
총계	9,050	6,284	400	440	100	16,274(100)

가 개업의원 중심체제로 전환되었는지에 대해서는 몇 가지 따져볼 문제가 있다.

첫째, 병원체제의 전환을 논할 정도로 병상규모 면에서 큰 변화가 있었느냐는 것이다. 우선 일제시기 사립병원의 병상규모를 구체적으로 다루고 있는 통계가 없으므로 사립병원의 병상 수를 입원환자의 비율로 추론해 보면, 【표 5】의 1928년 도립병원 진료실적에서 볼 수 있는 것처럼, 선교병원 전체 입원환자(19,965명)는 도립병원 입원환자(239,232명)의 8% 수준에 불과했다. 【표 1】에서 볼 수 있는 것처럼, 1928년 일본인, 한국인, 외국인이 경영하는 사립병원 수가 각각 42 : 9 : 20이었음을 감안하면, 사립병원 전체의 병상규모는 도립병원의 28% 수준으로 짐작된다. 게다가 관(공)립병원에는 도립병원 이외에 관립병원, 부립병원, 면립병원 등이 포함되어야 한다는 점까지 고려하면 사립병원의 병상규모는 더욱 낮아질 것이라는 것을 충분히 예상할 수 있다.

해방 이후 병상규모에 대해서는 신오성의 연구(1989)와 성창기의 연구(1995) 등이 H. F. Smith의 보고서(1950년)에 인용된 통계자료를 인용하여, 사립병원의 병상 수(16,274병상)가 국공립병원 병상 수(12,725병상)에 비해 압도적으로 많았다고 주장한다.[52] 그러나 그들 모두 2,516병상이 되어야 할 사립병원의 병상 수 합계를 16,274병상으로 오기하고 있다. 이는 같은 통계자료를 사용하고 있는 최제창의 보고서(1949년)와 주인호의 보고서(1951년) 내용을 대조해 보면 착오라는 사실을 바로 확인할 수 있다.

【표 6】에 나타나고 있는 것처럼 1949년 최제창의 보고서에는 해방이후 사립병원의 병상 수가 선교병원 뿐만 아니라 반사립병원을 다 합쳐도 전체의 20%를 겨우 넘어서는 수준이었음을 보여주고 있다. 즉 공립병원의 병상 수는 사립병원의 그것에 비해 해방 이후에도 압도적인 우위를 차지하고 있었던 것이다. 이러한 상황은 1960년대 초까지 지속되었으며, 사립병원이 병상 수에서 공립병원을 압도하기 시작한 것은 1966년의 일이었다(【표 7】 참고).

둘째, 개업의원의 비율이 해방 이후에 갑자

51) 전종휘. 우리 나라 現代醫學 그 첫 世紀. 1987 : 15쪽.
52) 신오성, 韓國戰爭 前後의 保健醫療에 대한 연구: 1945-1959. 1989 : 36쪽 ; 성창기, 우리나라 서구식 병원의 발전과정에 관한 연구. 1995 : 20쪽.
53) C. C. Choi. *Public Health in Korea*. 1949 : 25쪽 ; In-ho Chu. *Public Health Reports in Korea*. 1951 : 35쪽

【표 7】 설립운영 주체별 시기별 병상 수 추이[54]

	국립	공립	법인	개인	계
1960	2,858	3,477		3,616	9,951
1964	2,522	3,280		4,811	10,613
1966	2,496	3,711		6,684	12,891
1970	3,241	3,916		9,381	16,538
1973	4,104	3,480		10,722	18,306
1975	4,711	4,312		10,966	19,989
1977	4,977	4,549		15,939	25,465
1979	5,947	4,740		22,359	33,046
1980	6,767	5,221		26,108	38,096
1983	9,619	5,408		44,072	59,099
1985	9,004	5,753		59,608	74,365
1986	10,961	5,891	40,226	22,857	79,935
1988	12,703	7,122	47,248	23,204	90,277
1989	12,452	7,413	50,203	23,807	93,875
1990	12,644	6,973	48,355	31,851	99,823
1991	11,130	7,652	65,319	23,122	107,223
1992	12,241	8,599	69,090	25,258	115,188
1993	12,159	9,283	76,604	28,080	126,126

기 많아진 것이냐 하는 점이다. 사립병원 등에 대한 통제가 강력하였던 일제시기의 경우에도 수적으로만 따지면 개업의는 압도적이었다. 일제시기 공립병원 중심체제하에서 1944년의 한 통계가 보여주는 것처럼, 2,743명 중 72%인 2,075명이 개업의로 활동하고 있음을 보여주고 있다.[55] 즉 외래환자를 위주로 진료했던 개업의의 양적 수치만으로 보면, 일제시기(72%)와 해방 이후(76.6%) 개업의가 차지하는 비율이 크게 다르지 않다는 점에 주목할 필요가 있다.[56] 그럼에도 불구하고 일제시기 공립병원에 비해 사립병원의 비율이 극히 낮았다는 인식은 20병상규모 이상의 사립병원 통계를 외래진료 위주의 개업의원과 동일시한 것에서 기인한 것이다.

셋째, 개업의원 중심체제로의 전환을 강조해 온 사람들은 해방 이후 국가차원의 질병관리 우선 순위가 변화했다는 점을 간과해왔다는 점이다. 【표 6】에서 볼 수 있는 것처럼, 10년 전인 1949년만 하더라도 국(공)립병원에서 일반병상 비율은 23%를 차지하는 데 그쳤다. 국(공)립병원의 대다수 병상은 주로 나병, 결

54) 보건사회부. 보건사회통계연보 ; 성창기. 우리나라 서구식 병원의 발전과정에 관한 연구. 1995 : 40쪽. 성창기가 오기한 1966년 및 1990년 통계수치의 합계는 수정하였음.

55) 최응석, 현단계 보건행정의 근본적 임무. 조선의학신보 1947. 5 ; 제2호 : 17-20쪽 ; 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2001 : 59-62쪽에 재수록.

56) 주6)에서 지적한 바와 같이 신동원과 조형근은 사립병원과 개업의원을 동일시하여 일제시기 사립병원 의사들이 전체 5%이내라는 결론에 도달하기도 하였다.

【표 8】 1959년 병원별 환자취급 상황[57]

	병원 수	일반병상		전염병상		결핵병상		정신병상		계	
		병상수	입원환자 연인원	병상수	입원환자 연인원	병상수	입원환자 연인원	병상수	입원환자 연인원	병상수	입원환자 연인원
국립 (National)	13	1,680	292,202	23	4,888	1,145	384,107	227	60,208	3,075	741,405
공립 (Public)	42	2,067	230,523	331	17,177	1,013	219,062	99	11,786	3,510	478,648
사립 (Private)	46	2,764	588,479	8	-	444	123,313	93	78,792	3,309	790,584
합계	101	6,511	1,111,204	362	22,165	2,602	726,482	419	150,786	9,894	2,010,637

핵, 전염병 등의 관리에 사용되었는데, 그 중에서도 나병이 압도적으로 많은 비중을 차지하였다. 그러나 【표 8】에서 볼 수 있는 것처럼 1959년에는 국(공)립병원의 병상 수가 사립병원에 비해 여전히 2배 이상의 우위를 차지하고 있었는데, 국(공)립병원에서 일반병상 비율은 57%를 차지할 정도로 질병관리의 우선 순위가 변화하고 있었다. 따라서 국(공)립병원은 주로 공중보건 분야에서만 활동했고, 일반진료 분야는 전적으로 사립병원에 의존하고 있었다는 주장은 사실에 부합하지 않는다.

넷째, 자료상 검토 가능한 1950년과 1957년의 자료를 대조해보면, 한국전쟁 이후 80병상 이상 종합병원의 변화양상을 검토해보면, 기존 공립병원과 사립병원 내에서 병상 수는 각각 62병상, 74병상이 증가하였다. 신규 종합병원은 각각 16개(1,997병상), 8개(1,080병상)가 새로 증가하였다.[58] 공립병원은 수에 있어서 사립병원보다 2배 가량 증가하고 있고, 국(도)립 구호병원(救護病院)만 935병상이 새로 증설되었다. 이는 공립병원 체제가 몰락한 것이 아니라 국(도)립 구호병원과 도립병원 체제가 오히려 강화되고 있음을 보여주는 것이다.

이와 같이 해방을 전후하여 남한의 공립병원의 병상규모나 개업의의 양적 수치는 크게 변하지 않았다. 그렇다면 해방 직후 병원체제가 이전과 달라진 점과 그 특성은 무엇일까?

첫째는 보건의료 행정체제가 바뀌었다. 일제는 식민지의료체제를 강화하기 위해 공립병원 중심체제를 정비하고 경찰력을 통해 사립병원을 강력하게 통제하였다. 해방 이후 미군정은 의료행정에 대한 식민지적 경찰통제를 정리하고 보건행정을 전문화하고 확대하였다. 미군정의 첫 번째 조치는 1945년 9월 24일 경무청(警務廳) 위생과(衛生課)를 위생국(衛生局)으로 승격시키는 일이었다. 한달 후인 1945년 10월 27일 보건후생국(保健厚生局)으로 개편되었고, 1946년 3월 29일 11개 보건국과 4개의 후생국 체제를 갖춘 보건후생부(保健厚生部)로 재편되었다. 이와 같이 미군정은 일제의 보건의료업무를 인수하는 한편 효율적인 보건의료정책의 수행을 위해 중앙의 보건 부서를 확대 개편하였다.[59]

57) 보건사회부. 保健社會統計年報. 1959 : 38쪽.
58) C. C. Choi. *Public Health in Korea*. 1949 : 35-38쪽 ; 보건사회부. 보건사회통계연보. 1957 : 19-23쪽 참고.

【표 9】1928년 조선총독부 탁지부 위생예산[60]

국비	본부-위생비	위생시험비	28,846	131,244 (2.9%)
		전염병예방비	4,980	
		검역비	3,124	
		수역예방비(獸疫豫防費)	9,310	
		혈정(血精) 및 예방액류제조비	24,732	
		아편배상금	50,000	
		공의강습회비	2,000	
		전염병 지방병조사	8,252	
	지방청-위생 및 방역비	위생비	362,297	738,150 (16.4%)
		전염병예방비	57,134	
		검역 및 환자비	38,237	
		수역예방비	124,609	
		이출우(利出牛) 검역비	93,057	
		전염병 및 지방병 연구비	6,175	
		병원비	56,631	
		접대비	10	
	보조비	전염병예방비보조	62,060	949,505 (21.1%)
		나병 예방사업보조	46,298	
		도립의원 경비보조	771,147	
		도립의원 신설보조	50,000	
		몰핀중독자 치료비보조	20,000	
지방비 및 부면비	지방비	경상부 지방위생비	234,645	2,680,688 (59.6%)
		임시부 지방위생비	238,879	
		도립의원비	2,040,390	
		도립의원 임시건축설비비	166,774	
계			4,499,587	4,499,587

둘째, 미군정에 의해 공중보건과 연구기능이 강화되었다. 조선총독부 탁지부(度支部, 1928년), 미군정 보건후생부(1947년), 남한정부 보건부(1949년)를 동등 비교하기는 어렵지만, 탁지부 국비 예산이 보건후생부 예산에 상당하는 것으로 보인다. 이들은 공통적으로 각종 전염병 예방에 막대한 비용을 치르고 있었다. 그러나 조선총독부는 상대적으로 도립병원을 위해 상당액을 보조하고 있는 데 비해서, 이와 대조적으로 미군정은 각종 연구소와 보건원의 설립 등 공중보건과 연구기능을 강화하고 있다는 점이 주목된다(【표 10】참고). 미군정의 보건정책은 언뜻 보면 국가는 공중보건과 빈민에 대한 의료서비스 제공에 주력하고, 민간은 일상적인 의료서비스를 제공하는 미국식 의료체계의 원리에 부합했던 것으

59) 미군정의 보건의료정책은 이후 성립한 과도정부나 남한정부의 그것보다 조직과 인력면에서 압도적 우위에 있었다. 최제창. 韓美醫學史-의사의 길 60년을 돌아보며. 서울 ; 영림카디널, 1996 : 179-199쪽.

60) 朝鮮總督府. 朝鮮衛生要覽. 京城 ; 近澤印刷部, 1929 : 175-207쪽에 근거하여 작성.

【표 10】 1947년, 1949년, 1950년 보건부 예산[62]

1947년 보건후생부 예산		1949년 보건부 예산		1950년 보건부 예산	
항목	금액	항목	금액	항목	금액
행정비	12,500,000	행정비	41,269,984	행정비	47,334,000
전염병 예방	25,900,000	전염병 예방	22,150,000	의료장비와 공급	20,799,200
도 보건후생국 보조비	8,775,000	결핵관리	17,590,000	위생설비와 공급	34,409,100
공의수당	2,904,000	성병예방	17,000,000	전재민의료	5,270,900
설치류 동물관리	200,000	사병관리	104,701,000	방역	68,722,500
우물관리	4,147,000	설치류동물 · 곤충관리	25,659,000	간호원양성	7,117,000
통계수집	6,236,000	우물 · 식수관리	2,000,000	시료비	36,000,000
도립병원 보조비	20,000,000	식료품관리	2,000,000	무의촌보조	20,000,000
시료 입원환자	20,000,000	검역소	17,169,000	마약관리	6,657,000
보건요원 여행비	600,000	통계수집	3,000,000	시도립병원보조	20,500,000
간호원 양성	5,841,000	마약관리	5,000,000	약품관리	2,000,000
약종상 양성	300,000	보건소	16,702,500	약초재배	2,428,700
마약관리	4,530,000	도 보건의료 보조금	20,000,000	산업보건	3,230,000
사병관리	1,500,000	시료환자보조금	28,100,000	나병관리	351,238,900
마산결핵요양원	11,666,000	국립연구소	123,948,100	결핵요양원	49,705,000
국립나병요양원	90,607,000	결핵요양원	29,000,000	나병요양원	291,104,000
보건원	6,928,000	나병요양원(소록도)	170,865,000	보건소	52,674,000
국립연구소	64,799,000	국립성병원	19,000,000	국립연구소	222,392,000
		일본B형뇌막염방역비	70,000,000	기타	900
		기타	24,519,366		
합계	287,433,000	합계	759,673,950	합계	1,241,583,200

로 여기게 한다.[61] 그러나 국가가 공중보건에 주력했다는 것이 사립병원이 크게 성장하거나 활성화되었다는 것을 증명해 주지는 못한다. 왜냐하면 국가나 민간 모두 재정적 어려움에 직면해 있었기 때문이다. 더군다나 해방 이후 도립병원의 예산규모가 밝혀지지 않은 상태에서 '도립병원 보조금'만을 단순 비교하여 공립병원체제가 무너졌다고 결론을 도출하기는 어려운 점이 있다. 신좌섭의 연구(2000)는 1928년 '도립병원비'는 보건부문 예산내역의 34%이었던 데 비하여 군정하의 1947년도 '도립병원 보조비'는 전체 보건부문 예산의 7%에 불과하다고 주장한다.[63] 그러나 지방예산인 '도립병원비'와 중앙예산인 '도립병원 보조비'를 비교할 수는 없다. 1928년과 1947년 중앙 보건예산 중의 도립병원 보조금만 비교했을 때, 각기 보건예산의 42%와 7%를 차지한다. 그러나 도립병원에 대한 지방예산이 압

61) 조병희. 한국의사의 위기와 생존전략. 1994 : 112-113쪽 ; 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2000. 12 : 226쪽.
62) 최제창. 韓美醫學史-의사의 길 60년을 돌아보며. 1996 : 196쪽, 283쪽.
63) 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2000. 12 : 226쪽.

도적 우위를 차지하고 군정하의 지방예산이 밝혀져 있지 않은 상황에서 중앙보조금의 차이만을 강조하는 것은 적당하지 않다.

셋째, 해방 직후 남한의 의료계는 국가의료가 증대될 필요성에 주목하였다. 북한에서는 사회주의 국가의료체제를 지향하여 공중보건과 일반의료서비스를 국가가 제공하도록 하였다. 미군정이 공중보건에 전력을 기울이는 동안 남한 의료계 특히 좌익 쪽에서는 의료국영화(醫療國營化)를 둘러싼 논쟁을 통해 국가의료체제의 필요성을 제기하고 있었다. 1947년 5월 『조선의학신보(朝鮮醫學新報)』를 통해 좌익계열의 최응석은 국영병원, 인민병원의 확충을 통해 인구와 지역에 따른 의료기관의 적정배치가 시급하다고 주장하였다. 같은 지면에서 보건후생부장 이용설(李容卨: 1895-1993)은 시설과 인력부족을 들어 의료국영론이 시기상조라고 주장하였고, 민간의 자발성에 기초한 종합병원 건설을 희망하였다.[64] 주목되는 것은 어느 쪽도 국가의료의 필요성을 부인하지는 않았다는 점이다. 1947년 7월에도 좌우 양측은 국공립병원뿐만 아니라 도립병원 이하 군립병원, 1면 1개소의 보건소체제 강화(우익), 국공립병원-협동조합병원-개인개업의 체제 강화(좌익) 등을 계속 논의하였다.[65] 흥미롭게도 우익측에서 1면 1개소 보건소체제를 지지한 것은 북한의 사회주의 국가의료체제에 대한 대응책을 염두에 둔 결과였다. 실제로 1947년에는 국립보건소, 경상남도 보건소, 전라북도 보건소 밖에 없었지만, 1951년 「국민의료법」에 의거 보건진료소가 건립되기 시작한 이래, 1952년 8월에는 406개의 보건진료소가 설치되기도 했다.[66] 이처럼 남한 의료계의 논의는 좌우를 막론하고 국가의료의 역할이 강조되고 있었다.

이와 같이 해방 이후 남한의 병원체제를 개업의 중심체제였다거나 사립병원이 주도하는 체제였다고 속단하는 것은 해방 이후 의료체제와 병원체제의 특성을 지나치게 단순화시킬 우려가 있다. 미군정이나 남한의 의료계의 논의를 살펴보면 보건의료를 확대하고자 하는 의도를 알 수 있다. 단지 재정 문제 때문에 국가의료를 강력하게 추진하지 못했던 것이다.

4. 전후 공립 병원과 사립 병원의 증가 추세

한국전쟁의 발발로 인해 기존 의료영역 역시 인적 재원과 물적 토대가 대부분 파괴되었다. 1953년 6월 18일자 『동아일보』 보도에 의하면, 한국전쟁 중 피살당한 의사가 58명, 납치된 의사가 17명, 간호사 300명 이상이 피살 혹은 행방불명되었으며, 보건부 직원 15명이 피살되었다.

의료기관은 사립병원 3,155개 중 450개가 전파, 1,065개가 반파, 국(공)립 종합병원 54개 중 10개가 전파, 36개가 반파되었다. 또, 제약공장 159개 중 10개가 전파, 133개가 반파되었으며, 각종 연구시설 역시 161개가 전파, 361개가 반파되었다.[67] 시설물 피해는 X-선 기계 144대를 비롯해 병원 내의 모든 약품은 거의

64) 최응석, 현단계 보건행정의 근본적 임무. 조선의학신보 1947. 5 ; 제2호 : 17-20쪽 ; 이용설, 보건후생. 의학신보 1947. 5 ; 제2호 : 17쪽 ; 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2001 : 58-62쪽에 재수록.
65) 신좌섭, 군정기의 보건의료정책. 2001 : 63-66쪽.
66) 신오성, 韓國戰爭 前後의 保健醫療에 대한 연구 : 1945-1959. 1989 : 68쪽.
67) 최제창. 韓美醫學史-의사의 길 60년을 돌아보며. 1996 : 290쪽.

【표 11】 의료기관수의 종별 시기별 추이(1953-1977)[69]

년도	종합병원	병원	의원	치과병원	치과의원	한방병원	한방의원	결핵병원	나병원
1953	45	70	2,237		439		460	44	18
1954	53	65	2,156		418		544	4	31
1955	42	90	2,447		511		741	4	24
1956	43	80	2,371		485		805	4	28
1957	50	96	2,626		551		793	4	42
1958	49	97	2,899		576		954	4	37
1959	16	116	3,255		609		1,146	5	36
1960	22	128	3,482		661		1,346	5	36
1961	27	138	4,622		926		2,046	2	43
1962	18	152	5,078		999		2,055	5	43
1963	28	145	5,300		996		2,315	3	6
1964	32	161	5,073		1,024		2,110	3	8
1965	24	182	5,002		1,079		2,247	3	8
1966	18	203	5,012		1,129		2,316	8	8
1967	15	207	5,059		1,141		2,347	7	9
1968	12	222	5,211		1,200		2,413	6	5
1969	12	217	5,163		1,219		2,434	8	5
1970	12	223	5,402		1,344		2.443	7	6
1971	14	262	5,700		1,426		2,443	11	7
1972	17	260	5,796		1,466		2,419	6	7
1973	17	188	5,993		1,546	2	2,528	7	7
1974	36	127	6,028	3	1,566	2	2,367	4	6
1975	37	131	6,087	3	1,611	5	2,377	4	6
1976	43	141	6,125	4	1,660	5	2,366	4	6
1977	52	182	6,008	4	1,720	9	2,344	4	6

※ 보건사회부가 실시한 이 통계에서 종합병원은 정확한 병상기준이 제시되어 있지 않다.

피탈당했고, 시설 피해액은 48억 7,933만원에 달했다.[68]

전후 복구 기간 동안 미국의 원조에 의존하게 됨에 따라 남한의 의학과 의료제도는 미국식으로 신속하게 전환되기 시작했다. 1951년에는 전문의제도(專門醫制度)가 도입되고 1952년에는 의사국가고시(醫師國家考試)가 실시되었다. 그러나 전후 전염병통제 및 시설복구 등에 전력을 기울여야 했기 때문에 병원체제의 근본적 전환을 꾀하기는 어려운 상황이었다. 정부는 보건진료소 체제를 통해 방역행정을 강화하고 점진적으로 병·의원의 확장을 도모해야 했다.

실제로 한국전쟁 직후의 병원 상황을 살펴보면, 각 의료기관의 숫자는 1950년대 이래로 완만한 증가추세임을 알 수 있다. 그런데 이 통

68) 신오성·이우천, 韓國戰爭이 保健醫療에 끼친 影響에 관한 硏究. 1992. 5 : 90쪽.
69) 보건사회부. 보건사회통계연보. 성창기, 우리나라 서구식 병원의 발전과정에 관한 연구. 1995 : 27-28쪽에서 재인용.

【표 12】 연도별 종합병원 및 병원급 병상 수의 추이(1957-1974)70)

년도	전국종합 병원 수	전국 병원수	전국 총병상수 (서울총병상수)	서울지역 종합병원수	서울지역 병원수	서울병원급이상 평균병상수	서울종합병원 총병상수	서울종합병원 평균병상수
1950	20	30	4,486(2,109)	10	5	141	1,866	187
1957	42	49	8,733(3,006)	15	6	143	2,639	176
1958	43	52	10,412(3,554)	16	5	169	3,230	202
1959	40	55	9,894(3,757)	18	4	171	3,509	195
1960	44	55	9,951(3,857)	19	2	184	3,742	197
1961	41	58	8,894(3,627)	17	4	173	3,482	205
1962	41	62	9,637(4,341)	17	4	207	4,069	239
1964	45	69	10,613(4,329)	17	8	173	3,905	230
1966	48	98	12,891(5,241)	19	22	128	4,418	233
1968	55	134	15,696(6,841)	24	43	102	5,484	289
1970	58	140	16,538(7,321)	27	41	108	6,051	224
1972	58	108	16,373(8,003)	30	39	116	6,776	226
1974	81	70	19,062(9,238)	36	17	174	8,714	242

※ 이 통계는 『보건사회통계연보』 등에 기초하여 병원급은 20병상, 종합병원은 80병상 이상을 기준으로 재구성한 것이다.

계상에는 한 해 동안 적게는 10개에서 많게는 30여 개의 종합병원이 줄기도 하고, 반대로 적게는 10개에서 많게는 20개의 종합병원이 늘기도 하고 있다. 그런데 여타 소규모 병·의원들이 완만한 증가세를 이루고 있는 것에 비하면, 대규모 종합병원의 증감 폭이 크게 나타나는 것은 상식적으로 납득하기 어렵다. 이는 해방 이후 종합병원에 대한 명확한 규정이 없었던 것과 관련되어 있을 터인데, 위 통계자료 중 병상 규모가 드러나는 자료를 토대로 종합병원은 80병상, 병원은 20병상 이상을 기준으로 삼아 다시 조사해보았다. 그 결과 【표 12】와 같은 통계를 재구성할 수 있었다. 이를 통해 결국 종합병원 역시 다른 병원과 마찬가지로 큰 변동없이 완만한 증가 추세를 이루고 있음을 알 수 있다.

한가지 재미있는 사실은 종합병원, 병원, 병상 수가 전반적으로 증가 추세인 반면, 1960년대 서울지역 병원급 이상의 평균 병상 수는 줄어들고 있다는 점이다. 이는 대형 종합병원이 증가함과 동시에 소규모 병원 역시 크게 증가했다는 것을 의미한다. 또한 1960년대 초까지만 해도 종합병원의 수는 별다른 변화가 없었는데, 1960년대 중반 이후부터 1970년대 전반 사이에 서울지역과 전국에 걸쳐 종합병원은 두 배 가량 증가하고 있다. 1970년 이후로 드러나는 눈에 띄는 변화는 1974년 종합병원은 급성장하고 병원은 급감한다는 점이다. 이는 1973년 정부의 의료법인화 조치로 신설 종합병원이 대규모로 등장하고 중소 규모의 병원이 개원의원으로 전환된 것에 기인한 것이다.

다시 한국전쟁 당시로 돌아와 사립병원의

70) 1950년 통계는 (C. C. Choi. *Public Health in Korea*. 1949 : 35-38쪽)을 참고했고, 1957-1974년까지의 통계는 (보건사회부. 보건사회통계연보. 1957-1974)에 근거하여 작성했다.

【표 13】1950년 6월 서울지역 종합병원[72]

병원명		지역	운영주체(총수)	의사수	병상 수	월평균 외래환자	월평균 입원환자
1	서울대 제1병원	서울	국립	196	500	9,800	6,600
2	서울대 제2병원	서울	국립	61	150	9,900	1,500
3	교통병원	서울	국립	40	105	9,000	4,500
4	서울시립병원	서울	시립	22	104	9,000	2,700
5	순화병원	서울	시립	6	250	7,150	6,700
6	자혜병원	서울	시립	3	80	3,600	2,700
7	보건병원	서울	시립	3	22	750	60
8	세브란스 병원	서울	선교	78	196	9,000	3,900
9	이화대학병원	서울	선교	5	23	800	360
10	위생병원	서울	선교	9	107	7,300	4,100
11	성 메리 병원	서울	선교	8	65	2,400	1,800
12	적십자병원	서울	적십자	33	209	12,000	4,500
13	서울여자의과대학병원	서울	사립	119	105	1,500	1,800
14	경전병원	서울	사립	14	73	6,000	1,500
15	백병원	서울	사립	6	60	3,900	2,700
전국 전체			53	907	4,486	177,253	68,148
서울 전체			15	603	2,109	92,200	45,420

상황을 살펴보자. 주인호(朱仁鎬: 1919-2000)의 연구에 따르면, 1950년 6월 현재 남한 전역에 종합병원은 53개(서울에 15개)이며 평균 85병상이었다. 이 중 사립병원은 60병상 규모의 백병원을 포함하여 전체 5개(서울 3개)에 불과했다.[71] 흥미로운 것은 당시 종합병원 규정이 명확치 않았다 해도, 병상이 8개인 강원도 영월 도립병원(寧月 道立病院)이나 병상 13개의 경기도 이천 도립병원(利川 道立病院)이 종합병원 목록에 포함되고 있다는 점이다. 반면, 사립병원 중에서는 23개의 병상을 갖춘 이화여자대학병원(梨花女子大學病院)이 민간 종합병원 중 가장 소규모였다는 점이다. 따라서 이 통계는 종합병원 통계라기보다는 주요병원 통계라고 일컬어야 마땅하지만, 한국전쟁 당시에도 서울여자의과대학병원, 경전병원, 백병원과 같은 사립병원들은 전국적인 차원으로 보아도 비교적 큰 병원이었다는 것을 짐작할 수 있다.

1950년 전국적으로 사립병원은 5개소에 불과했다. 그 중에서 지방의 두 개는 선교와 관련되어 있는데도 사립으로 분류되고 있다.[73] 경전병원(京電病院)은 1937년 경성전기회사(京城電氣會社)가 중구(中區) 서소문로(西小門路)에 설립되면서 경성전기(주)의 경전운수부 의무실로 출발한 것이다. 1944년 9월 경전병원으로 확대·건립되었다. 1961년 7월 한전병원(韓電病院), 1962년 12월 한일병원(韓一病院)으로 개편·발전되었으며, 2000년 1월에서야 의료법인

71) In-ho Chu. *Public Health Reports in Korea*. 1951 : 35-38쪽.
72) In-ho Chu. *Public Health Reports in Korea*. 1951 : 35-36쪽.
73) 주인호는 경기 감리교회(Methodist Hospital)와 충북 구세군 영동병원(Salvation Army Yungdong Hospital)을

【표 14】1950년 6월 전국 사립 종합병원[77]

병원명		지역	운영주체(총수)	의사수	병상 수	월평균 외래환자	월평균 입원환자
1	서울여자의과대학병원	서울	사립	119	105	1,500	1,800
2	京電병원	서울	사립	14	73	6,000	1,500
3	백병원	서울	사립	6	60	3,900	2,700
4	경기도 감리교 병원	경기	사립	5	45	1,871	177
5	구세군 영동병원	충북	사립	4	37	1,023	600
계			5	148	320	14,294	6,777

한전의료재단 병원으로 재탄생하게 되었다.[74]

1938년 4월 재단법인 우석학원(友石學院)이 성립하여 경성여자의학전문학교(京城女子醫學專門學校)를 설립하였는데, 1948년 5월 서울여자의과대학 부속병원(서울女子醫科大學 附屬病院)으로 개편되었다.[75] 1957년에는 수도의과대학 부속병원(首都醫科大學 附屬病院)으로, 1967년 3월에 우석대학 의과대학 부속병원(友石大學 醫科大學 附屬病院)으로, 1972년 12월부터 고려대학 의과대학 부속병원(高麗大學 醫科大學 附屬病院)으로 개편되었다.

백병원은 경성의전 외과 주임교수였던 백인제(白麟濟: 1899-?)가 우에무라 외과를 인수한 후, 1941년 병원을 직접 경영하기 시작하였다.[76] 백병원은 개인소유 병원으로는 최초로 재단법인을 설립했으며 단과병원으로서 종합병원 규모를 가지고 있었다. 사립병원으로서 주도적 역할을 수행했다고 할 수 있는데, 실제로 서울여자의과대학병원의 진료실적과 비교해 보면, 백병원이 의사 수나 병상 수에서 압도적 열세에도 불구하고 오히려 진료실적은 훨씬 우수하였다.

특히 서울지역에서는 1960년대 초까지 서울여자의과대학, 경전병원, 백병원의 규모를 능가하는 사립병원은 출현하지 않았다. 바꿔 말하면, 1960년대 초까지도 이들 병원은 계속해서 전성기를 누릴 수 있었다는 것이다.

5. 맺음말

한국의 근대 병원은 국가권력과 사회세력, 제국주의와 민족주의, 전통의학과 서양의학 등 병원을 둘러싼 다양한 요소들이 경쟁하고 타협하는 공간이었다. 그러나 일제하에서 병원은 식민당국이 식민지 의료체제를 건립하기 위한 통제대상으로 전환되었다. 일제시기 사립병원이 왕성하게 발전할 수 없었던 것은 바로 이런 이유에서였다. 더욱이 병원 수의 획기적 진전이 없는 상황에서 대부분의 의학교 졸업생들은

사립병원으로 분류하고 있다.

74) 大韓醫學會. 韓國現代醫學史. 1988 : 485쪽과 http://www.hanilmed.co.kr/main22.htm를 참고.

75) 여자의학강습소와 경성여자의학전문대학 성립과정에 대해서는 金相德, 女子醫學講習所-1928년에서 1938년까지. 醫史學 1993 ; 2-1 ; 奇昌德, 私立女子醫學教育. 醫史學 1993 ; 2-1을 참고.

76) 백인제에 대해서는 (학교법인 인제학원. 한국 현대의학의 개척자, 선각자 백인제. 서울 ; 창작과비평사, 1999)를 참고.

77) In-ho Chu. *Public Health Reports in Korea*. 1951 : 35-36쪽.

관립·사립 출신 모두 개업의로 활동할 수밖에 없었다. 개업의원이 사립병원 규모의 병상을 갖추는 것이 불가능하지는 않았지만, 적어도 공식적으로는 '제국의 의학'에 포괄되지는 않았다.

해방전후 병원체제에 대해서 기연구들은 일제의 식민지 의료체제하에서 공립병원 중심체제가 미국식 의료체제하에서 개업의체제 등으로 전환되었다고 주장해왔다. 그러나 본고는 병상 수의 변화 등 통계수치에 대한 재검토를 통해 공립병원 중심체제는 해방이후 1960년대 전반기까지는 지속되었다고 주장하였다.

해방 이후 의료계는 국가의료의 역할에 관심을 두면서 사립병원과 개업의원을 어떻게 재편할 것인가를 두고 논쟁했다. 당시 보건후생부장이었던 이용설은 인력과 재정상의 어려움을 들어 전면적인 국가의료체제의 도입에 반대했는데, 진료의 질적 수준을 보장할 수 없는 '개업의원의 난립'을 막는 조처도 민간의 자발성에 기초한 종합병원의 건립을 제안할 정도로 적극적인 정부개입에는 소극적이었다. 그러나 해방 이후 사립병원도 기존 병원체제를 새롭게 전환시킬 수 있을 만큼 재정적 기반이나 정치적 주도권을 갖고 있지는 못했다. 공중보건 및 방역사업 등 주요한 질병통제는 여전히 정부당국의 몫이었다. 한국전쟁은 공립병원의 역할이 더욱 강화되는 계기였다. 공립병원이 해방 이후 병원체제에서 지속적으로 주도적 지위를 차지할 수 있었던 단적인 예는 병상 후의 추이에서 살펴볼 수 있다. 사립병원이 병상 수에서 공립병원을 추월하기 시작한 것은 1966년이었다. 아울러 1950년에서 1957년 종합병원과 병상 수의 증가 추이를 살펴보면 신규 병원 수와 신규 병상 수에서 공립병원이 사립병원보다 2배 가량 우위를 보이고 있다. 이는 해방 이후 병원체제가 일제시기의 공립병원 중심체제에서 사립병원 중심체제로 전환된 것이 아니라 적어도 1960년대까지는 공립병원 중심체제가 기본적으로 지속되고 있음을 보여준다.

해방 이후 공립병원 중심체제가 일제시기와 같이 사립병원에 대해 강력한 통제 속에서 이루어진 것은 아니었기 때문에, 사립병원 역시 자유롭게 발전할 수 있었다. 단지 사립병원의 자본축적에 커다란 진척이 없었고, 정부차원의 사립병원에 대한 실제적인 지원이 거의 없던 상황에서 사립병원의 급성장은 불가능했다. 그러나 1960년대 중반 이후 개별 사립병원 차원에서 수백 병상 규모의 병원현대화 사업이 진척되기 시작하였고, 1977년 전국민 의료보험 실시로 의료수요가 급증하면서 사립병원이 급성장하게 되었다.

색인어 : 사립병원, 공립병원, 개업의원, 식민지의료체제, 공립병원 중심체제

= ABSTRACT =

The Development of Private Hospital in Modern Korea, 1885-1960

SIHN Kyu-Hwan · SEO Hong-Gwan*

Modern hospital in Korea was the space of competition and compromise among different forces such as the state power and social forces, imperialism and nationalism, and the traditional and the modern medicine. Hospital in the Japanese colonialism was the object of control for establishing the colonial medical system. Japanese colonialism controlled not only the public hospital but also the private hospital which had to possess more than 10 infectious beds in the isolation building by the Controlling Regulation of Private Hospital. In fact, the private hospital had to possess more than 20 beds for hospital management. As a result, its regulation prevented the independent development of the private hospital. But because the public hospital could not accommodate many graduates of medical school, most of them had to serve as a practitioner. Although some practitioners had more than 20 beds in their clinics, they were not officially included in the imperial medicine.

By concentrating on the trend of the number of bed in the hospital, this paper differs from most previous studies of the system of hospital, which have argued that the system of hospital was converted the public-centered hospital system under the colonial medical system into the private-centered hospital system under the U. S. medical system after the Liberation in 1945.

After Liberation, medical reformers discussed arranging the public and the private hospital. Lee Yong-seol, who was a Health-Welfare minister, disagreed the introduction of the system of state medicine. Worrying about the flooding of practitioners, he did not want to intervene the construction of hospital by state power. Because the private hospital run short of the medical leadership and the fundamental basis, the state still controlled the main disease in the public health and the prevention of epidemics. This means the state also played important part in the general medical examination and treatment. The outbreak of Korean War in 1950 reinforced the role of state. The leadership of the public hospital verified the trend of the quantity of bed. The number of bed in the private hospital exceeded that of the public hospital in 1966 for the first time. Furthermore, the number of bed in the public hospital doubled that of private hospital in the new general hospital of 1950s. This means the system of hospital after the Liberation was not converted the public-centered hospital system into the private-centered hospital system, but maintained the public-centered hospital system until 1960s.

Key Words: private hospital, public hospital, practitioner, colonial medical system, state medicine, public-centered hospital system

* *Department of Medical History & Medical Ethics, Inje University*