

의료에서의 사전의사결정(advanced directives)에 대한 도덕적 검토

손명세* · 유호종**

1. '사전의사결정' (advanced directives)¹⁾의 의미와 현황

의사 무능력 상태를 대비한 사전의사결정은 의사결정능력이 있는 어떤 사람이 그가 앞으로 의사결정능력을 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 있다.²⁾

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 한다.³⁾

사전의사결정은 주로 말기 질환의 상황을 예상하여 행해진다. 말기 환자에 대해서는 1) 환자의 생명을 구하기 위하여 사용할 수 있는 모든 방법을 동원하는 최대한의 치료 2) 응급치지만 할 뿐 질병 자체를 치유하기 위해서는 어떤 노력도 하지 않는 기

* 연세대학교 의과대학 예방의학교실

** 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과

- 1) '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 논문에서는 이 용어를 '의사 무능력 상태를 대비한 사전의사결정' 또는 간단히 '사전의사결정'으로 번역하기로 하였다.
- 2) King NMP. Making Sense of Advance Directives. Revised Edition. Washington D. C. : Georgetown University Press, 1996 : 3-4.
- 3) Monagle JF & Thomasma DC. Medical Ethics-Policies, Protocols, Guidelines & Programs. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1993 : 5:1-5:3.

본적인 치료 3) 음식과 수액을 공급하고 고통을 줄이기 위한 약품 정도만을 투여하는 기본적인 간호 4) 음식과 수액도 공급하지 않아 죽게 방치함 5) 환자의 생명을 빨리 단축시키기 위한 어떤 적극적인 조치 등 매우 다른 종류의 처치가 행해질 수 있다.” 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. 환자가 지속적인 식물인간 상태에 빠졌을 때 환자의 생명유지장치를 계속 유지할 것인가 제거할 것인가, 그리고 생명유지장치를 계속 유지할 경우 기적적 회생을 위해 최대한의 치료를 할 것인가 아니면 현재 상태를 유지하는 기본적인 치료나 간호만 할 것인가 환자의 사전의사결정에 따라 달리 결정될 수 있다. 그리고 이미 죽어 가는 과정에 들어선 환자의 호흡이나 심장이 멎었을 때 환자에게 심폐소생술을 시행할 것인지 말 것인지가 사전의사결정에 따라 달리 선택될 수 있으며, 극심한 고통에 시달리는 환자에게 생명을 단축시킬 위험이 크더라도 다량의 진통제를 투여할 것인지 아닌지, 환자가 죽음을 병원에서 맞이하게 할지 퇴원시켜 집에서 맞이하게 할지, 가족에 둘러싸여 맞이하게 할지 혼자서 맞이할지 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 퀴란 사건 이후 관심을 끌게 되었다. 이 사건은 잘 알려져 있다시피 회복 불가능한 혼수 상태에 빠져 있는 카렌 퀴란의 산소호흡기를 떼어 달라는 부모의 요청을 병원이 거부해 법정 소송으로 이어진 사건이다. 이 경우 카렌 퀴란 자신의 입장만 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.⁴⁾ 가령 1991년 이후

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

미국 법령에 따르면 모든 의료인들은 환자에게 사전의사결정의 권리가 있음을 알려 주어야 하는 것이다.⁶⁾ 그래서 미국에서는 “사전의사결정은 현대 의료에 있어서 하나의 본질적이고 불가결한 부분”이라는 평가를 받고 있기도 하다.⁷⁾

2. 의료에서의 사전의사결정의 종류

2.1 특정조치 요청(Instruction Directive)

만약 자기가 어떤 특정상황에 놓였는데 의식 상실 등으로 선택을 할 수 없는 무능력한 상태라면 자기에겐 특정한 유형의 의료 조치를 하거나 하지 말아 달라고 의사에게 요청하는 것으로 주로 하지 말아 달라고 요청하는 경우가 많다. 일반적으로 사전의사결정은 처음 ‘자기 생명에 대한 유언’(living will)⁸⁾이라는 형태로 시작되었는데 이 유언의 내용이 주로 특정 조치 요청이었다.⁹⁾ 그리고 이런 내용의 자기 생명에 대한 유언이 오랫동안 사전의사결정의 전부인 것처럼 간주되어 왔다.¹⁰⁾

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...”¹¹⁾는 등의 내용을 담고 있는 것이다. 문제는 이런 요청이 ‘비통상적 수단’(extraordinary means)과 같이 모호하고 일반적인 용어로 표현되어 그것이 구체적인 상황에서 어떻게 적용되어야 할지가 명확하지 않을 수 있다는 것이다.¹²⁾ 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

5) Loewy EH. Textbook of Healthcare Ethics. New York : Pelnum Press, 1996 : 81.

6) Capron AM. Advance directives. Kuhse H & Singer P. A Companion to Bioethics. Malden : Blackwell, 1998 : 266.

7) 위의 책, 61.

8) ‘living will’을 일본에서는 ‘사망전 발효 유언’이라고 번역한다.

9) 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 HM. Advance Directives San Diego : 1988. book1. 41-49.)

10) King NMP. 앞의 책, 16.

11) Sass HM. 앞의 글 book1. 41-49.

12) Capron AM. 앞의 책, 265.

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 상황을 어느 정도라도 정확하게 예견할 수 없다는 점에서 온다. 일반인은 죽음과 죽어가는 상황, 치매, 극심한 고통, 혼수상태에 대해 경험을 해 본 적이 없고 의료 조치에 따르는 기술적 위험과 불확실성에 대해서도 이해하지 못한다.¹³⁾

이렇게 특정 조치 요청은 모호하게 표현되므로 그것을 어떻게 해석하는가는 대개 의사의 손에 맡겨진다. 그런데 이런 특정 조치 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 간주하여 적극적인 치료를 중단하는 경향이 있는 것이다.¹⁴⁾

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

자기가 의사 무능력의 상태에 빠졌을 때 어떤 의료 조치를 받을 것인가를 대신 결정할 사람을 미리 지명해 두는 형태의 사전의사결정이다. 가령 "미래의 어떤 상황에서 내가 더 이상 내가 가치 있게 여기는 바나 내가 원하는 것을 표현할 수 없게 되었을 때 나에게 어떤 의료 조치가 행해질 것인가를 대신 결정할 법정 대리인으로 OOO를 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 있다.¹⁵⁾

이런 대리인 지정은 위에서 지적한 것과 같이 특정조치 요청이 갖는 한계점들을 극복하기 위해 1970년대 말부터 등장한 것이다. 대리인은 위임자가 능력을 상실하는 미래의 상황에 실제로 처해서 결정을 내리기 때문에 그 상황을 막연하게 짐작만 한 채 의사결정을 할 때 생길 수 있는 위험을 상당히 감소시킬 수 있다는 것이다. 그

13) 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 HM. 앞의 글 42-43.)

14) Loewy EH. 앞의 책, 81-82.

15) Sass HM. 앞의 글, 45.

래서 대부분의 의료전문가들은 이런 유형의 사전의사결정이 다른 유형의 사전의사결정보다 바람직하다고 추천한다.¹⁶⁾ 그러나 만약 대리인이 환자의 가치관을 올바르게 이해하지 못하거나 진실되게 전달하려는 마음을 갖고 있지 않다면 이런 형태의 요청은 다른 형태보다 환자 자신의 바람으로부터 훨씬 더 동떨어진 결정이 이루어지게 할 위험을 갖고 있다.¹⁷⁾

2.3. 가치관(Values History) 표명

어떤 사람이 미래에 의사결정 무능력 상황에 처하게 되었을 때 자기에겐 행해질 의료조치가 결정되는 과정에 자신의 가치관, 바람, 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 가치관이 드러나도록 하는 것이다.¹⁸⁾ 이런 가치관 표명은 특정조치 요청보다는 더 추상적이고 일반적인 내용으로 되어 있다.

2.4. 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 바람을 의사결정에 반영시키는데 가장 좋은 방법들이라는 평가를 받기도 하지만¹⁹⁾ 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 것이다.²⁰⁾

16) Capron AM. 앞의 책. 261-271.

17) Sass HM. 앞의 글. 45.

18) Sass HM. 앞의 글. 45.

19) Sass HM. 앞의 글. 46.

20) Capron AM 앞의 책 267

3. 사전의사결정 제도의 도덕적 근거

의사결정 능력이 있는 사람이 식물인간이 되는 등의 만일의 사태를 염두에 두고 그런 상황이 되면 어떻게 해 달라고 가족 등에게 의사표현을 하는 사전의사결정의 자연발생적이고 사적인 형태는 현대 의술이 행해지고 있는 사회들에서는 대개 찾아 볼 수 있을 것이다. 하지만 이런 요청의 기회가 어떤 공식적인 절차를 거쳐 체계적으로 부여되고, 또 그 요청이 의사들에게 일정하게 구속력을 갖게 제도화된 나라는 미국과 유럽의 몇 나라에 불과하다.

이런 상황에서 우리나라에서도 이런 사전의사결정 제도를 도입할 필요성을 느끼는 사람이 점점 늘어나고 있다. 그래서 이 장에서는 이런 사전의사결정 제도가 과연 도덕적으로 바람직한 것인가, 특히 우리의 의료 현실에 비추어 볼 때 바람직할 수 있는가를 점검해 보고자 한다.

3.1. 환자의 자율성 존중

사전의사결정제도가 도덕적으로 바람직하다는 것의 근거로 제시되는 대표적인 것 중 하나는 이 제도에 의해 환자의 자율적 선택권이 더 존중된다는 것이다. "사전의사결정의 도덕적이고 법적인 타당성의 기반은 자율성이나 자기 결정에 대한 환자의 권리이다"고 보는 것이다.²¹⁾ 가령 사전의사결정이 가장 활성화된 미국의 경우 '오늘날 미국의 생명윤리학자들은 자기 결정의 원리를 사전의사결정을 지지하는 입법화 모델을 도입하는 우선적 이유라고 본다.'²²⁾

이런 근거를 대는 사람들의 주장대로 사전의사결정 제도의 도입이 환자 자율성의 증진에 기여할 것이라는 점은 명확해 보인다. 예를 들어 생리적 기능이 다하여 저절로 심장이 멎었을 때 그대로 죽는 것이 바람직하다고 여기는 사람의 경우 자기에게는 심폐소생술을 쓰지 말라고 미리 요청 해 둔다면 그의 바람대로 될 것이나 이런 요청을 하지 않는다면 원하지 않은 소생술을 받게 될 수 있다.

이에 대해 개인적 자율성을 그 사람이 자율성에 대한 능력을 상실한 미래 시간까지 확장하는 것이 과연 합당한가에 대해 의문을 제기하는 사람들이 있다. 가령 지속적인 식물 인간 상태에 있는 환자들은 이런 상태에 놓일 것을 대비해 사전의사결정을 할 때의 사람과 더 이상 동일한 사람이라고 볼 수 없기 때문에 후자의 의견에 따라 전자를 대우할 수 없다는 것이다.²³⁾

21) King NMP. 앞의 책. 3-4.

22) Sass HM. 앞의 글. 42.

이것은 자아 동일성의 기준을 심리적 연속성으로 보는 입장에 설 때 제기되는 반박이다. 이 입장에 따르면 어떤 시점에서의 인간 a는 그와 시공간적으로 연결되어 있는 다른 시점에서의 인간 a'와 심리적으로 유사할 때만 동일한 인간으로 볼 수 있다. 그런데 사전의사결정을 하는 사람의 심리 상태와 식물 인간의 아예 의식조차 없는 상태는 유사할 수가 없는 것이다.

그리고 자아 동일성의 기준을 심리적 유사성으로 보는 이 입장은 동일성에 대한 대표적인 입장들 중 하나로 이론상으로는 쉽게 반박할 수 있는 것이 아니다. 그렇다고 실제 삶에 있어서도 이 입장에 근거해서 자율성의 영역을 선택 능력을 상실한 상태까지 확장시키는 사전의사결정을 포기해야 하는 것은 아닐 것이다. 흄(D. Hume)의 주장대로 이론과 실제 삶은 괴리를 가질 수 있는 것이다.²³⁾ 만약 사전의사결정을 포기해야만 한다면 더 나아가 '장기나 시신의 기증 약속' '장례 방법이나 재산 처분 등에 대한 유언'의 유효성도 마찬가지로 이유로 포기해야 한다. 하지만 이것들은 우리의 현실 삶의 근간을 형성하고 있는 것들 중 하나로 이것들을 포기하는 것은 실제로 불가능하다.

사람들은 그가 뇌사 상태에 빠지거나 죽었을 경우에 이전에 그가 요청하거나 유언한대로 자기의 장기나 재산 등이 처리된다면 뇌사나 죽음 후의 상태에까지 자기의 자율권이 행사되는 것으로 간주하는 데 이는 잘못된 생각이라고 반박하기 힘든 것이다. 그렇다면 식물인간이 되는 등 의사결정 무능력의 상태에 빠질 것을 대비해 사전의사결정을 함으로써 그 상태에까지 자율권을 행사하려 하는 것은 더욱 반박하기 힘든 것이다. 왜냐하면 정상적인 의사결정의 능력을 갖고 있는 상태에서 본다면 사전의사결정이 대상으로 삼는 말기 질환이나 식물인간의 상태는 뇌사나 죽음 후의 상태보다 내용적으로나 시간적으로 더욱 가깝기 때문이다.

그럼에도 불구하고 자율권 확장 방법으로서 유언보다 사전의사결정이 훨씬 늦게 오늘날에 와서야 논의되고 도입되는 것은 이전에는 사전의사결정이 문제되는 상태가 거의 존재하지 않았기 때문이다. 과거 인간은 그가 사고나 질환으로 죽게 되었을 때 정상적 의사결정의 능력이 있는 상태에서부터 죽음의 상태로 옮겨가는 속도가 매우 빨랐다. 그랬던 것이 현대 의학의 발달로 인해 이 두 상태 사이에 '의사결정 능력이 없는 생존'이라는 상태가 때로는 매우 길게 지속되기도 한다. 이렇게 이 상태가

23) Capron AM. 앞의 글. 263-264.

24) 그는 자아의 존재 여부와 관련하여 이론과 실체가 틀릴 수 있음을 주장하였다. 즉 이론적으로만 볼 때는 관념의 다발만 있을 뿐 자이란 존재하지 않는 것이지만 실제 생활을 해 나가는데 있어서는 자아의 존재를 전제하지 않을 수 없다는 것이다.

현대에서 분명하게 등장한 것이기 때문에 이런 상태에도 자율성을 행사하려는 자각과 노력 역시 현대에서 나타난 것이다. 즉 현대 의학의 발달로 자율성 공백 기간이 생겼고 이에 대해 그 기간에도 자율성을 확장하려고 시도하는 것이 바로 사전의사결정 제도라 할 수 있는 것이다.

이상에서 보았듯이 개념적으로 볼 때 사전의사결정제도가 환자의 자율권을 이전보다 증진시킨다는 것은 분명한 것 같다. 그렇다면 특히 우리 나라의 의료 현실에 비추어 보면 어떠한가. 우리의 현 의료현장에서 환자의 자율성이 제도적으로 잘 존중되고 있다고 말하기는 힘들 것이다. 심지어 의사결정 능력이 있는 환자의 경우도 그가 죽음을 앞두고 있을 때는 그를 배제한 채 의사가 가족과만 상의하여 그에 대한 조치를 결정하는 경우가 적지 않다.²⁵⁾

그러므로 환자가 의사결정 능력을 잃은 상태일 때는 더군다나 그의 자율성을 인정하지 않을 가능성이 있다. 환자가 의사능력이 있을 때조차 환자보다는 가족의 의사를 중시하는 경향이 있던 의사가 환자가 의사능력을 상실했을 때는 도리어 "이 경우에 환자가 선택을 할 수 있다면 무엇을 선택할 것인가"를 곰곰이 생각해 이를 치료결정에 반영하게 되지는 않을 것이다.

이런 우리 나라의 실정에서 사전의사결정제도의 도입은 환자가 의사능력을 잃은 상황에서 환자의 자율성이 존중받게 만드는 직접적인 효과를 가져올 것이다. 뿐만 아니라 환자가 의사능력을 갖고 있는 상황에서도 환자의 자율성을 이전보다 더 존중하게 만드는 결과를 가져올 것이다. 그것은 사전의사결정제도가 환자의 자율성에 대한 환자와 의사 모두의 자각을 크게 할 것이기 때문이다. 가령 의사결정 무능력의 상황에 대비해 사전의사결정을 한 환자라면 그는 더군다나 의사결정 능력이 있는 상황에서는 더욱더 적극적으로 자기 의사를 표현하고 반영시키려 할 것이다. 그리고 의사의 경우도 현재 의사결정 능력이 없는 환자가 사전 의사 결정한 사항은 존중하면서 현재 의사 결정 능력이 있는 환자의 의견은 제대로 들어보지도 않으려 한다는 것은 자기모순이라고 느낄 것이다.

이렇게 우리 나라의 실정에서 볼 때 사전의사결정 제도의 도입이 환자의 자율성

25) 1995년의 한 조사에 따르면 결국 사망에 이르게 된 환자의 치료에 있어서 치료 결정자는 다음과 같이 나타났다.

a 환자 요구대로 결정 0건, b 보호자 요구대로 결정 1건, c 의사판단으로 결정 7건.

d 보호자와 의사가 함께 결정 11건, e 환자와 의사가 함께 결정 0건, f 환자와 보호자의 요구대로 결정 1건, g 환자와 보호자 의사가 함께 결정 2건

(정윤철, 삶의 종료와 관련된 의학적 의사결정의 의료윤리학적 연구, 연세대 대학원 석사논문; 1995, 53쪽 참조)

을 더 존중하게 만들 것이라는 점은 분명해 보인다. 하지만 바로 이점만으로 우리 사회에 사전의사결정제도를 도입하는 것이 도덕적으로 정당하며 바람직하다고 단언하기는 힘들다. 왜냐하면 어떤 사람의 자율적 선택을 존중하는 것도 어떤 조건에서만 바람직한 것이 될 수 있기 때문이다. 즉 첫째 자율적 선택은 다른 사람에게 정도 이상의 해를 끼쳐서는 안된다.²⁶⁾ 권리란 타인을 해치거나 타인의 동등한 권리와 갈등하거나 공동체에 큰 해를 끼칠 때 제한당하는 것이 마땅하다. 따라서 자기 선택의 권리도 절대적인 것이 아니다. 가령 아무리 자기 기질과 적성에 맞으며, 재능도 있다고 하여 조직 폭력배가 되기로 선택하는 것은 정당화될 수 없는 것이다.

둘째, 자율적 선택은 행위자 자신에게 심각한 해가 되어서는 안된다. 가령 미성년자의 경우 자기에게 좋은 것과 나쁜 것이 무엇인지 장기적이고 전체적으로 판단할 힘이 부족하기 때문에 자기에게 해가 될 선택을 하게 되는 경우가 많다. 이런 경우 미성년자의 자율적 선택에 맡기기보다 부모가 여러 중요한 선택을 대신 해주는 것이 더 바람직하다. 그리고 성인의 경우에도 그가 마약 복용과 같이 명백히 자신에게 해를 끼치는 선택을 하려고 할 때는 강제로 이를 못하도록 말릴 수 있는 것이다.

그러므로 우리 사회에 사전의사결정제도를 도입하는 것 역시 그것이 환자의 자율성을 증진시킨다는 점에서 정당화될 수 있기 위해서는 환자 본인이나 다른 관련자들이 그 때문에 어느 정도 이상의 큰 해를 입어서는 안된다는 조건이 충족되어야 한다. 이제 이 조건이 충족되었는지 확인하기 위해 사전의사결정제도가 환자와 다른 관계자들에게 어떤 영향을 미치는지 검토할 필요가 있다.

3.2. 환자의 선 증진

자율성 존중을 강조하는 사람들과는 달리 어떤 사람들은 사전의사결정제도가 도덕적으로 바람직하다는 근거로 이 제도에 의해 환자의 선(이익)이 증진된다는 점을 든다. 즉 '의사는 환자의 선을 가능한 한 증진시켜야 한다'는 선행의 원리에 의해 이 사전의사결정 제도가 정당화된다는 것이다.

특정인의 선을 증진시키는 것이 도덕적으로 바람직하다는 것은 명백해 보인다. 하지만 더 엄밀히 따져 본다면 이 경우에도 어떤 제한이 있다. 즉 어떤 행동이나 제도가 특정인의 선을 증진시킨다 하더라도 만약 그것이 다른 사람에게는 큰 피해를 준다면 그것은 결코 정당화될 수 없다는 것이다. 즉 어떤 행위나 제도는 그 직접적 당사자 외에도 관련된 모든 사람들의 선을 공정하게 배려하는 것일 때만 정당화될 수 있는 것이다.

26) Loewy EH. Textbook of Healthcare Ethics. New York : Pelnum Press, 1996 : 81.

그러므로 사전의사결정제도 역시 그것이 환자의 선을 증진시킨다 하더라도 그 주변인들에게 최소한 어느 정도 이상의 큰 피해를 주는 것이 아니라야 정당화될 수 있다. 그러므로 우리 사회에 사전의사결정제도를 도입하는 것이 환자의 선을 증진시킨다는 점에서 정당화되는지 알아보기 위해서도 이 제도가 환자와 다른 관계자들의 선에 어떤 영향을 미치는지 검토해 보아야 한다. 즉 사전의사결정제도가 환자의 자율성을 존중한다는 점에서 바람직하다고 주장하기 위해서나 아니면 환자의 선을 증진하기 때문에 바람직하다고 주장하기 위해서나 이 사전의사결정제도가 환자와 다른 관계자들의 이해에 미치는 영향을 살펴볼 필요가 있는 것이다.²⁷⁾

그렇다면 사전의사결정제도는 환자나 다른 관련자들에게 어떤 결과를 가져올 것인가. 먼저 환자의 경우를 보자.

첫째, 사전의사결정제도가 없는 우리 나라에서 의사능력이 결핍된 환자에 대한 치료 결정은 가족과 의사에 의해 이루어진다. 그런데 이런 환자의 경우 의사나 가족에게 상당한 정신적, 육체적, 경제적 부담을 준다. 그래서 이 경우 의사나 가족이 환자에게 최선의 이익이 되는 것보다는 자신들의 이익을 먼저 고려해서 의료조치를 선택할 가능성이 생기게 된다.

하지만 의사들의 경우 실제로는 이런 환자의 치료 과정에서 의사 자신의 이익을 정도 이상으로 우선시 하는 선택을 하는 경우는 별로 없어 보인다. 비록 우리 사회에서 의사들이 자기 이익을 위해 환자의 이익을 부당하게 침해하는 경우들이 일부 존재하기도 하지만²⁸⁾ 이는 증상이 심각하지 않은 환자들에 대해서이고, 상태가 위중한 환자들에 대해서는 환자를 위해 최선의 조치를 하려는 태도를 갖고 있는 것으로 보인다.²⁹⁾

27) 자율성 존중의 원리에 입각할 때나 선행의 원리에 입각할 때 이런 동일한 요구가 나오는 것은 이 두 원리가 서로 밀접한 관계에 있기 때문일 것이다. 이 두 원리의 관계에 대해서는 여러 입장이 있는데 그 중 유력한 한 입장은 자율성 존중의 원리는 선행의 원리의 하위 규범이라는 것이다. 즉 자율성을 존중해야 하는 것은 그래야 그 사람의 선이 잘 증진되기 때문이라는 것이다. 자율성이 존중될 때 선이 잘 증진되는 이유는 첫째 '자율성' 자체가 선의 일종이기 때문이고 둘째 각자에게 선인 것은 각자가 가장 잘 알고 있기 때문이다.

자율성의 원리와 선행의 원리 중 자율성 원리보다는 선행의 원리가 훨씬 넓은 범위에 걸쳐 적용된다는 점도 후자가 전자보다 더 기본적인 도덕원리임을 시사하는 것이라 볼 수 있다. 실제로 선행의 원리는 자율성 원리와 달리 인간에게 뿐만이 아니라 동물에게도 쉽게 적용시킬 수 있다. 그리고 인간에 대해서도 훨씬 더 많은 경우에 선행의 원리가 적용되는 것으로 보인다.

28) 한 조사에 따르면 의사들이 우리나라에서 가장 심각한 의료윤리 문제라 보는 것의 1위는 불법적인 환자 유치이고 2위는 과잉, 과소 진료인데 이런 것들은 모두 의사들이 자신들의 이익을 정당화한 범위 이상으로 우선시할 때 나타난다.

그리고 가족의 경우에도 실제로 많은 가족들이 환자에게 최선인 치료를 선택하려 할 것이다. 하지만 말기 환자의 치료로 인한 부담은 의사보다는 가족들에게 훨씬 큰 것이다. 더구나 높은 이혼율이 보여 주듯이 오늘날 우리 사회에는 서로 화목하지 못하며 더 나아가 이익 갈등이 있는 가족들 역시 상당수 존재한다. 이런 가족의 경우 환자보다는 자기의 이익을 더 걱정하여 선택을 하게 될 수 있다. 보라매 병원 사건에서 남편의 퇴원을 강력하게 요구해 결국 죽게 한 부인이 이 경우라 할 수 있다.³⁰⁾

환자가 사전의사결정을 해 두면 이런 경우에 있어서 환자 자신의 이익을 보호할 수 있다. 환자는 사전의사결정할 때 자기의 이익을 어느 정도 이상으로 증진하려는 자연스런 동기를 가지고 있다. 그러므로 환자의 이런 요청에 따르는 것은 환자보다는 자기 이익을 더 중요시하는 동기를 가진 일부 가족들의 선택보다도 더 많은 선을 환자에게 가져다 줄 것이다.

둘째 의사나 가족들이 환자에게 최선의 조치를 하려는 동기를 가진 경우에도 그들이 선택한 것은 실제로 그 환자에게 최선인 것이 아닐 수 있다. 그것은 무엇보다 좋음이나 나쁨은 각자의 가치관에 따라 달라 달라지는 상대적인 것일 수 있는데 이 경우 의사나 가족은 환자의 가치관을 환자 자신처럼 정확히 알 수 없기 때문이다.

특히 현대 의학의 발달은 사람들 간에 가치평가가 일치하지 않는 상황을 많이 발생시켰다. 과거의 의료상황은 '건강한 삶을 되찾거나 그렇지 않으면 죽는' 것 중에서 선택하는 단순한 것이었다. 이 경우 죽는 것보다는 건강한 삶을 회복하는 것이 더 좋다는데 대해서는 대부분의 사람들이 동의하는 것이고 특히 의사를 찾아오는 사람들은 전부 동의하는 것이었다. 그런데 현대 의술은 건강한 삶을 되찾는 것이 불가능해서 예전 같으면 환자가 죽을 수밖에 없는 상황임에도 불구하고 환자가 고통스럽거나 무의식적인 상태로 삶의 연장을 할 수 있게 만들었다. 즉 오늘날의 의료상황에서는 '건강한 삶을 회복하거나 그렇지 않으면 죽는' 상황뿐만이 아니라 '고통스러운 삶을 연장하거나 그렇지 않으면 죽는' 상황, '무의식 상태로 연명하거나 그렇지 않으면 죽는' 상황들도 생겨났다. 그런데 이런 새로운 상황들에서는 선택지들 중 무엇이 더 좋은 지 더 이상 쉽게 드러나지 않으며 또 사람들마다 입장도 달라진다. 가령 어떤 사람들은 생존 그 자체보다는 삶의 질이 더 중요하다고 생각하기 때문에 고

29) 말기 환자 치료에 어떻게 임하는가에 대한 물음에 대해 조사한 모든 의사들은 '환자에게 최선이라고 생각하는 치료계획을 세웠으므로 자신이거나 가족이 환자라도 똑같이 치료하겠다'고 밝혔다. (정윤철, 앞의 책, 53.)

30) 보라매 병원 사건은 바로 우리 의료계가 사전의사결정에 대해 깊은 관심을 갖게 만든 사건이다.

통만 있는 삶이거나 식물 상태의 삶이라면 죽음보다 못하다고 판단한다. 반면 어떤 사람들은 생존은 어떤 경우에도 죽음보다는 나은 것이라고 생각한다. 또한 생존은 인간의 의무라고 생각하는 사람도 있다.

이렇게 가치에 대한 객관적인 판정이 불가능한 경우 환자의 선을 잘 증진시킬 수 있는 최선의 방법은 바로 환자 자신이 좋은 것으로 여기는 것을 증진시켜 주는 것이다. 그런데 우리 사회의 경우 '환자에게 좋은 것'을 환자 본인에게 묻기보다 가족이나 의사가 판정하는 경우가 많았다.

이 중 가족의 경우 그래도 오랜 시간을 환자와 함께 지냈으므로 환자의 가치관을 잘 짐작할 수 있는 여건을 갖고 있다. 하지만 대개의 의사들은 환자를 만난 지 얼마 안되었으므로 환자에 대해서 아는 바가 거의 없는 상태이다. 그럼에도 불구하고 우리 의사들은 '환자의 삶의 질을 평가한다는 일 자체에 대하여 큰 거부감이 없다'³¹⁾ 그래서 이렇게 가치평가가 문제되는 상황에서도 주도적으로 의사결정을 해 나간다.

하지만 가령 어떤 불치병 환자에게 '고통스럽더라도 의식을 갖고 있는 것'과 '혼수 상태에 빠져 고통을 못느끼는 것' 중 어느 것이 더 가치 있는가에 대해서, 즉 치료의 목적을 이 중 어느 것으로 잡을 것인가에 대해서 의사는 환자에 비해 더 잘 평가할 수 있는 확실한 기반을 갖도록 교육받지는 않았다. 보통 사람들보다 가치 평가를 더 잘하는 사람이 있다면 그는 생명과 인간, 존재의 근원과 본질에 대해 보통사람들보다 깊은 숙고와 통찰을 하고 있을 것이다. 그런데 의료계의 경우, 최근 들어 의료 윤리의 문제를 다루는 대학이 늘어났으나 현재까지의 우리의 의대 교육과 의사 수련 과정이 다른 직종의 교육과 비교해 특별히 이런 숙고와 통찰의 기회를 더욱 많이 부여하고 있다고 보기는 힘들다. 물론 '의사들은 거의 일상적인 차원에서 삶과 죽음의 문제와 대면' 한다는 점에서 이런 인생의 근본문제들에 대해 더 많이 생각해 볼 계기를 갖고 있다. 하지만 의사들이 실제로 이런 계기들을 깊이 있는 성찰의 기회로 삼을 수 있도록 기존의 의사 교육이 뒷받침했다고 보기는 어렵다.

의사들은 의학적 전문지식에 대해서 환자보다 훨씬 많이 알고 있다. 그러나 이런 사실적 지식을 많이 알고 있다는 것은 가치평가를 올바르게 할 수 있다는 것과 직접적 관계가 없다. 흔히 지적되듯이 가치판단은 사실판단으로부터 이끌어 낼 수 없는 것이다. 그러므로 의사들의 전문지식은 치료의 최종 목적을 정하는데 있어서 직접 활용할 수 있는 것이 아니다. 대신 이 전문지식은 치료의 목적이 정해진 다음 이런 목적을 달성할 수 있는 가장 효율적인 방법은 무엇인가를 찾는데 활용될 수 있는 것이다.

31) 정윤철, 앞의 책, 74.

이렇게 의사들은 가치의 문제에 있어서 권위 있는 입장에 있지 않을 뿐 아니라 그들끼리도 가치관의 큰 차이를 보인다.³²⁾ 그런데도 우리 의사들은 자신의 주관적 가치관에 입각해 환자의 치료 목적을 결정하고 그에 따라 치료를 하는데 별로 주저함이 없다. 이런 치료는 의사와 환자의 가치관이 다를 경우 환자의 선을 잘 증진시킬 수 없을 뿐만 아니라 오히려 환자에게 해를 끼치는 것이 되는 것이다. 이런 우리의 현실에서 사전의사결정은 의사의 가치관이 아니라 환자의 가치관에 따라 치료 목적이 결정되게 만들므로 환자의 선을 이전보다 더 잘 보호해 주는 것이다.

셋째 의사나 가족이 환자에게 최선의 조치를 하려는 동기를 가지고 있고 또 환자의 가치관을 잘 알고 있는 경우에도 법적 처벌이나 다른 사람들로부터의 비난을 우려하여 현실적으로는 환자의 가치관에 부합하는 치료가 아니라 사회적으로 관례화되거나 자기 방어적인 의료조치를 취하는 경우가 있을 수 있다. 우리 나라에서도 보라매 병원 사건 이후로 의사들은 더 이상 가망이 없어 병원에 있을 필요가 없다고 판단되고 환자 자신도 퇴원을 요망하는 경우에도 혹시 이후에 법적 책임을 지게 될까 우려하여 퇴원을 시켜주지 않으려는 경우가 많이 나타났다.

이런 상황에서 사전의사결정제도의 도입은 의사나 가족이 환자의 뜻에 따라 의료 조치를 행하기 쉽게 만들 것이다. 그것은 먼저 사전의사결정제도가 도입되는 과정에서 의사가 환자의 사전의사결정 중에서 따라야만 하는 것과 따를 수 있는 것, 따르는 안되는 것이 더 명확하게 규정될 것이기 때문이다. 또한 사전의사결정제도가 도입되면 환자의 요청이 문서 등을 통해 공식화될 것이며 이렇게 환자의 뜻이 공식화되어 있을 경우 비록 환자에 대한 조치가 비록 관례적인 것이 아니라 하더라도 환자의 뜻임을 내세워 의사나 보호자가 그들의 결정을 변호할 수 있는 것이다. 이렇게 사전의사결정제도는 환자 자신의 바람과 뜻에 따라 의료조치가 결정되는 정도를 크게 만들 것이고 그에 비례해 환자의 선이 증진될 가능성이 커질 것이다.

3.3. 다른 관련자들의 선에 미치는 영향

우리 현실에서 사전의사결정제도의 도입은 환자 외의 다른 많은 사람들에게도 영향을 미칠 것이다. 그 중 도덕적으로 고려할 만한 정도로 영향을 받는 사람은 대개

32) 한 조사에 따르면 뇌손상이 심하고 예후가 불량한 조신아에 대해, 인공호흡기를 제거 할 때 곧 사망하리라 예상됨에도 불구하고 부모가 퇴원을 원해 퇴원시킨 가상사례에서 의사의 행위가 적절했는가라고 임상사들에게 물었을 때 '적절하다' 10명, '부적절하다' 4명 '모르겠다' 5명의 답이 나왔다. 또 안락사와 관련된 다른 세 가상 사례들에 대해서도 적절 : 부적절 : 모르겠다의 응답이 각각 13 : 2 : 4, 13 : 4 : 2, 5 : 13 : 1 로 나왔다. (정윤철, 앞의 책, 57.)

의사, 환자의 가족, 다른 환자나 미래의 환자 정도가 될 것이다. 먼저 의사의 경우 환자의 자기결정권을 강화시킬 사전의사결정제도가 의사의 환자 치료에 대한 주도권을 상당 부분 약화시킨다는 점에서 의사에게 손해를 미치는 것이라고 생각할 수 있다. 하지만 치료목적 결정에 있어서의 의사의 주도적인 선택권은 환자의 선을 가장 잘 증진시킬 경우에만 정당한 것이 될 수 있으며 그런 점에서 의사들에게 위임되어 행사된 기존 권한이 적정한 수준 이상은 아니었는지 검토의 여지가 있다고 볼 수 있다. 따라서 사전의사결정제도의 도입에 의해 의사의 현실적 권한이 축소된다 해도 이는 의사가 마땅히 가져야 할 권한을 제한하는 것이 아니기 때문에 의사에게 부당한 해를 끼치는 것이라 볼 수 없으며 의사가 과중하게 부담해 왔던 의무에서 해방시켜 주는 측면도 강하다.

즉 사전의사결정제도는 의사들의 선택의 부담을 상당 정도 덜어준다는 점에서 의사들에게 이익을 주는 측면도 가지고 있다. 삶의 끝에 선 환자에게 어떤 조치를 해야 할 것인가는 때로 매우 심각하고 어려운 선택이 된다. 의사는 사전의사결정에 따름으로써 물론 전적으로는 아니지만 상당 정도 이런 선택의 부담을 덜 수 있는 것이다.

환자 가족의 경우에 있어서도 사전의사결정제도의 도입은 가족들의 결정권을 약화시킨다. 그래서 가족이 환자의 이익보다는 자신들에게 더 이익이 되는 조치를 선택할 여지는 줄어들며 이런 점에서 가족들의 선은 감소될 수 있다. 가령 가족들은 의료비를 적게 하기 위해서 환자에게 기본 진료만이 이루어지길 원하는데 환자의 사전의사결정 때문에 최대의 치료가 이루어져 의료비가 크게 드는 경우가 발생할 수 있다.

그러나 사전의사결정제의 도입은 가족들에게 긍정적인 영향을 미치는 측면이 클 것이다. 사전의사결정이 없이 환자가 무능력 상태에 빠졌을 때 가족들은 어떤 선택을 해야 할 지 큰 갈등을 느끼는 경우가 많다. 실제로 사랑하는 사람에 대한 선택인 경우 결정을 내리기가 더 어려운 것이다. 사전의사결정은 이런 윤리적 갈등으로부터 가족들을 벗어나게 해 준다는 점에서 가족들에게 도움이 된다.³³⁾

그리고 오늘날 우리 사회에서 불 때 가족들은 환자에게 정성을 다한다는 심정에서 최대한의 치료를 요청하는 경우가 많다. 더구나 이런 최대한의 치료가 결코 환자에게 이득이 되지 않는다고 생각할 때도 주위의 시선을 의식해 이런 치료를 요청하는 경우도 있는 것이다. 그런데 사전의사결정제도가 시행되면 더 많은 환자가 지금까지 행해졌던 치료의 평균 수준보다 낮은 수준의 소극적인 치료를 사전의사결정

33) 한국의료윤리교육학회 편, 의료윤리학, 서울 : 계축문화사, 2001 : 47-51.

할 것으로 보인다. 그것은 가족들의 부담을 고려한 때문이기도 하겠지만 오늘날 다수의 사람들이 그렇듯이 고통스럽거나 무의식적인 생명 연장을 자연스럽게 죽는 것보다 더 가치 있다고 여기지 않을 것이기 때문일 것이다. 그리고 이렇게 소극적인 치료가 이루어질 때 가족들의 의료비 부담은 줄어드는 것이다.

사전의사결정제도에 의해 치료의 정도가 낮아지게 되면 이는 또한 현재나 미래의 다른 환자들에게도 이익이 된다. 그것은 한 나라의 의료자원은 제한되어 있기 때문이다. 사전의사결정에 의해 말기 환자들이 이 의료자원을 덜 사용하게 되면 그만큼 더 많은 양이 현재나 미래의 다른 환자들에게 돌아가게 되는 것이다. 그리고 이때의 다른 환자들이란 말기환자와는 달리 회복가능성이 커서 의료자원 투입 효과가 더 큰 환자들인 것이다.

이상 보았듯이 우리의 현실에서 볼 때 사전의사결정제도의 도입은 환자 외의 다른 사람들에게 도움이 되거나 최소한 큰 해를 끼치지 않는다. 그러면서 그 도입 이전보다 환자의 자율성과 선을 크게 증진시킨다. 그러므로 우리 사회에 사전의사결정제도를 도입한다는 것은 자율성 존중 원칙에 비추어 보아서나 선행 원칙에 비추어 보아서나 도덕적으로 바람직한 것으로 그 도입 필요가 크다 하겠다.

4. 사전의사결정제도 도입시 주의점

우리 현실에서 사전의사결정제도의 도입은 도덕적으로 바람직한 것이지만 여러 문제점들도 발생시킬 수 있다. 그러므로 한 병원이나 국가 전체 단위에서 실제로 사전의사결정제도를 시행하고자 할 때는 특히 우리 현실에서 예상되는 문제점들을 피할 수 있는 형태로 그 제도를 구체화시켜야 한다.

첫째 사전의사결정은 원하는 사람만 할 수 있게 하고 원하지 않는 사람에게 명시적으로나 암묵적으로 강요되어서는 안된다. 만약 사전의사결정이 반드시 해야 하는 것으로서의 성격을 띠게 되면 그것은 환자의 자율성을 존중하는 것이 되기보다 오히려 해치는 것이 될 것이다. 또한 의무적인 사전의사결정은 환자에게 큰 스트레스를 주는 등 해악을 끼칠 수 있다. 많은 사람들은 자기의 죽음이나 죽어가는 과정에 대해서는 될 수 있는 한 생각을 하지 않길 원한다. 그리고 삶의 종말 단계에서의 여러 가능한 선택지 중에서 어떤 것이 나은지는 쉽게 판단할 수 없다고 생각하여 마치 운명에 몸을 맡기듯 미래의 그런 상황에서 누군가가 자신에 대한 조치를 결정하도록 놓아두는 것이 낫다고 생각한다. 비록 이런 태도가 현명한 것은 아닐지라도 현실적으로 그런 태도를 취하는 사람에 대해서는 그런 뜻도 존중해 주어야 한다.

둘째 사전의사결정제도가 환자의 자율성을 정말 잘 존중하고 환자의 선을 잘 증

진시켜 주는 것이 되려면 무엇보다 의사의 적극적인 도움이 필요하다. 일반인들이 미래의 어떤 상황에서 어떤 의료조치를 받길 원한다는 선택을 잘 하기 위해서는 무엇보다 자기의 가치관이 스스로에게 분명해야 하지만 이와 함께 그 상황 자체와 그 상황에서 행해질 수 있는 의료조치에 대해 사실대로 정확히 파악하고 있어야 한다. 이런 파악을 위해서는 특히 충분한 의학 정보가 필요한데 이는 의사가 제공해 주어야 한다. 의사는 이런 필요한 정보의 제공을 위해서, 그리고 '환자의 요구가 명확하고 진정한 것인가를 분명히 확인해 두기 위해서 환자와 함께 사전의사결정에 대해 검토하고 논의하는 것이 장려된다.'³⁴⁾ 그렇지 않고 의사가 잘 모르는 환자의 사전의사결정서를 언제나 곧이곧대로 따르거나 사전의사결정서에 쓰여진 것만 실행하려 한다면 의사결정에 대한 환자의 이해는 오히려 위태롭게 될 수 있다. 특히 우리의 의료 현실에서는 이런 문제점이 발생할 소지가 크므로 이에 대비할 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다.³⁵⁾

셋째 사전의사결정제도의 도입은 관련 의료법의 정비와 병행해야 한다. 사전의사결정제도가 도입되어 환자가 어떤 조치를 사전의사결정하고 그 요청이 그 자체로 충분히 타당한 것이라고 하더라도 만약 법이 그 조치를 금하고 있거나 그에 대해 모호하게 되어 있으면 의사로서는 처벌의 염려 때문에 이런 요청을 받아들이기 힘들 것이다. 그러므로 사전의사결정제도가 제대로 작동하려면 도덕적으로 정당화될 수 있는 의료조치들이 실효성 있는 사전의사결정의 대상이 될 수 있도록 법령을 정비해 이런 조치들이 분명하게 법적으로 보호되도록 해야 한다.

이런 예상되는 문제들을 피해가면서 사전의사결정제도를 시행하기 위해서는 그 도입 과정이 신중하고 자율적이어야 한다. 사전의사결정제도가 우리 현실에서 바람직하고 필요한 제도이지만 그렇다고 정부에서 일방적으로 미국 등의 제도를 도입하여 이의 시행을 의료계에 요구하는 것은 옳지 못하다. 그에 앞서 이 제도의 필요성에

34) Monagle JF & Thomasma DC. 앞의 책. 5:2.

35) King NMP. 앞의 책. 6-8.

여기서 지적한 사전의사결정제도의 문제점들은 사전의사결정의 양식 중에서도 특정조치 요청에서 두드러진다. 그리고 우리의 현 의료현실에서 의사에게 환자와 충분한 논의 시간을 갖도록 요구하는 것은 무리이다. 이런 점들을 고려할 때 우리 상황에서 가장 좋은 유형의 사전의사결정은 바로 대리인 지명인 것으로 보인다.

지금까지 우리 사회에서는 이런 사전 지명이 없이도 대개는 가족들이 이런 역할을 해 왔다. 하지만 앞에서 지적했듯이 오늘날 가족 공동체의 해체와 대응하여 단순히 가족이라고 해서 환자의 이익을 최우선으로 하지 않을 가능성이 커졌고 가족들간의 의견대립도 예상된다. 환자에게 기관삽관을 할 것인가를 두고 가족들간의 의견이 갈리는 것과 같은 사례들(정윤철, 앞의 책. 26.)을 지금도 쉽게 찾아볼 수 있는 것이다. 그러므로 이런 상황들을 방지하기 위해서는 환자가 자신의 대리인을 공식적으로 지명할 필요가 있다.

대한 의료계와 국민들의 폭넓은 공감대가 형성되어 있어야 하며 또 우리나라 실정에 맞는 형태의 사전의사결정제도가 개발되어야 한다.

이 제도의 정착은 구체적으로 다음과 같은 과정을 거쳐 이루어지는 것이 바람직할 것이다. 1) 한 병원에서 신중하게 이 제도의 구체적 모형을 기획하고 개발하여 시행해 본다. 2) 의사협회 차원에서 그 개발된 모형을 고치고 개선시킨다. 3) 처음 병원에서의 시행 결과와 의사협회 차원에서 개선한 내용에 입각해 법률을 만든다. 그럼으로써 사전의사결정을 우리의 공공제도 중 하나로 정착시킨다.

우리의 중환자실에는 회복 가능성이 거의 없는 수많은 환자들이 적극적인 치료를 받고 있다. 이들 중에서는 끝까지 최대의 치료를 받길 원하는 환자가 있을 것이고 이런 바람은 기본적으로 존중되어야 한다. 하지만 이들 중 상당수는 만약 그들에게 의사능력이 있다면 이런 치료는 무의미하며 가족들만 고생시킨다는 이유로 이런 적극적인 치료를 극력 반대했을 사람들이다. 그럼에도 불구하고 이들은 사전에 이런 자신의 의사를 분명히 밝히지 않음으로써 그들이 보기에 '무의미하게 가족과 사회에 큰 부담이 되는' 상황에 놓여 있는 것이다. 그런데도 이들이 사전에 의사를 밝히지 않는 것은 그런 의사를 밝히고 반영시킬 기회를 공식적으로 제공하는 사전의사결정제도가 없었기 때문이다. 사전의사결정제도가 도입된다면 생명연장 그 자체에 절대적인 가치를 부여하지 않는 사람으로서 가족을 위해 자기 명의의 생명보험을 들 정도의 고려를 하는 사람이라면 사전의사결정을 당연히 하려 할 것이다.

색인어 : 사전의사결정 · 환자의 자율성 · 환자의 선(이익) · 의사결정 무능력

=ABSTRACT=

Ethical Review on the 'Advanced Directives' in Medical Field

SOHN Myoung-Sei*, YU Ho-Jong**

It was the case of Boramae hospital in 1999 to initiate the deep concern about advanced directives in Korean medical community. This medico-legal case is now in process at higher court.

Advanced directives are the statement that express what one wants to happen to him when he loses the capacity for making decision. There are three basic forms of advanced directives, namely instruction directive, designation of a proxy decision maker, manifestation of values history, and combination forms of them.

In our medical circumstance, the introduction of advanced directives would increase the autonomy and, hence, goods of patients. And it would not do much harm to their families, physicians, and other people at least. Therefore it can be justified on the bases of the principle of patient autonomy and the principle of beneficence.

We believe that the best process introducing advanced directives to Korean society is as follows;

1. Pilot trial at one institution with careful concern
2. Advanced directives will revise forms and make improvement based in initial experience from pilot trial by Korean Medical Association level.
3. Law making process will be proceeded according to the result of pilot trial and KMA revision.

Key Words : Advanced Directives, Goods of Patients, Autonomy of Patients, Incapacity for Decision Making

* *Department of Preventive Medicine and Public Health, College of Medicine, Yonsei University*

** *Department of Medical Law and Ethics, College of Medicine, Yonsei University*