

## 개정된 의사윤리지침과 의학전문직업성에 기반한 자율규제

박석건\*, 정유석\*\*

### 요약

의사협회의 자율규제 권한에 대한 열망과 의학교육학계의 꾸준한 개정 요구를 받아들여 2017년 대한의사협회의 윤리지침이 개정되었다. 새 지침은 그동안 논의되어 왔던 의학전문직업성의 개념을 도입하였으며 자율규제권의 중요성이 강조되었다. 이 논문에서는 자율규제가 가지는 여러 가지 의미를 살펴보고, 의학직업전문성을 구성하는 요소들 중에서 자율규제가 어떤 위치를 차지하는지를 탐색하였다. 그리고 의학의 수월성 유지와 이해상충의 관리를 중심으로, 의사단체의 자율규제는 그 목표를 의학전문직업성의 성취에 두어야 한다는 논의를 하였다. 또한 의학직업전문성의 성취는 의사개인이나 의사단체만으로는 달성할 수 없으므로, 적극적으로 사회를 설득하는 일이 의료계의 과제라고 주장하였다.

### 색인어

의사윤리지침, 자율규제, 전문직업성, 이해상충

## I. 글을 열며: 의사윤리지침 개정 小史

의사를 포함한 전문직은 그들 직종의 전문성과 윤리성 규약을 명시적 지침에 담아 사회와 공유한다. 의사윤리지침은 한 사회에서 전문가로서 의사집단의 정체성을 나타내는 핵심문건이다. 명시적인 윤리지침의 시초는 그리스 시대로 거슬러 올라가 히포크라테스 선서로부터 시작되는데, 지금까지도 동서양을 막론하고 현대의학을 공부하는 학생들이 졸업식장에서 그 의미를 새기고 있다. 고대 인도의 의사이자 교사였던 슈수르타(Sushruta)도 그의 학생들이 졸업할 때 윤리적 선서를 하도록 지도했다는 기록이 있다[1].

해방 후 의사윤리 선언이 처음 제정된 것은 1961년이다. 1961년, 1965년, 1979년에 각각 개정이 있었으며, 1997년에는 강령 개정을 하였다. 4년 뒤에는 1997년의 강령을 구체화한 의사윤리 지침을 발표함으로써 의사윤리선언, 의사윤리강령, 의사윤리지침의 체제가 되었다. 이후 2006년에 한번 더 개정판이 나왔고, 11년만인 2017년에 현재의 개정판이 대의원회를 통과하여 확정되었다.

김옥주[2]에 따르면 의료윤리지침의 개정마다 당시 사회와 의료계의 분위기가 반영되었다. 1997년 개정의 경우 의사의 가부장적 온정주의적 관점을 벗어나 환자와 의사를 동등한 동반자 관계로 설정하고, 환자의 알권리와 선택권 등을 강조하였다.

문제는 2006년이였다. 의사윤리선언을 폐지하는 대신, 의료윤리강령을 선언적인 의미를 가지는 ‘강령’과, 좀 더 구체적인 내용이 들어가는 ‘지침’의 체제로 구분하였다. 이에 따라서 강령에 들어있던 내용들을 의사윤리지침으로 옮기는 한편, 의사윤리지침은 78개 조항에서 30개로 축소하였다. 2006년의 의사윤리지침은 1997년에 있었던 윤리위원회도 폐지하였다. 정부권력에 의한

외부 규제에 강력하게 반대하면서, 동시에 내부에서 자율규제를 할 수 있는 장치도 없애버렸던 것이다.

박호진[3]은 “한 가지 예는 1997년 제정한 의협 의사윤리선언과 강령이다. 의사에게 환자 돌봄을 ‘삶의 본분’이라고 규정했다. 의사 개인들의 목표나 가치를 직업윤리에 끌어들었다. 이를 지키려면 의사들은 모든 희생을 감수해야 한다. 의사에게 직업은 삶이 아니라 ‘직업’의 본분이다...”라고 하면서, 그래서 “...권위적인 윤리선언을 폐지하고 나머지는 현재의 것으로 했다.”고 당시의 분위기를 전하고 있다.

이후 2010년 소위 ‘리베이트 쌍벌제’가 도입되었고 2013년에는 성범죄를 저지른 의료인의 의료기관 취업, 개설을 10년간 제한하는 내용이 포함된 아동 청소년의 성보호에 관한 법률(아청법) 개정안이 발효되었다. 이렇게 의료계를 옥죄는 외부로부터 각종 규제와 법안들이 속속 도입되는 이유 중 하나가 의사단체의 자율규제 부족이라는 반성과 함께, 새로운 지침에 이 부분을 담아내야 한다는 요청이 제기되었다. 이에 2017년 지침은 그동안 한국 의학교육계에서 논의되던 의학전문직업성(medical professionalism)을 수용하고, 의사들 스스로가 반드시 지켜야 할 윤리규범을 제시하고 그것을 자율적으로 지켜나가야 한다는 시대적 요구를 반영하여 개정하였다.

저자들은 2017년 의사윤리지침의 개정을 계기로 지침의 여러 조항들 중에서도 의학전문직업성 및 자율규제와 연관될 수 있는 조항들이 그동안 어떤 변화를 겪었는지를 살피면서, 의학전문직업성에서 말하는 자율규제는 어떤 것이어야 하는지를 논의하고자 한다.

## II. 의학전문직업성에서 자율규제의 역할

### 1. 의학직업전문성과 자율규제의 관계

한국의료윤리학회가 펴낸 의료윤리교과서에서는 전문직은 자신의 노동을 소비자나 정부 관료가 아닌 해당 직업의 구성원이 스스로 통제하고 관리하는 직업을 가리킨다고 소개하고 있다. 의료전문직은 사회가 필요로 하는 공동선(common good)인 환자의 건강 수호와 사회 전체의 보건 의료 향상을 안정적으로 공급하는 대신 반대급부로 업무의 자율성과 독점권 및 일정수준 이상의 지위와 보상을 받는다는 것이다. 이 때 의사라는 전문직단이 전문직 행위를 하면서 지키고자 하는 가치 및 신념 체계가 의학전문직업성이다 [4]. 이동의 등[5]은 의학전문직업성의 특성을 공식적인 교육과 수련 과정을 통해 습득한 지식을 전문적으로 가르치며, 사회로부터 부여받은 자율권을 가지고 만든 기준으로 스스로를 통제하며, 자신의 경제적인 이득보다는 공공을 위한 봉사를 의무로 갖는다고 하였다. 전문직 종사자는 윤리강령을 준수함으로써 자율규제의 특권 및 전문직에 대한 자율성을 사회로부터 부여받게 된다는 것이다.

권복규[6]는 동일한 질병이라도 다양한 증상을 보이는 환자들에게 동일한 처방을 반복할 수는 없으며, 해당 상황에서 옳다고 여겨지는 실천을 해야 하는 의학의 본질적 속성 때문에 전문가적 자율성이 요청된다고 설명한다. 하지만 의사가 갖는 자율성은 전문직 표준과 윤리의 제한을 받아야 하므로, 의료전문직의 표준을 제시하며 개별의사의 직무능력을 통제하는 자율규제는 의료전문직이 가져야 할 핵심 요소라는 것이다.

안덕선[7]은 전문직업성은 정의나 범주의 이론

적 영역이 아닌 사회적 실천과정이라고 주장한다. 그는 전문직업성에 대한 가장 간결하고 명료한 기술로 캐나다 퀘백주의학협회가 제안한, 임상적판단의 자유, 자율규제, 직무윤리를 3대 요소로 소개하고 있다.

이처럼 접근방법에 따라서 의학전문직업성에서 말하는 자율성은 전문적 봉사를 사회에 제공하는 보상으로 받는 것이라고 설명하기도 하고, 원래부터 의학에 내재해있는 본질적인 요소라고 규정하기도 한다. 실천적으로 의사단체에 의해서 정의되는 것이라고 보는 시각도 있다.

세계의사회의 2009년 「의료전문직이 주도하는 규제에 관한 마드리드 선언」에는 “의사들은 사회로부터 고도의 전문적 자율성과 임상적 독립성을 부여 받아 왔으며 그것이 있었기에 부당한 외부 압력을 배제하고 환자의 최선의 이익을 위한 의학적 권고를 이행할 수 있었다. 이러한 권리의 필연적 결과로서 의사들은 자율규제에 대한 끊임없는 책임을 지고 있다.”라고 명시되어 있다. 이상의 논의들을 종합해 볼 때 자율규제는 의사와 의사단체의 의무이자 권한인 동시에, 의학전문직업성을 구성하는 핵심 가치이다.

### 2. 자율규제를 둘러싼 논점들

자율규제(self-regulation)라는 용어는 보통 자율징계(self-discipline), 즉 단체가 지향하는 가치에 반하는 행동을 하거나, 단체가 정해 놓은 규범을 위반한 구성원을 징계하되, 이것을 외부에서 하지 않고 단체 내부에서 하는 것을 뜻한다.

그러나 현실적으로는, 전문가단체의 징계권한이 단체 고유의 배타적인 권한인지, 아니면 단체와 국가가 함께 권한을 나누어 행사하는지를 구분해서 다뤄 볼 필요가 있다. 또한 전문가단체가 구성원인 개인을 징계하는 것뿐 아니라 그들이

추구하는 핵심적인 가치를 개인 회원의 자기관리로 내면화(역시 self-regulation이다)하는 것까지 논의의 범위를 넓힐 수 있다.

전문가단체가 자율규제를 행사하려면, 먼저 추구하는 핵심가치를 명확하게 천명하고[8], 구성원들에게 이를 보급·교육하며, 어긋나는 행위를 한 구성원을 계도하고, 최종적으로는 징계처분을 내리는 일련의 체계가 필요하다. 징계는 이런 과정 중 최종 단계에 해당된다. 이처럼 자율규제를 자율징계에만 국한하지 않고 좀 더 폭넓게 해석해야 할 필요가 있다. 이런 관점에서 보면 전문가단체가 스스로 이런 체계를 만들어내고 유지하는 자율규제는 전문가단체와 전문직업성이 존재하기 위한 필수 요소이다.

자율규제의 최종단계인 징계의 권한에 대해서, 의사단체는 사실상 '배타적' 자율징계권을 요구하고 있고, 정부는 부정적인 입장을 취하고 있다. "협회가 알아서 징계를 할 테니, 정부는 관여하지 마라"는 의사들의 주장에 정부가 동의하지 않고 있는 것이다. 의사단체가 자율징계권한을 요구하는 논리는 전문성이다. 정부는 의료에 대한 전문성을 확보할 수 없기 때문에 전문가단체 스스로가 징계하도록 전적으로 위임해야 한다는 것이다.

이러한 주장에 대한 정부의 의구심은 현재 의사단체가 '제 식구 감싸기'를 넘어서 자율징계를 할 의지를 가지고 있는가 하는 것이다. 그 증거로 그동안 자율징계를 한 실적을 들고 있는데, 유감스럽게도 의사단체는 자율징계 능력을 입증할 만한 실적을 제시하지 못하고 있다. 김휘원과 김정아[9]에 의하면 의료법에서 중앙회의 장(長)에게 해당 의료인에 대한 자격정지 처분을 요구할 수 있는 권한을 명시한 2011년 이후인 2011~2015년 사이에 대한의사협회 중앙윤리위원회가 자격정지 처분을 요구한 건수는 2건에 불과했다.

이에 반해 같은 기간 동안 보건복지부장관의 행정처분은 3,231건에 달했다. 처분의 사유는 주로 의료법에서 정하고 있는 의료인의 품위손상인데, 김 등은 의료인의 품위손상 행위를 전문인 집단 내부의 가치판단에 의하여 자율적으로 전문직 규준에 의거하여 판단하도록 하지 않고 법률에 규정한 것은 문제라고 지적하였다[9]. 또한 2015년의 행정처분 1,592건 중에서 1,236건이 모두 리베이트 등 부당한 금품수수 행위라는 점을 들어 행정처분이 정부의 정책적 의지를 의료계에 관철하는 수단으로 사용된다는 의혹이 있음을 지적하였다.

의사단체는 미미한 자율징계 실적을 가지고 독점적인 징계권한의 위임을 요구하고 있으며, 정부는 아직은 징계할 능력이 없기 때문에 위임할 수가 없다는 논리와 함께, 이면에서는 의사단체를 통제할 수 있는 정책수단을 잃고 싶어하지 않는 형국이라고 하겠다.

이 지점에서 생각해 볼 수 있는 실용적인 해법은 의사단체의 독점적인 자율징계권의 확보가 아니라, 의사단체의 자율징계와 정부에 의한 자율징계의 병존이다. 사실 자율징계가 있다고 해서 자율징계가 무효가 되는 것은 아니다. 독점적 자율징계가 무효가 될 뿐이다(물론 타율적 징계가 너무 과도하면 의학직업전문성이 훼손되게 된다). 병존 상태에서 자율징계를 포함한 넓은 의미의 자율규제를 차근차근 확대해 나감으로써 자율징계가 차지하는 부분을 줄이는 것이 현실적인 대안이 될 수 있다.

자율규제를 논의할 때 항상 등장하는 주제 중 또 하나는 '제 식구 감싸기'이다. 한희진 등[10]은 의료전문직업성의 역사와 철학이라는 보고서에서 스티글러의 이론을 인용하여 정부가 전문가집단에게 규제를 맡길 경우 전문가 집단의 입맛대로 규제를 만들게 되며, 자신들의 이익을 극대화

하는 쪽으로 규제를 하는 현상이 생긴다고 하였다. 정부 관료가 직접 규제를 하더라도, 이들 또한 자신들의 이익을 극대화하는 방향으로 움직이기 때문에, 이런 현상은 피해갈 수 없다. 결국 어떻게 하든 제 식구 감싸기가 나타난다.

그러나 생각해 보면 노골적인 제 식구 감싸기가 문제지, 제 식구를 챙기지 않는 조직은 장기적으로 존속할 수 없다는 점 또한 명백하다. 그러므로 제 식구 감싸기를 막는 것을 최종 목표로 하는 정책은 바람직하지 않다. 이를 수용하되 그 한계를 정하고 이익이나 편의에 의한 규제가 아니라, 어떤 중심원리 혹은 정의(定義)에 의한 규제가 되도록 방향설정을 해야 self-regulation이 selfish-regulation으로 변질되는 것을 막을 수 있다. 한 등은 철학에서 해답을 찾고 있는데, 중심 개념으로 전문직의 충심(loyalty)을 제안하고 있다.

2006년 의사윤리지침에서는 윤리위원회 관련 항목을 전면 삭제했다. 지침만 가지고 말한다면, 자율규제뿐만 아니라 자율징계도 포기했다고 할 수 있다. 하지만 실제로는, 대한의사협회 정관에 중앙윤리위원회 설치와 운영에 대한 근거를 마련하여 중앙윤리위원회를 운영하였다. 2017년 의사윤리지침에서는 윤리위원회를 부활하면서, 윤리위원회의 목표가 징계에 있지 않고, 의료윤리 제고에 있으며, 국민의 건강권과 의사들의 진료권 신장에 이바지하기 위한 것이라는 점을 분명히 했다.

크루스(Cruess)와 크루스(Cruess) [11]는 의료전문직의 자율규제가 신뢰를 얻기 위해서는 역량의 유지, 문제 의사 식별과 적절한 조치, 이해상충의 관리가 필요하다고 하였다. 이 중에서 ‘문제의사 식별과 적절한 조치’는 집단적으로 역량을 유지하기 위한 구체적인 방편이므로 역량 유지의 하위 항목으로 포함시킬 수 있다. 저자들은 역량의 유지(의학적 수월성의 유지)를 위한 자율규제,

이해상충의 관리를 위한 자율규제를 중심으로 논의한 다음, 좋은 의료 환경을 만들지 못하면 이 모든 것이 실현 불가능하므로, 의료전문직은 의료환경의 조성에 대해서도 책임을 가져야 한다는 점을 지적하고자 한다.

### III. 의학적 수월성의 유지를 위한 자율규제

타인의 생명을 다룬다는 점에서 의사의 실력, 즉 수월성은 양보할 수 없는 가치이다. 의사가 수준 높은 지식과 술기를 갖추어야 한다는 것은 의학전문직업성이 요구하는 의무이기도 하다. 이런 목표를 달성하기 위해서 의사단체는 진료 지침을 정하고, 지침에 미달하는 회원을 계도하거나 징계해야 한다. 의사가 제공하는 의료는 그 효과가 과학적, 통계적으로 증명되어 환자에 이로운 행위라는 것을 전제로 하고 있다. 의학적으로 인정받지 않은 행위, 검증되지 않은 시험적인 기술을 개인적 경험만으로 시행하는 것은 동료 의사, 즉 의료단체가 좌시해서는 안 되는 것이다.

1997년 판에서는 의학적으로 인정받은 기술만을 행할 것, 시험적인 기술인 경우 반드시 관련 기구의 공식 승인을 거칠 것, 동료 보건의료인들이 의학적, 윤리적 오류를 범하는 경우 이를 알리고 바로 잡을 것 등으로 이러한 부분을 잘 정리해 두었다. 그런데, 2006년에는 관련 항목이 전체 삭제되었다. 2017년 개정판에서는 의학적으로 인정되지 않는 의료행위를 시행하는 동료에 대하여 이를 바로잡도록 노력해야 하는 당위와 의료기관, 의사회, 전문학회, 의사협회 윤리위원회에 고지할 의무가 명시되었다. 여기에 더해 제보자의 불이익이 없도록 보호할 의사협회의 의무까지 추가하였다<Table 1>.

동료 보건의료인의 의학적·윤리적 오류를 바

<Table 1> 의학적 수월성의 유지를 위한 자율규제

1997
제4조. 의사는 어떤 상황에서도 최고의 의학실력과 윤리수준으로 의술을 행함으로써 의사로서의 품위와 명예를 지킨다.
제5조. 의사는 의학적으로 인정받은 시술만을 행하며, 시험적인 시술인 경우에는 반드시 관련 기구의 공식적인 승인을 거친 뒤에 행한다.
제19조. 의사는 의학적으로 인정되지 않은 시술을 행하는 경우를 제외하고는 동료 보건의료인들의 의료행위에 대하여 비난하지 않는다.
제20조. 의사는 동료 보건의료인들이 의학적·윤리적 오류를 범하는 경우 그것을 알리고 바로잡아야 한다.
2006
제2조. 의사는 학문적으로 인정된 전문적 의학지식과 양심에 따라 진료를 하며, 상호간에 우애, 존경, 신의으로써 대하고, 품위와 명예를 지킨다.
2017
제4조(최선의 의료행위 및 교육이수)* ① 의사는 주어진 상황에서 최선의 의료를 시행하도록 노력하여야 한다. ② 의사는 새로운 의학 지식과 기술을 끊임없이 습득하고 연마하며, 그에 따르는 사회적, 윤리적 문제를 이해하고, 그 해결을 위하여 노력하여야 한다.
제7조(진료에 임하는 의사의 정신적, 육체적 상태) ① 의사는 마약, 음주, 약물 등으로 인하여 환자의 생명과 신체에 위해를 가져올 수 있는 상태에서 진료를 하여서는 안 된다. ② 의사는 자신의 정신적 또는 육체적 질병으로 인하여 환자의 생명과 징체를 위해를 가져올 수 있는 상태에서 진료를 하여서는 안 된다.
제23조(동료 의사의 잘못에 대한 대응) ① 의사는 동료 의사가 의학적으로 인정되지 않는 의료행위를 시행하거나 이 지침에서 금지하고 있는 행위를 하는 경우 그것을 바로잡도록 노력하여야 한다. ② 전 항의 노력에는 의료기관, 의사회, 전문학회 등의 윤리위원회나 대한의사협회 윤리위원회에 알리는 것이 포함된다. ③ 대한의사협회 등은 제보자가 불이익을 받지 않도록 보호하여야 한다.

\*의사윤리지침의 판에 따라서는 조항에 ()표시를 하고 제목을 붙인 경우도 있고, 제목 없이 기술한 경우도 있다. 제목을 붙인 경우에는 그대로 표시하였다. 판에 따라서 장으로 분리한 다음 조를 넣은 경우도 있고, 장 구분 없이 조를 나열한 경우도 있다. 장으로 구분한 경우에도 각 조의 번호는 연속적으로 붙여나가는 방식을 쓰고 있기 때문에 장은 빼고 조만 표시하였다.

로잡는 방법에는 직접적인 충고나 계도, 징계뿐만 아니라, 입장의 발표도 포함될 수 있다. 예를 들면 2016년 대통령 탄핵 과정에서 효과가 검증되지 않은 미용, 피로회복 주사가 공식적인 대통령 주치의도 모르는 경로를 통해서 사용되었다는 보도들이 쏟아져 나왔는데, 이것은 의료계가 적극적으로 입장 표명을 했어야 할 사안이었다. 안

타깝게도 이 사건은 1997년 판 의사윤리지침에 명시되었던, 근거 없는 치료를 금할 뿐 아니라 의학적 오류를 범하는 동료 의료인에 대한 시정 절차 등 관련 내용이 2006년 개정으로 사라진 이후에 발생하였다.

박형욱[12]은 회원 간 분쟁이 의사협회의 중앙 윤리위원회에 상정되는 경우가 많다는 점을 우려

하면서 의협의 윤리위원회가 회원 간의 정치적 분쟁을 철저히 배제하고 오로지 의료전문직의 핵심적 윤리를 확립하는 데 몰두할 것을 주문하고 있다. 단체의 명예를 떨어트리거나, 협회의 질서를 어지럽힌 회원, 회원 간의 친목을 해친 사람을 징계하는 것을 자율징계라고 착각해서는 안 된다. 그런 일은 어느 단체나 하고 있는 일이다. 그런 일을 하기 위해서 자율징계권을 달라고 한다면 설득력이 부족하다.

개념상 확실히 해 두어야 할 것은, 자율규제의 대상은 통상적인 의미에서의 비윤리적 행위에 국한되지 않고, 의도치 않았더라도 환자에게 해로울 수 있는 경우들을 포함해야 한다는 점이다. 위에서 기술한 것처럼 의학적으로 검증되지 않은 시술을 행하는 일뿐만 아니라, 행위자의 수행능력 또한 문제가 된다. 2017년 의사윤리지침에서는 의사가 자신의 정신적 또는 육체적 질병으로 인하여 환자의 생명과 신체에 위해를 가져올 수 있는 상태에서 진료를 하여서는 안 된다는 점을 분명히 하고 있다.

의사가 정신적·육체적 질병에 걸리는 것은 징계를 받아야 할 비윤리적인 행위가 아니다. 그러나 의학전문직업성이 요구하는 수준의 진료를 제공할 수 없는 상태라면, 회복될 때까지는 진료현장에서 물러나도록 규제(계도)해야 한다. 해당 의사의 건강상태가 적절한 진료를 행할 수준인지에 대한 판단은 기술적으로 전문성을 가진 의사단체 내부에서 할 수밖에 없다. 일정기간 면허를 정지시키거나 하는 등의 행정집행은 정부가 하더라도, 그 판단은 동료의사가 할 수밖에 없는 것이다.

과잉진료의 문제도 자율규제가 작동해야 하는 영역이다. 과잉진료라고 하면 병원의 수입을 얻기 위해 의도적으로 불필요한 진료를 하는 것만을 생각하지만, 과잉진료의 원인이 그렇게 단순

하지만은 않다. 그 사회가 선택한 의료시스템의 문제이거나 환자의 불합리한 요구에 의사가 영합하는 형태로 나타나는 과잉진료도 있다[13]. 환자중심이라고 하는 것은 환자의 사사로운 편의를 중심으로 하라는 것이 아니라, 적절한 의학적 적용증 안에서 환자를 위한 최선의 이익을 고려하라는 것으로 이해해야 한다. 의사 개인의 수준에서 내재화된 의학전문직업성의 가치를 실천하여 환자의 부당한 요구를 거절할 수 있도록 하는 것도 개인 차원의 자율규제이다. 물론 이것은 개인 의사 혼자 노력으로는 불가능하고, 의사 단체와 사회의 분위기가 조성되어야 한다.

이상의 논의를 요약하면, 자율규제의 범위는 의학기술의 수준과 의료행위를 하는 의사의 정신적 육체적 능력을 포함한다. 의사단체 차원의 자율규제뿐 아니라 의사 개인 차원의 자율규제가 강조되어야 하며, 의사단체의 질서유지 수준을 넘어 의학적 수월성의 유지를 최종 목표로 삼아야 한다. 비윤리적인 행위에 대한 자율징계는 당연히 자율규제의 범위 안에 들어간다.

#### IV. 이해상충의 관리를 위한 자율규제

의사의 이해상충은 진료, 연구, 교육 등 모든 분야에서 발생가능하다. 이 중 최근까지 우리 사회에서 가장 많은 지적을 받는 것 중의 하나가 제약회사와의 리베이트 문제이다. 리베이트의 사전적 의미는 지급한 상품의 용역의 대가 일부를 그 지급자에게 되돌려 주는 행위 또는 금액이다. 정당한 상거래 상황이라면 도덕적으로 문제될 것이 없으나, 의료계의 리베이트는 제약회사 혹은 의료기구 회사가 의사나 병원에 대가성으로 지급하는 일종의 뇌물로 취급 받는다.

리베이트의 비윤리성은 약값의 인상이나 보험재정의 손실이라는 관점보다는, 오히려 의사의

전문직업성에서 찾는 것이 옳아 보인다. 의료전문직은 자기가 가지고 있는 전문지식과 기술 때문에 자신의 이익뿐 아니라 환자의 이익도 통제할 수 있는 위치에 서게 된다. 따라서 이 점을 분명하게 인식하고, 환자의 이익이 침해되지 않도록 스스로 합당하게 자기를 관리(자율규제)하는 것이 윤리적 의무이다.

이런 접근법에서는 의사의 다른 이익추구 행위를 원칙적으로 금지하지는 않는다. 예를 들면 의사가 제약회사나 의료기기를 운영하고 있다고 해서, 사업과 진료 중 양자택일을 해야 하는 것은 아니다. 해당 의사가 자기 환자에게 이런 약제나 기구를 쓰려고 할 때는, 본인이 진료수입 외에 해당 약품이나 의료기로부터 수입을 얻고 있다는 점을 알려야 한다. 다른 약품이나 의료기와 비교할 수 있는 정보를 제공하고, 환자가 압력 없이 자유롭게 선택을 할 수 있는 권한을 주어야 한다.

1997년 의사윤리지침에는 치료약제와 진료기구의 선택과 이용에 관한 ‘부당한 대가’를 금하는

내용이 있었다. 적절한 진료비 이외의 금품이나, 치료약제와 진료기구의 선택과 이용에 관련된 대가는 부당하다는 것이다(1997년 23조). 2006년에는 이것이 환자에게 부당하게 ‘많은 진료비’를 요구하지 말라는, 단어는 비슷하지만 의미는 다른 조항으로 대체되었다. 2017년 개정에서는 ‘이해상충의 관리’ 개념을 도입하여 부당한 이득이 무엇인지를 분명하게 규정하고, 이를 금지하되, 후원이나 진료 이외의 다른 이윤추구 행위가 용납이 될 수 있는 조건도 제시하였다<Table 2>.

2010년 11월 도입된 소위 리베이트 쌍벌제(의료법 제23조 3 부당한 경제적 이익 등의 취득 금지)는 리베이트를 준 사람은 물론 받은 의료인도 벌금 또는 자격정지 처벌을 할 수 있게 하였다. 쌍벌제 규정이 합당한가 아닌가, 모든 리베이트를 법으로 처벌해야 하는가 등의 법리 논쟁은 논외로 하더라도, 그동안 의사 단체 스스로가 부당한 이득을 적극적으로 저지하려는 자정노력을 유지하였더라면, 리베이트 쌍벌제와 같은 법은 만들

<Table 2> 이해상충의 관리를 위한 자율규제

1997
제23조. 의사는 정당하지 않은 방법으로 경제적 이득을 취하여서는 안 된다. 의사는 특히 적절한 진료비 이외의 금품이나, 치료약제와 진료기구의 선택과 이용에 관련된 부당한 대가를 받아서는 안 된다.
2006
제13조(과잉진료 및 부당이득금지) ①의사는 환자에게 의학적으로 필요하지 아니한 진료행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위를 하여서는 아니 된다. ②의사는 환자에게 새로운 추가진료가 필요한 경우에는 환자에게 충분히 설명하고 그 동의를 받아야 한다.
2017
제29조(이해상충의 관리) ① 의사는 제약회사나 의료기기회사 등으로부터 진료약제와 의료기기 등의 채택 및 사용과 관련하여 금품과 향응 등 부당한 이득을 취해서는 안 된다. ② 의사는 제약회사나 의료기기회사 등으로부터 연구비나 국내외 학술대회와 관련된 후원을 받을 때 그 방법과 절차가 공정하고 공개적이어야 한다. ③ 의사는 자신이 직접 운영하거나, 운영에 관여하는 회사에서 생산하는 물품(의약품, 건강식품, 진료재료, 장비 등), 혹은 자신의 고안이나 특허를 이용하여 생산되는 물품을 자신의 진료에 사용하거나 광고할 경우, 자신이 이러한 행위를 통해서 이익을 얻고 있음을 공개해야 한다.

어지지 않았을 것이다.

나 정책의 변화에 대해 경계의 눈초리를 거두지 못한다. 명분은 있지만, 실행에 있어서는 의사들의 희생을 전제하는 경우가 많았고, 이에 대한 의사들의 저항을 집단 이기주의라는 말로 매도해왔기 때문이다. 정책의 설계자들은 의사의 희생

## V. 좋은 의료환경 조성에 대한 책임

우리나라 의사들은 정부가 시도하는 의료제도

<Table 3> 의료환경 조성에 대한 의료전문직의 책임

1997 (2001)*
1997
제6조. 의사는 자신의 양심과 전문적 판단에 따라 자유롭게 환자를 진료할 수 있어야 하며, 본연의 사명을 수행함에 있어서 국가와 사회로부터 법률 등에 의하여 보호받을 권리가 있다.
제21조. 의사는 지역사회, 국가, 인류사회와 그 구성원들의 생명 보전, 건강 증진, 삶의 질 향상을 위하여 최선의 노력을 다한다. 의사는 이를 위하여 인권, 환경, 노동조건 등에 대한 감시자가 되어 그 개선을 위하여 노력하여야 하며 바람직한 사회복지제도의 확립에 앞장서야 한다.
제22조. 의사는 국가와 사회의 의료비 남용과 낭비를 없애기 위하여 노력하는 동시에 적절한 의료비용이 보장되지 못함으로 인하여 환자와 국민의 생명과 거당이 위협받는 상태를 방지하여야 한다.
2001
제12조(의사의 직무 수행 보장) ① 의사는 의사로서의 양심과 전문적 판단에 따라 환자를 진료할 수 있어야 한다. 누구든지 의사의 정당한 직무 수행을 방해하여서는 아니된다. ② 의료기관은 고용된 의사가 의사로서의 양심과 전문적 판단에 따라 직무를 수행할 수 있도록 최대한 보호하고 지원하여야 한다. ③ 국가와 사회는 법률 등에 의하여 의사가 의사로서의 직무를 수행하는 것을 최대한 보호하고 지원하여야 한다.
제13조(최선의 의료환경 조성 노력) ① 의사는 국민의 건강을 위하여 정직한 의료제도, 충실한 의료설비, 정당한 의료수가 등 최선의 의료환경 조성을 국가와 사회에 요구할 수 있어야 한다. ② 국가와 사회, 그리고 의료기관은 의사의 의료행위에 대하여 정당하고 적절한 대우를 하여야 한다.
2006
제1조(진료권 및 직무수행 보장) 의사는 양심에 따라 학문적으로 인정된 진료를 하며, 의료행위와 관련하여 누구로부터도 일체의 부당한 간섭과 방해받지 아니한다.
제3조(제도개선 노력) 의사는 최선의 진료를 위하여 의료 관련 법령 제도, 정책 등을 개선하는 데 노력하여야 한다.
2017
제27조(의료자원의 적절한 사용) 의사는 보건의료분야에 적절한 자원이 투입되도록 노력하여야 하며, 투입된 의료 자원이 불필요하게 소모되지 않도록 노력하여야 한다.
제24조(의사의 사회적 책무) ① 의사는 지역사회, 국가, 인류사회와 그 구성원들의 생명 보전, 건강 증진, 삶의 질 향상을 위하여 최선의 노력을 다하여야 한다. ② 의사는 의료 자원의 편성과 배분에 능동적으로 참여하여 보건의료체계를 유지·발전시키는 데 기여하여야 하며, 사회의 안녕을 증진하고 미래 의료변화에 대응해야 한다.

\*1997년의 의사윤리강령을 좀 더 구체화한 것이 2001년의 의사윤리지침이다. 따라서 1997과 2001은 기초가 같다.

을 전제로 ‘그럴듯한 의료제도’를 내놓아 왔을 뿐, 제대로 된 예산이 반영된 ‘좋은 의료제도’는 내놓은 적이 없다는 것이 의료계의 평가이다.

‘병원수입=의사수입’이라는 전제로, 의사의 수입을 줄여도 의료제도는 유지될 것이라고 생각하는 것은, 현대의료가 대대적인 과학적 성과(의료설비, 각종 진단용 치료용 장비, 진단용 시약, 치료용 약품 등) 위에 세워진 것이며, 동시에 의사 한 사람의 개인 작업이 아니라 많은 사람들이 참여해야 가능한 팀워크라는 것을 이해하지 못하는 단견(短見)이다. 의사의 희생을 전제로 하는 ‘그럴듯한 의료제도’는 의사만을 건드리는 것이 아니라, 의료체계가 서 있는 발판을 흔드는 일이다.

1997년의 의사윤리강령은 의사가 이 사회에 대해 바른말을 하며 비판적인 눈을 가지고 사회를 감시하는 ‘지식인’임을 선언한 바 있다. 그러기 위해서 의사는 국민의 건강을 위하여 적절한 의료제도, 충실한 의료설비, 적절한 의료수가 등 최선의 의료환경 조성을 국가와 사회에 요구할 수 있어야 할 뿐만 아니라, 인권, 환경, 노동조건 등에 대한 감시자가 되어 그 개선을 위하여 노력하여야 하며, 바람직한 사회복지제도의 확립에 힘써야 한다고 하였다. 의료행위는 생명을 지키는 일이라는 나름의 자부심이 있었고, 국가가 이러한 환경을 조성해 줄 것이라는 믿음도 있었던 것이다. 그러나 2000년 의약분업 등 일련의 사태를 겪으면서 이러한 자부심과 신뢰는 무너지게 된다.

2006년 개정판에서는 제1조에서 부터 의사는 양심에 따라 학문적으로 인정된 진료를 하며, 의료행위와 관련하여 누구로부터도 일체의 부당한 간섭과 방해받지 아니한다고 명시함으로써 가중되는 외부로부터의 압력에 대항에서 의사들의 권익을 지키겠다는 결연한 의지를 내보이고 있다. 당연히 2006년 판은 사회에 대한 책임보다는 의사의 권익이 더 강조되었다.

2017년 개정판의 기초는 1997년 판과 유사하다. 다만 의사가 사회 전반에 걸쳐서 지식인의 역할을 해야 한다는 입장은 철회했으며, 의료자원과 제도에 대한 입장을 보다 명확하게 기술하였다. 투입된 의료자원이 불필요하게 소모되지 않도록 관리하는 역할을 넘어서, 의료자원의 편성과 배분에 능동적으로 참여하여 보건의료체계를 유지·발전시키는 데 기여해야 한다고 하였다. 의료수가 인상에 매몰되었던 과거와는 달리, 최적의 의료제도를 만들도록 나서는 것이 의사의 의무라고 천명한 것이다<Table 3>. 여기에 필요한 투자는 의사가 져야 할 부담이 아니라 정부의 책임이 된다.

권복규[14]는 현재의 상황에 대해 흥분된 어조로 “의사가 의사답게 살아가기 위해서, 치열한 경쟁 속에서 일개 자영업자처럼 막다구니를 쓰며 살지 않기 위해서, 정부나 국가의 거칠고 미숙한 개입을 막고 보건의료의 주체로 떳떳하게 서기 위해서”는 전문직업성을 확립해야 한다고 주장한다. 물론 이것은 일개 개인이 감당할 일은 아니므로, 조직화된 의료, 전문직업성을 추구하는 의사단체에서 그 답을 찾아야 한다고 주장한다. 최보문[15]은 불합리한 제도와 환경을 고려하지 않고 전문성 실천의 책임을 오로지 개인에게만 둔다면 “이상을 꿈꾸다가 현실에 좌절하는 의사에게 선언문은 자기혐오와 죄책감을 안겨줄 뿐”이라고 지적하였다. 개인이 의료서비스에 접근할 권리를 가진다면, 그 개인은 의료재정에 기여할 책임이 있고, 또한 의료서비스를 남용하지 말고 적절하게 사용할 의무도 함께 져야한다는 것이다. 여기서 표현되는 개인은 개별 환자일 뿐 아니라 사회나 국가, 정부로도 해석이 되어야 한다.

코헨(Cohen) 등[16]은 의학전문직업성의 실천을 방해하는 구조적인 장애들은 의사의 통제 밖에 있기 때문에, 의료-사회 간의 연대가 시급하다

고 주장한다. 그렇게 하는 데 실패하면 의사-환자 관계는 물건을 사고파는 것과 같은 거래관계로 전락할 위험이 있고, 일단 의사들의 윤리적 규범이 무너지고 난 다음에는 회복이 불가능하리라는 것이다. 정유석[17]도 의료 정책의 중요성에 대해 언급하면서, 만일 의료제도가 많은 환자를 보아야만 병의원이 운영되는 경쟁적인 제도를 고집한다면, 이러한 경쟁에서 우월한 위치를 차지하려는 기업가형의 의사들이 출현하는 것을 막을 수는 없을 것이라고 하였다.

지금 의료현실에서 과거 1997년도의 정서처럼 의사들이 소명의식을 가지고 진료에 충실하기만 하면 정부나 국가가 뒤를 받쳐줄 것이라는 기대는 더 이상 할 수 없다. 결국 좋은 의료 환경을 조성하는 책임, 혹은 좋은 의료 환경을 조성하도록 촉구하는 책임을, 의사개인과 의사단체가 자신들의 소임으로 인식하고 먼저 행동에 나서는 것이 하나의 해법이 될 것이다. 그러자면 의사단체 쪽에서 먼저 적극적으로 좋은 의료제도를 연구·설계하고 그 집행을 정부에 요구해야 한다. 지금까지처럼 정부가 먼저 설계를 내놓고 의사단체가 거기에 대항해서 저항을 하는 구조를 답습해서는, 좋은 의료제도는 물론 의학전문직업성이 추구하는 자율성, 자율규제의 획득은 요원할 것이다.

## VI. 글을 닫으며

근대 이후 의사는 대표적인 전문가이며, 전문가가는 상당수준의 지적, 도덕적 수준을 요구 받는다. 오랫동안 의사들은 그들이 속한 사회에서 치료 전문가라는 역할을 감당해 왔다. 지금까지 사회가 변함에 따라 의사사회의 의식도 바뀌었으며, 그것이 의사윤리강령, 의사윤리지침에 반영이 되어왔다는 것을 살펴보았다.

사회가 세대교체를 하는 것과 마찬가지로 의

료계 내부도 세대교체가 일어난다. 최보문[15]은 의사의 스타일을 몇 가지로 구분하였다. 이타주의와 헌신을 중시하며 상업주의를 배격하는 의사를 전통적 의사, 상업주의를 적극적으로 수용하면서 의료를 상품으로 취급하는 의사를 사업형 의사, 자기 속도에 맞춰 일하기를 선호하며 이타주의보다는 정직한 진료를, 개인의 희생보다는 성실함에 가치를 두는 의사를 라이프스타일 의사라고 명명했다[15]. 최의 구분이 사회학적으로 옳은가 그른가를 떠나 다양한 가치관을 가진 다양한 의사들이 공존하고 있는 것만은 사실이다.

그러나 의사사회에 이런 원심력만 작용하고 있는 것은 아니다. 모든 세대에 걸쳐 의대 지원자는 비슷한 이유로 의학을 선택하기 때문에, 의료계에는 각 세대를 강력한 공동체로 뭉치게 만드는 가치들이 구심력으로 작용하고 있다[18]. 그동안 의과대학의 윤리교육에서 강조해 왔고, 2017년 의사윤리지침에 반영이 된 의학전문직업성이 전통적 의사나 라이프스타일 의사들에게 공감을 얻고, 사업형 의사를 계도하는 또 하나의 구심력 역할을 할 수 있을지, 그렇게 되려면 어떤 노력들이 필요할지를 고민해야 할 때이다.

2017년 개정된 의사윤리지침은 의학전문직업성에 대한 요구를 수용해서 만들어진 것이다. 그렇지만 역사적으로 볼 때 국가차원의 제도정비를 통하여 전문직이 형성된 한국사회에서는 전문직업화 과정이 충분치 않았기 때문에[19], 전문직의 자율규제에 관한 인식이 낮다. 단체의 명예를 훼손하는 행위나 질서를 어지럽히는 행위, 친목을 해치는 행위 등을 규제하는 것은 어느 단체라도 하는 일이다. 의료전문직의 자율규제는 그런 조직 유지를 위한 규제의 차원을 넘어서야 하며 궁극적으로 의학전문직업성이 제대로 발현되는 의료환경을 추구해야 한다. 외부로부터의 규제와 법령에 저항하고 투쟁하는 수준을 넘어, 능

동적으로 의료계 현안에 대해 해결책을 제시하고 다가올 미래를 위한 정책을 내놓아야 한다.

그동안 국가의 성장과 함께 의료제도 엄청난 양적 질적 성장을 해왔다. 그렇게 하는 사이에 제 때 해결하지 못한 문제들도 누적되었다. 1, 2, 3차 의료기관이 환자를 놓고 경쟁하는 영성환 의료진 달체계, 진료비 할인제도 수준의 국가 건강보험에 만족하지 못한 환자들의 실손보험 가입과 이로 인한 진료 현장의 왜곡, 의대를 우수한 성적으로 졸업한 똑똑한 젊은 의사들이 응급 없고 당직 없는 편안한 전문과로만 몰리는 현상 등, 모두 하나같이 사회적 뿌리를 가진 것이며, 의료계가 혼자 책임지거나 해결할 수 있는 문제들이 아니다. 그렇지만 해결의 시작은 의료계가 해야 한다.

의사윤리지침의 내용은 단지 선언용에 그쳐서는 안 될 것이다. 제정과 개정의 주체인 의사협회가 중심이 되어 윤리지침의 내용들을 현장에 반영시키기 위한 노력을 해야만 한다. 다행히 2012년 한국의과대학·의학전문대학원협회에서 제시한 기본의학교육 학습성과에 따르면 의과대학생은 “진료상황에 맞는 의사협회의 의료인 윤리규정을 알고 일상 진료에서 규제와 법적 제한을 지킬 수 있다”고 명시한 바 있다[20]. 즉, 의과대학생의 윤리 교육에서 의사윤리강령과 지침을 가르쳐야 한다는 목소리가 있어왔던 것이다. 2017년 의사윤리지침 개정판의 말미에 “우리 의사는 위의 의사윤리강령을 자유의사에 따라 성실히 이행할 것을 엄숙히 선서한다.”는 문장이 추가된 것도 주목할 만한 일이다. 또한 윤리지침은 컴퓨터로 치면 소프트웨어 같은 것이기 때문에, 계속 업데이트되어야 한다[21]. 따라서 일회성 개정에 안주할 것이 아니라, 시대의 흐름에 맞추어 정기적인 업데이트가 필요하며 이를 구현하려는 실천적 노력이 함께 해야 할 것이다. ☉

## REFERENCES

- 1) Prakash UB. Sushruta of ancient India. Surg Gynecol Obstet 1978 ; 146(2) : 263-272.
- 2) 김옥주, 박윤형, 현병기. 한국의사윤리지침 및 강령의 연혁과 개정내용. 대한의사협회지 2017 ; 60(1) : 8-17.
- 3) 박호진. 한국 개원의사들에서 의학직업전문성의 의미. 한국의사협회지 2011 ; 54(11) : 1154-1163.
- 4) 한국의료윤리학회 편. 의료윤리학. 서울 : 정담미디어, 2015 : 69-84.
- 5) 이동익, 김수정, 최숙희. 의학 비전문직업성, 탈전문화와 덕 윤리. 한국의료윤리학회지 2011 ; 14(4) : 410-412.
- 6) 권복규. 한국 의과대학과 대학병원에서의 의학직업전문성의 의미. 대한의사협회지 2011 ; 54(11) : 1146-1153.
- 7) 안덕선. 한국 의료에서 의학전문직업성의 발전과정. 대한의사협회지 2011 ; 54(11) : 1137-1145.
- 8) American Medical Association. Code of Medical Ethics. Chicago : American Medical Association, 2017 : 137-152.
- 9) 김희원, 김정아. 한국에서의 의사 자율규제 현황과 발전방안. 대한의사협회지 2016 ; 59(8) : 602-611.
- 10) 한희진, 임기영, 안덕선 등. 의료전문직업성의 역사와 철학: 자율성과 자율규제의 의미에 관하여. 의료정책연구소 연구보고서 2016-03 : 109-112.
- 11) Cruess SR, Cruess RL. The medical profession and self-regulation: a current challenge. Virtual Mentor 2005 Apr 1 [Epub]. <http://virtualmentor.ama-assn.org//2005/04/oped1-0504.html>
- 12) 박형욱. 대한의사협회와 자율규제. 대한의사협회지 2016 ; 59(8) : 564-567.
- 13) 정유석, 박석건. 무엇이 과잉진료를 부추기는가? 한국의료윤리학회지 2016 ; 19(3) : 375-389.
- 14) 권복규. 전문직 윤리로서의 의료윤리-의사다움이란. 대한소화기학회지 2012 ; 60(3) : 135-139.
- 15) 최보문. 현대 의학전문직업성: 역사적 배경, 개념변화, 선언문 비판. 대한의사협회지 2011 ; 54(11) : 1124-1136.
- 16) Cohen JJ, Cruess S, Davidson C. Alliance between society and medicine. JAMA 2007

- ; 298(6) : 670-673.
- 17) 정유석. 의사의 프로페셔널리즘과 진료자율권. 한국의료윤리교육학회지 2004 ; 7(2) : 141-150.
  - 18) 최숙희, 이명진, 노현재 공역. 의학직업전문성 교육. 서울 : 광연재, 2017 : 157-172.
  - 19) 안재현. 치과의사 윤리의 맥락. 한국의료윤리교육학회지 2004 ; 7(2) : 167-175.
  - 20) 유상호. 의사윤리 개정의 필요성과 개정방향. 의료정책포럼 2014 ; 12(4) : 114-121.
  - 21) 허소윤. 한국, 미국, 영국 치과의사 윤리강령 비교연구. 한국의료윤리학회지 2017 ; 20(2) : 152-162.

# Revisions to the Korean Medical Association's Code of Ethics and Self-Regulation Based on Medical Professionalism

PARK Seokgun\*, CHEONG Yooseok\*\*

## Abstract

In 2017, the Korean Medical Association (KMA) revised its Code of Ethics at the request of the Korean Society for Medical Education. Through this revised Code, which incorporates the concept of medical professionalism, the KMA hopes to strengthen and improve its self-regulatory powers. This article examines different aspects of self-regulation and explores the connection between self-regulation and medical professionalism. Using the examples of maintenance of competency and the management of conflict of interests, it is argued that medical professionalism is the goal of self-regulation. Additionally, since medical professionalism cannot be implemented through the efforts of individual doctors or even medical institutions without broader social support, it is suggested that society as a whole should be fully informed of the importance of self-regulation and medical professionalism.

## Keywords

codes of ethics, self-control, professionalism, conflicts of interest

---

\* Department of Nuclear Medicine, College of Medicine, Dankook University

\*\* Department of Family Medicine, College of Medicine, Dankook University: *Corresponding Author*