

온정적 간섭주의는 자율성의 이름으로 정당화될 수 있는가? : 온정적 간섭주의와 환자의 자율성 및 환자의 최선의 이익에 대한 고찰*

조선우**

요약

자율성 존중의 원칙은 악행금지의 원칙, 선행의 원칙, 정의의 원칙과 함께 생명의료윤리의 가장 중요한 원칙들 중 하나로 여겨지고 있다. 비침과 쉐드리스는 『생명의료윤리의 원칙들』에서 이 네 가지 원칙을 주어진 상황에 따라 서로에게 제한을 가하면서 균형을 이루어야 하는 것으로 제시하고 있는데, 현실적으로 의료현장에서 우리가 많이 접하게 되는 상황들에서 두드러지는 것은 자율성 존중의 원칙과 선행의 원칙 사이의 충돌이다. 고대로부터 선행은 보건의료에서의 일차적 의무들을 나타냈고, 의사들이 자신들이 가지고 있는 정보와 환자의 상태에 대한 판단에 근거하여 환자를 치료하는 것은 당연한 것으로 여겨져 왔다. 그러나 지난 몇십 년 동안 특히 서구 사회에서는 독립적인 판단을 내릴 수 있는 환자의 권리가 주목을 받으면서, 선행의 원칙에 근거하여 이루어지던 온정적 간섭주의적 개입의 문제들이 부각되어 왔다. 그리고 이와 동시에 여러 학자들은 자율성에 대한 지나친 강조에 대해 우려하기도 했다. 이러한 담론들 속에서 비침과 쉐드리스가 지적하고 있듯이 환자의 자율성 존중이 그 환자들에 대한 의료 전문인의 선행보다 우선해야 하는지의 문제는 생명의료윤리학의 중심 문제로 자리잡게 되었다. 이 글은 이 문제에 답하는 하나의 방식으로, 자율성을 근거로 하여 온정적 간섭주의가 정당화될 수 있음을 보임으로써 이 둘을 화해시키려고 시도한 서스트란드 등의 논의를 검토하고, 이러한 과정에서 보건의료에서의 자율성 문제에 대해 살펴본다. 이 글은 이러한 논의를 통해 역설적으로 자율성 존중의 원칙의 한계가 드러난다고 주장하고, 온정적 간섭주의는 자율성이 아닌 선행의 목적, 즉 환자의 최선의 이익에 대한 고려를 근거로 정당화되어야 한다고 주장한다. 또한 이 글은 이러한 논의의 연장선상에서 환자의 자율성은 어떤 우선적이고 독자적인 고려 사항이라기보다는 환자의 최선의 이익의 일부로 사고되어야 한다고 주장한다.

색인어

환자의 자율성, 온정적 간섭주의, 선행의 원칙, 환자의 최선의 이익

교신저자: 조선우, 이화여자대학교 생명윤리법연구소, Tel: 02-3277-4238, Fax: 02-3277-4238, e-mail: sunwoo00@gmail.com

* 이 논문은 2012년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2012S1A5B8A03034450).

** 이화여자대학교 생명윤리법연구소

www.kci.go.kr

I. 서론

자율성 존중의 원칙은 생명의료윤리의 여러 문제들과 관련하여 가장 중요한 원칙들 중 하나로 여겨지고 있으며, 그것은 부분적으로는 비참(Tom L. Beauchamp)과 칠드리스(James F. Childress) [1]가 『생명의료윤리의 원칙들』에서 악행금지 원칙, 선행 원칙, 정의 원칙과 함께 자율성 존중의 원칙을 가장 중요한 네 가지 원칙으로 제시한 데 기인하고 있다. 이 네 가지 원칙은 주어진 상황에 따라 서로에게 제한을 가하면서 균형을 이루어야 하는 것으로 제시되고 있는데, 특히 의료현장에서 우리가 접하게 되는 많은 상황들에서 두드러지는 것은 자율성 존중의 원칙과 선행의 원칙 사이의 충돌이다. 고대로부터 선행은 보건의료에서의 일차적 의무들을 나타냈고, 의사들이 자신들이 가지고 있는 정보와 환자의 상태에 대한 판단에 근거하여 환자를 치료하는 것은 당연한 것으로 여겨져 왔다. 그러나 지난 몇십 년 동안 특히 서구 사회에서는 독립적인 판단을 내릴 수 있는 환자의 권리가 주목을 받으면서, 선행의 원칙에 근거하여 이루어지던 온정적 간섭주의적(paternalistic) 개입의 문제들이 부각되어 왔다. 그러한 개입을 통해 환자의 이익이라는 이름 아래 환자의 자율성이 무시되고 그로 인해 환자의 권리 및 존엄성이 침해당할 수 있다는 것이다. 그리고 이와 동시에 여러 학자들은 자율성에 대한 지나친 강조에 대해 우려하기도 했다[2-4]. 그것이 환자가 원치 않을 때조차 환자에게 결정을 내릴 것을 강요함으로써 오히려 환자가 실제로 원하는 바를 무시하거나 실제로는 지나친 주관주의나 개인주의로 이어져 다른 중요한 여러 가치들 및 도덕적 공동체의 중요성을 간과하게 한다는 것이다. 이러한 담론들 속에서 비참과 칠드리스가 지적하고 있듯

이 환자의 자율성 존중이 그 환자들에 대한 의료전문인의 선행보다 우선해야 하는지의 문제는 생명의료윤리학의 중심 문제로 자리잡게 되었다 [1].

필자는 이 문제에 답하는 하나의 방식으로, 자율성을 근거로 하여 온정적 간섭주의가 정당화될 수 있음을 보임으로써 이 둘을 화해시키려고 시도한 셔스트란드(Manne Sjöstrand) 등의 논의를 검토하고, 이러한 과정에서 보건의료에서의 자율성 문제에 대해 심도 있게 살펴볼 것이다. 필자는 이러한 논의를 통해 역설적으로 자율성 존중의 원칙의 한계가 드러난다고 주장하고, 온정적 간섭주의는 자율성이 아닌 선행의 목적, 즉 환자의 최선의 이익에 대한 고려를 근거로 정당화되어야 하며 이 때 환자의 자율성 행사 여부는 어떤 우선적이고 독자적인 고려 사항이라기 보다는 환자의 최선의 이익의 일부로서 사고되어야 한다고 주장할 것이다.

II. 환자의 자율성과 온정적 간섭주의의 충돌

비참과 칠드리스[1]에 따르면, 온정적 간섭주의는 한 사람의 선호나 행위를 다른 사람이 의도적으로 무시하는 것으로, 여기에서 타인의 선호나 행위를 무시하는 사람은 자신의 선호나 행위가 무시되는 사람에게 이익을 준다는 목적이나 그 사람에게 발생할 해를 막거나 완화한다는 목적에 호소함으로써 이러한 무시를 정당화한다. 온정적 간섭주의는 전형적으로 그것이 자율적이지 않은 환자를 향할 때 약한 것으로, 그리고 그것이 자율적인 환자를 향할 때 강한 것으로 불린다. 온정적 간섭주의에 대한 비참과 칠드리스의 정의에서 드러나듯이, 온정적 간섭주의는 선행을 목적으로 어떤 사람이 표현한 선호나 그의 결

정을 의도적으로 무시하는 것이기 때문에, 온정적 간섭주의와 자율성이 충돌하는 것은 자연스럽다. 그러나 자율성 존중의 원칙이 생명의료윤리의 가장 기본적인 원칙들 중 하나라는 것을 고려해볼 때, 이러한 충돌에도 불구하고 온정적 간섭주의의 정당성이 확보된다는 것이 입증되어야 한다. 이러한 시도들 중 하나로 필자가 이 글에서 주목하는 것은 자율성의 침해로 문제가 되는 온정적 간섭주의의 정당성을 역설적이게도 자율성을 근거로 하여 확보하려는 시도이다.

비침과 칠드리스는 이러한 정당화의 가능한 한 가지 방식을 소개하는데, 이러한 방식을 택한 학자들 중 한 명인 드워킨(Gerald Dworkin) [5]은, 온정적 간섭주의는 완전히 합리적인 사람들이 그들 스스로를 보호하기 위해 가입할 “사회보험 정책” 같은 것이라고 말한다. 즉, 우리의 자율성에 문제가 생길 때 다른 사람들이 우리의 행위를 통제하는 제한적 권한을 갖는 것에 우리가 동의할 것이라고 가정할 수 있기 때문에, 온정적 간섭주의에 의해 우리의 결정이 무시되는 것은 우리의 암묵적 동의에 의한 것이라고 볼 수 있는 것이다. 이러한 논리에 따르면 온정적 간섭주의는 우리의 자율성을 실질적으로 침해하는 것이 아닐 수도 있게 될 것이다[6].¹⁾ 그러나 비침과 칠드리스는 이러한 접근이 개인의 실제적 동의를 포함하고 있지 않다는 점에 주목하여, 이러한 방식으로는 자율성과 온정적 간섭주의가 화해될 수 없으며 온정적 간섭주의는 선행의 원칙만으로 정당화될 수 있음을 시사한다. 그들은 이러한 맥락에서 “...온정적 간섭주의로부터 자율성에 기초한 정당화를 적당한 거리에 두는 것이 최선이다. ...우리는 자녀들이 나중에 우리의 개입에 동의할 것이라거나 합리적으로 우리의 개

입을 승인할 것이기 때문에 자녀들을 통제하는 것이 아니다. 우리는 자녀들이 더 나은 또는 최소한 덜 위험한 삶을 살 것이라고 생각하기 때문에 그들을 통제하는 것이다”라고 말한다[1]. 그러나 온정적 간섭주의에 대해 논의하면서 이들이 자율성에 대한 고려를 완전히 배제하는 것은 아니다. 왜냐하면 이들은 곧바로 “따라서 온정적 간섭주의적 행동에 대한 가장 그럴듯한 정당화는 [간섭을 통해 얻어지는] 이득을 자율성에 대한 관심과 함께 저울에 올려놓고, 이 둘의 균형을 잡는 것이다”라고 말하고 있기 때문이다. 이에 따라 비침과 칠드리스는 약한 온정적 간섭주의적 행위들과 강한 온정적 간섭주의적 행위들의 매우 제한된 범위만이 정당화될 수 있다고 주장한다.

그러나 온정적 간섭주의에 대한 정당화 및 온정적 간섭주의와 자율성의 관계와 관련하여, 자율성을 근거로 하여 온정적 간섭주의를 정당화함으로써 이 둘을 화해시키는 것이 불가능하다고 단정하는 것은 아직 성급한 일일 수 있다. 필자는 이 글에서 최근 다시 한 번 자율성의 이름으로 온정적 간섭주의를 정당화할 수 가능성에 대해 깊이 있게 논의한 셔스트란드 등[7]의 논의에 주목한다. 이들은 자율성이 침해당하지 않아야 할 권리일 뿐만 아니라 우리가 보호하고 증진해야 할 가치 있는 것이라는 전제 위에서, 환자의 자율성을 보호하고 증진시키는 일 자체가 환자를 이롭게 하는 것이며 이러한 측면에서 환자를 이롭게 하려는 목적의 온정적 간섭주의는 자율성 존중의 원칙과 필연적으로 대립하지 않는다고 주장한다. 그리고 이들은 환자의 실질적 자율성을 침해하게 되는 강한 온정적 간섭주의의 경우와 그렇지 않은 약한 온정적 간섭주의의 경

1) 존 롤스 역시 온정적 간섭주의에 대해 이와 유사한 입장을 개진하고 있다. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press, 1971 : 248-249.

우를 구분하여 그것들이 각각 자율성에 근거하여 정당화될 수 있는지 고찰한다. 필자는 이들의 논의를 온정적 간섭주의의 정당성에 대한 비침과 칠드리스의 논의와 비교하여 살펴볼 것이다.

III. 강한 온정적 간섭주의

온정적 간섭주의에 대한 비침과 칠드리스의 논의는 강한 온정적 간섭주의에 집중되어 있다. 이들은 약한 온정적 간섭주의의 경우에는, 그 핵심조건인 환자의 실질적 자율성의 부재 때문에 자율성과 선행 사이의 성가신 충돌이 일반적으로 존재하지 않으며 따라서 약한 온정적 간섭주의는 이론적으로 그다지 문제될 것이 없다고 보는 것 같다. 물론 어떤 사람의 행위가 실질적으로 비자율적인지의 여부를 결정하는 어려움 및 행위의 적절한 수단을 결정하는 어려움 때문에 약한 온정적 간섭주의가 도덕적으로 복잡할 수 있지만, 우리가 어떤 사람들을 그들이 통제할 수 없는 조건에 의해 그들에게 발생하는 해로부터 막아야 한다는 것은 논쟁이 되는 전제가 아니라는 것이다[1].

비침과 칠드리스가 강한 온정적 간섭주의의 문제에 보다 주의를 기울이는 것은, 여기에는 온정적 간섭주의적 개입에 의해 침해되는 실질적 자율성이 있기 때문이다. 그들은 “사소하게 자율성을 존중하지 않으면서 중대한 해를 막거나 중대한 이익을 제공하는 것은 그럴 듯한 온정적 간섭주의적 명분을 지닌다. 사실상, 우리가 여기서 주장하는 것처럼 심지어 강한 온정적 간섭주의적 행위들도 때때로 정당화될 수 있다”고 말한다[1]. 그리고 그들은 그러한 정당화의 다섯 가지 조건을 나열한다. 그것은 첫째로 환자가 중대한 예방 가능한 해를 입을 상황에 있다는 것, 둘째로 온정적 간섭주의적 행위가 아마도 그 해

를 막아줄 것이라는 것, 셋째로 온정적 간섭주의적 행위가 그 환자에게 가져다주는 이익이 그 환자에게 미치는 위험을 능가한다는 것, 넷째로 자율성을 제한하는 것을 대체할 합리적인 대안이 존재하지 않는다는 것, 그리고 마지막으로 이익을 보장하고 위험을 줄여주면서 자율성을 가장 적게 제한하는 대안이 채택된다는 것이다.

이러한 논의에 따라 비침과 칠드리스가 정당화되는 강한 온정적 간섭주의적 개입의 예로 제시하는 것은 척추조영술 검사 결과를 받은 한 환자의 사례이다. 그 검사는 심각한 병적 이상을 암시하고 있었지만 최종 결론을 내리려면 재검사가 필요한 상황에서, 환자에게 사실을 알릴 경우 환자는 우울해하거나 초조해질 것이고 그 환자 및 다른 환자들에 대한 오랜 경험으로부터의 지식에 근거했을 때 의사는 그 사실이 재검사에 대한 환자의 결정에 영향을 미치지 않을 것이라고 확신한다. 그래서 의사는 두 번째 검사 결과에 대해서는 환자가 수술 여부를 결정할 필요가 있기 전에 정보를 완전히 진실되게 알리고자 하지만, 이번 검사 결과에 대해 환자가 물었을 때에는 그에게 부정적인 정보를 알리지 않기로 결정한다. 비침과 칠드리스는 이 사례에서 선행이 자율성 존중보다 (일시적으로) 우선시되기는 하였지만 이 의사의 일시적인 비공개 행위는 도덕적으로 정당화된다고 말한다[1]. 즉 여기서 일시적으로 침해되는 환자의 자율성은 사소한 것이라고 할 수 있고, 그러한 침해를 통해 환자가 우울해지거나 초조해지는 것을 피할 수 있다는 것은 중대한 이익이라는 것이다. 그러나 비침과 칠드리스는 자신의 뿌리 깊은 종교적 신념 때문에 수혈을 거부하는 여호와의 증인 신자의 사례와 관련해서는 이 환자에게 수혈을 제공함으로써 강제로 개입하는 것은 환자의 실질적인 자율성을 사소하지 않은 방식으로 침해하는 것이 되기

때문에 정당화될 수 없다고 인정하는 것으로 보인다. 이들은 자율성에 대한 논의에서도 이 사례를 언급하면서 “만약 여호와와 증인 신자가 자신의 신앙의 교리를 고수하면서 수혈을 거부하는 것이 비자율적이고 존중할 만한 가치가 없는 것으로 받아들여진다면 제도적 권위에 대한 신뢰에 기반을 둔 우리의 많은 선택들이 존중받을 만한 가치가 없는 것으로 여겨질 것이다”라고 말하고 있기 때문에[1] 이 사례에 대한 이들의 입장은 분명해 보인다. 이렇게 비침과 첼드리스는 침해되는 자율성의 정도와 그러한 침해를 통해 확보되는 환자의 이익 사이의 균형 여부에 따라 온정적 간섭주의적 사례들의 정당성 여부가 판단될 수 있다고 본다.

서스트란드 등[7]은 비침과 첼드리스와 마찬가지로 강한 온정적 간섭주의가 경우에 따라 정당화될 수 있다는 입장을 개진하고 있다. 그러나 이들의 논의는 가치 있는 것으로서의 자율성 개념에 입각해 있다는 점에서 자율성을 주로 권리의 측면에서 파악하는 비침과 첼드리스[1]와 구분된다. 이들에 따르면 자율성을 권리, 특히 소극적(negative) 권리의 측면에서 파악하는 경우에는 환자들이 자신들이 동의하지 않는 치료를 받아들이도록 강제되거나 조종되지 않을 권리가 우선적으로 강조되기 때문에, 자율적이라고 간주되는 환자의 선호나 결정을 무시하는 강한 온정적 간섭주의적 개입은 자율성의 측면에서 일단 부정적으로 판단될 수밖에 없다. 그렇지만 자율성을 가치로 파악하는 경우에는, 환자가 표현한 선호나 환자의 결정을 무시함으로써 그 결과로 환자의 더 큰 자율성이 확보된다는 것이 입증될 수 있는 한, 일차적인 환자의 자율성 침해는 역설적으로 자율성의 측면에서 정당화될 수 있다. 특히 그들은 자율성의 실제적 행사뿐만 아니라 자율성을 행사할 수 있는 역량의 측면에서 자

율성을 사고하고, 온정적 간섭주의적 개입을 통해 침해되는 현재의 자율성뿐만 아니라 그러한 개입을 통해 확보되는 미래의 자율성을 고려함으로써 자율성의 침해를 통한 자율성의 보호 및 항상 가능성을 주장하고 그것을 기반으로 하여 온정적 간섭주의를 정당화할 수 있는 가능성을 살펴본다.

이러한 논의가 적용될 수 있는 강한 온정적 간섭주의의 사례로 서스트란드 등이 주목하는 것은, 계속 깊은 진정 상태에 있을 수 있도록 진정제를 투여해줄 것을 요구하는 자율적인 환자의 요구를 거부하는 것, 부상을 입어 재활 치료를 받고 있던 환자가 어떤 사고나 큰 고통을 겪은 직후 치료를 거부할 때 그 결정을 무시함으로써 이 환자가 자신이 처한 새로운 상황에 적응하고 그것을 받아들이도록 하는 것, 그리고 (고통) 완화의료를 받고 있던 환자가 불치병의 말기 단계에서 자신의 삶을 마감하기 위한 도움을 요청할 때 그 요청을 거부하는 것 등이다. 이 사례들에서 환자들의 선호 및 자율적 결정을 무시하는 온정적 간섭주의적 개입을 정당화하는 근거는 그렇게 함으로써—즉 그렇게 일차적으로 그들의 자율성을 침해함으로써—이 환자들이 이미 가지고 있는 자율성이 소멸되지 않도록 해야 한다는 것이다. 흥미롭게도 이러한 사례들은 주체가 자율성을 결여하고 있다는 사실이 아니라 오히려 주체가 이미 자율적 주체라는 사실을 통해 온정적 간섭주의적 개입이 정당화된다는 점에서 약한 온정적 간섭주의의 사례들과 구분된다[7].

그러나 서스트란드 등은 이러한 모든 사례들이 자율성을 근거로 하여 확실히 정당화될 수 있는지에 대해서는 조금 회의적이다. 왜냐하면 일차적으로 침해되는 자율성보다 그 결과로 보호되거나 확보되는 자율성이 더 크다는 것이 분명하지 않은 경우들이 있기 때문이다. 특히 이들은

자신의 삶을 마감할 수 있도록 도움을 구하는 환자의 요청을 거부하는 온정적 간섭주의적 개입은 정당화되기 어려울 수도 있다는 입장을 드러내는데, 왜냐하면 이들은 현재의 자율성을 침해함으로써 확보되는 미래의 자율성이라는 것이 어느 정도일 수 있는지 불확실하다는 점과, 온정적 간섭주의적 개입으로 얻어질 미래의 자율성이 자신의 삶을 살아가는 방식과 그 삶을 마치는 방식에 대한 환자의 핵심적 바람을 무시함으로써 침해되는 자율성을 언제나 상회할 것이라고 단정할 수 없음을 인정하기 때문이다[7]. 그러나 이러한 점들을 모두 고려하고 있음에도 불구하고 이들은 특정 경우에는 강한 온정적 간섭주의적 개입이 정당화될 가능성이 크다고 주장하는데, 이러한 특정 경우에는-비침과 철드리스가 정당화된다고 보지 않았던 강한 온정적 간섭주의의 사례인-자신의 종교적 신념에 따라 수혈을 거부하는 여호와의 증인 신자의 사례가 해당된다. 이들은 이 사례에서처럼 온정적 간섭주의적 개입을 통해 오랜 시간의 자율적 삶이 확보될 수 있는 경우에는 자율성을 근거로 하여 강한 온정적 간섭주의를 정당화하는 것이 좀 더 가능할 수 있으며, 따라서 자율성이 언제나 보건 의료에서의 강한 온정적 간섭주의를 반대하는 이유가 되는지 명백하지 않다고 주장한다.

그러나 이들이 정당화되기 힘든 사례로 간주한 불치병 말기 환자의 사례와 이들이 정당화되기 쉽다고 주장하는 여호와의 증인 신자의 사례는 정말로 확실히 구분될 수 있는 것일까? 먼저 환자의 연장되는 수명만큼 그 환자의 미래 자율성이 더 많이 확보될 수 있다는 이들의 전제하에서 생각해보면, 환자의 목숨을 연장하기 위한 최대한의 노력을 기울였을 때 전자의 경우보다는 후자의 경우에 환자가 얻을 것이라고 기대되는 수명이 더 길 수 있지만, 인간의 수명과 관련

하여 확실한 것은 없다. 적은 확률이기는 하지만 경우에 따라 억지로 수혈을 받게 된 여호와의 증인 신자가 불치병 말기 환자보다 더 먼저 사망할 수도 있다. 또한 그들의 그 전제 역시 타당하지 않을 수 있는데 왜냐하면 여호와의 증인 신자가 자신의 종교적 신념에 위배되는 수혈에 의해 자신의 수명이 연장되었다는 것을 알게 되었을 때 그는 자신이 죽게 될 것을 미리 알게 된 환자처럼 무기력해지고 자신의 자율성을 행사할 의지 또한 잃어버릴 수도 있기 때문이다. 즉 그의 수명은 연장되더라도 그의 자율성은 실질적으로 거의 연장되지 않을 수 있다. 뿐만 아니라 이 두 사례의 간극을 좀 더 근본적으로 좁힐 수 있는 논증이 셔스트란드 등[7]에 의해 제공되고 있다는 점에 주목할 만하다.

그들은 강한 온정적 간섭주의가 경우에 따라 자율성을 근거로 하여 정당화될 수 있으며 따라서 자율성이 언제나 강한 온정적 간섭주의와 대립하는 것은 아니라고 주장한 후, 그럼에도 불구하고 보건 의료정책의 측면에서는 강한 온정적 간섭주의적 정책을 피하는 것이 좋다는 입장을 피력하고 있다[7]. 왜냐하면 첫째로, 설령 강한 온정적 간섭주의적 개입을 통해 자율성이 전반적으로 향상될 수 있다고 하더라도 그 개입의 과정에서 침해되는 자율성이 있다는 것은 간과될 수 없기 때문에, 자율성의 어떠한 침해도 없이 자율성을 향상시킬 수 있는 대안이 있다면, 즉 이를테면 교육이나 상담 혹은 심리치료 같은 것이 효과적일 수 있다면 그것을 채택하는 것이 더 옳기 때문이다. 그리고 둘째로, 강한 온정적 간섭주의적 개입이 실제로 자율성의 향상이라는 목적의 측면에서 효과적이지 않을 수 있기 때문이다. 필자가 보기에, 이들이 이 주장을 뒷받침하기 위해 끌어오는 린들리(Richard Lindley) [8]의 이론은 실제로 강한 온정적 간섭주의적 정

책이 효율적이지 않다는 것뿐만 아니라, 셔스트란드 등이 정당화될 수 있다고 주장한 강한 온정적 간섭주의적 개입 역시 자율성을 근거로 해서 정당화될 수 없음을 보여주고 있다.

린들리는 『자율성(Autonomy)』이라는 자신의 책에서 온정적 간섭주의적 정책을 반대할 수 있는 몇 가지 근거를 제시하는데, 그 근거로는 일반적으로 사람들이 자기 자신의 이해관계에 대해 다른 사람보다는 잘 이해할 뿐만 아니라 공공 기관 등에서 자신의 자유가 제약받지 않기를 선호하는 경향을 가지고 있다는 것과, 권력을 가진 사람들은 자신의 이해관계가 자신의 권력이 미치는 이들의 이해관계와 대치된다는 것을 인식하지도 못한 채로 자신의 이해관계에 도움이 되는 방식으로 자신의 권력을 사용하기 쉽다는 것이 포함된다. 즉 의료진이 환자의 치료와 관련된 결정을 내릴 때, 그가 선행의 원칙을 지키려는 의도를 가지고 있다는 것만으로는 그가 정말로 환자에게 가장 도움이 되는 온정적 간섭주의적 개입을 할 것이라는 보장이 없다는 것이다. 그러나 린들리가 제시하는 가장 중요한 근거이자 자율성을 근거로 하여 온정적 간섭주의적 정책을 주장할 수 없게 하는 근거는, 자율성이라는 것이 쉽게 획득되거나 분배될 수 있는 것이 아니며, 자율성은 삶을 살아가는 과정에서 자기 자신의 결정을 내리는 연습, 즉 그것이 현명한 결정이든 아니든 자신의 자율성을 계속해서 행사하는 연습을 통해 향상될 수 있다는 것이다[8]. 이렇게 강한 온정적 간섭주의적 정책을 통해 자율성이 침해당할 것은 확실한 반면 그러한 침해의 대가로 환자에게 이익이 주어질 것이 보장되지 않을 뿐만 아니라 특히 자율성이 향상될 것을 기대하기 힘들다면, 자율성에 대한 고려에 기초하여 강한 온정적 간섭주의적 정책에 반대하는 것은 합당해 보인다.

다시 앞에서 논의한 사례들로 돌아가면, 온정적 간섭주의적 개입으로 연장된 말기 환자의 수명과 여호와의 증인 신자의 수명 사이에 유의미한 차이가 있다고 해도 후자의 경우에 확보되는 자율성이 훨씬 더 크다고 말하기는 어렵다. 왜냐하면 린들리가 지적하는 것처럼 자율성은 쉽게 획득되는 것이 아니며, 그것은 수명의 연장보다는 자율성을 행사하는 연습에 의해 향상될 것을 기대할 수 있는 것이기 때문이다. 또한 이미 중요한 선택의 기록에서 자신의 중요한 신념에 따라 자율성을 행사하는 데 실패한 환자가 남은 인생동안 적극적으로 자율성을 행사하면서 살아갈 것이라는 보장이 없기 때문이다. 결국 셔스트란드 등은 강한 온정적 간섭주의적 개입이 경우에 따라 자율성에 근거하여 정당화될 수 있다는 주장을 자신들의 다른 주장들과 모순되지 않는 방식으로 성공적으로 뒷받침하지 못하고 있는 것으로 보인다.

IV. 약한 온정적 간섭주의

그렇다면 비침과 쉘드리스가 자율성과 선행 사이의 성가신 충돌이 없어 쉽게 정당화될 수 있을 것으로 간주한 약한 온정적 간섭주의는 어떨까? 필자는 약한 온정적 간섭주의를 심도 있게 분석한 셔스트란드 등의 논의에 집중하여, 약한 온정적 간섭주의가 과연 자율성에 근거하여 쉽게 정당화될 수 있는지 살펴볼 것이다. 약한 온정적 간섭주의에 대한 이들의 논의에서 주목할 만한 것은, 이들이 자율성에 대한 논의에서 핵심적 역할을 담당하는 세 가지 요소로 의사 결정 능력(competence), 결정을 실행에 옮기고 자신의 욕구, 목표, 계획 등을 성공적으로 실현할 수 있는 실행력(efficiency), 그리고 진정성(authenticity)에 주목하며 이 각각의 측면에서

약한 온정적 간섭주의를 분석하고 있다는 것이다. 특히 이들은 의사결정 능력이 있는 사람이라도 실행력을 가지기 위해서는 충분한 정보를 가지고 있어야 한다는 점에서 정보를 실행력의 중심이 되는 전제 조건이라고 보고, 실행력의 측면에서의 분석은 주로 환자에게 제공하는 정보의 측면에서 진행한다. 그리고 이들이 논의하는 자율성의 구성 요소로서의 진정성은 주체의 욕구와 관련된 것으로, 세뇌나 자기기만 혹은 조종이나 강압에 의한 것이 아닌 욕구가 자율적 욕구라는 아이디어에 기반하고 있다. 이러한 세 가지 요소들은 비침과 칠드리스의 자율성에 대한 논의에도 확실하게 포함되어 있는 것이다. 비침과 칠드리스[1]에 따르면 자율성의 세 가지 조건은 1)의도적으로 2)이해하면서 3)통제적 영향력으로부터 벗어나서 행위하는 선택자가 있어야 한다는 것이고, 환자의 자율성 실현에서 핵심적 역할을 하는 충분한 정보에 의한 동의의 중요한 구성요소로 이들이 제시하는 것은 의사결정능력, 의사결정시의 자발성, 정보의 공개 및 이해, 그리고 환자의 결정과 승인이기 때문이다. 여기에 확실하게 포함되어 있는 것은 의사결정능력과 정보의 획득 및 이해를 바탕으로 한 실행력이지만, 진정성 역시 위의 조건 중 “통제적 영향력으로부터 벗어나서”라는 항목과 연결되는 것으로, 이것은 비침과 칠드리스뿐만 아니라 프랭크푸르트(Harry Frankfurt)를 포함한 여러 학자들이 특히 약물중독자나 알코올 중독자의 자율성에 대해 논의하면서 진지하게 고려했던 요소이다 [1,9,10]. 따라서 이 세 가지 요소들의 측면에 집중하여 자율성과 약한 온정적 간섭주의에 대해 논의하는 것은 적절한 것으로 보인다.

1. 의사결정능력과 온정적 간섭주의

서스트란드 등[7]은 먼저 의사결정능력의 측면에서 약한 온정적 간섭주의를 검토한다. 이들이 사용한 예를 보면, 뇌염으로 인해 판단력이 흐려진 환자가 그의 정신적 능력을 복구하는 데 필요한 치료를 거부하는 경우, 그러한 환자의 거부에도 불구하고 치료를 강행하는 것은 약한 온정적 간섭주의적 개입이다. 왜냐하면 이 환자의 경우 의사결정능력이 온전하다고 볼 수 없기 때문에 그의 결정을 무시하는 것은 그의 실질적 자율성을 침해하는 것이 아니기 때문이다. 또한 이 경우의 강제적 개입은 그의 정신적 능력을 복구하는 것을 통해 자율성, 특히 의사결정능력을 복구하는 것이기 때문에 결과적으로 환자의 자율성은 침해되는 것이 아니라 증진된다. 따라서 이와 같이 의사결정능력을 복원, 혹은 증진하기 위해 시행되는 약한 온정적 간섭주의적 개입은 자율성의 이름으로 쉽게 정당화되는 것으로 보인다.

2. 실행력과 온정적 간섭주의

실행력의 측면에서 약한 온정적 간섭주의에 대해 논의하기 위해 서스트란드 등은 밀(John Stuart Mill) [11]이 제시한 파손된 다리를 막 건너려고 하는 한 사람의 사례를 사용한다. 그가 다리 위로 걸음을 내딛는 것을 막지 않고서는 다리가 파손되었다는 것을 그에게 알릴 방법이 없다면, 우리가 그를 막고 사실을 알리는 것은 정당화될 것이다. 이 경우에 그가 다리가 파손되었다는 것을 알기만 한다면 다리를 건너지 말아야 한다고 판단할 수 있는 사람이라면, 그에게는 의사결정능력이 부족하지는 않지만 이 능력을 제대로 발휘하기 위해 필요한 정보가 부족한 것이며 결국 그에게는 실행력이 부족한 것이다. 따라

서 그가 다리를 건너는 것을 막음으로써 그의 행위를 방해하는 것은 그의 실질적 자율성을 침해하는 것이 아니기 때문에 약한 온정적 간섭주의의 성격을 띤다. 또한 그를 막고 그에게 필요한 정보를 제공하는 것은 필요한 정보 혹은 실행력의 측면에서 그의 자율성을 증진시키는 것이기 때문에 이러한 개입은 일견 쉽게 정당화되는 것으로 보인다[7].

그러나 셔스트란드 등은 정보의 강제적 제공이 언제나 주체의 자율성 보호 및 증진에 긍정적으로 작용하는지 의문을 던진다. 이들이 염두에 두고 있는 것은 다음과 같은 사례이다. 자신이 헌팅턴 병의 유전자를 가지고 있을 확률이 50%임을 알고 있는 환자가 현 상태에 만족하고 자신의 인생계획을 잘 세워가면서 살아가고 있는 와중에 그 유전자를 실제로 가지고 있는지의 여부를 확인하기 위한 검사를 받도록 권유받았다고 해 보자. 만약 이 검사결과가 양성으로 나온다면 그가 의기소침해지고 우울해져서 자신의 삶에 대한 계획과 목표를 실현하기 어려워질 것이라고 믿을 만한 타당한 이유가 있다면, 셔스트란드 등은 이 환자가 무지의 상태에 있는 것이 오히려 그의 (미래의) 자율성을 보호하는 데 도움이 될 수 있으며, 정보를 강제적으로 제공하는 것이 그의 자율성을 향상시키기보다는 오히려 침해하는 방향으로 작용할 수도 있다고 주장한다[7]. 물론 이 사례에서는 환자가 현재 자율성을 결여하고 있다고 간주할 타당한 이유가 없기 때문에 검사를 받지 않겠다는 그의 결정을 무시하고 검사를 시행한다고 해도 그것은 약한 온정적 간섭주의적 개입이 아닐 수 있다. 그러나 그럼에도 불구하고 이 사례는 정보의 강제적 제공이 언제나 자율성 향상에 긍정적으로 작용하는 것이 아닐 수 있음을 시사함으로써 실행력 측면, 특히 정보 제공 측면에서의 약한 온정적 간섭주의가 언제나

쉽게 정당화될 수 있는 것은 아님을 보여준다.

3. 진정성과 온정적 간섭주의

진정성의 측면에서 약한 온정적 간섭주의를 살펴보기 위하여 셔스트란드 등이 사용하는 예들 중 하나는 밀러(Bruce Miller) [12]가 제공한 것으로, 다발성 경화증이 있는 환자가 자신의 상황을 잘 받아들이고 자신이 원래 의미 있고 행복하다고 생각하던 삶을 잘 이어가다가, 한 번의 자살 시도 이후 존엄성 있게 죽을 권리를 주장하며 치료를 거부하는 사례이다. 밀러는 이러한 경우, 즉 죽고자 하는 환자의 욕구가 그의 전반적인 인생 계획 및 그에게 깊이 자리한 가치관이나 목표와 일치하지 않는 것으로 보이는 경우에, 환자의 실제 결정이 그의 진정한 욕구에 따른 결정인지 확인하기 위한 목적으로 의사가 그의 실제 결정을 무시하는 것이 정당화될 수 있다고 주장한다[12]. 이것은 존 스튜어트 밀의 일시적 개입이라는 전략, 즉 한 개인이 자율적으로 행위하고 있는지를 확인하려는 목적의 개입은 정당화된다는 것과 일치하는 것이다[1]. 물론 이 경우 그 사람의 행위가 실질적으로 자율적이라는 사실이 명백해지면 더 이상의 개입은 정당화되지 않는다. 실제로 밀러가 소개한 이 사례에서 환자의 치료거부는 담당의에 의해 무시되었고 시간이 조금 지난 후 그 환자는 자신의 상황을 새롭게 보게 되고 더 이상 죽고 싶다는 바람을 가지지 않았다고 한다. 따라서 죽기를 바라며 치료를 거부한 환자의 결정은 그의 진정한 욕구에 근거한 것이 아니었기 때문에 자율적인 것이 아니었으며, 그의 결정에 대한 무시는 실제로 그의 실질적 자율성을 침해한 것이 아니기 때문에 이러한 개입은 약한 온정적 간섭주의적 성격을 띤다. 또한 이러한 개입은 그의 진정한 욕구가 실현될

수 있도록 도와주었다는 점에서 자율성을 증진시켰다고 할 수 있기 때문에, 일견 진정성의 측면에서 이루어지는 이와 같은 약한 온정적 간섭주의적 개입은 자율성을 근거로 하여 쉽게 정당화될 수 있는 것으로 보인다.

그러나 셔스트란드 등은 이러한 정당화에서도 문제가 발생할 수 있다고 주장한다. 왜냐하면 보건의료의 맥락에서 통상적으로 온정적 간섭주의적 개입의 주체가 되는 의료진이 환자가 진정으로 무엇을 원하는지를 환자보다 더 잘 알 수 있다고 생각하기 어렵기 때문이다[7]. 물론, 예를 들어 우리가 진정한 욕구란 그 욕구를 가진 주체의 전반적 인생 계획과 그의 깊이 자리한 가치관 및 목표와 일치하는 것이라고 정의한다면, 의료진은 환자의 주변인들의 의견과 환자의 이전 기록들 및 환자와의 이전 만남들 등을 고려하여 환자가 지금 표현하는 욕구가 진정한 욕구인지 아닌지 어느 정도 추측해볼 수 있을지도 모른다. 그러나 환자의 인생 계획과 가치관 및 목표 등은 어느 시점을 계기로 바뀔 수 있는 것이고, 그로 인해 현재 가지게 된 욕구가 환자에게 있어 진정한 욕구가 아니라고 단정하기는 어렵다. 밀러가 제공한 사례에서 의료진의 판단이 옳았던 것은 순전히 우연에 의한 것이었을 가능성이 크다. 환자의 결정이 다른 사람들에게는 의아하게 보이더라도 그의 진정한 욕구에 근거한 것이고 따라서 그의 결정이 자율적인 것이라면, 그러한 결정을 무시함으로써 보호되거나 증진되는 자율성은 없을 것이다. 따라서 진정성의 측면에서 자율성의 증진을 목적으로 한 약한 온정적 간섭주의적 개입이 정말로 자율성을 증진시킬 수 있는지는 불확실하며, 진정성의 측면에서 이루어진 약한 온정적 간섭주의적 개입은 자율성의 이름으로 정당화되기 어려워 보인다.

4. 실질적 자율성과 온정적 간섭주의

지금까지 필자는 셔스트란드 등의 논의에 근거하여, 약한 온정적 간섭주의적 개입 역시도 그것이 의사능력 복원 및 증진을 위한 목적으로 진행될 때를 제외하고는 자율성의 이름으로 쉽게 정당화되지 않는다는 것을 보였다. 이제 이러한 정당화의 문제와 관련하여 필자가 추가적으로 주목하고자 하는 것은 실질적 자율성의 문제이다. 사실 약한 온정적 간섭주의가 강한 온정적 간섭주의에 비해 쉽게 정당화되는 것으로 간주되는 이유는, 전자의 경우에는 환자가 표현한 선호나 환자의 결정이 무시된다고 하더라도 그 과정에서 환자의 실질적 자율성이 침해되지 않는다고 여겨지기 때문이다. 따라서 어떤 환자에 대한 약한 온정적 간섭주의적 개입이 정당화되기 위한 기본 전제는 해당 환자가 실질적 자율성을 결여하고 있다는 것이다. 그러나 어떤 환자가 실질적 자율성을 결여하고 있는지 판단하는 것은 쉽지 않으며, 비침과 쿨드리스[1], 그리고 셔스트란드 등[7] 모두 이 점을 인정하고 있다. 후자의 연구자들은 그래서 약한 온정적 간섭주의와 강한 온정적 간섭주의의 구분이 확실한 것과는 거리가 멀지만 그것들을 출발점으로 삼아 자신들의 논의를 전개하겠다고 언급하고 있다[7]. 비침과 쿨드리스 역시 자율성에 대해 논의하면서 실질적 자율성과 비실질적 자율성의 경계가 임의적인 것으로 보일 수 있음을 인정한다. 그러나 그들은 구체적인 맥락, 이를테면 특정한 목적의 견지에서 그 둘 사이의 경계선이 조심스럽게 정해질 수 있다고 믿으며, 많은 경우 보건의료 전문가들이 환자의 자율성과 특히 의사결정능력에 대한 판단의 문지기 역할을 할 수 있다고 본다[1].

앞에서의 논의와 같은 방식으로 세 가지 측면

에서 환자의 자율성을 사고해보면, 약한 온정적 간섭주의가 정당화되려면 개입의 대상이 되는 환자는 의사결정능력, 실행력, 그리고 진정한 욕구의 측면 중 적어도 하나에서라도 자율성을 결여하고 있어야 한다. 이 중 의사결정능력과 실행력은 확실히 정도의 문제이기 때문에 그것이 실질적 자율성을 구성하게 되는 보편적 기준을 확립하기는 어렵지만, 비침과 첼드리스가 낙관적으로 주장했듯이 개별 상황에 따라 필요한 의사결정능력과 실행력의 정도를 결정하는 것이 완전히 불가능해 보이지는 않는다. 물론 이것이 언제나 쉬운 것은 아니지만, 우리는 이것들을 삶의 다른 영역들에서-비침과 첼드리스가 사용하는 예를 들자면 재판을 받는 것, 닥스훈트를 기르는 것, 수표를 쓰는 것, 의대생들에게 강의하는 것 등에서-유연하게 잘 결정하며 살아가고 있기 때문이다[1].

그러나 진정성의 문제는 실질적 자율성의 측면에서도 큰 걸림돌이 되는 것으로 보인다. 앞에서 지적되었듯이 환자의 어떤 욕구가 진정한 것인지의 여부를 환자 이외의 다른 사람, 특히 의료진이 제대로 판단할 수 없다면 어떤 개입이 환자의 실질적 자율성을 침해하는 것인지에 대한 판단 역시 불가능할 것이기 때문이다. 실상 어떤 욕구가 진정한 욕구인지 아닌지의 여부는 환자 본인에게도 분명하지 않을 수 있으며, 오직 사후적으로만 그것이 진정한 욕구였는지의 여부가 어느 정도 판단될 수 있다. 만약 우리가 환자의 결정이 자율적인지를 판단하는 데 있어 그 결정의 근거가 되는 욕구의 진정성을 중요하게 사고한다면, 즉 이를테면 약물에 계속 의지하겠다는 약물 중독자의 결정이 그 욕구의 진정성 결여 때문에 자율적인 것이 아니라고 우리 대부분이 생각한다면, 실질적 자율성이 결여된 경우와 그렇지 않은 경우를 확실히 구분하기는 어려울 것

이다. 따라서 자율성을 기준으로 강한 온정적 간섭주의와 약한 온정적 간섭주의를 나누어 특수한 경우를 제외하고는 정당화가 어려운 전자와는 달리 후자는 훨씬 쉽게 정당화될 수 있다는 식의 주장은 성공적인 것이 되기 어렵다.

V. 온정적 간섭주의와 환자의 최선의 이익

지금까지 이 글은 자율성을 근거로 하여 온정적 간섭주의가 정당화될 수 있는지에 대해 논의하면서 자율성과 온정적 간섭주의의 관계에 대해 살펴보았다. 이러한 논의를 통해 결국 온정적 간섭주의는 그것이 의사결정능력의 복원 및 증진을 위한 약한 온정적 간섭주의의 형태일 때를 제외하고는 자율성을 근거로 하여 정당화되기 어려운 것으로 드러났고, 게다가 온정적 간섭주의를 환자의 실질적 자율성의 유무를 기준으로 강한 버전과 약한 버전으로 구분하는 것도 실제로 어려운 것으로 드러났다. 그러나 이것이 온정적 간섭주의를 정당화하는 것이 일반적으로 불가능하다는 것을 의미하지는 않는다. 우리 대부분은 여전히 의료진의 권위를 인정하고, 예외적인 경우를 제외하고는 우리가 현명하지 못한 판단을 내렸을 때 의료진이 온정적 간섭주의적 방식으로 개입해주시기를 기대하기 때문이다. 오히려 지금까지의 논의가 보여준 것은 우리가 온정적 간섭주의의 정당성을 자율성이 아닌 다른 무언가에서 찾아야 할 것이라는 것이며, 그 다른 무언가의 가장 유력한 후보들 중 하나는 비침과 첼드리스가 제안하듯 선행의 원칙이자 환자의 최선의 이익일 것이다. 결국 우리는 강제적 개입의 결과로 환자가 좀 더 자율적인 주체가 되기를 기대하기보다는 환자가 더 나은 삶을 살기를 기대하는 것이다.

그러나 필자는 비침과 첼드리스의 입장에 완전히 동의하는 것은 아니다. 왜냐하면 이들이 사고하는 환자의 최선의 이익은 많은 경우 의학적 측면에서의 환자의 이익에 집중되어 있는 것으로 보이기 때문이다. 특히 이들은 많은 학자들이 선행의 원칙과 자율성 존중의 원칙을 주의 깊게 구분하지 못하고 있다고 지적하면서, 특히 환자의 최선의 이익은 그들의 선호와 밀접한 연관이 있기 때문에 환자에 대한 의료진의 주된 의무가 그것으로부터 도출된다는 요지의 선행 모델을 제시한 펠리그리노(Edmund Pellegrino)와 토마스마(David Thomasma)[13]를 비판한다. 비침과 첼드리스는 이들과 같은 방식으로 선행 모델을 구성하는 것은 자율성 모델을 단순히 재진술하는 것일 뿐이며, “만일 환자의 선호만으로 의사가 선행을 해야 할 의무의 내용이 결정된다면, 순수한 의학적 선행이라기보다는 자율성 존중이 우위를 점한 것이고, 온전한 간섭주의의 문제는 증발해버리고 만다”고 주장한다[1]. 이들은 의료 전문가가 우월한 훈련을 받고 더 나은 지식과 통찰력을 갖추고 있기 때문에 환자에게 무엇이 최선의 이익이 될지 결정할 수 있는 위치에 있으며, 의사의 온정적 간섭주의적 개입은 환자의 선호보다는 의사의 판단에 입각한 순수한 의학적 선행에 가까워야 한다는 입장을 드러내고 있는 것이다.

물론 환자의 최선의 이익을 순전히 의학적 측면에서 사고하는 것이 적절하다면 문제는 간단해질 것이고, 비침과 첼드리스가 논의하고 있는 대부분의 온정적 간섭주의적 개입의 사례들은 쉽게 정당화될 것이다. 이를테면 환자가 요구하는 정보를 제공하지 않는 것이 환자의 정서적 안정에 도움이 되고 그래서 결국 치료에도 도움이 된다면 그 정보의 차단은 의학적으로 정당화될 것이며, 환자가 거부한다고 해도 수혈을 진행

하는 것이 결국 환자에게 압박한 죽음을 막고 생명을 연장한다면 그러한 수혈은 의학적 측면에서 정당화될 것이다. 그러나 자율성의 문제는 우리의 행복과 삶의 질 측면에서 간단히 무시될 수 있는 것이 아니며 그것은 죽음의 위기를 앞두고 있는 환자에게 있어서도 예외가 아닐 것이다. 어떤 환자들은 자신의 뜻과 다른 방식으로 오래 사는 것보다 자신의 뜻에 따라 생을 마감하는 것이 훨씬 더 나은 삶이라고 생각할 것이기 때문이다. 그렇기 때문에 비침과 첼드리스 역시도 온정적 간섭주의가 선행의 원칙에 입각해야 한다고 주장하면서도 자율성에 대한 고려를 완전히 배제하지 않는 것일 것이다. 따라서 필자는 의사의 선행 및 온정주의적 개입과 관련해서도 자율성에 대한 고려가 어떻게든 포함되어야 한다고 믿으며, 이 때 자율성은 최선의 이익과 충돌하면서도 균형을 이루어야 하는 무언가라기보다는 환자의 이익의 중요한 한 부분으로 사고되어야 한다고 본다. 이것은 환자의 이익이 의학적 측면에만 집중되어 사고되지 않고 보다 현실적이고 포괄적으로 사고되어야 가능한 것이다. 즉 보건의료의 실제적 사례들에서 고려되어야 하는 환자의 최선의 이익에는 의학적인 측면에서의 이익뿐만 아니라, 환자의 재정적 측면에서의 고려와 환자의 가족 및 친지들에 대한 배려 차원에서의 고려, 그리고 자신의 자율성 행사와 관련하여 환자가 체감하는 삶의 질과 관련된 주관적 행복의 차원에 대한 고려도 중요하게 포함되어야 하는 것이다. 앞에서 논의한 바와 같이 필자는 셔스트란드 등의 논의에 전적으로 동의하지는 않지만, 그들은 자율성의 보호 및 향상이 어떻게 환자를 이롭게 하는 것으로 파악될 수 있는지 그래서 온정적 간섭주의적 개입의 사례들을 자율성과 환자의 이익 사이의 균형의 문제가 아니라 환자가 얻게 되는 총 이익의 측면에서 분석해볼 수 있는

지 설득력 있게 보여주고 있다. 물론 환자의 최선의 이익이라는 틀 안에 자율성이 구체적으로 어떤 식으로 병합될 수 있는지의 문제, 그리고 이것이 환자의 치료를 결정하는 의료절차에 어떻게 반영되어야 할지의 문제는 앞으로 남아 있는 연구 과제이지만 Pellegrino와 Thomasma [13]가 시사하듯 환자의 선호에 입각한 주관적 행복과 삶의 질 역시 환자의 최선의 이익 안에서 사고될 수 있을 때, 자율성 존중의 원칙과 선행의 원칙에 입각한 온정적 간섭주의의 충돌은 보다 잘 해결될 수 있을 것으로 보인다.

VI. 결론

자율성 존중의 원칙에 대한 강조는 환자의 권리 및 존엄성에 대한 존중으로 이어질 수 있다는 점에서 분명 긍정적일 수 있지만, 그것에 대한 지나친 강조는 다른 원칙들의 중요성을 과소평가하거나 오히려 전반적인 환자의 삶의 질 증진에 반하는 결과를 낳을 수도 있다. 이 글에서 필자가 보이려고 시도한 것처럼, 온정적 간섭주의의 정당성마저도 자율성을 근거로 하여 찾으려 하는 시도는 역설적으로 자율성 존중의 원칙의 한계를 드러낸다. 환자의 최선의 이익이 보다 광범위하게 사고될 수만 있다면 자율성을 존중해야 한다는 당위성은 오히려 환자의 최선의 이익에 대한 고려가 중심이 되는 선행의 원칙에 의해 더 잘 확보될 수 있는 것으로 보인다. 즉, 환자의 최선의 이익에 대한 고려가 의학적 관심에만 한정되지 않고, 환자의 자율성의 행사를 통한 주관적 행복과 전반적인 삶의 질에 대한 고려를 포함하는 것으로 사고될 때 온정적 간섭주의에 대한 정당화도, 그리고 선행의 원칙과 자율성 존

중의 원칙의 충돌에 대한 해결도 제대로 이루어질 수 있는 것으로 보인다. 환자의 자율성 실현이 환자의 최선의 이익에 대한 고려에 정확히 어떤 방식으로 포함되어야 하는지의 문제는 앞으로 남아 있는 연구 과제이다. ㉞

REFERENCES

- 1) 탐 비참, 제임스 칠드리스, 박찬구 외 옮김. 생명의료윤리의 원칙들. 서울 : 이화여자대학교 생명의료법 연구소, 2014.
- 2) Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, et al. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995 ; 274(10) : 820-825.
- 3) Callahan D. Autonomy: a moral good, not a moral obsession. Hastings Cent Rep 1984 ; 14(5) : 40-42.
- 4) Veatch R. Autonomy's temporary triumph. Hastings Cent Rep 1984 ; 14(5) : 38-40.
- 5) Dworkin G. Paternalism. The Monist 1972 ; 56(1) : 65.
- 6) Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge : Harvard University Press, 1971 : 248-249.
- 7) Sjöstrand M, Eriksson S, Juth N, et al. Paternalism in the name of autonomy. J Med Philos 2013 ; 38(1) : 710-724.
- 8) Lindley R. Autonomy. London: Macmillan Education, 1986 : 87.
- 9) Frankfurt H. Freedom of the will and the concept of a person. J Philosophy 1971 ; 68(1) : 5-20.
- 10) Shoemaker D. Caring, identification, and agency. Ethics 2003 ; 114(1) : 88-108.
- 11) Mill JS. On Liberty. eds by Bromwich D, Kateb G. On Liberty. New Haven, CT: Yale University Press, 2003 : 67-178.
- 12) Miller B. Autonomy and the refusal of lifesaving treatment. Hastings Cent Rep 1981 ; 11(4) : 26.
- 13) Pellegrino E, Thomasma D. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York : Oxford University Press, 1988 : 29.

Can Paternalism Be Justified in the Name of Autonomy? : The Relationship of Paternalism, Patient Autonomy, and the Best Interest of the Patient*

CHO Sunwoo**

Abstract

In medical practice, the ethical principle of respect for patient autonomy sometimes clashes with the principle of beneficence. Whereas previously medical treatment was guided primarily by the objective of patient beneficence, in recent decades the right of patients to make their own medical decisions has received more emphasis, especially in western countries. At the same time, an increasing amount of attention has been given to the problems of beneficence-based, paternalistic interventions. Whether respecting patients' autonomy should be ranked above the principle of beneficence has become one of the central questions of biomedical ethics. In an effort to answer this question, this article examines the discussion of Sjöstrand et al. on the possibility of justifying paternalism in the name of patient autonomy. It is argued that the problems of paternalism and neglect for patient autonomy stem from a misunderstanding of a patient's best interest. Furthermore, it is claimed that patient autonomy should be thought of, not as an independent and rival consideration, but rather as a crucial part of the best interest of the patient.

Keywords

patient autonomy, paternalism, the principle of beneficence, the best interest of the patient

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2012S1A5B8A03034450).

** Institute for Biomedical Law & Ethics, Ewha Womans University: *Corresponding Author*