

공청회 자료 2002-12

회복불능환자의 연명치료 중단에 관한 공청회

☐ 일시: 2002년 5월 27일(월), 15:00~18:00

☐ 장소: 한국보건사회연구원 대회의실

한국보건사회연구원

◆ 진행 순서 ◆

14:30~15:00 등록

15:00~15:10 개회식

개회사: 정경배 (한국보건사회연구원 원장)

15:10~17:20 주제발표 및 토론

좌 장: 송상용 (한림대 철학과 교수)

발 표: 제1주제 「안락사에 대한 사회적 인식」

김미숙 (한국보건사회연구원 책임연구원)

제2주제 「연명치료 중단 및 완화치료로의 전환」

손영세 (연세대학교 의과대학 교수)

토 론: 김상득 (전북대학교 철학과 교수)

박상은 (한국 누가회 회장)

이동익 (가톨릭대학 신학대학 교수)

이승민 (변호사)

이윤성 (서울대 의대 법의학 교수)

허대석 (서울대 의대 내과 교수)

홍혜걸 (중앙일보 기자)

권준욱 (보건복지부 보건의료정책과장)

17:20~18:00 종합토론 및 폐회

목 차

제1주제: 안락사에 대한 사회적 인식

I. 문제제기	7
II. 안락사의 개념과 사회적 입장	8
1. 안락사의 개념 및 종류	8
2. 안락사 관련법 및 제도	12
3. 안락사에 대한 찬반의견	14
4. 안락사에 대한 사회적 입장	15
III. 안락사에 대한 국민의식	19
1. 조사내용	19
2. 조사방법	20
3. 조사결과	21
4. 시사점	36
IV. 소 결	38
참 고 문 헌	39

제2주제: 연명치료의 중단 및 완화치료로의 전환

1. 치료중단의 정당성	43
2. 치료중단에 대한 의사윤리지침의 조항	45

3. 치료중단에 대한 의학회의 지침(안)과 의사윤리지침의 관련 항목간의 비교	47
4. 건강보험심사평가원의 치료비 삭감을 둘러싼 논쟁	56
5 ‘한국의료윤리심의기구 협의회’의 필요성	58
6. 사전의사결정제도의 도입 필요성	61
7. ‘설명동의 대상자 지정 제도’의 시행 필요성	71
참고자료: 건보, 연명치료 진료비 거부 관련을 읽고	75

제 1 주제

안락사에 대한 사회적 인식

김 미 숙

(한국보건사회연구원 책임연구원)

I. 문제제기

- 의학기술의 획기적인 발전으로 인해서 인간은 무서운 질병, 사고, 유전적 질병에도 불구하고 생명을 구하고 연장시킬 수 있게 되었다.
 - 그러나 동시에 인간의 고통 또는 희망이 없는 상태로 생명을 유지하고 살아갈 수 있게 되었다.
- 세계적으로는 미국의 Karen Ann Quinlan 사건을 시작으로 안락사 입법문제가 대두되었고, 우리나라에서는 1997년 12월 서울의 한 병원에서 뇌수술을 받은 환자를 의사가 가족의 요구에 의해서 퇴원시켜 죽음에 이르렀는데, 법원에서 이 의사에게 유죄판결이 내려지자 연명치료의 중단과 관련해서 사회적 논란이 시작되었다.
 - 이와 관련하여 2001년 대한의학회가 의료윤리지침을 제정하여 ‘사망이 임박한 환자의 생명유지 치료를 중단하는 것은 윤리에 어긋나지 않는다’고 규정함으로써 안락사 문제가 사회적 쟁점으로 급부상되었다.
- 의사가 환자의 고통을 덜어주기 위하여 환자의 생명을 끊을 수 있으나, 아니면 회복불가능한 환자에 대하여 생명을 연장시키는, 또는 죽음을 연장시키는 치료를 계속해야 하나에 대한 대해 사회적인 합의점을 찾아야 할 시점이다.
 - 일부 의료계에서는 희생불가능한 환자에 대해 연명치료를 계속하는 것이 환자본인이나 가족 그리고 사회 전체적으로도 무의미한 것이어서, 이에 대해 의사가 결정권을 갖아야 한다고 하지만, 일부 종교계 및 시민단체에서는 이를 인간의 생명에 대한 경시를 낳을 가능성 등이 있다고 하여 강력하게 비판하고 있다.
 - 매우 극단적인 입장을 절충하여 합일점을 찾기 위해서는 다양한 의견수렴을 위한 과정이 필요할 것이다.

- 그런데 우리 사회에서 아직까지 안락사에 대한 심도있는 연구나 사회적인 의견을 수렴할 기회가 적었다.
- 이에 본 고에서는 안락사에 대한 사회적 인식을 살펴보는 것을 목적으로 하였다.
- 특히, 종교계, 의료계 등의 입장을 기존의 문헌과 연구결과를 통해서 살펴 보았고, 일반인의 인식을 알아보기 위해서 한국보건사회연구원에서 직접 일반인을 대상으로 실태조사를 실시하였다.
- 이로써 사회적으로 쟁점이 되고 있는 안락사 문제를 어떠한 방향으로 풀어 갈 수 있을 지에 대한 기초자료를 제공하려고 한다.

II. 안락사의 개념과 사회적 입장

1. 안락사의 개념 및 종류

가. 안락사의 개념 및 종류

- 안락사란 영어로는 Euthanasia라는 헬라어를 직접사용한 말이다.
- ‘eu’란 good이라는 의미이고 ‘thanasia’란 죽음을 의미하는 것으로 이를 직역 하면 ‘좋은 죽음’ ‘편안한 죽음’을 의미한다.
- 이러한 개념의 안락사는 임종환자가 자신의 죽음을 위식적으로 수락하면서 큰 고통없이 평화롭게 죽음을 맞이하는 것으로 사용되었다.
- 예를 들어 살아날 가망성이 없는 환자가 통증으로 고통을 당하고 있기 때문에 조속히 죽음을 맞이하도록 도와주거나, 뇌사상태에 있는 환자에게 호흡기를 제거함으로써 고통없이 죽음을 맞도록 하는 것 등이다.
- 안락사에는 분류기준에 따라서 다양하게 나뉘고 있고, 분류에 있어서도 학

자마다 차이가 있다. 더구나 각 개념에 대해 혼용되고 사용되고 있어 혼란을 가중시키고 있다(예: 간접적 안락사와 소극적 안락사).

- 안락사가 문제가 되는 것은 이는 자연사가 아니라 인간이 의도적으로 인간의 '죽음'에 개입하기 때문이다.
 - 이 때문에 안락사는 의학적, 윤리적, 법적 및 사회경제적 문제까지 관련되어 있다(병원신보, 2001. 9. 6일자).
- 히포크라테스 선서에는 '환자는 물론 어느 누구에게도 죽음의 약을 주지 않는다'라는 조항이 있다.
 - 그러나 최근에는 의료계에서조차 극심한 고통에 시달리는 환자를 '편안하게 죽게'하는 것이 의사의 역할이 되어야 한다는 주장이 일고 있다.

나. 안락사의 구분

- 안락사는 하나의 개념이 아니라 무엇을 기준으로 하는가에 따라 다양하게 분류된다.
 - 첫째, 안락사의 개념에 따라 도태적 안락사, 광의의 안락사, 협의의 안락사, 진정 안락사로 나뉜다.
 - 둘째, 생명체의 의사에 따라 자의적 안락사, 비임의적 안락사, 타의적 안락사로 나뉜다.
 - 셋째, 시행자의 행위에 따라 소극적 안락사, 간접적 안락사, 적극적 안락사로 나뉜다.

□ 개념에 따른 구분

- ① 광의의 안락사(존엄사): 불치의 질병으로 사경을 헤매는 자나 식물인간에 대해 인간의 존엄을 유지하면서 죽을 수 있도록 배려하는 것

- ② 협의의 안락사: 참기 어려운 고통이 수반된 불치의 질병으로 임종에 직면해 있는 자에 대한 고통의 배제를 목적으로 하는 것이다.
 - 고통완화의 치료적 처치가 사망과 직접적 인과관계가 있는 경우를 말한다.
 - 이를 간접적 안락사, 치료형 안락사라고 부르기도 한다.
- ③ 진정 안락사: 임종에 직면한 환자에게 고통 없이 자연사하게 죽음을 도와주는 행위

□ 생명체의 의사에 따른 구분

- ① 자의적 안락사(Voluntary Euthanasia): 생명 주체의 적극적인 요구에 의한 안락사
- ② 비임의적 안락사(Nonvoluntary Euthanasia): 생명 주체가 의사를 표시할 수 없거나 결정이 가능하지 못한 경우 타인이 대신하는 것
- ③ 타의적 안락사(Involuntary Euthanasia, 강제적 안락사): 생명주체가 적극적으로 반대하는데도 불구하고 시행되는 안락사

□ 시행자의 행위에 따른 구분

- ① 적극적 안락사(결과적 안락사, Active Euthanasia):
 - 혈관에 공기나 약물을 주입하여 사망하게 하는, 즉 처음부터 죽음을 단속시킬 것을 목적으로 하는 것
 - 환자에게 독극물을 주사하는 것과 같이 직접적인 행위를 함으로써 죽도록 하는 것
 - 적극적 안락사에 대해 가장 많은 법적인 문제가 있어 왔다. 현재는 부정설 쪽이 우세하다.
- ② 간접적 안락사(Indirect Euthanasia):
 - 극심한 고통을 동반한 불치의 질병에 시달린 환자에 대하여 고통을 완화할 목적으로 한 치료행위가 부작용으로 사망의 결과를 야기하는 것을 알면서도 치료행위를 함으로써 사망을 초래하는 것

③ 소극적(수동적, 부작위적) 안락사(Passive Euthanasia):

- 환자에게 필요한 어떤 조치를 취하지 않거나, 인위적인 생명유지장치를 제거함으로 죽도록 하는 것. 고통을 증가함에 불과한 연명처치를 하지 않는 것
- 그러나 수동적 안락사를 ‘치료중단’과는 구분하고, 치료중단은 죽음과는 직접 연관을 없지만, 소극적 안락사는 타인의 죽음을 초래하는 상황이라고 보고 있다.
- 그러나 두 개념의 구분에 대한 합의점이 없는 상태여서 안락사 논쟁을 더욱 복잡하게 만들고 있다.

※ 참고: 안락사와 연명치료 중단

- 연명치료 중단이란 생명유지 치료를 중지하는 것으로 영어로는 ‘Switching off’ ‘Pulling out the plug’라고 한다.
 - 이는 소극적 안락사와 혼동되게 사용되고 있다.
 - ‘연명치료 중단’이란 희생불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과다한 치료를 중단하는 것으로 정의되고,
 - ‘소극적 안락사’는 환자에게 필요한 어떤 조치를 취하지 않거나, 인위적인 생명유지장치를 제거함으로 죽도록 하는 것으로 정의되어 있어 두 개념이 비슷한 의미를 내포하고 있다.
 - 의사협회는 안락사는 필요한 치료를 제대로 하지 않아 환자가 자연적 사망보다 앞서 사망케 하는 것이기 때문에, 불필요한 치료를 중단하고 죽음을 직접 야기시키지 않는 연명치료 중단과는 구분해야 한다고 주장한다.
 - 여기서 문제가 되는 것은 ‘희생불가능한’ 상태가 의사의 주관적인 판단이 개입되고 ‘과다한 치료’에 대해서도 환자, 환자가족, 의사 등 간의 합의가 어느 정도 이루어질 수 있느냐에 대한 의문에 있다.

- 허대석(2001)은 연명치료 중단과 안락사의 차이를 다음과 같이 설명하고 있다.
 - 안락사는 죽음이 목적이지만, 연명치료 중단은 환자의 남은 삶의 질을 향상시키는 것이 목적이다. 즉, 연명치료 중단은 환자의 죽음을 재촉하는데 목적이 있는 것이 아니라 환자가 의미있는 삶을 더 오래 살도록 고통을 가중시킬 수 있는 ‘무의미한 치료’를 중단하는 것이다.
 - 따라서 의사는 치료를 계속하였을 때 생기는 이익보다 부작용으로 인한 손실이 더 크다고 판단되면 치료의 중단을 결정할 수 있다는 것이다.
- 유명도(2001)는 교황청의 연명치료 중단에 대한 입장을 옹호하면서 다음과 같은 행위는 안락사와는 다른 것으로 받아들여야 한다고 하였다.
 - 안락한 죽음을 맞이할 수 있도록 해주는 마지막 배려에 포함되는 행위들 (수분공급, 간호, 마사지, 임종자와의 대화 등)
 - 환자의 조건으로 보아 이미 필요하지 않을 것으로 보이는 특정한 치료행위들을 중지하는 것
 - 환자의 생명을 단축할 지도 모르는 위험이 있으나 환자의 고통을 덜어주기 위하여 취하는 행위(이는 **소극적 안락사**와 구분이 거의 불분명하다)
 - 그는 고의적으로 죽음을 초래하기 위한 작위(직접적 안락사)나 부작위(소극적 안락사)만이 안락사이지, 사려와 분별에 근거한 치료중지는 안락사는 아니라고 하였다.

2. 안락사 관련법 및 제도

- 형사법:
 - 형법학자는 질병의 고통에서 벗어나게 하려는 목적일지라도 타인이 사망의 시기를 앞당기면 ‘안락사’에 해당하고,
 - 비록 생명유지 치료일지라도 이를 중지하면 부작위에 의한 ‘소극적 안락사’라고 정의하였다(이운성, 2001).

- 대한의학회 『의사윤리지침』:

- 의사윤리지침에서도 소극적이든 적극적이든 안락사에 관여하지 못하도록 규정하였다.
- 그런데 ‘의학적으로 회생가능성이 없는 환자’에 대하여 ‘생명유지치료의 중단이나 퇴원’을 환자가 요구했을 때에는 이를 허용할 수 있다고 제시하고 있다. 이는 소극적 안락사와는 다른 연명치료의 중단이라고 주장한다.
- 1년전 대한의학회는 의사윤리지침 제30조에서 ‘회복불능 환자에 대해 환자나 가족이 진료 중단을 요구하면 이를 허용할 수 있고, 의학적으로 무용한 진료는 환자나 가족의 요구에도 거절할 수 있다’고 규정하여 사회적인 논란이 되고 있다.
- 최근에는 위의 규정을 대폭 강화하여 ‘사망이 임박한 환자의 생명유지 치료를 중단하는 것은 윤리에 어긋나지 않는다’는 윤리지침을 발표하여 안락사에 대한 사회적 논쟁이 가열되었다.
- 이 규정은 또한 ‘회복불능환자의 치료중단은 윤리에 어긋나지 않을 뿐 아니라 화자상태를 방치하거나 포기하는 것이 아니며, 환자나 가족들이 의미 없는 치료를 요구하면 이를 거절할 수 있고, 환자가 치료를 반대할 경우 치료가 의학적으로 유효할 것으로 판단되더라도 치료를 유보하는 것은 의료윤리에 어긋나지 않는다’고 하고 있다.
- 의사윤리지침은 선언적 의미를 가질 뿐이고 법이 아니므로 모든 의료인의 행위를 강제할 수는 없다(보건복지부, 2002).
- 그러나 이러한 지침이 의료행위에 영향을 주고, 실정법과 상충되며 생명윤리와 관련해 사회의 다양한 집단과의 마찰을 가져올 것으로 예상하고 있다 (보건복지부, 2002).

- 외국 제도

- 적극적 안락사를 시행할 수 있는 곳은 네덜란드와 미국 Oregon주뿐이다.
- 교황청: 어떠한 종류의 안락사도 반대하나, 1980년 치료불가능한 환자의 연

명치로 중단을 인정하였다.

- 1987년: 마드리드 세계의사협회 ‘안락사에 관한 선언’
‘안락사는 의도적으로 환자의 생명을 종료하는 행위이고 비록 환자 자신이나 가족의 요청이 있더라도 비윤리적이다’
‘의사가 말기 상태 질병의 자연적 과정으로 사망을 맞고자 하는 환자의 요구를 존중하는 행위를 제재하지는 않는다’
- 미국 Oregon주는 1994년 주민투표로 세계 최초로 안락사 허용법안을 제정하였다.
- 네덜란드는 2001.4 안락사허용법안을 상원에서 통과시켰다.
- 대부분의 국가에서는 안락사를 법적으로 인정하고 있지는 않으나, 몇몇 국가에서는 묵인하거나 조건부로 허용하고 있다.

- 안락사 사례

- 1975: 미국, Karen Ann Quinlan 호흡기 제거를 법원에서 합법화함.
- 1998. 3.: 미국, 말기 유방암 환자가 합법적인 첫 적극적 안락사로 기록됨.
- 2002. 3.: 영국, 인공호흡기 제거 요청 소송 승소(소극적 안락사)

3. 안락사에 대한 찬반의견

- 찬성하는 입장

- 적극적 안락사에 대해서는 반대하는 견해가 지배적이나, 소극적 안락사에 대해서는 가혹한 고통을 치유한다는 입장에서 찬성한다.
- 의미없는 목숨의 연장이 죽음보다 더 잔인하다는 논리이다.
- 환자에게든 가족에게든 무의미한 고통의 시간을 연장하는 것이 부당하다.
- 실제로 일부 병원에서는 독자적인 윤리지침을 만들어 연명치료가 의미 없다고 판단되는 환자를 가족의 동의아래 퇴원시키고 있다.

- ‘임종환자’의 개념은 논란의 여지가 없도록 범위가 구체적으로 정해진 상태이므로, 임종환자를 판단하는 과정에서 착오가 거의 생기지 않는다.
- 무의미한 의료행위에 대한 의료비 지출이 막대하다.

— 반대하는 입장

- 적극적 안락사는 자살방조, 살인 혹은 촉탁 살인으로 간주될 여지가 있다.
- 인간의 생명은 인간이 마음대로 하지 못하고, 자칫 사회적 약자인 노약자, 장애인, 말기 환자들의 생명을 가치 없다고 여기게 되는 오·남용의 우려가 크다는 것이다.
- 의사가 희생불가능 상태를 오관할 수도 있다.
- 임종환자¹⁾에 대한 치료중단이 오히려 생명경시 풍조를 조장할 수 있다. 특히 경제적으로 어려운 사람의 인명을 경시하는 풍조가 만연할 것이다.
 - 치료의 중단보다는 환자의 고통을 덜어줄 의료기술이나 호스피스 등을 개발해야 한다.

4. 안락사에 대한 사회적 입장

가. 종교계의 입장

1) 개신교

- 개신교는 안락사에 대해 보수적인 견해와 진보적인 견해를 취하고 있다.

□ 보수적인 견해

- 소극적이든 적극적이든 안락사는 살인 행위이다. 살인은 희생자의 고통을 제거하기 위한 것일지라도 살인이다.

1) 임종환자란 현대의학으로 치료가 불가능한 질병을 겪고 있으면서 적극적인 치료에도 반응하지 않고 사망에 임박한 환자를 말하며 연명치료를 통해 수시간 또는 수일간 생명을 연장시킬 수 있다(한국일보, 2002. 5. 10일자).

- 인간의 생명을 인간의 판단으로 단축시킬 권한이 없다.
- 뇌사의 경우 뇌의 기능이 정지되지만 영혼의 기능은 살아있다.
- 심장사 이전 단계에 있는 모든 인간은 살아있는 생명체이며, 이 생명체를 안락사 시키거나 음식물 투여를 중지함으로써 죽게 하는 것은 살인행위이다(이상원, 2001).
- 단, 환자가 필연적인 노화의 과정에 있기 때문에 의료적인 조치는 환자의 자연적인 죽음의 과정을 방해할 뿐이라는 사실이 명확할 때만, 치료의 중단이 가능하다고 보는 입장도 있다(이상원, 2001).
 - 즉, 치료의 중단이 정당화되는 경우는 환자가 불치의 병에 걸렸거나 필연적인 노화의 상태에 있음이 의학적으로 명료할 때에 한정하여야 한다는 것이다(이상원, 2001).
- 또한 환자가 고통을 받는 가운데 단지 죽음의 시간을 연장시키는 결과를 가져오는 아주 비싼 치료를 하거나 또는 엄청난 고통을 느끼게 내버려두는 것은 안락사가 아니다 라는 견해도 있다(카투렐, 1994).
- 박상은(2001)은 연명치료 중단이 가능한 경우를 다음과 같은 상황으로 제한해야 한다고 했다.
 - ① 회복이 불가능하다는 것이 의학적으로 입증되어야 한다. 회복 불가능한 상태는 뇌사상태, 말기 암환자 등 극소수의 경우에 한정된다.
 - ② 의식이 있었던 때에 명시한 본인의 동의가 전제되어야 한다.
 - ③ 의사 한 개인의 판단에 의존해서는 곤란하며 병원 생명윤리위원회에서 객관적으로 논의되어야 한다. 아울러 무익한 치료를 중단한다고 할지라도 수맥과 영양공급, 산소공급 등을 끝까지 중단해서는 안된다.
- 경제적 비용절감의 이유로 환자의 생명을 빼앗는 것은 의료윤리원칙에 어긋난다.
- 전문화된 간병제도 확충과 환자 및 가족을 경제적 부담으로부터 자유롭게 하기 위한 의료보장제도의 확충을 통하여 정신적 및 경제적 어려움을 완화해야 한다(이상원, 2001).

□ 진보적인 견해

- 안락사를 인간의 존엄성의 견지에서 이해하려고 한다.
- 불치의 병으로 환자가 서서히 추하게 죽어감으로써 고통당하고 비인간화된 모습을 보이기보다는 그 고통에서 피할 수 있도록 도와주는 것이다.
- 뇌 기능의 상실은 인간이 죽은 것이다.
- 소극적 및 간접적 안락사를 윤리적으로 인정해야 한다는 입장이다.

2) 가톨릭

- 인간의 생명을 하나님의 선물로 보고, 생명은 신성불가침의 권리를 지닌다고 본다.
- 안락사에 대해서는 절대 반대하고 있다.
- 그러나 교황청은 의학의 발달로 생명이 연장되고 있는 상황에서 환자에게 생명보존을 위해서 ‘일반적인 치료 수단’을 사용하는 것은 의무적이지만, ‘특수한 치료 수단’을 사용하는 것은 의무적이지 아니라고 하였다.
 - 여기서 일반치료 수단이란 ‘환자에게 어느 정도 이익을 줄 수 있는 합리적 희망을 제공하고, 동시에 지나친 치료비나 고통 및 다른 큰 불편함이 없이 제공받을 수 있는 약물 투여, 치료수술 등’을 말하고,
 - 특수치료 수단이란 ‘지나친 비용이나 고통 및 다른 큰 불편이 없이는 제공받을 수 없고, 또 제공받는다 하더라도 기대하는 이익을 얻으리라는 합리적인 희망을 제공하지 못하는 모든 약물 투여, 치료, 수술 등’을 말한다(김중호, 2001).
- 즉, 회복불가능 환자에 대한 연명치료의 중단에 대해서 교황청은 찬성하는 입장이다.

3) 불교

- 죽음을 호흡, 심장기능, 뇌 기능이 살아있지 않은 상태로 정의내리고 있다.
- 본인자신의 뜻과는 관계없이 제3자의 결정에 의한 죽음은 살생으로 본다.

나. 의료계의 입장

- 일부 의료인은 안락사는 의사가 환자의 사망에 직접 관여한 ‘적극적 안락사’와 의사가 환자의 목숨을 끊는데 조력한 ‘의사조력자살’등 두 가지만으로 한정하고 무의미한 치료중단은 소극적 안락사가 아니라고 규정하고 있다.
- 1994년 계명대에서 실시한 조사 결과²⁾
 - 대상: 종합병원 및 개인병원 의사 550명
 - 결과: 치료의 중단은 소극적 안락사이다 - 59%
 - 소극적 안락사는 정당하다 - 57%
 - 적극적 안락사는 정당하다 - 34%
 - 소극적 안락사는 필요하다 - 42%
 - 적극적 안락사는 필요하다 - 34%
 - 아울러 대다수의 의사들은 안락사에 대한 법률제정이 필요하다고 본다.

다. 일반인의 입장(기 존의 조사)

- 현재까지 소수의 안락사에 대한 일반인의 실태조사가 있어 왔다.
 - 실태조사 결과에 의하면 일반인은 안락사에 대해서 ‘찬성’하는 비율이 ‘반대’하는 비율보다 훨씬 더 높은 것으로 나타났다.
 - 1984년 조사 결과 (일반인 400명 대상)³⁾
 - 극심한 고통에 빠져있는 경우에 안락사를 허용할 수 있다: 75.8%
(비교 - 영국: 72%, 프랑스: 76%)
 - 1992년 서강대학교 조사⁴⁾
 - 안락사 완전허용: 18.4%, 부분허용: 62.7%

2) <http://my.dreamwiz.com/belle125/aa5.htm>

3) <http://my.dreamwiz.com/belle125/aa5.htm>

4) 윤여덕, 「생명에 대한 사회의식조사: 생명연구」, 『생명문화총서』, 제1집, 서강대학교 생명문화연구소, 1992.

- 이유: 주변 사람들의 고통(32%), 막대한 의료손실(54%)
- 2000년 연세대 학교 조사⁵⁾
 - 대상: 경기도내 고등학생 남녀 413명
 - 결과: 능동적 안락사 허용: 37.8%, 수동적 안락사 허용: 56.6%
 - 안락사 법제화: 73.6%
 - 저연령, 고학력, 고수입자들이 안락사를 더 찬성하고 있었다.

Ⅲ. 안락사에 대한 국민의식

1. 조사내용

- 안락사에 대한 국민의 인식을 알아보기 위해서 본 연구원에서는 실태조사를 실시하였다. 본 조사에서는 소극적 안락사와 연명치료 중단과의 개념을 구분하지 않고 ‘소극적 안락사’로 사용하였다.
- 실태 조사의 내용은 <표 1>에 제시되었듯이 다음과 같다:
 - 적극적 및 소극적 안락사에 대한 찬반여부, 찬반 이유, 찬성시 주 결정자,
 - 회복불가능 환자에 대한 치료중단의 윤리적 타당성 여부
 - 회복불가능 환자에 대한 의사의 치료중단에 대한 견해
 - 가족(부모, 배우자, 자녀) 중 회복불가능한 환자가 있을 경우 소극적 안락사 권고 의향(여기서는 부모, 배우자, 자녀가 없더라도 있을 경우에는 어떠하겠느냐는 것을 질문하였다. 따라서 실제로 이들이 존재하고 있는 경우와는 응답결과가 다소 차이를 보일 수 있다)

5) 김선현, 「안락사에 대한 일반인들의 인식도」, 연세대학교 석사학위 논문, 2000.

- 본인이 회복불가능한 환자이었을 때 소극적 안락사 요청 여부
 - 최근 심평원의 보험급여 지급 거부에 대한 견해
- 위의 항목들을 성, 연령, 종교, 학력, 수입 등의 사회경제적 변수와 가족 중 임종말기환자 여부로 나누어서 비교하여 살펴보았다.

〈 표 1〉 안락사에 대한 실태조사 항목

주요 항목	세부 사항
1. 적극적 안락사에 대한 찬반 견해	• 찬반 여부 및 이유 • 찬성한다면 최종 결정자
2. 소극적 안락사에 대한 찬반 견해	• 찬반 여부 및 이유 • 찬성한다면 최종 결정자
3. 회복불가능 환자에 대한 치료종단에 윤리성 문제	• 윤리적 타당성 여부
4. 무익한 치료에 대한 의사의 거부	• 찬반여부
5. 가족 중(부모, 배우자, 자녀) 회복불가능한 환자가 있을 경우 소극적 안락사 권고의향	• 찬반여부
6. 본인이 회복불가능 했을 때 소극적 안락사 요청 여부	• 찬반여부
7. 심평원의 보험급여 거부에 대한 견해	• 보험료 급여 거부에 대한 찬반
통제변수: 인구사회학적 변수	• 성, 연령, 종교, 학력, 수입, 가족 중 임종말기환자 여부

2. 조사방법

- 본 실태조사를 위해서 전화조사를 실시하였다.
- 조사대상은 전국의 20세 이상 성인남녀 738명이다(표 2 참조).

- 표본추출을 위해서 지역별, 성별, 연령별 인구비례에 따른 할당추출법 (Quota Sampling)을 사용하였다.
- 전화조사는 2002년 5월 21일에서 5월 23일까지 4일간 실시되었다.
- 실태조사 결과에 대한 자료분석을 위해서 SPSS 10.1 for Windows를 사용하여 빈도, 교차분석 등의 통계분석 실시하였다.
- 특히 인구사회학적 변수를 통제하여 이러한 배경 변수와 해당 항목과의 상관관계를 분석하려 하였다.
- 분석결과는 안락사에 대한 국민의 의식을 종합하여 안락사에 대한 사회적 합의 위한 기초자료로 활용할 수 있을 것이다.

〈 표 2〉 표본 설계

조사관련 사항	내 용
조사대상	• 만 20세 이상 전국 성인남녀
표본수	• 738명
조사지역	• 전국(제주 포함)
조사방법	• 전화면접법
표본추출법	• 지역별, 성별, 연령별 인구비례에 따른 할당추출법 (Quota Sampling)
조사기간	• 2002. 5. 21~5. 23. (4일간)

3. 조사결과

가. 응답자의 인구사회학적 특성

- 응답자의 인구사회학적 특성은 <표 3>에 제시되었다.
- 조사대상은 전국의 20세 이상 성인남녀 738명이다.
- 이 중 남자는 48.0%, 여자는 52.0%로 남자가 여자보다 약간 더 많다.

- 연령별 분포는 20~30대 42.4%, 40~50대 37.4%, 60대 이상 20.2%이다.
- 종교여부는 종교가 있는 경우가 56.5%로 없는 경우보다(43.5%) 약간 더 많았다.
- 학력은 중졸 이하 26.9%, 고졸 36.4%, 초대졸 이상 37.7%의 분포를 보인다.
- 월평균 가구수입은 50만원 미만 7.9%, 50~100만원 13.6%, 100~200만원 35.1%, 200~300만원 22.8%, 300만원 이상 20.7%의 분포이다.
- 가족 중 임종환자가 있는 경우는 13.8%로 없는 경우(86.2%)보다 훨씬 적었다.

〈 표 3〉 응답자의 인구사회학적 배경

(단위: 명, %)

조사대상자의 일반 특성			빈도		백분율	
전체			738		100.0	
성별	남자		354		48.0	
	여자		384		52.0	
연령	20~30대		313		42.4	
	40~50대		276		37.4	
	60대 이상		149		20.2	
종교	있다		417		56.5	
	없다		321		43.5	
학력	중졸 이하		191		25.9	
	고졸		269		36.4	
	초대졸 이상		178		37.7	
종교	50만원 미만		58		7.9	
	50~100만원 미만		100		13.6	
	100~200만원 미만		259		35.1	
	200~300만원 미만		168		22.8	
	300만원 이상		153		20.7	
가족 중 임종 환자 유무	있다		102		13.8	
	없다		636		86.2	
조사지역	서울	강원	157	24	21.3	3.3
	부산	충북	50	24	6.8	3.3
	대구	충남	37	23	5.0	3.1
	인천	경북	41	50	5.6	6.8
	광주	경남	21	51	2.8	6.9
	대전	전북	24	28	3.3	3.8
	울산	전남	15	44	2.0	6.0
	경기	제주	136	13	18.4	1.8

나. 적극적 안락사에 대한 견해

- 적극적 안락사에 대해서는 찬성이 74.1%로 반대 25.9%보다 압도적으로 더 많았다(표 4 참조).
- 통제 변수 중 종교 유무만이 유의한 차이를 보여, 종교여부를 떠나서 찬성이 반대보다 훨씬 더 많았으나, 종교가 없는 경우가 있는 경우보다 적극적 안락사를 찬성하는 비율이 약간 더 높았다(70.7% 대 78.5%).
- 그 밖의 통제변수와 안락사는 유의한 상관관계가 없었다.

〈 표 4〉 적극적 안락사 허용여부

(단위: %, 명)

문항	찬성	반대	χ^2
적극적 안락사 허용	74.1 (547)	25.9 (191)	100.0 (738)
성별			
남자	74.0	26.0	0.004
여자	74.2	25.8	
연령			
20~30대	71.2	28.8	3.034
40~50대	77.5	22.5	
60대 이상	73.8	26.2	
종교			
있다	70.7	29.3	5.696*
없다	78.5	21.5	
학력			
중졸 이하	78.5	21.5	5.204
고졸	69.5	30.5	
초대졸 이상	75.5	24.5	
소득			
50만원 미만	69.0	31.0	3.852
50~100만원 미만	72.0	28.0	
100~200만원 미만	72.2	27.8	
200~300만원 미만	79.2	20.8	
300만원 이상	75.2	24.8	
가족 중 임종환자여부			
있다	79.4	20.6	1.728
없다	73.3	26.7	

주. * $p < .05$

□ 적극적 안락사 허용이유(표 5 참조)

- 적극적 안락사를 허용하는 이유로 가장 많이 지적된 것은 ‘환자의 극심한 고통을 경감시켜주기 위하여’로 80.8%가 지적하였다.
- 다른 응답은 ‘가족의 고통을 경감시키기 위해서’ 11.3%, ‘인간이 품위 있게 죽을 권리가 있으므로’ 5.3%로 소수에 불과하다.

〈 표 5〉 적극적 안락사 허용이유

(단위: 명, %)

문 항	빈도	백분율
① 환자의 극심한 고통을 경감시켜주기 위하여	442	80.8
② 가족의 고통을 경감시키기 위해서	62	11.3
③ 인간이 품위있게 죽을 권리가 있으므로	29	5.3
④ 병원비 등 경제적인 이유로	11	2.0
⑤ 기타	3	0.5
전 계	547	100.0

□ 적극적 안락사 최종 결정권(표 6 참조)

- 적극적 안락사의 최종결정권이 누구에게 있나를 질문한 결과 혼자 본인이 56.9%로 가장 많았고, 그 다음이 환자가족으로 31.0%였다.
- 의료인은 11.9%로 매우 낮게 나타났다. 즉, 죽음에 대한 결정은 의료인 보다는 본인이나 가족이 하는 것을 더 원하고 있었다.

〈 표 6〉 적극적 안락사 최종 결정권

(단위: 명, %)

문 항	빈도	백분율
① 환자본인	310	56.9
② 환자가족	169	31.0
③ 의료인	65	11.9
④ 기타	1	0.2
전 계	545	100.0

□ 적극적 안락사 반대이유(표 7 참조)

- 적극적 안락사를 반대하는 이유로 가장 많이 지적된 것은 ‘생명은 존엄하기 때문에’가 가장 많은 74.9%였다.
- 다른 응답은 매우 소수만이 지적하였다. 특히 윤리적인 이유나 종교적인 이유, 법적인 이유는 적극적 안락사를 반대하는 주된 이유는 되지 않는다는 것이다.

〈 표 7〉 적극적 안락사 반대이유

(단위: 명, %)

문 항	빈도	백분율
① 어떤 경우라도 생명은 존엄하기 때문에	143	74.9
② 경제적으로 어려운 사람들이나 장애인들에게 악용될 수 있기 때문에	12	6.3
③ 법에 저촉되기 때문에	2	1.0
④ 윤리적인 이유 때문에	16	8.4
⑤ 종교적인 이유 때문에	16	8.4
⑥ 기타	2	1.0
전 계	191	100.0

다. 소극적 안락사에 대한 견해

- 소극적 안락사에 대해서는 찬성이 68.3%로 반대 31.7%보다 앞도적으로 더 많았다(표 8 참조). 특이하게도 적극적 안락사(찬성: 74.1%)보다 찬성률이 약간 더 낮았다.
- 통제 변수 중 연령과 학력, 환자가 있는 경우에서 유의한 차이를 보이고 있다. 60대 이상의 고연령층, 저학력자, 그리고 가족내에 임종환자가 있을 때 소극적 안락사를 찬성하는 비율이 유의하게 더 높았다.
- 그 밖의 통제변수와 소극적 안락사는 유의한 상관관계가 없었다.

〈 표 8〉 소극적 안락사 허용

(단위: %, 명)

문항	찬성	반대	χ^2
소극적 안락사 허용	68.3 (504)	31.7 (234)	100.0 (738)
성별			
남자	67.5	32.5	0.190
여자	69.0	31.0	
연령			
20~30대	57.8	42.2	27.638***
40~50대	75.4	24.6	
60대 이상	77.2	22.8	
종교			
있다	66.9	33.1	0.851
없다	70.1	29.9	
학력			
중졸 이하	79.1	20.9	13.877***
고졸	63.9	36.1	
초대졸 이상	65.1	34.9	
소득			
50만원 미만	75.9	24.1	2.014
50~100만원 미만	68.0	32.0	
100~200만원 미만	66.4	33.6	
200~300만원 미만	69.0	31.0	
300만원 이상	68.0	32.0	
가족 중 입종환자여부			
있다	78.4	21.6	5.619*
없다	66.7	33.3	

주: *** $p < .001$, * $p < .05$

□ 소극적 안락사 허용이유(표 9 참조)

- 적극적 안락사를 허용하는 이유로 가장 많이 지적된 것은 ‘환자의 극심한 고통을 경감시켜주기 위하여’로 73.8%가 지적하였다.
- 다른 응답은 ‘가족의 고통을 경감시키기 위해서’ 17.3%, ‘인간이 품위있게 죽을 권리가 있으므로’ 6.9%로 소수에 불과하다.

〈 표 9〉 소극적 안락사 허용이유

(단위: 명, %)		
문 항	빈도	백분율
① 환자의 극심한 고통을 경감시켜주기 위하여	372	73.8
② 가족의 고통을 경감시키기 위해서	87	17.3
③ 인간이 품위있게 죽을 권리가 있으므로	35	6.9
④ 병원비 등 경제적인 이유로	8	1.6
⑤ 기타	2	0.4
전 계	504	100.0

□ 소극적 안락사 최종 결정권(표 10 참조)

- 적극적 안락사의 최종결정권이 누구에게 있나를 질문한 결과 환자본인이 라는 응답이 가장 많았던 적극적 안락사와는 달리 환자가족이 44.6%, 환자본인이 42.9%로 비슷한 분포를 보이고 있었다. 즉, 회복불가능한 환자에 대한 치료의 중단 결정은 환자뿐 아니라 가족도 동일한 비중으로 결정할 수 있다는 것이다.
- 의료인은 12.3%로 매우 낮게 나타났다. 즉 죽음에 대한 결정은 의료인 보다는 본인이나 가족이 하는 것을 더 원하고 있었다.

〈 표 10〉 소극적 안락사 최종 결정권

(단위: 명, %)		
문 항	빈도	백분율
① 환자본인	216	42.9
② 환자가족	225	44.6
③ 의료인	62	12.3
④ 기타	1	0.2
전 계	504	100.0

□ 소극적 안락사 반대이유(표 11 참조)

- 소극적 안락사를 반대하는 이유로 가장 많이 지적된 것은 ‘생명은 존엄하기 때문에’가 가장 많은 70.9%였다.
- 그 다음은 ‘경제적으로 어려운 사람들이나 장애인들에게 악용될 수 있기 때문으로’ 10.3%, ‘윤리적인 이유 때문에’ 9.4%로 응답하였다.
- 다른 응답은 매우 소수만이 지적하였다.

〈 표 11〉 소극적 안락사 반대 이유

(단위: 명, %)

문 항	빈도	백분율
① 어떤 경우라도 생명은 존엄하기 때문에	166	70.9
② 경제적으로 어려운 사람들이나 장애인들에게 악용될 수 있기 때문에	24	10.3
③ 법에 저촉되기 때문에	3	1.3
④ 윤리적인 이유 때문에	22	9.4
⑤ 종교적인 이유 때문에	15	6.4
⑥ 기타	4	1.7
전 계	234	100.0

라. 치료중단에 대한 윤리성 문제

- ‘의사가 소생가능성이 없는 환자에 대한 치료를 중단하는 것이 윤리에 어긋나지 않는다’는 것이 의사윤리지침의 일부인데 이에 대해서 윤리에 어긋나지 않는다는 응답이 54.3%로 어긋난다는 응답 45.7%보다 더 많았다(표 12 참조).
- 즉 의사의 치료 중단은 윤리에 어긋나지 않는다는 것이다.
- 독립변수 중 학력과 가족 중 임종환자여부만이 유의한 상관관계를 나타내고 있었는데, 학력이 낮을수록, 환자가 있는 경우가 의사의 치료중단이 윤리에 어긋나지 않는다고 보고 있었다.
- 다른 변수들은 유의한 상관관계를 보이지 않고 있었다.

〈 표 12〉 의사가 환자의 치료를 중단하는 것에 대한 윤리적 타당성

(단위: %, 명)

문항	어긋남	어긋나지 않음	χ^2
의사가 소생가능성이 없는 환자에 대한 치료를 중단하는 것은 윤리에 어긋난다고 생각하십니까, 윤리에 어긋나지 않는다고 생각하십니까?	45.7 (337)	54.3 (401)	100.0 (738)
성별			
남자	48.9	51.1	2.819
여자	42.7	57.3	
연령			
20~30대	53.7	46.3	15.203
40~50대	41.7	58.3	
60대 이상	36.2	63.8	
종교			
있다	46.3	53.7	0.148
없다	44.9	55.1	
학력			
중졸 이하	35.1	64.9	13.909***
고졸	46.1	53.9	
초대졸 이상	52.5	47.5	
소득			
50만원 미만	34.5	65.5	4.279
50~100만원 미만	42.0	58.0	
100~200만원 미만	46.7	53.3	
200~300만원 미만	48.2	51.8	
300만원 이상	17.7	52.3	
가족 중 임종환자여부			
있다	33.3	66.7	7.253**
없다	47.6	52.4	

주: *** $p < .001$, ** $p < .01$

마. 무익한 치료에 대한 의사의 거부

- ‘의사의 충분한 설명과 설득 이후에도 살아날 가망성이 없고 공통이 심한 혼자에 대해 혼자 본인이나 가족들이 무익한 치료를 요구하면 의사가 이를 거절할 수 있다’는 것이 의사윤리지침의 일부인데 이에 대해서 그렇다가 40.7%로 그렇지 않다 59.3%로 의사의 거부권을 인정하고 있지 않았다(표 13 참조).

- 독립변수 중 어떠한 것도 의사의 치료거부권과 유의한 상관관계를 보이지 않아, 성별, 연령, 종교, 학력, 소득, 가족 중 임종환자여부를 불문하고 의사는 치료요구에 응해야 함을 제시하고 있었다.

〈 표 13〉 환자 본인이나 가족의 치료 요구에 의사의 거절 가능성

(단위: %, 명)

문항		예	아니오	χ^2
의사의 충분한 설명과 설득 이후에도, 살아날 가망성이 없고 고통이 심한 환자에 대해 환자 본인이나 가족들이 무익한 치료를 요구하면 의 사가 이를 거절할 수 있다		40.7 (300)	59.3 (438)	100.0 (738)
성별				
	남자	42.1	57.9	0.585
	여자	39.3	60.7	
연령				
	20~30대	39.9	60.1	0.597
	40~50대	42.4	57.6	
	60대 이상	38.9	61.1	
종교				
	있다	43.4	56.6	3.016
	없다	37.1	62.9	
학력				
	중졸 이하	41.9	58.1	0.603
	고졸	41.6	58.4	
	초대졸 이상	38.8	61.2	
소득				
	50만원 미만	39.7	60.3	0.577
	50~100만원 미만	41.0	59.0	
	100~200만원 미만	40.2	59.8	
	200~300만원 미만	39.9	60.7	
	300만원 이상	43.1	56.9	
가족 중 임종환자여부				
	있다	43.1	56.9	0.303
	없다	40.3	59.7	

바. 가족에 대한 소극적 안락사 권고 의향

□ 부모의 경우(표 14 참조)

- 부모님에 대한 소극적 안락사 권고의향은 예가 53.7%로 아니오 46.3%보다 약간 더 많았다.
- 독립변수별로는 연령, 소득, 가족 중 임종환자여부가 유의한 차이를 보여, 40~50대, 고소득자, 환자가 있는 경우가 소극적 안락사를 부모님께 권할 의향을 더 많이 보이고 있었다.

〈 표 14〉 소극적 안락사 의사(부모님의 경우)

(단위: %, 명)

문항		예	아니오	χ^2
부모님에게 소극적 안락사를 권할지 여부		53.7(396)	46.3(342)	100.0(738)
성별	남자	54.2	45.8	0.092
	여자	53.1	46.9	
연령	20~30대	47.3	52.7	11.505**
	40~50대	61.2	38.8	
	60대 이상	53.0	47.0	
종교	있다	51.8	48.2	1.334
	없다	56.1	43.9	
학력	중졸 이하	52.9	47.1	0.777
	고졸	55.8	44.2	
	초대졸 이상	52.2	47.8	
소득	50만원 미만	55.2	44.8	15.992**
	50~100만원 미만	41.0	59.0	
	100~200만원 미만	50.6	49.4	
	200~300만원 미만	54.8	45.2	
	300만원 이상	65.4	34.6	
가족 중 임종환자여부	있다	63.7	36.3	4.824*
	없다	52.0	48.0	

주: ** $p<.01$, * $p<.05$

□ 배우자의 경우(표 15 참조)

- 배우자에 대한 소극적 안락사 권고의 향도 예가 55.6%으로 아니오 44.4%보다 약간 더 많았다.
- 독립변수별로는 연령만이 유의한 차이를 보여, 40~50대가 소극적 안락사를 배우자에게 권할 의향을 다른 연령층보다 더 많이 보이고 있었다.

〈 표 15〉 소극적 안락사 의사(배우자의 경우)

(단위: %, 명)

문항		예	아니오	χ^2
배우자에게 소극적 안락사를 권할지 여부		55.6(408)	44.4(326)	100.0(734)
성별	남자	58.8	41.2	2.842
	여자	52.6	47.4	
연령	20~30대	48.2	51.8	11.755**
	40~50대	61.2	38.8	
	60대 이상	60.4	36.9	
종교	있다	54.6	45.4	0.382
	없다	56.9	43.1	
학력	중졸 이하	59.2	40.8	1.510
	고졸	55.2	44.8	
	초대졸 이상	53.5	46.5	
소득	50만원 미만	62.1	37.9	8.030
	50~100만원 미만	47.5	52.5	
	100~200만원 미만	53.3	46.7	
	200~300만원 미만	54.5	45.5	
	300만원 이상	63.4	36.6	
가족 중 입종환자여부	있다	61.8	38.2	1.832
	없다	54.6	45.4	

주: ** p<.01

□ 자녀의 경우(표 16 참조)

- 자녀에 대한 소극적 안락사 권고의향은 예가 51.0% 아니오 49.0%로 거의 비슷한 분포를 보이고 있다.
- 독립변수별로는 성, 연령별로 유의한 차이를 보여, 남성 및 40~50대가 소극적 자녀에게 권할 의향을 여성 및 다른 연령층보다 더 많이 보이고 있었다. 특히 여성은 자녀에게 안락사를 권고할 의향이 부정적이라는 응답이 53.1%로 긍정보다 더 많았다.

〈 표 16〉 소극적 안락사 의사(자녀의 경우)

(단위: %, 명)

문항		예	아니오	χ^2
자녀에게 소극적 안락사를 권할지		51.0(374)	49.0(360)	100.0(734)
성별	남자	55.4	44.6	5.345*
	여자	46.9	53.1	
연령	20~30대	44.0	56.0	10.295**
	40~50대	56.2	43.8	
	60대 이상	55.7	44.3	
종교	있다	49.8	50.2	0.543
	없다	52.5	47.5	
학력	중졸 이하	53.4	46.6	1.964
	고졸	52.6	47.4	
	초대졸 이상	47.6	52.4	
소득	50만원 미만	55.2	44.8	4.800
	50~100만원 미만	44.4	55.6	
	100~200만원 미만	48.6	51.4	
	200~300만원 미만	51.5	48.5	
	300만원 이상	56.9	43.1	
가족 중 임종환자여부	있다	58.8	41.2	2.936
	없다	49.7	50.3	

주: ** $p < .01$, * $p < .05$

사. 본인에 대한 소극적 안락사 요청 의향

□ 본인의 경우(표 17 참조)

- 본인에 대한 소극적 안락사 권고의향은 예가 압도적인 80.5%, 아니오 19.5%로 나타났다. 즉 다른 가족성원보다 본인에 대해서는 소극적 안락사를 적극 시도하겠다는 것이다(표 18 참조).
- 독립변수와는 유의한 상관관계가 있는 변수가 없었다.

〈 표 17〉 소극적 안락사 의사(본인의 경우)

(단위: %, 명)

문항		예	아니오	χ^2
본인이 소극적 안락사를 원할지		80.5(593)	19.5(144)	100.0(737)
성별	남자	81.0	19.0	0.134
	여자	79.9	20.1	
연령	20~30대	75.7	24.3	9.498
	40~50대	85.8	14.2	
	60대 이상	80.5	19.5	
종교	있다	80.3	19.7	0.010
	없다	80.6	19.4	
학력	중졸 이하	81.7	18.3	0.246
	고졸	79.9	20.1	
	초대졸 이상	80.1	19.9	
소득	50만원 미만	81.0	19.0	4.555
	50~100만원 미만	78.0	22.0	
	100~200만원 미만	79.5	20.5	
	200~300만원 미만	77.8	22.2	
	300만원 이상	86.3	13.7	
가족 중 임종환자여부	있다	87.3	12.7	3.475
	없다	79.4	20.6	

〈 표 18〉 대상별 소극적 안락사 권고의향 비교

(단위: %)

구분	부모	배우자	자녀	본인
예의 비율	53.7	55.6	51.0	80.5

아. 심평원의 보험급여 거부에 대한 견해

- 최근 건강보험심사평가원의 소생불가능 환자에 대한 수술비 등 건강보험급여 지급 거부에 대한 의견을 조사한 결과, 이에 대해서는 부정적인 견해가 더 지배적이었다(표 19 참조)
 - 즉, 소생불가능 환자에게 제공한 치료라 하더라도 죽음을 조금이라도 연장시키고자 한 치료이므로 불필요한 진료로 볼 수 없고, 당연히 보험급여를 제공해야 한다고 보고 있는 것이다(83.7%).
 - 이는 앞의 소극적 안락사의 찬성에 대한 견해와는 배치되는 응답이다.
 - 앞에서는 의사가 무의미한 치료를 중단하는 것이 윤리적으로 어긋나지 않는다고 하였는데, 정부의 이러한 치료에 대한 보험급여 중단은 부정하고 있어서 상호 배치되는 의견을 보이고 있다.

〈 표 19〉 건강보험심사평가원의 보험급여 거부 사례에 대한 견해

(단위: 명, %)

문항	빈도	백분율
① 소생불가능한 환자에게 제공한 적극적인 치료는 불필요한 진료이므로 보험급여까지 지불할 필요는 없다	120	16.3
② 소생불가능 환자에게 제공한 치료라 하더라도 죽음을 조금이라도 연장시키고자 한 치료이므로 불필요한 진료로 볼 수 없고, 당연히 보험급여를 제공해야 한다.	618	83.7
전체	738	100.0

4. 시사점

- 조사결과를 통해서 안락사에 대한 몇 가지 시사점을 도출할 수 있다.

□ 안락사 문제

- 국민들은 소극적(68.3%)이든 적극적(74.1%)이든 안락사에 대해 대다수가 찬성하고 있었다. 적극적 안락사를 소극적 안락사보다 더 찬성하고 있는데 그 이유는 국민들이 이에 대한 법적, 의학적 정보가 많지 않은 상황이기 때문으로 추정된다.
- 소극적 안락사는 60대 이상, 저학력자, 임종환자, 즉 사회적 취약한 계층이 더 원하고 있었는데, 그렇기 때문에 소극적 안락사가 이러한 계층에게 오용될 소지가 있다.
- 안락사의 결정은 의료인보다는 환자본인이나 가족이 결정하는 것을 선호하고 있었다.

□ 의사의 치료중단 문제

- 불필요한 치료에 대한 중단은 윤리적으로 어긋나지 않다(54.3%)는 의견이 약간 더 많았다.
 - 학력이 낮고, 환자가 있는 경우가 의사의 치료중단이 윤리에 어긋나지 않는다고 보고 있었다.
 - 가족 중 임종환자가 있는 경우는 소극적 안락사뿐 아니라 치료중단도 찬성하고 있었다.
- 의사의 치료거절은 찬성보다는 반대(59.3%)가 더 많아, 환자 및 환자가족의 의견이 수렴되지 않는 것에 대해서는 반대의 의견을 보이고 있다.
- 종합하면, 의사윤리지침의 일부는 수용하고 있으나, 환자나 가족의 요구를 무시한 의사의 무익한 치료 거부해 있어서는 반대의 의견을 보이고 있다.
 - 즉, 의사윤리지침에 대한 부분적인 수정이 요구된다.

□ 가족 및 본인에 대한 안락사 권고의향

- 가족에 대한 소극적 안락사 권고의향은 부모 53.7%, 배우자 55.6%, 자녀 51.0%로 나타나, 권고 수준이 앞의 포괄적인 질문에서보다는 낮게 나타났다.
 - 즉, 소극적 안락사에 대한 일반적 적용은 찬성하나 가족에게 이를 시행하는 것에 대해서는 찬성하는 비율이 낮은 것이다.
 - 40~50대, 고소득자, 임종환자가 있는 경우가 찬성하는 비율이 높았다.
- 반면, 본인에 대해서는 찬성률이 무려 80.5%나 달하고 있었다.
 - 본인에 대해서는 적극 수용하는 태도를 보이고 있었다.

□ 조사결과 해석 시 유의사항 및 기타 시사점

- 사회조사의 특성상 그리고 본 조사주제의 특성상 응답자들이 개인의 생각을 그대로 제시하기보다는 사회적으로 바람직하거나 진보적인 태도의 응답을 했을 가능성을 배제해서는 안된다.
 - 실제로 본인이 이러한 상황에 처했을 때는 정반대의 견해가 나올 수도 있음을 결과의 해석상에서 유의해야 한다.
- 특이하게 우리나라에서는 종교인과 비종교인 간에 안락사에 대한 뚜렷한 차이가 없다는 점이다.
 - 그만큼 각 종교계에서 이를 공론화하거나 사회적 이슈로 제시하지 않았기 때문으로 볼 수 있다.
- 임종환자가 있는 경우는 치료중단이나 안락사에 대해서 더 적극적으로 찬성하고 있으므로, 환자에 대한 실질적인 대책이 필요하다고 하겠다.
 - 특히 무익한 치료의 중단에 있어서 취약계층에게 피해가 가지 않으면서 환자 및 가족에게 고통을 최소화하는 방향으로의 지침 마련이 요구된다.

IV. 소 결

- 안락사에 대한 각 계의 입장을 살펴보았는데, 이러한 입장에서 합의된 의견을 도출하기가 쉽지 않다.
- 특히, 안락사의 개념과 연명치료중단의 개념과의 관계의 모호성, 회복불가능성에 대한 정확한 판단의 어려움 등으로 인해서 안락사와 연명치료중단에 대한 사회적 합의를 얻기는 더욱 어렵다.
- 종교계입장은 보수적인 입장에서는 안락사를 반대하고, 부분적으로는 소극적 안락사가 아닌 연명치료의 중단에는 동의하고 있다. 그러나 종교인들은 비종교인과 비슷하게 안락사를 찬성하고 있었다.
- 의사들은 불필요한 치료를 막고 환자 및 가족의 의료비 낭비를 줄이고, 의사의 권익을 보호하기 위해서 연명치료의 중단을 옹호하고 있다.
- 실태조사 결과 일반인들은 적극적 및 소극적 안락사에 대해서 대다수가 찬성의 의견을 보이고 있었다. 성, 연령, 종교여부 등의 차이없이 찬성의 비율이 더 높았다.
 - 그러나 환자와 가족의 요구에도 불구하고 의사가 치료를 거부한 것에 대해서는 부정적인 시각을 갖고 있었고, 최근의 심평원의 불필요한 진료에 대한 보험급여 중단에 대해서도 이를 ‘불필요한 진료’로 볼 수 없다고 하여 소극적 안락사에 대해 상호 모순적인 입장을 취하고 있었다.
 - 본인에 대해서는 안락사를 적극 수용하겠다는 입장이지만 가족 특히 자녀에 대한 안락사는 반반의 견해를 보이고 있었다.
 - 즉, 일반인의 안락사에 대한 견해는 찬성이 압도적이긴 하여도, 세부사항으로 들어가면 이의가 있을 수 있다는 것이다.
- 따라서 안락사나 연명치료의 중단에 대해서 보다 신중한 검토를 통해서 사회적 합의점을 찾아내야 할 것이다.

참 고 문 헌

□ 논문 및 저서

- 김선현, 「안락사에 대한 일반인들의 인식도」, 연세대학교 석사학위 논문, 2000.
- 김중호, 『안락사에 관한 윤리문제』, 한국 천주교 주교회의 생명윤리회, 2001.
- 박상은, 「토요쟁점토론/소극적 안락사 허용」, 동아일보, 2002. 4. 38일자.
- 보건복지부, 내부자료, 2002.
- 유영도, 『안락사와 치료중지에 관한 윤리문제』, 한국천주교주교회의 생명윤리회, 2001.
- 윤여덕, 「생명에 대한 사회의식조사: 생명연구」, 『생명문화총서』, 제1집, 서강대학교 생명문화연구소, 1992.
- 이상원, 「안락사는 정당한가?」, 『시민과 변호사』, 제89호, 2001, pp.25~27.
- 이운성, 「소극적 안락사를 받아들이자」, 『시민과 변호사』, 제89호, pp.21~24.
- 카투얼, 책, 『현대 사회문제들에 대한 성격적 답변 II』, 노재관(역), 도서출판 솔로몬, 1994.
- 허대석, 「무의미한 치료의 중단」, 『대한의사협회지』, 제44권, 제9호, 2001, pp.956~962.

□ 신문기사

- 경향신문, 2001. 11. 16일자.
- 동아일보, 2002. 4. 28일자.
- 문화일보, 2002. 5. 4일자
- 병원신보, 2001. 9. 6일자
- 한국일보, 2002. 5. 8일자, 5. 9일자, 5. 10일자

□ 인터넷자료

<http://my.dreamwiz.com/belle125/aal.htm>

제 2 주제: 연명치료 중단 및 완화치료로의 전환

치료중단에 대한 의료계의 지침과 ‘의료윤리
심의기구 협의회’ 등의 제도적 보완 필요성*

손 명 세

(연세대학교 의과대학 교수)

* 이 논문은 연세대학교 보건대학원 유호종 박사와의 공동저작이다. 저자들은 1년 이상의 대화를 통해 이 논문의 흐름을 정리하였고 일부 내용은 이미 발표한 바 있다.

사람들은 고통없고 편안하며 오래 끌지 않고 주위의 사람들을 힘들게 하지 않는 죽음을 맞기를 원한다. 하지만 많은 일에서 그렇듯이 죽음에 있어서도 인간이 이상적으로 생각하는 이런 죽음과 현실적인 죽음간에는 많은 차이가 난다.¹⁾ 실제로는 많은 사람들이 극심한 고통 속에 시달리면서 죽어 가거나 의식이 상실된 상태에서 오랜 시간을 끌며 천천히 죽어간다.

더욱이 이런 원하지 않는 형태의 죽음은 현대에서 그 비율이 더 커졌다. 그것은 무엇보다 현대 의학의 성격 때문이다. 현대 의학은 이전에 비해 매우 큰 기술적 발전을 했으나 아직도 근본적으로 불완전한 상태이다. 그래서 현대 의학은 만성질환 같은 경우에 있어서 이전보다 상당한 정도로 환자의 생명을 연장시켰지만 그렇다고 환자를 건강하게 회복시키지는 못했다. 따라서 현대 의술에 의한 생명연장은 많은 경우에 있어서 오래 끄는 힘든 죽음의 과정이 되기도 하는 것이다.

그래서 대두된 것 중의 하나가 이런 생명연장 시술의 중단 문제이다. 즉, 이런 연명치료 시술의 중단이 정당화될 수 있는가 정당화될 수 있다면 어떤 조건에서 인가가 문제되고 있는 것이다.

1. 치료중단의 정당성

‘치료중단’이 정당화될 수 있는가를 생각해 볼 수 있는 한 단초로 ‘자연적인 죽음’의 개념에 대해 생각해 볼 필요가 있다. 자연적인 죽음이란 생물학적 의미에서의 ‘생명의 끝’을 뜻하는 생물학적 죽음인 동시에 인격적 의미에서의 아스퍼스가 표현한 ‘존재의 성취’가 될 수 있게 하는 죽음이다. 이런 자연적인 죽음은 인간 존재의 성취곡선의 최고점이 된다. 그리고 많은 사람들은 이 최고점은 곧 내적 성숙 과정의 완성이라고 이해되며 이 시점이 언제인가를 어느 정도 짐작도 한다.

1) 한 조사에 따르면 인간의 1/5만이 평안한 죽음을 맞이한다고 한다(『우리는 어떻게 죽는가: 죽음과 삶에 관한 궁극적인 고찰』 서원 B. 누랜드 지음, 명희진 옮김, p.19).

이런 자연적인 죽음은 인간이라면 누구나 바랄만한 바람직한 죽음이다. 따라서 죽어가는 사람이 이런 자연적인 죽음을 맞도록 해주는 것은 정당한 반면 이런 자연적인 죽음보다 앞당겨서 죽게 만드는 것은 정당하지 못할 것이다. 또한 이런 자연적인 죽음보다 오래 생명을 연장하게 인위적인 조치를 취하는 것도 결코 바람직하지 못하다. 이런 늦춰진 죽음은 대개 죽어가는 자의 모습을 추하게 만드는데 이는 죽음의 순간에 완성되는 아름다운 자화상을 자신의 후손과 주위 사람들에게 보이길 원했던 환자의 바람을 저버리는 일이다.

안락사와 의사조력자살은 비록 환자를 위한다는 명목 하에 일어나는 일이지만 환자를 그 자연적인 죽음의 시기보다 앞당겨서 죽게 만들거나 돕는 것으로 보아야 할 것이다. 따라서 그 정당성을 인정하기 힘든 측면이 있다. 거꾸로 환자의 뜻에 어긋나게 끝까지 적극적인 연명치료를 하는 것 역시 환자의 자연적인 죽음을 맞을 권리를 침해하는 것으로 정당화되기 힘들어 보인다. 대신 일정한 조건을 갖춘 치료중단은 환자를 자연적인 죽음을 맞도록 해 주는 것이기 때문에 정당할 수 있다.

이렇게 ‘자연사’라는 개념에 비추어 보았을 때 이런 자연사보다 인간의 수명을 더 연장시키려 하는 치료를 중단하는 것은 정당화될 수 있다는 것을 알 수 있다. 또한 환자의 최선의 이익이라는 의료의 최종 목적에 비추어 봤을 때에도 치료 중단은 정당화될 수 있음이 밝혀진다. 치료 중에는 오히려 환자의 건강과 생명을 해치는 부작용만 큰 치료도 있고, 설혹 환자의 생명을 연장시키더라도 환자의 삶의 질을 극도로 저하시키는 치료도 있다. 이런 치료는 환자의 최선의 이익에 반하는 것으로 이런 치료를 중단하는 것은 정당화될 수 있는 것이다.

하지만 이것은 모든 경우의 치료중단이 정당화된다는 것을 의미하지는 않는다. 치료중단 중에서도 정당화될 수 있는 치료중단과 그렇지 못한 치료중단이 있다. 따라서 이 둘을 잘 구별하게 해 주는 합당하고 통일된 기준이 시급하게 필요하다. 이것은 실제로 우리의 의료현장에서 많은 치료중단이 이루어지고 있는데 그것들이 의사나 병원마다 다른 기준에 의해 이루어지고 있다는 점을 생각

해 볼 때 더욱 그러하다.

안락사와 의사조력자살에 대한 논의 역시 우리 사회에 필요하다. 하지만 현 우리의 상황에서는 현실적으로 훨씬 문제가 되고 있는 것이 치료 중단 문제이다. 치료중단이 정당화된다고 하더라도 구체적으로 어떤 조건에서 정당화되는가를 명확히 해야 하며 또 이에 대한 사회 구성원들간의 합의를 이루어 내는 것도 중요하다.

2. 치료중단에 대한 의사윤리지침의 조항

2001년 발표된 의사윤리 지침은 그 중에 치료중단에 대한 항목을 집어넣어서 치료중단에 대한 합당한 기준을 제시하려고 하고 있다. 그 관련항목들을 인용해 보면 다음과 같다.

제28조(치료 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.

제29조(판단이 어려운 경우의 자문) (1) 제28조의 경우와 같이 생명이 위급한 환자, 또는 환자가 정상적인 판단을 할 수 없는 경우 가족 등 그러한 환자의 대리인이 의사의 의학적 판단과 충고에 반하여 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 요구하는 경우 담당 의사는 각급 의료기관, 각급 의사회, 전문학회 등의 윤리위원회나 대한의사협회 윤리위원회에 자문을 구하는 것이 바람직하다.

(2) 특히 경제적인 이유로 제1항과 같은 요구를 받는 경우 담당 의사는 국민건강보험공단 등에 자문과 협조를 구하는 것이 바람직하다.

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

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 앞당겨서 환자를 사망에 이르게 하는 행위를 말한다.

(2) 의사는 '안락사'에 관여하여서는 아니된다.

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 아니된다.

제60조(의학적으로 의미없는 치료) 의사가 회생불가능한 환자에게 의학적으로 무익하고 무용한 치료를 보류하거나 철회하는 것은 허용된다.

이렇게 의사윤리 지침에서는 안락사와 의사조력자살은 의사가 관여해서는 안 될 정당화되지 못한 일로 보는데 비해서 역시 일정한 조건하의 치료중단은 정당화될 수 있는 것으로 본다. 그런데 대한의사협회의 이 지침은 ‘안락사 논쟁’을 불러일으킴으로써 의료계와 사회의 시각차를 보여 주었다. 이러한 현실에 대한 구체적인 해결책을 마련하고자 대한의학회는 ‘안락사·존엄사에 대한 의학적 접근’이라는 제목으로 2001년 임상의학 심포지엄을 개최하였으며 심포지엄 후속작업으로 ‘안락사·존엄사에 관한 심포지엄 종합보고서 작성 소위원회’를 구성하여 “임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침”을 작성하기로 하였다. 이후 2002년 3월 29일 대한의학회가 주관하고 한국의료법 학회와 한국의료윤리교육학회 주최로 세종문화회관에서 ‘연명치료 중단의 법·정책적 토론회’에서 초안을 발표하였으며 2002년 5월 3일 대한의사협회가 주최하는 종합학술대회에서 “임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침(제1보)”을 발표하게 되었다²⁾ 이제 의사윤리지침의 연명치료중단에 대한 항목이 이 연명치료 중단에 대한 지침 속에 어떻게 구체화되었는지 살펴보자.

3. 치료중단에 대한 의학회의 지침(안)과 의사윤리지침의 관련 항목간의 비교

대한 의학회가 현재까지 마련한 지침을 밝히고 설명한 것을 인용하면 아래와 같다.

1) 충분한 설명에 근거한 환자의 동의(Informed Consent)

임종환자들도 진료에 관한 자율성은 존중되어야 한다. 그러므로 의사는 환

2) 윤영호, 대한의사협회 제30차종합학술대회 C/8 자료집 『의료윤리지침(제1보)』, 병원윤리위원회, 2002; 4.

자가 자신의 병적 상태를 이해하고 이성적으로 선택할 수 있도록 도와야 하며, 의식이 분명한 환자가 자신의 치료에 관해 충분히 생각하고 나서 스스로 결정하였다면 이를 존중되어야 한다. 의식이 불분명한 환자의 경우에 의사는 환자의 대리인에게 의학적 사실을 정확하게 전달하여 그 결정이 환자에게 최선의 이익이 될 수 있도록 하여야 하고, 보다 나은 의료 조치에 대한 권고를 하여야 한다. 또한 예상되는 향후 치료 방향과 심폐소생술 시행 여부 등과 같은 중요한 결정 사항에 대하여 의사는 환자나 그 대리인들과 충분히 협의하여 될 수 있는 대로 사전 지침을 받아 의무기록으로 남겨두기를 권장한다[Crit Care Med 90].

2) 치료 유보(Withholding)와 치료 중단(Withdrawing)

연명 치료는 임종환자에 수행되는 인공호흡기, 심장 투석, 항암 화학요법, 항생제, 그리고 인공 영양과 수액 치료 등을 포함하며 이 보다 광범위한 조치들이 포함될 수 있다. 흔히 수행중인 치료를 중단하는 것을 의료인들이 꺼려하나 연명 치료의 유보와 중단 사이에 윤리적 차이는 없다[Presidents Commission & N Engl J Med 1988, Crit Care Med 1990]. 심각한 상태의 환자의 치료 수준에 대한 의사 결정에 있어 주된 고려 사항은 해당 환자의 삶에서 최선은 무엇인가이지, 가족이나 사회의 부담을 줄이는 것이 주된 고려 사항이 되어서는 안된다. 치료 중단에 관한 논의는 환자가 살아날 가능성이 매우 낮거나, 치료로 인하여 환자가 겪을 신체적, 정신적 부담이 치료로 얻을 수 있는 효과보다 훨씬 더 크게 생각되며 또한 설령 회복된다 하더라도 환자가 견뎌가야 할 삶의 질을 받아들이지 못할 것으로 판단될 경우 등에서, 환자나 그 대리인과 시작할 수 있다[Crit Care Med 1990]. 이때 환자의 삶의 질은 환자의 평소 관심사와 가치관에 의해 정의되어야 하며, 연명 치료의 지속 또는 중단을 결정할 때 중요한 결정 인자로 고려되어야 한다. 연명 치료의 유보, 또는 중단 결정 과정에서 의사는 환자 또는 대리 결정권자에게 관련된 모든 의학 정보를 알려주어야 한다. 만약 환자가 택하고자 하는 가치 선호의 증거가 있을 때는 그 판단에 근거하며, 대리 결정을 할 때는 대리인은 평소 환자의 삶에 대한 가치와 고통이나 죽음에 대한 환자의 태

도 등을 고려하여 결정하여야 한다. 만약 결정 능력이 없는 환자에서 그의 선호와 가치에 대한 적절한 증거가 없다면, 그 결정은 환자에게 최선의 이익이 되는 것은 무엇인가에 따라 결정되어야 한다. 의사들은 임상에서 죽어가는 환자의 고통을 덜어주고 그의 품위와 자율성을 존중해야 할 의무가 있다. 의사는 이를 위하여 임종 환자에게 행해지는 효과적인 완화치료가 비록 죽음을 재촉할 가능성이 있다 하더라도 지속적으로 제공할 수 있다(미국의사협회 윤리지침 2.20 생명 유지치료의 유보 또는 중단; 1981년 3월 제정, 1994년 6월 개정). 그러므로 사망이 임박한 중환자의 모든 생명 유지 치료를 유보 또는 중단하는 것은 윤리에 어긋나지 않는다. 그러나 의사는 안락사나 의사 조력 자살에 관여하여서는 안 된다(세계의사협회 ~ 안락사에 관한 선언; 1987년 10월 채택) (세계의사협회 ~ 의사조력자살에 대한 성명; 1992년 9월 채택). 또한, 집중 치료의 중단이 환자 상태를 방치하거나 포기하는 것이 아니며 의료인들은 사망에 이르기까지 환자의 고통이나 두려움을 완화시키기 위한 노력 등을 지속하여야 한다.

3) 無意味한 치료(Futile Management)

더 이상의 치료가 환자에게 효과보다 해를 끼칠 우려가 더 크다고 생각되는 "무의미한 치료"의 판단에 대하여 의사와 환자나 그 가족간 의견이 다를 경우 흔히 분쟁의 소지가 되고 있다. 우리나라는 국가가 제공하는 진료비 보조 제도나 공공 간호서비스 제도 그리고 사회에서 마련된 불우 환자에 대한 공적 부조가 거의 전무하므로 환자에게 행해지는 치료가 무의미하나 아니냐에 대한 다툼이 외국과 다르게 나타난다. 경제적 어려움으로 인하여 더 이상의 치료를 받기 어려운 환자들에서는 흔히 진료비 부담이 무의미한 치료 논쟁의 실제 큰 원인이다. 또한 진료비 부담에 대한 경제적 어려움은 크지 않으나 치료 후 심각한 후유증을 남길 것으로 예상되는 환자의 경우에는 퇴원 후 환자 간호의 어려움이 무의미한 치료 논쟁의 원인이 되기도 한다. 이 경우들에서 환자의 가족들은 치료의 중단을 요구하면서 더 이상의 치료는 무의미하다고 주장하기도 한다. 국내의 경우 보호자와 이러한 이견이 발생시 그 윤리적, 법적 책임이 전적으로 환자의 대

리인과 의사에게 한정되어 있다. 그러므로 국가적 진료비 보조 체계, 공공 간호 서비스 제도 등이 정립되기 전까지는 외국의 의료 윤리 판단 기준을 국내 의료 상황에 모두 적용하기는 현실적 어려움이 매우 크다. 그럼에도 불구하고 의료인들은 의료윤리적으로 최선의 결정을 내릴 수 있도록 노력하여야 하며 무의미한 치료에 대한 견해 차이가 있다면 이를 조정할 수 있도록 환자나 그 가족들과 충분한 대화를 하여야 한다. 즉 의료인은 환자나 그 가족과 치료의 목표에 대하여 충분히 논의하고 그 과정의 일들을 공유함으로써 서로가 만족할 수 있는 수준의 치료가 수행될 수 있도록 노력하여야 하며 그 노력을 가능한 문서로 기록해 두어야 한다. 만약 환자나 그 가족들과 무의미한 치료에 대한 분쟁이 발생시 의료인들은 가능한 그 해결을 독자적 판단에 의존하지 말아야 한다. 환자나 그 가족들이 의사가 생각하기에 명백히 의미 없는 치료를 요구하는 경우는 의사가 이를 거절할 수 있으나(미국의사협회 윤리지침 2.035 무의미한 진료; 1994년 6월 제정)[Ann Intern Med 1990] 이러한 의사의 결정이 합당한 진료 기준에 의거하여야만 하며, 의미 있게 정의될 수 있는 개념에 근거하여야 한다. 또한 그 결정을 단독으로 하는 것보다는 동료 의사나 병원윤리위원회 등의 자문을 받을 것을 권장한다. 치료비를 지불하는 의료보험조합에서 의미 없는 치료로 판단한 경우에도 의사는 의학적으로 정당한 결정을 하여야 한다. 지속적 식물인간 상태의 환자는 특별한 이유가 없는 한 중환자실에서 치료하면 안된다. 또한 뇌사자에게 치료 행위를 계속하는 것은 의학적으로 근거 없는 행위이며[Crit Care Med 1990], 뇌사로 진단되면 치료 중단을 적극적으로 검토하여야 한다[Crit Care Med 1990].

4) 심폐소생술 하지 않기(Do-Not-Attempt-Resuscitation, DNAR)

의료인들은 심장 또는 호흡이 정지된 환자들을 소생시키도록 노력해야만 하지만, 심폐소생술을 시행하는 것이 부적절한 상황이거나 환자의 의지나 최선의 이익에 반하는 상황일 때에는 예외로 한다. 의사들은 심폐소생술에 대해 환자들의 희망을 존중해야 할 윤리적 의무를 지고 있다. 의사는 삶의 질에 관한 자신의 개인적 가치 판단에 의거하여 심폐소생술에 관한 환자의 판단을 무시해서는 안된

다. 심폐소생술에 의해 환자의 생명을 연장시킨다 하여도 그 삶이 의미가 없을 것으로 예상되는 경우에는, 환자 자신, 환자의 대리인, 혹은 담당의사에 의해 심폐소생술 포기 문제가 제기되고 환자나 그 대리인과 의사 사이에 미리 심폐소생술 포기 여부를 토의하고 결정할 수 있다. 그 사실은 환자의 의무기록에 문서화되어야만 한다. 이는 환자로 하여금 질병으로 인한 사망을 자연스럽게 받아드리도록 하며 사망에 이르는 불필요한 고통과 시간을 줄이고 존엄성을 유지하고 임종하는데 도움이 될 수 있다.

5) 임종환자의 중환자실 치료의 거절

중환자실의 병상은 흔히 부족하므로 병상 배분에 대한 갈등이 발생한다. 제한된 의료 자원을 환자들에게 균형적으로 배분하는 결정에 있어서는 의학적 필요에 따른 타당한 기준들만이 고려되어야 한다. 이러한 기준들에는 치료 효과의 유무 또는 지속 여부, 현재 장애와 관련하여 예상 잔여 생존 기간, 집중 치료 필요의 위급성, 삶의 질의 변화, 환자의 의지, 그리고 성공적 치료를 위해 필요한 의료 자원의 유무와 정도 등이 포함된다[arch intern med, 1995][JAMA 1994]. 환자의 치료비 지불 능력, 연령, 사회적 가치, 예상되는 치료의 어려움, 그 질환이 발생한 원인에 대한 환자의 책임, 과거에 환자가 의료 자원을 사용했던 경력 등, 의료와 관계없는 기준들이 고려되어서는 안된다[arch intern med, 1995]. 사망이 임박하였거나 지속적 혼수 상태의 환자와 같이 집중 치료가 도움이 되지 않는 환자들의 중환자실 입실을 거절하는 것은 비윤리적인 행위가 아니나[NEJM 1983, JAMA 1986], 그 판단이 어려울 경우는 동료 의료인 혹은 병원윤리위원회의 자문을 구하도록 한다.

6) 임종환자의 이송과 자의 퇴원

의사는 환자의 이익을 위하여 환자를 다른 의료기관으로 보낼 수 있으며 환자의 진료 자료 제공에 적극적으로 협조하여야 한다. 타 의료기관으로 보내는 경우

그 의료기관은 환자에게 필요한 서비스를 수행할 능력을 가지고 있어야 한다(세계의사협회 ~ 의료윤리에 관한 국제협약, 1983년 11월 채택). 의료진이 환자의 임종을 예상할 수 있는 상황에서 스스로 판단할 능력이 있는 환자가 연명 치료를 유보 혹은 중단하고 가정으로 퇴원할 것을 요구할 경우 그 의사가 존중되어야 한다. 의료진이 환자의 임종을 예상할 수 있는 상황에서 스스로 판단할 능력이 없는 환자의 경우는 적절한 대리인이 환자에 대한 연명 치료를 유보 혹은 중단하고 가정으로의 퇴원을 요구할 경우 그 의사가 존중되어야 하며 타당한 절차의 논의과정을 거친 후 결정하여야 한다.

7) 임종환자의 연명치료의 중단에 관하여 환자, 환자의 대리인 및 의료진들 사이에 발생한 이견의 조정

의료진과 환자나 그 대리인들 사이에 의견이 일치하지 않을 경우, 합리적인 의사결정을 위해 의료기관내 윤리위원회의 자문을 구하거나, 윤리위원회가 구성되어 있지 않을 경우는 그 환자의 진료와 직접적 관련이 없으면서 해당 환자의 질병 상태를 판단할 수 있는 다른 의사의 의견을 구하도록 권장한다. 만약 스스로 결정할 정신적 능력이 있는 환자가 치료를 계속 반대할 경우, 의사가 비록 그 치료가 의학적으로 유효할 것으로 판단되더라도 치료를 유보하는 것은 의료 윤리에 어긋나지 않는다. 다만 그 치료 행위가 환자의 생명에 직결되어 있으며, 그 사실을 충분히 설명한 후에도 환자가 치료를 거부하는 경우는 담당 의사는 그 원인을 찾으려고 노력하여야 하며 정신심리 전문가나 정신과의사의 조언을 받도록 한다. 정신심리 전문가의 조언 등으로도 문제 해결이 되지 않으면 같은 병원 혹은 다른 병원의 의사에게 환자를 이송 의뢰할 수 있으며 가능한 다른 대안들이 고려될 수 있다. 치료 여부에 관하여 환자 또는 그 대리인과 의료진들 사이에 의견이 지속적으로 불일치할 경우에도 그 환자를 치료할 수 있는 타 의료기관으로 이송할 수 있으며 이때 환자를 타 의료인이나 타 의료기관으로 이송이 불가능한 경우에는 타당한 근거 하에 가족들의 요구를 거절할 수 있으며 환자의 상태 변화를 잘 지켜보면서 다음 결정을 하도록 한다.³⁾

이 치료중단에 대한 대한의학회의 지침안을 의사윤리지침의 내용과 비교해보자. 먼저 눈에 띄는 것은 치료중단의 대상에 대한 언급이다. 의사윤리지침은 28, 29조에서 “생명이 위급한 환자”를 30조에서 “의학적으로 회생의 가능성이 없는 환자”를 언급하고 이들에 대한 치료중단이 허용됨을 밝히고 있다. 그런데 임종환자 치료중단 지침에서는 치료중단의 대상으로 ‘임종환자’만을 언급하며 이 ‘임종환자’를 “현대 의학으로 치유가 불가능한 질병이 있으면서, 적극적인 치료에도 반응하지 않고 사망에 임박하다고 생각되는 환자”로 규정하고 있다.

의사윤리지침 28, 29조의 ‘생명이 위급한 환자’는 치료를 계속한다면 치료효과를 볼 수 있는 환자까지 포함한다. 또한 30조의 회생가능성이 없는 환자에는 영구적 식물인간처럼 사망이 임박하지 않은 환자도 포함된다. 즉, 의사윤리지침에서 치료중단의 허용대상으로 보는 범위는 대한의학회 지침안에서 밝힌 임종환자를 넘어서는 것이다. 여기서 이런 불일치를 어떻게 볼 것인가의 문제가 발생한다. 한 해석 가능성은 의사윤리지침과 대한의학회 지침이 비일관적이라고 보는 것이고 또 다른 해석 가능성은 대한의학회 지침안이 의사윤리지침이 언급하는 대상 중 우선 그 일부 대상만 다루는 것이라고 보는 것이다.

치료중단이 누구의 뜻에 의한 것이어야 하는가에 대해서는 두 지침에서 모두 환자 본인의 뜻을 강조하고 있다. 의사윤리지침에서는 28, 29조에서 ‘생명이 위급한 환자’가 의사결정 능력이 없을 경우에는 환자 대리인의 치료중단 요구도 받아들일 수 있지만 이런 요구가 환자의 이익과 추정적 의사에 부합하는 것이어야 한다고 명시하고 있다. 반면 30조에서 회복 불가능한 환자에 대해서는 환자 대리인의 치료중단 요청이 환자 자신의 이익과 추정적 의사에 부합해야 한다는 것을 명시적으로 밝히고 있지 않고 있다. 하지만 이에 대해 의학회 지침안의 (1) ‘충분한 설명에 근거한 환자의 동의’ 항목에서 회복가능성이 없는 임종환자의 경우도 대리인의 결정이 환자에게 최선의 이익이 될 수 있도록 해야 한다는 점

3) 고윤석, 대한의사협회 제30차종합학술대회 C/8 자료집 『의료윤리지침(제1보)·병원윤리위원회』, 2002.12 ~ 17.

을 밝히고 (2) ‘치료유보와 치료중단’ 항목에서도 “환자의 치료수준에 대한 의사 결정에 있어 주된 고려사항은 해당환자의 삶에서 최선은 무엇인가이지, 가족이나 사회의 부담을 줄이는 것이어서는 안된다”고 밝힘으로써 의사윤리지침 30조를 보충하고 있다고 볼 수 있다.

의사윤리지침 중 치료중단과 관련하여 가장 논란이 되는 것은 ‘의학적으로 무익하거나 무용한 진료’ 즉, ‘의학적으로 의미없는 치료’에 대한 것이다. 이 두 개념은 글자 그대로의 뜻으로는 서로 다른 말일 수 있지만 의사윤리지침에서는 동의어로 사용하고 있는데 이는 의사윤리지침 제60조를 보면 알 수 있다. 60조에서는 팔호안의 제목이 ‘의학적으로 의미없는 치료’인데 그 내용에서는 ‘의학적으로 무익하고 무용한 치료’라는 용어를 사용하고 있어 이 둘을 동의어로 쓰고 있음이 분명하게 드러난다.

이 의학적으로 의미없는 치료에 대해 의사윤리지침에서는 반복적으로 규정하고 있다. 즉, 30조 3항에서 ‘의사는 의학적으로 의미없는 치료는 환자나 그 가족이 요구할지라도 거부할 수 있다’고 규정하고 있는데 60조에서는 ‘의사는 의학적으로 무의미한 치료는 하지 않을 수 있다’고 더 추상적으로 규정하고 있다. 이때 60조의 내용은 30조 3항 속에 함축되어 있어서 60조는 삭제해도 상관이 없어 보인다.

그것은 어쨌든 30조 3항의 내용은 ‘환자가 요구하기 때문에 치료를 중단한다’는 정당한 치료중단의 일반적인 상황과는 달리 ‘환자가 치료를 해달라고 요구하는 데도 치료를 중단할 수 있다’는 것이어서 상당한 논란이 되는 것이다. 먼저 이 항목에 대해서 과연 의학적으로 무의미한 치료라고 해서 환자의 뜻에 반해서까지 중단할 수 있는가라는 의문이 있을 수 있다. 또 하나는 의학적으로 무의미한 치료를 환자의 뜻에 반해 중단할 수 있다고 하더라도 어떤 치료를 이런 무의미한 치료로 볼 것이며 이를 누가 결정할 것인가에 대한 의문이다. 의학회 지침안에서는 이 의문에 대해 답하려 하고 있다. 먼저 의학회 지침안에서는 ‘의학적으로 의미없는 치료’라는 용어는 나오지 않고 ‘의미없는 치료’나 ‘무의미한 치료’

라는 말이 나오는데 이 두 경우 모두 영어의 'futile management'를 염두에 둔 것이다. 따라서 의사윤리지침의 '의학적으로 의미없는 치료'와 대한의학회 지침안의 '의미없는 치료'는 동의어라고 보아도 될 것이다.

이 무의미한 치료에 대해 의학회 지침에서는 “의도하는 목표를 달성하지 못할 것으로 예상되는 치료, 환자의 경과에 도움을 줄 가능성도 있으나 해를 끼칠 우려가 매우 큰 치료, 치료를 극대화하여도 효과가 없는 경우, 이전에 동일한 치료법을 시행하였으나 효과가 없음을 이미 경험한 경우”로 규정하고 있는데 이는 사람의 가치관에 따라 그 관점이 달라질 수 있는 주관적으로 무의미한 치료가 아니라 합리적인 이성을 가진 사람들이라면 누구나 무의미하다고 인정할 객관적으로 무의미한 치료만을 무의미한 치료로 규정하고 있다는 것임을 알 수 있다.

가령 ‘환자의 생명을 연장시킬 가능성보다는 단축시킬 가능성이 크며 환자에게 큰 고통을 주는 시술’이 이런 객관적으로 무의미한 치료에 속한다. 이런 객관적으로 무의미한 치료는 의학에 대한 전문적인 지식을 가진 의사만이 제대로 관정할 수 있다. 따라서 의학회 지침안에서 ‘의사가 생각하기에 명백히 의미없는 치료를 거부할 수 있다’고 하여 객관적으로 의미없는 치료를 의사가 판단할 수 있다고 본 것은 옳다. 하지만 이런 판단에 있어 의사가 환자나 그 가족들보다는 더 나을 수 있지만 의사의 판단 역시 정확하지 못할 가능성이 있다. 따라서 의사는 이런 판단을 내리는데 있어서 다른 의사들과 상의해 보아야 할 것이다.

이런 ‘무의미한 진료’로 의학회 지침안이 구체적으로 지적하고 있는 것은 바로 뇌사자에 대한 치료행위이다. “뇌사자에게 치료행위를 계속하는 것은 의학적으로 근거없는 행위이며 뇌사로 진단되면 치료 중단을 적극적으로 검토하여야 한다”는 것이다. 하지만 뇌사도 죽음이라는 것을 반대하는 입장에서 보면 뇌사자에 대한 치료는 순전히 생물학적인 것이긴 하지만 생명을 연장시키는 것이기 때문에 이를 객관적으로 무의미한 치료라고 받아들이지 않을 것이라는 점을 고려해야 할 것이다.

이 이외 의사윤리지침과는 다르게 의학회에서 더 구체적으로 지침을 마련하고

있는 것이 있다. “지속적 식물인간 상태의 환자는 특별한 이유가 없는 한 중환자실에서 진료해서는 안된다”는 규정도 그러한 것인데 이것은 “식물상태 환자의 중환자실에서 진료는 일반병동에서의 진료와 비교하여 객관적으로 무의미하다”고 보기 때문이다. 또한 죽음이 임박한 임종환자에 대해서도 같은 판단을 하고 있다. ‘심폐소생술’의 경우 환자나 그 대리인의 요구가 있을 경우에 한해서 이를 행하지 않을 수 있다고 본 것은 심폐소생술이 ‘회복이 불가능한 환자에 대한 치료’이되 가치관에 따라 유의미할 수도 무의미할 수도 있는 치료로 판단한 것이다.

이상 의료계에서 치료중단에 대해 내 놓은 지침을 살펴보았다. 의료계는 이렇게 치료중단에 대한 지침이 우리의 의료현장에서 시급히 마련되어야 함을 자각하고 상당한 시간과 노력을 기울여서 이를 마련하였으며 좀더 논의해 볼 부분이 있긴 하지만 그 내용은 기본적으로 타당해 보인다. 하지만 이 지침에 대한 여론의 반응은 별로 긍정적이지 않았다. 가령 이 지침들이 인명을 경시하는 것이라는 등의 우려가 있었다. 하지만 이런 우려는 이 지침을 제대로 이해하지 못한테서 오는 피상적 비판이다. 이와 관련해서 최근 우리의 건강보험 심사에서 이미 회복불가능 환자에 대해 진료비 지급을 거부했다는 한 신문의 보도와 관련된 논란을 잘 살펴볼 필요가 있다.⁴⁾

4. 건강보험심사평가원의 치료비 삭감을 둘러싼 논쟁

이 신문에 따르면 지난해 9월 서울의 한 대학병원에서 대동맥 파열로 수술을 받았으나 회복 불가능 상태에 빠진 환자에 대해 심평원은 “환자의 동공 반사 반응이 없는 것으로 보아 대뇌기능이 정지된 것으로 판단되므로 그 시점 이후의 치료는 치료효과를 기대할 수 없는 것”이라며 “이에 따라 이후의 수술비 및

4) 조선일보 2002.5.13일 자

재료대, 수혈비용 등을 지급할 수 없다”며 진료비 지급을 거절했다는 것이다.

그리고 이 신문은 이 치료비 거부를 “정부기관이 연명치료의 무의미함을 사실상 인정한 것으로” 해석하고 “앞으로 진료비를 받지 못할 것을 우려한 병원들이 회복 불가능 환자에 대해 치료를 포기하는 사태로 이어질 수 있어 큰 파장이 예상된다.”고 보도했다.

이에 대해 심평원에서는 “동공반사가 소실되고 소생불가능한 상태로 판단된 이후에 행하여진 진단적 개흉술과 혈액투여는 환자 소생을 위한 치료라기보다는 적정의료행위를 벗어난 불필요한 과잉진료로 판단된다는 결정에 의해 대뇌기능 소실 이후의 진료비에 대해서만 일부 조정된 사례”로 “과잉진료에 대한 진료비는 조정되었으나 이는 임종환자의 연명치료에 대한 가치판단과는 전혀 다른 것”이라고 반박하고 있다.⁵⁾ 즉, 임종환자의 연명치료를 무의미한 것으로 취급하여 진료비 지급을 거절한 것이 아니라는 것이다.

여기서 우리는 심평원이 무엇을 ‘적정의료행위를 벗어난 불필요한 과잉진료’로 부르는지 주의할 필요가 있다. 여기서 심평원은 진료비를 거절한 치료에 대해 그 치료가 “환자 소생을 위한 치료”가 아니기 때문에 과잉진료라고 말하고 있다. 그런데 연명치료라는 것은 본래 ‘환자 소생을 위한 치료’가 아니다. 즉 더 이상 소생 가능성이 없는 환자임에도 그 수명을 연장시키기 위한 치료가 연명치료인 것이다. 그리고 문제된 치료 중 특히 혈액 투여의 경우 그 혈액이 투여되지 않았을 때보다 환자의 생명을 몇시간이라도 더 연장시켰을 것으로 보인다. 따라서 이 치료는 분명 “연명치료”의 일종으로 생각할 수 있다.

그렇다고 심평원이 모든 연명치료에 대해서 진료비 지급을 거절하는 것으로는 보이지 않는다. 대신 그들이 밝힌 대로 ‘비용효과면에서 적정하지 않은’ 연명치료에 대해서, 즉, 들어간 의료비에 비해 수명연장 효과가 작은 연명치료에 대해서는 ‘과잉치료’로 간주하여 진료비 지급을 거절하고 있다고 볼 수 있다. 하지만 ‘과잉치료’ 역시 효율은 적더라도 생명연장 효과는 있다. 그러기 때문에 의사들

5) 이 논문의 뒤에 실린 참고자료 참조

은 이런 치료를 ‘과잉치료’라고 부르는 대신 ‘최선의 치료’라고 부르는 것이며 보험료 삭감의 위험에도 불구하고 이런 치료를 시행하려고 하는 것이다. 따라서 적어도 심평원은 그들이 현명치료 중 일부에 대해서 ‘치료비를 지급하지 말아야 할 것’으로 보고 있다는 것, 즉 ‘의사들이 보류하거나 중단해야 할 치료’로 보고 있다는 점은 인정해야 할 것이다.

이런 지적은 결코 위 사례에서의 심평원의 치료비 지급 거절을 비판하려는 것이 아니다. 제한된 의료비를 생각할 때 이런 조치는 불가피한 것이고 합리적인 것이다. 오히려 생명을 조금이라도 연장시킬 수 있다면 어떠한 비용이라도 감수하고 모든 치료를 해야 한다는 주장이 비현실적이다.⁶⁾ 다만 여기서 제안하고 싶은 것은 이렇게 임종환자 치료 중단은 때로 불가피하고 합리적이라는 것을 사실 그대로 인정해야 되지 ‘인명경시’ 등의 선입견으로 이를 부정하려는 것은 바람직하지 않다는 것이다.

5. ‘한국의료윤리심의기구 협의회’의 필요성

비록 의료계가 제시한 치료중단 지침에 대한 우려와 비판 중에서는 여러 오해가 섞여 있지만 실제로 이런 지침 제시에 있어서 문제점도 있었다. 따라서 이런 문제점들을 보완할 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 먼저 이 지침이 의료계 내부의 논의만을 주로 해서 나와 절차적 문제점을 가지고 있다는 비판에 대해서 주목할 필요가 있다. 또한 이 지침이 타당하다하더라도 의료현장에서 왜곡없이 시행될 수 있겠는가는 우려에 대해서도 귀를 기울일 필요가 있다. 그래서 이런 점에 유의할 때 의료계를 포함하여 사회의 각계 각층이 참여하는 기구가 필요함을 알 수 있다. 이 기구에 대해 자세히 살펴보자.

치료 중단의 문제는 단지 의료인에게만 영향을 끼치는 것이 아니다. 오히려

6) 이 논문의 뒤에 실린 별첨자료 참조

그런 치료의 대상이었던 환자가 가장 큰 영향을 받는다. 그런데 우리 사회 구성원은 누구나 이런 환자가 될 수 있다. 그리고 자신이 이런 환자가 되지 않더라도 가족이나 지인이 이런 환자가 될 수 있다. 이렇게 치료 중단의 문제는 우리 사회 구성원 모두에게 상당한 영향을 끼치는 사회 구성원 모두의 문제이다. 따라서 치료중단에 대한 기준은 단지 의료인들의 합의만 얻어서는 안되고 사회 전체의 합의를 얻는 것이어야 한다.

그런데 이런 전국민적 합의를 얻기 위해서는 지금까지처럼 그 기준이 의료계 내부의 논의만으로 마련되어서는 안된다. 그것은 아무리 의료인들이 제3자적인 공평한 입장에 서서 이 문제를 바라보려 하더라도 은연중 의료계에 돌아올 영향을 더 비중있게 고려하게 될 수 있으며 또 치료 중단과 관련하여 의학적 측면 이외의 다른 측면에 대해서는 제대로 파악하지 못할 수 있기 때문이다. 더 나아가 설혹 의료인들이 매우 전체적이고 공평한 시각에서 지침을 마련했다고 하더라도 이 점을 외부의 사람들에게 증명하기가 쉽지 않기 때문이다.

따라서 의학회에서는 정부, 법조계, 윤리학계, 언론계, 종교계의 인사들로 구성된 한국의료윤리심의기구를 구성하여 이 기구가 현재 문제되고 있는 연명치료중단과 완화치료로의 전환에 대한 최종 지침을, 더 나아가 다른 종류의 치료중단에 대한 최종지침을 확정짓도록 할 것이다. 이 때 의사협회에서 마련한 의사윤리지침 중 치료중단에 대한 항목과 대한의학회가 마련한 연명치료중단에 대한 지침은 일차적 검토의 대상이 될 것이다. 이 지침을 기반으로 하여 혹시 미흡한 점이 있다면 이를 고쳐 최종지침이 완성된다면 이 지침은 사회전체의 합의라는 성격을 가질 수 있을 것이다.

또한 이 기구는 마련된 지침의 시행을 감시하는 역할도 맡게 될 것이다. 설혹 온 국민이 동의하는 지침이 마련되었다고 하더라도 그 시행과 점검이 의료인들의 손에만 맡겨진다고 한다면 의료계 밖의 사람들은 이 지침이 올바르게 시행된다는 믿음을 갖지 못할 것이다. 따라서 치료 중단 지침이 의료현장에서 제대로 준수되는지에 대한 감시와 관리도 의료계 외의 각 분야 사람들이 같이 참여해서 하는 것이 바람직한데 이런 역할을 위해서도 이 기구가 필요한 것이다.

이 한국의료윤리심의기구 협의회에는 각 학회의 윤리위원회와 각 병원의 병원 윤리위원회, 그리고 지역의사회의 윤리 위원회 등 의료의 윤리상황을 심의하는 기구를 개별 회원으로 하고 사회 각계 인사를 운영위원으로 하여 중앙조직을 만들 것이다. 이 중앙조직에서는 치료중단 등 의료계의 현안들에 대한 지침을 제정하고 그 이행을 감시하는 것을 주임무로 하고 더 나아가 하위조직에서 심의한 갈등사례들을 취합하여 이를 분석하고 연구하여 출판함으로써 하위조직들이 개별갈등사례들을 심의하는데 도움을 줄 것이다.

의료현장에서 논란이 되는 구체적인 문제사례들에 대해서는 지금까지 그래왔던 것처럼 이 기구의 개별 회원인 각병원과 학회 그리고 지역의 윤리위원회들에서 심의할 것이다. 그런데 이런 문제사례를 심의할 때 법률적 측면과 윤리적 측면을 전문적으로 판단해 줄 사람이 없어 이 윤리위원회들은 상당한 어려움을 겪어 왔다. 그래서 이런 판단에 도움을 줄 변호사와 윤리학자를 초빙하고 싶어도 어떠한 분이 의료의 문제들에 관심과 경험이 있는지 알지 못하여 접촉을 하지 못한 경우들도 있었다.

이에 대해 한국의료윤리 심의기구 협의회는 협의회차원에서 우리나라 변호사들의 종주단체인 대한 변호사협회와 윤리학자들의 모두모임인 한국사회·윤리학회의 협조를 얻어 전국 16개 시도 각각에서 윤리학자와 변호사들로 이루어진 자문단을 구성하여 운영할 계획이다. 그래서 이 자문단이 각 지역에 있는 윤리위원회들이 사례를 검토할 때 참여하여 법적, 윤리적 판단에 있어 도움을 주게 만들려는 것이다.

이런 구조와 역할을 갖는 이 협의회는 민간심의기구로 실제적으로 법인격과 법적 근거는 없다. 하지만 현재 의료현장에서 벌어지고 있는 법적 윤리적 문제들의 중대함에 비해 이런 문제들을 다루는 지침에 대한 사회전체의 합의는 부재한다는 시급한 상황을 고려할 때 우선 이 협의회를 구성하여 운영하면서 그 사회적 위상을 분명히 잡아 나갈 필요가 있다.

6. 사전의사결정제도⁷⁾의 도입 필요성

치료중단에 대한 의사윤리지침과 의학회 지침이 전사회적 합의의 대상이 되려면 앞장에서 지적했듯이 각계 각층이 참여하는 협의회에서 이 지침이 검토되어야 한다. 하지만 이 지침은 기본적으로 합당한 것이기 때문에 수정이 되더라도 부분적으로만 수정이 될 것으로 생각된다. 특히 가족이 아닌 환자 자신의 자율적 의사가 치료중단의 여부를 평가하는 최우선의 조건이라는 점은 변함없이 인정될 것이다.

그런데 우리 의료현장에서는 진료 결정에 있어 환자의 뜻보다는 가족의 뜻이 우선되는 문화와 관행이 있어 이것을 그대로 둔 상태로는 환자의 뜻을 우선시하는 이 지침이 왜곡없이 준수되기는 쉽지 않다. 따라서 이 지침이 제대로 준수되도록 점검하고 만들어야 할 협의회에서는 먼저 이런 문화와 관행을 극복할 수 있는 방안을 우선 과제로 찾아야 한다. 그런데 이런 방안으로 생각해 볼 수 있는 제도적 장치가 있다. 그것이 이장에서 소개할 사전의사결정제도와 다음 장에서 소개할 설명동의대상자 지정제도이다.

1) '사전의사결정'의 의미와 현황

의사 무능력 상태를 대비한 사전의사결정은 의사결정능력이 있는 어떤 사람이 그가 앞으로 의사결정 능력을 상실할 때를 대비해 그런 상황에서 어떤 의료 조치가 자기에게 행해지길 원하는가를 밝혀 놓는 것이다. 이런 사전의사결정은 일반적으로 글로 기록되나 때로는 말로 구술된 것도 인정될 수 있다⁸⁾

7) 'advanced directives'의 번역어로 지금까지 주로 사용되었던 것은 '사전 지시'이다. 그런데 '지시'라는 용어는 높은 위치에 있는 사람이 아래 위치에 있는 사람에게 하는 것이라는 어감을 가지고 있어 환자와 의사의 관계와 잘 부합하는 것이 아니다. 따라서 이 용어를 '의사 무능력 상태를 대비한 사전의사결정' 또는 간단히 '사전의사결정'으로 번역하기로 하였다.

8) King NMP. *Making Sense of Advance Directives*, Revised Edition. Washington D. C.: Georgetown University Press, 1996: 3~4.

이런 사전의사결정에 대해 의사는 그 요청이 자기의 의학적 판단과 다르다 하더라도 기본적으로 이를 수용해야 한다. 다만 그 사전의사결정이 의사 자신의 직업적인 윤리적 책임을 침해하거나 직업적 관행의 공유된 기준을 침해할 때는 예외이다. 그리고 의사가 자신의 개인적인 윤리적 신념 때문에 사전의사결정을 존중하기 힘든 경우라면 환자에 대한 치료를 다른 의사에게 넘기는 것에 대해 환자나 환자의 대리인과 논의해 보아야 한다⁹⁾

사전의사결정은 주로 말기 질환의 상황을 예상하여 행해진다. 말기 환자에 대해서는 ① 환자의 생명을 구하기 위하여 사용할 수 있는 모든 방법을 동원하는 최대한의 치료, ② 응급처치만 할 뿐 질병 자체를 치유하기 위해서는 어떤 노력도 하지 않는 기본적인 치료, ③ 음식과 수액을 공급하고 고통을 줄이기 위한 약품 정도만을 투여하는 기본적 간호, ④ 음식과 수액도 공급하지 않아 죽게 방치함, ⑤ 환자의 생명을 빨리 단축시키기 위한 어떤 적극적인 조치 등 매우 다른 종류의 처치가 행해질 수 있다¹⁰⁾ 그런데 이미 말기 상태에 놓인 환자는 극심한 고통이나 의식상실 때문에 이 중 어떤 조치가 자기에게 행해져야 하는가에 대해서 제대로 선택하지 못하는 경우가 많이 있다. 그래서 정상적인 의사결정 능력이 있을 때 이런 선택을 미리 해 두려는 사전의사결정이 필요하게 된 것이다.

사전의사결정이 영향을 미칠 수 있는 경우들을 더 구체적으로 살펴보자. 먼저 이미 죽어 가는 과정에 들어선 환자의 호흡이나 심장이 멎었을 때 환자에게 심폐 소생술을 시행할 것인지 말 것인지가 사전의사결정에 따라 달리 선택될 수 있다. 또한 극심한 고통에 시달리는 환자에게 생명을 단축시킬 위험이 크더라도 다량의 진통제를 투여할 것인지 아닌지, 환자가 죽음을 병원에서 맞이하게 할지 퇴원시켜 집에서 맞이하게 할 지, 가족에 둘러 싸여 맞이하게 할 지 혼자서 맞

9) Monagle J. F. & Thomasma D. C., *Medical Ethics-Policies, Protocols, Guidelines & Programs* Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1993: 5:1~5:3.

10) 김일순 & 포선 N. 『새롭게 알아야 할 의료윤리』, 현암사, 1993:165. 물론 이론적으로 가능한 이런 조치들 모두가 법적으로 허용되고 있는 것은 아니다. 우리 현행법에서는 ①, ②, ③만을 허용한다고 볼 수 있다.

이하게 할 지 등등도 환자의 사전의사결정에 의해 좌우될 수 있다.

사전의사결정이 주로 문제되는 이런 상황들에서 짐작할 수 있듯이 사전의사결정은 생명유지 처치나 심폐소생술과 같은 현대 의학의 발전에 따라 인간의 의료적 선택의 폭이 넓어지면서 그 필요성이 대두되었다. 즉, 사전의사결정은 의학이 눈부시게 발전한 현대에서 비로소 문제된 것으로 특히 1970년대 중반 미국의 카렌 켄란 사건 이후 관심을 끌게 되었다. 이 사건은 잘 알려져 있다시피 회복 불가능한 혼수 상태에 빠져 있는 카렌 켄란의 인공호흡기를 떼어 달라는 부모의 요청을 병원이 거부해 법정 소송으로 이어진 사건이다. 이 경우 카렌 켄란 자신은 무엇을 원하는지만 알 수 있다면 쉽게 합의된 결정에 이를 수 있을 것인데 그렇지 못해 큰 논란이 되는 것을 보면서 사람들은 사전의사결정의 필요성을 자각하게 되었다.

이후 사전의사결정을 제도적으로 활성화시키려는 노력이 이루어지면서 오늘날에 와서 사전의사결정은 미국의 대부분의 주에서 법적 지위를 갖게 되었으며 유럽의 많은 국가들에서도 법적이거나 유사법적인 위치를 갖게 되었다.¹¹⁾ 가령 1991 년 이후 미국 법령에 따르면 모든 의료인들은 환자에게 사전의사결정의 권리가 있음을 알려주어야 한다.¹²⁾ 그래서 미국에서는 “사전의사결정은 현대 의료에 있어서 하나의 본질적이고 불가결한 부분”이라는 평가를 받고 있기도 하다.¹³⁾

2) 사전의사결정의 종류

(1) 특정조치 요청(Instruction Directive)

만약 자기가 어떤 특정상황에 놓였는데 의식 상실 등으로 선택을 할 수 없다

11) E. H. Loewy, *Textbook of Healthcare Ethics*, New York: Pelnum Press, 1996:81.

12) A. M. Capron Advance directives. H. Kuhse & P. A. Singer *A Companion to Bioethics*. Malden: Blackwell. 1998:266.

13) 위의 책 p.61.

면 자기에게 특정한 유형의 의료 조치를 하거나 하지 말아 달라고 의사에게 요청하는 것으로 주로 하지 말아 달라고 요청하는 경우가 많다. 일반적으로 사전 의사결정은 처음 ‘자기 생명에 대한 유언’(living will)¹⁴⁾이라는 형태로 시작되었는데 이 유언의 내용이 주로 특정조치 요청이었다.¹⁵⁾ 그리고 이런 내용의 “자기 생명에 대한 유언”이 오랫동안 “사전의사결정”의 전부인 것처럼 간주되어 왔다.¹⁶⁾

이런 특정 조치 요청은 예를 들어 “...내가 정신적으로 무능력해져서 내가 누구며 어디에 있는지도 알지 못하며 사랑하는 사람들과 친구들을 더 이상 알아보지 못할 때 나는 내 생명이 비통상적 수단(extraordinary means)에 의해 연장되길 원하지 않는다...”¹⁷⁾는 등의 내용을 담고 있는 것이다. 문제는 이런 요청이 통상적 수단(extraordinary means)과 같이 모호하고 일반적인 용어로 표현되어 그것이 구체적인 상황에서 어떻게 적용되어야 할지가 명확하지 않을 수 있다는 것이다.¹⁸⁾ 또 가령 특정 조치 요청 속에 흔히 등장하는 ‘말기 질환’(terminal illness)이라는 용어도 그러한데 이때의 ‘말기’(terminal)의 의미에 대해 미국의 어떤 법령에서는 6개월 내에 죽음을 가져올 병으로 규정하고 다른 법령에서는 즉각적으로 죽음을 가져올 병으로 규정하고 있다. .

특정 조치 요청이 이런 모호하고 일반적인 용어로 표현되는 한 이유는 대개의 사람들은 사전의사결정이 문제되는 상황, 즉, 그들이 의사 무능력의 상태에서 심각한 질환을 앓고 있는 과정을 구체적으로 정확하게 예견할 수 없다는 점에서 온다. 일반인은 죽음과 죽어가는 과정, 치매, 극심한 고통, 혼수상태에 대해 경험을 해 본 적이 없고 의료 조치에 따르는 기술적 위험과 불확실성에 대해서도 잘

14) 'living will'을 일본에서는 '사망전 발효 유언'이라고 번역한다.

15) 어떤 사람들은 자기 생명에 대한 유언 (living will)을 바로 특정조치 요청(instructional advance directive)과 동일시한다. 즉, '자기 생명에 대한 유언'을 '미래의 의사결정 무능력 상황에서 특정한 유형의 의료적 간섭을 요구하거나 거절하는 사전 의사 결정'이라고 정의하는 것이다(Chadwick R. ed. Encyclopedia of Applied Ethics. Sass H. M., Advance Directives San Diego 1988. book1. 41~49).

16) King NMP. 앞의 책 p.16.

17) Sass H. M. 앞의 글 book1. pp.41~49.

18) Capron A. M. 앞의 책 p.265.

이해하고 있지 못하기 때문이다.¹⁹⁾

이렇게 특정조치 요청은 모호하게 표현되므로 그것을 어떻게 해석하는가는 대개 의사의 손에 맡겨진다. 그런데 이런 특정조치 요청은 대개의 경우 앞에서 지적한대로 ‘더 이상 가망이 없을 때 죽도록 놓아 두라’와 같이 적극적인 치료를 금지하는 요청으로, 의사들은 그가 맞닥뜨린 환자의 상태가 이런 요구를 적용시켜야 할 상황인지 충분히 검토하지 않고 다만 그런 요청이 있다는 점만을 염두에 두어 쉽게 환자를 포기하는 경우가 있다. 즉 어느 정도의 가능성이 있는 경우에도 쉽게 ‘소생 불가능 질환(hopeless ill)’ ‘말기 질환(terminally ill)’으로 하여 적극적인 치료를 중단할 수 있는 것이다.²⁰⁾

19) 더 나아가 일반인은 물론이고 전문가도 의료가 앞으로 어떻게 발전할 지 잘 예견할 수 없다. 특히 지금의 발전속도를 보았을 때는 그러하다. 그래서 의사나 간호사는 그들 자신의 미래 상황에 대해 구체적이고 고정적인 요청을 하는 것을 매우 싫어한다고 한다(Sass H. M. 앞의 글 pp42~43).

20) Loewy B. H. 앞의 책 pp.81~82.

* 특정조치 요청 양식의 실례 - 미국 Arizona 주

Living Will

(귀하가 선택할 수 있는 의료적 조치들에 대한 일반적 진술들이 아래에 제시되어 있습니다. 그 진술들 중 동의하는 진술의 옆에 서명을 해 주십시오. 하지만 서명을 하기 전에 먼저 이 진술들 모두를 주의 깊게 읽어 주십시오. 귀하는 또한 생명 유지 처치나 다른 의료 조치에 대해 달리 생각하는 바가 있으면 이를 직접 문장으로 기술해 주실 수 있습니다. 귀하는 1, 2, 3, 4 항목 중 둘 이상에 서명할 수도 있습니다. 그러나 5항목에 서명했을 때는 다른 항목들에는 서명하서는 안됩니다.)

- ____ 1. 만약 내가 말기 상황에 있다면 나는 나의 삶이 연장되기를 원하지 않는다. 또한 나는 완화 치료 이상의 생명 유지 처치를 하는 것을 원하지 않는다. 그것은 단지 나의 죽음의 순간을 인위적으로 지연시키는데 기여할 뿐일 것이다.
- ____ 2. 만약 내가 말기 상황에 있거나 회복 불가능한 혼수상태에 있거나 나의 의사가 회복 불가능하거나 치료 불가능하다고 합당하게 느끼는 지속적인 식물인간 상태에 있다면 나를 편안하게 유지시키는데 필수적인 의료조치를 원한다. 그러나 나는 아래의 것은 원하지 않는다.
- ____ (a) 심폐 소생술, 예를 들어 약물 투입, 전기 쇼크, 인공 호흡
- ____ (b) 인위적으로 공급되는 음식과 물
- ____ (c) 병원에 실려 오는 것
- ____ 3. 나의 다른 요청들에도 불구하고, 만약 내가 임신한 것으로 밝혀지고, 생명 유지 처치를 지속적으로 행할 때 배아/태아가 출산의 시점까지 자라날 수 있다면 나는 생명 유지 처치가 보류되거나 철회되는 것을 원하지 않는다.
- ____ 4. 나의 다른 요청들에도 불구하고, 내 담당 의사들이 나의 상태를 말기적이라거나 회복불가능하고 치유불가능하다거나 내가 지속적인 식물인간 상태에 있다고 합당하게 결론내리기 전까지는 모든 필요한 치료가 나에게 행해지길 원한다.
- ____ 5. 나는 나의 생명이 가능한 최대한으로 연장되길 원한다.

원하는 바에 대한 다른, 또는 추가적인 진술들

- ____ 나는 내가 더 이상 요청을 할 수 없는 상태일 때 존중되길 바라는 이 진술들에 대해 추가적으로 제한하거나 단서를 붙이고자 한다.
- ____ 붙이지 않고자 한다.
-

(2) 의료에 대한 대리 결정자 지명(Designation of a proxy Decision Maker)

자기가 의사 무능력의 상태에 빠졌을 때 어떤 의료조치를 받을 것인가를 대신 결정할 사람을 미리 지명해 두는 형태의 사전의사결정이다. 가령 “미래의 어떤 상황에서 내가 더 이상 내가 가치있게 여기는 바나 내가 원하는 것을 표현할 수 없게 되었을 때 나에게 어떤 의료조치가 행해질 것인가를 대신 결정할 법정 대리인으로 ○○○을 지명합니다”는 내용을 문서로 작성해 두는 것이다. 사람들은 가족 중 한 명이나 그 외의 지인들 중 자기에 대해 잘 알고 또 자기를 위해 최선을 다하려는 마음을 갖고 있다고 생각되는 사람을 이런 대리 결정자로 선정할 것인데 때로는 이 대리 결정자에 대해 조언을 해 줄 사람을 추가로 지명할 수도 있다²¹⁾

이런 대리인 지정은 위에서 지적한 것과 같은 특정조치 요청이 갖는 한계점들을 극복하기 위해 1970년대 말부터 등장한 것이다. 대리인은 위임자가 의사 결정 능력을 상실하는 상황에 실제로 처해서 결정을 내리기 때문에 그 상황을 막연하게 짐작만 한 채 의사결정을 할 때 생길 수 있는 위험을 상당히 감소시킬 수 있다는 것이다. 그래서 대부분의 의료전문가들은 이런 유형의 사전의사결정이 다른 유형의 사전의사결정보다 바람직하다고 추천한다²²⁾ 그러나 만약 대리인이 환자의 가치관을 올바르게 이해하지 못하거나 진실되게 전달하려는 마음을 갖고 있지 않다면 이런 형태의 사전의사 결정은 다른 형태보다 환자 자신의 바람으로부터 훨씬 더 동떨어진 결정이 이루어지게 할 위험을 갖고 있다²³⁾

21) Sass H. M. 앞의 글 p.45.

22) Capron A. M. 앞의 책 pp261~271.

23) Sass H. M. 앞의 글 p.45.

*** 의료에 대한 의사결정 대리인 지정 양식 실례 - 미국 Maryland 주**

Appointment of Health Care Agent

(만약 귀하가 의료에 대한 대리인을 지정하기 원하지 않는다면 이 양식은 지나치십시오. 만약 귀하가 대리인을 지정하길 원한다 하더라도 이 양식 중 답하길 원치 않는 항목은 그냥 비워두십시오)

- (1) 나, _____(이름, 주소)는 _____(이름, 주소, 전화번호)를 나에게 행해질 의료조치에 대한 결정을 해 줄 대리인으로 지명한다.
만약 그와 연락이 안되거나 나의 대리인으로 활동할 수 없거나 하지 않으려 한다면 나는 _____(이름, 주소, 전화번호)이 이런 활동을 하도록 지명한다.
- (2) 나의 대리인은 나를 위해 의료적 선택을 할 수 있는 충분한 권한을 갖는다. 그 권한에는 다음의 것에 대한 권한이 포함된다.
 - a. 의사와 병원 기록을 포함하여 나의 신체적, 정신적 건강 상태에 관한 정보들을 요구하고 받아보고 검토함, 이 정보의 공개에 동의함
 - b. 의료 제공자의 고용과 해임
 - c. 어떤 병원이나 호스피스 시설, 기타 의료시설에 입원하거나 퇴원하는 것을 결정함
 - d. 생명 유지 처치를 포함하여 치료를 중단하거나 보류하는데 동의함
- (3) 나의 대리인의 권한은 아래의 단서와 제한을 넘어서지 않는다.

- (4) 나의 대리인의 권한은 다음의 경우에 발취된다. (해당 항목에 서명하십시오)
_____ 내가 나의 건강에 대한 충분한 정보에 근거한 결정을 할 수 없다고 나의 담당 의사와 또 다른 의사가 결정했을 때
_____ 이 양식에 내가 서명했을 때
- (5) 나의 대리인은 내가 여기서 밝힌 특정조치 요청에 기반해서 그리고 그 대리인에게 다른 경로를 통해 알려진 나의 바램에 근거해서 결정을 내려야 한다. 만약 나의 바램들이 알려지지 않았거나 분명하지 않을 때, 나의 대리인은 제안된 치료나 치료의 과정으로부터 또는 치료나 치료의 과정의 보류나 중단으로부터 결과할 이득, 부담, 위험을 고려했을 때 나에게 최선의 이익인 것이라고 판단된 것에 일치하게 결정을 해야 한다.
- (6) 나의 대리인은 그에 의해 결정된 치료에 드는 비용을 그가 책임지지 않을 것이다. 아래에 서명을 함에 있어, 나는 내가 의료 결정 대리인을 지명하는데 있어 정서적으로나 정신적으로 건전하며 그 목적과 결과를 이해한다는 점을 밝혀둔다.
_____ (날짜) _____ (서명)
위 지명자는 의료결정 대리인에 대한 이 지명에 있어 내가 보고 있을 때 서명했으며 나의 개인적인 관찰에 의할 때 의사결정 능력이 있는 상태였다.
_____ (중인) _____ (중인)

(3) 가치관(Values History) 표명

미래에 의사 결정 무능력 상황에 처하게 되었을 때 자기에 게 행해질 의료조치가 결정되는 과정에 자신의 가치관, 바램들, 인생전망, 희망, 두려움 태도 등이 반영될 수 있도록 이런 내용들을 미리 표명해 놓는 형태의 사전의사결정이다. 가령 “항목 1: 나는 가능한 한 오래 살기를 원한다. a. 내가 건강한 한, b. 내가 아프기는 하지만 회복을 기대할 수 있다면, c. 내가 영구적으로 무의식 상태라도, d. 내가 정신적으로 무능력하다고 하더라도, e. 내가 말기 질환에 걸렸더라도 항목 2...”와 같은 내용의 질문지에 답함으로써 자기 가치관을 표명해 두는 것이다.²⁴⁾ 이런 가치관 표명은 특정조치 요청보다는 더 추상적이고 일반적인 내용으로 되어 있다.

* 가치관 표명 양식의 실례 - Chadwick R ed. *Encyclopedia of Applied Ethics*, book1, p.45.

Values History Questionnaire

이 질문서에 답함으로써 나는 내가 결정을 할 수 없거나 동의를 할 수 없는 상황에서 나에 대한 의료적 조치를 정하는데 핵심적으로 고려되어야 할 나의 개인적 가치관과 바램들을 표명해 두고자 한다.

- (1) 나는 가능한 한 오래 살기를 원한다. a. 내가 건강한 한, b. 내가 아프기는 하지만 회복을 기대할 수 있다면, c. 내가 영구적으로 무의식 상태에 있을지라도, d. 내가 정신적으로 무능력하다고 하더라도, e. 내가 말기 질환에 걸렸더라도
- (2) 나는 고통받기 싫기를 원한다. a. 예, b. 아니오, c. 고통완화 약물에 의해 의식이 약간 몽롱해지더라도, d. 약물이 나를 졸리거나 자게 만들어도
- (3) 임종이 가까워 졌을 때 나는 죽기를 원한다. a. 집에서, b. 병원에서, c. 사랑하는 사람들과 함께 한 상태에게, d. 홀로 있는 상태에서
- (4) 나는 편안한 죽음의 과정을 원한다. a. 예, b. 중요하지 않다, c. 생명이 단축되더라도, d. 그것이 적극적 안락사나 의사조력 자살을 의미할지라도

24) Sass H. M. 앞의 글 p.45.

- (5) 나의 예후가 말기로 진단되었을 때 나는 원한다. a. 확실하게 알게 되기를, b. 알게 되지 않기를, c. 나의 대리인이 듣기를, d. 나의 주치의가 듣기를, e. (이름)가 듣기를
- (6) 내가 무능력 상태에 빠졌을 때 나는 부담이 되지 않기를 원한다. a. 나의 가족에게, b. 나의 가족의 경제 상태에, c. 의료진에게, d. 사회에
- (7) 나는 의료진이 위에서 표명된 가치관과 바램들을 존중하길 원한다. a. 완전히, b. 하나의 참고로만, c. 상황을 고려하여, d. 그들 자신의 판단을 고려하여, e. 나의 가족의 바램을 고려하여, f. 나의 대리인의 충고에 따라

_____(서명)

(4) 복합적 형태(Combination Forms)

위의 3가지 기본적인 사전의사결정 형태들을 어떤 방식으로 결합시킨 것이다. 가령 의사결정 대리인을 지정하되 여기에 가치관 표명이나 사전조치 요청을 결부함으로써 대리인이 이것들을 지침으로 의사결정을 내리게 하는 것이다. 이런 결합은 어떤 사람의 가치관이나 바램들을 의사결정에 반영시키는데 가장 좋은 방법들이라는 평가를 받기도 하지만²⁵⁾ 그렇게 보지 않는 전문가들도 있다. 가령 대리인을 지정하면서 특정조치 요청을 첨가시킨다면 환자가 원하는 것을 대리인이 정확하게 파악해서 결정을 내릴 수 있게 해 줄 수 있지만, 반면 환자에 어떤 조치를 할 것인가를 두고 가족들간에 의견대립이 생겼을 때 모호한 특정조치 요청은 대리인의 입지를 약화시킨다는 것이다²⁶⁾

25) Sass H. M. 앞의 글 p.46.

26) Capron A. M. 앞의 책 p.267.

7. '설명동의 대상자 지정 제도'의 시행 필요성

위에서 미국 등 서구에서 이미 시행되고 있는 '사전의사결정(advanced directives)' 제도에 대해 설명하고 이 제도를 우리 의료계에도 도입될 필요가 있음을 밝혔다. 그런데 우리 의료현실에 비추어 보았을 때 사전의사 결정 제도의 도입보다 선행되어야 할 것이 있다. 그것은 환자가 의사결정 능력 상태에 있는 상태일 때 자기에게 행해질 진료의 선택과 동의를 그 자신이 하길 원하는지, 아니면 가족과 같은 어떤 다른 사람이 대신 해 주길 원하는지 문서('설명동의 대상자 지정서')로 밝혀 놓으면 의료인은 그 문서에 지정된 사람에게 환자의 상태에 대해 설명하고 진료에 대한 동의를 구하게 하는 제도로 '설명동의 대상자 지정 제도' 정도로 이름 붙일 수 있는 것이다.

이 제도가 도입되면 의사는 환자가 지명한 자에게 환자의 상태에 대해 설명하고 진료에 대한 동의를 얻어야 한다. 즉, 환자가 자기 자신을 설명동의 대상자로 선정했으면 환자 자신에게 설명을 하고 동의를 구해야 하며, 가족 중 특정인을 설명동의 대상자로 선정했으면 그에게 설명을 하고 동의를 구해야 한다. 이때 의사의 이런 의무는 오늘날 의사가 기본적으로 지고 있는 의무, 즉, 진료에 대해서 환자 본인에게 설명을 하고 동의를 구해야 할 의무에서 파생된 것이라 볼 수 있다.

그렇다면 외국에서는 찾아보기 힘든 이런 제도를 우리 나라에서 시행할 필요성은 어디에 있는가? 우리의 의료 현실에서는 앞에서 언급한 대로 환자가 의사결정 능력이 없을 때는 말할 것도 없고 그런 능력이 있을 때조차 진료에 대해 환자에게 충분한 설명과 선택의 기회를 주지 않고 있다. 대신 가족들에게 정보가 제공되고 가족들이 대신 환자가 어떤 진료를 받을 것인가 결정하는 경우가 흔하다. 그리고 그렇게 되는 이유 중 상당부분은 환자의 자율성 존중에 대한 의사의 자각이 부족했거나 의료비 제공자와 의료소송 제기자가 가족이라는 것을 고려했기 때문이다. 하지만 이런 이유들은 환자가 아닌 다른 사람에게 환자의 진료에 대한 결정권을 주는 것을 정당화시켜 줄 수 있는 근거가 되지 못한다.

하지만 가족 등에 의한 대리 결정에 이런 타당하지 못한 이유만 발견할 수 있는 것은 아니다. 우리의 현실에서는 또한 이런 대리 결정이 정당화될 뿐 아니라 요구되기조차 하는 경우들이 많이 있다. 우리 문화에서는 ‘환자는 어린이처럼 약한 존재로 보호받아야 한다’는 생각이 상당정도 남아 있다²⁷⁾ 그리고 실제로 많은 환자들은 진료에 대한 선택을 스스로 하는 것을 버거워 하고 가족에게 모든 것을 맡기고 의탁하고 싶어한다. 이런 경우에는 환자에게 자신이 받을 진료에 대해 선택을 하라고 요구하는 것보다는 오히려 이런 선택의 부담을 주지 않는 것이 그의 자율성을 존중하는 것이 될 것이다.

문제는 이렇게 의존적이어서 가족에 의한 대리 결정이 정당화되는 환자들이 있는 반면, 스스로 의사결정을 하길 원하는 독립적 성격의 환자들 역시 우리 현실에는 많다는 것이다. 따라서 이 두 부류의 환자들을 잘 분별하는 것이 필요한데, 의료인이 환자를 충분히 관찰하기 힘든 우리의 의료현실에서 어떤 환자가 스스로 선택을 원하는 독립적 성격의 환자이고 어떤 환자가 선택의 부담으로부터 벗어나길 원하는 의존적 성격의 환자인지 의료인이 파악하기는 힘들다. 그러므로 의료인은 ‘환자가 진료 결정을 누가 하길 바라겠지’하고 지레짐작하지 말고 직접 이 점에 대해 환자에게 물어 볼 필요가 있다. 즉, 의사결정 능력이 있는 환자에게 그가 스스로 의사결정을 하길 원하는지 아니면 의사결정 능력이 있을 경우에도 가족 등 다른 대리인이 대신 의사결정을 하길 원하는지 확인해 볼 필요가 있는 것이다²⁸⁾

그리고 우리 현실에서는 이런 절차를 거치는 것이 바로 환자에게 모든 의사결정을 하도록 요구하는 것보다 의사나 환자, 가족들에게 더 쉽게 수용될 수 있는 것이다. 그것은 환자가 아닌 가족들이 환자에 대한 의사결정을 해 왔던 지금까지

27) 환자가 어떤 연령대이든 상관없이, 그리고 가족 관계가 어떻든 상관없이 환자의 가족들을 환자의 ‘보호자’로 부르는 것은 이런 관념의 산물일 것이다.

28) 이 점은 ‘환자에게 얼마만큼 설명할 것인가’를 결정하는데도 마찬가지이다. 설명의 정도를 어느 정도까지 해야 환자에게 가장 좋은가는 의사가 판단하기 매우 힘들다. 그런데 환자는 그가 감당할 수 있을 만큼의 정보만을 원하는 경향이 있다. 따라서 환자가 일정한 정보를 전달받길 원하는가를 확인할 필요성이 생기는 것이다.

지의 의료 관례들을 일시에 바꾸는 것은 쉬운 일이 아니기 때문이다. 우리의 의료 현장에서는 환자가 주도적으로 의사결정을 하는 것에 환자와 가족 모두 익숙하지 않으며, 의료인 자신도 환자가 주도적으로 의사결정을 하도록 요구하는 훈련이 되어 있지 않다. 이런 상황에서 환자에게 그 자신이 의사결정을 하길 원하는지 아니면 다른 특정인이 자기를 대신해 의사결정을 하길 원하는지 묻는 것은 우리 의료 현장에서 환자의 의사를 존중할 수 있는 현실적 방안인 것이다.

덧붙여 이 제도는 의사에게도 긍정적인일 수 있다. 현재는 의사가 환자에 대해 설명을 하고 동의를 구해야 할 의무를 지고 있는 대상이 불분명하여 여러 가족들이나 친지들에게 반복해서 설명해야 하는 경우가 많이 발생하고, 또 가족들의 의견이 틀려 누구의 의사를 따라야 하는지 곤혹스러움을 느낄 때가 많은데 이제 이 제도가 시행되면 의사는 환자가 지정해 준 대상자에게만 설명을 하고 동의를 구하면 되는 것이다.

1) '설명동의 대상자 지정서' 양식

설명동의 대상자 지정서

(작성자) 성명 _____
 환자번호 _____
 주소 _____

(1, 2중 귀하가 원하는 항목의 옆에 서명을 해 주십시오. 1에 서명하신 분은 1-1 1-2 중 원하는 항목에도 서명을 해 주십시오)

1. _____ 나는 내가 의사능력을 갖고 있는 한, 가족 등 다른 사람보다는 내 자신이 나의 건강과 치료에 대한 모든 설명을 듣고, 진료에 대해 결정할 수 있길 원합니다.

1-1 _____ 나는 내가 의사능력을 상실했을 경우를 대비해 사전의사 결정서도 작성해 두길 원합니다.

1-2 _____ 나는 내가 의사능력을 상실했을 경우에 대비한 사전의사 결정서는 작성하길 원하지 않습니다.

2. _____ 나는 내가 의사능력을 갖고 있을 때에도 나보다는 내가 지명하는 다음 사람(들)에게 나의 건강과 치료에 대한 모든 설명이 행해지고, 또 그가 나의 진료에 대한 결정을 할 수 있길 원합니다.

우선순위 1 성명 _____ 관계 _____ 주민등록번호 _____ 주소 _____

우선순위 2 성명 _____ 관계 _____ 주민등록번호 _____ 주소 _____

우선순위 3 성명 _____ 관계 _____ 주민등록번호 _____ 주소 _____

(* 3, 4 중 귀하가 원하는 항목의 옆에 서명을 해 주십시오)

3. _____ 나는 나의 건강과 질병, 치료에 관한 정보가 다음의 사람들에게만 공유되길 원합니다. 그 이외의 사람들에게는 이 정보가 알려지는 것을 원치 않습니다.

성명이나 관계 _____

4. _____ 나는 나의 건강과 질병, 치료에 관한 정보가 공유되는 범위도 2에서 지정한 대리인이 결정하길 원합니다.

〈참고자료〉

건보, 연명치료 진료비 거부 관련을 읽고(2002. 5. 13. 조선일보)

현재 일부 언론에서 보도되고 있는 「연명치료에 대한 진료비 지급거부」와 관련하여 요양급여비용의 의학적 타당성과 적정성 여부를 심의한 건강보험심사평가원의 진료심사평가위원장으로서는 이 건 진료비 심사경위에 대하여 밝히고자 합니다.

동 환자는 66세된 남자환자로 대동맥류 및 박리, 패혈증상병으로 응급실을 통해 입원하여 13일간 진료를 받다가 안타깝게도 사망한 환자입니다.

동 환자는 입원 다음날 대동맥류 절제술과 인공혈관 삽입수술을 받았으나 수술후 출혈이 멈추지 않고 계속되어 7번씩이나 개흉술을 실시하여 출혈을 멈추기 위한 지혈수술과 아울러 650여 병의 혈액을 수혈하였습니다.

그러나 환자는 계속 출혈이 멈추지 않을 뿐 아니라 대뇌 무산소증에 빠지면서 간질발작을 일으키는 등 점점 상태가 나빠져 입원 9일째부터는 동공 반사가 소실되고 뇌사직전 상태로 빠져들면서 심장마비가 발생되어 인공심폐소생술을 실시한 바 있습니다.

그럼에도 불구하고 다음날 다시 개흉하여 출혈이 멈추는 지혈수술과 혈액을 수혈한 경우로 총진료비가 4650여 만원이었습니다.

이에 우리 심사평가원에서 동 환자의 진료내역에 대한 의학적 타당성 및 적정성 여부를 판단코자 우리원에 설치되어 있는 진료심사평가위원회의 흉부외과 전문의들로 구성된 흉부외과분과위원회(종합병원이상에 근무)를 개최하여 논의한 결과 불가피한 진료는 인정하여 대동맥류 2군데 수술과 7번의 진단적개흉술과 혈액 650여 병 및 입원 비용등 대부분이 진료비(약 4100만원)를 인정하였습니다.

다만 동공반사가 소실되고 소생불가능한 상태로 판단된 이후에 행하여진 진단적 개흉술과 혈액투여는 환자 소생을 위한 치료라기보다는 적정의료 행위를 벗어난 불필요한 과잉진료로 판단된다는 결정에 의거 대뇌기능소실 이후의 진료비(540만원)에 대해서만 일부 조정된 사례입니다.

즉, 과잉진료에 대한 진료비는 조정되었으나 이는 임종환자의 연명치료에 대한 가치판단과는 전혀 다른 것입니다.

건강보험은 국민들이 내는 보험료와 세금을 재원으로 구성되어 운영되고 있는 점을 감안할 때 요양급여는 정확한 진단을 토대로 의학적으로 인정되는 최적의 방법으로 실시하여야 하고, 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다고 국민건강보험법 요양급여기준에 규정되어 있고 이러한 법규 취지는 건강보험에 있어서 영국의 대법원판례(별첨 참조)에서도 확인되고 있습니다.

인간의 생명의 존엄은 아무리 강조해도 지나치지 않을 만큼 중요하므로 우리 심사평가원은 임종환자 일지라도 적정의료행위에 대한 진료비는 인정하고 있습니다.

따라서 이 건 진료비심사결과와 연명치료와는 독립적인 가치판단을 달리하는 것임에도 불구하고 연명치료에 대한 일률적 진료비삭감으로 오인되고 있는데 대해 안타깝게 생각하면서 이 땅에 모든 연명환자들도 생명에 존엄을 향유하기를 간절히 바랍니다

진료심사평가위원장 이 상 웅

별첨: 해외소송 판결사례(영국)

건강보험심사평가원 조사연구실

1. 사건의 개요

올해 3월 영국에서는 백혈병에 걸린 한 소녀의 치료비 문제를 두고 큰 논란이 있었다. 수술 성공가능성이 낮은 한 소녀의 치료에 엄청난 비용(75,000파운드, 한화 9400만원)을 지불할 수 없다는 영국의 보건당국인 NHS측과 그 가능성이 아무리 낮더라도 한 소녀의 생명이 걸린 문제인 만큼 NHS에서 치료비를 부담해야 한다는 가족과 치료진의 입장이 대립한 사건이었다.

5살때 백혈병에 걸려 지난해 3월 1차로 골수이식수술을 받은 이 10세 소녀는 수술결과가 좋지 않아 올해 1월에 6~8주의 시한부 생명 선고를 받은 상태였으며, NHS측에서는 제2차수술의 성공가능성이 2.5%(가족측은 10~20%로 주장)에 불과하다는 이유로 수술비용의 부담을 거부한 것이다.

이 NHS의 치료비 부담문제는 결국 법원에까지 가게 됐는데 1심인 고등법원에서는 원고인 가족측에 승소판결을 내렸으나, 상급법원인 대법원에서는 피고인 NHS보건당국에 승소판결을 내렸다.

결국 한정된 재원으로 치료효과가 없을지도 모르는 질병치료에 무한정으로 치료비를 부담할 수 없다는 NHS측의 입장이 받아들여진 것이다.

원고인 가족측에 승소판결을 내린 1심판결과 1심판결을 기각한 대법원 판결내용을 소개한다.

2. 고등법원(1심) 판결내용

본 판사(Mr. Justice Laws)는 백혈병환자인 10세 소녀B에 대한 치료비 부담을 거부한 캠브리지 지역보건국의 결정을 기본적인 생명권에 대한 “침해”로 판결한다.

본 관사는 이 소녀에게 가장 중요한 생명에 관한 문제를 결정할 권리는 의사가 아니라 그 부모에게 있다고 본다. 동사건의 경우 10세 소녀가 혼자 힘으로 어떤 행동이 그녀에게 가장 유리한 결정인가를 판단하기 어렵다는 점을 고려할 때, 누군가 다른 사람이 그녀를 위해 그 결정을 내려야 한다. 그러나 그 결정을 내려야 할 누군가 다른 사람은 의사가 아니다. 그 결정을 내려야 할 사람은 그녀의 가족, 바로 그녀의 부모인 것이다.

어린 아동이 관련된 사건의 경우 다른 사람이 대신 그 결정을 내려야 한다. 그러나 그 결정은 그 일의 전문가가 아닌 법적으로나 도덕적으로 포괄적인 부양책임을 갖고 있는 부모가 내려야 한다. 지역보건국은 부모의 의사와 관계없이 다만 “의학적 적정” 여부에만 근거하여 치료비 부담을 거부하는 결정을 내렸다.

모든 인간권리 중 가장 중요한 권리는 생명 그 자체에 대한 권리이다. 이 법적인 관찰대상이 되는 공적기관은 때때로 생과 사에 대한 권한을 갖는 경우가 있으며, 적어도 이번 사건의 경우와 같이 한정된 재원의 이용이라는 관점에서 공적기관의 처분에 의해 죽음에 직면할 것이 확실한 사람에 대해 생존의 기회를 제공할 것인가에 대한 결정을 내려야 하는 때가 있다.

그러나 지역보건국은 예산이 한정되어 있다는 것 외에는 자원부족에 대한 어떠한 증거도 제시하지 않았다.

본 관사는 전체적인 증거를 조사하면서 작지만 그러나 중요한 수술의 성공 가능성을 찾아볼 수 있었다. 만약 지역보건국이 이 소녀의 치료에 소요되는 비용을 부담한다면 이 소녀는 가치있는 생존의 기회를 갖게 될 것이다.

그 기회는 그다지 높지 않을지도 모른다. 아마 10% 미만일지도 모른다. 그러나 몇 주내에 죽음을 직면하고 있는 사람에게서는 그와 같은 생명연장의 기회, 생존의 기회는 상상할 수 없을 정도로 귀중한 것이다.

단지 재정에 한계가 있다는 사실만을 강조하는 것은 어떠한 판단의 근거나 치료비 제공을 거부하는 법적 근거가 되지 못한다.

10세 소녀의 생명을 구할 수 있는 문제라면 그 기회가 아무리 작더라도 책임 있는 정부당국은 한정된 재원을 모두 투입하여야 한다.

보건당국은 의료비제공을 거부하게된 우선순위(priorities)를 설명하여야 한다. 이번 사건의 경우에는 그 설명이 적절히 이루어지지 않았다.

본 판사는 Musisi(1987년) 판례와 Brind(1991년) 판례에서와 같이 기본권인 생명에 관한 권리가 이 사건에 적용되어야 한다고 본다.

Musisi판례에서는 대법원은 다음과 같이 판결하고 있다.

“모든 인간권리 중 가장 기본적인 권리는 개인의 생명에 관한 권리이다. 이의가 제기된 행정결정이 청구인의 생명을 위협하게 할 수 있는 것이라면 그 결정은 아주 주의깊은 정밀한 조사를 기초로 하여야 한다.”

이러한 판례로 볼 때 본 판사가 가장 먼저 결정하여야 할 2가지는 이번 사건의 피고(NHS 보건당국)가

- (a) 청구인의 생명에 관한 권리를 침해하는 결정을 하였는가
- (b) 만약 그러한 결정을 하였다면, 그 결정을 뒷받침할 수 있는 실제적인 공적 정당성을 제시할 수 있는가 라는 점이다.

그러나 실제상황은 보건당국이 소녀의 치료비부담을 거부할 경우 소녀는 확실히 수주내에 죽게된다는 사실이다. 만약 NHS에서 치료비를 부담한다면, 이 소녀는 죽지 않을 지 모른다. 현재같은 상황에서는 피고(NHS 보건당국)는 필요한 치료비 조달을 위한 가장 확실한 재원이 된다. 또한, 본 판사는 보건당국이 소녀의 처음 화학요법 치료에 소요되는 15,000파운드의 비용조차 부담하기를 거부한 점을 지적하고 싶다. 추가로 소요되는 60,000파운드에 이 화학요법이 성공한 이후에야 필요하기 때문이다.

본 판사는 합리적인 보건당국으로서 피고는 최초치료에 소요되는 비용은 단지 15,000파운드에 불과하다는 점을 고려해야 할 것으로 본다.

이 판결의 서두에서 말한 바와 같은 이유로 이 소녀의 치료비 부담을 거부한 피고(NHS 보건당국)의 결정은 취소되어야 한다.

본 판사는 본건심리중에 이 소녀 B에 대한 생존의 기회를 거부할 수 있는 충분한 정당성 있는 증거를 전혀 찾아 볼 수 없었다.

3. 대법원(2심) 판결내용

본 재판부(sir Stephen Brown)는 캠브리지 지역보건국의 결정은 합리적이고 공정한 것이었다고 판결한다.

우선 이 사건은 한 어린환자의 생명이 관련된 문제라는 점을 분명히 하고자 한다. 이것은 이 사건의 모든 면에서 영향을 미치는 하나의 중요한 사실이다. 그러나 법원은 이러한 종류의 시비에 대한 중재자는 아니다. 고등법원의 판사는 지역보건국이 치료비 부담을 거부한 결정에 대해 다음 4가지 점에서 비판하였다.

첫째는 지역보건국은 가족에 의해 표시된 부모의 간절한 소망을 고려하지 않았다는 비판이었다. 그러나 그러한 불만은 눈을 감고 그 상황의 실체를 제대로 보지않은 비판이라고 밖에 할 수 없다.

둘째는 보건당국이 소녀에 대한 치료방법을 시험적 방법으로 평가하고 그 비용부담을 거부한 점을 비판하였다.

그러나 화학요법에 의한 치료는 성공률이 10~20%에 불과하며, 골수이식은 화학요법치료가 성공한 이후에야 가능한 것으로 비판의 대상이 아니라고 본다.

세 번째 비판은 한정된 재원에 관한 것이었다.

본 판사는 완전한 세상(perfect world)에서는 그 비용이 얼마가 들더라도 어떠한 치료도 제공할 수 있다고 믿고 있다. 그러나 이러한 믿음은 우리가 실제세상(real world)을 보는 눈을 감을 때에나 가능한 일이다. 어렵고 고뇌에 찬 결정을 내려야 한다고 본다.

네 번째는 보건당국이 2차 수술을 위한 전단계 치료방법인 화학요법을 위한 15,000파운드조차 그 비용부담을 거부했다는 점을 비판했다. 그러나 전단계 치료비를 부담하고 그 수술이 성공할 경우 나머지 치료비용을 부담한다는 식의 비용부담은 합리적인 비용부담방법이라 할 수 없다.

개인적으로는 소녀와 그녀의 아버지의 심정을 충분히 이해하고 고등법원에서의 판결과 같이 보건당국으로 하여금 그 문제를 다시 재고해 보도록 하는 판결을 내리고 싶은 것이 사실이다.

그러나 그러한 판결은 하나의 잔인한 기만이라는 결론을 내렸다.
고등법원의 판사는 그 상황의 실체를 전적으로 잘못 인식하고 있다.
본 재판부는 소녀 B에 대한 치료법-런던소재 포틀랜드 클리닉에서 Peter Gravett박사에 의해 시행되는 사적치료-을 시험적인 방법으로 판단한 지역보건국의 결정을 받아들이기로 하였다.
또한, 보건당국이 골수이식에 필요한 60,000파운드의 비용지불을 보장하지 않은채 화학요법치료를 위한 15,000파운드를 지불하는 것도 법률절차상 요건을 갖추지 못한 행동이라고 본다.

*** 본자료는 영국의 THE TIMES(1995. 3. 10 및 3. 11자)에 보도된 기사내용을 발췌, 번역한 것입니다.**