

의사윤리지침의 제정 배경과 주요 쟁점

李 允 聖*

〈의사윤리선언〉, 〈의사윤리강령〉	4. 인공임신중절
[의사윤리지침]의 제정 방향과 내용	5. 인공수태시술
[의사윤리지침] 제정 과정	6. 대리모
주요내용	7. 뇌 사
1. 치료중지	8. 생명복제 연구
2. 안락사 등 금지	맺 음
3. 말기환자에 대한 배려	

〈의사윤리선언〉, 〈의사윤리강령〉

2000년 4월 19일에 제정하고, 11월15일에 공포한 의사윤리지침은 우리 사회에 큰 반향을 일으켰다. 본디 의사윤리지침은 의사들을 위한 윤리적 판단의 기준으로 참고하도록 제정하였으나, 의사윤리지침에는 「생명윤리」의 쟁점을 포함하므로 사회적 반향은 당연하다.

무릇 전문직에 종사하는 사람에게는 상당한 자율성(재량권)을 보장하는 대신에 윤리성을 요구한다. 특히 의사들은 국민의 건강과 생명을 다루는 전문직이므로 윤리적 판단을 해야 하는 상황에 자주 맞닥뜨리지만, 변변한 윤리지침이 없었다. 1964년에 대한의학협회(현재 대한의사협회, 이하 의협이라 한다)는 〈醫師의 倫理〉를 제정하였으나, 상징적이고 포괄적인 선언에 불과하여 구체적인 지침서로서 역할을 다하지 못하였다. 더욱이 이 〈의사의 윤리〉는 일반인은 물론이고 의사도 그 내용을 알지 못하며 심지어 그 존재조차도 인식하지 못한 실정이다. 오히려 일반인이나 의

* 서울대 의대 법의학교실 교수

사들은 의사의 윤리에 관하여서는 「히포크라테스 선서」를 떠받들고 있다. 그나마 우리가 알고 있는 「히포크라테스 선서」는 본디 것이 아니고 우리나라에서 편집하고 의역한 것이었다.

의협은 1995년에 의료 환경이 급격하게 변하고 있음에도 이를 반영하지 못하는 <의사의 윤리>를 개정하는 작업을 시작하였다. 처음에는 <의사의 윤리>를 부분적으로 개정할 작정이었으나, 결국 전면 개정하여 <의사윤리선언>을 1997년 2월 27일에 이를 채택하였다 (부록1). 또한 <의사윤리선언>을 초안으로 더욱 구체적인 <의사윤리강령>을 제정하기로 하여, 1997년 4월 12일에 채택하였다. 이들 <의사윤리선언>과 <의사윤리강령>은 1997년 4월 26일에 의협 정기대의원총회에 보고되었다.

<의사윤리선언>은 전문(前文)과 네 가지 선언으로 구성하며, <의사윤리강령>은 모두 6 장(章)에 33 가지 규범을 제시한다. <의사윤리강령>의 구성은 제1장 의사의 일반적 의무와 권리, 제2장 환자와 의사의 관계, 제3장 동료 보건의료인들과의 관계, 제4장 의사의 사회적 역할과 임무, 제5장 시술과 의학연구 등, 제6장 윤리위원회 구성 등이다.

「의사윤리지침」의 제정 방향과 내용

위와 같이 <의사윤리선언>과 <의사윤리강령>을 제정한 의협은 실무적으로 사용할 수 있는 「의사윤리지침」을 제정할 필요를 실감하고, 1998년 3월에 이때까지 <의사윤리선언>과 <의사윤리강령> 제정에 참여한 황상의 교수(서울의대)로 하여금 안을 만들도록 의뢰하였다. 연구진들이 주장한 「의사윤리지침」의 필요성은 다음과 같다.

“국민들의 생활 수준이 향상되면서 의료에 대한 수요가 점점 커지고 있으며, 국민들의 소비자로서의 권리의식이 신장되면서 의사들의 윤리적 행위에 대한 요구도 점차 높아지고 있다. 또한 최근 들어 의학과 생명과학이 비약적으로 발달하면서 종래에는 상상도 할 수 없었던 새로운 의료 윤리적 문제가 생겨나고 있다.”

그리고 이 지침은 “의료소비자로서의 국민과 의료제공자로서의 의사

사이에 놓여있는 의료윤리에 관련된 많은 문제의 발생을 사전에 예방하고, 또 문제가 발생하는 경우에 법적 처리 이전에 자체적으로 해결할 수 있는 유력한 수단이 될 수 있을 것이다. (중략) 구체적인 상황에 적용할 수 있는 실용적이고 실무적인 성격을 갖추게 될 것이다”고 예상하였다.

「의사윤리지침」 제정 과정

연구진들은 우선 ①미국 의사협회에서 제정한 ‘Code of Medical Ethics’ 등의 외국 자료과 ②우리 사회에서 중요한 문제로 떠올랐던 생명윤리 관련 사례를 수집하여 검토하고 분석하였으며, ③우리 나라 의사들의 의료윤리 문제에 대한 의식 조사를 통하여, 「의사윤리지침」이 포함할 실제적인 문제들을 정하였다. 이어서 ④법조계와 언론계 등 우리 사회의 대표적인 전문직 단체에서 마련한 윤리지침을 분석하여 그 내용을 참고하였다.

연구진이 마련한 제1차 시안은 한국의료윤리교육학회 학술대회(1998. 11. 20.)에서 공개적으로 검토하였고, 제2차 시안은 한국생명윤리학회(1999. 1.~2.)에서 검토하였다. 제3차 시안은 의협에서 마련한 공청회(1999. 4. 1.)를 거쳤다. 최종안은 1999년 4월에 제출되었으나, 그해 의협 대의원총회에서 몇몇 대의원들이 ‘배아복제연구’, ‘인공임신중절수술’, ‘대체의료’ 등에 대해 이의를 제기함으로써 확정되지 못하였다. 그 뒤에는 때마침 벌어진 ‘의약분업 실시’와 관련된 분쟁으로 지침의 제정-공포는 표류하였다.

다시 의협은 2001년 2월에 윤리위원회를 중심으로 「의사윤리지침」을 검토하기 시작하여, 2001년 4월 19일에 이를 채택하였다. 그러나 마침 네덜란드의 “안락사 입법” 소식과 이 지침이 포함한 내용 가운데 ‘회복 불가능 환자의 진료 중단’이 “소극적 안락사”라는 표현을 빌어 언론에서 동일한 개념으로 알려지면서 사회적인 반향을 일으켰다. 더불어 언론은 ‘대리모’와 ‘인공임신중절수술’과 ‘뇌사’ 등의 조항에서 문제가 있다고 지적하기도 하였다. 어쨌든 제정한 「의사윤리지침」을 2001년 4월 의협 대의원총회에서 공포할 예정이었으나, 의협 내부 사정으로 대의원총회가 중도에

서 산회합으로써 공포하지 못하였다. 결국 <의사윤리지침>은 2001년 11월에 공포하였다.

주요내용

<의사윤리지침>은 총강과 6 장(章)으로 구성한다. 여섯 개 장은 <의사윤리강령>의 구조와 같다. 제1장은 의사의 일반적 윤리를 규정하며, 제2장; 환자에 대한 윤리, 제3장; 동료 보건의료인에 대한 윤리, 제4장; 의사의 사회적 역할과 의무, 제5장; 시술 및 의학연구와 관련된 윤리, 제6장; 윤리위원회 등으로 구성되었다.

특히 「의사윤리지침」은 의학과 의료의 발전으로 새로 대두된 내용에 대한 지침을 담았으며, 환자와 사회에 대한 의사의 책무를 강조하였다. 예컨대 ‘경제적 능력 없는 환자 대책’ (제19조), ‘환자의 알 권리와 의사의 설명 의무’ (제23조), ‘환자의 비밀 보호’ (제31조), ‘인권 보호 의무’ (제45조), ‘환경 보호 의무’ (제46조), ‘노동 조건 보호 의무’ (제47조), ‘국가의 보호 의무’ (제48조), ‘윤리위원회’ (제6장) 등은 환자와 사회에 대한 의사의 책무를 강조한 부분이다.

여러 군데에서 표현이나 용어의 선택이 적절하지 못하다는 비평이 있고, 아직 의료계 내부 또는 사회적 합의를 이루지 못한 내용을 담고 있음을 지적할 수 있다. 또 비록 의료계의 합의는 있으나 사회적으로 쟁점이 될 수 있는 내용도 있음을 인정한다.

1. 치료중지

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

의료 현장에서는 의학적으로 효과가 인정되지 않았을 뿐더러 오히려 환자에게 해로울지도 모르는 의료행위를 환자나 환자의 가족이 요구하는

경우가 있다. 특히 환자나 그 가족들은 효능이나 부작용을 전혀 알 수 없는 민간요법이나 보완의료(대체의료) 행위를 시행하도록 의사에게 요구하는 경우가 많은데, 의료인의 판단에 따라 환자에게 도움이 되지 않는 행위를 거부할 수 있음을 밝혔다. 그런데 이 조문은 마치 의사가 자의적으로 환자의 치료를 거부할 수 있는 것처럼 오해하는 경우도 있다. 오해의 여지가 없는 표현으로 개선할 필요가 있다.

제28조(진료 중단과 퇴원 요구시 유의사항) ① 의사는 생명이 위급한 환자, 또는 가족 등 그러한 환자의 대리인이 의사의 의학적 판단과 충고에 반하여 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 요구하는 경우 신중하고 적절하게 대처하여야 한다.

② 의사의 충분한 설명과 설득 이후에도 생명이 위급한 환자가 자신의 자율적 결정에 의하여 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 문서에 의하여 요구하는 경우 의사가 불가피하게 그러한 요구를 받아들이는 것은 허용된다. 의사는 그러한 경우에도 환자가 심리적으로 안정된 상태에서 그와 같은 결정을 하였는지 면밀히 확인하여야 한다.

③ 의사는 환자가 의식불명에 빠지는 등 자율적 결정을 내릴 수 없는 상황에서 생명이 위급한 환자를 대신하여 가족 등 환자 대리인이 의사의 충분한 설명과 설득 이후에도 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 문서에 의하여 요구하는 경우 그러한 요구가 환자의 이익과 의사에 부합하는지 신중히 고려하여야 한다. 환자 대리인의 요구가 환자의 이익과 의사를 충실히 반영한다고 판단되는 경우 의사가 불가피하게 그러한 요구를 받아들이는 것은 허용된다.

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

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

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

위 두 조항은 '환자의 치료거부 권리'와 '불필요한 연명치료의 중지'를 다루었다. 이 부분에 대해서는 더 많은 논의가 있기를 기대한다. 그러나 바라건대 의료 현실을 인식하고 환자와 환자의 가족 그리고 우리 사회가 부담해야 할 부분에 대한 폭넓은 이해를 바탕으로 논의가 전개되기를 바란다. 짧은 이론이나 좁은 개인적 경험에서 나온 현학적인 이론에만 매달리는 주장은 바람직하지 못하다.

우리 사회에 새로운 행동이나 행위가 나타나면 당연히 기존의 윤리나 규범의 기준으로 평가해야 한다. 그러나 기존의 규범으로 설명할 수 없으면 새로운 개념을 정립하고 그에 따라 판단해야 한다. 20세기 후반에 급격하게 발달한 의학과 의료로 엄연히 존재하였음에도 불구하고 인식하지 못하였던 새로운 개념을 인식하게 되었다. 「죽음의 과정」이다. 기존의 'on-off' 개념으로 삶과 죽음을 판단하였던 우리에게 새로운 도전이다. 기존의 의료로는 인식할 수 없을 정도로 짧았거나 또는 소수의 환자에서 볼 수 있던 「죽음의 과정」은 구급의료의 발달로 명백하게 드러났다.

또 죽음의 정의와 죽음의 판단 기준은 달라야 한다. 마치 밤(夜)을 일몰(日沒)부터 일출(日出)까지로 정의하고, 엄연히 일몰은 해가 지기 시작하여 완전히 질 때까지 과정이지만, 과학적으로는 일몰시각을 정한 것과 같다.

언론에서 이 부분을 '소극적 안락사'라고 표현하였다. 그러나 소극적이든 적극적이든 또는 작위-부작위를 떠나서 의료계의 합의는 안락사를 인정하지는 않는다. 더욱이 안락사는 자연스러운 죽음의 시기를 앞당기는 행위이고, 무의미한 연명치료는 자연스러운 죽음의 시기를 인위적으로 늦추는 행위이므로 전혀 다른 개념이다. 마치 해가 지기 전에 창문을 닫고 밤이라고 주장할 수 없듯이, 지는 해를 보기 싫다고 비행기를 타고 서쪽으로 끊임없이 달려가는 행위도 부적절하다. 다만 구급의료의 중단, 예컨대 인공호흡기를 제거하는 행위가 두 가지 상황에서 모두 적용될 수 있으므로 두 개념을 혼동할 수 있다.

그리고 개인적인 신념에 따라 안락사를 인정하는 의사가 있음은 부정할 수 없다. 케보키언 의사 사건은 그 대표적인 예이다. 다음의 두 조에

서 안락사를 부정함을 밝혔다.

2. 안락사 등 금지

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

② 의사는 ‘안락사’에 관여하여서는 아니 된다.

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

② 의사는 ‘의사조력자살’에 관여하여서는 아니 된다.

제58조에서는 안락사를 정의하고 이를 금지하였다. 다만 인위적·적극적인 방법만을 금지한 것처럼 표현한 것은 수정할 필요가 있다. 오히려 “인위적·의도적인 방법”이라는 표현이 적절할 것으로 생각한다. 한편으로 네덜란드나 벨기에가 인정한 안락사가 우리 사회에 수용될 수 있는지도 깊이 논의하여야 한다.

3. 말기환자에 대한 배려

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

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

③ 의사가 호스피스 운동에 참여하는 것은 바람직하다.

말기환자에 대하여 ‘의료집착적 행위’ 보다는 자연스러운, 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 배려하여야 한다. 예를 들어 암 말기환자에 대하여 여러 가지 치료 방법을 동원하였고 시도할 수 있는 방법이 있기는 하

지만 효과보다는 부작용이 더 클 것이 자명한 경우에는 이를 적용하지 말아야 한다. 지나친 의료집착적 행위는 환자에게 고통을 줄 뿐 아니라, 품위 있게 임종할 수 있는 기회를 박탈하는 결과를 낳기 때문이다. 이를 위하여 호스피스(완화의료)는 훌륭한 대안이다.

4. 인공임신중절

제54조(태아 관련 윤리) ① 의사는 수태된 때부터 온전한 생명으로 여겨 그 생명의 보전과 건강 증진에 최선을 다하여야 한다.

② 의사는 의학적·사회적으로 적절하고 합당한 경우라도 인공임신중절수술을 시행하는 데 신중하여야 하며, 산모의 건강과 태아의 생명권에 특별한 주의를 기울여야 한다.

③ 의사는 의학적으로 필요한 경우를 제외하고는 태아의 성감별 검사를 하여서는 아니 된다. 의사는 특히 인공임신중절수술을 목적으로 하거나 그러한 결과를 초래할 가능성이 조금이라도 있는 경우 태아의 성감별 검사를 하여서는 아니 된다.

기본적으로 수태된 때로부터 생명이라 정의하였다. 생명은 최고의 가치로서 존중되어야 한다. 그러나 임부(妊婦)의 생명권이나 건강권과 충돌할 때에 어느 것을 존중하여야 할지는 어려운 문제이다. 형법은 낙태를 금지하였지만 (형법 제269조, 제270조), 모자보건법 제14조 제1항에서는 다음과 같은 의학적·사회적인 상황에서는 인공임신중절수술을 허용하였다.

1. 本人 또는 配偶者가 大統領令이 정하는 優生學的 또는 遺傳學的 精神障礙나 身體 疾患이 있는 경우
2. 本人 또는 配偶者가 大統領令이 정하는 傳染性 疾患이 있는 경우
3. 强姦 또는 準强姦에 의하여 妊娠된 경우
4. 法律上 婚姻할 수 없는 血族 또는 姻戚間에 妊娠된 경우
5. 妊娠의 지속이 保健醫學的 이유로 母體의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

이 법의 시행령 제15조에서는 여러 가지 질병과 전염병을 열거하였는데, 현실과 맞지 않는 부분이 적지 않다.

모자보건법시행령 제15조 【인공임신중절의 허용한계】 ①법 제14조의 규정에 의한 인공임신중절수술은 임신한 날로부터 28주일이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다.

②법 제14조제1항제1호의 규정에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 다음 각 호와 같다.

1. 유전성 정신분열증
2. 유전성 조울증
3. 유전성 간질증
4. 유전성 정신박약
5. 유전성 운동신경원 질환
6. 혈우병
7. 현저한 범죄 경향이 있는 유전성 정신장애
8. 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환

③법 제14조제1항제2호의 규정에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성질환은 태아에 미치는 위험성이 높은 풍진·수두·간염·후천성면역결핍증 및 전염병예방법 제2조제1항의 전염병을 말한다.

전염병예방법 제2조 제1항에는 ‘B형간염’, ‘결핵’ 등도 포함되었다. 그러나 임신 중에 다운증후군임을 진단하였더라도 인공임신중절수술의 대상이 되지 않는다.

한편 대법원(1985. 6. 11. 선고 84도1958)은 “모체의 생명과 건강만이라도 구하기 위하여는 인공임신중절수술이 부득이하다고 인정되는 경우를 말하며 이러한 판단은 치료행위에 임하는 의사의 건전하고도 신중한 판단에 위임되어 있다.”라고 판결하였다.

5. 인공수태시술

제55조(인공수태시술 관련 윤리) ① 의사가 인공수정 등 법률로 허용된 방법으로 불임부부가 자녀를 갖는 것을 돕는 행위는 허용된다. 단, 배우자 사이 이외의 인공수정은 장려되지 않는다.

② 의사는 어떠한 방법으로든 성별 선택적인 임신을 위한 인공수정을 하여서는 아니 된다.

- ③ 인공수정에 필요한 정자와 난자를 매매하는 것은 허용되지 않으며, 의사는 그러한 매매행위에 관여하여서는 아니 된다.
- ④ 의사는 인공수정에 필요한 정자 또는 난자를 제공하는 사람의 신원을 누설하거나 공개하여서는 아니 된다.
- ⑤ 이 지침에서 규정하지 않은 사항은 의협이 제정한 <인공수태윤리에 관한 선언>에 따른다.

6. 대리모

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

7. 뇌 사

- 제61조(뇌사 인정) 뇌사는 심장사와 더불어 죽음의 기준으로 인정한다. 단, 의사가 뇌사를 판정하는 경우 신중하여야 하며 적법한 절차를 거쳐야 한다.

현행법에서 뇌사는 '장기등이식에관한법률'에서 정한 바와 같이 장기를 제공하는 경우에만 인정하고 있다. 그러나 뇌사는 모든 죽음에서 죽음의 기준이 되어야 한다. 목적에 따라 사람의 죽음에 대한 기준이 달라질 수는 없다. 우리는 이제 「죽음의 정의」와 「죽음의 기준 또는 판정」을 구별해야 할 필요가 있다.

8. 생명복제 연구

- 제68조(생명복제 연구) ① 생명복제에 관한 연구는 인류의 복지 증진과 질병의 예방과 치료를 위한 경우에만 허용한다.
- ② 생명복제 연구의 허용과 금지 범위, 감독기구, 연구자의 등록, 발표방법

등은 <의협 생명복제연구지침>(가칭)에 따로 규정한다.

생명복제 연구에 대한 논의는 '진행형'이다.

맺 음

생명윤리에 대한 논의가 뜨거워지고 있다.

의료계는 생명윤리와 관련된 문제에서 중요한 결정 주체임을 인식하고, 스스로 문제를 해결할 노력을 해야 한다. 그러기 위해서는 정기적으로 <의사윤리지침>을 개정해야 한다. 아직 정립되지 않은 항목에 대하여 기준이 마련되거나, 새로운 이슈가 제기되거나, 또는 오해를 야기할 표현 등에 대한 수정 작업이 있어야 한다. 2년마다 또는 늦어도 4년에 한 번은 개정해야 한다.

<의사윤리지침>에서 언급한 항목에 대하여, 각 분야마다 세밀한 기준(세부 기준)이 있어야 한다. 예컨대 대리모에 관하여 금전적 거래가 있는 경우를 금하고 있으나, 금전적 거래 여부를 의사가 어느 정도 확인할 의무가 있는지, 최소한의 경비 보조는 어느 정도로 정할 것인지 등에 대하여 대리모 시술을 시행하는 의료인들이 머리를 맞대고 윤리학자나 법률가의 도움을 받아 세부 지침을 마련해야 한다. 이를 위해서 관련이 있는 분야의 전문가들이 모여 ①구체적인 사례를 모으고, ②이를 분류하여, ③논의하고, ④수용할 수 있는 범위를 정하여, ⑤세부지침을 마련해야 한다.

우리 사회가 수용할 수 있는 윤리 수준이 어디까지인지를 확인하기 위해서는, ①의료계에서 문제를 제기하고, ②구체적인 상황을 우리 사회에 알리고, ③윤리학자, 종교학자, 법조인 등의 의견을 수렴하여야 한다.

바록 세부지침이 마련되었더라도, 현장에 있는 의료인들은 구체적인 사안에서 <지침>만을 기준으로 삼지 말고, 병원마다 또는 지역마다 「윤리위원회」 등의 체제를 갖추어서, 담당의사 단독으로 결정하지 말고, 필요하다면 종교가, 법률가, 사회사업가 등과 충분히 논의하여야 한다.

나아가 필요하다면 법의 제정이나 개정을 시도해야 한다. 그러나 법으로 모든 것을 해결할 수는 없다. 법은 모든 행동을 규제하지 못한다. 이

큰바 법이 관여하지 않는 부분도 있다. 즉 법으로부터 자유역(free zone)이 있다. 지나치게 법 제정에만 매달릴 필요는 없다.

법은 최소한을 규제하고, 가장 보수적인 규율이므로, 법의 제정이나 개정에는 시간이 많이 걸린다. 우리는 뇌사를 인정하는 법을 만들기 위해서 1970년대부터 노력하였다. 그러나 그 법은 2000년 2월에서야 비로소 발효하였다. 그나마 뇌사는 장기를 제공하는 사람에게만 적용하는 것이지 일반적인 죽음의 기준으로 인정받지 못하였다.

생명윤리에 대한 논쟁은 우리 나라에서 이제부터 시작이다.

부 록 1

전문개정 1997. 2. 27.

의 사 윤 리 선 언

우리 의사는 사람의 고귀한 생명과 건강을 보전하고 증진하는 숭고한 사명을 인류와 국민으로부터 부여받았다.

이에 우리는 의사 본연의 사명 수행을 삶의 본분으로 삼아 다음과 같이 다짐한다.

우리는 어떤 상황에서도 최고의 의학실력과 윤리수준으로 의술을 행함으로써 의사로서의 품위와 명예를 지킨다.

우리는 서로 신뢰하고 사랑하는 환자와 의사 관계를 이루기 위하여 최선을 다함으로써 사회적 역할을 충실히 수행한다.

우리는 동료의사를 비롯한 모든 보건의료인들과 상호 존중하고 협조함으로써 올바른 의사의 길을 구현한다.

우리는 변화하는 사회상에 걸맞은 의료환경을 온 국민과 함께 추구함으로써 국민건강권과 의사의 진료권을 드높인다.

우리는 이 다짐을 성실히 지켜 직업의 존재 의미와 의사의 존엄성을 확립할 것을 인류와 국민 앞에 엄숙히 선언한다.

대 한 의 사 협 회