

의·치·한의학 간 분쟁에 관한 역사적 고찰

연세대학교 치과대학 치의학교육연구센터

김준혁

ABSTRACT

A Historical Consideration of Dispute Among Physicians, Dentists, and Korean Medicine Doctors

Dental Education Research Center, College of Dentistry, Yonsei University

Junhewk Kim, DDS, Ph.D, MBE

Until recently, dentistry did not show notable social conflicts with other medical professionals. This means that conflicts did not surface as medical doctors took the dominant position even though areas of intervention have been overlapped. The recent conflict between medical professionals, which began with clashes in the area of oral and maxillofacial surgery, have been embodied in the Supreme Court ruling on the use of Botox by dentists and the court ruling on the use of oral devices in oriental medicine. We look discuss at each case in detail to seek a solution to the problem of interprofessional conflict. We present professional duty of self-development and interprofessional education as a way to resolve disputes between medical professionals, which would be a major problem in the future of dentistry and medicine.

Keywords : Interprofessional conflict, Professionalism, Interprofessional education

Corresponding Author
Junhewk Kim
Dental Education Research Center, College of Dentistry, Yonsei University
50-1, Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul, Korea
E-mail : mole0619@yuhs.ac

I. 서론

상당히 오랜 기간 회자한 의사와 한의사 간 갈등과 달리, 최근까지 치과의사는 타 영역 의료인과 갈등을 빚고 이것이 사회적으로 드러나는 일은 많지 않았다. 이것은 치과의사가 타 영역 의료인과 협력 관계를 잘 유지해 왔다는 것을 의미하지 않는다. 오히려, 조선말 전래한 서양 치의학이 일제강점기를 거쳐 제도화, 교육화한 이후, 해방공간에서 치의학은 의학과 수렵과 갈등 사이에서 고민했다. 대표적인 예가 의학과 치의학의 단일 제도를 목표로 1947년 전개한 의치일원화 운동이다. 그러나 이 운동은 실패로 돌아가고, 이후 의학과 치의학은 별도 영역을 확보했다. 이것은 두 영역이 대등한 처지에서 각자의 진료영역을 추구했다기보다는, 의학이 더 포괄적인 진료 범위를 담당하고 제도, 기관 직제상 의과가 상위에 있다는 인식에 따라서 확립된 분리였다. 따라서, 진료영역이 겹치지 않는다고 해도 의과가 지배적 위치를 점하는 상황이 지속하면서 갈등은 표면화되지 않고 내부 불만으로 지속하였다고 보아야 한다. 반면, 한의학은 치의학 영역의 배타성은 오랫동안 인정해 왔다.

그러나 이런 상황은 최근 급변하였고, 갈등은 표면화했다. 대표적인 사례로 구강악안면외과의 발전에 따른 영역 충돌이 있다. 구강악안면외과가 담당하는 악안면 부위 외과적 수술이 기존 이비인후과에서 맡던 부분과 일부 겹친 데다가, 양악수술이 대중화하면서 이 부분을 담당한다고 주장하던 성형외과와도 충돌한 것이다. 그러나 이 경우는 서로 자신의 영역을 정당화할 근거가 충분했기에 법적 분쟁으로까지 이어지진 않았다.

그러나 2010년 들어 치과는 의과, 한의과와 진료영역을 놓고 법적 분쟁을 벌였다. 의과와 벌인 분쟁으로 보톡스 사례가 있다. 이 사례의 경우, 치과의사가 미용 목적으로 보톡스를 사용하는 것이 부적절하다며 의학계가 치과의사를 기소하였다. 한편, 한의과와 벌인 분쟁으로는 구강내장치 사례가 있다. 이 경우, 한의사가 기존 치

과 영역으로 인식되어 온 턱관절 질환 치료를 한의학 영역에서 다룰 수 있다고 주장하며 치과의 배타적 영역이라고 여겨진 구강내장치를 활용하면서, 대한치과의사협회(이하 치협)에 의해 고발당한 사건이었다.

본 논문에서는 의·치·한의학 사이에서 벌어진 갈등을 역사적으로 접근하기 위해, 일제강점기 살바르산 사건과 해방 이후 의치일원화 운동을 개괄한다. 다음, 최근 벌어진 보톡스 논쟁과 구강내장치 사용 논쟁을 법·제도적, 윤리적 차원에서 고찰하여 의·치·한의학 갈등의 현재를 살핀다. 마지막으로, 이 갈등을 효과적으로 봉합하는 방법은 결국 교육학적 노력에 있다고 보고, 상호전문직 교육(interprofessional education)을 치과대학 및 의학계열 학과에서 실현하기 위한 필요조건과 문제, 제언을 확인하려 한다. 따라서 논문의 목적은 현재의 의료전문직간 갈등을 확인하고, 이를 봉합하고 협력으로 나아가기 위한 방향을 고찰하는 데 있다.

II. 연구방법

역사적·제도적 문제를 고찰하였으므로, 본 논문은 문헌 고찰을 통해 연구 문제에 접근하였다. 해당 내용을 논한 문헌이 다수 존재하지 않는 상황이므로, 탐구 문헌은 체계적 고찰 방법에 따르지 않고 연구자가 설정한 문제 의식을 바탕으로 적절한 문헌을 선정하는 이차 문헌 분석(secondary literature analysis) 방법을 활용하여 기존 문헌을 요약하고 여기에서 시사점과 필요한 내용을 추출하였다.

구체적으로, 치의학사에 관한 내용은 『대한치과의사학회지』에 실린 논문과 관련 서적을, 최근의 법적 분쟁에 관한 내용은 신문 기사와 법조문, 판결문을 통해 문제를 정리하고 고찰과 시사점을 파악하였다. 마지막으로, 고찰 부분에서 논한 상호전문직 교육에 관하여는 필요성은 제기되고 있으나 여러 문제로 아직 국내에서 시

행되고 있지 못하므로, 이미 교육을 시행하고 있는 외국 의 문헌을 탐색하여 교육의 방향성과 문제점, 제언을 파악하였다.

III. 연구성적

1. 살바르산(Salvarsan) 사건¹⁾

매독(syphilis)은 콜럼버스 원정 이후 퍼지기 시작한 감염성 질환으로, 오랫동안 치료 방법을 알지 못했다. 당시 세균, 감염 등에 관한 지식이 전혀 없던 의사는 환부에 수은 증기를 쬐는 등으로 매독을 치료하려 했고, 치료는 커녕 부작용으로 해당 조직이 괴사하거나 환자가 사망하기도 했다.

1908년 노벨 의학 생리학상을 수상한 파울 에를리히(Paul Ehrlich)는 오랜 실험 끝에 매독 치료제인 살바르산 606(Salvarsan 606)을 발견했다. 당시 매독 치료를 위해 처방되던 수은염과 달리 비소 유기 화합물인 살바르산은 몸에는 해를 끼치지 않고 매독스피로헤타(*Treponema pallidum*)만 죽이는 최초의 화학요법제였다. 비록 트리파노소마 등 다른 세균에는 큰 효과를 거두지 못했지만, 항생제 개발을 촉진하는 계기가 되었으며, 에를리히가 쓴 표현 “마법의 탄환(magic bullet)”은 항생제가 가져온 의학의 놀라운 변화를 표현하는 은유로 오랫동안 남았다. 살바르산은 매독 말기 환자에 잘 듣지 않았으나, 결국 1940년 페니실린이 등장하면서 인류를 오랫동안 괴롭혀 온 매독의 마수는 끝이 났다.

1927년 전라남도 여수에 개업하였던 치과의사 우스 이 쓰네히데(臼井常英)는 매독으로 인한 치조농루 치료를 위해 살바르산을 주사했으며, 이 행위가 의사법을 위반하였다고 하여 고발당했다. 당시 의사 측은 의사와 치과의사 업무 범위가 명백히 구별되어 있으므로 내·외과적 원인의 질환은 치과 영역에서 발생했다 하더라도 치

료는 의사의 일이라고 주장하였으며, 치과의사는 치과적 치료에 꼭 필요한 행위에 죄를 묻는 것은 불가하다는 견해를 내비쳤다.

1, 2심에서 치과의사 업무 범위를 벗어날지라도 필요한 수단을 마련하여 수행한 것은 의사 영역 침범이 아니라고 하여 무죄가 선고되었다. 고등법원은 원판결을 파기하고 사실심리를 진행하여 경성제국대학 의학부 교수 히로타 야스이(廣田康)와 동경제국대학 의학부 스즈키 마사오(都築正男)에게 감정을 의뢰하였다. 연기를 거듭하던 선고 공판은 1933년 12월 18일 구강매독은 전신 질환이므로 치과의사는 구강매독의 치료 권한이 없다고 판단, 살바르산 주사를 놓은 치과의사에게 백 원의 벌금 형이 선고되었다. 해당 사건은 일본에서 사전 판례를 찾을 수 없었으며 의사와 치과의사의 치료 범위에 관한 의견 차이를 보여준 최초의 사건이었다.

치의학의 진보, 역사적 유래 등을 고찰하여 볼 때 치과의사 측은 매독으로 인한 치조농루가 발생했을 경우 살바르산 주사를 놓는 것은 타당하다고 주장했다. 이는 구강과 전신이 엄격하게 분리할 수 없는 하나의 신체에 속하는 것임에도 임의로 의과와 치과 영역을 나눈 데서 나타나는 어쩔 수 없는 현상이며, 그 해결책 또한 각 전문분야의 진료영역과 허용 술식에 대한 제도적 판단에 따른다. 이를 단순히 의학과 치의학이 양분될 수 있는 체제라고 생각하거나 과학적인 판단으로만 결정된다고 말하는 것은 잘못이다. 무엇보다, 직역 이기주의를 타파하고 각 전문분야의 지식과 직능을 향상하며 환자와 사회를 위한 실천은 어떠해야 하는지 그 방향을 놓고 깊은 고민이 필요하다.

2. 의치일원화 운동

일제강점기 일본의 통제하에 있던 의료제도는 해방 이후 큰 변화를 목도했다. 치과의료 제도도 예외는 아니었으며, 해방공간 치과의료의 혼란을 해결하기 위해

움직였던 것은 치과의사였다. 1945년 12월 일단의 치과의사는 조선치과의사회를 임의단체로 창립했으며, 이는 남한 전체의 치과의사를 대표하는 단체였다²⁾. 이 단체는 해방기 치과의료 제도를 정비하는 데 혁혁한 공을 세웠으나, 경성치과대학전문학교가 국립서울대학교로 편입할 것인가의 문제를 놓고 나뉘게 되었다. 한편, 1947년 5월 산하조직으로 조선치과대학회가 창립되어 연구를 위한 노력도 기울이었다. 조선치과의사회는 치무 행정 부활과 국민 구강보건향상을 위해 노력했으며, 이후 1949년 대한치과의사회로 개칭하였다. 단체는 의치일원화 운동을 전개하고 '구강과'로 명칭변경을 위해 노력했다. 이는 치의학을 학문 분야의 하나로 확립하고 의과 주도의 의료제도 안에서 진료영역을 확보하기 위한 노력이었다. 또한, 치과의사의 지위를 향상하기 위한 운동이기도 했다. 여기에서 특기할 점은 이들이 구강학(stomatology)으로 나아가야 함을 주장했다는 것이다. 구강학이란 현재 한국이 받아들인 미국식의 치의학(dentistry) 체계와는 달리, 치의학의 의학의 일부로 놓고 의사가 이후 전문 과정 수련을 통해 치과의사가 되는 것을 가리킨다.

이런 배경에서 의치일원화 운동은 의사와 치과의사로 이원화되어 있는 제도를 일원화하는 개혁을 추구했으며, 치과를 의학의 전문과목으로 편입시키고자 했다. 해방기의 의치일원화 운동이 처음은 아니었고 이미 일제강점기 말 1942년에도 의치일원화 운동이 벌어진 적이 있었으나, 개업가 반대로 무산된 전력이 있었다. 1947년 5월 조선치과의사회 제2회 정기총회는 「의치일원화에 관한 건」을 채택하고, 1947년 6월 「의치일원촉성위원회」를 결성했다. 이듬해인 1948년 치과의사와 의사의 서명을 받아 법제처장에게 제출하는 데에 이르나, 1949년에 들어서면서 운동은 동력을 잃고 결국 실패하게 되었다. 이것은 당시 정부, 국민, 의사 모두 치과의사의 역할에 관한 인식이 부족했다는 점, 의사 일반이 영역을 빼앗길 것이라며 경계한 점에 크게 기인한다. 더하여, 당시

해방 정부는 의료제도 정비까지 해낼 여력이 없었다. 더구나, 치과계 내부의 반대에 부딪힌 점도 실패의 원인이었다. 우선, 여러 개업의는 치과와 치과의사 자체의 승격을 중요하게 여겼다. 의학에 치의학이 포함된다고 하여 치과의사 일반이 의사로 받아들여지지 않을 것이라는 생각이 있었고, 의학에 포함되면 치의학 발전이 저해할 것이란 우려 또한 상당 부분 작용하였다.

3. 최근 의치한 갈등

전술한 것처럼 2010년대에 들어 의치한 간 법적 분쟁이 나타났다. 여기에서는 보톡스 사례와 구강내장치 사용 사례를 놓고 판례와 여파를 통해 의료전문직간 갈등의 문제를 고찰한다.

1) 치과의사-의사 갈등: 미간 보톡스 시술

2011년 10월 7일 한 치과의사가 치과병원에서 보톡스 시술법을 이용, 눈가와 미간의 주름 치료를 하여 면허된 것 이외의 의료행위를 하였다는 내용으로 기소되었다³⁾. 1심, 2심은 눈가와 미간이 치과의사의 진료 범위인 치아 주위 및 악안면 부분 시술에 해당하지 아니함을 들어 의료법을 위반하였다 하여 피고인에게 유죄를 인정했다. 그러나, 2016년 7월 21일 대법원은 “환자의 안면 부인 눈가와 미간에 보톡스를 시술한 피고인의 행위가 치과의사에게 면허된 것 이외의 의료행위가 아니다”라고 보고 원심을 파기하였다.

여기에서 쟁점은 우선, 의료법 제27조 제1항이 언급하고 있는 “면허된 의료행위”의 내용과 범위는 무엇인가이다⁴⁾. 눈가와 미간 부위를 치료하는 것은 치과의사에게 부여된 면허의 범위 내에 속하는가? 또한, 여기에서 “면허된 것 이외의 의료행위”를 판단하는 기준은 무엇인가? 의료법은 의료행위를 “의학의 전문적 지식을 기초로 하는 경험과 기능으로써 진찰·검안·처방·투약 또는 외과수술 등을 하는 행위”로 규정하고 있다. 그렇다면, 눈가와

미간 부위를 치료하는 것은 전문적 지식을 기초로 하고 있는가? 더하여, 범위를 정함에 있어 조항은 “시대적 상황에 맞는 합리적인 법 해석”에 맡긴다고 하고 있다. 그렇다면, 고려해야 할 시대적인 상황은 무엇인가?

대법원이 판결함에 있어서 중요하게 다룬 부분은 구강악안면외과 전공 영역의 확립이다. 1994년 구강악안면외과로 명칭을 변경한 해당 전공은, 이후 전공의 수련 교과과정을 결정하는 데 있어서 안면 부위의 수술 및 처치 또한 전공 분야의 영역으로 설정하고 이에 관한 교육을 할 것을 규정하였다⁵⁰. 즉, 구강악안면외과 수련 과정에 안면미용성형에 관한 내용이 포함되어 있으므로, 눈가와 미간 보톡스 시술은 해당 분야의 전문적인 지식을 기초로 하고 있다는 것이다. 이에 더하여 대법원 다수의 견은 의학과 치의학이 학문적인 원리가 같으므로, 치의학에서 충분한 교육과 수련이 이뤄지고 있다면 시술을 막을 근거가 부족하다고 보았다.

그러나, 해당 판결은 만장일치로 결정되지 않았으며, 이에 반대의견을 주목할 필요가 있다. 의료법은 의사와 치과의사의 면허를 명확하게 구분하고 있는바, 의학과 치의학의 학문적 원리가 같다는 것은 영역을 중복으로 할당할 근거가 되지 않는다는 것이다. 의사와 한의사 사이 학문적 원리를 범위의 주요한 구별기준으로 제시하였다 하여 이를 치과의사에게도 적용할 수 없고, 오히려 의학과 치의학이 원리, 방법론에서 질적으로 다르지 않으므로 담당 영역을 설정하고 이를 상호 인정할 필요가 있다는 것이다. 또한, 면허 범위는 실증적 판단이 아닌 규범적 판단을 따르며, 따라서 진료영역은 치의학과 구강보건의 정의에 따라야 한다. 이 정의가 변경되지 않았으므로, 수련 교과과정에 해당 내용이 포함되었다고 하여 이를 진료 범위 결정의 근거로 활용할 수 없다는 것이다.

즉, 미간 보톡스 시술을 놓고 벌어진 치과의사와 의사 간 갈등은 두 전문직의 진료영역 설정을 놓고 논의를 진행하였으며, 결과적으로, 각 영역의 배타성을 주장하는 규범적 의견보다 해당 분야에서 교육이 이뤄지고 있

다면 해당 진료를 충분히 수행할 수 있다고 보는 실증적 의견이 힘을 얻었다. 치과의사는 안면, 미간 보톡스 시술을 허가받게 되었으나, 이는 치의학에서 배타적으로 시행하던 처치나 방법 등을 다른 영역이 자신의 전문성을 가지고 수행하는 경우 막을 방법이 없음을 시사하는 결정이기도 했다. 그 결과는 구강내장치 사용을 놓고 치과의사와 한의사 사이에서 법적 분쟁이 벌어졌을 때, 한의사가 구강내장치를 사용할 수 있다는 판결로 이어졌다.

2) 치과의사-한의사 갈등: 구강내장치 사용

2013년 9월, 1999년부터 2013년까지 환자를 대상으로 턱관절 장애와 관련된 기능적 뇌척주요법을 시행해 온 한의원 원장을 대한치과의사협회가 의료법 위반으로 고발하였다⁷⁾. 1심은 치료행위 및 장치 사용을 정당한 것으로 판결하였으며, 2, 3심은 모두 원심 확정판결을 내렸다. 여기에서 기능적 뇌척주요법이 신의료기술로 등재되지 않았음에도 홈페이지에서 이를 광고한 것에 관해서만 한의사의 책임이 인정되었다.

문제는 턱관절 치료를 치과의사만의 진료영역으로 제한할 수 있느냐는 진료 범위 설정에도 있지만, 더 나아가 의료 장치 사용 가능성을 결정하는 요인은 무엇인가라는 더 큰 범주의 질문을 위 사례가 제기하고 있다는 것이다. 해당 전문직 내에서 의료 장치 사용 여부는 임상적 안정성과 유효성을 중심으로 판단하였으며, 의료윤리적 고려는 환자나 해당 전문직, 사회에 위해를 끼칠 가능성이 있는지를 물었다. 그러나, 이런 고려사항이 별개의 전문직에도 적용 가능한가? 특히, 치의학과 한의학과 같이 두 영역이 상호 배타적인 것으로 여겨져 온 경우에도 위 기준을 적용할 수 있는가?

또한, 위 범주를 적용하지 않는다고 해도 장치가 사용되는 위치에 따라 판단을 내릴 수 있을 것이며, 처음 한의학에서 구강내장치를 사용한다는 것이 문제가 된 것도 위 기준에 따른 것이다. 한의학에서 사용한다고 하는 ‘의료용 누르개’와 치의학의 ‘교합안정장치’가 구강 내에 적

용되는 것으로 그 설계나 작용 위치가 같다면, 두 장치는 같은 것인가? 아니면 한의학은 전혀 다른 이론을 바탕으로 하고 있으므로, 비록 설계나 작용 위치가 같다고 해도 두 장치는 별개의 것으로 인정되어야 하는가?

여기에서 고려해야 할 사항은, 앞서 살펴본 안면-미간 보톡스 사례와는 달리 구강내장치가 한의과대학의 표준 교육과정에 속해있지 않는다는 것이다. 그러나, 치의학에서도 표준화된 진료 기준이 아직 설정되지 않았다는 문제도 있다. 따라서, 판결은 다수 의료인이 진료할 수 있는 영역을 특정 의료 영역으로 제한하는 것은 의학 발전을 저해할 수 있다는 것을 근거로 하여 한의학의 구강내장치 사용을 허용하였다. 그렇다면 여기에서 질문을 던져야 한다. 의학 발전을 추동하는 것은 경쟁인가, 아니면 전문가적 배타성인가? 시장우선주의적 관점을 지녔을 때 의학 발전은 경쟁으로 인해 비롯된다고 답할 것이다. 그러나 전문직업적 계약주의를 우선하는 경우, 의학 발전은 경쟁으로 인해 초래되는 것이 아니다. 의학은 전문직이 사회의 다른 영역에서 얻거나 접근하기 어려운 전문 지식을 바탕으로 배타적 수행을 인정받고 이를 강화하기 위한 소속 성원의 질적 유지와 지식 향상의 의무를 부여받는다. 전문직업적 발전은 경쟁이 아닌 전문가적 의무에 기반을 둔 책임에서 기원한다고 볼 수 있는 것이다. 그렇다면, 영역 한정을 특정 의료 영역으로 제한하는 것이 의학 발전을 저해한다는 대법원의 판결을 그대로 수용할 수 있을까?

IV. 총괄 및 고안

1. 치의학의 고유성

이전처럼 치의학은 결코 타 전문직과 별다른 갈등 없이 지내는 분야라는 평가를 더는 고수할 수 없는 상황이 되었다. 치의학은 전문직간(interprofessional) 의학

과 한의학의 도전을 받고 있으며, 전문직내(intraprofessional) 치과 의사와 치위생사의 직능 구분이라는 문제를 안고 있다. 이는 앞으로 많은 사회적, 제도적 갈등을 유발할 것이라는 점은 앞선 사례에서 충분히 확인하였다. 더불어, 앞서 제기한 사례는 더 큰 문제를 치과 의사에게 제시하고 있다. 과연, 치의학은 배타적인 영역일 수 있는가? 기존 치의학이 독점하고 있다고 생각하던 영역, 예컨대 구강내 수술을 여전히 치과 의사 고유의 영역으로만 주장할 수 있을까?

이 질문은 소위 4차 산업혁명이 제기하는 전문직 위치의 문제와도 연결되고 있다. 일반적인 평가에서 치의학은 인공지능과 로봇으로 인해 대체되기 어렵다는 평가를 받고 있다. 이는 구강내 작업을 로봇이 대신하기 어려워서가 아니라, 구강 내에서 치과 의사가 수행하는 처치의 경우 로봇으로 대체할 만큼 투자 대비 수익이 확보되지 않는 영역이기 때문이다. 내과 의사를 대체하기 위해선 환자가 자신의 현증을 제시하고, 여기에 실험실 검사와 영상 자료 등을 종합하여 진단과 치료계획, 투약 등을 결정할 수 있는 알고리즘을 개발하는 것으로 접근할 수 있다. 실패한 것으로 여겨지고 있으나 왓슨 온콜로지(Watson Oncology)가 이미 그런 시도를 시작했으며⁹⁾ 완전한 대체는 불가능하더라도 부분적으로 이런 시도는 계속 이어질 것이다. 치과 의사를 대체하는 로봇을 개발하기 위해선 천문학적인 액수가 들지만, 그에서 얻을 수 있는 수익이 그만큼이라고 보기는 어렵다.

그러나, 수술은 다르다. 구강암 수술이나 임플란트 수술 등을 수행할 수 있는 로봇수술 장비는 이미 마련되어 있다⁹⁾. 더하여, 로봇수술 영역은 의사가 수행한 수술 자료를 그대로 모을 수 있는, 의료 영역에서 데이터 수집에 최적화되어 있는 분야다. 이미 다빈치 등 의료수술용 로봇 업체는 그동안 이뤄진 수술 자료를 축적하고 있으며, 이를 임상 개선을 위해 활용하는 방법을 찾고자 노력하고 있다¹⁰⁾. 구강내 수술 영역 또한 같은 방식으로 접근 가능한바, 이를 치과 의사만이 수행할 수 있는 영역이라고

보는 것은 단절이다.

그렇다면, 시대의 변화 앞에서 치의학이 고유한 영역을 주장하고 그 안에서 발전을 이루기 위해선 어떻게 해야 하는가? 그것은 구강내장치 사례에서 확인한 것처럼, 치의학의 발전이 시장에 기반을 둔 경쟁 논리가 아닌 전문직업적 책임의 논리를 통해 이뤄진다는 주장을 강화하는 것과, 의·치·한 등 의료 계열 전문직간 상호 이해와 협력을 추구할 방안을 마련하는 데에 있다. 후자는 상호 전문직업성(interprofessionalism)이라고 하며 최근 전 세계적으로 주목을 받고 있다. 이것이 치의학의 고유성과 발전에 일익을 담당하는 이유와 그 방안에 관해서는 별도의 절에서 논의하기로 하고, 여기에선 우선 전문직업적 책임의 논리에 관해 좀 더 살펴보도록 하자.

1) 전문직업성과 책임

의료인의 전문직업성이란 의료인을 “전문직이게끔 하는 정신이나 이데올로기”를 의미한다¹¹⁾. 전문직업성 개념에서 여전히 노블레스 오블리주(noblesse oblige), 즉 높은 사회적 신분에 상응하는 도덕적 의무를 떠올리는 이들이 많다. 그러나 전문직에 속하는 것이 높은 사회적 신분을 의미하지 않으며, 비록 전통사회에서 고숙 성장기로 이어지는 한국 근대사에서 전문직에 속하는 것이 신분 상승과 동일시되었다 해도 이런 인식은 앞으로도 계속될 수는 없을 것이다.

현대 전문직업성은 사회계약설에서 비롯한다. 사회계약설이란, 자유로운 개인이 가상의 계약을 맺어 사회를 구성한다는 기본 틀을 지닌 여러 이론을 포괄적으로 지칭하는 표현이다. 여기에는 토머스 홉스(Thomas Hobbes)와 장 자크 루소(Jean-Jacques Rousseau)의 사회계약설이 대표적인 논의 기반으로 제시되지만, 현대 사회를 설명하기에는 적절하지 않다. 따라서, 본 논의에서는 존 롤스(John Rawls)가 『정의론』(A Theory of Justice)에서 정식화한 사회계약설을 그 기본으로 삼는다¹²⁾. 간략히 살펴보면, 롤스는 원초적 입장(original posi-

tion)을 제안하여 사회 구성원이 제도에 합의하는 과정을 가설적으로 설정하였다. 원초적 입장이란, 사회 구성원 각자가 자신이 속한 사회에 관한 정보 없이(무지의 베일, the veil of ignorance) 제도를 합의하는 자리에 나오는 것을 가리킨다. 이런 상황에서, 이들은 자신이 어떤 사회에서 어떤 위치에 속할지 모르는 두려움 속에서 약자에게 가장 많은 이득을 보장하는 제도를 선택한다고 보는 주장한다. 더불어, 이렇게 결정된 제도는 공정하며, 사회를 이루는 인간은 정의를 희구하므로 제도 결정 절차가 이렇게 이루어짐이 합당하다는 주장을 『정의론』은 제시하고 있다.

이때, 우리는 각 개인이 어떤 식으로 합의를 할지에 관한 개괄적인 틀을 생각해 볼 수 있다. 사회에 속한 두 개인이 어떤 문제를 놓고 제도적·정치적 결정을 내려야 할 때, 각자는 공동 이득(common goods)을 확보하는 방향으로 나아가야 한다. 이는 공동 이득이 개인의 이득에 우선되기 때문이 아니라, 각자가 어느 위치에 속할지 모른다고 가설적으로 가정했을 때, 두 사람이 최선의 방식으로 합의할 수 있는 방향이기 때문이다. 여기에서 사회계약적 개인이 맺는 결정의 책임이 발생한다. 개인은 결정을 내림에 있어, 공동 이득을 확보할 수 있는 방향으로 결정을 내려야 한다.

이를 다시 의료 전문직에 적용해 보자. 의료 전문직은 사회에서 어떤 위치를 점하고 있는가? 이들은 배타적 교육을 통해 신체와 그 치료에 관한 지식을 독점했다. 사회는 이를 독점이라고 보고 이들이 지닌 지식을 분산하는 대신, 이들에게 지식과 실천의 독점을 면허로 인정하는 대신 그에 상응하는 책임을 부여한다고 보는 것이 전문직업성의 계약주의적 관점이다. 여기에서 의료 전문직은 자율성, 독점권, 신뢰, 적정 의료제도 도입, 합당한 보상을 사회에 요구하며, 그 대신 능력 보장, 이타주의, 도덕성과 진실성, 공익 증진, 투명성, 책임, 자기 규제를 요구받는다¹¹⁾. 여기에서 의료 전문직의 의무가 복무하는 공동 이득은 환자와 전체 시민의 건강을 보호하고 사회

전체의 보건의료를 향상하는 데 있다.

정리하면, 의료 전문직은 독점과 자율성을 보장받는 대신 직업적 탁월성과 발전, 규제를 그 의무로 지닌다. 이 의무는 전문직 개인의 성품이나 도덕적 자질에서 나오는 것이 아니라, 상호성과 공정 계약의 조건에서 발생한다. 사회 구성원으로서 각자는 공동 이익을 우선하도록 합의한 것으로 가정하며, 의료 전문직 또한 건강 보호와 보건의료 향상을 목표로 학문과 개인 발전을 위해 노력해야 한다.

2) 책임과 전문직의 발전

그렇다면, 전문직의 발전은 경쟁을 통해서 이뤄지지 않는다. 물론, 경쟁이 발전을 가져오는 하나의 동력임을 부정하고자 하는 것은 아니다. 그러나, 무조건 경쟁과 시장 논리를 모든 직업의 발전 동력으로 삼는 것은 짧은 것은 늘리고 긴 것은 자르는 프로크루스테스의 침대와 같다. 의료 전문직의 경우도 경쟁이 발전의 동력이 될 수 있는가? 여기에 부정적인 답변을 내놓는 이유는 다음과 같다.

첫째, 의학은 그 과학적 기반을 제공하는 의과학과 달리 실천적 학문이다. 그리스어는 프락시스(Praxis, 실천)를 테오리아(theōria, 관상), 포이에시스(poēsis, 제작)과 구분한다³⁾. 아리스토텔레스의 구분에 따르면, 관상을 통한 논증으로 구성하는 에피스테메(epistēmē, 학문지), 제작의 기법인 테크네(technē, 기술지)와는 달리 실천에 관한 지식인 프론네시스(phronēsis, 실천지)는 프락시스에서 나온다. 이때, 이것이 실천에 관한 지식이므로 윤리적 차원을 포함하게 된다. 즉, 실천이란 그 자체로 규범성을 포함하고 있음을 의미한다.

행위자 간 경쟁을 통해 발전 가능한 학문적인 지식이나 기술적 지식과 달리, 그 자체 윤리성을 포함하고 있는 실천적 지식의 경우 타인과의 경쟁은 발전을 가져오긴커녕 오히려 그 실천을 저해할 수 있다. 이것이 대표적으로 드러난 예를 한국 치과계는 일인 일개소 법(의료

법 제33조 제8항)과 관련한 논의와 결정 과정에서 목도한 바 있다. 가격 인하와 네트워크식 운영을 통한 인력의 중앙집중식 관리가 한국 치과의료의 발전을 가져왔는가? 이는 시장 논리에서 본다면, 온당한 경영 방식이자 경영의 새로운 전략이다. 그러나, 이는 전문직의 실천을 엄밀하게 살피지 않은 귀결이며, 전문직의 발전을 위해 경쟁을 도입하는 것이 어떤 위해를 가져오는지 보여준 실례라 하겠다. 이런 사건이 치과계에서 의료윤리를 요청하는 이유는, 의학이라는 실천이 그 자체로 윤리적 차원을 포함하고 있으며 그 행위를 구성하는 요건으로 삼기 때문이다.

둘째, 의료의 경우 경쟁이 오히려 환자에게 위해를 가져올 수 있다. 대표적인 예가 의료광고로, 의료광고의 경우 전달하는 내용이 명확하기에 일반 기업에서 활용하는 브랜드 이미지 제고 등을 그 전략으로 활용하기 어렵다. 결국, 의료광고는 의료 기관이나 의료인, 시술, 약품 등에 관한 정보전달의 차원을 강조하게 되는데¹⁴⁾, 여기에서 경쟁은 타 광고와의 차별성을 위해 자신의 강점을 부각하게 되며 이는 결국 저렴한 비용이나 주관적일 수 있는 의료 시술 등의 효과를 과장하는 등 과대광고로 이어지는 결과를 초래한다. 과대광고는 환자를 오도하여 불필요한 시술을 유발하고 의료비용을 증가시키며 환자에게 과도한 기대를 품게 하는 등 부작용을 지니므로, 국내는 의료광고 심의 제도를 운용하여 이런 위험을 줄이도록 하고 있다.

그렇다면, 의료의 경우—그 제공하는 서비스가 기본적으로 같은 내용이라고 할 때—경쟁은 무슨 의미를 지니는가? 특정 의료 기관이나 의료인이 신의료기술이나 개입 방법을 도입하여 완전히 다른 처치를 제공하지 않는 한, 의료인이 환자에게 제공할 수 있는 것은 기본적으로 같다. 이를 놓고 경쟁한다는 것은 개인의 특정 요소를 부각하거나 부수적인 요인을 제공하는 데서 이뤄지며, 이는 위에서 살펴본 의료광고 경쟁의 문제와 같은 차원에 놓인다. 따라서, 의료서비스의 경쟁은 비록 환자 서비

스를 개선할 수 있을지는 모르나, 그것은 의료 자체의 발전이라고 보기는 어렵다.

따라서, 의료의 발전에서 경쟁을 강조하는 것은 바람직한 방법이 아니다. 오히려 본 논문은, 위에서 살핀바 전문직업적 책임이 요구하는 자기 발전의 의무를 기본으로 삼아야 한다고 주장한다. 장비나 약품의 발전에선 경쟁이 그 역할을 담당할 수 있으나, 의료의 발전은—이는 환자-의료인의 상호작용을 기반으로 하여 환자에게 회복을 가져오는 의료인의 행위 일반의 개선과 확장을 가리킨다—전문직이 공동 이익을 확충하기 위한 개인적·집단적 노력으로 달성될 수 있으며, 달성되어야 한다.

이는 당위적인 주장을 넘어 일상에서 관찰 가능하다. 수많은 의료 술식은 경쟁이 아닌 환자를 더 잘 보고자 했던 수많은 선학의 노력으로 인해 탄생했다. 우리는 임상에서 선배들의 노력을 보고 배웠으며, 이를 다시 우리의 손으로 구현하기 위해 노력하고 몰두한다. 이것이 의료의 발전을 추동하는 동력이다. 최근 의료 계열 학과를 중심으로 절대평가 제도를 도입하려는 노력이 이뤄지고 있는 것은, 학생들이 졸업하여 경쟁을 통해 발전하는 것이 아니라 상호 협력과 책임을 통해 발전한다는 인식을 의학교육학이 도입하고 있기 때문이다⁵⁾.

3) 전문직의 발전과 전문직 간 갈등

즉, 최근 여러 사례가 보여준 것처럼 전문직 간 갈등이 발생했을 때, 시장과 경쟁을 근거로 하여 모든 전문직에게 모든 영역을 허용하는 것은 바람직한 접근법이 아니다. 이는 구강내장치를 놓고 한의사와 치과의사 간 벌어진 갈등에서 대법원이 내린 판결이 잘못되었다는 것이 아니라, 그 판결 근거가 부적절함을 의미한다. 이는 보톡스를 놓고 벌어진 의사와 치과의사 간 갈등에도 마찬가지로 살펴봐야 할 요소가 있음을 의미한다. 이 영역 갈등에서, 답을 내놓기 위한 논거는 무엇이었으며 그 논거는 무엇에 기반을 두고 있는지를 명확히 살펴야 한다.

보톡스 사례의 경우 구강악안면외과 영역이 이미 안

면성형미용을 그 분야의 교육내용으로 삼고 있음을 그 근거로 하였기에 무리가 없다는 주장은, 그렇다면 분야의 교육내용을 확충하기만 하면 모든 영역이 허용될 수 있다는 주장으로 이어질 수 있다. 따라서, 이 주장은 2016년 대법원판결에서는 타당할 수 있지만, 이후에도 반복될 수 있는 소지의 것은 아니다.

오히려 중요한 기준은 다음과 같다. 어느 시술 또는 처치를 해당 영역 고유의 것으로 인정하거나 인정하지 않는 것이 해당 영역 발전에 이바지하는가? 또한, 그 결정은 사회의 공동 이익에 복무하는가? 이 질문에 얻는 답에 따라 결정은 달라져야 한다. 예컨대, 한의학이 구강내장치를 사용하는 것이 해당 영역 발전에 이바지하며 건강 보호와 보건의료 향상에 유의미하다면 이는 허용될 수 있다. 그러나, 이것이 오히려 건강을 저해하거나 보건의료를 위협할 가능성이 있다면 허용되어서는 안 될 것이다.

문제는, 이 두 질문을 판단하기 위해서, 공정한 판단자가 필요하다는 것이다. 의료 지식은 해당 분야 바깥에 있는 자가 알기 어려움을 기본적으로 가정하고 있으며, 사회계약적 접근은 이를 의료 전문직과 사회가 맺는 계약의 기본으로 설정함을 확인하였다. 해당 영역에 관해 잘 알지 못하는 자가 공정한 판단자가 될 수 있는가에 관해서는 여러 이견이 있을 수 있으나, 그럴 수 없다고 보는 일반적인 견해는 타당성을 지닌다. 그렇다면, 현재 요청되는 것은 갈등이 있는 두 전문영역의 상호 이해이다. 상호 이해가 없이 이뤄지는 갈등은 더 나은 결과를 맺기 위한 일시적 혼란과 역동보다는, 오히려 반목과 질시만을 증폭시킴을 우리는 경험해 왔다.

즉, 전문직 상호 간 이해를 도모하기 위한 접근이 필요하며, 이를 상호전문직업성 개념을 통해 살펴보고자 한다.

2. 상호전문직업성

1) 전문직간 협력의 필요성

그동안 “구강은 전신 건강의 창”이라고 하여, 구강 영역에서 발생한 문제나 구강에서 검사 가능한 것을 통해 전신질환을 확인코자 하는 노력은 지속해서 있었다¹⁶⁾. 이런 노력은 그 가치를 인정받아야 하며, 치의학이 그 고유성과 전문성을 인정받는 하나의 방법이 될 것이다. 그러나, 이런 치의학의 의화화와는 달리 최근 전문직간 협력이 필요함을 주장하는 문헌이 등장하고 있으며 이는 전체 의료비용 감소의 수단으로 협력을 제시한다¹⁷⁾. 가치 중심 의료(value-based care)는 행동 경제학적 논의를 적극적으로 수용하여, 환자와 의료인이 특정 건강 관련 결과(outcome)를 달성하면 인센티브를 제공하여 환자와 의료인의 건강 행동을 유도하려 한다¹⁸⁾. 여기에서, 독립적으로 치과 보험이 운영되는 미국 의료 환경에서, 의과와 치과의 통합적 접근은 전체 의료비용을 감소시키는 수단이 될 수 있을 것으로 기대받고 있다¹⁹⁾. 구강 질환의 초기 진단을 위해 일차 의료 의사(primary care physician)에게 구강 검진 요령을 가르치는 것은 비용 효율적이며 저소득층의 치과 의료 접근성을 향상할 것으로 기대되고 있다. 이는 치의학의 저변을 넓히는 효과 또한 가져온다. 기존 의학이 치의학의 부수적인 영역으로 생각하여 치의학을 그 하위 영역으로 보고 있었다면, 오히려 치의학이 의사에게 구강 건강과 질환에 관한 정보를 제공하고 요청하는 협력자로 자리매김하는 역할을 할 수 있는 것이다.

의료 기술과 진료가 발전하면서, 점차 영역을 명확히 분간하기 어려운 사례는 점차 증가할 것이다. 이때 매번 법정 다툼을 벌이는 것도 하나의 선택지임을 부정할 수는 없다. 그러나, 이에 관해 전문직 사이 공동의 논의가 필요한 시점이 된 것은 사실이다. 문제는, 논의를 위한 상호 이해가 절대적으로 부족하다는 것에 있다.

2) 상호전문가 교육

여기에 대한 답으로 제시되고 있는 것이 상호전문가 교육이다. 초기 의학교육학에서는 이를 의과대학, 치과대학, 간호대학 등 의료 계열 학생이 함께 팀을 이뤄 학습할 수 있도록 수업을 구성하고 진행하는 것으로 정의되었다²⁰⁾. 이때, 서로가 일차 진료나 보건 영역에서 서로의 차이와 공통점을 깨닫고 협력하는 것을 학생 때 연습해 나가도록 하여, 추후 상호 협력을 마련하는 기초로 작용할 것을 기대한다. 그러나 한 연구에 의하면, 팀을 이뤄 진행되는 수업이 오히려 학생들 간의 갈등을 부각하는 역할을 한다는 보고가 있다²¹⁾. 직제 간 위계, 사회적 영향, 문화적 차이에 대한 고려 없이 그저 같은 장소에 있는 것이 학생들의 협력을 고취하지 않는다는 것이다.

따라서 상호전문가 교육에 관한 최근의 종합 보고서는 일관성을 가지고 이 교육과정에 헌신해 온 교사가 절대적으로 필요하며, 학생 교육과정에서 타 집단과의 차이를 성찰할 수 있는 과정을 구성해야 함을 주장하고 있다²²⁾. 개별 영역이 각자의 지식을 통해 내린 결론을 가져와서 전체가 합의하는 방식 대신, 전체적인 ‘건강’의 측면에서 어떻게 협력하여 업무를 조직하고 논의할 것인지에 관한 고민이 절실하다.

V. 결론

최근 증가하고 있는 전문직 간 갈등 사례는 이슈만 있고 이를 해결하려는 의지를 찾아보기 힘든 대표적인 영역 가운데 하나이다. 역사적, 현실적 고찰을 통해 전문직 간 갈등이 지금 우리에게 던지는 질문을 확인해 보았으며, 갈등을 놓아두는 것이 아니라 여기에서 각 전문직이 어떻게 쇄신할 것인지를 위 고찰을 통해 확인해 보았다. 점차 영역 간의 구분이 흐려질 것으로 보이며 사회는 이런 구분이 흐려지는 것을 용인하는 방향으로 나아가고 있다고 할 때, 치의학에서 이 문제를 어떻게 접근할 것인지

지에 관해 고민하는 것은 앞으로 어떤 방향으로 나아갈지를 결정하는 데에 있어서 중요하다.

본 논문이 제시한 것은 두 가지다. 첫째, 이런 전문직 간 갈등에서 문제를 시장우선주의적 관점으로 접근하면 안 되고, 전문직업성적 책임의 관점으로 접근해야 한다. 시장우선주의는 경쟁을 우선하여 전문직 간 갈등이 오히려 의학과 공중 보건 발전에 도움을 줄 것이라고 가정한다. 그러나, 건강 문제에 점차 다학제적으로 접근해야 하는 현실점에서 이런 갈등 유발 전략은 위해하다. 각 전문직은 자신을 발전시킬 책임을 통해 발전해 왔고, 이는 앞으로도 전문직을 타 직역과 구분하는 데에 있어서 중요한 요소다. 전문직 간 갈등 또한, 각 전문직이 자신의 영

역에서 최선의 노력을 기울일 수 있도록 그 제도적·문화적 결정을 내려야 한다.

둘째, 전문직 간 갈등 해결을 위해선 상호 이해가 절실하나 아직 교육이 이런 내용을 다루고 있지 않기에, 상호 전문가 교육이 필요하다. 그러나, 이런 상호전문가적 접근은 지금까지 특정 전문직이 중심이 되어 상대방을 포섭하려는 움직임이었을 뿐, “상호적”이라고 부르는 데는 한계가 있었다. 이를 해결하기 위해선 제도 변화와 교육학적 노력이 모두 시도되어야 하며, 이를 위해 학교와 치의학계 모두 관련 논의를 적극적으로 전개해야 한다.

참 고 문 헌

1. Lee HJ. The First Conflict Between Medicine and Dentistry in Korea, Searching in the Dong-A Ilbo Article. *Korean Journal of the History of Dentistry* 2017;36(2):7-28.
2. Lee JY. The Formation and Development of Korean Modern Dental System. 2007. Hye-Ahn.
3. Supreme Court of Korea, Decision of 21 July 2016, 850Do2013.
4. Medical Service Act 2010 (Kr) 27 s1.
5. Notification No. 2003-62 of the Ministry of Health and Welfare.
6. Notification No. 2012-158 of the Ministry of Health and Welfare.
7. Kang EJ. Respecting Legal Decision, But "Validity and Safety-ness Is Not Agreeable". *Daily Dental* Dec 6, 2018 [cited Feb 10, 2020]. Retrieved from: <http://dailydental.co.kr/mobile/article.html?no=104716>.
8. Lee KY, Kim J. Artificial Intelligence Technology Trends and IBM Watson References in the Medical Field. *Korean Medical Education Review* 2016;18(2):51-57.
9. Coutré L. Drilling into the Future of Robot-Assisted Dentistry. *Modern Healthcare* Sep 25, 2019 [cited Feb 10, 2020]. Retrieved from: <https://www.modernhealthcare.com/technology/drilling-future-robot-assisted-dentistry>.
10. Hashimoto DA, Rosman G, Rus D, et al. Artificial Intelligence in Surgery: Promises and Perils. *Annals of Surgery* 2018;268(1):70-76.
11. Korean Society For Medical Ethics. *Textbook of Medical Ethics*, 3rd Ed. 2015. Jung-Dam Media.
12. Rawls J. *A Theory of Justice*. 2009. Harvard University Press.
13. The Compilation Committee of The Encyclopedia of Political Science. *Encyclopedia of Political Science*. 2002. Academida Research.
14. Kim J. Ethical Investigation of Preliminary Review of Medical Advertisement. *Bio, Ethics and Policy* 2018;2(1):103-120.
15. Bloodgood RA, Short JG, Jackson JM, et al. A Change to Pass/Fail Grading in the First Two Years at One Medical School Results in Improved Psychological Well-Being. *Academic Medicine* 2009;84:655-662.
16. National Institute of Dental & Craniofacial Research. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. 2000. US Public Health Service, Department of Health and Human Services.
17. Lee JS, Somerman MJ. The Importance of Oral Health in Comprehensive Health Care. *JAMA* 2018;320(4):339-340.
18. Conrad DA. The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health Services Research* 2015;50(S2):2057-2089.
19. Mertz EA. The Dental-Medical Divide. *Health Affairs* 2016;35(12):2168-2175.
20. Parsell G, Bligh J. Interprofessional Learning. *Postgraduate Medical Journal* 1998;74(868):89-95.
21. Paradis E, Whitehead CR. Louder than Words: Power and Conflict in Interprofessional Education Articles, 1954-2013. *Medical Education* 2015;49(4):399-407.
22. Hall LW, Zierler BK. Interprofessional Education and Practice Guide No. 1: Developing Faculty to Effectively Facilitate Interprofessional Education. *Journal of Interprofessional Care* 2015;29(1):3-7.