

의료의 배타적 전문성과 21세기 한국의료의 특징 : 의사면허관리기구의 필요성

들어가는 글

영국의 유명 의료저널인 더 란셋(The Lancet)¹⁾이 35개 선진국의 미래 기대수명에 관한 연구 결과를 발표하였다(임페리얼 칼리지 및 WHO 공동 연구, 2017). 이 연구결과에 따르면 2030년에 출생하는 한국인의 기대수명이 세계 1위를 차지할 것으로 전망했다. 특히, 여성의 기대수명이 90세가 넘어 갈 것(90.82)으로 예상되며 남성의 경우도 84.07세로 예상되어 양성 모두 기대수명에 있어 각각 세계 1위를 차지할 것으로 예상하고 있다. 1970년 평균 수명 62.3세였던 대한민국이 불과 60년 만에 세계 최고 기대수명국가로 될 전망으로, 이는 세계 역사상 유례가 없는 최단기간 내 국민 기대수명의 대폭적 증가이다.

이에 기여한 요인으로는 세 가지를 꼽을 수 있다. 첫째, 현대의학 및 의료기술의 발달과 대한민국의 사들의 세계 최고 수준의 의료 기술 확보이다. 둘째, 의료혜택을 받을 수 있는 기회를 제공한 국가의 경제적 성장이다. 셋째, 유례를 찾아볼 수 없는 건강보험제도의 빠른 정착과 세계에서 가장 좋은 의료 접근성이다.

하지만 이러한 현실의 이면에는 안타깝고 유감스러운 면이 있다. 의료의 복지라는 프레임에 갇혀 국

정 성 균
대한의사협회 총무이사
teraecho@naver.com



민들에게 의료는 국가가 제공해야 하는 당연한 국가의 의무라는 왜곡된 인식이 생겨난 것이다. 이는 대한민국에서 의료의 문명의 혜택이 아닌 필수공공재로 프레임 되었음을 의미한다. 하지만 이는 커다란 인식의 오류이다. 이러한 잘못된 인식으로 인해 의료서비스는 항상 복지정책과 경제논리의 뒷전이 된다. 즉, 복지와 경제적인 이유로 의료의 특수성과 전문성이 무시되고, 또한 복지와 경제논리에 의해 의료정책이 입안되고 진행된다.

복지가 국가의 임무라는 점을 부정하는 것이 아니다. 복지라는 가치로 과도하게 의료의 전문성을 통제하고 훼손하는 국가와 국민들의 잘못된 점을 지적하는 것이다. 더욱 문제되는 점은 의료정책의 입안과 추진에서 복지와 재정이 우선 고려 대상으로 여겨지기 때문에 의료의 특수성인 배타적 전문성이 무시되고 있다는 점이다. 즉, 경제적인 부를 추구하는 의사는 악의 표상이 되고, 의료의 비(非)의료인들이 넘보는 직업영역이 되어버렸다는 의미이다.

1) 더 란셋은 1823년 최초 발행된 역사와 권위를 갖춘 의료 저널로 150여개 전 세계 의료 저널 중 세계 2위의 영향력(Impact Factor)을 보유한 저널이다.

의료의 배타적 전문성의 필요성

의료의 배타적 전문성은 의사들을 위한 개념이 아니다. 오히려 그 반대이다. 의사들이 국민들의 건강을 지킬 수 있는 최선의 의료 서비스를 제공하기 위한 최소한의 개념이 바로 의료의 배타적 전문성이다.

군사조직의 예시를 생각해 보면 의료에 배타적 전문성이 필요한 이유를 쉽게 이해할 수 있다. 군사조직도 배타적 전문성을 갖는 집단중 하나이다. 군이 군사무기와 장비에 대하여 배타적 전문성이 있다는 것은 다시 말해 군사무기와 장비는 국가의 인정을 받은 군에서만 사용해야 한다는 것이다. 즉, 군이 아니면 군사무기를 사용할 수 없다는 것이 배타적 전문성이다. 이것이 군을 위한 논리가 아니라 국가의 안보와 국민의 생명을 지키기 위한 논리라는 점은 분명하다.

이를 의료계에 적용해 보면, 진찰과 치료(진료)라는 의료행위는 의사면허를 가진 의사만 해야 한다는 단순한 논리가 배타적 전문성이다. 이는 국민의 건강과 보건을 위한 것이지 의사를 위한 논리가 절대 아님을 쉽게 이해할 수 있을 것이다. 그러나 의료법에서 인정되고 있는 배타적 전문성이 대한민국의 현실에서는 쉽게 백안시되고 있다.

행정가들, 입법기관들, 언론인들을 포함한 다수의 국민들이 이런 의료의 특징인 배타적 전문성의 의미를 전혀 인식하지 못하고 있다. 매일 접하는 수많은 의료 관련 불법 광고들, 비(非)의료인들이 행하는 의료행위들이 이를 증명한다. 의료계를 관리하는 행정기관인 보건복지부 또한 규제와 행정력 위주로 의료계를 통제하고 있다.

그리고 이보다 더 심각한 문제가 의료의 특수성을 왜곡하고 있다. 의료사고에 대한 사법부의 지나친 판결이다. 기존에도 사법부는 불가피한 의료사고에 대하여 과도한 벌금 및 배상금을 부과해 왔다.

게다가 이제는 불가항력적인 의료사고에 대해서조차도 단순한 형사처벌을 넘어서서 실형을 선고하는 일이 최근 증가하고 있다. 물론 의도적인 범죄 행위가 있다면 형사적 책임을 묻는 게 당연하다. 하지만 선량한 의도, 즉 진료 목적으로 치료하는 과정에서 환자가 사망하거나 심각한 후유장애를 남겼다 하여 의사를 형사범 취급을 하여 법정구속 시키는 등의 과도한 처벌 행위는 의료의 특수성을 이해하지 못한 사법부의 오판이다.

이렇듯 사회 전반에 의료의 전문직업성에 대한 이해 부족과 잘못된 정책 수행, 의료계에 대한 압박이 팽배해 있으며 이로 인해 의료계, 대한민국 정부 그리고 사회 간에는 큰 불신과 반감이 자리하고 있다.

근대적 의사면허관리기구의 등장과 변천

선진국을 비롯한 대부분의 국가들에서는 의료사고와 의료인의 면허 등 의료와 관련된 행위에서 파생한 문제들을 의사 직업군 내의 조직에서 관리하고 있다. 바로 의사면허관리기구(Regulatory Authority)가 그 기능을 수행하고 있는 조직이다.

근대적 개념의 의사면허관리기구가 최초로 등장한 것은 영국에서이다. 헨리8세는 칙령으로 1511년에 'College'를, 1518년에는 'College of London'을 1523년에는 'College of Physician'을 설립하였다. 이후 19세기에 접어들어 벌어진 의료인 직종간의 논쟁을 계기로 1858년 의료법을 제정하여 'General Council of Medical Education and Registration'을 설립하였는데, 이는 현대 면허관리기구인 'General Medical Council'의 전신이 된다. 이것은 영국의사회(British Medical Association)가 설립(1832년)되고 26년이 지난 후이다.

프랑스에서는 프랑스혁명을 계기로 1803년 부실한 의과대학을 폐쇄하고 자격을 갖춘 다섯 곳의

의과대학만을 존속시키면서 의료인의 자격을 규정하는 최초의 법률을 반포하였다. 그 후 1892년, 프랑스는 국가가 의사들의 의료행위 독점권(배타적 전문성)을 보장하는 「슈방디에(Chevandier)」 법령을 제정하였다.

근현대에 들어 의학전문직업성(medical professionalism)을 기초로 한 전문가들의 자율 규제가 사회적 요구수준에 부응하는 전문직의 기능 유지에 큰 역할을 하고 있다.

의학전문직업성의 개념은 의학교육에도 도입되었다. 여기에는 1910년 발표된 플렉스너 보고서(The Flexner's Report)의 영향이 작용하였다. 플렉스너는 미국은 물론 캐나다까지 북아메리카 지역 155개 의과대학의 교과과정을 조사한 결과를 토대로, 의사가 갖추어야 할 이타성, 사회에 대한 헌신 등 근대적 개념의 의학전문직업성을 제안하였다.

이를 계기로 의학전문직업성에 대한 연구가 활성화되었고, 이후 학자들마다 의사의 전문직업성에 대한 다양한 정의를 내놓았다. 웨어와 카텔라니(Wear and Catellani)는 의학전문직업성을 “사고, 감각, 행동습관의 지속적인 자기반성의 과정”이라 하였고, 미틀렌과 홀레겐(Miettinen and Flegel)은 “개인의 전문성을 가지고 의료와 관련된 의사의 모든 바람직한 자질을 실제로 행사하는 것”이라고 보았다. 미국내과학회(American Board of Internal Medicine)는 1995년 발표한 전문직업성에 관한 프로젝트(Project Professionalisms)에서 “이타주의(Altruism), 봉사(Service), 책임감(Accountability), 명예(Honor), 탁월한 능력(Excellence), 정직(Integrity), 본분(Duty), 인간존중(Respect of others)”의 여덟 가지 속성으로 의학전문직업성을 정의하였다. 미국외과대학협회(American Association of Medical Colleges)와 미국의사시험위원회(National Board of Medical Examiners)는

2002년 ‘이타주의(Altruism), 책임성과 책무성(Responsibility & Accountability), 명예와 정직(Honor & Integrity), 탁월한 능력과 학문성(Excellence & Scholarship), 돌봄과 열정(Caring & Compassion), 리더십(Leadership), 존중(Respect)’을 의사의 전문직업성이 반영된 행동(Behaviors reflecting Professionalism)이라고 규정하였다.

가장 많이 인용되는 정의는 유럽내과연합(European Federation of Internal Medicine)과 미국의사회·미국내과학회(American College of Physicians-American Society of Internal Medicine) 재단이 공동으로 연구한 “2002 의학전문직업성 연구 프로젝트(Medical Professionalism Project 2002)”에서 내린 정의이다. 이 연구에 따르면 의학전문직업성은 “사회와의 계약을 기반으로, 환자의 이익을 추구하고, 경쟁력과 정직함을 유지하면서 사회의 건강과 관련하여 전문적인 도움과 조언을 하는 것”으로 정의된다.

현대의 의사 전문직에 대한 면허관리의 국가적 특성들을 살펴보자.

일본의 의사들은 의료법 제5조에 따라 최초로 면허를 발급 받은 후, 2년마다 면허를 다시 신고한다. 일본의사회(日本醫師會)는 자체적으로 회원을 대상으로 3년간 60시간 이상 교육을 수료한 회원에게 일의생애교육인정증(日醫生涯教育認定證)을 발급하고 향후 3년간 인정해주는 제도를 운영하고 있다.

미국에서 의사가 되기 위해서는 여러 단계의 과정을 거쳐야 한다. 우선 의과대학과정(Medical School)과 의학전문대학원(Graduate Medical School, 이하 GME) 과정을 수료해야 한다. 그 후 의사 면허시험을 통과하고, 개업할 지역의 ‘State of Medical Board(이하 SMB)’에서 면허증을 받아야 한다. SMB는 의사의 면허를 총괄하는 미국의 면허

관리기구로, 미국 내에 약 70개의 SMB가 설립·운영되고 있으며 의료소비자(환자) 보호라는 목표 아래 의사를 비롯한 보건의료인 면허를 총괄 관리하고 있다. 미국 의사는 면허를 발급받은 이후에도 면허 유지(maintenance of licensure)를 위해 정기적으로 면허 갱신(license renewal)을 해야 한다.

현재 영국의 의학교육과정은 학부과정에 해당하는 'Medical degree'와 우리나라 수련의 과정과 비슷한 'Foundation Training' 과정, 그리고 전문의 교육과정인 'Specialty & General Practice Training'으로 이뤄져있다. 수련의들은 Foundation Training 1년차인 F1일 때, 면허관리기구에 수련의(Doctors in training)로 등록되어 의사로서 고유번호를 발급받는다. 이 때 발급받은 번호는 면허 발급 신청 시 제출한다. 이후 F1 과정을 성공적으로 마치면 정식 의사로 등록된다. 이후 MRCP라는 시험을 통과해야 하는데, 이는 "Membership of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom"의 약자로 영국의사연합의 회원이 되는 시험이다. 이 시험은 의사로서의 기술, 지식, 수련과정에서의 행동 등을 평가한다. MRCP를 통과하였다면, GMC(The General Council)에 면허 발급을 신청할 수 있다. GMC는 1983년 제정된 의료법에 따라 면허 발급·관리의 법적 권한을 가지고 있는 독립된 면허관리기구이며, 사실상 의사들에 의한 자율규제단체이다. GMC는 2012년부터 모든 의사에 대해 5년 단위로 면허 재확인(licence revalidation) 제도를 실시하고 있다.

캐나다는 영국의 영향을 받아 영국의 GMC를 벤치마킹하여 각 지역별로 면허관리기구(Regulatory College)를 구성·운영하고 있다. 캐나다에서 의사로 활동하기 위해서는 먼저 MCC(The Medical Council of Canada)의 회원이 되어야 한다. 다음 두 가지 조건을 모두 만족해야 MCC의 회원이 될 수

있다. 첫째, MCCQE(Medical Council of Canada Qualifying Examination)의 Part I와 Part II 시험에 모두 합격해야 한다. 둘째, 임상수련과정을 최소 12개월 이상 성공적으로 수료하거나 이와 동등한 자격을 갖추어야 한다. 그러나 이는 자격 수여일 뿐이며, 실제 의료행위를 하기 위해서는 각 주별 면허관리기구의 기준에 따라야 한다.

프랑스에서는 1945년 법정단체로 설립된 'Conseil National De L'Ordre Des Medecins'에서 의사의 면허를 관리한다.

독일은 1873년 설립된 "Bundesärztekammer"라는 법정단체에서 면허를 관리한다. 독일은 의사의 면허를 독일연방법령에 근거해 부여하고, 의사들에 대한 실제 관리는 17개 주(Land) 정부를 통하여 이뤄진다. 각 지역 의사회는 전문의 교육, 보수교육의 실시와 인증을 담당하고 있다. 중앙정부 차원에서 보험 의사에 대한 면허 갱신을 법적으로 제도화 하고 있는데, 5년간 250점(1점=45분)의 보수교육이 조건이다.

오스트리아는 의사협회가 정부의 위임을 받아 의사 면허를 관리한다. 보수교육의 내용과 방법은 의학회의 지원을 받으며, 보수교육은 3년간 150점 이수하도록 규정하고 있다.

벨기에는 보건부가 발급하는 면허에서 의사(전문)이라는 명칭을 사용할 권리를 갖도록 하고 있다.

네덜란드는 의원과 병원 소속 의사 모두 규제 대상이나, 정부와 의사협회가 연합하여 관리하기도 한다.

대한의사협회의 면허관리기구 도입을 위한 진행 방향

대한의사협회(이하 의협)는 의학전문직업성과 자율규제의 시대적 요구에 따라 대한민국의 의료계에 이를 적용하려는 시도를 하고 있다. 지난 9월 23

일~27일, 10인으로 구성된 대한의사협회의 면허 관리기구 탐방 대표단은 인도네시아와 태국에서 자율적으로 운영되고 있는 의사면허관리기구를 방문 하였다. 두 나라는 의사윤리·징계 등을 의사면허 관리기구에서 자율적으로 수행하고 있는 동남아 국가이다. 대표단은 자율규제를 통해 의학전문 직업성을 유지·발전시켜가는 외국의 사례를 통해 전문가단체 중심의 체계적인 의사면허 관리제도 방안을 제시하고자 하는 목적으로 방문하였다.

의협은 인도네시아와 태국의 의사면허관리기구를 직접 방문하여 운영 현황과 실무적인 내용을 파악하였다. 그 후 이를 토대로 대한민국의 의사면허 관리기구의 신설 및 그 타당성 여부를 검토하고, 나아가 전문가단체를 중심으로 한 자율규제권 확보 방안을 계획, 추진 중에 있다.

이제 2018년 9월 제40대 의협 집행부의 대표단이 방문한 동남아 두 국가의 면허관리기구를 간략하게 살펴보고자 한다.

첫 번째로 인도네시아 공화국(Republic of Indonesia)은 인구가 2억6천만 명으로 세계 4위이며, 2만여 개의 섬(사람이 거주하는 섬은 1만3천여 개)으로 이루어져 있어 의료 접근성이 매우 취약하다. 의사 수는 우리나라와 비슷한 13만 명이며, 이중 전문의는 3만 7천명으로 전체 의사의 18% 정도이다. 의료비용은 2019년에는 약 20조 가량 될 것으로 예상된다. 의료보험가입률은 72%이고, 1억9천만 명 정도의 국민이 가입해 있다. 의료재원 중 공공재원은 38% 정도이다.

인도네시아 면허 관리 기구(Indonesia Medical Council, IMC)는 2004년 의료법에서 통과되었으며, 2005년 4월 29일 자카르타에 설립되었다. IMC는 전문가 집단의 자율규제 및 자정 노력이 사회적 필수 요건이라고 확신하며, 자율적인 규제를 통해 부적절하고 역량이 부족한 소수의 의사들로부터 다수

의 선량한 의사들을 보호함으로써 사회로부터 의사 전문가 집단의 신뢰 및 위상 확보를 추구하고 있다.

IMC의 목적은 의료계를 대표하는 기구로서 비전문적인 의료행위자(Unprofessional practitioners) 및 검증되지 않은 의료행위로부터 사회와 환자를 보호하는 것이다. 다시 말해, 의료의 질을 향상시키고 바람직한 의료행위를 선도함으로써 선량한 의사를 보호하는 순기능을 하는 것이다.

IMC는 면허등록위원회(Registration), 의학교육위원회(Educational Standard), 징계위원회(Discipline)의 3개의 위원회(Division)로 구성되어 있다. 인도네시아에서는 IMC가 타 보건 의료 직종과 충돌 없이 협력하여 의사-국민-정부가 만족할 수 있는 이상적인 법령과 제도를 마련해 왔다고 평가하며 높은 만족도를 보이고 있다.

두 번째로 태국의 사례를 살펴보면 다음과 같다. 태국(Thailand)은 인구가 7천만 명 정도이다. 국토의 넓이는 한반도의 2.3배, 남한의 5배로 의료 접근성이 취약하다.

태국면허관리기구(The Medical Council of Thailand, TMC)는 1968년 10월 9일 보건의료법에 의거하여 설립되었으며, TMC의 의료법(Medical Profession Act)은 오직 의사에게만 적용된다. TMC 조직은 의학교육과 의료윤리 2개 분야로 나누어져 운영된다.

TMC는 배상을 목적으로 하는 환자 구제 기관이 아닌, 의사 및 의학 관련 기준을 유지하고 윤리적 해석에 따른 판단을 하는 기구로 운영되고 있다. TMC의 목적은 의사의 의료활동을 관리함으로써 의료윤리 수준을 유지하며, 의료계의 대표기구으로써 국민 건강 및 공중보건에 대해 정부에 조언과 권고를 하며, 의학교육 및 보건의료 연구 증진에 있다.

TMC 역할은 의사면허 발급, 등록, 정지 및 취소 등 자체적인 면허관리를 수행하며 의학교육 전문가

관의 커리큘럼, 스탠다드 인증 및 평생교육을 담당하고 있다.

의학전문직업성과 배타적 전문성

필자는 중진국으로 생각했던 인도네시아(면허관리기구 2005년에 설립)와 태국(면허관리기구 1968년에 설립)에서 매우 훌륭하고 선진적인 의사면허관리기구를 효율적으로 운영하고 있다는 점을 직접 확인하고 상당한 문화충격을 경험하였다.

이에 비하면 우리의 현실은 어떠한가? 1832년 7월 19일에 결성된 영국 의사회(BMA)는 26년 후인 1858년에 영국면허관리기구(GMC)를 만들었다. 우리나라는 의사협회가 1908년에 만들어 졌으나 면허관리기구의 창설은 이제서야 그 논의를 시작하고 있다.

21세기 의학과 의료의 주류는 현대의학과 현대 의료이다. 의학 이론과 근거에 기반한 현대의학이 인류의 건강과 보전에 큰 기여를 하고 있다. 서두에 언급한 바대로 대한민국에서 최근 50년 동안 기대

수명이 20년 이상 증가한 사실은 이러한 현대의학의 극대화된 효과가 대한민국에서 현실화되었음을 의미한다.

하지만 유감스럽게도 21세기 현재 대한민국에서는 근거 없는 대체의학과 전통의학이 현대의학의 기여와 영향력에 편승하여 의료라는 미명 하에 국민들을 기만하고 의료질서를 어지럽히고 있다.

이에 대해 대한의사협회를 필두로 한 의료계 전체는 의사집단의 의료전문가로서의 위상을 확립하고 의료의 배타적 전문성을 확보하여 잘못된 의료 정책을 바로잡아야 한다. 이를 토대로 의료현장에 대한 잘못된 이해를 교정하고 거짓된 정보와 국민을 기만하는 가짜의료를 차단할 수 있어야 국민 건강과 보전에 더욱 더 기여하고, 나아가 인류의 건강과 보건 향상에 크게 기여할 수 있을 것이다.

그 방향의 중심에 의학전문직업성과 자율규제가 있다. 의료계는 이것이 시대적 요청임을 인식하고 이를 적극 실천해야 할 것이다.

참고문헌

- [1] 김민경, 이평수, 이 열. 의료정책연구소 연구보고서 2016-13 해외 주요국 의사 면허 취득 및 유지 조건에 대한 동향과 시사점
- [2] 김 선, 허혜라. 21세기의 의학 전문직업성. 한국의학교육, 2003; 15(3): 171-186.
- [3] 김준동, 정영호, 최병호, 안덕선. 정책연구 03-18 DDA 서비스협상 보건의료 분야의 주요 쟁점 및 정책과제, 서울: 대외경제연구원; 2003.
- [4] 보건복지부, 2015 보건복지부 백서, 세종:보건복지부; 2016.
- [5] 안덕선, 대한의사협회 제2차 의료윤리 연수강좌 - 강의1 Practice 와 의사의 면허제도, 2016. 2. 1.
- [6] 안덕선, 의료윤리연구회 교육자료 - 다른 나라의 면허관리, 2013. 12. 2.
- [7] 안덕선. 캐나다의 의사 면허 관리 기구에 관한 연구. 한국의학교육. 2004;16(2): 139-146.
- [8] 여인석, 박윤재, 이경록, 박형우. 한국 의사면허제도의 정착과정. 의사학, 2002;11(2), 137-153.
- [9] 오수현, 이평수. 일본 전문의 제도 변화. 서울:대한의사협회 의료정책연구소, 2016.
- [10] 오영호 외, 외국의 보건의료분야 전문가자격사 제도 연구와 정책방안. 정책보고서 2009-31. 세종: 보건복지가족부, 한국보건사회연구원; 2009.
- [11] 이명진, 의사의 프로페셔널리즘과 전문의 제도. 의료정책포럼 2013;11(4):147-151.
- [12] 이민창. 자율규제의 성공요인과 한계, 한국사회와 행정연구, 2003;14(3):229-258.
- [13] 최성락, 이해영, 서재호. 한국 자율규제의 특성에 관한 연구. 한국공공관리학보 2007;21(4): 73-96.
- [14] 현대호. 자율규제 확대를 위한 법제개선 연구(I). 서울: 한국법제연구원, 2009.