

## 한국 의사의 집단 행동에 대한 하나의 관점: 사회 계약과 전문직업성을 중심으로

최은경\*

경북대학교 의과대학 의료인문·의학교육학교실

## The Collective Action of Korean Physicians: A Perspective on Social Contract and Professionalism

Eun Kyung Choi\*

Departments of Medical Humanities and Medical Education, School of Medicine, Kyungpook National University, Daegu, Korea



Received: Oct 18, 2024  
Revised: Oct 23, 2024  
Accepted: Dec 28, 2024

### \*Corresponding author

Eun Kyung Choi  
Departments of Medical Humanities and Medical Education, School of Medicine, Kyungpook National University, Daegu, Korea.  
Tel: +82-53-200-4851  
E-mail: qchoiek@knu.ac.kr

Copyright © 2024 Korean Society for Medical Ethics. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

### Conflict of interests

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

### Acknowledgements

I would like to thank Professors Kim Do-kyung, Kim Jun-hyeok, Moon Jae-young, Park So-yeon, Lee Gyeong-do, Lee Il-hak, Jeong Yu-seok, and Cho Seong-jun for sharing ideas with me in writing this paper.

### Funding information

Not applicable.

### Data availability

Upon reasonable request, the datasets of this study can be available from the

### Abstract

The conflict between the Korean government and physicians over expanding medical school enrollment has created an unprecedented crisis in Korean healthcare. This article argues that the collective action of Korean physicians is motivated in part by a deeper crisis of professional identity and contradictions inherent in their social status. The article examines the collective action of physicians from the perspectives of professionalism and social contract theory. In healthcare, the social contract is a foundation for medical ethics and a core component of medical professionalism. However, the collective action of Korean physicians demonstrates that the social contract governing healthcare in Korea is now in crisis, which is due in part to the historical fragility of professionalism in Korean society. Addressing the current crisis in Korean healthcare requires a reassessment of the social contract between physicians and society.

**Keywords:** collective action; social contract; professionalism; physician-government conflict; professional identity

## I. 서론

2020년부터 2024년까지 이어지는 의대증원을 둘러싼 현 사태는 한국 의료에서 의사의 역할이 무엇인지, 집단으로서의 한국 의사가 어떠한 집단인지 문제제기를 던진다. 그간 한국 사회에서 의사들의 집단행동은 여러 차원에서 진행되어 왔다. 가장 근접한 기억은 2000년 의약분업 사태일 것이나, 유사한 예로 1971년 수련의 파업을 들 수 있다[1]. 1971년 수련의 파업은 과거 개별 병원에서 임금과 처우 개선에 머물던 파업과 달리 국공립병원 전체 수련의들이 동참하는 형태로 진행되었고, 사회적 파급력이 커 국무총리와 장관이 직접 나서서 사태 해결을 약속하면서 마무리되었다. 그동안의 의사들의 집단 행동은 일견 유사해 보이거나 사태의 성격, 원인, 배경, 집

corresponding author.

ORCID 

Eun Kyung Choi  
https://orcid.org/0000-0003-1448-1565

**Author contributions**

The article is prepared by a single author.

**Ethics approval**

Not applicable.

단 행동 주도 세력들의 구성 등에서 구분된다. 1971년 수련의 파업은 당시 도입된 수련의 신분의 모순에서 비롯된 사태였다면, 2000년 의약분업 사태는 표면상에서는 의약분업제도가 계기이나 크게는 전국민의료보험제도, 그리고 한국 보건 의료제도를 둘러싼 의사 집단의 불만을 수련의와 개원의 모두 공유하며 집단 행동에 나섰다라는 점에서 차이가 난다. 현 사태는 전공의들이 주요한 세력이란 점에서 1971년 수련의 파업과 유사하다. 또한 2020년 의약분업 사태때부터 의사집단 내부에서 인지·공유되어 온 전국민의료보험제도의 모순점도 중첩, 작용하는 것으로 볼 수 있다.

한국 의사들은 크게는 동질해 보이나 수련 과정 관련 신분과 고용관계별로 차이가 있다. 전공의, 개원의, 봉직의, 교수의, 그리고 전공과목별로 조건과 상황, 요구사항이 다르다. 그러나 전공의는 일정 시기 이후에는 개원의, 봉직의 또는 교수의가 되며 전문의로 수련 배출된 이후에는 수련 전공과목 외에는 신분별 이동(즉 교수의의 개원의와 봉직의로의 이동)이 유동적이다. 즉 한 가지 신분의 조건이 다른 신분의 구성원에 영향을 미친다. 그러기에 이들을 별개 집단으로 인식하는 것은 쉽지 않다. 현재의 보건 의료제도 하 개원의, 교수의, 봉직의의 어려움은 전공의들에게는 '미래의 어려움'으로 인식되며, 전공의의 어려움은 선배 의사들에게는 현재 본인들이 경험하는 어려움이 중첩되어 있는 의사 집단 내의 가장 큰 어려움으로 인식된다. 이러한 세대를 경과하는 '어려움의 생애 종주화'는 대체로 커리어의 큰 줄기를 이루는 전공과목별로 심화되는 경향이 있다. 전공과목 어려움의 생애 서사는 전공과목 진료행위의 수가 보전율, 개원 가능성, 노동 집약성 등에 따라 달라지며 새로운 정책의 도입, 의료보험제도의 변화, 의료공급체계의 변화 등 의료체계의 변동으로부터 크게 영향을 받는다. 의사들의 집단행동을 둘러싼 집단 내부의 입장이 신분에 따라 다양할 수 있으나 동시에 외부로부터의 영향을 크게 받고 상호 간의 영향 역시 크다.

현재까지 한국 의사들의 불만과 요구, 집단행동에는 다음의 입장들이 크게 드러나는 경향이 있다. 하나는 의사 역시 노동자이며, 집단행동은 다른 직군 노동자의 권리인 것처럼 당연한 권리라는 것이다. 즉, "의사에게도 인권은 기본적인 권리가기에 세계의 의사들이 급여감소, 노동조건 악화처럼 자신의 생존에 위협을 받게 되면 단체행동을 한다"[2]고 본다. 이번 사태는 전공의들이 사태를 주도하면서 자신들의 업무를 노동 행위라고 보고 자신들의 노동자성을 주장하는 부분이 두드러진다. 정부가 의료법 제59조 업무개시명령을 발동한 것에 대해 전공의들이 의사의 노동권을 침해하고 국제법상 금지된 강제노동을 야기한다고 주장하며 구체적인 쟁점을 형성하고 있다. 또한 7월 전공의들이 퇴직금 지급을 지연시키고 타 기관 취업을 방해하는 등 노동권을 침해하였다고 병원장을 고소하면서 기존의 단체 행동에서는 상대적으로 약했던 병원장(고용주)과 전공의(피고용인) 사이의 갈등이 심화되는 중이다[3].

의사들의 노동자성 주장에 대해서 개업의가 아닌 봉직의의 경우에는 대체로 인정되는 편이다. 전공의의 경우에는 의견이 엇갈린다. 우선 대법원에서는 전공의의 경우 병원 또는 의과대학의 지휘·감독 하에서 실질적 사용종속관계에 놓여 근로를 제공하고 그 댓가로 임금을 지급받고 있다고 판결한 바 근로자성에 대한 이견은 없다[4]. 다만 피교육자 신분도 함께 가지고 있는 이중적 지위이기에 전문의 자격요건 취득이라는 자기목적성 활동(피교육 활동)이 타인 이익을 위한 근로자성과 합치될 수 있느냐는 쟁점이 남아 있는 상태이다[5]. 의사의 업무가 타인의 이익에 복무하는 것이 아니라 자기 목적성을 띄고 있느냐는 것은 피교육자인 전공의에만 국한되는 질문이 아닌데, 교수나 스포츠 선수처럼 작업장에서 독립적인 신분으로 근로를 제공하는 경우 역시 근로자기본법에 따른 보호가 불충분할 수 있기 때문이며, 이는 촉탁의와 같이 기관에서 독립된 형태로 진료를 제공하는 경우 역시 적절한 근로자성을 인정받는 데



에 논란이 있음을 생각해 볼 필요가 있다. 또, 후자의 논증처럼 노동자성을 인정한다고 하더라도 의사협회와 같은 직능단체가 근로기준법 상 파업권을 행사하는 주체인 노동조합의 역할을 수행한다고 보기는 어렵다[6]. 의사협회에는 노동자로서의 의사만 가입해 있지 않기 때문이다. 더군다나 의사협회의 다수를 차지하는 개원의의 경우에는 스스로 시설을 소유하며 이윤을 창출하는 사업자이기에 더더욱 그 근로자성이 인정되기 어렵다.

의사들의 또 다른 입장은 의사들이 주요한 정책의 당사자이자 전문가인데 정책 결정 과정에서 배제되었다는 것이다. 이것은 "정부가 의대정원 증원 발표 전에 필수의료에 종사하는 의사들에게 필요한 것이 무엇인지 들어보고 해결한 적이 있는가"[7] "의료현장의 목소리를 줄곧 외면하다가 의료 정책을 졸속 추진한 것"[8]와 같은 인식에서 잘 드러난다. 의과대학 정원은 교육계의 사안이어서 의료계의 당사자성과 관련 없을 것이라는 주장에 대해서는 "각 대학 의과대학 교수들의 의견수렴"과 같은 절차적 정당성이 정책 추진 과정에서 결여되었다고 본다. 의사들은 배출 의사 정원의 확대는 의과대학 교육, 보건의료자원 공급 및 배치에 영향을 주는 중차대한 사안임에도 불구하고 핵심 정책 당사자들의 의견을 제대로 수렴하거나 반영하는 절차가 없었다고 주장한다. 의견 수렴 절차 결여에 대한 문제의식은 8가지 대정부 요구안 중 "의정 동수의 의·정 합의체를 구성해 법제화된 보건의료 거버넌스 구축" 요구에도 잘 드러난다.

의료계의 정책 당사자성 결여에 대한 불만에는 의견 수렴 반영 절차에 대한 미흡 주장과 의·정 동수의 의정합의체 구성과 같은 주장이 섞여 있는 것에 유의할 필요가 있다. 전자는 전문가이자 당사자인 의사들의 의견 수렴이 미비하다는 점에서 일정한 정당성이 있으나 후자는 오늘날 보건의료에 관여하는 주체들이 의사뿐 아니라 정부, 병원, 보험, 환자 대중 일반이 관여하고 있다는 점에서 한계가 있다. 의정 동수의 의정합의체는 사실상 정부와 의사 간 노사협 의와 유사한 협상구조를 관찰시키고자 하는 의도로 여겨진다. 의사들의 주장에는 현재 정부와 사회에 공익적 노무를 제공하는 당사자로서의 입장과 전문가로서의 입장이 많이 혼재되어 있다. 전문가로서의 입장이 수렴되거나 존중되지 못한다는 의사들의 불만은 오래되고 누적된 불만이거나, 그것이 노무를 제공하는 당사자로서의 불만인지 전문가로서의 불만인지 구분되지 않는다.

그럼에도 불구하고 이 글은 소위 '노동자성' 과 '전문가이자 정책 당사자성'의 관점으로만 사건을 해석하면 현재 한국 의사들의 분노와 증착된 어려움을 포착하기 어렵다고 생각한다. 의사의 노동자로서의 권리에 대한 침해가 문제라면 고용주 측과 갈등 구도가 이루어져야 하나 현재의 구도는 꼭 그러하지 않다. 만약 정책 당사자로서 존중받지 않는 것이 문제라면 거버넌스 구조에서 당사자성을 강화시켜나가야 할 문제로 여겨지나 그것이 집단 행동을 충분히 정당화시킨다고 보기 어렵다. 해외에서 전문직으로서의 의사들의 규범에서 벗어난 파업이나 단체 협약 등의 노동자로서의 집단 행동이 얼마나 인정될 수 있는가, 그리고 노동자로서의 요구를 제한할 만큼 전문직 구성원으로서의 도덕적 의무가 있는지가 쟁점이라면[9], 한국 의사들에게 두 가지의 쟁점이 "의사직에 대한 존중"이라는 형태로 충돌하지 않고 묶여 있다. 예를 들어 의대증원 문제만 하더라도 의사들의 근로 환경에 미칠 영향을 무시한다는 내용 역시 '전문가 단체인 의협의 의견을 무시한 처사'라는 비판으로 이어지고 있다. 그렇다면 한국 의사들의 집단 행동은 어떠한 관점에서 포착되고 합리화되고 정당화될 수 있을까?

이 글은 의사들의 집단 행동을 전문직업성과 사회 계약의 관점에서 분석하고, 이를 바탕으로 한국 의사들의 집단 행동을 고찰한다. 의료에서 사회 계약은 의사 윤리의 중요한 이론적 기반이며, 오늘날 의료 전문직업성의 핵심 요소로 자리잡고 있다. 그러나 한국 의사들의 집단 행동에서 드러나듯, 현재 국내 상황은 의료를 둘러싼 사회 계약의 정당성을 둘러싼 위기가 중

침되고 있다고 볼 수 있다. 이 글은 한국 의사들의 집단 행동 이면에는 의료를 둘러싼 사회 계약의 부재로 인한 전문직업성의 취약성이 자리하고 있다고 주장한다. 즉, 전문직업성은 의사 집단의 고정된 특성이 아니라, 의사 집단과 사회 간의 역사적 관계에서 비롯된 결과물로 살펴볼 필요가 있다. 또한 의사들의 집단 행동을 기존의 전문직업성 관점에서 판단하기보다는, 한국 사회에서 바람직한 전문직업성을 형성하는 과제로 접근해야 한다고 제안하고자 한다.

## II. 본론

### 1. 사회 계약적 관점에서 바라본 의사의 집단 행동

오늘날에는 한국뿐 아니라 전 세계에서 의사 등 의료인 집단의 집단 행동이 폭넓게 일어나는 추세이다. 역사적으로 보았을 때, 보건의료부문 규모는 비대해지고 관료적 통제와 시장적 통제가 심화되면서 의사들의 집단 행동은 더욱 빈번해지는 추세이다. 표면적으로는 미래 세대의 이익을 위해서 파업을 한다고 내세우나 주로는 노동에 관한 이슈들-임금, 노동 시간, 노동 환경, 의료 과오 소송, 연금 등 이슈 전반에 걸쳐 의사들이 집단 행동이 발생해 왔다. 병원과 정부 정책에 대응하여 인턴과 레지던트 의사들이 집단행동을 하는 경우(1975년 뉴욕시 인턴 레지던트 이사회 파업, 2016년 영국 수련의 파업, 1999년 스페인 수련의들의 파업) 뿐만 아니라 정부 정책 대상 의사들 파업(1980년 퀘벡 의사들의 파업, 1986년 온타리오 의사들의 파업, 1983년 이스라엘 의사들의 파업, 2003년 독일 의사들의 파업)까지 다양하다. 과거에는 전문가로서의 의사와 노동자로서의 의사를 구분하고 집단행동은 노동자의 몫 뿐 전문가의 몫은 아니라고 여겼으나 근래에는 그런 통념과 관계 없이 집단행동이 이루어진다. 2000년대 이르기까지 의사들의 집단행동은 대체로 정부 정책과 보험과 같은 제3자가 관여하고 의료 행위에 대한 광범위한 개입과 통제가 이루어지는 것에 대한 반발이었다. 최근에는 의사들이 대형 병원 산업 복합체와 보험 산업의 세력에 종속적인 위치에 놓이고 진료 환경이 수익성 창출 또는 비용 절감의 압력에 빈번히 노출됨에 따라 노조 결성과 단체 협상을 통해 영향력을 행사하려는 시도가 이어진다[10].

의사들의 집단 행동은 과거 전문가로서의 지위와 규범에서 벗어나서 행사하고자 하는 새로운 시도이다. 더 정확하게 말하자면 과거의 전문가로서의 지위와 달리 노동자로 조직되어 단체 협약과 파업의 권한을 행사하는 것이 전문직 윤리 규범-환자의 이익을 나의 이익보다 우선 하며 어떠한 경우에도 환자에게 해를 끼치지 않는다는 것-과 공존할 수 있는가가 주로는 서구권 의사들이 마주하고 있는 질문이라 할 수 있다. 대체로 영미권의 의사협회들은 의사들의 노동조합 결성이나 단체 협상에 대해서는 우호적인 태도로 전향해 왔으나, 파업에 관해서는 엇갈린 태도를 보인다. 이를테면, 미국 내과의사회는 의사들의 노조결성권과 단체 협약 권리를 옹호하면서도 "환자들에게 피해를 줄 수 있는 서비스를 제한하거나 거부하는 집단 행동(파업, 태업, 보이콧, 또는 다른 조직된 행동)"에 반대하고 있음을 분명히 하고 있다[11]. 하지만 영국 BMA의 간부는 2012년 영국 의사들의 파업을 앞에 두고 의사가 다른 근로자와 마찬가지로 파업 권한이 없는 것은 근본적으로 말이 되지 않는다고 입장을 밝히며 다른 입장을 취한다[12]. 일부 논자들은 2023년 영국의 젊은 의사 파업을 옹호하며 의료 환경 개선과 공중보건상의 이익과 같은 공적인 목표를 위해서는 의사들의 파업이 도덕적으로 허용될 뿐 아니라 초법적으로 이루어질 수 있다는 주장을 제기한다[13].

www.kci.go.kr

서구권에서 의사 파업을 둘러싼 전문직 윤리 갈등 근거에는 의사의 직무에 대한 질문, 특히 전문직이 가지는 사회 계약적 속성에 대한 질문이 놓여져 있다. 사회 계약을 근간으로 하는 의사 집단의 전문직업성은 의사 집단의 직무 자율성(임상적 자율성과 집단 자기 규율)과 독점을 사회가 보장하는 대신 전문직은 자신의 이익보다 환자의 복지와 사회의 공익을 위한다는 의사와 사회 사이의 '암묵적 계약'이 그 주된 내용이라 할 수 있다[14]. 사회 계약은 17-18세기 Hobbes, Rousseau 등의 정치철학자를 시작으로 발전되어 최근에는 Rawls 등이 논하는 철학 이론으로, 주로 국가와 시민 사이의 상호 기대와 인정, 권리와 의무의 상호성을 설명한다. 의료에서 사회 계약은 다양한 전통으로 남겨져 있는 바, 히포크라테스 선언부터 시작하여 각종 의료인 윤리 강령의 역사는 의료인들이 사회에 자신들의 전문직업성을 약속하는 역사로 이해된다. 전문직업성의 가치에 비추어 흔히 전면 파업과 같이 의사가 자신의 이익을 위해 환자에게 해를 입히는 행동은 다른 직군과 동일한 기준에서 허용되기 어렵다고 일반적으로 이해된다. 물론 사회 계약 그 자체가 의사들의 집단 행동을 제한하는 요소라 보기는 어렵다. 근래에는 의료와 사회 간의 사회 계약이 정적이고 고정된 것이 될 수 없고 사회가 변화함에 따라 달라지며, 새롭게 협상을 통해 다루어져야 한다고 본다[9]. 의료와 사회와의 관계가 지역별, 사회별로 달라지고 끊임없이 변화할 수 있음을 고려했을 때 의료인 집단 행동을 둘러싼 사회 계약 역시 그러할 수밖에 없다.

한국 의료는 어떠한가? 한국에서는 의료와 사회 간의 사회 계약이라 볼 수 있는 요소를 발견할 수 있는가? 서구권의 의사 직군은 길드에서 출발하여 18-19세기 의학의 과학화에 힘입어 전문직으로서의 지위를 취득해 왔다. 뒤에서 살펴보듯이, 한국 의료에서 그러한 역사는 빈약하다. 법적으로 드러난 부분만 살펴 보았을 때, 한국에서 의료는 민법에 기반한 사인 간의 계약에서 이루어지는 행위와 공법상 공무원에서 이루어지는 행위라는 관점이 섞여 있다. 의료는 사인 간의 계약이나 의료행위의 특수성에 기반한 일종의 위임 계약이다[15]. 그러나 쌍무 간의 계약이라 할지라도 의료법 제15조나 응급의료법 제6조에 의거한 진료거부금지의 의무나 비밀금지의 의무가 적용되기 때문에 계약의 자유가 제한되고, 공법상의 권리 및 의무가 함께 적용된다[16]. 유럽법이나 영미법에서 의료전문가는 적정 진료(due care)를 제공할 의무가 있으나, 위임계약에 따른 채무 이행 의무인 반면, 한국에서 진료제공의무가 공법상의 의무에서 비롯된다. 의료인의 지위 역시 일반적으로 단결권, 단체교섭권, 단체행동권 등 노동권이 보장되는 노동자가 아니고 신분보유권, 관직보유권 등의 권리를 갖는 공무원도 아니나, 높은 수준의 공법상의 의무를 가진다고 해석된다[17]. 이는 의사가 사회와의 상호 관계를 기초로 권리와 의무가 발효된다고 보았을 때 상호 간에 형평성 있는 관계라고 보기 어렵다. 만약 현행 법 체계상 의료행위가 공무에 가깝도록 인정되는 의무라면 그에 상응할 만큼 적절한 의료서비스 환경을 제공, 육성할 의무가 국가에게 존재하고 의료인은 노무를 제공할 의무 외에도 현재의 노무 환경에 대한 통제권을 보장받을 수 있어야 한다. 그러나 이번 의정사태에서도 볼 수 있듯이, 의료계는 이러한 통제권이 보장되지 않는다고 강하게 인식한다. 특히 소위 '필수의료'에 가까울수록 이러한 통제가 매우 어렵다고 생각한다.

만약 한국사회에서 의료가 단지 의사-환자 사인(私人) 간의 계약으로 이루어지는 행위라면 이해된다면 현재 의정사태는 의사의 독과점성을 둘러싼 갈등이 될 것이다. 환자에게는 현재 서비스 독점 상황에서 집단 행동에 참여하는 의사를 외의 다른 의사를 선택할 수 있는 권한이 없기 때문이다. 만약 임노동 관계를 기준으로 보면 의사 역시 일반 노동자처럼 파업을 할 수 있는지 여부가 문제가 될 것이다. 이번 의정사태의 핵심인 전공의들은 병원 운영에 핵심적인 노무를 제공하나 피교육자이자 근로자라는 이중적 신분으로 착취에 놓일 수 있다. 이들의 파

업이 정당화될 가능성이 크고 업무유지명령 역시 부당한 조치로 판정될 가능성이 크다. 하지만 의사가 단순 개업의이며 병원 등 사업체에 고용된 근로자가 아닌 경우에는 임노동 관계에 따른 권리 의무가 적용되기 어렵다.

즉, 현재의 의정갈등은 임노동 관계 상의 갈등 요소를 갖고 있으나 그것과는 성격이 다소 다르다. 현재의 의정사태는 병원의 근로 환경 역시 주요한 불만 중 하나였으나 의대증원이라는 정부 시책이 주요한 계기가 되었다. 그리고 의료를 둘러싼 양자(정부와 의사) 간의 현격한 관점 상의 차이가 갈등을 지속시키는 원인이 되고 있다. 그러므로 의료법상 '공법 상 행위'로서의 의료를 제공하는 의사 집단과 사회(정부) 상호 간의 기대가 좌절된 결과라고 해석하는 것이 필요하다. '공법상 행위'로서의 의료가 일종의 계약적 속성을 갖고 있다고 보고 정부의 공적 통치의 일종으로서의 의료를 의사가 담당하도록 강제할 수 있는지, 계약의 제반 여건을 살펴볼 필요가 있다.<sup>1)</sup> 즉, 집단으로서의 의사가 사회 계약을 통해 정부가 추구하는 통치의 문제-공적 역할을 담당할 수 있는가가 현 사태가 제기하는 주요한 화두이다. 그리고 이러한 계약을 토대로 의사가 스스로의 전문직업성을 구현할 수 있는지를 질문할 필요가 있다.

## 2. 전문직업성에 사회계약이 중요한 이유: 전문직업성 발전의 역사

흔한 의사들의 불만 가운데에는 곧잘 한국 사회가 의사들을 "파렴치한 범죄집단"으로 몰고 가고 "전문가를 존중하지 않는다"라는 것이 있다[18,19]. 이러한 표현의 근거에는 4-6년간의 의과대학/의학전문대학원 교육과정 이수 및 졸업, 3-4년간의 긴 수련 기간을 통해 쌓은 지식 및 역량 전문성을 존중하지 않는다는 인식이 자리잡고 있다. 그러나 한 분야의 전문가로서 지식을 쌓고 역량을 발휘하는 전문가(expert)와 전문직(professional)은 다르다. 사회학적 관점에서 보았을 때 전문직(profession)은 한 분야의 전문가가 해당 분야를 독점할 뿐 아니라 지배하기 위한 제도화 과정이 필수로 수반된다. '전문가로 존중받지 못한다'는 불만에는 아직 한국에서 구현되지 않은 '전문직업성(professionalism)'에 대한 희구가 담겨져 있다. 전문직업성에 대한 희구는 2000년 의사파업 때 '의권' 요구, 그리고 최근에 세분화되어 제시된 '임상적 자율성'에 대한 요구로 되풀이 된다[20,21].

치유자(healer)로서의 의사는 고대로부터 오늘날에 이르기까지 전 사회에 걸쳐 발견된다. 그러나 의료에서 전문직업성은 근대의 산물이며, 근대 의사직의 탄생의 주요한 요체이다. 영국과 유럽, 미국에서 의사직은 18-20세기에 걸쳐 면허 제도를 통한 진료 제공의 독점성, 집단 자기-규율, 그리고 임상적 자율성 등을 획득하면서 전문직화(professionalization)를 이루었다. 그리고 의사는 현대 사회에서 다른 직종과 달리 높은 수준의 독점성, 자율성과 권위를 구가하는 전문직으로 자리잡았다. 역사적으로 보았을 때, 의사의 전문직화 과정은 같은 서구 사회라도 다를 수 있으나 몇 가지 특징적인 부분이 발견된다. 하나는 19세기 위생행정이 발전하고 국가와 의사 사이에서 상호 간의 기대가 커지면서 전문직화를 둘러싼 협상이 가능해졌다는 점이다. 또 하나는 의학에서 과학적 방법론이 주요하게 받아들여지면서 의학의 효용에 대해 사회적으로 설득할 수단이 많아졌고, 의학 지식이 일부 분과가 독점할 수 없는 지식이 되었다는 점이다. 마지막으로 의사들이 자신들의 독점성과 자율성을 정당화하기 위해 높은 수준의 윤리 강령을 세우고 이를 다른 사회 구성원들에게 설득했다는 점이다. 근대 사회

1) 일반적으로 공법(public law)은 사법과 달리 만인의 일반의지 유지를 목적으로 사회 계약을 통해 개인과 공공(public) 간의 관계를 규명하는 것으로 이해된다.

에 접어들면서 직무 지식이 국가적으로 필요하게 된 점, 지식이 과학화된 점 등은 다른 전문 직군-교사나 공학자들에게도 유사한 부분이 있다. 그러나 의사직의 경우에는 그 지식의 특성상 직무의 결과물을 검증할 수 있는 방법이 고객(환자)에게 주어지지 않다[22]. 이는 다른 전문직종-교사나 공학자보다도 의사 직군이 시장이나 관료의 통제 하에 놓이지 않는 자율성을 갖게 된 요소로 이해된다. 지식의 결과를 검증할 수 없는 당시 일반 대중들은 전문직 조직, 직군의 윤리 강령을 두고 지식의 결과가 자신을 해하지 않을 것이라고 받아들였다. 그러므로 전문직화 과정과 설득력 있고 신뢰할 만한 윤리 규범의 수립은 불가분의 관계에 놓여져 있다 [23].

의사들의 시장 통제와 독점이 잘 자리잡지 못했을 무렵 의사 윤리 강령은, 특히 미국 사회에서 더욱 더, 다른 직종과 스스로를 구분짓는 요소가 되었다. 그리고 윤리 강령을 기초할 때 사회 계약 사상은 주요한 이론적, 철학적 배경이 되었다. 미국의사협회 윤리 강령의 참고 저본이 된 영국의사 Percival의 "의료윤리(medical ethics)"는 퍼시벌이 계몽주의의 영향을 받은 부분-의사와 사회 사이에 놓여져 있는 "함축적 계약(tacit social compact)"을 적고 있다. 19세기 중반 무렵 미국 의사협회 윤리 강령을 만든 저자들은 Percival의 개념을 변용하여 의사, 사회와 환자 간의 "상호 간의 권리와 의무"를 명문화하여 저술하였다[24]. Percival의 의료 윤리에 없는 '환자의 의무'를 새로 삽입한 것에서 볼 수 있듯이, 이들은 모든 종류의 의무는 그에 상응하는 권리를 배태한다고 믿었다. 존슨이 의료윤리의 역사를 통해 잘 보여주듯, 윤리 강령을 통한 전문직화는 의료가 국가 통치와 관계를 맺으면서 발전한 정치 윤리(politic ethics)의 대표적 예라 할 수 있다[25]. 의료윤리학자 Veatch[26]가 주장하듯, 히포크라테스 선언이 비록 전통상으로 오래 되었으나 현재의 의사들의 철학 전통에 실효를 미치기에 부족하고 로마가톨릭 전통은 지나치게 도그마틱할 때 Hobbes, Rawls, Locke 등의 자유민주주의 사상 속 계약 이론은 의료윤리에서 중요한 참고점이 된다.

의사들은 법이 아니라 윤리 강령과 내부적 도덕성을 전문직 직군 운영의 기초적 원리이자 질서로 삼으며 강한 자율성과 독립성을 표방하였다. 히포크라테스 때부터의 전통이라 할 수 있는 의사 개인이 집단에 들어가는 것은 선언하는 전통은 근대에 들어서 의사와 의사 집단 상호 간의 의무와 권한을 선언하는 규범으로 변모하였다. 이러한 계약 과정은 전문직으로서의 의사가 가지는 고유한 특징이다. 비록 전문직화 과정에서 계약 의지를 표명한 당사자는 의사 집단뿐이었으나 이러한 의지는 근대 사회로 이행하면서 법령에 기반한 면허 제도 등을 통해 암묵적으로 승인되었다고 볼 수 있다. 물론 오늘날 사회 계약은 과거의 전문직업성이 정립 되던 시대와는 다르게 사고되며, 사회가 달라짐에 따라 사회 계약도 전문직업성도 그 내용이 다르게 진화하기 마련이다. 당사자 한 쪽만의 의지만으로 사회 계약은 성립될 수 없으며, 의사만이 아니라 환자, 그 외 대중, 정부, 보험 등 사회 일반 전체가 계약 의지를 발휘해야 한다 [26].

### 3. 전문직업성의 사회 계약, 그리고 집단 행동

그렇다면 의료 전문직업성에서 사회 계약은 어떠한 내용을 핵심으로 담고 있는가. 오늘날 까지 인용되는 주요한 의사 단체 윤리 강령들로부터 그 내용을 찾아볼 수 있다. 의학교육학자 Cruess & Cruess[14]는 그간 의사와 사회 간의 상호 간에서만 계약이 있었다는 입장에서 벗어나 크게는 의사와 의사, 의사와 환자, 의사와 사회 세 가지 축으로 쌍방 간의 기대에 따른 권리와 의무가 발생한다고 본다. 즉, 환자/대중은 의사/의사단체가 도덕적이고 성실하며 신

회할 만한 집단이기를 기대하고 요청한다. 의사/의사단체는 의료 판단에서 충분한 수준의 자율성과 보상, 그리고 환자의 진료 협력을 기대한다. 정부는 의사/의사단체가 책무성과 투명성, 공공선의 증진에 기여하길 바라고 의사/의사단체는 면허를 통한 독점과 자기 규율 발현이 이루어지길 기대한다. 궁극적으로 사회는 높은 수준의 독점권과 자율권을 부여하면서 의사/의사 집단이 신뢰성이 있길 바란다. 일정한 수준의 전문직 가치-이타성, 온전성, 정직성, 도덕성 등이 보전되고 그것이 자기 규율을 통해 구현되기를 바란다. 그리고 의사/의사 집단이 자기 규율에 실패하거나 신뢰성을 떨어뜨리는 결과를 낳으면 신뢰할 만한 추가적인 근거를 계속 요구하게 된다. 이는 실제로 영국의 브리스톨 스캔들과 같은 사례를 통해 크게 영국 의사의 전문직업성이 손상됨으로써 벌어진 일이기도 하다. 만약 집단 행동을 통해 결과적으로 의사에 대한 사회적 신뢰가 손상된다면 더욱 많은 신뢰성 입증 요구와 더불어 외부적 규제들이 온다. 문제는 전문직업성이 내포하는 사회 계약이 상호 간의 이익을 목표로 한다면, 외부적인 규제의 강화와 신뢰 저하가 비단 의사뿐 아니라 환자와 사회에게도 큰 이익이 되지 못한다는 점이다. 전문직 가치의 손상은 믿을 만한 건강상의 이득으로 도달하기 어렵게 만든다. 혹은 전문직업성이나 사회 계약 모델이 아닌 시장적 통제나 관료적 통제만으로도 환자와 사회에게 이익을 가져다 줄 수 있을 것이라고 주장할 수도 있다. 그러나 현재까지 전문직 규범에 부응하는 의료가 아니라 일부 시장화된 의료 또는 관료화된 의료가 더 나은 결과를 보이고 건강상에 이득을 가져다 주었다고 말하기는 어렵다.

사회 계약에 근거를 둔 전문직업성 모델을 근래에 여러 방면에서 도전을 받는다. 혹은 사회 계약은 당시 실제 역사적 사실을 반영하지 못함을 지적한다. 즉, 실제로는 전문직업성의 구현은 일부 당대 미국 의료계 리더들의 이상화된 이데올로기이며 사회구조 개편의 동인은 다른 곳에 있다는 것이다[27]. 또다른 이는 사회 계약 이론이 과거의 특수한 위치를 비판적으로 보기보다 정당화하고 자기 이해(interest)와 윤리를 합치시키는 경향이 있다고 주장한다[28]. 사회 계약 이론에 대한 신봉은 실제 상황에 필요한 윤리적 관심을 호도하고 협상을 약화시킨다. 또, 생명윤리학자 Wynia[29]는 오늘날의 의사단체를 중심으로 하는 사회 계약은 대중의 신뢰를 유지하는 데에 실패하고 있다고 진단한다. 사회 계약에 근거한 전문직업성 모델을 과거 특정 사회의 특정 시기에 형성되었던 결과물로 생각치 않고 다만 과거 향수로 가득찬 고정된 모델로 생각한다면 오늘날의 전문직업성을 둘러싼 도전과 한국의 전문직을 둘러싼 위기에 크게 도움이 되지 못할 것이다. 그럼에도 불구하고 사회 계약과 그에 근거한 상호성-의무와 권리의 교환에 근거한 관점은 의사/의사집단의 도덕적 의무와 권리가 무엇인지에 관해서 고찰하는 데에 유용하다. 사회 계약은 어떠한 한 시점의 고정된 양자 간의 합의에 의해 발생하지 않는다. 양자의 이해는 지난한 협상과 협의를 통해 일정하게 동조될 수 있고, 권리와 의무의 상호성 역시 발생할 수 있다.

의료윤리학자 Daniels[30]는 전국민 의료보험과 같은 의료 환경 상의 새로운 도전과 갈등들 앞에서 의사 전문직의 의무를 협상할 필요성을 논한 바 있다. 전통적인 의사 전문직업성은 의사가 환자를 상대하는 유일한 주체이자 이익 옹호자로 간주했으나, 오늘날 의료 환경에서는 의사도, 환자도 단일하고 일방적인 관계를 맺지 않으며 양자 모두 다양한 유무형의 압력 속에 놓여져 있다. Daniels가 근거로 든 의료자원의 한계(그리고 상대적으로 간과되어 온 정의로운 자원 분배의 문제)뿐 아니라 의사-환자 간 문화적 권능의 변화, 기술의 발전 역시 전문직업성이 갱신되어야 할 배경으로 거론된다. 이러한 배경 속에서 전통적으로는 의사들 스스로 내부적으로 간직하고 다루어야 할 가치로만 여겨졌던 전문직업성 가치가 충분히 보전될 수 있는가가 근래의 숙제인 것이다. 만약 전문직업성을 오늘날 환경에서는 다르게 구현될

필요성을 인정한다면, 그리고 그것을 논할 수 있는 협상 테이블이 있다면, 그 가치-신뢰, 정직성, 성실성이 보전될 수 있는 방향도 함께 다루어야 한다. 만약 의료 환경이 의사들이 자신들의 전문직업성 가치를 보전할 수 있는 환경이 될 수 없다면 환경을 개선하는 방안을 논하고 이행해야 할 것이다.

의사들의 집단 행동은 전문직업성 가치를 보전할 수 있는 방안일까? 혹은 이를 저해하는 길일까? 의사들의 집단 행동은 오늘날 의사들의 전문직업성을 둘러싼 다양한 도전 중 하나이다. 집단 행동은 집단으로서의 이익을 목표로 하는 것이기도 하지만 다른 한편으로는 의료(직무) 환경에 대한 적절한 수준의 통제력을 회복함으로써 진료의 질적 수준을 보장하기 위한 것이기도 하다. 병원 합병 등으로 과거와 달리 상당수의 의사들이 병원에 대해 종속화된 상황에서 의사들은 필연적으로 노동조합화를 통해 권리를 취하고자 한다[31,32]. 그리고 집단 행동은 그들의 특권적 지위에 기반한 협상이 불가능할 때 의사들이 취할 수 있는 행동 중 하나가 된다. 그러므로 집단 행동 자체가 전문직업성을 방해한다는 주장은 결과적으로 의사들이 자신들의 직무에 대한 도덕성을 구현할 수 있는 다양한 방안 중 하나를 부정한다.

문제는 "집단 행동" 그 자체가 아니라 집단 행동을 어떻게, 무엇을 위해, 무엇을 목표로 하느냐이며 효과와 여파가 무엇인지이다. 그리고 집단 행동이 전문직업성에 미칠 수 있는 영향을 이해하고 그 악영향을 최소화하기 위한 노력에는 어떠한 것이 가능할 것인가이다. 크루스 등이 정리하듯 전문직업성과 노동조합화가 동시에 공존하지 않는 것은 아니다[13]. 그러나 의사들의 파업은 어떠한 수준으로든, 참여한 의사들과 그렇지 않은 의사들을 나눔으로써 의사직 내의 협력을 저해하고 감정적 여파를 만든다. 일부 사례를 제외하고 의사 파업을 통해 대중들은 의사들에 대한 돌이킬 수 없는 신뢰 손상을 경험하며 회복되기까지 지난한 노력이 필요하다. 집단 행동은 의사들이 원하던 원치 않던 의사들의 윤리성 규준에 관한 논의를 사회 전반에 불러일으킨다. 의사들의 노동조합화와 집단 행동이 점차 일상화되고 있는 해외에서도 여전히 윤리성과 정당성, 그 효과, 그리고 전문직업성과의 관련성에 대한 논란이 존재한다. 아직 의사노동조합도, 전문직업성에 관한 논의가 부족한 국내에서는 더 큰 논란을 당연히 낳을 수 있다.

#### 4. 한국의 취약한 전문직업성과 그 실패

2000년 의사파업은 의사직군뿐 아니라 일반인들에게 강렬한 기억을 남겼다. 과거에는 의사들의 권위에 대하여 상대적으로 순종적인 기억들이 많았으나 2000년 의사파업 이후 일반인들은 의사들이 자신들의 이익을 위해 진료를 그만둘 수 있는 부정적 집단으로 인식되었다. 송호근의 국민 의식조사에 따르면 응답자의 45.9%가 의사파업으로 가장 이득을 본 것은 의사와 의사 단체라고 생각하였다[33]. 2000년 이후 의사단체를 이익집단으로 조사한 국내 학술지논문 건수는 riss에서 검색해 보면 20건 가량 검색되나 윤리성과 전문직업성 관점에서 의사파업을 고찰한 연구는 Cheong[34], Cho[20], Lee[35], Kim[36] 등의 연구에 불과하다. 이 중 전문직업성(또는 의료전문주의)의 정의를 고찰하거나 전문직업성의 규범에 비추어 한국 의사집단 내부의 작동 원리나 사회적 지위를 다룬 논문은 드물다. 안타깝게도 2000년 이후 이익집단으로서의 한국 의사의 등장과 한국 의료의 위기에 관한 인식은 팽배하였으나 집단으로서의 의사들을 분석하고 한국에서 전문직업성의 방향을 다루어내지 못하고 있다. 의사와 정부, 사회 사이의 갈등과 신뢰는 더욱 저하된 반면 한국 사회에서 전문직업성과 이를 구현할 사회 계약은 가능한지를 검토하고 있지는 못하다. 전문직업성 이해의 빈곤은 의사와 정

부(공공) 간의 신뢰의 토대가 되는 상호 간의 이해를 형성하는 것을 막는다. 이익집단으로서의 전문직으로서의 의사에 대한 이해 없이 이익 집단으로서만 접근하면 근래와 같은 갈등 상황을 반복하기 쉽다. 2000년 이후 현재의 의정사태에 이르기까지 의사집단 동력 근거를 표현한 "대한민국 의사들의 전문가적 자존심이 몹시 흔들리고 있다"[33]는 한 저자의 글에서 "의료 전문직의 자존심"이라는 복합적 정동을 읽어낼 필요가 있다.

흔히들 한국 의사들의 전문직업성 역사가 취약하다고 말한다. 서구 의사들의 전문직업성 및 정체성 형성의 역사와 한국 및 동아시아 의사들의 역사를 비교해 보았을 때 가장 눈에 띄는 것은 의사가 길드집단과 같은 하나의 집단으로 형성된 역사가 없다는 것이다. 고려시대 이래 의사는 과거를 통해 중앙집권적 정부에 등용된 고급 기술직 관료였으며 필요하면 심약처럼 지방에 배분되어 왔다. 조선 후기부터 불거진 다양한 의료에 대한 수요는 유의(儒醫)들이 담당했다. 이들은 과거에 등용되지 않은 사대부들로서 유학에 대한 지식의 일환으로 의학적 지식을 익힌 이들이었다. 사대부들에게 의학 지식은 국가 운영 기술로서의 유학 지식을 익힌 자라면 함께 다룰 수 있는 것으로 권장되었다. 유의는 중국에서도 일본에서도 많았지만 조선과 중국, 일본은 다소간의 차이가 있다. 중국과 일본의 유의는 의술을 업으로 삼은 반면 조선 사대부들은 이를 업으로 조금도 삼지 않았다. 조선에서는 유학자 중 의술을 특히 잘 하는 이들에게 유의라는 칭호를 붙였고, 이들은 조선 말기까지 의사로서의 정체성보다 유학자로서의 정체성이 컸다[37]. 즉, 개화기에 서양의학이 들어오기 전까지 소위 관료로서의 의사 외에 '업'으로서의 의사 집단의 형성은 한국에서는 없었다고 보아야 한다.

서양의학이 들어온 이후 서양의술을 익힌 의사들이 배출되었으나 근대화라는 국가 발전 과제에 종속되어 이루어졌다. 병합 이후에는 일본인 의사들이 관직의 핵심을 차지했기 때문에 한국 의사들은 개원을 위주로 진로를 선택할 수밖에 없었고, 매약업자, 약종상과 연계하며 업을 유지해 나갔다[38]. 또한 한지의사, 검정고시 의사, 일본 유학, 의학전문학교 또는 제국대학 졸업 등 의사가 되는 경로가 다양하였고 의사면허의 적용 범위도 다양하였기 때문에 하나의 정체성을 이루기 어려웠다. 오늘날처럼 의과대학 졸업 후 국가고시 합격, 병원 수련 이후 전문의가 되는 일종의 동질한 집단으로 한국 의사 집단이 형성된 것은 해방 이후-1980년대 시기에 걸쳐서 이루어진 것이라 할 수 있다. 이 경우에도 정부의 국가 건설 및 발전 과제에 대한 도구적 집단으로 동원되어 왔을 뿐[39] 면허 제도 이외에 국가가 이들을 보호하거나 별도의 권한을 부여한 것은 극히 적었다. 면허 제도 역시 다양한 의료 행위를 할 자격을 종별로 구분하는 장치에 가까웠으며, 직업은 한국에서 어떠한 집단이 해야 한다는 사상적 관점을 제시하는 것이 전혀 아니었다. 이는 의(醫)를 행할 자에 대한 법이 「의사법」으로 구현되는 일본과 다른 지점이라 할 수 있다. 요컨대, 한국에서 의사가 어떤 집단인지는 국가가 필요한 부분에 따라 도구적·기능적으로 규정되었다고 볼 수 있다. 반 세기에 걸쳐 한국 의사 집단은 국가가 부여한 면허 제도라는 토대 위에서 성장하였다. 이는 스스로의 길드적 결속력을 바탕으로 시장 독점을 획득해 나갔던 서구 전문직 역사와 다른 점이다. 그리고 대형병원과 개인소유 병의원이라는 의료기관 종에 따라 구분되어 시장 속에서 상호 경쟁하는 관계였으며, 2000년 의사파업 이전에는 하나의 집단으로 결속력을 발휘해 오지 못하였다. 내부적 자율규제를 구현하지 못한 상황에서 의사집단의 운영원리는 전근대적 연(緣)에 근간한 네트워크, 즉 스승·제자 관계, 의과대학 선후배, 또는 수련 선후배 관계가 집단을 결속시킨 원리에 가까웠다고 볼 수 있다. Cho[20]는 2000년 의사파업 때 한국 의사들의 행동이 근대적 전문직업성이라기보다 길드적 동업자의식이라고 평가하나 한국의 경우 동료의식, 분업과 연대를 강조하고 경쟁을 최소화했던 서구의 길드와는 다른 지형에 놓여 있다

www.kci.go.kr

고 생각된다. 국가나 공공성의 역할이 부재한 민간 영역에서 한국 의사들은 시장에 대한 무한한 노출과 적응(그리고 경쟁)을 당연시 하는 전략을 구사하였다. 이러한 전략은 상대적으로 낮은 저수가로 인해 일정하게 정당화될 수 있으나 한편으로는 시장 불안정성에 따른 위기와 위험을 감내하는 결과를 초래하였다[20].

한국 의사 집단의 또 하나의 특징은 서양과학의 산물들과 스스로의 정체성을 일치시키고, 서양과학에 기반을 둔 약이나 의료기기를 다루는 자로서의 정체성이 주요하게 자리잡혀 있다는 점이다. 약과 의료기기에 기반하여 의료를 공급하는 것 외에 전통적인 의사의 역할이라 할 수 있는 진단 및 상담이나 교육 등은 상대적으로 소홀히 다룬다. 이러한 특징은 환자의 최선의 이익을 몰랑 위주의 의료를 공급하는 것과 동격으로 바라보고, 갑상선암 집단 검진을 둘러싼 논쟁에서 보듯이 과도한 의료가 줄 수 있는 장기간의 위해는 무시하고 누락하는 결과를 낳는다. 만약 한국 의료가 과도한 의료비 지출과 과잉 의료(그리고 필요한 부분에는 누락된 의료)로 고통받고 있다면, 그것은 전문직업성에 근간을 둔 전문직 내부 규율과 규제에 실패하고 의료 자본의 이익 추구를 방임하며 무한히 허용하였기 때문이다. 급여화된 의료의 몰랑 공급에서는 대형병원과 경쟁할 수 없는 개인가는 더 과도한 비급여 의료를 추구하며 시장을 만들어낸다. 이러한 환경에서 전문직업성을 구현하는 것은 이미 방임과 경쟁을 스스로 없이 받아들이고 외부에서도 '낙수효과' 등으로 의사 선택과 상호 간의 경쟁을 당연시하는 상황에서는 이루지 못할 얘기이다.

집단으로서의 의사가 이익에 스스로 없고 전문직업성 구현에 실패하더라도 개별 의사들이 바로 사적 이익의 침범으로 나설 수 있는 것은 아니다. 장기간 교육과 수련, 그리고 환자와의 인격적 관계 형성 등을 통해 의사들의 집단 의식도 형성되며 도덕감 역시 쌓여간다. 동료들에 대한 의리, 환자에게 선행을 베풀고 싶다는 감정 등은 의사로서는 일련의 수련 과정에서 습득하기 마련인 도덕적 감정이다. 그러나 분업의 원리 하에 집단으로 독점적으로 시장을 지배하지 못하고 무한한 상호 경쟁을 해야 하는 환경 속에서 이러한 도덕감은 더 이상 유지되기 어렵다. 한국은 국가가 자본을 들여 공적인 역할을 하는 것이 극히 미약하고, 시장으로부터 보호 장치가 없는 상황에서 의료를 둘러싼 위험을 관리할 수단은 부재하다. 그 결과 과거 의사-환자 관계에서 가졌던 (하물며 가부장적일 수 있는) 도덕감은 더 이상 기능하지 못하며, 높은 자부심만큼 개별 의사들에게 실패와 상처로 남는다. 수많은 선택가능한 의료 속에서 불확실한 의료의 결과를 둘러싸고 환자 의사 간의 갈등이 심화되는 것은 필연적이며, 이는 방어진료와 의료소송, 위험에 대한 끝없는 회피로 귀결된다. 그 결과 의사-환자 관계는 되돌이킬 수 없는 신뢰의 상실을 겪고 의사들의 도덕적 실패감으로 강화된다[40]. 소위 도덕감과 헌신으로 특징지어지는 필수의료과 의료진들이 이러한 실패감이 더욱 크게 경험한다. 또한 필수의료과의 업무는 수많은 의료인력들이 관여하는 강한 노동집약적 특징이 있기 때문에, 전공의 지원 감소 등 인력 분배의 실패가 주는 타격은 더욱 크다.

현재의 의정사태에서 전문직업성의 실패를 찾는다면, 한국 의사들이 서구 의사들처럼 전문직업성 견지에서 꺼릴 만한 집단 행동에 스스로 없이 나섰다 것이 아니다. 앞서 언급하였듯이 전문직업성과 단체 행동 자체가 공존할 수 없는 것이 아니기 때문이다. 문제는 의사들이 단체 행동 외에는 스스로 전문직으로서의 정체성을 보호할 만한 방법을 갖지 못하고 만들어내지 못하는 데에 있다. 그리고 전문직업성의 방향을 갖지 못하는 단체 행동은 의사들의 의도와 달리 전문직에 대한 존중을 얻어내는 사회적 신뢰를 저하시킴으로써 더욱 악순환을 겪는다. 의사들은 내부적으로 질적 수준을 유지하고 이익을 보호할 수 있을 만한 규율, 분배 및 분업의 규칙과 제도를 갖지 못한 반면, 외부의 관료적 개입과 시장적 개입에는 크게 노출되

어 있다. 정부나 사회로부터 보호를 받지 못하는 상황에서 한국 의사들이 추구한 방향은 최대한 시장 질서에 적응하는 것이었다. 관료로부터, 그리고 시장으로부터 독립적인 제3의 길로서의 전문직업성의 길은 애초에 한국 의사들이 가지 못했던 길인 것이다. 이번 의정사태에서 보듯이, 시장과 자본 규모가 커지면서 더욱 계층화되는 한국 의료의 구조에서 의사들은 더욱 더 하나의 집단으로 이익을 보호하지 못하고 내파될 가능성이 높다. 만약 의사들을 이기적이고 배타적인 이익 집단으로만 파악한다면, 시장 경쟁 심화에 따른 내부적 암묵적 갈등들은 다룰 기회를 놓칠 수 있다. 또한 그 갈등과 실패의 결과는 다만 의사 개개인들의 선택으로 감내할 수밖에 없다.

정부는 의사들에게 요양기관강제지정과 진료거부금지 의무 등 도구적 관점의 공법상 의무만을 부과하였다. 반면 의사들의 진료 권한은 급여로 제한하는 것 외에 시장 상의 방임과 사실상 등치시키면서 무한히 허용하였다. 즉, 보험제도 속 진료 제공 의무(공공성의 의무) 외에 실질적인 자율규제 내용(공공성의 내용)은 부재한 것이 현 한국 의료의 실정이다. 이는 환자들의 최선의 이해(best of interests)를 대리하는 대리인의 역할로 자임하며 스스로의 임상적 자율성(clinical autonomy)을 보호하고자 했던 서구 의사들과 다른 부분이라 할 수 있다. 그 외의 의사의 공적 역할, 즉 의사의 사회에 대한 의무는 무엇인가, 사회가 의사에게 부여하는 권한이 무엇인가를 상호성의 관점에서 다루지는 못하고 있다. 이는 전문직업성의 실패이나, 더 넓게 보면 의료의 공적 측면, 설사 민간 의료라 할지라도 가질 수 있는 공적 영역의 실패이기도 하다.


### III. 결론

한국 의사 집단과 정부 사이에 계속되는 갈등, 그리고 한국 의사의 집단 행동은 깊게는 사회 계약의 부재와 한국 의사의 취약한 전문직업성에서 연원을 찾아야 한다. 겉으로는 의사들의 노동권과 전문가로서의 존중받지 못하는 것이 갈등의 핵심이라고 보이나, 문제의 핵심은 직무를 제공하는 의사들의 지위의 불안정성과 직무 윤리의 복잡한 교차점에 있다. 역사적으로 강력한 전문직업성과 그에 근간을 둔 임상적 자율성, 자기 규율 메커니즘을 키워온 서구 의사들과 달리 한국 의사들은 전문직업성을 형성할 만한 역사적 과정을 갖지 못했고, 국가와의 관계에서 능동적, 자율적 영역을 확보하지 못했다. 한국 의사들의 취약한 전문직업성은 역으로 의료를 둘러싼 사회 계약, 그리고 환자 이해의 대변자로서의 의사 집단의 사회적 위상 정립이 부재함을 보여 준다.

오늘날 한국 의료의 위기를 검토함에 있어 의사 집단과 사회 간의 사회 계약을 재평가하는 것이 필수적이다. 환자-의사-사회의 불가분의 관계 속에서 의사의 권리와 의무, 환자의 권리와 의무, 그리고 정부의 역할이 균형있게 검토되어야 하고 의사의 전문직으로서의 정체성과 온전성(integrity) 역시 이러한 구도 위에서 정립될 수 있어야 한다. 만약 온전하고도 설득력 있는 사회 계약이 정립되지 않는다면, 의사들의 전문가로서, 사업가로서, 또한 노동자로서의 정체성 혼란은 더욱 심화될 것이고 집단으로서의 의사는 하나의 도덕 공동체(moral community)로서는 실패할 가능성이 크다.

이 글은 집단으로서의 의사가 '전문직 집단'으로 거듭나기 위해 필요한 구체적인 방안까지는 다루지 못했다. 단기적으로는 의료와 사회(정부)와의 바람직한 관계 정립, 의사 개개인에 대한 교육, 전문직의 역할에 대한 사회적 정립 등이 해결책들이 될 수 있을 것이다. 그러나 대

한 전문직 집단으로서의 형성과 실패는 더 깊은 역사 사회학적인 시선과 인식, 연구 및 방향에 대한 숙고가 필요하다. 의료윤리의 갖가지 주제 역시 한국에서는 이러한 역사 사회학적 인식 없이 충분히 수용되기 어려울 것이다. 그러므로 서구 전문직 규범의 착종 불/가능성을 이해하는 한편, 시장적 논리나 관료적 논리에서 벗겨져 있는 의사 집단의 도덕적 공동체를 발견하거나 가능성을 발견, 숙성시키는 것이 전문직 집단으로서의 형성을 도모하는 방향이 될 것이다. 다만 이 글에서 이를 자세히 다루기는 어렵기에, 추후 연구 과제로 남기고자 한다.

최근 보건의료를 둘러싼 갖가지 환경의 도전들로 말미암아 전문직업성 규범이 위기에 봉착해 있다는 평가가 많다. 한국 의료는 눈부신 성과를 거둔 한편, 취약한 전문직업성으로 인해 더 큰 위기에 놓여 있다고도 볼 수 있다. 의사들의 집단 행동은 한국 의료의 정체성적 위기를 고찰하는 중요한 계기가 되어야 할 것이다. 

## REFERENCES

1. Jung JH. The 1971 doctor's strike: between State Control and Autonomy of the Medical Community in 1960–1970s Korea. *Crit Stud Mod Korean Hist* 2023;52:359-397. <https://doi.org/10.36432/CSMKH.52.202311.10>
2. Medical Professors Association of Korea. The 3rd statement [Internet]. Medical Professors Association of Korea; 2024 [cited 2024 Oct 17]. [https://mpak.or.kr/board/free/read.html?no=117&board\\_no=3&page=2](https://mpak.or.kr/board/free/read.html?no=117&board_no=3&page=2)
3. Dailymedi. 100 interns-residents from the Big 6 majors hospitals 'Sue the head of a university hospital [Internet]. Dailymedi; 2024 [cited 2024 Oct 17]. [https://www.dailymedi.com/news/news\\_view.php?wr\\_id=914310](https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=914310)
4. Supreme Court Decision, 2000Da39513 delivered (Mar. 23, 2001).
5. Lee YH. The examination on the labor legal status and protection methods for the residents in medical institutions: with focus on status of residents & disadvantages of special act on medical residents. *Northeast Asian Law J* 2017;11(1):179-213. <https://doi.org/10.19035/nal.2017.11.1.9>
6. Yang E. Consideration of issues surrounding healthcare policy in 2024. *Anti-Corruption Law*. 2024;7(2):59-104. <https://doi.org/10.36433/kacla.2024.7.2.59>
7. Medical Professors Association of Korea. The statement by the Medical Professors Association of Korea on the government's announcement to increase the number of medical school students and the resignation of interns-residents [Internet]. Medical Professors Association of Korea; 2024 [cited 2024 Oct 17]. [https://mpak.or.kr/board/free/read.html?no=116&board\\_no=3&page=2](https://mpak.or.kr/board/free/read.html?no=116&board_no=3&page=2)
8. Seoul National University of College Medicine (SNUCM). Joint statement from student representatives of 40 medical schools and graduate schools across the country [Internet]. SNUCM; 2024 [cited 2024 Oct 17]. [https://snumed.org/bbs/board.php?bo\\_table=proposal&wr\\_id=19&page=3](https://snumed.org/bbs/board.php?bo_table=proposal&wr_id=19&page=3)
9. Cruess RL, Cruess SR. Commentary: professionalism, unionization, and physicians' strikes. *Acad Med* 2011;86(5):548-551. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318212a93d>
10. Thompson SL, Salmon JW. Physician strikes. *Chest* 2014;146(5):1369-1374. <https://doi.org/10.1378/chest.13-2024>
11. American College of Physicians (ACP). Collective bargaining- physicians and joint negotiations [Internet]. ACP; 2024 [cited 2024 Oct 17]. [https://www.acponline.org/sites/default/files/acp-policy-library/policies/collective\\_](https://www.acponline.org/sites/default/files/acp-policy-library/policies/collective_)

- bargaining\_compendium\_2012.pdf
12. Robertson A. Are doctors justified in taking industrial action in defence of their pensions? Yes. *BMJ* 2012;344:e3242.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.e3242>
  13. McConnell D, Mann D. UK doctors' strikes 2023: not only justified but, arguably, supererogatory. *J Med Ethics* 2024;50(3):152-156.  
<https://doi.org/10.1136/jme-2023-109568>
  14. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspect Biol Med* 2008;51(4):579-598.  
<https://doi.org/10.1353/pbm.0.0045>
  15. Lee YG. The structure and peculiarities of the medical contract. *Hanyang Law Rev.* 1995;12:451-467.
  16. Min K. Review of medical contract termination right by doctor's justification. *Korean J Med Law* 2018;26(2):51-69.  
<https://doi.org/10.17215/kaml.2018.12.26.2.51>
  17. Joo HN. Medical law. *Beommunsa*; 2022. p. 173.
  18. The Korean Medical Doctor's News. 140,000 members, junior doctors and medical students will win [Internet]. *The Korean Medical Doctor's News*; 2024. [cited 2024 Oct 17].  
<http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=226523>
  19. Doctors News. Junior pediatric doctor's stand-up 'Worrying about the next generation? There's no one to stand up for them' [Internet]. *Doctors News*; 2023 [cited 2024 Oct 17]. <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=151646>
  20. Cho BH. The conflict structure of the medical profession and society: focusing on the physician's strike. *Econ Soc* 2000;48:132-165.
  21. Korean Medical Association Research Institute for Healthcare Policy. Analysis of the concept of 'doctor's rights' in Korea and its desirable direction of development. *Korean Medical Association Research Institute for Healthcare Policy*; 2021.
  22. Larson MS. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. University of California Press; 1977.
  23. Freidson E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead; 1973.
  24. Baker R. *Before bioethics: a history of American medical ethics from the colonial period to the bioethics revolution*. Oxford University Press; 2013.
  25. Jonsen AR. *A short history of medical ethics*. Oxford University Press; 2008.
  26. Veatch RM. *A theory of medical ethics*. Basic Books; 1981.
  27. Harris JM Jr. It is time to cancel medicine's social contract metaphor. *Acad Med* 2017;92(9):1236-1240.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001566>
  28. Reid L. Medical professionalism and the social contract. *Perspect Biol Med* 2011;54(4):455-469.  
<https://doi.org/10.1353/pbm.2011.0048>
  29. Wynia MK. The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspect Biol Med* 2008;51(4):565-578.  
<https://doi.org/10.1353/pbm.0.0051>
  30. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press; 2007.
  31. Schulman K, Richman B. Hospital consolidation and physician unionization. *N Engl J Med* 2024;390(16):1445-1447.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2400463>
  32. Bowling D 3rd, Richman BD, Schulman KA. The rise and potential of physician unions. *JAMA* 2022;328(7):617-618.

- <https://doi.org/10.1001/jama.2022.12835>
33. Song HG. Research on public perceptions of the prescription/pharmacy separation. Institute for Social Development and Policy Research, 2001.
  34. Cheong Y. Justice for Korean medical context. *Korean J Christ Soc Ethics* 2003;6:57-77.
  35. Lee S. State, physicians and professionalism. *Korean J Soc Welf Stud* 2003;21:137-160.
  36. Kim JM. Discussion of medical professionalism indicated in <Newspaper of the Korean Medical Association>. *J Commun Sci* 2016;16(3):77-110.  
<https://doi.org/10.14696/jcs.2016.09.16.3.77>
  37. Miki S. *Chōsen igakushi oyobi shippeishi*. Ōsakashi; 1963. p.348.
  38. Lee H. Study on the formation of modern medical profession in Korea (1885-1945) [dissertation]. Seoul National University; 2010.
  39. Park J. Contesting publicness in private-public health care and the revision of Medical Service Act in 1973 Korea: focusing on introduction of the Medical Corporation. *Yonsei Med J* 2022;25(1):221-253.  
<https://doi.org/10.35276/yjmh.2022.25.1.221>
  40. Talbot SG, Dean W. Physicians aren't 'burning out.' They're suffering from moral injury [Internet]. *STATnews*; 2018 [cited 2025 Jan 13].  
<https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/>

