

의학전문직업성 2.0

이경도¹

본 논평은 2023년 특집논문 “필수의료의 위기와 의학전문직업성”에 대한 것이다. 한국의 왜곡된 의료 현실에 있어서 의학전문직업성의 중요성과 그 역할을 구체적으로 여러 차례 지적하셨던 저자의 논문에 논평을 하게 된 것 자체를 감개무량하게 생각한다든 점을 먼저 밝힌다. 본 논평은 그 논문의 지적과 제언을 대체적으로 수용하나, 그 내용과 의도를 보다 명확하게 한다는 목표를 지니며, 마지막으로는 기존 제언에서 한 발짝 더 나아가 제언을 제시하며 마무리하려 한다.

논문에서 제시하고 있는 필수의료의 위기와 의학전문직업성 확립 간의 관계가 다소 모호하다는 점에서부터 논평을 시작하려 한다. 물론 저자는 근치적 치료를 설명하는 부분에서 모든 원인을 관통하며 해결할 수 있는 어떤 명확한 정책적 대안을 다루지는 않을 것임을 밝혔다. 그러면서 의학전문직업성의 중요성을 제시하고, 그 대안적 적용 방법으로 긍정윤리를 제안하고 있다. 그런데 과연 그것이 필수의료 위기의 해소와 어떤 관련이 있는지 논문의 내용만으로는 명확하지 않다. 예를 들어, 의학전문직업성이 필수의료 위기에 대한 해법이 전혀 되지 못하더라도 의사라면 준수하고 추구해야 할 이상으로 의학전문직업성을 다시 한번 제안하고 있는 것인지, 혹은 그

것이 우리 사회 전반에 확산된다면 미약하더라도 하나의 해법이 될 수 있다는 주장인지 확실치 않다. 혹 어떤 이들은 이러한 논지를 지나치게 해석하여, 의대생 일부는 지방의 필수의료 영역에 종사하도록 집단적으로 독려하거나, 최소한 그러한 이상을 교육해야 한다는 뜻이라 해석할 수 있다. 물론 필자가 보기에 이러한 방식의 해석은 오독에 가깝다고 보이나, 반대로 이를 명백하게 오독이라 주장할 수 있는 근거를 찾기도 쉽지 않아 보인다.

저자는 필수의료 위기에 대한 원인을 상당히 구체적으로 지적하고 있는데, 일부 원인과 관련해서는 저자의 의도를 비교적 명확하게 파악할 수 있다. 특히 그 원인 중 의사의 자율규제 미비와 실손보험의 과도한 팽창 및 그에 따른 의료 상업주의에 대한 대책으로서 의학전문직업성의 역할과 중요성은 충분히 이해할 만하다. 예를 들어, 과도하게 이윤추구적인 과잉진료 및 처방과 관련된 그 어떤 자율규제나 윤리치침이 미흡한 현 상황에서 최소한의 이상향 설정은 그나마 현 상황을 개선할 수 있도록 하는 첫 발걸음일 수 있다. 이미 저자의 과거 논문[1]에서도 제시된 바가 있기도 하고, 근치적 치료를 설명하는 부분에서도 과잉진료와 의료 상업주의에 대항하는 의학

투고일: 2023년 11월 10일, 심사일: 2023년 11월 10일, 게재확정일: 2023년 11월 24일

1 울산대학교 의과대학 인문사회의학교실, 연구조교수. e-mail: kdleemd@amc.seoul.kr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6784-8861>

www.kci.go.kr

전문직업성의 역할을 상대적으로 상세히 기술하고 있다. 또, 결론 부분에서 의사 개개인의 도덕성을 지적하는 것이 그 해법을 모색하는 데에 중요하지 않다는 점을 저자가 지적하고 있듯이, 개별적인 의료 행위는 물론이고, 의료 제도라는 측면에도 의학전문직업성을 적용하여 최소한의 이상향 설정과 그 이상향을 공유하는 집단으로서의 의사 집단을 제언하고 있다면 필수 의료 위기라는 현 상황의 일부 원인에 대한 해법으로 그 논지를 받아들일 수 있을 것으로 보인다.

그러나 본 논평은 이런 방식의 해석을 택하더라도 아직 명확치 않은 한 부분을 지적하려고 한다. 바로 저자가 소개하고 있는 의학전문직업성에 대한 기존 설명으로 의학전문직업성이 의료 제도 수준에서 어떻게 적용될 수 있는지 파악하기 힘들다는 점이다. 저자는 의학전문직업성이 의사-환자 관계에 있어서 자신이나 병원의 이익을 환자의 이익보다 우선해서는 안된다고 설명하고 있으며,¹⁾ 환자가 환자의 신체에 자칫 해가 될 수도 있는 의사의 권고에 따르게 되는 것이 바로 의사가 환자의 이익을 대변할 것이라는 믿음에 기초하고 있다고 설명한다. 조금 더 이 부분을 자세히 들여다보면, 결국 의사는 환자의 이익을 대변해야 하는 역할을 지니며, 그러한 역할에 충실할 것이라는 신뢰에 기초하여 의사의 자율성

과 지위가 확보될 수 있다는 것이다. 이러한 설명은 물론 미시적인 의사-환자 관계에 있어서는 지극히 당연해 보이나, 거시적인 의료 제도의 관점에서 본다면 일부 모순과 혼선이 불가피하다. 특히 현재 여러 문제의 소지가 되고 있는 정책적 맥락을 들여다 보면 더욱 그러하다. 예를 들어, 환자가 실손보험을 통해 비급여 서비스를 무료로 제공받는다고 할 때²⁾ 과연 담당 의사가 그 서비스를 처방하지 않는 것이 환자의 이익을 진정 대변하는 행위인지 명확하지 않은 경우가 흔하다. 구체적인 사례를 들어 설명하면, 장염과 탈수 증세가 있어 지역사회 의원에 내원한 환자의 경우, 이 환자가 실손보험 처리를 통해 수액 치료를 무료로 받을 수 있고, 탈수 증세 회복에 약간의 도움이 된다면 오히려 그 치료를 받는 것이 이 개별 환자에게는 이득이 될 수도 있을 것이다. 그 경우에 물론 보건의료 전체 재정의 관점에서 그 수액 치료가 과연 비용대비효과가 높고 재정 투입이 정당한지 판단하는 것은 전혀 다른 이야기일 것이다. 그러나 최소한 개별적인 환자의 이익이라는 관점에서는 과연 그 수액 치료를 해악만 주는 비윤리적인 처방으로 규정할 수 있을지 의문이며, 저자가 소개하고 있는 기존 의학전문직업성 모델은 그 처방과 관련된 자율규제를 명확히 설정하는 데에 역부족으로 보인다.³⁾

1) 이 부분의 논지도 아직 명확하지는 않다. 환자의 이익을 의사 자신의 이익보다 얼마만큼 우선해야 하는지, 그리고 고용된 의사는 고용주의 이익을 환자의 이익보다 얼마만큼 우선해야 하는지 명확하지 않다. 물론 이러한 논쟁점에도 불구하고, 저자는 긍정윤리를 제안함으로 최소한의 논의의 틀을 마련하고자 하는 것으로 보인다.

2) 물론 실손보험료를 이미 지불하였을 테니 엄밀히 말해 무료로 이용하는 것은 아닐 것이다.

3) 여러 다른 사례들이 있으나, 지면의 한계로 인해 모두 소개하지는 못했다. 예를 들어, 의학적으로 사망률을 명확히 감소시키지 못하나, 비용을 발생시키는 모든 종류의 건강검진 서비스를 과잉진료라고 규정할 수도 있을 것이다. 물론 그러한 건강검진 서비스를 이용하는 선택이 환자의 입장에서 타산적이라고 보기는 힘들겠지만, 이를 환자에게 해만 가하는 선택으로 확신할 수 있을 지도 미지수이다. 환자가 관련된 불안감과 일말의 위험성을 감소시키려는 이유—비록 그 이유가 일부 비합리적이라 하더라도—그 비용을 기꺼이 내고자 한다면 환자에게 그 서비스가 전혀 이득이 되지 못한다고 확신할 수 없다고 본다. 그렇다면 기존 의학전문직업성 모델로는 의사가 어떤 역할을 담당해야 할지 명확치 않다. 의사는 그러한 환자의 욕구와 선택을 대변해야 하는가 혹은 반대로 그를 제한해야 하는가? 아니면 의사는 환자가 그러한 서비스를 더욱 값싸게 그리고 더욱 자유롭게 선택할 수 있도록 정책적 그리고 정치적으로 노력해야 하는가?

물론 위와 같은 비급여 서비스가 환자에게 이득은 전혀 없이 해악만 가져다 주는 때에는 아예 처방하지 않는 것이 환자의 최선의 이익에 부합할 것이다. 최소한 그러한 경우, 기존 의학전문직업성 모델로도 과도한 비급여 처방 및 소위 과잉진료와 그에 따른 실손보험 팽창에 대한 해법을 일부 제시할 수도 있을 것이다. 그러나 안타깝게도 생각보다 그러한 경우가 흔치 않을 뿐 아니라, 기존 모델은 저자가 들고 있는 필수의료 위기에 대한 여러 다른 원인을 해소하는 데에도 역부족으로 보인다. 그 중 서울 대형병원으로의 쏠림과 같은 현상을 살펴보자. 예를 들어, 암 수술을 받으려 수도권에서 먼 지역에서 서울의 한 대형병원으로 상경하는 환자와 환자 보호자의 욕구가 과연 전혀 근거가 없으며, 그들에게 그 선택이 진정 최선의 이익을 추구하는 데에 전혀 도움이 되지 않는지 확실치 않은 경우가 훨씬 흔하다. 물론 그들이 상경하는 데에 따르는 불편과 소요되는 비용과 시간을 생각해볼 때 이를 완벽히 타산적인(rational) 선택이라고 보기도 힘들겠지만, 그것을 무조건 막거나 제한하는 것이 개별 환자들의 이익에 도움이 된다고 확신하기도 힘든 경우가 많다.⁴⁾ 그렇다면 의사가 서울의 대형병원으로 가고 싶어하는 환자의 욕구와 선택 앞에서 진료 의뢰서를 항상 써주는 것이 의학전문직업성의 관점에서 정당한가? 만약 어떤 의사나 의사 집단이 그러한 환자들의 욕구와 선택을 제한해야 한다는 주장을 펼치게 된다면 그들은 환자의 이익에 반하는 주장을 하고 있는 것인가? 의학전문직업성의 관점에서 진료의뢰서 작성은 어떤 경우에 정

당하고 또 정당하지 않은 것인가?

이 문제의식에서 조금 더 나아가면, 혹자는 기존 의학전문직업성 모델을 확장하여 전체 환자 집단이라는 총체적인 관점을 도입한다고 주장할 수 있다[2, 3]. 즉 의학전문직업성은 개별적인 환자의 이익을 추구하는 데에만 적용되지 않고 환자 전체의 이익과 그 정의로운 분배를 추구할 수 있는 제도나 문화 등을 형성하는 데에도 적용되어야 한다는 것이다. 필자는 이러한 주장에 상당 부분 동의하며, 장기적인 한국 의학전문직업성의 발전 방향이라고 인정하나, 생각보다 개별적인 사안에 있어서 그 구체적인 적용은 간단치 않다. 다시 장염 환자에 대한 수액 치료를 떠올려보자. 물론 전체 보건의료재정의 효율적인 사용이라는 측면에서 볼 때 일반적인 장염 환자에게 수액 치료가 비용대비효과적인 경우는 흔치 않을 것이다. 다시 말해, 전체 환자라는 집단적인 관점에서는 수액 치료를 처방하지 않는 것이 그 전체의 이익을 추구하는 데에 적합할 수 있다.⁵⁾ 그러나 여기에서 만약 담당 의사가 의학전문직업성에 따른 적절한 진료는 환자 집단 전체의 이해를 추구하는 것이어야 한다고 해석하여 이 환자로 하여금 수액 치료를 받지 못하게 한다면 오히려 그 환자는 자신의 담당 의사를 자신의 이익의 대변자(advocate)로 신뢰하지 못하게 될 수도 있다. 즉, 의사가 자신이 담당하는 개별적인 환자보다 환자 전체 혹은 더 넓게는 사회의 이익을 생각하는 순간, 담당 환자와의 신뢰에 금이 갈 수 있는 경우도 충분히 존재하며 이와 같은 경우 단순한 접근은 오히려 의사-환자 관계에 독이 될 수도 있다[5].

4) 물론 의료자원의 효율적인 분배와 지역 간 공정한 분배라는 관점에서는 그러한 욕구와 선택을 제한해야 할 필요가 일부 있을 것이다. 그러나 개별적인 환자를 진료하는 개별 의사의 관점에서 어떻게 행동해야 하는지를 규정하는 작업은 단순하지 않다.

5) 죄수의 딜레마(The prisoner's dilemma)로도 설명 가능하다[4]. 즉, 실손 보험을 가진 이들이 아무도 수액 치료를 받지 않는 상황 하에 그 중 환자 한 명에게는 수액 치료를 보험의 혜택을 빌어 무료로 받는 것이 이해타산적인 선택일 것이다. 그러나 이렇게 이해타산적인 선택을 모두가 하게 되면 보험료가 가파르게 상승하고, 오히려 그들 모두의 이익에 도움이 되지 않는다.

아직 한국에서는 위와 같이 개별적 환자의 이익 대변자로서의 의사와 전체 제도를 설계하는 역할로서의 의사 간 발생할 수 있는 미묘한 긴장 관계를 깊이 있게 다루지는 못했던 것으로 보인다. 물론 2017년 개정된 한국 의사윤리지침에서도 의료자원의 편성과 배분에 능동적으로 참여하도록 하는 등 의학전문직업성이 개별적인 의사-환자 관계를 넘어서서 적용되어야 함을 설명하고 있다[6]. 하지만 그것이 실제 어떤 방식으로 적용될 것인지 구체적인 보건의료제도 측면에서 다루고 있는 문헌은 찾기 어려우며, 특히 수가 인상을 대표로 하는 보건의료재정 확충을 요구하는 입장에서—그 요구가 합리적인지 비합리적인지를 떠나서—더 나아가지 못하고 있는 실정이다.⁶⁾ 참고로 이와 관련된 논의는 20세기 후반 미국에서 의사의 처방과 진료 행위를 보험사에서 규제하려 했던 관리의료체계(managed care) 도입 시기에 비교적 활발하게 이루어졌으며, 물론 최근까지도 이어지고 있다[3, 8, 9]. 실제 이러한 흐름에 따라 미국의사협회 윤리지침을 포함하여 여러 윤리지침에서도 의사는 비용과 상관 없이 개별 환자의 최선의 이익만을 추구하기 보다는 보건의료자원의 청지기(steward)로서 비용-인식적인(cost-conscious) 진료를 할 수 있도록 주문하고 있다[10].

이 짧은 논평문에서 명확한 해답을 제시하지는 못하겠으나, 긍정윤리를 제시하는 저자의 제안

을 다시 곱씹어보며 이 글을 마치려고 한다. 결국 의료 제도라는 측면에까지 적용되어야 할 새로운 차원의 의학전문직업성은 특히 현재의 한국적 맥락에서는 단일한 방향의 준칙 혹은 법칙으로 환원될 수 있는 단계에 아직 도달하지 못한 것으로 보인다. 저자의 제안대로, 새로운 이상향을 설정하기 위한 출발점으로 최소한 보건의료자원의 유한함을 직시하며, 보건의료제도라는 구체적인 맥락 위에 자신의 진료 행위가 이루어지고 있다는 사실을 이해하는 것이 필요하지 않을까 생각한다. 이러한 방향성 위에서 의학전문직업성 버전 2.0을 고민하고 논의할 때가 된 것은 아닌지 생각해 본다.⁷⁾ 

색인어

의학전문직업성; 의료윤리; 필수의료; 긍정윤리; 보건의료제도

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] Cheong Y, Park SG. What factors promote

6) 예를 들어, 의사가 (개별적인) 환자의 최선의 이익을 추구해야 한다는 의무가 존재한다면 의료 비용에 일종의 한계점(cap)을 부과하는 포괄수가제나 총액계약제 등 모든 종류의 인두제적(capitation) 요소가 있는 보건의료제도에 반대해야 할 것이며, 고비용이라도 높은 질이나 효과를 지닌 의료 서비스라면 그 사용을 촉진할 수 있는 모든 제도적 변화에 힘써야 할 것이다. 이와 같은 논지는 실제 포괄수가제를 반대하는 대한의사협회 측 주장에서도 찾아볼 수 있으며—그것이 옳고 그른 지와는 상관 없이—최소한 일부 정합성(coherency)을 띄고 있다[7]. 물론 이 또한 현재로서는 과연 한국의 의사 집단이 지닌 혹은 지녀야 할 정책적 스탠스나 의학전문직업성에 입각한 방향성이 명확해 보이지 않는다.

7) 필자 개인적으로는, 이러한 거시적인 보건의료 제도 위에서 적용될 새로운 의학전문직업성 발전 및 개발이 바로 의학교육에서의 의료시스템과학(health systems science) 도입이 지닌 중요한 하나의 역할이자 목표라 생각한다. 그 도입 자체에 대한 비판도 여럿 존재하나, 필자는 그 도입의 필요성을 보여줄 수 있는 한 사례가 아닐까 싶다[11]. 물론 본 논평문에서는 자세히 이에 대한 주장을 펼치지는 않을 것이다.

- overtreatment in Korea?: Causative considerations and solutions to overtreatment. *Korean J Med Ethics* 2016;19(3):375-389. <https://doi.org/10.35301/ksme.2016.19.3.375>
- [2] Daniels N. The ideal advocate and limited resources. *Theor Med* 1987;8:69-80. <https://doi.org/10.1007/BF00539767>
- [3] Emanuel EJ. Medical ethics in the era of managed care: The need for institutional structures instead of principles for individual cases. *J Clin Ethics* 1995;6(4):335-338. <https://doi.org/10.1086/JCE199506409>
- [4] Parfit D. *Reasons and persons*. Oxford: Oxford University Press; 1986.
- [5] Mechanic D. Dilemmas in rationing health care services: The case for implicit rationing. *Br Med J* 1995;310(6995):1655-1659. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6995.1655>
- [6] Park SK, Yoo SH, Kwon BK, Kim DK, Kim OJ, Kim JH, et al. Development of a commentary on the ethical codes and guidelines of the Kossrean Medical Association and its utilization plans. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2020.
- [7] Kim DH, Noh H. the Chairman of KMA, claims that the DRG payment system must not be implemented [Internet]. Seoul: Doctorstimes; 2012 [cited 2023 Nov 1]. Available from: http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=151462&replyAll=&reply_sc_order_by=C
- [8] Pearson SD, Sabin JE, Emanuel EJ. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *N Engl J Med* 1998;339(10):689-693. <https://doi.org/10.1056/NEJM199809033391009>
- [9] Eyal N, Williams B. When offering a patient beneficial treatment undermines public health. *Bioethics* 2023;37(9):846-853. <https://doi.org/10.1111/bioe.13216>
- [10] Moleman M, Zuiderent-Jerak T, Lageweg M, et al., Doctors as resource stewards? Translating high-value, cost-conscious care to the consulting room. *Health Care Anal* 2022;30:215-239. <https://doi.org/10.1007/s10728-022-00446-4>
- [11] Kim T. Introduction of America's health systems science education and its criticism. *Korean J Med Hist* 2022;31(3):519-546. <https://doi.org/10.13081/kjmh.2022.31.519>

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

Medical Professionalism Version 2.0

LEE Kyungdo¹

Abstract

In the article "The crisis in the essential healthcare system and medical professionalism," the author suggests that discussions about how to solve the crisis in the South-Korean essential healthcare system should be grounded in medical professionalism, which is itself based on the individual doctor-patient relationship. The author claims that restoring medical professionalism will mitigate the negative consequences of the current crisis by preventing doctors from prescribing unnecessary treatments and therefore restraining medical consumerism and the rapid expansion of the private health insurance system. This commentary raises questions about how medical professionalism, of which the primary focus lies in the individual doctor-patient relationship, could be applied in the macro-level. It is argued that in order to address macro-level healthcare issues, the conventional concept of medical professionalism needs to be revised and strengthened.

Keywords

professionalism; medical; ethics, delivery of health care; bioethics

¹ Research Assistant Professor, Department of Medical Humanities and Social Medicine, University of Ulsan College of Medicine.