

발간등록번호

11-1620000-000140-01

2008년도 인권상황 실태조사
연구용역 보고서

의료기관 이용자 권리 보호 실태 및 개선방안 연구

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

의료기관 이용자 권리 보호 실태 및 개선방안 연구

2008년도 국가인권위원회 인권상황 실태조사
연구용역보고서를 제출합니다.

2008. 12.

수행기관	울산대학교 산학협력단
연구책임자	조 홍 준 (울산대학교 의과대학)
연구원	주 영 수 (한림대학교 의과대학)
	박 준 규 (한국외국어대학교)
	이 상 윤 (연구공동체 건강과대안)

제 목 차 례

1. 서 론	1
가. 연구의 배경과 필요성	1
나. 연구의 목적과 범위	8
다. 연구방법	9
2. 건강할 권리에 대한 이론적 고찰	11
가. 건강과 인권의 관계	11
나. 사회적 권리로서 건강할 권리	22
다. 건강할 권리와 보건의료 서비스에 대한 권리	29
3. 주요국의 의료 이용자 권리 보장 체계	31
가. 의료기관 이용자 권리에 대한 국제 기준	31
나. 국가 단위의 환자 권리 법	38
다. 국가별 환자 권리 장전	39
라. 개별 국가의 환자 권리 보장 체계	40
4. 의료기관 이용자 권리 보장 실태	45
가. 의료기관 서비스의 가용성	45
나. 의료기관 서비스의 접근성	55
다. 의료기관 서비스의 수용성과 질	62

5. 의료기관 이용자 권리 침해 실태	65
가. 의료기관 이용자 권리 침해 사례 조사 결과	65
나. 일부 의료기관 이용자 권리에 대한 인식, 경험, 의견 조사	83
6. 현행 의료기관 이용자 권리 보장 체계	113
가. 법 체계	113
나. 관련 제도	116
다. 법제도의 집행 및 운영	122
라. 실행 프로그램	123
마. 기존 체계에 대한 평가	128
7. 의료 이용자 권리 보장 체계 개선방안	138
가. 권리 보장을 위한 사회적 기반 조성	138
나. 의료기관 이용자의 역량 강화와 참여	139
다. 의료인 및 의료기관의 책임 강화	140
라. 체계의 보완 및 구축	141
마. 기타 관련 법제도 확충	143
바. 의료기관 가용성 및 접근성 강화	144
참고문헌	148
부록	150
- 유럽연합의 환자의 권리 증진 선언	
- 유럽 환자단체연합의 환자 권리 장전	
- 설문지	

표 차 례

표 1	민간의료기관과 공공의료기관의 기관수 및 병상수 비중	53
표 2	암종별 서울지역으로의 입원의료 친화도	57
표 3	의료인력 고용 현황	63
표 4	인터뷰에 응한 이들의 일반적 특성	66
표 5	환자 설문 응답자의 성별 분포	84
표 6	환자 설문 응답자의 연령 분포	84
표 7	환자 설문 응답자의 지난 1년간 본인, 가족 입원 경험 여부	85
표 8	법적으로 보장된 의료기관 이용자 권리에 대한 인식도(환자)	86
표 9	성별에 따른 의료기관 이용자 권리 인식도의 차이(환자)	88
표 10	연령에 따른 의료기관 이용자 권리 인식도의 차이(환자)	88
표 11	입원 경험에 따른 의료 이용자 권리 인식도의 차이(환자)	88
표 12	의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부	89
표 13	의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부(성별 분포)	90
표 14	의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부(연령별 분포)	90
표 15	입원 경험 유무에 따른 권리 침해 경험 여부	91
표 16	의료기관 이용자 권리 영역별 침해 경험 여부(복수 응답)	92
표 17	진료받을권리에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이	93
표 18	비밀보장권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이	94
표 19	사생활보장권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이	94
표 20	정보열람권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이	95
표 21	설명받을권리에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이	96
표 22	의료행위동의권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이	96
표 23	의료 이용자 권리 보장 과제 순위의 평균(환자)	99

표 24 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위 순서(환자)	9
표 25 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위 항목의 성별 차이	9
표 26 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위의 연령별 차이	100
표 27 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위의 입원 경험별 차이	101
표 28 의사 설문 응답자의 성별 분포	101
표 29 의사 설문 응답자의 연령 분포	102
표 30 의사 응답자의 지난 1년간 본인, 가족 입원 경험 여부	102
표 31 법적으로 보장된 의료 이용자 권리에 대한 인식도(의사)	13
표 32 보장하기 어려운 의료 이용자 권리 순위의 평균(의사)	14
표 33 보장하기 어려운 의료 이용자 권리 1순위(의사 응답)	14
표 34 보장하기 어려운 의료 이용자 권리 2순위(의사 응답)	15
표 35 의료 이용자 권리 보장 과제 순위의 평균(의사 응답)	16
표 36 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위 순서(의사 응답)	17
표 37 의료 이용자 권리 보장 과제 2순위 순서(의사 응답)	18
표 38 의료 이용자 권리 보장 과제 3순위 순서(의사 응답)	19

그 립 차 례

그림 1 총병상수(인구 1,000명당), 2006년	64
그림 2 급성기의료병상(인구 1,000명당), 2006년	74
그림 3 활동의사(인구 1,000명당), 2006년	84
그림 4 활동간호사(인구 1,000명당), 2006년	94
그림 5 의료기술: CT 스캐너(인구 1,000,000명당), 2006년	05
그림 6 의료기술: MRI 장비(인구 1,000,000명당), 2006년	15
그림 7 의대졸업자(인구 100,000명당), 2006년	25
그림 8 국민의료비 지출 중 공공지출 비율, 2006년	4
그림 9 국민의료비 중 가계지출 비율, 2006년	4
그림 10 농산어촌의 질병 치료시 애로사항	55
그림 11 농산어촌의 보건의료서비스 개선을 위해 필요한 정책	56
그림 12 미치료, 치료지연율 : 연령별	58
그림 13 미치료, 치료지연율 : 월평균 가구소득별	58
그림 14 미치료, 치료지연율 : 의료보장 종류별	59
그림 15 상·하위 20% 계층의 연도별 총진료비와 총내원일수	6
그림 16 월소득의 20% 이상을 보건의료지출에 사용하는 가계	6
그림 17 소득의 40% 이상을 보건의료지출에 사용하는 가구비	6
그림 18 환자 1인당 평균재원일수, 2006년	46
그림 19 의료 이용자 권리에 대해 몰랐다고 응답한 비율(환자)	68
그림 20 의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부	90
그림 21 의료기관 이용자 권리 영역별 침해 경험 여부(복수 응답)	92

1. 서 론

가. 연구의 배경과 필요성

세계인권선언과 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약은 건강할 권리를 인류의 주요한 권리로 언급하고 있다. 세계인권선언은 제25조에서 “모든 사람은 먹을거리, 입을 옷, 주택, 의료, 사회서비스 등을 포함해 가족의 건강과 행복에 적합한 생활수준을 누릴 권리가 있다.”고 선언했다. 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약은 제12조 1항에서 “이 규약의 당사국은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다.”고 구체화했다.

하지만 이러한 선언 및 규약에도 불구하고 ‘건강할 권리’를 정의내리기는 쉽지 않다. 추상적 선언 혹은 경구로서 ‘건강할 권리’를 넘어, 사회적 관계 속에서 정책적, 제도적으로 이러한 권리를 보호하고 증진하기 위한 개념적 준거를 마련하기가 힘들기 때문이다. 이러한 현실을 반영하여 유엔 경제적·사회적 및 문화적 권리위원회는 일반논평 제14호를 통해 이 권리를 ‘도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리’로 규정하고 이 범위와 영역, 그리고 당사국의 의무 등을 더 구체화하였다.

일반논평 제14호에 의하면 이러한 ‘건강할 권리’¹⁾는 다른 인권들과 긴밀하게 연관되어 있고, 이에 좌우되는 것이다. 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 인간 존엄성, 생명권, 비차별권, 평등권, 고문금지, 사생활 보장, 정보에 대한 접근권,

1) 유엔 사회권 위원회에 의해 정의된 ‘도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리’를 일반적으로 ‘건강할 권리(Right to Health)’로 지칭하기도 하므로 이하에서는 이를 ‘건강할 권리’로 지칭한다.

결사, 집회 및 이전의 자유 등이 건강할 권리의 주요 내용을 이룬다.

그러므로 ‘건강할 권리’는 ‘보건의료 서비스에 대한 권리’를 넘어서는 것이다. 그것은 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제12조 2항에 예시되어 있는 바와 같이, 광범위한 사회경제적 요인을 포함하며 건강의 사회적 결정 요인까지 확장된다. 식량과 영양, 주택, 안전하고 마실 수 있는 물과 적절한 위생, 안전하고 위생적인 노동조건, 건강한 환경 등이 ‘건강할 권리’ 보장을 위해 필수적인 것이다.

그러므로 ‘건강할 권리’는 두 가지 범주를 포함한다. 하나의 ‘자유권’이고 다른 하나는 ‘평등권’이다. ‘건강할 권리’의 한 축은 자신의 몸과 건강에 대한 자기결정권, 각종 간섭으로부터 자유로울 권리 등 자유권이다. 한편 ‘건강할 권리’의 다른 한 축은 한 사회의 일원이 그 사회의 건강 보호 체계에 대해 평등한 기회를 가질 권리이다. 그러므로 ‘건강할 권리’ 보장 실태를 파악하고 국가의 의무 이행 여부를 판단하기 위해서는, 한 사회의 구성원이 건강에 대한 자유권과 평등권 실현을 위해 필요한 시설, 재화, 서비스, 조건 등을 얼마나 향유하고 있는가를 평가해야 한다.

‘건강할 권리’ 보장을 위해 중요한 세부 권리 중 하나가 ‘보건의료 서비스에 대한 권리’이다. 이는 다른 표현으로 ‘의료(서비스) 이용자의 권리’이기도 하다. ‘건강할 권리’를 정의한 많은 문서가 “‘건강할 권리’는 ‘보건의료 서비스에 대한 권리’에 국한되는 것이 아니다.”라고 언급하는 것은 역설적으로 이 권리의 중요성을 웅변하는 것이다. ‘보건의료 서비스에 대한 권리’는 ‘건강할 권리’ 보장을 위해 기초적으로 보장되어야 할 권리다.

그런데 이러한 ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 네 가지 요소가 충족되어야 한다. 첫째는 ‘가용성’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 한 국가 내에 제대로 기능하는 공공 보건의료 시설, 재화, 서비스 및 프로그램이

충분한 양으로 이용 가능해야 한다.

둘째는 ‘접근성’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 보건의료 시설, 재화, 서비스 및 프로그램이 차별 없이 누구에게나 접근 가능하여야 한다. 이는 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성, 비차별의 원칙을 포함한다.

셋째는 ‘수용성’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 모든 보건의료 시설, 재화, 서비스가 의료 윤리를 존중하여야 하며, 개인, 소수자, 민족, 공동체의 문화를 존중하는 등 문화적으로 적절하여야 하고, 젠더와 생명주기의 필요에 민감해야 하며, 이용자의 비밀유지와 건강 상태 개선을 위해 계획되어야 한다.

넷째는 ‘질’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 보건의료 시설, 재화, 서비스가 문화적으로 수용 가능하여야 할 뿐 아니라, 과학적 및 의학적으로 적절하여야 하며 양질이어야 한다.

‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해 충족되어야 할 네 가지 요소를 국가 정책적으로 뒷받침하기 위해서는 의료 서비스 공급 체계, 의료 보장 체계, 의료 서비스 질 관리 체계, 권리 침해 예방 및 보상 체계 등이 갖추어져야 한다.

의료 서비스 공급 체계는 양질의 서비스를 충분히 평등하게 제공하기 위한 보건의료 시설, 인력, 재정 등을 포함한다. 지리적 차이나 소득, 성별, 문화적 차이 등에 관계없이 의료 이용자가 이러한 자원을 충분히 이용할 수 있도록 공급 체계를 구성하는 것은 국가의 의무이다.

의료 보장 체계는 의료 서비스를 이용함에 있어 경제적 차이로 인한 서비스 이용의 불균형이 발생하지 않도록 하기 위한 제도와 정책들을 포함한다. 이는 크게 조세로 운영되는 체계와 사회보험으로 운영되는 체계로 나눌 수 있다.

의료 서비스 질 관리 체계는 의료 서비스 표준화, 윤리적 의료 제공, 근거 중심 의료 서비스 제공, 최신 의학의 성과 반영, 의료 서비스 이용 과정에서의 안

전 보장 등을 포함한다.

권리 침해 예방 및 보상 체계는 권리 침해 신고 제도, 권리 침해 조사 및 평가 제도, 권리 침해에 대한 보상 제도 등을 포함한다.

그간 의료 서비스의 가용성, 접근성에 대한 실태를 파악하여 평가하고, 제도적, 정책적 개선을 위해 의료 서비스 공급 체계, 의료 보장 체계의 대안을 논의하는 과정과 노력은 적지 않았다. 그 결과 공공 의료기관 확충, 의료인 양성 및 수급 체계의 공공성 확보, 의료에 대한 공공 지출 증대, 1차 의료 강화, 건강보험 사각지대 해소, 건강보험 보장성 강화, 건강보험 재정에 대한 국고 지원 확대, 의료급여 수급자 확대 등에 대한 구체적 정책이 입안되거나 사회적으로 논의되고 있다.

이에 비해 의료 서비스의 수용성, 질에 대한 실태를 파악하여 평가하고, 그것을 향상하기 위한 제도적, 정책적 과제를 도출하려는 노력은 상대적으로 적었다고 할 수 있다. 그러다보니 의료 서비스 질 관리 체계, 권리 침해 예방 및 보상 체계에 대한 사회적 논의는 그리 많지 않은 편이고 제도적 보완점이 많은 실정이다.

그러므로, 의료 이용자의 권리 중 의료 서비스의 수용성, 질에 대한 권리를 흔히 ‘의료 이용 과정에서의 권리’ 혹은 ‘환자 권리(Patients' Rights)²⁾’로 표현하기도 하는데, 이러한 ‘의료 이용 과정에서의 권리’ 혹은 ‘환자 권리’보장에 대한 실태 파악과 권리 보장을 위한 사회 체계 구성 노력이 필요한 상황이다³⁾.

2) ‘의료 이용자 권리’와 ‘환자 권리’는 단어의 의미에 있어서는 큰 구분이 가지 않는 개념이다. 단지 ‘의료 이용자’는 환자뿐 아니라 건강한 사람, 환자의 보호자 등도 포함되므로 그런 측면에서 보다 넓은 대상을 포괄하고 있다고 할 수 있을 것이다. 그런데 이 연구에서는 편의상 ‘의료 이용자의 권리’는 의료 서비스의 가용성, 접근성, 수용성, 질에 대한 권리를 모두 포함하는 개념으로 사용하고, ‘환자 권리’는 의료서비스의 수용성, 질에 대한 권리를 포함하는 개념으로 정의하여 사용한다. 이는 현재 일반적으로 사용되는 용례에 따른 것이다.

환자 권리에 대해서는 적지 않은 국제적 문서들이 구체적으로 정의하고 있다. 대표적인 것은 세계보건기구가 1994년에 채택한 유럽연합의 환자 권리 증진 선언이다. 이 문서에 따르면 구체적인 환자의 권리로 정보권, 동의권, 비밀보장권, 진료 받을 권리 등이 명시되어 있고, 이러한 권리의 적용과 실행을 위해 적절한 수단이 마련되어야 함을 강조하고 있다. 정보권은 의료서비스 각 과정에서 환자가 구체적 정보에 대한 알 권리이다. 동의권은 환자의 동의하에서만 의학적 중재가 이루어지도록 하는 권리이다. 비밀보장권은 환자의 건강상태, 의학적 상태, 진단, 예후, 치료와 개인에 대한 정보 모두를 비밀로 보장받을 권리이다. 진료 받을 권리는 건강증진을 위한 예방적 치료나 예방적 활동을 포함하여 자신의 건강을 위한 적합한 의료를 받을 권리를 말한다.

우리나라 헌법은 국민의 건강권 보장을 국가의 의무로 규정하고 있다. 이에 따라 환자 권리와 관련된 내용도 각종 보건의료 관련 법률에 규정되어 있다. 보건의료 체계와 관련된 기본법이라고 할 수 있는 보건의료기본법에서는 모든 환자가 건강을 보호받을 권리, 알 권리, 자기결정권, 비밀을 침해받지 않을 권리 등이 있다고 명시하고 있다.

한편, 의료인과 의료기관에 관한 법률인 의료법에도 다음과 같은 환자의 권리가 명시되어 있다 : 최선의 의료 서비스를 받을 권리, 진료를 받을 권리(진료를 거부당하지 않을 권리), 비밀을 보장받을 권리, 알권리 : 기록열람권 및 처방전

3) 한편, 일부에서는 ‘환자 권리’를 ‘의료 소비자 권리’로 표현하기도 하는데 이는 논란의 여지가 있다. ‘소비자’라는 표현은 의료를 일반 상품과 마찬가지로 사고파는 재화로 간주하는 것을 전제로 한 것이다. 하지만 의료 서비스는 사고파는 서비스가 아니라 국가가 필수적으로 제공해야 하는 공공 서비스에 속한다. 그러므로 이러한 서비스를 이용하는 이들을 ‘소비자’로 개념화하기보다는 ‘환자’ 혹은 ‘이용자’로 개념화해야 한다는 지적이 있다. 환자의 권리는 적절한 값을 지불했으니 그에 따라 정당한 대가나 선택권, 서비스 질을 요구하는 일반 소비자의 권리와 다르다. 환자의 권리는 사회적 기본권으로서 모든 이들이 누려야 할 의료 이용 과정에서의 권리를 요구하는 것이다. 이러한 권리는 소비할 수 있는 능력이 있느냐 없느냐와 상관없는 것이다.

교부 청구권, 요양방법을 지도받을 권리, 무면허의료행위를 받지 않을 권리, 병원감염으로부터 보호받을 권리, 신의료기술의 적용으로부터 보호받을 권리 등.

한편, 우리나라 정부는 위에서 언급한 법률상의 권리가 지켜지도록 지도, 감독하는 것과 더불어, 의료기관 서비스 질 평가라는 틀을 통해 환자 권리를 증진시키려 노력하고 있다. 보건복지가족부는 의료법 58조에 근거하여, 의료기관 서비스 수준의 향상을 도모한다는 목적에서 매년 의료기관 평가를 실시하고 있고, 평가 항목에 환자 권리와 관련된 항목을 반영하고 있다. 한편, 사회적으로 환자의 권리가 중시됨에 따라 의료기관에서도 자체적으로 환자권리장전 등을 제정하여 환자 권리를 보장하려 노력하고 있다.

이와 같이 우리나라는 헌법, 보건의료기본법, 의료법 등을 통해 환자의 권리를 보장하는 체계를 가지고 있다, 그렇지만 실제 환자 권리 보장은 선언적인 수준에 머물러 있다는 지적을 받고 있고, 시대의 변화에 민감하게 반응하지 못하고 있다는 비판도 받고 있다.

환자의 알 권리, 비밀을 보장받을 권리 등에 대한 규정에 허점이 많아 실제적인 법 적용과 제대로 된 법 집행이 이루어지지 못하고 있다는 지적이 있다. 그리고 HIV/AIDS 감염인을 포함한 감염성 질환자의 인권, 정신질환자의 인권 보장이 라는 측면에서 현행법의 맹점이 거론되고 있다. 한편 최근 시대 변화에 따라 환자 권리라는 측면에서 존엄사/안락사 문제, 낙태 문제, 태아의 성감별 문제 등이 새로운 이슈로 떠오르고 있다.

한편, 법의 존재 여부와 별개로 실제 법과 현실이 따로 놓고 있으나, 행정당국이 이에 대한 적절한 법 제도 이행 수단을 가지고 있지 못하다는 지적도 많다. 의료 서비스의 특성상 환자 권리의 보장 여부는 의료인과 환자간의 관계 혹은 의료기관 직원과 환자간의 관계에서 구체적으로 나타나게 되므로, 행정당국 입장에서는 법 준수 여부를 지도, 감독하는데 어려움이 있는 것이 사실이다. 그러

다 보니 행정당국의 법 준수 여부 지도, 감독은 대부분 체계나 문서에 대한 지도, 감독이 될 수밖에 없는 현실이다. 그러므로 환자 권리 보장을 위해서는 의료기관의 자발적 동기 부여를 촉진할 수단이 필요한데 이러한 수단이 부족하다는 지적이 많다.

한편, 의료기관에 인센티브를 주기 위한 수단의 하나로 추진되고 있는 의료기관 평가 제도는 평가의 주된 요소가 의료기관의 시설, 인력 등에 맞추어져 있어 환자 권리 보장을 촉진하는 데 한계가 있다는 지적이 있다. 한편, 현재 의료기관 평가 제도가 의료기관의 서비스 질 향상을 촉진하기보다는 ‘반짝 행사’에 그치고 있다는 비판도 존재하는 현실이다.

시대적 추세를 반영하고 의료기관 평가에 적절히 대응하기 위하여 각 의료기관은 환자권리장전을 마련하고 있으나, 이는 선언적 형식에 그칠 뿐 실제적인 효과에 대해서는 의문이 제기되고 있는 실정이기도 하다.

환자 권리 보장에 있어 중요한 존재라고 할 수 있는 의료인 및 의료기관 직원의 의식 문제도 지속적으로 문제 제기되고 있다. 의사, 간호사 등 환자에게 직접적인 의료서비스를 제공하는 의료인들이 아직까지 ‘가부장적 환자-의료인 관계’의 패러다임을 벗어나지 못해, 수평적 관계를 요구하는 환자들과 괴리가 존재함으로 나타나는 문제들이 많다. 한편, 의료인들의 교육, 수련 과정에 환자 권리 보장과 관련된 교육, 수련 시간이 절대적으로 부족한 현실이다. 의료인뿐 아니라 의료기관에 종사하고 있는 직원들도 환자 권리에 대한 의식이 부족하여, 의도하지 않은 인권 및 권리 침해 행위가 비일비재하다는 지적이 많다.

‘보건의료 서비스에 대한 권리’ 혹은 ‘의료 이용자의 권리’ 보장은 사회적 기본권인 국민의 건강할 권리를 보장하기 위한 1차적 과제라고 할 수 있다. 우리나라는 이러한 기본권을 보장하고자 의료 이용자 권리 보장을 위한 법제도와 사회적 수행 체계를 가지고 있다. 하지만, 이러한 법제도와 수행 체계가 미진

하거나 그 효과가 불분명하여, 의료 이용자의 권리가 충분히 보장되지 못하고 있는 실정이다.

이에 우리나라 의료 이용자 권리 보장 실태를 파악하고, 현재의 제도 및 제도 이행 체계, 관행 등의 문제점을 분석하여, 이를 해결하기 위한 대안적 의료 이용자 권리 보장 체계 구축이 시급한 실정이다.

나. 연구의 목적과 범위

이 연구는 ‘건강할 권리’의 여러 측면 중 ‘보건의료 서비스에 대한 권리’ 혹은 ‘의료 이용자의 권리’에 초점을 맞추어 진행하였다. 하지만 전반적인 상황을 개괄하고자 건강과 인권과의 연관, 포괄적 의미에 있어 건강할 권리의 의미에 대해서 간단히 이론적 고찰을 진행하였다.

의료 이용자의 권리는 의료 서비스의 가용성, 접근성, 수용성, 질에 대한 권리를 포괄하는 것이지만, 이 연구에서는 주로 의료 서비스의 수용성, 질에 대한 권리에 집중하여 조사와 연구를 진행하였다. 하지만 현단계 우리나라의 의료 서비스 가용성과 접근성을 보여주는 지표를 문헌 조사를 통해 간단히 정리하였다.

한편 의료 서비스는 공간적 측면에서 다양한 곳에서 제공될 수 있으나, 연구의 편의상 이 연구에서는 의료법상 의료기관⁴⁾에서 제공되는 의료 서비스로 한정하

4) 의료법 제3조 (의료기관) ①이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하

여 연구를 수행하였다.

이를 위해 먼저 주요국의 의료기관 이용자 권리 보장 체계에 대한 조사를 시행하였다. 그리고 우리나라의 의료기관 이용자 권리 보장 실태와 권리 보장 체계에 대한 조사를 시행하였다. 그 결과를 바탕으로 비교 분석을 통해 우리나라 의료기관 이용자 권리 보장 체계의 문제점을 도출하고, 그 문제점을 해결하기 위한 개선 방안을 제시하였다.

다. 연구방법

1) 문헌 연구

- 건강과 인권의 관계에 대한 문헌 연구
- 포괄적 의미에서 건강할 권리에 대한 검토
- 우리나라 의료 서비스 가용성 및 접근성에 대한 문헌 검토
- 주요국의 의료기관 이용자 권리 보장 체계에 대한 조사
- 우리나라의 의료기관 이용자 권리 보장 체계에 대한 조사

2) 실태 조사

는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「노인복지법」 제34조제1항제3호에 따른 노인전문병원, 「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

가) 설문 조사

○ 의료기관 이용자를 대상으로 한 설문 조사

- 설문 내용 : 현행 법제도에 대한 지식, 인식, 태도 조사 등
- 설문 방식 :
 - ① 일부 전문종합요양기관 방문자들에 대한 자기기입식 설문 실시
 - ② 환자 단체 인터넷 카페를 통한 인터넷 설문 조사

○ 의사를 대상으로 한 설문 조사

- 설문 내용 : 현행 법제도에 대한 지식, 인식, 태도 조사
- 설문 방식 : 의사 단체 이메일 리스트를 활용한 인터넷 설문 조사

나) 심층 면접 조사

- 환자단체, 병원 노동조합 간부 등을 대상으로 한 초점소그룹인터뷰
- 시민사회단체 및 인권단체 활동가 등을 대상으로 한 초점소그룹인터뷰
- 환자 권리 침해 사례에 대한 심층적 사례 조사

3) 전문가 자문 회의

- 우리나라 의료기관 이용자 권리 보장 체계의 문제점 및 개선 방안

4) 토론회

- 연구진에 의해 마련된 의료기관 이용자 권리 보장 체계 개선 방안에 대한 의견 수렴

2. 건강할 권리에 대한 이론적 고찰

가. 건강과 인권의 관계

1) 건강에 대한 현대적 개념

건강에 대한 현대적 개념은 서로 관련되면서도 서로 다른 두 영역에서 기원한다. 의학(medicine)과 공중보건(public health)이 그것이다. 의학이 개인의 건강에 중점을 두는 반면, 공중보건은 집단의 건강을 강조한다. 과도하게 단순화하자면, 의학과 의료 서비스는 개인의 건강, 특히 신체적(그리고 어느 정도는 정신적인) 질병과 장애를 그 관심 영역으로 개척해 왔다. 그에 비해 공중보건은 집단이 건강할 수 있는 조건들을 연구하고 그것을 위한 조건을 마련하는 것으로 정의되어 왔다. 공중보건은 질병의 치료보다는 건강증진이라는 뚜렷한 목표를 가지고 질병, 장애 그리고 조기 사망을 예방하는 데 중점을 두고 있다.

그러므로 공중보건의 관점에서 의학과 의료 서비스의 가용성과 접근성은 건강의 필수 조건 중 하나를 이루지만 ‘건강’과 동의어가 되지는 않는다. 집단의 건강 상태는 다양한 요인에 의해 영향을 받는다. 그 중 일부만이 의료 서비스에 의해 결정된다. 즉, 의료 서비스는 건강의 필수조건이지만 충분조건은 분명히 아니라는 것이다.

건강에 대해 가장 널리 사용되는 현대의 정의는 세계보건기구에 의한 것이다. 세계보건기구는 “건강은 단순히 질병이나 장애가 없을 뿐 아니라, 신체적, 정신적 그리고 사회적으로 완전한 안녕 상태에 있는 것이다.”라고 정의했다. 이러한 정의를 통해 세계보건기구는 생의학과 병리학에 기반한 관점을 넘어서 건강에 대한 개념을 ‘안녕’이라는 더욱 긍정적인 영역까지 확장하였다. 또한 안녕의

정신적, 사회적 차원까지 포함함으로써 건강의 차원을 급진적으로 확대시켰고, 이를 통해 보건의료 종사자들의 역할과 책임, 활동 영역을 더 넓은 무대로 확대시켰다.

세계보건기구의 정의는 또한 ‘사람들이 그들의 건강에 대한 통제력을 키우고, 향상시킬 수 있도록 하는 과정’으로 정의되는 건강 증진의 중요성을 강조한다. 그렇게 하기 위해서는 개인이나 집단이 욕구를 충족시키고 환경을 변화시키거나 대처하고자 하는 뜻을 알아내어 실현시킬 수 있어야 한다. 이러한 노력의 사회적 측면들이 얼마아타 선언에서 강조되었는데, 여기에서는 건강을 “실현되기 위해서는 보건의료 분야 뿐 아니라 많은 다른 사회 경제 분야의 활동을 필요로 하는 사회적 목표”라고 기술하고 있다.

따라서, 건강에 대한 현대적 개념은 보건의료 서비스를 넘어서 더 넓은 사회적 영역 그리고 개인과 집단의 안녕을 포함하는 것이다. 건강에 대해 확대된 관점을 가장 가깝게 언급하고 있는 것은 세계보건기구 헌장의 서문에 나와 있는 것인데, 거기에서는 “건강을 도달 가능한 가장 높은 수준으로 향유하는 것은 모든 인간의 기본적인 권리의 하나”라고 선언하였다.

2) 근대의 인권

인권에 대한 근대적 개념은 역동적이고, 희망적이며, 야심적이고, 복잡하다. 인권에 대한 관념은 오랜 역사를 가지고 있지만, 모든 사람은 태어날 때부터 자유롭고 존엄성과 권리에 대해 평등하다는 동의에 도달하게 된 것은 인권 증진이라는 가치가 1945년에 유엔의 주요한 목표로 확인된 이후이다. 그 후 1948년에 세계인권선언이 모든 민족과 국가를 아우르는 보편적인 기준으로 채택되었다.

세계인권선언은 서문에서 인간의 존엄성과 인권은 자명하고, “보통 사람들의 가장 큰 열망”이며, “자유, 정의, 평화의 기본”임을 선언한다. 또한 “인류의 양

심을 저버리는 야만적인 행위”의 예방을 포함하여, “사회의 진보와 더 많은 자유와 더불어 인생의 더 나은 기준”을 마련하는 것, 더 포괄적으로는 개인과 집단의 안녕을 위하는 것은 인권 존중 여부에 달려있다고 선언한다.

근대적 인권의 몇 가지 기본적인 특징들은 다음과 같다. 인권은 개인들의 권리이다. 이 권리는 그들이 인간이기 때문에 타고나는 것이다. 그것은 전 세계의 모든 사람들에게 해당된다. 그것은 국가와 개인 사이의 관계를 포함한다. 인권의 틀거리를 형성하는 구체적 권리는 여러 가지 핵심 문서들에 정리되어 있다.

무엇보다도 먼저 세계인권선언, 국제연합헌장, 시민적, 정치적 권리에 대한 국제규약, 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 대한 국제규약 등이 인권의 국제적 지표로 불리는 것들을 구성한다. 세계인권선언에는 국제연합헌장에서 언급된 권리와 자유에 대한 정의가 더욱 구체적으로 언급되어 있다. 시민적, 정치적 권리에 대한 국제규약과 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 대한 국제규약은 국가가 인권을 제약할 수 있는 조건 등을 언급하는 등 세계인권선언에서 채택된 내용을 보다 풍부히 하고 정교화 하였다.

세계인권선언은 법적인 구속력을 가지고 있는 것은 아니다. 하지만, 국가적, 세계적 수준에서 행해지는 많은 법적, 정치적 행위를 통해서 이것은 법적 정당성을 획득해 왔다. 예를 들어, 세계인권선언의 내용이 많은 나라들의 헌법에 인용되어 있고, 인권을 침해하는 다른 정부를 고발할 때에도 세계인권선언이 참조된다. 국제규약은 그것을 비준한 국가들에 한해서 법적 구속력이 있다. 국제규약을 비준한 국가는 규약 준수 여부에 대해 정기적으로 보고서를 제출해야 하며, 그것을 적극적으로 이행할 책임을 진다.

국제규약과 더불어 특수한 인구집단에 초점이 맞추어지거나 특정 이슈에 대해 언급한 많은 부가적인 선언과 협약이 만들어졌다. 예를 들면 인종차별 철폐를 위한 국제 협약(1969년), 여성차별 철폐에 대한 협약(1981), 아동 권리를 위한 협

약(1989년), 고문과 잔인함, 비인간적인 치료와 형벌에 저항하는 협약(1987년), 종교나 신앙에 따른 차별과 저항을 제거하는 선언(1981년) 등이 그것이다.

1948년 이후에 인권 증진과 보호는 전 세계 모든 사회와 국가에서 주목을 받게 되었다. 인권에 대한 법적 규제가 없는 나라는 다른 국가 정부, 국제비정부기구, 매스컴과 개인들에 의해 해당 국가의 인권 침해 여부가 감시되었다. 세계적으로 인권 활동가들이 인권 기준을 적용시키려는 활동을 벌임에 따라 인권과 관련된 법적 효력이 증가하였다.

1940년대 후반 이후로 네 가지 지점에서 인권운동의 경계가 넓어졌다. 첫째, 초기의 인권운동은 시민적, 정치적 권리와 특정 경제적, 사회적 권리에 대해 집중하였으나, 최근 들어 인권운동의 관점은 환경과 전지구적 사회경제발전에 대한 관심을 포함하는 것으로 확장되었다. 특히 “인권이 완벽히 실현될 수 있는 사회적, 국제적 질서”(세계인권선언 제28조)에 대한 권리에 대한 관심이 높아졌다.

둘째, 법 체계나 정부의 노력은 제자리걸음을 하는 동안, 인권에 대한 사회적 관심과 참여를 넓히려는 투쟁이 인권에 대한 개념의 사용과 그 의미를 현저히 증가시켰다.

셋째, 그간 개인과 국가 정부 사이에 발생하는 인권 문제에 대한 관심이 높았던 것에 비해, 최근에는 다국적 기업과 같은 다른 사회적 구조와 시스템이 인권 보호와 증진에 중요하게 관련되어 있다는 자각이 높아져 가고 있다.

마지막으로, 초창기에는 인권 침해를 예방하기 위한 인권 증진이라는 개념과 일단 침해된 인권에 대한 책임과 교정을 강조하는 인권 보호라는 개념의 두 가지 영역이 종종 분리되어 접근되었으나 최근에는 상보적인 접근이 이루어지고 있다. 처음에는 유엔이 인권 증진을 강조했고, 비정부기구 중심의 인권운동은 조직적인 권리 침해에 대항하는 인권 보호를 강조했다. 하지만 최근에는 각국 정

부와 비정부기구들 사이에 인권 증진과 인권 보호의 상호관련성에 대한 이해가 넓어졌다.

3) 건강과 인권의 관련성

건강과 인권은 인간의 안녕(well-being)을 정의하고 발전시키는데 서로 상보적으로 사용될 수 있는 개념이며 접근방식이다. 일반적으로 건강과 인권은 두 가지 측면에서 관련되어 있다. 첫째로, 보건 정책, 프로그램의 실행이 인권에 영향을 끼칠 수 있다. 각종 보건 정책과 프로그램은 국민의 건강 보호와 증진을 위해 마련되기에 인권에 긍정적인 영향을 끼치는 경우가 많다. 하지만, 특별한 경우 이러한 정책이나 프로그램이 특정인들의 인권에 부정적인 영향을 끼칠 수도 있다. 그러므로 각종 보건 정책과 프로그램을 시행할 때 그것의 인권 영향에 대한 평가가 필수적이다. 보건 정책과 프로그램에 대한 인권 영향 평가를 행하는 목적은 공중 보건의 목표들과 인권의 기준들 사이에 최적의 균형을 맞추기 위함이다.

둘째로, 인권을 유린하는 것이 건강상에 중요한 영향을 끼칠 수 있다. 이러한 경우 건강 수준의 저하는 인권 침해의 한 지표가 된다. 이럴 때에는 다소 측정하기 힘든 인권 침해 수준을 구체적 건강 수준 평가로 알아볼 수 있는 장점이 있다. 고문, 차별, 배제 등은 일정한 건강상의 불이익을 가져오는 경향이 있기 때문이다. 사실 건강을 증진하고 보호하는 것은 인간의 권리와 존엄성을 증진하고 보호하는 것과 떼어 놓을 수 없는 관계에 있다.

가) 보건의료 정책, 프로그램이 인권에 미치는 영향

세계적으로 의료 서비스는 다양한 공적, 사적 체계를 통하여 제공된다. 그러나 공중보건 서비스는 많은 부분이 국가에 의하거나 국가의 보조에 의해 계획되고,

제정되고, 감독되는 정책과 프로그램에 의존한다.

공중보건의 세 가지 주요한 기능은 건강과 관련된 필요와 문제들을 평가하고, 우선적인 건강 문제에 대한 정책을 개발하고, 전략적 목표에 따라 관련 프로그램을 추진하는 것이다. 그런데 이러한 과정에서 각각의 정책, 프로그램 등은 인권을 증진하기도 하고 오히려 인권을 침해하기도 한다.

예를 들어, 건강과 관련된 필요와 문제들을 평가하는 과정에는 집단을 대상으로 중요한 건강 문제에 대한 정보를 수집하는 것이 포함된다. 그런데 예산 제약이나 실행상의 어려움 때문에 대부분의 경우 전체 집단에 대한 정보가 수집되기 보다는 일부 집단에 대한 정보가 수집된다. 그런데 어떠한 정보를 수집할 것인지에 대한 결정이 사회적 관계에 의해 내려질 경우가 많다는 것이 문제다. 그래서 대부분의 경우 정부는 주류화된 집단에 대한 건강 정보 수집을 바탕으로 정책을 입안하고 프로그램을 시행한다. 이 경우 주변화되고 사회적으로 낙인이 찍힌 대상은 아예 정책 대상에서 배제되게 된다. 이는 어쩌면 그러한 정책과 프로그램이 더욱 필요한 대상을 배제하는 것이 된다. 이는 사회 서비스에 대해 차별받지 않을 그들의 권리를 침해한 것이 된다. 그리고 이러한 상황은 “질병 또는 장애의 가능성으로부터 안전할 권리”(세계인권선언 제25조), “산모와 아이가 특별한 보호와 지원을 받을 권리”(세계인권선언 제25조) 등 다른 권리를 실현하는 데 영향을 줄 수도 있다.

정보를 수집하는 방식에 있어 인권 문제를 야기할 가능성도 있다. 예를 들어 HIV 감염 여부, 유방암 이환 여부, 유전적으로 심장질환에 걸릴 가능성이 많은지 여부 등에 대한 정보를 개인으로부터 수집하는 것은 개인 비밀의 보호⁵⁾, 개인의 사생활 보호 등의 측면에서 문제가 될 소지가 있다.

그리고 매우 간단한 정보 수집 과정조차도 차별받지 않을 권리를 침해할 수

5) 이는 충분히 정보가 제공된 상태에서 동의를 받았는지 여부가 중요하다.

있다. 예를 들어 인터넷을 사용하여 이루어지는 조사의 경우, 인터넷에 대한 접근성이 떨어지는 집단이 제외됨으로써⁶⁾ 왜곡된 조사 결과가 나올 수 있다. 이러한 조사 결과에 근거해 정책을 입안한다면 이는 전체 인구집단의 필요를 충족시키지 못하는 정책이나 프로그램 개발로 이어질 가능성이 있다.

또한 개인의 건강 상태 및 건강 행위에 대한 정보는 국가에 의해 오용될 수도 있다. 이는 직접적으로 그렇게 될 수도 있고, 타인에게 이러한 정보가 유출될 경우 간접적으로 개인에게 중대한 피해를 가하거나 다른 권리를 침해할 수도 있다. 예를 들어 HIV 감염에 대한 정보가 오용될 경우, 그는 일할 권리나 교육받을 권리 제한, 결혼하고 가정을 이룰 권리 침해, 명예와 평판에 좋지 않은 영향을 받음, 이동의 자유 제한, 자의적 구금과 유배, 잔인하고 비인간적이거나 불명예스러운 취급 등을 받을 수 있다.

공중보건의 두 번째 중요한 역할은 건강 문제를 예방하고 조절하기 위하여 정책을 개발하는 것이다. 그런데 이러한 정책 개발 과정에서 중요한 인권 침해가 발생할 수 있다. 예를 들어, 정부가 보건의료 정책 수립의 과학적 근거에 대해 공표하기를 거부하거나, 그것의 실익에 대한 논쟁을 허용하지 않거나, 정책 개발 과정에서 대중에게 정보를 제공하지 않거나 참여를 허용하지 않는다면, “국경에 관계없이 정보를 찾고 얻을 권리”(세계인권선언 제19조), “직접적으로나 자유롭게 선출된 대표에 의하여 정부에 참여할 권리”(세계인권선언 제21조) 등이 침해될 수 있다.

한편, 성별, 인종, 종교, 언어 등에 의해 구분된 집단의 건강 문제에 구조적으로 낮은 우선순위가 주어짐에 따라, 건강 문제의 우선순위를 결정하는 과정에서 개인에 대한 차별이 발생할 수도 있다. 예를 들어 겁낫세포병의 경우 이 질병은 주로 흑인에게 많이 발생한다는 이유로 낮은 대접을 받아왔다. 모성 사망, 유방

6) 이러한 계층은 낮은 사회경제적 수준을 가지고 있는 경우가 많다.

암 등 여성의 건강 문제 역시 상대적으로 낮은 관심을 받아온 것이 사실이다. 전 지구적 차원에서는 제3세계의 건강 문제가 그러한 대접을 받는 경우가 많다.

나) 건강과 인권을 상호 연결시키는 것의 중요성

인권을 보호하고 향상시키는 것은 건강을 보호하고 증진시키는 데 자극이 된다. 건강과 인권은 인류의 안녕을 증진시키기 위해 상호보완적인 접근 규준이다.

건강에 대한 현대적 개념에 따르면, 한 개인을 둘러싼 “조건”이 그 개인의 신체적, 정신적, 사회적 안녕을 현실화시키기 위한 기초를 형성한다. 이러한 사회적 조건에 중요성이 부과되었음에도 불구하고, 이것이 어떻게 건강에 영향을 미치고, 상대적 중요성은 어느 정도이며, 가능한 상호작용은 어떠한 것인지 등에 대한 연구는 그리 많지 않다.

가장 광범위하게 받아들여진 분석은 사회경제적 지위에 대한 것이다. 높은 사회경제적 지위를 가진 집단이 보다 건강하다는 사실은 잘 밝혀져 있다. 그러나 이러한 분석은 적어도 세 가지 점에서 중요한 한계가 있다. 첫째, 점차 그와 일치하지 않는 예들이 증가하고 있다. 예를 들어 결혼한 이들은 결혼하지 않은 이들에 비해 평균수명이 높다. 사회적 소수자와 다수자의 건강 상태는 차이가 있는데, 이는 사회경제적 지위를 고려하더라도 마찬가지이다. 비만한 여성과 비만하지 않은 여성을 비교하였을 때, 이들 간에 결혼 여부, 경제적 지위, 교육 정도 등에 차이가 있다.

둘째, 빈곤을 어떻게 정의할 것인지, 그리고 그것이 건강 상태와 어떤 관련을 가지는지를 설명하는 데 문제가 있다. 빈곤은 건강의 측면에서는 확실히 서로 다른 의미를 가질 수 있다. 예를 들어 건강과 관련하여 절대적 빈곤과 상대적 빈곤의 의미를 구분하여야 한다는 제안이 있다.

셋째, 실용적인 문제가 있다. 사회경제적 수준이 중요하다는 것을 강조하다보

면 상대적으로 보건의료 정책은 중요하지 않다는 무관심을 조장하게 된다. 사회 경제적 조건을 향상시키기 위한 거시적 사회 정책에만 집중하게 되는 것이다. 이는 실용적인 보건의료 정책 개발에 대한 무관심으로 이어진다.

그러나 건강을 위한 “본질적인 조건”의 성격에 대하여 대안적이거나 보완적인 접근이 생겨나고 있다. 예를 들어 건강 증진을 위한 오타와 헌장(1986)에서는 빈곤을 넘어 “건강을 위한 기본적인 조건과 자원은 평화, 주거, 교육, 음식, 소득, 안정적인 생태계, 지속가능한 자원, 사회 정의, 평등이다.”라고 밝혔다.

HIV/AIDS가 전지구적으로 확산됨에 따라, 인권 침해 분석을 이용한 보다 분석적인 접근도 제안되고 있다. 예를 들어 일부일처제로 결혼한 동아프리카의 여성의 HIV 감염 요인이 조사된 바 있다. 이들은 HIV에 대한 지식이 있고 콘돔을 구매할 수 있음에도 불구하고, 그들이 남편의 성적 습관을 바꿀 수 없거나, 원하지 않는 성관계를 거부할 수 없기 때문에 감염 위험이 증가하는 것으로 조사되었다. 거부는 육체적 학대나 이혼으로 이어지게 되는데, 이는 그 여성들에게 사회경제적 죽음을 의미한다. 그러므로 이 경우 여성들이 HIV 감염에 걸릴 위험은 재산 상태, 결혼 여부, 이혼 여부, 상속 재산 등과 더불어 차별과 평등하지 않은 인권 상태와 긴밀히 연관되어 있다. 이들에게 있어 HIV 예방을 위해 콘돔 사용을 장려하는 정책은 법적, 사회적 변화가 동반되지 않는 이상 한계가 있다. 이러한 법적, 사회적 변화는 여성의 권리를 보호하고 증진시킴으로써 성 행위에 대한 여성의 자기결정권을 높여, HIV 감염으로부터 자신을 보호할 수 있는 능력을 향상시킬 것이다.

보다 광범위하게 말하면, HIV/AIDS의 창궐은 일정한 양상을 보여주고 있다. 차별, 주변화, 낙인찍음, 보다 일반적으로는 개인과 집단의 인권과 존엄에 대한 존중의 부족이 HIV에 노출될 위험을 높인다. 이런 관점에서 보면 HIV/AIDS의 예는, 개인과 집단이 질병에 걸리거나 장애를 입거나 조기 사망할 위험이 한 사회의

인권과 존엄의 존중 정도와 관련되어 있다는, 보다 일반적인 현상의 한 예시일 수도 있다.

건강과 인권의 관련에 대하여 개념적, 실용적 차원에서 보다 심화된 탐구가 요구된다. 예를 들어 예방가능한 질환의 집단 발생, 장애의 증가, 조기 사망 등은 인권 침해와 관련되어 있을 가능성이 있다. 마찬가지로, 암, 심혈관계 질환, 사고 및 재해 등 중요한 건강 문제에 대해 인권 차원에서 광범위한 분석이 진행될 필요가 있다.

건강과 인권을 연관시켜 사고하는 것은 실용적 측면에서도 긍정적 결과들을 많이 낳을 수 있다. 예를 들어 의료인들은 개인과 집단의 건강 상태 평가를 위해 국제인권 지표를 통일성 있는 가이드라인으로 이용하는 것을 고려할 수 있다. 한 집단의 안녕 상태를 평가할 때, 인권 보장 수준이 전통적인 건강지표보다 더욱 포괄적이고 좋은 지표가 될 수 있기 때문이다. 또한 의료인은 정책, 프로그램 등을 개발하는 데 있어, 인권을 존중할 뿐 아니라 의료인으로서 자신의 자리에서 인권 향상을 위해 노력할 책임이 있다는 사실을 인식해야 한다. 의료인들은 오래 전부터 건강 상태가 사회적 조건과 관련되어 있다는 사실을 인식하여 왔다. 건강과 인권과의 상호연결은 의료인이 특별하고 구체적인 방법으로 각각의 사회에서 인권을 보호하고 증진시키는 데 참여하도록 도움을 줄 수 있다.

의료인들은 인권 존중 여부에 따른 비용 효과를 사회적으로 확인하는 데에 기여할 수도 있다. 인권 침해가 얼마나 큰 건강 피해를 낳는지, 그리고 그 결과가 얼마나 끔찍한 것인지 등을 건강 수준 평가를 통해 보여줄 수 있기 때문이다.

마지막으로, 인권을 실현하고 향유하기 위한 기본 조건으로서 건강이 가지고 있는 중요성이 인정되어야 한다. 예를 들어, 아이의 좋지 않은 영양 상태는 아이의 교육받을 권리를 실현하는 데 제약 요소가 된다. 일반적으로, 건강한 사람들이 인권을 보장받거나 인권 증진을 위한 기회에 참여할 가능성이 더 높다.

지금까지는 서로 다른 철학적, 역사적 기원, 사용 언어와 접근 방식에 있어 원칙적 차이, 협력에 문제가 되는 실제적 문제 등 때문에, 건강과 인권과의 연관 관계가 상호 긍정적인 효과를 내는 데 한계가 있었다. 연구, 교육, 현장 경험 등에 있어 복합적인 소통이 상호 이해를 증진시키고 인권과 건강에 대한 더 나은 행동을 촉매할 것이다. 건강과 인권의 상호 관계에 대한 탐구는 인권과 관련된 사고와 실행을 확장시키는 데 기여할 뿐 아니라, 건강 영역을 재활성화시키는 데에도 도움을 줄 수 있다. 건강과 인권에 대한 종합적인 관점은 현대 세계에서 인류의 안녕을 이해하고 발전시키기 위한 새로운 수단이다.

가) 인권 보장을 위한 보건의료 정책 개발의 원칙

세계보건기구는 건강에 대한 인권적 접근을 위해서는 다음과 같은 과정이 수반되어야 한다고 제시하고 있다.

- (1) 인권이 보건의료 정책 개발의 기본 틀이 되어야 한다.
- (2) 모든 보건의료 정책, 사업, 입법 행위를 함에 있어 이들이 가지는 인권 측면의 함의를 평가하고, 규명해야 한다.
- (3) 보건의료 정책과 사업의 기획·실행·모니터링·평가 과정에서 인권이 필수적인 요소로 포함되어야 한다. 여기서 인권은 정치적, 경제적, 사회적 측면을 망라한 것이다.

더 구체적으로는 다음과 같은 요소들이 보건의료 정책, 사업, 입법 행위를 할 때에 필수적으로 포함되어야 한다.

- (a) 인간의 존엄성 보장
- (b) 해당 사회에서 가장 취약한 집단에 대한 각별한 배려
- (c) 모든 사람이 차별 없이 접근 가능한 보건의료체계

- (d) 성 인지적 관점
- (e) 형평성과 차별 금지
- (f) 사회 저변의 차별을 규명하기 위한 특화된 통계 분석
- (g) 보건의료정책과 사업 개발 과정에 대한 자유롭고 실효성 있는 참여 보장
(특히, 해당 정책과 사업의 영향을 받는 당사자)
- (h) 교육받을 권리, 알 권리, 프라이버시를 보장받을 권리 보장
- (i) 시라쿠사의 원칙(Siracusa principles)에 의거한 인권의 제한⁷⁾
- (j) 공중보건과 인권의 적정 균형
- (k) 국제적인 인권 규범과 기준에 부합
- (l) 성취 가능한 최상의 건강 상태에 도달할 수 있는 권리 보장
- (m) 인권을 존중하고, 보호하며, 충족시키기 위한 정부의 의무 사항 명시화
- (n) 보건의료 분야의 인권 실태를 모니터링하기 위한 지표와 기준
- (o) 보건의료사업 개발의 모든 단계에서의 투명성과 책임성 증진
- (p) 다수자의 위협으로부터 소수자를 보호하기 위한 조치

나. 사회적 권리로서 건강할 권리⁸⁾

1) 건강할 권리의 개념과 정의

건강할 권리에 대한 개념적 정의는 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국

7) 인권은 공중보건을 달성하기 위한 유일한 수단인 경우에 한해 제한될 수 있다. 시라쿠사의 원칙은 다음 5개의 항목으로 구성된다. (1) 법률에 의한 제한, (2) 다수 공중의 정당한 목적을 위한 제한, (3) 목적을 달성하기 위한 최소한의 제한, (4) 동일한 목적을 달성하기 위한 다른 강제 수단의 부재, (5) 비합리적이거나 차별적인 방식으로 제한 조치를 임의 적용하는 행위의 금지

8) 유엔 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회의 일반논평 제14호를 참조하였다.

제규약은 제12조 1항에 언급되어 있다. 이 규약은 건강할 권리를 ‘도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리’로 정의했다.

유엔 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회의 일반논평 제14호에 의하면 이러한 ‘건강할 권리’는 다른 인권들과 긴밀하게 연관되어 있고, 이에 좌우되는 것이다. 식량권, 주거권, 노동권, 교육권, 인간존엄성, 생명권, 비차별권, 평등권, 고문금지, 사생활 보장, 정보에 대한 접근권, 결사, 집회 및 이전의 자유 등이 건강할 권리의 주요 내용을 이룬다.

그러므로 ‘건강할 권리’는 ‘보건의료 서비스에 대한 권리’를 넘어서는 것이다. 그것은 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제12조 2항에 예시되어 있는 바와 같이, 광범위한 사회경제적 요인을 포함하며 건강의 사회적 결정 요인에까지 확장된다. 식량과 영양, 주택, 안전하고 마실 수 있는 물과 적절한 위생, 안전하고 위생적인 노동조건, 건강한 환경 등이 ‘건강할 권리’ 보장을 위해 필수적이다. 한편 건강과 관련된 모든 의사 결정 과정에 참여할 권리 보장 역시 중요하게 고려되어야 한다.

그러므로 ‘건강할 권리’는 두 가지 범주를 포함한다. 하나의 ‘자유권’이고 다른 하나는 ‘평등권’이다. ‘건강할 권리’의 한 축은 자신의 몸과 건강에 대한 자기결정권, 각종 간섭으로부터 자유로울 권리 등 자유권이다. 한편 ‘건강할 권리’의 다른 한 축은 한 사회의 일원이 그 사회의 건강 보호 체계에 대해 평등한 기회를 가질 권리이다. 그러므로 ‘건강할 권리’ 보장 실태를 파악하고 국가의 의무 이행 여부를 판단하기 위해서는, 한 사회의 구성원이 건강에 대한 자유권과 평등권 실현을 위해 필요한 시설, 재화, 서비스, 조건 등을 얼마나 향유하고 있는가를 평가해야 한다.

2) 건강할 권리 보장을 위한 필수 요소

건강할 권리 보장을 위해서는 네 가지 요소가 충족되어야 한다. 첫째는 ‘가용성’이다. 건강할 권리 보장을 위해서는 한 국가 내에 제대로 기능하는 건강 관련 시설, 재화, 서비스 및 프로그램이 충분한 양으로 이용 가능해야 한다. 이러한 시설, 재화, 서비스 및 프로그램은 안전하고 마실 수 있는 식수 및 적절한 위생 시설, 병원, 진료소 및 기타 건강 관련 시설, 국내에서 경쟁력 있는 보수를 받고 있는 훈련된 의료인 및 기타 전문직, 필수 의약품 등 건강에 영향을 끼치는 여러 가지 사회적 결정요인을 포함하는 것이다.

둘째는 ‘접근성’이다. 건강할 권리 보장을 위해서는 건강 관련 시설, 재화, 서비스가 차별 없이 누구에게나 접근 가능하여야 한다. 이는 비차별의 원칙, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성을 포함한다. 비차별의 원칙은 모든 이에게, 특히 가장 소외된 인구 집단에게 건강 관련 시설, 재화, 서비스가 접근 가능해야 한다는 것이다. 물리적 접근성은 취약하거나 소외된 집단을 포함한 모든 인구 집단이 물리적으로 안전하게 도달할 수 있는 범위 내에 건강 관련 시설, 재화, 서비스가 있어야 한다는 것이다. 특히 농촌 지역, 장애인의 건물 등에 대한 물리적 접근성이 중요하다. 경제적 접근성은 건강 관련 시설, 재화, 서비스가 모든 이에게 경제적 부담 가능하여야 한다는 것이다. 건강 관련 시설, 재화, 서비스의 비용은 형평의 원칙에 기초해야 하는데, 여기서 형평의 원칙이라 함은 가난한 이들이 부유한 이들에 비해 불균등하게 더 많은 부담을 지지 않도록 하는 것을 의미한다. 정보 접근성은 건강 문제에 대한 정보와 지식을 구하고 전파할 권리를 포함한다.

셋째는 ‘수용성’이다. 건강할 권리 보장을 위해서는 모든 건강 관련 시설, 재화, 서비스가 의료 윤리를 존중하여야 하며, 개인, 소수자, 민족, 공동체의 문화를 존중하는 등 문화적으로 적절하여야 하고, 젠더와 생명주기의 필요에 민감해야 하며, 이용자의 비밀유지와 건강 상태 개선을 위해 계획되어야 한다.

넷째는 ‘질’이다. 건강할 권리 보장을 위해서는 건강 관련 시설, 재화, 서비스가 문화적으로 수용 가능하여야 할 뿐 아니라, 과학적 및 의학적으로 적절하여야 하며 양질이어야 한다.

3) 건강할 권리 보장을 위한 국가의 의무

가) 건강할 권리를 존중할 국가의 의무

건강할 권리를 존중할 국가의 의무는 국가가 국민의 건강할 권리 향유를 직접 혹은 간접적으로 막지 않을 것을 요구한다. 특히, 국가는 수형자나 구금자, 소수자, 망명 신청자, 미등록 이주자를 포함한 모든 이들이 예방, 치료 및 고통완화를 위한 의료 서비스에 대한 동등한 접근권을 갖는 것을 거부하거나 제한하지 말아야 한다. 국가는 차별적 행위를 국가 정책으로 실시하는 일이 없도록 해야 한다. 국가는 여성의 건강 상태 및 필요에 따라 차별적 관행을 강제하지 않아야 한다.

건강할 권리를 존중할 의무에는 전통적 예방요법, 치료법 및 약을 금지하거나 제한하지 아니할 의무, 안전하지 못한 약물을 시판하지 아니할 의무, 그리고 정신질환의 치료나 전염병의 예방 및 억제 등 예외적인 사유가 있는 경우가 아니라면 강제적 치료를 행하지 않을 의무 등이 포함된다.

국가는 피임약 및 성과 생식 건강을 유지하는 기타의 수단에 대한 접근을 제한하지 않아야 한다. 국가는 건강 관련 정보를 검열, 보류하거나 고의적으로 잘못된 정보를 전하지 않아야 한다. 국가는 건강과 관련된 문제에 대한 대중의 참여를 막지 말아야 한다.

국가는 국유 시설에서 나온 산업 폐기물 등으로 공기, 물, 토양 등을 오염시키지 않아야 한다. 핵무기, 생물무기, 화학무기의 실험으로 인해 인간의 건강에 해로운 물질이 방출되는 경우 이러한 무기를 사용하거나 실험하지 않아야 한다. 국가는 징벌 조치의 일환으로 보건서비스에 대한 접근을 제한하는 일이 없도록

해야 한다.

나) 건강할 권리를 보호할 국가의 의무

건강할 권리를 보호할 국가의 의무는 제3자가 건강할 권리를 침해하지 못하도록 국가가 조치를 취할 것을 요구한다. 특히 국가는 제3자가 제공하는 보건의료 및 건강 관련 서비스에 대해 평등한 접근을 보장하는 법률을 채택하거나 기타의 조치를 취해야 한다. 국가는 보건의료 부문의 민영화가 보건의료 시설, 재화, 서비스의 가용성, 접근성, 수용성, 질에 위협이 되지 않도록 보장하여야 한다. 국가는 제3자에 의한 의료 장비 및 의약품의 판매를 감독하여야 한다. 국가는 의료 종사자 및 기타 보건의료 전문가가 적절한 수준의 교육, 기술 및 윤리 행동 강령을 충족하도록 보장하여야 한다.

한편, 국가는 유해한 사회적 또는 전통적 관행이 산전 및 산후 관리와 가족계획에 대한 접근을 방해하지 않도록 보장하여야 한다. 국가는 제3자가 여성으로 하여금 여성 성기 할례와 같은 전통 관행을 따르도록 강요하지 못하도록 하며, 특히 여성, 아동, 청소년, 노인 등 사회의 취약집단 또는 주변화된 집단을 젠더에 근거한 폭력으로부터 보호하기 위하여 조치를 취할 의무가 있다. 국가는 제3자가 건강 관련 정보 및 서비스에 대한 대중의 접근을 제한하지 않도록 보장하여야 한다.

다) 건강할 권리를 실현할 국가의 의무

건강할 권리를 실현할 국가의 의무는 국가가 건강할 권리의 완전한 실현을 위하여 적절한 입법, 행정, 예산, 사법, 홍보 및 기타 조치를 채택할 것을 요구한다. 이러한 의무는 촉진할 의무, 제공할 의무, 증진할 의무를 포함한다.

국가는 가급적이면 입법적 이행의 방법을 통하여 국가의 정치 및 법 제도 내

에서 건강할 권리를 충분히 인정하고, 건강할 권리 실현을 위한 세부적인 계획을 담고 있는 국가 보건 정책을 채택하여야 한다.

국가는 주요 전염병에 대한 면역 프로그램을 포함하는 보건 의료의 제공을 보장하여야 한다. 국가는 영양 면에서 안전한 음식과 마실 수 있는 식수, 기본적인 위생 및 적절한 주택과 주거 환경 등 건강 결정 요인에 대한 접근이 모든 이에게 평등하도록 보장하여야 한다. 국가는 특히 농촌 지역에서 모성 보호, 피임, 낙태 등 생식 관련 서비스, 산전산후 서비스를 제공하여야 한다. 국가는 전국에 걸친 공평한 분포를 고려하여 의사 및 기타 의료 관계자의 적절한 양성, 충분한 수의 병원, 진료소 및 기타 보건 관련 시설의 보급, 상담 및 정신 건강 서비스를 제공하는 기관 설립에 대한 장려 및 지원을 보장하여야 한다.

추가적인 국가의 의무는 모든 사람이 경제적으로 부담할 수 있는 공적, 사적 또는 혼합 의료 보험 제도의 수립, 의학 연구 및 건강 교육의 장려, 여러 가지 건강 문제에 대한 홍보 캠페인 등이 있다.

또한, 국가는 환경적, 직업적 건강 위험요인 및 기타 위험요인에 대한 조치를 채택할 의무가 있다. 이를 위하여 국가는 휘발유에서 유출되는 납 같은 중금속에 의한 오염을 포함하여, 공기, 물 및 토양의 오염을 감소시키고 제거하기 위한 국가 정책을 수립하고 시행하여야 한다. 더 나아가, 국가는 산업 재해 및 질병의 위험을 최소화하기 위하여 일관성 있는 국가 정책을 수립하고 시행하고 정기적으로 검토할 의무가 있으며, 산업 안전 및 보건 서비스에 관한 일관성 있는 국가 정책을 수행할 의무가 있다.

건강할 권리 실현을 촉진할 의무는 개인과 공동체가 건강할 권리를 향유할 수 있도록 하고, 이를 지원할 적극적인 조치를 취할 것을 국가에 요구한다. 또한 국가는 개인이나 집단이 자신의 통제 밖의 사유로 자신이 이용할 수 있는 수단을 통하여 권리를 실현하지 못하는 경우 규약의 구체적인 권리를 제공할 의무가 있

다. 건강할 권리를 증진할 의무는 국민 건강을 창출, 유지 및 회복하기 위한 조치를 취할 것을 국가에 요구한다. 이러한 의무에는 다음이 포함된다. (i) 긍정적인 건강 결과를 촉진하는 요인에 대한 인식을 조성하는 것, 예컨대 연구 및 정보 제공, (ii) 보건 서비스가 문화적으로 적절하며 보건의료 종사자가 취약집단이나 주변화된 집단의 구체적인 필요를 인지하여 대응할 수 있게 훈련받도록 보장하는 것, (iii) 국가가 건강에 좋은 생활방식 및 영양, 유해한 전통적 관행, 그리고 서비스의 가용성에 관한 적절한 정보를 보급할 의무를 충족하도록 보장하는 것, (iv) 국민이 자신의 건강에 대해 정보에 입각한 선택을 하도록 지원하는 것 등.

라) 건강할 권리 보장을 위한 국가의 핵심 의무

○ 건강 관련 시설, 재화, 서비스에 대한 비차별적인 접근, 특히 취약집단이나 주변화된 집단을 위해 비차별적인 접근을 보장할 의무

○ 모든 사람이 기아로부터 해방될 수 있도록 보장하기 위하여 영양적으로 적절하고 안전한 최소한의 필수적 식량에 대한 접근을 보장할 의무

○ 기본적인 안식처, 주거 및 위생시설에 대한 접근 및 안전하고 마실 수 있는 물의 적절한 공급을 보장할 의무

○ “필수의약품에 관한 세계보건기구 행동계획”에 정의된 것을 포함한 필수 의약품을 제공할 의무

○ 모든 건강 관련 시설, 재화, 서비스의 공평한 분배를 보장할 의무

○ 역학적 자료를 기초로 인구 전체의 보건 문제를 다루는 국가 공중 보건 전략 및 행동계획을 채택하고 실행할 의무. 이러한 전략 및 행동계획은 참여적이고 투명한 과정을 바탕으로 고안하고 정기적으로 검토하여야 한다. 여기에는 진전사항을 면밀히 감시할 수 있는 건강할 권리 지표 및 기준과 같은 방법이 포함된다. 전략 및 행동계획의 내용 및 고안 과정은 모든 취약집단 및 주변화된 집단

에 특별한 주의를 기울이는 것이어야 한다.

- 생식, 모성(산전 및 산후) 및 아동의 건강을 보장할 의무
- 공동체 내에서 발생하는 주요 전염병에 대한 면역조치를 제공할 의무
- 유행병 및 풍토병을 예방, 치료 및 억제하기 위한 조치를 취할 의무
- 건강 문제의 예방 및 억제 방법을 포함하여, 공동체 내 주요한 건강 문제에 관한 교육 및 정보에 대한 접근성을 제공할 의무
- 건강 및 인권에 관한 교육 등 보건의료 종사자를 위한 적절한 훈련을 제공할 의무

다. 건강할 권리와 보건의료 서비스에 대한 권리

‘건강할 권리’ 보장을 위해 중요한 세부 권리 중 하나가 ‘보건의료 서비스에 대한 권리’이다. 이는 다른 표현으로 ‘의료(서비스) 이용자의 권리’이기도 하다. ‘건강할 권리’를 정의한 많은 문서가 “‘건강할 권리’는 ‘보건의료 서비스에 대한 권리’에 국한되는 것이 아니다.”라고 언급하는 것은 역설적으로 이 권리의 중요성을 웅변하는 것이다. ‘보건의료 서비스에 대한 권리’는 ‘건강할 권리’ 보장을 위해 필수적으로 보장되어야 할 권리다.

이러한 의료 이용자의 권리 보장을 위해서는 건강할 권리 보장과 마찬가지로 네 가지 요소가 충족되어야 한다. 첫째는 ‘가용성’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 한 국가 내에 제대로 기능하는 공공 보건의료 시설, 재화, 서비스 및 프로그램이 충분한 양으로 이용 가능해야 한다.

둘째는 ‘접근성’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 보건의료 시설, 재화, 서비스 및 프로그램이 차별 없이 누구에게나 접근 가능하여야 한다.

이는 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성, 비차별의 원칙을 포함한다.

셋째는 ‘수용성’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 모든 보건 의료 시설, 재화, 서비스가 의료 윤리를 존중하여야 하며, 개인, 소수자, 민족, 공동체의 문화를 존중하는 등 문화적으로 적절하여야 하고, 젠더와 생명주기의 필요에 민감해야 하며, 이용자의 비밀유지와 건강 상태 개선을 위해 계획되어야 한다.

넷째는 ‘질’이다. ‘의료 이용자의 권리’ 보장을 위해서는 보건의료 시설, 재화, 서비스가 문화적으로 수용 가능하여야 할 뿐 아니라, 과학적 및 의학적으로 적절하여야 하며 양질이어야 한다.

여기서 의료 서비스라 함은 신체적, 정신적 질병 모두에 대한 기본적인 예방, 치료, 재활 서비스와 더불어 교육을 포함한다. 이러한 서비스에는 정기적 검사 프로그램, 유행하는 질병, 질환, 부상 및 장애에 대한 적절한 치료, 필수 의약품의 제공, 적절한 정신건강 치료 및 간호의 제공을 포함한다.

의료 서비스 이용자의 권리 중 중요한 것은 예방, 치료, 재활 서비스 제공의 전 과정에 의료 서비스 이용자의 참여가 증진되고 확대되어야 한다는 것이다. 이러한 참여는 건강 관련 조직에의 참여, 보험 제도에의 참여를 포함하여 건강할 권리와 관련된 정치적 결정에의 참여 등을 포함한다.

3. 주요국의 의료 이용자 권리 보장 체계

가. 의료기관 이용자 권리에 대한 국제 기준

1) 유럽의 환자 권리 증진에 대한 선언(Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, 1994)

1970년대 이후 의료기관 이용자 권리에 대한 국제 선언들이 만들어져 왔다. 세계보건기구(WHO), 세계의사협회(WMA) 등에 의해 주도된 이러한 선언들은 의료 서비스 제공시 기본적인 인권에 대한 고려가 필수적임을 명시했다. 이러한 선언들 중 가장 포괄적인 내용을 담고 있고, 유럽의 여러 정부에 영향을 끼친 선언이 유럽의 환자 권리 증진에 대한 선언(Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe)이다. 이는 세계보건기구에 의해 작성되어 1994년 암스테르담 회의에서 채택되어 흔히 '세계보건기구의 암스테르담 선언'으로 불리는 것이다.

1994년 3월 28일부터 30일까지 암스테르담에서 열린 회의에는 36개국에서 60여명의 대표자들이 참여했는데, 여기서는 선언문을 채택함과 더불어 환자 권리를 증진시키기 위한 전략에 대한 토의를 진행했다.

그 결과 환자 권리를 증진시키기 위한 전략은 각 나라의 법 체계, 보건의료 체계, 경제 조건, 사회, 문화, 윤리적 조건 등에 따라 차이가 있지만, 다음과 같은 일반 원칙을 따를 필요가 있다고 권고하였다.

- 환자, 보건의료인, 의료기관 등의 권리와 의무를 명시한 법률 혹은 규칙이 필요하다.

- 시민사회, 환자, 보건의료인, 정책 담당자들간에 대화와 협의를 통해 의료인들의 전문가 규칙, 환자 권리 장전 등의 비사법적 기준들을 만들 필요가 있고, 사회 변화에 따라 이를 정기적으로 개정할 필요가 있다.

- 환자들간 보건의료 서비스 제공자간 혹은 서로간의 네트워킹을 통해 시민과 의료 이용자들이 참여하는데 차별이 발생하는지 모니터링하도록 하라.

- 정부는 환자 권리 영역에서 비정부기구의 설립과 운영을 지원하라.

- 관련 당사자들이 공통의 이해와 인식을 갖도록 하기 위해 국가 수준의 공청회와 토론회를 가져라.

- 대중에게 정보를 제공하기 위해 미디어를 참여시키고, 그것을 통해 환자, 의료 이용자, 비정부단체의 권리와 의무에 대한 생산적 논쟁을 촉발시키고 인식 제고를 위한 계기가 마련되도록 하라.

- 관련 내용에 대한 적절한 지식 개발을 위해, 보건의료인, 환자, 의료 이용자들이 의사 소통 및 권리 보장에 필요한 기술을 습득할 수 있는 교육의 기회를 제공하라.

- 법, 기준, 기타 체계 등이 효과적으로 작동하고 있는지 평가하고 증명하기 위한 연구를 활성화하라.

가) 선언의 배경

이 선언은 점점 더 의료가 현대화되어 가면서 의료로 인한 인권 침해의 가능성이 높아지는 현실에 대한 대응의 성격이었다. 국가별로 차이는 있지만 현대 과학 기술이 접목된 현대 의료는 때때로 환자에게 해롭기도 하고, 비인도적이며, 관료적이어서, 의료에 대한 정확한 정보 전달과 환자의 자기결정권에 대한 강조가 필요한 시점이라는 것이다.

그리고 1970년대 이래로 보건의료인이나 의료기관 입장에서 ‘환자에 대한 의

무’를 강조하는 접근은 종종 있어왔으나, 환자나 의료 이용자의 입장에서 ‘권리’를 강조한 접근은 적었기에, 이 선언은 환자나 의료 이용자의 입장에서 선언을 만들었다고 밝히고 있다.

더불어 환자 권리 혹은 의료 이용자 권리는 각 나라의 특수성이 고려되어야하므로 이 선언에 강제성은 없지만, 이 선언을 참조하여 각 국가의 특성에 맞는 제도와 체계를 만들 것을 권고하고 있다.

나) 선언의 지배적 원칙

이 선언은 환자 권리의 사회적 권리 측면과 개인적 권리 측면 중 개인적 권리 측면에 집중했음을 밝히고 있다. 환자 권리의 사회적 측면은 접근성의 강화, 차별 금지의 원칙 등이고, 환자 권리의 개인적 측면은 개인의 존엄성 보장, 프라이버시 보장, 종교적 신념 보장 등과 관련된 것이다. 이 선언은 환자 권리의 사회적 측면도 포함하고 있지만 개인적 측면에 보다 많은 내용을 할애하고 있다.

더불어 원칙을 적용함에 있어 예외 조항에 대한 언급을 하고 있다. 이 선언에 구체적 예외조항을 담지는 않았지만, 이 권리를 적용함에 있어 예외는 오직 공공의 이익을 위해서 혹은 권리 적용이 타인의 권리를 침해한다는 것이 증명되었을 경우로 한정한다고 언급하고 있다. 물론 이는 문서로 명문화되어야 함을 강조하고 있다. 또한 권리의 적용이 당사자에게 해로울 상황을 초래할 경우도 예외가 될 수 있다고 명시하고 있다.

다) 선언의 목적

이 선언의 목적은 단지 의료 제공 환경이 보다 나아지는 것을 넘어서, 환자, 의료 이용자, 보건의료인, 의료기관 등이 자신의 권리와 의무에 대한 인식을 넓혀나가는 데 도움을 주고자 만들어졌다고 밝히고 있다. 이러한 인식의 확장은

실제로 환자-의료인 관계를 향상시키는 데에도 도움이 되기 때문이다.

특히 보건의료 서비스 전 과정에서 환자의 참여는 필수적인 것임을 강조하고 있다. 환자의 진단과 치료의 전과정에서 환자의 참여 및 협력은 보건의료 서비스가 완결적이고 효과적으로 제공되기 위하여 필수불가결한 것이기 때문이다. 그러므로 보건의료인의 교육과정에 이러한 환자 참여의 중요성이 강조되어야 한다고 언급하고 있다.

이 선언의 활용과 관련해서는 각 국가는 이 선언을 참조하여 각 국가의 법, 제도, 정책 등을 평가하고 재구성할 것을 권유하고 있다. 이 선언은 강제성은 없으나 정책 담당자 및 관련 당사자 단체 및 협회에 좋은 가이드라인이 될 수 있을 것이라고 언급하고 있다.

라) 선언에 언급된 환자 권리의 내용⁹⁾

선언의 1장에는 의료에서의 인권과 인간의 가치에 대해 정의되어 있다. 그 내용은 존중받을 권리, 자기결정권, 존엄과 안전을 지킬 권리, 사생활을 침해받지 않을 권리, 도덕적, 문화적 가치와 종교적, 철학적 신념을 존중받을 권리, 적절한 조치를 받고, 최고수준의 건강을 추구할 기회를 가질 권리 등에 대한 언급이 있다.

선언의 2장에는 ‘정보에 대한 권리’가 언급되어 있다. 의료 서비스에 대한 정보가 대중에게 충분히 제공되어야 한다는 것, 자신에게 가해질 의료 서비스에 대해 알 권리가 있다는 것, 그러한 정보 전달은 환자가 충분히 이해할 수 있는 방식으로 전달되어야 한다는 것, 환자는 정보를 거부할 권리도 가진다는 것, 자신의 대리인을 선택할 권리 등이 명시되어 있다.

선언의 3장에는 ‘동의에 대한 권리’가 서술되어 있다. 모든 의학적 중재에

9) 원문 번역은 부록 참조

환자의 동의가 있어야 한다는 것, 의학적 중재에 대한 거부권, 법정 대리인의 동의가 필요한 경우에 대한 언급, 임상 교육 및 임상 실험 참여시의 동의 등에 대해 언급되어 있다.

선언의 4장에는 ‘프라이버시 및 비밀을 보장받을 권리’에 대한 언급이 있다. 환자의 상태에 대한 비밀 유지, 환자 기록 보호에 대한 의무, 환자 본인의 기록에 대한 접근권과 사본 발부권, 기록 수정 요구권, 프라이버시 보호권, 요양기관에서 편의시설에 대한 요구권 등이 명시되어 있다.

선언의 5장에는 ‘진료받을 권리’가 언급되어 있다. 포괄적 의료서비스에 대한 접근권, 비차별권, 의료 체계 결정에 대한 참여권, 양질의 의료서비스를 받을 권리, 의료인 및 의료시설 선택권, 의료시설 전원시 권리, 정신적 지지와 안내를 받을 권리, 고통을 경감받을 권리, 연명치료에 대한 권리, 존엄하게 죽음을 맞을 권리 등이 포함되어 있다.

선언의 6장에는 이러한 권리를 적용하는 문제에 대해 언급하고 있다. 이 권리 실현을 위해 적절한 수단이 마련되어야 한다는 것, 비차별의 원칙, 법과 각종 인권선언서에 부합해야 한다는 것, 불만 제기 기전과 해결 구조가 있어야 한다는 것 등이 명시되어 있다.

2) 보건의료 개혁에 대한 류블랴나 헌장(The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996)

역시 세계보건기구 유럽지부의 주관으로 슬로베니아의 류블랴나에서 진행된 회의 결과 채택된 헌장이다. 주된 내용은 보건의료 개혁에 대한 것이지만, 보건의료 개혁의 주된 방향으로 환자 권리 증진에 대한 내용을 담고 있다.

이 헌장은 유럽의 상황에서 보건의료 개혁의 기본 원칙을 천명하고, 그것을 효과적으로 달성하기 위한 운영 원칙을 언급했다.

보건의료 개혁의 기본 원칙으로는 가치 지향적 접근, 건강 수준의 향상, 시민 의견 존중, 질 향상, 건전한 재정 구조, 일차의료 중심성을 언급하였다.

그리고 이러한 보건의료 개혁을 효과적으로 달성하기 위한 운영 원칙으로 건강 정책 입안, 시민 의견 경청, 의료 전달 체계의 개혁, 인적 자원의 재구성, 관리 강화, 경험으로부터 학습 등을 제시하였다. 이 중 시민 의견 경청과 관련된 항목에서 의료 이용자 권리를 보장하기 위한 내용들이 선언되어 있다. 보건의료 체계를 결정하는 과정과 의료기관에서 진료하는 과정 모두에서 의료 이용자의 의견을 경청하고 그 의견을 반영해야 한다는 점이 지적되어 있다.

3) 유럽연합의 인권과 생의학에 대한 협약(Convention on Human Rights and Biomedicine, 1997)

이는 생의학 발달에 따라 그의 적용에 따른 윤리적 문제들을 규제하기 위한 협약이지만 의료 이용자 권리와 관련된 많은 내용을 담고 있다. 이는 의료 이용자 권리와 관련되어 규제력을 가지고 있는 가장 최초의 국제 협약이다. 이는 유럽 회의에서 인준된 협약으로서 이를 비준한 유럽 국가에서는 법적 구속력을 가진다. 이 협약에는 최근 발전된 신기술의 이용과 관련된 윤리적 문제를 다루고 있다. 인간 유전자 처치, 인간 배아 연구, 인간 기관과 조직의 사용에 대한 규칙 등이 포함되어 있다.

그런데 이 협약에는 의료 기술을 적용함에 있어 적용 대상자의 동의권, 정보권 등을 명시하고 있고, 이것이 침해받았을 때 보상에 대한 조항을 담고 있다. 보다 구체적으로는 모든 의료 행위시 정보를 충분히 제공한 상태에서 이용자의 동의가 필수불가결할 요소임을 명시하였다. 그리고 개인의 삶과 건강에 대한 정보는 존중받아야 하고, 이에 대한 정보는 본인에게 알려줄 의무가 있다고 명시하였다.

4) 유럽 환자단체연합의 환자 권리 장전(European Charter Of Patients' Rights, 2002)¹⁰⁾

이는 이탈리아에 기반을 둔 환자단체가 유럽의 환자단체들과 함께 토론하여 만든 권리 장전이다. 이 환자 권리 장전은 유럽연합 내 국가들간에 상이한 환자 권리 보장 수준을 감안하여 그것을 조율하고 그 수준을 상향 평준화시키기 위해 만들어졌다.

이 권리 장전에서는 이전에 논의되었던 환자 권리들을 모두 포괄하여 그것을 각각의 특성에 따라 14가지 권리로 구분하여 서술하였다. 구체적으로는 질병 예방에 대한 권리, 의료서비스에 대한 접근권, 정보에 대한 권리, 동의에 대한 권리, 자유로운 선택의 권리, 프라이버시 보호와 비밀 보장에 대한 권리, 환자의 시간을 존중받을 권리, 의료의 질 표준 준수에 대한 권리, 안전에 대한 권리, 혁신에 대한 권리, 불필요한 고통과 통증을 피할 권리, 개별화된 치료를 받을 권리, 불평에 대한 권리, 보상에 대한 권리가 명시되었다.

한편, 환자 권리 보장 및 증진을 위한 시민들의 적극적 행동에 대한 권리도 명시하였다. 구체적으로는 공중의 이해를 위해 행동을 할 수 있을 권리, 환자 권리 지지를 위한 행동을 할 권리, 건강과 관련된 제도 결정에 참여할 권리 등을 명시했다.

마지막으로는 환자 권리 장전이 현실에서 적용되도록 하기 위한 가이드라인도 제시하였다. 구체적으로는 환자 권리에 대한 정보 제공과 교육, 환자 권리 장전에 대한 지지와 채택, 환자 권리 장전에 의거한 환자 권리 수준 모니터링, 환자 권리 보호 수단으로 사용, 당사자간의 대화를 위한 수단으로 활용, 특정 문제를 해결하기 위한 예산 배정, 법제화 등을 언급하고 있다.

이 장전은 환자 권리와 관련하여 포괄적인 내용을 담고 있다는 점에서 긍정적

10) 전문은 부록 참조

인 평가를 받고 있으나, 너무 환자 중심적이어서 현실에 적용하기에는 무리가 따른다는 지적도 있다. 특히 각 나라의 특수한 상황과 경제적 조건을 고려하지 않은 일반론이기 때문에 각 나라 상황에 맞게 수정 및 보완이 필요하다는 지적이 있다.¹¹⁾

나. 국가 단위의 환자 권리 법

대부분의 국가에서 전통적으로 환자 권리는 의료인들의 윤리에 복속된 개념이었다. 환자 권리는 의료인들의 윤리 기준에 정해져 있었다. 환자 권리는 의료인들이 환자에 대한 선의의 대리인으로서 이러한 윤리적 기준을 엄격히 지킴으로써 보장되는 것이었다. 그러나 시대가 변화함에 따라 더 이상 환자 권리를 의료인들의 윤리에 맞길 수 없는 상황이 도래했다. 사회적으로 환자 권리에 대한 관심이 높아졌고, 의료인 개개인에 의한 권리 침해외에 의료기관에 의한 권리 침해가 발행하면서 이를 사회적으로 해결하는 구조가 필요하게 된 것이다.

환자 권리를 사회적으로 보장하기 위한 체계로서 가장 엄격한 것은 환자 권리와 관련된 법 체계를 가지는 것이다. 환자 권리와 관련된 법 체계는 크게 보아 두 가지 종류가 있다. 하나는 기존의 의료 관계법에 환자 권리와 관련된 조항을 포함시키는 것이다. 다른 하나는 독자적인 환자 권리법을 제정하는 것이다.

두 가지 법 체계는 각각 장단점이 있다. 기존 의료관계법에 환자 권리와 관련된 조항을 포함시키는 방식은 상대적으로 쉽게 환자 권리를 법적 의무로 명시할 수 있는 장점이 있다. 그러나 이 경우 상대적으로 환자 권리의 중요성을 법 체계

11) Dónal P. O'Mathúna, Health Care Rights and Responsibilities : A Review of the European Charter of Patients' Rights, Irish Patients' Association, 2005.

를 통해 부각시키기는 어렵다. 환자 권리와 관련된 독자적인 법을 만드는 경우, 이러한 법을 만드는 과정 및 독자적 체계 자체가 환자 권리와 관련된 사회적 관심을 불러일으키고, 환자 권리에 대한 인식을 높이는 효과를 갖기 때문에, 법의 교육적 효과를 충분히 거둘 수 있는 장점이 있다. 그러나 이러한 독자적 입법 체계 구성을 위해서는 상당한 노력과 시간이 필요한 일이고, 기존 법 체계를 복잡하게 만들 위험이 있다.

유럽의 경우 핀란드, 네덜란드, 이스라엘, 그리스, 헝가리, 리투아니아, 라트비아, 포르투갈, 아이슬란드, 덴마크, 벨기에, 에스토니아, 프랑스, 키프러스 등의 나라는 독립적인 체계의 환자권리법을 가지고 있다.

다. 국가별 환자 권리 장전

미국에서는 1972년, 매사추세츠주 보스턴시 베쓰 이스라엘(Beth Israel)병원에서 “환자 권리 선언(your Rights as a patients at Beth Israel Hospital)”을 만들어 선포했다. 같은 해에 미국병원협회는 환자권리선언(American Hospital Association's A Patient's Bill of Right)을 만들어 선포했다. 그 이후 대부분의 병원이 자발적으로 환자 권리 선언을 제정했다. 이는 법적 강제력이 있는 것은 아니었고, 병원의 자발적 강령과 같은 것이었다.

유럽에서 환자 권리 장전이 최초로 만들어진 나라는 프랑스이다. 프랑스에서는 1974년에 “병원 환자를 위한 장전(Charter for hospital patients)”이 만들어졌다. 이는 법적 강제는 없었지만, 준사법적 기능을 하는 기준이었다. 프랑스에서 이러한 권리 장전이 만들어진 이후 다른 나라에서도 비슷한 권리 장전이 만들어져 선포되었다.

이와 같이 의료인 혹은 의료기관이 주도한 환자 권리 장전은 의료인 혹은 의료기관의 윤리적 기준이 준사법적 기능을 가지는 국가의 경우 어느 정도 효과를 발휘하기도 하지만, 그렇지 않은 경우 선언적인 경구에 그친다는 비판이 있다. 특히 의료서비스의 상업화가 심화된 사회일수록 이러한 윤리적 선언은 공염불에 그치는 경향이 있다.

라. 개별 국가의 환자 권리 보장 체계

1) 영국

영국은 환자 권리 보장 영역에서 선구적인 위치를 차지하는 국가이다. 1974년에 처음으로 지역사회 건강 위원회(Community Health Council)가 만들어졌는데, 이는 국가 보건의료 서비스와 관련되어 대중의 이해를 대변하도록 만들어진 조직이다. 이 조직은 독립적인 기구로서 법적 근거를 가지고 있으며 정부 재정으로 운영된다. 설립 이래로 이 조직의 활동 가치는 정부내에서 정기적으로 평가되어져 왔다. 그럼에도 불구하고 보수당 정부가 들어서면서 영국의 보건의료제도에 사적 요소가 도입되며 구조 조정이 일어난 시기인 1979년에서 1997년에 이르는 기간에도 이 조직은 굳건히 살아남았다. 그 이후 집권한 노동당 정부는 이 조직으로 하여금 국가 보건의료 체계를 현대화하는 사명을 감당하도록 했다.

지역사회 건강 위원회의 주된 기능은 보건의료와 관련된 주요 결정 과정에 시민을 참여시키는 것이다. 시민 대표들은 보건의료 서비스 제공 과정을 모니터링하고 개선 방안을 제안한다. 그들은 보건의료 기관을 방문하여 조사하고 그 결과에 근거해 개선방안을 제안할 권한을 가지고 있다. 이들이 제안하는 제안은 거의 받아들여지고 그에 따른 개선안이 만들어진다.

이들의 활동과 이들이 만들어낸 정보와 자료들은 지역에 적합한 시각과 지식을 생산하고, 그 생산물은 대중이 쉽게 접할 수 있는 방식으로 공유된다. 의료기관에 대한 대중의 불만을 전달하는 데에도 큰 역할을 한다.

지역사회 건강 위원회의 역할은 매우 긍정적이다. 지역사회 건강 위원회가 법적 근거를 가지고 든든히 존재함으로써 의료 이용자들은 의료기관 이용시 자신의 목소리를 대변해줄 조직을 가지고 있다고 느낀다. 한편 이들은 지역사회 비정부조직들과 다양한 관계를 형성하고 있어 그들의 목소리를 정책에 반영하는 데에도 큰 역할을 하고 있다.

이 조직의 단점으로 거론되는 것은 재정 구조이다. 중앙 정부가 교부한 재정을 지방 보건의료당국으로부터 받는 구조이기에 그들의 독립성이 침해받을 가능성이 있다. 지원 재정도 충분하지 않기에 역할을 감당하기에 벅찬 측면도 존재한다. 재정에 비해 너무 광범위한 업무 영역을 가지고 있어 특정 부분에 집중해야 한다는 지적도 받고 있다. 더불어 대중의 보수주의에 기반해 개혁을 거부하고 장기적 이익보다는 단기적 이익에 매몰될 위험이 있다는 지적도 있다. 사회적 무관심도 장애요인이다. 이 조직의 정당성은 시민들에 대한 대표성에서 나온다. 그런데 이 조직에 참여하는 이들의 대부분은 50대 이상이거나 은퇴한 이들이다. 그래서 이들이 적절히 대변하지 못하는 집단에 대한 대표성의 문제가 거론된다.

1991년에 영국 정부는 환자 권리 장전을 제정했다. 이는 순수 민간 차원이 아니라 정부가 나서서 제정한 권리 장전이다. 지역사회 건강 위원회와 환자 단체가 함께 참여하여 이 권리 장전을 만들었다. 이 권리 장전의 내용은 권리에 대한 내용이기보다는 주로 기대로 채워져 있다. 환자 개인 입장에서는 이러한 기대가 충족되지 않았을 경우 어떻게 대응해야 하는지에 대한 가이드라인이 제시되어 있지 않다. 그래서 기대보다는 권리를 보장하는 내용으로 보다 강제력 있는 규제가 구성되어야 한다는 지적이 있다. 하지만 이 경우 그것의 집행은 어떻게 책

임질 것인가 하는 문제가 대두된다. 그래서 영국의 경우 비록 강제력은 없지만 환자 권리 장전이 모니터링을 위한 기준의 역할을 하고, 다른 제도를 결합시켜 환자 권리를 보장하는 체계를 가지고 있다. 예를 들어 의료기관에 대한 불만은 독립적인 건강권 위원회를 통해 해결할 수 있다.

2) 덴마크

노르딕 지역 국가들은 다른 나라들보다 빨리 환자 권리 보장 체계를 갖추었다. 환자 권리와 관련된 독자적 법률 체계를 가진 나라도 노르딕 국가에 많다. 노르딕 국가에서 환자 권리에 대한 사회적 관심이 높아진 이유는 몇 가지가 있다. 가장 중요한 요소는 의학 기술의 발전과 그로 인한 평균 수명의 연장이다. 이러한 상황이 도래하면 환자 권리에 대한 사회적 관심이 증가하는 경향이 있다.

노르딕 지역 국가들의 보건의료 법률 체계는 '의무'에 기반해 있다. 환자 권리와 관련된 법률도 보건의료 기관과 의료인이 환자 권리와 관련하여 지는 의무 형태로 명시되어 있다. 이러한 구조이기에 환자가 자신의 권리를 주장하는 체계이기보다는 관련 행정당국이 의료기관이나 의료인의 의무 수행 여부를 감독하는 체계이다. 환자는 관련 당국에 의료기관이나 의료인의 환자 권리 침해 상황을 고발할 수 있고, 환자가 고발하게 되면 관련 당국은 조사에 나선다. 환자가 직접 법원에 소송을 진행할 수 있는 환자 권리 침해 사안은 그리 많지 않다. 응급 의료에 대한 권리 침해, 본인의 의무 기록을 확인할 권리 침해 등의 경우 법원에 직접 소송을 걸 수 있다.

의료 과오가 발생했을 때 이에 대해 불만을 제기하고 보상을 받는 체계가 갖추어져 있다. 의료 과오에 대한 보상 책임은 개별 의료인에게 지워지지 않고 의료기관에 지워진다. 소송을 통해 보상 문제를 해결하는 것이 어렵기 때문에 무과실주의에 입각한 환자 보험도 존재한다. 이 보험은 환자와 의료인의 과실 여

부에 관계 없이 환자가 상해를 입었다는 사실만 증명되면 보상을 한다.

덴마크는 독자적인 환자권리법 체계를 가지고 있고, 이 법은 환자의 자기 결정권과 의사 및 의료기관 선택권 등을 보장하고 있다. 다른 나라와 다르게 1차 의료기관을 거치지 않고 바로 지역의 병원 서비스를 받을 수 있도록 한 점은 특기할 만한 사항이다.

3) 네덜란드

네덜란드는 유럽 국가들 중 환자 권리와 관련된 체계를 일찌감치 만든 나라들 중 하나다. 1995년에 의료 치료 협약법(Medical Treatment Agreement Act)와 불만법(Complaints Act)이 제정됨으로써 기본적인 환자 권리를 법으로 명문화하였다.

네덜란드에서는 환자 권리와 관련된 활동에 있어 환자 단체, 소비자 단체, 의사협회의 영향력이 크다. 환자의 역량을 강화하기 위한 활동이 활발히 벌어지고, 의사들은 수평적인 환자-의사 관계에 대해 집중적인 교육을 받는다. 그 결과 활발한 시민 참여가 이루어지고 있고, 그것을 바탕으로 환자 권리와 관련된 법이 사문화되지 않고 작동되도록 강제하고 있다.

네덜란드는 1980년대부터 환자 교육에 중요성을 부여하여 환자 권리 보장을 위한 사회적 여건을 형성하는 데 주력하였다. 더불어 보건의료 체계에 시민 참여를 확장하기 위한 전략을 구사하였다. 그 결과 환자와 시민의 권리를 대변하는 조직들이 활성화되었다. 대표적인 조직은 네덜란드 국립 환자 및 소비자 조직 협회(Dutch National Federation of patient and Consumer Organizations)이다. 이는 환자 단체, 소비자 단체, 노인단체의 연합체이다. 정부는 이러한 단체들에 보조금을 지급하여 활동을 지원한다.

의사협회 역시 그 역할이 적지 않다. 네덜란드 의사협회는 의사들에게 환자 권

리와 관련된 교육을 제공하고, 환자들의 불만이 제기될 때 그것을 해결하는 방안에 대해 카운슬링해 준다.

국가 의료 위원회 안에 환자 권리 위원회가 독자적으로 존재하여, 이 위원회에서 환자 단체, 소비자 단체, 의사협회 등의 대화를 촉진하고 정책을 입안한다.

네덜란드의 환자 권리법은 몇 가지 원칙에 근거하여 입법되었다. 첫째, 관련 당사자들이 이해하기 쉽게 만들어야 한다. 환자와 보건의료인의 권리와 의무가 명확히 드러나야 한다. 둘째, 실용적이어야 한다. 특정한 상황에 적용 가능한 법이어야 한다. 셋째, 필요한 경우 환자가 스스로 자신의 권리를 집행할 수 있어야 한다. 이러한 원칙에 의거하여 네덜란드의 환자 권리법은 긴 시간의 논쟁과 숙의 끝에 만들어졌다.

4. 의료기관 이용자 권리 보장 실태

가. 의료기관 서비스의 가용성

1) 총 병상수

2006년 우리나라의 총 병상수는 인구 1,000명당 8.5병상으로 OECD 회원국 5.5병상보다 3.0병상 더 많고, 회원국 중 가장 많은 일본의 14.0병상에 이어 총 병상수가 두 번째로 많은 국가이다. 그러므로 우리나라는 병상의 양적 가용성은 충분하다고 할 수 있다.

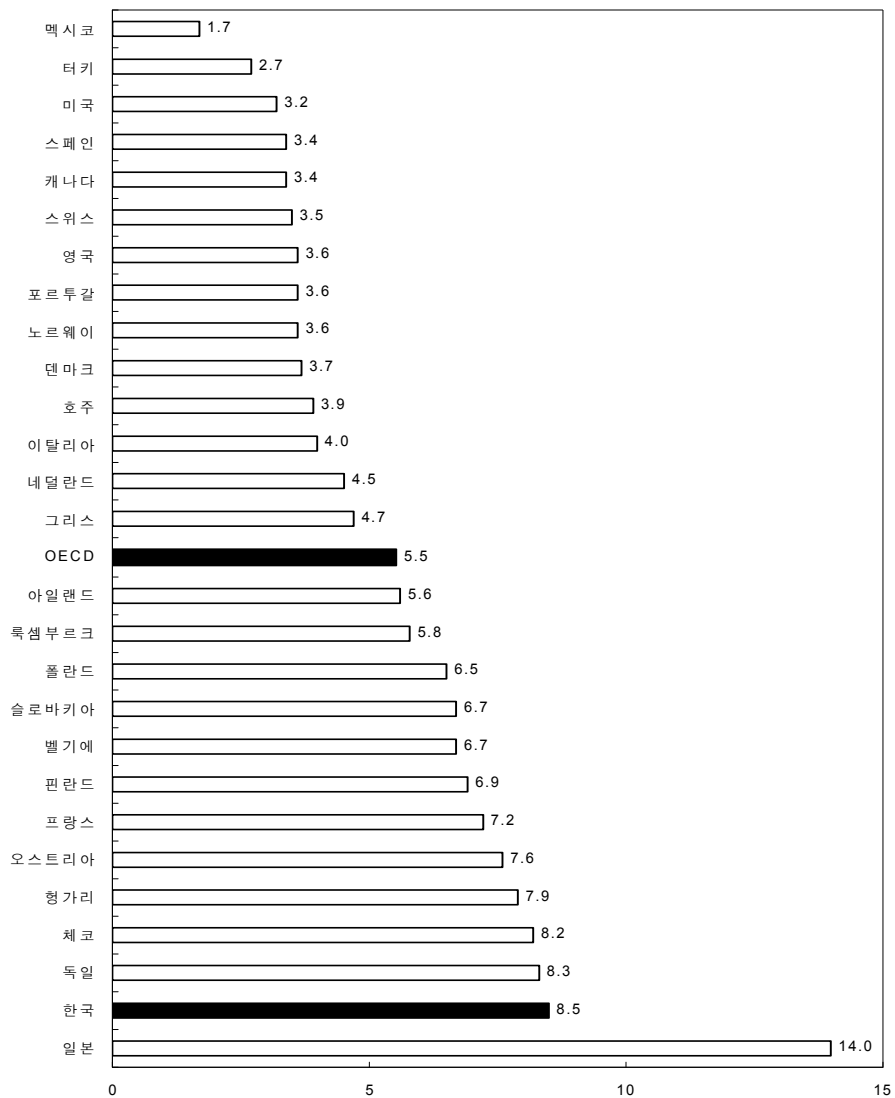


그림 1 총병상수(인구 1,000명당), 2006년
우리나라 보건 의료 실태 분석 결과, 보건복지가족부, 2008.

2) 급성기의료병상수

2006년 우리나라의 인구 1,000명당 급성기의료병상수는 6.8병상으로 OECD 회원국 평균 3.9병상에 비해 2.9병상 더 많다. 그러므로 우리나라는 급성기의료병상의 양적 가용성은 충분하다고 할 수 있다.

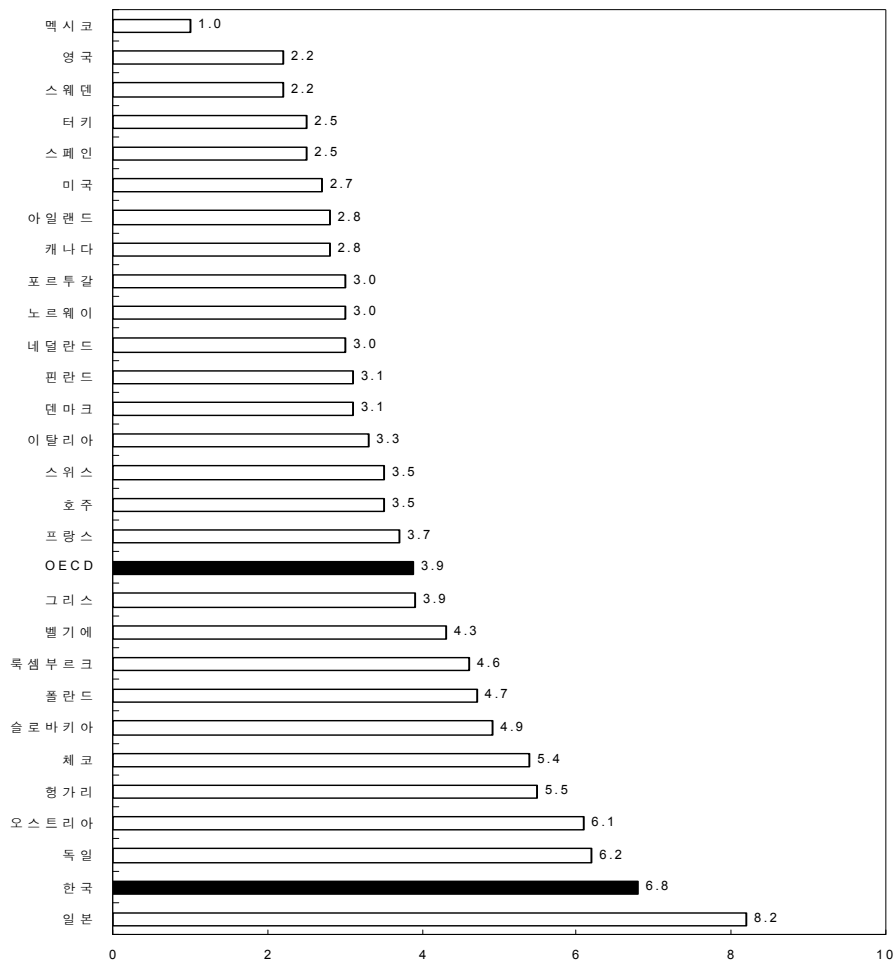


그림 2 급성기의료병상(인구 1,000명당), 2006년
우리나라 보건 의료 실태 분석 결과, 보건복지부, 2008.

3) 활동 의사

2006년 우리나라의 활동의사 수는 인구 1,000명당 1.7명으로 OECD 회원국 활동의사 수 3.1명보다 적다. 2006년도 인구 1,000명당 의사수는 터키(1.6명)를 제외하고 가장 적은 수준이다. 그러므로 우리나라는 활동 의사의 양적 가용성이 부족한 실정이다.

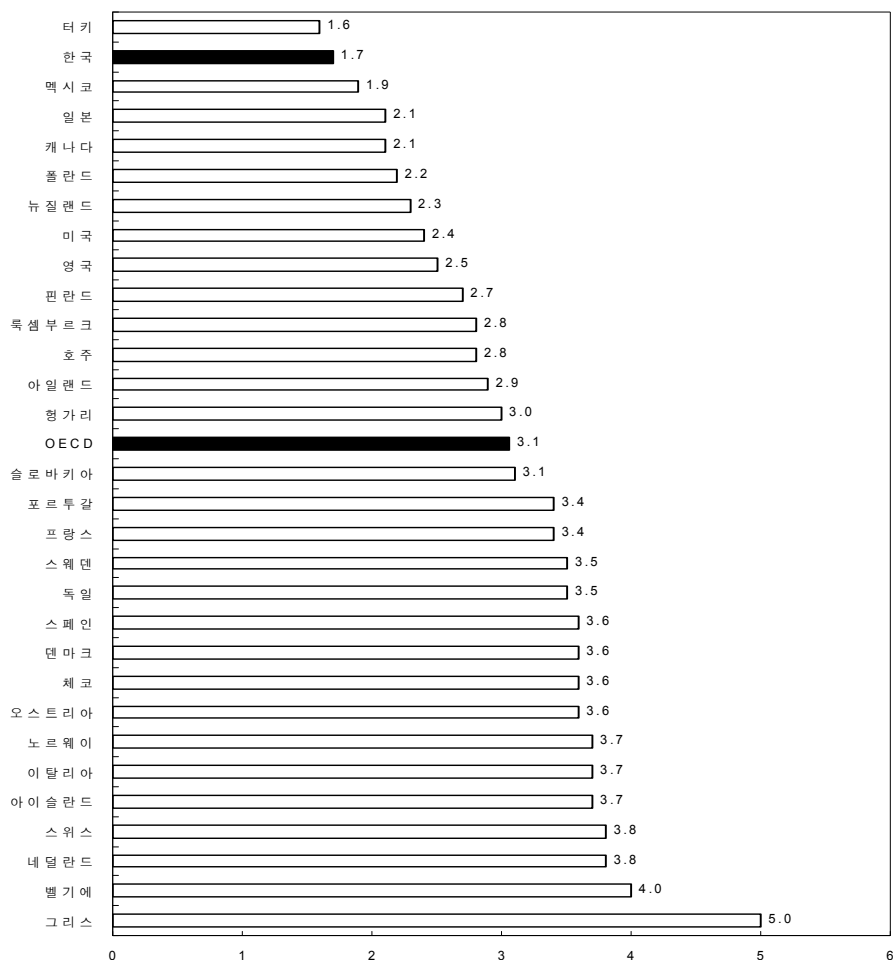


그림 3 활동의사(인구 1,000명당), 2006년
우리나라 보건 의료 실태분석 결과, 보건복지부, 2008.

4) 활동 간호사

2006년 우리나라의 활동 간호사수는 인구 1,000명당 4.0명으로 OECD 회원국의 평균 활동간호사 수 9.7명보다 적다. 그러므로 우리나라는 활동 간호사의 양적 가용성이 부족한 실정이다.

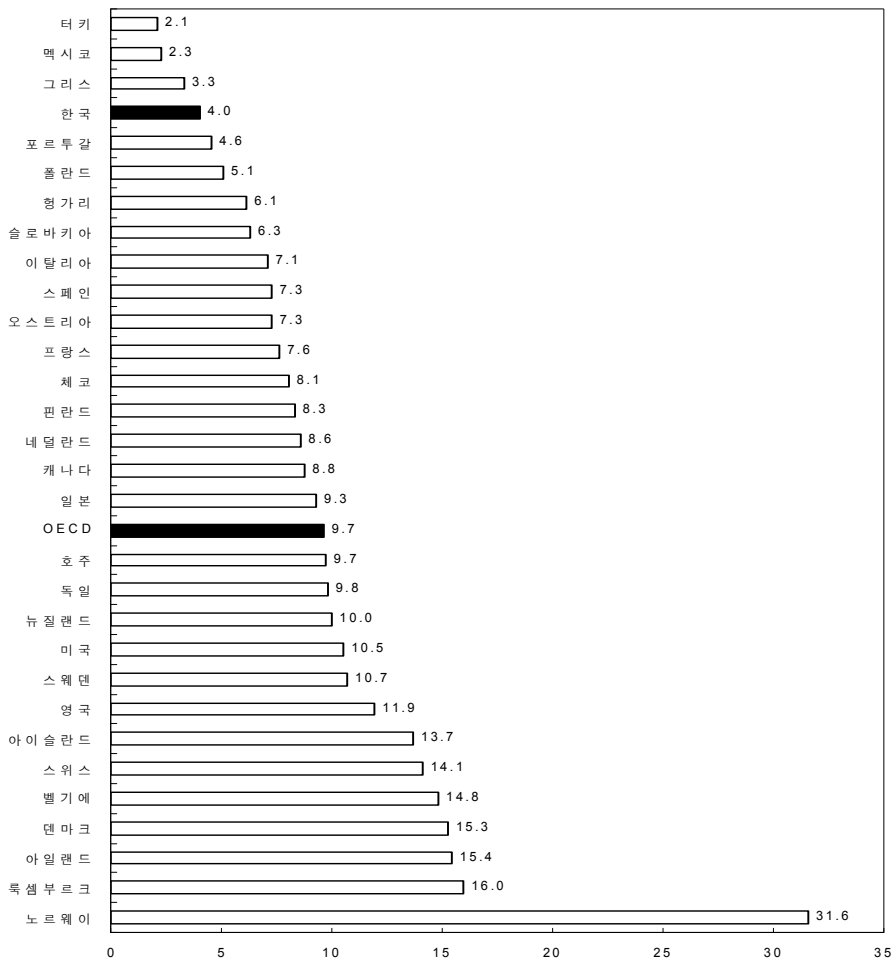


그림 4 활동간호사(인구 1,000명당), 2006년
우리나라 보건 의료 실태 분석 결과, 보건복지부, 2008.

5) 의료기술: CT(전산화단층촬영) 스캐너

2006년 우리나라의 CT 스캐너 보유 대수는 인구 100만명당 33.7대로 OECD 평균 보유 대수 21.8대보다 많다. 그러므로 우리나라는 전산화단층촬영 스캐너의 양적 가용성은 충분하다고 할 수 있다.

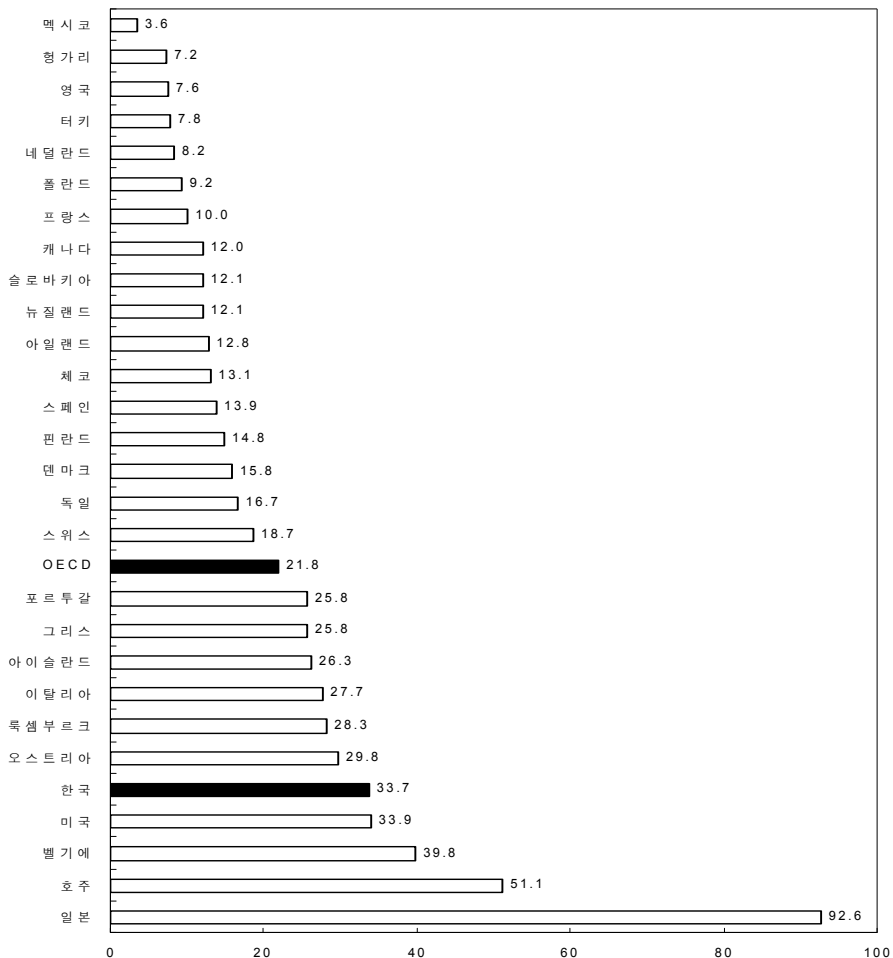


그림 5 의료기술: CT 스캐너(인구 1,000,000명당), 2006년
우리나라 보건 의료 실태분석 결과, 보건복지부, 2008.

6) 의료기술: MRI(자기공명영상) 장비

2006년 우리나라의 MRI 보유 대수는 인구 100만명당 13.6대로 OECD 평균 보유 대수 10.2대보다 많다. 그러므로 우리나라는 자기공명영상 장비의 양적 가용성은 충분하다고 할 수 있다.

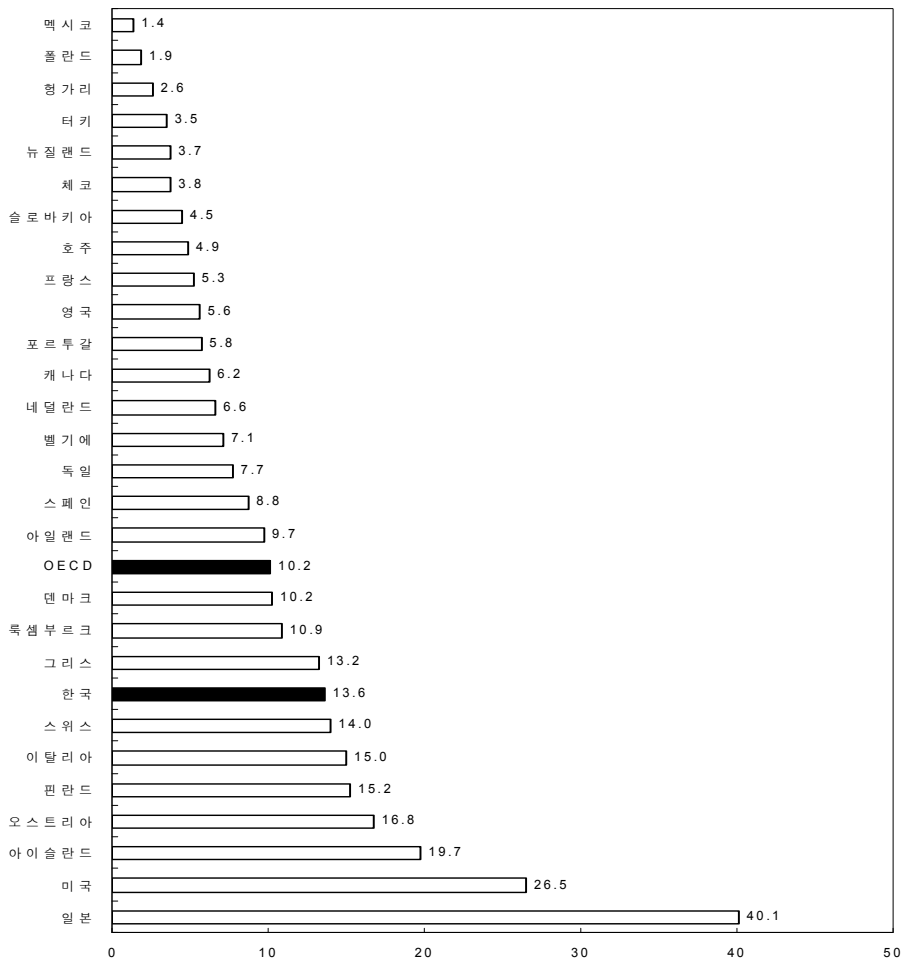


그림 6 의료기술: MRI 장비(인구 1,000,000명당), 2006년
우리나라 보건 의료 실태분석 결과, 보건복지부, 2008.

7) 의대 졸업자

2006년 우리나라의 의대 졸업자는 인구 10만명당 8.2명으로 OECD 회원국의 평균 의대졸업자 9.8명보다 약간 적은 편이다. 그러므로 우리나라는 의대 졸업자의 양적 가용성은 약간 모자란다고 할 수 있다.

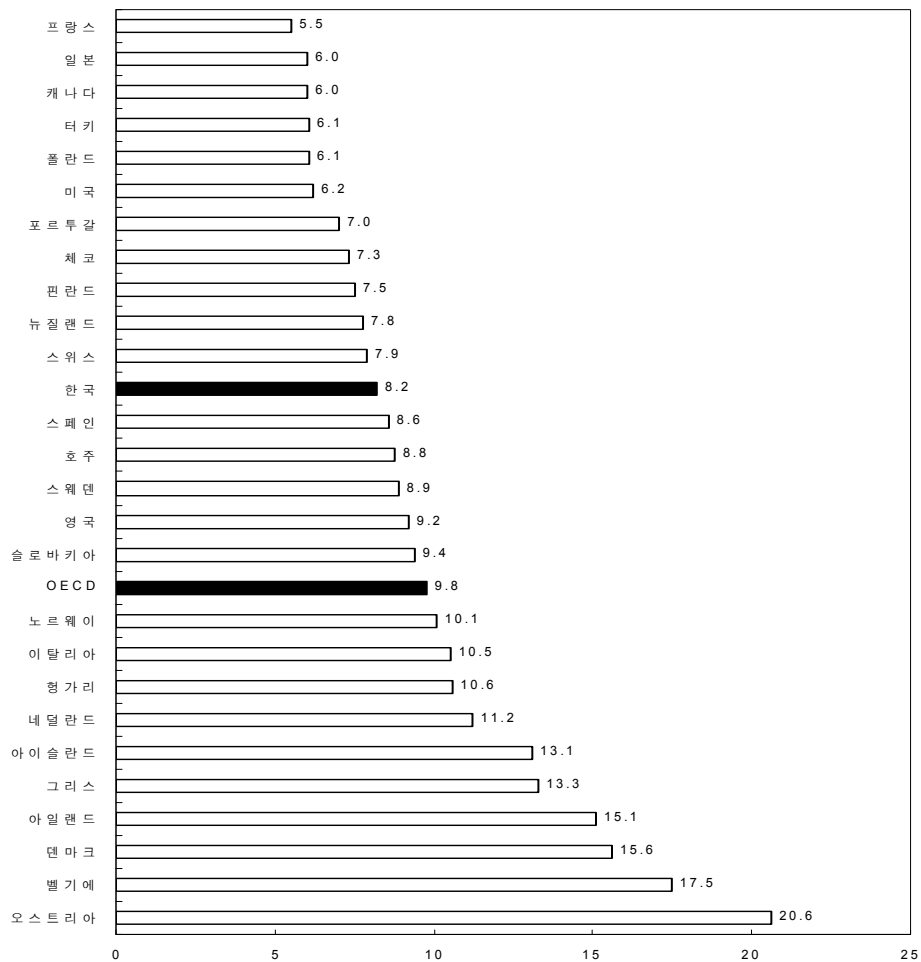


그림 7 의대졸업자(인구 100,000명당), 2006년
우리나라 보건 의료 실태 분석 결과, 보건복지부, 2008.

8) 공공 의료기관의 가용성

우리나라 의료제공체계의 공공성은 병원 수 기준으로는 10%에도 미치지 못하고, 병상 수 기준으로는 18% 정도에 불과하여 자유시장주의 의료체계를 가지고 있는 미국보다 더 낮다(미국은 공공병원 25%, 공공병상 33% 수준). 유럽 국가들은 의료제공체계의 공공성 비율이 60% 이상(사회의료보험 형 대륙 국가들), 또는 거의 100%(영국과 스웨덴 등 국영의료제도 국가들)에 이른다. 또, 우리나라 민간병원들은 중소 규모로 운영되는 개입사업자 병원을 제외하면 모두 외형적으로는 비영리법인 병원임에도 불구하고 이윤을 추구하는 경향이 강하여 유럽의 비영리 지역병원들과는 행태가 많이 다르다. 그러므로 우리나라 공공 의료기관의 가용성은 많이 떨어진다고 할 수 있다.

표 1 민간의료기관과 공공의료기관의 기관수 및 병상수 비중

구분	계		공공		민간	
	수	비율(%)	수	비율(%)	수	비율
기관수	54,760	100	3,628	6.6	51,132	93.4
병상수	411,010	100	47,726	11.6	363,284	88.4

자료: 보건복지부, 보건복지백서 2006, 2007년 발간

9) 국민의료비 중 공공지출의 가용성

2006년 우리나라 국민의료비 지출 중 공공부문에 의한 지출 비율은 55.1%를 차지했으나, OECD 회원국의 공공부문의 평균 지출 비율은 73.0%이다. 그러므로 우리나라 국민의료비 중 공공지출의 가용성은 많이 떨어진다고 할 수 있다. 그러다보니 우리나라는 국민의료비 중 가계본인부담 지출 비용도 상대적으로 높은 실정이다. 실제로 2006년 우리나라 국민의료비 중 가계부문에서의 지출 비율은 36.9%로 OECD 수준인 19.0% 보다 높다.

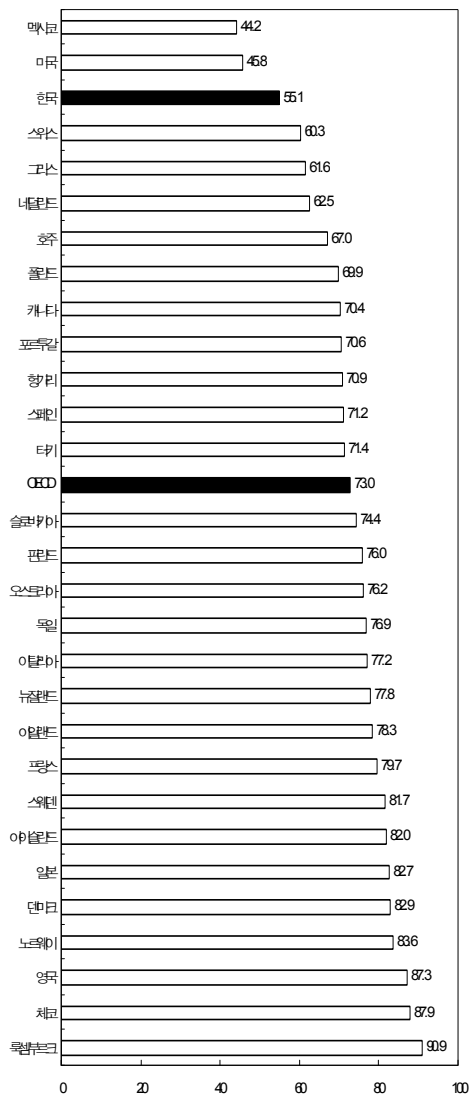


그림 8 국민의료비 지출 중 공공지출 비율,
2006년
우리나라 보건 의료 실태 분석 결과,
보건복지부, 2008.

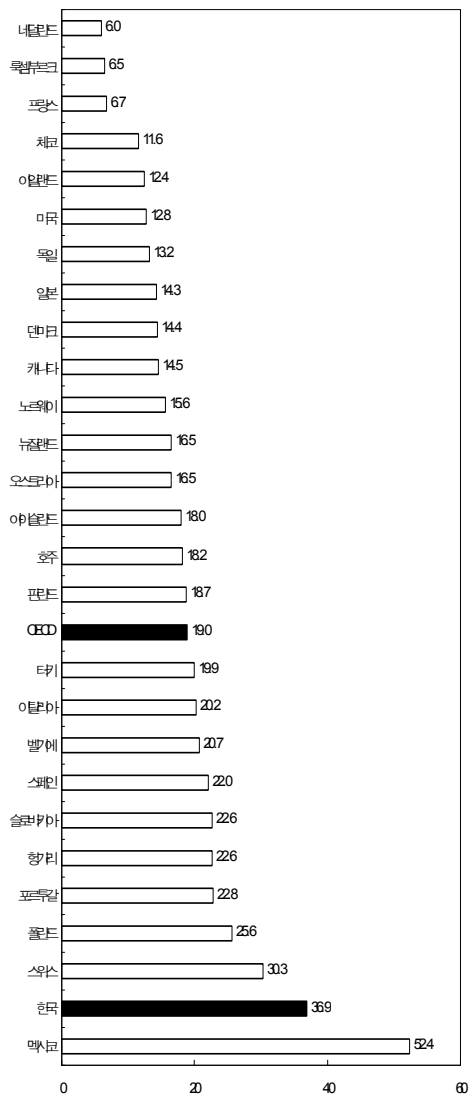


그림 9 국민의료비 중 가계지출 비율,
2006년
우리나라 보건 의료 실태 분석 결과,
보건복지부, 2008.

나. 의료기관 서비스의 접근성

1) 물리적 접근성

가) 농산어촌의 의료기관에 대한 물리적 접근성

농산어촌 주민을 대상으로 질병 치료시 애로사항을 물어보았을 때, ‘의료기관이 멀다’고 응답한 이들의 비율이 농산어촌(24.3%)이 도시지역(4.2%) 보다 월등히 높아 농산어촌 지역의 의료기관에의 물리적 접근성에 어려움이 있음을 알 수 있다. 한편 농산어촌의 보건의료서비스 개선을 위해 가장 필요한 정책을 물어보았을 때, 농산어촌은 도시에 비해 상대적으로 ‘종합병원 건립’ 및 ‘의료기관까지 이동시간 단축’ 필요성을 많이 느끼고 있는 것으로 나타났다. 이 또한 의료기관에의 물리적 접근성에 문제가 있음을 시사하는 결과다.

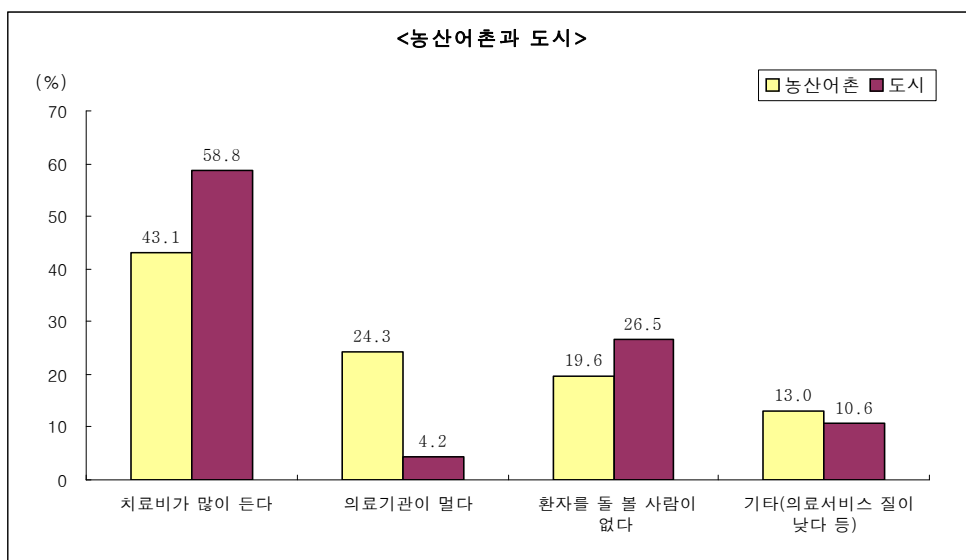


그림 10 농산어촌의 질병 치료시 애로사항
통계청, 2008년 농림어업인 복지실태조사 결과, 2008.

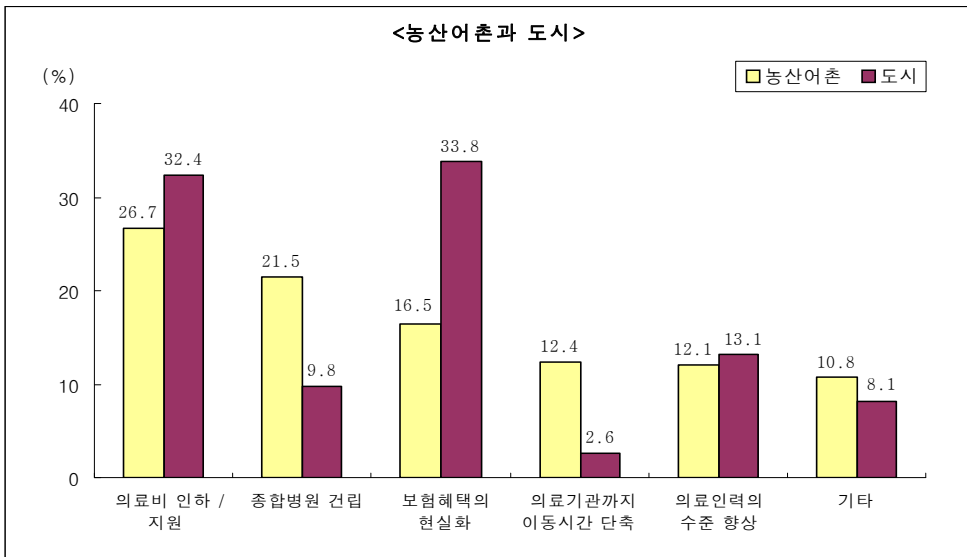


그림 11 농산어촌의 보건의료서비스 개선을 위해 가장 필요한 정책
통계청, 2008년 농림어업인 복지실태조사 결과, 2008.

나) 특정 지역으로의 입원의료 친화도

1999년 암발생자들의 의료이용 양상을 2005년까지 추적관찰해보면, 부산, 대구·경북, 경남·울산을 제외하고는 전체 암환자 입원 의료이용량의 20% 이상이 서울 지역의 병원들을 이용하고 있다. 이는 의료자원의 합리적 배분의 측면에서 볼 때 매우 비효율적인 구조이다.

표 2 암종별 서울지역으로의 입원의료 친화도

암종 거주지역	전체암	위암	폐암	간암	대장암	유방암	자궁경부암
부산	10.34	7.02	7.89	13.77	4.98	10.16	10.1
인천, 경기	52.68	46.38	48.4	57.79	47.01	55.84	49.42
강원	30.30	25.31	21.5	32.95	15.7	26.49	52.33
충북	37.47	33.65	33.09	45.43	25.87	36.48	40.82
대전, 충남	36.49	37.86	29.37	49.79	31.72	27.38	32.17
전북	27.24	28.33	19.38	35.41	25.05	21.28	20.95
광주, 전남	34.60	34.68	32.24	42.92	30.49	27.93	26.59
대구, 경북	19.33	19.31	17.46	25.58	17.88	14.13	12.52
경남, 울산	15.65	12.78	11.07	19.19	12.91	17.84	16.29
제주	44.22	43.96	49.48	48.09	20.66	56.25	28.26

자료: 이상이 등, 소득계층에 따른 암 환자의 암종별 의료이용에 관한 연구, 2006
윤태호, 의료서비스의 성장과 발전 전략, 2008에서 재인용

2) 경제적 접근성

가) 미치료 및 치료지연율

2005년 보건복지가족부가 시행한 국민건강영양조사에 의하면, 조사대상 인구의 13.65%가 지난 1년간 미치료나 치료지연을 경험한 것으로 나타났다. 우리나라의 경우 건강보험이 실시되고 있음에도 불구하고 연령이 높을수록, 교육이 낮을수록, 월가구 소득이 낮을수록, 의료보장에서는 미가입, 의료급여, 지역 그리고 직장 순서로 미치료·치료 지연율이 일관성 있게 높게 나타났다¹²⁾.

12) 보건복지부, 2005년도 국민건강영양조사 결과처리 및 통계분석 총괄결과보고서, 2006.

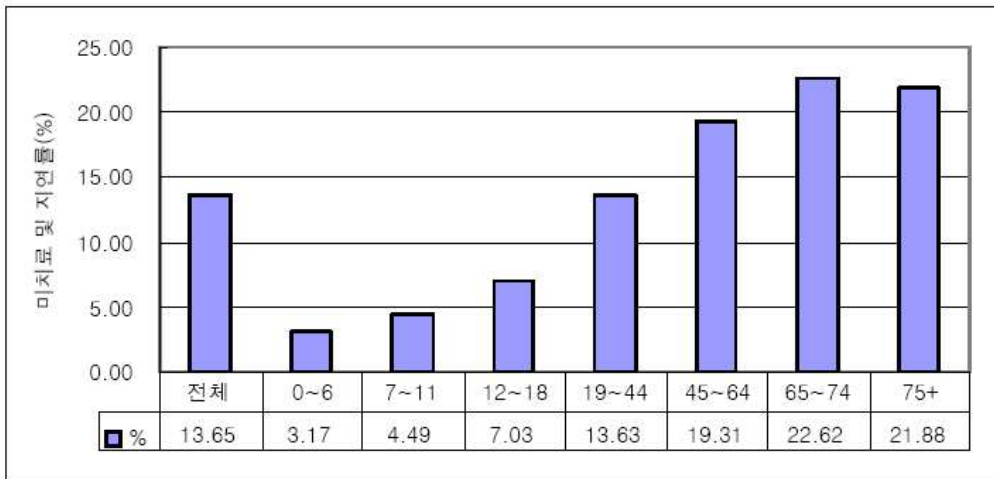


그림 12 미치료, 치료지연율 : 연령별

보건복지부, 2005년도 국민건강영양조사 결과처리 및 통계분석 총괄결과보고서, 2006.

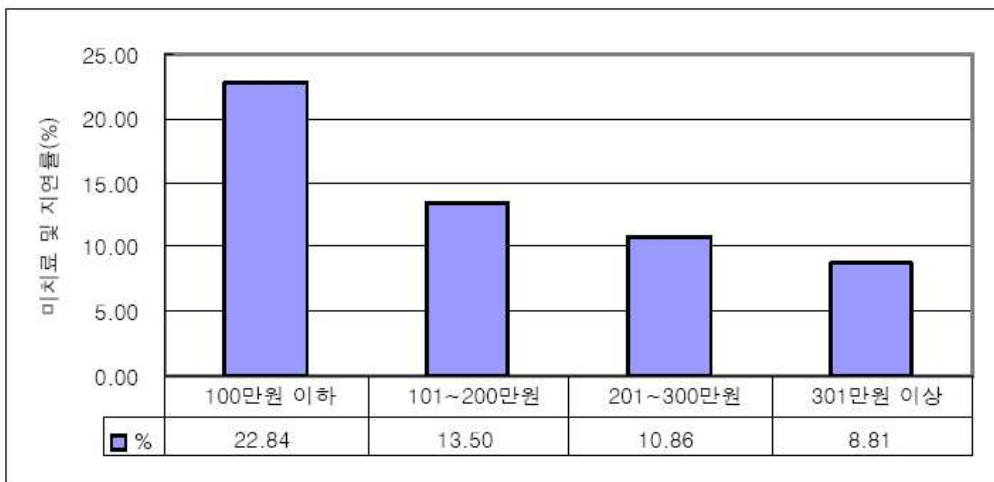


그림 13 미치료, 치료지연율 : 월평균 가구소득별

보건복지부, 2005년도 국민건강영양조사 결과처리 및 통계분석 총괄결과보고서, 2006.

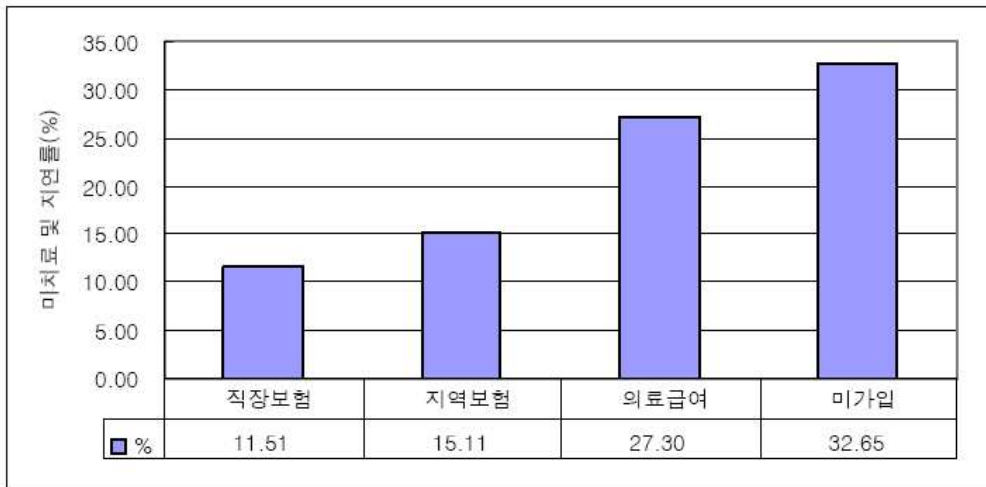


그림 14 미치료, 치료지연율 : 의료보장 종류별

보건복지부, 2005년도 국민건강영양조사 결과처리 및 통계분석 총괄결과보고서, 2006.

나) 소득계층별 총진료비와 총내원일수

사회경제적으로 열악한 위치에 처해 있는 사람들은 그렇지 않은 사람들에 비해 건강 상태가 전반적으로 열악하고, 더 많은 의료서비스를 필요로 하는 것이 일반적이다. 그러나 실제로는 하위계층의 의료이용량은 상위계층의 1/3 수준에 불과하며, 이 같은 의료이용의 불평등은 최근 들어 한층 심화되고 있다¹³⁾.

13) 이진석, 건강보험과 한국 보건의료의 발전전략, 건강정책포럼 정책토론회, 2008.

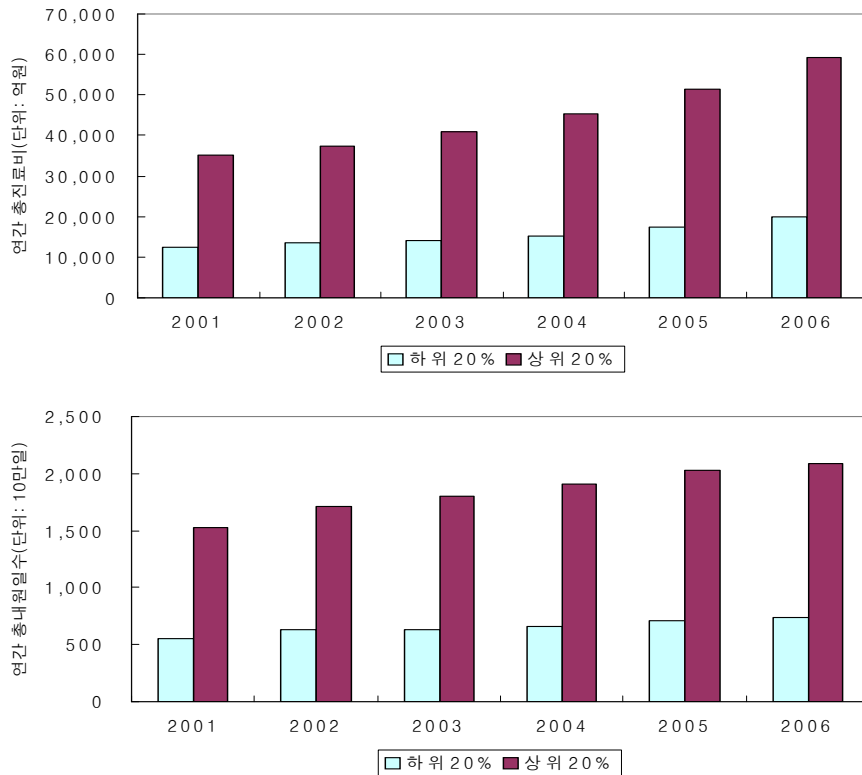


그림 15 건강보험 적용 상·하위 20% 계층의 연도별 총진료비와 총내원일수
이진석, 건강보험과 한국 보건의료의 발전전략, 2008.

다) 소득의 상당 부분을 보건의료지출에 사용하는 가계의 비율

건강보험 지역가입자 중 월소득의 20% 이상을 보건의료지출에 사용하는 가계 비율이 지속적으로 늘어나고 있다. 특히 최하위 10% 소득계층은 월소득의 20% 이상을 보건의료지출에 사용하는 비율이 2001년 10.4%에서 2005년 22.3%로 급증하였다. 이는 저소득층에 의료비 부담이 불균등하게 부과되고 있다는 증거이다.

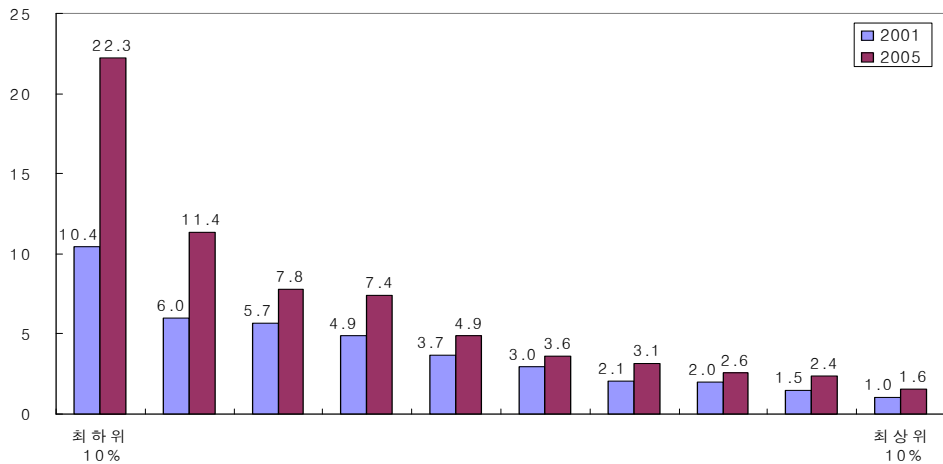


그림 16 건강보험 지역가입자 중 월 소득의 20% 이상을 보건의료지출에 사용하는
가계의 소득계층별 비율(자료: 한국보건사회연구원, 2006)

이진석, 건강보험과 한국 보건의료의 발전전략, 2008에서 재인용

‘파국적 의료비 지출 가구’에 해당하는 ‘가처분소득의 40% 이상을 보건의료지출에 사용하는 가구’ 비율 역시 2000년대 들어 지속적으로 증가하고 있는 추세이다.

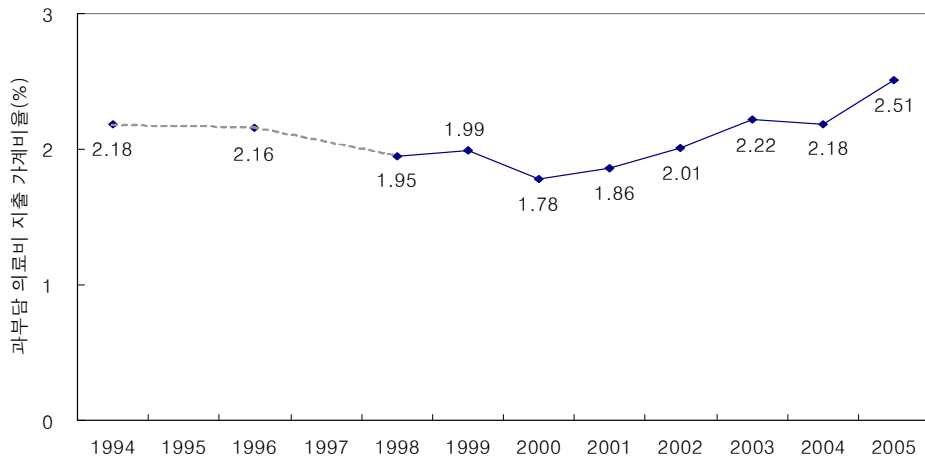


그림 17 가처분소득의 40% 이상을 보건의료지출에 사용하는 가구 비율
(자료: 권순만 등, 2007)

이진석, 건강보험과 한국 보건의료의 발전전략, 2008에서 재인용

다. 의료기관 서비스의 수용성과 질

1) 의료기관의 의료인력 고용 수준

현대 의학기술이 발달하였다고 하지만, 의료서비스는 결국 사람이 하는 것이다. 적절한 의료인력을 유지하는 건 의료서비스의 질적 수준을 향상시키는데 결정적 요인이다. 1인의 의료인력이 50명의 환자를 보살피는 것보다는 1인의 의료인력이 25명의 환자를 보살피는 것이 의료의 질을 높이는데 더 큰 기여를 할 것이라는 건 자명한 이치이다.

OECD 보건통계(OECD, 2008)에 따르면, 급성기 병상당 간호사수는 2006년 기준으로 한국이 0.33명으로, 프랑스 0.58명, 독일 0.77명, 미국 1.56명, 노르웨이 1.75명에 비해 매우 낮다. 인구 천명당 활동 간호사 수에서도 한국은 4.0명으로,

일본의 9.3명, 미국 10.5명의 절반에도 미치지 못하며, 노르웨이 31.6명에 비해서는 약 1/8 수준에 지나지 않는다. 이렇게 낮은 간호사수는 간호 인력의 노동 강도를 높여 의료의 질을 떨어뜨리게 할 뿐 아니라, 환자 가족의 부담도 증가시키는 요인으로 작용한다.

표 3 의료인력 고용 현황

국가명	천명당 활동의사수	천명당 활동간호사수	병상당 간호사수
한국	1.7	4.0	0.33
프랑스	3.4	7.6	0.58
독일	3.5	9.8	0.77
노르웨이	3.7	31.6	1.75
미국	2.4	10.5	1.56
일본	2.1	9.3	

자료: OECD 보건통계, 2008
윤태호, 의료서비스의 성장과 발전 전략, 2008에서 재인용

2) 환자 1인당 평균재원일수

우리나라의 환자 1인당 평균재원일수는 13.5일(2003년)로 2006년 OECD 회원국의 평균 재원일수 9.6일 보다 3.9일 많다. 평균 재원일수는 의료서비스의 효율성을 나타내는 통상적인 지표로 간주되며, 평균 재원일수의 감소는 조기 퇴원 프로그램의 확산, 가정에서의 진료(통원 치료) 등 여러 요인에 기인한다. 그러므로 우리나라 의료기관 서비스의 효율성은 약간 떨어지는 편이라고 할 수 있다.

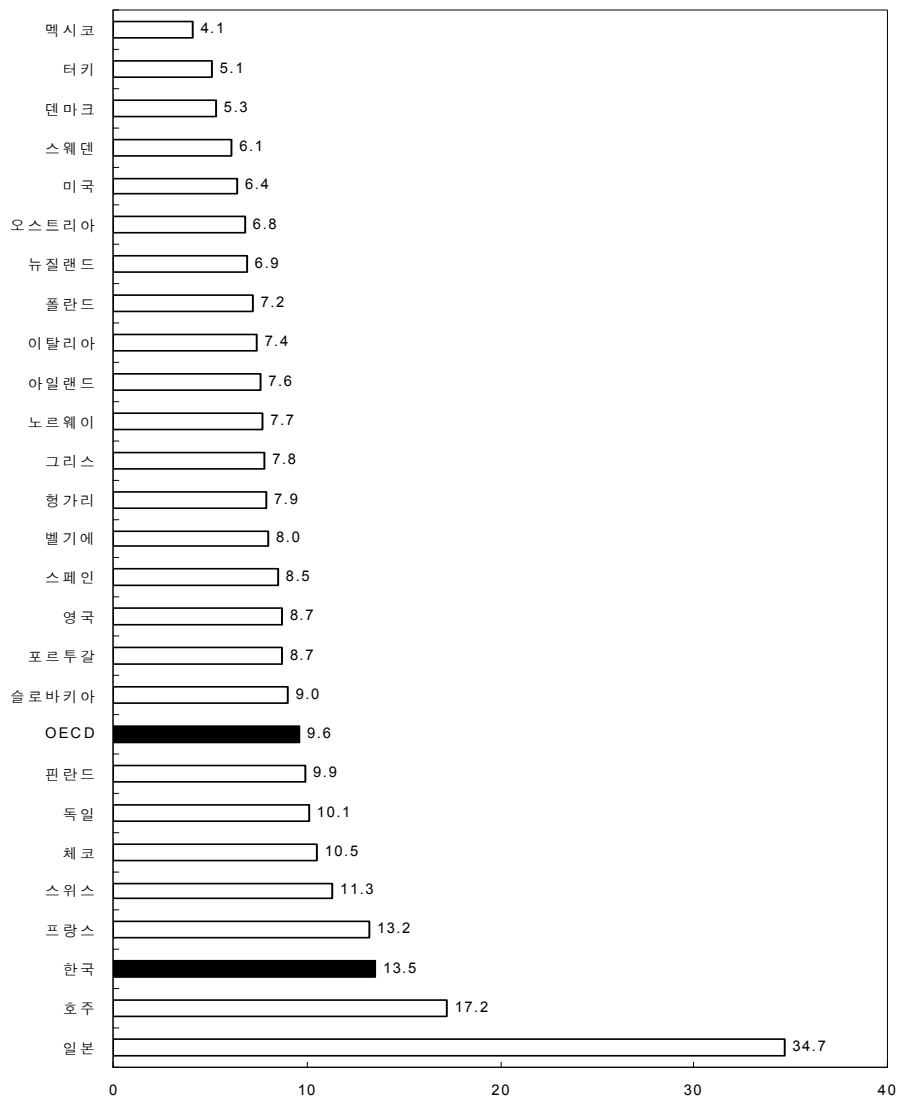


그림 18 환자 1인당 평균재원일수, 2006년
우리나라 보건의료 실태분석 결과, 보건복지부, 2008.

5. 의료기관 이용자 권리 침해 실태

가. 의료기관 이용자 권리 침해 사례 조사 결과

1) 조사 방법

환자 단체 활동가, 환자단체 소속 환자 및 보호자, 병원 노동조합 간부, 의사 등을 대상으로 의료기관 이용자 권리 침해 경험 및 사례, 권리 침해 발생 원인, 현 상황의 문제점, 권리 보장을 위한 대책 등에 대해 1시간 내외의 인터뷰를 시행하였다. 인터뷰 내용은 녹취하였고, 녹취한 내용을 풀어 일정한 체계에 따라 분석을 시행하였다.

한편, 2008년 한 해 동안 국가인권위원회에 의료기관 이용과 관련되어 진정 혹은 상담이 들어온 사례 중 의료기관 이용자 권리 침해와 관련된 것을 선별하여 분석하였다.

2) 조사 결과

가) 인터뷰 대상자의 일반적 특성

총 27명의 환자, 단체 활동가, 환자 보호자, 병원 노동조합 간부 등이 인터뷰에 응하였고, 총3명의 의사에 대해 환자 권리 침해의 이유와 대책에 대한 인터뷰를 시행하였다.

표 4 인터뷰에 응한 이들의 일반적 특성

일련번호	성별	연령	대상 구분
1	여성	32	환자 단체 회원
2	여성	48	환자 단체 회원
3	여성	33	환자 단체 회원
4	여성	29	환자 단체 회원
5	여성	33	환자 단체 활동가
6	여성	32	환자 단체 활동가
7	여성	31	시민단체 활동가
8	여성	38	노동조합 간부
9	여성	42	노동조합 간부
10	여성	33	시민단체 활동가
11	여성	35	환자 단체 회원
12	여성	41	환자 단체 회원
13	여성	39	환자 단체 회원
14	여성	39	환자 단체 회원
15	여성	33	환자 단체 회원
16	여성	32	환자 단체 회원
17	남성	29	환자단체 활동가
18	남성	33	환자 단체 회원
19	남성	27	환자 단체 회원
20	남성	32	환자 단체 회원
21	남성	35	환자 단체 회원
22	남성	37	환자 단체 회원
23	남성	45	노동조합 간부
24	남성	48	시민단체 간부
25	남성	35	환자 단체 회원
26	남성	31	환자 단체 회원
27	남성	30	환자 단체 회원
28	남성	42	의사
29	남성	45	의사
30	남성	43	의사

나) 권리 침해 영역 및 종류

(1) 접근권 침해

우리나라 보건의료기본법 제6조 ①항에 의하면 “모든 환자는 자신의 건강보호 및 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 가진다.” 여기서 보건의료서비스라 함은 예방, 치료, 재활을 위해 필요한 모든 서비스가 포함된다.

이러한 서비스는 서비스 대상자의 인적, 물적, 재정적 자원과 상관없이 차별 없이 제공되어야 한다.

일반적으로 이러한 접근권이 침해받는 경우는 환자의 사회경제적 위치가 낮은 경우가 많다. 우리나라 의료 서비스의 경제적 접근성은 아직 그리 높은 수준이 아니기 때문에 저소득층은 아직도 경제적 문제 때문에 의료기관 이용에 어려움이 있다. 그래서 대부분의 저소득층은 의료적으로 필요한 검사나 치료마저도 경제적 이유로 자진해서 치료를 거부하고 있는 실정이다.

“항암치료를 받으면서 처음부터 주치의에게 차상위계층이니까. 약을 될 수 있으면 보험되는 것으로 써달라고 부탁을 했다. 주치의는 비보험되는 약을 써야 낫는다고 했지만, 비보험 되는 약은 쓸 형편이 못된다.”

“의료급여 대상자이지만 맘대로 병원 다니는 거 아니다. 몇 개월 전에 심장에 이상이 있다고 해서 병원에 입원했다. 심장 초음파 검사가 필요하다고 했다. 그런데 그 검사는 비보험이라는 거였다. 그것도 몇 십만원한다고 했다. 도저히 그런 검사는 못 받는다. 결국 죽으면 죽을테니까 그 검사 하지말고 치료해달라고 했다.”

다음으로 우리나라 국민으로 인정되지 못해 의료기관에의 접근이 어려운 이들도 있다. 미등록 이주노동자들이다. 거주 허가를 받지 못했을지라도 모든 사람은 응급 치료, 기본적인 치료를 받을 권리가 있음에도 불구하고, 현재 우리나라 체계 속에서 미등록 이주노동자들의 의료기관 이용은 쉽지 않다. 가벼운 질환은 의원급 의료기관을 이용하여 해결하기도 하지만, 중한 질병에 걸릴 경우 진료비 부담을 감당하기 힘들 때가 많다.

“미등록 이주노동자들은 병원에 잘 못간다. 병원비가 비싸서이기도 하지만, 병원에 입원했다가 미등록 상태가 들통 나서 쫓겨날까봐서도 병원에 잘 가지

않는다. 그러다보니 병을 키우게 된다. 나중에 늦게 가면 병원비도 더 들고 결국 강제추방당하게 된다.”

다른 한편으로 사회적으로 낙인찍힌 질병에 대한 차별로 인해 진료 거부를 당하는 사례도 있다. 대표적인 것이 HIV/AIDS 감염인이다.

“HIV감염인이 맹장염 진단을 받고도 종합병원들이 수술에 선뜻 나서지 않아 18시간 가까이 수술이 미뤄지는 일이 벌어졌다. HIV감염인 박씨는 심한 복통으로 11일 0시 10분께 ○○병원 응급실을 찾아 맹장염 진단을 받았으나, 병원 측은 ‘사후처리를 할 수 있는 시설이 없고 에이즈 감염인 수술 경험이 없다’며 수술을 해주지 않았다고 박씨 친구가 전했다. ○○병원은 ‘에이즈 감염인 수술 경험이 많은 서울대병원과 신촌세브란스 병원 쪽에 연락해 이 환자를 수술해 줄 수 있는지를 물었으나, 두 병원 모두 호의적 반응을 보이지 않았다’고 밝혔다. 박씨는 이날 오후 6시에 일부 언론을 통해 알려진 뒤에야 서울대학교병원으로 옮겨져 수술을 받을 수 있게 되었다. 환자 측은 또 이날 오후 관할 보건소와 서울시 보건과 등에 전화를 걸어 도움을 청했으나 ‘담당자가 교육을 가고 없다’거나 ‘서울대병원 쪽과 연락이 잘 되지 않는다’는 답변만 들었다.(2003년 12월 한겨레신문 기사)”

“우리나라 상황에서는 치료 받을 권리가 가장 필요하다. 우선 경제적인 이유로 치료받지 못하고, 두번째는 일하면서 빠지지 못하는 등 여러 가지 조건 때문에 제대로 치료받지 못한다. 치료를 포기하는 사람이 많다. 희귀질환을 치료할 의사, 병원, 약품이 없는 것도 문제다. 비록 소수라 하더라도, 돈이 없어도 치료받을 권리가 있다. 이런 경우 치료를 받을 권리를 명시해야 한다. 치료를 받는다는 것이 권리라는 것을 환자들이 인식하도록 해줘야 한다.”

장애인이라는 이유로 제대로 된 치료를 받지 못하는 현실도 여전하다.

“나는 뇌성마비 장애인이다. 오늘 치료를 위해 치과에 갔는데 병원 측에서 ‘장애인전문병원이나 가보라’면서 치료를 거부하였다. ”

(2) 알 권리 침해

우리나라 보건의료기본법 제11조 ②항에 의하면 “모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료인 또는 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다.”

원칙적으로 환자는 자신의 의무 기록에 직접적으로 접근하고, 복사본을 만들며, 내용에 대해 질문을 하고, 오류에 대해 정정을 요구할 권리가 있다. 그리고 환자가 요구했을 때 이를 들어주는 것은 의료기관의 의무이다. 그런데 의무기록 사본 발부 요청이 거부될 때가 적지 않다.

“2008년 9월, 어머니가 치료제에 내성을 보여 A병원에서 B병원으로 전원을 준비했다. 필요한 진료 기록을 발급받아 전원하였는데 A병원에서 영상 진료 기록을 다 복사해 주지 않아 일부만 가지고 부족한 진료를 받았다. 준비한 병리 조직도 충분하지 않아 A병원에 더 신청하니 원본은 병원 소유라며 내어 주지 않아 B병원에서 검사를 하고 다시 가져 오겠다는 약속을 한 후에 발급 받을 수 있었다. 환자의 모든 진료 기록과 조직 시료는 환자의 동의하에 병원에서 보관할 뿐 병원의 소유가 아니다. 따라서 환자가 요구하면 발급해 주는 것이 당연하다. 그런데 병원은 마치 자기 소유인 것처럼 군다. 신청한 진료기록을 한 번에 발급하지 않아 보호자가 여러 번 병원을 방문하는 등 시간과 비용을 낭비하였고 환자는 지방에서 병원을 왔다 갔다 하고 진료가 미뤄지는 동안 치료가 지연되었다.”

우리나라 보건의료기본법에서는 알 권리를 보건의료기록에 대한 권리로 좁게 해석하고 있지만 알 권리는 넓게 보았을 때 정보 접근권과 관련된다. 정보 접근권이라는 측면에서 볼 때, 모든 사람은 자신의 건강 상태, 이용 가능한 보건의료 서비스와 이용 방법, 과학적 연구와 기술 혁신에 의해 가능해진 서비스 등 모든 종류의 정보에 접근할 권리가 있다.

의료기관, 의료인 등은 특히 종교, 윤리, 언어 등을 고려하여 환자에 맞춤형 정보를 제공해야 한다. 의료기관은 모든 정보를 접근하기 쉽게 만들어야 하고, 관료적 장벽이 없도록 해야 하며, 직원을 교육시켜야 하고, 정보물을 준비하고 배포해야 한다. 모든 사람은 과학적 연구, 최신약품, 기술적 혁신 등에 대한 정보에 직접적으로 접근할 권리가 있다. 이러한 정보는 공공 부분과 사적 부문 모두로부터 공급될 수 있는데, 정확하고 믿을만하며 투명한 정보가 제공되어야 한다.

정보 접근권이라는 측면에서 문제가 되는 것은 의료인들이 너무 어려운 용어로 설명할 때가 많다는 것이다.

“아버지가 암에 걸려 병원에 입원했다. 여러 가지 검사를 하는데 그 때마다 주치의가 해 주는 설명을 거의 못 알아들었다. 영어를 너무 많이 쓰고 어려운 전문용어를 써서 무슨 소리인지 하나도 모르겠더라. 그냥 네, 네 하고 말았다.”

기본적으로 의료기관이나 의료기관 종사자들이 환자에게 정보를 제공하려는 의지나 마음이 없는 것 같다는 지적도 적지 않다.

“병원이나 의사들은 뭘 얘기해 주려는 생각이 없는 것 같다. 환자가 많이 알면 꼬투리나 잡고 말대꾸나 할 것이라고 생각하나보다. 따라다니며 묻지 않으면 가르쳐 주는 사람이 없다. 몇 번을 물어보고 또 물어봐야 귀찮은 듯한 표정을 지으며 몇 마디 해 줄 뿐이다.”

(3) 자기결정권 침해

우리나라 보건의료기본법 제12조에 의하면, “모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료방법, 의학적 연구대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.”그

러므로 자기결정권에는 치료방법, 검사방법 등에 대한 충분한 설명을 들을 권리도 포함된다.

모든 사람은 자신의 건강과 관련된 결정에 적극적으로 참여하는 것을 가능하게 하는 모든 정보에 접근할 권리가 있다. 이러한 정보는 과학적 연구에 참여하는 것을 포함해서 어떠한 조치나 치료에도 필수불가결한 선행조건이다. 의료기관과 의료인은 환자에게 행하려고 하는 치료 또는 수술에 대해 관련된 위험, 불편함, 부작용, 다른 선택 가능성 등을 포함하여 모든 정보를 제공해야 한다. 이러한 정보는 환자가 자신의 건강 상태와 관련된 치료 선택에 적극적으로 참여하는 것이 가능하도록 충분한 시간적 여유(최소한 24시간 이상)를 두고 제공되어야 한다. 이 때 의료기관과 의료인은 환자가 이해할 수 있는 언어를 사용해야 하고, 기술적 배경 없이도 충분히 이해할 수 있는 방식으로 소통하여야 한다. 동의를 법적 대리자에게 맞길 경우, 환자는 그가 미성년자이건 이해력이 부족하거나 의지를 가질 수 없는 성인이건 자신과 관련된 결정에 가능한 한 최대한 참여되어야 한다.

한편 이러한 충분한 정보 제공이 이루어졌다는 전제 아래, 환자는 치료, 의학적 중재를 거부할 권리가 있고, 치료를 받는 중에 자신의 마음을 바꿀 권리가 있으며, 치료의 지속을 거부할 권리가 있다. 환자는 자신의 건강 상태에 대한 정보를 거부할 권리도 있다.

최근에는 충분한 설명을 전제로 한 자기결정권 침해가 줄어들고 있는 실정이지만, 아직도 몇몇 상황에서는 이러한 권리가 침해되고 있다. 대표적인 경우가 임상 시험에 참여하게 될 경우이다.

“우리 아버지가 폐암에 걸렸다. 그런데 수술은 안 된다고 했다. 그래서 항암 치료를 시작했는데 여러 가지 항암제가 다 잘 안 들었다. 그런데 의사가 어떤 약을 권유하더라. 새로 나온 약이라고 했는데 효과를 본 사람도 있으니

써 보자는 것이었다. 나는 그냥 동의해 주었다. 그런데 나중에 알고 보니 그 약은 아직 허가가 안 난 약이라고 하더라. 우리 아버지가 임상 시험 대상이 된 것이다.”

이러한 자기결정권에는 자유로운 선택의 권리도 포함되어 있다고 볼 수 있다. 모든 사람은 적절한 정보가 제공되었다는 전제 아래, 여러 가지 치료 수단과 공급자를 자유로이 선택할 권리가 있다. 환자는 어떤 진단 검사와 치료 수단을 선택할 것인지, 어떤 주치의, 전문의, 병원을 선택할 것인지 등에 대해 결정할 권리가 있다. 보건의료 서비스 기관은 환자에게 다양한 기관과 의사가 행할 수 있는 치료 방법에 대한 정보, 그것의 결과에 대한 정보 등을 제공함으로써 이러한 권리를 보장할 의무가 있다. 보건의료 서비스 기관은 이러한 권리 행사를 제약하는 어떠한 종류의 장애물도 제거해야 한다. 한편, 자신의 주치의를 신뢰하지 않는 환자는 다른 주치의를 선임할 권리가 있다. 그런데 우리나라 의료기관에서는 주치의 선택의 기회가 박탈되는 경우가 많다. 이는 이른바 ‘선택진료제도’ 혹은 ‘특진비’ 때문이다.

“ 2005년 남편이 급성 림프구성백혈병으로 ○○병원에 입원했다. 한 달 입원 후 퇴원하고 항암치료를 계속 진행했다. 처음에 병원가면 의사 지정 등을 미리 알려 주지 않았다. 병원에서 혈액암이니 특진교수를 붙여 주었다. 입원서를 쓸 때 이름을 쓰라고 해서 사인을 했다. 그런데 그게 특진비를 동의한 것으로 되었다. 특진 문제인지도 모르고 사인을 한건데... 교수 진료만 특진비를 낸 것이 아니라. 모든 검사하는데 엑스레이 등등에 특진비가 다 붙었다. 그 의사한테 돈을 주는 것도 아니고 검사하는 모든 항목에 특진비가 붙어서 나왔다. 특진료가 뭔지도 몰랐고, 그 의사한테만 가는 줄 알고, 처음엔 다 네 네 했다. 입원하고 1차 항암치료 하고 나서 외래를 중간에 한번 갔더니 그 중간에 교수 이름이 변경 되었다. 그래서 왜 교수가 바뀌었나 물었지만 별다른 대답도 없었다. 외국에서 공부하고 온 교수고, 그 병에 대해 잘 아는 사람이라서 교수를 바꾸었다고 했다. 그래서 그냥 뭐라고 더 물어볼 수 없어

서 네네, 하고 말했다. 환자나 보호자와 상의나 동의 없이 의료진을 바꾸었다. 그리고 계속 외래볼 때 마다 계속 특진비가 붙었다. 1차, 2차, 3차 항암 치료까지 해서 본인부담금만 6천만원이 나왔다. 이 중 특진료가 천만원이었다.”

(4) 비밀보장권 침해

우리나라 보건의료기본법 제13조에 의하면, “모든 국민은 보건의료와 관련하여 자신의 신체·건강 및 사생활의 비밀을 침해받지 아니한다.”

원칙적으로 개인의 건강 상태, 치료 기록에 대한 모든 자료와 정보는 개인적인 것으로 간주되어야 하고 그에 따라 적절히 보호되어야 한다. 내외과적 진단 및 치료 과정에서조차도 개인의 프라이버시는 존중되어야 한다. 진단 및 치료 과정은 적절한 환경에서 이루어져야 하고, 환자가 명시적으로 동의하거나 요청하지 않는 한 꼭 있어야 하는 사람만이 존재하는 공간 안에서 이루어져야 한다.

그런데 이러한 권리들이 침해되는 경우가 적지 않다. 특히 최근에는 의무기록이 전산화되면서 전산화된 의무기록에 대한 비밀보장 체계가 제대로 구축되지 않아 개인 정보가 보호되지 못하는 사례가 적지 않다.

“HIV/AIDS감염인이었던 S씨는 호흡곤란 증세로 응급실에 입원, 혈액검사후 폐렴으로 판명되었다. 내과로 입원하고 다음날 내과 레지던트에게서 HIV양성 반응임을 통보받았다. 그래서 감염내과로 옮기게 되었다. 내과에서 감염내과로 옮기는 과정에서 보호자로 왔던 S씨 누나에게 반드시 비밀을 지켜줄 것을 약속을 받았다. 퇴원 후에 1달간 S씨의 누나는 S씨의 집에 찾아오지 않았다. 전화를 해도 받지 않고, 연락이 닿지 않았다. 나중에 S씨가 병원에 연락을 해 확인을 해보니, S씨가 퇴원하기 전에 누나에게 레지던트가 주의사항을 말하였다고 한다. 질병을 이야기하지는 않았지만, “상태가 안 좋으므로, 신체접촉은 피하라/동생이 평소에 무슨 짓을 하고 다녔길래 그런 병에 걸리냐?”등의 환자의 질병을 알 수 있는 정보를 유출하여, 누나가 질병을 확인하게 되었다.”

“응급실에 간 HIV/AIDS감염인 C씨는 맹장염 진단을 받고, 자신이 HIV양성이 라는 사실을 어떻게든 의료진에게 알려야 되겠다고 생각을 하고 당일 응급실 전공의에게 사실을 털어 놓았다. 하지만, 그 전공의는 ‘HIV infection!’이라며 응급실에 있는 모든 의료진뿐 아니라 다른 환자들까지 듣고 C씨를 쳐다 볼 정도로 큰 소리로 외쳤다. 뿐만 아니라, 수술 준비로 2인실에 입원해 있는 과정에서 일반외과 전공의 과정의 한 남성이 ‘당신 호모냐, 왜 에이즈에 감염이 되었냐’등의 의료진의 권한을 넘어서, C씨의 인권을 침해하는 발언을 하였다. C씨는 사건 경위서를 작성하고, 자신에게 모욕적인 발언을 한 의료진을 고소할 직전까지 갔었으나, 자신의 신상노출에 대한 두려움으로 중간에 포기하였다.”

“딸이 고등학생인데, 전교생이 단체로 건강검진을 받은 사설병원에서 병원관계자가 딸이 임신이라는 검사 결과를 다른 학생이 있는 자리에서 발설하여 소문이 크게 났다. 이후 검사결과가 잘못된 것으로 밝혀졌지만, 딸은 창피하여 학교에 갈 수도 없다고 한다.”

“희귀난치병을 앓고 있는 아이의 엄마입니다. 얼마 전 병원에 가니 ‘애가 난치병이에요?’하더군요, 어떻게 알았냐고 하니까 이제부터는 병원의 모든 전산에 공개가 돼 있다고 하더군요. 약국에서도 난치병은 무슨 코드가 있다고 물어보질 않나, 온 동네 방네에 소문나게 생겼더라고요. 실제로 당해보지 않은 사람은 모르겠으나, 저희 같은 환자 가족을 정말이지 아픈 것도 서러운데, 이상한 시선도 느껴야 하고, 서럽고, 남들이 알까봐 두렵고, 정말 스트레스가 이만저만이 아닙니다. 저희가 난치병 질환으로 진료를 받을 때는 지정 병원에 가면 되는데, (지정 병원에만 자료가 떠도 될 것을) 왜 사소한 ..그 난치병 질환과 관련이 없는 사소한 감기나 가벼운 질환 때문에 가는 것도 모든 병원에 정보공개가 되어 하는 겁니까? 이건 명백한 인권침해가 아닐런지요. 이제는 병원 가기가 두렵습니다.”

보험사 직원이 환자의 진료 정보를 환자의 동의 없이 습득할 수 있는 상황이 벌어지는 것도 심각한 문제다.

“병원에 입원하여 MRI 검사를 했다. 그런데 보험회사가 병원에서 검사자료를 내담자 모르게 요청하여 받아보았다. 환자 허락 없이 병원이 환자 기록을 제공하고, 보험사가 받는 것은 부당하다.”

경제적 취약계층의 경우 진료 과정에서 의료 급여 대상자라는 사실이 알려지는 것 때문에 수치심을 느끼기도 한다.

“병원에서 기초생활수급대상자로 병원에서 입원 치료를 받은 적이 있는데, 진료 차트와 침대에 “1종 보호”라고 쓰여 있어 수치심을 느꼈다.”

진료 과정에서 수치심을 느끼게 하여 프라이버시를 침해하는 경우도 적지 않다.

“남편이 병원에서 정관수술을 받았다. 병원 의사가 처치실 문을 열어놓고 남편의 아랫도리를 내리고 털을 깎고 있는데 여의사가 도구를 가지러 왔다 갔다 하다 나에게 ‘남자 이외에는 들어올 수 없는 곳이라고 나가라’고 야단을 쳤다. 내가 나간 후에는 처치실 문을 열고 치료를 하여 남편과 내가 수치심을 느꼈다.”

(5) 질 좋고 안전한 서비스를 받을 권리 침해

양질의 서비스는 환자의 시간을 고려한 서비스를 포함한다. 모든 사람은 신속하고 정해진 시간 안에 필요한 치료를 받을 권리가 있다. 이러한 권리는 치료의 전과정에 적용된다. 의료기관은 특정한 기준과 환자의 위급도에 따라 특정 서비스를 받기까지 기다리는 시간을 조정할 의무가 있다.

의료기관이 정해진 한도 시간 내에 서비스를 제공하지 못할 때에는, 비슷한 서비스 질을 가진 다른 서비스를 찾아볼 가능성을 보장해야 하고, 그로 인해 환자가 부담해야 하는 비용을 적절한 시간 내에 보상해야 한다. 의사는 정보를 제공

하는 시간을 포함하여 적절한 시간을 환자에게 할애해야 한다. 그런데 3차 의료기관의 경우 환자가 너무 많이 몰려 충분한 진료 시간을 가지지 못하는 경우도 많고, 특정 검사를 받기 위해 오랜 시간 기다려야 하는 경우도 많다.

“외래 예약한 시간에 맞춰서 갔는데 시간이 되었는데도 들어오라는 말이 없더라고요. 그래서 조금 기다려야지 했는데 1시간이 넘도록 부르지 않는 거예요. 결국 거의 두 시간 가까이 기다리다가 들어갔는데, 제 개인 시간도 있고 한데 예약시간이 이렇게 늦어지면 어떻게 하냐고 그랬더니, 의사가 ‘그런 사람 많다. 그거 기다린 걸 가지고 뭘 그러냐, 기다리는 거 싫으면 댄 병원 가라.’고 하는 거예요. 기가 막혀서. 저도 일하는 사람인데 그날 시간은 완전히 죽친 거잖아요.”

“항암치료 후에 3차 병원 내과 외래에 진료 받으러 갔는데, 진료실에 세 사람씩 들어가서 한 사람당 2-3분도 채 안되게 진료를 하더라. 그게 무슨 진료냐 관상 보는 거지. 관상도 그렇게 빠리는 안보겠냐. 그런데 진료실에 다른 사람들이 주욱 늘어서서 기다리니까 뭐 묻고 싶어도 물을 수도 없다.”

보건의료 서비스의 수용성과 질 측면에서 모든 사람은 의료의 질 표준에 근거하여 양질의 보건의료 서비스에 접근할 권리를 가진다. 그런데 우리나라 의료기관의 경우 의료인 부족으로 인한 서비스 질 저하 문제가 심각하다.

“병원에 입원했는데 간호사나 의사 얼굴 보기가 힘들었다. 아주 가끔 간호사가 와서 혈압 재고 약 주는 게 전부였다. 이것 저것 물어보고 해달라고 하면, ‘저희가 바빠서요...’ 하면서 보호자 보고 하라고 하더라. 그런데 가만히 보니까 간호사들이 정말 바쁘긴 한 것 같다. 간호사 한 명이 환자 스무 명 이상을 보니 안 바쁠 수 있겠나...”

한편, 의료서비스 와중에 자신의 종교적 신념이나 문화적 취향을 존중받을 권

리가 있다. 그러나 현재 우리나라의 일부 의료기관의 경우 이러한 점에서 문제가 있는 것으로 나타나고 있다.

“교통사고를 당해 병원에 입원하였다. 그런데 그 병원은 종교단체에서 운영하는 병원이었다. 그래서 채식으로 식사를 하게 하였다. 도저히 못 먹겠다면서 육식을 달라고 하니, 채식주의가 원칙이라서 못준다는 답변을 들었다. 이에 부원장에게 환자는 육식을 먹을 권리가 있고, 채식이라면 사전에 고지를 해야하지 않느냐고 강하게 항의했다. 부원장은 입원을 할 때 사전에 안내서를 고지한다고 했다. 그런데, 고지받은 환자는 아무도 없었다.”

더불어 모든 사람은 보건의료 서비스가 부적절함으로써 발생하는 위해나 의료사고나 오류로부터 자유로울 권리가 있다. 그리고 최상의 안전 기준에 부합하는 서비스와 치료를 받을 권리가 있다. 그런데 병원 감염 문제, 환자 낙상 문제, 환자 욕창 문제 등 병원으로 인한 안전 문제가 적지 않다.

“아버지가 폐렴으로 병원에 입원하였는데, 병원측의 잘못으로 황색포도상구균에 감염되었다. 병원측은 보호자는 물론 환자에게 위와 같은 사실을 알려주지 않았고, 폐렴 치료와 감염균 치료를 몰래 병행하였다.”

(6) 문제를 제기하고 보상받을 권리 침해

문제를 해결하고 개선하기 위해서 모든 사람은 자신이 고통받았을 때 불평할 권리가 있다. 그리고 그러한 불평에 대해 응답이나 의견을 들을 권리가 있다. 그리고 모든 사람은 보건의료 서비스로 인해 신체적, 도덕적, 정신적 피해를 입었을 경우, 적절히 빠른 시간 내에 충분한 보상을 받을 권리가 있다.

원칙적으로 의료기관은 제3자의 도움을 받아 환자에게 그들의 권리에 대한 정보를 제공하고, 환자가 권리 침해를 인지하고 자신의 불평을 공식화하도록, 이러한 권리를 보장하여야 한다. 환자의 불평에 대해서는 정해진 시간 내에 보건의

료 서비스 기관의 문서화된 응답이 뒤따라야 한다. 환자의 불평을 받기 위한 표준화된 절차를 마련해야 하고, 독립적인 기구나 시민단체 의해 활성화되도록 하여야 한다. 그리고 법적 조치를 취하거나 다른 분쟁 절차를 밟으려는 환자의 권리를 침해해서는 안 된다. 그런데 한국의 현실에서 이러한 권리는 기대하기 힘들다. 대부분의 의료기관의 환자의 불만 제기를 묵살하거나 회피한다.

“남편 사망후 건강보험공단에 신고해서 부당허위청구로 3천만원을 돌려받으라는 판결을 받았다. 그런데 병원에서 안 돌려 준다. 안 돌려 주는 것만이 아니다. 원무과 직원이 나에게 전화해서 항의를 했다. 왜 남편 살아서 입원했을 때는 아무 소리도 안 하다가 죽으니까 이제 와서 그러냐고 하더라... 참... 남편 죽은 후 진료비 내역을 알아보고 싶어서 알아본 결과 부당청구였다. 결국 지금 법적 소송 중이고 병원은 돈을 돌려 주지 않고 있다. 3개월 있다 전화하라고 해서 전화를 하니, 담당자는 자리에 없다. 휴가 갔다 그러면서 담당자가 통화도 안 해 주는 상황이다.”

다) 권리 침해 발생 원인 및 개선 대책 대한 의견

(1) 제도 및 체계의 미비

권리 보장을 위해서는 권리에 대한 구체적 기준 및 정의가 있고, 의료기관 및 의료인이 그러한 것을 잘 지키는 기 감독하는 기관이 있어야 하고, 그것을 잘 지키지 않는 의료기관 및 의료인에 대해서는 처벌하는 시스템이 마련되어야 한다. 그리고 그러한 과정 하나하나에 의료기관 이용자가 개입할 수 있는 여지들이 마련되어야 한다. 그런데 우리나라에는 의료이용자 권리 보장을 위한 체계 자체가 없는 것이 문제라는 지적이 많다.

“왜 환자 권리가 보장되지 않는냐고 물으면 혼란스럽다. 환자 권리를 보장하기 위한 제도가 있다고 했는데, 정말 있는 게 맞나? 있는 제도가 지켜지지 않고 관리 감독하는 시책이 마련되어 있지 않고, 처벌하는 주체나 행정기관

도 마땅히 없다. 문제가 생겼을 때 환자 입장에서 할 수 있는 일이 거의 없다는 얘기다. 병원에 가면 환자권리장전이라는 것이 있지만 이것은 립서비스에 불과하다. 국가와 정부는 이러한 제도가 제대로 지켜질 수 있도록 하는 것이 중요하다. 병원에 들어가서 접수하는 일부터 환자들은 위축되어 있다. 현실적으로 의료기관 내에서는 환자의 권리를 드러낼 수 있는 공간들이 없다. 환자는 의사가 시키는 것을 다 해야 하는 상황이다.”

환자 권리와 관련된 내용이 보건의료기본법이나 의료법에 포함되어 있지만, 그것은 초점이 보건의료 시스템이나 의료기관, 의료인에 맞추어져 있기 때문에, 제대로 기능하기 어렵다는 지적도 있었다.

“환자들이 법을 통해 구제받거나 보호받을 수 있는 환자권리법을 만들어야 한다. 의료법은 의료기관이나 의료인을 중심으로 짜여진 법이기 때문에 환자들의 이해나 요구가 제대로 반영되어 있지 않다.”

(2) 우리나라의 상업적 의료 행태

의료기관이나 의료인들이 환자 권리에 대해 신경을 못쓰는 것은 지식이나 소양이 부족해서가 아니라, 현재로서는 환자를 많이 진료해야 이윤이 나는 구조이고, 의료기관이 이윤을 내야 하는 구조이기 때문에 어쩔 수 없는 측면이 있다는 지적이 있다.

“환자에게 설명의 의무가 있고, 충분한 정보를 제공한 다음에 동의를 얻어야 하고, 사생활을 보장해야 하고, 충분한 시간을 두고 진료해야 한다는 등의 내용을 모르는 의사가 어디 있나. 몰라서 못하는 게 아니다. 병원에서 일하는 의사한테 한 달에 몇 명의 환자를 보았는지 지속적으로 체크하는 현행 시스템 내에서는 이러한 것 기대하기 힘들다. 설명하면 시간 길어지고, 시간 길어지면 환자 수가 주는 데 어찌겠나.”

(3) 행정기관의 지도, 감독 부실

현행 제도상 환자 권리는 의료기관 및 의료인의 의무라는 형태로 의료법에 명시되어 있다. 그런데 이러한 의료기관 및 의료인 의무 수행 여부에 대한 행정기관의 지도, 감독이 부실하다는 문제 제기가 많다.

“의료법 위반 행위를 환자가 고발하기 전에 보건소나 보건복지가족부에서 나서서 단속한다는 얘기를 들어본 적이 없다. 사실 보건소는 의료기관에 손 못 댈다. 의료기관과 같이 일해야 하는데 어떻게 의료기관에 손을 대겠나. 보건복지가족부는 손발이 없다. 그러니까 병원은 늘 제맘대로다. 의료법 지키든 말든 처벌도 안받으니까.”

“환자권리가 병원과 환자만의 관계는 아니다. 정부기관에서 환자권리를 명시하고 관리해야 한다. 국가에서 책임지고 관리하고 역할을 해야 하는데 우리나라 정부는 하지 않는다. 그런 것을 하는 주체를 명확히 해야 한다.”

(4) 환자 권리에 대한 대리인 역할 부재

의료기관 및 의료인과 환자의 관계상 환자는 늘 개인이고 약자일 수밖에 없기 때문에 그러한 약자의 이익과 권리를 대변해 줄 세력이 있어야 하는데, 그게 잘 되지 않아서 의료기관이나 의료인이 환자를 두려워하지 않는 것이라는 의견이 있었다. 그러한 세력으로는 병원 노동조합을 거론하는 이들도 있었고 환자 단체를 거론하는 이들도 있었다.

“무엇보다 환자들이 힘을 길러야 한다. 그 다음이 제도를 손질해서 강력하게 의료기관을 처벌하는 거다. 그런 측면에서 병원에 대해 현실적인 압력 집단은 노동조합이다. 개인적으로 일반 노조들은 외부나 환자들의 요구에 적극적으로 부응하지 못하기 때문에 운동이 대중과 멀어지고 내용이 약화된다고 생각한다. 그래서 운동력을 갖고 있는 노조가 환자권리를 제대로 지키지 못하는 것이다. 그 부분이 조금 더 잘되면 지금보다 나아지겠지만 노조가 너무

무관심한 것이 문제다.”

“환자 단체나 모임이 중요하다. 문제가 발생할 경우 환자가 병원과 1:1로 해결하도록 하지 않고 제재를 가하거나 인센티브를 줄 수 있는 중재역할을 할 제3의 기관이 있어야 한다. 환자는 개인이기 때문에 약할 수밖에 없다. 환자 집단으로 병원에 맞서야 한다.”

“의료기관 내에 독립적인 환자지원센터와 같은 것을 만들어서 환자가 찾아가서 도움을 받을 수 있는 곳이 있어야 한다. 중환자실의 경우 보호자가 같이 없어서 환자의 상태나 처치를 모르기 때문에 무슨 문제가 생겨도 의사나 간호사가 양심적으로 스스로 고백하지 않는 한 어떤 일이 생겼는지 알 수 없다. 환자를 위해서 이런 부분들에 대한 평가나 감시를 할 수 있어야 한다. 병원 안에 환자의 이해를 대변해 주는 세력이 있어야 한다. CT나 MRI를 아무리 여러 번 찍으라고 해도 환자는 이유도 모르고 하라는 대로 할 수밖에 없다. 이런 부분들에 대해 대변하고 설명하고 가르쳐 줄 수 있는 사람이 병원에 있어야 한다.”

(5) 환자들의 권리 의식 부재 및 권리에 대한 무지

일반인들이나 환자들이 실제 억울한 일을 당하기 전까지는 환자 권리에 대해 잘 모르고 있는 것이 문제라는 지적이 있다. 그리고 권리를 알더라도 적극적으로 문제 제기를 하지 않아 문제를 제기하는 이들만 이상한 사람이 된다는 지적도 있었다.

“환자들이 자신의 권리를 알지 못하고 권리가 법에 규정되어 있는지조차 모른다. 내가 알기로 국가인권위원회에 제기되는 전체 민원 건수 중에 환자 권리와 관련된 것은 거의 없다는 얘기를 들었다. 사람들이 아예 문제 제기조차 안하고 있는 것이다. 뭔가 왕왕대야지 바뀌지 않겠는가?”

“특정 의료기관이 대상이 되었을 때 언론이 조금 관심을 가져 문제가 불거졌다가 들어가는 형태이지 지속적으로 사회적 관심을 받지 못한다. 환자권리에

대해서 목소리를 내는 개인이나 집단이 적기 때문인 것 같다. 그렇게 된 중요한 이유는 그 부분에 대한 교육이 없어서 권리의식이나 지식이 많이 부족한 것 같다고 생각한다.”

“환자권리를 환자들이 모른다. 왜냐하면 가르쳐줘야 알기 때문이다. 그런데 가르쳐 주는 사람이 없다. 권리에 대해 제대로 강의해주면 환자가 담대해지고 할 수 있는 일이라고 생각하게 된다. 예를 들어 민원만 제기하면 2천만원, 3천만원 돌려받을 수 있는 환자가 그걸 몰라서 제기하지 못하는 경우가 있다. 민원 제기하면 블랙리스트에 올라서 피해를 입을 거라고 생각해서 못하는 것이다. 병원 원무과가 피해 받을 거라고 은근히 흘리기도 한다. 사실 환자는 그냥 병원을 옮겨서 민원 제기하면 된다.

“권리 행사를 몰라서도 못하고 알아도 하기 어려운 게 환자의 특성이다. 그러한 허상을 깨야 한다. 한편으로는 의사의 권위에 위축되어 환자가 자신의 권리를 지키기 어려운 측면도 있긴 하다.”

“환자들의 입장에서 권리를 병원에 입원해서부터 퇴원할 때까지 모든 부분에 걸쳐 각각의 권리를 세분화 시켜서 알려줘야 한다. 입원시, 진료시, 등등 환자들이 매뉴얼을 보고 익힐 수 있도록 매우 세분화시켜서 만들어야 한다. 병원에 갈 때 가져가거나 미리 볼 수 있도록 하면 좋을 것 같다.”

(6) 의료인들의 지식 및 의지 부족

의료인들이 아직까지 의료인-환자 관계를 가부장적 관계로 여기거나 환자에게 아무런 이야기나 해도 되는 줄 아는 등, 환자 권리에 대한 인식이 부족하여 발생하는 문제도 적지 않다는 지적이다.

“의사가 환자에게 아무리 유연하게 말해도 법률적으로 보면 협박에 해당한다. 의사들도 자신이 하는 말이 환자의 권리를 침해하는 것인지 모르는 경우가 많은 것 같다. 의사들도 잘 모르기 때문에 교육시켜야 한다.”

“의사가 되기 위해서는 의과대학 교육부터 인턴, 레지던트 수련까지 매우 긴 시간 동안 교육을 받는다. 그런데 그 기간 중 환자 권리 등 환자 입장에 대해서 교육받는 시간은 몇 시간 되지 않는다. 의과대학 교육 및 의사 수련 제도에 환자 권리와 관련된 내용이 꼭 들어가야 한다고 본다.”

나. 일부 의료기관 이용자 권리에 대한 인식, 경험, 의견 조사

1) 환자 및 일반인 대상 조사

가) 조사 대상 및 방법

2008년 10월 15일부터 11월 15일까지 한 달 동안 서울과 수도권의 종합전문요양기관 9곳을 방문한 환자들을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 설문 조사를 시행하였다. 더불어 인터넷 환자단체 카페의 도움을 얻어 같은 설문지를 이용하여 설문 조사를 시행하였다. 그 결과 총 432명이 설문에 응답하였다.

나) 조사 결과

(1) 응답자의 특성

설문에 응답한 이들의 성별은 남성이 38.3%, 여성이 61.7%로 남성보다 여성이 더 많았다.

표 5 환자 설문 응답자의 성별 분포

구분	응답 수(명)	백분율(%)
남성	162	38.3
여성	261	61.7
결측 값의 개수 : 9		

설문에 응답한 이들의 연령 분포를 살펴보면, 30대가 36.5%로 가장 많았고, 그 다음으로 40대가 29.3%였다.

표 6 환자 설문 응답자의 연령 분포

구분	응답 수(명)	백분율(%)
20대	75	17.4
30대	157	36.5
40대	126	29.3
50대	46	10.7
60대 이상	26	6.1
결측 값의 개수 : 2		

응답자에게 지난 1년간 본인 또는 가족이 적어도 한 번 이상 병원에 입원한 적이 있는지 물어보았을 때, 그러한 경험이 있는 이들이 71.9%였고, 그러한 경험이 없는 이들이 28.1%였다. 상대적으로 병원 입원 서비스에 대한 경험이 많은 이들이 설문에 응답했음을 알 수 있다.

표 7 환자 설문 응답자의 지난 1년간 본인 혹은 가족 입원 경험 여부

구분	응답 수(명)	백분율(%)
입원 경험 있다	309	71.9
입원 경험 없다	121	28.1
결측 값의 개수 : 2		

(2) 법적으로 보장된 의료기관 이용자 권리에 대한 인식도

보건의료기본법 및 의료법에 명시된 의료기관 이용자 권리에 대해 응답자들이 알고 있었는지 여부를 물어보았다. 구체적으로는 진료 받을 권리, 비밀 보장권, 사생활 보장권, 정보열람권, 설명 받을 권리, 의료 행위 동의권 등에 대해 그러한 권리가 법적으로 보장되고 있다는 사실을 알고 있는지 물었다.

그 결과 알고 있었다고 응답한 이들이 많았으나, 몰랐다고 응답한 이들의 비율도 17-44%에 달해 기본적인 의료기관 이용자 권리조차 잘 모르고 있는 이들이 많은 것으로 조사되었다. 특히 ‘환자가 진료를 요구했을 때, 의료인은 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못하도록 되어 있다.’는 사실을 모르는 이들이 43.9%로 가장 많았다. 다음으로는 ‘환자는 병명, 병의 진전 예측, 진료계획, 치료와 수술 내용, 약의 이름과 작용 및 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득될 때까지 설명을 받을 권리가 있다.’는 사실을 몰랐던 이들이 30.2%로 많았다. ‘환자는 자신에 관한 모든 기록을 볼 수 있고, 사본을 신청해서 받을 권리가 있다’는 사실을 몰랐던 이들도 26.2%나 되었다.

표 8 법적으로 보장된 의료기관 이용자 권리에 대한 인식도(환자)

구분	알고 있었다		몰랐다		결측값의 개수
	응답자 수(명)	백분율 (%)	응답자 수(명)	백분율 (%)	
진료받을권리	241	56.1	189	43.9	2
비밀보장권	357	83.0	73	17.0	2
사생활보장권	352	82.1	77	17.9	3
정보열람권	316	73.8	112	26.2	4
설명받을권리	300	69.8	130	30.2	2
의료행위동의권	339	79.0	90	21.0	3

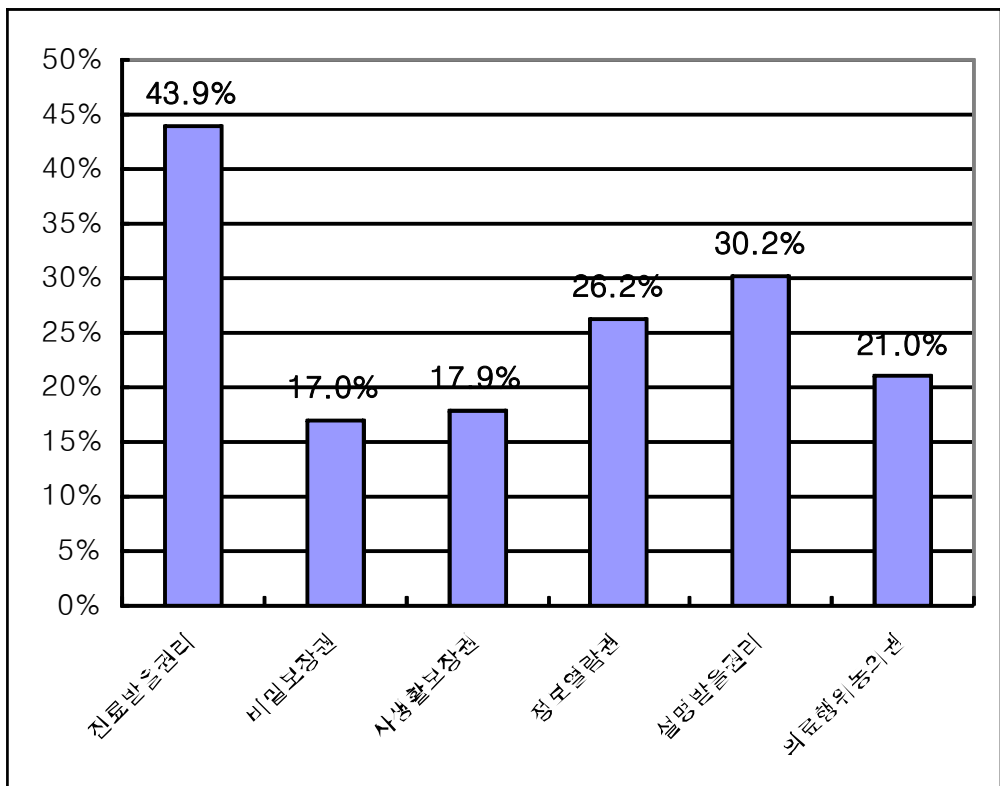


그림 19 의료기관 이용자 권리에 대해 '몰랐다'고 응답한 이들의 비율(환자)

한편, 성별에 따른 의료기관 이용자 권리 인식도의 차이를 살펴보면, 비밀보장권, 사생활보장권, 설명받을권리, 의료행위동의권 등의 경우 남성이 여성보다 더 모르고 있는 것으로 나타났다. 환자의 권리에 대해 전반적으로 여성이 남성보다 더 많이 알고 있음을 알 수 있다.

표 9 성별에 따른 의료기관 이용자 권리 인식도의 차이(환자)

구분	남성		여성		결측값의 개수
	응답자 수(명)	백분율 (%)	응답자 수(명)	백분율 (%)	
진료받을권리	75	46.9	111	42.5	11
비밀보장권 [§]	37	23.1	34	13.0	11
사생활보장권 [§]	38	23.9	39	14.9	12
정보열람권	47	29.4	64	24.7	13
설명받을권리 [§]	69	43.1	60	21.0	11
의료행위동의권 [§]	43	26.9	46	17.7	12

※ 각각의 권리에 대해 ‘몰랐다’고 응답한 이들의 수 및 백분율(백분율은 각각 남성 중 ‘몰랐다’고 응답한 이들의 비율 및 여성 중 ‘몰랐다’고 응답한 이들의 비율임)

§ p < 0.05 by chi-square test

하지만, 연령대별로 환자 권리 인식도의 차이는 없는 것으로 나타났다. 연령이 많거나 적다고 해서 환자 권리에 대해 더 많이 알거나 적게 알고 있는 것은 아니었다.

표 10 연령에 따른 의료기관 이용자 권리 인식도의 차이(환자)

(단위 : 백분율)

구분	20대	30대	40대	50대이상	결측값
진료받을권리	50.7	43.2	42.1	41.7	4
비밀보장권	17.3	11.6	19.8	23.6	4
사생활보장권	22.7	16.1	20.0	13.9	5
정보열람권	23.0	24.7	27.0	31.9	6
설명받을권리	32.0	27.1	31.8	33.3	4
의료행위동의권	25.3	19.4	20.0	22.2	5

※ 각각의 권리에 대해 ‘몰랐다’고 응답한 이들의 백분율(각각 연령대 중 ‘몰랐다’고 응답한 이들의 비율임)

지난 1년간 본인 혹은 가족이 적어도 한 번 이상 입원한 경험이 있는 이들과 없는 이들 사이에 환자 권리 인식도에 차이가 있는지 살펴본 결과, 사생활보장권과 정보열람권을 제외한 모든 의료기관 이용자 권리 영역에서 입원 경험이 있는 이들은 의료기관 이용자 권리에 대해 더 잘 알고 있었고, 입원 경험이 없는 이들은 잘 모르고 있는 것으로 나타났다. 입원 경험에 따라 환자 권리 인식도에 차이가 있음을 알 수 있다.

표 11 입원 경험 여부에 따른 의료기관 이용자 권리 인식도의 차이(환자)

구분	입원 경험 있다		입원 경험 없다		결측값의 개수
	응답자 수(명)	백분율 (%)	응답자 수(명)	백분율 (%)	
진료받을권리 [§]	235	40.7	62	51.2	4
비밀보장권 [§]	41	13.4	32	26.5	4
사생활보장권	49	16.0	28	23.1	5
정보열람권	77	25.3	35	28.9	6
설명받을권리 [§]	84	27.4	46	38.0	4
의료행위동의권 [§]	53	17.3	37	30.6	5

※ 각각의 권리에 대해 ‘몰랐다’고 응답한 이들의 수 및 백분율(백분율은 각각 입원경험이 있는 사람들 중 ‘몰랐다’고 응답한 이의 비율 및 입원경험이 없는 이들 중 ‘몰랐다’고 응답한 이의 비율임)

§ $p < 0.05$ by chi-square test

(3) 의료기관 이용자 권리 침해 경험

위에서 언급한 의료기관 이용자 권리 중 어느 하나라도 제대로 보장받지 못하거나 침해받은 경험이 있는지 물어보았을 때, 응답자의 33.0%가 권리 침해를 경험한 적이 있다고 응답했다.

표 12 의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부

구분	응답 수(명)	백분율(%)
권리 침해 경험 있다	142	33.0
권리 침해 경험 없다	289	67.0
결측 값의 개수 : 1		

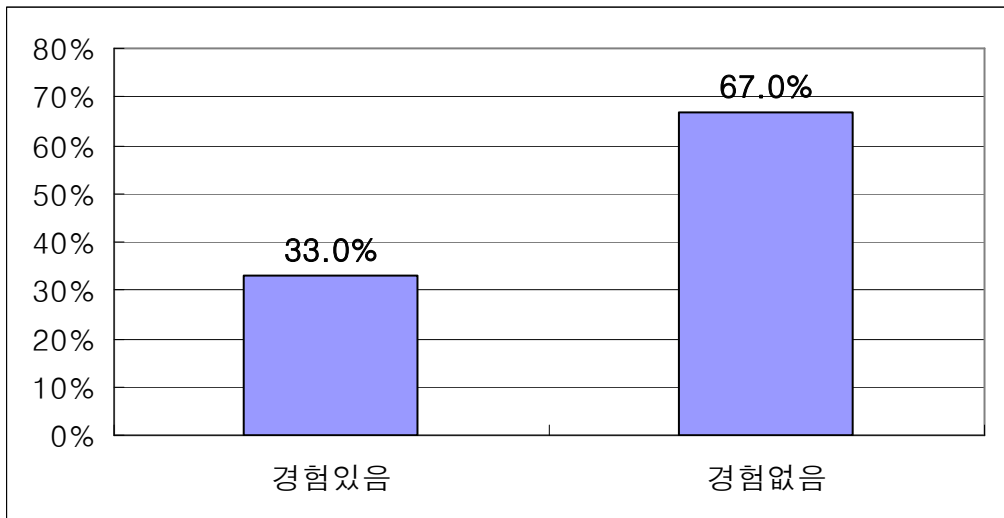


그림 20 의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부

성별로 분포의 차이를 살펴보면, 남성과 여성 사이에 의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부의 차이는 존재하지 않았다. 남성과 여성 둘 다 비슷하게 32-4% 정도 권리 침해에 대한 경험을 했다.

표 13 의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부(성별 분포)

구분	권리 침해 경험 있음		권리 침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
남성	51	31.7	110	68.3
여성	89	34.1	172	65.9
결측 값의 개수 : 10				

연령에 따라서는 권리 침해 경험에 차이가 있었다. 30대는 41.7%가 권리 침해를 겪었다고 응답한 반면, 50대 이상은 18.1%만이 권리 침해 경험이 있다고 응답했다. 30대, 40대, 20대, 50대 이상 순으로 권리 침해 경험률이 높았다.

표 14 의료기관 이용자 권리 침해 경험 여부(연령별 분포)

구분	권리 침해 경험 있음		권리 침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
20대	23	30.7	52	69.3
30대	65	41.7	91	58.3
40대	41	32.5	85	67.5
50대 이상	13	18.1	59	81.9
결측 값의 개수 : 3				

병원 입원 경험 유무에 따라 권리 침해 경험에 차이가 있는지 살펴보았다. 그 결과 병원 입원 경험 유무에 따라 권리 침해 경험에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

표 15 입원 경험 유무에 따른 권리 침해 경험 여부

구분	권리 침해 경험 있음		권리 침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
입원 경험 있음	110	35.7	198	64.3
입원 경험 없음	32	26.5	89	73.6
결측 값의 개수 : 3				

의료기관 이용자 권리를 침해당한 경험이 있다고 응답한 이들에 한해 어떤 권리를 침해받았는지 복수로 응답하게 하였을 때, 전체 응답자의 83.1%가 ‘진료에 대한 설명을 제대로 듣지 못했다’고 응답했다. 다음으로는 ‘진료 과정에서 인격과 사생활이 제대로 보장되지 않았다’고 응답한 이들이 37.3%에 달했다.

‘동의 없이 의료 행위가 이루어졌다’고 응답한 이들도 35.2%였다.

표 16 의료기관 이용자 권리 영역별 침해 경험 여부(복수 응답)

구분	침해당한 경험 있음		침해당한 경험 없음	
	응답자 수(명)	백분율 (%)	응답자 수(명)	백분율 (%)
진료받을권리	16	11.3	126	88.7
비밀보장권	11	7.8	131	92.3
사생활보장권	53	37.3	89	62.7
정보열람권	32	22.5	110	77.5
설명받을권리	118	83.1	24	16.9
의료행위동의권	50	35.2	92	64.8

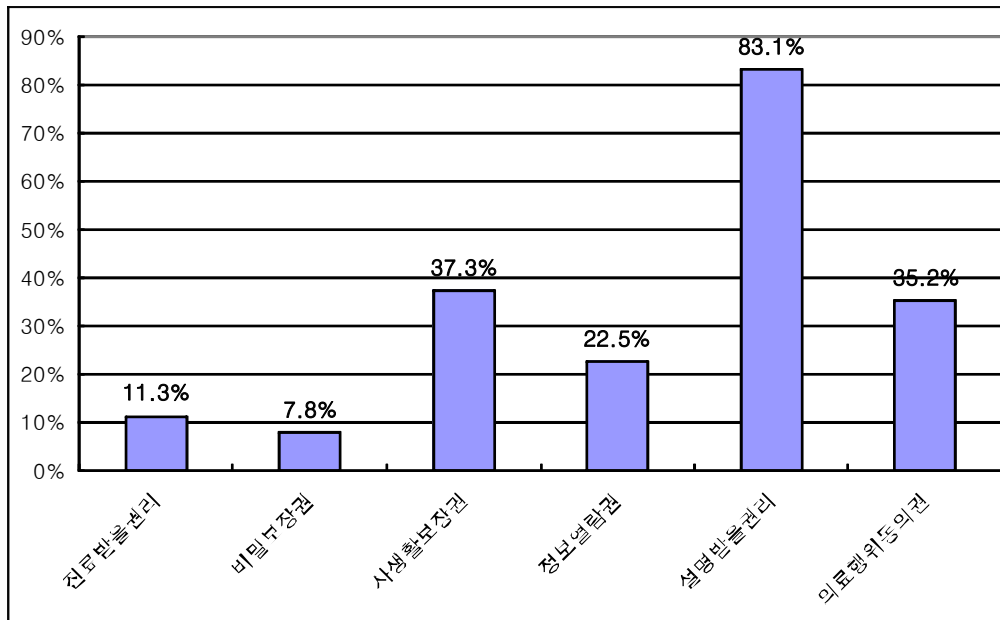


그림 21 의료기관 이용자 권리 영역별 침해 경험 여부(복수 응답)

각 권리 침해 영역별로 성별, 연령별, 입원 경험 유무별 차이가 있는지 살펴보았다. 그 결과 진료받을 권리는 여성이 남성에 비해 권리 침해 경험이 많았다. 30대가 다른 연령대에 비해 권리 침해율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 입원 경험 있는 이들의 권리 침해율이 높았으나 역시 통계적으로 유의하지는 않았다.

표 17 진료받을 권리에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이

구분	침해 경험 있음		침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
성별 [§]				
남성	2	3.9	49	96.1
여성	13	14.6	76	85.4
연령별				
20대	2	8.7	21	91.3
30대	10	15.4	55	84.6
40대	3	7.3	38	92.7
50대 이상	1	7.3	12	92.3
입원경험유무				
있음	15	13.6	95	86.4
없음	1	3.1	31	96.9
§ p < 0.05 by chi-square test				

비밀보장권은 성별 차이에 따라 침해율에 큰 차이가 없었다. 40대와 20대의 권리 침해율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 입원 경험 유무에 따른 차이 역시 통계적으로 유의하지 않았다.

표 18 비밀보장권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이

구분	침해 경험 있음		침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
성별				
남성	4	7.8	47	92.2
여성	6	6.7	83	93.3
연령별				
20대	3	13.0	20	87.0
30대	2	3.1	63	96.9
40대	6	14.6	35	85.4
50대 이상	0	0.0	13	100.0
입원경험유무				
있음	9	8.2	101	91.8
없음	2	6.3	30	93.7

사생활보장권은 성별 차이에 따라 침해율에 큰 차이가 없었다. 20대, 30대의 권리 침해율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 입원 경험이 있는 이들의 권리 침해율이 더 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

표 19 사생활보장권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이

구분	침해 경험 있음		침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
성별				
남성	21	41.2	30	58.8
여성	30	33.7	59	66.3
연령별				
20대	12	52.2	11	47.8
30대	26	40.0	39	60.0
40대	12	29.3	29	70.7
50대 이상	3	23.1	10	76.9
입원경험유무				
있음	45	40.9	65	59.1
없음	8	25.0	24	75.0

정보열람권은 남성이 여성에 비해 권리 침해 경험이 많았다. 40대, 30대의 권리 침해율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 입원 경험이 있는 이들의 권리 침해율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

표 20 정보열람권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이

구분	침해 경험 있음		침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
성별 [§]				
남성	18	35.3	33	64.7
여성	14	15.7	75	84.3
연령별				
20대	3	13.0	20	87.0
30대	15	23.1	50	76.9
40대	12	29.3	29	70.7
50대 이상	2	15.4	11	84.6
입원경험유무				
있음	28	25.5	82	74.5
없음	4	12.5	28	87.5
§ p < 0.05 by chi-square test				

설명받을 권리는 성별 차이에 따라 침해율에 큰 차이가 없었다. 20대, 40대의 권리 침해율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 입원 경험 유무에 따른 차이는 없었다.

표 21 설명받을권리에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이

구분	침해 경험 있음		침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
성별				
남성	43	84.3	8	15.7
여성	74	83.2	15	16.9
연령별				
20대	21	91.3	2	8.7
30대	52	80.0	13	20.0
40대	35	85.4	6	14.6
50대 이상	10	76.9	3	23.1
입원경험유무				
있음	92	83.6	18	16.4
없음	26	81.3	6	18.7

의료행위동의권은 성별 차이에 따라 침해율에 큰 차이가 없었다. 30대, 40대의 권리 침해율이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 입원 경험 유무에 따른 차이는 없었다.

표 22 의료행위동의권에 대한 성별, 연령별 침해율의 차이

구분	침해 경험 있음		침해 경험 없음	
	응답 수(명)	백분율(%)	응답 수(명)	백분율(%)
성별				
남성	21	41.2	30	58.8
여성	28	31.5	61	68.5
연령별				
20대	7	30.4	16	69.6
30대	26	40.0	39	60.0
40대	15	36.6	26	63.4
50대 이상	2	15.4	11	84.6
입원경험유무				
있음	38	34.6	72	65.4
없음	12	37.5	20	62.5

(4) 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 시급한 대책

우리나라에서 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 가장 시급한 것은 무엇인지 10개의 보기를 제시하고, 1번부터 10번까지 우선순위를 정해 번호를 매겨 달라고 하였다. 그리고 두 가지 방법으로 우선순위를 분석하였다. 먼저 각 문항별로 응답자들이 응답한 번호의 평균을 구하여 비교하였다. 이 평균이 낮은 문항일수록 응답자들이 우선순위가 높은 과제라고 생각한 것이다. 두 번째는 응답자들이 1순위부터 3순위까지 고른 과제들이 무엇인지 각각 살펴보았다.

그 결과 각 항목의 순위 평균 분석에 의한 것으로는 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’가 1순위, ‘의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선’이 2순위, ‘행정 기관의 지도, 감독 체계 개선’이 3순위였다.

표 23 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 시급한 과제 순위의 평균(환자)

항목 순위	평균 순위
1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대	3.87
2. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	4.15
3. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	5.13
4. 의료기관 이용자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	5.23
5. 의료기관의 자발적 노력	5.24
6. 의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	5.50
7. 일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	5.71
8. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	6.02
9. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	6.06
10. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	6.48

그런데 가장 시급한 과제 1순위로 응답한 과제들의 순서는 약간 달랐다. 1순위는 ‘의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선’으로 응답한 이들이 가장 많았다. 다음은 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’였고 두 항목간에 큰 차이는 없었다. 그 다음으로는 ‘의료기관의 자발적 노력’이 꼽혔다.

표 24 의료 이용자 권리 보장을 위해 시급한 과제 1순위 순서(환자)

항목 순위	응답수(명)	백분율(%)
1. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	107	26.5
2. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대	106	26.2
3. 의료기관의 자발적 노력	41	10.2
4. 의료기관 이용자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	33	8.2
5. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	27	6.7
6. 의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	26	6.4
7. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	23	5.7
8. 일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	20	5.0
9. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	12	3.0
10. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	9	2.2

성별, 연령별, 입원 경험 유무별로 개선 방안 우선순위에 차이가 있는지 살펴 보았다. 먼저 성별 차이를 살펴보면 남성은 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’를 1순위로 꼽은 이들이 가장 많았으나, 여성은 ‘의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선’이 가장 많았다.

표 25 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위 항목의 성별 차이

항목 (백분율)	
남성	여성
1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (27.2%)	1. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (28.3%)
2. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (21.9%)	2. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (25.8%)
3. 의료기관의 자발적 노력(10.6%)	3. 의료기관의 자발적 노력(9.4%)

연령대별로는 20대와 50대 이상은 ‘의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선’을 30대와 40대는 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’가 가장 우선적인 정책이라고 응답했다. 상대적으로 30대는 ‘의료인들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동’에, 40대는 ‘환자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여’에, 50대 이상은 ‘환자 권리를 침해한 의료기관에 대한 처벌 강화’에 우선순위를 부여했다.

표 26 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위의 연령별 차이

항목 (백분율)	
20대	30대
1. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (25.7%)	1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (29.1%)
2. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (20.0%)	1. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (23.7%)
3. 의료기관의 자발적 노력(12.9%)	3. 의료기관의 자발적 노력(10.1%) 3. 의료인들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동(10.1%)
항목 (백분율)	
40대	50대 이상
1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (33.9%)	1. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (40.9%)
2. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (22.9%)	2. 환자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화(13.6%)
3. 의료기관의 자발적 노력(10.6%) 3. 환자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여(10.6%)	3. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (12.1%)

입원 경험 유무별로는 입원 경험이 있는 이들은 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’에 가장 큰 우선순위를 부여했고, 경험이 없는 이들은 ‘의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선’에 가장 큰 우선순위를 부여했다. 입원 경험이 없는 이들은 ‘일반 국민들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동’에 상대적으로 높은 우선순위를 부여했다.

표 27 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위의 입원 경험 유무별 차이

항목 (백분율)	
입원 경험 있음	입원 경험 없음
1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (27.7%)	1. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (31.9%)
2. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선 (24.6%)	2. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대 (22.1%)
3. 의료기관의 자발적 노력(10.7%)	3. 일반 국민들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동 (9.7%)

2) 의사들을 대상으로 한 조사

가) 조사 대상 및 방법

2008년 10월 15일부터 11월 15일까지 한 달 동안 전국적으로 분포되어 있는 의사단체의 회원 이메일 리스트를 활용하여 이메일 설문을 실시하였다. 그 결과 총 98명이 설문에 응답하였다.

나) 조사 결과

(1) 응답자의 특성

설문에 응답한 이들의 성별은 남성이 85.7%, 여성이 14.3%로 남성이 더 많았다.

표 28 의사 설문 응답자의 성별 분포

구분	응답 수(명)	백분율(%)
남성	84	85.7
여성	14	14.3

설문에 응답한 이들의 연령 분포를 살펴 보면, 40대가 46.9%로 가장 많았고,

그 다음으로 30대가 35.7%였다.

표 29 의사 설문 응답자의 연령 분포

구분	응답 수(명)	백분율(%)
20대	5	5.1
30대	35	35.7
40대	46	46.9
50대	8	8.2
60대 이상	4	4.1

응답자에게 지난 1년간 본인 또는 가족이 적어도 한 번 이상 병원에 입원한 적이 있는지 물어보았을 때, 그러한 경험이 있는 이들이 53.6%였고, 그러한 경험이 없는 이들이 46.4%였다.

표 30 의사 설문 응답자의 지난 1년간 본인 혹은 가족 입원 경험 여부

구분	응답 수(명)	백분율(%)
입원 경험 있다	52	53.6
입원 경험 없다	45	46.4
결측 값의 개수 : 1		

(2) 법적으로 보장된 의료기관 이용자 권리에 대한 인식도

의료법 등에 명시된 의료기관 이용자 권리에 대해 응답자들이 알고 있었는지 여부를 물어보았다. 구체적으로는 환자의 진료 받을 권리, 비밀 보장권, 사생활 보장권, 정보열람권, 설명 받을 권리, 의료 행위 동의권 등에 대해 그러한 의료기관 이용자 권리가 법적으로 보장되고 있다는 사실을 알고 있는지 물었다.

그 결과 법적인 의료기관 이용자 권리에 대해 일부를 제외하고는 거의 대부분 알고 있다고 응답했다. ‘환자는 병명, 병의 진전 예측, 진료계획, 치료와 수술 내용, 약의 이름과 작용 및 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득될 때까지 설명을 할 의무가 있다.’는 사실을 몰랐다고 응답한 이들이 12.2%로 상대적으로 많았다.

표 31 법적으로 보장된 의료기관 이용자 권리에 대한 인식도(의사)

구분	알고 있었다		몰랐다		결측값의 개수
	응답자 수(명)	백분율 (%)	응답자 수(명)	백분율 (%)	
진료받을권리	97	99.0	1	1.0	0
비밀보장권	97	100	0	0	1
사생활보장권	93	94.9	5	5.1	0
정보열람권	94	96.9	3	3.1	1
설명받을권리	86	87.8	12	12.2	0
의료행위동의권	87	90.6	9	9.4	2

(3) 현실적으로 보장하기 어렵다고 생각하는 의료기관 이용자 권리

앞서 언급한 의료기관 이용자 권리 중 현재 한국의 현실을 고려할 때 가장 보장하기 어렵다고 생각하는 순서대로 1번부터 6번까지 순위를 매겨달라고 하였다. 그리고 두 가지 방법으로 순위를 분석하였다. 먼저 각 문항별로 응답자들이 응답한 번호의 평균을 구하여 비교하였다. 이 평균이 낮은 문항일수록 응답자들이 보장하기 어려운 의료기관 이용자 권리라고 생각한 것이다. 두 번째는 응답자들이 1순위와 2순위로 고른 과제들이 무엇인지 각각 살펴보았다.

그 결과 ‘모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의’, ‘진료 행위에 대한 자

세한 설명’, ‘환자의 진료 기록 열람 및 사본 교부권 보장’순으로 의료기관 이용자 권리 보장이 어렵다고 응답했다.

표 32 보장하기 어려운 의료 이용자 권리 순위의 평균(의사 응답)

항목 순위	평균 순위
1. 모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의	2.47
2. 진료 행위에 대한 자세한 설명	2.64
3. 환자의 진료 기록 열람 및 사본 교부권 보장	3.08
4. 진료 과정에서 환자의 인격과 사생활 보장	3.34
5. 환자 비밀 보장	4.49
6. 환자의 진료 받을 권리 보장	5.06

보장하기 어렵다고 생각하는 1순위 항목 역시 ‘모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의’, ‘진료 행위에 대한 자세한 설명’, ‘환자의 진료 기록 열람 및 사본 교부권 보장’순이었다.

표 33 보장하기 어렵다고 대답한 의료기관 이용자 권리 1순위(의사 응답)

항목	응답수(명)	백분율(%)
1. 모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의	37	37.8
2. 진료 행위에 대한 자세한 설명	19	19.4
3. 진료 과정에서 환자의 인격과 사생활 보장	16	16.3
3. 환자의 진료 기록 열람 및 사본 교부권 보장	10	10.2
5. 환자 비밀 보장	10	10.2
6. 환자의 진료 받을 권리 보장	6	6.1

보장하기 어렵다고 생각하는 2순위 항목은 ‘진료 행위에 대한 자세한 설

명’, ‘환자의 진료 기록 열람 및 사본 교부권 보장’, ‘모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의’순이었다.

표 34 보장하기 어렵다고 대답한 의료기관 이용자 권리 2순위(의사 응답)

항목	응답수(명)	백분율(%)
1. 진료 행위에 대한 자세한 설명	36	36.7
2. 환자의 진료 기록 열람 및 사본 교부권 보장	25	25.5
3. 모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의	23	23.5
4. 진료 과정에서 환자의 인격과 사생활 보장	8	8.2
5. 환자 비밀 보장	3	3.1
5. 환자의 진료 받을 권리 보장	3	3.1

(4) 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 시급한 대책

우리나라에서 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 가장 시급한 것은 무엇인지 10개의 보기를 제시하고, 1번부터 10번까지 우선순위를 정해 번호를 매겨 달라고 하였다. 그리고 두 가지 방법으로 우선순위를 분석하였다. 먼저 각 문항별로 응답자들이 응답한 번호의 평균을 구하여 비교하였다. 이 평균이 낮은 문항일수록 응답자들이 우선순위가 높은 과제라고 생각한 것이다. 두 번째는 응답자들이 1순위부터 3순위까지 고른 과제들이 무엇인지 각각 살펴보았다.

그 결과 각 항목의 순위 평균 분석에 의한 것으로는 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’가 1순위, ‘일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동’이 2순위, ‘의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동’이 3순위였다.

표 35 의료 이용자 권리 보장 과제 순위의 평균(의사 응답)

항목 순위	평균 순위
1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대	4.66
2. 일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	4.68
3. 의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	4.86
4. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	5.30
5. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	5.61
6. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	5.71
7. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	5.75
8. 의료기관 이용자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	5.97
9. 의료기관의 자발적 노력	6.01
10. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	6.54

그런데 가장 시급한 과제 1순위로 응답한 과제들의 순서는 약간 달랐다. 1순위 과제로 가장 많이 언급한 것은 역시 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’였으나 그 다음은 ‘행정 기관의 지도, 감독 체계 개선’, ‘일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동’순이었다.

표 36 의료 이용자 권리 보장 과제 1순위 순서(의사 응답)

항목 순위	응답수(명)	백분율(%)
1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대	19	19.4
2. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	15	15.3
3. 일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	14	14.3
4. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	11	11.2
5. 의료기관 이용자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	10	10.2
5. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	10	10.2
6. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	5	5.1
6. 의료기관의 자발적 노력	5	5.1
6. 의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	5	5.1
10. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	4	4.1

가장 시급한 과제 2순위로 응답한 과제들은 약간 다른 양상이었다. 역시 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’로 응답한 이들이 가장 많았지만, 다음은 ‘의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선’, ‘행정 기관의 지도, 감독 체계 개선’순이었다.

표 37 의료 이용자 권리 보장 과제 2순위 순서(의사 응답)

항목 순위	응답수(명)	백분율(%)
1. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대	31	32.0
2. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	16	16.5
3. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	9	9.3
4. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	8	8.3
4. 일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	8	8.3
6. 의료기관의 자발적 노력	6	6.2
7. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	5	5.2
7. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	5	5.2
7. 의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	5	5.2
10. 의료기관 이용자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	4	4.1

3순위로 중요하게 생각하는 과제들은 ‘일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동’, ‘의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립’, ‘의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동’순이었다.

표 38 의료 이용자 권리 보장 과제 3순위 순서(의사 응답)

항목 순위	응답수(명)	백분율(%)
1. 일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	22	22.7
2. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	16	16.5
3. 의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동	14	14.4
4. 의료기관 이용자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	12	12.4
5. 의료기관의 자발적 노력	9	9.3
5. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	9	9.3
7. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	6	6.2
8. 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	5	5.2
9. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	3	3.1
10. 법제도적 의료기관 이용자 권리 확대	1	1.0

3) 조사 결과 요약 및 해석

법적으로 보장된 의료기관 이용자 권리에 대해 알고 있다고 응답한 이들이 대체로 많았으나, 몰랐다고 응답한 이들의 비율도 17~44%에 달했다. 본 조사에서 확인한 의료기관 이용자 권리는 가장 기본적인 의료기관 이용자 권리에 속하는 것임에도 불구하고, 이러한 의료기관 이용자 권리조차 잘 모르고 있는 이들이 적지 않다는 것을 알 수 있다. 특히 ‘환자가 진료를 요구했을 때, 의료인은 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못하도록 되어 있다.’는 사실을 모르는 이들이 43.9%로 가장 많았다. 다음으로는 ‘환자는 병명, 병의 진전 예측, 진료계획, 치료와 수술 내용, 약의 이름과 작용 및 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득될 때까지 설명을 받을 권리가 있다.’는 사실을 몰랐던 이들이 30.2%로 많았다. ‘환자는 자신에 관한 모든 기록을 볼 수 있고, 사본을 신청해서 받을 권리가 있다’는 사실을 몰랐던 이들도 26.2%나 되었다.

권리 인식도와 관련이 있는 요소들을 분석한 결과, 성별에 따라서 상대적으로 남성보다 여성이 의료기관 이용자 권리에 대해 더 많이 알고 있었다. 이는 여러 가지 요인들의 결과일 수 있다. 여성들이 남성들에 비해 권리 의식이 강하기 때문에 인식도가 높아졌을 수 있다. 여성들이 남성들에 비해 의료기관에 대한 경험이 더 많아지면서 자신의 권리에 대한 적극성이 더 늘어난 결과일 수도 있다.

의료기관 이용자 권리에 대한 인식 차이가 지난 1년간 본인 혹은 가족이 적어도 한 번 이상 입원한 경험이 있는 이들과 없는 이들 사이에 차이가 있는지 살펴본 결과, 입원 경험이 있는 이들은 의료기관 이용자 권리에 대해 더 잘 알고 있었다. 이는 ‘본인 혹은 가족의 입원’로 상징되는 의료 경험이 의료기관 이용자 권리에 대한 인식도를 높인다는 것을 알려주는 것이다. 의료기관 이용자 권리에 대한 지식이 별로 없던 이들이 의료 서비스 이용 경험을 통해 자신의 권리에 대해 알게 되는 과정을 겪는다고 말할 수 있다.

그러므로 낮은 권리 인식도를 향상시키기 위한 노력은 남성에 대해서, 그리고 병원 입원 서비스 경험이 없는 이들에 대해 더 집중될 필요가 있다. 더불어 의료 서비스 경험과 더불어 인식이 향상되는 만큼, 의료서비스 제공시 환자 권리에 대한 인식도를 증가시키기 위한 노력을 병행하는 것이 효과적일 것이라고 생각된다.

기본적인 의료기관 이용자 권리 중 어느 하나라도 제대로 보장받지 못하거나 침해받은 경험이 있는지 물어보았을 때, 응답자의 33.0%가 권리 침해를 경험한 적이 있다고 응답했다. 이는 응답자가 종합전문요양기관을 방문한 이들이거나 환자임을 고려하더라도 높은 편이라고 할 수 있다. 응답자의 17-44%가 특정 의료기관 이용자 권리에 대해서는 잘 모르고 있었다는 점을 고려하면, 실제로는 이보다 더 자주 의료기관 이용자 권리 침해가 일어나고 있을 가능성도 배제할 수 없다.

한편, 연령에 따라 권리 침해 경험에 차이가 있었다. 30대는 전체 응답자의 반수에 달하는 49.1%가 의료기관 이용자 권리 침해를 겪었다고 응답한 반면, 60대 이상은 17.7%만이 의료기관 이용자 권리 침해 경험이 있다고 응답했다. 이는 20-40대에 이르는 연령층이 의료기관 이용자 권리에 대한 인식이 높아 자신의 권리 침해 여부에 민감하며, 그 경험을 잘 기억하고 있는 것으로 생각할 수 있다. 병원 입원 경험이 있다고 응답한 이들이 그렇지 않은 이들에 비해 권리 침해 경험률이 높았다. 이는 병원 입원 서비스에서 보다 더 많이 환자 권리 침해가 일어날 가능성을 시사하는 소견이다.

의료기관 이용자 권리를 침해당한 경험이 있다고 응답한 이들에 한해 어떤 권리를 침해받았는지 복수로 응답하게 하였을 때, 전체 응답자의 83.1%가 ‘진료에 대한 설명을 제대로 듣지 못했다’고 응답했다. 다음으로는 ‘진료 과정에서 인격과 사생활이 제대로 보장되지 않았다’고 응답한 이들이 37.3%에 달했다. ‘동의 없이 의료 행위가 이루어졌다’고 응답한 이들도 35.2%였다. 우리나라 환자들은 의료진의 설명을 듣지 못하는 것에 대해 많은 불만을 가지고 있음을 알 수 있다.

우리나라에서 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 가장 시급한 것은 무엇인지 물어보았을 때, 일반인들은 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’, ‘의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선’, ‘행정 기관의 지도, 감독 체계 개선’, ‘의료기관 이용자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화’, ‘의료기관의 자발적 노력’ 순으로 우선순위를 매겼다.

의사들을 대상으로 비슷한 설문을 하였을 때, 의사들은 대부분 의료법 등에 명시된 기본적 의료기관 이용자 권리에 대해서는 거의 대부분 잘 알고 있다고 응답했다.

하지만 여러 가지 여건상 한국의 현실에서 보장하기 어려운 의료기관 이용자

권리 항목에 대해 물어보았을 때, ‘모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의’, ‘진료 행위에 대한 자세한 설명’, ‘환자의 진료 기록 열람 및 사본 교부권 보장’순으로 의료기관 이용자 권리 보장이 어렵다고 응답했다. 이는 현재의 의료 서비스 이용 체계상 의사들이 충분한 시간을 가지고 환자들의 요구에 응하기 힘든 조건이 반영된 것이라고 생각된다.

우리나라에서 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 가장 시급한 것은 무엇인지 물어보았을 때, ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’, ‘일반 국민들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동’, ‘의료인들을 대상으로 한 의료기관 이용자 권리 교육, 의식 개선 활동’, ‘의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성’, ‘의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여’순으로 우선순위를 부여했다.

환자의 응답 결과와 의사의 응답 결과를 비교하였을 때, 의료기관 이용자 권리 보장을 위한 개선 방안 우선순위에 대한 생각에 적지 않은 차이가 있는 것을 확인할 수 있다. 두 집단 공히 ‘법제도적 의료기관 이용자 권리 확대’가 가장 중요하다고 응답한 것은 차이가 없었다.

하지만 환자들은 그 다음 순위로 의사들이 환자에게 충분한 시간을 가지고 진료할 수 있도록 진료 체계가 개선되어야 하고, 행정 기관의 법 집행 및 처벌, 의료기관의 노력이 중요하다고 생각하고 있었다.

그에 비해 의사들은 일반 국민이나 의료인들을 대상으로 하는 교육 및 의식 개선 활동이 중요하다고 생각하고 있었고, 법적, 행정적 노력이나 처벌보다는 의료기관에 인센티브를 주는 방식, 그리고 의료기관 이용자 권리를 대변하는 단체를 육성하는 것 등을 중요하게 생각하는 것으로 나타났다.

6. 현행 의료기관 이용자 권리 보장 체계

가. 법 체계

1) 헌법과 의료기관 이용자의 권리 보장

우리나라 헌법 제10조, 제34조 등에 모든 국민은 인간으로서 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구하면서 인간답게 살 수 있는 권리가 있다고 규정되어 있고, 국가는 이러한 국민의 기본적 인권을 보장할 의무를 지고 있음을 선언하고 있다.

2) 보건의료기본법과 의료기관 이용자의 권리 보장

우리나라 보건의료 법 체계의 기본법인 보건의료기본법에는 환자의 권리와 의료인의 의무가 명시되어 있다.

가) 건강권

모든 국민은 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다(보건의료기본법 제10조).

나) 알 권리

모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 국가 및 지방자치단체의 보건의료정책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가지며, 보건의료인 또는 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자·직계존비속 또는

배우자의 직계존속이, 그 배우자직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병 기타 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다(보건의료기본법 제11조).

다) 자기결정권

모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다(보건의료기본법 제12조).

라) 비밀 보장

모든 국민은 보건의료와 관련하여 자신의 신체·건강 및 사생활의 비밀을 침해받지 아니한다(보건의료기본법 제 13조).

3) 의료법과 의료기관 이용자의 권리 보장

의료법에는 의료인과 의료기관의 의무라는 형태로 의료기관 이용자의 권리가 보장되어 있다.

가) 최선의 의료 서비스를 받을 권리

의료인과 의료기관의 장은 의료의 질을 높이고 병원감염을 예방하며 의료기술을 발전시키는 등 환자에게 최선의 의료 서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다(의료법 제4조).

나) 진료를 받을 권리

의료인은 진료 또는 조산의 요구를 받은 때에는 정당한 이유 없이 이를 거부

하지 못하고, 응급환자에게 최선의 처치를 하여야 한다(의료법 제15조).

다) 비밀을 보장받을 권리

의료인은 의료법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 그 의료·조산 또는 간호에 있어서 지득한 타인의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다(의료법 제19조). 의료인이나 의료기관 종사자는 환자가 아닌 다른 사람에게 환자에 관한 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 내주는 등 내용을 확인할 수 있게 하여서는 아니 된다. (의료법 제21조 ①항).

라) 알권리 - 기록열람권 및 처방전교부 청구권

환자의 배우자, 직계 존속·비속 또는 배우자의 직계 존속이 환자 본인의 동의서와 친족관계임을 나타내는 증명서 등을 첨부하는 등 보건복지가족부령으로 정하는 요건을 갖추어 요청한 경우, 그 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 교부하는 등 그 내용을 확인할 수 있게 하여야 한다(의료법 제21조 단서). 의사 또는 치과 의사는 환자에게 의약품 투여할 필요가 있다고 인정하는 때에는 약사법에 의하여 자신이 직접 의약품을 조제할 수 있는 경우를 제외하고는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 처방전을 작성하여 환자에게 교부하여야 한다(의료법 제18조).

마) 요양방법을 지도받을 권리

의료인은 환자 또는 그 보호자에 대하여 요양의 방법 기타 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다(의료법 제24조).

바) 병원감염으로부터 보호받을 권리

보건복지가족부령으로 정하는 일정 규모 이상의 종합병원의 장은 병원감염 예

방을 위하여 감염대책위원회를 설치·운영하는 등 필요한 조치를 하여야 한다 (의료법 제47조).

나. 관련 제도

1) 의료기관 이용과 관련된 사회보험 제도

가) 국민건강보험 제도

건강보험은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 1977년에 도입되었다.

원칙적으로 의료급여 대상자를 제외한 전국민이 적용대상이며, 직장가입자와 지역가입자로 구분된다. 2007년말 현재 47,819,674명이 적용대상이다.

나) 산업재해보상보험 제도

산재보험은 공업화가 진전되면서 급격히 증가하는 산업재해 근로자를 보호하기 위하여 1964년에 도입된 우리나라 최초의 사회보험제도이다.

초기의 산업재해는 건설현장과 위험한 기계 기구를 설치, 사용하는 사업장에서 주로 발생하였으나 산업사회의 현대화, 고도화, 정보화 등으로 재해 발생 원인은 신종 직업병과 과로, 스트레스 등에 기인한 재해가 급격히 증가하고 있다.

산업재해로부터 근로자를 보호하기 위해서는 산업재해 자체를 예방하는 것이 가장 바람직한 것이나 이미 발생한 산업재해로 인하여 부상 또는 사망한 경우에 그 피해근로자나 가족을 보호 내지 보상해 주기 위한 산재보험이 중요한 의미를 지닌다 할 것이다.

산재보험은 산재근로자와 그 가족의 생활을 보장하기 위하여 국가가 책임을 지는 의무보험으로 원래 사용자의 근로기준법상 재해보상책임을 보장하기 위하여 국가가 사업주로부터 소정의 보험료를 징수하여 그 기금(재원)으로 사업주를 대신하여 산재근로자에게 보상을 해주는 제도이다.

특 성

- 1) 근로자의 업무상 재해에 대하여 사용자에게는 고의·과실의 유무를 불문하는 무과실 책임주의이다.
- 2) 보험 사업에 소요되는 재원인 보험료는 원칙적으로 사업주가 전액 부담한다.
- 3) 산재보험급여는 재해발생에 따른 손해전체를 보상하는 것이 아니라 평균임금을 기초로 하는 정률보상방식으로 행한다.
- 4) 자진신고 및 자진납부를 원칙으로 하고 있다.
- 5) 재해보상과 관련되는 이의신청을 신속히 하기 위하여 심사 및 재심사청구제도를 운영한다.
- 6) 타 사회보험과는 달리 산재보험은 사업장 중심의 관리가 이루어진다.

2) 의료급여 제도

의료급여제도는 빈곤층 중 일정 기준에 해당하는 이들에게 의료를 보장하는 공적부조제도로 국민건강보험(이하 건강보험)과 아울러 우리나라 의료보장제도의 주축을 이루고 있는 제도이다. 2000년 10월 생활보호법이 국민기초생활보장법으로 개정됨에 따라 의료보호법 또한 2001년 10월에 의료급여법으로 개정되었으며, 과거 시혜적인 성격에서 벗어나 ‘수급권’이라는 권리적 개념을 도입하였다. 현재의 의료급여제도가 과거에 비해 관리운영과 보장성 측면에서 많은 개선이 이루어져왔지만, 수급권자 선정, 보장성, 수가 및 진료비 지불방법, 관리운영, 재정운용 등의 측면에서 개선이 필요하다고 지적되고 있다.

3) 의료기관 평가 제도

가) 우리나라의 의료의 질에 대한 법적관리

1977년 의료보험 도입 이후 폭발적으로 증대되는 의료수요의 양적 측면에만 관심이 집중되었으나, 최근에는 국민들의 의료의 질에 대한 관심이 높아지고 있어 자연스럽게 다양한 제도적 질 관리 방안이 시행되고 계속 연구되고 있다. 그러한 방안으로 최근 추진되고 있는 제도가 의료기관 평가 제도이다.

나) 의료기관 평가에 대한 실정법적 근거

(1) 의료기관 평가의 의무

○ 의료법

제58조 (의료기관 평가) ①보건복지부장관은 의료의 질을 높이기 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료기관에 대한 평가(이하 "의료기관 평가"라 한다)를 하여야 한다.

⑤의료기관 평가 대상인 의료기관의 장은 특별한 사유가 있는 경우 외에는 의료기관 평가에 응하여야 한다.

의료법 58조 제1항에는 보건복지부장관으로 하여금 의료의 질 향상을 촉진하기 위한 의료기관에 대한 평가(의료기관평가)를 실시하도록 하는 강행규정을 두고 있다. 동조 제5항에서 의료기관평가대상 의료기관은 특별한 사유가 있는 경우를 제외하고는 의료기관평가에 응하여야 한다고 규정함으로써 의료기관의 제도수용을 의무화하고 있다.

(2) 의료기관 평가 업무의 위탁

○ 의료법

58조 (의료기관 평가) ②보건복지가족부장관은 의료기관 평가에 관한 업무를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관이나 단체에 위탁할 수 있다. 이 경우 필요한 예산을 지원할 수 있다.

○ 의료법 시행령

제31조 (의료기관 평가 업무의 위탁) 보건복지가족부장관은 법 제58조제2항에 따라 의료기관 평가에 관한 업무를 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 관계 전문기관 또는 단체 중에서 보건복지가족부장관이 정하는 기준에 맞는 기관이나 단체에 위탁할 수 있다.

1. 「한국보건산업진흥원법」에 따른 한국보건산업진흥원
2. 「국민건강보험법」 제55조에 따른 건강보험심사평가원
3. 정부가 설립하거나 정부가 운영 비용의 전부 또는 일부를 지원하는 의료기관 평가 업무와 관련된 비영리법인
4. 그 밖에 의료기관 평가에 관한 전문인력과 능력을 갖춘 비영리법인

의료법 제 58조 2항에는 의료기관 평가에 관한 업무의 관계전문기관 또는 단체에 대한 위탁 규정을 두고 있다. 이에 시행령 31조에서는 관계전문기관을 열거하고 보건복지가족부장관이 정하는 기준에 맞는 기관이나 단체에 위탁할 수 있게 됨으로써 평가의 전문성과 객관성을 유지하려 하고 있다.

(3) 평가대상 및 평가구분

○ 의료법 시행령

제29조 (의료기관 평가의 대상 및 평가 구분) ① 보건복지가족부장관은 법 제58조제1항에 따라 종합병원과 병상(病床)이 300개 이상인 병원에 대하여 의료기관평가를 실시하여야 한다.

② 제1항에 따른 의료기관 평가는 정기평가와 수시평가로 구분하여 실시한다.

③ 보건복지가족부장관은 제1항에 따른 의료기관 평가의 대상이 아닌 의료기관이 의료기관 평가를 신청한 경우에도 의료기관 평가를 실시할 수 있다.

(4) 평가 기준 및 방법

○ 의료법 시행령

제30조 (의료기관 평가의 기준 및 방법) ① 제29조제1항에 따른 의료기관 평가의 기준은 다음 각 호와 같다.

1. 의료기관을 이용하는 환자의 권리와 편의에 대한 만족도
2. 의료인의 업무 수행 과정 및 성과
3. 시설·장비 및 인력 수준
4. 그 밖에 의료기관의 운영 실태에 관한 사항

② 제1항에 따른 의료기관 평가의 기준에 관한 세부적인 내용은 병상의 규모에 따른 의료기관별로 보건복지가족부장관이 정한다.

③ 제29조제1항에 따른 의료기관 평가는 서면조사와 현지조사로 구분하여 실시하되, 조사 방법에 관한 세부적인 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

(5) 평가의 시기와 범위, 절차

○ 의료법 시행규칙

제62조 (의료기관 평가의 시기·범위 및 절차) ① 영 제29조제2항에 따른 정기평가는 3년마다 실시하고, 수시평가는 정기평가를 받은 의료기관이 그 평가 결과에 따른 평가수준을 지속적으로 유지하고 있는지를 확인할 필요가 있는 경우에 실시한다.

② 법 제58조제6항에 따른 의료기관 평가의 범위는 평가대상 기관의 시설·장비 및 인력 등의 현황, 의료서비스 제공 과정 및 환자만족도 등으로 한다.

③ 법 제58조제6항에 따른 의료기관 평가의 절차는 다음 각 호의 순서에 따른다.

1. 평가대상 의료기관의 선정
2. 평가 실시 전문가(이하 "평가반"이라 한다)의 구성 및 교육
3. 서면조사, 현지조사 및 평가
4. 평가결과 분석·통보 및 공표 등

(6) 결과의 통보 및 이의신청

○ 의료법 시행규칙

제63조 (의료기관 평가 방법·결과의 통보 및 이의신청) ① 보건복지가족부장관은 의료기관 평가를 실시하려면 평가 실시 3개월 전에 해당 의료기관의 장에게 의료기관 평가의 일정을 통보하여야 한다. 다만, 수시평가인 경우에는 이를 생략할 수 있다.

② 영 제30조제3항에 따른 서면조사는 해당 의료기관의 인력, 시설 및 장비, 진료 실적 및 병상 운영 등에 대하여 해당 의료기관에서 평가반에 제출한 자료를 중심으로 진행하여야 한다.

③ 영 제30조제3항에 따른 현지조사는 평가반이 해당 의료기관에서 의료기관의 편의에 대한 이용환자의 만족도, 의료인의 업무수행 과정 및 성과, 그 밖의 운영 실태 등에 대하여 실시한다.

④ 보건복지가족부장관은 의료기관평가를 실시한 후 그 결과를 지체 없이 해당 의료기관별로 통보하여야 한다.

⑤ 의료기관의 장은 제4항에 따라 통보받은 결과에 대하여 이의가 있는 경우에는 의료기관 평가 결과를 통보받은 날부터 30일 이내에 이의신청 내용 및 사유가 포함된 이의신청서를 보건복지가족부장관에게 제출하여야 한다.

⑥ 보건복지가족부장관은 제5항에 따라 이의신청을 받은 경우에는 그 이의신청 내용에 대하여 조사한 후 그 결과를 해당 의료기관의 장에게 통보하여야 한다.

(7) 결과의 공표

○ 의료법

제58조 (의료기관 평가) ③ 보건복지가족부장관은 의료기관 평가 결과를 공표할 수 있다.

○ 의료법 시행규칙

제64조 (의료기관 평가 결과의 공표) ① 법 제58조제3항 및 제6항에 따라 보건복지가족부장관은 의료기관 평가 결과에 대하여 평가 기준별로 분석 결과를 종합하여 대중매체 등에 공표할 수 있다.

② 제1항에 따른 공표의 내용 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부장관이 정하여 고시한다.

의료기관 평가의 결과를 공표할 수 있도록 하여 국민들의 알권리를 보장하기 위한 규정을 두고 있다.(동조 제3항)

(8) 우수기관에 대한 지원

○ 의료법

제58조 (의료기관 평가) ④보건복지가족부장관은 의료기관 평가 결과가 우수한 의료기관에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

의료기관평가의 결과가 우수한 의료기관에 대한 행정적, 재정적 지원의 근거 규정을 두어 의료기관간 제도수용에 대한 경쟁력을 발휘할 수 있도록 하고 있다.(동조 제4항)

다. 법제도의 집행 및 운영

가) 의료기관에 대한 직접적인 관리 감독

○ 의료법

제59조 (지도와 명령) ①보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 보건의료정책을 위하여 필요하거나 국민보건에 중대한 위해(危害)가 발생하거나 발생할 우려가 있으면 의료기관이나 의료인에게 필요한 지도와 명령을 할 수 있다.

②보건복지가족부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 의료인이 정당한 사유 없이 진료를 중단하거나 의료기관 개설자가 집단으로 휴업하거나 폐업하여 환자 진료에 막대한 지장을 초래하거나 초래할 우려가 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있으면 그 의료인이나 의료기관 개설자에게 업무개시 명령을 할 수 있다.

③의료인과 의료기관 개설자는 정당한 사유 없이 제2항의 명령을 거부할 수 없다.

제61조 (보고와 업무 검사 등) ①보건복지가족부장관 또는 시장·군수·구청장은 의료기관이나 의료인에게 필요한 사항을 보고하도록 명할 수 있고, 관계 공무원을 시켜 그 업무 상황, 시설 또는 진료기록부·조산기록부·간호기록부 등 관계 서류를 검사하게 하거나 관계인에게서 진술을 들어 사실을 확인받게 할 수 있다. 이 경우 의료인이나 의료기관은 이를 거부하지 못한다.

시도지사는 의료법인의 감독에 필요하다고 인정될 때에는 의료법인에게 관계 서류·장부·참고자료의 제출을 명하거나, 소속공무원으로 하여금 의료법인의 사무

및 재산상황을 검사하게 할 구 있도록 함으로써 의료법인에 대한 직접적인 감독 권한을 주무장관 및 지방자치단체에 부여하고 있다. 그 밖에 의료법 제6장 감독 편에 제62조 의료기관의 회계기준, 제64조 개설허가 취소, 제66조 자격정지, 제 67조 과징금 처분 등 많은 관리·감독 규정을 두고 있다.

나) 병상 수급 계획의 수립 등

○ 의료법

제60조 (병상 수급계획의 수립 등) ①보건복지가족부장관은 병상의 합리적인 공급과 배치에 관한 기본시책을 수립하여야 한다.

②시·도지사는 제1항에 따른 기본시책에 따라 지역 실정을 고려하여 특별시·광역시 또는 도 단위의 병상 수급계획을 수립한 후 보건복지가족부장관에게 제출하여야 한다.

③보건복지가족부장관은 제2항에 따라 제출된 병상 수급계획이 제1항에 따른 기본시책에 맞지 아니하는 등 보건복지가족부령으로 정하는 사유가 있으면 시·도지사에게 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 그 조정을 권고할 수 있다. <개정 2008.2.29>

라. 실행 프로그램

1) 소비자 단체 및 환자 단체 등이 제정한 환자 권리 장전

1986년 한국 소비자 단체가 환자 권리 장전을 제정하여 발표한 이후, 의료사고 가족협회, 의료생활협동조합 등에서 환자 권리 선언 혹은 장전을 제정하여 발표했다. 그러나 선언 혹은 장전 발표에 따른 후속 조치가 미흡하여 그 효과는 그리 크지 않았다. 다만 의료생활협동조합의 환자 권리 장전의 경우, 협동조합 간부 및 활동가들이 조합원들에게 환자 권리에 대해 교육하고 홍보하기 위한 수단으로 활용됨으로써 긍정적인 효과를 낳고 있다.

가) 한국 소비자 단체에서 발표한 환자의 권리 장전

1986년 한국 소비자 단체는 인간의 생명과 신체를 다루는 의술에 대한 신뢰와 존경을 바탕으로 의료의 주체인 환자가 가지는 구체적인 권리 내용을 밝히는 것은 의료인과 환자가 가지는 형평의 원리에 입각하여 호혜적인 관계를 유지함으로써 인간답고 건강하게 살 인간으로서의 기본적인 권리를 실현하기 위한 목적에서 다음과 같은 환자권리선언을 채택하였다.

① 환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 바탕으로 하여 생명과 신체, 인격을 존중받을 권리를 갖는다.

② 환자는 경제적·사회적 직위, 연령, 성별, 질병의 종류, 국적 및 기타 어떤 이유로도 차별을 받지 않으며 평등한 의료를 받을 권리가 있다.

③ 환자는 최선의 의료와 함께 언제든지 의료인 및 의료기관을 선택할 권리가 있다.

④ 환자는 적법한 자격을 갖춘 의료 종사자로부터 의료행위를 제공받을 권리가 있다.

⑤ 환자는 필요에 따라 의료인과 의료기관을 변경할 경우 자신의 진료에 관한 정보 및 기록을 요구할 권리가 있다.

⑥ 환자는 자기 생명과 건강의 주인으로서 모든 의료행위의 목적과 방법 내용 및 그 결과를 충분히 알 권리가 있다.

⑦ 환자는 권리와 의무에 관계되는 모든 문서에 서명하기 전에 그 내용에 대해 충분히 설명을 들을 권리가 있다.

⑧ 환자는 의료행위에 소요된 비용 명세를 알고 그에 대한 질문을 할 권리가 있다.

⑨ 환자는 자유로운 의사에 의하여 검사와 치료, 기타 의료행위를 선택·수락·거

부할 권리가 있다.

□ 환자는 질병과 치료 및 사생활에 관한 모든 비밀을 침해받지 않을 권리가 있다.

나) 의료사고 가족협회에서 발표한 환자의 권리 선언

1990년 9월 한국 의료사고 가족협회에서는 전문과 10개항의 환자권리선언을 선포했다.

① 환자는 인간으로서 존엄과 가치를 가지며 생명·신체·인격을 존중받을 권리가 있다.

② 환자는 질병·연령·성별, 또는 경제적·사회적지위, 기타 이유로 차별을 받지 아니하고 평등한 의료를 받을 권리가 있다.

③ 환자는 적법한 자격을 갖춘 의료 종사자로부터 최선의 의료를 받을 권리가 있다.

④ 환자는 의료인 및 의료기관을 자유로이 선택할 권리가 있다.

⑤ 환자는 자기의 생명과 건강의 주인으로서 의료행위의 목적과 방법, 내용 및 그 결과를 알 권리가 있다.

⑥ 환자나 그 가족은 진료기록 열람이나 기타 진료에 관한 정보 제공을 요구할 권리가 있다.

⑦ 환자는 자유의사에 따라 검사와 치료 등 의료행위의 목적과 방법, 내용 및 그 결과를 알 권리가 있다.

⑧ 환자는 자기 의사에 의하지 아니하고는 연구나 진료 외의 목적으로 이용되지 않을 권리가 있다.

□ 환자는 의료사고로 인한 진료상의 나쁜결과에 대해 그 원인 규명과 피해보상을 요구할 권리가 있다.

다) 의료생활협동조합의 환자 권리 장전

의료생활협동조합의 “환자 권리 장전”은 환자의 생명을 소중히 여기고 이를 보장하기 위해 규율하는 것으로 조합원, 지역 주민 모두의 생명을 다 같이 아끼고 서로 보살펴주며, 의료에서의 민주주의와 주민 참여를 보장해 주는 의료에 있어서의 인권선언이다. 환자에게는 투병의 주체자로서 아래와 같은 권리와 책임이 있다.

○ 알 권리 : 병명, 병상(검사결과를 포함함), 병의 진전 예측, 진료계획, 치료와 수술(선택의 자유, 그 내용), 약의 이름과 작용, 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득될 때까지 설명을 받을 권리

○ 자기 결정권 : 납득될 때까지 설명을 들은 뒤 의료 종사자가 제안하는 진료경과 등을 스스로 결정할 권리

○ 개인 신상 비밀을 보호받을 권리 : 개인의 비밀이 지켜질 권리 및 사적인 일에 간섭받지 않을 권리

○ 배울 권리 : 병과 그 요양방법 및 보건, 예방 등에 대해 학습할 권리

○ 진료 받을 권리 : 언제든지 필요 충분한 의료 서비스를 사람으로서 알맞은 방법으로 받을 권리

○ 의료 보장의 개선을 나라와 자치단체에 요구할 권리

○ 참가와 협동 : 환자 스스로가 의료종사자와 함께 힘을 합쳐 이들 권리를 지키고 발전시켜 나갈 권리

2) 병원의 환자 권리 장전

1993년 연세의료원에서 환자의 권리선언을 제정하여 선포한 이래, 거의 모든 병원에 환자 권리 선언 혹은 환자 권리 장전이 제정되었다. 그러나 이러한 선언 혹은 장전은 제정되어 병원 로비에 걸려있는 것 이상의 역할을 하지 못하고 있

다는 비판이 많다.

가) 연세의료원에서 선포한 환자의 권리 선언

연세의료원은 환자에게 도움을 주는 원칙, 환자에게 불이익이 없도록 하는 원칙, 환자의 자유를 최대한 존중하는 원칙. 그리고 사회정의를 실천하는 원칙에 따라 진료할 것을 선언하였다.

- ① 모든 환자는 인간으로서의 관심과 존경을 받을 권리가 있다.
- ② 모든 환자는 의료진의 성실한 대우를 받을 권리가 있다.
- ③ 모든 환자는 담당 의료진의 전문분야에 대하여 알 권리가 있다.
- ④ 모든 환자는 담당 의료진으로부터 자신의 질병, 현재의 상태, 치료계획 및 예후에 대한 설명을 등을 권리가 있다.
- ⑤ 모든 환자는 자신의 질병 퇴치를 위한 새로 의학적 시도나 교육의 참여 여부를 선택할 권리가 있다.
- ⑥ 모든 환자는 치료·검사·수술·입원 등의 의료행위에 대한 설명을 듣고 시행 여부를 선택할 권리가 있다.
- ⑦ 모든 환자는 담당 의료진이나 법적으로 허용된 사람을 제외하고는 개인의 의무기록 열람을 금함으로써 진료상의 비밀을 보장받을 권리가 있다.
- ⑧ 모든 환자는 진료와 관련하여 알려진 사생활의 비밀을 보장받을 권리가 있다.
- ⑨ 모든 환자는 진료비 내역에 대하여 알 권리가 있다.

나) 서울대병원의 환자 권리 장전

서울대학교병원은 환자중심, 인간존중, 지식창조, 사회봉사라는 경영이념을 통해, 신체적, 정신적 어려움으로 병원을 찾는 모든 환자의 권리를 존중하고 최선

의 진료를 제공하기 위하여 다음과 같이 선언한다.

- ① 존엄의 권리 : 환자는 존엄한 인간으로서 예우받을 권리가 있다.
- ② 평등의 권리 : 환자는 성별, 연령, 종교 또는 사회적 신분을 떠나 평등한 진료를 받을 권리가 있다.
- ③ 설명을 들을 권리 : 환자는 의료진으로부터 질병의 진단, 치료계획, 결과, 예후에 대한 설명을 들을 권리가 있다.
- ④ 선택의 권리 : 환자는 치료, 검사, 수술, 입원 등 본인에게 이루어지는 의료행위에 대한 설명을 듣고 시행여부를 선택할 권리가 있다.
- ⑤ 개인 신상 비밀을 보호받을 권리 : 환자는 진료내용, 신체의 비밀 및 개인생활의 비밀을 보호받을 권리가 있다.

마. 기존 체계에 대한 평가¹⁴⁾

1) 체계의 완결성 부족

가) 권리-의무 관계의 불균형

의료기관 이용자의 권리는 바꾸어 말하면 국가와 의료기관 및 의료인의 의무이다. 이런 측면에서 우리나라 헌법은 건강에 대한 국민의 권리와 더불어 국가의 의무를 규정하고 있다. 이러한 헌법 정신을 이어받아 보건의료기본법에는 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임이 규정되어 있다. 그리고 의료법에는 의료인과 의료기관의 의무가 규정되어 있다. 이와 같은 상황을 고려하면 법 체계에 있어서는 특별한 문제가 없어 보인다. 문제는 법 체계가 아니라 기존의 법이 집행되지 않는 문제가 큰 것처럼 보인다.

14) 주로 의료기관의 수용성, 질을 높이기 위한 체계에 대한 평가를 수행하였다.

하지만 꼭 그런 것은 아니다. 현행 우리나라 의료기관 이용자 권리 보장을 위한 법 체계는 약간의 불균형을 내포하고 있다. 그것은 의료기관 이용자 권리가 주로 의료인 및 의료기관의 의무 이행을 매개로 보장되도록 구조화되어 있다는 것이다.

위에서 언급한 바와 같이 우리나라 보건의료기본법에는 의료기관 이용자의 권리가 명시되어 있다. 하지만 이것은 선언적 의미에 그친다. 보건의료기본법은 ‘보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요 및 공급에 관한 기본적인 사항을 규정’하는 것이 법의 목적이다. 그러다보니 이 법에 분명히 의료기관 이용자의 권리가 ‘규정’되었지만, 그러한 권리를 보장하고 증진할 이행 수단이나 체계를 갖지 못하고 있다. 단지 그것은 의료법상 의료인과 의료기관의 의무 이행을 강제함으로 간접적으로 완성되는 권리가 된다.

이 차이는 적지 않다. 권리-의무 관계를 통해 달성되는 하나의 가치는 국가가 의무 주체의 의무 이행 여부를 감독함으로써 달성되기도 하지만, 권리 주체의 역량을 강화함으로써 이루어지기도 한다. 이는 동전의 양면과 같은 것이다. 그런데 우리나라 의료기관 이용자 권리 보장 체계는 권리 주체의 역량을 강화하기 위한 체계가 빠져 있다. 이러한 상황에서 의료기관 이용자를 보장하기 위해서는 정부 등 감독기관이 의료인 및 의료기관의 의무 이행을 엄하게 감독하거나, 의료인 및 의료기관이 자발적으로 그러한 의무를 성실히 수행하도록 인센티브를 제공하는 방식밖에 없다.

이러한 체계는 절름발이 체계이다. 권리 주체의 참여와 역량 강화가 동반되지 않은 상태에서 이루어지는 행정적 지도, 감독과 인센티브 제공은 의료기관, 보건의료인 윤리에 너무 많은 것을 위임하여, 그러한 것이 제대로 기능하지 않을 때, 현실에서 사문화될 가능성이 크다.

나) 권리-의무 관계의 빈 공간

헌법과 그에 따른 법률 체계로 정의되는 권리-의무는 ‘국민’으로 한정되는 한계를 지니고 있다. 보건의료기본법에 의한 의료기관 이용자의 권리도 ‘국민’으로 한정되고, 의료법에 의한 의료인과 의료기관의 의무 객체 역시 ‘국민’에 한정된다. 그런데 우리사회에는 점차 ‘국민’이 아닌 거주민이 늘어나고 있다. 이들이 ‘국민’이 아니라고 하여 의료기관 이용자의 권리를 보장하지 않는다면 이는 국제인권법의 정신에 어긋나는 것이다.

유엔 사회권 위원회의 일반논평 제14호에 의하면, 의료기관과 서비스는 모든 이에게, 특히 가장 소외된 인구 집단에게, 법률상으로는나 실질적으로나 어떠한 금지된 근거에 의한 차별 없이 접근 가능해야 한다. 그러므로 국가도, 의료인이나 의료기관도 ‘국민’이 아닌 거주민의 의료기관 이용에 대한 권리 보장 의무를 지지 않아도 되도록 구성되어 있는 현재의 체계는 재구성되어야 할 필요가 있다.

2) 체계가 작동하도록 하기 위한 구조 부족

가) 행정적 지도, 감독의 한계

의료기관 이용자 권리 보장에 의료인과 의료기관에 대한 행정적 지도, 감독은 한계를 지닐 수밖에 없다. 현행법상 의료기관에 대한 지도, 감독은 보건복지가족부나 지방자치단체가 하게 되어 있다. 보건복지가족부의 인력은 한정되어 있으므로 통상은 지방자치단체가 보건소 인력과 자원을 활용하여 행정적 지도, 감독을 행하게 된다. 하지만 전체 의료기관수에 비해 지방자치단체 보건소의 인력과 자원은 턱없이 부족한 실정이라 제대로 된 지도와 감독을 기대하기는 힘든 실정이다.

행정 인력 및 자원의 부족 문제도 있지만, 보건소가 사실상 의료기관의 지도,

감독하기 힘든 우리나라의 특수한 상황도 행정적 지도, 감독이 한계를 가질 수밖에 없게 만드는 요인이다. 우리나라의 경우 공공의료기관의 부족 때문에 보건소가 지역사회에서 보건사업을 수행하기 위해서는 지역의 민간 의료기관의 지원이 필수적인 요소가 된다. 보건소 입장에서는 의료기관의 눈치를 보지 않을 수 없는 것이다. 이런 상황에서 보건소 중심의 지도, 감독이 실효를 거두리라고 기대하기 힘들다.

설령, 보건소가 아닌 제3의 기관에 의한 지도, 감독 체계를 구성하더라도 문제는 남는다. 의료기관 이용자 권리의 특성상 권리 침해 여부는 정기적인 감사나 조사로 발견하기 어려운 측면이 있다. 이는 의료기관 이용자의 적극적인 문제제기를 필요로 할 때가 많다. 물론 의료 서비스 질과 관련된 몇 가지 지표는 행정적 지도, 감독을 통해 이행 상황을 지속적으로 모니터링할 수도 있다. 하지만 적지 않은 종류의 의료 이용자 권리가 환자-의료인 관계 속에서 보장되거나 침해되기 때문에 이러한 지도, 감독만으로는 체계가 작동하도록 만들기 힘들다.

나) 인센티브나 의무 이행 강제 장치 미흡

행정적 지도, 감독이 한계가 있는 상황에서 체계가 작동하도록 할 수 있는 방법은 의료기관에 이용자 권리 보장에 대한 인센티브를 제공하거나, 적발된 권리 침해 사례를 엄하게 처벌하여 일벌백계의 효과를 갖도록 하여, 의료기관과 의료인이 자율적으로 의료기관 이용자 권리 보장을 위해 노력하도록 하는 것이다.

그런데 현재는 인센티브도 적절하지 않고, 의무 이행 강제 장치도 효과적이지 않다. 의료기관 서비스 질 향상을 위해 운영되고 있는 의료기관 평가 제도는 현재 여러 가지 문제로 인하여 실제로 의료기관 질 향상에 기여하지 못하고 있다는 비판이 많다. 의료기관 평가시 자료 조작이나 상황 왜곡이 발생하고 있다는 지적도 있고, 의료기관 평가가 반쪽 행사에 그치고 있다는 비판도 있다. 한편,

의료기관 이용자 권리 침해에 따른 행정 처벌 혹은 형법상의 처벌은 업무정지, 면허 정지, 면허 취소 등과 벌금 및 금고형 등을 포함하고 있다. 법 체계상으로는 의무 이행 강제 체계가 잘 갖추어져 있다고 평가할 수 있다. 그러나 현실에 있어 환자 권리 침해로 인해 이러한 처벌을 받는 예는 극히 드물어, 이 체계가 의무 이행 강제력을 가지고 있는지에 대해 의문이 제기되고 있는 실정이다. 이는 환자 권리가 침해받더라도 환자가 적극적으로 문제 제기 하지 않는다면 이러한 처벌 체계가 작동하지 않는다는 문제점 때문이기도 하고, 문제 제기를 한다 하여도 사실 관계를 확인하기 어려운 점 등 때문에 실제 처벌에 이르는 경우는 적기 때문이기도 하다.

다) 의료기관 이용자 권리에 대한 인식 부재

실태조사 결과를 통해 알 수 있는 바와 같이, 우리나라 국민들은 의료기관에서 보장받아야 할 자신들의 권리에 대해 잘 알지 못하고 있다. 권리라는 것은 아는 것만큼 요구할 수 있고 얻을 수 있는 것이기도 하다. 의료기관에서 부당한 처우를 당해도 그것을 해결하기 위한 방법을 잘 모를 경우 권리 침해 여부 자체를 인식하지 못할 수도 있다.

그런데 현재 우리나라 시민들은 의료기관 이용자의 권리에 대해 접해보거나 교육받을 기회 자체가 너무 적다. 의료기관 이용시 보장받아야 할 자신의 권리에 대해 알려주는 곳도 없고, 이곳저곳에 문의해도 제대로 알려주는 곳도 없다. 이러한 상황에서는 권리 의식이 낮을 수밖에 없고, 권리 의식이 낮을 때 권리 보장 정도는 높아지기 힘들다.

라) 문제 제기 창구의 부재

의료기관 이용자 입장에서는 현행 체계 내에서 의료기관 혹은 의료인에 의해

권리를 침해받았다고 느꼈을 때 취할 수 있는 행동이 그리 많지 않다. 가장 먼저는 의료기관이나 의료인 당사자에게 항의를 할 수 있겠지만, 의료기관이나 의료인들이 이를 회피하거나 무시한다면 적절한 응답을 받기 어렵다.

이러한 과정에서 실망한 이용자가 자신의 권리를 찾고자 마음먹었을 때 다음으로 할 일은 사법기관에 고발하거나 행정기관에 민원이나 진정을 넣는 일이다. 그 외에도 국가인권위원회나 국민권익위원회 등에 진정서를 제출할 수도 있다. 그런데 문제는 이러한 진정이나 고발 행위를 결정하기까지가 쉽지 않다는 것이다. 그러므로 대부분의 권리 침해 당사자는 의료기관에 몇 번 항의를 하다가 응답이 없으면 포기해 버리는 게 대다수이다. 사법기관, 행정기관, 기타 공공기관에 사건을 고발하거나 진정하는 것보다 손쉽게 문제를 제기하고 이에 대한 논의를 할 수 있는 구조가 마련된다면 문제는 좀 더 쉽게 풀릴 수도 있을 것이다.

3) 제도 및 기준의 불완전함

가) 환자 권리 보장 수준 평가가 부족한 의료기관 평가 제도

정부는 2004년 처음으로 종합전문요양기관 42곳과 500병상 이상 종합병원 36곳 등 총 78개 병원을 대상으로 하는 의료기관평가를 실시하여 그 결과를 2005년 4월에 공개했다. 평가대상은 ① 의료기관을 이용하는 환자의 권리와 편의에 대한 만족도, ② 의료인의 업무 수행 과정 및 성과, ③ 시설·장비 및 인력 수준 ④ 그 밖에 의료기관의 운영 실태에 관한 사항으로 이루어졌다.

처음 시행된 평가 내용에 대해 여러 가지 평가와 비판이 제기 되었다¹⁵⁾. 무엇보다도 평가 기준의 문제점이 지적되었다. 평가 기준이 진료 과정과 결과에 맞추어져 있기 보다는 구조적 요소에 대한 것이 많아 의료기관 서비스의 질을 제대로 반영하지 못하고 있다는 비판이 제기되었다. 특히 환자의 만족도에 대한

15) 김윤, 의료기관 평가제도 장기적발전방안 연구, 보건복지부, 2005.

조사나 임상 질 지표에 대한 조사가 부족하다는 지적이 많았다.

이에 2007년에 시행된 제2기 의료기관 평가시에는 이러한 지적이 반영되어 약간 개선된 형태로 평가가 시행되었다. 무엇보다 임상질지표 평가가 도입되어 시행되었다. 일정 질환에 대해 진료과정에서 필요한 행위를 일정시간 내에 적정하게 실시했는지 여부와 진료량이 어느 정도인지를 평가하여 결과에 반영하였다. 한편, 시설·구조 중심의 평가문항을 축소하고 의료서비스의 질과 관련이 있는 평가문항을 확대하였다.

이러한 개선은 분명 긍정적인 방향이었지만, 아직까지 의료기관 평가제도에 대한 비판과 불신은 적지 않다. 특히 의료기관 평가 제도가 의료기관의 일상적인 질 관리 활동을 촉진하는 효과를 갖지 못하고, 평가 직전에 ‘시험 보듯’ 이루어지는 문제에 대한 지적이 많다. 평가를 미리 준비하여 결과에 영향을 끼치는 방식으로 조작하는 문제도 지적되었다.

이 중 환자 권리와 편의에 대한 평가 방식을 살펴보면, 이 영역의 평가는 크게 환자 권리 보호 체계에 대한 평가와 환자 편의 관련 정보 제공에 대한 평가로 구분된다. 환자 권리 보호 체계에 대한 평가는 환자권리와 책임, 직원의 신분 정보 제공, 환자의 사생활 보호, 불만 및 고충 처리 체계, 환자만족도 조사, 동의서 영역으로 구분된다. 환자 편의 관련 정보 제공에 대한 평가는 진료 진행 상황 안내, 진료비 내역 제공에 대한 평가로 이루어져 있다.

환자권리와 책임에 대한 평가는 의료기관 소속 의사 및 간호사들이 해당 병원의 환자 권리 장전을 숙지하고 있는지, 그리고 그것을 환자에게 설명하였는지 여부를 평가한다. 그런데 의료기관 평가시 환자를 대상으로 한 설문은 공통적인 문제점으로 지적되고 있는 것인데, 병동의 환자들에게 설문을 할 경우 대부분 긍정적인 답변이 나온다는 문제점이 지적되고 있다. 그리고 극단적인 경우에 환자를 교육시켜 답하게 하는 경우도 있다는 사실이 지적되기도 했다. 그러므로

이러한 방식으로 의료기관이 환자에게 환자 권리에 대해 충분히 교육하고 있다는 것을 평가하기에는 무리가 있다.

환자의 사생활 보호와 관련해서는 외래진료실내 다른 환자 대기 여부, 환자 개인 및 진료 정보 누설 여부 등을 평가한다. 그런데 이것 역시 평가 기간 내에는 병원들이 이러한 일들이 일어나지 않도록 적극적으로 조치한다는 측면에서 제대로 된 평가가 되지 않고 있다.

불만 및 고충 처리 체계와 관련해서는 그러한 체계를 가지고 있는지, 접수방법, 안내방법, 보고 체계 등을 평가하고, 고충 및 불만에 대한 분석과 개선 활동을 하는지 평가하고 있다. 이 역시 평가 당시의 상황과 실제 현실의 괴리가 심한 것으로 언급되고 있다. 평가 당시에는 이러한 체계를 가지고 있는 것처럼 꾸미지만 실제로 평상시에는 이러한 체계가 전혀 가동되지 않고 있다는 것이다.

환자만족도와 관련해서는 정기적으로 자체적인 환자만족도 조사를 시행하는지, 그리고 그 결과는 병원장에게 보고가 되고 직원들이 공유하는지, 그 결과로 개선활동을 하는지 등을 평가하고 있다. 이 역시 얼마든지 문서 준비가 가능하다는 점에서 실질적인 평가가 될 가능성이 적다.

동의서와 관련해서는 의무기록을 확인하여 수술 및 마취, 위험한 진단 행위 등에 대해 적절하게 동의서 작성이 이루어졌는지를 평가하고 있다. 그런데 이러한 동의 과정의 적정성 여부는 사후에 문서 확인을 통해 이루어지기는 어렵다는 점에서 이 역시 적절한 평가가 되었다고 보기 힘들다.

이상에서 살펴본 바와 같이 현행 의료기관 평가는 환자 권리 보장 수준을 측정하고 평가하기 위한 문항이 많지 않고, 존재하는 문항은 적절한 평가를 수행하는 데 한계가 있어 의료기관의 환자 권리 보장 수준을 드러내는 데에는 어려움이 있다. 이에 따라 현재로서는 의료기관 평가가 의료기관으로 하여금 자발적으로 환자 권리 보장을 위한 활동을 벌이게 하지 못하고 있다.

나) 민간 부문 환자 권리 장전에 대한 평가

소비자단체나 의료사고 피해자 모임에서 발표한 환자 권리 선언은 환자가 일방적으로 의사의 지시에 따라야만 했던 과거의 구조에서 의료 이용자들이 환자로서의 권리회복을 주장하였다는 점에서 의미가 있다. 그러나 의료계에서는 이 선언문을 실현가능성이 없는 일방적 주장이라면서, 환자와 의사는 서로 신뢰를 바탕으로 진료가 이루어져야 하는데 이러한 권리내용이 정상적인 진료를 오히려 방해하고 결국 환자와 의사 양측 모두에 그 피해가 돌아가게 된다고 주장하였다. 따라서 의사 단체와 협의가 전혀 이루어지지 않은 상태에서 선포된 환자의 권리선언은 아무런 의미가 없으며, 오히려 의료인에 대한 국민의 불신만 야기시킨다고 주장하였다.

1993년 3월 연세의료원에서 선포한 환자의 권리장전은 이전의 환자 권리선언이 의료 이용자인 환자들 측에서 나온 것에 비하여 미국병원협의회 권리장전처럼 의료기관에서 선포하였다는데 의미가 있지만 그 내용은 이전까지 나왔던 것과 크게 다를 바가 없다는 비판도 따랐다

의료인이 주축이 되어 제정한 환자권리선언은 의료인 스스로가 환자의 자주적 의사결정과 그에 대한 의사의 의무를 강조한 것이다. 이는 의료인이 환자의 권리를 확인함으로써 환자권리에 대한 높은 관심과 향상된 의식수준을 반영한다고 할 수 있다. 그리고 전문가 집단에 의해 스스로의 행위를 판단할 수 있는 표준을 제시하였다는 점에서 중요성을 가질 수 있다. 그러나 의료인이 환자의 권리를 결정할 수는 없는 것이며 때로는 모든 환자들이 일정한 권리를 소유함에도 불구하고 의료인이 기꺼이 제공할 수 있는 권리로만 채워질 가능성도 있다. 이러한 권리선언의 법적 구속력에 대한 이견이 있는 만큼 구체적 규범으로서 어느 정도의 효력을 갖고 있는지도 의문이다. 이처럼 환자의 권리에 대한 의료인, 병원,

환자들의 갈등을 넘어 환자권리를 보호하기 위한 합리적이고 현실적인 입법적 노력들이 필요하다.

7. 의료 이용자 권리 보장 체계 개선방안¹⁶⁾

가. 권리 보장을 위한 사회적 기반 조성

현재 우리나라에서는 법적으로 보장된 의료기관 이용자의 권리에 대한 국민과 의료인의 인식 수준이 매우 낮으므로 이를 개선하는 것이 가장 중요한 과제가 되어야 한다.

1) 의료기관 이용자 권리에 대한 교육, 홍보 강화

대부분의 의료기관 이용자들이 자신들의 권리에 대해 잘 모른 채로 의료기관을 이용하고 있는 실정이다. 그러므로 다양한 매체와 방식을 통해 의료기관 이용에 대한 권리를 홍보하고 교육할 필요가 있다. 현재 법적으로 보장된 의료기관 이용자의 권리를 수록한 매뉴얼을 개발하여 의료기관과 환자단체를 통해 배부하는 것도 중요한 시작이 될 수 있을 것이다. 초·중·고등학교의 인권 교육 시간에 이와 관련된 시간을 필수적으로 할애하도록 하는 것 등도 고려한다.

2) 보건계열 대학생 및 의료인, 의료전문직 등을 대상으로 한 교육 강화

의과대학뿐 아니라 간호대학, 의료 전문직 배출 대학 등의 커리큘럼에 의료기관 이용자 권리와 관련된 과목을 만들어 이수하도록 한다. 의료인이나 의료전문직이 된 이후에도 정기적으로 이에 대한 연수 교육을 이수하도록 한다.

16) 의료기관 가용성과 접근성 향상을 위한 방안은 의료공급 체계, 의료보장 체계 등에 대한 보건 의료 정책과 맞닿아 있으므로 간략히 언급하고, 주로 의료기관 수용성 및 질 향상과 관련된 방안을 주로 논의하였다.

3) 보건의료통계 생산 방식 개선

현재 생산되고 있는 보건의료통계를 의료기관 이용자 권리의 관점에서 재구성하여, 의료기관의 가용성, 접근성, 수용성, 질을 반영하는 통계 및 지표가 정기적으로 생산될 수 있도록 한다.

4) 관련 당사자간 사회적 대화 활성화

의료인, 의료기관 이용자, 정부 혹은 보험자간에 환자 권리에 대한 논의를 활성화하여 이에 대한 사회적 합의가 이루어질 수 있는 구조를 만든다. 정기적으로 관련 당사자간 토론을 기획하고, 중장기적인 공동 작업을 통해 환자 권리 증진 방향 및 전략에 대해 합의를 할 수 있도록 한다.

나. 의료기관 이용자의 역량 강화와 참여

1) 의료기관 이용자 권리 단체 육성

환자 및 환자 보호자로 구성된 현재의 환자 단체 혹은 환자 권리 단체를 육성하여 이들이 의료기관 이용자 권리 보호를 위해 의료기관 이용자의 ‘선의의 대리인’으로 기능하도록 한다. 이들에게 반공식적인 지위와 역할을 부여하여, 의료기관 및 의료인 의무 이행 실태에 대한 감시, 의료기관 이용자 권리에 대한 교육, 의료기관 현장에서 의료인 및 의료기관 직원과 의료기관 이용자와의 의사소통 매개 등의 업무를 행하도록 한다. 영국 등의 나라처럼 이 단체의 재정을 지방자치단체가 지원하도록 하여 안정적인 활동을 보장하는 것도 중요하다.

2) 의료기관 운영에 지역사회의 참여 보장

의료기관에 운영위원회 등을 만들어 노동조합, 지역사회 주민 등의 참여를 보장하고, 운영위원회에서 정기적으로 해당 의료기관의 의료기관 이용자 권리 보장 실태를 파악하고 평가하도록 한다.

다. 의료인 및 의료기관의 책임 강화

1) 의료기관 평가 제도 보완 : 효과적 인센티브 방안으로 기능하도록

의료기관 평가에 있어 환자 권리 수준 평가 지표를 확대·개발하고, 의료의 과정과 결과 지표 평가 항목을 확대한다. 더불어 전시형 평가가 되지 않도록 의료기관 노동조합과 지역사회의 평가 참여를 확대한다. 이렇게 평가한 결과는 등급화하여 공표함으로써 바람직한 의료기관 행태를 유도하도록 한다. 특히 의료기관의 진료비 허위·부당청구 현황 및 기관을 공개한다. 더불어 장기적으로는 의료기관 평가 결과와 보험수가를 연동하는 방안에 대해 고려한다.

2) 의료인 및 의료기관 의무 이행 강제 방식 다양화

상습적이고 반복적으로 의료기관 이용자의 권리를 침해하거나, 고의적으로 의료기관 이용자의 권리를 침해하는 의료인 및 의료기관에 대해서는 일벌백계의 차원에서 처벌 수위를 높이는 방안을 마련한다. 그리고 처벌이 효과를 거두기 위해 처벌 방식을 다양화 한다. 예를 들어 의료기관 이용자 권리 침해 의료기관 명단을 공표한다든지, 권리를 침해한 의료인이나 의료기관에게 사회 봉사 명령

을 내린다든지 하는 것들이 포함될 수 있다.

라. 체계의 보완 및 구축

1) (가칭) ‘의료기관 이용자 권리 보장법’ 제정 : 의료인과 의료기관의 의무 이행 중심 체계에서 의료기관 이용자 권리 보장 중심 체계로

현행 체계는 의료인과 의료기관의 의무 이행을 중심에 두고 있는 체계이다. 이 체계에는 의료기관 이용자 권리 보장의 관점이 숨겨져 있다. 이는 의료인과 의료기관의 책임 하에 의료서비스를 공급하는 모형이 전제되어 있는 것이다. 이러한 서비스 제공 모형을 의료기관 이용자와 의료인 및 의료기관이 협력적 관계 속에서 서비스를 요구하고 제공하는 모델로 전환하여야 한다. 그러기 위해서는 의료기관 이용자의 관점에서 보완되고 재구성된 체계를 마련할 필요가 있다. 그러한 체계를 규정하고 그러한 체계가 집행되도록 하기 위하여 (가칭)‘의료기관 이용자 권리 보장법’을 제정할 필요가 있다.

이 법에는 보다 확장된 의미의 의료기관 이용자 권리에 대한 정의, 보다 광범위한 영역의 의료기관 이용자 권리 규정, 의료기관 이용자 권리 보장을 위한 국가와 의료인 및 의료기관의 의무 규정, 의료기관 이용자 권리 보장을 위한 공공법인의 설치, 법 집행을 위한 세부 사항 규정, 처벌 규정 등을 담도록 한다.

한편, 이 법의 예외 규정을 활용하여 ‘국민’이 아니더라도 이 법의 적용을 받을 수 있는 근거를 마련하고, 그 근거에 따라 ‘국민’이 아닌 거주자도 의료기관 이용에 차별을 받지 않도록 한다.

독자적인 법 체계를 입법하기보다는 기존의 법제도를 보완하는 것이 낫다는

비판이 있을 수 있다. 이는 일견 타당한 지적이다. 두 가지 법 체계는 각각 장단점이 있다. 기존 의료관계법에 환자 권리와 관련된 조항을 확장시키고 강화하는 방식은 상대적으로 쉽게 환자 권리를 법적 의무로 명시할 수 있는 장점이 있다. 그러나 이 경우 상대적으로 환자 권리의 중요성을 법 체계를 통해 부각시키기는 어렵다.

환자 권리와 관련된 독자적인 법을 만드는 경우, 이러한 법을 만드는 과정 및 독자적 체계 자체가 환자 권리와 관련된 사회적 관심을 불러일으키고, 환자 권리에 대한 인식을 높이는 효과를 갖기 때문에, 법의 교육적 효과를 충분히 거둘 수 있는 장점이 있다. 그러나 이러한 독자적 입법 체계 구성을 위해서는 상당한 노력과 시간이 필요한 일이고, 기존 법 체계를 복잡하게 만들 위험이 있다.

우리나라 현실과 법 체계를 고려하여 어떠한 접근이 보다 현실적이고 효과적인 것일지에 대해서는 사회적 논의가 필요하다.

2) (가칭)‘의료기관 이용자 권리 연구원’ 설립

국가인권위원회 산하에 (가칭)‘의료기관 이용자 권리 연구원’을 공공 법인의 형태로 설립하여 의료기관 이용자 권리 보장 지표 개발 및 모니터링, 의료기관 이용자 권리 평가 방법론 개발 및 상시적 평가체계 구축, 의료기관 이용자 권리에 대한 교육 및 홍보, 의료기관 이용자 권리 침해시 분쟁 조정 및 시정, 의료기관 이용자 권리 침해 예방 사업 수행 등의 역할을 담당하도록 한다.

3) 의료기관에 대한 지도, 감독 강화

(가칭)‘의료기관 이용자 권리 연구원’ 직원에게 의료법 제69조에 의한 ‘의료지도원’의 임무를 부여하여 의료기관 이용자 권리 보장을 위한 지도, 감독을 행할 수 있도록 한다. 그리하여 보건복지가족부 지방자치단체와 협력하여 (가

칭)‘의료기관 이용자 권리 연구원’이 의료기관 이용자 권리 보장 실태에 대한 지도, 감독 업무를 주도적으로 수행하도록 한다.

마. 기타 관련 법제도 확충

1) (가칭)‘개인 건강정보 보호법’ 제정

개인 건강정보의 무분별한 열람과 공표 등을 예방함으로써 의료기관 이용자의 사생활 보호를 위해 (가칭)‘개인 건강정보 보호법’을 제정한다. 특히 이 법을 통해서 의료기관 등에서 생성된 개인 건강정보가 본인의 동의 없이 상업적 목적 등 다른 용도로 사용되는 것을 철저히 예방하도록 한다. 더불어 의료기관의 장에게 개인 건강정보 보호에 대한 책임을 지워, 해당 의료기관에서 생성된 개인 건강정보의 오용과 누설 예방 조치를 취하도록 한다.

2) (가칭)‘의료 분쟁 조정법’ 제정

(가칭)‘의료 분쟁 조정법’을 제정하여 의료 사고 등 의료 분쟁이 생겼을 때, 이를 해결하는 절차와 규칙을 마련한다.

3) (가칭)‘의료기관 이용자 안전에 관한 법’ 제정

‘의료기관 이용자 안전에 관한 법’을 제정하여 환자안전 보호를 위한 환자의 권리와 국가의 책무를 명시함과 동시에 환자안전 제고를 위한 조직의 설립과 역할을 명시하여 환자안전 향상을 위한 국가적 프로그램이 운영될 수 있는 인프라를 구축한다. 이 법에 의하여 환자안전보호위원회를 신설한다. 환자안전보호위원회는 의료과오의 규모와 발생 원인을 파악하고, 의료과오의 확인과 예방을

위한 평가지표와 체계 개발업무를 관장하며, 안전한 보건의료를 위한 지식·정보·프로그램의 개발 및 보급을 수행하고, 환자안전에 관한 의료기관 평가기준 개발을 통해 안전한 보건의료서비스 환경을 조성할 임무를 수행하도록 한다. 이러한 업무를 수행하기 위해서 보건복지가족부 장관을 위원장으로 하고 관련 전문가와 직능대표, 환자 대표로 구성되는 상설위원회로 설립하고 산하에 실무집행기구를 설치한다.

바. 의료기관 가용성 및 접근성 강화

1) 건강보험 보장성 강화

재정전략을 통한 건강보장제도의 보장률을 일시에 90% 수준으로 향상시킨다. 건강보험의 보장성 수준을 일시에 획기적으로 향상시킨 후 일반 국민들에게 이 수준의 보장성을 유지하기 위한 재원분담과 실행방안을 제시한 후 사회적 합의를 유도하는 전략이 필요하다. 건강보험의 보장성을 높이기 위한 다양한 정책들을 추진함과 동시에 가장 핵심적인 정책 중에 하나인 본인부담금 상한액을 연간 100만원으로 설정한다. 여기서 본인부담금은 급여대상 진료비만을 포함하는 것이 아니라 총진료비를 기준으로 한다.

2) 전국민 주치의 제도 도입

건강문제의 다양성과 복잡성, 고도로 전문화된 의학지식체계로 인해 환자에게 정보를 제공하는 것만으로는 공급자와 수요자 간의 ‘정보 비대칭’을 해소하기는 힘들다. 그러므로 수요자인 환자의 건강 필요를 정확하게 평가하고, 이들의 합리적인 판단을 대신해주는 ‘선의의 대리인(good agent)’이 필요하다. 이러한 대리인으로 주치의 제도를 도입한다. 개인의 건강증진을 지속적으로 지원하고,

질병관리에 대한 의사결정을 합리적으로 대신해 주는 ‘주치의’의 존재는 고령화와 만성질환의 시대를 비용 효과적으로 극복하기 위한 선결조건이다.

3) 의료 기관 인력 확충

의료서비스 질 향상을 위해서는 의료기관의 인력 확충이 우선적으로 이루어져야 한다. 선진국에 비해 턱없이 낮은 의료인력의 양적 수준을 획기적으로 향상시키기 위해 의료법 개정 등을 통해 의료기관의 필수 인력 수준을 높게 설정한다. 그리고 이러한 인력은 비정규직으로 사용하지 못하도록 명문화한다.

4) 저소득층의 본인부담금 면제

소득 기준 하위 20% 저소득층의 본인일부부담금을 면제한다. 의료급여 수급권자 중 6개월 이상 장기간 치료를 요하는 만성질환자의 해당 질환 치료를 위한 처방의약품에 대한 본인일부부담을 면제한다. 본인일부부담 면제로 인한 중복진료 또는 중복 처방을 방지하기 위해 최근 3개월 동안의 진료기록(처방의약품 내역 포함) 조회 시스템을 도입하고 중복진료 또는 중복투약시 본인일부부담 부과하도록 한다.

5) 저소득층 보험료 경감

지역 보험료 하위 30%에 대해서는 소득구간에 따라 단계적으로 보험료를 경감한다. 현행 지역 보험가입자 중에서 하위 10%까지는 전면 면제, 하위 20%까지는 70%, 하위 30%까지는 50%의 보험료 경감 조치를 한다.

그리고 저소득층 체납자를 위해 안전장치를 마련한다. 위의 조치에도 불구하고, 3개월 이상 생계형 체납자에 대해서는 소득 수준이 회복될 때까지 국가에서 보험료를 무이자로 대납하도록 하고, 체납자가 보험급여 제한을 받지 않도록 조

치한다. 충분한 보험료 부담 능력이 됨에도 불구하고, 보험료를 체납하는 일부 악성 체납자에 대해서는 국세청에 통보하여 강력한 행정조치가 이루어지도록 한다.

6) 건강 보장 사각지대 해소

보건소에 이주 노동자의 건강보장을 위한 지원센터를 확보한다. 이주 노동자 또는 국제결혼 여성이 밀집한 지역의 보건소를 중심으로 건강보장 지원센터를 설치하여 운영하여 이들의 건강권을 보장하고, 보건의료서비스의 접근성을 높이도록 지원한다. 보건소별 지원센터에는 비교적 한글에 능통한 이주 노동자와 국제 결혼여성을 고용하여 문화적 거리감을 없애도록 한다.

노숙인을 위한 통합적 보건복지 시스템을 마련한다. 노숙인의 건강보장을 위해 노숙인 특례 조항을 만들어 별도의 대책 마련을 강구한다. 그리고, 공공의료기관과 공공성이 강한 민간의료기관을 선정하여 노숙인에게 양질의 통합적인 보건복지 서비스를 제공할 수 있는 인프라를 구축한다. 정신보건센터와 노숙인 쉼터를 연계하여 쉼터 노숙인들의 정신보건 사정, 상담, 치료 및 재활프로그램 제공 등 정신보건 서비스를 의무적으로 제공하도록 한다.

희귀질환자에 대해서는 희귀난치성 질환의 치료와 관련되는 서비스에 대해서 비급여를 포함한 건강보험 본인부담을 전액 면제하고, 국가에서 부담하도록 한다.

7) 지역병상 총량제 실시

지역간 의료 서비스 불균형 문제를 해결하기 위해 지역병상 총량제를 실시한다. 지역병상 총량제를 실시하기 위해 의료법 등 관련 법령을 개정한다. 병상 증설에 대한 시도 허가 조항을 신설한다. 현재 의료법은 병원 신설만 시도 허가로

규정하고 있어서 병상 조절에 실효성이 없다. 그러므로 병상 증설도 시도의 허가를 받도록 관련 법령을 개정한다. 그리고 과잉, 과소공급 지역에 대한 장기조정계획을 마련한다. 과잉공급지역은 병상 증가 억제 뿐 아니라 기존 급성기병상을 요양 및 재활병상으로 전환하는 것을 추진한다. 과소공급 지역은 공공병원 확대 중심으로 병상수 확대를 추진한다.

8) 민간의료기관의 공공성 강화

민간의료기관의 경영투명성이 확보될 수 있는 제도적 장치를 마련한다. 이사회에 내부직원들이 추천하는 외부공익이사나 지역주민대표를 참여시키거나 이사회 회의에 내부직원의 참여를 보장할 경우 정부가 부과하는 각종 세제를 경감하도록 인센티브를 준다. 민간의료기관의 공공기능도 활성화한다. 공공기능은 현재 민간의료기관이 수행하고 있는 치료위주의 진료를 의미하지 않는다. 공공기능은 정부나 지방자치단체의 국민건강 증진 보호 및 향상을 위한 보건의료정책에 협조 혹은 위탁하는 것을 의미한다. 비용-효과적 진료, 국가 중점 질병 관리프로그램(고혈압 및 당뇨병 관리프로그램, 지역 뇌졸중 유니트 시범사업 등), 각종 정보 제공 등에 이에 포함된다.

참 고 문 헌

- 국가인권위원회, 경제적·사회적 및 문화적 권리위원회가 채택한 일반논평, 2006.
- 김윤, 의료기관 평가제도 장기적 발전방안 연구, 보건복지부, 2005.
- 김정범, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, 국가인권위원회, 2002.
- 김창엽, 경제, 사회, 문화적 권리 국가인권정책 기본계획 수립을 위한 건강권 기초현황조사, 국가인권위원회, 2004.
- 문진영, 사회권 지표 개발을 위한 기초 연구, 국가인권위원회, 2007.
- 미셸린 이사이, 세계인권사상사. 길, 2005.
- 박윤희, AIDS 감염자·환자의 인권보장을 위한 법·제도 개선방안, 질병관리본부, 2005.
- 송현미, 의료 윤리에서의 환자의 권리에 관한 연구, 동아대학교 석사 학위 논문, 2000.
- 송현중, 장애인 의료접근성 향상을 위한 개선방안-진료 장애요인 및 개선방안을 중심으로-, 건강보험심사평가원, 2007.
- 유엔, 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약, 국가인권위원회, 1966.
- 이신호, 2004 의료기관 서비스 평가 결과 분석 보고서, 보건복지부, 2005.
- 이진석, 사회적 기본권 보장을 위한 보건의료정책의 개혁방향, 참여연대, 2007.
- 이훈재, HIV 감염인 및 AIDS 환자 인권상황 실태조사, 국가인권위원회, 2005.
- 전현희, 의료 현장에서의 환자의 인권 문제, 대한변협 인권법 간담회 발제문, 2007.
- 조형원, 의료 질의 법적 관리, 의료법학, 2007;8(2);167-193.

조효제, 인권의 문법, 후마니타스, 2007.

통계청, 2008년 농림어업인 복지실태조사 결과, 2008.

한국보건사회연구원, 2005년도 국민건강영양조사 결과처리 및 통계분석의 총괄 결과보고서, 보건복지부, 2006.

Active Citizenship Network, European charter of patients' rights, 2002.

Dónal P. O'Mathúna, Health Care Rights and Responsibilities : A Review of the European Charter of Patients' Rights, Irish Patients' Association, 2005.

Gruskin, Sofia et al. Perspectives On Health And Human Rights, Routledge, 2005.

Naden, Corinne J., Patients' Rights, Marshall Cavendish Corp, 2007.

Annas, George J., The Rights Of Patients – The Authoritative Aclu Guide To The Rights Of Patients, New York Univ Pr, 2004.

부 록

유럽연합의 환자의 권리 증진 선언¹⁷⁾

의료에서의 인권과 인간의 가치

- 1.1 모든 사람은 인간으로서 존중받을 권리가 있다.
- 1.2 모든 사람은 자기결정권을 갖고 있다.
- 1.3 모든 사람은 자신의 신체적, 정신적 존엄과 안전을 지킬 권리가 있다.
- 1.4 모든 사람은 자신의 사생활을 침해받지 않을 권리를 가진다.
- 1.5 모든 사람은 자신의 도덕적, 문화적 가치와 종교적, 철학적 신념이 존중받을 권리를 가진다.
- 1.6 모든 사람은 자신의 건강보호를 위해 질병의 예방과 치료를 위한 적절한 조치를 받고, 최고수준의 건강을 추구할 기회를 가질 권리를 가진다.

정보권

- 2.1 의료 서비스에 대한 정보와 의료 서비스를 최선으로 이용할 수 있도록 하는 정보가 대중에게 제공되어야 한다.
- 2.2 환자는 자신의 건강상태와 그 상태에 관련된 의학적 사실과 자신에게 수행된 의료기술에 대해서 그 잠재된 위험과 이득에 대해 충분히 알 권리가 있으며 진단, 예후, 치료과정에 대해서 뿐만 아니라 그 조치를 취하지 않았을 때 생길 수 있는 효과까지를 포함하여 알 권리가 있다.
- 2.3 이러한 정보가 긍정적인 효과는 전혀 기대할 수 없으면서 환자에게 심각한 위해를 야기한다고 믿을 만한 충분한 이유가 있는 특별한 경우에만 환자에게 정보를 제한할 수 있다.
- 2.4 정보는 전달될 때는 익숙하지 않은 기술적 용어들을 최소화하여 환자의

17) WHO, The Declaration on the Promotion of the Patients' Rights in Europe, 1994

충분히 이해할 수 있는 방식으로 전달되어야 한다. 만약 환자가 일반적 언어 능력이 없을 경우, 환자가 이러한 정보를 이해할 수 있도록 다른 의사전달 방법을 사용해야 한다.

2.5 환자는 자신의 명확한 요구로 정보를 거부할 권리를 가진다.

2.6 환자는 자신을 대신해서 정보를 얻을 사람을 선택할 수 있다.

2.7 환자는 필요한 경우 다른 의사의 의견을 들을 수 있도록 보장되어야 한다.

2.8 의료시설에서 치료를 받을 때, 환자는 자신을 치료하는 의료인들의 신원과 전문적 지위, 치료와 체류에 관계된 규칙과 일상적 과정을 알 수 있도록 고지되어야 한다.

2.9 환자는 퇴원 시 자신의 진단, 치료, 간호에 대한 요약 문서를 요구할 수 있고 이를 받을 수 있다.

동의권

3.1 환자의 동의 없이 어떠한 의학적 중재도 이루어질 수 없다.

3.2 환자는 의학적 중재를 거부하거나 중지시킬 권리를 갖는다. 그러한 중재의 거부나 중지가 어떠한 결과를 가져올지 환자에게 자세하게 설명되어야 한다.

3.3 환자가 자신의 의지를 표현할 수 없는 상황인 경우와 의학적 중재가 긴박하게 이루어져야 할 경우에는 그러한 상황을 대비해서 이전에 승낙하지 않았다는 의사를 분명하게 하지 않았다면, 환자가 동의한 것으로 추정된다.

3.4 법정대리인의 동의가 필요하지만, 긴박하게 의학적 중재가 이루어져야 할 때, 대리인의 동의를 시간 내에 얻을 수 없는 경우라면 그 의학적 개입은 정당한 것으로 간주된다.

3.5 법정대리인의 동의가 필요한 경우라도, 환자가 자신의 능력이 허락하는 한도 내에서는 충분히 의사결정 과정에 참여해야 한다.

3.6 만약 법정대리인이 동의하지 않았지만, 의사나 다른 의료제공자가 그 의학 적 중재가 환자에게 도움이 된다는 의견을 가진다면, 그 결정을 위원회나 다른 중재기구에 회부해야 한다.

3.7 환자가 동의를 고지할 수 없는 상황하에서 법정대리인 또는 이러한 환자를 대신할 다른 대리인도 없다면, 환자의 바람에 대해 알려진 것과 추정할 수 있는 것, 그리고 그 가능성의 최대한의 범위를 고려해서 대체의사결정과정을 제공하기 위한 적절한 조치가 취해져야만 한다.

3.8 인체물질을 사용하거나 보존할 때에는 환자의 동의가 필요한데, 그 환자의 진단과, 처치 그리고 치료의 현 과정에서 사용해야 하는 물질일 경우에는 동의한 것으로 추정한다.

3.9 임상교육에 참여가 필요할 때에는 고지에 입각한 환자의 동의가 필요하다.

3.10 과학연구에 참여가 필요할 때는 고지에 입각한 환자의 동의가 선결조건이다. 모든 원안들은 적절한 윤리적 고찰과정을 거쳐 제출되어야 하며, 법정대리인의 동의가 있고 그 연구가 환자의 이익이 될 수 있는 경우를 제외하고는 자신의 의사를 표현할 능력이 없는 환자들 대상으로 연구할 수 없다.

비밀보장권

4.1 환자의 건강상태, 의학적 상태, 진단, 예후, 치료와 개인에 대한 정보 모두는 사후까지도 비밀로 유지되어야 한다.

4.2 이러한 정보가 노출되는 것은 환자의 명백한 동의나 특별히 규정한 경우에 한한다. 환자의 처치에 관계된 다른 의료제공자에게 정보가 노출되는 것은 환자가 동의한 것으로 추정한다.

4.3 환자의 신원이 파악될 수 있는 모든 기록은 반드시 보호되어야 한다. 그러한 기록의 보호는 보안이 유지되는 보관방법을 택해야 한다. 환자의 신원이

알려질 수 있는 인체물질도 이와 같이 보호되어야 한다.

4.4 환자는 자신의 의무기록과 기술적 기록, 그리고 그들의 진단과 처치치료에 관련된 다른 모든 파일과 기록에 접근과 그 복사본을 받을 권리를 가진다. 그러나 제3자가 관련된 기록에는 접근이 배제된다.

4.5 환자는 자신과 관련된 신상기록 또는 의학적 기록이 부정확하거나, 미비하거나, 모호하거나, 또는 지난 기록일 경우 이에 대한 수정, 완성, 삭제, 명료화와 최신의 정보로 수정하도록 요구할 수 있는 권리를 가진다.

4.6 환자의 사생활과 가족생활은 침해되어서는 아니 된다. 환자의 진단과 처치, 치료에 필수적이고 환자가 동의한 경우에만 그러한 침해가 정당화될 수 있다.

4.7 의학적 개입은 개인의 사생활을 적절히 존중하는 상황에서 이루어져야 한다. 이것은 환자가 동의하거나 요구하지 않은 경우에는 그 의학적 개입에 필수적인 사람만이 있는 상황에서 수행되어야 한다는 의미이다.

4.8 의료시설에 요양 중인 환자는 사생활을 보장할 신체를 위한 편의시설을 기대할 권리가 있다. 특별히 의료제공자가 환자에게 개인적 간호를 제공하거나 검사와 치료를 수행할 때는 더욱 그러하다.

진료 받을 권리

5.1 모든 사람은 건강증진을 위한 예방적 치료나 예방적 활동을 포함하여 자신의 건강을 위한 적합한 의료를 받을 권리를 가진다. 의료 서비스는 지속적으로 제공되어야 하며, 각 사회가 가진 인적, 물질적, 재정적 자원에 따라서 차별없이 모두에게 공평한 접근이 보장되어야 한다.

5.2 환자는 의료체계의 각 수준에서 제공된 치료의 기능과 질, 범위를 포함한 의료 서비스의 계획과 평가에 관련한 문제에 대해 대응할 대표를 가질 집단적

권리를 가진다.

5.3 환자는 높은 기술표준과 환자와 의료제공자 사이의 인도적 관계에 의해서 제공되는 양질의 의료 서비스를 받을 권리를 가진다.

5.4 환자는 자신의 진단과 처치 그리고 치료에 관련된 모든 의료제공자와 의료기관들 사이의 협력을 포함하는, 지속적인 치료를 제공받을 권리를 가진다.

5.5 공급이 제한된 특정 처치를 위해서 의료 공급자가 수여자를 선택해야 할 때는 그 처치를 받을 환자를 선택하기 위해 공정한 선정과정을 거쳐야 한다. 그러하나 선택은 반드시 의학적 범주에 기반하고, 차별이 있어서는 안 된다.

5.6 환자는 의료체계의 기능을 저해하지 않는 한 자신의 의사 또는 다른 의료 제공자 그리고 의료시설을 선택하거나 바꿀 권리를 가진다.

5.7 의료시설에 계속 체류하여 치료를 받을장소가 없어서 다른 의료시설이나 집으로 보내지게 될 때에는 사전에 환자는 충분한 설명을 받을 권리가 있다. 다른 의료시설로 옮길 때에는 그 환자를 받아주겠다는 동의가 있는 연후에 환자를 이송해야 한다. 환자가 집으로 퇴원하게 되는 경우에는 환자의 상태에서 요구되는 지역사회 의료 서비스와 가정 간호 서비스를 이용할 수 있도록 해야 한다.

5.8 환자는 그들의 진단과 처치, 그리고 치료에 관련해서 존엄성을 잃지 않게 다루어질 권리를 가진다. 그것은 환자들의 문화와 가치관에 대한 존중을 갖고 행해져야 한다.

5.9 환자는 치료를 받는 동안에 가족과 친지, 친구들의 지원을 향유하며, 언제든지 정신적 지지와 안내를 받을 권리를 가진다.

5.10 환자는 현존지식에 의거하여 고통을 경감받을 권리를 가진다.

5.11 환자는 인도적인 말기 치료를 받으며 존엄하게 죽음을 맞을 권리를 가진다.

권리의 적용과 실행

6.1 환자의 권리들이 실제 행사되기 위해서는 이러한 목적을 달성할 수 있도록 적절한 수단이 마련되어야 한다.

6.2 이 권리들을 향유하는 데 어떠한 차별도 있어서는 안 된다.

6.3 이러한 권리를 행사하는 데 있어, 환자들은 법에 규정된 과정과 부합하도록 해야 하며 인권선언서들과 양립해야 한다.

6.4 만일 환자가 이 문서에서 제기된 권리들을 스스로 이용할 수 없다면, 이러한 권리들은 그의 법정대리인이나 또는 환자의 권리를 보장하기 위한 목적으로 환자가 지정한 사람에 의해 행사되어야 한다. 법정대리인이나 다른 지정된 대리인이 없는 상황에서는 환자의 대리를 위한 다른 수단이 강구되어야 한다.

6.5 환자들은 이 문서에 제기된 권리들을 행사할 수 있도록 도와주는 정보나 충고들을 알도록 노력해야 한다. 환자들은 자신들의 권리가 존중받지 못했었다는 것을 알면 불만을 제기하게 된다. 위원회에 의뢰하는 것 외에도 불만을 제기하고 중재하며 조정하는 과정을 도와주는 제도적이고 독립적인 기제가 있어야 한다. 이러한 기제 중에는 특히 환자들이 불만처리에 관계되는 정보들을 이용할 수 있도록 보장하고 개인들이 그러한 정보에 접근하도록 도와주며 필요한 조치를 취할 수 있는 가장 적합한 경로를 찾도록 도와줄 수 있어야 한다. 환자들은 그들의 불만이 검토되고, 완전하고 효과적이며 신속한 방법으로 그것이 다루어지면, 그 결과를 고지 받을 권리를 가진다.

유럽 환자단체연합의 환자 권리 장전¹⁸⁾

질병 예방에 대한 권리

“모든 사람은 질병 예방을 위하여 적절한 서비스를 받을 권리가 있다.”

○ 보건의료 서비스는 다음과 같은 수단을 동원하여 이러한 목적을 달성하기 위해 노력할 의무가 있다.

- 사람들의 인식을 향상시킴
- 위험에 처한 다양한 인구 집단에 대해 무상으로 정기적인 예방 조치를 취함
- 과학적 연구와 기술 혁신의 결과를 만인에게 공개함

접근권

“모든 사람은 필요에 따라 보건의료 서비스에 접근할 권리가 있다. 보건의료 서비스는 재정 상태, 거주 공간, 질병 종류, 접근 시간에 관계없이 모든 사람들에게 차별 없이 평등한 접근이 보장되어야 한다.”

○ 치료가 필요한 상황이지만 비용을 감당하지 못할 사람은 무상으로 보건의료 서비스를 받을 권리가 있다.

○ 모든 사람은 본인이 방문한 의료기관의 규모와 상관없이 적절한 보건의료 서비스를 받을 권리가 있다.

○ 설령 거주 허가를 받지 못했는지라도 모든 사람은 응급 치료, 기본적인 치료를 받을 권리가 있다.

18) Active Citizenship Network, European charter of patients' rights, 2002.

○ 희귀질환으로 고통 받고 있는 사람도 흔한 질병에 걸린 사람과 마찬가지로 필수적인 치료를 받고 의약품을 공급받을 권리가 있다.

정보에 대한 권리

“모든 사람은 자신의 건강 상태, 이용 가능한 보건의료 서비스와 이용 방법, 과학적 연구와 기술 혁신에 의해 가능해진 서비스 등 모든 종류의 정보에 접근할 권리가 있다.”

○ 보건의료 서비스 기관, 공급자, 전문가 등은 특히 종교, 윤리, 언어 등을 고려하여 환자에 맞춤형 정보를 제공해야 한다.

○ 보건의료 서비스 기관은 모든 정보를 접근하기 쉽게 만들어야 하고, 관료적 장애가 없도록 해야 하며, 공급자를 교육시켜야 하고, 정보물을 준비하고 배포해야 한다.

○ 환자는 자신의 의무 기록에 직접적으로 접근하고, 복사본을 만들며, 내용에 대해 질문을 하고, 오류에 대해 정정을 요구할 권리가 있다.

○ 병원에 입원한 환자는 어떤 병원이 항상적이고 진지한지에 대한 정보에 대한 권리가 있다. 이는 “후견인”에 의해 보장될 수 있다.

○ 모든 사람은 과학적 연구, 최신약품, 기술적 혁신 등에 대한 정보에 직접적으로 접근할 권리가 있다. 이러한 정보는 공공 부분과 사적 부문 모두로부터 공급될 수 있는데, 정확하고 믿을만하며 투명한 정보가 제공되어야 한다.

동의에 대한 권리

“모든 사람은 자신의 건강과 관련된 결정에 적극적으로 참여하는 것을 가능하게 하는 모든 정보에 접근할 권리가 있다. 이러한 정보는 과학적 연구에 참

여하는 것을 포함해서 어떠한 조치나 치료에도 필수불가결한 선행조건이다.”

○ 보건의료 서비스 공급자와 전문가는 환자에게 행하려고 하는 치료 또는 수술에 대해 관련된 위험, 불편함, 부작용, 다른 선택 가능성 등을 포함하여 모든 정보를 제공해야 한다. 이러한 정보는 환자가 자신의 건강 상태와 관련된 치료 선택에 적극적으로 참여하는 것이 가능하도록 충분한 시간적 여유(최소한 24시간 이상)를 두고 제공되어야 한다.

○ 보건의료 서비스 공급자와 전문가는 환자가 이해할 수 있는 언어를 사용해야 하고, 기술적 배경 없이도 충분히 이해할 수 있는 방식으로 소통하여야 한다.

○ 정보가 제공된 상태에서 받는 동의를 법적 대리자에게 맞길 경우, 환자는 그가 미성년자이건 이해력이 부족하거나 의지를 가질 수 없는 성인이건 자신과 관련된 결정에 가능한 한 최대한 참여되어야 한다.

○ 정보가 제공된 상태에서 받는 동의는 반드시 이러한 것이 전제된 아래 진행되어야 한다.

○ 환자는 치료, 의학적 중재를 거부할 권리가 있고, 치료를 받는 중에 자신의 마음을 바꿀 권리가 있으며, 치료의 지속을 거부할 권리가 있다.

○ 환자는 자신의 건강 상태에 대한 정보를 거부할 권리가 있다.

자유로운 선택의 권리

“모든 사람은 적절한 정보가 제공되었다는 전제 아래, 여러 가지 치료 수단과 공급자를 자유로이 선택할 권리가 있다.”

○ 환자는 어떤 진단 검사와 치료 수단을 선택할 것인지, 어떤 주치의, 전문

의, 병원을 선택할 것인지 등에 대해 결정할 권리가 있다. 보건의료 서비스 기관은 환자에게 다양한 기관과 의사가 행할 수 있는 치료 방법에 대한 정보, 그것의 결과에 대한 정보 등을 제공함으로써 이러한 권리를 보장할 의무가 있다. 보건의료 서비스 기관은 이러한 권리 행사를 제약하는 어떠한 종류의 장애물도 제거해야 한다.

○ 자신의 주치의를 신뢰하지 않는 환자는 다른 주치의를 선임할 권리가 있다.

프라이버시 보호와 비밀 보장에 대한 권리

“모든 사람은 자신의 건강 상태와 진단 절차 및 치료 방법을 포함한 개인 정보의 비밀 보장에 대한 권리를 갖는다. 더불어 모든 사람은 진단 검사 과정에서, 전문가의 진찰 과정에서, 내외과적 치료 과정에서 개인의 프라이버시에 대한 보호를 받을 권리가 있다.”

○ 개인의 건강 상태, 치료 기록에 대한 모든 자료와 정보는 개인적인 것으로 간주되어야 하고 그에 따라 적절히 보호되어야 한다.

○ 내외과적 진단 및 치료 과정에서조차도 개인의 프라이버시는 존중되어야 한다. 진단 및 치료 과정은 적절한 환경에서 이루어져야 하고, 환자가 명시적으로 동의하거나 요청하지 않는 한 꼭 있어야 하는 사람만이 존재하는 공간 안에서 이루어져야 한다.

환자의 시간을 존중받을 권리

“모든 사람은 신속하고 정해진 시간 안에 필요한 치료를 받을 권리가 있다. 이러한 권리는 치료의 전과정에 적용된다.”

- 보건의료 서비스 기관은 특정한 기준과 환자의 위급도에 따라 특정 서비스를 받기까지 기다리는 시간을 조정할 의무가 있다.
- 보건의료 서비스 기관은 모든 사람들이 대기자 명단에 즉시 서명하는 것을 보장함으로써 각각의 서비스에 대한 접근을 보장하여야 한다.
- 본인이 요청한다면 모든 사람은 프라이버시를 침해하지 않는 선에서 대기자 명단을 참고할 권리가 있다.
- 보건의료 서비스 기관이 정해진 한도 시간 내에 서비스를 제공하지 못할 때에는, 비슷한 서비스 질을 가진 다른 서비스를 찾아볼 가능성을 보장해야 하고, 그로 인해 환자가 부담해야 하는 비용을 적절한 시간 내에 보상해야 한다.
- 의사는 정보를 제공하는 시간을 포함하여 적절한 시간을 환자에게 할애해야 한다.

의료의 질 표준 준수에 대한 권리

“모든 사람은 의료의 질 표준에 근거하여 양질의 보건의료 서비스에 접근할 권리를 가진다.”

- 양질의 보건의료 서비스를 받을 권리가 보장되기 위해서는 보건의료 서비스 기관과 전문가는 만족할 만한 수준의 기술적 성취도, 만족감, 인간 관계 등을 제공해야 한다. 이러한 것은 정기적으로 평가되는 과정에 의해 수정되는 정해진 의료의 질 표준을 준수하는 것을 포함한다.

안전에 대한 권리

“모든 사람은 보건의료 서비스가 부적절함으로써 발생하는 위해나 의료 사고나 오류로부터 자유로울 권리가 있다. 그리고 최상의 안전 기준에 부합하는 서비스와 치료를 받을 권리가 있다.”

○ 이러한 권리를 보장하기 위해서는 병원과 보건의료 서비스 기관은 지속적으로 위험 요소에 대한 모니터를 실시해야 하고, 전자 의료 기구가 적절히 관리되고, 담당자가 적절히 교육받도록 보장해야 한다.

○ 모든 보건의료 전문가는 의료적 치료의 모든 과정과 요소에서 안전에 대한 책임이 있다.

○ 의사는 선례를 모니터링하고 지속적인 교육을 받음으로써 오류의 위험을 예방할 수 있어야 한다.

○ 존재하는 위험을 상사나 동료에게 보고한 보건의료 종사자는 닥칠 수 있는 해로운 결과로부터 보호되어야 한다.

혁신에 대한 권리

“모든 사람은 국제적인 기준에 따라 경제적이거나 재정적인 고려 없이, 진단 수단을 포함한 여러 혁신적인 수단에 접근할 권리를 가진다.”

○ 보건의료 서비스 기관은 희귀질환에 특별한 주의를 기울이면서 생의학 영역에서 연구를 장려하고 지속할 의무를 가진다.

○ 연구 결과는 적절히 보급되어야 한다.

불필요한 고통과 통증을 피할 권리

“모든 사람은 그의 질병 경과 과정에서 가능한 한 고통과 통증을 피할 권리

가 있다.”

○ 보건의료 서비스 기관은 이러한 목적을 달성하기 위하여 보존적 치료를 제공하거나 그러한 치료에 대한 접근을 단순화하는 등 유용한 모든 수단을 강구해야 한다.

개별화된 치료를 받을 권리

“모든 사람은 최대한 자신의 필요에 맞는 진단과 치료 프로그램을 받을 권리가 있다.”

○ 보건의료 서비스 기관은 이러한 목적을 위하여 가능한 한 개별화된 유연한 프로그램을 보장해야 한다. 이 때 경제적 지속가능성이 보건의료 서비스를 받을 권리에 우선하지 않도록 해야 한다.

불평에 대한 권리

“모든 사람은 자신이 고통받았을 때 불평할 권리가 있다. 그리고 그러한 불평에 대해 응답이나 의견을 들을 권리가 있다.”

○ 보건의료 서비스 기관은 제3자의 도움을 받아 환자에게 그들의 권리에 대한 정보를 제공하고, 환자가 권리 침해를 인지하고 자신의 불평을 공식화하도록, 이러한 권리를 보장하여야 한다.

○ 환자의 불평에 대해서는 정해진 시간 내에 보건의료 서비스 기관의 문서화된 응답이 뒤따라야 한다.

○ 환자의 불평을 받기 위한 표준화된 절차를 마련해야 하고, 독립적인 기구

나 시민단체 의해 활성화되도록 하여야 한다. 그리고 법적 조치를 취하거나 다른 분쟁 절차를 밟으려는 환자의 권리를 침해해서는 안 된다.

보상에 대한 권리

“모든 사람은 보건의료 서비스로 인해 신체적, 도덕적, 정신적 피해를 입었을 경우, 적절히 빠른 시간 내에 충분한 보상을 받을 권리가 있다.”

○ 보건의료 서비스 기관은 궁극적인 책임을 결정적으로 가리지 못할 때에라도 위해의 경중과 원인에 관계없이 보상을 보장해야 한다.

일련번호 :

--	--	--	--

환자 권리 보장 실태 조사

- 환자 및 일반 시민용 -

안녕하십니까? 우리나라 법률은 여러 가지 환자 권리를 보장하고 있습니다. 그런데 이에 대해 잘 알고 계시지 못한 분들이 많습니다. 그리고 현실에서 이러한 권리가 잘 지켜지지 않는 부분도 있습니다. 이에 우리나라 환자 권리 보장 실태를 조사하고자 합니다. 설문내용 및 응답자에 대한 모든 비밀은 보장되니 있는 그대로 응답하여 주시기 바랍니다.

2008. 11

울산대학교 의과대학 조흥준 교수 / 국가인권위원회 /

전국공공서비스노동조합, 전국보건의료산업노동조합

(연락처 전화 02-747-6887, 팩스 02-3672-6887)

1. 우리나라 법률에 의하면, 환자가 진료를 요구했을 때 의료인은 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못하도록 되어 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

2. 우리나라 법률에 의하면, 환자는 진료 과정에서 제공한 본인의 정보에 대해 그 비밀을 보장받을 권리가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

3. 우리나라 법률에 의하면, 환자는 진료 과정에서 본인의 인격과 사생활을 침해받지 않을 권리가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

4. 우리나라 법률에 의하면, 환자는 자신에 관한 모든 기록을 볼 수 있고, 사본을 신청해서 받을 권리가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

5. 우리나라 법률에 의하면, 환자는 병명, 병의 진전 예측, 진료계획, 치료와 수술 내용, 약의 이름과 작용 및 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득될 때까지 설명을 받을 권리가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

6. 우리나라 법률에 의하면, 환자는 의료인으로부터 자신의 질병에 대한 진단 방법, 치료방법 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가집니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

7. 귀하는 지금까지 말한 환자의 권리 중 하나라도 제대로 보장받지 못하거나 침해받은 적이 있습니까?

☐① 있다 (→ 7-1번으로)

☐② 없다 (→ 8번으로)

7-1.(권리를 침해받았다고 응답한 분들만) 침해받은 권리는 어떠한 것이었는지 해당되는 모든 항목에 표시해 주십시오.

권리 침해 항목	예	아 니 오
1. 진료 거부를 당했다		
2. 의료인이 비밀을 누설했다		
3. 진료 과정에서 인격과 사생활이 제대로 보장되지 않았다		
4. 진료 기록을 보고자 하거나 사본을 요청했는데 거부당했다		
5. 진료에 대한 설명을 제대로 듣지 못했다		
6. 동의 없이 진료 행위가 이루어졌다		

8. 우리나라에서 환자 권리 보장을 위해 가장 시급한 것은 무엇이라고 생각하십니까? 시급한 것 순서대로 1번부터 10번까지 순위를 매겨 주십시오.

항목	순위 (1번 -10번)
1. 법제도적 환자 권리 확대	
2. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	
3. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	
4. 환자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	
5. 환자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	
6. 환자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	
7. 의료기관의 자발적 노력	
8. 환자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	
9. 일반 국민들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동	
10. 의료인들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동	

9. 귀하는 지난 1년간 본인 또는 가족이 적어도 한 번 이상 병원에 입원한 적이 있습니까?

☐① 있다

☐② 없다

10. 귀하의 성별과 연령대를 표기하여 주십시오.

성별	① 남 ② 여	나이	① 20대	② 30대	③ 40대
			④ 50대	⑤ 60대 이상	

※ 설문이 모두 끝났습니다. 응답해 주셔서 감사합니다.

일련번호 :

--	--	--	--

환자 권리 보장 실태 조사

- 의사용 -

안녕하십니까? 우리나라 법률은 여러 가지 환자 권리를 보장하고 있습니다. 그런데 이에 대해 잘 알고 계시지 못한 분들이 많습니다. 그리고 현실에서 이러한 권리가 잘 지켜지지 않는 부분도 있습니다. 이에 우리나라 환자 권리 보장 실태를 조사하고자 합니다. 설문내용 및 응답자에 대한 모든 비밀은 보장되니 있는 그대로 응답하여 주시기 바랍니다.

2008. 11

울산대학교 의과대학 조홍준 교수 / 국가인권위원회

(연락처 전화 02-747-6887, 팩스 02-3672-6887)

1. 우리나라 법률에 의하면, 환자가 진료를 요구했을 때 의료인은 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못하도록 되어 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

2. 우리나라 법률에 의하면, 의료인은 진료 과정에서 제공한 환자의 정보에 대해 그 비밀을 보장할 의무가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

3. 우리나라 법률에 의하면, 의료인은 진료 과정에서 환자의 인격과 사생활을 침해하지 않을 의무가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

4. 우리나라 법률에 의하면, 의료인은 환자가 요구할 때 환자에 관한 모든 기록을 열람시키고, 사본을 발부할 의무가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

5. 우리나라 법률에 의하면, 의료인은 환자에게 병명, 병의 진단 예측, 진료계획, 치료와 수술 내용, 약의 이름과 작용 및 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득될 때까지 설명을 할 의무가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

6. 우리나라 법률에 의하면, 의료인은 환자에게 질병에 대한 진단방법, 치료방법 등에 관하여 충분한 설명을 한 후 이에 관한 동의를 받을 의무가 있습니다. 이러한 사실을 알고 계셨습니까?

☐① 알고 있었다

☐② 몰랐다

7. 위의 환자 권리 중 현재 한국의 현실을 고려할 때 가장 보장하기 어렵다고 생각하시는 순서대로 1번부터 6번까지 순위를 매겨 주십시오.

권리 침해 항목	순위 (1번-6번)
1. 진료 거부	
2. 환자 비밀 누설	
3. 진료 과정에서 환자의 인격과 사생활 보장	
4. 진료 기록 열람 및 사본 교부	
5. 진료 행위에 대한 자세한 설명	
6. 모든 진료 행위에 대한 환자의 사전 동의	

8. 우리나라에서 환자 권리 보장을 위해 가장 시급한 것은 무엇이라고 생각하십니까? 시급한 것 순서대로 1번부터 10번까지 순위를 매겨 주십시오.

항목	순위 (1번-10번)
1. 법제도적 환자 권리 확대	
2. 의료인 1인이 담당하는 환자수 축소를 위한 법제도 개선	
3. 행정 기관의 지도, 감독 체계 개선	
4. 환자 권리를 침해한 의료기관에 대해 처벌 강화	
5. 환자 권리 보장을 위해 노력하는 의료기관에 인센티브 부여	
6. 환자 권리 보장을 위해 노력하는 별도의 기관 또는 부처 설립	
7. 의료기관의 자발적 노력	
8. 환자 권리 보장을 위해 노력하는 단체 육성	
9. 일반 국민들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동	
10. 의료인들을 대상으로 한 환자 권리 교육, 의식 개선 활동	

9. 귀하는 지난 1년간 본인 또는 가족이 적어도 한 번 이상 병원에 입원한 적이 있습니까?

☐① 있다

☐② 없다

10. 귀하의 성별과 연령대를 표기하여 주십시오.

성별	① 남 ② 여	나이	① 20대	② 30대	③ 40대
			④ 50대	⑤ 60대	이상