

장기이식에 대한 윤리적 고찰

구 인 회

1. 머리말
2. 장기이식과 인간의 존엄성
3. “죽음”의 개념에 있어서의 근본적인 문제점들과 “뇌사”
4. 장기이식의 윤리적 근거에 대한 모색
5. 이식의학에서 정의로운 분배는 가능한가?
6. 맺음말

1. 머리말

한 사람의 장기를 다른 사람에게 이식하는 일은 잠재적 장기기증자, 장기 수혜자, 그리고 의료계, 경제계 혹은 연구분야 등이 다른 여러 직종에 종사하는 사람들을 갈등의 상태로 몰아넣을 수 있다. 장기를 기증해야 한다. 혹은 기증해서는 안 된다는 등을 결정함에 있어 사회는 어떤 방법으로 그 구성원에게 영향을 미칠 수 있으며, 또한 그러한 영향을 미쳐도 되는 것인가하는 의문에 대한 해답은 간단치 않다.

장기이식은 정신과 육체의 합일성을 해치는지, 뇌사자의 장기나 세포조직의 적출은 인간존엄성의 보호와 일치되는지, 혹은 일정한 조건하에서만 인간존엄성의 보호에 위배되지 않는 것인가에 대한 의문이 제기된다. 또한 장기이식과 관련해 어느 정도까지 인간존엄성 개념이 의미있는지에 대해서도 논의되어야 한다. 장기이식의 도덕적 허용성에 관한 논의에서 개념의 불명확성 때문에 논의에 참여하는 사람들의 상호이해에 어려움이 있으므로, 인간의 존엄성, 죽음 등 중요한 개념들을 명확히 설명하는 일이 우선적으로 요청된다.

또한 장기이식의 문제들에 대해 가능한한 철학적 합리적인 방안을 모색함과 동시에 종교적 입장도 고려되어야 한다. 다원적인 사회에서는 누구에게든 자신을 위한 가치있는 도덕을 선택하고 설계할 수 있도록 자유가 주어진다. 그러한 도덕은 비합리적일 수도 있다. 비합리적이고 잘못된 관념의 기초위에서 생긴 사회의 도덕적 규칙과 가치는 계몽되어야 하며 합리적인 근거에 입각한 보편적 구속력을 지니는 합리적 가치로 대체되어야 한다. 이 글에서는 고통을 받는 사람들에게 대한 연민의 윤리와 고통을 최소화하고 행복을 극대화하고자 하는 공리주의 윤리에 입각해 장기이식의 윤리적 근거를 정립해보고자 한다.

2. 장기이식과 인간의 존엄성

“인간이 무엇인가?”라는 물음은 인간¹⁾ 자신이 스스로를 어떤 존재로 인식하고 있으며, 또 어떤 존재를 인간이라고 규정하고 있는가에 대한 물음이다. 여기서 인간을 다른 존재와 구별하는 첫 번째의 기준은 아마도 어떤 생명체가 생물학적으로 “homo sapiens”라는 종(種)에 속하는가 하는 사실 여부에 있을 것이다.

한편 하나의 “인격체(Person)로서의 인간”은 지능, 자아의식, 감각능력 등과 같은 속성을 지니고 있다. 그러한 인격체로서의 인간에게 특수한 점은, 자신의 행위와 바램을 평가하여, 보다 높은 가치를 위해 헌신하는 데 있다. 인격체로서 일정한 가치에 매달리게 하는 이러한 능력은 나라는 존재 전체에 결합된다. 또한 인간은 자신의 죽음에 대해 분명히 인식하고 있으며, 다른 모든 생물과 달리 자신을 관찰하고, 자신의 유한성을 인식하고 있다.

인간의 생명은 여러 면에서 정신과 육체가 함께 작용하는 합일체로서 파악된다. 인간이라는 존재는 이분화할 수 없으며, 정신과 육체는 커다란 상이점에도 불구하고 동시에 인간에게 속하며, 하나의 통일체를 구성한다. 다시 말해 “영혼과 육신” 혹은 “정신과 육체”는 동일하지는 않지만, 분리될 수 없는 것이다.²⁾

인간의 육체는 다양한 기관과 부분으로 이루어졌다. 그러나 뇌 이외의 많은 신체 부분은 대체가능하다. 뇌는 인격체의 구조에서 결정적인 역할을 한다. 그러나 “개성”과 “인격”등 인간에게 독특한 개념들은 어떤 일정한 기관, 즉 뇌와 뇌의 특수한 기능에 부여되는 것이 아니라, 영혼과 육신의 전체성에 관련되는 것이다.

2. 1. 인간의 자기동일성(identität)과 통합성(Integrität)

육체의 통합성과 인격의 자기동일성은 인간의 생명에 있어 두 가지의 중심개념이다.

인간은 자기동일성을 통해 항시 어디에서나 자신을 같은 사람으로 체험하고, 타인에게 동일한 사람으로 인정받는다. 인간의 자기동일성은 신체적, 심리적인 현상의 종합이

1) 이 글에서 우리말의 사람과 인간은 동일한 의미로 사용되고 있음을 분명히 하겠다. 또한 다음과 같은 이유 때문에 나는 생물학적 종(種)으로서의 인간(Mensch)과 인격체(Person)로서의 인간 또한 구별하지 않고 같은 의미로 사용하겠다.

첫째, 그 두 가지 의미의 인간을 - 어떠한 조건을 충족시키는 경우에 인간으로서 존엄성을 지니는 인격체로서의 인간이라고 인정하고, 그렇지 않으면 저급한 동물이나 다른 생물학적 종에 속하는 인간이라고 규정하는 - 구별하기에 합당한 기준과 척도가 없으며,

둘째, 아직 인격을 갖추지 못한 성숙치 않은 태어나 유아에게 어느 시점부터 인격체의 자격을 부여할 것인지 분명한 방안을 제시할 수 없으며, 고령으로 인해 혹은 특수상황에서 신체적, 정신적, 독자적 능력이 영구히 혹은 일시적으로 상실된 경우 어느 시점까지 인간으로 인정하며 그 다음부터는 인격적 차등 대우를 해야 한다는 기준을 제시할 수 없을 뿐 아니라, 만일 제시하더라도 도덕적으로 정당화될 수 없을 것이며,

셋째, 역사상 인간을 능력에 따라 그리고 성숙도나 결합여부에 따라서 인권을 보호받을 수 있는 대상에 포함할 것인지 결정하고 차별하는 이데면 나치시대의 독일같은 전체주의 사회에서는 항상 수많은 사람들이 희생되었으며, 그러한 차별은 악용될 우려가 있다.

따라서 인간은 누구나 능력이나 성숙도, 결합에 관계없이 인간으로서 존엄성을 지니며, 그러한 존재로서 보호받을 권리가 있음을 명시하는 바이다.

2) 예를 들어 P. Ramsey에 의하면 육체는 분리할 수 없는 인간의 부분이다. 인간은 육체안에서만 존재할 수 있으며 육체의 존엄성에 대한 경외는 인간의 존엄성에 대한 경외와 분리될 수 없다.

P. Ramsey, *The Patient as Person*, New Haven: Yale University Press 1970, S. 5 ff. 참조.

다. 우리가 자신을 시간을 초월한 지속적인 하나의 존재로 느끼는 것은 무엇보다도 예전의 일들을 기억하고 체험으로부터 배우는 능력에 기인한다.

통합성이란 인간의 육체적, 정신적 전체성을 의미한다. 인간의 육체와 정신은 다른 성질의 것으로 구별되에도 불구하고 서로 영향을 미치며, 조건지우며 해체될 수 없는 합일성을 이룬다.

B. Williams는 육체적 통합성이 자기동일성의 필요조건이라고 주장한다. 그에 의하면, “육체적인 계속성은 인간의 자기동일성의 필요조건이다. 보다 자세하게 말하자면 기억의 유사성은 요청되지만, 개성은 그 충분조건이 될 수 없다.”³⁾ H. Jonas도 비록 사람의 고차원적인 기능이 뇌에 자리잡고 있다 할지라도, 한 인간의 자기동일성은 온전한 전체로서의 개별적 유기체의 동일성에 있다는 견해이다.⁴⁾

그러나 타인에게 자신의 신장 하나를 기증한 어떤 사람이 자기동일성의 일부를 포기했다고 주장할 수는 없을 것이다. 마찬가지로 장기를 이식받은 사람의 자기동일성과 통합성을 변화시키거나 침해하지 않고 장기를 이식할 수도 있는 것이다. 그럼에도 불구하고 문제는 있다. 아직 가능한 일은 아니라 해도, 만일 한 남자의 뇌를 다른 사람, 이를테면 다른 여자의 몸에 이식한다면, 이식 이후에 그 사람이 이식전과 동일한 사람이라고 간주할 수는 없을 것이다.

의술의 발전과 더불어 아주 시급한 이식이 요청되는 환자를 돕거나 그의 생명을 구하기 위해 부분적 뇌이식을 배제할 수는 없다. 어떤 학자들은⁵⁾ 다른 사람에게 전체 뇌를 이식하는 기술이 실제로 가능해지면, 그런 뇌이식은 이식받은 당사자를 극단적으로 변화시킬 것이어서 자기동일성을 상실하게 될 것이라고 우려한다. 인간 개체의 자기동일성은 그의 뇌에 결합되어 있기 때문이라는 것이다.⁶⁾

육체가 다른 사람과의 관계에 있어 중요한 역할을 한다는 사실을 시인함에도 불구하고, 그 누구도 뇌신경부분이 사람을 규정하는 개체의 생명의 질을 결정하는데 있어 중요하다라는 사실을 부정하지 않을 것이다. 뇌 이외의 신체의 부분들은 우리의 감정과 능력을 크게 상실함이 없이 대체될 수 있으며, 우리의 체험, 인격 혹은 인격체로서의 자아를 상실함이 없이 대체나 교환이 가능하다.⁷⁾ 오늘날 우리가 알고 있는 것은 뇌가 인간의 고유한 기능을 조정하는 역할을 하고 있다는 사실이다. 따라서 뇌의 죽음은 인간의 죽음과 동일한 의미를 지닌다고 볼 수 있다.

2. 2. 인간존엄성과 인권

3) B. Williams, *Problems of the Self*, Cambridge 1973, S. 19.

4) Jonas, H. *Technik, Medizin und Ethik*, Frankfurt a. M. 1987, S. 235.

한스 요나스에 의하면, 육체도 똑같이 중요하다고 한다. “뇌에 의해 조정받는 것은 전체로서의 육신이며, 그것은 아주 개인적이고, 또 아주 ‘나 자신’이며, 조절하는 뇌 자체와 마찬가지로 유일하게 나의 동일성에 속하며 교환할 수 없는 것이다... 그렇지 않으면 어찌 한 남자가 한 여자를 사랑하겠는가 단지 그녀의 뇌만을 사랑하지 않고 말이다. 그가 사랑하는 것은 그녀의 얼굴이며, 세상의 다른 사람이 아니 바로 그 인간의 모습인 것이다.”(ebd. S. 234 f.)

5) 예를 들면, M. Kurthen, D.B. Linke 등이 있다.

6) Birnbacher에 의하면 사람의 뇌는 다른 사람에게 이식할 수 있는 것이 아니며, 기껏해야 그 사람에게 새로운 육체를 마련해 주는 것이다. 뇌의 이식은 모두 인간의 자기동일성도 함께 옮기는 것이다. D. Birnbacher, "Definitionen, Kriterien, Desiderate", in: *Universitas* 4, 1995, S. 354.

7) 그러나 유일하게 중앙신경조직만이 이제까지 대체되지 못했다.

인간존엄성의 개념의 필요성 여부는 응용윤리에서 쟁점이 되고 있다. 인간존엄성의 훼손이라고 지적함으로써 장기이식을 반대하는 것은 논쟁의 여지가 있으며, 따라서 장기이식이 어떻게 인간존엄성을 해치지 않고 양립할 수 있는가를 살펴볼 필요가 있다.

칸트의 도덕철학에서 인간존엄성의 개념은 중요한 역할을 한다. 칸트에게 있어 인간과 모든 이성적 존재가 존엄성을 갖는 이유는 자율 때문이다.⁸⁾ 자율은 자기 스스로에게 부과한 법칙에 복종하는 이성적 존재에게 존엄성의 근거가 된다. 인간의 존엄성은 이성이 인정하는 것을 선택하여 행하는 자유에 있다. 인간의 자율성은 자신의 능력을 이용해 법칙과 윤리를 무시하고, 자신을 위한 규칙을 세우는데 있지 않고, 이성의 힘으로 자유의지를 도덕적으로 보편화될 수 있는 법칙 또는 규범과 조화시키는데 있다.

인간존엄성(Menschenwürde)에 대한 논쟁에서는 크게 2개의 입장이 대립되고 있다 : 하나는 인간존엄성이 인류에 속하는 모든 구성원에게 인정되어야 한다고 한다. 인격체로서의 인간과 생물학적 인간이라는 존재는 서로 분리될 수 없으며, 인간존엄성은 개인의 능력, 특성, 업적에 무관하게 개인의 개별적 가치를 보장하는데 있다.⁹⁾

또 다른 한 입장은 P. Singer와 M. Tooley와 같이 인격체의 존엄성(Personenwürde)에서 출발한다. 존엄성은 자의식, 이성과 같은 인격체로서 갖추어야 할 속성을 지닌 인간존재에 대해서만 허용된다.

인간존엄성의 손상이란 개인의 자유결정권의 침해라 이해될 수 있다. 자유결정권과 같은 일정한 권리는 사회에 따라 다양하게 이해되고 있다. 따라서 보편적인 성격의 인권은 근거를 확립하는데 어려움이 있다.

모든 인간에게 생명권을 인정하는 것은 인간의 생명을 존중하고 다른 사람을 해치거나 위험하게 만드는 일을 금지하는 의무를 부과하는 것이다. 육체적인 인간의 생명은 자유의지에 따라 행동하고, 이상과 희망과 삶의 계획을 세우는 등, 정신적 가치를 실현할 수 있는 전제조건이 된다. 생명권은 인간의 기본권이며, 그 실현은 우선 무엇이 자신에게 좋은지를 각자 자유롭게 결정하고 선택할 수 있음을 전제로 한다. 많은 사람들에게 있어 생명의 중요성은 다른 중요성들에 견주어 무제한의 우선권을 갖는다. 따라서 한 사람의 생명은 다른 사람들의 이익 때문에 희생되어서는 안된다. 철두철미 다른 사람들에게 의존하고 있으며 스스로는 공동체를 위해 전혀 기여할 수 없는 사람들도 도덕적 공동체에 함께 포함된다.

인간존엄성의 훼손은 인간의 자기결정권을 손상시키는 일이며 결국 인권의 훼손으로 이끈다. 장기적출이 만일 장기기증자의 동의없이 혹은 의지에 반해서 이루어진다면, 또는 강제에 의해서나 불가피한 상황에서 이용당한 경우라면, 장기기증자가 자신의 행동의 의미를 충분히 인지하고 자유의지에 따라 장기기증을 결정한다면 기증자의 인권이 유린되었다고 말할 수 없으며, 장기수혜자의 생명을 구할 수 있을지도 모르는 그의 선행을 단지 타인의 이기적 목적을 위한 수단이 되었다고 해석해서는 안될 것이다.

인간존엄성이 어디에 있는가에 대한 의견이 분분함에도 불구하고 자기결정권, 선행, 손상예방, 인간의 동일성과 통합성의 유지를 존중함을 이식과 관련시켜 인간존엄성에 위배되지 않는 태도의 조건으로서 제안하는 바이다. 인간 존엄성을 지키려면 신체적 전체성을 부당한 원치않은 침해로부터 보호해야 한다. 장기이식은 인간존엄성을 해치지 않고 인간의 행복에 기여해야 할 것이다.

8) Kant, I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 436.

9) 예를 들면 Kluxen, W., 1986, S. 6와 Tugendat, E., 1984, S. 147에서 그러한 입장을 볼 수 있다.

3. “죽음”의 개념에 있어서의 근본적인 문제점들과 “뇌사”

폭넓게 사용되는 “죽음”이라는 개념은 우선 생물학적인 현상을 의미한다. 죽음은 문화 형태나 종교적 전통, 과학적 지식에 따라 다양하게 파악될 수 있으며, “영혼과 육체의 분리”, “유기체를 특징짓는 신체구조의 파괴” 혹은 “신체적 통합성의 상실”과 같은 여러 형태의 의미를 포함한다.

여러 문화권에서 죽음은 자연적인 불가피한 삶의 종말인 동시에 저승으로의 여행으로 간주되어, 사후(死後)에 지속되는 삶의 세계에 대해 여러 형태로 의문이 제기되기도 한다. 그러나 사후에 지속되는 삶에 대한 종교적 관념은 죽음에 대한 의학적 증거를 부정하지는 않는다. 다양한 종교이론이 영혼이 육체로부터 분리된 후에도 삶은 지속된다고 주장함에도 불구하고, 의학을 통해서도 혹은 종교를 통해서도 죽음이란 육체적 지속성이, 즉 생명이 돌이킬 수 없이 소멸되는 것을 의미한다는 사실에는 논란의 여지가 없을 것이다.

“죽어 간다는 것”은 일반적으로 개개의 조직세포가 분해되고 재생능력이 쇠퇴하는 하나의 과정으로 생각되는 반면, “죽음”이란 하나의 인격체의 삶의 종말에 이루어지는 일회적(一回的)인 사건을 의미한다. “죽어간다는 것”은 점차로 신체의 다양한 기관들이 소멸되는 지속적인 과정으로 일정한 “순간”이 아니며, 어떠한 경우에는 소생이 가능하다. 심장, 허파, 간, 신장, 담낭 그리고 뇌는 서로 다른 일정한 시간 내에 기능을 멈추며, 이러한 기관 중의 어떤 것은 다른 기관들이 기능을 멈춘 후에도 적당한 조작(예를 들어 심장마사지)을 통해 혹은 인공 심폐소생장치를 이용해서 계속 생명과 기능을 유지시킬 수 있다. 반면 “죽음”은 생명의 종말이 되는 하나의 사건이다. 죽음의 순간 이후 죽음의 상태는 부단(不斷)한 지속성을 지니며 연장되는 것으로 영원히 지속된다.

3. 1. 죽음의 기준과 죽음의 확인

삶과 죽음의 경계는 자연과학적으로 정확히 규정하기 어렵다. 이 문제는 사망을 확인하는 의사들뿐만 아니라 사회 제구성원의 전반적 가치평가의 일치에 관계되는 문제이다. 죽음이라는 불투명한 영역에서 과학연구에 관한 이해(利害), 경제적 이해, 이식(移植)의학과 장기이식 받기를 기다리는 사람들, 의사의 진료의무, 인간답게 죽기를 원하는 환자들의 소망 등 다각적(多角的)인 이해가 서로 교차하고 있다. 살아있는 사람들이 죽은 사람들의 사후처리를 어떻게 하는가 하는 문제는 우리 모두에게 상관되는 문제이다. 왜냐하면 우리는 죽음이 무엇인지 확실히 알고 있지는 못하나, 죽음은 거의 우리 모두에게 있어서 관심과 의문의 대상이기 때문이다. 따라서 보다 정확하고 명확한 죽음의 개념을 획득하기 위해서는, 확실한 죽음의 징표를 정함으로써 정확한 사망시간을 규정할 수 있어야 한다.

죽음이란 의학적으로는 심장순환기의 재생불가능 및 호흡의 정지와 더불어 중양신경조직의 활동이 정지된 상태를 의미한다. 이에 이어서 곧 모든 장기의 세포가 죽기 시작한다. 전통적으로 사망의 확인은, 언제 심장순환기의 기능이 멈추었는가, 응급조치를 통한 소생이 불가능한가, 혹은 기존하는 사망의 조건이 되는 징표들을 의사가 확인하는데

있다. 따라서 어떤 “사망판정이 난 사람”이 치료조치를 통해 살아났다고 하는 항간에 들을 수 없는 표현은 “이미 일어난 한 사람의 죽음은 되돌이킬 수 없다”는 죽음의 정의에 비추어 잘못된 표현이다. 그러한 확인의 경우 아직 치명적이지 않은 호흡, 혹은 심장순환기정지가 다시 정상으로 회복됐음을 뜻할 뿐이다. 다시 말하자면 죽었다는 것은 “두 번 다시 살아나지 않음”을 의미하며, 만약 다시 살아났다면 그것은 “죽음을 경험”했던 것이 아니라, 다만 사망진단에 있어서 오진이 있었을 따름이다.

뇌 전체, 뇌의 일부분 혹은 심장호흡 순환기의 기능이 정지됨은 그것을 통해 한 사람의 죽음을 확인하거나 예측판정할 수 있는 기준이다. 그러면 우리는 어떠한 경험적, 생물학적-의학적인 표시나 징후로 인간의 죽음을 확인할 수 있는가 하는 의문이 제기된다. 우선 모든 기관과 조직의 죽음, 즉 생명의 모든 징후(신진대사, 성장, 생식, 운동, 감수성 등)의 상실이 중요한 기준이 된다. 그러나 아주 극심한 사고의 경우를 제외하면 신체의 모든 세포와 조직, 기관이 동시에 죽는 것은 아니며, 모든 세포의 죽음을 직접적으로 증명할 수도 없다. 따라서 “죽음의 과정”에서 살아있는 유기체의 최종적 종말, 즉 확실하게 회복될 수 없으며, 또한 예결할 수 있는 짧은 시간 내에 모든 세포가 소멸하게 되는 바로 그 시점을 정확히 표시하는 일이 대단히 중요하다.

사망시간의 확정은 어느 정도 임의적이다. 원칙적으로 모든 생물학적인 생명의 표시가 모든 신체의 조직에서 최종적으로 멈춤으로서 끝나는 죽음의 과정 중에 어떤 한 시점을 기준으로 확정하는 것이다. 엄격히 말해 죽음의 시점이 아니라 이미 발생된 죽음의 사실을 확인하는 것일 뿐이다. 인공호흡의 실시에 대해 결정해야 하는, 다시 말해 언제 어떠한 조건하에서 응급조치를 중지할 수 있는가를 결정해야 하는 경우에, 정확한 사망시간을 정의하는 일은 매우 중요하다. 그리고 이식에 적합한 기능하고 있는 장기를 확보하기 위해서 가능한 한 아주 정확한 사망시간의 확정이 요청되고 있다. 이와 같이 병의 진행과정 중 어느 시점부터 하나의 인간이 죽었다고 사망판정할 수 있는가라는 물음이 시급해진 것이다.

죽음을 확인하는 일은 예전에도, 그리고 대부분의 경우 오늘날에도 여전히 비교적 간단하다. 왜냐하면 심장박동의 정지를 실제의 사망시간과 동일시하였기 때문이다. 그러나 심폐소생술과 개흉심장외과술로 인해 이러한 명료한 확인은 더 이상 확실치 않다. 왜냐하면 이미 죽음이 발생한 경우나 혹은 개흉심장외과술에서 유도된 심장박동정지인 상태일지라도, 그러한 상태가 지속되는 동안 인공으로 호흡과 순환기작용이 유지된다면, 전체로서의 한 사람의 죽음은 저지될 수 있는 것이다. 따라서 혈액순환이 달리 유지될 수 없어 심장사 이후 몇 분 내에 뇌사로 필히 이어지는 경우에만 심장사는 죽음과 동일시된다.

이와 반대로 인공 심폐소생조치가 너무 늦었거나 뇌기능의 상실이 호흡순환 정지의 일차적 원인이 된 경우에는, 인공호흡 등의 응급조치를 통해 뇌기능을 소생시킬 수 없다. 그런데 의학의 발전을 통해 어떤 기관의 생명이 일정한 기간 동안 연장될 수 있게 됨으로써, 중대한 문제가 현대의학에 발생되었다. 즉 어떠한 신체 기관이 보다 근본적인 것이어서, 그 손실이 곧 전체로서의 유기체의 죽음과 동일시될 수 있는가 하는 문제이다.

3. 2. 뇌사란 무엇인가?

심장순환기 및 호흡기능에 초점을 맞춘 고전적인 죽음의 정의가 뇌사로 변화됨은 무엇보다도 새로운 의학의 발전을 통해, 즉 뇌의 연구결과를 통해 이루어졌다. 뇌¹⁰⁾는 인간의 독특한 구성요소이며 고차원의 영적인 정신적인 모든 행위를 가능케 하는 기관이다. 모든 의식적인 그리고 무의식적인 신체의 정보를 취급하는 중심부가 되는 뇌는 인격체로서의 인간존재의 전체조건일 뿐만 아니라, 인간이라는 유기체의 생물학적인 조절 체계이며, 뇌가 없이는 전체로서의 유기체의 생명이 불가능하다고 보아야 할 것이다.

인간에게 있어 영혼과 육체의 전체성이 돌이킬 수 없이 와해되는 것은, 뇌로부터 조정되는 중앙신경조직과 순환조직의 와해를 통해, 그리고 그것으로 인한 전체 유기체의 협동의 붕괴를 통해 일어난다. 생명의 소지자는 개별적인 세포조직이 아니라 개인이며, 그 활동은 뇌의 통합력에 의존한다. 따라서 뇌사와 개인의 죽음이라는 표현은 서로 일치하는 것으로 보아야 할 것이다.

의식을 돌이킬 수 없이 상실하는 것과 더불어, 전체성 및 신체기능의 중앙 조절 능력도 돌이킬 수 없이 상실한다면, 뇌사정의의 의미에 따라 사람은 죽은 것이다. 뇌사정의는 대뇌, 소뇌, 뇌간의 모든 기능이 회복불가능하게 상실됨에 기초를 두고 있다.¹¹⁾ 이러한 상태는 인간의 죽음으로 표시된다. “대뇌, 소뇌, 뇌간” 전체의 기능정지를 전제로 한 뇌사는 부분뇌사와는 확실히 구별되는 죽음의 정의(定義)이다.

뇌사정의의 정당화에 있어, 뇌사는 새로운 죽음의 정의를 도입한 것이 아니라 단지 죽음에 대한 예전의 견해에 새로운 기준을 보충한 것뿐이라는 주장이 이제까지 커다란 역할을 했다. 뇌가 돌이킬 수 없이 완전히 기능정지되는 상태는, 죽음을 충족시키는 조건에 또 하나의 조건이 덧붙여진 기준에 불과할 뿐이며, 응급조치없이 심장순환 및 호흡의 정지상태를 통해 확인되는 것과 동일한 죽음의 상실이다.

뇌사개념에서는 개개의 기관과 장기조직이 더 이상 중앙에서 조정되지 않고, 따라서 더 이상 전체로서 통합될 수 없다는 사실을 통해, 삶과 죽음의 경계를 긋는 것이다. 주체적으로 체험하며 반응하고 행동하는 인격체로서의 인간은 뇌사상태 이후에는 더 이상 존재하지 않는다.

3. 3. 부분뇌사란 무엇인가?

사람의 뇌 안에서는 다양한 부분기능을 지닌 서로 연결된 여러 부분이 구별된다. 이 중 많은 부분은 이를테면 뇌졸중의 경우처럼 사람이 죽지 않고도 파괴될 수 있다. 이러한 사실을 근거로 뇌사는 다시금 다양한 죽음들로 나누어진다. 즉, 전체뇌사와 부분뇌사, 부분뇌사의 경우 다시금 대뇌사와 뇌간사 등으로 구별된다. 부분뇌사의 기준에 의하면 대뇌나 뇌간기능이 완전히 불가역적으로 정지되면 죽은 것이라 간주된다.¹²⁾

10) 뇌: 주위에서 오는 자극을 받아들여 가공하며 충동을 일으키며 신체기능을 조정한다. 대뇌는 의식, 의지, 지능, 기억과 학습능력이 자리잡고 있는 장소이다. 소뇌는 무엇보다도 모든 올바른 신체의 운동의 진행에 책임이 있으며 공간에서 방향을 잡는 것을 가능케 한다. 뇌간에는 특히 호흡과 혈액순환을 위한 조절중심으로서 중요한 세포조직과 섬유조직이 있다.

11) 뇌사는 주로 뇌압을 원인으로 하여 뇌혈액순환의 중지상태가 되며, 가장 길어야 10분이 경과한 후에는 회복 불가능하게 총체적인 뇌기능이 중단되고 만다. 뇌파측정이 0에 이르고 뇌혈액순환이 정지되면, 오늘날 뇌사진단과 동일한 의미를 지닌다. 나머지 다른 기관의 혈액순환이 인공적으로 유지되는 한편 뇌는 이미 죽은 상태이므로, 이 때 이식의 목적을 위한 장기의 적출이 가능한 것이다.

12) 대뇌사라는 개념은 너무 오래 지속된 산소결핍이나 다른 손상으로 인해 대뇌세포가 아주 심하게 손상되었지

대뇌사 개념은 소수 미국의 의사와 윤리학자들의 토론대상이 되고 있으며, 대뇌는 본래 지각, 체험, 사유와 행위개념을 형성하는 뇌 부분에 해당된다. 대뇌사의 상태에서 인격체로서의 한 인간의 사유와 행위는 전적으로 불가능하다.

뇌간사는 영국에서 시행되는 방식이며, 단지 뇌간기능의 정지에만 근거를 둔다. 이때 있을 수 있는 대뇌의 기능은 주목받지 못한다.¹³⁾ Lamb의 견해에 의하면 뇌간은 전체로서의 유기체의 삶의 진행과정을 위한 통합적인 기능을 유지시키기 때문에, 뇌간의 죽음을 인간의 죽음과 동일시해야 한다고 한다. 죽음은 죽음의 진행과정이 중단되고, 유기체의 분해과정이 시작되는 순간을 가리킨다. 뇌의 결정적인 조직인 뇌간이 불가역적으로 기능을 멈추는 이러한 순간에 뇌는 전체로서의 기능을 중단한다. 이러한 기능의 중단은 다른 보다 높은 뇌기능들의 중단을 초래할 뿐만 아니라 총체적인 삶의 과정의 종말을 의미하기도 한다.¹⁴⁾

부분뇌사의 찬성자들은 몇몇의 혹은 보다 높은 뇌기능의 소멸이 하나의 인격체가 존재하기를 멈추었다고 말하기에 족하다고 주장한다. 의식없는 식물 인간으로서 순전히 생물학적인 생명연장을 하는 것은 그들에게는 더 이상 인간의 삶이 아니다. 의식능력을 돌이킬 수 없이 잃었을 때 사람은 죽은 것이다.¹⁵⁾

부분뇌사 개념의 옹호자들에게는 죽음의 주체를 정확히 정의하는 것이 중요하다. 그들은 죽음의 주체가 인격체로서의 사람이자 결코 유기체로서의 사람이 아니라고 한다. 의식능력을 불가역적으로 잃음과 더불어 도래되는 인격체로서의 사람의 죽음과 유기체의 죽음을 구별하는 이러한 죽음의 정의는 “인간의 죽음”이라는 단일개념을 인격체의 죽음과 유기체의 죽음이라는 두 개의 상이한 개념으로 무리하게 이분화시키고자 한다.

어떤 학자들은 유기체 전체의 죽음에 대비해서 전체뇌사를 유기체의 부분적 죽음으로 파악하는 한편, 인격의 소재로 간주될 수 있는 대뇌가 기능을 영구히 상실하면 이미 사람이 죽었다고 진단하기에 충분하다고 보는 부분뇌사 추종자들도 있다.

대뇌사에 있어 보통 의식은 결정적으로 상실되지만 (이를 태면 불가역적인 코마상태), 신체기능의 중앙조절은 유지된다. 주위환경에 대한 반응력의 상실은 생명의 도태에 결정적인 역할을 한다. 그러나 생명은 여전히 존재하기를 멈추지 않고 있다.

뇌사와 식물인간의 상태가 동의어인양 사용된다면 그것은 실제적인 오류일 뿐 아니라 오용될 위험이 너무 크다. 대뇌사의 경우는 의식을 영구히 잃었지만, 기계의 도움을 받지 않고 신체기능이 유지됨으로 죽음으로 간주할 수 없다.

뇌간사의 경우도 비록 기계에 의존하여 신체기능이 유지되지만, 대뇌가 살아있어 의식 상태가 유지됨으로 죽음으로 간주할 수 없는 것이다.

4. 장기이식의 윤리적 근거에 대한 모색

만, 뇌간은 여전히 오랫동안 안정된 기능을 유지하는 상태를 가리킨다. 반면 뇌간사라는 개념은 국부적인 발병으로 인해 뇌간이 완전히 손상된 경우를 가리킨다. 뇌간사의 경우 짧은 시간내에 대뇌사가 불가피하게 수반되므로 많은 신경학자들은 뇌간사를 최종적인 죽음으로 인정할 것을 촉구하고 있다.

- 13) 완전한 뇌간사의 경우 아직까지 그 누구도 살아나지 못했으며 바로 그러한 사실로부터 이러한 개념은 근거를 찾는 것이다. 그러한 상태에서 죽음에 임박한 유사죽음의 체험과 같은 어쩌면 아직 있을 수도 있는 지각기능에 대해서는 어떠한 확실한 진술이 이루어지지 않고 단지 추측만 있다.

14) Lamb, D., *Death, brain death and ethics*, London & Sydney 1985, 81 f.

15) 이러한 정의는 R.M. Veatch, G. Gilett, D. Wikler 같은 일련의 미국 의학윤리학자들에 의해 주장된다.

뇌사의 경우 실시되는 장기이식은 원래 다른 사람의 생명을 구하기 위한 기회를 마련하려는 목적으로 시작되었다. 장기이식이 아무런 나쁜 영향을 다른 사람들에게 미치지 않고 희망이 없이 죽음을 기다리는 다른 환자들을 구할 수 있다면, 도덕적으로 바람직한 일로 간주해야 할 것이다. 도덕 원칙들은 이식의학에 관련된 당사자인 개인의 선호를 밝힐 뿐 아니라, 보편적 타당성을 지녀야 한다.

장기이식의 도덕적 근거는 일반적 의료윤리와 동일한 원칙을 전제로 한다. Beauchamp과 Childress는 다음과 같은 네 가지 원칙을 강조한다.¹⁶⁾

- 가) 자기결정권의 원칙 (자율과 인간존엄성을 존중)
- 나) 불가해의 원칙 (신체적, 정신적 혹은 사회적으로 피해 입히지 않도록 하는 손상방지)
- 다) 선행의 원칙 (돕고 배려할 의무, 환자의 건강의 촉진)
- 라) 정의의 원칙 (의료기나 약품의 공평한 분배와 동등한 치료)

자기결정의 원칙은 인간의 자율성과 개인의 존엄성에 대한 존중에 기반을 두고 있다. 불가해의 원칙은 단지 해를 입히지 말 것을 요구하는 반면, 선행의 원칙은 해를 저지함과 더불어 상황을 호전시킬 것을 요구한다. 이러한 원칙은 직접적 도움은 물론 간접적인 유용성을 제공하는 것까지 포함한다. 정의실현의 요청에서 기인되는 원칙은 동질의 경우 의도적인 차별을 금하는 균등원칙을 추구한다. 이러한 4원칙은 서로 여러 면에서 연관되지만 서로 긴장관계를 불러일으키기도 한다. 장기이식의 평가에 있어 이러한 4원칙이 관계됨은 생체 장기기증의 경우 명백해진다.

의료영역에서의 결정과 판단은 사회의 다른 생활영역에서도 적용되는 윤리적 원칙을 지향해야 한다. 도덕이론에 있어 보편주의의 원칙은 다원적인 사회에서도 널리 인정받고 높은 기대를 충족시켜야 한다.

더 나아가 도덕적으로 중요한 행위가 받아들여지려면, 합리적으로 논증 가능해야 한다. 행위는 그 추구하는 가치가 단기적 견지에서 뿐만 아니라 장기적으로도, 그리고 자기 자신에게 뿐만 아니라 보편적으로도 바람직하다고 받아들여질 때, 도덕적 가치를 인정받는다.

4. 1. 연민의 윤리 (Ethik der Anteilnahme)

최고의 성숙된 도덕적 단계에서는 정의와 연민이 하나의 도덕원칙으로 통합된다. 윤리적으로 중요한 의료인의 행동동기는 직업상의 의무와 사랑의 표현으로서의 환자에 대한 연민이다.

쇼펜하우어에 의하면 연민은 무엇보다도 타인의 고통에 직접적으로 동참하는 것이며, 그 다음으로 이러한 고통을 제거하거나 방지하는 일에 참여하는 것이다. 쇼펜하우어에게 있어 도덕적 행위는 이기적이고 않고 희생적인 행동을 의미한다. 타인의 고통에 동정함은 단지 느낌에 머물러서는 안되며 적극적 행위의 동기가 되어야 한다.¹⁷⁾

이러한 의미에서 쇼펜하우어의 연민의 윤리는, 고통을 최소화하는 일을 추구하고 동

16) Beauchamp, T. L., Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford 1989.

17) Schopenhauer, A., *Preisschrift über die Grundlage der Moral*, § 16, S. 248.

시에 여러 가지 고통을 그 경중에 따라 비교하여 합리적으로 따져보고 가늠해보는 공리주의와 유사한데가 있다. 쇼펜하우어에게 있어 도덕적 행동이란 타인에게 아무런 고통을 가하지 않고, 고통을 당하는 사람이 있으면 도와야함을 의미한다. 그러함에 있어 우리는 낯선 사람들에게 보다는 가까운 사람들에게 더 많은 의무를 지니는 것이다. 왜냐하면 가까운 사람들 사이에는 밀접한 관계가 형성되며 그에 따른 기대와 의무가 있기 때문이다.

개인이 고통을 겪는 모든 사람들을 상대할 수는 없다. 고통이란 항상 개인을 원인으로 하는 것은 아니며, 모두 함께 행동함으로써 변화시킬 수 있는 경제적 사회적 제도로 인해 기인되기도 한다. 그리고 질병이나 자연재해와 같은 인간 외적인 힘과 사건에 의해 기인되기도 한다.

연민은 주로 개인에 관련되지만 공리주의는 모든 관련자 전체의 안녕과 행복을 중심에 둔다. 공리주의는 고통의 감소와 행복의 극대화에 도덕의 의미를 둔다. 공리주의 윤리에 따르면 도덕원칙은 모든 관련자들을 위해 비당파적이며 가능한 최대의 행복을 추구하는 것이다. 비당파성은 공리주의적 사고의 중요 핵심이며, 그러한 비당파성(Unparteilichkeit)은 도덕적 관점이 비개인성, 정의, 합리성, 원칙의 보편성을 표현해야 함을 강조한다.

연민은 한 개인으로부터 모든 다른 사람들에게 동일한 방법으로 주어질 수 없는 것이기 때문에 보편화할 수 없는 것이라고 간주될 수 있다. 이러한 의미에서 비당파성으로부터 구별된다. 연민의 윤리는 관련 집단의 안녕이 도덕성의 본질을 이루고 있는 인습적인 집단윤리의 차원으로 퇴보할 수 있다.

연민의 정당화는 그것이 비당파적인 견지에서 승인될 수 있는지 여부에 달려있다. 생명의 구원이나 질병의 치료가 기증된 장기에 좌우되는 환자들의 고통과 관심에 동정함은 비당파적인 공리주의에서 이론적 보완을 받을 수 있을 것이다.

4. 2. 공리주의 (Utilitarismus)

공리주의는 세계의 복지와 안녕의 극대화를 추구한다. 따라서 행위자의 행복이 다른 어떤 사람(혹은 생명체)의 행복보다 더 중시되지 않는다. 그런 다음에 총합계가 아니라 평균적 분배를 극대화하고, 행위자 자신 및 그의 가까운 사람들을 위해 올바르다고 생각하는 바를 “실천규범”으로 선호하도록 참작하는 추가의 규칙을 도입할 수 있다.

공리주의 윤리의 도덕적 명령과 판단기준은 자신의 이익뿐만 아니라 다른 관련자의 이익도 적당하게 고려한다. 공리주의는 비당파성과 보편타당성의 원칙에서 출발한다. 따라서 윤리적 결정자나 판단자가 자신이나 자신이 속한 집단에 어떠한 우선권도 허용하지 않으며 모든 사람을 돌봐야하는 의무로부터 그 누구도 제외시키지 않는다.¹⁸⁾

도덕이론에 있어 비당파성은, 첫째, 모든 사람이 동등한 권리를 갖는다는 신념을 근본적으로 함축하고 있다. 둘째, 우리가 구체적으로 도덕적인 고려를 함에 있어 도덕적 개체인 다른 사람들의 욕구, 관심, 입장을 존중함으로써 그들의 존엄성을 인정함을 함축한다. 셋째, 비당파성은 상호주관적인 규범과 행동규칙을 유효하다고 인정할 준비를 함축한다.

18) Hoffe, O., *Einführung in die utilitaristische Ethik*, München 1975, S. 29.

공리주의 이론의 원칙에 의하면 하나의 행위가 그 결과로 인해 영향을 받는 관련자들에게 비교적 최대한의 행복을 보장하도록, 다시 말해 다른 어떤 행위를 통해서 얻는 것보다 관련자들의 상황이 더 좋아지도록 기여하면, 그 행위는 도덕적으로 올바른 것이다. 모든 관련자의 행복에 유리하고 불리한 영향을 미치는 결과에 따라 행위방식의 도덕적 가치를 평가하는 공리주의 이론은 장기이식의 정당화를 위한 근거를 제공할 수 있다.

공리주의에 의하면 인간 행위의 목적은 인간(혹은 모든 생명체)의 행복에 있다. 도덕적 행위의 가치는 그 행위가 이러한 목표의 도달에 유용성을 제공하는지에 달려 있다.

4. 2. 1. 행위공리주의(Handlungsutilitarismus)와 규칙공리주의(Regel utilitarismus)

공리주의 이론의 법칙에 의하면 하나의 행동이 그 행위의 결과에 영향을 받는 당사자들에게 비교적 최대한의 행복을 확보하도록 기여하면 그 행위는 도덕적으로 올바른 것이다. 그리고 사회의 행복에 기여하는 것은 유용하다고 여겨진다. 공리주의는 규범적 이론이며, 유용성의 원칙을 도덕의 기준으로 전제하며, 개인의 행복을 극대화시키도록 요청한다. 그런데 결과를 세부적으로 평가하는 것이 불가능하므로 유용성의 원칙은 행동규칙을 통한 보충을 필요로 한다. 규칙공리주의는 개별적 행위가 아니라, 일정한 도덕적 행동규칙의 일반적 시행이 사회구성원의 행복에 미치는 좋은 혹은 불리한 영향을 검토한다. 규칙공리주의에 의하면 일정한 행동규칙을 일반적으로 엄수함은 사회적 협동을 가능케 해주는 기초를 형성한다.¹⁹⁾

그리하여 개인은 사회전체의 혹은 다른 사람들의 보다 더 중요한 이익을 위해 자신의 이익추구를 제한해야 한다는 입장을 공리주의는 취한다. 규범윤리로서의 공리주의는 이와 같이 사회적 관점에 치중하여 사회공익을 중시한다.

행동방식의 도덕적 가치를 모든 관련자들의 행복에 영향을 미치는 행위의 좋고 나쁜 결과에 따라 측정하는 공리주의 이론은 장기이식의 정당화를 위한 근거를 제공할 수 있을 것이다.

4. 2. 2. 결과주의(Konsequentialismus)의 한 유형으로서의 공리주의

공리주의는 행위의 도덕적인 올바름이나 의무에의 합당성을 행위에서 의도된, 예상가능한 혹은 실제의 결과의 질에 의존시킨다. 여기에 실제적인 결과와 의도된 결과의 구별이 강조되어야 하며, 예상할 수 있는 실제적 결과들이 가능한 한 좋게 되도록 하는 의무가 있는 것이다.

C. D. Broad는 주관적으로 옳은 행동, 객관적으로 옳은 행동, 형식적으로 옳은 행동, 실질적으로 옳은 행동을 구별하고 있다.²⁰⁾ “옳다” 혹은 “그르다”고 할 수 있는 모든 행위는 행위자의 입장과 행위의 결과에 영향을 받는 사람의 입장에서 관찰될 수 있다. 사람은 행위함에 있어 중요하고 실제적인 그리고 윤리적인 신념이 완전하고 옳았으며, 그 결과에 아무런 오류도 생기지 않은 경우에만 완전히 올바르게 행동한 것이라고 할 수 있

19) G. Patzig, *Ethik ohne Metaphysik*, Gottingen 1983, S. 146 참조.

20) C. D. Broad, "Some of the main problems of ethics", in: *Readings in philosophical analysis*, edited by H. Feigl and W. Sellars, 547-563, New York 1949.

다. 따라서 어떤 사람이 완전히 올바르게 행동한다면, 그렇게 행동할 수 있는 것은 대체로 행운의 사건이다.²¹⁾

결과주의자는 자신의 행위의 결과만을 생각한다. 하나의 행위가 어떠한 결과를 초래할지 확실히 알 수 없는 경우는 대략적인 가능한 결과를 고려할 것이다. 그는 자신의 상황이나 혹은 이 행위로 영향받는 사람들의 상태를 호전시키며 가장 좋은 결과를 기대게 하는 행위를 선택할 것이다. 그러나 결과를 항상 확실하게 예상할 수는 없다. 왜냐하면 많은 행위들의 효과는 불투명하고 아주 뒤늦게서야 비로서 알 수 있기 때문이다.

행위평가의 어려움은 그 성공 여부를 확실하게 미리 예상할 수 없다는 사실에 있다. 그리고 많은 행동들은 원치않은 결과나 부작용을 낳는다. 또한 행위자가 가능한 결과에 대한 포괄적인 고려를 할 수 있는데 필요한 시간과 충분한 정보와 내적인 침착성이 전제되지 않은 상태에서 흔히 도덕적 결정이 내려진다.

그리고 행위자의 결정에 있어 다른 사람들의 주관적 가치도 어떤 역할을 한다. 그리고 행위의 판단에 있어 결과만이 결정적 역할을 하는지 의문시 될 것이다. 행위의 도덕적 질을 위해서는 실제적인 결과뿐만 아니라, 행위자가 의도한 결과와 더 나아가 그 행위의 성취를 위해 선택된 수단과 행위자의 의도도 역시 하나의 역할을 한다.

결과주의와 공리주의에 대한 비판²²⁾에도 불구하고 행동하는 주체가 스스로 자유롭게 결정을 하여 유용성의 극대화의 원칙을 따르면서 강제성이 없다면, 결과주의는 인간의 자유와 자발성과 불일치한다고 볼 수 없을 것이다.

결과주의적 입장에서 보아 장기 이식 행위는 그것이 자유로운 행위이며 그 결과가 실제로 모든 관련자에게 좋은 것으로 증명된다면 도덕적으로 옳바르다. 그 경우에 자신이 직접적으로든 간접적으로든 전혀 무관하다고 생각하는 관객들의 입장은 배려되지 않는다.

4. 2. 3. 선호공리주의 (Präferenz-Utilitarismus)

공리주의는 가치론을, 다시 말해 행위의 목표가 궁극적으로 어디에 있는지에 관해 이론을 포함하고 있다. 고전적 공리주의가 행위를 쾌락을 극대화하고 고통을 극소화하는 경향에 따라 평가하지만, P. Singer는 선호공리주의의 입장을 취한다. 그는 행위를 “행위나 혹은 행위 결과에 관계된 존재들의 선호와 일치하는 정도”²³⁾에 따라 평가한다. 어디에 자신의 선호와 희망과 관심을 두는지는 개인에 맡겨진다.

선호공리주의는 선호하는 것을 최대한 그리고 비당파적으로 충족시키는데 관심을 둔다. 선호공리주의는 일정한 관련된 사람(혹은 집단)의 바람이나 생각을 중시한다. 합리적인 혹은 감정이 강조된 근원을 갖는 주관적 선호는 상황이나 필요성에 따라 다양하다.

주관적 선호는 결정을 해야만 하는 상황에서 관련된 사람들 간의 개인적 의무와 관

21) ebd. S. 557 f.

22) Nida-Rumelin과 Birnbacher에 의하면 공리주의는 사회적 유용성의 극대화라는 그 기본원칙이 행위에 직접 응용되므로 자발성을 발휘할 공간이 거의 없다고 비판하고 있다.

J. Nida-Rumelin, Kritik des Konsequentialismus, München 1993, S. 170, D. Birnbacher, "Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?" in: Information Philosophie, Dez. 1993, 6-18, S. 18 참조하시오.

23) P. Singer, *Practical ethics*, Cambridge 1979, Deutsche Ausgabe, Stuttgart 1984, S. 112.

계있다. 예를 들어 만일 나에게 가까운 사람이 장기이식을 받아야만 생존가능성이 있다면, 나는 어떤 형태라도 장기확보에 도움되는 조치라면 환영할 것이다.

행위자들이 서로 상반되는 선호를 하는 경우, 해결점을 찾을 때까지 논란과 긴장과 힘의 대결이 생긴다. 각자는 모두 개인적인 관심을 갖고 있다. 개인적인 선호는 주로 자신의 개인적인 관심과 아주 가깝게 아는 사람들의 관심에 기초를 두고 있다. 대개 모르는 사람보다 우리에게 알려진 사람의 선호가 우선 중히 여겨진다. 그리하여 긴박한 상황에서는 모르는 사람보다 자기에게 가까운 사람을 위해 책임을 느낀다. 그러나 개인적인 선호와 유용성평가는 다른 사람들의 선호에 접하면 자연적으로 갈등을 갖게 마련이며 공동의 유용성평가가 요청된다. 그때에 어떤 행동방법이 개인들의 선호를 긴급성과 중요성에 따라 최대한으로 충족시킬 수 있는가에 중점을 두고 고려하게 된다.

공리주의에 의하면 개인이 모든 관련자를 위해 최대의 유용한 결과를 가져올 수 있는 행동을 선택해야 하기 때문에 보편의 이익을 위해서는 어쩌면 개인에게 희생을 부당하게 요구할 수도 있다. 그런데 선호공리주의에 의하면 “어떤 존재의 선호에 대립하는 행위는, 그러한 대립되는 선호들을 균형있게 보상함이 없이 수행된다면, 잘못된 행위이다.”²⁴⁾

공리주의의 견해에 의하면, 장기이식이 모든 관련자의 안녕에 기여하고 그러한 가운데 관련되지 않은 사람들에게 어떠한 부정적인 영향을 미치지 않는다면, 그것은 시행할 만한 가치가 충분히 있는 것이다. 공리주의에 대한 비판으로, 공리주의의 이론의 영역에서는 예를 들면 Harman의 공상적 장기이식의 경우²⁵⁾에서처럼, 왜 우리는 다른 여러 명의 환자를 살리기 위한 장기를 확보하기 위해 건강한 한 사람을 죽이면 안되는지, 그 이유를 명시하지 못한다는 주장이 있다. 고전적 공리주의는 이러한 경우 파생될 사회불안 때문에 살인을 금지한다. 중요한 것은 살인이 보편적 안전과 사회구성원의 두려움과 불안, 그리고 희생자와 그 가족의 고통을 야기시킨다는 점이다. 개인이 사회에서 신체와 생명을 다수의 이익 때문에 부당하게 침해당해야만 한다면, 그 사회는 바람직한 사회라 볼 수 없다. 살인 금지는 따라서 엄격히 적용되어야 한다.²⁶⁾

의사는 다른 환자 다섯 명을 구하기 위해 자신의 환자 중의 한 사람으로부터 장기를 적출해서는 안 된다. 왜냐하면, 손상을 입히는 것과 도움을 주지 않는 것을 구분하는 것은 공리주의에 있어 많은 경우에 좋은 근거를 제공한다. 다른 사람들을 돕는 일은 공리주의적 입장에서 보아 좋은 일이지만, 더 중요한 것은 고통이나 손상을 입혀서는 안 된다는 것이다. 따라서 공리주의에 의하면 타인에게 아무런 손상을 입히지 않는 것이 그들을 돕는 것보다 우선한다.

5. 이식의학에서 정의로운 분배는 가능한가?

생명에 대한 기본권은 만인이 동등하게 건강과 생명의 보호를 받을 권리를 지님을

24) P. Singer, 1984, S. 112.

25) 만일 각자가 하나의 장기를 이식받는다면, 5명의 환자는 모두 살 수 있을 것이다. 만일 정기 건강진단을 받기 위해 같은 병원에 머물고 있는 A라는 사람을 공포와 고통없이 죽여서 장기를 이용하면, A 한사람만 죽고 대신 다섯 명의 환자가 살 수 있다. 그렇지 않으면 한사람이 살고 다섯 명이 죽을 것이다. Harmanm, G., *Das Wesen der Moral*, 1981, S. 13 f.

26) J. S. Mill, *Essays on ethics, religion and society*, S. 181 f. 비교.

의미한다. 이러한 권리는 경제적, 사회적 상황고 무관하게, 또한 사회에 기여도에 무관하게 최상의 치료를 받을 권리로서 보장된다.

그러나 경제적 한계성에 당면하여, 오늘날의 의료 기술의 발전은 전국민에게, 아니면 소수의 “행운아” 혹은 “선택된 사람들”에게만 혜택을 주어야 할 것인지 결정해야 하는 기로에 서있다. 이식의학도 이러한 물음을 결코 회피할 수 없으며, 특히 장기분배는 많은 문제들을 제기한다. 장기를 시급히 필요로 하는 모든 사람들에게 동등한 기회를 주어야 한다는 요청은 기술적으로든 재정적으로든 충족시킬 수 없다. 그러면 이식에 필요한 한정된 장기를 어떠한 기준에 따라 분배할 것인가? 단지 진단에 따른 고려만이 결정적인 것인가, 아니면 면역성, 연령, 성별, 가족상황, 사회적 신분, 우연, 지불능력, 거주지와 같은 요인들도 어떤 역할을 하는 것인가?

이 장에서는 어떻게 하면 신뢰와 배려를 수반하는 의사와 환자의 관계를 파괴하지 않으며, 기회균등의 원칙, 정의의 원칙에 입각해 장기의 분배를 결정할 수 있는가에 대해 검토해 보겠다.

5. 1. 장기분배의 기준

일반적으로 의학적 유용성의 기대치와 기회균등의 관점이 장기분배의 기준으로 고려된다. 또한 그 두 가지 기준은 장기 수혜자의 선택에 있어 우리가 단순한 직관에 의존할 수 없다 하여 정의의 문제를 제기한다.

5. 1. 1. 예상되는 의학적 유용성의 관점

모든 분배결정은 윤리적 차원을 지니며, 가장 큰 효율이 예상되는 데에 재화를 사용해야 할 것이다. 즉 한정된 의약품과 의료기기는 가장 도움을 필요로 하는 환자를 위해 최고의 효과를 얻을 수 있으리라 생각되는 곳에 사용되어야 할 것이다.²⁷⁾

환자를 위해 가능한 한 최대의 장점을 살리기 위해 다음과 같은 문제들을 다루어 보아야 한다. 어떤 환자가 주어진 의학적 조건하에서 최상의 장기이식 성공의 가능성을 갖고 있는가? 동일한 가능성이 예상되는 경우에는, 어떤 환자가 이식 이후에 더 오랜 생존기간을 보다 나은 “삶의 질”²⁸⁾을 누리며 살 수 있다고 기대되는가?

부족한 재원을 정의롭게 분배함은, 다른 사람들과 비교해 보다 큰 성공의 가능성이 기대되는 장기 수혜자의 긍정적인 특성과 결부된다. 여기에 장기를 이식받는 사람과 기증자 사이의 조직의 일치성의 정도가 중요하다. 수혜자의 면역거부반응이 적게 유지될

27) 보다 유리한 진단을 받은 다른 환자들을 이식을 통해 치료할 수 있다면, 생존이나 이식장기의 기능에 관련시켜 볼 때, 통계적으로 좋지 않은 결과를 보이는 위험환자들을 이식을 위해 선택해서는 안될 것이다.

28) “삶의 질”이라는 개념은 사람의 객관적인 기능성 및 주관적인 건강의 기준에 따라 정의된다. 삶의 질은 보통 건강과 삶의 만족도(滿足度) 같은 주관적 체험이 가능한 요소들과 객관적으로 관찰할 수 있는 삶의 조건에 따라 판단된다. 삶의 질은 환자의 전인적(全人的) 관점에서 판단되어야 하기 때문에, 자연과학적으로 정확히 측정 가능한 지표 이상의 것을 의미한다. 건강상의 삶의 질은 환자의 신체적, 정신적 상태에 따라 평가된다. 신체적 관점에서는 기본 질병, 진단, 치료로 발생할 수 있는 부작용 등이 중시(重視)되며, 심리적 요인들은 질병의 판정과 극복, 치료 등에서 보이는 심적 변화과정과 연관된다.

삶의 질은 어느 정도 사회적 면에도 의존한다. 사회적 면으로서 예를 들면 가족이나 의료진과 같은 타인들에 의한 후원을 들 수 있다. 그러한 심리 사회적 관점을 근거로, 환자가 이식후에 주관적으로 만족하며 사회적으로 조화로운 삶을 이끌 수 있는지에 대해 주목한다.

정도로 기증자와 수혜자(受惠者)가 서로 충분히 비슷한지의 여부는 분배에 있어 중요하다.

장기이식에 있어서 동일하게 좋은 적합성을 보이는 경우에는, 이식이 시급히 요청되는 정도와 이식성공의 전망에 따라 누가 기증된 장기를 받을 것인가에 대한 결정이 내려질 것이다. 그러나 높은 성공의 전망정도와 시급성²⁹⁾은 경우에 따라 서로 아주 모순될 수 있다.

장기분배에 있어, 장기 수혜자를 위한 최상의 가능한 유용성은, 가능한 한 보다 높은 삶의 질을 유지하는 동시에, 최대한으로 생존기간을 획득하는 데 있다. 장기를 분배하는데는 보다 적은 비용을 들이면서도, 손상방지원칙³⁰⁾을 지키며 동시에 가치결정을 함으로서 종합적으로, 최대한의 개인적인 유용성의 원칙을 추구하는 노력을 해야 한다. 또한 이미 한번 장기이식을 받은 사람이 장기거부반응으로 인해 다시금 환자가 되는 것을 가급적 막아야 한다. 여기에 유용성의 원칙이 적용되는 것이다.³¹⁾

5. 1. 2. 기회균등의 관점

여러 환자가 동일한 적합성을 보이는 경우 위급성과 기다린 기간이 결정적 요소이다. 기다린 기간의 순서에 따른 결정은 가능한 한 기회균등의 원칙에 방향을 맞춘 것이다.

그런데 의학적 기준은 누가 살아야 할 것이라는 데 대해 어떠한 정확한 가치판단을 제공하지 못한다. 조직의 적합성을 이식 수혜자의 선택에 있어 결정적인 기준으로 적용하는 방법은 부정적인 사회적 영향을 미치는 결과를 초래할 수 있다.³²⁾ 이러한 맥락에서 환자의 연령, 가족사항, 혹은 사회적 지위가 장기의 분배에 있어 중요한 역할을 할 수 있는지 살펴보아야 할 것이다.

기회균등의 원칙에 따른 조치로 젊은 사람들과 마찬가지로 연로한 사람들을 똑같이 도울 수 있는 것인가? 기대되는 생존기간을 결정적 기준으로 보면, 노인환자들은 그들의 건강상태 때문에 제외될 것이다. 그러나 짧은 생존기간이 예상되는 환자들도 보다 긴 생존기간이 예상되는 환자와 마찬가지로 불충분한 의약품과 치료기회를 갖을 권리와 가치를 지니고 있다.³³⁾

29) 중환자이지만 치료가능한 사람이 맨 먼저, 그 다음 경미한 환자, 그리고 마지막에 치료가망성이 희박한 사람의 순서로 이식 받아야 할 것이다.

30) 손상방지원칙은 어린이 우선 순위의 근거를 제공한다. 왜냐하면 지속적인 투석은 어린이에게 회복 불가능한 성장장애라는 추가적 손상을 입히기 때문이다.

31) 개별적 환자를 위한 가능한 최대한의 유용성과 집단적 유용성을 구별해야 할 것이다. 만일 모든 환자의 병발 증없는 햇수의 총계가 가급적 크도록 이식하려면, 일정한 환자집단, 예를 들어 보다 높은 생존가능성을 지니는 젊은 환자들을 선호해야 할 것이다.

32) 미국에서는 순수한 의학적 기준이 장기분배에 있어 백인들을 훨씬 더 유리하게 하였으며, 흑인들에게 불이익을 초래했다. 조직의 적합성은 성공적인 이식을 약속한다. 따라서 여섯 개의 조직적합 항원(HLA Antigenen)의 일치가 의학적으로 유리한 것으로 간주되는 것이다. 그러나 흑인들의 경우 일치하는 6 항원을 찾기가 보다 더 어려우며, 통계적으로 볼 때 백인들의 경우 조직의 형태가 훨씬 더 쉽사리 확인된다고 한다. 혈액형의 일치를 근거로 해서 장기를 분배하는 것은 혈액형 O형을 불리하게 만드는 결과를 초래한다. Veatch, R. M., Death, Dying and Biological Revolution: Our last Question for Responsibility, New York 1989. S 207 f. 참조.

33) J. Harris는 보다 짧은 생존기간이 예상되는 환자들의 삶의 욕망에 보다 커다란 의미를 준다. 대략 6개월의 생존가망이 있다고 보는 말기의 암환자가 대형사고에 말려들었다고 가정해 보자. 만일 그의 질병상태가 (잠재적) 구조자에게 알려져 있고, 모든 부상자를 치료하기에는 충분치 않은 의료재가 있을 뿐이라면, 그 암환자는 구조의 대상에서 제외되는 사람들 중의 하나가 될 것이다. 만일 그 암환자가 자신의 질병에도 불구하고, 자연히 죽을 때까지, 아니면 적어도 자신의 삶이 더 이상 살 가치가 없다고 결정할 때까지, 살고자 원했다면, 그는

의료 사업의 목표는 평균수명을 무의미하게 늘이는데 있는 것이 아니라, 평균수명의 기간 동안 사람들이 가능한 한 건강하고 능률 있는 생활을 유지할 수 있도록 돌보는데 있으며, 또한 수혜자의 연령이 분배를 위한 어떠한 결정적인 기준이 되어서는 안 된다.³⁴⁾

수혜자를 선택하는 기준이 되는 치유전망은 객관적으로 판단되지 않는 특수성들과, 즉 환자의 실제적 건강상태, 규칙성, 생의 의지 그리고 그를 후원할 수 있는 가족과의 결합에 관련된다. 인간적이며 감정적인 견지에서 볼 때 환자와 친지의 기본태도, 모든 관련자의 의식적이고 사려 깊은 협조, 가족 관계의 질서, 그리고 환자의 학력과 사회적 지위까지도 성공가능성에 기여한다. 모든 치료에 후속치료가 요청되므로, 교육을 받은 중산층이 보다 나은 치유가능성을 갖는다. 왜냐하면 그들은 치료와 관련된 지시를 보다 정확히 지킬 수 있는 처지에 있기 때문이다.³⁵⁾

개인의 선호는 경우에 따라서는 판정받는 사람의 능률보다는 판단하는 사람의 이익에 보다 더 강하게 의존할 수 있다. 예를 들면 J. Harris는 가족이 있는 사람들을 가족이 없는 사람들보다 제도적으로 선호하는 것을 거부해야 한다고 강력히 주장한다. 왜냐하면 그는 그러한 태도에서 은밀하게 빈부에 따라 계층화하려는 의도를 엿볼 수 있기 때문이다. 어린 자식이 있는 부모를 선호하는 것은 국민들로 하여금 장기이식에서 다른 사람들에게 앞서 우선권을 확보하기 위해 아이들을 낳는 결과로 이끌 수 있다고 한다.³⁶⁾ 그러나 필자의 견해로는 질병으로 위기에 처해 장기이식이 절실하게 필요한, 자녀를 양육하는 여성들은 우선 이식수술을 받을 수 있어야 한다. 왜냐하면 그런 여성들은 다른 사람들에게 반해 특권을 요구할 권리가 있기 때문이 아니라, 자녀양육이라는 수행해야 할 의무가 있기 때문이다.³⁷⁾

이중의 비극과 이중의 부당성의 희생자인 것이다. 그는 암 때문에 앞으로 짧은 기간을 살 수 있을 뿐이라는 사실을 이미 알고 있었으며, 이러한 첫 번째의 비극의 결과로서 또 다시 구조 받을 수 있는 집단에서 제외된다는 두 번째의 비극을 받아드려야 하는 것이다. 한번 불운을 가졌기 때문에, 그는 이제 더 이상 구원받을 가치가 없게 되는 것이다. (Harris, J., *The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics*, London 1985, S. 89.)

34) 영국에서의 의료재 공급의 할당은 60세 이상의 환자를 투석치료에서 제외시키고 있다. Renner, E., Nierentransplantation - Probleme des Fortschritts, im: Toellner, R., Hrsg., Organtransplantation - Beitrage zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart, New York 1991 S. 53 - 63. 참조. 53쪽.

35) Baby Jesse는 심장이식을 위한 예비후보자였다. 의학적 근거에 입각한 그 아기의 세부사항은 예비기준에 일치하였다. 그럼에도 불구하고 범죄 경력이 있고, 약물중독의 문제를 지니고 있는 미혼의 십대인 그 아기의 부모는 심장이식 수술 후에 요청되는 후속치료를 재정적으로 지원하고, 면역억제제를 정확한 시간에 아기에게 복용시킬 만큼 주의를 집중하기에 부적당하다고 판정 받았다. 극히 부족한 이식용 어린이 심장을 순수한 의학적인 기준에 따라 분배했다고 주장했음에도 불구하고, Baby Jesse를 이식후보로 받아들일기를 거부했던 의사들은 하나의 사회계층을 차별했다는 이유로 고발당했다. 이것은 1986년 미국에서 있었던 실례이다.

36) Harris, J., 앞의 책, S. 105-106.

Harris는 자식을 많은 특권층의 사람들이 소유하고 있고, 다른 덜 유리한 위치의 사람들은 소유하지 못한 재산으로 간주한다.

37) 엄마들은 임신중의 그리고 아이를 키우는 동안의 수입의 상실로 보아도 아이들로부터 기인되는 비용이 적지 않은 것으로 생각한다. 적지 않은 엄마들이 자식들을 선사 받은 특권으로 보기보다는 그들에게 부과된 의무로 본다. 전세계적으로 엄마들은 손해를 보는 집단에 속한다. 아시아에서는 특히 아빠들이 가부장적인 가정에서 전통적으로 주인공일 뿐아니라, 대체로 가족의 부양을 책임지고 있기 때문에 가정 내에서 권한을 쥐고있다. 또한 이곳에서는 어쩌면 아이들이 있는 아빠가 아이들이 있는 엄마보다도 우선권을 지닐 것이다.

5. 2. 추첨을 통한 우연에 의한 분배는 정의로운 분배방법의 될 수 있는가?

전문인들의 측에서 항상 “장기를 기다린 기간”³⁸⁾과 “완전한 면역적 일치”³⁹⁾에 따른 정의로운 분배의 기준에 대해 비판을 표명하고 있다. 그러나 지금까지 언급된 기준들 중 그 어느 것도 보편적이고 절대적으로 통용되는 선호기준이 되지 못한다. 그러면 어떤 정당한 대체(代替)분배방법이 있는 것일까?

기회균등에 입각한 장기 분배는 결코 완전한 공평성을 성취하지 못한다. 그런데 개개의 이식센터에서 실행되는 “첫 번째로 오는 사람이 첫 번째로 치료받는다”라는 원칙은 일종의 추첨이나 뽑기 형식과 같은 것으로, 여러 가지 이유에서 정당한 방법으로 간주되고 있다.

그런데 장기의 분배를 추첨의 대상으로 만드는 것은 결코 일반적인 이해와 승인을 받지 못할 것이다. 병원 당국이 추첨에 의하거나, 예를 들면 “첫 번째로 오는 사람을 첫 번째로 치료한다”는 원칙에 따르는 결정의 경우처럼, 우연을 토대로 삶과 죽음을 결정한다는 사실이 알려진다면, 많은 사람들이 장기기증을 기피할 것이다. 왜냐하면 그들이 하려는 숭고한 장기기증이 그에 합당한 진지함이나 감사함이 없이 무성의하게 처리된다는 느낌 때문이다. 게다가 기증된 장기가 조작되지 않고 실제로 정당한 추첨절차에 의해 분배될지 여부에 강한 의심을 품을 것이다.

그러나 이러한 의심은 경제적, 정치적 책임자들이 의료재의 부족을 극복하기 위해 최대한의 노력을 하고, 권력자들이 일반인들과 동등하게 추첨대상이 되면 어느 정도 해소될 수 있을 것이다.

동일한 기간을 기다렸고 동일하게 위급한 모든 환자들이 동등하게 배려될 수 있다면, 공평한 장기이식 치료는 보장될 것이다. 그렇지 않은 경우는 추첨 방법도 하나의 대안으로서 정의로운 분배방법이 될 수 있다. 도덕적인 행위자로서 이식의료진이 보편적인 올바른 원칙, 다시 말해 추첨에 의한 우연적 선택의 원칙에 따라 분배를 결정한다면, 그들은 어떠한 결과가 되든지 개의치 않고, 그러한 정의의 원칙에 따를 것이다. 하지만 90세의 노인이 20세의 젊은이에 앞서 선택되는 그러한 경우도 있을 수 있음을 거의 피할 수 없을 것이다. 그러한 일은 부당한 것은 아니지만, 유감스런 일로 평가될 것이다.⁴⁰⁾

부족한 장기의 분배에 있어 기증된 장기들을 가능한 한 정의롭게 분배하도록 노력해야 할 것이다. 보다 정확히 말하자면, 각 환자의 수술 성공 예상이 어떠한지에 대해 의학적 지식을 통해 상황과악이 가능한 경우, 이식의 시급한 필요성과 성공 가능성⁴¹⁾에

38) 긴급성, 성공가능성, 환자의 고통 등을 고려하지 않고 단지 기다린 기간만으로 결정하는 것은 받아들이기 어려운 일이다.

39) 조직의 적합성은 더 이상 필수적인 전제가 되지 못하며, 단지 장기가 제대로 기능할 수 있으리라 예상되는 요인들만이 전제가 되기 때문에, 연령, 일반적 상태, 2차적 질병 등과 같은 장기가 기능하는데 영향을 줄 수 있는 다른 요인들이 고려되어야 한다.

40) 따라서 몇몇 경우에는, 예를 들면 매우 연로한 사람들과 부양할 어린 자식들이 있는 사람들의 경우에 있어서는, 추첨과 같이 우연에 맞게 분배하는 방법을 피해야 할 것이다. 가족이 없는 사람과 어린 자식들이 있는 엄마 사이에 선택해야 하는 곤란한 경우는 J. Glover의 견해를 빌리면 다음과 같다: 만일 가족 관계에 대한 정보가 있는 경우에는, 어린애들이 엄마를 잃는 비극을 당하지 않도록, 추첨을 회피해도 된다. (Glover, J., *Causing Death and Saving Lives*, Harmondsworth 1997, S. 222.)

41) 그런데 의학적 측면으로 관찰할 때, 이 두 가지의 부분적으로는 서로 무관한 요소들인 위급성과 성공 가능성을 어떻게 대조해 고려해야 하는가 하는 문제가 여전히 해결되지 않고 남아있다.

따라 누구를 택할 것인가 결정해야 할 것이다. 동일한 성공이 예상되는 경우에는 이식 성공 후에 알맞은 삶의 질을 유지하며 생존할 수 있는 기간이 얼마나 될까 하는 사실이 중요하다. 여러 환자가 동일하게 조직적합성과 위급성을 보이는 경우, 그들의 기다린 기간이 결정적 요인이 되어야 할 것이다.

그러나 예상되는 좋은 결과, 위급성, 기다린 기간 등 많은 기준들을 고려하다 보면, 그 어떤 사람에게도 명백한 우선권을 주기가 어려운 경우가 많기 때문에, 장기 수혜자의 선택에 있어 항상 어려움이 나타난다. 객관적 비교와 의학적 조치의 상호 주관적인 평가는 가능하기 힘들다. 그러한 갈등에 직면한 경우, 예비 장기 수혜자의 가족상황, 직업, 연령 등 사회적 기준은 분배기준으로서 논란의 여지가 있으며 기회균등의 원칙을 위배한다. 그러므로 필자의 견해로는 추첨에 의한 선택은 우리가 마지막 수용할 수 있는 원칙이며, 올바른 대안으로서의 이식장기의 분배방법이다. 그러한 분배방법은 보건증진의 조치에 있어 행위 당사자들, 즉 의료진이나 환자들에게 있어 가장 적은 우려를 불러일으킬 것이다.

6. 맺음말

인간은 자아의식의 발달과 더불어 세계와 환경에 대한 관계를 형성하게 된다. 인간은 세계 속에서 행동한다. 인간은 문화적 환경을 예술과 학문을 통해 변화시킬 수도 있으며, 자연에 대한 지배영역을 넓혀간다. 인간은 다른 생명체와는 달리 문화적, 종교적인 존재이다.

이식의학에서는 인간이 규범과 문화와 종교에 의해 영향받는다라는 사실이 중요하다. 하나의 사회에서 이식의학이 마찰없이 실시될 수 있을지의 여부는 그 사회의 개개의 규범과 문화와 종교가 어떻게 이식의학을 판단하는가에 달려있다.

오늘날 가치관념의 다양성 때문에 장기이식을 위한 윤리는 특히 자기결정권의 원칙을 필요로 한다. 자기결정의 원칙은 인간의 자유와 존엄성을 존중함에 기초를 두고있다. 개인의 자율은 존중되어야 하며, 다양한 윤리적 의무 중 하나의 의무를 자기자신을 위해 선택할 수 있는 것이 바로 인간존재로서 자기결정을 존중하는 일이다.

우리는 사람의 죽음의 기준을 인격체로서의 사람이 자기동일성을 상실하는 기준과 구별해야 한다. 전체로서의 지속적인 뇌기능이 인간의 생명에 필수적이며, 또 인간생명을 충족시켜 주는 조건을 표시하는 반면, 대뇌기능을 상실함으로써 생긴다고 보는 인격체로서의 자기동일성의 상실은 명확하게 정의하기 어렵다.

현대의학은 뇌사를 의미하는 뇌기능 전체의 불가역적 상실을 심장사와 동일시한다. 뇌사기준은 이론적인 견지에서 뿐만 아니라 실용적인 관점에서도 수용할 수 있다. 뇌사판정 후 무의미하게 뇌사체에 연결시켜 놓은 심폐소생기구 등 의료기구들을 제거할 수 있으며, 건강유지비의 상승과 관련해 볼 때, 많은 비용이 드는 생명연장의 방법에 한계를 그어야 한다는 제안 또한 간과할 수 없다. 물론 이 때 차후에 있을 수 있는 장기기증을 염두에 두어서는 안 될 것이다. 그리고 또한 명확한 죽음의 기준이 없이는, 뇌사자의 장기를 적출(摘出)하는 일이 살아있는 사람을 해부하는 것과 마찬가지로 비난을 결코 벗어날 수 없을 것이다.

장기부족의 문제를 해결하기 위해, 기증된 장기를 신중히 이용하며, 부족을 극복하기

위한 노력을 통해 재원을 확대하고 수요를 축소하려 시도해야 할 것이다. 만일 장기이식이, 장기를 필요로 하는 질병이 발병되기 이전에 장기기증 의사를 밝혔던 사람들에게만, 시행된다면, 이식 찬성자들과 반대자들 사이의 갈등을 줄일 수 있을 것이다. 잠재 장기기증자들은 자신의 행위를 기증으로 파악하지 않을 것이며, 오히려 호혜(互惠)관계로 생각할 것이다. 그들은 자신도 경우에 따라서 언젠가 장기를 받아야 하는 입장이 될 수도 있다는 사실에서 출발한다. 따라서 자발적으로 장기 기증할 용의가 있다고 선언하는 것은 정의로운 일이라고 생각한다.⁴²⁾ 또한 뇌사를 실제의 죽음이라고 생각하지 않기 때문에, 뇌사의 경우 자신의 장기를 기증하지 않겠다는 사람은, 스스로 뇌사자의 장기를 요청해서도 안 될 것이다.

장기이식 수술은 기증자 및 수혜자 양측 당사자의 자율적인 결정에 의한 것이어야 한다. 장기기증은 도덕적으로 선한 것으로 간주되지만, 자비나 희생은 강요할 수 있는 성질의 것이 아니다. 만일 법적인 규정을 통해 강요할 수 있다하더라도 법적 규정이 개인적 결정을 완전히 능가해서는 안 될 것이다. 장기기증을 법적 의무로 규정해야 하는가의 여부는 다수의 사회구성원이 어떻게 결정하느냐에 달려있다.

곤궁에 처해있는 사람들을 돕지 않는 사회에서 살기를 그 누구도 원치 않을 것이다. 끝으로 우리 누구나 자신의 안녕과 고통이 언젠가 한번은 국가의 보건제도에 전적으로 의존하게 될 지도 모른다는 사실을 생각해야 한다. 이 경우 장기이식만이 유일한 생존 기회로 판정되어, 장기기증을 애타게 기다리게 될 수도 있다.

보건제도상의 결정은 분명하고 안정되고 또한 모든 관련자들을 위해 가능한 한 투명한 규정에 따라 이루어져야 하며, 장기이식의 정당성을 위해 규칙이 올바르게 지켜져야 할 뿐 아니라, 그 이전에 올바른 규칙이 선택되어야 한다. 그러한 규칙은 형식상 모든 관련자들의 선호의 충족을 합리적인 방법으로 극대화하는 공리주의적 기초를 가져야 한다.

42) 이러한 견해는 Kliemt에게서 볼 수 있다. (Kliemt, H., "Gerechtigkeitskriterien in der Transplantationsmedizin - eine ordoliberal Perspektive", S. 269 f., in: Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., Soziale Gerechtigkeit um Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg 1993, S. 262 - 276.) 이러한 조처는 장기분배에 있어 스스로 장기기증자가 되기를 원하지 않는 사람을 제외하고, 장기기증 용의가 있는 사람을 우선적으로 고려하려는 것이다. 이러한 호혜규범의 보편화를 통해 스스로 장기기증자가 되기를 원하지 않는 사람을 제외하고, 장기기증 용의가 있는 사람을 우선적으로 고려하려는 것이다. 이러한 호혜규범의 보편화를 통해 스스로 장기기증자가 되도록 고무하는 효과가 있을 것이다. 왜냐하면 필요한 경우 기여도가 있는 사람에게 우선권을 주기 때문이다. 그러나 이러한 해결책으로 장기결핍을 어느 정도는 해소할 수 있을지는 모르지만, 그것은 순수한 박애정신에서 우리나라의 희생적인 기증과 조건없는 기회균등의 원칙을 파기하는 생각이다.

참고 문헌

- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford 1989.
- Birnbacher, D., "Definitionen, Kriterien, Desiderate", in : *Universitas* 4, 1995, S. 343 - 356.
- ders., "Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?" in : *Information Philosophie*, Dez. 1993, S. 6-18.
- C. D. Broad, "Some of the main problems of ethics", in : *Readings in philosophical analysis*, edited by H. Feigl and W. Sellars, 547-563, New York 1949.
- Bullinger, M., Poppel, E., "Lebensqualität in der Medizin", In : *Deutsches Arzteblatt* 85, 1988, S. 504-505.
- Childress, James F., "Who shall live when not all can live?" in : Gorovitz, S., Macklin, R., Jameton, A. L., Sherwin, S., ed., *Moral Problems in Medicine*, Englewood 1983, S. 640-649.
- Deutsches Stiftung Organtransplantation 1994, "Hirntod, Erklärung deutscher wissenschaftlicher Gesellschaften zum Tod durch volligen endgultigen Hirnausfall".
- Downie, J., "Brain Death and Brain Life", in : *Bioethics* 4, 1990, S. 216-226.
- Erklärung der katholischen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, 1990, "Organtransplantationen".
- Glover, J., *Causiong Death and Saving Lives*, Harmondsworth 1997.
- Harman, G., *Das Wesen der Moral*, Frankfurt a. M. 1981.
- Harris, J., *The Value of Life : An Introduction to Medical Ethics*, London 1985.
- Hoffe, O. *Einführung in die utilitaristische Ethik*, Munchen 1975.
- Hoff, J., in der Schmittem, J., Hrsg., *Wann ist der Mensch tot?* Hamburg 1995.
- Jonas, H., *Technik, Medizin und Ethik*, Frankfurt 1987.
- Kant, I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Felix Meiner Verlag in Hamburg 1965.
- Kliemt, H., "Gerechtigkeitskriterien in der Transplantationsmedizin - eine ordoliberalen Perspektive", in : Nagel, E., Fuchs, Ch., Hrsg., *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Berlin, Heidelberg 1993, D. 262 - 276.
- Kluxen, W., "Fortpflanzungstechnologien und Menschenwürde", in : *Allgemeine Zeitschrift für Philosophie*, Jg. 11, S. 1-15.
- 구인회, *Ethische Probleme im Zusammenhang mit Organtransplantationen*, Diss. phil. Goettingen 1998.
- Kurthen, M., Linke, D. B. und Moskopp, D., "Teilhirtod und Ethik", in : *Ethik in der Medizin* (1989) 1 : S. 134 - 142.
- Lamb, D., *Death, brain death and ethics*, London & Sydney 1985.
- Mill, J. S., *Essays in ethics, religion and society*, Collected Works of John Stuart

- Mill, ed. F. E. L. Priestley, Vol. 10, Toronto 1963.
- Nida-Rumelin, J., *Kritik des Konsequentialismus*, Munchen 1993
- Patzig, G., *Ethik ohne Metaphysik*, Gottingen 1983.
- ders., "Wertrelativismus und arztliche Ethik", in : ders., *Gesammelte Schriften*, Bd. II, S. 9-42.
- Ramsey, P., *The Patient as Person*, New Haven : Yale University Press 1970.
- Renner, E., "Nierentransplantation - Probleme des Fortschritts", in : Toellner, R., Hrsg., *Organtransplantation - Beitrage zu ethischen und juristischen Fragen*, Stuttgart, New York 1991 S. 53 - 63.
- Quante, M., "Wann ist ein Mensch tot?" in : *Zeitschrift fur philosophische Forschung*, Bd. 49, 1995, S. 167 - 193.
- Schone-Seifert, B., "Überlegungen zu Menschenwürde und Fortpflanzungsmedizin", *Zeitschrift fur philosophische Forschung*, Bd. 44, 1990, S. 442-473.
- Schopenhauer, A., *Preisschrift über die Grundlage der Moral*, Arthur Schopenhauer, Züricher Ausgabe Werke in zehn Banden, Bd.VI., Zurich 1977.
- Singer, P., *Practical ethics*, Cambridge 1979, Deutsche Ausgabe, Stuttgart 1984.
- Spittler, J. F., "Der Hirntod ist der Tod des Menschen", in : *Universitas* 4, 1995, S. 313 - 327.
- Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, "Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion (Hirntod) als sicheres Todeszeichen", in : *Deutsches Ärzteblatt* 90, 1993, Heft 44, S. 1975 - 1977.
- Tooney, M., 1983, "Abtreibung und Kindestötung", in : Leist, A., Hrsg., *Um Leben und Tod*, Frankfurt a. M. 1990, S. 157-195.
- Tugendhat, E., *Probleme der Ethik*, Stuttgart 1984.
- Veatch, R. M., *Death, Dying and Biological Revolution : Our last Question for Responsibility*, New York 1989.
- Wagner, W., "Gemeinsamkeiten zwischen Hirntodkonzept und traditionellen Todeszeichenkonzepten", *Ethik in der Medizin* (1995) 7 : S. 193 - 212.
- Walton, D. N., *On defining death*, Montreal 1979.
- Williams, B., *Problems of the Self*, Cambridge 1973.