

삶과 죽음, 권리인가 의무인가? - 호스피스·완화의료에 관한 입법론 -

신 현 호

법률사무소 해울 대표변호사, 부설 의료법률정보센터장

서 론

‘사람에게 죽을 권리가 있는가?’하는 문제는 인류의 영원한 숙제이다. 의학입장에서 보면 ‘의사는 언제, 어떤 상황 아래서도 환자를 반드시 살려야 할 의무가 있는가?’ 즉, ‘(자살하고자 목을 매어 이미 뇌사에 가까운 상태라도 살릴 수 있는 환자를 모른척하여 죽게 하였다면 살인죄가 되는가?, 반대로 살렸다면 상해죄로 처벌 되는가?’의 문제이다.

사람의 숫자가 곧 그 나라의 국력인 시대가 있었다. 그때는 동물이나 외적과 싸우기 위한 국방력을 갖추고, 생산력을 확보하기 위해서라도 자연스럽게 죽을 때가 지는 살아남아야 할 의무를 질 수밖에 없었다.

그러나 의료기술이 발전하면서 인공호흡기, 인공영양 공급장치, 약물 등 인위적인 생명유지장치에 의하여 무의미한 생존이 가능하게 됨으로써 ‘눈뜬 송장’처럼 생명만을 유지하는 것이 인간답게 사는 것인가에 의문을 갖기 시작하였다.

생명유지의무와 자연사할 권리와 충돌을 합리적으로 해결할 기준이 있어야 한다. 특히 보라매병원사건의 의료계에 잘못 인식됨으로써 말기환자에 대한 방어 진료·과잉진료가 심각한 지경에 이르게 되어 더욱더 그 필요성이 높아졌다. 외국에서 안락사법을 제정하여 실마리를 풀고 있다.

그러나 우리나라에서는 안락사가 ‘죽임’을 의도한다는 점에서 불법이라는 반론이 적지 않아 안락사법 제정 논의조차하기 어렵다. 호스피스·완화의료에 관한 법률이 그 대안으로 제시되고 있는 이유 중 하나가 여기에 있다. 죽을 권리를 법적으로 보장함으로써 국가의 생명유지의무와의 조화를 꾀하고, 안락사에 대한 부정적 인식을 불식시키기 위해 그 대안으로서 호스피스·완화의료제도의 법적, 제도적 정비가 필요하게 되었다. 이미

선진국은 물론 우리나라에서도 종교단체, 종교운영의 의료기관에서 시행되고 있는 호스피스·완화의료에 관하여 그 개념, 대상, 방법, 절차 등을 살피고, 나아가 입법론적인 연구를 통하여 호스피스·완화의료의 오·남용되는 것을 막을 필요가 제기되고 있다. 입법목적은 인간으로서의 존엄과 가치를 유지하는 삶과 그 마지막 성장과정인 존엄한 죽음(well-ending)의 보장에 있다.

다른 한편 의료인에게는 의학적으로 무의미한 연명 치료를 포기하고 호스피스·완화의료에 의하여 자연스럽게 죽음에 이르게 할 때 지는 법적 부담·사기단축에 따른 살인, 살인미수, 상해 등의 불법문제에서 면제하여 줌으로써 의료집착적 치료행위를 방지할 수 있도록 하는데 있다.

본 론

1. 생명권의 개념변화

1) 국가의 헌법적 의무

(1) 인간의 존엄과 가치보장과 생명보호의무; 국가의 1차적 의무이자 마지막 의무는 국민의 생명을 보호하고 인간으로서의 존엄과 가치를 보장하는 데 있다.

우리나라는 현재 3징후설에 의하여 심장정지, 호흡정지, 동공산대 등 3개의 징후가 있을 경우 사망한 것으로 간주한다.¹⁾ 심폐가 정지하지 않은 경우 뇌사에 이른 경우라도- 환자의 보호자나 보증인적 지위에 있는 의료인은 모든 수단과 방법을 동원하여 생명을 유지시켜야 할 의무가 있다. 만약 이를 게을리 하면 살인죄나 살인방조죄, 유기치사죄 등으로 처벌된다. 이 때문에 삶의 질이 유지되는 환자의 경우(Prolongation of life) 뿐만 아니라 불가역적 상태로 접어들어 죽어 가는 과정에 이른 환자의 경우(Prolongation of dying process)²⁾에도 생명유지의무를 두고 있다. 삶의 질이 거의 없는 말기환자의 경우에도 생명의 무조건적·절대적인 보호라는 명분 아래서

모든 희생을 무릅쓰고, 의학적으로 무의미한 치료를 함으로써 죽음의 과정만을 연장시키는 사례가 많다.³⁾

생명권은 헌법상 보호되는 권리이며, 기본권제한에 관한 일반적 법률유보규정인 헌법 제37조 제2항에 의해서도 그 본질이 박탈될 수 없다.⁴⁾ 생명은 단순히 순수한 개인적 범익으로 아무런 간섭 없이 각자가 마음대로 처분할 수 있는 권리가 아니며, 사회적 내지 국가적 이해관계가 큰 범익이기 때문에 일정한 제약을 받는다.⁵⁾

그러나 무조건적인 생명보호가 오히려 인간의 존엄과 가치를 해하게 된다면 생명권을 근거로 한 국가의 생명보호의무는 제한을 받아야 한다. 생명권이 '마지막 숨을 쉴 수 있을 때까지 쉬어라'는 종교적 정언명령을, 환자에게 내려 인위적 장치를 통해서라도 끝까지 생존하도록 강요할 수는 없다. 환자에 대한 의사의 생명유지의무의 존속여부는 1차적으로 환자 자신의 자기결정권에 기초하기 때문이다. 임종의 길로 불가피하게 가는 것이 확실하거나 적극적인 치료로 인해서 오히려 환자에게 고통을 증가시키는데 불과한 경우에도 의사에게 무조건적이고 절대적인 치료를 해야만 한다고 할 수 없다.⁶⁾ 오히려 의사는 환자가 아름다운 죽음을 맞이할 수 있도록 배려해야 할 의무가 있다.⁷⁾ 의학적으로 무의미한 생존을 강요할 경우 자연사를 바라는 환자의 입장에서는 자신의 인권이 침해되는 셈이 된다.⁸⁾ 따라서 이러한 경우 환자가 인간의 존엄과 가치를 가지고 아름답게 삶을 마칠 수 있도록, 제한적인 기준과 절차 아래 최대한 보장할 수 있도록 하여야 할 것이다.

(2) 건강권보장의무; 과거에는 건강을 소극적으로 해석하여 '단지 병들지 않고 허약하지 않은 상태'라고 생각하였고, 따라서 질병에 안 걸린 사람이면 건강한 사람이고, 사망률이나 질병률이 줄면 건강수준이 향상되었다고 보았다.⁹⁾

1948년 WHO의 헌장의 전문에서 '건강이란 단순히 질병이 없고 허약하지 않은 상태만을 의미하는 것이 아니고 육체적, 정신적, 사회적 안녕이 완전한 상태를 말한다.'고 규정하다가,¹⁰⁾ 1957년에 '유전적으로나 환경적으로 주어진 조건아래에서 적절한 생체기능을 나타내고 있는 상태'라고 확대하였고, 1998년에는 영적 개념을 포함시켜 새로운 건강 정의를 의결하였다.¹¹⁾ 세계보건기구 집행이사회는 한 걸음 더 나아가 '영적' 안녕도 포함시켰다.

우리 헌법에서도 제36조 제3항을 통해서 건강권을 인정하여 국민의 건강을 보호할 의무를 국가에게 부여하고 있다.¹²⁾

건강의 개념이 변해가는 것과 함께 건강보장의무의 개념도 육체적인 건강뿐만 아니라 영적인 건강의 보장을 위해 변화되어야 할 것이다. 이러한 이유에서 죽음에 임박해 있는 자의 경우에 편안한 죽음을 맞이할 수 있는 것이 오히려 건강한 삶을 사는 것으로 인정받을 수 있어야 하고 이를 위한 제도적인 장치를 만들어 줌으로써 실제적인 건강의 보호를 위한 노력이 요구된다.

2) 치료받을 권리의 개념과 그 기술적 발전

(1) 의료행위와 치료행위의 정의; 의료행위나 치료행위의 개념은 시대와 상황에 따라 변하고 있다.

일반적으로 의료행위¹³⁾는 좁은 의미에서의 치료행위(medical treatment)를 의미한다. 즉, 의료행위라 함은 질병의 예방 및 치료, 고통의 감소, 생명의 연장, 기형의 교정, 조산과 의술적 낙태, 치료 목적을 위한 환자에 대한 임상실험, 의료 기술의 진보를 위한 실험 등 일반적으로 승인된 것 이외에 신생아, 사체 등의 인도, 의무기록의 작성, 보관 등 부수적인 것까지 포함되는 상당히 넓고 다분히 발전적 개념이다.¹⁴⁾

치료행위는 의학적 및 비의학적 행위 이외에 보건의료행위 등이 포함된 넓은 개념이다. 즉, 생명유지나 삶의 질향상을 위한 치료행위는 의료법상의 의료인이 아닌, 비의료인(non Medical Doctor)에 의해서 행해지는 심리요법·운동요법·미술요법·음악요법 등의 행위도 포함된다.¹⁵⁾

의료행위와 치료행위의 가장 큰 차이점은 그 행위 주체가 의료인이냐 비의료인도 포함된 개념이냐에 있다고 할 것이다. 이러한 논의는 말기치료에 관하여 중요한 의미를 갖는다. 왜냐하면 우리나라에서는 의료행위를 의료인만이 행하도록 규정되어 있고, 이를 위반한 경우에는 무면허의료행위로 일률적으로 형사처벌하고 있어, 말기환자에 대하여 종교인이나 심리치료전문가 등이 적극적으로 참여하여 치료받는데 한계가 있기 때문이다. 현재 호스피스의료기관에서는 그림 1과 같이 의사에 의한 의료행위 뿐 아니라, 종교인에 의한 영적요법(spiritual therapy),¹⁵⁾ 임상심리사에 의한 심리상담·치료, 임상예술치료사에 의한 음악요법·미술요법 혹은 언어요법, 놀이요법, 웃음요법 등이 광범위하게 행해지고 있는바, 현행 의료법 하에서 이들은 항상 무면허의료행위로의 형사처벌위험성을 가지고 있다.

말기치료(신체적, 정신적, 영적 측면)¹⁶⁾의 효율성 확보(medical performance)를 위해 비의료인에 의한 영적요법, 심리요법, 대체의료 등 넓은 의미의 치료행위가 합법화되는 것이 필요한바, 말기치료에 참여할 수 있는 치료

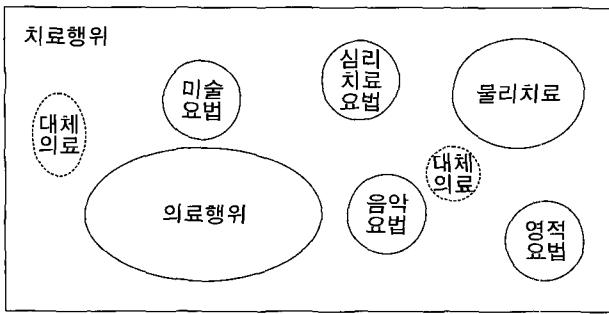


그림 1. 의료행위와 치료행위의 구분.

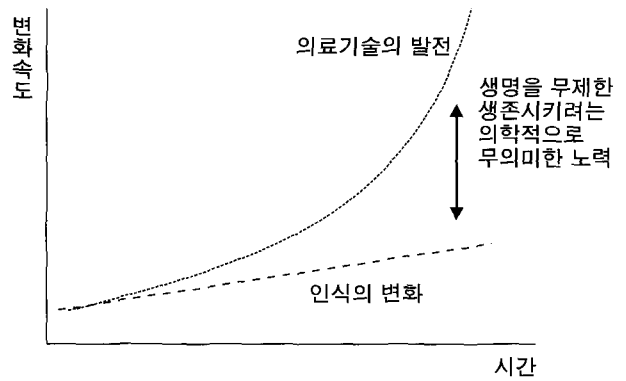


그림 2. 의료기술의 발전과 인식의 변화.

내지 요법의 개념, 범위, 주체의 자격, 방법, 표준화된 치료지침(protocol) 등을 정할 필요성이 있다.

(2) **치료행위의 발전속도와 사회적 합의의 불일치 현상;** 의료기술의 발전은 과거에는 상상도 하지 못할 치료방법이 개발되고, 인간을 복제할 수준에까지 이르게 되었다. 사회적 가치관이 의술의 발전속도와 일치하지 않음으로서 사회적 합의를 이루지 못하는 경우가 점점 늘어나고 있다.

대표적인 예로 뇌사문제와 유전자치료에서의 배아문제, 말기치료 등을 들 수 있다. 인공연명장치나 치료방법 등 생명연장기술이 비약적으로 발전하여 중환자실에서 「살아있는 생물체 내지 세포덩어리상태」로 삶이 인위적으로 연장되고 있지만 사회적 인식은 ‘죽은 것으로 보아야 하지 않은가?’라고 보는 견해도 있고, ‘편하게 죽게 내버려두는 것이 좋지 않은가?’라고 하면서 안락사를 주장하기도 한다. 논자에 따라서는 작위에 의한 안락사는 불법이고, 부작용에 의한 안락사는 적법하다고 주장하기도 하나, 말기통증억제방법의 개발은 이러한 논쟁을 무색하게 만들기도 하였다.

이러한 인위적 생명연장기술의 발달에 비하여 생명관이 미처 정립되지 못하여 다음 그림 2와 같이 양자간의 괴리가 심각한 상황이다.

(3) **의료행위를 보는 시각의 변화 - 의사주권주의에서 환자주권주의로의 변화;** 여자, 유색인, 환자 등 소수자의 권리가 성장하면서 치료결정도 의사의 부권주의(paternalism) 입장이 아니라, 환자의 자기결정권에서 파악하여야 하게 되었다.

말기치료에 있어서도 환자들은 응급심폐소생술금지(Do Not Resuscitate, DNR) 등 의학적으로 무익한 연명치료를 거부하면서 자연사 자체가 삶의 하나의 과정으로 인식되게 되었고, 의사는 환자의 자기결정권을 존중하게 되었다.

(4) **죽음에 대한 인식의 변화;** 전통적인 우리나라의 가

치관에 따르면 ‘죽음’은 곧 이승과 다른 ‘먼 곳, 즉, 저승으로의 떠남’을 의미한다. 이는 단순한 종말 혹은 모든 것의 끝을 의미하는 것과는 다른 태도이다. 이는 우리나라의 전통적인 장례문화 곳곳에서 그 흔적을 찾아볼 수 있다. 이러한 전통적인 내세관(來世觀)은 불교의 윤회사상(輪回思想), 유교의 현세주의, 그리스도교의 구원사상 등으로 인해 조금씩 영향을 받으면서 변해왔다. 특히 샤머니즘사상은 우리 문화의 뿌리이고,¹⁷⁾ 역사 속에서 한번도 사라진 적이 없기 때문에 그 영향은 항속적이고, 앞으로도 지대할 것이다.¹⁸⁾

샤머니즘은 질병으로 죽음을 피하지 못하고 죽는 한을 남겨서는 안 된다는 믿음을 갖게 한다. 가족들은 환자가 제명에 생을 마치지 못하고 억울하게 일찍 죽게 되면 원령으로 이승을 떠돌게 된다고 생각하기 때문에 삶의 질이 없는 경우에도 중환자실로 옮겨 의학적으로 무의미한 연명치료를 다한다.

샤머니즘에 유교적인 현세관, 효 사상, 체면문화 등이 결합되면서 말기치료에 집착하게 되는 원인이 되었다. 적절한 치료를 통해 건강을 회복할 수 있음에도 불구하고 이를 방치하는 것은 윤리적으로나 법적으로나 비난받아 마땅하다. 그러나 현대 의학으로 완치가 불가능할 뿐만 아니라 연명치료의 지속으로 인해 환자에게 고통을 주거나 오히려 사기를 단축시킬 수 있음에도 불구하고 의료집착적 태도를 보이는 것은 죽음에 대한 인식의 부족에 기인한 것이다.¹⁹⁾

생로병사는 가장 기초적인 삶의 범주이다. 죽음을 지나칠 정도로 인위적인 과정-인공연명장치-을 통해서만 이해해서는 안 될 것이며, 사후세계를 믿는 경우에는 사후세계로 갈 준비를 하는 과정으로 그리고 사후세계를 인정하지 않는 경우에는 현세를 잘 정리하고 마무리할 수 있는 과정으로 인식되어야 할 것이다.

3) 자연사할 권리의 필요성

(1) **의의;** 현재 우리나라는 낮은 출산율과 평균수명의 증가로 세계에서 유례가 없을 정도로 빠르게 고령화가 되고 있다. 고령화 인구의 급격한 증가는 삶의 양적인 측면과 함께 질적인 측면의 중요성을 부각시키게 되었다. 더불어 죽음을 맞이하는 과정에 있어서도 인식의 변화를 가져오게 되었다. 과거에는 질병과 사고로 인하여 인간의 수명을 다하지 못하는 경우가 많았으나 의학의 발전으로 평균수명이 증대되었고 더 이상 과거처럼 인위적으로 수명을 늘리려 하기보다는 자연스러운 죽음, 나아가 편안한 죽음을 맞이하려는 경향이 증가되었다. 이로 인해 죽음을 준비하는 과정도 또 하나의 의료행위로 간주되기에 이르렀다.

환자의 자기결정권을 존중한다는 측면에서 인위적으로 생명을 연장한다거나 연명치료를 계속하는 의료집착적 태도가 오히려 환자의 인격권을 침해하게 되는 것이다.

(2) **적극적 치료와 연명치료;** 집착적 의료행위로 인한 의학적으로 무의미한 생명의 연장이 인간의 존엄성이라는 헌법적 차원에서나 유한한 의료자원의 비효율적 분배라는 정책적 측면에서 문제가 되고 있음에도 불구하고 쉽게 사라지지 않는 이유 중의 하나는 치료행위의 목적에 따른 구분이 명확하게 이루어지지 않은 까닭이다.

대부분의 경우에 있어서 적극적 치료를 중단한다고 해서 환자가 곧바로 사망의 상태에 이르는 것은 아니지만, 연명치료의 경우 연명치료를 중단하는 행위로 인해 가까운 시기에 사망의 결과가 도래하기도 한다. 따라서 연명치료를 중단하는 행위는 법적·윤리적 논란의 소지가 있으며 종종 안락사에 관한 논의와 혼재되어 나타나기도 한다.

(3) **자연사할 권리에 관한 윤리적 문제;** 단순한 생명의 길이라는 측면에서 연명치료의 지속이 정당화될 수는 없을 것이다. 또한 ‘연명치료의 지속으로 힘겹게 생존 기간을 늘리는 것보다 좀 짧더라도 편안하게 삶을 마무리하는 것이 환자에게 더 낫지 않겠는가?’고 반문해 볼 수도 있을 것이다.

예컨대 그림 3과 같은 가치관을 가진 사람은 □A의 면적이 □B의 면적보다 클 것이고, 이런 경우 적극적 치료의 중단은 정당화될 수 있다.

이에 반해 임종단계에서의 치료중단에 대해서도 다음 그림 4와 같이 보는 가치관이 있다. 대부분의 사람들에게 치료를 계속함으로써 삶의 질이 마이너스가 되고 이로 인해 적극적 치료를 중단함으로써 누리는 좋음의 총량인 □A가 적극적 치료를 계속함으로써 누리는 좋음의 총량인 □A-□B 보다 더 클 수도 있다.

즉, 임종 단계에서 연명치료를 계속할 때 연장되는 삶 B는 오히려 죽음의 상태보다 못한 부정적인 것이어서 치료를 중단하는 삶에서 누릴 수 있는 좋음의 총량(A)은 연명치료를 했을 때 누릴 수 있는 좋음의 총량(A-B)보다 크다는 것이다.

(4) **보건경제학적 논의;** 말기상태의 환자의 연명치료는 보건경제학적인 측면에서도 그 가족은 물론 사회전체적으로 많은 비용을 부담하게 한다. 예컨대 재난성 질환으로 간주되는 암의 경우 환자뿐만 아니라 가족에게도 상당한 정신적, 신체적으로 큰 고통을 가져다주며, 특히 과중한 치료비 등으로 경제적 문제가 가장 큰 부담으로 나타나고 있으며 극단적인 경우는 가정파탄으로 인한 가족해체와 개인의 재활을 어렵게 하고, 사별 이후에도 정신적인 부담감으로 삶의 질이 저하되고 있어 사회적으로 문제화되고 있다. 표 1과 같이 매년 3만여 가구가 환자 간병을 위해 가족구성원 누군가가 일을 그만두거나 생활에 커다란 변화가 있을 뿐만 아니라 3

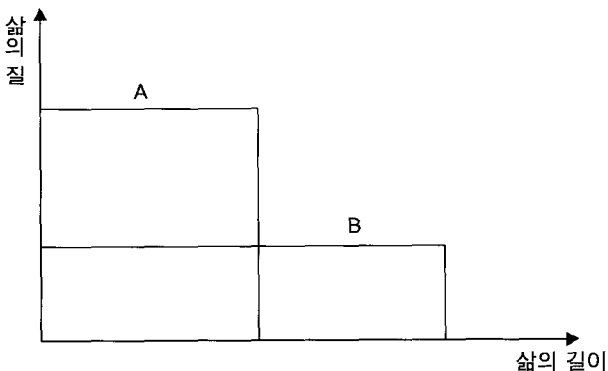


그림 3. 삶의 질과 삶의 길이를 바라보는 시각 1.

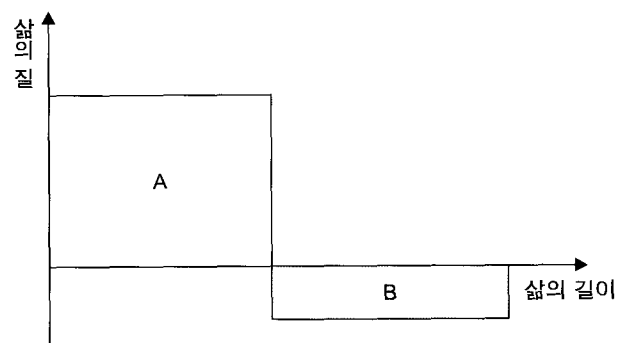


그림 4. 삶의 질과 삶의 길이를 바라보는 시각 2.

만여 가구가 저축의 대부분을 치료비로 소모하며 1만여 가구는 치료비용 때문에 저렴한 집으로 이사하고 있는 실정이다.

이러한 가족의 부담감을 미국과 비교해 볼 때 상당히 높은 수준이며, 특히 치료비용으로 인한 환자나 가족의 부담이 미국에 비해 크게 나타나고 있다. 선진국에서는 호스피스 진료비가 말기 암환자들의 삶의 질 향상에 기여할 뿐만 아니라 의료비를 절감할 수 있다는 연구결과가 보고되면서 호스피스·완화의료의 제도화하는 나라가 늘고 있다.²⁰⁾ 다음 그림 5와 같이 미국의 비용연구결과에 따르면, 임종 전 1개월 동안 호스피스 환자는 비호스피스 환자에 비해 비용이 약 46.5% 감소하는 것으로 나타났다으며, 임종 전 1년 동안의 전체 의료비의 10.4%를 절감하는 것으로 나타나고 있다.²¹⁻²⁴⁾ 또한 마지막 1년 동안 사용되는 의료비용은 살아있는 동안 전체 의료비용의 1/4에 해당한다고 보고하고 있다.²⁵⁾

다음 그림 6과 같이 대만의 경우도 호스피스 비용·효과분석 결과 전통적인 치료보다 호스피스가 말기암 환자의 사망 1개월 전 의료비용을 64.2% 줄이는 것으로 나타났다.

이에 비해 우리나라에서 말기환자의 치료에 소요되는 급여비용은 사망 4개월 전부터 상승하여 사망 전 2개월부터 급격하게 증가한다. 사망 2개월 전에는 15.2%, 1개월 전에는 36.0%를 차지한다. 비급여비용도 사망 4개월 전부터 상승하여 사망 2개월 전부터 15.9%로 급격히 증가하고, 1개월 전 37.0%를 차지한다. 이러한 결과로 총

의료비는 사망 4개월 전부터 비용 상승을 보이며 사망 2개월 전부터 급격하게 증가하게 된다.²⁶⁾ 이로 말미암아 제한된 보건 의료 자원의 상당 부분이 말기상태의 환자에게 투입됨으로 인해 전체 보건경제 관점에서의 비효율성을 초래하게 된다.

실제로 2002년 보건복지부 발표에 따르면, 사망 전 1개월 동안의 1인당 평균진료비가 1,760,000원으로 1년간 평균진료비(5,640,000원)의 31.3%를 차지하여 사망 전 12개월 중 가장 높게 나타났다.²²⁾ 그림 7과 같이 사망 3개월 전까지의 진료비는 1년간 진료비의 58.3%로 나타나 사망 전에 집중적으로 진료비가 이루어지는 것으로 나타났다.

또한 그림 8과 같이 암환자의 사망 전 1년 동안 총 입원진료비와 총 외래진료비를 비교해 보더라도 총 외래

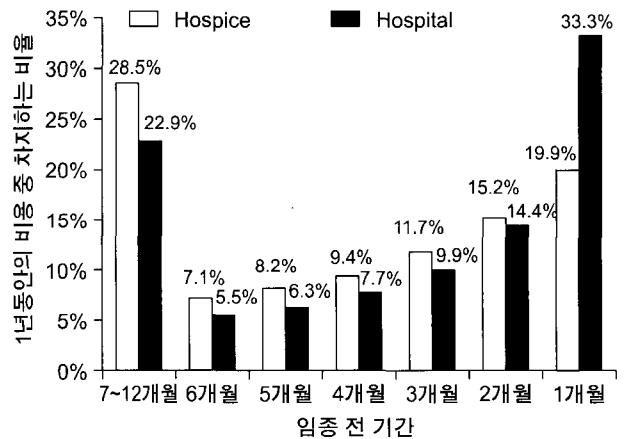


그림 5. Hospice와 hospital의 비용분석.

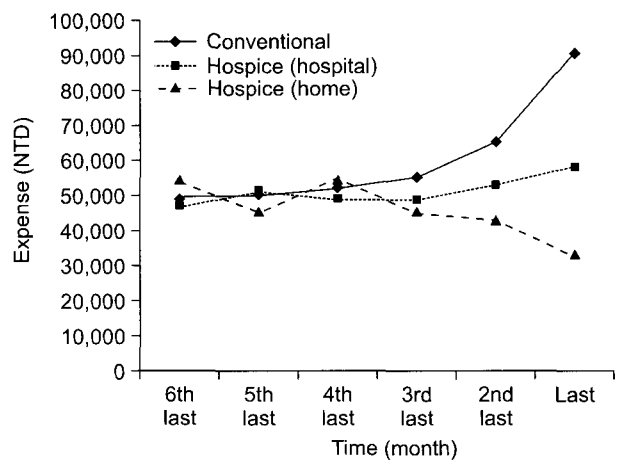


그림 6. 대만의 사망 전 6개월 동안 호스피스와 병원 간의 의료비용 비교.

표 1. 암으로 인한 가족부담감에 관한 한국과 미국 비교.

조사 항목	한국	미국
1. 환자가 가족 구성원으로부터 상당한 도움을 필요로 함	49%	34%
2. 가족 구성원 누군가가 환자를 간병하기 위하여 일을 그만두거나 생활에 커다란 변화가 있었음	67%	20%
3. 환자의 질병 영향으로 가족 구성원 중 누군가가 아프거나 혹은 정상적으로 기능을 할 수 없게 됨	25%	12%
4. 환자의 질병영향으로 가족의 저축의 대부분을 손실	68%	31%
5. 환자의 질병영향으로 가족의 주요 수입원이 상실	55%	29%
6. 환자의 치료비용 영향으로 더 싼 집으로 이사	20%	6%
7. 환자의 치료비용 영향으로 다른 가족 구성원의 중요한 치료를 미룸	15%	6%
8. 환자의 치료비용 영향으로 다른 가족 구성원의 교육 계획 등을 변경	29%	4%

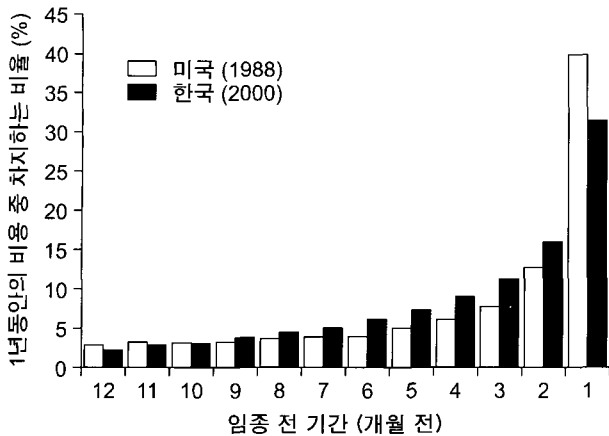


그림 7. 한국과 미국의 사망 12개월 전 메디케어 의료비용의 월별분포.

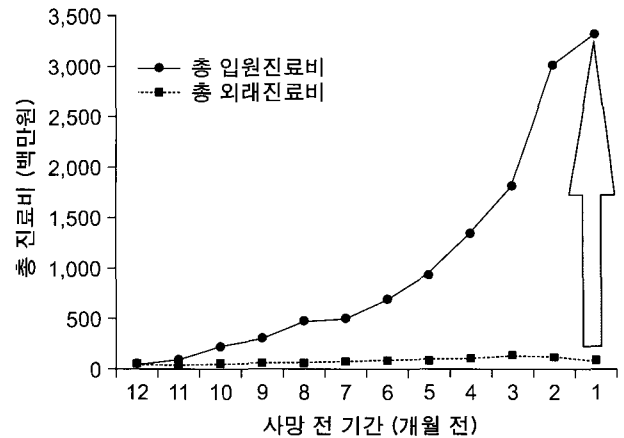


그림 8. 사망 전 6개월 동안 호스피스와 병원 간의 의료비용 비교.

진료비는 큰 변화가 없으나, 총 입원진료비는 임종에 가까울수록 급격히 증가하고 있다. 이와 같은 추세는 서구 뿐 아니라, 우리나라의 자료도 비슷하다.^{27,28)}

이러한 비용의 50% 이상을 환자 본인이나 가족이 직접 부담하고 있어 가정이 파괴되어지기도 하며, 환자 본인과 가족들의 생산성에 손실을 주고 있다.²⁹⁾ 실제로 지난 2003년 건강보험에서의 암 진료비는 1조 2,804억 원이며, 이중 보험자 부담금은 9,178억 원으로 나머지 금액인 3,626억 원은 법정본인부담금으로 환자가 직접 부담하고 있다. 이러한 환자들은 대부분 질병 발생 3개월 내에 직업을 상실하게 되고, 그 비용 부담은 고스란히 가족의 부담이 된다. 이러한 의료비용의 증가는 회복 가능성이 희박해지는 말기에 접어들수록 집중적으로 증가한다. 환자 가족의 입장에서는 더 이상 치료가 의학적으로 무의미하다고 판단되어지는 시점에서 완치를 위한 치료를 중단하는 것이 합리적이라는 것을 알지만, 그 시기에 대한 뚜렷한 기준과 차후 환자를 위한 조치 방법을 알지 못하여 막연히 치료를 계속하는 경우가 대부분이다. 또한 여기에는 치료를 중단한데 대한 사회적 비난 가능성의 염려도 원인이 된다.

다른 한편으로 연명치료의 지속은 종종 병원의 재정적 문제와 관련된다. 일부 의료기관에서는 저수가 건강보험구조 하에서 재정적자를 보전하기 위하여 연명치료를 지속하는 경우도 존재한다.

따라서 환자나 그 가족을 위해서뿐만 아니라 전체 보건경제 측면에서 일정 시점에서 연명치료를 중단하는 방법과 절차, 그 기준을 마련해 둘 필요성이 제기된다.

4) 안락사와 치료중단에 관한 기존의 논의

(1) 안락사의 필요성과 불법논쟁; 안락사의 어원에서도

알 수 있듯이 고대부터 안락사가 존재하여 왔고, 의학이 발달된 현재에서는 더욱 안락사의 필요성이 강하게 주장되기도 한다. 그러나 안락사는 죽음을 엄두에 두고, 사기를 앞당긴다는 점에서 오남용의 위험성으로 인한 불법비난이 항상 있다.³⁰⁾

치료의 중단은 종종 안락사(Euthanasia)나 존엄사(Death with Dignity) 혹은 의사조력자살(Assisted Suicide)과 혼용되어 사용되기도 한다. 이는 실제 임상현장에 대한 숙고 없이 이론적 논의에만 그친 채, 필요에 따라 일관되지 않은 개념의 용어를 남발한 탓이기도 하다. 따라서 연명치료중단에 대한 검토를 위해서는 안락사나 존엄사 혹은 의사조력 자살을 구분하여 그 개념을 명백히 하여야 할 것이다.

존엄사란 지속적 식물상태(Persistent vegetative state, PVS) 환자와 같이 의식이 없고 그의 생명이 단지 인공심폐기 등 인위적인 생명유지장치에 의하여 연장되고 있는 경우에 품위 있는 죽음을 위하여 생명연장장치를 중단하는 것을 의미한다.^{31,32)}

의사조력자살이란 의사가 환자 스스로 생명을 끊는 것을 도와주는 행위를 의미한다.

자연사(自然死; Natural Death)라 함은 다치거나 병 때문이 아니라 노쇠하여 자연적으로 죽는 일을 의미한다.³³⁾ 그러나 미국의 대부분의 주에서 안락사나 치료중단 혹은 존엄사에 관한 법률을 자연사법(Natural Death Act)이라 칭하면서 우리 학계에서도 사전적 의미와는 다른 개념으로 사용되고 있다. 환자의 자기 결정권에 기하여 생명연장장치 등의 의료행위를 거부한 채 자연스러운 죽음을 맞도록 하는 것을 '자연사'라고 하게 되었다. 일본에서는 이를 '존엄사'라는 용어와 동일한 개

념으로 사용되고 있다.³⁴⁾

안락사라는 용어가 주는 어감 - 작위 또는 부작위에 의한 살인행위 - 으로 인해 부정적인 인식이 강하다. 이는 정당한 치료의 중단을 준비하는 의사나 환자의 가족의 입장에서 상당한 심리적 부담으로 작용하게 되고 결국 연명치료를 계속하는 원인이 되기도 한다. ‘안락사’를 대신할 치료방법, 자연스럽게 죽을 수 있는 호스피스·완화의료이 제기되는 이유가 여기에 있다.

(2) 연명치료 지속의 인격침해성; 의료행위라는 신체에 대한 침습행위가 비록 그 근거에 있어서 차이가 있지만 형법적으로 정당화된다는 점에 대해서는 이견이 없다. 대부분의 의료행위과정에서 수반되는 신체의 침습행위는 객관적으로 상해죄의 구성요건을 충족하지만³¹⁾ 환자의 건강을 유지하거나 개선하기 위해서 이루어지므로 정당행위로서 위법성이 조각된다는 업무로 인한 정당행위설, 긴급피난에 해당된다는 설, 환자의 승낙행위가 있었으므로 피해자의 승낙에 의해 위법성이 조각된다는 설 등이다.

초기 정당행위설을 취하던 대법원은 최근에 들어 환자의 승낙을 의사의 치료행위의 정당성의 논거로 채택하고 있고, 하급심판결도 이에 따르고 있다. 의사의 치료행위에 대한 위법성조각사유로 의사의 설명의무를 전제로 한 피해자의 승낙을 요구하게 된 것이다.³⁵⁾

그렇다면 의학적으로 무익한 연명치료를 거절하거나 포기하는 환자, 또는 DNR 환자의 의사를 무시하고, CPR을 시행하여 생명을 유지시키는 경우 피해자승낙설에 의할 경우에는 상해죄를 구성할 수 있다. 따라서 말기환자의 치료결정권은 환자에게 있으며, 환자의 자기결정권에 의하여 치료거부의사가 명백함에도 불구하고 의사가 전단적으로 계속 치료할 경우에는 상해죄로 처벌하는 것을 적극 고려하여야 할 것이다. 다만 이를 남용하여 정상적인 치료행위가 계속될 경우 삶의 질이 어느 정도 유지될 수 있는 환자에 대하여 왜곡된 정보를 주거나 강압하여 치료를 포기하도록 하는 경우에는 살인죄나 그 미수죄로 처벌하여야 함으로써 환자의 생명

권이 보호받을 수 있도록 하여야 할 것이다.

2. 호스피스·완화의료의 등장

1) 호스피스·완화의료의 논의의 필요성: 의학의 발전과 함께 기존의 가치관의 변화는 의료에 관한 인식에 있어서도 변화를 가져왔다. 원시시대부터 근대국가에 이르기까지 노동력이 생산의 필수구성요소이던 시대에는 의료의 목표가 환자의 고통감소와 함께 무조건적인 생명의 연장이 공동선이었다. 안락사나 치료중단이 곧 죽음을 의미하고, 「죽음=치료실패」로서, 환자의 죽음은 의사의 의무를 다하지 아니하였기 때문으로 여기게 되었다. 국가는 의사에게 보증인적 의무를 강조하고, 생명유지의무를 다하지 아니한 책임(보증인적 의무)을 추궁하게 되면서 사회전체가 집착적 의료행위에 매달리게 되었다.

집착적 의료문화는 생명연장의술의 급격한 발전과 맞물려 사회적 문제로 떠오르기 시작하였다. 생명연장술이 삶의 길이는 연장시켰지만, 연장된 끝부분의 삶의 질이 오히려 떨어지는 부작용이 나타나면서 의학적으로 무의미한 연명치료가 생명권을 보호해 주는 것인가에 대하여 법학계에서 인격권침해논란이 제기되었다. 아울러 의료계에서도 죽음을 치료의 실패, 생의 종말로 보던 인식을 바꾸고, 마지막 성장단계로 인식하고, 생명유지장치에 의존해 수동적으로 죽음을 기다리기보다는 심리요법, 영적 요법, 음악·미술요법 등 의료적·비의료적 치료방법을 이용하여 긍정적이고 수용적인 태도를 취하기 시작하였다.

호스피스 돌봄(care)은 19세기부터 종교활동의 일환으로 자연스럽게 시작되다가, 의학적으로 무익한 연명치료와 이를 둘러싼 안락사 내지 치료중단의 위법성 논란이 일자 그 대안으로 제시되면서 법적인 논의가 필요하게 되었다.

의료에서 생명과 죽음을 바라보는 시각의 변화를 도표화하면 다음 표 2와 같이 정리할 수 있다.

호스피스·완화의료이 환자의 자기결정권을 바탕으로 시행하고 있지만 수술이나 인공호흡기 적용 등 적극

표 2. 의료관의 변화.

	기존 의료관	새로운 의료관
의료의 목표	생명의 연장, 고통의 감소	생명연장·고통감소에 삶의 질 보장 추가 (무의미한 연명치료·집착적 의료행위 범죄시화)
죽음에 대한 접근 방법	죽음의 부정(죽음은 생의 종말)	죽음의 긍정, 적극적 대처(죽음은 삶의 한 과정 내지 부분)
의료방법	안락사와 치료중단의 위법논쟁	호스피스·완화의료의 합법성(말기치료에 대한 새로운 접근)
의사의 의무	의사의 보증인적 의무 강조	환자의 자기결정권보장, 의료윤리의 4대 원칙 ^{36,37)} 강조 -자율성존중, 악행금지, 선행, 정의의 원칙-

적 치료를 하지 않기 때문에 부작용이나 연명치료에 의한 살인(사기단축), 상해(상대조기악화) 등의 형사적 처벌우려를 항상 가지고 있다는 점에서 더 이상 법적으로 방치하기 힘들게 되었다.

2) 말기치료 의무에 대한 이해

(1) **치료의 선택;** 호스피스·완화의료의 정당성을 확보하기 위해서는 말기환자에게 다양한 치료방법과 치료기회 중에서 선택할 수 있도록 하여야 한다. 호스피스·완화의료만을 단일안으로 제시하여 선택할 것인가 말 것인가 양자택일만을 요구한다면 이는 환자의 자기결정권을 침해한 위법이다. 그렇지 않으면 호스피스·완화의료의 ‘현대판 고려장’으로 변질될 우려가 있다. 따라서 임상에서 환자가 자율적으로, 의학적으로 무의한 연명치료를 요구하는 경우-비록 집착적 의료행위가 명백하다고 할지라도-에는 국가의 대국민생명보호의무와 의사의 보증인적 의무는 계속되어야 하고, 이를 게을리 한 경우에는 살인 또는 업무상과실치사상죄³¹⁾로 처벌되어야 한다.

(2) **호스피스·완화의료에 관한 입법필요성;** 환자가 스스로 특정한 치료를 선택하는 것은 자기결정권의 실행이므로 법적으로 문제되지 않는다. 그러나 보라매병원 판결에서처럼 환자의 대리인이 처의 자기결정권보다 의사의 보증인적 지위를 강조하게 될 때 환자의 의사에도 불구하고 ‘적극적 치료에서 호스피스·완화의료’로의 전환은 현실적으로 어렵다. 의사는 진료의무해태로 인한 형사적 제재를 감수해야 하기 때문이다. 이로 인해 의료인에 의한 무의미한 집착적 의료행위가 계속되는 경우가 비일비재한 실정이다.

따라서 일정한 요건을 충족하는 경우 의사는 환자의 자기결정권에 따라 호스피스·완화의료로 전환을 하여도 아무런 법적 제재를 받지 않도록 법적, 제도적 장치가 마련되어야 할 필요성이 제기된다.

또한 임상현실에서는 호스피스·완화의료여부를 결정하게 될 때 환자가 이미 의식을 잃고 있어, 가족이나 대리인이 환자의 의사를 추정하여 대리결정을 할 수밖에 없는 경우가 종종 발생하는바, 호스피스·완화의료의 오남용을 막기 위해서 그 의사표시방법에 대한 기준이 마련되어야 할 것이다. 환자는 물론 환자가족들은 효(孝)를 중심으로 한 현세지향적인 유교관과 죽음을 부정하는 근대의학관 등으로 인하여 보건경제학적인 고려 없이, 무리해서라도 적극적 치료를 계속하기를 원하는 경우가 대부분인바, 호스피스·완화의료의 객관적 기준과 절차적 기준을 마련하여 줌으로써 이를 활성화

시킬 수 있다. 호스피스·완화의료기준의 제정을 통해 호스피스·완화의료의 현대판 고려장으로 악용될 가능성을 미리 막을 수 있다.

3. 호스피스·완화의료의 허용요건

1) 호스피스·완화의료의 정당화 요건

(1) **실체적 요건;** 호스피스·완화의료의 시작함에 있어 우선 그 대상자 선정이 필요하다. 일반적인 호스피스·완화의료로의 전환대상자의 선정은 ‘① 암, 기타 불치나 난치의 질병으로 진단 받은 후 수술이나 항암요법 등 의학적 치료를 시행하였으나 더 이상의 치료효과를 기대하기 어려운 경우, 즉, 적어도 임상의학실천당시 가장 발달된 현대의학수준에 비추어 회복가능성이 환자의 여명기간 동안에는 극히 희박한 경우일 것, ② 2인 이상의 전문의로부터 3개월 내지 1년 이하의 기간을 살수 있다는 진단을 받은 환자일 것, ③ 의사의 동의나 의뢰가 있는 경우일 것, ④ 환자나 가족 혹은 환자의 대리인이 적극적 치료가 아닌 증상완화를 위한 관리를 받기로 결정하고 요청한 경우일 것, ⑤ 이상의 기준에도 불구하고 가족이나 친지가 별로 없어 호스피스의 도움이 필요하다고 호스피스윤리위원회에서 선정된 경우일 것’ 등의 기준에 의해 이루어진다.³⁸⁾

잔존여명기간에 대한 평가도 순수한 의학적 평가이므로 역시 의사에 의하여 진단되어야 한다.

실체적 요건에 대한 판단주체를 법원으로 할 것인가 의사에게 줄 것인가에 논란이 많으나, 진단명이나 잔존여명기간 등에 대한 진단은 고도의 의학적 평가가 있어야 하므로, 의사에게 맡기고, 법원은 이에 대한 사후평가를 하는 것이 합리적이라고 생각한다. 자칫 호스피스·완화의료에 대한 요건심사가 사회적 상당성이나 보편적 상식(common sense)에 바탕을 둔 것이 아니라 학술적 논쟁으로 변질될 우려가 있고, 이는 호스피스·완화의료의 활성화에 적지 않은 부담으로 작용될 수 있기 때문이다.

(2) **절차적 기준;** 호스피스·완화의료시작은 다음 그림 9와 같이 의사의 사전설명(informed consent) → 환자의 자율적 결정(승낙·동의) → 일정한 숙려기간경과 → 의사의 반복설명 → 환자의 사전의사결정(advanced directives)³⁹⁾ → 호스피스의료시작 등의 과정을 거치게 된다. 이때 환자의 의사가 불분명하거나 대리인에 의한 결정 시 병원 호스피스윤리위원회의 사전 혹은 사후 심의를 받아야 한다. 병원호스피스윤리위원회는 환자의 인권이 보장될 수 있는 임상적 기구이므로 의사나 환자 혹은 대리인

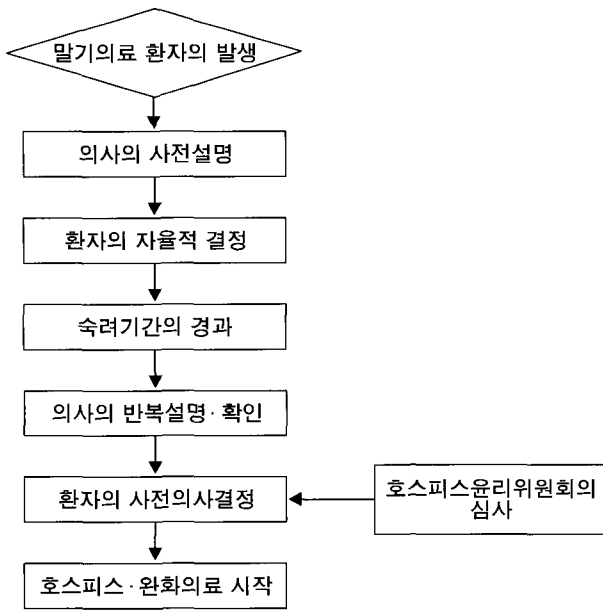


그림 9. 호스피스 치료로의 전환 절차.

등 당사자소환, 진료기록검토, 현장확인 등 실제적인 심의가 될 수 있도록 운영되어야 한다.

2) 호스피스·완화의료의 방법

(1) 일반적인 호스피스·완화의료의 방법: 호스피스·완화의료의 시작은 치료목적의 의료행위를 처음부터 시작하지 않는 치료유보(withholding)와 치료를 시작하여 계속하다가 중단하는 치료의 철회(withdrawing)로 구분될 수 있지만 임상현장에서 이 양자 간의 차이는 크지 않다.

이와 같은 호스피스·완화의료의 방법을 유형별로 살펴보면, 말기질환환자에 대해 완치를 목적으로 하는 모든 조치를 중단하는 것과 급성호흡정지 혹은 심정지가 발생했을 때 DNR, 수혈의 중단, 투석중단, 항생제 중단, 혈압상승제 중단, 위관 영양 중단, 정맥주사를 통한 영양공급(intravenous nutrition)의 중단, 산소공급 중단, 중환자실 입실의 포기 등이 해당된다.

(2) 호스피스·완화의료의 영양·수분공급방법에 관한 문제점: 안락사결정에 따른 연명치료 중단 시 영양 및 수분공급까지 중단하여야 하는가에 관하여 중단반대설, 중단허용설, 절충설 등 학설의 대립이 첨예하고 입법례와 판례도 나뉘고 있다.

여러 판결에서 ‘환자에게 최선의 이익이 무엇인지 고려하여야 한다. 생명유지조치를 중단하는 의사의 행위가 처음부터 생명유지조치를 시행하지 않은 것과 다를 바 없고, 이는 환자를 죽어가는 대로 맡기고 있는데 지

나지 않는다. 이는 부작위의 일반원칙에 비추어 위법하지 않다. 인공영양공급도 치료행위의 한 형태이다.’고 전제하고, ‘PVS에서 시행하는 인공호흡·인공영양보급·수분공급을 포함한 모든 생명유지치료 및 의료적 조치를 합법적으로 중지할 수 있다.’고 선고하였다.⁴⁰⁾ 생각컨대 인위적 영양공급행위도 치료행위의 한 형태로서 호스피스·완화의료시 다른 치료방법과 같이 적절한 방법으로 제한·중단시킴으로써 기존의 집착적 의료행위의 부작용을 반복하지 않도록 하여야 할 것이다.

(3) 심폐소생술과 관련된 문제점: 심폐소생술은 환자의 동의 없이 관계적으로 제공되는 오직 단 하나의 연명치료 유형이며, 의사의 지시 없이 일반적으로 시작할 수 있는 단 하나의 의학적 치료방법이라는 측면에서 달리는 의될 여지가 있다. 일반적으로 심폐소생술은 공식적인 ‘심폐소생술을 시행하지 마시오(DNR).’ 지시가 환자의 차트에 기록되어 있지 않는 한 제공된다.

보라매병원사건 이후 의사들 사이에서는 심폐소생술이 의학적으로 무의미하거나 환자가 원하지 않더라도, 하지 않으면 책임을 질 수도 있다는 두려움에 무의미한 심폐소생술도 어쩔 수 없이 시행하고 있어, 최소한 이에 대한 기준만이라도 마련되어야 할 필요가 있다.

4) 호스피스·완화의료의 진행과 종료

(1) 호스피스·완화의료의 진행과정: 말기상태의 환자들은 심한 통증을 경험하게 되는 것이 일반적이다. 우리나라에서는 “통증은 어느 정도 참아야 한다”, “마약성 진통제의 사용은 되도록 적게 해야 한다”, “진통제의 과다사용은 중독을 야기한다” 등의 고정관념으로 인해 말기암환자들의 통증관리가 적절하게 이루어지지 않고 있다.

그러나 호스피스·완화의료 본연의 목적을 달성하기 위해서는 이와 같은 신체적 고통의 제거가 가장 먼저 선행되어야 하고 그 만큼 완화의료의 중요성은 크다. 다음은 이와 같은 통증완화와 제거의 구체적 절차이다. 미국 캘리포니아주 엘라메다(Alameda County)군법원은 폐암말기환자에 대하여 사망직전 며칠동안 통증치료를 적극적으로 하지 않았다는 이유로 1,500만불의 손해배상책임을 인정한 바 있을 정도로 완화의료에 대하여 의사에게 엄격한 책임을 묻고 있다.⁴¹⁾

호스피스·완화의료에 대한 오해 중의 하나가 일반적인 의료행위를 전혀 하지 않는다는 것이다. 그러나 호스피스·완화의료에서도 말기환자에 대한 최소한의 증상조절치료로서 항암제투여, 감염 및 증상관리 등은 앞서 살핀 바와 같이 기본적으로 행해지고 있다.

호스피스·완화의료의 목적이 육체적으로 편안함 즉

음을 맞이하는 것은 물론이고 정신적 안정 속에서 생(生)의 마지막 순간을 인격적으로 성장하도록 하는 데 있다는 측면에서 정신적·영적 요법은 신체적 통증 완화 못지 않게 중요한 과정임에 틀림없다. 사기에 임박한 사람이 죽음을 삶의 종말로 보지 않고 삶의 하나의 과정으로서 의연히 받아들이고 정신적으로 성숙해지는 과정으로 이어가기 위해서는 호스피스 전문가나 종교인 혹은 상담가 등의 도움이 필요하다. 정신적 안정이나 영적 요구의 충족을 위해 다양한 치료방법이 동원될 수 있다. 우선 기본적인 정신적 안정을 찾기 위해서는 경우에 따라 정신과 의사와의 상담도 필요할 것이다. 만약 정신적인 장애를 가지고 있는 환자라면 보다 전문적인 정신과적 치료가 필요할 것이다. 정신과 의사의 진단에 따라 혹은 다른 정신 장애에 대한 병증(病症)이 나타나지 않는다면 보다 전문적인 호스피스·완화의료료를 받게 된다.

이 밖에도 종교와 무관한 명상을 통한 치유나 음악을 통한 치유, 미술을 통한 치유 등 다양한 방법의 행위가 동원될 수 있다. 호스피스를 시행함에 있어 각 환자의 특성에 맞는 방법을 찾아 이를 적절하게 시행하도록 프로그램을 구성하는 것이 중요하다. 또한 이러한 다양한 방법의 호스피스가 시행되기 위해서는 음악요법이나 미술요법과 같은 대체의료인력의 전문적 양성이 전제되어야 할 것이다.

(2) 호스피스·완화의료의 종료: 호스피스·완화의료는 해당 환자의 사망이나 퇴원, 전원에 의하여 종료하게 된다. 호스피스·완화의료가 반드시 의료기관 내에서만 이루어지는 것은 아니므로 경우에 따라서는 가정 내 혹은 종교기관에서 호스피스·완화의료로 이어지는 경우도 있다. 죽음에 임박한 환자들은 호스피스기관에서 임종을 맞을 수도 있지만 대부분이 가족으로부터 정성어린 돌봄을 받을 수 있고 환경이 친숙한 가정에서 임종을 맞기를 희망하게 된다. 환자를 돌보는 가족 역시 낯선 병원보다는 가정에서의 돌봄이 환자의 건강뿐 아니라 자신의 건강도 동시에 돌볼 수 있어 가정 호스피스를 더 선호하기도 한다. 호스피스·완화의료 시설에서 치료를 받던 환자가 퇴원이나 전원을 결심하면 당해시설에서 이루어지는 호스피스·완화의료는 종료하게 된다.

4. 각 국의 입법례

우리나라에서의 호스피스·완화의료에 관한 입법논의를 위해서는 외국의 유사입법례를 살피는 것이 우선일 것이다.

1) 외국: 미국에서 이전까지는 금기시 되던 주제인 죽

음이 사회적 쟁점으로 부상한 것은 1970년대였다. 70년대 초반에 자발적인 안락사를 허용하는 법안들이 몇몇 주에서 제안되었으나 입법에 이르지 못하다가 1975년에 발생한 카렌킬런사건으로 본격적인 논의가 시작되었다.⁴²⁾ 1976년 캘리포니아에서 최초로 자연사법(Natural Death Act)이 입법 시도되었고,⁴³⁾ 워싱턴주에서 연명치료중단을 주요내용으로 하는 자연사법을 제정하였다. 그 후 미국 오레곤주에서는 더 나아가 의사에 의한 자살 조력(Physician-Assisted Suicide, PAS)을 합법화하였다.

세계에서 가장 사회복지제도가 잘 갖추어져 있는 네덜란드에서는 2002년 4월부터 국가차원에서 세계최초로 안락사를 입법시행하고 있다.

우리가 참고할 만한 법률로는 대만의 호스피스의료법(The Hospice and Palliative Act)이다. 대만법에서는 호스피스의료에 대한 정의, 호스피스의료의 신청절차 및 요건 등이 규정되어 있지만, 실제적인 내용은 신청서에 '임종 전 혹은 생명이 위급할 때 심폐소생술을 시술받지 않는다'는 문구를 넣어 DNR을 허용하고 있다는 점이다.

2) 우리나라의 '호스피스·완화의료에 관한 법률(안)': 우리나라에서는 관련학회나 정부차원에서 호스피스·완화의료에 관한 법률안이 제시되었는바, 전체적인 내용은 호스피스의료기관에 관한 것으로서 의료법적인 성격이 강했다. 그러나 이 법은 장기 등 이식에 관한 법률이나 인체 조직 안전 및 관리 등에 관한 법률과 같이 의사의 형사책임면제요건이 가장 중요한 내용이 되어야 한다. 주요 골자는 다음과 같으며 그 입법안을 부록에 제시하였다.

(1) 모든 국민은 국가로부터 적극적인 치료를 받을 권리를 보장받고, 국가는 이를 위하여 말기치료시설을 설치, 유지, 운영할 의무를 진다.

(2) 모든 국민은 적극적 치료를 받거나, 호스피스·완화의료료를 받을 권리 중에서 완전한 자기결정권에 의하여 자율적으로 선택할 수 있다.

(3) 국가는 호스피스·완화의료의 활성화를 위하여 호스피스·완화의료에 관한 계획을 수립하고, 호스피스·완화의료기관을 운영하여야 하고, 이를 위해 필요한 재원을 마련하여야 한다.

(4) 국가는 호스피스·완화疫료를 선택한 환자에 대하여 치료비의 일부를 지급한다.

(5) 민간의료기관은 호스피스·완화의료 시설 및 인력을 확보할 의무를 진다.

(6) 영적치료나 심리치료 등 의료외적 치료를 위하여 종교인이나 종교단체에도 참여의무를 부여하고, 대신

필요경비를 지원하도록 한다.

(7) 호스피스·완화의료는 국민의 생명권보호이나 가치관형성이 직접적인 영향을 미치므로 호스피스·완화의료의 기본정책, 대상, 방법, 절차, 필요시설 및 인력의 기준에 관하여 보건복지부장관 자문기관으로 호스피스·완화의료윤리위원회를 구성한다.

(8) 호스피스·완화의료기관도 구체적인 사건에 대하여 호스피스·완화의료 시행의 적정성 등을 심사하기 위하여 호스피스·완화의료기관윤리위원회를 두어야 하고, 이에 필요한 경비는 국가 및 지방자치단체가 지원한다.

(9) 호스피스·완화의료는 환자에게 충분한 설명과 동의를 받고, 엄격한 실체적, 절차적 조건하에서 실시하여야 한다.

(10) 환자가 의사능력을 잃게 된 경우 호스피스·완화의료에 대한 승낙은 대리인이나 가족의 동의를 얻어 시행할 수 있다.

(11) 호스피스·완화医료를 전문적으로 시행하기 위하여 호스피스·완화의료전문의제도 및 호스피스·완화의료관리사제도를 도입·시행한다.

(12) 호스피스·완화의료 시행 시 중환자실로의 전실이나 인공호흡기 적용 등 연명치료는 하지 않지만, 일정한 의학적 치료와 의료외적 치료를 충분히 제공하여야 한다.

(13) 환자나 그 가족은 호스피스·완화의료에 대한 동의를 언제라도 철회할 수 있고, 이 때 연명치료를 즉시 시행하여야 한다.

(14) 환자가 전원이나 퇴원을 요구할 경우에는 특별한 사유가 없는 한 호스피스·완화의료기관은 이에 따라야 한다.

(15) 환자가 포태 중이고 연명치료가 계속될 경우 태아가 출생할 가능성이 있는 경우 등 대통령령이 정하는 사유가 있는 경우에는 호스피스·완화医료를 시행하여서는 아니 된다.

(16) 호스피스·완화의료로 사망한 경우에는 사인을 그 원인이 된 질환으로 간주하고, 어떠한 경우에도 호스피스·완화의료로 사기가 앞당겨졌다거나 부작용·합병증이 발생하였다는 이유로 의료인을 민·형사, 행정적으로 이의제기를 하지 못한다.

(17) 호스피스·완화의료에 관한 기록은 살인죄의 공소시효를 기준으로 하여 15년간 보존하고, 병원윤리위원회 및 국가윤리위원회에 보고하여 사후적으로 심사를 받고, 환자나 그 가족 등은 언제라도 열람·복사를

할 수 있다.

(18) 보건복지부장관은 호스피스·완화의료에 관하여 의료기관, 의료기관종사자 등에 대하여 현장조사를 하거나 자료제출을 요구할 수 있고, 이 때 의료기관 등은 협조하여야 한다.

(19) 호스피스·완화의료에 관한 인력, 시설, 장비 등의 요건을 충족하지 아니한 경우 등 법률에 위배된 경우에 의료기관지정을 취소, 정지할 수 있다.

(20) 허가받지 아니한 상태에서 호스피스·완화의료기관명칭을 마음대로 사용할 수 없다.

(21) 호스피스·완화의료조건에 충족하지 아니한 채 호스피스·완화医료를 시행하다가 사망이나 상해에 이르게 한 자는 형법상 살인 내지 상해죄에 준하여 형사 처벌한다.

(22) 이 법에 위반한 자는 법인과 개인이 양벌된다.

(23) 과태료부과처분은 국세기본법에 의하여 징수한다.

결 론

인간에게는 삶과 죽음을 선택할 권리가 있다. 생명권은 기본적 권리이다. 왜냐하면 생명권은 인간의 존엄과 가치의 바탕이기 때문이다. 국가는 국민의 생명을 보호할 의무가 있고, 이러한 의무는 개개의 법률에 규정되어 있지 않다고 하더라도 헌법 자체에 의하여 책임이 있다. 한편 모든 권리행사에는 일정한 제한이 따른다. 헌법 제37조 제2항에 ‘국가안전보장, 질서유지 또는 공공복리’를 위한 경우이외에 인류라는 생물학적 종의 영속성을 유지하기 위해, 노동력확보 등 국가체제를 유지하기 위하여 생존하여야 할 의무는 있다.

삶이 의무라면 죽을 권리는 없을 것이다. 그러나 인위적 생명연장술의 급격한 발전으로 의학적으로 무익한 생명연장환자가 늘어나면서 국가의 생명보호의 의무와 자연스럽게 죽을 환자의 권리 사이에서의 기본권 충돌이 계속되고 있다. 단지 의학적 징표로서의 생명만을 유지하는 것이 인간의 존엄과 가치를 위하는 길인지에 대한 의문이 제기되면서 안락사에 대한 논의가 시작되었다.

이러한 논의는 필연적으로 개인의 자연사할 권리와 국가의 생명유지의무와의 충돌을 야기하게 된다. 그러나 국가의 대국민생명보호의무는 언제나 적극적이고 능동적으로 요구되는 것이 아니라는 점을 주목할 필요가 있다. 국가는 개인의 자율성을 최대한 보장하고 국민은 그 속에서 자신의 위험을 해결해 나갈 수 있는 여

건을 조성해 주는 것으로 족하다. 오히려 국가의 생명권 보호라는 명분으로 인간의 존엄과 가치를 해치게 된다면 이러한 생명보호의무는 제한되고, 환자의 자기결정권이 보장되어야 한다.

그러나 말기의료의 문제는 법률제정이나 법률해석론만으로 해결이 되는 문제는 아니다. 건강보험제도의 정비·보장성 강화·노인개호보험제도의 도입 등 기본적으로 보건의료복지제도의 문제, 심리상담치료체계의 정비, 호스피스 제도의 정비라고 하는 제도적 문제와도 깊이 관련되기 때문에 여러 방면에서 이 문제에 진지하게 대처해야 할 필요가 있다. 이런 점에서 호스피스법 제정과 아울러 암보험·노인개호보험 등 의료제도에 관하여 사회적 합의가 시급히 이루어져야 한다는 점을 다시 한 번 더 강조하고 싶다.

참 고 문 헌

1. 植木 哲, 한귀현 역. 「醫療의 法律學」, 한국법제연구원; 2004.
2. 栢木哲夫. 「看とりの醫療はどうあるべきか」. 脳死・尊嚴死 佛教別冊4卷 11號, 26頁
3. 이운성. “소극적 안락사”를 받아들이다. 서울변호사회지 시민과 변호사. 2001.
4. 계획열. 「헌법학(中)」.
5. 石原明. 「法と生命倫理20講」. 日本評論社, 2004.
6. 이상돈. 「의료형법」. 211면
7. 허일태. 「법과 의사」. 동아대학교법학연구소, 동아법학 제 22호, 1997, 222면.
8. 이상돈. 「인권법」. 세창출판사; 2005, 119면.
9. 김경수. “헌법상 국가의 건강보호의무와 그 실현방안에 관한 연구”. 서울대학교 박사학위논문 2002.
10. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization, signed at the International Health Conference. New York, 22 July 1946. [New York.; World Health Organization, Interim Commission 1947]
11. 안중주. “[세계보건기구] ‘영적’안녕 포함시킨 새 건강 정의 의결”. 한겨레신문 사회면. 1998.1.24.
12. 김경수. “헌법상 국가의 건강보호의무와 그 실현방안에 관한 연구”
13. 이우주 엮음. 「영한의학사전」
14. 신현호. “의료행위의 범위와 안마행위규제의 위헌성”. 의료법학 통권 2004;5:2.
15. 대한의사협회·보건복지부. 의학용어집. 도서출판 아카데미; 2001.
16. 정하윤. “말기환자의 자율적 치료선택과 관련된 의사역할에서의 딜레마 고찰-호스피스를 중심으로”. 연세대 대학원 석사학위논문 2003.
17. 최준식. 「한국인에게 문화가 없다고」. 사계절; 2000.
18. 김상우. 「죽음의 사회학」. 부산대학교 출판부; 2005.
19. 이상목 외. 「한국인의 죽음관과 생명윤리」. 259면
20. Mor V, Wachtel TJ, Kidder D. Patient predictors of hospice choice. Hospital versus home care programs. Med Care 1985; 23:1115-9
21. 국립암센터. “2004년도 말기암환자 호스피스시범사업 최종 결과 보고서
22. Lewin SN, Buttrn BM, Powell MA, Gibb RK, Rader JS, Mutch DG, et al. Resource utilization for ovarian cancer patients at the end of life: how much is too much? Gynecol Oncol 2005;9:261-6
23. Miller SC, Intrator O, Gozalo P, Roy J, Barber J, Mor V. Government expenditures at the end of life for short- and long-staynursing home residents: differences by hospice enrollment status. J Am Geriatr Soc 2004;52:1284-92.
24. Pyenson B, Connor S, Fitch K, Kinzbrunner B. Medicare cost in matched hospice and non-hospice cohorts. J Pain Symptom Manage 2004;28:200-10.
25. Shugarman LR, Campbell DE, Bird CE, Gabel J, T AL, Lynn J. Differences in Medicare expenditures during the last 3 years of life. J Gen Intern Med 2004;19:127-35.
26. 윤영호. “말기암환자 의료비 지출실태 분석, 암정복추진연구개발사업 최종보고서”. 국립암센터. 2005. 8
27. 허대석. “말기 암환자에서 의미없는 치료의 중단”. 대한내과학회지 2001;61
28. 오대규. “말기암환자의 현황 및 방향”. 국립암센터 호스피스·완화의료 심포지엄 2001.
29. 국립암센터. “암 진료비 재원 어떻게 조달할 것인가?”. 국립암센터 심포지엄 2005, 2005. 3
30. 김일수. 서보학. 「형법총론」, 박영사; 2005.
31. 이형국. 「형법각론연구 1」. 법문사; 1997.
32. 오영근. 「형법각론」, 28면
33. 신기철·신용철 편. 새우리말큰사전 하. 삼성출판사; 1993.
34. 유선경. “형법상 안락사·존엄사에 관한 연구”.
35. 박상기. 「형법총론」.
36. Beauchamp TL, Childress JF. Principle of biomedical ethics. 4th ed. Oxford University Press. 1994.
37. 김일순. 생명의료윤리의 원리와 영역. 임상윤리학. 서울대학교출판부; 1999, 36~42면
38. 한국호스피스 협회. 「호스피스 총론」.
39. 손명세, 유호중. 의료에서의 사전의사결정(advanced directives)에 대한 도덕적 검토, 의료·윤리·교육 제4권 제1호 (통권제5호). 한국윤리교육학회; 2001. 7
40. 甲斐克則. 「尊嚴死と刑法」.
41. Alameda County Super. Ct. No. H205732-1
42. In re Quinlan.. 137 N. J. Super. 227, 348 A. 2d 801(Ch. Div. 1975)
43. Lisa Y, Physician-assisted suicide and euthanasia. Facts On File, Inc.; 2000.

= 부록. 호스피스·완화의료에 관한 법률(안) =

제1장 총칙

제1조 (목적) 이 법은 국민이 국가로부터 적극적 치료받을 권리와 함께, 말기질환 상태나 임종상태의 환자가 자기결정권에 의하여 호스피스·완화疫료를 자율적으로 선택할 수 있는 권리를 보장함으로써 인간으로서의 존엄과 가치를 지닌 삶을 유지하고, 생명권의 침해를 막는데 이바지함을 목적으로 한다.

제2조 (용어의 정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음 각 호와 같다.

1. ‘의료행위’라 함은 의료법 제12조의 규정에 의한 ‘의료인이 행하는 의료, 조산, 간호 등 의료기술의 시행’을 말한다.
2. ‘치료행위’라 함은 위 호의 의료행위를 포함하여, 종교인에 의한 영적 요법, 학자에 의한 심리요법·언어요법 등, 예술가에 의한 음악요법·미술요법 등 호스피스·완화疫료에 도움이 되는 일체의 행위를 말한다.
3. ‘적극적 치료’라 함은 병적 상태를 없앴으로써 자연 수명을 보장하고 의식과 신체기능을 유지, 회복하는 행위를 말한다.
4. “말기질환상태의 환자”라 함은 임상의학실천당시의 의료수준에 맞는 치료를 하여도 회복의 가능성이 없고, 가까운 시기에 사망에 이를 것이 객관적으로 예상되는 상태의 환자를 말한다.
5. ‘임종환자’라 함은 노령으로 치료를 하여도 회복가능성이 없고, 사망이 임박하여 신체기능이 전반적으로 급격히 약화되고 있는 상태의 환자를 말한다.
6. ‘연명치료’라 인공호흡기, 투석, 항생제 투여, 인공영양 공급, 수액 공급 등 인공적 장치나 약물을 이용하여 죽음의 과정을 연장시키는 연명치료를 말한다.
7. ‘호스피스·완화疫료’라 함은 사기가 임박한 환자에 대하여 인간적인 존엄성을 유지하고, 편안하게 삶을 마감할 수 있도록 환자의 신체적·정신적 고통감소 등의 치료 이외에 가족의 정신적 치료 등을 포함한 전인적 치료행위를 말한다.
8. ‘완화疫료’라 함은 호스피스 과정에서 발생하는 신체적 통증의 제거나 경감에 필요한 진통제 투여, 호흡유지치료 등 의료적 치료를 말한다.
9. ‘호스피스·완화疫료의 시작’라 함은 환자의 주된 병적 상태를 호전시키지 못하는 채 단지 죽음의 과정만을 연장시키는 연명치료행위를 처음부터 유보하거나 혹은 중단하고, 환자스스로의 결정에 따라 건전한 정신적·신체적 상태를 유지하면서 삶의 마지막 성장과정을 편안히 맞이할 수 있도록 하는 신체적·정신적·영적 요법을 시작하는 것을 말한다.
10. ‘호스피스·완화疫료윤리위원회’라 함은 호스피스·완화疫료의 오남용을 막고, 적법한 절차에 따라 호스피스·완화疫료가 시행되는지를 사전, 사후적으로 심의, 의결하는 위원회를 말한다.
11. ‘호스피스·완화疫료기관’이라 함은 호스피스·완화疫료를 행할 수 있는 시설과 인력을 갖춘 의료기관을 말한다. 그 기준에 대하여는 대통령령으로 정한다.

제3조 (국가 및 지방자치단체의 의무)

- ① 국가 및 지방자치단체는 호스피스·완화疫료의 활성화와 정착을 위하여 호스피스·완화疫료에 관한 계획을 수립하여야, 필요한 재원을 마련하여야 한다.
- ② 국가 및 지방자치단체는 호스피스·완화疫료기관을 설치·운영하여야 한다.
- ③ 국가 및 지방자치단체는 민간의료기관에 대하여도 호스피스疫료를 행할 수 있는 병실을 운영하도록 하고, 필요한 재정을 지원할 수 있다.
- ④ 국가는 호스피스·완화疫료를 선택한 환자에 치료비를 지원하여야 한다. 그 범위와 방법, 절차 등에 대하여는 보건복지부령으로 정한다.

제4조 (의료인 및 의료기관의 의무)

- ① 의료법 제32조 제3항에 의하여 설립된 의료기관은 호스피스·완화의료를 위한 병실을 설치하고, 필요한 인력을 확보하여야 한다. 시설과 인력의 규모와 범위 등은 대통령령으로 정한다.¹⁾
- ② 의료인 및 의료기관은 호스피스·완화의료를 받는 환자에 대하여 최선의 진료를 제공하여야 하고, 호스피스·완화의료에 관한 비밀을 누설하여서는 아니 된다.

제5조 (종교인 등의 의무)

- ① 말기환자 등의 의료외적 치료를 위하여 종교인, 종교단체 등 호스피스·완화의료에서의 종교적, 영적 요법에 적극 참여하여야 한다.
- ② 국가나 지방자치단체는 이에 필요한 재원을 지원할 수 있다.

제2장 호스피스·완화의료윤리위원회

제6조 (국가호스피스·완화의료 윤리위원회의 설치 및 기능) 호스피스·완화의료의 오남용을 막고, 적법한 절차에 따라 호스피스·완화의료 시행되기 위하여 다음 각호의 사항을 자문하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 국가호스피스·완화의료윤리위원회(이하 “국가윤리위원회”라 한다)를 둔다.

1. 호스피스·완화의료에 관한 정책의 수립에 관한 사항
2. 호스피스·완화의료의 기준, 대상, 방법, 절차 등에 관한 사항
3. 호스피스·완화의료기관의 시설·인력의 기준에 관한 사항
4. 기타 위원장이 부의하는 사항

제7조 (국가윤리위원회의 구성)

- ① 국가윤리위원회는 위원장 1인, 부위원장 1인을 포함한 10인 이상 20인 이하의 위원으로 구성한다.
- ② 위원장은 위원 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하고, 부위원장은 위원 중에서 호선한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자가 된다. 단 의료인은 1/3일 넘어서는 아니 된다.
 1. 보건복지부 차관
 2. 의료윤리학·생명철학에 전문적 지식과 연구경험이 풍부한 학자
 3. 종교인
 4. 변호사자격이 있는 자
 5. 시민단체에서 추천한 자(비영리 민간단체 지원법 제2조의 규정에 의한 비영리민간단체를 말한다)
 6. 의료인
- ④ 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다.

제8조 (국가윤리위원회의 운영)

- ① 국가윤리위원회는 위원장 또는 위원 1/3 이상이 요청에 의하여 개의한다.
- ② 국가윤리위원회의 자문내역은 국민에게 공개함을 원칙으로 한다.
- ③ 이 법에서 규정한 것 외에 자문위원회의 구성·운영 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조 (호스피스·완화의료기관윤리위원회)

- ① 호스피스·완화의료기관은 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 호스피스윤리위원회(이하 “병원윤리위원회”라 한다)를 설치·운영하여야 한다.

1) 우리나라 병원현실에 비추어 100병상 이상의 의료기관에 대하여 3% 이상의 호스피스·완화의료병상을 의무적으로 설치하는 것으로 하는 방안이 제시되는 것이 합리적으로 본다.

1. 환자에 대한 호스피스·완화의료에 관한 설명방법과 동의서양식에 관한 사항
2. 환자의 자기결정권의 행사방법, 절차에 관한 사항
3. 의사능력이 없는 환자에 대하여 가족들이 대리 행사할 경우 적절성 여부 또는 대리인지정의 적법성에 관한 사항
4. 호스피스·완화医료를 행하는 프로그램 심의, 기타 의료진이 호스피스·완화의료의 시행방법이나 절차 등에 관하여 심의를 요구한 사항
5. 기타 병원윤리위원장이 부의하는 사항
 - ② 위원회의 구성 및 운영에 관하여는 보건복지부령으로 규정한다.
 - ③ 국가 및 지방자치단체는 병원윤리위원회의 운영에 관한 경비를 지원할 수 있다.

제3장 호스피스·완화의료의 시작

제10조 (호스피스·완화의료 시작의 실제적 조건)

- ① 호스피스·완화치료는 사기가 3개월 내지 1년 이내의 말기질환상태나 임종 상태에 이르고 있다는 의학적 평가가 된 환자에 한하여 시행할 수 있다.
- ② 연명치료 중이던 환자에 대하여도 호스피스·완화医료를 시행할 수 있다.
- ③ 호스피스·완화의료에 해당되는 질환의 종류는 대통령령으로 정한다.

제11조 (호스피스·완화의료 시작의 절차적 조건) 위 제10조에 해당되는 환자에 대하여 다음과 같은 절차적 조건이 충족될 때 한하여 호스피스·완화医료를 시작할 수 있다.

- ① 사기가 임박하였다는 진단은 주치 의사를 제외한 제3의 의사 2명으로부터 내려져야 한다.
- ② 의사는 환자본인에게 호스피스·완화의료의 내용, 대상, 예후, 방법, 절차, 부작용, 합병증 등에 관하여 자세하고 충분히 설명하여야 한다.
- ③ 환자본인이 의사능력이 없을 경우에는 민법상 상속순위에 따라 선순위 2인(이하 “가족”이라 한다) 이상에게 설명하여야 한다. 환자의 의사결정능력 존부가 불분명하거나 정신질환이 의심되는 경우, 주치의사는 환자로 하여금 정신과 전문의로 하여금 평가받도록 하여야 한다. 이때 정신과 전문의는 환자의 의사결정 능력의 존부나 정신질환의 유무만을 판단하여야 한다.
- ④ 환자가 의사능력이 없는 상태에서 의사와 가족들 간에 의견이 일치하지 않을 경우에는 호스피스·완화医료를 행할 수 없다.
- ⑤ 미성년자인 경우에는 부모 또는 후견인의 요구에 의하여 치료를 시작한다. 이때는 반드시 병원호스피스윤리위원회에 승인을 받아야 한다.
- ⑥ 의료적 처치 시에는 의학적으로 허용된 방법으로 시행하여야 한다.

제12조 (대리인) 환자는 의사능력을 상실할 경우에 대비하여 다음 각호에 해당하는 자 중에서 미리 대리인을 지정할 수 있다. 대리인지정방법은 민법 제1065조에 의한 유언 방법에 의한다. 다만 위 유언방법을 행할 수 없는 응급상황 하에서는 환자본인이 병원윤리위원회에 심의를 요구한 경우 및 5호의 경우에는 병원윤리위원회의승인을 받아야 한다.

1. 환자의 배우자
2. 환자의 직계존속 및 성인인 직계비속
3. 환자의 형제자매
4. 환자의 4촌 이내의 방계혈족
5. 기타 환자가 지정하는 행위능력자

제13조 (호스피스·완화의료동의서의 작성)

- ① 환자본인이나 가족이 승낙한 경우에는 서면으로 작성되어야 한다.
- ② 동의서는 다음과 같은 내용이 들어가야 하고, 자세한 양식은 <양식 1>, <양식 2> 와 같이 보건복지부령으로 정한다.
 1. 작성자의 서명날인 및 작성일자
 2. 호스피스·완화의료 시작되는 구체적인 상황
 3. 가족이 승낙한 경우에는 환자본인이 의사능력이 없다는 의사의 진단

제14조 (호스피스·완화의료시작의 결정) 호스피스·완화의료는 위 제10조 및 제11조의 요건을 충족한 경우에 시작한다. 그 절차는 <표>에 의한다.

제15조 (호스피스·완화의료시작의 동의의 철회)

- ① 환자나 그 가족은 호스피스·완화의료과정 중에서 언제라도 승낙을 철회하고, 인공호흡기적용, 중환자실로의 전실 등 연명치료를 요구할 수 있다. 이때 의사는 정당한 사유 없이 이러한 연명치료요구를 거절하여서는 아니 된다.
- ② 승낙의 철회는 문서로 하여야 한다. 다만 시간적, 장소적 제한 등으로 문서로 요구할 수 없는 응급상황일 경우에는 구두로도 할 수 있다.

제4장 호스피스·완화의료의 방법과 절차

제16조 (호스피스·완화의료시행자)

- ① 호스피스·완화의료는 호스피스·완화의료전문의 및 호스피스·완화의료 관리사에 의하여 시행하여야 한다.
- ② 호스피스·완화의료전문의의 자격요건, 수련절차 및 방법에 관하여는 보건복지부 장관령으로 정한다.
- ③ 호스피스·완화의료관리사는 다음 각호에 해당하는 자로서 호스피스·완화 의료수련절차를 거친 자 중 소정의 시험을 통과하여야 하며, 그 절차나 방법은 보건복지부장관령으로 한다.
 1. 간호사
 2. 의료기사
 3. 종교인
 4. 임상심리사
 5. 음악요법사, 미술요법사, 운동요법사 등 대체의료요법사
 6. 기타 보건복지부장관이 인정하는 자

제17조 (의학적 치료) 이 법에 따라 호스피스·완화의료 시작된 환자에 대하여는 고통의 경감이나 신체적·정신적 안정을 위한 모든 의료적·비의료적 치료가 제공되어야 한다. 특히 환자본인이 다음 각호의 치료를 거부한 경우에는 정당한사유가 없는 한 그에 따라야 한다.

1. 인공심폐소생술
2. 인공기관삽관술
3. 인공영양공급술
4. 기타 대통령령으로 정하는 사항

제18조 (정신적·영적 요법) 호스피스·완화의료전문의를 호스피스·완화의료 시작 이후 정신적 안정과 영적 성장을 위해 다음 각 호의 조치를 할 수 있다.

1. 정신과 전문의와의 상담
2. 호스피스·완화의료관리사(종교인, 임상심리사, 대체의료요법사 등)와의 정기적 상담 및 치료
3. 기타 환자의 정신적 안정이나 영적 성장에 도움이 된다고 보여지는 의료적·비의료적 조치

제19조 (호스피스·완화의료의 관리)

- ① 호스피스·완화의료기관은 호스피스·완화의료의 시작부터 호스피스·완화 의료전문의를 및 호스피스·완화의료관리사 등 전문인을 배정하여야 한다. 배정 비율에 관하여는 보건복지부장관령으로 정한다.
- ② 호스피스·완화의료전문의를는 환자의 신체적 병증을 살핌과 동시에 정신적·영적 요법에 필요한 치료 프로그램에 따라 치료를 시행하여야 한다.
- ③ 호스피스·완화의료관리사는 환자의 치료경과를 주치의사에게 수시로 보고하여야 한다.

제5장 호스피스·완화의료의 종료

제20조 (환자의 전원 등) 호스피스·완화疫료를 승낙한 환자가 종교적 이유나 개인적 가치관에 의해 전원이나 퇴원을 요구한 경우에는 호스피스·완화疫료기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

제21조 (치료계속의무) 이 법에 의하여 호스피스·완화疫료의 시작이 결정되었다고 하더라도 환자가 포태 중이고 연명치료가 계속될 경우 태아가 살아서 출생할 수 있는 경우 등 대통령이 정하는 사유가 있는 경우에는 호스피스·완화疫료를 중단하고, 출생 시까지 연명치료를 계속하여야 한다.

제22조 (사인추정) 이 법에 따라 호스피스·완화疫료를 받던 환자가 사망에 이른 경우, 그 원인된 질병으로 인해 사망한 것으로 간주한다. 누구라도 환자가 호스피스·완화疫료로 인하여 사기가 앞당겨졌다거나 부작용·합병증 등이 발생하였다는 이유로 호스피스·완화疫료전문의를 및 호스피스·완화疫료관리사 등 호스피스·완화疫료를 시행한 자에 대하여 고소하거나 손해배상청구, 행정기관에의 이의 신청 등을 할 수 없다.

제6장 기록 및 보고의무

제23조 (기록 및 보고의무)

- ① 이 법에 따라 호스피스·완화疫료를 시작한 의료인은 이에 대한 기록을 1주일 이내에 서면으로 작성하여 병원윤리위원회에 보고하여야 한다.
- ② 이 법에 따라 호스피스·완화疫료를 받던 환자가 사망하거나 퇴원, 전원 등으로 당해 의료기관에서의 치료가 종료된 경우에는 병원윤리위원회에 즉시 보고하여야 한다.
- ③ 병원윤리위원회는 위 각항의 사항에 관한 통계자료를 분기별로 정리하여 국가윤리위원회에 보고하여야 하고, 국가윤리위원장은 이를 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

제24조 (기록의 보존) 호스피스·완화疫료기관은 관련 자료를 15년간 보존하여야 한다.

제25조 (기록의 열람 등) 호스피스·완화疫료기관의 장은 환자 또는 그 가족이 호스피스·완화疫료에 관하여 기록열람이나 사본교부를 요구할 경우 이에 응하여야 한다. 다만, 진료를 담당한 의사가 그 기록의 내용

을 열람 복사하는 경우 호스피스·완화의료에 현저한 지장을 초래할 우려가 있다고 판단하는 때에는 이를 거부할 수 있다.

제7장 감독

제26조 (보고·조사의무)

- ① 보건복지부장관 또는 지방자치단체의 장은 호스피스·완화의료 등과 관련하여 필요하다고 인정하는 경우에는 호스피스·완화의료기관의 장 및 그 종사자에 대하여 그 업무에 관하여 필요한 명령을 하거나, 보고 또는 관계서류의 제출을 명할 수 있다.
- ② 보건복지부장관은 호스피스·완화의료기관의 설치·운영 등에 관하여 관계 공무원으로 하여금 조사하게 할 수 있다. 이 경우 조사를 담당하는 관계공무원은 그 권한을 증명하는 증표를 내보여야 한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 경우에 호스피스·완화의료기관의 장 및 종사자는 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

제27조 (시정명령) 보건복지부장관은 호스피스·완화의료기관의 장 및 그 종사자가다음 각호에 해당하는 경우에는 해당기관의 장에게 일정한 기간을 정하여 위반된 사항의 시정을 명할 수 있다.

- 1. 제22조제3항의 규정에 의하여 통계자료를 통보하지 아니한 경우
- 2. 호스피스·완화의료에 관한 프로그램이 국가보건의료정책에 위반될 때

제28조 (지정취소 등)

- ① 보건복지부장관은 호스피스·완화의료기관이 다음 각호에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소할 수 있다.
 - 1. 규정에 의한 시설·장비·인력 등을 갖추지 아니한 경우
 - 2. 위 법 제10조, 제11조의 요건을 충족하지 아니한 환자에게 호스피스·완화의료행위를 행한 경우
 - 3. 위 법 제16조 제3항에 위반하여 무자격자로 하여금 호스피스·완화의료행위를 시행하게 한 경우
 - 4. 기타 대통령령이 정하는 사유에 해당하는 경우
- ② 보건복지부장관은 호스피스·완화의료기관이 다음 각호에 해당하는 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 호스피스·완화의료업무를 정지를 명할 수 있다.
 - 1. 규정에 의한 시설·장비·인력 등을 갖추지 아니한 때
 - 2. 규정에 의한 병원윤리위원회를 설치하지 아니한 때
 - 3. 제26조의 규정을 위반하여 시정명령을 이행하지 아니한 때
 - 4. 기타 이 법 또는 이 법에 의한 명령에 위반한 때
- ③ 제1항의 규정에 의하여 지정이 취소된 호스피스·완화의료기관은 그 지정이 취소된 날부터 1년 이내에 호스피스·완화의료기관으로 지정받을 수 없다.

제8장 보칙

제29조 (명칭사용금지) 이 법에 의하여 호스피스·완화의료기관으로 지정된 의료기관, 호스피스·완화의료관 리사 등이 아니면 그 명칭을 사용하지 못한다.

제30조 (권한의 위임) 이 법에 의한 보건복지부장관의 권한은 그 일부를 대통령령이 정하는 바에 의하여 지방 자치단체의 장에게 위임할 수 있다.

제31조 (청문) 보건복지부장관은 제27조의 규정에 의한 취소처분 내지 정지처분을 하고자 하는 때에는 청문을 실시하여야 한다.

제9장 벌칙

제32조 (벌칙)

- ① 다음 각호에 해당하는 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다.
 1. 호스피스·완화의료의 대상이 되지 아니함에도 그 치료를 시작한 자
 2. 동의요건에 충족하지 아니하는 것을 알면서도 그 치료를 시작한 자
 3. 호스피스·완화의료 중 치료방법이 개발되었음에도 이를 알리지 않은 자
- ② 제1항으로 인하여 얻은 금전이나 재산상의 이익은 이를 몰수한다. 다만, 이를 몰수할 수 없을 때에는 그 가액을 추징한다.

제33조 (벌칙)

- 다음 각호의 규정에 해당하는 자는 사형·무기징역 또는 5년 이상의 유기징역에 처한다.
 1. 호스피스·완화의료의 대상이 되지 아니함에도 그 치료를 시작하여 사망에 이르게 한 자
 2. 호스피스·완화의료 중 치료방법이 개발되었음에도 이를 알려 시행하지 않아 사망에 이르게 한 자

제34조 (벌칙)

- ① 주치의사 또는 진단에 참여한 의사가 호스피스·완화의료 요건을 허위로 작성하여 호스피스·완화의료 시작하거나 그 위험에 처하게 된 경우에는 1년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상의 유기징역에 처한다.
- ③ 제1항의 죄를 범하여 사람을 사망에 이르게 한 때에는 사형·무기징역 또는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

제35조 (벌칙) 다음 각호에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 규정에 의한 시설·장비·인력 등을 갖추지 아니하거나 병원윤리위원회를 설치하지 아니하고 호스피스·완화의료판정업무를 한 의료기관의 장
2. 규정에 위반하여 호스피스·완화의료에 관한 기록을 보존하지 아니한 자

제36조 (자격정지의 병과) 이 법에 위반한 자를 유기징역에 처할 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제37조 (양벌규정) 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인·사용인 기타 종업원이 이 법에 위반행위를 한 때에는 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에 대하여도 각 해당 조의 벌금형을 과한다.

제38조 (과태료)

- ① 다음 각호에 해당하는 자는 300만원 이하의 과태료에 처한다.
 1. 보건복지부장관에게 병원윤리위원회의 통계자료를 분기별로 국가윤리위원회에 보고하지 않은 자
 2. 보건복지부공무원의 자료제시 등을 거부한 자

제39조 (과태료의 부과·징수절차)

- ① 제37조의 규정에 의한 과태료는 대통령령이 정하는 바에 의하여 보건복지부장관 또는 그 소속기관

- 의 장, 특별시장·광역시장·도지사 또는 시장·군수·구청장이 부과·징수한다.
- ② 제1항의 규정에 의한 과태료처분에 불복이 있는 자는 그 처분의 고지를 받은 날부터 30일 이내에 부과권자에게 이의를 제기할 수 있다.
 - ③ 제1항의 규정에 의한 과태료처분을 받은 자가 제2항의 규정에 의하여 이의를 제기한 때에는 부과권자는 지체 없이 관할법원에 그 사실을 통보하여야 하며, 통보를 받은 관할법원은 비송사건절차법에 의한 과태료의 재판을 한다.
 - ④ 제2항의 규정에 의한 기간 내에 이의를 제기하지 아니하고 과태료를 납부하지 아니한 때에는 국세체납처분 또는 지방세체납처분의 예에 의하여 이를 징수한다.

부칙

이 법은 공포 후 1년 경과한 날부터 시행한다.