

Five suggestions for future medical education in Korea

Eunbae B. Yang¹ and Kwang Ho Meng²

¹Department of Medical Education, Yonsei University College of Medicine, and ²Department of Preventive Medicine, The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea

미래 의학교육을 위한 다섯 가지 제언

¹연세대학교 의과대학 의학교육학과, ²가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실

양은배¹, 맹광호²

This study is to investigate the historical characteristics of medical education and healthcare environment in Korea and to suggest the desirable direction for future medical education. We draw a consensus through the literature analysis and several debates from the eight experts of medical education. There are several historical characteristics of medical education: medical education as vocational education and training, as a higher education, rapid growth of new medical schools, change to the medical education system, curriculum development, reinforcement of medical humanities, improvement of teaching and evaluation methods, validation of the national health personnel licensing examination, accreditation system for quality assurance, and establishment of specialized medical education division. The changes of health care environment in medical education are development of medical technologies, changes in the structures of the population and diseases, growth of information and communication technology, consumer-centered society, and increased intervention by the third party stakeholder. We propose five suggestions to be made to improve future medical education. They are plan for outcome and competency-based medical education, connection between the undergraduate and graduate medical education, reinforcement of continuous quality improvement of medical education, reorganization of the medical education system and construction of leadership of "academic medicine."

Key Words: Academic medicine, Historical characteristics, Healthcare environment, Suggestion

서론

우리나라 의료제도는 세계 어느 나라에서도 볼 수 없을 만큼 급진적인 변화를 겪어왔다. 1970년대 이후 전 국민 의료보험제도와 의료전달체계의 도입, 1990년대 이후 많은 의과대

학 신설, 2000년대 들어오면서 시작된 의약분업, 제약회사와 의료인 사이의 리베이트에 대한 쌍벌죄 실시 등 굵직굵직한 제도의 도입이 그 좋은 예다. 의사 양성과 관련한 문제도 마찬가지다. 정부는 그 동안 꾸준히 논란이 되어 온 의학전문대학원제도 유지 계획을 접고 2015학년부터는 대학 자율에 맡기기로 했다. 전공의 수련이나 이들에 대한 자격 관리도 새로운

Received: May 17, 2014 • Revised: June 16, 2014 • Accepted: July 3, 2014

Corresponding Author: Eunbae B. Yang (<http://orcid.org/0000-0002-6771-1929>)

Department of Medical Education, Yonsei University College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea

Tel: +82.2.2228.2511 Fax: +82.2.364.5450 email: nara@yuhs.ac

Korean J Med Educ 2014 Sep; 26(3): 167-178.

<http://dx.doi.org/10.3946/kjme.2014.26.3.167>

eISSN: 2005-7288

© The Korean Society of Medical Education. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

문제로 등장하고 있다. 벌써 몇 년째 국내 유명 대학병원의 일부 임상 과에는 전공의 지원이 거의 없는 상태이다. 대학병원이나 정부에서도 우려를 표명하고는 있지만 당사자들의 심도 있는 연구나 대책은 미흡한 것 같다. 최근에는 복지부가 전문 의고시 주관 단체를 대한의학회로 이관하자 대한의사협회가 이에 강하게 반발하고 나섰다. 이런 제도들이 의료수요와 국민의료비 증가에 대처해 온 긍정적인 측면이 있다고 보는 견해가 많다. 그러나 사전 준비가 부족한 상태에서 급하게 제도를 도입한 일이나 이들 제도가 남긴 후유증을 치유하는 일도 만만치 않다. 우리나라에서 의료 또는 의학교육 관련 제도가 도입되는 과정에서 정부와 의료계 사이에 충분한 사전 논의나 협의과정을 거친 적이 별로 없다.

이 연구에서는 우리나라 의학교육 관련 제도의 도입이나 변경의 옳고 그름을 논하려는 것이 아니다. 그보다는 이런 모든 일이 국민의 건강과 직결되는 일일 뿐만 아니라 의사 양성 문제와 불가분의 관계를 갖고 있는 일임을 지적하는 한편, 정부는 물론 의학교육의 주체인 의과대학이나 전공의 수련을 맡은 대학병원들 사이에서 조차 이런 문제들에 대해 충분한 논의가 이루어진 적이 없다는 사실을 말하고자 한다. 이를 바탕으로 지금부터라도 정부와 의사 양성 및 의학발전의 주체인 의과대학들이 함께 협력해가며 좀 더 정확하게 문제를 인식하고 그 문제들을 해결해 가는 노력이 필요하다는 점을 강조하고자 한다. 이를 위해 우리나라 의학교육의 발전 과정에서 나타난 특징을 살펴보고, 예상되는 의료 환경의 변화를 고찰하여 의학교육이 미래를 어떻게 준비하고 대응해 나가야 할 것인지를 거시적인 관점에서 제안하고자 하였다. 의학교육의 역사적 발전과정을 탐색하는 일이나 의료 환경의 변화와 미래를 전망하는 일이 간단한 일은 아니다. 그것은 역사적 사실에 대한 객관적 해석과 사회 변화를 체계적으로 분석해야 하는 방대한 작업이다. 여기에서는 이러한 작업을 새롭게 하려는 것이 아니다. 이미 의학교육 내, 외부에서 이에 관한 많은 연구와 논의들이 이루어져 왔기 때문이다. 본 연구에서는 여덟 명의 의학교육 전문가들이 선행연구들을 검토하고 논의를 통해 합의를 도출하였다. 이러한 결과들을 토대로 우리나라 의학교육의 변화 특징을 살펴보고, 의학교육에 영향을 미치는 의료 환경을 바탕으로 의학교육의 미래를 위한 몇 가지 제언을 하는 것이 이 연구의 목적이다.

우리나라 의학교육의 변화 특징들

우리나라가 현대의학을 체계적으로 교육하기 시작한 것은 1886년 3월 29일 제중원 의학교가 개설되면서부터이다. 이로부터 2014년 현재까지 128년 동안 우리나라 의학교육은 많은 발전을 하였다. 의학교육이 현재의 모습으로 자리 잡기까지는 많은 제도적 변화와 교육적 실험들이 있었으며, 의학교육의 내실화와 수월성을 추구하기 위한 많은 노력이 전개되었다. 이러한 과정에서 나타난 우리나라 의학교육의 특징은 다음과 같다.

1. 전문학교 교육으로서의 의학교육

20세기 초 우리나라 의학교육은 일제 식민지 교육정책과 밀접하게 연결된 '전문학교 교육'이었다. 조선총독부의 조선 교육령은 한국에서의 교육을 보통교육, 실업교육 및 전문교육으로 한정했으며, 차별적인 학제를 도입하여 조선인과 일본인을 별도로 교육하였다. 학교의 명칭, 수업연한과 내용을 차별화 하였다. 전문학교는 실업학교 이상의 고급 기술을 교육하기 위해 근대 일본과 일제 강점기 당시 조선, 대만과 만주국에 있었던 학교 형태였다. 전문학교에서는 대학 수준의 고등교육을 제공하였으나 학술적 내용이 아닌 전문적 기예나 지식을 교육하는 것에 국한되었다. 당시 의학교육을 실시한 전문학교는 조선총독부 전문학교 인가 연도 기준으로 조선총독부의원부설강습소(1913, 이 강습소는 1916년 경성의학전문학교로 변경), 세브란스의학전문학교(1917), 대구의학전문학교(1933), 평양의학전문학교(1933), 경성여자의학전문학교(1938), 광주의학전문학교(1944) 등이다. 이러한 전문학교의 수업연한은 3년으로 제한되었으나 얼마 지나지 않아 4년제로 승격되었다. 1932년에 예과 2년, 본과 4년의 6년제 학제를 갖춘 경성제국대학 의학부가 설립되었는데, 이 대학은 일본인 중심의 의학교육 기관이었다.

2. 고등교육으로서의 의학교육

1945년 해방 이후 3년 동안은 미군정이 실시된 기간이다. 이 시기에는 교육 관련 자문 및 심의 역할을 담당한 미 군정청 학무국의 '조선교육심의회'가 우리나라 교육 전반에 대한 문

제를 다루었다. 조선교육심의회는 6-3-3-4 (의과대학 6년)의 단선형 학제를 채택하였다. 이에 따라 의학교육은 의학 기능인 양성에서 학술적 연구를 포함한 고등교육의 일환으로 승격되었다. 경성대학교 의학부와 경성의학전문학교가 폐지되고, 국립서울대학교 의과대학이 설립되었고, 세브란스의학교(지금의 연세대학교 의과대학), 경성여자의학전문학교(지금의 고려대학교 의과대학), 대구의학전문학교(지금의 경북대학교 의과대학), 광주의학전문학교(지금의 전남대학교 의과대학) 등이 6년제 의과대학으로 개편되었으며, 이화여자대학교에 의과대학이 신설되면서 1950년대 초까지 6개의 의과대학이 있었다.

3. 의학교육 기관의 양적인 성장

1950년대 이후 의과대학이 급격하게 신설되기 시작하였다. 의과대학은 1950년대 초반에 가톨릭의대와 부산의대가 설립되어 8개교로 늘어났고 1960년대에 경희의대, 전북의대, 조선의대, 충남의대 및 한양의대의 5개교가 신설되어 의과대학의 수는 13개가 되었다. 1970년대에도 1971년의 중앙의대를 시작으로 계명대, 순천향의대, 연세원주의대, 영남의대 및 인제의대 등의 6개교가 신설되었다. 1980년대에는 모두 12개의 의과대학(건국의대, 경상대의대, 고신의대, 단국의대, 동국의대, 동아의대, 원광의대, 아주의대, 울산의대, 인하의대, 충북의대, 한림의대)이 신설되어 총 31개의 의과대학이 되었다. 1990년대에 들어서도 의과대학의 신설은 계속되었는데 1995년까지 대구가톨릭의대, 강원대의대, 건양대의대, 관동의대, 서남의대 등 5개교가 신설되었고 1990년대 후반에도 제주대의대, 을지의대, 성균관대의대, 포천중문의대, 가천의대 등 5개교가 신설되어 의과대학의 수는 모두 41개교가 되었다. 이들 대학의 연간 입학정원은 3,300명에 달하게 되었다. 2000년 이후에도 의사인력 공급확대에 대한 요구와 지역사회 의학교육 기관 설립 의지가 결합되면서 지속적으로 의학교육 기관 신설에 대한 요구가 계속되고 있다.

4. 의학교육 학제의 이원화

2000년대 의학교육의 중요한 변화 중의 하나는 학사 후 의학교육제도라고 불리는 '의학전문대학원제도'의 도입이다. 1990년대 이후 정부는 우리나라 대학원 교육과 관련한 고등

교육의 기본 방향을 일반대학원, 특수대학원 및 전문대학원으로 구분하고, 의학, 법학, 경영학 등의 분야를 미국과 같은 개념의 전문대학원 체제로 개편하는 정책을 추진하였다[1]. 의학전문대학원 제도는 2004년 5개 의과대학이 의학전문대학원 전환을 결정하면서 도입이 확정되었다. 2006년 1월에는 교육인적자원부가 의학전문대학원 전환추진 기본원칙을 발표함에 따라 27개교가 전면 혹은 부분적으로 의학전문대학원 전환을 결정함으로써 이 제도는 우리나라 의사 양성의 중요한 기구가 되었다. 의학교육 학제 변화와 관련하여 당시 한국 의학교육학회, 한국외과대학장협의회 및 한국의학교육협의회 등에서는 의학교육 학제 이원화에 대해서 우려를 표명하였으며, 우리나라 현실에서 의학전문대학원제도가 적절하지 않음을 지속적으로 지적하기도 하였다. 의학전문대학원제도에 대한 의학교육계의 비판에 따라 정부는 2010년 7월 의학교육 학제를 대학 자율로 선택하도록 하는 '의학교육제도 개선 계획'을 발표하였다. 의사 양성 학제의 선택이 대학의 자율로 주어지게 되자 의과대학 체제를 선호하는 현상이 두드러지게 나타났으며, 2015학년도부터는 단계적으로 의학전문대학원제도가 폐지되어 5개 의학전문대학원만 남게 될 전망이다.

5. 의과대학 교육과정 선진화

세계 각국의 많은 의과대학은 의료 및 사회 환경의 변화에 따라 교육과정을 개선하기 위한 노력을 하고 있다. 교육과정은 무엇을 가르치고, 그것을 왜 가르치며, 그것을 어떻게 가르칠 것인지, 가르친 것들을 어떻게 평가할 것인가에 대한 교육의 청사진이다. 교육과정 개발자들과 의학교육자들은 끊임없이 사회의 요구를 재해석하고, 교수학습 이론에 근거하여 교육과정의 새로운 청사진을 만들고 있다. 우리나라도 1970년대 이후 의학 교육과정을 세계적인 교육 패러다임에 부응하는 방향으로 선진화하기 위한 노력을 지속적으로 전개해 왔다. 우리나라 의학교육과정 개발의 주요 특징을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 전통적인 교과목중심 교육과정(discipline-based curriculum)을 탈피하고 통합교육과정(integrated curriculum) 편성이 확산되기 시작하였다. 통합교육과정은 교과목을 학문단위보다는 계통이나 장기중심으로 편성하거나 문제 기반학습(problem-based learning)의 형태로 나타냈다. 이

러한 교육과정 조직은 기초의학과 임상의학이라는 전통적인 학문단위 구분을 지양하고, 기초의학과 임상의학의 통합적 이해, 실제 환자 진료를 위해 요구되는 지식의 적용에 대한 교육을 강조하였다. 전국 41개 의과대학의 대부분 교육과정은 어떤 형태로든 통합교육을 지향하고 있다. 둘째, 교육과정 운영 관점에서 교수중심의 지식전달에서 학생중심의 자기주도 학습(self-directed learning)과 경험적 실천을 강조하는 방향으로 교육과정이 개편되었다. 지식의 일방적인 주입보다는 강의시간을 축소하고, 학생들의 적성과 선호에 따른 선택과 목적을 개설하기 시작하였다. 이것은 학생들이 더 이상 지식의 단순한 수용자가 아니라 스스로 지식을 구성해가는 주체로 인식되고 있다는 의미이다. 셋째, 2000년 이후 의학교육과정 개발의 새로운 방향은 성과 또는 역량중심 교육과정(outcome- or competency-based curriculum) 개발이다. 성과중심 교육과정 편성과 졸업생들이 갖추어야 하는 역량교육에 대한 체계적인 접근은 2012년 (재)한국의학교육평가원의 'Post 2주기 의과대학 인증평가 기준'이 발표되면서부터이다. 의학교육에서 역량기반교육은 성공적인 졸업생의 수행요목과 수준을 먼저 결정하고 이를 달성하기 위한 요소들을 학습경험으로 선정한다는 점에서 기존의 계통중심이나 과목중심의 교육적 접근과는 다르다. 역량기반교육은 지식을 습득하는 것에 머무르지 않고, 학습자가 습득한 지식을 활용하여 어떤 수행을 할 수 있는가에 관심을 갖는다. 즉, 역량기반 교육과정은 의사로서 필요한 지식뿐 아니라, 의사로서의 업무를 성공적으로 수행할 수 있는 전문적 능력 자체를 교육할 것을 강조한다. 이제 성과 또는 역량중심 교육이 의학교육의 내실화와 수월성을 지향하는 방향으로 올바르게 정착될 수 있도록 하기 위한 노력이 필요하다.

6. 인문사회의학 교육 강화

2000년 이후 의학교육의 주요한 변화중의 하나는 의과대학 교육과정에 인문사회의학 관련 교육이 증가한 것이다. 이 같은 현상은 일차적으로 의과대학들이 자연과학적 의학지식과 기술교육만을 강조해 온 것을 반성하고 인성교육을 강화해야 한다는 인식의 전환을 의미한다. 의과대학 교육에 인문사회의학 교육을 강조하는 다양한 노력들이 전개되어 왔다. 예를 들어, 한국의학교육학회와 의과대학장협의회가 번갈아 가

며 주관해 온 의학교육학술대회에서 관련 교육의 중요성을 주제로 발표와 토론을 해온 일이라든지, 1997년에 발족해서 2000년부터 본격적인 활동을 시작한 한국의학교육평가원의 의과대학 인증평가 사업이나 1999년에 한국의과대학장협의회가 발간한 '21세기 한국의학교육계획' 등에서 의료윤리를 포함한 인문사회의학 교육의 필요성이 크게 강조된 것이다. 지금은 41개 의과대학 모두가 어떤 형태로든지 의료인문학 관련 교육을 실시하고 있는 상태다. 인문사회학적 소양은 21세기 의사들에게 있어서 필수적인 덕목인 것이다. 그러나 인문사회의학 교육의 강화가 의사들이 인문학이나 사회학에 대한 지식을 갖고 있어야 한다는 의미는 아니다. 그것은 의사들이 자신을 스스로 성찰하고, 스스로 규칙을 세우고 지키며, 사회의 변화와 요구에 민감하게 하며, 사회의 모든 구성원과 함께 호흡하도록 만드는 것이다. 일부 대학에서는 인문사회의학 또는 의료인문학을 전담하는 부서의 신설이나 교원의 채용과 같은 변화가 일어나고 있다.

7. 교수방법의 효과성과 평가방법의 타당성 제고

지난 반세기 이상 동안 지속적으로 의학교육의 관심을 받아온 분야는 교수방법의 효과성과 평가방법의 타당성 확보였다. 어떻게 하면 학습효과가 높은 교수학습 방법을 개발하여 적용할 수 있을지, 학생들의 수행능력을 평가하는 타당한 방법에는 어떤 것들이 있는지는 많은 의학교육자들의 관심이었다. 첫 번째 변화는 1990년대 후반 캐나다 McMaster대학에서 시작한 문제바탕학습이 의학교육의 교수방법으로 우리나라에 도입되기 시작하였다는 점이다. 2000년대 의과대학 인증평가 기준에 다양한 교수방법의 하나로 문제바탕학습이 소개되면서 이 교수방법은 41개 대학에 급속도로 전파되었다. 일부 대학의 경우에는 교육과정 전체를 문제바탕학습 형태로 운영하였다. 둘째는 Oklahoma대학의 Michaelsen교수가 개발한 팀바탕학습(team-based learning)이 일부 의과대학에 소개되기 시작하였다. 팀바탕학습은 문제바탕학습과 달리 대형 집단을 대상으로 한다는 점에서 실용성을 가진 것으로 평가되고 있다. 그러나 팀티칭의 형태로 통합중심 교육과정을 운영하고 있는 교육과정에서는 팀바탕학습을 설계하기 어려운 점이 있다는 비판이 있다. 이에 따라 몇몇 대학에서 팀바탕학습을 시범적으로 도입하고 있는 것이 현재의 실정이다.

세 번째 변화는 객관구조화진료시험(objective structured clinical examination)과 진료수행평가(clinical performance examination)의 도입이다. 많은 대학들이 병원의 임상실습 환경과는 별도로 임상술기교육센터와 같은 교육장을 별도로 설치하여 다양한 모형, 표준화 환자 등을 통한 교육과 평가를 하고 있다. 이러한 변화는 2009년 의사면허국가실기시험이 도입되면서 더욱 주목 받기 시작하였는데, 현재는 대표적인 교육 및 평가방법으로 정착하고 있다. 마지막으로 의학교육에서 e-learning의 확산을 지적할 수 있다. 의학교육에서 테크놀로지를 활용하는 사례들이 많이 늘어나고 있지만, 강의를 촬영한 동영상상을 제공하거나, 임상술기 동영상상을 제공하는 수준에 머물고 있는 것이 현실이다. 일부 대학들을 중심으로 Edx, Coursera, Udacity 등 새로운 형태의 온라인 플랫폼 개발과 콘텐츠 공유 움직임이 일어나고 있다.

8. 의사국가시험을 통한 개인의 자격 검증 타당화

의사국가시험의 기능은 의과대학 교육을 마친 졸업생을 대상으로 기본 진료의사로서 적절한 능력을 가졌는지 여부를 평가하여 이 기준을 통과한 사람에게 의사 자격을 주고 의료업에 종사할 수 있는 면허를 부여하는 데 있다. 우리나라에 의사국가시험 제도가 처음 도입된 것은 1952년이다. 그 뒤 62년이 지난 지금에 이르기까지 의사국가시험에는 많은 변화가 있었다. 그 중에서도 몇 가지 큰 변화를 지적하자면[2], 시험을 주관하는 기관이 정부 부처에서 공익 중심의 민간 전문 평가기관으로 옮겨진 것을 시작으로 시험목표 설정, 시험과목 수의 감소, 과목별 시험문항 수의 증가, 문항의 질 및 형태 개선, 시험장소의 분산, 시험기관의 조직 보강 및 업무 확장, 시험업무의 전산화, 국제기구와의 협력체계 구축, 2009년부터 도입된 실기시험의 도입 등이다. 이제 의사국가시험은 의학 지식뿐만 아니라 의과대학 졸업생들의 수행능력을 종합적으로 평가하게 됨으로써 개인의 자격 검증에 있어서 상당한 타당화를 이룩하였다고 할 수 있다. 최근에는 의사국가시험에 윤리 관련 문항의 포함, 실제 임상표현 중심의 국가고시 출제, 컴퓨터기반 국가시험 개발 등 새로운 도약을 준비하고 있다. 의사국가시험의 변화는 대학의 의학교육 내용, 방법과 학생들의 시험 준비 태도에도 상당 부분 영향을 주고 있다.

9. 의과대학 인증평가를 통한 대학의 책무성 강화

의과대학 인증평가제도는 외부기관이 실시하는 평가를 통해 의학교육의 질적 향상을 추구하고, 의과대학의 교육 책무성을 향상시키는 수단이다. 우리나라는 의사 양성에 대한 국민적 염원과 고등교육의 대중화 정책에 따라 1980년대 이후 많은 의과대학이 설립되었다. 그러나 의학교육기관의 급격한 양적 성장에도 불구하고, 질적인 성장이 동반되지 못함에 따라 의학교육의 질 관리에 대한 체계적인 접근이 필요하다는 주장이 강하게 제기되었다. 이러한 배경에서 1998년 설립된 한국외과대학인정평가위원회(이후 2003년 재단법인 한국의학교육평가원으로 변경)는 2000년부터 2004년까지 전국 41개 의과대학을 대상으로 제1주기 의과대학 인증평가를 실시하였으며, 2007년부터는 제2주기 인증평가를, 2012년부터는 Post 2주기 평가 사업을 진행하고 있다. 의과대학 인증평가제도는 대학 스스로 자체평가를 수행하도록 함으로써 의과대학 스스로 강점과 미비점을 분석하도록 한다는 점, 의과대학의 교육여건과 교육과정의 수준에 대해 사회적 인정을 부여한다는 점, 의학교육과 관계된 이해관계자들에게 교육의 질적인 수준에 대한 정보를 제공한다는 측면에서 많은 장점을 갖고 있다. 지난 10여 년 동안의 의과대학 인증평가 사업은 우리나라 의학교육의 질적인 수준을 한 단계 높였으며, 의과대학들의 사회적 책무성 수행을 강화한 것으로 평가된다[3]. 의과대학 인증평가 시스템은 세계적인 추세이다. 세계의학교육연맹(World Federation for Medical Education)은 의학교육의 국제 표준을 발표하고, 각국의 의과대학 인증평가(accreditation) 기구를 인정(recognition)하는 사업을 추진하고 있다. 미국은 2023년부터 인증을 받지 않는 대학 졸업자들은 국내외를 막론하고 연수와 취업을 제한할 예정이다. 우리나라도 의과대학 인증평가를 받지 않은 의과대학 졸업생들은 의사면허국가시험 응시 자격을 부여하지 않기로 하는 법률이 2017년부터 시행될 예정이다.

10. 의학교육 전문 기구의 설립

환자진료 또는 의학연구보다는 학생과 전공의 교육을 전담하는 사람들이 많아지고 있다. 1990년대 중반만 하더라도 대표적인 의학교육 전문가 그룹인 ‘한국의학교육학회’가 개최

되면 약 50여 명의 교수들이 모여서 의학교육의 방향에 대해 논의를 했다. 2013년 현재 의학교육학술대회는 500명 이상의 교수들이 모여 지혜를 나눈다. 이러한 변화는 의학교육에 대한 관심의 증가와 의학교육 전문가 그룹이 성장했다는 것을 의미한다. 의학교육 관련 기관들도 체제를 정비하거나 활발한 교육 사업을 전개하고 있다. 예를 들어, 2003년 설립된 (재)한국의학교육평가원은 의학교육 기관의 평가와 인증을 담당하는 기구로 현재 Post 2주기 의과대학 평가 사업을 진행하고 있다. (재)한국보건의료인국가시험원은 의사면허시험을 주관한다. 한국의학교육학회는 의학교육 전문가들의 학술단체이다. (사)한국의과대학·의학전문대학원협회는 전국 의과대학과 의학전문대학원의 협의체로 의학교육정책을 개발하고, 관련 자료를 생산, 공유하는 중요한 역할을 담당하고 있다. 그러나 무엇보다 의학교육 관련 전문 기구의 설립에서 큰 특징은 개별 대학들이 의학교육 관련 전담 부서를 설치하고 있다는 점이다. 1996년 연세대학교 의과대학이 의학교육학과를 처음 설치한 이후 2013년 12월 현재 전국 41개 대학 중 37개 대학이 명칭을 달리하지만 의학교육 전담 부서를 갖고 있으며, 전임교원과 연구원을 포함하여 약 90여 명이 재직하고 있다.

의학교육에 영향을 미치는 의료 환경의 변화

대학의 교육과정은 사회의 다양한 요소들과 밀접하게 관련되어 서로 영향을 주고받는다. 사회는 교육이 지향해야 하는 방향에 대해서 어떤 형태로든 영향을 미치는 세력으로 작용하고, 대학은 사회에 부합하는 인적 자원을 개발하기 위해서 끊임없이 사회의 변화를 모니터링하고, 교육과정을 변화시켜 나간다. 즉, 사회에서 요구하는 지식, 기술 및 태도와 같은 역량을 분석하여 교육과정에 반영하는 작업을 반복한다. 이런 맥락에서 의과대학이 사회 또는 의료 환경의 변화를 모니터링하고 그 결과를 반영하는 것은 기본적으로 수행해야 할 책무이다. 의학교육에 영향을 미치는 국내외 의료 환경의 변화는 무엇인가, 의과대학은 어떤 역량을 갖춘 졸업생을 배출해야 하는가, 이러한 역량을 갖춘 졸업생을 배출하기 위해서 어떤 교육시스템을 갖추어야 하는가는 모든 의학교육 관계자들

이 고민해야 하는 중요한 주제이다.

1. 의학기술의 발달

의학기술의 발달은 미래 의료분야 인적자원개발에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 1984년 이후 2029년까지의 과학기술 세계를 묘사한 과학자 Robert Prehoda의 ‘Your next fifty years’, 미국의 해부병리학자 Jeffrey Fisher가 ‘RX 2000: breakthroughs in health, medicine, and longevity by the year 2000 and beyond’에서 서기 2000년대 의료기술 전반에 걸친 발전 양상을 소개한 내용들은 놀라울 정도이다. 최근 발표된 Eric Topol의 ‘The creative destruction of medicine’은 빅 데이터와 의료분야의 연관성을 설명하고 있는데, 인간의 디지털화가 의사와 병원, 생명과학기업, 규제기관들 그리고 개인의 삶에 지대한 영향을 미칠 것이라는 점을 예견하고, 곧 닥칠 미래에는 의학이 개인에게 초점을 맞출 것이라고 말한다. 또한 Clayton Christensen의 ‘The innovator’s prescription: a disruptive solution for health care’는 병원 사업모델, 의사의 진료모델, 만성질환 관리모델 등 의료의 새로운 패러다임을 역설한다. 과학기술의 발달은 임신에서 출산까지 모든 과정이 체외에서 이루어지고, 암이나 관상동맥질환도 상당 수준 치료가 가능해지며, 피를 뽑지 않고도 혈액검사가 가능해질 뿐 아니라 고도의 영상매체나 간편한 진단기기를 이용해서 어지간한 질병은 환자 스스로 진단이 가능해지는 소위 거실병원 시대를 가능하게 한다. 장기 이식용 무뇌 인간이 복제되고 노화를 억제하는 약이 만들어지며, 안락사도 대부분 합법화되는 상태가 됨으로써 생명에 대한 인식과 개념 또한 크게 바뀔 가능성이 크다. 2020년의 우리나라 의학 기술이 모두 이 수준에 이를 수 있는지는 확실치 않지만 우리나라도 이런 변화를 경험하게 될 것은 의심의 여지가 없다. 이런 여러 가지 의학 기술의 발달은 결국 의료서비스 체계에서 의사의 역할을 크게 바꾸어 놓을 것이 확실하다. 진단과 치료의 많은 부분을 기계에 의존하게 될 가능성이 많고, 의사는 그만큼 환자들로부터 물리적으로 멀어지게 될지도 모른다. 우리는 의학기술의 발달이 가져올 의료 환경의 변화와 의사의 역할에 대한 새로운 담론이 필요한 시점에 왔다.

2. 인구 및 질병 구조의 변화

한 국가의 의료서비스는 인구학적 특성의 영향을 크게 받는다. 최근 통계청이 작성한 생명표에 의하면, 우리나라 국민의 평균수명은 2012년 출생 기준으로 81.44세(남자 77.95세, 여자 84.64세)로 2001년에 비하여 4.91세(남자 5.13세, 여자 4.60세)가 늘어났다. 평균수명 연장에 따른 인구의 노령화와 그에 수반되는 만성질환 중심의 질병 발생 양상 변화는 우리나라 보건 의료 환경의 중요한 변화가 되고 있다. 또한 경제 수준 향상에 따른 식생활의 변화와 환경오염, 그리고 운동부족은 각종 만성 비전염성 질환의 발생률을 높게 됨으로써 이들 질병에 대한 치료기술의 발달에도 불구하고 유병상태가 큰 보건문제로 등장하게 될 것이다. 질병 구조의 변화는 의료의 소비 수요 증가와 밀접하게 관련되어 있다. 과거 인류 역사에서 질병의 전형적인 형태였던 전염병이나 위생과 관련된 급성질환들은 점차 감소하고 있고, 인구의 노령화와 생활행태의 변화에 따른 만성퇴행성 질환이 주류를 이루어 가는 추세가 뚜렷하다. 건강개념의 변화에 따라 질병 발생 이후의 치료서비스 추구하고 같은 소극적인 개념에서 탈피하여 조기 진단 조기 치료, 그리고 질병의 예방, 건강 증진 등과 같은 보다 적극적인 개념의 건강관리가 보편화되는 추세이다. 이에 따라 과거에 병원이 맡아 왔던 각종 의료서비스 이외의 보건의료서비스가 개발되어 제공되어야 할 필요성이 있다. 이러한 변화들은 환자의 진료를 주 기능으로 하는 병원의 기능과 역할의 급속한 변화를 요구한다.

3. 정보통신 발달과 소비자 중심 사회

의료 환경의 변화와 관련된 최근의 사회적 변화 중의 하나는 정보통신 매체의 발달과 의학 데이터베이스의 구축이다. 이러한 변화는 일반 대중들이 질병의 증상, 진단, 치료에 대한 정보를 손쉽게 접할 수 있도록 하였다. 의사들이 중심이 되어 네트워크를 기반으로 의학정보를 제공하기도 한다. 이제 환자들은 전문적인 의학지식을 더 이상 의사들에게만 의존하지 않는다. 그들은 의료의 합리적 소비를 위해서 자신의 질병과 질환에 대해 스스로 학습하는 주체로 바뀌어 가고 있다. 의학 지식은 의사들의 전유물이 아닌 시대가 되어 가고 있다. 일반 대중은 의사-환자 관계에서 파트너로서 성장하고 있다. 치료

의 대상이자 치료의 주체이고 동반자로 인식되어 가고 있는 것이다. 21세기 우리 사회의 또 다른 특징은 소비자 중심의 사회가 구현되고 있다는 점이다. 의료인은 자본주의 시장에서 의료라는 서비스를 고객에게 제공하고 환자는 의료인으로 부터 진료서비스를 제공받는 대가로 진료비를 지불하는 풍토가 조성된 것이다. 민주주의 정착에 따른 시민의식의 제고와 시장경제 체제하에서의 소비자 우대 현상은 의사-환자 관계에 있어서도 더 이상 의사의 가부장적 위치를 인정하지 않게 될 것이 분명하다. 의사 입장에서 보면 21세기는 더 이상 의사가 권위적인 직업이 아니며 환자와 협력하여 건강문제를 풀어가야 하는 동업자적인 위치가 되는 것이다. 이러한 사회 변화와 함께 일반대중에게 다가온 새로운 개념은 건강권의 개념 확립이다. 건강권에 대한 개념의 변화는 현대 산업사회에서 의료가 과거와는 매우 다른 양상을 띠기 때문에 초래된 현상이다. 과거에는 질병의 형태가 전염성 질환 중심으로 발생하였으나, 물질적으로 풍요해진 현대사회에서는 만성질환, 유전성 질환, 정신질환 등으로 주요 질환의 형태가 바뀌었다. 뿐만 아니라 일반대중의 건강상태도 향상됨에 따라 의료서비스에 대한 추구행태도 변모할 수밖에 없고 의료에 대한 인식은 물론 의료인에 대한 인식도 달라졌다. 건강권의 확립추세는 의료기술의 혁신적인 발전과 맞물려서 의료의 내용이나 형태는 물론 의료의 주체가 의사로부터 진료를 받는 환자 쪽으로 전환되는 경향을 보이고 있으며, 의료보험제도 실시 이후 의료수요가 증가하면서 이러한 추세는 더욱 가속화되었다.

4. 이해관계자의 의료에 대한 개입 증가

의료는 전문영역이어서 전통적으로 의료인의 자율성이 존중되는 부문이었다. 특히 민간중심의 시장경제 원리를 중시하는 국가들은 보건의료 영역에 대한 국가의 간섭을 최소화함으로써 의료인들이 직업전문성(professionalism)을 발달시켜 자유전문직으로 발전할 수 있었다. 그러나 20세기 중반 이후 의료 전문직의 사회적 책무성(social accountability)이 강조되고, 보건의료를 단지 개인이나 가족의 책임으로 두었던 데에서 국가의 책임을 강조하는 추세로 바뀌면서 의료전문직과 사회 간에 이루어졌던 묵시적 사회적 계약은 더 이상 유효하지 않게 되었다. 이러한 변화는 전통적으로 의료인의 전문영역으로 간주되었던 의료서비스 전반에 규제와 간섭의

모습으로 나타나기 시작하였다. 예를 들어, 우리나라는 전 국민 의료보험제도를 도입하면서 사회보장형 보건의료체계에 가까운 형태로 의료서비스 체제를 전환하였다. 이제 보건의료는 주택, 환경, 교통, 교육 등과 마찬가지로 사회 구성원들의 삶의 질을 향상시키기 위해 필수적인 공공재화로 인식되고 있어서 국가와 사회가 책임지고 관여하는 서비스 영역으로 되었다. 이에 따라 국가 또는 시민단체가 의료 영역에 대하여 개입하기 시작하였고, 점차 그 정도가 심화되는 추세에 있다. 의료계 내에서는 보험제도의 실시 이후 의료인의 직업지위에 대한 우려가 커지게 되었고, 의료보험제도의 도입 이후에 의원들의 경영상태가 대체적으로 악화되었고, 의사들이 전문직으로서 최대한의 자율성을 가지고 진료를 할 수 없게 되었다. 이것은 우리나라의 의료보장제도 확립 과정에서 의사들의 진료에도 외부적 영향력이 개입됨으로써 의료인상이 상당히 변모되었음을 시사한다. 대부분 자본주의 체제하에서의 자유방임적 의료제도는 소비자의 의료 및 의사 선택권이나 의료의 질 향상에 긍정적인 영향을 미쳐온 것이 사실이지만 지역 간, 계층 간 의료 서비스의 불균형과 의료비의 상승 같은 부정적 현상을 심화시켜 온 것 또한 사실이다. 이런 제도를 채택해 온 미국 등 많은 나라가 점차 의료의 규격화 내지 사회화 방향으로 의료제도를 수정해 가고 있는 것도 바로 자유방임적 의료에 갖는 부정적인 면 때문이다. 우리나라도 이미 저수가 의료보험정책 등을 통해 의료비 상승을 억제해오고 있지만, 앞으로 포괄수가제 등을 도입하는 등 더욱더 의료의 규격화가 가속화되고, 건강보험심사평가원, 의료소비자 단체, 보험회사 등 제3자의 개입이 확대될 전망이다.

미래 의학교육을 위한 다섯 가지 제언

선진 외국은 1980년대 초부터 21세기 의료 환경 변화를 예측한 의학교육계획을 수립하고, 대학들이 경쟁적으로 의학교육의 내용과 방법을 개선해 왔다. 미국의 경우 1981년 미국의 사협회와 미국의과대학협회는 특별 연구 패널을 만들고, 3년 여에 걸친 대대적인 연구를 거쳐 '21세기 의사상'으로 알려진 GPEP리포트(Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College

Preparation for Medicine)라는 책자를 펴낸 바 있고, 영국 의학협회는 1993년에 '미래의사(Tomorrow's doctors)'라는 지침서를 발간하였으며, 2003년, 2009년에는 개정판을 만들어 모든 의과대학들이 그 내용을 준수하도록 한 바 있다. 일본도 1985년 이후 여러 차례 의학교육 전문가회의를 거쳐 1998년에 '생명과 건강을 지키는 21세기 의료인의 육성을 지향하며'라는 새로운 의료인 양성 교육계획 보고서를 발표한 일이 있다. 이들 나라의 21세기 의학교육계획이 모두 똑같은 것은 아니지만 이들이 진단하는 21세기 사회의 모습이나 이런 사회에서 필요한 의료인의 모습, 그리고 이런 의료인 양성을 위한 의과대학에서의 교육과정 내용이나 방법이 어떠해야 하는지는 거의 대동소이한 것을 알 수가 있다.

1. 의사들이 갖추어야 하는 역량에 기초한 교육을 실시해야 한다.

의과대학 학생들은 과거와는 비교할 수 없을 정도로 증가된 의학지식, 술기 및 의사로서의 태도를 습득한다. 그럼에도 의료현장에서는 의과대학을 졸업하는 학생들이 활용 가능한 실제적인 능력을 갖추고 있지 못하다는 비판이 있다. 의과대학 기간 동안 무엇을 가르칠 것인가는 중요한 문제 중에 하나이다. 의료 환경의 급격한 변화와 의료분야에 종사하는 사람들에게 요구되는 역량에 대한 연구가 활발하게 이루어지고 있다. 의료분야에서 역량에 대한 최초의 논의는 미국소아과 학회에서 '소아과 의사의 역량평가를 위한 토대(Foundations for evaluating the competency of pediatricians)'라는 논문이 발표되면서부터이다. 이후 미국의과대학협회는 1988년 의사들이 갖추어야 하는 네 가지 역량(knowledgable, skillful, dutiful, altruism)을 정의한 바 있으며, 미국졸업후의학교육 인증평가위원회는 1999년에 전공의들이 획득해야 할 여섯 가지 역량(medical knowledge, patient care, interpersonal & communication skills, system-based practice, practice-based learning, professionalism)을 발표하였다. 캐나다에서는 왕립의학회가 주축이 되어 의사가 수행해야 하는 여섯 개 역할(medical expert, communicator, manager, collaborator, health advocate, scholar, professional)을 중심으로 CanMEDS 2005를 도출했다. 영국의학협회는 1993년 발간된 '미래의 의사상'을 개정한 보고서를 2009년에 발간하

면서 의사들이 가져야 하는 역량을 구체화하였다. 유럽에서도 2002년 스코틀랜드의 5개 의과대학이 열 두 개의 성과를 도출해 Scottish Doctor 모델을 개발하였다. EU 차원에서도 2008년에 Tuning Project를 통해 의학교육의 성과를 규정한 바 있다.

우리나라에서는 의료 환경 변화에 따라 요구되는 의사의 역량을 국가적 차원이나 의학교육 관련 협회 차원에서 규정되어 있지는 않다. 다만 국내의 의학교육 관련 문헌들에서는 바람직한 의사상을 규명하려는 노력과 의료 분야에 종사하는 사람들이 갖추어야 하는 역량을 제시한 다양한 연구들이 있다[4,5,6,7,8]. 이러한 연구 결과들은 의료 환경 변화에 따라 미래 사회에서 요구되는 의사의 역량을 규명하기 위한 시도들을 하였는데, 맹광호[4]는 ‘21세기 한국 사회에서 바람직한 의사상’이라는 논문에서 선행 연구 결과들을 종합하여 미래 사회 의사들에게는 예방적 일차 진료능력, 질병에 대한 자세한 설명능력, 높은 윤리식, 의료제도에 대한 이해와 협력, 지역사회 보건의료팀 지도자로서의 자질, 보건의료정보의 생산 및 처리, 국제화 및 세계화 관련 의료 활동 능력, 평생교육의 생활화 등에 관한 역량이 필요함을 지적하였다. 또한 안덕선 등[9]은 한국의 의사상 연구를 통해 다섯 가지 역량(patient care, communication & collaboration, social accountability, professionalism, education & research)을 개념화한 바 있다. 대한의사협회는 2013년 창립 105주년을 기념하여 의학교육 전문가들을 초청해서 ‘위기의 의사, 직업 전문성 확보를 위한 제언’이라는 제목으로 특집 좌담회를 가진 바 있다. 이 자리에서 의학교육 전문가들은 인구 구조와 질병 양상, 그리고 건강에 대한 사회적 욕구의 변화 등으로 전 세계는 이제 새로운 가치와 의무를 수반한 의사 양성교육이 시급하게 요구되고 있다는 점에 동의하면서 이런 세계적 추세에 부응하는 ‘새로운 의사의 역할(global role of doctor)’ 정립이 필요하다고 강조했다. 그러면서도 이들은 이런 상황에 대한 인식조차 제대로 되어있지 않은 우리의 현실을 ‘위기로 진단한 바 있다. 새로운 시대, 새로운 의사 양성의 필요성과 그 구체적 실천을 위한 의료계 특히 의학교육계의 좀 더 구체적인 행동이 필요한 때이다.

2. 의과대학교육, 졸업 후 수련교육의 연계성이 확보되어야 한다.

의사 양성교육은 의과대학교육과 졸업 후 수련교육으로 구분된다. 의과대학을 졸업하는 시점에서 의사국가시험을 치르고 의사 자격을 취득하기는 하지만, 졸업생의 95% 이상이 인턴과 전공의 과정을 거치면서 실제 환자진료능력을 갖춘 의사로 성장한다. 이것은 의사 양성교육이 의과대학 교육, 졸업 후 수련교육이라는 연속선상에서 통합적으로 계획되어야 한다는 것을 의미한다. 단계별 의사 양성과정이 잘 연계되어 있지 못하다는 지적이 많다. 의과대학교육은 교육부에서 관장하는 학위과정으로 규정되어 있고, 졸업 후 수련교육은 보건복지부가 관장하는 수련과정으로 분류되는 것만 보아도 알 수 있다. 의과대학교육을 담당하는 의과대학·의학전문대학원협회, 졸업 후 수련 교육과 관계되는 대한의학회 및 대한병원협회가 의사 양성이라는 큰 틀에서 유기적 협의를 충분히 하지 못하고 있는 것이 현실이다. 이러한 현실은 우리나라 의학교육 계획의 부재라고도 설명된다. 의사 양성 단계별로 중요하다고 생각하는 것이 다른 단계에서는 반영되지 않는 어려움이 있다. 예를 들면 의과대학에서 새로운 교육 과정을 도입하고 새로운 평가 결과를 만든다 할지라도, 그것이 의사국가시험, 병원의 인턴, 전공의 선발에 반영되지 않는다면, 새로운 의학교육의 효과는 기대하기 어렵다. 인턴제 폐지 논의도 마찬가지이다. 의사들에게 요구되는 역량이 의과대학교육에서는 중요하게 다루어지고, 전공의 수련교육에서는 별로 중시되고 있지 않다면 그 문제는 매우 심각해진다. 이 두 단계의 교육이 얼마나 유기적으로 잘 연결되어 의사 양성을 하는가에 우리나라 의료의 미래가 달려 있다. 이제 우리나라에서도 의사 양성 전 과정의 교육을 효율적으로 관리, 운영하는 체계를 구축할 필요가 있다. 의과대학·의학전문대학원협회, 대한의학회 및 대한병원협회가 함께 참여하는 ‘의학교육위원회’부터 시작해도 좋은 방법이다.

3. 의학교육의 질 개선 활동이 강화되어야 한다.

대학의 양적인 성장과는 달리 의과대학의 기능을 제대로 평가하고 그 질적인 수준에 대한 논의가 종합적으로 검토되기 시작한 것은 1990년대 후반의 일이다. 의학교육의 질에 대

한 체계적인 접근의 필요성은 의과대학의 사회적 책무성 수행에 대한 요구와 의과대학의 교육적 기능에 대한 비판적 의식이 고조되면서 활발히 논의되기 시작하였다. 의학교육의 질 관리는 교육의 질에 대해 관심을 갖는 주체에 따라 크게 국가, 대학 및 개인단위에서의 질 관리로 구분할 수 있다[10]. 첫째, 국가적 단위에서 의학교육의 질을 관리한다는 것은 의료서비스를 제공하는 의사들에게 요구되는 최소한의 능력과 윤리적 태도를 확보하기 위한 것이다. 또한 이것은 보건의료 정책의 개발, 인적 자원의 배분, 제한된 자원의 효율적인 사용 등과 관계된 국가적 수준에서 결정되는 질 관리를 의미한다. 국가적 수준에서의 질 관리는 행정 및 재정과 관련된 감사, 국가면허시험, 평가인증제도 등이 여기에 해당한다. 둘째, 대학 단위에서의 질 관리는 대학의 많은 사명 가운데 교육의 책무성 수행에 대한 요구라고 할 수 있다. 대학단위에서의 질 관리는 흔히 내적인 질 관리라고 할 수 있는데, 대학의 교육과정 중에 일어나는 각종 평가시험, 대학의 모니터링 시스템, 지속적인 질 관리 활동이나 자체평가과정이 여기에 해당된다. 마지막으로 개인수준에서의 질 관리는 학생 또는 졸업생 개개인의 능력과 관계된다. 우리나라에서는 아직도 개별 대학에 따라서는 교육과정과 교육여건의 차이가 많은 것은 사실이지만 한국보건의료인국가시험원이 주관하는 의사면허 필기시험 및 실기시험의 도입과 의과대학인증평가제도의 도입으로 국가수준에서의 질 관리는 어느 정도 자리를 잡았다. 이제 대학 단위의 자율적인 질 관리와 학생 개인 수준에서의 학습의 질 관리에 관심을 가져야 한다. 한편, 그 동안의 질 관리가 의과대학교육 수준에 머물러 있었다고 한다면, 이제 졸업 후 수련 교육과정에서의 질 관리로 관심을 집중해야 할 때이다. 그 동안 졸업 후 수련교육과 관련된 많은 기구들이 질 관리 노력을 하고 있으나, 아직은 근본적인 문제들을 해결하지 못하고 있다. 국가적 차원에서 필요로 되는 전공의 숫자 조정과 엄격한 수련교육의 질 관리를 위한 새로운 기구가 필요할지 모른다. 또한 의사 연수교육 단계에서의 질 관리도 필요하다. 의사들이 스스로를 향하여 이런 엄격성을 보이지 못한다면, 의사가 국가나 국민에게 설득할 힘을 없을 것이다.

4. 의사양성 시스템을 재정비해야 한다.

의학교육기관들이 우수한 의사를 양성해 왔다는 사실을 부

정할 사람은 없을 것이다. 연구를 통하여 의학의 발전을 이끌었으며, 탁월한 의료서비스 제공을 통하여 질병 치료와 국민의 건강 증진에 기여하였다. 그러나 우리에게 성장적 역량이 조금만 있다면 의사 양성의 핵심인 의과대학 교육이 얼마나 체계적이지 못하지 금방 알 수 있다. 2004년 의학전문대학원 제도가 도입되면서 우리나라 의학교육은 의과대학과 의학전문대학원 시스템이 양립하게 되었다. 정부의 정책에 따라 많은 의과대학들이 의학전문대학원으로 전환하거나 의과대학과 의학전문대학원을 병행하였고, 이제 다시 2015학년도부터는 5개 의학전문대학원을 제외하고는 의과대학 체제로 복귀한다. 이러한 변화과정에서 학생 선발, 의과대학교육, 수여 학위, 학술 학위 대학원 교육 등 많은 혼란을 겪었다. 아직도 고등학교 학생을 선발하는 의과대학, 학사학위 취득자를 선발하는 의학전문대학원, 그리고 의과대학 학사편입학 제도가 공존하는 상황에서 의사양성 시스템은 여전히 혼돈스럽다. 우수한 의사를 양성하는 데 있어서 의과대학 또는 의학전문대학원 시스템이 더 좋은가에 대한 논쟁은 시기적으로 바람직하지 않다. 의학전문대학원 제도를 통해 배출되는 의사인력에 대한 중장기적 평가 결과가 도출되기도 전에 의학교육은 대학자율로 결정하도록 되었고, 많은 대학이 의과대학체제로 돌아가기로 했기 때문이다. 이제 혼돈의 과정에서 나타난 문제를 지혜롭게 해결하는 것이 중요하다. 첫째, 의과대학이든 의학전문대학원 체제이든 각 대학이 선택한 제도 하에서 양질의 의사들이 양성될 수 있도록 제도적 정비를 해야 한다. 어떤 의사인력 양성 체제가 더 좋은 제도인가에 대한 논쟁보다는 의학교육의 질적인 수준 향상과 교육여건을 향상시키기 위한 노력이 더 중요하다. 정부는 법률적 정비와 재정적 지원을 강구하고, 각 대학은 자신이 선택한 체제의 장점을 최대화하는 교육 정책을 실천하는 것이 필요하다. 둘째, 고등학교 학생을 선발하여 교육하는 의과대학 체제 하에서도 다양한 학문적 배경을 가진 학생들을 선발하여 교육할 수 있는 프로그램의 다양성은 유지되어야 한다. 예를 들어, BS-MD, MD-PhD 등 프로그램의 목적에 따라 국가 발전에 기여할 수 있는 다양한 인재를 선발하여 교육할 수 있어야 한다. 이러한 제도가 의학전문대학원은 가능하고 의과대학은 불가능하다는 논리는 적절하지 않다. 학사편입학제도를 포함해서 더 다양한 프로그램들이 개발되고 운영될 수 있어야 한다. 셋째, 다

양한 학문분야에 대한 이해와 인성 개발을 위한 최소한의 교육기간과 교육내용이 담보되어야 한다. 의과대학 교육이 의학 지식 및 술기를 함양하는 직업교육에 머물러서는 안 된다. 고등학교 졸업생들이 의과대학에 진학해서 인문, 사회 등 다양한 분야의 교양과 인문학적 소양을 함양하도록 하고, 학생들의 잠재력과 창의력을 신장하는 교육 시스템이 되어야 한다. 넷째, 동일한 교육과정을 이수한 학생들에게는 동일한 학위가 수여되는 것이 바람직하다. 의과대학과 의학전문대학원 교육은 세계의학교육이 구분한 의학교육 기본과정(basic medical education)에 해당한다. 따라서 현재와 같이 의과대학은 학사학위, 의학전문대학원은 전문학위로서의 석사학위 수여는 타당하지 않다. 학술학위이든 전문학위이든 의학교육 시스템에 부합하는 새로운 학위개념이 정비되어야 한다.

5. '대학의학'의 개념이 정립되어야 한다.

미국 의료계에서 사용하는 용어에 '대학의학(academic medicine)'이란 말이 있다. 이 용어는 의사 양성 단계별 교육, 의학 발전을 위한 연구 및 보건의료가 대학의학에 의해 결정된다는 인식과 자부심에 근거하여 만들어진 말이다. 미국의 과대학협회 연차 총회 개막연설에서 Kirch [11]는 대학의학의 의미를 다음과 같이 설명하고 있다. 그는 "긍정적이든 부정적이든 한 나라의 의학교육이나 의학연구, 그리고 의료제도와 국민들의 의료행태 변화에는 의료인들의 책임이 작지 않다. 따라서 의료인을 양성하는 의과대학과 수련병원들이 이런 변화를 확실히 인식하고 있어야 할 뿐 아니라 그 변화를 올바른 방향으로 유도해야 할 책임이 있다."라고 주장하였다. 그의 연설은 대학의학의 뚜렷한 목표와 발전 전략 없이는 결코 한 나라의 보건의료문제나 국민들의 건강문제에 효과적으로 대처할 수 없다는 점을 강조한 것이었다. 우리나라의 대학의학은 한마디로 뚜렷한 리더십이 없는 상황에서 관련 단체들 사이에 힘의 분산과 불필요한 경쟁만을 계속해 온 면이 없지 않다. 의과대학은 의과대학대로, 병원은 병원대로, 그리고 전문 학회는 그들 학회대로 제각기 자신들만의 활동을 해 온 것이 우리의 현실이고, 이 일은 결국 의료계 전체의 발전은 물론 각 관련 단체들 간에도 이해관계만을 증폭시켜 불필요한 경쟁 상태로 서로의 힘을 약화시켜온 점이 없지 않다. 이제 우리나라도 어떤 형태로든지 강력한 '대학의학'을 창출하고

발전시켜 나가야 한다. 그러기 위해 대학의학 관련 여러 단체가 의료 인력의 교육과 훈련, 그리고 연구 등에 관해 힘을 모아야 한다. 그리고 이를 바탕으로 국민건강 증진을 위한 의료 시스템 구축과 운영에도 주체적으로 참여해야 한다. 그렇지 않으면 의학교육도, 보건의료 시스템도 모두 현실적으로 정부의 계획에 따라 수시로 변화해야 하고 그로 인한 경제적, 사회적, 인적 비효율성의 피해가 고스란히 국민들에게 돌아가는 일이 계속될 수밖에 없다.

결론

우리나라는 현대의학이 시작된 이후 많은 의학교육의 변화를 겪어 왔다. 의학교육은 전문학교 교육에서 고등교육으로 승격되었으며, 의학교육기관의 양적, 질적인 성장을 이루었다. 의학교육 패러다임의 변화에 따라 교육과정을 개선하고, 새로운 교수방법과 평가방법을 도입하는 데 주저하지 않았다. 의학교육의 사회적 책무성 수행을 위해서 의사면허국가시험 제도를 신뢰롭게 만들고, 의과대학 평가인증 제도를 도입하여 내실화를 추구하였다. 그럼에도 의과대학 신증설과 관련한 교육부실, 의학교육 학제 개편에 따른 사회적 혼란 등이 함께 공존했다. 20세기 이후의 의학기술 발달은 의료 환경의 변화를 촉진하였으며, 인간의 기대수명 연장에 따른 노령화와 만성 질병 중심의 질병 구조의 변화는 의료의 소비 형태에 변화를 가져왔다. 의료뿐만 아니라 사회 전반에서 정보통신 발달과 소비자 중심 사회가 구현되면서 의료는 하나의 상품으로 전락되는 현상을 가져왔다. 또한 의료인의 자율성이 강조되었던 영역이 저수가 의료보험정책, 포괄수가제 도입 등 이해관계자의 의료 개입이 심화되고 있다. 이러한 의료 환경의 변화는 근본적으로 의사의 역할과 의사-환자 관계의 변화를 요구한다. 이제 의사들은 예방적 일차 진료능력, 질병에 대한 자세한 설명능력, 높은 윤리의식, 의료제도에 대한 이해와 협력 정신, 지도자로서의 자질, 보건의료정보의 생산 및 처리능력, 국제화 역량 및 평생교육의 생활화 등 새로운 역량을 요구받고 있다. 따라서 21세기 의학교육 시스템은 바람직한 의사상과 역량을 규정하고, 이에 기초하여 의과대학교육, 졸업 후 수련교육 및 의사 연수교육을 하나의 연속선상에서 바라보는

의학교육 계획이 수립되어야 한다. 의학교육의 각 단계별로 지속적인 질 관리는 선택이 아니라 필수가 되어야 한다. 의사양성이 국가의 미래를 위한 다양한 인재를 양성하는 방향으로 통일되면서도 다양성을 추구할 수 있는 시스템이 구축되어야 할 필요도 있다. 무엇보다 의학 연구, 의료 제도 및 의료 환경을 올바른 방향으로 유도해가기 위한 대학의학의 리더십이 요구되고 있다.

Acknowledgements: This study was supported by the Korean Association of Medical Colleges.

Funding: None.

Conflicts of interest: None.

REFERENCES

1. Yang EB. An inquiry into the professional graduate medical school. *Korean J Med Educ* 2001; 13: 317-332.
2. Baik SH. Major reforms and issues of the medical licensing examination systems in Korea. *Korean Med Educ Rev* 2013; 15: 125-135.
3. Yang EB. Analysis on the performance and tasks of accreditation system for medical colleges. *J Korean Med Assoc* 2008; 51: 586-592.
4. Meng KH. A desirable doctor in twenty-first century of the society of Korea. Paper presented at: Medical education symposium for the 50th anniversary of Yeungnam University; 1997 June 20; Daegu, Korea.
5. Meng KH. Medical education plan for the twenty-first century in Korea: hopes and challenges. *Korean J Med Educ* 2004; 16: 1-11.
6. Lee MS. A study on improvement of educational system for development and efficient management of health manpower. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare; 2000.
7. Ahn D. The public dialogue and conflict resolution skills of Korean physicians. *J Korean Med Assoc* 2012; 55: 1156-1159.
8. Im JG, Shin JS. Physicians for 'here and now'. *J Korean Med Assoc* 2012; 55: 110-112.
9. Ahn DS, Han JJ, Lee MJ, Hur YJ, Kwon BK, Kim MK, Han HJ, Kim BS, Kim JJ, Jeon DS. Global role of doctor: Korean country report. Seoul, Korea: Ministry of Health and Welfare; 2013.
10. Suwanwela C. A vision of quality in medical education. *Acad Med* 1995; 70(7 Suppl): S32-S37.
11. Kirch DG. AAMC president's address 2013: "our moment of truth." Paper presented at: the 124th annual meeting of the AAMC; 2013 November 2-6; Philadelphia, USA.