

현대 다원주의 사회에 적합한 자율성 모색: 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성과 다형적 모델을 중심으로*

목광수**, 류재한***

I. 들어가는 글

현대 다원주의 사회를 배경으로 생명의료윤리 영역에서 많은 논쟁을 야기해 오고 있는 자율성(autonomy), 특히 개인적(personal or individual) 자율성 개념은 비교적 최근에서야 주목받는 개념이다.¹⁾ 뷰참(Beauchamp TL)²⁾이 지적하는 것처럼 1967년에 발행된 맥밀란(Macmillan)의 8권짜리 철학 백과사전(Encyclopedia of Philosophy)에는 자율성(autonomy) 단

어에 대한 색인이 없을 정도로 철학적으로 주목받지 못했고, 생명의료윤리 영역에서는 더욱 그랬었다. 전통적으로 생명의료윤리 영역이 환자의 이익을 최우선으로 한다는 전문가 윤리(professional ethics)에 입각한 간섭주의(paternalism), 즉 의사-환자 사이의 신뢰 관계에 기반을 둔 영역으로 간주되었기 때문이다. 그러나 20세기 중반 이후 생명의료 영역에 다양한 가치관이 유입되면서, 의사와 환자 사이의 신뢰 관계는 깨어지고 환자의 권리 보호라는 측면에서 환자의 개인적 자율성 논의가 주목받게 된다.³⁾ 더욱이

* 본 논문은 이화여자대학교 생명의료법연구소의 국내 학술 대회(2013. 6. 21. 이화여자대학교)에서 발표한 논문을 일부 수정한 것이다. 논평해 주신 이은영 선생님과 참석자들의 날카로운 지적과 토론에 감사드린다. 또한 논문의 심사 과정에서 중요한 지적과 비판을 해 주신 익명의 심사자들에게도 감사드린다.

교신저자: 목광수. 경상대학교 인문대 철학과. 055-772-1151. epistle7@gnu.ac.kr

** 경상대학교 인문대 철학과 *** 경상대학교 인문대 철학과 박사수료

- 1) 본 논문에서 다원주의를 언급할 때는 존 롤즈(John Rawls)의 '합당한 다원주의(reasonable pluralism)'를 의미한다(Rawls J. Political Liberalism, New York : Cambridge University Press, 1993 : 24-27). 합당한 다원주의는 다양한 입장들의 단순한 열거에 불과한 '다원주의 그 자체의 사실(the fact of pluralism as such)'과는 상반되는 것으로, 다양한 상호 입장들을 상호 존중하여 서로 협력하며 공존할 수 있는 다원주의를 의미한다.
- 2) Beauchamp TL, Who Deserves Autonomy, and Whose Autonomy Deserves Respect? ed by Taylor JS, Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and Its Role in Contemporary Moral Philosophy, New York : Cambridge University Press, 2005 : 327.
- 3) Scheider CE, The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decision, New York : Oxford University Press, 1998 : 202-203. 홍소연은 자율성의 등장을 개인주의적 자유주의와 의학 기술의 전문화라는 두 전통의 만남에서 찾고 있다(홍소연, 의료행위에서의 간섭주의의 정당화, 석당논총 2003 ; 33 : 199).

인간의 가장 중요한 가치로 간주되는 생명과 관계한다는 점에서, 선의의 간섭주의와 환자의 자율성 사이의 관계는 생명의료윤리 영역에서의 오랜 논쟁에서 불구하고 여전히 갈등상태에 있다. 최근 한국사회에서 논쟁이 되고 있는 ‘연명치료 중단 권고안’ 논의도 이러한 갈등을 보여준다.⁴⁾

생명의료윤리 영역에서 제기되는 이러한 갈등을 해소하기 위해 자율성은 어떻게 이해되어야 하는가? 환자의 권리를 보호한다는 측면에서 생명의료윤리 영역에서 자율성의 중요성을 인정하고 있지만, 이러한 자율성 논의가 다원주의 현실을 충분히 반영하고 있는지 의문스럽다.⁵⁾ 현대 다원주의 사회에서는 다양한 의사 정체성이 존재하며 자율성 논의와 관련된 다양한 상황과 조건이 존재함에도 불구하고, 기존의 생명의료윤리 영역에서의 자율성 논의는 의사와 환자를 고정적으로 보았을 뿐만 아니라, 그 관계를 협소한 관점으로 한정시켰기 때문이다. 따라서 생명의료윤리 영역에서 강조되는 자율성 논의는 다원주의적인 의료체제와 환자의 현실적 상황, 즉 자율성의 다양한 상태들을 토대로 재조명될 필요가 있다. 본 논문의 목적은 현대 다원주의 사회에 적합한 자율성 논의를 제시하는 것이다. 이를 위해 II절은 생명의료윤리 영역에서의 자율성의 의미로 역량 중심 접근법(capability approach)에 입각한 관계적 자율성(relational autonomy)을

제시하고, III절은 이를 토대로 생명의료윤리 영역에서의 자율성이 작동하는 모델인 다형적 모델(plural forms)을 제시하고자 한다.

II. 다원주의에 적합한 생명의료윤리 영역에서의 자율성 모색

생명의료윤리 영역에서 자율성 논의가 중요하게 간주되고 있지만, 다양한 층위에서 논의되는 자율성의 의미가 정확하게 구분되지 않고 혼용되어 논의의 혼란만을 가중시키고 있다. 이러한 혼란은 혼용의 문제이지 다양한 층위가 갖는 문제는 아니다. 왜냐하면 각각의 층위가 갖는 의미와 교혼은 주목할 만하기 때문이다. 따라서 본 절에서는 현대 다원주의 사회에 적합한 생명의료윤리 영역에서의 자율성을 모색하기 위해 기존의 다양한 층위의 자율성 논의들을 비판적으로 검토하고자 한다.

1. 기존 자율성 논의: 형이상학적 자율성과 협의의 생명의료윤리적 자율성

개인의 자유로운 행위가 무엇인지를 다루는 현대적 자율성(personal autonomy) 논의는 크게 ‘형이상학적 자율성(metaphysical autonomy)’ 개념과 ‘협의의 생명의료윤리적 자율성(narrow bioethical autonomy)’ 개념으로

4) 국가생명윤리심의위원회는 2013년 5월 29일 서울 연세대 의대 강당에서 ‘무의미한 연명치료 중단’에 대한 공청회를 열어, 지난 1~5월 산하 특별위원회(위원장 이윤성)가 논의해 마련한 ‘연명치료 결정에 대한 권고안’을 공개하였다. 이 권고안은 환자가 직접 의사 결정을 하기 어려운 상황에서는 의료진과 가족이 환자 입장에서 최선의 선택이 무엇인지를 고려해 정할 수 있도록 해야 한다는 제도를 마련하였지만 이러한 제도가 개인의 자기 결정권을 침해할 뿐만 아니라 비의료적 이유로 환자의 생명을 결정할 수 있다는 문제점 등이 지적되었다. <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/589626.html> 참조.

5) 개인의 권리 보호라는 자율성의 생명의료윤리적 차원의 중요성에 덧붙여 철학적으로는 다음과 같은 근거에서 자율성의 중요성이 언급되고 있다. 임마누엘 칸트(Immanuel Kant)의 『도덕형이상학의 기초』에서 나타나는 자율성 개념이 비록 도덕적 행위라는 점에서 현대적 자율성 논의와는 거리가 있지만, 칸트는 이러한 자율성이 인간을 존엄하게 만드는 토대임을 역설한다. 존 스튜어트 밀(John Stuart Mill)은 『자유론』에서 자율성, 즉 인간의 자유로운 행위는 사회적 복리(well-being)를 증진시킬 뿐만 아니라 그 자체가기 때문에 존중되어야 한다고 주장한다. 이러한 밀의 설명은, II, 2.2절에서 검토할 역량 중심 접근법(capability)에 입각한 관계적 자율성 논의에서 자율성과 동일한 의미로 설명되는 역량은 각 개인이 도달할 실질적 자유, 즉 진정한 기회 그 자체라는 의미의 본질적 가치와 각 개인의 어떤 목적을 달성하는 기회를 제공한다는 도구적 가치라는 설명과 부합한다.

구분된다.⁶⁾ 이러한 현대적 구분법의 철학적 원류를 찾았다면 형이상학적 자율성 논의는 주로 전통적으로는 칸트가 대표적이며 현대적으로는 해리 프랭크푸르트(Harry Frankfurt)와 제럴드 드워킨(Gerald Dworkin) 등이 대표적이며, 협의의 생명의료윤리적 자율성 논의는 전통적으로는 존 스튜어트 밀(John Stuart Mill)이 대표적이며 현대적으로는 뷰침과 칠드레스(Childress JF)의 논의가 대표적이다.⁷⁾

1) 형이상학적 자율성 논의

형이상학적 자율성 논의는 개인의 내적 상태(internal states), 예를 들면 개인의 동기, 믿음, 욕망, 선호, 근거(reason) 등의 검토를 통해 자율성을 설명하고자 한다. 현대적 의미의 개인적 자율성 논의를 시작했다고 평가되는 프랭크푸르트는 직접적으로 행위를 야기하는 개인의 1차적 욕망(desire) 또는 선호(preference)와 이러한 1차적 욕망에 대한 숙고를 반영하는 2차적 욕망 또는 선호가 일치할 때, 개인의 의지는 자

유롭다고 평가한다.⁸⁾ 왜냐하면 숙고를 통해 행위의 동기가 되는 2차적 욕망이 행위자가 진정으로 원한(really want) 것으로 간주되기 때문이다. 예를 들어, 아이스크림을 먹고 싶다는 나의 1차적 욕망과 숙고를 통해 이러한 욕망을 행동으로 옮기려는 욕망이 일치할 때, 이러한 욕망은 내가 진정으로 원하는 것이기에 나의 의지는 자유롭고 아이스크림을 먹으려는 행위는 자율적이다. 그러나 만약 아이스크림을 먹고 싶다는 나의 1차적 욕망이 숙고 과정에서 열량이 높아 다이어트에 좋지 않다는 2차적 욕망과 불일치하게 된다면, 어떤 행위가 이루어지든 내가 진정으로 원하는 것으로 볼 수 없기에 자율적이라고 평가되지 않는다. 프랭크푸르트에 의하면 자신의 내적 상태인 욕망을 자신이 확인하고 이런 욕망이 다른 감정이나 욕망과의 불일치 없는 진심어린(wholehearted) 헌신(commitment)이 되었을 때, 행위자의 자율성이 확보되었다고 판단한다.⁹⁾ 프랭크푸르트가 비역사적 관점에서 자율성을 고찰했다면, 드워킨은 프랭크푸르트의 논의에 시간성을 가미하여 욕망이 형성되

6) 필자들은 제니퍼 스윈들(Jennifer Swindell)의 '형이상학적 자율성'과 '생명의료윤리적 자율성' 구분에서 후자를 '협의의 생명의료윤리적 자율성'으로 재명명하고 재구성하였다(Swindell JS, Respecting Autonomy in Cases of Ambivalence Regarding End of Life Decisions, PhD Dissertation, Michigan State University, 2008 : 5). 왜냐하면 필자들이 제시할 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 논의는 '광의의 생명의료윤리적 자율성'에 해당하기 때문이다.

7) 칸트와 밀의 자율성 논의에 대해서는 '최경석, 생명의료윤리에서의 '자율성'에 대한 비판적 고찰, 한국의료윤리학회지 2011 ; 14(1) : 13-27.'을 참조하기 바란다. 최경석은 생명의료윤리학의 자율성 논의가 칸트보다는 밀의 자율성 개념에 근거를 두고 있다고 해석하고 있다. 왜냐하면 칸트의 자율성은 자유로운 선택의 존중이 아닌 도덕 법칙의 존중을 의미하기 때문이다(최경석, 2011 : 15-16). 이런 최경석의 주장에 필자들은 어느 정도 동의하지만, 생명의료윤리 영역의 자율성 논의가 행위자의 합리적 판단에 의해 결정된다는 칸트의 자유의지(free will) 개념에 원형을 두고 있다는 점에서 어느 정도 칸트의 영향력 또한 존재함을 지적하고자 한다. 그러나 칸트의 자율성 논의가 형이상학적 논의임에도 불구하고 욕망이나 경향성과 같은 현상계적인 논의를 배제한 정언 명령(categorical imperative)인 도덕 법칙에 부합하는 자기 결정이라는 도덕적 자율성(moral autonomy) 논의라는 점에서 개인의 선택과 자기 결정을 중시하는 현대적 개념의 형이상학적 자율성 논의와 차별화되기 때문에 본 논문에서는 다루지 않는다.

8) Frankfurt H, The Importance of What We Care About, New York : Cambridge University Press, 1988 : 15.

9) 1차적 욕망과 2차적 욕망으로 욕망의 계층을 구분하려는 형이상학적 자율성 논의는 숙고된 후자의 욕망이 진정한 자아의 욕망을 드러낸다는 전제에 입각하고 있다. 이러한 계층 구분에 대해 1차적 욕망보다 2차적 욕망이 더 진정한(true) 자아의 욕망을 드러낸다면, 2차적 욕망보다는 이를 숙고한 3차적 욕망이 더 낫지 않는다는 무한 퇴행 비판이 제기된다. 프랑크푸르트는 '진심' 개념 그리고 드워킨은 '진정성(authenticity)' 개념을 통해 무한 퇴행이 이루어지지 않는다고 이러한 비판에 대응한다. 이러한 프랑크푸르트의 비판이 적절한지에 대해서는 논란의 여지가 있지만, 본 논문의 목적과는 거리가 있기에 이에 대해서는 더 이상 다루지 않는다. 이와 관련한 논쟁에 대해서는 다음을 참조하기 바란다. Anderson J, Disputing autonomy: second-order desires and the dynamics of ascribing autonomy, Sats-Nordic Journal of Philosophy 2008 ; 9(1) : 7-26.

고 확인되는 과정에 주목한다.¹⁰⁾ 즉 욕망이 형성되고 일치되는 과정이 강제(coercion)나 조작(manipulation)과 같은 강력한 영향력으로부터 독립적인 과정을 통해 이루어질 때 자율적이라고 평가한다. 예를 들어, 아이스크림을 먹으려는 1차적 욕망과 이를 숙고한 2차적 욕망이 일치하여 이루어진 행위임에도 불구하고, 이러한 욕망들이 어떤 조작, 예를 들면 중독과 같은 강력한 영향력에 의해 형성되었다면 이러한 행위는 자율적이라고 할 수 없다. 드워킨의 과정 논의가 부정적 측면을 강조하고 있다면, 로오라 엑스트롬(Laura Waddell Ekstrom)은 과정의 긍정적 측면을 강조하여 행위자의 내면 상태가 다른 욕망, 선호, 가치 등과의 정합성(coherence)을 이룰 때 자율적이라고 판단한다.¹¹⁾

약간의 논의의 차이는 존재하지만, 이러한 형이상학적 자율성 논의들은 개인의 내적 상태를 중심으로 자율성을 판단한다는 점에서 일치한다. 이러한 형이상학적 자율성 논의는 객관적으로 당사자의 내적 상태를 판단하기 어렵다는 점에서 의료 정책이나 실질적인 판단과 관련된 생명의료윤리 영역에 적용되기는 어려울 수 있다는 한계가 있다. 프랭크푸르트¹²⁾는 “공적 정책의 문제를 논한다면, 즉 만약 우리가 우리의 법률 시스템 또는 보상과 처벌의 시스템을 어떻게 진행해야 할지를 결정하려고 노력하고 있다면, (자율성을 형이상학적 자율성 개념인) 진심(wholeheartedness)에 대해 논의하는 것은 매

우 유용하지 않을 것이다”라며 이러한 한계를 인정한다. 형이상학적 자율성 개념의 이러한 실천적, 현실적 한계에도 불구하고, 자율성 개념이 추구해야 할 이상적인 전형을 보여준다는 점에서 규범적 목표로서의 역할을 하고 있다. 즉 자율성 개념은 이상적으로 개인의 내적 상태에 영향을 미칠 수 있는 제약이나 갈등 요인을 제거해야 하며, 행위자는 자신의 내적 상태의 통일성을 추구해야 한다는 것이다. 이러한 이상론(ideal theory)으로서의 형이상학적 자율성은 현실적인 외적, 내적 제약이 존재하는 비이상론(non-ideal theory)의 자율성 개념이 지향해야 할 방향성을 제시해 줄 뿐만 아니라, 외적·내적 제약이 무엇인지를 발견해주는 역할을 감당할 수 있다.¹³⁾ 이러한 이상론으로서의 형이상학적 자율성 논의의 관점에서 본다면 형이상학적 자율성 논의에 제기되는 다음의 비판들은 비이상론으로 자율성이 실현되는 과정에서 고려해야 할 지침들을 제시해 준다.

첫째, 형이상학적 자율성 개념은 진심 개념에서 볼 수 있는 것처럼, 행위자의 욕망이 상충 없이 통일되었다고 가정한다는 점에서 다양한 양가적(ambivalent) 내적 상태가 발견되는 현실과 부합하지 않는다는 비판이 제기될 수 있다.¹⁴⁾ 이러한 비판은 비이상론적인 자율성 논의, 예를 들면 생명의료윤리 영역에서의 자율성 논의는 행위자의 내적 상태의 통일성을 모색하는 방향 또한 고려해야 한다는 교훈을 준다.

10) Schermer M, The Different Faces of Autonomy: Patient Autonomy in Ethical Theory and Hospital Practice, The Netherlands : Kluwer Academic Publishers, 2002 : 4-5. 여기서의 논의는 드워킨의 초기 입장에 국한된다. 드워킨의 후기 입장은 프랭크푸르트와 차별화되어 욕망들 사이의 일치부분과 상관없이 비판적 자기반성에 입각한 동기 구조 과정에만 주목하여 자신의 초기 입장과 차별화한다.

11) Swindell JS, 위의 글(주6), 15.

12) Frankfurt H, A discussion with Harry Frankfurt, Ethical Perspectives 1998 ; 5(1) : 35.

13) 이상론과 비이상론의 관계에 대해서는 다음을 참조하기 바란다. 목광수, 이상론과 비이상론의 관계에 대한 고찰: 존 롤즈의 정의를 중심으로, 철학논총 2011 ; 65(3) : 209-228.

14) 도덕 심리학 영역에서 양가적 상태는 행위자의 행위를 유도하는 욕망과 이를 제지하려는 욕망이 동일하게 강력한 상태로 인해 야기되는 내적 갈등을 의미한다. Swindell JS, 위의 글(주6), 46.

둘째, 형이상학적 자율성 논의, 특히 드워킨과 엑스툼의 과정(process) 논의에서 내적 상태의 통일성을 위해 배제되어야 하는 강제나 조작과 같은 강력한 영향력이 무엇인지 모호하다는 비판이 제기될 수 있다. 왜냐하면 근본적으로 형이상학적 자율성 논의는 개인의 독립성을 전제하고 있는데, 독립적인 개인에게 행사되는 영향력이 무엇인지 설명하고 있지 않기 때문이다. 그러나 드워킨과 엑스툼의 과정에 대한 관심은, 자율성 논의가 독립적인 행위자에만 한정된 논의가 아니라, 행위자에게 영향을 행사하는 외적, 내적 환경과 관계와의 논의 속에서 이루어져야 한다는 교훈을 준다.

셋째, 행위자의 내적 상태에만 주목하는 형이상학적 자율성 논의는 욕망들 사이의 갈등 없이 진심어린 현신이 형식적으로 이루어졌다고 하더라도, 자율성의 실질적 내용을 제시하지 않기 때문에 행위자의 진정한 욕망으로 볼 수 있는지 의문시되기도 한다. 제도적 부정의와 인식적 부정의가 만연한 상황 아래 이루어지는 개인의 선택이나 자유는, 예를 들어 가부장제 사회와 문화에서 여성들의 ‘순응된 선호(adaptive preference)’에서 볼 수 있는 왜곡된 형태 또는 강제된 형태의 욕망은 진심어린 현신이더라도 자율적 행위로 보기 어렵기 때문이다.¹⁵⁾ 이러한 비판은 현실적 상황을 배경으로 제시되는 비이상론으로서의 자율성 논의가 내용적 측면에도 관심을 갖고 논의되어야 한다는 교훈을 제시해 준다.

2) 협의의 생명의료윤리적 자율성

뷰첨과 칠드레스로 대표되는 협의의 생명의료윤리적 자율성 논의는 형이상학적 자율성 논의를 지향하는 비이상론적 논의로 전개되기보다는, 여전히 형식적인 측면에 한정되면서도 형이상학적 자율성 논의가 갖는 문제점을 피하기 위해 행위자의 자유로운 선택을 중시한 것으로 보인다. 즉 내적 상태에 대한 파악의 어려움으로 인해 외부적으로 나타나는 ‘동의(consent)’나 ‘선택(choice)’의 방식을 취한다. 이는 ‘충분한 정보에 의거한 동의(informed consent)’를 자율성과 동일시하는 입장이다.¹⁶⁾

뷰첨과 칠드레스는 자율적인 행위를 1) 의도를 갖고, 2) 이해와 함께, 3) 행위를 결정하는 통제적 영향력 없이 행동하는 것으로 정의한다.¹⁷⁾ 스윈들(Swindell JS)¹⁸⁾에 의하면 협의의 생명의료윤리적 자율성 개념은 환자가 1) 제안된 치료 계획의 위험(risk)과 효능(benefit) 그리고 조건들을 알 수 있고, 2) 적절한 예상 결과(prognosis)와 위험이 환자 자신에게 일어날 수 있음을 이해할 수 있고, 3) 치료의 장점과 단점들을 추론하고 가치 판단할 수 있으며, 4) 의료진과 의사소통하고 결정에 도달할 수 있는 한, 의학적으로 합당한 대안들(medically resonable alternatives) 가운데 결정할 수 있는 환자의 권리를 의미한다. 이러한 협의의 생명의료윤리적 자율성 개념은 충분한 지식 아래 이루어지는 환자의 자기 결정 능

15) Nussbaum M, Symposium on Amartya Sen's philosophy: 5 adaptive preferences and women's options, *Econ Philos* 2001; 17(1) : 67-88. Sen A, *Development as Freedom*, New York : Knopf, 1999 : 62-63.

16) 생명의료윤리학 영역에서 많이 사용되는 ‘동의’라는 용어는 의사들에 의해 제기된 선택지들 가운데 환자가 수용하는 측면에만 주목한 것으로 보인다. 그러나 환자는 의사의 선택지를 거절할 수 있다는 가능성을 포함한 포괄적인 의미를 담기에 ‘동의’라는 용어가 한계가 있고, 이에 대한 대안으로 ‘선택’이라는 용어가 적절한 것으로 간주된다(Sherwin S, *A Relational Approach to Autonomy in Health Care*, ed by Sherwin S, *The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy*, Philadelphia : Temple University Press, 1998 : 46-49, 참조). 그러나 현재 생명의료윤리학 영역에서 많이 사용되는 용어가 ‘동의’이기 때문에, 본 논문은 거절까지 포함하는 선택의 의미로 동의 용어를 사용한다.

17) Beauchamp TL, Childress JF, *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed), New York : Oxford University Press, 2013 : 104.

18) Swindell JS, Two types of autonomy, *AJOB Neurosci* 2009; 9(1) : 52.

력(decision making capacity), 즉 충분한 정보에 의거한 동의 또는 선택으로 정돈될 수 있다.

협의를 생명의료윤리적 자율성 개념은 두 가지 특징을 갖고 있다. 첫째, 협의의 생명의료윤리적 자율성 개념은 행위자의 독립성을 전제하고 있다. 프랭크푸르트의 형이상학적 자율성 논의에서도 발견되는 이러한 특징은, 행위자를 절대적 독립성을 가지고 있는 원자적(atomalist) 존재로 간주한다. 생명의료윤리적 자율성은 일반적으로 자기 통치(self-rule), 자기 결정(self-determination), 자기 지배(self-government), 독립성(independence) 등을 의미한다.¹⁹⁾ 즉 개인은 자신의 삶에 대한 계획을 선택하는데, 협의의 생명의료윤리적 자율성 논의는 이러한 선택이 외부적인 영향으로부터 독립된 상황에서 이루어진다고 전제한다. 다음의 사례를 생각해 보자.

갑작스런 전염병이 돌자 정부는 제약회사 경영진 A에게 연구 중인 치료제를 즉시 제공하라고 요구했다. A는 유전공학자 집단 B에게 특정 기간까지 치료제를 납품할 것을 명령했다. B는 고민에 빠졌다. A와의 약속을 지키다 보면, 불완전한 치료제가 오히려 심한 부작용으로 나타날 수도 있다. A와의 약속을 깬다면, 전염병에 고생하는 사람들을 방지하게 될 것이다.²⁰⁾

여기에서 A와 B, 정부가 모두 공동의 선을 추구한다면 이들은 쉽게 많은 사람들의 고통을 감소시키고자 하는 목적에 합의할 수 있을 것이다. 하지만 수직적인 위계질서 속에 있는 B는 A

의 명령에 동의해야 할지 말아야 할지 갈등하고 있다. 현실적으로 관계와 상황 가운데 위치하는 B는 현재의 상황 속에서 심사숙고를 통해 최대한 합당하게 선택할 것이다. 그런데 원자적 개인은 자신이 처한 상황적 맥락으로부터 독립되어 있다. 독립된 개인은 오직 자신의 삶에만 관심을 기울인다. 이런 개인은 타인이나 사회에 대해서 무관심하게 된다. 그러므로 원자적 개인은 지금 현재 자신이 처해 있는 상황적인 특수성을 고려하지 않을 것이다. 이러한 독립성 전제는 위 사례에서 볼 수 있는 것처럼 일상적인 직관과 상충할 정도로 현실적이지 않을 뿐만 아니라, 생명의료윤리 영역의 특수성에서는 더욱 비현실적이다. 생명의료 영역에서 환자는 질병이나 손상으로 인해 주변 사람들, 특히 의사에게 의존적인 입장을 취하기 쉽기 때문이다. 수산 셔윈(Susan Sherwin)²¹⁾은 환자들의 건강 상태가 즉각적으로 위협에 처해 있지 않을 때조차, 환자들은 자신들이 할 수 없는 치료에 대해 전문성을 갖고 있는 의사들의 요구에 순응적이라고 기술한다.

둘째, 협의의 생명의료윤리적 자율성 개념은 행위자의 충분한 세계 이해 능력을 전제하고 있다. 밀은 자유를 옹호하면서 자유가 허용될 수 있는 조건으로 성숙한 인간을 전제한다. 밀은 자신을 둘러싼 외부 세계에 대해 충분한 지식을 갖고 이해하는 정신적으로 성숙한 인간(the maturity of their faculties)만이 자기 결정을 통해 자유를 행사할 수 있다고 주장하며, 성숙하지 못한 인간들에 대한 간섭을 정당화한다.²²⁾ 이러한 밀의 입장은 ‘충분한 정보에 의거한 동의’로 대표되는 협의의 생명의료윤리적 자율성 개념의 성격을 잘 보여준다. 그런데 생명의료윤리 영역

19) Beauchamp TL, Childress JF. 위의 글(주17), 99-100.

20) 이상하. 상황윤리. 서울 : 철학과현실사, 2009 : 170.

21) Sherwin S. 위의 글(주16), 20.

22) Mill JS. 서병훈 역. 자유론. 서울 : 책세상, 2005 : 31.

에서 충분한 정보가 환자에게 전달될 수 있는지, 다시 말하면 환자가 자율적인 판단을 하기 위해 충분한 이해를 할 수 있는지가 의문시된다. 왜냐하면 의사가 환자에게 정보를 제공했다고 하더라도, 그 정보를 전달 받은 환자는 그 정보를 이해하지 못하거나 오해를 일으킬 수 있는 내용일 때, 환자에게 정보는 무의미하거나 위험한 결정을 초래할 수 있기 때문이다. 이런 사태가 발생하는 것은 생명의료 영역의 영역 특수성 때문에 의사와 환자 사이의 정보는 비대칭적이며, 의료 정보가 갖는 전문성으로 인해 환자가 충분히 이해하기 어렵기 때문이다. 이와 관련된 하나의 사례를 살펴보자.

미국의 모 여성 A가 집안에 유방암 환자가 많다는 사실에 겁을 먹고 미리 양쪽 유방을 절제한 사건이 있었다. ……의사가 이렇게 말했다고 하자. “양쪽 유방을 절제한 여성이 유방암에 걸릴 위험은 80% 감소합니다.”²³⁾

이 사례에서 의사는 환자 A에게 유방 제거 수술과 그 후 유방암에 걸릴 위험성에 대한 정보를 제공했다. 의사가 제공한 유방암에 걸리지 않을 확률 80%는 환자가 정확하게 이해하기 어렵다. 왜냐하면 의사가 의학에서 사용되는 상대 위험 감소율은 환자가 일상해서 사용하지 않는 개념이기 때문이다.²⁴⁾ 의사가 의학에서 사용되는 상대 위험 감소율은 생명의료 영역이 갖는 전문성과 특수성으로 인해, 환자와 의사 사이의 근본적인 인식적 차이를 발생시키고 이로 인한 정보의

비대칭성은 불가피하다. 더욱이 생명의료 영역에서 환자는 질병이나 손상으로 인해 인식 능력을 충분히 발휘하기 어렵다.²⁵⁾

기존의 생명의료윤리적 자율성 논의는 행위자를 충분한 세계 이해 능력을 가진 독립적인 존재로 이상화시킴으로 형이상학적 자율성 논의에 제기되었던 문제들을 회피하려고 했지만, 위에서 살펴본 것처럼 이러한 전제는 현실과 실제로 부합하지 않는다. 더욱이 이러한 전제는 자율성이 시의적(temporal)으로 약화되거나 강화되는 과정에 대한 관계적 논의를 간과하여, 현대 다원주의 현실에 적합한 자율성 논의에 접근하는 데 근본적인 한계를 갖고 있다.

2. 관계적 자율성 논의에 대한 비판적 검토

협의를 생명의료윤리적 자율성 논의의 한계를 극복하면서, 형이상학적 자율성 논의의 교훈을 지향하는 비이상론적 논의로 여성주의자들(feminists)은 ‘관계적 자율성(relational autonomy)’ 논의를 제시하고 있다. 관계적 자율성은 형이상학적 자율성 논의가 내적 상태의 다양한 욕망들의 통일성에 주목하고, 다양한 가치들과 선호들과의 정합성에 주목했던 부분을 충분히 현실화한 논의로 보인다. 왜냐하면 관계적 자율성은 기존의 논의가 이성에만 주목했던 것에 덧붙여 행위자의 감정, 욕구, 욕망 등의 내적 상태의 관계, 행위자의 인간적 관계, 행위자를 둘러싸고 있는 사회적이고 정치적 환경 등의 모든 관계를 고려하기 때문이다.²⁶⁾ 본 절은 관계적

23) 이상하, 김명식, 윤석주 등. 제한적 합리성과 적응적 사고. 과학철학 2005 ; 8(2) : 94.

24) 상대 위험 감소율을 정하는 절차는 다음과 같다. (1) 조사 지시 대상 영역, 실제로 유전적으로 유방암에 걸릴 위험성이 많은 여성 집단이 정해져야 한다. (2) 그 집단에서 실제 유방암에 걸린 사람은 5%의 비율로 나타났다. (3) 그 집단에서 유방 제거술을 받아도 유방암에 걸릴 비율은 1%였다. (4) 5%에서 1%를 빼면, 4%가 나온다. (5) (4%/5%)×100=80%. 유방 제거수술을 받지 않은 상태에서 유방암에 걸린 비율을 기준으로 유방을 제거한 상태에서 유방암에 걸릴 상대적 위험 감소율을 곱집어 낸 것이다(이상하, 김명식, 윤석주 등. 위의 글(주23), 94-95).

25) 홍소연. 위의 글(주3), 208.

자율성의 특징과 한계를 검토하고, 이러한 자율성 논의가 갖는 한계를 극복하기 위해 아마티아 센(Amartya Sen)의 역량 중심 접근법(capability approach)에 입각한 관계적 자율성을 제시하고자 한다.²⁷⁾

1) 관계적 자율성 논의의 특징과 한계

관계적 자율성 논의는 먼저 기존의 자율성 논의가 갖고 있던 독립성 전제를 비판하고 다원주의 현실에 적합한 자아관을 제시하고 있다. 기존의 자율성 논의에서 자아 개념은 타자와의 관계나 사회로부터 독립되어 있는 무연고적 자아(unencumbered self)이고, 그 자아는 각자가 가지고 있는 우연적인 요소가 제거된 추상적인 원자적 자아이다.²⁸⁾ 반면에 관계적 자율성에서는 상호의존성(interdependency)을 중시한다. 상호의존성을 지닌 개인은 다른 사람과 교류를 통해서 정체성을 형성하고 친밀한 관계를 형성한다.²⁹⁾ 따라서 사회적 관계 내에 있는 한 개인

은 항상 공동체와 사회와의 관계 속에서 행위를 한다. 이런 행위를 하는 한 개인은 이미 특정한 사회 또는 도덕적 관계를 체화하고 있다. 이런 체화는 특정한 삶의 방식으로 행위를 하도록 한다.³⁰⁾ 따라서 관계적 개인은 순수한 행위를 통해서 사회를 구성하지 않는다. 역으로 관계적 개인은 타자와 상호 작용과정에서 자신의 정체성을 구성하거나 역사적 맥락하에서 인과적으로 형성된다.³¹⁾ 따라서 관계적 자율성 옹호자들은 개인에 대한 통합적 차원으로서 관계적 경험을 인정하는 행위자 개념을 중심으로 기존의 자율성 개념을 재구성해야 한다고 주장한다.³²⁾ 즉 관계적 자율성은 협의의 생명의료윤리 논의가 환자와 의사에게만 한정되었던 협소한 관계라고 비판하고, 환자를 중심으로 형성된 ‘사회적 관계(social relations)’를 포함하여 자율성을 논의해야 한다고 주장한다.³³⁾ 사회적 관계 속에서 환자 개인은 자기 충족적이라기보다는 상처받기 쉬운 상호의존적인 존재이다. 왜냐하면 이러한 사회적 관계는 개인의 감정적 요인, 관계에서 교류 내지 역

26) 관계적 자율성 논의는 이러한 다양한 관계들에 주목하지만, 관계적 자율성을 처음으로 언급했다고 간주되는 제니퍼 니델스키(Jennifer Nedelsky)의 논문에서 볼 수 있는 것처럼 특히 사회적, 정치적 맥락에서 야기되는 억압(oppression)에 주목하고 있다(Jennifer N. Reconceiving autonomy: sources, thoughts and possibilities, YJLF 1989 ; 1 : 7-36). 이러한 언급은 다음 저서에 나타난다. Mackenzie C, Natale S, Autonomy Refigured, ed by Mackenzie C, Natale S, Relational Autonomy, New York : Oxford University Press, 2000 : 26. 이런 이유로 인해 서원은 인간관계에만 주목하는 배려 윤리(care ethics)의 관계 논의와의 혼동을 피하기 위해 자신뿐만 아니라 동료들이 관계적 자율성이라는 명칭 대신 맥락적(contextual), 상황적(situated) 자율성 등의 개념을 통해 개념이 갖는 정치적이며 제도적인 특성을 강화해야 하지 않았을까 고민했었음을 기술한다(Sherwin S. 위의 글(주16). 45).

27) 생명의료윤리 영역이 아닌 표현의 자유와 관련된 관계적 자율성 논의에서 역량 중심 접근법을 도입하려는 시도는 다음에서 발견된다. Brison SJ, Relational Autonomy and Freedom of Expression, ed by Mackenzie C, Natale S, Relational Autonomy, New York : Oxford University Press, 2000.

28) Sandel M, The Procedural Republic and the Unencumbered Self, ed by Avineri S, de-Shalit A, Communitarianism and Individualism, New York : Oxford University Press, 1992 : 18.

29) Baumann H, Reconsidering relational autonomy: personal autonomy for socially embedded and temporally extended selves, Analyse und Kritik 2008 ; 30 : 445.

30) Walker MU, Morality in practice: a response to Claudia card and Lorraine code, Hypatia 2002 ; 17(1) : 175.

31) Baumann H, 위의 글(주29), 445. 참조. 김선희는 타자를 ‘나’에 대비되는 ‘너’만으로 한정하지 않는다. 타자는 외부 환경이건, 내부적 성격이건, 그것이 무엇이든지 간에 자아와 대비되는 모든 것을 지칭한다(김선희, 자아와 행위, 관계적 자아의 자율성, 서울 : 철학과현실사, 1998 : 15).

32) Donchin A, Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles, J Med Philos 2001 ; 26(4) : 365-386.

33) Meyers DT, Who's there? Selfhood, self-regard, and social relations, Hypatia 2005 ; 20(4) : 210.

34) Donchin A, 위의 글(주32), 2001 : 367.

동, 의존적 상황의 특수성 등을 다 포함한 특수하며 다면적인 관계이기 때문이다.³⁴⁾

관계적 자율성 논의가 갖는 사회적 관계에 대한 관심은 공동의사결정(shared decision making)과는 구별되어야 한다. 공동의사결정은 상호 의존적인 관계적 개인이 의사 결정 과정에서 주변인과의 교류를 통해 당사자가 단독으로 결정한다는 의미가 아니라, 당사자 단독이 아닌 의사나 가족 등과 함께 결정한다는 것이기 때문이다. 이러한 공동의사결정이 비록 생명의료윤리 현장에서 빈번하게 발견된다고 하더라도, 이러한 결정의 최종권자가 당사자 개인이 아니라면 자율적 논의로 보기 어렵다. 관계적 자율성 논의가 오해되어 공동의사결정과 동일시될 때, 개인의 자기 결정 또는 자기 지배라는 자율성의 핵심 요소를 외면하여 개인을 관계에 매몰시킬 위험이 있기 때문이다.³⁵⁾

관계적 자율성 논의는 상호의존적 인간관계 속에서 자아가 형성된다는 측면을 강조하면서, 동시에 사회적 관계가 갖는 억압적 구조 아래 자율성이 약화되거나 억압될 수 있음을 주목하며 이러한 억압적 구조를 제거하여 자율성이 강화될 수 있도록 해야 한다고 주장한다. 이런 논의는 한 개인이 역사적인 인과적 관계 내지 사회 문화적으로 구성된 관계 속에 있지만, 즉 개인들이 결코 완전하게 독립적이지는 않은 상호 의존적인 상황에 있지만, 중요한 자기주도(self direction)를 가능하게 하기 위한 방안을 모색해야 한다는 것이다.³⁶⁾ 따라서 관계적 자율성은 협

의의 생명의료윤리적 자율성 개념의 독립적 존재라는 한계를 극복할 뿐만 아니라, 자율성이 사회적 관계에 매몰되는 공동의사결정 모델의 한계를 극복할 수 있는 방향으로 모색되어야 한다. 이러한 입장을 지지하여 뷰참과 칠드레스는 “일부 여성주의자들은 강제적인 사회화와 강압적인 사회적 관계가 자율성을 손상시킬 수 있다고 지적한다. ……우리는 여성주의자들이 강제적인 사회화와 관계를 거부하는 것에 지지하고 자율성을 거부하지 않는 범위 내에서 관계적 자율성을 주장하는 것에 대해서 인정한다”고 언급한다.³⁷⁾ 이러한 방향성을 충분히 반영하기 위해서는, 관계적 자율성이 사회적 관계가 야기할 수 있는 억압을 제거하여 자율성을 강화하려 한다는 정신에 부합할 수 있는 자율성의 내용을 실질적으로 갖춰야 한다.

2) 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 논의

생명의료윤리 영역에서 관계적 자율성 논의는 자율성의 형식적 측면에서 기여하고 있음에도 불구하고, 형이상학적 자율성 논의에서 제기되었던 비판인 실질적 내용의 부재로 인해 순응된 선호 등의 내재적 억압이 여전히 제기될 수 있을 뿐만 아니라, 그러한 억압을 제거하는 구체적인 방안을 제시하는 데 미흡하다. 셴의 역량(capability) 개념에 입각한 관계적 자율성 개념은 이러한 한계를 극복하는 데 효과적이다.³⁸⁾ 왜

35) 이은영은 이러한 문제점을 인식하고 환자의 자율성을 인정하면서도 공동의사결정 모델을 제시하려는 시도로 ‘관계적 자율성에 근거한 공동의사결정 모델’을 제시한다(이은영, 삶의 마감 시 공동의사결정과 관계적 자율성, 의료법윤리학회공동과정 의료윤리학 전공 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 2011 : 52). 그러나 필자들은 이러한 모델이 이러한 문제점을 극복하고 있는지, 즉 공동 의사결정 모델과 관계적 자율성이 연결될 수 있을지 의문스럽다. 예를 들어, 이은영의 모델은 갈등이 야기되었을 때 윤리 자문 개입(5-2단계)을 통한 2차 공동의사결정으로 실천적 결론을 내릴 수 있다는 낙관적 입장을 제시하고 있지만, 공동의사결정이 자율성 중심이라면 그러한 최종 결정은 결국 환자에게 있기 때문에 2차, 3차, 4차로 계속 퇴행할 수 있기 때문이다.

36) 이은영, 위의 글(주35), 2011 : 22.

37) Beauchamp TL, Childress JF. 위의 글(주17), 106.

나하면 센은 다양한 용어를 통해 자율성의 의미를 부각시킬 뿐만 아니라, 제도적 그리고 비제도적 관계를 통해 자율성 강화를 모색하고 있기 때문이다. 먼저 센의 역량 중심 접근법은 자율성이라는 개념뿐만 아니라, 역량(capability), 권리(rights), 행위주체성(agency), 자유(freedom or liberty) 개념을 중시한다. 이러한 개념들은 약간의 차이가 있음에도 불구하고 긴밀하게 서로 연결된 개념이고, 관계적 자율성 개념과 역량 개념의 외연이 일치한다.³⁹⁾ 센에 의하면 역량은 각 개인의 어떤 목적을 달성하는 기회를 제공한다는 도구적 가치를 가질 뿐만 아니라, 각 개인이 도달할 실질적 자유 즉 진정한 기회 그 자체를 의미한다. 즉 “역량이란일종의 자유 즉 다양한 기능 조합들을 달성할 실질적 자유(substantive freedom)이다. (또는 덜 형식적으로 말해서, 다양한 생활방식을 선택할 자유이다.)”라고 주장한다.⁴⁰⁾ 도구적 측면은 역량 개념이 기능 개념에서 파생되었다는 사실과 관련되며, 본질적 측면은 역량의 실질적 자유에 대한 강조와

관련된다.

센의 역량 중심 접근법은 인간의 다양성(human diversity)에 기반을 두고 있다. 이런 논의는 인간이 다양한 관계 속에 위치하는 존재임을 나타낸다.⁴¹⁾ 센은 인간의 다양성에 영향을 미치는 다섯 가지 요인들을 제시한다. 즉, 개인적 차이(personal heterogeneities), 환경적 다양성(environmental diversities), 사회적 환경에서의 다양성(variations in social climate), 관계적 관점에서의 차이(differences in relational perspectives), 가족 내에서의 분배(distribution within the family)이다.⁴²⁾ 이러한 다섯 가지 요소들은 개인의 내적인 다양한 욕망, 감정, 선호 등의 내적 상태와 관련되는 개인적 측면(개인적 차이), 사회적 정치적 구조와 관련되는 제도적 측면(사회적 환경에서의 다양성), 사회적, 종교적, 문화적 규범이나 관습, 성 역할에 대한 사회적 관습, 권력 관계 등과 관련되는 제도 외적 측면(관계적 관점에서의 차이와 가족 내에서의 분배), 그리고 자연 환경 측면(환경적 다

38) 역량 중심 접근법은 센이 시작하였지만, 마사 누스baum(Martha Nussbaum)을 통해 철학적으로 강화되고 발전되었다. 더욱이 누스baum의 논의는 여성주의에 지대한 영향을 행사하여 여성주의에서 제시된 관계적 자율성 논의에 더 적합한 것으로 보일 수도 있다. 그러나 본 논문은 누스baum이 아닌 센의 논의를 중심으로 관계적 자율성 논의를 전개한다. 왜냐하면 누스baum보다 센이 다양성과 자유를 더욱 옹호하기 때문이다. 이러한 차이는 센과 누스baum 사이에서 역량의 목록을 명시하는 논쟁에서 잘 나타난다. 누스baum은 간접주의일 수 있다는 비판에도 불구하고 수정 가능성을 열어두면서도 구체적인 핵심 역량(the central human capabilities) 목록을 제시한다(Nussbaum M. *Creating Capabilities the Human Development Approach*, Cambridge : Harvard University Press, 2011 : 26, Nussbaum M. *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice*, *Feminist Economics* 2003 ; 9(2-3) : 41-42). 반면에, 센은 역량의 목록이 필요하지만 이는 개별 사회의 공적 추론에 맡겨져야지, 학자들에게 의한 구체적이고 보편적인 역량의 목록이 제시되면, 역량 중심 접근법이 강조하는 개별성과 자유를 훼손할 수 있을 뿐만 아니라 윤리적 관점에서 정당화되기 어렵기 때문에, 구체적인 목록 설정을 거부하고 해당 사회의 공적 추론에 맡긴다는 입장을 견지한다(Sen A. *Beyond Liberalization: Social Opportunity and Human Capability*, New Delhi : Institute of Social Sciences, 1994 : 78-79, Sen A. *Capabilities, lists, and public reason: continuing the conversation*, *Feminist Economics* 2004 ; 10(3) : 78).

39) 행위주체성에 대한 논의는 자율성(autonomy)과 개인적 자유(personal liberty) 논의와의 연결성을 보여주며 책임 있는 행위자를 강조한다(Sen A. *Well-being, agency and freedom*, *J Philos* 1985 ; 82(4) : 186). 셔머(Maartje Schermer)는 적극적 자유 개념이 자율성을 지시하며, 생명리윤리 영역에서 자율성은 소극적 자유인 불간섭의 권리인 자기결정권을 지시한다고 언급한다(Schermer M. 위의 글(주10), 1).

40) Sen A. 위의 글(주15), 75.

41) Anderson E. *What is the point of equality?* *Ethics* 1999 ; 109 : 87. 누스baum은 이러한 인간의 다양성을 강조하는 역량 중심 접근법의 인간관이 아리스토텔레스 논의에 기반을 두고 있다고 주장한다. 아리스토텔레스의 인간관에 따르면 인간은 모두 상처받기 쉬운 존재(human vulnerability)라는 점에서 의존적인 동시에 독립적인 상호의존적(interdependent) 존재이다(Nussbaum M. 위의 글(주38), 127). 이러한 점에서 역량 중심 접근법은 인간의 다양성에 따른 필요를 채워줘야 한다는 입장을 견지한다.

42) Sen A. 위의 글(주15), 70-71.

양성)으로 구분될 수 있다.⁴³⁾ 가부장제 사회에서는 여성들이 동일한 재화를 가지고도 사회 진출을 하는 데 심각한 제약을 받는다는 사례에서 볼 수 있는 것처럼, 제도 외적 측면은 동일한 재화가 역량으로 전환되는 과정에 지대한 영향력을 행사한다. 이러한 네 측면은 인간의 다양성이 어떻게 형성되는지를 설명해 줄 뿐만 아니라, 역량의 실현을 위해서 이러한 다양성에 어떻게 대응해야 하는지에 대한 논의의 토대, 즉 억압 구조를 제거하여 자율성을 형성하고 강화시킬 수 있는 계기를 마련해 준다. 이상에서 살펴본 것처럼, 행위자의 이성, 감정, 욕구, 욕망 등의 내적 상태의 관계, 행위자의 인간적 관계, 행위자를 둘러싸고 있는 사회적 정치적 환경 등의 모든 관계를 고려하는 관계적 자율성 논의가 생명의료윤리 영역의 현실적 자율성을 설명하는 데 효과적이다.

더욱이 관계적 자율성 논의가 역량 중심 접근법의 역량 개념과의 관계 속에서 설명된다면, 형식적 논의를 넘어서 실질적인 자율성 논의를 제시할 수 있다. 역량 중심 접근법에 따르면, 생명의료윤리 영역에서의 자율성 논의는 환자의 다양한 관계에서 형성된 자아가 내적, 외적 제약과 억압들을 극복할 수 있는 제도적이고 비제도적인 구조를 통해 개인의 자율성을 형성하고 강화하는 방향, 즉 역량을 강화하는 방향으로 진행되어야 한다. 역량 중심 접근법은 개인의 역량, 즉 자율성을 강화하기 위해 분배 방식(개인적 차원, 제도적 측면, 자연 환경적 측면)과 분배 이외의 방식(제도 외적 측면)을 모두 사용한다. 역량 중심 접근법은 제도적 측면에서 물질을 분배하여 역량 강화를 도모하는 생명의료윤리 영역에서의 방법으로는 환자들의 접근성을 높이는 병

원 시설 등을 제공하는 것 등이 있을 수 있다. 역량 중심 접근법은 또한 개인의 역량 강화를 위해 다양한 방식을 제공할 수 있다. 예를 들면 역량의 평등 방식을 제공할 수도 있고, 최소치 규칙(sufficientarian rule)에 따라 개인의 역량이 최소치 이상이 되도록 자원을 분배할 수도 있다. 이런 논의에 기반을 둔 구체적인 방식의 사례는 아래 III절의 다형적 모델에서 볼 수 있다. 분배 이외의 방식이 적용되는 영역은 제도 외적 차원으로, 사람들의 태도 변화나 인식 변화와 관련된다. 생명의료윤리 영역에서는 예를 들어, 질병에 대한 이해, 치료에 대한 인식 등과 관련된 교육 등이 분배 이외의 방식으로 제시될 수 있다. 분배 이외의 방식이 독립적으로 역량 강화를 도모하는 경우는 인식과 태도의 전환을 위해 오랜 시간이 요구되기 때문에, 현실적으로는 분배 방식과 협력하는 경우들이 많다. 예를 들어, 남성우월주의적인 사회는 사회적/문화적 관습 속에서 여성을 열등한 존재로 간주하여 자율성을 침해한다. 이런 사회에서 현실적으로 분배 이외의 방식, 예를 들면 생명의료윤리와 관련된 사회 인식과 태도 전환은 자율성을 강화할 수 있는 의료체계 구축과 같은 사회 제도적 분배와의 협력을 도모할 때, 자율성 강화를 도모할 수 있다.

III. 관계적 자율성에 입각한 다형적 모델: 다층적 자율성 논의와 다원적 의료체계

II절에서는 현대 다원주의 사회를 배경으로 하는 생명의료윤리 영역에 적합한 자율성 개념이 무엇인지를 모색하였다. 쉰의 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 개념은 개인의 다양성

43) 목광수. 역량 중심 접근법과 인정의 문제: 개발 윤리와의 관련 하에서 고찰. 철학 2010 ; 104 : 221.

을 충분히 고려하고 이를 뒷받침하는 사회 제도와 문화 등을 통해 개인의 자율성을 강화하고자 한다. 이러한 관계적 자율성 논의에서 보면, 개인은 다양한 관계 속에서 형성되어 통일된 자아와 이상화된 자율성을 행사하기보다는 다양한 욕망과 선호들 사이의 갈등과 상충을 경험하는 다양한 수준의 자율성을 보여준다. 앞에서 살펴본 것처럼, 환자 개인의 의사결정 과정에서 나타나는 불안, 두려움, 연약함 등과 같은 요소들이 존재하며, 환자 개인은 시간과 질병의 경과에 따라서 다양한 의사결정 능력을 보인다. 또한 의료행위에 대한 지식은 환자가 충분히 이해하고 결정하기에 근본적으로 제한적이다. 이러한 환자적 측면에 덧붙여, 아래에서 자세하게 검토하겠지만, 의료행위를 공급하는 측면인 의사 또는 의료체계 또한 다원적이다. 더욱이 이러한 다양한 제도적 측면은 행위자의 자율성 형성에 지대한 영향을 미친다는 점에서 중요하다. 기존의 자율성 논의는 행위자 개인의 다양성을 충분히 고려하지 않을 뿐만 아니라, 이러한 제도적 측면을 간과하였다. 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 논의는 개인의 다양성과 제도의 다양성을 통합적으로 이해한다는 점에서 기존 논의의 한계에 대한 대안이 될 수 있다. 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 개념은 외부적 제약이 없다가보다는 이러한 제약에 의해 행위자가 종속되지 않는다는 점에서 토마스 메이(Tomas May)⁴⁴⁾의 자기 지배로서의 자율성(autonomy as self-rule) 개념과 유사하다. 메이는 외부적 제약이 없는 상태에서의 자율성(autonomy as

autarkeia)과 대비해서 거친 파도와 암초가 있음에도 불구하고 이를 잘 조정해서 피해가는 조타수(helmsman) 유비를 통해 현실적 제약하에서의 자기 결정을 강조한다. 본 절은 이러한 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 논의를 토대로 관계적 자율성이 현실에서 작동할 수 있는 모델을 모색하고자 한다.

1. 다층적 자율성: 환자의 다양한 자율성 층위들

역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 논의에 따르면 환자의 자율성은 고정적이 아니라 유동적이다. 왜냐하면 환자는 손상이나 질병에 의해서 자율성의 감소를 경험하거나 치료 과정에서 감소된 자율성의 회복을 경험할 수 있기 때문이다.⁴⁵⁾ 그러므로 환자 개인의 의사결정 능력은 다양한 층위를 갖는다. 즉 환자 개인의 의사결정 능력이 온전한 상태에서 완전히 부재하는 상태까지 광범위한 ‘능력의 연속(체) (continuum of abilities)’으로 있음을 의미한다.⁴⁶⁾ 이런 능력의 연속(체)으로 구분하는 이유는 환자 개인의 의사결정 과정에서 나타나는 다양한 요인인 불안, 두려움, 연약함 등을 고려하기 위해서이다.⁴⁷⁾ 또한 환자들은 앞에서도 언급했던 것처럼, 생명의료윤리 영역이 갖는 영역 특수성과 전문성으로 인해 충분한 지식을 갖기도 어려울 뿐만 아니라, 손상과 질병으로 인해 제한된 합리성을 갖는 상태이며, 이러한 상태들 또한 다층적이다. 이러한 환자의 자율성의 다양한 층위는 <그림 1>과 같이 나뉘질 수 있다.

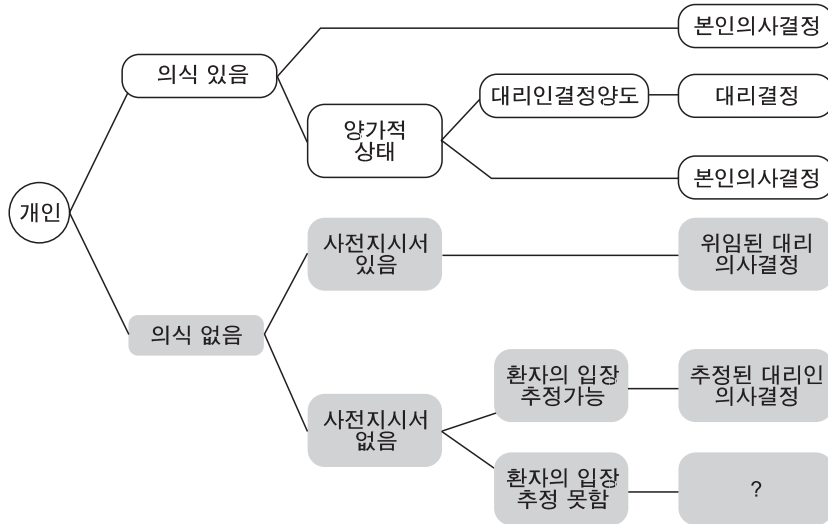
44) May T, The Concept of Autonomy in Bioethics: An Unwarranted Fall from Grace, ed by Taylor JS, Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and Its Role in Contemporary Moral Philosophy, New York : Cambridge University Press, 2005 : 306-308.

45) 홍소연, 의료행위와 환자의 자율성, 윤리교육연구 2004 ; 4 : 136.

46) Beauchamp TL, Childress JF, 위의 글(주17), 116.

47) 홍소연, 위의 글(주45), 37.

〈그림 1〉 환자의 다양한 자율성 층위들.



환자의 이러한 여섯 가지 층위와 이에 해당하는 관계적 자율성 강화 논의를 제시하면 다음과 같다. 첫 번째 층위는 의식이 있고 자기 주도적인 의사결정을 할 수 있는 상태이다. 형이상학적 자율성 논의에서 프랑크푸르트가 진심어린 헌신이라고 언급했던 것처럼, 개인의 내적 상태가 통일성, 즉 환자 개인의 인테그리티(integrity)를 유지하는 상태이다.⁴⁸⁾ 이런 환자 상태는 오늘날의 생명의료윤리 영역의 자율성 논의에서 크게 문제가 되지 않는 영역이다. 그럼에도 불구하고, 이러한 상태가 순응된 선호처럼 왜곡된 문화와 제도로 인해 형성된 것일 수 있기 때문에 자율성을 강화하는 방식들, 예를 들면 교육이나 제도 정비 등이 이루어져야 한다.

두 번째 층위는 의식이 있고 양가적(ambivalent) 욕망들로 인해 치료행위에 대해 의사결정

을 내리지 못하는 상태이다. 이런 상태에서 나타날 수 있는 결정 중 하나는 선택하지 않기로의 결정, 즉 결정을 의사나 가족들에게 양도하는 결정이 있을 수 있다.⁴⁹⁾ 이러한 대리인 결정이 선택이나 결정으로부터의 도피가 아니라면 양가적 상태를 극복하면서도 환자의 자율성을 보장할 수 있는 결정으로 보인다. 이러한 상태에서 환자의 관계적 자율성을 강화하기 위해서는, 교육이나 제도 정비 등을 통해 환자의 자율성을 강화할 뿐만 아니라, 앞에서 언급했던 것처럼 생명의료 영역 자체가 갖는 인식적 한계도 있기 때문에, 자율성 행사가 많은 지식을 필요로 하는 치료행위 결정 이전 단계에서 이루어질 필요가 있다.

세 번째 층위는 의식이 있고 양가적 욕망들에 우선순위를 부여하여 의사결정을 할 수 있는 상태이다. 양가적 욕망들이 한 평면 위에 놓여 있

48) 허라금은 'integrity'를 문맥에 따라서 '자기성실성'과 '자기정합성'으로 명명한다. 이 단어는 행위자 개인이 독립적인 인격으로서 자신의 고유성을 인식하여 주체성과 인격적 통합성을 갖추고 있음을 의미한다(허라금, 원칙의 윤리에서 여성주의 윤리로: 자기성실성의 철학, 서울 : 철학과현실사, 2004 : 19). 자기성실성이나 자기정합성 번역어가 이러한 다양한 의미를 담기 어렵기 때문에 본 논문은 번역어를 사용하지 않고 인테그리티를 발음 나는 그대로 사용한다(염수균, 정치적 덕으로서의 인테그리티, 철학연구 2010 ; 91 : 238).

49) Scheider CE. 위의 글(주3), 182-186.

다면 환자 개인은 의사결정을 위해 갈등하고 있는 욕망들을 재배열한다. 재배열로 인해 선택된 환자의 의사결정은 계산적인 선택이 아니라, 다분히 우발적이고 충동적일 수 있다. 환자 개인이 심리적으로 양가적인 상태를 재배열하는 것은 자기보존이 위협받을 때 생기는 불안과 두려움 등이 작동하기 때문이다. 이런 상태에서 환자 개인의 의사결정은 내적 가치와 완전히 다른 결정을 할 수 있다. 또한 설령 우발적 결정이 아니라 하더라도 제약으로 인해 여전히 양가적 상태에 있다면, 환자의 내적 가치를 충분히 반영한 결정이라고 할 수 없다. 따라서 관계적 자율성에 입각한 자율성 강화 방식이 제도적 차원에서 그리고 제도 외적 차원에서 이루어져야 한다.

네 번째 층위는 의식이 없고 사전 지시서(advance directives)를 통해 의사결정이 내려져 있는 상태이다.⁵⁰⁾ 여기에서 의식이 없다는 말은 환자 개인이 의사결정을 할 수 있는 능력이 무능력한 상태를 의미한다. 사전 지시서가 환자의 자율성을 보장하는 방식으로 작성되었다면, 환자의 자율성이 충분히 확보된 경우라고 할 수 있다. 관계적 자율성은 이러한 사전 지시서가 충분히 강화된 환자의 자율성 상태에서 이루어질 수 있도록 제도적, 문화적, 개인적 차원에서의 지원과 인식전환이 도모되어야 한다.

다섯 번째 층위는 의식이 없고 사전 지시서가 없지만 법정 대리인이 환자의 입장을 추정할 수 있는 경우이다. 추정은 사전 지시서와 같은 문서화된 의사 표현은 없지만, 인간관계 속에서 일관

적으로 이루어지는 환자의 의사 표현으로 인해 법정 대리인이 환자의 의사라고 인정할 수 있는 경우이다. 이러한 추정 과정은 아래의 여섯 번째 층위에서 볼 수 있는 것처럼 법정 대리인들 사이의 상충이 발생할 수 있기 때문에 환자의 자율성을 강화하는 방안으로 사전 지시서가 작성되는 제도적, 문화적 차원의 지원과 인식전환이 요구된다.

여섯 번째 층위는 의식이 없고 사전 지시서가 없으며 법적 대리인(들)이 환자의 입장을 추정할 수 없는 경우이다. 환자의 입장을 추정한다는 것은 이성적인 능력을 갖춘 사람이라면 누구나 그렇게 추론할 수 있다는 것을 전제한다. 하지만 동일한 사태에 대해서 이성적인 능력을 가진 사람들 사이의 의견이 불일치할 수 있을 것이다. 이런 경우 환자 개인의 직접적인 의사결정, 즉 자율성 행사는 존재하지 않는다. 따라서 여섯 번째 층위는 환자가 자율성을 확보할 수 있도록 사회적 공공 영역에서 허용하는 수준까지의 치료가 제공되어야 한다.

위의 첫 번째 층위부터 다섯 번째 층위까지의 다층적인 환자의 자율성 행사, 즉 의사결정 능력과 무능력 상태에서 환자 개인이 직접 의사를 결정하거나 대리인 지정을 통해 의사결정을 내리는 경우는 구체적인 의료행위에서도 적용될 수 있다. 그러나 구체적인 의료행위 결정 과정은 개인에게 상당한 부담감을 지우고 있어 개인의 자율성 강화를 저해할 우려가 있다. 이런 부담감은 앞서서도 언급했던 것처럼 생명의료 영역이 갖

50) 사전 지시서는 개인의 자율성을 실행하는 구체적인 방안으로 최근 들어 많은 관심을 받고 있다. 사전 지시서는 환자의 치료와 관련된 모든 종류의 의사를 표현하는 수단이 되어야 함에도 불구하고, 보통은 생명연장 치료에 제한을 두기 위한 수단으로 한정되는 경향이 있다(피터 싱어, 헬가 커스, 생명윤리학 2, 고양 : 인간사랑, 2006 : 86). 더욱이 허대석에 의하면 한국에서는 사전 지시서 작성에 환자가 참여하는 비율이 현격하게 낮고(1% 이하) 대부분이 의료진이나 가족에 의해서 작성된다고 한다(허대석, 환자의 자기결정권과 사전의료지시서, 대한의사협회지 2009 ; 52(9) : 866). 본 논문에서 사전 지시서를 언급할 때, 사전 지시서는 현실적인 이런 한계에 근거한 사전 지시서가 아니라, 치료와 관련된 환자의 다양한 의사들을 충분히 반영할 수 있어야 할 뿐만 아니라 환자의 개인에 의해서 작성된 사전 지시서를 의미한다.

는 인식론적 한계와 환자의 특수성과도 관련된다. 따라서 개인의 의사결정에 대한 부담을 제도적으로 감소시켜 주기 위해 환자의 자율성 행사가 구체적인 의료행위 이전에 어떤 의료체계를 선택하는 것으로부터 이루어진다면 환자 개인의 자율성이 더 잘 발휘될 수 있는 대안이 될 것이다. 왜냐하면 구체적인 의료행위는 의료행위가 갖는 영역 특수성으로 인해 환자 개인 내지 대리인이 정보를 충분히 숙지하기 어렵지만, 의료체계를 선택하는 것은 기본적인 지식만으로도 충분히 이해될 수 있기 때문이다.

2. 다원적 의료체계

전통적으로 의사와 환자 사이의 관계는 비대칭성과 간섭주의에 기반을 두고 있다. 파슨즈(Parsons T)⁵¹⁾에 따르면 “의사와 아픈 사람들 사이의 역할관계는 본질적으로 비대칭적이다. 즉 이 관계는 다양할 수 있고 변할 수 있지만 어느 정도 비대칭적인 서열(asymmetrical hierarchy)이다. 질병의 상태를 효과적으로 치료하고 치유를 위한 필수적인 기능에 관해서 말한다면, 책임, 능력, 직업적 관심에 기반을 둔 전문적 역할은 본질적 우위가 존재할 수밖에 없을 것”이기 때문이다. 그러나 현대 다원주의 사회에서는 의사와 환자 사이의 새로운 관계의 모색이 이루어지고 있다.⁵²⁾ 하나의 예로 의사의 치료행위

는 환자의 신체에 대한 외적인 공격 내지 침범행위로 간주되어, 의료행위의 정당성은 환자와 의사 사이의 계약 내지 합의관계로 이루어진다. 이러한 변화 속에서 의사가 가질 수 있는 다양한 정체성을 살펴보자.

의사와 환자 사이의 도덕적인 관계에 대한 논의는 로버트 비취(Robert M. Veatch)⁵³⁾에 의해 제시되었다. 그는 환자의 관점에서가 아니라 의사의 관점에서 네 가지 모델을 제시한다. 즉 환자와 관계 맺는 의사가 어떻게 행위하는가의 관점에서 모델을 구분하였다. 이러한 구분은 의사의 자기인식에 근거할 뿐만 아니라, 사회적으로도 인정된다는 점에서 정체성 논의로 볼 수 있다.

첫째, 기술자 모델(the engineering model)이다. 기술자가 기계를 조작 가능한 대상으로 여기는 것처럼 의사는 환자를 생명연장, 행동 통제, 유전자 조작, 장기 이식이 가능한 대상으로 여긴다. 따라서 의료행위에서 인공임신중절, 안락사 등이 야기하는 가치 문제에 직면할 때 기술자 모델에서는 인간의 가치적인 요소를 배제하고 환자의 의사에 따라 의사는 행위를 한다.

둘째, 성직자 모델(the priestly model)이다. 이 모델에 의하면 의사와 환자의 관계는 성직자와 신도의 관계와 유사하다. 성직자는 항상 연약하고 미숙한 신자들을 유익한 길로 인도해야 하며, 신자들은 성직자들의 인도에 순종해야만 한다. 그렇기 때문에 성직자의 역할을 하는 의사

51) Parsons T, The sick role and the role of the physician reconsidered, Health and Society 1975 ; 53(3) : 271. 파슨즈에 따르면 의사와 환자 사이의 위계는 세 가지 권위적 상황에서 비롯된다. 첫째는 사회로부터 인정받은 전문 치료인으로서의 권위이다. 둘째는 환자가 처하고 있는 상황과 내용과 긴급성에 의하여 생기는 권위이다. 환자의 요구가 긴급할수록 의사의 상황적 권위는 그에 비례하여 커진다. 셋째는 환자가 현재의 건강상태와 질병의 원인을 잘 모르고 있는 상태에서 의학정보가 의사에게 독점되어 있기 때문에 의사에게 부여된 지배적인 권위이다.

52) 찰스(Szasz)와 홀렌더(Hollander)는 환자의 상태에 따른 의사와 환자의 관계 모델을 제시한다. 첫째, 능동-수동(activity-passivity) 모델이다. 둘째는 지도-협력(guidance-cooperation) 모델이다. 셋째, 상호-참여(mutual-participation) 모델이다. 이 모델들은 고정된 것이 아니라 환자의 상태의 심각성에 따라서 수시로 달라질 수 있는 것이다(Szasz T, Hollander MH, A contribution to the philosophy of medicine, AMA Arch Intern Med 1956 : 97(5) ; 585-592. [김중호, 의학윤리란 무엇인가? 서울 : 바오로딸, 2005 : 137-138, 재인용]).

53) Veatch RM, Models for Ethical Medicine in a Revolutinal Age, ed by Mapps TA, Zembaty JS, Biomedical Ethics, Boston : McGraw-Hill, 1996 : 55-58.

<표 1> 의료체계와 의사의 정체성

	의료체계	의사의 정체성
영리병원	의료상품은 환자의 구매능력에 따라서 판매	기술자 중심의 정체성
공·영병원 (영리와 비영리의 공존)	구매자의 자기부담과 민간 기금으로 재정확보	계약자·협조자 중심의 정체성
공공병원	국가가 재정부담 일정 수준의 의료 제공	성직자 중심의 정체성

가 전문적인 지식과 경험이 부족한 환자를 위해서 의료에 관련된 모든 의사결정을 내린다면, 환자는 의사의 결정과 권고에 따라야만 한다. 이는 선의의 간섭주의 형태로 나타난다.⁵⁴⁾ 이때 의사는 환자를 대신하여 의사결정을 내리는 권한과 더불어 환자에게 최선의 이익이 가도록 할 책임이 있다.

셋째, 협조자 모델(the collegial model)이다. 이 모델에 의하면 의사와 환자는 공동의 목표를 가진다. 즉 그들의 목표는 환자 자신의 질병의 치유 내지 건강을 증진하는 것이다. 의사와 환자는 공동의 목표를 성취하기 위한 협조적인 관계에 있다. 의사는 공동의 목표 성취를 위해서 환자에게 협조하는 역할을 한다. 의사가 환자의 협조자가 되려면, 환자는 자신의 질병 치료와 건강 증진을 위해서 무엇이 최선의 이익이며, 이것을 실현하기 위해서 최상의 방법이 무엇인지 알고 있어야만 한다. 그래야 의사는 환자와 동등한 위치에서 공동의 목표를 성취하기 위해서 도울 수 있다. 이런 점에서 이 모델은 성직자 모델과 대

조적으로 환자의 자율성을 최대한 존중하는 모델이다.

마지막으로 계약자 모델(the contractual model)이다. 이 모델에 의하면 의사는 환자에게 제공하는 의학적 대치를 일종의 서비스로 본다. 의료 서비스는 의사와 환자 사이의 계약으로 이루어진다.⁵⁵⁾ 일반적으로 계약이 동등한 지위와 권력을 가지고 있을 때 성립된다면, 의사와 환자 사이의 계약도 역시 도덕적인 권위와 책임에 대해서 동등하게 되었을 때 성립된다. 특히 중요한 선택을 결정해야할 때 환자는 자율적으로 의사를 결정하고, 의사는 환자의 선택을 존중한다.

이와 같은 네 가지 모델은 의사라는 전문직 영역에서 모두 공존하고 있다. 다시 말해서 한 문제 영역 속에서 의사들 자신의 정체성에 따라서 의사들의 자율성 또한 다원적일 수 있다. 의사의 자율성의 다원적인 모습은 간섭주의적 모습으로부터 계약자로서의 환자의 자율성만 존중하는 모습으로까지 그 스펙트럼이 다양하다. 이런 다양한 모습은 의료체제와 맞물려 갈 수 있고, 그

54) 본 논문에서 언급하는 간섭주의는 자율성을 보장하는 선의의 간섭주의를 포함한 다양한 선의의 간섭주의를 의미한다. 자율성을 보장하는 선의의 간섭주의의 사례는, 여호와증인의 수술 거부로 인한 피해를 막기 위해 여호와증인 교인들이 헌혈을 통해 자신의 피를 미리 저장했다가 추후에 사용하는 방식이 있다(변문숙, 간섭주의의 정당화 기준에 대한 고찰: 온건 간섭주의를 중심으로, 철학논구 2003 ; 31 : 111-134, 황경식 외, 정의론과 사회윤리, 서울 : 철학과현실사, 2012 : 550).

55) 판매자와 구매자 사이의 계약이 의사소통적인 정의에 기초하는 반면 의사와 환자 사이의 관계는 성실과 존중, 진실, 상호 신뢰와 같은 인격적 태도로 구별되고 그러한 자질을 특징으로 한다(베른하트 헤링, 이동익 역, 의료윤리, 서울 : 가톨릭출판사, 2006 : 291).

56) 의사의 정체성이 의료체계에 정확히 일치하는 것은 아니지만, 각 의사의 정체성을 중심으로 다른 정체성들이 부분적으로 수용될 수 있다. 계약자 모델과 협조자 모델은 내용의 차이는 있지만 근본적인 관계에 대해서는 유사하다는 점에서 본 논문에서는 양자를 유사한 정체성으로 분류한다.

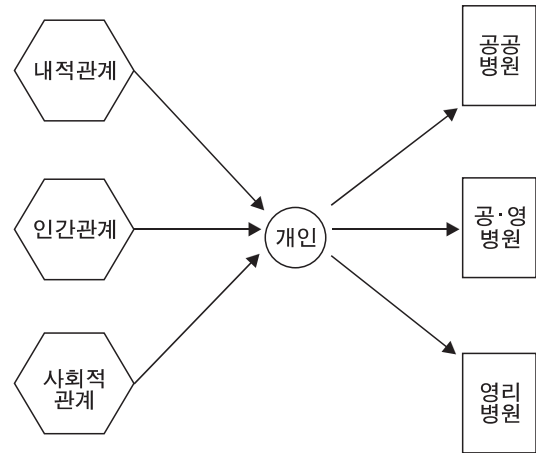
모습은 <표 1>과 같다.⁵⁶⁾

<표 1>에서 제시된 다양한 의사의 정체성과 이를 토대로 형성된 의료체계는 현대 다원주의 사회에서 수용할 수 있는 가치들이라는 점에서, 합당한 다원주의로 받아들여 각각의 가치를 존중하여 공존할 수 있게 해야 한다.

3. 다형적 모델: 다원적 의료체계와 다층적 자율성 논의

현대 다원주의 사회에서 나타나는 현실적인 모습은 기존의 자율성 논의와 달리 다원적이다. III. 1절에서 검토한 것처럼 환자의 자율성은 다양한 관계 아래 다양한 층위에서 나타나고 있으며, III. 2절에서 제시된 것처럼 의사의 다양한 정체성은 다양한 의료체제로 나타날 수 있다. 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 논의는 자율성을 형성하고 강화하기 위해 다양한 측면에서, 즉 개인의 내적상태, 인간관계, 제도와 문화 등의 사회적 관계 등에서 나타날 수 있는 억압적 관계들을 제거해야 한다고 주장했다. 이러한 다양한 논의 과정에서 자율성이 논의되는 맥락은 다양한 형태, 즉 다형적일 것이다. 의사 개인을 다양한 정체성에 맞게 조정하고 이를 환자가 자신의 경제적 능력(지불능력)과 가족(관계) 등과 같은 다양한 요소를 고려하여 적합한 의료체제를 선택하는 것으로 시작한다. 이런 요소들을 고려하는 이유는 환자 개인이 실제 병원을 선택할 때 자신의 지불능력과 가족 및 이웃 등을 통해서 병원 내지 의사의 평판을 듣고 고려하기 때문이다.⁵⁷⁾ 결국 개인은 내적관계, 인간관계, 사회적 관계 등의 다양한 관계가 개인의 자율성을 형성하고 강화하는 방식으로 도모되고, 비록 개인이 <그림 1>에서 볼 수 있는 것처럼 다양한 층위의 자율성을

<그림 2> 다형적 모델.



갖고 있지만, 개인은 의료체제를 선택하는 과정에서부터 자신의 자율성을 행사하게 된다. 이런 다층적이고 다원적인 요소들이 한 평면 위에서 배열되는 모습은 <그림 2>와 같다.

다형적 모델(plural forms model)에서 의사는 자신의 정체성에 적합한 병원에 소속한다. 그리고 각 병원들은 자신들이 추구하는 목적에 따라서 그에 합당한 의사들을 선발하여 다양한 의료체제를 구성한다. 공공병원은 환자에 대한 의사의 선의의 간섭주의에 기반을 두는 의료체제를 의미하며, 영리병원은 환자의 자유로운 의사에 기반을 두는 의료체제를 의미한다. 이러한 양극단의 중간을 의미하는 공·영병원은 환자와 의사 사이의 적절한 계약과 협조에 기반을 두는데, 이 병원은 적정수준까지는 환자의 지불능력에 따라 공공의료보험이 재정을 부담하고 나머지는 환자 본인이 부담을 한다. 이러한 의료체제의 구분이 환자의 지불능력보다는 환자의 자율적 선택의 폭을 넓히는 것으로 이해되어야 한다. 다양한 의료체계인 공공병원, 공·영병원, 영리

57) 홍용석, 박소영, 병원치료시 환자의 기대수준과 병원선택 요인: 대학병원과 중소병원의 비교를 중심으로, 보건의료산업학회지 2011 ; 5(4) : 15-26.

병원에서 공공병원은 국가재정을 통해 환자의 경제적 부담을 줄여주고, 공·영병원과 영리병원은 민간 기금을 통해 일정 수준의 치료에 대해서는 저소득층에 대해서 부조가 이루어지기 때문이다.⁵⁸⁾ 또한 다양한 의료체계 사이에는 시설적인 측면이나 의료인의 능력 등에서는 차이가 없어야 한다. 물론 공공병원은 사회적으로 합의될 수 있는 일정수준의 의료 이상의 치료는 하지 않지만, 영리병원은 개인의 지불능력 아래 일정수준 이상의 치료 또한 이루어진다는 점에서 차이가 있다. 이런 정보는 구체적인 의료행위에서 이루어지는 정보보다 환자 개인이 쉽게 접근할 수 있다. 따라서 환자 개인은 판단의 부담 또는 의사-환자 사이의 가치 내지 신념의 갈등을 최소화할 수 있게 된다. 이런 모습을 환자의 다층적인 의식 상태와 연결시켜보자. 먼저 만일 한 환자 개인이 지불능력이 높고 의식 상태가 인테그리티하다면, 그 환자 개인은 다양한 의료체계 가운데 자유롭게 선택할 수 있다. <그림 1>의 다층적인 환자의 자율성 수준에서 논란이 될 수 있는 경우인 여섯 번째 층위는 환자가 의식이 없고 사전 지시서도 없을 뿐만 아니라 환자의 의사를 추정할 수 없는 경우이다. 이 경우는 환자가 자율성을 확보할 수 있을 경우까지 치료를 중단할 수 없다는 전제 아래, 환자의 법적 대리인에 의해 의료체계가 선택될 수 있다.

다양한 층위의 환자들이 의료체계를 선택하는 과정에서 환자의 자율성을 행사한 이후에 이루어지는 구체적인 의료행위 과정에서 언제든지 자신의 입장에 따라 새로운 의료체계를 선택할 수 있다. 오늘날 논쟁을 야기하는 연명치료와 관련해 본다면, 공공병원은 사회적 공공영역에서

어느 정도 합의된 수준 이상의 치료는 하지 않는다. 이러한 입장에 대해 환자가 더 이상의 치료를 원할 경우 공공병원이 아닌 영리병원이나 공·영병원으로 이동할 수 있다. 환자가 지불 능력이 없더라도 영리병원이나 공·영병원의 의료사회복지사의 도움을 통해 민간기금을 통해 치료비를 부담할 수 있지만, 민간기금이 부족할 경우는 치료를 하지 못할 수 있다. 따라서 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성은 환자의 자율성을 강화하는 측면에서 공적 토론과 추론을 통해 사회적 공공영역에서 어느 정도 치료 이상은 자제하는 것이 공적으로 바람직하다는 인식과 사회적 제도를 마련하는 것이 필요하다.

IV. 나오는 글

본 논문의 목적은 현대 다원주의 사회를 배경으로 하는 생명의료윤리 영역에 적합한 현실적 자율성을 모색하고 이에 입각한 현실적 모델을 제시하는 것이었다. 이를 위해 본 논문 II절은 의료체계의 다양성과 다층적 자율성 단계를 포괄할 수 있는 관계적 자율성 논의를 중심으로 생명의료윤리 영역에 적합한 자율성 논의, 즉 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성을 제시하였다. 행위자의 이성, 감정, 욕구, 욕망 등의 내적 상태의 관계, 행위자의 인간적 관계, 행위자를 둘러싸고 있는 사회적 정치적 환경 등의 모든 관계를 고려하는 관계적 자율성 논의가 생명의료윤리 영역의 현실적 자율성을 설명하는 데 효과적이기 때문이다. 더욱이 이러한 자율성 논의가 역량 중심 접근법의 역량 개념과의 관계 속에서 설명될 때, 형식적 논의를 넘어서 역량의 강

58) 본 논의와 관련해서 환자의 자율성을 강화하는 방안 중의 하나는, 현재 의료 기관에 존재하는 의료사회복지사 제도를 강화하고 확대하는 것이 될 것이다. 의료법 시행규칙 제28조의 6에 의거하여 종합병원에는 1명 이상의 사회복지사를 두도록 되어 있고, 병원이나 의료관련 기관에서 일하는 의료사회복지사는 환자의 경제적 어려움 등과 관련해서도 상담해서 돕고 있다. 그러나 이러한 제도가 현재는 활성화되어 있지 못하다.

화를 도모하는 실질적인 자율성 논의를 제시할 수 있기 때문이다. III절은 II절에서 제시된 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 개념이 현실에서 작동할 수 있는 모델을 제시하였다. 현대 다원주의 사회에서는 다양한 의사 정체성이 존재하며 이로 인한 현실적인 차원에서의 다양한 의료체계가 존재할 수 있을 뿐만 아니라, 자율성 논의와 관련된 다양한 상황과 조건이 환자의 다층적인 자율성 단계를 형성한다. 이러한 다양성에도 불구하고 기존의 생명의료윤리 영역에서의 자율성 논의는 의사와 환자를 고정적으로 보았을 뿐만 아니라, 그 관계를 협소한 관점으로 한정시켜 현대 다원주의 사회에서의 적합한 자율성 논의를 제시하지 못했었다. 이를 극복하기 위해 본 논문은 다원적 의료체계와 다층적 환자 상태를 중심으로 개인의 자율성을 강화하는 방향의 모델을 제시했다. 즉 환자의 다양한 관계에서 형성된 자아가 내적, 외적 제약과 억압들을 극복할 수 있는 제도적이고 비제도적인 구조를 통해

개인의 자율성을 형성하고 강화하는 방향, 즉 역량을 강화하는 방향으로 진행되는 다형적 모델을 제시하였다.

본 논문이 제시하는 다형적 모델은 현대의 다원주의적 현실을 반영하기 위한 방안으로 역량 중심 접근법에 입각한 관계적 자율성 개념에 근거하고 있다. 다형적 모델이 현실적으로 실현가능하기 위해서는 관계적 자율성을 형성하고 강화할 수 있는 제도적, 비제도적인 문화적, 개인적 차원의 노력이 요구된다. 앞서서도 언급했던 것처럼 이러한 변화, 특히 개인의 인식 변화는 적지 않은 시간과 노력을 필요로 한다는 점에서 다형적 모델이 갖는 한계일 수도 있다. 이러한 한계를 극복하기 위한 이론적이고 실천적인 차원의 추가 연구가 필요하다.

색인어

합당한 다원주의, 개인적 자율성, 관계적 자율성, 역량 중심 접근법, 다형적 모델

Revisiting Autonomy in Bioethics: Focusing on 'Relational Autonomy Based on the Capability Approach' and the 'Plural Forms Model'*

MOK Kwangsu**, RYU Jaehan***

Abstract

The purpose of this paper is to search for a justifiable concept of autonomy that feasibly applies to bioethics and, based on this inquiry, suggest a practical model in a modern pluralist society. For this purpose, we classify personal autonomy into 'metaphysical autonomy' as the ideal theory guiding practical theories and both 'narrow bioethical autonomy' and 'wide bioethical autonomy' as non-ideal theories. We criticize narrow bioethical autonomy theories such as those posited by Tom Beauchamp and James Childress. Not only do they fail to flesh out metaphysical autonomy theories such as Harry Frankfurt's, but they are not feasible because they ignore patient relationships and circumstances. We argue that Amartya Sen's capability approach compliments the feminist concept of relational autonomy. Not only can this combination overcome the weaknesses found in narrow bioethical autonomy theories, but it allows for a practical framework to remove injustice and support autonomy. We call this combination 'relational autonomy based on the capability approach' and classify it as a theory of 'wide bioethical autonomy.' Based on this inquiry, we suggest a 'plural forms model' in a reasonable pluralism, which can reduce many of the autonomy-related conflicts. This model is useful in medical institution reform for explaining the plurality in both physicians' identities and cases of patients' autonomy (such as ambivalence) while it enhances patient autonomy through institutional and non-institutional reforms.

Keywords

reasonable pluralism, personal autonomy, relational autonomy, capability approach, plural forms model

* The first version of this paper was presented in a conference (June 21, 2013), which Ewha Institute for Biomedical Law & Ethics organized.

** Department of Philosophy, Gyeongsang National University: Corresponding Author

*** Ph.D Candidate, Department of Philosophy, Gyeongsang National University