

醫療傳達體系와 專門齒醫制에 關한 小考

한영철

한영철치과의원

ABSTRACT

SOME CONSIDERATIONS ON ESTABLISHING DENTAL CARE DELIVERY SYSTEM AND DENTAL SPECIALTY SYSTEM IN KOREA

Young-Chul Han, D.D.S., M.S.D., Ph.D.

Dr. Han's Dental Clinic

The dental care delivery system and the dental specialty system have a very close relationship each other.

Compared to Korea, Western European countries with predominant public sector in dental service have recognized merely 2 or 3 dental specialties, while North American countries with predominant private sector, 8 or 9 ones.

It is desirable to adopt the dental specialty system as soon as possible in Korea to encourage scientific development in various dental specialties and qualitative advance in dental service.

We, however, have to establish equitable dental care delivery system which can use limited dental resources efficiently as follows.

1. clarifying the different roles in assignments between general dentists and specialists by the amendment of the related laws such as the Medical Act and establishing the organic patient-referral system.
2. adopting the dental specialty system and expanding personnel and equipments so that the dental college hospitals, especially dental divisions of general hospitals, might function as secondary care facilities with specialties.
3. determining the size of dental specialists according to the national needs for dental specialized services, whose number is to be not more than 10% of the total dentists
4. transferring the function of accredating dental specialists to the efficient, self-controlled professional organization such as the Korean Dental Association rather than putting it under the governmental control.
5. conducting a comprehensive review of specialty education and practice for re-recognition, and maintaining competence of specialists by re-accredating them periodically

I expect this article to contribute to further discussion about the dental specialty system in Korea in productive and practical way. I am sure that we can establish this system in the near future when people in every walks of life-the academic circle, the press, the authority concerned, consumer groups and the Korean Dental Association-take part in the discussion with special concern.

Key words : Dental specialty system, Dental care delivery system, General dentist, Specialist, Accredation, Recognition, The Medical Act

현재 치과계에는 전문치의제 시행에 대해 다양한 의견이 공존하고 있다. 의견수렴의 필요성에 대해서는 모두 공감하고 있으나 이를 실천하려는 노력이 아직 충분하지 않으며, 구체적인 시안으로 제시되기도 전에 많은 갈등을 빚고 있다¹⁾. 96년 초, 전문치의제 실시와 관련하여 헌법재판소에 헌법소원이 제기되고, 97년에 의료개혁위원회에서 이 문제를 다루었으나 결론을 내리지 못한 채 실시여부의 결정을 치과계에 되돌려 보낸 바 있다²⁾. 98년 7월 헌법재판소는 일부 헌법 불합치 판정을 내림에 따라 전문치의제도 시행은 이제 시간문제라 되기에 이르렀다³⁾.

미국과 독일은 병원중심의 의료체계의 발전과 함께 전문의 제도가 자연스럽게 정착하였으나 우리 나라는 一般醫의 양성이 시급하다는 지적에도 불구하고 專門醫 중심으로 교육제도와 의료체계가 정립되고 말았다⁴⁾. 즉, 전문의가 일반의보다 의료시장에서 우월적 지위를 누릴 수 있다는 인식으로 과다하게 전문의가 양성되었던 것이다. 국민의료수요에 따른 전문의 양성이 아니라 대학병원을 포함한 대형병원들의 전공의 선발 정원에 의해 양산되었다. 게다가 전문의가 일차의료로 담당하므로써 전문의의 비전문의화 현상이 나타나고 있어 의료의 비효율과 의료비 증가의 요인이 되고 있다⁵⁾.

전문적인 치과의료의 공급과 치의학의 학문적 발전을 위해 전문치의 제도는 필요하다. 지금까지 많은 수의 치과의사가 치과전공의 과정을 이수하고도 전문치의 자격시험이 실시되지 않아 전문치의로서의 자격을 인정받지 못한 채 불이익을 당하고 있다. 또, 국민들은 일반치의와 전문치의의 구분이 없어서 자신에게 적합한 치과료를 공급받지 못하고 있는 실정이다⁶⁾.

따라서 전문치의제를 도입할 경우 현행 의료법상의 전문의 제도 시행으로 겪고 있는 의료전달체계상의 문제점과 비효율을 근원적으로 개선하여야 하는 부담을 안고 있다. 그리고 소득수준 향상과 권리의식 증대에 따른 환자들의 요구 증가와 보다 편리한 의료자원에 대한 접근성, 독점화되어 있던 치의학 정보의 대중화 등의 문제들도 함께 해결해야 할 과제이기도 하다.

전문치의제 도입에 대한 보다 근원적인 이해를 위해 의료전달체계 확립과 현행 의과 전문의 제도의 문제점, 전문치의 제도 실시여부를 둘러싼 논쟁, 바람직한 전문치의제 도입 원칙과 구체적 방안 등을 기술하고자 한다.

1. 선행되어야 할 의료전달체계

의료전달체계는 의료공급체계 또는 의료제공체계와 동의어로 사용되기도 하며, 학자나 관점에 따라 그 개념과 포괄하는 범위가 다양하다. 우리나라에서는 의료전달체계가 의료후송체계 또는 환자후송체제로 의미가 변질되어 사용되는 경우도 있다.

의료전달체계는 “의료를 필요로 하는 사람에게 질적, 양적으로 적절한 의료를 효과적, 효율적으로 제공하는 것과 관련된 체계 또는 제도”라고 정의할 수 있을 것이다. 따라서 이는, 1) 적정 의료자원의 개발 및 생산, 2) 개발 및 생산된 의료를 수혜자에게 제공하는 접근성, 3) 가용자원의 생산성을 높이는 효율 등 세가지 요소로 구성된다고 할 수 있다.

첫째, ‘의료자원의 개발 및 생산’이란, 의료인력 및 시설 등의 의료자원을 양적, 질적으로 적정하게 개발하고 생산하는 것과 관련된 내용을 포괄한다.

둘째, ‘의료의 접근성을 높인다’는 것은, 의료로 필요로 하는 모든 사람에게 의료서비스에 대한 지리적, 경제적, 문화적 접근성을 높여주기 위한 모든 노력을 말한다.

셋째, ‘생산성 제고 및 효율’이란, 유한한 의료자원으로 모든 사람에게 필요한 정도의 의료를 제공하기 위해서는 단계적이고 체계적인 접근 뿐 아니라 최소한의 투자로 최대한의 효과를 기대하는 효율성이 기본개념이 된다는 의미이다⁷⁾.

바람직한 의료전달체계의 기본 원칙으로는, 1) 의료의 지역화와 관련된 진료권 설정에 입각하여 의료자원의 개발 및 배치계획이 있어야 하고, 2) 의료기관과 의료자원(시설, 인력)의 기능분담과 역할정립이 분명해야 하며, 3) 환자후송의 유기적 전달체계를 확립하는 것이어야 한다⁸⁾.

예를 들어 의원급 의료기관에서 치료할 수 있는 환자를 종합병원에서 진료하게 되면 종합병원의 시설이나 장비를 제대로 활용하지 못하는, 즉 의료시설을 효율적으로 이용하지 못하는 결과를 초래하게 된다. 의료시설은 1차, 2차, 3차 의료기관과 특수병원으로 구분하여 그 기능을 분담케 하는 동시에 환자후송체계를 수립해야 한다. 즉, 각급 의료기관별로 의료시설의 기본형과 그에 따른 병상규모 및 진료과목의 구성과 주요 진료서비스 내용 등에 관해 적정규모를 설정하고, 의료자원의 지역적 배치계획을 수립하여 자원의 효율성을 제고하여 의료서비스의 균등성(equity)과 접근성(accessibility)을 향상시켜야 하는 것이다⁹⁾.

의료기관별 기능분담의 기본원칙은 다음과 같다. 1차 의료기관은 외래진료를 위주로 하는 의원급, 2차 의료기관은 입원진료가 주종을 이루는 병원, 3차 의료기관은 진료권역의 피라미드 정점에 위치하여 입원진료와 의학교육 및 연구를 주요 임무로 하는 종합병원이나 대학병원이 된다. 특수병원

Table 1. 전문과목별 개원의의 진료과목별 내원비율
(단위: %, 1992)

전문과목	진료 과목
내과	내과(74.6), 이비인후과(12.3), 기타
일반외과	내과(43.8), 정형외과(21.6), 이비인후과(11) 일반외과(6.7), 피부과(5.1), 기타
산부인과	산부인과(75.7), 내과(10.9), 비뇨기과(4.7), 기타
소아과	내과(66.6), 이비인후과(24.2), 소아과(6.1), 기타

자료 전문의 인력수급 및 정책과제에 대한 세미나, 대한의학회, 1993

은 결핵, 나병, 정신병과 같은 특수질환에 대한 입원진료와 외래진료를 담당한다. 이러한 기능분담을 전제로 1차 기관에서 2차 기관이나 특수병원으로, 2차 기관에서 3차 기관이나 특수병원으로 반드시 후송의견서를 첨부하여 환자를 후송하여야 한다. 대형 종합병원은 환자집중을 막기 위하여 진료행위에 대한 가산율과 본인부담률을 높게 책정하도록 한다¹⁰⁾.

의료자원의 균등배치와 효율적인 활용을 위해 진료권이 설정되는데 우리 나라에서는 1차 기관에는 소진료권을, 2차 기관에는 중진료권을, 3차 기관에는 대진료권을 두는 것이 의료보험제도 도입 당시 제안되었으나 실제로는 중진료권과 대진료권만을 설정하여 운영되어 오다가 1998년 10월부터 의료서비스 이용의 편의성을 이유로 중진료권마저 폐지된 상태이다.

이상과 같은 의료전달체계의 정립을 기본전제로 하여 전문의제도가 시행되는 것이 올바른 국민보건증진을 위해 바람직할 것이다.

2. 의과 전문의 제도의 문제점

국가보건의료체계의 하부구조 중 의료자원으로서 초진문 인력인 전문의가 필요하다는 것은 재론의 여지가 없다. 그러나 현재 의료법의 규정에 의해 실시되고 있는 의과 전문의제도의 문제점을 짚어 봄으로써 전문치의제도 도입에 타산지석으로 삼고자 한다.

우리나라의 전문의제도 도입의 배경은 전문분야에 대해 일정 자격을 부여(certificate)하는 것으로서 시작된 것이라기보다, 개원가의 무질서한 전문과목 표방의 혼란을 시정하는 차원(표방허가제: 1952 - 1974)이었다 해도 과언이 아니다. 결국 개원가에서 전문의와 일반의간의 경쟁양태, 전문의의 과다양성, 의대생들과 국민들의 전문의 선호경향의 증폭¹¹⁾ 뿐 아니라, 근년에는 전문의 선발과정의 금품수수 등 사회적 비리마저 낳은 바 있다.

의과 전문의 제도의 주요 문제점¹²⁾으로는,

첫째, 전문의의 단독 개원을 허가함으로써 생기는 문제이

Table 2. 개원 전문의의 일반의원 표방 현황 (단위: %)

전문과목	비율	전문과목	비율
내과	7.3	신경과	11.3
정신과	8.2	일반외과	31.4
정형외과	7.3	신경외과	9.2
흉부외과	84.9	상형외과	13.8
다취과	97.3	산부인과	12.2
소아과	4.9	안과	5.0
이비인후과	2.1	피부과	13.4
비뇨기과	5.7	진단방사선과	10.1
임상병리과	25.6	결핵과	56.6
예방의학과	100.0	재활의학과	12.5

자료 전문의 인력수급 및 정책과제에 대한 세미나, 대한의학회, 1993

다. 전문의의 절반 이상이 의원에서 근무하고 있는데 이들 개원 전문의의 진료 내용을 살펴보면 자신의 전문분야를 제대로 살리지 못하고 있다(Table 1).

소아과전문의 자격을 취득하고 단독개원한 경우 자신의 전문과목에 대한 진료내용은 6.1%에 불과하다 일반외과의 경우도 전문영역의 진료내용은 6.7% 뿐으로, 기정의학과 전문의와 비슷한 내용의 진료를 행하고 있다.

이러한 현상은, 1차 진료를 담당하는 의료기관인 '의원'은 전문의가 본래 취지에 맞게 기능을 하기에는 적합하지 않은 의료기관이기 때문이다. 1차 진료는 단독개원 형태의 의원급에서, 전문적 진료는 병원급 이상에서 이루어져야 원칙이다. 그러나 우리 나라는 전문의의 의원 개원을 허가하고 있어 전문의의 비전문의화 현상이 나타나고 있다.

둘째, 개원 전문의에게 자신의 전공 과목이외에 3개의 타 진료 과목까지 표방을 허용함으로써 나타나는 문제이다. Table 2에 따르면, 예방의학과, 마취과, 흉부외과 전문의의 일반의원 표방 비율이 85 - 100%이며, 결핵과도 57%로써 대단히 높다.

이들 과목의 전문의는 자신의 전문분야의 표방을 포기하고 일반의원의 기능을 수행하고 있다. 결국 수련받은 전문 지식과 기술을 충분히 활용하지 못하고 실질적인 진료내용이 일반의와 큰 차이가 없는 셈이다. 전문의 양성에 따르는 막대한 자원의 낭비와 비효율성을 방지하기 위하여 직정수준의 전문의 양성방안이 절실히 요구되고 있는 것이다.

셋째, 전문의 배출인원이 전문과목의 진료수요에 따르기보다 전공의 수련병원 운영상 필요한 각 진료과의 전공의 신청수에 따라 결정되고 있다. 병원경영 측면에서 전공의는 전문의에 비하여 비교적 낮은 임금으로 활용할 수 있는 노동력이기도 하다. 최근 대형 종합병원의 신설 붐으로 수련병원 지정기관이 증가하면서 전공의 부족현상이 심화되고 나아가 전문의가 과잉생산되는 결과를 초래하고 있다. 그러나 일부 과목은 과잉 양성되는 반면, 일부 과목은 전공의를

확보하지 못해 필요한 만큼의 인력을 양성하지 못하고 있다.

넷째, 1차 의료인력이 사실상 양성되지 못하고 있다. 선진국에서는 양질의 1차의료를 편리하게 공급하는 것을 국민 의료보장의 최우선 과제로 인식하고 있다. 1차의료를 담당할 인력을 양성할 목적으로 신설된 가정의학과는 분과 전문화되어 전문의로 인식되고 있으며, 개원의사중 가정의학전문은 8.0%에 불과한 실정이다¹³⁾.

다섯째, 수련병원 지정기준이 획일적이며, 전문과목별 교육목표가 상이하고, 전공의 임용과 교육이 각급 병원별, 연차별 정원제로 고정되어 있어 대형병원을 선호하게 하는 등, 전문의제도 운영이 법규로 관리되고 있어 의학발전과 의료환경 변화에 적절히 대응하지 못하고 있다. 전문의 자격을 국가가 관리하는 나라는 전세계적으로 우리 나라뿐이다. 관주도의 법제하에 운영으로 빚어지는 경직성과 비효율성을 민간주도로 이관하여 자율성과 창의성을 고양하여야 한다¹⁴⁾.

여섯째, 수련교육에 대한 각급 평가제도가 없거나 형식적이고 전문의 자격 취득후의 재평가 제도도 없는 실정이다. 따라서 전공의 수련교육에 대한 전문과목별, 교육프로그램별 실질적 평가제도가 정착되어야 하며, 전문의 자격 취득후에도 지속적인 평가제도를 통해 역할과 기능을 유지토록 하여야 한다¹⁵⁾.

이상과 같은 의과 전문의 제도가 그대로 치과영역에 도입된다면 유사한 문제가 나타날 것은 불을 보듯 뻔하다. 치과 의원급에서 전문과목 표방을 허가하면, 전문치의와 일반치의가 경쟁관계에 놓이게 되어 대부분의 치과의사가 전문의 자격을 취득하려 할 것이다. 또한 보철과와 교정과 등 수가 높고 보험비급여부문인 특정과의 전문치의가 되기를 원할 것이며, 일부 과목의 전문치의들은 자신의 전문과목을 포기하게 될 것이다. 수련을 받지 않은 치과의사 중 65%는, 전문치의제도가 실시되면 전문치의 자격을 취득하겠다고 응답했으며, 타과의 전문의 과정을 수료하고도 교정과와 보철과를 표방과목으로 희망하는 치과의사가 각각 47%와 37%에 달하고 있다¹⁶⁾.

따라서 의과의 전문의 제도의 선례를 따라가는 전문치의 제도의 도입은 바람직하지 않다. 대부분의 구강질환은 외래 중심적이고 만성적이며 재생 불능이고 치료 시간이 상대적으로 길다. 장기별로 구분되는 의과와 달리 악안면구강이라는 단일한 해부학적 영역을 대상으로 하는 치과치료의 특성에 부합하면서 국민구강보건을 향상시킬 수 있는 바람직한 방향에서 전문치의 제도가 도입되어야 한다.

Ⅲ. 총괄 및 고찰

1. 전문치의제 논의 개괄

1) 추진 경위¹⁷⁾

1962년 전문치의에 관한 규정이 의료법에 채택된 이후, 치과계에서는 수차례(1963년, 1973년, 1982년, 1990년 이후)에 걸쳐 전문치의에 관한 논의가 진행되었으나 아직 합의된 결론에 이르지 못하고 있다.

1960년대 초에는 의과 전문의제도와 같은 형식으로 시행되기에는 치과의사와 치과의료기관의 양적 규모 자체가 협소했다. 그후 1973년에 대한치과의사협회에서 국민소득 1,000불 달성때까지 전문의제도의 실시를 무기한 연기하기로 했던 이유도 국민의 치과의료 수요가 미치지 못한다는 것이었다.

1982년 당시 보건사회부에서 시행되지 않고 있는 전문치의제도에 관해 폐지 의견을 회부함에 따라, 대한치과의사협회 대의원 총회에서 조기 실시를 결정하고 전문의시험 시행 연구위원회를 구성하였다. 그러나 당시 몇가지 원칙, 즉, 개원의의 충격을 최대한 줄이는 방향으로 실시하되 소득과 관계없는 과목부터 실시하며, 일반의의 영역침범으로 반목 현상을 나타내지 않는 과목부터 실시하고, 파생되는 문제점을 개선하면서 차츰 전문의 시행과목을 확대해 나가자는 의견과 국민에게 양질의 치과진료를 제공하고, 치의학 발전의 방향이라는 원칙을 세우는데 그쳤으며 구체적인 시행 방법을 논의하는 수준은 아니었다.

1989년 말, 보사부가 전문치의제도에 관한 시행규칙을 입법예고하자 이전의 소극적인 논쟁과는 달리 치과계 내에서는 다시 찬반여론이 거세게 일어 첨예하게 의견이 대립하게 되었다. 각 학회에서는 전문치의제도의 조기실시를 촉구하는 성명서를 발표하기도 하였으며, 특히 구강악안면방사선과등 현행 의료법에 전문치의 진료과목으로 인정되지 않은 과목의 학회에서는 그 과목의 전문치의 인정 등을 요구하기도 하였다. 이에 따라 대한치과의사협회에서는 대의원 총회에서 전문치의제 시행여부에 대한 최종 결정을 내리기로 하였고 총회에서 찬반토론 끝에 유보하기로 결정하였던 것이다.

2) 찬성론과 보류론

이때 대두된 찬반 양측의 입장을 간략히 대별해 보면 다음과 같다.

제도 도입을 찬성하는 측은, 30여년간 제도 시행을 미루어 왔던 명분들이 이제는 그 설득력이 없어졌다고 보며, 늦었지만 이제라도 실시해야 한다고 말한다. 즉 국민의 구강보건 향상과 치의학 발전에 도움이 되는 제도일 뿐 아니라 사회 변화와 세계적인 추세에 비추어 보아도 학문과 기능의

세분화, 전문화는 피할 수 없는 흐름이라는 것이다

치과의료기관이 전문과목을 표방하면 국민들이 자기 요구에 따라 의료기관을 선택할 수 있는 장치가 될 수 있으므로 의료 소비자 측에 바람직하며, 치과의사들도 의과와 동등한 사회적 전문성과 특수성을 인정받는 획기적 계기가 될 것으로 생각하고 있다. 전문과목으로 세분화함으로써 일반의로서만 밀집되어 생기는 개원의 어려움을 분산하는 데에도 일조하며, 교육기관의 인적, 질적 향상을 기할 수 있고, 새로운 의보항목 개발 및 수가개선 등 현행의 의료보험체제의 변화를 이끌어 낼 수 있는 등 치의학계가 당면하고 있는 과제들을 풀어 나가는 좋은 계기가 될 것이라고 본다. 그동안 전문치의제도 미실시로 인하여 의과에 비하여 사회적으로 전문성을 인정받지 못하고, 종합병원 내에서 치과영역의 확대제한 또는 축소, 전문의 자격 불인정에 따른 봉급상의 불이익, 사회경제적 위상의 하락 등 여러모로 불이익을 감수해 오고 있었다는 문제의식을 느끼고 있다.

반대측 주장은, 제도 자체를 근본적으로 반대하지는 않으나 여건이 불충분한 상황에서는 오히려 역작용이 클 것으로 예상한다. 즉, 현재와 같은 열악한 의료보험제도와 전문성을 인정치 않는 강제적이고도 비현실적인 의료보험 수가, 전문기관을 선호하는 국민의 의료기관 이용관행, 치과의사의 전공과목 선택시 특정과(주로 보철, 교정과 등) 선호 및 집중 등으로 인해 파행적 의료 관행을 초래하고, 오히려 치의학과 치과의료계의 발전을 왜곡하는 현상이 나타날 것으로 우려하고 있다.

전문치의제도가 의료보험수가의 현실화를 담보해 줄 수 있으리라는 찬성측 생각을 낙관적 희망에 불과하다고 일축하며, 오히려 개원의들의 경영 압박을 가중시키게 될 것으로 본다. 또한 수련 기회의 불균등으로 인하여 치과의사들 간의 위화감과 이기적 경쟁을 부추겨 치의학계의 위상을 거꾸로 실추시키는 결과가 올 것으로 걱정한다. 따라서 이 제도의 부작용을 최소화할 수 있는 여러 여건이 갖추어질 때까지 제도 시행을 보류해야 하며, 그렇지 아니한 조속 실시에는 반대한다는 입장이다.

지난 94년 일부 학회의 건의로 행정쇄신위원회가 전문치의제도 조기 실시 방침을 결정한 이후, 이러한 의견대립은 더욱 극한 상황에 달하게 되었다. 93년도 정기 대의원총회 결정을 무시한 행위라며 해당학회 임원들에 대한 징계 요구까지 하는 등 첨예한 논쟁 끝에 97년 정기 대의원총회에서도 결국 유보로 결론짓게 된다. 96년 정기 대의원총회 직전에 다시 일부 학회를 중심으로 전문치의제도에 실시에 관한 헌법소원을 헌법재판소에 제기하여 98년 여름 “보건복지부는 ‘전문치의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정 시행규칙’을 개정하여 전문치의제도를 실시하라”는 내용으로 입법 부작위에 따른 일부 위헌 판결이 내려지므로써 전문치의제도 도입에 관한 논쟁은 종지부를 찍었다. 그러나 새로운 세력으로

로서 키과대학 재학생이 등장하면서 구체적인 시행방안과 경과규정을 놓고 이견이 좁혀지지 않은 채 갈등이 증폭되고 있는 상태이다¹⁸⁾.

한편 전문치의 제도 도입에 있어 관망하는 자세를 취하던 한의계가 전문치의와 관련한 헌법재판소의 결정이 난 뒤 내부 논의를 거쳤으며 12월 전문치의제 실시에 관한 입법예고 이후 2000년 3월부터 소수정예를 근간으로 하는 전문치의제가 실시 예정으로 있어 치과계에 시사하는 바가 크다¹⁹⁾.

2. 전문치의제 도입 원칙과 방안

세계치과의사연맹(Federation Dentaire Internationale)은 전문치의와 일반치의의 기능분담 및 역할구분과 관련하여 1963년 다음과 같이 전문치의를 정의하였다²⁰⁾.

- ① 전문치의의 일차적인 목적은 환자에게 특수한 서비스를 제공하는 것이다.
- ② 전문치의는 자신이 속한 지역이나 치과의사회에서 인정하는 기준에 합당한 교육과 재능을 갖추지 않고서는 자신을 전문치의라 표방할 수 없다.
- ③ 전문치의는 자신의 모든 근무시간을 그의 전문과목에 제한해야 한다. 특정한 영역으로 진료를 제한하는 것이 치과의사 인력이 부족하거나 고립화된 지역에서는 바람직하지 않을 수 있으나, 긴 안목에서 보았을 때 전문치의의 제도는 전문치의와 일반치의 모두의 권리를 보호할 장치가 있어야 한다.
- ④ 전문치의는 오직 한 과목에만 전문과목을 표방해야 한다.
- ⑤ 전문치의는 환자를 의뢰한 의사에게 자신의 전문영역에 한정된 서비스만 진료하고 되돌려 보내야 한다.
- ⑥ 전문치의는 지식과 교육, 수련, 경험에 의해 재능을 습득한 부분으로만 진료를 제한해야 한다.

FDI의 정의에서 보는 바와 같이 전문치의는 임상적 특정한 분야에서 우월한 능력을 입증하여야만 하며 이는 일반치의를 넘어서는 교육, 수련 및 임상적 경험으로부터 나온다. 이러한 전문적인 능력을 가진 임상치과의사가 환자에게 특수한 서비스를 제공할 수 있다는 것을 분명히 하기 위한 제도가 전문치의 자격제도이다.

전문치의가 전문영역에서 연구와 진료에 충실할 수 있기 위해서는 일반치의와 기능과 역할이 명확히 구분되어야 한다. 임상에서 흔히 발생하고 1차 의료기관에서 담당할 수 있는 질환의 치료는 치의학 전공과목에 관한 기본적 이론과 실기를 교육받은 일반치의가 담당하여야 한다. 반면 전문치의는 일반치의가 담당하기 어렵고 좁은 영역에서의 협소한 문제를 다루는 2, 3차 진료를 담당하여야 할 것이다²¹⁾.

이를 위해서는 원칙적으로는 일반치의는 1차 의료기관에 근무하며 전문치의는 광역의 대형 의료기관에서 타분야 전

분과 및 보조인력과의 협동 체계속에서 진료를 담당하는 것이 효율적이다. 이를 제도화할 의료전달체계의 확립이 전문치의 제도 도입에 필수적으로 이루어져야 할 조건이다.

이러한 의료전달체계의 확립을 위해서는 의뢰관계의 확립과 전문치의 수, 1차와 2차 의료기관의 고른 분포, 수가체계의 개선 등 포괄적으로 관련 법규와 제도가 개정되어야 한다.

1) 의뢰관계의 확립

대부분의 치과진료는 1차 의료기관에서 이루어져야 하며 전문진료가 필요한 경우에 한해 2차 의료기관으로 후송되어 전문진료를 받도록 한다²⁹⁾. 전문진료를 끝낸 환자는 다시 1차 기관으로 회송되어 다른 진료를 완료하도록 한다. 이를 위해 1, 2차 기관간의 의뢰체계가 정립되어야 한다.

현재 우리나라 의료전달체계에 관한 규정은 의료보험법에 의료보험요양기관 지정기준의 구분을 위한 법조항만 있을 뿐, 의뢰 관계를 기본으로 하여 1, 2차 기관이 역할을 구분하도록 강제하는 법률적 규정은 없는 실정이다. 의뢰관계의

Table 3. 1, 2차 치과 의료기관의 지역별 분포 (92년 말 현재)

구분	치과의원	종합병원 치과진료부	치과대학병원 (국립대학병원 치과진료처)
서울	2,433	11	2(1)
부산	606	2	(1)
대구	443	2	(1)
인천	270	1	
광주	242		
대전	194	1	1(1)
경기 시	647		
군	130		
강원 시	91	1	
군	34		
충북 시	103		
군	35		
충남 시	71	1	1
군	89		
전북 시	200		1(1)
군	37		
전남 시	128		
군	91		
경북 시	189		
군	92		
경남 시	334	1	
군	93		
제주 시	64		
군	6		
계 시	6,025	20	5(5)
군	607		
총 계	6,662	20	10

자료 : 대한치과의사협회 회원명부, 1993.

확립을 전제로 전문치의제도가 실시되어야 하며 이를 위해 의료법에 관련 법조항을 신설해야 한다.

2) 2차 의료기관의 확충

현재 우리나라에서 1차 치과의료기관은 보건소, 보건지소, 치과의원이라 볼 수 있으며 도단위에 설립되어 있는 치과대학병원이나 3차 의료기관으로 지정된 종합병원내의 치과진료부를 2차 기관이라 할 수 있을 것이다. 치과보건의료의 영역의 경우 세계 어느 나라에도 3차 기관까지 두는 예가 없는데, 1차 기관에서 의뢰된 환자에 대한 적정 전문진료가 이루어지기 위해서는 적정 규모의 2차 치과 의료기관이 분포되어야 할 것이다. 그러나 현재 치과대학병원과 종합병원내 치과진료부가 지역별로 불균등 분포(Table 3)를 보이고 있어 지역별로 수요에 맞는 2차 기관의 확대가 필요한 실정이다. 이 문제의 해결을 위해서는 2가지 방법을 생각할 수 있다.

첫째, 치과대학병원의 2차 치과의료기관으로서의 기능을 대폭 보강하는 것이다. 서울대학교를 비롯한 지방의 국립대학교의 경우, 사립대학과 달리 치과진료부 또는 치과진료처라는 이름으로 대학병원에 소속되어 있어 형식이나 내용면에 있어 2차 기관으로서 기능하기에 상당히 미흡한 실정이다.

둘째, 3차 의료기관으로 분류된 종합병원의 치과진료부도 2차 치과의료기관으로 가동할 수 있도록 인원, 시설, 장비를 확충하도록 한다. 현재 1 - 2명의 치과의사만으로 치과진료를 담당케 하는 종합병원이 많은데 최소한 치과의 전문임상과목 6개 이상을 설치하고 해당 전문치의가 진료와 교육을 담당케 하여 2차 기관으로서의 역할을 정상적으로 수행하도록 한다.

이렇게 하므로써 적어도 도단위 대진료권에 한곳 이상의 2차 치과의료기관이 배치되도록 유인한다는 것이다.

3) 1차 의료기관에서의 전문과목 표방금지

1차 의료란 국민에게 자주 발생하는 질환의 예방검진 및 조기 발견과 조기 치료를 통하여 국민의 건강수준을 향상시키는 포괄적 의료라고 할 수 있다. 따라서 1차 의료기관은 실제 국민건강을 위한 중추적 역할을 담당하는 곳으로서 국민들이 이용하기 쉽도록 접근이 용이해야 한다. 그러나 만약 전문치의가 일반치의와 동일한 조건에서 개원을 하게 되면 지역사회내에서 환자유치를 위해 일반치의와 경쟁할 수밖에 없고, 결국 건설한 1차 의료기관을 위축시키고 도태시킬 위험이 있게 된다³⁰⁾.

의원급의 1차 의료기관에서는 전문과목을 표시할 수 없도록 하고 의뢰에 의한 전문진료가 이루어지게 하여 1차 의료기관을 보호해야 할 것이다.

Table 4. 각국의 치과의사 중 전문치과의사의 비율

전문치의 / 치과의사(%)	실시 나라수
3 % 이하	12개국
3 - 5 %	2개국
5 - 10 %	24개국
10 - 20 %	18개국
20 - 30 %	5개국
30 % 이상	6개국

자료: F D.I., 1990

4) 적정수의 전문치의 양성

1989년 대한치과의사협회에서는 치과전공의 이수자를 2,500여명으로 추정하고 있다. 이는 그 당시 치과의사 8,630명의 29%에 달한다. 93년도에도 신규면허자 770명 중 257명이 인턴과정을 시작하여, 현재 치과전공의 이수자는 전체 치과의사의 30%를 넘는다고 볼 수 있다. 의외율에 의한 전문치과진료의 필요가 전체 치과진료의 1.7%²¹⁾와 3.4%²²⁾ 수준이라는 국내연구결과나 외국의 경우(Table 4)와 비교할 때, 우리 나라의 치과전공의 수는 과잉²³⁾이라고 볼 수 있다.

이처럼 치과전공의가 과잉배출되고 있는 상황에서 전문치의 제도 도입시 전문치의의 규모를 어느 정도로 할 것인가가 문제가 된다. 1989년 보사부의 입법예고에서는 기존의 전공의과정 이수자 모두에게 전문치의 자격시험 응시 기회를 주겠다고 하였다. 이에 대해 대한치과의사협회는 전공의 과정 비이수자의 반발을 무마하기 위해 전공의과정 이수자 이외에도 개원의중 일정한 자격을 갖춘 치과의사이면 시험 응시 자격을 주겠다고 개정안을 마련하였다. 이는 90% 이상의 치과의사에게 전문치의 자격 취득 기회를 열어 놓는 결과이다. 2차 치과의료기관이 제한되어 있는 상황에서 전문치의의 과다배출하게 되면 결과적으로 의원급에서의 전문 과목 표방을 허가하게 되어 의료전달체계의 파괴를 가져오게 될 것이다

국민의 구강보건의료 수요²⁴⁾에 맞추어 전문치의 수의 양성계획이 수립되어야 하며 과목별 전문치의의 양성계획도 과목별 전문의료 수요에 따라 조정되어야 한다

현재 의과의 전공의 정원정책은 복지부 장관이 수련기관의 요청에 따라 정하도록 되어 있다. 이는 전공의 수에 관한 장·단기적 인력수급계획이 수립되지 않은 새 수련기관의 요구에 따라 전공의를 양성하는 결과를 초래한다. 병원에서는 수련이라는 미명하에 값싼 임금으로 전공의를 진료에 종사하게 하고 있으며 이는 전문치의의 과다양성으로 이어져 결과적으로 의료전달체계를 교란하는 요인으로 작용하고 있는 것이다.

치과계에서 전문치의 제도를 실시하게 될 경우, 전문치의 수급계획이 국민의료수요에 따라 미리 이루어져야²⁵⁾ 하며,

이는 수련병원에만 맡길 것이 아니라 대한치과의사협회, 학장협회, 병원장협의회 및 소비자단체를 포함하는 민간기구를 구성하여 운영하여야 할 것이다.

5) 수련기관 지정기준의 강화

전문치의의 규모를 제한하기 위해서는 치과전공의의 선발 단계부터 엄격한 관리가 이루어져야 한다. 수련기관으로서 협소한 시설과 전임교육자가 확보된 기관에서만 전문치의를 양성해야 한다. 수련기관으로서 적절한 기준을 갖춘다는 것이 쉬운 일은 아닐 것이다. 우선은 현재 의료법에서 규정한 기준대로 이행되고 있는가부터 살펴보아야 할 것이다

현재 의료법에서는 치과수련병원의 지정기준을 정해 놓고 있다. 10개과의 전문의가 있어야 하며 각 과별로 필요한 설비와 관련 세부 규정도 마련되어 있다. 그러나 현재 전공의를 모집하고 있는 수련병원중 대학병원을 제외한 대부분의 병원은 이 규정에 적합치 않다. 1-2개과만이 갖추어져 있거나 필요한 설비도 제대로 갖추고 있지 못하면서 전공의를 모집하고 있는 수련기관이 대부분이다. 이는 대한치과의사협회의 '군전공의 수련기관의 지정에 관한 규정'에 따라 군전공의를 모집하는 수련기관에서 비군전공의도 함께 모집하면서 마치 대내외적으로 치과 수련기관인 것처럼 인식되어 왔기 때문인 것으로 보고 있다.

전문치의의 양성을 수련기관의 지정기준을 엄격히 지키므로써 전문치의의 수와 자질을 관리하여야 할 것이다

6) 1, 2차 의료기관 진료수가의 차별화

고난도의 치료가 필요한 2차 치과의료기관에서의 진료수가는 그에 상응하도록 차별화되어야 한다. 현재 저가의 의료보험수가에 대한 보상 형태로 대학병원급에서 지상진료비 제도를 허용하고 있다. 또한 현재 의료전달체계에 따른 기능분담과 환자후송체계가 확립되어 있지 않기 때문에 단지 종합병원으로 환자가 집중하는 현상을 막을 목적으로 각급 의료기관별로 차별적으로 가산율을 적용하고 있고 또 본인부담율에도 차별성을 두고 있기는 하다. 한편, 91년도의 1차 치과 요양기관의 월 평균 보험진료비가 458만원이라는 통계²⁶⁾는 2차 치과의료기관이 단일 전문과목으로서 독립경영이 어려울 지에 대해 많은 시사를 준다.

그러므로 이와는 근본적으로 궤를 달리하는 수가 차별화를 이루어 전문치의가 고난도의 진료에만 전념할 수 있는 수가체계를 마련하여야 한다. 진료과목마다 차이를 있겠으나 1차 의료수가보다 35%에서 50% 정도의 실질적인 할증이 있어야 할 것으로 사료된다

III. 결 론

치의학의 전문분야별 학문적 발전과 치과의료 서비스의

질 향상을 위해 전문치의제도는 빠른 시일내에 도입되는 것이 바람직하다. 더불어 한정된 의료자원의 균등 배치와 효율적 활용 등 의료전달체계의 확립도 반드시 고려되어야 할 것이다.

1. 의료법 등 관련법의 개정을 통해 일반치의와 전문치의의 기능분담과 역할정립을 분명히 하고 후송의견서 첨부 등 환자후송의 유기적 전달체계를 확립한다.
2. 의료전달체계가 확립된 후 전문치의제도를 도입하고, 치과대학병원과 특히 종합병원 치과진료부가 전문과목을 표방할 수 있는 2차 기관으로서 기능할 수 있도록 인력과 장비를 확충한다.
3. 국민의 구강보건의료 수요에 따라 전문치의 규모가 결정되어야 하고 전체 치과의사의 10%를 넘지 말아야 하며 전문과목별 수급도 균형을 맞추어야 한다.
4. 전문치의 양성을 경직과 비효율의 관주도로 운영하지 말고 대한치과의사협회 등 민간에 이관하여 자율과 효율에 맡기도록 한다.
5. 수련병원은 전문과목별, 교육내용별로 실질적인 평가를 받도록 하여야 하며 전문치의 자격 취득 후에도 지속적인 평가를 받아 그 질이 유지되도록 한다.

이 글은 전문치의제 실시에 대해 생산적, 실천적 논의를 풍부하게 하기 위한 것이다. 앞으로 학계, 언론계, 관계당국, 대한치과의사협회, 소비자단체 등 국민 각계각층의 참여로 보다 구체적이고 미래지향적인 논의가 활발히 이루어짐으로써 국민보건을 위해 바람직한 전문치의 제도가 만들어지길 바란다.

참 고 문 헌

- 1 변석두 : 치과전문의 관련 경과과정 편람, 대한치과의사협회지, 16(1) 75-87, 1997.
- 2 박우동 : 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제, 의료개혁위원회, 148-169, 1997.
- 3 이재봉 : 치과의사 전문의제도 시행추진의 역사와 전문과목으로써의 치과보철학에 관한 연구, 대한치과보철학회지, 36(4):644-665, 1998
- 4 성낙진 . 한국 전문의 제도 도입에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 17-28, 1992
- 5 백화중 : 의료인력 양성 및 관리 현황과 개선방안, 한국보건사회

- 연구원, 28-51, 1997.
6. 건강사회를 위한 치과의사회 구강보건정책분과 : 전문치의제 실시에 대한 토론회 자료집, 7-11, 1993.
7. 전국대학보건관리학교육협의회 : 보건학원론, 계축문화사, 175-180, 1997.
8. 김정순 외 : 일반보건학, 서울대학교 출판부, 341-343, 1996
9. 전국대학보건관리학교육협의회 : 보건학원론, 계축문화사, 175-180, 1997.
- 10 전국대학보건관리학교육협의회 : 보건학원론, 계축문화사, 175-180, 1997.
11. 대한의학회 : 전문인력 수급 계획 작성을 위한 세미나 결과보고서, 1993.
12. 대한의학회 : 졸업 후 의학교육제도 및 전문의제도의 개선에 관한 연구, 1995.
13. 대한의사협회 : 전국회원실태 조사보고서, 1997.
14. 백화중 : 의료인력 양성 및 관리 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원, 28-51, 1997.
- 15 박우동 . 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제, 의료개혁위원회, 148-169, 1997.
16. 한금형 : 전문치과의 제도 도입에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 42-43, 1994
- 17 대한치과의사협회 : 치과전문의제도에 관한 연구, 1993.
18. 경향신문, 중앙일보, 한국일보, 연합뉴스 : 11개 치의대생 정부 과천청사앞 시위, 사회면 기사(10월15일자), 1999.
- 19 국민건강권 확보를 위한 범국민연대 : 올바른 전문의제도 실시를 위한 정책방안, 49-56, 1999.
- 20 Hillenbrand : Principles of Specialization in Dentistry, International Dental Journal, 14(1):52-53, 1964.
21. 김중배, 최유진 : 공중구강보건학, 고문사, 272-282, 1993
22. 이승우 . 한국 전문치과의 제도에 대한 연구, 대한치과의사협회지, 33(5):349-358, 1995.
23. 백화중 : 의료인력 양성 및 관리 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원, 66-67, 1997.(재인용)
24. 김중배, 백대일, 문혁수 : 구강보건통계학, 고문사, 1993.
25. 한금형 : 전문치과의 제도 도입에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 30-35, 1994.
26. 대한치과의사협회 학술위원회 : 세계 전문치과의제도 관련자료집 (1996-1997), 1998.
- 27 문혁수 . 치과의사 수급의 적정성에 관한 연구, 대한구강보건학회지, 18(1) 339-364, 1994.
28. 최은영 외 : 의약인력의 수급전망과 정책과제, 한국보건사회연구원, 113-140, 1998
29. 의료보험연합회 . '97의료보험통계연보, 178, 1998.
- 30 임상삼, 이승중 : 우리나라 근관치료 의료보험수가에 관한 소고, 대한치과의사협회지, 33(6):434-448, 1995
31. 정상주 : 치과의료관리학, 의치학사, 1991.
- 32 Ingle : 세계 여러나라의 구강보건진료제도, 도서출판 건치, 1992
33. 신승철 : 세계의 치과여행, 군자출판사, 1995.
34. 이종찬 : 서양의학과 보건의 역사, 명경, 1995.