

## 수요의 발명과 기술적 명령: 생존기증자 장기이식의 생명정치<sup>1)</sup>

하대청\*

### 1. ‘장기 부족’에 대한 지배적 관점

장기이식은 절망적인 말기 간암 환자나 회복 가능성 없이 고통받는 만성 신부전 환자들이 마지막으로 의지할 수 있는 첨단 의료기술이다. 혼한

---

\* 광주과학기술원 기초교육학부 조교수, daecha@gist.ac.kr

1) 이 논문은 2016년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구(NRF-2016S1A5A8018730)이며, 연구의 일부는 2020년 광주과학기술원 GRI(GIST 연구원)의 지원을 받아 수행되었다. 장기기증자와의 면담 중 일부분은 2016년 한국장기기증원의 지원으로 수행된 ‘생존시 장기기증자의 기증 후 건강과 삶의 질에 관한 연구’를 통해 이뤄졌다. 어려운 일이었을 텐데도 자신의 경험을 기꺼이 공유해주신 장기기증자, 수혜자, 이식전문의, 사회복지사, 간호사 등 여러 정보제공자에게 깊이 감사드린다. 또한, 연구 초기부터 관심과 조언을 기울여주신 국가생명윤리정책원의 김명희 선생님께 깊은 감사 인사를 드린다. 이 논문의 초기 버전은 2018년 후기 한국과학기술학회에서 발표되었으며 당시 값진 토론을 해주신 김기홍 선생님께 감사드린다. 마지막으로 생산적인 조언을 해주신 세 분의 심사자들도 감사드린다.

비유이지만 꺼져가는 생명을 되살리는 희망이 장기이식 기술에서 곧잘 연상되는 이유이다. 하지만 사실 “장기 부족”이라는 절망적 현실도 이 주위를 깊이 드리우고 있다. 장기만 있다면 살 수 있는 대기 환자들에 비해 실제 장기를 기증하는 이들이 턱없이 부족하다는 사실은 늘 이 기술의 미래를 어둡게 한다. “장기 부족” 담론은 늘 질병으로 사경을 헤매는 환자와 실의에 빠진 가족을 뇌사 기증자가 적은 이런 국내 현실과 대비한다. 인간 신체를 “수요와 공급”이라는 경제학적 용어로 묘사하는 것이 윤리적으로 적절한 것인가라는 논란이 있지만, 많은 이들은 장기의 “수요”에 비해 뇌사자의 장기기증과 같은 장기의 “공급”이 심각하게 부족하다고 평가하고 있다. 항상 그렇듯이 이런 평가 뒤에는 장기기증 서약 운동의 활성화 등 제도를 개선하는 여러 방안이 이어진다.

한국에서 뇌사자의 장기기증율이 낮다는 사실은 비교적 잘 알려져 있다. 2017년 한국의 뇌사기증은 인구 100만 명당 9.95명으로 뇌사 기증율이 가장 높은 스페인(46.90명)의 약 5분의 1이며, 미국(31.96명)의 3분의 1, 영국(23.05명)의 2분의 1 정도 수준이며 독일(9.70명)과 비슷하다(KONOS 2017). 한국은 뇌사기증율은 낮지만 살아 있는 이들이 장기를 기증하는 비율이 압도적으로 높은 국가이다.<sup>2)</sup> 2017년 인구 100만 명당 생존 기증자(living donors)에 의존하는 간 이식 건수에서 한국은 19.93명으로 스페인(0.4명), 미국(1.14명), 영국(0.52명), 독일(0.7명) 등 다른 국가의

2) 장기기증자는 흔히 생존기증자(living donors)와 사망기증자(dead donors)로 나뉘는데, 사망기증자는 뇌사(brain death) 기증자와 심장사(cardiac death or circulatory death) 기증자로 다시 분류된다. 한국에선 사망기증자 대부분은 뇌사기증자이다. 이 글에서는 살아 있는 이들이 자신의 장기를 기증하는 장기이식을 ‘생존기증자 장기이식(living donor organ transplantation)’이라고 부를 것이다. 이 글에서 등장하는 인터뷰이의 인용문에서 확인할 수 있듯, 국내 종사자들은 대개 ‘생체이식’, ‘생체 기증’, ‘생체 장기이식’이라고 부른다. 하지만 ‘생체이식’이라는 용어는 기증자라는 온전한 인격체가 자신의 몸의 일부를 희생하고 불완전한 몸으로 평생을 살아내야 한다는 엄연한 사실을 숨기기 때문에 부적합하고 기증자의 존재를 숨긴다는 의미에서 정치적이다. 이런 문제의식에서 이 글에서는 ‘생존 기증자 장기이식’, ‘생존기증자 간 이식’, ‘생존 기증’ 등의 용어를 계속 사용할 것이다.

20~40배에 달할 정도로 월등히 높다. 생존기증자 신장 이식의 경우, 이런 외국과의 차이가 덜 극적이지만, 한국은 24.33명으로 스페인(7.10명), 미국(18.06명), 영국(15.08명), 독일(6.7명)보다 여전히 높은 편이다.

그동안 이런 현실은 한국이 다른 아시아 국가와 공유하는 이른바 ‘아시아적 특성’ 때문에 빚어졌다고 주로 설명되었다. 아시아에서 신자가 많은 유교, 불교, 이슬람교 등의 종교들은 영혼과 신체의 이원론이나 자선(charity)과 같은 기독교적 이타주의를 공유하지 않고, 이 때문에 뇌사를 죽음으로 쉽사리 간주하지 않고 뇌사자로부터 주요 장기를 적출하는 것도 받아들이려 하지 않는다는 것이다(Gruessner and Bendetti 2008; Chen et al. 2013). 실제로 한국에선 본인이 생전에 뇌사 시 장기기증에 서명했지만, 유족이 동의하지 않아 장기구득이 이뤄지지 않는 일이 많고, 이는 가족들이 장기적출을 가족의 신체를 훼손하는 일로 여기기 때문이라고 해석되었다. 일본(1997년)과 한국(2000년)이 뇌사자로부터 장기를 적출하는 것을 법적으로 허용했음에도 불구하고 실제 기증이 여전히 적은 것은 유교적 가치 등 주로 종교적 신념 탓으로 돌려져 온 것이다. 이렇게 뇌사기증이 적은 현실에서 생존 시 기증은 환자를 살리기 위해 어쩔 수 없이 수행해야 하는 차선책이었고 그 결과 높은 생존기증율이 발생했다고 설명해왔다. 생존기증은 살아 있는 가족들의 희생이 필요하기 때문에 뇌사기증에 비해 바람직하지 않지만, 받아들일 수 밖에 없다는 것이다.

하지만 낮은 뇌사기증율의 원인으로 지배적인 종교적 신념을 지나치게 강조하는 시각은 서구의 의료 또한 당연히 가지는 종교적 요소를 숨길 뿐만 아니라, 의료기술의 합리성과 종교의 비합리성이라는 이분법을 자연화한다. 동시에 서구의 근대성과 아시아의 전근대성을 위계화하려는 관점도 암묵적으로 포함하고 있다. 기증자 부족을 종교적 신념 탓으로 돌리는 이런 시각은 흔히 몇 가지 전제를 가지고 있다(Lock and Nguyen 2010). 1) 뇌사를 사망으로 정의하는 의료적 판단은 오류 가능성이 없이 명확하고 객관적이며, 2) 사망한 이의 신체 일부는 더 이상 상징적·정서적 의미

가 없는 물질적 실체로서 양도 가능하고(alienable), 3) 따라서 다른 이의 생명을 위해 뇌사자의 장기를 사용하는 것은 정당하고 권장할 만한 것이다. 그런데도 이를 거부하는 일부의 행위는 합리적이지 않은 종교적 믿음에서 기인하는 정서적이고 문화적인 것이다. 뇌사 기증의 거부가 서구식 근대화에서 빚겨나 있었던 아시아 국가들에서 많이 발견되는 현실은 이런 해석을 지지하는 증거로 생각되었다. 장기이식과 관련한 이런 사고는 기술 대 마법, 의료 대 신앙, 과학 대 종교, 서구 대 비서구를 대비시키는 오래된 이분법적 사고를 상기시킬 뿐만 아니라 서구적 근대성을 아시아적 전근대성의 우위에 두는 서구 중심적 사고를 내포하고 있다. 게다가 이는 종교적 신비가 지배적인 아시아라는 서구의 오랜 오리엔탈리즘을 강화하는 것이기도 하다.

적은 뇌사기증과 많은 생존기증을 종교적·문화적 신념으로 설명해버리는 지배적 관점은 다른 한편 의료를 과학 지식에 기반한 객관적이고 중립적인 활동으로 전제하는 것이다. 의료는 물론 과학적·의학적 지식이 요구되는 활동이지만, 복잡한 사회적·경제적·문화적 그물망 속에서 만들어지는 일종의 사회기술적 실천(socio-technological practices)이다(Lock and Nguyen 2010). 장기이식을 포함한 의료기술은 사회적 맥락에서 독립적인 자율적 존재가 아니라 사회적·정치적·문화적·경제적 요소들의 역사적 조건 속에서 형성되며 또한 반대로 이런 역사적 조건을 계속 형성한다. 장기이식과 같은 의료적 실천의 양상은 그 실천이 기초한 기술의 수준 뿐만 아니라 보건의료시스템의 조직과 운영, 역사적 사건과 법령의 역사적 궤적, 국가와 의료제도에 대한 대중의 신뢰, 전문가들의 지배담론과 대항담론, 가족에 대한 문화적 규범 등에 의존한다(Lock 2002). 특히, 이 논문의 맥락에서 볼 때 의료를 역사적 조건과 사회적 실천에서 분리된 과학적 활동으로 보려는 지배적 관점은 장기이식과 관련된 중요한 물음을 제기하지 못하도록 만들어왔다. 종교적 신념과 문화를 강조하는 설명은 한국에서 발견되는 높은 생존기증 비율을 불가피한 일로만 여기게 하면서

우리의 관심을 오직 “공급의 확대”, 즉 기증 활성화에 집중하도록 했다.

## 2. 생명정치적 대상으로서의 ‘수요’

장기이식 현실에 관한 지배적 설명방식은 장기의 “공급”만 문제 삼을 뿐, 장기의 “수요”에 대해서는 거의 질문하지 않는다. 장기이식이 필요한 환자는 어떻게 결정되는지, 누가 수혜자(recipients)가 될 수 있는지 등은 주요한 관심 대상이 되지 않았다. 뇌사자들이 장기이식 수요를 채우지 못하기 때문에 살아 있는 기증자가 보충하고 있다고 설명하고 있을 뿐, 이 수요가 어디에서 어떻게 산출되는지 분석하지 않았다. 장기이식의 수요는 ‘자연적’ 질병에 관한 사항이라서 의학적이고 과학적인 설명이 요구될 뿐이었다. 이식이 필요한 환자는 질병이라는 자연의 결과이며 사회는 이들의 고통에 응답해야 한다는 의무만 강조되어온 것이다. 하지만 과학지식 사회학이 주장하듯이, 자연적이고 과학적인 대상 또한 사회과학적 설명 대상이 될 수 있어야 한다(블루어 2000). 장기이식의 수요를 자연적 대상이라고 전제하기 이전에 우리는 다음과 같은 질문을 던질 필요가 있다. 누가 어떤 기준에 따라 장기이식을 받아야 하는 이가 되고 있나? 흔히 말하는 장기이식이 필요한 상황은 질병과 불운의 결과이며 이식 결정은 의료진의 객관적 평가를 받아들인 결과일 뿐일까? 장기이식의 수요를 결정하는 요인은 환자의 생명과 고통을 구원한다는 목적 이외에는 없는 것일까?

이 연구는 의료의 지식 실천과 사회적 맥락은 서로를 구성한다는 이론적 입장에 서서 장기이식의 수요를 틀 짓는 여러 조건을 탐색하고자 한다. 특히, 인간의 개인적·사회적 몸을 통치하는 권력이 인간의 주체성, 몸과 규범 등을 구성하는 방식을 연구하는 생명정치가 주요한 이론적 근거이다(푸코 1991). 생명권력(biopower)이 개인의 몸과 인구를 통치한 근대 국가 이후 다양한 생의료기술과 지식은 주체성, 건강이라는 개념, 윤리와 규

범을 새롭게 형성해왔다(Rabinow and Rose 2006; Rose 2007; Clarke et al. 2010). 생의료지식과 기술은 특정한 문화적·사회적 맥락 속에서 무엇이 건강이고 정상인지, 무엇이 질병과 병리적 상태인지를 계속 재구성했다. 생명권력은 권위 있는 생의학 지식을 통해 새로운 주체성과 인간의 범주 등을 만들어내고 개인과 집단은 이 지식을 통해 정체성을 획득해왔다. 혈연과 가족, 인종과 성별, 생명과 죽음의 정의 등이 이런 지식과 기술에 의해 끝없이 재구성되어왔다. 이 글의 주제인 장기이식 기술은 뇌사(brain death)를 합법화면서 죽음의 경계를 조정했고 타인의 몸과 ‘동거’하는 경험을 통해 자아의 경계를 흐뜨려 놓았다. 이 글은 뇌사기증자 이식에서 쟁점이 되었던 죽음과 자아의 경계보다는 생존기증자 장기이식의 수요를 만들어내는 생명권력의 양상을 살펴보고자 한다. 생명권력을 구성하는 지식, 실천, 제도의 이질적 배치가 장기이식의 현장에서 의료의 목표, 윤리적 규범, 도덕적 질서 등을 어떻게 바꾸어내는지 탐색하려는 것이다.

그동안 장기이식을 연구해온 의료인류학자들에게는 “수요”는 종종 비판의 대상이었지만 본격적으로 분석되지는 않았다.<sup>3)</sup> 뇌사라는 범주가 확정되는 과정을 비교 연구한 마거릿 록은 “불멸성을 위한 집단적 갈망(collective quest for immortality)”이 한계 없는 수요를 창출한다며 이식기술 자체를 정면으로 문제삼았다(Lock 1995). 그녀는 장기이식의 “탐욕스러운 수요(rapacious demands)”를 비판했지만, 이런 “수요”와 “갈망”이 근대적 삶이 필연적으로 도달한 도착점인지, 아니면 정치경제적 배치가 낳은 결과인지 더 분석하지 않았다. 지구적 장기교역을 연구한 셰퍼휴즈는 장기 부족 담론은 수요를 계속 생산하다며 사실 부족한 것은 장기가 아니라 장기를 살 부유한 환자들이라고 지적했다(Schepher -Hughs 2002). 의료인류학자 바바라 퀴니히 등은 이식수요가 경제적인 문제임을 상기시키고

3) 장기이식과 관련된 인류학 연구들에 대한 간단한 개요와 주요 쟁점들은 록과 응우옌(Lock and Nguen 2010)을 참조하라.

이식산업에서 누가 이익을 얻는지 살펴봐야 한다고 주장했다. 하지만, 그녀는 이식수요가 과연 이식산업의 이익 추구로 환원될 수 있는 것인지와 같은 중요한 물음에는 답하지 않았다(Koenig and Hogle 1995). 신장 이식을 비롯해 노인의 생명을 연장하려는 현대의 의료를 연구한 샤론 카우프만은 다른 이들과 달리 수요 문제를 진지하게 다루었다. 그녀는 기술적 성취와 증거기반 의학의 강화, 의료보험 정책 등이 새로운 윤리와 주체성을 만들어내고 그 결과 끝없이 수요를 만들어낸다는 점을 지적했다(Kaufman 2010, 2015). 하지만 그녀의 연구는 한국과 달리 뇌사기증 장기가 대부분인 미국 사회를 다루었기 때문에 생존기증이 압도적인 한국 현실을 이해하는데 한계가 있고, 장기이식의 수요를 정당화하는 지식이 어떻게 구성되는지에는 충분한 관심을 기울이지 않았다.

이 글은 장기이식의 수요를 괄호 안에 넣지 않는 이 연구들의 문제의식을 따르면서도 수요의 결정이 지식과 사회의 구성물이라는 점에 주목할 것이다. 수요라는 것은 질병의 경과에 따라 자연적으로 주어지는 것이 아니라 의료진의 수술 실행과 연구로 생산되는 지식에 의존하며, 환자와 가족 등 다른 행위자들의 욕망, 의지와 윤리적 규범과 경제적 제도 등이 결합한 결과라고 본다. 그래서 장기이식 대상자는 장기이식을 표준적 치료로 만들려는 의료진, 그리고 이를 표준적 치료로 받아들이고 윤리적으로 바람직하다고 여기는 환자와 가족, 이를 가능하게 하는 경제적 조건들에 의해 정해지는 것이다. 구체적으로 본 연구는 생존기증자 간 이식을 중심으로 1) 장기이식의 수요는 항상 자연스런 질병 발생의 결과가 아니며 누가 이식대상자로 적합한가 혹은 무엇이 표준치료인가와 같은 질문에 대답하는 지식 실천(knowledge practice)의 결과라는 점과, 2) 이식수요의 성장은 병원과 의료진의 이해관계 및 이식비용이라는 생명경제적 조건에서 분리될 수 없다는 점을 보이고자 한다.

이 글은 뇌사기증의 맥락에서 수요문제를 다룬 이전의 의료인류학 연구들과 달리, 생존기증자 장기이식, 그 중에서도 생존기증자 간 이식을 중



심으로 이런 장기이식의 수요가 증가하게 된 과정을 추적하려 한다. 의료진과 사회복지사 등을 면담하며 장기이식 대상자가 어떻게 결정되는지 그 과정을 살펴보고자 한다. 생명권력으로 작동하는 지식과 전문성이 전개되는 방식을 드러내면서 이것이 가진 생명정치적 효과를 성찰할 것이다. 구체적으로 다음과 같은 질문들을 던지고 답할 것이다. 이식대상자는 어떤 지식에 기초해서 결정되는가? 이런 지식은 누가 무슨 목적으로 생산하며 이 과정에서 생산되지 않는 지식은 무엇인가? 이식대상자를 확대하는 시도들은 지식실천 이외에 어떤 경제적·정책적 조건들에 기반하고 있는가? 이식대상자를 끝없이 확대하려는 이런 시도들은 어떤 윤리적 곤경을 가져오는가? 이런 결과들은 장기이식의 의료현장에서 작동하는 생명정치에 대해 어떤 함의를 제공하는가?

2014년 대한외과학회에서 이식 전문 의사들을 상대로 장기이식의 사회적 측면을 발표하는 기회로 시작한 이 연구는 2018년 초까지 계속된 다양한 현지조사에 기초해 있다. 때로는 정부 산하 생명윤리연구기관 소속 연구원으로, 때로는 대학 소속 연구자로서 필자는 장기이식의 윤리를 다루는 회의와 행사에 참석하고 관련 행위자들을 면담했다. 기증자, 장기이식 전문 외과의사와 간호사, 장기이식 전문 사회복지사, 수혜자 등을 면담하고 질병관리본부 장기이식관리센터(Korean Network for Organ Sharing, 이하 KONOS) 등에서 발간하는 통계 데이터들을 분석했다. 특히, 이 연구에서는 이식대상자를 결정하는 의료지식을 분석하기 위해 국내외의 장기이식 관련 학술논문들을 분석하고 이 결과를 바탕으로 장기이식 전문의들과 면담했다.



### 3. 치료와 연명의 새로운 구획

장기이식의 “공급”과 “수요”의 현실은 쉽게 확인할 수 있다. KONOS 통계 연보를 보면 2017년 기준으로 뇌사자의 간을 이식받기 위해 의료기관에 등록해 기다리고 있는 이식대기자가 5,295명이었던 반면 실제 이식한 이들은 1,482명이다. 단순하게 계산하면 기다리고 있는 이들 중 약 28%만이 이식을 받을 수 있었다.<sup>4)</sup> 간 이식을 받길 원하는 4명 중 약 1명 정도만이 실제 이식을 받는 것이기 때문에 지배적인 관점이 주장하듯이, 장기 공급이 부족한 상황이다. 하지만 대기자와 실제 이식 건수를 비교하지 않고 대기자수와 이식 건수의 역사적 변화를 관찰하면 그 추이가 흥미롭다. 이식대기자는 2000년 367명이었지만 2017년 5,295명으로 약 14배 정도 증가했다. 실제 이식을 받은 이들은 2000년 205명에서 2017년 1,482명으로 약 7배 증가했고, 생존 시간 이식으로 한정해도 같은 기간 171명에서 1,032명으로 약 6배 증가했다.<sup>5)</sup> 17년 동안 간 이식을 하고자 기다리는 이들은 14배, 실제 이식을 하는 이들은 6~7배 급격히 증가해 온 것이다. 이렇게 급증하면서 일부 의사와 사회복지사가 서울의 한 대형 병원에서 이뤄지는 간 이식 실행의 현장을 “완전히 공장”이라고 묘사할 정도가 되었다.

이 기간 동안 B형 간염 등 이식이 요구되는 간 질환의 급격한 증가가 없

4) 사실 이렇게 계산하는 것은 문제가 있다. 생존 시 장기이식을 받은 이들 중 일부는 이식대기자에 등록해 기다리지 않고 처음부터 바로 가족에게서 장기를 기증받기 때문에 대기자 명단에 포함되지 않을 수 있다. 따라서 이식대기자 대비 실제 이식을 받은 이들의 비율은 더 낮을 수 있다.

5) 일부 수치들에 오류가 있기 때문에 이 통계는 전체적인 경향을 이해하는 목적으로만 사용되어야 한다. 2000년 <장기 등 이식에 관한 법률>을 시행한 이후부터 정부가 통계를 수집하기 시작했는데 정부의 행정력의 한계와 초기 관련 종사자들의 부주의로 초기 수치들은 부정확한 경우가 많았다. 게다가 2014년 이후부터 행정자치부로부터 사망자 정보를 받아 이식대기자에서 사망자를 삭제했기 때문에 2014년 이전에는 사망한 대기자들이 계속 대기자 숫자에 포함되어 있는 문제도 있다.

었던 점을 감안하면, 이런 추이는 결국 간 질환자들이 과거보다 더 많이 간 이식을 치료법으로 선택한 결과이다. 우선 그동안 의료진들의 술기가 발전하고 이식 수술의 성적이 좋아지면서 간 이식은 이제 환자들 사이에서 안전하고 효과적인 수술로 인식되고 있다. 1997년 국내에서 처음으로 성인에게 간 이식을 한 이래 이식받은 환자의 생존율은 높아졌고 이제 간 이식은 환자들에게 목숨을 걸어야 하는 실험적인 치료법이 아니라 표준적인 치료법으로 받아들여지고 있다.<sup>6)</sup> 물론 필자의 이전 논문에서 주장했듯이, 생존기증자를 가족 중에서 쉽게 구할 수 있는 환경에서 의사들이 술기를 발전시킬 수 있었던 측면이 있다(하대청 2019). 국내 의료진들은 생존기증자들이 쉽게 나서는 덕분에 새로운 술기를 자주 시험할 수 있었고, 수술과 수술 후 환자 관리에서 높은 숙련성까지 획득할 수 있었다. 이렇게 간 이식의 성적이 개선되면서 환자들이 간 이식을 더 쉽게 선택한 것도 이유이지만, 간 이식을 받을 수 있는 환자들의 자격이 넓어진 것도 이유이다. 다시 말해, 간 이식을 적용하는 환자의 조건, 즉 적응증(indications)이 확대되면 이식을 받을 수 있는 환자들의 범위가 그만큼 늘어나게 되고 결국 이식 건수 증가로 이어질 수 있다.<sup>7)</sup>

적응증이 계속 확대되는 현실은 외과 의사들의 논문에서 분명하게 확인할 수 있었다. B형 간염은 한국에서 유병율이 높아 흔히 풍토병으로 불리는데, 이 중 상당수가 간세포암, 즉 간암으로 발전한다. 간암이 발견되면 그 부위의 간을 절제하거나 방사선치료와 약물치료 등을 하지만, 이식 수술을 통해 새로운 간으로 교체할 수 있다. 암세포가 있는 간 전체를 제

6) 생존기증자 장기이식은 처음부터 윤리적 이슈 때문에 매우 제한적인 조건에서만 허용되었다. 다른 사람을 돕기 위해 건강한 사람에게 해를 입히는 행위여서 정당화되기 어려웠기 때문이다. 1950년대에는 쌍둥이 사이에서만 신장 이식을 허용했고 생존기증자 간 이식의 경우에는 성인 부모가 소아에게 기증하는 경우에만 허용했다. 90년대 들어서서야 성인간 이식이 실험적으로 시도될 수 있었다.

7) 보통 간 이식의 적응증은 B형과 C형 간염, 알코올 간경변증 등의 질환으로 만성 혹은 급성 간부전이 오고 다른 치료에 반응하지 않을 경우로 알려져 있다.

거하는 간 이식이 확실한 방법이지만 다른 사람의 간이라는 희소한 자원이 필요하다. 이런 문제 때문에 보통 간 이식을 할 때 국제적 기준을 사용하고 있다. 이 기준에 따라 간암이 너무 진행되어 이식해도 회생 가능성이 낮은 환자에게는 뇌사자의 간을 쓰지 않도록 한다. 또 이식하지 않고도 다른 치료적 개입으로 살릴 수 있는 환자에게는 뇌사자가 기증한 간이 허용되지 않는다. 뇌사자의 간을 배분하기 위해서는 보통 간암 환자의 중증도와 응급도를 평가하는데, 각각 밀라노 기준(Milan Criteria)과 CTP 점수(Child-Turcotte-Pugh Score)가 국제적 기준으로 주로 사용된다. 중증도는 간에 있는 종양세포의 크기와 개수에 따라 평가되며 응급도의 경우 다양한 척도들이 사용된다. 보통 간 이식을 위해 기다리는 환자 중 중증도와 응급도가 높은 이들에게 우선적으로 뇌사자의 간을 배정한다. 하지만, 중증도가 너무 높은 환자는 이식 후에 생존율이 낮기 때문에, 그리고 응급도가 낮은 환자는 아직 기다릴 수 있기 때문에 이식받을 자격을 얻지 못한다.

논란이 되는 지점은 뇌사자가 아닌 살아 있는 이의 간을 사용할 때이다. 살아 있는 이들이 간을 기증하는 경우가 한국에선 압도적으로 높는데, 이런 경우 위에서 말한 기준들이 자주 무시된다. 뇌사자가 간을 기증하면 간 이식을 기다리는 이들 중에서 응급도와 중증도가 높은 환자를 선정해 이들에게 우선 배분하지만(선기증-후지정), 생존기증자 간 이식에서는 이식받을 환자를 먼저 지정하고 그다음 기증한다(선지정-후기증). 이식받을 환자가 보통 기증자의 가족인 경우가 대부분인 생존기증자 간 이식에서는 의료진들이 밀라노 기준 등 잘 알려진 기준을 따르기 보다는 새로운 기준을 개척하고 있다. 기증자가 이미 정해진 상황이기 때문에 간세포암이 많이 진행된 경우에도, 예를 들어, 종양의 개수가 많고 크기가 클 경우에도 이식을 시도하는 것이다.

한국의 일부 의료진은 생존 기증자가 기증한 장기를 “헌정된 선물(dedicated gift)”로 정의하고 국제적 기준을 넘어서는 자신들의 행위를 정

당화한다(Lee et al. 2012; Lee et al. 2014). 뇌사자의 간은 희소성이 큰 사회적 공유재로 간주해 엄격하게 기준을 적용해야 하지만, 생존기증자의 간은 기증자가 이미 수혜자에게 '선물'로 줬기 때문에 뇌사자에게 적용되는 기준을 의도적으로 벗어날 수 있다는 것이다. 예를 들어 서울아산병원은 '아산 기준(Asan Criteria)'이라 부르는 자신들만의 기준을 만들며, 이식대상자의 적응증을 계속 확대하고 있다. 그 결과, 기증자의 안전과 치료성적을 담보한다는 조건 하에 이식환자의 5년 생존율 50%가 새 기준이 되고 있다. 하지만 실제 데이터를 보면 5년 생존율이 20% 정도밖에 되지 않는 환자에게도 간 이식을 하고 있다(송기원 외 2010). 수술을 받고 5년 동안 살아있을 확률이 20% 정도인 사람에게도 이식을 하고 있는 것이다. 대형병원 이식센터가 스스로 정한 자체 기준조차 지키지 않는다는 점은 국내에서 '빅5'로 불리는 서울의 한 대형병원의 이식 전문의가 확인해주었다. 그는 "[아산병원이 아산 기준을 적용한다는 말은 다 뺀이예요. 기준이 있지만, 기준 이상 사람이 오면 다 대개 확대해서 해]준다고 말한다.

물론 이런 적응증의 확대는 의사의 권유나 의지만으로는 이뤄지는 것이 아니다. 생존율을 높일 수 있는 어떤 기술적 가능성이 존재할 때 이 가능성을 포기하는 것은 환자와 가족에게도 쉽지 않은 결정이다. 의료인류학자 카우프만 등이 미국의 신장 이식 현실에서 관찰했듯이, 생명을 연장할 수 있는 절차나 처치들이 있을 때 이것은 "선택이 아니라 루틴한 치료"가 된다(Kaufman et al. 2006). 환자가 장기이식을 거부하는 경우가 없는 것은 아니지만 기술이 개입할 수 있는 가능성이 존재할 경우 보다 긴 수명을 추구하는 것은 자연스런 행위로 간주된다. 기술적 가능성이 만들어놓는 새로운 윤리적 장 속에서 가족은 기증을 책무로 생각하고(혹은 생각하도록 요구받고), 환자는 더 살아야 하는 의무감을 지닌다(혹은 지니도록 요청 받는다). 기술은 선택의 문제가 아니라 명령이 되어 버리는 것이다(Koenig 1988). 전문지식이 있고 술한 환자들을 경험한 의사가 이 '기술적 명령(technological imperative)' 과정에 개입할 수 있을까? 필자가 만난 한 대형

병원의 의사는 환자와 가족이 간 이식을 요구할 때 생존율이 낮다며 거절하기 힘든 의사의 곤혹스러운 입장에 대해 다음과 같이 말한다.

[의사들이 이 상황에서] 그냥 개입하기 어려워요. [기증자가] 주겠다고 하는데, 못 받을 이유 없고. [환자의] 여명은 1년입니다라고 내과에서 말하면, [환자와 그 가족은 외과로] 이식하러 오죠. [환자에게] 이식하면 [이 환자는] 15년 더 살죠. 어떻게 해요. [...] 생체이식은 안전합니다라고 하면, 문헌상 데이터를 보여주면 사람들이 혹 하죠. [...] 79세도 [간 이식을] 받아요.

의사들은 환자와 가족이 이식을 요구하면 “기준”을 넘어서는 환자를 돌려세우기 어렵다고 말한다. 의사의 입장에서 “79세”의 고령 환자에게 자식이나 손자의 간을 기증하는 이식을 시행하는 것이 적절한 것인지 의문을 품기도 하지만, 환자와 가족이 요구하는 이상 의사로서 거부할 수 없다는 것이다. 사실, 의사가 환자와 가족에게 어떤 데이터를 보여주고 어떻게 설명하는가에 따라서 “혹” 할 정도로 이들의 결정이 큰 영향을 받을 수 있지만, 그는 가족이 기증자로 나서고 환자가 이식을 원하면 어쩔 도리가 없다는 식으로 말한다. 환자가 고령이라거나 생존율이 너무 낮다는 점이 환자의 생명을 구할 의무를 버릴 수 있는 이유가 되지 못한다는 것이다. 살고 싶은 환자와 살게 해주고 싶은 가족이 있고 여기에 적응증을 확대하려는 의료진들의 노력까지 더해지면 기준을 넘어선 생존기증자 간 이식이 거의 장애물 없이 이뤄진다. 그 결과 생존기증자 간 이식은 ‘연명’ 목적으로도 사용된다.

저희가 하고 있는 스테디 중 하나가 여명이 6개월 남은 사람에게 간 이식을 할 것인가? [입니다.] 그게 인제 생체 간 이식의 확대 적응이거든요. 6개월 남았는데 이식하면 2~3년 살 수 있다, 2년을 더 살 수 있다면 생체 간 이식을 하시겠습니까? 뇌사 기증은 안돼요, [뇌사자의 간을 이식받고 2~3년 후에] 이

사람이 죽는 것은, [이식수술 결과가 가장 좋을 사람에게 장기를 배분해야 한다는] 사회 정의에 어긋나기 때문에. [...] 생체 간 이식을 하면 [수명이] 2~3년 정도 연장되고 간암 재발은 1년 이내에 [반드시] 한다, 수술 사망률은 5% 정도 다. 하겠느냐? [우리가 그렇게 물어보면, 간 이식을] 하는 사람들도 있어요.

국내에서 생존기증자 간 이식은 치료를 넘어 '연명' 목적으로 확대되고 있다. 이식을 받더라도 1년이 지나면 간암이 반드시 재발한다면 이 환자에게 간 이식은 치료적인 조치일 수 없다. 다만 환자의 남은 수명을 2년가량 더 늘어나게 하는 '연명 조치'일 뿐이다. 살아 있는 사람의 몸에서 간을 적출하는 행위가 후유증이 전혀 없을 수 없고 간 이식은 기증자의 사망률과 후유증 보고가 신장 이식에 비해 더 많다. 이런 상황에서 치료가 아닌 '연명'을 위해 생존기증자 간 이식을 하는 것이 윤리적으로 정당화할 수 있을까? 이 질문을 던지자, 한 의사는 원래 "생체 간 이식이 2주 안에 죽을 사람을 1~2년 더 살리기 위해 시작했다"고 답했다. 생존기증자 간 이식이 처음 시도될 당시 이 실험적 처치를 정당화하던 논리가 20여 년이 지나 다시 소환된 것이다. 또 다른 의사는 의료현장의 최전선에서 겪는 윤리적 판단의 어려움을 강조했다. "[윤리적으로 판정을 내리기가] 어렵죠, 그 사람의 1년의 가치가 다른 사람의 몇 년의 가치가 될지는 모르는 것 같아요." 그는 치료가 아니라는 이유로 혹은 산술적으로 짧은 시간이라는 이유로 연명 목적의 이식을 함부로 평가절하할 수 없다고 말한다. 비록 치료가 아니라도 1~2년이라도 함께 더 살고 싶어 하는 환자와 가족의 뜻이 확고하다면 그들의 상황과 맥락에서 이 결정을 존중할 필요가 있다는 것이다.

다른 의사들은 논문을 통해 적극적인 옹호의 논리를 소개하기도 한다. 기증자의 자발적 동기가 있는데도 간 이식 외에는 다른 대안이 없는 개인의 치료 선택권을 의학적 이유로 제한한다면 이것이 윤리적으로 문제가 있다는 식이다(송기원 외 2010: 355). 하지만 살아 있는 누군가의 몸에 지

울 수 없는 흔적과 결과를 남기는 생존기증자 장기이식을 ‘연명’ 목적으로 사용하는 것이 과연 개인의 선택권 존중이라는 이름으로 정당화될 수 있는 것일까? 환자들은 더 살고 싶고 때로는 더 살아야만 하고 가족들은 기증을 통해 가족애를 증명하려 하거나 혹은 그렇게 요구받는 이 상황에서 의사는 적응증 확대로 응답하고 있다. 어떤 의사는 곤혹스러워 했지만 다른 의사들은 스스로를 적극 옹호했다. 환자의 욕망과 의무감, 가족의 요구와 책무감, 의사의 의지 등이 서로 합해지면서 한국에서 간 이식은 이제 치료를 넘어 연명 목적으로 확대되고 있다. 그동안 치료적 처치와 연명 목적의 처치는 구분되는 것이며 희소한 자원인 다른 사람의 장기를 사용하는 이식에선 두 가치가 분명히 구분되어야 하는 것이었다. 하지만 국내 생존기증자가 사용되는 간 이식의 영역에선 치료와 연명의 구분이 희미해지며 새로 구획되고 있다.

#### 4. ‘선제적’ 장기이식과 ‘위태로운 생명’

생존기증자 장기이식에선 앞에서 보았던 중증도와 함께 수혜자의 응급도 역시 확대되고 있다. 수혜자의 중증도와 응급도 기준은 뇌사 기증자의 장기를 배정하는 중요한 기준들이지만, 생존기증자를 사용할 경우 새롭게 정의되고 있다. 이식 외과의사들이 쓴 한 논문에서 이를 확인할 수 있다. 뇌사자 간 이식에서는 응급도가 높을수록 환자의 대기시간은 급격히 짧아졌던 반면, 생존기증자 간 이식에서 응급도에 따라 환자의 대기시간이 크게 변하지 않았다(김명수 외 2014). 쉽게 말하면, 건강상태가 응급하지 않아서 뇌사자의 간을 배정받지 못하는 환자들이라 할지라도 생존기증자 이식에선 간을 받고 있다는 뜻이다. 응급도 기준인 CTP 점수는 흔히 Child 점수라고 부르며 응급도가 낮은 Child A부터 높은 Child C까지 있다.<sup>8)</sup> 결국, Child A, 즉, 응급도가 낮은 환자들만 뇌사자 간을 기다리지



않고 생존기증자로부터 간을 이식받고 있는 것이다. 이런 현상에 대해 국내 대학병원의 한 의사는 다음과 같이 설명한다.

[응급도가 가장 낮은] Child A가 있는 거는. Child A[에 속한] 간암환자는 [응급한 경우가 아니기 때문에 뇌사자 간] 이식을 못 받거든요. 100년 기다려도 못 받아요. [...] [이식 받지 않고] 그냥 간암을 수술하거나 다른 치료하면 5년 생존율이 50%예요. 평생 살 사람인데. 가령 40세인데 간암이 Child A인데, 플레이트릿(platelet, 혈소판)이 4만이다, [그러면] 그 사람은 5년 후에 살아남을 가능성이 반반이에요. 45세까지밖에 못 살아요. [하지만 만약] 그 사람의 와이프가 간을 쥐가지고 이식을 했다, 그러면 60세까지 살 수 있어요. [...] 방법이 없는데 기다리세요라고 말할 수도 있고, 생체 간 이식이 방법일 수도 있습니다 [라고 말할 수도 있어요. [...] [외과수술과 약물치료를 해서] 5년 후에 50% 재발하는 걸 선택하겠느냐, [아니면 이식을 받고] 1년 후에 5%의 사망률이 있지만 20년 20%로 재발하고는 걸 선택하겠느냐]. 그러면 이 사람은 [환자를] 60세까지 살리고 싶죠, 와이프 같으면.

암세포 부위를 절제해내는 수술을 받으면 간암 환자가 5년 후 재발을 50%을 얻게 되고 가족으로부터 간을 이식받으면 20년 후 간암 재발을 20%를 얻게 된다면 많은 환자와 가족들은 후자를 선택한다. 간 질환을 앓는 환자들은 응급한 상황이 많아서 보통 응급도가 높지 않은 간 질환자들은 뇌사자의 간을 받기 어렵다. 촌각을 다투는 상황은 아니기 때문에 절제술과 약물치료라는 다른 치료법을 선택할 수 있다. 하지만 이런 치료법

---

8) Child 점수, 혹은 CTP 점수(Child - Turcott - Pugh Score)는 5가지 항목으로 응급도를 평가 하는데, 평가과정에서 주관적인 요소가 많다는 단점에도 불구하고, 등급체계가 3단계로 단순하고 임상적으로 적용하기 쉬워서 널리 사용되고 있다. 연구보고에 따라 조금씩 다르지만, 응급도가 가장 낮은 Child 점수 A의 경우, 1년 생존율이 100%인 반면, 응급도가 가장 높은 Child 점수 C는 1년 생존율이 45%인 것으로 알려져 있다.

보다 수술 후 성적이 더 좋기 때문에 이들은 가족으로부터 간을 이식받는 선택을 하고 있다. 보통 장기이식은 다른 대안이 없는 불가피한 상황에서 마지막으로 하는 선택처럼 예상하지만, 이 경우는 다르다. 다른 대안이 있지만 예후가 상대적으로 더 낫다는 이유로, 또는 응급하지는 않지만 나중보다 지금 수혜자의 컨디션이 더 좋은 상태라는 이유로 이런 선택을 하는 것이다. 이런 면에서 생존기증자 장기이식은 흔히 생각하는 것처럼 유일한 대안이라기보다는 다른 치료법과 비교해 내려지는 하나의 선택지인 것이다. 삶과 죽음의 갈림길에서 어쩔 수 없이 내린 결정이라기보다는 치료 후 여명의 증가와 삶의 질 개선을 계산해서 의도적으로 내린 선택인 것이다.

환자의 입장에서 수술 후 성적이 더 좋은 치료법을 선택하는 것은 어찌면 당연한 일이지만, 그 선택은 건강한 가족의 몸에서 장기를 적출해야 하는 윤리적 곤경을 수반하기 때문에 불가피한 선택이 아니라는 사정은 무시할 수 없는 대목이다. 더욱이 이런 문제는 신장 이식 사례로 오면 더욱 심각해진다. 신장 이식에선 투석이라는 대안적 조치가 존재하는 상황이지만 투석을 거치지지도 않고 곧바로 이식하는 이들이 늘고 있다. 투석을 시작하기 전에 이식부터 먼저 받으면 예후가 더 좋은 것으로 알려져 있기 때문이다. 이렇게 기다리지 않고 서두르다 보면 미성년인 자녀로부터 신장을 이식받는 경우가 종종 일어난다. 필자가 만난 한 의사는 미성년 자녀의 신장 이식을 허용하는 현행 법률과 의료계의 관행에 매우 비판적이었다.

근데 신장 이식은! 아, 투석, 한 2년 [받고] 있다[가]. 애가[성인이 되는] 열여덟 살 돼서. 자가 [스스로] 결정할 때 그때 하면 되지 않는[는] 얘기에요. 투석 2년 하기 싫어 가지고 애 끌고 와 가지고 이식해달라고 그러면, 그건 좀 그렇다, 그 얘기 하는 거죠.

투석을 거치지 않고 서둘러 신장 이식을 받으려는 현실은 장기이식을 최후의 수단이 아닌 선제적 치료 수단으로 사용하는 현실의 단면을 잘 보여준다. 필자가 이전 논문에서 비판했던 미성년자의 장기기증 허용은 이런 선제적 치료 수단을 가능하게 하는 중요한 조건이 되고 있다.<sup>9)</sup> 그동안 장기이식의 수요는 간암과 같은 자연적 원인으로 결정된다고 흔히 생각해 왔다. 물론 누가 장기이식을 받아야 하는가라는 질문에 답하기 위해서 질환을 평가해야 하지만, 그 질환은 고정된 대상으로 주어져 있지 않다. 적응증을 확대하려는 의료진의 의지와 지식실천을 통해 이식이 필요한 “자연적 대상”인 질환은 계속 변화하고 있는 것이다.

중증도 사례와 응급도 사례를 종합하면 현재 국내 생존기증자 간 이식에서 전개되는 적응증 확대의 결과를 어느 정도 이해할 수 있다. 중증도가 높아 1~2년 후 간암 재발이 확실해도 생존기증자 간 이식을 선택하고 있으며(‘연명’), 응급도가 낮아 다른 치료법을 선택할 수 있어도 예후가 가장 좋아서 생존기증자 간 이식을 선택하고 있다(‘선제적 대응’). 의료현장에서 생존기증자 간 이식이 점점 확대되어 ‘연명’과 ‘선제적 대응’을 위해 적용되고 있는 것이다. 그 결과 뇌사자의 간을 받을 수 있는 환자를 제외하고 거의 모든 간암 환자들이 생존기증자 간 이식을 선택할 수 있게 되었다. 암이 많이 진행되었다면 진행된 대로, 아직 많이 진행되지 않아 상대적으로 좋은 상태이면 또 그런대로 생존기증자 간 이식을 선택할 수 있다. 한 대형병원 이식센터의 의사들은 이런 확대 전략을 다음과 같이 소개하고 있다. “[...] 현재 상태에서 생존기증자 간 이식을 위한 절대적 금기(contraindications)는 간외 전이(extrahepatic metastasis)를 갖고 있는 환자들이다”(Lee et al. 2014). 다시 말해, 간이 아닌 다른 장기로 암이 전이된 경우가 아니라면 모든 간암에 대해 암의 진행 정도에 관계없이 생존기증자 간 이식을 할 수 있다는 것이다. 암이 많이 진행되었다면 암세포 크기를

9) 한국에서 미성년 장기기증의 문제에 대해서는 하대청(2019)를 참조하라.

줄이는 약물치료를 거쳐 생존기증자 간 이식을 받고, 많이 진행되지 않은 초기 상태라면 '선제적으로' 생존기증자 간 이식을 받는 것이다. 암의 진행 경과에 관련 없이 표준적인 치료법으로 생존기증자 간 이식을 하는 전략은 가히 '공격적인 확대'라고 부를 수 있을 듯 하다.

예상할 수 있듯이, 생존기증자 간 이식의 공격적인 확대는 늘 원하는 결과를 얻는 것이 아니다. 연구 초기 필자가 한 대학에서 관련 결과를 발표했을 때 한 젊은 대학원생은 자신의 친구 사례를 들려줬다. 그 친구는 여명이 1개월인 아버지에게 간을 기증했지만 3개월 만에 아버지가 사망했다. 필자가 만난 기증자 한 명은 같은 교회에 다니는 여러 사람의 사례를 들려주면서 간 이식의 "남용"에 대해 크게 걱정하고 있었다. 지인의 60대 남편은 5%의 성공확률에도 불구하고 두 아들로부터 간을 이식받았고 결국 중환자실에서 나오지 못한 채 7개월 만에 사망했다. 또 다른 지인은 고등학교 3학년 딸에게서 간을 이식받고도 3개월 후 사망하고 말았다. 면담을 위해 전화 통화했던 한 20대 휴학생은 할머니에게 자신의 간을 기증했지만, 할머니가 끝내 사망했다며 분노 섞인 억울함을 토해냈다. 간 이식의 공격적인 확대는 경계를 계속 허물면서 때로는 무모한 시도들을 허용하고 있다. 이렇게 생존기증자 간 이식의 공격적인 확대 뒤로는 기대와는 다른 이식 후 환자의 사망과 기증자들의 절망이 있었다.

이식수술이 성공적으로 끝난다 해도 간과하지 말아야 할 점은 기증자의 몸은 불완전하게 남고 이들의 삶은 이후에도 계속 된다는 것이다. 지난 연구에서 보여주었듯이, 국내 장기이식 현장에서 기증자를 보호하는 제도는 충분하지 않다. 부실한 기증자 보호 제도와 지배적인 문화적 각본 속에서 기증자들이 내리는 선택은 온전한 의미에서 자율적이라 말하기 힘들었다. 기증자들에게 선택 전에 충분한 정보를 제공했다고 말하기에는 이들이 겪는 육체적·정신적 고통에 대해 우리가 아는 바가 적고 체계적인 연구도 부족했다. 일부 기증자들은 의학적으로 규명하기 힘든 육체적 변화를 겪었고 이식 후 가족 관계에서 발생하는 새로운 곤경도 견뎌내

야 했다(하대청 2019). 일부 의사들은 기증자의 사망사고가 없다거나 환자와 가족에게 선택권이 있다며 이 공격적인 확대를 변호하지만, 이는 환자의 생존가능성과 예후만을 목표로 삼는 것이다.<sup>10)</sup> 물론 적응증을 확대하면 살릴 수 있는 환자들이 늘어날 수 있겠지만, 이 이점은 건강한 기증자의 몸을 위태롭게 하고 이들의 이후 삶을 돌보지 않고 버려두면서 얻어지는 것이다. 장기이식의 공격적 확대로 얻을 수 있는 생명은 이렇게 버려지는 생명들 위에서 가능한 것이며 때로는 얻어낸 생명 또한 잠시 “연명하는 삶들”이다. 장기이식의 공격적 확대는 이렇게 “위태로운 생명들”을 낳고 있다.<sup>11)</sup>

## 5. 의료비 지원과 ‘가능화 기술’

국내에서 생존기증자 간 이식이 꾸준히 증가하는 배경에는 앞에서 본 것처럼 이식대상자의 적응증을 확대하기 위한 의료계의 노력과 환자와 가족의 요구가 있었을 뿐만 아니라, 기증자의 고통에 대한 ‘구조적 무지’도 있었다(하대청 2019). 기증자의 고통과 후유증은 비지식(non-knowledge)이 되고 있는 반면, 이식을 받을 환자의 적응증은 지속적으로

10) 이식의들과 대화하면 사경을 헤매던 환자가 간 이식 직후에 기적으로 호전되던 것을 지켜봤던 경험을 자주 들을 수 있는데, 이 극적인 경험은 생존기증자 간 이식을 하는 이식의들이 환자에게 더욱 더 집중하는 한 가지 이유가 되는 듯하다.

11) “연명하는 삶들”이라는 용어는 한 심사자가 사용한 것을 빌어왔다. 이 심사자는 이 논문에서 묘사하는 양상이 인구군의 생산성 향상을 목적으로 하는 생명정치라기보다는 오히려 이런 목적의 생명정치에서 발생하는 깊은 균열로 보면서 새롭게 이론화할 것을 제안했다. 사실 푸코 이후 생의료기술과 관련된 생명정치 연구자들은 인구군의 생산성을 넘어서 개별적이고 집단적인 몸과 주체성을 둘러싼 이질적이고 복잡한 생명권력의 작동 방식을 추적해오고 있다. 이 연구는 푸코보다는 이런 연구들의 전통 위에서 이뤄진 것이다. 하지만 심사자의 제안대로 이런 양상의 생명정치를 이론적으로 보다 세밀하게 조각할 필요는 여전히 있어 보인다. 생산적인 조건과 제안을 해주신 이 심사자에게 감사드린다.

연구되고 체계적으로 지식화되고 있다. 국제적 기준을 넘어선 상태의 환자들에게 생존기증자 간 이식을 시도하고 그 결과를 자세히 분석한 논문들이 출간되고 이 결과는 다시 적응증을 확대해 간 이식을 시행할 근거가 된다. 기준을 벗어난 환자들도 기준 내의 환자와 비교할 때 수술성적이 나쁘지 않다는 점을 입증하고 있으며, 이렇게 새롭게 확대된 기준들은 다른 국가들보다 앞서서 제시되고 있다(Lee et al. 2012; Lee et al. 2014).

덧붙여 생존기증자 장기이식이 제한 없이 증가하는 데 경제적 조건을 고려하지 않을 수 없다. 모든 의료적 행위가 경제적 관계에서 자유로울 수 없다는 점은 흔히 선물의 논리가 지배한다고 여기는 장기이식에서도 마찬가지이다. 보통 장기는 매매가 금지되어 있기 때문에 경제적 고려에서 벗어나 있다고 생각하지만, 장기 자체에 가격이 매겨지지 않을 뿐, 기증자와 환자를 검사하고 기증자에게서 장기를 적출하고 환자에게 이식하고 수술 후 환자가 면역억제제를 복용하는 등 모든 행위에는 당연히 비용이 발생한다. 병원에 따라 구체적인 비용이 상당히 다르지만, 간 이식의 경우 보통 1명을 수술할 때 보험이 적용 안 되면 1억 원 이상이 드는 것으로 알려져 있다. 국내에서 간 이식을 가장 많이 하는 한 병원은 2017년 한해에 470여 건, 생존기증만 360건 정도 실시했다. 따라서 간 이식이라는 단일 항목은 병원에게 큰 수입원이 될 수 있다. 잘 알려져 있듯이, 장기이식을 시행하는 국내 대형병원들은 비영리법인이지만 사실상 기관의 수익을 추구하는 민간기관이기 때문에 간 이식의 성과는 병원의 운영에 큰 도움이 된다. 병원의 이익을 위해 간 이식을 확대하는 것은 아닐 수 있지만, 이런 시도들이 병원의 이익과 일치한다는 점은 무시하기 어렵다. 의사 개인으로 보더라도 장기이식은 중요한 이해관계를 가질 수 있다. 중환자실에서 뇌사자를 관리하는 한 의사는 적응증이 공격적으로 확대되고 있다는 필자의 의견에 쉽게 동의했다. 하지만 적응증이 확대된 이유에 대한 그의 생각은 필자의 예상과 달랐다. 그는 외과 의사들이 많이 생산되는 인력 시장의 상황을 들었다. 외과 의사들이 많이 배출되어 지방의 병원으로 가면 “돈이 되

는” 이식센터를 설치하려 하고 그 결과 공격적으로 환자를 유치해 이식수술 건수를 만들려 한다는 것이다. 또한 그는 이식의사의 수술건수는 의사의 인센티브와 승진과 연결되며, 나아가 병원 내에서 이식의사가 차지하는 위상에도 크게 영향을 준다고 했다.

상황이 이렇다 보니 간 이식이 공격적으로 확대되는 것을 막으려는 시도는 병원시스템 내에서는 환영받기 어렵다. 기증후보자가 자율적으로 기증을 결정했는지 심사하는 병원 소속 사회복지사에 관한 한 일화는 이런 점을 잘 보여준다. 기증후보자를 면담한 한 사회복지사가 결정 과정에서 압력이 있었던 것으로 보인다고 승인을 거부하자, 이식센터의 외과의사로부터 바로 항의 전화가 왔다. 그 의사는 승인을 거부한 사회복지사에게 당신 월급이 우리 병원에서 나온다는 사실을 아느냐며 ‘협박성’ 발언도 마다지 않았다. 의사의 입장에선 환자를 진료하고 기증후보자를 포함한 가족과 상의했던 그동안의 노력이 수포로 돌아간 상황이 불만이겠지만, 이런 일을 겪고 나면 기증자를 보호하는 임무의 사회복지사는 위축될 수밖에 없다. 의사에 비해 병원 내 위상이 낮은 사회복지사들은 이후로는 기증후보자의 선택을 철저하게 심사하는 것을 망설이게 되고, 기증후보자와 수혜자가 서로 친족관계이면 기증은 당연히 자율적이라고 판단해버린다.<sup>12)</sup> 사회복지사의 역할이 이렇게 ‘형식적인’ 심사가 되어버리면 관련 인력을 확충할 이유가 별로 없어진다. 한 대형병원에서 사회복지사 1명이 연간 800여 건의 의뢰를 받아 500건이 넘는 기증자 면담을 하는 현실은 이를 잘 보여준다. 이렇게 병원의 입장에서 장기이식은 윤리적 논란이 나오지 않도록 잘 관리한다면 수익적인 측면에서 ‘매력적인 사업’이 되는 것이다.

건강보험과 의료비 지원제도 덕분에 환자와 가족들에게 이식비용이 감

12) 필자가 이전 연구에서 밝혔듯이, 가족간 기증이라고 해서 강압적인 요소가 없는 것이 아니다(하대청 2019). 쉐퍼휴즈와 같은 학자는 오히려 가족이 더 폭력적이고 착취적이며 가족 내 가장 취약한 지위에 있는 이들이 기증을 강요당한다고 말한다(Scheper-Hughes 2008).



당 가능하게 되었다는 사실도 장기이식 수요의 확대에 크게 기여했다. 병원마다 비용부담이 다르지만 가장 비싼 곳에서 이식하더라도 건강보험을 적용하면 환자는 4,000여만 원의 수술비를 부담해야 한다. 두 차례의 기증자 검사 비용까지 포함하면 생존기증자 간 이식을 받는 환자와 그 가족은 5,000여만 원을 감당해야 한다. 이는 물론 일반 가계에 부담스러운 금액이지만, 집을 팔아서 수술받아야 했던 십 년 전과 비교하면 상황은 극적으로 개선되었다. 여기에 정부와 병원 내 자선재단의 의료비 지원사업의 도움까지 받으면 수술비는 절반 이하로 줄어든다. 저소득층의 의료비 부담을 덜어주기 위한 정부의 '재난적 의료비 지원사업'의 혜택을 받으면 거의 2,000여만 원 정도로 간 이식을 받을 수 있다. 4인 가구 기준 월 소득 450여만 원 이하이면 이런 재난적 의료비 지원 대상이기 때문에 상당히 많은 가구가 적은 비용으로 간 이식을 받을 수 있다. 의료급여를 받는 경제적으로 궁핍한 환자라면 대형병원 내 공익재단의 혜택까지 받을 수 있어 과거보다 훨씬 적은 부담으로 간 이식을 받을 수 있다.<sup>13)</sup> 사실상의 의료급여 수급자는 자기 돈 1,000만 원도 들이지 않고도 간 이식을 받을 수 있다. 국내에서 병원비가 가장 비싼 서울의 한 대형병원에 간 이식을 원하는 의료급여 수급자가 몰리는 것도 이런 이유이다.

많은 이들이 가입하고 있는 사보험의 장기이식 특약이 있는 것도 무시할 수 없다. 치료비가 발생할 경우 보상금을 돌려 받는 일부 실비 보험에서는 환자가 이식을 받으면 2,000여만 원을 수령할 수 있다. 이렇게 되면 돈을 들여 장기이식을 하는 것이 아니라 오히려 이식을 하면 돈을 벌 수 있는 구조이다.<sup>14)</sup> 뿐만 아니라 2000년대 초반 하더라도 한 달에 200여만

13) 기준 중위소득 40%에 미달하는 가구이기 때문에 1인 가구의 경우 월소득 64만 원, 4인 가구의 경우 월 소득 180만 원 이하이면 의료급여를 받을 수 있다.

14) 예전에는 실비보험의 장기이식 특약이 지급하는 보험금이 대체로 2,000만 원이었지만 최근에는 1,000만 원으로 줄어들었다. 이런 보험금 감소는 장기이식의 계속적 확대가 낳은 한 결과가 아닐까 추정한다.

정도 들었던 면역억제제(immunosuppressant)도 이제는 건강보험 적용을 받는다. 과거에는 수술 후 면역억제제의 비용을 감당하지 못한 이들이 자살하는 일도 종종 있었지만, 지금은 월 20~30만 원이면 복용할 수 있다. 건강보험, 의료비 지원제도, 사보험 등으로 경제적 부담이 극적으로 경감되면서 한 사회복지사의 말대로 “이제는 돈이 없어서 장기이식을 못 한다는 소리는 안 나오”게 되었다. 과거에는 만족스럽지 않은 이식 성적 못지 않게 막대한 수술비 부담이 장기이식의 지나친 확대를 제어할 수 있었지만, 이제는 그런 장애물이 사라진 것이다. 의료인류학자 카우프만은 미국에서 노인을 대상으로 하는 의료적 개입을 연구하면서 정부의 메디케어(Medicare) 정책을 이런 개입을 제한 없이 확대하도록 만들어주는 “가능화 기술(enabling technology)”이라고 불렀는데, 국내 장기이식의 현실에선 건강보험, 사보험, 공적 의료비 지원제도 등이 결합해 이런 “가능화 기술”이 되고 있다(Kaufman 2015).

그동안 장기이식은 선물경제와 극단적인 시장경제의 이분법 속에서 이해되어왔다. 뇌사자나 살아 있는 가족이 제공하는 장기는 대가를 바라지 않는 “선물로서의 생명(life as gift)”으로 생각된 반면, 제3세계에서 높은 가격으로 매매되는 장기는 비참한 현실이지만 상품경제 내 암시장의 어느 상품과 다를 바 없었다(Cohen 1999; Schepher-Hughes 2005). 하지만 국내 생존기증자 간 이식의 현실을 추동하는 상황은 이런 이분법적 구도만으로는 이해하기 어려워 보인다. 공식적으론 장기는 상품처럼 거래되지 않지만, 그렇다고 선물경제의 상징처럼 이해될 수도 없다. 생존기증자와 수혜자가 선물을 주고받는 그런 단순한 관계가 아니라는 점은 이미 알려져 있을 뿐만 아니라(하대청 2019; Schepher-Hughes 2008), 생존기증자 장기이식의 현실적 양상은 병원시스템의 영리추구와 비용경감을 위한 공적 제도로부터 결코 자유롭지 않다. 영리를 추구하는 병원의 이해관계와 의료비를 지원하는 각종 제도들은 생명가용성(bioavailability)과 환자의 적응증을 확대하려는 의료진의 기획, 환자와 가족이 품는 가능성에 대한 희망

과 결합해 생존기증자 장기이식의 수요를 계속 확대하고 있다.<sup>15)</sup> 인류학자 마거릿 루이 불렀던 “산업으로서의 장기이식 기술(transplant technology as enterprise)”은 의료지식과 기술의 확대, 환자들의 욕망, 새로운 윤리 규범, 의료보험 제도 덕분에 제한 없이 기증자와 수혜자를 늘려가고 있다(Lock 1995; Cohen 1999). 이는 바이오테크놀로지의 발전과 함께 유전자와 줄기세포와 같은 인간의 신체 일부가 잉여가치나 투기성을 지니는 생명경제(bioeconomy)의 방식은 아니지만(Rajan 2006; Waldby and Mitchell 2006), “이식 산업”은 도덕적 질서를 형성하면서 확장하는 새로운 종류의 ‘생명경제’라고 부를 만 하다. 장기이식을 둘러싼 이 경제는 기증자들에게 “효의 생의료화”라는 문화적 각본에 맞게 스스로 도덕적 주체가 될 것을 요청하고 지식생산으로 이식실행을 정당화하면서 성장하고 있다(하대청 2019).

## 6. 충족될 수 없는 수요와 기술적 명령

그러니까 다양한 방면에서 결국은 사람들이 오래 살고자 하는 이제 그것이야. 니드(need)가 더, 적극적으로 이제 바뀌는 거죠. 이게. 바뀌다 보니까 그러고, 기술이 발전하니까. 전에는 당연히 죽을 거로 생각했는데, 살아날 방도가 있으니까 찾게 되는 거고. 어. 그리고 경제적인 요인도 커요. 정부가 돈, 거의 지원 해주는데. 부담이 별로 없잖아. 그러고, 요새 뭐, 저기, 저건 있잖아. 그런 암환자 그런 거는 최대 300만 원까진가? 뭐 뇌졸, 몇 개 질환 그런 거 있잖아요. 본인부담 상한선. 그러니까 뭐, 안 할 이유가 없는 거지.

15) 생명가용성은 유전자, 세포, 조직과 장기 등 인간의 신체 일부가 분리되어 가치를 지닌 자원으로 사용될 가능성을 지칭하는 용어로, 지난 논문에서 필자가 코언(Cohen 2005)을 좇아 사용한 적이 있다(하대청 2019).

대형병원에서 20년 이상 이식을 해온 한 의사는 생존기증자가 많은 국내 현실의 원인을 이렇게 설명했다. 그는 환자와 가족의 윤리적 규범의 변화를 강조하면서도 이런 현실을 만드는 데 관여한 의료계의 역할은 언급하지 않았다. 대신 기술의 발전, 환자의 욕망과 변화한 윤리관, 경제적 요인을 주된 원인으로 꼽았다. 필자가 뇌사 기증자를 늘려서 생존기증자 수를 줄여나가는 정책이 필요하다고 말하자, 그는 회의적 대답을 내놓았다. 최근 통계를 보면 뇌사자 장기이식과 함께 생존기증자 장기이식도 늘어난다는 것이다. 설사 뇌사기증이 늘어난다 해도 이식대상자가 겹치지 않고 또 그만큼 새로운 수요가 생겨나고 있기 때문이다. 70대 노인들이 아들이나 손주의 간을 이식받는 일도 종종 있고 상대적으로 젊은 수혜자들도 늘고 있다. 이식받고 나면 환자는 이식장기로 보통 20~30년 정도 생존하는데, 최근에 수혜자들이 젊어지면서 “재이식”을 받아야 하는 상황이 오고 있다. 예를 들어 40~50대 때 이식을 받은 환자는 60~70대가 되면 다시 이식받아야 한다. 위의 의사는 우스갯소리라면서 어릴 때는 부모로부터 신장을 이식받고, 중년에는 배우자로부터 받고, 노년이 되어서는 자식으로부터 받는, 세 번의 이식을 받는 상황이 올 수 있다고 말했다. 적응증의 확대와 재이식 이슈까지 포함되면 장기이식에 대한 수요는 뇌사기증의 증가 여부와 무관하게 계속 증가할 수 있다. 보통 이식전문의들은 그동안 이식받지 못하고 기다리던 사람들이 이식받고 나면 이식 건수는 점차 감소할 것이라고 추측했지만, 이 예상이 빗나갈 수 있는 것이다.

장기이식에서 수요는 자연적으로 발생하는 것이 아니라 계속 발명되고 있다. 익숙한 ‘장기부족’ 담론은 공급의 부족만을 문제 삼지만, 사실 이 공급을 따돌리는 수요의 지속적인 발명이 있다. 현실에선 기증자들이 여전히 부족하지만, 기증자가 획기적으로 늘어난다 해도 이렇게 수요가 발명되는 이상 장기부족 현상은 해소되지 않는 것이다. 지금까지 보았듯이, 이 수요의 발명은 적응증을 확대하려는 의료진의 지식실천, 환자와 가족의 윤리적 규범의 변화, 병원시스템의 이해관계와 의료비 지원 제도 등이 결

합한 결과이다. 카우프만은 미국의 의료현장에서 노인들에게 장기이식과 같은 의료기술이 가능성으로 제공되면 기술의 채택은 필연적인 것이 된다고 지적한 바 있다(Kaufman 2015). 기술이 효과적일 수 있는 증거가 제기되면 어떤 비용을 치르더라도 이 기술을 실현해 삶을 연장하려는 시도는 정상적이고 자연스럽고 윤리적인 것이 된다. 기술적 명령(technological imperative)이 도덕적 명령(moral imperative)이 되는 이 과정에서 모든 죽음은 “때 이른 죽음(premature death)”이 된다.<sup>16)</sup> 기술적 가능성이 제시되면, 기술, 죽음, 건강과 수명 연장을 바라보는 윤리적 규범이 재편되고, 가족에게서 장기를 받는 생존기증자 장기이식은 루틴하고 표준적인 치료가 되고 있다.

의료진들은 기증자에 대한 체계적이고 장기적 연구보다는 환자들의 예후를 조사하는 연구에 더 집중하면서 적응증 확대를 정당화하고 있으며 병원시스템은 이를 뒷받침하면서 이익을 얻고 있다. 의료의 공정한 접근을 보장하려는 건강보험과 의료비 지원제도는 이런 흐름을 재정적으로 가능하게 만들고 있다. 윤리적 규범, 의학적 지식, 의료비 지원정책이 결합해 생명의 잠재성을 극대화하는 방향으로 장기이식을 이끌고 있다. 기술적 개입의 가능성이 희망을 낳고 이 희망이 기술적 개입을 정언명령처럼 만들면서 장기이식의 목표도 바뀌고 있다. 죽어가는 환자를 살리는 기술이라는 이전 목표가 일부 유지되지만, 이제는 삶의 개선이나 연명이 새로운 목표가 되고 있다. 이 과정에서 예방, 치료, 연명이라는 의료적 실천의 오랜 경계가 허물어지고 있다(Kaufman et al. 2006). 맥락에 따라 장기이식은 치료가 되기도 하고 연명 수단이 되기도 하고 더 나은 삶의 질을 위한 선제적 조치가 되기도 한다.

16) 의료적 실천에서 기술적 명령은 폭스(Victor Fuchs)의 용어인데, 신기술의 도입 맥락에서 의료인류학자 바바라 쾨니히가 다시 사용했다(Koenig 1988). 쾨니히는 신기술이나 새로운 의료기기가 존재하면 이를 지속적으로 사용하도록 강제하는 것을 기술적 명령이라고 불렀다.

생존기증자 장기이식 사례는 현대 생의료(biomedicine)의 기술-윤리-지식-제도가 결합해 어떤 생명정치를 만들어갈 수 있는지를 보여주고 있다. 치료 가능성을 제시한 장기이식은 기술적 명령을 거쳐 곧 도덕적 명령이 되고 이런 윤리적 질서 속에서 환자와 의료진은 노년과 죽음을 인간의 필연성보다는 기술적 실패로 여기는 태도에 익숙해져가고 있다(Lock 1995; Callahan 2000; Koenig 2003). 비록 가족의 몸을 사용하더라도 죽음을 늦추거나 물리치는 것을 도덕적인 것으로 여기는 주체성이 형성되고 그 결과 결코 충족될 수 없는 장기이식 수요를 만들어가고 있다.<sup>17)</sup> 인류학은 끝없이 수요 창출을 추동하는 이 기술을 지켜보면서 이 기술이 쉽게 도덕화되는 과정을 경계해야 한다. 이 과정을 면밀히 추적하면서 인류학자는 우리의 일상적 삶과 몸이 어떻게 문제화되는지 자세히 기록하는 임무를 계속 맡아야 할 것이다.

---

17) 2014년 대한외과학회에서 만난 한 의사는 자기가 경험한 바로는 환자인 부모들이 자식들의 장기를 이식받는 것을 과거보다 덜 꺼려 하는 것 같다고 말한 적이 있다. 그는 환자들의 윤리적 규범이 과거와 달리 많이 바뀌었다는 점을 암시했다.

■ 참고문헌

- 김명수 외, 2014, “간장 응급도 기준 개선방안 연구: 간 이식 대기자의 생존분석,” *J. Korean Soc Transplant* 28: 59–68.
- 블루어, 데이비드 (김경만 역), 2000, 『지식과 사회의 상』, 서울: 한길사,
- 박정호, 2011, “사후 장기기증: 증여와 희생제와의 관점에서,” 『한국사회학』 45(2): 204–231.
- 서경석·이남준, 2008, “간세포암 치료로서 간 이식의 적응증과 예후,” *J. Korean Med. Assoc* 51(8): 708–716.
- 송기원·황신·이승규, 2010, “간세포암 환자에서의 간 이식,” 『대한소화기학회지』 55: 350–360.
- 장기이식관리센터(KONOS), 각년호, 『통계 연보(2000~2017)』, 질병관리본부.
- 하대청, 2019, “가족을 위한 몸: 생존기증자 장기이식과 생명가용성의 정치,” 『경제와 사회』 124: 44–78.
- Callahan, Daniel, 2000, “Death and the Research Imperative,” *The New England Journal of Medicine* 2 (March): 654–6.
- Chen, Chao-Long, Catherine S. Kabling, and Allan M. Concejero, 2013, “Why Does Living Donor Liver Transplantation Flourish in Asia?” *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology* 10: 746–51.
- Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, Jennifer R. Fishman, and Janet K. Shim (eds.), 2010, *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Edinburgh: Duke University Press.
- Cohen, Lawrence, 1999, “When It Hurts: Indian Material for an Ethics of Organ Transplantation,” *Daedalus* 128(4): 135–165.
- \_\_\_\_\_, 2005, “Operability, Bioavailability, and Exception,” in Aihwa Ong and Stephen J. Collier (eds.), *Global Assemblage: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Gruessner, Rainer W. G. and Enrico Bendetti, 2008, *Living Donor Organ Transplantation*, New York: McGraw-Hill Companies.



- Kaufman, Sharon, Ann J. Russ, and Janet K. Shim, 2006, "Aged Bodies and Kinship Matters: The Ethical Field of Kidney Transplant," *American Ethnologist* 33(1): 81-99.
- Kaufman, Sharon, 2010, "Making Longevity in an Aging Society: Linking Medicare Policy and the New Ethical Field," *Perpsect. Biol. Med.* 53(3): 407-424.
- \_\_\_\_\_, 2015, *Ordinary Medicine: Extraordinary Treatments, Longer Lives, and Where to Draw the Line*, Durham and London: Duke University Press.
- Koenig, Barbara A. and Linda F. Hogle, 1995, "Organ Transplantation (Re) Examined?" *Medical Anthropology Quarterly* 9: 393-397.
- Koenig, Barbara A., 1988, "The Technological Imperative in Medical Practice: The Social Creation of a 'Routine' Treatment," in Lock, Margaret and Deborah Gordon (eds.), *Biomedicine Examined*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp.465-496.
- \_\_\_\_\_, 2003, "Dead Donors and the "Shortage" of Human Organs: Are We Missing the Point?" *The American Journal of Bioethics* 3(1): 26-7.
- Lee Kwang-Woong, Nam-Joon Yi, and Kung-Suk Suh, 2014, "Section 5, Further Expanding the Criteria for HCC in Living Donor Liver Transplantation: When Not to Transplant: SNUH experience," *Transplantation* 97(8S): S20-S23.
- Lee Sung Gyu et al., 2012, "Living Donor Liver Transplantation for Hepatocellular Carcinoma: Current Status in Korea," *Transplantation Proceedings* 44: 520-22.
- Lock, Margaret and Vinh-kim Nguyen, 2010, *An Anthropology of Biomedicine*, Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Lock, Margaret, 1995, "Transcending Mortality: Organ Transplants and the Practice of Contradictions," *Medical Anthropology Quarterly* 9(3): 390-3.

- \_\_\_\_\_ 2002, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, Berkeley: University of California Press.
- Rabinow, Paul and Nikolas Rose, 2006, "Biopower Today," *BioSocieties* 1: 195 –217.
- Rajan, Kaushik Sunder, 2006, *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*, Durham and London: Duke University Press.
- Rose, Nikolas, 2007, *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton and London: Princeton University Press.
- Scheper –Hughes, Nancy, 2002, "Min(d)ing the Body: On the Trail of Organ –Stealing Rumors," in Jeremy MacClancy (eds.), *Exotic No More: Anthropology on the Front Lines*, Chicago: The University of Chicago Press, pp.33 –63.
- \_\_\_\_\_ 2005, "The Last Commodity: Post –Human Ethics and the Global Traffic in "Fresh" Organs," in Aihwa Ong and Stephen J. Collier (eds.), *Global Assemblage: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Oxford: Blackwell Publishing, pp.145 –165.
- \_\_\_\_\_ 2008, "The Tyranny of the Gift: Sacrificial Violence in Living Donor Transplants," *American Journal of Transplantation* 7: 507 –511.
- Waldby, Catherine and Robert Mitchell, 2006, *Tissue Economies; Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism*, Durham: Duke University Press.

## 국문초록

〈주요 용어〉 장기이식, 생존기증자 장기이식, 생존기증자 간 이식, 생명정치, 적응  
증의 확대, 생명경제, 수요의 발명, 이식산업, 기술적 명령, 생명경제

한국은 뇌사 장기 기증율은 낮지만 살아 있는 이들의 기증율은 매우 높은 국가이다. 대개 종교적 문화 때문에 뇌사자의 기증이 적고 이 때문에 살아 있는 이들이 자신의 장기를 기증하는 생존기증자 장기이식이 활성화되어 있다고 알려져 있다. 이 글은 “수요”와 “공급”이 불균형한 장기이식의 익숙한 현실을 생명정치적 관점에서 다시 조명하려는 시도이다. 특히, 장기이식의 “수요”는 자연적인 것으로 간주하고 “공급”을 확대하는 기증활성화 운동이 장려되는 현실에서 이 “수요”가 어떻게 만들어지는지 살펴보고자 한다. 장기이식이 필요한 환자는 어떻게 정해지는가? 누가 어떤 기준으로 이식대상자로 정의하는가? 이 과정에서 어떤 사회적·경제적 힘들이 작동하는가? 이 연구는 실험적 처치였던 장기이식이 표준치료가 인정되는 과정에 주목하면서 장기의 “수요”는 질병 발생의 자연스런 결과이기보다는 의료적 실천을 둘러싼 생명정치의 결과라는 점을 보이고자 한다. 지난 연구에서 필자는 ‘효의 생의료화’라는 문화적 각본이 강력하게 작동하면서 기증자들의 고통받는 몸이 비가시화된다는 점을 보였다. 이 과정 덕분에 기증자의 몸을 자원으로 만들려는 ‘생명가용성(bioavailability)’ 전략이 끝없이 확장될 수 있었다. 이번 연구에서는 기증자의 몸을 추적하는 대신 의료진, 사회복지사와 수혜자 등을 면담하고 수혜자의 자격을 결정하는 의료지식의 생산과 실행 과정을 구체적으로 들여다볼 것이다. 그 결과, 환자의 희망, 가족의 요구, 적응증(indications)을 확대하려는 의료진의 노력, 지식의 비대칭적 생산과 특정한 생명경제(bioeconomy) 아래에서 장기이식 대상자의 범주가 꾸준히 확대되는 현실을 확인할 수 있었다. 생존기증자를 가족 중에서 쉽게 찾을 수 있는 국내 현실 속에서 표준치료와 실험적 치료의 경계가 재구획되고 ‘연명용’ 장기이식과 ‘선제적 조치’로서의 장기이식이 마치 표준치료인 것처럼 도입되고 있었다. 또한, 의료의 공정한 접근가능성을 보장하려는 건강보험과 의료비 지원제도가 병원의 이해관계와 결합하면서 이식 결정의 경제적 장애물을 제거하고 있었다. 장기이식이 열어놓은 기술적 가능성 속에서 이 가능성을 루틴한 시도로 받아들이는 환자와 가족, 이를 정당화하려는 의료진, 의료의 접근성을 높이려는 정부 정책이 병원의 이해관계와 결합된 현실 등이 모두 결코 충족될 수 없는 장기이식의 수요를 제한 없이 발명하는 결과를 낳고 있다. 마지막으로 이 연구는 지식-윤리-기술-제도가 결합한 생명정치의 한 양상을 드러내면서 이 결과가 갖는 윤리적 의미를 논의한다.

Abstract

Key words: Organ Transplantation, Living Donors Organ Transplantation, Living Donors Liver Transplantation, Biopolitics, Expansion of Indications, Invention of Demand, Transplantation Enterprise, Technological Imperative, Bioeconomy.

Invention of Demand and Technological Imperative:  
Biopolitics of Living Donor Organ Transplantation

Dae - Cheong Ha\*

Living organ donation rate is predominantly high in South Korea, with low deceased donation rate. The high living donor rate with low deceased one has often been ascribed to our own religious beliefs and cultural attitude. This paper reexamines the well-known imbalance between “supply” and “demand” in organ transplantation, drawing on a theory of biopolitics. Especially, I will investigate how the demand has been made, rather than naturalizing and trying to meet the demand in organ transplantation. I will problematize the demand and narratives around it by raising several questions: Who should receive organ transplants? By whom and what criteria is it determined? what does socio-economic force intervene in this process? This paper will show that the demands in organ transplantation are outcomes of biopolitical enterprise in medical practices, exploring how a living donor liver transplantation has been accepted as a standard treatment.

---

\* Assistant Professor, Division of Arts and Sciences, Gwangju Institute of Science and Technology (GIST)

My previous research showed that a moral script such as “biomedication of *Hyo*” has made donors’ suffering socially invisible, which serves as a base for biopolitics to expand the availability of human bodies for transplant. In this paper, while interviewing diverse actors such as medical doctors, social workers and donors, I will investigate how the indications for living donor liver transplantation(LDLT) have been expanded in the medical practices. The result shows that requests of patients and family, medical staff’s effort to expand the indications, asymmetric knowledge production and a specific bioeconomy, all contributed to the audacious expansion for eligible organ recipients. In this manner, a boundary between standard and experimental treatment has been redrawn and contentious organ transplantations, that is, ones for life –prolongation and preventive measures have been actively introduced. In addition, health insurance provided by the state, and medical expenses supported by public charities, conjugated with hospitals’ interests, staved off the last obstacle for the expansion. This paper finally discusses the implication of this biopolitical enterprise and a possible role of anthropology in intervening in this biopolitics.