한국 의료윤리 학회지

KOREAN JOURNAL OF MEDICAL ETHICS

한국의료윤리학회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

한국의료윤리학회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

고　　문　이정구(단국대학교 의과대학, 이비인후과학)
장기현(서울대학교 의과대학, 영상의학)
손명세(연세대학교 의과대학, 예방의학)
고윤석(울산대학교 의과대학, 호흡기내과학)
최보문(가톨릭대학교 의과대학, 정신건강의학)
허대석(서울대학교 의과대학, 종양내과학)
정지태(고려대학교 의과대학, 소아청소년과학)
임채만(울산대학교 의과대학, 호흡기내과학)
회　　장　권복규(이화여자대학교 의과대학, 의학교육학)
부 회 장　유상호(한양대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)
강명신(강릉원주대학교 치과대학, 치의학/생명윤리학)
박숙현(삼성서울병원, 중환자간호학/간호윤리학)
감　　사　문지호(의료윤리연구회, 이비인후과학)
김세라(서울아산병원, 중환자간호학/간호윤리학)
윤리위원장　조성준(강원대학교 의과대학, 흉부외과학)
교육위원장　이일학(연세대학교 의과대학, 의료법윤리학)
재무위원장　홍영선(이화여자대학교 의과대학, 내분비내과학)
총무이사　배현아(이화여자대학교 법학전문대학원, 의료법학)
총무이사보　김정아(동아대학교 의과대학, 의료윤리학)
학술이사　박소연(경희대학교 의과대학, 내과학/의학교육학)
학술이사보　김한나(연세대학교 의과대학, 의료윤리학)
교육이사　최은경(경북대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)
교육이사보　유신혜(서울대학교병원, 종양내과학/완화의료)
기획이사　장윤정(국립암센터, 가정의학/의료윤리학)
기획이사보　이경도(울산대학교 의과대학, 의료인문학)
법제이사　박형욱(단국대학교 의과대학, 의료법윤리학)
간행이사　김도경(동아대학교 의과대학, 의료인문학)
간행이사보　남승민(이화여자대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)
재무이사　신성준(동국대학교 의과대학, 신장내과학)
한정호(충북대학교 의과대학, 소화기내과학)
대외협력이사　문재영(세종충남대학교병원, 중환자의학/의료윤리학)
정보이사　양광모(삼성서울병원, 비뇨기과학)
홍보이사　박재영(청년의사, 의학/의료언론)
국제협력이사　김형진(성균관대학교 의과대학, 의료인문학)
인재개발이사　조백현(평택굿모닝병원, 외과학)
무임소이사　김대영(고려대학교안암병원, 가정의학/의료윤리학)
김민선(서울대학교병원, 소아청소년과학/소아청소년완화의료)
김준혁(연세대학교 치과대학, 의료윤리학/치의학교육학)
김찬웅(중앙대학교 의과대학, 응급의학/의학교육학)
박혜윤(서울대학교병원, 정신건강의학)
백수진(국가생명윤리정책원, 생명윤리학)
송인규(연세대학교 의과대학, 소아청소년과학)
심지원(동국대학교 문과대학, 윤리학/생명윤리학)
안은미(국립재활원, 의료윤리학/가정의학)
어은경(순천향대학교 부천병원, 응급의학)
이명아(가톨릭대학교 의과대학, 종양내과학/생명윤리학)
임대원(의료윤리연구회, 성형외과학)
정용훈(전남대학교 의과대학, 응급의학)
최규진(인하대학교 의과대학, 의료인문학)
황임경(제주대학교 의과대학, 의료인문학/영상의학)

편집위원회
편집위원장　유상호(한양대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)
편집위원　강명신, 고봉진, 김나경, 김도경, 김상희, 김정아, 김준혁, 목광수, 박석건, 이일학, 최경석, 최은경, John McGuire
산하위원회　임상윤리상담연구회
행정사무　조규범
편집간사　문수경

한국의료윤리학회지
제26권 제4호(통권 제77호) 2023년 12월

KOREAN JOURNAL OF MEDICAL ETHICS
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598
Vol. 26 No.4 December 2023

인　쇄　2023년 12월 31일
발　행　2023년 12월 31일
발행인　권복규
편집인　유상호
발행처　한국의료윤리학회
06132 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20
역삼현대벤처텔 1317호
ksmeeducation@gmail.com
편집/제작　Guhmok Publishing Co./ Guhmok Info
guhmok@guhmok.com

Publisher: KWON Ivo
Editor: YOO Sang-Ho
Published by:
The Korean Society for Medical Ethics
Website: https://medicalethics.jams.or.kr/
Office: Room 1317, 20, Teheran-ro 25-gil, Gangnam-gu, Seoul 06132, KOREA
E-mail: ksmeeducation@gmail.com

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

목차

[특집 논문]

- 필수의료의 위기와 의학전문직업성
  정유석 | 245

[논평]

- 필수의료 개념규정에서의 모호함이 초래한 위기
  김미진 | 257
- 누구의 필수의료이며, 누구의 위기인가?: 사람들의 삶으로부터 생각하기
  김진환 | 265
- 필수의료 위기, 온고지신으로 답을 찾는다. 임상의사의 입장
  손춘희 | 273
- '필수의료'를 부탁해
  김문정 | 281
- 전문직업성의 전제를 위한 검토: 계약주의에 근거하여
  김준혁 | 289
- 한국에서 전문직업성 발달미숙의 원인과 그 해결책
  박창범 | 295
- 의학전문직업성 2.0
  이경도 | 303
- 의학전문직업성 고양을 위한 덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델 구축 방안 제안
  목광수 | 309

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

CONTENTS

- Critical Care Crisis and Medical Professionalism
  CHEONG Yoo-seock | 245

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

- A Crisis Caused by Confusion in the Concept of Essential Healthcare
  KIM Mijin | 257
- Whose Essential Medical Care? Whose Crisis?: Thinking from People's Lives
  KIM Jin-Hwan | 265
- Crisis of Critical Care, Perspective of the Clinician
  SON Choonhee | 273
- A Plea to Save Essential Health Care
  KIM MoonJeong | 281
- The Premise of Professionalism in Contractualism
  KIM Junhewk | 289
- The Cause of Underdevelopment of Professionalism in Korea and the Solution
  PARK Chang-Bum | 295
- Medical Professionalism Version 2.0
  LEE Kyungdo | 303
- A Proposal for a Virtue-based Medical Ethics Education Model for Health Professionalism
  MOK Kwangsu | 309

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 245-256 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 245-256 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[특집논문]

https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.245

필수의료의 위기와 의학전문직업성

정유석[1]

요약

한국의료에 대한 우려가 깊다. 응급실에, 수술실에, 중환자실에, 지방병원에 사람 살릴 의사들이 사라지고 있다. 소위 '필수의료'가 뿌리채 흔들리고 있는 것이다. 그 와중에 의료 전문직업성은 실종 위기에 있다. 문제의 원인을 의사 개인에게 돌리는 것은 적절치 않아 보인다. 의사 이전에 사람인 개개인이 사명감보다 삶의 질을 선택하는 것만 탓할 수는 없다. 현장의 의료진뿐 아니라 환자, 시민단체, 언론과 정치권도 문제의 심각성을 인식하기 시작하였다. 본 고는 중병이 든 한국의료를 증상과 증후, 병태생리와 진단, 그리고 치료의 단계로 나누어 고찰해 보았다. 한국 의료의 위기는 철학 없는 보건의료정책의 불합리성, 사명감보다는 삶의 질을 택한 의사들, 대형병원의 확장으로 인한 의료전달체계의 붕괴, 실손보험으로 인한 환자와 의사들의 도덕적 해이 때문이라는 진단을 내려 보았다. 한국의료를 살릴 처방으로는 수가냐 정원이냐의 근시안적 논의에서 벗어나, 환자-의사 간 믿음의 회복, 전문직업성의 고양, 규범윤리를 넘어 긍정윤리로의 전환을 고려한 시스템 구축을 제안하였다.

색인어

필수의료; 전문직업성; 긍정윤리

투고일: 2023년 9월 28일, 심사일: 2023년 10월 5일, 게재확정일: 2023년 10월 16일

1 단국대학교 의과대학 가정의학교실, 교수, e-mail: drloved@hanmail.net
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7119-5429

I. 글을 열며

한국의료에 대한 우려가 깊다. 응급실에, 수술실에, 중환자실에, 분만실에, 지방병원에 사람 살릴 의사들이 사라지고 있다. 이대로 방치하면, '아프면 안 돼'라는 있을 수 없는 염려가 현실이 될 수 있겠다[1]. 현장의 의료진뿐 아니라 환자, 시민단체, 언론과 정치권도 문제의 심각성을 인식하기 시작하였다. 한국일보는 2023년 4월부터 한 달여 동안 의사캐슬 '3058' 〈정원이냐 수가냐, 필수의료 부족의 진짜 이유〉라는 포커스 취재기사에서 21개의 주제들을 심층 분석하여 내보냈다. 동아일보도 2023년 5~9월 사이에 〈위기의 필수의료〉라는 이슈 하에 33개의 기획기사를 통해 한국의료의 난맥상을 보여주었다.[1] 하지만, 전체 기사를 일별해도 답답함은 여전하고, 한마디로 뾰족한 수가 보이지 않는다. 문제의 원인 규명이 쉽지 않은데, '수가 문제', '정원 문제'라는 양측의 시퍼런 주장만 단순 전달하고 있을 뿐이다[2]. 당사자인 의사들은 눈앞에 산적한 일들에 매몰되어 있다. 갈수록 치열한 경쟁 속에 개인의원과 중소병원은 환자유치에, 3차 병원과 의과대학은 인증평가에 목을 매고 있다. 한국의료라는 거대한 숲의 곳곳이 불타고 있는데, 남 탓만 하며 각자도생으로 별장 리모델링에 골몰하는 형국이다. 산불을 끄기 위한 컨트롤 타워가 보이지 않는다. 필수의료의 '위기'가 '붕괴'라는 현실로 닥치지 않도록, 더 늦기 전에 중병이 든 한국의료를 수술대에 올려야 한다. 병든 한국의료의 주된 증상과 증후를 먼저 살펴보고 병태생리와 진단을 통해 적절한 처방을 고민해 보고자 한다.

II. 증상 및 증후

1. 살릴 수 있는 환자들의 죽음

23년 3월, 건물에서 추락한 10대 여학생이 2시간 넘게 응급실을 전전하다 구급차에서 사망하였다. 이는 어제 오늘의 일이 아니고 2017년부터 5년간 치료거절로 병원을 전전하다 사망한 환자 수가 3.752명에 달한다. 지방도시의 대학병원 응급실들은 치료할 의사가 없거나 입원이 불가능하다는 이유로 환자를 돌려보내는 경우가 많다[3]. 지방만의 문제가 아니다. 22년 7월엔 국내 최고 수준의 수도권 병원에서 뇌출혈로 쓰러진 간호사가 수술할 의사가 없어 타 병원으로 옮겨졌다가 숨졌다[4]. 이처럼 소위 '바이탈과(생명을 살리는 주요 전문분야)' 의사의 부족이 현실화되고 있다. 상대적으로 드문 소아암이나 선천성 기형을 수술하는 소아외과 응시자는 2021년 '0명'을 찍었다[3].[2] 건강보험심사평가원 자료에 따르면 소아외과 전문의가 있는 병원은 31곳뿐이다[5].

2. 공공의료의 몰락

2013년 홍준표 당시 경남지사가 진주의료원을 폐쇄한 것은 한국 공공의료가 처한 현실과 처우를 상징적으로 보여준 사건이다. 의사도 환자도 공공의료기관에 대한 기대나 신망이 없다. 시

1) 한국일보의의 의사캐슬 '3058'은 총 5회의 시리즈 기사와 관련 카드 뉴스, 영상, 구독자 반응을 포함하여 위기에 처한 한국의료 전반을 심층적으로 다루었다. 3058은 18년째 동결인 한국의대 입학 정원을 의미한다. 한 달여 시간차를 두고 동아일보는 더 광범위한 주제를 발굴하여 기사화 하였다. 본 고의 본론 중 병든 한국의료의 증상 및 증후에 대한 내용 상당 부분은 두 신문의 기사를 인용하였다.

2) 한국일보에 따르면 "대한소아외과학회 소속 정회원 74명 중 65세가 넘는 의사가 31명이며, 실제 활동 의사는 준회원을 합쳐도 50명 정도다[3]."

작부터 민간 병의원을 중심으로 의료전달체계가 성립되었고, 공공병원은 결핵, 나병 같은 전염성 질환이나 행려환자들을 위한 구호 병원의 성격이 강했던 것이 문제였다. 대부분 계약직인 의사들은 처우나 신분상의 특혜도 없는데 지방근무를 선택할 이유를 찾을 수 없다. 이런 저런 이유로, 2023년 5월 기준, 전국 지방의료원 35곳 중 전문의 부재로 인한 휴진 과목 현황은 23곳(65.7%)이다. 일례로 충주의료원의 경우 순환기내과 전문의는 70대가 넘는 고령의 의사 한 명뿐이어서 24시간 심혈관 응급환자를 볼 수 없다[6].

3. 전공을 포기하는 전문의들

2023년 6월 대한소아청소년과의사회 주관으로 '소아청소년과 탈출을 위한 제1회 학술대회'가 개최되었다. 전공과목인 소아청소년 진료를 접고 피부미용 등을 배우려는 의사 521명이 몰렸다[7]. 학술대회는 미용, 비만, 하지정맥류 등 비급여진료 주제들이 주를 이루었고, 임현택 대한소아청소년과회장은 "일종의 재수 종합반 같은 개념으로 보면 될 것 같다. 각 분야의 기초를 강의해주고 거기서 '나는 미용이다', '나는 통증이다'라는 식으로 적성을 고민해 보라는 취지"라고 설명했다.

4. 비급여 시장으로 뛰어드는 젊은 의사들

의대를 갓 졸업한 젊은 의사들이 전문의 수련과정을 일찌감치 포기하고 미용진료 영역으로 진출하고 있다.[3] 불변의 인기과인 정형외과조차도 대학병원에 남아 수술을 하려는 의사들을 찾기 힘들다. 전문의 취득 후 1~2년의 전임의 수련과정을 통해 수부, 족부, 척추 등 세부전공을 배우는 것이 일반적이었으나 이제는 바로 개원해서 수술은 안 하고 비급여 통증 치료만 하려는 경우가 대부분이라고 한다[9].

5. 의사들의 일탈

의사가 직접 유흥업소를 드나들며 여종업원들을 고객으로 유치하여 1,118회에 걸쳐 프로포폴을 의료외 목적으로 처방한 사례가 적발되었다[10]. 유명 비만클리닉 의사는 체질량지수(body mass index) 24인 기자에게 '디에칠프로피온' 등 향정신성의약품, 항우울제, 당뇨약, 식욕억제제, 이뇨제 등 무려 14가지 약을 처방하였다[11]. 수가나 제도 탓 이전에 기본 도덕성이 의심되는 의사들의 범죄행위가 적지 않게 보도되고 있다.

6. 절망하는 의사들

Koh[12]는 "지금의 의료현실에 누가 절망하고 있는가? 원칙대로 환자를 진료해서는 의원을 유지하기 어려운 의사들이 그렇다. 수익 증진에 대하여 부당한 압력을 받는 봉직의들과 점점 더 왜곡되어 가는 의료행태를 안타깝게 지켜보는 이들이나 직능단체들도 그럴 것이다. 많은 의사들이 이 의료보험급여체제로는 제대로 진료하기 어렵다고 생각하고 있다."고 일찍이 기술한 바 있다.

지금까지 중병을 앓고 있는 한국의료의 증상 및 증후를 나열해 보았다. 이제 한국의료가 총체적 난국에 빠지게 된 경위(병태생리와 진단)를 알아보자.

3) 한국일보에 의하면 "2009년부터 2022년 사이 일반의가 개설한 의원은 전국에서 18.58% 증가했지만, 미용 의원이 집중된 강남구(106%)와 서초구(104%)에선 2배 이상 늘어났다[8]."

Ⅲ. 병태생리 및 진단

1. 정원, 혹은 수가 문제?

'정원이냐? 수가냐?'는 정부와 의사들 간 대표적 논쟁점이다. 정부는 지난 18년째 그대로인 의대정원이 문제의 핵심이며, 정원을 늘리면 필수의료나 지방의료 쪽이 채워질 것이라는 소위 '낙수효과'를 주장한다.[4)]

의사들은 문제의 본질이 '편중'이라고 반론한다. 주요 바이탈과 전문의의 인구 대비 숫자를 미국과 비교하면, 신경외과 3.5배, 외과 1.7배, 산부인과 1.6배, 흉부외과가 1.3배 많으나, 이들 상당수가 개원가로 빠져 전공과 무관한 진료를 하고 있다는 것이다. 낙수효과에 대한 정부의 기대는 '순진한 발상'에 불과하며, "늘어난 의사들도 똑같이 피안성(피부과 · 안과 · 성형외과) 정재영(정신과 · 재활의학과 · 영상의학과) 등 '워라밸과'로만 몰려갈 것"이라고 주장한다. 기피과를 멀리하는 근본 원인을 고민하지 않고, 의대 정원을 늘려 중환자실과 응급실, 지방병원을 채우겠다는 발상은 '순진한 착각'이라는 것이 의사들의 주장이다[2].

정원확대가 오답이라는 의사들은 '낮은 수가'가 문제의 핵심이라고 진단한다. 필수의료에 종사하는 의사들이 정당한 '노동의 대가'를 받을 수 있도록 수가를 현실화해야 한다고 주장한다. 윤석준은 "필수 의료를 살릴 개입은 필요하지만, 건보 재정에 한계가 있는 상황에서 마구잡이 식으로 수가를 올리는 건 가능하지 않다"며 "시스템 전체에 어떻게 영향을 미칠지를 살피는 작업이 좀 더 정교해질 필요가 있다"고 조언한다[2]. 한편, 수가가 문제의 핵심이라는 주장이 너무 진부하다는 의사 측 입장도 있다. 안덕선은 "의사집단은 정당한 경제적 보상을 위한 수가협상에 앞서, 보다 더 초월적인 가치에 집단적으로 헌신한다는 이데올로기를 펼칠 수 있어야 사회의 지지를 획득할 수 있다. 의사 전문직의 오랜 교육과 특별한 지식 · 술기에 근거한 전문직업성의 이데올로기 주장은 너무 미약하고 진부해 보이며 시대착오적이다."라고 하였다[13].

2. 사명감보다 워라밸을 택하는 의사들

젊은 의사들이 사명감보다는 워라밸을 택하는 것이 문제라는 목소리도 작지 않다. "의대는 공부 잘하는 학생이 가는 곳이지, 사람 살리겠다고 가는 학생이 얼마나 있겠냐"는 선배의사, "20대 후반은 인생의 하이라이트잖아요. 그런데 그 시기를 병원에서 격무에 시달리며 보내고 싶진 않았어요."라는 젊은 의사의 인터뷰 기사가 눈에 띈다[8]. 한국일보는 개별 젊은 의사들의 선택은 '합리적'일 수 있지만 그 선택의 총합인 의료시스템의 붕괴 현상이 경제학에서 말하는 '구성의 오류'(fallacy of composition)와 비슷하다고 진단한다[8].

3. 의료소송 급증과 완벽을 요구하는 판결

의사들은 의료소송의 급증과 의학적 판단을 결과만 보고 단죄하는 법원의 판단에 상당한 원인이 있다고 본다. 기원전 1750년 경에 만들어진

4) 정부측 입장은 "한국은 ① 인구 1,000명당 활동 의사 수가 2.5명으로 OECD 평균(3.7명)에 훨씬 못 미치며 한의사를 제외하면 2.0명으로 최하위다. ② 의학계열 졸업자도 인구 10만 명당 7.2명으로 일본·이스라엘(6.9명)에 이어 세 번째로 적다. ③ OECD 평균 3배 수준으로 많은 병상 수(인구 1,000명당 13.2개)도 의사 수 부족을 더욱 도드라지게 만드는 수치다. ④ 대형병원, 대학병원에 생긴 의사의 빈자리를 의료지원인력(PA) 간호사가 대체하는 현실도 의사 수 부족을 증명한다"는 것이다[2].

함무라비 법전 218조에는 “의사가 수술 칼로 심한 상처를 수술하여 환자를 죽음에 이르게 하거나 눈의 농양을 절개하여 그의 눈을 실명케 한 경우 의사는 그의 손가락을 자른다.”는 내용이 있다[14]. 코비드 유행으로 14일간 일인실에 격리조치 중이던 조현병 환자의 자살에 대해 손해배상 판결이 내려졌다[15]. 6개월 전 개복수술을 받은 병력이 있는 복통환자를 보존치료를 우선하다 소장 절제술을 받게 한 의사에게 실형이 선고되었다[16].[5] 대한민국의 법은 함무라비 법전에서 한 걸음도 더 앞으로 나아가지 못하고 있다.

4. 의사단체의 부실한 자율규제 노력

전문직에게 부여된 자율규제 노력을 의사들이 슬그머니 파기한 흑역사가 원인의 일부라는 견해가 있다. 2001년 대한의사협회 윤리지침에는 이미 공인되지 않은 의료행위를 금지하고(제 11조) 이를 행하는 동료의사의 오류를 바로잡는 절차(제42조) 등이 잘 기술되어 있었다. 제약회사나 의료기기 회사 등으로부터 지원을 받는 경우 그 방법과 절차가 공정하고 공개적이어야 한다는 내용도 부당이득 추구 금지 조항(50조)에 있었다. 그런데 2006년 윤리지침을 전면개정하면서 이런 조항들을 모두 삭제하였고, ‘의사는 환자에게 의학적으로 필요하지 아니한 진료행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위를 하여서는 아니된다(제 13조. 과잉진료 및 부당이득금지)’는 모호한 문장만 남겨 두었다. 이후 제약사와 의사 간 리베이트 문제는 언론의 단골 메뉴가 되었고, 결국 2010년 의료법 23조 2항에 부당한 경제적 이익 등의 취득금지, 즉 소위 ‘쌍벌제’가 전격 도입되었다. 의사들의 자율규제 노력 포기가 외부로부터 더 강력한 법적 제제로 부메랑이 되어 돌아온 것이다.

5. 부실한 의료보험과 막장 실손보험

1977년 당시 우리나라의 1인당 GDP는 약 1,000달러로 구조적으로 3저(底) 구조(저부담–저보장–저수가)를 기반으로 의료보험제도를 시작할 수밖에 없었다. 의료환경이 변화함에 따라 국민들의 의료서비스에 대한 요구수준이 상향되었고, 첨단 의료기술의 발달로 전반적인 의료서비스의 수준이 과거와 비교할 수 없게 높아졌음에도 불구하고 3저(底) 구조는 여전히 지속되고 있다[17].

미봉책으로 민영건강보험이 도입된 이후 수요자인 환자와 공급자인 의사들의 도덕적 해이로 인해 불필요한 의료수요가 발생하며, 결국 국민건강보험의 재정악화로 이어진다는 주장이 제기되어 왔다. 이에 대해 김대환은 2008~11년 사이 한국의료패널 자료를 분석하여 “실손의료보험은 단기적으로 의료수요자의 의사결정에 의해 수요량이 결정될 수 있는 외래방문횟수와 입원일수는 증가시키는 반면 의료공급자의 의사결정에 의해 수요량이 결정될 수 있는 입원횟수나 입원비용을 증가시키지 않는 것으로 나타났다.”고 결론 내린 바 있다[18]. 즉 환자들의 의료 과다이용은 나타났으나 의사들의 과잉진료에 대한 근거는 없었다는 것이다. 그런데 같은 방법으로 최근 몇

5) 대한외과의사회는 “장꼬임 증상도 혈변 증상도 무조건 개복수술하고 장을 잘라내야 한다면 대체 죄가 안 되는 증상이 어느 정도고 장을 얼마나 잘라내야 죄가 안 되는 것이냐”면서 “의사(의 전문적) 판단이 옳았는지 재판부가 판단할 거라면 범죄가 되지 않는 치료 범위도 재판부가 정하라. 몇 명 남지 않은 수술하는 외과 의사마저 범죄자로 만들고 수술방 밖으로 끄집어내 형사처벌이라는 감옥에 넣었다. 대한민국 의료 파행은 불가피하다”고 일갈했다. 의사의 판단과 진료 행위에 대해 의학적 적합성과 무관하게 결과만 따지는 현실에 의사들은 “교도소 담벼락 걷는 심정으로 일한다”고 항변했다[16].

년의 자료를 분석해도 같은 결론에 이를 수 있을까? 초진환자의 실손보험 가입여부를 의무적으로 확인하고 입원이나 고가의 검사를 권하는 병원들에 대한 소문이 급증하고 있는 것으로 볼 때, 동일한 결론을 기대하는 것은 무리일 것 같다.

6. 대형병원들의 무분별한 확장

부실한 의료전달체계, 특히 '빅5'라고 일컬어지는 대형병원들의 문어발식 확장이 한국의료의 위기상황을 초래하고 있다는 진단이 있다. 중증, 경증을 가리지 않고 큰 병원을 찾는 환자들의 욕망과 이를 통제하지 못하는 의료제도가 지방의료와 일차의료의 붕괴의 근본 원인이라는 것이다. Jo[19]는 '한국의 의료시장'은 대형병원에 의하여 주도되고 있다. 환자의 대형병원 집중현상은 오히려 의사들에게 매출 증대의 압력을 가하고, 과로와 소진을 유발하며, 환자와의 교감기회를 제한한다. 또한 중소병원과 개인의원의 환자 감소로 이어지고, 그 결과 일차부문 의사들의 불만을 높인다. 즉 의료체계의 확대성장은 의사보다는 민간병원의 역할이 두드러지면서 의사가 민간병원에 예속되는 현상이 발생하였다. 병원이 주요 행위자로 등장하면서 의사들의 영향력이 상대적으로 축소되었는데, 의사들은 이러한 사실에 정면 대응하여 대형병원의 역할을 감소시키는 전략을 구사하기보다는 모든 불만의 원인을 저수가 보험으로 돌려서 '정부를 상대로 투쟁하는 모습을 보이고 있다.'고 진단하였다.

이상을 요약하면, 한국 의료의 위기는 철학 없는 보건의료정책의 불합리성을 박리다매, 3분 진료로 버티던 의사들이 비급여진료라는 워라밸 높은 분야로 쏠리게 된 점, 여기에 '빅5병원'의 문어발식 확장으로 인한 의료전달체계의 붕괴, 실손보험으로 인한 환자와 의사들의 도덕적 해이가 기름을 부은 형국이라 하겠다.

Ⅳ. 치료

병든 한국의료를 치료할 방안은 있는가? 칼자루는 누구의 손에 있는가? 하나의 답이 있을 리 없는 매우 어려운 질문이다. 그럼에도 불구하고 정부, 시민, 의사 모두가 머리를 맞대고 길을 내야 하는 시점이다. 급한 불 끄기식으로 눈앞의 증상만 해결하는 것을 대증 치료, 보다 근본적으로 병증의 원인을 교정하는 것을 근치적 치료라 한다. 차례로 살펴보자.

1. 대증 치료

현 정부는 의대정원을 늘리고 필수의료의 수가를 상향 조정하는 '투트랙' 방식을 고려 중이다. 의대 정원을 대폭 늘려, 소위 '낙수효과'로 필수의료를 채우겠다는 것이다. 이들이 의사가 되기까지 최소 10년은 걸린다는 점에서 대증치료라 하기도 어렵지만, 핵심의료를 낙오 직전의 의사들에게 맡기겠다는 발상 자체부터 잘못되었다. 필수의료의 수가 상향 역시 세밀한 조정이 없으면, '대형병원 탈출'의 빌미가 되기 쉽다. 필수의료의 처우 개선은 경제적 개선뿐 아니라 충분한 교대 인력의 마련을 통한 삶의 질 개선, 의료소송 걱정없는 진료환경 등과 함께 포괄적으로 고민해야 한다.

일부 의사들은 "사람 살리는 일을 시작하자"라며 현 상황에서 할 수 있는 일들을 시작하였다. 박익성 대한뇌혈관외과학회 회장은 "응급 중증 뇌혈관질환 환자를 발생 지역에서 적시에 치료할 수 있도록 신경외과 뇌혈관 전공 교수들이 별도의 연락체계를 꾸려 가동하고 있다. 순번을 정해 연락을 돌리는 당번제도 도입해 24시간 수술 치료가 가능한 의사가 있는 병원을 실시간으로 연결해 주는 시스템을 구축했다"고 하였다[1]. 응

급수술이 필요한 환자가 골든타임을 놓치는 일이 없도록 의사들이 자체적으로 연락망 네트워크를 꾸린 것이다. 하지만 이 역시 지속가능하지도 않을 뿐더러 근본 해결책이라 보긴 어렵다.

일부 의사들은 투쟁을 통해 불합리한 환경을 바꾸자고 한다. 불합리한 의료소송 판례가 나올 때마다 일종의 '준법투쟁', 즉 '모든 두통 환자에게 CT나 MRI 검사 시행' 등을 지침화 하자고 한다. 이런 접근은 투쟁의 방식으로는 효율적일 수 있으나, 얼마 남지 않는 의사의 전문성에 자해를 가하는 꼴이다.

2. 근치적 치료

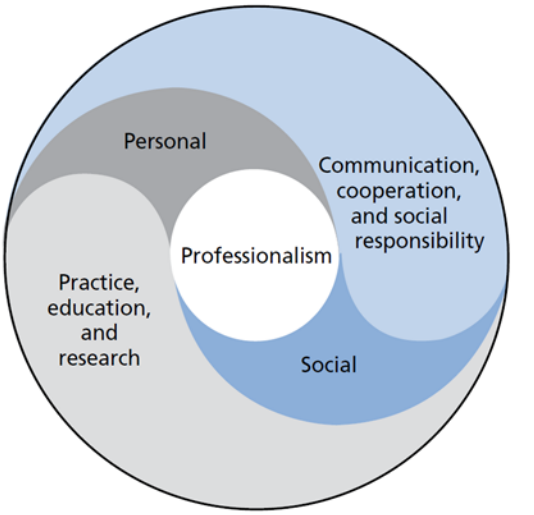
병든 한국의료에 대한 근치적 치료란 '필수의료가 바로 인기의료'가 되도록 제도와 환경을 완전히 바꾸는 일일 것이다. 이 참에 유럽식 복지의료와 미국식 시장경제 의료가 묘하게 뒤섞여 있는, 의사들의 희생을 담보로 유지되고 있는 현 의료제도를 갈아엎자는 논의도 있다. 하지만, 얽힌 실타래를 푸는데 얼마나 많은 시간과 노력이 필요할지 알 수 없으며, 한 편의 논문에서 다루기엔 벅차다.

숲에서 길을 잃었을 때는 처음 자리로 돌아가는 것이 기본이다. 그런 면에서 '의사됨'에 대한 성찰이 필요하다. 한국 의료에서 의사됨에 대한 성찰은 2014년 발표된 '한국의 의사상'에 잘 담겨있다. 의료전문직의 역량과 도덕적 가치를 '환자 진료', '소통과 협력', '사회적 책무성', '전문직업성'과 '교육과 연구'라는 다섯 영역으로 기술하였는데, 그 중심에 전문직업성(professionalism)을 두었다〈Figure 1〉[20].

중세시대 길드의 전통 이후로 의사는 그 사회의 공동선(common good)인 환자의 건강과 사회의 보건의료 향상을 안정적으로 공급하는 대가로 업무의 자율성과 독점권 및 일정수준 이상의 지위와 보상을 받는다. 이때 의사들이 전문집단으로서 지키고자 하는 가치 및 신념 체계가 의학전문직업성(medical professionalism)이다[21].

미국개원의협회(American College of Physicians Foundation), 미국내과학회(American Board of Internal Medicine) 및 유럽내과연합(European Federation of Internal Medicine)이 공동으로 개발한 '의학 전문직업성에 대한 선언'은 의학 전문직업성의 10가지 의무를 제시하고 있다. "첫째, 환자 진료에 필요한 의학적 전문성, 둘째, 환자에 대한 정직성, 셋째, 환자와 관련된 정보에 대한 기밀 유지, 넷째, 환자와의 적절한 관계유지, 다섯째, 의료의 질을 높이기 위한 꾸준한 노력, 여섯째, 의료제공 기회를 높이기 위한 노력, 일곱째, 한정된 의료자원의 공정한 분배를 위한 노력, 여덟째, 과학적 발전을 위한 노력, 아홉 번째, 이해갈등 상황을 잘 관리함으로써 신뢰를 유지하려는 노력, 그리고 끝으로, 전문직으로서 사회적 책임을 완수하려는 노력이다[22]."

반대로, 의학 비전문직업성(unprofessionalism)은 의학 전문직업성의 기준을 벗어나는 것으로, "자신의 잘못을 인정하지 않고 거짓으로 보고하



〈Figure 1〉 Korean Doctor's role. Adapted from Ahn [20] with CC-BY-NC.

거나, 다른 분야 의료종사자 및 환자에게 거만하거나, 일을 제대로 끝마치지 못하거나, 자기계발을 게을리하거나, 환자나 보호자와의 라포(rapport) 형성이 안 되는 경우 등"을 포함하는 용어이다[23]. 전문직으로서의 가치들을 파기하고 환자의 이익보다 자신이나 병원의 이익을 우선시하는 상업주의, 환자와 의사의 신뢰 관계를 거래행위로 변질시키는 것도 비전문직업성의 특징이다. 인터넷이나 SNS를 통한 상담이나 광고에서도 비전문직업성적인 행위들이 발견되고 있다[24]. Lee et al.[25]은 "의학 전문직업성의 정반대 개념이라 할 수 있는 상업주의, 특히 의료 상업주의(예를 들어 과도한 선전, 특히 인터넷을 통한 의료용품 광고나 판매 행위나 병원비 할인, 환자 정보를 제약회사나 연구소에 금전을 받고 넘기는 행위 등)가 의사의 비전문직업성을 야기하는 요인 중 하나"라고 하였다. 한국의 의사들은 전문직업성의 귀한 가치들에 대해서 제대로 성찰해 보지 못한 채 비전문직업성(unprofessionalism)의 길로 들어선 것으로 보인다.

가장 염려스러운 부분은 '흔들리는 믿음'에 관한 것이다. 의협 중앙윤리위원회나 법원의 징계를 받는 사례들을 들여다보면, 의사들 스스로가 동료 의사들을 전적으로 신뢰하지 못하는 현실을 체감하게 된다. 이효진은 직업인으로서의 의사가 등장한 이후로 의사에게 가장 중요한 덕목은 '믿음'이라고 했다. 지금의 면허와 같은 독점적 지위가 만들어지기 이전의 의사들에게 요구되는 것은, 교육이나 훈련, 학위나 자격, 면허 그 어떤 것보다도 오직 하나, 환자의 믿음이라는 것이다[14]. Koh[12]도 "의사가 윤리적이어야 하는 이유를 타인의 생명에 관여하기 때문이라고 단순히 규정지을 수는 없다. 타인의 생명에 관여하는 직업은 의사 외에도 많다. 의사에게 특히 윤리성이 강조되는 것은 자신의 건강에 관한 중요한 결정을 의사에게 거의 전적으로 의존할 수밖에 없는 환자-의사 관계의 속성에 더 큰 이유가 있을 것이다. 환자가 자신의 건강에 위해가 초래될 수도 있는 권고에 따른다는 것은 의사에 대한 '믿음' 때문이다."라고 하였다[12].

제도 탓, 수가 탓 수준을 넘어, 환자를 유인하거나 근거 없는 처방 등 의도적인 과잉진료를 당연시하는 의사들에 대한 소문은 그리 드문 일이 아니다. 비전문직업성은 결국 탈전문화(deprofessionlization)로 이어진다. Cockerham은 의료에서 소비자주의 그리고 정부와 기업의 통제 강화로 의사의 전문적 권위가 쇠퇴하고 있는 상태를 탈전문화(deprofessionlization)라 하였다[26]. 탈전문화(deprofessionlization)가 가속화되면 의사의 진료 독점권과 자율권에 심각한 장애가 발생할 수 있으며, 이는 의사뿐 아니라 사회 전체에 심각한 재앙이 된다.

의학 전문직업성의 수호는 우리 사회 전체가 함께 수호해야 할 시작점이자 마지막 보루이다. 의사들은 전문직의 핵심요소인 고도의 전문지식과 술기로 환자를 돌보되, 철저한 자기규제, 동료평가를 통해서 믿음을 회복해야 한다.

의사들의 윤리의식 고양에는 두 가지 방향이 있다. 하나는 히포크라테스 선서로 대표되는 각종 선언과 윤리강령, 4원칙 등 원칙 중심의 규범윤리이다. 그런데, 이러한 '지침화, 규범화'는 오히려 '옳은 행위를 하는 것'에 대한 관심을 축소할 우려가 있다. 부정적인 표현을 포함하는 '금지와 제재'는 본능적으로 '투쟁-도주 반응'을 유발하기 때문에 인간의 적극적이고 긍정적인 사고를 억제한다[27]. 전문인들을 위한 윤리강령이나 각종 윤리지침을 비롯한 표준은 '윤리학적인 바닥(ethical floor)은 되어 줄 수 있으나 지향할 천장(ethical ceiling)은 되어 주지 못한다'는 주장이다[28]. 이에 대한 대안으로 등장한 것이 긍정윤리(positive ethics)다. 본래 윤리학이란 '인간이 어떻게 살아야 하는가?', '옳음과 그름이란 무엇

인가?'와 같은 물음과 관련된 가치를 다루는 학문이다. 단순히 '잘못된 행위'를 피하는 것이라기보다, '옳은 행위를 하는 것'이다[29]. 긍정 윤리학을 주장하는 학자들은 "긍정 윤리학의 목적으로 위법 행위에 대한 규제에만 초점을 맞추던 것에서 윤리의 높은 이상을 비전으로 발전시켜 나가는 방향으로 전환"하거나[30], 또는 "윤리적 이상을 염원하도록 권장하는 보다 균형 잡히고 통합적인 접근으로 전환할 것"을 제안한다[31]. 일례로 환자의 사생활 보호라는 가치를 규범적으로 접근하면 환자의 비밀을 발설하지 않는 것에 그치지만, 긍정 윤리적 접근은 환자와의 신뢰를 향상하기 위한 적극적 노력까지 포함한다. 충분한 설명에 의한 동의(informed consent)도 규범적 접근은 동의서에 환자의 서명을 받을 법률적인 책임만을 강조하지만, 긍정 윤리적 관점은 동의서를 매개로 치료의 과정에 환자가 최대한 자발적으로 참여할 수 있도록 배려하는 것을 강조한다. '징계를 받지 않으려면 어떻게 행동해야 하나?'라는 질문이 아니라, '내가 생각하는 윤리적인 이상을 실현하는 길은 무엇일까?'를 생각해 보자는 것이다[29].

V. 글을 닫으며

지금까지의 논의를 통해 최근 주요 언론을 통해 기사화된 '필수의료의 위기'를 화두로 한국 의료의 병증을 살펴보았다. 먼저 증상과 증후를 점검하였고, 병태생리와 진단을 고민한 후 처방을 고민하였다. 현 상황에서 의사들이 할 수 있는 일부터 시작하되, 의사–환자 관계의 최후의 보루인 '믿음'을 전문직업성 재조명을 통해 지켜내야 한다. 늘어만 가는 법적 제재와 의무 규약에 매몰될 것이 아니라, 더 '좋은 의사', 더 '좋은 의료'를 꿈꾸는 긍정윤리 쪽이 맞는 방향임을 역설해 보았다. 그럼에도 불구하고 시야는 여전히 뿌옇고 가슴은 답답하기만 하다.

Niebuhr는 개인과 집단의 행동 양태를 분석하고 사회적 정의를 수립하기 위한 방안을 제시한 역작『도덕적 인간과 비도덕적 사회』에서 "개인적으로는 도덕적인 사람들도 사회 내의 어느 집단에 속하면 집단적 이기주의자로 변한다"라고 하였다[32]. 개인적으로는 자신의 이익을 희생하면서 타인의 이익을 배려할 수 있지만, 사회는 종종 민족적–계급적–인종적 충동이나 집단적 이기심을 생생하게 보여준다는 것이다. 이를 차용해 보면 현재 한국 의료는 '중립적 의사와 비도덕적 시스템(neutral physician and immoral system)'에 가까워 보인다. 한국사회에서 의사를 지망하는 이들은 평균보다 더 도덕적이지도 덜 도덕적이지도 않을 것이다. 만일 이들이 속한 의료 시스템이 도덕적이라면 대부분의 의사는 도덕적 의사가 될 것이며, 그 역도 성립할 것이다. 이런 시각에서 중병으로 판명이 난 한국 의료를 살리기 위한 처방은 정원이냐, 수가냐 같은 근시안적 미봉책이 아니다. 효율성에 매몰된 '믿음'을 되살리기 위한 시스템 구축이 최우선순위이다. 이에 대한 근본적 성찰은 정부–의료계–시민단체 모두가 함께 머리를 맞대고 풀어야 할 과제이다. 이 과제 안에는 행위별 수가제, 매출액 기준의 인센티브, 도덕적 해이를 유혹하는 실손보험, 근거 없는 비급여진료 등에 대한 대수술도 포함되어야 할 것이다.[6)]

6) 한국 의사들의 전문직업성을 위협하는 요소로 필자는 의사들의 일탈을 유도하는 인센티브 급여 제도, 과잉진료 부추기는 시스템에 대한 문제제기를 한 바 있다[33,34].

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Jand YJ. "Don't get sick" "Don't force me to be a missionary"... The sympathy poured into the Hankook Ilbo doctor's project [Internet]. Hankook Ilbo; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2023050915420000054

[2] Jand YJ. "Capacity vs. cost" A fight without exit... The devil, the solution is in the detail [Internet]. Hankook Ilbo; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2023050112380003494

[3] Myung MJ. "There's no hospital that accepts it"... Teenage girl dies after wandering in ambulance for 2 hours [Internet]. Donga Ilbo; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.donga.com/news/Society/article/all/20230328/118564298/1

[4] Im JY. A nurse at Asan Medical Center died of cerebral hemorrhage... "We don't have enough doctors" [Internet]. Korea Broadcasting System [KBS]; 2022 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=5525481

[5] Choi NS. Beating skin, cosmetic temptation.. Why I live as a 'vital doctor' [Internet]. Hankook Ilbo; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2023042418330004464

[6] Ryu H. "All alone" in the mountains... "How can I get there by bus?" [Internet]. Hankook Ilbo; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2023042321150005152

[7] Kim NH. 521 people gathered for the "Pediatric Escape" class... Doctors decide to take off the sign. Why [Internet]. Joongang Ilbo; 2023 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.joongang.co.kr/article/25160714

[8] Park JY. The reason why I gave up on specialists and chose a beauty clinic [Internet]. Hankook Ilbo; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2023042013570000372

[9] Song SY. Young doctors disappearing from university hospitals [Internet]. Young doctor; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3007661

[10] Kim MS. A physician's illegal drug supply on an bar staff [Internet]. Joongang Ilbo; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.joongang.co.kr/article/25190001

[11] Kim HM. The hospital's temptation to guarantee a certain diet as "a sacred place to lose weight" [Internet]. Seoul Broadcasting System [SBS]; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://news.sbs.co.kr/news/endPage.do?news_id=N1007180668

[12] Koh Y. Medical ethics and doctors' self-purification efforts. J Korean Med Assoc 2013;56(4):258-260. https://doi.org/10.5124/jkma.2013.56.4.258

[13] Ahn DS. Medical professionalism, why now? Healthc Policy Forum 2018;16(2):5-8.

[14] Lee H. A social contracts-based approach to medical ethical decision-making: approach by diachronic formation of medical professional responsibility. Korean J Med Ethics 2013;16(3):323-345. https://doi.org/10.35301/ksme.2013.16.3.323

[15] Ko JM. Court rules mental hospital partially responsible for suicide attempt patient death [Internet]. Young doctor; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3009620

[16] Ko JM. Surgeon who became a criminal... "Who's going to operate on against 'Medical Judgment'?" [Internet]. Young doctor; 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3009228

[17] Choi JY. Problems and solutions of Korea's Health Insurance System. Healthc Policy Forum 2016;14

(1):77-80.

[18] Kim DH. Effects of fee-for-service health insurance on medical consumption. Korean J Insur 2014; 98(3):61-90.

[19] Cho BH. The change of Korean doctors' professionalism and their dominance over health care system. Health Soc Sci 2019:15-39.

[20] Ahn D. Statue of a doctor in Korea. J Korean Med Assoc 2014;57(1):3-7. https://doi.org/10.5124/jkma.2014.57.1.3

[21] The Korean Society for Medical Ethics. Medical ethics. 3rd ed. Seoul: Jeong-dam Media; 2015. pp.69-84.

[22] Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 2002;136(3):243-246. https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012

[23] University of Calgary. University of Calgary Medical School student code of conduct: descriptors of unprofessionalism. Calgary: University of Calgary; 2011.

[24] Canadian Medical Association. CMA policy: medical professionalism. Ottawa: Canadian Medical Association; 2005.

[25] Lee DI, Kim SJ, Choi SH. Medical unprofessionalism, de-professionalization, and virtue ethics. Korean J Med Ethics 2011;14(4):401-412. https://doi.org/10.35301/ksme.2011.14.4.401

[26] Cockerham WC. Medical sociology (Park HJ, Kim KS, Ahn YH, Lee YS, Trans.). Seoul: Akanet; 2005. p.386.

[27] Mashburn D. "Essay: positive ethics" [Internet]. Essay Issue 52. 2007 [cited 2023 Sep 21]. Available from: http://ethix.org/2—7/04/01/positive-ethics

[28] Kuther TL. Promoting positive ethics: an interview with Mitchell M. Handelsman. Teach Psychol 2003;30(4):339-343. https://doi.org/10.1207/S15328023TOP3004_08

[29] Um YR. An idea for professional ethical practice: positive ethics. J Hum Stud 2014;27:141-166.

[30] Knapp S, Gottileb MC, Handelsman MM. Positive ethics. In: Lopez SJ, ed. The Encyclopedia of positive psychology. Oxford: Blackwell; 2009, pp.10-12.

[31] Handelsman MM, Knapp S, Gottlieb MC. 11 Positive ethics: themes and variations. In: Lopez SJ, Snyder CR, eds. The Oxford handbook of positive psychology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. pp.105-114.

[32] Niebuhr R. Moral man and immoral society (Lee HW, Trans.). Seoul: Munyea Press; 2017.

[33] Cheong YS, Park SG. Ethical considerations on the financial incentive systems at hospitals in Korea. Korean J Med Ethics 2015;18(2):190-199. https://doi.org/10.35301/ksme.2015.18.2.190

[34] Cheong YS, Park SG. What factors promote overtreatment in Korea?: causative considerations and solutions to overtreatment. Korean J Med Ethics 2016;19(3):375-389. https://doi.org/10.35301/ksme.2016.19.3.375

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 245-256 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 245-256 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

Critical Care Crisis and Medical Professionalism

CHEONG Yoo-seock[1]

Abstract

There are deep concerns about Korean medical care. It is becoming difficult to find doctor who save life in emergency rooms, operating rooms, intensive care units, and rural hospitals. The so-called 'critical care' is shaking in its roots. In the meantime, medical professionalism has lost its way. It does not seem appropriate to attribute the cause of the problem to individual doctors. It is not reprehensible for individuals, who are people before doctors, to choose quality of life over a sense of duty. Not only medical staff on site, but also patients, civic groups, media, and politicians began to recognize the seriousness of the problem. This article examines Korean medical care for serious illnesses by dividing them into 'symptom and sign', 'pathophysiology and diagnosis', and treatment stages. It was diagnosed that the crisis in Korean medical care was due to the irrationality of philosophyless health care policies, doctors choosing work-life balance over a sense of duty, the collapse of the medical delivery system due to the expansion of large hospitals, and the moral hazard of patients and doctors due to private medical insurance. As a prescription to save Korean medicine, it was proposed to break away from the short-sighted discussion of 'cost vs capacity' and build a system that takes into account the restoration of trust between patients and doctors, the enhancement of professionalism, and the transition from normative ethics to positive ethics.

Keywords

critical care; professionalism; positive ethics

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

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 257-263 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 257-263 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.257

필수의료 개념규정에서의 모호함이 초래한 위기

김미진[1]

현재 한국사회는 필수의료 공급부족이라는 생소한 위기를 극복하기 위한 대책 마련에 어려움을 겪고 있는 것 같다. 정부는 보편적 의료를 지향하면서 정책적으로 필수의료를 확대했지만, 공공의료기관이 절대적으로 부족한 상황에서 필수의료제공자(민간의료기관)를 통한 공급조정에는 실패했다. 필수의료 기피 해결과 지원 강화를 위한 법안이 발의됐지만, 개념과 범위가 불명확해 법적 요건을 갖추지 못했고, 이를 뒷받침할 학문적 개념이나 연구가 부족해 계류 중이다. 국민과 민간의료기관 모두 정부의 수가보장 정책에 과도하게 의지하고 있지만 정부를 포함해 모두 의료의 공공성에 대한 인식은 부족하다. 의료계는 전문성, 국민은 보장성 근거로 우선 순위에 합의하지 못하고 있고, 정부는 당장 문제가 되는 분야만을 근시안적으로 지원하고 있다. 이 모든 사태의 근본적인 문제는 한국 사회에서 필수의료가 무엇인지 합의된 바 없기 때문이라고 생각된다. 사회적으로 합의된 개념은 정책 결정 과정에 의사소통을 원할하게 하고, 효율적인 토론을 이끌어내는데 도움이 된다. 따라서 필수의료의 정체성 확립 및 위기를 극복을 위하여 필수의료란 무엇인지를 공론의 장에서 논의하고 검토할 것을 제안하였다.

1. 서론

정유석의 논문은 필수의료의 문제를 의학전문직업성의 위기라는 관점에서 고찰하고 있다. 의료계 전체의 미약한 전문직업성의 이데올로기, 자기규제의 실패, 의사 개인의 부족한 사명감에 대해 문제를 제기하고 있고, 이에 대한 해결방법의 하나로 의료계내에서 의사됨을 찾고, 윤리의식 고양, 긍정 윤리로의 전환을 주장한다[1]. 이는 의료 시스템을 구축하는 의사 개인의 전문직업성을 확립하도록 촉구하고 있다.

본 글은 보다 근원적인 질문 즉, 필수의료란 무엇인가에 초점을 맞춰서 현재 의료계의 사태를 필수의료 개념규정에서의 모호함이 초래한 위기로 해석해 보고자 한다. 필수의료의 정의를 구체적으로 살펴보면 국민생명과 직결되어 필수적으로 제공되어야 하는 의료라는 대전제는 있으나, 세부 사항으로 들어가 보면 생명, 건강,필수 등의 모호한 개념으로 묘사되고 있다. 이는 학술적인 개념보다는 정책적 개념에 가깝고 임상적인 정의는 찾기 힘들다[2,3]. 정책적 필수의료는 건강이라는 포괄적인 가치를 포함한 보다 보편적인 전체의료를 지칭하고 있으나, 당시 사회에서 문제가 되는 특정 분야, 질병, 환자군에 한정된 서비

투고일: 2023년 11월 10일, 심사일: 2023년 11월 13일, 게재확정일: 2023년 12월 13일

1 울산대학교병원 응급의학과, 임상조교수. e-mail: mijinkimkorea@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7075-329X

스를 지칭하기도 한다[4]. 이렇듯 범위가 불분명하므로 어떤 분야를 지속적으로 지원하거나 육성하는 법적요건을 갖추기는 어렵고, 정부의 정책지원은 당장 사회적 이슈가 되는 분야에 집중될 수밖에 없다. 따라서 정책지원 논의에 앞서 한국 의료시스템에서 필수의료란 무엇인지에 대한 분석과 그 사회적 맥락을 살펴서 필수의료 위기의 본질을 제대로 이해하는 것이 우선될 필요가 있다. 이러한 인식적 검토는 향후 필수의료에 대한 사회적 합의를 이루어 정책적 우선순위를 결정하고, 제도적 해결방안을 모색하는 데에 있어 의사소통의 공감대를 제공하고, 필수의료 지원에 대한 생산적인 논의를 이끌어낼 수있는 바탕이 될 것이다.

2. 본론

1) 의료공백에 대한 위기감

최근 우리 사회는 대형병원 간호사 근무 중 사망사고, 통칭 응급실뺑뺑이(응급실 재이송), 소아과 오픈런 등을 겪으면서 사회구성원 모두 필수의료 위기라는 사회적 공감대를 형성한 것으로 보인다[5–7]. 소아과 오픈런으로 인식되는 의료공백현상은 인력 부족(소아청소년과 전공의 부족, 중증 및 응급진료를 담당하는 전문의 부족), 1차 진료 보장 실패(저수가 정책으로 인한 개원의의 어려움), 지역불균형, 최종치료 수용 실패(중환자 입원 및 최종치료를 담당할 중대형 병원의 수용력 감소), 시간외 진료 대안 부족, 응급진료 공급실패(응급실 과밀화, 인력부족 및 소진, 소아전문응급센터 설립 및 운영의 어려움)이 종합적으로 원인을 제공하고, 코로나 이후 소아 감염이 증가하면서 단기간 수요가 폭증하면서 경증부터 중증 질환에 이르기까지 소아청소년과 전체 의료공급 과정에 문제가 되었기 때문이다. 하지만 이 모든 문제들에도 불구하고, 소아청소년과가 필수의료인가라는 질문에는 답하기 쉽지 않다. 이는 특정진료 과목 또는 특정 연령대나 환자군만을 필수라고 칭하는 것이 맞는지(형평성의 문제), 일차진료부터 상급병원까지 모든 의료전달 체계를 포함할지(공급과정의 문제) 등의 복잡한 문제를 포함하고 있기 때문이다. 2023년 1월 발표된 정부의 필수의료 지원대책은 당장 환자수용의 문제가 되는 일부 분야(중증/응급/분만/소아진료)에 대한 대책을 내어 놓았으나, 기존 정책에서의 내용을 되풀이하고 있다는 비판을 피하지 못하고 있다[8–10]. 이 모든 사태의 원인이 되는 필수의료가 무엇인가라는 근본적인 물음에는 누구도 쉽게 답하지 못하는 것은 그동안 해당 분야에 대한 논의가 얼마나 미비했고, 근본적인 질문을 하지 않고 있음을 보여준다.

2) 필수의료란 무엇인가?

a. 의료계가 제안하는 필수의료

의료계에서 진료 단체별로 제안하는 필수의료의 범위는 의료서비스 제공 목적, 대상, 방법 등에 따라 다양하다[11]. 그 동안 저수가에 묶여서 의료질이 문제가 되었던 분야를 필수의료로 지정하여 정부차원에서 육성하는 것에는 각 단체가 동의하고 있으나, 그 범위에 대해서는 합의된 바가 없다. 필수의료의 범위를 정하기 어려운 이유는 임상적인 필수의료의 개념이 모호하기 때문이다. 필수 의료를 “생명에 직결되는 의료서비스”라고 가정하면 필수의료는 사망률과 치명률이 높은 분야(중환자, 중증외상, 심뇌혈관 질환 등)에 한정된다. 이 경우, 환자의 특성상 경증환자가 많고 사망률은 낮은 소아응급진료는 필수진료에 포함되기 어렵다. 건강에 가치를 둔다면 삶의 질을 기준으로 일차의료, 질병의 예방, 건강증진 및 보호 등이 포함되는지에 대한 논란이 생긴다. 생명

또는 건강이라는 모호한 개념보다 좀 더 구체적으로 "즉각적으로 적절한 조치"를 취하지 않으면 생명을 보존할 수 없거나, 심신에 중대한 위해가 발생할 가능성이 있는 의료서비스라고 가정하면 질병의 timeliness(적시성)을 기준으로 응급진료, 응급수술, 응급분만 등에 범위가 한정된다. 이 경우, 중증감염병, 만성질환, 암, 희귀질환 등과 같이 즉각적인 조치가 필요한 것은 아니지만, 이후 적절한 치료를 하지 못할 경우 심각한 위해가 발생할 것으로 예상되는 분야는 필수진료에 포함되기 어렵다. 그럼 다시 범위를 넓혀 질병의 중증도(severity), 복잡성(complexity)을 기준에 포함해 "중대한 위해가 발생할 수 있는 특정 질병에 대한 조치"를 필수의료라고 한다면 특정 질병이 다른 질병보다 더 중요한지에 대한 논란과 질병의 치료도 중요하지만 진단과 예방의 중요성을 간과했다는 논란이 있을 수 있다. 이처럼 임상적 우위를 판가름할 수 없는 다양한 개념에 혼재되어 있는 상황에서는 대다수 진료과, 대부분의 영역이 필수의료의 범위에 해당된다고 결론 내릴 수밖에 없다. 따라서 현재 의료계에서 도출할 수 있는 필수의료의 개념적 정의는 임상적 유용성(의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료의 효과성, 과학적 근거 등)을 근거로 국민에게 필요한 의료서비스 중 시장경제성은 떨어지지만 국가의 지원과 육성이 필요한 의료서비스에 가깝겠다. 임상적 우선순위를 단일 잣대로 판단할 수 없기 때문에 의료계에서 필수의료에 대해 통일된 개념이 도출되기 어렵고, 결국 각 진료 단체에서 주장하는 임상적 유용성에 따라 다양하게 정의될 수밖에 없다.

b. 정책에서 정의하는 필수의료

a) 필수의료와 공공의료의 차이

2000년 초 정부는「공공보건의료에 관한 법률」을 제정하고, 법률상 공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호 · 증진하기 위해 하는 모든 활동을 '공공보건의료(이하 공공의료)'를 정의하였다. 이후 매 5년간 기본계획을 발표하면서 정책적 하위 개념으로 필수의료와 이에 대한 세부과제들을 내어 놓았다. 그간 정부가 '국민들에게 필수적으로 제공되어야 할 의료서비스'로 정의한 필수의료 분야의 변화과정을 살펴보면, 초기에는 응급의료체계, 혈액안전관리, 전염병 대응 등에 의료시장에서 공급이 취약한 분야에 중점을 두었다가 시간이 경과함에 따라 생명 · 안전 · 삶의 질과 직결되는 의료, 취약계층 지원 등 보편적인 의료서비스로 범위를 확대하고 있다. 그리고 2013년 법률상 공공의료의 개념을 기관 중심에서 기능 중심으로 개편하면서 정부는 공공의료 대신 필수의료라는 개념을 더 앞세우게 되었다[4]. 최근에는 정부 정책에서 공공의료는 공공의료기관 확충 등 좁은 의미의 개념으로 언급되는 반면, 필수의료는 의료 전체에 걸쳐 더 포괄적 개념으로 사용되고 있다. 필수의료는 공공성을 기반하고 있지만, 공급의 주체를 정부라고 명시하고 있지 않기 때문에 개념상 공공의료를 대체할 수 없다. 현재의 한국 의료시스템에서 건강보험과 같은 공적재원을 사용한 의료서비스를 민간의료기관이 주로 공급하고 정부는 민간의료기관의 공급이 취약한 분야를 보완하거나 규제하는 형태이다. 현시스템에서 정부는 필수의료라는 카테고리에 공공의료를 포함시켜서 민간의료기관에게 필수의료의 대부분을 해결하도록 하면서 공공의료의 책임도 함께 지우고 있다. 이러한 정책적 프레임은 공공의료에 대한 정부 책임을 묻기 어렵게 만들고, 필수의료의 범위 역시 모호하게 만든다. 그 동안 정부는 낮은 수익성을 이유로 공공의료기관 확충에 소극적이지만, 공공성 강화를 위해서는 민간의료기관은 과도하게 규제하는 등 시장 논리와 규제 사이에서 일관성이 없는 모습을 보였다. 결국 시장논

리의 의한 필수의료공급에도 실패하고 규제를 통한 공공성 강화에 실패한 모순된 상황에 처한 것으로 보인다. 국가가 필수의료 공급자(민간의료기관 또는 의사)를 수가 조정, 의료인력 조정 등을 통해 기능적으로 과도하게 통제하는 것은 한계가 있고, '국가과잉'의 문제를 염려하지 않을 수 없다[12]. 현재 필수의료에서 공공의료기관이 절대적으로 부족하기 때문에 민간의료기관에 대한 정부의 개입은 어쩔 수 없지만, 그 형태와 범위에 대해서는 다시 논의가 필요하겠다[13].

b) 필수의료의 상대적 가치

현재 보건의료정책에서 도출된 필수의료의 개념은 보건정책 목표 예로 국민의 건강등을 달성하기 위해 정책적 우선순위에 근거해 정부가 개입해서 지원 또는 육성하는 의료서비스에 가깝겠다. 한정된 의료자원으로 건강이라는 정책 목표를 달성하기 위해서는 정책적 우선순위를 결정하는 과정이 필요하고, 응급이나 중증환자를 위한 의료서비스 역시 상대적인 효용성을 증명하는 과정이 필요하다. 생명과 직결되는 의료서비스 역시 절대적 가치를 가진 것이 아닌 정책적 필수의료의 하위개념 중 하나로 치매나 암환자 진료 등 사회적으로 문제가 되는 다른 이슈가 있을 경우, 다른 분야에 우선순위를 내어줄 수 있다. 한 예로 2022년 필수보건의료 중앙협의체에 내과 · 외과 · 산부인과 · 소아청소년과 · 흉부외과 뿐아니라, 비뇨의학과도 참여하고 있는데, 이는 비뇨기과와 같이 의료시장의 공급기반이 취약해진 분야가 언제든 필수의료로 지원된다는 것이다[14]. 이는 인기과인 피부과, 성형외과 의사가 부족하게 되면 해당과목 역시 필수의료에 해당될 수 있는 것이다. 따라서 정책적 필수의료의 개념은 상대적이며, 생명, 삶의 질 등 여러 가치 기준들의 충돌의 가능성이 있고, 우선순위를 결정하는데 사회적 합의가 필요하다.

c. 의료수요자인 국민이 인식하는 필수의료

의료정책연구원이 시행한 필수의료 활성화 연구에서 국민과 의사들을 대상으로 각각 필수의료 관련 인식을 설문조사한 결과를 보면, 의사들은 생명과 직결된 의료를 필수의료로 생각하지만, 국민들은 '건강보험'(18.8%), '건강검진'(11.3%), '필수'(7.1%), '기본의료'(6.6%), '응급 및 중증'(6.5%), '의료기관'(5.0%), '생명'(3.7%) 순으로 다양하게 인식하고 있다[4]. 여기서 추정할수 있는 것은 국민 역시 명확히 인식되는 개념이 없으며, 의료계와 국민 모두 생명과 직결되는 의료라는 공통의 분모가 있지만, 필수의료가 가진 공공성에 대한 인식은 상대적으로 미비하다는 것이다.

3) 필수의료의 개념의 모호함이 초래한 위기

현재 한국사회는 잘 알지 못하는 필수의료의 위기를 타개하기 위해 대책을 세워야 하는 어려움에 처한것 같다. 하지만 정책적으로나 법적으로나 해결은 쉽지 않아 보인다. 정책적인 해결이 어려운 이유는 정책의 달성을 위해서는 우선순위와 지원 기준이 명확해야만 실현가능성이 높은 정책이 마련될 수 있는데, 정부가 정책에서 정의하는 필수의 개념은 정책 집행의 정당성은 있지만 의료자원을 배분하는 실질적인 단일 원칙으로 적용하기 어렵기 때문이다. 정책의 우선순위 결정과정에서 생명, 삶의 질, 중증, 심각한 위해 등 서로 다른 원칙이 충돌할 때는 상충되는 가치의 균형을 맞추는 것이 필요하고, 이러한 충돌은 사회가 다양한 원칙 중 어떤 것에 더 비중을 두는지에 대한 사회적 합의가 충분하다면 해결될 수 있지만, 앞서 살펴본 바와 같이 현재 한국사회에서는 필수의료에 대해 사회적으로 합의된 개념이

없거나 미비하기 때문에 정책 지원과정 역시 사회적 합의를 이루기 쉽지 않다. 법적으로는 필수의료 분야에 대한 기피현상을 해소하기 위해 필수의료 육성 및 지원 등에 관한 법률안(통칭 필수의료법)이 발의되었다. 해당 법률에는 설명의무 등을 성실히 이행하였고, 필수의료종사자에게 중대한 과실이 없을 때에는 형을 감경하거나 면제할 수 있는 법적 보호조항이 포함되어 있다[15]. 그러나 법률상 필수의료 범위를 어떻게 설정하는지에 따라 형 감면 규정 등이 달라질 수 있는데, 해당 법률에서는 필수의료의 범위를 하위 법령인 보건복지부령에 위임하는 방식으로 필수의료 행위 및 의료인 범위를 명확히 정하지 못했기 때문에 법적 요건을 갖추지 못한 것으로 평가된다[16].

3. 결론

필수 의료가 무엇인가를 물었을 때 의료계는 전문성에 근거한 임상적으로 필요한 의료서비스, 국민은 보장성에 근거한 보장이 필요한 의료서비스, 정부에서는 정책적 우선순위에 근거한 정책 지원이 필요한 의료서비스로 정의하고 있다. 공통적으로는 국가의 개입, 지원, 보장성을 전제로 하고 있으나, 구체적으로 필수의료의 범위와 지원에 합의하지 못하고 있다. 그외 법적인 개념은 필수의료의 사회적 정의가 불분명해서 필수의료의 법적 요건을 확립하지 못했고, 학문적인 개념이나 연구는 부족하다. 그동안 정부는 정책적으로 필수의료를 확충하고 있었다고 하지만, 사회적으로는 필수의료에 대한 사회적으로 합의된 정의가 없었고, 그 사이 시장의 의료공급의 불안정이 필수의료 위기로 인식되었다. 따라서 이 위기 상황에서 다시금 우리 사회는 필수의료가 무엇인지 논의할 필요가 있다고 생각된다. 필수의료의 범위와 지원에 대한 사회적 갈등은 크지만, 사회적으로 합의된 개념이 없기 때문에, 의료계와 정부 그리고 국민사이 의사소통의 공감대를 형성하기 어렵고, 이는 효율적인 논의를 이끌어내거나 장기적인 해결 방안을 모색하는 데 걸림돌이 된다.

따라서 지금이라도 필수의료란 무엇인지를 공론의 장에서 논의하고 검토하는 것이 결국 필수의료에 대한 사회적 합의를 이끌어내는 계기가 될 수 있겠다. 이러한 노력은 필수의료의 정체성 확립 및 위기를 극복할 수 있는 바탕이 될 것이다.

색인어

의료윤리; 필수의료; 의료자원분배

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Cheong YS. Critical care crisis and medical professionalism. Korean J Med Ethics 2023;26(4):245-256.

[2] Lee SM. Essential health care. J Korean Med Assoc 2019;62(4):231-237. https://doi.org/10.5124/jkma.2019.62.4.231

[3] Park JK. Concept of essential medical care and public health and medical services. Health Policy Forum 2020;18(4):24-28.

[4] Korean Medical Association. Research on policy measures to revitalize essential medical care. Seoul: Korean Medical Association; 2023.

[5] Im JY. Ministry of Health and Welfare prepares measures to strengthen essential medical care in relation to 'Asan Hospital nurse death' [Internet]. Seoul: Korea Broadcasting System [KBS]; 2022 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://news.

kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=5526343

[6] The JoongAng Plus. A pediatric problem we don't know the answer to... It's frustrating to stay still [Internet]. Seoul: The JoongAng Plus; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.joongang.co.kr/newsletter/plusletter/9742

[7] Kim YH. Teenage emergency patient death case, why did the girl lose her life? [Internet]. Seoul: Sisain; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=50193

[8] Ministry of Health and Welfare. Announcement of essential healthcare support measures [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare ; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&cg_code=

[9] Kwak SS. Although essential medical support measures have been announced, criticism says, "This amount is not enough to save people" [Internet]. Seoul: Young doctor; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3000360

[10] Barun Medicine Institute. Critical analysis and improvement measures for essential medical support measures [Internet]. 10. Seoul: Medifonews; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.medifonews.com/mobile/article.html?no=175213

[11] Kang SJ. Different concepts of essential medical care… A board that is incorrectly inserted from the first button [Internet]. Seoul: News1; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.news1.kr/articles/?5167995

[12] Park HW. If we could save medicine by killing doctors: characteristics and historical changes of the Korean medical legal system. Seoul: Young doctor Press; 2001

[13] Lee KS. National responsibility for the essential health services: Is it the answer for the structural problem of health care? Health Policy Forum. 2018;16(1):9-14.

[14] Shin HJ Six months into operation of the essential medical council, what have been the achievements so far? [Internet]. Seoul: Medical Observer; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=311507

[15] National Assembly of the Republic of Korea. Notice of National Assembly enactment of bill on promotion and support of essential medical care [Internet]. Seoul: National Assembly of the Republic of Korea; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://pal.assembly.go.kr/napal/main/main.do#section1

[16] Jo HH. The first step to enacting the essential medical care act. 'Clear justice and social consensus' needed [Internet]. Seoul: Medipana; 2023 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.medipana.com/article/view.php?news_idx=313575

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 257-263 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 257-263 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

A Crisis Caused by Confusion in the Concept of Essential Healthcare

KIM Mijin[1]

Abstract

Korean society is currently experiencing a crisis in essential healthcare. While the government has expanded essential healthcare, it has been unable to provide essential medical services through private medical institutions due to a shortage of public medical institutions. Legislators have proposed a bill to resolve the shortage of medical personnel, but the obscurity of some of the key concepts contained in the bill has so far prevented it from becoming law. One fundamental problem in solving the current crisis is that there seems to be no agreement on what essential healthcare is. Widely understood concepts help form the basis for communication and empathy, reduce conflicts, and lead to efficient discussions on policymaking. This commentary argues that to overcome the current crisis all relevant parties must come to an agreement on what essential healthcare is.

Keywords

ethics; essential healthcare; resource allocation

1 Clinical Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Ulsan University Hospital.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 265-271 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 265-271 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.265

누구의 필수의료이며, 누구의 위기인가?: 사람들의 삶으로부터 생각하기*

김진환[1]

한국 의료가 안고 있는 여러 문제가 약한 고리를 중심으로 속속 드러나고 있다. 정부는 이와 같은 문제를 '필수의료' 문제로 정의하고 있으며, 여론도 이에 따라 관련된 논의를 '필수의료' 문제로 통칭하고 있다. 이런 맥락 안에서 기획된 정유석(이하 저자)의 논문 '필수의료의 위기와 의학전문직업성'은 한국의 필수의료 문제를 현상을 중심으로 확인하고, 그런 현상이 나타나는 이유를 살피는 글이다. 글은 근시안적인 논의에서 벗어나 환자와 의사 사이의 신뢰를 회복하고, 의사의 전문직업성을 고양하는 체계로의 전환을 제안하고 있다. 논평자는 저자의 논의 그 자체를 평가하거나, 반박하기보다는 저자가 서 있는 위치(입장)에서 출발하여 작금의 필수의료 논의에서 누락되어 있는 내용들을 짚어보고자 한다.

필수의료 논의는 흔히 시민들의 다양한 의견이 경합하여 어떤 결론에 도달하는 정치의 문제라기보다는 전문가의 의견을 잘 따라야 하는 정책의 문제, 그 중에서도 정책 내용의 문제로 여겨지곤 한다. 이런 점에서 정책 문제가 무엇인지 살펴볼 필요가 있다. 의사들은 문제를 주관적 호소와 객관적 징후를 통해 진단하고, 해결책을 세운 후, 실행하는 방식의 접근에 익숙하다. 그러나 정책 문제가 현실에서 작동하는 방식은 통상 그와는 상당히 다르다는 사실이 잘 알려져 있다[1] .

호주의 정치학자 캐롤 바치(Carol Bacchi)는 고정되어 식별가능하고, 자명하며, 충분한 이해를 통해 합의할 수 있는 해결책에 도달할 수 있는 문제(problem)로 정책 문제를 이해하는 방식이 현실을 잘 설명하지 못한다고 본다. 대신, 사람들이 사안의 본질을 이해하는 방식에 따라 다르게 발견되는 것, 곧 특정한 문제화(problematization) 과정의 산물이 정책 문제라고 말한다[2]. 바치의 관점에서 보면 지금의 상황은 한국 의료의 여러 문제가 정부와 전문가에 의해 '필수의료의 위기'로 문제화된 것이다. 통상 이런 문제화는 명시적으로 언급되지 않는 여러 가정 위에서 이루어지며, 이 가정들은 현실의 모습과 꼭 부합하는 것은 아니다. 문제화의 결과로 나타난 정책 문제는 그 자체로 사안의 성격과 해결의 방향을 지시하는 힘을 가지며, 결과적으로 다른 중요한 무언가가 문제로 등장하지 못하게 차단하는 효과를 낳는다. 바치의 접근법을 이용한 분석은 흔히 개념적 가정과 정책의 잠재적 효

투고일: 2023년 10월 25일, 심사일: 2023년 11월 7일, 게재확정일: 2023년 11월 24일
* 이 연구는 교육부가 지원하는 한국연구재단(NRF)의 기초과학연구사업의 지원을 받아 수행되었습니다(과제번호 RS-2023-00271195).
1 서울대학교 보건환경연구소, 박사후연구원. e-mail: jinhwan.kim@snu.ac.kr
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8229-9613

과를 식별하기 위해 고안된 6가지 분석 질문의 틀[1)]에 따라 이루어지지만[2], 현재 이루어지고 있는 정책 논의과정을 고려할 때 이 논평에서는 '필수의료의 위기'라는 문제화 뒤에 숨겨져 있는 가정을 중심으로 검토하는 것이 더 유익할 것으로 보인다.

이 논평에서는 크게 세 가지 질문을 통해 '필수의료의 위기'라는 문제화 아래 놓여있는 암묵적 가정에 도전한다. 첫 번째는, 지금 호명되는 '필수의료'가 무엇을 의미하느냐는 질문이다. 두 번째는, 필수의료가 '위기'라고 했을 때 위기는 무엇을 지칭하며, 왜 그런 표현을 사용하게 되느냐는 질문이다. 세 번째는, 필수의료, 위기, 그리고 이 둘의 결합물인 필수의료의 위기가 누구의 관점(입장)에서 이야기되고 있냐는 질문이다.

1. 필수의료는 무엇인가?

첫 번째 질문은, 위기를 겪고 있는 필수의료가 무엇이냐는 것이다. 사람들은 언제나 필수의료가 문제라고 말하지만, 필수의료가 무엇인지 아는 사람은 아무도 없는 것처럼 보인다. 정부가 2023년 10월 19일 내어놓은 〈필수의료 혁신전략〉을 살펴 보아도 필수의료는 붕괴 위기에 처해있는 무언가일 뿐 구체적인 내용은 알 수 없다[3]. 다만, 필수의료 혁신의 대상에 중증 · 난치질환 치료, 심 · 뇌 · 응급질환, 감염병이 있고, 공공정책 수가에는 분만과 소아가 주로 포함되어 있으며, 지역의료와 병치되어 사용된 것을 고려할 때 지역의료와는 구분되는 것이다. 따라서 내용적으로는 중증질환, 난치질환, 응급질환, 감염병질환, 소아치료, 분만 등을 포함하며, 지역 간 의료불평등 문제와는 개념적으로 구분되는 것이 정부가 생각하는 필수의료라고 미루어 짐작할 수 있을 뿐이다. 2023년 1월 31일 발표된 〈필수의료 지원대책〉에서도 필수의료의 정의는 제시되어 있지 않다. 다만, 현황 진단에서 중증 · 응급환자, 분만 · 소아진료 등이 제시되고 있다는 점에서 이런 추정이 크게 틀리지는 않은 것으로 보인다[4]. 내용이 모호하고 정책의 대상이 되는 사람들이 의견을 개진할 길이 마땅치 않은 상태에서 필수(essential)의 범위는 사람들의 필요를 반영하기 보다는, 흔히 국가가 정치적 책임을 면하면서 부담은 최소한으로 지는 방향으로 구성되곤 한다[5]. 또한, 국가가 사람들이 자신의 욕구를 충족할 권리와 그 욕구를 충족하는 과정을 결정할 권리를 결합시키는 데 실패하면[6], 필수 개념이 가지는 규범적 힘은 사라지고, 사람들이 각자 주장하는 실체를 알 수 없는 중요한 무언가를 공허하게 호명하는 장식품으로 전락한다[7]. 이쯤 되면 필수의료는 사람들의 필요와 고통에 응답하기 위한 정책이라기보다는 힘 있는 이들에 의해 구성

1) Bacchi는 정책 문제가 정의된 방식을 탐색하기 위한 여섯 가지 단계를 제안한다. 이 단계를 따른 정책 분석은 중요한 통찰을 제공하지만 이 논평의 목적은 '필수의료의 위기'라는 문제화를 문제로 삼는 것이기 때문에 다소 축약된 방식의 접근을 택했다.

1. 특정 정책 안에서 무엇이 '문제'로 여겨지는가?
2. '문제'가 표현되는 방식 아래에는 어떤 전제 또는 가정이 놓여 있는가?
3. '문제'에 대한 이러한 표현은 어떻게 등장했는가?
4. 문제 표현 안에서 무엇이 문제가 아닌 채로 남겨져 있는가? 무엇에 대해 침묵하고 있는가? '문제'가 다르게 생각될 수는 없는가?
5. '문제'에 대한 이러한 표현은 어떤 효과를 낳는가?
6. '문제'에 대한 이러한 표현은 어디에서, 어떻게 생산, 전파, 방어되고 있는가? 그리고 이런 표현에 어떻게 의문을 표하고, 중단하고, 대체할 수 있는가?

된 기존의 질서를 재생산하는 도구에 불과해진다. 지금의 필수의료 '혁신'전략은 중증 · 난치 · 응급질환을 중심으로 이루어져 서울 대형병원으로의 집중을 심화해 온 건강보험 보장성 강화 정책을 반복하고 있다. 마찬가지로 〈필수의료 혁신전략〉이 소아 · 분만 · 감염 등을 중심으로 최소한의 재정을 투입하여 잔여적으로 이루어져 온 공공의료 정책을 반복하는 데 그치는 것도 어쩌면 당연한 결과다. 물론 그런 반복조차도 아무 노력도 하지 않는 것보다는 나을 수 있다. 하지만, 사람들의 실제 필요에서 출발하여 정말로 현실을 '혁신'하는 대신 이미 존재하는 정책 대안을 얼기설기 엮은 〈필수의료 혁신대책〉이 집행되고 나면, 사람들의 고통을 마법처럼 덜어줄 것이라고 기대하는 것은 다소 무망해 보인다.

2. 무엇을 위기라고 하는가?

두 번째 질문은, 어떤 상황을 겪고 있기에 위기라는 표현을 쓰는지에 대한 것이다.

위기(crisis)에 대한 다양한 설명들이 각축하고 있지만, 여기에서는 보수당 마거릿 대처(Margareth Thatcher)의 집권으로 이어진 1978–79년 불만의 겨울(winter of discontent)을 설명한 영국의 정치학자 콜린 헤이(Colin Hay)의 논의를 따라간다. 정책 문제가 완성된 상태로 발견을 기다리는 보물이 아니라, 사람들에 의해 발견 · 구성되는 것이라고 말한 바치와 유사하게, 헤이 역시 새로운 길을 열어내는 국가의 권력은 위기에 대응하는(respond) 것은 물론이고, 위기를 포착하고(identify), 정의하며(define), 구성하는(constitute) 능력 위에 놓여있다고 말한다[8]. 이러한 위기 관리의 핵심 도구는 언어이다. 한국 정부는 코로나19 범유행 대응을 코로나와의 전쟁으로 규정했는데, 이는 감염병 유행을 전쟁과 동등한 위기로 정의하고, 전시상황에 준하여 사회를 운영할 수 있도록 재구성한 위기 관리이기도 하다[9].

이런 관점에서 정부가 '필수의료의 위기'를 전면에 내세우는 것은 이전 정부의 의제인 '공공의료'를 지우고, 관료조직의 숙원 사업을 추진하며, 정책결정과정에 자신들의 의견을 적극적으로 투입할 수 있는 특정 대학 소속 의사들의 소원을 수리하는 동시에, 국민들의 정치적 지지를 이끌어내는 위기 관리의 성격을 가진다. 이런 위기 관리가 사람들의 삶을 더 낫게 바꿀 수 있을까? 불만의 겨울에 이루어진 위기 관리는 결과적으로 사람들의 삶을 더 나쁘게 만들었다. 마찬가지로, 필수의료의 위기를 말하는 이 위기 관리도 국민과 의사에게 만족스러운 것이 될 가능성은 그리 높지 않다. 저자가 한국 의료의 복잡한 문제를 한 번에 해결할 수 있는 길 같은 건 없다는 사실을 적절하게 짚었듯이, 우리는 위기라는 표현을 통해 어떤 기회를 만들어 내고, 또 어떤 결과를 목표로 해야 할 지 고민할 필요가 있다. 위기라는 과장된 현실인식을 통해 국가가 원래는 행사하기 어려운 과도한 권력을 행사하는 것도, 최선을 다했지만 어쩔 수 없다는 책임회피의 정치를 행하는 것 모두 사람들이 기대하는 결과는 아닐 것이기 때문이다.

3. 누구의 필수의료이며, 누구의 위기인가?

세 번째 질문은, 필수의료와 위기가 누구의 관점에서 말해지고 있냐는 문제제기다. 필수의료의 내용을 객관적이고 기술적으로 정의함으로써 정치적 곤란함을 피해가는 전략이 일상적으로 이루어지고 있다. 하지만, 사람들의 욕구는 다양할 수밖에 없고, 이런 사람들의 요구가 적절한 공간에서 경합한 끝에 필수의 내용이 도출된다[10]. 대부분의 보건의료정책은 사회적으로 너르게 의견을 수렴하는 과정 없이 정부와 전문가를 중심으

로 논의가 진행된 후 의사결정이 이루어진다. 이는 단기적으로는 지름길일 수 있지만, 길게 보면 실패가 노정된 길을 가는 것이다.

필수의료의 내용을 검토했던 첫 번째 절에서 얘기했듯이 중증 · 응급 · 난치질환처럼 진료의 중증도와 난이도를 중심으로 필수의 내용이 결정되는 것은 삶과 죽음을 가르는 순간에 제공되는 의료가 중요하다는 어떤 입장이 힘을 얻은 결과이다. 사람들이 갑작스런 죽음, 특히 예방가능한 죽음을 겪지 않도록 정부가 노력해야 한다는 사실은 명백하다. 하지만, 2015년 기준 치료가능 사망률이 가장 높은 경북 영양군(107.8)의 사망률을 가장 낮은 서울 강남구(29.6)의 사망률까지 낮춰도 영양군에서 한 해에 더 살릴 수 있는 사람은 13명이다[11]. 2022년 기준 하루에 자살로 사망하는 사람 35.4명의 3분의 1 수준이다[12]. 중증과 응급에 집중해서 얻을 수 있는 13명이라는 숫자 뒤에는 죽을 정도로 치명적이지 않은 다양한 건강문제로 고통받는 많은 사람들이 숨겨져 있다. 그렇다면 중증 · 응급 · 난치 질환에 집중하는 정책이 사람들의 고통을 줄여주는 올바른 답인지, 중증 · 응급 · 난치 질환을 강조하는 관점이 누구의 것인지를 되물어야 한다.[2)]

마찬가지로 분만 · 소아처럼 저출생을 맞이하는 국면에서 국가가 이 정도는 책임져야 한다는 국가 책무의 최소한이 필수의 내용에 포함되는 일은 정치적 불만을 최소한으로 관리하는 동시에 국가의 생존 자체를 위협하는 저출생 문제를 어떻게든 낮은 비용으로 돌파하려는 국가의 입장을 반영한다. 더불어 저출생으로 시장 자체가 축소되고 있는 몇몇 전문과목의 고통이 문제로 포착된 것이기도 하다. 하지만 '소아과 오픈런'으로 표상되는 대체로 중산층 이상일 수도권 유자녀 가구가 겪는 어려움의 일부[13]가 과잉대표된 결과로 기존에 존재하는 분만 · 소아 정책이 대안으로 채택된 것이라면 역시 이것을 필수의료의 위기라고 부를 수 있을지 다소 의문스럽다.

필수의료의 내용이 이러할진대 지금 세상을 덮고 있는 위기는 누구의 위기인가? 정치적 위협을 느끼는 국가의 위기인가? 이전과 같은 삶을 누리기 어려워진 의사 일부의 위기인가? 아니면 삶과 죽음을 가르는 현장에서 적절한 의료서비스를 받지 못하는 사람들의 위기인가? 지금 말해지는 필수의료의 위기가 누구의 필수의료이며, 누구의 위기인지를 명확하게 하지 않는다면 잠깐이나마 열린 기회의 공간을 그 '누구'에게 금방 빼앗기게 될 것이다.

4. 나가며

지금까지의 논의를 통해 '필수의료의 위기'라는 담론 아래, 도전되지 않은 채 받아들여지고 있는 몇 가지 가정을 다루었다. 구체적으로는 필수의료의 내용이 명확하지 않고 기존의 관념 혹은 정책 내용을 답습하는 데 그치고 있다는 점, 위기가 실제 위기라기보다는 위기를 말하는 이들의 어떤 이해(interest)를 관철하는 도구로서 활용될 우려가 있다는 점, 마지막으로 필수의료와 위기 모두 사람들이 삶에서 겪고 있는 고통에서 출발하는 대신 명시적으로 드러나지 않는 '누군가'의 입장에서 서술되고 있다는 점을 짚었다. 정책을 집행하기 위해 필수의료에 대한 작업 정의가 필요하다는 점을 인정하더라도[5], 이런 암묵적 가정들은 사람들이 겪고 있는 어떤 고통을 부각하는 동

2) 필수의료에 대한 논의가 서울 대형병원에서 발생한 간호사 사망사건을 계기로 촉발되었다는 점을 고려하면, 해결이 필요한 사안이 포착되어 문제화되는 과정은 필연적으로 발생할 수밖에 없는 예정된 사건이 아니라 다분히 우연적(contingent)인 사건이다.

시에, 다른 어떤 고통을 가린다. 또, 어떤 사람들의 고통을 드러내면서, 다른 어떤 사람의 고통을 숨긴다. 무언가를 더 중요하게 다루는 일 자체는 문제가 아니지만 가려지는 고통, 가려지는 사람들이 대체로 힘이 약한 축에 속한다는 사실은 문제다. 힘이 없는 이들을 배제하고 만들어진 정책은 효과적이지 않은 것은 물론이고, 제한되어 있는 자원을 형평하게 사용하는 대신 힘 있는 이들의 사소한 불편을 해소하는 데 복무한다. 누구나 자신의 삶과 관련된 일을 스스로 결정할 수 없는 불운(misfortune)을 겪을 수 있지만, 그 결과가 부정의(injustice)로 돌아온다면 그 사회는 정말로 정의롭지 않다[14]. 누구의 필수의료이며, 누구의 위기인가? 사람들의 삶으로 돌아가 생각할 때다.

색인어

필수의료; 입장; 사회정의

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Cairney P. The politics of evidence-based policy making. New York: Springer; 2016.

[2] Bacchi C. Analysing policy. Frenchs forest: Pearson Higher Education; 2009.

[3] Ministry of Health and Welfare. Save local, essential medical care to ensure no gaps in medical care, anytime, anywhere [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023 [Cited 2023 Oct 23]. Available from: https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=378597

[4] Ministry of Health and Welfare. Strengthening the essential health service infrastructure that touches people's lives. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023 [Cited 2023 Oct 23]. Available from: https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=374812

[5] Kim JH. Ensuring essential health services in times of disaster - How should the health system operate? [Doctorate]. [Seoul(Korea)]: Seoul National University; 2023.

[6] Doyal L, Gough I. A theory of human needs. Crit Soc Policy 1984;4(10):6-38. https://doi.org/10.1177/026101838400401002

[7] Kim JH, Kim CY. The meaning of essential in health - Critical analysis in South Korea. J Crit Soc Welf 2022;8(76):155-187. https://doi.org/10.47042/ACSW.2022.08.76.154

[8] Hay C. Narrating crisis: The discursive construction of the winter of discontent. Sociology 1996;30(2):253-277. https://doi.org/10.1177/0038038596030002004

[9] Kim S, Kim JH, Park Y, et al. Gender analysis of COVID-19 outbreak in South Korea: A common challenge and call for action. Health Educ Behav 2020;47(4):525-530. https://doi.org/10.1177/1090198120931443

[10] Robertson A. Critical reflections on the politics of need: Implications for public health. Soc Sci Med 1998;47(10):1419-1430. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00255-X

[11] Ministry of Health and Welfare. National health care survey. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018 [Cited 2023 Oct 24]. Available from: https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=344184

[12] Ministry of Health and Welfare. Suicide rate (per 100,000 population) of 25.2 in 2022, a decrease of 0.8 (3.2%) from the previous year. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023[Cited 2023 Oct 24].

Available from: https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=378331

[13] Kim Y. The 'pediatric war' that makes everyone bleed. Seoul: Sisain; 2023 [Cited 2023 Oct 24]. Available from: https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=50291

[14] Yamin AE. When misfortune becomes injustice: Evolving human rights struggles for health and social equality. Stanford: Stanford University Press; 2023.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 265-271 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 265-271 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

Whose Essential Medical Care? Whose Crisis?: Thinking from People's Lives

KIM Jin-Hwan[1]

Abstract

This commentary discusses the issue of essential medical care in South Korea, shedding light on the implicit assumptions often overlooked in relevant discussions. The concept of "essential medical care" presently lacks a precise definition; it is understood primarily through the statements and deliberations of government officials and experts. The framing of a "crisis in essential medical care" is therefore questionable, as are the policy interventions predicated on this framing. This commentary raises pertinent questions about the standpoints from which essential medical care and crises in essential medical care are analyzed, underscoring the need for elucidating the perspectives from which such analyses are given. It is argued that neglect for this point may result in the favoring of the views of those in positions of influence at the expense of the welfare of those grappling with adversity in the healthcare system. This commentary examines several aspects of essential medical care and provides insight into the policymaking process and its implications for essential medical care.

Keywords

essential medical care; standpoint; social justice

* This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education (Grant No. RS-2023-00271195).

1 Postdoctoral Researcher, Institute of Health and Environment, Seoul National University.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 273-279 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 273-279 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.273

필수의료 위기, 온고지신으로 답을 찾는다. 임상의사의 입장

손춘희[1]

국내 최대 규모 대형병원 내에서, 근무 중이던 간호사가 뇌출혈로 쓰러졌으나, 수술할 의사가 없어서 사망한 사건[1]으로 상징되는 필수의료 위기는 선진국 진입에 자부심을 가지던 한국 사회에 충격을 주고 있다. 이에 대해 의료계와 사회 각지에서 여러 분석과 문제 해결을 위한 제안이 나오고 있다. 어떤 대책이 미래 한국의료 문제 해결의 정답이 될지 누구도 알 수 없지만, 현재 나오는 어떤 방안들도 시행착오를 거치면서 계속 다듬어 나가야 될 것이라는 점은 자명해 보인다. 그 점을 고려한다면, 필수의료 위기를 의학전문직업성의 관점에서 고찰하고, 제안한 정유석의 글[2]은 구체적이고 실질적인 여러 대책들이 무엇을 기반으로 세워져야 할지에 대해 중요한 화두를 제시했다는 점에서 의미가 크다고 생각된다.

1. 일이란 무엇인가?

정유석은 환자-의사간 믿음의 회복, 전문직업성의 고양, 규범유리를 넘어 긍정윤리로의 전환이 수가나 정원의 논의를 넘어서는 근원적인 문제라고 제안한다. 또한, 의학전문직업성의 역사와 배경에 대해서도 소개한다. 본 논평에서는 '의학'이라는 특정 조건을 제외한, '전문직업성' 자체에 대한 논의부터 시작할 것을 제안한다.

전문직업성은 어떻게 정의할 것인가에 따라 다르겠지만, 고전적으로는 법률가나 의료인과 같은 일부 직종의 특성에 관해서 얘기할 때로 국한되어 언급된다. 하지만, 모든 직업이 고유의 전문성을 지닌다고 가정하고 의미를 넓혀 본다면 플라톤의 고전 문헌에서도 통치자의 전문직업성이라고 명명할 수 있는 논의를 찾아 볼 수 있다.

플라톤은 그의 저서 '국가'[3]에서 정의가 무엇인가에 관한 대화를 시작하는데, 한 소피스트가 정의는 강자에게 이익이 되는 것이라고 규정하자 반박한다. 그러면서 국가를 다스릴 권한을 가진 지혜로운 자를 어린 시절부터 어려운 교육 과정을 거쳐 양성해서, 통치자가 되면 현세적 복리를 포기하고 소임을 다하는 나라를 정의로운 국가로 제시한다. 이때 통치자는 자신의 이익이 아니라, 통치받는 자의 이익을 위해 일하게 되며, 이것이 정의로운 국가라고 말한다. 이런 통치자는 국가의 존경을 받게 된다. 논의 중 의료 행위를 예로 들면서 전문가가 보수를 받아 이익을 얻는 것은 각각의 고유한 기능으로 기술의 대상에게 이로움을 주기 때문인데, 보수를 받지 않고 일하는 경우에도 이익을 주는 것은 변하지 않기 때문에 모든 기술이나 통치는 자기에게 이로운 것을 제공하지

투고일: 2023년 11월 12일, 심사일: 2023년 11월 15일, 게재확정일: 2023년 12월 6일
1 광혜병원 호흡기내과, 과장. e-mail: son30243@naver.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5304-3958

않고 상대에게 이로운 것을 제공하는 것이라 설명한다. 따라서 강자가 아닌, 약자의 이익을 도모하는 것이 정의로운 일이라고 결론짓는다. 플라톤의 결론을 일의 관점에서 본다면, 적절한 보수를 받는 것처럼 자신 이익의 도모 여부와 무관하게, 타자의 이익을 우선하는 것이 정의로운 것이며, 기술과 통치는 그렇게 사용되어야 한다는 것이다. 이는 미국의사협회 윤리강령에 보이는 이타주의와 상통하는 것이다.

직업 윤리를 이해하는데 Wrzesniewski 등[4]이 제시한 일의 분류를 살펴보는 것도 필요할 것이다. 그들은 일에 대한 태도를, 일 자체에서 느끼는 기쁨과 성취감보다는 경제적 필요와 보상 때문에 수행하고, 삶에 있어 주된 긍정적 활동으로 여기지 않는 직업(job), 미래를 위한 도약의 발판으로 여기는 경력(career), 그리고 일 자체의 성취에 만족하고 사회적으로 유용하게 기여하는 소명(calling)으로 구분했다. 그들이 제시한 소명과, 플라톤이 얘기하는 정의로움, 미국의사협회에서 제시하는 윤리강령이 정확히 일치하는 것은 아니지만 많은 부분 공유되는 개념이 있다.

2. 무엇을 필수의료라고 할 것인가?

필수 의료 위기를 논의하기 전에 어떤 행위를 필수의료라고 할지 구분해야 되지만, 이를 정의하기도 쉽지 않다. Lee[5]는 필수의료를 “응급 · 외상 · 심뇌 · 중환자 · 신생아 · 고위험 등과 같은 의료영역으로, 지연되었을 경우 국민의 생명과 건강에 대한 영향이 크고, 시장실패로 인해 질적 수준의 문제가 발생하거나, 균형적 공급이 어려워 국가가 직접 개입해야 할 필요성이 큰 의료영역”으로 정의한다. 필수의료를 이렇게 국한할 경우에 주로 거론되는 내과, 외과, 산부인과, 소아과의 진료 인력 감소가 필수의료 위기라고 할 것이다. 하지만 진료과별로 혹은 개별 의료 행위로 따지는 것이 적절치 않고, 모든 의료행위가 필수 의료라는 의견도 살펴볼 필요가 있다[6]. 활력증후의 안정성과 관계 없다 하더라도 장애아동의 사회적응 문제를 담당하는 재활의학이나, 안면화상으로 사회적응이 어려운 환자에서의 성형 수술 사례를 상상해 볼 때 필수 의료를 진료과별로 구분하기는 어렵다. 저자는 필수의료를 소명 의식에 따른 의료로 보고 싶다. 플라톤에 의하면 진료받는 자의 이익에 기여하며, Wrzesniewski 등이 제시한 경제적 보상보다 일의 성취와 사회적 기여를 중시하는 행위이다.

3. 모든 의사는 소명감만으로 일하는가?

한 인터넷 설문 조사에서 미국 의사의 73%가 의료행위를 직업이 아닌 소명으로 받아들이고 있다[7]. 한국인의 직업의식 및 직업윤리연구 7차 보고서에 의하면 의사는 간호사, 초중등교사와 더불어 직업윤리 점수가 5점 만점에서 3.37점으로 전 직군 중 가장 높아 가장 낮은 국회의원(2.45점)과 차이를 보였고, 직업군인(3.16점), 시민사회운동가(3.11점), 법조인(3.01점), 3급 이상 공무원(2.94점), 언론인(2.85점) 등 사회지도층으로 분류되는 다른 직종에 비해서도 높았다[8]. 물론 이 보고서에서 언급하는 직업윤리와 일에 대한 소명의식은 온전히 대체될 수 있는 개념은 아니기에 우리나라의 현황을 추론하는 정도일 뿐이지만, 참고는 해야 할 내용이다.

개별 전문과목 만으로 필수의료 여부를 판단하는 것이 적절하지 못하듯이, 개별 의료인의 모든 행위가 소명의식에 합당해야 된다거나, 모두 어긋날 것이라고 생각하는 것도 현실적이지 않다. 플라톤은 정의를 논하는 이유가 완벽하게 정의롭거나, 불의한 사람이 생길 수 있는지 증명하는 것이 목표가 아니고, 본을 찾기 위한 것이라고 얘기한다[3]. 이상적인 본이 소명의식을 가진 이타적

의료라고 한다면, 현실적으로 지속 가능한 대안이 무엇일지를 논하기 위해서 우리나라 전체 직업인이 삶의 영역에서 중요시하는 점을 알아본다. 직업의식 및 직업윤리연구 보고서에 의하면 7점 만점을 기준으로 순위를 정할 때 가족생활(5.94), 일(5.37), 여가생활(5.35), 학업 또는 능력개발(4.93), 사회활동(4.44), 종교활동(3.46) 순으로 가족생활을 무엇보다 중요시하고 있음을 알 수 있다[8]. 가족을 부양하기 위한 경제적 보상과 시간을 논외로 할 수 없는 이유다.

이런 관점에서 전문과목 현황을 보자. 2023년 국내 의사의 필수의료 전공의 지원 현황을 보면 소아청소년과(25.5%), 심장혈관흉부외과(61.1%), 외과(65.0%), 산부인과(77.5%)는 모집 인원보다 미달이다[9]. 또, 전공-진료 불일치율이 심장혈관흉부외과(81.9%), 외과(52.1%), 산부인과(38.0%), 소아청소년과(20.0%)에서 높다는 통계는 전문의가 되었다 하더라도 전공을 버리고 단순 진료로 돌아서는 의료진이 많다는 사실을 반영한다[10]. 모두 상대적으로 낮은 경제적 보상, 과도한 노동 시간 때문에 기피하는 의료 행위이다.

그럼에도 불구하고, 이 자료를 역으로 보면 낮은 수가, 살인적인 고강도 긴장과 노동시간, 높아가는 의료소송 빈도와 형사처벌 판결 때문에 차라리 전공 포기 후 일반의로 진료를 하는 것이 더 나은 현실적 선택인데도, 많은 의사들이 소위 기피과 진료를 하고 있다는 사실이다. 대학병원의 많은 교수들 역시 개원 혹은 2차 병원으로 이직할 때 배 이상의 보상과, 비교할 수 없을 정도의 업무량 감소에도 불구하고, 현장을 지키고 있다. 시장 원리로 설명할 수 없는 부분이다.

4. 필수의료를 어떻게 유지할 것인가?

필수의료가 유지되려면 소명으로서 의료 행위를 하는 의사가 필요하다. 소명의식과 같은 덕이 교육될 수 있는지에 대해서는 논란이 있다. 덕이란 지식과 지혜뿐 아니라, 정서와 의지가 포함되기 때문에 교육에만 의지할 수 없다. 타고난 심성이 중요하며, 의료인의 선발과정에서 걸러져야 된다. 하지만 객관화해서 다수의 구성원이 동의할 수 있는 기준을 정하기는 힘들다.

그렇다면 선발된 인원 중 소명감을 가진 의사가 필수의료를 떠나지 않도록 하고, 직업과 소명의 중간지대에 있는 의사들이 가능한 더 많이 소명으로서의 일을 선택하도록 유도해야 될 것이다. 소명감을 가진 의사들은 왜 필수의료를 떠나게 될까? 플라톤은 자신보다 피치자의 이익을 위해 일한 통치자에 대해 존경으로 보상하기를 제안한다[3]. 직업으로서의 일은 경제적으로, 소명으로서의 일은 성취감과 존중으로 보상되어야 한다.

완벽하게 정의롭거나 불의한 사람, 또는 직업군은 없다. 특정 개인의 개별 행위도 전적으로 정의롭거나 불의하지는 않다. 따라서 불의한 면은 비난하고, 정의로운 부분은 존중 받아야 될 것이다. 만약 어느 직군에나 있는 일부의 불의를 그 직군 전체의 특성으로 낙인 찍어서 매도하거나, 전문가로서의 의견과 제안을 이기심의 표현으로 왜곡한다면 최선의 해법을 찾는데 도움이 되지 않는다.

일례로 산청군 보건의료원에서 연봉 3억 6천만 원을 제시해도 의사를 구하지 못했다는 뉴스는 지방의료 공백의 단면을 보여 주는 듯이, 널리 보도되었다[11]. 하지만 그보다 4년 전 개원을 접고, 낮은 급여에도 불구하고 의료 봉사하듯 근무했던 산청군 보건의료원장이 공무원 직원과 노조 때문에 쫓겨나게 되었다는 반대 사연[12]은 같이 전하지 않는다. 격오지 내 의료 보조인력의 협력과 장비 등 인프라에 대한 개선책은 접고, 단지 의사 한 명이 오지 않는다는 이유만으로 주민의 의료 소외가 이루어진 듯이 보도하거나, 그래

도 오지 않는 의사는 돈만 아는 부도덕한 직군으로 매도하면서 숫자를 늘려 떠밀리듯이라도 오도록 강제해야 된다는 발상으로는 현재의 필수의료 위기를 해결할 수 없다.

세계 여러 나라에서 의료진은 살인적인 긴장감과 과로 때문에 탈진하고, 자살 충동을 느낀다[13,14]. 우리나라도 예외는 아니다. 정부는 의사 증원을 대안으로 제시한다. 하지만 힘든 수련을 마치고 얻은 전문의 자격증도 포기하고 떠난[10] 의료 현장으로 새로 증원된 의사들이 떠밀려서 수련을 받으러 들어갈 것이라고 생각하기는 어렵다. 기존의 의사가 다시 돌아올 수 있는 방안이 아니라면 새로운 의사가 그 일을 시작하기 어려워 보인다. 처벌과 징계로 악행을 막을 수는 있겠지만, 선행이나 소명을 장려할 수는 없다는 Cheong[2]에 동의하는 바이다.

소명의식을 가진 종군기자 수를 늘리기 위해 기자를 많이 선발하는 것이 좋은 방법이 될 수 있을까? 기사의 정확도를 높이려고 오보를 형사 처벌하거나, 위험지역으로 들어가 취재하지 않은 기자에 대해 벌금을 부과하는 방법은 바람직한 것일까? 그보다는 소명감에 따른 행동에 걸맞게 존중하는 일이 더 중요할 것이다. 언론사주나 편집진의 의견만으로는 종군기자의 상황을 정확히 알고 대안을 제시하지 못하듯이, 고용주인 병원장이나 의료행정학자 역시 소명감을 가지고 필수의료에 종사하는 의료인의 어려움을 알지 못하고 해결 방안을 제시할 수 없다. 그저 시장의 원리로만 설명한다. 하지만, 소명의식은 그런 것으로 설명할 수 없는 가치의 문제이다. 타인의 안전과 생명을 위해 죽을 것 같은 긴장감으로 밤을 새워본 적이 있다면, 시장 원리를 벗어난 가치의 문제를 고민하기 시작하게 된다.

가치와 덕은 타고난 심성에 영향을 크게 받겠지만, 성장과정에서의 교육으로 일부 고양될 수 있을 것이다. 이런 교육은 사회 전반에 걸쳐서 이뤄지는 것이다. 부모와 교사는 의사가 되면 얼마나 타인을 위해 봉사할 수 있는지를 가르쳤는가, 혹은 의사만 된다면 경제적으로 풍족하고 시간적으로 여유로운 생활을 누릴 수 있다고 유혹했는가? 다른 고소득 직종은 다른 기준으로 보아야 하는가? 우리 사회는 정신적 가치와 물질적 풍요 사이의 균형을 어떻게 잡고 있는가? 타인의 헌신을 경제적 보상만으로 구매할 수 있다고 생각하는가? 혹은 어찌할 수 없는 선택으로 강요할 수 있다고 생각하는가? 이런 근원적인 문제에 대한 묘책이 나오기는 어렵다.

차선책으로 직군 내에서라도 전문직업성과 가치에 관한 논의가 이루어질 수 있는 환경이 이루어져야 될 것이다. 의과대학뿐 아니라, 수련과정이 이루어지는 의료기관 내에서 가치를 존중하는 의료환경이 이루어지기 위해서 기존 의료인의 자정 노력이 이루어질 수 있는 제도를 고민해야 될 것이다. 소명감을 가지고 일하는 기존의 필수의료 종사자를 폄하하거나 매도하기보다 현장의 목소리에 귀 기울여 개선책을 찾으려는 제도적 도움이 필요하다.

존중은 내가 하기 싫은 일을 남에게 강요하지 않고, 내가 할 수 없는 일을 못했다고 비난하지 않는 것이다. 필수의료 현장에서 느끼는 것은 존경받지 않는 것이 아니라, 존중받지 못한다는 배신감이다. 사망률을 30%에서 10%로 줄일 수 있는 일을 했지만, 10%의 사망률의 결과로 배상과 형사처벌을 받게 된다면 어떤 직종의 어떤 누가 100% 완벽한 일을 하고 있는지 묻게 된다. 생명의 가치가 무한하기 때문에 조금의 실수도 용서될 수 없다면 생명을 지키는 일에 무한의 보상과 혜택을 주고 있는가를 묻게 된다.

의대정원 확대, 의료 행위에 대한 민형사 판단, 의료전달 체계, 의료비 책정 등 어떤 정책이 어떤 방향으로 결정되든, 그 근본은 의료 행위자를 사회공공재로 취급하지 않고 나와 똑같은 사람으

로 존중하는 마음이 되어야 될 것이다. 그렇게 구성원이 서로 잘 할 수 있는 일을 하며, 서로에게 헌신하는 사회가 우리가 바라는 세상의 본이라고 생각한다.

필수의료란 무엇인가, 소명감으로 행하는 헌신적 의료 행위이다. 소명은 무엇으로 보상 받는가, 존중으로 격려될 수 있지만 시장의 원리로 구매하거나 강요될 수 없다. 지금 우리 사회에서 필요한 것은 직업으로서의 의료인가, 소명으로서의 필수의료인가를 먼저 결정하고 그에 걸맞는 대책이 세워져야 될 것이다.

색인어

필수의료; 전문직업성; 소명

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Im JY. A nurse at Asan Medical Center died of cerebral hemorrhage..."We don't have enough doctors" [Internet]. Seoul: Korea Broadcasting System [KBS]; 2022 [cited 2023 Nov 10]. Available from: https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=5525481

[2] Cheong YS. Crisis of critical-care and medical professionalism. Korean J Med Ethics 2023;26(4):245-256.

[3] Plato. Republic. Park MJ, translator. Seoul: Yeongsinsa; 2023.

[4] Wrzesniewski A, McCauley C, Rozin P, et al. Jobs, careers, and callings: People's relation to their work. J Res Pers 1997;31:21-33. https://doi.org/10.1006/jrpe.1997.2162

[5] Lee KS. National responsibility system of critical care, is that can be breakthrough of structural problem of Korean medical system. Health Policy Forum 2018;16(1):9-14.

[6] Jung JT. Critical care? Who define it? Health Policy Forum 2022;20(3):3-4.

[7] Lehmann C. Do doctors sacrifice too much when medicine is a 'calling'? [Internet]. New York NY: Medscape; 2022 [cited 2023 Nov 10]. Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/979790_print

[8] Lee JY, Jung JE, Park HC et al. The study on the work ethics of the Korean. Sejong: Korea Research Institute for Vocational Education and Training; 2022. pp.154-155.

[9] Kim EY. Application rate to pediatrics in non-capital area decreased 5.6% during 10 years. Meticulous policy is needed [Internet]. Seoul: Young Doctor Newsletter; 2023 [cited 2023 Nov 10]. Available from: http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3010771

[10] Kwak SS. 83% of Thoracic surgeon practice other specialty. Serious major-practice inconsistency [Internet]. Seoul: Young Doctor Newsletter: 2023 [cited 2023 Nov 10]. Available from: https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3005458

[11] Lee HK. No internist applied to Sancheong-Goon community health center despite of annual salary 360,000,000 KW [Internet]. Seoul: Korea Broadcasting System [KBS]; 2023 [cited 2023 Nov 10]. Available from: https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=7298206

[12] Jung CH. The story of director of Sancheong-Goon community health center, who purged in one year [Internet]. Jinju: The Gyeongnam News; 2023 [cited 2023 Nov 10]. Available from: http://thegnnews.com/View.aspx?No=2693859

[13] Dres M, Copin MC, Cariou A, et al. Job strain, burnout, and suicidal ideation in tenured university hospital faculty staff in France in 2021. JAMA Netw Open 2023;6(3):e233652. https://doi.

org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3652

[14] Hughes TM, Collins RA, Cunningham CE. Depression and suicide among American surgeons—A grave threat to the surgeon workforce. JAMA Surg 2023. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.4658

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 273-279 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 273-279 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

Crisis of Critical Care, Perspective of the Clinician

SON Choonhee[1]

Abstract

The target article correctly observes that practical solutions to the current crisis in critical care require a reexamination of the concept of medical professionalism. A key question for all healthcare providers to ask is whether they consider their work to be a calling or simply a job. Understanding medical work as a calling helps to clarify the concept of critical care and entails that patients' interests should be prioritized over the interests of medical personnel. At the same time, medical professionalism is enhanced when medical personnel are treated with respect rather than coerced into doing their work. This commentary argues that dedication to others (i.e. altruism) is the starting point of medicine and that policies that enhance this dedication are needed to solve the current crisis of critical care.

Keywords

critical care; professionalism; calling

1 Chief, Pulmonology Department, Gwanghye Hospital.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 281-287 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 281-287 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.281

'필수의료'를 부탁해

김문정[1]

#장면1

2022년 7월 24일 일요일 새벽, 서울 아산병원에 근무하는 30대 간호사 A씨는 출근을 하고 얼마 지나지 않아 극심한 두통 증상으로 인해 황급히 응급실을 찾았다. 의료진은 그녀에게 뇌출혈 진단을 내린 후, 뇌압을 낮추는 약물을 투여하고, 곧바로 혈류를 막는 색전술 처치를 시행했다. 출혈은 멈추지 않았고, 즉시 개두술이 필요한 상황이었다. 당시 원내 개두술이 가능했던 의사가 부재했다. 색전술을 시행했던 의사는 서둘러 서울대병원으로 간호사 A씨를 긴급하게 전원 조치했다. 그러나 그녀는 회복하지 못하고 끝내 사망하고 말았다[1].

#장면2

2022년 12월 12일 가천대 길병원 소아청소년과 홈페이지에 다음과 같은 안내문이 공지되었다[2].

"소아청소년과 의료진 부족으로 소아청소년과 입원이 잠정적으로 중단됩니다. 저희 병원을 믿고 찾아주시는 환자와 보호자분께 불편을 드리게 되어 진심으로 송구합니다. 빠른 시일 내에 정상 운영을 할 수 있도록 최선을 다하겠습니다."

이 같은 결단을 내릴 수밖에 없었던 원인은 전적으로 '의료진 부족' 때문이다. 매년 최저의 지원율을 기록해 온 소아청소년과의 의료 공백은 이미 예고되었던 결과라고 할 수 있다[3].[1)]

#장면3

2023년 1월 31일 보건복지부는 중증 · 응급질환과 분만 및 소아진료를 중심으로 「필수의료 지원대책」 최종안을 발표했다[4]. 그동안 정부는 의료현장과 전문가 등의 폭넓은 의견들을 수렴해서, 24시간 · 365일, 자신이 거주하는 지역 인근에서, 누구라도 골든타임 내 필수의료를 제공받을 수 있는 의료체계 구축을 목표로 이와 같은 대책을 마련하였다. 주요 내용으로 ① 지역완결적 필수의료 제공, ② 공공정책수가 도입으로 적정 보상 지급, ③ 충분한 필수의료 인력 확보 등 세 가지 주요 추진 방향을 제시하였다[5].

대책안이 발표되자 다양한 평가가 쏟아졌다. 특히 비판적인 입장에서는 현실적으로 재원 마련의 어려움이나 의료 현실이 제대로 반영되지 못

1) 2023년 전반기 전공의 모집에서 소아청소년과는 전국 총정원 199명 중 33명이 지원해 지원율 16.6%를 기록했다. 매년 최저 지원율을 기록하다 급기야 역대 최초로 10%대로 떨어지면서 소아청소년과 진료 공백의 현실화가 우려되고 있다.

투고일: 2023년 11월 15일, 심사일: 2023년 11월 17일, 게재확정일: 2023년 11월 24일

1 동아대학교 인문과학대학 철학생명의료윤리학과, 부교수. e-mail: louausms@hanmail.net
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0291-4087

한 정책 등의 문제들을 제기하였다.

1. 대한민국 의료시스템, 왜 위기인가?

대한민국 의료시스템에 빨간불이 켜졌다. 전국에 뿔뿔이 흩어져 있는 환자들이 서울을 비롯한 수도권의 종합병원으로만 몰려든다. 질병의 경중을 가리지 않고 오로지 대형병원으로 직행하는 환자들을 감당하기엔 턱없이 부족한 병상과 의료진, 소위 '3분 진료'의 관행이 더욱 만연해질 수밖에 없는 이유이다. 전문의가 되기 위한 수련의 시간은 줄어들고, 대신에 몰려든 환자들을 대면하는 전공의는 '온-오프' 시간의 구분 없이 업무를 떠맡을 수밖에 없다. 과도한 업무와 만성피로로 그들은 쓰러져 간다. 그럼에도 불구하고, 늘어선 환자의 줄은 도통 줄어들 기미가 보이지 않는다. 그들에게 휴식은 그저 사치일 뿐이다. 그렇게 수도권의 종합병원이 초대형 병원으로 탈바꿈하는 동안에 지역의료의 공동화는 가속화된다.

다년간 수련기간 동안에 중환자실이나 응급실에서 생사의 갈림길에 선 환자를 살려냈던 그들의 사명감과 자부심마저 무색하게 만드는 대한민국 의료시스템은 전문의 자격을 갖춘 이들에게 전문성을 발휘할 기회마저 박탈해 간다. 과실 없는 불가항력적 분만 사고에도 피할 수 없는 처벌과 심히 우려할 만한 출산율은 산부인과나 소아청소년과의 전공의 지원을 암울하게 만들고 있다. 해마다 지원 경쟁이 더욱 치열해지는 인기과, 소위 '피안성(피부과, 안과, 성형외과)'에 비해 열악한 근로환경과 턱없이 낮은 수가로 젊은 의사들의 관심이 떠난 지 오래전이다. 혹독한 트레이닝을 거쳐 전문의 자격을 획득한 외과 계열 의사나 의학의 꽃이라 칭송해 마지않던 내과 역시 '워라밸(work and life balance)'은 커녕, 소송에 걸리기 십상이고 환자 보호자들에게 멱살 잡히는 신세로 전락하기 일쑤다. 이것이 바로 오늘날 대한민국 의료시스템의 민낯이다.

2. 병든 의료시스템의 '증상'에서부터 '진단'과 '치료'까지

대한민국 의료시스템은 중차대한 시대적 과업을 목전에 두고, 지난 1월 정부는 「필수의료 지원대책」 최종안을 확정 · 발표하였다. 그동안 정부는 의료계 분야별 간담회, 각종 협의체 논의 등 다양한 형식으로 20여 차례 현장과 학계의 전문가 의견을 수렴해 왔다. 이를 토대로 중증 · 응급, 분만 및 소아진료 분야의 지원이 가장 시급한 것으로 판단하여, 필수의료 인력 확충의 필요성과 방향, 그리고 지역의료 역량 강화를 위한 방안 등의 대책을 마련하였다. 여기에 의대 정원 증원의 계획 역시 분명히 밝히고 있다.

이에 필자의 논문 「필수의료의 위기와 의학전문직업성」은 병든 대한민국 의료시스템의 '증상' 혹은 '증후'를 살피는 데서부터 시작해, 총체적인 난국에 빠진 과정을 살펴보면서, 이 상황을 극복하기 위한 '치료' 방안까지 논의하고 있다. 논평자는 그의 입장에 주목하면서 이를 비판적으로 고찰하고자 한다.

1) 대한민국 의료시스템의 민낯 ①

필자의 진단에 의하면 대한민국 의료시스템 곳곳에서 병적 상황을 어렵지 않게 발견할 수 있다. 응급실을 찾아 헤매다가 뻔히 살릴 수 있는 환자를 결국엔 도로 위 응급차 안에서나 혹은 간신히 의료진이 갖춰진 응급실에 도착하자마자 사망하는 환자들, 미래가 보이지 않는 비인기과의 전공을 과감히 포기하고, 소위 '돈이 되는' 피부미용 등 비급여 시장으로 발길을 돌리는 '바이탈(vital)' 진료과목 의사들, 지방 근무라는 치명적인 약점을 가진 공공의료는 자연스럽게 몰락의

길로 들어서고 있다. 이러한 상황에서도 불철주야 환자의 생명을 살리는 데 여념이 없는 의료인들의 경우, 툭하면 환자나 그들의 보호자로부터 폭행이나 소송에 불려 다니기에 바쁘다. 매출 압박으로 번아웃(burn out)에 빠진 그들은 과중한 업무에 시달린다. 그들에게 사명감을 요구하기란 불가능에 가까워 보인다. 전문의 자격을 획득하고 교수가 되기 위해 대학병원에 남아있는 의사들도 힘들기는 마찬가지다.

필자의 지적처럼 현재 대한민국 의료시스템의 문제점들은 한둘이 아니고, 심각성의 정도 역시 만만치가 않다. 그렇다면 메스를 들어 어디서부터 시작해야 할까? 미봉책으로는 안 된다. 지금 대한민국 의료시스템은 어려운 대수술을 앞둔 상황임은 분명해 보인다.

2) 대한민국 의료시스템의 민낯 ②

위기에 봉착한 대한민국 의료시스템를 바라보는 정부나 의료계, 여기에 더해 시민들의 상황까지 고려해 보면 서로의 입장은 상당히 상충되어 있다. 이는 「필수의료 지원대책」 최종안에 대한 각기 상반된 평가에서도 잘 드러난다.

우선 정부의 입장은 그동안 18년째 동결된 의대 정원의 확충으로, 필수의료나 지역의료의 문제를 해결하려고 시도하고 있다. 정원 증원을 통해 자연스럽게 필수의료, 지역의료로 인력이 충원되는 '낙수효과'를 기대한다. 반면에 의료계 일각에서는 현 사태를 단지 의대 정원 수를 늘리는 것으로 해소될 수 있는, 그렇게 단순한 문제로 바라보지 않는다. 이는 숫자의 문제가 아닌 '편중' 또는 '쏠림'의 문제이기 때문이다. 의료계 시스템 전반에 걸쳐 체계적인 개편이 없는 증원은 기존 인기과의 경쟁률만 더 치열해질 뿐, 필수의료나 지역의료의 공동화는 여전할 것이라는 사실이다. 좀 더 근본적으로 문제에 접근해야 한다. 또한 MZ세대 의료인을 중심으로 직업에 대한 사명감이나 책임감보다는 소위 '소확행'을 꿈꾸고 '욜로(YOLO)'를 추구하면서 '워라밸'을 강조하는 오늘날 시대적 현상 역시 고려해야 한다.[2)]

문제는 거기서 끝나지 않는다. 의료서비스를 제공하는 의사는 진료 내용에 큰 영향력을 갖고 있다. 절대적인 치료법이 존재하지 않는 한, 환자의 질병 및 건강 상태와 관련해 의사의 지식과 정보를 토대로 의료서비스의 형태가 결정된다. 한마디로 환자에게 제공될 의료서비스는 전적으로 의사의 판단에 좌우된다. 서울을 비롯한 수도권 지역을 중심으로 의사 수와 병상 수의 증가 및 집중은 의료서비스 간의 경쟁 압박을 유도한다. 의료서비스 제공에 있어 필요한 자본의 규모가 점점 더 커지면서 신규 수요를 창출하려는 노력 역시 병원의 대형화 및 고급화와 맞닿아 있다. 이러한 상황은 때때로 불필요한 의료서비스로 이어지면서 의사에 의한 유인수요(supplier-induced demand)가 발생할 가능성 역시 배제할 수 없다[6].

2) MZ세대를 중심으로 직장 문화에 변화의 조짐이 포착된다. 안정성, 보수, 승진 등을 우선으로 생각하던 기존 세대와는 달리 그들은 연봉이나 회사 규모, 또는 인지도보다는 '스스로 행복하게 일할 수 있는 곳인가'에 대한 자기 자신의 평가를 중요하게 생각한다. 자신만의 방식으로 삶을 꾸려나가길 원하는 MZ세대는 일과 삶의 균형을 최우선의 가치로 여기면서 직장을 선택하는 기준 역시 기존의 세대와는 차이가 난다. 그들은 더 나은 미래를 위한 노력보다는 오늘의 즐거움에 더 집중하는, 한마디로 '욜로(YOLO)'를 추구한다. 'You Only Live Once', 즉 '한 번뿐인 인생'을 위해 바로 지금, 여기에서 '오늘을 즐기라'고 서로에게 권한다. 이러한 욜로 문화를 실천하는 MZ세대는 '소확행', 그러니깐 '작지만 확실한 행복'을 실천한다. 요약하자면, 작지만 확실한 행복인 '소확행'을 꿈꾸고, 한 번뿐인 인생을 멋지게 살기 위해 '욜로'를 추구하는 MZ세대에게는 일과 삶의 균형을 찾는 일이 무엇보다 중요하다.

3. "It's the Tilted to One Side, Stupid"[3)]

원가에도 미치지 못하는 대한민국 의료 수가는 태생적으로 과잉진료와 과도한 업무라는 한계점을 지닐 수밖에 없다. '행위별 수가제'는 말 그대로 진료 행위 각 항목에 따라 비용이 책정되기 때문에 의료공급자 입장에서는 어떤 서비스 하나라도 더 제공할 때 수입이 생기는 구조이다. 결과적으로 적정 수익의 보장을 위해서는 소위 '박리다매식'의 진료를 할 수밖에 없는 상황이다. 반면 의료수요자에게는 비교적 낮은 수가로 별다른 제약 없이 서비스의 만족을 위해 과도하게 의료를 이용하거나 명의를 찾아 수도권 대형병원으로의 쏠림 현상은 더 이상 낯설지 않은 모습이 되었다. 상급종합병원과 대형병원은 몰려드는 환자들로 인해 오랜 대기 끝에 어느덧 '3분 진료'가 익숙해지고, 환자 유치에 발 벗고 나서야 하는 지역병원과 일차의료기관들은 서울로 이동한 환자를 대신하여 비급여 환자에게 집중한다. 이와 같은 왜곡된 의료행태는 의료공급자나 의료이용자 모두에게 불편을 초래하고, 결국에는 과도한 의료비 지출과 건강보험재정에 부담만 안길 뿐이다.[4)]

대한민국 의료시스템의 위기는 이미 예고된 일이다. 단호한 조치가 필요한 시점이다. 눈에 보이는 증상만 수습하거나 봉합하는 정도로는 어림도 없다. 근원적인 변화가 필요하다. 지금 위기의 본질적인 원인을 찾아 체계적인 계획으로 체질에 맞춘 처방을 내려 치료를 감행해야 할 때이다. 필수의료나 지역의료의 회생은 단순히 숫자놀음만으로는 불가능하다. 즉, 의대 정원을 늘리기에 앞서 왜 젊은 의사들이 필수의료과를 기피하는지, 왜 지방 근무를 그토록 꺼릴 수밖에 없는지에 대해 심사숙고할 필요가 있다. 진료과마다 혹은 지역마다 상당한 차이를 보이는 업무량이나 처우는 간과한 채, 오늘날 MZ세대의 문화를 방관한 채, 그저 의사의 수를 늘리는 것으로 기존의 문제들이 다 해소될 만큼 그리 간단한 문제가 아니기 때문이다. 생명을 살리는 필수의료에 종사하는 의사들의 업무상 과실치사상죄가 다른 국가에 비해 월등히 높은 상황에서 생사의 갈림길에 있는 중환자를 그저 사명감만으로 진료하도록 의사에게 요구할 것인가. 정부가 일률적으로 의료 수가를 통제하는 현실 속에 매출의 압박에서 벗어날 길이 없는 의사들에게 그저 책임감만으로 진료하도록 그들에게 요구할 것인가. 당장에 가시적이고 일차원적인 방안이 아니라, 의료인들이 직업에 대한 사명감을 가지고 자신의 업무를 책임감 있게 수행할 수 있는 환경이 우선되어야 한다. 의대 정원 증원이라는 양적 보강의 변화는 그 다음 문제다.

물론 의료계 역시 반성해야 할 점이 분명히 있다. 제도나 수가를 탓하기 전에 자신의 이익을 앞세워 의도적인 과잉진료를 당연시하지는 않았는지, 혹은 불성실한 태도나 태만으로 진료를 꺼리거나 거부하지는 않았는지 말이다. 동료의사의 부주의나 오류를 바로잡기보다는 오히려 묵인하지는 않았는지도 마찬가지다. 제약회사와의 리베이트 문제 또한 간과할 수 없다. 이처럼 전문인으

3) 1992년 미국 대통령 선거에서 민주당의 빌 클린턴(W. J. Clinton) 후보 진영에서 내걸었던 선거 운동 문구, "It's the economy, stupid"를 패러디한 것이다. 2008년 미국 대선에서 버락 오바마(B. H., Obama) 후보 측도 이를 다시 활용하였다.

4) 의료공급자의 과잉진료는 의료이용의 효율성을 낮추고, 의료비를 상승시킬 뿐만 아니라, 그들의 도덕적 해이를 부추기는 요인으로 작동한다. 의료 질의 저하는 충분히 예상되는 결과이다. 한편, 실손의료보험 덕택에 낮은 본인 부담금 및 비급여 진료비 보장으로 의료소비자의 도덕적 해이를 부추겨 과잉진료를 유발하는 측면도 고려해야 한다. 즉 의료소비자의 과다 의료 이용 역시 불필요한 의료 지출하게 하고, 나아가 건강보험 지출의 증가로 국가 재정에 부담을 주게 된다.

로서의 부적절한 행위(misconduct)나 비전문가적 행동(unprofessional behavior)이 다양한 양상으로 드러나고 있다는 사실 역시 대한민국 의료계의 또 다른 민낯이라고 할 수 있다. 의료인들의 자율규제나 전문직업성의 원칙에만 호소하기엔 그들을 향한 시민들의 신뢰가 그다지 두텁지 못하다.

이제 과감하게 메스를 빼 들어야 할 때이다. 정부는 '멸종 위기'에 처한 필수의료나 지역의료의 회복을 위해 그 누구보다도 의료계의 목소리에 귀 기울여 한다. 현행 의료시스템을 둘러싼 복합적인 요인들을 분석하여, 특히 해당 분야 의료인력들의 처지를 현장에서 목격하고, 그들의 목소리를 직접 들을 수 있어야 한다. 더불어 국가 보건의료정책에 대한 장기적인 철학을 가지고 지속가능한 필수의료와 지역의료 기반 강화를 위한 법 · 제도 개선 및 적극적인 재정 투자에도 주저하지 말아야 할 것이다. 의료계 역시 시민들의 눈높이에서 자신들의 전문직업성을 철저히 성찰해 봐야 할 때이다.[5] 위기는 곧 기회다.

색인어

필수의료; 지역의료; 의료시스템; 의료수가; 위기

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Lee JH. Ministry of Health and Welfare announces investigation into death of nurse at Asan Medical Center in Seoul [Internet]. Seoul: Medical Times; 2023 [cited 2023 Nov 15]. Available from: https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1148744

[2] Gachon University Gill Medical Center. Telephone consultation reservation [Internet]. Incheon: Gachon University Gill Medical Center; 2023 [cited 2023 Nov 15] Available from: https://www.gilhospital.com/web/www/home

[3] Bae JY. "Is the Department of Pediatrics and Adolescents really disappearing?"…Major application rate in the 10% range for the first time in history [Internet]. Seoul: Doctors Newspaper; 2022 [cited 2023 Nov 15]. Available from: http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=221099

[4] Ministry of Health and Welfare. Ministry of Health and Welfare briefing on essential medical support measures [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023[cited 2023 Nov 15]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=vKdEam4YAZs

[5] Ministry of Health and Welfare. We will strengthen the foundation of essential medical care that is directly related to the lives of the people [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023 [cited

5) 오늘날 대한민국 의사들은 무한경쟁에 내몰리면서 의사로서의 소신이나 사명감을 가지고 진료를 할 수 있는 환경이 불가능하다고 본다. 그들은 의학이라는 과업에 대한 강한 자부심과 전문적인 지식 및 끊임없는 노력에 대한 적정한 보상을 기대하지만, 턱없이 낮은 의료 수가나 의료전달체계의 붕괴 등과 같은 의료 현실은 자신들의 직업에 대한 투철한 자긍심을 가지기엔 역부족이라고 생각한다. 그런데 전문직업성의 실현이라는 측면을 고려할 때, 의사들의 과업 수행과 그에 따르는 보상의 문제보다는 오히려 의학적 가치는 무엇이고, 그것을 어떻게 자신들의 업무와 연결하여 '좋은 의료'를 실천할 것인가 하는 문제가 핵심 사안이 되어야 한다. 이를 위해서 의료계의 내부적 조건뿐만 아니라, 의사와 국가 간의 관계를 정립하는 일이 무엇보다 선제되어야 할 것이다. 의사들이 직업적인 가치를 내면화하기 위해서는 의료의 가치와 의사들의 직업적 이익이 불가분의 관계라는 사실을 받아들이고, 가능한 한 이를 일치시키려는 정부의 노력이 필요하다. 결론적으로 의사들의 직업적 관심이나 이익을 의학적 가치와 부합될 수 있는 환경 마련이 고려되어야 한다.

2023 Nov 15]. Available from: https://www.mohw.go.kr/gallery.es?mid=a10605040000&bid=0003&act=view&list_no=374833

[6] Choi HY. Study on the range of appropriate medical treatment: Focused on the problems of uninsured benefits, including nursing, upper grade ward, and premium medical care, and on the normative standards of appropriate medical treatment. Korean Social Security Law Association Vol. 3, No. 1, June 2014.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 281-287 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 281-287 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

A Plea to Save Essential Health Care

KIM MoonJeong[1]

Abstract

The Korean healthcare system is facing a crisis as local medical care, including essential healthcare, is at risk of collapse. This commentary argues that bold action from the medical community and the government is urgently needed to save the system and that ad hoc measures will not suffice. It is time for the medical community to reflect on their professionalism from the perspective of the people and for the government to listen to the voices of medical personnel and reexamine the Korean medical system as a whole.

Keywords

essential healthcare; local healthcare; healthcare systems; free for service; turning point

1 Associate Professor, Department of Philosophy and Biomedical Ethics, Dong-A University College of Humanities.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 289-293 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 289-293 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.289

전문직업성의 전제를 위한 검토: 계약주의에 근거하여

김준혁[1]

1. 서론

한국 의료의 총체적 위기 상황을 여러 측면에서 검토하고, 그 '근치적 치료'법으로 전문직업성을 제시한 논문[1]의 접근에 동의한다. 그러나, 해당 논문이 인용을 통해 전제하고 있듯, 한국에서 이데올로기적 전문직업성 또는 전통적인 의사단체의 전문성 확보를 위한 노력에 기댄 전문직업성 논의로 "의학 전문직업성을 수호"하기에는 그 근거가 허약해 보이는 것도 사실이다. 사회계약적 관점에서 해석되어 온 전문직업성은 사회와 전문직 사이 가설적 계약에 전문직업성을 위치시킨다[2]. 이것은 전문직 단체, 시민사회, 국가의 개별 성립과 각자의 '논리'를 전제한다[3]. 문제는 한국에서 전문직의 형성이 국가의 하향식 통제 아래 이루어졌기에[4], 둘 사이의 계약으로 의사집단의 의무와 권리를 해석하는 데에 한계가 있다는 점에 있다. 따라서, 논문이 제시하는 치료법으로서의 의료 전문직업성은 다른 정당화를 요구한다.

본 논평은 그 기초 작업을 위하여 Scanlon의 계약주의(contractualism)를 통해 의료 전문직업성을 생각해 보고자 한다. 먼저 사회계약론(contractarianism)과 계약주의를 간략히 구분하고, 계약주의를 통한 의료 전문직업성의 검토를 시행한다. 짧은 논평이므로 이 작업이 충분하게 이루어질 수 없다는 점에서, 본 작업은 의료 전문직업성의 새로운 철학적, 실천적 검토의 필요성을 요청하는 것으로 마무리한다. 그러나, 이 작업은 논문에서 제시한 '긍정윤리'적 의료 전문직업성의 양태를 본 논평의 접근법이 제시할 수 있음을 주장한다.

2. 본론

사회계약론은 홉스적 자연 상태에서 당사자의 계약을 통한 사회 구성을 설명하는 이론이다. 자연 상태가 폭력으로 인하여 개별자의 자유를 심대하게 제한하므로, 이들은 계약을 맺어 각자의 사익을 제한하고, 합리적인 결정에 도달하고자 한다. 이 과정에서 각자는 사회적 역할을 수행하고, 그에 따른 권리와 의무를 부여받는다.

사회계약론에 기초할 때 전문직업성은 다음과 같이 설명할 수 있다. 질병 치료는 모두가 추구하는 재화이지만, 자연 상태에서 치료 기술을 지닌 집단(의료인)과 치료를 받고자 하는 집단(일반 대

투고일: 2023년 10월 27일, 심사일: 2023년 11월 6일, 게재확정일: 2023년 11월 24일
1 연세대학교 치과대학 치의학교육학교실, 조교수. e-mail: MOLE0619@yuhs.ac
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9109-270X

중)은 서로 충돌하여 서로의 이익을 보장받을 수 없다. 특히, 비슷한 기술을 가지고 있다고 주장하는 여러 단체들이 난립하게 될 때, 의료인은 자신의 직업적 수행에 위기를 겪는 한편, 대중은 나쁜 치료를 받는 것을 피할 수 없게 된다. 따라서, 치료자 집단은 자신의 독점적 치료를 보장받고자 하며, 사회는 이들이 환자에게 충분한 치료를 제공하기를 원한다. 따라서, 둘 사이에 사회적 계약의 형태로 전문직업성이 출현하며, 의료인이 면허 형태의 독점권과 자율성을 허용받을 때 사회는 이들이 능력을 충족하는 한편, 이타적으로 환자의 이득을 위해 치료 행위를 수행할 것을 바란다. 이것이 상호성에 기초하므로, 의료적 수월성 및 이타주의의 의무와 독점 및 자율의 권리는 연결되어 있다.

이것은 역사적으로 의료인 단체가 유사 의료 행위자와의 경쟁에서 자신의 독점권을 보장받기 위해 투쟁해 온 과정을 잘 설명하므로, 영미권이나 유럽의 전문직업성을 설명하는 데 크게 문제가 없다. 그러나, 한국은 일제강점기 후 의사도, 의료 기관도 턱없이 부족한 상태에서 국민에게 의료를 제공하기 위하여 정부 주도의 의료 정책 수립과 의료인 양성을 추구했으므로, 이런 가설적 계약식의 전문직업성 설명이 한계에 부딪힌다. 무엇보다, 한국에서 외국의 의무-권리 쌍에 기반을 둔 전문직업성은 의사 당사자에게 관심 대상이 되기 어렵다[5].

계약주의와 사회계약론은 둘 다 '계약'에 기초한다는 점에서 유사하나, 사회계약론이 상호 이익에서 출발하는 것과 달리 계약주의는 인격의 도덕적 동등 지위에서 출발한다는 차이를 보인다[6]. 계약주의는 당사자 간 합의의 기초로 "아무도 합당하게 거부할 수 없는 원칙들"을 내세운다[7]. 사회계약론이 각자의 이득을 최대화하려는 이들의 계약이라면, 계약주의는 자신을 타인에게 정당화하려는 도덕적 동기를 가진 이들의 계약이다. 다시 말해, 사회계약론에서 각 당사자는 타인과의 흥정을 통해 이익을 극대화하려 하는 반면, 계약주의에서 각 당사자는 사익을 추구하고자 하는 타인에게 자신을 정당화할 수 있는 방식에서 자신의 이익을 추구한다. 여기에서 계약주의적 주체는 "우리가 서로 어떤 빚을 지고 있는가"를 물어본다.

이것이 전문직업성을 고찰하는 데 어떤 차이를 가져오는가? 독점권 보장이라는 이익 극대화를 위하여 노력하는 데서 출현한 의료 전문직업성, 따라서 의사가 규약을 따라야 하는 이유를 최종적으로 전문직 집단에게 주어질 이득으로 설정해야 하는 사회계약적 방식 대신, 우리는 다른 형태의 의료 전문직업성을 논의할 수 있게 된다. Linder[8]는 상호전문직업성에 관한 논의에서 여러 전문직의 의무가 충돌하는 재난 상황에 계약주의를 적용하였다. 이때, 전문직은 모여서 사전에 모두가 수용할 만한 지침을 만들어 내야 한다. Fritz와 Cox[9]는 보건의료 정책 설정과 관련하여 계약주의적 접근을 롤스적 평등주의(Rawlsian egalitarianism)와 결합한 형태의 프레임워크를 제안한 바 있으며, 여기에서 계약주의는 정책 관련 당사자의 상호 이해를 확보하는 데에 기여한다. 또, Papanikitas와 Young[10]은 계약주의를 통한 전문직업성의 고찰을 시도하였다. 여기에서 이들은 비밀보장, 양심적 거부, 의사 파업, 의료 시장의 사례를 통해 의사와 사회의 논의 촉진과 상호성을 전문직업성의 핵심에 놓고자 한다. 여기에서 전문직업성 또는 의료전문직과 사회의 계약이란 아무도 합당하게 거부할 수 없는 원칙들을 찾는 작업이자 정당화라는 도덕적 동기의 실현이다. 간단히 말해서, 계약주의적 전문직업성은 의사와 사회가 서로에게 빚진 것이 무엇인지 숙고하고, 그에 따라 행동하는 과정이라고 할 수 있다.

예컨대, 수술실 CCTV 법안에 대한 찬반 주장

에선 찬성측의 부도덕한 의료인의 비행 방지와 폐쇄적인 수술실 환경에 대한 투명성 확보가, 반대측의 환자의 비밀보장 및 의료인의 프라이버시 침해와 감시로 인한 의료 수행의 질적 하락과 부딪혔다[11]. 법안은 시행되었지만, 여전히 불만과 불안은 해결되지 않은 채로 남아 있다. 기존 전문직업성은 신탁적 환자 돌봄의 의무와 전문직 자율성의 권리를 모두 제시하므로, 의사와 환자의 이익이 서로 충돌하는 상황이 벌어져 해당 사안을 진전시키지 못한다. 반면, 계약주의적 전문직업성에서 초점은 당사자의 이익이 아닌 서로가 합당하게 거부할 수 없는 원칙에 놓인다. 법안 찬반 논의는 합당성과 도덕적 동기에서 출발하게 된다. 도구에 대한 전통적 이해와 달리, CCTV는 신뢰와 책무책임(accountability)을 설정하기 위한 도구로 작동해야 하고, 필요한 곳에 설치할 수 있되 의사의 권리를 부당하게 제한하지 않도록 하는 안전망이 제시되어야 한다.

지면의 한계로, 의료윤리학에서 계약주의에 관한 고찰이나 계약주의적 전문직업성에 관한 정밀한 논의는 후속 연구 과제로 남겨두고자 한다. 그러나, 본 논평은 계약주의적 전문직업성이 한국 의료의 총체적 위기에 대한 답변으로써 전문직업성을 내놓는 데에 기여할 수 있는 바가 있다고 본다. 첫째, 전문직업성이 한편으로 의사의 책무책임을 부여하는 한편, 사회 또한 의사의 직무 수행을 위한 책임이 있음을 해당 접근은 보여준다. 의사는 전문가이지만, 또한 사회의 구성원이기도 하다. 모두가 거부할 수 없는 원칙은 각자가 의료제도를 유지하기 위한 책임이 있음을 제시하며, 이를 통해 의사와 사회 모두가 전문직업성을 구현, 발전시키는 데 참여하게 한다. 둘째, 전문직업성의 동기유발력(reason-giving force)을 계약주의는 제공할 수 있다. 계약주의의 행위 정당화는 그 자체로 그에 따라 행동할 이유를 제공하며, 의사(와 사회)는 이미 확립된 규범을 무비판적으로 따르기만 하는 대신 정당화할 수 있는 원칙들을 탐색한다. 이것은 규범의 집합으로써 전문직업성에 대한 전통적인 이해와 충돌하지만, 오히려 의사들로 하여금 능동적으로 원칙을 탐색하고, 사회와 소통할 수 있는 방식을 마련한다는 점에서 긍정윤리적 전문직업성을 구현할 수 있는 조건을 제시한다.

결국, 지금 다루고자 하는 것은 필수의료의 위기다. 의사들이 필수의료에 참여해야 할 이유는 외부에서 주어지지 않을 것이기에, 전문직업성에서 출발해야 한다는 진단은 적절하며 타당하다. 그러나 다시, 그 이유가 직접 의사들을 움직여 필수의료를 전공하고, 필수의료 영역에서 일하도록 해야 한다는 점에서 전통적인 전문직업성만으로는 한계가 있다. 우리에게 필요한 것은 결국 필수의료를, 아니 의료의 본질을 따라 수행해야 할 정당한 '이유'다. 우리가 의사로서 기능하고 기능해야 할 이유를 찾고, 그 정당화를 사회와 국가가 받아들이며, 마찬가지로 외부의 이유들을 수용하는 것을 전문직업성 개념으로 다시 생각할 때 우리는 이 문제를 해결할 방식을 찾을 수 있을 것이다.

3. 결론

앞에서 논의한 바와 같이, 사회계약론과 계약주의가 모두 계약에 근거하더라도 둘 사이에는 차이가 존재하며, 특히 계약주의는 정당화 가능한 원칙을 묻는 것으로 귀결한다. 필수의료의 위기와 도전을 극복하기 위한 의료 전문직업성의 정의와 역할을 재평가하는 과정에서 이런 계약주의적 접근은 새로운 관점과 해결책을 제시한다. 계약주의는 당사자 간의 도덕적 동등성과 합당성을 중심으로 하며, 이로 인해 의료 전문직업성의 구현과 발전이 공통의 과제로 제시될 수 있다. 이런 계약주의적 접근은 필수의료 문제의 집합적 접근을 위한 중요한 도구로 작용할 수 있을 것이다.

본 논평은 필수의료의 위기 앞에서 전문직업성의 쇄신이 필요하다는 주장에 전적으로 동의를 표하며, 그 기반을 마련하기 위하여 전문직업성의 이론적 배경에 관한 대안을 제시하였다. 계약주의를 충실히 다루지 못했고, 그에 기반을 둔 의료 전문직업성의 특성, 양태, 예시를 충분히 고찰하지 못한 것은 본 논평의 한계이다. 이는 아직 본 논평에서 전개한 방식으로 전문직업성을 검토한 논의가 국내외에서 많이 이루어지지 않은 것에도 기인한다. 앞으로 관련된 이론적, 실제적 고찰을 더 많이 다룰 것을 약속드린다.

색인어

전문직업성; 스캔론; 윤리 이론; 사회적 책임

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Cheong Y. Critical care crisis and medical professionalism . Korean J Med Ethics 2023;26(4):245-256.

[2] Yoo SH. The theory and practice of professionalism. In: The Korean Society for Medical Ethics, ed. Medical ethics. 3rd ed. Seoul: Jeong-dam Media; 2015. p.69-84.

[3] Freidson E. Professionalism: the third logic. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2001.

[4] Park YJ. The history of modern medicine in Korea. Paju: Dulnyouk; 2021.

[5] Park HJ. The concept of medical professionalism as for self-employed physicians in Korea. J Korean Med Assoc 2011;54(11):1154-1163. https://doi.org/10.5124/jkma.2011.54.11.1154

[6] Ashford E, Mulgan T. Contractualism. The Stanford encyclopedia of philosophy [Internet]. Stanford, CA: Stanford Encyclopedia of Philosophy; 2018 [cited 2023 Nov 12]. https://plato.stanford.edu/archives/sum2018/entries/contractualism/Scanlon TM. What we owe to each other. Cambridge, MA: Belknap; 2000.

[7] Linder SH. Resolving disputes among inter-professional codes of ethics. Ethics Med Public Health 2018;4:27-33. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2018.01.005

[8] Fritz Z, Cox CL. Integrating philosophy, policy and practice to create a just and fair health service. J Med Ethics 2020;46(12):797-802. https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106853

[9] Papanikitas A, Young PD. What do doctors and society owe each other? A Scanlonian reflection on medical professionalism. In: Ćurković M, Borovečki A, eds. The bridge between bioethics and medical practice: Medical professionalism. Cham, Switzerland: Springer Nature; 2022. pp.381-401.

[10] Cho SJ. CCTV cameras in operating rooms. Korean J Med Ethics 2022;25(3):221-241. https://doi.org/10.35301/ksme.2022.25.3.221

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 289-293 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 289-293 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

The Premise of Professionalism in Contractualism

KIM Junhewk[1]

Abstract

While agreeing with the target article's argument that South Korea's essential healthcare crisis should be addressed through a reinvigoration of medical professionalism, this commentary suggests that professionalism should be seen through the lens of Scanlon's contractualism. Distinguishing between social contract theory (contractarianism) and contractualism, this commentary argues that while the former arises from mutual benefits, the latter emphasizes moral equality and the duty to justify oneself to others. From the perspective of contractualism, medical professionals are not simply benefit-seekers in a social contract, but rather morally driven individuals who seek principles "that no one could reasonably reject." Through specific examples, such as the legislation concerning CCTV cameras in surgical rooms, this commentary demonstrates the potential of a contractualist approach to break the impasse in traditional debates about medical professionalism by shifting the focus from individual benefits to collectively acceptable principles. Ultimately, it is argued that a contractualist perspective on medical professionalism offers a novel way to empower medical professionals and engage society, one that emphasizes shared responsibility and the reason-giving force intrinsic to this approach.

Keywords

professionalism; scanlon; ethical theory; social responsibility

1 Assistant Professor, Department of Dental Education, Yonsei University College of Dentistry.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 295-301 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 295-301 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.295

한국에서 전문직업성 발달미숙의 원인과 그 해결책

박창범[1]

1. 서론

'필수의료와 직업전문성'이라는 특집논문에서 저자는 지역의료인력 및 필수인력부족과 같은 사회적인 문제가 발생한 원인들을 나열하고, 이를 해결을 위해서는 의학 전문직업성 회복이 필요하다고 주장하면서 의학 비전문직업성을 배척하는 방식으로 해결할 수 있다고 주장하였다[1]. 의학 비전문직업성을 극복하기 위하여 제시하는 저자가 방법들은 의사의 윤리의식 고양 등 각자의 개인적이고 윤리적인 방법에 집중하고 있다.

하지만 영미권과 달리 우리나라에서 의학전문직업성이 잘 발달되지 못한 사회구조적인 원인과 함께 의학 비전문직업성을 극복하기 위하여 의사단체는 무엇을 해야 할 것인지에 대하여 논의가 부족하였다고 생각한다. 이에 여기서는 우리나라에서 직업전문성이 잘 발달하지 않은 사회구조적인 원인과 함께 의사단체가 의학전문직업성을 회복하기 위해서 어떤 일을 해야 할 것인지에 대하여 이야기하고자 한다.

2. 우리나라에서 의학전문직업성이 발달되지 않은 사회구조적인 원인

의학전문직은 전통적으로 환자의 건강과 사회의 보건의료향상을 위한 의료서비스를 안정적으로 공급하고, 이에 대한 대가로 업무의 자율성과 독점권 및 일정 수준 이상의 지위와 보상을 받는 것이었다. 이를 위하여 의사들은 스스로 의사단체를 만들고, 구성원들의 직업윤리를 스스로 발전시키고, 자격과 내용을 엄격하게 규제함으로써 의사라는 직업의 권위를 높이고, 구성원들을 통제하면서 대중으로부터 신뢰와 존경을 획득하였다. 그리고 의학지식의 전문성을 통해 비과학적이나 반의학적 이론과 싸우면서 의학직업전문성을 완성하였다[2]. 국가와 사회는 의료전문가들이 스스로 만든 정책을 비준하고 강제하는 등 의사들에게 자율성을 부여함으로써 의사들이 사회로부터 누리는 권리와 신뢰를 옹호하였다[3].

하지만 영미권과 달리 우리나라에서 의학 전문직업성, 그 중에서 자율성이 상대적으로 덜 발달되었다. 그렇다면 우리나라에서 자율성이 덜 발달하게 된 사회구조적인 원인은 무엇일까?

첫째, 우리나라의 경우 대중으로부터 신뢰와 존경을 얻기 위해서 의사들이 스스로 단체를 형성하고, 직업윤리를 발전시켜 구성원들을 통제하는 등 전문직업성을 스스로 만들었기보다는 국가가 의사들의 의사라는 전문직을 만들고 유지하였기 때문이다. 영미권 국가들의 경우 사회나 국가

투고일: 2023년 11월 9일, 심사일: 2023년 11월 10일, 게재확정일: 2023년 11월 24일

1 경희대학교 의과대학 내과학교실, 교수. e-mail: wwwpcb@hanmail.net
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4008-3897

가 의사들을 통제하고 규율하기 전에 의사들 스스로가 단체를 형성하고, 자신들의 직업윤리를 발전시켜 구성원들을 통제하는 등 자율규제를 통해 사회로부터 신뢰와 권위를 스스로 획득하였다. 이러한 상황에 국가는 이와 같은 자율제도를 유지하고 보호하는 역할을 한 것이다. 하지만 우리나라는 전통적인 중앙집권적인 국가로서 의료부문 정책결정과정에도 국가가 주도적으로 개입하였다. 즉, 국가가 주도하여 기존의 전통의학인 한의학대신 서양의학방식의 의과대학을 설립하고 의사를 양성하였다. 해방과 6·25 전쟁으로 인하여 경제가 황폐화된 상황에서 국가는 부족한 의사수와 높은 의료비용을 해결하기 위하여 한의사는 물론 약사에게도 처방할 수 있는 권한을 부여하는 등 일차 보건의료를 할 수 있도록 허용하였다. 1980년대 후반까지의 권위주의 시기에 국가는 시민사회의 발달을 억압하면서 경제개발이라는 최우선 목표를 달성하기 위하여 사회전반적으로 국가주도의 정책을 시행하였는데, 이는 의료부분도 마찬가지였다. 특히 의료의 경우, 국가나 국민의 재정부담을 최소화하면서 사회복지라는 목표를 극대화하려는 정책지향성을 가졌다. 이와 같은 정책은 국가가 주도하여 필요한 의과대학과 의사수를 정하고, 면허를 관리하며, 의료서비스가격을 통제하고, 의료서비스도 표준화시켰다. 권위주의 사회를 지나 민주사회가 된 현재에서도 의료분야에서 국가주도의 정책지향성은 변하지 않았다. 이와 같이 국가가 주도하여 의료정책을 결정하는 상황에서 의사들의 자율적이고 독자적인 구성원 관리나 면허관리, 의학적 판단이나 치료에 대한 자율성은 저해되거나 와해되었다[4].

둘째, 우리나라는 1988년부터 전국민을 대상으로 국민건강보험을 하고 있는데, 이러한 독점적인 단일건강보험이라는 제도는 의사의 자율성을 해칠 수 있는 위험요소가 내재되어 있고, 실제로도 자율성을 해치는 방향으로 운영되면서 의사들의 자율성이 약해지게 되었다. 즉, 전국민건강보험제도는 환자들을 대신하여 의료서비스 구매를 독점하는데 비용대비 효과를 극대화하기 위하여 환자의 진단과 치료에 적정기준을 정하고, 이를 의사들에게 강요하면서 의료전문가인 의사의 의학적 판단을 제한하거나, 무시하는 경우가 발생한다. 또한 진단과 치료절차에 대한 구체적이고 행정적인 심사를 통해 의학전문가들의 자율적인 업무를 제한하고, 규정에 따라 표준적인 의료를 하도록 강제한다. 이와 같은 상황에서 의사들이 스스로 진료나 치료방침을 정하고, 이를 통해 구성원들의 행동양식을 규제하는 것과 같은 자율성은 약해지게 되었다[5].

셋째, 전문가 구성원에 대한 통제를 국가가 주도하고 있다. 즉, 의사들은 국가가 통제하기 전에 미리 자신들의 직업윤리를 만들어 구성원들의 일탈행동을 규제하고 처벌하는 등 스스로의 역량으로 전문가 구성원들을 관리 및 통제하지 못하였다. 결국 국가가 나서서 직업윤리에 관련된 법과 규정을 만들고, 이를 위반한 의료인의 면허를 강제적으로 정지하거나 취소시키는 방식으로 의사들을 통제하고 규제하였다. 문제는 이러한 상황이 반복이 되면서 의사들은 자율적으로 구성원들의 일탈행위들을 통제할 수 있는 역량을 만들어내지 못하고 있다[4].

넷째, 우리나라의 의사단체들은 공익을 위해 자발적인 희생이나 헌신을 통해 대중으로부터 신뢰와 존경을 얻는 대신, 구성원들의 기득권을 보호하기 위하여 전문성이나 독점적인 권위를 내세우면서 정부에 로비를 하거나, 필요하다면 파업과 같은 단체행동도 불사하는 등 배타적 전문주의에 가까운 행태를 보이고 있다[6]. 예를 들어 2000년 정부가 직역간 전문성을 제고하고, 의약품 오남용과 같은 당시 사회적인 문제를 해결하기 위하여 의약분업을 시행한다고 발표하자 의권

을 쟁취하기 위한다는 이유로 의사단체는 전국적인 파업을 주도하였다. 2020년 정부는 의사수가 부족함을 이유로 공공의대 신설 및 10년 동안 한시적으로 의대정원을 증가시키겠다고 발표하였고, 이에 전국 종합병원에 근무하는 전공의들이 집단으로 파업하였고, 의대생들은 의사국가시험 응시 거부와 동맹휴학과 같은 집단행동에 들어갔다[7]. 의사들이 동맹으로 파업을 할 권리가 있는지, 그리고 이러한 파업이 정당한 것인지는 논외로 하더라도 이와 같은 의사단체들이 주도한 전국적인 동맹파업은 자신들의 기득권을 지키겠다는 것으로 비추어지면서 일반시민들의 지지를 받지 못하고 비판의 대상이 되었다[2]. 또한 한의사와 같은 다른 전문직이 자신들의 영역이나 기득권을 침범하는 경우에도 매우 민감하게 반응을 하면서 판결을 내린 법원을 비판하였다[8]. 하지만 우리 사회 약자들의 건강권을 어떻게 보장할 것인지나 열악한 근로환경을 가진 근로자들의 건강권 침해문제와 같은 민감하고 어려운 사회적인 문제들은 물론 수익만을 추구하는 의료 상업주의적인 파행적인 진료행태나 편법적인 수익추구에 대해서는 매우 소극적이거나 침묵하였다. 또한 의료 민영화에 찬성하거나 건강보험보장성 강화를 반대하는 등 사회적으로 지지를 받기 어려운 여러 행위들을 보여주었다[7]. 이러한 의사단체의 행동은 결국 사회로부터 신뢰는 고사하고 많은 비판을 받았고, 자율성을 획득하는 대신 통제의 대상이 되었다.

3. 배타적인 전문주의를 배제하고 사회의 신뢰를 회복하는 방법

앞서 특집논문에서도 기술한 바와 같이 의학전문직업성, 특히 자율성을 인정받기 위하여 가장 중요한 것은 사회로부터 신뢰를 회복하고 지원을 받는 것이라고 생각한다. 사회의 신뢰나 지원이 없이는 의학직업전문성에 필수적인 자율성도 얻을 수 없기 때문이다. 하지만 사회의 신뢰와 지원을 받는다면 비록 최소 부담으로 최대의 사회복지를 목표로 하는 국가정책 및 비용대비 효과를 극대화하려는 단일건강보험제도 아래서도 어느 정도의 자율성을 인정받을 수 있을 수 있을 것이고, 중앙집권적인 국가의 직접적인 통제로부터 벗어나 일정수준의 자기규제를 할 수 있는 권리를 부여받을 수 있을 것이기 때문이다. 그렇다면 의사들은 어떻게 해야 사회로부터 신뢰를 회복할 수 있을까?

첫째, 긴급한 사회문제에 대하여 적극적인 협조와 타협이 필요하다고 생각한다. 물론 이러한 적극적인 협조와 타협에는 일정정도의 양보나 자기희생이 필수적이다. 만약 양보나 자기희생이 싫다고 해서 사회문제 해결을 위하여 협조하거나 타협하지 않고 끝까지 거부한다면 국가는 행정력과 입법력을 동원할 것이고, 의사들은 결국 모든 것을 잃을 뿐 아니라, 타율적인 개혁의 대상으로 전락할 것이다. 개혁의 대상이 되는 순간 사회로부터 신뢰와 지원을 통한 자율성 획득은 요원한 일이 될 것이다. 가장 대표적인 사회문제라고 한다면 개인적으로는 의대정원 증원 및 진료보조인력(physician assistant, PA) 문제라고 생각한다. 정부는 지방의 의료인력 및 산부인과, 소아과 등 필수의료인력이 부족한 이유가 절대적인 의사수가 부족하기 때문으로 판단하고 의대정원을 늘리고자 하고 있다. 하지만 의사들을 대변하는 가장 대표적인 의사단체인 대한의사협회는 현재 의대정원을 유지해도 의사수가 2047년이면 OECD 평균보다 높아질 것이고, 필수의료 붕괴를 해결하기 위해서 의대정원을 늘리는 것은 절대 합의할 수 없다고 맞서면서 대안으로 수가인상 및 형사적 소송을 제한하거나 철폐할 것을 요구하고 있다[9]. 두 주장 모두 문제가 있다고 생각한다. 의대 정원을 늘린다고 하더라도 이러한

효과는 10년 후에나 나타날 것이지, 지금의 필수의료인력이나 지역의료인력 부족과 같은 사회적 문제를 해결해 주지는 않는다. 또한 늘어난 의사들이 필수의료인력이 되거나, 지방에서 근로하리라는 보장도 없다. 그렇다고 수가를 인상하고 형사소송을 제한하거나 철폐하면 지방의료 및 필수의료 인력부족 문제가 해결된다는 주장도 신뢰할 수 없다. 특집논문[1]에서 이야기한 바와 같이 현재의 젊은 의사들은 돈을 아무리 많이 준다고 해도 어렵고 힘든 진료과목을 하기 꺼려하고, 돈은 적게 벌더라도 워라밸이 잘 지켜지는 진료과목을 선호한다. 또한 중소도시보다는 인프라가 잘 갖추어진 수도권이나 대도시에서 근무하기를 원하기 때문이다. 형사소송이 제한된다고 하더라도 민사소송과 같은 문제들은 해결되지 않고 남아있기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 현재 의사수가 절대적으로 부족한 것은 사실로 보인다. 2023년 'OECD 보건통계 2023의 주요 분야별 세부내용'에 따르면 우리나라의 보건수준 및 국가의 수준현황에 따르면 '한의사를 포함'한 임상의사수는 인구 1,000명 당 2.6명으로 OECD 국가 중에서 두 번째로 적었다[10]. 이 정도라면 다른 나라와 비교해 의사수가 충분하다고 보기는 어렵다. 의사인 지역의 국립대학교병원장들도 지역의료 위기가 심각함을 이유로 의대증원을 요청하고 있는 상황이다[11]. 종합병원급 의료기관에서 진료보조인력(PA) 문제도 마찬가지이다. 이들은 의료현장에서 현재 상당한 역할을 수행하고 있으나, 규범적으로 이들이 하는 행위는 무면허의료행위이다. 이러한 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 진료보조인력의 의료행위를 합법화하기 위한 논의나 협의를 통한 입법이 필요한 상황이다. 하지만 의사단체는 이러한 논의나 협의에 참여하기를 거부하고 있다[12]. 이러한 자세로는 사회로부터 신뢰와 존경을 받기 어렵다고 생각한다. 의사단체는 지방의료인력 및 필수의료인력 부족, 진료보조인력과 같은 사회문제들을 해결하기 위하여 적극적으로 협력하고, 필요에 따라서는 스스로 기득권을 포기하는 모습을 보여야 할 것으로 생각한다. 이러한 희생을 통해 사회로부터 신뢰와 존경을 얻을 수 있고, 이를 통해 궁극적으로 자율성을 획득할 수 있을 것으로 생각한다.

둘째, 의사단체가 나서서 의사들의 공익활동을 의무화해야 한다고 생각한다. 현재 의사면허를 획득하거나 유지하는데 공익활동의무는 없다. 단지 의사국가시험을 통과하면 이후에 3년마다 근무지를 등록할 때 교육평점 및 필수평점과 같이 재교육에 참여하였는지 여부만 판단하고 있다. 하지만 유사한 전문가인 변호사의 경우, 연간 일정 시간 이상 공익활동에 종사할 것을 의무화하고 있다. 공익활동 시간과 내용은 지방변호사회에 따라 다르지만, 연간 20–30시간 이상 공익활동을 하도록 정하고 있다[13]. 이러한 사회적 공익활동에는 법률원조제도, 무료법률상담, 각종 변호사단 운영, 사법연수생 실무수습지도 등이 있다[14]. 이러한 공익활동에 대한 관리나 감독이 부실하다는 비판도 있지만, 그렇다고 해서 이러한 공익활동 의무가 변호사들이 돈벌이에만 집착한다는 편견을 없애고, 사회적 책무를 다하기 위해 노력한다는 긍정적인 의의까지도 부정할 수는 없을 것이다. 의사단체는 변호사단체와 마찬가지로 구성원들의 사회적인 공익활동참여 및 그 정도를 규정하고, 적극적으로 도와야 한다고 생각한다. 만약 연간 최소공익활동시간을 채우지 못하면 근무지등록을 인정하지 않거나 혹은 다른 방식을 통해 의사들의 공익활동을 강제할 수 있을 것이라고 생각한다. 이러한 공익활동은 의료취약지에 대한 의료봉사는 물론 헌혈이나 응급환자구조나 대기, 의과대학생 임상실습지도 등 학생교육이나 사회가 필요로 하는 곳에 하는 모든 활동을 모두 포함한다면 구성원들이 공익활동의무를 실행하는데 크게 어려움은 없을 것으로 생

각한다. 이러한 공익활동은 의사들이 사회로부터 신뢰를 회복하고, 이미지 개선에도 도움이 될 것으로 생각한다.

마지막으로 의사단체는 전문직 구성원들의 일탈적인 행동들을 제어할 수 있도록 더욱 노력해야 한다. 사회가 강제하고 있는 법규나 규칙들은 우리가 사회구성원으로서 지켜야 하는 최소한의 규칙일 뿐이다. 이러한 법규나 규칙만을 따른다면 이는 자율성을 잃는 것이다. 자율성을 지키기 위해서는 사회에서 정한 법규나 규칙보다 훨씬 더 엄격한 잣대로 구성원들을 규제하고 통제하여야 한다. 예를 들어 환자진료에 있어 보험급여 의료행위대신 훨씬 비용이 비싼 비급여의료행위를 조장하거나, 불필요한 검사나 치료를 하는 등 과잉진료가 만연하면서 사회적으로 많은 비난을 받고 있다. 하지만 현재의 의사단체는 이와 같은 문제가 발생하는 원인은 낮은 의료수가 때문이라고 하면서 의료수가를 높여야 한다고만 주장하고 있다. 물론 의료수가가 너무 낮은 것은 사실이고, 수가를 높여 달라고 하는 주장도 정당하다. 하지만 의사단체는 구성원들의 과도한 일탈행위들을 통제하고 제어하는 것도 필요하다. 이를 위하여 지나친 과잉진료나 과도한 비급여의료행위에 대한 신고센터를 운영하여 적발된 의사나 의료기관에 대하여 직접 경고 혹은 경찰고발을 하거나, 과잉진료의 주된 원인으로 지목을 받고 있는 진료수익에 과대한 인센티브제도를 시행한 병의원의 명단을 공개하는 방식 등으로 충분히 자정행위를 할 수 있겠다. 의사에 의한 환자 및 구성원 사이의 성추행이나 성폭력 사건, 그리고 교수에 의한 전공의 폭행사건도 마찬가지이다[15,16]. 의사단체는 이미 발생하여 사회적으로 문제를 일으킨 사건에 대하여만 수동적으로 조치를 취하기 보다는 환자나 구성원에 대한 성추행이나 성폭력, 폭행금지 예방교육은 물론 신고센터를 운영하면서 사회에서 정한 법규나 규칙보다 더욱 엄격한 자율적인 규제를 해야 한다고 생각한다. 이러한 자율적인 규제만이 사회로부터 신뢰를 얻을 수 있고, 이를 통해 자율성을 획득할 수 있다고 생각한다.

4. 마치며

지금까지의 논의를 통해 우리나라에서 전문직업성이 발달하지 않은 원인과 전문직업성을 회복하기 위하여 의사단체가 할 수 있는 해결책을 논의해 보았다. 물론 특집논평에서 이야기한 바와 같이 의사들은 평균적으로 더 도덕적이지도, 덜 도덕적이지도 않을 것이기 때문에 의사 스스로가 다른 사회나 집단보다 더 도덕적이게 되고, 동시에 자신의 기득권을 내려놓는다는 것은 매우 어려울 것으로 생각한다. 하지만 의학직업전문성을 얻기 위해서는 의사 개인은 물론 의사단체도 함께 열심히 노력하는 수밖에 없다고 생각한다. 그리고 이러한 노력에는 많은 고통과 희생을 수반할 것이다. 하지만 이러한 헌신과 희생은 사회로부터 신뢰와 존경을 획득하게 될 것이고, 이를 통해 비로소 진정한 의미의 직업전문성을 획득할 것이라고 생각한다.

색인어

직업전문성; 헌신; 희생; 자기규제; 자율성

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Cheong Y. critical care crisis and medical professionalism . Korean J Med Ethics 2023;26(4):

245-256.

[2] Cheong Y, Cho H, Park S, et al. Ethical considerations on physicians' strike in Korea. Korean J Med Ethics 2000;3(2):161-182. https://doi.org/10.35301/ksme.2000.3.2.161

[3] Kim KI. Crisis and response to the medical profession: the need to discuss professionalism [Internet]. Seoul: Daily Dental; 2017 [2023 Nov 12]. Available from: https://dailydental.co.kr/news/article.html?no=97878

[4] Lee SY. State, physicians and professionalism. Korean J Soc Welf Stud 2003;21:137-160.

[5] Ahn D. Development of medical professionalism in South Korea. J Korean Med Assoc 2011;54(11): 1137-1145. https://doi.org/10.5124/jkma. 2011. 54.11.1137

[6] Kim HS. The limits and alternatives of medical professionalism against the commercialization of health care system. Soc Sci Res 2013;31:145-164.

[7] Jang D. The physician's professional ethics - strike, rights and duty. Moral Ethics Educ 2023;79:171-186. https://doi.org/10.18338/kojmee.2023..79.171

[8] Lee JH. "Korean Medical Association" oriental medicine doctor ultrasound "regret and anger at the verdict of not guilty for using the device" [Internet]. Seoul: Doctors News: 2023 [2023 sep 14]. Available from: https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=151411&sc_word=%ED%95%9C%EC%9D%98%EC%82%AC%20%EC%B4%88%EC%9D%8C%ED%8C%8C&sc_word2=

[9] Jeong KS. The number of doctors for essential and emergency medical service is on shortage, but consensus on solution is conflicting [Internet]. Seoul: Medical News; 2023 [cited 2023 Jun 22]. Available from: http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2199856

[10] Park YM. The latest edition of OECD statistics showed that the number of doctor in Korea is lack [Internet]. Seoul: Medical Times; 2023 [cited 2023 Jul 25]. Available from: https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1154707

[11] Koh JM. Regional national college will raise reginal doctors by themselves including the number of medical student and resident [Internet]. Seoul: Young Doctor; 2023 [cited 2023 Oct 27]. Available from: https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3010676

[12] Shin HJ. KMA is strongly against illegal and unlicensed medical practice by physician assistants [Internet]. Seoul: Medical Observer; 2023 [cited 2023 Jun 22]. Available from: http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=324188

[13] Shin YS. 30,000 Won is enough to complete the service: There are a lot of tricks for pro bono activity [Internet]. Seoul: Hankuk Economy; 2018 [2023 Nov 12]. Available from https://www.hankyung.com/article/2018032081801

[14] Kim K, Son J. Public interest activities and lawyer education of bar association and law schools. Korean Lawyer Assoc J 2021;70(1):282-311. https://doi.org/10.17007/klaj.2021.70.1.009

[15] Song SY. Obstetrician-gynecologist sexually assaulted patient after surgery… Medical Council, disciplinary procedures [Internet]. Seoul: Young Doctor; 2021 [2023 Nov 12]. Available from https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2014718

[16] Kim JY. A resident at Chosun University Hospital said, "The professor hit him with an iron pipe and extorted money" [Internet]. Seoul: Young Doctor; 2023 [2023 Nov 28]. Available from https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3011334

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 295-301 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 295-301 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

The Cause of Underdevelopment of Professionalism in Korea and the Solution

PARK Chang-Bum[1]

Abstract

The author of the target article argues that restoration of medical professionalism is the key to solving the crisis in essential healthcare in South Korea. However, the target article fails to explain the reasons why medical professionalism is underdeveloped in this country and what could be done to overcome this situation. The present article, which attempts to fill this lacuna, suggests at least two reasons why medical professionalism is underdeveloped in South Korea. First, medical professionalism did not arise in this country in order to gain the trust and respect of patients; rather, it is something that the Korean government imposed upon doctors in an attempt to control them. Second, by implementing national health insurance for all citizens, the government has intervened excessively in medical decision-making and thereby weakened doctor's autonomy. This article also addresses the question of how South Korean doctors can acquire medical professionalism. Three suggestions are put forward. First, the active cooperation of all members of society is needed to determine exactly what is expected of doctors. Second, doctors should be required to do community service like other professionals. Third, medical associations must set higher standard than the law and strive to have their members adhere to them.

Keywords

professionalism; dedication; sacrifice; trust; respect

1 Professor, Department of Internal Medicine, Kyung Hee University College of Medicine.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 303-308 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 303-308 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.303

의학전문직업성 2.0

이경도[1]

본 논평은 2023년 특집논문 "필수의료의 위기와 의학전문직업성"에 대한 것이다. 한국의 왜곡된 의료 현실에 있어서 의학전문직업성의 중요성과 그 역할을 구체적으로 여러 차례 지적하셨던 저자의 논문에 논평을 하게 된 것 자체를 감개무량하게 생각한다는 점을 먼저 밝힌다. 본 논평은 그 논문의 지적과 제언을 대체적으로 수용하나, 그 내용과 의도를 보다 명확하게 한다는 목표를 지니며, 마지막으로는 기존 제언에서 한 발짝 더 나아간 제언을 제시하며 마무리하려 한다.

논문에서 제시하고 있는 필수의료의 위기와 의학전문직업성 확립 간의 관계가 다소 모호하다는 점에서부터 논평을 시작하려 한다. 물론 저자는 근치적 치료를 설명하는 부분에서 모든 원인을 관통하며 해결할 수 있는 어떤 명확한 정책적 대안을 다루지는 않을 것임을 밝혔다. 그러면서 의학전문직업성의 중요성을 제시하고, 그 대안적 적용 방법으로 긍정윤리를 제안하고 있다. 그런데 과연 그것이 필수의료 위기의 해소와 어떤 관련이 있는지 논문의 내용만으로는 명확하지 않다. 예를 들어, 의학전문직업성이 필수의료 위기에 대한 해법이 전혀 되지 못하더라도 의사라면 준수하고 추구해야 할 이상으로 의학전문직업성을 다시 한번 제안하고 있는 것인지, 혹은 그것이 우리 사회 전반에 확산된다면 미약하더라도 하나의 해법이 될 수 있다는 주장인지 확실치 않다. 혹 어떤 이들은 이러한 논지를 지나치게 해석하여, 의대생 일부는 지방의 필수의료 영역에 종사하도록 집단적으로 독려하거나, 최소한 그러한 이상을 교육해야 한다는 뜻이라 해석할 수 있다. 물론 필자가 보기에 이러한 방식의 해석은 오독에 가깝다고 보이나, 반대로 이를 명백하게 오독이라 주장할 수 있는 근거를 찾기도 쉽지 않아 보인다.

저자는 필수의료 위기에 대한 원인을 상당히 구체적으로 지적하고 있는데, 일부 원인과 관련해서는 저자의 의도를 비교적 명확하게 파악할 수 있다. 특히 그 원인 중 의사의 자율규제 미비와 실손보험의 과도한 팽창 및 그에 따른 의료 상업주의에 대한 대책으로서 의학전문직업성의 역할과 중요성은 충분히 이해할 만하다. 예를 들어, 과도하게 이윤추구적인 과잉진료 및 처방과 관련된 그 어떤 자율규제나 윤리지침이 미흡한 현 상황에서 최소한의 이상향 설정은 그나마 현 상황을 개선할 수 있도록 하는 첫 발걸음일 수 있다. 이미 저자의 과거 논문[1]에서도 제시된 바가 있기도 하고, 근치적 치료를 설명하는 부분에서도 과잉진료와 의료 상업주의에 대항하는 의학

투고일: 2023년 11월 10일, 심사일: 2023년 11월 10일, 게재확정일: 2023년 11월 24일
1 울산대학교 의과대학 인문사회의학교실, 연구조교수. e-mail: kdleemd@amc.seoul.kr
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6784-8861

전문직업성의 역할을 상대적으로 상세히 기술하고 있다. 또, 결론 부분에서 의사 개개인의 도덕성을 지적하는 것이 그 해법을 모색하는 데에 중요하지 않다는 점을 저자가 지적하고 있듯이, 개별적인 의료 행위는 물론이고, 의료 제도라는 측면에도 의학전문직업성을 적용하여 최소한의 이상향 설정과 그 이상향을 공유하는 집단으로서의 의사 집단을 제언하고 있다면 필수의료 위기라는 현 상황의 일부 원인에 대한 해법으로 그 논지를 받아들일 수 있을 것으로 보인다.

그러나 본 논평은 이런 방식의 해석을 택하더라도 아직 명확치 않은 한 부분을 지적하려고 한다. 바로 저자가 소개하고 있는 의학전문직업성에 대한 기존 설명으로 의학전문직업성이 의료 제도 수준에서 어떻게 적용될 수 있는지 파악하기 힘들다는 점이다. 저자는 의학전문직업성이 의사–환자 관계에 있어서 자신이나 병원의 이익을 환자의 이익보다 우선해서는 안된다고 설명하고 있으며,[1] 환자가 환자의 신체에 자칫 해가 될 수도 있는 의사의 권고에 따르게 되는 것이 바로 의사가 환자의 이익을 대변할 것이라는 믿음에 기초하고 있다고 설명한다. 조금 더 이 부분을 자세히 들여다보면, 결국 의사는 환자의 이익을 대변해야 하는 역할을 지니며, 그러한 역할에 충실할 것이라는 신뢰에 기초하여 의사의 자율성과 지위가 확보될 수 있다는 것이다. 이러한 설명은 물론 미시적인 의사–환자 관계에 있어서는 지극히 당연해 보이나, 거시적인 의료 제도의 관점에서 본다면 일부 모순과 혼선이 불가피하다. 특히 현재 여러 문제의 소지가 되고 있는 정책적 맥락을 들여다 보면 더욱 그러하다. 예를 들어, 환자가 실손보험을 통해 비급여 서비스를 무료로 제공받는다고 할 때[2] 과연 담당 의사가 그 서비스를 처방하지 않는 것이 환자의 이익을 진정 대변하는 행위인지 명확하지 않은 경우가 흔하다. 구체적인 사례를 들어 설명하면, 장염과 탈수 증세가 있어 지역사회 의원에 내원한 환자의 경우, 이 환자가 실손보험 처리를 통해 수액 치료를 무료로 받을 수 있고, 탈수 증세 회복에 약간의 도움이 된다면 오히려 그 치료를 받는 것이 이 개별 환자에게는 이득이 될 수도 있을 것이다. 그 경우에 물론 보건의료 전체 재정의 관점에서 그 수액 치료가 과연 비용대비효과가 높고 재정 투입이 정당한지 판단하는 것은 전혀 다른 이야기일 것이다. 그러나 최소한 개별적인 환자의 이익이라는 관점에서는 과연 그 수액 치료를 해악만 주는 비윤리적인 처방으로 규정할 수 있을지 의문이며, 저자가 소개하고 있는 기존 의학전문직업성 모델은 그 처방과 관련된 자율규제를 명확히 설정하는 데에 역부족으로 보인다.[3]

1) 이 부분의 논지도 아직 명확하지는 않다. 환자의 이익을 의사 자신의 이익보다 얼마만큼 우선해야 하는지, 그리고 고용된 의사는 고용주의 이익을 환자의 이익보다 얼마만큼 우선해야 하는지 명확하지 않다. 물론 이러한 논쟁점에도 불구하고, 저자는 긍정윤리를 제안함으로 최소한의 논의의 틀을 마련하고자 하는 것으로 보인다.

2) 물론 실손보험료를 이미 지불하였을 테니 엄밀히 말해 무료로 이용하는 것은 아닐 것이다.

3) 여러 다른 사례들이 있으나, 지면의 한계로 인해 모두 소개하지는 못했다. 예를 들어, 의학적으로 사망률을 명확히 감소시키지 못하나, 비용을 발생시키는 모든 종류의 건강검진 서비스를 과잉진료라고 규정할 수도 있을 것이다. 물론 그러한 건강검진 서비스를 이용하는 선택이 환자의 입장에서 타산적이라고 보기는 힘들겠지만, 이를 환자에게 해만 가하는 선택으로 확신할 수 있을 지도 미지수이다. 환자가 관련된 불안감과 일말의 위험성을 감소시키려는 이유로—비록 그 이유가 일부 비합리적이더라도—그 비용을 기꺼이 내고자 한다면 환자에게 그 서비스가 전혀 이득이 되지 못한다고 확신할 수 없다고 본다. 그렇다면 기존 의학전문직업성 모델로는 의사가 어떤 역할을 담당해야 할지 명확치 않다. 의사는 그러한 환자의 욕구와 선택을 대변해야 하는가 혹은 반대로 그를 제한해야 하는가? 아니면 의사는 환자가 그러한 서비스를 더욱 값싸게 그리고 더욱 자유롭게 선택할 수 있도록 정책적 그리고 정치적으로 노력해야 하는가?

물론 위와 같은 비급여 서비스가 환자에게 이득은 전혀 없이 해악만 가져다 주는 때에는 아예 처방하지 않는 것이 환자의 최선의 이익에 부합할 것이다. 최소한 그러한 경우, 기존 의학전문직업성 모델로도 과도한 비급여 처방 및 소위 과잉진료와 그에 따른 실손보험 팽창에 대한 해법을 일부 제시할 수도 있을 것이다. 그러나 안타깝게도 생각보다 그러한 경우가 흔치 않을 뿐 아니라, 기존 모델은 저자가 들고 있는 필수의료 위기에 대한 여러 다른 원인을 해소하는 데에도 역부족으로 보인다. 그 중 서울 대형병원으로의 쏠림과 같은 현상을 살펴보자. 예를 들어, 암 수술을 받으러 수도권에서 먼 지역에서 서울의 한 대형병원으로 상경하는 환자와 환자 보호자의 욕구가 과연 전혀 근거가 없으며, 그들에게 그 선택이 진정 최선의 이익을 추구하는 데에 전혀 도움이 되지 않는지 확실치 않은 경우가 훨씬 흔하다. 물론 그들이 상경하는 데에 따르는 불편과 소요되는 비용과 시간을 생각해볼 때 이를 완벽히 타산적인(rational) 선택이라고 보기도 힘들겠지만, 그것을 무조건 막거나 제한하는 것이 개별 환자들의 이익에 도움이 된다고 확신하기도 힘든 경우가 많다.[4] 그렇다면 의사가 서울의 대형병원으로 가고 싶어하는 환자의 욕구와 선택 앞에서 진료의뢰서를 항상 써주는 것이 의학전문직업성의 관점에서 정당한가? 만약 어떤 의사나 의사 집단이 그러한 환자들의 욕구와 선택을 제한해야 한다는 주장을 펼치게 된다면 그들은 환자의 이익에 반하는 주장을 하고 있는 것인가? 의학전문직업성의 관점에서 진료의뢰서 작성은 어떤 경우에 정당하고 또 정당하지 않은 것인가?

이 문제의식에서 조금 더 나아가면, 혹자는 기존 의학전문직업성 모델을 확장하여 전체 환자 집단이라는 총체적인 관점을 도입한다고 주장할 수 있다[2, 3]. 즉 의학전문직업성은 개별적인 환자의 이익을 추구하는 데에만 적용되지 않고 환자 전체의 이익과 그 정의로운 분배를 추구할 수 있는 제도나 문화 등을 형성하는 데에도 적용되어야 한다는 것이다. 필자는 이러한 주장에 상당부분 동의하며, 장기적인 한국 의학전문직업성의 발전 방향이라고 인정하나, 생각보다 개별적인 사안에 있어서 그 구체적인 적용은 간단치 않다. 다시 장염 환자에 대한 수액 치료를 떠올려보자. 물론 전체 보건의료재정의 효율적인 사용이라는 측면에서 볼 때 일반적인 장염 환자에게 수액 치료가 비용대비효과적인 경우는 흔치 않을 것이다. 다시 말해, 전체 환자라는 집단적인 관점에서는 수액 치료를 처방하지 않는 것이 그 전체의 이익을 추구하는 데에 적합할 수 있다.[5] 그러나 여기에서 만약 담당 의사가 의학전문직업성에 따른 적절한 진료는 환자 집단 전체의 이해를 추구하는 것이어야 한다고 해석하여 이 환자로 하여금 수액 치료를 받지 못하게 한다면 오히려 그 환자는 자신의 담당 의사를 자신의 이익의 대변자(advocate)로 신뢰하지 못하게 될 수도 있다. 즉, 의사가 자신이 담당하는 개별적인 환자보다 환자 전체 혹은 더 넓게는 사회의 이익을 생각하는 순간, 담당 환자와의 신뢰에 금이 갈 수 있는 경우도 충분히 존재하며 이와 같은 경우 단순한 접근은 오히려 의사–환자 관계에 독이 될 수도 있다[5].

4) 물론 의료자원의 효율적인 분배와 지역 간 공정한 분배라는 관점에서는 그러한 욕구와 선택을 제한해야 할 필요가 일부 있을 것이다. 그러나 개별적인 환자를 진료하는 개별 의사의 관점에서 어떻게 행동해야 하는지를 규정하는 작업은 단순하지 않다.

5) 죄수의 딜레마(The prisoner's dilemma)로도 설명 가능하다[4]. 즉, 실손 보험을 가진 이들이 아무도 수액 치료를 받지 않는 상황 하에 그 중 환자 한 명에게는 수액 치료를 보험의 혜택을 빌어 무료로 받는 것이 이해타산적인 선택일 것이다. 그러나 이렇게 이해타산적인 선택을 모두가 하게 되면 보험료가 가파르게 상승하고, 오히려 그들 모두의 이익에 도움이 되지 않는다.

아직 한국에서는 위와 같이 개별적 환자의 이익 대변자로서의 의사와 전체 제도를 설계하는 역할로서의 의사 간 발생할 수 있는 미묘한 긴장 관계를 깊이 있게 다루지는 못했던 것으로 보인다. 물론 2017년 개정된 한국 의사윤리지침에서도 의료자원의 편성과 배분에 능동적으로 참여하도록 하는 등 의학전문직업성이 개별적인 의사-환자 관계를 넘어서서 적용되어야 함을 설명하고 있다[6]. 하지만 그것이 실제 어떤 방식으로 적용될 것인지 구체적인 보건의료제도 측면에서 다루고 있는 문헌은 찾기 어려우며, 특히 수가 인상을 대표로 하는 보건의료재정 확충을 요구하는 입장에서—그 요구가 합리적인지 비합리적인지를 떠나서—더 나아가지 못하고 있는 실정이다.[6)] 참고로 이와 관련된 논의는 20세기 후반 미국에서 의사의 처방과 진료 행위를 보험사에서 규제하려 했던 관리의료체계(managed care) 도입 시기에 비교적 활발하게 이루어졌으며, 물론 최근까지도 이어지고 있다[3, 8, 9]. 실제 이러한 흐름에 따라 미국의사협회 윤리지침을 포함하여 여러 윤리지침에서도 의사는 비용과 상관 없이 개별 환자의 최선의 이익만을 추구하기 보다는 보건의료자원의 청지기(steward)로서 비용-인식적인(cost-conscious) 진료를 할 수 있도록 주문하고 있다[10].

이 짧은 논평문에서 명확한 해답을 제시하지는 못하겠으나, 긍정윤리를 제시하는 저자의 제안을 다시 곱씹어보며 이 글을 마치려고 한다. 결국 의료 제도라는 측면에까지 적용되어야 할 새로운 차원의 의학전문직업성은 특히 현재의 한국적 맥락에서는 단일한 방향의 준칙 혹은 법칙으로 환원될 수 있는 단계에 아직 도달하지 못한 것으로 보인다. 저자의 제안대로, 새로운 이상향을 설정하기 위한 출발점으로 최소한 보건의료자원의 유한함을 직시하며, 보건의료제도라는 구체적 맥락 위에 자신의 진료 행위가 이루어지고 있다는 사실을 이해하는 것이 필요하지 않을까 생각한다. 이러한 방향성 위에서 의학전문직업성 버전 2.0을 고민하고 논의할 때가 된 것은 아닌지 생각해 본다.[7)]

색인어

의학전문직업성; 의료윤리; 필수의료; 긍정윤리; 보건의료제도

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Cheong Y, Park SG. What factors promote

6) 예를 들어, 의사가 (개별적인) 환자의 최선의 이익을 추구해야 한다는 의무가 존재한다면 의료 비용에 일종의 한계점(cap)을 부과하는 포괄수가제나 총액계약제 등 모든 종류의 인두제적(capitation) 요소가 있는 보건의료제도에 반대해야 할 것이며, 고비용이라도 높은 질이나 효과를 지닌 의료 서비스라면 그 사용을 촉진할 수 있는 모든 제도적 변화에 힘써야 할 것이다. 이와 같은 논지는 실제 포괄수가제를 반대하는 대한의사협회 측 주장에서도 찾아볼 수 있으며—그것이 옳고 그른 지와는 상관 없이—최소한 일부 정합성(coherency)을 띄고 있다[7]. 물론 이 또한 현재로서는 과연 한국의 의사 집단이 지닌 혹은 지녀야 할 정책적 스탠스나 의학전문직업성에 입각한 방향성이 명확해 보이지 않는다.

7) 필자 개인적으로는, 이러한 거시적인 보건의료 제도 위에서 적용될 새로운 의학전문직업성 발전 및 개발이 바로 의학교육에서의 의료시스템과학(health systems science) 도입이 지닌 중요한 하나의 역할이자 목표로 생각한다. 그 도입 자체에 대한 비판도 여럿 존재하나, 필자는 그 도입의 필요성을 보여줄 수 있는 한 사례가 아닐까 싶다[11]. 물론 본 논평문에서는 자세히 이에 대한 주장을 펼치지는 않을 것이다.

overtreatment in Korea?: Causative considerations and solutions to overtreatment. Korean J Med Ethics 2016;19(3):375-389. https://doi.org/10.35301/ksme.2016.19.3.375

[2] Daniels N. The ideal advocate and limited resources. Theor Med 1987;8:69-80. https://doi.org/10.1007/BF00539767

[3] Emanuel EJ. Medical ethics in the era of managed care: The need for institutional structures instead of principles for individual cases. J Clin Ethics 1995;6(4):335-338. https://doi.org/10.1086/JCE199506409

[4] Parfit D. Reasons and persons. Oxford: Oxford University Press; 1986.

[5] Mechanic D. Dilemmas in rationing health care services: The case for implicit rationing. Br Med J 1995;310(6995):1655-1659. https://doi.org/10.1136/bmj.310.6995.1655

[6] Park SK, Yoo SH, Kwon BK, Kim DK, Kim OJ, Kim JH, et al. Development of a commentary on the ethical codes and guidelines of the Kossrean Medical Association and its utilization plans. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2020.

[7] Kim DH, Noh H. the Chairman of KMA, claims that the DRG payment system must not be implemented [Internet]. Seoul: Doctorstimes; 2012 [cited 2023 Nov 1]. Available from: http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=151462&replyAll=&reply_sc_order_by=C

[8] Pearson SD, Sabin JE, Emanuel EJ. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. N Engl J Med 1998;339(10):689-693. https://doi.org/10.1056/NEJM199809033391009

[9] Eyal N, Williams B. When offering a patient beneficial treatment undermines public health. Bioethics 2023;37(9):846-853. https://doi.org/10.1111/bioe.13216

[10] Moleman M, Zuiderent-Jerak T, Lageweg M, et al., Doctors as resource stewards? Translating high-value, cost-conscious care to the consulting room. Health Care Anal 2022;30:215-239. https://doi.org/10.1007/s10728-022-00446-4

[11] Kim T. Introduction of America's health systems science education and its criticism. Korean J Med Hist 2022;31(3):519-546. https://doi.org/10.13081/kjmh.2022.31.519

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 303-308 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 303-308 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

Medical Professionalism Version 2.0

LEE Kyungdo[1]

Abstract

In the article "The crisis in the essential healthcare system and medical professionalism," the author suggests that discussions about how to solve the crisis in the South-Korean essential healthcare system should be grounded in medical professionalism, which is itself based on the individual doctor-patient relationship. The author claims that restoring medical professionalism will mitigate the negative consequences of the current crisis by preventing doctors from prescribing unnecessary treatments and therefore restraining medical consumerism and the rapid expansion of the private health insurance system. This commentary raises questions about how medical professionalism, of which the primary focus lies in the individual doctor-patient relationship, could be applied in the macro-level. It is argued that in order to address macro-level healthcare issues, the conventional concept of medical professionalism needs to be revised and strengthened.

Keywords

professionalism; medical; ethics, delivery of health care; bioethics

1 Research Assisant Professor, Department of Medical Humanities and Social Medicine, University of Ulsan College of Medicine.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 309-315 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 309-315 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

['필수의료의 위기와 의학전문직업성'에 대한 논평] https://doi.org/10.35301/ksme.2023.26.4.309

의학전문직업성 고양을 위한 덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델 구축 방안 제안

목광수[1]

1. 들어가는 글

정윤석(이하 저자)은 논문 '필수의료의 위기와 의학전문직업성'에서 한국의료가 직면한 위기를 "철학 없는 보건의료정책의 불합리성을 박리다매, 3분 진료로 버티던 의사들이 비급여 진료라는 워라밸 높은 분야로 쏠리게 된 점, 여기에 '빅5병원'의 문어발식 확장으로 인한 의료전달체계의 붕괴, 실손 보험으로 인한 환자와 의사들의 도덕적 해이가 기름을 부은 형국"이라고 분석한다. 그리고 이에 근본적으로 대응하기 위해 보건의료 정책 측면과 의학전문직업성(medical professionalism) 측면에서의 개선이 필요하다고 주장한다. 두 측면 모두를 중시하는 저자는 논문에서 후자에 초점을 두고, 이를 고양하기 위한 방향으로 제시되는 기존의 '지침화'의 규범 윤리는 의료인에게 요구되는 최소치를 제시할 수는 있지만, 지향할 이상(ideals) 제시에는 취약하다고 비판한다. 저자는 대안으로 윤리의 이상을 추구하는 '긍정 윤리'(positive ethics)를 제안한다.

본 논평은 의학전문직업성을 회복하려는 기존의 '지침화' 방식의 한계를 저자가 부정확하게 분류하여 실효성이 약한 대안을 제시하였다고 비판한다. 본 논평은 의학전문직업성을 강화하고 의료인의 윤리의식을 고양하려는 방안으로 '덕성 중심(virtue-based)의 의료인 윤리 교육 모델' 구축 방안을 제안하고자 한다.

2. 윤리 실천을 위한 윤리 층위 구분과 협업

저자는 기존의 의학전문직업성 논의가 "지침화, 규범화"의 지침 중심이었다고 제대로 파악하면서도, "금지와 제재"의 부정적 표현이 주도적인 지침을 "각종 선언과 윤리강령, 4원칙 등 원칙 중심의 규범 윤리"라고 잘못 분류함으로 긍정적 표현 주도적인 '긍정 윤리'를 대안으로 제시하는 실수를 범한다. 규범 윤리는 어떤 행위가 옳은지 또는 그른지, 어떤 삶이 좋은 삶인지 아닌지, 혹은 어떤 성품이 좋은 성품인지 아닌지 등의 윤리 문제를 규칙(rule or principle)이나 덕성(virtue) 등으로 이론화하는 윤리 논의이다. 규범 윤리는 학문적인 차원에서 규범의 원리나 토대가 무엇이냐에 따라 크게 의무론(deontology), 공리주의(utilitarianism), 덕 윤리(virtue ethics) 등으로 구분된다. 따라서 규범 윤리에는 부정적인 표현의 금지뿐만 아니라, 저자가 '긍정 윤리'라고 표

투고일: 2023년 11월 9일, 심사일: 2023년 11월 10일, 게재확정일: 2023년 11월 24일

1 서울시립대학교 인문대학 철학과, 교수. e-mail: epistle7@uos.ac.kr
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9522-8416

현한 이상 등의 내용도 포함된다. 예를 들어, 긍정 심리학적 토대에서 제시되는 '긍정 윤리'는 긍정적인 표현과 관련해 덕성 함양을 강조하는 덕 윤리에서도 볼 수 있다[1]. 긍정 윤리는 규범의 토대나 원리에 대한 구분이 아니라, 내용의 표현 방식이 긍정적인지 아니면 부정적인지의 구분과 관련되기 때문이다[2]. 그렇다면 저자가 '지침화'라고 문제를 제기한 부분은 표현 방식이 부정적이라는 것이라기보다는 의학전문직업성을 통해 추구하려는 윤리 의식 고양이 취약하다는 점일 것이다. 왜 '지침화' 중심의 의학전문직업성 논의가 윤리 의식 고양에 취약할까? 그리고 어떻게 실효성을 높일 수 있을까? 이러한 물음들에 답을 모색하기 위해서는 먼저 윤리 용어가 다양한 층위에서 다른 목적과 의미로 제시된다는 윤리의 세 층위 구분 논의를 살펴보자.

실천과 관련된 주제들을 논의할 때 윤리 용어가 '이론 윤리 층위', '제도 윤리 층위', '개인 윤리 층위'의 세 층위에서 서로 다르게 사용되기 때문에 윤리 용어를 사용하고 이해함에 있어서 어떤 층위에 해당하는 것인지를 파악해야 하며, 다른 층위와의 협업을 통해 제대로 사용될 필요가 있다[3]. '이론 윤리 층위'는 학문적 차원에서 윤리를 논의하는 층위이며, 이 층위에서 실천을 목적으로 하는 윤리 이론들은 강조점에 있어서는 서로 다를 수 있지만 형식적으로는 1인칭 관점의 규범성(normativity), 2인칭 관점의 관계성, 3인칭 관점의 보편성이 통합되어 있다[4]. 예를 들어, 생명의료윤리 영역에서 대표적인 저서인 『생명의료윤리의 원칙들』도 초판부터 8판까지의 개정 과정에서 1인칭 관점의 덕성 논의, 2인칭 관점의 도덕적 지위 논의, 3인칭 관점의 원칙 중심 논의가 통합적으로 체계화되면서 이론으로 자리매김할 수 있었다[5]. '이론 윤리 층위'는 다른 층위들의 토대가 되기도 하지만, 다른 층위들로부터 현실성 있는 이론을 제시하라는 요구를 받기도 한다. '제도 윤리 층위'는 사회적으로 시급한 윤리 문제를 해결하기 위해 분명하고 특정한 지침과 규정, 또는 강령 같은 3인칭 관점의 보편성을 표현하는 내용들을 제시하는데, 이 내용들은 주로 '이론 윤리 층위'에 토대를 두고 있다. 의사 윤리 강령, 윤리 지침, 윤리 헌장 등으로 제시되는 윤리들이 '제도 윤리 층위'의 사례이다. '개인 윤리 층위'는 개인들이 윤리 실천을 도모하게 하는 동기 부여(motivation)와 관련된 가치관, 세계관, 신념 등과 관련된 1인칭 관점의 규범성과 관련된 층위이다. 이 층위 또한 '이론 윤리 층위'에 토대를 두고 있으며, '제도 윤리 층위'로부터 사회에서 통용될 수 있는 윤리의 범위를 제공받는다.

윤리의 세 층위 구분 방식을 현 논의에 적용해 보면, 저자가 부정적인 윤리 내용을 담은 '지침화'로 분류한 기존의 윤리 규정과 강령은 '이론 윤리 층위'의 규범 윤리라기보다는 규범 윤리의 내용을 '제도 윤리 층위'에서 소극적으로 지침화한 규정들로 분류하는 것이 적절할 것이다.[1] 더욱이 저자가 대안으로 제시하는 '긍정 윤리' 또한 3인칭 관점의 보편성을 강조하는 '제도 윤리 층위'에 속한다.[2] 다른 영역이지만 인공지능 윤

1) '제도 윤리 층위'에서 제시되는 윤리 강령이나 윤리 지침 등에 부정적인 표현들이 많은 것은 사실이지만, 이것은 우연적이지 본질적인 것은 아니다. 예를 들어, 2017년에 개정된 대한의사협회의 '의사윤리강령'의 전체 10개 내용은 대부분 긍정적인 표현으로 되어 있다.

2) 긍정 심리학적 관점에서 제시되는 '긍정 윤리'와 덕 윤리와의 관련성은 긍정 윤리가 실천적 동기를 강조하는 1인칭 관점의 규범성 논의인 '개인 윤리 층위'와 관련될 여지가 있음을 보여준다. 실제로 긍정 윤리가 심리학적 관점에서 볼 때 윤리적 딜레마와 같은 문제 해결에서도 효과적임을 보이기도 한다[1]. 어쩌면 저자가 의학직업전문성 강화를 위한 대안으로 '긍정 윤리'를 제시한 것은 이런 실천 효과에 주목했을지도 모른다. 그러나 이러한 관련성은 우연적인 것이지, 긍정 심리학 자체가 1인칭 관점의 규범성을 강조하는 '개인 윤리 층위'와 본질적으로

리 영역에서 분석된 기존 논의에 따르면, 인공지능 윤리가 '제도 윤리 층위'에서 많이 사용되어 수많은 강령과 지침 등이 제시되었지만, 실질적인 윤리 실현과 실천으로 나타나지 않았다고 한다[6,7]. 왜냐하면, 윤리 강령과 지침은 추상적인 원칙이어서 구체적인 행위지침(action-guiding)으로 나타나기 어려울 뿐만 아니라, 실천을 도모하는 동기 부여 구조 자체를 결여하고 있어 규범성 내재화가 어렵기 때문이다. 이러한 '제도 윤리 층위'를 윤리의 전부로 이해할 경우, 윤리가 실천 도모에 취약하다는 성급한 결론에 도달할 수 있다. 그런데 윤리의 세 층위 구분에 따르면, 윤리 실천과 실현을 위해서는 3인칭 관점의 보편성 중심으로 제시된 지침이나 강령을 자신의 의무로 규범화하고 동기부여하는 1인칭 관점의 '개인 윤리 층위'가 필수적이다. 따라서 저자가 '지침화'에도 불구하고, 윤리 실현이 잘 되지 않는 현상을 보고 대안으로 제시할 것은 또 다른 지침에 불과하거나 우연적으로 실천을 도모할 수 있는 '긍정 윤리'가 아니라, '제도 윤리 층위'의 지침과 강령을 1인칭 관점의 규범성으로 본질적 차원에서 내재화하고 동기 부여하는 '개인 윤리 층위'의 윤리여야 한다.

3. 덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델

저자는 의료인들이 의학전문직업성의 윤리 의식을 함양하고 실천하게 하고자 한다. 저자는 과거에는 이런 의학전문직업성이 어느 정도 의료인들 사이에 공유되었지만 최근에 약화된 것을 우려하며 '긍정 윤리'라는 대안을 제시한다. 그런데 앞에서 분석한 것처럼, 제대로 된 대안은 또 다른 지침이거나 우연적으로 실천을 도모하는 논의가 아니라, 본질적으로 1인칭 관점의 규범성에 토대를 둔 '개인 윤리 층위' 논의로의 전환이다. 이에 대해 과거에는 '개인 윤리 층위' 강조 없이도 윤리 실현이 도모되었기에, 이러한 전환이 필요한지에 대한 의구심이 생길 수 있다. 과거에는 의료 영역에서 명시적인 1인칭 관점의 '개인 윤리 층위'를 주목함 없이 '제도 윤리 층위'의 윤리 지침과 강령만으로도 윤리 실천이 가능했던 것은 의료 영역에 내재한 전문직 문화가 의료인들에게 어느 정도 내면화되어 있었기 때문이다. 히포크라테스와 같은 의사 본보기를 따라야 한다는 높은 윤리적 행위에 대한 기대치와 의료 전문직 문화로 인해 1인칭 관점의 규범성이 가치관과 신념으로 작동했던 것이다[8]. 따라서 '개인 윤리 층위'에 대한 강조와 주목 없이도 윤리 강령이나 지침과 같은 '제도 윤리 층위'만으로 전문직 문화에서 구현되는 윤리 실천이 가능했던 것이다. 그런데 문제는 저자도 지적하는 것처럼 현재는 이런 전문직 문화가 약화되거나 부재하다는 것이다. 이런 상황에서 '제도 윤리 층위'의 지침과 강령은 더 이상 윤리 실천으로 연결되지 않을 뿐만 아니라, 이를 토대로 제시되는 기존의 교육은 윤리가 강제와 억압이라는 부정적 인식을 조장하기 쉽다[8]. 따라서 전문직 문화가 약화되거나 부재한 상황에서 윤리 실천을 도모하기 위해서는 1인칭 관점의 규범성을 내면화하고 동기부여하는 '개인 윤리 층위'의 윤리에 주목할 필요가 있다.

그렇다면 의학전문직업성의 윤리 의식 고양을 위해 '개인 윤리 층위'에서 제시할 만한 윤리 모델은 무엇일까? 본 논평은 과학자들의 덕성 함양을 목적으로 제시된 '과학적 덕성(scientific

관련된 것은 아니다. 왜냐하면, '긍정 윤리'에는 덕 윤리와 달리 규칙이나 원칙을 강조하면서도 긍정적인 표현을 담고 있는 윤리 내용들이 포함될 수 있는데, 이런 내용들은 '개인 윤리 층위'와 무관할 뿐만 아니라, 덕 윤리 또한 다른 윤리 층위에서도 사용될 수 있기 때문이다.

virtue) 모델'에 따라 '덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델'을 구축하자고 제안한다[9,10][3]. 과학적 덕성 모델은 과학 연구와 관행이 윤리적으로 이뤄지기 위해서는 과학자들의 덕성을 함양하는 것이 필수적이라는 전제 아래, 과학자들의 덕성 목록을 구성하여 이를 워크숍 교육을 통해 강화하고자 한다.[4] 과학적 덕성 모델은 1단계 과학적 덕성 목록 제시, 2단계 과학적 덕성 교육 방법 모색, 3단계 과학적 덕성 교육 워크숍 실시로 구성된다. 1단계의 과학적 덕성 목록은 과학자들이 갖는 목표로서의 가치가 전문직 덕성(vocational virtue)으로 나타난다는 이론적 토대 아래 5년 동안 모범이 되는 미국 과학회(National Academy of Science) 연구자들과의 인터뷰를 포함해 과학 연구자 1,100여 명과 대면 또는 전화 인터뷰, 온라인 설문조사 등의 경험 연구와 아리스토텔레스의 덕 윤리 등의 이론 연구가 협업하여 과학적 덕성 목록을 구성하였다. 이렇게 제시된 목록의 10개 핵심 가치는 정직, 호기심, 인내심, 객관성, 증거에 대한 겸손, 주의 깊음, 회의주의, 용기, 협동심, 정확함이었다. 2단계 과학적 덕성 교육 방법은 참여자들의 성향이나 교육 여건에 따라 응용할 수 있도록 이론 중심, 모범 중심, 개념 중심의 세 가지 방식이 모색되었다[11]. 이론 중심 방식은 과학적 덕성을 체계적인 이론 중심으로 제시하는 것이고, 모범 중심 방식은 특정 과학적 덕성을 실제로 보여주는 인물을 탐구하는 것이며, 개념 중심 방식은 개별 과학적 덕성 자체를 고찰하게 한다. 3단계 과학적 덕성 교육 워크숍은 참여자들에게 적절한 방법을 모색하여 실시되었다. 개념 중심의 교육 방식을 적용한 과학적 덕성 모델은 한 번의 워크숍에서 2개의 덕성 개념을 1개의 개념에 각각 45분 동안의 개념 중심 교육을 진행하여 참석자들의 덕성 함양의 효과를 입증했다[12].

과학적 덕성 모델을 따라 덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델을 구축하려는 것은 두 모델 모두 전문직을 대상으로 하고 있기 때문이다. 더욱이 의료인 또한 과학자처럼 진리를 발견하는 연구 활동도 하고 있어서 양자의 관련성이 깊어 보이기 때문이다. 그렇다고 해서 과학적 덕성 모델을 그대로 의료 영역에 적용할 수는 없을 것이다. 과학자들의 전문직 덕성과 의료인의 전문직 덕성이 같지 않을 뿐만 아니라, 양자의 문화와 환경 또한 차이가 있기 때문이다.[5] 의료인 덕성 목록은 이론 연구와 경험 연구의 협업을 통해 구성

3) 덕 윤리의 윤리 내용은 다른 윤리 이론들이 그런 것처럼 세 개의 윤리 층위에서 모두 사용될 수 있지만, 인간의 감정과 관련된 덕성(virtue) 논의에 토대를 둔다는 점에서 1인칭 관점의 '개인 윤리 층위'의 윤리 교육 모델에 보다 효과적으로 보인다. 왜냐하면, 아리스토텔레스가 『니코마코스 윤리학』에서 말하는 것처럼, 성격적 탁월성인 덕성은 반복적인 활동을 통해 습관화된 중용(mesotēs)의 품성 상태인데, 이러한 품성상태는 행위자에게 내면화되어 실천으로 구현됨을 전제하기 때문이다. 비슷한 맥락에서 덕 윤리를 의료인 교육에 적용하자는 시도들이 있다[9].

4) 과학 영역에서 기존의 윤리 의식 함양 교육 모델로 주목 받던 '책임 있는 연구 수행'(responsible conduct of research) 교육 모델은 인간 및 동물 피험자 보호, 데이터 조작 문제, 저자 문제, 이해 상충 문제 등의 주제 등에 대한 규칙이나 지침을 제시하였는데, 이 모델이 윤리적 상대주의를 초래하여 효과적이지 않을 뿐만 아니라, 윤리가 강압적이라는 부정적 인식을 확산하는 법률 준수 모델(the legalistic model)로 인식된다는 문제를 야기하였다[11]. 과학적 덕성 모델은 이러한 기존 모델의 한계를 극복하여 과학자들의 윤리적인 문화를 창출하려는 시도로 제시되었다. 윤리에 대한 층위 구분법에 따르면, '책임 있는 연구 수행' 교육 모델은 3인칭 관점의 '제도 윤리 층위'의 윤리를 '개인 윤리 층위'에 적용해 보려는 시도로 보이고, 과학적 덕성 모델은 1인칭 관점의 '개인 윤리 층위'의 윤리 접근 자체로 볼 수 있다.

5) 본 논평은 '과학적 덕성 모델'의 3단계 방식을 따라 '덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델'을 구축하자고 제안하는 것이지, 이에 대한 구체적인 모습을 제시하는 것이 아니다. '덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델'의 구체적인 내용은 의료인들과의 인터뷰와 설문조사 등을 기반으로 1단계인 의료인 덕성 목록이 정해져야 가능하기 때문이다.

되어야 한다. 사례가 될 만한 몇 가지 이론 연구를 살펴보면, 의료인에게 가장 근본적인 덕성은 돌봄이라는 분석이 있으며[13], 『생명의료윤리의 원칙들』은 악의 없음, 정직함, 인테그리티, 양심적임, 믿음직함, 성실함, 감사하는 마음, 진실성, 애정이 깊음, 친절함 등을 도덕적 성품으로 제시하고 있다[14]. 이러한 이론 연구들을 토대로 의료인들에게 인터뷰와 설문조사 등을 통해 의료의 목적이 무엇인지, 그리고 바람직한 의료인의 모델은 누구인지, 의료인에게 요구되는 가치가 무엇인지 등을 조사하여 의료인 덕성 목록을 구성할 수 있다. 이렇게 구성된 덕성 목록들을 가지고 적절한 교육 모델에 따라 정기적으로 의료인들을 대상으로 워크숍을 진행한다면 의료인의 덕성 함양에 기여할 수 있을 것이다.

4. 나오는 글

필수의료의 붕괴와 같은 한국 의료에 대한 위기감이 고조되고 있는 현시점에 논문 '필수의료의 위기와 의학전문직업성'은 위기에 대한 진단과 대안을 모색하고자 한다. 사회적으로는 의대 정원 증가, 수가 인상, 필수의료기관 네트워크 형성 등의 보건의료 제도와 정책 모색에 치중하고 있지만, 저자는 이러한 정책만으로는 불충분하고, 반드시 의학전문직업성을 회복하고 강화하는 방안이 동반되어야 한다는 입장을 취한다. 본 논평은 이런 입장에 동의하면서 대안 모색에 있어서 약간의 수정을 통해 실천적인 대안을 제시하고자 했다. 본 논평은 의학전문직업성을 확립하여 의료인의 윤리 의식을 고양하기 위해서는 1인칭 관점의 규범성을 강조하는 '개인 윤리 층위'에 주목해야 한다고 주장했다. 또한 '개인 윤리 층위'에서 사용될 수 있는 모델로 '덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델'을 구축하여 실질적인 교육에 적용하자고 제안했다. 과학적 덕성 모델이 실질적 효과를 학문적으로 입증한 것처럼, '덕성 중심의 의료인 윤리 교육 모델'이 구축되어 실행된다면 한국의료의 위기를 극복하는 데 기여할 것으로 기대된다.

색인어

전문직업성; 이론 윤리 층위; 제도 윤리 층위; 개인 윤리 층위; 과학적 덕성; 긍정 윤리

Conflict of Interest

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

REFERENCES

[1] Handelsman MM, Knapp S, Gottileb MC. 53 Positive ethics. In: Snyder CR, Lopez SJ, eds. Handbook of positive psychology. New York, NY: Oxford University Press; 2001. pp.731-744.

[2] Knapp S, Gottileb MC, Mitchell M. Positive ethics. In: Lopez SJ, ed. The Encyclopedia of positive psychology. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009. pp.717-721.

[3] Mok K. Classifying three tiers of ethics and exploring their relationship in the era of science and technology: focusing on artificial intelligence ethics. Pan-Korean Philos 2020;98(3):179-208. https://doi.org/10.22932/pkps.2020.98.3.179

[4] Mok K. A structure of moral theory: a starting point for moral discussions in the era of artificial intelligence. J Philos Ideas 2019;73:163-195. https://doi.org/10.15750/chss.73.201908.006

[5] Mok K. The principles of biomedical ethics and virtue-based approach. Korean J Ethics 2020;9(2):1-24. https://doi.org/10.38199/KJE.9.5

[6] Hagendorff T. The ethics of AI ethics: an evaluation of guidelines. Minds Mach 2020;30:99–120.

https://doi.org/10.1007/s11023-020-09517-8

[7] McNamara A, Smith J, Murphy-Hill E. Does ACM's code of ethics change ethical decision making in software development? Proceedings of the 2018 26th ACM Joint Meeting on European Software Engineering Conference and Symposium on the Foundations of Software Engineering; 2018; Lake Buena Vista FL. pp.729-733.

[8] Wolpe PR. Reasons scientists avoid thinking about ethics. Cell 2006;125(6):1023-1025. https://doi.org/10.1016/j.cell.2006.06.001

[9] Kim S. The relationship between virtue ethics and medical professionalism. Asia Pac J Health Law Ethics 2011;5(2):123-144. https://doi.org/10.38046/apjhle.2011.5.2.001

[10] Pennock RT. An instinct for truth: curiosity and the moral character of science. Cambridge, MA: MIT Press; 2019.

[11] Pennock RT, O'Rourke M. Developing a scientific virtue-based approach to science ethics training. Sci Eng Ethics 2017;23:243-262. https://doi.org/10.1007/s11948-016-9757-2

[12] Berling E, McLeskey C, O'Rourke M, et al. A new method for a virtue-based responsible conduct of research curriculum: pilot test results. Sci Eng Ethics 2019;25:899-910. https://doi.org/10.1007/s11948-017-9991-2

[13] Ryu J. The role of medical professionals and moral virtues. Korean J Ethics 2020;9(1):59-78. https://doi.org/10.38199/KJE.9.3

[14] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York, NY: Oxford University Press; 2019.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호): 309-315 ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4): 309-315 ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

[Commentary on "Critical Care Crisis and Medical Professionalism"]

A Proposal for a Virtue-based Medical Ethics Education Model for Health Professionalism

MOK Kwangsu[1]

Abstract

This commentary argues that although the author of the target article correctly characterizes the contemporary understanding of medical professionalism as guideline-driven, he errs in classifying negative guidelines as 'normative ethics' and proposing 'positive ethics' as an alternative. The problem with what the author calls 'guideline-driven' medical professionalism is that it understands ethics only in terms of its 'institutional tier,' which is one of three recognized tiers in ethics terminology. To respond to this problem, it is necessary to complement the 'individual tier" of ethics, which internalizes the normativity of the first-person perspective and motivates ethical practice, with other elements. To this end, this commentary proposes to construct a virtue-based medical ethics education model, one that is analogous to the scientific virtue model. The construction of this virtue-based medical ethics education model involves three steps: (a) developing a list of medical virtues, (b) exploring how medical virtues can be taught, and (c) holding medical virtue education workshops. Just as the scientific virtue model has proven its practical effectiveness through three steps, it is expected that the virtue-based medical ethics education model proposed in this article will play an important role in overcoming the crisis in Korean healthcare.

Keywords

professionalism; theory tier of ethics; institution tier of ethics; individual tier of ethics; scientific virtue; positive ethics

1 Professor, Department of Philosophy, University of Seoul College of Humanities.

Korean Journal of Medical Ethics

- 한국의료윤리학회 회칙 318
- 『한국의료윤리학회지』 투고규정 323
- Instructions to Authors on Preparing Manuscripts 329
- 『한국의료윤리학회지』 심사규정 335
- Regulations on Reviewing Manuscripts 338
- 한국의료윤리학회 연구윤리 규정 341
- 한국의료윤리학회 편집위원회 규정 345
- The Korean Journal of Medical Ethics Editorial Board Regulations 347
- 한국의료윤리학회 2023년 10월~12월 회무보고 349

한국의료윤리학회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

https://medicalethics.jams.or.kr
06132 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20, 역삼현대벤처텔 1317호
e-mail: ksmeeducation@gmail.com

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

한국의료윤리학회 회칙

2020년 11월 28일 개정

제1조 (명칭) 본 회는 한국의료윤리학회(영문 표기는 The Korean Society for Medical Ethics)라 칭한다.

제2조 (목적) 본 회는 의료윤리학과 의료윤리교육 발전에 기여하고 회원들 사이의 학술, 교육, 연구 및 정책 등의 공동관심사 논의와 친목도모를 목적으로 한다.

제3조 (사업) 본 회는 제2조의 목적을 이루기 위하여 다음 각 호의 사업을 수행한다.

1. 의료윤리학과 의료윤리교육에 관한 연구활동과 발표 및 정책개발
2. 의료윤리교육 활동
3. 학술지와 학술도서 간행
4. 국내외 관련 학술단체와 교류
5. 상기 목적사업을 위한 수익활동
6. 기타 학회발전에 관한 사항

제4조 (회원의 종류) 본 회 회원의 종류는 일반회원, 준회원, 명예회원 및 기관회원으로 한다.

제5조 (입회) ① 일반회원은 의료윤리학과 의료윤리교육에 관심을 가진 인사로 한다.

② 준회원은 의료윤리학과 의료윤리교육에 관심을 가진 학생으로 한다.

③ 명예회원은 본 회 또는 의료윤리학과 의료윤리교육계에 공헌이 많은 인사로서 이사회의 결의를 거쳐 추대한다.

④ 기관회원은 본 회 목적에 찬동하는 의료교육기관 및 관련 단체로 한다.

제6조 (회원의 권리) ① 모든 회원은 본 회의 학술대회 등에 참석할 수 있다.

② 모든 회원은 학회지와 간행물을 배포 받을 권리가 있다.

제7조 (회원의 의무) 회원은 회비를 납부할 의무를 진다. 단, 기관회원은 별도의 기관 찬조금을 납부하며, 명예회원은 회비를 면제한다.

제8조 (회원의 자격 상실) 다음 각 호의 1에 해당하는 회원은 그 자격을 상실한다.

1. 본인의 탈퇴 신고
2. 회원의 사망
3. 회원의 제명
4. 회원의 회비 납부 의무를 연속하여 3회 이행하지 않은 경우

제9조 (회원의 제명)

① 회원이 본 학회의 명예를 심각하게 훼손한 때 또는 본 학회의 목적에 위배되는 중대한 행위를 한 때에는 총회의 의결로 제명할 수 있다.

② 제명에 관한 총회의 의결은 출석 회원의 과반수의 찬성으로 한다.

③ 회원이 그 자격을 상실하거나 제명을 당하였을 때에는 기존에 납입한 일체의 회비에 대하여 반환을 청구할 수 없다.

제10조 (임원) ① 본 회에는 다음과 같은 임원을 둔다.

1. 회장 1명
2. 부회장 5명 내외
3. 이사 40명 내외
4. 상임이사 10명 내외
5. 감사 2명

② 회장은 학회를 대표하고 학회의 운영을 관장하며 총회와 이사회의 의장이 된다.

③ 부회장은 회장 유고시 회장의 직무를 대행한다.

④ 이사 중에 총무이사, 기획이사, 교육이사, 학술이사, 간행이사, 교재출판이사, 대외협력이사, 무임소이사 등 상임이사를 둘 수 있다.

⑤ 감사는 정기총회에서 선출한다.

⑥ 부회장, 이사 및 상임이사는 회장이 임명한다.

⑦ 임원은 정기총회일로부터 정기총회 날까지 2년의 임기로 하되 연임할 수 있다. 단, 개정 회칙에 의한 임원의 임기는 잔여임기로 한다.

제11조 (회장 선출)

① 차기 회장은 현 회장 임기 마지막 정기이사회에서 선출한다.

② 정기이사회에 참석한 이사들만 투표권을 갖는다.

③ 선출된 회장은 정기총회의 인준을 받는다.

④ 회장후보자는 직전 2년 이상의 자격을 유지한 학회 회원으로서 본회 임원의 경력이 있는 자이어야 한다.

⑤ 회장 후보자가 되기를 희망하는 자는 자필 소명을 한 자신의 소개서를 학회에 제출하여야 하며, 학회는 자격을 심사하여 이를 이사회에 보고한다.

제12조 (상임이사의 업무)

① 총무이사 – 학회 업무를 총괄, 학술이사와 함께 정기학술대회 준비

② 기획이사 – 학회 발전 방향 계획, 학회에서 주관하는 연구사업 기안

③ 학술이사 – 정기학술대회 및 학회 학술활동 프로그램 및 연자 섭외

④ 간행이사 – 학회지 발간 업무

⑤ 교재출판이사 – 학회에서 수행하는 연구사업 결과물과 학회관련 간행물 발간 업무
⑥ 교육이사 – 의료윤리교육 업무
⑦ 재무이사 – 예산, 결산 및 학회 재정확보와 경비지출 관련 업무
⑧ 국제협력이사 – 해외 유관학회 및 기관과의 협력 업무
⑨ 대외협력이사 – 국내 유관단체와의 협력 업무
⑩ 법제이사 – 학회 활동의 법률지원과 법조계와의 유관업무
⑪ 정보이사 – 학회 홈페이지 운영 업무
⑫ 홍보이사 – 학회 홍보 업무
⑬ 무임소이사 – 학회 업무의 자문 및 이사회 활동 보조업무

제13조 (명예회장) 전임 회장 중에서 학회와 의료윤리학계의 발전에 크게 공헌한 인사를 이사회의 결의와 총회의 인준을 거쳐 명예회장으로 추대한다.

제14조 (고문) 의료윤리학회에 공이 많은 원로 회원 중에 약간 명을 이사회의 결의와 총회의 인준을 거쳐 고문으로 추대한다.

제15조 (회의) 본 회에는 다음 각 호와 같은 회의와 위원회를 둔다.

1. 총회
2. 이사회
3. 상임이사회
4. 편집위원회: 『한국의료윤리학회지』의 간행과 관련한 사안을 논의하기 위하여 편집위원장이 운영하는 편집위원회를 둔다.
5. 의료윤리교실 운영위원회: 의료윤리교실의 운영에 관한 사안 논의하기 위하여 운영위원회 위원장이 운영하는 의료윤리교실 운영위원회를 둔다.

제16조 (총회) ① 정기총회는 매해 학술대회 때 회장이 소집하며 임원선출, 회칙개정, 사업계획, 예산결산 등의 제반 사항을 심의 · 의결한다.
② 임시총회는 회장이 필요하다고 인정하거나 일반회원의 1/3 이상이 요청할 때 회장이 소집한다.
③ 회장은 회의 안건을 명기하여 7일 전에 각 회원에 통지하여야 한다. 이 통지는 본 학회에 등록된 회원의 전자우편주소로 발송할 수 있다.

제17조 (이사회) ① 정기이사회는 정기학술대회 때 회장이 소집하며 본 회의 사업과 예산결산 등을 심의한다.
② 임시이사회는 회장이 필요하다고 인정하거나 이사의 1/3 이상이 요청할 때 회장이 소집한다.
③ 상임이사회는 연 2회 이상 개최함을 원칙으로 한다. 명예회장과 고문은 회장의 요청에 의해 상임이사회에 참석할 수 있다.

제18조 (위원회)
① 본 회의 제반 회무의 원활한 수행을 위해 회장은 위원회를 상설할 수 있다.
② 필요에 따라 특정 임무를 한시적으로 수행하기 위해 회장은 전문위원회를 설치할 수 있다.
③ 각 위원회의 위원 수는 위원장 포함 7명 내외로 하며 위원장은 임원 및 해당 상임이사로 한다. 총무이사는 위원회 대신 1인의 총무간사를 둘 수 있다. 단, 편집위원회의 구성은 별도의 규정에 따른다.
④ 위원은 해당 위원장의 추천에 의하여 회장의 인준을 받아 선임된다.
⑤ 편집위원회는 회장이 임명하는 임기 2년의 편집위원장을 두며, 간행이사가 겸임할 수 있다.

제19조 (산하위원회) 본 회는 그 산하에 의료윤리와 관련된 연구회 또는 분과를 둘 수 있고 연구회는 다음 사항을 준수하여야 한다.
① 연구회는 의료윤리와 관련된 주제를 연구하여야 한다.
② 연구회의 모든 회원은 반드시 학회의 회원이어야 한다.
③ 연구회는 연구회 회칙을 제정하여 상임이사회의 승인을 받아야 한다.
④ 연구회는 매년 정기이사회에 수행한 활동과 향후 활동 계획을 보고하여야 한다.
⑤ 연구회의 실적에는 "한국의료윤리학회 산하 연구회명"이라고 명기하여야 한다.
⑥ 연구회가 수익 사업을 운영하는 경우 학회는 간접비를 요구할 수 있다.
⑦ 연구회는 누적된 간접비의 범위 내에서 활동 지원비를 학회에 요청할 수 있다.
⑧ 연구회는 학회 연구비 관리규정을 준수하여 활동 지원비를 집행하여야 한다.
⑨ 연구회가 상기 사항을 위반하였을 때에는 상임이사회에서 재적 상임이사 과반수 출석과 출석 상임이사 2/3 이상의 찬성으로 해산을 의결할 수 있다.
⑩ 연구회가 해산하였을 때에는 지원된 활동 지원비의 잔여금 전액을 학회에 반납하여야 한다.

제20조 (의결정족수) ① 총회의 의결은 출석회원 과반수의 찬성으로 한다.
② 이사회 기타 의결은 출석인원 과반수의 찬성으로 한다.
③ 회원 등은 피위임자와 위임범위 등을 명시한 소정 양식의 위임장에 의하여 의결에 참여할 수 있다.

제21조 (재정) 본 회의 재정은 이사회비, 회비, 찬조금, 기타수입으로 충당한다. 본회의 회계연도는 당해 연도 12월 1일부터 차기 연도 11월 30일까지로 한다.

제22조 (회칙 개정의 발의) 본 정관의 개정안은 회원 7인 이상의 명의 또는 이사회의 결의로서 발의할 수 있다.

제23조 (회칙 개정의 확정) 본 정관의 개정은 총회에서 출석회원의 3분의 2 이상의 찬성으로 확정된다.

부칙 제1조 (관장) 본 회칙에 명시되어 있지 않은 사항에 관해서는 관례에 따라 회장이 처리한다.

제2조 (시행일) 본 회칙은 1997년 11월 24일부터 시행한다.
제3조 (회칙개정) 본 회칙은 1999년 11월 25일부터 시행한다.
제4조 (회칙개정) 본 회칙은 2008년 12월 1일부터 시행한다.
제5조 (대한의학회 의결) 부칙 제4조에도 불구하고 본 회칙은 대한의학회의 인준을 받은 날로부터 시행한다.
제6조 (회칙개정) 본 회칙은 2009년 12월 5일부터 시행한다.
제7조 (회칙개정) 본 회칙은 2010년 2월 22일부터 시행한다.
제8조 (회칙개정) 본 회칙은 2011년 4월 3일부터 시행한다.
제9조 (회칙개정) 본 회칙은 2014년 12월 1일부터 시행한다.
제10조 (회칙개정) 본 회칙은 2016년 11월 26일부터 시행한다.
제11조 (회칙개정) 본 회칙은 총회 통과 후 대한의학회의 인준을 받은 날로부터 시행한다.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

『한국의료윤리학회지』 투고규정

2022년 5월 11일 8차 개정

▣ 원고에 관한 일반적 지침 ▣

본지는 한국의료윤리학회의 공식 학술지로서, 본지의 투고규정은 국제 의학학술지편집인위원회(International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE)에서 마련한 「의학학술지에 게재되는 학술 저작물의 생산, 보고, 편집 및 출판에 대한 권고안(Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals)」 및 대한 의학학술지편집인 협의회(The Korea Association of Medical Journal Editors, KAMJE)에서 마련한 「의학논문 출판윤리 가이드라인」을 근간으로 이루어졌으며, 다음 사항에 명시되지 않은 사항은 상기 양식의 일반적인 원칙에 따른다.

1. 원고의 종류

『한국의료윤리학회지』는 '의료윤리', '의료윤리를 포함한 의료인문학 교육', '생의학의 윤리적, 법적, 사회적 측면을 다루는 학제적 연구' 내용을 게재한다. 투고자는 원칙적으로 본 학회의 회원으로 제한하고, 편집위원회에서 인정하는 경우 예외를 인정할 수 있다. 게재원고는 원저, 논평, 답변, 편집인 사설 등과 편집위원회에서 청탁한 원고에 국한한다. 청탁 원고 형식으로는 기존 게재원고의 형식 외에도 단신, 보고 등이 가능하다.(원저는 독창적인 이론이나 새로운 지견을 제시하는 논문으로 다양한 형식의 논문도 수용하며, 사례기반논문을 포함한다.)

2. 중복게재

이미 다른 학술지 및 기타 정기간행물에 게재된 같은 언어, 같은 내용의 원고는 투고할 수 없으며, 본지에 게재된 원고를 도서, 보고서 등 타지에 게재하고자 할 때에는 편집위원회의 허락을 구한 후, 논문의 제목, 한국의료윤리학회지 권 호 등 서지사항을 정확히 기록하여 게재한다. 중복 출간은 다른 언어로 독자층이 상이하며, 「의학학술지에 게재되는 학술 저작물의 생산, 보고, 편집 및 출판에 대한 권고안」에서 규정한 요건을 갖춘 경우에만 가능하다.

3. IRB 심의

인간대상연구 논문은 IRB 승인서 또는 심의면제확인서를 제출해야 한다.

4. 이해상충(Conflict of interest)

저자는 자료를 연구하고 해석하는 데 이해상충 가능성이 있는 경우 이를 편집위원회에 알려야 한다. 이해상충의 공개는 ICMJE에서 제공하는 양식(http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf)을 이용한다.

5. 원고제출

원고제출 시에는 형식에 맞추어 작성한 논문의 파일을 온라인 논문투고시스템(https://submission.e-kjme.org)에 표지와 원문 파일로 나누어 업로드한다. 제출된 원고의 내용은 저자가 임의로 변경할 수 없다.

6. 학회지 발간 및 원고접수

본지는 연 4회(3월 31일, 6월 30일, 9월 30일, 12월 31일) 발간하며, 원고는 학회 홈페이지 온라인 논문투고시스템에서 수시로 접수한다. 교신저자는 본학회의 정회원이어야 한다. 원고의 투고 시에는 먼저 투고규정 준수 여부를 다시 한번 확인하고, 교신저자가 저자점검표 및 저작권 이양 동의서를 온라인논문투고시스템에서 작성한다. 형식상의 오류 또는 오자가 많거나 투고규정을 준수하지 않은 원고는 감점한다. 논문 투고에 필요한 서류가 확인되면 접수 확인 메일이 발송된다.

7. 원고심사

투고된 원고는 각각 편집위원회에서 선정한 3인의 심사위원들의 심사를 거친 후 게재 여부가 결정된다. 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원여부가 삭제된 채로 심사된다.

8. 게재료

논문 게재료는 일금 이십만 원(₩ 200,000)이며, 저자가 부담함을 원칙으로 한다. 단, 연구비의 지원을 받은 논문은 사십만 원(₩ 400,000)으로 한다. 편집위원회에서 청탁 의뢰한 논문의 경우, 연구비 지원을 받지 않는 한에서 게재료를 부과하지 않는다.

〈논문게재료입금〉

계좌번호: 신한은행 100-021-780130 예금주: 한국의료윤리학회

9. 편집위원회의 역할

원고 송부 및 편집에 관한 제반 사항은 편집위원회에 문의하며, 원고 중 필요한 때에는 편집위원회의 결의로 원문에 영향을 미치지 않는 범위 내에서 자구와 체제 등을 수정할 수 있다. 제출된 원고는 반환하지 않는다.

〈『한국의료윤리학회지』 편집위원회〉
49201 부산광역시 서구 대신공원로 32 동아대학교 의과대학 의료인문학교실
E-mail: kjmedicalethics@gmail.com

10. 저작권

저작권과 관련해 논문의 내용, 도표 및 그림에 관한 모든 출판 소유권은 한국의료윤리학회가 가진다.

▣ 원고작성에 관한 세부 지침 ▣

1. 원고의 형태

원고는 A4 용지에 상, 하, 좌, 우 모두 25mm 여분을 두고 2열 간격으로 아래아 한글, MS Word를 이용하여 한글이나 영어로 작성한다. 원문 파일에는 페이지 번호와 줄번호를 표기한다.

2. 용어의 표기

의학용어는 가장 최근에 대한의학협회에서 발간된 의학용어집을 준용한다.

3. 표지

논문의 제목, 모든 저자의 이름(Full Name: 홍길동, HONG Kil-Dong), 소속, 지위를 국문과 영문으로 기록하고 ORCID iDs를 적는다. 저자가 2인 이상인 경우에는 연구와 논문 작성에 참여한 기여도에 따라 순서대로 나열하고, 교신저자는 마지막에 적는다. 하단에는 교신저자의 성명, 주소, 전화번호, E-mail 주소를 기술한다. 연구비 수혜, 학회 발표, 감사문구 등 공지사항을 기술하고, 없는 경우 없음을 분명히 명시한다. 표지는 원문파일과 별도로 첨부파일에 업로드한다.

4. 투고 원고의 구성과 순서

연구논문의 원고 순서는 1) 제목, 2) 한글 요약, 3) 국문 색인어(6개 이내), 4) 본문, 5) 참고문헌, 6) 영문 초록, 7) 영문 색인어(6개 이내)로 구성한다. 논평과 답신은 1) 제목, 2) 본문, 3) 참고문헌으로 구성한다. 이때 색인어는 인덱스 메디커스(Index Medicus)에 나열된 의학주제용어(MeSH: Medical Subject Heading)를 사용해야 하며 https://meshb.nlm.nih.gov/search에서 확인한다. 영문색인어의 첫 자는 소문자로 쓴다.

5. 논문 제목 및 초록

논문 제목은 가운데 배열로 표기한다. 논문의 제목은 간결하면서도 논문의 내용을 충분히 나타낼 수 있도록 하고 약자의 사용이나 " … 에 대한 연구나 고찰" 등과 같은 표현은 피하도록 한다. 초록은 줄을 바꾸지 말고 한 단락의 서술형으로 기술한다. 한글 요약과 영문 초록의 분량은 100~200단어 이내로 한다.

6. 본문

(1) 본문은 서론, 본론, 결론으로 작성하며, 본론은 다음의 목차 번호를 따른다.

Ⅰ., Ⅱ., Ⅲ., Ⅳ., ……
1., 2., 3., 4., ……
1), 2), 3), 4), ……
a., b., c., d., ……
ⅰ), ⅱ), ⅲ), ⅳ), ……

(2) 연구 대상에 대한 기술이 필요한 논문의 경우, 성(sex)과 젠더(gender)가 올바른 용어로 사용되었는지 확인한다. 가능하다면 연구 참가자나 동물, 세포 등의 성별을 그 감별 방법과 함께 기술한다. 연구가 명백한 이유(전립선 암 등) 없이 한쪽 성만을 포함하는 등 특정 집단을 배제하였다면 그 이유를 기술한다. 또한 인종, 민족을 어떤 기준으로 정의했는지 규명하고 그 관련성을 정당화할 수 있어야 한다.

(3) 본문에 참고문헌은 벤쿠버 스타일(Vancouver style)에 따르되 저자가 2인인 경우에는 두 사람의 성을 모두 쓰고, 3인 이상인 경우 첫번째 저자의 성과 "et al."을 쓴다. 참고문헌 번호는 대괄호[ ] 안에 기재한다.

[저자 1인] Kamm[19]은 "동일한 것에 의한 대체"라는 개념을 사용해서 다수 구조의 원칙이 공정함을 설명한다.

[저자 2인] Beauchamp & Childress[16]는 "비록 환자가 누군가에게 그 권리를 위임하더라도, 선택은 그 자체로 자율적인 것이다"고 하여 〈가족에게 결정 권한을 위임한 것〉으로 해석하고 있다.

[3인 이상] 또한, Emanuel et al.은 연구대상자 개인뿐 아니라 연구대상자 집단 일반에게 주어질 이익도 함께 고려해야 한다고 지적하고 있다[14].

(4) 참고문헌 외의 인명, 지명, 기관, 단체, 기타의 고유명사는 가능한 한 한글로 사용해야 하며, 원자(原字)는 처음 1회에 한해 괄호 안에 밝힌다. 고유명사를 원자(原字)로 표기할 수 있으며, 만약 약어로 표기하고자 한다면 처음 1회에 한해 전체 고유명사와 약어를 괄호 안에 밝힌다.

(5) 생몰연대를 밝힐 때는 괄호 안에 기록한다. 숫자는 Arabia 숫자를, 모든 단위는 국제표준단위(SI 단위)를 사용한다.

7. 참고문헌

(1) 참고문헌은 밴쿠버 스타일에 따라 영문으로 본문에 인용된 순으로 나열한다. 학술지명은 학술지에서 정한 고유 약어, 미국국립의학도서관의 학술지 약어(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals), KoreaMed 학술지 약어(http://www.koreamed.org/JournalBrowser.php)를 사용한다. 학술지 약어가 없는 경우 전체 학술지명을 적는다.

(2) 저자가 3인 이하이면 전원을, 4인 이상이면 3인만을 기록하고 "et al."을 붙인다.

(3) 참고문헌의 기술은 정기학술지의 경우 저자명, 논문 제목, 학술지명, 발행년도, 권(호), 페이지의 순으로 기술한다. 단행본을 인용할 경우 저자명, 저서명, 판수, 발행지, 출판사명, 발행년도의 순으

로 기재한다.
참고문헌 기술의 구체적 예는 다음과 같다.

[정기학술지]
Teno J, Lynn J, Phillips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? J Clin Ethics 1994;5(1):23-61.

[정기학술지 doi가 있는 경우]
Choi EK, Shin SJ, Yoo SH. Covid-19 and research ethics. Korean J Med Ethics 2021;24(1):1-16. http://dx.doi.org/10.35301/ksme.2021.24.1.1

[단행본]
Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.

[단행본 속의 문헌]
Stufflebeam DL. Foundational models for 21st century programme evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, eds. Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. pp.33-84.

[학위논문]
Won JS. An ethnographic study of caring for dying patient with cancer [Doctorate]. [Seoul(Korea)]: Ewha Womans University; 1993. p.33.

[인터넷 자료]
World Health Organization [WHO]. Mortality country fact sheet 2006 [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2007 Feb 22]. Available from: http://www.who.int/whosis/mort_emro_pak_pakistan.pdf

[신문기사]
Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jun 24:Sect. A:12(col.1.).

8. 그림 및 표

(1) 표와 그림은 영문으로 작성하고, 한글로 작성할 필요가 있는 경우에는 부록으로 처리한다. 이때,

부록은 반드시 본문 중에 인용되어야 한다.

(2) 그림(사진 포함)과 표는 선명하고 간결하게 만들고 반드시 본문 중에 인용되어야 한다. 사용한 모든 약자는 그림이나 표 밑에 풀어 써주며 이외 필요한 설명을 추가하여 본문을 보지 않고도 이해할 수 있도록 작성한다. 같은 단어 또는 숫자가 다음 줄에 나오더라도 반복하여 써야 하며 '위와 같음'으로 쓸 수 없다.

(3) 그림과 표의 제목은 절 혹은 구의 형태로 기술한다. 표에는 수직선을 사용하지 않는다. 기호 사용 시 *, †, ‡, §, ‖, ¶, **의 순으로 하며 이를 하단 각주에 설명한다.

9. 첨부파일

온라인투고시스템에 논문을 투고할 때에는 본문에 제시한 그림과 표를 별도의 파일로 만들어 첨부파일의 '이미지파일', '표파일'난에 올리며, 표지와 ICMJE의 이해상충에 대한 서식(http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf)을 별도의 첨부파일난에 올린다. 저작권이양동의서, 논문유사도검사를 각각의 제출란에 올린다.

10. 기타

본 규정에 명시되지 않은 사항은 편집위원회의 결정에 따른다.

부칙 제1조 (시행일) 본 투고규정은 1998년 9월 1일부터 시행한다.
제2조 (개정) 본 투고규정은 2014년 3월 30일부터 시행한다.
제3조 (개정) 본 투고규정은 2015년 1월 1일부터 시행한다.
제4조 (개정) 본 투고규정은 2017년 3월 8일부터 시행한다.
제5조 (개정) 본 투고규정은 2018년 9월 12일부터 시행한다.
제6조 (개정) 본 투고규정은 2019년 3월 1일부터 시행한다.
제7조 (개정) 본 투고규정은 2019년 9월 1일부터 시행한다.
제8조 (개정) 본 투고규정은 2021년 9월 1일부터 시행한다.
제9조 (개정) 본 투고규정은 2022년 5월 11일부터 시행한다.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

Instructions to Authors on Preparing Manuscripts

Revised on September 1, 2021

▣ General Guidelines ▣

The *Korean Journal of Medical Ethics* is the official journal of The Korean Society for Medical Ethics. The journal follows the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* issued by the International Committee of Medical Journal Editors, except as otherwise indicated in the instructions below.

1. Types of articles

The *Korean Journal of Medical Ethics* publishes articles in the areas of medical ethics and medical ethics education, as well as articles that involve interdisciplinary research on the ethical, legal, or social aspects of biomedicine. In general, the journal accepts articles only from members of The Korean Society for Medical Ethics; however, exceptions can be made in certain cases with the approval of the editorial board. The types of manuscripts acceptable for publication are limited to original articles, commentaries, replies, editorials, and solicited manuscripts. In addition to the existing manuscript format, brief communications and reports are also possible in the case of solicited manuscripts.

2. Overlapping publications

Manuscripts submitted for publication must not duplicate previously published work, including published work of the submitting author(s), and may not be submitted to at any other journal while under review at the *Korean Journal of Medical Ethics*. Duplicate publications may be approved in the case of articles translated from one language to another, but such articles must conform to the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*.

3. IRB deliberation

Authors must submit IRB certification or confirmation of exemption from deliberation when submitting manuscripts that present experimental research.

4. Conflicts of interest

Authors must inform the editor of any potential conflicts of interest associated with the research presented in their submissions.

5. Submission procedure

Authors should upload their manuscripts at the homepage of the Korean Society for Medical Ethics (https://submission.e-kjme.org). Manuscripts cannot be further modified once they have been uploaded.

6. Publication

While the journal is published quarterly (at the end of March, June, September, and December), manuscripts may be submitted at any time of the year through the journal's online manuscript submission system. Manuscripts should conform to the journal's requirements, and corresponding authors should complete the author's checklist and copyright transfer forms. Points will be deducted from manuscripts that fail to conform to the journal's requirements or publication standards. Once all required documents have been received, an email message will be sent to the corresponding author confirming that their submission is complete.

7. Manuscript review process

Submitted manuscripts will undergo a peer review process involving three reviewers chosen by the editorial board. Reviewers will not be informed of the authors' identities, their affiliations, or whether their research was supported by research funding.

8. Article-processing charges

The journal charges an article-processing fee of 200,000 KRW for each manuscript that is accepted for publication or 400,000 KRW for work that was supported by research funding. Solicited manuscripts will not be subject to a publication fee unless they are supported by research funding.

Account number: 100-021-780130; Shinhan Bank

9. The role of the editors

Authors may contact the editorial board for further information concerning the submission and editing of manuscripts. The editorial board may request that manuscripts be revised in light of reviewers' comments, and submitted manuscripts will not be returned to the author.

Editorial board of the *Korean Journal of Medical Ethics*
Dong-A University Medical School, 32, Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, KOREA

E-mail: kjmedicalethics@gmail.com

10. Copyright

The Korean Society for Medical Ethics maintains all copyrights on the articles (including all text, tables, and figures) that are published in its journal.

▣ Detailed Instructions ▣

1. Manuscript Formatting

Manuscripts should be double-spaced using either Hangul or MS-Word, with 25 mm margins on all sides of A4 paper. Manuscripts should be written either in Korean or English and should contain both page numbers and line numbers.

2. Nomenclature

With respect to medical terminology, the journal follows the latest edition of the medical terminology guidelines published by the Korean Medical Association.

3. Title Page

Title pages should include the title of the article, the full names of all authors, their institutional affiliations (written in both Korean and English), and the authors' ORCID IDs. If there are more than two authors, the names of the authors, except for the corresponding author, should be arranged according to their contributions to the relevant research and writing of the article. The corresponding author's name should be listed last. The lower part of the page should contain the name, mailing address, telephone number, and e-mail address of the corresponding author. Authors should also clearly indicate on the title page whether the work was supported by research funding and include any acknowledgements and/or information concerning presentations related to the manuscript. The title page should be uploaded as an attached file, separate from the manuscript.

4. Manuscript Organization

Research articles written in Korean should be arranged in the following order; 1) title, 2) summary (in Korean), 3) keywords (in Korean: no more than six words), 4) text, 5) references, 6) abstract in English, and 7) keywords (in English; no more than six words). Commentaries and replies should be arranged as follows; 1) title, 2) text, and 3) references. Keywords should be selected from among the terms in the Medical Subject Headings (MeSH) list of Index Medicus (available at, https://meshb.nlm.nih.gov/search), and their first letters should be capitalized.

5. Title and Abstract

The title of the article should be centered on the first page and should be as informative and brief as possible, avoiding the use of abbreviations or redundant phrases such as 'study' or 'observation.' Each abstract (Korean and English) should be structured in a single paragraph of 100-200 words.

6. Text

(1) The text should contain an introduction, body, and conclusion and adhere to the following system for numbering sections.

Ⅰ., Ⅱ., Ⅲ., Ⅳ., ……
1., 2., 3., 4., ……
1), 2), 3), 4), ……
a., b., c., d., ……
i), ii), iii), iv), ……

(2) Authors should ensure that the terms 'sex' and 'gender' are used correctly when they are used to classify research subjects. The methods used to determine the sex or gender of subjects should also be explained. Studies that exclude members of one sex within a population should contain a justification for the exclusion. Authors should also explain how they determined the 'race' or 'ethnicity' of research subjects and justify their use of those categories.

(3) The text shall be prepared in accordance with the Vancouver style. For works written by two authors, both last names should be cited; for works by three or more authors, the citation should include only the first author's last name, followed by 'et al.' Reference numbers are given in square brackets[ ].

e.g.)

One author:

Kamm [19] uses the concept of 'replacement by the same thing' to explain the fairness of the principle of rescuing more people.

Two authors:

Beauchamp & Childress [16] interpreted it as 'delegating the decision to the family' by saying, 'Even if a patient delegates that right to someone, the choice to delegate it is autonomous in itself.'

More than three authors:

In addition, Emanuel et al. points out that the benefits to be given not only to the individual under study but also to the general population of the subject [14].

(4) For articles written in Korean, any person, name, institution, organization, or other proper noun shall be used in Korean as much as possible, with the original name in the Latin alphabet stated in parentheses only once. In the case of an abbreviation, the entire proper noun and abbreviation shall be indicated in parentheses only for the first occurrence of the proper noun.

(5) When indicating the date of birth and death of an individual, do so in parentheses. All number should be Arabic, and for units use International Standard Units (SI units).

7. References

(1) References shall be listed in English in the order cited in the text according to the Vancouver style, which uses a unique acronym set by the journal, and a journal abbreviation of the National Library of Medicine (http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals), KoreaMed. For journals with no standard abbreviations, write the full journal name.

(2) For works by three or fewer authors, include the names of all authors. For works by four or more authors include the names of only three authors, followed by 'et al.'

(3) References to journal articles should be arranged as follows: author's name, title of the article, title of the journal, date of publication, volume number, and page numbers. References to books should be arranged as follows: author's name, title of the book, edition used, place of publication, name of the publisher, and date of publication.

Examples:

[Journal article without doi]

Teno J, Lynn J, Phillips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? J Clin Ethics 1994;5(1):23-61.

[Journal article with doi]

Choi EK, Shin SJ, Yoo SH. Covid-19 and research ethics. Korean J Med Ethics 2021;24(1):1-16. http://dx.doi.org/10.35301/ksme.2021.24.1.1

[Book]

Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.

[Article in a book]

Stufflebeam DL. Foundational models for 21st century programme evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. pp.33-84.

[Dissertation]

Won JS. An ethnographic study of caring for dying patient with cancer [Doctorate]. [Seoul (Korea)] : Ewha Womans University; 1993. p.33.

[Material on the Internet]

World Health Organization [WHO]. Mortality country fact sheet 2006 [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2007 Feb 22]. Available from: http://www.who.int/whosis/mort_emro_pak_pakistan.pdf

[Newspaper article]
Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maeryland Ed.). 2005 Jun 24:Sect. A:12(col.1.).

8. Figures and Tables

(1) Figures and tables must be written in English. When Korean text is necessary, it should be placed in the Appendix.
(2) Figures must be clear and concise and inserted in the text of the article. All abbreviations should be explained at the bottom of the figures or tables, and explanatory statements should be included to enable readers to understand them without referring to the text. Phrases such as 'the same as above' should be avoided.
(3) A brief title in a phrase or clause should be provided for each figure and table. Vertical lines should not be used in tables. Symbols such as *, †, ‡, §, ‖, ¶, ** may be used in sequence and explained in foot notes.

9. Attached Files

When submitting a manuscript using the online submission system, any images or tables presented in the text should be included in separate files and uploaded using the 'image file' and 'table file' options. The title page and ICMJE's conflict of interest form (http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) should also be uploaded as separate 'attachment file.' A copyright transfer agreement and manuscript similarity test, which are available on online the submission system, should also be completed.

10. Others

Details not stated in these instructions will be decided by the editorial board.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

『한국의료윤리학회지』 심사규정

2021년 9월 1일 4차 개정

1. 심사대상 논문

학회지 원고마감일은 1호의 경우 2월 10일, 2호의 경우 5월 10일, 3호의 경우 8월 10일, 4호의 경우 11월 10일까지로 하여, 해당 기간에 투고된 논문을 대상으로 심사를 진행한다. 그 이후에 투고된 논문은 다음 호로 순연한다. 필요시 편집위원장은 투고 기한을 조정할 수 있다.

2. 심사원칙

제출된 논문은 한국의료윤리학회 편집위원회에서 위촉한 3인으로 구성된 심사위원들의 심사를 거친 후 게재여부가 결정되며, 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원여부가 삭제된 채로 심사된다. 한국의료윤리학회에서 주관한 학술발표회에서 발표된 논문이나 편집위원회가 청탁한 논문도 3인의 심사를 거쳐 게재된다.

3. 심사위원의 구성

원고마감일이 경과하면 편집위원장은 편집위원회의 심의를 거쳐 각 투고 논문에 대한 3인의 심사위원을 선정한다.

- 심사위원은 각 논문 분야에 대한 전공지식을 지닌 대학 전임교원 또는 박사학위 소지자로 하며, 필요한 경우 학회원이 아닌 이에게도 심사를 의뢰할 수 있다.
- 심사자는 투고자와 동일 기관에 속해있지 않아야 한다.
- 투고자는 해당 호의 심사자가 될 수 없다.

4. 심사기준

① 편집위원회는 투고된 논문의 주제가 본 학회지에 적절한지 평가하고 그렇지 못한 경우 심사 없이 논문 철회를 요청할 수 있다.

② 심사위원은 ‘논문 체재와 형식’, ‘기존 연구 성과에 대한 이해와 반영 정도’, ‘논문 내용의 일관성 및 충실성 여부’, ‘논문의 독창성’, ‘논문의 학문적 기여도’, ‘초록의 정확성’ 등의 심사항목에 따라 투고 논문을 평가한다.

③ 심사위원은 평가 내용을 심사표의 양식에 따라 판정 결과 및 점수를 기입하여 작성하고, 구체적인 지적사항이나 수정이 필요한 부분을 명시하며, 재심사, 게재 불가인 경우 그 사유를 적어 제출한다.

5. 심사결과 및 최종결정

① 투고된 논문은 심사 결과에 따라 ‘게재 가능’, ‘재심사’, ‘게재 불가’ 3등급으로 나뉜다. 심사자는 ‘게

재 가능'과 '재심사'의 경우, 수정되어야 할 부분을 명확히 지적해야 하고, '게재 불가'의 경우 불가 사유를 구체적으로 기재해 주어야 한다. 각 판정의 의미는 다음과 같다.

게재 가능: 논문 내용에 별도로 수정할 부분이 없거나 수정하더라도 그 내용이 미미하여 추가적 심사가 필요하지 않다는 의미이다. 투고자는 심사의견 중 타당하다고 생각되는 부분을 반영하여 수정해야 하며, 반영하지 않는 부분에 대해 의견서를 함께 제출한다.

재심사: 심사위원의 지적사항에 따라 투고자가 원고를 수정한 후 다시 해당 심사위원의 심사를 거치는 것을 의미한다. 투고자는 심사위원의 의견을 반영하여 논문을 수정하며, 반영된 부분의 수정 내용과 반영하지 않은 부분의 의견을 적어 함께 제출한다.

게재 불가: 작성된 내용으로 재심사 및 게재 절차를 진행할 수 없음을 의미한다.

---

② 3인의 논문 심사결과 중, 〈2인 이상 '게재 불가'〉, 〈2인 '재심사'와 1인 '게재 불가'〉의 경우 재심없이 최종 '게재 불가'로 판정한다.
③ 총평에서 '재심사'를 받은 투고자는 2주일 이내에 수정본을 제출한다. 재심을 시행하는 심사자는 '게재 가능', '게재 불가' 중 최종심사결과를 선택하여 5일 이내에 편집위원회에 통보한다.
④ 재심 결과 '게재 불가'가 나온 경우, 1차 심사결과가 2인 '게재 가능'인 경우를 제외하고 최종 '게재 불가'로 판정한다.
⑤ 게재 여부의 최종 판단은 3인의 심사위원이 내린 판정 결과 및 점수를 고려하여 결정하며, '게재 가능' 논문이 많은 경우 편집위원장은 게재 논문의 수를 조정하고 게재 순서를 결정한다.

6. 심사결과의 통보

① 편집위원장은 모든 투고자에게 각 심사위원이 작성한 "투고논문 심사서"를 익명으로 처리하여, 게재 여부에 대한 최종 판정과 함께 통보한다.
② 수정지시를 받은 논문의 투고자는 이를 수정 · 보완하고 별도의 심사의견서에 답변 내용을 함께 첨부하여, 결과 통보일로부터 2주 이내에 다시 제출하여야 한다.
③ 투고자가 수정지시에 이의가 있을 경우에는 결과 통보일로부터 7일 이내에 이의제기하여야 하며, 편집위원회에서 타당성 여부를 판정하여 게재 여부를 결정한다.
④ 수정지시에 투고자가 불응하여 수정원고의 제출 또는 7일 이내에 이의제기하지 아니하는 때에는 편집위원회의 결정으로 논문의 게재를 거부할 수 있다.
⑤ 편집위원회의 총평은 '게재 가능', '재심사', '게재 불가'로 구성된다. 모든 경우에 편집위원회는 심사위원이 제시한 조건의 타당성과 충족 여부를 확인하여 저자에게 재수정을 요청할 수 있다.
⑥ 심사 평가에 대한 이의제기가 있을 경우, 편집위원장은 그 구체적인 내용을 검토하여 그 타당성이

인정될 경우 재심을 의뢰할 수 있다.

7. 게재예정증명서 발급

최종 심사결과에서 '게재 가능' 판정을 받은 논문에 대해, 투고자의 요청이 있는 경우, "논문 게재예정 증명서"를 발급할 수 있다.

부칙 제1조 (개정) 본 심사규정은 2009년 5월 1일부터 시행한다.
제2조 (개정) 본 심사규정은 2015년 1월 1일부터 시행한다.
제3조 (개정) 본 심사규정은 2018년 9월 30일부터 시행한다.
제4조 (개정) 본 심사규정은 2020년 1월 1일부터 시행한다.
제5조 (개정) 본 심사규정은 2021년 9월 1일부터 시행한다.

Regulations on Reviewing Manuscripts

Revised on September 1, 2021

1. Submission Deadlines

Deadlines for the submission of manuscripts are as follows: Issue 1 (February 10); Issue 2 (May 10); Issue 3 (August 10); Issue 4 (November 10). Manuscripts submitted after a deadline will be considered for publication in the following issue. The editor-in-chief reserves the right to adjust deadlines when necessary.

2. Principles of Review

Submitted manuscripts will be reviewed anonymously by three reviewers commissioned by the editorial board. Solicited manuscripts as well as those based on presentations given at conferences organized by the Korean Society for Medical Ethics will also undergo peer review.

3. Composition of Reviewers

The editor-in-chief, in consultation with the editorial board, will select three reviewers for each submitted manuscript.

- The examiner shall be a full-time teacher or Ph.D. holder with relevant expertise.
- The reviewer should not belong to the same institution as the contributor.
- No one should be a contributing author as well as a reviewer for the same issue of the journal.

4. Criteria for Review

(1) The editorial board may evaluate whether the subject matter of a submitted manuscript falls within the scope of this journal; those that do not will be withdrawn without peer review.

(2) The reviewer shall evaluate the submitted manuscript in terms of the following criteria: structure and format, understanding and reflection of existing research, consistency and fidelity of the thesis, originality of the thesis, academic contribution of the thesis, and accuracy of the abstract.

(3) The reviewer shall then complete the assigned evaluation form to specify scores, indicate parts that need to be modified, and provide reasons for the reviewer's decision either to reject the manuscript or invite the author to revise and resubmit.

5. Results and Final Decision

(1) Each manuscript, after it is reviewed, will receive one of the following three decisions.

Suitable for publication: This means that there is nothing to be modified in the content of the manuscript, or that the required modification is insignificant and no further review is required. The contributor shall revise the manuscript in light of the review comments or submit a written explanation of why that cannot be done.

Revise and resubmit: This means that the contributor shall revise the manuscript according to the reviewer's comments and then submit the revised manuscript for another review.

Not suitable for publication: This means that manuscript will not be published.

(2) Manuscripts will not be published when two or more reviewers judge that the manuscript is not suitable for publication or when two reviewers recommend that it be revised for resubmission and the third judges that it is not suitable for publication.
(3) Authors who receive an offer to revise and resubmit shall submit their revised manuscripts within two weeks. Those who review a revised manuscript shall decide whether it suitable for publication and notify the editorial board within five days.
(4) Revised manuscripts that are judged to be not suitable for publication shall be rejected, unless two reviewers judged that the manuscript was suitable for publication in the first review.
(5) The final judgment on whether to publish the manuscript shall be determined after considering the results and scores of the three reviewers. If there are many manuscripts available for publication, the editor-in-chief may adjust the number of articles to be published in an issue and determine the order of publication.

6. Notification of the Results of the Review

(1) The editor-in-chief shall anonymously process a written review of the submitted paper prepared by each reviewer and notify all contributors of the review along with the final decision on whether to publish it.
(2) Contributing authors who have been instructed to revise their manuscripts should prepare a separate document, explaining the modifications that were made to the manuscript in light of the reviewers' comments, and submit that document, along with the revised manuscript, within two weeks from the date of notification of the results.
(3) Contributing authors who object to requests for revision shall file an objection within seven days from the date of notification of the results, and the editorial board shall determine whether to

proceed with publication of the manuscript after assessing the objection.

(4) Contributing authors who fail to submit a revised manuscript within two weeks (or an objection within seven days) may have their manuscripts withdrawn.

(5) In all cases, the editorial board may examine whether the conditions suggested by the reviewer(s) are valid and whether the manuscript meets those conditions. The editorial board may approve the manuscript for publication, invite the author to revise and resubmit, or reject the manuscript.

(6) If there is an objection to the review, the editor-in-chief may examine the specified details and request another review if the validity of the objection is recognized.

7. Issuance of e-Certificate for Manuscripts Scheduled to be Published

A document certifying that a submitted manuscript is scheduled to be published may be issued at the request of those authors whose manuscripts have been accepted for publication.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

한국의료윤리학회 연구윤리 규정

2009년 12월 31일 제정

제1장 총칙

제1조 목적

본 규정은 한국의료윤리학회(이하 "학회")의 회원이 연구와 교육활동을 수행하는 과정에서 지켜야 할 연구윤리의 원칙과 기준을 규정하고, 연구부정행위의 처리 절차 및 기준을 규정함을 목적으로 한다.

제2조 정의

1. "위조"라 함은 존재하지 않는 데이터 또는 연구결과 등을 허위로 만들어 내는 행위를 말한다.
2. "변조"라 함은 연구 재료, 장비, 과정 등을 인위적으로 조작하거나 데이터를 임의로 변형 삭제함으로써 연구 내용 또는 결과를 왜곡하는 행위를 말한다.
3. "표절"이라 함은 타인의 논문, 특허 및 아이디어 등 지적 결과물 또는 연구내용, 결과 등을 정당한 승인 또는 인용 없이 도용하는 행위를 말한다.
4. "연구부정행위"라 함은 위조, 변조, 표절이 개입된 연구행위를 말한다.
5. "부당한 논문저자 표시 "라 함은 연구내용 또는 결과에 대하여 학문적 공헌 또는 기여를 한 사람에게 정당한 이유 없이 논문저자 자격을 부여하지 않거나, 상기한 기여를 하지 않은 자에게 감사의 표시 또는 예우 등을 이유로 논문저자 자격을 부여하는 행위를 말한다.

제3조 적용범위

이 규정은 학회가 수행하는 연구에 참여하는 자와 학회 출판물에 논문을 투고한 자에게 적용된다.

제2장 연구윤리

제4조 저자가 지켜야 할 사항

① 저자는 연구수행에 있어 위조, 변조, 표절의 연구부정행위가 없어야 하며, 부당한 논문저자 표시행위가 없어야 한다.
② 저자는 동일한 내용이 이미 발표되지 않았는가를 최선을 다하여 확인하여야 한다.
③ 저자는 학술적으로 충분한 가치가 있는 결론과 그것을 뒷받침할 수 있는 종합적인 논거가 포괄적으로 포함되어 있는 논문을 투고하여야 한다. 이미 발표한 논문과 동일한 결론을 주장하는 연구 논문을 투고하는 경우는 새로운 논거에 중대한 학술적인 가치가 있어야 한다.
④ 저자는 공개된 학술 자료를 인용하는 경우, 출처를 정확하게 기술하여야 하고, 상식에 속하는 자료

가 아닌 한 반드시 그 출처를 명확히 밝혀야 한다. 개인적인 접촉을 통해 얻은 자료의 경우에는 그 정보를 제공한 연구자의 명백한 동의를 받은 후에만 인용할 수 있다.

⑤ 저자는 다른 학술지에 발표되었거나 투고하여 심사 중인 논문을 이중으로 투고하지 않아야 한다. 단, 본 학술지에 게재된 논문을 다른 언어로 투고하는 경우에는 본 학술지에 게재되었던 것임을 그 논문에 명백히 밝히는 경우에만 허용된다.

⑥ 저자는 논문의 심사 의견으로 제시된 편집위원과 심사자의 의견을 논문에 반영되도록 최선의 노력을 하여야 하고, 이들의 의견에 동의하지 않을 경우에는 그 근거와 이유를 편집위원회에 알려야 한다.

⑦ 저자자격과 관련된 지침은 다음과 같다.

1. 연구에 학술적으로 중요한 기여를 하였고, 연구결과에 대한 책임과 공적을 함께 공유할 모든 연구자는 공저자가 되어야 한다.
2. 학위 논문의 전부 또는 일부를 근거로 작성한 논문의 경우에는 종설(review)의 경우가 아니면 학위 논문을 제출하는 학생과 지도교수가 함께 저자가 되는 것이 바람직하다.
3. 연구 결과에 대해 학술적 기여를 하지 않은 사람은 공저자로 포함되지 않아야 하며, 연구에 대하여 행정적인 지원과 같이 학술외적인 지원을 해주었던 사람은 각주나 감사의 글에 그 내용을 표시한다.
4. 논문의 책임저자는 공저자로 참여하는 사실에 대하여 모든 공저자에게 명백한 동의를 받아야 한다.
5. 공저자의 나열 순서는 원칙적으로 공저자들의 협의에 의하여 결정하는 것이 좋으며, 연구에 기여를 많이 한 연구자를 앞세우는 것이 바람직하다.
6. 저자의 소속은 연구를 수행할 당시의 소속이어야 하고, 투고 당시의 소속이 변경되었을 경우에는 각주에 그 사실을 적절하게 표시하여야 한다.

제5조 편집위원이 지켜야 할 사항

① 편집위원은 학술지에 게재할 목적으로 투고된 논문을 저자의 성별, 나이, 소속 기관 또는 저자와의 개인적인 친분에 관계없이 논문의 질적 수준에 근거하여 심사규정에 따라 공정하게 취급하여야 한다.

② 편집위원은 투고된 논문의 게재가 결정될 때까지 심사자 이외의 사람에게 투고된 논문의 내용을 공개하지 않아야 한다.

③ 편집위원은 저자의 인격과 학자적 독립성을 존중해야 한다.

④ 편집위원회는 투고된 논문의 저자와 심사자를 익명으로 처리하여 심사의 공정성을 확보하도록 한다.

제6조 심사자가 지켜야 할 사항

① 학회의 회원은 학술지의 편집위원회가 심사를 의뢰하는 논문을 심사규정에 따라 성실하게 평가하여 학술 발전에 기여할 의무가 있다.

② 심사자는 전문 지식인으로서의 저자의 인격과 독립성을 존중하여야 한다

③ 심사자는 높은 수준의 학술적 기준을 적절하게 유지하면서 논문에 포함된 내용을 객관적으로 공정하게 평가하여야 한다. 완벽하게 검증되지 않은 개인의 학술적 신념이나 가정에 근거한 평가는 옳지 않다.

④ 심사자는 심사결과서 작성시 심사의견을 그 이유와 함께 상세하게 설명하여야 한다. 심사자의 개인적인 목적을 위하여 저자에게 추가 자료나 해명을 요구하는 것은 바람직하지 않다.
⑤ 심사자는 심사한 논문이 출판되기 전까지는 저자의 동의 없이 논문의 내용을 인용해서는 안 된다.
⑥ 심사자는 심사하는 논문의 내용이 이미 학술지에 공개된 다른 논문과 매우 유사할 경우 편집위원회에 그 사실을 상세하게 알려주어야 한다.
⑦ 심사자는 가능하면 빠른 시일 안에 평가를 마치고 심사결과서를 편집위원회에 보내야 한다. 만약 자신이 논문을 평가하기에 적임자가 아니라고 판단되는 경우에는 편집위원회에 지체 없이 그 사실을 통보하여야 한다.

제3장 연구부정행위 처리 절차 및 기준

제7조 진실성 검증 책임주체

① 부정행위에 대한 검증 책임은 해당 연구가 수행될 당시 연구자의 소속 연구기관에 있으며, 학회가 부정행위의 발생을 인지하거나 부정행위에 대한 제보를 접수한 경우에는 해당 연구기관의 조사가 신속히 진행되도록 관련 내용을 이관하여야 한다.
② 연구자의 소속 연구기관이 자체조사를 수행하기 어려워 학회에 조사를 요청하는 경우에 한하여 학회는 조사위원회를 구성하고 진실성 검증의 책임을 진다.

제8조 조사위원회 구성 원칙

① 조사위원회는 비상설위원회로 운영하며, 학회 회장은 부정행위 제보가 신고 접수되는 일로부터 15일 내에 조사위원회를 구성하여야 한다.
② 조사위원회는 위원장 1인을 포함하여 5인 이상의 위원으로 구성하며, 상임이사회의 추천을 받아 회장이 임명한다.
③ 조사위원회는 해당 분야의 전문적인 지식 및 경험이 풍부한 자를 50% 이상 포함하며, 공정성과 객관성 확보를 위해 본 학회 소속이 아닌 외부인사를 20% 이상 포함한다.
④ 학회는 본 조사 착수 이전에 제보자에게 조사위원 명단을 알려야 하며, 제보자가 조사위원 기피에 관한 정당한 이의를 제기할 경우 이를 수용하여야 한다.

제9조 조사위원회의 권한

① 조사위원회는 조사과정에서 제보자 · 피조사자 · 증인 및 참고인에 대하여 진술을 위한 출석을 요구할 수 있으며, 이 경우 피조사자는 이에 응하여야 한다.
② 조사위원회는 피조사자에게 자료의 제출을 요구할 수 있으며, 증거자료의 보전을 위하여 해당 연구기관장의 승인을 얻어 부정행위 관련자에 대한 실험실 출입제한, 해당 연구 자료의 압수 · 보관 등의 조치를 취할 수 있다.
③ 조사위원회는 사실로 판정된 부정행위 관련자에 대하여 회장과 해당 연구기관장에게 적절한 제재

조치를 건의할 수 있다.

제10조 진실성 검증 원칙

① 부정행위의 사실 여부를 입증할 책임은 조사위원회에 있다. 단, 피조사자가 조사위원회에서 요구하는 자료를 고의로 훼손하였거나 제출을 거부하는 경우에 요구 자료에 포함되어 있다고 인정되는 내용의 진실성을 입증할 책임은 피조사자에게 있다.
② 조사위원회는 제보자와 피조사자에게 의견진술, 이의제기 및 변론의 권리와 기회를 동등하게 보장하여야 하며 관련 절차를 사전에 알려주어야 한다.
③ 연구부정행위의 판정이 내려질 때까지 조사위원은 피조사자의 신원을 외부에 공개해서는 안 된다.

제11조 진실성 검증 절차

① 부정행위에 대한 검증 절차는 예비조사, 본조사, 판정의 단계로 진행하여야 한다.
② 예비조사, 본조사, 판정 등의 진실성 검증 절차는 교육과학기술부훈령 제236호 “연구윤리 확보를 위한 지침”을 준용한다.

제12조 조사결과의 보고

① 조사위원회는 조사결과와 판정을 상임이사회에 보고하여야 한다.
② 조사결과보고서에는 다음 각호의 사항이 반드시 포함되어야 한다.
1. 제보의 내용
2. 조사의 대상이 된 부정행위
3. 조사위원회의 조사위원 명단
4. 본조사 실시 여부 및 판단의 근거(예비조사의 경우에 한한다)
5. 해당 연구에서의 피조사자의 역할과 혐의의 사실 여부(본조사의 경우에 한한다)
6. 관련 증거 및 증인(본조사의 경우에 한한다)
7. 제보자와 피조사자의 이의제기 또는 변론 내용과 그에 대한 처리결과(본조사의 경우에 한한다)

제13조 징계의 절차 및 내용

① 조사위원회의 징계 건의가 있는 경우, 회장은 상임이사회를 소집하여 징계 여부 및 징계 내용을 최종적으로 결정한다.
② 회장은 연구윤리규정을 위반한 회원에 대해 경고, 투고 제한, 논문 게재 철회, 논문 게재 불가, 회원자격 정지 또는 박탈 등의 징계를 할 수 있으며, 이를 피조사자와 해당 연구기관에 통보하여야 한다.

부칙

이 연구윤리 규정은 2009년 12월 31일부터 시행한다.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

한국의료윤리학회 편집위원회 규정

2021년 5월 1일 개정

제1조 목적

이 규정은 한국의료윤리학회의 학회지인『한국의료윤리학회지』의 편집 및 발행에 관한 제반 업무를 원활히 수행하기 위한 목적으로 한다.

제2조 편집위원회 구성과 임기

1. 편집위원회는 1인의 위원장과 15인 내외의 위원, 간사 1인으로 구성한다.
2. 편집위원장은 회장이 임명하며 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.
3. 편집위원은 편집위원장의 추천으로 회장이 임명한다.

제3조 편집위원회 업무

한국의료윤리학회 심사규정에 따라 논문 심사에서 발행까지의 업무 일체를 수행한다.

1. 학회지 투고논문 심사
   (1) 심사위원 선정
   (2) 투고된 논문의 투고규정에 따른 심사

2. 게재논문 선정
   (1) 심사결과에 따라 논문의 최종 게재여부 결정
   (2) 각 호의 게재논문 수 조정

3. 학회지 편집 및 발간
   (1) 게재 순서 결정
   (2) 인쇄의뢰 및 최종 교정작업
   (3) 투고된 논문의 심사 및 편집상의 수정, 발간에 관한 사항

4. 이의제기에 대한 처리
   위원회는 이의 내용과 심사결과를 비교 · 평가하여, 이의의 적합성을 판정한다. 편집위원회에서 판정이 어렵거나 위원회와의 이해상충 우려가 있는 경우 제3의 심사자에게 심사를 의뢰한다.

5. 연구부정행위에 대한 조치
   위조, 변조, 표절, 부당한 저자 표기, 이해상충 문제 등을 포함한 연구 및 출판 윤리의 위반사항이

제기되면 편집위원장은 편집위원회를 소집하며 연구윤리규정에 따라 사안을 평가한다. 사안이 위중하거나 조사위원회가 필요한 경우 이를 학회 회장과 윤리위원장에게 통보하며 연구윤리규정에 따라 사안을 처리한다.

제4조 운영

(1) 위원회는 위원장이 필요하다고 판단하거나 편집위원 과반수의 요구가 있는 경우에 위원장이 소집한다.
(2) 위원회는 편집위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 결정한다.
(3) 투고 논문 심사나 게재 여부 결정에 관한 세부 사항은 한국의료윤리학회 심사규정에 따른다.

부칙

제1조 (규칙 제정) 본 편집위원회 규정은 2016년 12월 1일부터 시행한다.
제2조 (개정) 본 편집위원회 규정은 2018년 9월 30일부터 시행한다.
제3조 (개정) 본 편집위원회 규정은 2021년 5월 1일부터 시행한다.

The Korean Journal of Medical Ethics Editorial Board Regulations

Revised on May 1, 2021

Article 1: Purpose

The purpose of these regulations is to clarify and specify all duties concerning the editing and publication of the Korean journal of Medical Ethics, the academic journal of the Korean Society for Medical Ethics.

Article 2: Formation and Term of Office of Editorial Board

1. The editorial board shall consist of one chairperson, approximately 15 members, and one executive secretary.
2. The editor-in-chief of the editorial board shall be appointed by the president, and the term of office shall be two years, although he/she may be reappointed.
3. The editorial board members shall be appointed by the president on the recommendation of the editor-in-chief.

Article 3: Affairs of the Editorial Board

In accordance with the journal's review regulations, all tasks related to the review and publication of manuscripts shall be carried out by the editorial board.

1. Review of submitted manuscripts
   (1) Selection of reviewers
   (2) Review in accordance with the Instructions to Authors on Preparing Manuscripts

2. Selection of manuscripts for publication
   (1) Determining whether to publish a manuscript according to the results of the review
   (2) Adjusting the number of published articles in each issue

3. Editing and publishing the journal
   (1) Determining the order of publication
   (2) Printing requests and final editing
   (3) Matters concerning the review, editorial modification, and publication of a submitted manuscript

4. Handling of Objections

The board shall compare and evaluate the contents of any objection to the review of a manuscript with the results of the review and determine the validity of the objection. If the editorial board is unable to make a judgment, or if there is a concern about conflicts of interest with the board, another reviewer shall be asked to assess the validity of the objection.

5. Measures for Research Misconduct

When issues arise concerning violations of research and publishing ethics, including data fabrication and falsification, plagiarism, improper author contributions, and conflicts of interest, the editor-in-chief will convene the editorial board to evaluate the issue in accordance with research ethics regulations. If an issue is critical, or if an investigation committee is needed, the president of the society and the ethics committee chairperson will be notified. Decisions on how to proceed will be made in accordance with research ethics regulations.

Article 4: Operation

(1) The board shall be convened by the chairperson when it is deemed necessary or at the request of a majority of members of the editorial board.
(2) The board shall make decisions with the attendance of a majority of the members and the approval of a majority of the members present.
(3) Detailed matters concerning the review or publication of submitted manuscripts shall follow the Korea Medical Ethics Society's Review Regulations.

한국의료윤리학회지 제26권 제4호(통권 제77호) ©한국의료윤리학회, 2023년 12월
Korean J Med Ethics 26(4) ©The Korean Society for Medical Ethics, December 2023
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

한국의료윤리학회 2023년 10월~12월 회무보고

〈보고내용〉

1. 『한국의료윤리학회지』 제26권 4호 발간 – 25부(2023년 12월 31일)
2. 『한국의료윤리학회지』의 새로운 투고 홈페이지(https://www.e-kjme.org/)를 개설하였습니다. 새로운 홈페이지는 논문의 투고와 접수, 심사를 위해 만들어졌습니다. 기존 한국의료윤리학회 홈페이지(https://medicalethics.jams)와 함께 운영됩니다.
3. 투고 및 심사는 새로운 홈페이지(https://www.e-kjme.org/)의 E-Submission 페이지를 통해 하실 수 있습니다.
   –회원의 개인정보보호를 위해 기존 회원의 경우에도 새롭게 가입해주셔야 합니다.

〈공지사항〉

1. 학술진흥재단 등재 학술지 『한국의료윤리학회지』 제27권 1호 논문투고 요청
   – 투고마감일: 2024년 2월 10일
   – 구체적인 사항은 투고규정 참조, 편집간사 이메일(kjmedicalethics@gmail.com)로 문의

2. 2023년 한국의료윤리학회 추계합동학술대회
 가. 일시: 2023년 11월 25일 토요일 09:00 ~ 16:20
 나. 장소: 연세대학교 종합관 331호, 209호
 다. 프로그램
  주제: 한국의료의 위기와 프로페셔널리즘
  [한국의료윤리학회]
  Session 1. 한국의사의 프로페셔널리즘, 이상과 현실
  Session 2. 의사 의료윤리 연수교육 발전 방안
  Session 3. 개원가에서 마주치는 윤리적 문제
  Session 4. 자유연제
  [국립연명의료관리기관]
  연명의료결정 의사 확인 사례별 이슈와 개선안
  [한국간호윤리학회]
  간호사에게 프로페셔널리즘을 묻다

3. 회원정보 수정사항 통보 요청[우편주소, 우편번호(5자리), 휴대폰 번호, 이메일]
   – 회원 여러분께서 ksmeeducation@gmail.com으로 회원정보 변경(우편주소, 휴대폰, 연락처) 등을 알려주셔야 학회 소식을 계속 받아 보실 수 있습니다. 유효하지 않은 정보는 반드시 수정을 부

탁드립니다.

4. 2023년 회비 납부 안내
- 일반회원 및 이사, 상임이사의 회비 납입을 부탁 드립니다.
- 일반회원: 연간 3만원/ 일반이사: 연간 10만원/ 상임이사: 연간 20만원
- 납입계좌: 신한은행 100-021-780130 (예금주: 한국의료윤리학회)
- 회원의 회비 납입은 납입시점과 관계없이 해당 년도 1월~12월로 계산됨을 알려드립니다.

〈학회사무국 및 편집위원회 안내〉

■ 학회사무국: 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20, 역삼현대벤처텔 1317호
ksmeeducation@gmail.com

■ 편집위원회: 부산광역시 서구 대신공원로 32 동아대학교 의과대학(G03) 1층 102호 의료인문학교실
kjmedicalethics@gmail.com(이메일로만 문의 가능)

- 행정 관련 문의는 학회사무국 메일로, 논문 투고 관련 문의는 편집위원회 메일로 문의 주시기 바랍니다.

대웅제약
펙수클루®
국산 34호 신약
The new wave of GERD Treatment, P-CAB
FEXUCLUE
Fexuprazan hydrochloride
효과적인 야간증상개선
신속하고 우수한 증상개선
복약편의성
빠른 약효발현
낮은 약물상호작용

【제품명】 펙수클루정40mg 【원료약품 및 그 분량】 펙수프라잔염산염 40mg 【성상】 연녹색 장방형의 필름코팅정제 【효능·효과】 미란성 위식도역류질환의 치료 【용법·용량】 이 약은 성인에게 다음과 같이 투여한다. 1. 미란성 위식도역류질환의 치료 : 1일 1회, 40MG을 4주간 경구투여한다. 식도염이 치료되지 않거나 증상이 계속되는 환자의 경우 4주 더 투여한다. 이 약은 식사와 관계없이 투여할 수 있다. 【금기】 1) 이 약 또는 이 약의 구성성분에 대해 과민반응 및 그 병력이 있는 환자 2) 아타자나비어, 넬피나비어, 또는 릴피비린 함유제제를 투여 중인 환자 (5. 상호작용 참조) 3) 임부 및 수유부 (6. 임부 및 수유부에 대한 투여 항 참조) 4) 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(GALACTOSE INTOLERANCE), LAPP 유당분해효소 결핍증(LAPP LACTASE DEFICIENCY) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(GLUCOSE-GALACTOSE MALABSORPTION)등의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여하면 안 된다. 【신중투여】1) 간장애 환자(사용경험이 없다.) 2) 신장애 환자(사용경험이 없다.) 3) 고령자(8. 고령자에 대한 투여 항 참조) 4) 이 약은 황색4호(타르트라진)을 함유하고 있으므로 이 성분에 과민하거나 알레르기 병력이 있는 환자에는 신중히 투여한다. 【저장방법】 기밀용기, 실온(1~30℃) 보관 【사용기간】제조일로부터 30개월 【포장 단위】28정/상자(7정/PTP*4), 28정/병, 300정/병 【제조사/판매사】 ㈜대웅제약/충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 1
※본 의약품은 엄격한 품질관리를 필한 제품입니다. 만약 구입시 사용기한 또는 유효기한이 지났거나 변질·변패·오염되었거나 손상된 의약품은 공정거래위원회 고시(소비자 분쟁해결기준)에 의거, 구입한 약국 및 의약품판매업자를 통해 교환 또는 환불받을 수 있습니다. ※ 부작용보고 및 피해구제신청: 한국의약품안전관리원 (1644-6223),대웅제약 소비자센터(수신자 부담전화): 080-550-8308~9 (WWW.DAEWOONG.CO.KR) ※ 자세한 최신의 허가사항은 식약처 의약품 통합정보시스템 (HTTPS://NEDRUG.MFDS.GO.KR) 또는 제품설명서를 참조하시기 바랍니다.
REF.) 1. DATA ON FILE_ 허가용 임상 3상 연구. 2. 펙수클루 제품설명서_식약처 허가사항.(최종개정 2021.12.30)