Special Issue: Research Article

KME Review

Korean Medical Education Review 2022; 24(2): 79-92
https://doi.org/10.17496/kmer.2022.24.2.79

pISSN 2092-5603 | eISSN 2093-6370

한국의 환자중심 의사 역량 연구

전우택[1], 정한나[1], 김영잔[2], 김찬웅[3,4], 윤소정[5], 이건호[6], 임선주[5], 이선우[7]

[1]연세대학교 의과대학 의학교육학교실, [2]원광대학교 의과대학 의학교육학교실, 중앙대학교 의과대학 [3]응급의학교실, [4]의학교육학교실, [5]부산대학교 의과대학 의학교육학교실, [6]대구가톨릭대학교 의과대학 가정의학교실, [7]충남대학교 의과대학 정신과학교실

Patient-Centered Doctor's Competency Framework in Korea

Woo-Taek Jeon[1], Hanna Jung[1], Young-Jon Kim[2], Chanwoong Kim[3,4], Sojung Yune[5], Geon Ho Lee[6], Sunju Im[5], Sun-Woo Lee[7]

[1]Department of Medical Education, Yonsei University College of Medicine, Seoul; [2]Department of Medical Education, Wonkwang University College of Medicine, Iksan; Departments of [3]Emergency Medicine and [4]Medical Education, Chung-Ang University College of Medicine, Seoul; [5]Department of Medical Education, Pusan National University School of Medicine, Busan; [6]Department of Family Medicine, Daegu Catholic University School of Medicine, Daegu; [7]Department of Psychiatry, School of Medicine, Chungnam National University, Daejeon, Korea

With increasing demands for medical care by society, the medical system, and general citizens and rapid changes in doctor's awareness, the competencies required of doctors are also changing. The goal of this study was to develop a doctor's competency framework from the patient's perspective, and to make it the basis for the development of milestones and entrustable professional activities for each period of medical student education and resident training. To this end, a big data analysis using topic modeling was performed on domestic and international research papers (2011-2020), domestic newspaper articles (2016-2020), and domestic social networking service data (2016-2020) related to doctor's competencies. Delphi surveys were conducted twice with 28 medical education experts. In addition, a survey was conducted on doctor's competencies among 1,000 citizens, 407 nurses, 237 medical students, 361 majors, and 200 specialists. Through the above process, six core competencies, 16 sub-competencies, and 47 competencies were derived as subject-oriented doctor's competencies. The core competencies were: (1) competency related to disease and health as an expert; (2) competency related to patients as a communicator; (3) competency related to colleagues as a collaborator; (4) competency related to society as a health care leader (5) competency related to oneself as a professional, and (6) competency related to academics as a scholar who contributes to the development of medicine.

Keywords: Competency framework, Doctor's competency, Patient-centered competency, Physician competency

Corresponding author
Sun-Woo Lee
Department of Psychiatry, School of Medicine, Chungnam National University, 266, Munhwa-ro, Jung-gu, Daejeon 35015, Korea
Tel: +82-42-280-7280
Fax: +82-42-280-7886
E-mail: leesw@cnu.ac.kr
https://orcid.org/0000-0002-0451-969X

Received: April 21, 2022
1st revised: June 10, 2022
Accepted: Juen 14, 2022

서 론

의사는 자신의 임무를 수행하기 위하여 전문적 능력, 즉 의사의 전문 역량(competency)을 가져야 한다. 우리나라는 의사면허제도를 통하여 일정 자격과 역량을 갖춘 의사에게 독점적인 진료 권한을 주고 있다. 이처럼 의료행위를 하는 사람에 대하여 엄격하게 자격 설정을 하는 이유는 환자를 안전하고도 제대로 치료하는 의사의 역량이 중요하기 때문이다. 이에 따라 현대 의학교육은 강의 중심의 의학교육에서 점차 역량 중심-성과바탕 교육으로 전환되어 왔으며[1], 최근에는 의사가 독립적으로 전문적인 직무를 수행할 수 있는 능력을 가지도록 하는 것을 의미하는 '위임 가능 전문 직무'(entrustable professional activities, EPA)의 개념까지 도입되었다[2,3]. 그에 따라 의학의 교육 및 수련체계는 의대생과 전공의들이 각 단계별로 자신들의 수준에 맞는 역량을 가지도록 구성되며, 이것은 전문의들의 평생교육에까지 이어지게 된다. 그런 의미에서 "의사의 역량"을 정확히 규정하고, 그 내용을 구성하는 것은, 의학교육과 수련의 기초가 되며, 더 나아가서 의사가 스스로 자신이 무엇을 하는 사람인지를 인식하게 하는, 즉 의사로서의 자기정체성을 형성하도록 하는 기본적 요소가 된다.

옥스퍼드사전에서는 역량(competence)을 "어떤 일을 성공적이고 효율적으로 하는 능력"(the ability to do something successfully and efficiently)이라고 정의한다[4]. 미국 인사관리처(U.S. Office of Personnel Management)에서는 역량을 "개인이 직무역할 또는 직업기능을 성공적으로 수행하기 위해 필요로 되는 지식, 술기, 능력, 행동 및 기타 특성 등의 측정 가능한 패턴"(a measurable pattern of knowledge, skills, abilities, behaviors, and other characteristics

Copyright © 2022 Korean Medical Education Review
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 noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

that an individual needs to perform work roles or occupational functions successfully)이라고 정의하면서, 이러한 역량은 "직무과제를 '어떻게' 수행하는지, 또는 직무를 성공적으로 수행하는 데 필요한 것이 무엇인지를 구체화한다"(competencies specify the "how" of performing job tasks, or what the person needs to do the job successfully)고 하였다[5]. Carraccio 등[6]은 의사의 역량(competency)을 "지식, 술기, 태도 등의 요소를 기반으로 한 복합적 행동 구성"(a complex set of behaviors built on the components of knowledge, skills, attitudes)이라 정의하였고 역량(competence)은 그것의 "개인적 능력"(personal ability)이라고 구분하여 정의한 바 있었다[6]. 일반적으로 competence와 competency라는 이 두 개 단어는 그 의미상 뚜렷하게 구분되어 사용되지는 않으므로 본 논문에서는 Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) 등에서의 용례에 따라 역량을 competency로 통일시켜 사용하기로 한다. Whitcomb [7]은 의사가 "역량이 있다는 것"(to be competent)은 "전문성을 가진 구성원들에 의해 수립된 실무기준에 따라 사회의 기대에 부합되는 방식으로 의료적 치료 또는 다른 전문적 서비스를 제공할 수 있는"(they are able to provide medical care and/or other professional services in accord with practice standards established by members of the profession and in ways that conform to the expectations of society) 것을 의미한다고 하였다. Frank [8]는 역량을 "중요하고 관찰 가능한 지식, 술기, 태도"(important observable knowledge, skills and attitudes)라고 정의하였고, "학문과 공공의료 수행 간 연계 협의회"(The Council on Linkages between Academia and Public Health Practice)에서는 의사의 핵심 역량(core competencies)을 "공공의료의 광범위한 수행을 위한 지식과 술기의 합의된 세트"(a consensus set of knowledge and skills for the broad practice of public health)라고 정의하였다[9].

1990년대부터 몇몇 나라에서는 자국의 의사역량을 규정하고 그 구성요소를 구체적으로 만드는 작업을 시행하기 시작하였고[10], 2012년 세계의학교육연맹(World Federation for Medical Education)이 국가별로 미래지향적 의사의 역할을 규명하여 제정할 것을 권고한 이후로 이러한 작업은 여러 나라에서 더욱 활발히 이루어졌다(project on the future global role of the doctor in health care) [11] (부록 1). 그동안 여러 나라에서 만들어진 의사역량들을 그 세부 내용으로 나열하여 비교한다면 거의 다 유사하다고 할 수 있다. 그러나 그 세부 내용을 어떤 카테고리, 즉 핵심 역량들로 묶는가 하는 것은 나라별로 모두 다 다른 특성을 보인다. 전 세계적으로 많이 참조되는 대표적인 의사역량체계를 보면 다음과 같다. 캐나다의 의사역량체계인 CanMEDS 2015는 의사의 역량을 의사의 역할(role)을 중심으로 하여 총 7개 역량으로 구성하였다[12]. 즉 의료전문가(medical expert), 소통가(communicator), 협력자(Collaborator), 지도자(leader), 건강수호자(health advocator), 학자(scholar), 전문직업인(professional)이 그것이다. 영국이 2020년 만든 'Good Medical Practice'에서는 의사의 역량을 그 속성별로 구분하여 지식, 술기, 수행(knowledge, skill and performance), 안전과 질(safety and quality), 의사소통, 파트너십과 팀워크(communication, partnership and teamwork), 신뢰유지(maintaining trust)의 4개 핵심 역량으로 구성하였다[13]. 미국 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)의 6 core competencies에서는 의사의 활동영역을 중심으로 하여 총 6개로 의사역량을 구분하였다[14]. 즉 환자 진료(patient care), 전문직업성(professionalism), 대인관계와 의사소통기술(interpersonal & communication skill), 의학지식(medical knowledge), 의료체계에 바탕을 둔 진료(systems-based practice), 진료수행에 바탕을 둔 학습과 능력 향상(practice-based learning & improvement)이 그것이다. 이와 같이 미국에서는 캐나다나 영국의 역량체계에서는 보이지 않는 '의료체계에 바탕을 둔 진료'(system-based practice)라는 핵심 역량을 제시하고 있다. 이것은 의사의 진료가 자신이 속한 더 큰 의료·사회시스템에서 어떻게 영향을 받고 영향을 주는지를 이해하는 것을 의미하는데, 구체적으로는 다양한 의료전달체계 및 공공의료 환경(setting)에서 일하는 것의 이해, 환자를 돌보는 것에서의 협력(coordinate), 의료비용을 인지하고 위험-이익 분석을 조합하는 것, 환자 진료의 질을 높이고 최적의 의료시스템을 만드는 것, 여러 직종으로 구성된 팀 안에서 일함으로써 진료의 질과 안전을 높이는 것, 시스템 오류를 밝히는 것에 참여하는 것 등을 의미한다. 이 각각의 내용들은 다른 나라에서 만들어진 의사역량 세부 내용에 어떤 형태로든 다 들어가 있는 것이라 할 수도 있지만, 이것을 이와 같이 하나의 독립된 핵심 역량으로 만들어 강조하는 것은 미국적 의료상황 속에서 미국의 의학교육과 전공의교육에서 무엇을 강조하고 싶어 하는지를 보여주는 하나의 예라고 할 수 있다.

우리나라에서는 2007년에 한국의학교육평가원의 정책과제였던 '전공의를 위한 졸업 후 교육 공통교육과정 개발' 연구를 통하여 이와 연관된 최초의 연구가 이루어졌고[15], 2010년 면허의사 배출 100주년 기념에 맞추어 우리나라 전공의 교육의 고유한 정체성과 주체성 부여를 위하여 대한의사협회 의료정책연구소에서 '한국형 전공의 공통교육과정 개발 보고서'를 발표하였다[16]. 그에 이어서 보건복지부 정책연구로 2013년 대한의학회가 수행한 '전공의의 효율적 수련을 위한 전문 과목별 수련과정 개편 연구'의 공통역량 부분 연구에서는 국내 RESPECT 100 역량, 미국 ACGME의 6개 핵심 역량, 캐나다 CanMEDS의 7개 역할, 영국 General Medical Council (GMC)의 Good Medical Practice 4개 역량을 기초로 하여 우리나라에서 바람직한 전공의 공통교육역량을 제시한 바 있으며[17], 여기에 제시된 공통역량 대부분이 2019년 2월 보건복지부에서 발표한 전공의의 연차별 수련 교과과정에 대한 고시에 포함되었다

[18]. 2014년에는 '한국의 의사상'이 만들어져 발표되었고[19], 이것은 한국의학교육협의회의 인준을 받아 의학교육과 전공의 수련, 평생교육 및 역량개발 연구의 지침으로 사용되었다. 그 후 '한국의 의사상'은 2021년 그 수정작업이 이루어져 '한국의 의사상 2022'로 개정되었다[20]. 이것은 그 제목에서 볼 수 있듯이, 한국적 상황에서 바람직한 의사의 특성을 제시하고 있으며, 그 실제 내용은 의사의 역량을 중심으로 정리되었다고 할 수 있다. 2014년과 2022년 판 모두에서 한국의 의사상은 총 5개 대분류로 그 내용을 구성하였는데, 환자 진료(patient care), 소통가와 협력자(communicator & collaborator) 사회적 책무성(social accountability), 전문직업성(professionalism), 교육과 연구(education and research)가 그것이다. 외국의 경우와 비교하였을 때, '한국의 의사상'은 의사활동의 속성을 중심으로 구성한 특성을 가진다고 할 수 있다. 한국의 의사상은 한국에서의 의사역량을 정리하여 제시한 것으로서의 의미를 가지고 역할을 하여왔다. 그 후 한국의 의사상(2014)을 기반으로 하는 마일스톤과 EPA 설정 연구들이 이루어졌다[21,22]. 그러면서 '한국의 의사상'이 그러한 작업에서의 의사역량 프레임으로 사용되기 위하여 몇 가지 보완되기를 바라는 제안들이 있었다. 즉 일부 제시된 역량은 역량이라기보다는 전문의 취득시점에서의 마일스톤적 성격을 가지고 있다는 것, 일부 역량의 내용이 중복되어 있다는 것, 명확히 정의하기 힘든 의사의 태도 및 자세가 포함되어 있다는 것 등이 그것이었다.

의사의 역량은 한 번 정해지면 계속 사용되는 것이 아니다. 외국의 경우에도 의사의 역량은 시대가 달라져 감에 따라 계속 수정되어져 왔음을 볼 수 있다. 미국 ACGME의 경우, 1999년 "The ACGME Outcome Project"를 처음 시작할 때는 6개의 역량을 공통역량이라고 부르다가 2002년도 1차 개정작업 이후에는 핵심 역량이라는 용어를 혼재하여 사용하면서 그 기본 개념을 변화시켰다[23]. 2005년도에는 차기 인증시스템(Next Accreditation System) 도입을 검토하였고, 2013년도부터 역량 중심 수련과정을 보다 세분하여 각 역량단계를 수준별로 정한 소위 마일스톤(milestone) 역량 중심 수련과정을 출범시켰다[24]. 캐나다 CanMEDS는 CanMEDS 2000이 발표된 후 주기적으로 개정작업이 이루어져 CanMEDS 2005, CanMEDS 2015가 발표되었다. 2015년도에 발표된 CanMEDS 2015에서는 과거 'manager'라고 규정되었던 의사의 역량이 'leader'로 바뀌게 되었고, 여러 수정들이 이루어지면서 2015년, "draft CanMEDS 2015 milestones guide (CanMEDS milestones)"가 나오게 되었다[25]. CanMEDS 마일스톤은 의사 자격증을 취득한 순간부터 전문의 취득 후 최고 마스터 단계까지의 역량을 연속적으로 설정하여, 의사자격증 취득시점 역량, Royal College examination 졸업시점 역량, 전문의 자격 취득시점에서의 역량, 평생 전문직업성 개발단계 역량 등 각 단계별 졸업 역량을 명확히 제시하고 있는데, 연속적 역량 발전체계 면에서는 가장 발달된 역량단계로 평가되고 있다. 이와 같이 의사의 역량 프레임은 시대의 변화와 필요에 맞추어 늘 새롭게 연구되고 수정되어 간다고 할 수 있다.

본 연구는 2020년 한국보건의료연구원의 '환자 중심 의료기술 최적화 연구사업' 중 '환자 중심 성과 향상을 위한 전공의교육체계 개선방안 연구'의 세부 연구주제로 이루어졌다. 전공의의 수련체계를 새로운 역량 중심 성과바탕 수련체계로 전환하고, 이 수련체계를 평가하기 위해서는 먼저 전공의를 포함한 한국 의사의 역량 설정이 이루어져야 그에 따른 마일스톤 설정 및 각 시기별 EPA 설정이 이루어질 수 있기에, 본 연구는 의사의 역량체계로서의 '한국의 의사상'을 보완하면서 다음과 같은 목적을 이루고자 진행되었다.

첫째, 의사의 평생교육 발달과정을 하나의 연속적인 흐름으로 보는 가운데 한국적 상황에서 교육, 수련시기별 마일스톤 도출에 최적화된 역량 프레임을 개발하고자 하였다. 마일스톤이란 의사에게 요구되는 역량들이 어린아이의 발달과 같이 각 시기와 단계에 따라 발달되어 간다는 발상에서 비롯된 것이다. 따라서 각 술기와 지식의 습득을 수준별로 정하고, 마일스톤의 평가를 통해 전공의가 습득하는 역량의 수준을 단계별로 관찰하고 피드백할 수 있도록 설계하는 것이 중요하다. 본 연구는 의사의 기본 역량구조를 만들어 이를 바탕으로 의과대학(의대) 졸업, 수련의 졸업, 전공의 졸업, 평생 전문성 개발까지 각 시기에 맞는 마일스톤을 결정할 수 있도록 의사 역량 틀을 제시하는 것을 목표로 한다. 이를 통하여 교육 가능하고 평가 가능하며, 그를 통하여 단계적 발달이 연속적으로 가능하도록 하는데 좀 더 적합한 의사역량체계를 만드는 것을 목적으로 하였다.

둘째, 의사의 역량을 환자 중심의 시각에서 개발하고자 하였다. 그동안 만들어진 의사역량 프레임들은 주로 의학교육 전문가들과 이 영역에 좀 더 전문성을 가진 의사들에 의하여 만들어진 특징을 가지고 있다고 할 수 있다. 이것은 개발과정에서 의료의 맥락이나 교육의 방법론을 반영해야 함에 따라 불가피한 측면이 있었으나, 결과적으로는 환자나 의료사회의 일반적 시각과 의견을 충분하게 반영하지 못한 한계가 있었다고 할 수 있다. 이를 위하여 본 연구에서는 의사역량에 대한 일반 시민들과 간호사들의 의견 등을 수렴하였고, 의사 중에서도 의학교육자나 의대 교수뿐만 아니라 봉직의, 개원의, 전공의, 그리고 의대생에 이르는 다양한 의사 및 예비의료인들의 의견을 수렴하여 진행하였다.

본 연구는 충남대학교병원 의학연구 연구윤리심의위원회의 승인(CNUH 2021-02-025)을 받은 후 시행하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구절차

본 역량은 다음과 같은 단계를 거쳐서 개발되었다.

1단계: 7명의 의학교육 전문가 연구팀이 워킹그룹으로 구성되었고, 논의를 통하여 역량개발 연구의 목적 및 본 연구를 수행하는

데 있어 고려할 사항 등을 확정하였다.

2단계: 국내·외의 의사역량 연구 문헌 및 자료들을 분석하고, 의사역량과 연관된 내용들을 논문, 신문기사, social networking service (SNS)에서는 어떻게 다루었는지를 알아보기 위하여 국내 논문(2011-2020), 국내 신문기사(2016-2020), SNS 자료(2016-2020)를 대상으로 토픽 모델링 방법을 이용한 빅데이터 분석을 시행하였다[26-28]. 이러한 작업을 거쳐 본 연구의 결과로 작성되는 환자 중심 의사역량체계의 핵심 역량과 그 하부 역량의 틀을 1차안으로 만들었다.

3단계: 2단계에서 만든 역량 내용을 가지고 타당화 작업을 실시하였다. 이를 위하여 첫째, 28명의 의학교육 전문가들을 대상으로 2차에 걸친 델파이 조사를 실시하였고[29], 둘째, 일반 시민 1,000명, 간호사 407명, 의대생 237명, 전공의 361명, 전문의 200명을 대상으로 그들이 생각하는 의사의 역량에 대한 조사를 하여 2차안을 구성하였다[30].

이상의 과정을 거쳐 만들어진 2차안을 가지고 공청회를 실시하여 그것에서 나온 의견들을 반영하고, 국어학자의 감수를 받아 '한국의 환자 중심 의사역량' 최종안을 작성하였다.

2. 역량개발 과정

본 연구에서는 기존 역량체계들에 대한 분석과 문헌고찰, 한국적 상황에서의 필요 등을 검토하였다. 그리고 SNS, 신문기사를 대상으로 한 토픽 모델링(topic modeling)을 통하여 일반 시민들이 원하는 의사의 역량을 (1) 연구하는 의사, (2) 협력하는 의사, (3) 친절하고 윤리적인 의사, (4) 소통하는 의사, (5) 사회활동에 참여하는 의사의 5개 topic으로 나눌 수 있었다. 여기에 의사로서의 가장 기본적인 역량인 질병을 치료하는 전문가로서의 역량을 포함하여 총 6개의 의사역량을 추출하였다. 이러한 6개 의사역량을 가지고 의대생들과 전공의들의 교육 마일스톤과 EPA를 구성하는데 가장 효과적인 방법으로 기존의 역량체계의 구분기준인 역할, 영역, 속성보다는, "대상 중심" 역량이라는 새로운 구분기준을 사용하기로 하였다. 즉 의사들의 활동대상을 (1) 질병, (2) 환자 및 보호자, (3) 동료 의료인, (4) 사회, (5) 자기 자신, (6) 학문으로 구분하고, 이 각 대상에 대한 역량을 6개 핵심 역량으로 구분하였다. 이러한 대상 중심 역량 구성의 의미는 뒤의 토론에서 다룬다. 그 후 시행된 28명의 의학교육 전문가들과 의사들을 대상으로 하는 델파이 조사가 2차에 걸쳐 이루어졌다. 이를 통하여 2단계 연구작업을 통하여 만들어졌던 1차안의 수정작업이 이루어졌다. 그리고 그것을 토대로 일반 시민, 간호사, 의대생, 전공의, 의사들을 대상으로 하는 의사의 역량에 대한 설문을 통하여 총 2,710개의 설문 응답을 받았고, 그 중 반복된 내용 등을 제거한 1,647개의 반응을 분석하였다. 그중 1회만 반응이 있었던 응답, 의미 없는 단어 등을 삭제하고 최종적으로 776개의 단어를 가지고 워드 클라우딩(word clouding) 과정을 진행하였다. 이러한 과정에서 나온 의사의 역량에 대한 의견들은 세부 역량 내용에 반영할 것들은 있었으나, 본 연구에서 제안한 6개 핵심 역량을 벗어난, 그래서 새로운 핵심 역량을 만들어야 할 정도로 중요하게 나타난 내용은 없었다. 이러한 과정을 거쳐 2021년 11월 23일에 있었던 공청회에는 한국의과대학의전원협의회 대표, 한국의학교육평가원 대표, 대한전공의협의회 대표, 전국의과대학생협의회 대표 및 의학교육 전문가 2인 등 총 6명의 패널과 80명의 참가자들이 함께하여 본 연구의 결과에 대한 토론을 하였고, 최종적으로 국어학자의 감수를 받아 최종안을 작성하였다.

결 과

위와 같은 과정을 통하여 본 연구에서 도출된 '한국의 환자 중심 의사역량'의 핵심 역량(core competency)은 6개의 대상 중심 의사역량으로 다음과 같이 구성되었다. 첫째, 의사는 전문가(expert)로서 질병 및 건강에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다. 둘째, 의사는 소통가(communicator)로서 환자에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다. 셋째, 의사는 협력자(collaborator)로서 동료에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다. 넷째, 의사는 보건의료 리더(healthcare leader)로서 사회에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다. 다섯째, 의사는 전문직업인(professional)으로서 자신에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다. 여섯째, 의사는 의학발전에 기여하는 사람(scholar)으로서 학문에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다.

본 역량의 체계는 가장 상위의 핵심 역량(core competency), 그 아래의 세부 역량(sub-competency), 그리고 그 하위의 실행 역량(enabling competency)으로 구성하였으며, 그 내용은 부록 2에 있다. 각 핵심 역량별 내용을 설명하면 다음과 같다.

1. 전문가로서 질병/건강에 대한 역량

의사역량으로서 가장 기본적으로 언급되는 것은 질병과 건강에 대한 전문가로서의 역량이다. 이 역량은 전통적으로 의사 양성과정에서 가장 강조된 역량이며 진단 및 치료과정에서 업무 수행능력을 일컫는다. 이번 연구에서는 이것을 단순한 진료역량을 넘어서서 다양한 임상적 의사결정과정에서 과학적인 판단과 환자 중심적 접근을 할 수 있는 역량까지 포함하는 개념으로 기술하였다. 세부 역량은 전문적인 진료, 환자 중심 및 근거 중심 진료, 환자안전 및 삶의 질 향상으로 구성되어 있다.

1) 전문적인 진료

의사는 환자에게 최선의 진료를 제공하기 위해 전문적인 진료능력을 갖추고 있어야 하며 이를 실무적으로 적용할 수 있어야 한다. 진료에 필요한 기본 지식뿐만 아니라 해당 영역의 최신 지견까지 습득하고 있어야 하며 충분히 숙련된 진료술기도 갖추고 시행할

수 있어야 한다. 진료범위 또한 자신의 능력에 부합한 범위 내의 환자를 진료하고 그 범위 밖의 환자는 최선의 진료를 제공하기 위해 다른 의료진에게 의뢰할 수 있어야 한다. 모든 진료과정에서의 기록과 의료서식은 사실에 근거하여 정확하게 작성해야 한다. 이것은 4개의 실행역량으로 구성되는데, 전문적 의학지식을 갖춘 진료, 숙련된 술기를 바탕으로 한 진료, 자신의 능력에 적절한 진료범위를 설정하고 그 범위 내에서 행해지는 진료, 의무기록 및 의료서식을 정확하게 작성하는 것이다.

2) 환자 중심 및 근거 중심 진료

환자를 진료하는 모든 과정에서 환자의 입장과 처지를 고려한 접근이 필수적이다. 환자 중심 면담과 신체진찰에서도 환자 중심적 태도를 유지해야 한다. 또한 진료과정에서 요구되는 다양한 의사결정들도 개별적인 경험에 의존하기보다는 사실과 객관적으로 입증된 근거를 중심으로 판단하며, 모든 환자에게 획일적인 결정을 하지 않고 환자 개인이 가지고 있는 고유한 특성을 존중하여 환자에게 가장 적합한 최선의 의사결정을 해야 한다. 또한 객관적인 판단을 하기에 근거가 부족한 경우에는 불확실성에 대한 통찰을 통해 해당 환자에게 발생할 수 있는 문제를 예측하고 환자에게 최선이 무엇인가의 관점에서 의사결정을 해야 한다. 이것은 3개의 실행역량으로 구성되는데, 환자 중심 병력청취와 신체진찰, 환자의 개별성을 존중하여 환자 중심 의사결정, 근거 중심의 과학적 판단이다.

3) 환자안전 및 삶의 질 향상

진료과정 중에는 환자 안전을 위협하는 다양한 상황들이 발생할 수 있다. 이러한 안전사고들이 발생하는 경우에 신속하고 정확하게 대처할 줄 알아야 하며, 어떤 경우에도 환자안전을 최우선적으로 확보하고 조치해야 한다. 평상시에는 환자안전을 위협하는 요인에 대해 주의를 기울이고 이를 개선하기 위한 팀 활동 및 환자안전 문화 정착에도 적극 참여해야 한다. 최선의 진료결과는 환자 삶의 질 향상에 맞춰져야 하기 때문에 질병의 원인이나 질병의 진행상태와 관계없이 환자의 고통과 통증에 귀 기울이며 이를 완화하기 위해서도 최선을 다해야 한다. 또한 말기 상태의 환자들에게는 품위 있는 죽음을 맞이할 권리가 있음을 인식하고 이러한 요구를 존중하고 진료에 반영해야 한다. 이에 따라 5개의 실행역량으로 구성되는데, 환자안전을 위협하는 상황 대처, 환자안전을 위한 진료환경 조성, 삶의 질에 대한 환자의 요구 반영, 환자의 고통과 통증에 적극 대처, 환자의 위엄 있고 품위 있는 죽음에 대한 존중이다.

2. 소통가로서 환자에 대한 역량

환자와 의사 간의 소통은 상호 신뢰관계를 형성하는 데 매우 중요하다. 환자는 자신의 상태를 설명하고, 의사는 이를 바탕으로 환자의 병을 추론한다. 의사와 환자 사이에서 형성되는 인간적인 유대감은 의사와 환자 모두에게 긍정적으로 작용하며[31], 의사와 환자 간 형성되는 신뢰와 이해의 감정은 전체 의료서비스의 질과 만족도를 높이며, 그 자체로도 치료적 효과가 있다[32]. 본 한국의 환자 중심 의사역량에서는 환자 및 환자 보호자와의 소통을 강조한다. 이는 의사가 소통해야 할 많은 대상 중 환자나 환자 보호자와의 소통을 소통가(communicator)의 역량으로 강조하는 점에서 볼 수 있다. 전문가 간 소통이나 사회와의 소통은 각각 협력자와 보건의료 리더 역량으로 분리하여 규정하였다. 이는 한국의 의사상에서 '소통과 협력'으로 하나의 역량 개념으로 묶은 것을 '소통'과 '협력'으로 구분하여, 소통은 환자, 보호자와의 소통으로, 협력은 동료 진료팀원들과의 협력으로 그 대상을 명확히 구분하여 핵심 역량으로 제시한 것이다. 이러한 구분은 CanMEDS의 소통역량과 유사하나, ACGME와 호주에서 제시한 소통역량은 보다 광범위한 소통을 의미하고 있다는 점에서 차이가 있다고 할 수 있다. 구체적인 세부 역량은 다음과 같다.

1) 상호 협력적 환자–의사 관계

환자와 환자 가족의 입장과 처지를 존중하여 상호 협력적 환자–의사 관계를 형성하는 것이다. 상호 협력적 환자–의사 관계는 신뢰를 바탕으로 한다. 환자–의사와의 신뢰를 바탕으로 하는 관계 구축을 위해서는 환자를 존중하는 마음으로 차별 없이 대해야 한다. 환자–의사 간의 신뢰를 바탕으로 하는 관계는 치료적 관계에 환자가 참여할 수 있게 하며, 환자의 존엄성과 사생활(privacy)을 존중하는 치료계획을 협력적으로 수립할 수 있게 된다. 이것은 4개의 실행역량으로 구성되는데, 신뢰가 바탕이 되는 치료관계 형성, 치료계획 수립에 참여, 환자 및 환자 가족의 가치·선호·필요의 존중, 차별 없는 공정한 대우이다.

2) 공감적 의사소통

환자와 환자 가족의 말을 경청하고 공감적으로 의사소통하는 것이다. 공감적 의사소통은 환자나 환자 가족에 대한 이해와 존중을 바탕으로 하는 의사소통기술이다. 환자나 환자 가족의 입장에서 그들의 감정·생각·표현을 정확하고 편견 없이 받아들여 이해하고 이를 다시 전달해 주는 것을 의미한다. 공감적 의사소통은 상대방으로 하여금 자신이 존중받고 이해받고 있다고 느끼게 하여 긍정적인 관계 형성을 가능하게 한다. 이것은 2개의 실행역량으로 구성되는데, 환자와 환자 가족의 입장에서 경청하는 것과, 이를 공감하여 언어적·비언어적으로 표현하는 것이다.

3) 진료에 대한 설명과 동의받기

이것은 환자에게 충분한 정보를 제공하고 동의 과정을 통하여 환자와 함께 의사결정하는 것을 의미한다. 사전 동의(informed consent)는 환자가 자신의 질병에 대한 치료방법, 의학적 연구대상

여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후에 이에 관한 동의 여부를 결정하는 것으로(보건의료기본법 제12조), 자신에게 실시되는 치료를 스스로 결정할 수 있다는 자기결정을 의미한다. 이는 환자의 권리이며, 의사의 의무에 해당된다. 따라서 제공되는 치료의 목적, 치료에 관련된 위험, 절차, 비용, 치료의 다양한 대안, 동의를 거부하거나 철회할 수 있는 환자의 권리, 동의에 수반되는 시간계획, 치료가 갖고 있는 한계 등에 대한 충분한 설명이 이루어져야 한다. 환자 중심 진료에서는 환자의 자기결정권을 중시하고 있으며, 이는 치료적 신뢰관계를 형성하여 환자-의사 관계의 개선을 가져올 수 있다. 이것은 3개의 실행역량으로 구성되는데, 환자와 보호자에게 동의를 구하기 전에 충분하게 설명하기, 질문이나 불만사항에 적절히 응답하기, 이해와 협조를 구하는 것이다.

3. 협력자로서 동료에 대하여 가지는 역량

협력자로서의 의사역량은 환자 중심 진료와 환자안전을 이루기 위한 중심적 역량이라고 할 수 있다. 이것은 효과적인 협진과 의뢰를 통한 동료의사와의 협력 및 최선의 치료결과라는 목적을 가지고 진료팀 내에서 함께 협력하여 활동할 수 있는 의사의 역량을 말한다. '한국의 의사상'에서는 이러한 능력이 "소통과 협력" 속에 포함되어 있지만, 본 환자 중심 역량체계에서는 소통과 협력을 각각 독립된 핵심 역량으로 분리하여, 소통은 환자와 보호자를 대상으로 하는 소통가로서의 역량으로, 협력은 동료들을 대상으로 하는 협력자로서의 역량으로 그 역량의 대상을 명확히 하여 구분하였다. 이를 통하여 마일스톤과 EPA 개발이 더 구체적인 대상을 향한 것으로 만들어질 수 있도록 하였다. 세부 역량의 내용은 다음과 같다.

1) 효과적인 협진과 의뢰

동료 의사와의 협력에 있어, 의사는 자신이 가진 능력 안에서의 진료범위(또는 진료전문성)를 명확히 인식하고, 환자에게 최선의 결과를 만들기 위하여, 필요한 경우 협진과 의뢰를 정확히 할 수 있는 능력을 가지는 것이 필요하다. 협진과 의뢰상황에서는 환자의 동의가 필요하며, 협진과 의뢰 시에 필요한 환자 관련 정보를 충분히 제공하여야 하며, 그 과정에서 상대 의사를 존중할 줄 아는 능력이 필요하다. 이것이 2개의 실행역량을 구성한다.

2) 팀워크와 개선을 위한 노력

최선의 치료결과라는 목적을 지닌 진료팀 내에서의 협력역량이 필요하다. 진료팀 내에서의 자신의 역할, 능력, 책임을 알고 이를 충실히 수행하여야 하며, 다른 팀원의 전문성을 존중하여 그들이 맡은 역할을 잘 수행할 수 있도록 도울 수 있어야 한다. 팀 내에서 발생할 수 있는 여러 갈등상황과 이해상충 상황에서도 각자의 차이점을 인식하고 상황을 해결할 수 있도록 협력하며, 최종 목적인 최선의 환자 치료결과를 위해 진료팀 안에서 지속적으로 평가 및 개선활동을 할 수 있는 역량이 있어야 한다. 여기서 특히 중요한 것은 개선을 이룰 수 있는 역량이다. 즉 의사는 자신에게 주어진 진료환경 안에서 성실하게 업무를 수행하는 것을 넘어, 환자를 위하여 더 나은 진료환경이 만들어질 수 있도록 하는 개인적, 팀적, 기관적 개선노력을 수행할 수 있는 역량을 가지는 것이 매우 중요하다. 이것이 4개의 실행역량을 구성한다.

4. 보건의료 리더로서 사회에 대하여 가지는 역량

보건의료 리더로서 사회에 대하여 가지는 역량은, 본 역량개발에 있어 가장 다양한 의견들이 있었던 영역이었다. 그러한 논의의 결과로 보건의료 리더로서의 의사는 사회에 대하여 다음과 같은 역량을 가져야 한다고 정리하였다. 여기서 보건의료란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다('보건의료기본법' 제3조[정의] 제1호). 이러한 개념을 바탕으로 본다면, 보건의료는 지역사회에서 '예방'과 '환경개선'에 좀 더 초점을 두는 (공중)보건활동과, 개별 환자를 대상으로 하는 진단-치료-예방의 의료활동을 모두 포함한 것으로 볼 수 있다. 지도자(리더)란 보건의료조직에서 목표를 설정하고 방향을 이끌어가며 집단과 외부의 조정기능을 수행하는 중심적인 위치에 있는 사람을 의미한다. 보건의료 리더로서의 역할은 보건의료의 공식적인 기구에서는 책임 있는 위치에서 특정한 권한과 책임을 갖고 일을 하는 것이고, 비공식적인 집단에서는 의료의 전문성을 기반으로 전문가로서의 권한을 인정받아 의사로서의 역할을 다른 사람들에게 수행하는 것을 말한다.

1) 건강증진을 위한 사회적 활동

건강증진을 위한 (공중)보건활동은 사회를 기반으로 하는 활동을 전제한다. 건강증진은 보다 양호한 건강상태를 목표로 감염이나 스트레스에 대한 면역력 강화, 일상의 활동력의 증대를 꾀하는 것이다. 영양의 개선, 적절한 운동과 휴식, 정신활동 등의 관리가 포함된다. 공중보건활동의 중요한 측면으로 감염예방, 환경위생, 영양, 체력증진활동 등이 있다. 건강증진의 대상은 개인으로서 환자, 지역사회의 주민, 국민으로 구분할 수 있다. 환자를 대상으로 할 때는 환자의 돌봄이 진료실에서 치료의 차원에 멈추지 않고, 지역사회가 가진 다양한 자원과 서비스를 통해 건강을 증진할 수 있도록 연계할 수 있어야 한다. 지역사회나 국가 단위에서 특정 질병의 환자를 위한 다양한 보건의료서비스를 정책으로 운영하거나 관련 단체에 예산 등을 지원하고 있다(모자보건, 청소년 상담센터, 금연, 해바라기센터, 호스피스기관 등, 특정 환자군에 한정된 난치성 혹은 희귀질환 환자를 위해 별도 예산이 투입되는 정책 간병서비스, 산정특례 등). 의사는 자신이 진료실에서 의료를 수행하는 데 있어서 환자에게 도움이 되는 보건의료 자원과 서비스가 있다면 이를 알고 적절히 활용하여 건강을 증진할 수 있도록 활용해야 한다(예: 천식환자에게

보건소 금연프로그램을 안내해서 이수하도록 권고하는 것 등). 지역사회의 주민에 대해서는 보건의료의 필요(요구)상황에서 공중보건활동(예방, 개선 등)에 의료전문가로 참여한다. 의사는 의료전문가로서 사회가 요구하는 사항에 대하여 응할 책임을 갖는다. 사회 전체에 위협이 되는 공중보건적 응급상황에 대처하거나 의료의 질 향상을 위해 올바른 의학정보를 생산하여 보급할 책임을 가지고 있다. 국가적인 수준에서는 올바른 의학정보를 가지고 국민의 건강을 보호하고 증진할 수 있도록 전문성을 발휘할 수 있어야 한다. 예를 들어 학회를 중심으로 특정 질환의 환자들을 보호하기 위한 각종 법안제도 청원 혹은 자문하는 활동, 필요에 따라 각종 신문기사나 커뮤니티를 통해 전문가로서의 의견을 개진하는 것, 농촌 도서지역에서 지역사회 보건의료 자문역할을 하는 것, 그리고 공공의료기관에서 참여하는 것도 그 방법이 될 수 있다. 이것이 3개의 실행역량을 구성한다.

2) 보건의료의 형평성 강화

형평성이란 동등한 자를 동등하게, 동등하지 않은 자를 동등하지 않게 취급하는 것을 의미한다. 보건의료 리더로서 의사의 역할은 사회적-경제적 불평등이 건강의 불평등을 초래하지 않도록 보건의료 형평성을 강화하는 것이다. 취약계층이란 경제·사회적 측면에서 배제된 약자를 지칭한다. 보건의료분야에서의 취약계층은 의료서비스 자원이용에 제약이 있거나 질병에 걸릴 위험이 큰 인구집단으로 정의할 수 있다. 어린이와 노인, 임산부 등은 건강한 성인남성보다 더 자주 감염성 질환에 걸릴 수 있고 장애나 후유증이 클 수 있기 때문에 건강 취약계층으로 분류된다. 이 밖에도 환경유해인자에 노출되었을 때 민감한 인구집단인 생물학적 약자와 사회·경제적 약자인 저소득층도 보건의료 취약계층에 포함된다. 보건의료기본법은 모든 국민은 법률이 정하는 바에 의해 자신과 가족의 건강에 관해 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 않는다고 규정하고 있다. 또한 국가는 보건의료발전계획을 수립하여 시행해야 하는 것으로 되어 있으며, 평생 국민건강관리사업을 통해 여성과 어린이, 노인, 장애인의 건강증진 등에 대한 규정을 두어 국민의 건강권을 보호하도록 하고 있다. 국민의 건강권을 보호하는 데 있어서 건강불평등이 있다면 이를 개선하고, 보건의료의 형평성을 강화하는 것은 의사가 사회 속에서 리더로서 역할을 수행하며 지향해야 할 목표이다. 구체적으로는 건강권의 위협을 받는 취약계층을 대상으로 건강문제를 파악하고 개선하는 데 의료전문가로서 해당 업무를 수행하는 기구나 단체에 리더로서 역할을 할 수 있어야 한다. 보건의료자원은 건강을 잘 지속시키거나 손상된 건강을 복구시키기 위하여 전문가나 의료서비스 기관이 사용할 수 있는 총체적인 인적, 물적 자원을 의미한다. 보건의료자원의 종류에는 보건의료인력, 보건의료시설, 보건의료장비와 물자, 보건의료지식이 포함된다. 자원의 배분은 제한된 자원의 우선순위의 문제가 발생하게 되는데, 이러한 의사결정은 가치에 대한 판단을 전제로 한다. 보건의료분야에서 의사결정에 고려해야 할 쟁점은 효율성(efficiency)과 형평성(equity)이다. 효율성의 범주에는 임상적 효과, 비용-효과성, 재정영향 등이 있고, 형평성의 범주에는 치료받을 권리, 취약 계층에 대한 보호, 희귀질환에 대한 고려 등이 주로 언급된다. 보건의료의 형평성을 강화하기 위한 소역량에는 보건의료에 투입되는 모든 자원을 배분하는 데 있어서 공정한 활용을 통해 불균형을 해소하여 보건의료의 형평성을 확보하는 것이 포함된다. 이것이 2개의 실행역량을 구성한다.

3) 미래변화 대응 준비

보건의료사회가 빠르게 변화하고 있다. 초저출산 지속, 인구고령화 가속, 다양한 환경변화에 따른 질병구조 변화, 보건의료분야의 패러다임 전환(예방 중심, 환자 중심), 4차 산업혁명에 따른 의료기술의 발달(정밀의료, 재생의료) 등의 변화가 나타나고 있는 것이다. 보건의료사회의 변화는 필연적으로 의사에 대한 기대역할의 변화를 불러온다. 따라서 의사는 보건의료의 리더로서 미래변화에 대응할 수 있도록 준비를 해야 한다. 이것은 의사 역할의 훌륭한 수행을 위하여 미래변화를 인지하고 이에 대응하여 준비하는 것(자기계발), 사회의 리더로서 보건의료를 둘러싼 사회적 변화와 과학적 발전이 보건의료사회를 어떻게 변화시킬지 예측하고 이에 대응할 준비를 하는 데 있어 의료전문가로 직·간접적으로 참여하는 것을 의미한다. 이것이 1개의 실행역량을 구성한다.

5. 전문직업인으로서 자신에 대하여 가지는 역량

의사는 의학지식과 기술을 환자에게 잘 적용하여 질병을 치유해야 하는 동시에 직업의 특성상 질병을 가지고 있는 환자를 직접 다루어야 하기 때문에 그 과정에서 의학 전문직업성(medical professionalism)을 실천해야 하는 책무를 가지고 있다. 여기서 의학 전문직업성이란 대중이 의사 또는 의료시스템에 대하여 가지고 있는 신뢰를 증진시키는 일련의 가치, 행동, 관계를 의미한다[33]. 즉 의학 직업전문성은 의사가 대중으로부터 신뢰를 받을 자격이 있다는 것을 증명하는 태도로 구성할 수 있는 것이다[34]. 이러한 정의에 따라 의학 전문직업성은 의사가 가져야 하는 신념과 철학으로도 설명될 수 있기 때문에 관념적인 개념으로 간주되기도 한다[35]. 그러나 의학 전문직업성은 의사가 실제로 무엇을 해야 하고, 개별적으로 또는 집단적으로 어떻게 행동해야 하는지에 근거하여 다루어져야 하기 때문에 실제적 개념에 따라 정의될 필요가 있다. 따라서 본 '한국의 환자 중심 의사역량'에서는 의사가 의학 전문직업성을 실천할 수 있는 역량을 '전문직업인으로서 자신에 대한 역량'으로 제시하면서 범위를 분명하게 설정하였다. 의학 전문직업성을 실천하는 활동영역은 개별 의사가 할 수 있는 부분과 개별 의사가 모인 의사집단

(또는 단체)이 할 수 있는 부분으로 구분되어 제시되었다. 또한 의사 개인이 전문직업인으로서 보건의료활동을 수행하면서 갖추어야 하는 개인의 신념과 가치, 규범, 행동을 윤리성, 자율성, 자기관리로 구체화하여 제시하였다. 윤리성 관련 역량은 '의료윤리 준수'로, 자율성 관련 역량은 '의사 주도의 자율규제 참여'로, 자기관리 역량은 '자기관리 및 동료보호'로 구성하였다. 본 연구가 제안하는 한국의 환자 중심 의사역량(2022)의 전문직업인 역량은 한국의 의사상(2014)의 전문직업성과 CanMEDS (2015)의 professional에 해당한다. 해당 역량의 범주를 비교해보면 한국의 의사상과 CanMEDS의 범주는 4개로 구성되어 있는 반면에 한국의 환자 중심 의사역량은 전문직업인 역량을 3개의 범주로 구성되어 있다.

1) 의료윤리 준수

의학 전문직업성을 구성하는 다양한 요소 중에서 첫 번째는 의사의 윤리성이다. 이에 따라 전문직업인 역량에서 '의료윤리 준수'를 역량으로 제시하였다. 본 역량은 직무에서 요구되는 다양한 윤리적 기준을 준수하는 것을 의미한다. 이것은 5개의 실행역량으로 구성되는데, 진료과정에서 발생할 수 있는 윤리적 차원의 문제인식과 대응, 의료윤리를 준수하기 위해 인지해야 하는 규정 및 지침, 이해상충에 대한 인식과 관리, 개인정보보호, 환자비밀보호 등이다.

2) 의사 주도의 자율규제 참여

자율규제는 의학 전문직업성에서 핵심이 되는 규범이다. 의료행위의 적절성에 대한 판단은 의학 전문지식을 갖춘 의사만이 정확하게 판단할 수 있는 부분이 있기 때문에 외부집단에서 관여하는 것은 오히려 오류를 범할 가능성이 있다. 더욱이 진료실이라는 공간은 의사 개인이 진료하는 곳이므로 외부의 감독으로부터 자유로울 수밖에 없기 때문에 의사 스스로가 의료행위에 대하여 엄격한 기준을 적용해야 하는 측면이 있다. 이러한 사실에 근거할 때 의사 주도로 이루어지는 자율규제에 의사가 참여하는 것은 매우 중요한 의미를 가지며, 의사가 주도적으로 자율규제에 참여했을 때 환자의 안전과 이익에 더 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 이 세부 역량은 의사 주도의 자율규제 원칙을 준수하고 관련 활동에 적극 참여하는 것을 의미한다. 이것은 3개의 실행역량으로 구성되며, 자율규제의 이해 및 관련 활동, 자신의 의료행위에 대한 성찰, 동료 의사의 비윤리적 행위에 대한 대응역량들이다.

3) 자기관리 및 동료보호

의사는 자기관리를 통해 신체적, 정신적으로 최상의 상태에 있으면서 환자 진료에 임할 수 있어야 하며, 동료들도 안전하게 그들의 활동을 할 수 있도록 보호하고 도울 수 있는 역량을 가져야 하는 것이 중요하다. 이에 따라 의학전문성을 성공적으로 발휘하기 위해 의사 개인이 갖출 수 있는 역량으로서 '자기관리 및 동료보호'를 직업전문성의 세 번째 역량으로 제시하였다. 이 역량은 의사 자신의 전문성을 최대한 발휘하기 위하여 자신의 건강상태 및 주변 진료환경이 최상의 상태로 유지되도록 관리하는 것을 의미한다. 이것은 2개의 실행역량으로 구성되며, 신체적, 정신적인 건강상태 유지 및 안전한 진료환경 조성이다.

6. 의학발전에 기여하는 사람으로서 학문에 대하여 가지는 역량

'의학발전에 기여하는 사람'은 의학이라는 학문에 대한 역량으로, 학문적 전문성을 지속적으로 개발하고, 동료 및 예비의사들의 학습을 촉진하며, 의학의 발전을 위한 탐구에 참여하는 의사역량을 의미한다. 이 역량은 대학에서 근무하는 의사들에게만 해당되는 내용이 아니라 봉직의 또는 개원의사에게도 필수적인 내용으로 규정된다[36]. 특히 '연구' 대신 '탐구'라는 용어를 사용하여 봉직의, 개원의도 의료현장 속에서 비판적·과학적 접근을 통해 의학발전에 기여하는 사람으로서의 역량을 강조하였다. 유사한 내용을 한국의 의사상(2014)에는 교육과 연구 두 항목으로 기술하였는데, 교육은 본 역량 제안에서의 '의사의 학습촉진'과, 연구는 '의학적 탐구'와 비슷하다. 다만, 급변하는 의료기술과 환경에 발맞추어 의사의 전문성을 지속적으로 발전시켜 나가는 역량이 중요해짐에 따라 '지속적 전문성 개발'을 별도로 구분하여 명시하였다[37]. 지속적 전문성 개발은 외국의 역량에 다음과 같이 구체적으로 기술되어 있다. 첫째, 캐나다 역량(CanMEDS, 2015)은 scholar 영역하에 지속적 전문성 개발, 의사의 학습촉진, 의학적 탐구역량 내용을 모두 포함하고 있다. 둘째, 미국 역량(ACGME, 1999)은 practice-based learning and improvement를 별도의 역량으로 기술하고 있어 지속적 전문성 개발을 강조하였다. 셋째, 호주 역량(GMP, 2020)은 maintaining professional performance, teaching, supervising and assessing, undertaking research 영역으로 기술하였다. 넷째, 영국 역량(GMC, 2013)은 별도의 영역으로 구분하지 않고, safety and quality, communication, partnership and teamwork 영역에 지속적 전문성 개발과 의사의 학습촉진 역량을 설명하였다. 본 역량은 캐나다 CanMEDS (2015)와 호주 GMP (2020)의 역량과 유사하다고 볼 수 있다.

1) 지속적 전문성 개발

의사는 의료를 실천하는 동안 현재와 미래의 환경변화에 민감하게 반응하여, 학문적 전문성에 대한 성찰을 통해 새로운 학습이 필요한 부분을 찾아낼 수 있어야 한다. 의사 스스로 최신의 의학지식과 기술을 찾아 배울 수 있는 계획을 세운다. 전문성 향상에 필요한 정보와 자원을 선택하고, 평가하며, 배움을 실천한 후에, 자신의 진료에 통합할 수 있어야 한다. 이것은 1개의 실행역량으로 구성되며 내용은 '최신의 지식과 술기를 학습하고 활용한다'이다.

2) 의사의 학습촉진

의사는 동료 및 예비의사들의 학습을 촉진하는 안전한 환경을 조성할 수 있는 역량이 있어야 한다. 이에 따라 효과적인 교육방법을 사용하여 동료와 예비의사를 지도할 수 있어야 한다. 이때 타당한 평가방법을 사용하여 그들을 객관적으로 평가하고, 학습 및 성과를 향상시키기 위해 건설적인 피드백을 제공할 수 있어야 한다. 이것은 1개의 실행역량으로 구성되며, 내용은 '효과적 교육, 객관적 평가와 건설적 피드백을 통해 동료 및 예비의사의 학습을 돕는다'이다.

3) 의학적 탐구

의사는 의료현장 속에서 의학을 발전시킬 수 있는 학문적 질문을 제기할 수 있어야 한다. 그것을 해결하기 위해 연구 및 학술조사의 과학적 원리에 대해 이해하고 과학적 접근을 시도할 수 있어야 한다. 연구를 수행하거나 참여할 때에는 연구윤리 원칙과 지침을 준수하여야 한다. 이것은 2개의 실행역량으로 구성되는데, '의료현장 속에서 학문적 질문을 제기하고, 근거의 비판적 검토를 통해 과학적 접근을 시도한다.' '학술연구 활동 시 연구윤리 원칙과 지침을 준수한다.'이다.

고 찰

본 '한국의 환자 중심 의사역량'의 개발과정과 그 결과물로서의 의사역량체계는 다음과 같은 특징을 가진다고 할 수 있다.

첫째, '대상 중심'의 핵심 역량 구분을 하였다. 그동안 국제적으로 만들어진 의사의 역량구조는 캐나다의 CanMEDS처럼 의사 역할(role)을 중심으로 구분을 하든지, 또는 미국의 'ACGME 6 Competencies'와 같이 의사 활동영역을 중심으로 구분하든지, 영국의 'Good Medical Practice'처럼 그 활동의 속성에 따라 구분을 하였다. 그 각각은 그 나름대로의 장점을 가지고 있다고 할 수 있다. 그러나 본 역량구조는 그 역량을 '대상 중심' 역량체계로 구성하였다. 이것은 의학교육과 수련교육의 명확성과 편리성을 목표로 한 역량체계이며, 이를 통하여 환자 중심 의사역량을 만들어 가기 위한 것이다. 이것의 특성을 예를 들어 설명한다면 다음과 같다. 의사의 역량으로서 '의사소통'이라는 것은 국내외 모든 의사역량 내용으로 나오는 것이다. 캐나다의 CanMEDS에서도 7개의 역할역량 중 하나로 소통가(communicator)라는 역량을 이야기한다. 여기서 이런 소통이란 당연히 환자뿐만 아니라 동료 의료인들과의 의사소통도 의미하며, 동시에 사회와의 소통도 의미한다. 즉 매우 포괄적인 대상을 가지기에, 교육을 받는 의대생, 수련의들 입장에서 이런 의사소통이 누구를 향한 어떤 의사소통이어야 하는지에 대한 분명한 개념을 가지기에 어려워지는 측면이 있다. 이것은 교육을 시키는 교육자에게도 어려움을 주며, 연속적이고 발달적인 차원에서의 역량교육과 그 평가에 있어서도 모호함을 줄 수 있는 측면이 있다. 따라서 본 연구의 환자중심 의사역량체계에서는 소통가로서의 의사 역할이 모든 대상에게 중요하지만, 그 중에서도 '환자'를 대상으로 하는 의사소통가여야 한다는 것을 명확히 함으로써, 의대생과 전공의, 전문의들은 자신이 바로 환자 및 보호자를 향한 의사소통가가 되어야 한다는 것을 명확히 인식하도록 한다는 장점이 있다. 이러한 명확성을 위하여 동료나 사회와의 관계에서 필요로 되는 의사소통 역량은 그를 통하여 최종적으로 이루어야 하는 동료와의 협력, 사회 속에서의 리더의 역할이라는 핵심 역량에 분산배치하였다. 이런 '대상 중심' 체계로 역량을 구분하여 핵심 역량을 구성한 것이 가지는 장점이 이로 인한 단점보다 더 크다는 것이 연구팀의 생각이었다.

둘째, 교육과 평가가 가능한 구체적 역량만으로 구성하여 전공의 수련교육에 편리하도록 하였다. 본 '한국의 환자 중심 의사역량체계'는 학생, 전공의, 전문의 등이 반드시 갖추어야 하는 역량 중심으로만 구성하여, 이를 통하여 명확한 마일스톤과 EPA 개발이 가능하고, 그에 대한 발달적인 평가가 가능한 것만으로 구성하였다는 특징을 가진다. 의사가 가져야 하는 특성으로 바람직하기는 하지만, 그 내용이 추상적이거나 개념적이어서 평가가 어려운 내용들은 포함시키지 않았다. 이에 따라 각 임상전문과들에서 전공의 수련교육에 실제적으로 사용할 수 있도록 만들었다.

셋째, 환자 중심의 역량을 구성하기 위하여 다양한 개발방법을 사용하였다. 본 '한국의 환자 중심 의사역량'은 명확히 '환자 중심'의 의사역량이 될 수 있도록 의학교육 전문가들로 구성된 연구팀의 논의 및 전문가들의 델파이 조사뿐만 아니라 그에 더하여서 SNS에서 일반인들이 언급한 의사의 역량, 신문기사에서 언급된 의사의 역량, 국내외 의학교육 관련 논문에서 언급된 의사역량에 대한 조사를 체계적으로 실시하였다. 또한 일반시민, 간호사, 의대생, 전공의, 봉직의, 개원의, 대학교수 등의 전문의들에게도 의사의 역량에 대한 의견들을 설문조사하여 그 내용들을 구성하였다는 특징을 가진다. 이것은 한 국가가 의사역량 체계를 만드는 데 있어 국제적으로도 그 전례가 없는 방법이었고, 향후 다른 나라에서도 의사역량 체계를 만드는 데 있어 하나의 모델로 사용될 수 있는 방법이라고 생각한다.

결론적으로, 환자 중심의 의사역량으로서 '대상 중심'의 핵심 역량과 그 하부 역량들인 세부 역량과 실행역량을 제안한 본 연구의 결과를 토대로, 향후 기대되는 후속작업은 다음과 같다. 첫째, 제시된 본 역량을 바탕으로 의사 양성시기별 마일스톤을 설정하는 것이다. 기본적으로 4단계, 즉 의대 졸업 시(수련의 진입 시), 수련의 졸업 시(전공의 진입 시), 전공의 졸업 시(전문의 취득 시) 및 평생 전문성 개발단계에서 각 역량별 마일스톤을 설정하며, 이를 토대로 시기별 EPA를 설정하는 작업들이 이루어져야 할 것이다. 둘째, 설정된 마일스톤 및 EPA를 토대로 각 교육 및 수련시기별로 중요한 교육과정 설계, 시행 및 평가의 기준을 설정하는 것이 이루어져야 할 것이다. 이를 통하여 기본의학 교육과정에서부터 수련의 과정, 전공의 수련과정 및 평생 전문성 개발단계까지 하나의 연속적인 교육체계 설정과 실제 교육 및 수련 시행이 이루어질 것이라 기대한다.

일반 국민들과 환자들의 의료에 대한 기대와 의식이 변하고 있다. 동시에 국가와 사회가 추구하는 의료제도와 의료체제도 변하고 있다. 이에 더하여 과학과 의료기술도 하루가 다르게 변화하고 있다. 이런 가운데 의료와 의사의 역할에 대한 전문의, 전공의, 의대생들의 생각도 빠르게 변하고 있다. 모든 것이 이렇게 변화되고 있는 가운데, 필요한 의사의 역량도 변해갈 수밖에 없다. 그런 의미에서 이번 '한국의 환자 중심 의사역량'의 개발 역시 그러한 변화에 대응하기 위한 한국 의학계의 또 하나의 시도였다고 생각한다. 다양한 의견들과 생각들이 계속 토론되고 검토되면서, 그것이 결과적으로 미래 전문의료인으로 살아가게 될 의대생들과 전공의들을 향한 더 효과적이고 효율적이며, 균형 잡힌 의학교육과 전공의 교육이 될 수 있도록 만들어 가는 것이 현재 의학교육과 수련교육을 담당한 사람들의 중요한 사회적 책무가 될 것이다. 그런 의미에서 앞으로도 의사역량 체제 구성활동이 지속되기를 기대한다.

연구비 수혜

이 연구는 한국보건의료연구원의 2020년도 환자 중심 의료기술 최적화 연구사업 중 환자 중심 성과 향상을 위한 전공의 교육체계 개선방안 연구의 연구비 지원으로 이루어졌다(과제번호: HC20C0138).

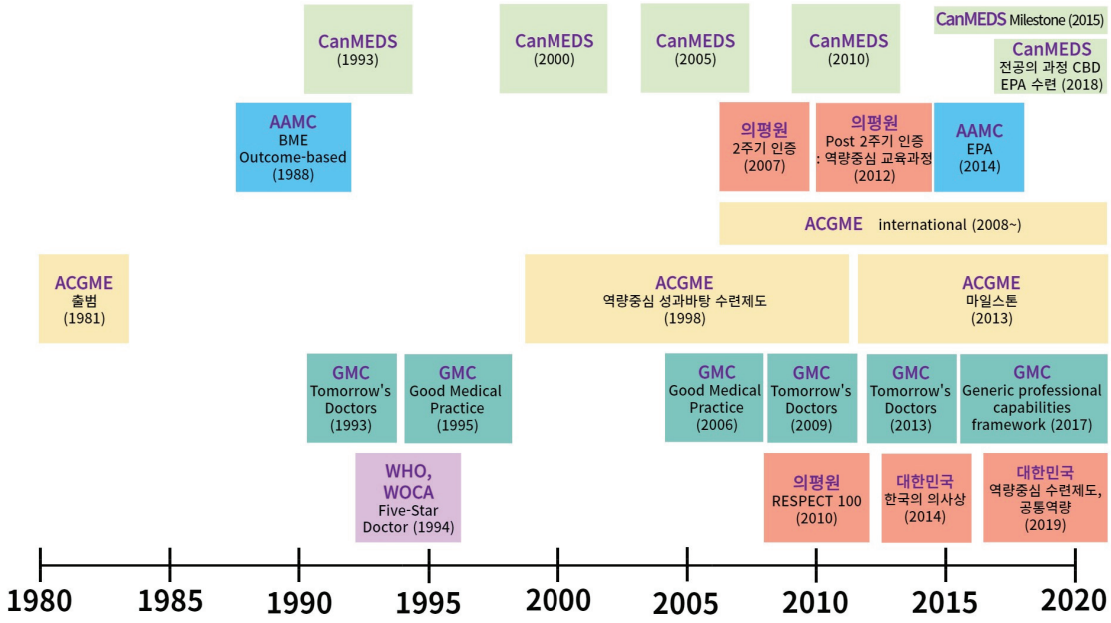
저자 기여

전우택: 자료수집 및 논문초안 작성; 정한나, 김영전, 김찬웅, 윤소정, 이건호, 임선주: 자료수집 및 원고 작성; 이선우: 논문검토 및 수정

REFERENCES

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Next Accreditation System Milestones [Internet]. Chicago (IL): Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2015 [cited 2022 Mar 13]. Available from: https://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/430/ProgramandInstitutionalAccreditation/NextAccreditationSystem/Milestones.aspx.
2. Association of American Medical Colleges. Core entrustable professional activities for entering residency: curriculum developers' guide. Washington (DC): Association of American Medical Colleges; 2014.
3. ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? Acad Med. 2007;82(6):542-7.
4. Soanes C, Stevenson A. The Oxford Dictionary of English: competence. Rev ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
5. U.S. Office of Personnel Management. Policy, data, oversight: assessment & selection: competencies [Internet]. Washington (DC): U.S. Office of Personnel Management; 2019 [cited 2022 Mar 13]. Available from: https://www.opm.gov/policy-data-oversight/assessment-and-selection/competencies/.
6. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. Acad Med. 2002;77(5):361-7.
7. Whitcomb ME. Competency-based graduate medical education?: of course! But how should competency be assessed? Acad Med. 2002;77(5):359-60.
8. Frank JR. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework: better standards, better physicians, better care. Ottawa (ON): Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
9. The Council on Linkages between Academia and Public Health Practice: Core Competencies for Public Health Professionals. Washington (DC): Public Health Foundation; 2021.
10. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. Med Educ. 2008;42(3):248-55.
11. World Federation for Medical Education. Role of the doctor, 2012. Copenhagen: World Federation for Medical Education; 2012.
12. Frank JR, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa (ON): Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
13. General Medical Council. Good medical practice. London: General Medical Council; 2020.
14. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Med Teach. 2007;29(7):648-54.
15. Ahn DS, Kwon BK, Kwon SY, Kim BS, Lee YH, Jeon YH, et al. Development of generic curriculum for graduate medical education. Seoul: Korea Institute of Medical Education and Evaluation; 2009.
16. Lee MS, Ahn DS, Kim MK, Kim YR, Bae JY. Development of generic curriculum for graduate medical education. Seoul: Korea Medical Association, Research Institute for Healthcare Policy; 2010.
17. Kim JJ, Whang KC, Kang WK, Kwon SH, Kim JT, Lee SK, et al. A study on the reorganization of the training curriculum for efficient training of the residents. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2013.
18. Ministry of Health and Welfare. Notice of Ministry of Health and Welfare: 2019-34 [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019 [cited 2022 Mar 13]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=5900&CONT_SEQ=347949&FILE_SEQ=259258.
19. Ahn DS, Han JJ, Lee MJ, Huh YJ, Kwon BK, Kim MK, et al. A study on role of Korea's doctors. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2013.
20. Han JJ. A study on Korean doctor's role 2020. Healthc Policy Forum. 2021;19(4):53-9.
21. Lee SW, Kim WS, Park SB, Park JH, Park JS, Lee SY, et al. Development of general competencies and EPA based on roles of doctors in South Korea. Seoul: Korea Medical Association, Research Institute for Healthcare Policy; 2018.
22. Lee SW, Kim YM, Kim HW, Park JH, Soe JH, Yoon BY, Lee SY, Im SJ, Jang HW. Development of a New Residency Training Program in Korea. Seoul: Korea Medical Association, Research Institute for Healthcare Policy. Forthcoming 2022.

23. Kavic MS. Competency and the six core competencies. JSLS. 2002; 6(2):95-7.
24. Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. The next GME accreditation system: rationale and benefits. N Engl J Med. 2012;366(11):1051-6.
25. Frank JR, Snell LS, Sherbino J. The draft CanMeds 2015: milestones guide. Ottawa (ON): Royal Collee of Physicians and Surgeons of Canada; 2014.
26. Kim YJ, Lee JW, Yune S. Research trends on doctor's job competencies in Korea using text network analysis. Korean Med Educ Rev. 2022; 24(2):93-102.
27. Jung H, Lee JW, Lee GH. Analysis of social needs for doctors and medicine through a keyword analysis of newspaper articles (2016-2020). Korean Med Educ Rev. 2022;24(2): 103-12.
28. Kim C, Lee JW, Im S. Exploration of public issue in doctor's competency through social network analysis. Proceedings of the Korea Medical Education Conference 2022 of The Korean Society of Medical Education; 2022 May 19-20; Suwon, Korea. Seoul: Korean Society of Medical Education; 2022.
29. Im S, Kim YJ, Kim C, Lee GH, Jung H, Jeon WT, et al. A study on the patient-centered doctor's competency in Korea: validation through Delphi survey. Proceedings of the Korea Medical Education Conference 2022 of The Korean Society of Medical Education; 2022 May 19-20; Suwon, Korea. Seoul: Korean Society of Medical Education; 2022.
30. Yune S, Kim YJ, Kim C, Lee GH, Im S, Jung H, et al. A study on the patient-centered doctor's competency in Korea: Korean doctor's competency as perceived by citizens and medical professionals. Proceedings of the Korea Medical Education Conference 2022 of The Korean Society of Medical Education; 2022 May 19-20; Suwon, Korea. Seoul: Korean Society of Medical Education; 2022.
31. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. Fam Med. 2002;34(5):353-61.
32. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. Br J Gen Pract. 2001;51(470):712-8.
33. Report of a Working Party. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. London: Royal College of Physicians of London; 2005.
34. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med. 2000;75(6):612-6.
35. Thirumoorthy T. Medical professionalism: why, what and who of it? Singap Med Assoc News. 2010;42(9):22-3.
36. Anandarajah G, Gupta P, Jain N, El Rayess F, Goldman R. Scholarly development for primary care residents. Clin Teach. 2016;13(6):415-21.
37. Allen LM, Palermo C, Armstrong E, Hay M. Categorising the broad impacts of continuing professional development: a scoping review. Med Educ. 2019;53(11):1087-99.



부록 1. 국가별 의사역량 및 역량기반 교육의 도입 시기. AAMC, Association of American Medical Colleges; ACGME, Accreditation Council for Graduate Medical Education; BME, basic medical education; GMC, General Medical Council; CBD, competence by design; EPA, entrustable professional activities; WHO, World Health Organization; WONCA, World Organization of Family Doctors.

부록 2. 한국의 환자 중심 의사역량

핵심 역량(core competency)	세부 역량(sub-competency)	실행 역량(enabling competency)
1. 의사는 전문가(expert)로서 질병 및 건강에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다.	1.1. 전문적인 진료(expertise in patient care): 전문적인 진료에 필요한 역량을 갖추고 이를 실무에 적용한다.	1.1.1. 전문적 의학 지식을 갖추어 진료한다. 1.1.2. 숙련된 술기를 바탕으로 진료한다. 1.1.3. 자신의 능력에 적절한 진료범위를 설정하고 그 범위 내에서 진료한다. 1.1.4. 의무기록 및 의료서식(진단서 등)을 정확하게 작성한다.
	1.2. 환자 중심 및 근거 중심 진료(patient centered and evidence based care): 의료에 내재된 불확실성과 환자 개인의 고유성을 인식하며, 환자 중심의 의사결정과 근거 중심의 과학적 판단을 한다.	1.2.1. 환자 중심으로 병력을 청취하고 신체를 진찰 한다. 1.2.2. 환자의 개별성을 존중하여 환자 중심의 의사결정을 한다. 1.2.3. 근거 중심의 과학적 판단을 한다.
	1.3. 환자 안전 및 삶의 질 향상(promoting patient safety and quality of life): 환자의 안전과 삶의 질 향상을 궁극적인 목표로 삼고 진료에서 이를 실현하기 위하여 노력한다.	1.3.1. 환자안전을 위협하는 상황에 대처한다. 1.3.2. 환자 안전을 위한 진료환경의 조성에 노력한다. 1.3.3. 삶의 질에 대한 환자의 요구를 진료에 반영한다. 1.3.4. 환자의 고통과 통증에 적극적으로 대처한다. 1.3.5. 환자의 위엄 있고 품위 있는 죽음을 존중한다.
2. 의사는 소통가(communicator)로서 환자에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다.	2.1. 상호협력적 환자-의사 관계 형성(patient-doctor's partnership): 환자와 그 가족의 의견과 처치를 존중하여 상호협력적 환자-의사 관계를 형성한다.	2.1.1. 환자 및 그 가족과의 신뢰를 바탕으로 한 전문적 치료관계를 형성한다. 2.1.2. 치료계획을 세울 때에 환자와 그 가족을 참여시킨다. 2.1.3. 환자와 그 가족의 가치, 선호, 필요를 존중한다. 2.1.4. 환자와 그 가족을 대할 때에 그들의 사회경제적 상태, 연령, 성별, 종교, 인종 등 조건에 따른 차별 없이 대한다.
	2.2. 공감적 의사소통(empathic communication): 환자와 그 가족의 말을 경청하고 공감적으로 의사소통한다.	2.2.1. 환자와 그 가족의 입장에서 그들의 감정, 생각, 표현을 편견 없이 경청한다. 2.2.2. 환자와 그 가족의 고통을 공감하고 이를 언어적 또는 비언어적으로 적절히 표현한다.
	2.3. 진료에 대한 설명과 동의받기(providing explanations and obtaining informed consent to medical treatment): 환자와 그 가족에게 충분한 정보를 제공하고, 동의 과정을 통하여 그들과 함께 의사결정을 한다.	2.3.1. 환자와 그 가족의 동의가 필요할 때에는, 그들이 정보에 입각한 결정을 할 수 있도록 사전에 진단, 경과, 위험에 대하여 설명한다. 2.3.2. 환자와 그 가족에게 질문이나 발언할 시간을 충분히 주고, 질문이나 요구에는 적절한 응대를 한다. 2.3.3. 진료 종결, 대진, 의뢰, 전원 등을 할 때에는 사전에 환자와 그 가족에게 충분히 설명하여 이해와 협조를 구한다.
3. 의사는 협력자(collaborator)로서 동료에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다.	3.1. 효과적인 협진과 의뢰(effective consultation and transfer): 최선의 진료를 위하여 협진과 의뢰를 효과적으로 수행한다.	3.1.1. 최선의 진료를 위하여 필요하면 다른 의사에게 협진을 요청하거나 진료를 의뢰한다. 3.1.2. 협진 의사와 의뢰 의사를 존중하며 환자와 그 가족의 동의를 받은 환자 관련 정보를 충분히 제공한다.
	3.2. 팀워크와 개선을 위한 노력(teamwork and continuous quality improvement): 의료의 질을 향상하고 개선하기 위하여 팀원으로서 역할과 책임에 대한 이해를 바탕으로 협력한다.	3.2.1. 진료팀의 구성원으로서 맡은 역할과 책임을 충실히 수행한다. 3.2.2. 진료팀의 구성원으로서 팀원들의 직무전문성을 존중하며, 그들이 역할을 잘 수행할 수 있도록 협력한다. 3.2.3. 팀원들 사이에 있을 수 있는 갈등과 이해상충 상황 등을 인지하며 그 해결을 위하여 노력한다. 3.2.4. 환자돌봄의 질을 향상하기 위하여 지속적으로 팀을 평가하고 개선한다.

(다음 페이지에 계속)

부록 2. 계속

핵심 역량(core competency)	세부 역량(sub-competency)	실행 역량(enabling competency)
4. 의사는 보건의료 리더(healthcare leader)로서 사회에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다.	4.1. 건강 증진을 위한 사회적 활동(social activities for health promotion): 건강증진을 위하여 다양한 공중보건활동과 사회적 의사결정에 참여한다.	4.1.1. 환자의 건강증진을 위하여 진료실 밖의 보건의료 자원과 서비스를 활용한다. 4.1.2. 주민의 보건의료 필요에 응하여 지역사회의 공중보건활동에 참여한다. 4.1.3. 국민의 건강을 보호하고 증진하기 위한 정책수립이나 입법과정에 참여하여 의료의 전문성을 발휘한다.
	4.2. 보건의료의 형평성 강화(improving equity in healthcare): 의료자원의 효율적 배분을 통하여 건강불평등을 개선한다.	4.2.1. 보건의료 취약계층의 건강문제를 파악하고 개선한다. 4.2.2. 보건의료자원의 공정한 활용을 통하여 건강불평등 해소에 기여한다.
	4.3. 미래변화에 대응하는 준비(preparing for future changes): 미래의 보건의료 변화에 대응할 수 있는 준비를 한다.	4.3.1. 사회변동과 과학기술 발전으로 인한 미래 보건의료 변화에 대응할 수 있도록 준비한다.
5. 의사는 전문직업인(professional)으로서 자신에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다.	5.1. 의료윤리 준수(adhering to medical ethics): 직무에서 요구되는 다양한 윤리적 기준을 준수한다.	5.1.1. 진료 과정 속의 윤리적 측면을 인식하고, 윤리적 문제가 발생하였을 경우 적절한 대응을 한다. 5.1.2. 의사윤리강령 및 의사윤리지침을 숙지하고 이를 바탕으로 진료한다. 5.1.3. 진료과정에서 발생할 수 있는 이해상충을 인식하고 이를 적절하게 관리한다. 5.1.4. 전자정보화 된 환자의 정보는 개인정보 보호원칙 및 공익 목적에 맞게 다룬다. 5.1.5. 환자 비밀보호의 원칙을 알고 이를 준수한다.
	5.2. 의사 주도의 자율규제 참여(participating in doctors-led self regulation): 의사 주도의 자율규제 원칙을 준수하고 관련 활동에 적극적으로 참여한다.	5.2.1. 책임 있는 보건의료활동을 위한 의사들의 자율규제 원칙을 이해하고 관련 기구 활동에 참여한다. 5.2.2. 자신의 의료행위에 대하여 사회의 객관적이고 합리적인 비판이 있으면 이를 성찰하고 조정한다. 5.2.3. 동료 의사의 비윤리적인 행위(unprofessional behavior)에 대하여 의사윤리지침에 따라 대응한다.
	5.3. 자기 관리 및 동료 보호(managing doctor's health and well-being): 의사 자신과 주변의 진료환경이 최상의 상태로 유지되도록 관리한다.	5.3.1. 최적의 전문직 수행을 위한 신체적, 정신적 건강상태를 스스로 유지한다. 5.3.2. 자신과 동료 의료인들의 안전한 진료환경을 조성하기 위하여 노력한다.
6. 의사는 의학 발전에 기여하는 사람(scholar)으로서 학문에 대하여 다음과 같은 역량을 가진다.	6.1. 지속적 전문성 개발(developing medical expertise): 학술활동을 통하여 지속적으로 전문성을 개발한다.	6.1.1. 최신의 지식과 술기를 학습하고 활용한다.
	6.2. 의사 학습의 촉진(facilitating doctor's learning): 안전하고 효과적인 교육여건을 조성함으로써 보건의료인의 학습을 촉진한다.	6.2.1. 효과적 교육, 객관적 평가, 건설적 피드백 등을 통하여 동료 및 예비 의사의 학습을 돕는다.
	6.3. 의학적 탐구(medical inquiry)	6.3.1. 의료현장 속에서 학문적 의문을 제기하고, 근거의 비판적 검토를 통하여 과학적 해결을 시도한다. 6.3.2. 학술연구활동을 할 때에 연구윤리 원칙 및 지침을 준수한다.