

졸업 후 의학교육제도의 역사성 고찰

이무상

가천대학교 의과대학 의학교육학과

Taking into Account the History of Korean Graduate Medical Education

Moo Sang Lee

Department of Medical Education, Gachon University of Medicine and Science, Incheon, Korea

During the Japanese colonial period in the Korean Peninsula, Chosun (ethnic Korean) physicians were trained in vocational clinical schools, but Japanese physicians in medical school. Therefore, the Japanese government treated the Japanese physicians as medical doctors but Chosun physicians as dealers or traders in clinical services. This colonial discriminatory policy became a habitual concept to Korean physicians. Because of these traditional concepts regarding physicians, after the colonial period, the newly established Korean government also had the same concept of physicians. Therefore, in 1952, the Korean graduate medical education system was launched under a government clearance system with the claim of supporting medical specialties as clinical dealers or clinical businesspeople. During the last 60 years, this inappropriate customary concept and the unsuitable system have evolved into medical residency training education, and then into graduate medical education. Today graduate medical education has become inextricably linked to postdoctoral work in Korean hospitals.

Corresponding author

Moo Sang Lee
Department of Medical Education,
Gachon University of Medicine and
Science, 38 Dokjeom-ro 3beon-gil,
Namdong-gu, Incheon 405-835,
Korea
Tel: +82-70-7120-7930
Fax: +82-32-421-5537
E-mail: mooslee@gachon.ac.kr

Received: June 5, 2013

Revised: June 18, 2013

Accepted: June 18, 2013

Keywords: Medical school, Graduate medical education, Residency

서 론

세계의학교육연맹(World Federation of Medical Education)은 의사양성을 위한 학교교육에 구대륙의 전통용어인 '의사교육(physician education)'보다는 기본(basic)과 의학(medical)이라는 단어를 포함한 '기본의학교육(basic medical education)'이라는 용어를 사용하고 있다. 기본의학교육은 의사교육과는 다르고, 의사양성에는 바람직한 이상(理想)이 있으며, 여러 단계가 있다는 의미일 것이다. 의사는 학문에 근거해야 하고 끊임없이 자질향상을 해야 한다는 요구를 표현하고 있는 것이다.

고대로부터 의료의 바탕은 미신과 경험적 측면이 강해서 후계양성은 도제훈련(apprenticeship)일 수밖에 없었다. 의료의 바탕은 의학이라는 과학적 학문이 된 것은 근세의 일이다. 이러한 학문으로서의 의학은 학교교육을 통해서 이루어지고, 자신의 직업적 능력과 자질을 향상, 전문화, 숙련하는 곳은 직장으로서의 병원이다. 자의로 시작한 직장 내에서의 학문에 근거한 단련(training)이 체계화되고 확산되면서 관행이 된다. 한자문화권은 이러한 관행을 수련

(한국, 修鍊), 진수(중국, 進修), 연수(일본, 研修)로 표현하여 자울의 뜻을 강조한다. 의료는 이미 의학이라는 학문이 바탕이므로 수련관행은 학문으로서의 교육과 학문으로서의 연구와 필연으로 연계된다. 그래서 수련관행이 교육의 이상을 실현하는 수련교육이 된다. 수련교육이 제도가 되고, 제도의 완성을 위해 전문의제도가 된다. 많은 경우가 그러하듯 구대륙이 만든 관행을 신대륙이 제도화한다. 관행이 전통이 되고 특성이 된다.

모든 용어에는 오랜 시간을 거치면서 자연스럽게 형성된 성질을 의미하는 역사성이 있다. 초, 중등교육과 달리 대학교육은 졸업 전(undergraduate)과 졸업 후(graduate) 교육으로 나누어진다. 1620년대에 만들어진 'undergraduate'라는 용어는 학문의 원칙과 기본을 배우는 과정이란 뜻으로 영국이 1920년대부터 재사용하게 된다. 여기의 'graduate'은 라틴어 'graduātus'에서 왔고 영어 'grade'에 해당하는 뜻이 변하여 '학위를 갖고 혼자서 갈 수 있다'는 뜻이 되었다고 한다. 대학교육의 이상을 표현한 것이다. 우리 말로는 졸업 전 교육은 학문의 원리와 기본을 교육하는 학부교육이 되고(undergraduate education), 졸업 후 교육은 학위를 갖고 혼자 갈 수 있

는 능력을 배양하는 대학원교육(graduate education)이 된다. 학부 의학교육(undergraduate medical education, UME)도 마찬가지로이다. 미국이 Flexner (1910) 이후로 의사양성기관들이 정비되면서 1920년대까지 모두가 대학의 일원이 된다. 마침 이 시기에 19세기 말부터 체계화되어 가던 수련(residency)이 일반화된다. 그리고 의과대학교육은 의료의 원칙과 기본을 배우는 첫 과정으로서 대학의 학부과정과 그 의미가 같다는 의미에서 1930년대부터 ‘학부의학교육(UME)’이라는 말을 사용한다. 그 후에 상대적인 ‘졸업 후 의학교육(graduate medical education, GME)’이란 용어가 생긴다. 그러면서 병원에서의 수련교육은 자연스럽게 대학교육의 이상을 추구한다. 의사는 의사로 성장하는 과정에서 졸업 후 의학교육이 가장 중요한 핵심과정이라는 것을 누구나 알게 된다. 그래서 원론적으로는 졸업 후 의학교육은 대학원교육과는 다르지만, 역사성에 따라 졸업 후 의학교육을 대학원교육과 똑같이 보는 나라도 있는 것이다 (Hunt, 1991).

의사교육에서 의학교육으로

서구역사에서는 도제훈련에 의한 의사양성이 중세에 학교교육으로 전환되었다고 한다. 그러나 교육(education: ‘bring out, lead forth’ 뜻의 라틴어 어원 educere에서 유래)이라는 이상이 적용된 의사양성은 근세부터이다. 의료의 바탕이 의학이라는 과학이 되었기 때문이다. 근세 초에는 중등교육을 마친 성인이 2년 직업교육으로 의사가 되었다. 우리도 조선왕조 말기 한때는 2년 교육으로 의사를 양성하였다. 미국도 학교마다 달랐지만 1860년대 전에는 2년 직업교육으로 의사를 양성하였다. 의사양성이 의학이란 학문교육이 되고 기간이 4년이 된 시기는 1870년대 이후의 일이다.

직업교육으로서의 의사교육이 제3기 교육으로 고등교육의 학문교육개념으로 발전된 시기는 나라마다 다르다. 이런 변화는 1860년대 이후로 독일과 불란서가 항상 선두주자이었다. 미국은 1910년 Flexner 보고서가 발간된 이후에 학문교육개념으로 발전하였다. 미국은 이를 계기로 450여 개의 의사양성기관을 60여 개로 정비하였다. 이같이 의사인력양성제도의 변천은 나라마다 다르다. 현재도 의사교육과 기본의학교육은 결과적으로는 동일하게 의사인력이 양성되기 때문에 혼용되지만, 엄격하게는 다른 의미이다. 그래서 나라마다 다른 역사와 사회문화적 배경 때문에 기본의학교육의 정체성에 대한 이해도 나라마다 차이가 있다. 그래서 의사양성과정에 입문하는 경우도 나라마다 다르게 나타나는데, 첫째가 중등교육 직후에 의사교육에 입문하는 경우, 둘째가 학문의 일반적 원리와 기본을 교육받는 대학의 학부교육 도중에 기본의학교육에 입문하는 경우(undergraduate-entry, 졸업 전 입문, 학사 전 의학교육), 셋째가 학문의 일반적 원리와 기본을 교육받는 대학의 학부교육을 졸업하고 기본의학교육에 입문하는 경우(graduate-entry, 졸업 후

입문, 학사 후 의학교육 등 세 가지이다(Kim, 2010).

일제 강점기의 의학전문학교는 ‘중등교육 후 직접 4년 의사교육’을 받은 경우이고, 제국대학교 의학부는 두 번째인 ‘일정 학부교육으로 기본의학교육’을 받은 경우이며, 현재의 전문대학원체제는 세 번째 경우이다. 모두 결과적으로 의사가 되지만, 첫 번째는 직업교육에 방점을 둔 의사교육이고, 나머지 두 개의 제도는 학문에 방점을 둔 기본의학교육이다. 20세기 중반에 첫 번째가 소멸되었듯이 과학발전과 평균학력의 증가로 입문제도도 계속 변하고 있다. 한편, 기본의학교육 졸업생들은 학위(degree)와 졸업장(graduation certification)을 받는다. 그런데 학위 정체성이 국가와 학교에 따라 아직도 다르다. 즉, 의사인력양성의 역사성에 따라서 학위의 성격(학술학위이나, 전문학위이나), 학위의 명칭(M.D., D.O., BMed., MBBS., MBCbB., Dr.med., etc.), 학위의 등급(학사, 석사, 박사)은 물론이고, 시기(졸업과 동시에 혹은 졸업 후에 일정 수련을 마치고 난 후)에도 다른 경우가 많다.

기본의학교육 졸업생도 의료에서의 독점적 지위와 권한을 인정하는 면허(certificat · licensure) 취득이 되어야 비로소 의사가 된다. 기본의학교육 졸업장과 학위가 곧 면허이기도 하고, 일정 경쟁 시험 또는 합격·불합격(pass-fail)시험을 거쳐야 하는 경우, 일정 훈련기간의 경과 혹은 일정 절차를 거쳐야 면허취득이 되는 등 다양하다. 의사교육이 의학교육이 되었으나 역사성은 여전히 작용하기 때문이다.

수련에서 졸업 후 의학교육으로

19세기 중반까지는 의사는 모든 의료 영역의 진료를 할 수 있었다. 19세기 후반 의학지식의 폭발적 증가와 전문적 진료에 대한 사회의 요구에 따라 의사양성기관들은 전통적인 직업교육으로서의 의사교육을 학문교육의 기본의학교육으로 전환시킨다. 기본의학교육 4년을 포용하기 위하여 다양한 대학교육제도도 창안한다. 그래도 사회가 요구하는 의사자질의 향상과 전문성 제고가 학교교육만으로는 어렵게 된다. 더 이상의 학교교육의 연장선 이미 성인이 된 학생에게는 기회비용의 손실이었고, 국가와 사회에도 큰 부담이 되었다. 의사 자신들도 학교교육만으로는 전문자질이 부족하다고 자인하게 된다. 그래서 의학적 지식이 폭증하는 19세기 후반부터 선진국인 구대륙에서는 신출내기 의사들은 병원에서 상주하며 진료 지식과 경험을 쌓는 자율적 관행이 생긴다. 이를 신대륙 신생국들이 제도화한다. 바로 1889년 미국 Johns Hopkins병원은 ‘레지던트 제도(residency, residentship)’라는 수련제도를 공식 도입하였다. 졸업 후 의학교육의 공식적인 첫 예이다. 초기 기본의학교육 졸업생들은 병원에 살며 선배 의사의 지도로 훈련을 받았다. 이 병원주민이 ‘레지던트’(초기에는 hospital resident. 그래서 중국어로 ‘住院醫生’임)이다. 물론 현재의 ‘인턴십(internship)’을 포함한다. 그런데

Table 1. Medical specialties approved by the American Board of Medical Specialties in the United States

| No. | Year | Specialty | No. | Year | Specialty | No. | Year | Specialty |
|-----|------|---------------------------|-----|------|------------------------|-----|------|--------------------------------------|
| 1 | 1917 | Ophthalmology | 9 | 1935 | Colon & rectal surgery | 17 | 1947 | Physical medicine and rehabilitation |
| 2 | 1924 | Otolaryngology | 10 | 1935 | Urology | 18 | 1948 | Preventive medicine |
| 3 | 1930 | Obstetrics and gynecology | 11 | 1936 | Internal medicine | 19 | 1950 | Thoracic surgery |
| 4 | 1932 | Dermatology | 12 | 1936 | Pathology | 20 | 1969 | Family medicine |
| 5 | 1933 | Pediatrics | 13 | 1937 | Surgery | 21 | 1971 | Allergy and immunology |
| 6 | 1934 | Orthopedic surgery | 14 | 1937 | Anesthesiology | 22 | 1971 | Nuclear medicine |
| 7 | 1934 | Psychiatry & neurology | 15 | 1937 | Plastic surgery | 23 | 1979 | Emergency medicine |
| 8 | 1934 | Radiology | 16 | 1940 | Neurological surgery | 24 | 1991 | Medical genetics |

레지던트 1년차의 근무 모양새가 로마시대 인턴과 유사하여 ‘intern’으로 불렸다. 신대륙의 제도가 구대륙으로 역류되어 나라에 따라, 근무형태에 따라 ‘intern,’ ‘extern,’ ‘house pupil,’ ‘houseman,’ ‘house officer,’ ‘house physician,’ ‘resident,’ ‘resident physician’ 등 다양하게 불리게 된다(Ludmerer, 1999).

제도를 만든 미국도 초기에는 교육보다는 병원 내 자율적 관행 훈련으로 보고 ‘졸업 후 훈련(graduate training)’이라 불렀다. 그런데 레지던트가 각 영역에서 수년간의 ‘졸업 후 훈련’을 받으면 그 레지던트의 전문능력과 자질을 공식화하여 인정하여 주자는 의견이 1908년부터 여러 전문 영역의 의사사회에서 제기되었다. 1917년 안과 의사들이 제일 먼저 전문의협회(specialty board)를 구성하고 ‘전문시험’을 집행하여 ‘전문 자격(specialty certification)’을 부여하고 ‘수련지침’도 발표하였다. 민간자율 전문의제도의 시작이다. 1933년 전문의교육과 전문시험을 통제하는 전문과목협회(American Board of Medical Specialties)가 결성된다. Table 1은 24개 주요 전문과목과 145개 전체 전문과목과 세부 전문과목 현황을 보여주고 있다. 한편 최초 용어 ‘residency’는 1차 대전 후에 전문의제도가 되면서 ‘졸업 후 훈련’이라 불리게 된다. 미국에서 ‘학부의학교육(UME)’이란 용어가 일반화되자 상대적으로 ‘residency’는 ‘졸업 후 의학교육(GME)’이라는 시각이 보편화되는 것이다. 결정적인 계기는 1965년에 도입된 ‘Medicare’라는 연방정부가 제공하는 의료보험제도가 도입되면서부터이다. 민간자율의 수련교육(residency)에 연방정부가 재정지원을 하면서 공공의 사회제도로 인정되었고 공식적으로 ‘residency’는 졸업 후 의학교육이 된 것이다(Ludmerer, 1999).

역사성의 차이

국가마다 의사가 되는 과정의 입문제도(entry system)가 달라도 국제화 시대에 의사인력양성을 위한 교육과정은 항상 학부의학교육이고, 내용은 기본의학교육이다. 기본의학교육에는 국제공용지침으로 각 나라의 의학교육 역사성이 다르더라도 큰 차이가 없다. 그러나 졸업 후 의학교육은 차이가 심하다. 세계의학교육연맹도 각

나라의 의학교육 역사성 차이를 크게 인정하여 졸업 후 의학교육은 1) 전 수련(pre-registration training: 영국을 중심으로 한 영연방 제도로 기본의학교육 직후에 1년간의 수련과정을 반드시 마쳐야 의사등록이 가능하다. 등록이 곧 면허이다), 2) 각종의 전문직업적 수련(vocational/professional training), 3) 전문과목 또는 세부 전문과목 수련(specialist & subspecialist training), 4) 기타 특정 전문가가 되기 위한 정형화된 수련과정 등 모두를 포함한다고 정의한다. 국가마다 의료 관련 역사와 문화 및 국가재정과 의료체계가 다르기 때문이다. 수련교육의 목적과 결과는 유사하지만 그 출발과 경과는 나라마다 다르다. 이런 역사성의 차이는 ‘기본의학교육’과 ‘졸업 후 의학교육’에 사용되는 용어의 약어에서도 나타난다. 세계의학교육연맹은 각 단계별 의학교육의 ‘국제표준(global standards)’을 발표하며 기본의학교육과 졸업 후의학교육(postgraduate medical education, PME)이라 하였다. 이런 세계의학교육연맹의 기본의학교육(BME)과 졸업 후 의학교육(PME)이 미국에서는 학부의학교육(UME)과 졸업 후 의학교육(GME)이 되고, 영국에서는 기본의학교육(BME)과 PGME (postgraduate medical education and training)로 표기가 된다.

의사면허의 효력도 나라마다 다르다. 우리나라 기본의학교육 졸업생은 졸업예정자로 면허시험을 보고 졸업 후에 면허취득을 하면 전공의 수련은 받지 않아도 환자진료를 할 수 있다. 거의 모두가 수련을 받으므로 문제는 없지만 제도로는 미숙하다. 미국은 기본의학교육 재학 중에 2회의 면허시험(United States medical licensing exam [USMLE] step I-II)을 거쳐야 졸업한다. 기본의학교육 졸업 후에 어떤 임상과목을 전공하건 주마다 차이 있는 일정 기간의 졸업 후 의학교육을 받아야 ‘USMLE step III’ 응시자격을 얻게 되고, 합격해야 자신이 수련 받은 주의 면허를 취득하게 된다. 미국에서는 정통의학(allopathic medicine) 졸업 후 의학교육에서는 인턴십이 1975년에 졸업 후교육 신임위원회(Accreditation Council of Graduate Medical Education, ACGME)에 의하여 없어졌다. 그러나 아직도 소수이지만 남아 있는 정골의학(osteopathic medicine)의 졸업 후 의학교육에서는 아직도 인턴제도가 유지되고 있다. 연방체제 다 민족 국가라는 역사성을 나타내고 있는 것이다(Stevens, 1978).

역사성이 작용하게 되어 있는 졸업 후 의학교육의 정체성도 나라마다 다르다. 프랑스는 졸업 후 의학교육을 기본의학교육과 마찬가지로 학교교육의 연장선으로 본다. 프랑스도 다른 모든 나라들과 마찬가지로 학교교육인 기본의학교육에서 학생들은 임상실습(clerkship)을 하므로 이때의 학생은 'extern'이라고 부른다. 출퇴근하며 병원에서 실습하기 때문이다. 졸업 후에 일정 자격을 취득하여 병원 내에서 수련(修鍊, residency training)을 할 때부터는 줄곧 'intern' (불어로는 'internat'; 미국의 resident에 해당)이다. 그 후에 다시 특정 의료 영역의 수련과정을 3-5년 받게 되며, 그 기간 동안에도 'doctor'라고 부르지 못한다. 수련을 마치고 국가 경쟁시험을 통과하고, 다시 논문을 제출하여 통과가 되어야 비로소 'doctor'가 된다. 즉, 프랑스에서는 수련교육과정 졸업 후 의학교육을 학문연구과정으로서 고등교육의 최종 단계로 본다고 할 수 있다.

영국 기본의학교육 졸업생들의 졸업 후 훈련은 관습이고 관행이었다. 관습과 관행은 Medical Act 1956으로 공식으로 졸업 후 의학교육제도가 되고, Medical Act 1983으로 정착하게 된다. 기본의학교육 졸업생은 미국의 인턴에 해당하는 pre-registration house officer (PRHO)를 마치고 senior house officer (SHO) 생활을 최소 2년 이상 하면 'registrar'가 될 수 있다. Registrar는 전공에 따라 2가지로 나뉜다. SHO를 마치고 '지역보건의(general practitioner, GP: 직역한 우리말의 일반의와는 다른 뜻이다)'를 택하면 1년의 추가수련을 하여 지역보건의가 된다. 그래서 지역보건의가 되려면 기본의학교육 후 최소 4년(PRHO 1년+SHO 2년+registrar 1년) 수련을 요한다. 다른 전문과목 전공을 택하면 기본수련 2년 이상의 SHO 후에 본인이 선택한 과목에서 registrar와 senior registrar (우리의 전공의 3, 4년 차에 해당)를 하게 된다. 1995/1996부터는 registrar와 senior registrar를 합쳐서 specialist registrar (SpR)로 합쳐서 운영하고 있다. 이로써 해당 전문과목에 따라 4-6년의 수련을 더 거친다. 따라서 최고 전문의인 '자문의(consultant)'가 되려면 기본의학교육 후에 최소 7-9년의 졸업 후 의학교육을 받아야 한다.

그러나 이 제도는 2005년 발표된 'modernizing medical career'로 일부 변화가 있었다. 2007년부터는 기본의학교육 후에 누구나 foundation year 2년(FY1, FY2)의 기본수련을 거쳐야 한다. FY1은 과거의 junior house officer에, FY2는 SHO에 해당한다. 그래서 명칭도 PRHO 대신에 'foundation doctor' 또는 'foundation house officer'로 불린다. 현재의 일본제도와 유사하다. 기본수련 2년을 마치면 최소 6년 specialty training (ST)이 시작된다. ST1/ST2 동안에는 본인이 희망하는 전공에 따라서 '내과/외과 공통 핵심(core)'을 수련 받는 specialty registrar (StR)이지만, 그 후에는 전공과목에 따라서 ST로서 병원 내 수련을 계속한다. 이 과정 도중에 각 전문과목별 시험으로 Royal College of Physicians/Surgeons (RCP/RCS) 회원이 될 수 있다. 우리의 전문의 자격에 해당한다. RCP/RCS 회원이 되면 병원 내에서 특정 '세부 전문과목 StR' 생활을 더 할 수 있

다. 따라서 StR로 최소 6년 수련을 거쳐야 최고의 세부 전문의인 '자문의(consultant)'가 될 수 있다. 따라서 기본의학교육 후에 최소 8년(FY 2년+StR 6년)이 걸린다. 따라서 미국의 내·외과 fellow는 영국 SpR의 ST3-ST9에 해당한다. 미국에서 전공의 수련 후에 fellowship을 2-3년 할 때는 영국의 수련의 4-7년에 해당한다. 한편 지역보건의가 되려면 FY1과 FY2를 거치고 다시 3년의 general practice specialist training (GPST)를 거치므로 기본의학교육 후에 최소 5년의 수련을 거쳐야 '지역보건의' 자격을 얻는다. ST들이 임상진료를 하면서 의학연구를 위한 2-3년의 fellowship (research fellow)을 하거나 또는 다른 전문과목과 연계된 특별 자격을 얻으려 할 경우에는 당연히 기간은 연장된다. 이와 같이 영국과 프랑스의 졸업 후 의학교육은 병원 내에서의 '지도하 수련교육'과 '임상의학 학술연구'라는 두 가지 교육이상을 함께 추구한다(Ludmerer, 2012).

한국의 졸업 후 의학교육 역사성

우리나라에 서양의학의 도입(1885년)과 더불어 1886년부터 의사교육이 시작된다. 그러나 본격적인 의사교육은 1890년대 후반이다. 제대로 된 임상실습(clerkship)도 당시에 가장 현대적인 세브란스 병원이 준공된 1904년부터이다. 그래서 최초로 면허를 가진 의사들은 조선왕조 멸망 직전 1908년에 나온다. 이들은 학교교육과 residency 구분 없이 평균 7년의 교육을 받았다. 따라서 우리나라 residency는 당연히 1908년 이후이다. 1914년에 세브란스병원이 조선 최초의 인턴제도를 공식적으로 도입한다. 1910년 조선을 강점한 일본 총독부가 의사인력양성을 4년으로 정하였기에 당시의 세브란스연합의학교가 교육 절대량이 부족하다며 도입한 것이다. 그래서 당시의 인턴제도는 임상실습의 연장선으로 보아야 한다.

일본은 원래 그들 문화 특유의 도제훈련(apprenticeship) 관행이 모든 분야에 있었다. 그래서 서구의학을 도입한 일본은 병원에서도 부수(副手)와 조수(助手)로 호칭하는 도제훈련 관행을 만든다. 그러나 역시 졸업 후 의학교육은 진정한 의미의 졸업 후 의학교육은 아니고, 일본 문화 특유의 전통적인 도제훈련이었다. 당연히 전문 의제도는 없었다. 당시의 일본제국에는 의사면허 취득에는 대학교 의학부에서 기본의학교육, 또는 의학전문학교에서의 의사교육을 받는 방법이 주축이지만, 간혹 검정고시 경로도 있었다. 두 가지 학교제도에 따라서 면허취득 방법에도 차이가 있었지만, 결국은 모두가 의사가 된다. 그런데 1926년 조선총독부는 일본인을 위한 대학교육의 이상을 추구하는 유일한 고등교육기관으로 기본의학교육 대학을 개교한다. 식민지 조선의 의사교육은 5개 전문학교(대구, 평양, 경성 등 3개 관립과 세브란스, 경성여의전 등 2개 사립: 광주와 함흥은 광복 때까지 졸업생이 없었다)가 맡는다. 결국은 두 학교제도 출신 모두가 의사가 된다. 그리고 일본문화 특유의 도제훈련을 받기도 한다. 그 과정에서 대학교육을 받은 일본 의사와 전문학교

의 직업교육을 받은 조선 의사 간에는 차별적 인식이 생긴다. 한편 총독부는 조선의 전통 의료직은 ‘의료유사업자(醫療類似業者)’로, 조선인 의사는 ‘의료업자’로 분류하며 은연중에 조선인 의사는 의료업자라는 인식을 주입한다. 고도의 심리적 식민지정책이었다. 여기서 한국의 졸업 후 의학교육의 역사성이 출발한다.

1. 의료업자의 표방허가

1945년 8월 15일 광복 후 미군정은 그간의 4년 의사교육을 대학교육의 이상을 추구하는 6년 대학교육(속칭 2+4)으로 전환(1945년 11월)하여 ‘기본의학교육’체제를 도입한다. 그러나 기본의학교육제도 정착 전 1950년 6월 25일에 한국동란이 발발한다. 부산 피난 정부는 1951년 9월 25일에 ‘국민의료법’ 개정으로 10개 전문과목을 가진 ‘의료업자-전문과목표방허가제’를 도입한다. 제도의 목적은 의사자질 향상이 아니고, 국민의료관리 차원이다. 제3대 보건부 장관 최재유(안과학 교수 출신)는 1951년 12월 25일에 보건부령으로 제도를 시행한다. 전쟁 중이라 법령대로 시험에 의한 허가는

못하고, 1952년 2월 5일에 ‘의료업자-전문과목표방허가 심사위원회’를 구성하고 서류전형방법을 택한다. 5년 이상의 수련규정이 있었으나, 전쟁 중이라 보건부 예규(2458호, 1952.7.3.)로 2년 이상의 수련과 6년 이상 전문과목을 표방하며 의업을 계속한 사람에게 표방허가를 하는 특혜를 1956년 6월말까지 적용하기로 한다. 그러나 제7차 회의에서 최초의 6년제 의과대학 졸업생들이 5년 수련을 마치는 해인 1959년까지 연장하기로 한다. 그래서 1952-1959년에 2,505건을 심사하여 1,428명에게 전문과목 표방이 허가된다. 1959년 등록 의사가 7,322명이므로 19.5%이다. 1960년에는 7,765명 등록 의사 중 1,640명이 표방허가를 얻어서 전체 의사의 21.1%가 된다 (Ministry of Health and Welfare, 1960). 이같이 빠른 증가 속도로 새내기 의사들에게 수련은 필수라는 인식을 주게 되고, 사회에서도 전문과목에 대한 인식이 확산된다(Table 2). 4개로 시작한 전문과목은 3년 후에는 법령대로 10개가 되고, 7회에 걸친 증설로 오늘날의 26개 전문과목이 된다(Table 3). 그리고 전문과목은 신설될 때마다 초기에는 서류전형이 관행이 된다. 당시의 허가증은 지금과

Table 2. The number of medical specialties who were qualified by government clearance system in Korea

| Medical specialties | 1952 | 1953 | 1954 | 1955 | 1956 | 1957 | 1958 | 1959 | Total |
|-----------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|-------|
| Internal medicine | 3 | 17 | 26 | 41 | 89 | 62 | 68 | 69 | 375 |
| Surgery | 4 | 4 | 13 | 12 | 82 | 57 | 109 | 91 | 372 |
| Obstetrics and gynecology | - | 7 | 19 | 16 | 58 | 29 | 43 | 34 | 206 |
| Pediatrics | 1 | 3 | 3 | 17 | 90 | 40 | 36 | 20 | 210 |
| Ophthalmology | - | 3 | 4 | 7 | 15 | 11 | 16 | 13 | 69 |
| Otolaryngology | 2 | 2 | 10 | 1 | 26 | 14 | 24 | 5 | 84 |
| Dermatology and urology | - | 1 | 3 | 1 | 25 | - | 19 | 6 | 55 |
| Orthopedic surgery | - | - | 1 | 1 | 5 | 14 | 4 | 2 | 27 |
| Psychiatry | - | - | 1 | - | 1 | 4 | 2 | 3 | 11 |
| Radiology | - | - | - | 1 | 6 | 5 | 4 | 3 | 19 |
| Total specialists | 10 | 37 | 80 | 97 | 397 | 236 | 325 | 246 | 1,428 |
| Accumulated total specialists (%) | 10 (0.18) | 47 (0.83) | 127 (2.15) | 224 (3.65) | 621 (9.65) | 857 (12.6) | 1,182 (16.6) | 1,428 (19.5) | |
| Total registered physicians | 5,411 | 5,662 | 5,899 | 6,141 | 6,436 | 6,782 | 7,125 | 7,322 | |

Table 3. New medical specialties in Korea

| Year | Medical specialties | Cumulative total no. of specialists |
|------|---|-------------------------------------|
| 1952 | Internal medicine, surgery, pediatrics, otolaryngology | 4 |
| 1953 | Obstetrics and gynecology, ophthalmology, dermatology, and urology | 7 |
| 1954 | Orthopedic surgery, psychiatry (→ neuropsychiatry, 1964) | 9 |
| 1955 | Radiology | 10 |
| 1959 | Dermatology and urology → dermatology, urology | 11 |
| 1964 | Neurological surgery, anesthesiology, thoracic surgery, pathology, clinical pathology, preventive medicine | 17 |
| 1967 | Tuberculosis | 18 |
| 1974 | Plastic surgery | 19 |
| 1982 | Rehabilitation medicine, neuropsychiatry → neurology, psychiatry, radiology → radiology, radiation oncology | 22 |
| 1985 | Family medicine | 23 |
| 1996 | Emergency medicine, nuclear medicine, occupational and environmental medicine | 26 |

같은 전문의 자격증의 전문과목별 일련번호가 아니고, 표방허가 전체 일련번호와 허가된 표방과목 명칭이 기재되어 있었다(예: 표방허가증 제1호. 정기섭. 표방과목 이비인후과). 이것은 당시의 제도가 표방허가라는 행정관리 자체에 더 의미를 두었다는 뜻이다.

2. 의료업자가 의사로

보건부 예규 2458호(1952.7.3.)로 정규 'residency 수련'은 1955년부터 시작된다. 1957년 9월에는 '수련병원 지정제도'가 도입되어 60개 병원이 처음 지정된다. 여기에는 정부가 의사 수련의 필요성을 인정한다는 뜻이고, 수련이 교육으로 되어가고 있다는 의미가 있다. 이어서 보건사회부는 훈령 12호(1958.12.31.)로 그간의 '의료업자 전문과목 표방심사위'를 '의사-전문과목 표방허가 심의위원회'로 바꾼다. 아직도 표방허가이긴 하지만 그간의 '의료업자'가 처음으로 '의사'가 된다. 물론 그 후에도 '의료업자'라는 말은 가끔 사용된다. 일제가 식민통치를 위한 고도의 심리적 교육정책으로 조선인 의사를 대학의 학문교육이 아닌 전문학교 직업교육으로 양성하고, 조선인 의사는 전문직보다는 의료업자라는 인식을 의사 자신은 물론이고 조선사회에 알게 모르게 반세기 동안 심어온 영향이었다.

휴전 후에 정규 6년제 의과대학에 입학하여 기본의학교육을 받고 졸업생이 나오는 첫 해인 1960년 5월 24-25일에 '제1회 의사-전문과목 표방허가시험'이 실시된다. 첫 응시생은 1955년부터 5년 수련(인턴 1년+레지던트 4년)을 마친 의사들로 필기와 실기의 합계 평균이 70점 이상이 합격이었다. 1967년부터는 1차 필기시험 합격자에 한하여 2차 실기시험 응시자격을 주게 된다. 1969년부터는 '전문과목 표방허가시험'이 공식적으로 '전문의 자격시험'이 되었고, 응시자격에 논문이 요구된다. 비로소 그간의 단순 수련(training)이 고등교육 이상을 추구하는 수련교육(residency education)이 된다. 다시 말하여 졸업 후 의학교육이 되어가고 있었다(Kim et al., 1992).

3. 수련의 파견수련

휴전 후 1955년부터 우수 군의관이 대량 전역한다. 그런데 의료업자-표방허가심사위원회 규정에는 '파견수련'이란 순수한 교육목적의 규정이 있었다. 국방부는 1957년에 우수 자원 확보를 위하여 이 규정을 원용하여 군의관을 서울대학교 의과대학에 수련의로 '파견수련'하게 된다. 최초의 파견수련이다. 1958년에는 입영연기제도로 '군 위탁-수련제도'(속칭 Kim's plan: 1930년대 미국이 도입한 군요원의 residency 수료를 위한 군-복무 연기제도인 Berry plan과 유사)를 도입한다. 이때 국방부는 오늘날까지도 논란이 되는 '수련 중 대학원교육'도 허락한다. 그리고 1959년에는 '군 위탁-수련제도'를 해외로까지 확대한다. 수련의의 대학원등록 허용은 의과대학의 연구능력을 신장시키는 원동력이 되었고 또한 수련이 졸업 후 의학교육 의미를 갖는 데 기여한다. 파견수련을 해외로 확대한 제도는 한국 의학발전에 기여하였고 또한 한국 의사의 해외진출을 촉진하였다.

한편 '파견수련'이 오용 또는 악용되기도 한다. 1972년 4월부터 수련의는 레지던트 4년 중 6개월은 무의촌에서 파견수련을 해야 '전문의자격시험 응시자격'을 주는 '수련의 무의촌 파견수련제도'가 실시된다. 남녀를 불문하고 모든 수련의는 의무적으로 6개월간 무의촌에 근무하게 된다. 말이 파견수련이지 지도의도 시설도 아무것도 없는 무의촌 보건지소에서 허송세월 6개월을 보내게 된다. 파견수련을 정부가 정치적 목적으로 무의촌 해소의 정책수단으로 이용한 것이다. 수련의사는 의사가 아닌 것으로 이해하는 주민의 불신이 높아진다. 그래서 1976년 4월에는 '수련의' 명칭을 '전공의'로 전환한다. 결국 정책은 실패하고 1979년 3월에 끝난다. 고등교육의 이상 추구하고 자율이 기본인 졸업 후 의학교육의 정신이 훼손된 가장 전형적인 정책이었다. 이 정책의 후유증으로 내과계열 및 일부 외과계열 전문과목의 수련기간이 1980년부터 3년이 되었다가 1986년과 1989년에 4년으로 복귀한다. 무의촌 파견수련의 대안으로 병역의무 3년을 대체하는 '공중보건봉사제도'가 1978년 창안되고 1979년에 처음으로 병역의무 대체로 300명의 의사가 무의촌에 배치되어 지금까지 유지된다.

4. 운영체계의 역사성

어느 나라에서나 기본의학교육은 학교교육이라서 현장교육인 졸업 후 의학교육보다는 교육으로서의 이상을 적용하는 것이 용이하다. 태생적으로 민간자율인 수련교육 즉, 졸업 후 의학교육에는 이해당사자가 기본의학교육보다 몇 배 많기 때문이다. 그런데도 수련교육 즉, 졸업 후 의학교육은 고등교육과 학교교육의 이상을 계속 추구한다. 졸업 후 의학교육은 모름지기 항상 학문에 바탕을 두어야 하는 전문직의 수련이기 때문이다. 그러나 한편 졸업 후 의학교육은 현장과 현실에 직결되어야 하므로 각 나라의 역사성 존중이 필연적일 수밖에 없다. 이런 졸업 후 의학교육의 이상과 현실간의 괴리로 인하여 수많은 과제가 제기되지만, 많은 이해당사자로 인하여 현명한 해결은 항상 용이하지 않다. 처음부터 민간자율이 아닌 정부 주도로 제도가 탄생한 우리나라 경우는 더욱 그러하다.

한 가지 사례를 들어보면 다음과 같다. 보건사회부가 1957년부터 시작한 수련병원지정은 교육병원에 대한 신입업무 졸업 후 의학교육에 매우 중요하다. 이 업무는 현재 우리나라 기본의학교육 발전에 결정적인 기여를 하고 있는 '의학교육 인정평가'와 같은 성격이다. 그런데 전자는 정부주도로 출발하여 지금까지 진행되고 있고, 후자는 민간자율로 출발하여 진행되고 있는 것이 크게 다른 점이다. 다시 말하여 전자는 'residency'는 졸업 후 의학교육이라는 교육 이상을 추구하는 현장을 평가하고 인정하는 업무이다. 보건사회부가 관리하던 이 업무를 1963년 4월에 당시의 대한의학협회에 위임한다. 그런데 보건사회부는 불과 4년만인 1967년 1월에 수련의는 병원운영에 중요한 인력이고 인력관리는 병원의 업무라는 명분으로 병원 경영자 모임인 대한병원협회에 이관시킨다. 이 조치로 당시

정부는 병원경영과 병원신입업무인 의료기관평가인증 업무를 제대로 이해하지 못하고, 또한 ‘병원에서의 수련교육은 곧 졸업 후 의학교육이다’라는 의미도 이해하지 못하고 있었다는 것을 짐작하게 한다. 결국 정부는 2010년에 의료기관평가인증 업무를 독립시킨다.

1952년에 시작한 ‘의료업자-전문과목 표방허가 서류전형’은 1960년에 ‘전문과목 표방허가시험’이 되어 1969년에야 비로소 ‘전문자격시험’이 된다. 1967년 정책은 1969년 전까지는 우리나라에는 일제가 심어놓았고 1951년 대한민국 신생정부가 수송한 ‘의사는 의료업자’라는 인식이 살아있었다는 의미이다. 또한 당시 정부는 수련은 근로이고 레지던트가 교육(education)을 받는 것이 아니라 전문과목 표방허가를 위한 병원에서의 훈련(training)으로 보고 있었다는 의미이다. 그래서 정부는 병원경영에서 중요한 ‘수련의’ 인력관리를 대한병원협회가 주관하게 한 것이다. 당연히 수련(residency)은 졸업 후 의학교육이라는 교육적 명분과 괴리가 발생하게 된다. 그 후에도 이러한 괴리현상은 나타난다. 그것이 바로 1970년대에 있었던 ‘수련의 무의촌 파견수련’이었다(Lee et al., 1995).

국내 수련교육 현실에 문제 제기를 하는 의학자들이 많이 나타나게 된다. Kim's plan 또는 해외연수로 미국에서 residency 수련교육을 경험하고 전문의가 되어서 귀국한 교수들이 바로 그들이다. 이들이 1970-1980년대에 수련교육으로서 졸업 후 의학교육의 의미와 중요성을 강조하고, 또한 국내 제도에 대한 평가와 이의를 지속적으로 제기하게 된다. 졸업 후 의학교육 역사성의 한 예이다.

결론

어느 나라이건 한 사회가 만들어낸 관행은 전통이 되고, 전통은 그 국가와 사회의 특성이 되기 마련이다. 여기서 역사성이 탄생한다. 관행이 역사성이 되기까지는 시행착오의 세월이 필요하다. 신생 국가와 그 사회는 시간적인 여유와 경험이 항상 부족하다. 그래서 식민지를 경험한 신생국은 흔히 선형 국가의 경험을 충분히 이해하지 못한 상태에서 일단은 일을 저질러 놓고 보게 된다. 우리나라의 많은 제도가 그렇게 탄생하였듯이 졸업 후 의학교육제도도 같은 역사성을 갖고 있다.

현대의학이라는 서구의학이 도입됨과 동시에 곧 망국을 맞게 된 우리나라는 차별화된 의사양성과정으로 우리사회에 전문직 의사라는 인식보다는 의료업자라는 인식이 먼저 자리를 잡게 된다. 이러한 인식의 전환을 위하여 광복 직후에 급하게 기본의학교육체제가 도입된다. 또한 신생 대한민국은 국민의료관리를 위한 제도를 서둘러 도입한다. 그러나 불행하게도 매우 나쁜 환경과 미숙한 고려 속에서 출발한다. 바로 우리나라 수련교육, 졸업 후 의학교육, 전문의제도의 출발이 그러하였다. 식민지에서 탈출한 지 6년, 신생국 정부수립 3년인 1951년 9월 25일에 국민의료법 개정으로 졸업 후 의학교육의 출발인 ‘의료업자-전문과목 표방허가제도’가 탄생한

다. 유엔기 101대와 미그기 155대가 한국전 최대의 공중전을 벌인 날이다. 오랜 식민지에서 갓 벗어난 모든 신생국가는 항상 의사인력이 부족하다. 전쟁은 의사부족 상황을 악화시킨다. 그런데 영토 끝으로 피신한 정부가 미국이 점령하고 있던 일본에도 없던 미국 제도를 모방하여 의학교육에서 가장 핵심인 수련교육제도를 ‘의료업자-전문과목 표방허가제도’란 이름으로 출발시킨 것이다. 그래서 제도 도입의 경위가 항상 의문이다.

우리나라에서의 졸업 후 의학교육 역사성은 신생 정부가 주도하여 의료관리라는 행정개념에서 만들었고 60여 년간 아직도 주도하고 있다. 졸업 후 의학교육 운영관리는 아직도 행정관리개념에서 벗어나지 못하고 있다고 해도 과언이 아니다. 그러나 이러한 정부주도가 긍정적인 역할도 하였다. 제도 10년 만에 기본의학교육 졸업생의 90% 이상이 수련은 받아야 하는 것으로 인식하게 하였고 관행을 거처서 우리사회의 전통이 되었다. 우리사회와 정부의 시각도 초창기에는 기본의학교육 후 훈련에서 수련을 지나 다시 수련교육으로 발전되었고, 아직은 부족하지만 이제 졸업 후 의학교육이 되어가고 있다. 전술한 수난과 우여곡절을 지나며, 졸업 후 의학교육은 경제발전과 함께 국민의료에 기여하였고 오늘날 세계적으로 부끄럽지 않은 한국의로를 만들어냈다. 그러나 한편으로는 오늘날과 같은 고비용 저효율의 의사인력구조를 만들어 냈고, 고급 전문인력의 사장은 당연시되었다. 또한 이로 인한 의료의 왜곡은 심화되어 갔다. 그리고 그간에 수많은 해결책이 제시되었으나 대부분이 실패하였다. 서두르고 잘못된 출발로 초창기부터 제기되어 왔던 운영관리 측면의 여러 문제는 여전히 이해당사자 간의 갈등이 되고 있다. 이제 남북통일을 대비해서라도 바로 잡아야 한다.

전체 의사양성과정에서 가장 중요하고 핵심이 되는 과정은 졸업 후 의학교육이다. 기본의학교육과 졸업 후 의학교육은 두 개의 과정이 아니고 이제는 하나로 보아야 한다. 이것이 세계적인 추세이다. 오늘날의 부실 의과대학으로 시끄러운 사회문제도 원론적으로는 기본의학교육과 졸업 후 의학교육을 따로따로 보아 왔기 때문에서 온 것이다. 현재 논의되는 인턴제 폐지도 기본의학교육과 졸업 후 의학교육은 하나라는 발상에서 나온 것이다. 물론 졸업 후 의학교육은 현장과 현실을 증시하기 때문에 우리나라 나름대로의 역사성을 만들어온 정부의 공로는 존중되어야 한다. 그러나 이제는 세계적인 추세에 따라 졸업 후 의학교육은 기본적으로 제3기 고등교육의 하나이며, 또한 태생적으로 민간자율이었다는 점이 더 존중되어서 관리 운영되어야 한다. 따라서 이제는 기본의학교육 대학들도 모른척하던 졸업 후 의학교육을 교육 차원에서 학교에서 다루어야 하며, 정부 또한 부처 간에 협조가 절실하다.

REFERENCES

Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: a re-*

- port to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Hunt, A. D. (1991). *Medical education, accreditation, and the nation's health: reflections of an atypical dean*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Kim, Y. I. (2010). Design of medical education curriculum in Korea and improvement of residency education. *The National Academic of Science, Republic of Korea*, 49(1), 143-189.
- Kim, Y. M., Kim, K. S., An, Y. O., & Lee, M. S. (1992). *A study on improvement of medical specialist system*. Seoul: Korean Medical Association.
- Lee, M. S., Kim, K. M., Yoo, S. H., Aoh, Y. H., Lee, J. G., & Kim, C. Y. (1995). *A study on improvement of graduate medical education and medical specialist system*. Seoul: Korean Academy of Medical Sciences.
- Ludmerer, K. M. (1999). *Time to heal: American medical education from turn of the century to the era of managed care*. New York: Oxford University Press.
- Ludmerer, K. M. (2012). The history of calls for reform in graduate medical education and why we are still waiting for the right kind of change. *Acad Med*, 87(1), 34-40.
- Ministry of Health and Welfare. (1960). *Registered physician table, statistical yearbook of health and welfare*. Seoul: Ministry of Health and Welfare.
- Stevens, R. A. (1978). Graduate medical education: a continuing history. *J Med Educ*, 53(1), 1-18.