

응급진료에서의 취약한 환자

김아진*, 백진휘*

요약

취약함이란 그들 자신의 이익을 스스로 보호할 수 없는 상태를 의미한다. 응급의료에서의 취약함도 이와 다르지 않으며 특히 선택가능하지 않으나 환자의 경과나 결과에 나쁜 영향을 미치는 요인들이라고 가정한다. 응급의료에서 취약함의 요인들은 많으나 여기에서는 3가지를 논할 것인데, 관계적 자율성을 지지할 수 있는 가족의 부재, 응급대불제도의 불완전성, 의사결정능력의 결여에 관한 것이다. 각각의 요인들을 설명할 수 있는 이론과 제도, 개념을 간단히 기술하면서 해당 사례에 적용을 할 것이다. 또한 각각의 요인들이 서로 독립적이지 않을 것이다. 해당 요인에 영향을 받는 환자들이 스스로 결정할 수 있고, 의학적 이익을 보호받기 위하여 보완되어야 할 것이라고 생각되는 것들에 대하여 논할 것이다.

색인어

취약한 환자, 응급처치, 가족, 빈곤, 의사결정

I. 서론

취약함(vulnerability)의 사전적 정의는 약함이다. 그러나 우리가 사람을 대상으로 한 경우 이 의미는 어떤 이유로든 그들 자신의 이익(interest)을 스스로 보호할 수 없는 상태를 의미한다[1]. 예를 들면 임상시험 등과 같은 연구의 맥락에서 취약함은 연구에서 윤리적으로 부적절하게 이용될 위험에 처한 개인들의 내재적, 상황적 요건들이라고 할 수 있다[2].

일반적으로 취약함의 개념은 개인과 사회의 모든 현상과 이슈에서 상황에 따라 다르게 적용될 수 있으며, ‘취약함’이라는 것을 의료에 국한한다면 다양한 원인으로 인해서 환자의 경과나 결과에 나쁜 영향을 주는 것들을 총체적으로 칭한다고 하겠다. 그러므로 의료적으로 취약하다는 것은 상당히 포괄적인 개념이 될 수도 있으며, 응급환자 등과 같이 적용 범위를 좁힘으로써 상당히 구체화될 수도 있는 개념이기도 하다. 이에 저자는 ‘응급의료에서의 취약함’이라는 것을 응급의료체계를 이용하는 환자들의 경과나 결과에 있어 일반적 환자들에 비해 나쁘게 할 것으로 예상되는, 환자가 선택가능하지 않은 요인들이라고 상정하기로 한다.

본문에서는 이러한 응급의료 및 진료의 분야에서 취약한 환자의 사례를 제시하며, 이 환자의 응급의료 및 진료의 측면에서 취약함의 요인들을 논하고자 한다.

II. 사례

53세 남자 환자로 복통을 주소로 내원하였다. 환자는 당뇨 및 장파열로 수술한 과거력이 있었다. 해당 의료기관에는 소화기내과에 입원한 적이 있었으며 퇴원 당시 미수납이 발생하였다. 초

기 내원 당시 활력징후는 안정된 상태였으며, 문진 및 신체검사를 거부하며 응급실을 퇴실하였다. 환자는 2차 내원에서 다시 접수를 취소하고 돌아갔으며, 3차 내원에서 문진 및 필요한 검사에 응하였다. 이 당시 복벽을 통한 탈장이 있고 도수 정복(manual reduction)되지 않아 수술이 필요한 상태였다. 환자는 진료비가 걱정되어 퇴원을 원하였고, 환자의 상태를 설명할 가족이나 법정대리인을 찾았으나 1시간 이상 연락이 되지 않다가 친형에게 연락이 되어 친형과 함께 지방의료원으로 가기로 하고 퇴원하였다. 환자는 또 다시 구토를 주소로 4번째로 내원하였는데, 환자는 3차 방문 및 퇴원 이후 지방의료원을 방문하지 않은 것으로 드러났다. 환자는 급성간성혼수가 동반되어 의사소통이 원활하지 않은 상태였다. 다시 이전에 연락하였던 친형에게 환자에 대하여 전화로 설명한 후 이전에 방문하였던 다른 병원으로 가기 위하여 의료진을 동승하여 이송하였다.

III. 응급진료에서의 취약함

지금까지 임상연구나 응급진료에서의 결과 등을 통해서 취약한 군에 대한 정의나 구분을 하려는 시도가 있었다. 임상연구에서 취약한 피험자에 대한 정의는 앞에서 언급하였다. 이들은 의사결정능력이 충분하지 않아 자발적으로 충분한 설명에 의한 동의를 할 수 없거나, 어떠한 이유로든 부당하게 이용당할 위험성이 있는 상태를 말한다[2]. 의료에서의 취약함이란 이와 다르게 정의될 수 있는데, 건강상태가 더 나빠질 수 있는 위험이 존재하거나, 의료에 대한 접근성이 낮은 것이라고 할 수 있다. 취약함을 유도하는 많은 영향요인이 있을 수 있으나 특정질환, 연령, 가족의 지지적 요인 등이 있으며 대체로 낮은 사

회경제적 수준, 의료에 대한 낮은 접근성 등의 문제를 대부분의 경우에 포함하고 있다[3]. 즉, 진료에서의 취약함을 간단히 정의하면 환자가 외부의 영향을 받지 않고 자율적으로 결정할 수 없는 상태를 말한다. 응급의료의 분야에서도 환자가 선택가능하지 않은 요인들이 환자의 선택, 경과나 결과에 상당한 영향을 주기도 하는데, 해당 요인 한 가지만이 단일하게 영향을 주기보다는 여러 가지가 복합적으로 영향을 주게 되고, 또한 이러한 것이 예기치 않게 질환의 악화나 사망 등의 나쁜 결과로 이어지기도 한다.

Sun 등[4]은 응급실 진료에서 좋지 않은 결과의 지표로 응급실 재방문을 선정하여 이에 대한 환자군의 취약성에 대하여 조사한 바 있다. 응급실 재방문이 갖는 의미는 추후 환자가 어떤 이유로든 일차 진료에서 추적관찰이 되지 못하는 상태가 되었다는 것, 증상이 좋아지지 않고 퇴원한 경우로 동일한 증상이나 악화로 재방문을 하거나 결국은 입원을 하게 된다는 것을 의미한다.

저자가 제시한 이 사례에서 초기에 환자는 과거의 진료비 미수납으로 인하여 진료접수가 지연되었으며, 명확하지 않은 이유로 환자도 진료를 거부하여 2회 방문에도 불구하고 충분한 문진, 신체검사 및 추가검사 등을 진행할 수 없는 상태였다. 또한 3회의 방문에서 환자는 수술이 불가피하게 필요한 상태였으나 수술 설명을 하고자 하는 과정에서 환자의 가족이 환자에 의료적 이익을 보호할 수 있을 만큼 지지적이지 않다는 것이 밝혀졌다. 4회 방문에서 환자는 기존 질환의 악화로 완전하게 의사소통이 되지 않고 의사결정능력이 결여된 상태였으며 이로 인하여 수술이나 이송 등에 대하여 대리결정이 불가피한 상황이었다.

이 사례에서 볼 때 응급진료에서 환자의 의학적 경과에 나쁜 영향을 미칠 수 있거나 진료에

대한 접근성을 낮추는 요인들로 진료비 미수납 등과 관련한 경제적 상태, 환자의 치료적 이익을 보호하고 공동의사결정과정에 참여할 수 있는 환자 이외의 적절한 주체의 부재, 질환에 의한 환자 의사결정능력의 결여 및 저하로 환자 본인에게 충분한 설명에 의한 동의를 득하지 못하는 상황 등이 이에 해당한다. 다음에서 환자의 취약성의 3가지 요인에 대하여 이론적 근거와 그간의 문헌 보고 등을 이용하여 논하고자 한다.

1. 관계적 자율성을 지지할 가족의 부재

1) 가족의 대리결정

응급의 상황에서 설명 및 동의로 인하여 응급의료의 지체되어 환자의 생명에 위협할 것으로 예상된다면 동의를 유보하거나 면제할 수 있다. 그리고 이러한 경우가 아니라면 환자에게 동의를 받아야 하며 환자가 의사결정능력이 없다면 대리인에게 동의를 획득하여야 한다. 일반적으로 응급의 상황이라고 하더라도 심폐소생술 등과 같이 수분 이내에 행하여야 하는 시술이나 치료를 제외하고 담당 의료진은 환자에게 해당 의료행위의 필요성, 방법, 예상되는 이득과 위험 등을 설명한다. 이러한 설명은 본질적으로 환자의 알 권리에 근거하여 환자가 최선이라고 여기는 것을 선택한다는 개인적 자율성 존중의 측면으로부터 비롯한다. 충분한 설명에 의한 동의를 획득하는 이유는 환자가 자율적으로 결정할 때 자신의 이익에 관한 최선의 선택을 할 수 있기 때문이라고 여기기 때문이다.

그러나 응급진료에 임하는 환자들은 다양한 이유로 자신을 충분히 통제할 수 없는 상황에 놓여 있는 경우가 많다. 예를 들면 약물이나 뇌손상, 내과적 원인 등으로 인지능력 저하, 심한 통

증이나 불안 등이 이러한 원인이 된다. 물론 응급진료를 받게 되는 모든 환자들이 자신을 위한 최선의 결정을 스스로 할 수 없는 것은 아니다.

임상에서 의료진은 환자에게만 설명 동의를 획득하는 것에 국한하지 않으며, 대리결정의 여부와 관계없이 가족들을 비롯한 법정대리인에게 환자의 현재 상태 및 관련한 의료정보를 공개, 제공하고 동의를 획득하는 절차를 통해 자율성을 확보한다. 그러나 혈연적 의미의 가족 모두가 환자를 위한 결정을 할 수 있는 것은 아니다. Majesko 등[5]은 대리인 결정의 역할을 잘 수행하지 못하는 가족구성원들의 특성을 알아보았다. 이들의 특성은 이전에 환자를 대신하여 결정할 적이 없는 사람, 환자의 치료에 대하여 환자와 대화를 나누어보지 않은 사람, 그리고 의사와의 관계가 좋지 않은 대리인 등이 이에 해당하였다. 대리인 결정이 잘 이루어지는 경우 치료에 대한 결정 시간이 짧아짐을 보고하였다. 이러한 결과로 볼 때 대리결정자가 법적으로 부양의무자이어야 하는 것 이외에도 의료적 의사결정에 있어서는 환자와 치료를 구체적으로 이야기한 적이 있으며, 환자와 친밀하며 의료진과 적절한 관계를 맺을 수 있는 등의 능력과 기술을 가지고 있는 사람이어야 할 것이다.

우리가 의료적 결정의 한 주체로 가족을 대리인으로 포함하는 것은 가족과 같이 친밀한 사람이 환자의 이익과 안녕을 깊이 있게 돌볼 것이라는 것을 가정하기 때문이다.

2) 가족과 관계적 자율성

환자는 환자라는 지위로 인하여 의료진들과의 관계에서 취약한 입장에 있기 쉽다. 이는 환자를 위한 치료가 시행되는 것이기는 하지만, 이 과정에서 억압, 조작 등이 개입될 가능성이 있다는

것을 의미한다[6]. 의료적 결정에서 가족이 관여한다는 것은 정보적 측면, 기능적 측면, 정서적 측면의 3가지 측면에서 의의를 가진다. 정보적 측면에서 가족은 환자의 문화적, 의학적 정보를 의료진에게 제공하는 역할을 하며, 기능적 측면에서는 재정적 도움뿐 아니라 환자가 치료를 받을 수 있는 다른 여건들을 만들어 주며, 정서적 측면에서 가족은 환자가 항상 사랑받고 있으며, 이해받고 있다는 것, 그리고 돌봄을 지속적으로 제공할 것이라는 것을 알게 한다[7]. 가족은 앞에서 언급한 대리인 결정 이외에도 환자 치료에 있어 상당한 부분의 역할을 한다는 것을 알 수 있다. 가족은 환자가 의료진과 환자 사이에 적절한 관계를 형성하게 도와주어 자율적 결정을 최대한 할 수 있도록 하며, 퇴원 등의 진료 종료 후에도 치료의 연속성을 유지할 수 있도록 하는 역할을 한다.

응급의 상황 또는 평소에 숙고해 보지 않은 의료적 결정에서 가족이 의료적 결정에 참여한다는 것은 환자를 대신하여 결정한다는 측면보다는 가족적 관계에서 추정할 수 있는 환자의 이익과 의료적 이득을 포괄하여 관계적 자율성에 근거한 의사결정이 더 높은 수준의 환자 이익을 도출할 수 있을 것이라고 가정하는 것이다. 이것은 환자의 복지와 이익에 관심을 가지고 있는 가족 등을 통해서 환자가 가진 본연의 의사결정 능력이 최대화될 수 있도록 할 수 있으며, 개인이 공동체와의 상호작용을 통해서 다양한 형태의 가치관과 선호가 드러날 수 있도록 한다[8]. 관계적 자율성에 의하면 환자는 자신의 의학적 이익만을 고려하여 결정하지 않는다고 한다. 환자는 가족과의 관계 속에서 자신의 이익을 고려하며 가족은 환자가 원하는 것을 자율적으로 선택할 수 있도록 하여 의료진과의 차등화된 관계를 완화시키는 역할을 하기도 한다. 가족이 의사결정

과정에 동참하는 것은 환자의 이익 이외에도 공동체 내의 다양한 선호를 숙고하기 위한 것이라는 것이다.

다만 앞에서 제시한 사례와 같이 환자의 복지와 이익에 관심을 충분히 갖는 공동체 관계가 형성되지 않은 가족의 경우에는 관계적 자율성에 기초한 최선의 선택은 불가능하다. 해당 환자는 이미 가족이라는 공동체에서 분리되어 생활해 왔으며, 가족들은 이 환자와 일상적인 교류도 하지 않는 상태였고, 가족들은 환자를 돌보는 것에 대한 책임감을 느끼고 있지 않았기 때문이다. 가족은 환자가 원하는 것을 알 수 없었으며, 만일 환자의 상태를 충분히 인지하고 있다고 하더라도 환자의 이익을 향한 행위 등을 실행하는 동력이 부족할 수 있다. 이러한 정도를 넘어서 환자의 자율성을 억압하고 의사-환자의 관계를 적절하지 않게 만드는 가족들도 있을 수 있다. 경우에 따라 이러한 가족의 성향을 인지하지 못하고 형식적인 의사결정에 의존할 경우 오히려 환자에게 결과적으로 해를 초래할 수도 있다. 그러나 대부분에서는 환자 가족에 의한 관계적 자율성을 극대화한다면 환자 및 가족의 가치관에 근거한 의학적 결정이 가능할 것이다.

2. 경제적 취약성-응급환자 대불제도의 불안전성

1) 경제적 취약성과 응급환자

의료적 필요의 측면에서 볼 때 생명이 위협한 환자에 대한 처치를 하게 되는 응급의료를 제공하는 것은 다른 선택적 성격을 갖는 의료보다도 우선순위가 될 것이다. 이러한 사실에 기초한다면 특히 생명이 위협할 수도 있는 사람들에게 적절한 의료를 제공하지 못하는 미충족의료의 수준은 낮아져야 할 것이다. 미충족의료는 환자 자

신이나 의료인이 의학적 진단에 기초하여 의료서비스가 필요하다고 판단하는 것인데, 응급진료에는 특히 의료인을 포함한 응급의료종사자에 의한 응급환자 해당성 판단이 더 주된 부분을 이룬다. 비응급의 진료에 대한 접근성과 미충족의료에 영향을 주는 요인들로는 시간적 요인, 증상의 경미함, 경제적 이유 등이 있는데[9], 특히 경제적 요인은 응급진료에 영향을 줄 수 있는 요인이라고 여겨진다.

우리의 ‘응급의료에 관한 법률’에서 모든 국민은 응급의료를 받을 권리가 있다는 것과 응급의료종사자는 응급의료를 거부할 수 없다는 것을 명시하고 있다(제3조 및 6조). 또한 해당 법률에서 응급의료를 요청받거나 응급환자를 발견하는 즉시 응급의료종사자는 응급의료를 행하여야 한다고 규정하고 있다. 응급의료종사자는 응급의료를 요청하는 경우뿐 아니라 환자를 발견하는 경우에도 응급의료를 행하여야 하기 때문에 통상적으로 그 환자가 대리보증인이 없다고 하더라도 응급처치를 시행하여야 하는 의무가 있다.

그러나 환자와 응급의료종사자 당사자 간에 권리행사와 의무이행의 의사가 있다고 하더라도 충분한 응급진료로 이어지기 어려운 경우들이 발생한다. 이는 응급의료가 공공의 성격을 가지고 있고, 이의 상당부분이 국가의 계획, 정책에 의해 제공되며, 응급상황에서는 환자의 권리와 응급의료종사자의 의무가 좀 더 강화된다고 하여도, 응급진료가 비응급진료에서의 의료채무와 크게 다르지 않기 때문이다. 즉, 환자와 응급의료를 제공하는 기관 간에 응급의료 제공에 대한 비용지불의 의무는 환자에게 있고, 지불대상은 의료기관이 된다는 것이다.

이러한 채무적 관계에도 불구하고 응급의료의 긴급성으로 인하여 환자에게 의료가 우선적으로 제공되어야 하는 상황이라면 비용지불의 의무는

환자의 응급상황이 종료된 이후까지 유보될 수 있다. 예를 들면 응급상황으로 인하여 환자가 의사결정능력이 없다고 하여도, 환자의 의사와는 관계없이 응급진료를 개시할 수 있으며, 진료가 종결되고 진료비가 발생하는 경우, 응급대불제도 등을 통하여 채무의무를 일정 기간 유보시킬 수 있게 된다.

2) 응급대불제도와 한계점

현재 우리의 응급의료제도에서는 응급환자가 응급의료를 이용할 당시 의료비 지불능력이 없어 지불을 하지 못하는 경우 응급의료기금으로부터 의료기관에 미수금 대지급을 하고 있으며 이에 대한 지급심사는 현재 건강보험심사평가원(심평원)에서 수행하고 있다. 이의 취지는 응급환자가 적기에 적정수준의 응급의료를 받을 수 있도록 하고, 응급의료종사자의 응급환자에 대한 진료 및 거부금지에 대한 본연의 의무를 다할 수 있도록 하기 위한 목적이다.

심평원을 통해 의료기관에 환자의 미수금을 지급하고 해당 의료비는 응급환자 본인, 배우자, 응급환자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자 또는 다른 법령에 의한 진료비 부담 의무자에게 대지급금을 구상하도록 하고 있다(응급의료에 관한 법률 제22조). 그리고 이를 상환 받는 것이 불가능한 경우 또는 소멸시효가 완성된 대지급금은 결손으로 처리된다[10].

그러나 위의 사례의 환자와 같이 이전에 진료비를 수납하지 않은 적이 있으면서 부양가족이나 연고자가 있는 경우 환자는 의료급여의 혜택이 불가능하다[11]. 이러한 상황에서 응급의료를 제공하는 기관과 대불금을 지급하는 기관에 각각 문제가 발생할 수 있다. 우선 응급의료제공 기관의 경우 응급실이나 중환자실에서 발생한

비용에 한하여 지급하기 때문에 응급증상이 소멸한 이후, 환자가 일반병실에 입원하여 치료를 받아야 하는 경우에는 이의 혜택을 받을 수 없어 치료의 연속성에 문제가 발생한다. 결과적으로 중환자실이 아닌 일반병실에 입원을 하여야 하는 경우 의료기관에서는 연대보증인이 없거나 기존의 미수의 기왕력이 있는 환자들에 대하여 응급실 접수나 입원을 기피할 가능성이 충분히 존재한다. 최근에는 이러한 진료거부를 예방하기 위하여 병원표준약관을 개정하여 연대보증인이 있는 경우에만 환자와 함께 진료비를 납부하도록 하였으며, 이는 연대보증인이 없다고 하여 진료를 받지 못하는 것을 예방하도록 하기 위함이다. 즉, 동행한 사람이 있다면 이 사람에게 해당 응급의료에 대한 설명 동의는 가능하지만, 동행한 사람에게 응급의료로 인해 발생한 비용의 연대적 의무를 지게 하는 것은 아니다.

응급의료를 제공하는 기관에서 대불금을 청구하고 이를 심사하는 과정에서 응급진료의 종료와 대불금을 지급 받는 시기는 시간적으로 차이가 날 수 밖에 없다. 이 기간 동안의 손실분도 의료기관이 감당하여야 하는 부분이다. 또한 심사 과정에서 과실이나 부당 청구분으로 판명되면 해당 지급분은 응급의료제공기관이 받을 수 없다.

대불금을 지급하는 기관인 심평원에도 다양한 문제들이 발생할 수 있다. 환자가 대불금을 상환할 능력이 없는 경우, 다른 진료비 부담자에게 이를 구상하게 된다. 그러나 다른 진료비 부담자가 의도적 또는 비의도적으로 상환을 하지 않을 수 있다. 의도적으로 상환하지 않는 것은 공적기금의 이용에 대한 도덕적 해이의 문제가, 비의도적으로 상환하지 않는 것에 대하여는 경제적 이유로 인하여 보장을 받아야 하는 사람들이 의료급여의 범주에 해당하지 못하고 있음을 보여주

고 있는 것이다.

3) 경제적 취약자에 대한 응급의료

경제적 취약자들에게 응급진료가 지닌 의미는 여러 가지이다. 위급상황에서 반드시 행해져야 하는 필수진료, 의료기관을 자주 이용하지 못하는 사람에게는 스크리닝의 의미를 가질 수도 있으며, 추후 전문과 진료를 위한 일차 진료의 성격을 가질 수도 있다. 그러므로 단 한 번의 응급진료라고 하더라도 당사자에게는 생명이나 건강의 측면에서 큰 의의를 가질 수도 있다. 경제적 취약군에서 이러한 의미를 갖는 응급진료는 기본적으로 보장적 의의를 가지고 행해져야 한다. 그러나 여기에 들어가는 재정적 자원들 역시 공공자원의 성격을 가지므로 효율적 운용은 필수적인 것이며, 분배 절차, 방법 등에 대하여도 지속적인 합의가 필요할 것이다.

그러나 이러한 것을 제도적으로 보완한다고 하여도 의료비 결손부분에 대한 보충은 쉽지 않을 것이며, 의료기관은 이를 위하여 특정 채권자를 설정하여 의료비를 구상하거나, 특정 기금 등을 통하여 이를 보충하기도 할 것이며, 또는 의료기관에서 손실분을 감수하기도 할 것이다 [12].

3. 의사결정능력의 결여

1) 의사결정능력

의사결정능력(decision making capacity)이라는 것은 특정 시점에 의료적 결정을 함에 있어 충분한 설명을 듣고 이에 대한 동의를 할 수 있는 능력을 말한다. 이는 법적 측면에서의 행위능력(competency)과는 다른 의미를 가진다. 후자

는 단독으로 유효한 법률 행위를 할 수 있는 능력을 칭하며 이는 대체로 변함 없이 유지되는 특성을 가지고 있다. 그러나 의학적 측면에서의 의사결정능력은 개인의 인지능력, 감정상태, 환경적 요인들에 의해서 변화 가능성이 있어 동적의미를 지닌 개념이다[13]. 의사결정능력이 있다는 것은 의학적 설명의 수용, 그리고 상태와 추후 치료에 대한 함축적 이해, 다양한 치료들 중 선택 치료의 의미, 이에 대한 것을 충분히 의사소통을 통해 밝힐 수 있는 능력들을 모두 포괄한다. 의료적 결정에 있어 환자가 원하는 것과 다양한 가치체계가 고려되고 의사결정능력이 유지된 상태에서, 충분한 정보에 근거하고, 합리적이고 자발적인 결정이 그 환자에게는 최선일 것임은 틀림없다.

2) 응급진료에서 의사결정능력의 결여

환자가 의식이 저하되거나 섬망 등이 동반되어 있는 상황에서는 의사결정능력이 충분하다고 판단할 수 없다. 응급실에서는 환자가 이러한 상태에 있는 경우가 적지 않은데, 술, 약물, 외상, 그리고 내과적 상태나 다른 신경계 등의 이상, 언어적 장벽 등이 원인이 된다. 어떠한 원인으로든 의료적 결정을 해야 하는 당시에 의사결정능력이 충분하지 않다고 판단되면, 환자를 대신하여 결정할 수 있는 대리인을 찾아보도록 해야 한다. 환자를 대신하는 대리인은 의료적 내용들을 수용할 것이며, 환자 이익의 측면에서 이해하고 결정하게 될 것이다. 물론 의사들은 의학적으로 이득이 되는 치료에 대하여는 누구보다도 잘 알고 있으나, 환자가 선호하는 것과 다양한 가치체계를 포함하는 결정에 대하여는 대리인에게 의존하게 된다.

만일 환자가 의사결정을 할 수 있는 상태가 아

니고 대리인 결정이 충분히 환자의 이익을 대신하는 것이 아니라고 여겨진다면, 환자나 대리인이 응급실에서의 퇴실이나 치료의 중단을 요구한다고 하여 이를 수용하여서는 안 된다. 또한 환자와 친근한 사람으로 대리 결정을 할 사람이 없고 환자의 상태가 매우 위급하다면, 통상적으로 합리적인 사람이 선택할 수 있는 수준의 의학적 결정 즉, 추정적 동의하에 치료에 대한 결정을 할 수도 있다[14].

이 사례에서 처음 환자의 의식상태는 비교적 명료하였으며, 어느 정도는 자신의 상태와 필요한 치료에 대한 것들을 이해할 수 있는 상태였다. 그리고 수술적 치료가 필요하다는 것도 상당 수준 이해할 수 있는 상태였다. 이 경우에 더 고려해야 하는 것은 환자의 자발성이다. 치료가 필요하다는 것을 인지한다고 하더라도 실제로 치료를 받지 못하는, 즉 자발성에 영향을 주는 이유들에 대하여 구체적인 인식이 필요하였을 것이다.

마지막 방문에서 환자는 의사소통이 충분히 되는 의학적 상태는 아니었고, 의사결정능력이 일시적으로 결여된 상태였다. 이 경우 환자를 대신하여 결정할 대리인이 필요하였으나, 환자는 급히 수술을 요하는 상태로 대리인과 직접 대면하여 동의를 획득할 시간이 충분하지 않았다. 또한 이전 방문을 통해서 대리인 결정이 환자에게 크게 이득이 되지 않을 수도 있음을 예상할 수 있었다. 환자의 이익을 고려한 결정이라고 하여도 의료진이 대신하여 결정하는 것은 현실적으로 쉽지 않다. 이는 최선의 의료적 선택이라는 것이 환자와 의사의 각각의 입장에서 가장 최고의 이득이라고 여기는 것으로부터 균형을 맞추면서 또 다른 최선의 선택의 지점에 이르게 하는 것이기 때문이다.

그러나 위의 사례에서는 환자가 치료를 원했

다는 것을 알고 있고, 수술적 치료가 우선적으로 시행되어야 했기 때문에 의사결정능력이 일시적으로 결여된 상태에서 대리인 결정의 대체판단의 기준에 의한 결정이었다고 할 수 있다. 또 다른 해석이라면 환자는 응급상황에 해당하며 통상적 치료의 범주에서 거부하지 않을 것이라고 여겼기 때문에 명시적 동의가 없는 추정적 동의에 의한 것이라고 할 수 있다.

IV. 결론

이 환자는 스스로 결정할 수 없게 하는 여러 가지 요인들이 환자의 경과에 좋지 않은 영향을 주었는데, 이 요인들은 환자가 자율적 결정을 할 수 있도록 뒷받침해 줄 수 있는 가족의 부재, 진료비를 스스로 지불할 수 없고 가족에게 의존하여야 하는 낮은 경제적 수준, 질환의 진행으로 인한 의사결정능력의 저하 및 결여상태 등을 들 수 있다. 이들 요인들은 각각 독립적이기보다는 의존적으로 서로 영향을 주고 이것이 최종적으로 환자의 생명이나 건강에 위협이 되기도 한다.

자신에게 이익이 되는 것을 스스로 선택하지 못하게 하는 외부적, 내부적 요인들을 최소화시켜주어야 이들의 취약함을 감소시킬 수 있다. 이러한 요인들은 또한 환자 개인적인 것도 있고, 특정 지역이나 집단과 같이 여러 명이 해당되는 경우도 있다. 일시적인 의식상태의 변화 등으로 인하여 의학적 관찰이나 주의 수준에서만 고려하여야 하는 것도 있지만, 의학적 범위를 넘어서서 의료진의 판단만으로는 환자에게 이익이 되는 의료적 결정을 하기 어려운 의료체계의 문제로 인한 딜레마 상황도 종종 있다. 이에 대하여 의료진 각자의 윤리적 숙고는 가장 기본적이고 필수적이며, 이러한 윤리적 숙고를 필요한 경우 실천에 옮길 수 있도록 하는 기관 및 사회적 지

침과 협의 등이 지속적으로 이루어져야 한다. 예를 들면 응급의 상황이면서 환자가 결정능력이 없을 때 치료결정에 있어 의료진의 의학적 판단에 의한 것 이외에도 기관에서 충분히 숙고된 프로토콜, 기관과 이해관계가 없는 제3자의 대리인 결정 이러한 것들이 추가될 필요가 있으며, 환자의 이익을 위한 결정이라면 법적측면에서 허용될 수 있어야 할 것이다. ㉞

REFERENCES

- 1) Quest T, Marco CA. Ethics seminars: vulnerable populations in emergency medicine research. *Acad Emerg Med* 2003 ; 10(11) : 1294-1298.
- 2) National Bioethics Advisory Commission. Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants. Bethesda : National Bioethics Advisory Commission, 2001.
- 3) Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs, the influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med* 2005 ; 20(2) : 148-154.
- 4) Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med* 2003 ; 10(4) : 320-328.
- 5) Majesko A, Hong SY, Weissfeld L, et al. Identifying family members who may struggle in the role of surrogate decision maker. *Crit Care Med* 2012 ; 40(8) : 2281-2286.
- 6) Anita Ho. Relational autonomy of undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scand J Caring Sci* 2008 ; 22(1) : 128-135.
- 7) Gilvar R. Family involvement, independence, and patient autonomy in practice. *Med Law Rev* 2011 ; 19(2) : 192-234.
- 8) 김진경. 의학적 의사결정에서 실천적 덕의 토대로써 중용. *철학논총* 2011 ; 63(1) : 233-234.
- 9) 최선혜. 우리나라 성인의 미충족 의료현황. *주간 건강과 질병* 2014 ; 7(10) : 197-200.
- 10) 정석관, 박정상. 응급의료비 미수금 대불제도에 대한 실무적 고찰. 보건복지가족부(편). 응급환자 대불제도의 분석 및 향후 운영방안. 보건복지가족부, 2009 : 116-333.
- 11) 강요한, 전태식, 이상고 등. 응급의료비 미수금 대불제도 개선방향에 대한 고찰. 보건복지가족부(편). 응급환자 대불제도의 분석 및 향후 운영방안. 보건복지가족부, 2009 : 90-115.
- 12) Iserson KV, Samders AB, Mathieu D. Ethics in Emergency Medicine (2nd ed). Tucson (AZ) : Galen Press, 1995.
- 13) Larkin GL, Marco CA, Abbott JT. Emergency determination of decision-making capacity: balancing autonomy and beneficence in the Emergency Department. *Acad Emerg Med* 2001 ; 8(3) : 282-284.
- 14) Pope TM, Sellers T. Legal briefing: the unbefriended: making healthcare decisions for patients without surrogates (part 1). *J Clin Ethics* 2012 ; 23(1) : 84-96.

Vulnerability in Emergency Medicine

KIM Ahjin^{*,**}, PAIK Jinhui^{*}

Abstract

Vulnerability population cannot protect their interest themselves. Vulnerability in emergency medicine is not different. We assume the factors that influence the patient's course or patient's outcome badly. We will discuss three factors of the vulnerability in emergency medicine. Those are the family without relational autonomy, the incompleteness of emergency subrogation payment system, and a lack of decision making capacity. We will describe theory, concepts, systems related factors and then apply them to our case. The factors are not independent. We discuss things to be made up for the autonomy and medical interest of the vulnerable patients that influenced by factors.

Keywords

vulnerable population, emergency treatment, family, poverty, decision making

* Department of Emergency Medicine, Inha University School of Medicine

** Corresponding Author