

병원윤리위원회의 역할, 구성 및 운영에 관한 연구*

김상득**

요약

생명윤리학이 발달하고 의사와 환자의 관계가 선행 모델에서 자율성 모델로 변화됨에 따라, 그리고 진료행위 자체의 윤리적 성격으로 말미암아, 의료인들은 예전에 경험하지 못한 새로운 윤리적 딜레마에 봉착하고 있다. 이에 대한 하나의 해결책으로 병원윤리위원회가 고안되었다. 병원윤리위원회는 절차적 공정성에 근거한 일종의 집단적 의사결정기구이다. 무엇보다도 윤리위원회 자체가 윤리적이어야 한다. 즉, 윤리위원회의 결정이 환자는 물론이고 법정에서도 인정받을 수 있으려면 절차적 공정성이 확보되어야 한다. 절차적 공정성을 확보하자면 위원 구성이 공정해야 하며, 그리고 위원회 운영이 공정하게 이뤄져야 한다. 그래서 필자는 윤리위원회 위원 구성에 관한 몇 가지 문제점을 지적하면서 윤리전문가의 참여를 강조할 것이다. 그리고 그 구체적 운영 모델로서 윤리상담팀 내지는 소위원회 방안을 제안하고자 한다. 이러한 물음은 병원윤리위원회의 목적 내지 역할과 밀접한 연관성을 지니기에, 이 물음도 필자는 다루고자 한다. 즉, 그 태동은 의사들의 윤리적 곤경을 도와주는 일에서 시작되었지만, 윤리위원회의 근본목적은 환자의 최선 이익을 도모하는 일인데, 이를 위해 구체적 사례에 관한 윤리상담이 그 일차적 역할이다.

색인어

병원윤리위원회, 절차적 공정성, 윤리적 딜레마, 윤리위원회 구성, 사례 상담

I. 서론 : 병원윤리위원회의 형성 배경

병원 환경의 변화와 환자들의 권리 주장으로 인해 우리나라에서도 의료분쟁의 빈도가 점점 높아지고 있다. 이는 곧 의사의 고유한 업무라고 여겨온 진료 행위 역시 치외법권 영역이 아니라 법률적 판단 대상이 되고 있음을 의미한다. 의료분쟁의 증가는 의료인뿐만 아니라 국민의 편에서도 결코 바람직한 것은 아니다. 왜냐하면 이는 곧 의료인의 자율성에 대한 훼손을 가져와 방어 진료를 강화하게 되며, 환자의 편에서는 의료인에 대한 불신의 벽을 높여 결국 효율적인 진료를 어렵게 만드는 결과를 초래하기 때문이다. 그래서 의료인들이 자율적으로 의료 분쟁을 미연에 방지하는 방안을 강구하여야 한다는 목소리가 높아지고 있다.

그 방법은 무엇인가? 원론적으로 말하면, 그것은 환자들로 하여금 의료행위에 대해 신뢰를 갖게 하는 일이다. 그러면 다시 어떻게 해야 의료인은 신뢰를 회복할 수 있는가? 의사에 대한 신뢰는 진료 행위가 윤리적일 때 회복된다. 즉, 칸트의 용어를 빌리면, 환자가 목적적 존재로 병원에서 존중받을 때 신뢰가 회복된다. 물론 최종적인 윤리 행위의 주체는 의사 개인이지만 의료인의 윤리 회복은 의사 개인의 가치관에만 맡길 수 없게 되었다. 왜냐하면 현대는 포스트모던니즘 사회로 가치관이 너무나 다원화되어 서로 상충할 수 있기 때문이다. 존 롤스가 말한 대로 우리는 합당한 다원주의(reasonable pluralism) 시대를 살아가고 있다[1]. 그래서 “현대사회에서 도덕적 합의를 이끌어낼 수 있는 합리적인 방법은 없어 보인다.”[2] 이러한 현실적 우려 속에서, 병원의 임상 현장에서 일어나는 윤리적 곤경을 해결하기 위해 제안된 대안이 바로 병원윤리위원회이다. “병원의 진료 행위에서 일어나는

윤리적 물음들과 관련하여 교육하고, 연구하고, 상담하는 기능을 감당하는 학제적 기구가 바로 병원윤리위원회이다.”[3] 간단히 말해 병원윤리위원회는 의료기관과 연관되어 일어나는 윤리적 물음을 공정한 절차에 따라 다루는 집단적 의사 결정 장치라고 말할 수 있다.

실제로 미국에서 윤리위원회가 형성되어 발전하게 된 획기적인 계기는 법원의 판결이다. 즉, 1975년 뉴저지에서 일어난 퀴란 사건이 윤리위원회 발전에 촉매제 역할을 하였다[4]. 지속적인 식물인간 상태에 빠진 환자 카렌 퀴란(Karen Quinlan)양의 부모가 인공호흡기 제거를 담당 의사에게 요청하였으나 병원이 이를 거절하자 퀴란양의 부모가 법원에 인공호흡기 제거 소송을 제기하였다[5]. 1976년 뉴저지 법원은 퀴란 사건을 판결하면서, 생명을 계속 유지할 것인가의 물음을 결정하는 데 병원윤리위원회가 도움이 되어야 한다고 제안하였다. 그러나 법원이 염두에 두고 있는 위원회는 지금의 위원회와는 그 성격이 다른, 즉 의사 개인이 아니라 의사 집단이 진료를 결정해야 한다는 ‘진료 위원회’(prognosis committee)와 유사하다.

퀴란 사건이 공론화됨으로 말미암아 고도의 의료기술을 이용한 돌봄에 내재된 윤리적 문제를 토론하는 공적 담론의 기회가 증가하였다. 급기야 1992년 1월 미국 병원인증협회(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization)는 병원 및 기타 의료기관은 윤리정책을 입안하고 의료현장에서 발생하는 윤리적 갈등을 예방하고 해결하기 위한 조직을 운영할 것을 요구하였다. 그 결과로 모든 대형병원들과 대부분의 중소형 병원들이 윤리위원회를 구성하여 이 역할을 감당하게 하였다. 즉, 1983년 대통령 자문위원회 보고에 따르면 윤리위원회가 조직된 병원은 1% 미만이었으나, 1996년에는

65%에서 85%에 이르는 4000여 병원이 윤리위원회를 조직 운영하고 있다[6].

물론 이 사건 이전에도 종교단체가 운영하는 병원에서는 수십 년 전부터 병원윤리위원회를 운영하고 있었다. 이 위원회는 오늘날 우리가 이해하는 그런 윤리위원회가 아니라 특정 신앙의 구체적인 윤리적 입장을 의료 현장에 실천하려는 의도에서 조직되었다. 또한 의학 연구와 관련된 인체 실험의 도덕성이 문제시됨으로 말미암아 연구의 도덕성을 검토하는 연구윤리위원회(Institutional Review Boards, IRBs)가 이 이전부터 운영되고 있다[7].

국내의 경우 역시 생명의료의 놀라운 발전과 진료환경의 변화, 개인의 권리에 대한 인식 신장 등의 이유로 윤리위원회가 태동되었지만, 실질적으로는 대한병원협회의 병원표준화 심사지침에서 병원윤리위원회를 갖출 것을 요구함으로써 대부분의 병원이 윤리위원회를 갖고 있다. 그러나 그 활동은 사실상 미미한 실정이다[8]. 개업 휴업 상태인 병원윤리위원회에 활력을 불어넣은 계기 역시 국내의 경우에도 법원의 판결이다. 그 사건은 다름 아닌 1997년 발생한 보라매 병원 사건이다. 법원이 1심에서 이제까지 하나의 의료 관행으로 여겨온 의학적 충고에 반하는 퇴원을 허락한 담당 주치의와 전공의에게 살인죄를 적용하여 실형을 선고함으로써 병원은 위기감을 갖게 되었다. 이런 위기감에서 의사 일인이 단독으로 결정을 내리는 것보다 집단적인 결정을 함으로써 위험을 분산시킬 수 있는 윤리위원회에 의료인들이 눈을 돌리게 되었다. 실제로 한 연구에 따르면, 한 대학병원에서는 1996년에 윤리위원회가 조직되었으나 2년 동안 한 번도 위원회가 소집된 적이 없었는데, 1998년 보라매 병원에 대한 법원의 판결이 있는 직후부터는 정식으로 회의를 갖고 실제적인 사례에 대한 윤리 상

답에 응하였다고 한다[9]. 그래서 1998년 조사에 따르면[10] 설문을 의뢰한 58개 병원에 가운데 81.4%인 48개 병원이 윤리위원회를 조직하고 있는 것으로 보고되었다.

병원윤리위원회와 관련된 실천적 물음은 크게 세 가지로 요약될 수 있다. 첫째는 윤리위원회는 어떤 역할 내지 기능을 수행하느냐의 물음이다. 둘째는 누가 윤리위원회의 위원이 되어야 하느냐, 즉 위원회를 어떻게 구성할 것인가의 물음이다. 셋째는 실제로 윤리위원회를 어떻게 운영할 것인가의 물음이다. 물론 이 세 물음은 밀접하게 서로 연관되어 있지만 서로 구분되는 물음으로 독립적인 논의가 가능하다. 그러나 이 모든 물음은 병원윤리위원회의 근본적 물음인 위원회의 목적 내지 필요성과 별개로 생각할 수 없기에 필자는 윤리위원회의 목적 내지 필요성을 먼저 논하고자 한다.

II. 병원윤리위원회의 필요성

비록 소수 의견이기는 하지만 윤리위원회의 구성에 반대하는 목소리도 만만찮다. 즉, 진료 결정과 관련된 윤리적 물음을 해결할 수 있는 대안들이 제법 있다. 진료 행위와 연관된 이해당사자들-환자, 환자 보호자, 의사-이 직접 결정을 내리거나 아니면 정부의 행정기관에 도움을 요청하는 일 혹은 사례마다 법원의 판결에 맡기는 일 등이 가능하다. 특히 일부 의사들은 오직 의사만이 진료 결정을 내릴 수 있는데, 윤리위원회가 진료 결정에 개입하게 되면 임상의들의 자율성이 훼손 받는다는. 소위 ‘의권에 대한 위협’이라는 반론을 제기한다[11]. 물론 의사는 의학 교육과 훈련을 받았기에 진단과 처방을 내리는 데 필요한 의학적 전문지식을 갖고 있다. 그러면 의학 적 전문지식만으로 치료결정을 내릴 수 있는가?

이 물음에 답하자면 우리는 의료행위의 특성을 고찰하지 않을 수 없다. 왜 환자는 의사를 찾고, 의사는 환자에게 왜 진료를 하는가?

이에 대한 답을 우리는 히포크라테스 선서(Oath of Hippocrates)에서 찾을 수 있다. 즉, 의사들은 "나는 환자의 건강과 생명을 첫째로 생각하노라"고 다짐하고 의료 현장에 나선다. 이를 다른 말로 표현하면 의사는 환자에게 악행을 저지르지 않고 선행을 베풀 의무를 지닌다는 말이 될 것이다. 그래서 의사는 임상 현장에서 환자의 최선 이익이란 관점에서 의료행위를 결정하게 된다. ‘환자의 최선 이익’이란 개념은 과거에는 비교적 단순하였으며, 그래서 무엇이 환자에게 최선의 이익이 되느냐의 물음은 전적으로 의사 개인의 판단에 맡겨졌다. 그러나 “건강은 허약하지 않은 상태나 병에 걸리지 않은 상태뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태를 말한다”는 세계보건기구(WHO)의 정의에서 알 수 있듯이, 정말로 어떤 진료행위가 환자에게 최선의 이익인가의 물음은 그리 단순한 물음이 아니게 되었다.

한 예로써, 교통사고를 당해 병원 응급실에 이송되어 온 여호와의 증인 환자에게 담당 의사가 수혈을 하여 수술할 것인가의 물음을 생각해 보자. 분명 수혈을 하여 수술하는 것은 그 환자의 신체적 건강을 도모할 것이다. 그러나 우리는 여기서 여전히 수혈과 수술이 환자에게 과연 최선의 이익인가를 물을 수 있다. 그것은 두 가지 이유에서이다. 하나는 ‘최선이익’이란 단순한 물리적인 선만을 의미하는 것이 아니라, 정신적, 영적인 선까지 포괄하기 때문이다. 다른 하나는 최선 이익이란 ‘환자’에게 있어서의 최선의 이익을 말하지, 결코 의사의 관점에서 본 최선이나 객관적 선을 의미하지 않는다는 점이다.

최선의 이익에 대한 입장 차이로 인해 종종 진

료의 결정에 있어서 의사의 입장과 환자의 입장이 상충하게 된다. 과거의 ‘선행 모델’(the beneficence model)에 따를 경우, 이럴 경우 의사가 일방적으로 환자에게 최선이라고 생각하는 것을 강요할 수 있었지만, 환자의 자기결정권을 존중하는 ‘자율성 모델’(the autonomy model)에 따를 경우 의사는 윤리적 딜레마에 봉착하게 된다. 왜냐하면 환자의 자기결정권 존중과 환자에게 선을 베풀어야 하는 의사의 의무가 상충하기 때문이다. 임상 의사들은 이런 윤리적 딜레마를 어떻게 해결할 것인가?

이보다 더 근본적인 윤리적 딜레마는 의사 자신이 무엇이 환자에게 최선의 이익인지 판단이 서지 않는 경우이다. 즉, 첨단의학의 발달로 새로운 생명윤리 물음이 발생하고 있다. 실제로 불란서에서는 갑작스런 교통사고로 남편이 사망하자 그 미망인이 자기 부부의 수정란을 냉동보관하고 있는 병원을 찾아 자신의 자궁에 그 수정란을 착상하여 아이를 낳을 수 있도록 체외수정 시술을 해 달라고 요청하였다[12]. 이 경우 담당의사는 환자의 요구에 따라야 하는가 아니면 거절해야 하는가? 물론 이와 관련된 법률이나 윤리지침이 존재할 경우, 의사는 그 법률이나 윤리지침을 참조하여 ‘치료’ 결정을 내리면 될 것이다. 문제는 생명공학과 의학의 눈부신 발달을 법률이나 윤리지침이 이를 따라주지 못해 의사의 진료를 지도해줄 만한 지침이 없다는 데 있다. 이런 상황은 첨단의학의 발전으로 인해 새로운 윤리적 문제가 야기됨으로 인해 미래에는 이런 “윤리지체”(ethics lag) 현상이 더욱 심화될 것이다[13]. 그럼에도 불구하고 의사는 무엇인가 결정을 하지 않을 수 없다는 것이 고민거리이다. 의사는 이 윤리적 딜레마를 어떻게 해결할 것인가?

이런 두 종류의 딜레마 상황의 경우 의사는 단

순한 의학적 지식만으로 치료를 결정할 수 없다. 이런 의미에서 진료 결정은 임상 의학적인 전문 지식 이상을 필요로 한다[14]. 물론 이런 경우에도 의사가 윤리적 전문지식을 갖고 진료 결정을 내릴 수 있을 것이다. 그러나 이런 결정에는 두 가지 문제점이 있다. 하나는 의사 개인의, 검증되지 않은 사적인 윤리가 환자에게 강요되기 쉽다. 또 다른 하나는 의사의 윤리적 딜레마는 의학적 사실에 대한 불일치가 아니라 환자의 윤리적 입장과 상충함으로써 발생한다는 사실이다. 그렇기 때문에 의사의 윤리 강요는 곧 환자의 윤리적 입장을 무시하는 처사가 되고 만다. 이러한 사실은 현대 사회가 점점 윤리적 다원주의 경향을 지니고 있기에 더욱더 그러하다. 따라서 의사의 입장이 윤리적으로 옳은지 그른지를 검토하는 공적 담론의 장이 필요한데, 병원윤리위원회는 이 기능을 수행하는 적절한 제도적 장치이다. 즉, 윤리위원회는 이론적으로 “관련된 사실을 모아 그것을 검토한 후 가능한 한 최선의 결정을 내리는 데 있어서, 어느 한 사람 단독보다는 선한 마음을 지닌 소그룹의 책임 있는 사람들이 더 나을 것이다.”라는 주장에 그 토대를 두고 있다 [15].

이런 딜레마 상황이 발생하는 근본적인 이유는 의료행위가 가치중립적이지 않고 가치담지적 행위이기 때문이다. 의학적 판단만으로는 그 어떤 치료 결정도 내려지지 않는다. 즉, 의사가 치료를 결정할 때에는 의학적인 기술적 판단(technical judgment)뿐만 아니라 윤리적 판단(ethical judgment)까지 함께 고려한다[16]. 예를 들어, A라는 감기 환자가 모병원에 내원하였다고 하자. 담당의사는 이 환자를 의학적으로 진단한 다음 처방을 내릴 것이다. 얼핏 보면 이는 순수 의학적인 결정인 것처럼 보인다. 그러나 처방책의 결정에는 “어떠한 치료가 환자에게 최선

의 이익이 되는가?”에 관한 윤리 판단이 함축되어 있다. 특히 여러 가지 대안적인 처방책이 가능한 경우 의사는 각 대안이 환자에게 미치는 선과 악을 비교하지 않을 수 없으며, 그 대안 가운데 하나를 선택한다는 사실은 곧 가치판단을 내렸음을 의미한다. 다만 대부분의 경우 환자의 입장과 의사의 입장이 일치하기 때문에 윤리적 갈등이 일어나지 않고 있을 따름이다.

III. 윤리위원회의 역할

이상의 내용을 요약하면, 오늘날 병원윤리위원회는 환자의 최선 이익을 절차적 공정성에서 찾고자 하는 일종의 집단적 의사결정기구라고 말할 수 있다. 다시 말해, 첨단의학의 발달, 의사와 환자 관계에서의 자율성 모델 득세, 그리고 무엇보다 진료가 갖는 윤리적 특성으로 인해 의료인들은 그 어느 때보다 곤혹스러운 윤리적 딜레마에 봉착하였는데, 이를 집단적 의사결정 기구를 통해 해결하기 위해 고안된 장치가 병원윤리위원회이다. 그래서 초창기 윤리위원회는 의사들을 윤리적 곤경으로부터 도와주는 데 그 일차적 목적을 두었다. 그러면 위원회는 의사들의 윤리적 딜레마 해결을 어떻게 도와줄 수 있는가? 윤리적 딜레마 해결은 3가지 차원을 지닌다. 첫째는 예방적 차원이요, 둘째는 제도적 차원이요, 셋째는 구체적인 딜레마 사례 해결의 차원이다.

병원윤리위원회는 이 세 가지 차원에서 의료인들의 윤리적 곤경을 도울 수 있다. 예방적 차원이란 윤리적 딜레마가 발생하지 않도록 미연에 방지하는 일로서 의료진에게 윤리 교육을 시키는 것을 말한다. 여기에는 윤리위원회가 잘 운영될 수 있도록 위원들을 교육시키는 일도 포함된다. 제도적 차원은 윤리적 딜레마 해결을 제도

적 차원에서 접근하는 일을 말한다. 아무리 개인이 윤리적으로 행해도 제도가 비윤리적이면 환자들은 윤리적 혜택 내지 환자 권리를 행사하기 어렵게 된다. 한 마디로 ‘윤리적인 병원 경영’을 이룰 수 있도록 병원 운영의 제도나 정책으로 윤리적으로 만드는 일이 여기에 속한다. 물론 그 최종 결정은 병원장을 비롯한 경영진의 몫이지만, 이에 필요한 윤리적 제도나 정책의 시안 마련은 위원회 몫이다. 예를 들어, 사전의료의향서나 환자의 권리장전 등의 시안을 마련하는 일이 제도적 차원에 속한다. 마지막의 딜레마 사례 해결의 차원이란 이렇게 교육과 정책이 이루어져도 의료현장에서는 여전히 윤리적 딜레마가 발생하기 때문에 그 딜레마를 직접 해결하는 윤리상담을 말한다. 그래서 윤리 교육, 정책 내지 제도 개발, 개별사례에 대한 윤리상담 등이 3가지가 병원윤리위원회의 고전적 기능으로 자리매김하고 있다. 이밖에도 예상하지 못한 일이지만 의료 자원의 할당도 윤리위원회의 주요한 역할 가운데 하나이다[17]. 하지만 이와 연관된 한 연구, 즉 연명치료중단에 관한 병원윤리위원회의 역할에 관한 연구에 따르면, 국내 현실은 아직 이러한 수준에까지 이르지 못하는 것으로 나타났다[18].

물론 개별 윤리위원회는 이 세 가지 기능을 모두 담당하기도 하고 또는 일부만 담당하기도 한다. 윤리위원회의 이 고전적 세 기능 가운데 사례 상담이 가장 두드러지고, 의료진 교육이 가장 약하다. 윤리위원회의 기능 내지 역할과 관련된 중요한 물음은 윤리위원회의 의견이 어떤 구속력을 갖느냐의 물음이다. 병원윤리위원회에 관한 미국의학협회(AMA)의 지침에 따르면, 위원회는 ‘규정적’(prescriptive)이지 않고 순전히 ‘상담적’(consultative)이다[19]. 즉, 대부분의 병원에서는 윤리위원회를 강제적인 의무가 아

니라 ‘이중적 선택’(optional- optional) 방식으로 운영하고 있다[17]. 그러니까 윤리적 딜레마의 병원윤리위원회 회부도 환자나 의사의 자율적 선택사항이고, 또 윤리위원회의 결정을 수용할 것인가의 물음도 선택적이지 의무적이지 않다. 하지만 실제에 있어서 임상 의들은 설사 위원회의 의견에 동의하지 않고 의문을 제기할 만한 충분한 이유가 있을 때에조차도 거의 그 의견에 반대하지 않는 편이다.

이러한 윤리위원회의 역할에 대해, 특히 구체적 사례에 대한 윤리상담에 대해 버나드 로(Bernard Lo)는 세 가지 의문을 던진다[20]. 첫째, 이러한 윤리위원회는 과연 윤리적인가? 둘째, 위원회의 합의가 항상 바람직한가? 셋째, 윤리위원회가 효율적인가? 이 세 물음 가운데 마지막 세 번째 물음은 그가 밝혔듯이 경험의 문제이다. 그러니까 윤리적 딜레마 해결에는 여러 가지 대안이 있을 수 있다. 크게 세 가지 방안을 생각할 수 있다. 첫째는 담당 주치의에게 일임하는 방안이고, 둘째는 법원의 결정에 맡기는 일이고, 마지막 셋째는 윤리위원회 방안이다. 효율성, 특히 시간적 효율성을 따지면 담당 주치의에게 위임하는 방안이 가장 현명하다. 하지만 윤리위원회의 태동 배경 및 그 필요성에 관한 앞서의 논의가 지적하였듯이 의사는 딜레마에 봉착하였다는 사실 자체가 결정을 내리지 못하고 있음을 반증하기에 첫 번째 방안은 효율적일 수 없다. 그러면 법원의 판결에 의존하는 것은 어떠한가? 물론 이렇게 하면 의사 법적 책임이 100% 면제된다는 이점이 있다. 하지만 두 가지 사항을 고려해야 한다. 하나는 법원 결정이 갖는 특성이자, 법원의 의사결정 구조가 상당히 느림으로 말미암아 임상 현장의 시간적 급박성을 충족시켜주지 못한다. 또 법원의 판결은 의사, 병원, 환자, 환자 가족 등의 이해관계를 조정하고 화해시키

기보다는 이들 대립각으로 만드는 경향이 강하다. 물론 윤리위원회의 결정도 담당 주치의 결정에 비해 그 과정이 느릴 수 있지만 법원 결정에 비해 신속하며, 그리고 각자의 이해관계를 대립각으로 만들지 않고 화해하고 조정하는 이점이 있다. 무엇보다 ‘윤리적 딜레마’라는 용어 자체가 말해주듯이 사례 상담은 윤리적 성격을 지니기에 법률적 판단에만 맡길 수 없다.

물론 앞으로 윤리적 딜레마 해결을 위한 더 좋은 대안이 마련될 수도 있지만 현재 상황에서는 담당 주치의나 법원 결정에 맡기는 것보다 병원 윤리위원회가 현실적으로 더 효율적이고 또 안정적이라고 말할 수 있다. 무엇보다 효율성 물음은 경험상의 문제, 즉 운영상의 문제이기에 운영의 묘미를 살리면 해결될 수 있으리라 기대된다. 하지만 서로 밀접하게 연관된 첫 번째와 두 번째 물음은 윤리위원회의 역할에 대해 본질적인 물음을 던지고 있다. 이 물음을 접근하는 데 있어서 우리가 가져야 할 근본적 문제의식은 윤리적 딜레마를 경험하는 주체는 의사일지 모르나, 그 대상은 환자라는 점이다. 그러니까 역사적으로 윤리위원회는 의사의 윤리적 딜레마 해결을 돕고, 의료소송으로부터 법적 책임을 예방하고, 병원에 대한 나쁜 평가를 미연에 방지하기 위한 목적으로 태동되었다. 이런 면에서 윤리위원회는 ‘윤리적 덮개’(ethical cover) 구실을 한다[17]. 하지만 그 태동이 이러하다 하더라도 윤리위원회의 근본목적은 환자에게 있다. 다시 말해, 병원의 존재 목적이 환자의 생명과 건강에 있듯이, 윤리위원회 역시 근본적으로 환자를 위해 존재하고, 환자의 최선이익에 봉사해야 한다.

앞서 지적하였듯이 오늘날 환자와 의사의 관계는 선행 모델이 아니라 자율성 모델에 그 토대를 두고 있다. 그래서 의사결정 능력이 있는 환자의 경우, 충분한 정보에 근거한 환자의 자율적

결정이 최우선 고려사항이다. 문제는 의사결정 능력이 없는, 대리결정의 경우이다. 이 경우에도 일차적 고려사항은 환자의 이전 선호 내지 결정이다. 소위 환자 자신의 사전의료의향서(advance directives) 존중이 윤리적으로 가장 바람직하다. 이것조차 없다면 환자가 가족 내지 법적 대리인의 결정이 그 다음이다. 그런데 윤리위원회는 이러한 윤리적 방법과는 거리가 있는 의사결정구조이기에 “위원회가 과연 윤리적인가?”의 물음이 제기된다.

위원회 자체의 이러한 윤리적 정당성 물음은 곧 두 번째의 물음을 낳는다. 즉, 윤리위원회의 결정이 항상 바람직한가? 윤리위원회는 절차적 공정성에 근거한 집단적 의사결정 기구이다. 이러한 집단적 결정이 윤리적 정당성을 확보하려면 우리는 두 가지 개념에 주목해야 한다. 하나는 절차적 공정성이요, 다른 하나는 집단, 즉 위원회 구성원이다. 절차적 공정성은 세 가지 전제조건이 충족될 때 성립된다. 첫째는 결정과정에 있어서 외적 강제 배제요, 둘째는 내적 강제 배제요, 셋째는 충분한 정보의 제공이다. 잘못된 정보, 혹은 불충분한 정보에 근거한 결정은 그 윤리적 정당성을 확보할 수 없다. 그런데 현실적으로 이러한 조건 충족이 쉽지 않다. 힘의 역학관계가 존재하기 때문이다. 즉, 윤리위원회는 병원 독립적인 기구가 아니라 병원내의 조직으로 그 재정적 지원을 병원이 담당한다. 이로 인해 위원회는 병원경영진으로부터 무언의 압력을 받기에 병원의 이해관계로부터 자유로울 수 없고, 또 일부 위원들의 경우 의학적 전문 지식의 부족으로 말미암아 의학적 사실에 정확한 이해가 쉽지 않다. 버나드 로(Bernard Lo)가 지적하듯이, 이러한 문제를 극복하려면 위원회는 환자의 바람과 이해

관계를 우선적으로 고려해야 할 뿐만 아니라 윤리적 가이드라인을 따라야 한다[20]. 즉, 윤리적 결정이 내려지도록, 그것도 환자 최선 이익 관점에서 결정이 내려지도록 위원회가 구성되고 또 운영되어야 할 것이다.

IV. 윤리위원회의 구성

그래서 우리는 자연스럽게 윤리위원회 구성의 물음으로 나아가게 된다. 윤리위원회 구성은 크게 ‘계층 모델’(hierarchical model)과 ‘직원 모델’(employees model), 두 모형으로 분류된다[21]. 전자는 전문가들로 위원회를 구성하여, 전문가들의 권고사항을 일반인에게 적용시킨다는 점에서 하향적(top-down) 접근법을, 반면에 후자는 병원 내 직원들로 위원을 구성하여 그들의 의견을 수렴하여 윤리적 딜레마를 해결한다는 점에서 상향적(bottom-up) 접근법을 각각 채택하고 있다. 두 모형의 장단점을 우리는 다음과 같이 정리할 수 있다[22].

전문가 모형은 어려운 문제를 의뢰할 수 있고 기타 위원회의 전문적 업무를 수행할 수 있다. 이런 모형의 위원회는 전문성을 기관과 공유하며, 정책에 따라 활동한다. 문제는 위원회가 고도의 전문성으로 인하여 일반 직원들(실제로 윤리문제에 직면하게 되는 직원들)이 이 위원회의 의식에 공감하기 어렵다는 점이다. 원내 직원 모형은 원내 직원들로 구성되어 직원들이 필요로 하면 언제든지, 어디서든 그들의 결정에 대하여 다른 각도에서 생각해 볼 수 있는 기회를 제공할 수 있다. 논의에 참여함으로써 당사자가 이전에 미처 생각지 못했던 대안들을 찾아낼 수도 있고 도덕의식의 수준이 높아질 수 있다. 그러나 이러한 인식의

변화와 도덕수준의 고양이가 개인적인 것에 머문다는 것이 문제이다. 전문가 모형에 비하여 서류화하는 과정이나 전문적인 지침이 부족하기 때문이다.

두 모형 중 어느 모형에 따르느냐에 윤리위원회 구성은 달라질 수밖에 없다. 각각 장단점이 있지만, 대개의 경우 이 두 모형을 혼용하는 방식을 취하고 있다. 그러니까 국내 병원의 경우 원내 직원을 중심축으로 하면서, 생명윤리 내지 의료윤리 전문가를 위촉하여 윤리위원회를 구성하고 있다. 예를 들어, 서울대학교병원은 고문 변호사 등 외부인 3인을 위원에 포함시키도록 규정하고 있으며, 서울아산병원은 의료윤리 담당 교수 1인을 당연직으로 포함시키도록 규정하고 있다[23]. 여기서는 두 모형을 비판적으로 검토하기보다는, 앞서 제기된 물음, 즉 윤리위원회 결정의 윤리적 정당성 확보와 관련하여 위원회 구성에 있어서 제기되는 몇몇 물음을 살펴보고자 한다.

진료와 관련된 윤리적 물음을 다루기에 임상적인 전문지식과 윤리적 전문지식을 아울러 갖는 사람이 윤리위원이 되는 것이 가장 이상적이다. 하지만 현실적으로 두 분야에 모두 정통한 전문가를 찾기는 어려움이 있기에, 그 학제적 성격에 맞게 의료인과 윤리전문가가 참여하여 함께 위원회를 구성하는 것이 차선이다. 이러한 주장에 대해, “비의료인의 참여가 필수적이나?”라는 반문이 가능하다. 그러니까 일부 의사들은 비의료인이 윤리위원회에서 어떤 역할을 할 수 있는가에 대해 회의적이다. 왜냐하면 진료 결정을 내리기 위해서는 의학적 전문지식이 요구되는데, 비의료인은 이러한 지식을 결여하고 있기 때문이다. 물론 현실적으로는 이런 이유를 들어 비의료인을 윤리위원회에서 아예 배제하는 정책

을 펼 수 있을 것이다. 하지만 이는 쉬운 방법이기는 하지만 바람직한 방법은 아니다. 중요한 것은 위원회의 결론이 아니라 그 결론이 얻어지는 과정 내지는 논변이기 때문이다[24]. 다시 말해, 윤리위원회의 윤리적 정당성은 절차적 공정성에 있는데, 절차적 공정성의 핵심은 절차를 이끌어가는 위원구성의 공정성에 있기 때문이다. 이런 측면에서 보면 비의료인의 참여는 선택사항이 아니라 필수사항이다.

비의료인 가운데 생명윤리학 내지는 윤리전문가의 참여가 매우 중요하다. 윤리전문가의 참여는 위원회 구성의 공정성 확보 차원에 있어서 뿐만 위원회의 실제적인 운영에 크게 기여할 수 있기 때문이다. 윤리전문가는 적어도 두 가지 면에 있어서 큰 도움이 된다[25]. 하나는 윤리적 문제의 명료화 차원이다. 생명윤리학이 보여주듯이, 오늘날 의사들이 직면한 윤리적 문제는 꽤 복잡하여 무엇이 윤리적 문제인지 밝혀내기가 쉽지 않다. 특히 해당 사례와 관련된 윤리원칙이나 도덕적 고려사항이 무엇인지, 그리고 이러한 고려사항들이 상충할 경우 어떻게 해결해나가야 하는지에 관해 윤리 전문가는 상당한 도움을 줄 수 있다. 다른 하나는 논리적 추론 내지 객관성 차원이다. 어느 누구보다도 철학적 훈련을 받은 윤리전문가는 논리적 오류를 범하지 않고 이유에 근거하여 합리적으로 논변을 펴나가는 능력을 지니기에 효율성 차원에서 필요하다. 또 윤리전문가는 해당 사례와 실질적인 이해관계를 갖지 않기 때문에 객관적인 입장에서 윤리적 딜레마를 바라볼 수 있다.

비의료인의 참여와 연관된 또 하나의 쟁점은 법률가의 참여 물음이다. 즉, 변호사 특히 병원의 고문변호사가 윤리위원회에 참여해야 하느냐에 대해서는 논란이 있다. 반대하는 이유는 두 가지이다. 하나는 법률가가 관련 법규를 인용하게 되

면 윤리위원들은 윤리에 대한 논의를 중단하게 되어 윤리위원회의 본래적 성격을 상실하게 되고 법적 자문기구로 전락하고 만다. “법은 도덕의 최소한이다.”라는 말이 있듯이, 법 이전의 윤리적 논의가 필요하다. 다른 하나는 병원의 고문 변호사는 대부분의 경우 환자의 입장이 아니라 병원의 입장에서 있기에 계약이나 소송 관련 법률을 강조하는 반면에 환자의 돌봄과 관련된 법률에 대해서는 크게 관심을 기울이지 않는다. 이렇게 되면 변호사의 참여는 환자의 최선 이익 증진이라는 윤리위원회 목적과 어긋나게 된다. 하지만 윤리위원회가 활성화되지 않은 한국적 현실에서는, 그리고 법적 책임과 사회적 비난을 면하려는 의도에서 태동된 윤리위원회의 성격상 우리는 법률가의 위원회 참여를 배제하기는 어려울 것이다. 특히 병원의 정책 결정 과정에는 그 결정이 법적으로 타당한지의 물음을 고찰하는데 법률가의 도움은 절대적이다. 따라서 윤리위원회 위원으로 법률가가 참여하는 것을 굳이 반대할 필요는 없고, 다만 그 역할에 대한 조정이 필요하다. 즉, 윤리적인 병원경영을 위한 정책이나 제도 마련에는 법률가가 필요하지만, 윤리위원회가 법적 자문기구가 아니라 윤리적 기구로 유지되려면, 뒤에서 논의할 윤리상담팀에서는 법률가를 배제하는 것이 바람직할 것이다.

마지막 세 번째 물음은 환자 내지 환자 대리인의 참여 물음이다[21]. 상식적으로 생각하면 환자 혹은 대리인이 자신과 연관된 문제를 다루는데 직접 위원으로 참여하는 것이 너무나 당연해 보인다. 또 윤리위원회의 궁극 목적이 환자의 최선 이익이기에 환자 내지 환자 대리인의 참여는 합당해 보이지만, 환자 참여를 의무사항으로 규정하는 경우는 거의 없다. 여기에는 두 가지 이유가 있다. 하나는 위원회의 권고사항은 의무가 아니라 선택사항이라는 점이다. 환자는 혹은 그

대리인은 환자에게 최선의 이익이 되지 않는다고 할 경우 얼마든지 그 권고사항을 거절할 수 있다. 다른 하나의 이유는 병원윤리위원회의 고유 특성 때문이다. 환자의 최선이익을 목적으로 하지만, 윤리위원회는 근본적으로 절차적 공정성에 그 토대를 두고 있다. 절차적 공정성을 확보하자면 위원구성의 공정성이 요구될 뿐만 아니라, 의사결정 과정에 있어서 이해관계에 얽매이지 말아야 하고 또 다른 위원들의 의사결정에 강요가 있어서는 아니 된다. 만약 환자가 위원으로 참석하게 되면, 합리성보다 정(情)의 문화가 강한 우리나라에서는 다른 위원들이 환자의 입장과 다른 의견을 개진하기가 사실상 어려워진다. 이렇게 되면 윤리위원회는 환자의 의견을 절차적으로 정당화해주는 기구에 지나지 않아, 그 원래의 성격과 어긋나게 된다. 따라서 윤리위원회의 의사결정 정당성 확보 차원에서 보면 환자의 참여 배제가 바람직하다. 그렇다고 윤리위원회가 환자 내지 대리인의 의견 청취마저도 무시해도 좋다는 뜻은 아니다. 오히려 그 반대로 환자나 그 대리인이 환자의 입장을 대변할 수 있는 기회가 보장되어야 한다.

물론 이처럼 비의료인이 참여하게 되면 위원회는 운영의 효율성이 떨어질 수 있다. 이를 극복하자면, 병원윤리위원회는 의료진 교육에 앞서 윤리 위원 자체에 대한 교육이 선행되어야 한다. 윤리위원회는 일종의 학제적 성격을 지니기 때문이다. 학문적 풍토가 다르고 기질이 다른 사람들이 모여서 하나의 문제에 대해 토론하여 합의의를 얻어내자면 공통분모가 존재해야 한다. 예를 들어, 변호사나 윤리학자에게는 기초적인 의학교육을 시켜야 하며, 의사에게는 기초적인 법학 교육이나 윤리교육을 시켜야 할 것이다. 이런 자체 교육 내지 훈련 과정 없이 운영되는 병원윤리위원회는 실패할 수밖에 없다. 무엇보다 윤리

위원회가 갖는 독특한 특성인 학제적 성격을 염두에 두고, 위원들이 자신과 다른 의견을 경청하고 존중하는 개방적 태도와 문제를 함께 풀어가겠다는 의지를 갖는 것이 매우 중요하다. 예를 들어, 윤리위원 회의에서 의료인들이 자신들이 알고 있는 전문적인 의학 용어를 사용하여 논의를 이끌어간다면 윤리전문가를 비롯한 비의료인은 정말로 단순한 거수기나 의료인의 눈치만 살피는 위치로 전락할 것이다. 반면에 윤리학자가 추상적인 윤리이론의 지식만을 나열하여 토론한다면 의료인들은 ‘뜬구름’ 잡는, 현실성 없는 이야기를 한다고 몰아세울 것이다. 함께 서로 이해할 수 있는 용어를 사용하고 서로의 의견을 존중하는, 하버마스(J.Harbermas)가 말하는 ‘이상적인 대화 상황’을 만들어 나간다면 서로 다른 전문지식을 가진 사람들도 얼마든지 윤리적 딜레마를 지혜롭게 풀어나갈 수 있을 것이다.

이런 면에서 보면 우리나라 병원윤리위원회 구성은 재검토가 필요하다. 국내 병원윤리위원회의 구성에 관한 실제 조사에 따르면 윤리학자나 법률가 등의 비의료인의 참여는 극히 저조한 반면에 의사와 간호사의 구성 비율이 상당히 높은 형편이기 때문이다[10]. 윤리전문가, 사회복지사 등의 비의료인의, 그것도 병원 내 직원이 아닌 병원 밖의 전문가가 윤리위원회 위원이 될 수 있도록 의료윤리위원회에 관한 규정을 개선해나가야 할 것이다.

V. 병원윤리위원회의 운영 모델

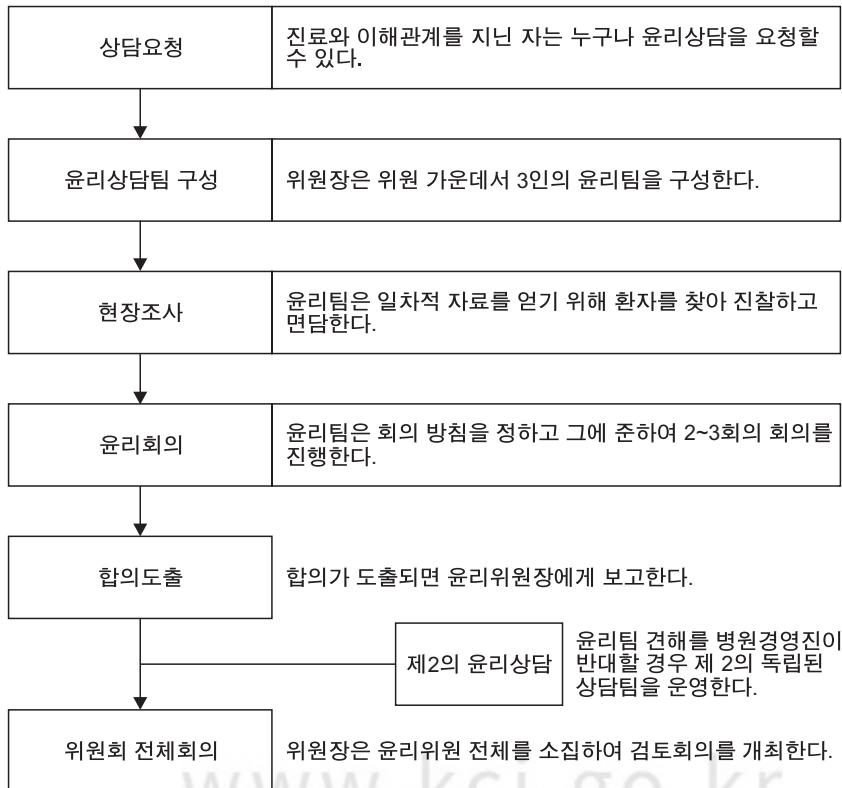
물론 병원윤리위원회는 정책 결정이나 의료진 교육 등의 이유로 정기적인 - 적어도 분기별 1회 - 회의를 가져야 할 것이다. 무엇보다 윤리위원회는 임상 현장에서 일어나는 구체적인 윤리적 딜레마 해결에 도움을 제공해야 한다. 이러한 윤

리적 도움 제공 방식에 대해 스미스 등은 3가지 모형을 제시한다. 즉, 개인상담, 소집단 상담, 위원회 상담 등이 그것이다[26]. 물론 이 세 가지 방식 모두를 윤리위원회는 제공할 수 있지만, 단순한 윤리적 물음이 아니라 담당 주치의나 환자 차원에서 해결하기 곤혹스러운 윤리적 딜레마가 발생할 경우, 특히 그로 인해 법적 책임의 물음이 발생할 수 있는 사례의 경우 개인상담은 별로 도움이 되지 않는다. 또 소집단 상담도 그 권고 사항의 윤리적 정당성 확보 차원에서 한계를 지닐 수밖에 없다. ‘소집단’이라는 용어가 말해주듯이, 소집단은 무엇보다 위원회 구성에 있어서 절차적 정당성을 확보하지 못하기 때문이다. 그렇다고 윤리위원회가 특정 사례를 처음부터 직접 다루기에는 역부족이다. 위원들의 수가 많으

면 많을수록 의사결정이 어려울 뿐만 아니라, 이해관계 상충으로 하나의 합의점에 도달하기 어렵기 때문이다.

이런 임상 현장의 현실성을 감안하여 여기서는 위원회 상담과 소집단 상담을 결합한 하나의 운영 모델을 제시하고자 한다[27]. 그러니까 병원윤리위원회가 활성화되려면 병원 평가 항목에 윤리위원회 운영을 포함시키는 등 법적, 제도적 뒷받침은 물론 필요하지만, 무엇보다 윤리위원회 운영 규정의 표준화가 절대적으로 필요하다[28]. 운영규정의 표준화야말로 병원윤리위원회의 윤리적 정당성의 선결 요건이기 때문이다. 이런 차원에서 필자는 여기서 ‘윤리상담 팀’(Ethics Consultation Team) 내지 ‘상담 소위원회’(Consultation Subcommittee) 구성이 바로

〈Figure 1〉 윤리상담팀 운영 모델.



우리가 따를 수 있는 좋은 모델로 제안하고자 한다. 이 모델에 따르면 윤리상담은 <Figure 1>과 같은 절차로 이루어진다.

1. 누가 윤리상담을 요청할 수 있는가?

진료 행위와 관련된 윤리적 딜레마 상황에 직, 간접적으로 관여하고 있는 자는 누구나 윤리상담을 병원윤리위원회에 요청할 수 있다. 일부에서는 상담 요청자를 담당의사에 국한시키자는 제안도 있으나 이는 바람직하지 않다. 왜냐하면 윤리위원회의 존재 목적이 궁극적으로는 환자의 최선 이익 내지 복지에 있기 때문이다. 다시 말해, 담당 의사의 진료에 윤리적으로 이견이 있거나 환자 복지가 훼손된다고 생각될 때 환자나 환자 보호자에게 윤리상담요청권을 허용하는 것은 환자 복지를 위해 당연하기 때문이다. 간호사 역시 환자의 옹호자(patient`s advocate)[29]로서 당연히 윤리상담을 요청할 수 있어야 하며, 의료 행위의 주체인 담당의사는 두말할 나위 없을 것이다. 윤리상담 요청권에 대해 이런 개방적인 태도를 취할 때 윤리위원회의 존재 의미가 살아날 것이다. 상담 요청자는 윤리위원회에서 마련한 ‘윤리상담 요청 양식’(Ethics Consult Request Form)에 관련 사항을 정확히 기록한 다음 윤리위원장에게 제출하면 된다. 그러나 윤리상담 요청이 강요적일 필요는 없고, 모든 것을 이해당사자의 자발적인 선택에 맡기는 편이 낫다[27].

2. 윤리상담팀 구성

요청이 있으면 윤리위원회는 이 요청에 응해야 한다. 그러면 위원장은 어떻게 윤리상담을 이끌어내갈 것인가? 이에 대해 여러 가지 의견이

있을 수 있다. 상담에 회부된 사례에 정통한 의사나 윤리학자 1인을 정하여 윤리적 의견을 물을 수도 있고, 아니면 윤리위원회 전체 회의를 통해 합의점을 찾아나설 수 있다. 물론 이론적으로는 윤리위원회 전체 회의를 통해 합의점을 도출하는 것이 가장 이상적이다. 하지만 윤리 위원이 10명을 넘어설 경우, 특히 한국사회와 같이 토론 문화가 정착되지 않은 문화적 풍토 하에서는 전체 회의는 합리적이지 못한 운영방안이 될 것이다. 그렇다고 전문가 1인에게 자문을 구하는 방법 역시 윤리위원회의 원래 취지와 어긋난다. 왜냐하면 윤리위원회는 다원주의 사회에서 윤리적 갈등을 다양한 가치관을 지닌 집단적인 의사결정 기구이기 때문이다. 따라서 우리는 이들 사이에 어떤 절충안을 찾을 수밖에 없다. 그것이 바로 윤리상담팀 구성이다. 즉, 하나의 팀을 구성하여 주어진 사례에 관한 모든 사항을 전적으로 위임하여 상담에 임하도록 하는 것이 윤리상담팀 모델이다.

윤리팀은 윤리위원 가운데 선임한다. 윤리팀은 유동적이다. 즉, 다루어야 할 사례에 따라 윤리팀 구성은 융통성을 발휘할 수 있다. 예를 들어, 소아 환자의 치료중단 결정과 관련된 사례의 경우 소아과 전문의가 팀의 일원이 되는 것이 바람직할 것이다. 그래서 임상 의사 1인, 의료윤리학자 1인은 필수적이다. 나머지 1인은 병원 형편에 맞추어 선임하면 된다.

3. 윤리상담팀의 현장조사

윤리상담팀은 윤리적 결론을 얻기 전 사실 확인을 위해 현장조사 과정을 거쳐야 한다. 이 경우 의무기록 검토 등의 작업이 따라야 하지만 윤리팀원이 직접 환자를 찾아 진찰하고 환자 및 환자 보호자와 일차적으로 상담해야 한다. 물론 윤

리팀원은 담당 주치의와 간호사와도 면담하여야 한다. 담당 주치의가 환자에 대해 가장 많은 것을 알고 있는 것은 사실이지만 윤리위원회는 가공되지 않은 1차 정보에 근거해서 판단을 내려야 하기 때문에, 담당 주치의가 제시하는 의견, 즉 2차 자료만을 근거로 판단하는 오류를 범해서는 안 될 것이므로 이런 절차가 필요하다[9]. 구체적인 사실 정보를 수집이 완료되면 윤리팀은 주어진 사례에 대한 윤리적 물음들을 도출한다. 그 각각의 윤리 물음들에 대해 의견을 개진하면서 합의점을 찾아 나간다. 윤리팀이 합의를 도출하지 못하면 다수 의견과 소수 의견이 어떠한지 그 대를 기록으로 남기면 된다. 이 경우 윤리상담을 요청한 자는 윤리위원장과 상담을 요청할 수 있다.

4. 윤리상담팀의 합의 도출

합의가 도출되면 윤리팀은 합의과정과 얻어진 결론을 직접 소정의 결과 보고서 양식에 기록하고, 그 보고서를 한 부 복사하여 윤리위원장에게 통보한다. 윤리위원장은 윤리팀 상담 보고서를 병원장에게 통지한다. 이 경우 병원장이 윤리팀의 의견에 동의하지 않을 경우 재심을 청구할 수 있다. 재심 청구가 있으면 병원윤리위원회는 ‘제 2의 윤리상담 절차’(parallel process)를 밟게 된다. 이 경우 병원장이나 윤리위원장이 윤리팀에게 의견을 번복하도록 강요할 수는 없다.

5. 윤리위원회 전체 회의

결과보고서를 통보받으면 윤리위원장은 윤리위원 전체 회의를 소집한다. 윤리팀의 견해를 사후적으로 재검토하는 과정이 윤리위원회 목적 및 발전에 건설적이다. 왜냐하면 윤리위원회의

또 다른 역할이 의료진 교육과 정책 결정임을 감안하면, 윤리팀의 사례 상담과 권고를 윤리위원회 전체 회의에서 추후에 검토하여 그 결론이 잘못되었을 경우 시정하고 바르게 고친다면 상담 사례는 교육자료로 또는 의료기관의 정책 결정 참고자료로 유용하게 이용될 수 있기 때문이다. 이런 회고적 검토는 윤리위원회 전체가 올바르게 기능하고 있는지에 관한 좋은 평가 자료를 제공하게 된다. 이런 의미로 회고적 검토는 병원 윤리위원회의 제 4 기능이라 불리어지기도 한다[30]. 그러나 이 회고적 검토는 결코 윤리팀의 의견을 번복할 수 없다.

그리고 이런 전체 회의에 앞서 윤리전문가의 자문을 구하는 것이 좋다. 즉, 병원윤리위원회 위원이 아닌 제3의 윤리전문가에게 개별 사례에 대한 윤리상담팀의 사례 분석과 윤리적 결론이 윤리적인 관점에서 타당한지를 재검토하는 자문 과정을 거치는 것이 윤리위원회의 발전에 도움이 될 것이다. 이 과정을 통해 윤리팀의 상담과 권고가 단지 병원의 일방적인 입장이 아니라 사회적으로 확증받을 수 있기 때문이다. 그러니까 윤리위원장은 이 윤리자문이 끝난 후 자문 내용과 윤리팀의 결과보고서를 바탕으로 전체 회의를 이끌어간다.

VI. 맺는말 : ‘윤리적인’ 병원윤리위원회

아직 병원윤리위원회가 의사들에게 실질적인 도움을 주지 못하고 있다는 보고도 있다[31]. 즉, 응답자 47명 가운데 1명만 매우 도움이 된다고 답하고, 59.6%의 의사들이 별로 도움이 안 된다고 응답하였다. 도움이 되지 않는다고 응답한 의사들은 그 이유로 운영 방법의 미비(75.9%)를 꼽았다. 그러면 어떻게 해야 병원윤리위원회를 활성화시켜 진료행위를 윤리적으로 만들어

의사의 신뢰도를 높일 수 있을까?

첫째, 의료기관 운영자는 병원윤리위원회의 존재 및 활동을 하나의 형식적인 기구로 간주하거나 보건의료 외적인 조직으로 생각하여서는 안 된다. 넓은 의미로 보면 병원윤리위원회의 활동은 진료 행위의 한 부분으로 간주될 때 윤리위원회가 활성화될 것이다. 즉, 병원 경영진이 윤리위원회를 병원의 의료적 돌봄(medical care)의 한 부분으로 인정하지 않는 한 윤리위원회는 활성화되기 어렵다. 윤리위원회는 병원의 고유 목적인 환자의 보건의료 향상을 실현하는 데 있어서 필수적인 기관 중 하나라는 인식이 절실히 요구된다[27].

둘째, 윤리위원회는 자신이 몸담고 있는 의료기관에 대한 책임을 다해야 하는 한편, 무엇보다 위원회는 위원회 고유의 도덕적 목적을 추구하는 데 있어서 의료기관의 간섭을 받지 않는 자유가 보장되어야 한다[26]. 물론 윤리위원회는 병원의 여러 기구 중 하나이지, 결코 최종적인 의사결정 기구가 아니다. 그렇다고 윤리위원들이 미리 지레짐작으로 병원의 여러 사정을 고려해야 현실적인 타협점을 제시하는 것은 윤리위원회의 설립 목적과 어긋난다. 윤리위원회는 윤리위원회 취지에 맞게 환자의 최선 이익 관점에서 윤리적인 결론을 내리도록 노력해야 한다.

셋째, 윤리위원회의 상담 절차를 법원은 인정해 주어야 한다. 즉, 의료 분쟁을 판결하는 데 있어서 단순한 설명 의무나 주의 의무 위반 등과는 다른 윤리적 딜레마 상황에서의 진료 결정과 같은 물음이 분쟁 대상일 경우- 예: 보라매 병원 사건 - 법원은 병원 자체 내의 병원윤리위원회의 활동을 절차적 공정성 차원에서 인정해주는 판례를 남겨야 할 것이다. 왜냐하면 어느 판단이 옳은지를 명확히 가리기 어려운 경우 우리는 절차적 공정성을 존중해야 하기 때문이다[33].

넷째, 의료인들의 의식이 법제화가 아니라 윤리화로 바뀌어야 한다. 환자의 권리의식이 높아짐에 따라 점점 의료분쟁이 늘어나자 의료인들은 윤리적 딜레마를 해결할 수 있는 장치로 법제화를 선호하는 경향이 있다. 그러나 한 가지 분명한 사실은 보건의료에 관한 법률이 많이 제정되면 제정될수록 의료인의 사회적 지위가 약화된다. 왜냐하면 그만큼 의료인은 자율적으로 행동하지 않고 법적 강제에 의해 움직여지기 때문이다. 외적 강제가 아니라 자율적으로 의료인의 지위를 향상시키는 기제가 필요하며 그것은 바로 의료인의 윤리의식을 높이는 ‘윤리화’이다. 윤리의식 함양의 일차적 과제는 윤리적 문제의식을 갖고 의료행위를 바라보는 태도이다. 그리고 윤리적인 의사가 될 수 있는 사회적 여건을 만드는 방향으로 나아가야지 거꾸로 사회적 여건이 성숙되지 못했다고 비윤리적인 행위 내지 관행을 정당화하는 방향으로 나아가는 것은 바람직하지 못하다. 이러한 사회적 여건 마련은 의사만의 일도 아닌 우리 국민 모두의 것이다.

다섯째, 이미 앞서서도 언급했듯이 윤리위원회 위원들을 교육시켜야 한다. 윤리위원회가 활성화되지 않는 이유가 운영방법의 미비에 있다는 말은, 위원들이 윤리위원회에 인식 결여뿐만 아니라 실제로 운영의 기술이 없다는 말이다. 위원들은 열린 마음으로 서로를 존중해 주어야 한다. 그러자면 서로의 학문에 대한 이해가 선행되어야 하기 때문에, 비의료인에게는 기초적인 의학교육과 임상경험의 기회를 제공하고, 의료인에게는 윤리이론이나 원칙 등에 관한 교육이 필요하다.

무엇보다 윤리위원회는 윤리의 차원을 고수해야 한다. 윤리위원회가 법률자문회의로 전락한다면 윤리위원회의 존재 자체가 무의미하게 된다. 1978년 하버드 대학교 졸업 측사에 솔제치킨

(Alexander Solzhenitsyn)은 다음과 같은 유명한 말을 남겼다. “객관적인 법의 잣대가 없는 사회는 무시무시한 반면에, 법 이외의 다른 잣대가 없는 사회 역시 인간답게 살만한 가치가 없는 사회이다...법 조문에 토대를 두고 그 이상 발전하지 못하는 사회는 고차원적인 인간 가능성을 실현하는 데 있어서 장점이 거의 없다. 법 조문은 사회에 선한 영향을 미치기에는 너무 딱딱하고 형식적이다.”[34] 윤리위원회는 이제 더 이상 법 관들에 의해서 이루어지는 법적 기관으로 여겨지지 않는 것이 좋으며, 법률가들과 법적 고려사항들은 윤리위원회의 논의에 포함되지 않는 것이 더 좋다. 윤리위원회는 언제나 환자의 복지와 병원의 도덕적 성격에 관심을 가져야 한다. “좋은 병원윤리위원회는 법이 끝나는 데서 시작한다.”[35] ㉞

REFERENCES

- 1) Rawls J. Political Liberalism. New York : Columbia University Press, 1993 : 144.
- 2) MacIntyre A. After Virtue, 2nd ed. Notre Dame : University of Notre Dame Press, 1984: 6.
- 3) Tealos JC, Mainetti JA. Hospital Ethics Committee, ed by Connor SS, Fuenzalidia-Puelma. Bioethics : Issues and Perspectives. Washington DC : Pan American Health Organization, 1990 : 52.
- 4) Loewy EH. Textbook of Healthcare Ethics. New York and London : Plenum Press, 1996 : 90.
- 5) Pence GE. Classic Cases in Medical Ethics. New York : McGraw-Hill Publishing Company, 1990 : 3-24.
- 6) Anderson CA. Ethics Committee and Quality Improvement : A Necessary Link. Journal of Nursing Care Quality 1996 ; 11(1) : 26.
- 7) IRBs를 촉발시킨, 인체 실험과 관련된 중요한 사건으로는 Jewish Chronic Disease Hospital in Brooklyn에서 실시한 간암 세포의 생존가능성 실험(1963년), U.S. Public Health Service 가 1932년에서 1972년 동안 Tuskegee, Alabama 에서 실시한 매독 실험, Willowbrook State School in New York에서 1967년 간염 해악 측정을 위한 어린이 감염 바이러스 주사 실험 등이 있다. Anderson CA. Ethics Committee and Quality Improvement : A Necessary Link. Journal of Nursing Care Quality 1996 ; 11(1) : 24 참조.
- 8) 고윤석 맹광호 황상익 등. 병원윤리위원회 운영 현황에 대한 조사연구. 한국의료윤리교육학회 1998년도 정기학술대회 초록집. 18-19.
- 9) 박석건, 정유석. 병원윤리위원회 운영의 경험과 교훈. 의료·윤리·교육, 1999 ; 2 : 81-85.
- 10) Koh Younsuk et al. Hospital Ethics Committees in Korea. 의료·윤리·교육, 1999 ; 2 : 63-75.
- 11) Siegler M. Ethics Committee : Decision by Bureaucracy. Hasting Center Reports 1986 ; 16(3) : 22-24.
- 12) Simone Bateman Novas and Tanis Salem. Embedding the Embryo, ed by Harris J and Holm S. The Future of Human Reproduction. Oxford : Clarendon Press, 1998 : 101-126.
- 13) Caplan AL Can Ethics Help Guide the Future of Biomedicine?. ed by Baker R.B. et al. The American Medical Ethics Revolution. Baltimore and London : The Johns Hopkins.
- 14) Kelly DF. & Hoyt JW. Ethics Consultation. Critical Care Clinics. 1996 ; 12 : 61.
- 15) Stanley JM. Hospital Ethics Committee: Historical Origins, Present Challenges, Future Roles. Bioethics Bulletin 1988 ; 2 : 1-3.
- 16) Loewy EH. Textbook of Healthcare Ethics. New York and London : Plenum Press, 1996 : 169.
- 17) Moreno JD. Ethics Committees and Ethics Consultants, ed by Kuhse HP, Singer P. A Company to Bioethics, Malden, Massachusetts : Blackwell Publishers Inc., 1998 : 475-484.
- 18) Koh Youn Suk et al. Role of Hospital Ethics Committees on the Consultation of Near the End-of-Life Care in a Korean University Hospital. 한국의료윤리교육학회지. 2005 ; 8. No 2 : 182-186.
- 19) Judicial Council of American Medical Association. Guidelines for Ethics Committees in Health Care Institutions. JAMA 1985 ; 253 :

- 2698-9.
- 20) Bernard Lo, Behind Closed Doors: Promises and Pitfalls of Ethics Committees, Mapps A, & Zembaty JS, eds., Biomedical Ethics, 3rd, New York: McGraw-Hill, Inc., 1991: 87-192.
 - 21) Kloot Meijburg HH van der and Meulen HJ, Developing standards for institutional ethics committees: lesson from the Netherlands, Journal of Medical Ethics 2001 : 27 suppl I: i36-i40.
 - 22) 엄영란. 병원윤리위원회 역할의 활성화 방안 탐색 연구. 의료·윤리·교육, 2003 ; 6, 제1호 : 35-53.
 - 23) 서울대학교병원. 의료윤리위원회 규정 1998 및 서울아산병원. 의료윤리위원회 규정 1998.
 - 24) Thonton JG & Liford RJ. Clinical ethics committee, BMJ 1995 ; 311 : 667-669
 - 25) 김상득. 생명의료윤리학. 서울: 철학과현실사, 2000: 355-356.
 - 26) Smith ML. Criteria, and advantages and disadvantages for three methods of ethics consultation, Clinical Ethics: Consultation Summit Abstracts, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003(<http://www.clevelandclinic.org/bioethcs/cec/syllabus-af.htm> 참조).
 - 27) 이는 카톨릭 계통의 St.Francis 병원윤리위원회에서 채택하고 있는 윤리위원회 운영모델인데, 필자가 일부 수정하여 사용하였다. Kelly DF, & Hoyt JW, Ethics Consultation, Critical Care Clinics, 1996 ; 12 : 56-63.
 - 28) 김중호 외. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 2004; 7, No 1 : 47-63.
 - 29) 환자의 옹호자로서 간호사의 역할에 관한 자세한 논의는 Tschudin V. Special Issues Facing Nurses, ed by Kuhse HP, Singer P. A Company to Bioethics, Malden, Massachusetts : Blackwell Publishers Inc., 1998 : 467-470 참조.
 - 30) Allen EV, Moldow DG, Cranford R, Evaluating Ethics Committees, Hasting Center Reports 1989 ; 19(5) : 23-24.
 - 31) 구영모 외. 의료윤리 문제에 관한 우리나라의 사들의 의식조사. 의료·윤리·교육, 1999 ; 2 : 52-53.
 - 32) Cohen CB. The Social Transformation of Some American Ethics Committees, Hasting Center Reports 1989 ; 19(5) : 21.
 - 33) 이는 의료형법에서도 어느 정도 인정받고 있다. “보호자가 의사에게 치료중단을 요구하기 위해서는 상담절차를 거치도록 하며, 의사는 같은 전공분야의 동료의사와 의학적 협의를 하고, 병원경영진과 경제적 협의를 하도록 한 다음 의사의 자율적 결정에 맡긴다. 모든 사항은 기록으로 남기고, 이 절차와 결정은 형법의 엄호를 받는다.” 이상돈. 의료형법. 서울 : 법문사, 1998 : 258-261.
 - 34) www.hno.harvard.edu/hno.subpage/speeches/solzhenitsyn.html, 2000-06-01
 - 35) Annas GJ, Ethics Committee : From Ethical Comfort to Comfort Cover, Hasting Center Report, 1991 ; 21(3) : 21.

A Study of the Role, Constitution, and Management of Hospital Ethics Committees*

KIM Sang Deuk**

Abstract

The purpose of this essay is to inquire into the role, constitution, and practical management of hospital ethics committees (HECs). HECs have been established to provide guidance on the ethical dilemmas physicians confront in clinical practice. While HECs carry out collective decision-making based on procedural fairness, how is procedural fairness guaranteed? Three questions can and should be raised concerning HECs: a) What exactly is the role of HECs? B) How should HECs be constituted? c) How should HECs be managed? This article addresses these questions from a philosophical point of view and argues that HEC must involve ethical experts. Furthermore, this article offers a reasonable and ethical model for HECs, the so-called “Ethics Consultation Team,” and identifies the main role of HECs as providing ethical consultation in concrete cases.

Keywords

hospital ethics committees (HECs), procedural fairness, ethical dilemmas, constitution of HECs, case consultation

* This paper was supported by research funds of Chonbuk National University in 2015.

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