



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

치과 의사의 전문직업성이
기업형 치과 및 치과전문의제도
인식에 미치는 영향

The Effect of Professionalism of Dentist on
Attitudes toward Corporate Dental Chains and
Dental Specialist System in Korea

2016 년 2 월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리 전공
김 경 일

치과의사의 전문직업성이
기업형 치과 및 치과전문의 제도
인식에 미치는 영향

지도교수 조 병 희

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2015 년 11 월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학전공

김 경 일

김경일의 석사 학위 논문을 인준한

2015 년 12 월

위 원 장 권 순 만 (인)

부위원장 유 명 순 (인)

위 원 조 병 희 (인)

국문 초록

치과의사는 의사와 더불어 전통적으로 전문직으로 인식되고 있다. 전문직이 갖는 사회적 중요성으로 인해 의사의 전문직업성에 관한 연구는 다수 진행되었으나, 치과의사를 대상으로 직업적 특성이나 사회학적 이해를 도모하는 연구는 매우 부족한 현실이다. 더욱이 치과의료계는 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도에 관한 논쟁으로 어느 때보다 치과의사들에 대한 이해가 필요한 시점이다.

이에 본 논문은 치과의사의 전문직업성을 측정하고 전문직업성이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도 인식에 미치는 영향을 파악하고자 하였다. 본 연구에는 2015년 10월 21일부터 11월 3일까지 온라인 커뮤니티를 통해 총 500명이 참여하였다.

연구에서는 전문직업성을 전문직 특성과 전문직 가치로 나눠 분석하였다. 전문직 특성은 Hall(1968)이 제작하고 Snizek(1972)이 25 문항으로 재구성한 척도를 이용하여, 전문조직에의 준거성, 공적서비스에 대한 신념, 자율성, 자율규제에 대한 신념, 직업에 대한 소명의식을 측정하였다. 측정 결과 치과의사는 자율성(3.45), 공적서비스에 대한 신념(3.32), 직업에 대한 소명의식(3.29)이 높게 나타난 반면, 자율규제에 대한 신념(2.90)과 전문조직에의 준거성(2.68)은 낮게 나타났다.

전문직 가치는 Roland 등(2012)이 ‘의사헌장’, ‘Doctors in Society’ 등 4개의 새로운 전문직업성에 관한 선언적 문서를 기반으로 작성한 설문도구를 이용하여 측정하였으며, 요인분석을 통해, 환자에 대한 책무, 능력관리, 환자우선, 부적절한 관계 회피의 4가지 하부 요인으로 분석하였다. 분석결과 환자에 대한 책무(3.11), 부적절한 관계 회피(2.27)는 높게 나타난

반면, 능력관리(2.66)와 환자우선(2.36)은 낮게 나타났다. 세부적으로 보면 비교적 전통적 가치인 ‘환자 비밀 보호’, ‘환자에게 충분한 정보 제공’ 등은 97.3%, 95.3%가 동의한 반면, 일부 적극적인 행동을 요구하는 ‘동료의 질 평가에 참여’와, 새로운 전문직 규범에 속하는 ‘정기적 면허 갱신’ 등은 다소 낮은 62.9%, 61.7%가 동의하였다.

치과의사들은 기업형 네트워크 치과가 없어져야 된다는데 88.6%가 동의하였으며, ‘소수의 치과전문의’와 ‘전문의는 표방한 전문과목 만을 진료해야 된다’는 데에는 각각 82.7%, 75.7%가 동의하여, 대다수의 치과의사가 치과전문의제도의 원칙을 고수하는데 동의하였다.

전문직업성이 두 가지 사안에 미치는 영향을 회귀분석 하기 위하여, 기업형 네트워크 치과에 대하여는 반대 여부와 반대 이유를 묻은 항목의 평균을 이용하여, ‘기업형 네트워크 치과에 반대하는 정도’를 측정하였으며, 치과전문의제도는 치과전문의제도의 원칙으로 치과계가 합의한 ‘소수의 치과전문의’와 ‘전문의는 전문과목만 진료해야 된다’는 의료전달 체계에 대하여 묻은 항목의 평균을 ‘치과전문의 원칙 고수’로 측정하였다.

회귀분석 결과, 전문직 특성은 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도 모두에 유의한 영향을 미치지 않는 반면, 하부요인 별 분석에서는 자율성이 높을수록 기업형 네트워크 치과에 반대하였다.

전문직 가치는 두 가지 사안 모두에 유의한 영향을 미쳤으며, 전문직 가치에 동의할수록 기업형 네트워크 치과에 반대하며, 치과전문의 원칙 고수에 동의하는 것으로 나타났다. 전문직 가치의 하부요인 별로 분석하였을 때, 환자에 대한 책무, 부적절한 관계 회피에 동의할수록 기업형 네트워크 치과에 반대하였으며, 치과전문의제 원칙 고수에 동의하였다.

본 연구는 치과의사들을 대상으로 한 전문직업성에 관한 실증적 연구로써, 의료계를 구성하는 주요 일원이며, 구강보건을 담당하는 치과의사에 대한 이해의 단초를 마련했다고 할 수 있다.

본 연구의 결과는 치과의사의 전문직업성이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도에 대한 태도에 설명력을 가지고 있다는 것을 의미하며, 관련 논의를 발전시키는 데 역할을 할 것으로 기대된다. 또한 치과의사의 전문직업성 향상과 치과대학생들의 전문직업성 교육을 위한 기초자료로 사용될 수 있기를 기대한다.

주요어: 치과의사, 전문직업성, 기업형 네트워크 치과, 치과전문의제도

학 번: 2013-23579

목차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구의 배경 및 필요성	1
제 2 절 연구의 목적	4
제 2 장 이론적 배경	5
제 1 절 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도	5
제 2 절 전문직업성	16
제 3 절 치과의사의 전문직업성	23
제 3 장 연구 방법	27
제 1 절 연구 도구와 연구 모형	27
1. 연구 도구	27
2. 연구 모형	34
제 2 절 연구 대상 및 조사과정	35
제 3 절 자료의 분석 방법	36
제 4 장 연구 결과	37
제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성	37
제 2 절 치과의사의 전문직업성	41
1. 전문직 특성	41
2. 전문직 가치	49

제 3 절 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도에 대한 인식	54
제 4 절 전문직업성 인식이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도 인식에 미치는 영향	58
제 5 절 고찰	61
1. 치과의사의 전문직업성	62
2. 치과의사의 전문직업성 인식이 기업형 네트워크 치과, 치과전문의 제도에 대한 인식에 미치는 영향	66
제 6 장 결론 및 제언	69
참고문헌	73
[부록] 설문지	78
Abstract	85

표 목차

표 1. 공동개원 치과 의료기관의 증가추세	5
표 2. ‘전문직 특성’ 의 신뢰도	29
표 3. ‘전문직 가치’ 에 대한 요인 분석과 신뢰도	32
표 4. 설문도구의 구성	33
표 5. 연구 대상자의 일반적 특성	39
표 6-1. 전문직 특성에 대한 빈도분석(전문조직에의 준거성) . . .	42
표 6-2. 전문직 특성에 대한 빈도분석(공적서비스에 대한 신념) . .	43
표 6-3. 전문직 특성 대한 빈도분석(자율규제에 대한 신념) . . .	44
표 6-4. 전문직 특성에 대한 빈도분석(직업에 대한 소명의식) . . .	45
표 6-5. 전문직 특성에 대한 빈도분석(자율성)	46
표 7. 치과의사의 전문직 특성 인식수준	47
표 8. 인구사회학적 변수에 따른 전문직 특성 인식 차이	48
표 9-1. 전문직 가치에 대한 빈도분석(환자에 대한 책무)	49
표 9-2. 전문직 가치에 대한 빈도분석(능력 관리)	50
표 9-3. 전문직 가치에 대한 빈도분석(환자 우선)	51
표 9-4. 전문직 가치에 대한 빈도분석(부적절한 관계회피)	51
표 10. 치과의사의 전문직 가치 인식수준	52
표 11. 인구사회학적 변수에 따른 전문직 가치 인식 차이	53

표 12. 기업형 네트워크 치과에 대한 인식	55
표 13. 치과전문의제도에 대한 인식	56
표 14. 인구사회학적 변수에 따른 기업형 네트워크 치과, 치과전문의 제도에 대한 인식	57
표 15-1. 전문직업성 인식이 기업형 네트워크 치과, 치과전문의 제도에 대한 인식에 미치는 영향	59
표 15-2. 전문직업성 하부요인에 대한 인식이 기업형 네트워크 치과, 치과전문의 제도에 대한 인식에 미치는 영향	60

그림 목차

그림 1. 연구 모형	34
-------------	----

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 배경 및 필요성

최근 치과의료계는 내외적 환경의 변화로 다양한 도전에 직면하고 있다. 내부적으로는 인력의 과잉공급으로 경쟁이 심화되고 있으며, 치과전문의 제도의 도입으로 인하여 구성원들 간의 이해가 충돌하고 있다. 외부적으로는 정부의 의료영리화 추진정책, 국민들의 신뢰하락 등으로 진료환경에 많은 변화가 일어나고 있다. 이런 환경 속에서 치과의사들은 기업형 네트워크 치과 반대 운동, 의료영리화 반대 운동, 의료윤리제정 운동 등 다양한 활동을 하였으며, 치과전문의제도에 관하여도 꾸준한 논의를 진행해 왔다. 이중 가장 많이 논의된 사안이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도이다.

기업형 네트워크 치과는 90 년대 말 치과의료계에 새로운 개원 전략으로 등장한 네트워크 치과의 외형을 취하고 있으나, 사실상 1, 2 인이 전체 네트워크 치과를 소유하고 있으며, 각 네트워크 치과에는 명의를 대여한 치과의사가 고용되어 있고, 사무장이 병원을 관리하는 형태의 네트워크 치과를 의미한다. 이러한 기업형 네트워크 치과는 과잉진료, 비의료인의 진료, 높은 의료사고 등의 행태를 보여 수 차례 언론을 통해 공론화 되기도 하였다(김철신과 홍기표, 2014). 치과의사들은 사례수집, 법적 대응, 새로운 법률 제정을 위한 정치적 노력 등을 통해 기업형 네트워크 치과를 와해 시키고자 하였으며, 기업형 네트워크 치과 역시, 언론 홍보, 고소고발, 의료법 개정 로비 등을 통해 대립하고 있다.

치과전문의제도는 1962년 치과전문의 시험에 응시자가 전원 불참하면서, 입법예고 2회, 대한치과의사협회 대의원 총회 실시 촉구 10회, 유보 결의 9회가 있을 만큼 시행여부에 관한 많은 논쟁이 있었다(이재봉, 1998). 결국 2001년 치과의료계의 합의에 따라, 제 50차 정기대의원대회에서 ‘소수정예-의료전달체계 확립’안이 결의되었고, 2008년부터 치과전문의제도가 시행되고 있다. 그러나 당시의 합의와는 달리 매년 졸업생의 30~40%정도가 수련과정을 거치고 이들 대부분이 전문의를 취득하고 있으며, 경과규정을 통해 기존 수련자에 대한 치과전문의자격을 부여하자는 주장도 지속적으로 제기되는 등 치과전문을 소수로 유지해야 된다는 소수정예 원칙 대한 도전이 계속되고 있다.

두 사안에서의 논쟁과 충돌은 이해관계가 복잡한데 원인이 있다. 기업형 네트워크를 추구하면서 찬성하는 집단이 존재하며, 치과전문의제도와 관련해서는 학회나 소속집단, 세대간 갈등이 존재한다.¹ 그러나 이러한 이해관계뿐 아니라, 두 사안의 바탕에는 전문직업성의 문제가 포함되어 있다.

전문직이란 지식을 근거로 직업 활동을 하는 집단으로, 의사는 전문직의 이념형적 특성에 비교적 잘 부합된다고 할 수 있다(조병희, 2012). 의사는 전문적 지배와 자율적 통제를 특징으로 하는 전문직업성을 가지고 있으며, 특권적 지위를 형성하였다. 치과의사 역시 유사한 전문직업성을 가지고 있다고 볼 수 있다(강신익, 1999; Adams, 1999). 이러한 전문직업성은 외부환경의 도전에 개인의 이해관계보다는 내부적 단결을 기반으로 하며, ‘양질의 진료’라는 이데올로기를 강화하는 노력 속에서 형성되었다(Starr 2012).

¹ 한 명만 이탈해도 깨지는 소수정예(하). 2015.08.01. 데일리덴탈

또한 최근에는 의사와 환자 관계를 새롭게 정의하며, 의사나 치과의사에게 보다 높은 도덕성을 요구하고, 의사 개인의 이익보다는 환자 복지를 우선할 것을 요구하는 등 규범적 가치를 중심으로 하는 새로운 전문직업성(new professionalism)에 관한 논의가 이뤄지고 있다(Medical professional project, 2002; Royal College of Physicians, 2005).

기업형 네트워크 치과의 상업주의나 사무장을 통한 치과의사의 관리는 치과의사의 자율성을 훼손하며, 과잉진료나 높은 의료사고는 환자의 복지를 침해한다고 볼 수 있다. 또한 치과전문의 제도는 전문 지식의 고도화에 따라 발생하게 되는 것으로 제도의 도입에 따른 과장이 치과의사의 내부적 분업, 경쟁과 연관된다는 점, 의료전달체계의 변화에 따라 환자와 의사 관계가 재정립 된다는 점 등에서 전문직업성과 연관된다고 볼 수 있다.

국내 전문직업성에 관한 연구는 전문직의 특성을 파악하는 연구는 상당수 존재하나, 최근 논의되고 있는 규범적 가치에 관한 실증적 연구는 매우 적다(신성환, 2011). 또한 전문직업성에 관한 국내 연구에서 치과의사를 대상으로 한 것은 소수이며, 전문직 형성과정(이주연, 2002), 전문직 윤리(강신익, 2002), 일반인들의 치과의사에 대한 인식(김수진 2010) 등의 연구 성과는 있으나, 치과의사들의 인식에 대한 실증적 연구는 매우 부족한 실정으로, 치과의사의 전문직업성 인식에 대한 연구가 필요하다.

더욱이 대중의 신뢰하락에 대한 대응으로 새로운 전문직업성에 관한 논의가 활발한 지금, 치과의사의 전문직업성 인식에 더해 새로운 전문직업성에 대한 연구 역시 필요한 시점이다.

제 2 절 연구의 목적

1. 치과의사의 전문직업성 측정

국내 치과의료계에서는 1990년대 후반 2000년대 초반 전문직업성에 관한 논의가 시작되었다. 이시기 전문직업성은 특히 윤리의 문제를 중심으로 논의가 진행되었고, 2006년에 새로운 전문직업성 논의에 기반한 ‘윤리 선언’, ‘치과의사윤리 헌장’ 그리고 ‘치과의사 윤리지침’을 발표하였다. 그러나 윤리를 담보할 만한 제도적 장치가 마련 되지 않았고 기본적인 현황 파악마저 되지 않았기에, 전문직업성 논의는 더 이상 진전되지 않았다. 이에 본 논문에서는 치과의사의 전문직업성 수준을 측정하고자 한다.

2. 전문직업성과 기업형 네트워크 치과 및 치과전문의제도에 대한 인식과의 관련성 파악

기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도는 치과의료계에 오랜 논쟁을 불러일으키고 있으며, 치과의사들 사이에서도 입장에 따라 시각이 다른 것으로 알려져 있다. 그러나 치과의사 내의 각 집단이 개별적인 문제에 대하여 어떤 입장을 가지고 있으며, 그 입장의 차이가 무엇에서 기인하는지에 대한 성찰은 없다.

이에 각 사안에 대한 인식이 치과의사의 전문직업성과 어떤 연관이 있는지를 알아보하고자 한다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도

1. 의료경영의 도입과 기업형 네트워크 치과

1978~1981 년 기존 5 개의 치과대학에 추가로 5 개의 치과대학이 개설되면서(현행 11 개), 80 년대 후반부터 치과의사의 수가 급속하게 증가하였고, 이에 따라 점차 의료기관간의 경쟁이 심화되었다. 경쟁에 대한 대처로 의료기관들은 서비스 마케팅을 도입하기도 하였고, 공동개원이라는 새로운 형태의 개원 전략도 등장하게 되었다(표 1). 공동개원은 대개 2 인 이상의 의사가 지분투자해 참여한 경우를 일컫는 용어다(조영식 1996).

표 1. 공동개원 치과 의료기관의 증가추세

연도	신규 공동개원 치과 수	전체 공동개원 치과 수	증가율(%)
1991 년 이전	12	12	
1992 년	9	21	175
1993 년	7	28	233
1994 년	13	41	342
1995 년	15	56	467

출처: 조영식(1996)

1990년대 중반에는 이러한 공동개원이 확대되어 '네트워크'병원이라는 모델이 치과의료계를 중심으로 등장하였고, 치과 경영을 위한 노하우와 브랜드 가치의 공유, 직원교육, 공동마케팅 및 홍보 등을 통한 토탈 의료서비스의 개념을 발전시켰다 (윤지영, 2009).

네트워크 치과를 처음으로 연 예치과는 1992년 개원하였다. 1993년 예아카데미와 향후 병원경영지원회사(Management Service Organization; MSO)가 되는 메디파트너를 설립하였고, 1994년 2호점을 개설하면서 초창기 네트워크의 형태를 갖추게 되었으며, 1999년 11개의 치과를 회원으로 하는 본격적인 네트워크가 출범하게 되었다(이상수, 2006).

네트워크 치과가 늘어나면서, 일반적인 네트워크 치과와는 성격이 다른 기업형 네트워크 치과가 발생하기 시작하였다. 이들은 네트워크 치과의 외형을 취하고 있으나, 사실상 1, 2인이 전체 네트워크 치과를 소유하고 있으며, 각 네트워크 치과는 명의를 대여한 치과의사가 고용되어 있고, 사무장이 병원을 관리하는 형태를 취하고 있는데, '유 0' 치과, '00 란트' 치과 등이 대표적이다. '유 0' 치과는 92년 강남에 개업하였고, 1999년 2호점을 을지로에 설립하여 네트워크 병원의 형태를 갖추기 시작하였다. 2005년까지 6개 지점이었으나 2014년 국내 125개 미국 9개 지점을 갖는 네트워크가 되었다.

이 치과에 대하여 대한치과의사협회 정책이사였던 김철신은 다음과 같이 말했다.

"사무장들이 병원에 대한 실질적 지배권을 행사합니다. (사무장들이) 인사권을 비롯해 의료진의 배치, 채용, 의료 상담 등 경영 전반의 모든 분야에 대한 권한을 가지고 관할하는 것입니다. 심지어 원장을 뽑고, 원장의 행위를 통제하는 것까지 대개 '실장'이라는 이름의 사무장이 (권한을)

행사합니다. (중략). 심지어는 아예 사무장이 원장 계좌를 맘대로 관리하기도 합니다."(김철신과 홍기표, 2014, p. 64).

이는 기업형 네트워크 치과가 치과의사의 자율적 운영뿐 아니라 임상적 자율성까지도 침해 하고 있는 것을 보여준다.

이러한 형태의 병원이 갖는 문제점은 김철신과 홍기표(2014)에 따르면 다음과 같다.

- ① 일인소유: 2011 년 국정감사에서 ‘유 0’ 치과의 대표는 119 개의 지점이 본인의 소유임을 밝혀졌으며, 해명과정에서 부동산과 병원시설만 자신의 것이라고 하였으나 이 역시 의료법 위반이다.
- ② 비의료인의 의료행위: 의사가 아닌 스텝이 진단 및 상담을 진행한다. 또한 자격이 없는 사람에게 단기간의 교육을 통해 의료시술(스케일링)을 하게 하며, 해당 행위가 환자들에게 노출될 것을 대비해 이를 속이는 방법까지 교육하고 있다.
- ③ 과잉 진료: “진찰할 때에 시린이 부분을 집중적으로 건드려라” 등의 지침을 통해, 치료를 유도하는 매뉴얼이 존재한다. 또한 치과의사, 상담자에 대한 인센티브 급여체계를 통해 과잉진료를 유도한다.
- ④ 환자 유인: “환자 1 명을 데리고 오면 만원씩 준다!”는 내부 지침을 운용하다가 국회 국정감사에 적발되기도 했다.
- ⑤ 높은 의료사고: 한 보험사의 자료를 보면 일반치과에 비해 두 배 이상 높은 의료사고율을 보였고, 2011 년 한국소비자원에 접수된 임플란트 사고율은 일반 치과가 0.09%인데 반해 기업형 네트워크 치과는 0.97%로 10 배에 달한다.

기업형 네트워크 치과의 문제는 2011년 8월 16일 PD 수첩 ‘의술인가 상술인가’에서 구체적으로 다뤄지면서 국민들에게도 알려졌고, 사회문제로 부각되었다. 이러한 상황에서 치과의사들은 이들을 불법으로 규정하고 적극적으로 대응하였다.

특히, 치과의료계의 대표적인 온라인 커뮤니티에서 기업형 네트워크 치과에 대한 문제점을 지적한 몇몇 치과의사들에 대한 해당 네트워크 치과에서의 고소고발이 치과의사들의 집단적 대응을 불러 일으켰다. 이들은 2010년(가칭) ‘건강한 개원문화 만들기 치과의사협의회’를 구성하였고, 2011년 5월 22일에는 공식조직으로 ‘대한치과개원의협회(이하 치개협)’를 설립하여, 기업형 네트워크 치과에 대한 법적 대응을 계속 하였다.²

치개협 창립의 배경에는 정부와 건강보험 당국의 실사 및 현금 영수증 의무발행 등으로 치과의사를 범죄자로 취급한 것, 그리고 기업형 네트워크 치과의 진료비 할인으로 인한 동네의원의 경영악화, 대한치과의사협회의 기득권 안주 등의 문제 의식이 있었다. 이들을 비롯한 소장파 치과의사들의 활동과 더불어, 대한치과의사협회는 기업형 네트워크 치과의 사례를 모으고 법적인 대응을 하였으며, 정치적 노력을 통해 2011년 12월 29일 ‘의료기관 1인 1개소’ 원칙을 강화한 의료법 개정안이 통과되도록 하였다.

기업형 네트워크 치과에 대한 대응은 개원 치과의사가 입고 있는 피해, 즉 저가를 내세우는 기업형 네트워크 치과에 비해 상대적으로 비싼 가격으로 인한 환자의 신뢰하락 및 경제적 손실 등이 하나의 원인이었다. 그러나 대한치과의사협회가 2011년 7월 21일 결의문에서 “이들의 행위를 국민구강건강을 위협하고 치과의료인들의 위상을 떨어뜨리는 파렴치한 행위”로 규정하고 “의료의 극단적인 상업화와 이윤만을 추구”하는 기업형

² ‘개원의협회 창립, 치협에 힘 보태야’ . 2011.05.30. 데일리덴탈

네트워크 치과에 반대한다고 밝혔듯이, 국민의 구강건강과 치과의사의 전문직업성을 또 다른 축으로 삼고 있다.³

2. 치과전문의제도

전통적으로 치과의료는 ‘1 차 의료’의 특성을 가지고 있기 때문에, 구강악안면외과, 교정과 등의 일부 과를 제외하고는 전문의제도에 관한 논의가 많지 않았다. 홍수연(2005)에 따르면, 1990년대 이후 치의학의 발달, 질병구조의 변화, 노인인구의 증가 등으로 세계적 차원에서 전문의의 필요성이 논의 되기 시작하였다. 우리나라에서도 1996년에 헌법재판소에 치과전문의 자격시험 불실시 위헌확인 등에 관한 헌법소원 심판이 청구되면서 치과전문의제도에 관한 논의가 다시 시작되었다.

치과전문의제도의 실시가 확정되기 전까지의 찬반의 입장을 살펴보면 다음과 같다(이주연, 2006).

찬성 측은 일부 치과대학 교수 및 학계로써, 한국 치과의료가 WTO 체제하에서 경쟁력을 갖기 위해서, 그리고 기존 수련자의 자격을 인정하고 효율적으로 활용하여 사회적 손실을 방지하기 위해서 치과전문의제도가 필요하다고 주장하였다.

반대 측은 개원 치과의사 중심의 각 시도 치과의사회로, 제도가 시행되면 국민의 경제적 부담이 가중되고 치과의사들의 비급여 선호 현상으로 인하여 특정 진료과 편중 현상이 초래될 가능성이 있다는 이유로 거부하였다.

³ 치과의사협회 홈페이지

http://www.kda.or.kr/kda/kdaNews/kdaPress/board_read.kda?board_key=15349

그러나 1998 년 ‘치과전문의 자격시험 불실시’ 가 위헌이라는 판결이 나오에 따라 그 시행이 대한치과의사협회 내부에서 논의되었다. 대규모 시위, 수 차례 토론회 및 공청회 등을 거쳐, 2001 년 정기 대의원대회에서 3 개 원칙에 합의한 이후, 2008 년부터 치과전문의제도가 시행되었지만 지금도 구체적인 시행 방안에 대한 논의가 계속되고 있다.

치과전문의 제도는 1951 년 국민의료법에 3 개과(구강외과, 보철과, 교정과)에 대하여 전문의를 부여할 수 있는 법적 장치가 마련되어 있었으며, 1962 년에는 소아치과와 치주위병과를 포함하여 전문의 자격시험을 시행하려 하였으나 국내 여건과 수준이 전문의 제도 시행에 어렵다는 이유로 연기되었다. 1962 년에서 2003 년 사이 입법예고(안)이 3 회(1989.12, 1996.1, 2003.1) 공표되었고, 대한치과의사협회 대의원 총회에서 10 회의 실시촉구, 9 회의 유보 결의 등이 있었다(이재봉, 1998). 2001 년 4 월 제 50 차 정기대의원대회에서 대의원들은 ‘소수전문의제도-의료전달체계 확립’ 안을 결의하였다. 2003 년 9 월 18 일에는 ‘치과의사전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 시행규칙’ 이 공표되었고, 11 월 인턴 선발이 이뤄졌다(홍수연, 2005). 2008 년 1 월 치과전문의제도 시험이 실시되었으며, 221 명의 치과전문의가 첫 배출되었고 2015 년까지 1,842 명이 배출되었다.

2001 년 50 차 정기 대의원 대회에서 결의한 원칙은 ‘전문과목 1 차 진료기관 표방금지’, ‘의료전달체계의 확립’, ‘기존 치과의사 기득권 포기, 소수정예 전문의 배출’ 등 3 가지인데, 이러한 원칙의 고수 여부가 여전히 논의되고 있다. 각 논점 별로 살펴보면 다음과 같다.

(1) ‘소수’ 와 ‘다수’

50 차 정기대의원대회의 합의 중 가장 핵심이 되는 사안은 치과전문의의 적정 수에 관한 것이다.

소수의 치과전문의를 주장하는 쪽은 보건의료전문가 그룹과 개원 치과의사들로, 전자는 자원의 효율적 사용과 의료비의 절감 측면을 강조하였으며, 후자는 다수 전문의로 인한 경쟁의 격화를 우려했다. 이에 대한 반론은 수련기관 쪽에서 나왔다. 전문의가 되고자 하는 수요가 존재하는데 이를 막는 것은 직업선택의 자유를 훼손하는 것이며, 양질의 진료를 받을 수 있는 국민의 권리를 무시하는 것이라고 주장하였다(김명기 외, 2004). 2007 년 첫 전문의 배출을 앞둔 토론회에서 대한치과병원협회 대표의 “병원 운영과 학생들에게 교육 기회를 주기 위해서 30%대의 전공의를 선발” 해야 된다는 주장이 이러한 입장을 보여준다.

‘소수정예’의 원칙에는 합의하였으나 어떻게 소수를 이룰지에 대한 구체적 방안이 없었던 관계로, 매년 전공의 숫자는 30%이상으로 유지되었다. 2008 년 첫 치과전문의 배출을 앞두고는 치과전문의 시험을 통해 소수만이 치과전문의가 되도록 하자는 제안도 있었으나, 대한치과대학병원전공의 협의회(이하 치과전공의 협의회)의 반대와 현실적이지 않다는 이유로 무산되었다.

2009 년 대한치과의사협회는 ‘치과의사전문의제도 개선특별위원회’를 구성하였으며⁴, 제 58 차 정기대의원총회에서 ‘구강악안면외과만 단독 시행’하는 것을 의결하였으나, 치과전공의협의회는 반대성명을 발표했고,

⁴ 소수정예 치과전문의제 ‘운명 기로에’. 2009.1.22. 건치신문.

보건복지가족부는 해당 안이 불가능 함을 밝혔다.⁵ 이에 협회에서는 적극적인 서명운동을 벌여 총 21.1%(3,536 명)의 회원이 참여하는 등 강력한 의사표명을 하기도 하였으나 이후 동력을 상실하고 흐지부지 되었다. 또한, 일부 지부를 중심으로 다수 개방안을 추진하려는 움직임이 있었으나 2014 년 제 63 차 대의원 총회에서 다시 ‘소수정예안’ 을 확정하였고, 2015 년 5 월 의료법 제 77 조 3 항⁶의 위헌판결 이후 소수정예가 현실적으로 불가능한 것 아니냐는 주장이 다시 고개를 드는 등 지속적으로 논쟁이 일고 있다.

(2) 통합치과전문임상의(Advanced General Dentistry)

치과전문의의 수를 소수로 하는 데에 반대하는 이유 중 하나는 인력 축소로 인한 수련기관 운영의 어려움이고, 다른 하나는 수련기회의 감소이며, 그 해결책으로 논의된 것이 ‘일반치과의사 양성’ (General Practitioner, GP) 제도이다.

2005 년 5 개과의 레지던트 인력부족 및 미달 사태가 발생하자 GP 제도 도입에 대한 본격적인 논의가 시작되었으며, 당해 5 월 치의학회에서 GP 제도 도입을 위하여 ‘인턴제도 폐지’ 를 공식입장으로 결의하였고, 이것이 11 개 전체분과학회협의회 결의사항으로 채택되었다. 8 월 첫 치과전문의제 시행위원회에서 GP 제도에 대한 공청회를 개최하기로 결정하였으며, 공청회 이후 치과의사전문의제도시행위 내부에 ‘GP 제도 소위원회’ 를 설치하도록

⁵ 복지부 ‘구강외과 단독시행’ 불가 통보. 2009.6.11. 건치신문.

⁶ 의료법 제 77 조(전문의) 3 항은 전문과목을 표시한 치과의원은 그 전문과목에 해당하는 진료만 할 수 있다는 조항으로, 의료전달체계 확립을 위해, 2011 년 의료법에 삽입되었다.

하였다.⁷ 같은 해, 연세대학교치과대학에서는 수련기간 2 년의 ‘super general practitioner program’ 을 도입하기로 결정하였다.⁸ 2006 년에는 교육인적자원부를 비롯한 정부부처에서 ‘의사 임상수련 의무화’ 를 추진하기로 하였는데, 이것이 GP 제도와 유사한 정책이라는 점에서 GP 제도는 더욱 탄력을 받았다.⁹

2007 년 대한치과의사협회는 그 동안의 논의를 바탕으로 AGD(Advanced General Dentistry: 치과의사심화교육수련제도)를 실시기로 하여 총 25 개 수련기관을 선정하여 3 월부터 시범사업을 진행하였다. 2009 년 국문 명칭을 공모하여 ‘통합치과전문임상의’ 로 결정하였으며, 자격시험을 도입하고, 경과조치를 통해 모든 회원에게 개방하는 방안을 추진하여 2010 년부터 3 년간 경과조치를 시행하였다.¹⁰

그러나 치과전문의를 소수로 유지해야 된다는 합의가 이뤄지기 어려운 상황이 지속되면서 논의의 방향이 변하였다. 기존 수련자들이 경과조치를 통해 치과전문의 자격을 얻을 수 있게 된다면, 수련을 받지 않은 치과의사들은 경쟁에서 밀릴 수 있다는 우려 속에서, 수련을 받지 않은 치과의사들도 치과전문의 자격을 얻을 수 있도록 새로운 전문과목을 신설하자는 주장이 나타났다. 2012 년 6 월 15 일 “치과의사전문의제도 개선방안 관련 공청회” 에서 대한치과의사협회는 (가칭)가정치의전문의라는 새로운 전문과목 신설을 통해 대다수 졸업생에게 응시자격을 줄 방안을 제시한 것이다. 이는 2~3 년 일반치과전문의 수련을 받고, 자격자에 한해 2~3 년 추가 수련과정을 거쳐 심화전문의 과정으로 이원화하겠다는 것으로

⁷ ‘인턴 폐지’ 이어 ‘GP 도입’ 도 물위로. 2005.10.27. 건치신문.

⁸ 연세대치과병원, 통합진료과 GP 제도 도입. 2005.11.01. 건치신문.

⁹ 교육인적자원부 외. (2006). 제 2 차 국가인적자원개발기본계획(‘06~’ 10).

¹⁰ ‘회원 100%’ 통합치과전문의상의 추진. 2009.9.28.. 건치신문

사실상 AGD 와 같은 형태였다. 이에 대하여 소장파 치과의사들과 각 시도 지부치과의사들은 반발 하였고, 해당 논의는 유보되었다

2013년에는 통합치과전문임상의 수료자들이 (가칭)대한통합치과학회 4차 학술대회에서 전문의 자격을 요구하기도 하였다.¹¹ 이로써 치과대학 졸업생들에게 수련의 기회를 확대하고 수련기관의 인력난을 해소하고자 했던 AGD는 ‘다수 개방’ 치과전문의제도로 가는 또 다른 변수가 되고 있다.

(3) 의료전달체계

의료전달체계 확립은 치과전문의제도의 시행여부를 논하는 초창기부터 치과의료계가 주장한 사안이다(이주연 2006). 일반 치과의사가 흔한 구강상병을 진료하고 소수의 치과전문의가 흔히 발견할 수 없는 구강상병을 전문적으로 진료하게 하는 것이 그 핵심으로 이것은 ‘소수정예’ 치과전문의제도와 밀접한 연관을 가진다. 1차 의료로 해결하기 어려워 의뢰를 하는 경우는 통상 6~14% 정도로 보여지며 이러한 수요에 맞게 치과전문의를 선발하고, 치과전문의는 2차기관에서만 전문과목을 표방하며, 전문과목만을 진료해야 한다는 것이 골자다(김명기 외, 2004).

일반 치과의사와의 역할 분담 없이 치과전문의가 배출되면, 환자를 의뢰하는 빈도가 낮은 치과의료의 특성상 상호 경쟁과 자원의 낭비가 우려되었다. 이에 따라, 전문과목만을 진료하고, 자신의 전공과목만을 표방하며, 의뢰된 환자는 다시 돌려보내는 것을 치과전문의의 역할과 기능으로 하며, 1차

¹¹ ‘세력화’ 된 AGD 수료자들 “전문의 달라”. 건치신문

2007~2013년 동안 213명 배출, 경과규정을 통해 6600여명이 AGD 자격을 획득하였다.

진료기관에서는 전문과목 표방을 금지하도록 의료법을 개정할 필요성이 대두되었다(백화중, 황나미, 1997)

2002 년 3 월 의료법이 개정되었으며, 2008 년까지 치과의원은 1 차 진료기관에서 전문과목 표방이 금지 되었다.¹² 2008 년에는 다시 5 년이 연장되었다. 또한, 2011 년 4 월, 의료법 개정으로 ‘전문과목을 표시한 치과의원은 전문과목에 해당하는 환자만 진료해야 한다’는 조항(의료법 77 조 3 항)¹³이 삽입되는 등 의료전달체계 확립을 위한 조치들이 취해졌다.

그러나, 한시적이었던 1 차 진료기관 전문과목 표방 금지 조치가 2014 년 1 월 1 일 종료되어 전문과목의 표방이 가능해졌고, 2013 년 치과전문의 30 여명이 직업 자유권 침해, 평등권 침해, 환자 자기결정권 침해 등을 골자로 제기한 ‘의료법 제 77 조 3 항 위헌확인 및 가처분 신청’에 대하여 2015 년 5 월 헌법재판소가 위헌판결을 내림으로써, 전문과목을 표시한 치과에서도 전문과목 외의 진료가 가능해졌다. 이로써 의료전달체계를 유지할 수 있는 법적 수단은 없어졌으며, 이에 대한 대책이 치과의료계 일각에서 논의되고 있다.

¹² 의료법 제 55 조(전문의) 2 항. 제 1 항의 규정에 의하여 전문의 자격을 인정받은 자가 아니면 전문과목을 표시하지 못한다. 다만, 보건복지부장관은 효율적인 의료체계 운영을 위하여 치과의사·한의사로서 전문의의 자격인정을 받은 자에 대하여는 종합병원·치과병원·한방병원 중 보건복지부령이 정하는 의료기관에 한하여 전문과목을 표시하도록 할 수 있다.(2002.3.30 일 개정내용)

¹³ 의료법 제 77 조(전문의) 3 항. 제 2 항에 따라 전문과목을 표시한 치과의원은 제 15 조제 1 항에도 불구하고 표시한 전문과목에 해당하는 환자만을 진료하여야 한다. 다만, 응급환자인 경우에는 그러하지 아니하다. <신설 2011.4.28.>

제 2 절 전문직업성

전문직이란 전문지식을 근거로 직업활동을 수행하는 집단을 말한다(조병희 2012). Freidson(1970)은 전문직은 노동의 분화에서 지배적 위치에 있어, 자신의 업무에 대한 결정을 통제할 수 있는 직업이라 하였다.

이러한 전문직에 대한 사회학적 관심은 의학의 발달로 인하여 의사에 대한 존경심이 높아진 20 세기 전반기에 나타났다(윤강제, 최지희, & 조병희, 2013). 구조기능론에서는 전문직의 존재를 산업사회의 기능적 필요에 따라 생성된 구조적 현상으로 파악한다. Talcott Parsons(1951)는 질병의 만연은 사회의 안정을 저해하며, 이러한 질병을 통제하기 위해서는 고도의 과학적 지식이 필요하고, 질병의 통제는 매우 중요한 과제이기 때문에, 의료를 관리할 특별한 권위가 의사에게 부여된다고 보았다. 이 관점에서는 전문직이 사회구조적 필요에 의하여 발생한 것으로 보기 때문에 그 구조적 특성에 관심을 가졌다. 구조기능론에서 제시하는 전문직의 특성은 지식, 전문적 권위, 비표준화된 업무, 윤리규범, 직업자부심, 전문직 문화, 전문직 특권에 대한 사회의 인정 등이다(조병희 1994a).

Hall(1968)은 당시의 전문직에 관한 여러 주장들을 종합하여 328 명의 전문직(의사, 간호사, 회계사, 교사, 변호사 등)을 대상으로 경험적 조사를 통해 전문직의 특성을 전문조직에의 준거성, 공적 서비스에 대한 신념, 자율규제에 대한 신념, 직업에 대한 소명의식, 자율성 등으로 설명하였다(김문조, 1989).

그러나 이러한 구조기능주의적 논의는 역동적 사회변화의 요인으로서 가치와 규범이 어떻게 생성되고 어떻게 변화하는지에 대한 설명이 부족하였다(김장한, 2012). Starr(2012)는 의사의 권위의 문제는 역사적인

문제이지 사회구조적 기능과는 별다른 관계가 없으며, 의학만이 아니라 사회구조의 영역까지 살펴야 한다고 하였고, 문화와 제도 양쪽을 망라해야 한다고 하였다. 결국, “의사의 문화적 권위가 성장하고, 그것이 시장과 조직, 정부 정책에 대한 통제력으로 전환되는” 문제를 다뤄야만 의사의 권위에 대하여 설명할 수 있다고 하였다(p25).

갈등론은 의사가 어떻게 환자에게 복종을 얻어내고 지배력을 확보할 수 있었는지에 관심을 가진다. 갈등론의 관점에서 의사의 권위는 질병상황을 의사가 독자적으로 규정하고 그것을 의료의 배타적인 영역으로 제한시키는 능력을 의미하며, 전문직업성의 특징을 통제와 지배로 요약한다. 통제라 함은 자율성을 기반으로 자신의 업무에 대한 통제력을 행사한다는 것이고, 지배는 ‘전문적 지배(professional dominance)’로서 유사한 직업범주에 대한 통제력을 행사하면서 의료시스템 전반에 지배적 지위를 확보한다는 것이다(조병희, 1994a; Freidson, 1970; 윤강재 외, 2013 에서 재인용)

그러나 이러한 전문직 모형이 만들어진 이후의 의료계의 환경은 많이 변화되었다. 탈전문화, 노동자화 등의 이론은 이러한 변화를 나타내는 이론들이다. 탈전문화는 대중의 높아진 교육수준, 전문지식의 일상화, 세부전문화가 되면서 다른 전문가와 동반해서 시술해야 하는 문제, 소비자주의의 발전, 간호나 물리치료 등 인접분야의 발전, 조직과 기업에의 고용 등이 전문지식의 독점을 통해 자율성을 누리왔던 전문직의 자율성을 상실하게 한다는 것이다. 노동자화 이론은 의사가 병원과 같은 조직에 소속됨으로써 전문직 업무의 과정이 점차 합리화, 일상화되어 간다는 의미이다(Haug, 1973; 윤강재 외, 2013 에서 재인용).

그 외에도 인류의 수명연장에서의 의료의 역할이 크지 않았다는 사실도 충격으로 다가왔으며, 의료비의 지속적인 증가는 더 이상 전문가의 자율적 규제만을 용인하기가 어렵다는 분위기로 이어졌다. 또한, 3 자 지불방식 등의

확립으로 인하여 정부와 보험회사의 개입 여지가 생기게 되었다. 이러한 이유로 의사에게 부여한 권위에 대한 '정당성의 의문'이 제기 되었다(Starr, 2012).

미국에서 보여지는 의료체계의 시장주의 폐해, 영국에서 보여지는 의료체계의 관료주의 폐해 그리고 정부 및 보험사 등 제 3 자의 관리정책, 정보혁명과 소비자 주의 등으로 인하여, 의료에 대한 신뢰가 하락하자 1990 년대 의료계는 '사회계약 이론' 에 주목하였다(김장한, 2012). Cruess, Cruess, 와 Johnston(2000)은 의사의 역할은 치료자와 전문가로 구분되는데, 어떻게 의료를 전달 할 것인가의 문제는 사회와 전문가와의 계약에 의해 결정된다고 보았다. 이러한 견해는 사회가 변하면 전문직업성도 변화될 수 있다는 것을 내포하는 것으로, 의료계는 전문직업성의 재정립을 통해 위협을 극복하고자 하였다.

Swick(2000)은 미국의 의료체계의 변화에 따라 진행된 전문직업성 논의가 방향성을 잡지 못하고 있는 상황에서, 전문직업성에 대한 규범적 정의가 필요하다고 하였다. 이러한 규범적 정의는 전문가로서의 특성과 의사로서의 특성에 기반하여야 한다고 하였다. 그는 전문직의 핵심은 이타주의라고 주장하며 9 개의 조항을 기술하였으며, 이러한 논의는 이후 의사헌장 등의 기초가 되었다(최보문, 2011).

1990 년대 중반 미국내과위원회(American Board of Internal Medicine, ABIM)는 '전문직업성 프로젝트(project professionalism)' 를 통해 전문직업성에 대한 보고서를 발간하였다. 여기에서 의사의 전문직업성은 환자의 이해를 자신의 이해보다 우선시 해야 하는 것이라고 하였으며, 이타주의(altruism), 책무성(accountability), 우수성(excellence), 의무(duty), 서비스(service), 명예와 정직(honor & integrity), 타인에 대한 존중(respect for others) 등의 요소가 포함된다고 하였다(ABIM, 2001).

2002년에는 유럽의 내과 의사들과(European Federation of Internal Medicine), 미국 내과 의사들이 공동으로 ‘의료 전문직 프로젝트 (Medical Professional Project)를 발족시켜, ‘의사헌장 Physician Charter’을 발표하였다. 의사헌장이 밝히는 전문직업성의 핵심은 환자 복지의 우선 원칙, 환자 자율성의 원칙, 사회정의의 원칙이다(백한주, 2012; MPP, 2002).

영국에서는 NHS 체계의 관료주의적 개입, 영국 의사들의 의료과오와 태만 등이 전문직업성의 재정립 요구로 나타났다. 이에 General Medical Council(GMC)는 ‘Good Medical Practice’를 발표하였는데, 여기서는 의사들의 책임과 의무를 명시하고 이를 의사들의 등록과 연결시켰다(백한주, 2012). 런던 왕립내과 의사회(Royal College of Physicians, RCP)는 폭넓은 인식과 지지를 받을 수 있도록 의료 전문직업성을 정식화하기 위해 인터뷰, 설문조사, 문헌조사, 회의, 청취 등 광범위한 조사를 통해 2005년 새로운 보고서를 내놓았다(RCP, 2005; 백한주, 2012).

RCP는 전문직업성을 환자와의 파트너십의 관점에서 보며, 대중이 의사에게 갖는 신뢰를 뒷받침하는 가치(value), 행위(behavior), 관계(relationship)의 총합으로 정의하였다. 또한, 의사는 일상의 시술에서 진실성(integrity), 동정심(compassion), 이타심(altruism), 지속적 향상(continuous improvement), 우수성(excellence), 동반자적 업무 수행(partnership)과 같은 약속을 실천해야 한다고 규정하였다(RCP, 2005).

특히 전통적인 전문직업성의 개념인 정통함(mastery), 자율성(autonomy), 특권(privilege), 자율규제(self-regulation) 등은 버려야 할 개념으로 설정하였는데, 정통함, 자율성, 특권 등의 개념은 의사의 권위와 우월성을 나타내는 것으로 환자와의 동반자 관계와 맞지 않다고 하였다. 자율규제 역시 환자와 대중들은 매우 냉소적으로 바라보고 있으며, 적절한 거버넌스와 감독 및 보고 등에 기초한 현명한 책무성(intelligent accountability)과

결합하여 공동규제(shared regulation)로 나아가야 한다고 하였다(RCP, 2005).

이러한 미국과 영국의 논의는 몇 가지 공통점이 있다. 새로운 전문직업성의 논의는 의사와 의료에 대한 대중의 불신을 회복하기 위한 전략으로 선택되었으며, 의료 전문직들은 변화된 환경에 능동적으로 대처하여 자율성, 자율규제 등의 개념은 약화시킨 반면, 높은 책무성을 부여하고 외부의 관리규제를 받아 들이면서 도덕적 요소를 중심으로 전문직업성을 구축하고자 하였다. 또한, 전문직업성을 의사-환자 간의 개인적 문제로 보는 관점을 넘어서 보건의료 자원의 배분이나 사회 정의의 관점까지 확대 시켰으며 보건의료체계의 개혁을 지지하고 있다(백한주 2012).

전문직업성에 대한 미국과 영국 의사들의 입장을 살펴보면 대체적으로 전통적 전문직업성과 관련한 명제에는 동의율이 높으나 ‘의사는 무능력한 동료 의사를 보고해야 한다’ (미국 63.1%, 영국 59.3%), ‘동료의 의료서비스의 질을 평가하는데 참여해야 한다’ (미국 54.9%, 영국 68.4%) 등의 가치에는 다소 동의율이 떨어졌다. 또한 의사의 정기적 면허 재심사(미국 53.9%, 영국 23.4%), ‘환자나 가족으로부터의 작은 선물은 부적절하다’ (미국 11.5%, 영국 7.2%) 등 비교적 새로운 전문직업성에서 강조하는 내용에는 동의율이 매우 낮았다(Roland et al., 2012).

이러한 논의와 연구 결과는 새로운 전문직업성과 전통적 전문직업성이 혼재되어 있음을 보여준다고 할 수 있다. 2009 년 세계의사회의 “WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation” 은 의사의 사회적 책임보다는 의사의 자율성 및 자율규제의 당위성을 언급하는 등 전문직업성에 대한 전통적인 해석을 강조하기도 한 것도 같은 맥락으로 이해할 수 있다(WMA, 2009).

한편 치과전문직은 그 형성과정에서 의료전문직과는 다소 다른 경로를 보였으나, 최근의 전문직업성에 관한 논의는 의사의 전문직업성과 대체로 유사하게 진행되고 있다(Trathen & Gallagher, 2009).

치과전문직은 그 기원을 이발외과의(barber-surgeons)로써 설명할 수 있으나, 다른 외과의 분야가 의사로써 통합된 것과는 달리 구강을 담당하는 치과는 의과와 독립적으로 존재하며, 여타 유관 직업들과도 달리 의과적 지배를 받지 않고 있다(Trathen & Gallagher, 2009; Adams, 1999).

이에 대한 구조기능주의적 해석으로는 분업의 발달에 따라 필연적으로 나타났다는 견해다. 그러나 이발 외과의에서 기원한 외과의사와 치과의사의 차이를 설명하기 어렵다. 다음으로 독점적 음모설(monopolistic conspiracy)로 치과 시술사들이 자신들의 독점적 시술권을 확보하여 폐쇄적 시장을 형성하기 위해 고안한 것으로 보며, 이러한 관점에서 치과는 사업지향성을 그 본성으로 한다는 해석이다. 마지막으로 사라 네틀튼(Sarah Nettleton)의 견해로, 지식/권력의 한 표현 형태일 뿐이라는 설명이다(강신익, 1999).

Adams(1999)는 캐나다 온트리오의 치과의사들이 의학적 지배(medical dominance)에서 벗어난 이유를 다음과 같이 밝혔다. 치과의사는 의사들과 비슷한 시기에 조직화 되고 전문화되었으며, 치과의사의 관할영역(구강과 치아)은 의사의 그것과 다소 다르게 남아있었다. 또한 여타 보건관련 직종과 달리, 지식이나 전문적 기술에 대한 의학적 요구에 도전하지 않고 전폭적으로 수용하여 의학을 기반으로 치의학을 형성하고 이를 바탕으로 자신의 전문가적 지위를 강화하였다. 치과와 의과의 지도자들이 성별, 사회적 배경, 정체성, 목표 등을 공유한 데도 이유가 있다고 했다. 그러나 이러한 의사와 치과의사의 우호적 관계가 일반적인 것은 아니어서 영국에서는 20 세기 치의학이 전문화되기 전까지 의학적 지배하에 있기도 했다(강신익, 1999).

치과의사의 전문직업성에 관한 합의된 정의는 존재하지는 않는다. 영국의 General Dental Council(2005)은 치과의사에게 6 가지 책무를 부여하고 있는데, 환자의 이해를 우선, 환자의 존엄과 선택 존중, 환자의 정보 보호, 협진, 지식과 능력 유지, 신뢰성 유지가 바로 그것이다. 미국치과의사협회(American Dental Association, 2012)는 치과의사는 사회에서 신뢰에 관한 특별한 위치를 가지고 있으며 그로 인해 사회는 특권을 주었기에 전문직은 사회와 업무에 있어서 높은 윤리적 기준을 지키도록 계약되었으며, 환자의 자율성(patient autonomy), 악행금지(nonmaleficence), 선행(beneficence), 정의(justice), 진실성(veracity) 등을 지켜야 할 윤리로 제시하였다.

Trathen 과 Gallagher(2009)는 치과의사의 전문직업성은 의과에서 외면하고 있는 사업적인 면을 고려해야 하며, 이러한 논의는 전문직업성의 논의를 보다 풍부하게 할 수 있다고 했다. 사업적인 면이 의과보다 크게 작용하는 것은 치과 영역에서 소비주의 문화(consumerist culture)가 더욱 우세하였고 심미 영역이 점차 확대되며, 환자가 직접 비용을 지불하기 때문이라고 하였다. 치과 영역은 90%가 일차의료를 담당하고 있는데, 만약 이들이 경영에 실패한다면 일차 의료는 유지될 수 없을 것이다. 또한 인력과 재정이라는 자원을 적절하게 사용하지 못한다면 이는 비윤리적이라고 할 수 있기 때문에, 사업적인 면을 무시할 수 없다. 오늘날 치과의사 수의 증가로 인한 경쟁의 심화로 이러한 사업적인 면에 대한 고려는 더욱 중요해지고 있다. Nash(2007)는 이러한 사업적 성격은 단지 전문가적 행위를 보조할 때만 의미가 있다고 강조하였다.

제 3 절 치과의사의 전문직업성

국내 치과의료의 도입을 간략히 살펴보면 다음과 같다. 서구 근대 치과의료의 도입은 개항(1876)과 더불어 시작되었다. 1894년 갑오경장 이후 대한제국정부는 근대의술을 도입하였으나 식민지 시기 일본의 억압으로 한국의 치과의사는 독자적인 전문직으로서의 자율성을 얻지는 못하였다. 해방 후 미군정에 의해 일본식 치과의료체계는 미국식으로 개편되었으며, 대한민국 정부 수립 후에는 치무행정이 축소되는 속에서 미국식과 일본식이 혼합된 치과학체계 속에 머물고 있었다. 전후 경제 발전기에 치과의료는 자유방임적으로 시장경제에 일임되었으나, 70년대 북한과의 체제 경쟁을 위해 의료보험제도가 도입되고 치과대학도 10개(현행 11개)로 증가 되는 등 정부와 의료보험공단이 치과의사의 전문직업화의 견제세력으로 나타나게 되었다. 90년대부터는 경제성장으로 국민들의 사회복지 향상 및 양질의 치과치료에 대한 욕구가 높아졌으며, 2000년대에는 세계화에 따른 의료개방이 정부주도로 이뤄지고 있다(이주연, 2006).

치과의료계는 치무행정을 강화하거나, 윤리선언을 제정하고, 무자격자에 대한 단속을 하는 등의 노력을 통해, 자율적 통제권을 확보하려는 노력을 하였다. 그러나 이미 의과에서 분리된 상태에서 제도가 도입되었으며 주체적 수용과정을 거치지 못한 측면에서 보면, 유럽이나 미국과는 달리 전문직화 과정에 주체적으로 참여한 경험은 일천하다고 할 수 있다(이주연, 2002; 강신익, 2002).

국내 전문직업성 논의는 조병희(1994a)에 의해 본격화 되었다. 의사들은 환자로부터의 불신, 보건정책 과정에서의 소외, 낮은 성취욕구, 과거보다 약해진 영향력 등으로 인해 위기의식이 팽배해 있었다. 이러한 상황을 한국

의사들의 전문직업성이 발전되지 못했기 때문으로 진단하였으며, 한국 의사의 전문직화 과정을 살펴봄으로써 전문직업성이 발전하지 못한 이유를 찾고자 하였다. 한편 치과의사의 전문직업성과 관련해서는 이철우(1997)의 연구에서 처음 언급되었다. 1977년 의료보험 도입 이후 진료의 왜곡현상, 소비자주의의 대두, 구강보건정책의 부재 및 치과의사 증가 등의 환경변화가 위기감을 형성하였는데, 치과의사들은 71.2%가 위기감을 느낀다고 하였다. 해당 연구에서 전문직업성은 치과의사가 위기감을 느끼는 여러 요인 중 하나로 다뤄져 심도 깊은 분석이 이뤄지지 않은 한계가 있다.

본격적으로 치과의사의 전문직업성에 관한 논의는 강신익(1999)에 의해 이뤄졌는데, 치과 전문직의 사회적 위상은 낮아진데 반해, ‘전문직’의 역할과 기능에 대한 논의가 부족하며, 논의 역시 좌편향적인 단편적 논의나 이해관계에 바탕을 둔 기능주의적 논의가 주류를 이룬다는 반성과 함께 치과전문직의 형성에 관하여 고찰하였다. 또한 한약분쟁, 의약분쟁, WTO 체제 이후 각종 시장개방 압력 등으로 인하여 의료인의 윤리에 대한 논의가 풍부해 짐에 따라 치과의사가 처해 있는 객관적 현실을 살피고 이에 맞는 윤리를 제안하였다. 의료인의 윤리는 생명윤리, 의료윤리¹⁴, 전문직 윤리로 나뉠 수 있는데, 치과의사의 윤리는 전문직 윤리를 중심으로 구성되어야 한다고 하였다. 여기서 전문직 윤리는 ‘의료전문인 개인을 대상으로 하기보다는 집단으로서의 전문직이 사회와의 암묵적 약속에 따라

¹⁴ 강신익(2002b)은 생명의료윤리는 생명현상을 연구하거나 그 연구를 통해 밝혀진 지식을 인간의 복지를 위해 사용하는 사람들이 가지고 있을 것으로 기대되는 가치와 규범의 총체라 하였으며, 생명의 본질적 가치를 다루는 생명윤리(bioethics)와 이를 현실에 적용하는 의료인이 가져야 할 가치와 행동규범을 다루는 의료윤리(medical ethics)로 구분할 수 있다고 하였다.

수행해야 할 행위의 준칙과 규범'을 다루는 윤리의 영역이라고 할 수 있다(강신익, 2002a).

김수진(2010)은 의사에 대한 환자의 신뢰도가 점차 하락하고 있으며, 환자의 소비자주의 경향이 강화되고 있는 현실에서, 일반인들이 느끼는 치과에 대한 신뢰도, 치과의사의 전문직업성에 대한 인식, 치과 이용 시 소비자주의 경향의 정도를 측정하고 이들간의 상관관계를 밝혔다. 환자들은 치과에 대하여 편안한 배려와 환자 존중, 기술 등에서는 신뢰하고 있으나 과잉진료, 공익추구, 정직성 등의 문항에 낮은 점수를 부여함으로써 환자의 복리보다 개인의 이익에 관심이 더 크다고 인식하고 있는 것으로 보인다.

김진영(2011)은 치과전문의제도가 시행되고 있는 시점에서 전문직업성에 관한 논의가 부재하다는 점을 들어, 치의학전문대학원생들의 전문직업성을 측정하여 전문의 지원여부와 의 관계를 살펴보았으며, 전문의를 지원하고자 하는 그룹에서 유의하게 전문직업성이 높았다고 보고하였다.

강신익(1999, 2002a)의 전문직업성 논의와 조병희(1994a)의 논의, 그리고 최근의 전문직업성의 논의 들은 모두 의료환경에 변화에 따른 의료인들의 위기 의식에 따라 그 원인을 분석하고자 하는 노력에서 시작되었다. 치과의료계에 당면한 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도 문제는 치과의료계의 환경에 커다란 파장을 미치는 사안으로 치과의사들에게 위기감을 불러일으키고 있다.

기업형 네트워크 치과는 상업화된 의료에 현행법에 위반되는 형태까지 결합된 모습이다. Starr(2012)에 따르면, 의료는 필연적으로 시장의 영향을 받을 수 밖에 없는데, 의사들에게 시장에서의 경쟁은 수입뿐만 아니라 지위와 자율성을 위협하는 것으로 인식되었고, 의사들은 시장의 압력에 효과적으로 저항하는 수단으로 전문직업성을 강화해 나갔다. 시장에 맞긴다는 것은 선택에 대한 “주권”을 소비자가 가지는 것을 의미하는 것으로

독립적인 지배권과 권위 있는 판단력을 침해하는 것이며, 이는 전문직의 이상을 버리는 것으로 여겨졌다. 이에 따라, “전문직 종사자들은 시장과 순수한 상업주의에 구애 받지 않을 것을 천명했고, 기업의 활동과 자신들의 일을 명확히 구분했다. 전문가들은 대중의 믿음을 정당화하면서, 기본적인 시장법칙보다 한 차원 높은 행동규범을 설정했다” (Starr, 2012, 서문 p44.).

기업형 네트워크 치과가 보여주고 있는 모습은 환자의 복지를 우선시하거나, 환자의 이해를 우선시 하며, 진실성 등의 전문직 윤리를 기반으로 하는 전문직업성의 내용과는 상당히 배치되는 면을 보이고 있다(김철신과 홍기표, 2014). 이러한 탐욕(greed)은 전문직업성을 침식시키며, 이타주의, 돌봄(caring), 관용(generosity), 성실(integrity) 등의 전문직 윤리를 침해하게 된다(ABIM, 2001).

치과전문의제는 지식의 확대에 따라 필연적으로 나타날 수 밖에 없는 내부적 분업의 산물이다. 조병희(1994a)는 한국 의사의 개업주의 문제를 논하면서, 의사들이 전문의제도를 만들어 분업화를 시도하였지만 그 목적이 전문의 자격을 이용한 영리동기가 작용하였기에 ‘전문주의의 일반의화’ 현상이 발생하였고, 서로 경쟁하는 관계가 형성되었으며 분업체제는 실패하게 되었다고 하였다. 이는 개업주의가 원인인데, 개업주의는 개업의사가 개인위원을 중심으로 활동하는 체제를 의미하며, 의사들간의 연대감을 제고시키기보다는 환자를 두고 상호 경쟁하게 만들었으며 집단적으로 의료전문직의 조직화를 도모하지 못하게 만들었다. 이런 점에서 다수가 전문의가 되며, 이들이 전문과목 외의 1 차 진료 영역에서 경쟁하는 것은 전문직업성과 배치되며 전문직업성의 발전을 억제한다고 하였다.

제 3 장 연구방법

제 1 절 연구도구와 연구모형

1. 연구도구

본 연구에서 측정하는 전문직업성은 치과 의사들이 가지고 있는 태도 및 행위적인 속성과 추구하는 가치로 개념화하였다. 태도 및 행위적인 속성을 ‘전문직 특성’으로, 추구하는 가치를 ‘전문직 가치’로 분리하여 측정하였다.

전문직 특성은 Hall(1968)이 제시하고 Snizek(1972)이 재구성한 도구를 이용하여 측정하였다. Hall(1968)은 여러 학자들의 의견을 종합하여 전문조직에의 준거성, 공적서비스에 대한 신념, 자율규제에 대한 신념, 직업에 대한 소명의식, 자율성 등 5 개 범주 각 10 문항으로 구성된 Professionalism Inventory Scale 을 만들었다(Hall 1968). Snizek(1972)은 Professionalism Inventory Scale 을 이용해 의사, 간호사, 회계사, 교사, 법률가, 사서, 엔지니어 등 11 개의 직업군 328 명을 대상으로 한 Hall 의 연구와 자신이 566 명의 항공, 핵, 화학 공학자, 의사, 화학자 등을 대상으로 한 조사를 바탕으로 신뢰도 계수를 측정하여 각 범주 별로 5 개의 문항을 뽑아 새롭게 25 개 문항으로 재조정하였다. 각각의 범주는 다음과 같다.

- 전문조직에의 준거성 (Using the Professional Organization as a Major Reference): 전문가 조직은 전문가의 가치, 신념, 정체성을

강화시키는데, 전문가 모임에 참석하거나 전문 잡지를 읽는 등의 행위는 준거성을 높여주며, 전문가 조직 및 동료의 의견이 주요 판단기준이 됨을 의미한다.

- 공적서비스에 대한 신념(Belief in Public Service): 전문직은 사회에서 필수 적이며, 사회에 이득이 된다는 것을 믿음 의미한다.
- 자율규제에 대한 신념(Belief in Self-Regulation): 동료에 의한 통제가 가능하다는 것으로, 전문직은 특화된 지식을 기반으로 하기 때문에 단지 동료들 만이 자신의 업무를 판단할 수 있다는 것을 의미한다.
- 직업에 대한 소명의식(Sense of Calling to the Field): 자신의 직업에의 헌신을 의미한다. 본 논문에서는 자신의 직업을 천직으로 아는 것, 평생 복무하고자 하는 마음, 경제적 보상이 줄더라도 직업에 종사하고자 하는 것 등을 의미한다.
- 자율성(Autonomy): 전문가는 자신의 업무에 관하여 외부의 압력 없이 스스로 결정할 수 있다는 태도와 신념을 의미한다.

이상의 내용을 바탕으로 치과의사에게 맞게 문구를 수정하여 설문을 구성하였으며, 이를 통해 치과전문직이 가지고 있는 전문직업성의 특성을 파악하였다. 각각의 문항에 대하여 Likert 5 점 척도로 측정하였으며, 분석에서는 각 항목별로 ‘매우 그렇다’ 부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 를 5 점에서 1 점으로 점수화 하여 사용하였다. 설문 문항 중 2, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 25 번 문항은 역문항으로써 점수를 역으로 부여하였다.

전문직 특성에 관한 25 문항의 Cronbach' α 값은 0.653 이었다. 하부영역별로는 0.464 에서 0.692 이며, 공적서비스에 대한 신념, 전문조직에의 준거성, 자율규제에 대한 신념이 낮게 나왔으나 이를

제거하여도 전체 신뢰도가 증가하지 않아, 모든 항목을 분석에 이용하였다(표 2).

본 연구에서 ‘공적서비스에 대한 신념’의 신뢰도 값이 가장 낮았는데, Snizek(1972)은 모호한 용어를 사용한 문항이 있어 요인분석 결과 하부영역에서 중복되는 인자부하가 있었기 때문이라고 하였다(백희정, 2007).

표 2. ‘전문직 특성’의 신뢰도

구 분	문항번호	문항수	Cronbach' s α
하부영역			
전문조직에의 준거성	1, 4, 11, 15, 17	5	0.534
공적서비스에 대한 신념	2, 5, 8, 12, 22	5	0.464
자율규제에 대한 신념	6, 13, 16, 20, 23	5	0.534
직업에 대한 소명의식	7, 9, 14, 18, 24	5	0.692
자율성	3, 10, 19, 21, 23	5	0.637
전문직 특성 전체		25	0.653

전문직 가치는 Roland 등(2012)의 척도를 사용하였다. 최근의 전문직업성 논의의 결과로 ‘의사헌장(Physician Chapter)’, ‘Doctors in Society’, ‘Good Medical Doctor’ 등 새로운 전문직업성을 규정하는 선언적 문서들이 만들어 졌다. 이들 문서는 환자 복지를 우선시 하며, 전문가적 행위(진료의 수준, 질 등)를 강화하고, 의사의 의무를 확인하며, 이전의 전문직업성보다는 의무와 통제를 강조하고 있다. Roland 등(2012)은 여기에 영국의 Medical School Council 에서 발행한 ‘Consensus Statement on the Role of the Doctor’을 포함한 총 4 개 문서를 기반으로 영국과 미국

의사들에 의해 통용되는 ‘가치’를 측정하였다. 여기에는 7 가지 범주 13 개의 문항으로 구성되었다. 7 가지 범주는 다음과 같다.

‘환자 우선’은 의사가 환자의 복지를 우선 해야 한다 것이며, ‘양질의 진료 제공’은 동료 심사와 면허 재심사에 대한 견해를 묻는다. 또한 ‘무능력한 동료보고’, ‘환자의 비밀유지’에 대한 견해를 묻는다. ‘과오에 대한 진실’은 의학적 오류를 환자에게 알려야 하며, 치료에 대하여 충분히 설명하여야 하고, 진실만을 환자에게 말해야 한다는 것에 대한 견해를 물으며, ‘부적절한 관계회피’는 환자 치료에 영향을 미칠 수 있는 환자와의 공동사업과 성적 관계에 대한 견해를, ‘환자 차별 방지’는 환자의 인종, 성별, 수입 등으로 차별하지 않아야 된다는 규범에 대한 의견을 묻는다.

본 연구에서는 분석을 위한 세부척도를 만들고 항목들의 타당성을 확인하기 위해, 주성분분석의 방법으로 요인분석을 실시하였다(표 3). 분석은 고유값을 기준으로 1 이상으로 설정하였으며, 요인회전방법으로 Varimax 를 이용하였다.

주성분분석 결과 모두 4 개의 요인이 생성되었으며, 이들의 설명력은 59.53%였다. 각 요인별로 Cronbach's α 값이 0.520 에서 0.819 까지 이며 요인 III 이 신뢰도가 떨어지나 이를 제외하여도 전체 신뢰도에 영향이 없어 이들 모두를 사용하기로 한다. 전체 문항에 대한 Cronbach's α 값은 0.765 이다.

요인 I 은 Roland 등(2012)의 기존 설문인 ‘환자의 비밀유지’, ‘과오에 대한 진실’, ‘환자 차별 방지’의 3 가지 범주가 통합되어 구성되었으며, 치과의사와 환자와의 관계에서 치과의사가 지켜야 할 책무를 보여준다는 의미에서 ‘환자에 대한 책무’로 변수 설정하였다.

요인 II 는 ‘무능력한 동료보고’, ‘양질의 진료 제공’ 이라는 두 가지 범주가 통합되었다. 이것은 치과 의사의 임상능력을 유지하는 것과 관련되는 항목으로 ‘능력 관리’ 로 변수 설정하였다.

요인 III 은 Roland 등(2012)의 기존 설문도구에 있는 ‘환자 우선’ 문항에 ‘부적절한 관계 회피’ 문항 중 환자나 환자 가족으로부터 작은 선물 받는 것이 부적절하다는 문항이 통합된 것으로 ‘환자 우선’ 으로 변수 설정하였다.

요인 IV 는 Roland 등(2012)의 도구에서 ‘부적절한 관계회피’ 3 개 문항 중 두 문항이 포함되어, 동일한 변수명을 부여하였다.

이상의 문항을 통해, 전문직 가치에 대한 인식을 측정할 수 있는데, 본 논문에서는 각 문항을 치과 의사에게 맞게 수정하여 사용하였으며, 동의 여부를 답하도록 구성하였다. 본 분석에서는 ‘매우 동의’에 4 점, ‘매우 반대’에 1 점을 부여하여 평균을 이용하였다.

이 논문에서 살펴볼 치과 의료계 현안은 기업형 네트워크 치과, 치과전문의제도이다.

기업형 네트워크 치과는 치과 의사와 환자 모두에게 피해가 가해진다고 여겨진다. 전자는 치과 의사의 전문가적 위상이며 후자는 환자의 복지로 문항을 구성하였다. 또한 김철신과 홍기표(2014)의 저작에서 기업형 네트워크 치과의 문제점으로 지적된 ‘과잉진료’, ‘소유구조’, ‘불법진료’ 에 관한 생각을 묻는다.

치과전문의제도는 의견이 첨예하게 대립되고 있는 원칙들인 ‘소수정예 원칙’, ‘전문과목 진료’, ‘통합치과전문임상의’ 에 대한 의견을 묻는다. 각 문항은 5 점 Likert 척도를 이용하여 얼마나 동의하는지를 측정하였다.

전체 설문의 구성은 표 4 와 같다.

표 3. '전문직 가치'에 대한 요인 분석과 신뢰도

요인	문항	요인분석				신뢰도
		I	II	III	IV	Cronbach's α
I	8. 치과의사는 모든 환자에게 해당 치료 과정에서의 이득과 위험을 충분히 알려주어야 한다.	.766	.136	-.041	.033	0.701
	9. 치과의사는 환자에게 절대 거짓을 말해서는 안 된다.	.673	-.003	.339	.056	
	7. 치과의사는 환자에게 가해진 중대한 의학적 잘못을 알려주어야 한다.	.633	.221	.185	-.005	
	6. 치과의사는 인정받지 못한 개인에게 환자의 비밀을 노출해서는 안 된다	.624	.163	-.335	.225	
	13. 치과의사는 환자의 인종, 성, 수입에 따른 불평등을 최소화 하도록 해야 한다.	.580	.117	.026	.174	
II	5. 치과의사는 상당한 정도로 업무를 볼 수 없거나 무능력한 동료 치과의사를 관계 기관(협회 등)에 보고해야 한다.	.178	.793	-.047	.122	0.724
	4. 치과의사는 종사하는 동안 정기적으로 면허 갱신을 받아야 한다.	.155	.788	.125	.022	
	3. 치과의사는 동료가 제공하는 진료의 질을 평가하는데 참여하여야 한다	.132	.739	.280	.015	
III	2. 치과의사는 거래처에서의 협찬, 재정적 지원 등 경제적 관계를 환자에게 밝혀야 한다.	.039	.112	.758	.044	0.520
	12. 환자나 환자 가족으로부터 작은 선물을 받는 것은 부적절하다	-.076	.058	.673	.136	
	1. 치과의사는 자신의 경제적 이익보다 환자의 목지를 우선시 해야 한다.	.256	.146	.552	.065	
IV	11. 환자와의 성적 관계는 부적절하다.	.131	.056	.097	.901	0.821
	10. 환자와 사업하는 것은 부적절하다.	.148	.073	.147	.882	
표본 적절성의 Kaiser-Meyer-Olkin 측도.					.746	
Bartlett의 구형성 검정	근사 카이제곱				1460.121	
	자유도				78	
	유의확률				.000	

표 4. 설문도구의 구성

(): 문항수

대분류	소분류	문항예시
독립변수		
전문직 특성 (25 문항)	전문조직에의 준거성(5)	나는 지부학회나 지역내 학술 모임에 정기적으로 참석한다. 나는 정기적으로 치의학논문을 읽는다.
	공적서비스에 대한 신념(5)	치과의사라는 내 직업은 다른 어떤 직업보다 사회적으로 필요한 직업이라고 생각한다.
	자율성(5)	진료에 관한 사항은 내 스스로 판단한다.
	자율규제에 대한 신념(5)	치과의사들은 서로의 실력에 대해 잘 알고 있다. 다른 치과의사의 업무수행을 평가할 기회는 자주 없다.
	직업에 대한 소명의식(5)	대부분의 치과의사들은 수입이 줄더라도 치과의사직에 남고 싶어할 것이다.
전문직 가치 (13 문항)	환자에 대한 책무(5)	치과의사는 모든 환자에게 해당 치료 과정에서의 이득과 위험을 충분히 알려주어야 한다.
	능력관리(3)	치과의사는 종사하는 동안 정기적으로 면허 갱신을 받아야 한다.
	환자우선(3)	치과의사는 자신의 경제적 이익보다 환자의 목지를 우선시 해야 한다.
	부적절한 관계회피(2)	환자와의 성적 관계는 부적절하다.
종속변수		
기업형 네트워크 치과(6)	동의 여부	나는 기업형 네트워크 치과가 없어야 한다고 생각한다
	동의 이유	기업형 네트워크 치과는 환자의 복지를 침해한다.
	문제점 인식	기업형 네트워크 치과의 문제는 과잉진료라고 생각한다
치과 전문의 제도(4)	동의 여부	치과전문의제도 시행에 원칙적으로 찬성한다.
	원칙 고수	치과전문의제도가 소수정예 원칙을 고수해야 한다고 생각한다 치과전문의는 표방한 전문과목만을 진료하여야 한다고 생각한다
인구사회학적 변수		성별, 결혼, 수련여부, 근무형태, 임상경력, 나이 등

2. 연구모형

본 연구의 연구모형은 아래 그림과 같다.

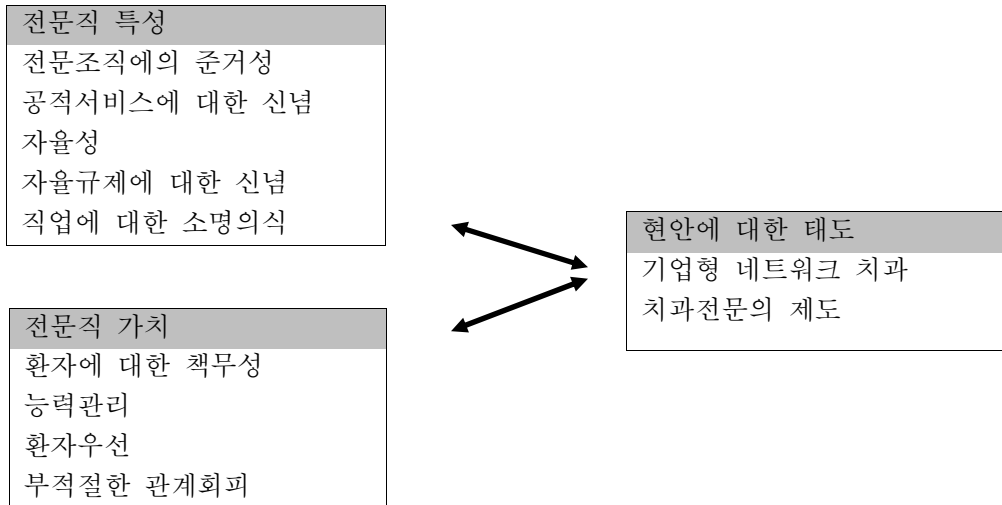


그림 1. 연구 모형

본 연구의 가설은 다음과 같다.

가설. 치과의사의 전문직업성이 높을수록 개인의 이익보다는 치과의사의 지위향상을 중요시 할 것이다.

- 하위 가설 1. 치과의사의 전문직업성이 높을수록 기업형 네트워크치과에 비판적일 것이다.
- 하위 가설 2. 치과의사의 전문직업성이 높을수록 치과전문의 제도가 대외적 정당성을 확보하는 방향으로 가는 것이 찬성할 것이다.

제 2 절 연구 대상 및 조사과정

본 연구는 치과의사들의 인식을 묻는 연구로 연구 대상은 국내에서 활동하고 있는 치과의사다. 2015 년 현재 활동 치과의사 수는 23,408¹⁵이다. 개인정보 보호와 관련하여 모집단의 정보 공개가 불가하여 편의추출을 통해 대상자를 모집하였다. 설문시작 전 2015 년 10 월 5 일 서울대학교 생명윤리위원회의 심의면제를 받았으며, 승인번호는 E1510/001-006 이다.

설문은 2015 년 10 월 21 일부터 11 월 3 일까지, 치과의사 20,178 명(2015 년 11 월 3 일 기준)이 가입되어 있는 커뮤니티(덴트포토. www.dentphoto.com)에서 진행하였으며, 총 500 명이 연구에 참여하였다. 커뮤니티에 로그인시 설문참여를 호소하는 배너가 노출되고 참여희망자가 클릭하면 설문페이지가 나오도록 하였다. 설문페이지의 처음은 ‘동의서’ 로 되어있고 이에 동의한 경우 설문이 진행되었다. 설문을 종료한 참여자에게는 소정의 현금성 포인트를 제공하였다. 온라인 조사의 특성상 답변이 누락된 설문은 없었으나 문항이 충돌하는 설문이 15 개 존재하여¹⁶ 이를 제외한 485 개의 설문을 분석에 이용하였다.

제 3 절 자료의 분석 방법

¹⁵ 2015 년 2/4 분기, 출처: 국민건강보험공단, 건강보험통계

¹⁶ 수련 여부 질문에 ‘수련 중’ 이라고 답했으나 현재 근무형태가 ‘수련의’ 가 아닌 경우 6 부, 수련 여부 질문에 ‘수련을 받지 않았다’ 라고 답하였으나 수련전공과목을 표기한 8 부, ‘수련을 받았다’ 고 답하였으나 수련과목이 없다고 답한 1 부를 제외하였다.

본 연구 자료는 SPSS 23을 이용하여 분석하였다. 연구 참여자의 일반적인 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하였다. 전문직업성의 각 항목과 치과의료계 현안에 대하여 인식 정도와 동의 정도를 파악하기 위해 빈도분석 실시하였다. 척도의 신뢰도를 측정하기 위하여 전문직 특성과 전문직 가치, 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도에 대하여 Cronbach' alpha를 측정하였으며, 전문직 가치에 대하여는 척도를 구성하기 위하여 요인분석을 실시하였다. 이후 전문직업성은 각 요인별로 점수를 합산하여 이를 요인별 문항수로 나눈 평균값을 사용하였다.

인구사회학적 변수에 따른 전문직업성 인식, 현안에 대한 인식의 차이를 알아보기 위해 유의수준 0.05에서 t-test와 one way ANOVA를 실시하였으며, one way ANOVA에 대하여 Scheffe 사후 검정을 실시하였다. 인구사회학적 변수를 통제한 후, 전문직업성에 대한 인식이 현안에 대한 인식에 미치는 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석을 시행하였다.

제 4 장 연구 결과

제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 남성의 비율은 83.1%이다. 대한치과의사협회에 등록된 활동치과의사 통계에 따르면, 치과의사 20,055 명중 남성이 15,849(79.0%)명, 여성이 4,206(21.0%)명으로 표본과 차이가 크지 않다. 결혼 여부를 묻는 질문에 87.3%가 결혼하였다고 답하였다. 연령별로는 30 대, 40 대, 50 대, 20 대, 60 대 순으로 많이 참여하였으며 각각 42.3%, 36.1%, 17.5%, 3.1%, 1.0%이다. 연령평균은 41 세이다. 실제 치과의사의 연령별 분포는 20 대, 30 대, 40 대, 50 대, 60 대 이상이 각각 588(2.9%), 4,941(24.6%), 7,445(37.1%), 5,304(26.4%), 1,777(8.9%)로 구성되어 표본과 다소 차이를 보인다. 이는 온라인 커뮤니티의 특성상 30 대가 활동이 많고, 50 대 이상의 활동이 적어서 나타나는 현상으로 볼 수 있다. 임상경력은 10~20 년 사이가 44.1%로 가장 많았고 20~30 년이 22.1%, 10 년미만이 29.9%, 30 년 이상이 3.9%로 나타났다. 임상경력 평균은 14 년이었다.

수련을 받은 비율은 31.3%로 통상 30~35%정도가 수련을 받는 현실을 반영하고 있다. 통합치과전문임상의(AGD)는 2006 년 수련제도가 시행되어, 2014 년 총 5,477 명이 자격증을 받았다. 이는 활동치과의사 중 27.31%에 해당하며, 본 조사에서는 18.8%가 AGD 자격을 가지고 있었다.

치과의사 교육기관은 치과대학과 치의학전문대학원으로 이원화 되어 있다. 강릉원주, 단국, 원광대학교 등 3 개 대학은 치과대학으로, 경북, 경희, 부산, 서울, 전남, 전북, 조선대학교 등 7 개 학교는 치의학전문대학원 체제로,

연세대학교는 50%씩 병행체제로 운영되고 있다. 치의학전문대학원 출신은 2009 년 1 기가 배출된 이후 해마다 약 500 여명이 배출되고 있으며, 본 연구에는 48 명(9.9%)이 치의학전문대학원 출신이다.

근무형태는 단독개원이 75.7%, 공동개원이 7.2%로 요양기관에 등록된 치과의사 수를 기준으로 82.7%¹⁷가 치과의원으로 등록되어 있는 것과 유사하다고 볼 수 있다.

수입은 1000~1500 만원이 가장 많으며(33.0%), 500~1000 만원 사이가 22.5%, 1500~2000 만원 사이가 16.5%, 500 만원 미만이 11.5%, 2000 만원~3000 만원이 8.5%, 3000 만원 이상이 8.5%로 고른 분포를 보이고 있다.

기타 자세한 사항은 표 5 와 같다.

¹⁷ 2014 한국치과의료연감에 따르면 2013 년 치과의원에 18,595 명의 치과의사가 등록되어 있으며 2013 년 총 치과의사 수 22,482 를 기준으로 82.7%에 해당한다.

표 5. 연구 대상자의 일반적 특성

변수	구분	(n=485)	
		빈도	퍼센트
성별	남자	403	83.1
	여자	82	16.9
결혼	기혼	423	87.2
	미혼	62	12.8
연령	20 대	15	3.1
	30 대	205	42.3
	40 대	175	36.1
	50 대	85	17.5
	60 대	5	1.0
임상경력	10년 미만	145	29.9
	10~20년 미만	214	44.1
	20~30년 미만	107	22.1
	30년 이상	19	3.9
졸업	치과대학	437	90.1
	치의학대학원	48	9.9
수련 여부	수련	152	31.3
	수련중	3	0.6
	비수련	330	68.0
통합치과전문임상의 (AGD)	수료	91	18.8
	수련중	15	3.1
	비수료	379	78.1

변수	구분	빈도	퍼센트
근무형태	단독개원	367	75.7
	공동개원	35	7.2
	봉직의	65	13.4
	수련의	3	0.6
	기타	15	3.1
수입	500 만 미만	56	11.5
	500 ~ 1000 만 미만	109	22.5
	1000~1500 만	160	33.0
	1500~2000 만	80	16.5
	2000~3000 만	39	8.5
	3000 만 이상	41	8.5

제 2 절 치과 의사의 전문 직업성

1. 전문직 특성

본 연구에는 전문직업성의 측정에 주로 사용되는 Hall' s Professional Inventory(HPI) 50 문항을 Snizek(1972)이 요인분석을 통해 선별한 25 개 문항을 이용하였다. Snizek 의 25 문항은 의사를 대상으로 한 연구(강윤식, 1997; 김종연, 2004)와 간호사를 대상으로 한 연구(백희정, 2007; 차인자, 2008), 외에도 많은 분야에서 사용된 표준화된 도구이기에, 본 연구에서는 치과 의사에게 맞는 표현으로 변형하여 사용하였다.

본 도구는 전문조직에의 준거성, 공적서비스에 대한 신념, 자율규제에 대한 신념, 직업에 대한 소명의식, 자율성 등 5 가지 하부요인으로 구성되어 있다.

‘전문조직에의 준거성’은 전문가 조직이 전문가의 가치, 신념, 정체성을 강화한다는 것을 의미한다. 하위 문항별로 살펴보면, 치의학에 관한 논문을 정기적으로 읽는다는 비율이 20.8%, 학술모임에 참석한다는 것은 43.3%로 치과 의사는 주로 학술모임을 통해 임상지식을 습득하고 유지하는 것을 알 수 있다. 치과 의사 협회가 회원을 위해 일하는 것 같지 않다는 문항에 70.3%가 동의하였고, 협회비를 내는 것을 당연하게 여기는 비율이 29.4%로 낮은 동의를 보여, 치과 의사 협회에 대한 부정적 인식이 많은 것을 알 수 있다(표 6-1).

표 6-1. 전문직 특성에 대한 빈도분석(전문조직에의 준거성)

항목	문항	빈도					
		매우		보통이 다	그렇지 않다	전혀	
		그렇다	그렇다			그렇지 않다	그렇지 않다
전문조 직에의 준거성	1. 나는 정기적으로 치의학 논문을 읽는다	23 4.7%	78 16.1%	133 27.4%	182 37.5%	69 14.2%	
	4. 나는 지부학회나 지역내 학술모임에 정기적으로 참석한다.	60 12.4%	150 30.9%	133 27.4%	107 22.1%	35 7.2%	
	11. 치과 의사협회에 협회비를 내는 것은 당연하다.	40 8.2%	103 21.2%	168 34.6%	102 21.0%	72 14.8%	
	15. 치과 의사협회는 일반 회원들을 위해 많은 일들을 하는 것 같지는 않다	167 34.4%	174 35.9%	97 20.0%	33 6.8%	14 2.9%	
	17. 나는 학술지를 읽으려 하지만 실재로 많이 읽지는 못한다	20 4.1%	205 42.3%	193 39.8%	52 10.7%	15 3.1%	

공적서비스에 대한 신념은 치과의사 직이 사회에 필수적이라는 인식을 의미한다. 문항별로 살펴보면, 다른 전문직이 치과의사보다 중요하다고 답한 비율이 18.8%로 높지 않은 반면, 몇몇 다른 직업은 치과의사보다 더 중요하다고 답한 비율이 67.0%로 나타났다. 치과의사가 사회적으로 필요한 직업이고 사회적으로 필수 불가결한 직업이라는 인식이 각각 65.5%, 79.6%이지만, 직업의 중요성이 때로는 지나치게 과장되는 것 같다는 인식이 67.0%를 차지하였다(표 6-2).

표 6-2. 전문직 특성에 대한 빈도분석(공적서비스에 대한 신념)

항목	문항	빈도					
		매우		보통이 다	그렇지 않다	전혀	
		그렇다	그렇다			그렇지 않다	그렇지 않다
	2. 다른 전문직(변호사나 교수등)이 치과의사보다 사회적으로 더 중요한 직업이다	19	72	192	144	58	
		3.9%	14.8%	39.6%	29.7%	12.0%	
	5. 치과의사라는 내 직업은 다른 어떤 직업보다 사회적으로	86	233	137	23	7	
	필요한 직업이라고 생각한다	17.7%	47.8%	28.2%	4.7%	1.4%	
공적서비스에 대한 신념	8. 치과의사라는 직업의 중요성은 때로는 지나치게 과장되는 것 같다.	22	97	177	145	44	
		4.5%	20.0%	36.5%	29.9%	9.1%	
	12. 몇몇 다른 직업은 치과의사보다도 더 사회에 중요하다	93	232	112	36	12	
		19.2%	47.8%	23.1%	7.4%	2.5%	
	22. 치과의사는 사회적으로 필수불가결한 직업이다	146	240	86	7	6	
		30.1%	49.5%	17.7%	1.4%	1.2%	

자율규제에 대한 신념은 전문직은 특화된 지식을 기반으로 하기 때문에 단지 동료들만이 자신의 업무를 판단할 수 있다는 것을 의미한다. 치과의사들은 ‘서로의 실력을 잘 알고 있다’, ‘동료의 능력을 비교적 잘 파악하고 있다’와 ‘다른 치과의사가 무엇을 하는지 잘 모른다’에 그렇지 않다는 답변이 각각 35.9%, 28.9%, 34.2%로 비교적 낮으며, 이런 평가를 시행할 기회가 없다는 답변이 55.2%로 다소 높게 나타났다(표 6-3).

표 6-3. 전문직 특성 대한 빈도분석(자율규제에 대한 신념)

항목	문항	빈도					
		매우		보통이 다	그렇지 않다	전혀	
		그렇다	그렇다			그렇지 않다	그렇지 않다
자율규제에 대한 신념	6. 치과의사들은 서로의 실력에 대하여 잘 알고 있다	25 5.2%	149 30.7%	176 36.3%	122 25.2%	13 2.7%	
	13. 치과의사직의 문제점은 다른 치과의사들이 무엇을 하는지 서로 잘 모른다는 것이다	22 4.5%	127 26.2%	170 35.1%	144 29.7%	22 4.5%	
	16. 치과의사들은 다른 치과의사들의 능력을 평가할 방법을 가지고 있지 않다	26 5.4%	158 32.6%	172 35.5%	115 23.7%	14 2.9%	
	20. 다른 치과의사들의 업무를 평가할 기회는 자주 없다	37 7.6%	231 47.6%	177 36.5%	33 6.8%	7 1.4%	
	23. 치과의사들은 동료 치과의사들의 능력을 비교적 잘 파악하고 있다	17 3.5%	123 25.4%	220 45.4%	115 23.7%	10 2.1%	

직업에 대한 소명의식은 자신의 직업에의 헌신을 의미한다. ‘치과의사직에 헌신하는 것은 보람된 일이다’ 라는 인식이 53.2%, ‘치과의사들은 높은 이상적 태도를 유지해야 한다’ 는 데 동의가 56.9%로 나타났으나, 치과의사 집단의 사명감이 높다는 인식, 치과의사들이 경제적 동기를 떠나 치과의사직을 유지하 것이라는 인식, 대부분의 치과의사들이 자신의 직업을

좋은 직업이라고 생각한다는 인식 등은 각각 36.1%, 37.1%, 40.4%로 낮은 인식을 보였다(표 6-4).

표 6-4. 전문직 특성에 대한 빈도분석(직업에 대한 소명의식)

항목	문항	빈도				
		매우		보통이 다	전혀	
		그렇다	그렇다		그렇지 않다	그렇지 않다
소명의식	7. 치과의사들은 자신의 직업에 대한 사명감이 매우 높다.	19 3.9%	156 32.2%	211 43.5%	79 16.3%	20 4.1%
	9. 치과의사직에 헌신하는 것은 매우 보람된 일이다	61 12.6%	197 40.6%	175 36.1%	37 7.6%	15 3.1%
	14. 치과의사들은 높은 이상적 태도를 유지하는 것이 바람직하다.	47 9.7%	229 47.2%	158 32.6%	41 8.5%	10 2.1%
	18. 대부분의 치과의사들은 수입이 줄더라도 치과의사직에 남고 싶어 할 것이다	24 4.9%	156 32.2%	138 28.5%	117 24.1%	50 10.3%
	24. 대부분의 치과의사들은 자신의 직업을 좋은 직업이라고 생각한다.	21 4.3%	175 36.1%	208 42.9%	62 12.8%	19 3.9%

자율성은 전문가가 자신의 업무에 관하여 외부의 압력 없이 스스로 결정할 수 있는 태도와 신념을 의미한다. 진료에 관하여 스스로 결정하고, 업무에 대해서도 스스로 결정하며, 타인에 의해 검토되지 않으며, 수정되지 않는다는 비율이 81.8%, 82.7%, 54.6%, 57.3%로 비교적 자율성이 높게 나타났다. 스스로 판단할 기회를 자주 갖지 못한다는 비율이 21.2%로 낮게 나타났다(표 6-5).

표 6-5. 전문직 특성에 대한 빈도분석(자율성)

항목	문항	빈도				
		매우 그렇다	그렇다	보통이 다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
자율성	3. 진료에 관한 사항은 내 스스로 판단한다	136 28.0%	261 53.8%	72 14.8%	14 2.9%	2 0.4%
	10. 내 스스로의 판단을 실행에 옮길 기회를 자주 갖지 못하는 편이다	8 1.6%	95 19.6%	195 40.2%	158 32.6%	29 6.0%
	19. 내 진료결정이나 처방은 다른 사람에 의해 검토되곤 한다.	11 2.3%	66 13.6%	143 29.5%	212 43.7%	53 10.9%
	21. 업무에 있어서 해야 할 일은 내 스스로 결정한다	122 25.2%	279 57.5%	75 15.5%	5 1.0%	4 0.8%
	25. 내가 내리는 결정은 다른 사람에 의해 수정되곤 한다.	8 1.6%	48 9.9%	151 31.1%	213 43.9%	65 13.4%

각 하부영역별 점수는 표 7 과 같다. ‘자율성’ 요인에서 3.45 로 높은 점수를 보였으며 전문조직에의 준거성(2.68)과 자율규제에 대한 신념(2.90)에서 낮은 수치를 보여주었다.

표 7. 치과의사의 전문직 특성 인식수준

구 분	평균	표준편차	최소값	최대값
하부영역				
전문조직에의 준거성	2.68	.62	1.20	5.00
공적서비스에 대한 신념	3.32	.52	1.60	5.00
자율규제에 대한 신념	2.90	.53	1.20	4.80
직업에 대한 소명의식	3.29	.62	1.00	5.00
자율성	3.45	.36	2.40	4.80
전문직업성 전체	3.13	.27	2.24	4.80
만족도	3.13	.80	1.00	5.00

인구사회학적 변수에 따른 전문직 특성에 대한 인식은 표 8 과 같다. 남성이 전문조직에의 준거성($p=0.006$), 자율규제에 대한 신념($p=0.016$)에서 유의하게 높았다. 수련을 받은 경우에 전문조직에의 준거성($p=0.000$)은 높으나 공적서비스에 대한 신념($p=0.001$)은 낮았다. 근무형태에서는 전문조직에의 준거성($p=0.010$), 자율성($p=0.001$), 총합($p=0.013$)에서 개원 치과의사가 유의하게 높았다.

임상연차를 살펴보면, 전문조직에의 준거성($p=0.000$)은 경력 20 년 이상인 그룹이 10 년 미만인 그룹보다 높았으며, 자율성($p=0.008$)은 경력 10~20 년차인 그룹에서 10 년 미만인 그룹보다 높았다. 자율규제에 대한 신념($p=0.017$), 직업에 대한 소명의식($p=0.000$)은 경력 20 년 이상인 그룹이 20 년 미만보다 높았으며, 총합($p=0.000$)은 연차가 높아질수록 순차적으로 높아졌다.

수입에 따라서는 전문조직에의 준거성($p=0.010$), 공적서비스에 대한 신념($p=0.000$), 자율성($p=0.009$), 직업에 대한 소명의식($p=0.021$),

총합(p=0.001)에서 유의한 차이를 보였다. Scheffe 사후검정에서, 전문조직에의 준거성은 수입이 500~1000 만원인 그룹이 2000~3000 만원인 그룹에 비해, 공적서비스에 대한 신념은 수입이 500 만원 이하인 그룹이 500~2000 만원인 그룹에 비해, 자율성은 500 만원 이하인 집단이 3000 만원 이상인 집단에 비해, 직업에 대한 소명의식은 500 만원 이하 그룹이 2000~3000 만원인 그룹에 비해 유의하게 낮았다. 총합은 500 만원 이하 그룹이 2000 만원 이상 그룹에 비해 유의하게 낮게 나타났다.

표 8. 인구사회학적 변수에 따른 전문직 특성 인식 차이.

단위) 평균(표준편차)

독립변수		전문직 특성					
		전문조직에 의 준거성	공적서비스 에 대한 신념	자율성	자율규제에 대한 신념	직업에 대한 소명의식	총합
성별	남	2.71(.64) **	3.30(.51)	3.45(.35)	2.93(.52) *	3.30(.61)	3.14(.30)
	여	2.53(.51)	3.39(.57)	3.44(.35)	2.78(.53)	3.20(.68)	3.07(.28)
수련	수련	2.83(.65) **	3.20(.51) *	3.47(.36)	2.86(.55)	3.25(.63)	3.12(.30)
	비수련	2.61(.60)	3.37(.51)	3.43(.35)	2.92(.51)	3.30(.62)	3.13(.30)
근무 형태	개원의	2.71(.61) *	3.31(.51)	3.47(.33) **	2.91(.52)	3.30(.61)	3.14(.28) *
	비개원의	2.52(.64)	3.35(.54)	3.32(.40)	2.87(.58)	3.32(.68)	3.05(.34)
임상 경력	~10년	2.54(.58) **	3.32(.53)	3.38(.36) **	2.85(.52) *	3.11(.62) **	3.04(.28) **
	10~19년	2.64(.61)	3.35(.49)	3.50(.35)	2.87(.52)	3.27(.64)	3.13(.28)
	20년~	2.91(.63)	3.25(.55)	3.43(.33)	3.02(.54)	3.50(.53)	3.22(.31)
수입	~500	2.74(.59) *	3.04(.50) **	3.30(.36) **	2.88(.52)	3.11(.79) *	3.01(.29) **
	~1000	2.55(.66)	3.42(.56)	3.44(.34)	2.84(.55)	3.30(.64)	3.11(.33)
	~1500	2.66(.56)	3.35(.51)	3.45(.33)	2.90(.51)	3.26(.54)	3.12(.27)
	~2000	2.65(.54)	3.35(.46)	3.46(.33)	2.88(.54)	3.24(.59)	3.11(.25)
	~2500	2.93(.73)	3.16(.43)	3.50(.35)	3.09(.52)	3.49(.53)	3.23(.30)
	3000~	2.85(.73)	3.34(.49)	3.57(.45)	3.01(.51)	3.48(.67)	3.25(.32)

* p-value < 0.05

** p-value < 0.01

2. 전문직 가치

‘환자에 대한 책무’ 는 Roland 등(2012)의 기존 설문의 ‘환자의 비밀유지’, ‘과오에 대한 진실’, ‘환자 차별 방지’ 의 3 가지 범주가 통합되어 구성되었으며, 치과의사와 환자와의 관계에서 치과의사가 지켜야 할 책무를 보여준다. 이러한 가치는 전통적으로 전문직이 지녀야 하는 가치로써 인식되며, 대체적으로 높은 동의율을 보인다. 환자의 비밀보장, 치과과정에 대한 설명, 불평등 최소화는 97.3%, 95.3%, 91.2%로 높은 동의율을 보였으며 환자에게 중대한 의학적 실수를 알려준다거나 환자에게 절대 거짓을 말해서는 안 된다는 대답이 다소 낮은 83.9%, 68.3%로 나타났다(표 9-1).

표 9-1. 전문직 가치에 대한 빈도분석(환자에 대한 책무)

문항	매우			동의율	
	동의	동의	반대	반대	합
6. 치과의사는 인정받지 못한 개인에게 환자의 비밀을 노출해서는 안 된다.	238 49.1%	237 48.2%	11 2.3%	2 0.4%	97.3%
7. 치과의사는 환자에게 가해진 중대한 의학적 잘못을 알려주어야 한다.	68 14.0%	339 69.9%	72 14.8%	6 1.2%	83.9%
8. 치과의사는 모든 환자에게 해당 치료 과정에서의 이득과 위험을 충분히 알려주어야 한다.	108 22.3%	354 73.0%	17 3.5%	6 1.2%	95.3%
9. 치과의사는 환자에게 절대 거짓을 말해서는 안 된다.	63 13.0%	268 55.3%	137 28.2%	17 3.5%	68.3%
13. 치과의사는 환자의 인종, 성, 수입에 따른 불평등을 최소화 하도록 해야 한다.	152 31.3%	290 59.8%	34 7.0%	9 1.9%	91.2%

‘능력 관리’는 Roland 등(2012)의 기존 설문지의 ‘무능력한 동료보고’, ‘양질의 진료 제공’이라는 두 가지 범주가 통합되었다. 이것은 치과의사의 임상능력을 유지하는 것과 관련되는 항목으로 동료의 진료의 질 평가에 참여해야 한다는 것, 정기적인 면허갱신을 받아야 한다는 것, 무능력한 동료는 관계 기관에 보고해야 한다는 것을 포함한다. 각각에 대한 동의는 62.9%, 61.7%, 67.3%로 나타나 비슷한 동의율을 보였다(표 9-2).

표 9-2. 전문직 가치에 대한 빈도분석(능력 관리)

문항	매우		매우		동의율 합
	동의	동의	반대	반대	
3. 치과의사는 동료가 제공하는 진료의 질을 평가하는데 참여하여야 한다	32 6.6%	273 56.3%	147 30.3%	33 6.8%	62.9%
4. 치과의사는 종사하는 동안 정기적으로 면허 갱신을 받아야 한다.	41 8.5%	258 53.2%	139 28.7%	47 9.7%	61.7%
5. 치과의사는 상당한 정도로 업무를 볼 수 없거나 무능력한 동료 치과의사를 관계 기관(협회 등)에 보고해야 한다.	58 12.0%	268 55.3%	135 27.8%	24 4.9%	67.3%

‘환자 우선’은 Roland 등(2012)의 기존 설문도구에 있는 ‘환자 우선’ 문항에 ‘부적절한 관계 회피’ 문항 중 환자나 환자 가족으로부터 작은 선물 받는 것이 부적절하다는 문항이 통합된 하부 요인이다. 환자의 이익을 우선해야 한다는 원칙에는 69.5%가 동의하였으나, 거래처와의 경제적 관계를 밝히는 것과 환자나 환자 가족에게 작은 선물 받는 것이 부적절하다는 인식에는 30.3%, 23.5%의 낮은 동의율을 보였다(표 9-3).

표 9-3. 전문직 가치에 대한 빈도분석(환자 우선)

문항	매우			동의율	
	동의	동의	반대	반대	합
1. 치과의사는 자신의 경제적 이익보다 환자의 복지를 우선시 해야 한다.	45 9.3%	292 60.2%	122 25.2%	26 5.4%	69.5%
2. 치과의사는 거래처에서의 협찬, 재정적 지원 등 경제적 관계를 환자에게 밝혀야 한다.	13 2.7%	134 27.6%	264 54.4%	74 15.3%	30.3%
12. 환자나 환자 가족으로부터 작은 선물을 받는 것은 부적절하다.	12 2.5%	102 21.0%	323 66.6%	48 9.9%	23.5%

‘부적절한 관계회피’는 Roland 등(2012)의 도구에서 같은 이름의 3개 문항 중 두 문항이 포함되었으며, 환자와 사업하는 것, 환자와 성적 관계는 부적절하다는 것으로 각각 84.7%, 87.9%가 동의하였다(표 9-4).

표 9-4. 전문직 가치에 대한 빈도분석(부적절한 관계회피)

문항	매우			동의율	
	동의	동의	반대	반대	합
10. 환자와 사업하는 것은 부적절하다.	178 36.7%	233 48.0%	60 12.4%	14 2.9%	84.7%
11. 환자와의 성적 관계는 부적절하다.	252 52.0%	174 35.9%	41 8.5%	18 3.7%	87.9%

본 분석에서는 각 항목별로 ‘매우 동의’부터 ‘매우 반대’까지 각각 4 점에서 1 점으로 점수화 하여 사용하였다. 각 하부영역별 점수는 표 10 과 같다.

‘부적절한 관계 회피’ 요인에서 3.27 로 높은 점수를 보였으며, 환자에 대한 책무(3.11), 능력관리(2.66), 환자우선(2.36)의 순서를 보여주었다.

표 10. 치과의사의 전문직 가치 인식수준

구 분	평균	표준편차	최소값	최대값
하부영역				
환자에 대한 책무	3.11	.41	1.00	4.00
능력관리	2.66	.59	1.00	4.00
환자우선	2.36	.48	1.00	4.00
부적절한 관계 회피	3.27	.71	1.00	4.00
전문직업성 전체	2.86	.35	1.00	4.00

인구사회학적 변수에 따른 전문직 가치에 대한 인식을 살펴보면 표 11 과 같다. 근무형태를 살펴보면, ‘부적절한 관계 회피’ 항목에서 개원 치과의사가 비개원 치과의사보다 높은 동의를 보였다($p=0.001$).

임상경력에 따라 ‘환자우선’에서 유의한 차이가 발생하며, 사후분석결과 20 년이상 임상경력을 갖는 그룹이 그 이하보다 높은 결과를 보였으며($p=0.002$), ‘부적절한 관계 회피’에서도 유의한 차이가 발생하였는데, 임상경력 10 년 이하가 그 이상인 그룹보다 낮은 값을 보여주었다($p=0.002$).

표 11. 인구사회학적 변수에 따른 전문직 가치인식 차이

단위) 평균(표준편차)

독립변수		전문직 가치				
		환자에 대한 책무	능력관리	환자우선	부적절한 관계 회피	총합
성별	남	3.11(.42).	2.65(.60)	2.36(.49)	3.26(.72)	2.86(.36)
	여	3.11(.38)	2.68(.54)	2.35(.47)	3.36(.63)	2.88(.31)
수련	수련	3.09(.43)	2.71(.59)	2.38(.48)	3.23(.75)	2.86(.36)
여부	비수련	3.13(.40)	2.63(.59)	2.35(.49)	3.29(.70)	2.86(.35)
근무 형태	개원의	3.12(.39)	2.65(.59)	2.35(.49)	3.32(.69)**	2.87(.34)
	비개원의	3.05(.47)	2.68(.59)	2.39(.46)	3.04(.79)	2.81(.37)
임상 경력	~10년	3.10(.46)	2.71(.61)	2.31(.52)**	3.10(.78)**	2.82(.38)
	10~19년	3.14(.39)	2.63(.61)	2.31(.44)	3.32(.70)	2.86(.34)
	20년~	3.09(.38)	2.65(.54)	2.49(.48)	3.39(.61)	2.90(.33)
수입	~500	3.07(.53)	2.73(.64)	2.49(.53)	3.12(.73)	2.87(.45)
	~1000	3.18(.33)	2.64(.62)	2.31(.49)	3.39(.72)	2.89(.30)
	~1500	3.12(.39)	2.64(.57)	2.36(.42)	3.30(.69)	2.86(.33)
	~2000	3.08(.37)	2.59(.54)	2.28(.48)	3.13(.69)	2.79(.34)
	~3000	3.09(.46)	2.72(.62)	2.44(.55)	3.35(.73)	2.89(.34)
	3000~	3.08(.51)	2.78(.59)	2.36(.56)	3.28(.72)	2.88(.42)

* p-value < 0.05

** p-value < 0.01

제 3 절 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도에 대한 인식

기업형 네트워크 치과에 대한 인식은 다음과 같다. 기업형 네트워크 치과가 없어져야 한다는 인식이 88.6%를 차지하였고, 기업형 네트워크가 치과의사의 전문직 위상을 손상시킨다는 의견과 환자의 복지를 침해한다는 의견이 각각 89.5%, 82.8%를 보였다. 또한 기업형 네트워크의 문제점으로 지적되는 과잉진료, 일인소유, 비의료인의 진료 등에 대하여 각각 88.0%, 90.3%, 90.3%가 문제라고 생각하였다(표 12). 기업형 네트워크 치과에 관한 6 개 문항은 이론적으로 같은 개념을 묻는 질문이기에 이를 하나의 변수로 설정하여, ‘기업형 네트워크 반대’로 하였다. 6 개 문항이 Cronbach’s alpha 값은 0.929 이며, 특정 문항을 제외하였을 때, 신뢰도가 더욱 저하되어 6 개 문항 모두를 포함하였다.

치과전문의제도에 찬성은 34.3%로 낮은 편이며, 치과전문의제의 원칙으로 설정한 소수정예 원칙과 전문과목만 진료하여야 한다는 데에는 각각 82.7%, 75.7%가 동의하였다. 통합치과전문임상의를 전문의로 인정하는 문제는 26.2%만이 찬성하였다(표 13).

치과전문의제도와 관련 문항에서는 의료전달체계의 확립 및 자원의 효율적 배분, 환자 피해의 최소화, 의사들의 과당경쟁 방지 등의 관점에서 전문직업성과 이론적으로 상관관계가 있는 ‘소수정예원칙’과 ‘전문의는 전문과목만을 진료하여야 한다는 원칙’에 대한 의견을 묻는 2, 3 번 문항을 선별하였다. 본 분석에서는 두 문항의 평균값을 이용하였으며, 두 문항은 치과의료계에서 치과전문의 제도의 실행 원칙으로 설정한 바 있기에 ‘치과전문의 원칙 고수’로 명명하였다. Cronbach’s α 값은 0.687 이다. 치과전문의제도에 대하여 원칙적으로 찬성하느냐는 질문과 통합치과임상의를

전문과목으로 인정해야 하는 질문을 포함시켰을 때, Cronbach' s α 값이 각각 0.210, 0.367, 두 항목을 모두 포함하는 경우 0.071 로 하락하였다.

표 12. 기업형네트워크 치과에 대한 인식

문항	빈도				
	매우 그렇다	그렇다	보통이 다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다.
1. 기업형네트워크 치과가 없어져야 한다고 생각한다.	342 70.5%	88 18.1%	43 8.9%	5 1.0%	7 1.4%
2. 기업형네트워크 치과는 치과의사의 전문가적 위상을 손상시킨다.	317 65.4%	117 24.1%	38 7.8%	10 2.1%	3 0.6%
3. 기업형네트워크 치과는 환자의 복지를 침해한다.	281 57.9%	121 24.9%	57 11.8%	22 4.5%	4 0.8%
4. 기업형네트워크 치과의 문제는 과잉진료라고 생각한다.	310 63.9%	117 24.1%	43 8.9%	10 2.01	5 1.0%
5. 기업형네트워크 치과의 문제는 네트워크의 일인소유, 사무장의 소유 등 '소유구조' 의 문제라고 생각한다.	308 63.5%	130 26.8%	35 7.2%	8 1.6%	4 0.8%
6. 기업형네트워크 치과의 문제는 비의료인(진료스텝)의 진단 및 상담과 치료라고 생각한다.	333 68.7%	105 21.6%	36 7.4%	5 1.0%	6 1.2%

표 13. 치과전문의제도에 대한 인식

문항	빈도				
	매우		보통이다	전혀	
	그렇다	그렇다		그렇지 않다	그렇지 않다.
7. 치과전문의제도의 시행에 원칙적 찬성한다.	59 12.2%	107 22.1%	113 23.3%	98 20.2%	108 22.3%
8. 치과전문의제도가 소수정예 원칙을 고수해야 한다고 생각한다.	270 55.7%	131 27.0%	43 8.9%	24 4.9%	17 3.5%
9. 치과전문의는 표방한 전문과목만을 진료하여야 한다고 생각한다.	257 53.0%	110 22.7%	55 11.3%	41 8.5%	22 4.5%
10. 나는 통합치과전문임상의를 전문과목으로 인정해야 한다고 생각한다.	57 11.8%	70 14.4%	115 23.7%	91 18.8%	152 31.3%

인구사회학적 변수에 따른 현안인식은 표 14 와 같다. 수련을 받은 그룹이 받지 않은 그룹에 비해 치과전문의 원칙 고수에 대한 동의가 유의하게 낮았다($p=0.000$). 개원 치과의사가 기업형 네트워크 반대, 치과전문의 원칙 모두 비개원 치과의사보다 유의하게 높게 나타났다(각각 $p=0.000, 0.006$).

수입에서는 500 만원 이하 그룹이 그 이상인 그룹보다 기업형 네트워크에 대한 반대가 유의하게 낮았다($p=0.000$). 임상경력은 기업형 네트워크 반대에 유의하게 나타났는데, 10 년 미만인 그룹이 그 이상인 그룹보다 유의하게 낮았다($p=0.002$).

표 14. 인구사회학적 변수에 따른 기업형 네트워크 치과, 치과전문의 제도에 대한 인식
단위) 평균(표준편차)

독립변수		현안	
		기업형 네트워크 반대	치과전문의 원칙 고수
성별	남	4.48(.72)	4.22(.95)
	여	4.54(.59)	4.04(1.05)
수련여부	수련	4.45(.74)	3.88(1.06)**
	비수련	4.51(.68)	4.33(.89)
근무형태	개원의	4.56(.62)**	4.25(.91)**
	비개원의	4.16(.93)	3.87(1.19)
임상경력	~10년	4.33(.82)**	4.14(1.02)
	10~19년	4.58(.55)	4.23(.92)
	20년~	4.53(.74)	4.16(.99)
수입	~500	4.11(.94)**	4.04(1.08)
	500~1000	4.58(.63)	4.37(.95)
	1000~1500	4.55(.67)	4.12(.97)
	1500~2000	4.62(.48)	4.22(.90)
	2000~3000	4.55(.62)	4.12(.95)
	3000~	4.26(.84)	4.20(1.01)

* p-value < 0.05

** p-value < 0.01

제 4 절 전문직업성 인식이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도 인식에 미치는 영향

전문직업성 인식이 치과의료계 현안 인식에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 전문직의 특성과 가치를 독립변수로, 인구사회학적 변수를 통제변수로 하며, ‘기업형 네트워크 반대’, ‘치과전문의 원칙 고수’를 종속변수로 하여 다중회귀 분석을 실시하였다. 독립변수에서 연령과 임상경력 사이의 상관관계가 매우 높아(Pearson 상관 = 893, $p=0.000$), 연령을 제외하고 임상경력만을 사용하였다(표 15-1).

분석 결과 ‘기업형 네트워크 반대’에 대한 모형의 설명력은 11% 였다. 본 모형에서 가장 영향력 있는 요소는 전문직 가치로 전문직 가치 점수가 높은 경우 기업형 네트워크에 반대가 높게 나타났다($t=5.25$, $p=0.000$). 근무형태($p=0.000$)도 유의한 영향을 미쳤는데, 개원 치과의사 일수록 기업형 네트워크에 대한 반대가 높게 나타났다.

‘치과전문의 원칙 고수’에 대한 본 모형의 설명력은 9.2%였으며, 전문직 가치가 유의한 영향을 미쳤다. 즉, 전문직 가치 점수가 높을수록 치과전문의 원칙을 고수하는 것으로 나타났으며($p=0.001$), 인구사회학적 변수로는 수련을 받지 않은 경우($p=0.000$), 개원 치과의사인 경우($p=0.002$) 일수록 치과전문의 원칙 고수에 동의하는 것으로 나타났다.

표 15-1. 전문직업성 인식이 기업형 네트워크 치과, 치과전문의 제도에 대한 인식에 미치는 영향.

독립변수	기업형 네트워크 반대			치과전문의 원칙 고수		
	B	S.E.	T 값	B	S.E.	T 값
(상수)	2.755	.375	7.353	3.442	.524	6.564
성별	-.123	.082	-1.498	.096	.115	.836
수련여부	-.059	.065	-.894	-.420	.092	-4.586***
근무형태	.382	.090	4.253***	.387	.126	3.076**
임상경력	.032	.045	-.707	-.029	.063	-.469
수입	-.016	.024	-.657	-.024	.033	-.731
전문직 특성	.077	.108	.717	-.194	.151	-1.290
전문직 가치	.450	.089	5.079***	.427	.124	3.439**
	$R^2 = .110$ Adjusted $R^2 = .097$ F=8.425, p= 0.000 Durbin-Watson 1.933			$R^2 = .092$ Adjusted $R^2 = .079$ F=6,935 p= 0.000 Durbin-Watson 1.885		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

전문직 특성과 가치를 구성하는 하부요인이 현안에 미치는 영향은 표 15-2 와 같다. 전문직 특성과 가치 하부요인 중 신뢰도 검사에서 Cronbach's α 가 0.6 이하인 요인들은 제외하였다. 제외된 항목은 전문직 특성 중에 전문조직에의 준거성($\alpha = 0.534$), 공적서비스에 대한 신념($\alpha = 0.464$), 자율규제에 대한 신념($\alpha = 0.534$)이며, 전문직 가치 중에는 환자우선($\alpha = 0.520$)이다.

기업형 네트워크 반대에 대한 모형의 설명력은 18.8%였다. 전문직 특성 중에서는 자율성(p=0.002)이 높을수록, 전문직 가치 중에서는 환자에 대한 책무(p=0.000), 부적절한 관계 회피(p=0.001)에 강하게 동의할수록 기업형

네트워크에 반대하였다. 인구사회학적 변수로는 개인 치과의사인 경우(p=0.001) 반대가 높았다.

치과전문의 원칙에 대한 모형의 설명력은 10.3%이다. 전문직 가치 중에서는 환자에 대한 책무(p=0.048), 부적절한 관계 회피(p=0.005)에 동의할수록 치과전문의 원칙 고수에 동의하였다. 인구사회학적 변수로는 개인 치과의사인 경우(p=0.010), 수련을 받지 않은 경우(p=0.000)가 치과전문의 원칙 고수에 더욱 동의 하였다.

표 15-2. 전문직업성 하부요인에 대한 인식이 기업형 네트워크 치과, 치과전문의 제도에 대한 인식에 미치는 영향

독립변수	기업형 네트워크 반대			치과전문의 원칙 고수		
	B	S.E.	T 값	B	S.E.	T 값
(상수)	1.742	.355	4.909	2.764	.517	5.348
성별	-.100	.079	-1.258	.109	.115	.945
수련여부	-.039	.063	-.622	-.399	.092	-4.330***
근무형태	.281	.088	3.209**	.331	.128	2.593*
임상경력	.040	.044	.912	-.045	.064	-.708
수입	-.011	.023	-.462	-.024	.034	-.708
자율성	.269	.087	3.107**	.032	.126	.252
직업에 대한 소명의식	-.021	.050	-.418	-.030	.073	-.408
환자에 대한 책무	.434	.081	5.346***	.235	.118	1.986*
능력관리	-.054	.054	-1.006	.004	.078	.050
부적절한 관계 회피	.153	.044	3.465**	.182	.064	2.834**
	R ² = .188 Adjusted R ² = .171 F=10.981, p= 0.000 Durbin-Watson: 1.943			R ² = .103 Adjusted R ² = .085 F=5.472, p= 0.000 Durbin-Watson: 1.908		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

제 6 절 고찰

본 연구에서는 치과의사가 가지고 있는 전문직업성 인식을 전문직 특성과 전문직 가치를 통해 분석하고, 전문직업성이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도와 같은 치과의료계의 중요 사안의 인식에 미치는 영향을 알아보고자 하였다.

연구의 결과를 요약하면 다음과 같다. 치과의사의 전문직 특성에서는 자율성(3.45)이 가장 높게 나타났으며, 공적서비스에 대한 신념(3.32), 직업에 대한 소명의식(3.29), 자율규제에 대한 신념(2.90), 전문조직에의 준거성(2.68) 순으로 나타났으며, 총점은 3.13 이었다. 치과의사의 전문직 가치에서는 부적절한 관계 회피가 3.27 로 가장 높게 나왔으며, 환자에 대한 책무(3.11), 능력관리(2.66), 환자 우선(2.36) 순으로 나타났고 전체는 2.86 으로 나타났다.

전문직 특성은 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도 모두에 유의한 영향을 미치지 않았으나 하부요인 별로 분석하였을 때, 자율성이 높을수록 기업형 네트워크 치과에 반대하였다.

전문직 가치는 두 가지 사안 모두에 유의한 영향을 미쳤으며, 전문직 가치에 동의할수록 기업형 네트워크 치과에 반대하며, 치과전문의 원칙 고수에 동의하는 것으로 나타났다. 전문직 가치의 하부요인 별로 분석하였을 때, 환자에 대한 책무, 부적절한 관계 회피에 동의할수록 기업형 네트워크 치과에 반대하였으며, 치과전문의제 원칙 고수에 동의하였다.

본 절에서는 치과의사의 전문직업성과 전문직업성이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도에 미치는 영향에 대하여 고찰하고자 한다.

1. 치과 의사의 전문직업성

치과 의사의 전문직 특성에 대한 도구로 Hall 이 제시하고 Snizek(1972)이 25 문항으로 재구성한 도구를 사용하였다. 본 연구에서는 자율성(3.45±.36), 공적서비스에 대한 신념(3.32±.52), 직업에 대한 소명의식(3.29±.62)이 높게 나타났다.

자율성 항목에서는 ‘진료에 관한 사항은 내 스스로 판단한다’, ‘업무에 있어서 해야 할 일은 내 스스로 결정한다’가 81.8%, 82.7%로 높게 나타났다. 이는 치과 의사 대부분이 단독 개원이나 공동개원의 형태를 취하고 있으며, 행위별 수가제를 갖는 것과 연관된 것으로 생각된다. Freidson(1970)은 업무환경이 자율성에 중요한 영향을 미친다고 하였다. 의사의 자율성을 위해서는 의사는 홀로 일해야 하며, 고객에 대한 긴 책무도 없어야 한다고 하였으며, 행위별 수가제가 자율성을 보다 증진한다고 하였다.

공적서비스에 대한 신념에서는 치과 의사가 사회적으로 필요한 직업이라는 답변이 65.5%, 치과 의사는 사회적으로 필수불가결한 직업이라는 답변이 79.6%로 나타났으며 이런 결과는 선행연구와 유사하다(이철우, 1997).

직업에 대한 소명의식에서는 본인의 태도를 묻는 ‘치과 의사직에 헌신하는 것은 보람된 일이다’에 동의가 53.2%이며, 일반적인 당위성에 관한, ‘치과 의사들은 높은 이상적 태도를 유지해야 한다’는 데 동의가 56.9%로 나타났으나, 치과 의사 집단의 사명감이 높다는 인식, 치과 의사들이 경제적 동기를 떠나 치과 의사직을 유지하 것이라는 인식, 대부분의 치과 의사들이 자신의 직업을 좋은 직업이라고 생각한다는 인식 등은 각각 36.1%, 37.1%, 40.4%로 나타나, 치과 의사 집단에 대한 평가에서는 낮은 동의율을 보였다. 이는 치과 의사는 높은 자율성을 가지며, 자신의 직업에 대하여 자부심은 높으나 치과 의사 집단에 대한 평가는 낮은 것을 알 수 있다.

같은 척도를 사용한 연구에서 의사는 자율성(3.76 ± 0.49)과 직업에 대한 소명의식($3.63 \pm .67$), 공적서비스에 대한 신념($3.57 \pm .54$) 등이 높게 나타났으며, 한의사는 직업에 대한 소명의식(4.02 ± 0.58)과 자율성($3.99 \pm .48$)이 높게 나왔다(김종연 외, 2004). 의과 전공의를 대상으로 연구에서는 전공의의 특성상 자율성(2.94)은 낮게 나타났지만, 공적서비스에 대한 신념(3.50)과 직업에 대한 소명의식(3.35)은 높게 나타났다(강운식, 1997). 김문조(1987)는 의사들이 소명의식을 주요 요소로 간직하고 있다고 하였으며, 조병희(1994)는 한국 의사들은 의료의 사회적 중요성과 의료직에 대한 자부심이 강하다고 하였다.

치과의사의 자율규제에 대한 신념($2.90 \pm .53$)은 다른 요소에 비해 상대적으로 낮게 나타났으며, 다른 의료전문직에서 수행된 선행연구와 유사하였다(강운식, 1997; 김종연 외, 2004; 이충호, 2013). 서로의 실력을 잘 파악하고 있다는 답변이 35.9%였고, 현실적으로 동료 평가의 기회가 없다는 의견(55.2%)이 그렇지 않다는 의견(8.2%)보다 높았다. 치과의사는 동료의 질 평가의 기회가 거의 없으며, 동료의 질을 잘 파악하고 있지도 못한다고 볼 수 있다.

자율규제는 개념적으로 자율성과 연관된다. Freidson(1970)은 전문직은 외부의 통제로부터의 자유, 즉 자율성이라는 특권을 얻는다고 하였다. 그 이유는 전문직의 업무에는 보통사람이 평가 또는 규제하기 어려운 지식과 기술이 존재하며, 전문가 집단은 감시 없이 양심적으로 일한다는 믿음이 있고, 마지막으로 의사가 유능하지 못하고 업무를 윤리적으로 수행하지 못하였을 때, 자율규제를 하기 때문이라고 하였다. 그러나 본 연구에서 자율성과 자율규제와의 상관성은 보이지 않았다. 이는 본 연구가 측정하는 자율성이 임상적 내지는 개별적인 자율성을 의미하므로 집단적인 자율성을 전문직의

특성으로 본 전통적 관점과는 다소 차이가 있는 것으로 보인다(조병희, 1994).

치과의사의 전문조직에의 준거성은 가장 낮게 나타났다. 특히 치의학 논문을 주기적으로 읽는다는 답변이 20.8%로 낮은 수준을 보였다. 43.3%가 학술모임이나 지부학회에 정기적으로 참석하는 것으로 나타나 치과의사는 주로 학술모임 등에서 지식을 습득하고 유지하는 것을 알 수 있다. 주목할 만한 점은 협회비 납부를 당연하게 여기는 비율이 29.4%로 나타나는가 하면, 협회가 회원을 위해 일하는 것 같지 않다는 문항이 70.3%를 차지하고 있다는 것이다. 이는 협회에 대한 불신을 의미하는데, 최근 2004년부터 2013년 졸업한 치과의사를 대상으로 시행한 설문조사에서 회비 납부에 63%가 부정적이었던 것과 유사한 결과다. 해당 설문에서 회비납부에 부정적 이유는 회비 불투명성과 협회의 무능력 등이 주 이유였다(치과의료정책연구소, 2015). 기업형 네트워크 치과 체결과 치과전문의제도의 원칙 이행, 공약사안이던 협회장 직선제 도입 등에서의 미온적 대처 등은 협회에 대한 부정적 인식을 강화했다고 볼 수 있다.

전문직 가치에 대한 인식에서는 비교적 전통적 가치라고 할 수 있는 내용들에는 동의율이 높았다. 특히, 부적절한 관계 회피($3.27 \pm .71$)가 가장 높게 나타났는데, 환자와의 성적 관계가 부적절하다는 의견이 87.9%였고, 환자와 사업하는 것이 부적절하다는 의견도 84.7%로 높게 나타났다.

역시 전통적 가치라고 할 수 있는 환자에 대한 책무에 관한 항목인 “치과의사는 인정받지 못한 개인에게 환자의 비밀을 노출해서는 안 된다”는 의견이 97.3%, “모든 환자에게 해당 치료 과정에서의 이득과 위험을 충분히 알려주어야 한다”가 95.3%, 치과의사는 환자의 인종, 성, 수입에 따른 불평등을 최소화 하도록 해야 한다”도 91.2%로 높은 동의율을

보였다. 다만, “치과의사는 환자에게 절대 거짓을 말해서는 안 된다”는 문항에는 68.1%만 동의하였다.

환자 우선에 해당하는 “치과의사는 자신의 경제적 이익보다 환자의 복지를 우선시 해야 한다”는 항목에도 69.5%만이 동의하였다. 여기서 살펴볼 만한 점은, 직업에 대한 소명의식($3.29 \pm .62$)은 비교적 높은 반면, 환자 우선에 대한 인식($2.36 \pm .48$)이 낮게 나타났다는 점이다. 이는 의사들이 소명의식을 중요시하나 이타주의와 이기주의의 충돌에서 후자에 집착하는 자기중심적 소명감을 보인다는 김문조(1989)의 연구와 유사하다..

일부 적극적인 행동을 요구하는 경우에도 다소 동의율이 낮게 나타났다. ‘동료의 진료의 질 평가에 참여’, ‘무능력한 동료 치과의사에 대한 보고’에 대한 동의율이 각각 62.9%, 67.3%였다.

새로운 전문직 규범에 대하여도 다소 동의가 낮았다. 정기적 면허 갱신을 받아야 한다는 데에 61.7%가 동의하였다. 이러한 동의율은 직접적인 비교는 어렵지만, 미국과 영국에서 보다 다소 높은 결과 보여주는데, 우리나라는 미국이나 영국에서 진행되는 면허 갱신(revalidation)제도를 경험해 보지 못하였다는 점을 고려해야 할 것이다.

상기 3 가지 문항은 능력관리를 의미하는 문항으로, 자율규제에 대한 신념에 대응하는 개념이다. 최근의 논의를 살펴보면, RCP(2005)에서는 전통적으로 강조되던 자율성, 자율규제는 약화시키고, 의사에게 높은 책무성을 부여하며 외부의 관리규제를 받아 들이도록 하고 있다. 또한, 의사 현장(MPP, 2002)에서는 전문직의 책임 중 하나로 내부적 감사와 외부적 평가 수용을 언급하였다. 본 연구에서 이상의 논의를 반영하는 개념이 능력관리이다. 자율규제에 대한 신념에 대한 동의율이 30%안팎인 것에 비해 거의 두 배 이상 높은 동의를 보여 비교적 새로운 전문직 가치가 받아들여질 가능성을 보여준다.

“거래처에서의 협찬, 재정적 지원 등 경제적 관계를 환자에게 밝혀야 한다”는 문항이나 “환자나 환자 가족으로부터 작은 선물을 받는 것은 부적절하다”는 문항에는 30.3%, 23.5%만이 동의하였다. 이는 본 설문 전에 사전 조사에 참여했던 치과의사들의 의견을 바탕으로 추론하면, 전자의 문제는 개원 치과의사에게는 거래처에서의 협찬이 거의 존재하지 않기 때문에 굳이 밝힐 필요 없다는 것이다. 특히 본 문항이 의사를 중심으로 만들어진 문항이기에 치과의사의 현실을 제대로 반영하기 어렵다는 한계가 있다. 후자의 문제는 작은 선물 정도는 받을 수 있지 않느냐는 한국적 정서를 무시할 수는 없다는 의견이 대부분이었다.

2. 치과의사의 전문직업성 인식이 기업형 네트워크 치과, 치과전문제의 제도에 대한 인식에 미치는 영향

치과의사들의 전문직업성이 현안, 특히 기업형 네트워크 치과 반대에 미치는 영향을 살펴보면, 전문직업성 중에서는 전문직 가치가 영향을 미치는 것을 알 수 있다.

인구사회학적 변수로는 근무형태가 영향을 미쳤는데, 개원 치과의사가 비개원 치과의사에 비해 반대하는 경향이 더욱 강하였다. 이는 개원 치과의사들이 의료현장에서 기업형 네트워크 치과에 의한 직접적인 피해 당사자이기 때문으로 생각된다. 일부 개원 치과의사들은 기업형 네트워크 치과에 의해 고소고발을 당하기도 하였으며, 이에 개원 치과의사들을 중심으로 조직적으로 대응하기도 하였다.

전문직 특성 전체는 기업형 네트워크 반대에 유의하지 않았으나 그 하부요소인 자율성은 유의하게 나타났다. 이는 전문직 특성을 구성하는 구조적, 태도적 관점이 같이 움직이는 것은 아니기 때문으로, Hall(1968)은

태도의 강도는 교육프로그램이나 업무 자체에 기반하기도 하며, 직업의 사회적 위치 등에 따라 변하기도 한다고 하였다.

본 연구에서는 자율성이 높을수록 기업형 네트워크 치과에 대한 반대가 높았다. 의료인은 국가나 시장으로부터의 간섭을 배제하고 환자의 문제를 전문가적 관점에서 파악하고 재구성하여 문제를 규정하고 적합한 치료방법을 선택해서 제공하는 의미에서 환자로부터 자율성을 가진다(조병희, 1994a). 그러나 기업형 네트워크 치과는 상업주의를 기반으로 하는 것으로 자율성과 충돌 할 수 있다는 것을 보여준다.

전문직 가치는 전체적으로도 유의하게 나왔으며, 하부항목별로 환자에 대한 책무, 부적절한 관계 회피가 유의하게 나왔다. 환자에 대한 책무와 부적절한 관계 회피에 동의할수록 기업형 네트워크 치과에 반대하였는데, 이는 기업형 네트워크 치과가 환자에게 재정적 피해뿐 아니라 환자 건강에도 위험을 끼치는 것이 환자에 대한 책무를 저버리는 행위로 생각될 수 있기 때문이며, 해당 치과가 환자를 이익의 수단으로 생각한다는 인식이 있기 때문이라 할 수 있다.

치과의사의 전문직업성이 치과전문의제도에 대한 인식에 미치는 영향을 살펴보면, 전문직업성 중 전문직 가치가 유의하게 영향을 미치고 있다.

인구사회학적 변수로써는 수련여부와 근무형태가 유의한 영향을 미쳤는데, 수련여부는 가장 강하게 영향을 미치는 요소로, 수련을 받은 사람일수록 치과전문의 원칙에 반대하는 것으로 나타났다. 전문의는 지식이 고도화됨에 따라 세부전문화가 필요하게 되었기에 발전되었다고 할 수 있으며, 이들은 그에 맞는 자격을 획득하였고, 그 지식에 대한 대가로 보다 높은 보상을 받았다(Starr, 2012). 그러므로 전문의에 준하는 수련을 받은 기수련자들은 치과전문의제도에 찬성율이 더욱 높으며(기수련자 및 수련의 중 치과전문의제도 찬성 48.49%, 비수련자중 치과전문의제도 찬성 27.58%),

당연한 노력의 결과로 전문의 자격을 얻고자 하는 바람을 가질 수 밖에 없는 것으로 사료된다. 그러나 이러한 결과는 기수련자가 치과전문의 원칙에 완전히 반대한다는 결과는 아니다. 기수련자들 중 다수는 소수정예(77.4%)와 ‘전문직은 전문과목만을 진료하여야 한다’ (63.9%)에 동의하고 있다.

근무형태도 치과전문의 원칙 고수에 유의한 영향을 미쳤다. 치과전문의제도에 따른 파장이 개원 치과의사에게 크게 나타나기 때문이며, 여러 차례 치과전문의제도의 시행을 연기시키고, 의료전달체계의 확립을 전제조건으로 내걸었던 집단이 개원 치과의사들을 대표하는 시도지부 치과의사회였다는 사실이 이를 반영한다.

전문직업성이 치과전문의 원칙 고수에 미치는 영향은 전문직 특성은 유의하지 않았으며, 전문직 가치가 유의하였는데, 하부요인별 회귀분석에서도 역시 전문직 가치에 해당하는 환자에 대한 책무와 부적절한 관계회피가 유의한 영향을 미쳐, 기업형 네트워크 치과에 대한 입장뿐 아니라 치과전문의 원칙 고수에서도 전문직 가치가 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상을 요약하면, 자율성은 기업형 네트워크 치과 반대에, 전문직 가치, 특히 환자에 대한 책무와 부적절한 관계 회피는 기업형 네트워크 치과 반대와 치과전문의제도 원칙 고수에 유의한 영향을 미친다는 것이다.

제 6 장 결론 및 제언

1962 년 의료법 개정으로 치과전문의 시험이 시행되었으나, 응시자 전원이 시험에 불참하며 시행이 연기되면서 지금까지 치과전문의제도는 많은 논쟁을 불러 오고 있다. 기업형 네트워크 치과의 문제는 그 자체의 불법성과 폐해뿐 아니라, 보다 근본적으로 치과의료계에 만연한 상업주의를 드러내는 것이다. 치과의료계는 이 두 가지 사안에 많은 노력을 투여하였고 상당한 성과도 있었으나 여전히 해결은 쉽지 않을 전망이다. 이유는 이해관계가 복잡하거나와 어떤 결론이 왜 바람직한 결과인지에 대한 합의도 존재하지 않기 때문이다. 이는 이해관계를 넘어서는 깊이 있는 성찰이 부족하기 때문으로 생각할 수 있다.

또한, 이를 해결하기 위한 노력들이 주로 법적인 대응, 정치적 활동과 일방적인 주장의 형태를 보이고 있다는 점도 해결을 어렵게 만든다. 여기에는 많은 치과의사들의 노고가 있었고 성과도 있었다. 그러나 이러한 대결적 방식만으로는 복잡한 이해 관계의 해결이 쉽지 않고 치과의료계의 내부적 단결도 저해될 것이며, 그에 따른 피해는 치과의사뿐 아니라 환자에게까지 미칠 것이다.

이에 보다 심도 깊은 논의가 필요한데, 이러한 논의는 인력 관리, 자원 배분 등 보건의료시스템 전반이나 보건의료를 넘어서는 더 넓은 차원까지 확대될 수도 있으나, 여기서는 그 범위를 좁혀 치과의사 내부의 문제에 집중하고자 하였다.

본 연구의 목적은 치과의사의 전문직업성을 측정하는 것과 상기 사안을 전문직업성의 맥락에서 해석하여, 논의를 더욱 풍부하게 하고자 하는 데 있다.

연구의 결과 전문직업성 중 전문직 가치는 기업형 네트워크 치과에 대한 인식과 치과전문의를 바라보는 인식에 연결되어 있음을 알 수 있다. 하부항목으로 환자에 대한 책무와 환자와의 부적절한 관계 회피가 유의하게 나타났다. 이는 최근 중시되고 있는 의사의 책무성, 환자 복지 우선 등의 도덕적 요소를 중시하는 입장일수록 기업형 네트워크 치과에 반대하고 치과전문제의 원칙을 고수한다는 것이다.

여기서 알 수 있는 것은, 최근 논의에서 상대적으로 소외되어 있던 ‘환자’ 라는 개념이 본 사안에 대한 치과의사들의 인식 속에 중요하게 자리잡고 있다는 것이다. RCP(2005)에서는 전문직업성에 ‘환자’ 라는 개념을 새로 추가하였다. 환자와 의사는 동반자 관계이며, 이러한 관계 속에서 환자는 안녕과 존엄성을 얻게 된다고 하였으며, 의사는 환자의 ‘안녕’ 과 ‘존엄성’ 을 회복시키고 강화시키는 것을 목적으로 해야 한다고 하였다(백한주, 2012). 기업형 네트워크 치과와 관련한 최근의 논의가 ‘1인 1개소 법안’ 을 지키는 것으로 협소화 되는 상황에서, 다시 논의를 환자의 복지, 환자의 안녕과 존엄성으로 확대해 가야 할 필요성을 본 연구가 보여 준 것은 하나의 성과라고 할 수 있다.

또한, 본 연구의 결과는 치과의사의 전문직업성이 두 가지 사안에 대한 치과의사의 태도에 설명력을 갖고 있다는 것을 의미하며, 치과의사의 전문직업성을 높이는 노력이 필요할 때임을 보여준다.

2004년 치과의사 내부의 경쟁의 심화로 치과의사 윤리를 재정비하려는 노력이 있었으며, 2006년 새로운 ‘치과의사 윤리선언’ 이 선포되고, 윤리헌장과 윤리지침이 제정되었다. 활동이 많지는 않지만 윤리위원회가 운영되고 있으며, 정치권을 통해 자율징계권을 요구하는 움직임도 있었다.

또한 치과교육에서의 윤리교육이 강화되고, 많은 개선이 필요하나 전문직업성에 대한 교육도 실시 되고 있다¹⁸.

이렇듯 전문직업성 향상을 위한 다각적인 노력들이 있어 왔지만, 이를 종합적으로 이끌어 가는 주체가 존재하지 않고, 관련 논의도 산발적이고 협소한 현실이다. 치과의료계에는 앞날이 밝지만은 않다. 의료의 영리화 추진은 당장 간접적으로 기업형 네트워크 치과에 대한 정부의 미온적 태도로 나타나 기업형 네트워크 치과에 대한 대응을 어렵게 하고 있으며, 향후 치과의료계뿐 아니라 국민들에게도 큰 충격을 가할 사안이다. 면허신고제에서 보여지듯이 점차 정부의 관리감독이 강화될 것이며, 매년 늘어나는 의료소송은 치과영역에서 소비자 권리가 점차 증대되고 있음을 보여준다. 미국이나 영국에서처럼 이러한 위기에 대한 능동적 대처 중 하나가 치과의사의 전문직업성을 명확히 하고 이를 강화하기 위한 노력일 것이다.

마지막으로, 본 연구는 치과의사들을 대상으로 한 전문직업성에 관한 실증적 연구라는데 의의가 있다. 국내 치과의사의 전문직업성 연구는 매우 협소하다. 연구자들에 따르면 관련 연구에 관심을 가지는 인문학 연구자 자체가 매우 적으며, 학회를 만들고자 한 시도가 좌절되면서 더욱 연구활동이 부진한 것으로 보인다. 본 연구는 이러한 치과의료계에 전문직업성에 관한 관심을 환기시키고, 의료계를 구성하는 주요 일원이며, 구강보건을 담당하는 치과의사에 대한 이해의 단초를 마련했다고 할 수 있다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구가 치과의사 전체를 대표하는데 한계가 있다. 비확률표본추출을 통한 온라인 상에서 대상자를 모집하였으며, 온라인의

¹⁸ '치대,치전원 윤리교육 수준 '형편없다' '. 건치신문. 2012.02.24

특성상, 30 대의 의견이 다수 반영되었으며, 상대적으로 50 대 이상의 의견이 소외되었을 수 있다.

둘째, 연구에 사용된 도구는 치과의사를 대상으로 개발이 완료되어 타당도와 신뢰도 검증이 된 것이 아니므로, 치과의사의 직업태도를 정확히 반영하는가에 대한 문제가 있다. 전문직 특성에 대한 Cronbach' s α 값이 0.653 이며, 공적서비스에 대한 신념에서는 0.464, 전문조직에의 준거성과 자율규제에 대한 신념은 0.534 로 낮은 값을 보여주는데 의사(전공의)를 대상으로 한 강윤식(1997)의 연구도 유사한 결과를 보였다.

셋째, 국내 기업형 네트워크 치과에 대한 선행 연구가 없고, 치과전문의제도에 관하여는 제도의 역사 및 시행 방안에 대한 연구만이 존재하는 상황에서 진행된 탐색적 연구이기에, 두 사안에 미치는 다른 요소가 존재할 수 있으나 이를 규명할 수 있는 방법은 없었다.

이러한 한계를 극복하기 위해, 이후 치과의사의 대표성을 갖는 표본을 선정한 연구가 필요할 것이다. 또한 치과의사의 전문직업성을 제고할 수 있는 방안에 대한 구체적인 연구들도 필요할 것이다. 연구방법론 측면에서, 본 연구에서 살펴보지 못한 내용을 보완하며, 심도 깊은 이해를 도모할 수 있는 질적연구가 이뤄져야 할 것이다.

참고문헌

- 강신익. (1999). 치과 전문직의 형성과 전망. 동향과 전망. 43. 294-315
- 강신익. (2002a). 치과의사의 전문직업성과 윤리. 의료·윤리·교육. 5(2). 107-127.
- 강신익. (2002b). 생명의료윤리의 역사와 철학: 치과의사의 윤리를 중심으로. 의사학. 11(2). 117-136.
- 강윤식, 감신, 예민해. (1997). 전공의들의 전문직인식이 직업만족도에 미치는 영향. 예방의학회지. 30(1). 209-228.
- 김명기, 신호성, 홍수연, 양승욱, 류재인. (2004). 치과의사전문의 인력수급 등에 관한 연구. 한국건강증진개발원.
- 김문조. (1989). 한국 의사들의 직업의식. 현상과 인식. 46. 26-52.
- 김장한. (2012). 의료전문가주의-역사적 관점에서 본 사회적 책무에 관하여. 대한소화기학회지. 65(3). 165-172.
- 김종연, 감신, 강윤식, 조용기, 이상원, 진대구, 안순기, 천병렬, 예민해. (2004). 개원의사와 개원한의사의 전문직업성, 직무스트레스 및 직업만족도. 예방의학회지. 37(1). 44-50.
- 김진영. (2011). 치의학 전문직업의식과 향후 전문의 지원여부와의 관계: 전남대학교 치의학전문대학원을 중심으로. 전남대학교 치의학전문대학원 석사학위논문.
- 김철신 & 홍기표. (2014). 의료피담-주사보다 무서운 영리병원 이야기. 글통
- 백한주. (2012). 신의료전문가주의. Journal of Rheumatic Diseases. 19(6). 316-325.

- 백화중, 황나미. (1997). 의료인력 양성 및 관리 현황과 개선방향. 한국보건사회연구원.
- 백희정. (2007). 간호의 전문직업성 척도 개발을 위한 Hall 의 전문직업성 척도 변형 및 동등성 비교. 간호행정학회지. 13(4). 509-515.
- 송진욱. (1994). 한의사의 전문직업성 연구. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 신성환. (2011). 우리나라 산업의학과 의사의 전문직업성. 대한직업환경의학회지. 23(2). 203-212.
- 이상수. (2006). 우리나라 치과 의료기관의 네트워크 가입 현황 및 만족도 조사. 석사학위 논문, 연세대학교 대학원.
- 이주연. (2002). 한국 치과의사사회의 전문직 위상확립 과정에 관한 근대사적 고찰. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이주연. (2006). 한국 근현대 치과의료체계의 형성과 발전. 해안.
- 이재봉. (1998). 치과의사 전문의제도 시행추진의 역사와 전문과목으로써의 치과보철학에 관한 연구. 대한치과보철학회지. 36(4). 644-665.
- 이철우. (1997). 치과의사의 직업의식과 직무환경에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 이충호. (2013). 한의사의 전문직업성에 대한 인식이 직업만족도에 미치는 영향. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 윤강재, 최지희, 조병희. (2013). 보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리. 한국보건사회연구원
- 윤지영. (2009). 치과 병의원 네트워크 전략에 관한 이론적 고찰. 전남대학교 치의학대학원 석사학위논문
- 조병희. (1994a). 한국 의사의 위기와 생존 전략. 명경.

- 조병희. (1994b). 개업의사들의 전문직업성과 직업만족도에 관한 연구. 한국사회학. 28. 37-64.
- 조병희. (2012). 한국 의학전문직업성의 사회적 시각. 대한의사협회 협회지. 54(11). 1164-1171.
- 조영식. (1996). 공동개원 치과의료기간의 현황 분석. 서울대학교 석사학위논문
- 진대구, 감신, 강윤식, 조용기, 이상원, 김종연, 안순기, 천병렬, 예민해. (2003). 개원의사들의 전문직업성과 직무스트레스가 직업만족도에 미치는 영향. 예방의학회지. 36.2. 153-162
- 차인자. (2008). 임상간호사의 전문직업성과 직무만족·조직몰입. 한양대학교 석사학위논문.
- 최보문. (2011). 현대 의학전문직업성: 역사적 배경, 개념변화, 선언문 비판. 대한의사협회지. 54(11). 1124-1136.
- 치과의료정책연구소. (2015). 2015 치과의료정책연구소 정책포럼 자료집.
- 홍수연. (2005). 치과의사전문의 인력수요 추계: 구강외과 치주과를 중심으로. 단국대학교 대학원 박사학위 논문.
- Adams, T. (1999). Dentistry and medical dominance. Social Science & Medicine. 48. 407-420.
- American Board of Internal Medicine [ABIM]. (2001). Project professionalism. ABIM Communications
- American Dental Association. (2012). Ethics and Code of Professional Conduct. Available from:http://www.ada.org/~media/ADA/About%20the%20ADA/Files/code_of_ethics_2012.ashx

- Medical Professionalism Project[MPP]. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 359, 520–521.
- Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. (2000). Professionalism and medicine's social contract. *Journal of bone and joint surgery. American volume*. 82–A. 1189–94.
- Freidson(1970). *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead, & Co.
- Hall, R. H. (1968). Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Association*. 33(1). 92–104.
- General Dental Council. (2005). *Standards for Dental Professionals*. GDC
- Nash, D.A. (2007). On ethics in the profession of dentistry and dental education. *European Journal of Dental Education*. 11. 64–74
- Paul Starr. (2012). *미국 의료의 사회사*.(번역: 이종찬).
의료정책연구소(원전 출판: 1984)
- Roland, M. et al., (2012). Professional values and reported behaviors of doctors in the USA and UK: quantitative study. *British Medical Journal Qual Saf*. 20. 515–521.
- Royal College of Physicians. (2005). *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London, RCP.
- Snizek W. E. (1972). Hall' s Professionalism Scale: An Empirical Reassessment. *American Sociological Review*. 37. 109–114
- Swick Herbert M. (2000). Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Academic Medicine*. 75(6). 612–616.

Trathen, A. & Gallagher, J.E. (2009). Dental professionalism: definitions and debate. *British Dental Journal*. 206. 249–253

World Medical Association [WMA]. (2009). WMA declaration of Madrid on professionally-led regulation. Available from:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/r4/>

치과의사의 전문직업성이 기업형 네트워크 치과와 치과전문의제도에 대한 인식에 미치는 영향 설문조사.

I. 다음은 전문직업성에 관한 질문입니다. 각각의 질문에 귀하의 생각이나 느낌에 가까운 곳에 체크해 주시기 바랍니다.

	매우 그렇다	그렇다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다.
1. 나는 정기적으로 치의학 논문을 읽는다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 다른 전문직(변호사나 교수등)이 치과의사보다 사회적으로 더 중요한 직업이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 진료에 관한 사항은 내 스스로 판단한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 나는 지부학회나 지역내 학술모임에 정기적으로 참석한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 치과의사라는 내 직업은 다른 어떤 직업보다 사회적으로 필요한 직업이라고 생각한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 치과의사들은 서로의 실력에 대하여 잘 알고 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 치과의사들은 자신의 직업에 대한 사명감이 매우 높다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 치과의사라는 직업의 중요성은 때로는 지나치게 과장되는 것 같다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 치과의사직에 헌신하는 것은 매우 보람된 일이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 내 스스로의 판단을 실행에 옮길 기회를 자주 갖지 못하는 편이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 치과의사협회에 협회비를 내는 것은 당연하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 몇몇 다른 직업은 치과의사보다도 더 사회에 중요하다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 치과의사직의 문제점은 다른 치과의사들이 무엇을 하는지 서로 잘 모른다는 것이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 치과의사들은 높은 이상적 태도를 유지하는 것이 바람직하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 치과의사협회는 일반 회원들을 위해 많은 일들을 하는 것 같지는 않다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 치과의사들은 다른 치과의사들의 능력을 평가할 방법을 가지고 있지 않다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 나는 학술지를 읽으려 하지만 실제로 많이 읽지는 못한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 대부분의 치과의사들은 수입이 줄더라도 치과의사직에 남고 싶어 할 것이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 내 진료결정이나 처방은 다른 사람에 의해 검토되곤 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 다른 치과의사들의 업무를 평가할 기회는 자주 없다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 업무에 있어서 해야 할 일은 내 스스로 결정한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 치과의사는 사회적으로 필수불가결한 직업이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 치과의사들은 동료 치과의사들의 능력을 비교적 잘 파악하고 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 대부분의 치과의사들은 자신의 직업을 좋은 직업이라고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 내가 내리는 결정은 다른 사람에 의해 수정되곤 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 나는 치과의사직에 만족한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. 치과의사라는 직업은 내 적성에 맞는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 나는 기회가 주어진다면 다른 직업으로의 전업을 원한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 여건이 된다면 내 자녀에게도 치과의사직을 권하고 싶다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. 다음은 전문직 가치(professional value)에 대한 내용입니다. 각 내용에 동의하는 정도를 체크하여 주시기 바랍니다.

	매우 동의한다.	동의한다.	반대한다.	매우 반대한다.
1. 치과의사는 자신의 경제적 이익보다 환자의 목지를 우선시 해야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 치과의사는 거래처에서의 협찬, 재정적 지원 등 경제적 관계를 환자에게 밝혀야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 치과의사는 동료가 제공하는 진료의 질을 평가하는데 참여하여야 한다 (‘동료 심사(peer review)는 미국, 유럽 등에서 활발히 운영되는 제도로, 의사, 치과의사들의 자체적인 심사조직이 존재하며, 이 조직은 급여의 적정성뿐만 아니라 의료의 질평가와 질향상 활동을 합니다. 우리나라에서는 건강보험심사평가원에 40 여명의 치과심사위원이 있어 급여의 적정성을 평가하고 있습니다.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 치과의사는 종사하는 동안 정기적으로 면허 갱신을 받아야 한다. (여기서는 현행 ‘면허신고제’ 보다 보수 교육이 강화되고 법적·윤리적 문제까지 포함하며, 조건이 만족되었을 때,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

면허를 재발급해주는 미국이나 유럽에서의
면허갱신(revalidation)제도를 말합니다.)

5. 치과의사는 상당한 정도로 업무를 볼 수 없거나 무능력한 동료 치과의사를 관계 기관(협회 등)에 보고해야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 치과의사는 인정받지 못한 개인에게 환자의 비밀을 노출해서는 안 된다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 치과의사는 환자에게 가해진 중대한 의학적 잘못을 알려주어야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 치과의사는 모든 환자에게 해당 치료 과정에서의 이득과 위험을 충분히 알려주어야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 치과의사는 환자에게 절대 거짓을 말해서는 안 된다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 환자와 사귀는 것은 부적절하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 환자와의 성적 관계는 부적절하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 환자나 환자 가족으로부터 작은 선물을 받는 것은 부적절하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 치과의사는 환자의 인종, 성, 수입에 따른 불평등을 최소화 하도록 해야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*

Ⅲ. 다음은 치과계 현안에 대한 내용입니다. 각각의 질문에 귀하의 생각이나 느낌에 가까운 곳에 체크해 주시기 바랍니다..

	매우 그렇다	그렇다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다.
1. 기업형네트워크 치과*가 없어져야 한다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 기업형네트워크 치과는 치과의사의 전문가적 위상을 손상시킨다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 기업형네트워크 치과는 환자의 복지를 침해한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 기업형네트워크 치과의 문제는 과잉진료라고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 기업형네트워크 치과의 문제는 네트워크의 일인소유, 사무장의 소유 등 '소유구조'의 문제라고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 기업형 사무장 치과의 문제는 비의료인(진료스텝)의 진단 및 상담과 치료라고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 치과전문의제도의 시행에 원칙적 찬성한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 치과전문의제도가 소수정예 원칙을 고수해야 한다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 치과전문의는 표방한 전문과목만을 진료하여야 한다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 나는 통합치과전문의임상을 전문과목으로 인정해야 한다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*기업형 네트워크 치과는 사실상 일인의 소유주가 여러 치과를 운영하는 형태를 지칭합니다.

IV. 마지막으로 귀하의 기본사항에 관한 질문입니다.(개인 정보 문항은 응답자들의 인구사회적 특성을 파악하기 위한 것으로, 분석을 위한 연구 자료로만 사용되고 공개되지 않습니다.)

1. 귀하의 성별은 무엇입니까? 남 여
2. 귀하는 결혼한 상태입니까? 그렇다 아니다
3. 귀하는 치과대학과 전문대학원 중 어느 곳을 졸업했습니까?
 치과대학 치의학전문대학원
4. 귀하의 수련을 받으셨는지요?(통합치과전문임상의 수련은 제외)
 수련을 받았다. 수련 중이다. 수련을 받지 않았다.
5. 수련을 받으셨다면 전공과목은 무엇인지요?(수련을 받지 않으셨다면 없음을 선택해주세요)
 구강내과 구강병리과 구강악안면방사선과
 구강악안면외과 소아치과 예방치과
 치과교정과 치과보존과 치과보철과.
 치주과 기타 없음
6. 귀하는 통합치과전문임상의(AGD) 과정을 수료하셨는지요?
 수료하였다 수련 중이다. 수료하지 않았다.
7. 귀하의 현재 근무형태는 무엇인지요?
 단독 개원 공동 개원 봉직의
 수련의 대학교수 기타
8. 귀하의 현재 소득은 월평균 얼마입니까?
 500 만원 미만
 500 만원 이상 1000 만원 미만

Abstract

The Effect of Professionalism of Dentist on Attitudes toward Corporate Dental Chains and Dental Specialist System in Korea

Kim Kyung-il

Department of Public Health

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Like medical doctors, dentists are traditionally recognized as those who have professionalism. Because of the social importance of professionalism, there have been many studies of medical professionalism. But, for dentist, these have been not many studies of occupational characteristics and sociological understanding. In the current circumstance where there are a lot of disputes over corporate

dental chains and dental specialist system in the dental community, it is necessary to understand dentists.

Therefore, the study tried to measure of professionalism of dentists and to analyze the effect of the professionalism on their perception of corporate dental chains and dental specialist system. A total of 500 persons had participated in this study from Oct. 21 to Nov. 3, 2015 through online community.

For analysis, this study categorized professionalism into professional characteristics and into professional values. Regarding the professional characteristics, the 25-questions based scale, which was developed by Hall (1968) and redesigned by Snizek was used to measure 'Using the Professional Organization as a Major Reference' , 'Belief in Public Service' , 'Autonomy' , 'Belief in Self-Regulation' , and 'Sense of Calling to the Field' . According to the measurement, dentists had high points in terms of 'Autonomy' (3.45), 'Belief in Public Service' (3.32), and 'Sense of Calling to the Field' (3.29), where their 'Belief in Self-Regulation' (2.90) and 'Using the Professional Organization as a Major Reference' (2.68) were low.

To measure the professional values, the questionnaire survey tool developed by Roland et al. (2012) on the basis of four declaratory documents of new professionalism, including 'Physician Charter' and 'Doctors in Society' was applied. Factor analysis was conducted to analyze four sub factors, including 'professional accountability to patient' , 'ability management' , 'making the patient your first concern' , and 'avoiding inappropriate relationships with patients' .

According to the analysis, ‘professional accountability to patient’ (3.11) and ‘avoiding inappropriate relationships with patients’ (2.27) were high, whereas ‘ability management’ (2.66) and ‘making the patient your first concern’ (2.36) were low. More specifically, the relatively traditional values– ‘maintaining confidentiality of information about patients’ and ‘Dentists should fully inform all patients’ –were agreed on by 97.3% and 95.3%, respectively, whereas ‘participation in peer review of the quality of care provided by colleagues’ which requires active behavior and ‘Dentists should undergo periodic recertification examinations’ which belongs to the new professionalism were agreed on only by 62.9% and 61.7%, respectively.

88.6% of the dentists agreed that corporate dental chains should disappear. 82.7% agreed on ‘a small number of dental specialists’ , and 75.7% agreed that ‘dental specialists should take on their special dental service’ . As a result, most dentists agreed that ‘the principles of dental specialist system’ should be kept.

To conduct regression analysis on the effect of professionalism on the two issues, this study used the mean of the items about whether and why they oppose corporate dental chains and measured ‘the extent of opposition against corporate dental chains’ . In the case of dental specialist system, this study used the mean of the items about ‘a small number of dental specialists’ and ‘dental specialists should take on their special dental service’ in order to measure ‘the principles of dental specialist system’ .

The professional characteristics didn't significantly influence both corporate dental chains and dental specialist system. According to the analysis by sub-factor, the higher their autonomy was, the more they opposed corporate dental chains.

The professional values significantly influenced both issues. The more they agreed on the values, the more they opposed corporate dental chains and the more they agreed on the principles of dental specialist system. According to the analysis on the professional values by sub-factor, the more they agreed on 'professional accountability to patient' and 'avoiding inappropriate relationships with patients', the more they opposed corporate dental chains and the more they agreed on the principles of dental specialist system.

This empirical study was conducted on professionalism of dentists. The study results laid the foundation for understanding dentists who are main part of the medical circle and take charge of dental health.

The study results indicated that professionalism should have explanatory power of attitude on corporate dental chains and dental specialist system. It is expected that the study results will contribute to developing relevant discussions, and that they will be used as a fundamental material to improve professionalism of dentists and teach professionalism in dental education.

Keywords: dentist, professionalism, corporate dental chains,

dental specialist system
Student Number: 2013-23579