

신(新)의료전문가주의

백 한 주

가천대학교 의학전문대학원 길병원 내과학교실 류마티스내과

New Medical Professionalism

Han Joo Baek

*Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine,
Gil Medical Center, Gachon University School of Medicine, Incheon, Korea*

The practice of medicine today is beset with unprecedented challenges which include public distrust in medical profession, increasing market force and strengthened management. Recently medical professional societies in UK & USA are overcoming these challenges in the way that medical professionalism is modernized in a changing society. They set 'a physician charter' and new definition of medical professionalism as a partnership. The principles of new medical professionalism are patient welfare, patient autonomy and social justice. It describes doctors' commitment to integrity, compassion, altruism, continuous im-

provement, excellence, working in partnership, just distribution of finite resources, maintaining trust by managing conflicts of interest and others. New professionalism support improvement of health care system for the welfare of society and the collective human dignity. Experience of rebuilding medical professionalism in UK and USA will give a lesson to Korean medical profession when they seek for solution to restore public confidence and take the leadership in Korean healthcare system.

Key Words. Medical professionalism, Medical profession

서 론

전문가주의(professionalism)는 전문직의 특성이나 태도, 정신을 뜻하는 말로서 전문가의 사회적 역할과 지위를 설명하거나 정당화할 때 사용하는 개념이다. 일반적으로 의사에게 적용되는 의료전문가주의(medical professionalism)란 전문직으로서의 의사의 사회적 지위와 역할을 설명하거나 정당화하는 의사들의 특성이나 정신, 태도를 뜻한다고 할 수 있다. professionalism은 우리말로는 '전문성', '전문직업성', '전문주의', '전문가주의' 등 다양하게 번역되는데 본문에서는 '전문가주의'로 통일하여 사용하겠다.

서구에서 의료전문가주의에 대한 고찰은 1940년대 사회학자들로부터 시작되었다. 1970년대 이후 대중의 불신이 증대되고 의사의 권위가 떨어지면서 의료계 내에서도 의료전문가주의에 대한 논의가 일었다. 논의에는 의사의 대표 단체나 인문의학자 뿐만 아니라 정형외과, 외과, 마취과, 소아과 등의 학회도 참가하였다(1-4). 이런 과정을 거치면서, 사회학자들의 비판이 존재하지만, 서구 의료계는 의료전문가주의에 일정한 합의를 갖게 되었고, 그것을 의사의 사회적 존재 근거로서 적극적으로 수용하고 있다.

한편 한국 의사들에게는 의료전문가주의보다 '의권'이라

<Received : December 21, 2012, Revised : December 23, 2012, Accepted : December 23, 2012>

Corresponding to : Han Joo Baek, Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Gil Medical Center, Gachon University School of Medicine, 1198, Guwol-dong, Namdong-gu, Incheon 405-760, Korea. E-mail : baekhj@gilhospital.com

pISSN: 2093-940X, eISSN: 2233-4718

Copyright © 2012 by The Korean College of Rheumatology

This is a Free Access article, which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

는 개념이 좀 더 익숙하다. ‘의권’은 2000년 의사폐업사태를 거치면서 유포된 개념으로, 맥락에 따라 차이는 있지만, 일반적으로 의사의 ‘기본권; 혹은 ’진료권‘으로 해석된다 (5). 의료전문가주의란 바로 의사들이 주장하는 ‘의권’의 근거라 할 수 있겠다. 한국에서는 의료전문가주의에 대해 본격적인 논의는 아직 이뤄지지 않고 있다. 의학 잡지나 학회에서 간헐적으로 다루어지기는 했지만, 광범위한 논의나 조직적인 토론 과정 및 이에 대해 합의된 내용은 부족해 보인다.

최근 미국과 영국 의료계를 중심으로 의료 환경의 급격한 변화에 조응한 의료전문가주의 재정립을 통해 의사에 대한 대중들의 신뢰를 회복하려는 조직적인 노력들이 전개되었다. 본 종설에서는 최근 영국과 미국에서 전개된 이 같은 논의와 실천을 소개함으로써 향후 의료전문가주의에 대한 논의 활성화에 참고가 되기를 기대한다. 또한 류마티스 분야의 전문가들에게 의료전문가주의 관련된 새로운 관점을 고려하는 계기가 되기를 바란다.

본 론

의료전문가주의에 대한 전통적 정의

일반적으로 전문가 집단이 특별한 지위를 갖는 근거로서 다음과 같은 특성이 제시된다 (6).

- 구성원들이 지배하는 고유한 지식체계
 - 시장에서의 독점권
 - 국가나 자본으로부터 독립된, 근로 조건에 대한 자율성
 - 윤리 규범
 - 이타심과 경제적 보상 이상의 가치로운 업무 수행
 - 장기간의 훈련과 훈련의 내용 및 질에 대한 자율적 결정
- 이 같은 전문가주의에 대한 이해는 1940년대 전문가의 공통적 특성을 사회적 기능과 연결시켜 이해한 구조기능주의(structural functionalism) 사회학자들에서 비롯되었다. Parsons T로 대표되는 사회학자들은 의사의 높은 사회적 지위와 시장에서의 독점권 및 자율성을 이타심과 봉사 정신, 장기간의 대학 교육을 통한 전문 지식 등과 같은 특징을 기초로 설명하였다 (7). 의료전문가주의에 대한 이 같은 전통적인 이해는 의사들의 권위가 확장 일로였던 20세기 중반까지 아무런 문제 제기가 없이 받아들여졌다.

전통적 의료전문가주의에 대한 비판

1960년대 이후 사람들은 의료전문가주의에 대한 초기 구조기능주의자들의 이해가 너무 단순했음을 깨달았다. 불평등한 의사-환자 관계, 의사의 권위주의, 의료직의 사회 권력화에 대한 인식과 함께 의료전문가주의에 대해 거대한 비판이 일기 시작했다. 의사와 의료에 대한 대중들의 불신은 높아졌고, 사회학자들이 비판의 선두에 나섰다.

구조기능주의적 견해는 의료전문가주의를 몰역사적, 정태적으로 봄으로써 의사의 특권을 당연한 것으로 보게 되

는 위험이 있다 (8). 실제로 서구에서 의료전문직의 특권은 자연스럽게 주어진 것이 아니었다.

영국의 의사들은 1858년 의료등록법령(Medical Registration Act)이 통과된 이후 정부와의 반복적인 규제 협상에서 사회에 전문직으로서의 믿을 수 있는 능력을 약속함으로써 진료의 자율권을 확보하였다. 미국의 의사들은 1910년의 플렉스너(Flexner) 보고서 발표 이후 의학교육과정의 표준화와 과학적 의료를 통해 대중들로부터 신뢰 받는 전문직이라는 인식을 확보할 수 있었다 (6). 서구에서 의료전문가주의는 각 나라마다 다른 역사적 맥락에서 이루어진 의료직의 고유의 사회적 실천을 통해 성립된 것이다.

미국의사협회(American Medical Association, AMA)의 Wynia 등은 구조기능주의자의 방법은 도덕적 기초를 고려하지 않고 현상적인 특성으로 전문가주의를 정의하였다고 비판한다. 예를 들면, 구조기능주의론은 전문직의 특징 중 하나인 자율규제를 전문가주의의 핵심으로 이해하는데, 의사들의 자율규제는 명시적인 도덕적 기초가 없는 거래 독점을 위한 방편에 지나지 않는다는 사회적 비난을 받지 않을 수 없다는 것이다 (7).

사회학자들의 비판은 한발 더 나아갔다. 그들은 전문가들의 집단 이익 추구의 경험적 증거들을 내놓으며 전문가들의 윤리적 기반적인 책략이라고 간주하였다 (9-12). 그들은 의사들의 권력은 스스로를 규제하는 전문가적 자율성(professional autonomy) 외에 다른 직종에 대한 전문가적 지배(professional dominance)에 기초하며 (9), 전문가 조직은 독점권의 힘을 자기 이익을 도모하는 데 사용한다고 비판하였다 (9,12,13). 의사들은 또한 자신의 시장을 조절하고 보건서비스 수요를 스스로 창출하는 반면 (10,14), 사회적 관심사인 보건의료의 접근권, 비용, 질은 무시한다고 비판받았다 (11). Foucault가 언급한 통치성(governmentality)의 맥락에서 의료와 국가를 대립시키지 않고 의료전문가주의를 국가통치기구의 하나로 분석되기도 하였다 (15).

이런 분석과 비판들은 보건정책에 심대한 영향을 끼쳤다. 실제로 1970, 1980년대 이뤄진 의사들의 시장 독점권에 대한 비판은 미국에서 독점금지법(Antitrust Law)을 사용하여 의사들을 규제하는 것으로 귀결되었다 (16).

의료전문가주의에 대한 구조기능주의적 해석의 한계가 분명해지자 1990년대부터 의료계에서는 Starr와 같은 자유주의 이론가의 논리를 받아들여 전문가들의 특권을 의료계와 사회 간의 사회 계약(social contract) 관계에서 이해하는 논의가 등장하기 시작했다 (17,18). 이들은 전문가들이 봉사와 이타심에 기반하여 활동한다는 전제 하에 사회가 전문가에게 특권을 부여하고 전문가들은 사회의 주요한 업무를 담당하고 있는 것이라 주장한다. 이 이론은 계약의 당사자인 사회 혹은 의사가 변하면 계약이 달라질 수 있음을 내포함으로써 전문가주의의 변화를 인정하고 있다.

의료전문가주의에 대한 위협과 변화의 인식

한편 1980년대 들어서면서 분명해진 의료계의 대내외적 환경 변화는 서구 의료전문가주의의 토대를 강력히 위협하기 시작했다. 미국과 영국의 보건의료체계가 각각 갖고 있는 시장주의와 관료주의적 폐해가 노출되었고, 정부와 조합, 보험사들은 의사들에 대한 관리정책을 강화하였다. 의학의 발전과 세부 전문화는 의사들에게 적응해야 할 새로운 노동조건을 형성했고, 의사들의 업무에 대한 스스로의 인식 다양해지기 시작했다. 정보기술혁명은 대중들에게 환자-의사 관계의 불균형을 조정할 지식을 제공할 기반이 되었다 (19).

대중의 불신과 요구: 의료전문가주의에 대한 가장 큰 위협은 일반 대중들로부터 나왔다. 대중들은 의사 개개인은 아닐지라도 집단으로서의 의사에 대해서는 전적인 신뢰를 보이지 않는다. 이것은 대중들의 높아진 시민 의식 또는 소비자 의식과 관계가 있다. 대중들은 의사집단에 더 높은 책임성과 투명성, 의료서비스의 질을 보장할 것 요구하고 있다 (20).

대중들은 의사들이 스스로의 능력을 보증하고 환자들을 잘못된 진료로부터 보호하는 것을 꺼려한다고 믿고 있다. 대중들은 의사들이 부권적이고, 환자 및 동료들과 소통하지 않으며, 그들의 자율규제 역시 효과적이지 않다고 비판하고 있다 (21).

영국에서는 무능하고 비전문적인 진료행위의 예가 공개적으로 조사 발표되면서 대중들은 의사 집단에 강력한 자율규제를 요구하고 있다 (22). 한편 미국은 시장 주도 체계가 의사들에게 이윤 추구와 진료비용 절감 기전을 작동시키는 것이 주요한 문제이다. 대중들은 이런 체계 아래서의 의사들이 환자에 대한 의무 수행과 이타심 발휘에 최선을 다할지에 대해 회의적일 수밖에 없다 (23,24). 미국에서 의사나 의료기관에 대한 소송은 지속적으로 증가하고 있다 (25).

정부와 보험회사의 관리 강화: 의료전문가주의가 놓여 있는 환경의 변화에서 두드러진 것은 정부와 보험회사, 조합기구와 같은 의료비 지불집단의 관리, 규제 및 감독의 강화이다. 영국의 경우 국가건강보험(National Health Service, NHS)의 관리체계 구조와 할당제도는 의사들이 자신만의 방식으로 진료하는 것을 제한하고 있다. 그러나 대중들은 의료체계가 문제없이 잘 작동되도록 의사들이 협조할 것을 기대한다 (21). 1980년대부터 본격적으로 시작된 NHS의 관리 개혁은 의사들에게 변화의 압력을 가하기 시작했다. NHS는 내부시장의 도입, 1차 의료의 재조직, 환자권리 헌장의 명시, 의료기관평가 공개, 표준임상진료지침의 개발 등의 정책을 전개하면서 의사들에게 더 많은 책무와 효율성, 소비자 권리에 대한 주의를 요구하였다 (6). 이와 같은 변화는 의료부문에 관리자들의 힘을 증대시켰다.

미국의 경우 시장 주도 체계가 전통적인 의료전문가주의의 토대를 붕괴시켰다. 2조 달러에 달하는 보건의료시장에

서 각종의 보험회사와 의료서비스 공급자들은 이익의 최대화를 위해 활동하고 있다 (26). 진료는 본질적으로 사업으로 간주되고, 의사들의 경제적 보상에 대한 관심은 환자들에 대한 이타심과 도덕적 헌신을 희생시켰다. Medicare의 도입은 의사들의 수입을 급증시켰고, 상당수 의사들은 경제적 지위를 높이는 방식으로 활동했다 (27). 1973년부터 의료비용 절감을 위해 도입된 건강유지기구(Health Maintenance Organization, HMO)로 대표되는 관리의료체계는 의사들의 자율성을 더욱 축소시켰다 (17,28-30). 진단명기준 환자군(diagnostic related groups, DRG)과 병원 이용도 평가(utilization review)와 같은 관리기법은 의사들의 행정적인 서류업무를 증가시키고 많은 수의 환자를 보도록 압력을 넣고 있다. 보험계약 조건은 지속적인 진료를 못하게 하고 있고, 의사의 선택에 따른 약물 처방과 환자 의뢰, 환자에 대한 의학적 검사를 제한함으로써 금전적 보상이 이루어지도록 하고 있다 (31).

의학지식과 기술의 발전: 정보혁명과 함께 예상치 못한 속도로 발전하는 의학지식과 기술은 의료직에 거대한 영향을 미치고 있다. 의학지식과 기술의 발전에 따른 전문화의 진전은 많은 의사들을 1차 의료보다는 전문 영역으로 이끌었다 (32). 이 같은 전문화는 환자-의사 사이의 개인적인 상호작용을 감소시킴으로써 의사와 환자의 간의 유대를 약화시킨다. 의사는 환자의 좁은 영역의 의료 문제에만 관심을 기울이다 보니 무의식적으로 그들이 봉사해야 할 전체로서의 인간을 종종 잊게 된다 (26). 의료는 더욱 세부 전문화되어 의학은 더 이상 하나의 단일한 영역으로 규정하기 힘들어지고, 재교육 없이는 의사들이 자신의 경력을 유지하기 쉽지 않아졌다. 환자에 대한 진료는 의사 개인이 아닌 여러 직업군들이 함께 하는 일로 변화했고, 협력주의와 개인적인 의사-환자 관계의 조화가 새로운 문제로 대두되었다 (21).

한편 정보기술의 발전에 따른 대중매체와 소통체계의 확장에 따라 대중들의 건강에 대한 관심은 증대되고, 대중들은 독자적으로 임상정보를 획득할 수 있는 길이 열렸다. 대중들은 보건문제에 대해 과거보다 훨씬 더 많이 알게 되었고, 지식과 권리 의식이 높아진 대중들은 전통적인 환자-의사의 불균형한 관계의 수정을 요구하고, 의사들에게 보다 많은 설명과 의학적 결정에 참여를 원하고 있다.

의사들의 태도 변화: 의사들의 변화하는 삶의 태도 역시 의료전문가주의에 새로운 문제를 야기하고 있다 (21). 많은 의사들이 자신들의 인생을 위하여 진료 이외의 일에도 관심을 기울이고 있다 (33). 봉사의 삶이 강조되던 의사들에게도 가정과 취미, 개인의 삶이 중요시되고 있다. 이런 경향은 의사들의 직무 윤리와 언제든지 상충할 잠재성이 있다. 또한 남녀 의사 모두 파트타임 업무에 종사하는 경우가 늘고 있다. 이런 변화들은 진료의 지속성과 의료서비스의 조직화에 중요한 영향을 미치고 있다 (34).

신(新)의료전문가주의의 등장

이상과 같은 위협에 대해 서구 의료계는 의료전문가주의를 적극적으로 재정립함으로써 극복하는 방식을 택하였다. 의사에 대한 대중들의 신뢰가 떨어지고 의사들의 자율성에 대한 제한이 증대되는 반면, 국가나 조합기구의 지배력이 상대적으로 강화되자 의료전문가주의에 대한 냉소주의적 비난이 줄어들었다. 1990년대 이르자 사회학자들도 전문가들의 자율규제가 남용의 여지는 있지만 필요한 사회기능을 수행하고 있다고 평가하고, 보건의료체계의 기초로서 의료전문가주의의 중요성을 재인식하기 시작했다 (12,35).

미국에서의 논의: 미국 의사들 사이의 의료전문가주의 재정립 논의는 상업주의의 침해에 대한 대응 방안을 축으로 전개되었다. Mohlenbrock은 임상적 자율권의 재정립을 위해서는 의사들이 주도권을 쥐고 가격에 기초한 관리의료 체계에서 가치에 기초한 보건의료체계로의 개혁이 필요하다고 했다 (36).

Wynia 등은 전문가주의를 도덕적 관계에 따라 상품과 사회의 재산을 공정하게 분배, 배정하는 활동이라고 정의하고, 전문가주의는 사회를 구조적으로 안정화시키는, 도덕적으로 방어하는 힘을 발휘한다고 하였다. 그들은 의료전문가주의 세 가지 요소로 헌신성, 보건의 가치에 대한 공언, 사회와의 협상을 제시하면서, 의료전문가주의는 정부 규제와 시장 경쟁과 싸우는 활동 이상을 의미하며, 사회가 필요한 상품이나 서비스를 제공하는 기술적 필수품 혹은 사회와의 협상으로 환원할 수도 없다고 하였다 (7).

Swick 등은 의사들이 환자와 지역사회, 동료에 대한 의무를 이행하기 위해 의사들이 보여주어야 할 행동의 예를 들면서 의료전문가주의에 대한 규범적 정의를 제안하였다 (37). 미국의학회학술원(Academy of American Medical Colleges, AAMC)는 Swick의 정의를 수용하여 의료전문가주의를 의대생의 성과 및 자격인증에 포함시키는 기획안을 만들었다 (38). Wynia와 Swick은 모두 전문가주의의 도덕적 요소를 강조하였고, 의료전문가주의가 자율규제와 동일하게 간주되는 것을 경계하였다.

Cruess 등은 의료직에 대한 사회적 기대와 요구가 변함에 따라 의료전문가주의에 대한 사회와 의사들 사이의 사회계약이 변화되었다고 주장한다. 따라서 사회와 의사 모두가 기대하는 기초로서 보다 분명한 의료전문가주의에 대한 정의가 요구된다고 하였다 (18). 지나친 낙관으로 생각되지만, 그들은 의사들이 더 이상 보건의료체계 전체를 지배하지 않는 오늘날, 오히려 공정한 전문가로서 의료전문가주의를 다시 정립할 수 있는 좋은 기회를 갖게 되었다고 생각한다 (39).

1990년대 중반에 미국내과위원회(American Board of Internal Medicine, ABIM)은 의료전문가주의의 요소를 정의하기 위해 ‘전문가주의 기획사업(Project Professionalism)’을 벌였다 (40). 이에 따라 최종 발표된 보고서는 전문가주의를 ‘의사들의 개인 이익에 우선하여 환자들의 이익이 유지되도

록 봉사하는 태도와 행동을 구성하는 것으로 정의’하였고, 여기에는 이타심(altruism), 책무성(accountability), 우수성(excellence), 임무(duty), 명예(honor)와 정직(integrity), 타인에 대한 존중 등의 요소가 포함된다고 하였다. 책무성이란 의사가 환자에 대해 환자/의사 관계에 관철되는 묵시적 계약을 수행하고, 사회에 대해서는 공공의 보건 요구에 따르고, 자신의 직종에 대해서는 의료 윤리를 준수할 책임을 말한다. 우수성은 유능함 이상의 기준으로 평균적 기대를 넘고자 하는 양심적인 노력을 뜻한다. 임무는 환자와 사회를 위해 불편과 위험을 수락함을 의미한다.

‘새로운 세기의 의료전문가주의: 의사 헌장’: 서구 각 국에서 의료전문가주의에 대한 재정립 목소리가 높아지자, 1999년 말 유럽내과연합(European Federation of Internal Medicine, EFIM), 미국의사회-미국내과학회 재단(American College of Physicians-American Society of Internal Medicine Foundation, ACP-ASIM), ABIM은 공동으로 ‘의료전문가주의 기획(Medical Professionalism Project)’을 발족시켰다. 위 단체의 대표들은 모든 의사들이 지켜야 할 일련의 원칙을 포함한 ‘의사 헌장(Physician Charter)’을 개발하였고, 2002년 ‘새로운 세기의 의료전문가주의: 의사 헌장(Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter)’이라는 제목으로 Lancet과 Annals of Internal Medicine에 동시에 발표하였다 (41,42).

의사헌장은 서문과 기본 원칙, 의사들의 책임, 요약으로 구성되어 있다(Table 1). 서문은 의료전문가주의가 의사와 사회 간의 계약의 기초이고, 의사들에 대한 대중의 신뢰는 계약의 가장 핵심적인 요소라고 언급한다. 또한 대중의 신뢰는 개별 의사 및 의사 집단의 정직함에 의존하고, 의사 집단은 복잡한 정치적, 법적 그리고 시장의 힘에 맞서야 한다고 밝히고 있다.

의사헌장이 선언한 세 가지 기본 원칙은 환자 복지 최우선의 원칙, 환자 자율성의 원칙, 사회 정의의 원칙이다. 환

Table 1. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter (41,42)

Fundamental principles
Principle of primacy of patient welfare
Principle of patient autonomy
Principle of social justice
A set of professional responsibilities
Professional competence
Honesty with patients
Patient confidentiality
Maintaining appropriate relations with patients
Improving quality of care
Improving access to care
Just distribution of finite resources
Scientific knowledge
Maintaining trust by managing conflicts of interest
Professional responsibilities

자 복지 최우선의 원칙에서 의사는 환자의 이익에 헌신해야 하고 이타성은 의사-환자 관계에서 가장 중요한 신뢰에 기여한다고 밝히고 있다. 또한 시장의 지배, 사회적 압력, 행정적 이유로 환자 복지 최우선의 원칙이 약화되어서는 안 된다고 강조한다. 환자 자율성의 원칙은 의사들에게 환자의 자율성을 존중할 것을 말하고 있다. 의사들은 환자에게 정직해야 하고 정보가 제공된 상태에서 환자가 치료에 대한 결정을 할 수 있도록 해야 한다. 사회정의의 원칙에서 언급한 보건의료체계의 정의란 보건의료자원의 공정한 분배를 뜻한다. 의사들은 인종과 민족, 성, 사회경제적 지위, 종교 등을 이유로 의료서비스의 차별이 발생하지 않도록 노력해야 함을 명시하고 있다.

전문가의 책임 부분은 열 가지의 헌신(commitment)을 포함하고 있다. ‘전문가로서의 유능’은 의사가 평생 학습을 통해 양질의 진료 제공을 위한 의학 지식, 임상적, 그룹 기술을 유지하는 것이 필요함을 밝히고 있다. ‘환자에 대한 정직’은 환자가 치료 과정에서 자신이 결정할 권한을 가질 수 있도록 의사가 충분한 정보를 정직하게 제공할 것과 의료 과오 발생 시 환자에게 즉시 알릴 것을 강조하고 있다. ‘환자의 비밀 유지’에서는 비밀 보호 장치의 적용을 이야기하고 있다. 특히 전자정보체계를 이용해 환자의 정보를 축적하고 환자의 유전 정보에 대한 접근이 쉬워진 오늘날 이런 노력이 더욱 중요해 지고 있다는 것이다. ‘환자와의 적절한 관계’에서 의사는 환자로부터 성적, 경제적 혹은 그 밖의 개인적 이득을 위해 환자를 절대 이용해서는 안 된다는 점을 명시하고 있다. ‘진료의 질 향상’은 의사 개인의 임상적 유능함뿐만 아니라 의료과오 감소, 환자 안전 증진, 보건의료자원의 남용 최소화, 진료 결과 최적화를 위한 집단적 노력 및 타 전문직종과의 협력 등이 필요함을 언급하고 있다. ‘의료의 접근성 향상’은 평등한 진료를 받지 못하게 하는 장벽을 낮추는 노력을 의미한다. 의사는 교육, 법, 재정, 지역, 사회적 차별에 근거한 의료의 장벽을 제거하기 위해 일해야 하며, 여기에는 공중보건과 예방의학의 발전도 포함된다. ‘의료 자원의 공정한 분배’는 제한된 임상적 자원을 비용-효과 관리에 따라 현명하게 쓰고, 불필요한 검사와 시술은 하지 말 것과 병원, 지불자와 함께 비용-효과적인 진료를 위한 지침 개발을 위해 노력할 것을 요구하고 있다. ‘과학적 지식’은 의사들에게 과학적 표준을 유지하고 연구를 발전시키며 새로운 지식을 창조하고 적절하게 응용할 임무가 있다고 이야기한다. ‘이익충돌 관리’를 통한 신뢰 유지’에서 의사는 자신의 임무와 활동을 수행하는 과정에서 발생하는 이익충돌을 인식하고 그것을 공개하며, 관리할 의무를 뜻한다. ‘전문직으로서의 책임’은 환자 진료의 최선을 위한 협력 진료, 서로에 대한 존중, 전문가로서의 표준에 맞지 않는 구성원에 대한 교정, 훈련을 포함한 자율규제, 전문직 수행의 모든 측면에서 업무 수행에 대해 내부 평가, 외부 감독의 수용의 의무에 대해 기술하고 있다.

의사헌장의 결론은 보건의료체계의 개혁이다. 의료전문가주의의 원칙은 환자의 복지를 위한 개별적인 헌신뿐만 아니라 사회 복지를 위해 보건의료체계를 향상시키는 집단적인 노력도 포함하며, 의사헌장은 그와 같은 행동을 격려할 목적으로 만들어졌음을 밝히고 있다.

의사헌장은 발표 이후 130개 이상의 조직이 지지하였고, 12개국 언어로 번역되어 전세계로 10만개 이상의 복사물이 배포되었다. 의사헌장은 지난 10년간 미국 의료계에 의미 있는 영향을 미쳤다. 미국의 의과대학들은 전문가주의를 중요 교과목표로 설정하고 의사헌장의 원칙을 학교의 규정에 포함시켰으며, 전문가주의를 발전시키기 위한 기관을 설립하였다. 환자의 자율성에 대한 강조는 의사들에게 환자들이 설명을 듣고 치료를 결정할 수 있도록 할 책임이 있음을 받아들이게 하였다. 의사헌장이 밝힌 이익충돌 관리를 통한 신뢰 유지의 책임은 학회가 이익충돌을 보는 관점의 근본적인 변화를 초래하였다. 증가하는 의료체계의 비용 문제를 해결하기 위해 전개되고 있는 ACP의 High-Value, Cost-Conscious Care Initiative 사업의 철학적 뿌리는 의사헌장에서 밝힌 자원의 공정한 분배 책임에서 비롯되었다 (43).

영국에서의 논의: 2005년 파리에서 열린 EFIM 학회에서 의사헌장과 관련하여 주목할 만한 논의가 있었다 (44). 하나는 유럽에서 나온 것으로, 의사들의 책임과 권리가 균형을 이루는 방향으로 헌장을 개정할 것을 요구하는 것으로 동반자로서의 환자의 책임 또는 보건의료체계의 책임이 균형 있게 언급되어야 한다는 지적이 있었다. 다른 하나는 AAMC의 Cohen 등의 발표였는데 그는 의료전문가주의의 성공을 위한 사회와 의료의 동맹에 대해 언급하면서, 유럽 쪽과 마찬가지로 의사와 노력에 조응하는 대중의 임무와 책임을 이야기하였다 (45). 의료전문가주의의 형성을 위한 의사와 사회의 균형 있는 책임의 강조는 이후 영국에서 동반자 관계로서의 의료전문가주의를 새롭게 정의하는데 영향을 미쳤다.

영국의 경우 의사들의 진료에 대한 NHS 체계의 관료주의적 개입과 영국 의사들의 의료과오와 태만이 주요한 관심사로 부각되면서 1990년대부터 의료전문주의의 재정립에 대한 요구가 나오기 시작했다. Armstrong은 의사들이 의료 환경의 변화에 대해 과거지향적인 반응을 보일 것이 아니라 임상적 자유를 제한하는 새로운 환경을 분명히 인식할 필요가 있다고 하면서 자율규제에 대한 높은 책임성, 의료의 비용-효과 측면에 대한 자발적 고려, 진료에 대한 외부 감독의 수용 등을 주장하였다 (46).

1995년 General Medical Council (GMC)가 발표한 ‘Good Medical Practice’는 의료전문가주의를 새롭게 발전시키는 계기가 되었다. GMC는 최초로 의사들의 책임과 의무를 분명히 밝히고, 양질의 진료 서비스의 원칙들을 세웠다. 그리고 그것들을 의사들의 등록과 직접적으로 연결시켰다 (47).

GMC 의장 Irvine은 유용한 의료전문가주의는 의사와 환자 모두의 관심사이며 의사들의 독립성은 권리가 아닌 특권으로서 효과적인 자율규제에 의해서만 보증 받을 수 있다고 간주하였다. 그는 이를 위해 의사와 사회 사이의 새로운 동기가 필요하며, 의사들은 자신들의 전문적인 진료에 대중의 기대에 맞고, 자율규제가 효과적으로 작동하고 있음을 보여 줄 책임을 진다고 하였다 (21).

Bristol과 Liverpool에서의 의료 태만과 과오가 알려지면서 (48,49) 의료전문가주의에 대한 비판과 문화적 변화의 필요성은 더 높아졌다. 정부와 NHS는 임상 통제와 외부 감독을 통해 환자 진료의 표준을 위한 기관의 책임을 강화하겠다고 했고, GMC, 영국의사협회(British Medical Association, BMA), 왕립학회(Royal Colleges & Faculties), 대학과 전문가 조직들은 의료전문가주의를 현대화하기 위해 전에 없던 상호 노력을 하게 되었다.

이런 노력들을 배경으로 1999년 Irvine은 의료전문가주의를 현대화하기 위한 핵심 요소들로 다음의 것들을 제시하면서 새로운 의료전문가주의의 출현을 예고하였다 (22).

- 전문가적 가치와 대중적 가치의 조화
 - 명백한 -가능하면 근거에 기초한- 표준지침
 - 기준 미달 의사에 대한 관리
 - 효과적인 지역의료규제(local medical regulation)
 - 의사의 진료 능력에 지속적인 평가와 등록
 - 의학교육의 강화
 - 효율적이면서도 책임성 있는 규제자로서 GMC의 발전
- 2004년 영국의 보건의료체계를 개선을 위한 기금단체인 'King's Fund'은 의료전문가주의의 재정립을 위한 보고서를 제출하였다 (50). 보고서는 현대 전문가주의를 봉사하고 높은 윤리 표준의 오랜 전통에 뿌리를 두고 사회의 기대에 따라 형성되는 역동적인 개념으로 보고 그 중심에는 환자의 이익을 보호하고 건강을 증진할 의무가 놓여 있다고 정의하였다. 그리고 새로운 전문가주의의 정립을 위해서 의료계 지도자들이 의사, 환자 및 정부 내의 다양한 조직이 전문가주의를 정의하는데 정당한 관심을 갖고 있음을 수용하고, 의사와 다른 이해당사자들 사이의 공식적인 동의를 만들 것을 제시하였다. 보고서는 또한 최근의 사회, 경제, 정치적 추세에 반응하기 위해 새로운 의료전문가주의는 전문적인 지식, 높은 윤리의식 및 소명감 외에 환자와 함께 하는 결정, 업무 평가 참여, 의료서비스를 향상시키기 위한 관리 업무 참여, 팀으로서의 활동과 같은 내용을 가져야 한다고 제안하였다.

왕립내과의사회 보고서: 동반자관계로서의 의료전문가주의: King's Fund의 연구와 별도로 런던 왕립내과의사회(Royal College of Physicians, RCP)는 폭넓은 인식과 지지를 받을 수 있도록 의료전문가주의를 정식화하고, 그것을 사회에서 가치 있고 환영받는 힘으로서 새롭게 형성하기 위한 권고 사항을 개발할 목적으로 2004년 실무위원회(Working Party)를 결성했다. 실무위원회는 그 해 10월부터 2005년

6월까지 인터뷰, 설문조사, 문헌조사, 회의와 다양한 의견 청취 등 광범위한 검토와 조사 작업을 벌인 후, 2005년 12월 의료전문가주의에 대해 이전과 아주 다른, 새롭게 진화된 내용을 담은 보고서를 내놓았다 (19)

(1) 의료전문가주의의 재정의: RCP는 의료전문가주의를 환자와의 동반자관계(partnership)라고 혁신적으로 정의하고, 그것은 대중이 의사에 대한 신뢰를 떠받치는 가치, 행위, 관계의 총체를 의미하는 것이라고 하였다. 보고서는 이에 대해 다음과 같이 기술하고 있다.

· 의료는 인간을 보호하고 회복시키는 봉사를 위해 의사의 지식과 임상 기술 및 판단을 사용하는 사명(vocation)이다. 이 목적은 상호 존경, 개인적 책임(responsibility), 적절한 책무성(accountability)에 기초한, 환자와 의사 사이의 동반자관계에서 실현된다.

- 일상의 진료에서 의사는 다음의 약속을 지켜야 한다.
- 진실성(integrity)
- 동정심(compassion)
- 이타심(altruism)
- 지속적인 향상(continuous improvement)
- 우수성(excellence)
- 보건의료조직의 구성원과의 동반자적인 업무 수행 (working in partnership with members of the wider healthcare team)

· 과학과 의료를 받치고 있는 이와 같은 가치는 의료직과 사회 간의 도덕적 계약의 기초를 형성한다. 각각의 당사자는 집합적인 인간의 존엄성을 유지하는 보건의료체계를 강화하기 위해 활동할 임무가 있다.

(2) 신의료전문가주의의 개념들: RCP 보고서는 의료전문가주의를 새롭게 정의하면서 의료전문가주의를 논할 때 사용하는 다양한 개념들의 정의와 의의를 검토하였다(Table 2).

① 폐기된 개념들

보고서는 의료전문가주의를 새롭게 정의하면서 기존 전문가주의에서 버려야 개념들로서 '정통함(mastery)', '자율성(autonomy)', '특권(privilege)', '자율규제(self-regulation)' 등을 제시했다. 이상의 개념들을 폐기한 이유는 다음과 같다.

· '정통함'은 전문가주의의 맥락에서 지식을 유용하게 쓰는 것을 의미하지만 한편으로는 조정, 권위, 권력, 우월성 등으로 우해의 여지가 있기 때문에 환자와의 동반자관계를 지향하는 관점에서 어울리지 않는 말이다.

· '자율성'은 외부 지배로부터의 독립성과 자유를 의미한다. 의사의 진료에 환자의 이익과 필요성에 의해서만 좌우되어야 한다는 면에서 외부로부터의 독립성은 의료전문가주의의 덕목이다. 그러나 자율성은 한편으로 자치의 권리, 개인 권위의 호소를 의미하기에 전적으로 독자적으로 이뤄지는 진료를 추구할 권리를 뜻할 수도 있는데, 이것은 권고할 만한 가치가 아니다. 의사의 진료는 과학적 근거에 기초해서 환자의 필요에 맞춰 제공되어야 한다. '임상적

Table 2. Notions of new professionalism defined by RCP (19)

Discarded notions	
Mastery	
Autonomy	
Privilege	
Self-regulation	
Meaningful alternatives	
Competence	→ Excellence
Art	→ Judgement
Social contract	→ Moral contract
Retained notions	
Knowledge	
Skills	
Science	
Practice	
Profession	
Society	
Service	
Commitment	
Integrity	
New dimensions	
<i>The patient</i>	
Patient	
Partnership	
Well-being	
Human dignity	
<i>The doctor</i>	
Doctor	
Duties	
Responsibilities	
Continuous improvement	
Compassion	
Work in partnership	
<i>The patient-doctor interaction</i>	
Partnership	
Mutual respect	
<i>The profession</i>	
Purpose	
Healthcare system	

자율성'은 의사가 환자의 바람이나 의학적 근거에 무관하게 행동할 자격을 갖고 있는 것 뜻할 수도 있는데 두 가지 태도 모두 지침에 기초한 진료가 이뤄지는 오늘날에 더 이상 지지 받을 수 없다.

• '특권'은 특별한 자유 혹은 면책을 의미하는데, 평등한 관계로 이루어진 오늘날의 세계에서 어울리지 않는 개념이다. RCP 보고서는 특권과 관련하여 다음과 같은 응답자들의 견해를 인용하고 있다. "전문가에게 특권은 없고 오직 임무(duty)만 있을 뿐이다. 그것도 일반 시민이 가져야 할 이상의 의무이다(Sir Ian Kennedy)." "부적절한 특권을 단순히 주장하게 될 때 그것은 선형적 관념에 불과하다(Dr Gordon Kuhrt)."

• '자율규제'는 많은 의사들이 전문직을 수행하는 합리적이고 유용한 방식으로서 변호하고 싶겠지만, 이것은 전문가적 업무 수행을 떠받치는 필수적인 가치나 태도는 아니

다. 자율규제에 대해 환자와 대중들은 매우 냉소적이고 전문가들이 자신의 것을 추구한다고 오해할 수 있다. 자율규제는 '현명한 책무성(intelligent accountability)' 혹은 '공동규제(shared regulation)'이라는 개념으로 대체되고 있다. 자율규제는 적절한 통제(governance), 독립적인 감독과 세밀한 보고 등에 기초한 현명한 책무성과 연결되어야 하고, 이들은 합쳐져서 현대적 의미의 공동규제를 구성한다 (43).

② 대체된 개념들

'유능(competence)'은 우수성(excellence)으로, '전문 기술(art)'은 판단(judgement)으로, '사회적 계약(social contract)'은 도덕적 계약(moral contract)으로 대체되었다. 현대의 의사들에게는 단순한 역량 이상의 높은 표준을 갖추는 것이 필요하고, 환자의 문제를 해결하기 위해서는 비판적으로 추론하고, 정보를 해석하고 처방을 내는 활동이 더 중요해졌기 때문이다. 사회 계약은 도덕성을 강조하기 위해 도덕적 계약으로 바뀌었다.

③ 보존된 개념들

반면 보고서는 현대 의료전문가주의에서 지속적으로 보유되어야 할 개념으로 '지식(knowledge)', '기술(skills)', '과학(science)', '진료(practice)', '공언(profession)', '사회(society)', '봉사(service)', '헌신(commitment)', '진실성(integrity)'을 제시했고, '사명(vocation)', '적절한 책무(appropriate accountability)', '이타심(altruism)' 등을 새롭게 해석하였다. 의사가 되기 위해서는 인간과 과학에 대한 특유의 관심과 기술 모두를 필요로 한다. 사명은 이와 같은 생애에 대한 열정과 헌신을 표현하기 것이었다. '책무'란 타인에 대한 우선적 책임을 뜻한다. '적절한 책무'란 의사가 고의적이지 않은 실수로 인한 불공평한 처벌의 두려움 없이, 성실하게 환자의 이익을 위해 최선을 다하는 것을 의미한다. '이타심'은 의사들이 자기만족으로 이해될 위험성이 있지만, 여전히 많은 사람들이 의사는 이기적이지 않게, 그리고 타인을 고려하며 일해야 한다고 믿고 있고, 상당수의 의사 역시 이 개념에 가치 있다고 생각하고 있기 때문에 보유해야 할 개념으로 남겨두었다.

④ 추가된 새로운 개념들

RCP는 환자, 의사, 환자-의사의 상호작용, 공언 등 네 가지 범주에서 의료전문가주의에서 새로운 개념들을 제시하였다.

• **환자:** '환자', '동반자관계', '(환자의) 안녕과 인간의 존엄성'

오늘날 '환자'의 존재 없이 의료전문가주의의 정의를 생각할 수 없다. 분명하게 중요한 것은 환자와 의사가 갖는 '동반자관계'이다. 환자가 의사와의 관계에서 얻는 결과는 안녕과 인간의 존엄성이다. 의사의 목표는 환자의 '안녕(well-being)'과 '존엄성(human dignity)'을 회복시키고 강화시키는 것이다.

• **의사:** '의사', '임무', '책임', '지속적인 향상', '동정심', '동반자적인 업무 수행'

‘의사’는 동반자관계에서 환자를 보완하는 근본적인 요소이다. 의사와 환자 모두 서로와 사회에 대한 ‘임무’와 ‘책임’이 있다. 나아가 의사는 끊임없는 전문적 개발을 통해 자신의 진료를 ‘지속적으로 향상’시키려는 영속적인 노력을 해야 한다. 의사는 또한 그들의 일상 진료에서 ‘동정심’을 보여 줄 수 있어야 한다. 의사는 광범위한 보건의료 팀과 ‘동반자로서 일할’ 수 있어야 한다. 전문적이 지식, 서비스의 독점, 자율성, 윤리 규범으로 묶여 있는 그룹이라는 것은 시대에 뒤떨어진 개념이다. 보건의료의 직종들은 많은 가치와 속성을 공유하고 있다. 의사는 그러한 전문직간의 결합을 넓게 인식해야 한다.

• 환자-의사의 상호작용: ‘동반자관계’, ‘상호존중’

전문가주의의 수행은 다른 사람과의 효과적인 상호작용에 의존한다. 의사의 경우 그러한 상호작용은 그들 자신의 동료에서 더 넓은 사회까지 펼쳐져 있다. 그러나 가장 중요한 상호작용은 의사와 환자의 ‘상호 존중(mutual respect)’에 기초한 의사와 환자 사이의 ‘동반자관계’이다. 그러한 동반자관계야말로 의료전문가주의의 정의에 핵심이라 할 수 있다. 동반자관계는 급격히 변화하고 있다. 지식과 자신감이 점점 증대하는 대중들은 의사들과 더욱 완전하고 풍부한 교류를 원하고 있다. 의사는 이런 기대에 부응해야 한다.

• 공언: ‘가치’, ‘목적’, ‘보건의료체계’

전문가적 ‘가치’의 공언은 그 가치가 환자의 안녕과 존엄성을 보호, 회복, 강화하는 ‘목적’을 위한 것이라는 점을 분명하게 한다. 비록 상식적인 것처럼 보일지라도 그 목적은 분명하게 천명될 필요가 있다. 그 목적에 대한 공언이 없으면 의료는 인간에 대한 공감과 동정심이 없는 병리학적인 언술과 질환 관리의 기술적인 수행으로 붕괴될 것이다. 이 같은 목적은 개인 차원을 넘어 ‘보건의료체계’의 맥락에서도 수행되어야 한다. 의사는 자원 배분을 조절할 수 있어야 한다. 의사는 자원 배분에 분명한 영향을 주어야 하고 동시에 의사는 자원 배분의 방법과 자원이 제한적일 때 불가피하게 따르는 어려운 선택에 대한 책무에 대한 분담을 받아들여야 한다.

‘환자 중심(patient-centredness)’은 현대 의료에서 부정할 수 없는 개념이다. 그러나 그것은 근거중심의학에서 마련한 표준 지침과 관리 규정에 반하는 의사들의 자율권을 유지하기 위해 수사적으로 이용될 수도 있다. 의료전문가주의는 의사의 가치, 행위, 관계가 신뢰를 낳고 적절히 책무를 적절히 다하는 진실로 균형 잡힌 환자-의사의 동반자관계를 통해서 이뤄져야 한다.

RCP 보고서는 개별 의사와 GMC, BMA 및 의과대학 등을 포함한 다양한 의료조직에게 새로운 의료전문가주의를 구체화하기 논의와 방식을 권고하였다. RCP의 새로운 의료전문가주의의 영향은 2006년 개정된 GMC의 ‘Good Medical Practice’에 반영되는 등 점점 확대되고 있다 (51).

결론

현재 한국 의료계에서 의료전문가주의에 대한 논의는 초기 구조기능주의적 견해와 유사하다. 의료전문가주의는 의사들에게 자연스럽게 주어지는 당연한 것으로 고려되고, 의료전문가주의에서 가장 핵심적인 내용은 의사의 자율성과 자율규제라고 이해한다 (52-54). 그러나 본문에서 보듯 영국과 미국에서 최근 이뤄지고 있는 의료전문가주의의 논의 내용은 한국 의료계의 일반적 인식과 무척 상이하다.

2000년을 전후에 시작된 의료전문가주의를 재정립하기 위한 미국과 영국 의사들의 노력은 ‘의사헌장’과 RCP의 새로운 의료전문가주의의 정의를 탄생시켰다. 미국과 영국의 논의와 실천은 다음과 같은 공통점을 지니고 있다.

• 그들은 의사와 의료에 대한 대중의 불신을 심각한 정황으로 받아들이고, 이를 회복하기 위한 전략으로 새로운 의료전문주의의 형성을 택했다.

• 의사나 현대 의료의 특징이 아닌 도덕적 요소를 중심으로 의료전문가주의의 토대를 형성하려 한다.

• 변화된 조건과 환경을 능동적으로 받아들여 새로운 의료전문가주의의 요소를 재구성하였다. 의사의 자율성, 자율규제와 특권 등은 약화되거나 폐기되고 더 높은 책무성, 지식과 기술의 우수성이 강조되고 있다. 또한 진료에 대한 내부감독 강화와 합리적인 외부의 관리규제를 받아들이고 있다.

• 개인적인 환자-의사관계를 넘어선 보건의료자원의 할당에서 의사가 차지하는 관리책임과 사회 복지 및 사회 정의를 강조하고 있다.

• 신의료전문가주의는 보건의료체계의 개혁을 지지하고 있다. ‘의사헌장’은 시장의 압력으로부터 대중을 보호하고, 사회 복지를 위한 보건의료체계의 향상에 대한 집단적 노력을 격려하고 있다. RCP 보고서 또한 집합적인 인간의 존엄성을 유지하는 보건의료체계를 강화를 사회와 의사의 임무로 규정하고 있다.

최근 한국의 의료 환경의 변화는 특히 류마티스 영역에서 두드러진다. 노인 인구의 증가와 더불어 근골격계 질환자는 급격히 증대하고 있다. 그 속에서 난치성 류마티스 만성질환자들의 환자 자조조직이 확대되어 가고 있고, 환자들은 의사들에게 더 많은 설명과 결정에 참여할 기회를 요구하고 있다. 높아진 류마티스 환자들의 기대에 부응하고 신뢰를 확보하는 일은 의사 개인 및 학회의 가장 중요한 일 중의 하나이다. 빠른 속도로 발전하는 류마티스 분야의 새로운 지식들은 구성원들에게 지속적인 학습의 필요성을 제기하고 있다. 생물학적 제제와 같은 새로운 약제들이 개발됨으로써 환자들에게 새로운 치료 기회가 제공될 수 있게 되었지만, 한편으로는 환자 개인 및 전체 사회의 의료비용 부담이 증가하게 되었다. 이 속에서 류마티스 환자를 다루는 의사들은 의료 자원의 효과적인 할당과 비용-결과를 고려하지 않을 수 없게 되었다. 새로운 임상 지

식과 제한된 사회적 비용은 류마티스 의사들에게 시급히 근거에 기초한 치료 지침의 개발을 요구하고 있다. 정부나 보험기관의 경직된 진료 평가와 강력한 이윤 동기를 유발하는 진료 체계에서 시장과 정부로부터 독립된 의사로서 환자의 안녕과 존엄성을 우선시하는 태도를 유지하는 것은 쉽지 않다.

전통적인 의료전문가주의의 원칙들은 류마티스 의사를 둘러싼 이상의 환경과 조건들에 대처하는데 한계가 분명해 보인다. 이는 류마티스 분야의 전문가들이 집단적으로 의료전문가주의에 대해 논의하고 합의할 필요성을 시사한다.

서구와 마찬가지로 한국의 의료 환경도 급변하고 있다. 대중의 의료직에 대한 불신은 회복되지 않고 있고, 정부와 의료계의 갈등과 대립은 언제든 극단으로 치달을 수 있는 위험에 놓여 있다. 이 같은 혼란과 대립의 해결책의 하나로 한국의 의료계도 늦지 않은 시점에서 의료전문가주의의 새로운 정립에 대해서 전략적 논의와 조직적 실천을 할 것을 기대해 본다. 이 때 의료전문가주의의 재정립을 위한 영국과 미국 의료계의 최근 경험은 한국 의료계의 성찰의 기회를 제공하고 훌륭한 참고가 될 것이다.

감사의 글

이 논문은 2012년도 가천대학교 교내연구비 지원에 의한 결과입니다(GCU-2012-M096).

참고문헌

- Rowley BD, Baldwin DC Jr, Bay RC, Karpman RR. Professionalism and professional values in orthopaedics. *Clin Orthop Relat Res* 2000;378:90-6.
- ACS Task Force on Professionalism. Code of professional conduct. *J Am Coll Surg* 2003;197:603-4.
- Kearney RA. Defining professionalism in anaesthesiology. *Med Educ* 2005;39:769-76.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics, Fallat ME, Glover J. Professionalism in pediatrics: statement of principles. *Pediatrics* 2007;120:895-7.
- Park H. Society and Health Care. *J Korean Med Assoc* 2005;48:302-6.
- Jones IR. Health Profession. In: Scambler G, ed. *Sociology as applied to medicine*. 5th ed. p. 235-47, Edinburgh, Saunders, 2003.
- Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 1999;341:1612-6.
- Nettleton S. *The Sociology of Health and Illness* (Cho H-J Trans). p. 249, Seoul, Hanul, 1997 (Original work published in 1995).
- Freidson E. *Professional dominance: the social structure of medicalcare*. Chicago, Aldine, 1970.
- Larson MS. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, University of California Press, 1977.
- Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York, Basic Books, 1982.
- Krause EA. *Death of the guilds: professions, states, and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven, Yale University Press, 1996.
- Johnson T. *Professions and Power*. London, Macmillan Press, 1972.
- Illich I. *Limits to Medicine: Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. Harmondsworth, Penguin, 1977.
- Johnson T. Governmentality and the Institutionalization of Expertise. In: Johnson T, Larkin G, Saks M. eds. *Health Professions and the State in Europe*. London, Routledge, 1996.
- Curry R. *Medicine for sale*. Knoxville, Grand Rounds Press, 1992.
- Sullivan WM. What is left of professionalism after managed care? *Hastings Cent Rep* 1999;29:7-13.
- Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg Am* 2000;82-A:1189-94.
- Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London*. London, RCP, 2005.
- Dunning AJ. Status of the doctor--present and future. *Lancet* 1999;354 Suppl:SIV18.
- Irvine D. The performance of doctors. I: Professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ* 1997;314:1540-2.
- Irvine D. The performance of doctors: the new professionalism. *Lancet* 1999;353:1174-7.
- Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA* 1996;275:1693-7.
- Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA* 1998;280:1708-14.
- Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004;350:69-75.
- Relman AS. Medical professionalism in a commercialized health care market. *JAMA* 2007;298:2668-70.
- Rothman DJ. Medical professionalism--focusing on the real issues. *N Engl J Med* 2000;342:1284-6.
- Kassirer JP. Managed care and the morality of the marketplace. *N Engl J Med* 1995;333:50-2.
- Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman AB. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *N Engl J Med* 1998;339:1516-21.
- Feldman DS, Novack DH, Gracely E. Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine: a physician survey. *Arch Intern Med* 1998;158:1626-32.
- Wine CJ, O'Hair HD. Factors which influence physicians to join labor unions. *J Okla State Med Assoc* 2004;97:114-7.
- Bodenheimer T. Primary care--will it survive? *N Engl J Med* 2006;355:861-4.
- British Medical Association. *Core values for the medical*

- profession in the 21st century: survey report. London, BMA, 1995.
34. Allen I. Committed but critical: an examination of young doctors' views of their core values. London, BMA, 1997.
 35. Freidson E. Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy. Chicago, University of Chicago Press, 1994.
 36. Mohlenbrock WC. Value-based health care. Part I: Physicians reestablishing clinical autonomy. *Physician Exec* 1998;24:26-9.
 37. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000;75:612-6.
 38. Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education-- guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project. *Acad Med* 1999;74:13-8.
 39. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Renewing professionalism: an opportunity for medicine. *Acad Med* 1999;74:878-84.
 40. American Board of Internal Medicine. Project professionalism. Philadelphia, ABIM Communications, 2001.
 41. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet* 2002;359:520-2.
 42. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
 43. Cassel CK, Hood V, Bauer W. A physician charter: the 10th anniversary. *Ann Intern Med* 2012;157:290-1.
 44. Royal College of Physicians. Doctors insociety: medical professionalism in a changing world. Technical supplement to a report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London, RCP, 2005.
 45. Cohen JJ, Cruess S, Davidson C. Alliance between society and medicine: the public's stake in medical professionalism. *JAMA* 2007;298:670-3.
 46. Armstrong D. Medicine as a profession: times of change. *BMJ* 1990;301:691-3.
 47. General Medical Council. Good medical practice. 2nd ed. London, General Medical Council, 1998.
 48. Department of Health. The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995: Learning from Bristol, London, Her Majesty's Stationery Office, 2001.
 49. Department of Health. The Report of The Royal Liverpool Children's Inquiry. London, Majesty's Stationery Office, 2001.
 50. Rosen R, Dewar S. On being a doctor: redefining medical professionalism for better patient care. London, King's Fund, 2004.
 51. General Medical Council. Good medical practice. 4th ed. London, General Medical Council, 2006.
 52. Cheong Y-S. Medical Professionalism and Clinical Autonomy in Korea. *Korean J Med Ethics Educ* 2004;7: 141-50.
 53. Kwon I. The meaning of medical professionalism for the faculty members of medical school and university hospitals in Korea. *J Korean Med Assoc* 2011;54:1146-53.
 54. Park HJ. The concept of medical professionalism as for self-employed physicians in Korea. *J Korean Med Assoc* 2011;54:1154-63.