

대한의사협회 의사윤리지침과 미국의사협회 의료윤리규약의 비교·분석

박형욱¹

요약

대한의사협회 의사윤리강령과 의사윤리지침은 우리나라에서 의사의 직업윤리에 대한 기준을 대표한다. 2017년 대한의사협회는 의사윤리강령과 의사윤리지침을 개정하였다. 이 연구에서는 대한의사협회 의사윤리지침과 미국의사협회 의료윤리규약의 세부 내용을 비교하였다. 비교 결과, 대한의사협회 의사윤리지침의 개정에 반영할 수 있는 일곱 가지 사안은 다음과 같다. 첫째, 의사의 윤리적 의무는 환자의 권리에서 출발한다는 인식의 전환이 필요하다. 의사윤리지침에 환자를 주어로 하여 환자의 권리를 명확하게 표현할 필요가 있다. 둘째, 환자의 자기결정권에 대한 분명한 선언이 필요하다. 셋째, 동의능력 없는 소아 환자와 동의능력이 있는 미성년 환자를 구별해야 한다. 넷째, 비임상적 역할을 하는 의사를 위한 윤리적 기준도 필요하다. 다섯째, 방역과 관련하여 제기되는 윤리적 문제에 대한 기준이 필요하다. 여섯째, 의료 감정과 관련된 윤리적 기준이 필요하다. 일곱째, 의사윤리지침의 전체 체계와 구성에 있어 몇 가지 수정이 필요하다. 회복 불능 환자의 진료중단과 연명의료, 안락사 등 금지가 서로 다른 장에 배치되어 있어 개정이 필요하다. 의사윤리지침의 문제점을 확인하고 이를 지속하여 개선해 나가기 위해서는 대한의사협회 내에 이를 담당하는 조직과 절차가 마련되어야 한다.

색인어

의사윤리지침, 자율규제, 전문직업성, 환자의 권리, 사전동의

투고일: 2021년 11월 7일, 심사일: 2021년 11월 9일, 게재확정일: 2021년 12월 6일

1 단국대학교 의과대학 인문사회의학교실, 부교수. e-mail: hywopark@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7049-7812>

I. 서론

환자와 의사의 관계는 현대적 의미에서 계약 관계지만 그 근본은 신뢰 관계다. 의사를 의사이게 하는 것, 환자로부터의 신뢰를 가능하게 하는 것은 의사의 직업윤리다. 물론 환자가 의사의 직업윤리를 세세하게 알 수는 없다. 하지만 환자는 자신을 인격의 주체로 존중하는 직업윤리가 몸에 밴 의사를 신뢰한다.

많은 나라의 의사단체는 자신들의 직업윤리를 대표하는 규정을 발전시켜 왔다. 우리나라에서는 1961년 대한의학협회¹⁾가 처음 의사윤리를 제정하였다. 이는 여러 차례 개정과 변화를 겪었고 2017년 대한의사협회는 11년 만에 의사윤리강령과 의사윤리지침을 개정하였다[1,2]. 물론 의사윤리지침이 새롭게 만들어졌다고 해서 모든 의사가 그 기준을 엄격하게 지킬 것이라고 기대할 수는 없다. 만드는 것과 준수하는 것은 전혀 다른 문제이기 때문이다. 의과대학 교육에서 관련 내용을 교육해야 하고 의료현장에서 의사윤리지침이 규범력을 가질 방법을 모색해야 한다[3,4]. 다만 의사윤리지침에는 부족한 부분이 있고, 보완해야 할 부분이 있을 것이다.

의사윤리지침에서 부족한 부분을 찾아 그것을 보완하기 위해서는 두 가지 방법을 사용할 수 있다. 우선, 과거의 사건과 과거의 의료윤리적 쟁점들, 그리고 그 변화를 추적해 보는 방법이 있다. 그 과정을 통해 오늘 의사윤리지침이 어떠한 위치에 있는지에 대한 통찰을 얻을 수 있다. 그리고 앞으로 의사윤리지침이 나아갈 방향을 찾을 수 있다. 또 한 가지 방법은 동시대 다른 나라의 의료

윤리규정과 비교해 보고 그 차이점을 규명해 보는 것이다.

사회마다 법과 관습, 그리고 의사와 환자의 관계가 다르다. 따라서 외국의 의사윤리규정이 우리 사회에서도 정답이라고 단정할 수는 없다. 하지만 우리 사회보다 먼저 의사가 지켜야 하는 윤리 기준을 만들고 보완해 온 다른 나라의 경험은 의사윤리지침을 개선하는 과정에 큰 도움이 될 것이다.

성문화된 의료윤리규약의 역사가 오래된 영국은 GMC(General Medical Council)에서 “좋은의료행위지침(Good Medical Practice, GMP)”을 제정한다. GMC는 민간 전문가단체인 영국의사협회(British Medical Association)와 구별되는 공적 조직이다. 반면 민간 전문가단체인 미국의사협회(American Medical Association)는 민간 전문가단체인 대한의사협회와 성격이 비슷하다. 따라서 아래에서는 두 나라의 의사협회가 만든 가장 최근의 윤리기준인 2017년 대한의사협회 의사윤리지침과 2021년 기준 미국의사협회 의료윤리규약(AMA Code of Medical Ethics)의 세부적 내용을 비교·분석해 보고자 한다.

II. 대한의사협회 의사윤리지침과 미국 의사협회 의료윤리규약의 비교²⁾

대한의사협회의 윤리규정은 의사윤리강령과 의사윤리지침으로 구성되어 있다. 의사윤리강령은 10개의 의사윤리원칙을 선언하고 있으며 이보다 구체적인 의사윤리지침(이하 ‘KMA 지침’이라

1) 대한의사협회의 전신이다. 현 대한의학회와 구별된다.

2) 미국의사협회 의료윤리규약 “의견”이 정확한 표현이지만 편의상 “의료윤리규약” 혹은 “AMA 규약”이라고 지칭한다.

고 함)은 총 8장 45조로 구성되어 있다. 이러한 형태는 미국의사협회 의료윤리규약(AMA Code of Medical Ethics)과 비슷하다.

미국의사협회 의료윤리규약은 9개의 의료윤리 원칙(Principles of Medical Ethics)과 그에 대한 의견(Opinions)으로 구성되어 있다. 의료윤리규약은 1847년에 상세한 윤리적 기준을 기술하는 형태로 출발하였다. 그후 1957년에 의료윤리규약은 윤리적 기준의 핵심을 10개의 원칙(Principles)으로 요약하고 이에 대한 해석은 법제위원회(Judicial Council)에 맡기는 형태로 변경되었다. 이후 윤리 법제위원회(Council on Ethical an Judicial Affairs)는 법제위원회(Judicial Council)의 임무를 이어받아 해석을 발전시켜 의견(Opinions)으로 정립하였다[5]. 현재 미국의사협회 의료윤리규약은 9개의 원칙(Principles)과 이에 대한 166개의 의견(Opinions)으로 구성되어 있다.

개개의 의견(Opinions)은 9개의 의료윤리원칙을 주제에 따라 구체적으로 해석한 것으로서 법조문의 형태와 달리 상당히 길다. 2021년 11월 5일 현재 의료윤리규약(이하 ‘AMA 규약’이라고 함)에는 총 166개의 의견이 있는데 이는 11개의 장으로 구별되어 일련번호가 붙어 있다. 일부 장에서는 ‘절’이라고 표현하지는 않았지만, 개별 의견을 범주별로 모아서 일련번호를 달리하고 있다.

예를 들어, AMA 규약의 제3장은 프라이버시, 비밀보호, 진료기록의 세 범주로 구별되어 있다. 프라이버시에 관한 의견은 번호가 3.1부터 시작하고 비밀보호에 관한 의견은 번호가 3.2부터 시작하고, 진료기록에 관한 의견은 번호가 3.3부터 시작한다.

그리고 프라이버시에는 의료에서의 프라이버시 보호(3.1.1), 임상 현장에서의 환자 프라이버시 및 외부 관찰자(3.1.2), 의학 교육을 위한 환자 녹음 또는 녹화(3.1.3), 대중 교육을 위한 환자 녹

음 또는 녹화(3.1.4), 미디어와의 관계에서의 전문성(3.1.5)이라는 의견이 차례로 나열되어 있다. 비밀보호에는 비밀보호(3.2.1), 사망 환자 비밀보호(3.2.2), 회사에 고용된 의사 및 독립 의료 심사자(3.2.3), 데이터 수집 회사의 진료기록 접근(3.2.4)이 포함되어 있다. 그리고 진료기록에는 진료기록 관리(3.3.1), 전자 의무기록과 비밀보장(3.3.2), 전자 의무기록의 보안 위반(3.3.3)이 포함되어 있다.

서술의 편의상 3.1.로 시작하는 부분은 제3장 제1절로, 3.2로 시작하는 부분은 제3장 제2절로, 3.3으로 시작하는 부분은 제3장 제3절로 지칭한다. 다만 AMA 규약의 제5장, 제8장, 제10장은 절에 해당하는 부분이 따로 없다. 예를 들어, AMA 규약의 제10장 전문가 간 관계의 윤리는 바로 비임상 역할 의사를 위한 윤리지침(10.1)으로 시작하여 협력 치료(10.8)로 끝난다.

KMA 지침과 AMA 규약의 비교를 위해 KMA 지침의 구조를 바탕으로 윤리 영역을 1) 환자 진료의 기본적 윤리, 2) 보건의료인 간 윤리, 3) 지역사회 건강에 대한 윤리, 4) 의료 재정 및 제공에 대한 윤리, 5) 분야별 의료윤리, 6) 자율규제의 윤리로 구별하였다. 대체로 KMA 지침의 장 구분을 반영하여 윤리 영역의 제목을 선정하였다.

다만 KMA 지침 제4장 “의사의 사회적 역할과 의무”는 너무 광범위해 AMA 규약의 구별을 참조해 “지역사회 건강에 대한 윤리”와 “의료 재정 및 제공에 대한 윤리”로 그 영역을 나누었다. 주제별로 구분하면 더 명확한 비교가 가능하기 때문이다. 그리고 자율규제의 윤리는 AMA 규약의 제목을 참조했다. 자율규제라는 제목이 윤리위원회보다 해당 주제를 더 명확히 표현하기 때문이다. 아래에서는 AMA 규약을 ‘절’ 단위로 묶어 특징을 분석하고 이에 해당하는 KMA 지침의 관련 조항과 비교하여 분석하였다.

III. 환자 진료의 기본적 윤리 영역 비교

1. AMA 규약 제1장 환자-의사 관계의 윤리와 KMA 지침의 관련 영역 비교

AMA 규약 제1장 환자-의사 관계의 윤리는 제1절 의사와 환자의 책임과 제2절 환자-의사관계의 특수문제로 구성되어 있다.

1) AMA 규약 제1장 제1절 의사와 환자의 책임

AMA 규약 제1장 제1절 의사와 환자의 책임에는 환자-의사 관계(1.1.1), 잠재적 환자(1.1.2), 환자의 권리(1.1.3), 환자의 책임(1.1.4), 환자-의사 관계 종료(1.1.5), 의료의 질(1.1.6), 의사의 양심(1.1.7), 안전한 환자 퇴원을 위한 의사의 책임(1.1.8)이 있다.

AMA 규약은 환자의 권리와 환자의 책임을 분명하게 선언하고 있다. 특히 환자의 권리(1.1.3)는 ‘환자’를 문장의 ‘주어’로 하여 어떠한 권리가 있는지를 명확히 하고 있다. 환자는 ① 존중받아야 하며 환자의 필요에 대하여 적기에 책임 있는 관심을 받을 권리를 가지고, ② 의사로부터 정보를 받을 권리, 치료를 포기할 때의 위험, 편익, 비용을 포함하여 치료의 위험, 편익, 비용에 대해 의사와 상의할 권리를 가지고, ③ 환자의 상태와 권유 받은 치료에 대하여 질문할 수 있는 권리를 가지고, ④ 의사가 권유한 치료에 대해 결정할 권리를 가지고, ⑤ 의료진으로부터 프라이버시와 비밀을 보장받을 권리를 가지고, ⑥ 진료기록 사본을 받을 권리를 가지고, ⑦ 2차 의견을 받을 권리를 가지고, ⑧ 의사가 가지고 있을 수 있는 이해충돌에 대해 조언을 받을 권리를 가지고, ⑨ 치료의 연속성에 대한 권리를 가진다고 명시하고 있다. 환자의 권리(1.1.3)는 1990년 “환자와 의사 관계의 기

본적 요소”라는 제목으로 추가되었는데 이때부터 환자를 주어로 하고 있다. AMA 규약의 환자의 안전한 퇴원을 위한 의사의 책임(1.1.8)은 2017년 이후 추가된 내용이다.

반면 KMA 지침은 ‘의사’를 문장의 ‘주어’로 하여 환자의 권리를 보장하여야 한다고 서술하고 있다. 예를 들어, KMA 지침 제15조(환자의 알 권리와 의사의 설명의무) 제1항은 의사는 긴급한 경우나 환자에게 기타 특별한 상황이 없는 한, 진료를 시행함에 있어서 질병상태, 예후, 치료의 필요성, 의료 행위의 내용, 효과, 위험성 및 후유증 등에 대하여 설명하여야 한다고 규정하고 있다. KMA 지침이 말하는 환자의 권리에는 환자의 선택권(제13조), 환자의 알 권리(제15조) 등이 있다. KMA 지침은 AMA 규약의 ⑦ 2차 의견을 받을 권리, ⑧ 의사가 가지고 있을 수 있는 이해충돌에 대해 조언을 받을 권리는 거론하지 않고 있다. AMA 규약 의사의 양심(1.1.7)은 포괄적이긴하나 KMA 지침 제18조(응급의료 및 이송)와 유사한 취지를 담고 있다.

2) AMA 규약 제1장 제2절 환자-의사 관계의 특수 문제

AMA 규약 제1장 제2절 환자-의사 관계의 특수 문제에는 자신 또는 가족 치료(1.2.1), 환자의 차별적·파탄적 행동(1.2.2), 상담, 의뢰 및 2차 의견(1.2.3), 진료실 참관인의 이용(1.2.4), 스포츠 의학(1.2.5), 작업장 관련 및 독립 의료 심사(1.2.6), 신체억제대의 사용(1.2.7), 환자의 선물(1.2.8), 원격 감지 및 모니터링 장치의 사용(1.2.9), 의사의 정치적 행동(1.2.10), 진료에서의 윤리적으로 건전한 혁신(1.2.11), 원격의료 윤리(1.2.12), 의료 관광(1.2.13) 조항이 있다.

KMA 지침 제12조(환자의 인격과 사생활 존중)

제3항은 의사는 성적으로 수치심을 느낄 수 있는 신체 부위를 진찰할 때 환자가 원하는 경우 제3자를 입회시켜야 한다고 규정하고 있다. 이는 AMA 규약의 진료실 참관인의 이용(use of chaperones) (1.2.4)에 해당한다. 이 조항 외에 KMA 지침에는 AMA 규약 제1장 제2절에 해당하는 내용은 없다. AMA 규약의 의료 관광(1.2.13)은 2017년 이후 추가된 내용이다.

2. AMA 규약 제2장 동의, 의사소통 및 의사결정의 윤리와 KMA 지침의 관련 조항 비교

AMA 규약 제2장 동의, 의사소통 및 의사결정의 윤리는 제1절 사전동의 및 함께 하는 의사결정, 제2절 미성년 환자를 위한 결정, 제3절 환자와의 소통으로 구성되어 있다.

1) AMA 규약 제2장 제1절 사전동의 및 함께 하는 의사결정

AMA 규약 제2장 제1절 사전동의 및 함께 하는 의사결정에는 사전동의(2.1.1), 의사결정능력이 없는 성인 환자를 위한 결정(2.1.2), 환자에게 정보 제공 보류(2.1.3), 임상에서의 위약 사용(E-2.1.4), 검사결과 고지(2.1.5), 수술 의사 변경(2.1.6)이 있다.

AMA 규약의 사전동의(2.1.1)에 따르면 의사가 가장 먼저 해야 할 일은 환자에게 의학 정보와 치료의 함의를 이해할 수 있는 능력과 독립적이며 자발적으로 결정할 수 있는 능력이 있는지를 판단해야 한다. 만일 환자에게 의사결정능력이 없으면 의사는 가장 먼저 환자를 대신하여 결정할 수 있는 합당한 대리인을 찾아야 한다. AMA 규약은 필요하면 윤리위원회의 자문을 받으라고 규정하고 있다.

반면 KMA 지침 제11조(의사와 환자의 상호 신뢰) 제3항은 의사는 환자가 본인의 의사를 표명하기 어려운 심각한 정신질환이나 의식불명의 상태인 경우, 가족 등 환자 대리인의 의사와 판단을 존중하되, 환자의 평소 의사와 이익이 최대한 존중되고 보장되도록 노력하여야 한다고 규정하고 있다. KMA 지침과 AMA 규약의 취지는 비슷하지만 사전동의를 얻기 위해서는 환자에게 ‘의사결정능력’이 있는지를 먼저 판단해야 한다고 서술한 AMA 규약이 더 분명하다. 의사가 어떤 행위를 먼저 해야 하는지를 명확하게 알려주기 때문이다. KMA 지침에는 필요하면 윤리위원회의 자문을 구하라는 내용은 포함되어 있지 않다. 또한, KMA 지침에는 위약 사용에 대한 내용도 언급되어 있지 않다.

2) AMA 규약 제2장 제2절 미성년환자를 위한 결정

AMA 규약 제2장 제2절 미성년환자를 위한 결정에는 소아과에서의 의사결정(2.2.1), 미성년 환자의 비밀보장(2.2.2), 낙태에 대한 필수적 부모 동의(2.2.3), 중증 신생아에 대한 치료 결정(2.2.4), 아동의 유전자 검사(2.2.5)가 있다.

AMA 규약은 동의능력이 없는 소아와 동의능력이 있는 미성년자의 진료를 명확히 구별하고 있다. 미성년자의 경우 동의능력에 영향을 주는 다양한 요소가 있다고 밝히고 있다. 그리고 의사는 동의능력이 있는 미성년자가 의료에 동의하는 것을 허락해야 하며 환자의 동의 없이 부모에게 알려서는 안 된다고 규정하고 있다.

반면 KMA 지침은 동의능력 없는 소아와 동의능력이 있는 미성년자를 구별하지 않고 있다. 지침 제11조(의사와 환자의 상호신뢰) 제4항, 제17조(환자 비밀의 보호) 제3항은 그냥 ‘미성년자’로

표현하고 있다. 우리 민법에 따르면 19세 미만인 사람은 미성년자다.³⁾ 미성년자가 법률행위를 함에는 법정대리인의 동의를 얻어야 한다.⁴⁾ 그러나 미성년자라 하더라도 의사능력이 인정되면 의료행위에 대한 동의능력이 인정된다. 따라서 소아는 의료행위에 대한 동의능력이 없지만 18세인 미성년자는 의료행위에 대한 동의능력이 있다. 물론 미국 사회와 우리 사회는 부모와 자녀 간의 관계에 관한 법과 관습이 다르다. 하지만 의사가 동의능력과 관련하여 모든 미성년자를 하나의 범주로 취급하는 것은 합당하지 않다[6]. 그런 점에서 AMA 규약의 기술이 더 정확하다. KMA 지침에 낙태에 대한 필수적 부모 동의(2.2.3), 중증 신생아에 대한 치료 결정(2.2.4), 아동의 유전자 검사(2.2.5)에 해당하는 조항은 없다.

3) AMA 규약 제2장 제3절 환자와의 소통

AMA 규약 제2장 제3절 환자와의 소통에는 환자와의 이메일(2.3.1), 소셜 미디어 사용에서의 전문성(2.3.2), 환자의 사망을 가족에게 전하기(2.3.3), 정치문제 대화(2.3.4), 환자에게 기부금 모집(2.3.5), 외과적 협진(2.3.6)이 있다.

KMA 지침 제6조(품위유지) 제2항은 의사는 인터넷, 소셜 미디어, 저서, 방송 활동에 품위를 유지하여야 한다고 규정하고 있다. 반면 AMA 규약의 소셜 미디어 사용에서의 전문성(2.3.2)은 의사의 품위보다는 환자의 프라이버시 보호 등에 초점을 두고 있다. 이 조항 외에 KMA 지침에는 AMA 규약 제2장 제3절에 해당하는 내용이 없다.

3. AMA 규약 제3장 프라이버시, 비밀보호 및 진료기록의 윤리와 지침의 관련 조항 비교

AMA 규약 제3장 프라이버시, 비밀보호 및 진료기록의 윤리는 제1절 프라이버시, 제2절 비밀보호, 제3절 진료기록으로 구성되어 있다.

1) AMA 규약 제3장 제1절 프라이버시

AMA 규약 제3장 제1절 프라이버시에는 의료에서의 프라이버시 보호(3.1.1), 임상 현장에서의 환자 프라이버시 및 외부 관찰자(3.1.2), 의학 교육을 위한 환자 녹음 또는 녹화(3.1.3), 대중 교육을 위한 환자 녹음 또는 녹화(3.1.4), 미디어와의 관계에서의 전문성(3.1.5)이 있다.

AMA 규약의 의료에서의 프라이버시 보호(3.1.1)는 프라이버시에 다양한 측면이 있음을 밝히고 있다. 신체적 프라이버시(physical privacy), 정보 프라이버시(informational privacy), 문화 종교적인 측면과 관련되는 결정 프라이버시(decisional privacy), 가족이나 가까운 사람 사이에서의 유대 프라이버시(association privacy). 의사는 응급진료 등 특별한 상황에서 의도치 않게 정보 프라이버시를 침해할 수 있다[7]. 따라서 의사가 프라이버시의 다양한 측면을 이해하는 것은 중요하다.

KMA 지침 제12조(환자의 인격과 사생활 존중) 제2항은 의사는 환자의 사생활을 존중하여야 하며 치료목적 이외에 불필요하게 침해해서는 안 된다고 규정하고 있다. 번역상 어쩔 수 없는 문제일 수도 있지만 '환자의 사생활'의 구체적 범위를 이해

3) 민법 제4조(성년) 사람은 19세로 성년에 이르게 된다.

4) 민법 제5조(미성년자의 능력) ① 미성년자가 법률행위를 함에는 법정대리인의 동의를 얻어야 한다. 그러나 권리만을 얻거나 의무만을 면하는 행위는 그러하지 아니하다.

하기 어렵다. 따라서 지침 제12조에 ‘환자의 사생활’의 범위를 구체적으로 규정한다면 그 내용이 조금 더 분명해질 수 있다. KMA 지침 제17조(환자 비밀의 보호) 제2항은 의사가 환부촬영 등 의무기록상 필요한 사항 이외의 진료장면을 촬영하는 경우에는 사전에 환자의 동의를 받아야 한다고 규정하고 있다. 이는 대체로 AMA 규약의 의학 교육을 위한 환자 녹음 또는 녹화(3.1.3), 대중 교육을 위한 환자 녹음 또는 녹화(3.1.4)에 해당한다. AMA 규약에서 환자의 프라이버시 문제로 다루는 내용이 KMA 지침에는 ‘환자의 사생활’과 ‘환자의 비밀’ 부분에 나뉘어 규정되어 있다.

2) AMA 규약 제3장 제2절 비밀보호

AMA 규약 제3장 제2절 비밀보호에는 비밀보호(3.2.1), 사망 환자 비밀보호(3.2.2), 회사에 고용된 의사 및 독립 의료 심사자(3.2.3), 데이터 수집 회사의 진료 기록 접근(3.2.4) 조항이 있다.

KMA 지침 제17조(환자비밀의 보호)는 AMA 규약의 비밀보호(3.2.1)에 해당한다. 그러나

KMA 지침에는 사망 환자의 비밀보호에 관한 규정이 없다. 우리나라 개인정보보호법은 개인정보를 살아있는 사람의 정보로 한정하고 있다.⁵⁾ 반면 최근 대법원은 의료법이 보호하는 비밀에는 사망한 사람의 비밀도 포함된다고 선고했다[8]. KMA 지침에도 해당 내용을 반영할 필요가 있다.

3) AMA 규약 제3장 제3절 진료기록

AMA 규약 제3장 제3절 진료기록에는 진료 기록 관리(3.3.1), 전자 의무기록과 비밀 보장(3.3.2), 전자 의무기록의 보안 위반(3.3.3)이 있다.

KMA 지침 제9조(의무기록 등의 정확한 기록)는 제1장 의사의 일반적 윤리에 포함되어 있다. 의무기록 작성 의무는 의사의 공법적 의무이기도 하지만 기본적으로 환자의 비밀보장과 밀접한 관련이 있다는 점에서 제2장 환자에 대한 윤리 쪽으로 재배치하는 것도 고려해야 한다. KMA 지침에는 AMA 규약의 전자 의무기록의 보안 위반(3.3.3)에 해당하는 내용은 없다.

〈Table 1〉 환자 진료의 기본적 윤리 영역 비교

대한의사협회 의사윤리지침	미국의사협회 의료윤리규약
제1장 의사의 일반적 윤리 의사의 사명과 본분(제3조) 품위 유지(제6조) 의무기록 등의 정확한 기록(제9조)	제1장 환자-의사 관계의 윤리 제1절 의사와 환자의 책임 [환자-의사 관계(1.1.1), 잠재적 환자(1.1.2), 환자의 권리(1.1.3), 환자의 책임(1.1.4), 환자-의사 관계 종료(1.1.5), 의료의 질(1.1.6), 의사의 양심(1.1.7), 안전한 환자 퇴원을 위한 의사의 책임(1.1.8)] 제2절 환자-의사 관계의 특수 문제 [자신 또는 가족 치료(1.2.1), 환자의 차별적·파탄

5) 개인정보보호법 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “개인정보”란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보를 말한다.

<p>제2장 환자에 대한 윤리</p> <p>의사와 환자의 상호 신뢰(제11조) 환자의 인격과 사생활 존중(제12조) 환자의 선택권 존중 등(제13조) 진료의 거부금지 등(제14조) 환자의 알 권리와 의사의 설명 의무(제15조) 회복 불능 환자의 진료 중단(제16조) 환자 비밀의 보호(제17조) 응급의료 및 이송(제18조)</p>	<p>적 행동(1.2.2), 상담, 의뢰 및 2차 의견(1.2.3), 진료실 참관인의 이용(1.2.4), 스포츠 의학(1.2.5), 작업장 관련 및 독립 의료 심사(1.2.6), 신체역제대의 사용(1.2.7), 환자의 선물(1.2.8), 원격 감지 및 모니터링 장치의 사용(1.2.9), 의사의 정치적 행동(1.2.10), 진료에서의 윤리적으로 건전한 혁신(1.2.11), 원격의료 윤리(1.2.12), 의료 관광(1.2.13)]</p> <p>제2장 동의, 의사소통 및 의사결정의 윤리</p> <p>제1절 사전동의 및 함께 하는 의사결정 [사전동의(2.1.1), 의사결정능력이 없는 성인 환자를 위한 결정(2.1.2), 환자에게 정보 제공 보류(2.1.3), 임상에서의 위약 사용(E-2.1.4), 검사결과 고지(2.1.5), 수술의사 변경(2.1.6)]</p> <p>제2절 미성년 환자를 위한 결정 [소아과에서의 의사결정(2.2.1), 미성년 환자의 비밀 보장(2.2.2), 낙태에 대한 필수적 부모 동의(2.2.3), 중증 신생아에 대한 치료 결정(2.2.4), 아동의 유전자 검사(2.2.5)]</p> <p>제3절 환자와의 소통 [환자와의 이메일(2.3.1), 소셜 미디어 사용에서의 전문성(2.3.2), 환자의 사망을 가족에게 전하기(2.3.3), 정치문제 대화(2.3.4), 환자에게 기부금 모집(2.3.5), 외과적 협진(2.3.6)]</p> <p>제3장 프라이버시, 비밀보호 및 진료기록의 윤리</p> <p>제1절 프라이버시 [의료에서의 프라이버시 보호(3.1.1), 임상 현장에서의 환자 프라이버시 및 외부 관찰자(3.1.2), 의학 교육을 위한 환자 녹음 또는 녹화(3.1.3), 대중 교육을 위한 환자 녹음 또는 녹화(3.1.4), 미디어와의 관계에서의 전문성(3.1.5)]</p> <p>제2절 비밀보호 [비밀보호(3.2.1), 사망 환자 비밀보호(3.2.2), 회사에 고용된 의사 및 독립 의료 심사자(3.2.3), 데이터 수집 회사의 진료 기록 접근(3.2.4)]</p> <p>제3절 진료기록 [진료기록 관리(3.3.1), 전자 의무기록과 비밀 보장(3.3.2), 전자 의무기록의 보안 위반(3.3.3)]</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IV. 보건의료인 간 윤리 영역 비교

AMA 규약 제10장 전문가 간 관계의 윤리에는

비임상 역할 의사를 위한 윤리 지침(10.1), 의료 책임자의 윤리적 의무(10.1.1), 의사가 아닌 피감독인의 의사 고용(10.2), 환자로서의 동료(10.3),

간호사(10.4), 의료기사 등(10.5), 임상 진료실 환경에서의 의료기기 업체 관계자(10.6), 의료기관 윤리 위원회(10.7), 의료윤리 상담(10.7.1), 협력 치료(10.8)가 있다.

KMA 지침 제3장 동료보건의료인에 대한 윤리에는 제19조(동료 의료인 등의 존중), 제20조(정당한 지시·조언 존중), 제21조(근무환경)이 있다. 이들 조항은 특정 의료기관에서의 '동료' 보건 의료인 간 관계를 전제하고 있다. 반면 AMA 규약의 전문가 간 관계는 특정 의료기관에서의 '동료'를 전제하지 않고 있다. 전문가 간 관계에서 나타

나는 윤리적 문제는 특정 의료기관에서만 발생하는 것은 아니기 때문이다. AMA 규약의 비임상 역할 의사를 위한 윤리지침(10.1)은 임상에서 직접 환자를 진료하지 않은 의사의 윤리적 의무를 다루고 있고 의료 책임자의 윤리적 의무(10.1.1)는 보험회사에서 보험적용 여부를 결정하는 의사의 윤리적 의무를 다루고 있다. KMA 지침에는 의료기관 윤리위원회(10.7), 의료윤리 상담(10.7.1)에 해당하는 내용도 없다. AMA 규약의 협력 치료(10.8)는 2017년 이후 추가된 내용이다.

<Table 2> 보건의료인 간 윤리 영역 비교

대한의사협회 의사윤리지침	미국의사협회 의료윤리규약
제3장 동료 보건의료인에 대한 윤리 동료 의료인 등의 존중(제19조) 정당한 지시·조언 존중(제20조) 근무환경(제21조)	제10장 전문가 간 관계의 윤리 비임상 역할 의사를 위한 윤리 지침(10.1), 의료 책임자의 윤리적 의무(10.1.1), 의사가 아닌 피감독인의 의사 고용(10.2), 환자로서의 동료(10.3), 간호사(10.4), 의료기사 등(10.5), 임상 진료실 환경에서의 의료기기 업체 관계자(10.6), 의료기관 윤리위원회(10.7), 의료윤리 자문(10.7.1), 협력 치료(10.8)

V. 지역사회 건강에 관한 윤리 영역 비교

AMA 규약 제8장 의사와 지역사회 건강에 관한 윤리에는 HIV에 대한 보편적 기본 선별검사(8.1), 장애 운전자와 담당 의사(8.2), 재난 대응 및 대비에서의 의사의 책임(8.3), 감시 및 격리의 윤리적 이용(8.4), 의료 차별(8.5), 환자 안전 증진(8.6), 의사의 보편적 기본 예방접종(8.7), 위해 사례의 필수 보고(8.8), 신속 파트너 치료(8.9), 폭력 및 학대 예방, 식별 및 치료(8.10), 건강증진

및 예방관리(8.11), 미디어에서의 의사의 윤리적 행동(8.12), 의사의 능력, 자기 평가 및 자기 인식(8.13)이 있다.

AMA 규약의 감시 및 격리의 윤리적 이용(8.2), 의사의 보편적 기본 예방접종(8.7)은 방역에 대응하는 주요 대책에 관한 윤리적 기준을 제시하고 있다. AMA 규약의 환자안전 증진(8.6)은 의료사고 공개(disclosure), 위해 사례의 필수 보고(8.8)는 의약품, 의료기기의 안전을 위한 것이다.

KMA 지침 제5조(공정한 의료 제공)의 제2항,

제3항은 AMA 규약의 의료 차별(8.5)에 해당하고 KMA 지침 제25조(보건의료 위기 상황시 구호활동)는 AMA 규약의 재난 대응 및 대비에서의 의사의 책임(8.3)에 해당한다.

한편 KMA 지침 제15조(환자의 알 권리와 의사의 설명의무) 제2항은 의사는 환자 진료 중에 예상하지 못한 문제나 결과가 발생하였을 경우 이에 대해 환자나 보호자에게 설명하여야 한다고 규정하고 있다. 이는 AMA 규약의 환자안전 증진(8.6)에 해당한다. KMA 지침 제26조(인권보호의무)는 AMA 규약의 폭력 및 학대 예방, 식별 및 치료(8.10)에 해당한다.

그러나 KMA 지침에는 감시 및 격리, 보편적 예방접종 등 주요 방역대책에 관한 의료윤리적 기준을 포함하고 있지 않다. 우리 사회에서도 코로나19 팬데믹 상황에서 방역과 관련된 의료윤리적 기준이 문제되고 있다[9,10]. 반면 AMA 규약에는 우리 사회에서 의료윤리적 기준으로 논의하기 어려운 조항도 있다. AMA 규약의 HIV에 대한 보편적 기본 선별검사(8.1)가 그러하다. 이 조항의 타당성은 AIDS 유행률과 밀접한 관계가 있다. AMA 규약의 미디어에서의 의사의 윤리적 행동(8.12), 의사의 능력, 자기 평가 및 자기 인식(8.13)은 2017년 이후 추가된 내용이다.

〈Table 3〉 지역사회 건강에 대한 윤리 영역 비교

대한의사협회 의사윤리지침	미국의사협회 의료윤리규약
제1장 의사의 일반적 윤리 공정한 의료 제공(제5조)	제8장 의사와 지역사회 건강에 관한 윤리 HIV에 대한 보편적 기본 선별검사(8.1), 장애 운전자와 담당 의사(8.2), 재난 대응 및 대비에서의 의사의 책임(8.3), 감시 및 격리의 윤리적 이용(8.4), 의료 차별(8.5), 환자 안전 증진(8.6), 의사의 보편적 기본 예방접종(8.7), 위해 사례의 필수 보고(8.8), 신속 파트너 치료(8.9), 폭력 및 학대 예방, 식별 및 치료(8.10), 건강증진 및 예방관리(8.11), 미디어에서의 의사의 윤리적 행동(8.12), 의사의 능력, 자기 평가 및 자기 인식(8.13)
제2장 환자에 대한 윤리 환자의 알 권리와 의사의 설명 의무(제15조)	
제4장 의사의 사회적 역할과 의무 보건의료 위기 상황시 구호활동(제25조) 인권보호 의무(제26조)	

VI. 의료재정 및 제공에 대한 윤리 영역 비교

AMA 규약 제11장 의료재정 및 제공의 윤리는 제1절 의료 서비스의 접근성과 제2절 의료 조직과 의사 진료, 제3절 진료비와 요금으로 구성되어 있다.

1. AMA 규약 제11장 제1절 의료 서비스에 대한 접근성

AMA 규약 제11장 제1절 의료 서비스에 대한 접근성에는 필수 의료 정의하기(11.1.1), 의료자원에 대한 의사의 책임(11.1.2), 한정된 의료자원의 배분(11.1.3), 의료 서비스 접근에 대한 재정적

장애(11.1.4)가 있다.

KMA 지침 제5조(공정한 의료제공) 제1항은 AMA 규약의 필수 의료 정의하기(11.1.1)와 그 취지가 비슷하다. KMA 지침 제27조(의료자원의 적절한 사용)는 대체로 AMA 규약의 의료자원에 대한 의사의 책임(11.1.2)과 한정된 의료자원의 배분(11.1.3)에 해당한다. KMA 지침 제24조(의사의 사회적 책무) 제2항은 AMA 규약의 의료 서비스 접근에 대한 재정적 장애(11.1.4)와 취지가 비슷하다. KMA 지침에서 의사의 '사회적 책무'라는 제목은 제24조에도 나오고 제8조에도 나온다. 제8조는 법과 제도 개선에 초점이 있고 제24조는 의료자원에 초점이 있다. KMA 지침 제목의 중복은 개정되어야 한다.

2. AMA 규약 제11장 제2절 의료 조직과 의사 진료

AMA 규약 제11장 제2절 의료 조직과 의사 진료에는 의료 체계에서의 전문직업성(11.2.1), 환자 치료에서의 이해 상충(11.2.2), 의료 서비스 제공 계약(11.2.3), 제한적 계약(11.2.3.1), 의료에서의 투명성(11.2.4), 리테이너 관행(11.2.5), 무종교 의료기관과 종교 의료기관의 합병(11.2.6)이 있다.

KMA 지침 제8조(의사의 사회적 책무)는 전문 직업성이라는 표현은 없지만 AMA 규약의 의료체계에서의 전문직업성(11.2.1)과 취지가 비슷하다. KMA 지침 제29조(이해상충의 관리)는 AMA 규약의 환자 치료에서의 이해상충(11.2.2)과 마찬가지로 '이해상충'이라는 용어를 사용하고 있지만 구체적 내용은 다르다. KMA 지침 제28조(이해상충의 관리)는 제약회사나 의료기기회사로부터의 부당한 이익을 취득하는 것을 금지하는 것인데 이런 행위를 AMA 규약에서는 진료비 나누기(fee splitting)(11.3.4.)에서 다루고 있다. 그리고 AMA 규

약 제9장 전문직 자율규제에서 윤리에 있는 기업이 의사에게 주는 선물(9.6.2), 의약품 및 기기 처방과 조제(9.6.6)도 이 주제를 다루고 있다.

오히려 AMA 규약의 환자 치료에서의 이해상충(11.2.2)이 다루는 주제는 KMA 지침 제30조(과잉·부당진료 금지)가 다루는 주제와 일치한다. 즉 AMA 규약의 이해상충은 근원적으로 의사가 자신의 이익을 위해 과도하게 진료하는 것을 경계하는 것인데 KMA 지침의 이해상충은 주로 우리 사회에서 문제 되는 불법 리베이트를 언급하고 있다.

KMA 지침 제28조(부당 이득 추구 금지)는 계약상 의무에 대한 언급 없이 소속된 의료기관이나 본인의 이익을 위한 비윤리적 행위를 방지하는 데 초점을 두고 있다. 반면 AMA 규약의 의료 서비스 제공 계약(11.2.3), 제한적 계약(11.2.3.1), 의료에서의 투명성(11.2.4), 리테이너 관행(11.2.5) 등은 의사가 고용주 등과의 계약상 의무 때문에 발생하는 비윤리적 행위를 방지하는 데 초점을 두고 있다. 이러한 차이는 두 국가에서의 계약 문화와 관련 있는 것으로 판단된다. AMA 규약의 무종교 의료기관과 종교 의료기관의 합병(11.2.6)은 2017년 이후 추가된 내용이다.

3. AMA 규약 제11장 제3절 진료비와 요금

AMA 규약 제11장 제3절 진료비와 요금에는 진료비(11.3.1), 비임상 및 행정 서비스 비용(11.3.2), 이자와 금융 수수료(11.3.3), 진료비 나누기(11.3.4)가 있다.

AMA 규약의 진료비(11.3.1)는 진료비를 책정하는 기준을 제시하고 있다. AMA 규약의 진료비 나누기(11.3.4)는 앞서 언급했던 바와 같이 제약회사나 의료기기 회사로부터 금품을 받아서는 안 된다는 내용은 물론 환자를 소개하고 금품을 받아서는 안 된다는 내용도 포함하고 있다.

〈Table 4〉 의료 재정 및 제공에 대한 윤리 영역 비교

대한의사협회 의사윤리지침	미국의사협회 의료윤리규약
<p>제1장 의사의 일반적 윤리 공정한 의료 제공(제5조) 의사의 사회적 책무(제8조)</p> <p>제3장 동료 보건의료인에 대한 윤리 불공정 경쟁금지 등(제22조)</p> <p>제4장 의사의 사회적 역할과 의무 의사의 사회적 책무(제24조) 의료자원의 적절한 사용(제27조) 부당 이득 추구 금지(제28조) 이해상충의 관리(제29조) 과잉·부당진료 금지(제30조)</p>	<p>제11장 의료 재정 및 제공의 윤리 제1절 의료에 대한 접근성 [필수 의료 정의하기(11.1.1), 의료 자원에 대한 의사의 책임(11.1.2), 한정된 의료 자원의 배분(11.1.3), 의료 접근에 대한 재정적 장애(11.1.4)]</p> <p>제2절 의료 조직과 의사 진료 [의료 체계에서의 전문직업성(11.2.1), 환자 치료에서의 이해 상충(11.2.2), 의료 서비스 제공 계약(11.2.3), 제한적 계약(11.2.3.1), 의료에서의 투명성(11.2.4), 리테이너 관행(11.2.5), 무종교 의료기관과 종교 의료기관의 합병(11.2.6)]</p> <p>제3절 진료비와 요금 [진료비(11.3.1), 비임상 및 행정 서비스 비용(11.3.2), 이자와 금융 수수료(11.3.3), 진료비 나누기(11.3.4)]</p>

Ⅶ. 분야별 의료윤리 영역 비교

1. AMA 규약 제4장 유전학 및 생식 의학의 윤리와 KMA 지침의 관련 조항 비교

AMA 규약 제4장 유전학 및 생식 의학의 윤리는 제1절 유전학과 제2절 생식 의학으로 구성되어 있다.

1) AMA 규약 제4장 제1절 유전학

AMA 규약 제4장 제1절 유전학에는 유전자 검사 및 상담(4.1.1), 생식 의사결정을 위한 유전자 검사(4.1.2), 유전 정보에 대한 제3자 접근(4.1.3), 법외유전학(4.1.4)이 있다. KMA 지침은 AMA 규약 제4장 제1절 “유전학”에 해당하는 조항을 포함하고 있지 않다.

2) AMA 규약 제4장 제2절 생식 의학

AMA 규약 제4장 제2절 생식 의학에는 보조생식술(4.2.1), 생식세포 기증(4.2.2), 치료적 인공수정(4.2.3), 제3자 생식(4.2.4), 인간 배아의 보관 및 사용(4.2.5), 생식을 위한 복제(4.2.6), 낙태(4.2.7)가 있다.

KMA 지침 제34조(보조생식술 관련)는 정자와 난자매매의 금지, 기증자의 신원누설 금지 등을 규정하고 있다. 이는 규약의 생식세포 기증(4.2.2)에 해당한다. AMA 규약의 보조생식술(4.2.1)은 금지행위를 규정하기보다 보조생식술의 일반적 윤리 기준을 규정하고 있다. AMA 규약의 치료적 인공수정(4.2.3) 역시 인공수정의 일반적 윤리 기준을 규정하고 있다.

우리나라에서는 1993년 한 대학병원 불임클리닉이 기증된 정자에 대해 에이즈 검사나 유전질환 검사 없이 7년 동안 파행시술을 했다는 사실이 알려져 큰 비난을 받았다[11]. 이에 대한의학협회는 1993년 5월 6일 “인공수태 윤리 선언”을 발표하였다[12]. 하지만 KMA 지침에는 이 선언의 내용

이 반영되어 있지 않다.

KMA 지침 제33조(태아 관련 윤리) 제2항은 의사는 의학적으로 적절하고 합당한 경우라고 인공임신중절수술을 시행하는데 신중하여야 하며, 산모의 건강과 태아의 생명권에 특별한 주의를 기울여야 한다고 규정하고 있다. 반면 AMA 규약의 낙태(4.2.7)에서는 인공임신중절수술에 대한 찬반을 언급하고 있지 않다. 다만 “미국의사협회의 의료윤리 원칙은 의사가 법을 위반하지 않고 좋은 의료행위 기준(good medical practice)을 준수한다면 인공임신중절 수술을 금지하지 않는다”고 규정하고 있다. 이는 특정한 행위준칙을 표현하는 AMA 규약의 다른 조항과는 매우 다른 기술이다.⁶⁾ KMA 지침은 대리모 문제를 다루는 제3자 생식(4.2.4), 인간 배아의 보관 및 사용(4.2.5), 생식을 위한 복제(4.2.6)에 해당하는 내용을 포함하고 있지 않다.

2. AMA 규약 제5장 생애 말기 환자의 진료 윤리와 KMA 지침의 관련 조항 비교

AMA 규약 제5장 생애 말기 환자의 진료 윤리에는 사전 의료 계획(5.1), 사전의료지시서(5.2), 연명의료 보류 또는 철회(5.3), 심폐소생술 금지 명령(5.4), 의학적으로 비효과적인 치료(5.5), 생애 말기 치료에서 의식소실에 이를 정도의 진정제 투여(5.6), 의사 조력 자살(5.7), 안락사(5.8)가 포함되어 있다.

KMA 지침 제35조(연명의료)는 대체로 AMA 규약의 사전 의료 계획(5.1)에, KMA 지침 제36조(안락사 등 금지)는 AMA 규약의 의사 조력 자

살(5.7), 안락사(5.8)에 해당한다. 그리고 KMA 지침 제16조(회복 불능 환자의 진료중단)는 AMA 규약의 연명의료 보류 또는 철회(5.3)에 해당한다.

KMA 지침 제35조(연명의료) 제3항은 의사는 말기환자의 의사를 존중하여 치료가 이루어지도록 노력하여야 한다고 규정하고 있다. KMA 지침은 이렇게 일반적 원칙을 표현하고 있을 뿐 AMA 규약의 사전의료지시서(5.2), 심폐소생술 금지 명령(5.4)처럼 환자의 의사를 파악하는 방법에 대해서는 언급하고 있지 않다. KMA 지침은 AMA 규약의 생애 말기 치료에서 의식소실에 이를 정도의 진정제 투여(5.6)에 해당하는 내용은 다루고 있지 않다.

KMA 지침 제16조(회복 불능 환자의 진료중단)는 제2장 환자에 대한 윤리에 포함되어 있고 지침 제35조(연명의료), 제36조(안락사 등 금지)는 제5장 개별 의료 분야 윤리에 포함되어 있다. 관련 있는 주제를 이렇게 분리하여 배치한 근거가 명확하지 않다.

3. AMA 규약 제6장 장기 구득 및 이식의 윤리와 KMA 지침의 관련 조항 비교

AMA 규약 제6장 장기 구득 및 이식의 윤리는 제1절 장기 구득, 제2절 장기 이식, 그리고 제3절 장기 구득 및 이식에서의 특수 문제로 구성되어 있다. 반면 KMA 지침은 장기 구득과 장기 이식의 측면을 구별하여 기술하지 않고 있다.

1) AMA 규약 제6장 제1절 장기 구득 및 이식의 윤리

6) 우리나라에서는 형법과 모자보건법의 낙태 관련 조항 개정과 관련하여 의료인의 낙태시술거부권과 임산부의 의료 접근권을 규범조화적으로 고려하는 방안이 대한 논의가 있다. 박병태, 김민희, 양심 및 종교에 따른 의료인과 의료기관의 권리: 낙태시술거부권을 중심으로. *한국의료법학회지* 2020;28(1):57-76.

AMA 규약 제6장 제1절 장기 구득에는 생체 기증자 장기 이식(6.1.1), 심장사 후 장기 기증(6.1.2), 사체 장기 기증에 대한 재정적 인센티브 연구(6.1.3), 사망한 기증자의 장기에 대한 추정 동의 및 선택 의무화(6.1.4), 제대혈 은행(6.1.5), 장기 기증자로서의 무뇌증 신생아(6.1.6)가 있다.

KMA 지침 제37조(뇌사의 판정)은 규약의 심장사 후 장기 기증(6.1.2)에 해당한다. KMA 지침 제38조(장기이식술과 공여자의 권리 보호) 제2항은 의사는 잠재적 장기 기증자로부터 장기 및 조직을 적출하고자 하는 경우 동의 여부를 확인하고, 유가족 등 기증 결정자가 경제적, 사회적 유인으로부터 자유롭게 의사결정을 할 수 있도록 보호해야 한다고 규정하고 있다. 이 역시 심장사 후 장기 기증에 관한 내용이다.⁷⁾

이처럼 KMA 지침은 생체 기증자 장기 이식을 심장사 후 장기 기증과 구별하여 기술하고 있지 않다. 또한 KMA 지침은 추정 동의나 선택의무화 등 장기 기증 동의를 받는 방법의 윤리적 문제를 구체적으로 다루고 있지 않다. 다만 KMA 지침 제38조(장기이식술과 공여자의 권리 보호) 제1항은 의사는 자발적인 장기 및 신체조직 기증을 권장하는 노력을 해야 한다고 규정하고 있다. KMA 지침에는 AMA 규약의 사체 장기 기증에 대한 재정적 인센티브 연구(6.1.3), 제대혈 은행(6.1.5), 장기 기증자로서의 무뇌증 신생아(6.1.6)에 해당하는 내용은 없다.

2) AMA 규약 제6장 제2절 장기 구득 및 이식의 윤리

AMA 규약 제6장 제2절 장기 이식에는 사망자

로부터의 장기 이식 지침(6.2.1), 이식을 위한 장기 지정 기증(6.2.2)이 있다. AMA 규약의 이식을 위한 지정 기증(6.2.2)은 생체 기증자 장기 이식에 해당하는 내용을 구득이 아닌 이식의 측면에서 기술하고 있다. 앞서 언급하였듯이 KMA 지침은 장기 구득 측면의 윤리적 문제와 장기 이식 측면의 윤리적 문제를 구별하지 않고 있다.

3) AMA 규약 제6장 제3절 장기 구득 및 이식에서의 특수 문제

AMA 규약 제6장 제3절 장기 구득 및 이식에서의 특수 문제에는 이종간 이식(6.3.1)이 있다. 지침에는 이종간 이식의 윤리 문제에 관한 언급이 없다.

4. AMA 규약 제7장 의학 연구 및 혁신의 윤리와 지침의 관련 조항 비교

AMA 규약 제7장 의학 연구 및 혁신의 윤리는 제1절 의사의 연구 참여, 제2절 연구 결과 전파, 그리고 제3절 연구에서의 특수 문제로 구성되어 있다.

1) AMA 규약 제7장 제1절 의사의 연구 참여

AMA 규약 제7장 제1절 의사의 연구 참여에는 의사의 연구 참여(7.1.1), 연구에 대한 사전동의(7.1.2), 연구 설계 및 표본추출(7.1.3), 연구에서의 이해 상충(7.1.4), 연구에서의 부정행위(7.1.5)이 있다.

KMA 지침 제40조(의학연구)는 규약의 의사의

7) 최근 심장사 후 기증(Donation after Cardiac Death)을 대신하는 순환사망결정 후 기증(Donation after Circulatory Determination of Death)에 대한 논의가 있다. 주호노. 장기기증에 있어서 순환정지 후 사망의 합리적 도입방안. 한국의료법학회지 2020;28(2):7-31.

연구 참여(7.1.1)와 연구에서의 이해 상충(7.1.4)에 해당한다. KMA 지침 제41조(연구의 진실성)은 규약의 연구에서의 부정행위(7.1.5)에 해당한다. KMA 지침은 AMA 규약의 연구에 대한 사전 동의(7.1.2), 연구 설계 및 표본추출(7.1.3)의 윤리적 문제를 구체적으로 기술하지 않고 있다. 다만 KMA 지침 제40조(의학연구) 제1항은 의사는 사람을 대상으로 연구를 함에 있어서, 연구참여자의 권리, 안전, 복지를 최우선으로 고려하여야 한다고 포괄적으로 규정하고 있다.

2) AMA 규약 제7장 제2절 연구 결과 전파

AMA 규약 제7장 제2절 연구 결과 전파에는 연구 결과 전파(7.2.1), 비윤리적 실험 데이터 공개(7.2.2), 연구 산출물의 특허 및 전파(7.2.3)이 있다. KMA 지침에는 규약의 비윤리적 실험 데이터 공개(7.2.2), 연구 산출물의 특허 및 전파(7.2.3)

에 관한 내용을 포함하고 있지 않다.

3) AMA 규약 제7장 제3절 연구에서의 특수 문제

AMA 규약 제7장 제3절 연구에서의 특수 문제에는 연구에서 위약 대조군의 윤리적 사용(7.3.1), 응급 의료 상황에서의 연구(7.3.2), 국제 연구(7.3.3), 산모-태아 연구(7.3.4), 인간 태아 조직을 이용한 연구(7.3.5), 유전자 치료와 유전 공학의 연구(7.3.6), DNA 데이터은행 이용에서의 보호 조치(7.3.7), 줄기세포 연구(7.3.8), 인체 조직의 상업적 사용(7.3.9), 연구 중인 치료에 대한 접근 확대(7.3.10)가 있다.

KMA 지침은 AMA 규약의 제7장 제3절 연구에서의 특수 문제에서 다루는 윤리적 문제를 언급하고 있지 않다. AMA 규약의 연구 중인 치료에 대한 접근 확대(7.3.10)는 2017년 이후 추가된 내용이다.

(Table 5) 분야별 의료윤리 영역 비교

대한의사협회 의사윤리지침	미국의사협회 의료윤리규약
<p>제2장 환자에 대한 윤리 회복 불능 환자의 진료 중단(제16조)</p>	<p>제4장 유전학 및 생식 의학의 윤리</p> <p>제1절 유전학 [유전자 검사 및 상담(4.1.1), 생식 의사결정을 위한 유전자 검사(4.1.2), 유전 정보에 대한 제3자 접근(4.1.3), 법의유전학(4.1.4)]</p> <p>제2절 생식 의학 [보조생식술(4.2.1), 생식세포 기증(4.2.2), 치료적 인공수정(4.2.3), 제3자 생식(4.2.4), 인간 배아의 보관 및 사용(4.2.5), 생식을 위한 복제(4.2.6), 낙태(4.2.7)]</p> <p>제5장 생애 말기 환자의 진료 윤리 사전 의료 계획(5.1), 사전의료지시서(5.2), 연명의료 보류 또는 철회(5.3), 심폐소생술 금지명령(5.4), 의학적으로 비효과적인 치료(5.5), 생애 말기 치료에서 의식소실에 이를 정도의 진정제 투여(5.6), 의사 조력 자살(5.7), 안락사(5.8)</p>

<p>제5장 개별 의료 분야 윤리</p> <p>태아 관련 윤리(제33조) 보조생식술 관련(제34조) 연명료(제35조) 안락사 등 금지(제36조) 뇌사의 판정(제37조) 장기이식술과 공여자의 권리 보호(제38조) 장기 등 매매 금지(제39조)</p> <p>의학연구(제40조) 연구의 진실성(제41조) 연구결과와 발표(제42조)</p>	<p>제6장 장기 구득 및 이식의 윤리</p> <p>제1절 장기 구득 [생체 기증자 장기 이식(6.1.1), 심장사 후 장기 기증(6.1.2), 사체 장기 기증에 대한 재정적 인센티브 연구(6.1.3), 사망한 기증자의 장기에 대한 추정 동의 및 선택 의무화(6.1.4), 제대혈 은행(6.1.5), 장기 기증자로서의 무뇌증 신생아(6.1.6)]</p> <p>제2절 장기 이식 [장기 이식 지침(6.2.1), 이식을 위한 장기 기증(6.2.2)]</p> <p>제3절 장기 구득 및 이식에서의 특수 문제 [이중간 이식(6.3.1)]</p> <p>제7장 의학 연구 및 혁신의 윤리</p> <p>제1절 의사의 연구 참여 [의사의 연구 참여(7.1.1), 연구에 대한 사전 동의(7.1.2), 연구 설계 및 표본추출(7.1.3), 연구에서의 이해 상충(7.1.4), 연구에서의 부정행위(7.1.5)]</p> <p>제2절 연구 결과 전파 [연구 결과 전파(7.2.1), 비윤리적 실험 데이터 공개(7.2.2), 연구 산출물의 특허 및 전파(7.2.3)]</p> <p>제3절 연구에서의 특수 문제 [연구에서 위약 대조군의 윤리적 사용(7.3.1), 응급 의료 상황에서의 연구(7.3.2), 국제 연구(7.3.3), 산모-태아 연구(7.3.4), 인간 태아 조직을 이용한 연구(7.3.5), 유전자 치료 및 유전 공학 연구(7.3.6), DNA 데이터은행 이용에서의 보호 조치(7.3.7), 줄기세포 연구(7.3.8), 인체조직의 상업적 사용(7.3.9), 연구중인 치료에 대한 접근 확대(7.3.10)]</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ⅷ. 자율규제의 윤리 영역 비교

1. AMA 규약 제9장 전문직 자율규제의 윤리와 KMA 지침의 관련 조항 비교

AMA 규약 제9장 전문직 자율규제의 윤리에는 다음과 같이 7개의 절이 있다. 제1절 성적 경계위반, 제2절 의사 교육 및 훈련, 제3절 의사의 건강, 제4절 동료평가 및 징계조치, 제5절 의사의 의료

기관 참여, 6절 의사 홍보 및 마케팅, 제7절 의사와 정부 기관의 관계.

KMA 지침 제6장의 제목은 윤리위원회다. 따라서 KMA 지침 제6장의 내용은 자율규제의 내용을 구체적으로 언급하지 않고 윤리위원회의 설치, 역할, 징계 부분에 한정되어 있다. 따라서 AMA 규약 제9장 전문직 자율규제의 윤리에 다루는 내용은 KMA 지침에서는 제1장 의사의 일반적 윤리, 제3장 동료 보건의료인에 대한 윤리, 제4장

의사의 사회적 역할과 의무 편에 산재해 있다.

전문직 자율규제는 단순히 윤리위원회의 설치, 운영, 징계라는 절차적 부분에 국한되는 것은 아니다. 따라서 제6장의 제목을 자율규제의 윤리로 바꾸고 다른 장에 산재해 있는 자율규제의 구체적 내용을 제6장으로 포함하는 방법도 생각할 수 있다.

1) AMA 규약 제9장 제1절 성적 경계위반

AMA 규약 제9장 제1절 성적 경계위반에는 환자와의 이성 또는 성적 관계(9.1.1), 환자 보호자와의 이성 또는 성적 관계(9.1.2), 의료현장에서의 성희롱(9.1.3)이 있다.

KMA 지침 제12조(환자의 인격과 사생활 존중) 제4항은 의사는 진료 관계가 종료되기 이전에는 환자의 자유의사에 의한 경우라 할지라도 환자와 성적 접촉을 비롯하여 애정 관계를 가져서는 안 된다고 규정하고 있다. 이는 AMA 규약의 환자와의 이성 또는 성적 관계(9.1.1)에 해당한다. 이처럼 AMA 규약은 의사와 환자와의 성적 접촉을 ‘환자의 사생활’ 존중 문제가 아니라 ‘전문직 자율규제’의 문제로 보고 있다. KMA 지침에는 환자 보호자와의 이성 또는 성적 관계(9.1.2), 의료현장에서의 성희롱(9.1.3)에 해당하는 내용은 포함되어 있지 않다.

2) AMA 규약 제9장 제2절 의사 교육 및 훈련

AMA 규약 제9장 제2절 의사 교육 및 훈련에는 의대생의 환자 치료 참여(9.2.1), 레지던트 및 펠로우의 환자 치료 참여(9.2.2), 최근 사망 환자 사체 해부(9.2.3), 의료 감독자와 피훈련자 사이의 분쟁(9.2.4), 동료 학생들에게 임상 기술을 연습하는 의대생(9.2.5), 평생의학교육(9.2.6), 평생의

학교육에서 기업과의 재정 관계(9.2.7)가 있다.

KMA 지침 제10조(의료인 양성의 의무)는 의사는 후학들의 교육 및 임상능력 증진과 전문적 덕성 함양을 위하여 노력하여야 한다고 규정하고 있다. 하지만 KMA 지침에는 의대생, 레지던트, 펠로우가 환자 진료에 참여할 때의 윤리적 문제를 다루고 있지 않다. 그리고 KMA 지침은 이들 사이의 분쟁 등 윤리적 문제를 포함하고 있지 않다. KMA 지침 제4조(최선의 의료행위 및 교육이수) 제2항은 의사는 새로운 의학 지식과 기술을 끊임 없이 습득하고 연마하며, 그에 따르는 사회적, 윤리적 문제를 이해하고, 그 해결을 위하여 노력하여야 한다고 규정하고 있다. 이는 평생의학교육을 포괄적으로 언급한 것으로 볼 수 있다. 다만, KMA 지침에는 평생의학교육에서 기업과의 재정 관계(9.2.7)에 해당하는 윤리적 문제는 포함되어 있지 않다.

3) AMA 규약 제9장 제3절 의사의 건강

AMA 규약 제9장 제3절 의사의 건강에는 의사의 건강 및 안녕(9.3.1), 장애가 있는 동료에 대한 의사의 책임(9.3.2)이 있다.

KMA 지침 제7조(진료에 임하는 의사의 정신적, 육체적 상태)는 대체로 AMA 규약 의사의 건강 및 안녕(9.3.1)에 해당한다. 다만 KMA 지침에는 장애가 있는 동료에 대한 의사의 책임(9.3.2)에 해당하는 내용은 없다.

4) AMA 규약 제9장 제4절 동료평가 및 징계 조치

AMA 규약 제9장 제4절 동료평가 및 징계조치에는 동료평가 및 적법절차(9.4.1), 동료의 무능하거나 비윤리적인 행동 보고(9.4.2), 징계와 의

료(9.4.3), 파탄적 행동을 하는 의사(9.4.4) 조항이 있다.

KMA 지침 제23조(동료 의사의 잘못에 대한 대응)는 대체로 규약의 동료의 무능하거나 비윤리적인 행동 보고(9.4.2), 파탄적 행동을 하는 의사(9.4.4)에 해당한다. 지침 제45조(징계)는 대체로 규약의 동료평가 및 적법절차(9.4.1), 징계와 의료(9.4.3)에 해당한다.

5) AMA 규약 제9장 제5절 의사의 의료기관 참여

AMA 규약 제9장 제5절 의사의 의료기관 참여에는 조직화된 의료진(9.5.1), 의료진 권한(9.5.2), 인증(9.5.3), 의료 전문가의 시민권(9.5.4), 의료에서의 성차별(9.5.5) 항이 있다.

AMA 규약 제9장 제5절은 우리나라와는 다른 미국의 제도에 기반한 내용이 있다. 조직화된 의료진(9.5.1), 의료진 권한(9.5.2), 인증(9.5.3)이 이에 해당한다. 이와 달리 우리 현실에도 적합성이 있지만 AMA 규약과 달리 KMA 지침에서는 다루지 않는 내용도 있다. 예를 들어, KMA 지침에는 AMA 규약의 의료 전문가의 시민권(9.5.4)과 같이 의사에게도 시민권이 있고 이는 존중받아야 한다는 내용은 포함되어 있지 않다. 또한, KMA 지침에는 AMA 규약의 의료에서의 성차별(9.5.5)과 같이 의료계 내부의 성차별에 관한 윤리적 기준도 포함되어 있지 않다.

6) AMA 규약 제9장 제6절 의사 홍보 및 마케팅 행위

AMA 규약 제9장 제6절 의사 홍보 및 마케팅에는 광고 및 홍보(9.6.1), 기업이 의사에게 주는 선

물(9.6.2), 환자의뢰에 대한 인센티브(9.6.3), 건강 관련 제품 판매(9.6.4), 비건강 관련 상품 판매(9.6.5), 의약품 및 기기 처방과 조제(9.6.6), 소비자에 대한 처방약 직접 광고(9.6.7), 소비자에게 직접 판매되는 영상 검사(9.6.8), 의사의 자기 추천(9.6.9)이 있다.

AMA 규약 제9장 제6절에서 다루는 '마케팅'은 기업의 마케팅과 관련하여 의사가 어떠한 윤리적 입장을 취해야 하는지를 다루고 있다. AMA 규약의 소비자에 대한 처방약 직접 광고(9.6.7), 소비자에게 직접 판매되는 영상 검사(9.6.8)가 이에 해당한다. AMA 규약의 기업이 의사에게 주는 선물(9.6.2), 환자의뢰에 대한 인센티브(9.6.3), 의사의 자기 추천(9.6.9)은 KMA 지침에서는 제29조(이해상충의 관리)에서 다루고 있다. 이는 의료 재정에 관한 윤리 영역에 비교하였다.

KMA 지침 제31조(허위·과대광고 등 금지)는 규약의 광고 및 홍보(9.6.1)에 해당한다. KMA 지침은 의사의 건강 관련 제품 판매, 비건강 관련 상품 판매에 관한 윤리적 기준을 다루고 있지 않다.

7) AMA 규약 제9장 제7절 의사와 정부 기관의 관계

AMA 규약 제9장 제7절 의사와 정부 기관의 관계에는 의료 감정 및 증언(9.7.1), 형사 사건에서 법원이 주도한 치료(9.7.2), 사형(9.7.3), 의사의 심문 참여(9.7.4), 고문(9.7.5)이 있다.

AMA 규약의 의료 감정 및 증언(9.7.1)에서는 의학적 증언을 사실 증인(fact witness)과 전문가 증인(expert witness)으로 나누어 이에 참여하는 의사의 윤리적 기준을 상세히 규정하고 있다. KMA 지침에는 AMA 규약 제9장 제7절에서 다루는 내용이 없다.

〈Table 6〉 자율규제의 윤리 영역 비교

대한의사협회 의사윤리지침	미국의사협회 의료윤리규약
<p>제1장 의사의 일반적 윤리 최선의 의료행위 및 교육 이수(제4조) 진료에 임하는 의사의 정신적, 육체적 상태(제7조) 의료인 양성의 의무(제10조) 환자의 인격과 사생활 존중(제12조)</p> <p>제3장 동료 보건의료인에 대한 윤리 동료 의사의 잘못에 대한 대응(제23조)</p> <p>제4장 의사의 사회적 역할과 의무 허위·과대광고 등 금지(제31조),</p> <p>제6장 윤리위원회 윤리위원회 설치(제43조) 윤리위원회 역할(제44조) 징계(제45조)</p>	<p>제9장 전문직 자율규제의 윤리</p> <p>제1절 성적 경계 위반 [환자와의 이성 또는 성적 관계(9.1.1), 환자 보호자와의 이성 또는 성적 관계(9.1.2), 의료현장에서 서의 성희롱(9.1.3)]</p> <p>제2절 의사 교육 및 훈련 [의대생의 환자 치료 참여(9.2.1), 레지던트 및 동료 의사의 환자 치료 참여(9.2.2), 최근 사망 환자 사체 해부(9.2.3), 의료 감독자와 피훈련자 사이의 분쟁(9.2.4), 동료 학생들에게 임상 기술을 연습하는 의대생(9.2.5), 평생의학교육(9.2.6), 평생 의학교육에서 기업과의 재정 관계(9.2.7)]</p> <p>제3절 의사의 건강 [의사의 건강 및 안녕(9.3.1), 장애가 있는 동료에 대한 의사의 책임(9.3.2)]</p> <p>제4절 동료평가 및 징계조치 [동료평가 및 적법절차(9.4.1), 동료의 무능하거나 비윤리적인 행동 보고(9.4.2), 징계와 의료(9.4.3), 파탄적 행동을 하는 의사(9.4.4)]</p> <p>제5절 의사의 의료기관 참여 [조직화된 의료진(9.5.1), 의료진 권한(9.5.2), 인증(9.5.3), 의료 전문가의 시민권(9.5.4), 의료에서의 성차별(9.5.5)]</p> <p>제6절 의사 홍보 및 마케팅 [광고 및 홍보(9.6.1), 기업이 의사에게 주는 선물(9.6.2), 환자의뢰에 대한 인센티브(9.6.3), 건강 관련 제품 판매(9.6.4), 비건강 관련 상품 판매(9.6.5), 의약품 및 기기 처방과 조제(9.6.6), 소비자에 대한 처방약 직접 광고(9.6.7), 소비자에 대해 직접 판매되는 영상 검사(9.6.8), 의사의 자기 추천(9.6.9)]</p> <p>제7절 의사와 정부 기관의 관계 [의료 감정 및 증언(9.7.1), 형사 사건에서 법원이 주도한 치료(9.7.2), 사형(9.7.3), 의사의 심문 참여(9.7.4), 고문(9.7.5)]</p>

IX. 결론

KMA 지침을 AMA 규약과 비교하여 분석한 결과 여러 차이점을 발견할 수 있었다. AMA 규약

에는 미국 사회의 법과 제도에 기인한 것도 있다. 미국의 발달한 계약 문화에서 비롯된 내용을 우리 사회에 적용하기는 쉽지 않다. 종합하면 두 윤리 기준의 차이점은 다음과 같이 크게 네 가지 범주

로 구분할 수 있다.

1) 의료윤리를 바라보는 관점의 차이를 반영하는 부분이 있다. 예를 들어, 윤리기준은 의사를 주어로 의사의 의무를 기술할 수도 있고 환자를 주어로 환자의 권리를 선언하고 이어 의사의 의무를 기술할 수도 있다. 2) 윤리적 주제를 더 세분화하여 깊이 있게 다른 내용이 있다. AMA 규약의 “미성년자의 동의능력”이 이에 해당한다. 3) 우리 의료현실에서도 적합성이 있지만 KMA 지침에 포함되지 않은 내용이 있다. 비임상적 역할을 하는 의사의 윤리, 방역과 관련된 의사의 윤리, 의료감정과 관련된 의사의 윤리가 이에 해당한다. 4) 윤리 기준을 지속적으로 개선하고 있는가에 대한 차이가 있다. 아래에서는 분석된 차이점을 반영하여 KMA 지침의 개선방안을 제안한다.

첫째, 의사의 윤리적 의무는 환자의 권리에서 출발한다는 인식의 전환이 필요하다. 1985년 “소비자문제를 연구하는 시민의 모임”이 우리나라에서 처음으로 “환자권리선언”을 준비했을 때 의료계는 강력히 반발했다[13,14]. 그러나 8년 뒤 1993년 3월 8일 연세의료원은 “모든 환자는 인간으로서의 관심과 존경을 받을 권리가 있다”는 10개 항의 환자권리장전을 제정하고 선포식을 가졌다[15]. 환자권리장전 10개항 모두 ‘환자’가 주어로 등장하고 있다. AMA 규약은 환자의 권리(1.1.3)에서 ‘환자’를 문장의 ‘주어’로 하여 어떠한 권리가 있는지를 명확히 하고 있다. 반면 KMA 지침은 ‘의사’를 문장의 ‘주어’로 하여 환자의 권리를 보장하여야 한다고 서술하고 있다. 가장 먼저 환자의 권리를 명확히 선언해 주는 AMA 규약의 서술방법은 참고할 만하다. 환자에게 어떤 권리가 있는지를 의사가 명확하게 이해할 수 있기 때문이다.

둘째, 환자의 자기결정권의 분명한 선언이 필요하다. 대법원은 환자의 동의는 헌법 제10조에서

규정한 개인의 인격권과 행복추구권에 의하여 보호되는 자기결정권을 보장하기 위한 것이라고 판시하고 있다[16]. 결국, 환자의 자기결정권 보장은 사전동의의 궁극적 목적이다. 그런데 KMA 지침은 환자의 알 권리는 언급하고 있지만 환자의 자기결정권은 명확하게 언급하지 않고 있다. KMA 지침은 제한된 범위에서 환자의 선택권을 거론하고 있을 뿐 환자의 자기결정권 전반에 대하여는 언급이 없다.

셋째, 동의능력 없는 소아환자와 동의능력이 있는 미성년환자를 구별해야 한다. 우리 민법 제4조에 따르면 19세 미만인 사람은 미성년자다. 그러나 미성년자라고 하더라도 의사능력이 인정되면 의료행위에 대한 동의능력이 인정된다[17]. 미성년자라고 하더라도 18세 환자와 6세 환자의 의사결정능력은 동일하지 않다. 따라서 의사가 동의능력과 관련하여 미성년자를 하나의 범주로 취급하는 것은 합당하지 않다.

2020년 1월 23일 서울고등법원은 12세인 환자가 뇌혈관조영술을 시행 받은 후 후유증이 온 사건에서 의료진이 부모에게만 설명하고 환자에게는 설명하지 않아 환자의 자기결정권을 침해하였다는 이유로 손해배상을 선고하였다[18]. 우리 사회의 의사들에게는 당혹스러운 판결이다. 미국 사회와 우리 사회는 부모와 자녀 간의 관계에 대한 관념이 많이 다르기 때문이다. 그러나 이제 동의능력 있는 미성년자의 자기결정권을 무조건 무시할 수도 없다. KMA 지침에 어느 정도의 기준을 설정하여 미성년자의 자기결정권을 보호해야 한다. 의사결정능력은 개별적이긴 하지만 형사미성년자 기준인 14세를 고려하여 미성년자의 의료행위 동의능력에 대한 일반적 기준을 형성해 나갈 필요가 있다.

넷째, 비임상적 역할을 하는 의사를 위한 윤리적 기준도 필요하다. 우리 사회에서도 의사는 다

양한 역할을 맡고 있다. 의사는 보건복지부에서 보건의료정책을 담당하기도 하고 건강보험심사평가원에서 심사나 평가를 담당하기도 한다. 민간 보험에서 보험급여의 범위를 결정하는 역할을 담당하기도 한다. 이들은 직접 환자를 진료하지 않지만 환자 진료에 끼치는 영향은 매우 크다. 이들은 의사라는 자격을 바탕으로 관련 업무를 하고 있다. 따라서 이들도 환자 진료라는 가치를 실현하는 데 의사로서의 윤리적 의무가 있음을 분명히 할 필요가 있다.

다섯째, 방역과 관련하여 제기되는 윤리적 문제에 대한 기준이 필요하다. 2020년 12월 7일 한국의료윤리학회는 코로나19 관련 의료자원 분배에 관한 윤리 원칙을 수립을 촉구하는 성명서를 발표했다[19]. 코로나19 팬데믹은 다양한 의료윤리적 문제를 제기하고 있다. 의사는 진료실 안에서 개개의 환자에게 백신을 접종하는 업무를 담당하고 있다. 때로 환자의 권리 보호와 공중보건을 위한 방역 정책 사이에 갈등이 발생할 수도 있다. KMA 지침은 개별적인 환자의 권리를 보호하는 의사의 윤리적 의무와 공중보건 조치를 위한 의사의 윤리적 의무 사이에서 균형 잡힌 윤리적 원칙을 제시할 수 있어야 한다.

여섯째, 의료 감정과 관련된 윤리적 기준이 필요하다. AMA 규약은 의사는 시민이자 특별한 경험과 지식을 갖춘 전문가로서 사법절차에서 그 역할을 다할 의무가 있다고 선언하고 있다. 독일 의사협회도 1975년 감정위원회를 구성하여 감정의 공정성을 확보하기 위하여 많은 노력을 해 왔다. 독일 감정위원회는 의사협회에 조직되어 있지만, 독립성을 보장받으며 지시를 받지 않는다. 감정위원 역시 지시를 받지 않고 독립성을 명시적으로 보장받고 있다[20]. 대한의사협회는 2019년 의료감정원을 설립하고 감정위원의 전문성 및 객관성 확보를 위해 의료감정 인종교육을 실시하고 있

다[21,22]. 의료감정원 인종교육에는 감정인 윤리 교육도 포함되어 있다. KMA 지침도 의료감정의 윤리적 기준을 세울 필요가 있다.

일곱째, KMA 지침의 전체 체계와 구성에 있어 몇 가지 수정이 필요하다. KMA 지침 제8조의 제목도 “의사의 사회적 책무”이며 지침 제24조의 제목도 “의사의 사회적 책무”다. KMA 지침 제4장의 제목도 “의사의 사회적 역할과 의무”다. 사회적 역할 혹은 사회적 책무라는 표현은 너무 포괄적이다. AMA 규약처럼 “지역사회 건강에 관한 윤리”와 “의료 전달 및 재정에 관한 윤리”로 구별하여 기술하는 것도 한 가지 방법이다. 한편 KMA 지침 제16조(회복 불능 환자의 진료중단)는 제2장 환자에 대한 윤리에 포함되어 있고 지침 제35조(연명의료), 제36조(안락사 등 금지)는 제5장 개별 의료 분야 윤리에 포함되어 있다. 이들은 관련 있는 주제로서 재배치가 필요하다.

여덟째, KMA 지침도 AMA 규약과 마찬가지로 지속적인 제·개정 작업이 가능한 구조를 만들어야 한다. AMA 규약의 의견(Opinions)의 제·개정은 AMA 윤리법제위원회(Council on Ethical and Judicial Affairs)가 제안하고 AMA 대의원회에서 의결한다. 윤리법제위원회는 우선 AMA Policy를 개발하고 논의가 구체화되면 이를 AMA 규약의 의견에 반영하는 형태로 새롭게 제기되는 윤리적 쟁점에 대응하고 있다. 실제로 2017년 이후 다음과 같이 7개의 의견이 추가되었다는 점에서 AMA 규약을 개선하기 위해 지속적인 노력이 이루어지고 있다는 점을 알 수 있다. 추가된 7개 의견은, 안전한 환자 퇴원을 위한 의사의 책임(1.1.8), 의료 관광(1.2.13), 연구 중인 치료에 대한 접근 확대(7.3.10), 미디어에서의 의사의 윤리적 행동(8.12), 의사의 능력, 자기 평가 및 자기 인식(8.13), 협력 치료(10.8), 무종교 의료기관과 종교 의료기관의 합병(11.2.6) 등이다.

KMA 지침을 지속적으로 개선해 나가기 위해서는 대한의사협회 내에 이를 담당하는 조직과 절차가 마련되어야 한다. KMA 지침의 제·개정은 통상 4월에 개최되는 대한의사협회 대의원총회의 의결사항이다.⁸⁾ 그런데 KMA 지침의 제·개정을 소관하는 법령·정관분과위원회는 대의원총회 전체회의 하루 전날 개최된다. 따라서 이 분과위원회에서 KMA 지침의 상시적 개정을 준비하는 것은 가능하지 않다. 2017년 KMA 지침 개정이 가능했던 것은 2014년 12월 “의사윤리지침 및 강령 개정 TF”가 구성되어 개정작업을 준비하였기 때문이다. 개정이 마무리된 후 이 TF는 해산하였다. 2017년 KMA 지침 개정은 2006년 개정 이후 11년 만의 일이었다.

2016년 대한의사협회는 KMA Policy 특별위원회를 구성하여 상시적으로 KMA Policy를 제·개정 하고 있다.⁹⁾ 반면 KMA 지침은 상시적으로 개정 작업을 준비하는 주체가 없다. 따라서 대한의사협회는 대의원회, 중앙윤리위원회, 집행부, KMA Policy 특별위원회의 의견을 모아 적절한 방안을 마련해야 한다.¹⁰⁾

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

[1] Park SK, Yoo SH, Kwon I, et al. Development of a commentary on the ethical codes and guidelines of the Korean Medical Association and its

utilization plans. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association; 2020.

[2] Park SK, Cheong YS. Revisions to the Korean Medical Association's Code of Ethics and self-regulation based on medical professionalism. *Korean Journal of Medical Ethics* 2018;21(1):1-14.

[3] Chang DI. A Comparative analysis of philosophical education and the education of ethical codes from the perspective of biomedical ethics. *The Journal of the Humanities* 2018;69:223-248.

[4] YU HJ. The usefulness and binding feature of code doctor's ethics. *Korean Journal of Medical Ethics Education* 2003;6(2):143-160.

[5] American Medical Association. *Code of Medical Ethics*. USA: American Medical Association; 2017.

[6] Hong SY. Informed consent and the decision-making competence of minors. *Korean Journal of Medical Ethics Education* 2005;8(1):155-170.

[7] Bae HA, Lee SB, Jang HY. Resolving conflicts between informed consent and patients' privacy in medical emergencies. *Korean Journal of Medical Ethics Education* 2007;10(1):73- 82.

[8] Supreme Court Decision 2018Do2844 Decided May 11, 2018[Internet]. [cited 2021 Nov 15]. Available from: <https://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intsrch/sjo022.do>. Accessed 30 Nov 2021.

[9] Lee KD. How should scarce healthcare resources be rationed during the COVID-19 pandemic? *Korean Journal of Medical Ethics* 2020;23(3):145-169.

8) 대한의사협회 정관 제20조(대의원총회 의결사항)
10. 의사윤리강령, 의사윤리지침 제·개정에 관한 사항.

9) 대한의사협회 정관 제20조(대의원총회 의결사항)
12. 대한의사협회 폴리스(KMA POLICY)특별위원회 구성에 관한 사항.

- [10] Kim KY, Park KK, Huh JS. Comparative legal study on the triage at the COVID 19 pandemic. *Korean Journal of Medicine and Law* 2021;29(1):47-70. Available from: <https://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intsrch/sjo022.do>. Accessed 30 Nov 2021.
- [11] The Hankyoreh. Artificial insemination, performed unethically. 1993.1.21. Available from: <https://newslibrary.naver.com/search/searchByDate.naver>
- [12] The Dong-A Ilbo. Announcement of the declaration of ethics for artificial insemination. 1993.5.7. Available from: <https://newslibrary.naver.com/search/searchByDate.naver>
- [13] The Dong-A Ilbo. Patient's life and personality should be respected. Prepared 'Declaration of Patient Rights'. 1985.6.26. Available from: <https://newslibrary.naver.com/search/searchByDate.naver>
- [14] Kyunghyang Shinmun. Difficulty in promulgation of 「Patient Rights Declaration」 in september. 1985.7.25. Available from: <https://newslibrary.naver.com/search/searchByDate.naver>
- [15] Kyunghyang Shinmun. The first declaration of Patient Bill of Rights. 1993.3.8. Available from: <https://newslibrary.naver.com/search/searchByDate.naver>
- [16] Supreme Court Decision 2009Da174174 Decided May 21, 2009[Internet]. [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=138111>
- [17] Kim SJ. *Medical malpractice litigation law*. Seoul: Pakyoungsa, 2008.
- [18] Lee JH. The doctor must explain the procedure in detail even to a 12-year-old minor. *KMA Times*. 2020.2.6. Available from: <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=133209>
- [19] The Korean Society for Medical Ethics. Appeal to social consensus on ethical principles for medical resource distribution in relation to COVID-19. 2020.12.5. Available from: <https://medicalethics.jams.or.kr/po/community/notice/noticeView.kci>
- [20] Kim KY. Expert Commissions and Arbitration Boards in Germany. *Healthcare Policy Forum* 2019;17(2):82-87.
- [21] Kang SG. KMA opened the Korean Medical Practice Review Authority. *Dailypharm*. 2019.10.30. Available from: <http://m.dailypharm.com/newsView.html?ID=258392>
- [22] Lee JH. The Korean Medical Practice Review Authority held the 3rd certification training for medical expert witness. *KMA Times*. 2021.2.3. Available from: <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=138111>

A Comparison of the Korean Medical Association's Ethics Guidelines and the American Medical Association's Code of Ethics

PARK Hyung-Wook¹

Abstract

In 2017, the Korean Medical Association (KMA) revised its Code of Ethics and Ethics Guidelines. This study compares the KMA's Ethics Guidelines with the Code of Medical Ethics of the American Medical Association (AMA). This comparison identifies several points in the KMA's Ethics Guidelines that are in need of further attention and possible revision. In particular, the KMA's Guidelines should (a) describe the rights of patients prior to explaining the duties of physicians, (b) explicitly state that patients have a right to self-determination, (c) distinguish between informed consent for pediatric versus minor patients, (d) describe the ethical standards for doctors in non-clinical roles, (e) provide guidance for the ethical issues raised in relation to quarantine, and (f) describe ethical standards related to medical testimony. This study also suggests that the KMA should establish a committee to reflect upon and further improve its Ethics Guidelines.

Keywords

codes of ethics, professional autonomy, professionalism, patient rights, informed consent

1 Professor, Department of Social Medicine, College of Medicine, Dankook University.