

연명치료중단에 관한 법제화 : 방임에서 공론화, 개입에서 방임으로의 역사

이인영
홍익대학교 법과대학

I. 들어가면서

우리나라의 치료중단을 둘러싼 의료현실이나 죽음에 관한 사회적 인식은 이미 자연사법이나 의사조력자살을 입법화한 국가와 확연히 다르다. 그렇기 때문에 환자의 입장에서는 연명치료를 보류하거나 중단할 수 있는 의사결정이 가능한지 또는 의료인들이 그들의 의사결정에 따라 치료를 중지할 수 있는지에 대해서 아직 입법을 이루어낼 정도의 합의가 이루어지지 않았다. 세브란스 김할머니 사건 이후 정부는 한편으로 연명치료중단의 사회적 합의체를 구성하여 법제화의 방향성을 찾아보려는 노력을 시도하였지만, 다른 한편으로 우리 상황에 맞는 법제화의 해법을 위해 시민단체나 의료계, 종교단체가 어렵게 마련한 기본적인 합의안을 수용하지 않고 방임하고 있는 양면성을 동시에 보이고 있다. 의료화된 죽음의 과정에서 말기 내지 임종환자가 스스로 죽음의 과정을 결정할 수 있는 여지는 현재 거의 없다. 현행 형법은 특정한 상황을 전혀 고려하지 않고 다른 사람에게 죽여 달라고 부탁하는 경우 그 상대방은 촉탁에 의한 살인죄로 처벌받으며, 만약 의료인으로부터 죽음에 필요한 도구를 제공받는 등의 행위가 있으면 여지없이 해당 의료인은 자살관여죄로 처벌받기 때문이다. 현재 말기환자에게 죽음의 과정에 대한 선택 특히 인공호흡기 제거와 같은 연명치료중단에 대한 선택권은 소송이라도 하지 않으면 보호받지 못하는 실정이다.

연명치료중단을 법으로 정해야만 하는가? 먼저 치료중단여부에 대한 허용한계를 반드시 입법으로 정할 필요가 없다고 주장하는 견해가 있다. 일부 학자들은 치료중단과 관련하여 의사의 면책을 입법화한 나라는 드물고, 만약 허용한다고 하더라도 치료중단 여부는 전적으로 의사들의 결정에 일임하도록

하여 그로 인한 결과에 대해 법적 소추를 하지 않는 것이 바람직하며, 그 바탕에는 의사는 원칙적으로 의료윤리에 따를 것이라고 신뢰하기 때문이라고 한다.¹⁾ 종교계의 입장에서는 치료중단 내지 안락사를 법적으로 허용한다면 수많은 사람들이 안락사를 희망하여 시행할 것이 명약관화하기 때문에 이를 입법화할 수 없다는 논리를 펴고 있다. 입법을 통해서 아무리 합리적인 통제 장치를 마련한다고 하더라도 관리 감독이 제대로 이루어지지 않은 이상 이를 제대로 통제하기 어려우며, 적법한 절차에 의한 정당한 안락사가 시행되었는지에 대한 사후적 통제방법으로서 그러한 절차에 참여하지 않은 제3자가 그러한 불법사실을 입증한다는 것도 사실상 불가능에 가까울 것이라고 지적한다. 즉, 안락사에 대한 사전적 사후적 통제시스템이 완벽하게 기능할 수 없을 때에는 경우에 따라서는 죽음에 임박하지 않은 환자의 임의적 생명단축의 부작용을 가져올 수도 있다고 본다.²⁾

한편 그에 반해 현행법상 치료중단을 요청할 수 있는 권리가 기본권의 일환으로 그 정당성이 인정되어 허용될 수 있다면 이를 입법으로 명시할 필요가 있다고 보는 견해가 있다. 입법을 주장하는 견해도 역시 그 폐해를 막기 위해서는 어느 범위에서 어떠한 절차와 방식으로 할 수 있는가에 대한 충분한 논의와 검토가 불가피하며, 그러한 내용이 규정으로 제시되어야 한다는 입장을 보이고 있다. 입법상의 기준은 한편으로 헌법상에서 명시한 인간의 존엄과 가치의 보장규정에 따라 참기 어려운 고통 속에 있는 죽음을 기다리는 환자의 인간다운 죽음을 진정으로 도와줄 수 있는 길을 열어주면서 다른 한편으로 안락사의 남용을 최대한 방지하는 제도적 장치로서 기능할 수 있다는 점을 고려한 것이다.³⁾

앞서 독일의 경우에도 입법화 논의가 있었다. 독일의 연명치료중단에 관한 논의는 1986년에 제안된 안락사법안⁴⁾을 중심으로 이루어졌는데, 입법안의 서문에는 법안의 목적이 생명보호원칙을 이완시키는 것이 아니라 생명침해 행위에 대한 형법의 한계를 명확히 하는데 있음을 밝히고 있다. 개정안의 연명치료중단에 관한 내용은 특별법 형식을 취한 것이 아니라 독일 형법 제16장의 생명에 대한 범죄행위에 포함할 것을 제안한다.⁵⁾ 법안 제214조에는 생

1) 정현미, 치료중단의 한계와 형사책임, 198면.

2) 윤종행, 안락사와 입법정책, 470면.

3) 허일태, 안락사에 대한 연구, 47면.

4) Alternativeentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe vorgelegt von Jürgen Baumann u.a., 1986.

명연장장치의 중단 또는 불이행에 대하여 일정한 사실적 전제하에서 위법하지 않은 행위로 규정하였다.⁶⁾ 제216조에는 현행의 촉탁살인죄를 제1항에 존속시키면서 제2항에 극도의 고통스러운 상황에서의 촉탁살인을 하는 그 형을 면제한다고 독일 형법 개정안을 제안하였다. 독일의 개정안 제안의 배경 중의 하나가 지금까지 판례가 연명치료중단의 인정여부에 대해 일관성 없는 태도를 보이므로 법적 불확실성의 제거를 위해서는 입법이 필요하다는 점에 기초하였다.

우리나라의 경우에도 마찬가지로 연명치료 중단에 관한 전제요건 등이 법제화되지 않은 상황에서 매년 연명치료중단과 관련된 소송이 법원에 제기되었을 때 그에 대한 법원의 역할을 어떻게 하는지에 대해 논의할 필요가 있다. 미국에서는 죽을 권리에 관한 의사결정에 사법 참여를 요구하는 것은 가족과 의료기관에게 부담을 줄 뿐 아니라 법원으로 하여금 궁지에 빠뜨리게 하고 있다는 지적이 있다.⁷⁾ 미국 내에서 법원이 어느 시점에 생명 연장기술의 보류 내지 중단의 의사결정에 참여해야하는지에 대해서는 의견이 일치된 바가 없지만, 몇몇 주의 대법원은 대부분의 연명치료관련 소송사건에 굳이 법원이 나서서 사법적 중재할 필요가 없다고 선언하였다. 예를 들어 워싱턴 주 대법원은 연명치료의 계속여부와 관련해서 가까운 가족이나 치료하는 의료진, 예후 위원회(prognosis committee) 내지 윤리위원회에서 합의된 의사가 있다면 사법권이 개입할 여지가 없다고 하였다. 메사추세츠 주 대법원도 연명치료장치를 중단하는 모든 결정에 사법적 승인이 필요하다는 초기의 견해를 포기하였다. 보건의료결정에 관한 통일법전(Uniform Health Care Decisions Act) 및 관련 법률은 생명유지치료를 중단하는 결정이 실행에 옮

5) 이 법안은 1986년 개최된 독일 법학회에서 검토되었으나 안락사규정을 포함한 현행법 개정은 지지를 얻지 못하였다.

6) 형법 개정안 제214조 생명연장장치를 중단 또는 개시하지 않는 자는 다음의 경우 위법한 행위를 한 것이 아니다. (1) 당해인이 이것을 명시적 또는 진지하게 요구하는 경우, (2) 의사의 소견에 의하면 당해인이 회복불가능한 정도로 의식을 상실한 경우 또는 심각한 장애를 가지고 있는 신생아의 경우에는 결코 의식을 가질 수 없는 경우, (3) 의사의 소견에 의하면 당해인이 치료의 개시 또는 계속에 관하여 지속적으로 의사표시를 할 수 없고 당해인이 가망없는 고통상태의 계속 및 결과를 고려하고, 특히 목전에 급박한 죽음을 고려하여 치료를 거부한다는 것을 신뢰할만한 근거에 기하여 상정할 수 있는 경우, (4) 죽음이 목전에 급박한 경우에 고통상태와 치료의 가능성을 고려해볼 때 의사의 소견에 의하면 생명유지조치의 개시 또는 계속이 적절하지 않은 경우이다.

7) Furrow/Greaney/Johnson/Jost/Schwartz, Health Law, 2000, West Group, p. 878.

겨지기 전에 어떠한 사법적 개입이 필요하지 않다고 하였으며, 실제 어떠한 주에도 사법체계 내에서 연명치료중단 결정이 이루어진 적이 없었다고 한다.⁸⁾

II. 법제화 논의 I : 방임에서 공론화된 접근 (1997-2006)

1. 일명 보라매병원 사건과 그 이후의 의료지침

1) 보라매병원 사건에서의 법원의 태도

적어도 1997년 일명 보라매사건이 있기 전에는 담당의사가 임종환자를 포함한 말기환자에 대한 연명치료가 무의미하다고 판단하면 환자의 가족과 상의하여 퇴원을 허용하거나 권유하기도 하였다. 이러한 관행이 보라매병원 사건으로 크게 바뀌어 대부분의 의료기관에서는 더 이상의 치료가 무의미한 임종환자조차 퇴원을 허용하지 않고 연명치료를 계속하는 이른바 집착적 의료 형태를 보여 주었다. 보라매병원사건의 고등법원 재판부는 이 사건이 불러일으킨 ‘가망 없는 퇴원’ 논쟁에 대해서 “치료의 중지는 죽음을 피할 수 없는 말기상태의 환자에 대해서만 의사의 양심적 결단에 따라 제한적으로 허용될 수 있을 뿐이고 그 허용범위와 방법에 대해서는 사회적으로 진지한 논의와 합의가 있어야 할 것”이라고 판시하였다.⁹⁾

2) 의사윤리지침(2001)에서의 치료중단 규정

1997년 치료중단과 관련된 ‘보라매병원사건’을 계기로 대한의사협회는 2001년 4월 19일 의사윤리지침을 제정하면서 안락사와 치료중단에 관한 규정을 마련하였다. 의사윤리지침을 통해서 안락사에 관한 개념정의를 하고 있는데, “안락사와 함은 환자가 감내할 수 없고 치료와 조절이 불가능한 고통을 없애기 위한 목적으로 환자 본인 이외의 사람이 환자에게 죽음을 초래할 물질을 투여하는 등의 인위적 · 적극적인 방법으로 자연적 사망 시기보다 앞

8) id. pp. 878-879.

9) 서울고등법원 2002. 2. 7. 선고, 98노1310.

서 환자를 사망에 이르게 하는 행위를 말한다”라고 명시하였다.(지침 제58조 제1항) 의사는 안락사에 관여하여서는 아니된다고 하여 인위적 적극적 안락사를 금지하고 있다.(지침 제58조 제2항) 또한 의사윤리지침은 소극적 안락사의 유형을 허용하고 있는데 환자의 자율적 결정이나 그에 준하는 가족 등 환자 대리인의 판단에 의하여 생명연장치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 문서로 요구하는 경우 의사가 그러한 요구를 받아들이는 것은 허용한다고 규정하고 있다.(同지침 제30조)¹⁰⁾ 의학적으로 의미 없는 치료에 관해서 의사윤리지침은 의사가 회생불가능한 환자에게 의학적으로 무익하고 무용한 치료를 보류하거나 철회하는 것은 허용된다고 규정하였다.(지침 제60조)

3) 연명치료중단 허용법안 발의(2006) 등 관련 입법논의

2006년 2월 24일 국회에 발의된 의료법의 개정안에 의하면 “의료인은 환자 등의 치료중단 요구 또는 의학적 기준에 따른 치료 중단 등이 필요하다고 판단되는 경우 의료법 제54조의2의 규정에 따른 중앙의료심사조정위원회 및 지방의료심사조정위원회에 심의결정을 요청할 수 있다”고 규정하고 있다. 이러한 법안을 발의한 배경을 설명한 자료에 의하면 첫째, 회생 불가능한 환자의 의료비 지원이나 생계비 보조 등 경제지원 장치도 없고, 환자나 보호자의 의사에 반해 치료를 강행할 수 있는 제도적 장치가 없는 상태에서 여러 가지 이유로 연명치료 중단을 요구하는 보호자나 이를 승인한 의사에게 일방적으로 책임을 묻는 것은 불합리하다는 점을 들고 있고, 둘째, 의학적으로 회생 불가능한 환자를 특수 기계장치 등을 통해 억지로 연명시키는 것은 환자 본인에게나 그 가족에게 큰 고통이며 사회적인 부담도 큰 것이 현실이라는 점을 감안한 것이라고 한다.

10) 의사윤리지침은 의학적으로 회생의 가능성이 없는 환자 뿐 아니라 생명이 위급한 환자 에 대한 진료 중단도 제한적 조건하에 이를 허용하고 있다. 생명이 위급한 환자가 자신의 자율적 결정에 의하여 생명연장 치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 문서로 요구하는 경우 의사가 불가피하게 그러한 요구를 받아들이는 것을 허용하고 있다.(同지침 제28조 제2항) 환자가 의식불명에 빠지는 등 자율적 결정을 내릴 수 없는 상황에서 가족 등 환자 대리인이 진료의 중단이나 퇴원을 문서로 요구하는 경우 그러한 요구가 환자의 이익과 의사가 부합하는 지 신중하게 고려해야 하고, 환자의 대리인의 요구가 환자의 이익과 의사를 충실히 반영한다고 판단되는 경우에는 의사가 불가피하게 그러한 요구를 받아들이는 것을 허용하고 있다.(同지침 제28조 제3항)

4) 대한의사협회의 윤리지침(2006)

대한의학회는 2006년 4월 22일 기존의 윤리강령과 윤리지침을 전면 개정하였다. 선언적 내용이기기는 하지만, 의사윤리강령 제7조에 의하면 “의사는 죽음을 앞둔 환자의 고통을 줄이고, 환자가 인간답게 자연스러운 죽음을 맞을 수 있도록 최선을 다한다”고 규정하였다. 의사윤리지침에서는 말기환자에 대한 의료의 개입과 중단이라는 표제어 하에 “의사는 죽음을 앞둔 환자의 신체적, 정신적 고통을 줄이는데 최선의 노력을 다하여야 한다”(제30조 제1항), 그리고 “의사는 죽음을 앞둔 환자가 자신의 죽음을 긍정적으로 받아들여 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 노력하여야 한다”(동조 제2항)는 선언적 규정을 두고 적극적 안락사와 자살방조행위를 금지하는 규정을 두었다.¹¹⁾ 그리고 의료강령 제18조(의학적으로 의미없는 의료행위의 중단)에 의하면 “의사는 의료행위가 의학적으로 무익, 무용하다고 판단된 회생가능성이 없는 환자에 대하여 환자 또는 그 보호자가 적극적이고 확실한 의사표시에 의하여 환자의 생명유지치료 등 의료행위의 중단 또는 퇴원을 요구하는 경우에 의사는 의학적, 사회통념적으로 수용될 수 있다고 판단되면 그들에게 충분한 설명을 하고 법령이 정하는 절차와 방법에 따라 그 의료행위를 보류, 철회, 중단할 수 있다”고 규정하여 의료인의 판단에 따라 연명치료중단이 가능할 수 있다는 입장을 밝혔다.

III. 법제화 논의 II : 사법적 결단으로부터 국회입법안 발의까지 (2008-2009)

1. 인공호흡기 제거청구사건 판결과 공론화 접근

일명 세브란스 김할머니 사건으로 부르는 인공호흡기 제거청구사건의 고등법원 판결문에서 “생명유지 기술이 고도로 발달해 있고 그러한 기술이 나날

11) “의사는 감내할 수 없고 치료와 조절이 불가능한 고통을 겪는 환자에게 죽음을 초래할 물질을 투여하는 등의 인위적, 적극적인 방법으로 자연적인 사망 시기보다 앞서 환자가 사망에 이르게 하는 행위를 하여서는 아니된다”(동조 제3항), “의사는 환자가 자신의 생명을 끊는데 필요한 수단이나 그에 관한 정보를 의사가 제공함으로써 환자의 자살을 도와주는 행위를 하여서는 아니된다”(동조 제4항)를 규정하였다.

이 발전하고 있는 현대의 의료현실에서 위와 같은 사례는 많이 발생할 것으로 보이지만, 구체적인 기준이 또는 법적 근거가 마련되어 있지 않다. 또한 무의미한 연명치료를 중단한다는 명목으로 실제로는 희생가능성이 있는 환자에 대하여 고의 또는 선부른 판단으로 치료를 중단하여 사망을 초래하는 일이 발생할 가능성이 우려된다”는 점을 지적하며, “국가는 구체적인 입법을 통하여 국민의 기본권을 구체화할 필요가 있는데, 연명치료 중단 등의 문제를 아무런 기준의 제시 없이 당해 의사나 환자 본인, 가족들의 판단에만 맡겨두는 상황이 지속되는 것은 바람직하지 않으며, 개개의 사례들을 모두 소송사건화 하여 일일이 법원의 판단을 받게 하는 것도 비현실적이다”라고 판시하였다.

대법원 판결문에서는 “의학적으로 환자가 의식의 회복가능성이 없고 생명과 관련된 중요한 생체기능의 상실을 회복할 수 없으며 환자의 신체상태에 비추어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음이 명백한 경우에 이루어지는 진료행위는, 원인이 되는 질병의 호전을 목적으로 하는 것이 아니라 질병의 호전을 사실상 포기한 상태에서 오로지 현 상태를 유지하기 위하여 이루어지는 치료에 불과하므로, 그에 이르지 아니한 경우와는 다른 기준으로 진료중단 허용 가능성을 판단하여야 한다. 이미 의식의 회복가능성을 상실하여 더 이상 인격체로서의 활동을 기대할 수 없고 자연적으로는 이미 죽음의 과정이 시작되었다고 볼 수 있는 회복불가능한 사망의 단계에 이른 후에는, 의학적으로 무의미한 신체 침해 행위에 해당하는 연명치료를 환자에게 강요하는 것이 오히려 인간의 존엄과 가치를 해하게 되므로, 이와 같은 예외적인 상황에서 죽음을 맞이하려는 환자의 의사결정을 존중하여 환자의 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권을 보호하는 것이 사회상규에 부합되고 헌법정신에도 어긋나지 아니한다. 그러므로 회복불가능한 사망의 단계에 이른 후에 환자가 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권에 기초하여 자기결정권을 행사하는 것으로 인정되는 경우에는 특별한 사정이 없는 한 연명치료의 중단이 허용될 수 있다”고 하였다.¹²⁾

12) 대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결【무의미한연명치료장치제거등】 [공2009상.849]

2. 인공호흡기 제거 청구사건이후의 입법발의 및 논쟁

1) 경실련에서의 입법청원

존엄사 논쟁은 그동안 우리사회에서 뜨거운 논란의 대상이었지만 20~30년 동안 구체화하는 작업 없이 안락사 허용여부 및 개념 정의에 대한 논쟁에만 머물러 왔다는 인식에서 출발하여 구체적으로 법제화하는 노력들이 있었다. 경실련은 2009년 1월 12일, 현대 의학으로 회복가능성이 거의 없고, 치료할 수 없는 환자에게 단지 인위적으로 생명만 연장하는데 불과한 생명유지 장치를 환자 스스로가 보류하거나 중단하기 위해 자기결정권을 행사하고 이를 존중할 수 있도록 하는 존엄사법 입법 청원안을 국회에 제출했다. 회복 불가능한 환자의 추정적 의사표시를 존중하여 연명치료의 유형인 인공호흡기를 제거할 수 있도록 허용한 인공호흡기 제거청구사건의 제1심 법원 판결이 계기가 되어, 경실련은 말기환자의 인권적 차원에서 생전 유언 및 사전의료지시서 등의 제도적 장치와 존엄한 죽음에 대한 말기환자의 자기결정권을 존중하는 법안을 마련하였다. 입법청원안은 “누구든지 말기상태에서 연명치료의 시술을 포함하여 자신에게 행하는 응급의료처치에 대하여 시술여부를 선택하여 결정할 권리가 있다” 그리고 “말기환자가 행한 말기상태에서의 연명치료의 거부 및 중단에 관한 의사표시는 존중되어야 한다. 이 경우 말기환자의 의사표시는 자발적인 것이어야 한다” 또한 “말기환자의 의사결정에 따른 의료처치는 경제적·친족적 이해관계가 아닌 인도적 차원에서 이루어져야 한다”(제2조)라는 기본이념을 밝히고 있다.

이 법안에서는 말기환자 뿐 아니라 일반인의 경우에도 연명치료중단의 의사표시를 할 수 있고 이를 의료지시서의 형식으로 작성할 수 있도록 하였다. 의료지시서 작성 전에 의무적으로 상담절차를 거치도록 하고, 말기환자의 경우 환자의 의사가 진정성과 자의성이 있는 확인하여야 하며 환자가 구두로 의사표시를 한 후 2주일의 숙려기간을 두고 작성하여야 한다. 환자가 의사표시를 할 수 없는 경우 기관윤리위원회의 심의를 거쳐서 환자의 의사 여부를 추정할 수 있다.

2) 존엄사 법안 명칭과 관련된 논쟁

경실련의 법안에 ‘존엄사’라는 명칭을 사용함으로써 의사조력 자살을 허용하고 있는 미국 오레곤주의 존엄사법 명칭과 유사하다는 논란을 불러일으켰다. 2009년 7월 8일 한국 천주교 주교회의는 기자회견을 열어 “안락사로 인식되는 존엄사를 허용하는 법 제정에 반대한다”고 밝혔다. 천주교 주교회의 생명윤리위원회 위원장은 성명을 내어 “대법원의 판결은 불필요한 연명치료를 중단할 수 있다는 것이었지, 환자의 죽음이나 존엄사를 의도한 것은 아니었다”며 “최근 우리 사회에서 사용되고 있는 ‘존엄사’는 안락사를 아름답게 포장한 개념에 지나지 않는다”고 주장했다. 인공호흡기를 뺐는데도 환자가 2주일 이상 생존하는 것에 당황하거나 의아한 반응을 보이는 것은 우리 사회에서 논의되는 존엄사가 사실은 ‘안락사’였다는 것이 주교회의의 견해다. 그래서 “무의미한 연명치료 중단에 ‘존엄사’라는 표현을 사용하는 것은 지양돼야 한다”는 것이다.¹³⁾

위의 의견표명은 의사조력 자살행위를 허용하는 입법을 존엄사법이라는 용어를 사용하고 있는 외국의 입법례처럼, 연명치료중단의 행위를 허용하는 법률도 존엄사라는 용어를 사용함으로써 안락사를 아름답게 포장하여 사회적 수용태도를 높이려고 한다는 비판의 목소리이다. 실제 ‘존엄사법’이라는 용어에 대해 논란은 미국의 오레곤 주에서의 법률 명칭에서 출발한다. 미국의 오레곤주는 죽음에 이르는 약물을 처방하는 조력자살행위를 허용하는 법률을 존엄사법(death with dignity act)이라는 명칭을 쓰고 있다. 이는 실제 사회적으로 논란이 되는 적극적 안락사의 형태인 약물주입과 거의 유사한 성격을 가지고 있는 약물처방의 조력행위를 허용하고 있으면서, 법률의 명칭에 존엄한 죽음이라는 수용적 용어를 사용함으로써 사회적 거부반응을 희석시키고 있다는 지적을 부인할 수는 없다. 다만, 오레곤 주법과 워싱턴 주법에서는 의료진 또는 다른 사람이 치사량의 약물을 환자에게 직접 주입하는 생명종결행위는 허용하지 않으며, 자비살인(mercy killing) 또는 적극적 안락사(active euthanasia)를 금지한다고 명시하고 있다.¹⁴⁾ 또한 존엄사 법률의 요건과 절차를 구비한 행위들은 어떠한 목적이든지 자살, 조력자살, 자비살인, 살인행

13) 한겨레 2009년 7월 8일자.

14) The Washington Death with Dignity Act 70.245.180 ; The Oregon Death with Dignity Act 127.880. § 3. 14.

위를 구성하지 않는다고 규정하고 있다. 통칭해서 의사조력자살행위를 허용하는 법률로 인용하고 있지만, 해당 법률규정은 법률이 정한 방식에 따른 행위는 조력에 의한 자살행위가 아니라고 명시하고 있다. 환자가 심사숙고 끝에 이루어진 약물처방의 요청행위 자체를 자살행위로 보지 않는다는 의미를 함의하고 있음을 알 수 있다.¹⁵⁾

한편, 위와는 전혀 다른 의미의 존엄사법 명칭의 입법례도 있다. 예를 들면 미국의 사우스 캐롤리나 주의 보건편 제77장의 법률명칭도 존엄사법(Death with Dignity Act)이다.¹⁶⁾ 오레곤 주법이나 워싱턴 주법과는 달리 법률 명칭이 존엄사법이지만, 사우스 캐롤리나 주의 존엄사법은 연명치료중단 내지 보류행위만을 허용하고 있으며, 환자의 추정적 의사에 의한 연명치료중단을 허용하지 않는 엄격하고 보수적인 규정을 두고 있다. 사우스 캐롤리나주법에 따르면 18세 이상의 성인이고 법령이 정한 방식에 따라 의료지시에 관한 선언(declaration)을 하였으며, 두 명의 의사에 의해 환자를 조사하고 난 후에 말기상태이거나 영구적인 무의식상태인 것으로 증명되었다면, 환자의 선언에 따라 연명치료를 중단할 수 있다고 규정하고 있다. 이 법에 의하면 말기상태는 상당한 의학적 판단 하에서 연명치료과정을 행하지 않으면 상당히 단기간 내에 사망에 이르게 하는 치료불가능하거나 회복불가능한 상태를 말한다.¹⁷⁾

앞에서의 미국의 입법례와 같이 존엄사법의 용어를 개념적으로 확장해서 사용하거나 엄격한 자연사법과 같은 용어로 사용하고 있음을 알 수 있다. 우리나라의 경우 오히려 존엄사와 관련해서 적합한 기준과 관련된 통일된 개념이 부재하다 보니 존엄사 그 용어 자체를 포장용 내지 미화용 용어라고 칭하며 해당 용어 자체의 사용을 거부하는 현상까지 야기된 것이다.¹⁸⁾ 이에 반해

15) 이러한 요청을 할 수 있는 환자는 단지 노령 또는 장애라는 이유 때문에 이 법률 하에서 그 자격을 부여받지 않는다고 규정하고 있다. The Washington Death with Dignity Act 70.245.020 ; The Oregon Death with Dignity Act 127.805 § 2.01.

16) Code of Laws of South Carolina Title 44. Health Chapter 77. Death with Dignity Act.

17) Code of Laws of South Carolina Title 44. Health Chapter 77. Death with Dignity Act. § 44-70-20. Definitions.

18) 생각건대, 존엄사라는 용어에는 삶과 죽음, 삶과 고통을 인간의 존엄과 가치라는 개념으로 교량하려는 합리주의적 사고가 바탕에 깔려 있다고 볼 수 있다. 한 사회의 생명문화 및 죽음대비문화의 성숙도, 대안적 치료를 선택할 수 있는 의료보장제도의 확충 등과 같은 여건의 개선을 도모하는 바탕 하에서 생명권 존중이라는 가치와의 비교형량적 관점에서 존엄한 죽음의 선택가능성의 범주를 여러 국가에서 단계적으로 각각 달리 규정할 수 있을 것이다.

서 안락사의 미화 내지 포장하는 의미로 오용될 수 있다는 시각에서 존엄사의 용어 사용을 배척할 것이 아니라 연명치료의 중단을 허용하는 법률을 만들면서 그 법률의 궁극적 이념 내지 가치의 틀이 존엄한 죽음에 대한 성찰임을 나타내는 용어로서 ‘존엄사’라는 용어가 사용할 수 있다는 반론이 있다.¹⁹⁾ 결국 존엄한 죽음의 선택이라는 이념을 표방한 법률 명칭을 사용하든지 여하와 같은 어떠한 용어를 사용하는 것이 문제가 되는 것이 아니라 그 사회의 생명문화적 성숙도에 따라 연명치료 중단을 어느 범주까지 그리고 어떤 방식과 절차에 따라 이행할 것인가를 결정하는 것이 시급한 과제라고 할 수 있다.

3) 호스피스·완화의료에 관한 법률안 (김충환의원 대표발의: 2008. 12. 9)

김충환 의원이 발의한 호스피스·완화의료에 관한 법률안은 호스피스·완화의료에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 말기암 환자의 안위를 도모하고 말기암 환자 및 가족의 삶의 질 향상에 이바지함을 목적으로 하고 있기 때문에 연명치료 중단과 관련된 직접적인 입법안은 아니다. 하지만, “말기암 환자는 죽음을 맞이함에 있어서 자신의 생명 및 신체에 대한 자기결정권을 존중받는다”(제2조 제1항)와 “말기암 환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 유지하면서 존엄한 죽음을 선택하고 맞이할 수 있는 권리를 보호받는다”(제2조 제2항)의 기본이념에 비추어보면 연명치료 중단에의 선택권을 인정하고 있는 것을 살펴볼 수 있다. 특히 “의사는 말기암 환자 또는 그 가족 등에게 호스피스·완화의료의 선택과 이용절차 및 사전의사결정서의 작성 등에 관하여 충분히 설명하여야 한다”(제7조)의 규정에 따라 사전의사결정서를 작성하기 전 말기암 환자에게 사전의사결정서에 관한 설명을 하고 “설명을 받은 말기암 환자는 본인의 장래에 발생할 수 있는 의학적 사건에 대하여 심폐소생술 등 생명연장치료에 대한 시행 여부 및 호스피스·완화의료 기관의 이용 여부 등에 대하여 미리 결정하는 사전의사결정서를 작성하여야 한다”(제8조) 규정을 두었다는 점에서 생명연장치료의 시행여부에 대한 결정권을 존중하고 그에 따라야 하는 것을 의무화하였다. 제한적 범위 내에서 대리인의 신청을 허용하고 있으며, “말기암 환자가 의사결정능력이 없는 경우 말기암 환자가 제2항의 사

19) 이인영, 주요국가의 존엄사법 분석과 평가, 입법학연구 제6권 제1호, 2009. 7 참조.

전 의사결정서를 미리 작성한 경우에 한하여 말기암 환자 본인이 사전에 지정한 대리인에 의하여 이용을 신청할 수 있다”(제9조)고 규정하여, 위 신청에 따른 의사의 행위에 대해 책임면제규정을 두고 있다.(제10조)

4) 존엄사법안(신상진의원 대표발의 : 2009. 2. 5)

존엄사법안은 “말기환자의 인간의 존엄과 가치에 위해를 주는 것을 방지하고, 말기상태에서 말기환자의 의사표시를 존중하여 자기결정권에 따른 의료처치를 가능하게 함으로써 말기환자의 권익을 보장하고 그 적정성을 유지함”을 그 입법취지로 하고 있다. 경실련에서 입법청원한 법안을 일부 수정하여 신상진의원이 대표 발의한 법안으로서 경실련의 입법청원안 내용과 거의 동일하다.

연명치료의 선택권과 관련하여 “말기환자는 연명치료 시술 여부에 대한 선택권이 있으며, 이에 대해 충분한 설명을 받을 권리가 있으며, 말기환자는 말기상태에서 연명치료가 행해지는 경우를 예상하여 사전에 연명치료를 거부하는 의사결정을 할 수 있다.” 그리고 “말기환자에게 연명치료를 이미 행하고 있는 경우에는 말기환자는 연명치료의 중단을 요구하는 의사결정을 할 수 있다”(제11조)고 규정하였다. 또한 말기환자는 향후 응급의료처치가 행해지는 경우를 예상하여 사전에 이를 거부하는 의사결정을 할 수 있다.(제12조)

말기환자는 상담절차를 거친 후 적어도 2주간의 숙려기간이 경과한 후에 전향의 의료지시서를 작성할 수 있다. 다만, 담당의사가 필요하다고 인정되는 때에는 숙려기간 이내에도 작성할 수 있다.(제13조) 말기환자 뿐 아니라 의사능력을 가진 성인은 향후 이 법에서 말하는 말기상태로 진단되는 경우를 예상하여 의료지시서를 상담절차를 거친 후 작성할 수 있다.(제14조) 다만 이 경우 담당의사는 말기환자가 의사능력을 구비하였는지 여부 및 자발적인 의사결정이었는지 여부에 대하여 확인하여야 하고, 담당의사는 말기환자의 의사능력이 의심스러울 때에는 정신과 의사 등의 협진을 받도록 하여야 한다.(제16조)

의사표시의 추정에 관한 규정을 두어 민법 제1065조에 의한 유언이나 이 법에 의한 의료지시서를 작성하지 않은 말기환자가 연명치료 중단여부에 대한 의사표시를 할 수 없는 때에는 말기환자의 직계친족이 말기환자가 이전에 연명치료 중단 여부에 대한 진술 등 이러한 의사표시를 한 바가 있다는 증거

를 제출하는 때에는 담당의사는 해당 의료기관의 기관위원회에 말기환자의 이전의 의사표시의 진정성을 확인하기 위해 심의를 요청하여야 한다. 의사표시의 대리과 관련해서 말기상태의 미성년자가 연명치료의 중단 또는 보류의 의사표시를 하고 법정대리인이 이에 동의하는 경우 기관윤리위원회의 심의를 거쳐 그 의사표시의 진정성을 확인한 때에는 연명치료의 중단 또는 보류의 의사표시를 한 것으로 본다.(제19조)

담당의사 및 해당 의료기관의 종사자는 말기환자의 의료지시서 상에 명시되어 있는 연명치료의 보류 또는 중단의 의사표시에 반하여 연명치료를 하여서는 아니되며, 말기환자의 의료지시서에 따라 연명치료의 보류 중단하거나 응급의료처치를 보류에 참여한 의사 또는 의료기관의 종사자에게 민사·형사적 책임을 물을 수 없다(제23조)고 규정하였다.

5) 삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법안 (김세연의원 대표발의: 2009. 6. 22)

삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법안은 환자가 삶의 마지막 단계에서 자신의 의지대로 자연스럽게 죽음을 맞이할 수 있는 권리를 보장하기 위해 환자 본인에게 행하는 의학적 치료방법 및 생명연장조치 등을 스스로 수용, 선택 또는 거부하는데 필요한 사항을 정함으로써 환자가 가지는 인간으로서의 존엄성을 보호하는 것을 목적으로 하고 있다. 적극적 안락사를 금지하면서 또한 “의료인은 대뇌의 손상으로 의식과 운동기능은 상실하였으나 호흡, 순환, 흡수 및 소화 등의 기능을 유지하고 있는 환자에게 생명연장조치를 중단하여서는 아니 된다”(제4조 제3항)고 규정하였다.

다른 법안과 비교해서 말기환자의 생명연장조치 중단을 요청할 수 있는 요건을 보다 엄격하게 규정하고, 연명치료중단 시에도 기본적 의료서비스는 제공되어야 한다는 규정을 둔 점이다. 연명치료중단은 1) 작성된 생명연장조치 거부 사전결정서, 2) 의학적 판단으로 회복가능성이 없고 치료가 불가능한 것이 명백할 것, 3) 환자가 회생가능성 없는 비가역적(非可逆的)인 사망과정에 진입하였을 것이라는 요건을 충족한 경우에만 가능하다.(제8조1항) 또한 “담당의사 및 의료기관의 장은 생명연장조치를 중단하더라도 영양공급, 수분공급, 통증 조절, 정신적 상담, 영적 지원 등과 같은 기본적인 의료서비스는

계속하여 제공하여야 한다”고 규정하였다.(제8조 제3항)

신상진 의원법안과 마찬가지로 사전에 상담절차를 두고 있으며, 상담을 받은 후 적어도 15일의 숙려기간(熟慮期間)이 경과한 후에 사전결정서를 확정할 수 있다. 다만, 말기환자의 질병상태가 보건복지가족부령으로 정하는 심각한 상태에 있다고 담당의사 및 전문의사가 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.(제9조)

6) 법안 비교 분석표

인공호흡기 청구사건 이후 국회에서 입법발의된 법안들은 18대 국회가 종료됨에 따라 이미 폐기되었다. 법안의 주요 쟁점으로서 사전의사결정서의 작성과 관련해서 의사의 확인절차, 상담절차, 숙려기간 등을 두는 지 여부와 말기환자의 의사의 추정을 인정하는 지 여부 및 대리 의사표시 인정여부에 대해서 각 법안마다 차이점을 가지고 있다. 폐기되었던 세 개의 법안을 비교하면 아래와 같다.

	신상진 의원 발의안	김세연 의원 발의안	김충환 의원 발의안
법률의 명칭	존엄사법안 (2009. 2. 5)	삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법안 (2009. 6. 22)	호스피스 완화의료에 관한 법률안 (2008. 12. 9)
허용행위	연명치료 보류 또는 중단 응급의료 처치의 보류 중단	생명연장조치의 중단	심폐소생술 등 생명연장치료 거부 의사표시에 존중 및 호스피스 완화의료 기관의 이용
허용조건	1) 말기환자의 의료지시서 작성 2) 의료지시서 작성시 의사의 설명의무, 의무적 상담절차, 의사의 자발성 확인 3) 서면 작성 시 2주간의 숙려기간 경과	1) 생명연장조치거부 사전결정서 2) 의학적 판단으로 회복가능성이 없고 치료불가능성 3) 비가역적 사망과정 진입 4) 사전결정서 작성시	1) 말기암환자 2) 사전의사결정서 작성 3) 호스피스 완화의료에 대한 의사의 설명의무 4) 말기암환자가 의식불명인 경우 사전의사

	4) 2인의 의사의 말기 상태의 진단 5) 의사표시의 추정 : 기관윤리위원회의 심의 6) 의사표시에 의문이 있는 경우 : 기관윤리위원회의 심의	환자의 상담요청 및 의사의 설명의무 5) 사전결정서 작성시 15일의 숙려기간 경과	결정서를 미리 작성한 경우 대리인이 호스피스 완화의료 이용 신청
검증절차	1) 의사의 기록의무 2) 기관윤리위원회에 보고서 제출의무 3) 기관윤리위원회의 국가위원회에 대한 보고 의무 4) 국가윤리위원회는 분기별 보건복지가족부장관에게 보고 5) 보건복지부장관의 조사	1) 기관윤리위원회의 연명치료중단 등의 이행에 관한 기록 작성 및 보존 2) 분기별로 보건복지가족부장관에게 보고	1) 호스피스 완화의료 기관에 대한 기관평가 2) 호스피스 완화의료 기관에 대한 보건복지가족부장관의 감독

IV. 법제화 III : 정부의 관여에서 다시 방임으로(2009-2012)

1. 사회협의체 구성 및 합의사항

보건복지부는 연명치료 중단의 제도에 필요한 쟁점 사항을 논의하기 위해 2009년 12월부터 종교계와 의료계, 법조계, 시민단체, 국회 등에서 18명의 인사들로 구성하여 사회적 협의체를 운영하였다. 사회적 협의체에서 논의한 쟁점별 주요 합의사항으로 먼저 지속적 식물상태로 있는 임종 직전인 환자를 포함한 암 말기 환자를 대상으로 인공호흡기, 심폐 소생술 등 특수연명치료를 중단할 수 있으며, 다만 말기환자에 대한 수분이나 영양공급, 진통 등 일반적인 연명치료는 중단될 수 없도록 합의하였다. 이런 연명치료 중단에 대한 국가 차원의 정책심의 기구로 복지부 내에 '국가 말기의료 심의 위원회'를 두도록 했으며 의료기관 별로 개별 연명치료 중단 사례에 대한 사항을 논의하기 위해 '병원윤리위원회'를 설치하도록 제안하였다. 합의안은 또 말기환

자가 연명치료 중단에 관한 의사표시를 하는 경우에는 '사전의료의향서'를 작성하는 것을 원칙으로 하고 민법상 성인이 작성 전 담당 의사와 상담 후 2주 이상의 숙려기간을 거쳐 작성할 수 있도록 했다. 서면에 의한 의사표시가 원칙이지만 구두에 의한 의사표시도 입증이 가능할 경우엔 인정되며 이런 의향서는 언제든지 철회 가능하다.

그러나 몇 가지 사항에 대해서는 참여한 위원들이 서로 의견이 일치하지 않았는데 대표적인 것이 의사표시의 추정과 대리 의사표시를 허용할 수 있을 것인가이다. 즉, 직접적인 의사표시가 불가능한 말기환자에 대해서는 '환자가 연명치료중단을 원할 것'이라는 추정에 의해 연명치료 중단을 인정할지 여부에 대해서는 사회적 협의체내 의견이 엇갈려 합의가 이뤄지지 않았다. 아울러 미성년자나 지적 장애인에 대해서는 병원윤리위원회의 확인을 거쳐 대리인에 의한 의사표시를 인정할 수 있도록 했으나 성인에 대한 대리 의사표시 인정은 찬반의견이 맞서 합의를 보지 못했다.

2. 한국보건의료연구원의 정책연구의 사회적 합의안

한국보건의료연구원은 정책연구의 일환으로 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안제시에 관한 연구를 실시하였고, 연구결과보고서를 2009년 10월 발간하였다. 연구목적은 무의미한 연명치료의 중단에 대한 기본적인 사회적인 합의를 이루고 이를 바탕으로 의사의 의학적 판단과 더불어 환자의 자기결정권이 존중되는 제도를 마련하는데 있어 우리 사회의 현주소를 정리하는데 있다고 밝혔다. 한국보건의료연구원에서 무의미한 연명치료의 중단 관련하여 2009년 7월부터 3개월 간 세 차례의 토론회, 학회/단체 대표자 회의, 연명치료 실태 조사, 설문조사 등을 통하여 최종적으로 합의사항과 추가 합의가 필요한 사항으로 구분하여 정리하였다.

먼저, 회생 가능성이 없는 말기환자에서 단순히 죽음의 시간을 연장하는 무의미한 연명치료는 중단될 수 있으며, 뇌사상태에서 연명치료를 계속하는 것은 적절하지 않으며, 관련 법규의 정비와 필요하다는 데에 합의하였다. 절차와 관련하여 말기 상태의 판정은 담당 주치의와 해당 분야 전문의 등 2인 이상이 수행하여야 하며, 의사는 말기환자에게 호스피스-완화의료의 선택과 사전의료지시서 작성 등에 대하여 설명 및 상담을 하여야 한다. 다만, 말기환자의 사전의료지시서에 대한 공증을 의무화하는 것은 반대하며, 의학적 판단

및 가치 판단 등에서 불확실성으로 인한 문제를 최소화하기 위한 안전장치로 병원윤리위원회의 역할이 중요하다고 인식하였다. 따라서 각 병원에서 의료 윤리 및 생명철학 분야의 외부전문가 등이 포함된 병원윤리위원회가 이 같은 역할을 할 수 있도록 병원윤리위원회에 대한 지원, 감독 및 제도적 지위의 부여가 필요하다는 데에 공감하였다.

연명치료중단을 하더라도 영양/수액 공급과 통증조절 등 기본적인 의료행위는 유지되어야 한다. 말기환자가 사전의료지시서를 통해 심폐소생술이나 인공호흡기 거부 의사를 밝힐 경우, 중단될 수 있다. 또한 심폐소생술이나 인공호흡기 외의 연명치료에 대해서 말기환자는 사전의료지시서를 통하여 본인의 의사를 피력할 수 있으며, 의료진의 의학적 판단과 환자의 가치관을 고려하여 결정하여야 하며, 안락사 및 의사조력자살은 반대한다는 데에 합의하였다. 제도라는 측면에서 무의미한 연명치료의 중단에 대한 법적 근거가 마련되어야 하고, 관련 제도가 사회에 정착되기 위해서는 사회보장제도의 강화, 호스피스-완화의료제도에 대한 지원 등 사회경제적 지원 확대가 함께 이루어져야 한다는 데에 합의하였다.

하지만, 세차례의 토론회, 학회/단체 대표자회의 등을 통하여 의견을 수렴하였지만 결론을 얻지 못하고 추가적인 논의가 필요한 사항은 아래와 같다. 첫째, 의사결정능력이 없는 말기환자에서 발생한 연명치료와 관련된 문제에 대해서는 환자의 입장에서 의료진과 가족이 함께 결정하자는 의견, 병원윤리위원회 또는 법원의 판단을 받아야한다는 의견다음과 같은 의견이 제안되어 합의가 필요하다. 둘째, 지속적 식물상태 환자는 다양한 의학적 상황을 내포하고 있어 일반적인 규정으로 인정 혹은 금지를 명시하는 것은 혼란을 야기할 우려가 있으므로 이에 대한 사회적 합의가 필요하다. 셋째, 무의미한 연명치료를 유보하는 것과 이미 적용중인 연명치료를 중지하는 것은 윤리적으로 법적으로 동일하나 사회의 수용성을 고려한 합의가 필요하다.

3. 사회적 합의안 이후의 입법논의

정부에서 운영한 바 있는 사회적 협의체의 합의사항과 한국보건의료연구원의 정책연구보고서에서 밝힌 사회적 합의안은 그 내용면에서 거의 일치한다. 무의미한 연명치료중단을 개인적인 차원에서 해결해야할 사안이 아니라 법적 근거를 마련되어야 할 사회적 과제로서의 의미를 가지고 있다는 점에도 역시

동일한 합의점을 찾고 있다. 합의안 도출에 참여한 자들에 의해 정부 나 국가기관의 참여 즉, 국가기구로서 이를 전담하여 심의할 수 있는 기구를 만들거나 병원 내에서는 병원윤리위원회가 이러한 역할을 할 수 있도록 관리 감독, 지원하는 제도적 장치가 필요하다는데도 동의하였다.

하지만, 정부 주도의 사회적 협의체의 합의사항과 정부연구기관의 합의안이 도출된 이후 제18대 국회의 회기가 종료할 때까지 정부 주도로 법안 또는 관련지침 등을 마련하는 노력은 거의 찾아볼 수 없었다.

V. 마무리하면서

인간의 생명이 회생가능성이 없는 상태에서 별다른 인간성의 지표 없이 단지 기계장치에 의하여 무의미한 치료를 계속하고 있는 상황이라면 헌법이 보장하는 자기결정권에 근거하여 구체적인 사정에 따라 연명치료의 중단을 요구할 수 있고, 그 경우 연명치료를 행하는 의사는 환자의 자기결정권에 근거한 치료중단의 요구에 응할 의무가 있다. 하지만, 환자의 요청에 의한 의료인의 연명치료중단 행위가 현행 형법에 의하여 촉탁승낙의 살인에 해당하는 행위로 금지되어 있는 상황에서는 보라매 병원 사건 이후 일어난 현상처럼 중환자실에서 임종할 때까지 연명치료 장치를 부착하고 이를 떼어내지도 못하는 상태로 유지할 수밖에 없는 실정이다. 세브란스 김할머니사건과 같이 법원에 인공호흡기 제거 청구소송을 제기하여 법원에 의한 판결로서 매번 치료중단이 허용되는 상황을 지켜보는 수밖에 없다. 하지만, 개개의 사례들을 모두 소송사건화하여 일일이 법원의 판단을 받게 하는 것도 비현실적이라고 할 수 있다.

연명치료중단과 관련된 이슈가 되는 사건발생이 일어나면 언론에서 이를 보도하고 그래서 공론화를 촉발하게 되고 윤리논쟁을 불러일으켜서 정부의 소극적 태도에 대한 책임을 묻는 여론이 형성되고 그러면 마지막으로 정부가 개입하는 단계에 이르게 된다. 정부는 쉽게 해결할 수도 없으며 해결하여도 모두를 만족시킬 수 없는 다양한 이해관계가 대립되어 있는 이 문제를 적극적으로 해결하겠다는 의지 없이 다소 방관하고 있었다는 비판만을 면하겠다는 정도로만 개입하는 노력을 보이다가 논쟁이 어느 정도 진정되면 예전처럼 방임하는 태도로 돌아가는 모습을 보여 왔던 것이 지금까지의 반복된 역사이었다. 즉, 종교계나 시민단체, 학계 내부에서 여전히 찬반의 논란이 많고 선

불리 대책을 마련하여도 모두를 만족할 수 없는 상황이라면 그대로 두는 것이 최선의 해결책이라고 믿었던 것이었다.

하지만, 우리나라의 경우 2007년 만성질환으로 사망한 사람들 중 인공호흡기를 적용한 비율이 16.5%나 많으면서, 다른 한편에서는 인공호흡기 적용의 유보 혹은 중단이 법적 뒷받침 없이 83.5%의 말기환자에서 이루어지고 있다는 현실에 비추어 볼 때 연명치료중단은 철저하게 환자의 자기결정권이라는 기본권 실현이라는 관점에서 법제화의 논의가 이루어져야 한다.²⁰⁾ 어떠한 경우에도 자살권이라는 죽을 권리는 인정할 수는 없지만, 한정된 범위 내에서 자연사할 권리, 존엄하게 죽음을 선택하고 결정할 권리라는 범주 내에서 연명치료의 중단을 요청할 권리는 헌법적 근거를 가진다고 볼 수 있다. 인공호흡기 청구사건의 대법원 판결이 이를 인정하면서 본권 차원에서의 헌법적 근거를 가지게 되었다. 헌법적 근거를 가졌다고 하여 문제해결이 전적으로 이루어진 것은 아니므로 그 다음의 단계로 절차와 방법론의 문제로서 법제화의 구체화 작업이 필요할 것이다.

연명치료중단의 대상으로서 제한된 전제조건에 해당되는 환자의 적격기준에 관한 합의를 갖추고, 이러한 요건을 구비한 환자들이 진지하고 지속적인 의사표시로 치료보류와 중단을 요청하는 경우에는 어떠한 절차와 과정을 통해서 이를 허용할 것인지를 단계적으로 규범화할 필요가 있다. 법제화의 작업에서 다행인 것은 이미 우리사회에 사회적 협의체나 정부기관의 의견수렴의 노력을 통해서 기본적 합의안이 마련되어 있다는 사실이다. 2009년에 여러 과정을 거쳐서 얻어진 기본적 합의사항이 존재한다는 의미는 연명치료중단의 주제를 매년 제자리 걸음을 하게 만들었던 찬반 내지 허용 논쟁으로부터 지루하게 논쟁을 답습할 것이 아니라는 점이다. 현재 국가생명윤리심의위원회가 연명치료중단의 주제를 안건으로 선정하면서 국민의견 수렴의 작업을 하고 있다. 안건 논의의 출발점은 지난 2009년의 합의사항과 합의안을 바탕으로 하여야 할 것이다. 연명치료중단에 대한 합의안과 합의사항에 대해서 다시 점검하고 재확인하면서 특히 그 당시 합의를 이루지 못하였던 사항들에 대해서 국민의견을 다시 수렴하고 이를 통하여 합의안을 수정, 보완하는 과정의 심층적 논의가 진전된다면, 그 결과 현실적이고 합리적인 법제화에 대한 구체화된 성과를 얻을 수 있을 것으로 본다.

20) 한국보건 의료연구원 보고서, 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시, 2009. 10. 참조.