

# 철학

김상득

생명 의료 윤리학(10) :  
의사와 환자의 윤리적 관계

신앙과 학문  
1999 여름호

74

# 철학

생명의료 윤리학(10)

## 의사와 환자의 윤리적 관계

김상득

본회 연구위원, 서울교대 강사

의사와 환자의  
윤리적 관계

75

네 의견에는 이 세 사람 중에 누가 강도 만난 자의 이웃이 되겠느냐가  
로되 자비를 베푸는 자니이다 예수께서 이르시되 가서 너도 이와 같이 하라  
하시니라(눅 10:36, 37)

### 들어가는 말: '보라매 사건'

먼저 한국 의료계에 일명 '보라매 사건' 으로 알려진 실례를 눈여겨 보  
자.<sup>1)</sup>

1997년 12월 4일 오후 2시 30분경 보라매병원 응급실로 58세의 남자  
김수광이 119 구급차에 실려서 내원하였다. 응급실 담당 의사의 진찰 후 신  
경외과 전공의(2년차 김명수)는 뇌내병변이 의심되어 뇌전산화 단층촬영

1) 서울대학교병원 전공협의회, "보라매병원 신경외과 사건의 경과", 보라매병원 의사 '살인죄' 선고에 대  
한 전공의 비상총회 자료집(미간행, 서울, 1998), pp.3-6에서 부분 발췌했다.

을 실시하여 우측 측두부 및 두정부의 경막외혈종이란 진단을 내렸다. 수술 동의를 받기 위해 환자 가족을 찾았으나 찾지 못하였다. 더 이상 지체할 수 없어 환자를 데리고 온 집 주인에게 사정을 설명하고 동의서에 서명을 요청하였으나 거부당하였다. 상황이 위급하여 곧 응급수술이 실시되었다. 수술 중 환자의 부인이 도착하자, 담당 전공의는 그 부인에게 응급수술을 하게 된 경위, 수술 진행 상태 및 수술 후의 상태 등을 설명하고 부인에게 대체로 수긍하였다. 수술 후 시행한 전산화 단층촬영에서 혈종이 제거된 상태로 수술은 성공적이었으나, 수술 중 저혈압과 대량 수혈로 인한 여러 합병증(파종성 혈관내 응고증 DIC, 간부전 Hepatic Failure, 급성 신부전 Acute Renal Failure)이 발견되고 환자의 의식도 더 이상 회복되지 않아 회복의 가능성이 매우 낮은 것으로 판단되었다.

그날 오후 환자 보호자인 부인은 경제적인 이유로 더 이상 치료를 할 수 없다고 퇴원을 요구하였다. 담당 전공의는 환자의 상황을 들어 퇴원을 만류하였다. 담당 전문의 역시 입원 초기 비용은 수술로 인해 많지만 이후로는 그렇지 않으니 퇴원하지 말라고 만류하였으나, 부인은 동의도 없이 수술해 놓고 퇴원도 마음대로 못하게 한다면서 막무가내로 퇴원을 요구하였다. 더 이상 상호 합의하에서는 치료가 불가능하다고 판단한 담당 전문의는 전공의 김명수에게 현재의 상황 -퇴원시 사망의 가능성이 있다- 을 다시 한 번 주지시키고 귀가 서약서(환자 또는 환자 가족이 의료진의 의사에 반하여 퇴원할 경우 이후의 사태에 대해서 환자 또는 그 가족이 책임지겠다는 내용의 서류)에 서명을 받은 다음 당일 오후 2시 병원 구급차로 퇴원시켰다. 당시 환자는 간이형 인공호흡기의 도움으로 자가호흡을 하고 있었으나, 환자 가족의 요청에 의해 이를 제거한 후 얼마되지 않아 사망했다.

그런데 며칠 지난 후 환자의 형제들이 담당전문의, 전공의, 그리고 부인을 상대로 법원에 소송을 제기하였다. 이에 법원은 실형을 선고하였다. 판사는 법과 양심에 따라 선고한다. 필자는 여기서 법원의 선고가 정당한가의 물음을 논할 생각은 없다. 다만 필자는 위의 보라매 사건에 관계된 의사와 환자의 관계 물음을 윤리학적 관점에서 논의하고자 한다. 윤리학적 고찰을 하자면 먼저 보라매 사건에 함축된 몇 가지 사실적 물음들을 개념적으로 명료화할 필요가 있다. 이런 명료화 작업을 바탕으로 필자는 한 걸

음 더 나아가 각각의 물음들의 윤리성을 평가해야 할 것이다. 그리고 나서 기독교 세계관의 관점에서 이를 다시 재검토하면서 의사와 환자의 바람직한 관계가 어떠해야 하는지를 밝히고자 한다.

## 사실 분석

위의 사건은 의료 행위와 관련되어 있다. 따라서 우리는 의학적인 관점에서 다양한 질문을 제기할 수 있을 것이다. 예를 들어, 그 환자의 정확한 병명이 무엇인가, 정말로 이 환자는 응급수술이 요구될 정도로 증상이 중대하였는가, 퇴원시 환자의 소생가능성은 어느 정도이었던가, 환자의 사망 원인은 무엇인가 등등의 물음을 우리는 물을 수 있다. 실제로 이런 물음에 대한 대답에 따라 법원 판결의 합당성 여부가 결정될 것이다. 그러나 이 사건에서 필자는 철학적인 관점에서 중요한 몇 가지 사실을 지적하고자 한다. 첫째, 내원 당시 환자는 의식불명이었으며 보호자를 찾을 수 없어, 응급치료의 필요성에 따라 환자 혹은 보호자 동의 없이 담당의사는 수술을 시행하였다. 둘째, 의학적 이유를 들어 퇴원을 만류하였음에도 불구하고 환자 부인의 강력한 요청에 의해 의사는 결국 환자를 퇴원시켰다. 셋째, 환자 부인은 담당의사로부터 퇴원이나 인공호흡기 제거시 환자의 죽음 가능성을 충분히 설명듣고서도 퇴원을 요구하고 호흡기 제거를 요청하였다. 넷째, 환자의 형제들이 환자 부인과 의사들을 상대로 법원에 소송을 제기하였다.

첫 번째 사실은 진료행위의 시작과 관련된 물음을 낳는다. 응급환자의 경우 환자나 보호자의 승낙없이 진료행위를 할 수 있는가? 있다면 그 근거는 무엇인가? 반대로 응급환자를 수술하지 않아 환자가 사망하거나 병세가 더 악화되었을 경우, 우리는 담당의사를 비난할 수 있는가? 비난한다면 도대체 의사와 환자의 어떤 관계에 근거하여서 그렇게 할까? 특히 응급환자의 경우는 어떠한가? 두 번째 사실은 진료 행위의 종결과 관련된 물음을 낳는다. 즉, 의학적 치료의 종결이나 퇴원의 결정권을 누가 갖는가? 의사가 갖는가 아니면 환자나 그 보호자가 갖는가? 세 번째 사실은 진료 종결 내지 퇴원 결정권의 특수한 예로서 죽음을 초래할 수 있는 진료 중단이나 퇴원

의 결정권을 누가 갖는가의 물음이다. 환자는 의학적 충고에 반하여 진료 중단이나 퇴원을 요구할 수 있는가? 반대로 의사는 의학적 이유를 들어 환자나 그 보호자의 진료 요구를 거절할 자유를 지니는가? 이는 환자 죽음에 대해 누가 책임을 담당해야 하는가의 물음과 밀접하게 연관되어 있다. 마지막 네 번째는 대리 결정 내지 대리인의 물음을 낳는다. 즉, 환자 본인이 의사를 표명할 수 없는 경우에 누가 대리인이 될 수 있으며, 그 대리인은 어떤 기준에 의거해서 대리 결정을 내려야 하는가?

이 모든 물음들은 하나하나 다루기는 어렵고, 다만 필자는 이러한 물음들을 풀어나가는 데 함축되어 있는 의사와 환자의 관계 내지 환자의 권리 물음으로 집중적으로 다루고자 한다. 왜냐하면 이 물음이 생명 의료 윤리학이 다루는 모든 의료 행위에서 기본 바탕이 되기 때문이다. 환자는 의사에게 어떠한 존재이며, 의사는 환자에게 어떠한 존재인가? 이 물음을 답하기에 앞서, 필자는 이 물음에 접근하는 방법론의 중요성을 먼저 지적하고자 한다. 이에는 두 가지 접근법이 가능하다. 하나는 먼저 의사와 환자의 관계를 규명한 다음, 이를 연역적으로 위에서 열거한 구체적인 물음에 적용시켜 각 물음에 답변을 추론하는 방법이다. 다른 하나는 위의 각 물음들에 대한 윤리학적 논의를 통해서 답변을 얻은 다음, 이를 귀납화시켜 의사와 환자의 관계를 규명하는 방법이다. 하지만 필자는 여기서 이 두 접근법을 모두 포기하고 소위 반성적 평형의 방법을 통해 이 문제에 접근하고자 한다. 즉, 먼저 의사와 환자의 관계에 관한 일반적 입장을 윤리학적으로 논의한 다음, 이를 치료거부권 물음과 연관지어서 비판적으로 검토하여, 필자는 의사와 환자 관계에 대한 원래의 입장을 수정하고자 한다. 이 과정에서 필자는 의료 행위의 특수성을 부각시킬 것이다.

## 윤리학적 논의 : 의사와 환자의 관계

의사는 환자에게 어떠한 존재인가? 환자는 의사에게 어떠한 존재인가? 의사와 환자의 관계는 어떠한가? 이러한 물음들에 대한 윤리적 판단에 앞서 우리는 이 물음에 대한 사실적 기술을 먼저 고찰해야 할 것이다. 즉, 실제로 행해지고 있는 의료 행위에 나타나는 의사와 환자의 관계가 어떠한

지 사실적으로 분석되어야만 그 바람직한 관계를 윤리적으로 논의할 수 있을 것이다. 환자의 상태에 따라 의료 행위에 나타나는 의사와 환자의 관계는 다양하지만 대체로 다음 3가지 유형으로 분류될 수 있다.<sup>2)</sup>

첫째는 능동-수동(Activity-Passivity) 유형이다. 예를 들어, 혼수 상태의 환자나 응급 처치를 요하는 위독한 환자가 병원을 찾았다고 하자. 이 경우 의사는 환자와 의사소통이 불가능하기에 의사는 의학적 지식에 따라 주도로 진단하고 처방을 내리고 나아가 치료를 할 것이다. 반면에 환자는 전적으로 하나의 '대상'으로 의사 앞에 놓이게 된다. 그러나 이런 경우는 그리 흔하지 않다. 대부분의 경우 환자는 의식적으로 의사와 의사소통이 가능하고 또 환자의 도움 없이는 진료 행위 자체가 어렵기도 하다. 그래서 두 번째로 우리는 지도-협력(Guidance-Cooperation) 유형을 발견할 수 있다. 의사가 앞서서 환자를 진단, 치료하고 환자는 이에 협조함으로써 환자의 질병 치유라는 공동 목표를 성취해 나가는 유형이 바로 지도-협력 유형이다. 대체로 병원에 입원 중인 환자들은 여기에 속한다. 이 유형에서 환자는 단지 협조자에 지나지 않기에, '의사 상위, 환자 하위'라는 비대칭성이 여전히 적용된다. 그러나 일부 질병의 경우 환자의 적극적인 참여 없이는 치료가 불가능한 경우도 있다. 예를 들어, 당뇨병이나 고혈압 환자의 경우 환자 자신이 식이요법이나 운동 등과 같은 적극적인 '치료' 행위를 수행함으로써 비로소 의사의 진료가 의미 있게 된다. 이 경우 환자는 의사와 대등한 지위에 있게 된다. 이를 우리는 상호-참여(Mutual-Participation) 유형이라 부를 수 있을 것이다.

이 3가지 유형들은 진료의 성격에 따라 서로 다르게 적용될 수 있다. 뿐만 아니라 동일 환자의 경우에도 시간의 경과 내지 질병의 경과에 따라 이 서로 다르게 적용될 수 있을 것이다. 그러나 이 3가지 유형이 우리들의 의료 현장에 실제로 존재함을 우리는 부인할 수 없을 것이다. 그렇다면 이러한 유형에 나타나는 의사와 환자의 윤리적 모델은 어떠한 것일까?

이에 대한 고전적 논의는 로버트 비취(Rovert M. Veatch)에 의해 제시

2) 이는 원래 쉘스(Szass)와 홀렌더(Hollender)가 제시한 것이나 여기서는 김종호, 『의학윤리란 무엇인가?』 (서울:바오로 달, 1996), pp.127-8에서 인용. 특히 마지막 유형을 필자는 두 번째 유형과 명확한 의미 구분을 위해 그리고 원래적 의미에 충실하여 '상호-참여' 유형으로 개역하여 사용코자 한다.

되었다. 그는 의료를 하나의 권리로 전제하고 의사와 환자의 관계를 나타내는 4가지 모델을 제시하였다.<sup>3)</sup> 그의 모델은 환자의 관점에서가 아니라 다분히 의사의 관점에서, 즉 환자를 대하는 데 의사는 어떤 태도를 가져야 하느냐의 관점에서 구분된다고 하겠다. 첫째는 기술자 모델(the Engineering Model)이다. 이는 의학을 의술(art)이 아니라 과학의 일종, 즉 응용과학으로 보고서, 그 전문가인 의사 역시 환자를 대하는 데 마치 기술자와 같은 태도를 지녀야 한다는 입장이다. 이 모델에 따르면 의사는 환자를 대할 때 마치 고장난 기계를 고치는 기술자처럼 병의 원인, 진행 과정, 치료 방법 등만 생각하고 그 밖의 모든 윤리적 요소나 인간적인 관심 등을 가져서는 안된다.

둘째는 성직자 모델(the Priestly Model)이다. 이는 첫 번째 모델과 정반대로 환자를 대하는 데 의사는 성직자 내지 부모와 같은 태도를 가져야 한다는 입장이다. 이 모델에 따르면, 성직자가 그 신도에게 그리고 부모가 그 자식에게 언제나 선을 베풀 듯이, 의사 역시 언제나 인간적 애정과 선한 마음을 갖고 환자의 선을 적극적으로 증진시켜야 한다. 이는 타인에게 선을 베풀되 해악을 가하지는 말라는 기본적인 윤리 원리를 의사와 환자의 관계에 적용시켜 나온 모델이라 할 수 있다. 따라서 환자의 진단과 치료에 관계되는 모든 전문적인 결정을 의사가 하면 병약한 환자는 어린이처럼 의사의 결정과 지시를 따라야만 한다. 그리고 환자는 의사를 평범하고 세속적인 사람과는 다른 카리스마적인 존재로 보아야 한다. 의사는 환자의 의료에 관계되는 모든 문제뿐만 아니라 이와 연관된 윤리적 문제에 대해서도 결정하고 지시한다. 의사의 도덕적 권위가 환자를 압도하게 되어 환자의 자유와 존엄성은 사라진다.<sup>4)</sup>

셋째는 협조자 모델(the Collegial Model)이다. 이 모델에 따르면 의사와 환자는 환자 자신의 질병을 퇴치하고 건강을 유지한다는 공동의 목표를 추구하는 협조자들이다. 여기서 의사는 어디까지나 환자의 협조자이다. 이

3) R. M. Veatch, "Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age", *Hastings Center Report*, Vol. 2(1972), pp. 5-7. 여기서는 T. A. Mapps & J. S. Zembaty, ed., *Biomedical Ethics*(3rd, ed., New York: McGraw-Hill, Inc.), pp. 55-58.

4) 비취는 성직자 모델에서 의사가 따라야 하는 일련의 규범을 제시하고 있다. 즉, 해악을 입히지 말고 선을 증진하라, 개인의 자유를 보호하라, 개인의 존엄성을 존중하라, 진실을 말하고 약속을 지켜라, 경의를 준수하고 회복하라 등의 다섯 가지 규범을 그는 주장한다. *Ibid.*, pp. 56-57 참조하라.



모델에서는 의사와 환자의 상호 존중, 상호 신뢰와 확신, 그리고 동등한 가치 구현 등이 아주 중요한 역할을 차지한다. 이는 성직자 모델과는 반대로 환자의 자율성이 최대한으로 존중되는 이상적 모델이다.

셋째는 계약자 모델(the Contract Model)이다. 이 모델은 의사가 행하는 의료를 일종의 서비스로 간주한다. 따라서 의사와 환자가 동등한 지위에서 계약을 체결함으로써 비로소 이 서비스가 이루어진다. 계약 관계에서는 중요한 선택을 해야 할 때 환자는 자신의 생명과 운명을 결정하는 자유를 지니며, 의사는 이를 인정하고 있다는 점을 쌍방이 인식한다. 이 모델에 따르면 의학적 결정은 근본적으로 환자 자신의 가치관에 입각하여 이루어지지만, 환자를 치료하는 데 일상적으로 해야 하는 사소한 의학적 결정들은 그 가치관의 틀 내에서 의사에 의해 이루어진다. 물론 계약은 상호 신뢰를 바탕으로 성립되기에 환자가 모든 사소한 결정에 참여해야 한다는 것을 의미하지 않고, 통상적인 의료 행위는 의사의 결정에 의존할 수 있음을 인정한다. 그러나 상호 신뢰가 깨어지면 계약은 파기된다.

이 4가지 윤리 모델 가운데 어느 모델이 현대의 의료 관행에서 가장 바람직한가? 이 물음에 답하자면 우리는 의료 관행의 특성을 고려하지 않을 수 없을 것이다. 의료 행위는 의사가 환자에게 최선의 이익이 되는 진료를 행하는 것을 말한다. 이런 의미에서 모든 의학적 결정은 가치중립적인 순수 사실 판단으로 보기 어렵다. 왜냐하면 의사는 환자에게 최선의 이익이 무엇인지를 염두에 두지 않고서는 의학적 결정을 내릴 수 없으며, ‘환자의 최선 이익’이란 개념 자체가 이미 가치담지적인 용어이기 때문이다. 즉, 의사는 “환자에게 최선의 이익이 되도록 진료하라”는 도덕 원리를 대전제로 하여 환자의 상태와 자신의 의학적 지식을 소전제로 하여 구체적인 의료 행위 지침을 결론으로 도출하게 된다. 이는 실천적 삼단논법(practical syllogism)의 전형적인 사례에 속한다. 이 결론이 윤리판단이기에 모든 의학적 결정은 윤리 판단이라고 말할 수 있다. 따라서 의사를 단지 응용과학자로 보아 윤리적 요소를 배제하는 기술자 모델은 설득력이 없다고 하겠다.

반면에 협조자 모델 역시 우리의 의료 관행에 적용시키기에는 너무 이상적이다. 이 모델에 따르면 의사는 단지 협조자에 불과하게 된다. 이 모델이 성립되자면 환자 자신이 자신에게 최선의 이익이 무엇인지, 그리고 그

것을 실현시키는 최상의 방법이 무엇인지 알고 있어야만 한다. 그래야만 의사는 협조자로 기능할 수 있다. 그런데 현실적으로 환자는 의사에 비해 환자 자신의 질병이나 처방책 그리고 진료의 결과 등에 대해 대부분의 경우 무지하다. 이렇게 되면 환자는 오직 의사의 설명에 근거해서 의학적 결정을 내리게 된다. 그런데 의사의 설명은 엄밀히 말해 가치중립적이지 않다. 알게 모르게 의사가 환자의 질병에 대한 진단이나 가능한 처방책들을 하나하나 설명하는 데 의사 자신의 가치관이 표명되게 되고, 이것이 환자에게 결정적인 영향을 미칠 수 있다. 왜냐하면 환자는 질병으로 인해 뭔가 부자유스러운 상황에 놓여 있고 또 자신의 질병에 대한 지식이 전무한 반면에, 의사는 환자의 질병에 대한 전문적 지식과 기술을 지니고 있기에, 의사라는 존재 자체가 환자에게는 하나의 권위로 다가오기 때문이다. 따라서 진료 행위에서 의사가 단순한 협조자로 머물기는 현실적으로 불가능하다.

따라서 우리는 기술자 모델과 협조자 모델은, 아주 특수한 경우를 제외하고는, 의사와 환자의 바람직한 관계 모델로서는 적합하지 않다는 결론에 이르게 된다. 이렇게 하여 남는 모델을 제거하면 성직자 모델과 계약자 모델이다. 성직자 모델에서 의사는 성직자와 같은 역할을 수행한다. 그러면 성직자는 일반적으로 어떤 역할을 수행하는가? 성직자는 언제나 신의 대리자로서 신의 역할을 대신한다. 즉, 신은 언제나 사랑의 신으로 그 신도에게 선행을 베푸는 착한 신이다. 따라서 신의 대리인인 성직자 역시 선행을 베풀어야 한다. 의사를 성직자에 비유하는 것은 바로 의사는 환자에게 선행을 베풀어야 한다는 주장으로 이해될 수 있다. 반면에 계약자 모델에서 의사는 계약 당사자로 역할한다. 거꾸로 말하면 이는 환자 역시 계약 당사자라는 말이 된다. 계약 당사자는 언제나 상대방의 의사를 상호 존중하게 된다. 결국 계약자 모델은 성직자 모델과 달리, 의사는 계약 당사자인 환자의 자율성을 존중해야 한다는 주장으로 이해될 수 있다. 이런 의미에서 우리는 비취의 성직자 모델은 선행 모델(the beneficence model)로, 그리고 계약자 모델은 자율성 모델(the autonomy model)로 각각 부를 수 있을 것이다.

이 두 모델이 궁극적으로 추구하는 바는 동일하다. 즉, 이 두 모델은 환자의 최선의 이익을 도모하는 것을 그 목적으로 하고 있다. 다만 이 두 모델

은 환자의 최선 이익을 서로 다른 관점에서 해석하고 있다.” 첫 모델은 환자의 최선 이익은 오직 의학의 관점에서 이해한다. 이 모델은 환자의 최선 이익을 객관적 관점에서 이해하고 있다. 왜냐하면 의학이야말로 질병의 치료, 완화, 예방 등을 다루는 과학과 의술을 구성하는 검증된 지식, 기술, 경험 등의 보고이기 때문이다. 반면에 자율성 모델은 환자의 최선 이익을 오직 환자의 관점에서 이해한다. 환자에게 무엇이 최선의 이익인가에 대해 가장 잘 아는 자는 환자 자신이라는 전제가 이 모델의 배후에 깔려있다. 뿐만 아니라 이 모델은 환자 역시 인간으로서 지닌 기본적 권리, 즉 자신의 의사를 존중받을 권리를 지닌다는 인격 존중 사상에 충실하고 있다.

### 바람직한 윤리적 모델

그러면 이 두 모델 중 어느 모델이 윤리적으로 바람직한가? 이 물음에 답하자면 우리는 의료 행위의 특성을 묻지 않을 수 없을 것이다. 의료의 목적은 이미 지적하였듯이 환자에게 최선의 이익을 증진하는 일이다. 이 목적을 갖고 의사는 환자를 진료한다. 과거에는 의사 상위, 환자 하위의 수직적 관계에서, 의사는 환자의 의사(意思)와 상관없이 일방적으로 의료 행위를 행하였다. 왜냐하면 의사만이 질병에 대한 진단과 처방책을 가장 잘 알고 있으며, 또 의사와 환자 사이에는 인간적인 신뢰가 형성되어 있었기 때문이다. 그러나 현재에는 의료계에서 환자의 목소리가 점점 커져 오히려 의사 중심(Physician-centered)에서 환자 중심(Patient-centered)으로 바뀌어 의사는 방어 진료를 하기까지 이르렀다. 이는 윤리적으로 환자의 자율성 존중이 도덕적 우선성을 둔다는 말이다. 이렇게 되면 의사와 환자의 관계는 선행 모델이 아니라 자율성 모델로 전환하게 된다. 이런 의미에서 일부에서는 환자라는 용어보다 고객(Client)이란 용어로 바꾸어 쓰자는 제안을 하기도 한다.

어떻게 해서 이런 변화가 일어나고 있는가? 이런 변화의 궁극적 원인

5) T. L. Beauchamp and I. B. McCullough, "Two Models of Moral Responsibility in Medicine", T. A. Mapps & J. S. Zembaty, ed., *Biomedical Ethics*, p.59.

으로 우리는 인간 평등 사상과 사회 민주주의 이념을 들 수 있다.<sup>6)</sup> 이로 인해 권위에 대한 전통적인 믿음은 그 토대를 상실하게 되었다. 이제 더 이상 의사는 사회에서 우월적 지위를 지닌 지성인이나 카리스마적 존재로 여겨 지지 않고 단지 그 사회의 동등한 참여자로 위치하게 되었다. 즉, 의사는 수직적 관계의 권위를 더 이상 유지할 수 없게 되었다. 의사와 환자의 관계 변화 요인을 좀더 구체적으로 살펴보면 다음 몇 가지를 지적할 수 있다. 첫째, 환자의 권리 운동이다.<sup>7)</sup> 비록 의사로부터 환자가 의료를 받는다 할지라도 환자가 인간임을 부인할 수 없으며, 의료가 이루어지는 공간인 병원은 치외법권 지역이 아니다. 즉, 환자가 되었다고 해서 인간으로서 지닌 기본적인 권리가 상실되는 것이 결코 아니다. 인간이란 말은 짐승이나 물건이 아니라 뜻으로, 무엇보다 본인의 동의 없이는 그 자신이 다른 무엇의 수단으로 여겨져서는 안 된다는 칸트의 정언명법을 의미한다. 이런 자각으로 인해 미국의사협회는 1973년 『환자의 권리 장전』을 제정, 공표하였으며,<sup>8)</sup> 대한의사협회도 1997년 『의사윤리강령』을 제정, 공표하였다.<sup>9)</sup>

둘째로 의료권(the right to health care)의 물음이다. 의료는 의사가 베풀어 주는 봉사가 아니라, 인간으로서 마땅히 받아야 하는 권리라는 인식이 점차 확산되고 있다. 의료권을 옹호하는 논변은 두 가지이다. 하나는 ‘공동의 사회적 보호에 토대를 둔 논증’ (an argument from collective social protection)이고, 다른 하나는 ‘공정한 기회에서 비롯된 논증(an argument from fair opportunity)이다.’<sup>10)</sup> 첫 번째 논변은 보건의료라는 필요와 정부가 보호하고 있는 다른 필요들 -즉, 범죄, 화재, 공해 등으로부터의 보호- 과

6) B. Dickens, "Patient's Rights", *Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 3* (New York:Academic Press, 1998) p.460.

7) T. 샤논/J. 디자이코모 지음, 『생의윤리학이란?』, 황경식/김성득옮김, (서울:서광사, 1989), p.179.

8) "A Patient's Bill of Right" (1973). 자세한 원문 내용은 T. A. Mapps & J. S. Zembaty, ed., *Biomedical Ethics*, pp.135-36을 참조하라.

9) 구체적인 윤리강령은 『의협신보』 제3106호(1997. 5. 5.)를 참조하라. 이에 앞서 한국소비자단체에서는 1986년에 환자의 권리장전 10개항, 의료사고 가족협회에는 1990년에 환자의 권리선언 10개항, 연세의료원에서는 1993년에 환자의 권리장전 10개항을 각각 발표한 바 있다. 구체적인 환자의 권리 항목은 김종호, 『의학윤리란 무엇인가?』, pp.137-143을 참조하라.

10) 이에 관한 자세한 논의는 T. L. Beauchamp & J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford:Oxford University Press, 1994), pp.351-355을 참조하라.

유사하다는 사실에 근거를 두고 있다. 즉, 화재나 범죄로부터 개인을 보호하고자 국가 차원에서 소방서나 경찰제도를 조직하여 운영하듯이, 국가는 국민을 질병으로부터 보호하기 위해 공공 보건의료 정책을 수립해야 한다는 것이다. 두 번째 논변은 국가에게는 모든 국민에게 공평한 기회를 제공할 의무가 있는데, 부상이나 질병이 생기면 개인의 기회가 박탈당하기 때문에 국가는 개인이 보건의료에 관여해야 한다고 주장한다. 식량이나 집 등과 같은 기본적 필수품과는 달리 보건의료 비용은 예측할 수 없으며, 또 상태가 악화되면 통제가 불가능하기 때문에 국가가 개인의 건강을 보호해 주어야 한다는 것이다. 물론 이 두 논변의 설득력에 의문을 제기할 수 있지만, 적어도 모든 의료가 아니라 기본적인 의료에 대해 국민은 권리를 지닌다는 입장은 상당한 지지를 얻고 있으며, 복지 국가를 이념으로 하는 대부분의 국가는 기본적 의료권을 실제로 보장하고 있다. 의료권에 대한 의식이 강해지면서 의료 관계의 계약적 성격이 강하게 되었다.<sup>11)</sup>

셋째로 질병 구조의 변화도 의사와 환자의 관계 변화의 중요한 요인으로 작용하고 있다. 과거에는 환자는 질병으로 말미암아 부득이 일시적으로 그가 건강할 때 수행하고 있던 사회적 역할에서 합법적으로 면책된 사회적 이탈자가 되었다. 이런 상황에서는 의사는 상위이고 환자는 하위일 수밖에 없을 것이다. 이는 급성 질환자와 같은 병원 입원 대상자에게 적용된다. 하지만 과학과 의학의 발달로 인해 건강과 질병 문제가 큰 변화를 겪게 된다. 질병에서 심장질환 종양, 뇌혈관질환 등 만성 성인성 질환이 의료의 중요한 대상으로 나타나고 있다. 따라서 환자는 반드시 전면적으로 사회적 역할을 그만두는 사회적 이탈자가 아니게 되었다. 이제는 어느 정도, 아니 많은 경우에는 정상적인 사회 역할을 수행하면서 외래환자로서 통원 치료를 받는 환자의 수가 늘어났다. 또 급속히 건강을 회복한다든가 또는 건강을 완전히 회복하는 기대를 굳이 갖지 않은 채 일평생 병을 지니면서 사회생활을 하지 않으면 안 되는 환자 역시 늘어나게 되었다. 이러한 질병 구조의 변화는 환자로 하여금 사회 생활을 영위하면서 진료를 받도록 만들어 주어, 환자는 일상적인 인간이 지니는 모든 인간적 권리를 소유하게 되는 데

11) 한국가톨릭의사협회 편, 『의학윤리』(서울:수문사, 1997), p.379.

아무런 장애 요소가 없게 된 것이다.

마지막으로 무엇보다 치료 행위 자체의 특성으로 인해 환자의 자율성이 중요하게 부각되고 있다. 즉, 모든 의료 행위는 환자의 신체에 대한 일종의 외적 침습 행위이다. 그런데 모든 외적인 신체적 간섭은 그 간섭을 당하는 자로부터 동의를 얻을 때에만 정당성을 부여받게 된다. 이는 의료라는 행위에서도 예외일 수 없다는 것이 오늘날의 일반적 입장이다. 따라서 원칙적으로 모든 의료 행위는 환자의 동의를 얻어야만 비로소 그 정당성을 얻게 된다. 이로 인해 의사의 선행보다 환자의 자율성이 중요하게 된다.

따라서 우리는 자율성 모델이 의사와 환자의 관계에 대한 바람직한 윤리 모델이라는 결론을 잠정적으로 내릴 수 있게 되었다. 이 모델에 따르면 의료 행위는 의사에게 배풀어 주는 봉사가 아니라 하나의 상품으로서 서비스에 해당된다. 의사는 부모나 성직자와 같은 지위를 갖는 것이 아니라 환자와 대등한 입장에서 상호 신뢰를 바탕으로 소위 '의료 계약'을 체결하는 계약 당사자로 역할하게 된다. 그러므로 자율성 모델은 계약과 더불어 진료가 시작되고 또 상호 합의에 따라 그 진료가 종결되는 구조를 갖는다. 이는 다분히 전통적인 관계의 역행으로 '환자 상위, 의사 하위'라는 구조를 지닌다.

## 치료 거부권

그러나 이러한 자율성 모델 내지 계약자 모델에 대한 비판도 만만찮다. 의료 관행이란 복잡하며 또 다양한 요소들이 관련되어 있는 '특수한 서비스'인데, 이예다 자유 시장 원리인 계약 모델을 그대로 적용시킬 수 있는가라는 강한 의구심이 제기되기 때문이다. 따라서 우리는 자율성 모델에 대한 반론을 비판적인 관점에서 재검토해야 할 위치에 이르렀다. 필자는 여기서 '치료거부권'이라는 특정의 문제를 중심으로 계약 모델이 지닌 이론적 한계를 드러내고자 한다.

치료 거부 내지 치료 중단은 의학적으로 더 치료가 필요한 환자의 치료를 중단하는 것을 말한다. 이 치료 중단은 그 분류 기준에 따라 몇 가지로 세분할 수 있다. 첫째는 환자의 의사(意思)에 따른 분류이다. 즉, 환자의 요

청에 의한 자의적 치료 중단과 의사의 치료 거부권에 따른 치료 중단으로 나눌 수 있다. 둘째로 치료 중단의 결과에 따른 분류이다. 즉, 치료 중단은 생명 유지에 직접적으로 영향을 주지 않는 치료를 중단하는 것과 생명유지에 영향을 주는 치료를 중단하는 것으로 나눌 수 있다. 셋째로 환자의 회복 가능성에 따른 분류로서, 치료 중단은 더 이상의 치료가 환자의 건강이나 생명을 개선시키는 데 아무런 도움이 되지 않는 무의미한 치료 -인공호흡기, 인공영양, 인공수액 등- 의 중단과 의학적으로 병원에 입원해서 계속 치료를 받으면 회복 가능성이 있는 환자의 치료를 중단하는 것으로 분류될 수 있다. 물론 이 분류는 상호 중복될 수 있고, 또 그 경계선을 현실적으로 정확하게 그을 수 없다는 실천적 난점이 있지만, 우리는 이를 이론적으로는 별무리 없이 수용할 수 있을 것이다. 이 구분을 수용하게 되면 치료 중단은 이 3구분의 조합에 따라 아래와 같이 세분될 수 있다. 논리적으로는 8가지 경우가 가능하나, 회복이 불가능한 경우에는 언제나 환자에게 중대한 결과를 야기하기에 실제적인 경우의 수는 6가지로 제한된다. 이제 이 각각의 경우가 윤리적으로 허용 가능한지 고찰하는 가운데 자율성 모델이 지닌 한계점이 노정될 것이다.

- 1) 회복 가능한 환자에 대한 의사의 치료 거부권 : 환자에게 중대한 영향을 미치는 경우.
- 2) 회복 가능한 환자에 대한 의사의 치료 거부권 : 환자에게 중대한 영향을 미치지 않는 경우.
- 3) 회복 불가능한 환자에 대한 의사의 치료 거부권
- 4) 자의에 의거한 회복 가능한 환자의 치료 거부 : 환자에게 중대한 영향을 미치는 경우.
- 5) 자의에 의거한 회복 가능한 환자의 치료 거부 : 환자에게 중대한 영향을 미치지 않는 경우.
- 6) 자의에 의거한 회복 불가능한 환자의 치료 거부

위의 여섯 가지 가운데 합의가 쉬운 사례부터 살펴 보자. (1)의 경우, 의사의 치료 거부는 곧바로 환자의 죽음 내지 환자에게 치명적인 해악을 가

져다 준다. 진료의 목적—환자에게 최선의 이익을 증진하라—을 염두에 둔다면 이는 진료의 목적에 어긋나는 것이기에, 우리들의 건전한 상식은 이를 윤리적으로 용납하지 않을 것이다. 즉, 이는 환자의 요구대로 치료를 하였다면 살아났을 환자가 의사의 치료거부로 사망에 이른 경우이기에, 의사는 환자로 하여금 죽도록 방치하였다는 도덕적 비난을 면하기 어렵다. 자율성 모델에 따라도 이는 환자와 맺은 계약 위반에 해당되기 때문에, 당연히 의사는 그 죽음에 대해 책임을 피할 수 없을 것이다.

(3)과 (6)의 경우는 어떠한가? 이 경우는 환자는 현대 의학으로 회복 불가능하다는 진단을 받았다. 이 경우 의사의 치료 행위는 단지 환자의 건강 증진이나 수명 연장에 별 도움이 되지 않는다. 이 경우 치료는 무의미한 치료에 해당된다. 특히 회복 가능성이 없는 환자의 자의적 요청에 의한 퇴원을 우리는 '가망 없는 퇴원' (hopeless discharge)이라 부른다. 그리고 (3)과 같이, 의학상 효과 없음 (medical futility)을 이유로 환자의 선을 증진하려는 의도에서 이루어진 의사의 치료 거부는 수동적인 온정적 간섭주의 (passive paternalism)<sup>12)</sup>라 일컬어진다. 이는 일상적인 의미의 적극적인 온정적 간섭주의에 비해 더 쉽게 정당화된다. 왜냐하면 의사는 일반적으로 환자의 요구가 의료 관행이나 의사의 양심과 상충할 때, 환자의 요구를 적극적으로 만족시켜 주어야 할 도덕적 의무가 없기 때문이다. 더군다나 의료 자원의 한계를 인정하고 또 의학적 공급이 그 수요를 충족시키지 못하는 현실적 여건을 고려한다면, 사회 정의의 원칙에 따라 우리는 이런 경우 의사의 치료 거부권을 인정할 수 있을 것이다. 그래서 현재 논의 중인 『의사윤리 지침』 3차 시안은, 이런 경우 의사가 진료를 거절하는 것은 비윤리적이지 않다고 규정하고 있다.<sup>13)</sup> 자율성 모델은 계약에 의해 진료 행위를 주장하기에, 의사의 치료 거부권을 용인하는 결과를 낳는다. 뿐만 아니라 환자 편에서도 무의미한 치료의 경우 스스로 치료 거부를 주장할 수 있는 권리를 지니게 된다. 그러나 선행 모델에서는 의사가 환자의 선을 이유로 계속 치료를

12) 이에 관해서는 T. L. Beauchamp & J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, pp. 288-291을 참조하라.

13) 대한의사협회, 『의사윤리지침』 제3차 시안(1999), 2장 환자에 대한 윤리 2.10.2 항. "의사의 충분한 설명과 설득 이후에도 환자, 또는 가족 등 환자 대리인이 회생의 가능성이 없는 환자에 대해 의학적으로 무익하거나 무용한 진료를 요구하는 경우 의사가 그것을 받아들이지 않는 것은 비윤리적이지 않다."



고집할 경우 환자는 치료를 계속 받을 수밖에 없게 된다.

(2)와 (5)의 경우는 모두 환자가 회복 가능하고, 그 치료 거부로 인해 환자에게 중대한 영향을 미치지 않는 경우이다. 선행 모델은 그렇지 않지만 자율성 모델에 따르면 환자는 이런 경우 치료를 거부할 자유를 지닌다. 왜냐하면 비록 계약에 의해서 진료가 이루어지고 있는 경우라 하더라도 진료는 어디까지나 환자의 신체에 대한 침습적 행위이기에, 신체적 간섭을 당하는 환자 편에서는 그 진료를 거부할 자유가 있기 때문이다. 그래서 미국 의사협회에서 발표한 『환자의 권리장전』 제4조는 “환자는 법이 허용하는 한도 내에서 치료를 거부할 권리를 지닌다”고 규정하고 있다.<sup>14)</sup> 그러면 이런 경우 의사도 환자의 요구에 반하여 치료를 거부할 자유를 지니는가? 이미 계약이 성립되어 진료가 시작되었다면 의사의 이러한 진료 거부하는 계약 위반에 해당될 것이다. 그러나 계약 모델에 충실할 경우, 의사에게도 비록 계약 위반에 대한 책임을 부담할 경우 의사에게도 이러한 진료거부를 부인하기 어려울 것이다. 그러면 계약이 성립되기 이전 단계에서 진료 거부의 자유에 대해서는 어떠한가? 물론 이 경우 환자는 의사의 진료를 받지 않을 자유를 지닌다. 그러면 의사에게도 이러한 자유가 있는가? 계약 모델에 따를 경우 의사도 치료를 시작하지 않을, 즉 그 환자를 자신의 고객으로 받아들이지 않을 자유를 지닌다. 위급한 경우를 제외하고는 특정 병원의 환자가 되는 것은 환자의 권리가 아니다.<sup>15)</sup> 자율성 모델이 함축하고 이는 이런 실천적 함축을 우리는 윤리적으로 수용할 수 있는가? 이에 대한 답변은 일단 보류하고 (4)의 경우로 논의를 옮겨 가고자 한다. 왜냐하면 이는 의료의 특성과 연관되어 논의해야만 의미가 있기 때문이다.

14) "A Patient's Bill of Right" (1973). 여기서는 T. A. Mapps & J. S. Zembaty, ed., *Biomedical Ethics*, p.136.

15) B. Dickens, "Patient's Rights", *Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 3*, p.468.

가장 어려운 사례가 바로 (4)의 경우이다. 보라매 사건은 바로 여기에 속한다.<sup>16)</sup> 히포크라테스 선서에서 알 수 있듯이, 의사의 본래적 역할은 환자의 건강과 생명을 보호하는 일이다. 이는 인간 생명이 가장 고귀한 가치를 지닌다는 상식에 그 토대를 둔다. 의사의 의학적 판단으로 병원에서 계속 치료를 받으면 회복 가능성이 있는 환자가 의사의 충고에 반하여 치료 중단을 요청할 경우, 의사는 딜레마에 봉착하게 된다. 의사의 반대에도 불구하고 회복 가능성이 있는 환자의 자발적 의사에 따라 이루어진 퇴원을 우리는 '의학적 충고에 반한 퇴원' (discharge against medical advice, 이하 DAMA)이라 부른다. 의사와 환자의 관계를 자율성 모델에 따라 계약 관계로 간주할 경우, DAMA는 환자의 권리가 되기에 우리는 의사에게 이런 환자의 사망에 대해 도덕적 책임을 물을 수 없게 된다. 과연 환자는 이러한 권리를 주장할 수 있는가? 그리고 의사는 환자의 이러한 권리를 존중해야 하는가?

특정 모델을 떠나, 의사로서 환자의 생명을 보호해야 할 의무와 환자의 자율성을 존중해 주어야 하는 의무 사이에서 의사는 갈등하게 된다. 의사는 어느 의무에 우선성을 두어야 하는가? 이는 일반적으로 윤리학에서 '온정적 간섭주의' (paternalism) 물음으로 불린다. 온정적 간섭주의는 부모가 자식을 사랑한 나머지 자식에게 이익이 되도록 선행을 베푸는 것을 말한다. 즉, 온정적 간섭주의는 "다른 사람의 선호나 욕구에 대한 의도적인

16) 보라매 사건은 그 당시 환자가 회복 가능성이 있었는지의 물음이 현재 법적 논쟁의 핵심 사항이다. 그러나 필자는 이에 대한 법적 판결의 정당성을 논하는 자리가 아니기에, 회복 가능성의 사실 여부 물음은 논외로 하고자 한다. 또 회복 가능성의 정확한 기준이 무엇이며, 이를 판단할 수 있는 테스트 조건이 어떠한지의 물음 역시 의학적 사실의 물음이기여 여기서는 논외로 하고자 한다. 「논쟁: '중환자 퇴원' 의사에 살인죄」(조선일보, 1998.5.19.)에서 정천기 교수(서울대병원)는 회복 가능성이 없다는 사실을 강조하는 반면에, 이종희 담당집사는 「발언대:의료인윤리 다시 정립해야」(동아일보, 1998.7.10.)에서 환자의 회복 가능성을 역설하고 있다. 이정청박사(대한신경외과학회장) 역시 「발언대:의학적 고려 안한 판결에 의문」(동아일보, 1998.7.15.)에서 "회복 가능성이 높았다"는 집사의 판결에 강한 의문을 제기하고 있다.

17) T. L. Beauchamp & J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, p.274. 반면에 Heta Hayry는 자율성에 대한 침해나 자유에 대한 제한을 포함하지 않으면서 상대방의 선을 위한 간섭까지도 온정적 간섭주의에 포함시키고 있다. 그래서 그는 온정적 간섭주의를 필자와는 달리 크게 이룬 온건한(soft) 온정적 간섭주의와 딱딱한(hard) 온정적 간섭주의로 나누고, 후자는 다시 강한 형태와 약한 형태로 세분화하면서 온건한 간섭주의와 약한 형태의 간섭주의는 도덕적으로 허용 가능하다고 주장한다. Heta Hayry, "Paternalism", *Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 3*, pp.453-455를 참조하라.

무시나 간섭 또는 타인에게 피해를 주지 않거나 선을 배풀려고 의도적으로 그 사람을 간섭하는 행동”으로 정의된다.<sup>17)</sup> 이에겐 약한 형태와 강한 형태가 있다. 약한 형태는 상대방의 반대 의사가 없는 경우에는 상대방에게 선이 되도록 행동해야 한다는 입장인 반면에, 강한 형태는 상대방의 반대에도 그 의사를 무시하고 그에게 선행을 배풀어야 한다는 입장이다. 결국 의학적 충고에 반하는 치료 중단의 도덕적 허용 가능성 물음은 강한 형태의 온정적 간섭주의 의무를 의사가 지니느냐의 물음이다. 밀(J. S. Mill)이 『자유론』(On Liberty)에서 주장한 것처럼,<sup>18)</sup> 부모와 자식의 관계에서처럼, 특수한 관계에 있지 않는 자율적인 성인들 사이에서는 일반적으로 이 의무가 성립되지 않는다. 자율성 모델은 이러한 반온정적 간섭주의를 함축하기에, 의사에게 환자의 자율성을 존중하라는 요구를 낳는다.

그러나 (1)의 경우를 좀더 분석해 들어가면 문제가 그리 간단하지 않다. 이미 계약이 성립된 경우 의사의 치료 거부로 인해 환자가 중대한 해악을 입을 경우 의사는 그 도덕적 책임을 회피할 수 없지만 치료 중단이 아니라 아예 치료를 시작하지 않아 환자가 사망한 경우에는 어떠한가? 엄밀한 계약 관계에 따르면 의사 역시 치료 거절의 자유를 지닌다. 과연 응급 환자의 치료를 거절할 권리를 의사가 지닌다고 말할 수 있는가? 혹은 마음에 맞지 않는 환자를 의사는 자신의 고객으로 받아들이지 않을 자유가 있는가? 모든 나라에서는 의사에게 응급 의료의 의무를 부과하고 있다. 이는 곧 계약 모델과 배치된다. 그러면 왜 국가에서는 응급 의료를 하나의 의무로 규정하는가? 그것은 의료의 특성에 기인한다. 진료는 인간의 신체적 건강과 생명과 관련된 행위이다. 응급 진료 의무는 바로 인간 생명의 생사 여부는 계약의 내용이 될 수 없다는 주장에 그 토대를 두고 있다.

일반적으로 자신의 신체를 노예로 파는 계약이나 자살 방조는 불법적일 뿐 아니라 윤리적으로도 허용되지 않는다. 왜냐하면 모든 윤리는 인간 존엄성에 그 토대를 두고 있는데, 노예제 계약의 허용이나 자살 방조는 인간의 존엄성을 말살하기 때문이다. 다른 선택과는 달리 인간의 생명과 자유

18) J. S. Mill, *On Liberty, in Utilitarianism, Liberty and Representative Government*(New York:Everyman's Library, 1950), p.95.

는 인간의 윤리에 필수적인 하나의 전제 조건이다. 회복 가능성이 있는 환자가 치료를 거부한다는 말은 다른 말로 하면 자살을 방조하겠다는 말이나 다름없기 때문에 이는 계약 내용에 포함될 수 없다는 것이다. 일반적인 선을 거부할 경우에는 다음에 말로 그 사람을 설득할 수 있고 또 스스로 깨달아 그 선을 행할 가능성이 있지만, 죽음의 방치는 이런 모든 가능성을 빼앗아가 버리는, 즉 선의 존재 근거를 앗아가 버리는 근본적인 악행에 해당된다. 따라서 (1)의 특수한 예로서 의사의 치료 거절권이나 환자의 DAMA 권리는 윤리적으로 허용되기 어렵다. 또한 앞에서 보류한 (2)의 경우, 즉 환자에게 중대한 영향을 미치지 않는 환자에 대한 의사의 치료 거부권 물음 역시 의문시된다. 비록 중대한 해악을 입히지 않는다 할지라도, 모든 의사가 이런 권리를 행사할 경우 환자는 기본적 의료를 받을 권리를 박탈당하기에 자유 계약에 전적으로 맡길 수가 없을 것이다. 다만, 사고 물건에 대해 특정 보험회사가 의무적으로 책임보험을 받아주어야 할 의무를 지니듯이, 병원의 경우에도 환자인 고객이 불편하지 않도록 각 지역별로 의무적으로 환자와 진료 계약을 맺고 진료를 해야 하는 지정 병원을 선정한다면, 우리는 이 경우에 의사의 치료 거부권을 허용할 수 있을 것이다.

(1)과 같은 치료 거절권이나 DAMA 권리는 결국 “인간이 자살권을 지니느냐” 라는 철학적 물음으로 나아간다. 자살권이 허용되지 않는다면, 환자는 DAMA의 권리를 상실하기에, 결국 의사는 환자의 자기 결정권을 이유로 치료를 포기하고 퇴원을 허용하는 것은 의사의 직무 유기에 해당된다. 자살 방조가 도덕적으로 허용될 수 없듯이 응급 상황의 경우 환자의 자기 결정권은 한계를 지닌다는 점을 수용한다면, 의사와 환자의 관계는 자율성 모델에 따른 순수한 의미의 계약 관계로 보기 어렵게 된다.

그래서 자율성 모델에 따른 계약 관계는 의사와 환자의 관계에는 적용되기 어렵다는 반론이 의료의 특성에 근거하여 제기되고 있다. 일상적으로 계약이란 두 당사자의 대칭성을 전제로 하여 성립된다. 환자가 과연 의료라는 특수한 관행에서 의사와 동등한 지위를 지닐 수 있는가? 즉, 의사는 전문적인 의학적 지식을 지니나 환자는 그렇지 못할 뿐만 아니라 질병으로 인해 의사의 도움을 절대적으로 필요로 하는 상황이기 때문에 환자는 동등한 지위에서 의사와 계약을 맺을 수 없다는 것이다. 이는 계약의 일반적 조건인

수요와 공급의 적절한 균형이 의료에서는 유지되지 않는다는 것을 함축하고 있다. 게다가 계약 당사자는 계약 서비스의 결과에 대해서도 예상할 수 있어야 한다. 그런데 이 예상 능력을 의사는 지니나 환자에게는 결여되어 있다. 즉, 상품의 품질 보증과 애프터 서비스가 보장되어야 하나, 환자의 무능력으로 인해 품질 보증과 사후 서비스가 의료 관행의 경우 실제적으로 의사에게 일방적으로 위임되어 있게 된다. 그 결과로 환자는 의사가 계약 내용을 제대로 집행하고 있는지 확인하는 일이 실천적으로 불가능하다. 더군다나 의료라는 서비스는 환자의 질병 상태에 따라 달라지는 특성을 지니기에 그 구체적 내용을 의료 시작 시점에서 결정하기가 불가능하다. 이러한 상황에서 환자와 의사의 계약은 불평등한 계약이 될 수밖에 없다. 즉, 자율성 모델에 따른 의사와 환자의 계약 관계는 이름만 계약이지 실질적인 내용은 일상적 의미의 계약과는 근본적으로 그 성격이 다르다고 하겠다.

따라서 우리는 자율성 모델에 근거한 계약 관계를 수정하지 않을 수 없는 위치에 이르게 되었다. 이 수정된 입장을 우리는 ‘포괄적 위임 계약’이라 부를 수 있을 것이다. 의료 서비스에 관한 계약 내용을 구체적으로 명시하지 않고 계약 당사자인 환자는 의사에게 전적으로 맡긴다는 의미에서 위임 계약이라 할 수 있다. 한 걸음 더 나아가 의료의 품질 보증, 사후 서비스, 의료 계약의 집행 여부 등이 모두 의사에게 의존한다는 의미에서 이 위임 계약은 ‘포괄적’이게 된다. 의료 관행에는 이런 계약적 요소뿐만 아니라 비계약적인, 즉 온정적 간섭주의 요소도 포함하고 있다. 이미 앞에서 논의하였듯이, 응급환자의 진료 의무, 의학적 충고에 반하는 퇴원권의 불허용 등등은 오히려 선행 모델에 근거해 있다. 따라서 필자의 ‘포괄적 위임 계약’은 이런 선행 모델까지 포함하는 넓은 의미로 사용되고 있다. 이렇게 되면 의사와 환자의 관계는 선행 모델이나 자율성 모델 어느 하나를 따르지 않고 이 둘을 모두 포섭한다고 하겠다.

이에 대해 혹자는 이 두 모델의 상충 가능성을 들어, 필자의 입장에 반론을 제기할 것이다. 물론 그럴 가능성이 충분히 있으며 또 실제로 상충하기도 한다. 그것은 ‘환자에게 최선 이익’이란 개념 자체가 객관적인 요소와 주관적인 요소를 아울러 가지기 때문에 빚어내는 필연적인 결과이다. 하지만 우리는 이 두 모델의 상충을 부정적으로 바라볼 필요가 없다. 오히

려 필자는 단일 모델보다 자율성과 선행 모두를 포괄하는 복합 모델이 의료를 더 풍부하게 만든다고 주장하고 싶다.<sup>19)</sup> 왜냐하면 각 모델은 의료 관행에서 의사의 책임에 관해 단지 부분적인 관점만을 제공하기 때문이다. 즉, 의사와 환자 관계 자체가 어느 하나의 모델로 정형화시키기에는 너무나 복잡한 관계를 지닌다. 이는 의사를 찾는 고객인 환자 자신이나 진료의 다양성에 기인한다. 의식 불명의 환자나 자기 의사를 표명할 수 없는 환자의 경우 환자는 결코 계약 당사자가 될 수 없는 하나의 수동적 존재이다. 또 환자 자신의 생명과 관련된 진료의 결정은 환자 자신에게 맡기기에는 너무나 위험한 발상이다. 따라서 이런 경우에는 선행 모델이 적용될 수밖에 없다. 두 모델의 상충을 허용하는 입장이 오히려 의료 현실을 더 잘 반영한다고 하겠다. 나아가 의료 결정 자체가 단순한 기술적인 메커니즘에 의해 기계적으로 이루어지는 것이 아니라 그 자체가 하나의 가치 판단이라는 사실 역시 이런 복합 모델을 지지한다. 뿐만 아니라 상충의 가능성은 의사로 하여금 환자 상태에 대한 세심한 주의를 요구하며, 나아가 상충하는 딜레마 상황에서 올바른 결정을 내리기 위해 의사는 부단히 노력을 기울여야 할 것이다. 무엇보다 이 복합 모델은 의사로 하여금 단지 의료 기술뿐만 아니라 환자의 최선 이익을 위해 헌신할 수 있는 도덕적 품성 함양과 실천적 지혜를 쌓도록 촉구한다.

## 맺는 말: 기독교 세계관적 논의

보라매 사건의 담당의사가 기독교인이라면 어떻게 하는 것이 옳았을까? 의사와 환자의 관계에 대한 기사는 성경에 언급되어 있지 않다. 하지만 우리는 이 관계 역시 인간 대 인간의 관계임을 염두에 둔다면, 의사와 환자의 관계를 암시해 주는 성경의 몇몇 구절은 쉽게 찾을 수 있을 것이다. 가장 대표적인 구절은 누가복음에 언급된 선한 사마리아인의 비유이다(눅 10:25-37). 즉, 의사는 환자의 생명과 건강을 보호할 책임이 있기에, 선행 모

19) T. L. Beauchamp and L. B. McCullough, "Two Models of Moral Responsibility in Medicine", T. A. Mapps & J. S. Zembaty, ed., *Biomedical Ethics*, p.60.

델이 성경에 가까워 보인다.

그러나 성경의 입장은 이처럼 단순하지 않다. 물론 의사는 예수님의 명령(마 22:37-40)에 따라 이웃을 사랑해야 한다. 그런데 무엇이 사랑이냐의 물음은 환자의 경우 그리 단순하지 않다. 물론 우리는 환자 자신에게 최선의 이익이 가도록 하는 것이 사랑의 실천이라고 말할 수 있을 것이다. 그러나 더 깊게 들어가 무엇이 환자에게 최선의 이익인가의 물음은 성경 자체에서 그 답을 찾기 어려운 신학적 물음을 야기한다. 의사는 단지 신체적인 관점에서 환자의 최선 이익을 고려할 것이다. 그러나 인간에게는 신체적 요소뿐 아니라 영혼의 요소도 존재한다. 과연 의사가 환자의 영적인 면까지 고려하여 환자 본인에게 무엇이 최선의 이익인지를 정확하게 판단할 수 있을까? 물론 기독교는 온정적 간섭주의의 성격을 지닌다. 그러나 하나님도 우리 인간에게 인격적 폭력을 가하지 않으시고 우리가 자율적으로 믿음을 갖기를 소망하고 또 실제로 예수님은 우리를 기다리신다(계 3:20). 따라서 기독교는 강한 온정적 간섭주의라고 일방적으로 결론 내리기가 어려울 것이다.

여기에서 하나님의 주권 물음이 개입되면 상황은 더 복잡해진다. 인간 생명과 건강의 주권자가 하나님임을 인정하게 되면, 의사와 환자의 관계에서 중요한 요소는 무엇이 하나님의 뜻인가의 물음이다. 다시 말해, 이웃을 네 몸과 같이 사랑하라는 명령은 어디까지나 하나님의 주권 아래의 사랑이다. 이는 환자나 의사에게 어느 정도의 치료 거부권을 인정하게 만든다. 다시 말해, 비록 의학적 충고에 반하는 퇴원으로 인해 죽음이 발생한다 할지라도 그것이 환자의 신앙에서 우러나온 자기 결정이라면 비록 의사는 이 환자의 퇴원을 거절하기 어렵다는 말이다. 이럴 경우 환자의 퇴원 결정권은 결코 죽음의 권리가 아니다. 오히려 이는 환자가 하나님의 부르심에 기꺼이 순종하겠다는 죽음의 수용으로 이해되어야 할 것이다. 분명 인간에게는 죽음의 권리는 없다. 하지만 죽음은 필연적이며, 따라서 죽음의 수용은 신앙인의 아름다운 자세 중 하나이다. 우리는 죽음의 수용조차 죽음의 권리란 개념을 사용함으로써 한 개인의 자율권과 하나님의 주권이 양립할 수 있다는 인상을 심어주고 있다. 기독교인은 자율적으로 하나님의 주권에 순종할 수 있으며, 또 마땅히 그렇게 해야 한다. 이는 하나님의 명령이다.

하나님의 명령이기에 설사 그것이 죽음을 야기한다 할지라도 의사는 막을 권리가 없다. 하나님은 법 제정자이시고 인간은 법 복종자이기 때문이다.

더군다나 기독교인에게 고통 자체가 언제나 악인 것은 아니다. 기독교 신정론에서 이야기하듯이, 그리고 구약 율기를 통해 잘 알 수 있듯이, 인간에게 고통과 죽음은 하나님의 주권적 섭리하에서 이루어지는 경우가 많으며, 그 사실을 가장 잘 아는 자는 고통을 당하는 본인이다. 따라서 환자가 비록 자기에게 고통이 있음을 숙지하고서도 스스로 그 고통을 감내하겠다는 각오로 치료를 거절할 경우 의사가 강제적으로 그 고통을 줄여줄 권리는 없다. 우리는 이 사실을 고(故) 테레사 수녀를 통해 확인하고 있지 않은가? 우리는 그리스도 안에서 고통을 이겨낼 능력이 있다(빌 4:13). 그러나 환자의 요청에도 불구하고 의사가 개인적인 이유를 들어 치료 시작 자체를 거절하는 치료 거부는 기독교적으로 수용하기 어렵다. 즉, 인본주의 철학에서는 중대한 영향을 미치지 않는 경우에는 이런 치료 거절권을 의사가 지니지만, 기독교 세계관적 관점에서는 이런 거절권은 허용 불가능하다는 것이다.

그래서 우리는 다시 선한 사마리아인의 비유로 돌아가게 된다. 즉, 선한 사마리아인의 비유에서 사마리아인이 강도 만난 자를 치료하려고 온갖 노력을 기울이고자 하는데, 그 사람이 어느 정도 의식이 있어서 사마리아인의 친절을 거절하였다면, 예수님은 사마리아인 이야기를 어떻게 전개시켰을까? 이는 결국 우리가 앞서 논의한 ‘환자의 최선 이익’이란 개념이 지닌 객관적 요소와 주관적 요소의 조화 물음을 낳는다. 우리는 종종 자유를 행복의 수단으로 간주한다. 하지만 성경의 관점에서 볼 때 자유는 단순한 수단이 아니라 인간 행복의 필수적인 구성 요소이다. 다시 말해, 비록 갑과 을이 동일하게 교회에서 성가대로 봉사하였지만, 갑은 자율적 결정에 의해서 그렇게 하고 을은 타인의 강요에 못이겨 그렇게 하였다면, 우리는 갑이 더 행복하고 나아가 갑의 봉사가 하나님 앞에 더 값지다는 결론을 내리게 된다. 이는 하나님의 뜻을 실천하고 한 인간의 행복에 자유가 하나의 본질적 요소임을 보여준다. 이를 받아들일 경우, 선한 사마리아인 비유에서 강도 만난 자가 도움을 거절할 경우 사마리아인이 어떻게 행동하는 것이 성경적인가의 물음은 일률적으로 판단하기 어렵다고 하겠다.



오히려 우리에게는 상황윤리적 판단이 필요하다. 이웃을 사랑하라는 주님의 명령은 획일적으로 동일한 유형의 행동을 요구하지 않는다. 오히려 상황에 따라, 환자에 따라 서로 다른 치료를 요구한다는 사실을 우리는 염두에 두어야 한다. 문제는 의사가 환자가 처한 상황과 환자의 고통, 그리고 그 가족의 삶에 대해 얼마나 세심한 배려의 마음을 갖느냐이다. 결과에서 환자 행위의 옳고 그름을 따지는 단순한 결과주의적 사고에서 벗어나 이제 우리는 결과뿐 아니라 그 동기, 그리고 그 행위 과정까지 문제삼을 줄 아는 도덕적 품성의 계발을 성경은 그리스도인 의사에게 요구하고 있다고 하겠다. 나아가 의사는 진료 행위에서도 언제나 하나님의 주권을 인정하려는 마음가짐에서 성령의 지도를 받는 겸허한 자세가 필요하다.

우리는 이상의 논의를 통해 기독교 세계관적으로도 의사와 환자의 관계를 특정의 한 가지 모델로 정형화시킬 수 없다는 결론에 이르게 된다. 그것은 의사와 환자의 관계가 복잡하고 다양하기 때문이다. 즉, 환자가 의사를 찾아 받는 서비스는 다른 일상적인 서비스와는 달리 생명과 건강이며, 또 그 진료 내용 역시 너무나 다양하기 때문에 어느 하나의 통합적 모델화가 이론적으로 불가능하다. 오히려 우리는 진료 행위의 다양성을 인정하여 우리는 윤리적 논의에서 얻어진 선행 모델과 자율성 두 모델을 동시에 인정하는 다원주의 모델을 받아들일 수밖에 없고, 이 다원주의 모델이 의료를 더 풍부하게 만들어 줄 것이다. 이 다원주의 모델이 하나님의 주권이란 대원칙 아래에 포섭됨은 물론이다.

이웃 사랑은 먼데 있는 것이 아니라 바로 내 직업 속에서 실현되어야 한다. 즉, 의사는 의업이라는 직업을 통해 번 돈으로 사랑을 실천할 수도 있고 또 근무 시간과는 별도로 무료 의료 봉사를 베풀 수도 있지만, 의사에게 일차적인 이웃 사랑은 바로 자신의 의술을 통해 자기 환자에게 사랑의 마음을 갖고 최선의 진료를 베푸는 일이다. 그러자면 의사는 우선적으로 첨단 의학에 대한 전문적 지식을 지녀야 하며, 나아가 언제나 환자를 하나의 객체가 아니라 하나님이 보내신 '지극히 작은 자' (마 25:45) 혹은 '강도 만난 자' 라고 인식하여 그 환자에게 무엇이 최선의 이익인가를 배려할 줄 아는 덕목이 요구된다고 하겠다.