

# 한국에서의 의사 자율규제 현황과 발전방안

김 휘 원<sup>1</sup> · 김 정 아<sup>2</sup> | 이화여자대학교 <sup>1</sup>사범대학 사회과교육과, <sup>2</sup>의학전문대학원 의학교육학교실

## Current status and plans for development of medical self-regulation in Korea

Hwi Won Kim, PhD<sup>1</sup> · Claire Junga Kim, MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Social Studies, College of Education, <sup>2</sup>Department of Medical Education, School of Medicine, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Following several medical scandals, the issue of medical regulation has come under the spotlight in the Republic of Korea. In this article, the authors examine the administrative measures newly required of doctors in the past five years in order to illustrate the current state of medical regulation and demonstrate the urgent need for self-regulation. The history of the General Medical Council in the United Kingdom and its newly launched system of "revalidation" can provide an instructive example of a self-regulation system, and it suggests several principles for self-regulation in Korea. The recent disarray can be viewed as an opportunity to introduce a new system of self-regulation. The authors present three principles— professionalism, transparency, and fairness—for a successful system of medical regulation.

**Key Words:** Medical regulation; Self-regulation; Licensure; Professionalism

### 서론

2016년 3월 10일 보건복지부는 보도자료를 통해 '환자안전을 위해 의료인 면허 관리제도를 대폭 강화'하겠다고 밝히며 면허취소, 자격정지 명령 제도를 신설하고 진료행위에 영향을 미칠 중대 질환을 신고하는 것을 의무화하며 진료행위 적절성 심의위원회를 구성하고 동료평가제도를 통해 진료의 적합성을 평가하겠다고 발표하였다[1]. 보도자료에서 밝혔듯, 이러한 의료규제 개선안 및 의료법 개정안은 근래에 문제가 되었던 의료과실 및 부적합한 진료로 인한 스캔

들로부터 촉발된 것이다. 본 개선안 발표 이후 각 지역의사회를 중심으로 반대 의견이 제기되었고, 대한의사협회는 이에 대한 수정을 가한 면허관리 및 자율징계권 확보를 위한 개선안 초안을 발표하기도 하였다[2]. 정책의 세부적인 항목들이 남용의 가능성에 노출되어 있는 것은 사실이다. 게다가 아직 의사집단 내부의 합의가 모아지지 않았기 때문에 어떠한 개선안이 되었건 앞으로의 충분한 숙고와 소통의 노력이 필요로 할 것이다. 그러나 잇따른 의료 스캔들을 마주한 상황에서 의료규제를 거부할 수는 없다. 오히려 앞으로 의료(자율)규제의 합당한 형식을 고민하고 의료계 안팎에서 동의

를 얻어야 한다는 사실이 의료전문직 집단이 처한 현실이다. 이 논문에서는 우선 현행 법규와 행정처분 현황 분석을 통해 의료규제의 현황과 그 안의 의사 자율규제의 수준을 가늠해보고자 한다. 자율적인 징계권한이 사실상 없고, 66조의 2, 면허정지 처분 요구 조항이 신설되었음에도 불구하고 이를 활용하여 자율규제를 수행하고 있다고 볼 수도 없

Received: June 12, 2016 Accepted: June 29, 2016

Corresponding author: Claire Junga Kim  
E-mail: clairejungakim@ewha.ac.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

는 것이 현재 실태이다. 앞으로 나아가야 할 길을 모색하기 위하여 2012년 면허갱신 제도를 실시하기 시작한 영국의학 협회(General Medical Council, GMC) 사례를 살펴볼 것이다. 자율규제의 모형으로서 GMC가 인구에 회자되어 왔는데 [3-5], 그 안에 있는 갈등과 긴장을 검토하는 것은 학술적으로 유의미하며 앞으로의 정책을 구상하는 데에 도움이 될 것이다. 특히 GMC가 적극적인 행위 주체로 나서고 이를 면허갱신에까지 이어나가는 데에 있어 일련의 의료 스캔들이 작용했다는 분석들은 현재 다나의원 사태로부터 의료 (자율)규제를 모색해야 하는 시급한 과제를 마주한 의료계에 시사하는 바가 크다.

## 의료규제 관련 현행 법규

의료법 제1조는 “모든 국민이 수준 높은 의료혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진”하는 것을 목적으로 하고 있다. 이에 적용을 받고 있는 의사는 보건복지부장관으로부터 면허를 받은 의료인으로서, “의료와 보건지도”라는 임무를 수행하여 “국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지”하는 공익적 사명을 가진다는 점이 선언되어 있다[6]. 이러한 공익적 기능을 수행하도록 하기 위하여 의사면허제도는 헌법 제15조에 따른 직업선택의 자유에 대한 주관적 제약이 되고 있다. 즉 국민의 보건권을 보장하기 위하여 전문성을 갖춘 의사로서의 자격을 갖춘 경우에만 의료행위를 할 수 있도록 제약하는데, 이를 통해서 의사는 의료행위에 대한 독점적 지위를 향유하게 된다. 헌법재판소 역시 그 이유를 국민의 보건이라는 가치에 두고 있는데 의료행위를 면허를 가진 의사에게 독점시키는 것이 “매우 중대한 헌법적 요청인 국민의 보건에 관한 국가의 보호의무를 이행하기 위함”이라고 보고 있다 [7]. 이러한 독점권은 전문직업성의 본질로부터 발생하는 것이다. 전문직업성은, 전문적 지식을 갖춘 의사집단에게 의료행위에 관련된 독점권을 부과함으로써 안정적인 소득을 보장한다. 이러한 독점권의 유지를 위하여 의사집단은 직업적 윤리성을 고양함으로써 스스로 집단 내부를 정화한다.

제도사적 차원에서 면허제도는 전문직업성에 따른 관련 단체의 독점권의 강화와 함께 자율성의 증진을 위한 하나의 방편으로 도입되었다[8]. 1877년 최초의 면허법은 당시 미국 앨라배마 주의 주 의사회에 주도로 이루어졌다는 점 [9,10]이 하나의 예시가 될 수 있다. 이렇게 근대 서구에서 면허제도의 정책이 국가에 대한 의사집단의 요청이었던 것에 반해, 우리나라의 면허제도는 “국가의 필요”[11]에 의해 위로부터 도입된 것이었다. 제도가 전문직업성에 대한 숙고 없이 타율적인 방식으로 주어진 것이었기 때문에, 의사집단 내부에서는 전문적 교육과 고도의 윤리성을 보유함으로써 스스로의 존립기반을 유지하고자 하는 정화노력[12]을 특별히 필요로 하지 않았다. 이러한 역사적인 과정은 의사집단과 정부의 정책 모두에 대한 폐해를 가져오게 되었다.

특히 이러한 문제는 면허제도의 운영방식에서 더욱 부각된다. 의사면허제도는 의료법 제8조에서 규정하고 있는 의사로서의 결격사유의 존재여부에 대한 확인과 국가시험의 통과 여부에 의해 결정된다[6]. 그런데 제10조에 따르면 제8조의 결격사유가 부존재한 경우에만 국가시험에 응시하는 자격을 얻게 되므로, 국가시험의 응시과정에서 이미 의사로서의 자격요건에 대한 심사는 이루어지게 된다. 결과적으로는 국가시험의 합격이 곧 의사자격에 대한 증명이 된다. 의료법 시행령 제20조에서는 자격을 획득하면 연간 8시간 이상 보수교육을 이수하게 하고, 의료법 제25조에서는 3년에 한 번씩 면허신고를 함으로써 자격요건을 검토하게 하는 제도를 두고 있으나[6,13], 이는 거의 형식적인 제도에 불과하게 되었다. 이러한 우리나라의 특수성으로 인해서 의사에게 있어서 면허는 한번 취득하면 평생 가지는 영구적인 것으로 인식되었으므로 의사집단은 자신의 독점권 유지를 위한 전문성, 공정성에 대한 국민의 신뢰확보 등에 심혈을 기울이지 않아도, 독점적 지위에 대한 별다른 위협을 받지 않았던 것이 사실이다. 다만 정부의 정책적 필요는 의료계에 큰 위협이 되었다. 면허제도가 정부의 정책에 의하여 독점적으로 부여되었기 때문이다. 이렇게 국가권력에 의하여 의료계 전반이 좌우되는 “기형적 모습”[12]은 대한의사협회의 자율권 확보에 장애가 되고 있다. 특히 면허제도에 대한 처분 권한이 의사단체로서 대한의사협회가 아닌 보건복지부장관

에게 있다는 점은, 정부에 의한 자의적인 처분의 가능성을 강화한다. 보건복지부장관에 의한 현행 면허제도에 대한 규제는 두 가지 종류로 이루어지게 된다. 하나는 의료법 제65조에 의한 면허취소, 즉 자격상실제도이고, 다른 하나는 제66조에 의한 자격정지제도이다[6]. 다음의 의사 행정처분의 수위에 대한 분석을 통해서 의사 행정처분 현황과 의료규제의 양상을 살펴보고자 한다.

## 의사 행정처분 현황과 의료규제의 양상 분석

다음은 지난 5년간 이루어진 의사에 대한 행정처분 수위에 관하여 보건복지부에 대한 정보공개청구를 통해서 얻은 자료이다[14-18]. 의사에 대한 행정처분은 보건복지부장관에 의한 면허취소에 의한 자격상실이나, 일정기간 자격정지 처분에 의해서 이루어지게 된다. 먼저 면허취소처분은 의료법 제65조에서 규정하고 있다. 의료법 제65조 제1항 제1호에 따르면 보건복지부장관은 의료법 제8조의 결격사유에 해당하는 사유가 발생하는 경우에는 반드시 면허를 취소하여야 하며[6], 그 외에도 일정한 사유가 발생하는 경우 면허를 취소할 수 있다고 규정하고 있다. 일정한 사유로는, 제66조에 따른 자격정지 처분 기간 중에 의료행위를 하거나 3회 이상 자격정지 처분을 받은 경우, 제11조 제1항에 따른 면허조건을 이행하지 아니한 경우, 면허증을 빌려준 경우 등이며, 2016년 5월 29일 개정을 통해서 의료법 제4조 제6항을 위반하여 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 한 경우도 면허취소사유로 규정하고 있다.

면허자격정지의 경우에는 의료법 제66조에서 규정하고 있다. 의료법 제66조 제1항에서는 다음의 사유가 발생하는 경우 1년의 범위에서 면허자격 정지시킬 수 있다. 이 경우 의료기술과 관련한 판단이 필요한 사항에 관하여는 관계 전문가의 의견을 들어 결정할 수 있다. 일정한 사유로는 의료인의 품위를 심하게 손상시키는 행위를 한 때, 의료기관 개설자가 될 수 없는 자에게 고용되어 의료행위를 한 때, 제4조 제6항을 위반한 때, 제17조 제1항 및 제2항에 따른 진단서·검안서 또는 증명서를 거짓으로 작성하여 내주거나 제22조 제1항

에 따른 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정한 때, 제20조를 위반한 경우, 제27조 제1항을 위반하여 의료인이 아닌 자로 하여금 의료행위를 하게 한 때, 의료기사가 아닌 자에게 의료기사의 업무를 하게 하거나 의료기사에게 그 업무 범위를 벗어나게 한 때, 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때, 제23조의 2를 위반하여 경제적 이익 등을 제공받은 때, 그 밖에 이 법 또는 이 법에 따른 명령을 위반한 때 등을 두고 있다. 이 때, 제66조 제2항은, 제66조 제1항 제1호의 의료인의 품위를 심하게 손상시키는 행위의 범위를 의료법 시행령으로 규정하고 있다[6]. 의료법 시행령 제32조에 따르면 의사의 품위손상 행위의 범위는 다음과 같다. 조산업무와 간호 업무를 포함하여, 학문적으로 인정되지 아니하는 진료행위, 비도덕적 진료행위, 거짓 또는 과대 광고행위, 방송법 제2조 제1호에 따른 방송, 신문 등의 진흥에 관한 법률 제2조 제1호·제2호에 따른 신문·인터넷 신문 또는 잡지 등 정기간행물의 진흥에 관한 법률 제2조 제1호에 따른 정기간행물의 매체에서 일정한 정보(식품위생법 제2조 제1호에 따른 식품에 대한 건강·의학정보, 건강기능식품에 관한 법률 제3조 제1호에 따른 건강기능식품에 대한 건강·의학정보, 약사법 제2조 제4호부터 제7호까지의 규정에 따른 의약품, 한약, 한약제제 또는 의약품에 대한 건강·의학정보, 의료기기법 제2조 제1항에 따른 의료기기에 대한 건강·의학정보, 화장품법 제2조 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 화장품, 기능성화장품 또는 유기농화장품에 대한 건강·의학정보)의 건강·의학정보(의학, 치의학, 한의학, 조산학 및 간호학의 정보를 말한다. 이하 같다)에 대하여 거짓 또는 과장하여 제공하는 행위, 불필요한 검사·투약·수술 등 지나친 진료행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위, 전공의의 선발 등 직무와 관련하여 부당하게 금품을 수수하는 행위, 다른 의료기관을 이용하려는 환자를 영리를 목적으로 자신이 종사하거나 개설한 의료기관으로 유인하거나 유인하게 하는 행위, 자신이 처방전을 발급하여 준 환자를 영리를 목적으로 특정 약국에 유치하기 위하여 약국개설자나 약국에 종사하는 자와 담합하는 행위 등이다[13]. 그런데 의료인에게 품위유지에 관한 이와 같은 규정을

**Table 1.** Central association's request for administrative measure for disqualification and the administrative measure according to it, doctors (2011-2015)

The number of request and administrative measure according to Article 66 paragraph 1 subparagraph 1	2011	2012	2013	2014	2015
No. of central association's request for administrative measure for disqualification	-	-	-	-	2
No. of administrative measure according to the central association's request for disposition	-	-	-	-	0

**Table 2.** Total number of administrative measures on doctors for five years (2011-2015)

No. of administrative measures on doctors	2011	2012	2013	2014	2015
No. of revocation of license	5	16	9	19	28
No. of suspension of license	404	797	197	241	1,592

**Table 3.** Revocation of license, doctors (2011-2015)

Grounds for license revocation of license according to Medical Service Act article 65 paragraph 1	2011	2012	2013	2014	2015
Falling under any subparagraph of Article 8 about grounds for disqualification (subparagraph 1)	1	10	9	15	13
Medical practice during the suspension or suspended more than three times (subparagraph 2)	1	1	0	0	13
Failure to fulfil condition on Article 11 (subparagraph 3)	-	-	-	-	-
Leasing doctor's license certificate to someone else (subparagraph 4, 5)	3	5	0	4	2

두고 행정벌을 부과하는 이유는, 의료행위에 대한 독점권을 가지는 의사에게 윤리의식을 고취시키고 의사로서의 전문성과 공정성에 대한 국민의 신뢰를 확보하기 위함이다. 그런데 이러한 직업적 윤리의식의 고양은 대한의사협회의 자율권의 영역에 속하는 것이며, 전문성의 확보로부터 정당성을 얻게 된다. 이러한 필요성과 대한의사협회의 자율규제에 대한 요청에 의거하여 2011년 4월 28일 개정 의료법에서는 중앙회의 장에게 해당 의료인에 대한 자격정지 처분을 요구할 수 있는 권한을 부여하였다. 개정 이유로 “의료인이 학문적으로 인정되지 아니하는 진료행위를 하거나 비도덕적 진료행위를 하는 등 품위를 손상하는 행위를 하는 경우에는 의료인 중앙회가 해당 의료인의 자격정지 처분을 보건복지부장관에게 요구할 수 있도록 함으로써 행정처분의 전문성을 확보”하려는 점이라고 밝히고 있다[19]. 의료법 제66조의 2에 의하면, “각 중앙회의 장은 의료인이 제66조 제1항 제1호에 해당하는 경우에는 각 중앙회의 윤리위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부장관에게 자격정지 처분을 요구할 수 있다”고

규정하고 있다. 실제로 중앙윤리위원회에 의한 자격정지 처분의 요구 건수는 2015년 2건에 불과하였는데, 그 처분 요구의 유형은, 허위진단서 작성이나 서류 위조에 한정되어 있다. 그나마 중앙윤리위원장이 요구권을 행사한 경우에도 그 요구가 실제로 받아들여져 보건복지부장관의 자격정지 처분으로 이어진 경우는 전혀 없는 실정이다(Table 1). 이와 같이 대한의사협회에 의한 자정의 노력은 미미하여 자율권 부여라는 명목은 유명무실한 결과에 이르고 말았다.

한편 면허에 대한 보건복지부장관의 행정처분의 수치에 관해서 지난 5년간의 추이를 살펴보면 면허취소에 있어서는 유의미한 변동이 있는 것으로 보이지는 않는다(Tables 2,3). 그러나 자격정지 처분의 경우에는 2015년의 경우 전년도에 비해 7배 정도의 증가율을 보이고 있

으며, 가장 많은 행정처분이 있었던 2012년과 비교하더라도 약 2배 정도의 증가율을 보이고 있다. 자격정지 처분의 구체적인 사유에 있어서 눈에 띄는 수치는 1,268건으로 의료인의 품위손상 행위이다(Table 4). 여기에는 두 가지 점이 문제시되는데, 하나는 의료인의 품위손상 행위를 자격정지의 사유로서 법률에 규정하고 있다는 점이고 다른 하나는 그러한 점에 의해서 자격정지 처분이 때때로 정부의 정책적 의지를 의료계에 강요하는 수단으로 사용된다는 것에 대한 의혹의 강화이다. 먼저 의료인의 품위손상 행위는 전문인 집단 내부의 가치판단에 의하여 자율적으로 전문직 규준에 의거하여 판단해야 한다. 그런데 이것은 그 판단을 자율에 맡기기보다는 법률에 규정함으로써 타율적으로 이루어지도록 하였다는 점에서 문제로 지적되고 있다.

다음은 정부의 의지를 관철하기 위한 수단이 되어왔다는 지속적인 의혹을 검토해본다. 의료인의 품위손상 행위는 앞서 살펴본 바와 같이 의료법 시행령 제32조 제1항에서 구체적으로 기술하고 있는데, 대다수인 1,236건이 모두 리베이



**Table 4.** Suspension of license, doctors (2011-2015)

Grounds for license suspension according to Medical Service Act Article 66 paragraph 1	2011	2012	2013	2014	2015
Undermining the dignity of medical personnel (subparagraph 1)	92	283	47	45	1,268
Employed by a person ineligible for establishing a medical institution to perform medical practices (subparagraph 2)	23	72	29	84	94
Receiving financial benefits, etc. in violation of Article 23-2 (subparagraph 9)	-	-	-	-	-
Falsely preparing and issuing a medical certificate or postmortem examination report, etc. (subparagraph 3)	164	218	51	41	75
Medical expenses by fraudulent or other wrongful means (subparagraph 7)	-	-	-	-	-
Violating article 20 (subparagraph 4)	-	-	-	-	-
Acting in violation of Article 27 paragraph 1 (subparagraph 5)	62	100	26	31	66
Letting any person, other than medical technician, perform the duties of a medical technician, etc. (subparagraph 6)	-	-	-	-	-
Violating this Act or any order issued pursuant to this Act (subparagraph 10)	63	124	44	40	89

**Table 5.** Undermining dignity of doctors under the Article 66 paragraph 1 subparagraph 1 (2011-2015)

Grounds for undermining dignity of doctors according to Medical Service Act subparagraph of Article 32 paragraph 1	2011	2012	2013	2014	2015
Conducting medical treatment not recognized academically (subparagraph 1)	2	-	-	-	-
Conducting unethical medical treatment (subparagraph 2)	30	13	1	3	12
Running false or exaggerated advertisement (subparagraph 3)	34	76	7	1	3
Conducting excessive medical treatment (subparagraph 4)	7	4	2	-	1
Giving and receiving money and other valuables in connection with work, such as selection of specialized doctors (subparagraph 5)	4	153	27	32	1,236
Enticing or causing enticement of patients who are about to use other medical institutions to medical institutions at which they are employed or which they have established, for profit (subparagraph 6)	15	37	10	9	16
Enticing patients who get prescriptions from them to a particular drugstore in collusion with the opener of such drugstore or a person employed at such drugstore, for profit (subparagraph 7)	-	-	-	-	-

트 등 부당한 금품수수 행위에 해당된다(Table 5). 대법원은 판결을 통해서 전공의 선발 등 직무와 관련하여 부당하게 금품을 수수하는 행위 안에 리베이트 행위를 포함하여 해석하고 있다. 이러한 '전공의 선발 등 직무와 관련하여 부당하게 금품을 수수하는 행위'는 의료계와의 충분한 합의 없이 규정된 사유인데다 그 사유의 정당성에 있어서도 지속적으로 갈등을 빚어왔던 사안이기 때문에 자격정지라는 채찍을 통해서 정부가 의료계를 길들이기 위한 수단으로 사용된다는 의혹을 더욱 강화시키고 있다. 특히 개정 전의 의료법은 행정처분

에 대한 시효규정을 두고 있지 않음으로써, 언제든지 정부의 필요에 의해 단속될 수 있는 수단으로 사용될 수 있었다. 따라서 의료인은 행정처분 사유가 발생한 이후에도 처분을 받지 않은 상태로 장시간 경과하더라도 잠정적 처분대상자로서 불안정한 법적 지위를 가지고 있었다. 특히 변호사, 공인회계사, 공인노무사, 변리사, 세무사, 관세사 등 상당수의 다른 전문직종의 경우 관련법에서 행정처분에 대한 시효를 두고 있는 반면, 의료인은 그렇지 않았기 때문에 형평성의 위반으로 평가되었다. 이렇게 시효제도를 갖추지 못하고 있어서 언제든지 정부의 필요에 의한 수단으로 자격정지 처분이 기능한다는 점은 의료계의 대정부 차원의 신뢰회복에도 걸림돌이 되고 있었다. 다행히도 시효규정이 이번 2016년 의료법 개정을 통해서 도입되었지만, 여전히 의료계와 정부의 갈등을 완전히 해소하기에는 역부족이다.

## 발전방안 모색: General Medical Council 면허갱신 기획과 실행의 역사

국내의 의료규제 현황을 현행 법규와 행정처분 현황을 중심으로 살펴보고, 사실상 의료전문직 자율규제가 미비한 상태이며 타당한 제도와 실천이 요청되는 상황임을 확인할 수 있었다. 이에 발전방안을 모색하기 위하여 지금까지 학술적 논의를 비롯하여 의료규제와 관련한 공적 토론 등에서 많이 논의되어 왔던 GMC 역사를 이 기구에서 2012년부터 시행하기 시작한 면허갱신을 중심으로 살펴보고자 한다. 면허관리를 포함한 의사 자율규제 기구를 모색하는 과정에서 GMC를 예시로 들어 한국에서의 의료전문직 자율규제의

방향을 설정하고자 하는 노력들이 꽤 있었으며[3-5], GMC를 모체로 삼는 협의체 모형을 분석한 국내 사례들이 있었다[21]. 국내 의료체계가 영국의 체계와 상이한 점이 많고 무엇보다도 의료에서 민간영역이 차지하는 비중이 영국 체계에서의 해당 비중에 비할 수 없을 만큼 높지만, 미국과는 달리 중앙화된 관리체계를 유지하고 있다는 점에서 GMC의 사례를 분석하는 것에는 의의가 있다. 또한 영국 GMC는 여러 진통 끝에 길게는 40년, 짧게는 10년 만에 면허갱신을 실시하게 되었으므로[22,23], 의료규제의 이슈가 공론화되고는 있으나 한편으로 그 체계와 방식에 대하여 여전히 합의에 이르지 못하고 있는 한국의 현재 상황에서 GMC의 역사를 살펴보는 것은 시의성이 있다고 볼 수 있겠다.

영국에서 면허갱신이란 ‘자신들이 최신 지견을 갖추고 진료에 적합함을 보이도록 모든 의사들에게 요구되는 과정’[24]을 의미한다. 면허갱신은 National Health Service의 연례 평가의 결과를 활용하고, 여기에는 1) 지식, 술기, 수행; 2) 안전과 질; 3) 의사소통, 협력과 팀워크; 4) 신뢰 유지의 네 가지 영역이 포함되어 있다. 이러한 내용들에는 평생전문직업성 계발 내역뿐만이 아니라 환자와 동료들의 피드백, 칭찬과 불만 사항들에 관한 리뷰, (환자에게 해를 가할 수도 있었던 의도치 않았거나 예상치 못했던) 중대사건 보고, 진료감사, 건강상태 보고 의무에 대한 동의 등이 포함되며, 각각의 연례 평가 때에 포트폴리오로 제출되어야 한다[25,26].

한편, GMC 회장을 역임한 Irvine [27]은 GMC가 개혁의 동력을 잃어가던 즈음인 2006년 GMC의 역사를 정리하며 면허갱신을 위한 노력을 경주해야 함을 주장하였다. 이 글에서는 Irvine의 시각에서 분석한 GMC 역사를 짧게 요약하고, 스캔들로 인해 촉발된 대중의 분노가 결국 면허갱신에 이르게 되는 과정을 추적하고자 하였다.

GMC는 19세기 전반 영국에 온갖 종류의 ‘치료사’들이 각축을 벌이는 과정에서 1858 의료법 입법을 통해 당시 의학교육 및 등록관리기구(General Council of Medical Education and Registration)라는 이름으로 설립되었다. 1948년에 설립된 National Health Service는 재정과 권위 모두 부족하였기 때문에 상대적으로 권위를 가졌던 의사들이 National Health Service가 요구하는 자원배분을 돕는 반대급부로서

막강한 자율성을 획득하게 된다. 이러한 환경 속에서 의사면허 등록, 기본의학 교육, 의료계 내부 규율을 담당하는 GMC는 의료계의 전반적 거버넌스 과정에서 여러 이해당사자들 중의 하나로 머물렀고 막후 실세는 왕립학회 지도자들, 의과대학들, 영국의사협회였다. 이는 초기 GMC 구성에서도 확인할 수 있는데, 초기 GMC를 구성하는 24명 중 추밀원(Privy Council)에서 임명한 6명을 제외한 모든 이들은 왕립학회 및 기타 의과대학 대표들이었고 일반인(시민) 대표는 1926년에야 도입되었다. 설립부터 1979년에 이르는 이 시기 동안 GMC는 소극적 역할에 머물렀으며 징계 사유는 간통이나 범죄행위, 상관례(商慣例) 유지를 위한 규칙들에 한정되어 공공의 이익 보호의 역할을 주요한 과제로 삼지 못했음을 알 수 있다. 건강상의 문제가 있는 의사들, 약물중독 의사들, 위험한 약들을 잘못 처방한 의사들을 관리할 적절한 방안을 가지고 있지도 못했으며 신설된 왕립일반의사협회(Royal College of General Practitioner)가 부실한 일반진료 문제를 해결하고자 할 때에도 도움을 주기를 거부하였다. 일반의들에 대한 GMC 대표권 부여 거부와 이에 따른 일반의들의 연회비 지불 거부 사태로 촉발된 메리슨 조사위원회는 1978년 의료법 개정을 위한 초석이 되었고, 이에 대한 반응으로서 회원 구성, 건강 상 문제가 있는 의사들을 관리할 방안 마련, 의학교육 조정 권한 등 GMC 내부의 발전적인 토대가 마련되었다. 1980년대 들어 의료계 안팎에서 GMC를 개혁해야 한다는 목소리가 높아졌다. 부실 진료 사례가 밝혀지면서 그 압력은 더 커졌고 GMC는 부실 진료 보고 의무 등의 정책 변화를 도입하였으나 여전히 수동적이고 방어적인 대응에 머물렀다. 1998년 GMC는 브리스톨왕립병원의 소아심장수술 의료사고에 대해 외과의 두 명과 병원장이 중대한 전문직적 과실을 저질렀다고 판결을 내렸고, 그 외에 잇따른 의료 스캔들과 청문회는 개별적인 진료의 질뿐만이 아니라 이를 관리하지 못한 전문직 자율규제, 전문직 문화의 허점을 드러내게 되었다.

Irvine은 1992년 이후를 새로운 GMC, 새로운 의사전문직업성의 시기로 본다. *Good medical practice* [28]가 1995년 공표되고, 당시 권고 수준이었던 규준은 현재 등록과 명시적으로 연계되어 실천 가능한 일반진료 규준이 되었다[22,27]. 1993년 기본의학교육의 틀인 *Tomorrow's doctors* [29]를

발간하였으며 2001년에는 진료적합성 검증과정을 개혁하였다. 1999년 GMC는 최신지견 보유와 진료적합성 증명을 위하여 정기적인 평가를 받아야 한다는 결정을 하는데 이는 결국 2012년 면허갱신으로 이어지게 된다.

최악의 의료스캔들이었던 Shipman 사건[30]에 대한 청문회의 직접적인 결과로서 수석의무관에 의한 의사 면허갱신에 관한 보고서가 발표되었다[31]. 이 보고서에서는 면허갱신의 3가지 목표를 면허재부여(일반진료 대상), 자격인증(전문가와 일반의 모두에서의 분과와 전공 대상), 교정(교육과 재할)으로 제시하고 면허갱신 제도를 시행하기 위한 계획을 발표하였다. 뒤따라 GMC가 권고 문헌들을 냈고[24,32,33], 2010년 잉글랜드 내 10개 지역 3,000명의 의사들에 대한 첫 번째 파일럿 후 2012년 12월 3일 영국 전역에서 면허갱신을 실시하였다[22]. 이는 면허갱신 권한을 GMC에게 부여한 2002년에 의료법 개정 이후 10년 만의 성과였다.

## General Medical Council 면허갱신 과정의 시사점

GMC가 1972년에 처음 논의되기 시작하였던 면허갱신을 40년에 걸쳐 도입하고 실행한 역사를 성찰할 때, 국내 상황에서 참조할 만한 시사점들이 있으며, 전반적인 의료규제에 관한 원칙들을 도출할 수도 있다. 시사점 중 하나는 의료 스캔들이 의료규제나 개혁에서 차지하는 역할이다. GMC가 면허관리를 포함한 의료규제에서 보다 주도적인 역할을 해야 한다는 논의는 많이 있었으나 개혁이 급물살을 타고 그 동안 수동적인 사후대응에 머물렀던 GMC가 자체적으로 새로운 방향을 설정한 것은 1990년대 잇따른 스캔들과 청문회 이후이다[34]. 물론 Irvine [27]이 지적한 바와 같이 이후 2000년대에도 이 개혁은 잠시 동력을 잃은 것처럼 보이는 시점을 맞이하였으며, 2010년 첫 파일럿에서 효과가 입증된 이후에도 영국정부는 면허갱신의 전국적 도입을 미루기도 하였다[22]. 그러나 스캔들로 인하여 점화된 대중과 의사 집단 내부로부터의 개혁의 움직임을 거스를 수는 없었다. 분명 스캔들은 구조적 한계를 노출시킴으로써 개혁의 동력을 제공하는

형성적 역할을 한다. 예를 들어 Dixon-Woods 등[34]은 협의체 모형의 내재적인 한계를 노출시키는 데에 스캔들이 역할을 하였다고 지적한다. 사건의 폭로와 잇따른 청문회를 통하여 영국 의사집단 내부의 부족주의, 동료의 자격미달 사실을 적극적으로 지적하지 않고자 하는 의사집단의 특성, 일반 시민이 의사에 대하여 공식적인 불만을 제기하기 어려운 기존 GMC 구조, 문제가 있는 개별 의사에게 개입하는 경우가 “심각한 전문직적 비행(serious professional misconduct)”에 한정되는 식으로 개입의 문턱 값이 매우 높게 설정되어 있는 점 등 구조적 문제점들이 지적되었고 이를 개선하고자 하는 노력이 요구되었다. 이에 따라 GMC는 의사의 수가 과반을 이루며 영향력을 행사하는 오랜 전통을 2009년에 버리고 일반인과 의사를 동수로 선출하였다. 게다가 GMC와 같은 자율규제단체를 감시하는 법정기구 또한 설립되었는데, 2003년에 설립된 Council for Healthcare Regulatory Excellence(후에 Professional Standards Authority)가 그것이다[35].

다나의원 사태 등으로부터 의사 면허관리의 문제가 불거진 국내 상황과 그 이후의 일련의 사태를 볼 때, 스캔들이 개혁의 추동력을 제공할 수 있다는 사실은 국내에서도 유효하다. 이미 의료인력 이동과 세계화된 표준들에 관한 논의가 2000년대 초반부터 활성화되었으며 통일 후 유입될 북한 출신 의료인들에 관한 질관리 방안 준비 또한 논의되어 왔다[4]. 최근의 스캔들은 이러한 논의를 공론화시킬 뿐만 아니라 가속화시킬 수 있다. 다만 위에서 살펴본 국내 의료규제 현황은 영국의 GMC 개혁에서보다 근본적인 고민을 필요로 하는 우리의 상황을 보여준다. 무엇보다 현재 우리나라는 (자율)규제 혹은 면허관리를 수행할 기구나 하부조직이 미비한 상태이다. Huh와 Chung [4]은 국제의사면허관리 기구협회(International Association of Medical Regulatory Authorities)가 제안한 면허관리기구 기능(면허와 진료 자격 부여, 지속적 전문직업성 개발, 불만과 민원 해결) 중, 국민이 제기한 불만과 민원을 해결하는 기능을 수행하기 위한 별도 기구가 없음을 지적한다. 보건복지부가 2016년 3월 10일 발표한 “면허관리제도 개선방안”에서도 중앙회, 지역의사회, 보건소에 신고센터를 운영한다고 제시하였으나 그러한 민원을 처리할 주체가 누구인지는 명확히 밝히지 않았다[1].

만일 GMC와 같은 민원처리의 역할을 하고자 한다면 불만과 민원을 수합하고 이를 처리할 권한이 적절한 기구에 부여되어야 한다. 따라서 국내의 경우, 의료규제의 목표와 범위를 명료화하고 이를 달성하기 위한 기구나 조직 마련이 되어야 한다는 중요한 과제가 우선적으로 해결되어야 한다.

새로운 의료규제 목표와 방식을 모색하고자 할 때, GMC의 역사로부터 몇 가지 원칙들을 도출해볼 수 있다. 첫째, 전문직업성 증진이라는 규제 목표를 누락시키지 않도록 유의해야 한다. 영국에서의 면허갱신 도입에 참여하였던 정책입안자들을 인터뷰한 질적 연구에서 Archer 등[26]은 의사들과 정부관료들 사이의 시각 차이를 확인한다. 의사들은 전문직업성 담론에 집중하는 반면, 정부관료들은 규제 담론에 집중한다는 것이다. 규제 담론은 의료 스캔들로부터 촉발되어 의료계 외부로부터 오는 추동력을 갖고 환자 안전에 관심을 기울여 진료적합성을 따지는 반면 전문직업성 담론은 개혁을 하고자 하는 의료계 내부 추동력으로부터 힘을 받아 환자 진료의 질에 관심을 기울여 의사들이 최신지견을 갖추었는지에 집중한다고 지적한다. 특히 규제 담론은 의료 스캔들로부터 비롯되어 이러한 스캔들을 사전에 예방하고 처리할 정부관료로서의 책임에 집중하므로 앞으로 문제가 될 만한 의사들, 즉 썩은 사과를 골라내는 데에 주요한 관심을 쏟게 된다. 그러나 규제 담론에만 집중할 경우, 의료규제의 중요한 성과 중 하나인 의료전문직의 질 향상과 대중의 신뢰확보는 달성될 수 없다. 이 경우 의료전문직은 타율적 존재에 머물 것이며 집단적인 정체성과 사명을 가질 수 없게 되고, 지속적 전문직업성 계발과 같은 교육을 통해 자율적으로 질적 향상을 추구할 동력을 잃게 될 것이다. 의학교육의 모든 단계에서의 통합적 접근, 문제가 있는 의사들을 재교육하고 재활하는 방안들, 그리고 전문직 단체로서 앞으로 해결해야 하는 의료계 문제들을 설정하고 이에 대한 정책 입안을 고안하는 행위들은 모두 전문직업성 증진을 염두에 두고 의료규제를 다면적이고 통합적으로 펼칠 때 가능한 행위들이다. 스캔들로부터 추동된 면허관리 중심의 의료규제는 자칫 이러한 다면적이고 통합적인 의료규제를 생략하게 될 수 있다. 게다가 의료전문직이 독점적 면허를 정치적인 행위를 통해 쟁취했다기보다는 국가가 면허를 하향적 방식으로 제공했던 우리 역사, 그리고 그러한 역사 때

문에 의사들과 정부가 각기 가지게 된 면허와 책무성에 관한 반쪽 짜리 인식들을 고려할 때, 의료규제를 통해 전문직업성과 자율성이라는 목표를 달성하고자 하는 노력은 특히 중요하다. 규제 주체를 설정하고 규제의 범위와 접근 방식을 고려함에 있어 전문직업성 증진이라는 빼놓을 수 없는 목표를 누락시키고 있지는 않은지 주의하여야 한다.

둘째, 투명성 확보의 노력이 필요하다. 일련의 스캔들과 청문회 결과, GMC의 기존 구성과 규율 방식이 의사 집단 내부의 부족주의에 취약하다는 지적이 나왔고, 이는 일반인 참여를 확대하는 방식의 개혁으로 이어졌다. GMC가 채택하고 있던 협의체 모형이 실은 무임승차자인 의사들, 즉 자율규제의 규칙들을 지키지 않으면서도 의사들이 집단적으로 쌓아온 신뢰에 기반하여 자신의 이익을 챙기는 몇몇 소수의 의사들에게 취약하다는 지적이 제기되었다[34]. 이에 대한 대응으로 GMC는 위원회 구성을 변경하였고 투명성과 개방성을 확보하려는 노력을 기울이게 된다. 의료규제 문제에서 의사 집단 자체의 규율을 신뢰하고 있지 않은 우리나라의 대중인식[36]은 이러한 투명성과 개방성 확보의 필요성을 더욱 절실히 보여준다. 어떠한 기구가 의료규제를 수행하든, 그 기구는 시민들의 참여를 통해 투명성과 개방성을 확보해야 할 것이며, 이는 궁극적으로 의(醫)의 실천에서 빼놓을 수 없는 대중의 신뢰를 쌓기 위한 초석이 될 것이다.

셋째, 공정성의 확보가 필요하다. 의료규제는 본질적으로 규제를 받는 대상에게 굉장한 부담을 지울 수 있는 사항이다. 현재 행정처분 조치에서 보이듯, 의료규제는 결국 의료인 개인의 직업 활동의 자유를 제한할 수 있는 힘을 갖는다. 이러한 규제가 믿을 만하게 이루어지고 회원들과 대중들 사이에서 받아들여지려면 그에 상응하는 공정성을 갖추어야 한다. 정당한 규칙·표준 설정, 이에 대한 공지성 확보, 규제 절차 수행에서의 불편부당함 등이 모두 공정성에 기여한다. 영국의 경우 1990년대 들어 임상진료에 대한 규제가 필요하다는 인식이 확산되고 이것이 GMC의 표준위원회(Standard Committee)에 영향을 끼친다. GMC는 1995년 진료 표준인 *Good medical practice* [28]를 공표하였고 이후 이 진료 표준은 면허, 등록, 면허갱신과 연계되어 공지성을 갖춘 표준이 되었다. 의료규제가 설득력을 갖기 위해서



는 의료인과 정부, 그리고 대중이 모두 받아들일 만한 진료 기준이 규칙으로서 설정되어야 하며 이것이 널리 알려져야 한다. 앞서 살펴본 행정처분 현황에서 드러나듯이, 모호한 법령을 당시의 정부 의도에 맞게 해석하여 보여주기식 처벌을 가하는 것은 공정성에 문제가 있다. 또한 GMC의 경우에서 유의해야 할 점은 법령이 아니라 전문직이 자율적으로 설정한 진료 기준이 규칙의 역할을 한다는 점이다. 진료와 관련하여 발생할 수 있는 다양한 상황들을 모두 시행령이나 시행규칙으로 다루고자 하는 시도는 과도한 행정비용을 발생시킬 뿐만 아니라 그 시대 의료의 최신 지견을 반영하는 데에 부적절하다. 신뢰할 만한 전문직 기준을 세우고 공지성에 바탕을 둔 권위를 부여하려는 노력이 필요하다. 또한 규칙 내용의 타당성뿐만 아니라 규제 수행 과정의 공정성 또한 확보해야 한다. GMC 면허갱신에서 제기된 문제 중 하나는 평가의 공정성이었으며 이 문제를 해결하기 위해 고 부담 평가 중 하나인 면허갱신 그 자체를 평가해야 한다는 주장이 제기되었다. 즉, ‘평가를 평가’해야 한다는 요구이다 [22]. 이에 영국에서는 진료적합성 평가에 대한 GMC의 결정들을 Professional Standards Authority가 감독함으로써 공정성을 확보하려는 추가적인 노력을 기울이고 있다[36]. 보건복지부가 발표한 개선안[1]에 대한 반응 중 하나는 동료 평가가 자칫 충분한 근거 없이 마녀사냥으로 남용될 수 있다는 우려였다. 이러한 우려를 타개하고 성공적인 의료규제를 도입하기 위해서는 전문직업적 진료 기준의 설정, 이에 대한 공지성의 확보, 절차적으로 타당한 규제 과정까지 공정성 확보를 위한 다방면의 노력이 필요하다.

## 결론

잇따른 스캔들로 촉발된 현재의 혼란상은 여태껏 지연되어 왔던 자율규제를 도입할 좋은 기회이기도 하다. 현재 행정처분 현황을 통해 살펴보건대, 의료규제의 많은 부분은 타율적인 방식으로 수행되고 있으며 모호한 법 규정을 통해 비효율적이고 다소 임의적으로 이루어지고 있음을 알 수 있다. 게다가 2011년에 신설된 66조의 2가 자율규제를

위한 단초가 될 수 있었음에도 불구하고 그 활용은 미비하여 앞으로 자율규제 도입까지 돌파해야 할 많은 장애물들을 짐작하게 한다. 영국 GMC의 면허갱신은 길게는 40년, 짧게는 10년에 걸친 진통 끝에 도입된 전문직 자율규제 제도로써 현재 여러 도전을 마주한 우리가 참조할 만하다. 그들의 역사로부터 전문직업성, 투명성, 공정성의 세 원칙을 확인하면서 한국의 의료전문직 자율규제에 관한 더 많은 논의를 기대한다.

## Acknowledgement

This study was supported by the Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association in 2015 (2015-2).

**찾아보기말:** 의료규제; 자율규제; 면허; 전문직업성

## ORCID

Hwi Won Kim, <http://orcid.org/0000-0002-3641-9001>

Claire Junga Kim, <http://orcid.org/0000-0001-6889-5478>

## REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. Reinforcement of medical regulation for patients' safety. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2016.
2. Korean Medical Association. Public hearing for improving the system of regulating license and achieving self-regulation authority. Seoul: Korean Medical Association; 2016.
3. Choi JW. Physician peer-review for medical self-regulation. Doctor's News. 2016 Mar 8 [cited 2016 Jul 20]. Available from: <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=109069>.
4. Huh S, Chung MH. Can a medical regulatory system be implemented in Korea? J Korean Med Assoc 2013;56:158-163.
5. Park JI. Administrative disposition for doctors and autonomous regulatory: regarding limitations of the current administrative disposition management for people's health and safety. Seoul Law Rev 2013;21:97-120.

6. Medical Service Act, No. 13726 (January 6, 2016).
7. The violation of the constitution re-submittal of the Medical Service Act of Article 25 Section 1 case, 22-2(A) KCCR, 37. 2008 Hun-Ga 19; 2008 Hun-Ba 108; 2009 Hun-Ma 269, 736; 2010 Hun-Ba 38; 2010 Hun-Ma 275 (consolidated July 29, 2010).
8. Koo HR. The socioeconomic origin of professional autonomy: a theoretical consideration. *Korean J Sociol* 2003;37:231-248.
9. Kwon I. Medical ethics as professional ethics. *Korean J Gastroenterol* 2012;60:135-139.
10. Hamowy R. The early development of medical licensing laws in the United States, 1875-1900. *J Libert Stud* 1979;3:73-119.
11. Lee J. State control of medicine through legislation and revision of the Medical Law: licensed and unlicensed medical practices in the 1950s-60s. *Korean J Med Hist* 2010;19:385-432.
12. Chang C. Medical practice and the fundamental rights: approaching by constitutional interpretation. *Korean Soc Law Med* 2014;15:11-34.
13. Enforcement decree of the Medical Service Act, enforcement decree No. 27241 (June 21, 2016)
14. Ministry of Health and Welfare. Answer to request of information disclosure about the number of administrative measure, receipt no. 3444730 (April 11, 2016).
15. Ministry of Health and Welfare. Answer to request of information disclosure about the number of administrative measure, receipt no. 3455680 (April 25, 2016).
16. Ministry of Health and Welfare. Answer to request of information disclosure about the number of administrative measure, receipt no. 3463045 (April 29, 2016).
17. Ministry of Health and Welfare. Answer to request of information disclosure about the number of administrative measure, receipt no. 3463074 (April 29, 2016).
18. Ministry of Health and Welfare. Answer to request of information disclosure about the number of administrative measure, receipt no. 349353 (May 19, 2016).
19. The reason why revised: partial revision of Medical Service Act, No. 10609, OG. (April 28, 2011).
20. Sung YB. The problems and improvement on administrative measures prescription of doctors. *Healthc Policy Forum* 2015; 13:108-113.
21. Ahn D. Structure and function of Canadian medical licensing authorities. *Korean J Med Educ* 2004;16:139-146.
22. Archer J, de Bere SR. The United Kingdom's experience with and future plans for revalidation. *J Contin Educ Health Prof* 2013;33 Suppl 1:S48- S53.
23. Marcovitch H. Governance and professionalism in medicine: a UK perspective. *JAMA* 2015;313:1823-1824.
24. General Medical Council. Revalidation: a statement of intent. London: General Medical Council; 2010.
25. General Medical Council. Ready for revalidation: supporting information for appraisal and revalidation. London: General Medical Council; 2012.
26. Archer J, Regan de Bere S, Nunn S, Clark J, Corrigan O. "No one has yet properly articulated what we are trying to achieve": a discourse analysis of interviews with revalidation policy leaders in the United Kingdom. *Acad Med* 2015;90:88-93.
27. Irvine D. A short history of the General Medical Council. *Med Educ* 2006;40:202-211.
28. General Medical Council. Good medical practice. London: General Medical Council; 1995.
29. General Medical Council. Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education. London: General Medical Council; 1993.
30. Smith DJ. The shipman inquiry fifth report. Safeguarding patients, lessons from the past: proposals for the future. London: Shipman Inquiry; 2004.
31. Donaldson L. Medical revalidation: principles and next steps. London: Department of Health; 2008.
32. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. *Annu Rev Public Health* 2010;31:213-233.
33. General Medical Council. Consultation on the General Medical Council (licence to practise and revalidation) regulations. London: General Medical Council; 2011.
34. Dixon-Woods M, Yeung K, Bosk CL. Why is U.K. medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad apple" doctors. *Soc Sci Med* 2011;73:1452-1459.
35. Professional Standard Authority [Internet]. London: Professional Standard Authority [cited 2016 Aug 5]. Available from: <http://www.professionalstandards.org.uk/home>.
36. Chung JT, Lee MJ, Lee YH, Kang HR. Study on improvement strategy for the Central Ethics Committee of Korean Medical Association. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association; 2011.

## Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 소위 다나의원 사태 이후 보건복지부가 밝힌 환자 안전을 위한 의료인 면허 관리제도 강화 정책 등을 계기로 정부주도가 아닌 의료 자율규제의 필요성과 합당한 형식을 고민해보고자 한 논문이다. 이를 위해 현행 의료법 등 법규와 행정처분 현황을 분석하여 의료규제의 현황과 의사 자율규제의 수준을 기능하였고, 이미 면허갱신 제도를 실시하고 있는 영국의학협회의 사례를 비교 검토하여 시사점을 찾고자 하였다. 이를 통해 우리나라의 의사 자율규제 혹은 면허관리 수행에 있어서 이를 전담할 기구나 조직의 필요성, 전문직업성 증진이라는 규제 목표, 투명성과 공정성 확보 등을 강조하며 기존의 타율적인 방식으로 수행되어 왔던 의료규제에 자율규제의 도입과 그 방향을 제시했다는 점에서 의의가 있다.

[정리: 편집위원회]