

의사윤리지침의 주요내용과 실천 방안*1)

구 영 모**2)

차 례

- I. <의사윤리지침> 제정의 의의
- II. <의사윤리지침>의 주요 내용
 - 1. 우리나라와 미국의 <의사윤리지침>
 - 2. <의사윤리지침>과 현행법 사이의 긴장과 충돌
- III. <의사윤리지침>의 실천 방안

I. <의사윤리지침> 제정의 의의

2001년 11월 15일, 마침내 대한의사협회는 <의사윤리지침>의 발효를 정식으로 선포하였다. 제정 작업에 착수한지 거의 4년만의 일이다. 이로써 대한의사협회는 <의사윤리선언>, <의사윤리강령>, <의사윤리지침>으로 이어지는 규범 문서의 라인업을 완성하였다. 그러나 공포 이후 지금까지 <의사윤리지침>은 의료계 안과 밖에서 폭넓은 지지를 받거나 널리 활용되고 있지 못하고 있다.

그럼에도 불구하고 <의사윤리지침> 제정의 의의는 매우 크다. 이 지침은 우리나라에서 최초로 만들어진 의사의 의료행위에 대한 구체적인 규범으로서의 가치가 충분하기 때문이다. 2000년 이른바 “의료대란”을 경험하면서, 우리나라의 의료제도와 정책 그리고 재정에서 커다란 문제점이 있다는 점에 대해서 의사들의 견해가 거의 일치했다. 잘못된 제도·정책·재정운용에 대한 문제 제기와 더불어 의사사회 내부에서는 자기개혁, 자기정화의 목소리가 어느 때보다 세차게 울려나왔고 그 반향 또한 컸다. <의사윤리지침>은 그러한 자기반성의 분위기 속에서 제정·공포되었던 것이다. 그런 의미에서, 대한의사협회가 2000년 벌였던 투쟁의 정당성은 의사 사회 내부의 자정작업의 성공에 달려 있다고 해도 과언이 아니다.

사회가 의사들에게 고도의 윤리성을 요구하고 의사 스스로도 다짐하고 실천하는 모습은 어제 오늘의 일이 아니다. 서양의 경우 고대 그리스 시대부터 <히포크라테스 선서>가 있었으며, 한자문화권에서는 의술을 단순한 의료기술이 아닌 인술이라고 일컬어왔다. 우리 사회

* 이 글은 대한의사협회 중앙윤리위원회 주최 심포지엄 “의사윤리지침의 내용과 실천방안”(2003. 12. 6)에서 발표 예정이었던 원고를 축소수정한 것임.

** 울산의대 인문사회연구소
(우)138-736 서울 송파구 풍납동 388-1 울산의대 인문사회연구소
yunkoo@amc.seoul.kr

의 의사들이라고 그러한 전통에서 벗어나 있었던 것은 아니다. 1964년 <의사의 윤리>를 제정하고 대한의사협회의 한 기구로 윤리위원회를 운영해 왔다. 그러나 그러한 노력이 매우 미흡했던 점은 결코 부인하기 어렵다.

이에 대한 반성은 몇 해 전부터 가시화되었다. 즉 1995년 시대와 의료 환경에 걸맞지 않는 <의사의 윤리>를 <의사윤리선언>으로 전면 개정하는 작업을 필두로, 그것을 구체화한 <의사윤리강령>의 제정, 나아가 의료현장에서 일어나는 행위의 윤리성 여부를 판단하는 실무지침으로 사용하고 기성 의사들과 의과대학생들의 윤리의식과 실천을 제고하기 위한 교육에 활용할 수 있는 <의사윤리지침> 제정으로 이어졌다. 그리고 그러한 개·제정은 밀실에서 이루어진 것이 아니라, 의료계의 논의를 비롯해 생명의료윤리학계의 공개적인 검토와 종교계, 언론계, 소비자단체, 법조계 등 관련 분야 인사가 참여한 토론회와 공청회를 거쳐 확정되었다.

<의사윤리선언>, <의사윤리강령>, <의사윤리지침>에서 키워드는 “환자”이고 “환자와 사회에 대한 의사의 책임”이다. 그리고 일관하는 대원칙은 생명의료윤리의 골간인 “자율성 존중원칙”이며, “악행금지원칙” “선행원칙” “정의원칙”이다. 그 중에서 “자율성”은 의사의 자율성에 앞서 환자의 자율성이다. 그것은 의사의 책임을 환자에게 떠넘기기 위함이 아니다. 의료 지식이 부족한 환자가 자율적인 결정을 내리기 위해서는 환자상태와 진료내용 등에 대한 충분한 정보 제공이 꼭 필요한데, “자율성 존중”은 이를 필수요소로 포함한다.

오랜 동안 의료는 가부장적 권위를 지닌 의사들의 시혜적 선의에 의존해 왔으며, 그에 따라 환자는 타자화·객체화되어 왔다. 그것은 개인의 자기결정권을 최고가치로 삼는 현대 민주사회에는 걸맞지 않는 모습이다. <의사윤리지침>은 (가족의 이익이 아니라) 환자의 이익을 최우선으로 보호하는 의사의 전통적 책임을 방기하지 않는 동시에 (가족의 결정권이 아닌) 환자의 자기결정권을 최대한 존중하는 민주사회의 이념에 토대를 두고 있다.¹⁾

II. <의사윤리지침>의 주요 내용

<의사윤리지침>은 전체 6장 78조 193개 항목으로 이루어져 있다. 여섯 개의 장은 총강을 비롯하여 의사의 일반적 윤리(제1장), 환자에 대한 윤리(제2장), 동료 보건의료인에 대한 윤리(제3장), 의사의 사회적 역할과 의무(제4장), 시술 및 의학연구와 관련된 윤리(제5장), 윤리위원회(제6장)로 구성되어 있다. 지침의 전체 구성과 각 조의 제목은 [표1]과 같다.

<의사윤리지침>은 의사가 예방, 진료, 재활, 의학연구 활동을 함에 있어서 전문 직업인으로서 따라야 할 윤리적 행동의 지침을 빠짐없이 상세히 규정하고 있다. 이 문서의 내용이 포괄적인 데다가 분량 또한 상당하므로, 이 글에서 지침의 내용을 하나하나 살피는 방식은 피하고자 한다. [표1]을 보면 <의사윤리지침>의 열개를 파악할 수 있다.

1) 황상익, 구영모. <의사윤리지침>의 제정과 활용. 한국의료윤리교육학회. 2001년도 가을학술대회 자료집

[표1] <의사윤리지침>의 구성

<p>[총 강]</p> <p>제1조 목적</p> <p>제2조 선언과 법령 등 존중</p> <p>제3조 징계</p> <p>제4조 의사 윤리 제고를 위한 국가의 역할</p> <p>[제1장 의사의 일반적 윤리]</p> <p>제5조(의사의 사명과 본분</p> <p>제6조(최선의 의술 시행</p> <p>제7조 공정한 의료 제공</p> <p>제8조 품위 유지</p> <p>제9조 음주 및 약물복용 상태의 진료금지</p> <p>제10조 위생과 예방교육</p> <p>제11조 공인되지 않은 의료행위 금지</p> <p>제12조 의사의 직무 수행 보장</p> <p>제13조 최선의 의료환경 조성 노력</p> <p>[제2장 환자에 대한 윤리]</p> <p>제14조 환자의 이익과 의사존중</p> <p>제15조 해로운 행위 금지</p> <p>제16조 환자의 인격 존중</p> <p>제17조 동반자로서의 지위 존중</p> <p>제18조 입원환자에 대한 의무</p> <p>제19조 경제적 능력 없는 환자 대책</p> <p>제20조 의사와 환자의 상호 신뢰</p> <p>제21조 환자의 의사 선택권 존중 등</p> <p>제22조 진료 거부의 인정</p> <p>제23조 환자의 알권리 의사의 설명의무</p> <p>제24조 의료행위의 위임</p> <p>제25조 무자격 의료행위 금지</p> <p>제26조 의학적 판단에 반하는 요구 대응</p> <p>제27조 진단서 발급</p> <p>제28조 진료중단과 퇴원 요구시 유의점</p> <p>제29조 판단이 어려운 경우의 자문</p> <p>제30조 회복 불능 환자의 진료 중단</p> <p>제31조 환자의 비밀보호</p> <p>제32조 응급환자에 대한 의무</p> <p>[제3장 동료 보건의료인에 대한 윤리]</p> <p>제33조 용어 정의</p> <p>제34조 동료 보건의료인 존중</p> <p>제35조 동료 보건의료인과의 협조</p> <p>제36조 직위 남용 금지</p> <p>제37조 정당한 지시 존중</p> <p>제38조 근무환경 개선</p> <p>제39조 고용주의 의무</p> <p>제40조 금품 제공 금지</p> <p>제41조 불공정 경쟁 금지</p> <p>제42조 동료 의사의 오류에 대한 대응</p> <p>[제4장 의사의 사회적 역할과 의무]</p> <p>제43조 의사의 사회적 책무</p>	<p>제44조 집단환자 구호활동</p> <p>제45조 인권 보호 의무</p> <p>제46조 환경 보호 의무</p> <p>제47조 노동조건 보호 의무</p> <p>제48조 국가의 보호 의무</p> <p>제49조 의료비 낭비 방지 등</p> <p>제50조 부당 이득 추구 금지</p> <p>제51조 부당진료 금지</p> <p>제52조 진료비 감면 금지</p> <p>제53조 허위·과대광고 등 금지</p> <p>[제5장 시술 및 의학연구와 관련된 윤리]</p> <p>제54조 태아 관련 윤리</p> <p>제55조 인공수태시술 관련 윤리</p> <p>제56조 대리모</p> <p>제57조 말기환자에 대한 역할</p> <p>제58조 안락사 금지</p> <p>제59조 의사조력자살 금지</p> <p>제60조 의학적으로 의미 없는 치료</p> <p>제61조 뇌사 인정</p> <p>제62조 장기이식술 인정</p> <p>제63조 장기이식술 시행시 준수사항</p> <p>제64조 장기 등 매매금지</p> <p>제65조 장기이식 순서</p> <p>제66조 인체 대상 연구</p> <p>제67조 인체 대상 연구의 절차</p> <p>제68조 생명복제 연구</p> <p>제69조 사회경제적 약자 대상 연구</p> <p>제70조 피검자에 대한 의무</p> <p>제71조 피검자에 대한 보상</p> <p>제72조 인체 대상 연구의 중단</p> <p>제73조 연구결과의 발표</p> <p>[제6장 윤리위원회]</p> <p>제74조 윤리위원회 설치</p> <p>제75조 윤리위원회 역할</p> <p>제76조 소명 기회 보장</p> <p>제77조 징계대상자 비밀 보호</p> <p>제78조 윤리지침과 교육</p>
--	--

1. 우리나라와 미국의 <의사윤리지침>

<의사윤리지침>이 마련되는 과정을 살펴보면, 다양한 관련 문헌들 가운데서도 미국의사협회(American Medical Association: AMA)의 의사윤리지침인 *Code of Medical Ethics*의 영향을 가장 크게 받았음을 알 수 있다.²⁾ 실제로 이 두 문서에 담긴 내용의 상당 부분이 서로 겹치고 있음을 볼 수 있다. 그렇다면 우리나라 <의사윤리지침>의 내용의 정당성은 미국 의사협회의 *Code of Medical Ethics* 에서 상당 부분 찾아질 수 있을 것이다. 아래에서는 긴 지면을 할애하여, 두 문서 사이의 내용의 공통점을 드러냄으로써 두 나라의 의사윤리지침이 내용상 밀접하게 관련되어 있음을 보이고자 한다³⁾.

[제1장 의사의 일반적 윤리]

제9조(음주 및 약물복용 상태의 진료 금지) 의사는 음주 및 마약, 향정신성의약품을 복용한 상태에서 진료에 임하여서는 아니된다.

의사가 향정신성의약품, 술, 또는 의술을 수행하는 능력을 저해하는 그 밖의 화학약물의 영향 하에서 진료하는 것은 비윤리적이다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.15 약물남용; 1986년 12월 제정)

제11조(공인되지 않은 의료행위 금지) ① 의사는 ‘의학적으로 인정되는 의료행위’만 시행하여야 한다. ‘의학적으로 인정되는 의료행위’라 함은 의학회 일반과 관련 전문학회에서 공식적으로 인정하는 의료행위를 말한다.

제26조(의학적 판단에 배치되는 요구에 대한 대응) 의사는 환자 또는 가족 등 환자 대리인의 요구가 있더라도 의학적으로 인정되지 않는 의료행위를 시행하여서는 아니된다.

과학적 근거가 없거나 위험한 치료에 종사하거나 지원, 교사하는 것은 비윤리적이다. 그러한 행위는 환자에게 그릇된 희망을 심어줌으로써 환자를 기만하는 것이며, 환자가 적절한 치료법을 찾는 것을 지연시킬 수 있다. 의사들은 또한 다음의 주 법률을 염두에 두어야 한다. 주 법률은 의사가 의료기술에 있어서 면허가 없는 사람을 지원하거나 교사하는 것, 제한된 면허를 가진 사람이 자신의 면허 범위를 넘어서서 서비스를 제공할 때 의사가 이를 지원하거나 교사하는 것, 의사가 앞의 상황에서 공동으로 환자를 치료하는 것 등을 금하고 있다. 그 밖의 상황에서 의사들은, 누구의 권고에 의해 찾아온 환자이건 간에, 환자들에게 의료서비스 제공을 자유롭게 수락하거나 거절할 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 3.01 비과학적 기술가들; 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 및 1996년 6월 개정)

[제2장 환자에 대한 윤리]

제16조(환자의 인격 존중) ⑤ 의사는 진료 관계가 종료되기 이전에는 환자의 자유의사와 환

2) 황상익, <의사윤리지침>의 제정과정과 향후 활용방안, 대한의사협회지 제44권 제10호 : 1065-1070

3) <의사윤리지침> 전문은 대한의사협회 홈페이지(<http://www.kma.org/>)에서 볼 수 있다. 미국의사협회의 윤리지침 전문은 The Council on Ethical Judicial Affairs of the American Medical Association, *Code of Medical Ethics : Current Opinions*, 2002-2003 edition을 사용하였으며, 이 글에서는 고딕체로 표시하였다.

자와의 합의에 의한 경우라 할지라도 환자와 성적 접촉을 비롯하여 애정 관계를 가지는 것은 바람직하지 않다.

환자-의사 관계에서 생기는 성적 접촉은 성적 일탈을 일으킬 수 있다. 환자와 의사 사이의 성적 관계나 로맨틱한 관계는 환자-의사 관계의 목적에서 일탈한 것으로 환자를 취약하게 하거나 환자의 건강과 관련한 의사의 객관적 판단을 흐리게 하며 궁극적으로는 환자의 복지에 악영향을 미친다. 비(非) 성적 접촉이더라도 환자와의 성적 접촉으로 오인되거나 유도될 근거가 있다고 여겨지는 경우, 의사는 그러한 비 성적 접촉을 피해야 한다. 의사의 윤리적 의무는 환자와의 데이트, 성적 관계, 또는 로맨틱한 관계를 맺기 전에 환자-의사 관계를 증식시킬 것을 포함한다. 또한 의사와 진료가 종료된 환자 사이의 성적 관계 또는 로맨틱한 관계는 이전의 환자-의사 관계에 의해 부당하게 영향을 받을 수 있다. 의사가 이전의 직업적 관계로부터 생긴 신뢰, 지식, 정서, 영향력 등을 이용하려 한다면 이전 환자와의 성적 관계 또는 로맨틱한 관계는 비윤리적이다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.14 의료에 있어서 성적 일탈; 1986년 12월 제정, 1992년 3월 개정)

제21조(환자의 의사 선택권 존중 등) ② 의사는 환자나 새로운 담당 의사가 요청하는 경우 환자의 의무기록 등을 새로운 담당 의사에게 제공하여야 한다.

환자를 이전에 치료했던 의사는 현재 그 환자를 치료하고 있는 의사의 요청이 있을 경우 그 환자에 관한 기록이 즉시 이용 가능해야 한다는 것을 어떠한 이유로도 거부해서는 안 된다. 기록을 이용할 수 있는 적절한 권한은 환자에 의해 부여되어야만 한다. 진료비가 미납되었다는 이유로 의무기록의 제공을 보류하여서는 안 된다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 7.01 의사의 기록 — 다른 의사에게 정보 제공; 1977년 4월 이전 제정)

환자를 진료하면서 행한 기록은 일차적으로 의사 자신이 사용하기 위한 것이므로 의사의 개인적 재산이 된다. 하지만, 환자의 요청이 있을 경우 의사는 환자, 다른 의사, 변호사, 또는 그밖에 환자가 지정한 사람에게 기록의 사본 또는 요약본을 제공해야 한다. 대부분의 주는 환자가 의무기록에 접근할 수 있는 권리를 환자에게 부여하는 법령을 제정했다. ... 의사는 환자가 의무기록에 접근하는 데 관련된 법령, 규칙 또는 규정에 대해 잘 알고 있어야 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 7.02 의사의 기록 — 정보와 환자; 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 개정)

제22조(진료 거부의 인정) 환자 또는 가족 등 환자 대리인이 의사를 비롯하여 담당 의료인에게 신체적·정신적 위협을 가하거나 진료시설 등을 파손하거나 진료에 비협조적이거나 다른 환자의 진료를 방해하는 등 불가항력적인 경우에 의사는 환자의 진료를 거부할 수 있다. 단, 환자의 생명이 위급한 응급상황에서는 진료를 거부하여서는 아니된다. 의사에게는 누구에게 의료서비스를 제공할 것인지 선택할 자유가 있다. 그러나 의사는 구급 치료가 필수적인 응급 상황에서는 최대한의 능력을 발휘하여 응해야만 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.11 환자에 대한 거부; 1977년 4월 이전 제정, 1996년 6월 개정)

제23조(환자의 알 권리와 의사의 설명 의무) ① 의사는 환자의 질병상태와 예후, 시행하려는 의료행위의 효과와 위험성, 진료비 등에 대하여 환자에게, 환자가 정상적인 판단을 할 수 없는 경우에는 가족 등 환자의 대리인에게 신중·정확·자세하게 설명함으로써 환자의 알 권리와 선택할 권리를 보장하여야 한다.

② 의사는 특히 전신마취, 개복수술, 항암화학요법, 전산화단층촬영 등 환자에게 상당한 불안이나 불쾌감을 일으킬 수 있거나 침습적이거나 비용이 많이 드는 시술과 검사와 같은 일상적인 것 이외의 의료행위를 시행하고자 할 때에는 환자에게, 환자가 정상적

인 판단을 할 수 없는 경우에는 가족 등 환자 대리인에게 충분히 설명하여 그들이 선택할 수 있도록 도와야 한다.

③ 의사가 충분한 설명을 하지 않거나 환자의 동의 없이, 또는 환자가 정상적인 판단을 할 수 없는 경우 가족 등 환자 대리인의 동의 없이 일상적인 것 이외의 의료행위를 시행하여서는 아니된다.

환자의 자기결정권(자율성)은 환자가 충분한 정보를 소유하고 이성적인 선택을 할 수 있을 때에만 효과적으로 행사될 수 있다. 환자는 치료에 관해 스스로 결단을 내려야 한다. 의사의 의무는 환자 또는 환자를 보살피는 책임을 맡고 있는 사람(보호자)에게 의학적 사실을 정확하게 알리고, 양질의 의료시술에 관한 권고를 하는 것이다. 의사는 환자가 양질의 의료시술에 모순되지 않는 치료 방법들 중에서 선택하도록 도와주어야 할 윤리적 의무를 가진다. ‘충분한 설명에 근거한 동의’는 기본적인 사회적 원리로서 다음과 같은 예외를 허용한다. ① 환자가 무의식 상태이거나 동의할 수 있는 능력이 없는 경우 치료하지 않으면 당장 해악이 닥칠 때, ② 위험함을 알리는 것이 의학적으로 금기시될 정도로 환자에게 심각한 심리적 위협을 의미할 경우, 사회적 원리는 위험함을 알리는 것이 환자를 자극하여 환자가 필요한 치료를 유보할지도 모르기 때문에 의사가 침묵을 지켜도 무방하다는 온정적 간섭주의적 견해를 받아들이지 않는다. 이성적이고 정보를 가지고 있는 환자가 유사한 상황에서 한결같이 치료에 동의하거나 거부할 것이라고 예측해서는 안 된다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.08 충분한 설명에 근거한 동의; 1981년 3월 제정)

의사는 어떠한 경우이든 환자에게 정직하고 개방적으로 대하여야 한다는 것은 기본적인 윤리적 요구사항이다. 환자는 자신의 과거와 현재의 의학적 상태를 알고 자신의 상태와 관련된 모든 잘못된 신조로부터 자유로워질 권리가 있다. 그러한 이유로 의사는 환자에게 그들의 상태를 이해하기 위해 필요한 모든 정보를 제공해야 할 윤리적 책임이 있다. 완전한 공개를 통해서만 환자는 장래의 치료와 관련된 ‘충분한 설명에 근거한 동의’를 할 수 있다. 의사의 윤리적 의무에는 검사결과나 그 밖의 다른 정보들을 검토함으로써 얻어진 진단상의 변화를 환자에게 알릴 것도 포함된다. 그러한 의무는 치료에 관한 환자의 선택이 그 새로운 정보에 의해 변경되지 않을지라도 유지되어야 한다. 진실한 공개로 초래될 수 있는 법적 책임의 가능성에 대한 고려가 환자에 대한 의사의 정직성에 영향을 끼쳐서는 안 된다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.12 환자에 대한 정보 제공; 1981년 3월 제정, 1994년 6월 개정)

제24조(의료행위의 위임) ① 의사는 자신이 담당하는 환자에 대한 의료행위를 다른 의사에게 위임하는 경우 환자에게, 환자가 정상적인 판단을 할 수 없을 때에는 가족 등 환자 대리인에게 충분히 설명하여 동의를 받아야 한다.

(참조) 환자에게 알리지 않거나 환자의 동의 없이 다른 의사에게 수술을 위임하는 의사는 사기행위를 하는 것이다. 환자는 자신의 담당 의사를 선택하였으므로 그 대리를 수락하거나 거절할 수 있어야 한다. 환자에 대한 의사의 의무는 의사가 다음의 조건 하에서 수술할 것을 요구한다. ① 그 수술에 대한 동의에 의해 부여된 범위 안에서, ② 계약관계와 일치하도록, ③ 수술의 필요성 등 수술에 관계된 모든 정보의 공개 하에, ④ 최상의 기술로써 수술이 이루어져야 한다. 환자가 수술에 동의한 것은 담당 의사에 의한 것이라는 점을 분명히 인식해야 한다. 환자는 자신이 계약한 특정한 의사의 시술을 받도록 되어 있다. 환자의 수술을 수락한 담당 의사는 환자-의사 관계를 이루는 협약에 의해 요구되는 정도만큼 그 수술의 수행에 있어 자신의 재능을 발휘할 의무가 있다. 환자와의 정상적이고 일반적인 협의 하에서, 그리고 일상적인 수술 동의와 관련하여 담당 의사는 그 수술을 할 의무가 있는 한편 전공의(레지던트)나 그 밖의 다른 의사의 도움을 받을 수 있다. 환자의 동의에 근거하여 담당 의사가 그 수술의 어떤 부분을 자신의 참여와 감독 하에 다른 의사에게 위임하는 것은 비윤리적이지 않다. 담당 의사가 참여하지도 감독하지도 않

는 상황에서 다른 의사가 수술을 한다면 그 사실은 환자에게 완전히 공개되고 환자의 동의를 받아야 하며, 또 그러한 동의 사실은 적절한 절차에 의해 확보되어야 한다. 그러한 경우에만 담당 의사 이외의 의사가 집도할 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.16 환자에게 알리지 않거나 환자의 동의 없는 집도 의사의 대처; 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 개정)

제30조(회복 불능 환자의 진료 중단) ① 의사는 의학적으로 회생의 가능성이 없는 환자의 경우라도 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 결정하는 데 신중하여야 한다.

② 의학적으로 회생의 가능성이 없는 환자의 자율적 결정이나 그것에 준하는 가족 등 환자 대리인의 판단에 의하여 환자나 그 대리인이 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 문서로 요구하는 경우, 의사가 그러한 요구를 받아들이는 것은 허용된다.

③ 의사의 충분한 설명과 설득 이후에도 환자, 또는 가족 등 환자 대리인이 회생의 가능성이 없는 환자에 대하여 의학적으로 무익하거나 무용한 진료를 요구하는 경우, 의사는 그것을 받아들이지 않을 수 있다.

의사는 전문적으로 판단할 때 계속 치료하더라도 환자에게 이득이 될 것 같지 않은 경우에 치료를 지속해야 할 윤리적 의무를 가지지 않는다. 단지 환자가 요구한다는 이유만으로 치료를 계속해서는 안 된다. 그러나 치료의 거부는 2.03과 2.095에 정의된 것과 같이 공개적으로 인정되는 윤리원칙과 타당한 진료 기준에 의거해서만 정당화될 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.035 무익한 진료; 1994년 6월 제정)

제31조(환자의 비밀 보호) ① 의사는 직무를 통하여 알게 된 환자의 비밀을 철저히 지켜야 한다.

의무기록은 환자-의사 관계에 수반되는 기밀문서이기 때문에, 법에 의해 요구되거나 환자 개인 또는 공동체의 복지를 보호하기 위한 경우를 제외하고는, 문서에 의한 환자의 사전 동의 없이 제삼자에게 공개해서는 안 된다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 7.02 의사의 기록 — 정보와 환자; 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 개정)

③ 의사는 미성년 환자의 경우 직무를 통하여 알게 된 환자의 비밀을 철저히 지켜야 한다. 단, 환자의 진료에 명백히 도움이 되거나 필요하다고 판단되는 경우 의사가 미성년 환자의 부모나 친권자에게 직무를 통하여 알게 된 환자의 비밀을 알리는 것은 허용된다. 그러한 경우 의사는 먼저 미성년 환자에게 충분히 설명하여 동의를 구하는 노력을 다하여야 한다.

미성년 환자를 치료하는 의사는 그들을 능력에 따라 의사결정 과정에 참여하게 함으로써 그들의 자율성을 증진시킬 윤리적 의무를 갖는다. 미성년자가 비밀 보장을 요구할 경우 의사는 우선 부모에게 알리도록 권고해야 한다. ... 법률이 특별히 규정하지 않는 한 의사는 미성년자의 동의 없이는 부모에게 알리지 말아야 한다. ... 미성년자가 피임법, 임신 관련 진료(임신 진단, 산전 산후 관리, 분만 등), 성병 치료, 약물이나 알콜 남용 또는 정신질환에 대한 진료를 요구할 때 의사는 부모의 개입을 강요하는 것이 환자의 건강에 오히려 악영향을 줄 수 있음을 알아야 한다. 의사는 그러한 상황에서 부모에게 알릴 것을 미성년자에게 권고하여야 한다. 그러나 미성년자가 계속 거부한다면 일반적으로 그 소망을 들어 주어야 한다. ... 부모의 개입이 없는 경우 그 미성년자가 심각한 건강상의 위협을 받게 되며 부모의 개입이 도움이 된다고 의사가 믿을 만한 타당한 이유가 있을 때는 의사가 미성년 환자의 문제를 공개하는 것이 윤리적으로 정당화된다. 의사가 부모에게 미성년 환자의 비밀을 알리려 할 때 우선 그 미성년 환자나 그 이유에 대해 논의해야 한다. 부모를 동반하지 않아도 될 만큼 성숙한 미성년자에 대해서는 비밀 보장이 검사,

면담, 또는 상담 과정을 통해 준수되어야 한다. 그러한 정보는 환자가 동의했을 경우 부모에게 알릴 수 있다. 미성년자의 비밀 보장은 성인에게서도 유보될 수 있는 경우에 마찬가지로 유보될 수 있다. 더욱이 미성년자에 대한 비밀 보장은 부모로부터 미성년자의 치료에 관한 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우나 미성년 환자에게 초래될 심각한 위해를 막기 위해 필요한 경우 유보될 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 5.055 미성년자의 비밀 보장; 1994년 6월 제정)

- ⑥ 의사는 질병의 파급을 방지하기 위하여 환자의 비밀에 관하여 꼭 필요한 사항을 필요한 대상에게 공개할 수 있다. 후천성면역결핍증 등 환자의 신원이 밝혀졌을 때 환자에게 치명적인 피해를 초래할 가능성이 높은 경우는 공개의 정도와 대상에 대하여 특히 유념하여야 한다.

인간면역결핍바이러스(HIV) 검사는 HIV 감염이나 HIV에 의해 영향을 받을 수 있는 의학적 상태의 진단과 치료에 적절하며 따라서 권장되어야 한다. ... 의사는 가능한 한 환자의 자율성을 존중하고 환자의 비밀을 보장하는 방식으로 HIV 검사를 해야 한다. 의사는 HIV 검사를 실시하기 전에 피검자의 구체적인 동의를 확보해야 한다. HIV 검사 결과는 당사자의 직업, 주거, 보험, 사회적 관계 등에 영향을 미칠 수 있기 때문에 그 동의는 구체적이어야 한다. ... HIV 검사 결과에 대한 비밀은 가능한 한 보장되어야 하며, 환자가 동의하기 전에 환자의 비밀이 어디까지 보장되는지에 관해 알려 주어야 한다. 공공의 보건을 위해서 필요한 경우 또는 HIV 감염자에 의해 위험에 처한 사람들(의료인 포함)을 보호하기 위해 필요한 경우 환자 비밀 보장에 관한 예외가 허용된다. 의사가 HIV 혈청양성반응 환자가 제삼자를 위태롭게 할 가능성이 있다는 사실을 아는 경우, 그 의사는 법률이 허용하는 범위 내에서 ① 제삼자를 위태롭게 하는 행위를 중단하라고 환자를 설득하여야 하며, ② 설득에 실패하는 경우 당국에 신고해야 하며, ③ 당국이 아무런 행동도 취하지 않을 경우 위험에 처한 제삼자에게 알려야 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.23 HIV 검사; 1992년 3월 제정, 1994년 6월 개정)

- ⑦ 의사는 수사나 재판상의 필요로 환자의 비밀을 제공할 것을 요청 받는 경우 영장을 통하여 구체적으로 요구되는 사항 이외에는 환자의 비밀을 지켜야 한다.

환자의 병력, 진단, 치료, 그리고 예후에 대해서 환자 또는 환자의 법적 대리인의 동의 하에 환자의 변호인과 논의할 수 있다. 의사는 개인의 상해, 또는 그와 관련된 사안에 대해 법정이나 산재보상위원회, 또는 그것과 유사한 기구에서 증언할 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 5.06 비밀보장 — 법률가와 의사의 관계)

- ⑧ 의사는 컴퓨터 기록을 포함하여 환자나 피검자의 모든 의무기록의 비밀이 보장되도록 최대한의 노력과 주의를 기울여야 한다. 또한 의사는 의무기록이 환자나 피검자에게 불리하게 작용하지 않도록 최대한 주의하여야 한다.

의사는 컴퓨터 기록을 포함하여 의무기록의 비밀을 보장하기 위해 노력과 주의를 기울여야 한다. 아래의 조항은 컴퓨터 데이터베이스화된 의무기록에 들어 있는 정보의 비밀을 보장하는 데 의사와 컴퓨터 서비스기관에 도움이 될 것이다. ① 비밀을 보장해야 하는 의무기록의 입력은 관계 담당자에 의해서만 행해져야 한다. ... ② 의사와 환자는 환자의 의무기록이 저장된 컴퓨터 데이터베이스의 존재에 대해 알 수 있어야 하며, 그러한 사실은 데이터베이스에 의무기록이 입력되기 전에 환자와 의사에게 알려져야 한다. 어떠한 방법으로든 데이터베이스에 접근 가능한 개인과 조직, 그리고 허용되는 접근의 수준은 상세하게 규정되어야 한다. 환자에 대한 정보의 완전한 공개는 환자의 동의를 얻을 때에만 가능하다. ... ③ ... 의료계 외부의 개인이나 조직에게 환자의 신원을 확인할 수 있는 임상적, 행정적 정보가 배포되기 위해서는 사전에 환자의 동의와 의사의 인지가 있어야 한다. 그러한 정보는 환자의 동의 없이 외부로 유출되어서는 안 된다. ④ 의무기록의 배포는 그 정보를 선의로만 사용할 개인과 조직에 국한되어야 한다. 즉 정보는 선의의 사용을 위해서만 배포될 수 있다. ... ⑤ 데이터베이스에 정보를 추가하거나 변경하는 경우 그러한 행위를 한 사람과 시간, 그리고 그 정보의 변경에 대해 알게 된 사람을 확인할 수 있어

야 한다. ⑥ 오래된 정보나 부정확한 정보의 삭제를 위해서는 적절한 절차가 규정되어야 하며, 환자와 의사는 정보가 삭제되기 전후에 그 사실을 알 수 있어야 한다. 데이터베이스화된 의무기록과 다른 데이터베이스 정보 간에 정보의 혼합이 있어서는 안 된다. ... ⑦ ... 병원 외부의 개인이나 조직이 환자의 신원을 확인할 수 있는 의무기록 데이터베이스에 온라인으로 접근할 수 있어서는 안 된다. ... ⑧ 정보의 유실과 하드웨어, 또는 소프트웨어적 결함으로 인한 오작동을 예방하기 위해 백업시스템과 그 밖의 다른 장치들이 마련되어야 한다. ⑨ (a) 컴퓨터화된 환자 기록에 비합법적인 접근을 예방하기 위한 엄격한 보안 절차가 강구되어야 한다. 의료 자료의 비합법적 노출이 일어났을 때는 기록을 남기기 위해 관련 인사들에 대한 청문회 절차가 마련되어야 한다. 데이터 처리와 관련된 이전 고용인 등이 환자의 의무 기록 자료에 접근할 수 없어야 한다. (b) 한 의사에 대한 컴퓨터 서비스의 종료시 그를 위해 유지되던 이 컴퓨터 파일은 그 의사에게 물리적으로 전달되어야 한다. 그것들은 그 의사가 다른 (형태로) 복사해 해 놓은 경우에 한해 파괴될 수 있다. 파일이 지워진 경우 컴퓨터 서비스 업체는 그 파일이 지워졌음을 의사에게 서면으로 통보해야 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 5.07 비밀의 보장 — 컴퓨터; 1977년 4월 제정, 1994년 6월 및 1998년 6월 개정)

- ⑪ 의사는 신체검사기록을 비롯하여 환자나 피검자의 의무기록을 그들의 문서에 의한 동의 없이 그들의 고용주나 보험회사 등에 제공하여서는 아니된다.

의사의 임무가 고용전 신체검사나, 병이나 상해를 입은 피고용인이 일터로 복귀할 수 있는지 여부를 검사하는 일에 국한되는 경우 의사와 피고용인 개인들 간에는 환자-의사 관계가 성립하지 않는다. 그럼에도 의사는 검사에 의해 발견된 건강과 관련된 중요한 정보를 당사자에게 알려 줄 의무가 있다. 또한 그러한 검사에 의해 얻어진 정보는 비밀이 보장되어야 하며 법적 요구가 없는 한 당사자의 사전 서명 동의 없이는 제삼자에게 공개되어서는 안 된다. 당사자가 고용주나 잠재적인 고용주에게 자신에 관한 의료정보의 제공을 허락하는 경우 의사는 업무수행능력과 관련된 고용주의 의사결정과 일반적으로 관련 있는 정보에 한해 제공할 수 있다. ... 피고용인의 건강상태에 관한 통계적인 정보를 요청받는 경우 의사는 신원에 관한 사항을 모두 삭제한 뒤 정보를 제공하여야 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 5.09 비밀의 보장 — 산업체에 고용된 의사; 1983년 7월 제정, 1994년 6월 및 1996년 6월 및 1999년 12월 개정)

- ⑫ 보험회사에 고용된 의사는 신체검사기록을 비롯하여 보험가입자 또는 그 신청자의 의무기록을 보험약관과 보험계약서에 명시되어 있는 용도와 목적 이외에는 누구에게도 제공하거나 공개하여서는 아니된다.

환자-의사 관계에서 얻어진 병력, 진단, 예후 등은 환자나 환자의 법적 대리인이 동의하는 경우에만 보험회사에 제공될 수 있다. 환자에 대한 의사의 책임은 시술에만 국한되지 않는다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 5.08 비밀의 보장 — 보험회사의 대리인; 1977년 4월 이전 제정)

제32조(응급환자에 대한 의무) ① 의사는 응급환자에 대한 진료 요구가 있는 때에는 자신의 능력 범위 안에서 최선의 의료를 제공하여야 한다.

의사에게는 누구에게 진료를 할 것인지를 선택할 자유가 있다. 하지만 의사는 구급치료가 필수적인 응급케이스에서는 최대한의 능력을 발휘하여 응해야 한다. 의사는 일단 응급케이스를 맡은 경우에 환자를 무시해서는 안 된다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.11 환자에 대한 무시; 1977년 4월 이전 제정, 1996년 6월 개정)

[제3장 동료 보건의료인에 대한 윤리]

제35조(동료 보건의료인과의 협조) ② 의사는 자신의 능력이 미치지 못할 경우 언제든지 그

능력을 갖춘 동료 의사에게 환자를 의뢰하여야 한다.

의사는 그렇게 하는 것이 환자에게 이익이 된다고 생각한다면 언제나 진단이나 치료를 위해 환자를 다른 의사나 시술가, 또는 여타의 합법적 보건의료서비스 제공자에게 보낼 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 3.04 환자의 의뢰; 1977년 4월 이전 제정)

제42조(동료 의사의 오류에 대한 대응) ① 의사는 동료 의사가 의학적으로 인정되지 않는 의료행위를 시행하거나 이 지침에서 금지하고 있는 행위를 하는 등 의학적·윤리적 오류를 범하는 경우 그것을 바로잡도록 노력하여야 한다.

의사는 각 주의 법적 요구에 따라 의료행위에 부적절하거나 무능하거나 비윤리적인 동료들 고발해야 할 윤리적 의무를 갖는다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 9.031 부적절하거나 무능하거나 비윤리적인 동료의 고발; 1992년 3월 제정, 1994년 6월 및 1996년 6월 개정)

③ 의사는 의학적·윤리적 오류를 범한 동료 의사의 행위에 대하여 시정을 요구했음에도 그러한 행위가 지속되는 경우 각급 의료기관, 각급 의사회, 전문학회 등의 윤리위원회나 대한의사협회 윤리위원회에 보고할 수 있다.

환자나 사회의 복지를 위협하는 비윤리적 행위는 적절한 기구에 보고되어야 한다. 주 면허 규정을 위반하는 비윤리적 행위는 주 면허당국, 혹은 의사 장애 프로그램에 보고되어야 한다. 범죄적 성격의 비윤리적 행위는 적절한 사법당국에 보고되어야 한다. 그 밖의 모든 비윤리적 행위는 지역, 혹은 주 의사회에 보고되어야 한다. 최초의 보고에도 불구하고 의사의 부적절한 행위가 계속된다면 보고자 의사는 좀더 상위기관에 보고하여야 한다. 최초로 보고를 받은 개인이나 기구는 적절한 조치가 취해졌다면 보고자 의사에게 알려야 한다. 부적절한 행동의 보고를 받은 의사, 혹은 기구는 언제 적절한 조치를 취할 것인지를 보고한 의사에게 알려 주어야 한다. 부적절한 행위의 보고를 받은 의사는 그 정보를 비판적이고 객관적으로 평가하고 확인된 결함이 교정될 수 있는 것인지 아니면 상위기구에 보고할 것인지 결정해야 할 윤리적 의무를 지닌다. 고발이나 조사를 받는 의사는 그런 혐의가 증명되거나 방면될 때까지 비밀보장의 규칙에 의해 보호받을 권리를 갖는다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 9.031 부적절하거나 무능하거나 비윤리적인 동료의 고발; 1992년 3월 제정, 1994년 6월 및 1996년 6월 개정)

[제4장 의사의 사회적 역할과 의무]

제50조(부당 이득 추구 금지) ④ 의사 및 의료기관은 환자를 유치하기 위하여 유관 기관이나 사람에게 금품 등을 제공하거나 환자를 다른 의료기관, 연구기관, 의사 등에 소개하는 대가로 금품 등을 수수하여서는 아니된다.

환자를 자기 시설에 보낸 대가로 의사에게 보상해 주는 개인의원, 실험실, 병원 또는 여타의 보건의료시설은 사례금 분배행위를 하는 것으로 그러한 행위는 비윤리적이다. 보건의료시설 등은 ... 환자를 자기 시설로 보낸 데 대한 대가로 의사에게 보상해서는 안 된다. ... 환자를 학술연구기관에 보내 준 대가로 금품(발견자 사례금)을 수수하는 것 또한 비윤리적이다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 6.03 사례금 주고받기; 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 및 1996년 6월 개정)

⑥ 의사는 진료약제와 의료기기 등의 채택 및 사용과 관련하여 금품과 향응 등 부당한 혜택을 받아서는 아니된다.

의사는 제약회사나 의료기기제조회사로부터 그들의 생산품을 사용하는 대가로 어떠한 종류의 보수나 보상을 받아서는 안 된다. ... 의사는 오직 특정한 환자에게 약품 또는 의료기기 사용의 효과에 대한 합당한 기대에 근거하여 그 약품 또는 의료기기를 사용해야만 한다. (미국의사협회

Code of Medical Ethics 6.04 약품과 의료기기 사용에 관련한 금품 수수; 1980년 3월 제정)

제51조(부당진료 금지) ① 의사는 경제적 이득을 취하기 위하여 환자에게 의학적으로 필요하지 않은 진료를 하거나, 입원기일을 불필요하게 연장하거나, 의료보험의 급여 대상이 되는 진료행위를 급여 대상이 아닌 것으로 조작하는 행위를 하여서는 아니된다. 의사는 어떠한 상황에서도 자신의 금전적 이익을 환자의 복지보다 우선시해서는 안 된다. 의료전문직 종사자의 으뜸가는 목표는 인간에게 의료서비스를 제공하는 것이다. 보상 또는 금전적 이익은 부차적인 고려사항이다. 의사가 자신의 금전적 이익 때문에 환자를 불필요하게 입원시키거나 처방하거나 진단적 검사를 행하는 것은 비윤리적이다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 8.03 이익을 둘러싼 갈등에 관한 지침; 1986년 6월 제정, 1994년 6월 개정)

[제5장 시술 및 의학연구와 관련된 윤리]

제55조(인공수태시술 관련 윤리) ③ 인공수정에 필요한 정자와 난자를 매매하는 것은 허용되지 않으며, 의사는 그러한 매매행위에 관여하여서는 아니된다. 생식세포 제공자들은 수정란을 자신이 사용하거나 제삼자에게 기증할 수 있지만 판매할 수는 없다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.141 냉동 수정란의 사용; 1992년 3월 제정, 1994년 6월 개정)

제56조(대리모) ① ‘대리모’란 부인의 자궁에 이상이 있는 불임부부가 자녀를 갖는 것을 돕기 위하여 그 부인을 대신하여 자신의 자궁으로 태아를 양육하는 여성을 말한다. ② 금전적 거래 목적의 ‘대리모 관계’는 인정하지 아니한다. ③ 의사는 금전적 거래 관계에 있는 대리모에게 인공수정이나 수정란 착상 등의 시술을 시행하여서는 아니된다.

대리모 문제와 관련하여 법적, 윤리적, 사회적 문제가 야기될 수 있다. 대리모는 어린이와, 여성의 생식능력을 상업화할 수 있으며 그 결정이 전적으로 자발적일 수만은 없는 빈민여성들을 착취하고 자연적인 모자 관계, 또는 모태관계의 유대를 부당하게 훼손하거나 간섭하는 것이다. 자신이 포기할 아이를 가지려는 의도로 임신한 여성의 경우 심리적인 장애가 발생할 수도 있다. 더욱이 아이를 갖기로 계약한 여성이 유산을 결정하거나 친권을 포기하는 것을 거부할 수도 있다. 또 장애아를 낳게 되는 경우 장애의 부모와 대리모가 친권의 책임을 원하지 않거나 가질 수 없을 수도 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.18 대리모; 1983년 12 제정, 1994년 6월 개정)

제57조(말기환자에 대한 역할) ① 의사는 죽음을 앞둔 환자의 신체적·정신적 고통을 줄이는 데 최선의 노력을 기울여야 한다.

의사는 죽어가는 환자의 고통을 덜어 주고 존엄성과 자율성을 증진시킬 의무가 있다. 이에 비록 죽음을 재촉하더라도 효과적인 고식적 치료의 제공이 포함된다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.20 생명유지치료의 유보 또는 철회; 1981년 3월 제정, 1994년 6월 개정)

② 의사는 죽음을 앞둔 환자가 자신의 죽음을 긍정적으로 받아들여 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 필요한 도움을 줄 수 있다.

의사는 치료가 불가능한 것으로 판정이 났다고 해서 환자를 포기해서는 안 된다. 생명 말기에 처

한 환자들은 계속해서 감정적인 후원, 안락한 보살핌, 적절한 통증 제어, 환자의 자율성 존중, 충분한 정보 등을 제공받아야 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.21 안락사; 1994년 6월 제정, 1996년 6월 개정)

제58조(안락사 금지) ① ‘안락사’라 함은 환자가 감내할 수 없고 치료와 조절이 불가능한 고통을 없애기 위한 목적으로 환자 본인 이외의 사람이 환자에게 죽음을 초래할 물질을 투여하는 등의 인위적·적극적인 방법으로 자연적인 사망 시기보다 앞서 환자를 사망에 이르게 하는 행위를 말한다.

② 의사는 ‘안락사’에 관여하여서는 아니된다.

심한 통증과 쇠약으로 극도의 고통에 빠진 말기 환자 등이 삶의 지속보다 죽음이 차라리 낫다고 여기는 경우를 이해할 수는 있다. 그렇다고 하여 의사가 안락사에 관여하는 것을 허용한다면 이득보다 훨씬 큰 해악이 초래될 것이다. 안락사는 근본적으로 치료자로서의 의사의 역할과 양립할 수 없고, 통제하는 것이 어렵거나 불가능하며, 심각한 사회적 위험을 가져올 수 있다. ... 안락사는 또한 무능력한 환자와 여타 취약한 집단에 쉽사리 확대될 수 있다. 의사는 안락사에 관여하는 대신 말기에 처한 환자들의 필요에 적극적으로 대처해야 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.21 안락사; 1994년 6월 제정, 1996년 6월 개정)

제59조(의사조력자살 금지) ① ‘의사조력자살’이라 함은 환자가 자신의 생명을 끊는 데 필요한 수단이나 그것에 관한 정보를 의사가 제공함으로써 환자의 죽음을 촉진하는 것을 말한다.

② 의사는 ‘의사조력자살’에 관여하여서는 아니된다.

심한 통증과 쇠약으로 극도의 고통에 빠진 말기 환자 등이 삶의 지속보다 죽음이 차라리 낫다고 여기는 경우를 이해할 수는 있다. 그렇다고 하여 의사가 환자의 자살을 돕는 것을 허용한다면 이득보다 훨씬 큰 해악이 초래될 것이다. 의사조력자살은 근본적으로 치료자로서의 의사의 역할과 양립할 수 없고, 통제하는 것이 어렵거나 불가능하며, 심각한 사회적 위험을 가져올 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.211 의사조력자살; 1994년 6월 제정, 1996년 6월 개정)

제60조(의학적으로 의미 없는 치료) 의사가 회생 불가능한 환자에게 의학적으로 무익하고 무용한 치료를 보류하거나 철회하는 것은 허용된다.

환자가 말기 상태이거나 영구적으로 의식이 없는 경우 환자에게 최선의 이익이라는 판단에 따라 모든 생명유지치료를 중단하는 것은 비윤리적이지 않다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.20 생명유지치료의 유보 또는 철회; 1981년 3월 제정, 1994년 6월 개정)

제62조(장기이식술 인정) ③ 의사가 적절한 조건 아래에서 자발적인 장기 및 신체조직 기증을 권장하는 노력을 하는 것은 바람직하다.

적절한 환경 아래에서 자발적인 장기 기증은 권장되어야 한다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.15 장기 기증에 대한 경제적 보상; 1984년 6월 제정, 1994년 6월 개정)

제64조(장기 등 매매 금지) ④ 제공된 장기 등이 매매에 의한 것이라는 사실을 아는 경우 의사는 장기 등의 이식술을 시행하여서는 아니된다.

장기 기증을 위한 유인책은 적절한 수준이어야 하며 금전적으로 보상하는 경우도 합리적인 최소한의 액수이어야 한다. 그러한 유인책을 관장하는 국가기관을 만들면 유인책의 수준을 전적으로 통제할 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.15 장기 기증에 대한 경제적 보상; 1984년 6월 제정, 1994년 6월 개정)

제65조(장기이식 순서) 의사는 장기를 공여하는 순서를 결정하는 경우 장기이식으로 얻을 의학적인 이득의 정도, 필요의 절실성과 급박성, 삶의 질의 개선 정도 등의 의학적인 기준 이외에 정치적·경제적·사회적 조건을 고려하여서는 아니된다.

제한된 의료자원을 환자에게 배분하는 경우 의학적인 필요에 관계되는 적합한 기준들만이 고려되어야 한다. 그러한 기준에는 이득의 가능성, 필요의 급박성, 삶의 질의 변화 정도, 이득의 지속 정도, 그리고 어떤 경우에는 성공적인 치료를 위해 필요한 자원의 양 등이 포함된다. ... 일반적으로, 환자들 간에 기준에 따르는 차이가 크면 클수록 그러한 기준을 사용하는 것이 정당화된다. ... 지능 능력, 연령, 사회적 비중, 예상되는 치료 장애, 질환에 대한 환자의 책임, 과거에 의료자원을 사용했던 경력 등 의료와 관계없는 기준이 고려되어서는 안 된다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.03 제한된 의료자원의 배분; 1981년 3월 제정, 1994년 6월 개정)

제66조(인체 대상 연구) ① 의사는 사람의 생명과 건강을 보전하고 증진하는 목적으로만 인체를 대상으로 의학연구를 하여야 하며, 그러한 경우 체계적인 계획 하에 시행하여야 한다.

의사는 과학적으로 타당하고 의미 있는 데이터를 생산하기 위해서, 과학 연구의 용인된 기준 하에 설득력 있게 계획된 체계적인 프로그램의 한 부분일 경우에 한해서 임상연구에 참여할 수 있다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.07 임상연구; 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 개정)

제69조(사회경제적 약자 대상 연구) ① 의사는 빈민, 정신지체인, 고아, 무의탁 노인, 죄수, 불법체류 외국인, 전쟁포로 등 사회경제적 약자들을 그들의 취약점을 악용하여 의학연구의 대상으로 삼아서는 아니된다. 단, 이 지침 제67조에 의한 임상시험심의위원회 등 관련 기구의 승인을 받은 경우는 예외로 한다.

시설에 수용된 사람들을 연구에 과도하게 사용하는 것은 연구에 따르는 위험을 불공평하게 배분하는 것이다. 만약 참여하는 사람들이 강력한 보상과 설득에 지배받는다면 참여는 강제적이고 반자발적인 것이다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.07 임상연구 (7); 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 및 1998년 6월 개정)

제73조(연구결과의 발표) ① 의사는 관련 학계에서 충분히 검증되지 않은 연구결과를 어떠한 방법으로든 사회적으로 공개하여서는 아니되며, 그 연구결과를 환자의 시술에 사용하여서는 아니된다.

의사들은 환자 또는 환자의 법적 대리인의 승인 하에 임상연구의 성과 또는 환자의 상태에 관한 의료 정보가 신속하고 정확하게 알려지도록 언론 매체들과 협력해야 한다. 한편, 본 지침은 과시나 매체의 관심을 끌기 위해 단기간에 걸친 진척만을 이유로 충분한 근거 없이 낙관적 견해를 표명하는 행위 등은 인정하지 않는다. (미국의사협회 *Code of Medical Ethics* 2.07 임상연구 (9); 1977년 4월 이전 제정, 1994년 6월 및 1998년 6월 개정)

2. <의사윤리지침>과 현행법 사이의 긴장과 충돌

그간 <의사윤리지침>의 일부 내용이 현행법에 저촉될 소지가 있다는 비판이 여러 차례 제기 되었다. <의사윤리지침>은 제2조에서 “이 지침은 국제적으로 공인된 의사 윤리에 관한 선언, 강령, 지침과 대한민국의 관련 제 법령, 대한민국 정부가 조인하거나 승인한 관련 외교조약과 국제협약 등을 존중한다”고 함으로써, 만약 <의사윤리지침>의 내용이 현행법과 충돌할 경우에는 현행법령이 우선함을 밝히고 있다.

그럼에도 불구하고 <의사윤리지침>의 몇몇 조항은 (의도적으로) 현행 법령과 다른 입장을 취하고 있음을 부인할 수 없다. 이하에서는 진료 거부, 낙태, 대리모, 뇌사 등에 나타난 <의사윤리지침>의 입장과 현행 법령간의 차이점을 살펴보도록 한다. 이를 하나의 도표로 정리하면 [표2]와 같다.

[표2] <의사윤리지침>과 현행 법령간의 비교

<의사윤리지침>	현행 법령
<p>제22조(진료 거부 인정) 환자 또는 가족 등 환자 대리인이 의사를 비롯하여 담당 의료인에게 신체적·정신적 위협을 가하거나 진료시설 등을 파손하거나 진료에 비협조적이거나 다른 환자의 진료를 방해하는 등 불가항력적인 경우에 의사는 환자의 진료를 거부할 수 있다. 단, 환자의 생명이 위급한 응급상황에서는 진료를 거부하여서는 아니된다.</p>	<p>(의료법 제16조 진료의 거부금지 등) ① 의료인은 진료 또는 조산의 요구를 받은 때에는 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못한다.</p>
<p>제54조(태아 관련 윤리) ② 의사는 의학적·사회적으로 적절하고 합당한 경우라도 인공임신중절수술을 시행하는 데 신중하여야 하며 산모의 건강과 태아의 생명권에 특별한 주의를 기울여야 한다.</p>	<p>(모자보건법 제14조 인공임신중절수술의 허용 한계) 1. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 2. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우 3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우 4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우 5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우</p>
<p>제56조(대리모) ① ‘대리모’란 부인의 자궁에 이상이 있는 불임부부가 자녀를 갖는 것을 돕기 위하여 그 부인을 대신하여 자신의 자궁으로 태아를 양육하는 여성을 말한다.</p> <p>② 금전적 거래 목적의 ‘대리모 관계’는 인정하지 아니한다.</p> <p>③ 의사는 금전적 거래 관계에 있는 대리모에게 인공수정이나 수정란 착상 등의 시술을 시행하여서는 아니된다.</p>	<p>관련 법령 없음</p>

<p>제61조(뇌사 인정) 뇌사는 심장사와 더불어 죽음의 기준으로 인정한다. 단, 의사가 뇌사를 판정하는 경우 신중하여야 하며 적절한 절차를 거쳐야 한다.</p>	<p>(장기 등 이식에 관한 법률) 제3조 (정의) 4. "살아있는 자"라 함은 사람 중에서 뇌사자를 제외한 자를 말하며, "뇌사자"라 함은 ... 뇌 전체의 기능이 되살아 날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 자를 말한다.</p> <p>제17조 (뇌사자의 사망원인) 뇌사자가... 장기적출로 사망한 때에는 뇌사의 원인이 된 질병 또는 행위로 인해 사망한 것으로 본다.</p>
--	---

1) 진료 거부

<의사윤리지침>은 진료 거부를 인정하는 입장을 취하는 데 반해, 현행 의료법은 진료거부를 원칙적으로 금지하고 있음을 볼 수 있다. 이러한 차이는 <의사윤리지침>이 현행법과는 달리, 응급상황을 제외하고는 의사가 환자를 선택할 권리를 인정하고 있음에 기인한다. 의사의 이러한 환자 선택권은 미국의사협회 윤리 지침 8.11에서도 인정되고 있음을 볼 수 있다. 제22조(진료거부의 인정)가 <의사윤리지침>에 포함되었다는 사실은 환자의 의사 선택권에 상응하는 의사의 환자 선택권을 보장 받으려는 대한의사협회의 의지로 이해할 수 있을 것이다.

2) 낙태

낙태와 관련해 <의사윤리지침> 제54조 ②항은 “의사는 의학적·사회적으로 적절하고 합당한 경우라도 인공임신중절수술을 시행하는 데 신중하여야 하며...”라고 하여 사회적 적절성이 있을 경우 태아의 낙태를 사실상 시행할 수 있도록 규정하고 있다. 그런데 이는 낙태의 허용요건을 우생학적, 윤리적, 의학적 요건만으로 한정하고, 사회적 요건을 제외하는 현행 모자보건법 제14조와 정면으로 배치되는 내용의 조항이다. 비록 우리나라에서 낙태가 한해 약150만 건에 이르도록 광범위하게 행해지고 있다고는 하나, <의사윤리지침>이 <모자보건법>의 개정 없이 낙태의 사회적 필요성을 인정하는 듯한 태도를 취하고 있다는 점은 사회에 이미 만연한 규범의 혼란을 더욱 부추길 위험이 있다고 생각된다.

3) 대리모

우리나라의 경우 대리모와 관련된 법률규정은 마련되어 있지 않다. 대리모와 관련해 윤리지침 제56조 ②항은 “금전적 거래 목적의 ‘대리모 관계’는 인정하지 아니 한다”고 함으로써 이를 제외한 나머지 유형의 대리모 즉, 금전적 거래 목적 이외의 대리모 관계는 인정하는 것으로 해석될 여지를 남기고 있다. 그러나 이러한 입장은 대리모계약이 민법 제103조의 ‘선량한 풍속이나 기타 사회질서 위반 행위’에 해당하여 무효라고 하는 법조계의 견해와 상반되는 것이다. 현재 대리모 출산건수는 불임치료전문병원별로 한해에 적게는 3~4건, 많게는 10여건으로 전국적으로 약 100건이 이뤄지는 것으로 추정되고 있다.⁴⁾ 문제의 구절인 “금전적 거래 목적의 ‘대리모 관계’는 인정하지 아니 한다”는 조항은 금전적 관계에 있는 대리모 사용이 비윤리적임을 밝힌 것이지 비금전적인 관계의 대리모가 윤리적이라는 주장은 아닐 것이다.⁵⁾ 그렇다면 지침의 개정 때 불필요한 오해의 소지가 없는 문구로 바꾸는 게 좋겠다.

4) 뇌사 인정

<의사윤리지침> 제61조는 “뇌사는 심장사와 더불어 죽음의 기준으로 인정 한다”고 함으로써 뇌사를 심폐사와 함께 죽음의 기준으로 분명히 받아들이고 있다. 이러한 입장은 1993년 3월 4일에 발표된 대한의사협회 뇌사에 관한 선언에서 이미 밝혔던 바이다.

그러나 2001년부터 시행되고 있는 <장기 등 이식에 관한 법률>은 뇌사를 죽음의 기준으로 인정하는 것이 아니라, 다만 뇌사자로부터 이식용 장기를 적법하게 적출하도록 허용하고

4) 전현희. 의사윤리지침의 쟁점-반대 의견. 경향신문 (2001. 11, 23)

5) 권복규. 의사윤리지침의 쟁점-찬성 의견. 경향신문 (2001. 11, 23)

있을 뿐이다. 이 점은 법률 조항을 주의 깊게 읽어보면 잘 드러난다. 현행법에 의하면, 뇌사자는 살아있는 자도 아니고 그렇다고 사망한 자도 아니다. 현행법은 뇌사를 인정하지 않으면서도 뇌사자로부터 이식용 장기를 적출할 수 있도록 허용하는 절충적 입장을 취하고 있다.

III. <의사윤리지침>의 실천 방안

우리나라에서 최초로 만들어진 의사의 의료행위에 대한 구체적인 규범 문서인 <의사윤리지침>은 제정에 착수한 지 거의 4년만에야 완성되었다. 우여곡절을 겪으며 어렵게 마련된 <의사윤리지침>이건만, 이 문서가 현장에서 의사들에게 제대로 활용되지 않는다면 별무소용일 것이다. 지침의 공포이후 지금까지 2년 이상의 시간이 흘렀지만 의사들이 <의사윤리지침>을 그들의 예방, 진료, 재활, 의학연구 현장에서 폭넓게 사용하고 있는 것 같지는 않다. 아래에서는 <의사윤리지침>을 잘 활용하기 위한 몇 가지 실천 방안들을 제안해 본다.

첫째, 대한의사협회 중앙윤리위원회가 주도하는 분위기 조성이 중요하다고 생각된다. 여기에는 세미나 개최, 유인물 작성 및 배포 등 <의사윤리지침>을 회원들에게 널리 알리기 위한 다양한 활동들이 포함될 것이다. 한편, 의료계 외부(법조계, 종교계, 언론계)에 대해서도 <의사윤리지침>의 내용과 성격을 적극적으로 홍보하고 그들과 의사소통 하려는 의협 차원의 노력이 요청된다. 지침이 제정되는 과정에서 공청회 등을 거치기는 했지만 충분하지 못했던 탓에, 지침이 의료계의 일방적인 주장에 불과하다는 비판이 있었다.⁶⁾

둘째, <의사윤리지침>이 의사들을 위한 면책용이나 장식물에 머물러서는 결코 안 될 것이다. <의사윤리지침> 제74조 ①항은 각급 의료기관, 각급 의사회, 전문학회 등에 윤리위원회를 둘 것을 권고하고 있다. 그러나 우리의 현실은 아직 이에 미치지 못하고 있는 바, 윤리위원회의 활동이 활성화되어야 하겠다. 이를 위해 대한의사협회는 내외의 간섭과 압력으로부터 초연하고 독립적으로 활동할 권한을 윤리위원회에 부여하고, 또 그러한 권한과 책무를 능동적으로 감당할 인사들로 윤리위원회를 구성하여 <의사윤리지침>에 규정된 비윤리적 행위의 척결에 나서는 과감한 모습을 보여주어야 한다.

최근 들어 윤리위원회의 활성화를 위한 노력이 여러 차원에서 전개되고 있으니 반가운 일이 아닐 수 없다. 우선, 의협 중앙윤리위원회가 지역의사회 단위의 윤리위원회 구성을 서두르고 있다는 소식이다. 개별 학회 차원에서도 <의사윤리지침>에 바탕을 둔 <○○○학회 윤리지침>을 별도로 만드는 노력이 진행되고 있다고 한다. 이미 마련된 <대한산부인과학회 보조생식술 윤리지침>이 좋은 예이다.

셋째, <의사윤리지침>의 궁극적이고 적극적인 목표는 비윤리적 의사의 징계에 있는 것이 아니라, 의사와 의과대학생들의 윤리의식을 높이고 윤리적인 의술을 펼치도록(준비하도록) 하는 데 있다. 따라서 <의사윤리지침>을 기성의사와 학생들의 교육에 구체적으로 활용하는 다양한 프로그램이 마련되어야겠다. 기성의사에 대한 교육은 연수교육(CME) 강좌를 활용하는 방안이 유리하다. 특히, 2004년부터 2년간 시범사업으로 실시되는 의협의 사이버연수교육에서 <의사윤리지침>을 교육하는 방안을 검토해 볼 만하다. <의사윤리지침> 교육의 1차적 책임은 지침 제78조에 명시된 대로 각급 윤리위원회에 있다. 한편, 의과대학생들에 대한 교육은 현재 전국 41개 의과대학 중 거의 모든 대학에 개설되어 있는 의료윤리 관련 강좌에서 <의사윤리지침>의 내용을 학생들에게 소개하는 것으로 충분할 것이다. <의사윤리지침>은

6) 최재천. 생명경시 발달-의사윤리지침 반대. 조선일보 (2001. 11. 20)

의과대학생들의 의료윤리 교육을 위한 하나의 좋은 교재라고 생각한다.

넷째, <의사윤리지침>에 포함된 내용들의 현실 적합성을 판단하여 내용을 정기적으로 업데이트할 필요가 있다. 새로운 기술 발달에 따른 내용(예: 의료정보 DB 이용의 윤리)을 추가하거나 윤리 이슈에 대한 의협의 기존 입장의 변화를 반영하기 위해서 업데이트는 필수불가결하다. 미국의사협회의 *Code of Medical Ethics*의 경우 2년마다 개정판을 출판하고 있음을 참고할 필요가 있다. 우리나라 <의사윤리지침>이 2001년 11월에 공포되었음을 감안한다면, 2004년에는 <의사윤리지침>의 첫 개정판이 나오는 것이 바람직하다고 생각한다. 또한, 지침의 내용을 항시적으로 검토하는 위원회⁷⁾의 설치를 검토해 볼 만하다고 생각한다.

색인어 : 대한의사협회 의사윤리지침, 미국의사협회 의사윤리지침, 현행법과의 차이, 실천 방안

7) 미국의사협회는 10인 내외의 위원들로 구성된 윤리법사심의회(Council on Ethical and Judicial Affairs)를 두고 있다.

The Key Contents of the KMA's *Code of Medical Ethics* and Proposals for Its Implementation

KOO Young-Mo*

Although the Korean Medical Association(KMA)'s *Code of Medical Ethics*, officially announced in November, 2001, has not yet been widely used among the Korean physicians in everyday practice, this comprehensive normative document, consisting of 6 chapters, 78 articles and 193 clauses, marks a significant progress in the Korean medical professional ethics. This paper presents some key contents of the document, in comparison with the American Medical Association(AMA)'s equivalent, AMA's *Code of Medical Ethics* 2002-2003 edition.

This paper shows that there are striking resemblances in contents between these two documents. Some of such topics include substance abuse(8.15), nonscientific practitioners(3.01), sexual misconduct in the practice of medicine(8.14), records of physicians(7.02), neglect of patient(8.11), patient information(8.12), substitution of surgeon without patient's knowledge or consent(8.16), and various issues in confidentiality : care for minors(5.055); attorney-physician relation(5.06); computers(5.07); insurance company representative(5.08); and industry-employed physicians and independent medical examiners(5.09). Other similarities can also be found in opinions on social policy issues, such as allocation of limited medical resources(2.03), futile care(2.035), clinical investigation(2.07), financial incentives for organ donation(2.15), withholding or withdrawing life-sustaining medical treatment(2.20), physician-assisted suicide(2.211), and HIV testing(2.23).

This paper then articulates four articles of the KMA's *Code of Medical Ethics* which differ from the existing Korean laws, and draws a table to make a contrast.

This paper concludes with a few suggestions to make the implementation of the KMA's *Code of Medical Ethics* soft and easy. First, the KMA's Central Ethics Council should play a key role to create favorable environment. Second, the Ethics Committee of each organization should recruit active and independent members. Third, an educational program should be developed, in which the KMA's *Code of Medical Ethics* is to be used as a teaching material for continuing medical education(CME). Fourth, a task-force team is proposed to form in order to keep the content of the document updated on a regular basis.

Key Words : KMA's Code of Medical Ethics, AMA's Code of Medical Ethics, comparison with the law, implementation

* *Department of Medical Humanities and Social Sciences, University of Ulsan College of Medicine*