

의학전문직업성과 자율규제 관점에서 살펴본 외국 의사면허 관리제도의 동향과 시사점*

김민경**, 이평수***, 이 얼**

요약

최근 일회용주사기 재사용으로 C형간염 집단감염이 잇따라 발생하면서 한국사회에 큰 충격을 주었다. 이번 사건이 지금까지 발생한 사건과 달리 파장이 컸던 까닭은 도박이나 음주운전과 같은 개인의 사적 영역에서 벌어진 도덕적 일탈행위가 아니라, 질병으로 인해 의사로서 진료행위 수행능력 상실, 보수 교육 대리출석, 무분별한 의료행위 위임 등의 정황이 알려지면서 면허관리제도의 허점이 드러났다는 데에 있다. 사건발생 직후 정부는 면허관리제도 개선안을 발표하고 이를 추진하고 있으나, 추진방향과 진행방식은 여전히 논란이 많은 상황이다. 이에 본 연구는 자율규제를 통해 의사로서 의학전문직업성을 유지하고 발전시켜가고 있는 외국의 면허관리 동향을 살펴보고, 우리나라 현실에 적합한 대안을 모색하고자 한다. 이를 위해 우리나라 의료제도에 많은 영향을 끼친 일본과 미국, 그리고 모범적인 면허관리 사례로 자주 인용되는 영국과 캐나다를 중심으로 이들 국가의 의사 면허 취득과정과 면허유지를 위한 조건, 면허관리기구의 특성과 운영현황을 살펴보았다. 외국의 경우도 의사의 의료행위에 문제가 발생하였고, 이러한 문제의 해결방안으로 면허관리제도가 발전하였다. 외국의 면허관리 동향은 정부의 개입은 줄이면서 의사의 전문성에 의한 자율규제를 확대하는 추세이다. 이에 본 고에서는 우리나라도 장기적으로는 의사의 전문성에 의한 자율규제 방안을 추구하되, 관련 당사자들의 인식 변화와 제도 마련 등을 감안한 점진적 개선방안을 제안하였다.

색인어

의사 면허, 의료윤리, 의학전문직업성, 자율규제, 면허관리기구

교신저자: 이평수, 차의과대학교 보건의료산업학과. Tel: 031-850-8987, Fax: 031-543-2818, e-mail: cordbal@naver.com

* 본 논문의 내용은 소속기관의 입장과는 무관한 저자 개인의 견해임.

** 대한의사협회 의료정책연구소 *** (전) 대한의사협회 의료정책연구소 / (현) 차의과대학교 보건의료산업학과

I. 서론

2015년 11월 20일, 서울시 양천구 한 의원에서 C형간염이 집단발생한 사실이 알려졌다[1]. 조사 과정에서 해당 의원의 원장이 2012년 사고로 뇌내출혈을 겪은 후부터 주사기를 재사용해왔다고 진술한 사실이 알려지면서, 일회용 주사기 재사용 문제와 함께 적정수준의 의료행위가 불가능한 의사의 면허에 대한 관리문제가 사회적 이슈로 떠올랐다. 이전에도 불법도박이나 음주운전 사고 등 의사 개인의 일탈행위로 인한 범죄나 사건이 생길 때마다 의사의 면허에 대해 관리를 강화해야 한다는 지적이 있어왔다. 그러나 그 때의 논의는 개인의 일탈행위, 또는 도덕적¹⁾ 차원에서 접근한 관점에서 논의되는 수준이었다면, 이번 사건에서는 해당 의사가 질병으로 인해 의사로서 진료업무 수행능력 상실이 의심되는 상황과 의료행위의 무분별한 위임 보수교육 대리출석 정황 등이 알려지면서 의료계뿐만이 아니라 사회전반에 큰 파장을 가져왔다. 이로 인해 의사가 면허를 취득한 이후에도 지속적으로 관리할 수 있는 제도가 필요하다는 사회적 요구가 어느 때보다 높아지게 되었다. 이에 보건복지부는 2016년 3월 8일, 「의료인 면허관리 제도 개선방안」을 발표하였다[2]. 이를 두고 의료계 내부에서는 직업의 자유를 침해하고, 국가의 간섭과 통제가 지나치다는 이유로 반대하는 입장[3]과 소수의 일탈행위로 다수가 피해를 입지 않도록 능동적으로 자율

규제를 도입하자는 입장[4]으로 나뉘었다. 그러나 지향하는 면허관리 방법의 차이가 있을 뿐, 이번 사건을 계기로 의사 면허 취득 이후에도 면허자격의 질을 유지하고, 의료전문직으로서 전문성을 지속적으로 발전해 나갈 수 있도록 면허사후관리가 필요한 시점에 직면해 있음을 양측 모두 인식하게 되었다[5].

해외에서도 유사한 사건이 발생한 적이 있다. 1996년에 발생한 ‘브리스톨 왕립병원 유아 사망 사건(Bristol heart babies scandal)’이나, 뒤이어 발생한 1998년 ‘하롤드 시프먼 사건(Harold Shipman: The killer doctor scandal)’으로 많은 피해자가 발생하자,²⁾ 영국은 2년에 걸친 방대한 역학조사와 함께 의사의 면허를 관리하는 제도를 강화한 바 있다. 이처럼 의료인 면허에 대한 관리는 점차 강화되는 추세이다. 비단 직업규제 차원에서 뿐만 아니라, 교통수단이 발달하여 더 좋은 의료기술을 찾아 국경을 넘나드는 환자들이 늘어나고, 국가 간 보건의료 분야 인적자원의 교류가 활발해지고 있기 때문이다[6]. 이에 본 연구는 최근 연달아 발생한 사건들을 계기로 제기된 면허관리의 필요성을 인식하고 재발방지를 위한 대안을 모색하고자 한다. 이를 위해 외국의 의사면허 관리현황을 살펴보고, 현재 자율규제를 전제로 논의되고 있는 의사 면허 관리 제도의 개선방향을 제시하고자 한다.

1) 도덕과 윤리를 혼용하여 사용하는 경우가 많으나, 라틴어 ‘mores’에서 유래한 도덕(morality)은 개개인의 심성이나 덕행, 또는 사회적 여론과 관습에 비추어 스스로가 정한 규약에 따라 행동하는 기준을 의미하고, ‘윤리(ethics)’는 습관이나 관습을 의미하는 ‘ethos’에서 유래하였다. 그래서 윤리는 사회규범이나 규칙과 관련이 있어 ‘직업윤리’, ‘의료윤리’, ‘의사윤리강령’ 등과 같이 사용하며, 특정 직업이나 분야에서는 일정 정도 강제성을 지닌다는 점에서 도덕과 구별하여 사용한다. 여기에서는 이러한 맥락에서 도덕과 윤리를 구분하여 사용하였다.

2) ‘브리스톨 왕립병원 유아 사망사건’은 1996년 영국 브리스톨 왕립병원에서 심장수술을 받은 영유아 환자 29명이 사망하고, 수십 명이 피해를 입은 사건으로 조사과정에서 의료진의 부적절한 의료조치와 은폐 정황 등이 밝혀져 사회적 문제로 확대된다. ‘하롤드 시프먼 사건’은 의사가 환자 처방전으로 마약을 복용하고, 15명의 환자를 살해하여 재판과정에서 20년간 200명이 넘는 환자를 연쇄 살인을 저지른 사건이다. 일련의 사건은 의사 면허에 대한 관리를 강화해야 한다는 국민적 여론을 불러일으켰다.

II. 전문직으로서 의사의 자율규제

1. 의사의 전문직업성(professionalism)

예로부터 의사, 변호사, 성직자, 학자 등을 전문직이라 부르는 이유는 질병 치료나 범죄 유무를 결정하는 등 개인의 삶에 중요한 영향을 주고 사회적으로도 큰 영향을 끼치기 때문이다. 그래서 과거부터 의료전문직인 의사는 교육과 시험을 통해 사회로부터 자격을 인정받고, 사회는 전문가인 의사에게 진료에 대한 독점 권한과 의학적 권위를 상징하는 면허를 부여하였다. 서로 합의된 약속을 지킴으로써 자유와 이익을 최대한 보장하는 사회적 계약(social contract)을 근간으로 전문직은 스스로 윤리강령을 세워 사회적 책무를 강조해왔다[7]. 따라서 전문직은 전문적 지식과 기술에 근거한 전문직업성(professionalism)³⁾에 따라 사회에 대한 특정한 의무와 책임을 지며, 전문직업성을 유지하기 위해 교육 및 훈련 등 스스로 면허를 관리할 권한을 갖는다는 점에서 일반직과 구별된다[8]. 이런 관점은 근현대에 들어 의사의 전문직업성, 즉, 의학전문직업성(medical professionalism)⁴⁾의 개념으로 의학교육에도 도입된다. 여기에는 1910년 발표된 플렉스너 보고서(The Flexner's Report)의 영향이 크다. 플렉스너는 미국은 물론 캐나다까지 북아메리카 지역 15개 의과대학의 교과과정을 조사한 결과를 토대로, 의사가 갖추어야 할 이타성, 사회에 대한 헌신 등 근대적 개념의 의학전문직업성을 제안하였다[9].

의학전문직업성에 대해서 미국내과학회(Amer-

ican 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 정의하였다. 미국외과대학협회(American Association of Medical Colleges)와 미국외과사시험위원회(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. 유럽내과연합(European Federation of Internal Medicine)과 미국외과사회·미국내과학회(American College of Physicians-American Society of Internal Medicine) 재단이 공동으로 연구한 「2002 의학전문직업성 연구 프로젝트(Medical Professionalism Project 2002)」에서는 의학전문직업성을 ‘사회와의 계약을 기반으로 환자의 이익을 추구하고, 경쟁력과 정직함을 유지하면서 사회에 보건과 관련한 전문적인 도움과 조언을 하는 것’이라 하였다[10].

루이지크(Luijk)는 의사로서 전문가다운 행위를 ‘업무관리’, ‘타인관리’, ‘자기관리’ 등 세 가지 측면에서 규정하였다. 그에 따르면 의사의 전문적 행위로서의 일에 대한 관리란, 효율적인 일 관리, 적극성과 리더십 발휘, 지침 수행, 평생 의학

3) 'Professionalism'을 국내 연구자들은 '전문직업성', '전문직주의', '전문직업주의', '전문가주의' 등으로 다양하게 번역하고 있으나, 많은 학자들과 관련 국제연구기관인 한국직업능력개발원에서 '전문직업성'으로 번역하고 있기에 본 연구에서도 '전문직업성'으로 통일하였다.

4) 'Medical professionalism'을 '의학전문직업성', '의료전문가주의', '의료전문주의', '의사전문직업성' 등으로 해석하기도 하나, 여기에서는 한국외과교육학회에 따라 '의학전문직업성'으로 번역하였다.

교육 참여, 자신의 한계를 인식하는 것을 의미한다. 타인에 대한 관리는 환자우선, 팀워크, 팀 구성들에 대한 책임감, 비협조적이거나 활동하지 않는 동료들에게 피드백 제공 등을 말한다. 마지막으로 자기관리는 자신의 행위에 대한 비판적 분석, 피드백에 대한 수용적인 태도, 동료평가라고 설명한다. 이처럼 의학전문직업성을 이야기할 때, 의사의 행위 중심으로 정의하는 이유는 의료직의 본질이 의사의 전문적 기술과 전문적 행위를 의미하고, 전문적 행위에 초점을 맞추는 것은 관찰 가능한 외면적인 태도이기 때문이라고 본다 [11].

2. 의사의 자율규제(self-regulation)

자율규제란, 전문가로 조직화된 집단이 구성원의 행위를 규제하는 것을 말한다. 즉 집단적 자율규제는 공통된 관심사를 갖고 있는 조직이 일정한 목적을 추구하면서 구성원에게 그 조직의 권위와 일정한 권한을 근거로 규제를 포함한 감독권을 행사하는 것이다. 자율규제의 주체는 국가나 정부가 아닌 규제의 대상이 되는 개인이나 집단 스스로이며, 이러한 의미에서 정부규제와 대비되는 개념으로 사용되기도 한다. 자율규제가 정부규제(command & control)의 대체 또는 보완기능으로 각광받게 된 이유는 자율규제의 방식이 전통적인 정부규제가 갖고 있는 경직성, 비효율성, 비전문성을 극복할 수 있다는 데에 있다[12].

자율규제의 장점은 첫째, 자율규제단체가 갖는 높은 전문성, 지식, 기술로 기준형성과 해석에 드는 정보비용을 줄일 수 있다는 점이다. 정부가 급변하는 사회에 맞추어 모든 직업의 전문성과 정

보를 확보하는 것은 불가능하다는 점에서 자율규제는 정부규제의 좋은 대안이 된다. 둘째, 자율규제는 규제자인 정부와 규제대상자간의 상호신뢰를 전제로 하기에 정부는 감독과 집행의 비용을 줄일 수 있고, 규제대상은 단체 내 집행과 순응비용을 절감할 수 있는 장점이 있다. 마지막으로 자율규제단체가 세운 규칙은 자발적 참여를 전제로 하기에 상황변화에 용이하고, 이외에도 전문성이나 효율성이 높다. 이러한 자율규제에 대해 일부에서는 규제의 수준을 자율규제단체가 느슨하게 세울 경우, 규제 내용이 엄격하지 못해 중립성을 상실할 수 있다는 점과, 자율규제라는 이름으로 자칫 특정 단체의 이익만을 대변할 경우, 규제의 유효성과 효율성을 거둘 수 없다는 점을 들어 한계가 존재한다고 지적하기도 한다[13].

자율규제가 자체적으로 조직된 집단이 그 구성원의 행위를 자율적으로 규제하는 것임에도 불구하고 국내에서는 정부가 적극 개입하여 자율규제규정을 제정하는 등 정부주도형 자율규제가 추진되고 있다. 최성락 등[13]의 연구에 따르면, 국내의 자율규제는 정부개입의 정도와 공유재적 속성의 크고 적음에 따라 자율규제를 네 가지로 유형화할 수 있다. 유형 I은 규제대상이 공유재적 성격을 가지고 있으나, 정부의 개입이 적은 유형이다. 유형 II는 공유재적 속성을 가지고 있으면서 동시에 정부의 개입이 큰 유형으로 파주 출판단지, 헤이리 예술마을의 건축물이 그 사례에 해당한다. 유형 III은 공유재적 성격도 아니고 정부 개입도 적은 형태의 자율규제로, 이 유형의 규제대상은 공공재⁵⁾의 성격이 강해 정부가 정해진 틀 내에서 규제대상이 규칙을 정해 운영되는 유형이다. 대표적인 예가 전통적인 전문가단체의 자율규제가

5) 공공재(公共財, public goods)는 한 개인이 소비에 참여함으로써 얻는 이익이 다른 모든 개인들이 얻는 이익을 감소시키지 않는다는 비경합적 소비(非競合的 消費, non-rival consumption)의 성격과, 특정 집단의 사람들을 제외한 소비에서 얻는 혜택으로부터 배제할 수 없다는 비배제성(非排他性, non-exclusion)의 특성을 갖는다.

다.⁶⁾ 유형 IV는 공유재적⁷⁾ 속성이 없는데도 정부의 개입이나 통제가 큰 유형의 자율규제로, 영상물심의위원회나 게임물등급위원회 등이 이에 해당한다. 하지만 사실상 정부가 조직의 틀을 만들고 운영과 재정에도 관여하는 형태이기 때문에 수순한 형태의 자율규제와는 거리가 멀기에 자율규제로 볼 것인가라는 논란도 큰 유형이다. 이처럼 국내의 자율규제는 다방면에서 정부의 개입이 작용하고 있음을 알 수 있다[13]. 따라서 진정한 자율규제의 성과를 얻기 위해서는 I유형을 지향하고 최소한 IV유형은 지양하되, II유형이나 III유형의 자율규제를 이끌어 나아가는 것이 합리적이다. 이러한 기준에 의한다면 대표적인 전문가단체인 의사단체의 자율규제는 III번 유형에 해당한다.

III. 의사면허의 유지와 관리

1. 의사의 면허유지(maintenance of licensure)

면허의 사전적 의미를 찾아보면 ‘일반인에게는 허가되지 않는 특수한 행위를 특정한 사람에게만 허가하는 행정 처분’이라는 뜻과 ‘특정한 일을 할 수 있는 공식적인 자격을 행정 기관이 허가함, 또는 그런 일’을 의미한다고 풀이하고 있다. 자격은 ‘일정한 신분이나 지위’라는 뜻과 ‘일정한 신분이나 지위를 가지거나 일정한 일을 하는 데 필요한

조건이나 능력’이라는 두 가지 의미를 명시하고 있다[14]. 따라서 단순히 자격을 갖추고 있다고 해서 어떤 직업을 합법적으로 수행할 수 있는 지위를 갖는 것은 아니며, 이는 면허가 있어야만 가능하다.⁸⁾ 면허와 자격은 일정부분 공통된 속성을 가지고 있으나, 면허는 허가와 인정을 법에 의해 보장받는다라는 점에서 자격과 구별된다[15].

현대에 들어서 의사의 면허를 취득한 이후에도 면허갱신(license renewal), 면허 재평가(license revalidation), 또는 면허등록(license registration)과 같은 제도를 통해 부여받은 면허에 합당한 자격을 갖추고 있는지 정기적으로 점검하는 사후관리제도를 도입하게 되었다. 면허관리 제도를 도입하게 된 배경에는 첫째, 전문가의 전문성을 확보하기 위함에 있다. 사회는 면허를 발급해 의사에게 책임과 의무를 부여하고, 의사는 자발적으로 최소 수준을 기본적으로 지키고자 노력하게 되므로 이 과정을 통해 의료의 질이 지속적으로 향상될 수 있다고 보았기 때문이다. 둘째, 의료사고를 예방하기 위해서이다. 1990년대 후반 영국 사회는 ‘브리스톨 왕립병원 유아 사망사건(Bristol heart babies scandal)’과 ‘하롤드 시프먼(Harold Shipman)’ 사건을 겪으면서 의사에게 지식과 기술뿐만 아니라 그에 걸맞은 자질도 갖추어야 한다는 목소리가 높아지게 된다. 그 결과, 5년 단위로 면허를 갱신(또는 평가)하도록 면허 제도를 강화하게 된다. 세 번째로 국제화시대 자국민의

6) 최성락 등[13]의 연구에 따르면 전문가단체에 의한 자율규제에 대해 정부의 개입이 적은 이유는 이들 집단이 갖고 있는 전문성 때문에 관여하기에 한계가 있기 때문에 자체 조직에 의한 규율 제정, 집행 등을 용인해오고 있다. 그러나 국내에서는 전문가집단에 대해서도 정부가 미치는 영향력이 커 전문가단체라 하더라도 정부가 주도하여 형성된 경우가 많다. 이러한 환경 속에서 전문가단체가 스스로 조직된 경우, 공공재를 공급하기 위한 자율규제조직으로 기능하기보다는 회원의 이익을 옹호하기 위한 이익집단의 기능을 수행하는 경우가 발생하기도 한다.

7) 공유재(共有財, common pool resources)는 경합성은 있으나 배제가 불가능한 재화를 말한다. 다시 말해, 소비는 경합적이나 배제에 따른 비용 부담이 과중해 배제의 원칙이 적용되기 어려운 재화가 공유재다. 공유재도 민간 부문에서 생산·공급이 가능하다는 측면에서 준(準)공공재에 속한다. 이러한 공유재에는 천연자원이나 희귀 동식물 그리고 녹지, 국립공원, 하천, 기타 공공시설이 속한다. 공유재의 비배제성 때문에 공유재는 과소비와 공급 비용 귀착 문제가 야기된다.

8) 자격기본법 제1장 제2조에 따르면, 한국 내 자격증은 국가가 신설하여 관리·운영하는 ‘국가자격’과 국가 외의 자가 신설하여 관리·운영하는 ‘민간자격’으로 구분된다. 이 기준에 따르면 의사의 면허는 국가자격에 해당한다.

이익을 보호하기 위해서이다. 교통과 통신의 발달로 의사든 환자든 국가 간 이동이 쉬워졌기 때문에 특정 지역이나 국가를 벗어나는 경우가 빈번히 발생하고 이 경우 자국민의 이익을 보호하기 위해서 면허제도가 도입되거나 더욱 강화된다. 넷째, 부적절한 진료가 발생하지 않도록 예방하는 데 그 목적이 있다. 국민건강과 환자안전을 위해 진료의 표준을 수준하고 있는지, 최근 의료기술의 발달로 고령화된 의사 또는 장기간 진료현장을 벗어났던 의사가 진료현장으로 돌아왔을 때 적절한 진료가 제대로 이루어지는지를 살펴보기 위해서는 면허 취득 이후에도 지속적인 관심이 필요하기 때문이다. 면허 취득이후에도 지속적으로 면허를 관리하는 것에 대해서 일부에서는 의사의 의료행위를 위축시킨다는 반론도 존재한다. 그러나 의료행위는 국민의 건강과 직결되는 행위이기 때문에 국가마다 방식의 차이는 있더라도 면허를 관리하고 있는 것이 세계적인 추세이다.

외국에는 별도의 기구에서 면허를 관리하는데 이를 ‘면허관리기구(regulatory authority)⁹⁾’라고 한다. 독일의 면허관리기구는 주 정부 산하기관 소속이고, 미국은 주에 따라 주 정부기관 산하에 소속되어 있는 경우도 있고, 정부기관과는 별도로 독립공공단체로 운영되기도 한다. 여기서 유의할 점은 정부의 산하기관이라 할지라도, 구조적으로 그렇다는 것이지, 정부가 이들에게 어떤 직접적인 간섭은 하지 않는다는 점이다. 영국이나 캐나다의 면허관리기구는 독립된 공공단체의 형태로 존재하는데, 여기에는 정부의 영향력이 거의 작용하지 않는다[16]. 이처럼 국가별 보건

의료체계나 사회문화적 환경에 따라 면허관리기구의 형태는 정부기관, 공공단체, 민간단체 등 다양하다. 그러나 이들 기구들은 공통적으로 환자안전과 건강한 사회를 위해 의사단체와 사회 각계각층이 참여해 적절한 진료의 표준을 정하고, 이를 잘 준수하고 있는지 면허갱신이나 면허 재평가 과정을 통해 관리하고 있다는 것이다.

2. 한국의 의사면허 관리현황

한국의 의사면허는 국가면허시험에 합격한 후보건복지부에 면허발급을 신청한다. 이 때 의료법 시행규칙 제4조에 따라 1) 면허 교부 신청서, 2) 의학사 또는 의학 석·박사 졸업증명서, 3) 정신질환자, 마약·대마 또는 향정신성 의약품 중독자가 아님을 증명하는 의사 진단서(6개월 이내 발급), 4) 사진을 제출해야 한다. 면허를 발급해주는 보건복지부는 면허등록대장에 면허를 발급받는 의사들의 1) 인적사항(성명, 성별 및 주민등록번호), 2) 출신학교 및 졸업 연월일, 3) 합격번호 및 합격 연월일을 기재하여 관리한다. 2012년 개정된 의료법에 따라 의사는 면허를 발급받은 이후 3년마다 면허신고를 하여야 한다. 의사의 면허를 관리하는 주체는 보건복지부장관이지만, 면허신고는 중앙회인 대한의사협회에서 받고 있다. 의료법 시행령 제11조에 따라 의사는 면허증을 발급 또는 재발급 받은 날로부터 매3년이 되는 해의 12월 31일까지 면허신고를 하여야 하며, 신고내용은 1) 취업상황, 2) 근무기관 및 지역, 3) 보수교육 이수 결과 등이다. 만약 보수교육 요건을 만족하지 않은 경우 보건복지장관은 신고를 반려

9) 안덕선[16]은 그의 연구에서 국내에서 면허관련 논의를 할 때, 면허관리기구와 의사단체를 구별할 필요가 있다고 주장하였다. 그에 따르면, 면허관리기구(regulatory authority)는 법정단체로 진료활동을 하는 의사는 의무적으로 가입해야하며, 자체적으로 징계, 처벌 등의 행위가 가능하다. 반면 의사단체(medical association)는 일종의 노동조합(trade union)으로 회원의 가입과 탈퇴가 자유롭다. 회원의 신분보장과 경제적 보상을 주요목적으로 활동한다. 자체적인 징계처분은 불가능하다. 영국의 ‘GMC’, 캐나다의 ‘College’는 면허관리기구이고, 영국의사협회(BMA)나 캐나다의사협회(CMA)는 노동조합의 성격이 강한 의사단체이다.

할 수 있다. 또한 의사는 보수교육을 연간 8시간 받도록 규정하고 있는데, 대한의사협회가 보수교육을 실시하며, 보건복지부 장관은 보수교육을 이수하지 않은 의사의 면허신고를 반려할 수 있다.

의료법 제28조에 따르면, 중앙회인 대한의사협회 아래에 구성되어 있는 윤리위원회에서는 의사의 면허 자격에 관한 사항을 심의·의결한다. 윤리위원회는 총 11명으로, 1) 경력 10년 이상의 의료인, 2) 4명 이상의 의료인이 아닌 법률, 보건, 언론, 소비자 권익 등에 관하여 경험과 학식이 풍부한 사람으로 구성하도록 규정하고 있다. 위원들의 임기는 3년으로 연임은 1회만 가능하다.

의료법 제66조 제1항에 근거해 다음에 해당할 경우, 의사면허 자격정지 1년의 처분을 받을 수 있다. 첫째, 의료인의 품위를 심하게 손상시키는 행위를 한 경우, 둘째, 의료기관 개설자가 될 수 없는 자에게 고용되어 의료행위를 한 경우, 셋째, 진단서·검안서 또는 증명서를 거짓으로 작성하여 내주거나 진료기록부 등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재·수정한 경우, 넷째, 태아 성 감별 행위 등의 금지법을 위반한 경우, 다섯째, 의료인이 아닌 자로 하여금 의료행위를 하게 한 경우, 여섯째, 의료기사가 아닌 자에게 의료기사의 업무를 하게 하거나 의료기사가 그 업무 범위를 벗어나게 한 경우, 일곱째, 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 경우, 여덟째, 부당한 경제적 이익 등의 취득 금지를 위반하여 경제적 이익 등을 제공받은 경우, 아홉째로 그 밖에 이 법 또는 이 법에 따른 명령을 위반한 경우가 이에 해당한다. 의료법 제66조 2항에는 면허정지에 해당하는 행위를 한 경우, 중앙회(대한의사협회) 의장은 윤리위원회의 심의·결과를 거쳐 보건복지부장관에게 자격정지 처분을 요구할 수 있도록

규정하고 있다.

3. 외국의 의사면허 관리사례: 일본, 미국, 영국, 캐나다, 유럽

1) 일본

우리나라 초기 의료제도에 영향을 많이 준 일본은 현재 우리나라 제도와 비슷한 점이 많다. 일본에서 의사가 되려면, 일본 의사법 제2조에 따라 의사국가시험을 합격하고, 후생노동대신이 발급하는 의사면허를 발급받아야 한다. 의사국가시험에 합격하면, 일본 의사법 시행령 제2조에 의해 후생노동성에 1) 의사국가시험 합격증 사본, 2) 호적등본 또는 호적초본, 3) 신분증명서(성년피후견인 또는 피보좌인이 아니라는 내용), 4) 건강진단서(시각, 청각음성기능, 또는 언어기능, 정신기능의 장애 또는 마약, 대마 혹은 아편 중독자 여부에 관한 의사의 진단서)를 제출하고 면허를 발급받는다. 후생노동성은 의적에 1) 의사면허 등록번호 및 등록 연월일, 2) 본적지, 성명, 생년월일, 성별 등의 인적사항, 3) 의사국가시험 합격의 연월, 4) 면허의 취소 또는 의업의 정지 처분에 관한 사항, 5) 기타 후생노동대신이 정한 사항 등을 관리한다. 일본의 의사들은 의료법 제5조에 따라 최초로 면허를 발급 받은 후, 2년마다 면허를 다시 신고한다. 이는 일종의 실태조사로 우리나라의 면허신고제와 유사한 형태이다. 관리주체는 후생노동성이며, 신고는 우리나라의 광역자치단체에 해당하는 도도부현(都道府県)에서 받는다. 최초 면허 발급 또는 재발급 기준 2년마다 당해 12월 31일 기준의 다음 사항을 다음해 1월 15일까지 성명, 성별, 전화번호, 주소, 근무지 주소, 시설 종류, 업무의 종별, 진료과 등을 신고하도록 하고 있다.

일본 의사 면허를 심의하는 곳은 도도부현의 의료심의위원회로 이는 의료법 시행령 제5조에 근거한다. 위원회는 의사, 치과의사, 약제사, 의료를 받는 입장에 있는 사람 및 학식경험이 있는 30명으로 구성하며, 임기는 2년으로 도도부현지사가 임명한다. 특이할 만한 것은 전문적인 사항에 대한 심의가 생기면 도도부현지사가 심의회 내부에 해당 전문분야의 전문위원을 10명이내로 임명, 조사·심의할 수 있도록 규정하고 있다.

면허 심의 절차를 규정하는 의사법 제7조를 살펴보면, 후생노동성이 면허 취소 또는 업무정지시, 후생노동대신은 미리 의도심의회의 의견을 청취하도록 명시하고 있다. 면허 취소 처분의 경우에는 도도부현지사로 하여금 당사자의 의견을 청취하도록 하고 있다. 그러면 도도부현지사는 해당 처분에 대해 1) 해당 처분의 취지와 내용, 2) 해당 처분의 원인이 되는 사실, 3) 변명의 청취 일시 및 장소 등을 서면으로 통지하도록 하고 있다. 또 제7조에 의하면 의사가 성년피후견인 또는 피보좌인이 된 경우에는 면허취소(당연취소)가 되며, 1) 심신 장애에 의해 의사의 업무를 적절하게 행할 수 없는 자로서 후생노동성령으로 정한 자, 2) 마약, 대마 혹은 아편 중독자, 3) 벌금 이상의 형에 처한 자, 4) 의료 행위에 관한 범죄 또는 부정행위를 한 자, 5) 의사로서의 품위를 손상시키는 행위를 한 자는 후생노동대신의 재량으로 경고, 업무정지, 면허취소 등의 처분을 내릴 수 있다.

최근 일본 의사 사회에는 큰 변화를 겪고 있다. 기존 학회에서 인정하던 전문의를 국가가 인정하는 것을 골자로 하는 전문의 제도 개선안이 2013년부터 논의되어서 내년 2017년부터 새로운 제도에 의한 전문의 수련과정이 시작되기 때문이다. 이에 따르면 2020년에 새로운 제도에서 첫 전문의가 배출된다. 이러한 새 전문의 제도는 전문

의 자율성을 기반으로 설계되었다는 점이 특징으로, 모든 진료의사는 기본적으로 19개 전문의 중 하나를 기본적으로 취득하도록 하고 있다. 또한 기존의 전문의는 일정 기준에 따라 리뉴얼 과정을 거칠 예정이며, 이 기간과 기준은 현재 논의 중이다[17].

2) 미국

미국에서 의사가 되기 위해서는 개업할 지역의 'State of Medical Board (이하 SMB)'에서 면허증을 받아야 가능하다. SMB는 의사의 면허를 발급·관리하는 미국의 면허관리기구로, 미국 내에 약 70개의 SMB가 설립·운영되고 있다. 고객(환자) 보호라는 목표 아래 의사를 비롯한 보건의료인 면허를 총괄해 관리하고 있다[18]. SMB의 설립목적은 크게 의료인에 대한 면허 관리 및 규제, 고객(환자) 보호, 의료품질향상이라 할 수 있다. SMB 소속 위원들은 주 정부의 면허를 받은 의사에 대한 정보 관리하고 의사에 대한 고객(환자)의 불만사항 접수 및 조사하는 역할을 수행한다. SMB의 면허 발급·갱신의 세부조건은 주에 따라, 또 전공분야에 따라서도 다르지만, SMB의 면허 없이는 진료를 할 수 없기 때문에 사실상 의사로서 활동할 수 없다는 것은 공통적이다. SMB의 면허를 신청할 때에는 반드시 교육과 수련 증빙 자료, 상세한 경력을 함께 제출해야 한다. 이와 함께 건강상태, 의료과실이나 범법 행위 등과 같이 의료 행위에 영향을 줄 수 있는 정보는 반드시 공개해야 한다[18].

SMB는 네 가지 자격을 갖추었는지를 종합적으로 검토하여 면허를 발급한다. 첫째, MDs (doctor of Medicine Degrees) 학위를 취득하였는지, 둘째, 최소 1년 이상의 대학원 수련과정을 거쳤는지, 셋째, 의사면허시험을 통과하였는지, 넷째, 안

전하게 진료할 수 있는 신체, 정신, 도덕의 적합성 (mental, moral and physical fitness to safety practice medicine)을 갖추었는지를 살펴본다. 이는 경력, 신체와 정신 건강 등의 건강진단서, 범죄 이력 조회 등으로 검증한다. 위 네 가지 기준을 종합적으로 검토하여 면허를 발급해준다. 이 때, 면허 발급 신청자가 위 조건을 만족하지 못하면 면허발급이 거부될 수도 있다[18].

미국 의사는 면허를 발급받은 이후에도 면허유지 (maintenance of licensure)를 위해 정기적으로 면허갱신 (licensure renewal)을 한다. The Federation of State Medical Boards (FSMB) (2014) [18]에 따르면 이 과정을 통해서 의사는 반드시 자신이 직업윤리를 준수하고, 적합한 진료를 수행하며 부도덕한 행위를 저지르지 않았음을 증명해야 한다. 대부분의 주에서 반드시 우리나라 보수교육에 해당하는 ‘Continuing Medical Education (이하 CME)’을 이수한 사실을 증빙하도록 하고 있다. 미국 내 50개 주에 있는 69개의 SMB 중 66개의 SMB가 필수요건으로 지정하고 있으며, 1년 동안 20시간부터 2년간 100시간까지 주마다 기준은 다양하다. 면허갱신 시 대표적인 공통서류를 살펴보면 1) 최근 4년간 의료행위 또는 의료교육 활동을 증명하는 서류, 2) 현재 운영하고 있거나 재직 중인 병의원에 대한 정보, 3) CME 필요 조건 만족 확인 서류 등이며, 처방전 내역서, 또는 금융거래 정보내역서 등을 요구하기도 한다. 참고로 보수교육은 많은 주의 SMB가 미국의사협회 (AMA)가 주관하는 CME를 수료하면 면허갱신의 요건을 만족한 것으로 간주하기도 한다. 주에 따라서는 HIV/AIDS, 위기관리, 말기 암 고통 완화 과정 등을 CME 필수 프로그램으로 지정해놓은 경우도 있다[19].

FSMB가 2014년에 발표한 보고서에 따르면 다음의 경우에 해당할 경우, 면허가 취소되거

나 면허갱신이 거부될 수 있다. 1) 환자를 육체적으로 폭행 또는 가해한 경우 (physical abuse of a patient), 2) 부적절한 의료기록을 한 경우 (inadequate record keeping), 3) 환자의 일반적 증상을 인지하지 못하거나 대처하지 못한 경우 (not recognizing or acting on common symptoms), 4) 정당한 법적 근거 없이 과도한 양의 약물을 처방한 경우 (prescribing drugs in excessive amounts without legitimate reason), 5) 중독으로 인한 의료행위 능력 상실한 경우 (impaired ability to practice due to addiction), 6) 평생의료교육 필수요건을 만족하지 못한 경우 (failing to meet continuing medical education requirements), 7) 주어진 면허범위를 넘어선 의료행위를 한 경우 (performing duties beyond the scope of a license), 8) 부정한 행위를 한 경우 (dishonesty), 9) 중범죄를 저지른 경우 (conviction of a felony), 10) 무면허 소유자에게 의료행위를 부적절하게 위임한 경우 (inappropriately delegating the practice of medicine to an unlicensed individual) 등이 이에 해당한다. 이외에도 주에 따라 무면허 진료, 허위과장광고, 환자 알선 대가로 금품수수 등도 면허취소 또는 갱신 거부 사유에 해당하기도 한다. 이처럼 주마다 특이사항을 적용하여 관리하고 있다.

3) 영국

영국의 ‘The General Medical Council (이하 GMC)’은 1983년 제정된 의료법에 따라 면허관리 의 법적 권한을 가지고 있는 독립된 면허관리 기구이며, 사실상 의사들에 의해 운영되는 자율 규제단체이다. 영국의 의사는 GMC에 등록하지 않으면 의료업에 종사할 수 없다. GMC는 의사를 위한 진료 표준안을 마련하고, 의사의 교육과 훈련을 관리하며, 영국 내 등록되어 있는 의사를 관

리·감독한다. 또 의사에 대한 불만접수 및 조사도 하며, 면허 재평가 과정 전반을 관리한다. 이때, 의사에 대한 평가와 관리는 이른바 ‘책임관리자(Responsible Officer, 이하 RO)’라는 해당 지역의 의사, 의과대학 교수, 또는 의료계 전문가가 배정되어 이뤄진다. 이들은 평가자로서 의사 개인들이 면허 재평가를 받는 과정에서 감독과 모니터링의 역할을 하고, 의사로서의 직무수행의 적합성을 평가해 면허 갱신 여부를 결정한다[20].

영국에서는 의사가 의료행위를 하기 위해서는 면허시험에 합격했다고 해서 의료행위를 할 수 있는 것이 아니라, 진료 면허(licence to practise)를 취득해야 가능하다. 이 면허(licence to practise)를 최초로 신청할 때 제출해야 하는 필수 서류는 다음 여섯 가지이다. 첫째, 개인신상정보, 둘째, GMC 등록번호, 셋째, 무면허 행위를 하지 않았다는 확인서, 넷째, 의사를 고용한 기관의 정보와 관리자 정보, 다섯째, 고용 및 의료행위를 한 기관의 주소와 연락처 등의 정보, 여섯째, 의사로서 부적합한 행위를 하지 않았다는 관리자의 진술서이다. 면허 신청 시, 여섯 가지 필수제출서류를 제출하지 못하거나, 신청 서류 이외에 GMC가 추가로 요구하는 증빙서류 또는 정보를 제출하지 못한 경우에는 면허발부가 거부될 수 있다[21].

GMC는 2012년부터 모든 의사에 대해 5년 단위로 면허 재평가를 실시하고 있다. 이 재평가 대상에서 제외되는 대상은 다음 세 가지이다. 첫째, 의사로서 직무수행의 적합성이 더 이상 향상될 가능성이 없다고 판단될 경우, 둘째, 의사로서 직무수행의 적합성에 손상을 입은 경우, 마지막으로 유럽연합 등에서 초청받아 온 의사 등과 같은 임시등록의사이다. 이들 사항에 하나라도 해당하는 경우, 평가 대상에서 제외되나 나머지 모든 의사는 반드시 면허 재평가 과정을 통해 면허를 갱신해야 한다. 영국의 의사 면허 재평가

는 GMC의 승인을 받은 RO가 평가한다. 평가자는 다음 네 가지 기준에 근거하여 평가하는데, 첫째, 지식, 기술, 성과(knowledge, skills and performance), 둘째, 안전성과 질(safety and quality), 셋째, 커뮤니케이션, 파트너십, 팀워크(communication, partnership and teamwork), 넷째, 신뢰유지(maintaining trust)가 그 기준이다. 이 과정에서 필수적으로 제출해야 하는 서류는 다음 여섯 가지이다. 1) 개인정보(GMC 등록번호 포함), 2) 직무수행 범위, 3) 연간 평가 결과 보고서, 4) 개인 발전 계획과 검토서, 5) 신의(정직함), 6) 건강이다. 이때, 건강이란, 객관적이고 독립적인 치료(본인에 대한 치료 행위 금지)와 환자와 동료, 자신의 건강을 보호하기 위한 예방(접종), 환자에게 전염병이나 의사로의 판단 또는 업무수행에 지장을 줄 수 있는 위험한 건강상태인지 여부를 확인하는 과정을 말한다. 그밖에도 참고자료(supporting information)로 제출할 수 있는데, 보수교육(continuing professional development, 이하 CPD) 결과, 의료 질 향상 활동(quality improvement activity), 의료사고와 같은 중대한 사건(significant events), 동료평가(feedback from colleagues), 환자평가(feedback from patients), 불만과 칭찬 보고서(review of complaints and compliments) 등이 해당한다[22].

4) 캐나다

캐나다는 영국의 영향을 받아 영국의 GMC를 모델로 각 지역별로 면허관리 기구(regulatory college)가 구성·운영되고 있다. 실제 의료행위를 하기 위해서는 각 주별 면허관리기구의 기준에 따라야한다. 캐나다는 ‘Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada’에 소속된 각 주(州)의 ‘Regulatory College (이하 College)’가 의료

법에 따라 지역 내 의사의 면허를 관리·감독한다. 특히, 이 기구 내에 설치된 ‘의료품질향상위원회(Quality Assurance Committee)’에서 의료품질을 향상시키는 프로그램을 운영하면서 의사 면허에 대한 심의·조사 업무도 함께 수행하고 있다[23].

여기에서는 온타리오주(Ontario)의 면허관리 기구를 중심으로 살펴보고자 한다. 온타리오주의 면허관리기구인 CPSO (College of Physicians and Surgeons of Ontario)는 주의회 결정에 따라 1869년에 설립되었으며, 34명의 이사회, 16명의 지역 의사, 3명의 의과대학 대표, 15명의 일반인과 정부대표로 구성되어 있다. 이 기구는 ‘Protect the Society, Guide the Practice’라는 목표 아래 의사의 전문직업성의 가치와 진료원칙 명문화, 회원의 자격유지를 위한 의무와 이유를 제공해오고 있다. 온타리오주의 모든 의사는 의료행위를 하기 위해서는 반드시 이 기구에 가입하여야 하는데, 면허 등록 지원자는 정신적으로 의료행위를 하는데 적합해야 하며, 법에 따라 정직하게 의료행위를 할 수 있어야 하며, 공인자격을 갖추고 의료행위를 할 수 있는 충분한 지식, 기술, 판단력을 지녔으며, 효율적으로 의사소통하며 자신의 전문성을 적절하게 표현할 수 있는 자격을 갖추도록 규정하고 있다. 이와 함께 면허 등록 시 1) 의학 석사 또는 박사 학위 소지자, 2) 캐나다 의료위원회 회원 자격 소지자, 3) 공인된 기관에서의 수련의 과정 수료자, 4) 캐나다 가정의학과대학 졸업자 또는 캐나다 왕립의과대학 또는 퀘백 의과대학 졸업자라는 증빙서류를 제출해야 한다[23].

캐나다 온타리오주에서는 의료법에 따라 의료품질향상위원회(Quality Assurance Committee)에서 1) 동료평가(peer assessments), 2) 진료평가(practice assessments), 3) 변화하는 진료환경, 의료기술 등에 맞춘 끊임없는 전문성 계발, 4) 자

기평가(self assessments), 5) 의사들이 위의 프로그램을 성공적으로 마칠 수 있도록 이끌어주는 지원프로그램 등을 운영하고 있다. 동료평가의 정식명칭은 ‘Assessments directed by the Quality Assurance Committee’이다. 평가대상은 무작위로 선정된다. 먼저 70세 미만의 의사는 10년 단위로, 70세 이상의 의사는 5년 단위로 평가대상이 된다. 연령과는 별개로 5년 이상 독립적으로 혼자 진료하는 의사 중에서 무작위 선정 대상자가 되기도 한다. 평가자는 조사결과를 위원회에 조사결과를 보고, 평가대상자는 평가자에 적극 협조하도록 법적으로 강제하고 있다. 피평가자는 평가제에게 자신이 진료하는 곳에 출입 및 조사할 수 있도록 협조할 의무가 있으며, 의무기록을 제공해야 하며, 평가자와 위원회가 요구하는 정보에 협조해야 한다. 이외에도 평가자의 의료 기술, 의료 지식, 판단능력 등을 평가하는 데 적극적으로 협조해야 한다. 동료평가는 진료와 관련된 기술과 필기시험으로 이뤄지며, 진료가 이뤄지는 공간에 대한 현장조사, 의무기록을 포함한 환자 관리 관련 기록에 대한 조사, 진료와 관련된 가상의 문제 상황에서 환자를 진료하는 시험, 규정되어 있는 자기평가과제 이외의 추가적인 자기평가, 보수교육과정 참여 결과에 대한 평가 등으로 이뤄진다. 그 밖에도 인지능력평가(cognitive assessment), 진료과정 전반에 대한 관찰조사, 피평가자의 환자 또는 같이 일하는 동료들을 대상으로 설문조사 또는 인터뷰하기도 한다[24].

2014년 CPSO의 연간보고서에 따르면, 이러한 동료평가는 전체 39,423명의 MDs 중 2,396명이 참여했으며, 이 중 81%가 통과해 대부분이 합격하는 것으로 나타났다. 동료평가에서 합격 조건을 충족하지 못한 경우, 의료법시행령(the Health Professions Procedural Code) 80.2항 위원회의 권한에 의거해, 추가교육 또는 갱신프로그램 참여

하도록 하거나, 필요조건을 만족할 때까지 일정 기간 조건을 부여, 또는 의료행위를 제한할 수 있으며, 위원회에서 해당 평가대상자가 전문가로서 부족하다고 판결한 경우에 한해 해당 평가대상자의 이름을 공개하고 불법행의를 조사결과보고서에 게재하여 공표할 수 있다[25].

5) 그 밖의 유럽국가

프랑스에서는 1945년 법정단체로 설립된 ‘Conseil National De L’Ordre Des Medecins’에서 의사의 면허를 관리한다. 면허관리는 우리나라 개원의에 해당하는 의원자영 의사에게 한정한다. 이 단체는 지역의 면허사후관리위원회 소속 의원의 사의 자질에 관해 책임지고, 병원의료의 적정성은 의료감사기구와 병원단체의 책임으로 나뉘어져 있다. 프랑스의 면허관리기구는 의사의 자격에 대해 질적으로 접근하는 것이 특징이다. 또 비단 면허만 관리할 뿐만 아니라, 의사에 대한 조언 및 상담, 의사와 의사간, 의사와 환자간의 분쟁조정 역할도 함께 수행하고 있다. 의사의 전문성, 윤리성, 공중의 건강보장을 목적으로 보수교육과 진료결과를 기준으로 5년마다 면허를 갱신하고 있다. 이와 관련해 일부에서는 진료결과를 자료로 활용하는데 한계가 있다는 점, 보수교육의 주체와 관리 비용 등의 문제, 이해관계자 간의 대립 등을 이유로 부정적인 시각이 존재한다[26].

독일은 1873년 설립된 ‘Bundesarztekammer’가 면허를 관리하는 법정단체이다. 독일은 의사의 면허를 독일연방법령에 근거해 부여하며, 이들 의사에 대한 실제 관리는 17개 주(Land) 정부를 통하여 이뤄진다. 각 지역 의사회는 전문의 교육, 보수교육의 실시와 인증을 담당하고 있다. 중앙정부 차원에서 보험 의사에 대해 면허 갱신을 법적으로 제도화하고 있는데, 5년간 250점(1점은

45분)의 보수교육이 조건이다. 보수교육 이수 여부는 요양기관 계약 시 보험의사회가 점검한다. 이 조건을 충족하지 못할 경우, 1년 후 보험급여 10% 감액, 2년 후에는 25% 감액, 3년째는 퇴출당할 수도 있다[27].

그 밖에 유럽국가 중에서 오스트리아는 의사협회가 정부의 위임을 받아 의사면허를 관리하고, 보수교육의 내용과 방법은 의학회의 지원을 받으며, 보수교육은 3년간 150점 이수하도록 규정하고 있다. 네덜란드는 의원과 병원 소속 의사 모두 규제 대상으로 정부와 의사협회가 연합하여 관리한다. 벨기에는 보건부가 발급하는 면허는 의사(전문의)라는 명칭을 사용할 권리를 갖도록 하고 있으며, 환자를 진료하기 위해서는 보험자의 별도 인증을 받도록 규정하고 있다[28].

IV. 결론 및 제언

1. 외국제도의 특징과 시사점

해외사례 검토를 통해 의사의 면허가 단순히 의학적 지식, 기술, 경력을 평가하는 시험을 통과했음을 증명하는 데 그치지 않고 의학전문직업성을 갖추고 환자를 치료하는 능력과 자격을 꾸준히 유지하고 있음을 보여주는 표징(表徵)임을 알 수 있었다. 이 때 의학전문직업성은 동일한 국가 내에서도 시대와 장소, 단체의 입장이나 사회시스템에 따라 다양하게 정의될 수 있는 시대의 철학이 반영된 윤리적인 개념이라 하겠다. 최근 의사 면허 관리제도에서 의학전문직업성 유지 여부에 집중하게 된 이유는 과거보다 의료정보에 대한 접근이 쉬워졌고, 그로 인해 의사의 독점적 지식이나 의사결정권은 축소되는 반면 환자의 알권리는 확대되면서 과거에 비해 의사에 대한 사회적 인식이 저하되는 경향이 나타나기 시작했기

때문이다[11].

이를 극복하고자 외국의 의사단체는 의사로서의 전문성을 지키면서 동시에 국민들의 신뢰를 회복할 수 있는 방안으로 자율규제를 적극적으로 도입하고 있다. 이는 의사가 의학이라는 전문영역을 다루기에 정부가 개입하거나 통제하기에 근본적으로 한계가 존재하는 까닭도 있으나, 더 근본적으로 서양에서는 전문가 스스로 자율을 통해 학문적 전문성과 고도의 윤리수준을 잘 유지하고 다스릴 줄 알아야 사회계약을 통해 부여받은 권리도 정당화될 수 있다는 철학적·윤리적 당위성을 공유하고 있기 때문이라 하겠다.

외국의 여러 나라에서는 의사 면허에 대한 관리방식이나 주체는 다르지만, 의사가 면허를 유지할 능력이 있는지를 지속적으로 관리한다는 공통점을 갖는다. 일본은 의사단체가 주도해 새로운 전문의 제도를 도입함과 동시에 직업윤리 지침을 개정해 진료행위의 규범을 제시해 나아가고 있다. 미국과 영국, 캐나다는 의사가 전문가로 참여하는 독립된 면허관리기구를 통해 최초 면허 발급부터 사후 관리까지 모든 과정을 주도하고 있다. 또 일정 간격으로 의사로서 면허를 유지할 자격을 갖추고 있는지를 갱신이나 재평가 방법을 통해 증명하도록 하고 있으며, 이를 통과하지 못하면 진료행위에도 제한을 두고 있다. 서유럽에서는 전문가인 의사단체가 정부의 위임을 받아 면허를 책임지고 관리하기도 하고, 이해관계 당사자들이 직접 참여해 진료 표준 준수에 대한 책임을 부담하기도 하고, 보험자가 계약과정에서 계약조건으로 면허를 관리한다.

이처럼 의사의 면허에 대해 의학전문직업성과 자율규제, 이 두 개념을 근간으로 최초 면허 발급 이후에도 꾸준히 관리하는 것이 세계적인 추세이다. 사실상 종신면허제도로 유지되고 있는 우리의 현행 면허관리제도의 변화는 불가피한 것으로

보인다. 이제는 정부의 일방적인 규제 보다는 규제대상인 의사가 자발적으로 참여하면서 국민들이 신뢰할 수 있는 투명한 제도를 어떻게 구축할 것인가를 논의할 시점이다.

2. 전문성과 자율성 확보를 위한 정책 제언

우리나라는 일제식민시대 일본을 통해 생의학 위주의 일본식 서양의학이 전달되면서 전문직으로서의 자율규제에 대한 이해가 충분히 이뤄지지 못한 채 현재까지 이어져 오고 있다[29]. 그로인해 의학전문직업성이나 자율규제에 대한 개념조차 의사집단 내부에서 각기 다르게 인식되어 있으며, 때로는 잘못 사용되기도 한다. 이는 우리 사회가 겪어야 했던 역사적 경험에서 비롯된 한계라고 하더라도 이제는 한국사회의 철학이 반영된 전문직업성을 자율규제 속에서 정립해 나아갈 필요가 있다. 이와 동시에 의료정책이 국민의 건강관리를 최우선 과제로 다룰 것인지, 아니면 의료접근성 제고를 중요한 과제로 다룰 것인지에 대한 사회적 합의가 전제되어야 한다. 왜냐하면 의료를 국민의 기본권이라고 본다면 국민의 의료를 보장해야 할 책임과 의무가 정부에 있고 따라서 의료공급자인 의사에 대한 정부의 개입과 통제를 부정할 수 없을 것이다. 그러나 우리나라는 정권에 따라 정책기조가 바뀌기도 하고 동일 정권 내에서도 어떤 분야는 적극 개입하는 하면서도 특정 분야는 방관하는 모습을 보이기도 하였다. 이는 정부와 의료계간의 갈등이 끊임없이 이어지는 근본적인 원인이기도 하다[30]. 따라서 의사 면허 관리제도에 대한 정부규제의 정도와 범위를 협상하기 위해서라도 의료계 내부에서 먼저 의학전문직업성과 자율규제에 대한 이론적 개념정립과 철학적 논의가 공고히 이뤄질 필요가 있다.

의료전문직의 면허를 관리·감독하는 기구의

성격과 법적 권한에 대한 합의도 필요하다. 영국과 미국, 캐나다 사례와 같이 전문가단체나 정부기관이 관여하지 않는 독립된 면허관리기구로 도입할 경우, 전문성과 자율성을 확보할 수 있다는 장점이 있으나 면허관리기구를 유지·관리하는 데 드는 인력과 비용이 적지 않다. 일례로 캐나다 온타리오주 면허관리기구인 CPSO에는 2014년 기준 지역 내 의사 39,423명의 면허를 관리하기 위해서 약 200명의 직원을 운용하고 있다[31]. 이에 반해 우리나라는 2015년 보건복지부 면허관리시스템에 등록되어 있는 의사 수는 115,976명이지만, 보건복지부 내 면허 관련 부서인 보건 의료정책실에 배정된 인력은 96명[32]에 불과하며, 그마저도 다른 업무도 함께 병행하고 있고, 보건복지부 소관 보건 의료 면허는 의사 면허를 포함해 16종에 달하는 것이 현실이다[32]. 독일과 같이 정부기관이 적극적으로 개입하는 독일 모델을 추구한다면 독일 정부만큼 재정적 지원도 함께 뒷받침되어야만 정부의 통제와 개입이 정당화될 수 있다. 오스트리아처럼 의사단체에 위임을 한다면 법적 제재 권한도 함께 이양되어야 할 것이다. 현행 우리나라 법규는 보건복지부가 면허 발급·관리하는 주체로 되어 있으나 의사협회가 의사의 면허신고를 대행하는 이중적 구조로 되어 있다. 그러나 의사협회의 가입이 의무가 아니고, 의사회원관리에 대한 법적 강제권이 현재로서는 없어 실효성 있는 면허관리 효과를 기대하기 어렵다.

새로운 제도를 도입하기 위해서는 이렇듯 이론적 합의에서부터 기구의 형태와 권한, 운용 예산과 인력 등과 같은 구체적인 방안을 마련하기 위해서는 시간이 소요된다. 일본은 새로운 전문의 제도를 도입하기 위해서 5년의 시간을 투자했고, 영국은 1998년 브리스톨 영유아 사망사건이 알려진 지 14년이 지난 2012년에 이르러서야 전면

적인 의사 면허 재평가 제도를 시행하였다. 그에 반해 우리나라는 일회용 주사기 재사용으로 인한 집단감염 사건이 보도된 지 110일 만에 정부는 면허제도 개선안을 발표하였고, 국회는 182일 만에 일회용 주사기 재사용을 금지하는 의료법 개정안을 통과시켰다. 물론 조속한 후속조치가 잘못된 것은 아니지만 일부의 비정상적인 의료행위가 문제될 때마다 의료법을 개정할 수는 없다는 지적은 피할 수 없어 보인다[33].

따라서 자율규제를 바탕으로 의사의 전문성을 유지해 나아갈 수 있는 면허 관리제도를 도입하기 위해서는 의료서비스를 제공하는 의사, 서비스를 이용하는 국민(환자), 이를 관리·감독하는 보건복지부(정부) 이해당사자 모두를 만족시킬 수 있는 ‘골디락스의 스프(Soup of Goldilocks)’와 같은 적절한 합의점을 찾아야 한다. 정부는 의사 집단 내부의 갈등이나 적대감을 유발하는 방식보다는 자발적인 참여와 변화를 이끌어낼 수 있는 자율규제의 틀을 제공하고, 의사는 스스로 의학 전문성을 지킬 수 있는 투명한 절차와 기준을 마련하여 공정하게 관리하는 방안을 마련한다면 국민의 신뢰를 받는 의료전문가로서 의사의 위상이 정립될 수 있을 것이다. ㉞

REFERENCES

- 1) ‘한 의료기관 내원자 C형간염 집단발생 조사 중’, 2015년 11월 20일 보건복지부 보도자료. Available from: <http://www.mohw.go.kr> [cited 2016 Oct 27]
- 2) ‘환자안전을 위해 의료인 면허 관리제도 대폭 강화, 「의료인 면허관리제도 개선방안」 발표’, 2016년 3월 8일 보건복지부 보도자료. Available from: <http://www.mohw.go.kr> [cited 2016 Oct 27]
- 3) ‘규제로 우리를 억압하고 통제하려 하지 말라 - 부산시의사회, 규제 일변도 정부 보건 의료정책 강력 비판’, 의협신문(2016. 3. 30).

- Available from: [http:// www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=109481](http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=109481) [cited 2016 Oct 27]
- 4) ‘자율이나 타율이나... 동료평가제 의미는 - 징계 아닌 예방 목적?’ 의협신문(2016. 4. 7). Available from: <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=109678> [cited 2016 Oct 27]
 - 5) Ahn D. Collective professionalism and self-regulation. J Korean Med Assoc 2016 ; 59(8) : 569-571.
 - 6) 이평수. 외국의 의사면허 관리현황. 대한의사협회 의사면허제도개선 간담회 자료집. 서울 : 대한의사협회 의료정책연구소, 2016 : 7-24.
 - 7) 안덕선. 전문직업성과 자율규제. 의료리더십포럼(2010. 4. 21). Available from: <http://www.mlf.or.kr/Page.aspx?MenuID=Laws&ID=Laws&PROC=View&CID=8&ItemID=339&PageNo=1> [cited 2016 Oct 27]
 - 8) Jonsen AR, Braddock CH. Professionalism, ethics in medicine, University of Washington School of Medicine. Available from: <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/profes.html> [cited 2016 Oct 13]
 - 9) Cooke M, Irby DM, Sullivan W, et al. American medical education 100 years after the Flexner report. N Engl J Med 2006 ; 355(13) : 1339-1344.
 - 10) American Board of Internal Medicine, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millenium: a physician charter. Ann Intern Med 2002 ; 136 : 243-246.
 - 11) 김선, 허혜라. 21세기의 의학 전문직업성. 한국 의학교육 2003 ; 15(3) : 171-186.
 - 12) 현대호. 자율규제 확대를 위한 법제개선 연구 (I). 서울 : 한국법제연구원, 2009 : 17-48.
 - 13) 최성락, 이해영, 서재호. 한국 자율규제의 특성에 관한 연구. 한국공공관리학보 2007 ; 21(4) : 73-96.
 - 14) 국립국어원. 표준국어대사전. Available from: <http://stdweb2.korean.go.kr/main.jsp> [cited 2016 Oct 13]
 - 15) 이명진. 의사의 프로페셔널리즘과 전문의 제도. 의료정책포럼 2013 ; 11(4) : 147-151.
 - 16) 안덕선. 다른 나라의 면허관리2. 의료윤리위원회 2013년 12월 윤리강좌. Available from: <http://cafe.daum.net/ethicacademy> [cited 2016 Oct 27]
 - 17) 오수현, 이평수. 일본 전문의 제도 변화. 서울 : 대한의사협회 의료정책연구소, 2016.
 - 18) The Federation of State Medical Boards. U.S. Medical Regulatory Trends and Actions Report. Texas : The Federation of State Medical Boards of the United States Press, 2014.
 - 19) American Medical Association. State Medical Licensure Requirements and Statistics 2014. Chicago : American Medical Association Press, 2014.
 - 20) General Medical Council. Effective Governance to Support Medical Revalidation, A Handbook for Boards and Governing Bodies. London : GMC, 2013.
 - 21) General Medical Council. Basic Guidelines of Good Practice for Setting up and Managing Public Registers. London : GMC, 2015.
 - 22) General Medical Council. The Good Medical Practice Framework for Appraisal and Revalidation. London : GMC, 2013.
 - 23) The College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). Registration Requirements. Available from: <http://www.cpso.on.ca/Reg-istering-to-Practise-Medicine-in-Ontario/Registration-Requirements> [cited 2016 Oct 27]
 - 24) The College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). Peer and Practice Assessment. Available from: <http://www.cpso.on.ca/CPSO-Members/Peer-and-Practice-Assessment> [cited 2016 Oct 27]
 - 25) The College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). Annual Report 2014. Toronto, Ontario : CPSO, 2015.
 - 26) Chevreur K. Revalidation of doctors in France. Euro Observer Summer 2009 ; 11(2) : 11-12.
 - 27) Schlette S, Klemperer D. Revalidation of the medical profession in Germany. Euro Observer Summer 2009 ; 11(2) : 5-8.
 - 28) Philipa Mladovsky P, Merkur S, Mossialos E, et al. Life long learning and physician revalidation in Europe. Euro Observer Summer 2009 ; 11(2) : 1-4.
 - 29) Ahn D. Development of medical professionalism in South Korea. J Korean Med Assoc 2011 ; 54(11) : 1137-1145.
 - 30) 이규식. 보건의료정책 뉴패러다임. 보건의료

- 분야의 근원적 문제. 서울 : 계축문화사, 2016.
- 31) 안덕선. 캐나다의 의사면허 관리 기구에 관한 연구. 한국의학교육 2004 ; 16(2) : 139-146.
- 32) 보건복지부. 2015 보건복지부 백서. 세종 : 보건복지부, 2016.
- 33) Heo Y. Establishing a basis for self-regulation: revision of Medical Law. J Korean Med Assoc 2016 ; 59(8) : 612-621.

Trends and Suggestions on the Regulation of Physician Licensing from the Perspective of Medical Professionalism and Self-regulation*

KIM Min-Kyeong**, LEE Pyoung-Soo***, LEE Eol**

Abstract

A series of recent medical scandals in South Korea has led to calls for stricter regulation of medical licensing in this country. While the Korean government has recently revised its regulations, disagreements remain among the various stakeholders. This article explores the regulatory systems in Japan, the USA, the UK, and Canada to identify the most appropriate principles for self-regulation based on medical professionalism. The Japanese Medical Association has been working to improve its certificate system for specialists since 2011. The USA, the UK, and Canada have independent regulatory bodies to protect patients and improve medical professionalism and practice. This article explains how the licensing system for Korean physicians should be regulated.

Keywords

medical licensing, medical ethics, medical professionalism, self-regulation, regulatory authority

* The opinions expressed in this article are the authors' own and do not reflect the view of the affiliated institution.

** Research Institute for Healthcare Policy

*** (Previously) Research Institute for Healthcare Policy / (Currently) Department of Healthcare Industry, College of Health Science, CHA University: **Corresponding Author**