

의사 평생교육의 국제적인 동향과 한국 의사의 질 향상방안

이 무 상

연세대학교 의과대학, 의학교육학과

1. 국제 동향과 국제 표준화

일반적으로 기능직은 술을 기술직은 술과 기를 사회에 제공하지만 이를 지속하기 위하여서는 계속하여 평생 동안 교육과 자기개발이 필요한데, 전문직에게는 여기에 더하여 연구와 개발이라는 과제가 더해지는 것으로 구분한다. 이러한 전문직의 일반특성에 더하여 사회에서 법(法)과 도(道)를 더 요구하면서 높은 자율이 허용되는 직종이 바로 특수 전문직이며, 그 대표적인 직종이 의사이다. 따라서 의사에게 평생교육은 필연이며, 다만 자율의 정도에 관한 문제만 남는다. 지금까지는 의사의 평생교육(CME, continuing medical education ; CPE, continuing professional education ; CPD, continuing professional development)에서는 어느 직종보다도 성인교육이라는 관리적 특징이 강조되면서도 자율성이 우선시되고 존중되어 왔으나 최근에는 강제되는 것이 국제적 동향이고 추세이다.¹⁾ 즉, 이러한 강제 추세에 있는 의

사의 평생교육은 모든 국가에서 의사들의 교육과 연구에 대한 욕구 증가와 변화, 의과학과 의료기술의 혁신적 발전과 변화, 임상활동 형식(practice style)의 변화, 국가의 보건의료 공급형식의 재구성으로 인하여 지속적으로 변화되고 강화되고 있는 것이다.²⁾

이렇게 강화되고 있는 의사의 평생교육에 관한 국제적 총론적인 규범은 WFME(World Federation of Medical Education)가 1984년부터 작업하여 발표한 Edinburgh 선언(1988)을 기점으로 해서, WHA(World Health Assembly) 결의안 42.38(1989), 의학교육 정상회담의 권의서(1993), WHA 결의안 48.8(1995) 등의 과정을 거치고, 다시 수년간의 연구와 협의 끝에 금년도 WFME 학술대회에서(2003.3, Copenhagen)에

- 1) Partnerships for Health Reform, Technical report No. 11 ; International comparative review of Health Care Regulatory systems, October 1997
- 2) Abrahamson S, et al, Continuing Medical Education for Life : Eight Principles, Academic Medicine 74(12);1288-1294, Dec, 1999

* 이 원고는 2003년 9월 3일 대한의사협회 주최의 "의사 연수교육 발전방안 대토론회"에서 발표한 것을 정리한 것임을 밝혀둔다.

서 발표된 "Continuing Professional Development of Medical Doctors : WFME Global Standard for Quality Improvement"이라고 하겠다. 이 규범적 표준은 금년도 WHA 년차 총회의 승인과 WHO 및 WMA(World Medical Association) 그리고 각국의 인준을 거쳐서 국제적인 최종 표준지침이 될 것이다.³⁾

이 WFME 표준 규범과 미국 및 일본을 비롯한 많은 나라에서 말하는 의사의 평생교육에 관한 교육학적인 논리와 영역은 대동소이하다. 즉, (1) Mission and Outcomes, (2) Learning Methods, (3) Planning and documentation, (4) The Individual doctor, (5) CPD Providers, (6) Educational Context and Resources, (7) Evaluation of Methods and Competencies, (8) Organization, (9) Continuous Renewal라는 영역과 명분은 대동소이하다. 물론, 국가간에 의학 교육 체계와 면허 및 자격의 관리의 행정 체계에 따르는 차이 때문에 면허나 자격 유지에 관한 재인증에 관한 사항에서는 차이가 있다. 그러나 교육학적인 명분과 당위 및 방법은 거의가 동일하기 때문에 국가간 차이가 없으나, 행정적 관리에서 평생교육의 질을 확보하고 또한 대외적인 신뢰성을 확보하기 위한 노력으로 평생교육 공급자에 대한 신임과 인증(accreditation for provider), 의사 직을 얼마간 떠났던 사람이 다시 그 직으로 되돌아 올 때에 재인증(relicensure)을 요구하는 절차와 과정도 국가간

약간 차이가 있지만 이를 매우 중요시한다는 점에서는 거의 같다.

II. 외국의 예

의사의 평생교육에 관한 교육적인 당위와 명분 및 원리는 거의 같지만, 평생교육에 대한 행정관리는 두 가지로 나누어지고 각각에는 약간의 차이가 있다. 즉, 의사면허와 전문의 자격의 관리와 인증에서 차이가 있다. 먼저 의사면허 관리측면을 살펴서 보면, 역사적으로 의사의 평생교육을 의무보수교육 개념으로 도입한 것은 1947년 미국의 가정의학회가 최초이며, 여러 학회가 이에 동조하자 AMA는 1957년에는 각 교육 프로그램을 인증하기 위한 CME위원회(CACME)를 구성하고 CME 프로그램의 목적, 원칙에 관한 지침과 인정업무를 개시한다. 이것이 발전하여 1977년에는 여러 단체가 연합회(LCCME)를 구성하여 관리하다가 최종적으로 오늘날의 인증기구인 ACCME(Accreditation council for CME ; ABMS, AHA, AMA, AHME, AAMC, CMSS, FSMB 등 7개 단체와 정부 및 공익 대표 등 총 9개 대표)를 구성하여 인증업무를 시작하여서 2001년에는 674개 보수교육기관에 대한 인증업무를 하고 있다. 이 과정 중에 1970년대 이전에는 자의에 의한 소규모의 자발적인 활동으로 보수교육이 평생교육 개념으로 진행되어 왔으나 일부 주를 중심으로 1970년대 이후부터 1980년대 사이에 의무제도로 정착된다. 즉, 1972년 뉴멕시코 주에서는 지금까지 자율적으로 진행되어 왔던 보수교육을 면허갱신(relicensure)과 연관지어서 의무화하였다. 그래서 1970년대에 15개 주에서 의무보수교육제도를 도

3) WFME, CPD for Medical Doctors : WFME Global Standards for Improvement, WFME Office; University of Copenhagen, Denmark, 2003

입하였으나, 3개주에서는 입법조치 후에 시행유보 또는 폐지되기도 하는 과정을 거치는 우여곡절이 있었다. 일례로 일리노이 주는 1978년에 의무화 입법 조치가 있었으나 1983년에 폐지하였다가 다시 1985년에 다시 시행하는 과정을 거치기도 한다. 그러나 현재에는 거의 모든 주에서 이를 적용한다. 4)

전문의자격의 경우에는 재 인증에 관한 최초의 논의는 ABMS에서 1936년에 있었고, 1940년에는 자격의 시효에 관한 견해를 발표한다. 그래서 미국 가정의학회에서 1969년에 자격의 재 인증을 필수요건으로 최초로 도입하지만, 내과학회는 1973년에 자발적인 재 인증 제도를 도입한다. 그러다가 ABMS는 1973년에는 22개 학회의 전문의 자격의 재 인증의 원칙을 수용하고, 1975년에 재 인증 지침을 발간하면서 활성화된다. 5)

이 과정 중에 내과학회는 1975년에 최초로 재 인증 시험제도를 도입하고, 1982년에는 9개 학회가 재 인증 시험제도를 도입하면서, 1998년 현재 총 24개 학회 중에서 필기시험 22개 학회, 구술시험 4개 학회, 기타방법 2개 학회로 어떤 형태이던간에 각종 시험제도를 이용하여 시행 중에 있고, 그 외에도 각종 임상성과 평가방법(Assessment of Clinical Performance ; 16개 학회)과 다양한 재 인증 방법(Multiple Pathways to Recertification ; 9개 학회) 등등의 방법을 조합하여 이용하며, 전체적으로 24개 학회 모두가 재 인증 과정에 참여를 하면서 의사의 평생교육과 질 향상에 참여를 하고 있다. 그리고 1995년에는 21개 학회에서

는 전문의 자격 유효기간을 7년에서 10년으로 연장하였는데, 2000년에는 전체 24개 학회가 모두 참여하였다.

재 인증 프로그램의 과정, 방법, 결과를 내과학회를 이용하여 설명하면 다음과 같다. 과정은 자가 평가(Self-Evaluation Process), 보증 시험, 인증의 절차로 이루어져 있다. 자가 평가는 CD-ROM을 주로 이용하지만, 환자(의료사고 성적 등)와 동료평가(보수교육 참석 등)도 포함된다. 보증시험은 일반 내과학을 포함하여 13개 분야이며, 각 분야별로 객관식 60문항이다. 응시자는 자기가 원하는 분야에만 응시한다. 1년에 2회(5월, 11월)로 여러 장소에서 실시되며 재 인증 기간에는 무료이나, 기간이 지나서 응시하면 260불을 징수한다. 합격률을 보면 2001년도에는 13개 분야에 6,262명(일반 내과학 2,374명 포함)이 응시하여 92%이었고, 13개 분야 중에서 중환자 관리가 성적이 제일 저조하여 합격률이 85%이었다. 재 인증에 실패하면 의사로서는 해당 주의 규정을 지켰으면 면허는 계속하여 재 인증되므로 임상활동은 할 수가 있다. 전문의 자격은 자격이 없어진다면 의사로서의 활동에는 지장이 전혀 없지만 자기의 임상활동에 대한 대외 신뢰도가 떨어진다는 손실이 있을 수 있다. 이렇게 되는 이유는 전문의 자격은 민간자율 체제에 의하여 운영되기 때문이다. 6)

일본은 일본 의사회가 중심이 되어서 1987년부터 스스로의 노력에 의한 생애학습 추진과 자질향상을 목적으로 자율적으로 시행하여 왔었

4) <http://www.accme.org>

5) <http://www.abim.org>

6) Daugherty RM, Jr. Survey of the ABMS on Recertification. 1998

다. 그러다가 1999년부터 생애교육 또는 생애학습이란 이름으로 임상연수지정병원에 지역의료센터(국립15개, 공립11개 공익법인2개소)를 설치하여 생애교육의 장으로 이용하면서 의사면허 유지와 갱신을 전면적으로 시행하고 있다.⁷⁾

전문의 자격은 민간자율로 1962년에 마취과 학회가 마취지도의 제도의 도입이 시초이다. 1971년에는 20개 학회가 학회 인정의협의회를 구성하여 인정의, 전문의, 지도의 라는 명칭을 한 학회 내에서도 능력과 교육 정도에 따라서 다양하게 사용하면서 협의와 조정을 시작하고 내과학회가 그 중심에서 중요한 역할을 하여서 1991년에는 43개 학회가 참여를 하고, 2001년 현재 의학회 소속의 50개 학회와 기타 학회나 인정기관이 시행중인 자격까지 합하여 약 60여개가 시행 중이다. 이 학회의 전문의 자격은 학회마다 다르지만 대개가 5년 혹은 그 이상으로 규정하고 있으며, 재 인증 방법은 대개가 생애교육 참가로 평가하고 있으며, 65세 이상은 면제하고 있다.

III. 한국의 대처는 ?

국내 어느 의학자는 의학은 신토불이가 될 수 없다고 하였는데 매우 적절한 표현으로서 최근의 SARS 사태에서도 이를 경험하였다. 이런 맥락에서 의사 양성교육은 물론이고, 평생교육도 마찬가지 일 것이다. 최근 선진국 의사 사회, 특히 미국과 서구의 내과학회가 중심이 된 의사 사회에서는 **Professionalism**을 강조하는데, 여

기서도 또한 의사 평생교육의 중요성을 강조한다. 그런데 이 논의과정의 뒷면을 보면 의사라는 특수 전문직에 대한 의사 사회의 위기감이 잠재되어 있다. 즉, 옛날부터 지금까지도 있었었고, 당연하다고 믿어 왔던 공자말씀과 같은 의사로서의 바람직한 의료행위와 자세를 정리하여 Professionalism이란 이름으로 정리하고 재 포장하여 강조하는 것은 단순한 당위론의 재 강조가 아니라는 것이다. 그 배경에는 점점 다양하게 상업화 되어가는 시장 경제적 의료공급 환경에서, 더구나 유사의료(unconventional medicine)의 무분별한 증가와 상행위가 성행되어가는 환경속에서, 필연적으로 조락하여 가는 정통의사(conventional medicine)들의 사회적 지위와 자긍심을 Professionalism으로 재 강조하여 무분별한 유사의료와 차별화 함으로서, 국민보건과 의료를 보호하고 또한 의사라는 특수 전문직의 사회적인 지위와 권위 및 자긍심을 유지 고양함과 동시에 권익을 보호하고자 하는 고차원적인 접근방법이라는 인식이 있다.⁸⁾

그런데 위의 이러한 위기 상황은 우리 한국의 정통의사들에게도 이미 와있고 더 심화되고 있다는 것이 우리 의료계의 일반적인 인식일 것이다. 그렇다면 우리나라에서도 의사의 평생교육은 국민보건과 의료는 물론이고 추락하는 한국 의사의 사회적 지위와 권위의 재 고양과 나아가서 의사개인의 자긍심 및 권익보호를 위하여서라도 필요한 면이 분명히 있다고 하겠다. 즉, 우리나라에서도 한국 의사의 질 향상을 위한 방안의 모색은 필요하다. 더구나 WTO/DDA에 대한 대처는 물론이고, 현안인 경제자유구역에 대한

7) 남상요. 일본의 의료제도와 병원 경영. 수문사. 1998

8) <http://www.abimfoundation.org> 2003-08-11

대처차원, 나아가서 먼 훗날의 한반도 통일을 대비 하여서라도 한국 의사의 질 향상 방안의 재구성은 필요하고 시급한 면이 있다. 문제는 방법론이다.

장기적인 안목으로 볼 때에 앞에서 언급한 다양한 상황에 대처하기 위하여서는 특수 전문직이라는 금지 하에서 모름지기 자율에 의한 재구성과 자율에 의한 엄격한 규제가 바람직하다. 왜냐하면 국가에 의한 규제는 국제화 시대에 국익보호차원

에서 바람직하지 않고, 또한 다른 자율에 의한 권위는 자율에 의하여 쉽게 붕괴되므로 국익보호 차원에서도 민간자율이 바람직하고 의사들의 사회적 권위와 지위를 고양함에도 민간자율이 바람직하기 때문이다. 우리 의료계가 자율이라는 대전제에 합의 도출만 된다면 벤치마킹 할 수 있는 외국의 경험은 얼마든지 주위에 있기에 방안 마련은 어렵지 않을 것이다.