

의사 파업의 정당성에 관한 쟁점: 2024 한국의 의료사태에의 적용

김도경*

동아대학교 의과대학 의료인문학교실

The Justification of Doctors' Strikes: Lessons from Korea's 2024 Medical Dispute

Dokyong Kim*

Departments of Medical Humanities, Dong-A University College of Medicine, Busan, Korea

Received: Dec 1, 2024
Revised: Dec 12, 2024
Accepted: Dec 28, 2024

*Corresponding author

Dokyong Kim
Departments of Medical Humanities,
Dong-A University College of Medicine,
Busan, Korea.
Tel: +82-51-240-2743
E-mail: Dinkum11@dau.ac.krCopyright © 2024 Korean Society for Medical Ethics. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Conflict of interests

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Acknowledgements

Not applicable.

Funding information

Not applicable.

Data availability

Upon reasonable request, the datasets of this study can be available from the corresponding author.

ORCID

Dokyong Kim
<https://orcid.org/0000-0001-8639-1951>

Author contributions

The article is prepared by a single author.

Abstract

The right to collective action, including striking, is regarded as a fundamental right of workers. However, in the healthcare sector, strikes can cause harm to patients and challenge professional ethics, which raises the question of whether or to what extent strikes in the healthcare sector can be justified. This article addresses this question through a framework first developed by Selemogo and Essex. It examines the conflict between the Korean government and medical community in 2024 and argues that the doctors' strike during that period was justified by three key factors: (1) the reasons and purpose of the strike; (2) the harms and risks of the strike; and (3) other contextual factors affecting members of society.

Keywords: doctor strike; justification; framework

I. 서론

노동자의 단체행동은 세계인권선언의 권리를 조약으로 구체화한 사회권 규약에서 보장하는 시민의 기본적 권리이다. 이중 파업은 노동자들이 더 이상 협상의 방안이 없을 때 선택하는 최후의 단체행동으로 여겨진다. 인권 선언에 근거하였다는 점에서 파업을 포함한 단체행동에 대한 권리는 의료인들에게도 예외는 아닐 것이다. 하지만 의료인, 특히 의사의 파업은 다른 직종의 파업과 다르게 평가되어 금기시되기도 하며 더 큰 사회적 반감을 야기하기도 한다.

이 글에서는 첫째 의료인 파업의 허용가능성에 대한 여러 연구자들의 주장들을 살펴본다. 여기에는 무조건적인 반대부터 의료직이 여타의 다른 직종과 다르지 않다는 것까지 다양한 스펙트럼의 입장이 있다. 둘째, 각 개별 파업의 정당성에 대한 논의를 위해 기존 연구자들이 제시한 파업의 정당성 분석틀 두 가지를 간단히 소개한다. 그리고 허용가능성에 대한 논의, 정당성 분석틀에 사용된 여러 논의들을 파업의 이유와 목적, 파업의 해와 위험, 사회구성원의 입장과 맥락

Ethics approval
Not applicable.

적 요인으로 구분하여 2024년 전공의와 의과대학생 중심으로 진행되고 있는 단체행동(이후 2024년 의료사태로 표기함)에 적용하여 보았다.

의료인의 파업 논의를 통해 2024년 의료사태를 점검할 때, 용어 사용에 논란의 여지가 있다. 많은 국가들은 보건의료서비스의 제공을 정부의 의무로 여기며, 정부의 관리 하에 의료제도를 운영하고 있다. 이러한 제도하에 의사, 간호사 등의 의료인의 파업은 대부분 정부 정책에 반하여 일어나며, 정부를 협상 대상으로 한다. 한편 우리나라의 정부 정책에 반대한 의료인 파업은 의사에 국한되는 경향이 있다. 여기에서는 외국 학자들의 논의, 분석틀을 이용하고 있어 의사 파업, 의료인 파업의 용어가 혼재됨을 밝힌다. 또한 2024년 의료사태를 파업행위로 볼 수 있는가에 대한 의문도 있다. 의료사태에 주체가 되고 있는 전공의들은 사직의 형태로, 의과대학생은 휴학의 형태로 정부 정책에 반대하고 있다. 의료계의 협상 주체가 하나로 통일되지 못하며, 협상 통로도 모호하다. 그럼에도 2024년 의료사태를 의료인 파업의 논의를 통해 분석하려는 이유는 선택한 행동이 최후의 방식이며, 정부 정책에 대한 분명한 반대 성명, 구체적 요구사항을 담고 있기 때문이다. 본문의 흐름에 따라 2024년 의료사태를 의사 파업 혹은 단체행동으로 서술하였다.

II. 의사 파업의 정당성에 관한 찬반 및 개별 파업의 정당성 분석틀

1. 의사 파업의 정당성 찬반 논의

의사 파업의 정당성을 두고 의사 파업은 결코 정당화될 수 없다는 주장에서부터 특정한 조건에서 허용될 수 있다는 주장, 다른 여타의 파업과 다를 바 없으며, 시민의 권리로서 보장받아야 한다는 주장 등 다양한 의견이 있다.

1) '의사 파업은 정당화될 수 없다'

의사 파업은 종종 히포크라테스 선서를 저버린 행위, 군인이 전장을 벗어나는 것, 승객들을 공중에 남겨 놓고 조종사가 낙하산을 타고 비행기를 이탈하는 행위[1], 독약을 투여하여 질병을 치료하는 시도[2] 등으로 묘사된다. 이렇게 의사 파업을 반인륜적 행위로 묘사하는 사람들은 의사 파업이 정당화될 수 없다고 주장한다. 파업에 대한 강한 반대의 주된 이유는 파업이 무고한 제3의 피해자 발생, 즉 환자에게 해를 야기한다는 것이다. Glick[1]은 파업을 누군가에게 압력을 가하기 위해 무고한 제3자를 고의로 처벌하는 행위로 표현하면서, 공공 영역의 파업은 어떤 윤리 이론으로도 정당화될 수 없으며 그 자체로 비윤리적이라고 주장하였다[1]. Dworkin[3] 역시 환자에게 해를 주며, 사회에 광범위한 해를 야기한다는 이유로 파업의 정당성을 부정하였다.

의사 파업을 반대하는 또 다른 이유는 의사 파업이 환자-의사 관계를 포함해 의료전문직의 사회적 기대를 저버린다는 것이다. 의사 파업을 표면적으로 명백한 금지(prima facie prohibition)이라고 주장한 Fiester[4]는 파업이 환자에게 의도적으로 해를 야기할 뿐 아니라, 환자-의사 관계를 모욕하며, 의료전문직에 대한 대중의 존경심을 떨어뜨린다고 이야기하였다. Sachdev[5]는 파업에 반대하는 일반적인 주장들을 6가지로 정리하여 나열하였는데, 파업은 피할 수 있는 고통과 사망을 초래할 수 있으며, 의사와 환자가 맺은 암묵적 계약의

위반에 해당한다는 것, 의사들이 선언한 윤리 강령에 반하는 행위, 물질적 이익을 위해 약하고 취약한 집단을 볼모로 잡는 것, 의사가 아픈 사람을 돌보기 위한 이타적인 치유자(selfless healer)라는 이미지의 손상, 이미 의사들이 과다 지급을 받고 있어 더 많은 요구는 탐욕으로 비춰진다는 것이다[5]. 우리나라의 2000년 의약분업에 반대하여 발생한 파업을 분석한 Cheong[6]은 의사 파업을 반대하는 견해들을 파업이 전통적인 의사윤리지침에 반함, 무고한 제삼자의 희생, 의사들의 자아상 손상, 비록 적이라도 부상병은 치료해야 한다는 당위적 주장, 환자들의 신뢰감 상실로 분류하였다. 결국 파업에 대한 반대 입장은 크게 무고한 제3자에게 해가 가해질 수 있다는 것, 그리고 의학 전문직업성의 훼손으로 요약된다.

2) '의사 파업은 정당화될 수 있다'

제3의 무고한 환자에게 야기되는 위협의 가능성에 대해 파업 가능성을 지지하는 사람들은 신중하게 대응한다. 그들은 의료서비스의 중단으로 취약한 집단이 회복 불가능한 해를 입는 것을 방지하기 위해 응급의료, 중환자 치료와 같은 최소한의 표준 치료(minimum standard of care)는 지속되어야 한다고 주장한다[5,7,8]. 파업 종료 후 사망률을 연구한 여러 연구에서, 논란의 여지는 있으나, 사망률이 높아지지 않았다는 다수의 보고들에서 우리는 대부분의 파업이 최소한의 표준 치료 기준을 충족하였음을 추정할 수 있다[9,10]. 일부 연구자들은 환자의 돌봄이 유지될 수 있다는 전제 아래에서 연금 등을 위한 사적 이익의 파업을 포함한 어떤 조건의 파업도 가능하다고 주장한다[7,11].

의학 전문직업성과 관련하여 파업 가능성을 지지하는 일부 연구자들은 의사도 다른 직종과 마찬가지로 파업이 가능하며, 이를 금지하는 것이 오히려 정당하지 않다는 입장을 취한다. 이들은 전문직업성이 전제하는 의사직에 부여된 독특한 역할과 의무를 특별하게 평가하는 것을 거절한다. 의사의 업무와 환자-의사 관계가 다른 직종의 업무나, 업무상의 관계와 차이가 없거나, 차이가 있다 하더라도 사안에 따라 중요도가 바뀔 수 있다는 것이다. 대표적으로 Loewy[12]는 의료를 가장 중요한 사회적 재화(good)로 보는 것에 반대하며, 보건의료전문가가 다른 근로자들보다 더 필수적이지도 않다고 주장한다. 의료서비스의 일부가 구명(life-saving)에 관련될 뿐 다른 많은 의료서비스들은 그렇지 않다는 것이다. 그는 보건의료종사자들이 사회적으로 중요한 역할을 하지만 그 역할을 의무로 부과되는 데에는 제한이 있다고 주장하였다. Brecher[13]는 직업이 가진 영향력, 도덕적 위치 등을 인정하지만 의료만을 특수한 것으로 보지 않는다. 그는 생명의 가치가 모든 상황에서 우선시 되지 않으며, 다른 직종 사람들 역시 타인의 생명에 영향을 줄 수 있는 동일한 도덕적 위치에 있다고 주장한다.

의료전문직의 특별성을 완전히 배제하지 않으면서 파업이 맥락에 따라 정당화될 수 있다는 입장의 주장들도 있다. 즉 파업이 장기적으로 환자 돌봄을 증진시켜 미래 환자의 이익을 줄 것으로 기대되거나, 파업의 결과가 환자와 국민의 건강을 보호할 수 있을 때 정당화될 수 있다고 본다[14-16]. Veatch는 장기간의 이득(long-term gain)을 위해 단기간 환자 돌봄에 희생이 있을 수 있다고 이야기한다[17]. 간호사의 파업을 다룬 Muyskens[18]는 간호사들에게는 개별 환자에 대한 의무와 함께 높은 수준의 돌봄(high standard of care)을 유지하기 위한 집단의무(collective obligation)가 있음을 주장한다. 즉 파업이 현재의 환자에게 불편함을 초래하지만 장기적으로 보건의료시스템 향상을 통해 결과적으로 환자의 이익을 증진시킬 수 있다면 정당화 될 수 있다는 것이다. 자기이익(self-interest)을 위한 파업도 장기적 관점에서 안정된 보건의료시스템에 기여할 수 있다는 점에서 허용 가능하다. 이러한 주장은 전문직

업성의 맥락에서 개별 환자에 대한 의무를 사회와 공동체로 확장한 것으로 볼 수 있다.

2. 의사 파업의 정당성 분석 틀

의료인의 파업은 이미 수십 년 전부터 전세계적으로 다양한 이유로 일어나고 있다. 파업에 대한 무조건적 반대, 파업을 있어서는 안 되는 비윤리적 행위로 비난하는 입장은 일어나고 있는 파업현상과 결과를 명확하게 파악하는데 실패하며, 파업을 수습하고 재발을 방지하는 데에 도움을 주지 못할 것이다. 결국 파업의 정당성 논의는 개별 사례에서 분석되어야 한다. 몇몇 연구자들은 파업의 정당성 논의 다음 단계, 즉 파업 정당성 평가에 사용할 수 있는 분석틀을 제시하였는데, 여기에서는 Selemongo[19]와 Essex[20]이 제시한 분석틀을 소개한다.

1) Selemongo의 파업 정당화 여섯 가지 범주

Selemongo[19]는 파업이 정당화를 위한 여섯 가지 범주를 제안하였다. 공정한 이유와 올바른 의도(right intention), 비례성(proportionality), 성공에 대한 합리적 희망(reasonable hope of success), 최후의 수단(last resort), 합법적 권한(legitimate authority), 공식 선언(formal declaration)이 그것이다. 구체적으로 각각을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 보건의료에서 파업의 공정한 이유와 올바른 의도는 인구 집단의 건강에 실질적이며 확실한 위험에 맞서기 위함이어야 한다는 것이다. 이는 앞선 정당성 논의에서 장기적인 돌봄, 집단 의무 등에 대한 책임의 한 형태로 이루어져야 한다고 볼 수 있다. 둘째, 비례성은 파업으로 야기되는 환자에게 미치는 해가 불균형적이어서는 안된다는 것으로, 부수적으로 발생하는 해를 최소화해야 한다는 것을 의미한다. 이는 앞의 의사 파업이 환자에 대한 해를 최소화하도록 해야 한다는 주장에 해당한다. 셋째, 성공에 대한 합리적 희망인데, 실제 이를 평가하기는 어려우며 각 사례의 구체적 맥락에서 찾아 내려 노력해야 한다고 설명한다. 넷째, 파업이 최후의 수단이어야 한다는 의미는 파업 행동 전 덜 파괴적인 대안들이 시도되었으나 실패하여 협상의 방법이 파업밖에 남지 않은 상황을 의미한다. 다섯째, 합법적 권한은 의사의 복지를 보호하는 역할을 부분적으로 수행하는 공인된 기관에서의 승인으로, 이러한 기관은 대부분 회원이 의사결정에 참여할 수 있는 절차를 갖추고 있다. 마지막 요건인 공식 선언은 파업을 이행하기 전 파업의 도덕적 정당성을 대중에게 선언해야 한다는 것이다. 대중에게 설명해야 하는 구체적 내용에는 파업이 정당한 이유와 올바른 의도를 전제한다는 것, 파업으로 달성하리라 기대되는 결과와 그 근거, 파업이 최후의 수단임을 보여주는 것이 포함된다[19]. 이러한 여섯 가지 범주는 보건의료 직역 외의 일반적 파업의 정당성을 평가하는 데에도 사용할 수 있다.

2) Essex의 심의적 분석틀(deliberative framework)

Essex[20]은 Selemongo의 분석틀이 지나치게 제한적이라고 비판한다. 과도하게 낮은 임금, 정치적 이유로 인한 파업이 상황에 따라 정당화될 수 있으며, 파업의 성공 여부나 최후의 수단이 되기 위해서는 소통 가능성이 전제되어야 하는데 그런 조건을 만족하지 못한 파업은 Selemongo의 분석틀에서는 정당하지 않은 것으로 간주되기 때문이다. Essex은 파업을 단순히 파업으로 인한 잠재적 이익과 환자에 대한 위험을 비교하는 것으로 축소해서는 안 되며, 파업상황이 내포한 구조적 문제를 살필 것을 주장한다. Essex은 파업은 구조적 실패의 결과

물로서, 파업의 상황에서 우리는 건강과 의료에 관해 우리가 서로에게 빚진 것이 무엇인지에 대한 질문을 제기해야 한다고 이야기한다.

Essex은 파업의 정당성 분석을 위한 틀로서 두 가지 보건의료 파업의 정당성 요건과, 이를 평가하기 위한 두 가지 심의적이며 상호연관된 질문 묶음을 제안한다. 정당성 요건으로 첫째, 파업은 어떤 형태의 불의, 불공정 또는 건강의 위협에 대한 요구 및 불만 제기여야 한다는 것이다. 다시 말해 파업은 정당하지 못한 상황에 대한 불만, 상황 개선을 위한 요구이어야 한다. 둘째 파업에서의 위협은 문제 상황에 대한 불만, 개선 요구에 비례해야 한다. 위협은 의료인 파업에서 지속적으로 제기되는 환자에 대한 해와 연관되는데, Essex은 위협 평가를 보다 확대하여 의료인이 경험하는 해 - 탄압, 수익 감소, 의료인 평판 등 - 및 위협, 그리고 이를 최소화하기 위한 조치를 포함한다. 두 가지 파업의 정당성 요건을 평가하기 위한 방법으로 제안한 질문 묶음 첫 번째는 파업의 사회적, 정치적 맥락에 대한 것으로 이전에 정부와 당국은 파업을 어떻게 다루었는지, 불만을 제기하거나 당국에 압력을 가할 수 있는 다른 방법이 있는지, 파업에 대한 대중의 지지 여부, 파업의 신속한 해결 가능성, 파업에 대해 의료시스템이 어느 정도 대응할 수 있는지, 인구집단의 일반적 의료 요구사항, 파업에 영향을 받는 인구 집단의 취약성 정도, 이용가능한 대체 서비스 여부 등이다. 둘째는 파업의 특성에 관한 질문으로 누가 파업을 계획하는지, 얼마나 많은 직원이 참여하며 누가 파업에 참여할 가능성이 있는지, 파업의 예상 기간, 환자를 위한 비상 대책의 적절성 등에 대한 것이다[20].

III. 의사 파업의 정당성 논의의 쟁점과 2024년 의료사태

파업의 허용가능성은 파업으로 인한 해 - 환자에게 미치는 해와 전문직업성의 훼손 -의 허용가능성 문제로서, 그 자체로 찬반 논쟁이 가능할 것이다. 하지만 개별 파업의 정당성 확보는 해의 허용 여부 차원이 아닌 해당 파업이 지키거나 바꾸고자 하는 가치나 이익에 대한 평가를 바탕으로 하게 된다. 즉, 파업의 명목, 이유와 목적이 타당한가이다. 또한 보건의료가 집단적 노력에 의해 만들어지며, 사회 구성원 모두가 보건의료에 관련된 정책이나 자원의 구성과 이용에 영향을 주고 받는다는 측면에서 파업이 야기된 맥락을 파악하는 것도 개별 파업의 정당성 논의에서 다루어져야 한다. 이에 파업의 허용가능성과 개별 파업의 정당성 논의에 사용된 다양한 주장들을 파업의 이유와 목적, 파업으로 인한 해와 위협, 사회구성원(정부, 시민)의 입장과 맥락적 측면, 이렇게 세 가지 쟁점을 중심으로 2024년 의료사태를 분석해 보고자 한다. 참고로 세 가지 쟁점은 다시 파업에 관여된 주체를 중심으로 나눌 수 있는데, 파업의 이유와 목적, 파업으로 인한 해와 위협은 파업을 주도하고 진행하는 단체가 해명해 나가야 하는 문제로, 그리고 세 번째 사회구성원의 입장과 맥락적 측면은 파업의 계기로 작용한 정부나 사회구성원의 문제로 볼 수 있다.

1. 파업의 이유와 목적

파업의 정당성 논의에서 많은 연구자들이 보건의료 및 환자 돌봄의 장기적 이익이 있을 때 파업은 정당화될 수 있으며, 이는 의료인의 사회적 책임과 맞닿아 있다고 이야기한다. Selemongo의 주장 첫 번째인 파업이 인구집단의 위협에 대한 대응이어야 한다는 것, Essex의 불공정이나 건강위협에 대한 불만, 요구를 목적으로 한다는 것과 같은 맥락이다. 여기에서

우리는 어떤 인구집단에 대한 위협, 불의, 불공정이 있는지 질문해야 한다.

2024년 전공의와 학생들의 단체행동을 유발하는 계기이자 이유¹⁾는 정부가 시도하고 있는 의과대학 입학정원 증원(이후 의대 증원으로 서술) 2000명(2025년 최종 증원 인원 1,509명)과 필수의료 정책 패키지에 대한 반발이다[21]. 이 중 의대 증원을 살펴 보았을 때, 의료계는 현 체계 내에서 의사 증원은 과도한 의료비 상승을 초래하여 제도의 지속 가능성을 위태롭게 한다고 주장한다. 또한 의사 양성의 질을 담보할 수 없는 수준의 급작스런 증원이라는 점에서도 우려의 목소리가 크다.

흔히 보건의료 비교 지표로 이용되는 OECD 보고서에서 우리나라 의사수는 OECD 평균에 미치지 못한다[22]. 종종 지역의 응급 환자들이 마땅한 응급실을 찾지 못해 여러 병원을 전전긍긍하며 찾아다니는 일들이 언론에 보도되며, 상급 종합병원에서도 소아청소년과 응급 진료가 되지 않는 병원들이 늘어나고 있다. 의사들 역시 과중한 업무, 소진 등의 문제를 호소하고 있다. 의사수를 늘리는 것, 즉 의대 증원은 손쉽고 마땅한 해결책으로 보인다. 하지만 동일한 OECD 보고서에서 우리나라 의사 수는 다른 부속 국가와 비교해 가장 가파르게 증가하며, 우리나라의 의료서비스의 공급과 이용 수준, 의료접근도는 평균을 훨씬 뛰어 넘은 양의 값²⁾을 보인다[22]. 인구 대비 의사수가 증가하고 있는 상황에서 지역의 불균형,³⁾ 응급 의료를 포함한 소위 필수의료의 공급과 수요의 불균형 심화를 의사 수의 부족으로 해석하는 것은 논리적이지 않다. 의료의 지역 불균형이라고 하였을 때 불균형적이라고 판단되는 의료서비스의 구체적 분석, 해당 의료서비스의 지역 이용자의 수, 이용에 영향을 주는 요인들에 대한 면밀한 검토가 우선되어야 하며, 그 원인에 맞게 의료자원의 재분배가 이루어져야 할 것이다. 단순한 의사수의 증가는 공급자가 수요를 창출할 수 있는 의료 시장의 특성상 적정의료에 대한 기준이 과도한 의료 이용, 소비 중심으로 설정될 위험이 있다.

어떤 정책이 만들어져 실행되기 위해서는 정책의 내용과 목적, 실현 가능성, 예상되는 효과들에 대한 충분한 검토와 함께 해당 사회가 구축한 절차에 따라야 한다. 하나의 정책은 직접적으로 관련된 분야의 사람들 외에도 파생되는 여러 결과들에 의해 훨씬 넓은 영역의 사람들에게 이익을 주기도 하며, 불이익을 주기도 한다. 결국 다원화된 사회에서 정책의 정당성은 정책의 결과보다는 여러 구성원들의 숙의와 합의를 통한 절차에 달려있다. 이번 2024년 의료

1) 2024년 2월 20일 대한전공의협의회 비대위 성명서에서 요구사항은 다음과 같다. 1) 필수의료 정책 패키지와 2,000명 의대 증원 계획 전면 백지화, 2) 과학적인 의사 수급 추계를 위한 기구를 설치하고 증원과 감원을 함께 논할 것, 3) 수련 병원의 전문 인력 채용을 확대, 5) 불가항력의 의료 사고에 대한 법적 부담을 완화할 수 있는 구체적인 대책 제시, 5) 주 80시간에 달하는 열악한 전공의 수련 환경 개선, 6) 전공의를 겁박하는 부당한 명령 전면 철회 및 전공의들에게 정식 사과, 7) 국민의 기본권을 침해하는 의료법 제59조 업무개시명령을 전면 폐지, 대한민국 헌법과 국제노동기구(ILO)의 강제 노동 금지 조항 준수(<https://youngmd.org/154/?q=YToxOntzOjEyOjZlZXI3b3JkX3R5cGUiO3M6MzoYWxsljt9&bmode=view&idx=18112487&t=board>)[21]. 여기에서 가장 주목받는 것이 필수의료 정책 패키지와 2,000명 의대 증원이다. 특히 의대 증원은 매우 직관적인 정책 제안이며, 우리나라 의대열풍의 입시와 밀접하게 연관되어 있어 가장 많은 주목을 받고 있다.

2) OECD 보고서[22]에 따르면 2021년 37개의 OECD 국가의 인구 1,000명당 의사수는 3.7이며, 우리나라 의사수는 2.6로 평균에 미치지 못한다(p. 177, Figure 8.4). 하지만 의사 수 평균 이하의 국가 중 가장 빠른 속도로 의사수가 증가하고 있다(p. 177, Figure 8.5). 인구 1,000명당 침상 수 12.8로 가장 많은 침상수를 보고하고 있으며(p. 113, Figure 5.17), 의사 1인당 환자 진찰 횟수(6,113건) 및 환자 1인당 진료 횟수(15.7건) 모두 보고서에 포함된 OECD 국가 중 가장 높은 수치를 보인다(p. 109, Figure 5.12, 5.13). OECD 평균은 각각 1,788건, 7.2건이다.

3) 의료의 지역 불균형이라고 하였을 때 실제 불균형적이라고 판단되는 구체적 의료서비스 항목, 해당 의료서비스의 지역 이용자의 수, 이용에 영향을 주는 요인들에 대한 면밀한 검토가 우선되어야 하며, 그에 맞게 보건의료인인 수를 포함한 의료자원 할당이 이루어져야 할 것이다.

사태의 가장 큰 문제는 보건의료 전반, 더 나아가 교육 전반에 영향을 주는 의사 수 증가를 포함한 보건의료정책이 이런 절차적 정당성을 확보하지 못하였다는 데 있다.

2. 파업의 해와 위험

파업이 무고한 제3자에게 해를 끼친다는 것, 즉 환자에게 해를 줄 수 있다는 것은 파업 정당성 논의에 핵심이 된다. 이는 Selemogo와 Essex이 자신들의 분석들에서 각자 두 번째로 제안한 비례성, 해와 위험이 불의에 대한 개선 요구에 비례해야 한다는 것과 일맥상통한다. 여기에서는 Essex의 질문 묶음 중 파업에 대한 보건의료시스템의 대응 정도, 파업에 영향을 받는 인구 집단의 취약성, 이용 가능한 대체 서비스 여부와 환자를 위한 비상 대책, 파업의 예상기간과 파업의 신속한 해결 가능성에 대한 질문을 할 수 있다.

2024년 의료사태에서 단체행동의 주된 참여자는 전공의와 학생으로 전공의 의존도가 높은 병원에서는 진료에 큰 차질을 빚었다. 사태 초기, 상급병원들은 응급, 중환자 치료에 의료자원을 집중하였고, 급성 치료가 가능한 2차 병원으로 환자가 분산되었다. 하지만 의료사태의 장기화로 의료진들의 과로와 교수들의 사직 등으로 의료 현장에 환자안전 등을 위협하는 요인들이 증가하고 있다. 특히 2024년 의료사태에 참여하는 대표적 주체가 미래 의료를 담당해야 하는 젊은 의사, 의과대학생이라는 점에서 단체행동이 마무리된다 하더라도, 이번 사태의 부정적 경험으로 인한 해는 지속될 가능성이 있다. 즉, 수련 중인 의사, 학생들의 단체행동기에 장기화로 인한 환자들의 불편, 피해는 조정되고 있는 양상을 보이지만, 필수의료패키지와 의사증원 정책이 제기된 근본 원인, 지역의료 및 필수의료 공급의 불균형의 왜곡 등의 원래의 문제들은 다루어지지 못한 채 더욱 심화되고 있으며[23], 새로운 전문인력 배출, 의학교육은 심각한 도전을 받고 있다. 파업은 일상적 상황은 아니기에 종료까지 시간이 길어진다 하더라도 언젠가는 마무리될 것이다. 의료계는 파업 이후의 혼란을 최소화하기 위한 구체적인 계획들, 2024 의료사태에서 젊은 의사들이 경험한 회의감과 무력감에 대한 돌봄, 그래서 향후 우리나라 보건의료기술 및 제도 발전에 기여할 수 있는 의사로서 활동할 수 있는 방안들을 찾아야 한다. 이는 의사 단체행동의 장기화로 인해 해를 줄일 뿐 아니라, 향후 2024년 의료사태를 돌이켜 평가하였을 때 단체행동의 정당성을 지지해 줄 근거가 될 것이다.

3. 사회구성원(정부, 시민)의 입장과 맥락적 요인

파업은 협의해야 할 상대가 있고, 그 협의가 이루어지지 않았을 때 주로 마지막에 선택되는 근로자의 단체 행동이다. 권력을 가진 상대방에 대한 반발이라는 점에서 파업의 정당화 논의는 파업의 계기를 제공한 상대측-정부나 기업가-의 정책이나 운영의 정당성에 대한 고찰이 동반되어야 한다. 보건의료는 집단적 노력으로 이루어 나가는 영역이며, 효율적이면서 정당한 의료시스템을 만들어가는데 의료계만이 아니라 정부, 시민들의 역할이 중요하다. 우리는 정부가 파업을 다루는 방식, 압력을 가할 다른 방식의 여부, 인구집단의 일반적 의료 요구 사항, 파업에 대한 대중의 지지 여부 등에 대한 질문을 제기할 수 있다.

정부는 지향하는 목표(지역의료 및 필수의료 인력 확보, 보건의료지출 감소 등)의 달성을 위해 여러 정책을 제시하는데, 이는 다양한 영역에 파장을 일으킨다. 정책을 제안하고 결정함에 있어 충분한 시뮬레이션과 상상할 수 있는 외부효과들을 함께 고려해야 하는 이유가 여기에 있다. 하지만 2024년 의료사태에서 정부가 보여준 정책 추진 방식은 일방적이었다. 또

한 반대 의견을 대하는 방식이 오히려 상대를 자극하였으며, 파업과 관련해 단체 행동 금지, 사직 및 휴학 불허 등의 기본권 제약은 또다른 불의, 불공정의 문제를 양산하였다. 정부의 정책이, 그리고 정책에 대한 반대 행동이 인구집단의 일반적 의료 요구 사항을 제대로 파악하고 있는지에 대해서도 점검해 볼 필요가 있다. 정부는 단순히 노인인구의 비율의 증가로 의료 요구가 증가할 것이고 그래서 의사의 수를 늘려야 한다고 이야기 한다[24]. 하지만 실제 어떤 의료서비스가 무슨 목적으로 이용되고 있는지, 노인 인구에 의미 있는 의료는 무엇인지, 노인 인구의 증가에 대비한 비용을 낮추면서도 효율적인 다른 의료정책들은 없는지 전혀 검토되지 않았다. 의료계 또한 인구집단의 의료 요구 사항에 대해 민감성을 가질 필요가 있다. 갈등의 대상이 정부이기엔 인구집단의 필요를 놓치기 쉬우나, 보건의료의 서비스의 대상이 인구집단이라는 측면을 간과해서는 안 되며, 의료전문가로서 실질적으로 어떤 서비스가 사회에 구현되어야 하는지 제안하고 만들어 갈 수 있어야 한다.

대중의 지지의 측면에서, 파업에 참여하는 의사들은 매우 불리한 위치에 있다. 대중에게 있어 의사 파업은 당연히 환자 옆에 있어야 할 의사가 환자를 떠난 행위이며, 이미 안정된 고수익의 사회적 지위를 획득할 수 있는 사람들이 더 많은 요구를 하는 이기적인 행동으로 받아들여 진다. 의사 단체행동이 장기화되며 의사 파업을 비난하던 여론에 변화가 감지되고 있기는 하나 여론이 전공의와 학생들이 제시한 성명서에 동의한다고 볼 수는 없다. 환자와 건강인을 대변할 수 있는 대중(시민) 역시 의료계와 마찬가지로 2024년 정부의 의료정책결정에 제외되었고, 정부의 필수의료패키지와 의대 정원 증가가 야기할 이후의 의료 상황과 정책 변화에 대한 제대로 된 정보를 얻지 못하였다. 보건의료제도가 제대로 작동하기 위해서는 적절한 의료 공급과 수요에 대한 정부, 의료계, 시민들이 합의가 필요하며, 그 합의를 이끌어 내고, 원하는 수준의 의료 자원을 확보하기 위한 공동의 노력이 필요하다. 즉, 정부, 시민, 의료계가 우리나라의 10년 뒤, 20년 뒤 보건의료제도에 대한 청사진 - 어느 수준의 보건의료접근권과 의료서비스를 제공할 것인가 등 -을 함께 그려야 하며, 협상과 조정을 통해 지향점에 다가가야 한다. 이를 위해 소통을 위한 통로와 절차가 마련하고, 절차들을 잘 작동, 유지할 수 있어야 한다.

IV. 결론

Roberts[25]는 어떻게 의사가 의사로서의 업무를 수행해야 하는가에 대한 질문과 어떤 이유로 의사들이 파업에 참여하며 어느 수준의 업무를 중단할 수 있는지에 대한 질문을 구분한다. 그는 두 질문이 원칙적으로 독립적이며, 전자의 임상현장에서의 윤리 원칙을 파업의 영역으로 확장하는 것에 우려를 표명한다. 임상현장에서 누구보다도 환자의 치료에 헌신적인, 환자의 최선의 이익을 위해 분투하는 의사 역시 파업에 참여할 수 있다. 이때 의사는 파업의 목적이 무엇인지, 단체행동으로 인해 야기하는 해가 무엇인지, 제3자의 피해 등을 줄일 수 있는 방안이 있는지를 진지하게 고민해야 할 것이다. 특히 파업의 장기화는 파업 목적의 확인, 발생하는 해의 비례성 등의 지속적인 점검을 필요로 하는데, 시간에 따른 다양한 변수들이 파업에 영향을 주면서 파업의 목적이 왜곡되거나 해와 위험의 수준을 변화시키기 때문이다.

의사 파업이 비윤리적이라고 주장한 Glick[1]은 사회적 결정이 개방적이며 공정한 절차에 따라 이루어지는, 그리고 개인의 전문직 배치에 정부의 강압이 거의 없는 민주사회에서의 논의를 전제로 하면서, 그러한 사회에서 불필요한 무력(물리력)의 사용은 미개하며, 어떤 윤리적 원칙으로도 지지받을 수 없다고 주장한다. 이는 개방적이고 공정하며, 정부의 강압이 없는

민주사회에서 파업은 무력/물리력의 행사이기에 사회가 허용하는 다른 소통의 방식을 선택해야 한다는 이야기로 해석할 수 있다. 그의 주장을 가지고 2024년 의료사태를 살필 때, 우리는 의사 파업의 윤리성 이전에 사회적 결정 방식의 윤리성에 대한 질문을 하게 된다. 파업 이전 충분한 협상으로 파업 없이 합의에 이르렀다면, 파업으로 인한 해, 파업 과정에서의 혼란, 환자-의사-정부 관계의 신뢰도 하락은 없었을 것이다. 우리 사회가 민주적 절차에 따라 당면한 문제들을 해결할 수 있는 소통과 협의의 역량을 갖추고 있는지에 대한 반성, 그리고 이를 갖추기 위한 방안들을 만들어 가는데 의료인, 정부, 시민들의 지속적인 노력이 필요하다. ☺

REFERENCES

- Glick SM. Physicians' strikes: a rejoinder. *J Med Ethics* 1985;11(4):196-197.
<https://doi.org/10.1136/jme.11.4.196>
- Counihan HE. Industrial action in the health services-the medical perspective. *Ir Med J* 1982;75(9):315-317.
- Dworkin G. Strikes and the National Health Service: some legal and ethical issues. *J Med Ethics* 1977;3(2):76-84.
<https://doi.org/10.1136/jme.3.2.76>
- Fiester A. Physicians and strikes: can a walkout over the malpractice crisis be ethically justified? *Am J Bioeth* 2004;4(1):W12-16.
<https://doi.org/10.1162/152651604773067505>
- Sachdev PS. Doctors' strike: an ethical justification. *N Z Med J* 1986;99(803):412-414.
- Cheong YS. Ethical debates on physicians' strikes around the world. *Korean J Med Ethics* 2001;4(2):215-230.
<https://doi.org/10.35301/ksme.2001.4.2.215>
- Toynbee M, Al-Diwani AA, Clacey J, et al. Should junior doctors strike? *J Med Ethics* 2016;42(3):167-170.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2015-103310>
- Chima SC. Global medicine: is it ethical or morally justifiable for doctors and other healthcare workers to go on strike? *BMC Med Ethics* 2013;14(Suppl 1):S5.
<https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-S1-S5>
- Essex R, Weldon SM, Thompson T, et al. The impact of health care strikes on patient mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Health Serv Res* 2022;57(6):1218-1234.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.14022>
- Kim YR, Lee SO, Han J, et al. The effects of doctors' strikes on hospital mortality rates. *Korean J Med Ethics* 2020;23(3):171-189.
<https://doi.org/10.35301/ksme.2020.23.3.171>
- Robertson A. Are doctors justified in taking industrial action in defence of their pensions? Yes. *BMJ* 2012;344:e3242.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e3242>
- Loewy EH. Of healthcare professionals, ethics, and strikes. *Camb Q Healthc Ethics* 2000;9(4):513-520.
<https://doi.org/10.1017/S0963180100904092>
- Brecher R. Striking responsibilities. *J Med Ethics* 1985;11(2):66-69.
<https://doi.org/10.1136/jme.11.2.66>
- Essex R, Weldon SM. The justification for strike action in healthcare: a systematic critical interpretive synthesis. *Nurs Ethics* 2022;29(5):1152-1173.
<https://doi.org/10.1177/09697330211022411>

15. Li ST, Srinivasan M, Kravitz RL, et al. Ethics of physician strikes in health care. *Int Anesthesiol Clin* 2015;53(3):25-38.
<https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000054>
16. Wolfe S. Strikes by health workers: a look at the concept, ethics, and impacts. *Am J Public Health* 1979;69(5):431-433.
<https://doi.org/10.2105/ajph.69.5.431>
17. Veatch RM, Bleich D, Platt M. Interns and residents on strike. *Hastings Cent Rep* 1975;5:8-9.
<https://doi.org/10.2307/3560991>
18. Muyskens JL. Nurses' collective responsibility and the strike weapon. *J Med Philos* 1982;7(1):101-112.
<https://doi.org/10.1093/jmp/7.1.101>
19. Selemogo M. Criteria for a just strike action by medical doctors. *Indian J Med Ethics* 2014;11(1):35-38.
<https://doi.org/10.20529/IJME.2014.010>
20. Essex R. A deliberative framework to assess the justifiability of strike action in healthcare. *Nurs Ethics* 2024;31(2-3):148-160.
<https://doi.org/10.1177/09697330231183076>
21. Korean Intern Resident Association. Statement from the Emergency Response Committee [Internet]. KIRA; 2024 [cited 2024 Dec 30].
<https://youngmd.org/154/?q=YToxOntzOjEyOiJrZXI3b3JkX3R5cGUiO3M6MzoiYWxsJt9&bmode=view&idx=18112487&t=board>
22. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a glance 2023 OECD indicators [Internet]. OECD; 2023 [cited 2024 Dec 30].
https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
23. Kim CJ. Medical school professors resign one after another... Local university hospitals are collapsing first [Internet]. Chosun Ilbo; 2024 [cited 2024 Dec 30].
<https://www.chosun.com/opinion/column/2024/08/18/6JZQZ7ZQBRFJ7KT76ZAQASEO MY/>
24. Kwon JH. No shortage of doctors due to low birth rate? Government: "Demand for medical care skyrockets due to aging population" [Internet]. Yonhap News; 2024 [cited 2024 Dec 30]
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20240222092900530>
25. Roberts AJ. A framework for assessing the ethics of doctors' strikes. *J Med Ethics*. 2016;42(11):698-700.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103395>