

27

한국 의료윤리 학회지

KOREAN JOURNAL OF
MEDICAL ETHICS

VOL.27 | NO.2 | June 2024

pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598



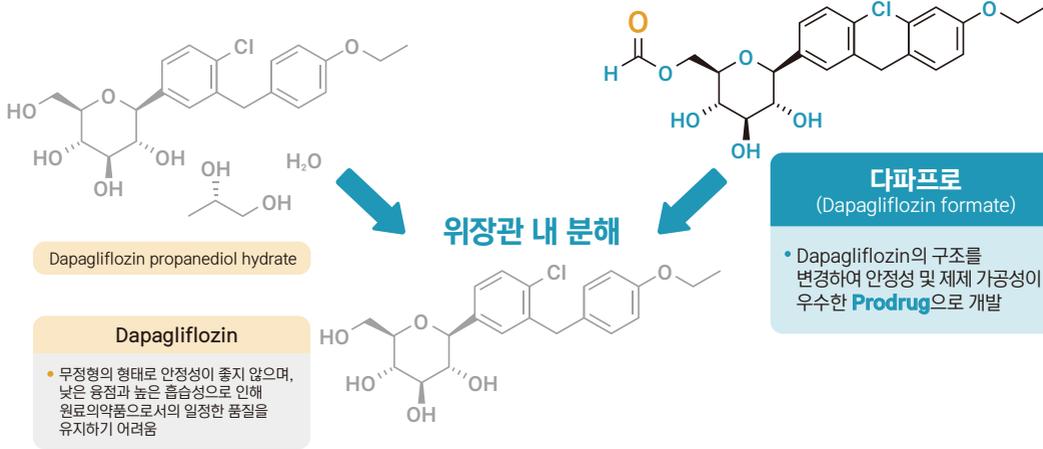
한국 의료윤리학회

Dapagliflozin Prodrug 개발

우수한 안정성과 제제 가공성

다파프로는 안정성과 제제 가공성이 우수한 2형 당뇨병 치료제로 개발하였습니다.

다파프로와 Dapagliflozin의 화학구조

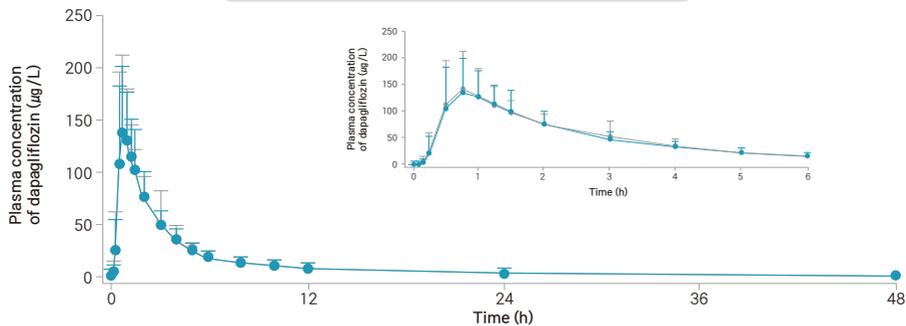


※ Prodrug: 자체적인 약효가 없지만 흡수되어 몸 안에서 대사되어 구조가 변하게 되면 효과가 나타나는 약물

약동학적 동등성 및 내약성 확인

다파프로는 임상 1상을 통해 약동학적 동등성 및 안전성과 내약성을 확인하였습니다.

Dapagliflozin 및 다파프로의 약동학적 동등성 비교



구분	비교평가항목		참고평가항목		
	AUC _{0-48h} (ng*hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)	
대조약	Dapagliflozin propanediol hydrate	509.4 ± 117.1	167.9 ± 54.2	0.75 (0.50~3.00)	11.46 ± 3.44
시험약	다파프로®정 10 mg (Dapagliflozin formate)	503.3 ± 133.1	164.5 ± 53.5	0.75 (0.50~3.00)	12.42 ± 3.50
90% 신뢰구간*(기준 : log 0.8~log 1.25)		log 0.9427~1.0182	log 0.8635~1.1044	-	-

(AUC_t, C_{max}, t_{1/2}; 평균값 ± 표준편차, T_{max}; 중양값(범위), N=28)

한국
의료윤리
학회지



KOREAN JOURNAL OF
MEDICAL ETHICS



한국 의료윤리학회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS



한국 의료윤리학회

THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

고문	이정구(단국대학교 의과대학, 이비인후과학) 장기현(서울대학교 의과대학, 영상의학) 손명세(연세대학교 의과대학, 예방의학) 고윤석(울산대학교 의과대학, 호흡기내과학) 최보문(가톨릭대학교 의과대학, 정신건강의학) 허대석(서울대학교 의과대학, 중앙내과학) 정지태(고려대학교 의과대학, 소아청소년과학) 임재만(울산대학교 의과대학, 호흡기내과학)	대외협력이사 정보이사 홍보이사 국제협력이사 인재개발이사 무임소이사	문재영(세종충남대학교병원, 중환자의학/의료윤리학) 양광모(삼성서울병원, 비뇨기과학) 박재영(청년지사, 의학/의료연론) 김형진(성균관대학교 의과대학, 의료인문학) 조백현(평택굿모닝병원, 외과학) 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)
회장	권복규(이화여자대학교 의과대학, 의학교육학)		
부회장	유상호(한양대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학) 강명신(강릉원주대학교 치과대학, 치의학/생명윤리학) 박숙현(삼성서울병원, 중환자간호학/간호윤리학)		
감사	문지호(의료윤리연구회, 이비인후과학) 김세라(서울아산병원, 중환자간호학/간호윤리학) 조성준(강원대학교 의과대학, 흉부외과학)		
윤리위원장	이일학(연세대학교 의과대학, 의료법윤리학)		
교육위원장	홍영선(이화여자대학교 의과대학, 내분비내과학)		
재무위원장	배현아(이화여자대학교 법학전문대학원, 의료법학)		
총무이사	김정아(동아대학교 의과대학, 의료윤리학)		
총무이사보	박소연(경희대학교 의과대학, 내과학/의학교육학)		
학술이사	김한나(연세대학교 의과대학, 의료윤리학)		
학술이사보	최은경(경북대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)	편집위원회	
교육이사	유신혜(서울대학교병원, 중앙내과학/완화의료)	편집위원장	유상호(한양대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)
기획이사	장윤정(국립암센터, 가정의학/의료윤리학)	편집위원	강명신, 고봉진, 김나경, 김도경, 김상희, 김정아, 김준혁, 남승민, 목광수, 박석건, 이원, 이일학, 이현정, 최경석, 최은경, John McGuire
기획이사보	이경도(울산대학교 의과대학, 의료인문학)		
간행이사	김도경(동아대학교 의과대학, 의료인문학)	산하위원회	임상윤리상담연구회
간행이사보	남승민(이화여자대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)	행정사무	조규범
재무이사	신성준(동국대학교 의과대학, 신장내과학) 한정호(충북대학교 의과대학, 소화기내과학)	편집간사	강지운

한국의료윤리학회지

제27권 제2호(통권 제79호) 2024년 6월

KOREAN JOURNAL OF MEDICAL ETHICS

pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

Vol. 27 No.2 June 2024

인 쇄 2024년 6월 30일
발 행 2024년 6월 30일
발행인 권복규
편집인 유상호
발행처 한국의료윤리학회
06132 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20
역삼현대벤처텔 1317호
Tel: 02-2192-4022
ksmeeducation@gmail.com

Publisher: KWON Ivo
Editor: YOO Sang-Ho
Published by:
The Korean Society for Medical Ethics
Website: <https://medicaethics.jams.or.kr/>
Office: Room 1317, 20, Teheran-ro 25-gil, Gangnam-gu,
Seoul 06132, KOREA
Tel: 82-2-2192-4022
E-mail: ksmeeducation@gmail.com

편집/제작 Guhmok Publishing Co./ Guhmok Info
guhmok@guhmok.com

목차

[연구 논문]

- 생애말기 의학적 돌봄 향상을 위한 연명의료결정법의 개정방안
이일학, 박형욱, 고윤석, 김대균, 김민선, 김상희, 김정아, 김초희,
문재영, 백수진, 서세영, 송인규, 유상호, 유신혜, 이유정, 최원호 | 51
- 의료적 의사결정 과정에서 공유의사 결정과 설명·동의 법제
윤여란, 배현아 | 71
- 한국의 의료 공공성에 대한 인식 격차
김도경 | 89

CONTENTS

[Research Article]

- Amendment Proposals for the Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment to Improve End-of-Life Care
LEE Ilhak, PARK Hyoun-wook, KOH Youn-suck, KIM Dae Kyun, KIM Min Sun,
KIM Sanghee, KIM Claire Junga, KIM Cho Hee, MOON Jae Young, BAIK Sujin,
SEO Seyoung, SONG In Gyu, YOO Sang Ho, YOO Shin Hye, LEE Yoo Jeong, CHOI Wonho | 51
- Shared Decision-Making and Informed Consent Legislation in Clinical Decision Making
YOON Yeoran, BAE Hyuna | 71
- Awareness Gaps in the Public Nature of Korea's Healthcare System
KIM Do-Kyong | 89

생애말기 의학적 돌봄 향상을 위한 연명의료결정법의 개정방안

이일학¹, 박형욱², 고윤석³, 김대균⁴, 김민선⁵, 김상희⁶, 김정아⁷, 김초희⁸, 문재영⁹,
백수진¹⁰, 서세영¹¹, 송인규¹², 유상호¹³, 유신혜¹⁴, 이유정¹⁵, 최원호¹⁶

요약

연명의료결정법은 생애말기에 환자의 자기결정권과 존엄을 보호하는 목적으로 제정되었다. 그러나 아직 이 법이 규율하는 연명의료결정제도는 그 활용도가 40% 전후로 개선의 필요성이 대두되고 있다. 본 논문은 그 개선의 방향을 제시하고자 유사한 방식으로 연명의료를 규율하는 대만, 독일, 미국, 영국 및 일본의 법률과 현행 연명의료결정법을 비교하고, 연명의료결정법의 개정 방향을 수립, 이에 대한 국내 전문가 의견을 수집한 결과를 제시하였다. 이 개정안의 목표는 환자의 자기결정권이 적합한 방식으로 존중될 수 있도록 하는 법률 근거를 마련하는 것이며, 이를 위해 법의 규율 범위, 사전연명의료의향서 및 연명의료계획서 등 환자의 의사가 반영되는 사전지시 제도의 활성화 등을 고려하였다. 논문의 말미에 개정안을 제시했다.

색인어

연명의료결정법; 생애말기돌봄; 환자의 최선의 이익; 환자자기결정권; 전문가 합의

투고일: 2024년 3월 6일, 심사일: 2024년 3월 20일, 게재확정일: 2024년 6월 25일

교신저자: 고윤석, 서울아산병원 호흡기내과, e-mail: yskoh@amc.seoul.kr

1 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과, 부교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6531-8752>

2 단국대학교 의과대학 인문사회이학교실, 교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7049-7812>

3 서울아산병원, 전문임상교수, <https://orcid.org/0000-0001-5066-2027>

4 가톨릭대학교 인천성모병원, 임상교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8712-8394>

5 서울대학교병원 소아청소년과, 임상부교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5323-9857>

6 연세대학교 간호대학, 교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-2757>

7 동아대학교 의과대학 의료인문학교실, 부교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6889-5478>

8 강원대학교 간호대학 간호학과, 조교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9388-2126>

9 충남대학교 의과대학 내과학교실, 부교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8724-6289>

10 국가생명윤리정책원, 수석연구원, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0361-0894>

11 서울아산병원 중앙내과, 임상조교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1201-3194>

12 연세대학교 의과대학 소아과학교실, 임상조교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3205-9942>

13 한양대학교 의료인문학교실, 교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7258-5090>

14 서울대학교병원 완화의료임상윤리센터, 임상조교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7473-1082>

15 고려대학교 구로병원 가정의학과, 임상강사, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8617-6020>

16 서울대학교병원 완화의료임상윤리센터, 간호사, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7756-4491>

I. 서론

생애말기 치료결정은 환자의 질병경과를 적절히 예측하고, 환자의 증상을 개선시키며, 삶의 질 향상을 목표로, 완화시키는 과제를 안고 있다. 이를 달성하기 위해서는 임상적인 측면뿐 아니라, 관련 당사자(특히 환자)의 가치 판단과 경험을 함께 고려해야 할 필요가 있다. 2018년부터 시행된 『호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률』(이하 연명의료결정법)은 이를 환자의 최선의 이익보장(가장 적절한 치료를 제공)과 자기결정권 존중(환자의 치료 의사가 적절히 수립되고 존중)을 통해 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것으로 진술한다(법 제1조).¹⁾ 이를 생애말기 돌봄에 관련된 사회·문화적 문제를 해소할 수 있는 절차와 기준을 제시하는 역할을 수행해 왔다. 연명의료에 관하여서 이 법률은 연명의료(임종과정에 들어선 환자에게 의학적 이익을 제공하지 않는 치료)의 시행 여부의 결정(연명의료중단 등 결정)과 그 이행에 관한 사항을 규정하고, 이를 통해 환자의 최선의 이익과 자기결정의 존중을 실현하는 것을 목표로 했다(법 제1조).

법의 이행 이후 연명의료결정제도에 대한 시민의 인지도와 그 사용 의사가 확산되고 있다[1]. 그러나 아직 의료현장에서 연명의료결정제도의 활용도는 낮은 것으로 판단되는데, 연명의료결정제도를 활용한 의사결정은 2022년 기준 전체 사망자 337,939명 중 64,000여 명으로 추정되는

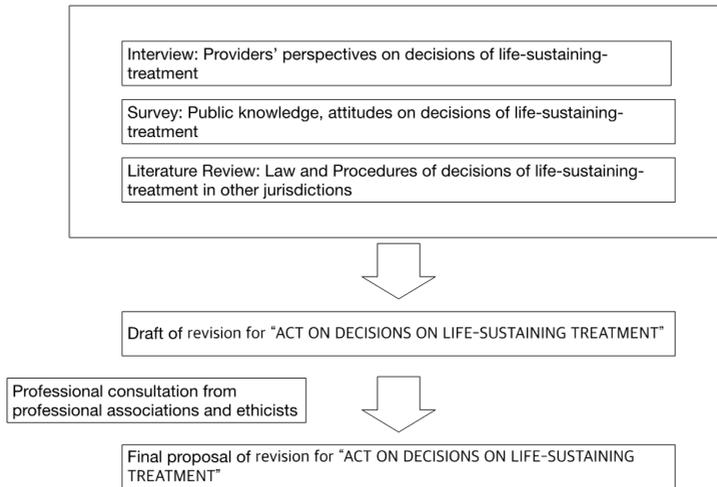
데, 이는 전체 사망자 중 20% 내외만이 해당 제도를 활용하는 것으로 볼 수 있다. 한편, 연명의료결정제도 내에서도 환자의 직접적인 의견이 반영되는 비율(환자자기결정권 존중비율)은 해당기간 40% 전후에 머무르고 있으며[2], 이는 제도의 확산을 가로막는 요인의 개선이 필요함을 암시한다.²⁾

이와 같은 더딘 확산의 기전에는 연명의료결정에 도달하고, 그 결정 내용을 문서화 하며, 임상진료에 적용하는 과정에 근본적으로 내재된 어려움이 존재한다. 그러나 의료기관 종별의 차이에서 기인하는 권한, 절차 및 견해의 차이나 법이상정하고 있는 “말기”와 “임종과정”의 실효적인 구분 가능성과 이를 바탕으로 한 절차의 이행 등과 같이 제도의 개선을 통해 해결할 수 있는 문제들도 있다. 연명의료결정법이 제정 취지를 실현하여 생애말기 돌봄의 수준을 향상할 수 있도록 하기 위해서는 생애말기 돌봄의 전 과정에서 환자가 건강상태, 치료의 의미와 자신의 가치관 등을 종합적으로 숙려할 수 있는 기간을 확보하고, 생애말기 돌봄이 환자의 건강상태와 선호에 부합하게 제공될 수 있는 조건을 확보할 필요가 있다. 이를 위해서는 현행 연명의료결정제도를 규율하는 법률을 개정할 필요가 대두되었다[3]-[7].

본 논문은 연명의료결정법의 개정 방향을 제시함으로써 연명의료결정제도의 개선방안을 마련하는 것을 목적으로 대만, 일본, 영국, 미국, 독일 등 연명의료결정제도를 운영하는 국가의 사례를 비교하여 우리 제도의 개선점을 파악하고(3장), 개선안을 마련하며(4장), 대한의학회의 협조를 받아

1) 법 1조 (목적) 이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고, 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

2) 사망자 중에는 사고사나 임종과정을 판단하기 어려운 상태에서 임종하는 경우 등도 있어, 전체 사망자 중 어느 정도가 연명의료결정법의 적용대상인지 명확하게 추정하기는 어렵다. 그럼에도 전체 사망자 중 연명의료결정제도를 활용한 낮은 비율을 현재 상황의 심각성을 드러내는 것으로 사용한 것은 연명의료결정제도가 지향하는 바가 현행 법률이 직접 적용되는 인구집단을 넘어 죽음을 앞둔 모든 사람들에게 수준 높은 돌봄을 제공하는 것을 목적으로 하기 때문이다. 이는 본 논문의 제목인 “생애말기 의학적 돌봄 향상을 위한 연명의료결정법의 개선방안”에도 담겨 있다.



〈Figure 1〉 Scheme of the proposal development.

전문가단체의 개선안에 대한 의견을 수집하며(4장), 임상적 수용성을 파악한 결과물이다[8].

종안을 마련하였다(〈Figure 1〉, 〈Table 1〉).

연명의료결정제도 종사자 경험조사를 위한 초점 그룹면담연구는 연구자 소속 기관의 연구윤리심의를 거쳐 승인 받았다(승인번호 4-2022-1180).

II. 연구방법

본 연구는 2023년 10월 시점에 적용 중인 연명의료결정법(법률 제19466호, 2023. 6. 13., 일부개정안)의 개선안을 마련하고, 개선안의 임상적 수용 가능성을 파악하기 위해 2023년 10월부터 11월 사이에 수행되었다. 개선안의 마련을 위해 국외 유사 법제와의 비교의 작업을 수행하는 한편, 연명의료결정제도에 대한 관련 전문가 경험 및 인식[9], 시민들의 인식 및 활용의향에 관한 조사[10]를 참고하여 마련한 연명의료결정법의 개정 내용을 관련 전문가에게 자문받아 최

III. 연명의료결정제도의 국내외 비교

1. 연구내용

생애말기 치료에 관한 의사결정절차를 제도화한 대만, 독일, 미국, 영국, 일본과 한국의 연명의료결정제도를 비교하여 법률 제도를 개관하고자 하였다.³⁾ 이들 국가가 말기와 임종과정의 개념, 관련서식의 구성, 내용 및 효력에 관한 구성, 의료의 수준향상을 위한 제도적 접근 등의 문제

3) 참고한 법률은 다음과 같다. 대만 호스피스완화의료조례(安寧緩和醫療條例, 2000), 환자자기결정권법(病人自主權利法, 2016), 독일 사전지시서법(Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung 2009), 미국 표준보건의료결정법(Uniform Health-Care Decisions Act, 1993), 미국 캘리포니아 주 응급의료서비스법(Emergency Medical Treatment and Labor Act, 2009), 영국 의사결정능력법(Mental Capacity Act, 2007), 일본 종말기 의료의 결정 프로세스에 관한 가이드라인(終末期医療に関するガイドライン, 2019) 이다.

〈Table 1〉 Sources of data for developing proposals

Topics	Resources
Public awareness on the life-sustaining treatment decision-making system	Utilizing the results from the “2022 National Survey on Public Opinion for Improving End-of-Life Culture through the Life-Sustaining Treatment Decision-Making System” conducted by the National Health Insurance in November 2022.
Experience of life-sustaining treatment decision-making system workers	A focus group interview was conducted with groups consisting of medical staff, including four practitioners from tertiary hospitals and six from nursing and general hospitals, who are responsible for managing life-sustaining treatment at their respective institutions. These practitioners possess an understanding of the system and practical experience in clinical settings, as well as experience in operating medical institution ethics committees.
Expert group opinion survey on life-sustaining treatment decision-making system	A survey on major issues related to the life-sustaining treatment decision-making system was prepared and conducted targeting member societies of the Korean Academy of Medical Sciences (analysis of responses from 34 societies).
Review of legislations related to life-sustaining treatment decisions	The elements of the life-sustaining treatment decision-making system were compared and analyzed with the laws of Taiwan, the United States, Japan, the United Kingdom, and Germany.
Development of proposal for the revision of the life-sustaining treatment decision-making system	Proposals were derived through consensus among the research team specializing in critical care medicine, oncology, palliative care, medical ethics, and medical law.

를 어떻게 접근했는지 조사하였다.

1) 말기와 임종과정의 구분

현행 연명의료결정법은 말기 및 임종과정에 대한 임상지표 등을 제공하지 않고, 담당의사의 책

임 하에(다른 의사의 동의가 필요) 말기 및 임종 과정을 진단할 수 있도록 하고 있는데, 이는 임상적 판단의 특징을 반영한 것이다. 임종과정의 정의와 판단이 어려운 것은 제도 시행 초기부터 지적되었던 사안이며[11],⁴⁾ 외국의 문헌을 검토한 결과, 법적으로, 또는 명확한 근거를 가진 임종과

4) 예를 들어 2016년 제안된 『말기 및 임종과정 판단의 임상기준의 진단지침』은 유의한 징후를 활용할 것을 제안하고 있으나, 해당 보고서에서도 그 어려움은 강력히 재진술된다. “임종에 가까울수록 특정 징후의 예측력은 높아진다. 현재의 자료로는 임종임박은 어느 정도 예측할 수는 있으나, 임종과정을 판단하기는 어렵다. 일반적으로 임종과정나 임종임박을 판단할 때에는 환자에게 불편을 줄 수 있는 침습적 검사보다는 증상이나 징후에 의한 예측이 우선되어야 하며, 임종이 가까울수록 인지기능이 저하되기 때문에, 환자에 의해 호소되는 증상보다는

정은 언급되고 있지 않다.

연명의료결정법의 임종과정에 해당하는 개념은 아직 명확하게 정립되어 통용되고 있지 않으나, actively dying이 비슷한 개념으로 고려할 수 있다. 그러나 용어에 대한 교과서 또는 사전적 정의는 존재하지 않으며, 어떤 정의된 기간이 아니라 특정한 증상/징후를 통해 묘사가 가능한 상태로 제시되고 있다. 다음과 같은 정의가 전형적이다.

환자의 생리적 기능이 감소하는 임박한 죽음에 선행하는 수 시간 또는 수 일의 기간(The hours or days preceding imminent death during which time the patient's physiologic functions wane.)([12].

2) 연명의료결정 관련 서식

사전연명의료의향서 및 연명의료계획서에 준하는 서식의 비교는 <Table 2>에 제시하였다. 요약하면 서식의 종류가 소수이며, 적용 시점, 대상 의학조치 등에 관해서 선택할 수 있고, 대리인 지정이 가능하거나, 필수적으로 포함되어 있다. 서식 자체로는 가독성 및 작성 편의성이 강조되고 있다.

구체적으로 각 연명의료/생애말기돌봄계획 체계의 관련 문서는 환자가 직접 자신의 돌봄에 대한 의사를 밝히는 문서(사전연명의료의향서에 해당)와 의사가 치료에 관하여 환자와 결정한 내용을 기록하는 문서(연명의료계획서)로 대별된다. 그런데 각국은 사회의 합의 수준, 법률의 특징(대리인, 의학적 결정) 등을 반영한 문서로 고안, 운영하고 있다. 한편, 사전연명의료의향서와 연명의료계획서의 관계는 대상 국가 간 상이한 측면

이 확인되었다. 우리의 경우, 연명의료계획서가 우선하지만, 사전연명의료의향서만 법제화 한 경우가 있고(대만, 영국), 미국처럼 사전연명의료의향서의 사용을 명확하게 하려는 목적으로 도입 후, 그 범위가 확대되는 경우가 있었다. 한편, 의학적 시술에 관련하여서는 사전연명의료의향서에서 지시하는 특정 시술관련 명령의 내용 역시 차이가 있는데, 우리 경우가 일괄 표시하도록 되어 있는데 비해, 그 내용을 구분하여 선택할 수 있도록 되어 있는 경우들이 더 일반적임을 주목할 필요가 있겠다.

이들 국가와 한국의 경우를 비교해 보면 사전연명의료의향서와 연명의료계획서의 관계에 주목할 필요가 있다. 연명의료계획서는 사전연명의료의향서와의 관계에서 우선 적용되는 것으로, 의학적, 자기결정권의 측면에서 우월하게 인식되는 것으로 보인다. 한편, 모든 서식에서 특정 치료법에 대한 선택 권한이 한정되어 있는데, 이는 연명의료결정법의 구조와 관련되어 있다.

우리의 연명의료결정제도에서 활용되는 서식은 스스로 작성한 사전연명의료의향서와 의료진이 환자의 뜻을 반영하여 작성한 연명의료계획서, 환자의 뜻을 추청하거나 대리하는 가족의 권한을 인정하는 서식 등 대부분의 요소를 갖추고 있다. 문제는 이와 같은 서식의 존재 유무가 아니라, 그것이 적용되는 임상적 상황, 법이 허용하는 범위의 제약성 등이라 할 것이며, 이를 개선할 논의를 진행할 필요가 있다.

3) 연명의료결정절차

대부분의 국가에서는 연명의료결정의 법적 정

의료인에 의해 인지되는 징후가 더 유용할 것이라 여겨진다. 여러 연구에서 제시된 특정 징후나 예측모델은 의사의 임종예측에 활용되는 도구이며, 제시된 기준들을 근거로 한 담당 의사의 판단이 임종예측력을 높일 것으로 예상된다.”(p. 178).

<Table 2> The key topics for the revisions of act on the decisions on life-sustaining treatment

The key topics for the revisions of act on the decisions on life-sustaining treatment
<ul style="list-style-type: none"> • Concepts and differentiation of terminal stage and end-of-life process • Necessity of diagnosis of end-of-life process in the preparation of life-sustaining treatment plans • Timing of the implementation of life-sustaining treatment decisions • Procedures and participating medical professionals in determining the end-of-life process. • Acceptance of the surrogate designation system • Representativeness and legal capacity of family statements and the explicit intentions of the patient

당성은 모든 의료행위가 환자의 승낙을 통해서 정당화된다는 충분한 정보에 근거한 동의원칙의 연장선상에서 이해될 수 있다[13]. 한편, 영국의 경우, 연명의료결정제도를 사전돌봄계획의 일부로 이해하는 입장을 가지고 있음도 주목할 필요가 있다[14].⁵⁾

이들 국가에서 또한 중요하게 볼 것은 연명의료결정에 있어 대리인의 자격과 권한을 정의하는데 주의하고 있다는 점이다(일본, 미국, 독일, 대만). 이는 가족의 대리결정을 당연하게 간주하고, 환자 본인이 대리인을 지정할 수 있는 절차를 두지 않는 우리 제도와 비교된다. 연명의료결정법은 대리 결정을 가족이 돌봄이 제공한다는 현실적 이유, 민법 등 법적 이해에 근거하여 가족에 한정된 결과, 환자 본인이 자신의 선호를 가장 잘 이해할 것으로 판단하여 지정한 대리인이나 법이 지정한 범위 외의 실질적 가족의 대리 근거가 박탈 당하는 모순이 존재한다. 그간 수차례의 법률 개정과 5년여의 적용 과정을 통해 많은 문제가 해결되고 있으나, 일련의 행위의 틀로서 법은 의사결정능력이 결여된 환자와 관련된 의사결정에 있어 많은 개선이 요청된다.

4) 의료기관 사이 연계

진료 과정에서 환자의 진료 기관이 변경되는 과정에서 연명의료결정이 제때 전달되지 못하는 경우가 있다. 이와 같은 문제를 해소하기 위한 전략으로 미국 캘리포니아 주에서 시작한 Physician Order for Life Sustaining Treatment(POLST) 제도가 있다. 미국의 경우, 특히 가정 호스피스를 활용하던 환자가 임종을 앞두고 응급의료를 사용할 때 심폐소생술 등 결정에 문제에 관심을 두고 환자의 연명의료에 대한 의향을 반영하여 담당의사가 작성한 서식에 따라 응급구조사 등의 의료인력이 반영할 수 있도록 하는 절차를 마련하였다. 사전의료지시서(advance directive)가 법률 서식인데 반해, POLST는 응급의료종사자들이 따라야 하는 의학적 지시로 응급의료제공자들이 법적으로 보호받으며 (해석의 필요 없이) 따를 수 있다. 이와 같이 의료인들 사이의 지시로써 연명의료결정을 전달하는 방식을 고려할 필요가 있다[15].

현재 한국의 경우, 의료기관 사이의 연계를 가능하게 할 수 있는 것이 연명의료정보처리시스템

5) 영국의 End of Life Care Strategy에서는 좋은 죽음(a good death)의 구성요소에 존엄과 존중으로 개인으로 대우받는 것, 통증 및 다른 증상이 없는 것, 익숙한 환경 내에 있는 것, 그리고 가족 및 친지와 함께 있는 것 등을 제시하고 있음. 즉 생애말기돌봄이란 이들 구성요소를 보장하기 위한 다양한 정책을 포괄하는 작업이 될 수 있음.

이다. 그러나 이 시스템은 법제14조에 근거한 의료기관윤리위원회를 설치한 기관에 한하여 접근이 가능하다. 거의 대부분의 요양병원이 윤리위원회를 설치하지 않았기 때문에 연명의료관련 정보는 이들 기관에서 접근하기 어렵다. 이는 의료기관 연계에서, 특히 연명의료결정에 있어 중요한 관계인 요양병원과 급성기 병원 사이의 원활한 소통에 장애요인으로 개선의 대상이다.

IV. 연명의료결정법 개정방향

연구진은 연명의료결정을 생애말기돌봄계획으로 개선할 수 있도록 제도를 개선하기 위해 고려할 사안(〈Table 3〉)을 검토하고, 이를 반영하여

연명의료결정법 개정안을 도출하였다.

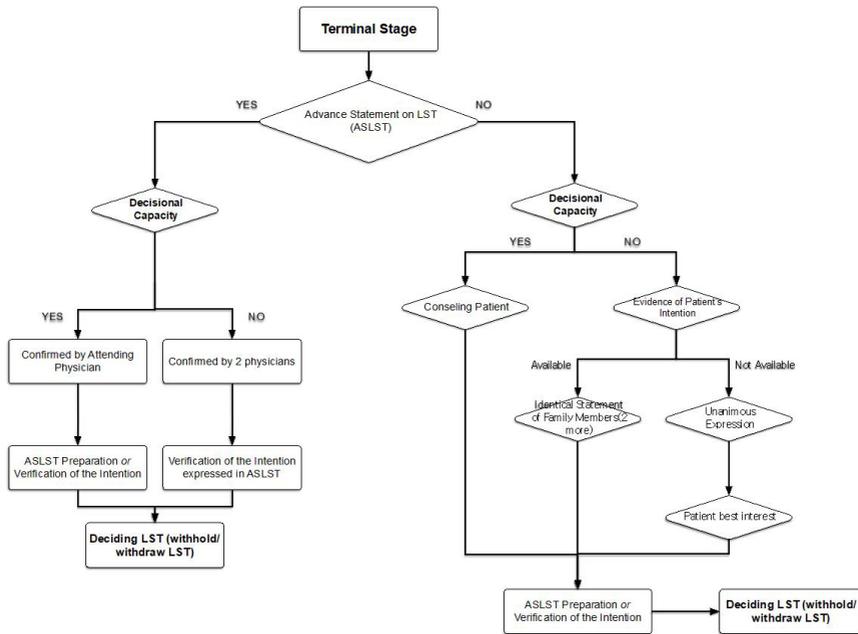
1. 연명의료결정 절차 개선 안

연구진은 (1) 임종과정 환자의 범주를 삭제하는 대안과 (2) 임종과정 환자의 정의를 유지하는 한편, 임종과정 환자 외 말기환자에 대한 연명의료중단요건을 신설하는 대안을 검토하였다(〈Table 3〉). 이는 임종과정판단이 야기하는 현상의 혼란과 이에 따르는 연명의료결정 상담의 부적절함을 해소하기 위한 대안으로, 환자가 원하는 시기에 가능하면 임종과정 판단과 무관하게, 연명의료에 대하여 상담하고 결정을 내릴 수 있도록 하기 위한 것이다[16].

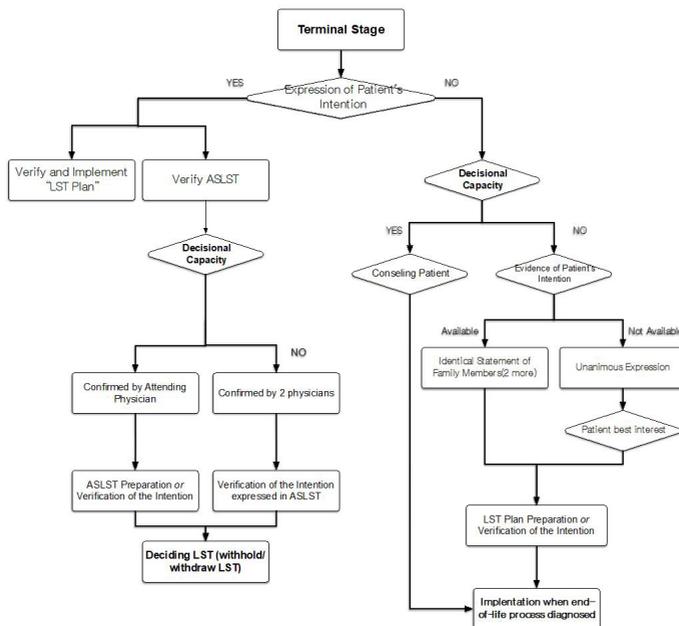
〈Figure 2〉와 〈Figure 3〉은 각각 대안 1, 2

〈Table 3〉 Review of the revision proposal for the life-sustaining treatment decision-making act

	Proposal 1	Proposal 2
Definition	Eliminate the category of ‘end-of-life process’ patients and unify them with terminal patients to allow the cessation of life-sustaining treatment.	Establish new conditions for the cessation of life-sustaining treatment for terminal patients other than those in the end-of-life process.
Concepts and differentiation of terminal stage and end-of-life process	Eliminate the “end-of-life process”	Maintain Current Law
Condition for drafting “life-sustaining treatment plan”	There is no difference between the alternatives, and further discussion is needed.	
Implement the decision on life-sustaining treatment during the terminal stage.	Allow implementation during the terminal stage.	Permit implementation during the terminal stage if the patient’s intention can be confirmed or inferred; if the intention is unknown, implement during the dying process based on the family’s intentions and testimony.
Decision-making based on the family’s Intentions and testimony.	Review by one/two attending physicians or the medical institution’s ethics committee.	N/A



〈Figure 2〉 Expected procedure for life-sustaining treatment termination decision according to proposal 1.



〈Figure 3〉 Expected procedure for life-sustaining treatment termination decision according to proposal 2.

에 따라 예상되는 연명의료결정절차를 제시한 것이다. 이 두 가지 대안은 임종과정 정의를 유지하는 점을 제외하면 동일한 목표를 가지고 있는 것으로, 그 목표는 말기에서 연명의료결정이 이행 가능하게 함으로써 조기에 환자와 가족 그리고 담당의료진 사이에 생애말기돌봄의 속고를 보장하기 위한 것이다. 이런 속고를 통해 연명의료결정을 포함하나, 치료의 목적과 과정을 포함하는 사전돌봄계획[17]도 활성화될 것을 기대할 수 있다. 한편, 이와 같은 범위 확대가 혹시 무분별한 연명의료중단을 야기할 것인가에 관한 논의가 있었으나, 치료 유보나 중단보다 치료 지속을 선호하는 국내 의료진들의 진료 형태를 고려[18]하면 그 영향은 미미할 것으로 예상할 수 있다. 이 상을 종합한 대안과 현행 법률을 비교한 내용을 <부록 1>에 제시하였다.

2. 연명의료결정서식 개정

말기 진단을 내림으로써 연명의료중단 등 결정에 관한 서식을 작성할 수 있게 되면 관련서식의 개정이 필요하게 된다. 현행 연명의료결정법에 따르면 관련 서식은 (1) 사전연명의료의향서 또는 연명의료계획서 작성자들을 대상으로 적용되는 연명의료계획서 그룹(시행규칙 별지서식 1/9/10/11/13 적용)과 (2) 임종과정 판단 후 의사 추정, 혹은 전원 합의의 경우 활용되는 임종과정판단 후 대리결정 그룹(시행규칙 별지서식: 9/12/13 적용)으로 대별된다. 전술한 바와 같이 연명의료결정제도 관련 서식의 중복성, 복잡성 등으로 업무가 과중되고, 이송과정에서 전달되지 않는 문제가 있어 그 종류와 내용을 간결하게 수정할 필요가 제기된 바 있다. 관련 서식을 개선하여 연명의료결정과정과 그 결과를 향상시키기 위

해 다음의 개선 사항을 제한하였다.

사전연명의료의향서는 대안 1, 2의 경우, 근본적인 변화가 필요하다. 현재 서식은 “임종과정에 있다는 의학적 판단”을 적용의 기준으로 제시하고 있기 때문인데, 법률 개정 시에는 논의하였던 말기라는 판단을 담은 변경이 필요하다.

먼저 말기 진단이 없어도 연명의료계획 수립이 가능하도록 절차 및 서식을 개정하는 방안을 고려하였는데, 특히 의료기관의 인력 상황을 반영하여 가족전원합의가 아닌 경우, 담당의사 1인 작성이 가능하도록 서식을 개선할 필요가 있다. 두 번째로, 임종과정 판단서 작성이 연명의료결정과 결정의 이행에 선행하지 않도록 서식의 개정을 고려하였다. 세 번째로, 가족의 진술이나 의사확인서의 경우, 작성 가능한 시점의 개선이 필요하다. 네 번째로, 연명의료중단 등 결정 이행서에 의료 행위의 내용과 결정 이유 및 시기를 기입할 수 있도록 개선해야 한다. 마지막으로, 의사 두 명의 동의 요건(서명)의 경우, ‘12호’와 ‘말기 판단서’만을 남기고, 나머지는 의사 1명만으로도 가능하도록 절차를 간소화할 필요가 있음이 지적되었다.

V. 전문가단체 의견조사

대한의학회 회원학회를 대상으로 현재 상황, 즉 임종과정에 대한 판단이 있어야 연명의료중단 등 결정의 이행이 가능한 상황에 관한 인식을 조사하였다(<Table 4>). 이를 위해 연명의료결정법의 말기 정의에 대한 인식과 연명의료결정의 이행 시기에 대한 인식을 조사하였다. 조사방법은 온라인 플랫폼에 탑재한 설문에 관하여 대한의학회의 협조를 받았다. 총 39건의 응답이 있었고, 이중 중복된 4건 및 의견이 없다고 응답한 1건을 제외하고 총 34건의 응답을 분석하였

〈Table 4〉 Survey results of member societies of the Korean academy of medical sciences

Questionnaire	Response	Responses (open questionnaire)
Maintaining the current definition of ‘Terminal Patient’ in the current act on the decisions on life-sustaining treatment:	Maintain current definition (32:2)	There is a suggestion to relax the scope and qualifications of physicians diagnosing terminal patients: “It would be better if the determination of a terminal patient could be made by the judgment of one physician.”
Allowing the advance care planning to be established early by enabling the creation and registration of a life-sustaining treatment plan not limited to the terminal stage:	Expansion (33:1)	The need for a more nuanced approach was mentioned: “In the case of actual cancer patients, there is a perception that metastatic cancer equals terminal stage, which can lead to inappropriate judgments by patients or intervention by non-specialist physicians.”, “Decisions on life-sustaining treatment should be possible as early as possible, and the patient’s opinion is the most important.”
Allowing the implementation of life-sustaining treatment decisions not only during the dying process but also in the terminal stage:	Expansion (29:5)	Concerns were raised about the implications of this change, given that most decisions are currently made by family surrogates during the dying process: “I agree with expanding the process of life-sustaining treatment termination from the dying process to the terminal stage. However, it seems difficult to distinguish between ‘unanimous statements of at least two family members’ and ‘family consensus’ in clinical practice because families often come to an agreement and present a unanimous statement. This point needs careful consideration.”
Allowing the decision and implementation of life-sustaining treatment termination based on the consensus of all family members when the patient’s wishes cannot be confirmed due to medical condition, even during the terminal stage:	Approval (26:8)	Concerns were raised about the implications of this change, given that most decisions are currently made by family surrogates during the end-of-life process: “Considering the intent of the law to respect self-determination, it is premature to expand to cases where the patient’s own wishes cannot be confirmed. Particularly for non-cancer diseases, there may be confusion during life-sustaining treatment termination, so even if expanded, a phased approach is necessary. Furthermore, if family decisions are made for socioeconomic reasons, the original intent of prioritizing the patient’s best interest could be undermined.”
Other opinions:		<p>Reflecting clinical characteristics: “There should be a separate guide for pediatric and adolescent patients. It is unclear what process they should follow according to the above guide. It would be good to provide clear guidelines for pediatric and adolescent processes in the amendment and seek the opinion of the academic community again.”</p> <p>Proposal regarding the legal representative system: “In the clinical field, the clause requiring consensus from all family members is unrealistic and burdensome for both medical staff and grieving families. Additionally, there are many cases where individuals listed as family members are not in actual contact. In such cases, it is often impossible to achieve a family consensus. Given the limitations of including all social scenarios in the legal text, it is currently stated that surrogate decisions in Article 18 of the Act on the Decisions on Life-Sustaining Treatment are limited to minors. Therefore, I believe it is necessary to designate a legal representative chosen by the patient. Allowing a patient to designate someone to make decisions on their behalf while they are cognitively intact aligns with the intent of the Act to respect self-determination.”</p> <p>Expansion of care provision: “It is important to enhance care for terminal patients through the expansion of hospice specialist staff and educational facilities. Ultimately, improving the quality of life for patients at the ‘terminal’ stage is a critical goal.”</p>

다. 문항은 말기 환자, 임종기의 정의 유지, 연명의료결정의 작성 및 이행 시점, 가족대리 결정의 시기와 범위 등에 관한 내용이었다(〈Table 4〉).

전문가들의 연명의료결정제도에 대한 의견은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 연명의료결정 이행을 환자의 말기에서 하더라도 현행 연명의료결정법의 “말기” 정의는 개정할 필요가 없다. 둘째, 사전돌봄계획의 수립은 말기 이전부터 시작하도록 제도가 개선되어야 한다. 셋째, 연명의료 중단 등 결정은 임종과정인 아닌 말기에도 이행할 수 있도록 그 이행 시점이 확대되어야 한다. 넷째, 가족 전원의 합의에 의한 연명의료 중단 등 결정의 이행이 말기에 이행될 수 있도록 한다. 응답자 중에는 제도의 개선이 돌봄의 질을 개선하고, 결정권의 보장을 확대하자는 취지에 부합하지 않게 악용될 가능성을 지적하는 경우가 있었다. 결론적으로 임상의료현장에서 연명의료계획을 포함한 사전돌봄계획의 확대를 위해서 현재 연명의료결정법과 관련 제도를 개선할 필요성에 대한 공동의 이해가 존재함을 드러낸다. 하지만 일부 판단에 있어서는 소수이지만, 중요한 의견 불일치가 확인된다. 암성질환의 전문단체는 말기 질환의 판단 주체가 누가 될 수 있는지 이나 장기부전(간, 신장) 전문단체는 장기대체 요법이 가능한 상황에서 말기 판단의 방식이 가능한지 등에 관해 이견을 제시하였다. 암성질환이 아닌 경우, 질병의 진행 경과에 대한 판단과 상담 과정에서 환자의 최선의 이익을 보장할 수 있도록 오남용 방지에 주의할 필요를 제시한바 있다. 이러한 의견의 다양성은 연명의료결정을 내리게 되는 임상적 상황의 다양성을 반영한 것이기도 하며, 제도의 마련은 환자와 상담하는 임상절차 및 그 이행의 조건의 마련이 함께 진행되어야 할 것임을 드러낸다.

VI. 결론

이 글은 연명의료결정법의 주요한 논점에 관한 전문가들의 관점을 수집하고, 이를 바탕으로 법률의 개선 방향성을 제안하는 것을 목적으로 기술되었다. 그러나 법률의 개정에는 합리적인 담화를 통한 사회적 합의가 전제된다. 특히 이 논문에 제시된 연명의료결정제도의 변화가 치료의 유보나 중단을 용이하게 하는 목적을 갖는다면 죽음의 시기가 앞당겨지거나 할 것이라는 우려는 근거가 있다. 그럼에도 연명의료결정을 돕는 의료인들의 임상적 경험에 따르면 말기와 임종과정을 구분하고, 이를 기준으로 결정이 내려지는 상황에는 모순이 존재하고 있다. 본 논문의 제안점은 이 모순의 극복을 위한 전문가의 관점에 근거하여 추후 개정의 근거를 마련하려는 작업이다.

생애말기 삶의 질 향상을 목표로 연명의료결정제도를 개선함에 있어 법률과 제도뿐 아니라, 돌봄의 질 향상을 위한 돌봄에 관한 인식의 개선, 환자의 권리 및 역량 강화, 시민들의 참여, 의료진의 훈련과 교육, 시민전문가 양성 등 다양한 정책이 동시에 진행되어야 한다. 그 전제는 연명의료결정제도는 보건의료 인력 개발, 자원 배분, 의료기관의 운영 등 전 분야에 걸쳐 수행되어야 할 정책 영역이라는 것이다. 그러나 본 연구는 특히 의료기관에서 임종을 맞이하는 경우의 돌봄의 질을 향상시키는 것을 목표로, 의료인의 의료행위를 지도하는 기능을 담당하는 연명의료결정법의 개정방안을 도출하기 위해 시행되었다. 이 논의는 사회적, 정책적 관심을 환기시키는 동시에 의료인들의 참여를 이끌어내는 시발점으로 기능할 수 있을 것이다. 법률이 갖는 행위 지침의 기능은 매우 가치 있는 것이지만, 준법이 윤리적 숙고를 대체하거나, 윤리적 책임 및 더 나은 돌봄제공을 위한 노력을 약화시키는 일이 없도록 더 주의를 기울여야 할 것이다. ㉞

Acknowledgements

보건복지부 연명의료결정제도 개선방안 연구 사업지원을 받았습니다. 본 연구에 참여하여 귀한 의견을 제시해 주신 「한국의료윤리학회 연명의료결정법 개정방안」 연구진 및 자문위원(허대석 전서울의대 종양내과교수, 최경석 이화여대 법학전문대학원교수, 정유석 단국의대 가정의학과 교수, 이석배 단국대학교 법과대학교수), 인터뷰에 응해주신 연명의료결정제도 종사자들과 연구보조원 김윤성 연세대학 의료법윤리학회연구원께 감사드립니다.

Conflict of Interest

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

REFERENCES

- [1] National Health Insurance Service. Survey on public opinion for the improvement of end-of-life culture through the life-sustaining treatment decision system. Suwon: National Health Insurance Service; 2022.
- [2] Statistics Korea. Cause of death statistics results, 2022. Yearbook of life-sustaining treatment decision system, 2022. Suwon: National Agency for Management of Life-Sustaining Treatment; 2023.
- [3] Goswami P, Mistic M, Barber FD. Advance care planning: advanced practice provider-initiated discussions and their effects on patient-centered end-of-life care. *Clin J Oncol Nurs* 29;24(1):81-87. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.81-87>
- [4] Park HJ, Seo M. Experience of healthcare providers participating in life-sustaining treatment decision making for end-of-life cancer patient. *Korean J Bioethics* 2023;24(2):47-68. <https://doi.org/10.37305/JKBA.2023.12.24.2.47>
- [5] Kim C. Issues of interpretation and direction of revision of Korean act of decision - making in life-sustaining medicine focused on decision of holding-off or discontinuation of life-sustaining medicine. *SungKyunKwan Law Rev* 2019;31(4):257-304. <https://doi.org/10.17008/skklr.2019.31.4.006>
- [6] Jeon H, Choi J, Lee I. Experiences with a life-sustaining treatment decision system: focus group interview. *Bio Ethics Policy* 2023;7(1):25-47. <https://doi.org/10.23183/konibp.2023.7.1.002>
- [7] Choi JY, Jang SG, Kim CJ, et al. Institutional ethics committees for decisions on life-sustaining treatment in Korea: their current state and experiences with their operation. *Korean J Med Ethics* 2019;22(3):209-233. <https://doi.org/10.35301/ksme.2019.22.3.209>
- [8] Ministry of Health and Welfare. Analysis of the outcomes of the operation of the life-sustaining treatment decision system project (3 years) and study report on mid- to long-term development plans. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2021.
- [9] Ministry of Health and Welfare. Study report on improvement measures for the life-sustaining treatment decision system. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023.
- [10] National Health Insurance Service. National public opinion survey on the life-sustaining treatment decision system for the improvement of end-of-life culture. Suwon: National Health Insurance Service; 2022.
- [11] Korean Association of Medical Societies. Clinical guidelines for the diagnosis of clinical criteria for determining end-of-life and terminal stages. Seoul: Korean Association of Medical Societies; 2016.
- [12] Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, et al. Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: a systematic review. *J Pain Symptom Manag* 2014;47(1):77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021>
- [13] Lee SB. Das deutsche patientenverfügungsgesetz. *J Law Res* 2010;26(4):337-357.
- [14] Department of Health. End of life care strategy:

- promoting high quality care for all adults at the end of life [Internet]. Department of Health; 2008. [cited 2023 Jan 4] Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-all-adults-at-the-end-of-life>
- [15] National POLST. FAQs for EMS providers [Internet]. National POLST; 2024 [cited 2023 Jan 4]. Available from: <https://polst.org/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.07-National-POLST-EMS-FAQ.pdf>
- [16] Ministry of Health and Welfare. Development of a consultation and care plan manual based on the survey of the status of life-sustaining treatment decisions in medical institutions. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020.
- [17] Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med* 2015;175(3):363-371. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7386>

〈부록 1〉 주요 국가의 연명의료결정제도 비교

관련법률	명칭	작성자	등록	연명의료결정 지시	임종 완화선택	호스피스 선택	열람허용 선택	대리인 지정	기타
연명의료결정법	연명의료계획서	의사 (말기 환자와 상담)	○	○*	○*	○	○	X	설명내용과 그 확인
	사전연명의료의향서	성인 등록자	○	○*	○*	○	○	X	설명내용과 그 확인
	연명의료중단결정에 대한 친권자 및 시행규칙 환자가족 의사 확인서	의사 2인	기록의무	○*	○*	X	X		
	연명의료중단결정에 대한 환자의사 확인서(사전연명의료의향서)	의사 2인	기록의무						등록된 사전연명의료의향서의 존재 확인
	연명의료중단결정에 대한 환자의사 확인서(환자가족 진술) 의사 2인	기록의무							일관된 의사표현 확인
	연명의료중단결정 이행서			○ 이행내용	○*	X	X		의사확인 방법 : 연명의료지시의 이행내용
대만 호스피스-완화의료 조례	호스피스 완화의료 사전 선택의향서	환자 본인 증인 2명	○	○#	○	○	○	○	
대만 환자가족결정법	사전의료결정서 (預立醫療決定書)	환자 본인 증인 2명 또는 공증인	○	○\$	○	○	○	○	인공영양공급에 대한 결정을 건강상태별로 선택할 수 있도록 하였음
미국 표준 보건의료 결정법(Uniform Health Care Decisions Act)	사전의료지시서(Advance Health Care Directive)	환자 본인 증인 2명 또는 공증인	○	○	○	○	○	○	가치관 진술 항목 삶의 질 평가 기준 장기 기능 등 기타 항목 장기요양기관내 환자 옴부즈맨 관련조항
캘리포니아 응급의료서비스법	생명유지 치료에 대한 의사지시서 (Physician Order for Life-Sustaining Treatment, POLST)	의사 작성 환자/법정대리인 공동서명 환자대리인/ 상의자		○**	○	○	○	○	응급구조의 맥락에서 적용되는 서식 이송 및 전원에 함께 보내야 하는 서식

〈부록 1〉 계속

관련법률	명칭	작성자	등록	연명의료결정 지시	임종 완화선택	호스피스 선택	열람허용 선택	대리인 지정	기타
영국 의사결정능력법	사전치료거부서 (Advance decision to refuse treatment)	성인 중인 1인	X	○ (특정치료 및 적용조건 기술)	○	○	○	○#	법정서식 아님(정부가이드라인)
일본 중말기 의료의 결정 프로세스에 관한 가이드라인	사전확인서 (事前確認書)	성인 중인(가족) 상담자	X	○ (해당 조건별 치료의 범위)	○	NA	NA	○(인수자 서명)	가이드라인
일본 중말기 의료의 결정 프로세스에 관한 가이드라인	연명의료에 관한 지시 동의서 (延命措置に関する表示同意書)	성인 의사 중인	X	○ (특정치료 및 선택)	○			○(가족 동의)	가이드라인
독일 생전유언서식	환자의 생전유언서식 (Textbausteine Patientenverfügung)	환자 의사 중인	X	○ (특정치료 및 적용조건 기술)	○			○	구체적인 건강상태 및 의학적 조치를 지정함. 대리인의 해석관련 인정

* 연명의료계획서: "위의 사항을 설명 받고 이해했음을 확인하며, 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 경우 연명의료를 시행하지 않거나, 중단하는 것에 동의합니다."
 † 법 제19조 제2항: 연명의료중단결정 이행 시 통증 완화와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 시행하지 아니하거나 중단되어서는 아니 된다.
 ‡ 특정항: 기관 내 관 삽입, 체외심장박, 구급약물 주사, 심장전기충격, 심장인공주파수 변조, 인공호흡 혹은 기타지료행위 호스피스 완화의료 조례 제7조 제1항 제1항목 및 제2항목 본문: "심폐소생술을 실행하지 않음에 있어서, 아래 열거한 규정에 부합해야 한다. 1) 의사 2명이 말기환자를 진단 확인해야 한다. 2) 희망자의 서명이 있는 의향서이어야 한다."
 § 말기, 비가역성 코마상태, 지속식물상태, 심한 치매, 기타 지정질환: 연명의료와 영양공급/수액공급을 선택할 수 있도록 함.
 || 등록시스템과 관련 서식.
 ¶ 대리인사결정자의 권한을 상술함. 대리인의 권한 발동시기, 대리인의 재량범위 결정(귀하가 스스로의 의견을 피력하지 못할 때 의료 의사 결정자가 얼마나 신중하게 귀하의 의사를 따르기를 바랍니다!);
 ** 심폐소생술, 치료의 목표(원전한 치료, 선택적 치료, 고통완화치료), 인공영양공급.
 # 자문-결정권자 아님
 †† 환자 상태를 1. 말기, 2. 비가역적 혼수, 3. 지속식물상태, 4. 중증치매, 5. 기타 신경계 질환으로 구분.

<부록 2> 현행연명의료결정법과 개정안의 비교

	현행 법률	대안 1에 따른 개정안	대안 2에 따른 개정안
법률명	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	호스피스·완화의료 및 연명의료결정에 관한 법률	
제1조	이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.	이 법은 호스피스·완화의료와 말기환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.	이 법은 호스피스·완화의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.
제2조	1. “임종과정”이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다. 2. “임종과정에 있는 환자”란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.	(삭제)	
제2조	4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.	4. “연명의료”란 말기환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 죽음에 이르는 기간만을 연장하는 것을 말한다.	4. “연명의료”란 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료 효과 없이 죽음에 이르는 기간만을 연장하는 것을 말한다.
제2조	6. “호스피스·완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.	6. “호스피스·완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.	
제2조	7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자 등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.	7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자를 직접 진료하는 의사를 말한다.	

(부록 2) 계속

	현행 법률	대안 1에 따른 개정안	대안 2에 따른 개정안
제2조	8. “연명의료계획서”란 말기환자 등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.	8. “연명의료계획서”란 말기환자의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단 등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.	
제7조	② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 4. 말기환자등과 그 가족의 삶의 질 향상을 위한 교육프로그램 및 지침의 개발·보급	② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 4. 말기환자와 그 가족의 삶의 질 향상을 위한 교육프로그램 및 지침의 개발·보급	
제8조	④ 위원은 말기환자 진료, 호스피스 및 임종과정에 관한 학식과 경험이 풍부한 다양한 분야의 전문가들 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.	④ 위원은 말기환자 진료와 호스피스에 관한 학식과 경험이 풍부한 다양한 분야의 전문가들 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.	
제10조	① 담당의사는 말기환자등에게 연명의료중단등결정, 연명의료계획서 및 호스피스에 관한 정보를 제공할 수 있다. ② 말기환자등은 의료기관(「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 의원·한의원·병원·한방병원·요양병원 및 종합병원을 말한다. 이하 같다)에서 담당의사에게 연명의료계획서의 작성을 요청할 수 있다.	① 담당의사는 말기환자에게 연명의료중단등결정, 연명의료계획서 및 호스피스에 관한 정보를 제공할 수 있다. ② 말기환자는 의료기관(「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 의원·한의원·병원·한방병원·요양병원 및 종합병원을 말한다. 이하 같다)에서 담당의사에게 연명의료계획서의 작성을 요청할 수 있다.	
제14조	② 윤리위원회는 다음 각 호의 활동을 수행한다. 1. 연명의료중단 등결정 및 그 이행에 관하여 임종과정에 있는 환자와 그 환자가족 또는 의료인이 요청한 사항에 관한 심의	② 윤리위원회는 다음 각 호의 활동을 수행한다. 1. 연명의료중단 등결정 및 그 이행에 관하여 말기환자와 그 환자가족 또는 의료인이 요청한 사항에 관한 심의	② 윤리위원회는 다음 각 호의 활동을 수행한다. 1. 연명의료중단 등결정 및 그 이행에 관하여 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 환자가족 또는 의료인이 요청한 사항에 관한 심의
제15조	담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단 등결정을 이행할 수 있다. 1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단 등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우 2. 제18조에 따라 연명의료중단 등결정이 있는 것으로 보는 경우	담당의사는 말기환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다. 1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단 등결정을 원하는 것이고, 말기환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우 2. 제18조에 따라 연명의료중단 등결정이 있는 것으로 보는 경우	① 담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단 등결정을 이행할 수 있다. 1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단 등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우 2. 제18조에 따라 연명의료중단 등결정이 있는 것으로 보는 경우 ② 담당의사는 제17조제3항 및 제18조에 따라 임종과정에 있는 환자의 연명의료중단 등결정이 있는 것으로 보는 경우 말기환자에 대하여 연명의료중단 등결정을 이행할 수 있다.

<부록 2> 계속

	현행 법률	대안 1에 따른 개정안	대안 2에 따른 개정안
제16조	<p>(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단) ① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단 등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.</p> <p>② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 같음할 수 있다.</p>	<p>(환자가 말기환자인지 여부에 대한 판단) ① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단 등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 말기환자인지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.</p> <p>② (삭제)</p>	<p>(환자가 임종과정에 있는지 여부 등에 대한 판단) ① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단 등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 말기 또는 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. 다만, 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 같음할 수 있다.</p>
제17조	<p>(환자의 의사 확인) ① 연명의료중단 등결정을 원하는 환자의 의사는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 확인한다.</p>	(동일)	(동일)
제18조	<p>① 제17조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단 등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1명이 환자가 연명의료중단 등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다.</p> <p>1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단 등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우</p> <p>2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료중단 등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우</p>	<p>① 제17조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단 등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1명이 환자가 연명의료중단 등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다.</p> <p>1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단 등결정이 환자의 최선의 이익에 부합한다는 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우</p> <p>2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료중단 등결정이 환자의 최선의 이익에 부합한다는 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우</p>	(동일)
제20조	<p>2. 제16조에 따라 기록된 임종과정에 있는 환자 여부에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의 1명의 판단 결과</p>	<p>2. 제16조에 따라 기록된 말기환자 여부에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의 1명의 판단 결과</p>	<p>2. 제16조에 따라 기록된 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자 여부에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의 1명의 판단 결과</p>

<부록 2> 계속

	현행 법률	대안 1에 따른 개정안	대안 2에 따른 개정안
제21조	1. 말기환자 등의 적절한 통증관리 등 증상 조절을 위한 지침 개발 및 보급 5. 말기환자 등과 그 가족을 위한 호스피스 교육프로그램의 개발 및 보급	1. 말기환자의 적절한 통증관리 등 증상 조절을 위한 지침 개발 및 보급 5. 말기환자와 그 가족을 위한 호스피스 교육프로그램의 개발 및 보급	
제40조	2. 임종과정에 있는 환자에 대하여 제17조에 따른 환자의 의사 또는 제18조에 따른 연명의료중단결정에 반하여 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단한 자	2. 말기환자에 대하여 제17조에 따른 환자의 의사 또는 제18조에 따른 연명의료중단 등결정에 반하여 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단한 자	① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금에 처한다. 2. 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자에 대하여 제17조에 따른 환자의 의사 또는 제18조에 따른 연명의료중단 등결정에 반하여 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단한 자

Amendment Proposals for the Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment to Improve End-of-Life Care

LEE Ilhak¹, PARK Hyoungh-Wook², KOH Youn-suck³, KIM Dae Kyun⁴, KIM Min Sun⁵,
KIM Sanghee⁶, KIM Claire Junga⁷, KIM Cho Hee⁸, MOON Jae Young⁹, BAIK Sujin¹⁰,
SEO Seyoung¹¹, SONG In Gyu¹², YOO Sang Ho¹³, YOO Shin Hye¹⁴, LEE Yoo Jeong¹⁵, CHOI Wonho¹⁶

Abstract

The Act on Hospice and Palliative Care and Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients at the End of Life (ELDA) was passed by the Korean National Assembly in 2016 and came into effect in 2018. Although the stated purpose of the act is to uphold patient autonomy and dignity in the context of end-of-life (EOL) care, its utilization remains low, with only some 40% of EOL decisions reflecting patients' direct opinions. This study aims to pinpoint areas for enhancing ELDA by comparing it with similar systems in other countries and gathering expert opinions. To achieve this, we reviewed ELDA, compared it with EOL care systems in Taiwan, Japan, the UK, the US, and Germany, and surveyed Korean medical experts to collect their thoughts on how ELDA might be improved. On this basis, we make several recommendations, including broadening the scope of ELDA, bolstering the role of advance directives, and providing education for healthcare professionals. These recommendations are expected to increase the utilization rate of ELDA and enhance the quality of EOL care in South Korea.

Keywords

ELDA; end-of-life care; patient autonomy; advance directives; expert consensus

1 Associated Professor, Department of Medical Law and Ethics, Yonsei University, College of Medicine.

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

3 Advisory Clinical Professor, Department of Pulmonary and Critical Care Medicine, Asan Medical Center: **Corresponding Author**

4 Clinical Professor, Department of Family Medicine, The Catholic University of Korea, Incheon St. Mary's Hospital.

5 Associate Professor, Department of Pediatrics, Seoul National University Hospital.

6 Professor, Department of Nursing, Yonsei University.

7 Associate Professor, Department of Medical Humanities, College of Medicine, Dong-A University.

8 Assistant Professor, Department of Nursing, College of Nursing, Kangwon National University.

9 Associate Professor, Department of Internal Medicine, Chungnam National University College of Medicine, Chungnam National University Sejong Hospital.

10 Chief Researcher, Korea National Institute for Bioethics Policy.

11 Clinical Assistant Professor, Department of Oncology, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine.

12 Clinical Assistant Professor, Department of Pediatrics, College of Medicine, Yonsei University.

13 Professor, Department of Medical Humanities and Ethics, College of Medicine, Hanyang University.

14 Clinical Assistant Professor, Center for Palliative Care and Clinical Ethics, Seoul National University Hospital.

15 Clinical Fellow, Department of Family Medicine, Korea University Guro Hospital.

16 Registered Nurse, Center for Palliative Care and Clinical Ethics.

의료적 의사결정 과정에서 공유의사 결정과 설명·동의 법제 *

윤여란¹, 배현아²

요약

이 논문은 의료적 의사결정과정에서 환자 자기결정권 보장을 위한 사전동의나 충분한 정보에 근거한 동의에서 더 나아가 환자와의 '상호성'을 포함하는 개념인 공유의사결정에 대한 연구이다. 이를 위하여 다양한 영역의 의료적 의사결정과정에 공유의사결정을 도입하기 위해 그 기반이 되는 설명·동의 법제의 내용을 살펴보았다. 기존의 설명·동의 법제는 공유의사결정과 구별되는 충분한 정보에 의한 동의에 기반한 법제도이기 때문에 이것이 공유의사결정 과정에 적용될 수 있을지 그 수용가능성과 법제도적 측면에서의 적합성을 검토하였다. 설명·동의 법제에 근거하여 공유의사결정의 '참여자'의 범위와 공유되는 정보의 내용, 공유의사결정 과정에서 하자 발생으로 인한 법적 책임의 발생 가능성을 살펴보았다. 이 과정에서 보건의료법체계 하의 설명·동의 법제의 공유의사결정에 적용하기 위해 설명의무 관련 판례에서 법적 쟁점과 그 해석의 내용을 살펴, 이후 공유의사결정 제도화에 필요한 정책적 제안을 하였다.

색인어

공유의사결정; 의료적 의사결정; 자기결정권; 보건의료법체계 설명의무

투고일: 2024년 5월 12일, 심사일: 2024년 5월 30일, 게재확정일: 2024년 6월 25일

교신저자: 배현아, 이화여자대학교 법학전문대학원, e-mail: sincerebae@ewha.ac.kr

* 본 연구는 보건복지부의 재원으로 환자-의사가 함께하는 의사결정 모형개발 및 실증연구 사업단의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호: RS-2023-KH142275).

1 이화여자대학교 생명윤리정책 협동과정, 박사과정. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6371-067X>

2 이화여자대학교 법학전문대학원, 교수. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7601-9371>

I. 서론: 공유의사결정의 개념과 의의

오늘날 환자의 자기결정권 보장을 위한 논의는 단순한 사전동의(simple consent)뿐만 아니라, 충분한 정보에 의한 동의(informed consent)와 공유의사결정(shared decision making)으로 점차 환자의 의사를 반영한 의사결정이 보장되는 방향으로 진행되고 있다[1]. ‘충분한 정보에 의한 동의’의 초기 개념은 환자가 의학적 정보를 이해하는 것보다는 의사가 치료 옵션에 대해 설명하고, 의학적 정보를 공개하는 것에 중점을 두었다. 충분한 정보에 의한 동의는 환자의 자기결정권 보장을 위해 단순한 사전동의에서 한 단계 발전한 모델이었지만, ‘환자의 적극적 참여’가 고려되지 않았기에 환자의 자율성 증진에 적극적인 역할을 하지 않았다는 평가도 있다[2]. 충분한 정보에 의한 동의에서 의사는 치료 옵션들을 제시하고, 각 옵션별로 예상되는 이익, 위험을 설명한다. 더 나아가 설명·동의 법제 하에서는 의사 등의 ‘설명 의무’를 법적 의무로 부과하고 있다[3]. 그럼에도 불구하고, 이러한 설명동의 법제의 내용에는 환자의 선호도나 인생관과 같은 요소는 고려되지 않은 채 환자는 의사가 제시한 옵션에 대한 선택 혹은 거부하는 것만이 가능하다.

오늘날 의료의 주된 패러다임은 환자 개인의 선호도, 가치를 존중하며, 환자의 가치가 임상적 결정의 기준이 되도록 보장하는 ‘환자중심의료’이다[4]. 이러한 패러다임 속에서 의사-환자 관계에 초점을 두는 ‘공유의사결정’이 등장하였다. 공유의사결정은 환자와 의사가 협력하여 의학적 증거와 환자 개인의 우선 순위 및 치료 목표를 가장 잘 반영하여 합의된 치료 방법을 선택하는데 도움이 되는 공식적인 프로세스 또는 도구로[5] 1980년대 미국에서 등장한 개념이다[6]. 공유의사결정은 의사-환자 관계의 정보의 비대칭성에 대한 인식에도 불구하고, ‘상호성’을 보장할 수

있다는 점에서 가치가 있다. 공유의사결정 과정에서 의사는 의료적 의사결정 과정에 필요한 의학적 정보를 전달하고, 환자는 개인의 선호도, 가치관 및 인생관 등을 제시한다. 이는 단순히 의사와 환자가 상호 정보를 제공하는 의미가 아니며, 의사결정에 필요한 다양한 정보를 ‘공유’하고 ‘교환’함으로써 환자의 자기결정권을 최대한 보장하고 행사할 수 있게 하는 의료적 의사결정의 과정이다. 실제로 이러한 의사소통 과정이 환자의 만족도에 영향을 미칠 수 있고[7], 의료진 역시 이러한 의사소통 과정에 대한 지침이나 교육, 훈련의 필요성을 논의하고 있다[8]. 또한 환자 스스로도 자신의 진료과정에서 의사결정에 스스로 참여하길 원하고 있고, 이러한 환자 참여에 대한 의료진의 인식 역시도 이를 적극적으로 수용하고자 하는 방향을 변화하고 있다[9].

이후에서는 다양한 영역의 의료적 의사결정 과정에 공유의사결정 도입과 제도적 정착을 위해 그 기반이 되는 설명·동의 법제의 내용을 살펴봄으로써 공유의사결정의 법제도적 측면에서의 수용가능성과 절차적 정합성 확보를 위해 필요한 제안을 하고자 한다.

II. 본론: 공유의사결정과 설명·동의 법제

1. 공유의사결정의 법적·윤리적 근거

의료적 의사결정과정에서 이루어지는 ‘환자의 결정’은 의료인의 설명과 환자의 동의 과정을 거쳐 이루어진다. 이러한 의료적 의사결정과정에서 환자의 의사결정을 존중하는 것은 환자의 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권을 보호하는 것으로 헌법적 가치에 근거한 것이다. 왜냐하면 환자는 “의사의 진단 또는 치료를 위한 의료행

위가 환자의 신체나 그 기능에 대한 침해행위의 측면도 가지고 있는 이상 환자도 자기의 생명과 신체의 기능을 어떻게 유지하는가에 대하여 스스로 결정하는 권능"인[10] 자기결정권을 가지고 있기 때문이다. 환자의 자기결정권은 환자의 생명·건강에 대한 의료상의 선택·결정은 환자 자신의 의사에 맡겨야 한다는 근거가 된다. 의료적 의사결정 과정에 대하여 대법원은 “환자의 수술과 같이 신체를 침해하는 진료행위를 하는 경우에는 질병의 증상, 치료 방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명하여, 당해 환자가 그 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고, 그 진료행위를 받을 것인지의 여부를 선택하도록 함”이라 하면서, 그 진료행위에 대한 동의를 받아야 한다고 판시하고 있다[11]. 의료상의 선택이나 결정 과정에는 의사의 설명과 환자의 동의가 필수적이다. 공유의사결정 과정 역시 그러하다. 따라서 공유의사결정의 법적·윤리적 근거 역시 헌법상 환자의 자기결정권 보장과 의사-환자 관계에서 도출되는 의료계약상의 의무이다. 구체적으로 공유의사결정을 포함한 의료적 의사결정과정에서 의사의 설명과 환자의 동의의 법적·윤리적 근거는 “헌법 제10조에서 규정한 개인의 인격권과 행복추구권에 의하여 보호되는 자기결정권을 보장하기 위한 것”과 환자가 의사 또는 의료기관에게 진료를 의뢰하고, 의료인이 그 요청에 응하여 치료행위를 개시하는 경우에 의료인과 환자 사이에 성립되는 “의료계약”

으로부터이다[11]. 이때 의료계약에 의하여 제공되는 진료의 최종적인 내용은 의료인의 설명과 환자의 동의에 의하여 구체화되는 과정을 거쳐 선택 또는 결정된 내용이 된다. 의사의 설명의무는 계약상 의사의 주된 급부인 진료의무와 병존하는 독립적 부수의무로써 계약책임에서 파생되거나, 공유의사결정 과정을 포함한 의료적 의사결정의 각 단계에서 제공되는 의사의 설명과 환자의 각 의사결정 과정에서 개별 의료행위에 대한 승낙과정은 그 내용이나 상대방, 법적인 효과 등이 법률행위인 의료계약과 다른 준법률행위로서 의료계약 자체에 대한 그것과는 차이가 있다.

또한 이러한 의사의 설명의무의 근거를 침습적인 의료행위 등에 대한 승낙을 얻기 위한 전제로도 볼 수 있다.¹⁾

공유의사결정을 포함하는 의료적 의사결정 과정에서 설명과 동의는 보건의료법체계에서 명시적으로 규정하기도 한다. 「보건의료기본법」은 보건의료서비스에 관한 자기결정권에 대하여 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식(臟器移植) 여부 등에 관하여 ‘충분한 설명을 들은 후, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리’를 가진다고 규정하여(법 제12조) 앞서 논의한 헌법적 권리를 구체화하고 있다. 이러한 보건의료서비스 제공과정에서의 설명·동의 법제는 「의료법」 제24조에서 요양방법 지도 의무나²⁾ 제24조의 2 의료행위에 대한 설명에서 그 근거를 찾을 수 있다.³⁾ 그 외 응급환자를 대상으로 하는 「응급의료

1) 일반적으로 의사는 환자에게 수술 등 침습을 가하는 과정 및 그 후에 나쁜 결과 발생의 개연성이 있는 의료행위를 하는 경우 또는 사망 등의 중대한 결과 발생이 예측되는 의료행위를 하는 경우에 있어서 응급환자의 경우나 그 밖에 특단의 사정이 없는 한 진료계약상의 의무 내지 침습 등에 대한 승낙을 얻기 위한 전제로서 설명의무를 진다.[대법원 1995. 1. 20. 선고 94다3421 판결]

2) 제24조(요양방법 지도) 의료인은 환자나 환자의 보호자에게 요양방법이나 그 밖에 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다.

3) 제24조의2(의료행위에 관한 설명) ① 의사·치과의사 또는 한의사는 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 수술, 수혈, 전신마취(이하 이 조에서 “수술 등”이라 한다)를 하는 경우, 제2항에 따른 사항을 환자(환자가 의사결정능력이 없는 경우, 환자의

에 관한 법률」 제9조 응급의료의 설명·동의에 관한 규정도 있다.⁴⁾ 그러나 설명의무는 앞서 언급한 대로 명문의 법제가 없다고 하더라도 헌법상 당연히 인정된다. 위 의료법 상 명문의 설명의무 규정이 없을 때에도 당연히 의사의 의무로 인정되었다. 다만, 의사의 설명의무에 관한 명문의 규정을 통해 오히려 법 적용 대상을 한정하거나 명확한 요건을 제시하고, 법적 제재를 하는 효과가 있을 뿐이다.

이처럼 의료적 의사결정과정의 법적 근거는 설명·동의 법제이다. 환자의 자기결정권 보장과 강화를 위한 공유의사결정 관련 법제 역시 가장 중요한 근거는 설명·동의 법제이다. 즉, 환자

의 자기결정은 의사의 설명의무를 통하여 보장될 수 있다. 구체적인 의료적 의사결정과정에서 환자는 의사에게 설명을 듣고 필요성이나 위험성을 충분히 비교한 후 해당 의료행위를 받을 것인지의 여부 등을 선택한 후 해당 의료행위를 받겠다는 결정을 하면 ‘동의’를 하게 된다. 이는 충분한 정보에 의한 동의를 바탕으로 환자의 자기결정권을 보장하는 것을 의미한다. 하지만 기존의 설명·동의 법제 상 한계는 여전히 존재한다. 즉, 설명·동의 과정에서의 ‘하자’가 개입하거나⁵⁾ 실질적이고 충분한 정보 제공을 통한 동의가 이루어지지 못해⁶⁾ 환자에게 최선의 이익이 되는 선택이나 결정이 이루어지지 못할 수 있다는 것이다.

법정대리인을 말한다. 이하 이 조에서 같다)에게 설명하고 서면(전자문서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)으로 그 동의를 받아야 한다. 다만, 설명 및 동의 절차로 인하여 수술등이 지체되면 환자의 생명이 위험하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항에 따라 환자에게 설명하고 동의를 받아야 하는 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 환자에게 발생하거나 발생 가능한 증상의 진단명
2. 수술 등의 필요성, 방법 및 내용
3. 환자에게 설명을 하는 의사, 치과 의사 또는 한의사 및 수술 등에 참여하는 주된 의사, 치과 의사 또는 한의사의 성명
4. 수술 등에 따라 전형적으로 발생이 예상되는 후유증 또는 부작용
5. 수술 등 전후 환자가 준수하여야 할 사항

③ 환자는 의사, 치과 의사 또는 한의사에게 제1항에 따른 동의서 사본의 발급을 요청할 수 있다. 이 경우, 요청을 받은 의사, 치과 의사 또는 한의사는 정당한 사유가 없으면 이를 거부하여서는 아니된다.

④ 제1항에 따라 동의를 받은 사항 중 수술 등의 방법 및 내용, 수술 등에 참여한 주된 의사, 치과 의사 또는 한의사가 변경된 경우에는 변경 사유와 내용을 환자에게 서면으로 알려야 한다.

⑤ 제1항 및 제4항에 따른 설명, 동의 및 고지의 방법·절차 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

4) 제9조(응급의료의 설명·동의) ① 응급의료종사자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 응급환자에게 응급의료에 관하여 설명하고 그 동의를 받아야 한다.

1. 응급환자가 의사결정능력이 없는 경우
2. 설명 및 동의 절차로 인하여 응급의료가 지체되면 환자의 생명이 위험하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우

② 응급의료종사자는 응급환자가 의사결정능력이 없는 경우, 법정대리인이 동행하였을 때에는 그 법정대리인에게 응급의료에 관하여 설명하고, 그 동의를 받아야 하며, 법정대리인이 동행하지 아니한 경우에는 동행한 사람에게 설명한 후 응급처치를 하고, 의사의 의학적 판단에 따라 응급진료를 할 수 있다.

③ 응급의료에 관한 설명·동의의 내용 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

5) 대법원은 환자가 수혈을 거부하는 것과 같이 환자의 자기결정권 행사가 유효하기 위한 전제 요건으로 의사의 설명의무 이행과 이에 따른 환자의 자기결정권 행사에 어떠한 하자도 개입되지 않아야 한다는 점을 전제하고 있다.[대법원 2014. 6. 26. 선고 2009도14407 판결]

6) 대법원은 부동산자로 인쇄된 수술승인서 용지에 서명날인한 사실은 인정되나, 그 인정사실만으로는 수술, 특히 전신마취가 초래할 수 있는

왜냐하면 환자마다 의학적 설명에 대한 이해도가 다를 수 있으며, 환자 자신의 가치관과 선호도를 반영한 옵션이 실현 가능한 것인지, 의사가 제시한 치료 옵션 중 선호도를 반영한 선택지가 존재하는지 등을 확인하기 위해서는 의사와 환자 간의 양방향 소통에 의해서 다양한 정보가 공유되고 논의되어야 가능할 것이기 때문이다. 또한 설명·동의의 법제상 충분한 정보가 제공되었다 할지라도 환자는 의사가 일방적으로 설명하고 제시하는 치료 옵션에 대해 선택만 가능하게 된다. 달리 말해 이러한 기존 설명·동의 법제의 한계나 제한점이 의료적 의사결정과정에 공유의사결정의 도입 필요성의 근거가 될 수 있다. 즉, 의사의 설명의무의 목적이 환자의 자기결정권 보장이라고 한다면, 형식적으로 환자의 자기결정권을 보장하는 ‘충분한 정보에 의한 동의’에서 나아가 환자의 자기결정권을 실질적으로 보장할 수 있는 의료적 의사결정 모델인 ‘공유의사결정’으로 나아가야 할 필요가 있다. 다만, 현재까지 공유의사결정의 법적 윤리적 근거는 기존의 설명·동의 법제 하에서 ‘의사의 설명의무’에서 찾을 수 있기 때문에 이후에서는 이러한 설명·동의 법제 하에서 공유의사결정을 도입함에 있어, 공유의사결정의 특수성을 고려한 적용과 해석이 가능할지 그 쟁점별로 살펴보고자 한다[12-15].

2. 설명·동의 법제와 공유의사결정의 참여자

1) 설명·동의 법제 하에서 설명과 동의의 주체

의료적 의사결정과정에서 설명의 주체와 동의

의 주체는 원칙적으로 각각 의료행위를 시행하는 의사⁷⁾와 동의 능력이 인정되는 경우 치료의 대상인 환자이다. 대법원은 다수의 판례를 통해 의료행위에 대한 동의 내지 선택권은 환자에게만 있고, 그 가족들은 설명의무의 상대방 내지는 동의, 승낙의 주체가 될 수 없다고 보았다[16]. 환자가 성인으로서의 판단능력을 가지고 있는 이상, 인척에 불과한 ‘시숙의 승낙’으로써 환자의 승낙에 갈음하는 것은 허용되지 아니하며[14], 또한 친족인 ‘원고 오빠의 승낙’으로써 환자인 원고의 승낙에 갈음하는 것은 허용되지 아니한다고 판시한 바 있다[10].

앞서 언급한 구체적이고 명시적인 규정을 두고 있는 설명·동의 법제에서 설명의 주체와 설명의 상대방인 동의의 주체를 정하는 경우도 있다. 「의료법」 제24조의 2 제1항에 따르면 설명의 주체는 의료인 중 ‘의사·치과의사 또는 한의사’로 한정된다. 설명의 대상은 ‘원칙적으로 환자’이다. 다만 환자가 의사결정능력이 없는 경우, 예외적으로 환자의 법정대리인을 통한 대리 동의를 가능하게 하고 있다. 이러한 예외적 상황에 대하여는 설명 및 동의 절차로 인하여 수술, 수혈, 전신마취가 지체되면 환자의 생명이 위협하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우에는 설명의무를 면제하기도 한다. 이 경우, 「응급의료에 관한 법률」(이하 ‘응급의료법’) 제9조 제1항에 의하면 설명의 주체는 응급의료종사자로 설명의 대상은 ‘응급환자’로 규정하고 있다. 여기서 응급환자에 대한 설명 제공 주체는 ‘응급의료종사자’로(응급의료법 제2조 제4호) 앞서 의료법에서 의료인 중 의사·치과의사 또는 한의사로 한정되어 있

위험성이나 부작용에 대하여 설명의무를 다하였다고 볼 수 없다고 한 바도 있다.[대법원 1994. 11. 25. 선고 94다35671 판결]

7) 설명 의무의 주체는 원칙적으로 당해 처치의사라 할 것이나, 특별한 사정이 없는 한 처치의사가 아닌 주치의 또는 다른 의사를 통한 설명으로도 충분하다.[대법원 1999. 9. 3. 선고 99다10479 판결]

는 것에 비해, 응급환자에게 제공하는 응급의료에 관한 설명 제공의 주체는 응급환자에 대한 응급医료를 제공하는 의료인과 응급구조사로 확장되고 있음을 알 수 있다. 또한 이때에도 응급환자가 의사결정능력이 없는 경우나 설명 및 동의 절차로 인하여 응급의료이 지체되면 환자의 생명이 위협하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우는 예외적으로 설명의무를 면제하고 있다. 응급의료법은 이러한 설명·동의를 절차에 대하여 응급환자가 의사결정능력이 없는 경우, 의료법과 유사하게 법정대리인이 동행하였을 때에는 그 법정대리인에게 응급의료에 관하여 설명하고, 그 동의를 받아야 한다고 규정하고 있다. 그런데, 응급의료법은 응급환자가 의사결정능력이 없는 경우, 법정대리인이 동행하지 아니한 경우에는 ‘동행한 사람’에게 설명한 후 응급처치를 하고, 의사의 의학적 판단에 따라 응급진료를 할 수 있다고 하여 응급상황이라는 긴급성과 설명의 상대방인 응급환자의 동의능력을 고려하여 응급의료제공의 필요성에 근거한 응급의료제공의 당위성에 대해 의율하고 있다. 더 나아가 같은 법 시행규칙에서 응급의료에 관한 설명·동의를 절차에 있어, 응급의료종사자가 의사결정능력이 없는 응급환자의 법정대리인으로부터 제1항에 따른 동의를 얻지 못하였으나, 응급환자에게 반드시 응급의료이 필요하다고 판단되는 때에는 의료인 1명 이상의 동의를 얻어 응급医료를 할 수 있다(같은 법 시행규칙 제3조 제3항)는 규정에 근거, 의사결정능력이 없는 응급환자의 경우에는 이러한 응급의료에 관한 결정에 있어서 응급의료제공의 필수성과 긴급성에 근거하여 환자의 동의 없는 의료적 결정 내지 의료인 간의 동의를 통해 응급医료를 제공할 수 있는 제도를 마련하고 있다.

이외에도 현행 보건의료법 체계 내 개별 법령에서 동의를 주체나 설명의 상대방에 대한 규정을 두고 있기도 하다. 예를 들어 의료법 제21조

의 2에서 진료기록의 사본 및 환자의 진료 경과에 대한 소견 등을 송부 또는 전송할 것을 요청받은 경우, 해당 ‘환자나 환자 보호자의 동의를 받아’ 그 요청에 응하여야 한다고 규정하고 있는 것이 그러하다. 그런데, 법에서 사용되는 ‘보호자’라는 용어는 그 범위와 개념이 명확하지는 않아, 이 법의 적용이나 ‘환자 보호자’에 대한 해석에는 이견이 있을 수 있다. 의료법상 ‘보호자’의 개념을 법정대리인과 같은 의미로 이해하기에는 의료법이 이미 법정대리인과 보호자의 개념을 구별하여 명시하고 있기 때문이다[17]. 통상 보건 의료법체계 하에서 ‘보호자’는 앞서 언급한 법정대리인이나 후견인을 의미하거나 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」상의 보호의무자 등을 의미하기도 한다. 다만 설명과 동의를 득하는 절차는 전체 의료계약 내용의 일부에 해당하고, 여기서 다루는 의료적 의사결정과정 중의 공유의사결정 과정 역시 그러하다. 이는 법률행위와 구별되는 준법률행위로서 법률적 행위능력이 아닌 의사결정능력 즉 여기서는 ‘동의능력’만을 필요로 하기 때문에 전체 의료행위에 있어서 적용되는 보호자의 범위와 대상과는 달리 적용될 수 있다. 마치 응급의료에서 설명·동시에 있어 ‘동행한 자’에 대한 설명을 유효하게 보는 것과 유사하다. 따라서 설명·동의 법제 하에서 동의를 주체를 결정하거나, 이후 논의하게 될 공유의사결정 과정의 참여자 확장 가능성과 관련하여 이러한 ‘환자 보호자’의 개념과 범위를 달리 적용하거나 제한하는 과정을 통해 더욱 명확히 할 필요는 있다.

2) 공유의사결정 과정의 참여자 확장 가능성

공유의사결정은 개념적으로 공유된 의사결정 또는 공동의 의사결정을 의미하며, ‘둘 이상의 사람이나 단체’가 함께하는 것으로 의료적 의사결

정과정에서 주체의 확장 가능성이 존재한다. 즉, 공유의사결정 과정에서는 설명 제공의 주체뿐만 아니라, 설명의 상대방 내지 동의의 대상에 대하여 확장 가능성이 있다. 특히 다양한 의료 영역에서 고려되어야 하는 공유의사결정 과정에는 환자 자신의 의향이나 최선의 이익이 되는 선택이나 결정을 하기 위한 선호도, 가치관 등 환자 자신에 관한 것뿐 아닌 가족의 입장이나 가족 관계의 특수성, 환자가 처한 상황, 경제적 요인에 대한 고려와 지불의사 등 확장된 대상으로 ‘공유’되어야 하는 측면이 있으며, 이 과정에서 의사 결정 갈등이나 결정의 반복 등도 발생할 수 있다. 따라서 미국과 같이 우리와 다른 보건의료체계에 기반을 두고, 우리와 다른 사회문화적 배경에서 논의되어 온 공유의사결정 모델이 우리의 특수한 보건의료체계에 도입되어 제도적으로 정착하기 위해서는 그에 맞는 적절한 ‘한국형’ 공유의사결정 모델 개발의 필요성이 있다. 그 중 하나가 현행 설명·동의 법제와의 정합성, 이미 법에서 정하고 있는 경우 해당 절차의 준수 등을 고려한 공유의사결정의 참여자 범위를 정하는 것이다. 이는 이후에서 논의하게 될 공유의사결정 과정에서 공유 대상 정보가 어디까지 누구에게까지 공유될 수 있을지에 대한 것과는 연결될 수 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 공유의사결정 과정에는 가족의 일부 또는 전부, 법정대리인, 지인, 친구, 보호자 등이 참여할 수 있기 때문이다. 이에 따라 정보가 공유되는 대상이 확대될 수 있다.

이러한 의사의 설명 대상의 확장 가능성에 대하여 최근 대법원은 미성년자인 환자는 친권자나 법정대리인의 보호 아래 병원에 방문하여 의사의 설명을 듣고, 의료행위를 선택·승낙하는 상황이라는 의료현장에서의 일반적인 경우에 대하여 그 의사결정과정에 대하여 의료법 및 관계 법령들의 취지에 비추어 보면, 환자가 미성년자라도 의사결정능력이 있는 이상 자신의 신체에 위

험을 가하는 의료행위에 관한 자기결정권을 가질 수 있으므로 원칙적으로 의사는 미성년자인 환자에 대하여 의료행위에 관하여 설명할 의무를 부담한다고는 밝히고 있다. 그러나 의료현장에서 현실적으로 미성년자인 환자는 친권자나 법정대리인의 보호 아래 병원에 방문하여 의사의 설명을 듣고 의료행위를 선택·승낙하는 상황이 많을 것임을 고려하여, 이러한 경우 의사의 설명은 친권자나 법정대리인에게 이루어지고, 미성년자인 환자는 설명 상황에 같이 있으면서 그 내용을 듣거나 친권자나 법정대리인으로부터 의료행위에 관한 구체적인 설명을 ‘전해 들음’으로써 의료행위를 수용하는 것이 일반적이라는 상황을 언급하였다. 이에 “의사가 미성년자인 환자의 친권자나 법정대리인에게 의료행위에 관하여 설명하였다면, 그러한 설명이 친권자나 법정대리인을 통하여 미성년자인 환자에게 전달됨으로써 의사는 미성년자인 환자에 대한 설명의무를 이행하였다”고 볼 수 있다고 판시한 바 있다[18]. 그러한 판단에 대한 근거로는 아직 정신적이나 신체적으로 성숙하지 않은 미성년자에게는 언제나 의사가 직접 의료행위를 설명하고 선택하도록 하는 것보다는 이처럼 미성년자와 유대관계가 있는 친권자나 법정대리인을 통하여 설명이 전달되어 수용하게 하는 것이 미성년자의 복리를 위해서 더 바람직할 수 있다는 것이다. 여기서 대법원은 의료현장에서 일반적으로 이루어지는 미성년자인 환자에 대한 설명 상황의 특수성을 고려하고는 있으나, 친권자나 법정대리인에게 설명하더라도 미성년자에게 전달되지 않아, 의료행위 결정과 시행에 미성년자의 의사가 배제될 것이 명백한 경우나 미성년자인 환자가 의료행위에 대하여 적극적으로 거부 의사를 보이는 경우처럼 의사가 미성년자인 환자에게 직접 의료행위에 관하여 설명하고 승낙을 받을 필요가 있는 특별한 사정이 있으면 의사는 친권자나 법정대리인에 대한 설명만

으로 설명의무를 다하였다고 볼 수는 없고, 미성년자인 환자에게 직접 의료행위를 설명하여야 한다고 함으로써 미성년자인 환자의 의사가 배제되지 않아야 함을 명확히 하였다. 따라서, 공유의사결정 과정에서 설명의 대상이 친권자나 법정대리인과 같이 당사자의 확대는 가능하나, 이 경우에도 반드시 환자의 의사가 배제되지 않아야 하고, 미성년자인 환자가 친권자나 법정대리인으로부터 환자 본인에게 전달이 되는 경우도 있지만, 원칙적으로는 환자 본인에게 직접 설명하여야 함을 밝히고 있음에 유의하여야 한다. 이를 공유의사결정 과정에 적용한다면 공유의사결정의 특성상 설명의 대상자가 친권자나 법정대리인과 같이 환자와 '유대관계가 있는 자'로 확대는 가능할 것이다. 다만, 이 과정에서 환자 자신의 의사가 최대한 존중되어야 하므로, 당사자는 원칙적으로 환자 본인이 되어야 하며, 가족은 공유의사결정의 과정에서 환자의 이해를 돕고, 의사결정을 지원하는 역할에 그쳐야 한다[19]. 실제로 공유된 의사결정을 통한 연명의료결정 모델에 관한 연구에서는 다양해진 사회적 특성이 반영되어 가족의 인정 범위나 의미에 대한 논의가 필요함을 제언하기도 하였다[5].

그러나 실제로 공유의사결정의 참여자로서 설명의 상대방은 현 법제 하에서 명확히 할 필요성이 있다. 설명의 대상 즉, 설명의 상대방이 환자와 더불어 환자의 보호자, 법정대리인, 가족, 친구 등으로 확대될 가능성도 있다. 중요한 것은 환자의 자기결정권을 보호하기 위해서는 의학적 의사결정의 당사자는 원칙적으로 환자 본인이 되어야 하며, 가족은 공유의사결정의 과정에서 환자의 이해를 돕고, 의사결정을 지원하는 역할에 그

쳐야 할 것이다. 공유의사결정 과정에서 환자가 아닌 대리인 내지 보호자의 결정이 가능할지에 대해서는 일부 연명의료결정이나 환자의 의사결정능력이 제한된 경우를 제외하고, 현 보건의료 법제 하에서 그 적용 가능성과 절차에 대한 검토가 필요하다. 미국의 POLST(physician orders for life-sustaining treatment)에서의 대리결정 가능성과 같이[20], 현행 법제도에서의 도입 가능성은 입법정책적 고려 후 대리결정의 적법절차와 대상, 범주에 대한 구체적이고 추가적인 연구가 필요할 수 있다.

요약하자면, 앞서 살펴본 바와 같이, 현 보건의료법체계 하에서 설명의 상대방은 원칙적으로 환자 본인으로 제한된다. 다만, 해당 환자의 동의능력을 고려할 때 법정대리인으로 확장 또는 긴급성을 고려할 경우, 법정대리인이 아닌 동행한 사람에게 제공한 설명까지 유효하고, 응급의료제공의 필수성에 근거한 설명의 면제나 의료인 간의 동의에 근거하여 응급의료를 제공할 수는 있다. 그러나 이러한 의사결정능력이 없는 경우나 제한된 경우는 매우 예외적이다. 이렇게 일부 의사결정능력을 상실한 경우, 보호자나 가족이 환자 대신 공유의사결정에 참여할 수도 있지만, 매우 제한적인 영역에만 해당할 것이다.⁸⁾ 현재 다양한 영역에서 시도되고 있는 공유의사결정[21-23]은 환자의 의사결정능력을 전제로 수행될 가능성이 높다. 즉, 이 경우 공유의사결정 과정에 환자의 가족이나 친구와 같은 정보 제공의 대상자는 확대가 가능하지만, 이 과정에서 환자 자신의 의사가 배제되거나 불충분하게 반영되어서는 안되며, 그 과정이 의무기록 등을 통해 입증 가능한 형태로 남겨져야 한다.

8) 현행법은 생사에 영향을 미치는 의료적 결정까지를 포함한 의사결정에서는 대리인 제도를 설치하고 있지 않으며, 그 결과 가족이나 '보호자'라는 비법률적인 대리인이 의사결정의 실질적인 역할을 수행하고 있다. 의료의 다양한 영역에서 복잡한 의사결정의 문제가 증대하는 상황을 고려할 때, 우리나라에서도 의료 지정 대리인 제도의 도입 여부에 대한 요구가 증대되고 있는 것도 사실이다.

공유의사결정은 동의의 주체로서 설명의 상대방에 해당하는 정보 제공의 대상자뿐 아니라, 설명을 제공하는 주체에 대한 확장도 가능하다. 특히 먼저 이러한 제도를 도입한 다른 나라에서는 설명의 주체가 의사가 아니거나 혹은 의사 중에서도 관련된 교육이나 훈련을 받은 사람 또는 팀, 관련 자격이나 경험이 있는 자 등을 포함하고 있다[24-26]. 우리나라는 앞서 살펴본 대로 설명·동의 법제 하에서는 설명·제공의 주체를 ‘의사·치과의사 또는 한의사’로 한정하거나 일부 응급의료의 경우, 응급구조사와 같은 보건의료인으로⁹⁾ 확대하고 있음을 알 수 있었다. 이와 관련하여 대법원은 설명의무의 주체는 원칙적으로 당해 처치의사라 할 것이나, 특별한 사정이 없는 한 처치의사가 아닌 주치의 또는 다른 의사를 통한 설명으로도 충분하다고 한 바는 있어[15] 현행 설명·동의 법제 하에서는 정보 제공의 주체는 당해 처치의사로 한정될 것이다. 다만, 앞으로의 법제도의 적용과정에서 관련된 교육이나 훈련을 받은 의료인 즉 간호사를¹⁰⁾ 포함한 모델이나 의사의 지도·감독 하에서 응급구조사나 의료기사에 의한 설명처럼 그 주체의 확장 가능성은 고려된다. 그러나 이러한 의사 외의 보건의료인으로서의 주체의 확장은 이후 논의하는 공유의사결정 과정에서 하자의 개입 등으로 인해 설명의무의 위반으로 인한 책임 발생 가능성에 대한 논의와 함께 이루어져야 한다. 다만, 분업화된 의료행위의 위임과 관련한 책임 발생은 설명이나 정보 제공과 같은 과정이 위임을 통해 분담 가능한

내용의 것인지와 위임받은 자의 자격 내지 자질, 평소 수행한 업무, 위임의 경위 및 당시 상황, 그 의료행위가 전문적인 의료영역 및 해당 의료기관 시스템 내에서 위임하에 이루어질 수 있는 성격의 것인지 등 여러 사정에 비추어 구체적인 상황에서 ‘위임의 합리성’ 인정 여부에 대한 판단이 선행되어야 결과에 대한 책임 여부를 판단할 수 있을 것이다.¹¹⁾

3. 공유의사결정에서 공유대상 정보

의료적 의사결정 과정에서 공유되어야 하는 정보는 매우 다양하다. 공유의사결정 과정에서 공유되는 정보는 설명·동의 법제 하에서는 설명의무 이행 과정에서 전달되어야 하는 내용에 해당한다. 이러한 설명의 내용은 앞서 언급한 바와 같이, “질병의 증상, 치료 방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항”이다 [11]. 이렇게 제공된 정보에 근거하여 환자가 그 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고, 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택하거나 결정하여야 한다.

「의료법」은 이러한 설명의 내용에 대하여 관련하여 수술, 수혈, 전신마취를 하는 경우, 그 내용으로 환자에게 발생하거나 발생 가능한 증상의 진단명, 수술 등의 필요성, 방법 및 내용, 환자에게 설명을 하는 의사, 치과의사 또는 한의사 및 수술 등에 참여하는 주된 의사, 치과의사 또는 한

9) 보건의료기본법 제3조 제3호에서 “보건의료인”이란 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나, 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자를 말한다.

10) 예를 들어 설명간호사의 경우, 의사가 수행하는 설명의무의 일부 내용에 관하여 의사를 대신하여 환자에게 설명을 하는 것이고, 그것이 간호사의 업무인 ‘의사의 진료 보조’ 내에 해당하는지 등에 대한 평가가 필요하다. 백경희, 안영미, 김남희, et al. 설명간호사의 현황과 법적 지위에 관한 고찰. 의료법학. 2013;14(2):261-280.

11) [대법원 2013. 4. 26. 선고 2011다29666 판결].

의사의 성명, 수술 등에 따라 전형적으로 발생이 예상되는 후유증 또는 부작용, 수술 등 전후 환자가 준수하여야 할 사항을 규정하고 있다(법 제24조의2 제2항). 또한 응급의료법은 응급의료에 관한 설명의 내용에 대하여 환자에게 발생하거나 발생가능한 증상의 진단명, 응급검사의 내용, 응급처치의 내용, 응급의료를 받지 아니하는 경우의 예상결과 또는 예후, 그 밖에 응급환자가 설명을 요구하는 사항에 대하여 설명할 것을 규정하고 있다(같은 법 시행규칙 제3조 제1항).

어디까지 설명할 것인가 또는 어떤 정보까지 제공할 것인가에 대하여 대법원은 “그 후유증이나 부작용이 당해 치료행위에 전형적으로 발생하는 위험이거나 회복할 수 없는 중대한 것인 경우에는 그 발생 가능성의 희소성에도 불구하고, 설명의 대상이 된다고 보아야 할 것”이라 한 바 있다[12]. 또한 ‘환자 본인에게 구체적으로 설명해주었어야 할 사항’에 대하여 수술 당시의 의료수준에 비추어 수술로 예상되는 것이고, 발생빈도가 낮다고 하더라도 발생할 경우, 환자에게 중대한 생명·신체·건강의 침해를 야기할 수 있는 것인 경우, 이 때에는 수술을 받지 않을 경우에 생길 것으로 예견되는 결과와 대체 가능한 차선의

치료방법 등이라 밝히고 있다[27]. 이와 달리 통상적으로 예견되는 후유증이 아닌 경우, 의사의 설명의무 및 의료과실을 부정할 사례도 있다.¹²⁾

결국 공유의사결정 과정에서 이러한 설명의 내용이 공유되는 정보가 된다. 구체적으로 어떤 정보들이 공유되어야 하는지와 필수적으로 포함되어야 하는 내용을 표준화할 필요가 있다. 또한 공유되지 않아야 하는 정보나 내용상 면책을 위한 청구권 포기과 같은 내용이 포함되거나¹³⁾, 형식상 부동산자로 인쇄된 용지에 서명하는 등으로는 충분한 설명의무의 이행으로 인정되지 않는 경우에 해당될 수 있기 때문에 이는 적절한 공유의사결정이 이루어진 것으로 평가되지 않을 수 있다 [28].¹⁴⁾ 일반적 공통적으로 공유되어야 하는 정보들과 함께 공유의사결정이 도입되는 의료의 영역에 대한 특수성이나 질병의 특성이 고려될 필요가 있다. 예를 들어 연명의료결정에 관하여 환자의 의사를 추정하기 위한 정보로서 환자가 평소 일상생활을 통하여 가족, 친구 등에 대하여 한 의사표현, 타인에 대한 치료를 보고 환자가 보인 반응, 환자의 종교, 평소의 생활 태도 등을 환자의 나이, 치료의 부작용, 환자가 고통을 겪을 가능성, 회복불가능한 사망의 단계에 이르기까지의

12) 안과수술 후 갑자기 나타난 예측 불가능한 시신경염으로 환자의 시력이 상실된 경우, 수술 전에 그 수술의 필요성, 방법, 합병증에 대하여 자세히 설명하였고, 수술 전후에 걸쳐 환자의 기왕병력인 신경섬유종의 변화 유무를 관찰하였으나 아무런 변화가 없었으며, 수술 부위가 시신경과는 무관한 안검부위로서 시신경염으로 인한 시력상실은 통상적으로 예견되는 후유증이 아니라는 점에 비추어 그에 대한 의사의 설명의무 및 의료과실을 부정할 사례.[대법원 1999. 9. 3. 선고 99다10479 판결]

13) 수술에 앞서 이 수술로 인하여 발생하는 어떠한 결과에 대하여도 하등의 이익을 제기치 아니한다고 서약하였다 하더라도 이 서약은 신의칙이나 형평의 원칙상 집도의사의 위법행위를 유서하고, 그로 인한 청구권을 미리 포기한 취지라고 해석되지 않는다.[서울고등법원 1983. 5. 13 선고 82나1384 판결]

14) 수술 전날에 환자의 시숙이 ‘수술을 함에 있어 의사의 병내용설명을 숙지하고 자유의사로 승낙하며, 수술 중 및 수술 후 경과에 대하여 의사와 병원 당국에 하등 민·형사상의 책임을 묻지 아니하기로 하고 수술시행을 승인한다’는 내용의 부동산자로 인쇄된 수술승인서 용지에 서명날인한 사실만으로는, 환자에 대한 수술 및 그 준비로서의 마취를 함에 있어서 병원의 의료팀이나 마취담당 의사가 환자나 그 가족에게 ‘가’항의 수술, 특히 전신마취가 초래할 수 있는 위험성이나 부작용에 대하여 설명의무를 다하였다고 볼 수 없으며, 환자가 성인으로서의 판단능력을 가지고 있는 이상 인척에 불과한 시숙의 승낙으로써 환자의 승낙에 갈음하는 것은 허용되지 아니한다고 할 것이므로, 환자에 대한 치료행위로서 마취담당 의사의 마취는 환자에 대한 설명의무를 다하지 아니함과 아울러 환자의 승낙권을 침해하여 이루어진 위법한 행위라고 한 사례.[대법원 1994. 11. 25. 선고 94다35671 판결]

치료 과정, 질병의 정도, 현재의 환자 상태 등 객관적인 사정 등이 고려되어야 한다. 그러나 환자의 의사를 추정하는 상황이 아닌 환자가 참여하여 공유된 의사결정을 하는 과정에서는 앞서 말한 환자의 의사를 추정할 수 있는 정보들을 알고 공유할 수 있는 가족들이 참여하되, 추가적으로 환자가 중요하게 생각하는 가치관과 살아온 방식을 포함하여 질병 상태에만 집중하는 것이 아닌 환자의 불안감과 같은 감정 상태나 함께 하는 가족의 심리적 상태와 어려움에 대한 내용 역시 공유될 필요가 있다[5]. 이 때에도 통상 합리적 환자가 중요시하는 정보를 기준으로 하지만, 공유 의사결정 과정에서는 구체적 환자가 중요시하는 정보인 것을 의사가 '예견'할 수 있는 경우에는 그 정보도 설명하여야 한다는 합리적 환자기준설과 구체적 환자기준설의 절충설에 근거하여[29] '상호성'이라는 공유의사결정의 본질적 특성을 고려한 구체화가 필요할 것이다. 이를 위해 공유의사결정은 통상의 의료인 등이 설명을 이행하는 과정에 추가적으로 환자의 이해를 '확인'하는 절차가 필요할 수 있고, 이 과정에서 이행에 걸리는 시간과 노력이 통상의 설명·동의 과정에 더해질 수 있다. 또한 내용적으로도 설명·동의 법제 하에서 공유의사결정의 본질적인 부분에 해당하는 '환자의 가치관과 선호도'와 같은 설명 대상 환자의 구체적 특성이 고려되어야 하는데, 이러한 내용적인 부분은 통상의 설명 동의 절차에서는 공유되지 않았던 것이다. 이러한 환자의 구체적 특성에 대한 개별적 고려 가능성에 대하여 대법원은 "의료진의 설명은 의학지식의 미비 등을 보완하여 실질적인 자기결정권을 보장하기 위한 것이므로, 환자가 이미 알고 있거나 상식적인 내용까지 설명할 필요는 없고, 환자가 위험성을 알면서도 스스로의 결정에 따라 진료를 거부한 경우에는 특별한 사정이 없는 한 위와 같은 설명을 하지 아니한 데 대하여 의료진의 책임을 물을 수는 없

다. 그리고 이 경우, 환자가 이미 알고 있는 내용 인지는 해당 의학지식의 전문성, 환자의 기존 경험, 환자의 교육수준 등을 종합하여 판단할 수 있다."고 판시하여[30] 환자의 구체적 특성을 고려한 설명 제공의 타당성에 대하여 밝힌 바 있다. 또한 이러한 환자 중심의 공유의사결정의 특성을 고려한다면 환자가 다른 가족이나 의료진에게 공유하고 싶지 않은 정보에 대해서도 인지되어야 한다. 그 경우에는 일부 참여자가 공유의사결정 과정 참여에 제한될 수도 있음에 유의하여야 한다.

4. 공유의사결정 과정에서 발생할 수 있는 법적 책임

공유의사결정 과정에서 절차적 또는 실질적 하자가 개입하였을 때는 의료적 의사결정의 결과, 선택하거나 결정한 치료의 효과나 그 과정에서의 과실 여부와는 별론으로 정보가 공유되는 과정에서의 하자로 인해 설명의무 위반의 효과와 유사한 결과가 발생할 수 있다. 그에 따른 법적 책임의 발생하거나, 누구에게 이 책임이 귀속될 것인가의 문제도 검토되어야 한다.

공유의사결정을 통한 의료적 의사결정 이전에도 상호신뢰를 바탕으로 하는 최선의 치료에 도달하기 위해서는 환자가 자신에게 시행되는 의료행위에 대해 이해하고 동의하는 '의사소통' 과정은 필수적이다. 의사의 설명은 이와 같은 의사소통을 위해 의사가 환자에게 필요한 의료행위에 관한 정보를 제공하는 것이기 때문이다. 따라서 보건의료법제 하에서 설명의 제공 과정과 방법상의 하자가 공유의사결정 과정의 하자로 인정될 가능성이 있다. 관련하여 공유의사결정 과정은 의료행위에 관한 사항이나 진료에 관한 기록으로 의무기록 등으로 기록 보존되어야 하며, 관련하여 이후 적절성 평가를 위한 입증에 용이하여야 한다. 앞서 살펴본 공유의사결정 과정에 참여자

의 문제, 공유되는 정보의 내용의 문제 등의 과정에서 하자가 개입하면, 충분한 설명의무의 이행으로 인정되지 않을 것이고, 이는 충분한 공유의 사결정이 이루어진 것으로 평가되지 않을 수 있다.¹⁵⁾ 반대로 의사결정과정에서 어떠한 방식으로든 의사결정 내용을 기재한 진료기록 등을 제시한다면¹⁶⁾ 적절한 공유의사결정 과정을 평가되거나 설명의무의 이행으로 볼 수 있을 것이다.

공유의사결정 과정, 즉 의사결정에 참여하는 참여자들 간에 정보를 제공하고 공유하는 과정에 법적 책임의 발생은 설명의무 위반과 유사한 효과가 있을 것이다. 통상 설명의무 위반이 성립하려면, 객관적으로 ‘불설명 또는 부실한 설명’이 있어야 하고, 그에 대한 설명의무자의 고의 또는 과실(귀책사유)이 있어야 한다[31]. 여기서 ‘불설명’이라 함은 중요한 사항을 알고 있으면서 환자에게 설명하지 않는 것을 의미하고, 거짓 또는 잘못 설명하는 것도 이에 해당될 수 있다[32].¹⁷⁾ ‘부실한 설명’의 경우가 더욱 빈번할 수 있는데, 이는 설명을 하였으나, 그것이 불완전한 경우로 앞서 공유의사결정 과정에서 공유되는 정보의 내용과 전달방식 등이 관련있을 수 있다. 설명의무 위반의 효과는 환자에게 손해배상청구권이 발생할 것이고, 손해의 범위에 관하여는 환자에게 발생한 모든 손해, 즉 재산적 손해와 정신적 손해를

모두 포함시켜야 한다는 견해(신체침해설)와 정신적 손해로 한정해야 한다는 견해(정신침해설)가 나뉘고 있다[31]. 공유의사결정 과정에서 설명과 동의와 관련된 하자가 있다면, 설명의 결여 내지 부족으로 선택의 기회를 잃고, 자기결정권을 행사할 수 없게 된 데 대한 위자료를 청구할 수 있을 것이다. 이 때 이러한 설명의무를 다하지 아니한 의사들의 과실 및 위법행위는 환자의 자기결정권이라는 인격권의 침해에 대한 것이다. 따라서 환자에 대한 의사의 설명의무 위반에 대하여 의사에게 위자료 등의 지급 의무를 부담시키는 것은 의사가 환자에게 제대로 설명하지 아니한 채 수술 등을 시행하여 환자에게 예기치 못한 중대한 결과가 발생하였을 경우에 의사가 그 행위에 앞서 환자에게 질병의 증상, 치료나 진단 방법의 내용 및 필요성과 그로 인하여 발생이 예상되는 위험성 등을 설명하여 주었더라면 환자가 스스로 자기결정권을 행사하여 그 의료행위를 받을 것인지 여부를 ‘선택’함으로써 중대한 결과의 발생을 회피할 수 있었음에도 불구하고, 의사가 설명을 하지 아니하여 그 기회를 상실하게 된 데 따른 정신적 고통을 위자하자하는 것이다[33]. 공유의사결정 과정에서도 설명을 하지 아니한 채 환자의 승낙 없이 또는 불충분한 설명에 근거한 승낙을 받은 후 의료행위를 한 경우에는 설명의

15) 수술 전날에 환자의 시숙이 ‘수술을 함에 있어 의사의 병내용설명을 숙지하고 자유의사로 승낙하며, 수술 중 및 수술 후 경과에 대하여 의사와 병원 당국에 하등 민·형사상의 책임을 묻지 아니하기로 하고 수술시행을 승인한다’는 내용의 부동문자로 인쇄된 수술승인서 용지에 서명날인한 사실만으로는, 환자에 대한 수술 및 그 준비로서의 마취를 함에 있어서 병원의 의료팀이나 마취담당 의사가 환자나 그 가족에게 ‘가’항의 수술, 특히 전신마취가 초래할 수 있는 위험성이나 부작용에 대하여 설명의무를 다하였다고 볼 수 없으며, 환자가 성인으로서의 판단능력을 가지고 있는 이상 인척에 불과한 시숙의 승낙으로써 환자의 승낙에 갈음하는 것은 허용되지 아니한다고 할 것이므로, 환자에 대한 치료행위로서 마취담당 의사의 마취는 환자에 대한 설명의무를 다하지 아니함과 아울러 환자의 승낙권을 침해하여 이루어진 위법한 행위라고 한 사례.[대법원 1994. 11. 25. 선고 94다35671 판결]

16) ‘의사결정 과정이 환자 자신이 직접 의료인을 상대방으로 하여 작성한 서면이나 의료인이 환자를 진료하는 과정에서 위와 같은 의사결정 내용을 기재한 진료기록 등… 진료 중단 시점에서 명확하게 입증될 수 있어야’… [대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결]

17) 대법원은 진단상의 과오로 인해 부정확 또는 불충분한 설명을 근거로 이루어진 승낙은 위법성을 조각할 유효한 승낙이라고 볼 수 없다고 판시하였다.[대법원 1993. 7. 27. 선고 92도2345 판결]

사에게 치료상의 과실이 없는 경우에도 그 의료 행위는 환자의 승낙권을 침해하는 위법한 행위로 평가될 수 있을 것이다.

III. 결론

지금까지 설명·동의 법제에 근거한 공유의사결정의 법적 근거를 비교하여 검토하였다. 이는 의료적 의사결정과정에서 공유의사결정을 도입하고 제도화하고 확대하여 정착할 수 있을지와 실질적 수행과정에서 법적 적합성을 고려하여 유의하거나, 나아가야 할 정책적 방향을 제시하기 위함이었다.

앞서 ‘공유된 정보를 통해 참여자들의 공동의 의사결정을 할 수 있을 것인가’에 대하여 즉 공유의사결정의 수용가능성에 대하여 현행 보건의료법 체계상 설명·동의 법제에 근거하여 가능하다는 결론에는 이르렀다. 공유의사결정의 법적 근거는 헌법상 환자의 자기결정권 보장과 행사의 근거가 되는 헌법 제10조에서 규정한 개인의 인격권과 행복추구권이다. 현행 설명·동의 법제에 따르면 환자는 의사가 설명한 치료 옵션을 선택할지 여부만 결정할 수 있기에 환자의 자기결정권이 제한적으로 보호된다. 따라서 이러한 한계점을 극복하기 위해 의사-환자 간 양방향 의사소통 과정을 거쳐 환자의 자기결정권을 실질적으로 보호하기 위한 방안이 공유의사결정이며, 이는 현행 설명·동의 법제에서 그 근거를 찾아볼 수 있었다. 또한 공유의사결정은 의사-환자 간의 의료계약에 근거한 독립적 부수적 의무인 의사의 설명의무에 근거하지만, 개별 의료행위에 대한 공유의사결정 과정에서 의사의 정보제공과 환자 등의 승낙 과정은 법률행위인 의료계약 자체의 내용과 상대방, 효과 등과는 구분되는 준법률 행위이다. 의료적 의사결정 과정의 각 단계에서

대상이 되는 진료의 내용은 의료인의 설명과 환자의 동의에 의하여 구체화 되고, 개별적으로 적용된다. 공유의사결정의 대상이 되는 의료적 상황 역시 이와 유사하게 진행되지만, 제공되는 정보의 내용과 정보를 제공하는 주체, 설명의 상대방이 환자를 포함하여 가족 등으로 확장될 수 있는 특징이 있고, 이러한 과정에서 참여자들의 추가적인 노력과 시간을 필요로 할 것이다. 왜냐하면 공유의사결정 과정 중 공유되는 정보의 종류와 내용 및 양 등에서 기존의 설명·동의 법제 상의 ‘설명 내용’을 넘어설 수 있기 때문이다. 구체적으로는 기존의 설명·동의 법제에서의 한정된 설명의 주체와 설명의 내용에서 더 나아가 ‘상호성’을 고려한 공유의사결정 제도에 대한 이해를 바탕으로 ‘참여자’의 범위가 선정되고 확장될 필요도 있다. 특히 생사에 영향을 미치는 의료적 결정의 경우, 공유의사결정의 참여자는 의사결정 주체로서 환자뿐 아니라, 가족, 지인 또는 환자와 유대관계가 있는 자로 확대될 가능성이 있다 [34,35]. 다만, 이 과정에서 공유의사결정 과정에서의 공유대상이 되는 정보는 민감정보인 보건 의료정보로 환자 본인 외의 대상자에게 공유되는 것은 환자의 동의가 필수적이거나, 법령에 의한 근거가 있어야 한다. 이에 따라 환자 외에 공유의사결정에 참여하여 정보를 공유할 수 있는 사람은 어디까지인지, 공유할 수 있는 대상 정보의 내용은 어디까지인지 범위를 한정할 필요가 있다. 여기에서 주목해야 할 점은 공유의사결정에 참여하여 의사에게 설명을 듣는 설명의 대상은 확장될 수 있지만, 동의의 대상 즉 의사결정권자는 원칙적으로 환자가 되어야 한다는 것이다. 환자의 인생관 및 선호도를 공유하고, 최선의 의학적 결정을 내리는 데 가족 및 환자와 유대관계가 있는 자의 역할은 환자의 이해를 돕고, 의사를 구체화하고 지지하는데 그쳐야 한다. 또한 공유의사결정에 참여하는 의료진 역시 의사 등으로 한정할

것인가에 대하여 오히려 관련 교육과 훈련을 통해 충분한 자격을 갖춘 자로 확대할 필요도 있다.

공유의사결정과 관련된 설명·동의 법제는 앞서 살펴본 설명·동의 법제에 관한 선행 연구와 현행 법제, 판례 등을 이러한 공유의사결정 과정의 특수성을 고려하여 적용하고 해석하면서 한국형 공유의사결정 모델이 개발되어야 한다. 이후 제도적으로 수행된 공유의사결정이 환자의 선호도와 가치관 등에 대하여 충분히 숙고한 결정임과 동시에 최종적으로도 환자의 최선의 이익을 고려한 가장 좋은 결정이 이루어졌다는 ‘평가’가 가능하여야 한다. 이러한 평가는 불필요하거나 의학적 윤리적으로 의미 없는 치료의 제공과 같이 사회경제적 측면에서의 공유의사결정 과정에 대한 적절성 평가도 가능해질 것이다. 이러한 평가과정을 통해 급여기준과 같은 국민건강보험제도의 활용을 통한 제도화와 같이 우리 사회에 적합하고 표준적인 공유의사결정 모델을 제시할 수 있을 것이다.

이 연구는 현행 설명·동의 법제를 중심으로 공유의사결정을 살펴보았다. 중요한 것은 결국 공유의사결정은 ‘환자 중심’의 의료 패러다임의 변화를 통해 논의가 시작되었다는 것이다. 결론적으로 현행 설명·동의 법제 하에서는 ‘공유된’ 의사결정이라 하더라도 최종적으로는 ‘환자’가 의사결정의 주체가 되어야 하고, 우리의 보건의료 체계에 기반한 의료적 의사결정에 한국형 공유 의사결정 모델은 현 보건의료법체계 하에서의 설명·동의 법제와의 정합성을 충분히 고려되어야 함과 동시에 ‘상호성’이라는 공유의사결정의 특성과 우리의 사회문화적 배경을 반영하여 실질적인 공유의사결정 모델로서의 역할을 할 수 있도록 해야 할 것이다. 

Acknowledgements

적절한 문장과 균형 잡힌 답변을 위해 조언을 아끼지 않은 김민경님께 감사드립니다.

Conflict of Interest

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

REFERENCES

- [1] Kim J. Comparison of informed consent and shared decision-making concepts. *J Korea Bioethics Assoc* 2023;24(1):87-101. <https://doi.org/10.37305/JKBA.2023.06.24.1.87>
- [2] Kim J. Shared decision making with end-of-life patients: decision support for respecting patient autonomy [Doctorate]. [Seoul (Korea)]: Ewha Womans University; 2022. p.128.
- [3] Baek K. A proposal for introduction into civil law related to duty of explanation by doctor. *Korean J Civil Law* 2022;100:643-672. <https://doi.org/10.52554/kjcl.2022.100.643>
- [4] Oh Y, An D. Improvement of patient-centered medical evaluation tools. Seoul: Korean Medical Association; 2021. pp.1-138.
- [5] Kwon KE. A study on the model of life-sustaining treatment decision making through shared decision making at the end of life. *J Korea Bioethics Assoc* 2019;20(1):45-61. <https://doi.org/10.37305/JKBA.2019.06.20.1.45>
- [6] Greenes R. Clinical decision support: the road to broad adoption. London: Academic Press; 2014.
- [7] Suh WS, Lee CK. Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *J Prev Med Public Health* 2010;43(1):26-34. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2010.43.1.26>
- [8] Kim D, Lee HJ, Yu SY, et al. Awareness of doctors' shared decision-making in life-sustaining care decisions. *Korean J Hospice Palliat Care*

- 2021;24(4):204-213. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.4.204>
- [9] Kim M. A study on the grade of the medics' recognition about the shared decision making and communication between outpatient and medics [Master's thesis]. [Seoul (Korea)]: Yonsei University; 2010. p.57.
- [10] Supreme Court of Korea, Case No:96Da37862 (Jul. 22, 1997).
- [11] Supreme Court of Korea, Case No:2009Da17417 (May 21, 2009).
- [12] Supreme Court of Korea, Case No:94Da3421 (Jan. 21, 1995).
- [13] Supreme Court of Korea. Case No:2009Do14407 (Jun. 26, 2014).
- [14] Supreme Court of Korea, Case No:94Da35671 (Nov. 25, 1994).
- [15] Supreme Court of Korea, Case No:99Da10479 (Sep. 3, 1999).
- [16] Supreme Court of Korea. Case No:92Da25885 (Apr. 15, 1994).
- [17] Kim S. Surrogate and shared medical decision making for unrepresented patients. *Korean Soc Law Med* 2019;20(2):43-82. <https://doi.org/10.29291/kslm.2019.20.2.043>
- [18] Supreme Court of Korea 2023 March 9. Case No:2020Da18925.
- [19] Kim J. Autonomy as a prerequisite for sharing decision-making. *Asia Pac J Health Law Ethics* 2021;15(1):23-44. <https://doi.org/10.38046/apjhle.2021.15.1.002>
- [20] Choi K. Ethical and legal issues concerning advance directives and physician orders for life-sustaining treatment. *Korean J Med Ethics* 2014;17(3):272-285. <https://doi.org/10.35301/ksme.2014.17.3.272>
- [21] Ahn J, Kim H. Shared decision-making on pregnancy after breast cancer in women of childbearing age: a qualitative study. In: *INC2023 14th International Nursing Conference*. 2023; Seoul. p.20.
- [22] Baek SY, Kim HK, Park S, et al. Multidisciplinary shared decision making for fertility preservation in young women with breast cancer. *J Breast Cancer* 2023;26(6):582-592. <https://doi.org/10.4048/jbc.2023.26.e44>
- [23] Kim S, An S, Kim S, et al. An exploratory study on the shared decision-making as a two-way symmetrical communication process: focusing on the communication of kidney dialysis patients. *Korean J Journalism Commun Stud* 2021;65(2):162-204. <https://doi.org/10.20879/kjics.2021.65.2.005>
- [24] Stolz-Klingenberg C, Bünzen C, Coors M, et al. Sustainability of large-scale implementation of shared decision making with the SHARE TO CARE program. *Front Neurol* 2022;13:1037447. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.1037447>
- [25] Légaré F, Stacey D, Forest PG, et al. Shared decision-making in canada: update on integration of evidence in health decisions and patient-centred care government mandates. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 2022;171:22-29. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.006>
- [26] Baek K, Ahn Y, Kim N, et al. A study on the nurse in charge of education's current status and legal status. *Korean Soc Law Med* 2013;14(2):261-280.
- [27] Supreme Court of Korea, Case No:2018Da217974 (Nov. 26, 2020).
- [28] Seoul High Court of Korea, Case No:82Na1384 (May 13, 1983).
- [29] Park T. The function of "informed consent" in medical malpractice suit. *YONSEI Law J* 1998; 5(1):555-603.
- [30] Supreme Court of Korea, Case No:2009Da70906 (Nov. 24, 2011).
- [31] Kim S. *Medical malpractice litigation law*. Seoul: ParkYeongSa; 2008.
- [32] Supreme Court of Korea, Case No:92Do2345 (Jul. 27, 1993).
- [33] Supreme Court of Korea, Case No:94Da27151 (Apr. 25, 1995).
- [34] Buur LE, Bekker HL, Søndergaard H, et al. Shared

decision making for patients with kidney failure to improve end-of-life care: development of the DESIRE intervention. *J Clin Nurs* 2024;1-15. <https://doi.org/10.1111/jocn.17209>

[35] Joren CY, Aris-Meijer JL, Eduard Verhagen AA, et al.

How to move forward in shared decision-making in pediatric palliative care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2024;54(1):101569. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2024.101569>

Shared Decision-Making and Informed Consent Legislation in Clinical Decision Making*

YOON Yeoran¹, BAE Hyuna²

Abstract

This article examines shared decision-making, a concept that extends beyond informed consent to safeguard patients' right to self-determination in medical decision-making, emphasizing mutuality with patients. After reviewing the relevant legislation concerning consent, we argue that there are limitations to using this legislation as a basis for integrating shared decision-making across various medical domains. We assess the applicability, acceptability, and consistency of this legislation within the medico-legal system. In particular, we scrutinize the roles of so-called "participants" in shared decision-making, the content of shared information, and potential legal liabilities stemming from deficiencies in this process. Through this examination, we analyze legal precedents concerning the duty to inform and propose policy adjustments necessary for the institutionalization of shared decision-making within the medico-legal framework.

Keywords

decision making, shared; medical decision making; informed consent; right to self-determination

*This research was supported by a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Patient-Doctor Shared Decision Making Research center (PDSDM), funded by the Ministry of Health & Welfare, Korea (grant number: RS-2023-KH142275).

1 Ph.D. Course Student, Interdisciplinary Program in Bioethics Policy Studies, The Graduate School, Ewha Womans University.

2 Professor, School of Law, Ewha Womans University: *Corresponding Author*

한국의 의료 공공성에 대한 인식 격차*

김도경¹

요약

의료는 삶의 중요한 가치인 건강, 생명, 안전, 사회적 기회의 보장 등과 연결된 중요한 사회적 서비스로서 많은 국가들은 공적 영역의 의료보험제도를 통해 이를 사회 구성원들에게 제공하고 있다. 우리나라 의료보험은 세계에서 유례를 찾을 수 없을 정도로 빠르게 성장하였고, 여러 국제 지표 상 매우 좋은 점수를 보인다. 하지만 정부의 지나친 의료 규제, 민간 중심의 의료자원 공급과 과도한 이용이 적절한 곳에 의료자원이 할당되지 못하는 문제의 원인이 되고 있다. 이 논문은 우리나라 정부와 의료계, 환자 및 시민들의 의료 공급과 이용 양태를 살펴봄에 의료의 공적 가치, 공공성에 대한 인지도가 낮음을 보여준다. 현상에 대한 인지는 적절한 곳에 의료자원이 공급·이용되며, 지속 가능성을 보장할 수 있는 의료체제를 논의하기 위한 첫걸음이 될 것이다.

색인어

의료 공공성; 의료자원; 의료필요; 자원분배

투고일: 2024년 6월 22일, 심사일: 2024년 6월 25일, 게재확정일: 2024년 6월 28일

* 이 논문은 동아대학교 교내연구비 지원에 의하여 연구되었음.

¹ 동아대학교 의과대학, 부교수. e-mail: oliviak1211@gmail.com

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

I. 서론

우리나라는 비교적 의료접근성이 높으며 여러 지표상 효율적인 의료시스템을 보인다. 건강 결과(health outcomes), 보건 시스템(health systems), 질병과 위험요소, 사망률, 건강 유지를 위한 필수 서비스에 대한 접근 등을 수치화한 보건의료지수 점수(health index score)에서 2023년 우리나라는 167개국 중 국가 보건의료순위 3위를 차지하였다[1]. OECD 보고서에서는 보건의료지출에 비해 높은 기대여명, 낮은 피할 수 있는 사망률(avoidable mortality)을 보였다[2]. 이러한 효율적 의료시스템을 소개하고 전달하기 위해 건강보험공단은 개발도상국가 보건의료관계자들을 대상으로 건강보험 국제연수과정을 개최하고 있다[3].

우리나라의 의료체계는 매우 국가 중심적이며, 다른 한편으로 매우 민간 중심적이다. 보다 정확히는 과도한 정부의 의료 규제와 지나치게 편중된 민간 중심의 의료서비스 공급이 큰 틀을 이룬다고 할 수 있다. 정부는 요양기관 강제지정제를 통해 국가의료보장체계 내부에서만 의사들이 의료활동을 할 수 있도록 허용하며, 단일 국민건강보험 기구의 의료행위 범위 심의 과정 등에서 의사의 사적 자치의 보장을 축소하고 있다[4]. 이러한 국가의 정책에 대해 Park[4]은 국가가 “공적 의료에 대한 규율을 의료 자체에 대한 규율로 혼동”한다고 표현하였다. 반면 의료 공급에 있어 국가가 차지하는 비중은 크지 않다. 보고에 따르면 2022년 공적 자본으로 설립된 병원급 의료기관은 전체 의료기관의 5.2%이며, 이들의 병상수는 전체 병상수의 9.5% 밖에 되지 않는데, 이는 대표적인 민간보험 중심의 의료체제를 가진 미국에 비해서도 훨씬 미약한 수준이다[5]. 병원의 설립과 운영이 주로 개인의 자본으로 이루어지면서, 이윤 추구를 위한 행태들 - 인건비 최소화,

노동시간 연장, 검사 중심의 의료행위 등 -이 우리나라 의료현장의 문화가 되고 있다[6].

정부의 규제와 민간 중심의 의료 공급은 어느 수준까지는 효율성을 높이며, 병원 간의 경쟁을 부추겨 의료서비스 향상에 기여하였다. 하지만 이윤 창출을 위한 방향으로 의료자원이 이동하면서 수익이 나기 어려운 의료 영역에 공백을 야기하는 원인의 하나로 지목된다. 응급 환자들이 치료받을 병원을 찾아 여러 응급실을 돌아다니며 전전공공하는 상황은 최근에 등장한 현상이 아니며, 출산이나 응급 치료를 위해 다른 지역의 의사를 찾아 가야 하는 상황들은 지역의 인구 감소와 함께 오래 전부터 예견되어 왔다. 모든 상황에 대비하여 의료자원을 항상 대기해 둘 수는 없기에 적절한 의료자원을 이용하지 못하는 상황은 종종 개인적 불운으로 여겨진다. 하지만 만약 내재된 시스템의 오류와 모순들이 안타까운 사연의 배경 요인으로 작용한다면 시스템 차원의 점검을 통해 불운의 요소를 줄여 나가야 할 것이다. 한정된 의료자원 배분은 국가 의료보장제도를 가진 모든 나라들과 사회가 고민하고 있는 문제이며, 의료화와 함께 점점 더 다루기 어려운 문제가 되고 있다.

이 논문은 우리나라의 의료체계의 특성 - 정부의 의료 규제와 민간 중심의 의료자원 공급 -이 형성되는 과정 속에 드러나는 의료자원의 공급과 소비의 특성을 살펴본다. 이러한 특성은 의료 시장 규모의 확대, 건강에 대한 기대치와 의료서비스 욕구의 다양화, 의료를 포함한 삶의 전반에 스며든 신자유주의의 영향 속에 변형되고 강화되었다. 결론적으로 주장하고자 하는 바는 한국의 의료체계 내에 세 주체 - 정부, 의사·의료기관, 환자·시민 -는 의료자원 공급과 소비 과정에 공적 자원의 가치를 공유하고 있지 못하며 의료의 공공성에 대한 인식의 부재를 보인다는 것이다. 이는 의료보장의 지속성을 위협하는 요인이 되고 있다. 물론 신자유주의의 흐름에서 의료자원에

대한 공적 가치의 공유, 공공성의 인지가 의료 이용의 방식을 크게 변화시킬 수는 없을 것이다. 그럼에도 불구하고 이에 대한 각성을 강조하는 이유는 세 주체의 소통을 위해 먼저 서로의 상황을 알아야 하고, 그 위에서 의료자원의 활용과 재배치를 위한 논의가 가능하기 때문이다. 의료가 개인의 건강권 보장, 사회의 안정에 기여한다고 동의한다면 현재의 의료시스템의 문제, 문제의 배경 요인들을 점검하고 개선방안을 찾는 노력은 중요하다.

II. 본론

1. 의료의 공적 가치와 공공성

절대주의 시대에 국민의 건강은 부국강병의 수단으로 여겨졌으며, 산업화 과정에서 노동자의 건강은 사회의 불안을 감소시키고 산업경쟁력을 확보하기 위한 관리 대상이었다. 사회의 발전, 인권의 향상과 함께 보건의료의 관심은 국민이나 노동자의 건강에서 개인의 건강으로 바뀌었는데, 19세기 독일의 병리학자이자 정치가인 루돌프 피르호는 건강 추구를 인간의 기본적 권리로[7], 20세기 미국 정치 철학자인 다니엘즈는 신체와 정신의 정상적 기능을 개인에게 정상적, 혹은 보통의 기회(normal opportunity)를 제공하는데 중요한 결정적 요인으로 보았다[8]. 건강, 생명, 안전, 그리고 건강을 통해 확보하고자 하는 기회의 확장은 삶에서 매우 기본적인 가치로서 우리는 보건의료가 이러한 개인적, 사회적 삶의 가치를 보장하고 지속시키는 안전망 역할을 하며[9], 질병이나 장애로 야기되는 사회적 불평등을 줄임으로써 전반적인 사회적 선의 향상에 기여하리라 기대한다. 이 글에서 의료의 공적 가치는 개인과 시민들의 건강, 질병이나 장애에 대처할 수 있는

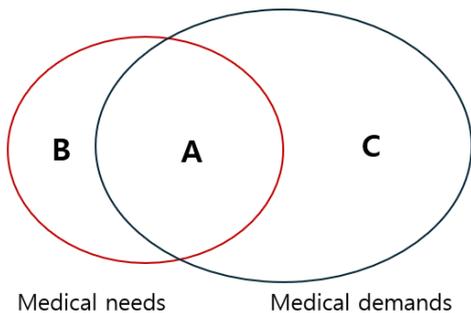
안전, 건강을 통해 누릴 수 있는 개인적·사회적 기회의 보장, 사회적 불평등 및 불안의 감소 등 중요한 개인적·사회적 가치를 보장하는 것을 의미한다.

의료의 공공성은 앞서 제시한 공적 가치가 의료에 내포되어 있다는 것 자체를 의미할 수도 있으며, 보편적 의료서비스 보장을 통한 공적 가치의 실천이라는 방향성을 지닌 용어로 이야기할 수 있다. 복지국가를 지향하는 많은 나라들은 건강권, 혹은 보건의료접근권 등을 개인 권리로 여기며, 사회적 재화로서의 의료를 다룬다[10]. 이들은 사회적 연대의 원리를 바탕으로 사회 구성원들에게 강제적으로 보험료를 부과하고, 의료보장제도를 통해 질병이나 장애로 야기되는 개별 구성원들의 부담과 불행을 분산시키며 사회의 위험 요소를 낮추고자 한다. 이때 의료보험을 포함한 의료자원은 한정되어 있기 때문에 건강의 확보나 의료이용을 둘러싼 개인의 권리 보장은 분배의 문제가 된다. 즉 의료복지를 실천하고자 하는 의지를 가진 사회에서 어떤 대상(환자, 고위험군, 건강한 사람, 등)에게, 어느 정도(치료, 재활, 질병 예방, 건강 증진 등)의 의료서비스를, 어떤 방식(위급성, 선착순, 비용 대비 효율성 등)으로 배분하고, 제공할 것인가는 해당 사회의 의료시스템 종류와 무관하게 의료의 공공성을 전제한 질문이라 할 수 있다.

의료자원 분배에 관련하여 다양한 이론들 - 일반적 분배 정의에 따른 분배, 비용효과 분석 혹은 비용가치 분석에 따른 분배, 시장에 의한 분배 - 이 제시되고 있다[11]. 이 중 일반적 분배정의의 원리의 하나인 다니엘즈의 공정한 기회균등 원리는 개인의 기회를 보장할 수 있도록 인간의 정상적 기능 유지에 사회적 자원이 사용될 것을 주장한다[11]. 의료서비스를 통해 이루고자 하는 건강의 확보는 개인의 사회적 기회와 사회경제적 삶의 수준에 영향을 미친다는 측면, 즉 의료분배

의 정의가 사회정의와 상통한다는 점에서 보건의료영역에 일반적 분배정의 원칙을 적용하는 것은 의미가 있다. 한정된 자원 내에서의 분배결정은 이론마다 차이가 있겠지만 최소한의 보편적으로 제공되어야 하는 자원(혹은 건강 수준)이나 제한될 수 있는 자원의 기준을 정하고, 이를 사회적 여건에 맞게 할당하는 것이라고 할 수 있다.

최소한의 보편적으로 제공되어야 하는 의료자원 혹은 제한될 수 있는 의료자원의 범주는 필요 혹은 수요의 기준에 따라 이루어질 수 있다[10]. 필요를 평가하는 시각은 다양하여 합의를 이루기 어렵다. 그럼에도 보건의료설계와 운영에 참여하는 사람들은 의료의 공적 가치 실천에 보다 가까이 다가가기 위해 우리 사회에서 요청되는 최소한의 의료서비스 필요 범주를 설정하고 의료자원이 필요한 곳에 할당될 수 있도록 해야 한다. <Figure 1>은 필요와 수요를 모식도로 나타낸 것으로 의료필요에 해당하는 서비스를 (A+B), 의료수요의 범주를 (A+C)로 간단히 표기하였다. 여기서 수요는 이용자가 구입한 서비스로, 필요(A)와 필요 외의 범주에 있는 서비스(C)로 나뉘어진다. 필요의 범주에 해당하는 의료서비스를 보편적으로 제공하는 것, 즉 (A+B)에 해당하는 의료서비스를 제공하고자 하는 노력은 의료



<Figure 1> A simple schematic diagram of medical needs and medical demands.

의 공적가치, 공공성의 실천과 연관된다. 사회는 (A+B)의 의료서비스를 보장하기 위해 노력해야 하며, 이를 위해 (A+B) 영역에 적절한 자원이 공급되도록 해야 한다. 또한 필요한 서비스로 인지되었지만 실제 구입한 의료서비스로 연결되지 못한 미충족 의료 영역(B)이 A에 포섭될 수 있도록, 즉 (A+B)가 A에 가까워질 수 있도록 해야 한다.

물론 의료필요와 수요는 명확히 구분되지 않으며, 개인과 사회의 여러가지 요인에 의해 영향을 받는다[9]. 의사는 감기 증상에 대해 약을 처방하기 않고 따뜻한 물을 많이 마시고 충분한 휴식을 취하라는 권고를 할 수도 있으며, 증상을 완화시켜 주는 해열제나 진해제 등을 처방할 수도 있고, 수액과 주사제, 약 처방을 함께 처방할 수도 있다. 어떤 의학적 개입이 적절한가는 해당 사회에서 통용되는 감기라는 질환에 대한 인식, 약이나 주사제 사용에 대한 정보와 접근성, 의료서비스에 기대하는 결과치와 치료 과정의 이해 및 선호도, 질병으로 야기되는 개인적·사회적 손실, 진료·약·주사 등의 행위에 대한 비용 수준 등에 따라 달라진다. 즉, 의료서비스의 범위와 내용 결정에 전제가 되는 의료의 필요성과 적정성은 해당 사회 속에 형성된 질병에 대한 인식과 감수성, 사회가 가진 자원과 건강에 대한 관심 등에 영향을 받게 된다. 또한 의료의 특성상 환자-의사의 개별 치료 사례에 있어 필요로 하는 자원은 환자의 치료 의지, 삶의 질에 대한 주관적 평가, 의사나 의료기관의 역량과 성향 등 다양한 요소에 의해 달라지기도 한다. 의료서비스가 가진 특성과 의료현장의 맥락적 요인을 이해하면서 의료필요와 수요에 대한 논의가 이루어져야 한다.

필요한 의료서비스의 범주(A+B)를 결정하고, 이에 맞는 의료자원을 공급하기 위한 의지가 있다 하더라도 무엇을 그 범주에 넣을지 합의하고 결정하는 것은 어렵다[12]. 우리나라의 경우, 의료자원을 공급하고 활용하는 주체들의 상황과 이

해관계가 서로 참여하게 대립하고 있어 분배 논의를 하기 위한 협상의 자리에 앉는 것조차 불가능해 보이기도 한다. 하지만 갈등하는 주체들이 동의할 수 있는 것이 있는데, 의료에 공적 가치와 공공성이 있다는 것, 이를 위해 (A+B) 범주의 의료서비스에 적절한 의료자원이 할당되어야 하며, B의 범주가 감소되고 A의 범주 내에 사회가 요청하는 충분한 수준의 의료서비스가 포함되어야 한다는 것이다. 하지만 실제 우리 사회의 의료자원 공급과 이용은 이와 거리가 매우 멀게 느껴진다. 이후 이 글에서는 한국의 의료체계 내에 세 주체 - 정부, 의사·의료기관, 환자·시민 - 의 의료행태의 문제점을 나열한다. 세 주체로 구분하는 것은 의료의 공공성을 위해 우리 모두가 책임과 역할이 있다는 것을 강조하기 위한 편의상의 구분일 뿐이다. 각각의 주체와 연관해 지적한 여러 현상들은 한 주체의 문제가 아니라 세 주체 모두와 얽혀져 있으며, 단순히 제도를 고치거나 누군가에게 책임을 묻는 것으로는 개선될 수 없다.

2. 세 주체의 의료자원 공급과 이용에서의 공공성 부재

1) 정부

a. 의료보험제도 확립 과정에서의 문제

정부는 필요하다고 판단된 의료서비스 공급을 위해 제도를 계획하고 실행을 위한 정책 수립, 자원 마련에 핵심적 역할을 수행하는 주체이다. 우리나라 의료보험의 도입 및 정착 과정에서 정부는 강한 의지와 추진력을 보여주었다. 의료보험을 둘러싼 제도의 확장 과정을 간단히 살펴보면 다음과 같다. 의료보험법은 제정된 것은 1963년으로 당시 우리 사회는 보험제도를 운영하고 보험료를 부담할 만큼의 경제적 수준을 갖추지 못

하였다. 이러한 상황을 인지하고 있던 정부는 제도의 존재 자체에 의미를 두었을 뿐 법의 시행에는 의지를 보이지 않았다. 그 예로 법의 운영에 필요한 의료보험업무 전담 부서를 설치하지 않았고 의료보험은 임의적용 방식이었다[12]. 법 제정 이후 시범사업 수준의 의료보험조합들이 만들어졌으나 조합들은 재정난을 피할 수 없었고, 급여수준이 낮아 가입자에게 실질적인 도움을 주지 못하였다[12].

실제 우리나라에서 의료보험이 시행된 것은 1977년 500인 이상의 사업장 근로자의 의료보험 강제가입이 적용되면서부터이다. 하지만 그 당시도 사회보험에 대한 대중의 인식이 미약했고 이에 정부는 보험료 징수에 대한 저항을 고려하여 보험료를 낮게 산정하였다. 낮은 보험료로 의료제도를 운영하기 위해 정부는 낮은 수가, 상당히 제한적인 항목에 보험급여를 적용하는 정책을 선택하였다[13]. 당시 의사들의 주장에 따르면 의료보험진료수가가 기존의 의사들이 환자에게 청구하던 관행수가의 58.27%~62.27% 삭감된 수준이었다고 한다[14]. 보험급여 대상은 빠르게 확대되어 처음 의료보험이 시행되고 12년 만인 1989년에 전국민 의료보험이 시행되었다. 이후 수진율과 의료수가가 점차 상향되고, 의료보험의 보장 범위 및 비보험 의료 영역이 확장되어 2021년 우리나라 의료지출은 GDP의 9.7%를 차지하게 되었다[2]. 짧은 기간에 의료접근도의 개선, 의료서비스의 양과 질에 비약적인 향상을 이루었지만, 안타깝게도 의료보험의 근간이 되는 가치인 사회적 연대, 의료자원 분배에서의 사회적 합의는 형성되기는 어려웠다.

b. 민간의료기관 및 지방의료원을 통한 공공 의료서비스 제공에서의 문제

우리나라의 의료체제는 민간공급자가 의료인

프라와 서비스를 제공하고, 보험을 통해 재원을 조달하는 방식이다[15]. 민간 의료자원이 월등한 우리나라에서 이미 형성된 민간 부분의 보건의료 인프라를 통해 필요한 의료를 공급하려는 정책은 합리적이고 효율적으로 보인다. 2015년 공공 보건의료에 관한 법률이 개정되면서 정부의 이러한 정책은 더욱 명시화되는데, 법에 따르면 정부는 민간의료기관을 공공보건의료 수행기관으로 지정할 수 있다. 민간의료기관이 의료취약지 거점의료기관, 공공전문진료센터, 심혈관·응급·외상·암 전문센터로 지정 받아 예산지원을 받을 수 있게 된 것이다[16]. 이는 별도의 공공보건의료기관을 설립하지 않고 기존의 공공병원을 포함한 민간 병원을 활용해 지역 내 필수적 의료를 공급하고자 한 제도로, 공공의료를 기관 중심에서 기능 중심으로 재편한 것이다[17]. 하지만 민간의료기관을 통한 정부의 사업에는 한계가 있다. 대표적인 예가 소아전문응급의료센터이다. 2015년 응급의료에 관한 법률의 개정으로 응급전문응급의료센터 지정이 가능해졌고 소아전문응급의료센터 12기관이 선정되었다. 이후 센터를 확대하려는 노력에도 불구하고 2024년 7월 기준 실제 운영 중인 곳은 10개소이며, 강원도, 전라남도, 제주도에는 선정된 기관이 없다. 그 배경으로 병원이 지정기준에 맞추기 위한 시설 투자를 꺼리며 소아진료의 만성적 적자를 감당하지 못하는 것, 전문의 인력 확보의 어려움 등이 지적된다. 정부가 비용을 들여 지원 사업을 시행한다 하더라도 수익이 보장되지 않는다면 민간의료기관은 참여를 기피하게 된다[18].

결국 공공의료기관이 수익성이 보장되지 않지만 사회에 필요한 의료서비스 제공에 주체가 되어야 한다. 하지만 이러한 역할을 담당하기에 우리나라 공공의료기관의 상황은 녹록치 않다. 대표적 공공의료기관인 지방의료원은 독립채산제로 운영되기 때문에 민간병원과 경쟁하며 영입수

지를 맞추어야 하는 압박을 받는다. 일부 지방의료원은 도시개발을 이유로 접근성이 좋은 시내 중심가에서 외곽으로 밀려나 민간 병원보다 오히려 더 낮은 접근성을 보이기도 한다. 의료원의 운영비는 지자체의 지원에 기대는데, 이 역시 일관성이 없다[19]. 지방의료원은 이러한 불리한 입지 속에 공공성을 함께 수익성을 고려해야 하는 모순된 상황에 처해 있다.

c. 민간의료보험에 대한 미흡한 규제

민간의료보험은 종종 국가복지의 대체 수단으로 국가 의료재정 부담을 줄이며, 사회에 필요한 의료서비스를 제공하는 방안으로 활용된다. 우리나라도 역시 의료재정의 압박을 줄이고 높아진 의료수요를 충족하기 위해 민간보험을 도입하였다. 민간보험은 정부의 민간보험 활성화를 위한 정책들(단체 가입한 고용주에 대한 세제 감면, 개인 가입에 대한 소득공제 혜택 등) 아래에서 매우 빠르게 성장, 확대되었다[20]. 하지만 과도하게 성장한 민간의료보험 시장은 복지 향상이라는 의료보험의 의도를 넘어 비급여 진료의 확대, 과잉진료, 의료시장의 영리화를 부추기는 배경으로 여겨지고 있다. 실제 정부는 민간보험을 순수하게 의료보험의 보완적 역할의 도구로 여기지 않았다. 정부는 1960~70년대 산업 투자자본을 확보하기 위한 내자동원 수단으로 보험산업을 육성하였고, 1980~90년대에는 대외 개방 압력에서 국내 보험시장의 활성화를 위해 지원하였으며, 1995년 OECD 가입 이후 보험시장에 대기업이 진출할 수 있도록 하는 등 경제적 이유로 민간보험 산업을 활용하였다[20]. 2000년대에 생명공학의 발달에 따른 새로운 의료기술이 등장하면서 산업 시장으로서 의료의 활용도가 높아지며, 의료 이용에 대한 수요와 비용이 가파르게 증가하고 있다. 이러한 의료서비스 공급과 활성화에 민

간의료보험이 주된 재원으로 기여하리라 여겨져 보험시장의 규모는 더욱 확대될 것이다.

d. 시스템 오류에 대한 징벌적 처벌

2010년 대구에서 장중첩증의 4세 환아가 제때 치료를 받지 못해 사망한 사건이 있었다. 이 사건에 대한 정부의 대응은 정부가 의료서비스의 사회적 중요성, 공공성의 의미를 잘 인지하고 있는지 의문이 들게 한다. 환아는 당시 권역응급의료센터를 포함해 종합병원, 외과전문 병원의 응급실을 방문하였으나 소아과 의사, 영상의학과 의사, 수술을 할 수 있는 의사가 없다는 이유로 대구에서 치료받지 못하고 구미로 이송되었고, 수술 중 사망하였다. 이 사건이 발생한 초기에 보건복지부는 권역응급의료센터 지정 취소, 응급실에서 환자를 돌려보낸 인턴, 레지던트 징계, 2012년 응급의학과 및 소아청소년과 전공의 정원 감축 등을 논의하였다. 다행히 이는 모두 철회되었고 전문의 2명에게 면허정지 15일, 몇가지 응급의료 관련 지원 사업 제외 등의 징계를 내렸다 [21]. 물론 의사들의 태만이나 과실, 시스템 운영에서의 오류에 대해 의사나 의료기관이 책임져야 할 부분에 대해 처벌하는 것은 합당하다. 하지만 정부의 권역응급의료센터 지정 취소나 전공의 감축과 같은 초기 징벌적 대응은 소아 응급시스템에 발생한 오류를 수정하기 보다, 오히려 시스템의 수준을 낮추고 빈약하게 하는 결과를 초래한다. 다행히 그러한 징계는 일어나지 않았다. 하지만 이러 방식의 징계와 압박을 경험한 의료인이나 의료기관은 오류가 발생했을 때 이를 숨기거나, 아예 발생하지 않도록 해당 의료서비스 제공

에 공식적으로 참여하지 않는 등의 부정적 선택을 할 수도 있다.

지금까지의 내용을 <Figure 1>에 적용하면 의료 공공성과 관련해 정부의 부족함이 명확히 드러난다. 의료가 가진 공적 가치를 이해한다면 정부는 환자의 사회적 여건이나 지불능력에 상관없이 누구나 최소한의 의료서비스를 받도록 의료제도를 운용하여 B의 영역, 즉 미충족 의료를 감소시키도록 노력해야 한다. 하지만 경제성장기에 민간 자본을 동원해 빠르게 보건의료인프라를 갖추는 전략을 선택하면서, 민간의료기관이 할 수 없는 역할, 즉 필요하지만 운영을 하게 될 때 적자의 위험이 있는 영역의 의료 인프라 확충에 소극적으로 대응하였다. 또한 민간보험을 활용하여 의료보험의 보장성 부족 부분을 채우는 방식에 있어, 민간의료보험시장을 산업의 측면으로 바라보고 통제하지 않음으로써 A와 C의 범주, 특히 C의 범주를 확장시켰으며,¹⁾ 이는 의료보험의 재정을 위협하는 요인이 되고 있다. 또한 대구에서의 환아 사망사건에 대한 정부의 대응은 직접적으로 A 영역의 의료를 B의 미충족 의료 영역으로 이동시키려 했던 사례로 해석할 수 있다.

2) 의사, 의료계

a. 의료기관 운영을 위한 영리 추구

자영업과 같이 사적 자원을 활용해 병의원을 개설하고 경영해야 하는 의료인들은 저수가를 포함한 정부의 규제들 - 요양급여 당연지정제, 요양급여에 해당하는 의료행위에 대해 추가적 비용

1) 의료필요(A+B)와 의료수요(B+C)는 건강보험 여부로 구분되지 않는다. 그럼에도 범주 C의 확장은 주로 비보험 영역의 성장을 의미하게 된다. C가 의료보험 재정 외의 영역이라고 했을 때 혹자에 따라 C의 확장을 문제로 여기지 않을 수 있다. 하지만 의료인력과 신기술 등이 C의 범주에 치중된다면, 상대적으로 (A+B)의 영역이 감소하게 되어 적절한 자원 배분에 실패하게 된다.

청구 불가 등- 속에 서로 경쟁하며 병원을 유지하고 수익을 창출하기 위한 방안을 모색해야 했다. 소위 3분 진료라고 일컫는 짧은 진료 시간, 의사들의 긴 노동시간은 그 결과의 일부라 할 수 있다[22]. 이에 대한 수치는 OECD 보고서에 잘 드러나는데,²⁾ 우리나라는 인구 1,000명당 의사수는 2.6으로 OECD 평균 3.7에 미치지 못하지만 2021년 환자 1명이 1년에 의사를 만나는 횟수가 15.7회로 OECD 통계에 참여한 국가 중 가장 많으며, 의사 1명이 환자를 만나는 횟수도 6,113회로 2위인 일본(4,288회)보다 월등히 높다[2].

또한 병원들은 비용을 창출하기 위해 요양급여에서 보장이 큰 검사나 치료 방법, 비급여 진료 선호하며, 수입을 많이 올린 고용 의사들에게 인센티브 제공, 입원 병상 확대 등의 방식을 취하였다. 병상수를 살펴보면 2021년 우리나라의 1,000명당 병상수는 12.8개로 OECD 평균 4.3개의 약 3배에 달하며,³⁾ 10년 전과 비교하였을 때 다른 OECD 국가의 경우, 대부분 병상 수가 소폭 감소한 반면 우리나라는 매우 높은 증가폭을 보인다[2]. 병원은 사람들의 관심을 끌기 위해 인테리어에 신경 쓰고, 새로운 의료장비들을 도입하여 광고한다. 이러한 투자 비용은 앞서 나열한 비용 창출을 위한 방식들 - 비급여, 많은 검사 - 을 정당화하며 환자들의 만족도를 높여 병원 수익에도 도움을 준다. 어느 나라보다도 좋은 장비를 활용한 빠른 진단과 치료, 좋은 의료접근성, 풍부한 의료서비스의 양과 높은 질은 이러한 배경에서 만들어졌다.

우리나라에서 다수의 의사는 민간의료기관에

고용되어 있다. 그들은 병원의 생존과 유지, 수입 증가를 위해 실적의 압박을 받는다. 진료 실적 공개, 삭감된 진료비에 대한 별점 부과, 낮은 진료 실적에 대한 경고 조치, 진료 성과에 따른 인센티브 등이 그 예이다[23-25]. 의사들은 그러한 압박을 무시하기도 하지만, 비용 산출을 기반으로 한 진료 평가가 만연해지면서 점차 외래와 입원 환자수를 늘리고, 여러 검사를 처방하기도 하는 등 과잉진료를 하게 된다[26]. 이러한 진료 현상은 병원 수입의 증가에는 기여하나, 의료 전문가로서의 자부심을 가지고 환자와의 좋은 관계 속에 소위 교과서적 진료를 하고자 하는 의사들의 사기를 저하시키고, 직업에 대한 회의감을 가지게 하는 원인이 될 수 있다[6]. 또한 실적 경쟁 과정에 동료의사와 갈등을 야기하기도 한다.

b. 의료소송에 대비한 과잉진료

과잉진료의 배경에는 의사들이 가진 의료사고 소송에 대한 부담감도 크게 작용한다. 우리나라의 업무상과실치사상으로 검사의 기소를 받는 사례는 외국에 비해 매우 높아 2013-2018년 사이 기소 건수는 연평균 754.8건이었다. 이는 일본 경찰 신고 건수의 9.1배, 일본 입건송치 건수의 14.7배이며, 영국의 기소건수(연평균 1.3건)의 580.6배에 해당한다[27].⁴⁾ 이 수치를 두고 우리나라 의사들이 유독 과실이 많다고 해석하기는 어렵다. 다른 OECD 국가와 비교하였을 때 여러 지표에서 좋은 의료 결과를 보이며, 피할 수 있는 죽음의 비율도 낮기 때문이다[2]. 의학의 특성상

2) OECD, 2023, p. 117 Figure 8.4, p. 109, Figure 5.11, 5.13.

3) OECD, 2023, p. 112-113 Figure 5.7.

4) 우리나라를 포함한 각 국의 의료사고 소송에 대한 공식적 통계자료가 없으며, 의료체계 및 사법 체계 등에 차이가 있어 직접적 비교에 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 기소 건수의 수치가 확연히 달라 우리나라 의사들이 형사처벌에 부담감이 외국과 다를 수 밖에 없음을 유추할 수 있다.

검사와 치료에는 위양성, 위음성의 불가피한 오류가 발생하며, 예기치 못한 부작용들이 발생한다. 문제는 이러한 해가 발생할 때 소송으로 진행되는 경우가 많아, 의사들은 가급적 많은 검사를 통해 위양성, 위음성을 줄이고, 진단 기간을 앞당기고자 한다. 또한 의사들은 '환자의 치료를 하지 않는 선택지'가 향후 소송이 발생했을 때, 환자를 설득하지 않고 치료를 하지 않은 것으로 해석될 수 있다는 불안을 가지고 있다[28]. 이에 가급적 모든 치료 수단을 동원하며, 효과가 없을 것이 예견된다 하더라도 치료를 유보하기보다는 중단하는 쪽을 선택하는 경향이 있다.

의사나 의료기관의 의료행태 역시 의료 공공성의 차원에서 <Figure 1>을 통해 점검할 수 있다. 의사는 의료수요를 창출할 수 있기에 이들의 의료 공공성에 대한 인지는 매우 중요하다. 하지만 여러 가지 상황들 - 저수가, 병원간의 경쟁과 진료 수입에 대한 압박, 소송에 부담감 등 -은 공공성에 대한 사회적 가치 추구보다는 자본가 혹은 고용자로서 생존을 더욱 우선시하게 하였다. 비보험, 민간의료보험을 활용해 C의 범주를 확장시키는데 의사들의 역할이 적지 않다.

3) 환자, 시민

a. 과도한 의료소비

의료보험의 확대, 가계 소득의 증가로 사람들이 체감하는 의료비에 대한 부담이 크게 감소하면서 의료서비스 이용률이 급격히 증가하였다. 또한 의료서비스 이용에 큰 제약이 없어 가벼운 증상에도 병원을 찾거나, 한 사람이 같은 증상이나 질병으로 여러 의사들의 진료를 받기도 한다. 실제 2001년 건강보험 중복진료 실태자료에 따르면, 같은 질병으로 하루 2곳 이상의 의료기

관을 방문한 중복 진료 환자수가 연간 약 670만 명, 질병별 중복횟수로 감기환자가 267만 회에 달하며, 2010년 연간 365일 이상 외래를 이용하는 환자수도 2,039명으로 보고되었다[29]. 환자가 자신의 증상을 더 자세히 알고 적절한 선택을 하기 위해 여러 전문가를 만나는 것을 합리적 행위로 여길 수 있다. 하지만 의료자원은 사적 자원이 아니다. 또한 한정된 자원이기 때문에, 한 곳의 과도한 사용은 다른 적절한 영역에 의료자원이 할당될 기회를 감소시킬 수 있다. 최근 시스템적으로 중복처방을 감시할 수 있어 약물의 오남용 등의 위험이 감소되기는 하였으나, 여전히 닥터쇼핑은 환자와 의료인력의 시간 낭비, 중복 진료 및 검사로 인한 비용 발생 등의 문제를 야기한다.

많은 검사를 받고 자주 의사를 방문하는 의료서비스 이용의 배경에는 민간의료보험이 있다. 사람들은 낮은 의료보험 보장성에 대비하여 민간보험을 가입하여 질병으로의 경제적 손실을 대비한다. 문제는 민간의료보험으로 의료기관을 이용할 때에 별도의 추가 지출이 발생하지 않고, 보험에 따라 오히려 일정액을 지급받을 수 있어, 지나친 의료서비스 이용을 야기한다는 것이다. 의료보험의 본인부담금과 비급여를 보장하는 실손의료보험의 보유계약은 2022년 말 3,565만 건에 달한다[30]. 실손의료보험 아래에서 의료공급자인 의사는 비급여 진료 비중을 늘려 수익을 올리며, 의료소비자인 환자는 추가 비용 없이 만족스러운 의료서비스를 받을 수 있다. 이를 제재할 수 있는 제도가 정비되어 있지 않은 시점에서 의료자원 이용의 도덕적 해이가 우려되고 있다.

b. 대형 의료기관의 선호

경증 환자의 상급종합병원 이용 선호 역시 의료 이용에서의 문제로 제기되고 있다[30]. 1, 2, 3차 의료기관은 각각의 역량에 따라 다른 수준

의 의료서비스를 제공하며, 사회에서 다른 역할을 수행한다. 2, 3차 의료기관에서는 진단을 위해 특별한 장비, 침습적인 검사가 필요한 하거나 입원 치료가 필요한 급성, 혹은 아급성의 중증 환자를 주로 진료하며, 경중이거나 만성적 주기적 관찰과 관리가 필요한 질환의 환자는 1차 의료기관이 담당하는 것이다. 하지만 다수의 경중의 환자, 혹은 중증 상태에서 치료를 받고 1차 의료기관으로 돌아갈 수 있는 환자들이 계속해서 3차 의료기관에 치료받기를 선택한다. 2018년 3차 의료기관 이용의 문턱으로 작용하였던 선택진료비도 폐지되어 환자들은 거주지의 1차 의료기관으로 돌아갈 이유를 마땅히 찾지 못하며, 3차 의료기관조차 외래 수익이 중요하기에 3차 기관의 의사들이 환자가 다니던 1차 의료기관으로의 복귀를 강하게 권고하지 않고 있다. 다른 역할을 수행해야 할 1, 2, 3차 의료기관들은 경중 환자의 진료를 두고 서로 경쟁하는 상황이 된 것이다.

의료 이용의 또 다른 문제로 지역 환자들의 서울 대형 상급종합병원 쏠림 현상도 문제가 되고 있다[31]. 소위 빅5로 불리는 일부 병원들이 거대화과 동시에 세부적인 의료서비스를 제공할 수 있는 역량을 갖추면서 지역의 환자들이 거주지 근처 상급종합병원이 아닌 서울 지역으로 이동하여 치료받는 사례가 늘고 있다. 환자들은 진료를 받기 위해 아픈 몸을 이끌고 장거리 여행을 하며, 병원 근처의 숙소에 머물기도 한다[31]. 하지만 먼거리의 이동에도 불구하고 진료 시간은 짧고, 기존 질환의 악화로 응급 상황에 처해 있을 때 정

작 자신이 진료를 받았던 병원에서 치료를 받지 못하는 상황에 처한다. 의학은 표준화된 학문으로 증상에서 진단까지의 경로, 진단에 대한 치료법이 가이드라인으로 상당히 체계화되어 있다. 또한 의사양성 과정이나 병원시스템 점검에 여러 국제 기준을 도입하되면서 상당한 수준의 질관리가 전국적으로 이루어지고 있다. 실제 여러 고위험의 중증 질환에 대한 적정성 평가 결과를 보면 의료 수준에 의미 있는 차이는 없어 보인다[32-35].⁵⁾ 서울 중심의 의료인 쏠림, 환자 쏠림은 지역 의료시스템의 발전에 어려움을 주며, 특별히 필요하지만 많은 자원이 소요되거나 투자 비용을 회수하기 어려운 의료서비스에 있어 지역 격차를 야기할 위험이 있다.

환자와 시민의 의료이용을 <Figure 1>을 통해 살펴보면, 의료자원의 이용방식이 공공성을 고려한 것으로 보기 어렵다. 중복된 병원 이용, 민간보험을 활용한 추가적인 의료소비, 상급종합병원에서의 치료는 C의 범주를 확장시킬 뿐더러, A 범주 내에서 적절한 자원 분배를 저해할 수 있다. 물론 건강 추구를 위해 여러 의료기관을 이용하고, 더 유명하고 큰 의료기관을 찾아가는 것을 단순히 의료 공공성에 대한 인식의 부재로 단정지을 수는 없다. 질병을 겪는 개인에게 건강은 매우 중요한 삶의 가치이기 때문에 거시적 수준의 원칙들이 적용되기는 어려우며, 큰 의료기관의 선택이 개인적 맥락 내에서 최선의 결정일 수 있기 때문이다. 아마도 더 크고 시설이 좋은 병원에서

5) 제4기(2021-2023년) 상급종합병원은 전국 45개로, 서울권 14개, 경기권 8개, 강원권 2개, 충청권 4개, 전라권 5개, 경상권 12개이다. 전국 상급종합병원을 기준으로 적정성평가 결과를 살펴보면, 관상동맥우회술의 경우 종합점수(2020년 8차)는 95.1±3.0(43개 병원, 최소값 88.1), 급성기 뇌졸중 평가(2020년 9차)에는 44개 상급병원 중 43개가 1등급(평균 99.67±1.4, 최소값 90.8)이었으며, 2013년 급성심근경색증 평가에서 종합점수는 99.57±1.46(43개, 최소 93.4), 폐렴 적정성 평가(2021년 5차)의 종합점수는 99.3±0.9(44개 병원, 최소값 96.2)으로 전국 상급종합병원의 수준 격차가 거의 없는 것을 알 수 있다[32-35]. (<https://www.hira.or.kr/ra/eval/getDiagEvlView.do?pgmid=HIRAA030004000100&WT.gnb=%EC%9D%98%EB%A3%8C%ED%8F%89%EA%B0%80%EC%A0%95%EB%B3%B4>) [cited 2024 May 1]

치료받고자 하는 현상은 의료시스템 및 의료기관 신뢰와 더 연관이 깊을 것이다. 하지만 이러한 의료서비스와 의료기관 이용이 의료의 공공성을 저해하는 결과를 초래할 수 있음은 인지할 수 있어야 한다.

III. 결론

3저 구조의 빈약한 의료자원으로 출발한 우리의 보건의료체계는 35년 사이 효율적이며 질 높은 의료를 구현하였다. 그 과정에서 우리는 높은 의료접근성, 쾌적한 병원 환경과 시설, 수준 높은 보건의료전문가들의 의료서비스를 자연스럽게 받아들이며, 지속적인 의료서비스의 발전을 기대한다. 하지만 실제 의료자원의 공급과 이용에 있어 해결하기 어려운 첨예한 갈등들이 있으며, 이는 의료수요와 의료 시장의 자본이 커지면서 더욱 심화되고 있다.

우리나라의 의료 정책 - 민간 자본을 활용하여 의료 인프라를 구축하고 의료 공급자를 통제하거나 민간의료보험을 활용하여 의료 수요를 충족하려는 정책 등 -은 어느 정도 의료보험의 안정성에 기여할 수 있다. 하지만 또 다른 정책, 의료 수요에 대한 통제를 하지 않고 시장의 논리에 따라 수요와 공급을 조절하려는 정책 - 병상 수 증가, 비급여 시장 확대, 미약한 민간의료보험에 대한 규제 등 -은 보건의료서비스가 지향해야 할 공적 역할을 무색하게 한다. 의료에서 무엇이 적정하고 무엇이 과잉인지 정하는 것, 어떤 의료서비스를 공적 자원으로 제공해야 하는지 결정하는 것은 매우 어렵다. 일반적인 요통이나 두통에 MRI 촬영은 과잉이 될 수 있으나, 한편으로 환자가 질병이 없다는 사실에 안심할 수 있어 그 자체로 의미 있는 의료행위라고 주장할 수도 있다. 결국 어느 수준의 의료를 공적으로 제공할 것인가

는 해당 사회의 적정선에 대한 합의와 이를 실천하고자 하는 사회의 의지이며 역량에 달려있다.

의료보험 내에서 통제되는 의료의 상당 부분은 소위 필수 의료라고 불리는 서비스들이다. 이는 자유 시장적인 의료체계에서 결코 독립적이지 않으며, 적절한 보호가 없다면 상대적으로 통제되지 않는 수요 범주의 의료서비스로 인해 위축될 수 있다. 다수의 사회가 지향하는 보건의료제도는 필요하고 적정한 수준의 의료서비스를 제공하되, 한정된 의료자원 내에서 이를 지속적으로 공급하는 역량을 갖춘 제도일 것이다. 원하는 의료수요를 공적 자원으로는 모두 충족할 수는 없다. 결국 보건의료제도를 운용하며 자원을 공급하고 활용하는 이해 당사자들이 우리 사회에 공적 의료서비스를 통해 실현하고자 하는 사회적 가치, 지향점을 공유하며 의료서비스의 수준을 합의해 나가야 할 것이다. 

Conflict of Interest

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

REFERENCES

- [1] Statista. Health and health systems ranking of countries worldwide in 2023, by health index score [Internet]. Statista; 2023 [cited 2007 Apr 30]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1290168/health-index-of-countries-worldwide-by-health-index-score>
- [2] OECD. Health at a glance 2023. Paris: OECD; 2023.
- [3] Park YM. International health insurance training for developing countries led to some changes [Internet]. MedicalTimes; 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1155801>

- [4] Park HW. If we could save medicine by killing doctors. Characteristics and historical changes of the Korean medical legal system. Seoul: Cheongnyeong-UISA; 2001.
- [5] Ministry of Health and Welfare, National Medical Center. 2022 Key public health statistics [Internet]. National Medical Center (NMC); 2024 [cited 2024 Jul 2]. Available from: <https://www.ppm.or.kr/board/thumbnaillist.do?MENUID=A04010000>
- [6] Kim HA. The era of medical business. Paju: Dolbege; 2023.
- [7] Park J. Health, capitalism, and medical privatization in historical context. *Crit Rev Hist* 2020;130:284-309. <https://doi.org/10.38080/crh.2020.02.130.284>
- [8] Moon D, Chung H. Health publicness beyond the healthcare systems: focusing on the concept of health security and the process of social dialogue. *Health Policy Manag* 2018;28(4):329-338. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2018.28.4.329>
- [9] Kim CY, Kim MH, Lee TJ, et al. Inequality in health: a Korean perspective. Seoul: Seoul National University Press; 2015.
- [10] Lee KS. Ideology and reality in health policy. *Health Policy Manag* 2007;17(3):106-128. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2007.17.3.106>
- [11] Park S. Macro-allocation of health care resources and democratic legitimacy. *Korean J Med Ethics* 2011;14(2):145-156. <https://doi.org/10.35301/ksme.2011.14.2.145>
- [12] Kim MS. A review of the historical transition process of medical insurance administration. *J Korean Admin Hist* 2002;11:261-291.
- [13] Noh IC. Current status and policy issues of non-coverage of medical insurance. *Health Welfare Forum* 1988;18:63-72.
- [14] Shin E. Health insurance policy formation in Korea [Doctorate]. [Seoul (Korea)]: Yonsei University; 2006. p.95.
- [15] Lee S. The impact of health care system on health care performance in Korea. *J Soc Sci* 2013;24(4):271-293. <https://doi.org/10.16881/jss.2013.10.24.4.271>
- [16] Public Health and Medical Services Act, Article 2, Act No. 17965 (Mar. 23, 2021).
- [17] Kim JH, Lee JM, Lee YG. Necessity and strategy for expansion of public healthcare. Wonju: National Health Insurance Service; 2020.
- [18] Jung JH, Kwak YH, Noh H. Strengthening the role of pediatric emergency centers in Korea. *Pediatr Emerg Med J* 2017;4(2):29-33. <https://doi.org/10.22470/pemj.2017.00178>
- [19] Cho S. Measures to strengthen the capability of municipal health care institutions. *Health Welfare Forum* 2022;311:23-35. <https://doi.org/10.23062/2022.09.3>
- [20] Heo S. Expansion of the private health insurance and policy implications in Korea. *Korean Soc Policy Rev* 2013;20(1):187-222. <https://doi.org/10.17000/kspr.20.1.201303.187>
- [21] Jung JH. Licenses of two doctors at Kyungpook National University Hospital suspended for refusing treatment [Internet]. *Yonhpnews*; 2011 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20110201111000017>
- [22] Park JY. Conceptual medicine – why do I get angry when I go to the hospital? Seoul: Cheongyeon-UISA; 2013.
- [23] Lee IB. Doctor, what are your income? Skip treatment [Internet]. *MedicalTimes*; 2013 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1086384>
- [24] Lee JY. Half of pediatric surgeons support treatment in other fields [Internet]. *Medical News*; 2016 [cited 2024 May 1]. Available from: <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=606650>
- [25] Kang AR. “How much incentive did you receive?”...secrets even among colleague [Internet]. *Yonhapnew*; 2016 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20160312035600017>

- [26] 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>
- [27] Kim HS, Lee JG, Kim KY. Current status and implications of criminalization of medical practice. Seoul; Korean Medical Association (KMA); 2022.
- [28] Park KH. The last 10 years of Korean life. After the Boramae hospital case.... "Patients who want to die at home cannot be discharged" [Internet]. *The Chosun Daily*; 2014 [cited 2024 May 1]. Available from: https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2014/09/04/2014090400346.html
- [29] Lee J. The effect of self-perceived health on medical care utilization [Master's thesis]. [Seoul (Korea)]: National University Graduate School; 2013. pp.12-13.
- [30] Korea Development Institute. 2022 Actual medical insurance business performance (provisional) [Internet]. 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://eiec.kdi.re.kr/policy/materialView.do?num=237626>
- [31] Kim EY. 4 Out of 10 cancer patients at Big 5 hospital 'live outside the metropolitan area' ... 200,000 people come to Seoul every year [Internet]. Seoul: Cheongnyeon-UISA; 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3010099>
- [32] Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA). 2020 (8th) coronary artery bypass surgery appropriateness evaluation results. Wonju: HIRA; 2022. p.32.
- [33] HIRA. 2020 (9th) acute stroke appropriateness evaluation results. Wonju: HIRA; 2022. p.21.
- [34] HIRA. 2013 acute myocardial infarction evaluation results. Wonju: HIRA; 2013. p.19.
- [35] HIRA. 2021 (5th) pneumonia adequacy evaluation results. Wonju: HIRA; 2023. p.27.

Awareness Gaps in the Public Nature of Korea's Healthcare System*

KIM Do-Kyong¹

Abstract

Medical care is an essential social service that supports other valued goods, such as life, health, safety, and the guarantee of social opportunities. In many countries, access to medical care is provided through public health insurance systems. South Korea's medical insurance system, which has expanded at an unprecedented rate in recent decades, performs very well by several internationally recognized indicators. However, excessive government regulations, a private-centered supply of medical resources, and overuse of the system by patients have led to a misallocation of medical resources. This article examines the supply and use of medical care by the Korean government, the medical community, patients, and citizens, highlighting awareness gaps in the public value and nature of medical care. Recognizing this issue is the first step in building a sustainable medical system that ensures that medical resources are appropriately allocated and utilized.

Keywords

public nature of healthcare; medical resources; medical needs; resource allocation

*This work was supported by the Dong-A University research fund.

¹ Associate Professor, Dong-A University College of Medicine.

Korean Journal of Medical Ethics

● 한국의료윤리학회 회칙	104
● 『한국의료윤리학회지』 투고규정	109
● Instructions to Authors on Preparing Manuscripts	115
● 『한국의료윤리학회지』 심사규정	121
● Regulations on Reviewing Manuscripts	124
● 한국의료윤리학회 연구윤리 규정	127
● 한국의료윤리학회 편집위원회 규정	131
● The Korean Journal of Medical Ethics Editorial Board Regulations	133
● 한국의료윤리학회 2024년 4월~6월 회무보고	135



한국 의료 윤리 학 회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

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

한국의료윤리학회 회칙

2020년 11월 28일 개정

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

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

제3조 (사업) 본회는 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) 본회 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 본회 또는 의료윤리학과 의료윤리교육계에 공헌이 많은 인사로서 이사회의 결의를 거쳐 추대한다.
- ④ 기관회원은 본회 목적에 찬동하는 의료교육기관 및 관련 단체로 한다.

제6조 (회원의 권리) ① 모든 회원은 본회의 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 이사회 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 회의는 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』 투고규정

2024년 3월 29일 9차 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 「의학논문출판윤리 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 임상윤리사례분석을 포함한 다양한 형식의 글을 허용한다.

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 때는 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. 저자됨(Authorship)

저자는 다음의 네 가지 기준을 모두 충족하여야 한다. 1) 연구의 구상이나 설계에 실질적인 기여; 또는 자료의 획득, 분석, 해석 2) 연구 결과에 대한 논문 작성 또는 중요한 학술적 부분에 대한 비평적 수

정 3) 출판되기 전 최종본에 대한 승인 4) 연구의 정확성 또는 진실성에 관련된 문제를 적절히 조사하고 해결하는 것을 보증하고, 연구의 모든 부분에 책임을 진다는 점에 동의 저자에 대한 이러한 정의는 ICMJE(<https://www.icmje.org/>)의 정의를 기반으로 한다.

5. 연구출판위반

학술적 부정행위가 의심되거나, 제출된 원고에 기술된 내용의 진실성에 우려가 제기되면 편집위원장은 편집위원회를 소집하며 연구윤리규정에 따라 사안을 평가한다. 연구부정행위로 판정될 경우 회장은 연구윤리규정에 따라 투고자를 징계할 수 있다.

6. 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.

7. 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.

8. 학회지 발간 및 원고접수

본지는 연 4회(3월 31일, 6월 30일, 9월 30일, 12월 31일) 발간하며, 원고는 학회 홈페이지 온라인 논문투고시스템에서 수시로 접수한다. 교신저자는 본 학회의 정회원이어야 한다. 투고자는 원고 투고 시에는 투고규정 준수 여부를 다시 확인하고, 저자 체크리스트 및 저작권이양동의서를 온라인 논문투고시스템에서 작성한다. 논문 투고에 필요한 서류가 확인되면 접수 확인 메일이 발송된다.

9. 원고심사

투고된 원고는 편집위원회에서 선정한 심사위원 2인 이상의 심사를 거친 후 게재 여부가 결정된다. 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원여부가 삭제된 채로 심사된다.

10. 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

11. 편집위원회의 역할

원고 송부 및 편집에 관한 제반 사항은 편집위원회에 문의하며, 편집위원회는 필요한 경우 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

12. 저작권

저작권과 관련해 논문의 내용, 도표 및 그림에 관한 모든 출판 소유권은 한국의료윤리학회에 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

논문의 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 1500단어 이내로 작성한다. 색인어는 인덱스 메디쿠스(Index Medicus)에 나열된 의학주제용어(MeSH: Medical Subject Heading)를 사용해

야 하며 <https://meshb.nlm.nih.gov/search>에서 확인한다. 단, 인덱스 메디커스에서 검색되지 않는 용어를 색인어로 사용할 경우 학계에서 통용되는 용어를 사용한다. 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 형식에 따라 서론, 연구방법, 연구결과, 고찰, 결론으로 작성할 수 있다. 본문은 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) 생물연대를 밝힐 때는 괄호 안에 기록한다. 숫자는 Arabia 숫자를, 모든 단위는 국제표준단위(SI단위)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 순으로 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.
- (4) 저작권이 있는 표와 그림을 사용할 때는 허가를 취득한다.

9. 첨부파일

온라인투고시스템에 논문을 투고할 때에는 본문에 제시한 그림과 표를 별도의 파일로 만들어 업로드한다. 표지와 저작권이양동의서, ICMJE의 이해상충에 대한 서식(<http://www.icmje.org/coi-disclosure.pdf>), 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.

제10조 (개정) 본 투고규정은 2024년 3월 29일부터 시행한다.

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 Hangeul 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』 심사규정

2024년 3월 29일 5차 개정

1. 심사대상 논문

학회지 원고마감일은 1호의 경우 1월 31일, 2호의 경우 4월 30일, 3호의 경우 7월 31일, 4호의 경우 10월 31일까지로 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 2명 이상으로 심사위원들의 심사를 거친 후 게재여부가 결정된다. 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원 여부가 삭제된 채로 심사된다. 한국의료윤리학회에서 주관한 학술발표회에서 발표된 논문이나 편집위원회가 청탁한 논문도 2인 이상의 심사를 거쳐 게재된다.

3. 심사위원의 구성

- ① 원고마감일이 경과하면 편집위원장은 편집위원회의 심의를 거쳐 각 투고 논문에 대해 2인 이상의 심사위원을 선정한다.
- ② 심사위원의 자격은 다음과 같다.
 - 심사위원은 각 논문 분야에 대한 전공지식을 지닌 대학 전임교원 또는 박사학위 소지자로 하며, 필요한 경우 학회원이 아닌 이에게도 심사를 의뢰할 수 있다.
 - 심사위원은 투고자와 동일 기관에 속해 있지 않아야 한다.
 - 투고자는 해당 호의 심사위원이 될 수 없다.
 - 다만, 6인 이상 저자가 공동 저작물을 투고한 경우 주저자를 제외한 투고자들은 해당 호 다른 논문의 심사가 가능하며, 동일 기관의 심사위원이 해당 논문을 심사할 수 있다.

4. 심사기준

- ① 편집위원회는 투고된 논문의 주제가 본 학회지에 적절한지 평가하고 그렇지 못한 경우 심사 반려 혹은 논문 철회를 요청할 수 있다.
- ② 심사위원은 '논문 체제와 형식', '기존 연구 성과에 대한 이해와 반영 정도', '논문 내용의 일관성 및 충실성 여부', '논문의 독창성', '논문의 학문적 기여도', '초록의 정확성' 등을 고려하여 투고 논문을 평가한다.

5. 심사결과 및 결과의 통보

- ① 투고된 논문은 심사 결과에 따라 ‘게재가능’, ‘재심사’, ‘게재불가’ 3등급으로 나뉜다. 심사자는 ‘게재가능’과 ‘재심사’의 경우, 수정되어야 할 부분을 명확히 지적해야 하고, ‘게재불가’의 경우 불가 사유를 구체적으로 기재해 주어야 한다.
- ② 심사위원이 3인일 때에는 논문 심사결과가 <2인 이상 ‘게재불가’>, <2인 ‘재심사’과 1인 ‘게재불가’>의 경우 재심없이 최종 ‘게재불가’로 판정한다. 심사위원이 2인일 때에는 논문 심사결과가 <2인 ‘게재불가’>, <1인 ‘게재불가’와 1인 ‘재심사’>의 경우 ‘게재불가’로 판정한다.
- ③ 편집위원장은 모든 투고자에게 각 심사위원이 작성한 “투고논문 심사서”를 익명으로 처리하여, 게재 여부 및 수정 지시와 함께 통보한다.
- ④ 수정지시를 받은 논문의 투고자는 심사서를 반영하여 투고 논문을 수정·보완하여 결과 통보일로부터 2주 이내에 수정된 논문을 다시 제출하여야 한다. 이때, 수정 내용이 포함된 심사의견서에 대한 답변을 함께 첨부하여 제출한다. 만약 논문 수정에 2주 이상의 시간이 필요한 경우, 투고자는 이에 대해 편집위원회에 허락을 구한다.
- ⑤ 재심을 시행하는 심사위원은 수정된 투고 논문에 대해 게재가, 게재불가 중 최종심사결과를 선택하여 7일 이내에 편집위원회에 통보한다.
- ⑥ 3인 심사에서 재심 결과 ‘게재불가’가 나온 경우, 1차 심사결과가 2인 ‘게재가능’인 경우를 제외하고 최종 ‘게재불가’로 판정한다.
- ⑦ 편집위원회는 심사위원이 내린 판정 결과를 고려하여 게재 여부의 최종 판단을 내린다. 모든 경우에 편집위원회는 심사위원이 제시한 조건의 타당성과 충족 여부를 확인하여 저자에게 재수정을 요청할 수 있다.
- ⑧ 투고자가 수정지시에 불응하여 기한 내에 수정원고를 제출 하지 않거나 7일 이내에 이의 제기를 하지 아니하는 때에는 편집위원회의 결정으로 논문의 게재를 거부할 수 있다.
- ⑨ 게재가능 논문이 많은 경우 편집위원장은 게재 논문의 수를 조정하고 게재 순서를 결정한다.

6. 심사결과에 대한 재심 요청

- ① 심사 평가에 대해 재심이 요청된 경우, 편집위원회는 이를 인지한 즉시 투고자에게 재심 요청이 접수되었다는 메일을 발송하고 7일 이내 편집위원회 회의를 소집하며, 투고자의 재심 요청이 타당한지 여부를 의결한다. 단, 이 때의 회의는 서면으로 갈음할 수 있다.
- ② 편집위원회가 투고자의 재심 요청이 타당하다고 결정하였을 경우, 기존의 심사위원이 아닌 제3의 심사위원을 선정하고 재심을 의뢰한다. 제3의 심사위원 선정 및 재심 진행, 심사결과 종합 및 최종 통보는 4주 이내에 진행한다.
- ③ 편집위원회가 투고자의 재심 요청이 타당하지 않다고 결정하였을 경우, 결정 직후 해당 결정을 투고자에게 통보한다.

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.

제6조 (개정) 본 심사규정은 2024년 3월 29일부터 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.

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 심사 의견을 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 책임자가 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 조사결과와 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, 회원 자격 정지 또는 박탈 등의 징계를 할 수 있으며, 이를 피조사자와 해당 연구기관에 통보하여야 한다.

부칙

이 연구윤리 규정은 2009년 12월 31일부터 시행한다.

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.

한국의료윤리학회 2024년 4월~6월 회무보고

〈보고내용〉

1. 『한국의료윤리학회지』 제27권 2호 발간 - 30부(2024년 6월 30일)
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://medicaethics.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. 2024년 한국의료윤리학회 국가생명윤리정책원 지정기부금 납부자
- 최보문(가톨릭대학교 의과대학 명예교수): 1,000만 원
- 권도승(권도승정형외과의원 원장): 300만 원
2. 학술진흥재단 등재 학술지 『한국의료윤리학회지』 제27권 3호 논문투고 요청
- 투고마감일: 2024년 7월 30일
- 구체적인 사항은 투고규정 참조, 편집간사 이메일(kjmedicaethics@gmail.com)로 문의
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 부탁드립니다.
4. 2024년 회비 납부 안내
- 일반회원 및 이사, 상임이사의 회비 납입을 부탁드립니다.
- 일반회원: 연간 5만원/ 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

Tel: 02-2192-4022

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.

[연구논문]

생애말기 의학적 돌봄 향상을 위한 연명의료결정법의 개정방안

이일학, 박형욱, 고윤석, 김대균, 김민선, 김상희, 김정아, 김초희,
문재영, 백수진, 서세영, 송인규, 유상호, 유신혜, 이유정, 최원호 | 51

의료적 의사결정 과정에서 공유의사 결정과 설명·동의 법제

윤여란, 배현아 | 71

한국의 의료 공공성에 대한 인식의 부재 소고

김도경 | 89

