

네덜란드에서의 안락사 담론 - 의료적 안락사 판결 사례와 통계자료조사를 중심으로 -

김문정*

1. 들어가면서

대부분 사람들은 자신의 죽음과 관련해서 고통 없이 빠르고, 품위 있게 죽기를 원한다. 물론 언제, 어디서든 우선적으로 생명을 구하고 연장시키기 위한 노력을 해야 함은 의심의 여지가 없다. 그러나 회복 가능성이 없는 상태에서 생명을 연장하는 것이 단지 극심한 고통만을 의미하며, 다른 사람을 철저히 의존하면서 죽음만을 기다리는 상황이 될 수도 있다. 이러한 상황에서 단순한 생명의 연장은 사망 진행과정만 지속시키는 것으로, 인간 존엄한 삶과는 거리가 있어 보인다. 더욱이 당사자인 환자가 자신의 '편안한 죽음'¹⁾을 진지하게 원하고 있을 때는 어떠한가? 이에 인간 생명이 무조건적인 최고의 가치로 간주되며, 그 어떠한 경우에서라도 반드시 유지되어야 하는지, 혹은 극심한 고통으로부터의 해방과 품위 있는 죽음을 위해서 스스로 자신들의 편안한 죽음을 선택할 수 있는지에 대한 물음은 불가피하게 된다.

인간 생명의 시작과 끝에서의 의학적 행위의 물음

은 오늘날 의료윤리학에 있어 중심적인 위치를 차지한다. 이것은 한편으로는 생명과학과 의학기술의 진보에 의해 비약적으로 증가된 행위의 가능성들과 다른 한편으로는 그와 동시에 우리 사회 속에서 진행되어 온 가치관의 변화의 결과이다. 다양한 가치관이 인정되고, 법이 허용되는 범위 내에서 각자의 독자적인 삶의 계획이 가능하며, 타인의 권리를 침해하지 않는 한에서 자신의 인격과 행복한 삶을 보장받을 수 있는 오늘날의 사회에서 모든 사람들은 자기 자신에 관해, 자신의 행복에 관해서 그리고 자신의 삶에 관해서 자유로운 결정을 내린다. 자신만이 자신에게 무엇이 가장 좋은지 잘 알고, 자신만이 자신을 위한 최고의 결정을 내릴 수 있다고 생각하기 때문이다. 뿐만 아니라 자율적인 결정은 그 자체로 인간 존엄의 표현으로 간주될 수 있다. 자신의 자율적인 결정이 받아들여진다는 것은 스스로의 존엄성을 인정받게 되는 일이기 때문이다. 자신의 이익을 최대한 만족시키고 자신의 인격을 자신의 방식대로 실현시킬 수 있는 가능성은 충분히 인정받을 수 있다. 이제 사회의 다른 영역에서와

* 동아대학교 윤리문화학과. louausms@hanmail.net

1) 좋은 죽음, 편안하고 아름다운 죽음을 의미하는 Euthanasia는 그리스어의 Eu(good)와 Thanatos(death)에서 유래하였다. 그런데 여기에서는 안락사 의미 그 자체로 이해하기보다는, 특수한 상황에서 편안하고 인간 존엄한 죽음을 야기하기 위한 의학적 조치로서 이해한다.

『한국의료윤리교육학회지』 제10권 2호(통권 제18호) : 2007년 12월

마찬가지로 의료의 영역에서도 환자의 자율적인 결정에 대한 요구는 중요한 논의의 대상이 되었다.

생명을 연장하는 첨단 기술의 확산, 회복 불가능한 임종 환자들의 연명치료, '살 권리'와 '죽을 권리' 등에 대한 논의가 분분한 가운데 의사들은 삶과 죽음에 관한 복잡한 선택의 문제에 늘 봉착하고 있다. 뿐만 아니라 의사가 환자를 위해 항상 최고의 선택을 할 것이라는 믿음 역시 의문이 제기되기도 한다. 이러한 의사의 임무에 대한 전반적인 회의와 현대 의학의 조건 하에서는 환자의 행복은 더 이상 단순히 육체적인 생명을 연장시키는 것만이 전부는 아니라는 생각이 지배적이다. 이에 대다수의 사람들은 임신과 출산에 관련해서와 마찬가지로 자신의 죽음의 시점과 상황에 대해서도 자기 결정권을 행사하기 원한다. 그러나 이러한 요구는 논쟁의 여지가 많으며, 그것을 둘러싼 활발한 담론은 끊임이 없다.

이러한 물음에 대한 전반적인 관심은 세계 최초로 네덜란드에서 안락사 시행을 합법화하는 결정을 통해 전면으로 드러나게 되었다.²⁾ 네덜란드에서는 일정하게 법적으로 규정된 조건 하에서는 적극적으로 죽음을 유발하는 행위는 합법적이며 여론에 의해서도 대다수 수용되고 있는 실정이다. 물론 여전히 안락사는 범죄행위이기도 하지만 네덜란드 사회는 좀 더 적극적이고 공개적으로 안락사에 대한 활발한 논의를 이끌어낸다. 여기에서 필자는 네덜란드 법원이 안락사 및 의사 조력자살에 관련된 사건들을 판결 해 온 사례들과 의료적 안락사 관행에 대한 범국가적인 통계자료조사에 나타난 자료들을 검토해 봄으로써, (대부분의 많은 나라에서 비공식적이고 은밀하게 암묵적으로 이루어지고 있는데 비해) 공개적이고, 적극적인 네덜란드의 안락사 담론이 (물론 우리의 상황과는 다소 차이점이 있지만) 우리 사회와 우리의 의료현장에서의 안락사와 자살조력 행위에 대한 담론이 나아가

야 할 방향 및 안락사와 관련된 문제들에 대한 접근 방법을 모색하는데 좋은 시사가 될 수 있으리라 생각한다.

II. 공개적인 안락사 담론 1 - 네덜란드 법원의 판결 사례를 중심으로

어떻게 네덜란드 의사들은 형사처벌의 두려움 없이 자신들의 환자에게 안락사를 시행할 수 있게 되었는가? 어떠한 이유로 네덜란드 국민들은 의사들의 그러한 조치들을 참을 수 있게 되었는가? 이에 네덜란드 윤리학자 Bert Gordijn은 극단적인 입장을 피하고, 논란이 되는 문제에 대해 지속적으로 화해·절충을 시도하면서, 상대 입장에 대해서 관용적인 태도를 보여주는 전형적인 네덜란드인의 성향에서 그 근거를 찾고 있다. 이는 네덜란드 공화국의 성립 및 전성기에 걸쳐 강력한 영향력을 끼친 네덜란드의 정신 - 상업자본주의와 칼뱅주의 - 에서 바로 네덜란드의 'gedogen(tolerance)' 현상이 비롯되었다는 것이다.³⁾

네덜란드 연방공화국(Republiek der Vereenigde Nederlanden)의 건설은 스스로 가톨릭교회의 수호자임을 호언하며 에스파냐의 왕위에 오른 펠리페 2세(Philips II)의 강압적인 중앙집권적 통치에 대항한 성과였다. 16세기에 들어와 에스파냐의 속령이었던 네덜란드에서의 신교파 탄압과 도시에 대해 중세부과(重稅賦課) 및 상업 제한, 결국에는 자치권 박탈에 이르기까지 에스파냐, 본국의 재정수입의 증대만이 도모되었다. 이에 16세기 후반 네덜란드 전역에 지방적 특권과 개혁파 신앙을 옹호하며 에스파냐에 맞선 반항운동이 시작되고 결국 독립전쟁의 양상으로 발전하였다. 그 당시 칼뱅파 민중은 야외 설교집회를 열고, 가톨릭교회와 수도원을

2) 2001년 4월 10일 안락사합법화법안이 네덜란드 상원을 통과하면서, 2002년 4월 1일부터 시행되었다. 이로써 네덜란드는 세계에서 최초로 적극적으로 안락사를 합법화하는 국가가 되었다.

3) Gordijn B, Euthanasie in den Nederlanden - eine kritische Betrachtung. Berliner Medizinischen Schriften 1997 ; 19 : 14-17.

공격하며 이상 파괴하는 반란 등의 끈질긴 저항으로 에스파냐 세력을 몰아내고 네덜란드 공화국으로 독립을 쟁취하는 데 있어 결정적인 영향력을 행사함으로써 독립 후에는 칼뱅교가 국교로 공인되기에 이르렀다.⁴⁾

이런 이유로 네덜란드인들의 사고방식은 칼뱅주의 이념에 의해 단정하고 금욕적이며, 질서 정연하게 살아야 한다는 생각이 지배적이며, 스스로 절제하는 생활태도를 가지고 있다. 다른 한편으로는 지리적으로 해상, 하천 교통의 요충에 있는 네덜란드는 중세 말기부터 국제 무역의 중심이 되었고, 17세기의 네덜란드는 국제 중계 무역시장인 암스테르담 항구의 번영으로 유럽 제일의 해운, 무역국가로 성장하면서 경제적 번영을 이루게 된다. 이에 해상 상업의 번영·유지를 위해서 평화의 유지와 상업의 자유를 소중히 지키고, 네덜란드를 찾아오는 많은 외국 무역인들의 입장을 인정하는 일은 매우 중요하였다.

따라서 네덜란드인의 전반적인 성향은 보수적인 칼뱅주의적 사고방식 및 생활태도와 자유로운 상업 활동에서 비롯된 사고방식 및 생활태도로 특징지을 수 있다. 이와 같이 때때로 상반된 서로의 입장에서 비롯되는 갈등들에 대해서 네덜란드인은 'gedogen'의 태도를 통해 이를 해결하고자 시도하였다 : 갈등의 상황에서 양쪽 모두가 만족할 만한 해결책을 찾지 못할 경우에는 한쪽의 입장만을 편협하게 고집하여 더 '큰 악'을 초래하는 것보다는 차라리 '작은 악'을 감수할 수도 있다는 사고가 지배적이다.⁵⁾ 즉 어떤 행위에 대해 엄격하게 법으로 규정하지만, 특정한 상황에서는 - 실용주의적인 사고로부터 - 그러한 규정을 위반하는 행위에 대해서 너그러운 '견디어' 낸다.

이러한 gedogen의 태도에서 비롯된 네덜란드의 안락

사 정책 역시 서로 다른 이해 관심에 대한 화해의 시도 결과이다 : 안락사 및 의사 조력에 의한 자살은 가능한 시행되지 않기를 원한다. 즉 은밀하게 이루어지는 안락사 및 자살조력에 대해서 최대한의 엄격한 통제가 이루어지길 원한다. 그런데 이러한 행위에 대한 엄격한 형사상의 처벌은 강력한 통제라기보다는 오히려 그 통제로부터 벗어나 비공식적이고 은밀하게 이루어지게 한다. 따라서 특정한 상황에서는 커다란 악 - 통제되지 않는 안락사조치들 - 은 작은 악 - 엄격한 전제조건 하에서 안락사를 허용함 - 에 대한 '관용'을 통해 저지되도록 노력함으로써 커다란 악을 통제할 가능성이 마련될 수 있다는 것이다.

뿐만 아니라 네덜란드에서는 이미 오래 전부터 안락사 허용의 문제에 대해 적극적으로 공개적으로 논의되어 왔고 자유로운 안락사시행 규칙에 대해서 오랜 시간 동안 심사숙고 되고 수정되어 왔다. 그럼 여기에서 이러한 네덜란드 안락사 정책의 전개과정 중에 이정표가 될 만한 몇몇의 사건들을 살펴보도록 하겠다.

1. 네덜란드에서의 안락사 정책에 관한 담론은 1960년대에 후반부터 시작되었다. 1967년에 네덜란드 전역은 21살 여자 환자의 생사문제가 이슈화되었는데, 그녀는 수술을 받은 후 불가역적인 코마 상태에 놓이게 된다. 그런데 담당의사는 인공호흡기를 제거하기를 원했던 반면에 그녀의 아버지는 의사의 의견에 강력히 반대하고 나섰다. 이 사건을 계기로 그녀와 같은 상황에 처한 사람들이 살아있는 것인지, 혹은 이미 죽은 상태인지 그리고 그러한 상태의 환자들에게 인위적인 산소공급이나 음식물 공급을 중단해도 되는지에 대한 담론이 시작되었다.⁶⁾

2년 후에 네덜란드 의사 J. H. van den Berg는 '의학

4) Nauta D. Het calvinisme in Nederland. Fraeker : T. Wever, 1949 : 59 ; Gordijn B. Euthanasie : strafbar und doch zugestanden? Die niederländische Duldungspolitik in Sachen Euthanasie. Ethik in der Medizin 1998 : 10 : 17.

5) Faber S. Strafrechtspleging en criminaliteit te Amsterdam, 1680-1811 ; De nieuwe menslievendheid. Arnhem : Gouda Quint, 1983 : 78 ; Gordijn B. 앞의 글. 1998 : 10 : 17.

6) Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and Law in the Netherlands. Amsterdam : 1998 : 47.

『한국의료윤리교육학회지 제10권 2호(통권 제18호) : 2007년 12월

의 힘과 의료 윤리학(Medische macht en medische etiek, 1969)」이라는 책을 출판하였다. 의학기술의 비약적인 진보로 심각하게 손상을 입었음에도 생명을 유지시킬 수 있는 가능성들과 관련해서, 의료윤리학을 위한 다음과 같은 '새로운 구호'를 선언한다.

생명의 연장은 모든 상황에서가 아니라 그것이 의미 있을 때만이 필요할 것이다. 병의 치료를 위한 그 어떠한 의학적 수단도 가능하지 않다면, 의사는 환자의 생명을 끝낼 수도 있을 것이다. 그때 환자의 생명을 끝내기 위해서 의사에게는 2가지 선택이 있다. 생명을 유지시키거나 연장시키는 조치의 중단 혹은 적극적으로 죽음⁷⁾

이러한 Van den Berg의 논제는 네덜란드에서 활발한 공개적 담론을 끌어내기 시작하였다.

2. 1973년 레바르덴(Leuwarden)에서 있었던 Dr. Postma에 대한 재판은 네덜란드에서의 안락사 담론을 더욱 활발하게 이끌어 내었다. Dr. Postma는 말기 환자인 자신의 어머니의 지속적인 요구로 그녀에게 치사량의 모르핀(20mg)을 투여함으로써 그녀를 죽음에 이르게 하였다. Dr. Postma의 어머니는 뇌출혈로 인한 부분 마비, 청각 장애, 언어 장애를 겪고 있었기 때문에, 어렵게 말을 할 수 있는 정도였다. 요양원에서 그녀는 의자에서 떨어지지 않도록 푹푹 묶인 채 생활하였는데, 그녀는 요양원의 사람들과 자신의 딸에게 자신의 삶을 끝낼 수 있도록 도와 줄 것을 지속적으로 요청하였다. 마침내 그녀의 딸, Dr. Postma는 의자에 묶여 침착한 생활을 하는

어머니를 더 이상 두고 볼 수가 없었다.⁸⁾

결국 자신의 어머니의 죽음으로 인해 Dr. Postma는 기소를 당했다. 네덜란드에서 안락사는 위법행위였고 이러한 범죄는 최고 12년 징역형에 처해진다.⁹⁾ 그녀는 유죄 판결을 받았지만 단지 1년간의 집행유예에 1주일간의 징역형이 선고되었다. 이러한 관대한 판결에 대해, 첫째 당사자가 불치의 병을 앓고 있었고, 둘째 그녀의 고통은 견디어 낼 수 없을 만큼 심각하며, 셋째 그녀는 이미 임종의 단계에 있었다는 이유들이 논의되었다. 그 외에도 그러한 죽음의 행위는 당사자의 반복적이며 진지한 요구를 근거로 행해지게 된 것이라는 이유 때문이었다. 이러한 레바르덴의 재판에서 의학적인 생명종결의 조치들에 대한 허용의 근거들이 처음으로 언급되었고, 이는 차후의 비슷한 판결에 있어서 중요한 판단기준으로 사용되었다.

뿐만 아니라 Dr. Postma의 재판을 계기로 1973년 자의적인 안락사를 위한 네덜란드 협회(Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie : NVVE)가 설립되었고, 왕립 네덜란드 의사 협회(Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering Geneeskunst : KNMG) 역시 1973년 5월에 임의적인 안락사에 대한 입장을 표명하기에 이른다.¹⁰⁾

- 1) KNMG는 모든 환자들에게 의학적인 행위를 거부할 수 있는 권리를 인정한다. 환자가 치료를 중단할 것을 분명하게 요구한다면, 의사는 그의 바람을 따를 의무가 있다.
- 2) 임의적으로 생명을 단축시키는 통증치료, 즉 간접적인 안락사는 의장단의 의견에 따라 허용되고 이

7) Van den Berg JH. Medische macht en medische ethiek, Nierkerk, 1969 : 53 ; Gordijn B. 앞의 글. 1997 : 19 : 8.

8) Singer P. Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik, Erlangen : Harald Fischer Verlag 1998 : 146.

9) 1886년에 제정된 네덜란드 형법에 의하면 안락사와 조력자살은 형사처벌을 받아야 하는 범죄로 규정되어 있다. 안락사에 관한 형법 293조에 의하면, 어떤 사람의 명백하고 진지한 요청에 의해 그 사람의 생명을 종결시키는 사람은 최고 12년의 징역형 혹은 5번째 범주의 벌금형에 처한다. 그리고 자살조력에 관한 형법 294조에 의하면, 다른 사람의 자살을 돕거나 자살에 이르는 수단을 제공하여 자살이 뒤따른 경우에는 최고 3년의 징역형 혹은 4번째 범주의 벌금형에 처한다.

10) Hoofdbestuur KNMG MC. 1973 : 587-588 ; Grundmann A. Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung : Aachen, 2004 : 41.

것은 안락사에 속하지 않는다.

- 3) 환자의 요청에 의한 적극적 안락사는 허용되지 않는다. 그러나 KNMG의 소견에 따르면, 의사는 법정에서 자신의 결정에 대한 정당한 근거나 무죄의 근거들을 내세울 수 있는 권리가 있다. 의사가 환자의 요청에 의한 적극적인 안락사를 시행한다면 그는 우선적으로 자신의 동료들, 간병인들 그리고 환자의 가족들과 충분한 상담을 하고, 경우에 따라서는 검사들과도 상담을 해야 한다.

3. 레바르텐의 판결이 있는 8년 후, 1981년 12월 1일 로테르담(Rotterdam) 지방법원은 자살을 요청하는 암 환자가 죽을 수 있도록 도와 준 Wertheim부인(의사가 아닌 NVVE 회원)에게 6개월의 징역형과 집행유예 1년을 선고하였다. 여기에서 법원은 환자의 자기결정권을 인정하고 안락사가 허용될 수 있는 조건들에 대한 입장을 표명한다. 안락사에 대한 환자의 요구 및 환자의 생명을 보호하고 유지하는 의사의 의무 그리고 긴급사태(Notstand)에서 내린 의사의 안락사 결정이 정당하게 인정될 수 있음에 대해서 세심하게 고려되었다.¹¹⁾ 법원의 의견에 따르면, 긴급사태에서의 안락사 결정이 정당화되기 위해서 의사는 다음과 같은 특별한 주의의무(Sorgfaltspflichten)를 준수해야 한다.¹²⁾

- 1) 환자는 참을 수 없는 신체적, 정신적인 고통을 당하고 있다.
- 2) 그 고통과 안락사에 대한 요청이 지속적이다.
- 3) 생명을 끊으려는 결정은 자유의지에 의한 것이다.
- 4) 환자는 자신의 상황을 올바르게 이해하고 있고, 대

안들을 알고 있으며 그것들을 서로서로 신중하게 검토한다.

- 5) 이러한 상황을 개선시킬 수 있는 그 어떠한 다른 대안책이 없다.
- 6) 환자의 죽음이 다른 사람에게 불필요한 고통을 더해 주지 않는다.

이러한 특별 주의의무와 더불어, 법정은 추후의 분명한 재검토를 위한 3단계 절차적 주의의무도 확정한다.¹³⁾

- 1) 안락사의 결정은 1인 이상에 의해 결정되어야 한다.
- 2) 안락사는 의사에 의하여 적절한 방법으로 시행되어야 한다.
- 3) 의사는 안락사를 결정함에 최대한 특별 주의의무를 준수해야 하며, 다른 의사와 상의해야 한다.

이와 같은 로테르담 법원의 판결은 긴급사태에서 환자의 불가항력적인 호소에 자살을 도와주는 행위가 정당화될 수 있는 조건들이 마련됨으로써, 안락사 및 조력에 의한 자살의 관행에 대한 논의에 있어서 새로운 전환을 맞이하게 되었다.

4. 1984년 네덜란드 대법원에서 처음으로 적극적인 안락사에 대한 판결이 있었다. 알크마르(Alkmaar) 사건으로 알려진 재판에서 자신의 환자에게 적극적인 안락사를 시행한 Dr. Schoonheim에게 무죄판결이 내려졌다. 그는 95살 환자 - 법원의 기록에 의하면 미세스 B라고 불리는 환자 - 의 가정의(Hausarzt)로서 자신의 환자의

11) 네덜란드 형법 293조에 의해 안락사는 범죄행위로 규정되지만, 그러한 행위가 불가항력적인 호소에 의해 절박하게 요구되는 긴급사태에서는 처벌되지 않음이 네덜란드 형법 40조에 명시되어 있다.

12) Scholten HJ, Niederlande, in : Eser A(Hg.), Materialien zur Sterbehilfe, Eine internationale Dokumentation, Freiburg, 1991 : 453-500, 474.

13) Scholten HJ, 앞의 글, 1991 : 474.

진지하고 지속적인 요청에 치사량의 약을 그녀에게 투여하였다. 그녀는 6년을 넘게 Dr. Schoonheim에게 치료를 받고 있었고, 그녀가 죽기 일주일 전에 이미 위급한 상황에 이르렀으며 의식을 잃기도 하였다. 그리고 다시 의식을 찾은 후에 그녀는 먹지도 마시지도 못했으며 Dr. Schoonheim에게 자신의 고통을 끝낼 수 있도록 여러 차례 요청하였다. 점점 더 절박하게 그녀는 적극적 안락사를 요구하였다. 이미 93세 때 그녀는 Dr. Schoonheim에게 자신이 더 이상 품위 있고, 존엄한 삶을 기대할 수 없는 상황에 처하게 되면 적극적 안락사를 원한다는 유서를 남겼다. 그녀의 가정의는 자신의 동료와 그녀의 아들과 충분히 상담을 하였고, 그 후에 그녀에게 치사량의 약을 투여했다.

그녀의 요청에 의해 안락사를 시행한 Dr. Schoonheim 결정에 대한 대법원의 소견에 따르면, 이 사건은 의사의 윤리강령에 입각한 책임감 있는 결정이었다 : 의사는 환자에 대해서 생명유지의 의무와 극심한 고통으로부터 구제해야 할 의무간의 갈등상황에 놓여 있다. 그런데 이때 환자의 질병 치료에 대한 더 이상의 기대도 없고, 그 고통마저 줄일 수가 없는 치료 의무의 한계 상황에서 환자 당사자의 분명하고 지속적이며, 심사숙고된 안락사에 대한 바람을 이루어 주기 위한 결정에 대해서 의사는 처벌 될 수 없다는 것이다.

알크마르 재판 동안에 KNMG는 적극적 안락사에 대한 공식입장을 표명한다. KNMG는 우선적으로 안락사의 개념을 불치의 병을 앓으면서 심한 고통을 당하고 있고, 자신의 죽음을 지속적으로 요청하는 판단력이 있는 환자의 생명을 끝내는 그러한 조치에 한에서만 사용

할 것이라는 태도를 견지한다.¹⁴⁾ 그때 당사자의 분명한 요청이 핵심 사항이다. 안락사는 근본적으로 고통당하는 자의 요청에 근거해야 한다는 것이다. 따라서 자의적 안락사와 반자의적 안락사의 구별은 맞지 않는 것이다. 즉 안락사는 결코 반자의적으로 일어나서는 안 된다. 여기에 덧붙여 적극적, 소극적 그리고 간접적 안락사의 구별 역시 그들의 입장에서는 전혀 불필요한 것이다.

의장단은 안락사를 당사자의 요청으로 인해 의도적으로 생명을 끝내는 모든 행위로 이해한다. 이러한 개념을 소극적 안락사와 적극적 안락사 그리고 조력자살로 구별하는 것은 의장단의 다수에 의하면 도덕적인 관점에서 불필요하며 원하지도 않는다.¹⁵⁾

KNMG의 입장표명에 따르면 모든 의학적인 치료가 질병에 효과가 있는 것은 아니며, 경우에 따라서는 계속적인 치료가 환자에게 더 많은 고통만을 주는 상황이 될 수도 있다. 이에 무의미한 질병치료와 효과적인 질병치료를 구별하는 것은 의사의 전문성에 속하며, 우리 사회에서 그들의 전문지식만이 생명을 끝내는 결정들에 있어 의학적-병리학적으로 정확하게 판단할 수 있으며, 심사숙고된 환자의 요청에 근거해 안락사를 시행하는데 전문적인 지식을 가진 의사만이 적격이다. 더욱이 KNMG는 안락사를 신뢰감 있는 의사-환자 관계의 중요한 구성요소로서 간주하여, 그 결과 안락사는 불법적인 행위가 아니라 철저히 의사의 임무에 속하는 조치로 이해된다는 것이다.¹⁶⁾ 이에 적극적 안락사 시행을 위한 정당한 판단 근거로서 다음의 기준들을 제시한다.¹⁷⁾

- 14) 네덜란드 '안락사 국가위원회(Staatskommissie Euthanasie)'에 의하면 안락사는 "당사자의 요청에 의해 의사가 생명을 의도적으로 끝내는 행위"로 이해된다. 그에 반해 다음과 같은 의사에 의한 생명종결의 조치는 안락사가 아니라 "통상적인 의료 행위"로 간주 된다: (1) 의학적으로 의미가 없는 치료를 처음부터 포기하거나 중단하는 행위, (2) 환자의 요청에 의한 의료적 치료의 포기나 중단, (3) 환자의 죽음을 앞당길 수 있는 통증치료.
- 15) Scholten HJ. 앞의 글. 1991 : 489.
- 16) Wernstedt T, Kettler D. Sterbehilfe in Europa : Begriffe, Richtlinien und Rechtsprechung im Vergleich. in: Frewer A, Winau R(Hg.). Ethische Kontroversen am Ende des menschlichen Lebens. Erlange, Jena : Palm und Enke 2002 : 36-58, 44.
- 17) Scholten HJ. 앞의 글. 1991 : 489-490.

- 1) 적극적인 안락사는 환자의 자의적이고 진지하며, 반복적인 바람에 의해 시행되어야 한다.
- 2) 고통당하는 환자는 그 상황을 참을 수 없으며, 그에 더 이상의 희망이 없어야 한다.
- 3) 환자는 질병의 경과와 예후 그리고 치료의 가능성에 대해서 충분히 설명을 들어야 한다.
- 4) 그 어떠한 치료적인 대안이 없어야 한다.
- 5) 적극적인 안락사의 시행에 앞서 담당의사는 그의 동료와 충분히 상의하여 안락사시행을 확인받아야 한다.

KNMG의 지침서는 공개적인 여론 형성에 있어 중요한 역할을 했으며, 특정한 조건 하에서 요청에 의한 죽음이 합법화될 수 있는 지에 대한 물음들이 긴박하게 논의되었다.

5. 1990년 3명의 의사와 3명의 법학자로 구성된 레멜링크 위원회(Remmelink-Kommission)는 네덜란드 의회의 위임 하에 안락사의 관행에 대한 범국가적인 조사를 실시하였다. 그 해 KNMG와 사법부는 안락사와 의사 조력에 의한 자살과 관련하여 네덜란드 전체에 통일적인 신고절차(Meldeprozedur)를 도입하는 데에 합의하였다. 1990년 이전에는 안락사나 조력 자살을 시행한 의사들은 경찰서나 검시관 혹은 직접 검찰 등 다양한 방식으로 신고를 해야 했다.

1991년 9월에 레멜링크 위원회의 연구 보고서가 출판되고, 이 보고서를 계기로 마침내 1994년에 장례에 관한 법률개정이 이루어지게 되었다. 개정된 안락사 신고절차 법률안에 의하면 안락사를 시행한 의사는 관할지역의 검시관에게 신고를 해야 하고, 법적 서식에 따라 일의 정황에 대해서 상세하게 작성해야 한다. 검시관은 시신을 조사하고, 역시 일의 정황에 대해서 서식을 작성한 뒤에 검찰에 모든 서류 문서를 넘기고 검찰은 의사가 안락사

및 조력 자살 시행 시 '특정한 의무조항' 들을 잘 준수했는지를 검토한 후에 형사처벌에 대해 결정을 하게 된다.

그리고 1995년 10월 의회의 위임 하에 장례에 관한 법규의 개정에 따른 성과를 평가하기 위해 안락사 관행에 대한 범국가적인 통계조사가 다시 한 번 실시되었다. 이 통계조사 및 연구는 Van der Wal과 Van der Maas의 주도하에 이루어졌으며, 1996년 11월 그 연구 결과가 발표되었다.

그 결과에 따르면 1995년 네덜란드 전역에서 3,600건의 안락사 및 의사 조력 자살이 이루어졌고, 그 중에서 41%(1,446건)의 의사들만이 자신의 행위에 대해서 관할 관청에 신고를 하였다. 그리고 해당 관할 지역 검시관들은 1,430건의 행위에 대해서 의사들을 무혐의 처리를 하였고, 36건은 검찰에 넘겼으며, 검찰은 그 중에서 한 건에 대해서만 문제를 삼아 해당 의사를 형사처벌을 하였고, 4건의 경우에는 법정 심사가 여전히 이루어지고 있는 상황이었다. 이러한 안락사 신고절차에 대한 법규는 1998년 11월에 이르러 다시 한 번 더 개정되어 네덜란드 전역에 5개의 지역관할 위원회가 설치되는데, 이 위원회는 각기 한 명의 법률가를 위원장으로 한 명의 의학자, 윤리학자로 구성되어, 신고된 안락사 및 의사 조력자살에 대해 중대한 판단을 내리게 되는데, 이는 최종적인 검찰의 검토에 앞서 결정적인 영향력을 행사하여, 그러한 행위에 대해 신고를 한 의사와 검찰 사이에 완충적인 역할을 함으로써 안락사 및 의사 조력 자살을 시행한 의사들로 하여금 신고율을 높이기 위한 조치였다. 따라서 1994년 이후로 안락사 및 의사 조력 자살 시 규정된 특별의무 조항을 잘 준수한 의사들은 법적인 처벌의 두려움 없이 자신들이 행한 안락사를 신고할 수 있게끔 유도하였다.

네덜란드 의회의 안락사 관행에 대한 이러한 적극적인 법안 개정의 노력은 2001년 4월 10일 「요청에 의한 생명종결과 자살조력을 통제하기 위한 법률(Das

한국의료윤리교육학회지 제10권 2호(통권 제18호) : 2007년 12월

Gesetz zur Kontrolle bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbstötung) 안이 네덜란드 상원을 통과함으로써 그 대미를 장식하게 된다. 18)

III. 공개적인 안락사 담론 2-의료적 안락사 관행에 대한 범국가적인 통계 자료조사를 중심으로

이제까지 네덜란드에서는 의사에 의한 환자의 생명을 종결하는 관행에 대한 범국가적인 조사가 3번 정도 시행되었다. 레멜링크 위원회에 의한 첫 번째 연구(1990년)의 결과가 1991년 9월에 발표되었고, 1994년 6월 1일 안락사의 절차상의 개정 법규가 공식적으로 효력을 갖게 된 후 1995년 초, 한 번 더 조사가 이루어졌으며 그 결과는 1996년 말에 발표되기에 이른다. 그리고 2001년에서 2002년에 걸쳐 다시 한 번 범국가적인 조사가 실시되었고, 2003년 6월 새로운 연구 결과가 발표되었다.

이들 조사에서는 적극적인 안락사 및 자살조력뿐만 아니라, 환자가 죽음에 이르게 될 것이라는 사실을 분명

히 예측하거나 더 나아가 환자의 죽음을 의도하면서 내린 의학적인 결정들(즉, 치료 포기나 혹은 치료 철회 그리고 통증 완화제 투여)에 대해서 전반적으로 이루어졌다. 이와 함께 네덜란드 의사들이 환자의 요청 없이도 적극적인 안락사를 시행할 용의가 있는지에 대해서 그리고 의사의 직업적인 실무로서의 안락사에 대한 국민들의 의견들도 조사되었다.

1. 생명의 종결에 관한 의학적 결정 <표 1>

1995년 한 해 동안 네덜란드에서는 약 136,000명이 사망하였고, 그 중에서 약 58,000명 정도가 의사에 의해 죽음에 이르렀다. 그 때 약 9,700명의 환자가 뚜렷한 의식을 가지고 안락사를 요청하였고, 그 중에서 약 3,200명(1/3) 정도의 환자에게 요청에 의한 안락사가 시행되었다. 이는 1990년에 비하면 900명가량 더 많은 환자에게 적극적인 안락사가 시행되었지만, 비율로 따져보면 거의 변함이 없다. 그리고 1995년에는 400명(0.3%) 정도의 환자들이 의사를 도움을 받아 자살을 하였고, 이 숫자 역시 1990년과 비교해 보았을 때 거의 변화가 없었다. 2001년에는 전제적으로 약 9,700건 정도의 적극적인 안락사와 의사 조력에 의한 자살의 요청이 있었고, 그

18) 2001년 새로운 안락사 및 자살조력에 관한 법률이 발효됨에 따라서 관련 형법도 다음과 같이 개정되었다. 안락사에 관한 형법 293조에 의하면: (1) 어떤 사람의 명백하고 진지한 요청을 받고 의도적으로 생명을 종결시키는 사람은 최고 12년의 징역형 혹은 5번째 범주의 벌금형에 처한다. (2) 1항에서 언급한 행위가 "요청에 의한 생명종결과 자살조력을 통째리는 법률" 제 2항에 제시된 요구 조건을 충족시킨 의사에 의해서 시행되고, 「사신과 장례에 관한 법률」 제 7조 2항에 의거하여 시 검사관에게 보고된다면, 그러한 행위는 처벌되지 않는다. 그리고 자살조력에 관한 형법 294조에 의하면: (1) 의도적으로 다른 사람이 자살에 이르게 하는데 도움을 주고, 자살이 이루어진 경우에는 최고 3년간의 징역형 혹은 네 번째 범주의 벌금형을 처한다. (2) 다른 사람이 자살에 이르게 것을 의도적으로 돕거나 자살에 이르게 수단을 제공하여 자살이 이루어진 경우에는 최고 3년의 징역형 혹은 4번째 범주의 벌금형에 처한다. 293조 2항도 동일하게 적용한다. 이와 같이 새로 개정된 법률에 따라 의사들은 다음과 같은 전제조건하에서 안락사를 시행해야 한다: 첫째, 환자에 의한 안락사의 요청은 당사자의 자유의지에 의해, 심사숙고 되고 지속적이어야 한다. 둘째, 의사는 환자가 참을 수 없고, 지속적인 고통에 시달리고 있으며 더 이상 치유의 가능성이 없다는 사실을 실질적으로 확인해야 한다. 셋째, 안락사를 시행할 의사는 최소한 한 명의 다른 의사와 상의해야 하고, 그 의사 역시 환자를 진찰해야 한다. 넷째, 의사는 환자에게 자신의 상황과 앞으로의 전망에 대해서 충분히 설명해야 하고, 더 이상의 대안이 없다는 사실에 대해서 의사는 환자와 함께 확신에 이르러야 한다. 다섯째, 의사만이 안락사를 시행해야 한다.

19) 2001년에 한 해 동안 시행된 적극적인 안락사와 자살조력의 원인과 관련해서, 65%의 경우가 '무의미한 고통' 때문에, 44%의 경우가 '품위 있고 존엄한 삶의 불가능' 때문에, 43%의 경우가 '전체적으로 허약함/지침' 때문에, 36%의 경우가 '앞으로의 고통을 피하기 위함' 때문에, 35%의 경우는 '앞으로의 품위 있고 존엄한 삶의 불가능' 때문에 그리고 단지 29%의 환자만이 '통증'에서 벗어나기 위한 이유들을 들었다. 따라서 대부분의 환자들은 품위 있고 존엄한 죽음을 위해서나 혹은 불필요한 고통에서 벗어나기 위해 안락사나 조력자살을 요청하였다. Finger 논문 참조. Finger C. Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbstötung in den Niederlanden für das Jahr 2001. Medizinrecht 2004 ; 7 : 379-382, 380.

〈표 1〉 생명의 종결에 관한 의학적 결정

	사망 비율 (총수)		
	1990/1991	1995/1996	2001/2002
요청에 의한 안락사	7%	7.1%	6.9%
(환자의 요청에 의한 생명의 종결)	(8,900)	(9,700)	(9,700)
요청에 의한 적극적 안락사	1.8%	2.4%	2.6%
	(2,318)	(3,256)	(3,650)
요청 없이 이루어진 적극적인 안락사	0.8%	0.7%	0.7%
	(1,030)	(950)	(982)
소극적인 안락사	17.5%	20.2%	20.2%
	(22,538)	(27,406)	(28,356)
간접적인 안락사	17.5%	19.1%	20.1%
	(22,538)	(25,914)	(28,216)
조력 자살	0.3%	0.3%	0.2%
	(386)	(407)	(281)
안락사의 총계	37.9%	42.7%	43.8%
	(48,810)	(57,933)	(61,485)
사망 총계	100%	100%	100%
	(128,786)	(135,675)	(140,377)

출처: Nederlands Juristenblad (NJB) 2003, S. 1256.

중에서 약 3,700건에 있어 자신들의 요청이 이루어지게 되었다.¹⁹⁾

그리고 환자의 생명단축을 분명하게 예견하거나 혹은 의도한 치료포기나 치료철회는 1990년에 약 22,500(17.5%)건에서 1995년에 약 27,300(20.2%)건으로 소폭 증가하였다. 또한 말기환자의 통증치료 역시 1990년 약 22,500(17.5%)건에서 1995년 약 26,000(19.1%)건으로 소폭 증가하였는데, 이때 의사들은 통증치료를 함으로써 환자의 생명이 단축될 것이라는 사실을 분명히 알고 있거나 혹은 환자의 생명단축을 의도하면서 통증 완화제를 처방하였다. 위 조사에 의하면 결과적으로 1990년, 1995년 그리고 2001년에 시행된 소극적인 안

락사 및 간접적인 안락사는 적극적인 안락사보다 훨씬 더 빈번하게 이루어졌다.

2. 1990년과 1995년 조사 결과에 나타난

치료 포기 및 치료 철회 현황 〈표 2〉

1995년 약 27,300건의 경우에서 심각한 중환자의 생명을 유지시키는 치료들이 포기되거나 중도에 치료가 철회되는 의학적 결정들이 있었다. 그 중에 약 5,200건의 경우 환자들의 분명한 요청에 의해 이루어졌다. 여기에서 주목할 만한 사실은, 대부분의 경우에서(95%) 환자의 분명한 요청 없이 당사자의 생명을 단축시키는 결정이

한국의료윤리교육학회지 제10권 2호(통권 제18호) : 2007년 12월

〈표 2〉 1990년과 1995년 조사 결과에 나타난 치료 포기 및 치료 철회 현황

	1990	1995
치료포기 및 치료 철회 (100%)	22,500 (17.5%)	27,300 (20.1%)
환자의 요청에 의해 (5%)	5,800 (4.5%)	5,200 (3.8%)
환자의 요청없이	환자의 죽음을 앞당기려는 분명한 의도를 가지고 (16%)	14,200 (10.5%)
	환자의 죽음을 앞당기려는 부분적인 의도를 가지고 (14%)	3,170 (2.5%)
	환자의 생명 단축을 확실하게 예측하면서 (65%)	10,850 (8.4%)
		7,900 (5.8%)

출처 : Den Tod fürchte ich nicht – aber das Sterben. Ausweg Euthanasie – Zur Euthanasiediskussion in Deutschland und Holland, Diakonie Forum 19, 1999 : S32.

이루어졌는데, 그와 같은 결정이 의사에 의해 내려지게 된 이유는 그 당시 대부분의 환자가 이미 판단력을 상실했기 때문이었다.

그리고 약 14,200건의 경우에서 의사는 환자의 생명 종식을 가속화하려는 분명한 의도를 가지고 있었고, 또한 7,900건의 경우에는 자신의 결정으로 환자의 생명이 분명히 단축되리라는 사실을 감수하면서 이루어졌다. 1990년에도 마찬가지로 2,670건의 경우에서 환자의 죽음을 앞당기려는 분명한 의도를 가지고 치료포기 및 치료철회가 결정되었고, 3,170건의 경우에는 부수적인 의

도를 가지고 그러한 결정이 이루어졌다. 또한 약 10,850건의 경우 의사는 자신의 결정으로 인한 환자의 생명단축을 확실하게 예측하였다.

3. 1990년과 1995년 조사 결과에 나타난 통증치료 현황 〈표 3〉

1995년에 약 25,900건 경우에서 의사들은 환자의 생명을 단축시키는 결과를 예측하고 통증 완화제를 처방하였고, 그 중에 2,000건 정도는 환자의 생명종식을 가속

〈표 3〉 1990년과 1995년 조사 결과에 나타난 통증치료 현황

	1990	1995
통증치료 (100%)	22,583(17.5%)	25,914(19.1%)
환자의 죽음을 앞당기려는 분명한 의도를 가지고 (6%)	1,350 (1%)	2,000 (1.5%)
환자의 죽음을 앞당기려는 부분적인 의도를 가지고 (30%)	6,750 (5.2%)	2,850 (2.1%)
환자의 생명 단축을 확실하게 예측하면서 (64%)	14,400(11.3%)	15,150(11.1%)

출처 : Den Tod fürchte ich nicht – aber das Sterben. Ausweg Euthanasie – Zur Euthanasiediskussion in Deutschland und Holland, Diakonie Forum 19, 1999 : S32.

화시키려는 분명한 의도를 가졌으며, 2,850건의 경우에 의사들은 부분적인 의도를 가지고 이러한 결정을 내렸다. 뿐만 아니라 대부분의 경우 의사들은 자신들이 처방한 치료제가 환자생명을 단축시킬 것이라는 사실을 확실하게 예상하였다. <표 2>와 <표 3>에서 보는 것처럼 환자의 통증을 치료하기 위한 모든 의학적 결정은 환자의 죽음을 가속화시켰다.

4. 요청 없이 이루어진 적극적인 안락사 <표 4>

대략 1,000건의 경우에 환자의 분명한 요청 없이 적극적인 안락사가 시행되었다는 사실에 대해서 안락사를 반대하는 자들은 신랄한 비판을 가한다. 위의 결과 내용에 따르면, 2001년 한 해 동안에 당사자의 분명한 요청 없이 의사에 의해 이루어진 적극적인 안락사는 1990년과 1995년에 비해 큰 변화가 없었다<표 4>.

이때 의사는 환자의 생명종식을 가속화하려는 분명한 의도를 가지고, 환자의 요청이 없음에도 불구하고 그러한 결정을 내리게 되었는데, 위원회의 보고서에 의하면, 이런 경우의 대부분에 환자들은 심한 고통에 시달리면서

죽음을 목전에 앞두고 있었다고 전한다.²⁰⁾ 그리고 환자의 의사를 물어보지 않았던 이유에 대해서는 그 당시 환자 스스로 자신의 희망을 표명할 수 있는 능력의 상실을 꼽고 있다. 또한 의사는 환자의 생명종식이 환자의 이익을 고려한 결정이었으며, 계속적인 치료는 더 이상 의미가 없는 것으로 판단했다고 전한다.²¹⁾

5. 환자의 요청 없이 적극적인 안락사를 시행하려는 네덜란드 의사들의 용의 (2001/2002) <표 5>

환자의 요청 없이는 결코 안락사를 시행하지 않으려는 의사들의 수가 1990년과 1995년의 연구결과와 비교해 볼 때 아주 큰 폭으로 상승하였다. 1990년에는 41%의 의사들만이 환자의 요청 없는 적극적인 안락사를 거부하였고, 1995년에는 45%의 의사들이 그러한 생각을 가지고 있었다. 단지 구체적인 환자의 요구가 있을 때만이 적극적인 안락사를 시행할 용의가 있는 의사들은 안락사 허용 법안에 대한 활발한 담론의 결과로 71%(2001년)로 증가하였다<표 5>. 네덜란드 정부는 이러한 생각

<표 4> 요청 없이 이루어진 적극적인 안락사

	1990	1995	2001
요청 없이 이루어진 적극적인 안락사	0.8%	0.7%	0.7%
	(1,030)	(950)	(982)

출처: Nederlands Juristenblad (NJB) 2003, S. 1256.

20) 2001년에 요청 없이 안락사가 이루어진 980명의 환자 중, 47%가 이미 80세이거나 혹은 그 이상이었고, 44%의 환자는 암에 걸려 있었다. 그리고 의사들은 42%의 환자들이 24시간 안에 사망하고 35%의 환자가 일주일 안에 사망하게 될 것이라고 진단하였다. Finger C. 앞의 글. 2004 : 380.

21) Gordijn B. 앞의 글. 1997 : 19 : 24.

한국의료윤리교육학회지 제10권 2호(통권 제18호) : 2007년 12월

〈표 5〉 환자의 요청 없이 적극적인 안락사를 시행하려는 네덜란드 의사들의 용의(2001/2002)

	응답한 의사들의 비율 (2001/2002)
최소한 한번 정도 환자의 요청 없이 적극적인 안락사를 시행했다.	13%
(최근 2년 안에 최소한 한 번은 환자의 요청 없이 적극적인 안락사를 시행했다)	(5%)
한 번도 요청 없이 적극적인 안락사를 시행해 본적 없지만, 생각해 볼 수는 있다.	16%
어떠한 경우라도 요청 없이는 적극적인 안락사를 결코 시행하지 않을 것이다.	71%

출처 : Grundmann A. Das niederlandische Gesetz uber die Prufung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttotung . Aachen, 2004 : 209.

을 가진 의사들의 증가는 요청에 의한 적극적인 안락사에 대한 조건적인 합법화로 생명보호에 대한 신념이 한층 강화되었다는 사실로 평가하였다.²²⁾

6. 의사의 직업적인 실무로써 안락사 〈표 6〉

설문에 응답한 의사들의 과반수가 적극적인 안락사를 이미 한번은 시행하였고, 30%가 넘는 의사들은 적절한

〈표 6〉 의사의 직업적인 실무로써 안락사

	1990	1995	2001
최소한 한번은 적극적인 안락사를 시행했거나 자살을 하도록 도움을 준 적이 있다.	54%	53%	57%
한 번도 적극적인 안락사를 시행한 적이나 자살을 하도록 도움을 준 적이 없으나 생각할 수는 있다.	34%	35%	32%
결코 적극적인 안락사를 시행하거나 자살을 하도록 도움을 주지 않겠지만 다른 의사를 추천해 줄 수는 있다.	8%	9%	10%
결코 적극적인 안락사를 시행하거나 자살을 하도록 도움을 주지 않을 것이고, 다른 의사에게도 추천해주지 않을 것이다.	4%	3%	1%

출처: Grundmann. 앞의 책 : 206 ; Gordijn B. 앞의 글. 1997 : 21.

22) Grundmann A. Das niederlandische Gesetz uber die Prufung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttotung : Aachen, 2004 : 209.

〈표 7〉 안락사에 있어 환자의 자율성에 대한 네덜란드 국민들의 의견 (2001/2002)

	2001/2002
의사는 중환자의 요청에 의해 그의 생명을 끝내도 된다.	82%
의사는 중환자의 생명을 유지시키는 모든 조치를 취해야 한다.	31%
환자의 요청이 있을 경우에 의사는 치료를 중지해야 한다.	80%
모든 사람들은 자신의 삶과 죽음을 결정할 권리를 가지고 있다.	68%
특정한 조건하에 적극적인 안락사를 시행한 의사는 처벌되어서는 안 된다.	92%

출처: Grundmann A. 앞의 책, 2004 : 209.

조건 하에서는 안락사를 시행할 용의를 가지고 있었다. 단지 적은 수의 의사만이 안락사 및 의학적 조력 자살을 강력하게 거부하였다. 이와 같은 조사의 결과는 1990년, 1995년 그리고 2001/2002년에 있어 변동사항이 그리 크지 않다.

7. 안락사에 있어 환자의 자율성에 대한 네덜란드 국민들의 의견 (2001/2002) 〈표 7〉

위의 〈표 7〉에 따르면 네덜란드 국민들은 의사에 의한 안락사의 시행에 대해 대체적으로 긍정적인 - 더 나아가 의사로서 환자에게 도움을 주는 행위로서 안락사를 이해하기도 하는 - 입장을 가지고 있음을 보여주고 있다. 즉 대다수의 응답자들은 특정한 상황에서 적극적인 안락사를 시행한 의사는 처벌되어서는 안 되며, 오히려 환자 당사자의 요청이 존중되어야 한다는 생각을 가지고 있다.

IV. 마치면서

1. 생명공학 및 의학 지식의 축적과 그에 따른 기술의 급속한 발달은 생존 능력을 상실한 환자의 생명을 연장시켜주는 다양한 방법들을 가능하게 하였다. 더 이상 '건강회복'이나 '질병의 치유'가 아닌, 단지 '병의 악화 속도를 늦추어 죽음의 과정을 연장함'으로써 육체적으로나 정신적으로 매우 심각한 고통을 동반하는 중환자의 죽음의 시점은 단지 새로운 첨단 의학기술을 어떻게 적용하느냐에 따라 결정된다. 환자들은 그저 연명할 것을 '강요' 당한다. 그렇지만 대다수의 환자들은 고통 없이 빠르고, 품위 있게 죽기를 원한다. 어차피 죽음으로 치닫고 있는 상황에서 단지 참을 수 없는 고통만을 가진 생명 연장은 당사자에게는 그 어떤 의미도 없고, 특히 당사자의 의지에 반한 무조건적 생명 연장은 당사자의 측면에서 볼 때 마지막으로 소원할 수 있는 삶의 품위를 손상시키는 일이 될 수도 있을 것이다. 그렇다면 어떻게 인간답

게 생명을 끝낼 수 있는가? 그때 어떠한 방식으로 의사나 간호하는 사람들은 환자가 인간답게 죽어갈 수 있도록 함께 할 수 있으며, 환자가 '편안한' 죽음을 맞이할 수 있도록 도와 줄 수 있는가? 이에 일반적으로 의료현장에서는 연명 치료의 철회나 포기(소극적 안락사) 혹은 통증치료(간접적 안락사)를 통해 환자의 '편안한' 죽음을 유도한다.

그 동안 네덜란드에서 시행되었던 의료적 안락사 관행에 대한 범국가적인 세 번의 연구 조사에서도 소극적이고 간접적인 안락사가 적극적인 안락사와 의사에 의한 조력 자살 보다 훨씬 더 빈번하게 일어나고 있다는 사실을 보여 주었다.²³⁾ 그런데 많은 경우에 있어 소극적이고 간접적인 안락사가 환자들의 분명한 요청 없이 이루어졌으며, 그 때에 의사들은 치료를 포기·철회하는 결정이나 통증을 치료하는 결정들로 인해 환자의 죽음이 가속화 될 것이라는 사실을 분명하게 알고 있었으며, 경우에 따라선 환자의 죽음을 의도하기도 하였다.

몇몇의 나라를 제외하고는 적극적으로 직접적인 안락사는 엄격하게 법적으로 금지되어 있는 반면에, 소극적이고 간접적인 안락사의 경우는 사정이 다르다. 거의 대부분의 나라에서는 소극적이고 간접적인 안락사에 대해서 좀 더 너그러운 입장이며, 심지어 권고되기까지 하는 실정이다. 그렇지만 소극적이고 간접적인 안락사의 경우에도 좀 더 명확하게 통제되는 조건들 하에서 시행되어야 할 것이다. 왜냐하면 이러한 '인간적'인 '편안한 죽음' 역시 그 남용·악용의 위험으로부터 결코 자유로울 수 없기 때문이다.

따라서 환자 당사자의 확실한 동의 없이 불법적인 치료의 철회나 포기의 경우가 빈번하게 이루어지고 있는

상황에서 오히려 네덜란드의 자율적인 안락사합법화정책은, 특히 극심한 고통에 시달리면서 비참한 삶을 연명해 나가는 환자 당사자의 요청에 의한 심사숙고된 죽음의 결정이라는 점에서 안락사 담론에서 하나의 대안으로써의 역할을 기대할 수 있을 것이다.

2. 2006년 2월 1일자 프랑크푸르트 알게마인 차이퉁(FAZ)에 기센 대학의 피부병학 및 남성과학 센터의 연구원, 에드가 달(Edgar Dahl)이 아주 '흥미로운' 논설을 기고하였다. 그는 안락사에 대한 자율적인 입장을 가진 나라들과 엄격하게 법적으로 금하는 있는 나라에서의 행해지는 불법적인 안락사의 현황을 각각 비교하였다. 이 논설은 2006년 1월 <Palliative Medicine 18>에 발표된 논문을 분석한 것으로, 적극적 안락사를 공식적으로 금지하고 있는 영국에서 2004년 한 해 동안에 3,000건에 달하는 법에 위배되는 안락사가 시행되었다고 보고하고 있다. 그 중에서 936건이 자발적으로 요청한 적극적인 안락사의 경우였고 1,929건이 비자발적인 소극적인 안락사의 경우였다. 그리고 안락사가 법으로 제한되고 있는 미국, 호주, 스웨덴 그리고 이탈리아에서도 높은 수치의 불법적인 안락사가 시행되었다. 뿐만 아니라 생명을 연장시키는 조치를 중지하거나 철회하는 많은 경우에 있어서 환자에게 동의의 능력이 있음에도 불구하고 환자의 동의 없이 시행되었다(미국: 15%, 호주: 20%, 이탈리아와 스웨덴: > 50%). 이러한 연구 조사로부터 소극적 안락사의 남용의 위험성 역시 적극적인 안락사의 남용의 위험성 못지않게 크다는 사실이 여실히 드러난다.

안락사를 엄격하게 법으로 금하고 있는 국가에서의 안락사의 남용은 안락사에 대한 자율적인 입장을 가진

23) 앞서 명시한대로 네덜란드에서는 소극적·간접적인 안락사의 구분을 하고 있지 않으며, 그러한 경우를 의사의 의한 '통상적 의료행위'로 간주한다.

국가에서 행해지는 안락사의 남용보다 비교적 그 위험성이 크다는 사실, 즉 법적으로 안락사를 엄격하게 규제하는 국가들의 환자들 역시 불법적으로 시행되는 안락사의 위험으로부터 자유롭지 못하다는 사실이 확인되었다. 에드가 달은 이러한 '놀라운' 정보로부터 안락사에 대한 자율적인 입법이 환자의 자기 결정을 더 확실하게 보장한다는 입장을 보여주고 있다. **ME**

색인어 : 안락사 담론, 관용, 네덜란드인의 성향, 자기결정, 범국가적인 통계조사

The Dutch Debate on Euthanasia

KIM Moon-Jeong*

This article describes the origins and rationale of the Dutch policy on euthanasia. Euthanasia is in principle illegal in the Netherlands, as it is in other countries. However, under certain conditions euthanasia is "tolerated" in the Netherlands. The Dutch ethicist Bert Gordijn attributes this to the typical Dutch mentality to avoid radical positions and instead compromise in disputes. According to Gordijn, two dominant and somewhat contrary social forces from the 17th century influenced the Dutch mentality and policy: conservative Calvinism and free trade. Disputes emerging from conflicting interests were traditionally resolved according to the policy of tolerance, and certain illegal acts remained unpunished. The Dutch policy concerning euthanasia, a typical example of pragmatic tolerance, attempts to prevent the greater evil of unregulated euthanasia by tolerating the lesser evil of euthanasia under strict preconditions. Ongoing public discussion in the Netherlands about the legitimacy of more liberal euthanasia laws have given rise to the current Dutch policy on euthanasia and medically assisted suicide

○ **Keywords:** Debate on euthanasia, Tolerance, Dutch mentality, Self-determination

* Department of Ethics, Dong-A University