

## 연명치료중단을 위한 법해석과 현실

신동일  
국립한경대학교

### 1. 시작하며

소위 '김할머니 사건'은 법원에서는 일단락되었지만, '존엄사' 또는 '연명치료 중단'과 관련된 논의는 진행 중이다. 그동안 많은 연구와 토론이 있었다. 그러나 일치된 합의는 없다. 제18대 국회에서는 연명치료중단에 관한 입법안이 제출되기 했다.<sup>1)</sup> 아직 법률은 제정되지 못했다. 논쟁은 인간의 생명에 대한 이해 차이에서 발생하는 것으로 보인다. 그런데 어느 쪽도 기본적인 인간의 생명을 극단적으로 폄하하거나 도구화의 대상으로 보지 않는다. 현실적으로 기계적인 생명연장장치를 장착하고 의식도 없는 상태에서 죽음만을 기다리는 생명에 대해 '존엄'이라는 개념을 일치시키긴 어렵다. 중환자실이나 특정한 시설에서 이와 같은 환자들을 반복적으로 관찰한 사람들의 인식은 연명치료 자체에 대해 부정적인 시각을 가질 수도 있다. 일부 여론조사는 일반인들의 연명치료 중단에 관한 인식을 확인해보려고 했다. 상당한 수의 사람들은 본인만 일만 그러한 상황에 처하게 된다면, 기꺼이 죽음을 선택하겠다는 의지를 표현한 바 있다. 우리는 모두 언젠가 죽어야 하는 존재다. 이를 부정할 수 없기 때문에 소위 '잘 죽어야 한다.'는 말도 회자되고 있다.

헉슬리의 유명한 소설 "위대한 신세계"는 죽음의 과정을 제도화하고 있는 새로운 사회를 상상하고 있다. 일정 나이가 되면 젊고 능력있는 구성원들을 위하여 스스로 죽음을 선택한다는 것이다. 아마도 이러한 방식은 연명치료중단 논의를 위한 완벽한 해결책일 수도 있다. 그런데 분명한 것은 근대 이후 어떤 법제도에서도 이러한 제안이나 주장을 구체적으로 실현하지 않고 있다

---

1) 2009년 1월 12일 신상진 의원 등이 제안한 법률안에서는 연명치료 중단을 위한 제도초안이 담겨있다.

는 사실이다. 헉슬리의 소설을 제외하면, 연명치료 중단의 필요성을 주장하는 견해들도 "죽음의 제도화"를 말하지 않는다. 물론 법률적인 장애는 있다. 우리 형법 제250조 이하의 살인의 죄는 살인에 대한 예비·음모 행위를 처벌한다. 그리고 소위 인종학살에 대한 국제형법의 규정도 존재한다. 이 법률들의 목적은 간단하다. 타인의 생명을 인위적으로 훼손하지 말라는 것이다. 그리고 그와 같은 예비적 행위나 모의조차 하지 말라고 명령한다. 그렇다면 헉슬리 식의 '죽음의 제도화'는 이러한 법률적 장애 때문에 불가능했던 것인가?

## 2. 불편한 배경

이와 같은 상황에도 네덜란드와 같은 국가는 이미 소극적 안락사를 위한 법제도를 만들었으며, 미국의 일부 주와 오스트리아, 스위스, 그리고 최근 독일까지도 연명치료중단을 위한 제도들을 허용하고 있다. 비교법적인 검토는 여기서 자세히 하지 않겠다. 개인적으로는 충분한 배경 이해 없는 비교법(제도)적인 검토는 '장님 코끼리 만지기'처럼 불필요한 오해가 발생할 여지가 많다고 믿는다. 고대나 중세의 사회에서 소위 '불필요한 사회 구성원'에 대한 제도적 퇴출은 지금보다 무리 없이 논의 되었다. 오히려 보편적이었다고 봐도 무난하다. 스티븐 핑커의 최근 저서<sup>2)</sup>는 인간의 폭력성이 언제부터 완화되기 시작했는지를 역사와 인지과학으로 설명하고 있다. 인간의 생명을 죄의식 없이 차별적으로 훼손하던 역사는 길었다. 오히려 보편적인 인간의 생명가치를 동등하게 존중하는 태도는 최근에 형성된다. 생물학적 인간의 가치를 비교하여 차별에 이용한 사이비 과학은 바로 '우생학'이다. 프랜시스 골턴이 처음으로 이론화한 이 생각은 실제로 19세기 미국에서 정책화되었고, 사회적 약자와 자연선택과 같은 말로 생물적인 인간의 인위적인 선별과 일정 기준을 동일하여 생존능력을 계량화하는 이론으로 작용했다. 그 덕분에 650만명의 유대인과 40만명의 장애인이 나치스에 의해 학살당했다.<sup>3)</sup> 나치스의 만행에 덮여 있지만, 과거 일본군에 의한 한국인과 중국인 학살도 중요한 우생학적 사건이다. 1945년 전쟁이 끝나고 뉘른베르크 전범재판소는 전쟁에 직접 관여

2) S. Pinker, The Better Angels of Our Nature. Why Violence Has Declined, Viking 2011.

3) 우생학과 그 이념 때문에 학살이 발생했다고 믿지는 않는다. 학살의 원인은 우생학보다는 기본적인 인간 존재에 대한 도구적 인식으로부터 발생했다고 보는 것이 더 타당하다. 우생학은 그와 같은 도구적 이해를 가장 잘 설명했던 논증들의 묶음이라고 볼 수 있다.

한 전쟁범죄자들을 처벌하면서 국제적인 인권협약들이 경쟁적으로 등장했다. 예외 없이 우생정책의 금지를 선언했으며, 인종학살은 국제형법으로 금지되고, 인간의 차별적인 취급과 국가나 집단에 의한 불평등하고 비인도적인 행위들이 금지되었다. 세계인권선언과 함께 의료생명윤리학적으로는 헬싱키 선언이나 기타 의료윤리 선언들이 등장했다. 그 중요한 내용은 연구윤리와 인권을 고려한 생명윤리를 존중한다는 내용이다.

그러나 이러한 광범위한 반성은 사실 정치적이고 표면적인 반성에 불과했다. 사회적이거나 정치적으로는 우생학 또는 인위적인 생명파괴에 대한 경계심이 높아졌음에도 불구하고 일부 생명공학에서 우생학적인 주장들은 여전히 지속되었다. 우생학은 "유전학"(Genetics)이라는 이름으로 변경되어 과거 보다 더욱 성행했으며<sup>4)</sup> 그 중심에 인간의 생명에 관한 생물학적인 차별이 과학이라는 이름으로 시도되었다. 현대의 의생명과학은 의도했거나 의도하지 아니한 학살과 무책임한 인체실험의 기록과 정보에 의해 지난 세기 급격하게 발전했다. 우생학 또는 유전학적인 연구는 그 동안 낙후되었던 생물학을 핵심 과학으로 성장시켰고, 산업은 이를 빠르게 적용하였다. 제약회사와 대형병원, 각종 건강관련 산업이 비약적으로 성장한 것이 그 증거다. 임상적인 문답으로 환자에게 조언을 주던 전통적인 의료는 마취제의 발전으로 생명을 총괄할 수 있는 전지전능한 기술로 바뀌었다.<sup>5)</sup> 그리고 그에 따라 병원은 거대화되고, 산업화된다. 제약회사는 급격하게 성장하고, 인간의 건강과 섭생, 생물적인 조건들이 다양한 방면에서 연구되고 이론화되기 시작했다.<sup>6)</sup> 의학과 제약의 역사는 실제로 제2차 세계대전 이전과 이후로 구분될 수 있다. 아마도 전쟁을 통한 인체실험의 결과가 없었다면, 지금과 훨씬 다른 모습으로 존재할지도 모른다. 산업적인 이해와 긴밀하게 연계되는 의료계는 자기들만의 폐쇄적인 면허제도 속에서 자본집중을 성공한다. 의료사회학적인 관점에서 보면

4) E. Black, War Against the Weak. Eugenics and America's Campaign to Create A Master Race, Thunder's Mouth Press 2006, 411 이하; 신동일, 우생학과 형사정책, 한국형사정책연구원 2007, 39 이하; 염운옥, 생명에도 계급이 있는가 - 유전자 정치와 영국의 우생학, 책세상문고 123, 2009.

5) R. Porter, The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity, W.W. Norton & Company 1997, 597 이하.

6) M. Pollan, Omnivore's Dilemma. A Natural History of Four Meals, Penguin Books 2006, 239 이하.

필요한 의학적 기술개발은 뒷전이고 오직 수익이 높은 기술에 몰두하게 된다. 대형병원의 각 의국들은 얼마나 많은 환자를 치료했냐로 경쟁하는 것이 아니라, 오히려 얼마나 많은 돈을 병원에 벌여 주었냐로 평가 받는다. 이를 위해 불필요한 검사와 진료가 은밀히 강요되고, 높은 의료수가를 보장받을 수 있는 치료기법이 점차 보편적인 방법이 된다. 게다가 의료보험 체계와 또 다른 제3의 협력관계를 만든다. 병원의 과다한 진료비 청구와 의료수가 조정을 위한 정치적 로비는 어제 오늘 일도 아니다.

이와 별도로 제약회사의 수익창출을 위한 시도는 한계를 모른다.<sup>7)</sup> 수없는 의약품이 시장에 나오면서, 질병과 관련 없는 사람에게 불편한 기준을 적용하는 예도 늘어났다. 비만기준의 조정으로 형성되는 다이어트를 위한 시장규모는 엄청나다. 또한 특정 물질의 규제 또는 규제해제가 만드는 경제적 이윤도 천문학적이다. 국가 연구비를 지원받기 위한 황우석 교수의 무리한 연구성과 부풀리기<sup>8)</sup>는 어린애들 장난 수준에 불과했다. 제약회사의 연구개발비의 대부분은 인간의 생명과 관계없는 발모제 개발이나 기능성 화장품 개발에 투자된다.<sup>9)</sup> 환자에 대한 무차별적인 임상약물 적용과 임상실험의 문제는 적어도 1970년대 초반까지는 법률의 주목을 받지 못했다. 1950년대의 모 음료회사는 실제 코카인을 음료성분에 포함하고 있었으며, 마약은 새로운 의약품으로 소개되었다.<sup>10)</sup> 그 과정에서 담배와 약물 중독과 관련된 정부정책은 항상 이중적이었다.<sup>11)</sup> 임상실험과 무리한 진료의 문제가 세간의 이목을 집중시킨

---

7) 최근 생명윤리와 관련하여 인체 자체가 어떻게 경제적 대상이 되는가를 명확하게 보여주고 있는 D. Dickenson(이근애 옮김), 인체 쇼핑. 삶과 피로 돌아가는 경제, 소담출판사 2012는 좋은 시사점을 던져준다.

8) 이 사건은 2009년 서울중앙지방법원 형사합의 26부에서 주요 피고인들에게 징역 2년에 집행유예 3년을 선고했다. 주요 유죄 사항은 생명윤리및안전에관한법률상 난자매매에 관한 사항이었고, 일부 논문조작에 대한 사실이 부가되었다. 반면에 2011년 11월 3일 서울고법 행정7부는 서울대학교의 황우석 교수 파면결정은 비례원칙을 위반하였거나 재량권을 벗어났다는 근거로 1심의 파면정당 결정을 번복하여 파면이 부당하다는 결정을 내린 바 있다.

9) 이에 대한 경제학적인 관점에서의 언급은 노벨경제학상 수상자인 J. Stiglitz, Globalization and its discontents, W.W. Norton & Company Inc. 2002. 제약의 역사에서 원래 의도한 연구목적에 부합되어 생산된 약품은 별로 없다. 혈압강하제로 개발된 바이아그라(sildenafil citrate)의 현재 상황을 보면 분명하다.

10) 하버드 대학 교수였던 티모시 리어리의 경우를 말함.

사건은 콘터간(탈리도마이드) 사건이다. 이 사건은 지금까지도 가장 비극적인 제약부작용의 예시로 회자된다. 이로부터 임상실험에 대한 위험성 평가 기준과 법적인 책임의 문제가 논의되었다. 의료법이라고 부르는 분야는 1970년대 이전에는 거의 불모지였다. 마찬가지로 '생명윤리'는 새로운 단어였다. 의료법의 등장은 학문적인 호기심에서 아니라 극단적인 불법상황을 극복하기 위한 위기의식에서 비롯되었다고 봐도 무관하다. 의료법적인 관점들은 우생학이나 유전학이 가져온 비극과 대형병원과 국제적인 제약회사들의 이기적인 경영정책에서 약자일 수밖에 없는 환자들의 권리를 지키기 위한 노력의 결론이다. 의료법적인 관점들은 무엇보다도 환자와 의사의 '정보비대칭성'(asymmetry of information)에 대한 문제를 제기했다. 정보의 비대칭성을 극복하기 위해 의료정보를 독점한 의사에게 환자에게 치료수단과 방법, 부작용, 그리고 대체수단을 설명할 것을 요구한다. 그리고 더 나아가서 환자의 진지한 동의를 받을 것을 조건으로 만들었다. 설명의무와 동의권은 의료법에서 핵심적인 문제가 되었다.

그런데 환자와 의사의 평등한 관계 확보를 위한 자율성 원칙이 의료법에서 중요시되면 될 수록 예상치 못한 문제가 발생했다. 바로 자율성을 근거로 하는 환자의 권리 축소현상이다. 역효과가 발생한다. 자율성은 내가 생각하기에 분명히 근대 자유법적인 원리에서 비롯되는 환자의 권리보호 수단이다. 그리고 의료와 제약의 거대산업화에서 시민의 자유와 권리를 보호하기 위한 거의 유일한 수단이다. 그럼에도 불구하고 자율성의 원칙은 반대로 환자의 권리를 침해하는 것에도 동일하게 사용될 수 있게 되었다. 생각해보자. 자율성을 동원하여 스스로 자살할 수 있다고 주장하거나<sup>12)</sup>, 연명치료 중단의 근거가 이

11) 담배 소송에 대한 내용은 최재천 편저, 한국에서의 담배 소송. 담배와의 전쟁, 일상 2001, 152 이하.

12) 영국의 다이안 프리티(Diane Pretty)는 신경이 점차 마비되는 중증 환자이다. 그녀는 검찰청장(DPP)에게 회복의 가능성이 없는 자신의 자살을 남편이 도울 수 경우 1961년의 자살법(Suicide Act) 제2조의 적용을 면제해달라고 요구하였다. 검찰은 거부하였고 원고는 법원에 결정을 요구하였다. 이 요구는 결국 유럽연합법원까지 올라갔다. 원고는 영국의 자살법 규정이 유럽연합의 인권협약(European Convention of Human Rights)을 침해하는 규정이라고 제소했다. 영국 최고재판소와 유럽연합법원은 원고의 주장을 다음의 이유로 신청을 기각하였다. 원고 측은 유럽인권협약 제2조의 생명권(Right to Life)의 내용에는 '살 권리'와 '죽을 권리'를 본인이 스스로 결정할 수 있다는 내용을 포함하므로 영국의 자살법 제2조의 자살관여자 처벌은 유럽인권협약에 반한다고 주장하고 있다. 그

미 작성해놓은 사전진료지시서에 따른 자율적 판단이므로 법적인 권리를 인정한다고 하면 과연 누구의 이익으로 봐야 하는지를.

### 3. 자기결정권 이해

환자의 자기결정권은 최근 의료계약에서 제1원칙(voluntas aegroti suprema lex)<sup>13)</sup>이다. 그 역사는 대략 100년 이내이다. 과거 환자는 피동적인 의료 수혜자에 불과하였다. 의사는 독점적인 지위를 가지고 환자에 대해 치료권을 행사했다.(salus aegroti suprema lex)<sup>14)</sup> 환자는 의사의 전문성을 앞세운 권위에 복종할 수밖에 없었다. 이러한 관계는 최근 변한다.<sup>15)</sup> 민주적인 의식은 의료행위를 일방적인 관계가 아니라 수평적인 관계로 만들고자 했다. 이러한 현상은 특히 우리나라 의사들에게는 진료권의 축소로 여겨졌다. 최근 현실에서 보면 환자의 자기결정권은 의료행위의 기본 원칙으로 자리 잡는 듯이 보인다.<sup>16)</sup> 그러나 자기결정권을 중심으로 의료계약을 모두 설명하기엔 아

---

러나 영국 최고재판소와 유럽연합법원은 유럽인권협약 제2조는 국가가 시민들의 생명을 보호하고 지켜야 할 의무를 규정한 것이므로 검찰이 이를 묵인한다면 생명을 보호해야할 정부가 '살인행위'를 승인하는 것과 같다는 논리이다. 원고는 국가(영국)가 자신의 남편의 자살관여를 금지한 영국 자살법은 고문과 잔혹한 행위를 금지한 유럽인권협약 제3조를 위반한 조항이라고 하였다. 그러나 영국 최고법원과 유럽연합법원은 원고의 고통이 국가로 부터 야기되었다고 보기 힘들고 유럽인권협약 제3조는 동 협약 제2조와 함께 해석해야 하는 것으로 어떤 경우도 이 협약이 시민의 '살해당할 권리'(the Right to be killed)나 '자살원조의 권리'(the Right to helped to die)가 있다는 것으로 오해되어서는 안 된다고 결정하였다.

13) 상세한 논의는 O. O'Neill, *Autonomy and Trust in Biotechnology*, Oxford University Press 2002. 특히 제2장; 신동일, "형법상 의료행위와 설명의무", 「형사정책연구」 제14권 제1호(2003), 221 이하.

14) 형법상 정당행위의 규정이 없는 대부분의 서구 사회에서 의사의 침습적 진료행위는 상해죄를 우선적으로 구성한다. 그래서 전단적 치료행위는 형법적으로 오랫동안 논의되었다. 적어도 우리 형법에서 의사의 수술행위를 상해죄의 구성요건에 해당한다고 생각하는 견해는 많지 않다.

15) 환자의 자기결정권이 처음으로 문제된 국내 판결은 1972년의 대법원 판결이다. 이 판결이 나오고 의사들은 연대해서 진료거부를 하기도 하였다. 최근 진행된 의료법 개정에서도 의사들의 반대로 환자의 자기 결정권(의사의 설명의무)의 입법은 좌절되었다. 그러므로 국내 의료법상으로 환자의 자기 결정권은 법적인 근거가 없는 단지 판례 원칙인 것으로 해석되어야 할 것이다.

16) 그동안 국내에서 발전된 의료사고에 대한 대법원의 결정은 표준적 진료지침 위반의 증명이라는 경향에서 합의된 의료계약의 준수위무 위반으로 변화를 겪고 있다. 반면에 현행 의료법은 이를 법으로

직 갈 길이 멀다.

몇 가지 측면에서 환자 자기결정권을 의료행위의 근거로 인정하기에는 부족하다.<sup>17)</sup> 첫째 자기결정을 할 수 있는 자격과 범위이다. 환자의 자기결정권이 의료법상 원칙으로 자리 잡기 위하여 우선 결정능력의 기준이 설정되어야 한다.<sup>18)</sup> 자기결정권은 진료의 종류와 이후의 후유증에 대한 본인의 감수를 포함하는 중요한 결정이다. 이러한 결정을 내리기 위한 능력이 사물을 변별할 수 있을 정도의 일반적 판단능력으로만 생각할 수 있을지도 의심스럽지만, 한계 상황에 놓인 환자의 능력을 고려하지 않으면 충분치 못한 것으로 보인다. 일반적으로 자유법의 전통에서 동의능력은 정상적인 사회생활의 거래관계를 감안하여 형성된 것이다. 그러나 의료계약은 정상적인 상황이 아니라 특별한 긴장관계에서 실행되는 경우가 많다. 그러므로 동의능력과 동의방법의 차별화가 없이는 실질적인 근거로 설명하기 어렵다. 또한 의사표현이 예측할 수 없는 미래상황을 대상으로 하고 있다는 점과 그 대상이 포괄적이라는 점에서 법적으로 문제될 수 있다. 어떤 면에서는 지나친 포괄적 권한위임이나 의사표시의 한계를 초과한 동의로 보일 수 있기 때문이다.

둘째 환자의 자기결정권 대상이다. 환자의 자기결정권 행사는 보편적 상황에 대한 결정이 아니다. 그 결정은 의사의 정보제공에 따라 환자가 이해한 영역에 국한될 수밖에 없다. 그리고 그 이해는 지극히 개인적이며 추상적이다. 예컨대 뇌수술을 받아야 하는 의사로부터 듣는 설명은 지극히 제한적이다. 어떤 수술방식을 선택할 것인지 그리고 예후는 어떻게 예상되는지 등이 전부다. 그러나 환자에게는 더 중요한 요소들이 있을 수 있다. 만일 수술 후 환자가 음악에 대한 기호나 특정 능력을 잃게 될 수 있다는 가능성은 환자의 개인적인 특징에 따라 중요도가 다르다. 특히 그 환자가 음악과 관련된 직업을 가지고 있는 경우는 더욱 그렇다. 그러므로 의사 설명의무의 범위는 환자

---

정하지 않고 있다.

17) 이에 대한 설명은 신동일, 사전진료지시서: 법이론과 현실, 안암법학 통권 제28호, 2007, 229 이하; 홍석영, 말기환자의 연명치료유보에 대한 의료윤리적 고찰, BioWave Vol. 6, No. 7 2004, <http://bric.postech.ac.kr/webzine>

18) 2006년에 제정된 오스트리아의 Patientenverfügungsgesetz은 비교적 상세한 기준을 담고 있다. 그러나 여전히 이 법률상의 기준도 명확하지는 않다.

의 개인적 결정의 대부분을 포함하지 않으면 무의미하거나 지나치게 제한적 이어서 원래 의도한 효과를 기대하기 어렵게 된다. 환자의 자기결정은 충분한 의사의 정보제공이 조건이다. 예상되는 모순은 소위 수준미달 의사 또는 오진에 의한 정보제공의 경우다. 이러한 설명의 경우도 환자의 자기결정이 정상적으로 의료행위의 근거로 작용한다고 볼 수 없다. 또한 환자가 의료진을 충분히 신뢰할 수 없는 상황도 가능하다. 이런 경우 환자의 자기결정권은 시행되지 아니 한 것으로 해석되어야 한다. 그러므로 생각할 수 있는 전제조건은 환자의 자기결정권은 환자에게 '최선의 이익'을 찾는 노력에서만 부가적으로 도움이 될 수 있다는 점을 인식해야 한다. 단지 '환자가 결정한 내용 그대로 존중'을 강조하는 것은 오해다. 연명치료 중단을 위한 환자의 자율적 동의에서 필요한 것은 객관화된 죽음의 표시이다.

마지막으로 환자의 결정을 둘러싼 '환경'이다. 환자의 동의를 기다릴 수 없는 응급상황이나 아동 환자의 경우처럼 환자의 의사를 확인 못하거나 그 명시적인 의사에 반하여 진료가 개시되어야 하는 경우가 있다.<sup>19)</sup> 이런 경우는 법률적으로는 대리동의 또는 추정적 동의 법리를 고려한다. 대리동의 동의 문제는 의료법에서 매우 복잡하다. 전통적으로 '자율적 결정은 모든 불법을 제거할 수 있다.'(volenti non fit injuria)<sup>20)</sup> 그렇기 때문에 대리동의권의 행사를 한 경우 특별히 이중적인 모순이 생길 수 있다. 국내 의료현실에서 민법적 권리능력(의사능력) 기준인 만19세를 기준으로 의료계약의 성립을 인정하는 경우는 없다. 보통은 민법상의 의사능력기준보다 실질적인 내용 이해능력을 기준으로 한다. 명문으로 법률에서 동의능력 연령을 정하는 경우도 있다. 예를 들어 '장기등이식에관한법률' 제11조는 16세 미만자의 장기적출 동의권의 효력범위를 제한한다. 이와 유사한 규정을 가진 국가들의 경우도 마찬가지다. 즉 필요에 따라 동의능력을 일반 민법상의 기준보다 낮게 정하고 있다. 이는 미성년자의 동의능력을 존중하는 것처럼 보인다. 그러나 반대로 현실에서 아동 환자의 자율성은 부모의 대리동의로 인해 빈번하게 무시된다. 대리동의권이란 원칙적으로는 본인의 이익을 위하여 행사되어야 한다. 그러

19) 치료거부에 관한 좀 더 극단적인 사례로 '여호와의 증인' 신도들의 수혈거부 문제가 있다. 국내 판결로는 대법원 1980.9.24 선고 79도1387 판결. 이 판결에서 대법원은 국가의 생명보호의무가 종교적인 신념보다 우월한 것임을 확인했다.

20) 이 원칙은 대륙법에서는 피해자의 (추정적) 승낙으로 해석된다.



나 대리동의의 경우 환자의 이익을 어떻게 판단하느냐에 따라 그 결과가 달라질 수 있다. 현실적으로 대리동의의 결과는 심각한 갈등상황을 만들기도 한다. 특히 대리동의의 범위와 한계를 분명히 하지 않는다면, 남용될 수 있는 소지가 다분하다. 제도적으로는 어쩔 수 없는 대리동의가 필요할 때 사법적인 판단을 받을 수 있는 장치가 절실하다. 연명치료 중단에 대한 대리 동의권의 결론은 본인의 죽음이다. 그러므로 아무리 양보하더라도 본인의 이익이라고 보기 어렵다. 오직 대리인 또는 제3자의 이익이 남을 뿐이다.

결국 환자의 자기결정권은 극단적인 경우 어떤 것도 확정할 수 없는 무기력한 것일 수 있다는 점을 명심해야 한다.<sup>21)</sup> 환자의 자기결정권은 최근 의료법상 매우 중요한 기능을 함에도 불구하고 기준 자체의 문제점이나 현실적인 문제점으로 인하여 제한될 수밖에 없다. '존엄사법'과 같은 법률로 환자의 자기결정권을 자유법의 일반 원칙과 의료 계약 원칙을 넘어서는 형법적 정당화 사유로까지 격상시키는 것은 아무래도 지나치다. 특히 의료분쟁에 대한 손해배상을 결정하는 원리가 아직은 불법행위책임으로 보는 견해가 계약불이행으로 파악하는 견해와 동등하게 긴장관계를 유지하고 있다. 더욱이 최근 의료과실을 "제조물하자"와 유사한 무과실책임 원리로 설명하는 견해<sup>22)</sup>도 등장하는 것을 감안하면 자기결정권의 법이론적인 위치는 더욱 애매해진다.

#### 4. 법해석과 적용

여기서 법률의 해석을 위한 기준을 살펴보는 것이 필요할 것 같다. 형법 논의에서 국한하면 소극적 안락사는 그다지 복잡한 주제가 아니다. 소극적 안락사의 일정 요건만 갖추어지면 생명연명장치의 중단에 대해 살인죄의 책임을 면할 수 있다.<sup>23)</sup> 문제는 해당 사례의 면책에 관해서 개별적인 법원의 판

21) S. Holm, Not Just Autonomy: The Principles of American Biomedical Ethics, Journal of Medical Ethics vol. 12(1995), 332 이하; J. Raz, Autonomy, Toleration, and the Harm Principle, in: S. Mendus(ed.), Justifying Toleration, Cambridge University Press 1988, 165 이하.

22) 이에 대해서는 김종현, 의료서비스제공자에 대한 제조물책임법의 적용가능성, 한국의료법학회지 제20권 제1호(2012), 79-93 참조.

23) 국내외의 거의 모든 형법교과서들에서 설명되고 있다. 문제는 우리나라의 경우 소극적 안락사에 대한 형사판결이 진행된 경우가 없었다는 점이다. 추측컨대 그 이유는 우리 형법 제20조의 정당행위

단을 받아야 한다는 점이다. 네덜란드의 안락사법은 소극적/적극적 안락사에 대한 기준을 정하여 포괄적인 형사법적 면책을 최초로 법제화한 법률이다.<sup>24)</sup> 해외에서도 소극적 안락사를 엄격하게 제한하는 법제도를 발견할 수 없다. 그러므로 소극적 안락사는 이미 해석상 가능하다. 그러나 이 해석을 위하여 전제조건이 있다.

우리 헌법은 생명권을 자유권의 일부로 설명하고 있다. 그러나 헌법은 생명포기의 자유를 시민의 권리로 인정할 수 없다. 그 이유는 먼저 헌법은 시민이 준수해야하는 규범이 아니라 국가가 지켜야 하는 규범이기 때문이다. 생명권은 국가로부터 - 또는 제3자로부터 - 생명을 침해받지 않을 자유이며, 국가는 시민의 생명을 지키는 의무를 부담한다.<sup>25)</sup> 그렇기 때문에 현실적으로 자살은 가능하긴 하지만, 국가는 시민들의 자살을 방지하는 노력해야 할 직접 당사자이다. 자살금지는 법적인 근거에서는 국가의 방지노력의 직접 대상이기 때문에 반사적 보호대상으로 설명할 수 있다.<sup>26)</sup> 같은 근거로 우리 형법은 자살에 대해 부정적이다. 자살을 직접 실행한 사람에 대해서 처벌하지 않는다.<sup>27)</sup> 그러나 자살에 관여한 사람들에 대해서는 일정한 형사책임을 인정하고 있다.<sup>28)</sup> 이는 공동체의 연대성 원리를 반영한 관점으로 볼 수 있

---

규정이 너무 포괄적으로 의료행위에 대한 정당화를 규범화하고 있기 때문이라고 생각할 수 있다.

24) "Termination of Life on Request and Assisted Suicide and Amendment of the Criminal Code and the Burial and Cremation Act"의 요건은 환자의 진지한 숙고 후의 결정과 치유불가능한 질병의 존재, 의사로부터 그 상황에 대해 충분한 설명제공, 담당의사 이외 최소 한 명 이상의 동일 전공의의 같은 의견개진이 있는 경우 환자에게 의사 조력자살 또는 독극물에 의한 사망원인 제공이 가능하다.( Section 2) 이 법은 적극적 안락사까지 허용했다는 점 때문에 많은 논란의 대상이 되었다.

25) 권리에 대한 오래된 논쟁은 생명권의 실질적 의미에 대해서 법논리적인 방향성을 보여준다. 예를 들어 권리가 의무를 적극적으로 제한하느냐 또는 의무와 실질적으로 충돌가능 하느냐의 판단은 실제로는 대상 권리의 내용과 관련되어야 한다. 생명과 같은 권리의 포기 또는 제한의 문제는 매우 세심하게 검토되어야 한다. 일부 국내 헌법학자의 견해에 따르면 생명권은 절대로 포기될 수 없는 근본 권리라는 토대에서 사형제도의 위헌성이 검토될 수 있는 것이다. 마찬가지로 자살권의 문제도 마찬가지다. 여기서는 상세한 설명은 피한다.

26) 자살의 금기성에 대한 설명은 S. Hauerwas, Rational Suicide and Reasons for Living, in: S. Lammers/A. Verhey(ed.), On Moral Medicine 1998, Eerdmans.

27) 자살자의 심리적인 상황이 원칙적으로는 의사결정능력을 인정할 정도가 되지 못한다는 경험적인 연구도 있다. 심리학적으로 자살은 정상적인 판단이 아니라는 주장이다. 이를 토대로 자살에 관한 법적인 문제점을 분석하고 있는 K. Geilen, Suizid und Mitverantwortung, JZ 1974, 145 이하.

다. 마찬가지로 형법은 촉탁 또는 승낙에 의한 살인행위를 처벌한다. 결국 자살관여죄나 촉탁승낙살인죄는 공동체의 관계성에서 비롯되는 법익의 보호목적을 가진다고 해석된다. 아직 분명치 않은 것은 근대 국가의 법제도에서 본인의 선택에 의한 '자살의 권리' 또는 '죽을 권리'를 인정하는 것이 정당하냐이다.

자살과 유사한 생명 포기 형태는 안락사이다. 형법은 적극적 안락사는 살인행위로서 금지하고, 요건이 갖추어진 소극적 안락사만을 예외적으로 면책해주고 있다. 형법상 안락사를 허용해야 한다는 주장도 있다.<sup>29)</sup> 그러나 앞에서 언급했듯이 안락사는 형법적으로 금지되어야 한다는 견해가 다수이다.<sup>30)</sup> 법이론적으로 다수설의 관점은 안락사는 국가의 생명보호의무와의 모순된다는 근거를 가진다. 즉, 안락사 금지 근거는 일부에서 오해하듯이 특정 종교적 신념에서 유래하지 않는다.<sup>31)</sup> 또한 타협할 수 없는 절대적 생명보호 사상에서 비롯된다고 보기 힘들다. 오히려 금지는 법규범의 명령이다. 즉, 우리 헌법과 기타 법률의 규범원리에 따라 구성된다. 안락사 금지는 살인행위를 금지하는 원리와 동일한 규범근거를 가진다. 인간의 생명은 모든 단계에서 존중받고 보호되어야 한다는 법원칙에 따른다. 그리고 더욱 중요한 논점은 국가의 생명보호의무 자체이다. 안락사의 허용은 이러한 국가의무와 모순될 수 있으며, 안락사를 위해 보호받아야 할 생명과 보호받지 못할 생명을 구분한다는 것은 국가 스스로 생명보호의 차별화를 승인하는 것이다. 만일 국가가

28) 자살에 대한 형법 해석은 G. Duttge, Der Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung(AE-StB) 2005. Ziel erreicht oder blosse Etappe auf dem langen Weg zu einer Gesamtregelung? GA 2006, 573 이하를 참조.

29) 적극적 안락사까지도 허용해야 한다는 주장은 임웅, "안락사 허용론", 「형사법연구」 제16호 특집호(2001), 216 이하; 같은 저자의 "안락사의 비범죄화론", 「이수성교수화갑기념논문집」(2000), 146 이하. 제한적인 허용에 관한 주장은 정현미, "안락사의 형법적 허용한계", 「형사법연구」 제16호 특집호(2001), 240 이하.

30) 다수 견해로는 김일수, "안락사 문제의 실정법적 연구", 「현대사회」(1984년 봄호), 187; 박상기, 형법총론(박영사, 2005), 164; 이재상, "안락사의 형태와 허용한계", 「김종원교수화갑기념논문집」(1991), 578 이하; 전지연, "현행형법에 따른 안락사의 허용여부에 대한 검토", 「명형식교수화갑기념논문집」(1998), 163 이하; 신동일, 사전진료지시서: 법이론과 현실, 안암법학 제28호 229 이하 등.

31) 어떤 종교적 입장은 소위 '자발적 순교'(martyr)를 숭고한 정신의 표현으로 보는 경우도 있다.

보호의무를 선별할 수 있으려면 분명한 근거가 있어야 한다. 안락사(존엄사) 논의에서는 결국 국가의 시민들의 생명보호와 그를 위한 의무 이행여부의 타당성이다.

연명치료 중단 논의에서 빠지지 않고 등장하는 논증들은 연명치료가 과다치료로 보는 관점들이다. 나는 솔직히 이 견해를 이해하기 어렵다. 개선치료의 중단의 한계점은 그 치료로 인한 개선의 효과가 나올 수 없는 경우에 국한된다. 치료 중단은 의료법상 환자의 권리라고 하는 관점에는 동의할 수 있지만, 예를 들어 타인에 의하여 중단되거나, 환자 자신의 생명이 위태롭게 되는 경우에 일관되게 이 논증을 적용하는 것은 무리다. 이미 우리 의료법과 응급의학에 관한 법률에서 생명이 위태로운 경우는 보편적으로 논의될 수 있는 치료중단의 주장이 제한되도록 규범화되어 있다. 요컨대 치료중단의 권리가 환자에게 독립적으로 부여되었다는 주장은 받아들일 수 있으나 이를 연명치료 중단의 논거로 삼는 것은 지나친 확장이다.

연명치료 중단에 대해 국가가 적극적인 제도를 만들기 위해 노력하는 것은 현재 법률의 해석상 자기모순일 수 있다. 극단적으로는 국가에 의한 시민들에 대한 우생학적 살인 또는 자살방조의 책임을 면할 수 없다. 일부 형법이론에서 제안하는 정당화사유는 소극적 안락사의 일부 기준에 충족될 때지만, 법률적인 설명은 아니고, 언급했듯이 단지 '이론적인 설명'에 불과하다. 그리고 여기서 추가적으로 언급해야 하는 것은 우리의 의료법이다. 현행 의료법(법률 제11252호)의 규정은 제1조의 목적에서 "이 법은 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적이 있다."라고 규정한다. 그리고 의사들의 계율인 히포크라테스 선서에도 "나는 환자의 건강과 생명을 첫째로 생각하겠노라."라는 내용이 있다. 국가의 시민들의 생명과 보건에 대한 의무 선언은 연명치료 중단을 위한 제도적인 노력과 구조적으로 모순된다. 그러므로 연명치료 중단은 결국 법률에 따라서는 원칙적인 금지의 대상으로 해석할 있다. 예외적인 허용을 위하여 동원될 수 있는 법원리는 "기대불가능성"<sup>32)</sup>이

32) 기대불가능성 원칙은 형법의 허용구성요건을 정하는 기준이다. 이 기준은 소위 법률화되지 않은 정당화사유를 해석할 수 있는 것이기는 하지만 주관적인 기대를 객관화할 수 없는 한계를 가진다. 보통은 법률상의 흠결을 보충하는 수단으로 적용될 수 있다. 문제점이 지속되는 경우는 법률을 통한

외에는 없다.

## 5. 현실과 그 개선

한 해 사망하는 한국인은 25만 명 정도이다. 그 중 10만 명이 조금 못되는 수가 암이나 중한 심장 및 뇌질환으로 사망한다. 이들 중 몇 명이 중환자실에서 연명치료를 받다가 사망하는지는 확인되지 않는다. 개인적인 병원비 부담이 상당한 우리의 경우 연명치료를 선택하는 환자 수는 매우 적을 것으로 생각한다. 그나마 연명장치 제거를 병원에서 거부하는 것은 보라매 병원 사건 이후 발생한 기현상이란 말도 있다. 보라매 병원 사건 이전에는 가족들의 합의만 있으면 아무런 제재 없이 치료중단이 실행될 수 있었다. 보라매 병원 사건 이후 '존엄사'에 대한 논란이 발생한 배경에는 의료진들의 살인죄 기소에 대한 막연한 공포 때문이다. 그 공포를 벗어나기 위한 새로운 시도 중의 하나가 연명치료 중단을 위한 소위 '존엄사' 논의라고 추측할 수 있다. 이를 의료계의 노력으로만 평가하여 현실적인 법해석을 통해 금지시키거나, 윤리적 측면에서 생명절대주의 사상이라고 반대하는 것은 합리적인 해결이라고 보기 어렵다.

나는 현실은 그대로 파악하고, 해결을 위해 놓치고 있던 관점을 추가적으로 생각하는 것이 타당할 것이라고 믿는다. 여기서 중심적인 관찰해야 하는 것은 사실 의료기관이나 환자 본인 또는 그 관계성이 아니라 전체 상황을 방관만 하고 있는 국가다. 생명보호를 위한 제1차적인 의무를 지고 있는 현재의 갈등에 대해 아무런 대책을 생각하지 못하고 있다. 그리고 국가의 영역이 어떤 역할을 해야 하는지 지적되지 않았다. 예를 들어 국가가 "회복 불가능한 말기환자"들에게 경제적 부담을 느끼지 않고 치료를 받을 수 있는 조건을 마련하거나 특별한 의료적 조치 기준을 정하고 난 후에야 나머지 구성원들이 연명치료 중단에 대한 논의를 하는 것이 이상적이다. 이런 경우에만 환자들의 이성적인 선택에 대한 자율성의 적용 범위를 고려할 수 있다. 지금처럼 중심적인 관련자들만이 자신들의 영역에서는 해결할 수 없는 상태의 논쟁을 방관하는 것은 부당하다.

---

해결로 반드시 치유되어야 하는 흠결이며, 법률이 새로운 기준을 정하면 객관적 기대조건이 제시되어야 한다.

의학적으로 회복이 어려운 환자들이 선택할 수 있는 다른 길은 호스피스와 완화치료이다.<sup>33)</sup> 연명치료 중단을 위한 효과적인 제도로 평가하는 사전진료지시서 역시 호스피스/완화의료의 일환으로 결정능력이 있는 환자에게 사전 동의를 받는 제도이다.<sup>34)</sup> 우리가 현재 논의하는 과정을 보면 완화치료를 존재를 의료법적으로 검토하는 것에 대한 논의가 빠져있다. 내 생각엔 개선치료와 구분되는 완화치료를 법적으로 인정하는 것이 사전진료지시서의 적용여부, 즉 연명치료 중단에 대한 의료법적인 논의를 다른 차원에서 객관적으로 시도할 수 있게 만든다. 그러므로 정리하면 일단 모든 환자에게 사전진료지시서를 확대해서 적용하는 것은 불필요할 뿐 아니라 법률적으로 모순일 수 있다. 이는 죽음의 선택을 제도화다. 의학의 기본 취지와도 모순된다. 그러므로 개선의료와 구분되는 '완화의료'(palliative medicine)라는 개념을 먼저 구성해야 한다. 그 대상 선정은 의학적인 기준에서 제시해야 하는 것이 맞다. 개선의료의 가능성이 객관적으로 존재치 않아서 완화의료의 대상이라는 판단이 내려진 후, 이에 대해 환자 스스로 충분한 이해를 바탕으로 자율적으로 호스피스/완화医료를 요청하는 경우에만 우리가 오늘 논의하는 연명치료 중단이나 사전진료지시서 등의 제도의 범위가 분명해질 수 있다. 그리고 여기에는 반드시 시기적인 재검토 기간이 명시되어야 한다. 의학이 발전함에 따라 회복불가능성의 개념이 지속적으로 바뀔 수 있다는 것을 감안해야 하기 때문이다. 호스피스와 완화의료는 개선치료가 아니기 때문에 점차 상태가 악화되는 환자에게 진통제나 소극적인 고통완화 조치를 시도할 수 있다. 이 과

33) H. Schreiber, Palliativmedizin in Deutschland, in: Eberhard/Klaschik/Kettler(Hrsg.), Beiträge zur Palliativmedizin: Band 5: Palliativmedizin, Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung, 2002 ;M. Watson et al, Oxford Handbook of Palliative Care, 2nd ed., 2009.

34) 구인회, "독일 및 오스트리아 지역에서의 사전의료지시서", 「사전의료지시서의 현실과 윤리적 성찰」, 가톨릭생명윤리연구소 2008, 23 이하; 이재경, "사전의료지시서의 배경과 현황", 「사전의료지시서의 현실과 윤리적 성찰」, 가톨릭생명윤리연구소 2008, 71 이하; G. Duttge, Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz: Schreckenbild oder Vorbild? ZfL 3/2006, 81 이하; 이석배, "독일의 치료중단 기준과 입법론", 「형사정책」 제19권 제1호(2006), 299 이하. 오스트리아는 2006년에 '환자자기결정법'(Patientenverfügungsgesetz)을 제정하였고, 미국의 캘리포니아 주는 1977년 '자연사법'(Natural Death Act of 1977), 미국연방법인 '환자의 자기결정권법'(Self-Determination Act)을 제정하여 시행하고 있다. 영국은 2005년 '정신능력법'(Mental Capacity Act of 2005)에서 환자의 자기결정에 따른 특정 진료포기를 규정하고 있다.

정의 마지막 단계에서 환자는 급격한 의식불명상태에 빠질 수 있다. 개별적으로 사전진료지시서는 의식불명상태에 빠진 환자에게 생명연장수단 일부를 제한하는 목적을 가진다.

연명치료 중단을 위한 논의가 '존엄사'와 같은 미화된 자살권유로 변질되어서는 안 된다. 연명치료를 받는 불편하고 비극적인 상황에서의 생명도 언제나 존엄한 삶의 과정이라는 것이 전제되어야만 한다. 단순히 사전진료지시서를 도입하는 것으로 간단히 문제가 해결될 수 있다고 믿는 것은 소박한 생각이다. 정상적인 인식 판단을 하는 상태에서 연명치료 중단을 위한 사전진료지시서에 법적인 권한을 부여하는 것은 부당하다. 다시 말하면, 사전진료지시서의 법적인 의미가 법적으로 승인되기 위하여는 완화치료를 선택해야 하는 치료중단의 의학적 전제가 확인되고, 자유법적인 근거에서 동의 능력을 갖춘 본인의 진지한 승낙이 있어야 한다. 그리고 그 진료포기의 의사도 일정한 기간에 매우 손쉽게 철회할 수 있는 제도가 병행되어야 할 것이다. 인간의 결정은 상황과 직접적인 자기 연관성이 없는 경우 이성적으로 내려지지 않는 경우가 많다. 그런 면에서 사전진료지시서가 만능의 해결책이라고 생각하는 것은 위험하다. 이는 문제의 종료가 아니라 더 심각한 문제의 시작이 될 수 있다.

특히 대리동의권의 문제는 심각한 법적인 문제를 초래할 수 있다. 범죄수사의 관점에서 보면, 대부분의 살인 범죄의 제1용의자 집단은 '가족'이다. 법정대리권을 가지는 순서대로 용의자가 선정된다는 것을 이해하면 법정대리인 제도로 동의권의 문제를 해결하는 것이 얼마나 위험한지 이해할 수 있다.<sup>35)</sup> 이를 위하여 독일이나 오스트리아와 같이 후견법원의 도입을 생각할 수 있다. 후견법원을 두고 있는 국가나 영국이나 미국의 경우도 환자의 불이익이 예상되는 동의권 행사에 법적인 승인을 위하여는 법원이 최종적으로 결정한다. 이러한 제도의 취지는 만에 하나 있을 수 있는 환자의 결정에 대한 오류를 줄이기 위한 것이다. 일부 주장은 이 경우 일일이 법원의 판단을 받는 게 부당하므로 '존엄사법'을 만들어야 한다고 하지만, 개별적인 법원의 심사의

35) 마찬가지로 자율적 결정의 이중적인 모순문제도 있다. 즉 12세 아동의 자율적 결정에 따른 음주와 흡연을 금지하면서 왜 같은 연령 아동의 자율성을 근거로 하는 임상실험 참여는 허용해야 하는지 좀 더 신중하고 치밀한 논의가 필요하다.

가능성을 열어두지 않고 일괄적인 치료중단을 법제화할 수는 없다. 대리동의, 본인동의를 모두 본인에게 불이익이 예상되고, 그로 인해 이익을 얻는 가족을 가정할 수 있다. 그러므로 본인의 진지한 의사여부와 대리동의권의 부여를 위한 실질적이고 사안과 관련된 결정을 법원이 구체적으로 판단하는 것이 타당하다. 그를 통해 치료중단행위에 대한 형법적인 면책을 개별 사안의 심사 없이 일괄적으로 승인하기는 힘들다.<sup>36)</sup>

## 6. 마치며

연명치료 중단에 대한 문제는 항상 '새롭게 제기되는 낱은 문제'다. 그 이유는 이에 대한 해결이 절박함에도 불구하고 논쟁으로만 그쳐서 교과서에 나열되는 여러 가지 생명윤리와 의료법적인 쟁점 중에 하나로 "박제화"될 수 있기 때문이다. 1997년 보라매 병원 사건과 2009년 김할머니 이후 연명치료 중단이나 사전진료지시서 등의 문제는 토론과 학문적인 영역에서만 다루어졌을 뿐이다.<sup>37)</sup> 이를 실질적으로 해결하기 위한 논증들은 계속 되기는 했지만 효율적인 합의를 만들지 못하고 있다. 나는 연명치료 중단을 위한 논의가 신중해야 한다는 생각을 하지만, 이 문제를 그냥 덮어 버리고 묵혀두어서는 안 된다고 생각한다.

무엇보다도 인간의 존엄성이나 생명권 존중의 사실이 훼손되는 가능성이 제도화되지 못하게 주의하는 것이 중요하다. 이를 위하여 의료사회학적인 분석과의료계의 실질적인 이해가 필요하며, 국가는 합리적인 도움을 제시할 수 있는 적극성을 가져야 한다. 특히 국가의 개입은 "부권주의적인 오류"에 빠지지 않도록 해야 한다. 이 경우 국가의 개입이 필요한 부분은 문제의 해결이 아니다. 국가는 해당 전문분야 전문가의 조언을 구해 사회적인 합의가 도출될 수 있는 과정을 설계하고 이에 대한 직접 지원을 하는 것에 머물러야 한

---

36) G. Duttge(김성은 역), Menschenwürdige Sterben, 2008년 11월 한국형사정책연구원 방문 발표문, 4 이하에서는 독일에서도 치료중단은 여전히 살인죄를 구성하며, 그로 인해 법이론상 완화치료의 도입도 어렵다는 사실을 확인해 주었다. 그럼에도 불구하고 2010년 9월 독일은 사전지시서 도입을 골자로 하는 법률을 의회에서 통과했다.

37) 지난 몇년간 대학원에서 다루어진 석박사학위 논문의 주제로는 상당히 많이 등장했다. 그럼에도 불구하고 법률이나 실천적인 영역에서 문제 해결은 아직 요원하다.



다. 보다 중요한 문제는 각각의 이해관계인들의 객관적인 입장을 투명하게 보여줄 수 있는 가능성을 확보하는 것이다. 그리고 예를 들어 병원과 기업의 이윤을 직접 보상하는 것을 금지하고 우회적으로 반사적인 이익을 볼 수 있도록 개입하는 것은 시도해볼만하다. 마치 2009년 유럽연합의 아동임상실험에 대한 회원국간의 강제 준수규정(die Kinderarzneimittel-VO der Europäischen Union)에 담긴 방법론을 고려해볼 수 있다.

단순하게 말해서 연명치료 중단 문제는 지금까지보다 훨씬 구조적인 전제 조건들을 해결해야만 그 해결의 실마리가 발견될 수 있다고 생각한다.