

지정토론

치과의사 전문의제도 발전방향 명확한 의료전달 체계 확립 필요



전현희 대표 변호사
대외법률사무소

I. 序

지난 1989. 12. 및 1996. 1.에 걸쳐 “치과전문의제도 시행을 위한 전문의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정” 시행규칙 개정안이 입법 예고된 바 있었으나 치과계의 사정으로 치과전문의제도 시행이 보류되어 오다가 1998. 7. 10. 현법재판소에서 치과전문의 제도의 미시행에 대해 보건복지부장관의 입법부작위에 대한 위헌 결정을 한 바가 있습니다.

현법재판소에서 “치과전문의제도”的 미시행에 대한 보건복지부 장관의 입법부작위 위헌결정에 의해 치과계에서도 마침내 치과전문의 제도가 시행되게 되었습니다. 그러나 현법재판소의 결정에 의해서 전문의 제도는 시행하되 치과전문의의 적정인원수 문제와 의료전달체계의 확립등이 중요한 정책이슈로 대두하게 되었습니다.

치과전문의 문제가 제기된지 30여년이 경과하도록

치과전문의제도가 정립되지 못하고 그에 대한 논의만 계속되어 왔던 것은 전문치의제를 둘러싼 치의들(치대생 포함)의 이해관계에 관한 조정이 거의 불가능했었던 이유도 있었음을 부인할 수 없습니다. 따라서 이러한 이해의 조정도 전문치의제의 시행에 있어서 무시할 수 없는 고려요소라고 할 수는 있습니다.

하지만 전문치의제와 관련된 제도의 정비에 있어서 가장 먼저 고려되어야 할 이익은 ‘국민의 (구강) 건강 보호증진¹⁾(및 치의학의 발전)’이어야 합니다. ‘국민의 (구강) 건강 보호증진’의 요구를 충족시킬 수 있는 전문치의제만이 치과계 내부에서나 국민에 대한 관계에서나 동 제도의 필요성에 대한 명분을 획득할 수 있을 것이기 때문입니다.

그러므로 이하에서는 국민의 구강건강 보호증진을 위하는 공익적 입장하에 기준에 시행되고 있는 의과과목 전문의 제도의 문제점을 살펴보고 이를 바탕으로 바람직한 전문치의제의 방향을 제시하고자 합니다.

2. 기존의 전문의 제도의 문제점 및 이를 해결하기 위한 전문치의제의 정립방향

가. 기존 전문의 제도의 문제점

현재 의료법의 규정에 의하여 실시되고 있는 일반 의과 전문의 제도의 문제점으로는 다음과 같은 점들이 지적되고 있습니다.²⁾

1) 의료법 제1조 참조

2) 이 부분은 환영철, ‘의료전달체계와 전문치의제에 관한 소고’(1998. 6. 22. 개최된 서울대학교 보건대학원 보건의료정책 최고관리자 과정 제3기 토론회 발표문), 3-5면의 내용을 정리한 것입니다.

(1) 제도 시행 배경 상의 문제점

전문의 제도는 해당분야에 관한 전문적 지식과 의료기술을 보유한 자에게 일정자격을 부여하여 국민의 건강 향상을 위한 필수 요건인 전문적 진료가 가능하도록 하기 위한 것이어야 함에도 불구하고, 과거 전문의 제도의 실시는 위와 같은 전문적 진료를 가능케 하기 위한 전문의의 선발이 주된 목적이 아니었으며, 단지 개원가의 무질서한 전문과목 표방을 막기 위한 것이었습니다.

(2) 전공의³⁾가 수련받을 수련병원 지정기준 및 수련과정, 평가제도의 미흡

위와 같이 전문의 제도의 시행의 주된 목적이 ‘국민의 건강 향상을 위한 전문적 진료제도의 정착’이 아니었으므로, 필연적으로 적정한 전문의의 수련기준 및 선발기준에 대한 충분한 고려가 부족한 문제점이 있습니다.

(3) 과다한 전문의의 양성

1995년 현재 우리나라 전체 의사의 65.3%가 전문의이며, 잠재적인 전문의라고 할 수 있는 수련교육 중인 전공의를 전문의로 포함시키고 의무복무자, 기초의학자, 은퇴자, 사망자 등을 제외하여 계산하면 실제 전체 활동 의사의 94.1%가 전문의입니다.⁴⁾

이는 주로 전문의의 양성이 전문과목의 진료수요에 따르기 보다는 전공의 수련병원의 운영상 필요에 따라, 즉 각 진료과의 전공의 신청수에 따라 결정되고 있기 때문이며,⁵⁾⁶⁾ 일반 국민 및 의대생들의 전문

의 선호 경향도 영향을 미치고 있다고 보입니다.

(4) 전문의의 비전문화

이러한 과다한 전문의의 양성으로 늘어난 전문의의 진로를 모색하기 위하여 ① 전문의의 단독 개원 허가⁷⁾ ② 개원 전문의의 경우 자신의 전공 과목 이외에 3개의 타 진료과목의 표방 허용 등 제도를 도입하였으나, 이로 인하여 이른바 ‘전문의의 비전문화’ 현상이 심화되고 있는 실정입니다.

즉, 이들 개원 전문의는 주로 1차 의료를 담당하고 있을 뿐만 아니라, 자신의 전공과목이 아닌 다른 과목의 진료를 실시하고 있으나, 이러한 전공 이외의 과목에 대하여는 ‘전문의’가 아닌 ‘일반의’에 불과합니다. (전문의의 절반 이상이 1차 의료기관인 의원에서 근무하고 있으나, 이들 개원 전문의의 진료 내용을 살펴보면 자신의 전문 분야를 제대로 살리지 못하고 있으며⁸⁾, 자신의 전문과목이외에 다른 진료과목도 표방하는 이른바 ‘일반의원 표방비율’이 높은 것⁹⁾으로 나타남).

(5) 1차 의료 인력의 부족

이와 같은 전문의의 증가 및 전문의의 개원(1차 의료기관화)로 말미암아, 그 결과 선진국의 의료전달체계에 있어서 1차 의료기관으로 임무를 담당하고 있는 1차 의료 인력(특히 가정의학과)이 사실상 양성되고 있지 않습니다.¹⁰⁾¹¹⁾

(6) 진료비용의 상승

1차 진료의 경우, 1차 진료에서 해결할 수 있는 흔

3) 전공의의 함은 ‘수련병원 또는 수련기관에서 전문의의 자격을 취득하기 위하여 수련을 받는 인턴 및 레지던트’를 말한다. 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 제2조 제1호 참조.

4) 김광진, ‘현행 전문의제도의 문제점과 개선방향’, 1999. 10. 14. 시행된 올비른 전문의제도 실시를 위한 토론회(국민건강권 확보를 위한 범국민연대 주최) 자료, 9-10면 참조.

5) 이는 병원경영적 측면에서 전공의가 전문의의 비하여 비교적 낮은 임금으로 활용할 수 있는 노동력이기 때문임. 특히 최근 대형 종합병원의 신설 현상으로 수련 병원 지정기관이 증가하면서 전공의의 부족현상이 심화되고 나이가 전문의의 과잉생산되는 결과를 초래하고 있음.

6) 현재 전공의 정원책정은 대한병원협회와 전문학회가 공동으로 참여하는 ‘대한병원협회 병원신임위원회’가 관장하고 있으나, 실제로는 실무를 담당하는 병원협회가 주도하고 있다. 따라서 모든 의사가 개인 치원에서는 전문의의 수를 줄여야 한다는 데 의견의 일치를 보이고 있음에도 불구하고, 실제로 수련을 관리하는 각 병원이 위와 같은 이유로 전공의의 정원을 고정 혹은 증가시키려 하고 있기 때문에 전공의(전문의)의 수가 줄어들지 않고 있는 상황이 계속되고 있다. 김광진, 앞의 글, 15-16면.

7) 1997년 현재 전체 전문의의 47.9%인 13,825명이 개원의로서 활동하고 있음. 김광진, 앞의 글, 11면 참조.

8) 전문의 인력 수급 및 정책과제에 대한 세미나(대한의학회, 1993) 중 관련자료에 의하면, 1992년 개원의의 진료과목별 내원비율에 있어서, 일반외과 전문의의 진료과목은 내과(43.8%), 정형외과(21.6%), 이비인후과(11%), 일반외과(6.7%)로 소아과의 진료과목은 내과(66.6%), 이비인후과(24.2%), 소아과(6.1%)로 나타나는 등 단독 개원의 중 자신의 전문과목이 아닌 분야에 대하여 진료를 시행하는 경우가 적지 않은 것으로 나타나고 있다.

9) 위 세미나 자료에 의하면, 개원 전문의의 일반외과 표방 비율이 1992년 현재 예방의학과 100%, 마치과 97.3%, 흉부외과 84.9%, 결핵과 56.6%, 일반외과 31.4%, 임상병리과 25.6%, 신경과 14.3%, 성형외과 13.8%, 피부과 13.4%, 재활의학과 12.5%, 산부인과 12.2% 등으로 나타나고 있어, 상당수의 전문과목 분야의 전문개원의가 자신의 전공과 권역 없는 일반과목을 표방하고 있음을 알 수 있다.

10) 1997년 현재 개원의 중 80.3%가 전문의이고, 가정의와 일반의는 19.7%에 불과함. 김광진, 앞의 글, 12면.

한 질환을 보다 전문적인 진료를 필요로 하는 질환과 구분할 수 있는 능력을 구비하는 것으로 충분합니다. (보다 전문적인 진료를 필요로 하는 질환은 이를 위한 준비가 잘 갖추어져 있는 병원급 2차 이상 의료기관으로 진료를 의뢰하면 됨).

그러나 개원 전문의의 경우 1차 진료에 흔하지 않은 질환을 자신이 해결하기 위하여 전문적 장비를 갖추어 놓는 경우가 많아 효율을 저해하고 진료원가의 상승을 가져오는 요인이 되고 있습니다.¹²⁾

나. 바람직한 전문치의제의 정립

(1) 전문치의의 정의

1963년 세계치과의사연맹이 발표한 “전문치의”의 정의는 다음과 같습니다.¹³⁾

- ① 전문치의의 일차적인 목적은 환자에게 특수한 서비스를 제공하는 것이다.
- ② 전문치의는 자신이 속한 지역이나 치의사회에서 인정하는 기준에 합당한 교육과 재능을 갖추지 않고서는 자신을 전문치의라 표방할 수 없다.
- ③ 전문치의는 자신의 모든 근무시간을 그의 전문 과목에 제한해야 한다. 특정한 영역으로 진료를 제한하는 것은 치의사 인력이 부족하거나 고립화된 지역에서는 바람직하지 않을 수도 있다. 그러나 긴 안목에서 보았을 때, 전문치의제도는 전문치의와 일반치의 모두의 권리를 보호할 장치가 있어야 한다.
- ④ 전문치의는 오직 한 과목에서만 전문과목을 표방하여야 한다.
- ⑤ 전문치의는 환자를 의뢰한 의사에게 자신의 전문 영역에 한정된 서비스만 진료하고 되돌려 보내야 한다.

⑥ 전문치의는 지식과 교육 수련 경험에 의해 재능을 습득한 부분으로만 진료를 하여야 한다.

이와 같은 세계치과의사연맹의 전문치의의 정의를 살펴보면, 그 내용상 1차 의료기관 전문과목 표방의 제한, 전문치의의 소수정예제(의료전달체계) 확립을 그 전체로 하고 있음을 알 수 있습니다.

(2) 일반치의와 전문치의의 역할구분에 따른 치과 전문의 제도의 확립

또한 이와 같은 정의를 바탕으로 고려해 볼 때, 일반치의와 전문치의의 역할은 다음과 같이 구별된다고 할 것입니다.¹⁴⁾

1차 의료기관(일반의)이란 국민에게 자주 발생하는 질환의 예방검진 및 조기발견과 조기치료를 통하여 국민의 건강수준을 향상시키는 포괄적 의료를 시행하는 기관입니다. 이러한 1차 의료기관(일반의)에서 필요로 하는 의학지식 및 기술의 정도는 전문의의 그것과는 구별되어야 할 것입니다.

즉, 의료수요의 90%는 전문적인 진료보다는 1차 의료기관의 진료로 충분히 해결이 가능한 질환이며, 이러한 질환은 환자들이 접근하기가 편리한 지역사회에서 환자 개개인의 병력을 체계적으로 관리하는 의사에게서 건강을 관리받는 것이 더욱 효율적이기 때문입니다. 또한, 이것은 단지 보다 전문적인 진료를 받지 않아도 된다는 의미와는 다르다고 할 것입니다. 전문의가 자신의 해당분야에 대하여 좁은 범위의 전문성을 가지고 있다면 1차 진료의사에게 요구되는 것은 1차 진료에서 흔히 접할 수 있는 아직 확정되지 않은 건강문제를 발견하고 구별해 내는 지식과 기술인 것입니다. 환자를 처음 대하는 의사이므로 아직 질병의 전형적인 증상이 발현되기 전의

11) 이와 같이 가정의가 활성화되지 않고 있는 이유는 다음과 같다. 김광진, 앞의 글, 17-18면 참조.

① 가정의 이외에 다른 전문의가 될 수 있는 기회가 폭넓게 보장되고 있다.

② 가정 전문의의 경우 다른 전문의에 비하여 경제적으로 불리하다. - 즉, 현재의 의료보험체계 하에서 단과 전문의에게는 급여 인정이 되지 않는 급여항목들이 상당수 존재함.

③ 수련기관인 병원급 기관들이 가정의에 비하여 다른 전공의의 수련을 선호하는 경향이 있다(이는 병원급 기관들이 주로 2차 이상의 의료활동을 담당하는 것을 고려할 때 쉽게 이해할 수 있다).

12) 1993년의 한 연구에 의하면 다빈도 10대 질환의 평균 진료비를 비교해 볼 때, 단과 전문의의 진료비가 가정의에 비하여 약 20% 정도 높은 것으로 나타남. 김광진, 앞의 글 13-14면 참조.

13) 1999. 10. 14. 시행된 올바른 전문의제도 실시를 위한 토론회(국민건강권확보를 위한 범국민연대 주최) 자료 중 신동근, ‘올바른 전문의제도 실시방안’, 38-39면.

14) 한영철, 앞의 글, 10면 참조.

진료일 가능성이 많으므로 이런 점에 대한 능력을 갖추는 것이 필요합니다.

또한 1차 진료에서는 전문과목별로 구분된 한정된 환자만을 대하는 것이 아니라 광범위한 영역의 질환을 접해야 하므로 포괄적인 진료 능력을 갖추어야 합니다. 이 것은 전문의가 갖추는 전문성(수직적 전문성)과는 다른 차원의 전문성(수평적 전문성)이 요구되는 자질이라고 하겠습니다.¹⁵⁾¹⁶⁾

3. 의료전달체계의 확립문제

가. 의료전달체계의 의미¹⁷⁾

의료전달체계라 함은 ‘의료를 필요로 하는 사람에게 질적 양적으로 적정한 의료를 효과적 효율적으로 제공하는 것과 관련된 체계 또는 제도’를 말합니다.

바람직한 의료전달체계의 기본원칙으로는 ① 의료의 지역화와 관련된 진료권 설정에 입각하여 의료자원의 개발 및 배치 계획, ② 의료기관과 의료자원의 기능분담과 역할정립 ③ 환자후송의 유기적 전달체계 확립 등을 들 수 있습니다.

의료기관별 기능분담의 기본원칙은 다음과 같습니다. 1차 의료기관은 외래진료를 위주로 하는 의원급, 2차 의료기관은 입원진료가 주종을 이루는 병원, 3차 의료기관은 진료권역의 피라밋 정점에 위치하여 입원진료와 의학교육 및 연구를 주요 임무로 하는 종합병원이나 대학병원이 됩니다. 이러한 기능분담을 전제로 1차 기관에서 2차 기관이나 특수 병원으로, 2차 기관에서 3차 기관이나 특수병원으로 반드시 후송의견서를 첨부하여 환자를 후송하여야 합니

다. 그리고, 대형병원은 환자집중을 막기 위하여 진료행위에 대한 가산율과 본인부담율을 높게 책정하여야 할 것입니다.

나. 의뢰관계의 확립¹⁸⁾

위와 같은 의료전달체계에 따른 전문치의와 일반치의의 역할 분담은 전문치의제 시행의 전제조건이 됩니다. 즉, 일반 치의는 흔하게 발생하는 구강상병에 대하여 진료를 하며 전문치의는 일반치의가 담당하기 힘든 특정영역에서의 진료를 담당하여야 할 것입니다. 이러한 역할 분담을 기관간으로 구분하여 1차 진료기관과 2차 진료기관으로 나누어서 수행할 때 보다 효율적인 구강진료가 국민에게 제공되어 질 수 있습니다. 이 때 2차 진료기관이란 각 전문과별 전속 전문의가 있고, 1차 기관으로부터 의뢰된 환자만을 진료하는 곳으로 하며, 이러한 2차진료가 가능한 시설과 장비 등을 구비하고 있어야 할 것입니다.

따라서 이러한 의료전달체계에 따른 전문치의와 일반치의의 역할분담은, 2차 진료기관(병원급) 이상 의료기관에서 활동할 전문인력을 양성하고 전문과목을 표방하게 할 필요가 있음을 시사해 줍니다.

다. 소수의 전문치의 양성정책 필요

(1) 소수 전문치의 양성정책의 필요성

우리나라의 전문치의¹⁹⁾ 비율은 선진국들에 비하여도 크게 높은 편²⁰⁾입니다. 그러나 이와 같이 과다한 전문의의 배출은 필요한 수요보다 더 많은 수련을 받게 하므로써 자원의 낭비를 초래하고, 역설적으로 환자에게 양질의 진료를 받는 기회를 박탈하며²¹⁾, 한

15) 김광진, 앞의 글, 10면.

16) 그러나 현실은 이와는 반대로 운영되고 있다. 즉, 과잉배출된 전문의 인력이 대거 일차진료의 영역에 진출해 있는 형편이나, 이러한 전문인력들은 일차의료의 포괄성을 충족시킬 ‘수평적 전문성’이 부족하므로 일차의료의 질을 오히려 떨어뜨리고 있다. 또한 일차의료에서는 필수적으로 요구되는 것이 아닌 기술집약적인 의료에 경도됨으로써, 비용이 더 드는 진료를 하게 되며, 전문인력의 수직적 전문성으로 말미암아 한 사람의 질환을 치료하기 위하여 여러 곳의 일차의료기관에서 진료하여야 하는 의료의 분절화 현상이 발생하고 있다. 이러한 일차의료에서의 불만족이 대형병원을 선호하게 만들며, 이는 더욱 고가의 진료를 유도하게 되어 현재의 보험재정 위기의 한 요인이 되고 있는 것이다. 결국, 고가의 진료비를 부담하면서도 의료에 대한 만족도가 떨어지는 원인이 되는 것이다. 그럼에도 불구하고, 이러한 전문의가 일반의에 비하여 경제적 보상과 사회적 명망의 측면에서 더욱 매력적이기 때문에 적정한 규모를 넘어서는 전문의의 공급이 계속되기 쉽다. 김광진, 앞의 글, 22면 참조.

17) 한영철, 앞의 글, 2~3면 참조.

18) 신동근, 앞의 글, 39~40면 참조.

19) 현재 전문치의제도가 제대로 시행되고 있지 아니하므로, 여기서의 전문치의란 전문치의 수련과정 이수자 혹은 이수증인 자를 가리킨다.

20) 이하에서 보는 바와 같이 약 19%로 선진국의 6~11%를 크게 상회한다.

21) 위에서 살펴본 바와 같이, 1차 의료기관에서 필요한 전문성은 수평적 전문성이고, 2차 의료기관에서 필요한 전문성은 수직적 전문성을 고려하여 볼 때, 이러한 수평적 전문성의 측면에서는 전문의에 의한 1차 진료가 양질의 진료가 되지 못할 것을 쉽게 이해할 수 있다.

의원에서 진료받을 수 있는 것을 여러 의원을 다녀야 한다는 것을 의미하고, 보다 많은 부담을 보험재정에 안겨 결국 국민들이 더 많은 보험료를 부담하게 되는 것을 의미합니다.²²⁾

또한 과다한 전문의의 배출로 말미암아 그들이 1차 진료기관에서 의료행위를 하게 될 경우, 일반의와의 경쟁에서 앞서기 위하여 자신의 전문과목 표방을 강력하게 원하게 될 것임은 명약관화한 사실이며, 이에 따라 1차 의료기관에서의 전문과목 표방금지 원칙을 고수하는데 큰 장애가 될 것이고, 결국은 앞으로 지향하여야 할 선진국형의 의료전달체계 설립에도 부정적 영향을 미칠 것이다. 그러므로 전문치의 수를 적정수준으로 하향조정²³⁾하는 것이 절대적으로 필요합니다.

(2) 한국 치의제도하에서의 바람직한 전문치의의 비율

전문의의 소수정예제는 치과보다 먼저 전문의 제도를 시행하고 있는 일반의과의 경우 나타난 부작용을 방지하고 올바른 전문(치)의 제도를 정립하기 위하여 필요한 전제조건이라고 할 것입니다. 일반치의 : 전문치의의 비율이 어느 정도일 때 '바람직한 소수'라고 할 수 있는지에 관하여는 참고자료²⁴⁾를 인용하는 것으로 갈음하도록 하겠습니다.

전문치의 자격획득을 위한 치과전공의 수련과정은 1962년에 수립되었다. 그러나 같은 해 첫 전문치의 자격시험이 시행되지 못한 채 무기한 연기되어 현재 까지 치과전공의 수련과정은 전문치의 자격인정을 위한 법적 근거없이 운영되어 왔다.

1997년 현재 치과대학 부속 치과병원 등에서 수련을 받았거나 받고 있는 치과의사는 2,895명으로 면허 등록 치과의사 15,213명의 19.0%이다. 현행 의료법

및 그에 따른 전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정²⁵⁾이 규정하고 있는 10개 전문과목 중 구강외과가 25.4%로 가장 많으며, 그 다음이 보철과로 18.8%, 교정과가 16.1%로 그 뒤를 잇고 있다.

치과의원에서 연간 의뢰되는 전문과목별 빈도수와 비교하여 볼 때 구강외과와 치주과, 교정과가 각각 40.5%, 14.6%, 14.1%로 높고, 보철과의 경우 4.9%로 낮은 의료율을 보이고 있어 상대적인 공급 초과(특히 보철과의 경우)가 보인다. 이는 전문치의제 시행을 위한 수련교육과정의 제도화에 있어서 전문과목간 전공의 정원책정에 어려움을 야기할 수 있는 문제이다.

최근에 들어 수련과정을 이수하는 치과의사의 비율은 계속 증가하고 있으며, 1996년의 경우 면허 취득자의 35.3%가 수련교육과정을 이수하고 있다.

세계치과의사연맹에 가입된 87개국 중 미국, 영국, 독일 등 73개 국가가 전문치의제를 시행하고 있는데, 이들 국가의 전문치의의 비율은 6-11% 수준이다. 미국의 경우, 전체 치과의사 중 전문의 비율이 6.2%이며, 캐나다는 11.5%, 독일이 7.4%이다. 이는 앞서 우리나라의 전공의 수련이수자 19%가 매우 높은 것을 의미하며, 특히 최근의 35%에 이르는 수련의²⁶⁾의 비율은 전문치의제 시행에 있어 적정수의 전문치의 양성에 대한 논란의 여지를 제공한다.

이와 같은 논의에 비추어 볼 때, 전문치의제 시행의 목적을 '(선진국형 치의제도 정립에 의한)국민의 (구강)건강 보호증진'이라고 한다면, 현재의 전공의 비율(더 정확히 말하면, 전공수련과정을 거친 후 전문의가 되는 비율)은 하향조정되어야 할 것이며, 나아가 기존의 전공의 수련이수자들(일반치의들 포함)의 경우에 있어서도 전문의가 되는 비율이 하향조정되어야 할 것입니다.

22) 김광진, 앞의 글, 14면.

23) 이하에서 보는 바와 같이 전문치의제도를 시행하고 있는 여러 다른 나라의 전문치의 비율이 6-11%인 것에 비추어 볼 때, 향후 전공치의의 수를 배출되는 치과의사의 10% 이하로 조절하는 것이 좋을 것으로 보인다. 전문치의 및 일반치의의 효율적 이용을 위하여 치과의사 전반적인 인력수급 현황분석이 요구되며 이를 토대로 한 전문치의 수의 조절이 필수적이다. 신동근, 앞의 글, 42면.

24) 신동근, 앞의 글, 29-35면 참조.

25) 동규정 제2조 제2항에 의하면 치의에 대하여는 구강악안면외과, 치아보철과, 치아교정과, 소아치과, 치주과, 치아보존과, 구강내과, 구강악안면방사선과, 구강병리과, 예방치과 등 10개의 전문과목을 규정하고 있다.

26) 물론 수련받는 전공의 중 일부에게만 전문의 자격을 인정하는 방안도 가능하나, 수련을 받았으나 전문의 자격을 취득하지 못한 전공의의 경우 야기되는 시간과 노력 등 사회적 비용을 고려하여 볼 때, 이런 방안은 바람직하지 못하며, 전공의의 수 자체에 대한 제한도 있어야 할 것이다.

라. 2차 의료기관의 확충²⁷⁾

현재 우리나라의 1차 치과의료기관은 보건소, 보건지소, 치과의원이라 볼 수 있으며, 도단위에 설립되어 있는 치과대학병원이나 3차 의료기관으로 지정된 종합병원내 치과 진료부를 2차 기관이라 할 수 있을 것입니다.²⁸⁾ 1차 의료기관에서 의뢰된 환자에 대한 적정한 전문진료가 이루어지기 위해서는 적정한 규모의 2차 치과 의료기관이 분포되어야 할 것입니다. 그러나 현재 치과대학병원과 종합병원내 치과진료부가 지역별로 심한 불균등 분포를 보이고 있어²⁹⁾ 지역별로 수요에 맞는 2차 의료기관의 확대가 필요한 실정입니다.

마. 수련기관지정기준 및 수련과정의 체계적 정비³⁰⁾

전문치의의 규모를 제한하기 위해서는 치과 전공의의 선발 단계부터 엄격한 관리가 이루어져야 합니다. 또한 수련기관으로서 합당한 시설과 전임교육자가 확보된 기관에서만 전문치의를 양성하여야 합니다. 전문치의를 양성하는 수련기관의 지정기준을 엄격히 지킴으로서 전문치의의 수와 자질을 관리하여야 할 것입니다.

바. 의료수가의 현실화

고난도의(혹은 전문적) 치료가 필요한 2차 치과의료기관에서의 진료수가는 그에 상응하도록 차별화되어야 할 것입니다. 특히 수가 차별화가 이루어 전문치의가 고난도의 진료에만 전념할 수 있는 수가 체계가 마련되어야 합니다.

4. 결 어

이미 전문의 제도를 시행하고 있는 의과의 경우를 보더라도 의료수요의 90%는 전문적인 진료보다는 일차 의료의사(가정의 · 일반의)의 진료를 충분히 해결이 가능한 질환임에도 전체 전문의의 47.9%가

개원의로 활동중이며 개원의중 80.3%가 전문의(단과)이고, 가정의와 일반의는 일차진료의사의 19.7%에 불과한 실정에 있어 국민의료비를 상승시키는 부작용을 초래하고 있어 이러한 잘못된 전문의 제도를 바로잡을 필요성이 제기되어 정부차원에서도 “가정의”를 비롯한 주치의 제도를 확립하려는 실정입니다.

올바른 전문치의 제도를 시행하기 위해서는 역할분담이 명확한 의료전달 체계 확립이 필요하며, 의료전달체계가 실효성을 거두기 위해서는 일반치의는 혼하게 발생하는 구강상병의 진료를 담당하고 전문치의는 일반치의가 감당하기 어려운 특정영역의 진료를 담당하는 자로서 전문과가 개설되어 있고, 시설, 장비가 갖추어진 2·3차 진료기관에 종사하는 것이 검토되어야 합니다.

헌법재판소의 입법부작위 위헌결정에 의하더라도 “치과전문의제도는 우리나라 현행 치과의료계의 현실을 감안하여 치과계 특성에 맞는 합리적인 재량의 범위내에서 독자적인 제도를 시행할 수 있다고 밝히고 있으며, 우리나라 치과계의 특성에 맞는 전문치과의제도 확립에 대한 필요성이 있다고 판시하고 있습니다.” 따라서 오늘 치과의사 전문의 제도 관련 전문가들의 공청회가 향후 우리나라의 실정에 적합한 바람직한 전문의 제도를 구축하는 계기가 되었으면 합니다.

하지만 명심해야 할 것은 금번 치과의사 전문의 제도를 시행함에 있어 ‘국민의 (구강)건강 보호증진’이 제1차적 고려 요소가 되어야 할 것이며, ‘치의들의 이해조정’은 부차적 요소로서 고려되어야 할 것입니다. 그리고 ‘치과의사들의 이해조정’은 결코 어느 한 집단의 이익만을 옹호하는 것이어서는 아니 될 것이며, ‘국민의 구강건강 증진’을 위하여 상호간 공정한 이익분배를 꾀할 수 있고 제도의 개혁에 따른 고통을 골고루 분담할 수 있는 것이 되어야 할 것입니다.

27) 한영철, 앞의 글, 8-9면 참조.

28) 치과보건의료 영역에 있어서 세계 어느 나라도 3차 진료기관까지 두고 있는 예가 없으므로, 3차 치과의료기관에 대한 논의는 생략하기로 한다.

29) 2차 치과의료기관이라고 볼 수 있는 종합병원 치과진료부와 치과대학병원(혹은 대학병원 치과진료처)이 1993년 현재 전국적으로 30개가 있으나, 이중 14개가 서울에 있고, 부산과 대구에 각 4개씩 있으며, 나머지 시도 중 경기도, 충청북도, 경상북도, 전라남도, 제주도에는 2차 치과진료기관이 존재하지 않는다.

30) 한영철, 앞의 글, 11면.