

의학적 의사결정의 실천 모델: 환자, 의사, 사회, 세 가지 주된 힘의 상호작용을 중심으로

이효진*

I. 서론

의료인과 환자는 늘 선택의 기로에 서게 된다. 진단을 위한 추가 검사를 수행할 것인지 말 것인지, 치료를 위해 어떤 방법을 선택할 것인지, 연명 치료를 계속할 것인지 말 것인지 등 일견 사소해 보이는 문제부터 환자의 생명을 좌우할 수 있는 문제에 이르기까지 의료는 의사결정의 연속이다. 따라서 어떤 의사결정을 하느냐가 후속의 의료행위를 결정지으므로 의사결정에 따라 환자의 삶의 질과 연속성은 달라진다.

의학은 의료인의 소양으로서 전통적으로 건강과 질병에 관한 지식 축적을 강조해왔다.¹⁾ 그러나 의학적 의사결정은 이러한 지식 축적 이상의 지식과 기술을 요구한다. 개개인의 환자의 진단과 치료에 관한 고지된 의학적 의사결정(informed medical decision)은 별도의 건설한 지

식 기반을 필요로 하며, 그와 함께 한 인간으로서 환자에 대한 관심도 필요하다. 그러나 이러한 사실적 지식과 관심만으로는 불충분하여 숙련된 의료인은 각 상황에 맞게 위험, 비용, 이익, 가능성을 분석하고 이에 기초하여 환자를 위한 선택 가능한 대안들을 수립할 수 있는 전략적 사고를 해야만 한다.²⁾

한편 환자는 이러한 의사결정에 의하여 수행되는 의료행위가 가져다주는 결과에 대하여 다양한 기대와 저항감을 갖고 있다. 개별적인 의료행위는 전적으로 환자를 만족시켜주지는 못한다. 우선 모든 의료행위는 그것이 본래 목적으로 하는 효능이 있는 반면, 감내해야 하는 부작용과 위험이 있기 마련이다. 뿐만 아니라 이러한 의료행위는 돈과 시간 등의 사회경제적 비용을 수반한다. 이러한 다양한 결과(return)에 대하여 개별 환자가 갖는 기대치 역시 모두 다르다. 예를

교신저자: 이효진, 산청군 보건의료원, 055-970-7500, hyozhin@naver.com

* 산청군 보건의료원

1) Fineberg HV, Medical decision making and the future of medical practice, Med Decis Making 1981 ; 1(1) : 4-6.

2) Fineberg HV, 위의 글(주1), 4.

들면 급성 충수염의 경우, 젊은 여성의 경우 반흔(scar)의 문제로 복강경을 이용한 수술을 선호하겠지만 경제적 어려움이 있는 경우에는 반흔을 남기더라도 일반적인 수술을 택하게 될 것이다. 이처럼 개별 환자의 이해(interests)는 다양하고 복잡하기 때문에 의학적 의사결정은 환자의 개인적 특성과 욕구를 늘 고려해야만 한다. 이전의 의사-환자관계(physician-patient relationship)에서 환자의 역할은 치료를 받는 수동적인 입장에 있었지만 점차 치료의 협력자, 동반자로서의 위치가 주목 받고 있다. 점점 활성화되고 있는 참여적 의사결정, 공유된 의사결정(shared decision making)이 좋은 예이다.³⁾ 최근의 연구는 이와 같은 의사결정에 환자의 참여도가 높을수록 환자의 치료에 대한 순응도와 치료결과가 개선됨을 시사하고 있다.⁴⁾ 국내의 후속 연구 또한 이러한 연구 결과를 뒷받침함으로써 공유된 의사결정은 미국과 한국 두 국가 사이의 문화적 차이에도 유용함을 확인하였다.⁵⁾

한편 의학적 의사결정 또는 의료의사결정(medical decision making)은 환자의 삶뿐만 아니라 의료인의 직업 생명과도 깊게 관련된 문제이다. 1997년 보라매병원에서 있었던 연명치료중단에 관한 판례⁶⁾는 의학적 의사결정의 결과가 어떻게 의료인의 직업 생명을 위협할 수 있는지 보여준 사례였다. 당시 환자는 두부 외상을 입은 뒤 뇌수술을 받고 뇌부종이 회복되지 않아 호흡보조장치에 의존하여 생명을 유지하고 있었으나 의식 수준은 점차로 회복하는 추세에 있었다. 그러나 보호자는 환자 치료에 대한 경제적

부담과 그동안 환자가 가족에게 끼친 부정적 영향을 이유로 의사에게 퇴원을 종용하였고 의사는 수차례 만류하였으나 보호자가 뜻을 굽히지 않자 보호자의 의향에 따라 호흡보조장치를 제거하고 퇴원시킴으로써 환자가 사망하였고, 그로 인해 보호자와 당시 의사결정에 관여한 전공의 2인, 그러한 결정사항을 수행했던 인턴 전공의 1인이 재판을 받게 되었다. 결국 대법원까지 가게 된 이 사례는 당시 의사결정에 관여한 의사 두 명에게 유죄를 확정하였다. 한편 당시의 의사결정을 수행한 의사에 대해서는 하급심에서 무죄⁷⁾를 확정하였다. 집행유예에 의해 실형을 받지 않아 유예의 기간이 지난 후 선고의 법률적 효력이 사라진다 하더라도 이미 받은 선고의 사실이 사라지는 것은 아니기 때문에 당해 의료인과 의료계에게 큰 충격을 남겼다. 이러한 사례는 의학적 의사결정과 관련하여 두 가지 의미를 던져주었다. 첫째, 의학적 의사결정은 환자와 보호자에게 영향을 미칠 뿐 아니라 법률적 효과를 발생시키는 의료행위를 결정하므로 속고가 필요한 과정이라는 것이다. 둘째, 의사결정 행위가 의사수행 행위보다 책임성이 강하다는 것이다. 즉 의학적 의사결정은 사회규범에 의하여 제약되거나 처벌 받을 수 있으므로 윤리적, 법적 검토가 있어야 하고, 단순히 의사수행 행위를 한 것보다 그 행위를 결정하고 지시한 의사결정의 법적 책임성이 보다 무겁다는 것이다.

이러한 의학적 의사결정의 위기는 결코 드문 일이 아니다. 의학적 최선과 환자의 최선은 늘 여러 가지 원인에 의하여 상충되기 마련이며 그

3) Charles C, Gafni A, Whelan T, Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango), Soc Sci Med 1997 ; 44 (5) : 681-692.

4) Frosch DL, Kaplan RM, Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions, Am J Prev Med 1999 ; 17(4) : 285-294.

5) 서원식, 이채경, 의사와 환자 간 공유된 진료의사결정이 환자만족도에 미치는 영향, 예방의학회지 2010 ; 43(1) : 26-34.

6) 대법원 2004. 6. 24. 선고 2002도995 판결.

7) 서울지법 남부지원 1998. 5. 15. 선고 98고합9 판결.

결과 의학적 의사결정은 의학적 최선과 환자의 최선을 동시에 충족할 수 없는 불완전한 것이 될 때가 필연적으로 생기기 때문이다. 이런 의학적 의사결정의 불완전성은 의학과 기술이 발달하면서 오히려 심화되고 있다. 예를 들어 이전의 의료에서는 지금보다 제약된 지식과 기술 환경에서 시도할 수 있는 것이 적었기 때문에 환자의 예후의 좋고 나쁨을 불연속적으로 비교적 분명하게 말할 수 있었다. 그러나 최근의 의료에서는 보다 많은, 그리고 개선된 의학과 기술 자원을 이용하여 환자의 치료에 임하면서 환자의 예후에 대한 좋고 나쁨의 경계가 느슨해지고 분명하게 말할 수 있는 여지가 줄어들게 되었다.⁸⁾ 그럼에도 불구하고 의료의 패러다임 변화에 의한 예후 예측의 어려움의 귀결을 환자 개인과 사회로부터 존중 받지 못함으로써 의료인에게 책임을 묻는 경우가 생기게 되었고 대표적인 예가 보라매 병원 사건이었다.

결국 의학적 의사결정은 의료가 추구하는 본래의 이상인 환자의 건강한 상태를 달성하면서, 한편으로는 환자 개개인의 복잡한 욕구를 충족시키며, 사회규범에 충실해야만 한다. 그러나 현실에서는 의학적 의사결정이 요구되는 상황에서 의사를 비롯한 의료인의 전문지식과 직업관에 의한 목표와 개개인의 환자의 욕구에 의한 목표는 서로 불일치할 수 있으며 어느 한 쪽이 불합리할 수 있다. 그러한 경우에는 이 둘 모두를 제약할 수 있는 사회의 법적, 윤리적 규범에 비추어 볼 때 어긋나지 않는 선택을 해야 하지만 사회적 가치와 제도 역시 급변하는 의료 환경의 변화에 대응하지 못해 기준을 제시하지 못할 경우가 많다. 본고는 그러한 갈등 상황에서 의학적

의사결정을 상호작용하는 세 가지 힘인 의학적 의견, 개인적 욕구, 사회적 가치의 측면에서 검토하고 각각의 힘에 대응하는 방법론적 모델을 제안하고자 한다.

II. 본론

1. 의학적 의사결정의 시대적 요구

의학적 의사결정은 1979년 미국의 오하이오(Ohio)주 신시내티(Cincinnati)에서 두 명의 공동 회장(Lee. B. Lusted, Eugene L. Saenger)에 의해 의료의사결정학회(Society for Medical Decision Making, SMDM)⁹⁾가 시작되면서 체계적으로 연구결과가 축적되었다.

1981년 Fineberg¹⁰⁾는 의료의사결정학회지(Medical Decision Making, MDM)에서 점점 의사들은 환자의 진단과 치료를 위한 접근에서 보다 더 체계적일 것을 요구하는 힘에 직면하게 될 것이라고 언급하면서 의학적 의사결정의 필요성을 다음과 같은 요인들을 들어 설명하였다. 첫째, 의학 지식의 폭발적인 성장이 계속될 것이라는 점, 둘째, 급격한 지식 성장과 더불어 의학의 기술적 복잡성과 전문화가 심화될 거라는 점, 셋째, 의료에 이용가능한 경제적 자원이 빠듯하게 한정되어 있다는 점, 넷째, 의료의 의사결정에서 환자의 역할이 점차로 증대하고 있다는 점에서 의학적 의사결정 또한 중요해질 것이라고 보았다.

이를 현재의 시점에서 보면 다음과 같다. 첫째, 의학지식의 양적 증대에 따라 예전에는 지식의 단순 적용에 머물렀던 의료가 환자로부터 다양

8) 허대석, 회생가능성이 불투명한 환자의 치료중단 -보라매병원사건의 확정 판결에 대한 의료인의 입장, 대한병원협회지 2004 ; 33(5) : 15-17.

9) 미국 의료의사결정학회, <http://www.smdm.org/history.shtml> 2013년 2월 11일 방문.

10) Fineberg HV. 위의 글(주1). 5-6.

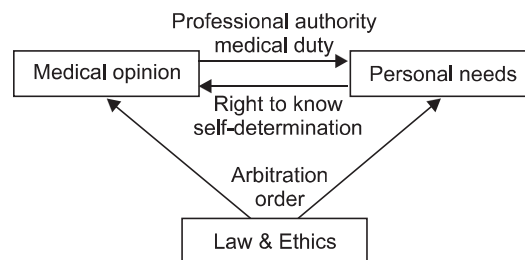
한 임상정보를 수집할 수 있게 되었고, 또한 이를 해석하는 방대한 의학지식의 체계 내에서 의사결정을 수행하는 복잡한 활동으로 변모하게 되었다. 따라서 이전과 달리 현대의 의료는 정보와 지식의 폭증으로 인해 이를 효과적으로 다룰 수 있는 합리적인 의사결정도구를 필요로 하게 되었다. 베이시안 분석(Bayesian analysis)과 같이 둘 이상의 증상이나 검사 결과를 계량적으로 종합할 수 있는 의사결정도구의 출현은 이러한 현실의 좋은 예다.¹¹⁾ 둘째, 의학기술의 복잡성과 전문화로 한 명의 의료인만으로는 환자의 모든 문제를 풀 수 없게 되었다. 따라서 필연적으로 분과 간의 협력이 요구되었고, 이에 따라 집단적 의사결정, 협력적 의사결정이라는 영역이 생겨나기 시작했다. 셋째, 의료에 투입될 수 있는 자원은 환자 개인으로 보나 전체 사회의 규모에서 보나 한정되어 있다. 따라서 의료는 제한된 자원을 바탕으로 가능한 많은 효익을 발생시켜야 한다. 다시 말해 의료 또한 경제주체와 마찬가지로 관리적 의사결정(managerial decision making)이 필요해지게 된 것이다. 넷째, 시대가 변모해감에 따라 의사와 환자의 관계가 변화하면서 환자의 의료 참여가 점차 증가하면서 환자 참여적, 고지된(informed) 의사결정이 요청되고 있다. 결국 이상적인 의학적 의사결정은 방대한 정보를 다룰 수 있는 합리적 체계로 구성되어야 하며, 의료인 개인이 아닌 의료 구성원의 집단 협력이 필요하며, 효율적 자원 관리하에 이루어져야 하고, 환자의 참여적인 의사결정이어야 한다고 볼 수 있다.

2. 의학적 의사결정의 구조

의학적 의사결정은 의사소통을 통해 수행할 의료행위를 도출하는 과정으로 크게 보면 의학적, 개인적, 사회적 체계의 교집합에서 이루어진다.¹²⁾ 의학적 체계는 환자의 문제를 해결하기 위하여 생물학적인 최선을 찾아낸다. 개인적 체계는 환자 개인의 선호와 편익에 의하여 대안을 지향한다. 사회적 체계는 의료의 직접 당사자인 의사와 환자 외에 사회가 의료에 가하는 제약이라고 할 수 있다. 이 세 가지가 모두 만족되는 대안에서 의학적 의사결정은 이루어진다고 볼 수 있다. 따라서 의학적 의사결정은 이 세 가지 체계가 요구하는 요건을 모두 충족하여야 한다.

한편 실제의 의학적 의사결정은 이 세 가지 체계에서 일어나는 갈등에 의한 힘의 역학이 <그림 1>과 같이 작용한다. 이러한 힘의 역학 관계는 시대와 지역에 따라 차이가 존재한다. 과거에는 의사의 전문적 권위에 의한 의사결정이 주도적이었으나 최근에는 개인의 알 권리와 자기결정권이 부각되면서 의사결정의 참여 비중이 높아지고 있다. 한편으로는 이러한 환자와 가족의 참여 비중이 높아지면서 의학적 최선에 가치를

(Figure 1) Dynamics of Medical Decision Making
Medical duty, Self-determination, Order,



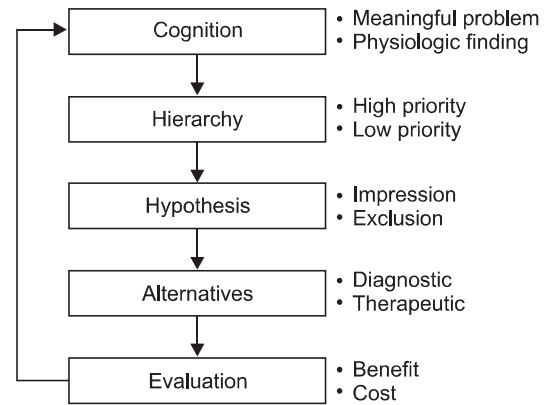
11) 이병도, 의학적 의사결정 도구들에 대한 고찰: Bayesian analysis and ROC analysis, 대한구강악안면방사선학회지 2006 ; 36(1) : 4.
12) 이효진, 의료실천의 개념과 필요성, 한국의료윤리학회지 2012 ; 15(3) : 300-301.

두는 의사와 사회경제적 부담의 주체인 환자 사이에서 갈등의 빈도 또한 높아지고 있다. 결국 이러한 갈등을 중재하기 위해서는 사회적 접근이 필요한데 구속력이 없는 윤리적인 측면과 강제적인 법적 측면이 함께 존재한다. 이러한 법적 윤리적 측면은 의사와 환자 사이의 갈등을 중재하기도 하고 때로는 권고나 명령하기도 한다. 즉 실제의 의학적 의사결정은 이 세 가지 주체의 의학 관계의 상호작용을 통해 일어난다고 볼 수 있다. 따라서 다음에서는 이 세 가지 주체의 의사 결정과정을 의학적 의견 형성 과정, 개인적 욕구 반영 과정, 법적 윤리적 검토 과정의 모형으로 설명하려고 한다.

3. 의학적 의견

의학적 체계에서 이루어지는 의학적 의사결정은 의학적 의견(*medical opinion*)이라는 형태로 구체화된다. 의학적 의견은 해당 환자의 주치의가 제안하는 의료행위의 대안의 집합이라고 볼 수 있다. 의학적 의견은 해당 환자로부터 얻어진 병력, 신체진찰, 검사 결과, 다른 의료인의 의견을 종합하여 주치의가 형성하게 된다. <그림 2>는 이러한 의학적 의견을 형성하는 의사결정과정을 도식화한다. 의학적 의견의 형성은 문제의 인식으로부터 출발한다. 의학적 의견 자체가 환자가 호소하거나 잠정적으로 가진 문제에 대한 해답이기 때문이다. 따라서 문제를 인식하였으면 문제와 관련된 정보 수집이 있어야 하며, 이는 병력청취, 신체진찰, 검사, 시술 등의 의사소통과 의료행위의 과정에서 일어난다. 이렇게 수집된 정보는 다시 여러 개의 딸림 문제로 목록을 만들 수 있게 된다. 이 목록을 바탕으로 의사는 문제의 위계를 설정하고 그러한 위계의 틀에서 가설에 의하여 진단계획과 치료계획을 세

(Figure 2) Decision Making Process of Medical Opinion.



울 수 있고, 그 계획의 내용이 의학적 의견이 된다. 이 때 의사는 가능한 모든 진단과 치료의 대안을 고려하되, 배제 가능한 대안은 제외시켜야 한다. 그러한 절차에 의하여 대안의 탐색이 완료되면 각 대안이 갖고 있는 특징과 장단점을 평가해야 한다. 이 때 평가의 요소는 환자의 건강 이익과 사회경제적 비용 두 가지 측면에서 이루어져야 한다. 두 측면에서 평가가 완료되면 의사는 가능한 대안들을 환자에게 제시해야 한다. 실제 의료에서는 선택 가능한 대안이 하나밖에 없을 때가 많다. 그러나 환자의 대안 거부 또는 결정 지체 또한 별개의 가능성으로서의 대안이므로 이 때 발생하는 건강 이익과 사회경제적 비용의 변화 또한 설명할 수 있어야 한다. 또한 인식에서 평가에 이르는 과정은 의료행위의 결과를 확인하고 환자와의 의사소통을 수행하면서 환류(*feedback*)되어야 한다.

1) 문제 인식

모든 의사결정의 공통된 출발점은 문제를 인식하는 것에서부터 출발한다. 의료에서 문제 인식은 환자의 초진 의뢰, 경과에서 발생하는 환자

의 변화, 의료행위 중 돌발적인 상황 등 모든 상황에서 일어날 수 있다. 문제(problem)는 환자가 느끼고 생각하는 주관적(subjective) 문제와 의사를 비롯한 전문가의 관찰과 검사 해석에 의한 객관적(objective) 문제가 있다. 그러나 환자가 호소하는 모든 증상(symptom)이 문제가 되는 것은 아니며, 역시 의사가 관찰한 모든 이상 징후(sign)가 문제가 되는 것은 아니다. 환자가 느끼기엔 이상하지만 정상 범위에 있는 증상이 있을 수 있으며, 의사가 관찰한 징후 또한 생리적인 정상 징후(physiologic finding)이거나 중심 문제와 거리가 있는 징후일 수 있기 때문이다. 즉 환자로부터 얻을 수 있는 각각의 주관적, 객관적 정보는 의학적으로 의미 있는 것(meaningful problem)이어야만 문제 목록(problem list)에 포함되어 인식될 수 있다. 따라서 이 단계의 목표는 의미 있는 문제와 그렇지 않은 생리적 징후를 분별하여 의학적 의사결정에서 고려되어야 할 기초 자료를 수집하는 것이다.

2) 위계 설정

문제 목록의 문제들은 모두 대등하게 취급되지는 않는다. 문제들은 상대적으로 중요한 것과 중요하지 않은 것으로 나뉘고, 중심적인 것과 종속적인 것으로 나뉠 수 있다. 상대적으로 중요한 것은 생명을 위협하거나 신체 구조와 기능의 비가역적 변화를 초래할 수 있는 급성 질환임을 알리는 위험 징후(warning sign)이거나 진행성 질환임을 알리는 알람 징후(alarm sign)와 관련된 문제들이다. 다시 말해 해당 문제가 응급질환과 같이 의사결정에 신속성을 요구하거나, 중앙 질환이나 기타 진행성 질환과 같이 의사결정의 정확성을 요구하는 경우 중요성은 높아진다고 볼 수 있다. 상대적으로 중심적인 것은 해당 문

제와 의심 질환 사이의 연관성, 문제와 문제 사이의 인과성에 의해 결정된다. 예를 들면 알레르기성 피부염 환자에서 일어난 피부 감염 증상은 소양감(itching)에 의한 부차적인 것이므로 낮은 위계로 설정되거나 목록에서 제외된다. 이러한 중요성과 종속성에 의해 우선적으로 위계가 설정되면, 남은 위계는 증상, 병력, 징후, 검사 순과 같이 의료의 과정에서 문제가 인식되는 순서대로 나열된다. 그러나 문제가 뒤에 인식되더라도, 그것이 중요성과 종속성에서 우선한다면 상위 위계에 설정되어야 한다. 이러한 과정을 통해 문제 목록은 높은 우선순위(high priority)와 낮은 우선순위(low priority)로 조직화되고 앞의 문제 인식 단계에서 수집한 기초 자료를 위계 정보화할 수 있게 된다.

3) 가설 설정

임상적 가설은 설정된 문제 위계와 의학 지식을 일치시키는 것이다. 문제 위계에서 가장 상위에 있는 문제와 의학 지식 사이의 복수의 접점을 찾아내고, 하위에 있는 문제를 순서대로 일치시켜나가면서 가능 질환을 배제(exclusion)시켜 나간다. 최종적으로 남게 된 가설들은 의사가 환자의 현증을 설명하는 유력한 의심 질환(impression)으로서 이를 진단하거나 평가하기 위한 대안과 치료나 관리를 위한 대안이 필요하다. 이러한 대안은 일단 가설이 설정되면 의학 지식의 체계에서 자연스럽게 나타난다. 예를 들면 우상복부 통증 환자에서 발열이 동반되었고 이어 시행한 혈액검사서 백혈구증가증이 확인된다면 급성 담낭염(cholecystitis)의 가설을 세울 수 있을 것이다. 이 때 급성 담낭염이라는 가설을 세우게 된다면 이에 대한 확진 및 합병증의 평가를 위한 대안은 의학지식에 따라 복부 초음

파와 복부 전산화 단층촬영(computed tomography, CT)을 고려할 수 있게 될 것이며, 치료 계획과 관련된 대안은 금식, 항생제, 수액 보충, 담낭절제술 등이 될 것이다.

4) 대안 탐색

가설은 한 가지만 설정 가능한 것이 아니라 복수로 설정할 수 있기 때문에 대안 또한 복수로 나타날 수 있고, 하나의 가설에 대해서도 여러 대안이 가능하기 때문에 의학적 의사결정 과정에서 가능한 대안이 둘 이상이 되는 것은 드물지 않은 일이다. 예를 들어 전술한 급성 담낭염의 원칙적인 치료는 담낭절제술이지만 여타의 이유로 수술이 불가능한 경우에는 내과적 치료로 증상 완화가 가능하다. 이러한 폭 넓은 대안의 고려가 필요한 것은 비단 의학적 필요에 의해서 뿐만 아니라 환자의 개인적 욕구와도 관련되어 있다. 예를 들어 임신 중의 환자가 담석에 의한 중증도의 통증을 호소할 때 태아에 미칠 수 있는 영향으로 수술적 치료를 꺼려한다면 보존적 치료의 가능성과 그로 인한 부작용과 위험성을 고려해야 한다. 따라서 대안 탐색은 의료의 진행과정에서 늘 차선이 필요할 때가 있고, 또 환자의 개인적 욕구를 존중하기 위해서라도 폭 넓게 이루어져야만 한다. 그러나 한편으로 이러한 대안 중 환자의 건강 이익과 사회경제적 비용 측면에서 명백하게 열등한 대안은 제외되어야 한다.

또한 의료는 크게 보아 진단과 치료에 관한 행위로 나뉘므로, 그 행위의 대안 또한 진단적(diagnostic), 치료적(therapeutic) 대안 두 가지로 나뉘게 된다. 예를 들면 급성 담낭염이라는 가설에 대한 진단적 대안은 복부 초음파, 복부 CT, 혈액 검사 등이 있고, 치료적 대안으로는 전술한 바와 같이 금식, 항생제, 수액 공급 등과 같

은 내과적 치료와 담낭절제술과 같은 외과적 치료로 나뉠 수 있다. 또한 이러한 각 대안의 선택은 복수선택(multiple-choice)이 되거나 진료 단계에 따라 차례로 선택될 수 있다.

5) 대안 평가

대안이 탐색되면, 의학적 의사결정을 위해 각 대안이 가지는 환자에 대한 건강 이익과 사회경제적 비용을 평가해야 한다.

건강 이익은 해당 대안이 환자에게 줄 수 있는 의학적 이점과 부담의 합으로 구성된다. 건강 이익은 다시 건강의 연속성, 기능, 형태의 측면에서 나누어볼 수 있다. 연속성은 해당 대안이 환자의 생존 유지와 신체의 항상성에 기여하는 정도이며 기능은 환자의 신체의 운동, 감각, 인지 기능 등 각종 기능에 기여하는 정도이고, 형태는 환자의 신체의 외관과 구조의 유지에 기여하는 정도이다. 이렇게 건강 이익을 나누어서 평가해야 하는 이유는 개별 건강 이익 간에도 이해의 상충관계가 성립될 수 있기 때문이다. 예를 들면 20대 여성에서 수술이 필요한 급성 담낭염 사례의 경우, 담낭절제술은 환자의 건강을 회복하는 가장 좋은 대안이지만 수술 후 상처로 인해 해당 환자의 자연스러운 미적 형태를 훼손하게 된다. 이 경우 환자에게 수술 후 상처가 적게 남는 복강경하 절제술을 대안으로 제안할 수 있다.

사회경제적 비용은 해당 대안이 환자에게 미치는 사회경제적 영향의 합으로 구성된다. 환자가 부담하는 의료의 사회경제적 비용은 다시 직접적 비용과 간접적 비용으로 나뉜다. 직접적 비용은 환자의 본인부담금, 비급여항목 등 환자가 의료서비스를 제공 받음으로써 부담해야 되는 직접적인 금전 부담을 의미한다. 간접적 비용은 환자가 의료서비스를 받는 동안, 그리고 의료서

비스의 결과로 발생하는 사회경제적 비용이다. 환자는 의료서비스를 받는 기간 동안 노동을 할 수 없기 때문에 그만큼 임금손실을 겪게 된다. 또한 대안 선택의 결과로 환자의 신체 기능과 형태에 이상을 초래하는 경우 이것이 환자의 사회경제적 활동과 관련되어 있을 때 손실을 입게 된다. 간접적 비용은 이와 같이 의료비 부담을 제외한 환자의 모든 사회경제적 비용을 의미한다. 환자에게 있어 사회경제적 비용은 때로는 건강 이익보다 중요하게 취급되기 때문에 경시할 수 없다. 가족 한 구성원이 질병에 걸린다는 것은 당사자뿐만 아니라 그 가족구성원들의 삶에도 큰 영향을 미치기 때문이다.¹³⁾ 의료의 사회경제적 비용의 대부분은 직접적 비용인 의료비와 간접적 비용인 시간의 기회비용에서 발생하는데 소득 수준이 낮은 사람의 경우, 의료비를 감당할 능력이 부족하기 때문에 직접적 비용의 압박을 많이 받게 되며, 소득 수준이 높은 사람의 경우, 의료서비스를 받는 기간 동안 노동을 할 수 없게 됨으로써 발생하는 소득 손실이 상대적으로 커서 간접적 비용의 압박을 많이 받게 된다. 따라서 결과적으로 사회경제적 비용은 소득 수준에 관계없이 환자에게 중요하게 작용한다.

이러한 의료의 비용 측면은 사회와 의료공급자의 입장에서도 효율적인 의료자원 배분을 위해서 필요한 일이다. 나라마다 민영화의 정도에 따라 공적 자본 의존도의 차이가 있을 수 있으나 의료는 본인부담금 외에도 세금과 사회보험을 재원으로 하고 있기 때문이다. 또한 병원의 입장에서 한정된 의료자원을 상대적으로 많은 환자에게 투입해야 하기 때문에 효율적인 선택을 필요로 한다.

결국 공공재적인 성격을 띠고 있는 의료 또한 현실적으로 경제적 측면을 고려하지 않을 수 없다. 따라서 이처럼 의료 대안의 평가는 환자의 건강 이익(benefit)의 절대 우위만으로는 성립되지 않으며, 해당 대안이 가지고 있는 사회경제적 비용(cost)도 고려하여 타협할 수 없는 건강 이익의 최소한을 만족하면서 비용 대비 이익이 높은 대안을 찾아야 한다.

4. 개인적 욕구

개인적 욕구(personal needs)는 개인적 체계에서 이루어지는 의학적 의사결정의 원동력이다. 개인적 욕구란 의료의 대상자가 의료로부터 원하는 것과 원하지 않는 것의 총체이다. 현대의 의료에서 의학적 의사결정에서 환자의 참여 및 자기결정권은 점차로 확대되어가는 추세에 있어 이러한 환자의 개인적 욕구의 파악과 반영은 환자의 의료 순응도를 높이기 위해서 또, 환자의 의료 효능감을 높이기 위해서 중요하다. 그러나 한편으로 개인적 욕구를 과도하게 존중하는 지나친 환자, 보호자 중심의 의사결정은 오히려 환자의 이익을 해칠 수 있으며 나아가 공동체의 이익을 해칠 수 있다.¹⁴⁾ 따라서 존중하거나 타협할 수 없는 개인적 욕구도 있으므로 그러한 경우에는 욕구를 조절하거나 타협, 때로는 거절하여 적절히 대응해야 한다.

개인적 욕구를 결정짓는 것은 개인의 성격, 감정, 가치관 등의 내재적인 것과 개인의 가정상황, 사회경제적 상태 등에 의해 결정되는 외재적인 것으로 나누어 볼 수 있다. 일반적으로 개인적 욕구를 형성하는 내재적 요인은 변하기 어렵

13) 김상현, 손명세, 고신옥 등. 무의미한 연명치료 중단에 대한 중환자 전담의사의 인식: 포커스그룹 인터뷰를 중심으로. 한국의료윤리학회지 2012 ; 15(3) : 376.

14) 이상목. 의학적 의사결정에서 환자의 결정과 가족의 결정. 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(4) : 326-327.

기 때문에 이로 인해 형성된 욕구에 따른 의사결정을 변화시키는 것 또한 어렵다. 그러나 가정상황이나 여타의 사회경제적 상태는 중재 가능한 외재적 요인이므로 이러한 외재적 요인이 의사결정에 장애 요인으로 식별되면 적절하게 중재하여 의학적으로, 그리고 사회적으로 타당한 의사결정을 할 수 있도록 이끌 수 있다. 따라서 이러한 환자의 개인적 욕구를 미리 파악해두면 환자를 객관적인 입장에서 보았을 때 합리적인 의사결정으로 이끌 수 있으며, 또 의학적 의견과 개인적 욕구가 상충되더라도 적절하게 중재하여 개인적 욕구와의 상충을 해소하거나 타협할 수 있다.

한편 각각의 환자와 보호자들은 저마다 의사결정에 대한 참여의 선호 수준이 다양하지만 대부분 의료제공자와 결정을 공유하는 것에 관심이 있다. 그러나 이러한 관심의 수준과 의사결정의 태도는 환자의 나이, 교육 수준, 다른 지역사회 구성원, 감정과 신앙 등과 같은 개인적 요인에 따라 달라질 수 있다.¹⁵⁾ 따라서 의사는 이러한 점을 감안하여 환자가 노령, 낮은 교육수준, 남성일 경우와 같이 관심과 참여가 소극적이라고 예상될 경우에는 미리 배려하며 촉진하도록 해야 한다.¹⁶⁾ 반면 예민할 수 있는 환자와 보호자에 대해서는 조심스러운 접근이 필요하다.

이러한 개인적 욕구에 대한 파악이 이루어지면 의사와 환자의 의사소통에 의해 개인적 욕구에 의한 의학적 의사결정 과정이 계속된다. 우선 의사는 환자에게 현재까지의 의료 과정을 통해 얻은 정보와 환자가 처한 객관적 상황을 환자에게 설명한다. 이 때 상황 설명은 환자의 눈높이

에 맞춰 이해할 수 있도록 이루어져야 한다. 그렇지 않으면 상황 설명 과정이 형식적이게 되고 고지된 동의의 요건을 충족시킬 수 없게 된다. 환자들은 자신이 중요하다고 생각하는 문제에 대하여 자신이 이해할 수 있는 형태로 의사가 대답해주길 원하며, 의사소통과 의사결정에 참여하길 원한다.¹⁷⁾ 따라서 환자가 이해할 수 있도록, 그리고 효율적으로 설명하기 위해 의료인은 몇 가지 기술을 동원할 수 있다.

첫 번째로 어휘를 환자가 이해 가능한 범주로 조정해야 한다. 가령 인체를 묘사하는 해부학 용어는 영어, 라틴어, 한자어, 한글순화어 등으로 여러 가지 형태로 존재하여 혼용되어 쓰이는 경향이 있고 전문 영역마다 선호되는 형태가 달라 환자에게 혼란을 주기 쉽다. 따라서 해부학 용어를 그냥 써서는 안 되고 인체를 묘사하는 일반적 용어를 조합하여 환자가 이해할 수 있는 형태로 말해야 한다.

둘째로 언어적 의사소통 외 환자가 이해할 수 있는 도안을 활용해야 한다. 도안은 일반적으로 외래 진료실에 구비된 인체 도안이나 모형을 활용할 수도 있고 지면에다 직접 의료인이 그려서 묘사할 수도 있다. 때로는 환자 동의 서식의 공백 또는 후면에 그리기도 하는데 환자에 대한 고지 의무 이행의 증거로 삼기도 한다.

셋째로 환자로부터 얻게 된 의학적 소견과 정보를 공유하는 것이다. 흔히 환자들은 스트레스를 주는 침습적인 검사나 고가의 검사를 시행한 후 그에 대한 결과와 의미를 알고 싶어 하는데 의료인은 이러한 환자의 욕구를 간과하기 쉽다. 환자들의 이러한 정보의 욕구는 단순히 검사 결

15) Lipstein EA, Brinkman WB, Britto MT. What is known about parents' treatment decisions? A narrative review of pediatric decision making. *Med Decis Making* 2012 ; 32(2) : 246-258.

16) Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care* 2000 ; 38(3) : 335-341.

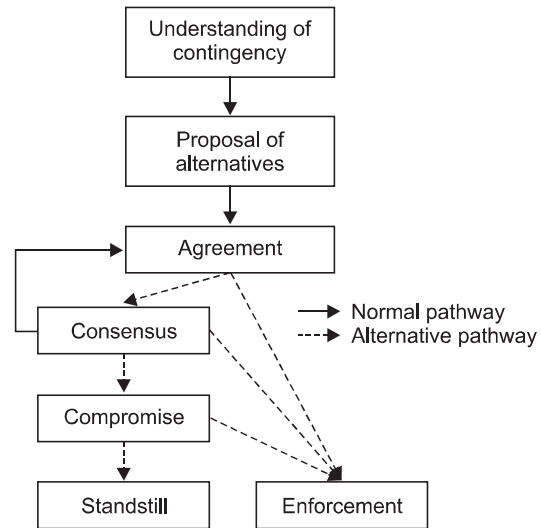
17) Jadad AR, Rizo CA, Enkin MW. I am a good patient, believe it or not. *BMJ* 2003; 326(7402) : 1293-1295.

과가 좋다 나쁘다를 알고자 하는 것에 머무르는 것이 아니라 왜 좋은지 나쁜지 이유를 알고 싶어 하며, 의료인이 이해하는 수준의 의미까지 도달하고 싶어 한다. 설령 검사 결과가 정상과 다름 없이 나왔다고 할지라도 설명을 듣고 싶어 하는 것이 환자의 욕구이다.

넷째로 환자 면담을 시간을 포함한 제한된 자원을 고려하여 계획해야 한다. 나라마다 차이는 있지만 보편적으로 의사의 업무량은 과중한 편이기 때문에 의사는 하루에 제한된 시간을 많은 환자에게 배분해야 한다. 따라서 수집한 정보를 바탕으로 계획성 있게 환자와 면담하는 것이 중요하다. 환자와의 면담 시간의 길이는 환자가 우울증 또는 불안장애가 있는 경우, 만성 질환이 있는 경우, 의사의 진단 개수, 환자의 증상 개수와 관련 있다.¹⁸⁾ 의사는 이러한 환자의 기초 정보를 토대로 면담 시간을 예측한 뒤 시간을 효율적으로 배분해야 한다.

다섯째, 의사는 스스로 환자와의 의사결정 공유가 잘 이루어졌는지 확인하고 피드백해야 한다. 의사가 느끼는 공유 수준과 환자가 느끼는 공유 수준은 다를 수 있기 때문에 환자의 입장에서 측정된 의사결정의 공유의 질과 양이 인식되어야 한다. 이러한 측정의 유용할 툴로서는 Elwyn 등¹⁹⁾이 제안한 옵션 척도(OPTION scale)가 유용하다. 옵션 척도는 의사의 의사결정 과정에서 관찰된 행동을 12가지 항목에 관하여 0점에서 4점에 이르는 척도로 응답하는 설문이다. 이러한 설문을 통해 의사가 충분히 환자에게 정보를 제공하고 의견을 물었는지 확인할 수 있다. 이와 같이 일련의 기술을 통해 환자가 현재의 의학적

(Figure 3) Decision Making Process of Personal Needs.



상황을 충분하게 이해하도록 설명하는 것이 중요하다.

이러한 상황 설명이 이루어지고 나면, 상황 설명과 같은 수준으로 환자가 이해할 수 있도록 대안을 제시해야 한다. 대안 제시는 의료인의 의학적 의견의 표명이므로 각 대안의 의료행위의 결과로 발생하는 건강 이익과 위험, 그리고 사회경제적 비용이 설명되어야 하며, 의료인이 생각하는 의학적 최선이 고지되어야 한다. 때로는 이러한 의학적 최선이 모호한 경우가 있을 수 있는데 이때는 그러한 상황을 가감 없이 설명한 후 함께 협의하여 결정할 수 있도록 해야 한다. 이러한 상황 설명과 대안 제시가 이루어지고 나면 의료인과 환자 사이의 의사의 일치 수준에 따라 <그림 3>과 같이 다음의 의사결정 과정을 거치게 된다.

18) Migongo AW, Charnigo R, Love MM, et al, Factors relating to patient visit time with a physician, Med Decis Making 2012 ; 32(1) : 93-104.

19) Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, et al, The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks, Health Expect 2005 ; 8(1) : 34-42.

1) 동의(agreement)

동의를 환자가 의료인의 의학적 최선에 같은 생각을 갖고 최선의 의사결정을 허락하는 것이다. 이 경우에 의료인의 의학적 견해와 최선은 그대로 환자에게 수용된다. 흠결 없는 동의가 되기 위해서는 전술한 이해 가능한 상황설명과 선택 가능한 대안제시가 적절하게 이루어져야 한다. 또한 이러한 상황설명과 대안제시 여부의 입증책임은 의료인에게 부과되는 경우가 많으므로 유의하여야 한다. 따라서 상황설명과 대안제시, 그리고 동의에 이르는 과정의 수행은 가능한 다른 의료인이 동석하거나 영상녹화가 이루어지는 병동 내 구역 등에서 행하는 것이 좋다. 한편 동의를 포함하여 합의, 타협, 강행, 보류와 같은 과정은 환자가 아닌 보호자와 같은 대리인에 의하여 수행될 수도 있다. 환자가 의사결정능력이 완전하지 않은 미성년자이거나 기타 질병 또는 장애로 의사결정을 할 수 없는 상태에는 대리인이 의사결정에 참여해야 하기 때문이다. 다만 이러한 대리인의 참여 시에는 그 대리인이 진정으로 환자의 총체적인 이익을 대변할 수 있는 사람인지, 또한 그러한 권한을 가진 사람인지 후술할 법적, 윤리적 검토가 병행되어야 한다.

2) 합의(consensus)

합의는 환자가 의료인의 의학적 최선을 허락하지 않을 때 일치된 견해를 형성하고 최선을 허락할 수 있도록 환자, 보호자와 함께 토의하는 과정이다. 합의는 의료인이 환자가 의학적 최선을 따르는 것이 반드시 필요하다고 생각될 때, 그리고 합의를 위한 충분한 시간적 여유가 있을 때 고려될 수 있다. 만약 환자에게 의학적 최선을 따를 필요성이 상대적으로 적다면 환자와 타

협할 수 있으며, 반드시 필요함에도 시간적 여유가 적다면 법적, 윤리적으로 타당한 방법으로 강행되어야 한다. 그러나 의사-환자관계에서 의사가 불일치할 때 일반적으로 가장 우선되어야 할 방법은 합의이다. 합의에 이르기 위해서는 의료인이 해당 대안을 환자에게 권유하는 이유를 합리적으로 설명해야만 한다. 그리고 다른 대안이 가지는 열위 또한 설명해야 한다. 이후 환자에게 의사결정을 하거나 보호자 및 지인들과 의논할 수 있는 시간적 여유를 제공해야 한다. 또 의료인은 스스로 설득 전문가가 되어야 하지만 효과적인 합의를 위해서 정신과 전문의를 포함한 동료 의료인과 주변 자원을 활용할 수 있어야 한다. 그렇게 한 후에도 합의가 되지 않는다면 타협이나 강행이 이루어져야 한다.

3) 타협(compromise)

타협은 의사-환자관계에서 의사(decision)의 간격을 일치시킬 수 없을 때 가능한 그 간격을 줄일 수 있도록 서로 양보하여 협의하는 것이다. 타협은 서로에게 최선이 될 수는 없지만 차선을 택하는 의사결정과정이다. 타협의 전제조건은 해당 사안이 타협 시에도 현저하게 환자의 건강 이익을 침해하지 않는 선택 가능한 대안이 존재하는 것이며 원안과 타협안의 차이를 환자가 숙지하여야 한다. 실제 의료현장에서 타협은 의사 주도적으로 때로는 환자 주도적으로 빈번하게 일어난다. 대개의 환자들은 의료적 활동에 집중할 수 없는 사회경제적 활동의 주체이기 때문이다. 예를 들어 지역사회획득폐렴 환자의 경우에서 하루 2회의 정맥 항생제 치료와 침상 안정이 필요하다고 판단되어 입원을 권유하였을 때 환자가 경제적 사유로 이를 거부한다면, 외래방문으로 정맥 항생제 치료를 받게 하고 자가 안정할

것을 권할 수 있다. 이 때 상대적으로 열악한 치료 환경과 이동에 의한 스트레스 등으로 경과가 악화될 수 있으며, 갑작스러운 병세의 변화에 대해 신속한 대응이 어려울 수 있음을 설명하여야 한다.

4) 강행(enforcement)

강행은 의사결정이 신속하게 이루어지지 않는다면 환자의 건강권이 현저하게 침해되거나, 반드시 행해져야 하는 의료행위임에도 환자와 보호자가 불합리하게 거부할 때 이에 반하여 필요하다고 판단되는 의료행위를 합법적인 권한으로 시행하도록 결정하는 것이다. 강행은 환자와 보호자의 의사결정과정의 참여가 없거나 의사에 반하여 이루어지기 때문에 그 필요성이 명확해야 하고 법적인 지지가 있어야 한다. 강행하는 때에도 환자와 보호자에 대해서 강행의 불가피성을 설명해야 하며, 강행으로 인해 얻을 수 있는 이익과 손해를 고지해야 한다. 최근에는 이러한 강행의 합법성이 실현되어 환자의 알 권리와 자기결정권이 생명권과 상충되는 경우 생명권을 우선하도록 하는 경향하에 있어 이러한 강행을 적절히 운용하는 것은 의료인의 중요한 과제가 되었다. 우리나라의 응급의료에 관한 법률은 응급의료에 관한 설명과 동의의 의무를 규정하는 한편, 위급한 경우에 대해서는 이러한 설명과 동의 없이 의료행위를 할 수 있도록 하고 있으며,²⁰⁾ 동의를 구하지 못한 때라도 반드시 필요하다고 판단되면 의료인 1인 이상의 동의를 얻어 의료행위를 할 수 있도록 규정²¹⁾하여 의료인의 의료행위의 의무와 권리를 강화하였다. 이러

한 법률의 입법 취지는 보라매병원 사건과 같이 의사와 보호자의 최선에 대한 의사가 다른 경우에, 환자, 보호자의 의사에 반하더라도 환자의 생명권을 우선하여 의료인이 의사결정을 할 수 있도록 권한을 부여한 것이며, 한편으로는 의료인의 적극적 의료행위에 대한 책임성을 강화한 것이라 볼 수 있다. 그러나 김 할머니 사건의 판례²²⁾에서 보듯이 자기결정권을 긍정하는 판례도 있어 강행을 일률적으로 적용하기는 어렵다. 판례는 환자의 사전의료지시가 없는 상태에서 회복 불가능한 사망의 단계에 진입한 경우 자기결정권을 행사할 수 없다 하더라도 평소 환자의 가치관, 신념을 고려할 때 당해 상황에서 환자가 연명을 중단하는 것이 최선의 이익이라고 판단할 것이라는 객관적 정황이 존재한다면 환자의 의사를 추정할 수 있음을 긍정하였다. 따라서 의사를 비롯한 의료인에게 있어 이러한 강행의 필요 여부를 판단하고 수행하는 것은 점차 중요해지고 있다.

5) 보류(standstill)

보류는 합의나 타협이 어려워 최선을 택할 수 없고, 강행할 만한 사유가 없는 경우에 의사결정과 후속의 의료행위를 유보하는 것이다. 이 때에도 법적, 윤리적 문제가 없는지 검토가 이루어져야 하며 보류에 의한 환자의 건강에 대한 영향을 고지하여야 한다.

5. 법적 윤리적 검토

법적 윤리적 검토는 의사와 환자가 결정한 의

20) 응급의료에 관한 법률 제9조(응급의료의 설명·동의) 전문개정 2011. 8. 4.
21) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제3조(응급의료에 관한 설명·동의를 내용 및 절차) 개정 2008. 6. 13.
22) 대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결【무의미한연명치료장치제거등】.

사결정이 해당 의료가 행해지는 사회적 체계가 용인할 수 있는 것인지 확인하는 것이다. 의사는 기본적인 의료법규에 대하여 숙지하고 있으나 의학적 의사결정은 의료법 외에도 다양한 법률 효과를 발생시키기 때문에 의사 역시 상대적으로 법 이해에 관하여 약자라고 할 수 있다. 한편 환자 또한 충분한 법적 윤리적 재고 없이 의료인과 타협하는 경향이 있어 이들을 보호할 수 있는 체계가 부족한 실정이다. 그러나 이러한 법적 윤리적 검토의 미비로 인한 의료의 사회적 문제는 끊임없이 발생하고 있으며 사회적으로도 큰 관심을 불러일으키고 있다. 따라서 의료를 행함에 있어 법적 윤리적 검토의 중요성은 나날이 커지고 있다.

기본적으로 의료인은 법적 윤리적으로 용인 가능한 대안을 제안해야 하고, 직업에 부여된 주의의무를 성실히 수행하여 의학적 최선을 도출해야 한다. 그러나 이 대안들을 환자와 의논하는 과정에서 타협이나 강행하게 될 때 법적 윤리적 문제가 야기될 가능성이 발생한다. 첫 번째는 의학적 최선이 아닌 다른 대안을 선택함으로써 발생하는 환자의 건강권 침해에 관한 책임 문제이다. 설령 환자와 보호자가 그 대안이 해로운 것임을 알고 스스로 결정하였다고 해도 전문가인 의료인이 이를 용인하고 방조하는 것이 옳은 것이다. 두 번째는 의학적 최선을 선택하기 위하여 의료인이 강행했을 때 발생하는 환자의 자기결정권 침해와 예기치 않은 피해이다. 환자의 자기몸에 대한 의사결정권한을 무시하는 것이 옳은지, 또 최선이라는 확신 하에 수행하였음에도 그로 인하여 예기치 않은 피해가 생겼을 때 책임을 물을 수 있는지에 관한 문제이다. 즉 이와 같은

같은 상황 하에서는 환자의 의사결정 존중 여부와 관계없이 항상 법적 사회적 문제의 가능성이 존재할 수 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 당해 의료인의 법적 윤리적 주의도 제고되어야겠지만²³⁾ 의료인과 환자의 의사결정을 도와줄 수 있는 체계가 필요하다.²⁴⁾

1) 병원윤리위원회(Hospital Ethics Committee, HEC)

이러한 의사결정을 조력하거나 중재할 수 있는 체계로써 제안된 것이 HEC이다. HEC는 그 기능과 권한으로 문제가 되는 개별사례에 대하여 심의 및 권고를 할 수 있고, 병원의 윤리정책을 결정하며, 의료진을 교육시켜 법적 윤리적 문제에 대응할 수 있도록 하고, 의료진과 환자에 대하여 상담 및 자문을 행하여 이들을 도와주고 중재할 수 있다.²⁵⁾ 그러나 HEC가 이러한 기능을 제대로 수행할 수 있으려면 HEC의 결정과 권고가 해당 이해관계자들에게 사회적 구속력을 발휘할 수 있어야 한다. HEC의 결정을 해당 의료진과 환자가 신뢰하지 않거나 이들을 권고에 따르도록 강제할 수 없다면 의사결정이 지연되거나 임의의 결정에 의하여 법적 윤리적 문제가 야기될 수밖에 없기 때문이다. 따라서 HEC 체계가 정착되기 위해서는 HEC의 독립적인 입법이 있어야 하고, 윤리위원회 체계의 명칭 통일을 통해 일관성을 유지해야 하며, 위원회 기능과 기능 수행 조건을 명문화하여 권한을 부여하고, 의료, 사회, 경제, 종교, 법 분야 등 다양한 전문가들로 구성하여 신뢰할 수 있는 의사결정을 내릴 수 있어야 하며, 이러한 제도적 완비 위에 정부

23) 손명세, 의과대학윤리교육의 과제와 전망, 한국의료윤리학회지 1998; 1(1): 45-58.

24) 박석건, 정유석, 병원의료윤리위원회 운영의 경험과 교훈, 한국의료윤리학회지 1999; 2(1): 79.

25) 박석건, 정유석, 위의 글(주24), 85-86.

의 인적, 재정적 지원이 뒤따라야 한다.²⁶⁾ 또한 HEC는 조직을 구성하기 위해서 상대적으로 20여 명 정도의 많은 인원이 필요하고,²⁷⁾ 전문가 집단으로 구성되어 회합이 어렵기 때문에 비효율적일 수 있다.

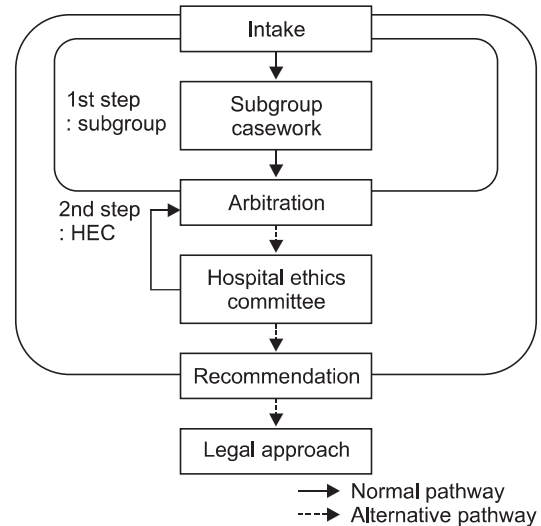
2) 상담가-소집단 모형

이에 대하여 Swenson과 Miller²⁸⁾는 의료진의 윤리적 의사결정을 지원하기 위한 기능조직체를 규모별로 위원회, 소집단, 개인 상담으로 나누어 고찰하고 이들 중 개별 환자에 대한 접근성이 좋은 소집단을 추천하였다.²⁹⁾ 스웬슨과 밀러가 추천하는 소집단 모형은 가장 규모가 큰 위원회 모형과 가장 작은 상담가 모형의 절충적 형태로서 상담가 모형에 좀 더 가까운 특성을 가진 소집단을 지향한다. 이러한 상담가 모형에 가까운 소집단은 환자와 직접 접촉하기 용이하며, 시급한 문제를 해결할 때 유리하다. 그러나 상담가에 가까운 소집단은 그 규모로 인하여 권위가 부족해 해당 의료인과 환자의 후속행위를 구속하는 힘이 약하다는 것이 단점으로 지적될 수 있다.

3) 계층적 위원회 모형

따라서 본 논고는 HEC가 바람직하게 활성화되기 위해서는 정책 등 거시적 문제를 해결하고 권위를 강화할 수 있는 위원회 모형과 환자 접근성과 효율적 의사결정이 가능한 소집단 모형이 공존하는 형태로 구성될 필요가 있다. <그림 4>는 20여 명으로 구성되는 HEC를 구성하

(Figure 4) Decision Making Process of Law & Ethics.



되, 소속된 위원들을 다시 4~5인씩 소집단 팀으로 구성된 계층적 위원회(hierarchical hospital ethics committee, hierarchical HEC) 모형을 제안한다. 계층적 위원회에서는 비교적 작은 문제를 첫 단계에서 다룰 때에는 이러한 소집단 팀을 통해 접근하도록 하고 첫 단계에서 문제를 해결할 수 없거나 현저하게 복잡하거나 사회적으로 문제가 될 수 있는 경우에는 위원회 수준에서 접근하게 한다.

위 과정을 상술하면 다음과 같다. 우선 첫 단계에서 개입(intake)은 첫째, 의료인, 환자 및 보호자 사이의 중재되지 않은 갈등이 있거나, 둘째, 의사결정에 있어 위 이해관계자만으로는 책임 있는 의사결정이 어려워 판단이나 결정을 위탁하고자 하는 경우에 일어나야 한다. 다시 말해 계층적 위원회가 환자의 민원 창구나 의사의 의

26) 박인경, 이일학, 병원윤리위원회 관련 입법안의 검토: 한국 도입을 위한 외국 제도의 연구, 한국의료법학회지 2011 ; 19(2) : 7-34.

27) 엄영란, 병원윤리위원회 역할의 활성화 방안 탐색 연구, 한국의료윤리학회지 2003 ; 6(1) : 40.

28) Swenson MD, Miller RB, Ethics case review in health care institution, Arch Intern Med 1992 ; 152(4) : 694-697.

29) 엄영란, 위의 글(주27), 40-41.

무 해태를 위해 오용되어서는 안 된다.

둘째, 당해의 사안이 해당 부서를 관할하는 소집단 구성원에 의해 소집단 사례회의(subgroup casework)가 적합하고 필요하다고 판단되면 자체 없이 회의를 시행해야 한다.

셋째, 소집단은 이러한 회의의 결과로서 의료진과 환자의 이해를 사회적 규범이 용인하는 틀 내에서 수용하고 절충하는 중재안을 내놓아야 한다. 이 때의 중재(arbitration)는 의료진과 환자 양자에게 구속력을 갖지 않는다. 따라서 이 중재가 어느 한 쪽의 의사에라도 반한다면 HEC에 문제가 제기되어야 한다. 이는 원칙적으로 소집단의 중재가 양자의 의사결정을 돕기 위한 것이지 강제하기 위한 것이 아님을 시사한다.

넷째, 소집단 사례회의에서도 양자가 수용할 수 있는 중재가 이루어지지 않는다면 HEC에 문제가 제기될 수 있다. 이 때 HEC는 병원 전체 집단의 의사결정으로 적어도 당해의 의료진에게는 구속력을 가져야 한다. 그래야만 HEC의 결정이 병원 내에서 권위를 가질 수 있기 때문이며, 의료인 개인 또는 소수의 의료진 집단을 의사결정에 의한 예기치 않은 위협으로부터 보호할 수 있기 때문이다. 따라서 HEC의 결정은 병원 의료진 전체의 의사결정이며, 개인이나 소수가 의사결정의 기대하지 않은 결과에 대해 책임지는 것으로부터 보호하며, 이러한 결정사항은 권고(recommendation)라는 형태로 제시되어야 한다. 그러나 환자는 이러한 권고에 대하여 구속받지 않으므로 납득할 수 없는 때에는 법에 호소할 수 있다. 까닭에 HEC의 결정 또한 환자의 이익을 옹호해야 하며 가능한 수용할 수 있도록 만들어져야 한다. 환자로부터 거부되는 권고가 잦을 경우 HEC의 권위가 약화되기 때문이다. 따

라서 일방적인 권고를 내리기 전에 가능한 의료진과 환자 및 보호자가 화해에 도달할 수 있는 중재가 이상적이다.

다섯째, 전술한 대로 위원회의 권고가 환자로부터 거부된다면 법적 접근(legal approach)으로 넘어가게 된다. 이 때 법적 접근까지 도달하는 경우는 가능한 줄여야 하지만 불가피한 경우도 있다. 관련 사안에 대하여 현행법의 부재 등으로 인하여 판단이 어려울 경우 사법기관의 판단을 의뢰할 수밖에 없기 때문이다.³⁰⁾ 이처럼 불가피한 법적 접근도 존재하지만 HEC가 존재하는 시스템에서 가능한 법적 접근은 줄여야 시스템의 신뢰성을 재고할 수 있다. 또한 이러한 현행법의 부재로 인한 의사결정의 어려움이 예상되는 경우에는 각 HEC의 집단적 청원에 의해 제도적 완비를 꾀하는 것이 바람직하다.

이와 같이 계층적 위원회 모형으로 구성한다면 의사결정의 기민성과 함께 신뢰성을 제고할 수 있을 것으로 생각된다. 또한 HEC의 다른 기능인 거시적이고 포괄적인 정책입안, 교육 등을 함께 수행할 수 있을 것으로 기대된다. 무엇보다 의료진과 환자 및 보호자의 불완전한 의사결정 능력을 집단 의사결정을 통해 해결할 수 있다는 것과 중재를 통한 화해를 강조한다는 점, 의사결정의 구속력을 통해 의료진을 보호할 수 있다는 점이 계층적 위원회 모형의 주된 장점이라고 할 수 있겠다.

III. 결론 및 제언

의학적 의사결정은 의료실천의 핵심요소이며, 의료인이 수행하는 가장 중요한 업무이다. 환자가 의료인의 의료서비스에서 기대하는 것 또

30) 대법원, 위의 글(주22), 선고 2009다17417.

한 자신으로부터 의미 있는 정보를 수집해서 최적의 의료행위를 결정하는 것이기 때문에 환자에게 있어서도 의학적 의사결정은 중요한 관심사이다. 그러나 의학지식은 개별 질환의 병리와 치료를 중심으로 발달하여, 실제 임상에서 이러한 지식을 응용하여 의사결정을 하는 방법에 관하여는 일선 임상에서 종사하는 의사들의 개인적인 철학과 역량에 의존해왔다. 때문에 경험적은 미숙한 의사들은 자신만의 진료철학이 생기기까지 많은 혼란과 시행착오를 겪어야만 했다. 뿐만 아니라 많은 임상경험을 가진 의사들조차 개인적인 요인에 따라 이러한 방법을 형성하기 때문에 일관된 의사결정의 산출(outcome)을 얻는 것은 어려웠다. 이러한 의사결정의 경험적 훈련은 때로는 의사들을 직업 생명의 위기에 노출시키기도 한다. 또한 사회가 발달하면서 의료에 관한 대중의 관심은 증대되고 있으며, 의사결정에 대한 참여 비중도 함께 나날이 커지고 있다. 그 과정에서 의사는 환자와 갈등을 겪기도 하며 법적, 윤리적 문제에 노출되기도 한다. 이러한 많은 문제들로 인해 점차 일관되고 합리적인 의사결정의 과정이 요청되고 있다.

본 논고는 그러한 의학적 의사결정의 방법론을 제안하는 입장에서 의사결정에 관여하는 세 주체인 의료공급자, 의료수요자, 사회 환경의 상호작용을 고려하였다. 현대의 의료는 의학과 기술의 발달, 환자 권익의 향상, 사회 환경의 변화의 격랑 속에 있다. 따라서 의료인은 급변하는 의학 지식의 변화 속에서도 일관된 의사결정구조를 가져야 하며, 한편으로는 다양한 환자의 요구에 대응하고 갈등을 해결하는 기술을 길러야 한다. 때로는 의사 개개인이 해결하기 힘든 환자와의 갈등에 직면하기도 할 것이다. 그러한 갈등은

대개 당사자 간의 사소한 문제가 아니라 법적 윤리적 문제의 가능성을 내재하고 있다. 따라서 그러한 경우에는 HEC와 같은 체계적인 집단 해결 과정이 필요하다.

본 논고의 주된 공헌은 우리가 이제 상식적으로 받아들일 수 있는 일반의 패러다임을 실제 세계에 작용시킬 수 있도록 구조적(structural)이고 방법적(methodological)인 지침(guideline)을 제공하는 데 있다. 즉 대중과 사회, 그리고 의료인이 합리적이라고 생각하며 사회적으로 공감할 수 있는 의료를 실현하기 위한 정책과 실천기술의 체계/framework를 제공하는 것이다. 특히 정책적인 면에서는 여러 가지로 상기의 패러다임이 실현되고 있지만 정작 의료서비스를 제공하는 의료인들에게 문제제기와 확고한 규범이 확립되어 있지 않다는 것이 여전히 과제로 남아 있다. 이는 의료를 이용하는 사람과 의료를 제공하는 사람이 현상을 이해하는 것이 서로 다르기 때문이다. 공통적으로 서비스를 이용하는 사람들이 불만족을 야기한다고 보는 원인에 대해서도 서비스제공자들은 문제의식을 가지지 못하는 경우가 있다.³¹⁾ 따라서 본 논고는 의료제공자가 전술한 세 이해관계자들의 영향관계와 이들을 다루는 방법을 알고 실천하기를 기대한다.

한 편으로는 본 연구의 한계에 의한 향후의 연구 과제로써 다음을 제안하고자 한다. 첫째, 세 측면의 의사결정에서 일어나는 각 과정을 효율적으로 수행하기 위한 세부 실천 방안의 모색과 그 효과성 검증을 통해 각 과정에서 임상 의료인에게 구체적인 실천기술을 제시할 필요가 있다. 둘째, 특정 질환과 사회경제적 상황에서 이러한 의사결정모형을 적용하는 실증 연구를 수행함으

31) Ford WSZ, Snyder OJ. Customer service in dental offices: analyses of service orientations and waiting time in telephone interactions with a potential new customer. Health Communication 2000 ; 12(2) : 149-172.

로써 해당 질환과 상황에서 모범이 되는 의사결정 지침 또한 제공되어야 한다. ㉞

색인어

의사결정, 환자-의사관계, 갈등, 사회경제적 요인, 윤리위원회

The Practical Model of Medical Decision Making: Interaction with Three Main Forces (Patient-Doctor-Society)

LEE Hyo Jean*

Abstract

Physicians come face to face with many crises concerning the medical decision making. Apart from medical problems, they have to consider patient's personal needs, social ethics and law. Because physician-patient relationship changed from doctor-centered to cooperation-based like shared decision making. Meanwhile the conflicts between patients and doctors are growing all the time, since each patient has to bear a socioeconomic factors of disease. Therefore, the approach by ethics and law is needed to solve their problem, for example, hospital ethics committee (HEC). In conclusion, the medical decision making process is an outcome from the interaction with three forces: medical opinion of doctor, personal needs of patient and limitation of society like law and ethics. This article shed light on these three main forces and propose practice model. The decision making process of medical opinion model provides the doctors with how to find the problems, and make a plan for diagnostic and therapeutic purposes through hierarchy and sequence. The model of personal needs also guides them through way to narrowing the opinion distance between doctors and patients. And the law and ethics model proposes new concept of HEC, "hierarchical HEC" that is two-step organization for protecting doctors' decision risk and patients' interest.

Keywords

decision making, physician-patient relation, conflict, socioeconomic factors, ethics committees

* *Sancheong-gun Health Center and County Hospital: Corresponding Author*