

# 한국 의료의 갈등상황- 전문직 자율성의 위기

정유석(단국대 가정의학과 교수)

## 대한민국 의사들의 구겨진 자존심

### -사례 1-

소화기 전문의로 전국적인 명성을 얻고 있는 P 박사는 요즘 그를 찾는 환자들의 처방을 변경하고 그 이유를 설명하느라 골머리가 아프다. 하루 한번만 복용해도 세 번 먹는 약보다 효과가 뛰어난 위산분비억제제를 더 이상 처방할 수 없게 되었기 때문이다. 의료보험공단에서 내시경 검사로 소화성궤양이 확진된 환자에게만 그 약을 처방할 수 있다는 새로운 규정이 내려온 것이다. 만성위염이나 소화불량증으로 오랫동안 약을 복용하던 환자들은 갑자기 하루 세 번씩 약을 먹어야 한다는 설명을 쉽게 납득하지 못하여 실갱이가 벌어지곤 했다. 그런데, 얼마전 더 황당한 일이 일어났다. 자기 부담금을 내더라도 더 좋은 약을 먹겠다는 환자가 있어서 충분한 설명을 한 후 일반약가로 처방전을 발행한 적이 있었는데, 보험공단에서 법을 어겼다며 환자가 지불한 약가의 50%를 거두어 가겠다는 통보가 온 것이다. 의약분업이후에 병원은 처방료만 받으니, 추가 약값은 약국이 받은 것인데 말이다.....

### -사례 2-

환자를 가족같이 대하는 따뜻한 의사상을 이루고자 가정의학과를 전공하고 개원한 J 원장이 비만클리닉을 시작하기로 결심하였다. 의약분업직후 환자 한 명당 만몇천원하던 보험수가가 어느새 7천원대로 떨어지고 맞은편과 이웃 건물에 새로 개원한 내과와 소아과 때문에 가뜩이나 환자수가 적어져서 개원시 얻은 은행이자도 근근히 갚아나갈 정도로 경영이 악화되었기 때문이다. 이미 성공한 비만클리닉의 원장들에게 조언을 구하였더니, '적절한 운동과 식이제한'이라는 원칙적이고 고전적인 처방만으로는 절대로 환자가 모이지 않는다고 한다. 효과는 분명치 않지만 복부, 허벅지 등 국소비만을 해결해 준다는 주사도 놓고, 약을 줄때도 소화제 등등 포함해서 최소한 5가지 이상은 주어야 환자들이 좋아하고 환자수가 늘어난다고 하였다. J 원장이 생각하는 비만의 왕도는 식사량을 조절하도록 환자를 교육하고, 환자의 건강상태에 맞는 운동 종목을 골라 주는 것 정도인데, 이런 교육과 전문적 지식의 전수에 대한 내용은 비용을 받을 수도 없고 시간만 축내는 어리석은 짓에 불과하다니.....

### -사례 3-

대기업 간부인 K씨는 최근 회사 근처의 C 병원에서 맹장염으로 수술을 받았다. 그런데, 신문에서 포괄수가제1) 시행에 대한 기사를 우연히 읽고 확인해본 결과 C 병원이 포괄수가제 시범병원이라는 사실을 알게 되었다. 내용을 알고나니 혹시 수술시에 아주

저가제품이나 재생용 의료재료를 사용하지 않았는지, 간단한 맹장염을 괜히 합병증이 있다고 하여 아랫배에 고무관을 박고 입원기간을 늘린 것은 아닌지..... 자꾸만 의심이 가는 것이었다. 돈이 더 들더라고 최고의 기술을 받고 싶은 환자들의 권리를 무시하는 제도를 시행하는 병원에 자신의 귀한 몸을 맡겼다고 생각하니 영 찝찝하여 잠이 오지 않을 정도였다.

2003년 대한민국, S대와 카이스트의 수재들이 다시 의대에 가기 위해 휴학을 고민하고 의대편입전문 입시학원들이 '사교육천국' 대한민국의 새로운 유망종목으로 떠오르는 이때에, 아이러니하게도 의사들이 몹시도 흔들리고 있다. 요즘 의사들의 자존감은 더 이상 추락할 곳이 없을 정도로 만신창이가 되어있다. 의사들이 느끼는 위기감은 의약분업 직후 잠시동안의 호황기를 지나면서 의료보험재정 파탄이라는 충분히 예견된 결과가 터지면서 시작되었다. 진찰료와 처방료의 통합과 하향조정, 명분도 규칙도 없는 보험청구액의 삭감행위 등, 보험재정의 파탄을 막으려는 정부의 규제들이 속속 정체를 들어내면서 의사들의 전문가적 위상은 깊은 상처를 입었다. 의과대학 6년과 수련의 기간 5년, 거기에 군대와 전임의 기간까지 적게 잡아도 15년 동안 공부한 전문지식으로 내린 그들의 처방이 비전문가들이 만든 획일적 잣대로 난도질 당하는데에 분노하지 않을 의사가 어디 있겠는가?

이러한 상황의 원인을 규명하는 일은 그리 간단한 일이 아니다. 또 설령 그 원인을 명쾌하게 가려낸다 하더라도 당장 상황을 바꿀 수 있는 것도 아니다. 혹자는 의사의 전문가적 자율성이 뭐 그리 대단한 것이냐고 반문할 수도 있을 것이다. 필자는 본 소고를 통하여 대한민국 의사들의 자존감의 위기가 어디서 왔는지, 그러한 위기가 어떤 결과를 초래할 것인지, 이러한 위기 상황에 대한 해결의 실마리를 어디서 찾을 수 있을지를 고민해 보고자 한다.

## 의사들의 마지막 자존심, 진료자율권

당사자인 의사들조차도 별반 관심이 없던 의료제도나 행정, 의사의 도덕성과 책임에 대한 문제들이 온 국민의 관심사로 급격히 부상하게 된 것은 2000년 의약분업의 도입 과정에서 촉발된 의료대란때문이었다. 신문과 방송, 인터넷 등 국민의 귀와 눈의 역할을 하는 매체들이 그때처럼 집중적으로 대한민국의 의료상황과 국민의 건강문제에 대하여 다루어 준 때는 일찍이 없었다. 황상의 교수는 당시 의사들의 파업이 비교적 길지

1) 포괄수가제(DRG, diagnosis related group)란 환자가 병원에서 어떤 치료를 받는지 입원일수와 질병의 정도(중증도)에 따라 미리 정해진 보험급여비(본인부담금 포함)를 병원에 지급하는 제도다. 현행 행위별 수가제는 개별 진료행위 수가를 모두 합해 총진료비를 산출하는데 반해 포괄수가제는 진료비 총액이 미리 책정돼 있다는 점이 다르다. 포괄수가제의 장점으로는 진료량의 증가에 의한 경제적인 이득이 보장되지 않을 뿐더러 순수입의 감소를 초래하기 때문에 불필요한 진료서비스 수량의 절대적인 감소가 일어나 과잉진료를 원천적으로 막을 수 있다는 점이다. 그러나, 진료서비스를 하나의 묶음단위로 관리하므로 개별 진료료가 규격화되거나 의료의 다양성이 저해될 수 있으며 의료기관들의 과도한 영리추구로 의료서비스의 제공량이 최소화될 경우 질의 저하를 초래할 수 있다.

얇은 시간에 국민들에게 보건의료의 문제점들을 깊이 각인(刻印)시켰다는 점에서 긍정적인 효과가 있다고 평가하기도 하였다. 4개월이라는 파업의 기간이 환자들이나 의사들에게는 지루한 시간이었지만 과거의 반파쇼투쟁이나 노동운동에 비하면 ‘짧은’ 기간동안 의사들의 대의명분을 국민들에게 각인시킨 ‘대단한 투쟁’이었다는 것이다.<sup>2)</sup> 그다지 좋은 이유는 아니었지만, 우리사회에서 의료문제는 케케묵은 먼지를 털어낼 겨를도 없이 무대 한가운데로 오르게 되었다.

그런데, 무대위에 올라서 보니 환한 조명하에 작은 동작과 대사 하나에까지 집중되는 수많은 시선들이 보통 부담스럽지 않았다. 의료대란은 정부와 의약계간의 단방 협약으로 어떻게 수습되었지만, 그로 인하여 불거져나온 각종 문제들은 그야말로 판도라의 상자가 열린 것처럼 다시 주어 답을 수 있는 것들이 아니었다. 파업으로 인하여 자신들의 주장을 상당부분 달성했던 의료계는 의약분업 초창기에 잠시 호황을 누리는 듯 했다. 종합병원의 의사들과 심지어는 의과대학의 교수들까지도 개원가로 썰물처럼 빠져나가 중대형병원들은 심각한 인력난을 겪어야 했다. 그러나, 이러한 좋은 시절은 그리 오래가지 않았다. 빈약한 의료보험재정은 크게 흔들렸고, 이를 보전하기 위한 정부의 각종 규제와 제약은 금새 의료계의 숨통의 조여왔다.

규제와 제약이 강도를 더해올 때 의료계가 받는 영향은 크게 두 가지이다. 첫째는 현실적으로 수입이 준다는 것이다. 분업초기에는 의사들의 거센 항전에 굴복하는 듯했던 정부의 당근정책 덕분에 수입이 증가하는 듯 했으나, 진찰료와 처방료가 통합되고, 일일 환자수에 따른 차등 지급이 도입되고, 초재진 환자에 대한 분류기준이 바뀌고, 이유도 명분도 없는 보험금 삭감이 계속되고..... 하면서 의사들의 호주머니로 들어오는 돈은 급격히 줄어들었다. 두 번째는 진료권의 훼손에 대한 위기이다. 정부의 입장에서 무너져내리는 보험체계를 보전하려면 의사들에게 지출되는 돈을 줄여야 한다. 때문에 그들의 재정을 축내는 행위인 검사를 많이 시행하거나, 병원에 자주 오게 하거나, 값비싼 약을 처방하는 의사는 눈에 가시일 수 밖에 없다. 현재 다양한 방법으로 동원되는 각종 규제들은 이러한 의사들의 진료행위를 제한하기 위한 것이다. 결국 의사들의 진료행위를 평가하여 제약을 가할 수 밖에 없는 상황이 초래된 것이다. 과거에는 ‘비방’으로 여겨졌던 의사 개인의 처방 내역과 진료 노하우들이 만 천하에 공개되고 분해되고 난도질 당하기 시작한 것이다. 분노한 일부 의사들은 다시 한번 의권수호를 외치던 2000년 투쟁의 시절로 돌아가야 한다고 주장하기도 한다. 물론 이때의 의권(醫權)이란 강신익 교수의 정의중에서 ‘환자의 진료에 있어 어떠한 외부적 간섭이나 제약도 없이 환자의 이익과 의학지식, 그리고 양심에만 의거해서 진료할 수 있는 권리를 말한다.’<sup>3)</sup> 요즈음 의사들의 분노가 주머니의 가벼워짐 때문인지, 아니면 진료자율권의 훼손에 대한 것인지 알 도리는 없다. 하지만, 어느 쪽이 되었더라도 이러한 분노의 책임은 잘못된 정책과 그 정책을 밀어붙이는 정부에 있다. 국민의 건강권과 의권은 뿔레야 뿔수 없는 관계에 있다. 의료 전문가로서 의사들의 진료자율권을 보장해 주지 못하는 제도하에서 국민건강권을 지켜낼 재간은 없다. 진정 국민건강권을 원한다면, 아무리 큰 희생과 제도의 변

2) 황상익, 국민과 함께하는 의료개혁을 위해, 창작과 비평 12월호, 2000: p 354-365.

3) 강신익, 건강권과 醫權 (국민의 권리와 의사의 권리), 인도주의의사협의회 자료실에서 인용.

력을 감수하고서라도 의사들이 경제성의 논리에 휘둘리지 않고 전문가적 양심으로 환자를 볼 수 있는 환경을 만들어 내야 하는 것이다.

### 진료자율권의 훼손이 가져온 부작용, 부작용들....

같은 수의 환자를 진료해도 수입이 점차로 줄어드는 의료환경에서 의사들이 수입증대를 위해 할 수 있는 행동을 예측하는 것은 그리 어려운 일이 아니다. 사례 2의 J 원장처럼 자신의 주특기와 무관하게 현재 인기있는 종목(?비만)으로 방향을 전환하고, 효과에 대한 확신이 없더라도 환자들이 좋아할만한 서비스들을 도입하는 것이 경영적 마인드인 것이다. 일주일에 한번만 와도 될 환자에게 약간의 서비스를 추가하여 매일 병원에 오도록 하면 진료건수를 쉽게 늘릴 수 있다. 가벼운 두통임이 분명함에도 불구하고 환자가 조금이라도 불안해한다면, 고가의 MRI를 권하는 것이 누이 좋고 매부 좋은 일이 될 수 있다.

포괄수가제가 강제로 시행되는 환경하에서 당신이 부도직전의 병원을 인수한 경영자라면 단순맹장염을 합병증이 있는 맹장염으로 둔갑시켜 더 많은 수입을 창출하고 싶지 않겠는가? 한밤중에 진통을 호소하면 병원에 온 초산의 임산부를 열시간 이상 밤을 세워 돌보고 자연분만으로 아이를 받은 노력이 대가가 숙련된 산부인과 의사라면 15분이면 끝낼 수 있는 제왕절개 비용의 몇 분지 일에 불과하다면....., 금요일 오후 퇴근 시간에 임박하여 진통을 시작한 산모를 보며 어떤 생각을 하게 될까?.....

### 위기의 원인들

#### 1) 저비용구조의 기형적 의료제도

공산주의의 붕괴이후에 오늘 날 각국에서 채택하고 있는 의료보장제도는 크게 두 가지로 구분되는데, 첫 번째는 영국, 캐나다, 호주, 스웨덴 등이 채택하고 있는 국가보건 의료서비스제도 (National Health Service)이다. 건강권은 전 국민의 기본적인 권리이며, 따라서 질병에 걸린 사람을 치료하는 것은 사회 전체의 의무로 국가가 책임져야 한다는 제도이다. 응급환자와 중환자 진료를 포함한 대부분의 의료행위가 전 국민에게 차별없이 무상으로 제공되고 있으며, 이에 대한 재원 역시 국가가 부담한다. 이러한 재원을 마련하기 위하여 국민들은 그들의 수입의 상당 부분을 세금으로 내야함은 물론이다. 국가보건의료서비스제도는 전 국민이 차별없이 안정적인 의료혜택을 받을 수 있는 장점이 있지만, 필연적으로 의료의 획일화를 초래하고 지나치게 긴 진료대기(long waiting list)가 늘 문제가 된다. 한편, 미국으로 대표되는 시장형 의료시스템은 의료를 완전히 시장경제 원리에 맡겨버리는 것이다. 이러한 경쟁적 체제하에서는 서비스의 향상과 첨단 의학기술의 발달을 촉발한다는 장점이 있지만, 필연적으로 엄청난 의료비용의 상승과 돈이 없어 치료를 받을 수 없는 계층이 발생한다는 문제가 있다. 두 가지 의료제도 모두 각각의 단점들을 보완하고자 성과급제도를 도입하거나(영국) 의료보호제도

를 마련하는 등(미국) 나라마다 나름의 보완책을 가지고 있으나 그 근간은 국가주도이냐 시장(민간)주도이냐의 잣대로 나뉘는 것이다.

그러면, 우리나라의 의료제도는 어떠한가? 일본의 지배와 6.25동란 등으로 인하여 우리나라의 의료 제공 수준은 대단히 낮았다. 1970년대에 들어와서야 비로소 국가 보건 계획이 수립되기 시작하였고, 1989년에 와서야 비로소 전국민을 포괄하는 의료보험이 실시되었다. 우리나라의 의료보험은 제도의 형태상 그 특징을 딱히 규정하기 어려운 형태를 띠고 있다. 굳이 규정하자면 정부의 극심한 규제하에 있는 자본주의적 체계라 할 수 있을 것이다.<sup>4)</sup> 김창엽 교수는 우리나라의 의료제도가 미국식 시장형, 영국식 공영도 아닌 기형적 의료체계라는 점을 지적하면서 이러한 의료제도의 근본적 문제점이 의료 갈등의 근본적 원인이라고 주장하였다.<sup>5)</sup>

현행 국내의 의료보험 제도는 국가 주도의 영국식에 가까운 면이 많으나, 우리나라 의료에서 민간이 차지하는 비율은 90% 이상으로 실 상황은 인프라와 제도간에 코드가 맞지 않는다. 일견 제도만 본다면 국민 전체를 포괄하는 국가 주도의 보험 제도가 있을 뿐 기타 민간 보험 등은 허용하지 않기때문에 영국식 제도에 가까워 보인다. 정부는 병원비, 진료비, 그리고 약품비 등 중요한 대부분의 사안을 결정해 준다. 또한 환자 의뢰 제도를 강제화하여 모든 환자는 일차진료기관에서 진료를 받아야만 3차 병원에서 진료를 받을 수 있다. 그런데, 영국식 제도와 결정적으로 다른 부분이 있으니, 바로 의료인프라와 운영에 필요한 정부의 재정 지원이 지극히 미약하다는 점이다. 결국 한국의 의사들은 정부의 엄격한 규제를 준수하면서, 개인 대출로 시작한 의원의 경영을 책임져야 하는 '긴 상황'에 처해 있는 것이다.

영국의 의사들은 정부가 지어준 병원에서 정부가 주는 급여를 받으며 환자들을 돌보면 된다. 미국의사들은 일반 기업과 마찬가지로 자신의 능력으로 사무실을 열고, 시장 원리에 의하여 환자를 유치하여 수익을 창출하고 있다. 그런데, 한국의사들은 한푼의 정부지원도 없이 자신의 능력으로 병의원을 개설하지만, 정부가 마련한 의료보험이라는 엄한 감시자밑에서 환자를 진료해야 한다.

거시적 사회정의의 관점에서 보면 한국의 의료제도는 아주 적은 비용으로 대부분의 국민에게 최소한의 의료를 제공한다는 점에서 어느 정도 성공을 거둔 것 처럼 보인다. 그런데, 좀 더 깊이있게 들여다보면, 우리의 의료보험은 보험의 근본 이념과도 매우 동떨어진 제도임을 알 수 있다. 우리가 해마다 수십만원씩 자동차보험료를 내는 것은 불의의 사고에 대한 일종의 대비책이다. 그런데, 우리가 매달 내는 의료보험료는 중병에 걸렸을 때 충분한 보상은커녕 진료비 할인을 위한 회원제도쯤에 불과하다. 초음파 검사나 MRI 등 필수적인 검사들은 전혀 보험 혜택을 받을 수 없으며, 중환자실의 하루 치료비는 몇 백만원에 이르기도 한다. 심지어 치료비 지불을 보증할 만한 보호자없이는 응급환자의 치료조차 거부당하기 일쑤이다. 사실 원래적 보험의 의미에 충실하려면, 감기나 배탈같은 간단한 질병은 일반수가로 지불하고, 중병에 걸렸을때나 응급실에서는 국가에서 100% 치료비를 지불해주는 것이 옳다. 그런데, 이렇게하면 보험이 보장하는

4) 김일순, N 포선. 새롭게 알아야 할 의료윤리. 서울:현암사;1993. pp 230-233.

5) 의료제도의 왜곡과 정부의 책임- 김창엽, '시장' 과 '복지' 가 뒤범벅된 기형적 의료체제가 '과국' 불렀다, 주간조선 2000년 8월 24일자. pp 18-20.

진료행위건수가 적어져서 우리 정부의 '적은 비용으로 생색내기'가 불가능해지는 것이다. 아무튼, 이렇게 불합리한 의료 환경은 필연적으로 기형적 의료행태를 초래하게 된다. 정부는 부족한 보험재정을 보전하기 위하여 의사들의 진료행위에 대한 규제와 감시를 더욱 더 강화하게 되고, 의사들은 경영자의 입장에서 환자유치와 진료행위 창출로 수입을 올리는데 몰두하게 되는 갈등적 상황이 빚어지는 것이다. 강한 윤리관으로 무장된 의사가 아니라면, 지나치게 낮게 책정된 의료수가하에서 더 낮은 수입을 올리기 위해서 더 많은 검사를 시행한다거나 환자를 필요 이상으로 더 자주 병원에 오게 하게 하고픈 유혹에 쉽게 빠질 수 밖에 없는 것이다.

## 2) 질병중심 의학의 한계

19세기 말 서구 열강의 침략과 때를 같이하여 국내에 유입된 서양의학은 일제에 의한 강압적인 식민지배하에서 전통의학과 접촉점을 찾지 못한 채 빠르게 주류의학으로 자리잡게 되었다. 질병보다는 사람에 관심이 있고 증상자체를 없애기보다 인체의 조화를 추구하는 전통을 뒤로하고 과학적 병인론에 집착하는 서양의학이 아주 짧은 시간 동안 한국 의료의 중심에 자리하게 된 것이다. 그런데, 전염병과 외과적 질병의 퇴치에 탁월성을 인정받던 서양의학이 각종 성인병과 스트레스성 질환 등에 대하여 그 한계를 들어내기 시작하였다.

현대의학의 진정한 효능에 대한 의구심은 본고장인 서양에서도 이미 제기되기 시작하였다. 일찍이 이반 일리히가 현대의학의 한계와 역기능을 속속들이 파헤친 적이 있다. 하지만 일리히의 책이 발표될 무렵인 1970년대의 한국사회는 아직 광범위한 의료 소외계층이 있었고, 일부 계층에만 한정된 의료보험이 막 시작될 무렵이었으므로 이반 일리히의 주장을 한국 사회에 적용하기에는 무리가 있었다. 그런데 불과 몇 십년만에 우리 사회의 의료문제는 의료의 공급 과잉과 첨단 기술의 오남용 심각해지면서 일리히의 분석은 철저하게 맞아들어 가고 있다. 보험재정이 바닥을 드러낼 정도로 의료의 공급은 넘쳐나고 있으나 국민들의 삶의 질이나 건강수준이 과거보다 나아진 것 같지는 않다. 또 복제기술과 같은 첨단 생명공학은 생명에 관한 사회의 보편적 가치관과 윤리관을 급격하게 무너뜨리고 있다. 현대의학의 폐해에 대한 주장 중에는 다음과 같이 극단적인 것도 있다.

"오늘의 의학은 죽을 사람을 살려놓고 산 사람을 죽이게 하는 등 자리 바꿈의 역할만을 하고 있을 뿐 인류에게 아무런 공헌도 하고 있지 않다는 생각이 든다. (중략) 병을 치료한 만큼 새로운 병을 만들어 내고.. (중략) 영혼의 병, 마음의 병까지를 생각하면 의학은 아무런 공헌도 한 것이 없다."<sup>6)</sup>

6) Ivan Illich, Limits to medicine, Medical Nemesis: The Expatriation of Health

국내에서는 '병원이 병을 만든다'라는 제목으로 1980년대에 번역 출간되었다 (형성사/박홍 규역)

7) 김진국. 의료의 위기와 의사들의 선택. 생명과 의료 20호 2002. 2

8) 계간 철학과 현실 2.001 가을호(철학과 현실사)중에서 송항룡 '과학문명을 생각해본다' 중에서(김진국의 글 중에서 재인용)

이러한 발언은 의사들을 몹시 분노하게 하겠지만 숲을 보지 못하고 나무만 바라보는 치료중심의학에 대한 냉철한 비판이기도 하다. 진정한 건강이란, 질병을 퇴치하는 것만으로 달성될 수 있는 목표는 아니었다. 건강한 사람을 더 건강하게 하고, 질병 발현 이전의 상태에서 다시 건강상태로 돌아가게 하는 건강증진의 개념이 더해져야 완전한 건강에 더 가까워 질 수 있는 것이다.

그런데, 이렇게 날카로운 지적들이 더 나은 체계로 발달하기도 전에 돈냄새를 맡은 상업주의의 손길에 오염되는 징조가 나타나고 있다. 방문판매, 인터넷 판매 등을 통한 각종 건강관련 보조식품들의 호황은 질병치료에만 머무르던 제도권 의료의 허점을 교묘히 파고들어 일약 대성공을 거두고 있다. 많은 환자들이 '당뇨치료제'보다도 '당뇨환자가 먹으면 좋다는 식품'을 구입하는데 돈을 아끼지 않고 있다. 문제는 이러한 건강증진 개념의 식품들의 효능이 전혀 검증되지 않은 상태라는 것이다. 더 큰 문제는 이러한 사이비건강관련상품들에 무관심으로 일관하던 의사들중 일부가 최근 대체의학, 보완의학이라는 그럴싸한 용어를 앞세워 역시 돈벌이의 도구로 이들을 이용하고 있다는 점이다.

필자는 대체의학(혹은 보완의학) 자체를 부인하는 것이 아니다. 현대의학의 한계는 아직은 근거가 희박하지만 경험과 전통에 바탕을 둔 민간요법들로도 상당부분 극복될 수 있으리라 믿고 있다. 의사들의 바람직한 태도는 그러한 시술들의 이론을 세우고 효과를 입증하여 이들을 제도권 의료행위로 아우르려는 것이어야 한다. 그런데, 이러한 노력은 뒷전이고 환자들에게 인기가 있겠다 싶으면 효과에 대한 확신이 없어도 대체의학이라는 이름으로 버젓이 행해지는 작금의 작태가 염려스러울 뿐이다. 이에 비하여 또 하나의 제도권의학인 한의학은 일찍이 질병의 치료보다는 환자의 건강을 보(補)한다는 개념의 약(藥)으로 국민들에게 한 걸음 더 가까이 다가서 있는 셈이다. 최근 한의대의 인기가 서양의학을 가르치는 의과대학을 추월하고 있는 것은 이러한 시대적 흐름의 반영일 수 있다.

## 대한민국 의사들의 도덕성과 전문직 윤리

의사는 누가 뭐라해도 대표적인 전문직종이다. 전문직(profession)과 전문가(professionals)는 다르다. 프로 골프 선수는 분명 전문가이다. 하지만, 전문직은 아니다. 어떤 직종이라도 자신의 분야에서 일가를 이룬 사람은 그 분야의 전문가라 할 수 있다. 하지만, 전문직에게는 기능적 탁월성만으로는 부족한 무언가가 있다. 전문직은 상당한 수준의 지적(intellectual)인 요소와 동종의 전문직 종사자들에 의하여 지식이 전수되고 일정 수준 이상에 도달해야만 독점적인 권한을 부여받는다라는 점에서 여타 직종과 구별된다. 일단 전문직으로 인정받게 되면 상당한 수준의 자율성이 보장된다. 물론 이러한 자율성과 독점권은 그에 걸맞는 책임을 요구한다. 이러한 조건들이 충족되어야 비로소 전문직이라 할 수 있고 전문직이라는 명예를 얻을 수 있는 것이다.<sup>9)</sup> 이러한 기준을 만족시키는 직종에는 의사, 간호사, 변호사, 장교, 교수 및 교사 등 몇몇 직종이 있을 뿐

9) 김일순, N 포선. 새롭게 알아야 할 의료윤리. 서울:현암사:1993. pp 50-51.

이다.

전문직이 가져야하는 기준은 크게 두 가지가 있다. 첫째는 능력 기준(*instrumental standards*)이다. 이 기준은 의사로서 또는 판사로서 충분한 지식과 기술을 갖고 있는가에 대한 것이다. 이는 비교적 우리에게 익숙한 기준으로 면허제도를 통하여 보장되는 것이다. 두 번째 기준은 가치 기준(*value standards*)이다. 정보와 기술에 있어서 일방적인 열등관계에 있는 환자들이 의사에게 자신을 완전히 맡기려면 의사라면 기본적으로 자신의 이익이나, 혹은 제삼자의 이익이 아닌, 환자를 위한 최선의 진료를 할 것이라는 믿음이 전제되어야만 한다. 나치 정권하에서 별다른 양심의 가책없이 인체 실험을 시행한 독일의사들의 문제는 능력 기준은 충족하지만, 가치 기준에는 미치지 못한 연고에 의한 것으로 볼 수 있다.<sup>10)</sup>

그렇다면 현재 대한민국의 의사들은 이러한 기준을 얼마나 충족할 것인가? 안타깝게도 의과대학이나 병원에서의 수련과정에서 의사라는 전문직에 걸맞는 가치 기준을 습득할 수 있는 기회는 매우 적은 것이 현실이다. 날마다 새롭게 업데이트되는 새로운 정보와 기술을 습득하는데 대부분의 시간을 소모하고 있다고 해도 과언이 아닌 것이다. 따라서, 요즈음 의사들의 능력과 실력은 이전에 비하여 월등하게 향상되었으나, 불행하게도 가치 기준은 함량미달일 가능성이 높다. 뒤늦게나마 최근 의과대학마다 의료윤리, 의료와 사회 등 인문학적 강좌들이 속속 개설되고 있는 것은 다행한 일이라 하겠다. 그렇다고해서 필자의 선후배이자 동료들인 대한민국 의사들의 가치 기준이 처음부터 돈만 밝히는 장사꾼이나 사기꾼 수준과 비슷할 것이라고는 생각하고 싶지 않다. 신문이나 방송에 심심치않게 등장하는 의사들의 비리관련 기사는 전문직의 윤리관을 미처 습득하지 못한 채 배출된 의사들과 그들을 유혹하는 의료환경의 합작품이라 보는 것이 옳다. 물론 일차적인 책임은 능력 기준으로만 의사를 배출한 기성 의료계가 져야한다. 하지만, 도덕적으로 중간자적인 의사들로 하여금 소신진료, 양심진료를 하기보다는 과잉진료, 편법진료, 수익중심 진료를 하고 싶도록 만드는 왜곡된 제도와 구조에도 상당부분 책임이 있다고 본다.

## 이땅에서 누가로 살아가기

예수님의 공생애 사역의 상당부분이 병자를 고치고, 슬픔당한 이를 위로하고, 죽은 자를 살리는 치유 사역에 집중되었다는 사실은 기도의사들에게는 커다란 위로와 도전이 된다. “내 이웃이 누구오니아까?”라는 율법사의 물음에 대한 예수님의 답변이었던 선한 사마리아인 이야기는<sup>11)</sup> 이 땅에서 기독의사로서의 삶이 어떠해야 하는지를 잘 함축하고 있는 사례이다. 어려움에 처한 이웃에게 ‘이르러’(come where the man was), ‘불쌍히 여겨’(took pity on), ‘돌보고’(saw), ‘이 사람을 돌보아주라 부비가 더 들면 돌아올 때 값으리라’(follow-up care)고 당부하는 사마리아인의 모습은 의사의 마음가짐이 어떠해야 함을 보여준다.<sup>12)</sup> 친구약 성경 전체를 통하여 일관되게 나타나는 율법의 핵심

10) 김일순, N 포선. 새롭게 알아야 할 의료윤리. 서울:현암사;1993. p 52.

11) 눅 10: 30-37.

은 '내 이웃을 내 몸과 같이 사랑하는 것'<sup>13)</sup>이었고, 말씀 그대로 예수님은 고아와 과부, 세리와 창기, 각종 병든 자들의 친구요 치료자의 삶을 사셨다. 국내에서는 장기려 박사님을 비롯한 많은 기독교인 의사들이 이러한 가르침을 몸소 실천하여 불신사회에 잔잔한 감동을 주었고 지금도 다일천사병원, 호스피스 시설, 장애자나 미혼모 시설, 외국인 노동자 진료 등을 통하여 소외된 이웃을 이름도 빛도 없이 섬기는 기독교의료인들이 있다. 이러한 개인적 노력들은 물신주의로 어두워진 의료계내에서 신선한 자극이 되고 있다.

그런데 이러한 개인적 섬김과 병행해서 잘못된 제도와 관행을 고치려는 노력 또한 대한민국의 누가들이 마땅히 지고 가야할 십자가이다. 소외된 이들을 향한 봉사와 섬김으로 하나님의 사랑을 실천하고 있다면, 불의한 의료환경에 저항하며 더 정의롭고 공평한 의료환경을 추구하는 일은 하나님의 정의를 실천하는 일이다. 인권이 유린되고 말살 되려는 상황에서 하나님의 정의를 깨우치고 회개를 촉구함으로써 인권을 되살리려 하였던 구약의 선지자들이나<sup>14)</sup>, 범죄 현장에서 붙잡힌 창기에 대한 군중들의 분노 가운데에서 창기의 친구를 자처하신 예수님,<sup>15)</sup> 늘 이방인과 어린아이의 편에 서셨던 예수님의 태도<sup>16)</sup>는 약한 자의 편에서 정의를 실천하시는 하나님의 마음을 보여준다. 또한 추수할 때 나그네와 과부를 위하여 이삭줍기를 금하셨던 구약의 율법은<sup>17)</sup> 오늘날 사회보장 제도의 기본이 되는 성경적 온정주의(paternalism)라고 할 수 있다. 예수님은 가장 무력하고 병든 자들, 불구자와 장애자들에 대한 동정과 배려를 아끼지 않으셨으며, 또한 개인 개인에게 무한한 가치를 부여하셨다.

한국의 대표적인 기독교사 단체인 누가회내에는<sup>18)</sup> 젊은 기독교인 의사들을 중심으로 '밝누모'(밝은 의료사회를 위한 누가들의 모임)라는 모임이 결성되어 성경적 의료정의를 의료사회에 접목시키기 위한 활발한 활동을 하고 있다. 이들은 의료대란 당시에 용기있는 메시지와 리베이트 받지 않기 운동, 정직한 세금 신고 운동 등을 통하여 기존 의료계에 새롭고 신선한 바람을 일으키고 있다.

한편, 이렇게 눈에 보이는 사역보다 더 중요할 수 있는 것은 늘 한결같이 자신의 동네 의원을 지키며 한 사람의 환자도 예수님을 대하듯 사랑과 성실로 진료하는 작은 누가들의 삶일 것이다.

## 진정한 프로페셔널리즘의 회복을 위하여

의료는 건강을 위한 하나의 수단에 불과하므로 더 넓은 차원에서는 국민의 건강이라는 차원에서 문제를 보는 것이 더 정확할 수 있다. 세계 보건기구가 제정한 그 유명한 건강의 정의에 의하면 건강은 질병이나 쇠약함이 없을 뿐만 아니라 육체적, 정신적, 사

12) 생명의료윤리(한국누가회 문서출판부, 1998) pp. 20-31. 김민철, '성경적 의료윤리'.

13) 레 19:18, 막 12:31-33.

14) 미 3:1, 8, 9. 암 5: 7, 15, 24.

15) 요 8:1-11.

16) 마 18: 1-5, 19: 13-14.

17) 레 19:9.

18) 한국누가회 홈페이지(www.kcmf.or.kr)

회적으로 완전한 안녕 상태를 말한다고 한다. 만약 건강에 관한 지극히 이상적인 정의를 심각하게 받아들인다면, 의사들은 엄청난 책임감을 느껴야 할 것이다. 즉, 한 나라의 의사들은 국민의 육체적, 정신적 건강뿐 아니라 건강을 위협하는 온갖 사회문제들을 다루어야 할 것처럼 보이기 때문이다.<sup>19)</sup> 그러나, 이는 단지 헛된 상상에 불과할 뿐 전혀 현실적이지 않다. 건강을 위협하는 전쟁, 기아, 환경오염, 전염병 관리 등에 대한 대비는 정부와 국민 전체의 몫이다. 육체적 정신적 안녕도 역시 의사의 책임영역에만 머무르는 것이 아니다. 가족간의 갈등, 사업의 실패, 과로, 과식, 운동부족 등 의사 혼자 힘으로는 해결해 줄 수 없는 요소들이 즐비하기 때문이다.

한 나라의 의료제도는 이러한 다양한 요소들 중에서 핵심적인 인프라라 할 수 있다. 따라서, 의료제도에 대한 논의야말로, 정부와 시민단체, 의료계가 집단의 이기심을 내려놓고 대승적 자세에서 머리를 맞대고 논의하며 함께 만들어가야 할 백년대계가 아닐까 싶다. 이 제도의 형식과 내용이 어떠하던지, 대전제는 대한민국 의사들이 상업주의의 유혹에 전문가적 이상을 포기하지 않고 진정 환자를 위한 고민만 할 수 있는 환경을 만들어내야 한다.

싫든 좋든 무대 한가운데서 집중적인 조명을 받고 있는 의료계 역시 뼈를 깎는 자성의 노력을 시작해야 할 것이다. 과학지상주의, 질병중심의 비인간적 진료행태를 반성하고 더욱 인간적이고, 윤리적인 의사를 양성하기 위한 대대적인 프로그램의 개혁이 의과대학과 수련병원에서 불일 듯 일어나야 한다. 남들은 알아주지도 않는 의권만 주장할 것이 아니라 국민의 건강에 대한 요구와 권리를 먼저 헤아리고 함께 고민해야 한다. 비윤리적 행위를 일삼는 축정이 의사들을 가려내어 징계하는 자체 정화기능을 시급히 마련하여, 땅에 떨어진 신뢰를 회복해야 한다. 돈과 안전이 인생의 목표인 것처럼 여겨지는 이 시대의 도도한 흐름속에서, 의사를 존경하지는 않지만, 그래도 다른 직업보다 안정적이고 돈 걱정은 안해도 된다는 이유로 의과대학이 최고의 인기를 누리는 헤프닝을 속히 종식시켜야 한다. 재물에 욕심이 있는 사람은 사업가, 탐구심이 많은 사람은 과학자, 의협심이 강한 사람은 경찰이나 판사가 되기 위해 자신의 길을 가게 해야 한다. 의과대학에는 최고 성적은 아니더라도 따뜻한 심성과 섬김의 기쁨을 아는 젊은이들만이 고민하며 문을 두드리는 대한민국을 진짜로 보고 싶다.

-정유석님-

90년 서울의대 졸 가정의학과 전문의  
 현 단국의대 가정의학과 및 의료윤리학과 부교수  
 금연강연 및 금연클리닉 운영 전문가로 [www.xsmoke.net](http://www.xsmoke.net) 운영

19) 김일순, N 포선. 새롭게 알아야 할 의료윤리. 서울:현암사;1993. pp 53-54.