

절제와 정의

— 자원부족 시대의 의료윤리 —*

Otfried Höffe**

많은 사람들이 현재 의료영역에서 자원의 부족을 새로운 문제로 여기고 있다. 그러나 역사적으로 볼 때 이미 오래 전부터 자원은 부족했었다. 철학자들에게 그와 같은 부족은 정의라는 문제가 발생하는 조건들 중의 하나이다. 그럼에도 불구하고 그러한 부족현상은 (간호사들을 포함하여) 의사들에게는 중요한 문제로 취급되지 않고 있다. 물론 의료진들의 이러한 태도에는 나름대로의 합당한 이유가 있다. 의사들과 간호사들은 보통 환자 개개인의 치료에 자신들의 모든 지식과 힘을 쏟고 있기 때문에, 자원의 부족과 같은 문제에는 신경 쓸 겨를이 없는 것이다. 이에 히포크라테스 선서나 고대 인도나 이스라엘, 페르시아나 일본과 같은 다른 문화권에 보이는 의사들의 서약에도, 그리고 1948년 제네바에서 제정되고 1968년과 1983년에 보완된 의사들의 서약에서도 그러한 문제가 제기되지 않고 있는 것이다.

우선 통계를 한 번 살펴보자. 독일에서 국민총생산에서 의료비가 차지하는 비율은 1960년에서 1975년까지의 15년 동안 약 5%에서 거의 두 배로 급등하고 있다. (또한 이 때문에 의사들은 – 역사가이자 정치가인 테오도르 에센부르크가 뤼벤플의 부유층에 대해서 말한 데서 드러난 것처럼 – 더 이상 빈곤한 계층에 속하지 않는다.) 그때 아래로 의료비를 절감하려는 조치가 취해지지 않았더라면 추정컨대 의료비가 차지하는 비율은 4배에서 6배로까지 증가했을 것이다. 이에 ‘의료비의 폭발적 증대’와 같은 표현은 잘못된 것이다. 그럼에도 불구하고 우리는 1960년에서 1975년 까지의 예와 같은 증대(2배 가량의 증대)도 허용될 수 없다는 것은 명확하다. 왜냐하면 의료영역 뿐 아니라 다른 영역들에도 똑같이 ‘비용이 폭발적으로 증대되는’ 경향이 존재하기 때문이다. 예를 들어서 사람들의 직업과 생활의 변화속도가 빨라짐에 따라서 교육비와 직업교육비의 증대가 요구되고 있다. 정년이 단축되는 반면에

* 이 원고는 철학사상연구소 제62차 콜로키움의 발표문입니다.

** 독일 Thübingen 대학

연금수혜기간은 늘어나기 때문에 노인 복지에도 보다 더 많은 비용이 요구된다. 특히 무엇보다도 독신이 늘어남에 따라서 거주공간에 대한 개인 당 수요도 증가하고 있다. 주택 뿐 아니라 의복과 치장, 휴가와 스포츠 또는 사회적 원조에 대한 요구수준이 높아지고 있기 때문에 자원부족이란 문제는 갈수록 첨예해지고 있다.

이 글에서 나는 자원부족이란 문제에 대처하기 위해서 제도를 합리적으로 만들거나 분배를 조정하는 것에 대한 이론을 전개하고자 하지 않는다. 나는 그보다는 몇 가지의 선행적인 근거나 배후근거에 대해서 생각해 보고자 한다. 이는 자원부족은 단순히 재정적인 조치나 조직의 조정을 통해서 해결될 수 없기 때문이다. 긴축정책이나 삭감조치, 행위연결망의 개선과 법제도와 행정제도의 유연화가 자원부족 문제를 해결할 수 있는 길의 전부는 아닌 것이다.

I. 욕구의 과잉현상

자원부족에는 세 가지 요인이 있으며, 이러한 요인들은 모두 인간조건과 관련이 되어 있다. 그러한 요인들로 인해서 부족현상은 의료영역 뿐 아니라 일반적으로 인류의 유산에 속하게 된다. 첫째로 인간의 행위가 이루어지는 지반을 형성하는 동물과 식물 그리고 광물과 함께 지구는 한정되어 있다. 둘째로 우리는 그러한 자원들을 이용하기 위해서는 ‘땀 흘려서’ 일해야만 한다. 그러나 사람들은 노동을 가능하면 피하려고 한다. 셋째로 인간의 욕망에는 태생적인 한계가 주어져 있지 않으며 인간은 항상 불만족에 차 있다. 사람들은 갈수록 더 많은 것을 욕구하며 그러한 과도한 욕망으로 인해서 모든 인간적인 것이 위협받는다.

이러한 요인들에 문화적이고 시대적인 요인이 부가된다. 근대에는 “도덕이 근대화를 위해서 희생되는” 경향이 있다.(Höffe, 1995) 이와 관련 의료 영역에 대해서는 최소한 세 가지 요인들이 주목된다. 그리스인들, 특히 아리스토텔레스의 견해에 의하면 인간에게 천부적으로 주어져 있는 인식욕은 일종의 쓸모 없는 인식에서 그리고 궁극적으로는 최고의 단계의 인식인 제일철학(근본적인 철학) 또는 형이상학에서 완성된다. 그러나 근대에는 지식의 완성태로서의 형이상학은 폐기된다. 근대초기부터 근대를 고취한 것은 오히려 기독교의 이웃사랑이다. 사변적인 사상가이면서 수학자이자 물리학자이며 형이상학자인 데카르트마저도 유명한 『방법서설』에서 인식을 인간의 복지에 기여하도록 만들려고 한다. 데카르트는 인간의 복지를 노동의 경

감과 아울러 무엇보다도 건강과 수명연장과 관련하여 규정하고 있기 때문에, 약간 극단적으로 말해서 ‘형이상학 대신에 의학이 들어선다’.

이러한 새로운 과학관은 단순히 기존의 욕구만을 충족시키는 것이 아니라 새로운 욕망들을 불러 일으키고 만들어낸다. 많은 사람들은 이러한 사실을 단순화시키면서, 현대인들은 어떻게든 치료를 받으려고 하는 반면에 이전 사람들은 겸손하게 자신의 운명을 감수했다고 믿는다. 그러나 우리의 선조들이 그렇게 순종적이었다고 믿을 수는 없다. 플라톤의 *폴리테이아*(Buch III, 406 a-b)에서 플라톤은 그러한 순종적인 태도에 분명하게 모순되는 사회역사적인 변화에 대해서 말하고 있다. 사람들이 더 오래 살기 위해서 가능한 모든 수단을 강구하는 것을 보면서, 플라톤은 ‘사람들은 그러한 노력을 통해서 오히려 힘든 죽음(ein schweres Sterben)을 자초한다’고 비판하고 있다.

운명에 대한 순종적인 태도가 과거에 지배했던 것이 아니라, 치료능력이 지금보다 훨씬 부족했을 뿐이다. 그 결과 근대인들은 건강을 위해서 갈수록 더 많은 의학적 배려를 받으려는 강력한 의지를 갖는 반면에, 그러한 것은 근대 이전의 인간들에게는 한갓 소망에 불과한 것이었다. 플라톤에 따르면 그 경우 고대 그리스인들은 좋은 일도 지나치면 문제라고 생각했으나, 그러한 문제의식은 근대에 와서는 갈수록 사라지고 있다. 나는 물론 여러 예들을 들지는 않겠으나, 한 가지 예로 의사들이 충분히 가능하다는 이유로 90대의 노인에게 혈관판막을 이식하는 것을 들 수 있을 것이다. 그 경우 의사들은 의료행위에서 절대적으로 필수적인 덕 중의 하나를 갖추어야 한다. 즉 그들은 도덕적-실천적 판단력, 그리스어로는 *프로네시스*(Phronesis)라는 의미의 사려분별을 필요로 한다.

근대에서처럼 (기술적인) 진보가 급격하게 이루어지는 경우에 사람들은 인간이 전능한 존재라는 환상을 품기 쉽다. 사람들은 궁극적으로 자신의 유한성을 극복하고자 한다. 이는 의료영역의 경우에는 모든 질병과 죽음을 극복하려고 하는 태도로서 나타난다. 근대 초기에 이미 데카르트는 그러한 교만에 차 있다. 『방법서설』의 말미에 데카르트는 의학을 통해서 “무한히 많은 질병들과 아울러 … 심지어는 노령으로 인한 육체의 허약도 아마 극복될 수 있을 것”이라고 기대하고 있다. 뒤늦게 우리는 의학의 발전에도 불구하고 아니 자주 바로 그 때문에 더 많은 간호와 더 오랜 간호가 요구되는 경우들이 많다는 경험을 하고 있으며, 이러한 경험을 통해서 우리는 이제 사태를 보다 더 잘 통찰하고 있다. 다른 예를 들어보자면 에이즈의 출현 아래로 일반인들도 전염병은 소멸하지 않으며 오히려 새로운 종류의 전염병들이 늘고 있다

는 것을 알고 있다. 이러한 사실은 전문가들에게는 이미 그 전에 알려져 있던 것이다. 의학에 대한 기대와 의학의 약속 그리고 그러한 것들의 실현 사이에는 현격한 차이가 있으며 그러한 차이는 아무리 노력해도 소멸될 수 없다고 말할 수 있다.

다른 한편으로는 의학이 자신의 성공의 희생물이 될 수 있는 가능성이 갈수록 나타나고 있다. 개개의 의료행위의 비용은 증가하지 않았더라도 의료행위 전체의 비용은 엄청나게 증가했기 때문이다. 아울러 평균수명이 높아졌으며 법적으로 의무화된 의료행위들이 ‘대폭적으로’ 확대되고 있다. 그 결과 보통 애호되는 분석과는 달리 비용의 단순한 폭발적인 증대 대신에 우리는 ‘의료행위의 폭발적 증대에 따른 비용의 폭발적 증대’를 경험하고 있는 것이다.

영국 ‘보건 경제학 사무국’(Office of Health Economics)의 계산에 의하면, 백년 전의 의학 수준에서는 현재의 의료비용의 단지 1퍼센트만이 필요할 것이라고 한다. 그에 따르면 독일에서는 4000억 마르크라는 어마어마한 금액 대신에 겨우 40억 마르크만이 필요할 것이다. 그럼에도 불구하고 정치가들, 언론계 그리고 의사들의 단체도 의료영역에서 필요한 주요한 덕들 중의 두번째 덕, 즉 대중에게 의학적 진보가 초래한 이러한 결과에 대해서 분명히 알리는 저 시민적인 용기(Zivilcourage)를 갖지 못하고 있다. 우리는 양자 택일에 부딪히고 있다. 우리는 의료영역이 사회적 총 생산에서 차지하는 비율을 갈수록 더 많이 허용하거나 – 그러나 이는 노인복지나 교육, 소비의 똑같이 증대하는 요구와 갈등을 일으킨다 –, 아니면 모든 환자에게 최신의 의료행위를 제공할 수 없을 것이다.

II. 자기 자신의 이해(利害)에 대한 고려를 통한 절제(Besonnenheit aus Selbstinteresse)

과욕과 자원부족에 대한 전통적인 대답은 소프로시네라고 불리워지며 이는 독일 어로는 Besonnenheit(절제) 또는 Maß(적도: 適度)라고 불리운다. 내가 제시하는 의학적인 주요한 다섯가지 덕들 중 그것은 세번째이다. 절제는 도덕적인 근본태도이다. 그것은 모든 긴축조치나 조직의 개선조치, 그리고 모든 합리화조치나 분배의 개선보다도 훨씬 근본적인 것이며, 욕망이 지나치게 확대되는 상황에서 자원부족을 진정하게 극복할 수 있는 길이다. 절제하는 인간은 욕구가 극히 적기 때문에 그에게는 그것을 만족시킬 수 있는 자원이 부족하지 않을 것이다. 미국의 철학자이자 시인인

에머슨(Ralph W. Emerson)이 자신의 친구인 도로우(Henry D. Thoreau)에 대한 조사(弔辭)에서 ‘그는 절제를 통해서 부유하고자 한 사람이었다’고 말한 것처럼.

플라톤은 비천한 사람들이나 수공업자들 뿐 아니라 명망있는 사람들조차도 많은 의사들을 요구하고 있는 당시의 현실에 대해서 분노하고 있다. 더 나아가 그는 그것을 도의가 땅에 떨어졌다는 사실에 대한 확실한 징표로 보고 있다. 그는 아울러 그러한 것을 사람들이 더 많은 재판관들을 요구한다는 사실에서도 발견하고 있다. 플라톤에 의하면, 사람들이 재판관을 필요로 하지 않도록 자신의 삶을 형성하지 않고 많은 재판관들이 존재하는 곳에서 – 그리고 독일에서는 인구비례로 따져 볼 때 미국의 네 배의 재판관이 존재한다 –, 다시 말해서 사람들이 삶의 대부분을 소송을 제기하거나 소송을 당하면서 법정에서 보내면서 가능하면 법망을 빠져나가려 하고 불법행위를 교묘하게 저지르려는 곳에서는 인간 개개인의 삶과 공동체는 엉망이 되고 만다.(Politeia III, 405 a-d)

플라톤의 정신에 입각한 – 물론 그의 신분 차별적인 사고는 제외하고 – 의료정책은 보다 포괄적이며 보다 근본적인 예방책인 절도 있는 생활태도를 의료행위의 엄격한 제한과 결합시키는 것이다. 한편으로 사람들은 병들 시간이 없도록 적절한 과제를 갖지 않으면 안 된다(406d). 그 외에 사람들은 식사를 조절하는 절도 있는 생활을 해야 한다. 그렇게 식사를 조절하는 것은 단순히 몸을 건강하게 하는 이상의 의미를 갖는다. 현대인들에게는 ‘도덕적인 자제력’이 더 많이 요구된다. 왜냐하면 과거에는 지금보다 훨씬 더 자원이 부족했기 때문에 엄격한 ‘자연적인’ 한계가 있었으나, 현대사회는 상대적으로 풍요로운 사회이기 때문에 우리는 그러한 풍요로운 사회가 가능케 하는 것들, 예를 들어 끊임없이 먹을 수 있는 가능성을 극복하는 것을 배우지 않으면 안 된다. 다른 한편으로 플라톤은 심도 있는 의료행위와 고급의 의료행위를 보다 신중하게 적용할 것을 요구하고 있다. 이는 그러한 의료행위가 단순히 비용이 많이 들기 때문은 아니다. 플라톤이 보기에 한 인간의 삶이 비참한 것일 경우에는 오래 사는 것이 중요한 것이 아니기 때문이다.(Politeia III 405 a-408e)

도덕철학자들은 보다 악화된 세계에 대해서 단지 한탄만 하는 보수회귀적인 훈계가들은 아니다. 그들은 자원부족현상의 두번째 근거, 즉 흡스의 유명한 『리바이어던』에서 우리가 찾아 볼 수 있는 또 다른 정신적 태도의 변화를 알고 있다. 이러한 요인은 전적으로 근대에 특유한 것이다. 그 전에 사람들은 과도한 충동을 욕정으로서 또는 심지어 악덕이나 구제불능의 죄악으로 낙인을 찍은 반면에, 그것은 지금은 규범적으로 중립적인 이해관심으로 간주되고 있다. 근대 자본주의는 그러한 충동을

경제의 발전을 가능케 하는 것으로 간주한다. (근대 자본주의에서) 시기(猜忌)라는 악덕은 경제적인 유능함으로 변화되며, 소유욕은 찬양할만한 사업감각이 된다.

이로 인해서 근본적으로 절제라는 덕을 실현하기가 어렵게 된다. 그리고 그 점에 자원부족에 대한 또 하나의 요인이 존재하며 그것은 마찬가지로 우리 시대에 특유한 것이다. 이전에는 열정이나 악덕이라고 비난을 받음으로써 규범적으로 제한되었던 욕망은 이제는 모든 구속에서 벗어나게 되었다. 셰익스피어가 『비너스와 아도니스』에서 말한 것처럼 “대양은 유한한 반면에, 욕망은 무한하다.”

그럼에도 여전히 자신의 욕망을 억제하는 사람은 근대의 원리를 이해하지 못했거나 근대의 원리를 관철시킬 힘을 갖지 못한 자로 간주된다. 두번째의 경우에 그는 연약한 자로 간주되며 첫번째의 경우에는 그는 어리석은 자로 간주된다. 이러한 사람들이 되지 않기 위해서 사람들은 자신의 이익을 무절제하게 추구하면서, 결사체를 조직하고 로비를 하는 경향이 있다. 그 결과는 충분히 잘 알려져 있다. 즉 사람들은 자신의 욕구를 무제한적으로 추구할 뿐 아니라 그것의 관철을 위해서 서로를 조직한다.

의료영역에서 (자원부족의) 또 하나의 요인은 자금지원 방식에 있다. 의료비는 집단적으로 강제 징수되기 때문에, 환자 개개인의 구매능력은 전혀 의미를 갖지 못한다. 의사, 병원, 약국, 의료-약품산업과 같은 의료행위의 제공자들이 책정하는 가격을 수혜자들인 환자들은 자신들의 태도, 예를 들어서 의료행위를 받는 것을 포기하는 것을 통해서 조정할 수 없다. 의료행위의 제공자들은 주택건설에서 건축가와 같다. 손님들의 보다 높은 지출은 그들의 보다 높은 수입으로 연결된다. 그리고 환자들은 뷔페에서 사람들이 보이는 태도를 갖는다. 그들은 필수적인 것 이상의 범위를 넘어서 의료상품들을 요구한다. 의료상품의 공급과 관련해서는 교정책인 가격의 탄력성이 결여되어 있다. 의료영역 이외의 다른 영역에서는 구속되지 않는 욕망의 시대에서조차 자기억제가 존재하지만 의료에 대한 수요에는 자기억제가 결여되어 있다.

위에서 언급한 가치관의 변화와 일찍이 육정과 악덕으로 간주되었으나 지금은 규범적으로는 무해하며 정치적으로는 강력한 이해관심으로서 나타나는 태도가 존속하는 한, 절제는 오직 체제에 순응하는 방식으로만 가능하다. 이에 습관적이면서도 제국주의적인 이해추구와 갈수록 증대되는 욕구를 저지할 수 있는 대항적인 이해관심이 필요하다. 개개인의 삶에서는 각자가 과욕의 결과를 스스로 책임져야 하는 한, 절제의 덕은 직접적으로 실현될 수 있다. 예를 들어서 과도하게 술을 마신 후에 사

람들이 겪게 되는 숙취와 몽롱함이나 무분별한 지출 후에 안게 되는 많은 부채로 인해서, 사람들은 개개인의 삶에서는 자신을 절제할 수밖에 없는 것이다. 이에 반해서 사회의 차원에서는 절제는 자기이해의 추구로부터 비롯되는 과도한 욕구를 저지하는 자극(Anreiz)으로서만 실현될 수 있다. 간단히 말해서 그것은 자리(自利, Selbstinteresse)의 추구에 대한 대립적인 이해(Kontra-Interesse)로서만 힘을 가질 수 있다. 근대의 두 가지 조건, 즉 의료지원이 폭발적으로 증대되고 사람들의 욕구가 무한정하게 증대되는 상황에서 절제가 실현되기 위해서는 과욕현상이 나타나는 도처에서 그에 대한 대항력을 불러일으킬 수밖에 없는 것이다.

어떠한 자극이 의료영역에서 일어나는 욕구의 과잉을 억제할 수 있는지 그러한 자극들 중의 어떠한 것이 강력하며 충분히 효과를 내는지는 경험을 통해서만 드러날 수 있다. 그러한 문제에 대해서 철학적인 고찰은 무력하다. 물론 철학자도 다음과 같은 것을 알 필요가 있다.

예컨대 환자의 욕구과잉에 대해서는 다음과 같은 조치들이 효과적일 것이다. 이러한 조치들은 환자 자신의 참여를 유발시키고자 하는 것인데, 예를 들어서 의료행위를 요구하지 않았을 경우에 의료보험료를 되돌려 준다든지 사소한 질병들에 대해서는 보험혜택을 주지 않는 조치들을 들 수 있다. 연구에 따르면 수술은 심지어 약 30%가 줄어들어야만 한다고 한다는 사실과 같은 것들에 대한 의학적인 계도활동도 의료행위에 대한 환자들의 욕구를 억제하는 효과를 낼 수 있다. 다른 한편으로 환자들은 의사의 뜻에 반해서 그리고 압도적인 의학적 증거에도 불구하고 어떤 종류의 치료를 고집하면서 계속해서 다른 의사들을 찾아서 전전할 수 있다. 그리고 종양치료에서 사용되는 소위 비정통적이거나 대체의학적 처방만에도 독일의 의료보험기관은 매년 15억 마르크를 지불하고 있다.(Hossenfeld 1977, 213)

물론 환자의 무분별한 욕구에 의료행위를 제공하는 사람들의 욕구가 응할 경우에 비로소 비용이 증대될 것이다. 의사들은 자신의 환자를 잊지 않기 위해서 환자들의 요구에 굴복하는 경우가 있다. 이와 관련하여 다음과 같은 물음이 가능할 것이다. 수술을 할 경우, 모든 병발증(併發症, Komplikation)은 보다 많은 수입을 가져다주므로 심지어 의사의 실수를 통해서 필요하게 된 또 한번의 수술을 통해서 의사가 더 많은 돈을 벌게 된다는 것이 과연 합당한가? 이러한 상황에 대한 대안으로서 각 수술의 종류에 대해서 지불총액을 정해 놓는 것을 생각할 수 있으나 이는 의사들이 위험하고 복잡한 수술은 피하려는 결과를 낳을 수 있다.

구조적인 결함을 통해서도 비용이 증대된다. 예를 들어서 응급진료와 정상진료가

긴밀하게 연결되어 있지 않기 때문에, 많은 경우 이중 삼중의 진찰을 하게 되며 아울러 임상의(臨床醫)는 치료할 수 있는 기회를 잃어버릴 수 있다. 또한 가정의가 전문의에게로 그리고 개인병원이 종합병원에 불필요하게 환자를 위탁하는 경우도 있다. 네덜란드와 독일을 비교하자면, 1992년에 네덜란드에서는 1000명의 주민을 기준으로 할 경우 100개의 위탁사례가 있었던 반면에, 독일에서는 200개의 위탁사례가 있었다.(Schneider 1995, 56참조)

더 나아가 연구에서도 절제가 필요하다. 왜냐하면 의료영역에서 연구에 드는 비용도 만만치 않기 때문이다. 더구나 경제학자들이 한계효용이라고 부르는 것이 연구분야에서 명확히 감소했다. 다시 말해서 연구를 통해서 유발되는 이익의 증대치가 감소했다. 우리의 논의를 단순하게 하기 위해서 의학자들이 즐겨 원용하는 기준인 평균수명을 예로 볼 살펴볼 경우, 선진국에서는 평균수명의 증대치는 갈수록 적어지고 있다. 아울러 평균수명에서 과거에 이루어진 개선도 단지 부분적으로만 의학에 의한 것일 뿐, 오히려 몇가지의(더군다나 비용도 거의 들지 않는) 사회의학적인 조치들을 통해서 더 많이 가능해졌다. 버나드 쇼(1921, 209)의 약간은 과장된 말에 따르면 “의학이 아니라 보다 더 많은 휴식, 더 나은 의복, 더 좋은 음식물, 그리고 배수와 환기가 더 잘 되는 집”을 통해서 평균수명이 연장되었다는 것이다.

물론 이러한 주장에는 지나친 면이 있다. 의학을 통해서 실로 많은 획기적인 개선이 이루어지고 있다. 예를 들어서 조직이식능력이 증대된 것 외에 심장박동장애를 치유하는 새로운 이식물인 소위 혈액응고 제거기(Defibrillator)가 개발되었다. 어린이 암환자들의 80%와 젊은이들에게 일어나는 고환암(睾丸癌)의 90%가 치유된다. 그럼에도 우리는 진단능력이 치료능력보다 훨씬 많이 증대되었다는 사실을 숨겨서는 안 된다. 많은 병으로 사람들이 예전과 마찬가지로 갑자기 죽게 되는 이유를 지금은 더 정확히 알게 되었지만 치료는 못하고 있는 실정이다. 사회 의학자(Sozialmediziner)들의 견해에 따르면 실로 개별적인 암종(癌腫)은 줄어드나 그것의 전체는 줄어들지 않는다는 우울한 사태에 우리는 직면하고 있는 것이다. 고급의 의술에서는 노력(투입)에 성공(산출)이 비례하지 않고 있다. 인력이나 기계를 극히 많이 들였지만 보잘 것 없는 효과만을 거둔 경우도 드물지 않다.

무엇보다도 의료보험회사와 병원운영자들이 절제할 필요가 있다. 어느 동료 의학 교수의 말에 의하면 값비싼 화학약품치료와 그에 이어지는 수혈에 대해서 노르트라인-베스트팔렌 주에서는 130개의 병원이 보험회사에 지불을 요구하고 있다. 그러한 치료의 효과는 아직 알려지지 않았지만 이들은 환자 당 18만 마르크를 받는다. 이에

나는 그 의학교수와 마찬가지로 의료보험회사가 보다 엄격하게 검토하고 전폭적으로 지원하기보다는 제어하기를 바란다. 더 오랜 문제, 보험회사와 병원운영자는 우리에게 민주주의의 본래적인 주권자인 시민의 용어를 빌리면 ‘너무 많은 병원침대들을 이용할 수 있도록’(Bettenüberkapazität) 했다. 그것이 일단 존속하는 한 사람들은 종합병원을 닫거나, 그 밖에 ‘간단한 외과수술’을 개인병원에 허용하는 것을 꺼리게 될 것이다.

III. 의학적 소크라테스주의냐 아니면 의학적 데카르트주의냐?

나는 자세한 이야기는 이상으로 그치겠다. 세부적인 문제에 대해서는 그 분야의 전문가의 소관사항이며 공적인 토론에 의해서 해결해야 할 것이다. 철학은 다만 다음과 같은 원칙을 강조하고자 할뿐이다. 제어되지 않는 과욕을 사회적 원동력으로 삼는 시대에 과욕은 다른 차원에서라도 제어되어야 한다. 이는 단순히 재정 정책적인 차원을 의미하는 것은 아니다. 모든 사회구성원들, 환자들과 의사들, 연구진과 정치가들, 궁극적으로 우리의 문명 전체가 배워야만 하는 훨씬 근본적이고 실존적인 차원인 절제가 재정 정책적인 차원보다 중요하다. 아무리 훌륭한 의료체제도 데카르트와 그 이후의 많은 의학적인 데카르트주의자들이 기대했던 것, 즉 무한히 많은 병들을 제거할 수는 없다.

소크라테스 아래 철학은 ‘죽는 것을 배우는 것’을 자신의 가장 고귀한 과제 중의 하나로 간주한다. 죽는 것을 배운다는 것은 유한성을 인정하는 것이며, 사람이 병들고 사고를 당할 수 있으며 전혀 예기치 않게 죽을 수 있다는 것을 단순히 아는 것이 아니라 그것에 대해서 마음의 준비를 하는 것을 의미한다. 오해를 피하기 위해서 덧붙이자면 나는 ‘의학적 데카르트주의’를 전적으로 부정하고 ‘의학적 소크라테스주의’, 즉 죽는 것을 배우는 것을 주장하는 것이 아니다. 나는 다만 의학적 데카르트주의에 대한 하나의 대조적인 태도로서 그것을 주장하는 것이다. 의사는 환자 자신이 병과 싸울 권리를 인정해야만 한다. 더 나아가 우리는 사람들에게 가능한 한 오래 연명하도록 하는 것 대신에 죽는 것도 허용해야만 한다.

IV. 정의란 무엇인가?

절제가 자발적으로 그리고 모든 측면에서 행해지지 않는 한 자원은 필연적으로 부족할 수 밖에 없다. 이러한 사태로부터 다음과 같은 물음이 제기된다. 사회가 자원부족에 대해서 어떻게 대처하는 것이 규범적으로 옳은가? 이러한 문제제기에는 일반적으로 세 가지 입장, 즉 공리주의, 정의의 입장, 그리고 동정과 관대함과 선행을 통하여 정의를 넘어서는 입장이 존재한다.(개념과 입장에 대해서는 회폐, 1977년)

공리주의에 따르면 사회는 현존하는 수단들을 최대의 공리를 위해서 사용하는 집단이다. 동일한 조건 하에서라면 어린이의 생명은 나이 든 사람의 생명보다 더 중요하다. 왜냐하면 어린이는 보다 오래 살기 때문이다. 이와 유사하게 네 명의 어린이를 키우는 어머니가 독신의 남자보다 더 중요하다. 많은 경제이론들이 자신의 철학적 기초로 전제하는 이러한 입장은 그 동안 분명히 보다 세련된 논리를 갖게 되었다. 그럼에도 그것은 여전히 우리들의 도덕적인 직관과 모순된다. 우리가 모든 사람들에게 불가양(不可讓)의 권리를 인정하는 반면에, 공리주의는 한 사람의 행복을 다른 사람의 행복과 비교할 수 있다고 생각한다.

정의의 입장은 그러한 가능성은 인정하지 않는다. 정의의 입장이 철학사 뿐 아니라 동시대의 논쟁에서도 정의의 입장, 즉 이 글의 표제의 두번째 단어가 지배하고 있는 것은 합당한 이유가 있다. 더 나아가 정의로운 세계는 인류의 역사가 시작된 때부터 인류가 지향하는 것이다. 정의가 무엇인지에 대해서는 물론 많은 논란이 존재한다. 이러한 상황에서 철학자는 특별한 지식을 갖지는 않고 있으나 정의가 무엇을 의미하는지에 대해서는 설명할 수 있다.

첫번째 설명은 정의라는 용어의 의미에 대한 설명인데, 이는 정의가 갖는 원칙적인 한계를 드러낸다. 사회적인 도덕의 틀에서 정의는 사회가 유지되기 위해서 실현되어야만 하는 최소한의 것이다. 법적인 의무 이상의 칭송할만한 행위가 행해지지 않을 경우, 즉 동정이나 관대 또는 선행이 거의 행해지지 않을 경우 사람들은 ‘실망 하지만’, 정의가 존재하지 않을 경우 사람들은 ‘분노한다’. 이러한 차이 때문에 사람들은 개인적으로는 전적으로 관대하거나 선행을 해야 하지만, 강제적인 법규에 입각하는 사회는 오직 정의에만 책임을 진다. 법과 국가는 정의를 모든 사람들에게 요구해도 된다. 그러나 동정과 선행이라는 법적 의무 이상의 행위들은 자발적으로 행해져야만 한다.

정의라는 개념에 대한 이상의 설명에 입각해 볼 때, 우리는 자주 정의라는 말이 –

자주 의식적으로 – 남용되고 있다는 것을 발견하게 된다. 사람들은 실제로는 법적인 의무 이상의 칭송할 만한 행위에 속하는 것을 사회적 정의를 위한 의무로 간주한다. 그리고 경우에 따라서 사람들은 사회적 정의에 대해서 말하면서 사실은 ‘사회적인 시기(猜忌)’을 의미한다. 이를 통해서 자원부족과 관련하여 근대에 특유한 제 3의 요소가 나타난다. 기독교적인 이웃사랑이란 개념이 세속화되는 것을 통해서 근대는 이미 법적 의무 이상의 칭송할 만한 행위에 속하는 것, 즉 소위 덕행의 의무 (Tugendpflicht)에 속하는 것을 사람들이 행해야 할 기본적인 행위, 즉 법적 의무로 간주한다.

두번째의 개념사적인 설명은 다음과 같은 놀라운 사실과 관련이 있다. 철학은 고대부터 정의라는 개념을 알고는 있었던 반면에, 소위 민주정치의 원칙에 해당하는 ‘사회적 정의’라는 개념은 20세기에 이르기까지 알려져 있지 않았다. 추정컨대 그 개념은 기독교적 사회윤리에서 비롯된다. 그러나 기독교적 사회윤리에는 자선(慈善)이라는 자발적인 덕행을 모든 사람들이 행해야 할 기본적인 의무로 간주하는 위험이 존재한다. 물론 이러한 윤리는 개인의 책임을 강조하는 인격성의 원리도 인정하고 있다.

선행은 보다 자세하게 살펴보면 분명히 정의의 실현을 위해서 필수적인 것이다. 어떤 사람을 어려운 상황으로부터 구해낼 경우 그리고 구하는 사람 자신도 그 상황에 책임이 있을 경우, 그것은 동정이 아니라 정의에 속한다. 어린이들이 자신이 동의하지 않았는데도 성인들의 도움을 필요로 하면서 이 세상에 탄생되는 것이 그러한 경우에 속한다. 따라서 그들의 행복에 대한 책임은 – 물론 평생은 아니더라도 – 부모들에게 존재한다. 그런데 사람들의 행복은 다차원적이기 때문에 갈등이 일어날 수가 있다. 즉, 어린이의 행복 내에서 그리고 어린이와 부모의 행복 간에 갈등이 빚어질 수가 있는 것이다.

예컨대 하나의 갈등이 사회적 총생산에서 우리가 교육영역에 비해서 의료영역에 얼마나 많은 비율을 할당할 것인가라는 물음의 이면에 숨겨져 있다. 왜냐하면 교육 영역은 주로 청소년을 위한 것이지만 의료영역은 갈수록 나이든 사람들에게 유리하게 되고 있기 때문이다. 1970년에 독일에서는 교육기관(초·중·고등학교, 대학, 유치원 교육 그리고 그 외의 교육기관)에 대한 국가지출과 의료기관들에 대한 지출은 거의 동일하다. 즉 교육기관에는 278억 2천만 마르크가 지출되었던 반면에, 의료기관에는 약간 더 적은 276억 3천만 마르크가 지출되었다. 20년 후에는 교육기관에는 985억 2천만 마르크가 지출된 반면에 의료기관에는 1441억 3천만 마르크가 지출되

었다. 의료기관에 대한 지출이 거의 50 %가 더 증가한 셈이다. 오늘날에는 의료문제 외에도 연금 문제가 정치적으로 우선적인 문제가 되었기 때문에 우리는 자라나는 세대보다도 나이 든 세대를 더 우대하는 셈이다. 즉 우리 사회에는 우리가 경계하고자 했던 ‘세대간 부정의’(intergenerationale Ungerechtigkeit)가 존재하는 것이다.

정의라는 말의 의미에 대한 제 3의 설명은 기준의 문제와 관련이 있다. 정의는 근본적으로 평등을 의미하며 그것의 최소한의 요구는 공정과 불편부당(不偏不黨)함에 있다. 그런데 사람들은 보통 정의하면 분배문제와 연관하여 생각한다. 사람들은 귀속, 할당의 문제를 생각하며 ‘사회적’ 정의를 동등한 분배나 필요에 따른 분배라고 생각한다. 그러나 분배되어야 할 자원은 노동을 통하여 획득되어야 하며 노동분업의 경우에는 서로 교환되어야만 한다. 이에 오직 자원의 일부만이 ‘분배의 정의’의 대상이 된다.

정치는 공공의 복지에 책임이 있다. 경제학적인 용어로 말하면 정치는 사적인 재화에 대해서가 아니라 공적인 재화에 책임이 있다. 이와 관련하여 무엇이 공적인 재화에 속하는지에 대한 물음이 제기된다. 각 개인 자신이 책임을 지는 재화, 즉 우리 사회의 경우에는 예컨대 식료품과 의복은 사적인 재화이며 그 때문에 그것들은 시장에서 매매된다. 오직 공동체만이 책임질 수 있는 재화, 예를 들어서 치안과 국방 또는 화폐가치와 같은 것들은 공적인 재화이며 더 나아가 근본적인 공적 재화이다. 행동의 자유와 같이 기본적인 동시에 공적인 재화의 경우에 모든 종류의 차별은 엄격하게 금해져 있다. 법적으로 말하면 자유권과 관련하여 모든 사람은 평등하다. 다른 분야에서는, 예를 들어서 재능, 관심, 노력 또는 소득의 경우에는 차별이 허용된다. 물론 무엇이 공적이고 사적인지와 관련하여 논란이 많은 분야가 존재한다. 미국에서 교육은 공적인 재화라기보다는 오히려 사적인 재화로서 간주되는 반면에, 유럽 대륙에서는 보통 공적인 재화로서 간주된다.

그런데 건강은 그 자체로서는 단순히 사적이지도 않고 공적이지도 않은 특수한 재화로서 나타난다. 이러한 주장은 보건행정과 관련한 두 개의 서로 모순되는 입장들에 대립되는 주장이다. 그러한 입장들 중 하나는 국가지원에 대한 각 개인의 요구를 거부하는 ‘철저한’ 자유주의의 입장이며 다른 하나는 전적으로 공적이고 엄격하게 평등한 국가지원을 강조하는 ‘철저한’ 사회국가주의(Sozialstaatlichkeit)의 입장이다. 그러나 건강에는 각 개인의 육체적인 조건 이외에 사회환경과 각 개인의 생활습관도 책임이 있다. 교육과 건강의 구조적 차이가 이러한 요인에 부가된다. 교육에

대한 국가지원은 수요자에게 업적을 요구하는 반면에, 단순화시켜 말하자면 재능과 노력의 결합을 요구하는 반면에, 건강에 대한 국가지원은 수요자에 그에 상응하는 업적을 요구하지 않는다. 그 결과로서 과수요가 생길 것은 명약관화하다.

V. 새로운 의료보험제도?

민주주의 하에서 시민은 자신의 삶을 스스로 형성할 수 있는 권리를 갖지만 아울러 의무도 갖는다. 그러나 그러한 의무의 실현을 위한 전제인 자신에 대한 책임감을 어린이나 청소년들은 충분히 갖지 못한다. 이에 그들은 보통 가족이 책임질 수밖에 없는데 가족이 모든 것을 맡을 수는 없기 때문에, 교육기관에서 그들의 교육을 의무적으로 떠맡는다. 성인들에 대한 국가의 의료지원을 정당화하기 위해서는 이러한 식의 논법은 분명히 타당하지 않다. 성인들에 대한 특정한 국가지원, 즉 의료보험혜택을 국가의 의무로 할 경우에는 다른 근거가 필요하다. 예를 들어서 우리는 정의에 대한 논쟁에서 적어도 하나의 입장으로서 논쟁의 여지가 없는 보상적 정의(die ausgleichende Gerechtigkeit) 또는 교정적 정의(die korrektive Gerechtigkeit)에 의거할 수 있다. 의료보험제도와 관련한 보상은 무엇보다도 가족, 길드 그리고 콤플라인과 같은 연대공동체가 해체된 것에 대한 보상으로 볼 수 있다. 공동체가 개인을 더 이상 직접 보호해 주지 못하기에 그것에 대한 교정책으로서 서로에 대한 보상의 의무(Kompensationspflicht)라는 것이 필요하게 된다. 그러나 이러한 근거로부터는 보험에 가입할 의무는 도출되나 국가가 성인들의 건강을 지원할 의무는 도출되지 않는다. 그리고 후자를 실시할 경우, 기본적인 지원만이 정당화될 뿐 최대한의 지원은 정당화되지 않는다.

그 대신에 다음과 같은 일반적인 위협이 대두된다. 사회적 국가(der Sozialstaat)는 사회적인 약자를 도울 목적으로 시작되었으나 수십 년이 흐르는 과정에서 인구 전체를 포괄적으로 배려하게 되었다. 더구나 이러한 인구 전체는 빈곤한 것이 아니라 물가상승을 고려한 일인당 소득을 볼 경우 현저하게 부유하게 되었다.

나는 의료보험제도에 대한 개혁으로서 다음과 같은 제안을 하고자 한다. 건강은 단지 사적인 재화만이 아니기 때문에 국가에 의한 기본적인 지원에 대해서는 자유의 권리와 유사한 엄격한 평등이 바람직하다. 그러나 건강은 자유의 권리와 달리 공적인 재화만이 아니기 때문에 기본적인 지원 이상의 것에 대해서는 자유의 원리에

따라서 자신에게 건강이 어떠한 가치가 있는지를 스스로 결단을 내릴 수 있어야만 할 것이다. 건강이라는 재화가 갖는 부분적으로 사적이면서도 부분적으로 공적인 재화라는 성격으로 인해서 부분적으로 새로운, 즉 다단계적인 제도가 필요하다.

첫 번째 단계, 즉 공적인 재화로서의 건강의 단계에서는 국가는 일종의 협동적인 공동체(Kooperationsgemeinschaft)로서 나타난다. 전염병의 예방과 전염병 퇴치, 의무적인 예방주사, 학교에서의 양호행정 그리고 어머니들에 대한 상담과 같은 과정들에 국가에는 직접 책임이 있기 때문에 국가는 모든 사람들을 전적으로 평등하게 대우해야만 한다. 예를 들어서 주사원료가 부족하여 모든 사람들에게 주사를 놓을 수 없을 경우에, 국가는 사회적 지위나 소득수준에 따라서 차별을 해서는 안된다.

두 번째 단계, 즉 개인적인 의료보험의 '기초단계'에 대해서는 일반적이고, 경우에 따라서는 법적인 의료보험기관이 책임을 진다. 이 경우 의료보험기관은 '기본적인' 건강지원(Grundversorgung)에 책임을 지기 때문에, 보험료에는 차등이 있을 수 있으나 건강지원에서는 가입자들을 엄격하게 평등하게 대해야만 한다. 보험료를 적게 냈다고 차별을 받아서는 안된다. 이 경우 사회는 협동적인 공동체로서가 아니라 연대적인 공동체(Solidargemeinschaft)로서 간주된다. 이는 무엇보다도 가난하고 약한 사람들에게 유리한 상호배려의 사회체제이다. 연대적인 공동체에서는 사람들은 싫어도 이타주의적이 될 수밖에 없다. 그것은 사람들의 자유를 제한하기 때문에 정당화를 필요로 한다. (연대적인 공동체가 사람들에게 가하는 상호부조의) 강제는 동정이나 이웃사랑 또는 호의를 통해서 정당화될 수 없다. 왜냐하면 그러한 덕목들은 도덕적인 의무이며 (법적인 의무 이상의) 자발적인 덕행에 속하기 때문이다. 그러한 강제는 정의, 예를 들어서 위에서 언급한 교정적 정의를 통해서 근거지울 수 있다. 이러한 정당화는 이제까지의 연대공동체의 해체에 대한 역사적인 논증과 결부되어 있다.

물론 새로운 '근대적인' 연대공동체에는 모순이 내재하고 있다. 가족이나 길드와 같이 구체적이고 서로를 잘 아는 전통적인 공동체에서는 가난한 사람들과 약자들에 대한 배려를 사람들이 남용하는 것을 견제할 수 있었다. 즉 그러한 전통적인 공동체에서는 사람들은 서로를 고려하면서 서로를 통제할 수 있었기 때문에 과욕에서 비롯되는 연대적인 지원의 남용이나 그것에 대한 과도한 요구를 막을 수 있다. 이에 대해서 근대적인 추상적이고 비인격적인 연대공동체에서는 과욕에 대한 대항력들이 상실되고 만다. 사람들은 요구를 극대화하고자 한다. 환자들, 의사들, 병원들, 의료관계의 산업체들 모두가 - 보통 법적으로 허용된 틀 안에서 - 최대의 이익을 추구한

다. 그 결과가 어떻게 될 것인지는 불 보듯 명확하다. 과욕이 어떠한 제어도 받지 않는 곳에서는 사회의 모든 구성원들은 집중적인 행동을 취하지 않고서도 공동으로(공적인) 금고를 약탈한다.

물론 무엇을 기본적인 지원으로 볼 것인지는 어려운 문제이다. 나는 이와 관련하여 부캐넌(Allen Buchanan, 1988, 154)의 다음과 같은 제안을 인용하고자 한다. 그는 분명히 ‘인색한’ 입장은 아니다. 많은 사회들이 그가 제시하는 이러한 단계에 도달이라도 했으면 다행할 것이다. “최소한의 건강지원에는 당연히 출산에 대한 전문적인 도움, 즉 적어도 임신기간 중 의사나 산파에 의한 검진, (더 나아가) 사고를 당한 사람들에 대한 근대적이고 신속한 구급조치, (더 나아가) 규칙적인 건강검진과 최소한 3년마다의 의사들의 방문 그리고 육체적인 활동을 불가능하게 만들거나 심각하게 저해하는 상태를 적은 위험부담과 함께 제거하기 위한 상대적으로 값싼 외과수술. 이러한 외과수술은 최소한 육체적인 기능을 유지하거나 회복할 수 있는 높은 개연성이 있을 경우에는 행해야 한다.” 기본적인 건강지원에 대한 이러한 제안은 간략한 역사적인 고찰과 결부되어 있다. 100년 전에는 인구의 약 15%가 기본적인 위험에 대해서 보호를 받은 반면에, 오늘날에는 90%가 안경부터 시작해서 의치(義齒)와 장기이식에 이르는 전면적 보험혜택을 향유하고 있다.

개인적인 의료보험의 두 번째 단계이면서 전체적으로 보면 세 번째 단계인 상급단계는 부가적인 지출, 즉 기본적인 지원 이상의 것을 떠맡는다. 조합의료보험기관이나 사적인 의료보험기관이 이러한 단계를 떠맡는데, 이들은 비만, 운동부족, 알코올이나 담배의 남용과 같이 위험부담이 큰 요인들에 대해서 보험료를 올릴 수 있는 권리를 갖는다. (미국에서 흡연자는 위험집단으로 간주된다.) 물론 건강한 사람은 보다 오래 살 것이기 때문에 보다 큰 비용을 야기할 수도 있다.(Paffenberger 1993 참조)

사적인 생명보험기관이 나이 들어서 가입하는 사람들에게는 보다 많은 보험료를 부과하듯이 개인적인 의료보험에서도 부가적인 바램들에 대해서는 보다 높은 보험료를 요구할 수 있을 것이다. 전체적으로 보아서 네 번째 단계인 이 단계에는 아직 검증되지 않은 의료의 일부나 일인용 병설이 속할 수 있을 것이다. 그리고 내가 스위스에서 체류할 때 경험한 것처럼 가족이 어린애들의 치아교정을 위해서 특별히 저축을 하는 경우가 아니라면, 그것에는 치아교정도 속할 수 있을 것이다.

단계들을 보다 정확하게 나누는 것은 우리들이 첫 번째로 언급한 주요한 덕인 더 많은 판단력 또는 사려분별이 요구될 것이다. 그러한 판단력은 현재에는 물론 개개

의 의사보다는 결정권을 갖는 위원회에게 요구된다. 이러한 위원회에서는 국제적인 비교도 해봐야 할 것이다. 이러한 비교를 할 경우 독일이 국민건강에 대한 지원을 매우 후하게 하고 있다는 것이 드러난다.

위에서 우리가 시도한 단계설정이 갖는 적지 않은 이점(利點)은 그것의 투명성에 존재한다. 그것을 통해서 국민건강에 대한 지원에는 양적인 차이가 존재해야만 한다는 것, 즉 국민 개개인이 스스로 얼마만큼의 지원을 받을지를 결정할 수 있어야만 한다는 것이 명확해진다. 최종적으로 보다 높은 단계에 가입하는 것은 미래에 대한 투자이며 모든 투자와 마찬가지로 현재의 소비를 포기할 것을 요구한다는 사실이 명확해진다.

세부적인 것들에 대해서 우리는 물론 더 생각해만 한다. 의사에 대한 관계에서 환자의 자율적인 결정을 보다 더 많이 인정해야만 한다면, 우리는 의료보험에 가입하는 것 여부에 대한 결정권도 개인 자신에게 인정하는 식으로 자율이 보다 더 확대되어야 하는 것은 아닌지라는 물음도 제기할 수 있을 것이다.

이제 결론을 짓자. 내가 말한 모든 것에 동의하지 못하는 사람들도 의사를 비롯하여 의료영역에서 일하는 모든 사람들의 윤리는 - 우리는 그것을 의료윤리(das medizinische Ethos)라고 부르는데 - 앞으로는 자원부족이라는 문제도 고려해야 하며 의학적 풍요라는 환상은 제거되어야 한다는 사실을 인정할 것이다. 의학적으로 중요한 네 가지 덕들 중에서 내가 이 논문의 제목으로 삼은 두 개념이 특별히 중요하기 때문에 그리고 정의에 대해서는 주로 정치가 책임을 지기 때문에 의료윤리는 다른 관점, 즉 절제라는 덕에 의한 보완을 필요로 한다. 이러한 결론은 유감스러울지도 모른다. 그럼에도 일반적으로 자원이 부족한 현실에서 특히 의료영역에서 자원이 부족한 현실에서 그러한 결론은 불가피하다. 모든 것이 너무 싸서 모든 환자가 언제라도 모든 의료적인 조치를 향유할 수 있다는 풍요의 환상, 약간 극단적으로 말해서 ‘너희들이 누릴 수 있는 무엇이든 다 누려도 그 모든 것이 지불될 것이다’는 환상은 앞으로는 더 이상 타당하지 않다.

번역: 박찬국(서울대 철학과)