



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

의학박사 학위논문

메르스 유행 이후 응급의료 전달체계와
응급실 감염관리 프로그램의
개선을 위한 정책과정 연구
-혼합연구방법의 적용-

A Mixed Methods Study
on the Policy Processes for Improving
Emergency Medical Services System
and Infection Control Program
after MERS Outbreak in Korea

2020년 2월

서울대학교 대학원
의학과 의료관리학 전공
이 선 영

메르스 유행 이후
응급의료 전달체계와
응급실 감염관리 프로그램의
개선을 위한 정책과정 연구
- 혼합연구방법의 적용

지도교수 강 영 호

이 논문을 의학박사 학위논문으로 제출함
2019년 10월

서울대학교 대학원
의학과 의료관리학 전공
이 선 영

이선영의 의학박사 학위논문을 인준함
2020년 1월

위원장	김 윤	(인)
부위원장	강 영 호	(인)
위원	곽 영 호	(인)
위원	신 상 도	(인)
위원	문 성 우	(인)



국문초록

1. 서론

응급의료기관의 응급환자 진료 역량부족과 불명확한 종별 기능 구분, 일부 응급실의 과밀화는 한국 응급의료체계(emergency medical services system, EMSS)의 고질적인 문제였다. 2015년 과밀화된 상급종합병원 응급실에서 입원대기 중이던 환자로부터 메르스(Middle East Respiratory Syndrome, MERS) 유행이 확산되었다. 메르스 유행은 우리나라 응급의료체계의 취약성이 드러난 사건이자 응급의료 문제를 해결할 수 있는 정책의 창이 열린 사건이었다. 정부는 메르스 유행 이후 여러 가지 응급의료 개선정책을 추진하였다.

이 연구는 취약한 응급의료 전달체계 하에서 응급환자 감염관리의 실패로 인해 메르스 유행이 발생했다는 점에 문제의식을 두었다. 그래서 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리 영역에서 메르스 유행 이후 이루어진 정책과정과 그로 인한 변화를 분석하였다. 응급의료 정책행위자의 관점에서 정책과정과 정책결과를 분석함으로써, 향후 응급의료 개선을 위한 정책과정에서 고려해야 할 점을 도출하는 것이 이 연구의 목적이다.

2. 연구방법

메르스 유행 이후 응급의료 정책과정 분석이라는 복잡한 주제를 파악하고 설명하기 위하여 혼합연구방법(Mixed methods research)을 사용하였다. 양적연구로 문헌고찰과 국민건강보험공단

자료 분석을 통해 메르스 유행 이후 응급의료체계의 변화를 보건의료체계의 구성요소별로 조사하였다. 한국은 1989년 전 국민 의료보험제도를 도입하여 전 국민이 국민건강보험에 가입되어 있는 국가이다. 메르스 유행 전후 응급실 이용 변화를 조사하기 위하여 국민건강보험공단 DB의 2014-2016년 응급실 이용 진료건 16,965,755건을 분석하였다. 질적연구로 응급실 의료진, 정책 전문가, 병원 경영진 등 응급의료 정책과정의 관련 전문가 30명을 대상으로 심층면접을 수행하였다. 전체 심층면접 분량은 55시간 4분이었다. 심층면접을 통해 정책 행위자의 관점에서 메르스 이후 이루어진 응급의료 정책과정을 고찰하고, 응급의료체계의 변화를 조사하였다. 양적연구 결과를 질적연구로 해석하고 질적연구로 독자적인 분석을 수행하여, 이 연구는 질적연구가 중심이 된 혼합연구로 볼 수 있다. 양적연구의 분석에는 SAS version 9.4를 사용하였고, 질적연구 분석은 NVivo 12.0을 사용하였다.

3. 연구결과

응급의료 전달체계 영역에서 응급의료 자원을 확대하기 위해 권역응급의료센터(권역센터)가 확대되고 시설·장비·인력기준과 관련 수가가 개정되었다. 그 결과 권역센터의 의료인력과 응급중환자실 병상 수가 증가하고 수익성이 개선되었다. 달빛어린이병원 사업을 확장한 결과 달빛어린이병원 수도 증가하였다. 응급실 과밀화를 완화하기 위해 응급의료기관 평가에 재실시간 지표를 수가연동지표로 도입하고 응급의료에 관한 법률에 응급의료센터 24시간 이상 재실환자 관리 규정을 넣었다. 그 결과 응급실 월별 방문환자 수는 2015년 메르스 유행 당시 일시적으로

감소한 후 지속 증가 추세이나, 권역센터 응급환자의 월별 재실시간 평균은 2014-2016년 기간 동안 감소 추세를 보였다. 응급의료기관의 응급환자 진료역량을 강화하기 위해 응급의료기관 평가에 중증해당환자 최종치료 제공 관련 지표를 강화하였으나 2017-2018년 기간 중증응급환자의 전원율은 개선되지 않았다. 전문가들은 응급의료 전달체계 개선은 위장의제(pseudo agenda)로 설정되어 정책대안 탐색과 비교평가가 충분히 이루어지지 않았으며 점증주의적으로 쓰레기통 모형의 정책결정이 이루어졌다고 평가하였다. 그 결과 정책대상집단인 의사들은 정책집행에 순응하지 않았고, 정책은 집행 후에도 정책목표를 달성하지 못했다.

응급환자의 감염관리 영역에서 권역센터 시설·장비·인력기준과 감염관리실 설치기준 및 인력기준이 개정되어 응급실 감염관리 자원이 확대되었다. 정부는 응급실 방문객 관리를 도입하고, 감염예방관리료 등 감염관리 관련 건강보험 수가를 신설하였으며, 신종감염병 대응 관련 법률 등 감염관리 관련 법률을 개정하여 응급실 감염관리 여건을 개선하였다. 전문가들은 응급환자 감염관리는 직관적이고 명확한 문제라는 특성이 있어 병원 내 감염관리 강화로 의제화되기 쉬웠다고 평가하였다. 감염관리 개선정책은 보호적 성격을 가진 규제정책으로 집행 과정에서 중소병원을 중심으로 일부 병원의 반발이 있었다. 그러나 응급의료에 관한 법률 개정과 같은 강력한 정책수단을 사용하여 집행된 결과, 응급실 감염관리 자원확대와 감염관리 환경개선이라는 정책목표를 달성하였다.

응급의료 정책행위자들의 관점에서 응급의료 정책과정을 관찰한

결과 다음과 같은 정책행위자의 특징을 발견하였다. 첫째, 정부 전문가와 의료진 전문가 사이뿐 아니라 의사 하위집단 내에서도 견해 차이가 존재하였다. 정책대안에 대해 다른 견해를 가지고 있는 응급실 의료진, 배후진료과 의료진, 병원 경영진은 정책과정에서 모두 거부점(veto point)으로 작용할 수 있었다. 둘째, 응급의료 정책과정의 비공식적 참여자인 응급의료 관련 전문학회는 정책과정에서 대의집단이자 파벌집단의 역할을 동시에 수행할 수 있으나, 정책과정에서 파벌집단의 역할이 강조됨으로써 내부자의 지위가 약화되었다. 셋째, 응급의료의 공공성에 대하여 소유주체 기준에 따른 공공성과 기능에 따른 공공성 개념이 혼재되어 사용되며 서로 다른 공공성 개념에 따른 정책행위자간 갈등이 발생하였다. 응급실 의료진은 응급의료의 공공의 이익을 실현하는 의료영역이므로 정부 지원이 필요하다고 주장했으나 일부 의료진은 수익성이 낮은 진료를 기피하는 모습을 보여 정부 전문가와 의견 차이를 보였다. 응급의료 정책과정의 성공적 추진을 어렵게 한 정책과정의 특징은 다음과 같다. 첫째, 응급의료 정책과정에서 지역간 의료자원 분포, 병원에 작용하는 유인, 병원 내 응급실의 역할과 같은 응급의료에 존재하는 변이에 대한 고려가 부족했다. 둘째, 응급의료 전달체계 문제는 곧 응급의료기관의 취약한 응급환자 진료 역량의 문제였다. 셋째, 일부 의사들의 전문직업성(professionalism) 부족이 응급의료기관의 응급환자 진료 역량을 취약하게 하고, 환자-의사 사이 신뢰를 저하시켜 대형병원 쏠림현상을 악화시켰다.

4. 고찰

메르스 유행 이후 이루어진 응급의료 개선정책의 정책결과 분석과 정책과정에 대한 연구 결과를 근거로 하여 향후 응급의료 정책과정에 대하여 다음과 같이 제언한다. 첫번째, 국민의 관점에서 응급의료체계의 개선목표를 설정할 필요가 있다. 건강수준 향상과 응급의료 서비스에 대한 만족도 향상이라는 최종 성과목표가 개선정책의 목표로 설정되어야 한다. 두번째, 정책행위자의 인식 차이를 좁히기 위하여 여러 행위자가 함께 문제의 원인을 탐구하고 정책의제를 설정하는 과정이 필요하다. 세번째, 문제 해결에 인과성 있는 정책대안이 결정되어야 한다. 인과성 없는 정책대안은 정책이 집행되어도 정책문제를 해결하지 못한다. 네번째, 정책대상자의 순응을 확보할 필요가 있다. 유인과 처벌 이전에 전문가이자 정책대상자인 의사들에 대한 내면적 설득 과정이 필요하다. 다섯번째, 정책산물과 부수작용을 포괄하는 정책결과 평가가 필요하다. 여섯번째, 응급의료 정책 거버넌스를 확립하고 응급의료 관련 전문학회를 정책과정에 참여시켜 대의집단의 성격을 강화할 필요가 있다.

이 연구는 2015년 메르스 유행이라는 사건을 통해 응급의료 정책행위자들의 관점에서 우리나라 응급의료 정책과정을 고찰하였다. 응급의료 정책과정과 정책행위자에 대한 이해를 바탕으로 응급의료체계 개선을 추진해나가야 한다.

주요어: 응급의료체계, 혼합방법연구, 메르스

학 번: 2017 - 31617

차 례

I. 서 론	1
1. 연구 배경과 필요성	1
1) 한국 응급의료체계의 문제	1
2) 2015 년 메르스 유행과 응급의료체계	4
3) 연구의 필요성	6
2. 연구 목적	10
II. 이론적 배경	12
1. 보건의료체계의 평가	12
1) WHO 보건의료체계의 구성요소	12
2) 보건의료체계 개혁을 위한 조종손잡이	14
2. 정책론	18
1) 정책과정의 이해	18
2) 응급의료 정책과정의 이해	25
III. 연구방법	35
1. 혼합방법 연구설계	35
2. 양적연구 방법	43
1) 양적 연구의 자료 수집	43
2) 양적 연구의 자료 분석	46

3. 질적연구 방법	54
1) 연구팀 구성	54
2) 심층면접 설계	55
3) 분석 방법	67
4. 혼합방법 연구의 통합	70
IV. 연구 결과	72
1. 양적연구 결과	72
1) 응급의료 전달체계	72
2) 응급환자의 감염관리	121
2. 질적연구 결과	134
1) 심층면접 참여자의 특성	134
2) 응급의료 전달체계	137
3) 응급환자의 감염관리	249
3. 연구결과의 종합	297
1) 2015 메르스 유행의 응급의료체계에 대한 의의	297
2) 메르스 유행 이후 응급의료 정책과정 분석	298
3) 응급의료 정책과정의 특징	340
V. 논의	363
1. 응급의료 정책과정 고찰	363

2. 연구의 한계	380
3. 연구의 의의	383
1) 방법론적 의의	383
2) 정책적 의의	384
4. 연구의 결론	385
1) 메르스 유행 이후 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리의 변화	385
2) 응급의료 정책과정 고찰	386
3) 응급의료체계 개선을 위한 정책과정의 시사점	388
VI. 참고문헌.....	390

표 차례

표 1	메르스 유행에서 드러난 우리나라 응급의료체계의 문제.....	7
표 2	중앙응급의료위원회와 시도응급의료위원회의 구성	30
표 3	중앙응급의료위원회와 시도응급의료위원회의 심의 사항.....	30
표 4	응급의료 정책과정의 공식 참여자.....	31
표 5	대한응급의학회의 목적과 시행사업	32
표 6	혼합방법 연구체계도	38
표 7	의료전달체계와 응급의료 전달체계	40
표 8	의료관련감염 예방관리와 응급환자 감염관리.....	40
표 9	양적연구 연구방법과 자료원	43
표 10	응급의료 전문가 심층면접 질문지 - 응급실 의료진용	58
표 11	응급의료 전문가 심층면접 질문지 - 응급의료 관련 전문가용	61
표 12	응급의료 전문가 심층면접 질문지 - 응급의료 정책 전문가용	64
표 13	질적연구 보고지침에 따른 질적연구 연구방법 요약	68
표 14	혼합방법 연구의 수행 일정.....	71
표 15	응급의료 전달체계 개선정책.....	73
표 16	응급의료 전달체계 개선정책의 기대효과	76
표 17	응급의료 전달체계 개선정책 기대효과 평가항목.....	79
표 18	응급의료 자원의 변화	82
표 19	응급의료 전달체계 개선 관련 수가 조정	85
표 20	응급의료 전달체계 관련 응급의료기관 평가 지표 1.....	88

표 21 응급의료 전달체계 관련 응급의료기관 평가 지표 2.....	89
표 22 중증응급환자 전원율과 최종치료 제공률	90
표 23 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수	92
표 24 성별에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수와 응급실 방문 일주일 이내 사망자 수 비율(%).....	95
표 25 연령에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수와 응급실 방문 일주일 이내 사망자 수 비율(%).....	97
표 26 사회경제적위치에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수와 응급실 방문 일주일 이내 사망자 수 비율(%).....	100
표 27 질환 중증도에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세.....	103
표 28 지역에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수(광역시)	105
표 29 지역에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수(도 지역)	105
표 30 경기도 내 위험지역 여부에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세	107
표 31 2014-2016년 월별 응급실 방문 7일 이내 사망자 수....	109
표 32 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세(NEDIS)	114
표 33 응급환자 감염관리 개선정책	121
표 34 응급환자 감염관리 개선정책의 기대효과	123
표 35 보건의료체계의 구성요소 틀에 따른 감염관리 변화	124

표 36	의료관련감염대책 협의체 과제.....	128
표 37	응급의료기금 신종감염병 관련 예산	130
표 38	응급환자 감염관리 관련 수가 조정.....	130
표 39	응급의료에 관한 법률 개정 내용	131
표 40	응급환자의 감염관리 관련 응급의료기관 평가지표.....	132
표 41	심층면접 참여자의 특성.....	135
표 42	응급의료 전달체계 코드 범주화.....	137
표 43	응급의료 전달체계 정책과정 평가.....	139
표 44	응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책의제 설정	140
표 45	응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책문제(정책분석)	153
표 46	응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책결정	169
표 47	응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책집행	175
표 48	응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책평가.....	218
표 49	질적연구로 평가한 응급의료 전달체계 개선정책의 정책결과	221
표 50	응급환자의 감염관리 코드 범주화.....	249
표 51	응급환자 감염관리 정책과정 평가.....	251
표 52	응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책의제설정	252
표 53	응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책 분석	256
표 54	응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책결정	261
표 55	응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책집행	263
표 56	응급환자 감염관리의 정책과정 평가 - 정책평가	275
표 57	질적연구로 평가한 응급환자 감염관리 개선정책의 정책결과	277
표 58	응급의료 자원확대 정책의 정책결과	300

표 59	응급실 과밀화 완화 정책의 정책결과	302
표 60	응급실 과밀화 완화 정책에 대한 정책행위자 인식차이 ...	307
표 61	응급환자 진료역량 강화 정책의 정책결과.....	311
표 62	응급의료기관의 업무.....	315
표 63	응급환자 진료역량 강화 정책에 대한 정책행위자 인식 차이	317
표 64	감염관리 체계확립 정책의 정책결과	320
표 65	감염관리 자원확대 정책의 정책결과	321
표 66	감염관리 자원확대 정책에 대한 정책행위자 인식차이	323
표 67	감염관리 여건 개선 정책의 정책결과	326
표 68	감염관리 여건 개선 정책에 대한 정책행위자 인식차이 ...	330
표 69	응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리 영역의 정책과정 비교	333
표 70	응급의료의 변이.....	351

그림 차례

그림 1	보건의료체계의 구성요소.....	14
그림 2	정책과정	19
그림 3	응급의료 정책과정의 참여자.....	34
그림 4	양적연구의 분석 틀	72
그림 5	2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세.....	93
그림 6	2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 분율 추세.....	93
그림 7	성별에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세	94
그림 8	연령에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세	96
그림 9	사회경제적 위치에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세	98
그림 10	성, 연령, 사회경제적 위치에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세.....	101
그림 11	질환 중증도에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세.....	104
그림 12	위험지역 여부에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세 1.....	106
그림 13	위험지역 여부에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세 2.....	108
그림 14	2014-2016년 월별 응급실 방문 7일 이내 사망자 수 추세	110
그림 15	2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실	

방문 7일 이내 사망자 수 비율 추세.....	110
그림 16 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 사망자 수 추세	111
그림 17 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 사망자 수 비율 추세.....	112
그림 18 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세(NEDIS)..	113
그림 19 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 평균 추세.	115
그림 20 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세	115
그림 21 종별 구분에 따른 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 평균 추세.....	116
그림 22 권역응급의료센터 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세	117
그림 23 지역응급의료센터 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세	117
그림 24 지역응급의료기관 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세	118
그림 25 권역응급의료센터 진료결과 입원, 퇴원 환자의 2014- 2016년 월별 응급실 환자 재실시간 평균 추세	119
그림 26 권역응급의료센터 진료결과 퇴원 환자의 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세	120
그림 27 권역응급의료센터 진료결과 입원 환자의 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세	120
그림 28 응급실 과밀화 완화 정책 과정	303
그림 29 응급의료기관 응급환자 진료역량 강화 정책 과정	312

그림 30 감염관리 자원 확대 정책 과정	322
그림 31 응급실 감염관리 여건개선 정책 과정	327

글상자 차례

글상자 1 응급의료기금의 재원과 사용 관련 법률	27
글상자 2 대한응급의학회 회칙	173
글상자 3 응급의료 정책과정에서의 제언	364

I. 서 론

1. 연구 배경과 필요성

1) 한국 응급의료체계의 문제

응급의료는 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지 응급환자를 위해 시행하는 상담, 구조, 이송, 응급처치 및 진료 등의 조치를 의미한다.¹ 응급의료체계(emergency medical services system, EMSS)는 적정 규모의 지역에서 응급상황 발생시 효과적이고 신속하게 의료를 제공하기 위해 인력, 시설, 장비를 유기적으로 운용할 수 있도록 재배치하는 것이다.² 응급의료체계는 응급의료서비스가 제공되는 장소에 따라 병원 전 단계와 병원 단계로 구분된다. 우리나라 응급의료의 병원 전 단계는 응급환자의 상담, 구조, 이송을 담당하는 구급서비스가 전담하고 있다. 응급의료기관에서 제공하는 병원 단계는 현장처치와 연속되는 응급처치, 진단을 위한 검사, 응급수술과 입원 등을 의미한다. 응급의료기관은 24시간 응급환자를 진료할 수 있는 시설, 인력, 장비를 갖추어야 한다는 특성으로 인해, 정부 개입 없이 민간에서 적정 공급을 기대하기 어려운 시장실패(market failure)가 발생하는 의료영역이다. 정부는 법, 제도, 예산 지원을 통해 필수 사회서비스인 응급医료를 유지하고 관리한다.

¹ 응급의료에 관한 법률 제2조제2호

² 중앙응급의료센터 홈페이지, e-gen.or.kr

우리나라의 응급의료체계는 1994년 ‘응급의료에 관한 법률’이 제정되고 1995년 ‘응급의료기금’이 조성되며 기틀이 잡히기 시작하였고, 2002년과 2010년 응급의료기금이 확대되며 발전이 가속화되었다. 병원단계 응급의료체계는 2000년 응급의료에 관한 법률 개정으로 권역응급의료센터(권역센터)-지역응급의료센터(지역센터)-지역응급의료기관(지역기관)의 3단계 응급의료기관 유형과 유형별 지정기준이 마련되었다. 2018년에는 응급의료기관 외 응급실을 제외하고 총 402개의 응급의료기관이 운영되고 있다.³

우리나라 응급의료체계의 문제가 본격적으로 사회적인 이슈로 부각된 것은 2010년 장중첩증 4세 여아가 적절한 치료를 받지 못하고 여러 응급실을 전전하다 사망한 사건 이후이다.⁴ 응급의료기관이 응급환자 진료의 고유 목적을 달성하지 못하고 있다는 지적에 따라 2012년 보건복지부는 ‘응급의료제도개선협의회’를 구성하여 정부, 공급자, 소비자 대표, 전문가를 모아 논의의 장을 구성하였다. 응급의료제도개선협의회에서는 응급의료 전달체계(의료전달체계라는 용어에 대해서는 공급자 중심의 용어라는 비판이 있고, 의료이용체계 등의 대안적 용어가 언급되고는 있지만, 우리나라 의료정책에서 활발하게 사용되어 온

³ 중앙응급의료센터, 2018년도 응급의료통계연보: 권역응급의료센터 36개소, 지역응급의료센터 118개소, 지역응급의료기관 248개소, 응급의료기관 외 응급실 운영기관 119개소

⁴ 청년의사, 장중첩증에 천공된 '권역응급의료센터', 2011, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=94683>

용어이므로 이 연구에서는 전달체계라는 용어를 그대로 사용한다)의 문제점으로 1. 응급의료기관의 역량 부족, 2. 응급의료기관의 종별 기능 불명확, 3. 낮은 적정응급의료기관 이용률, 4. 응급의료자원의 비효율적 활용, 5. 응급의료의 낮은 이용만족도, 다섯 가지를 제시하였다. 2013년 제기된 문제들을 개선하기 위해 응급의료기관 종류를 중증응급의료센터와 지역응급의료센터의 2단계로 나누고 그에 맞는 기능을 수행하도록 하는 응급의료에 관한 법률 개정안이 국회에 상정되었다. 그러나 편익보다 책임만 늘어날 것을 우려한 응급의료기관들의 반대로 통과되지 못했다.⁵ 응급의료기관의 불분명한 종별 기능, 응급의료기관의 배후진료 역량 부족, 응급의료기관 분포의 지역적 불균형, 응급의료 원가에 대한 낮은 보상과 취약한 질 개선 동기는 2014년 보건복지부에서 시행한 ‘응급의료기관 기능개편 세부기준 마련 연구’에서도 한국 응급의료체계의 문제점으로 지적되었다.⁶

취약한 의료전달체계 하에서 환자들이 1차, 2차 의료기관을 거치지 않고 3차 병원으로 집중되는 것은 한국 의료체계의 고질적인 문제이다.(1) 응급의료체계 역시 동일한 문제를 지니고 있다. 응급의료기관의 종별 기능이 불분명한 가운데 경증환자도 제한 없이 최상급 응급의료기관인 권역센터에 바로 방문이 가능하다. 권역센터가 경증환자로 과밀화되면 본연의 역할인 중증응급환자 진료 기능을 제대로 수행하기 어렵다.(2) 또한 과밀화되어 있는 응급실은 감염관리가 어려워 응급실 감염전파에

⁵ 2013.5.29 응급의료에 관한 법률 일부개정법률안. 2013.5.29 의안번호 5165. 신의진 의원 등

⁶ 서울대학교 산학협력단, 응급의료기관 기능개편 세부기준 마련 연구, 2014

취약하다.(3) 우리나라 응급실은 병문안 문화의 일종으로 방문객 출입이 잦고 시설 기준에 격리병상이 포함되어 있지 않아 병원 내 감염 전파에 더욱 취약하였다.

이상의 여러 가지 문제가 복합되어 있는 한국의 응급의료체계에서 2015년 메르스 (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) 유행이 시작되었다.

2) 2015 년 메르스 유행과 응급의료체계

메르스는 메르스 코로나바이러스(Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus, MERS-CoV)에 의한 급성호흡기감염증이다. 2012년 9월 사우디아라비아에서 처음 보고된 이후 2015년까지 중동 지역을 중심으로 약 1,500명의 환자가 발생하였다. 한국에서는 2015년 5월 20일 삼성서울병원에서 첫 번째 메르스 환자가 확진되며 메르스 유행이 시작되었다. 첫 번째 환자는 2015년 4월 중동지역을 방문했다가 귀국한 후 10일 동안 여러 의원과 평택성모병원을 거쳐 삼성서울병원 응급실을 방문하였고, 삼성서울병원에 입원한 후 메르스로 확진되었다. 질병관리본부는 메르스 첫 번째 환자가 확진된 후 중앙방역대책본부를 구성하여 초기 역학조사를 시행하고 방역조치를 하였다. 하지만 첫 번째 환자가 입원해 있었던 평택성모병원에서 추가 감염자가 발생하였고, 이후 여러 병원에서도 다수의 추가 환자가 발생하며 메르스 유행이 확산되었다. 가장 많은 2차 감염자를 발생시킨 환자는 첫 번째 환자와 평택성모병원 동일 병동에 입원해 있었던 14번째 환자였다. 14번째 환자는

삼성서울병원 응급실에 3일간 체류하며 입원대기를 하는 동안 수많은 사람들과 접촉하였고, 이 과정에서 78명의 2차 감염자가 발생하였다. 한국의 메르스 유행은 감염의 병원 내 전파와 환자들의 병원 이동에 따른 병원 간 전파가 특징적이었다. 확진자 186명 중 178명(95.7%)이 병원 내 감염이었으며 그 중 의사 등 의료기관 종사자가 31명(17.4%)이었다.⁷ 특히 과밀화된 응급실과 우리나라의 병문안 문화가 메르스 유행을 확산시켜, 슈퍼 전파자 5명이 전체 감염 환자의 82.3%인 153명을 감염시킨 것으로 확인되었다.

초기 대응 실패로 감염이 확산되며 국민들의 혼란과 불안감이 증폭되자 정부는 2015년 5월 28일 기존에 운영되던 방역대책본부를 중앙메르스대책본부로 확대 개편하여 메르스 확산 대처를 막기 위한 전사회적인 노력을 집중하였다. ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’ 일부를 개정하고 메르스 환자가 발생한 16개 병원을 집중관리병원으로 지정하여 병원 내 감염 전파를 차단하기 위한 집중관리와 접촉자 관리를 시행한 결과, 2018년 7월 5일 이후 더 이상 확진 환자는 나타나지 않았다. 정부는 세계보건기구 기준에 따라 80번째 환자의 사망일로부터 28일이 지난 시점인 2018년 12월 23일 메르스 유행 종료를 선언하였다.

2015년 5월 20일 첫 번째 환자 확진부터 12월 23일 메르스 유행 종료 선언까지 2015년 한국의 메르스 유행에서 확진 환자는 총 186명 발생하였고, 그 중 38명이 사망하였다. 유행 기간 중 총 16,693명을 격리하였으며, 메르스로 인한 의료기관 등의

⁷ 2015년 보건복지부 제출자료, 재구성

손실보상금은 총 1,781억 원이었다. 메르스로 인한 사회경제적 손실비용은 6조 3,627억 원으로 추계되었다.⁸(4)

응급실은 14번 환자가 3일간 체류하는 동안 78명의 2차 감염자를 발생시키며 메르스 유행의 주된 전파 경로로 지적되었다.⁹ 상급종합병원 응급실의 과밀화, 응급실을 입원 대기 공간으로 사용하는 행태, 제한되지 않은 병문안 문화, 부족한 감염관리 체계와 같은 응급의료체계의 문제점들이 메르스 유행의 주요 원인으로 지적되며, 메르스 유행은 한국 응급의료체계의 민낯을 보여준 사건으로 평가되었다.(5)

3) 연구의 필요성

응급의료는 서비스의 공공적인 성격으로 인해 보건의료 분야에서 보건의료정책의 영향을 많이 받는 분야이다. 우리나라 응급의료는 1994년 응급의료에 관한 법률 제정 이후 정부의 지속적인 지원과 관리 하에서 질적, 양적으로 확대되어 왔다.¹⁰ 1995년 삼풍백화점 붕괴사고 당시 응급의료체계의 취약성이 지적되며 집중적인 투자와 제도 개선을 통해 한단계 도약하였고,

⁸ 의협신문, 2015, '메르스의 역습'.. 예상 밖 확산 '당혹', <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=106923> (김윤희, (2015). 메르스로 인한 사회 경제적 비용. 2015 한국보건경제·정책학회 추계학술대회 발표자료. 서울. 자료 인용)

⁹ 세계보건기구 (WHO) 합동평가단은 2015년 6월 13일 정부세종청사 보건복지부에서 열린 기자회견에서 “일부 병원은 응급실이 너무 붐볐고, 다인실에 여러 환자가 있었던 것이 메르스 감염에 영향을 줬다” 고 평가하였다.

¹⁰ 1994년 ‘응급의료에 관한 법률’ 제정으로 응급구조사 양성과 응급의료기금이 법제화되었고, 1995년 응급의학전문의 제도가 도입되며 본격적인 응급의료체계 구축이 시작되었다.

2002년과 2010년 응급의료기금이 증액되며 발전이 가속화되었다.(6)

2015년의 메르스 유행은 다시 한번 우리나라 응급의료체계의 취약성이 드러난 사건이었다. 또한 축적되어 온 응급의료체계의 여러 문제들을 해결할 수 있는 정책의 창이 열린 사건이기도 했다. 과밀화된 응급실 안에서 메르스 전파가 이루어짐에 따라, 메르스 유행 이후 우리나라 응급의료체계 개선이 필요하다는 목소리가 높았다.

메르스 유행에서 드러난 우리나라 응급의료체계의 문제를 보건의료체계의 설명 틀인 보건의료체계의 구성요소¹¹에 따라 정리한 것은 이하와 같다.(7)

표 1 메르스 유행에서 드러난 우리나라 응급의료체계의 문제

구성요소	응급의료체계의 문제
의료자원	<ul style="list-style-type: none"> - 응급의료 종사자의 감염관리 교육 및 대응훈련 미흡 - 응급실 내 음압격리병상 부족 등 감염관리 시설자원 부족 - 해외유입감염병을 비롯한 신종전염병 관련 정보 부족
자원의 조직화	<ul style="list-style-type: none"> - 응급의료기관의 종별 기능 수행 미흡 - 대형병원(상급종합병원 등) 응급실로의 쏠림현상
서비스 제공	<ul style="list-style-type: none"> - 대형병원 응급실 과밀화 - 응급진료 이외의 목적으로 사용되는 응급실 (응급실을 입원대기장소로 이용하는 행태)

¹¹ 1984년 WHO가 발표한 "National health systems and their reorientation towards health for all"에서는 한 국가의 보건의료체계를 의료자원, 자원의 조직화, 서비스 제공, 재정, 관리 5가지로 구분하여 설명하였다.

	<ul style="list-style-type: none"> - 환자들의 제한없는 응급실 방문 기회 - 응급실 내 감염관리 체계 부재 - 응급실 선별진료 체계 부재
재정	<ul style="list-style-type: none"> - 감염관리 관련 수가 미흡 (감염관련물품, 격리실) - 응급의료기관 종별 기능 수행에 따른 보상체계 부재
관리	<ul style="list-style-type: none"> - 응급실 과밀화 관리 미흡 - 응급실 감염관리 평가 미흡 - 응급실 방문자 관리 부재

응급실 환자의 감염관리를 위한 의료자원과 재정체계가 불충분했고, 응급의료 전달체계가 불명확하여 환자들의 필요에 맞게 응급의료 서비스를 적절히 제공하는 데 어려움이 있었다. 무제한적으로 원하는 응급실에 방문할 수 있는 환자들은 대형병원으로 쏠렸고, 입원병상이 부족한 대형병원들은 응급실을 입원대기장소로 이용하는 행태를 보였다. 그 결과 대형병원 응급실 과밀화는 악화되었다. 그러나 응급실 과밀화와 감염관리를 평가하고 규제할 관리체계가 미흡하여 이러한 문제는 메르스 유행 이전에 큰 문제로 제기되지 못했다.

우리나라의 응급의료체계는 국가보건정책의 추진에 따라 지속적으로 발전해왔다. 그러나 보건의료정책이 응급의료의 제공과 응급의료체계 발전에 미친 영향에도 불구하고, 응급의료 분야의 정책과정과 정책행위자에 대한 연구는 아직 부족한 상태이다. 지금까지 보건의료분야 정책에 대한 연구는 의료보험 정책 또는 보건의료인력 정책 등과 같이 전체 의료를 포괄하는 영역에 집중되어 있었다. 보건의료정책의 영향을 크게 받는 응급의료

분야에서 응급의료정책이 어떻게 결정되고 집행되는지에 대해서는 국내 연구가 존재하지 않는다. 이는 응급의료 종사자들과 정책담당자들의 응급의료 정책과정에 대한 이해를 낮게 하는 요인이 된다. 어떠한 요소가 정책과정에 영향을 미치고 누가 어떤 방식으로 정책과정에 참여하는가에 대해 이해를 높이기 위해서는 정책과정이 어떻게 이루어지는지를 심층적으로 분석하는 과정이 필요하다.(8) 응급의료체계의 문제를 해결하고 지속적인 응급의료 발전을 이루기 위해서는 응급의료 정책과정의 특징을 관찰하여 다양한 정책참여자들의 관점에서 정책과정을 이해하는 것이 필수적이다.

메르스 유행 이후 보건의료계에서는 메르스 유행 시기에 제기되었던 응급의료체계의 문제를 해결하기 위한 개선정책들이 쏟아져 나왔다. 그러나 그러한 개선정책들이 실제로 어떻게 결정되어 집행되었고, 응급의료체계의 문제가 얼마나 개선되었는지에 대한 종합적인 평가는 이루어지지 못했다. 2015년 한국의 메르스 유행은 응급의료 정책과정을 이해하고 향후 응급의료체계 개선을 위한 정책과정에 시사점을 줄 수 있는 좋은 연구사례가 된다.

2. 연구 목적

2015년 메르스 유행은 과밀화된 응급실에서 감염병이 전파된 것이 문제였다. 당시 지적된 응급의료의 문제는 크게 응급의료 전달체계의 문제와 응급환자 감염관리의 문제로 나눌 수 있다. 그래서 이 연구는 응급의료 전달체계와 응급환자의 감염관리 두 영역에서 메르스 유행 이후 이루어진 변화를 조사하고 응급의료 정책과정을 고찰하고자 한다. 메르스 유행 이후 이루어진 응급의료 정책과정을 이해하기 위해서는 우리나라의 고유한 보건의료 환경 하에서 응급의료정책의 여러 참여자가 어떤 생각과 태도를 가지고 정책과정에 참여하였고 그것이 정책결과에 어떤 영향을 미쳤는지를 정책 참여자의 목소리를 통해 해석할 필요가 있다. 이런 접근방식을 통해 메르스 유행 이후 우리나라 응급의료 정책과정의 특성과 문제점을 파악하고, 응급의료체계 개선을 위한 정책과정에서 고려해야 할 점을 도출하는 것이 본 연구의 궁극적 목적이다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 메르스 유행 이후 응급의료 전달체계와 응급환자의 감염관리 영역에서 추진된 응급의료 개선정책과 그로 인한 정책결과를 평가한다.
- 둘째, 정책행위자들의 관점에서 메르스 유행 이후 이루어진 응급의료 정책과정을 고찰하여 응급의료 정책과정의 특성을 도출한다.
- 셋째, 응급의료 정책과정과 정책행위자들에 대한 고찰을 통해 향후 우리나라 응급의료체계 개선을 위한 정책과정에서 고려해야

할 점을 제시한다.

II. 이론적 배경

1. 보건의료체계의 평가

1) WHO 보건의료체계의 구성요소

보건의료체계의 구조와 기능을 분석하는 모델 중 가장 널리 사용되는 것은 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서 제시한 것이다. 1977년 세계보건회의(World Health Assembly)는 “Health for All by the Year 2000”을 발표하여 “Health For All”을 WHO와 모든 회원국이 추구해야 할 공통 목표로 제안하였다. 1978년 알마아타에서 이루어진 국제회의에서 일차보건의료(Primary Health Care)가 목표 달성을 위한 주요 전략으로 제안되었고, 1981년 세계보건회의에서는 이에 대한 국제적 전략을 담은 “Global strategy for health for all by the year 2000”을 발표하였다.(9) 이후 1984년 WHO는 각 나라 보건의료체계의 변화(reorientation)를 촉구하고 지원하기 위하여 “인류 모두의 건강을 위한 국가 보건의료체계의 방향 재설정, National health systems and their reorientation towards health for all: Guidance for policy-making” 보고서를 발표하였다.(7)

Bogdan M. Kleczkowski가 주도하여 작성한 이 보고서는 다음의 세 파트로 구성되어 있다. 1. 각 나라의 보건의료체계를 분석하고, 2. 보건의료체계 개선을 위한 전략을 탐색하여, 3. 개선 정책을 적용하는 것이다. 그 중 첫번째인 각 나라의 보건의료체계 분석 파트는 국가별로 다른 보건의료체계를 이해하기 위하여 보건의료체계를 다음 다섯 개의 구성 요소로 나누어 파악할 것을

제안하고 있다.

1. 의료자원의 개발(development of health resources)
2. 자원의 조직화(organized arrangement of resources)
3. 의료서비스의 제공(delivery of health care)
4. 재정적 지원(economic support)
5. 정책 및 관리(management)

각 나라는 의료자원을 개발하고 자원을 조직하여 의료 서비스를 제공하고 있다. 재정과 정책 및 관리는 이상 세 개 구성요소를 지원하는 역할을 한다. 의료자원은 의료인력, 의료시설, 의료물품, 의료지식체계를 포함하는 개념으로, 보건의료 서비스를 제공하려면 자원을 조직화하는 과정이 필요하다. 자원의 조직화에 관여하는 대표적인 기관은 국가 보건당국과 보건과 관련된 정부기관(교육부, 행정안전부 등), 민간의료기관이다. 의료서비스 제공의 가장 흔한 분류는 1차(primary), 2차(secondary), 3차(tertiary) 의료이다.¹²(10) 보건의료 이용을 개인의 경제적 능력에만 맡겨두면 경제적 능력에 따라 보건의료 이용에 불평등이 생기므로 많은 국가에서 보건의료에 대한 국가 차원의 재정지원 체계를 가지고 있다. 조세를 이용한 공공재원과 건강보험 제도가 대표적이다. 정책과 관리는 보건의료체계가 원활하게 기능하도록 하는 것이다.

¹² 1920년 발표된 영국의 도슨 보고서는 보건의료서비스가 단계적으로 구성되어야 한다고 제안하며 ‘일차의료센터(primary health center) - 이차의료센터(secondary health center) - 교육병원(teaching hospital)’의 구분을 제시하였다. 일차의료센터는 다양한 예방과 치료서비스를 제공하며, 이차의료센터는 일차의료센터보다 전문적인 서비스를 제공한다. 교육병원은 이차의료센터에서 의뢰된 환자를 대상으로 보다 전문적인 서비스를 제공한다.

지휘체계와 의사결정 과정이 포함되며, 구체적으로는 보건의료 제도에 대한 규제와 모니터링 제도로 나타나게 된다.

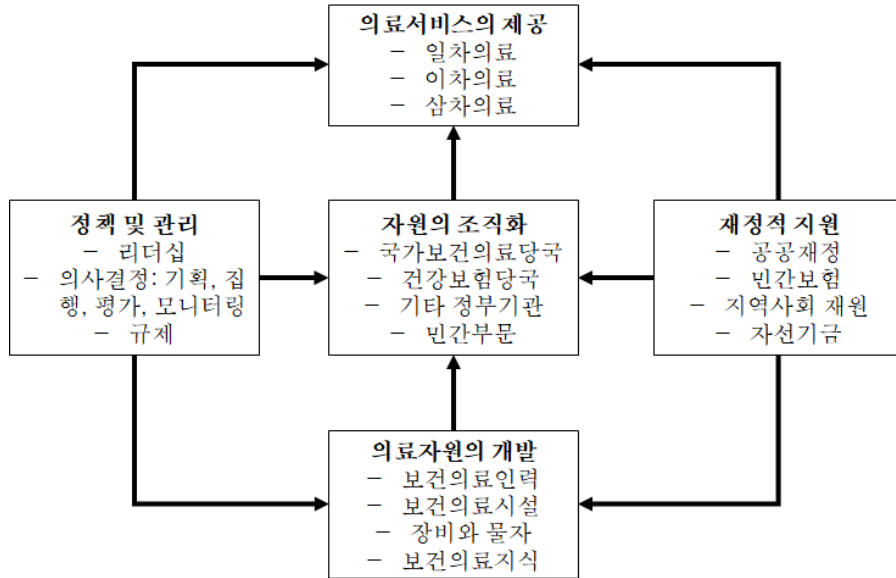


그림 1 보건의료체계의 구성요소¹³

2) 보건의료체계 개혁을 위한 조종손잡이¹⁴

하버드대학교의 Marc Roberts와 William Hsia, Peter Berman, Michael Reich는 보건의료체계 개혁을 위하여 각 국가에서 사용할 수 있는 방안을 다섯 가지 조종손잡이(control knob)로 제안하였다.(11) 다섯 가지 조종손잡이의 구체적인 내용은 이하와

¹³ Kleczkowski et al, 1984, National health systems and their reorientation towards health for all, WHO에서 번역 및 인용하였다.

¹⁴ 해당 부분은 Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2003). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford university press. 의 내용을 재정리하였다.

같다.

(1) 재정

보건의료체계에서의 재정은 보건의료 활동에 필요한 자금을 동원하는 기전과 그것을 어떻게 사용(할당)할지를 결정하는 것이다. 정부는 보건의료체계 개혁을 위해 어떠한 재정을 사용하고 얼마나 사용할 것인지를 결정한다. 대표적인 재정 항목으로는 일반세입 재원, 사회보험, 민간보험, 본인부담이 있다. 이렇게 구성된 재정은 예방, 일차의료, 전문서비스 등 환자 집단과 목적에 따라 다르게 배분된다.

(2) 지불방식

지불방식은 어떻게 재정을 지불할 것인지 방법을 결정하는 것이다. 자금을 동원하는 모든 조직(정부, 사회보험, 민간보험, 지역사회 재정체계 등)은 어떤 기관이, 무엇에 대해, 얼마를 지불할지를 결정해야 한다. 이 결정은 보건의료체계 내 모든 조직과 개인의 행동에 강력한 인센티브를 창출한다. 재정적 인센티브가 보건의료부문 조직과 개인의 행동에 가장 중요한 영향을 미친다는 주장도 있다. 대표적인 지불방식은 행위별 수가제, 월급제, 인두제, 일당 정액제, 총액예산제 등이 있다. 지불수준은 지불률에 따라 달라지는데 청구액에 따라 공급자에게 지급하는 것이 가장 단순한 방식이다.

(3) 조직

조직은 보건의료체계의 전체 구조와 보건의료서비스를 제공하는

개개의 기관, 두 가지 뜻으로 사용된다. 독립된 민간병원도 개개의 기관조직이다. 조직은 지역사회 보건요원과 같은 새로운 체계를 만들거나 병원의 지배방식을 재조정하여 변화시킬 수 있고, 다른 조종손잡이를 사용하여 간접적으로 조정하는 방법도 있다. 조직의 변화는 보건의료서비스를 제공하는 조직의 혼합, 조직 활동의 분할(division), 조직 간의 상호작용, 정치와 경제 체계와의 관계, 그들이 지속적인 생존을 위해 필요한 자원을 확보하는 방법, 각 조직의 내부 행정구조의 변화 등을 의미한다. 조직의 조종손잡이를 돌리는 전략으로는 담당업무 변화, 인센티브(보건의료기관과 다른 체계간의 연계를 통해 만들어지는 인센티브 - 경쟁, 계약방식), 관리적 전략(조직 내부를 변화시키는 것 - 공사화, 총체적 질 관리, 공공부문 관리의 향상, 지방분권화) 등이 있다. 조직에 대한 인센티브, 관리자를 위한 인센티브, 관리자의 기술과 태도, 관리자의 권한, 직원을 위한 인센티브, 직원의 기술과 태도를 조직적 성과를 위한 여섯 가지 열쇠라고 한다.

(4) 규제

규제는 보건의료부문의 개인과 조직의 행동을 변화시키기 위해 국가가 강제적인 힘을 사용하는 것을 의미한다. 규제는 이하와 같은 목적을 위하여 시행할 수 있다.

- 시장교환을 위한 기본적인 조건확립: 보건의료기관의 지불능력과 과산에 대한 관리, 재산권과 특허권 보호
- 형평성의 향상-시장이 할 수 없는 일에 대한 보완: 응급의료서비스에 대한 환자 권리보장, 의료취약지역 인력 배치

- 시장실패의 교정 또는 우량재의 공급: 보건교육이나 예방접종 프로그램, 진료지침 등 과정규제, 의료과오 체크 등 결과 규제, 독점에 대한 대응, 신기술 제한, 면허와 인증 등
- 수용할 수 없는 시장 결과에 대한 교정: 담배판매금지, 안락사 금지 등의 사례

성공적인 규제를 위한 주요 결정요인은 해당 국가의 문화적 태도, 정부 역량, 정치적 지원, 규제제도와 과정의 설계 등이다.

(5) 행태

인구집단에 대한 개입을 통해 개인의 행태를 변화시킬 수 있다. 개인 행태에는 치료 탐색 행태, 보건의료 전문가 행태, 환자의 치료 순응 행태, 생활양식과 예방 행태 등이 포함된다. 정보, 교육, 커뮤니케이션, 사회 마케팅, 인센티브, 규제, 금지 등이 개인의 행태를 바꾸기 위한 방법으로 사용된다.

2. 정책론

1) 정책과정의 이해

응급의료의 정책과정을 이해하기 위해서는 우선 정책과정 일반에 대한 이해가 필요하다. 해당 부분은 정정길 외가 2010년 펴낸 ‘정책학원론’ 과 Gill Walt가 1994년 펴낸 ‘Health policy: an introduction to process and power’, 2014년 8판이 나온 James E. Anderson의 ‘Public policy-making’을 기반으로 하여 정책론 일반에 대한 주요 내용을 요약하였다.(8, 12, 13)

(1) 정책과정의 용어 정의

정책이란 여러 가지 정의가 있으나 본 연구에서는 “바람직한 사회상태를 이룩하려는 정책목표와 이를 달성하기 위하여 필요한 정책수단에 대하여 권위있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침” 이라는 정의를 사용한다.¹⁵

사회문제가 정책이 되어 정책결과를 만들고 평가되기까지의 과정은 정책결정자 상호 간에 이루어지는 정치적 타협의 산물이다.(14) 사회에는 해결해야 할 많은 사회 문제가 존재한다. 그 중 정부에서 정책적 해결을 위하여 신중한 검토를 하기로 결정한 사회문제를 정책문제라고 한다. 이 때 사회문제 중에서 일부를 정책문제로 채택하는 것을 정책의제 설정이라고 한다. 정책결정은 정책문제에 대해서 달성할 정책목표를 설정하고 목표를

¹⁵ 정정길 외, 정책학원론, 대명출판사, 2010

달성할 수 있는 여러 대안을 검토하여 하나의 정책대안을 채택하는 모든 활동으로, 그 결과로서 나오는 산출물이 정책이다. 결정된 정책이 구체화되어 현실에서 실현되는 활동을 정책집행이라고 부른다. 정책집행의 결과로 정책목표가 달성되거나 달성되지 않는 등의 정책효과와 정책비용 등의 정책결과가 발생한다. 정책목표란 “정책을 통하여 이룩하고자 하는 바람직한 상태”(desirable state)로서, 정책의 존재 이유이다. 정책목표가 달성되어 나타나는 결과를 정책효과(policy effect) 또는 정책의 실질적 산물(policy output)이라고 한다. 정책효과와 정책담당자가 처음에 의도하지는 않았으나 나타난 부수효과(side effect), 정책을 실현하기 위해 지불한 정책비용(사회적 희생)을 통틀어 정책결과(policy outcome)라고 한다. 사회문제부터 정책집행 후 발생한 결과에 대한 정책평가까지의 과정 모두를 정책과정(policy process)이라고 하며, 그 중 정책의제 설정, 정책결정, 정책집행의 과정을 정책활동이라고 한다.(15)

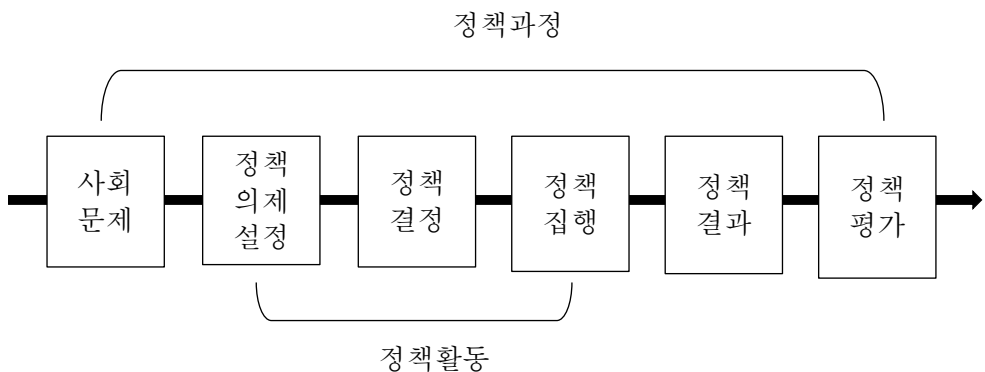


그림 2 정책과정 (정정길 외, 정책학원론의 “그림 1-2 정책과정”을 수정)

정책수단(policy measure)이란 정책목표 달성을 위한 수단으로

정책의 실질적 내용에 해당한다. 정책대상자에게 직접적인 영향을 끼치는 것이 정책수단이므로, 정책을 둘러싸고 일어나는 갈등이나 대립은 주로 정책수단을 무엇으로 하느냐에 관한 것이 핵심이다. 정책수단에는 조세감면, 보조금 지급과 같은 실질적 정책수단(substantive policy means)이 있고, 이를 실현하기 위하여 필요한 수단을 보조적 정책집행수단이라고 부르기도 한다. 정책목표를 달성하기 위해서는 여러 가지 정책수단을 함께 사용하는 것이 일반적으로, 정책수단들의 조합을 정책대안(policy alternative)이라고 한다. 정책대상집단(policy target group)은 정책의 적용을 받는 집단이나 사람이다. 정책대상집단에는 정책의 혜택을 받는 수혜집단(beneficiary group)과 정책 때문에 희생을 당해야 하는 사람들을 포함하는 정책비용부담자가 있다.

(2) 정책활동

정책활동의 첫번째 단계는 정책의제 설정(agenda setting)이다. 정책의제 설정은 정부가 사회문제를 해결하기 위해 이를 정책문제로 전환하는 공식적 의사결정 활동이다. 사회문제(social problem) 중 문제 해결에 대한 합의가 어려워 논쟁의 대상이 되는 문제를 사회적 쟁점(social issue)이라고 한다. 그 중 일반대중에게 확산되어 정치적 논란의 대상이 되는 의제를 공중의제(public agenda)라고 하며, 그 중 정부가 문제해결을 위해 고려하기로 한 의제를 정부의제(governmental agenda), 공식적으로 채택한 정책안을 결정의제(decision agenda)라고 한다. 정책의제 설정은 사회문제-사회적 쟁점-공중의제-정부의제의 4단계를 모두 거칠 수도 있고, 그 중 일부만을 거쳐 결정의제가 되기도 한다.

정책활동의 두번째 단계는 정책결정이다. 정책에는 그 자체로 가치가 내재되어 있어 정책결정은 사실판단을 기초로 가치판단을 하는 활동이다. 정책목표는 정책을 통해서 달성하고자 하는 바람직한 상태이므로 그 자체가 정책을 통해서 달성하고자 하는 가치이고, 정책수단 채택에도 가치판단이 필요하다. 정책결정은 정책목표와 정책수단 속에 내재된 가치들 중 어느 것이 얼마나 더 중요한지를 판단하고 가치를 배분하는 활동이다. 정책결정은 필연적으로 정치적 성격을 지니게 되어 여러가지 모형으로 이를 설명한다. 합리적인 의사결정을 통해 정책을 결정하는 합리모형, 제한된 합리성에 기초한 만족모형, 현존의 정책에서 소폭으로 변화를 추구하는 점증모형, 혼란 상태에서 의사결정이 이루어지는 쓰레기통 모형 등이 대표적이다. 정책결정을 설명하는 여러 가지 모형은 정책결정의 가치판단 과정을 설명하는 방법들이다.

정책활동의 세번째 단계는 정책집행으로 정책의 내용을 실현시키기 위해 정책수단을 실현시키는 것이다. 정책결정 과정에서 결정된 정책 내용이 정책집행 과정에서 구체화되는 경우가 많다. 정책에서 달성하고자 하는 정책목표는 정책집행이 되어야 가능하다. 그러나 정책목표와 수단 사이에 인과관계가 존재하지 않거나 정책집행 과정에서 정책효과가 나타나지 않는 경우 정책수단이 실현되더라도 정책목표가 달성되지 않을 수 있다. 집행을 시도했으나 집행의 산출물이 나오지 않은 경우는 집행의 실패라고 하고, 집행의 산출물이 있으나 집행 성과가 나오지 않은 경우는 정책의 실패라고 하여 구분한다.

집행성공에 대해 합의된 기준은 없으나 일반적으로 정책목표 달성도, 능률성, 정책지지 및 관련 집단의 만족도, 정책수혜집단의

요구대응성, 체제유지, 5가지로 집행성공을 설명한다.(16) 집행성공의 주요 결정요인으로는 정책내용의 명확성과 일관성, 정책내용의 소망성(desirability), 정책집행수단 및 자원의 확보 등이 있다. 정책결정자, 대중 및 매스컴, 정책대상집단의 지지와 태도, 집행자의 능력도 집행성공에 영향을 끼친다. 집행자의 능력에는 지적 능력, 관리자로서의 능력, 정치적 능력이 포함된다. 정책집행이 성공하기 위해서는 정책대상집단, 정책집행을 담당하는 일선 관료와 중간매개집단의 순응이 중요하며, 특히 정책대상집단의 순응이 중요하다. 순응(compliance)이란 정책이나 법규에서 요구하는 행동에 따르는 행위로 그 반대는 불응(noncompliance)이라고 한다.(17) 순응을 좌우하는 요인으로는 정책 내용의 소망성, 명료성과 일관성, 정책집행자의 태도와 신뢰성, 정통성, 그리고 순응주체의 능력과 순응의욕이 있다. Sabatier와 Mazmanian은 이러한 내용들을 종합하여 효과적인 정책집행을 위한 다섯 가지 조건을 다음과 같이 정의하였다. 1. 정책내용은 타당한 인과이론이 있어야 하고, 2. 명확한 정책지침을 가지고 대상집단의 순응을 극대화할 수 있도록 구성되어야 하며, 3. 유능하고 헌신적인 관료가 집행을 담당하고, 4. 결정된 정책에 대해 관련 집단에서 지속적인 지지를 받으며, 5. 정책목표가 중간에 변하지 않고 안정적이어야 한다.(18) 일반적으로 정책집행을 수행하는 것은 관련 분야 업무를 수행하는 행정조직이다. 행정조직은 집행과정에서 세부적인 결정을 하고 상호대립되는 이해관계를 조정하는 역할을 한다.(8)

(3) 정책과정의 참여자

정책의 공식적인 참여자는 국회, 대통령과 대통령실 보좌진, 행정기관, 사법부이다. 행정조직의 공식적 권한은 대통령과 의회가 결정한 정책을 집행하는 것이다. 그러나 현대 국가의 사회문제 해결에는 고도의 전문성이 요구되는 경우가 많아 정책과정에서 행정조직의 역할이 점차 커지고 있다. 행정조직의 관료들은 대통령과 국회보다 장기간 해당 업무를 수행하고 있는 경우가 많으며, 경험을 바탕으로 한 전문성을 보유하고 있다. 또한 의회의 소관위원회와 관련 이익집단과 일정한 관계를 맺고 있어 이들 사이에서 의제 설정을 주도하게 된다. 그래서 현대 국가의 정책은 담당 행정조직에서 의제설정을 하고 정책수단을 결정하여 초안을 작성한 후 대통령에 의해 결정되거나 국회의 의결이 필요한 경우에는 국회로 이송되어 최종결정이 이루어지는 경우가 많다.

정책의 비공식적인 참여자에는 정당, 이익집단, NGO (non-governmental organization), 언론매체, 정책전문가 또는 정책공동체, 일반시민과 여론 등이 있다. 그 중 본 연구의 대상이 되는 주요한 참여자로 이익집단이 있다. 이익집단(interest group)은 사회 내 다른 집단들에 대해 자신들의 이익을 주장하는 공통된 이익과 태도를 지닌 개인들의 집합이다.¹⁶(19) 정책과정에서 이익집단은 정책행위에 대한 요구를 표명하고 대안을 제시하는 역할을 수행한다. 특정 목표를 달성하기 위해 의회나 행정부에 정치적 압력을 가하는 이익집단을 압력단체(advocacy group)라고 한다.(20) 압력단체는 그 목적에 따라 구성원들의 직접적인 이익이 아닌 공통된 목표를 공유하는 대의집단(cause group)과 구성원들의

¹⁶ 정책형성론, 제임스 E. 앤더슨, 1985에 수록된 '이익집단'의 정의 인용.

공통된 이익을 추구하는 파벌집단(sectional group)으로 나눌 수 있다.(20, 21) 대의집단은 ‘public interest groups’ 으로 공통된 목표를 공유하는 사람에게 포괄적으로 회원 자격을 부여하고, 파벌집단은 ‘private interest groups’ 으로 특정 조건을 충족하는 사람에게만 배타적으로 회원 자격을 부여한다. 이에 따라 이익집단이 정책활동을 하는 것에 대해서도 두 가지 견해가 있다. 이익집단이 파벌집단으로서 자신의 집단의 이익을 증진하기 위해 노력하는 과정에서 다른 집단 또는 전체 이익을 침해하는 부정적인 효과가 발생할 수 있다. 또는 이익집단이 주장하는 것이 해당 집단의 진정한 요구이고, 대의집단으로서 국민들 개개인이 요구하는 것보다 집단을 구성하여 요구하는 것이 효과적이라는 견해도 있다.(19)

이익집단의 영향력을 좌우하는 요인으로는 이익집단의 경제력(재정력), 사회적 명성(prestige), 정책결정자와의 친밀한 관계, 집단의 규모, 집단의 응집성(cohesion)이 있다. 이익집단은 정책의제 설정 과정에서 구성원의 이해관계와 관련된 문제를 정책의제화하고, 정책결정 과정에서 자신들에게 유리한 정책이 결정되도록 정책대안을 탐색하는 정부기관들에게 영향력을 행사한다. 이익집단은 정책대상집단으로서 정책의 적용을 받는 경우가 많아, 이익집단의 순응이 정책집행의 성공에 있어 중요하다. 이익집단이 정책집행으로 인해 손해를 보게 되면 정책과정의 의사결정점(decision points)에서 거부권(veto power)을 행사하여 정책과정을 무력화하고 정책목표 달성을 방해할 수 있다.

언론은 여론의 형성 역할을 하여 의제설정에 결정적인 역할을 하고 정책집행 과정상의 문제를 보도하여 집행에 영향을 끼칠 수

있다. 정책전문가는 관련 분야 전문지식을 바탕으로 정책에 대해서 논의하고 정보와 지식을 제공하는 존재이다. 정책전문가는 정책의제 설정과정에서 사회문제를 해결할 수 있는 정책대안을 제시하여 사회문제가 정책문제화 할 수 있는 조건을 갖추게 하고 정책 결정에도 참여하지만, 정책 집행에 미치는 영향은 상대적으로 적다. 시민은 민주정치체제에서 정부의 주인으로 공직자 선출에 참여하지만 개개인의 정책과정에서의 참여는 소극적인 편이다. 시민은 정책 전과정에서 인터넷 게시판, 시위 등을 통해 의견을 표출할 수 있고 투표와 선거를 통해서 의견을 표현할 수 있다. 시민의 참여는 정책의제 설정 과정에서는 비교적 영향력을 행사할 수 있으나 정책결정과 집행 과정에서는 영향력이 그리 크지 않다. 시민들의 정책과 관련한 공통적인 의견인 여론 역시 정책의제 설정에 영향을 끼칠 수 있으나 정책결정과 집행 과정에서는 여론이 형성되지 못하는 경우가 많다.

2) 응급의료 정책과정의 이해

정책론 일반의 개념을 활용하여 응급의료 정책, 응급의료 정책활동, 응급의료 정책과정의 참여자에 대한 내용을 정리하였다.

(1) 응급의료정책

우리나라 응급의료체계는 응급의료에 관한 법률과 응급의료기금, 응급의료 관련 수가를 기반으로 하여 보건복지부, 소방청, 시도소방본부, 지방자치단체, 중앙응급의료센터(국립중앙의료원) 등의 기관간 협조로 운영되고 있다. 관련 기관을 모두 아우르는

응급의료 정책은 5년에 한번 수립되는 응급의료 기본계획을 바탕으로 추진된다.¹⁷ 응급의료에 관한 법률에 따라 보건복지부 장관은 5년마다 중앙응급의료위원회의 심의를 거쳐 응급의료 기본계획을 수립한다. 2005-2010년 1차 계획, 2010-2012년 응급의료 선진화 추진계획, 2013-2017년 2차 계획이 수립되어 집행되었고, 2018년 2018-2022년 응급의료 기본계획이 수립되어 발표되었다. 보건복지부 장관은 기본계획에 따라 연차별 시행계획을 수립하고, 시도지사는 매년 지역응급의료 시행계획을 수립하여 시행한다. 응급의료 기본계획은 그 자체가 정책이며, 5년에 한번 수립되는 응급의료 기본계획에 기반하여 구체적인 응급의료 정책이 결정되고 집행된다.

응급의료 정책 수행의 기반이 되는 재정은 크게 중앙정부 일반 예산과 응급의료기금이 있다. 응급의료기금은 응급의료를 효율적으로 수행하기 위하여 보건복지부 장관이 설치하여 운영하고 있는 재원으로, 응급의료에 관한 법률에 따라 1995년부터 조성 시작되었다.(22) 1995년 조성 당시에는 요양기관 과징금의 50%를 재원으로 하였고, 2003년과 2010년에 도로교통법에 따른 범칙금과 과태료의 20%를 기금에 추가하여 안정적 기금 확보의 기반이 마련되었다. 응급의료기금의 규모는 1995년 설치 당시 17억 원이었으나 2017년 2,914억 원으로 170배 이상 증가하여 응급의료체계 개발의 핵심 재원으로 사용되고 있다.¹⁸

¹⁷ 응급의료에 관한 법률 제13조의2(응급의료 기본계획 및 연차별 시행계획) ① 보건복지부장관은 제13조에 따른 업무를 수행하기 위하여 제13조의5에 따른 중앙응급의료위원회의 심의를 거쳐 응급의료기본계획(이하 "기본계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다.

¹⁸ 감사원, 감사보고서 - 응급의료센터 구축 및 운영실태, 2018

글상자 1 응급의료기금의 재원과 사용 관련 법률

<p>응급의료에 관한 법률 제 20조(기금의 조성)</p> <p>① 기금은 다음 각 호의 재원으로 조성한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양기관의 업무정지를 갈음하여 보건복지부장관이 요양기관으로부터 과징금으로 징수하는 금액 중 「국민건강보험법」에 따라 지원하는 금액 2. 응급의료와 관련되는 기관 및 단체의 출연금 및 기부금 3. 정부의 출연금 4. 그 밖에 기금을 운용하여 생기는 수익금 <p>② 정부는 제1항제3호의 정부출연금으로 다음 각 호의 해당 연도 예상수입액의 100분의 20에 해당하는 금액을 매 회계연도의 세출예산에 계상하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「도로교통법」 제160조제2항 및 제3항에 따른 과태료(같은 법 제161조제1항제1호에 따라 지방경찰청장이 부과·징수하는 것에 한한다) 2. 「도로교통법」 제162조제3항에 따른 범칙금
<p>응급의료에 관한 법률 제 21조(기금의 사용)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 응급환자의 진료비 중 제22조에 따른 미수금의 대지급 2. 응급의료기관등의 육성·발전과 의료기관의 응급환자 진료를 위한 시설 등의 설치에 필요한 자금의 융자 또는 지원 3. 응급의료 제공체계의 원활한 운영을 위한 보조사업 4. 대통령령으로 정하는 재해 등이 발생하였을 때의 의료 지원 5. 구조 및 응급처치 요령 등 응급의료에 관한 교육·홍보 사업 6. 응급의료의 원활한 제공을 위한 자동제세동기 등 응급장비의 구비 지원 7. 응급医료를 위한 조사·연구 사업 8. 기본계획 및 지역응급의료시행계획의 시행 지원

(2) 응급의료 정책활동

응급의료의 정책활동 역시 1. 정책의제 설정, 2. 정책결정, 3. 정책집행의 3단계를 거친다. 응급의료 영역에서 가장 중요한 정책의제 설정은 응급의료 기본계획의 수립이다. 응급의료 기본계획은 보건복지부 응급의료과가 중심이 되어

중앙응급의료센터의 지원을 받아 수립하며, 중앙응급의료위원회의 심의 의결을 거쳐 확정된다. 응급의료 기본계획에 있는 정책 목표를 달성하기 위한 구체적인 정책은 매년 수립되는 연차별 시행계획과 지역응급의료 시행계획으로 결정된다. 중앙의 연차별 시행계획은 보건복지부 응급의료과와 중앙응급의료센터가 수립하고, 지역의 응급의료시행계획은 시도 보건정책과와 응급의료지원센터가 수립한다. 서울과 대구의 경우 시에서 자체적으로 응급의료지원단을 구성하여 응급의료 정책 개발과 결정에 참여하도록 하고 있다. 결정된 정책 시행을 위한 예산은 보건복지부에서 초안을 작성하여 국회를 통해 의결하며, 국회의 소관상임위원회는 보건복지위원회이다.¹⁹ 최종적으로 결정된 응급의료 정책의 집행 대상은 대부분 일선 응급의료기관이다.

(3) 응급의료 정책과정의 참여자

응급의료 정책과정의 주요 참여자는 행정부처(보건복지부), 국회, 대통령, 정당, 이익집단(응급의료 관련 전문학회, 대한의사협회, 대한병원협회, 시민사회단체, 보건의료단체), 일반국민과 여론, 외부전문가와 학자, 언론기관 등이다. 우리나라 응급의료 정책의 최고 행정기관은 보건복지부이다. 보건복지부는 응급의료체계의 총괄 역할로서 응급의료에 관한 법률을 담당하며 이에 따른 예산 편성 및 운영권을 가지고 있다. 보건복지부 장관이 수립한 응급의료 기본계획은 중앙응급의료위원회의 심의를 거쳐 최종 수립되며, 중앙응급의료센터에서 실무를 지원한다. 구체적인 응급의료 관련

¹⁹ 보건복지위원회는 국회법 제36조에 의거하여 보건복지부 소관 및 식품의약품안전처 소관에 속하는 의안과 청원 등의 심사, 기타 법률에서 정하는 직무를 행한다.

정책의 기획과 집행담당 행정기관은 응급의료이 제공되는 위치에 따라 분리되어 있다. 지역사회 단계는 시도 지방자치단체(지방정부)가 담당하고, 병원 전 단계는 소방청과 시도 소방본부가 담당하며, 병원 단계 업무는 보건복지부가 담당하고 있다. 중앙응급의료센터는 응급의료기관 평가와 응급의료통합정보망 관리 역할을 맡고 있다.

응급의료기본계획의 심의기관인 중앙응급의료위원회는 보건복지부장관을 위원장으로 하여 15인 이내의 민, 관 위원으로 구성된다.²⁰ 당연직 위원으로 기획재정부차관, 교육부차관, 국토교통부차관, 소방청장, 중앙응급의료센터의 장이 포함되며 위촉위원은 비영리민간단체 3명, 응급의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 3명, 응급의료기관 대표 1명, 지방공무원으로 특별시와 광역시를 대표하는 사람 1명과 도를 대표하는 사람 1명을 포함한다. 중앙응급의료위원회는 매년 2회 이상 개최하여야 하며, 회의 및 운영에 관한 사항은 대통령령으로 정한다. 시도 단위의 응급의료시행계획은 시도지사가 수립하고, 시도응급의료위원회가 이를 심의한다. 시도 단위 응급의료 기획과 집행기구는 시도 보건정책과(응급의료관리계)와 시도 소방본부 구급계이다. 시도응급의료위원회는 해당 시도의 응급의료에 관한 사항을 심의하기 위하여 매년 2회 이상 개최하여야 하며, 시도위원회의 구성, 기능 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 시도의 조례로 정한다.²¹

²⁰ 응급의료에 관한 법률 제 13조의 5(중앙응급의료위원회)

²¹ 응급의료에 관한 법률 제13조의6(시도응급의료위원회)

표 2 중앙응급의료위원회와 시도응급의료위원회의 구성

	중앙응급의료위원회	서울특별시 지역응급의료위원회 ²²
구성	위원장 1명과 부위원장 1명을 포함한 15명 이내의 위원으로 구성	위원장 및 부위원장 각 1명을 포함하여 10명의 위원으로 구성
위원장	보건복지부 장관	위원 중 시장이 임명
당연직 위원	기획재정부차관, 교육부차관, 국토교통부차관, 국민안전처의 소방사무를 담당하는 본부장, 중앙응급의료센터의 장	보건업무 담당 국장급 공무원, 재난대응과장, 보건의료정책과장
위촉위원	비영리민간단체 대표 3명, 응급의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 3명, 응급의료기관 대표 1명, 지방공무원 2명 (특별시·광역시 대표 1명, 도 대표 1명)	비영리민간단체 대표 1명, 응급의료에 관하여 학식과 경험이 풍부한 사람 4명, 응급의료기관 대표 1명, 응급의료지원센터 대표 1명

표 3 중앙응급의료위원회와 시도응급의료위원회의 심의 사항²³

중앙응급의료위원회	시도응급의료위원회
<ul style="list-style-type: none"> - 응급의료기본계획 및 연차별 시행계획의 수립 및 변경 - 응급의료기금 기금운용심의회의 심의 사항 - 응급의료에 관련한 정책 및 사업에 대한 조정 - 응급의료에 관련한 정책 및 사업 평가 결과 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역응급의료시행계획의 수립 및 변경 - 응급의료를 위한 지방 재정의 사용 - 응급의료 시책 및 사업의 조정 - 응급의료기관 등에 대한 평가결과의 활용

²² 서울특별시 지역응급의료위원회 구성·운영에 관한 조례 제2조(구성)

²³ 응급의료에 관한 법률 제13조의5(중앙응급의료위원회), 제13조의6(시도응급의료위원회)의 내용을 재정리하였다.

<ul style="list-style-type: none"> - 지역응급의료시행계획 및 지역(특별시, 광역시, 도)의 응급의료에 관련한 사업의 평가 결과 - 응급의료의 중기 장기 발전방향 및 제도 개선에 관한 사항 - 그 밖에 응급의료에 관하여 보건복지부장관이 부의하는 사항 	<ul style="list-style-type: none"> - 그 밖에 응급의료에 관하여 시도지사가 부의하는 사항
---	--

중앙과 시도 지역 응급의료 정책과정의 공식 참여자는 이하와 같다.

표 4 응급의료 정책과정의 공식 참여자

구분	중앙	시도 지역
계획수립	보건복지부 장관	시도지사
정책심의	중앙응급의료위원회	시도응급의료위원회
기획집행	보건복지부 응급의료과 *병원전단계: 소방청 구조구급국 119구급과	시도 보건정책과 (응급의료관리팀) *병원전단계: 시도 소방본부 구급계
실무지원	중앙응급의료센터	시도 응급의료지원센터 (응급의료지원단)

응급의료 정책과정의 비공식적 참여자로 자신에게 유리한 정책결정을 위해 활발한 정책 활동을 하는 이익집단이 있다. 이익집단(interest group)은 집단구성원들의 공통의 이익 증진을 목적으로 하는 집단으로 노동조합, 의사회 등이 대표적이다.(19) 이익집단의 강력한 영향력과 이해관계의 복잡성은 보건의료 분야 정책과정의 문제를 만드는 주요 요인이다.(23) 보건의료 정책과정에서 의사집단은 높은 전문성을 권력으로 가진 이익집단이다.(24) 이익집단은 정책안에 대해 여러 가지 정보를

제공하고, 경우에 따라서는 공무원들에게 전문성 높은 정보를 제공하여 정책결정 합리화에 기여하는 순기능을 가지고 있다. 그러나 이익집단은 정보, 전문성, 재정을 권력의 원천으로 하여 해당 집단의 이익을 위해 정책을 왜곡하고 정부 업무를 방해할 수 있다. 특히 의료와 같이 전문화된 영역에서 직능집단은 내부자의 지위를 가지고 정책과정에서 강한 힘을 가지고 있어, 직능집단이 정책에 동의하지 않으면 정책 자체가 타격을 입을 수 있다.(13)

응급의료 정책의 주요 이익집단은 응급의료 관련 전문학회가 있다. 대한응급의학회(The Korean Society of Emergency Medicine, KSEM, 이하 응급의학회)는 1989년 창립된 대표적인 응급의료 관련 전문학회로 의학학술단체인 대한의학회의 회원학회이다.²⁴ 응급의학회 정회원의 자격은 응급의학과 전문의에게 부여된다. 응급의학회의 목적과 사업의 범위는 이하와 같다.

표 5 대한응급의학회의 목적과 시행사업²⁵

구분	내용
목적	본회는 응급의학에 관한 연구 및 지식을 교환하고, 회원 상호간의 친목, 권익 옹호 및 응급의료 발전에 기여함을 목적으로 한다.
시행사업	1. 학술발표회 및 강연회 등 학술활동 2. 학회지 및 기타 학술도서 발행 3. 응급의학에 관한 국내의 정보교환 및 지식교류 4. 회원의 연구 활동 장려 및 지원과 장학사업 5. 관련학회나 협회와의 제휴 및 협력 6. 응급의학의 발전과 관련되는 의료제도의 연구 및

²⁴ 대한응급의학회 <http://www.emergency.or.kr/>

²⁵ 대한응급의학회 회칙, http://www.emergency.or.kr/html/sub01_06.asp

	<p>정책개발 사업</p> <p>7. 응급의학 전공의 수련과정 및 전문의 자격인정에 관한 사항</p> <p>8. 회원 상호간의 친목과 권익 옹호를 위한 제반 사업</p> <p>9. 기타 응급의학회 및 응급의료 발전을 위해 필요한 사업</p>
--	--

응급의학회는 학술단체로서 학술활동을 수행하며, 응급의학의 발전과 관련되는 의료제도의 연구 및 정책개발 사업을 수행하는 것을 고유 목적으로 한다. 산하에 정책위원회, 기획위원회, 학술위원회, 보험위원회 등 분과위원회를 구성하여 운영하고 있으며(2018년, 18개 분과위원회와 특별위원회 운영), 그 중 정책위원회가 응급의료 정책과정에 대처하고 응급의료 발전을 위한 정책을 개발하는 역할을 한다.²⁶

이익집단으로서 응급의료 관련 전문학회의 가장 큰 영향력은 전문성에서 나온다. 전문성은 이익집단의 영향력을 좌우하는 일반적인 요인에 포함되지는 않으나 전문성이 특히 중요한 보건의료 분야의 특성상 응급의료 관련 전문학회의 전문성은 정책과정에 큰 영향을 끼친다. 응급의료와 관련한 시민, 또는 의료소비자를 대변하는 이익집단은 우리나라에서 명료하게 형성되어 있다고 할 수 없다.

²⁶ 대한응급의학회 회칙 제7조(분과위원회 사업) 1. 정책위원회는 수시로 변하는 응급의료정책에 효과적으로 대처하여 응급의학회 회원들의 권익을 도모하고 정책팀을 구성하여 응급의료 발전을 위한 정책개발을 하여 이를 관련기관에 적극적으로 반영하여 전체 회원의 권익을 증진시키고 응급의료의 질적 향상을 기한다.

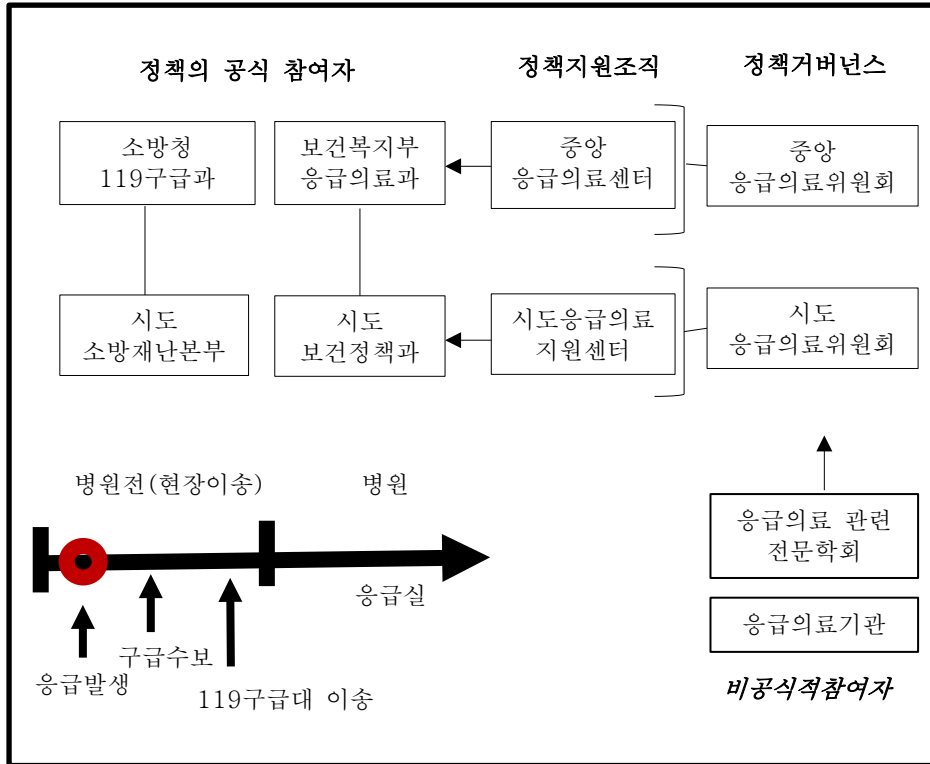


그림 3 응급의료 정책과정의 참여자

III. 연구방법

1. 혼합방법 연구설계

2015년 메르스 유행을 통해 바라본 한국 응급의료체계와 정책과정의 분석이라는 복잡한 주제를 파악하고 설명하기 위하여 혼합연구방법(mixed methods research)을 사용하였다. 양적연구 또는 질적연구의 단일 방법으로는 한국 응급의료체계의 일부분을 설명할 수 있지만 포괄적인 이해를 하는 데에는 제한적일 것으로 판단하였다. 혼합연구방법을 사용하여 양적연구와 질적연구의 결과를 종합하여 분석하였다.

혼합연구방법의 정의는 “질적인 접근과 양적인 접근을 함께 활용하여 자료를 수집하거나 분석하고, 두 접근의 결과를 통합해 추론을 이끌어내는 단일 연구 또는 조사”로서, 단일방법론의 한계와 문제를 극복할 수 있는 대안적 방법으로 제시되었다.(25) 혼합연구방법은 여러 가지 방법을 활용하여 하나의 현상을 입체적으로 바라볼 수 있다는 장점이 있어, 삼각검증법(triangulation methods)이라는 표현으로 설명되기도 한다.(26-28) 혼합연구방법의 연구방법은 크게 양적자료와 질적자료를 각각 수집하여 수행하는 수렴적 병행설계(convergent parallel design) 방법과 양적자료와 질적자료를 일련의 순서 또는 차례를 가지고 설명하는데 활용하는 순차적 설명설계(explanatory sequential design) 방법, 양적자료와 질적자료를 일련의 순서 또는 차례를 가지고 탐색에 사용하는 순차적 탐색설계(exploratory sequential design) 방법으로 나뉘어진다.(29) 이 연구는 수렴적

병행설계 방법을 사용하였다. 수렴적 병행설계방법은 하나의 현상을 입체적으로 바라보기 위하여 양적자료와 질적자료를 동시에 수집하여 분석하고 이를 통합하여 해석해내는 방법론으로, 여러 방식으로 하나의 주제를 탐구하는 삼각검증법의 특성을 살릴 수 있다는 장점이 있다. 이 방법에서는 양적자료와 질적자료를 동시에 수집하고 독립적으로 각각의 자료를 분석한 후 두 결과를 비교한다. 그래서 양적연구와 질적연구의 분석이 일치하는 부분과 일치하지 않는 부분을 확인하고, 필요한 경우 이에 대한 추가 자료를 수집하여 최종적으로 연구하고자 하는 현상을 풍부하게 설명해낸다. 이 연구는 수렴적 병행설계방법을 활용하여 양적 자료수집과 질적 자료수집을 동시에 진행하였고, 두 방법으로 수집된 자료에 대하여 독립적으로 분석을 수행하였다. 연구 설계상 자료수집 과정에서 양적 자료의 수집이 먼저 이루어지고 양적 자료를 분석하며 질적 자료의 수집이 이루어졌으나 두 과정은 서로 독립적으로 진행되었다. 그리고 최종적으로 두 방법에서 획득한 분석 결과를 종합하여 결론을 도출해내는 순서로 연구를 진행하였다.

양적연구는 문헌고찰을 통해 응급의료체계를 구성하는 여러 요소의 변화를 조사하고, 국민건강보험공단 자료를 사용하여 2014-2016년 기간의 월별 응급실 이용 변화를 분석하였다. 응급의료체계를 구성하는 여러 요소의 양적 수치 변화가 실제로 의미 있는 변화인지를 판단할 수 있는 기준은 기존 연구에서 존재하지 않는다. 그래서 지표를 산출하고 변화량의 통계적 유의성을 평가하는 가설검정 방법을 사용하는 양적인 연구 방법으로는 결과 해석에 한계가 존재하였다. 응급의료체계 개선을 위해 시행된 여러 정책의 결과와 응급의료체계의 유의미한 변화

여부를 평가하는 것은 최종적으로 응급의료 관련 주체들일 수밖에 없다. 응급의료체계 변화를 위해 시행된 정책의 의제 설정, 결정, 집행 과정에서 응급의료 관련 주체들이 어떤 생각과 태도를 가지고 참여하였는지 파악하는 것 역시 정책 행위자들과의 직접 면담을 통해서만 알 수 있는 내용이다. 이에 양적 연구의 결과를 해석하고 양적 연구 결과를 초래한 응급의료 정책과정의 구체적인 내용과 맥락을 알아보기 위하여 응급의료 정책 행위자들에 대하여 심층면접 방법을 사용한 질적 연구를 수행하였다. 심층면접은 임상 의사, 정책전문가, 병원경영진 등 응급의료 정책과정의 관련 전문가를 대상으로 하여 진행하였다. 다양한 응급의료 관련 주체의 관점과 생각을 포괄할 수 있도록 내용이 포화될 때까지 심층면접을 진행하였다.

이 연구는 양적연구와 질적연구를 독립적으로 수행한 혼합방법 연구이나, 시간적으로 양적연구를 먼저 수행하고 양적연구에서도 출된 결과를 질적연구를 통해 해석하였다. 양적연구에서 분석한 응급의료체계 구성요소의 변화와 응급의료 이용자 수의 변화, 응급실 환자 재실시간의 변화가 응급의료체계 개선에 의미 있는 변화인지를 심층면접에 참여한 전문가들이 판단하도록 하여, 응급의료 정책의 전 과정을 응급의료 정책 행위자의 관점에서 이해하고자 하였다. 양적연구의 결과를 질적연구로 해석해내고, 질적연구에서 독자적인 분석을 수행함으로써 본 연구는 질적연구가 중심이 된 혼합연구로 볼 수 있다.

본 혼합방법 연구를 수행한 체계도는 이하와 같다.

표 6 혼합방법 연구체계도

분류	단계	과정	결과
연구1	양적연구 자료확보	- 국민건강보험공단 자료 신청 문헌고찰	- 양적자료
	양적연구 자료분석	- 국민건강보험공단 자료 추출 - 국민건강보험공단 자료를 활용한 연구설계, 기술통계 - 공개되어 있는 국가응급진료정보망 자료를 활용한 기술통계	- 기술통계결과 산출 - 양적연구결과 분석
연구2	질적연구 설계	- 응급의료체계 전문가 탐색 - 인터뷰 질문 개발 - 인터뷰 지침 개발	- 인터뷰 질문 지침
	질적연구 자료수집	- 응급의료체계 전문가 심층면접 수행 - 현장노트 작성	- 심층면접 질적자료 (전사자료, 기타자료) - 현장노트
	질적연구 자료분석	- 코딩, 주제 탐색 - 내용 분석 (Contents analysis)	- 코드, 주제 - 도식화된 분석결과 - 연구결과 요약
양적연구 질적연구의 통합	* 양적연구 결과와 질적연구 결과의 종합과 이를 통한 고찰 - 메르스 유행 이후 응급의료체계의 변화 종합 - 응급의료 정책과정 고찰 - 정책행위자의 정책과정에 대한 인식 차이 고찰 - 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리의 정책과정 비교	- 메르스 유행 이후 응급의료체계의 변화 - 응급의료 정책과정의 문제와 특징 - 응급의료 정책행위자의 특성과 인식 차이 - 응급의료체계 개선을 위한 정책과정에서 고려해야 할 점 - 연구의 한계 - 연구의 의의	

이 연구는 메르스 유행 이후 이루어진 응급의료 정책과정을 고찰하여 우리나라 응급의료 정책과정과 정책행위자에 대한 이해를 높인다는 연구 목적을 달성하기 위하여, 분석 단위를 추진된 개별 정책이 아니라 메르스 유행 당시 인지되었던 문제 영역으로 설정하였다. 메르스 유행을 통해 지적된 응급의료체계의 문제들은 크게 응급의료 전달체계의 문제와 응급환자 감염관리의 문제로 나눌 수 있다. 메르스 유행 당시 취약한 응급의료 전달체계 하에서 응급환자 감염관리의 허점이 감염 전파를 확산시켰다는 문제 인식에서 출발한 것이다. 메르스 유행 이후 두 영역의 문제를 해결하기 위하여 법, 제도, 수가 등 여러 정책수단이 조합된 정책대안이 동시다발적으로 추진되었다. 응급의료 전달체계 개선과 응급환자 감염관리 개선이라는 목적을 달성하기 위하여 어떠한 정책목표가 설정되고 어떤 정책수단이 선정되었는지 역시 응급의료 정책과정의 주요한 부분이다. 그래서 이 연구에서는 분석단위를 개별 정책이 아닌 문제 영역으로 설정하여 두 문제 영역에서 추진된 정책대안의 정책과정과, 사회문제가 존재하나 정부의제화되지 않은 정책대안에 대한 정책행위자들의 인식을 종합적으로 조사하고 분석하였다. 이 연구의 분석단위인 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리를 전체 의료체계의 대응하는 개념인 의료전달체계와 의료관련감염 예방관리에 대비하여 정의한 것은 다음 표와 같다.

표 7 의료전달체계와 응급의료 전달체계

	의료전달체계 ²⁷	응급의료 전달체계
개념	환자가 적정 의료서비스를 적절한 시기에 적절한 장소에서 받을 수 있도록 보장하는 체계	응급환자가 적정 의료서비스를 적절한 시기에 적절한 장소에서 받을 수 있도록 보장하는 체계
현상	1. 상급종합병원/서울 수도권으로 집중화 2. 환자 상황에 맞는 적정의료보장 곤란 3. 고비용 비효율	1. 상급종합병원, 권역응급의료센터로 집중화 2. 환자 상황에 맞는 적정의료서비스 제공 곤란 3. 고비용 비효율
문제	1. 상급종합병원 집중으로 의료 질 저하 2. 비효율성 및 진료왜곡 초래 3. 의료접근성 지역편차로 의료이용 형평성 저해 4. 지역 의료기관 의료제공 역량 향상 기회 부족	1. 권역응급의료센터 집중으로 과밀화 및 의료 질 저하 2. 비효율성 및 진료왜곡 초래 - 권역응급의료센터 낮은 중환자 진료 역량 - 응급의료기관 낮은 응급환자 진료 역량 3. 응급의료 접근성 지역편차로 의료이용 형평성 저해 4. 지역센터, 지역기관 의료제공 역량 향상 기회 부족

표 8 의료관련감염 예방관리와 응급환자 감염관리

	의료관련감염 예방관리 ²⁸	응급환자 감염관리
개념	의료 과정에서 발생하는 모든 감염으로, 내원 당시에는 없었던 감염이 입원이나 진료, 치료과정과 관련하여 발생하는 경우를 의미	응급의료 제공 과정에서 발생하는 모든 감염으로, 내원 당시에 있던 감염이 진료, 치료과정 중 해당 감염이 없던 환자에게 전파되는 경우를 의미

²⁷ 보건복지부, 의료전달체계 개선 단기대책, 2019의 내용을 재정리함.

²⁸ 보건복지부, 의료관련감염 예방관리 종합대책, 2019의 내용을 재정리함.

현상	1. 혈류감염(패혈증), 요로감염, 폐렴 및 수술부위감염 등 2. 추가 입원 및 의료비용 증가, 의료 질 저하, 의료 분쟁 등 사회경제적 손실 야기	1. 지역사회에서 발생한 감염의 응급실(병원) 내 전파 2. 추가 입원 및 의료비용 증가, 의료 질 저하, 의료 분쟁 등 사회경제적 손실 야기
문제	1. 감염에 취약한 의료기관 환경 2. 의료기관 감염 관리 역량 부족 3. 의료관련감염 감시·평가체계 미비 4. 중앙·지역의 의료관련감염 관리체계 취약	1. 감염에 취약한 응급실 환경 2. 응급실 감염관리 역량 부족 3. 응급실 내 감염전파 감시, 평가체계 미비 4. 응급실 감염전파 관리체계 취약

의료전달체계(health care delivery system)란 의료체계와 의료자원의 효율적인 운영을 통해 의료서비스를 필요로 하는 국민 모두가 적시에 적정인에 의해 적소에서 적정진료를 이용할 수 있도록 마련된 제도이다.²⁹ 1920년 영국에서 발표된 도슨 보고서(Dawson Report)에서 ‘인구집단의 다양한 수준의 의료서비스 필요를 충족시킬 수 있도록 구성된 서비스의 구성화’라고 정의한 보건의료서비스 제공체계의 하위체계라고 볼 수 있다.³⁰ 응급의료 전달체계란 이에 대응하여 응급환자가 적정 의료서비스를 적절한 시기에 적절한 장소에서 받을 수 있도록 보장하는 체계이다.

응급환자의 감염관리는 응급실에서 발생하는 의료관련감염을

²⁹ 대한예방의학회. 예방의학과 공중보건학. 계축문화사. 2002. p.616

³⁰ 신영수, 김용익 외, 의료관리, 서울대학교출판문화원, 2017, 267p

의미한다. 의료관련감염(healthcare-associated infection)이란 의료 과정에서 발생하는 모든 감염으로, 내원 당시에는 없었던 감염이 입원이나 진료, 치료과정과 관련하여 발생하는 경우를 의미한다.³¹ 좁은 의미로는 환자가 의료기관에 입원한 지 48시간 후, 혹은 퇴원 후 2주 이내 또는 수술 후 30일 이내에 발생하는 감염으로 정의하기도 한다.(30) 이전에는 병원감염이라는 용어를 의료행위와 관련된 감염이라는 개념으로 사용하였으나, 최근에는 병원에서 시작된 감염이 퇴원 이후 요양시설이나 기타 기관, 지역사회까지 전파될 수 있어 보다 포괄적인 의미의 의료관련감염이라는 용어를 사용하게 되었다.(31)

이 연구에서는 응급환자의 감염관리 문제를 응급의료 제공 과정에서 발생하는 모든 감염으로 정의하였다. 내원 당시에 있던 감염이 진료 과정 중 해당 감염이 없던 환자 또는 의료진에게 전파되는 경우를 의미한다. 응급환자의 감염관리는 응급실에서 감염병 전파를 차단하고, 응급의료 제공 과정에서 발생하는 모든 감염을 최소화하기 위한 활동들이다. 응급환자 감염관리에서의 병원 내 전파는 다른 환자에 대한 전파와 의료진에 대한 전파를 둘 다 포함한다. 그래서 응급실에서의 감염관리는 병원 내 다른 공간과 다르게 지역사회에서 발생한 감염병 환자가 확진되기 전에 응급실 의료진 및 다른 환자와 접촉하는 것을 방지하는 것이 중요하다.

구체적인 연구 방법은 양적연구와 질적연구를 구분하여 제시하였다.

³¹ 보건복지부, 의료관련감염 예방관리 종합대책, 2018

2. 양적연구 방법

1) 양적 연구의 자료 수집

메르스 유행 이후 응급의료 전달체계와 응급환자의 감염관리 영역에서 추진된 응급의료 개선정책과 해당 정책이 응급의료체계에 미친 영향을 조사하였다. 각 영역별로 추진된 정책대안이 보건의료체계의 구성요소 중 어느 요소에 변화를 초래했는지 조사하고, 변화를 포착할 수 있는 가용 자료원을 조사하였다. 지표로 변화 조사가 가능한 부분은 지표를 설정하여 조사하고, 지표 설정이 어려운 부분은 주요 내용을 서술형으로 조사하였다. 문헌고찰, 통계분석 방법을 사용하여 조사한 자료를 정리하였다.

표 9 양적연구 연구방법과 자료원

연구방법	상세방법	자료원	주요 내용
양적연구	문헌고찰	정부보고서, 메르스 백서, 언론보도자료, 학술 논문	개선정책, 개선정책이 초래한 보건의료체계 구성요소 항목의 변화 (의료자원, 자원 조직화, 재정적 지원, 정책 및 관리 현황)
	통계분석	국민건강보험공단 국민건강정보 데이터베이스	2014-2016 응급실 이용 변화 분석
		국가응급진료정보망 자료	2014-2016 응급실 재실시간 변화 분석
질적연구	심층 인터뷰	응급의료체계 관련 전문가 (응급실 의료인, 응급의료 정책전문가, 병원	응급의료체계의 문제, 응급의료 개선정책의 효과, 응급의료 개선

		경영자)	실패의 이유
--	--	------	--------

(1) 문헌고찰

보건복지부, 질병관리본부, 각 지방자치단체 등에서 작성하여 공개한 정부 보고서와 각 기관에서 출판한 메르스 관련 백서를 검토하였다. 신문, 뉴스, 잡지를 포괄하여 메르스 관련 언론 보도자료를 조사하였고, Pubmed, Koreamed와 같은 학술정보 데이터베이스에서 “MERS” AND “Korea” 의 검색어를 활용하여 관련 학술 논문을 검색하였다.

(2) 통계분석

가. 건강보험공단 국민건강정보 DB

메르스 유행 시기와 유행 이후 국민들의 응급실 이용 변화를 파악하기 위하여 국민건강보험공단(이하 건강보험공단)에서 제공하는 국민건강정보 데이터베이스(database, DB)를 분석하였다. 한국은 1989년 전국민을 대상으로 하는 건강보험 체계를 구축하였다. 한국의 건강보험 체계는 단일 보험자가 입원, 외래, 응급 서비스를 모두 포괄하여 응급의료서비스를 포함한 의료서비스에 높은 접근성을 유지하고 있다.(32, 33) 건강보험공단 의료보장 적용인구는 2014년 51,757천명이었으며 2015년 52,034천명, 2016년 52,273천명이었다.³²

³² 2014년 건강보험공단 의료보장 적용인구: 51,757천명(건강보험 50,316천명, 의료급여 1,441천명)

2015년 건강보험공단 의료보장 적용인구: 52,034천명(건강보험 50,490천명, 의료급여 1,544천명)

2016년 건강보험공단 의료보장 적용인구: 52,273천명(건강보험 50,763천명, 의료

건강보험공단은 건강보험 서비스를 이용한 전국민의 의료이용 자료인 국민건강정보 DB를 정해진 절차를 통해 신청한 연구자들에게 연구용으로 제공하고 있다. 국민건강정보 DB는 건강보험이 적용된 모든 의료이용 정보를 포함하고 있다. 건강보험이 적용되지 않는 비급여 진료나, 자동차 보험이 적용된 교통사고로 인한 의료이용은 포함되지 않는다. 국민건강정보 DB는 가입자의 인구사회학적 정보인 자격 DB, 의료이용 정보인 진료 DB, 사망 정보인 사망 DB, 건강검진 정보인 건강검진 DB로 구성되어 있다. 자격 DB에는 성, 연령, 보험료 납부분위 정보가 포함되어 있고, 진료 DB에는 수가 코드와 진단 코드가 포함되어 있다. 진료 DB의 진단 코드는 International Classification of Diseases, 10th edition (ICD 10)에 기반하여 주상병 1개가 필수적으로 포함되고, 부상병 1개와 이외 상병이 3개까지 포함될 수 있어 최대 5개의 진단명이 포함되어 있다.(32, 34)

이 연구는 메르스 유행 이전·유행 시기·유행 이후 응급실 이용 변화와 진료 결과의 변화 추이를 파악하기 위하여 2014-2016년 응급실을 이용한 진료건의 진료 DB, 자격 DB, 사망 DB를 사용하였다. 건강보험공단 청구자료 중 진료 DB의 수가 코드에 “응급의료관리료” 코드가 있는 경우를 응급실 이용 사례로 정의하였고, 진료내역 DB를 기준으로 하여 각각의 DB들을 연계하여 분석을 수행하였다. 응급실 이용 환자의 기본 인구사회학적 정보를 파악하기 위하여 자격 DB를 연계하였고, 연구

급여 1,509천명)

출처: <https://nhiss.nhis.or.kr/bd/ad/bdada013cv.do>

대상 기간인 2014-2016년 응급실 이용 환자의 연구기간 내 사망 여부를 확인하기 위하여 사망 DB를 연계하여 이용하였다.

나. 국가응급진료정보망

국가응급진료정보망(National Emergency Department Information System, NEDIS)은 응급의료에 관한 법률 제 15조(응급의료정보통신망의 구축), 제 17조(응급의료기관 등에 대한 평가)에 의거하여 2003년 구축된 응급의료 전용 정보망이다.^{33 34} 중앙응급의료센터가 전국의 응급의료기관이 전송한 진료관련 정보를 수집하여 구축하고 있으며, 2017년부터 정해진 절차를 통해 신청한 연구자들에게 자료를 제공하고 있다.

본 연구에서는 응급실 방문환자의 월별 재실시간 평균 변화를 분석하기 위하여 NEDIS 자료를 분석한 공개되어 있는 정부기관 보고서를 활용하였다.

2) 양적 연구의 자료 분석

(1) 국민건강보험공단 국민건강정보 DB 분석

국민들의 응급의료 이용 변화를 조사하기 위하여 건강보험공단 청구자료를 활용한 계량적 분석을 수행하였다. 환자의 인구사회학적

³³ 중앙응급의료센터, 응급의료정보망 구축사업 <https://www.e-gen.or.kr/>

³⁴ 응급의료에 관한 법률 제15조(응급의료정보통신망의 구축) ① 국가 및 지방자치단체는 국민들에게 효과적인 응급의료를 제공하기 위하여 각종 자료의 수집과 정보 교류를 위한 응급의료정보통신망을 구축하여야 한다. 제17조(응급의료기관등에 대한 평가) ① 보건복지부장관은 응급의료기관등의 시설·장비·인력, 업무의 내용·결과 등에 대하여 평가를 할 수 있다. 이 경우 평가 대상이 되는 응급의료기관등의 장은 특별한 사유가 없으면 평가에 응하여야 한다.

특성(성, 연령, 사회경제적 위치(socioeconomic position)), 응급실 이용 상병의 중증도(경중도로도 사용된다. 이 논문에서는 중증도로 통일하여 사용하였다), 거주지역을 노출변수로 하여 이에 따른 월별 응급실 이용과 응급실 진료결과(단기사망)의 변화를 조사하였다.

메르스 유행에 따른 응급실 이용 변화에 대하여 분석 전 설정한 가설과 세부 가설은 이하와 같다.

- 연구가설1: 메르스 유행 시기에 월별 응급실 이용자 수는 감소했으나, 메르스 유행 이후 다시 증가하였다.

- 하위가설1-1: 메르스 유행 시기 응급실 이용의 감소는 환자의 인구사회학적 특성(성, 연령, 사회경제적 위치)에 따라 차이를 보이지 않았다.

- 하위가설1-2: 메르스 유행 시기 중증응급질환보다 경증질환의 응급실 이용 감소 폭이 컸다.

- 하위가설1-3: 메르스 유행 시기 메르스 유행 위험지역에서 이외 지역보다 응급실 이용 감소 폭이 컸다.

응급실 이용자 수 감소에 따른 응급실 진료결과의 변화를 조사하기 위하여 응급실 방문 7일 이내 사망자 수를 조사하였다. 응급실 진료 결과에 대하여 설정한 가설은 이하와 같다.

- 연구가설2: 메르스 유행 시기에 응급실 이용이 감소하였으나, 응급실 방문 7일 이내 사망자 수는 변화가 없었다.

가. 변수 정의

응급실을 이용한 모든 진료건에는 응급의료관리료가 부과되므로 진료 DB에 응급의료관리료 수가코드가 포함되어 있는 진료건을

응급실 이용으로 정의하였다. 수가코드가 매년 수정된다는 점을 고려하여 연구기간 중 수가코드의 변화를 조사하여 2014-2016년 기간동안 사용된 모든 응급의료관리료 코드를 사용하였다. (2014-2016년 응급의료관리료 코드: AC101, AC103, AC105, V1100, V1200, V1210, V1220, V1300, V1310, V1320, V1400)

응급실 이용자의 인구사회학적 특성(성, 연령, 사회경제적 위치)은 자격 DB에 존재하는 보험가입자의 자격 정보를 활용하여 조사하였다. 성별은 보험자격에 가입된 남, 여로 분류하였고, 연령은 소아청소년(0-19세), 성인(20-59세), 노인(60세 이상)의 3개 집단으로 분류하였다. 가입자의 사회경제적위치는 보험료 납부금액에 따라 5분위로 분류하였다.

응급실을 이용하는 주요 질환을 선정하여 일반적으로 알려져있는 치명률을 고려하여 중증응급질환과 경증질환으로 분류하였다. 심장정지(cardia arrest), 급성심근경색(acute myocardial infarction), 출혈성뇌졸중(hemorrhagic stroke), 허혈성뇌졸중(ischemic stroke)을 중증응급질환으로 분류하였고, 급성위장관염(acute gastroenteritis), 급성인두편도염(acute pharyngotonsillitis), 급성상기도감염(upper respiratory infection), 급성중이염(acute otitis media)을 경증질환으로 분류하였다. 문헌 고찰을 통해 선정한 중증응급질환과 경증질환에 해당하는 ICD-10 코드를 정의하였다: 급성심근경색(I21-22), 심장정지(I46), 출혈성뇌졸중(I60-62), 경색성뇌졸중(I63-64), 급성위장관염(A08-09), 급성인두편도염(J00), 급성상기도감염(J00-06), 급성중이염(H65-67). 진료 DB의 진단코드 중 주상병과 부상병에 기록되어 있는 ICD-10 코드를

사용하여 해당 질환을 정의하였다.

자격 DB의 보험가입자 거주지 주소 정보를 활용하여 메르스 유행 위험지역 해당 여부를 결정하였다. 메르스 유행 당시 환자 발생 정도에 따라 메르스 위험지역과 비교지역, 메르스 고위험지역과 비교지역을 선정하였다. 전국을 17개 시도 단위로 구분하여 메르스 유행기간 중 가장 많은 환자가 발생한 서울시와 경기도를 위험지역으로 정의하고, 이외 광역시와 도 지역을 각각 비교지역으로 정의하였다.³⁵ 하위 분석으로 경기도 내에서 첫 번째 메르스 환자가 발생하고 병원내 감염이 확산되었던 평택시와 경기도 지역 메르스 의심환자들을 입원시킨 경기도립의료원 수원병원이 위치해 있는 수원시를 고위험지역으로 설정하였다.^{36 37} 설정된 고위험 지역과 인구 수와 메르스 유행 이전 응급실 방문자 수가 비슷한 경기도 내 이외 지역인 안양시와 성남시를 고위험지역에 대한 비교지역으로 설정하였다.

나. 분석 방법

연구기간인 2014-2016년을 메르스 유행기간, 유행 전, 유행 후로 나누어 시기에 따른 월별 응급의료 이용과 응급의료 이용 후 단기 사망 추이를 분석하였다. 메르스 유행기간은 신규 환자가 지속

³⁵ 2015년 메르스 유행 당시 총 186명 확진환자 중 서울 총 95명 확진환자(삼성서울병원 90명, 강동경희대병원 5명), 경기도 총 47명 확진환자(평택성모병원 37명, 동탄성심병원 6명, 평택굿모닝병원 4명) 발생

³⁶ 한겨레, 2015, 경기도, 수원의료원 메르스 전용병원으로 운영, http://www.hani.co.kr/arti/area/area_general/695207.html

³⁷ 한겨레, 2015, '메르스 온상' 평택성모병원, 지난달 15-29일 무슨 일이?, <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/694469.html>

발생하며 국민들의 메르스에 대한 공포가 절정에 달했던 2015년 6-7월의 2개월로 정의하였고, 메르스 신규환자가 가장 많이 발생한 2015년 6월을 유행월로 정의하였다.

응급실 방문 환자 수의 연중 변동을 고려하여 월별 응급실 이용자 수 추세를 조사하기 위하여 메르스 유행 이전 해(2014)와 이후 해(2016) 같은 월의 응급실 이용자 수 평균을 비교군으로 설정하였다. 2015년의 월별 응급실 이용자 수를 월별 비교군에 대비한 비율(ratio)을 계산하여, 2015년 응급실 이용자 비율(Ratio of ER visits in 2015, %)을 산출하였다.

Ratio of ER visits in 2015 (%)

$$= \frac{\text{Number of ER visits in 2015}}{\text{Average number of ER visits in 2014 and 2016}} \times 100$$

응급실 이용 환자의 인구사회학적 특성(성, 연령, 사회경제적위치)에 따라 월별 응급실 이용자 수 변화 추이를 분석하고, 질환 중증도별(중증응급질환, 경증질환), 거주지의 메르스 위험도별(위험지역/비교지역, 고위험지역/비교지역)로 변화 추이를 분석하였다.

응급실 이용자 수의 변화에 따른 단기사망 변화는 두가지 방법으로 조사하였다. 응급의료 이용 후 단기사망은 응급실 방문일로부터 7일 이내 사망을 단기 사망으로 정의하였다. 건강보험 청구자료의 진료 DB와 사망통계를 바탕으로 하여 구축된 사망 DB를 연계하여 응급실 이용자의 응급실 방문일과 사망일을 비교하여 응급의료 이용 후 단기사망 여부를 조사하였다. 전체 단기사망은 공개되어 있는 통계청 사망자 수 자료원을 사용하여

연구기간인 2014-2016년의 월별 사망자 수를 조사하였다.

다. 임상연구심의위원회 승인

연구의 전체 내용은 서울대학교병원 임상연구심의위원회의 승인을 받았다(과제번호: C-1804-041-934). 건강보험공단 국민건강정보 DB의 활용을 위하여 국민보험공단의 승인을 받았다(과제번호: NHIS-2018-1-153) 국민건강정보 DB는 개인을 식별할 수 있는 식별자를 제외한 정보를 제공하므로 익명화된 자료원에서 추출한 집계 자료(aggregate data)를 활용하여 분석하였다.

라. 분석의 수행

건강보험공단 국민건강정보 DB의 분석은 국민건강보험공단 빅데이터 분석센터에서 수행하였다. 분석 초기 빅데이터 분석센터의 분석환경에 익숙한 서울대학교 의과대학 의료관리학교실의 강희연 선생님이 분석 진행에 도움을 주었다.

(2) 국가응급진료정보망(NEDIS) 분석

메르스 유행 이후 응급환자의 응급실 재실시간 변화를 조사하기 위하여 NEDIS 자료를 활용하여 계량적 분석을 수행하였다. NEDIS 자료원을 사용한 공개되어 있는 정부 보고서³⁸에 수록되어 있는 월별 응급실 재실시간 자료를 활용하여 메르스 유행 전후 월별 응급실 재실시간 평균 추세를 파악하였다. 메르스 유행 이후 응급실

³⁸ 2018, 응급의료체계의 개선 방안 연구, 국회예산정책처

재실시간의 변화에 대하여 분석 전 설정한 가설은 이하와 같다.

- 연구가설1: 메르스 유행 이후 권역응급의료센터의 월별 응급환자 응급실 재실시간 평균은 감소하였다.

가. 변수 정의

응급실 재실시간은 응급실 퇴실시간에서 응급실 입실 시간을 빼 시간으로 계산하였다. 응급실 재실시간이 30일(720시간) 이상인 경우는 자료 오류로 간주하여 분석 대상에서 제외하였다.

연구 수행시기인 2018년을 기준으로 하여 응급의료기관을 권역센터, 지역센터, 지역기관으로 분류하였다. 전문응급의료센터는 지역센터에 포함하였다. NEDIS의 퇴실형태 변수를 사용하여 권역센터 응급실을 방문한 환자를 응급실 진료결과 귀가, 전원, 입원, 사망, 기타(미상)로 분류하였다. 귀가에는 코드 11(증상이 호전되어 귀가), 12(말기질환으로 귀가), 13(가망 없는 퇴원), 14(자의 퇴원), 18(기타 다른 상태로 귀가)를 포함하였다. 전원에는 21(병실부족 전원), 22(중환자실 부족 전원), 23(당장 응급수술/처치 불가 전원), 24(전문 응급의료를 요하여 상급병원 전원), 25(경증으로 1,2차 의료기관 전원), 26(장기 시설로 전원), 27(환자 사정으로 전원), 28(기타 다른 사유로 전원)을 포함하였다. 입원에는 31(일반병실로 입원), 32(중환자실로 입원), 33(수술실로 간 후 병실로 입원), 34(수술실로 간 후 중환자실로 입원), 38(기타 다른 사유로 입원)을 포함하였다. 사망은 41(내원시 이미 사망한 상태, DOA (death on arrival)), 42(응급실에서 DNR (do not resuscitation)로 사망), 43(응급실에서 CPR (cardiopulmonary resuscitation) 후 사망), 44(사망), 48(기타 다른 사유로 사망)을

포함하였다. 기타(미상)에는 88(기타)과 99(미상)를 포함하였다.

나. 분석 방법

응급실 방문 환자의 월별 응급실 재실시간 평균, 중위수, 사분범위(Q1, Q3)를 조사하였다. 응급의료기관 종별(권역센터, 지역센터, 지역기관)로 응급실 재실시간 평균과 중위수 추이를 비교하였다. 권역센터 이용 환자 중 응급실 진료결과가 입원인 환자와 귀가인 환자를 대상으로 하여 재실시간 평균과 중위수 추이를 비교하였다.

다. 임상연구심의위원회 승인

이 분석은 공개되어 있는 자료를 인용하여 수록한 것으로 별도의 임상연구심의위원회 승인은 받지 않았다. 결과 부분에 공개되어 있는 보고서에서 인용한 자료임을 표기하였다.

3. 질적연구 방법

메르스 유행 이후 진행된 응급의료 정책과정과 응급의료체계 변화에 대한 관련 당사자들의 심층적인 인식을 살펴보기 위하여 응급의료 관련 전문가를 대상으로 심층면접을 수행하였다. 질적연구 보고지침(Consolidated criteria for reporting qualitative research, COREQ)에 따라 질적 연구의 핵심적인 요소들을 기술하였다.(35)

1) 연구팀 구성

학위 논문의 특성상 연구팀은 연구자와 연구 조연자 총 2명으로 구성되었다. 연구자는 질적연구의 설계, 심층면접 진행, 결과 분석을 진행하였고, 연구 조연자는 연구자가 준비한 내용을 검토하는 역할을 맡았다. 본 연구의 연구자는 여성으로 의학과 의료관리학전공 박사학위과정의 학생이자 응급의학과 전문의이다. 연구자는 권역센터 응급실에서 5년간 진료 업무를 수행한 경력이 있다. 연구 수행 시점인 2018-2019년에는 권역센터와 병원 전단계 응급의료를 담당하고 있는 정부기관에서 겸직으로 근무하며 구급정책 관련 업무를 수행하고 있다. 연구자는 응급의료 분야에서 양적연구 경험은 수차례 있으나 질적연구 경험은 부재한 상태로 연구를 준비하며 소속 대학에서 진행한 워크샵에 참여하였고, 질적연구와 혼합연구에 대한 교과서를 공부하였다. 질적연구 경험이 부족한 연구팀을 보완하기 위하여 질적연구 경험이 수차례 있는 전문가를 2인 섭외하여 연구 설계 및 진행 전반에 관한 조언을 구하였다.

2) 심층면접 설계

(1) 참여자 구성 및 반영성 평가

심층면접의 참여자는 응급의료체계 관련 전문가 30명을 대상으로 하여 진행되었다. 연구 초기에는 10-15명을 대상으로 하여 진행하는 것을 기획하였으나, 심층면접 진행 중 연구 내용의 포화가 이루어지지 않아 임상연구심의위원회에 연구계획 수정심의를 받고 최종적으로 30명을 대상으로 심층면접을 수행하였다.

이 연구는 응급의료에 대해 전문적 식견이 있는 전문가를 대상으로 하여 수행된 것으로 의도표집(purposive sampling) 방법을 사용하여 연구대상자를 모집하였다. 연구대상 전문가는 크게 응급실 의료진과 정책 전문가로 나누어 모집하였고, 응급환자의 감염관리 영역이 연구범위에 포함된다는 점을 고려하여 감염 전문가도 심층면접 참여자로 포함하였다. 응급실 의료진은 권역센터 의료진을 중심으로 하여 지역적 분포를 고려하여 참여자를 모집하였다. 정책 전문가는 포괄적인 의료정책 전문가와 응급의료정책 전문가로 나누어 모집하였다. 의료정책 전문가에는 대한의사협회(이하 의협), 대한병원협회(이하 병협) 전문가를 포함하였다. 응급의료 정책 전문가에는 응급의료 관련 전문학회 임원, 중앙정부 관계자, 지방정부 관계자, 중앙응급의료센터 전문가 등 응급의료 정책활동에 참여하는 다양한 위치의 전문가를 포함하였다. 연구 초반에는 연구진의 개인적인 조사와 접촉을 통해 참여자를 섭외하였고, 연구 진행 중 연구 주제에 대해 추가적인 의견을 줄 수 있는 전문가를 섭외하기 위하여 눈덩이 표집(snowballing sampling) 방법을 사용하여 참여자를 모집하였다.

반영성(reflexivity) 측면에서 심층면접을 수행한 연구자는

응급실 의료진이자 의료정책을 전공한 학생으로 연구 주제에 대해 응급실 의료진의 관점과 의료정책 전문가의 관점을 둘 다 가지고 있다. 심층면접 참여자들이 연구자의 의도에 맞게 응답을 하였을 가능성은 낮다.

심층면접 참여자 섭외 과정에서 접촉한 사람들 중 2명이 참여를 거부하였다. 1명은 의료전달체계 관련 정책 과정에 적극적으로 참여했던 의료정책 전문가로 공개적으로 의견을 내고 싶지 않다는 의견을 밝혔고, 다른 1명은 응급실 의료진으로 참여 거절의 이유는 밝히지 않았다.

(2) 심층면접 진행

심층면접은 연구자 1인과 참여자만 있는 조용한 공간에서 이루어졌다. 심층면접 진행 전 사전 연락을 하고 면담 약속을 잡았으며, 참여자가 편안하게 심층면접에 임할 수 있도록 주로 참여자의 사무실에서 심층면접을 수행하였다. 참여자가 사무실이 없는 경우 별도의 조용한 공간을 섭외하여 면접을 수행하였다.

면접 진행은 주요 선행 연구를 검토하고 문헌고찰을 통해 작성한 반구조화된(semi-structured) 질문 지침에 따라 이루어졌다. 심층면접 진행 3-7일 전 질문 지침을 이메일로 보내어 참여자가 미리 질문을 보고 준비할 수 있도록 하였다.

질문 지침은 응급실 의료진용(응급의료 임상 전문가), 응급의료 관련 전문가용(감염 전문가, 병원경영 전문가, 시민사회 전문가), 응급의료 정책 전문가용(의료정책 전문가, 응급의료정책 전문가)으로 세 가지를 준비하여 대상자에 맞게 사용하였다. 질문 지침은 사전질문-질문-마무리의 순서로 구성되었다. 구체적인

질문은 응급의료 전달체계 영역 질문, 응급환자 감염관리 영역 질문, 우리나라 응급의료체계 전반에 대한 질문의 세 영역으로 구성하였다. 영역별로 메르스 유행 당시에 지적되었던 응급의료의 문제를 논의하고 메르스 이후에 그 문제가 해결되었는지 고찰하며, 해결이 되었다면 어떻게 해결이 되었는지, 해결이 되지 않았다면 왜 해결이 되지 않았는지를 질문하여 논리적인 흐름에 따라 응급의료 정책과정을 관찰할 수 있도록 질문을 구성하였다. 참여자의 정책과정에 대한 생각을 이끌어내고 논의를 풍부하게 하기 위하여 진행 지침에 응급의료 영역에서 추진된 정책대안들과 언론을 통해 보도된 응급의료체계의 문제들을 예시로 포함하여 참여자들이 이에 대해 의견을 표현할 수 있도록 하였다. 응급실 의료진에게는 응급실에서 근무하면서 느낀 변화에 대해 질문하고, 정책 전문가에게는 정책과정에서 느낀 어려운 점을 질문하는 등 연구 참여자의 경험을 최대한 이끌어낼 수 있도록 연구 질문을 구성하였다. 연구에 사용된 구체적인 질문은 다음의 표와 같다.

표 10 응급의료 전문가 심층면접 질문지 - 응급실 의료진용

심층 면접조사 질문지 - 응급실 의료진	
사전질문	
1	2015년 메르스 유행 당시와 현재, 귀하의 소속이나 직위는 무엇인가요? - 해당기관 근무 기간, 해당직위 근무 기간, 권역센터/지역센터/지역기관, 월/일 평균 환자수
2	2015년 메르스 유행 당시 귀하의 역할은 무엇이었나요?
3	2015년 메르스 유행의 발생과 대처에서 가장 큰 문제는 무엇이었다고 생각하시나요?
질문	
1	2015년 메르스 유행이 우리나라 응급의료에 미친 가장 큰 영향은 무엇이라고 생각하시나요?
2	(전달체계) 우리나라 응급의료의 전달체계에서 가장 큰 문제는 무엇이었다고 생각하시나요? - 예: 경증 환자의 상급병원 방문, 상급병원 과밀화, 중증 환자에게 최종 치료 제공 실패 등
3	(전달체계) 메르스 유행 이후 응급의료의 전달체계가 변화했다고 생각하시나요? - 변화했다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요? - 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
4	(전달체계) 해당 기관 응급실은 과밀화되어 있나요? - 응급실 과밀화의 문제는 input, throughput, output 중 어느 문제가 가장 크다고 생각하시나요? ³⁹ - 메르스 이후 해당 기관에서 응급실 과밀화 해소를 위해 시행한 정책은 무엇이며, 그 효과는 어땠나요? (예: 단기병동 설치, 재실시간 제한, 입원프로세스 개선, 전원코디네이터 제도 등)

³⁹ Input-throughput-output 모델: 2003년 asplin 등이 제안한 응급실 과밀화를 설명하기 위해 가장 널리 쓰이는 모델. 응급실 과밀화가 발생하는 원인을 input, throughput, output으로 나누어, 각 요인별로 아래와 같은 것들이 응급실 과밀화의 원인이 될 수 있다고 분석하였다. (Schafermeyer, R. W., & Asplin, B. R. (2003). Hospital and emergency department crowding in the United States. *Emergency Medicine*, 15(1), 22-27.)

- 유입(input)요인: 응급실 방문환자의 절대 수 증가, 중증환자 증가, 고령화에 따른 노인환자 증가
- 과정(throughput)요인: 응급실 인력 부족, 응급실 진단 및 치료 지연
- 유출(output) 요인: 병실 입원 또는 전원 지연

5	<p>(전달체계) 정부에서 전달체계 개선을 위해 시행한 정책들의 효과는 어땠다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 예: 응급의료기관 평가에 과밀화 관련 지표 강조, 환자 회송 프로그램, 달빛어린이병원 - 잘 작동하지 않은 정책이 있다면 그 이유는 무엇이라고 생각하시나요? - 전달체계 개선을 위해 시행한 정책들은 전달체계 개선에 효과적인 정책들이었다고 생각하시나요? - 응급의료 전달체계 개선을 위해 필요한 정책을 제안하자면 무엇이 있을까요?
6	<p>(감염관리) 우리나라 응급환자의 감염관리에서 가장 큰 문제는 무엇이었다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 예: 선별진료 부족, 응급실 내 감염관리 부족, 응급실 방문자 관리 부실 등
7	<p>(감염체계) 메르스 유행 이후 응급환자의 감염관리가 변화하였다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 변화했다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요? - 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
8	<p>(감염체계) 해당 기관 응급실은 감염관리가 잘 되고 있다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 메르스 이후 해당 기관에서 감염관리를 위해 시행한 정책은 무엇이며, 그 효과는 어땠나요?
9	<p>(감염체계) 정부에서 응급환자 감염관리 개선을 위해 시행한 정책들의 효과는 어땠다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 예: 응급의료기관 평가 내 감염관리 관련 항목 포함, 감염관리 수га조절, 방문객제한 - 잘 작동하지 않은 정책이 있다면 그 이유는 무엇이라고 생각하시나요? - 감염관리 개선을 위해 시행한 정책들은 감염관리 개선에 효과적인 정책들이었다고 생각하시나요? - 응급환자 감염관리 개선을 위해 필요한 정책을 제안하자면 무엇이 있을까요?
10	<p>(현장의 변화) 메르스 유행 이후 응급실 의료진으로서 변화했다고 생각하시는 점이 있나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 전달체계 관련 문제 대응, 응급실 감염관리
11	<p>(현장의 변화) 메르스 유행 이후 응급실에서 진료할 때 환자들이 변화했다고 느끼는 점이 있나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 과밀화 해소 정책, 감염전파 방지 정책

12	<p>(응급의료체계) 응급의료를 정의하고 설명하는데 있어 가장 중요한 포인트는 무엇이라고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 응급의료와 다른 의료영역의 차이, 응급의료기관과 다른 의료기관의 차이 - 응급의료의 추구해야 할 가장 중요한 가치는 무엇이라고 생각하시나요?
13	<p>(응급의료체계의 변화) 메르스 유행 이후 우리나라의 응급의료체계가 변화했다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 변화하였다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요? - 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
14	<p>(응급의료체계) 우리나라 응급의료체계가 바람직한 방향으로 변하기 위해서 가장 변화가 필요한 문제는 어떤 문제라고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료자원 부족, 지역기관/지역센터/권역센터의 역할 구분, 공공/민간의료기관의 분포, 응급의료기금 사용, 수가체계 개편, 응급의료기관 평가, 응급의료 거버넌스 등
15	<p>(응급의료체계) 우리나라 응급의료체계를 변화시키기 위하여 가장 필요한 정책은 어떤 정책인가요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 관련 재정, 지불방식, 조직 구조, 규제, 환자들의 행태 - 변화의 드라이브를 걸어야 하는 주체는 누구라고 생각하시나요?
16	<p>(응급의료체계) 우리나라 의료의 역사에서 가장 중요한 변화 중의 하나는 2000년의 의약분업입니다. 메르스 이후 변화의 필요성이 제기되었는데 결정적인 체제변화를 이루지 못한 이유는 무엇일까요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2017-2018 시도하였던 전달체계 개편과 2000년도 의약분업을 비교했을 때 체제 개편을 추구하는 과정에서 비슷한 점은 무엇이었고 다른 점은 무엇이었나요? - 향후 우리나라 응급의료체계 개선을 이루기 위해서는 어떤 노력이 필요할까요?
마무리	
1	<p>2018년에 다시 한번 메르스가 발생했는데, 2015년의 대응과 2018년의 대응을 비교하여 보면 우리나라 응급의료체계가 나아졌다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 잘된 점은 무엇이고, 부족한 부분은 무엇일까요?
2	<p>마지막으로 더 하고 싶으신 말씀이 있으시면 편하게 해주세요</p>

표 11 응급의료 전문가 심층면접 질문지 - 응급의료 관련 전문가용

심층 면접조사 질문지 - 응급의료 관련 전문가용	
사전질문	
1	2015년 메르스 유행 당시와 현재, 귀하의 소속이나 직위는 무엇인가요? - 해당기관 근무 기간, 해당직위 근무 기간
2	2015년 메르스 유행 당시 귀하의 역할은 무엇이었나요?
3	2015년 메르스 유행의 발생과 대처에서 가장 큰 문제는 무엇이었다고 생각하시나요?
질문	
1	2015년 메르스 유행이 우리나라 응급의료에 미친 가장 큰 영향은 무엇이라고 생각하시나요?
2	(전달체계) 우리나라 응급의료의 전달체계에서 가장 큰 문제는 무엇이라고 생각하시나요? - 예: 경증 환자의 상급병원 방문, 상급병원 과밀화, 중증 환자에게 최종 치료 제공 실패, 기타
3	(전달체계) 메르스 유행 이후 응급의료의 전달체계가 변화하였다고 생각하시나요? - 변화했다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요? - 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
4	(전달체계) 전달체계 개선을 위해 시행한 정책들의 효과는 어땠다고 생각하시나요? - 예: 응급의료기관 평가에 과밀화 관련 지표 강조, 환자 회송 프로그램, 달빛어린이병원 - 잘 작동하지 않은 정책이 있다면 그 이유는 무엇이라고 생각하시나요? - 전달체계 개선을 위해 시행한 정책들은 전달체계 개선에 효과적인 정책들이었다고 생각하시나요? - 응급의료 전달체계 개선을 위해 필요한 정책을 제안하자면 무엇이 있을까요?
5	(감염관리) 우리나라 응급환자의 감염관리에서 가장 큰 문제는 무엇이라고 생각하시나요? - 예: 선별진료 부족, 응급실 내 감염관리 부족, 응급실 방문자 관리 부실 등
6	(감염관리) 메르스 유행 이후 응급환자의 감염관리가 변화하였다고 생각하시나요? - 변화했다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요?

	<ul style="list-style-type: none"> - 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
7	<p>(감염관리) 응급환자 감염관리 개선을 위해 시행한 정책들의 효과는 어떻다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 예: 응급의료기관 평가 내 감염관리 관련 항목 포함, 감염관리 수га조절, 방문객제한 - 잘 작동하지 않은 정책이 있다면 그 이유는 무엇이라고 생각하시나요? - 감염관리 개선을 위해 시행한 정책들은 감염관리 개선에 효과적인 정책들이었다고 생각하시나요? - 응급환자 감염관리 개선을 위해 필요한 정책을 제안하자면 무엇이 있을까요?
8	<p>(응급의료체계) 응급의료를 정의하고 설명하는데 있어 가장 중요한 포인트는 무엇이라고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 응급의료와 다른 의료영역의 차이, 응급의료기관과 다른 의료기관의 차이 - 응급의료가 추구해야 할 가장 중요한 가치는 무엇이라고 생각하시나요?
9	<p>(응급의료체계의 변화) 메르스 유행 이후 우리나라의 응급의료체계가 변화했다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 변화하였다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요? - 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
10	<p>(응급의료체계) 우리나라 응급의료체계가 바람직한 방향으로 변하기 위해서 가장 변화가 필요한 문제는 어떤 문제라고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료자원 부족, 지역기관/지역센터/권역센터의 역할 구분, 공공/민간의료기관의 분포, 응급의료기금 사용, 수가체계 개편, 응급의료기관 평가, 응급의료 거버넌스, 현장과 이론의 괴리 등
11	<p>(응급의료체계) 우리나라 응급의료체계를 변화시키기 위하여 가장 필요한 정책은 어떤 정책인가요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 관련 재정, 지불방식, 조직 구조, 규제, 환자들의 행태 - 변화의 드라이브를 걸어야 하는 주체는 누구라고 생각하시나요?
12	<p>(응급의료체계) 우리나라 의료의 역사에서 가장 중요한 변화 중의 하나는 2000년의 의약분업입니다. 메르스 이후 변화의 필요성이 제기되었는데 결정적인 체제변화를 이루지 못한 이유는 무엇일까요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2017-2018 시도하였던 전달체계 개편과 2000년도 의약분업을 비교했을 때 체제 개편을 추구하는 과정에서

	<p>비슷한 점은 무엇이었고 다른 점은 무엇이었나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 향후 우리나라 응급의료체계 개편을 이루기 위해서는 어떤 노력이 필요할까요? <p>(감염) 2003년 홍콩의 SARS⁴⁰ 유행 이후 홍콩 병원의 감염관리체계에는 큰 변화가 있었던 것으로 평가되고 있습니다. 2003년 홍콩의 SARS 유행과 2015년 우리나라의 메르스 유행을 비교했을 때 변화를 추구하는 과정에서 비슷한 점은 무엇이었고 다른 점은 무엇이었나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 향후 우리나라 응급환자의 감염관리 개선을 이루기 위해서는 어떤 노력이 필요할까요?
마무리	
1	<p>2018년에 다시 한번 메르스가 발생했는데, 2015년의 대응과 2018년의 대응을 비교하여 보면 우리나라 응급의료체계가 나아졌다고 생각하시나요?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 잘된 점은 무엇이고, 부족한 부분은 무엇일까요?
2	<p>마지막으로 더 하고 싶으신 말씀이 있으시면 편하게 해주세요</p>

⁴⁰ 중증급성호흡기 증후군, Severe Acute Respiratory Syndrom, SARS: 2002년 겨울 중국에서 발생하여 홍콩, 싱가포르, 캐나다 등 전세계적으로 확산되었던 신종 전염병.

표 12 응급의료 전문가 심층면접 질문지 - 응급의료 정책 전문가용

심층 면접조사 질문지 - 응급의료 정책 전문가	
사전질문	
1	2015년 메르스 유행 당시와 현재, 귀하의 소속이나 직위는 무엇인가요? - 해당기관 근무 기간, 해당직위 근무 기간
2	메르스 유행 시기와 이후에 메르스 대처와 관련하여 맡았던 역할은 무엇이었나요? (또는 응급의료와 관련하여 맡고 있었던 역할은 무엇이었나요?)
3	2015년 메르스 유행이 우리나라 응급의료에 미친 가장 큰 영향은 무엇이라고 생각하시나요?
질문	
1	(전달체계) 우리나라 응급의료의 전달체계에서 가장 큰 문제는 무엇이라고 생각하시나요? - 왜 그런 문제가 발생하게 되었다고 생각하시나요?
2	(전달체계) 메르스 유행 이후 응급의료의 전달체계가 변화했다고 생각하시나요? - 변화했다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요? - 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
3	(전달체계) 메르스 이후 전달체계 개선을 위해 시행한 정책들의 효과는 어땠다고 생각하시나요? - 예: 응급의료기관 평가에 과밀화관련 지표 강조, 환자 회송 프로그램, 달빛어린이병원 등 - 잘 작동하지 않은 정책이 있다면 그 이유는 무엇이라고 생각하시나요? - 전달체계 개선을 위해 시행한 정책들은 전달체계 개선에 효과적인 정책들이었다고 생각하시나요?
4	(전달체계) 응급의료 전달체계 개선을 위해 필요한 정책을 제안하자면 무엇이 있을까요? - 응급의료 전달체계 개선에 있어 가장 걸림돌이 되는 문제는 무엇이라고 생각하시나요?
5	(감염관리) 우리나라에서 응급환자의 감염관리에 있어 가장 큰 문제는 무엇이라고 생각하시나요? - 왜 그런 문제가 발생하게 되었다고 생각하시나요?
6	(감염관리) 메르스 유행 이후 응급환자 감염관리가 변화하였다고 생각하시나요? - 변화했다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요?

	- 메르스를 겪은 후에도 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
7	(감염관리) 응급환자 감염관리 개선을 위해 시행한 정책들의 효과는 어땠다고 생각하시나요? <ul style="list-style-type: none"> - 예: 선별진료소 설치, 음압격리실 설치, 응급의료기관 평가 내 감염관련 항목 포함, 감염관리 수га조절, 방문객제한 - 잘 작동하지 않은 정책이 있다면 그 이유는 무엇이라고 생각하시나요? - 감염관리 개선을 위해 시행한 정책들은 감염관리 개선에 효과적인 정책들이었다고 생각하시나요?
8	(감염관리) 응급환자 감염관리 개선을 위해 필요한 정책을 제안하자면 무엇이 있을까요? <ul style="list-style-type: none"> - 응급환자의 감염관리 개선에 있어 가장 걸림돌이 되는 문제는 무엇이라고 생각하시나요?
9	(응급의료체계) 메르스 유행 이후 우리나라의 응급의료체계가 변화했다고 생각하시나요? <ul style="list-style-type: none"> - 변화하였다면 어떤 부분이 변화했고, 변화하지 않았다면 어떤 부분이 변화하지 않았나요? - 메르스를 겪은 후에도 응급의료체계가 변화하지 않은 이유는 무엇인가요?
10	(응급의료체계) 메르스 유행 이후 시행된 응급의료 개선 정책의 목표는 무엇이었다고 생각하시나요? <ul style="list-style-type: none"> - 그 목표는 달성되었다고 생각하시나요?
12	(응급의료체계) 응급의료체계 개선 정책을 추진하는데 있어 평소 가장 걸림돌로 느꼈던 부분은 어떤 부분인가요? <ul style="list-style-type: none"> - 그 문제가 해결되지 않고 있는 이유는 무엇인가요?
12	(응급의료체계) 전체 의료계의 상황에서 어쩔 수 없는 문제들 이외에 응급의료 영역에서 특히 더 해결이 어려운 문제가 있나요? <ul style="list-style-type: none"> - 전체 의료계의 문제 상황에서 비롯되는 응급의료체계 문제를 해결할 수 있는 방법은 무엇인가요?
13	(응급의료체계) 응급의료체계 개선을 위하여 가장 변화가 필요한 영역은 어디라고 생각하시나요? <ul style="list-style-type: none"> - 응급의료 관련 재정규모, 응급의료 관련 수가개편, 권역센터-지역센터-지역기관의 협력체계, 공공/민간의료기관의 분포, 응급의료기관 평가, 응급의료 거버넌스, 응급의료 이용 환자행태 등 - 왜 그 문제가 가장 중요하다고 생각하시나요?
14	(응급의료체계) 응급의료체계 개선을 위하여 변화의 드라이브를 걸어야 하는 주체는 누구인가요?

	<ul style="list-style-type: none"> - 정부(정치권, 보건복지부 등), 의료계(의사협회, 병원협회, 학회 등), 시민(국민들, 환자단체 등) 등. - 왜 그 주체가 드라이브를 걸어야 한다고 생각하시나요?
마무리	
1	마지막으로 더 하고 싶으신 말씀이 있으시면 편하게 해주세요

심층면접은 2018년 11월부터 2019년 3월까지 5개월에 걸쳐 진행되었다. 연구 참여자 1인당 심층면접 시간은 1시간 30분에서 2시간 정도였다. 연구자는 진행 중 연구 노트(field note)를 작성였고, 분석을 위하여 피면접자의 동의하에 모든 대화를 녹음하였다. 참여자 30명을 대상으로 하여 진행된 심층면접은 총 55시간 4분이었다. 녹음된 파일을 연구설계에 참여하지 않은 사람에게 제공하여 전사(transcription)하였고, 연구자가 녹음파일을 반복해서 들으며 전사 내용을 검토하여 최종 스크립트를 완성하였다. 연구 대상자 30명의 심층면접 전사 스크립트는 워드파일 1,325페이지였다.⁴¹ 전사된 내용을 심층면접 참여자들에게 확인받지는 않았다.

(3) 임상연구심의위원회 승인

이 연구는 서울대학교병원 임상연구심의위원회의 승인을 받았다(과제번호:C-1804-041-934). 처음에는 응급의료 관련 전문가 15명에게 심층면접을 진행하는 것으로 연구를 설계하였으나, 내용 포화가 되지 않아 심층면접 진행 중 연구내용의 포화를 위하여 연구 참여자 수를 확대하는 것으로 연구계획서를 수정하여

⁴¹ 본 학위논문과 동일한 양식 기준

재승인받았다. 심층면접 진행 전 각 참여자들에게 연구의 목적과 사용처, 녹음 예정임을 설명하고 서면의 동의서를 받았다.

3) 분석 방법

(1) 내용분석

질적연구 분석 방법론 중 내용분석(content analysis) 방법을 이용하여 분석하였다.(36) 심층면접 전사 스크립트 이외에 연구자가 면접 진행 중 작성한 연구노트와 심층면접 참여자에게 사전에 제공한 질문지에 대해 일부 참여자가 작성한 답변서를 참고 자료로 활용하였다. 내용분석 방법은 수집된 자료에서 의미 있는 내용을 개방 코딩한 후 유사한 내용들을 모아 분류하고, 분류된 내용을 범주화한다.(37) 사전에 범주를 결정하지 않은 상태에서 연구자 1인이 심층면접에서 전사한 내용과 연구노트를 반복적으로 읽고 이를 코딩(coding)하였다. 초기에 부여한 코드를 여러 단계에 걸쳐 분류하면서 유사한 코드끼리 상위범주로 묶어서 제시하여 핵심 범주를 도출하는 상향식 코딩 방법을 사용하였다. 개방 코딩된 내용을 반복적으로 비교하는 반복적 비교분석법(constant comparison method)을 사용하여 “코딩-범주화-범주확인-비교” 작업을 반복하며 분석을 수행하였다. 심층면접을 진행하는 것과 동시에 수집된 자료에 대한 분석을 수행하였고, 새로운 면접에서 더 이상 새로운 코드가 나타나지 않는 것을 자료의 포화(data saturation)로 판단하였다. 분석한 내용을 심층면접의 참여자들에게 확인받지는 않았다.

분석에는 질적자료 분석 소프트웨어인 NVivo 12.0을 활용하였다.

(2) 연구의 신뢰성 및 타당성

이 연구는 심층면접을 통해 수집한 1차 자료를 분석원으로 삼고 있다. 질적연구 자료 수집과 결과 해석의 신뢰성과 타당성을 확보하기 위하여 문헌고찰에서 얻은 자료를 활용하여 심층면접에서 얻은 정보를 삼각검증(triangulation)하였다. 이에 대해서는 “4. 혼합방법 연구의 통합” 부분에서 상세하게 기술하였다. 분석을 진행하는 동안 일부 참여자들과는 개별 연락을 취하여 심층면접 내용에 대해 정보를 주고받으며 심층면접 내용에 대한 연구자의 해석을 변경할 만한 발언이나 사건이 있는지 지속 관찰하였다.

본 연구의 연구방법을 질적연구 보고지침(Consolidated criteria for reporting qualitative research, COREQ)에 따라 정리한 것은 이하 표와 같다.

표 13 질적연구 보고지침에 따른 질적연구 연구방법 요약

Domain	Item	Report
Research team and reflexivity	Interviewer/facilitator	Sun Young Lee
	Credentials	MD, MS
	Occupation	Emergency Medicine (EM) physician, National Fire Agency medical officer
	Gender	Female
	Experience and training	3yr experience of quantitative research, Studying of qualitative research
	Relationship established	Some have
	Participant knowledge of	reasons for doing the

	the interviewer	research
	Interviewer characteristics	EM physician, student of health policy
Study design	Methodological orientation and Theory	content analysis
	Sampling	Purposive, snowball
	Method of approach	E-mail, telephone
	Sample size	Till saturation (30)
	Non-participation	2 - worry about public disclosure
	Setting of data collection	face to face
	Presence of nonparticipants	No
	Description of sample	Demographic data, occupation
	Interview guide	Questions, prompts, guide
	Repeat interviews	No
	Audio/visual recording	Yes, audio recording
	Field notes	Yes
	Duration	1hr 30mins~2hr (Total 55hr 4mins)
	Data saturation	Yes
Transcripts returned	No	
Analysis and findings	Number of data coders	1
	Description of the coding tree	Yes
	Derivation of themes	Derived from the data
	Software	NVivo v12.0
	Participant checking	No
	Quotations presented	Yes
	Data and findings consistent	Yes
	Clarity of major themes	Yes
Clarity of minor themes	Yes	

4. 혼합방법 연구의 통합

양적연구와 질적연구를 수행한 후 결과를 통합하여 분석하였다. 혼합방법연구에서 양적방법 연구와 질적방법 연구를 통합 분석하는 것은 연구의 타당성(credibility)과 근거 확실성(confirmability)을 상승시키기 위한 전략이다.(38) 하나의 연구에서 여러 방법론을 사용하여 분석하는 방법으로 하나의 주제를 규명하기 위해 질적연구 결과를 구조화된 양적 연구에서 측정된 자료와 비교하여 분석하는 삼각검증(triangulation) 방법이 있다.(39) 삼각검증은 양적결과와 질적결과 두 가지를 융합(convergence)하여 결론을 이끌어내는 방법으로, 흔히 질적연구의 결과를 검증하는(validating)하는 방법으로 사용된다.(28) 삼각검증은 연구결과에 대한 이해를 넓히고 분석의 폭 또는 깊이를 더하는 방법으로 알려져 있으며, 연구결과를 더 확실하게 해주기보다는 하나의 현상의 전체적인 형태를 보여주는 방법으로 사용된다.(40) 삼각검증의 구체적인 방법으로는 자료, 연구자, 이론, 방법론 각각을 다양하게 사용하여 연구 결과를 교차검증하는 것이 가능하다. 다양한 관점이나 여러 종류의 자료를 사용하므로 다중방법 연구(multiple methods research)라고도 한다. 이 연구에서는 질적연구와 양적연구로 방법론을 달리 사용하여 자료를 수집하고 각각 분석을 수행한 후, 두 가지 연구 방법에서 도출된 연구 결과를 종합하는 방법을 사용하였다.(28, 40)

이하와 같은 일정으로 양적연구와 질적연구를 수행하고 연구결과를 통합 분석하였다.

표 14 혼합방법 연구의 수행 일정

연구 수행기간	연구 진행
2017.10-12	연구주제 선정 혼합방법 연구 설계
2018. 1-4	문헌고찰 국민건강보험공단 자료신청 및 분석
2018. 5-6	양적연구 논문 작성 질적연구 심층면접 대상자 선정
2018. 7-10	질적연구 준비 심층면접 질문 및 지침 개발
2018. 11- 2019.3	심층면접 진행(30명, 총 55시간 4분)
2018.11- 2019.5	심층면접 전사(transcription)
2018.11- 2019.6	심층면접 코딩 및 범주화
2019.6-12	양적연구와 질적연구 결과 통합 분석 혼합연구 논문 작성

IV. 연구 결과

1. 양적연구 결과

2015년 메르스 유행 이후 추진된 응급의료 개선정책의 목표는 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리의 두 영역에서 제기된 응급의료의 문제를 해결하는 것이었다. 응급의료의 문제를 해결하기 위해 설정된 중간목표를 조사하고, 중간목표를 달성하기 위해 추진된 응급의료 개선정책(정책수단)을 보건의료 개혁의 조종손잡이에 따라 분류하였다. 해당 정책의 집행에 따른 정책효과를 보건의료체계의 구성요소별로 조사하였다.

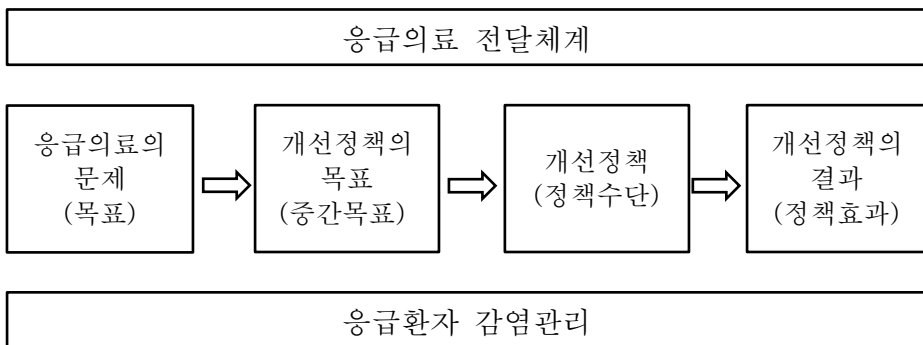


그림 4 양적연구의 분석 틀

1) 응급의료 전달체계

(1) 전달체계 변화 분석

메르스 유행 당시 제기되었던 응급의료 전달체계의 문제는 크게 세 가지로 1. 응급실 과밀화, 2. 응급의료 자원 부족, 3. 응급의료기관의 취약한 응급환자 진료역량이었다. 이를 개선하기 위해 시행된 정책을 보건의료체계 개혁의 조종손잡이 틀에 따라

분류하면 이하와 같다.

표 15 응급의료 전달체계 개선정책

조종손잡이		목표	중간목표	정책수단
지불 제도	재정기전	-	-	-
	보건의료 서비스에 대한배분	-	-	-
재정	지불방식	-	-	-
	지불수준	응급실 과밀화 완화	충실한 진료의뢰·회 송 및 대형병원으로 의 환자 쏠림 완화 유도	진료의뢰 회송수가 신설
		응급의료 자원 확대, 응급환자 진료역량 강화	응급의료 영역에 더 많은 인력, 자원을 확보해 중증응급환자 생존율 제고, 응급의료 서비스 향상	권역센터 응급의료 수가 개선
		응급실 과밀화 완화	대형병원으로 의 환자 쏠림 완화 유도	응급의료관리료 본인부담률 조정
조직	인센티브	응급실 과밀화 완화, 응급환자 진료역량 강화	응급실 과밀화 완화, 응급환자 진료 대기시간 단축	응급환자 재실시간지표 수가연동지표로 도입
		응급의료 자원 확대, 응급환자 진료역량 강화	중증응급환자 골든타임 확보	권역응급센터 확대
		응급의료 자원 확대, 응급실	소아환자의 야간·휴일	달빛어린이병원 확대

		과밀화 완화	진료수요 부응	
규제	관리	응급의료 자원 확대, 응급환자 진료역량 강화	중증응급환자 골든타임 확보	권역응급의료센터 시설·장비·인력 기준 개정
		응급환자 진료역량 강화	응급환자 책임진료 강화	응급의료기관 평가에 중증환자 최종치료 지표 강화
		응급실 과밀화 완화	응급실 과밀화 완화, 응급환자 진료 대기시간 단축	응급의료에 관한 법률 개정 (응급의료센터 24시간 이상 재실환자 관리)
행동		응급환자 진료역량 강화	의료전달체계 개선	의료전달체계 개편협의체 구성

지불제도 영역에서 보건의료부문 활동에 필요한 자금을 동원하는 기전과 자금의 사용(할당)을 조절한 정책은 없었다. 재정 영역에서 보건의료 영역 전체에 적용되는 지불방식(행위별 수가제)은 변화하지 않았으나 지불수준의 조정이 있었다. 응급실 과밀화 완화를 위하여 진료의뢰와 회송을 권장하고 대형병원으로의 환자 쏠림 완화를 유도하기 위해 진료의뢰 회송수가가 신설되었다. 응급의료 자원을 확보하고 응급환자 진료역량을 강화하기 위하여 권역센터의 응급의료수가를 개정하였다.

조직은 조직의 업무 변화, 인센티브, 관리전략 등을 포괄하는 개념으로 메르스 유행 이후 응급실 과밀화를 완화하고 응급환자 진료역량을 강화하기 위하여 응급의료기관 인센티브 제공 기준을 개정하였다. 응급의료기관 평가를 주도하는 보건복지부는 응급의료기관의 적극적인 평가 참여와 변화를 유도하기 위해

응급의료기관 평가⁴²와 응급의료 수가를 연동하여 응급의료기관 평가결과에 따라 응급의료 수가를 차등지급하는 인센티브 제도를 도입하였다. 2017년 응급의료기관 평가 개정에서 응급환자 재실시간 지표가 수가연동지표로 도입되었고, 응급실 과밀화 조절기관이 인센티브를 받게 되었다.^{43 44} 응급의료 자원을 확대하고 응급환자 진료역량을 강화하기 위하여 권역응급의료센터를 확대 지정하였고, 달빛어린이병원을 확대하는 계획을 발표하였다.

규제는 국가가 조직과 개인에 대해 제한을 가할 목적으로 강제적인 힘을 사용하는 것으로, 인센티브나 행동변화가 아닌 법적 규정을 의미한다. 그러나 응급의료 영역에서 응급의료기관 평가는 수가가산과 연동되는 인센티브이기도 하지만 일종의 조직에 대한 인증(accreditation)인 응급의료기관 재지정과도 연계되므로 인센티브보다 강한 제한으로 판단하여 규제에 포함하였다. 정부는 응급의료에 관한 법률과 응급의료기관 지정기준, 응급의료기관 평가를 통한 응급의료기관 재지정을 수단으로 하여 응급의료기관을 규제하고 있다. 메르스 유행 이후 응급의료 자원을 확대하고 응급환자 진료역량을 강화하기 위해 권역센터의 시설·장비·인력기준을 개정하였고, 응급의료기관 평가에

⁴² 응급의료기관평가는 응급의료에 관한 법률 제 17조, 25조에 의거하여 응급의료 기관 종별 기능과 응급진료의 질을 강화하고 지속가능한 질관리 체계를 정착하기 위하여 2003년 처음 시작되었다. 권역응급의료센터 평가가 먼저 시작되고, 2004년 지역응급의료기관까지 평가가 도입되었다. 2014-2015년 응급의료체계 개선을 위하여 권역응급의료센터를 추가 선정하고 응급의료에 관한 법률 개정, 응급의료수가 마련 등의 정책이 시행되며 2016년 응급의료체계 개편에 따른 평가체계 개편이 기획되었고, 2017년 개편된 평가체계에 의해 평가가 시행되었다.

⁴³ 메디칼월드뉴스, 2016, 응급의료기관 평가결과... 운영비 보조금 및 수가와도 연동, <http://medicalworldnews.co.kr/m/view.php?idx=1456992068>

⁴⁴ 메디칼타임즈, 2017, 응급실 초과체류 페널티... 출입제한 위반시 과태료, <http://www.medicaltimes.com/Users4/News/newsPrint.html?ID=1112640>

중증해당환자 전원 관련 지표를 확충하여 권역센터의 중환자 최종진료 제공 역할을 강조하였다. 응급의료에 관한 법률에 응급실 체류 제한 항목을 신설하여 응급환자의 응급실 체류시간 최소화를 명시하였고, 응급의료센터 24시간 초과 체류 환자 비율을 관리하기 시작하였다.^{45,46}

행동은 환자와 보건의료 전문가의 행태를 변화시키기 위한 노력으로, 대중 캠페인 또는 관련 전문가들의 행태와 문화를 바꾸기 위한 노력이다. 정부는 메르스 유행 이후 의료전달체계 개선에 대한 사회적 합의를 도출하기 위하여 의료전달체계 개편협의체를 구성하여 의료전달체계 개편권고안을 도출하고자 하였다.⁴⁷

응급의료 전달체계 개선정책(정책수단)이 집행되며 달성할 것으로 기대된 정책효과는 이하와 같다.

표 16 응급의료 전달체계 개선정책의 기대효과

보건의료체계의 구성요소		목표	정책수단	기대된 정책효과
의료 자원	의료인력	응급의료 자원확대	권역센터 확대, 권역센터 시설·장비·인력기준 개정	응급의료인력 증가
				응급의료 인력당 환자

⁴⁵ 응급의료에 관한 법률 제33조의2 (응급실 체류 제한)

① 응급의료기관의 장은 환자의 응급실 체류시간을 최소화하고 입원진료가 필요한 응급환자는 신속하게 입원되도록 조치하여야 한다.

② 권역응급의료센터 및 지역응급의료센터의 장은 24시간을 초과하여 응급실에 체류하는 환자의 비율을 보건복지부령으로 정하는 기준 미만으로 유지하여야 한다.

⁴⁶ 메디칼업저버, 2016, 중증응급환자, 임의로 다른 병원 못 보낸다, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=96047>

⁴⁷ 메디칼타임즈, 2016, 의료전달체계 개선협의체 발족 "법 개정, 수가개편 조치", <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1102006>

				수 감소
	의료시설		권역응급센터 확대	권역응급의료센터 증가
			달빛어린이병원 확대	달빛어린이병원 증가
			권역센터 확대, 시설·장비·인력기준 개정	응급전용 중환자실 병상 증가
자원의 조직화	국가보건당국	응급환자 진료역량 강화	의료전달체계 개선협의체 구성	의료전달체계 개편작업 진행
의료서비스의 제공	병원	응급실 과밀화 완화	응급의료관리료 본인부담률 조정	응급실 이용자 수 감소
			응급환자 재실시간 지표 수가연동지표로 도입	권역센터 응급환자 재실시간 감소
재정적 지원	건강보험수가	응급의료 자원확대	권역센터 응급의료 수가 개선	권역센터 응급실 수익 증가
정책 및 관리	규제	응급실 과밀화 완화	재실시간 지표 수가연동지표로 도입, 응급의료에 관한 법률 개정 (응급센터 24시간 이상 재실환자 관리)	권역센터 응급환자 재실시간 감소
		응급환자 진료역량 강화	응급의료기관 평가에 중증환자 최종치료 지표 강화	중증응급환자 전원을 감소

기대된 정책효과에 대해 계량적 수치로 평가할 수 있는 내용은 수치로 조사하였고, 수치로 평가하기 어려운 내용에 대해서는 문헌

고찰을 통해 관련 내용을 정리하였다. 의료서비스의 제공 관련 변화는 나. 응급실 이용행태 변화 분석 부분에서 별도로 상세 기술하였다.

		달빛어린이병원 증가	달빛어린이병원 수	문헌고찰
자원의 조직화	국가보건당국	의료진달체계 개편 진행	의료진달체계 개편안 도출 여부	문헌고찰
의료 서비스의 제공	병원 단계	응급실 이용자 수 감소	월별 응급실 이용자 수 응급실 이용 일주일 이내 사망자 수	국민건강보험공단 DB
		권역센터 응급환자 재실시간 감소	권역센터 환자 재실시간 권역센터 입원환자 재실시간	
재정적 지원	건강보험수가	권역센터 응급실 수익 증가	권역센터 응급실 수가 개선	문헌고찰
정책 및 관리	규제	권역센터 응급환자 재실시간 감소	재실시간 지표 수가연동지표로 도입, 응급의료에 관한 법률 개정	문헌고찰
		중증응급환자 전원률 감소	응급의료기관 평가에 중증환자 최종치료 지표 강화	중증응급실환 응급실 내원 현황보고서 ⁵⁰

⁴⁹ 중앙응급의료센터에서 운영하는 국가응급진료정보망(National Emergency Department Information System, NEDIS) 자료원

⁵⁰ 중앙응급의료센터에서 센터급 이상 응급의료기관에 내원한 중증응급환자에 대한 정보를 산출하여 발간하는 보고서

가. 의료자원

중앙응급의료센터에서 매년 발간하는 응급의료 통계연보를 사용하여 응급의료 자원의 변화를 평가하였다. 메르스 유행시기인 2015년과 전후 시기를 포함하여 2012년부터 2017년까지 의료인력과 의료시설의 변화는 다음 페이지의 표와 같다.⁵¹

응급의료기관 1개소당 응급의학전문의와 간호사 수, 응급실 전담 전문의 수와 전담 간호사 수는 증가 추세를 보였으나, 종별로 나누어 보면 권역센터의 응급의료기관 1개소당 응급의학 전문의 수는 2015년 메르스 유행 이후 비슷하게 유지되는 추세였다. 응급의료인력 증가의 효과로 응급의학 전문의 1인당 내원 환자 수와 간호사 1인당 내원환자 수는 2015년 이후 지속 감소 추세를 보였다. 종별로 나누어 보면 권역센터의 응급의학 전문의 1인당 내원환자 수와 간호사 1인당 내원환자 수 감소 폭은 지역센터와 지역기관의 감소 폭에 비해 작았다.

권역센터는 2015년까지 20개이던 것이 2016년 31개로 증가하였고, 2017년에는 36개로 증가하였다. 권역센터는 시설 기준상 응급전용 중환자실을 20병상 이상 확보하도록 되어 있어, 권역센터의 증가는 응급전용 중환자실 병상이 확대되는 효과를 거두었다.⁵²

⁵¹ 중앙응급의료센터, 응급의료통계연보, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

⁵² 응급의료에 관한 법률 제13조(권역응급의료센터의 지정기준, 방법 및 절차) 제 2항 관련 별표5의2 권역응급의료센터의 지정기준

표 18 응급의료 자원의 변화 (단위: 명, 개)

지표	구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017
응급의료기관 1 개소당 응급의학전문의 수		1.9	2.1	2.3	2.4	2.7	3
응급의료기관 1 개소당 간호사 수		13.3	13.7	14.2	14.3	15.2	16.6
응급실 전담전문의 수		954	1,285	1,333	1,382	1,369	1,629
응급실 전담 응급의학 전문의 수		820	916	948	999	1,100	1,228
응급실 전담 간호사 수		5,747	5,899	5,903	5,929	6,300	6,889
중별 응급의료기관 1 개소당 응급의학 전문의 수	권역센터		7.2	8.4	7.7	7.8	7.8
	지역센터		4.2	4.1	4.4	4.8	5.1
	지역기관		1	1	1.1	1.2	1.4
중별 응급의료기관 1 개소당 간호사 수	권역센터	35.8	36.1	36.4	37.6	39.2	45.5
	지역센터	23.4	24.2	24	23.9	18.2	24.6
	지역기관	7.8	8	8.3	8.3	12.1	9.1
응급의학전문의 1 인당 내원환자 수		10,625	9,599	9,609	8,268	7,486	6,902
간호사 1 인당 내원환자 수		1,516	1,490	1,543	1,393	1,307	1,230
중별 응급의학 전문의 1 인당 내원환자 수	권역센터	6,108	6,347	6,500	5,758	6,262	5,947
	지역센터	8,857	8,372	8,594	7,320	7,021	5,988
	지역기관	16,915	13,480	13,245	11,274	8,978	9,146
중별 간호사 1 인당 내원환자 수	권역센터	1,136	1,268	1,498	1,174	1,243	1,020
	지역센터	1,500	1,447	1,479	1,347	1,868	1,236
	지역기관	1,651	1,620	1,655	1,531	923	1,367
권역응급의료센터 수		21	20	20	20	31	36

소아의 야간휴일 시간외진료 자원을 확충하기 위해 추진된 달빛어린이병원은 2015년 메르스 유행 당시 15개소 운영되던 것을 메르스 유행 이후 30개소까지 확대하려 하였으나, 참여기관이 많지 않아 2018년 23개소가 운영되었다.

나. 자원의 조직화

의료자원의 조직화, 재정적 지원, 정책 및 관리 영역은 문헌고찰을 통해 정책효과를 조사하였다. 응급의료기관의 응급환자 진료역량을 강화할 필요가 있다는 것은 메르스 유행 이전부터 지적되었던 응급의료체계의 문제이다. 2013년 발표된 응급의료 기본계획은 응급의료기관의 종별 기능을 분명하게 하고 적정 응급의료기관 이용률을 높여 중증응급환자의 최종치료 역량을 갖춘 응급의료센터를 육성하는 것을 목표로 제시하였다.⁵³ 2014년 발표된 정책연구 보고서는 전문화, 통합화, 지역화된 응급의료체계를 구축하기 위해 기존 3단계로 구성된 응급의료 전달체계를 2단계로 바꾸자고 제안하였으나 실행되지 않았다.⁵⁴ 메르스 유행 이후에는 응급의료 영역에서 별도의 전달체계 개편 논의는 이루어지지 않았고, 전체 의료의 전달체계 개편이 추진되었다. 국가보건당국은 메르스 당시 구성되었던 의료관련감염대책 협의체에서 단기와 중장기 의료전달체계 개편 추진계획을 논의하고, 별도의 협의체를 통해 상세 내용을 추가

⁵³ 보건복지부, 2013~2017년 응급의료 기본계획, 2013: (3단계 전달체계)기능별 역할이 불분명함, 중증환자의 경우 응급수술, 시술 등 최종치료 역량이 응급센터 종별(권역, 지역, 전문)과 무관하며, 동일 종별에서도 기관 간 큰 편차

⁵⁴ 서울대학교 산학협력단, 응급의료기관 기능개편 세부기준 마련 연구, 2014

논의하기로 하였다.⁵⁵

- (단기) 진료 의뢰·회송 수가 강화방안 마련 및 절차 개선:
현행 진료협력병원 간 의뢰 수가 및 인상 회송수가를 시범 적용하고 의뢰·회송 절차가 개선된 후 제도화 및 확대 추진
- (중장기) 의료기관 종별 역할정립, 진료협력체계 강화, 의료서비스 균등발전방안 등은 별도 협의체를 구성하여 계속 논의

2016년 1월 상급종합병원의 환자 쏠림 현상을 해소하고 의료기관별 역할을 재정립하는 것을 목표로 의료전달체계 개선협의체가 구성되었다.⁵⁶ 공급자 단체, 가입자 단체, 학회, 전문가, 정부 및 관련기관 등에서 19명이 위원으로 참여하였고, 2년간 14차례 회의와 5차례 소위원회를 진행하였다. 2018년 1월 “환자 중심의 지속가능한 양질의 의료전달체계를 통한 국민건강 향상”을 목표로 의료전달체계 개선협의체 권고안⁵⁷을 도출하였으나, 2018년 2월 의협과 병협의 이견으로 합의에 이르지 못하고 폐기되었다.⁵⁸

⁵⁵ 보건복지부 보도자료, 2016, '16년 의료관련감염 예방관리대책 중점 추진, http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=329263&page=7

⁵⁶ 메디칼타임즈, 2016, 의료전달체계 개선협의체 발족 "법 개정, 수가개편 조치", <https://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1102006>

⁵⁷ 의료전달체계 개선협의체 권고안 5가지: 1) 기능중심 의료기관 역할 정립, 2) 의료기관 기능강화 지원, 3) 환자중심 의료를 위한 기관간 협력, 정보제공 강화, 4) 의료기관 기능 정립을 위한 의료자원 관리체계 합리화, 5) 의료전달체계 개선을 위한 상시적 추진체계 마련

⁵⁸ 메디칼업저버, 2018, 의료전달체계 개선권고안 채택 무산, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=110174>

다. 재정적 지원

응급의료 자원 확대를 위해 권역센터 시설·장비·인력기준이 개정되었고, 권역센터 응급의료 수가 개선으로 재정적 지원이 이루어졌다. 권역센터 수가 개선은 메르스 유행 이전인 2015년 5월에 발표된 것이다. 그러나 메르스 유행 이후 응급의료체계 개선의 사회적 요구가 큰 상황에서 수가 개선에 투입되는 비용에 대한 사회적 합의가 이루어져 수가 개정이 신속하게 진행되었다. 응급실 과밀화를 완화하기 위하여 응급의료관리료의 본인 부담률을 중증도에 따라 차등부과하도록 조정하였고, 진료 의뢰·회송을 활성화하기 위해 진료 의뢰·회송 수가도 신설하였다. 메르스 유행 이후 응급의료 전달체계 개선 관련하여 조정된 수가들은 이하와 같다.⁵⁹⁶⁰⁶¹

표 19 응급의료 전달체계 개선 관련 수가 조정

항목	목표	내용
진료 의뢰·회송 수가	환자가 걱정하는 의료기관에서 적절한 진료를 받을 수 있도록 병원간 진료협력 (의뢰-회송)	2016년 5월부터 상급종합병원을 중심으로 진료의뢰-회송 시범사업을 실시하여, 적절하게 이루어진 의뢰-회송과 의료기관간 이루어진 원격협력진료에

⁵⁹ 메디게이트, 2016, 달빛어린이병원 수가 9610원 가산, <https://www.medigatenews.com/news/1392920344>

⁶⁰ 메디칼업저버, 2015, 2017년 권역 응급의료수가 10~20% 가감 지급, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=82823>

⁶¹ 병원신문, 2016, 비응급환자, 응급의료관리료 내야한다 - 보건복지부, 응급환자 중증도 분류기준 제정 고시, 1월 1일부터 시행, 권역센터 5만4천830원 추가 부담, <http://khanews.com/news/articleView.html?idxno=117930>

	증진	대하여 의뢰환자관리료, 회송환자관리료, 원격협력진료료 보험 수가를 적용함.
권역센터 응급의료 수가	권역센터 중환자 진료 기능 강화, 권역센터 지원	응급진료 전문의 진찰료와 (중증)응급환자 진료구역 관찰료, 응급전용 중환자실 관리료 수가 신설.
소아 야간휴일진료 가산수가	소아 시간외진료 활성화 (경증환자 응급실 방문 감소 유도)	2016년 신규 달빛어린이병원을 공모하며 참여기관 제공하던 연간 정액 지원금을 건강보험에서 야간휴일 가산수가를 적용하는 것으로 변경함. 소아 야간휴일 진료기관 및 약국으로 지정된 기관은 소아 야간진료료, 조제관리료를 적용하여 평일 야간, 휴일 진료건에 대해 환자진료비와 약국조제비 수가를 가산지원받음. ⁶²
중증도에 따른 응급실 이용 본인부담률 차등	국민들의 걱정 단계 응급실 이용 증진, 경증환자의 권역응급의료센터 방문 감소 유도	2016년 1월부터 비응급환자가 권역센터를 이용한 경우 응급의료관리료를 전액 본인 부담하도록 함. 진료비에 대해서 중증환자는 입원본인부담 (진료비의 20%), 경증환자는 외래본인부담 (상급종합병원 진료비의 60%, 종합병원 50%)의 진료비를 부과함. 비응급 환자가 입원대기 목적으로 응급실에 장기간 체류하면 1인실 수준의 비급여 입원료를 부과함.

⁶² 이는 기존의 정액 지원금이 연평균 1.8억이었던 것에 비해 기관별 수가 지원액이 약 4억원으로 증가하는 효과가 있을 것으로 추정되었음.

		<p>*단, 농어촌 취약지에서는 비응급환자라도 지역기관을 이용할 때 응급의료관리료에 대해 건강보험이 적용되도록 하였음.</p> <p>*응급실에 6시간 이상 머물면 입원본인부담률이 책정되어 총 진료비의 20%를 내도록 한 제도는 폐지함.</p>
--	--	---

라. 정책 및 관리

2017년 응급의료기관평가 개정에서 응급의료기관의 적절한 종별 기능 수행을 평가하기 위한 ‘기능성’ 영역과, 중증도에 따른 시의적절한 의료제공을 목표로 하는 ‘적시성’ 영역이 강화되었다.⁶³

응급실 과밀화는 환자의 수와 중증도에 의한 요구(demand) 뿐만 아니라 병상수와 같은 응급실의 상대적인 서비스 공급능력(supply)과도 관계가 있는 정의이다.(41) 응급실 과밀화는 구급차의 타병원 유도(diversion), 환자가 의사를 만나기까지 시간 지연, 병상 포화상태, 입원대기 환자적체 등 여러 가지로 정의된다. 우리나라는 2013년부터 보건복지부 응급의료기관 평가에서 응급실 과밀화지수(응급실 병상포화지수)를 계산하여 이를 기준으로 응급실 과밀화를 정의하고 있다.⁶⁴ 메르스 유행 이후 응급실 과밀화를 완화하기 위하여 적시성 영역에 응급실 장기체류환자 비율을 신규 지표로 도입하였고, 재실시간 관련 지표를 응급의료기관 평가의 수가연동지표로 지정하였다. 적시성

⁶³ 메디컬포커스, 2015, 중증응급환자 위주 응급의료체계 개선, http://m.medicalfocus.kr/news_view.html?ID=2668

⁶⁴ 보건복지부, 중앙응급의료센터, 2018년도 응급의료기관 평가기준집 개정판 - 권역, 전문, 지역응급의료센터, 2018

영역(센터급 이상)에서 평가하는 병상포화지수, 중증상병해당환자의 재실시간, 체류환자 지수 중 중증상병해당환자 재실시간을 응급전용 중환자실 관리료, 응급수술/시술 가산 수가에 대한 수가연동지표로 지정하여 의료기관이 적극적으로 중증상병 해당환자의 응급실 재실시간을 감소시키고 응급실 과밀화를 줄이도록 한 것이다.⁶⁵

표 20 응급의료 전달체계 관련 응급의료기관 평가 지표 1

지표	산출식	비고
병상포화지수	$(\text{내원환자수} \times \text{평균재실시간} / \text{기준병상수} \times \text{월별 일수} \times 24\text{시간}) \times 100$	내원환자수: 평가대상기간 동안 해당 기관의 응급실에 내원한 총 환자 수 재실시간: 응급실 내원 후 수술을 받거나 병실로 입원하여 퇴실하기까지 소요시간 평균재실시간: 평가대상기간 동안 내원한 환자 전체의 응급실 재실시간의 평균값
중증상병 해당환자 응급실 재실시간	측정대상 환자 전체의 응급실 재실시간(응급실 퇴실시간-응급실 내원시간)의 평균값	수가인정기준: 중증상병해당환자 재실시간 8시간 이하 (2018년: 7시간 이하, 2019년: 6시간 이하)
장기체류환자 비율	$(12\text{시간 이상 체류환자 수} + 24\text{시간 이상 체류환자 수} + 48\text{시간})$	체류환자 수는 각 시간 구간별로 중복 집계됨

⁶⁵ 김재선. (2015). 응급의료체계 제도 개선의 주요 내용. *HIRA 정책동향*, 9(4), 11-16.

	이상 체류환자 수)/전체 내원환자 수 * 100	
--	-------------------------------	--

응급환자 진료역량을 강화하여 응급환자 책임진료를 제공하기 위한 목적으로 응급의료기관 평가에서 중증응급환자 최종치료 관련 지표를 강화하였다. 중증응급환자 책임진료를 평가하는 지표인 중증상병해당환자 분담률, 중증상병해당환자 구성비, 최종치료 제공 기여율, 최종치료 제공률, 비치료 재전원율, 협진 의사 수준을 응급전용 중환자실 관리료, 응급수술/시술 가산 수가에 대한 수가연동지표로 지정하여 의료기관이 적극적으로 중증상병 해당환자에게 최종치료를 제공하도록 유도하였다.

표 21 응급의료 전달체계 관련 응급의료기관 평가 지표 2

지표	산출식	비고
중증상병해당환자 분담률	(해당기관 수용 중증상병 사례 수/해당종별 수용 중증상병 사례 수) *100	중증상병 군: 내. 외과계 질환 및 손상 상병 중 사망의 위험도가 높으며 급성기의 치료가 환자의 예후에 밀접한 영향을 주는 상병 군을 말함 수용 중증상병사례: ‘발병-내원시간 간격이 48시간 이내’ 이면서, 응급실 퇴실 시 또는 병원 퇴원 시 중증상병 군의 진단코드를 부여받은 사례
중증상병해당환자 구성비	(해당기관 수용 중증상병 해당사례 수/전체 내원 환자 수)*100	전체 내원 환자 수: 평가대상기간 동안 해당 기관의 응급실에 내원한 총 환자 수 중증상병 군, 수용 중증상병사례: 이상 동일
최종치료 제공률	(최종치료	최종치료 필요 사례: 발병

	제공사례 수/최종치료 필요사례 수)*100	내원시간 간격이 시간이내이면서 해당기관 응급실 퇴실 시 또는 병원 퇴원 시 최종치료 필요 질환군의 진단코드를 부여받은 사례 최종치료 제공 사례: 최종치료 필요 사례 중 NEDIS의 응급진료 결과가 사망, 가망없는 퇴실, 입원이거나 귀가, 전원이면서 해당 질환에 해당하는 질환별 처치·수술·시술코드가 있는 환자
--	-------------------------	---

그러나 보건복지부에서 지정한 중증응급환자(중증상병해당환자)의 응급실 전원율은 2017년과 2018년이 5.2%로 동일했다. 발병 24시간 미만/이내 중증응급환자를 대상으로 산출한 최종치료 제공률은 2017년 65.6%이던 것이 2018년 65.9%로 약간 상승하였다.⁶⁶

표 22 중증응급환자 전원율과 최종치료 제공률

지표	2017	2018
중증응급환자 수 (명)	530,923	554,723
중증응급환자 전원율 (%)	5.20	5.20
발병 24 시간 미만/이내 중증응급환자* (명)	556,130	593,122

⁶⁶ 국립중앙의료원에서 발간한 「2017년 중증응급질환 응급실 내원 현황보고서」의 55페이지, 76페이지와 국립중앙의료원에서 발간한 「2018년 중증응급질환 응급실 내원 현황보고서」의 65페이지, 87페이지에서 인용함. 해당 자료원은 2017년 전국 154개 센터급 이상 응급의료기관, 2018년 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관에 내원한 28개 중증응급질환 환자의 국가응급진료정보망 전송자료를 사용하여 분석한 것임.

발병 24 시간 미만/이내 중증응급환자 최종치료 제공률 (%)	65.60	65.90
---------------------------------------	-------	-------

*2017년은 발병 24시간 미만 환자 대상, 2018년은 발병 24시간 이내 환자를 대상으로 산출함

- 중증응급환자: NEDIS에 전송된 퇴실 또는 퇴원 진단정보에 28개 중증응급질환에 해당하는 코드가 하나 이상 포함된 경우⁶⁷
- 중증응급환자 전원율: 응급실에 직접 내원한 중증응급환자가 응급실 퇴실 후 다른 의료기관으로 전원 간 비율
- 중증응급환자 최종치료 제공률: 중증응급환자의 최종치료를 제공받은 비율 (최종치료 제공: 응급실 퇴실결과가 입원(일반병실, 중환자실 및 수술(시술)실로 간 후 입원, 기타 입원)인 경우)

(2) 응급의료 이용행태 분석

국민건강보험공단 DB 자료를 사용하여 메르스 유행 전후 응급실 이용의 변화를 조사하였다.

이 부분은 2019년 8월 Yonsei Medical Journal에 게재된 “Impact of the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Outbreak on Emergency Care Utilization and Mortality in South Korea” 논문의 일부이다.(42)

가. 응급실 이용 변화

가) 메르스 유행에 따른 전체 응급실 이용

메르스 신규 환자가 발생하던 시기인 2015년 6월과 7월의 응급실 방문자 수는 그 이전 해(2014년)와 이후 해(2016년) 동일월의 평균과 비교하였을 때 각각 72.0%, 84.4%였다. 응급실 월별 이용자 수는 2015년 6월에 354,400명으로 가장 적었고, 7월부터

⁶⁷ 심근경색증, 뇌경색증, 뇌실질출혈, 거미막하 출혈, 중증외상, 대동맥박리, 담낭 담관질환, 외과계질환(장중첩/폐색 별도), 위장관출혈/이물질, 기관지출혈/이물질, 중독(CO 포함), 주산기질환, 조산아/저체중아, 중증화상, 간질지속상태, 뇌수막염, 패혈증, 당뇨병성혼수, 폐색전/DVT, 부정맥, ARDS/폐렴/폐부종, DIC, 장중첩/폐색, 사지절단, 급성신부전, 안과적 응급, 소생술 후 상태, 비뇨기과 응급

증가 추세를 보여 8월에는 메르스 유행 이전인 5월 수준으로 회복되었다.

표 23 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수

Month	ER visits (N)			Proportion of ER visits in 2015 (%)		
	2014	2015	2016	2014	2016	2014-2016*
Total	5,421,193	5,390,879	6,153,683	99.4	87.6	93.1
Jan	447,066	442,714	438,248	99.0	101.0	100.0
Feb	438,115	474,691	538,662	108.3	88.1	97.2
Mar	437,415	458,887	473,126	104.9	97.0	100.8
Apr	419,853	440,916	480,683	105.0	91.7	97.9
May	492,779	516,737	541,271	104.9	95.5	99.9
Jun	467,394	354,400	517,246	75.8	68.5	72.0
Jul	462,225	426,910	549,830	92.4	77.6	84.4
Aug	479,792	505,088	560,006	105.3	90.2	97.2
Sep	478,658	493,758	565,635	103.2	87.3	94.6
Oct	426,750	438,275	494,067	102.7	88.7	95.2
Nov	419,735	402,060	446,944	95.8	90.0	92.8
Dec	451,411	436,443	547,965	96.7	79.6	87.3

ER, emergency room

Proportion of ER visits in 2015 (%): compared with 2014, 2016, and averages of 2014 and 2016, respectively

2014-2016*: Averages of 2014 and 2016

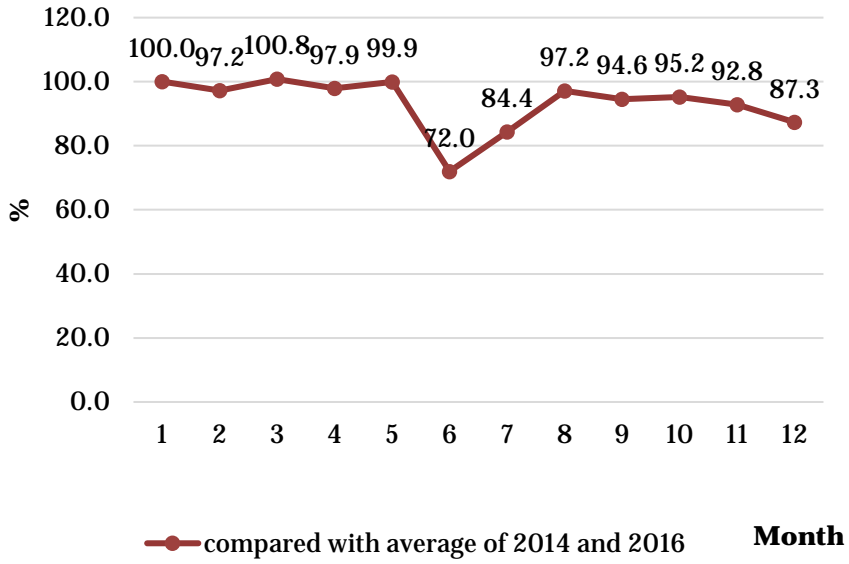


그림 6 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세

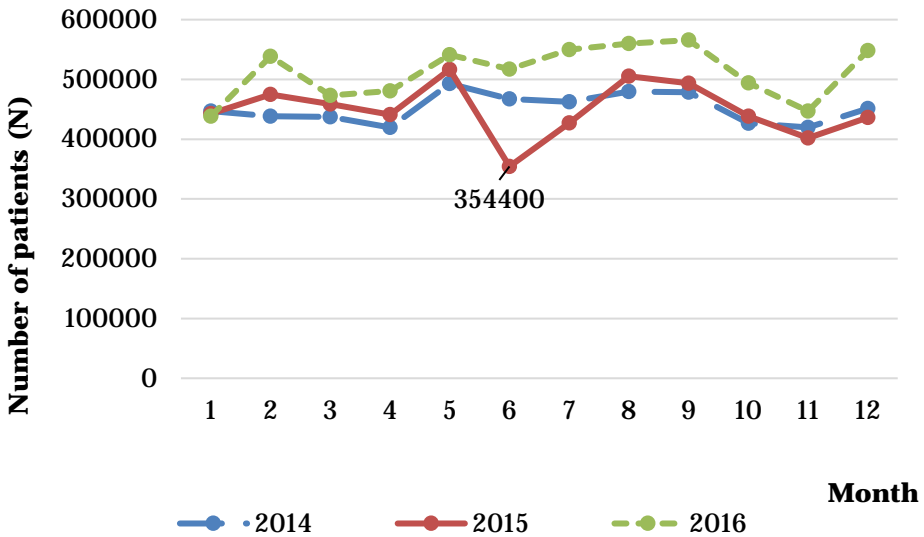


그림 5 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 분을 추세

나) 환자의 인구사회학적 특성에 따른 응급실 이용
 응급실 이용자 수의 변화를 환자의 인구사회학적 특성(성, 연령, 사회경제적 위치)에 따라 조사하였다.

(가) 성별에 따른 차이

남성과 여성 둘 다 메르스 유행월인 2015년 6월 응급실 이용이 감소하였다.

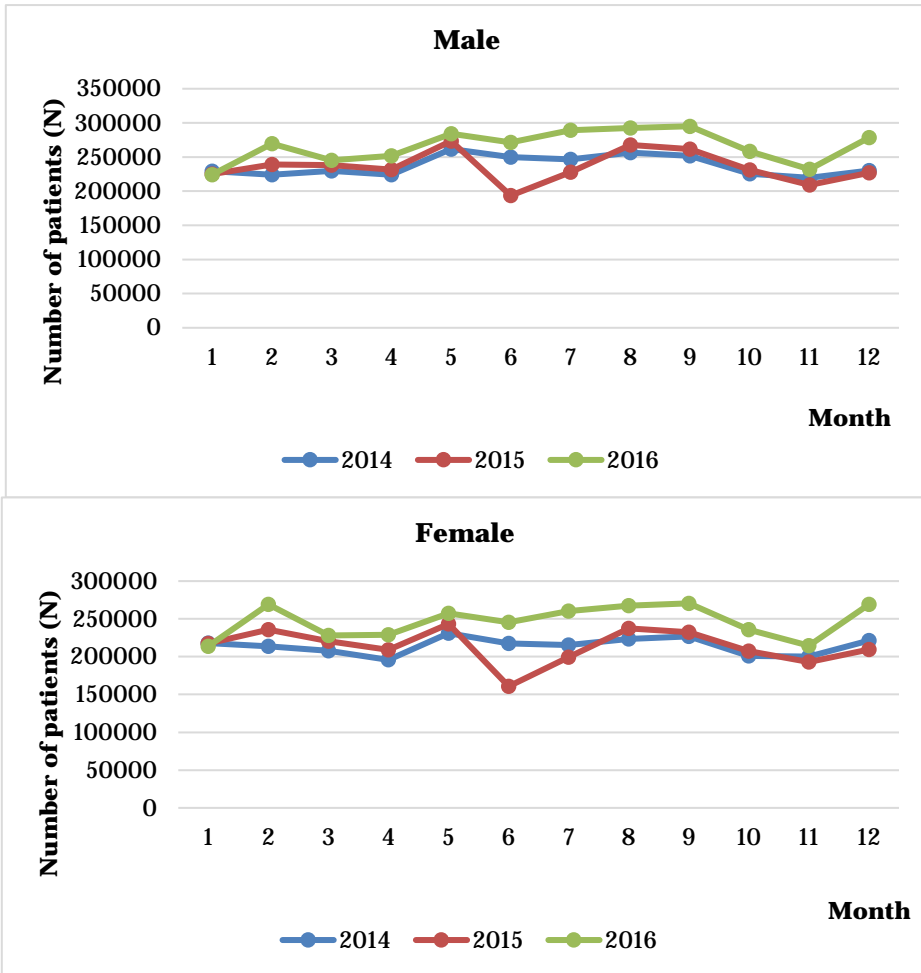


그림 7 성별에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세

메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 월별 이용자 수를 그 이전 해와 이후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때 남성과 여성의 응급실 이용 감소 정도는 남성 74.3%, 여성 69.4%로 큰 차이를 보이지 않았다.

표 24 성별에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수와 응급실 방문 일주일 이내 사망자 수 비율(%)

Month	Gender			
	Male		Female	
	Visits	deaths	Visits	deaths
Jan	99.3	100.5	100.8	103.6
Feb	96.8	94.9	97.6	98.6
Mar	100.3	105.9	101.3	116.0
Apr	97.4	104.0	98.5	105.1
May	100.2	99.0	99.6	100.0
Jun	74.3	99.1	69.4	99.3
Jul	85.0	99.7	83.7	99.1
Aug	97.5	95.4	96.7	96.0
Sep	95.6	100.2	93.4	95.6
Oct	95.4	94.8	94.9	96.7
Nov	92.6	100.8	93.0	92.1
Dec	89.3	96.7	85.3	91.6

(나) 연령에 따른 차이

응급실 이용 환자의 나이를 소아(0-19세), 성인(20-59세), 노인(60세 이상)으로 구분하였을 때, 모든 연령대에서 메르스 유행 시기 응급실 이용이 감소하였다. 특히 소아에서 응급실 이용이 가장 큰 폭으로 감소하였다.

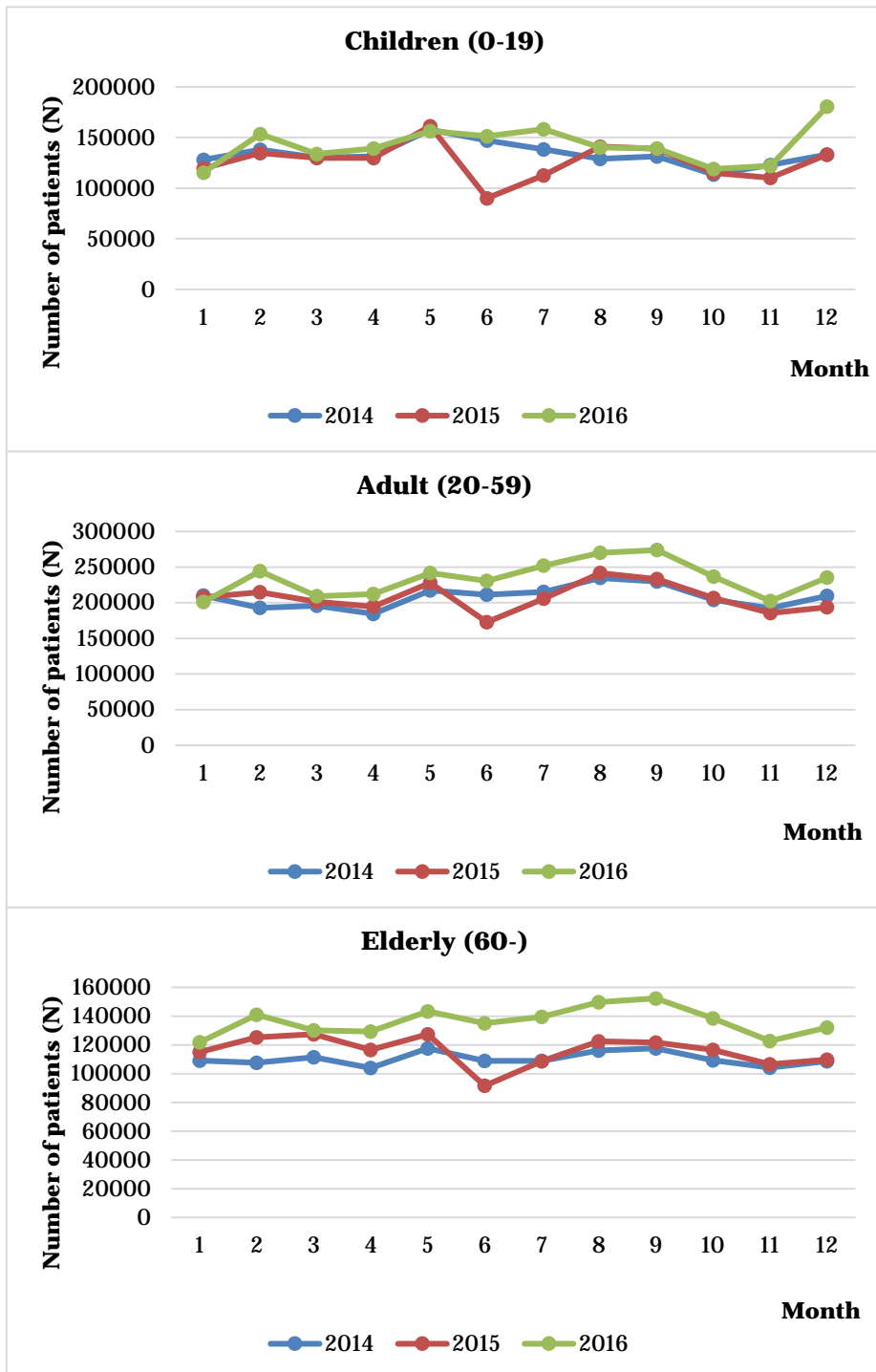


그림 8 연령에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세

메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 월별 이용자 수를 그 이전 해와 이후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때 소아는 39.6%가 감소하여, 성인 21.9%, 노인 24.9%보다 감소 폭이 컸다.

표 25 연령에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수와 응급실 방문 일주일 이내 사망자 수 비율(%)

Month	Age					
	Child (0-19)		Adult (20-59)		Elderly (60-)	
	Visits	deaths	Visits	deaths	Visits	Deaths
Jan	98.3	84.9	101.2	99.6	99.8	101.6
Feb	92.4	54.4	98.4	93.4	100.8	97.3
Mar	98.3	102.2	99.6	101.5	105.5	113.3
Apr	95.9	89.7	98.1	103.2	99.9	104.8
May	102.7	101.9	99.4	98.4	97.7	98.5
Jun	60.4	114.6	78.1	97.9	75.1	100.0
Jul	75.9	78.0	88.1	100.9	87.4	98.8
Aug	104.8	133.3	95.7	93.8	92.1	96.1
Sep	102.7	121.9	92.5	94.7	90.2	99.6
Oct	99.0	104.6	93.8	97.3	94.0	95.9
Nov	89.8	112.4	94.0	102.1	93.9	94.9
Dec	84.9	83.2	87.1	93.6	91.0	95.0

(다) 사회경제적 위치에 따른 차이

보험료를 기준으로 하여 사회경제적 위치를 5분위로 구분하였을 때, 모든 분위에서 메르스 유행월인 2015년 6월 응급실 이용이 감소하였다

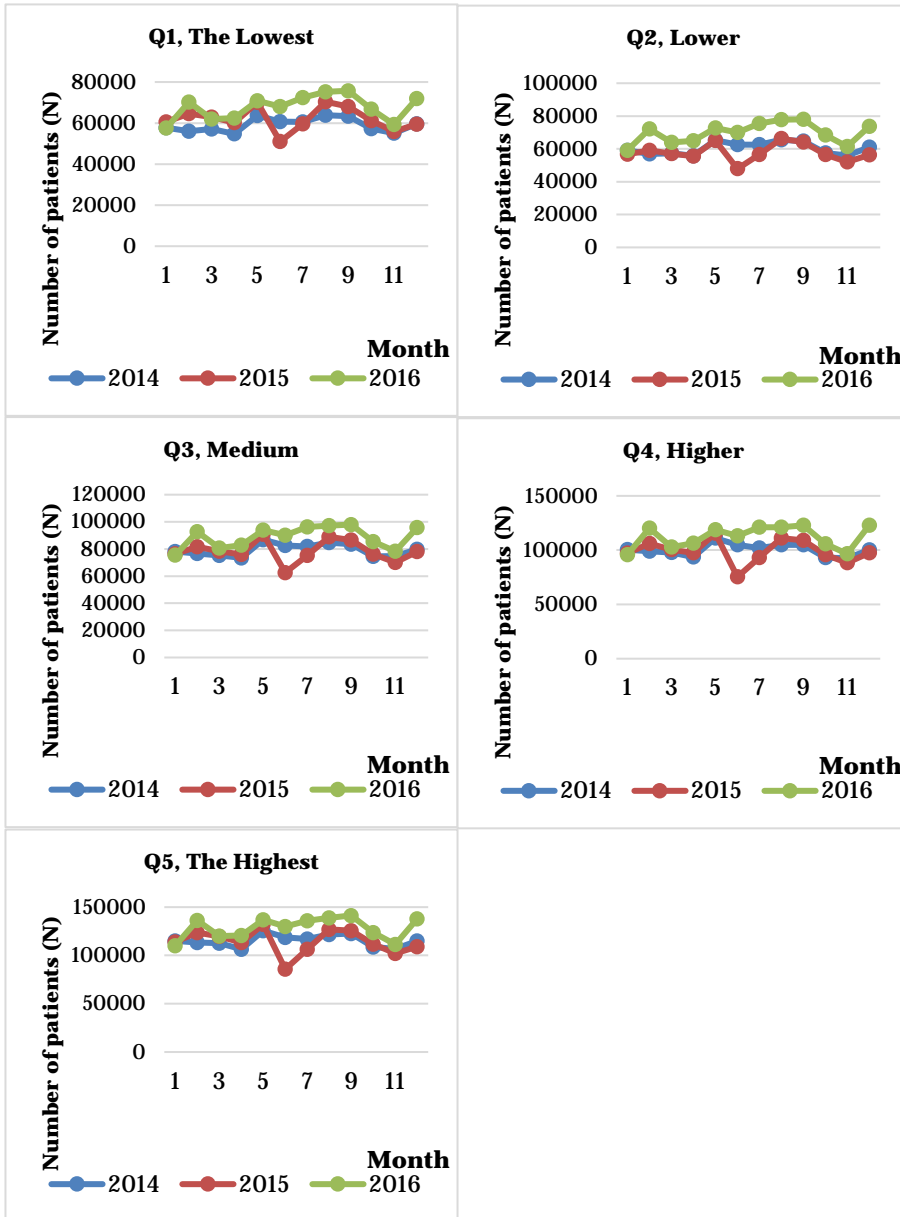


그림 9 사회경제적 위치에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세

메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 월별 이용자 수를 그 이전 해와 이후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때 사회경제적 위치가 가장 낮은 5분위(Q5)에서 환자 수 감소 폭이

약간 작았고, 이외 분위에서는 비슷한 수준의 감소를 보였다. (Q1 79.2%, Q2 72.2%, Q3 72.5%, Q4 69.2%, Q5 69.0%)

(라) 환자의 인구사회학적 정보에 따른 응급실 이용 종합
메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 월별 이용자 수를 그
이전 해와 이후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때, 연령별
구분에서는 소아가 성인, 노인에 비해 감소 폭이 컸다. 성별과
사회경제적위치에 따라서는 감소 정도의 차이가 크지 않았다.

표 26 사회경제적 위치에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수와 응급실 방문 일주일 이내 사망자 수 비율(%)

Month	Socioeconomic position											
	Q1, Lowest		Q2, Lower		Q3, medium		Q4, higher		Q5, highest			
	Visits	deaths	Visits	deaths	Visits	deaths	Visits	deaths	Visits	deaths	Visits	deaths
Jan	104.9	104.8	95.8	94.6	99.7	106.1	99.0	99.0	101.3	105.4		
Feb	102.3	97.8	91.5	90.9	96.3	100.1	96.9	98.8	99.0	95.6		
Mar	105.6	125.9	94.2	105.8	100.3	105.9	100.0	108.3	102.9	107.3		
Apr	102.7	103.1	92.0	96.3	97.1	101.9	97.6	112.0	100.0	110.3		
May	104.1	105.6	94.3	89.3	100.7	89.7	100.5	103.8	100.7	104.9		
Jun	79.2	94.0	72.2	88.6	72.5	104.3	69.2	99.1	69.0	102.5		
Jul	89.6	105.6	81.8	93.3	84.4	96.2	83.4	102.8	84.0	102.5		
Aug	101.3	109.2	92.3	83.3	97.8	94.4	98.3	96.8	97.5	94.5		
Sep	97.8	104.0	89.8	84.8	95.4	100.7	95.8	101.2	95.3	97.6		
Oct	98.8	96.9	89.8	90.9	95.3	92.0	96.2	94.1	96.2	100.0		
Nov	97.6	100.2	88.6	96.3	91.4	104.1	93.4	97.5	93.5	92.8		
Dec	90.5	102.1	83.6	97.6	88.9	86.6	87.4	104.4	86.3	90.8		

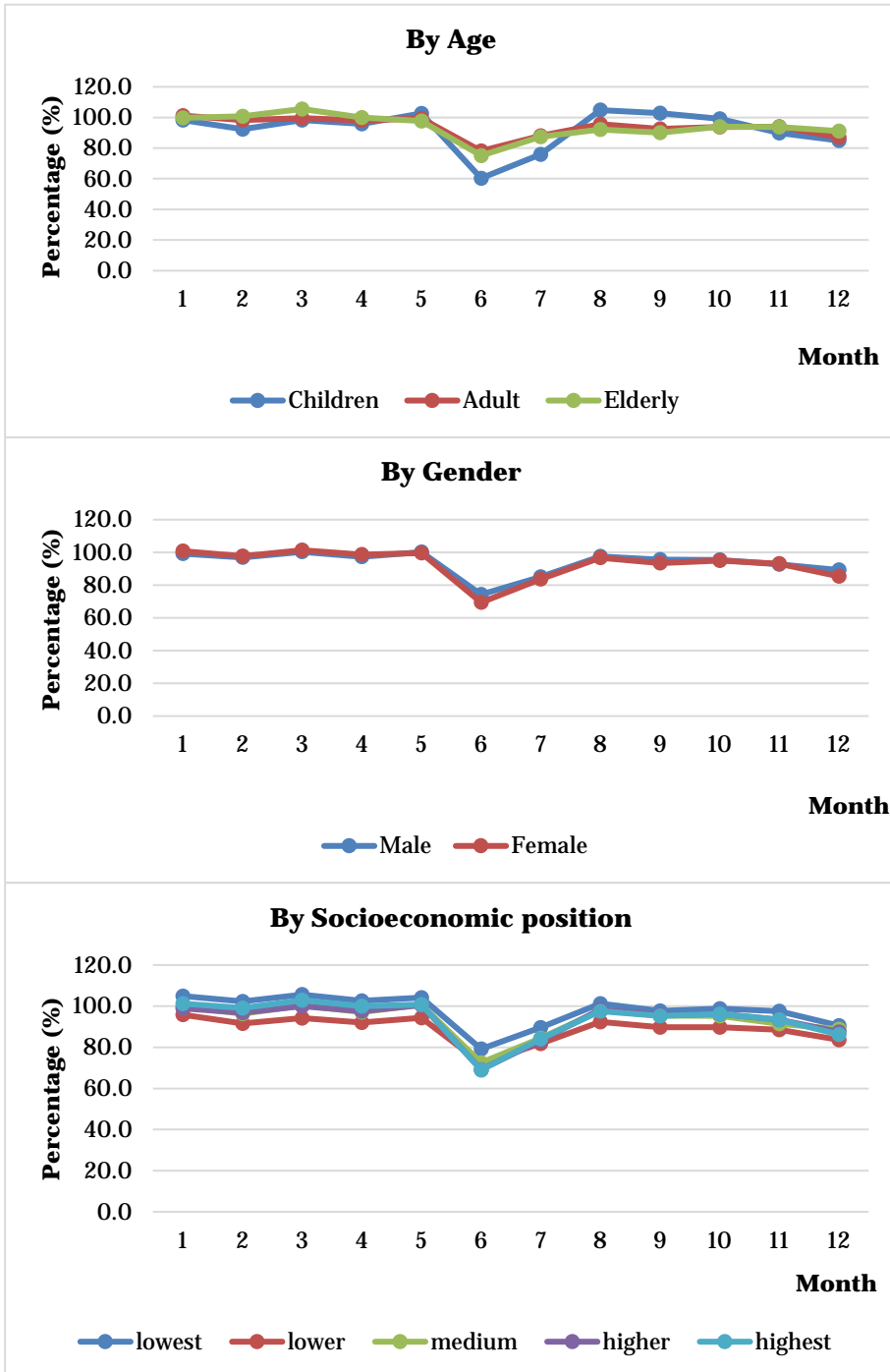


그림 10 성, 연령, 사회경제적 위치에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세

다) 질환 중증도에 따른 응급실 이용

응급실 방문 주요 질환을 중증응급질환과 경증질환으로 구분하여 응급실 이용자 수의 변화를 질환의 중증도에 따라 조사하였다.

메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 월별 이용자 수를 그 이전 해와 이후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때 중증응급질환인 급성심근경색과 허혈성뇌졸중은 메르스 유행기간에 응급실 이용이 감소하였으나, 경증질환에 비해 감소 폭이 작았다. (급성심근경색 86.0%, 허혈성뇌졸중 83.4%) 치명율이 높은 중증응급질환인 심장정지와 출혈성뇌졸중은 메르스 유행시기에 응급실 이용이 감소하지 않았다. (심장정지 103.5%, 출혈성뇌졸중 102.4%)

경증질환인 급성위장관염과 급성인두편도염은 메르스 유행월인 2015년 6월에 그 이전 해와 이후 해 동일 월 평균의 약 60%만 응급실에 방문하였다. (급성위장관염 66.2%, 급성 인두편도염 60.1%) 급성상기도감염은 그 이전 해와 이후 해 평균의 54.8%만 응급실에 방문하였고, 가장 감소폭이 컸던 급성중이염은 47.0%만 응급실에 방문하였다.

중증응급질환과 경증질환을 구분하여 응급실 이용자 수의 변화를 표와 그래프로 표현한 것은 이하와 같다.

표 27 질환 중증도에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세

Month	High acuity disease				Low acuity disease			
	Myocardial infarction	Cardiac arrest	Ischemic stroke	Hemorrhagic stroke	AGE	APT	AOM	URI
Jan	101.9	99.6	94.4	101.9	131.1	62.3	90.9	71.8
Feb	95.4	99.5	100.6	100.1	118.1	64.9	98.4	72.5
Mar	99.5	105.4	96.7	100.2	98.0	93.6	79.3	90.5
Apr	96.7	105.7	98.9	98.3	96.6	89.8	77.8	90.5
May	98.2	100.2	96.2	101.1	99.7	92.0	90.8	95.7
Jun	86.0	103.5	83.4	102.4	66.2	60.1	47.0	54.8
Jul	94.6	99.2	95.7	101.0	83.3	60.5	67.2	60.4
Aug	96.9	95.4	98.3	98.3	99.1	101.4	101.2	100.9
Sep	100.0	103.5	96.8	99.1	92.3	90.1	91.4	98.8
Oct	99.5	99.2	98.2	98.1	91.7	92.6	82.6	93.5
Nov	93.5	97.0	99.8	101.0	85.2	83.0	66.5	87.2
Dec	99.7	99.5	99.8	98.2	76.6	59.6	100.1	75.4

AGE, acute gastroenteritis; APT, acute pharyngotonsillitis; AOM, acute otitis media; URI, upper respiratory infection

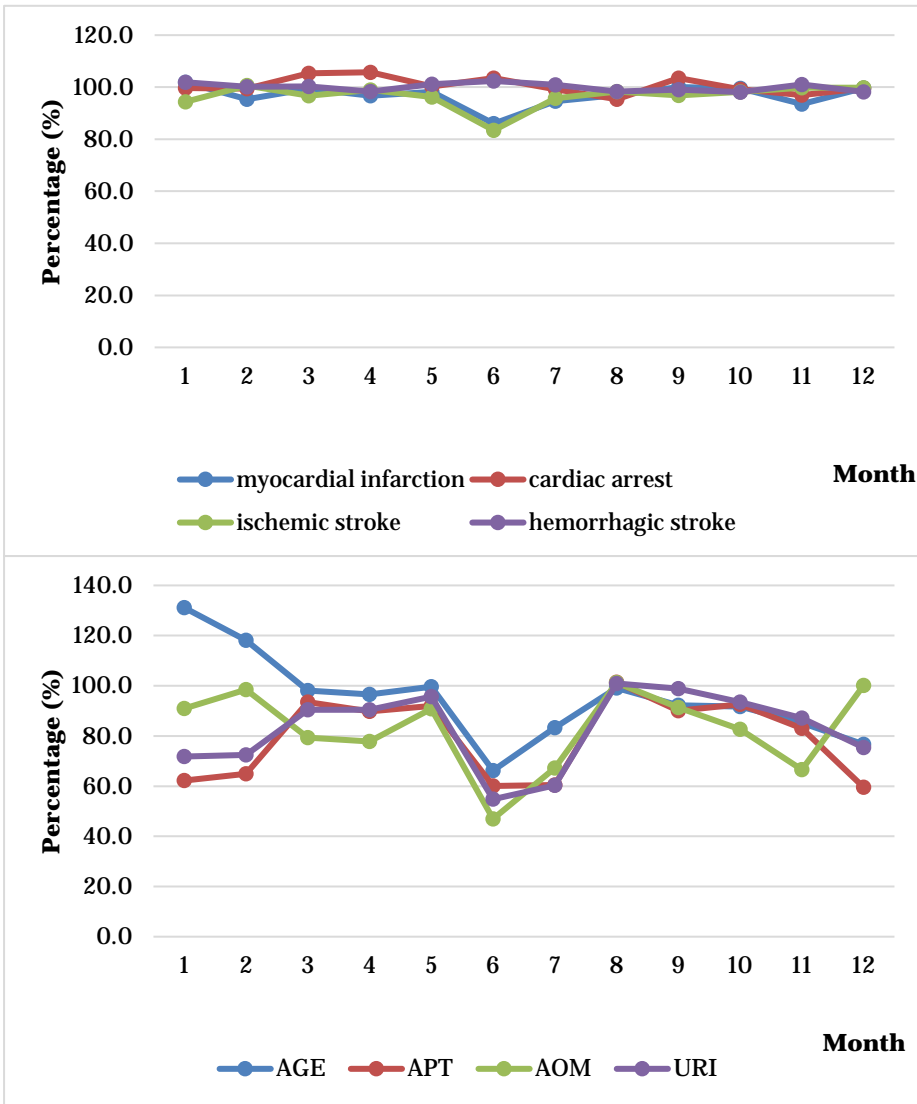


그림 11 질환 중증도에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세

라) 지역에 따른 응급실 이용

응급실 이용자 수의 변화를 환자 거주지 주소에 따라 위험지역과 비교지역, 고위험지역과 비교지역으로 나누어 조사하였다. 모든 지역에서 메르스 유행월인 2015년 6월에 응급실 이용자 수가 감소하였으나 위험지역인 서울시와 경기도의 감소 폭이 비교지역인 다른 광역시와 도 지역보다 더 컸다.

표 28 지역에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수(광역시)

Month	Seoul			Other metropolitan cities		
	ER visits (N)			ER visits (N)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Jan	87 867	84 010	79 407	103 569	106 298	102 325
Feb	84 934	88 317	93 156	101 602	112 848	124 130
Mar	83 777	84 408	83 285	101 630	107 345	108 644
Apr	80 397	81 844	84 011	96 786	102 926	110 894
May	95 738	94 951	94 216	113 118	120 669	125 709
Jun	91 895	61 372	91 468	106 670	86 917	119 892
Jul	90 877	76 472	96 350	106 052	103 024	127 931
Aug	92 671	93 976	98 341	111 129	118 435	129 465
Sep	91 026	91 766	97 031	112 143	115 633	129 755
Oct	82 918	81 927	86 116	99 379	103 117	115 489
Nov	81 695	76 240	78 861	97 569	94 725	104 467
Dec	87 825	83 370	97 715	108 129	104 580	127 585

표 29 지역에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수(도 지역)

Month	Gyeonggi province			Other provinces		
	ER visits (N)			ER visits (N)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Jan	107 860	103 300	99 271	147 744	149 065	157 205
Feb	103 548	109 825	117 549	148 005	163 651	203 769
Mar	101 516	103 817	103 537	150 460	163 276	177 598
Apr	98 497	102 106	105 202	144 136	153 996	180 511
May	115 165	120 263	119 219	168 724	180 795	202 078
Jun	111 636	75 793	115 493	157 158	130 275	190 351
Jul	110 970	95 609	124 698	154 292	151 767	200 788
Aug	112 945	117 544	126 091	163 005	175 087	206 064
Sep	112 371	115 195	124 460	163 072	171 119	214 333
Oct	100 010	101 547	107 645	144 412	151 644	184 779
Nov	100 852	94 755	100 955	139 579	136 291	162 595
Dec	107 390	103 445	126 500	148 025	145 001	196 103

메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 월별 이용자 수를 그 이전 해와 이후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때 위험지역인

서울은 33.1%, 경기도는 33.3%가 감소하였고, 이외 광역시는 23.3%, 이외 도는 25.0%가 감소하여 위험지역의 감소폭이 더 컸다.

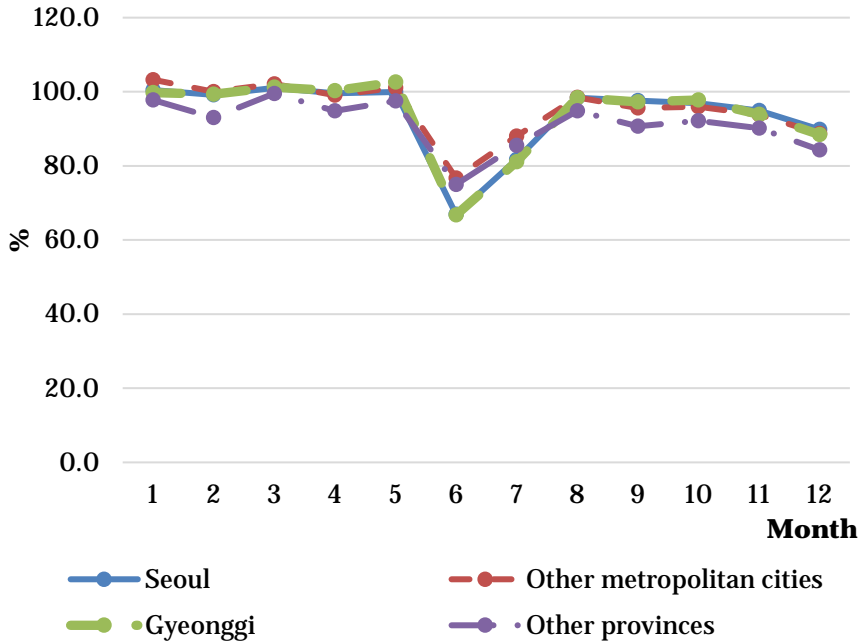


그림 12 위험지역 여부에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세 1 (서울, 경기: 위험지역/이외 광역시, 이외 도: 비교지역)

경기도 내 고위험지역과 비교지역의 응급실 이용자 수 변화를 비교해보면, 고위험지역인 수원과 평택이 비교지역인 안양과 성남보다 응급실 이용 감소 폭이 더 컸다.

표 30 경기도 내 위험지역 여부에 따른 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세

Month	High-risk area					
	Suwon			Pyeongtaek		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Jan	9966	9641	9772	3548	3080	3548
Feb	10 056	10 449	11 597	3268	3102	3879
Mar	9449	9950	9636	3093	3101	3674
Apr	8941	9758	9771	3222	3079	3481
May	10 296	11 541	10 943	3705	3627	3994
Jun	10 077	5989	10 544	3479	2130	4021
Jul	9815	8267	11 486	3333	3022	4551
Aug	10 140	11 015	12 244	3269	3860	4389
Sep	10 624	11 169	11 920	3277	3834	4093
Oct	8807	9635	10 198	2842	3474	3607
Nov	9260	8922	9884	2943	3285	3659
Dec	10 115	9710	12 529	3013	3566	4339
Month	Comparison area					
	Anyang			Seongnam		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Jan	3792	3439	3269	9422	8959	8689
Feb	3655	3629	3908	8643	9702	9701
Mar	3541	3417	3635	8560	8932	9226
Apr	3367	3336	3594	8626	9060	9236
May	3989	4079	4030	9944	10 653	10 504
Jun	4103	2894	4051	9972	7062	9924
Jul	4299	3531	4280	9856	8648	10 816
Aug	4121	4140	4355	9878	10 338	11 079
Sep	3919	4109	4273	9818	9726	10 673
Oct	3643	3554	3990	8948	8922	9449
Nov	3422	3492	3746	8962	8332	8674
Dec	3617	3721	4613	9160	9156	10 756

메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 월별 이용자 수를 그 이전 해와 이후 후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때 고위험지역인 수원 41.9%가 감소하고 평택은 43.2%가 감소한 것에 비해, 비교지역인 안양과 성남은 각각 29.0%가 감소하여 더 작은 폭의 감소를 보였다.

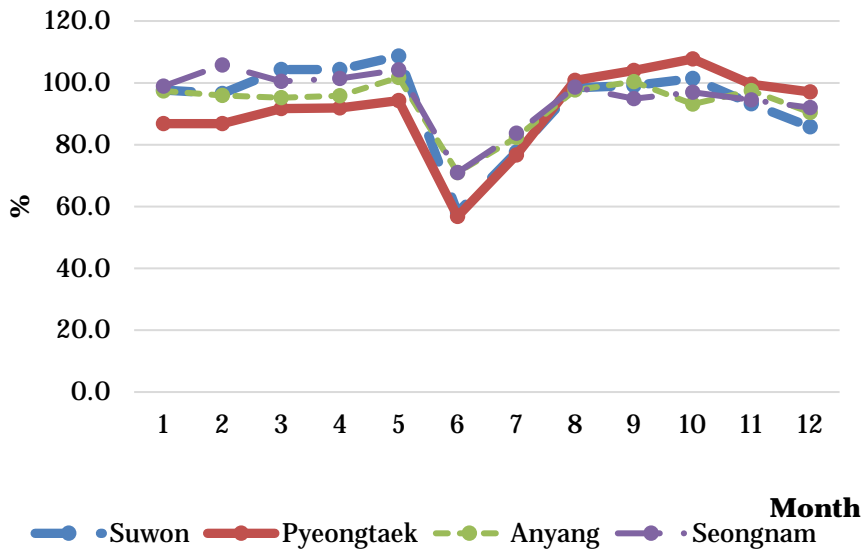


그림 13 위험지역 여부에 따른 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문자 수 비율 추세 2 (수원, 평택: 위험지역/안양, 성남: 비교지역)

나. 응급실 이용 변화에 따른 응급실 진료 후 단기 사망 변화

가) 응급실 진료 후 단기 사망 변화

메르스 유행 시기 응급실 이용자 수가 줄어든 것의 단기 효과를 조사하기 위하여 월별 응급실 방문 7일 이내 사망자 수를 조사하였다. 메르스 유행월인 2015년 6월의 응급실 방문 7일 이내 사망자 수를 그 이전 해와 이후 해 동일 월 평균과 비교해 보면 99.2%로 응급실 이용자 수의 변화에 비해 큰 차이를 보이지

않았다. 2015년 7월도 같은 방법으로 조사하였을 때 이전 해와 이후 해 동일 월 평균의 99.5%로 큰 차이를 보이지 않았다.

표 31 2014-2016년 월별 응급실 방문 7일 이내 사망자 수

Month	Deaths within 7 days (N)			Proportion of deaths in 2015 (%)		
	2014	2015	2016	2014	2016	2014-2016*
Jan	5,573	5,981	6,179	107.3	96.8	101.8
Feb	5,944	6,008	6,508	101.1	92.3	96.5
Mar	5,716	6,579	6,234	115.1	105.5	110.1
Apr	5,337	5,781	5,735	108.3	100.8	104.4
May	5,519	5,690	5,924	103.1	96.0	99.4
Jun	4,975	5,121	5,348	102.9	95.8	99.2
Jul	4,899	5,160	5,478	105.3	94.2	99.5
Aug	5,115	5,114	5,575	100.0	91.7	95.7
Sep	5,253	5,372	5,675	102.3	94.7	98.3
Oct	5,530	5,532	6,048	100.0	91.5	95.6
Nov	5,420	5,551	6,014	102.4	92.3	97.1
Dec	6,080	5,896	6,393	97.0	92.2	94.5

Proportion of deaths in 2015 (%): compared with 2014, 2016, and averages of 2014 and 2016, respectively

2014-2016*: Averages of 2014 and 2016

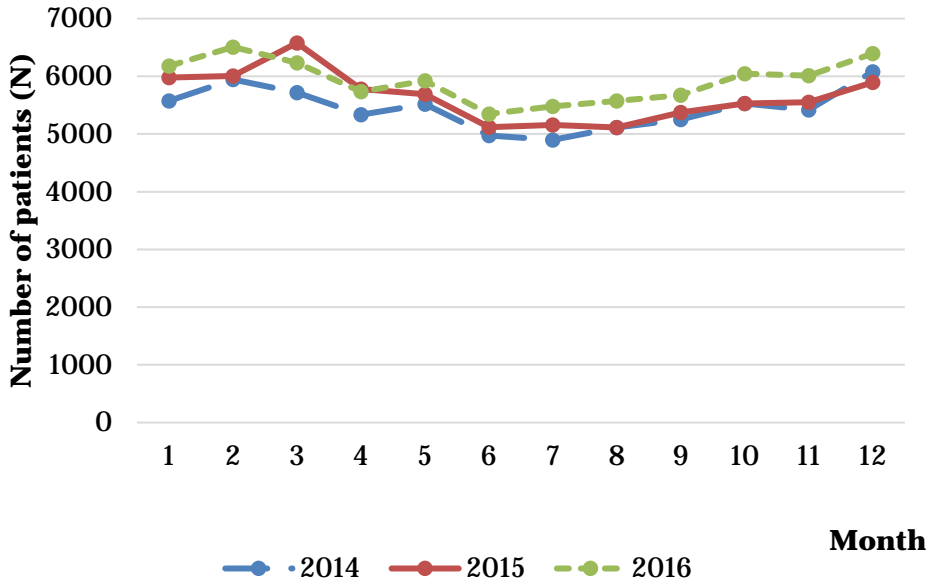


그림 14 2014-2016년 월별 응급실 방문 7일 이내 사망자 수 추세

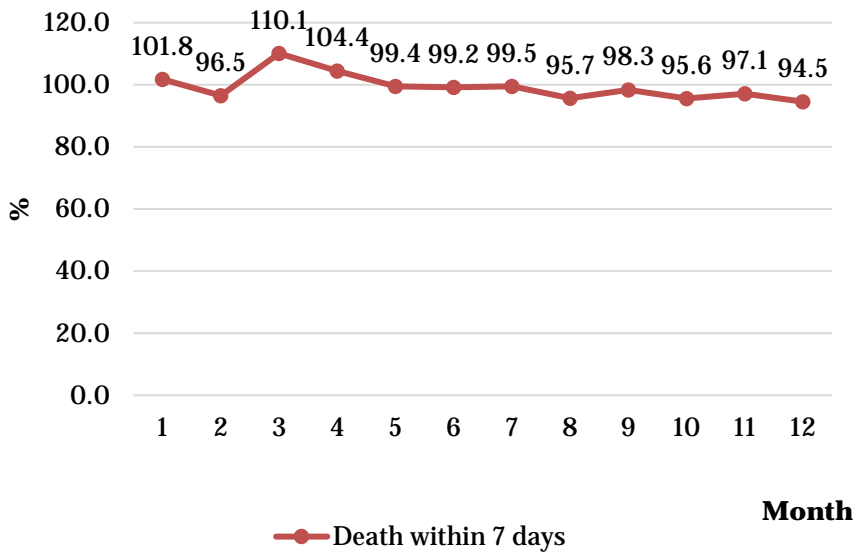


그림 15 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 응급실 방문 7일 이내 사망자 수 비율 추세

나) 전체 사망 변화

메르스 유행 시기 응급실 이용자 수가 줄어든 것이 전체 국가 단기 사망률에 미친 영향을 조사하기 위하여 통계청 사망자료를 활용하여 2014-2016년 월별 사망자 수를 조사하였다.⁶⁸

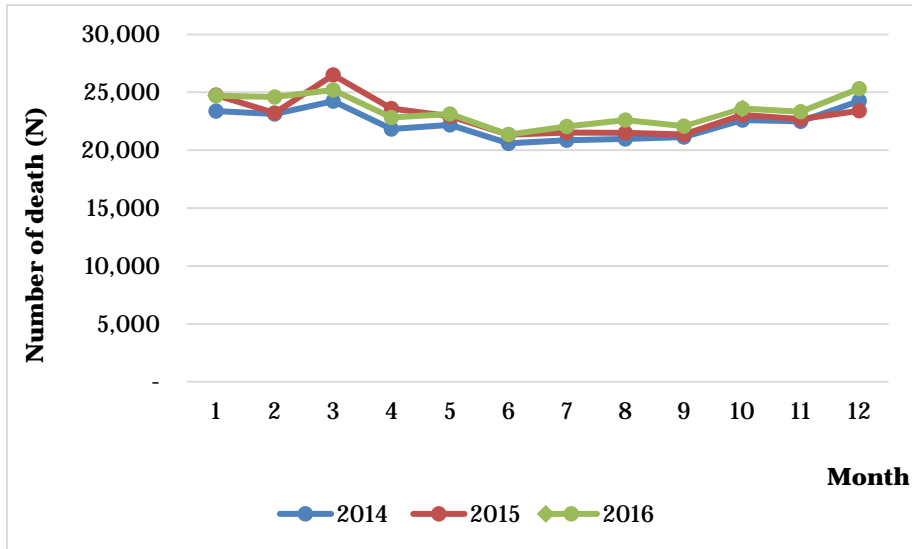


그림 16 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 사망자 수 추세

⁶⁸ Korea mortality statistics, kostat.go.kr

메르스 유행월인 2015년 6월의 사망환자 수를 그 이전 해와 이후 해 동일 월의 평균과 비교하였을 때 99.2%로, 2015년에 사망 증가는 관찰되지 않았다

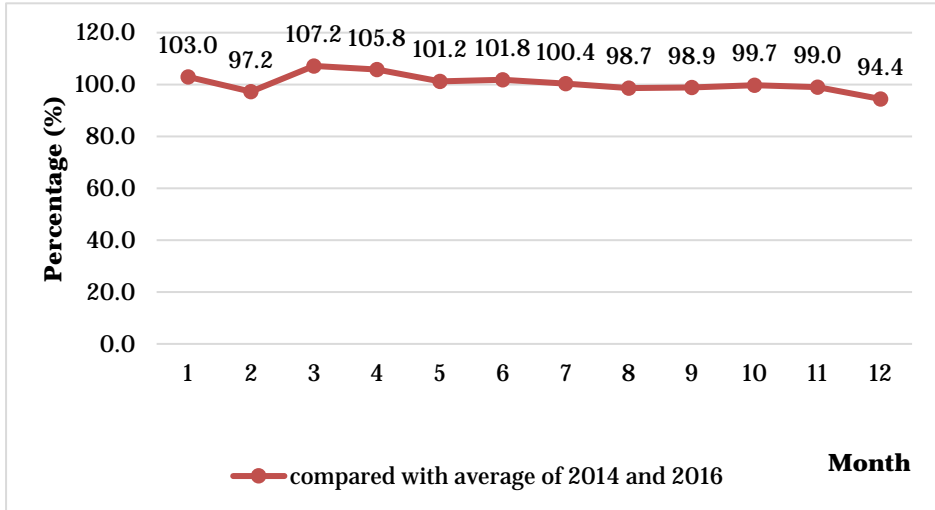


그림 17 2014-2016년 동일월 평균 대비 2015년 월별 사망자 수 비율 추세

(3) 응급실 재실시간 분석⁶⁹

메르스 유행 전후 응급실 방문 환자의 재실시간 변화를 보기 위하여 NEDIS 자료 분석이 포함되어 있는 공개되어 있는 보고서를 사용하여 응급실 재실시간의 월별 변화를 조사하였다.

NEDIS 자료원으로 확인한 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수의 변화는 이하와 같다.

⁶⁹ 해당 부분 분석은 “2018. 응급의료체계의 개선 방안 연구, 국회예산정책처” 연구의 수록 자료를 사용하여 분석을 수행하였다.

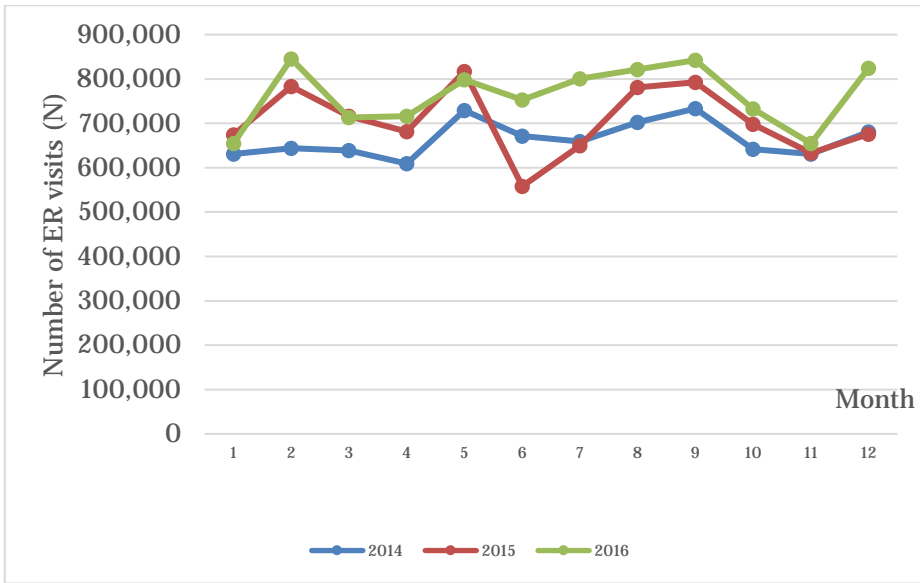


그림 18 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세(NEDIS)

NEDIS는 보험 적용 여부와 상관없이 NEDIS에 자료를 입력하는 응급의료기관의 진료 내역이 반영되므로 응급실 이용 수가 건강보험공단자료를 통해 조사한 응급실 이용 수와 다르다.

표 32 2014-2016년 월별 응급실 이용자 수 추세(NEDIS)

Month	2014			2015			2016					
	Total	Regional center	Local center facilities	Total	Regional center	Local center facilities	Total	Regional center	Local center facilities			
Jan	630,956	80,207	351,745	199,004	674,239	78,475	349,168	246,596	655,049	122,271	285,290	247,488
Feb	643,960	79,076	354,125	210,759	783,327	82,920	380,402	320,005	845,389	139,872	357,182	348,335
Mar	639,214	78,551	339,257	221,406	715,980	81,253	358,309	276,418	712,945	125,499	308,958	278,488
Apr	609,231	76,276	323,393	209,562	681,468	78,788	342,085	260,595	716,107	128,175	311,977	275,955
May	729,028	89,344	384,748	254,936	817,028	90,552	397,773	328,703	798,714	143,123	347,554	308,037
Jun	671,644	83,180	356,391	232,073	558,219	60,480	262,719	235,020	752,616	136,710	330,137	285,769
Jul	658,925	82,489	352,104	224,332	649,385	75,930	313,642	259,813	800,545	144,481	348,031	308,033
Aug	702,133	84,601	363,754	253,778	781,235	87,313	374,273	319,649	821,549	143,253	352,958	325,338
Sep	733,171	84,906	373,881	274,384	792,508	87,749	376,105	328,654	842,642	145,353	353,845	343,444
Oct	641,586	77,243	332,794	231,549	698,397	80,158	337,290	280,949	732,941	130,741	314,408	287,792
Nov	631,304	77,220	331,026	223,058	632,783	74,961	313,010	244,812	654,642	123,297	290,072	241,273
Dec	680,772	81,471	353,983	245,318	675,410	83,540	342,518	249,352	824,001	147,250	363,693	313,058

Regional enter, regional emergency medical center; local center, local emergency medical center; local facilities, local emergency medical facilities

응급실 이용자의 월별 응급실 재실시간 추세를 보면 2014년부터 2016까지 평균 재실시간은 추세선상 약간 감소 추세를 보였다. 그러나 재실시간 중위수와 사분범위(interquartile range, IQR)는 감소 추세를 보이지 않았다.

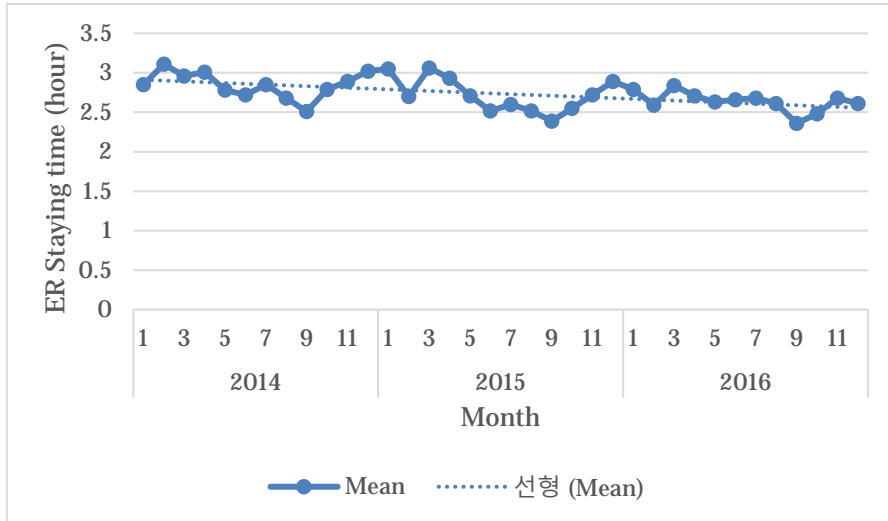


그림 19 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 평균 추세

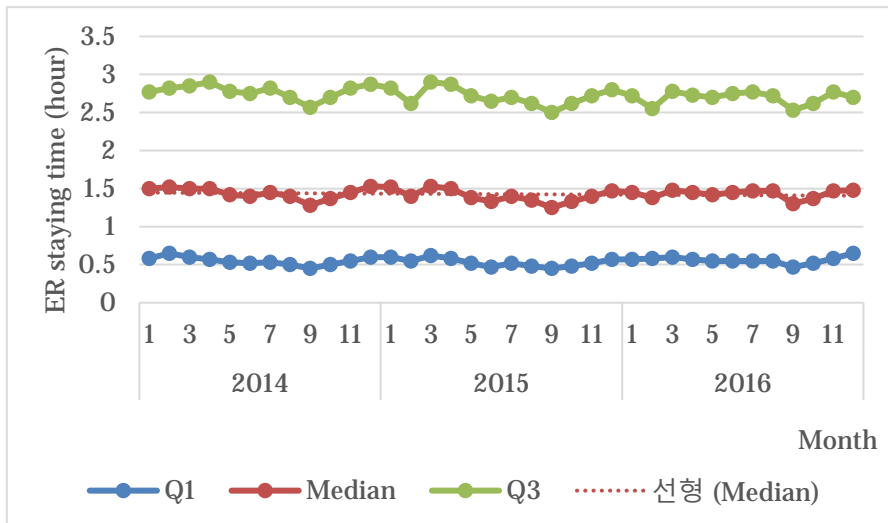


그림 20 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세

응급의료기관을 권역센터(regional center), 지역센터(local center), 지역기관(local facility)으로 나누어 분석하였다.

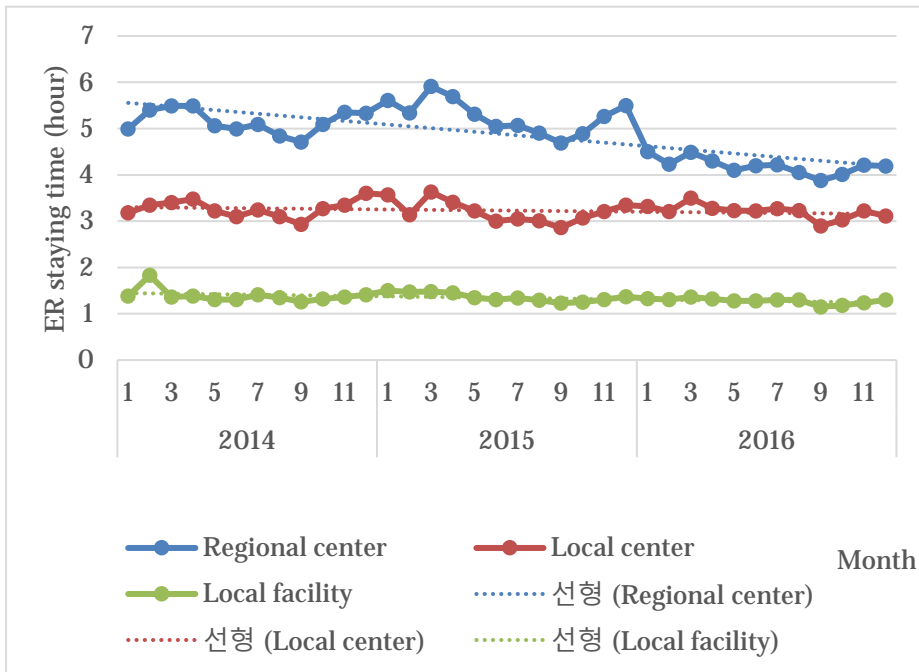


그림 21 중별 구분에 따른 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 평균 추세

권역센터의 응급실 환자 평균 재실시간은 2014년 1월에 4.99시간, 2016년 12월 4.19시간으로 추세선상 감소 추세를 보였다. 그러나 지역센터와 지역기관에서는 감소 추세가 관찰되지 않았다.

권역센터, 지역센터, 지역기관의 응급실 환자 재실시간의 중위수와 사분범위 추세에서 중위수의 감소 추세는 뚜렷하지 않았다

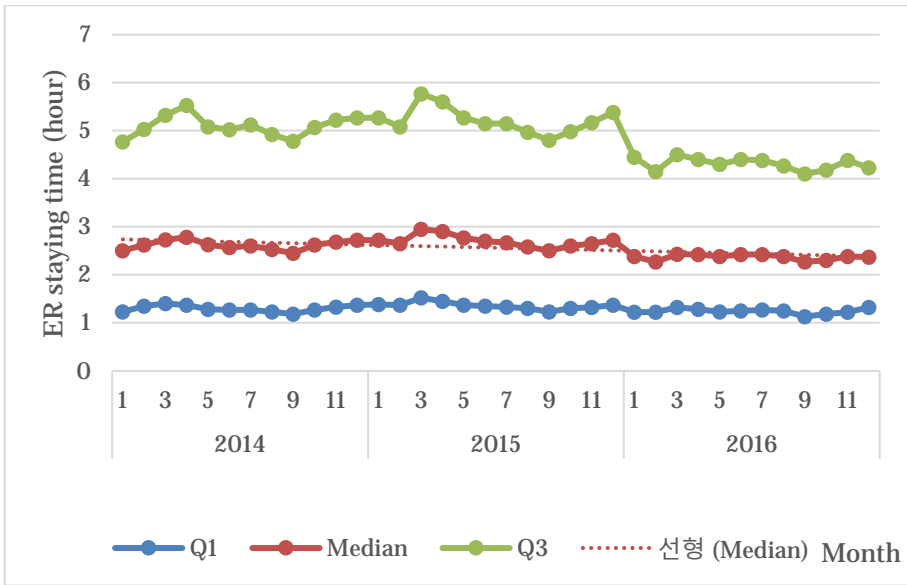


그림 22 권역응급의료센터 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실 시간 중위수 추세

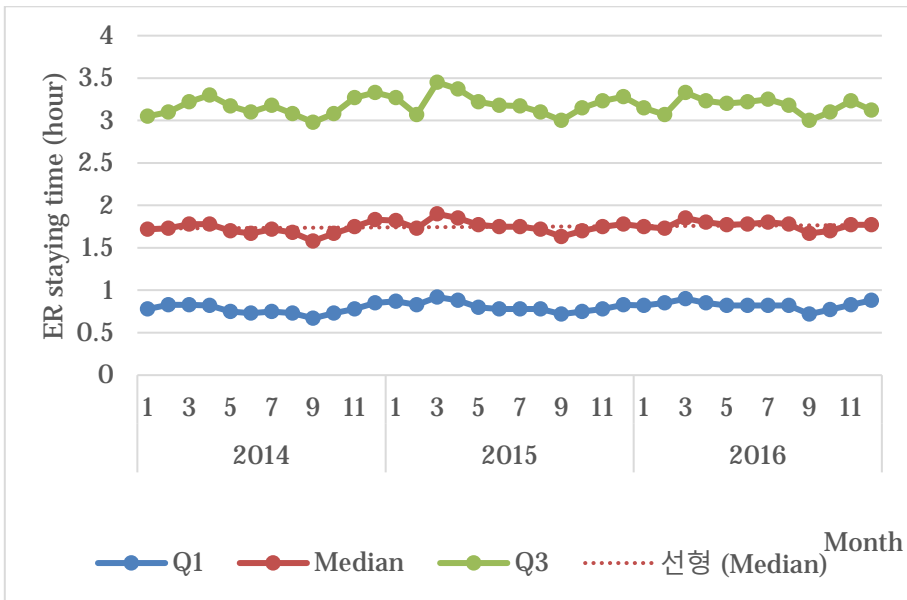


그림 23 지역응급의료센터 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실 시간 중위수 추세

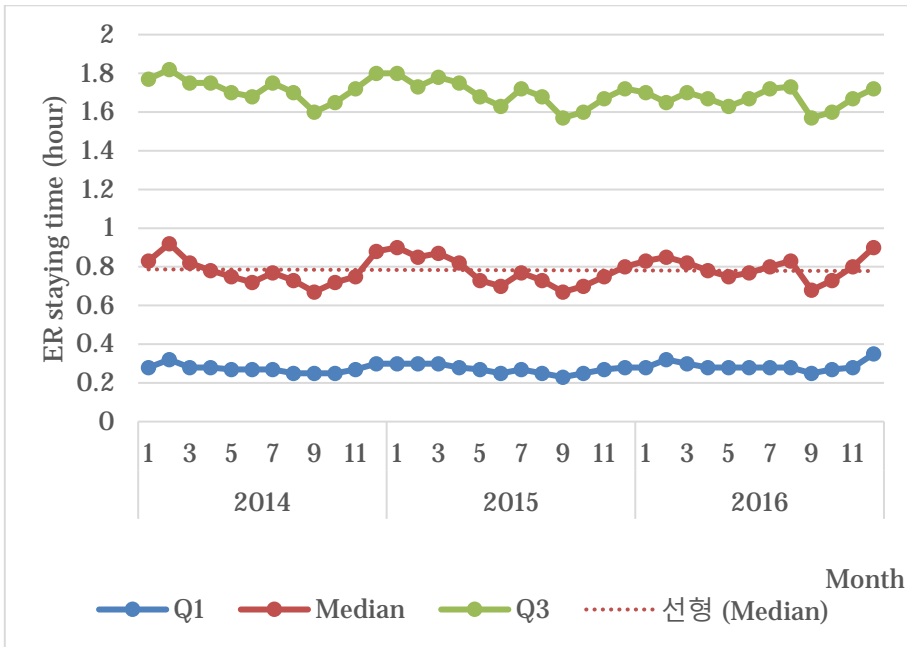


그림 24 지역응급의료기관 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실 시간 중위수 추세

메르스 이후 규제를 가장 많이 받았던 권역센터의 응급실 이용자를 진료 결과에 따라 입원, 귀가, 전원, 사망, 기타(미상)으로 분류하였다. 그 중 진료 결과가 입원인 환자와 귀가인 환자의 평균 재실시간 추이를 조사하였다.

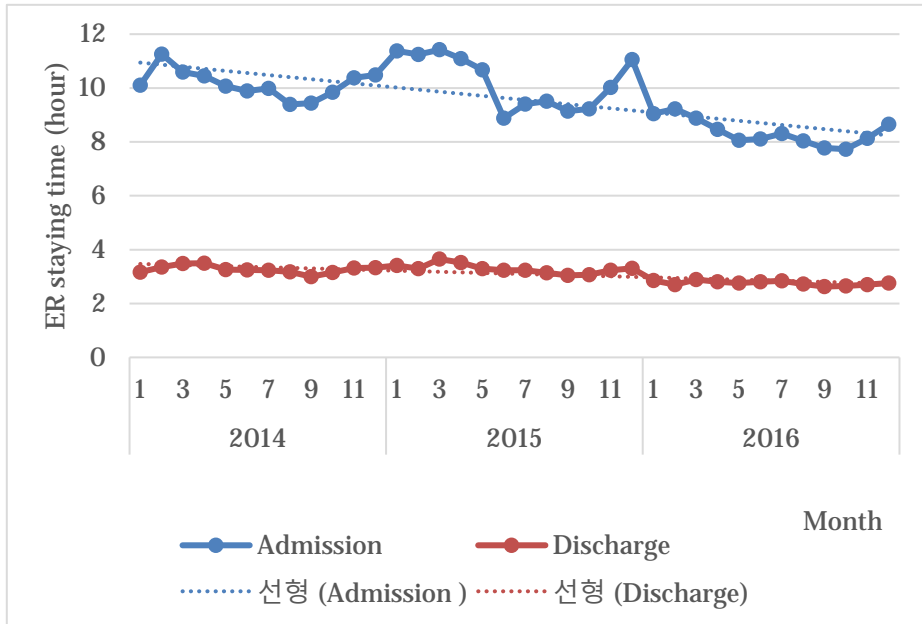


그림 25 권역응급의료센터 진료결과 입원, 퇴원 환자의 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 평균 추세

입원 환자의 체류시간 평균은 2014년 1월 10.11시간이던 것이 2016년 12월 8.65시간으로 감소하였다. 귀가 환자의 체류시간 평균은 2014년 1월 3.16시간이던 것이 2016년 12월 2.76시간으로 감소하였다. 권역센터 입원환자와 귀가환자의 체류시간 평균 추세는 둘 다 감소 추세이나, 체류시간 평균이 더 긴 입원 환자의 체류시간 평균 감소가 더 저명하였다.

권역센터 입원 환자와 귀가 환자의 체류시간 중위수와 사분범위 추세에서 중위수의 뚜렷한 감소는 보이지 않았다.

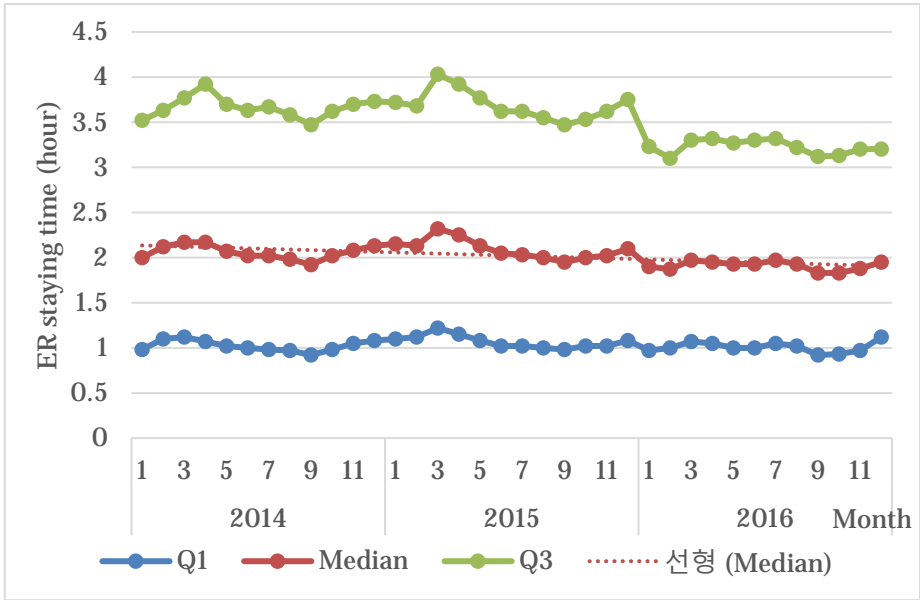


그림 26 권역응급의료센터 진료결과 퇴원 환자의 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세

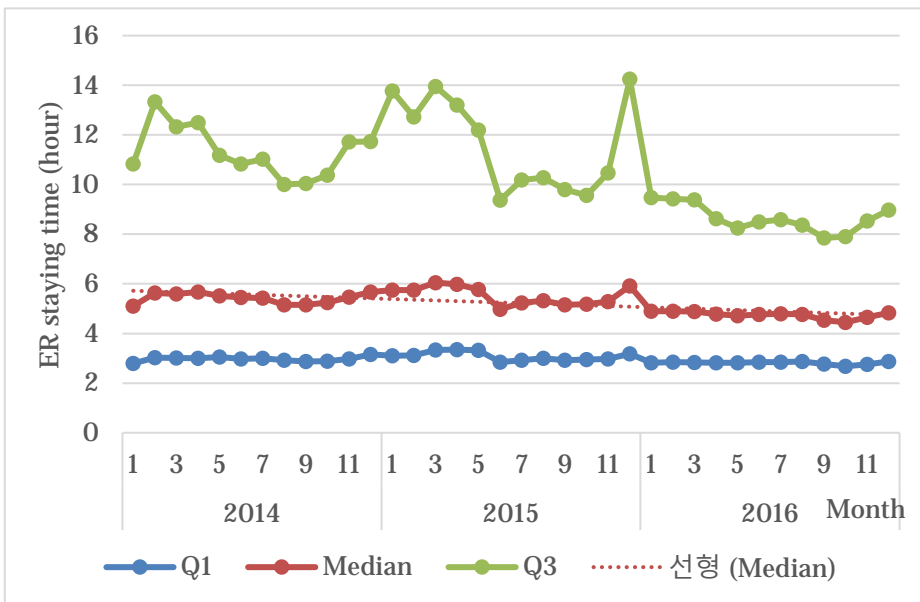


그림 27 권역응급의료센터 진료결과 입원 환자의 2014-2016년 월별 응급실 환자 재실시간 중위수 추세

2) 응급환자의 감염관리

메르스 유행 당시 제기되었던 응급환자 감염관리의 문제는 크게 세가지로 1. 감염관리 자원 부족, 2. 열악한 감염관리 여건, 3. 감염관리 체계 부재였다. 이 문제들의 개선을 목표로 하여 시행된 정책들을 보건의료체계의 개혁을 위해 사용하는 조종손잡이 틀에 따라 분류하면 이하와 같다.

표 33 응급환자 감염관리 개선정책

조종손잡이		목표	중간목표	정책수단
지불제도	재정기전	-	-	-
	보건의료 서비스에 대한 배분	감염관리 자원확대	신종감염병 입원치료병상 확충유지	응급의료기금 감염관리 관련 사업 예산 증액
재정	지불방식	-	-	-
	지불수준	감염관리 자원확대, 여건개선	의료기관의 효과적인 감염관리	감염예방관리료 수가 신설, 일회용 치료재료 사용 수가 신설, 응급실 격리병상 격리관리료 신설
조직	조직	감염관리 자원확대, 체계확립	감염병 대응의 중추적인 역할 담당	중앙/권역감염병 전문병원 지정
		감염관리 체계확립	의료관련감염관리 개선	의료관련감염대책협의체 구성
규제	관리	감염관리 자원확대	응급실에서의 감염병 확산 방지	권역센터 시설·장비·인력기준 개정
		감염관리 체계확립	감염병에 대한 효과적인 즉각 대응체계 구축	신종감염병 대응 관련 법률 개정
		감염관리 여건개선	응급실 감염 예방과 신속한 환자 진료	응급실 보호자 1명으로 제한

		감염관리 자원확대	의료기관의 감염 예방과 관리 강화	감염관리실 설치기준 및 인력기준 개정
행 동	보건의료 전문가 행태	감염관리 체계확립	해외감염병 신 규관리지침, 의 료관련감염 표 준예방지침 발 간	해외감염병 대비 강화, 의료관련 감염 예방관리 강화
	환자 행태	감염관리 체계확립	의료관련감염 관리 개선	감염관리 인식 개선 캠페인
			내원환자 병문안 감소	병문안 문화 개선 캠페인

보건의료부분 활동들에 필요한 자금을 동원하는 기전은 바뀌지 않았으나 감염관리 자원 확대를 위하여 응급의료기금의 관련 예산이 증액되었다. 의료기관의 효과적인 감염관리를 지원하기 위해 감염예방관리료 수가가 신설되고 일회용 치료재료 사용 수가와 응급실 격리병상 격리관리료도 신설되었다. 조직 영역에서 감염병 대응의 중추적인 역할을 담당할 중앙/권역감염병 전문병원이 지정되었고, 의료관련감염대책협의체를 구성하여 감염관리 체계를 확립하고자 했다. 권역센터 시설·장비·인력 기준과 감염관리실 설치기준 및 인력기준을 개정하여 감염관리 자원 확보를 의무화했고, 응급실 감염 예방을 위해 응급실 보호자를 1명으로 제한하였다. 감염병에 대한 효과적인 즉각 대응체계를 구축하기 위해 응급의료에 관한 법률, 의료법 등을 포괄하여 신종감염병 대응 관련 법률을 개정하였다. 보건의료 전문가의 행태를 바꾸기 위해 해외감염병 신규관리지침과 의료관련감염 표준예방지침을 발간하였고, 대중의 행태를 바꾸기 위한 노력으로 감염관리 인식개선 캠페인과 병문안 문화 개선 캠페인을 시행하였다.

응급환자 감염관리 개선정책(정책수단)이 집행되며 달성할

것으로 기대된 정책효과는 이하와 같다.

표 34 응급환자 감염관리 개선정책의 기대효과

보건의료체계의 구성요소		목표	정책수단	기대된 정책효과
의료 자원	의료시설	감염관리 자원확대	권역응급의료센터 시설·장비·인력 기준 개정	응급실 격리병상 증가
	의료인력		감염관리실 설치기준 및 인력기준 개정	의료기관 감염관리 인력 증가
	의료 지식체계	감염관리 체계확립	해외감염병 신규관리지침, 의료관련감염 표준예방지침 발간	해외감염병, 의료관련감염에 대한 의료지식 확대
자원의 조직화	국가 보건당국	감염관리 체계확립	중양/권역감염병 전문병원 지정	중양감염병 전문병원 운영
	민간 의료기관			권역감염병 전문병원 운영
	국가 보건당국		의료관련감염대책협의체 구성	의료관련감염 개선대책 도출
의료 서비스의 제공	병원단계	감염관리 환경개선	응급실 선별진료 도입	응급실 내 감염의심환자 선별, 다른 환자들과 접촉없이 격리진료
			응급실 보호자 1명으로 제한	응급실 방문자 수 감소, 응급실 내 감염전파 감소
재정적 지원	건강보험 수가	감염관리 환경개선	일회용 치료재료 사용 수가 신설	응급실 내 감염전파 감소
			응급실 격리병상 격리관리료 신설	격리병상 증가, 응급실 내 감염전파 감소

			감염예방관리료 수가 신설	감염관리 수익성 개선, 응급실 내 감염전파 감소
	공공재정	감염관리 자원확대	응급의료기금 감염관리 사업 예산 증액	신종감염병 입원치료병상 확충
정책 및 관리	법	감염관리 체계확립	신종감염병 대응 관련 법률 개정	응급의료에 관한 법률 등 개정, 응급실 감염관리 체계 마련
기타	문화	감염관리 환경개선	감염관리 인식 개선 캠페인, 병문안 문화 개선 캠페인	환자와 의사의 감염관리 수용성 증가, 응급실 내 감염전파 감소

기대된 정책효과 중 응급실 방문자 수나 방문자의 응급실 체류시간이 감소했는지 확인할 수 있는 자료는 존재하지 않았다. 응급실 내 감염전파가 실제로 감소하였는지를 알아볼 수 있는 지표나 감시체계 역시 존재하지 않았다. 평가할 수 있는 자료원이 존재하지 않는 영역을 제외하고 기대된 정책효과에 대해 계량적 수치로 평가할 수 있는 내용은 수치로 조사하였고, 수치로 평가하기 어려운 내용에 대해서는 문헌 고찰을 통해 관련 내용을 조사하였다.

표 35 보건의료체계의 구성요소 틀에 따른 감염관리 변화

보건의료체계의 구성요소		기대효과	변화 평가	자료원
의료 자원	의료 인력	의료기관 감염관리 인력 증가	감염관리실 설치 기준	보고서/보도자료
			감염관리실 전담인력 기준	
			감염관리실 전담인력 교육기준	
		응급실	응급실 격리병상	보고서/보

	의료 시설	격리병상 증가	기준 병상간 이격거리 규정	도자료
	의료 지식 체계	해외감염병, 의료관련감염에 대한 의료지식 확대	응급실 내 병원감 염 발생률	자료원 없음
자원의 조직화	국가 보건 당국	중양감염병전문 병원 운영	중양 감염병 전문병원 수	보고서/보 도자료
		의료관련감염대 책협의체 구성	의료관련감염대책	
	민간 의료 기관	권역감염병전문 병원 운영	권역 감염병 전문병원 수	
의료 서비스 의 제공	병원 단계	응급실 방문객 수 감소	응급실 환자 1인당 방문객 수	자료원 없음
			응급실 일별 방문객 수	
		방문객 체류시간 감소	응급실 방문객당 체류시간 중위수	
		응급실 내 병원감염 감소	응급실 내 병원감염 발생률	
재정적 지원	공공 재정	감염병 대비 관련 예산 증가	응급의료기금 신종감염병 관련 예산	응급의료 기금 사업별 설명자료
	건강 보험 수가	감염병 전과 방지를 위한 건강보험수가 신설 및 개정	응급환자 감염관리 개선을 위한 수가 개정 내역	보도자료 및 심평원 수가목록
정책 및 관리	법	신종감염병 대응관련 법률 개정	응급의료에 관한 법률 개정	국가법령 정보센터
	규제	응급실 감염관련 평가지표 신설	응급의료기관 평가 내 응급실 감염관리 지표	보고서/보 도자료

기타	문화	환자와 의사의 감염관리 수용성 증가, 응급실 내 감염전파 감소	응급실 내 병원감염 발생률	차료원 없음
----	----	--	-------------------	-----------

(1) 의료자원

의료법 개정으로 감염관리실 설치기준이 기존의 중환자실 보유 200병상 이상 병원에서 150병상 이상 병원으로 바뀌어 감염관리실을 설치한 의료기관이 증가하였다. 감염관리실 근무인력 기준 역시 기존의 의사 1명, 간호사 1명, 병원장이 인정하는 사람 1명이었던 것이 300병상 당 의사 1명 이상, 간호사와 병원장이 인정하는 사람은 상급종합병원은 200병상당 1명, 종합병원은 300병상당 1명으로 변경되어 감염관리실 근무인력이 증가하였다. 감염관리실 인력에 대한 교육기준도 개정되어 이전에는 전담인력 1인만 매년 16시간 이상의 관련교육을 받던 것이 감염관리실에 근무하는 모든 사람이 관련교육을 이수하게 되었다.⁷⁰ 감염관리실 설치기준과 전담인력 기준이 개정되고 전담인력에 대한 교육기준도 강화되어 감염관리 인력은 양과 질 면에서 모두 개선되었다.

권역센터 시설기준에 음압격리병상 설치를 의무화하여 모든 권역센터가 음압격리병상을 1개 이상 보유하게 되었고, 병상간 간격 기준을 신설하여 병상간 간격을 1.5m 이상 유지하도록 하였다.^{71,72}

⁷⁰ 메디칼업저버, 2016, 감염관리실 설치대상, 150병상 이상으로 '확대', <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=90430>

⁷¹ 응급의료에 관한 법률 제13조(권역응급의료센터의 지정기준, 방법 및 절차) 제 2항 관련 별표5의2 권역응급의료센터의 지정기준

⁷² 보건복지부 보도자료, 2015, 신종감염병 대응 24시간 긴급상황실 설치 등 국가 방역체계 개편,

해외감염병과 의료관련감염에 대한 의료지식체계를 확대하기 위해 감염학회를 중심으로 해외감염병 신규관리지침을 발간하고 메르스 대응지침을 개정하여 배포하였다.^{73 74} 보건의료지식 개발을 통해 의료진의 감염병에 대한 대응 역량을 강화하기 위해 시행된 사업으로, 응급실에서는 응급의료인력의 감염병 대응 역량을 강화하여 응급실 내 병원감염 발생을 줄이는 것이 최종목표이나 이에 대해서는 조사할 수 있는 자료원이 존재하지 않았다.

(2) 자원의 조직화

메르스 유행 이후 2015년 9월 의료관련감염 기본대책을 포함한 국가방역체계 개편안이 발표되었고, 10월 후속조치로 의료관련감염대책 세부실행계획 마련을 위한 ‘의료관련감염대책 협의체’가 구성되었다. 의료관련감염대책 협의체는 메르스 유행 당시 제기되었던 의료관련감염 문제를 검토하여 10개 과제를 선정하고 해당 과제들에 대해 단계적 추진계획을 세워 추진하였다. 2018년에는 ‘의료관련감염 종합대책 마련 태스크포스’가 구성되었고, 2018년 6월 “의료관련감염 예방관리 종합대책 ’18-’22”가 발표되었다.⁷⁵

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=325188&page=1

⁷³ 대한민국 정책브리핑, 2015, '16년 의료관련감염 예방관리대책 중점추진, <http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156102305>

⁷⁴ 대한감염학회, 질병관리본부, 해외감염병 신규관리지침, 2018
질병관리본부, 2016 메르스 대응지침, 2016

⁷⁵ 보건복지부, 2018, 의료관련감염 예방관리 종합대책 '18-’22

표 36 의료관련감염대책 협의체 과제⁷⁶

구분	과제 내용
조기 추진 과제	(1) 병문안 문화 개선 (2) 응급실 감염관리 강화
단기/중장기 과제	(3) 포괄간호서비스 확대 (4) 감염관리 인프라(병원 감염관리실 설치 등) 확대 (5) 의료인 진료환경 개선 (6) 전문치료체계 구축 및 감염정보 공유 (7) 감염관리활동 평가 체계화 및 보상 강화 (8) 의료기관 시설기준 개선 (9) 감염병 신고·감시체계 개편
추가논의 과제	(10) 의료전달체계 개편

감염병 대응체계를 확립하기 위해 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률을 개정하여 감염병전문병원을 지정하도록 하였다. 국립중앙의료원을 중앙감염병 전문병원으로 지정하고 권역감염병 전문병원을 3개 운영하기 위하여 조선대학교병원을 1차 지정하였다. 그러나 국립중앙의료원 이전이 지연되고, 권역감염병 전문병원을 운영할 수 있는 예산이 확보되지 않아 2019년 해당 사업들은 실질적으로 추진되지 않고 있다.^{77,78}

⁷⁶ 대한민국 정책브리핑, 2015, 각계의 목소리를 폭넓게 반영하여 ‘의료관련감염 대책’ 세부실행계획 마련, http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do;JSESSIONID_KOREA=wOihy gYdhn5FpTgKnZsQk0ECL_6PUu7N3qUbeB7-FHetOE0Ks2u1!-431131588!1562290183?newsId=156077686&pageIndex=4304&repCodeType=&repCode=&startDate=2008-02-29&endDate=2019-10-07&srchWord=

⁷⁷ 질병관리본부 보도자료, 2017, 조선대학교병원, 첫 권역 감염병 전문병원으로 선정, http://www.cdc.go.kr/CDC/cms/content/mobile/82/75782_view.html

⁷⁸ 청년의사, 2017, 첫걸음 텐 '권역 감염병 전문병원', 예산 확보 저조, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1045605>

(3) 의료서비스의 제공

응급실 방문객 관리를 위하여 권역센터 장의 업무에 보호자 및 방문객 출입통제를 추가하고, 방문객 장부를 마련하여 1달 이상 보유하는 것을 응급의료기관 평가 지표로 신설하였다.⁷⁹ 방문객 관리의 효과를 평가하기 위하여 응급실 환자 1인당 방문객 수, 응급실 일별 방문객 수, 응급실 방문객당 체류시간 중위수를 지표로 설정하였으나 이를 확인할 수 있는 자료원은 존재하지 않았다. 병원별로 응급실 방문객 장부를 가지고 있으나 환자 1인당 허용된 보호자 1명에게 명패를 주고 작성하는 것으로, 명패 하나로 여러 명의 보호자가 번갈아가며 방문할 수 있어 실질적인 방문객 수 자료는 존재하지 않았다.

메르스 유행시기 운영하였던 선별진료소 지속 운영을 위해 권역센터 시설기준을 개정하여 환자분류소에서 선별진료를 하도록 하고, 선별진료수가를 신설하였다. 응급실 내 감염 의심환자를 선별하여 다른 환자들과 접촉없이 격리진료를 하도록 하는 것이 목표였으나, 방문객 관리의 최종목표이기도 한 응급실 내 병원감염 발생률은 조사할 수 있는 자료원이 존재하지 않았다.

(4) 재정적 지원

메르스 유행 이후 응급의료기금의 신종감염병 관련 예산 중 신종감염병 입원치료병상 확충유지 예산이 증가하였다.⁸⁰

⁷⁹ 데일리메디, 2015, 병원 응급실 방문록 작성, 보관 의무화 - 복지부, 면회객 통제 조치... 이행여부 점검 예정, <http://dailymedi.com/detail.php?number=794399>

⁸⁰ 보건복지부, 응급의료기금 세출(지출) 사업별 설명자료, 2017

표 37 응급의료기금 신종감염병 관련 예산 (단위: 백만원)

예산 항목	2013	2014	2015	2016	2017
신종감염병 입원치료병상 확충유지	1,440	1,846	1,520	2,470	4,080
신종감염병 국가격리시설 운영	1,129	971	912	756	696

감염관리를 강화하기 위해 감염예방관리료와 응급실 선별진료수가, 격리관리료가 신설되었으며, 감염관리 활동을 지원하기 위하여 일회용 치료재료 사용에도 수가를 부여하였다.⁸¹⁸²⁸³

표 38 응급환자 감염관리 관련 수가 조정

항목	목적	내용
감염예방관리료	의료기관의 감염관리 인프라 구축 지원	병원 내 감염관리실과 감염관리위원회를 설치, 운영하고, 허가병상 당 전담인력을 배치한 경우 입원환자 입원 1일당 1회 등급별로 수가 부여
응급실 선별진료수가	응급실 단계에서 감염의심환자 선별	응급실 내원환자당 1회 선별진료 수가 부여
응급실 격리관리료	응급실 단계에서 감염의심환자 격리 진료	응급실 안에 설치된 음압/일반 격리실에서 환자를 진료할 경우 격리관리료 산정

⁸¹ 메디게이트, 2016, 감염예방관리료 신설... 최대 2870원 - 전담의사, 간호사 갖 추면 등급에 따라 산정, <https://www.medigatenews.com/news/276700502>

⁸² 의약뉴스, 2016, 감염예방관리 '선별격리진료 수가'신설, <http://www.newsmj.com/news/articleView.html?idxno=152653>

⁸³ 데일리메디, 2016, 감염관리 수가 개선 완료... 올 연말 추가 반영, <http://www.dailymedi.com/detail.php?number=807899>

감염관리 관련 치료재료 수가	감염예방 효과가 있는 재료 사용 증진	감염 예방 효과가 있는 치료재료에 대해 수가 신설
--------------------	----------------------------	-----------------------------------

(5) 정책 및 관리

메르스 유행 이후 감염병 발생과 유행을 방지하고 감염병 위기 상황에서 여러 주체들이 감염병 전파 방지 업무를 수행할 수 있도록 의료법, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률, 응급의료에 관한 법률을 개정하였다. 응급의료에 관한 법률 개정으로 선별진료, 응급실 방문객 관리, 응급환자 응급실 체류시간 관리의 근거를 마련하였다.

표 39 응급의료에 관한 법률 개정 내용

조항	내용
제31조의4(환자의 중증도 분류 및 감염병 의심환자 등의 선별)	<p>① 응급의료기관의 장 및 구급차등의 운용자는 응급환자 등에 대한 신속하고 적절한 이송·진료와 응급실의 감염예방을 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 응급환자 등의 중증도를 분류하고 감염병 의심환자 등을 선별하여야 한다.</p> <p>② 응급의료기관의 장은 제1항에 따라 선별된 감염병 의심환자 등을 격리 진료할 수 있도록 시설 등을 확보하여야 한다.</p> <p>③ 제1항의 분류·선별기준 및 제2항의 격리 시설 기준 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
제31조의5(응급실 출입 제한)	<p>① 응급환자의 신속한 진료와 응급실 감염예방 등을 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 외에는 응급실에 출입하여서는 아니 된다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 응급실 환자 2. 응급의료종사자(이에 준하는 사람을

	<p>포함한다)</p> <p>3. 응급실 환자의 보호자로서 진료의 보조에 필요한 사람</p> <p>② 응급의료기관의 장은 제1항에 따라 응급실 출입이 제한된 사람이 응급실에 출입할 수 없도록 관리하여야 하고, 응급실에 출입하는 사람의 성명 등을 기록·관리하여야 한다.</p> <p>③ 제1항의 응급실 출입기준 및 제2항의 출입자의 명단 기록·관리에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
제33조의2(응급실 체류 제한)	<p>① 응급의료기관의 장은 환자의 응급실 체류시간을 최소화하고 입원진료가 필요한 응급환자는 신속하게 입원되도록 조치하여야 한다.</p> <p>② 권역응급의료센터 및 지역응급의료센터의 장은 24시간을 초과하여 응급실에 체류하는 환자의 비율을 보건복지부령으로 정하는 기준 미만으로 유지하여야 한다.</p>

응급의료기관 평가에서 응급실 감염관리의 적절성을 평가하기 위해 응급실 구조, 선별진료, 보호자 관리, 감염관리 지침을 체크리스트로 평가하도록 하여 응급의료기관 감염관리에 대한 평가를 강화하였다.

표 40 응급환자의 감염관리 관련 응급의료기관 평가지표⁸⁴

구분	체크리스트 항목
물리적 구조	음압격리병상, 격리병상, 환자 분류소, 감염병 예방 관련 포스터 비치, 응급실 병상 간격 1.5m
진료체계	보호자 출입 통제, 출입자 대장 작성, 응급실 선별진료 실시, 감염병/의사감염환자 내원시

⁸⁴ 중앙응급의료센터, 2016-2018년 응급의료기관 평가기준집

	보고신고체계 운영
지침 및 교육	감염관리 지침 개발, 감염예방 활동 실시

(6) 기타(문화)

의료인과 환자들의 감염관리에 대한 인식과 행동을 변화시키기 위한 노력들이 이루어졌다. 마스크 쓰기 운동 등 의료진과 환자의 감염관리 인식을 강화하기 위한 캠페인과, 응급실과 병실의 방문객을 1명으로 제한하고 병문안 시간을 지정하는 병문안 문화 개선 캠페인이 진행되었다.⁸⁵⁸⁶

⁸⁵ 대한민국 정책브리핑, 2015, 메르스 예방 위해 마스크 착용하세요,
<http://www.korea.kr/news/healthView.do?newsId=14879598>

⁸⁶ 경향신문, 2015, 병문안 문화 개선 기본 원칙은 "병문안 자제",
http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?art_id=20151127085548

2. 질적연구 결과

1) 심층면접 참여자의 특성

응급의료체계 관련 전문가 총 30명을 대상으로 심층면접을 진행하였다. 응급실에서 일하고 있는 의료진(의사, 간호사)이 13명이었고, 감염관리 관련 업무에 종사하고 있는 감염 전문가는 4명이었다. 병원에서 의사이자 병원경영 업무에 종사하고 있는 병원경영 전문가는 5명이었다. 의료정책 관련 업무에 종사하고 있는 교수와 공무원 등 의료정책 관련 전문가는 6명이었고, 이외 보건의료 관련 시민사회 전문가는 2명이었다. 30명 중 25명이 의사였고, 3명은 간호사, 비의료인은 2명이었다.

심층면접 참여자의 특성을 응급의료, 감염, 시민사회, 병원경영, 의료정책 전문가로 분류하였다. 중복되는 특성을 가지고 있는 경우 의료정책-병원경영-시민사회-감염-응급의료의 순서로 우선순위를 부여하였다. 응급실에서 일하고 있는 의료진 13명 중 응급의료 관련 전문학회의 임원으로 활동하며 정책 업무에 적극적으로 참여한 의료진 3명은 의료정책 전문가로 분류하였다. 최종적으로 응급의료 전문가 10명, 감염 전문가 4명, 병원경영 전문가 5명, 의료정책 전문가 9명, 시민사회 전문가 2명으로 심층면접 참여 전문가를 분류하였다. 응급의료 전문가는 근무 지역에 따라 수도권과 지방을 구분하였다. 수도권 응급의료 전문가는 5명, 지방 응급의료 전문가는 5명이었다. 심층면접 참여자 중 남성은 23명, 여성은 7명이었고, 심층면접 참여자 모두 대졸 이상의 학력 수준을 지녔다. 심층면접에 참여한 전문가의 특성은 이하 표와 같다.

표 41 심층면접 참여자의 특성

ID	성별	구분	지위 또는 소속(근무지)
EA	F	응급의료	수도권 권역센터 응급간호팀장, 응급의료 관련 전문학회 임원
EB	F	응급의료	수도권 권역센터 응급간호팀장, 응급의료 관련 전문학회 임원
EC	M	응급의료	수도권 지역센터 센터장
ED	M	응급의료	지방 권역센터 센터장, 응급의료 관련 전문학회 임원
EE	M	응급의료	수도권 지역센터 센터장
EF	M	응급의료	지방 권역센터 센터장
EG	F	응급의료	지방 지역센터 센터장
EH	M	응급의료	지방 권역센터 센터장
EI	M	응급의료	수도권 지역센터 센터장
EJ	M	응급의료	지방 지역센터
IA	F	감염	수도권 권역센터, 감염병관리지원단
IB	M	감염	수도권 권역센터, 대한감염학회 임원, 의료관련감염협의체 위원
IC	M	감염	수도권 권역센터, 대한의료관련감염관리학회 임원
ID	F	감염	수도권 권역센터 감염관리팀장
CA	M	시민사회	의학전문기자
CB	M	시민사회	보건의료 관련 시민단체 대표
MA	M	병원경영	종합병원 진료부원장
MB	M	병원경영	종합병원 이사장, 병원협회 임원, 중소병원협회 임원
MC	M	병원경영	전문병원 병원장, 병원협회 임원, 중소병원협회 임원, 전 의사협회 임원
MD	M	병원경영	종합병원 이사장, 병원협회 임원
ME	M	병원경영	종합병원 병원장, 병원협회 임원
PA	M	의료정책	중앙응급의료센터 전문가
PB	F	의료정책	지방정부 공무원
PC	M	의료정책	중앙정부 공무원
PD	M	의료정책	중앙정부 공무원
PE	F	의료정책	국회 보건복지 전문가
PF	M	의료정책	대학교수, 의료정책 전문가
PG	M	의료정책	응급의료 관련 전문학회 임원, 지방 권역센터
PH	M	의료정책	응급의료 관련 전문학회 임원, 수도권 권역센터

PI	M	의료정책	응급의료 관련 전문학회 임원, 수도권 권역센터
----	---	------	---------------------------

심층면접 자료를 응급의료 전달체계와 응급환자의 감염관리의 두 영역으로 나누어 분석하였다.

2) 응급의료 전달체계

심층면접 전사(transcription) 자료의 분석을 통해 총 367개의 코드를 도출하였다. 내용분석의 방법론에 기반하여 코드의 유사성 및 질문 지침에 따라 코드를 범주화하였다.

최상위 범주는 ‘전달체계 정책과정 평가’, ‘전달체계 변화’의 두가지로 구분하였다. 전달체계 정책과정 평가 범주는 정책과정의 흐름에 따라 ‘정책의제 설정’, ‘정책문제(정책분석)’, ‘정책결정’, ‘정책집행’, ‘정책평가’로 구분하였다. 전달체계 변화 범주는 보건의료체계의 구성요소 틀에 따라 ‘의료자원’, ‘자원의 조직화’, ‘의료서비스의 제공’, ‘재정적 지원’, ‘정책 및 관리’, ‘기타(문화)’로 구분하였다. 2개의 최상위 범주 하 367개의 코드를 11개의 상위범주에 따라 분류하였다.

이상의 분류체계를 표로 정리한 것은 이하와 같다.

표 42 응급의료 전달체계 코드 범주화

최상위범주	상위범주	범주
전달체계 정책과정 평가	정책의제 설정	전달체계 문제의 특성 정책의제설정 과정
	정책문제 (정책분석)	정책문제 분석과 정의 정책대안 탐색과 비교평가 최선의 정책대안 선택
	정책결정	정책결정을 위한 토론과 합의 부족

		점증주의적 의사결정 쓰레기통 모형의 의사 결정
	정책집행	정책의 특성 정책 유형 너무 많은 정책 참여자 정책대상집단의 행태 정책집행기관의 성격과 역량
	정책평가	과정평가의 부재 총괄평가의 부재
전달체계 변화	의료자원	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	자원의 조직화	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	의료서비스 의 제공	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	재정적 지원	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	정책 및 관리	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	기타	정책효과, 부작용, 남아있는 문제

최상위범주인 전달체계 정책과정 평가에 해당하는 5개의 상위범주에서 15개의 범주를 분류하였다. 최상위범주인 전달체계의 변화에 해당하는 6개의 상위범주는 각각 정책효과, 부작용, 남아있는 문제의 범주로 재분류하여 총 18개의 범주로 분류하였다.

이하에서는 최상위범주에 따라 질적연구의 주요 결과들을 살펴보도록 하겠다.

(1) 전달체계 정책과정 평가

메르스 유행이라는 사회문제 이후 응급의료 전달체계 영역에서 이루어진 정책과정을 정책과정의 단계별로 평가하였다.

표 43 응급의료 전달체계 정책과정 평가

상위범주	범주	문제
정책의제 설정	1. 전달체계 문제의 특성	복잡하고 모두가 원하지 않는 변화
	2. 정책의제설정 과정	위장의제로 설정된 전달체계 문제, 무의사 결정론의 작용
정책문제 (정책분석)	1. 정책문제 분석과 정의	정책참여자의 문제인식 차이, 국민의 관점 부재
	2. 정책대안 탐색과 비교평가	정책대안 탐색과 비교평가 부족
	3. 최선의 정책대안 선택	정책수단의 제한, 최선의 정책대안 부재
정책결정	1. 정책결정을 위한 토론과 합의 부족	갈등이 많은 정책구조, 의사집단의 형식적 참여
	2. 점증주의적 의사결정	기존 정책의 지속 추진
	3. 쓰레기통 모형의 의사결정	'정책대안 - 문제정의' 순서로 정책과정 진행
정책집행	1. 정책의 특성	정책목표와 정책수단 간 인과성 부족
	2. 정책유형	민간병원 서비스에서 공공성 유지의 어려움
	3. 너무 많은 정책 참여자	정책참여자들 모두 거부점으로 작용
	4. 정책대상집단의 행태	정책대상집단의 불순응
	5. 정책집행기관의 성격과 역량	정책선도자의 부재
정책평가	1. 과정평가의 부재	정책집행에 대한 평가 및 개선 부재
	2. 총괄평가의 부재	정책의 부작용 평가 부재

가. 정책의제 설정

정책의제 설정은 정부가 사회문제를 공식적으로 해결하기 위해

정책문제로 전환하는 행위이다. 문제의 특성, 주도집단, 정치적 상황이 사회문제의 의제설정 과정에 영향을 끼친다.(43, 44) 응급의료 전달체계 영역에서 정책의제 설정의 주도집단은 정부로 주도집단이 정부 내의 정책결정자인 경우 자동적으로 정부의제화가 된다. 그러나 전달체계 문제의 특성이 의제설정 과정에 영향을 끼쳤고, 정부의제 설정 과정에서 문제점이 관찰되었다.

표 44 응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책의제 설정

상위 범주	범주	내용
정책의제 설정	1. 전달체계 문제의 특성	1. 문제의 외형성 특성 - 복잡하고 불명확한 문제 - 대안이 존재하지 않는 전달체계 문제
		2. 문제의 내용적 특성 - 모두가 원하지 않는 변화
	2. 정부의제 설정 과정	1. 위장의제로 설정된 전달체계 문제
		2. 무의사 결정론 - 환자흐름 제한, 지역센터/지역기관 역할 정립
		3. 이슈관심주기 - 문제는 잊혀진다

(가) 전달체계 문제의 특성

응급의료 전달체계 문제는 외형적 특성과 내용상 특성 모두 해결이 어려운 문제였다.

1. 문제의 외형적 특성

- 복잡하고 구체성이 떨어지는 불명확한 문제

환자들의 선택권, 자유, 병원을 선택할 권한, 자유 이런게 합의가 안되는거죠. 그리고 실제 병원의 입장에서도 의료법상 환자가 왔는데 그걸

못 오게 할 방법이 없는거고. 이런 면들이 제도적으로 컨센서스가 안 되어 있는거죠. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PI

의사결정자들이 직면하는 의제는 항상 구체적이고 명확하게 규정된 문제만이 아니다.(45) 응급의료 전달체계의 문제는 복잡하고 구체성이 떨어지는 불명확한 문제였다. 심층면접에 참여한 전문가들은 응급의료기관이 종별로 부여된 기능을 제대로 하지 못하고 있는 것과 일부 응급실의 과밀화가 응급의료 전달체계의 문제라고 생각했다. 그러나 응급실 과밀화는 전체 의료전달체계에 대형병원 쏠림현상이 있는 가운데 발생하는 복잡한 문제이다. 대형병원이 거대한 외래 환자를 유지하고 있고 환자들의 대형병원 선호현상이 있는 상황에서 응급의료기관 쏠림현상만을 떼내어 해결하기는 어려웠다.

항상 이런 게 나올 때 의료의 형평성, 접근성 이런 것과 응급실이 정말 응급의료로써 수준 높은 진료를, 빠르고 신속하고 정확하고 효과적인 진료를 할 수 있도록 할 거냐는 충돌하는 가치일 수 있는데 일부는 접목되는 가치일 수 있지만 우리 사회가 그거에 대해서 합의를 못한거죠. - 감염관리 전문가, IC

응급의료의 추구해야 할 가치가 불분명하다는 것이 응급의료 전달체계 문제를 구체성이 떨어지는 문제로 만들었다. 우리 사회에는 바람직한 응급의료의 무엇인지에 대한 사회적인 합의가 부족하다. 응급실은 중환자에게 적시에 적절한 치료를 제공하는 것과 야간/휴일에 편리하게 의료서비스를 제공하는 것, 두 가지 기능을 동시에 수행하고 있다. 전문가들은 응급실에서 중환자 최종치료를 제공하는 것이 중요하다고 말하지만, 국민들은 야간/휴일에 쉽게 이용할 수 있는 의료서비스를 원하고, 병원

경영진은 진료환자 수가 늘어나길 바란다. 응급실이 중환자 진료와 시간외진료 역할을 동시에 수행하는 것이 역할 갈등을 초래한다. 사회적으로 응급의료의 최우선 가치와 응급실의 역할에 대한 합의가 이루어지지 않았기 때문에 응급실 과밀화, 중환자 최종치료 제공 실패라는 현상에도 불구하고 우선적으로 해결해야 할 응급의료 전달체계의 문제가 무엇인지 구체화되지 못했다.

- 대안이 존재하지 않는 전달체계 문제: 무지개와 같은 응급의료 전달체계

응급의료전달체계가 완전히 이상적으로 된다는 것도 사실은 너무나도 무지개같은게 아닌가. 아름답지만 결국 잡히지 않는. 태생적으로 잡히지 않는걸 문제라고 하는걸. 물론 지금보다는 전달체계가 개선이 되어야겠지만 응급의료에 있어서 전달체계의 아이디얼한, 이상적인 디스트리뷰션(distribution)은 불가능하다고 생각하고. 그나마 현실에서 가능한 부분을 가능한한 조금씩 매꿔가는 게 맞다는 생각이 들었어요. 계속 딜레마더라구요. 모든 케이스가 뭐가 더 정답이라는 것은 답을 찾기 굉장히 어려운 영역이라고 생각했어요. - 중앙정부 정책전문가, PD

정부 전문가는 이상적인 응급의료 전달체계가 존재하지 않으므로 응급의료 전달체계를 개선할 수 있는 정책대안이 존재하는지 잘 모르겠다고 말했다. 2015년의 메르스 유행은 Kingdon의 정책흐름모형(policy stream model)에 의하면 정책의 창이 열리는 시기였다. 메르스 유행 시기 사회적 쟁점(social issue)이던 응급의료 전달체계의 문제가 공중의제(public agenda)화 되었다. 정부는 응급의료체계 개선에 대한 사회적 요구가 높은 시기에 기존에 추진하고 있던 권역센터 수가 개선과 같은 정책들을 메르스 대책으로 내세워 추진하였다. 그러나 정부는 그 이상 응급의료 전달체계의 문제를 개선할 수 있는 정책대안이 없었고, 정책대안이

없는 상황에서 정책의 창은 곧 닫혔다.(12)

정부 전문가는 국민들이 원하는 이상적인 응급의료체계는 현실적으로 불가능하다고 생각했다. 여러 정책행위자가 응급실의 중환자 진료 역할을 강조하지만, 대다수 국민들은 경증질환에 대한 시간외진료로서 응급실을 이용한다. 응급의료 전달체계라는 말 자체를 모르는 국민들은 본인이 아플 때 가장 좋다고 생각되는 응급의료기관을 방문하고 싶어한다. 바람직한 응급의료 전달체계는 모든 응급의료기관이 최선의 진료를 제공하는 상태에서 국민들은 중증도에 따라 적정 수준의 응급실에 방문하는 것이다. 현재는 모든 응급의료기관이 최선의 진료를 제공한다는 기본 전제가 충족되지 못하는 상황이다. 지역센터와 지역기관이 국민들이 기대하는 수준의 응급진료를 제공하지 못하고 있는 상황에서 국민들의 자유로운 응급실 방문을 제한하기는 어렵다. 그래서 정부 전문가들은 어떤 걸림돌에 의해 최선의 정책대안이 의제화되지 않은 것이 아니라 환자 쏠림현상이나 과밀화를 해결할 수 있는 정책대안 자체가 부재하다고 인지했다.

우리가 의료를 할 때 특정 환자군에 대해서 A, B씨는 가나다 병원으로 갈 수 있다로 지정해놓은 게 아니라 A, B 씨가 다 가나다병원에 갈 수 있는거잖아요. 환자가 진료받을 권리로 진료를 받고 있는건데, 그거에 대해서 제한을 해야 되는 상황으로 비춰질 수 있거든요. 그러니까 입법이나 이런 걸 할 때 생각보다 거부감이 심하더라구요. 환자가 진료받을 권리를 제한하는 것 아니냐 해서 굉장히 조심스럽게 접근하는 경향이 있는 것 같아요. 수단적으로 보면 가격적으로는 미약한 제한이 있지만 법적인 부분에서 제한이 필요한 부분이 있는데 국민 정서나 이런 데서 받아들이기 쉽지 않은 부분이 있는 것 같습니다. 이미 체계가 갖추어져 있기 때문에. 그렇게 쉽지 않은 상황인 것 같습니다 - 중앙정부 정책전문가, PC

정책대안이 부재하다고 인지한 첫번째 이유는 대형병원

쏟림현상을 해결하기 위해서는 병원에 대한 규제뿐 아니라 환자 방문을 규제해야 하는데 환자를 규제할 정책수단이 없다는 것이다. 평가, 기준, 법 등의 정책수단을 다양하게 활용할 수 있는 병원과 다르게 환자를 규제할 수 있는 대표적인 정책적 도구는 비용조절과 대중 캠페인이다. 그러나 중증도에 따른 본인부담률 조정은 목표한 정책효과를 거두지 못했다. 또한 근본적으로 민간병원 중심인 우리나라 의료시스템에서 환자의 자유로운 병원 방문을 규제한다는 것은 사회적으로 공감을 얻기 어려웠다. 정책목표를 달성할 수 있는 효과적인 정책수단의 부재는 의제설정 단계에서 전달체계 문제가 정부의제화되는 것을 방해했다.

본인의 응급상황의 중증도를 판단할 수 없는 사람들에게 어느 응급의료센터나 방문할 수 있는 권한을 준다면 당연히 본인이 갈 수 있는 제일 좋은 데 가버리죠. 그게 자유민주주의 국가이긴 한데. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

두번째, 응급의료 영역은 그 특성상 합리적인 전달체계 구축에 어려움이 있다. 응급환자는 응급실 방문 전에 중증도(severity)를 파악하기 어렵고, 의사-환자간 정보 격차가 있는 상황에서 환자와 의사가 판단하는 중증도가 다르다. 응급상황에서 사람들은 두려움과 걱정에 기반하여 어떤 질병이든 치료할 수 있다고 생각되는 대형병원 응급실에 방문한다. 응급상황에서는 중환자일수록 지리적 조건이 병원 선택에 크게 작용하여 적절 진료를 제공할 수 없는 가까운 응급실에 가게 되기도 한다. 그래서 응급의료의 전달체계는 1번의 전원으로 최종치료를 제공하는 것을 목적으로 한다. 그런데 환자가 처음 방문한 응급실에서 일차 평가를 마친 후 최종 치료를 제공할 수 있는 기관으로 전원하려면 각 단계 응급의료기관의 기능

구분이 명확해야 한다. 그러나 현재 응급실은 종별 기능 구분이 명확하지 않아 합리적인 전원체계가 구축되어 있지 않다.

그래서 전문가들은 응급의료 전달체계 개선은 정책문제가 복잡하여 정책목표나 수단이 불분명하고, 직관적인 정책대안이 존재하지 않는 의제라고 지적했다.

2. 문제의 내용상 특성

- 모두가 원하지 않는 변화

서로의 이해관계가 오히려 지금이 나은 상황이라서 그런 게 아닐까. 서로 암묵적으로 동의하는거죠. 이게 낫다 오히려. 전부다 구성요소들이. 그런데 어딘가에서 이걸 우리가 원하는 이상적인 걸로 바꿔서 지키지 않으면 서로가 다 불편하거나 손해를 보는 그런 상황으로 만들지 않는 상황에서는 안 바뀌지 않겠느냐. - 감염관리 전문가, IC

인풋(input, 응급실 환자 유입)을 제한하는 게 가장 효과적이고 필요한데, 그걸 정부 쪽에서도 원하지 않고. 저항때문에. 병원 쪽에서도 환자를 다 받으면 수익이 늘어나는데 제한하면 그걸 메꿀 수 있는 다른 방안이 사실 없잖아요. 그러니까 아무도 원하는 게 아니죠. 환자들도 원하지 않고. - 지역센터 의사, EC

메르스 유행 시기 응급의료 전달체계의 문제가 공중의제로 부각되었으나, 전달체계 개편은 사실 아무도 원하지 않는 변화였다. 국민은 원하는 병원을 자유롭게 방문하기 원하고, 병원은 더 많은 환자들을 보기 위해 경쟁하며 수익을 얻고 있고, 정부는 국민들을 불편하게 하고 싶지 않다. 전문가들은 현재의 대형병원 중심 의료체계가 비효율적이고 지속 불가능하지만, 문제의 내용상 강력한 지지자가 없고 일반 대중에게 와닿기 어려운 문제라고 평가했다.

응급실은 기본적으로 제가 느끼기에는 오랫동안 국민들한테 굉장히 미움 받는 공간이에요. 아무도 우리나라 응급실을 좋아하지 않아요. 응급실에 가서 뭔가 편안하게 해결을 잘했다는 만족도가 그다지 높지 않다고 보는데.

메르스가 그걸 특별히 더해줬다는 아닌 거 같아요. 왜냐면 기존에 가지고 있었던 응급실에 대한 불편한 감정들이 메르스 때문에 더 점수가 낮아지긴 낮아졌겠죠. 근데 그 임팩트(impact, 효과)는 크진 않다. 워낙에 바닥을 기고 있었다. - 감염관리 전문가, IA

또한 전문가들은 국민들은 응급의료 전달체계의 문제를 큰 문제로 인식하지 않고 있다고 지적했다. 국민들은 이미 과밀화되고 불편한 응급실에 익숙해져 있다.⁸⁷ 국민들은 원래 불편한 응급실이 개선될 것이라고 믿지 않는다. 그래서 불확실한 미래의 중환자 진료역량 강화를 위해 현재 응급실 방문의 자유를 제한받고 싶어하지 않는다.

(나) 정책의제설정 과정

공중의제가 최종적으로 정부의제로 설정되는 과정에서 전달체계 문제는 위장의제(pseudo-agenda)⁸⁸ 로 설정되었다. 응급의료 전달체계 개선에 필요한 일부 문제는 일부러 의제화되지 않았다.

1. 위장의제로 설정된 전달체계 문제

메르스 유행 시기 응급의료 전달체계 문제가 공중의제화되었으나, 정부는 응급의료 전달체계 개선을 해결해야 할 정부의제로 채택하지 않고 위장의제로 설정하였다. 그 이유는 크게 두 가지로 메르스 유행 이후 해결해야 할 문제로 감염관리 문제가 더 우선순위 문제로 부각되었고, 전달체계 개선은 국민을 불편하게 하는 정책이라고 생각했기 때문이다.

⁸⁷ 현대리서치연구소, 2018, 2017년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서

⁸⁸ 위장의제(pseudo-agenda): 불만세력을 무마하기 위한 등의 이유로 정부가 겉으로만 관심을 표명하는 의제

- 감염관리 개선이 정책목표가 되며 전달체계는 주요하게 다루어지지 않았다

당장에 내세울수 있는 대책으로 당시 특별히 정부가 메르스라는 부분에 초점을 맞췄기 때문에 근본적인 문제 해결보다는 표면에 드러난 문제를 해결하는 데 초점을 뒀죠. 메르스 같은 감염병 환자가 응급실을 찾았을 때 응급체계는 어떻게 변화해야 하는지에 초점을 맞췄기 때문에, 그 환자가 3일 동안 있어서 전반적으로 퍼진 문제보다는 만약 그 환자를 미리 걸러낼 수 있었다면 이런 문제가 생기지 않았을거다. 그런 식의 방향으로 초점을 뒀기 때문에 선별진료소, 격리병실, 의심되면 격리병실로 바로 입원시킬 수 있는 구조, 이런 데만 초점을 뒀다고 판단한다는 거죠. 이 문제 해결도 틀리다고 생각하지는 않아요. 나머지 문제인 응급실에 오랫동안 머문다든지 응급실 과밀화 문제 이런 것들도 메르스라는 것을 퍼트리게 한 원인이긴 하지만 직접적인 원인은 메르스 환자를 제대로 선별해 내지 못한 점을 가장 중요한 요소로 봤다는거죠. - 시민사회 전문가, CA

메르스 유행은 스위스 치즈모델과 같이 여러 가지 문제가 겹치며 발생한 재난이었다.⁸⁹ 첫번째 환자가 진단되지 않은 채 여러 병원에 방문했고, 감염관리가 제대로 되지 않은 과밀화된 응급실에서 3일간 체류하며 감염을 전파시켰다. 응급실에서 감염이 전파된 상황에서 정부 관계자와 국민들은 응급의료 전달체계보다 응급실 감염관리가 보다 시급하게 개선되어야 할 문제라고 인식했다. 또한 응급실 감염관리는 응급의료 전달체계보다 직관적이고 정책대안을 개발하기 수월한 문제였다. 그래서 정부는 메르스 이후 제기되었던 응급의료의 여러 문제 중 응급실 감염관리 개선을 응급의료 개선정책의 목표로 설정하였다.

그것들이 메르스와 같은 신종감염병의 확산을 막는 데 기여하는 정책의

⁸⁹ 영국의 심리학자 제임스 리즌이 주장한 모델로, 다양한 위험 요인이 동시에 발생할 때 안전사고가 발생한다는 모델. (Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.)

일부분이죠. 하지만 그게 핵심적인 정책은 아니죠. 그 다음에 그게 신종감염병을 효과적으로 감시하고 통제하는 데 필요한 시스템을 구축하기 위한 포괄적인 정책 패키지는 아니지. 아까 얘기한 것처럼 수면으로 떠오른 것들을 아젠다화해서, 파편적으로 처리를 한거거든요. 복지부의 기본적인 입장은 이게 신종감염병 문제를 해결하기 위한 감염관리 체계를 어떻게 갖출 것이냐에 관한 포괄적인 결 한 게 아니고. 그냥 숙제를 한거야. 자기한테 던져진. 사회적으로 명시적으로 던져진 숙제를 한거지. - 응급의료 정책전문가, PF

개선정책의 목표가 감염관리 개선으로 축소되며 전달체계 개선은 응급실 내 감염전파를 줄이기 위해 응급환자의 응급실 재실시간을 줄이는 것으로 축소되었다. 응급실 과밀화는 전달체계 문제로 인해 발생하는 현상이다. 재실시간 단축은 근본적인 전달체계 개선 정책은 아니었다. 그러나 정부는 이전부터 추진해오던 권역센터 수가 개정과 더불어 응급실 재실시간 단축을 응급의료 전달체계 개선 정책으로 제시하여 추진하였다.

- 정부는 국민이 원하지 않는 정책을 시행하지 않는다.

정부도 알아요. 의료전달체계 망가져서 이걸 재정립하지 않으면 안된다는 것을. 그런데 행정부가 못합니다. 왜? 민원이 말도 못할거 아니에요 우리나라는. 그러면 행정부 공무원들은 제일 무서워하는 게 민원이에요. 그리고 속된말로 보신주의. 문제 일으킬 이유가 하나도 없어. 그러면 자기 손해니깐요. 그래서 결국에 행정부가 욕먹기 싫어요. 그러면 법과 제도를 만드는 위정자들. 위정자들은 그걸 주장하는 순간, 대통령이 그걸 주장하는 순간 우리나라 같으면 국민 폭동 일어납니다. 그러면서 속된 말로 자기 표 다 떨어져. 분명히 옳은 길이고 옳은 방향이고 옳은 목적인데. 근데 이 사람들은 자기 표 떨어지는 것은 자기의 이익과 완전히 적지는 거예요. 그니깐 절대 그거를 지가 깃발 들고 나올 이유가 없어요. - 응급의료 정책 전문가, 권역센터 의사, PG

규제는 규제를 병원에 할 것이냐 의료인에게 할 것이냐 일반 시민에게 할 것이냐. 피규제자가 다르다고 생각하거든요. 병원이나 의료인은 지금도 여러 규제를 받고 있잖아요. 의료보험부터 생각해서 다 규제고, 맘대로 파업도 못하고, 파업하자는건 아니지만. 일반 시민한테는 정치권에서 안할거예요. 일반 구급차에 비용을 택시비라도 내라고 하면 좀 다를 거

같은데. 구급차 기다리느니 택시불러서 간다 할 것 같은데 그것도 안할 거예요. 그래서 제가 얘기하는건 가장 빠른 시간내에 욕을 먹더라도 수요를 바꿀 수 있는건 수요에 대한 규제를 거는거. 그런데 이걸 불가능할 것이다. 누가 총대를 매면 그 사람은 그 다음 선거에서 떨어질거니까. - 지역센터 의사, EJ

대의민주주의 국가에서 정부는 국민의 대표로서 투표권을 가진 국민들이 크게 반발할 수 있는 정책은 정부의제로 설정하지 않는다. 장기적으로 사회 발전에 필요한 정책이라 해도 국민들을 불편하게 하고 민원이 발생할 만한 일은 정부, 특히 정권을 잡은 정치세력에게 부담이 된다. 응급실 의료진은 정부가 응급의료 전달체계 개선을 위해서는 국민들의 자유로운 권역센터 방문 제한이 필요하다고 생각하면서도, 국민의 반발을 고려하여 추진하지 않았다고 지적했다.

현실적으로 그거에 대해서 아무리 이게 맞다고 해도 국민에게 맞다라고 납득시킬 수 없으면 못 가는 거예요. 선생님처럼 의사 입장에서 많이 아는 분들이 아시는 거랑 일반적인 국민이 아는 게 다른거죠. 경증 환자, 중증환자, 전달체계니 이런 단어조차도 모르죠. 모르고. 물론 저도 최대한 국민을 설득시키고 설명하고 교육하고 해서 가는 게 맞다라는 게 justice라고 생각해요. 근데 표를 받아야 되고, 표를 주는 사람들은 이해하지 못할거라는. 그런 근원적인 데로 가게 되죠. 사회 근간을 논하게 되죠. - 중앙정부 정책전문가, PD

정부 전문가는 전문가들이 문제로 지적하고, 실제로 그것이 문제라고 해도 국민들을 설득하지 못하면 정부의제화하기 어렵다고 말했다. 국민을 불편하게 하는 개선정책은 그 자체로 정부의 부담이 된다. 국민들이 전달체계 문제를 큰 문제로 인식하고 있지 않은 상황에서 자유로운 응급실 방문을 제한하기는 어려웠다. 그래서 정부는 국민에 대한 정책수단은 개발하지 않고 병원에 대한 규제를 정부의제로 설정하였다.

2. 무의사 결정론 - 환자흐름제한, 지역센터/지역기관 역량강화

응급의료 전달체계 개선이 위장의제로 설정되며, 정부에 부담이 되는 의제는 응급의료 전달체계 개선에 필요하더라도 정부의제로 설정되지 않았다. 의사결정자의 가치나 이익에 잠재적인 도전이 되는 결정이 정책결정의 장애 도달하기 전에 제거되는 현상을 무의사결정론(non-decision making theory)이라고 한다. 국민들의 반발이 생길 수 있는 환자흐름 제한과 해결이 어려울 것으로 생각되는 지역센터/지역기관 역할 정립 문제는 정책의제화되지 않았다.

- 환자들의 자유로운 응급실 방문을 제한하는 정책은 시행되지 않았다.

그렇지만 우리는 너의 선택권은 언제나 중요해. 너는 대학병원가서 진료볼 천부적인 인권을 가지고 있어라고 우리는 지금 계속 그렇게 교육을 받고 있거든요. 그러다 보니깐 나라고 왜 대학병원가서 진료를 못받아. 3차 병원 가서 제일 유명한 박사에게 나는 수술 받아야겠어, 라고 하면서 그 앞에 2년, 3년씩 대기를 하고 있는 간경화 환자들이 수도 없이 있잖아요. 그런 사람들이 현업에 복귀하지 못하는 사회적인 비용은 둘째 치더라도 다른 사람들도 그것 때문에 피해를 보고 있는데. - 병원 경영진, ME

권역센터 과밀화를 만드는 대형병원 쏠림현상을 개선하기 위해 대형병원 경증환자 진료에 수가를 부여하지 않거나 상급종합병원의 중환자 진료비율 관리 등 병원의 변화를 촉구하는 여러 정책이 제안되었고, 의뢰-회송 시범사업이 추진되었다. 경증환자의 권역센터 방문이 권역센터 과밀화의 주요 원인으로 지적되었음에도 불구하고 응급실 본인부담률 조정 외 환자에 대한 규제 정책은 시행되지 않았다.

국민에 대한 메시지가 당신 돈을 덜 내도 돼. 돈을 안 내도 돼. 그런 메시지가 좋지. 덜 아프면 이 병원 가지 마. 라는 메시지가 부담스럽고. 투표로 정치 권력을 세우는 민주 국가에서, 일단 표를 받아야 되고, 표를 받으려면 뭔가 해 준다는 메시지를 줘야 되고, 결국 그 메시지가 결국 더 내야된다는 게 내포되어 있는건데. 내포된 것 없이 주는 것처럼 했잖아요. 니가 편하게 아무데서나 진료받을 순 없지만 니가 진심으로 아플 때 정말 널 살려줄 수 있어라는 메시지가 들어있잖아요. 하지만 실제로는 큰 병원 가지 말라는 메시지가 전달되기 때문에. 투표로서 유지되는 데에서는 결국에는 굉장히 유리한 그런 메시지로 정책이 갈 수밖에 없는 구조적인 사회적인 맥락이 있는 것 같고. - 중앙정부 정책전문가, PD

경증환자의 권역센터 방문을 제한하여 권역센터의 중환자 진료역량을 강화하는 것은 전체 국민에게 유리한 방향의 변화이다. 그러나 무제한적인 응급실 이용에 익숙한 국민들의 응급실 방문을 제한하는 것은 정부에게 부담으로 인지되었다. 정부 전문가는 “어떤 방식으로든 응급실 방문을 제한하는 것이 환자들의 진료받을 권리를 침해하고 전달체계 개편이 경증환자가 대형병원에 가면 안 된다는 메시지로 전해질까봐 우려된다”고 말했다. 그래서 국민들이 비용 차이에 크게 영향받지 않는다는 것을 알면서도 본인부담률 조정 이외에 응급실 접근성을 제한할 수 있는 정책은 의제화하지 않았다. 응급실 의료진은 정부가 실질적인 전달체계 문제 개선 정책은 추진하지 않고 병원의 변화만 요구한다고 느꼈고, 이는 추후 정책집행에서 병원의 순응도를 저하시키는 요인으로 작용했다.

- 지역센터/지역기관이 배제된 전달체계 개선정책 논의

응급의료 수가개선, 과밀화 개선 등 전달체계 개선을 위한 여러 정책이 권역센터를 대상으로 추진되었다. 그러나 권역센터 역할 수행을 뒷받침해야 할 지역센터와 지역기관의 역량 강화에

대해서는 의제가 설정되지 않았다. 권역센터가 중환자에게 최종치료를 제공하기 위해서는 지역센터와 지역기관이 응급환자를 진료하고 중환자 초기처치를 수행하는 역할을 적절히 수행하여야 한다. 그러나 지역센터와 지역기관은 수가 많고 종 내에서도 기능 차이가 크다. 전달체계 개선대책은 상대적으로 접근이 수월한 권역센터를 중심으로 의제가 설정되었고, 지역센터와 지역기관의 역량 강화는 의제화되지 않았다.

3. 이슈관심주기 - 문제는 잊혀진다

메르스가 10배쯤 더 컸다면 모를까 그 정도 규모로는 사실은 바꾸기는 힘든 구조라는거죠. 메르스가 우리 사회에 굉장히 강한 충격을 준거 같지만 쉽게 잊혀지는. 몇 년을 이어가는 문제가 아니고 그 다음 해결책은 들어오는거 잘 막으면 되지 하는. 이 부분에 제가 왜 이렇게 느끼냐면 1년 뒤에 기획을 하는데 굉장히 힘들었던 기억이 있어요. 1년 뒤에 기획을 하는데 난 왜 자꾸 의료체계, 전달체계에 집중을 하느냐. 그거(메르스) 안 들어오게 막으면 되는 거 아니냐. 사람들 생각은 1년을 지내고 나서 그냥 안 들어오게 막았으면 되지 나머지 체계를 개편하는 게 그렇게 중요한 문제냐. - 시민사회 전문가, CA

이슈관심주기 이론(issue attention cycle)에 의하면 잠복되어 있던 이슈가 발견되고 표면화되면 관심이 현저하게 증가하다가 비용 등 문제가 발생하면 대중관심이 점진적으로 감소하다가 쇠퇴한다. 메르스 유행 당시 과밀화된 응급실과 응급실 입원대기 등 응급의료 전달체계의 문제가 사회문제에서 공중의제로 변화하며 이슈가 표면화되었다. 그러나 전달체계의 문제를 개선할 수 있는 뚜렷한 정책대안이 없고 그 내용 자체가 국민들에게 불편을 줄 수 있는 의제로서 대중의 관심은 점진적으로 감소하였다. 메르스 유행 1년 뒤에는 이미 의제가 잊혀진 상태로, 전달체계 문제는 정부의제로 설정되기에 동력이 부족했다.

나. 정책문제 (정책분석)

정책분석 과정에서 제기된 응급의료 전달체계 정책과정의 문제는 이하 표와 같다.

표 45 응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책문제(정책분석)

상위 범주	범주	내용
정책 문제	1. 정책문제 분석과 정의	1. 정책참여자의 문제에 대한 이해 차이
		2. 국민/환자의 관점 부재
	2. 정책대안 탐색과 비교평가	1. 정책대안의 문제해결에의 인과성 부족 - 지역마다 다른 문제의 원인 고려 부족 - 점점 더 어려워지는 응급환자 진료 환경에 대한 고려 부족 - 의료자원이 부족한 상황에서 변화 추진 - 지역단위 정책대안 탐색 부족
		2. 정책의 결과 예측 부재
	3. 최선의 정책대안 선택	1. 환자 대상 정책수단의 제한
		2. 최선의 정책대안 부재

(가) 정책문제 분석과 정의

특정 사회문제가 정부의제화 되어 정책이 되기 위해서는 우선 문제가 정의되어야 한다. 문제를 정의하는 것은 일종의 정치적인 과정이다. 문제를 어떻게 정의하는지가 문제에 대한 해결책과 우선순위 결정에 영향을 미친다. 응급의료 전달체계의 문제는 정확하게 정의되지 않은 의제로서 전문가들은 위치에 따라 서로 다른 문제를 전달체계의 주요 문제로 지적하였다. 전문가들이 서로 다른 문제 정의에 의거하여 갈등하는 과정에서 응급의료서비스의

수혜자인 국민과 환자의 이익은 충분히 반영되지 못했다.

1. 정책행위자의 문제에 대한 이해 차이

응급의료 전문가들은 응급의료 전달체계 영역에서 발생한 문제의 원인에 대해 서로 다른 의견을 가지고 있었다. 의료진과 정책 전문가의 의견이 다르고, 의료진 내에서도 소속병원의 규모에 따라 의견이 달랐다. 여러 전문가가 지적하는 문제 모두 전달체계 영역의 문제지만 어떤 문제가 핵심 문제로 정의되는지에 따라 문제 해결을 위한 정책대안이 달라진다. 전문가들의 문제 인식 차이는 정책의제 설정에 영향을 끼치고, 이후 집행 순응에도 영향을 끼쳤다. 정부는 정책대안 탐색 과정에서 응급실 의료진의 의견보다 정책 전문가의 의견을 중시하였고, 의료진 의견 중에서도 대형병원 의료진의 의견에 비중을 두었다. 문제 원인에 대한 인식이 달랐던 의료진과 중소병원 경영진은 정부의 정책 집행에 순응하지 않았다.

- 경증환자로 인한 응급실 과밀화

우리나라 응급실에 오는 환자가 다 응급환자가 아니거든요. 그런데 그 환자 다 받고 싶어요. 왜. 경증환자가 돈이 되니깐. 경증환자가 간단하니깐. 경증환자 경로가 가장 쉽잖아요. 그 환자 다 받고 싶어요. 그런데 말을 할 때는 항상 중증환자를 내세워서 응급실에 자원이 없다고 얘기를 해요. 경증환자 보는 데 자원은 필요하지 않구요. 그 자원은 경증환자 보는 데 동원되서는 안되는 자원이예요. - 정책 전문가, PE

응급실 의료진은 대형병원을 선호하는 경증환자 때문에 응급실 과밀화가 생기고 중환자 진료가 어렵다고 말했다. 그러나 정책 전문가들은 병원이 수익성 낮은 중환자 진료를 회피하고 수익성 높은 경증환자 진료를 선호하여 대형병원에 경증환자가 줄지 않는다고 인식했다. 일부 정책 전문가는 의사들이 “앞에서는

경증환자 때문에 중환자 진료가 어렵다고 말하고 뒤에서는 수익성 높은 경증환자를 선호하는 이중적인 태도를 보인다”고 지적하기도 했다. 응급실 과밀화에 대해서도 응급실 의료진은 환자들의 제한없는 응급실 선택권으로 인해 권역센터 응급실에 환자가 쏠려서 과밀화가 생긴다고 판단했고(input의 문제), 정책 전문가는 병원이 응급환자 진료에 자원을 투입하지 않아 과밀화가 생긴다고 판단했다(throuput의 문제).

문제의 원인에 대한 인식이 다르므로 우선순위 정책대안도 달랐다. 대형병원이 경증환자 진료를 선호하는 것이 문제라고 인식한 정책 전문가의 정책대안은 경증환자에 대한 수가 조절과 중환자 최종치료 제공을 평가를 통해 대형병원이 경증환자 진료를 하지 않도록 유도하는 것이었다. 그러나 의료진 전문가는 병원에 대한 규제 이전에 경증환자가 권역센터에 방문하지 못하도록 제한해야 한다고 주장했다. 진료 거부권이 없는 응급실 환경에서 환자 방문을 제한하지 않고 의료진에게 병원에 내원한 경증환자 진료를 하지 말라고 하는 것은 현실에서 작동하지 않는다는 것이다. 중증도 판단을 위해서도 우선 진료가 필요한데 이후 수가나 병원 정책을 이유로 진료를 거부하는 것은 환자-의사 관계를 훼손시키고 책임을 병원에 떠넘기는 정책이라는 지적이었다.

- 대형병원 쏠림현상

병원 규모가 매우 커지니까 그 병상을 채우기 위해서는 그 병원들이 2차 병원 환자들을 다 뺐은거예요. 그러니까 2차 병원이라고 할 수 있는 병원들이 환자를 볼 수 있는 병원이 없어졌어요. 환자가 없어지니까 이 병원들은 커지거나 아니면 전문병원이 되거나. 그렇게 된거죠. 종합병원, general hospital(일반 병원)이 되는, acute(급성기)와 subacute(아급성기) 환자를 보는 2차 병원이 사라지게 된 것은 3차 병원의 규모 경쟁으로

인해서 초래된 거지. 2차 병원이 원래부터 없었느냐 그건 아니다. 3차 병원의 무규제적인 병상규모 확장이 초래한 것이다. - 시민사회 전문가, CB

대형병원 쏠림현상의 원인에 대해서도 전문가마다 의견이 달랐다. 대형병원 의료진은 중소병원이 기능을 제대로 하지 못해서 대형병원에 환자가 쏠린다고 주장했다. 중소병원 경영진과 시민사회 전문가는 대형병원의 무분별한 외래 확장으로 중소병원의 경영이 어려워지며 중소병원이 붕괴했다고 지적했다. 대형병원이 지속적으로 외래를 확장하면서 중소병원의 낮은 의료서비스의 질 때문에 대형병원 쏠림현상이 생긴다고 주장하는 것은 책임회피라는 것이다. 중소병원 경영진과 시민사회 전문가는 대형병원을 선호하는 국민 정서에 정부 정책이 권역센터와 대형병원을 중심으로 추진되며 중소병원의 역할과 기능이 더 축소되었다고 평가했다.

우리가 돈을 벌어서 다들 월급을 가져가는 시스템이고. 그렇다면 아주 생활적인 면으로 들어가더라도 직원 하나하나가 올해보다는 내년에 월급이 늘어나기를 바라고. 그렇다면 아주 노골적으로 얘기해서 사람을 더 줄이고, 사람을 줄이거나 받는 월급을 줄여가면서 그런 환자를 덜 받을 것이냐 라는 컨센서스를 이 큰 병원들의 그 많은 사람들에게 얻어가지고 할 수 있을까요. 그건 불가능이라고 생각하는데. 내가 희생을 하더라도 환자를 안전하게 잘 치료하는 게 중요하다고 생각하는 분도 있긴 하겠지만 자기 월급 줄어드는건 아무도 원하지 않는 세상이 되어 버렸잖아요 - 지역센터 의사, EE

원인 인식의 차이에 따라 대형병원 쏠림현상의 정책대안에 대해서도 의견이 엇갈렸다. 중소병원 경영진은 중소병원에 대한 정부 지원을 확대하고 대형병원이 경증환자를 진료하지 못하도록 하는 규제가 필요하다고 주장했다. 시민사회 전문가는 대형병원의 외래를 축소해야 한다고 주장했다. 그러나 대형병원 의료진은

대형병원에 대한 규제에 대해 반대하며 중소병원이 제공하는 의료서비스의 질을 높이는 것이 급선무라고 주장했다. 진료환자수에 비례하여 수가가 지급되는 의료체계에서 민간 대형병원에게 외래를 줄이고 진료환자 수를 줄이도록 강제하는 것은 불가능하고, 대형병원보다 진료비가 저렴한 중소병원의 의료서비스 질이 높아지면 쏠림현상이 완화될 것이라는 의견이었다.

- 응급의료기관 종별 기능수행 미흡

각 단계의 응급실이 부여된 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다는 것에 대해서도 의견이 엇갈렸다. 권역센터 의료진은 대형병원 쏠림현상과 마찬가지로 지역센터와 지역기관 붕괴로 권역센터 응급실로 환자가 몰려 중환자 진료가 어렵다고 주장했다. 중소병원 경영진은 대형병원이 환자를 모두 흡수하기 때문에 중소병원 응급실은 규모의 경제가 유지되지 않아 응급의료서비스 질을 유지하기 어렵다고 주장했다. 중소병원 응급의료서비스의 질이 떨어진 것은 권역센터가 각종 정부 지원을 독식하고 환자도 흡수해 간 원인이 크다는 주장이었다.

- 환자들의 자유로운 병원 방문

저는 굉장히 합리적인 생각이라고 봐요. 경험상 내 주변에 있는 사람들의 경험을 모아서 이정도 되면 큰 병원에 가야 되나 보다. 서울대병원 달려가야 되나 보다 하는 어느 정도의 인식들을 가지고 있다는 거죠. 그게 무슨 의학적인 판단으로 이런 정도면 경중이니깐 안가도 된다 이런 판단이 아니고 전반적인 병원의 신뢰도와 평상시 이용하는 의료체계에 대한 신뢰도. 감기 같은 거는 내가 대충 동네 의원에서 이용하겠다. 고혈압, 당뇨도 큰 병원 갔다 와서 동네에서 이용하겠다. 수술은 좀 큰 병원에 가서 하고 싶다. 응급상황에 대해서는 어쩔 줄 모르니까 더 큰 병원에 가고 싶다. 대체적인 이용 프로세스가 있다는 거죠. 그 부분이 나름 말씀하신 전달체계라든지 현재의 우리나라 의료체계에서

그들이 생각하기에 그게 가장 합리적인 판단이라고 생각해서 움직인다고 보는거죠. - 시민사회 전문가, CA

의료진 전문가들은 문화적인 요인(효도, 최고를 선호하는 경향)과 중소병원에 대한 불신으로 환자들이 대형병원을 선호하므로 환자들의 자유로운 응급실 방문에 대해 제한이 필요하다고 주장했다. 그러나 다른 전문가들은 본인 질환의 중증도를 정확하게 판단할 수 없는 환자들이 응급상황에서 신뢰할 수 있다고 생각하는 대형병원 응급실에 방문하는 것은 합리적인 판단이라고 지적했다. 경험적으로 중소병원 의료서비스에 대한 신뢰가 낮은 상황에서 자신의 증상이 응급하다고 판단하여 응급실에 가기로 결정한 환자들은 가용한 최고 수준의 의료자원에 접근한다는 것이다.

큰 병원을 가는 것이 개개인한테는 합리적이라고 봅니다. 전체적으로나 사회적으로 봤을 때는 자원의 낭비가 있지만. 그 본인한테는 본인의 이익을 최대의 베스트 인터레스트(best interest, 최대이익)를 실현하는 거기 때문에 그걸 팔릴 방법이 없어요. 그걸 말리자고 하면 이거는 파시스트인데. 자신의 중증도를 판단할 수 없는 사람들이기 때문에 자신의 중증도를 과장하기 십상이고. 그런 상황에서라면 작은 병원을 신뢰하지 않고 경제적으로 사실 큰 격차가 없고. 그 악마의 실손보험이 있기 때문에 그걸로 메꿀 수 있는 사람들이라면 더욱 더 작은 병원을 가려고 하지 않죠. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

이는 이용자 입장의 의료의 질(quality)과 사회적 관점의 의료의 질이 서로 다르게 정의될 수 있기 때문에 나타나는 현상이다. 환자는 개개인의 요구, 기대, 가치 등에 따라 의료의 질을 판단하나, 사회적으로는 전체 의료비용과 전체 인구가 가지게 되는 편익의 사회적 분포에 따라 양질의 의료로 정의한다. 그래서 개인 입장에서의 최적의 진료(optimum care)가 사회적 관점에서는 최적의 진료 아닐 수 있다.(46)

비용으로 환자 방문을 조절하려고 한 정책이 이미 실패한 상황에서 중소병원 의료서비스의 질 향상 없이 대형병원 응급실 방문을 제한하는 것은 국민적 공감대를 형성하기 어려웠다. 정책 전문가들은 병원을 자유롭게 방문할 수 있는 것이 우리나라 의료제도의 장점인데, 응급실 방문 제한은 사회적으로도 수용되기 어렵고, 정치적으로도 불가능한 방법이라고 판단했다.

- 응급의료에 대한 정부 지원

아예 개선이 없었다 그러면 그건 거짓말이죠. 분명 개선이 됐겠죠. 근데 자판기에 돈을 넣으면 캔이 나와요. 그니까 돈을 집어넣어서 개선이 없었다. 그건 말이 안되는 거고요. 근데 지나치게 많은 자원을 투자했는데 가성비가 없었고. - 응급의료 정책 전문가, PE

놀랍게도 지금까지 이런 말하면 민감하겠지만 제 생각에는 보건복지부가 제안한 약간 부족한 금액 자체가 실제로 야바위들을 몰려들게 하는 방법이 됐을 뿐이에요. 넉넉하게 주지 않았기 때문에 야바위들 말고는 그걸 하겠다는 사람이 없는 거예요. 그리고 그 몇 년 앞에 앞부분에 몇 년 참고, 그걸로 예산을 늘릴만큼 정치적 영향력이 있고 내부적으로는 사람을 쥐어 찢 수 있는 이런 사람들만 실제로 입찰에 참여했어요. 그 자체가 그런 한계, 그 표에 그렇게 써있어요. 야바위. 밑에 식구 쥐어 찢 수 있는 사람 오세요. 이렇게 써있어요. 실제로는. 하고 싶은 사람, 뜻있는 사람 오세요 써있는 게 아니라 그 과제의 성격 자체가 그렇게 지원자를 제한했기 때문에 실제로 그 거지떼들하고 야바위꾼들만 몰려와서 그걸 다 물은 거예요. 그 사람들도 그걸 많이 해봤고. - 정책전문가, 권역센터 의사, PH

응급의료에 대한 정부 지원 규모에 대해서도 전문가들 사이에 의견이 엇갈렸다. 1995년 처음 조성된 이후 응급의료기금의 규모는 매해 확대되어 2017년에는 2,914억원이 응급의료 영역에 투입되었다.⁹⁰ 응급실 의료진과 병원 경영진들은 정부 지원은

⁹⁰ 국회예산정책처, 2017, 대한민국 재정 2017

필수적인 응급의료서비스 유지에 불충분한 수준이었다고 평가했다. 기존에 투입된 지원은 전문의 당직비 등으로 소모되어 지속 가능한 응급의료체계를 만들 수 없는 규모였다는 것이다. 정책 전문가들은 정부가 자원을 지속 투입했음에도 불구하고 응급의료기체 기능을 하지 못하고 있는 것은 병원과 의사들의 도덕적 해이 때문이라고 평가했다. 정부는 병원의 요구에 따라 응급의료기금을 지속 확대하고 당직 의사들에게 직접 수당을 지급하는 등 자원을 투입했으나, 의사들은 계속 지원이 부족하다고 말한다는 것이다.

전문가들은 모두 응급의료에 지속적으로 정부자원이 투입되었다는 데 동의했다. 그러나 투입된 자원의 양과 자원이 사용된 방식이 실제적으로 응급의료 발전을 이룰 수 있는 수준이었는지에 대해서는 전문가들 사이에 의견이 달랐다. 이는 정책과정 내 지속되는 정부와 의료진 사이 갈등의 주요 원인이 되었다.

2. 응급의료 수혜자인 국민의 이익 반영 부족

한국의 의료체계에 포함되는 언어들이 대부분 공급자 중심이라서 의료전달체계 하면 환자를 어떻게 전달할 것인가, 1-2-3차로 어떻게 전달할 것인가하는 문제인데, 환자들 입장에서 보면 어떻게 내가 내 병을 치료하는 과정에서 이곳 저곳을 옮겨가야 되는 것의 문제이기 때문에 전달이라는 개념이 굉장히 수동적으로 다가와서, 사실은 좋은 표현은 아니다 이런 뜻입니다. - 시민사회 전문가, CA

응급의료 개선정책을 위한 문제 분석과 정의 단계에서 응급의료 수혜자인 국민의 관점이 부족했다는 점이 지적되었다. 국민은 대의 민주주의 사회에서 기본적인 정책행위자이자 응급의료서비스를 이용하는 주체이다. 정책은 최종적으로 국민의 이익을 증진하기

위한 것이다. 그러나 응급의료 전달체계에 대한 논의는 처음부터 정부와 의사 등 공급자 중심으로 진행되었다. 의료'전달'체계라는 용어도 다분히 공급자 중심의 시각이 반영된 것이다. 환자의 입장에서는 의료를 이용하는 것으로, 의료전달체계라는 용어 대신 '의료이용체계', 의료전달체계 개편 대신 '의료이용합리화'라는 용어를 사용하자는 흐름도 있으나 아직 일반적으로 사용되는 용어는 아니다.⁹¹ 공식적 행위자인 정부와 비공식적 행위자인 의사집단의 정책문제 인식 차이가 큰 상황에서, 상대적으로 정보 접근이 어렵고 전문지식이 부족한 국민들은 문제 정의 단계에서 실질적으로 배제되었다. 메르스 유행 이전과 이후에 이루어진 의료전달체계 개선을 위한 정책과정의 각종 위원회와 토론회에 시민대표가 참석했지만 전문가들은 형식적인 과정이었다고 평가했다. 여러 전문가들은 모두 자신의 주장이 국민의 이익을 증진하는 것이라고 주장했다. 그러나 실제로 국민의 응급의료서비스 만족도를 향상시킬 수 있는 정책대안은 부재했다. 정책문제 분석과 정의 과정에서 국민들이 소외됨에 따라, 정책대안 개발에도 국민의 관점이 반영되지 못했고, 국민 대상으로 집행된 본인부담률 차등부과 정책은 정책효과를 거두지 못했다.

(나) 정책대안 탐색과 비교 평가

1. 정책대안의 문제해결에의 인과성 부족

환자의 스펙트럼이 다르다는 거예요. 그 유형이 다 다르다는거죠. 똑같이 오버크라우딩(overcrowding)이 되더라도 의정부 성모병원처럼 물리적으로 지역의 응급환자를 떠 받치는 capacity(역량)가 적어서

⁹¹ 메디칼타임즈, 2019, '의료이용합리화'로 이름 바꾼 전달체계 개편, 의협 안은? <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1124028>

오버크라우딩이 되는 병원, 이런 병원의 해결책은 아무리 봐도 방법이 없어요. 그냥 옆에 병원을 그런거 하나 짓는 거밖에 방법이 없어요. 근데 이를테면 지방 전남대, 전북대, 경북대, 부산대, 여기는 환자가 적어요. 환자가 많지 않아요. 그거는 뒤에 있는 중환자실이나 병실을 응급환자를 위해서 좀 내주면 되는 문제예요. - 응급의료 정책 전문가, PA

정책대안 탐색 과정에서 문제의 원인 분석을 기반으로 한 인과성 있는 정책대안 탐색이 부족하였다. 복잡한 응급의료 영역의 문제를 해결하기 위해서는 다양한 정책수단을 조합한 효과적인 정책대안이 필요하다. 정책대안 탐색 과정에서 다양한 정책대안이 충분히 검토되지 않은 결과, 문제 해결에 인과성 없는 정책대안이 결정되었고, 정책 집행 후에도 문제가 해결되지 않았다.

- 지역마다 다른 문제의 원인 고려 부족

응답법⁹² 같은 경우는 그때 대학병원만 적용되는게 아니었으니깐 센터급 적용인데 서울에 있는 센터급은 전부다 대학병원이잖아요. A시의 센터는 G병원 이런 2차 병원들도 센터고 다른 지역 가면 다 그럴거고. 그런데 법은 서울법 하고 A시법이 따로 있지 않으니깐. 그런데 그걸 강화하면 센터를 다 없애버리자는 말하고 비슷하거든요. - 권역센터 의사, EF

지역 차가 분명히 있는데 그걸 개선을 못한 것 같아요. 지역마다 다 다르잖아요 상황이. 상황이 지역마다 다 다른 것을 같은 법을 가지고 다 똑같이 적용한다고 절대 되지 않는다고요. 그 지역마다 특성이 있고 지역마다 성향이 전혀 다르고 거기서 똑같은 법으로 하고 잣대를 들이댄다고 해서 되는게 아닌데. - 지역센터 의사, EG

응급실 과밀화와 응급의료기관 응급진료 역량 부족의 문제는 지역에 따라 문제의 원인이 다르다. 서울을 포함한 수도권은 의료자원이 풍부한 상태에서 쏠림현상이 있고, 이외 지방은 의료자원 자체가 부족한 곳이 많다. 그런데 정책대안은 지역적

⁹² 응급실 전문의 당직을 의무화하는 응급의료에 관한 법률 제32조(비상진료체계)

특성에 대한 고려 없이 단일하게 개발되었다. 병원마다, 지역마다 다른 문제의 원인에 대한 깊이 있는 이해없이 서울 수도권 지역을 기준으로 하여 개발된 정책대안은 수도권 이외 지방에서는 목표한 정책결과를 달성하지 못했다.

- 점점 더 어려워지는 응급환자 진료환경에 대한 고려 부족

메르스와 상관없이 지금 몇 년 사이에 연명의료법도 마찬가지고 신해철법도 마찬가지고 그런 법 때문에 중증환자를 다 거부할 해요. 중환자를 거부해요. 봐서 이익될 게 하나도 없으니깐. - 지역센터 의사, EG

응급실의 중환자 진료 역량을 강화하기 위해서는 다면적인 접근이 필요하다. 적절한 인력과 장비로 응급실에서 초기 처치를 수행하고, 전문과에 의뢰하여 최종 치료를 제공한 후, 중환자 전용병상에 입원하기까지의 과정이 모두 성공적으로 이루어져야 한다. 고령화사회가 진행되면서 중환자 진료 수요는 점점 늘어나고 있으나 의사들이 인지하는 중환자 진료 환경은 점점 열악해지고 있다. 이런 상황에서 권역센터 중환자 진료역량 강화를 위해 추진된 정책은 양과 질 면에서 모두 부족했다고 평가되었다. 권역센터 수가를 개정하고 중환자에게 병상을 우선적으로 배정하도록 유도했지만, 의사들은 중환자 진료의 어려움과 인지하는 위험성에 비해 보상이 적다고 느꼈다. 의료 소송이 증가하는 사회적 환경 변화 속에서 중환자 진료는 의사들에게 위험한 일로 인식되고 있는데, 이를 보상할 수 있는 정책대안은 개발되지 않았다.

앞으로 어쩔거냐. 앞으로 더 나아질거냐. 더 안 좋아질 거 같은거죠. 고령화 되어 있지, 병을 엄청 가지고 있지, 그러면 한 환자 보는 데 더 많은 의사가 있어야 되지 더 많은 간호사 있어야 되지, 그런데 의사는

갈수록 더 세분화되어 있지 정형외과도 무릎 아니면 못 보지 그리고 또 전공의 근로 시간 줄어, 근로기준법 바뀌었어, 젊은 의사들 웰빙하려고 그래, 요즘 엄청 소송당하고 있어서 응급실에 안 내려오려고 그래, 이거 위협이 크다 이렇게 생각하고 있는거죠. - 응급의료 정책 전문가, PA

의료의 세부분과가 많아지는 상황 역시 응급환자 진료에 점점 더 어려워지는 이유이다. 진료과에서도 세부분과가 나누어지며 의사들은 자신의 전문분야만 진료하려고 한다. 2016년 2월 교통사고로 중증외상을 입은 소아가 권역외상센터로 지정되어 있는 병원에 방문하였으나, 최종 치료를 받지 못하고 전원되어 결국 사망하는 사건이 있었다.⁹³ 환자의 전원사유는 해당병원 소아전문 정형외과의 부재였다. 내과에서도 위장관 출혈 환자 내시경은 소화기내과 전문의가 시행하고, 심근경색 환자 응급 재관류술은 순환기내과 전문의가 시행하는 등 과별 당직의를 두어도 해당 파트 전문이 아니면 치료를 제공하기 어려운 경우가 있다. 모든 세부분과 전문의를 응급실 당직의로 두기는 어려우므로 단순히 당직 전문의의 숫자에 따른 당직비 지급이 아닌 세부분과의 업무분장 문제에 대한 정교한 대책이 필요하나 이에 대한 정책대안은 부재했다.

- 의료자원이 부족한 상황에서 변화 추진

응급의료 인력 부족, 역량 있는 중소병원(지역센터, 지역기관)의 부족, 중환자 진료자원의 부족이 응급의료 전달체계 문제의 원인 중 하나로 지적되었다. 그러나 정책대안 탐색 과정에서 부족한 응급의료 자원에 대한 대책이 부족했다고 평가되었다.

⁹³ 한겨레, 2016, 전원거부로 아이 사망 전북대, 전남대병원 권역센터 지정 취소, <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/766609.html>

지역에서 응급환자는 계속 늘고 있고, 2차 병원의 capacity(역량)는 주는 것 같으니까, 모든 3차병원 환자들의 N수는 늘어날 것 같다. 그런데 의료진의 숫자는 대동소이하고, 환자는 계속 늘어나고 요양병원도 늘어나고. - 지역센터 의사, EJ

응급의료에 대한 수요는 지속 증가하고 있다. 응급실 이용자는 2013년 1,019만명에서 지속 증가하여 2016년 1,075만명으로 가장 많았고, 2018년에는 1,061만명이 응급실을 이용하였다.⁹⁴ 고령 사회에서 만성질환을 지닌 사람과 요양원, 요양병원에 입원해 있는 환자들이 늘어나고, 의료자원을 많이 소모하는 환자가 증가하고 있다. 2015년 권역센터가 20곳에서 41곳으로 확대된 이후 응급의료 시설자원 자체는 크게 변동 없는 상태에서 응급의료 수요는 지속적으로 증가하고 있으므로 수요 대비 응급의료 자원은 점점 더 부족해지고 있는 셈이다. 권역센터 기준 개정으로 권역센터 인력은 증가하였으나 권역센터보다 자원이 부족한 지역센터와 지역기관에 대해서는 정책대안이 부재했다.

- 지역단위 정책대안 탐색 부족

심근경색 환자가 돌아다니고 마지막에 가는 거는 어느 병원이 나를 봐줄 수 있는지를 모르기 때문에 그런 거예요. 우리는 이론적으로는 모든 환자가 한 번의 전원으로 최종치료를 받고 응급환자를 졸업할 수 있어야 되는데 지금 그게 아니라는 게 문제죠. 준비를 할 때는 뒤에서부터 준비를 해야 되요. 병원부터 준비를 하고, 그 다음에 그걸로 어느 병원으로 보낼지 정해놓고 그걸로 이송체계를 정비하고, 그리고 그걸 국민들한테 홍보하고 이렇게 해야되는 거죠. 근데 지금은 맨 마지막 단계, 최종치료를 어떻게 할 건지에 대해서 명확하게 정해진 룰이 없어요. - 응급의료 정책 전문가, PA

응급환자는 병원 방문 전에 자신의 질환과 중증도를 정확하게

⁹⁴ 2018년 응급의료 통계연보, 중앙응급의료센터

판단하기 어렵기 때문에 한번에 적절한 수준의 병원을 방문하는(또는 이송되는) 것이 어렵다. 응급의료 전달체계의 목적은 한 번의 전원으로 최종치료를 받도록 하는 것이다. 처음 방문한 응급실에서 초기 평가를 하고 중증도에 맞는 병원으로 전원하는 것이 바람직한 응급의료 전달체계이다. 또한 적정 시간 내 치료 제공이 중요한 응급질환의 특성상 그 체계는 지역 내에서 완결성 있게 운영될 수 있어야 한다.

환자들 입장에서는 왜 내가 그 불편을 감수해야 되는가라고 생각할 거고. 그런 거에서 결국 장벽이 되는 것이, 비용이라는 장벽이 생기면 돈 있는 놈은 좋은 진료받고 돈 없는 놈은 나쁜 진료받냐 이렇게 또 생각거라서. 비용 장벽을 세우기도 어렵고. 나는 결국은 의뢰를 하는 의사들이, 환자들과 첫번째 만나는 의사가 추천하는 데는 다 이유가 있다 라는 생각을 가질 수 있게 각 1, 2, 3차 의료기관 간에 서로를 추천할 수 있는 그런게 생기면 자연스럽게 의료 전달체계는 확립된다고 생각하고요. 비용 장벽을 세워도 갈등이 생길거고 어떻게 해도 갈등이 생길거거든요. 서로 1차에서 2차로, 2차에서 3차로 의뢰할 수 있도록 하는 그런 모티베이션을 어떻게 줄 것인가. - 병원 경영진, MB

일개 병원이 아닌 지역의 응급의료 역량을 강화하려면 지역 내 병원들이 협력관계를 구축하는 것이 필수적이다. 그러나 정책대안 탐색 과정에서 적정 전원까지 고려된 지역단위 정책대안은 탐색되지 않았다. 권역센터의 최종치료 제공 역할을 강조하며 정책대안은 모두 병원 단위로 추진되었고, 지역 단위에서 각 병원의 기능을 고려한 병원간 전원체계는 구축되지 않았다.

3. 정책의 결과 예측 부재

내가 생각하는 키워드는 전달체계 개편안은 제도에 올랐는데 아직 학회의 동의 수준은 굉장히 낮고. 그리고 어떤 식으로 디자인 설계를 해서 주느냐에 따라 굉장히 많은 평지풍파가 생길 수 있기 때문에. 예산에서 들어갈 부분, 정책에서 설계할 부분, 수가로 이끌어낼 부분, 구조적인

하드웨어에서 재편할 부분, 서비스 프로바이더(service provider) 양성할 부분. 중환자실만 많이 만들면 뭘해. 당직자 없어서 텅텅 비어 있는데 전공의도 당직 못 세우고. 중환자실 만들어서 뭘하냐고. 사람들 자꾸 권역센터만 늘리면 된다고 하는데. 그래서 어쩐라고. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PI

정책대안 탐색과 비교평가 단계에서 개별 정책수단이 시행되었을 때 어떤 결과가 발생할지에 대한 결과 예측이 부재하였다. 응급의료 전달체계의 문제는 하나의 정책수단으로 해결할 수 없는 문제이다. 복잡한 문제의 해결을 위해서는 정책수단들의 결과를 예측하여 풍선효과가 발생하지 않도록 정책을 조정해나가는 과정이 필요하다. 이러한 과정이 부재함에 따라 정책집행 단계에서 부작용이 발생했고, 이는 정책목표 달성 실패로 이어졌다.

(다) 최선의 정책대안 선택

1. 환자 대상 정책수단의 제한

적절한 정책수단을 찾기가 굉장히 어렵죠. 그러니까 뭔가, 어떤 대상, 어떤 행위 주체의 변화를 주기 위해서는 당근을 주거나 채찍을 쥐야 하는데. 그러니까 규제를 하거나 인센티브를 쥐야 하는데. 의료기관에 대해서는 인센티브와 규제 수단이 있죠. 그런데 환자에 대해서 그나마 규제라면 본인부담금이고, 또 다른 규제라면 본인이 기다릴 수밖에 없는 불편감을 느낀다 이런 부분인데. 인센티브나 규제를 통해서 병원은 바로바로 움직이지만. 국민을 대상으로, 환자를 대상으로 할 때는 상당한 시간과 노력, 교육과 홍보가 필요한데 그 부분은 단기간에 이루어지기란 쉽지 않은 것 같아요. - 중앙정부 정책전문가, PD

응급의료 정책과정에서 정책대안을 결정하는 공식참여자는 정부이다. 보건복지부가 보건의료정책을 개발하고 집행하며, 단일보험자에 의한 전국민 의료보험이 적용된 나라에서 보건복지부 산하 준정부기관인 국민건강보험공단이 모든 의료기관을 관리한다. 다섯 가지 조종손잡이 중 정부가 응급의료체계 개선을 위해 주로

사용하는 정책수단은 제정과 규제이다. 정부는 응급의료기관 평가와 수가조정으로 병원의 행태 변화를 유도하였다.

정부가 병원에 대해 사용하는 정책수단에 비해 국민을 대상으로 사용할 수 있는 정책수단은 제한적이다. 국민에게 사용할 수 있는 대표적인 정책수단은 지불방식이다. 정부는 본인부담률 조정을 통해 국민들의 의료이용 조절을 시도하였다. 그러나 비용으로 의료 접근성을 조절한다는 것에 대한 사회적 거부감이 커, 실질적으로 국민의 행태를 변화시킬 수 있을 만큼의 비용부담은 만들기 어려웠다. 국민에게 사용할 수 있는 또다른 정책수단인 사회 캠페인 등을 통한 행동(문화) 변화는 단기간에 변화를 만들기 어려운 수단이다.

메르스 유행 이후 정책과정에서 정부는 국민 대상의 변화 정책을 개발하는 대신 상대적으로 사용하기 쉬운 정책수단인 평가와 수가를 사용하여 병원의 행태변화를 유도하였다. 그러나 환자-의사의 상호작용인 전달체계 문제에서 한 쪽만을 대상으로 한 정책대안은 원하는 효과를 거두기 어려웠다.

2. 최선의 정책대안 부재

그게 뭐가 있으면 했겠죠. 아이디어가 없고. 정책수단이 없다는 건 결국 아이디어나 방법이 있었으면 저희도 만들었겠죠. 결국 저희도 계속 고민하고 있는 부분이고. 그럼 그걸 어떻게 해야 하나. 그거에 대해서는 아무도 명확하게 뭐가 없잖아요. 그게 서로 다 고민인거죠. 문제가 아니라고 생각하는 사람은 아무도 없으니까 그게 다 맞는데. 그럼 어떻게? How? 이게 쉽지가 않은거죠. 알면 다 했겠죠. 그런데 그걸 모르니까. - 중앙정부 정책전문가, PC

갈등 많은 정책문제 분석과 정의, 제한된 정책대안 탐색과 비교평가의 결과, 최선의 정책대안을 찾기 어려웠다. 사회문제가

최종적으로 정책의제로 설정되기 위해서는 정당성, 실행가능성, 공적인 지지의 세 가지 조건이 필요하다.(47) 전달체계 문제는 정책의제로서 정당성은 있었으나, 실행 가능성과 지지가 부족한 의제였다. 사회 전체의 수도권 쏠림현상과 전체 의료의 대형병원 쏠림현상이 맞물려 있는 상황에서 정부 전문가는 전달체계 문제를 “해결방법이 없는 문제”라고 생각했다. 전달체계 문제가 정책의제 설정과정에서 위장의제로 설정되며, 정책분석에서도 최선의 정책대안을 찾을 수 없었다. 정부 전문가는 정부가 응급의료 전달체계의 문제를 해결할 수 있는 정책수단과 정책대안을 가지고 있지 않다고 주장했다.

다. 정책결정

정책결정 과정에서 제기된 응급의료 전달체계 정책과정의 문제는 이하 표와 같다.

표 46 응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책결정

상위범주	범주	내용
정책결정	1. 정책결정을 위한 토론과 합의 부족	1. 갈등이 많은 정책 구조 2. 비공식적 참여자인 의사집단의 형식적 참여 3. 응급의료 관련 전문학회의 이중적 역할: 전문가와 이익집단의 역할 동시 수행
	2. 점증주의적 의사결정	1. 점증주의 - 기존 정책의 지속 추진
	3. 쓰레기통 모형의 의사결정	1. 쓰레기통 모형: 정책대안 - 문제 정의

(가) 정책결정을 위한 토론과 합의 부족

1. 갈등이 많은 정책 구조

응급의료 정책과정의 주요 행위자인 정부와 의사(병원) 사이에 갈등이 존재하였다. 정부와 의사는 응급의료 문제가 발생하게 된 원인이 서로에게 있다고 생각하고, 정책과정에서 갈등을 해소하려고 노력하기보다 서로를 회피하고 비난하는 모습을 보였다. 그 결과 의사들은 정부 정책이 책상머리 정책이라고 비난하고, 정부는 의사들을 사익(private interest)을 추구하는 이익집단이라고 비난하며 의료현장의 전문가로서 의견을 존중하지 않는 모습을 보이기도 했다. 서로가 서로에게 책임을 전가하는 갈등 상황에서 행위자의 노력만으로 해결할 수 있는 복잡한 문제에 대해 실효성 있는 정책이 결정되기는 어려웠다.

2. 의료현장의 전문가인 의사들의 형식적 정책과정 참여

정책이라고 하는 건 옳고 그른게 있는 게 아니고 서로 다른 이해관계를 가지고 있는 stakeholder들이 만나서 negotiation을 통해서 사회적인 합의를 이루는 과정이라는 것을 모르는 거예요. 그 말이 무슨 뜻인지를 모르는 거예요. 의사들은. 내가 말하는 게 옳아, 내 관점이 옳아라는 생각을 가지고 있으니 정책을 못 하는 거지. 상대방이 설득이 안 돼. 그러니까 나는 내가 맞아, 내 이해관계와 내 입장에서 얘기를 해. 그런데 다른 사람의 입장이 있어. 다른 정책의 상대방이. 그 사람의 입장을 고려하거나 그 사람의 이해관계를 중요시하지 않아. 그래서 위원회에서 얘길 하면 아무 반응이 없는거죠. 다른 사람 설득을 못 시키니까. 꼭 그러니까 autism (자폐증) 환자들이 얘기하는 거랑 비슷해. 내가 보기에 위원회 오면 의사들이 거의 autism 환자야. 지 얘기만 해. 남의 입장에서 생각을 못해. 그러니까 autism이 가지고 있는 문제는 뭐냐면 mood의 infectivity가 없는 거잖아요. 꼭 그런거야. 다른 사람이 듣지를 않아. 그냥.

- 응급의료 정책전문가, PF

일부 정책 전문가들은 의사들이 정책과정에 형식적으로 참여하며 정책대안에 반대하기만 했다고 말했다. 의사들은 응급의료 정책의

정책대상자이자 의료 현장의 전문가이다. 전문성이 중요한 보건의료 영역에서 바람직한 정책결정을 위해서는 의료 현장을 잘 아는 의사들의 참여가 중요하다. 정책 전문가들은 의사들이 정책 분석과 결정 과정에 불성실하게 참여하고, 나중에는 현장의 목소리가 반영되지 않은 정책이라고 말하며 정책집행에 순응하지 않았다고 지적했다.

3. 응급의료 관련 전문학회의 이중적 역할 - 전문가와 이익집단의 역할 동시 수행

응급의료 관련 전문학회(이하 학회)는 응급의료 정책과정의 주요한 비공식적 참여자이다. 전문가들은 정책과정에서 학회의 역할을 서로 다르게 평가했다.

지극히 자기 중심적이고 지극히 이기적이야. 그러니까 정책의 대안을 제시하지도 못하고. 선제적으로 문제가 있을 때 그 문제를 해결하기 위해서 우리가 뭘 해야 되고 그걸 구체적인 정책의 형태로 만들어내는 능력도 없고 그런 생각도 별로 없어. 그저 예를 들면 심하게 얘기하면 응급의학과 전문의의 법적 정원을 늘려서 일자리를 많이 만들고 응급의료 수가를 올리고 그런 데 관심이 있지. 학회가 전문가들이, 단순화해서 얘기하면, 그런데 훨씬 더 관심이 있는 거지. 그러니까 학회가 정책을 내놓은 적이 있어요? 학회가 학회의 이름으로 컨센서스를 모아서 대한민국의 응급의료체계가 이렇게 가야 한다. 그러니까 전문가의 윤리, 사회적 책임, 정책역량이 다 부족한 거지. - 응급의료 정책전문가, PF

본인이 학자 대표로 불러 왔더니 병원 대표로 나온 사람도 있고, 전문가가 이익집단하고 전문가 집단하고 구분이 안되는 영역이다 보니까. 법관 같으면 변호사들 따로 있고 법대 교수가 따로 있지만 우리는 환자 보는 의사가 다 의대 교수들이잖아요. 그니깐 교수가 나가서 환자를 보고 돈을 벌고 있기 때문에 자기 입장에서 벗어날 수가 없는 거죠. 그런데 왜곡을 시키는 거죠. 나라 전체에 대한 책임을 지지 않아요. 국민한테 뭐가 더 좋겠다에 대해서 고민하지 않아요. 이 변화가 나한테 미칠 영향이 뭐가. 그게 안 좋으면 국민의 이름을 빌려 반대를 하는거죠. - 응급의료 정책전문가, PA

정책 전문가들은 학회가 임상 현장의 전문가로서의 역할은 수행하지 않고 이익집단으로서 파벌집단(sectional group)의 역할만을 수행했다고 지적했다. 의사들의 대표로 정책과정에 참여한 학회가 정책과정에서 응급의료의 발전을 목적으로 하지 않고, 의사 또는 특정 병원의 권익을 추구한 결과, 지속적인 정부 지원에도 불구하고 응급의료 발전이 못했다는 것이다. 그 결과 정부는 더 이상 학회를 정책 파트너로 생각하지 않게 되었고, 의사들이 정부 정책이 현장의 목소리를 반영하지 않는다고 느끼는 것은 자업자득이라는 지적이었다.

우리 학회가 대한의학회와 대한의사협회가 있잖아요. 이익단체로서의 응급의학의사회와 전문적인 견해와 학술적인 견해를 갖는 의학회 산하 학술단체가 합쳐서 있어서 그런 거예요. 그러니까 그 토론회에 의사협회의 기능성을 강조하시는 분이 나가면, 방금 얘기한대로 병원의 이해당사자의 일원으로서 당연히 직능의 이익을 달성하기 위해서 정책에 개입을 하는 거죠. 이사장도 오늘은 지킬박사였다가 내일은 떠남이 되거든. 오늘은 갑자기 공공의료를 강조하는 학술단체의 의장처럼 있다가 다음날은 갑자기 대한응급의학회 회원들의 이익을 강조하고 어떻게 돈을 더 받고 어떻게 인력을 더 뽑을지 얘기하게 되거든. 그러니까 두 가지 역할이 조직의 역할이 다르기 때문에 학회가 그랬다고 일반화하기보다는. 정부가, 정책을 하는 사람들이 학회가 갖는 그런 이중적 특성, 우리나라 대부분의 학회가 갖는 그 특성을 이해해서 정책적 의사결정의 틀을 만들어야 되는데. 그렇게 생각을 안 하고 있는거죠. 저는 그렇게 많이 느꼈어요. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PI

이에 대해 의료진 전문가는 임상 의사들의 학회가 의료 전문가의 역할과 이익집단의 역할을 동시에 수행하는 것은 당연한데 정책 전문가가 이를 이해하지 못하고 있다고 주장했다. 학회라는 집단 자체가 회칙상 학술활동과 회원들의 권익 옹호 역할을 동시에

수행하는 모임으로 두 가지 역할을 동시에 지니고 있다.⁹⁵ 대표적인 응급의료 관련 전문학회인 대한응급의학회의 회칙은 다음과 같다.

글상자 2 대한응급의학회 회칙

대한응급의학회 회칙
<p>제 3조 (목적)</p> <p>본회는 응급의학에 관한 연구 및 지식을 교환하고, 회원 상호간의 친목, 권익 옹호 및 응급의료 발전에 기여함을 목적으로 아래의 사업을 시행한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 학술발표회 및 강연회 등 학술활동 2. 학회지 및 기타 학술도서 발행 3. 응급의학에 관한 국내의 정보교환 및 지식교류 4. 회원의 연구 활동 장려 및 지원과 장학사업 5. 관련학회나 협회와의 제휴 및 협력 6. 응급의학의 발전과 관련되는 의료제도의 연구 및 정책개발사업 7. 응급의학 전공의 수련과정 및 전문의 자격인정에 관한 사항 8. 회원 상호간의 친목과 권익 옹호를 위한 제반 사업 9. 기타 응급의학회 및 응급의료 발전을 위해 필요한 사업

학회가 전문가로서 가지는 식견은 소속된 병원에서 수행하는 업무에서 취득하는 것이다. 권익 옹호 단체로서 회원들의 이익을 추구하는 학회가 병원과 회원들의 이익을 추구하는 것은 학회 본연의 기능 중 하나이다. 그러므로 이를 인정하고 정책과정에 참여시켜야 한다는 것이다. 정책과정에서 서로 다른 정책행위자들의 의견을 조율하여 정책을 결정하는 것은 정부의 역할이다. 그러나 정부는 주요 정책행위자인 학회의 성격을 이해하지 못하고 정책과정에서 학회를 비난함으로써 갈등을 증폭했다는 지적이 있었다.

⁹⁵ 대한응급의학회 홈페이지, <http://www.emergency.or.kr>

(나) 점증주의적 의사결정

1. 점증주의 - 기존 정책의 지속 추진

정부는 자기 숙제를 다 한거야. 원인을 근본적으로 다 해결한 것은 아니지만 정치적으로 *politically correct*한 조치를 했어. 원래 가지고 있던 숙제를 다 한거야. 정부는 제 역할을 한거야. - 응급의료 정책전문가, PF

정부가 메르스 유행 이후 응급의료 전달체계 개선정책으로 추진한 응급실 재실시간 관리와 권역센터 수가개선은 메르스 이전부터 추진하던 정책이다. 정부는 메르스 유행 이후 메르스를 기존에 추진하던 정책의 추진 근거로 삼았다. 정책결정 과정에서 문제원인에 기반하여 정책대안을 개발하지 않고, 기존에 추진하던 정책에 메르스 개선정책의 이름을 붙인 것이다. 점증주의적 의사결정은 사회변동의 정도가 낮은 사회에서 정책목표와 수단에 대한 이해 정도가 낮을 때 흔히 나타나는 정책결정 방식으로, 소폭의 변화를 추진하는 방식이다.(12) 응급의료 전달체계의 문제는 지엽적 방식(branch method)으로는 해결할 수 없는 문제였다. 점증적으로 결정된 정책은 집행 후에도 사회 문제를 해결하지 못했다.

(다) 쓰레기통 모형의 의사결정

1. 쓰레기통 모형: 정책대안 - 문제 정의 순서의 의사결정

다양한 참여자들의 갈등구조 속에서 정책은 불합리하게 결정되었다. 불합리적인 의사결정의 특징을 강조하는 ‘쓰레기통 모형(garbage can model)’의 의사결정은 다음 세 가지 전제조건 하에서 이루어진다.(48) 첫번째, 문제성 있는 선호(problematic

preferences)로 응급의료 정책결정에 참여하는 사람들 사이에 응급의료의 가치와 바람직한 의료전달체계에 대한 합의가 없었다. 두번째, 불명확한 기술(unclear technology)의 문제로 불명확한 전달체계 개선의 목표 하에서 사용할 수 있는 최선의 수단이 불명확했다. 세번째, 수시적 참여자(part-time participants)로 갈등 구조 속에서 정부는 주요한 비공식적 참여자인 응급의료 관련 전문학회와 지속적인 협력관계를 구축하지 않고, 형식적인 의견 수렴과정을 거쳤다. 의사들은 형식적으로 이루어지는 정책과정에 불성실하게 참여하였다. 그 결과 정책은 불합리하게 결정되었고, 정부는 기존에 추진하던 정책에 응급의료 전달체계 개선정책이라는 이름을 붙여 추진하였다.

라. 정책집행

정책수단을 실현하여 정책목표를 달성하는 집행과정이 성공적으로 진행되지 않았다. 정책집행 성공의 주요 요인인 정책의 성격, 정책결정자 및 정책관련집단의 지지, 정책 유형 모두에서 문제가 발견되었다.

표 47 응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책집행

상위 범주	범주	내용
정책 집행	1. 정책의 특성	1. 갈등이 많은 정책결정과정 - 모호한 정책목표와 불분명한 정책내용
		2. 정책대안 탐색 부족 - 의료인력 부족에 대한 대책 부재 - 지역간 변이 고려 부재 - 의료이용량이 많은 의료체계의 한계

	<p>3. 정책목표와 정책수단 간 인과성 부족</p> <ul style="list-style-type: none"> - 쏠림현상 개선없이 재실시간 단축 추진 - 지역센터/지역기관 의료서비스의 질 향상 없이 권역센터 경증환자 방문 감소 시도 - 중환자 진료자원 부족 상태에서 중환자 진료 역량강화 시도 - 변화를 만들 수 없는 규모의 유인 - 전달체계 개선의 유인이 없는 수가체계
2. 정책유형	<p>1. 민간병원 공공서비스 질 향상의 어려움</p> <p>2. 수익성 유인만 작용하는 민간병원</p> <p>3. 지나치게 경쟁적인 의료체계</p>
3. 너무 많은 정책 참여자 - 모두 거부점으로 작용	<p>1. 의사들의 의견 차이</p> <ul style="list-style-type: none"> - 모호한 정책 행위자인 의사집단 - 의사 하위집단 사이 의견 차이: 응급실 의료진과 배후진료과 의료진의 의견 차이 <p>2. 응급환자 진료의 우선순위가 낮은 병원 문화</p>
4. 정책대상집단의 행태 - 불순응	<p>1. 정책의 소망성 - 정책대상자가 동의하지 않는 정책대안</p> <p>2. 정책의 명료성 - 인과관계가 부족한 정책대안</p> <p>3. 정책집행자의 태도와 신뢰성 - 의사들의 정부에 대한 불신</p> <p>4. 순응주체의 순응의욕 부족</p> <ul style="list-style-type: none"> - 도덕적 설득의 부재 - 행태 변화에 부족한 유인 - 유인에만 반응하는 민간의료기관 <p>5. 순응주체의 능력 부족</p>
5. 정책집행기관의 성격과 역량	<p>1. 정책집행기관의 성격</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정책선도자의 부재 - 정부의 정책문제 해결의지 부족 <p>2. 정책대상자보다 전문성이 낮은 정부관료</p> <ul style="list-style-type: none"> - 응급환자 진료 기능을 제대로 평가하지 못하는 응급의료기관 평가

		- 중소병원 기능을 제대로 평가하지 못하는 병원 평가
--	--	-------------------------------

(가) 정책의 특성

1. 갈등이 많은 정책결정과정 - 모호한 정책목표와 불분명한 정책내용

응급의료 전달체계의 정책결정은 정책 전문가와 의료진 전문가 사이의 갈등구조 속에서 이루어졌다. 정책결정 과정의 갈등은 모호한 정책목표와 불충분한 정책대안 탐색으로 이어져 정책 집행이 실패하기 쉽다. 전달체계 개선 정책은 주요 정책행위자간 갈등 속에서 명확성(clarity)과 일관성(consistency)이 부족한 정책목표와 정책내용이 설정되었다.

- 모호한 정책목표

정책행위자간 갈등 속에서 설정된 정책목표는 “정책을 통하여 이룩하고자 하는 바람직한 상태” (desirable state)를 정확히 반영하지 못했다.(12) 메르스 유행 이후 응급의료 개선정책의 목표는 응급실에서 메르스와 같은 신종감염병이 전파되지 않도록 하는 것이었다. 응급의료 전달체계 개선정책의 목표는 응급의료기관의 진료역량 강화와 응급실 과밀화 완화로 설정되었고, 응급실 과밀화 완화를 위한 규제가 수가와 연동되어 추진되었다. 정부는 응급실 과밀화 자체보다 과밀화된 응급실에서 감염병이 전파되는 것을 문제로 파악하여 응급실 환자의 재실시간 단축을 정책 목표로 설정하였다. 응급실 과밀화는 환자가 물리는 대형병원이나 병원에서 응급환자 진료를 우선순위에 두지 않을 때 발생한다. 응급실 과밀화의 원인에 대한 충분한 정책대안 탐색 없이

응급실 환자 재실시간 감소 자체를 바람직한 상태로 정의한 결과, 응급의료기관은 진료행태를 왜곡하여 응급실 환자 재실시간을 단축하였다. 정부는 병원에서 응급환자를 우선적으로 진료하고 입원시킬 것을 기대했으나, 병원들은 응급실 환자의 관찰시간을 줄이고 환자를 조기에 전원하는 방식으로 재실시간을 단축했다. 그래서 일부 응급실 의료진은 재실시간은 단축되었으나 응급진료의 질은 하락했다고 평가했다. 정책목표가 정책을 통하여 이룩하고자 하는 바람직한 상태를 정확하게 정의하지 못했기 때문에 정책목표가 달성되어도 실제 환자에게 제공되는 응급의료서비스는 개선되지 않았다.

- 불분명한 정책내용

정책을 하는 사람의 입장에서 정책결정자나 행정가의 입장에서. 실행 가능한 구체성이 있어야 되는거죠. 말로만 하는게 아니라. 응급의료에 투자를 좀 더 해달라, 우리가 힘들게 일한다, 이런 얘기가 아니고 정책으로 만들어서, 법이나 제도나 수가로 만들어서 어떻게 해야될지에 대한 안이 있어야지. 그리고 그 정책을 시행하는 데 필요한 자원이 있어야 되고. 그 정책을 채택하는 데 대한 사회적 합의가 있어야지. 상대방이 설득가능해야 되는 거지. - 응급의료 정책전문가, PF

갈등이 많은 정책과정은 정책내용 자체도 불분명하게 만들었다. 정책집행자는 정책목표를 달성하기 위해 구체적으로 무엇을 해야 하는지 알고, 정책대상자는 정책의 내용을 명확히 알아야 정책내용에 순응하여 정책집행이 성공적으로 이루어질 수 있다. 그러나 응급의료 전달체계의 문제를 분석하여 정책대안을 탐색하는 과정에서 정부 전문가와 의료진 전문가는 충분한 토론과 합의를 거쳐 정책내용을 결정하지 못했다. 응급실 의료진은 지속적으로 정부 지원을 통한 응급의료 자원 확충을 요구했고, 정부 전문가는

의료진의 순응을 얻기 위해 정교한 정책대안 탐색 없이 의료진의 요구를 일부 수용하는 방식으로 정책을 결정했다. 일종의 규제 포획(regulatory capture)⁹⁶ 현상이 발생한 것으로, 그렇게 이루어진 정부지원은 응급의료 개선에 적절하게 사용되지 못했다.(49) 메르스 유행 전후 개선된 권역센터 수가 그 예이다. 권역센터 수가 개선의 목표는 권역센터의 중환자 진료 역량 강화였다. 그러나 의료진 전문가는 개정된 수가가 중환자 진료 기능을 강화하기에는 부족한 수준으로, 기존의 부족했던 권역센터 수가에 대한 보상이라고 생각했다. 응급실 의료진은 해당 수가가 정책목표(중환자 진료역량 강화)를 달성하기에 부족하다고 생각했으나, 우선 지원을 받기 위해 해당 규모를 수용했다. 정부 역시 정책의 결과를 예측하지 않고 우선 개선정책을 집행하는 데 급급했다. 그 결과 권역센터 수가 개선된 후에도 의료진은 여전히 정부지원이 부족하다고 주장했고, 정책 전문가들은 수가 인상에도 불구하고 중환자 진료가 개선되지 않은 것은 응급실 의료진의 문제라고 주장했다. 갈등 구조에서 충분한 논의 없이 결정된 정책은 정책집행 과정에서도 지속적으로 갈등을 유발하고 문제를 해결하지 못했다.

2. 정책대안 탐색 부족

- 의료인력 부족에 대한 대책 부재

국가는 메르스 사태 이후에 시설도 바꾸라고 했고 감염관리도 철저히 하라고 했고 또 유행성 감염병 환자도 선별을 철저히 하라고 했고 뭔가 굉장히 많이 하도록 보완을 했어요. 그런데 그런 걸 하려면 그걸 할 수

⁹⁶ 경제학자 George Stigler가 제시한 이론으로 공공의 이익을 위해 일하는 규제 기관이 피규제기관에 의해 포획당해 피규제기관을 보호하고 피규제기관의 이익을 위해 일하는 현상

있는 사람이 더 있어야 되는 거예요. 의료진들이 뭔가 대충하고 가는 이유가 빨리 하고 다른 환자 봐야 하기 때문에 안하고 그냥 대충하고 - 권역센터 간호사, EA

이런 재실 시간을 줄이려는 노력에는 의사나 간호사의 업무량이 많이 늘어난 거예요 그만큼. 그 정도의 인력을 갖추고 그런 사람들이 그런 시간 동안 제공하고 있는 여러 가지 서비스를 우리는 작은 인력으로 이 모든 것들을 제대로 하라고 되어 있기 때문에. 또한 응급실에 있는 간호사나 의사들의 burden(부담)이 될 수 있다는 생각이 들더라고요. - 권역센터 간호사, EA

응급의료 개선정책 집행 과정에서 응급의료 인력이 부족하다는 것이 충분히 고려되지 않았다. 응급실 환자 재실시간 단축을 위해 응급실 진료 프로세스의 변화가 추진되었다. 그러나 인력이 증원되지 않은 상태에서 변화가 추진되며 기존 인력의 업무강도가 강해지는 부작용이 나타났다. 인력부족 자체가 응급의료의 문제인데 여기에 추가 업무가 더해지는 변화 정책은 지속 가능하지 않았다. 정책 전문가는 응급실 재실시간이 감소하면 응급실 인력의 업무량이 감소할 것을 기대했다. 그러나 내원환자 수가 줄지 않은 상태에서 응급실 재실시간을 감소시키는 것은 응급실 인력의 업무량을 증가시키는 효과를 유발했고, 정책대상자인 의료진의 반발을 불러일으켰다.

전공의 특별법이 시행되면서 사람이 없어요. 그러니깐 사실은 자원이 안 늘어난 게 아니고 줄고 있는 거예요. 아마 병상을 보고 있으면 티가 안나는데 인력 공급하기 워킹 아워를 쳐다본다면 줄고 있을 거예요. - 권역센터 의사, EF

응급실에 환자가 너무 적체가 되어서 빨리 올려야겠다고 간부회의때 얘기를 하면 기초실장님이나 위에 있는 교수님들은 지금 전공의 특별법 때문에 저녁에 남아 있는 전공의가 환자 100명을 커버해야 되는 상황이라. 거기다 이벤트가 생겨 3년차, 1년차가 각자 100명 이렇게 보고 있는데, 100명이 직접 보는게 아니고 콜이잖아요. 그러다가 병동에서

문제가 생기면 큰일이니깐 그러면 더 응급실에서 못 올리게 해야되는 거 아니냐 그럼 응급실에 더 뒤야하는 거 아니냐 이런 마인드예요. 사고가 날 수 있으니깐 응급실에 뒤라. 안 바뀌는 생각이예요. - 지역센터 의사, EG

인력이 부족한 상태에서 개선정책 집행이 어려운 것은 배후진료과도 마찬가지이다. 전공의법 시행에 따라 전공의 근무시간이 감소하였고, 내과 지원율이 하락하며 응급실에 방문한 내과 환자를 진료할 내과 전공의가 감소하였다.⁹⁷ 인력의 수에 업무시간을 곱한 것이 가용한 인력자원이라고 하면 응급환자를 진료할 배후진료과의 인력자원이 감소한 것이다. 인력이 부족한 상황에서는 응급환자를 빠르게 진료하기도 어렵고 병실 입원도 원활하게 진행하기 어렵다. 정부는 배후진료과 인력 부족 문제를 해결하기 위해 입원전담의(hospitalist) 제도를 도입하려 하였으나 이제까지 전공의가 해왔던 역할을 수행할 전문의를 구하는 것이 쉽지 않았다.⁹⁸ 배후진료과 인력이 부족한 상태에서 응급실 진료 프로세스 개선을 통한 응급실 재실시간 감소 정책은 성공적으로 집행되기 어려웠다.

- 지역간 변이 고려 부족

뭐 인플루엔자 같은 게 꼭 대학병원 와야 되나요. 진단을 안 해도 fever(열)있고 URI(호흡기 증상)있으면 굳이 PCR(진단검사) 할 거 없이

⁹⁷ 한겨레, 2014, '진료의 기초' 내과마저 미달... 성형외과, 피부과로 몰려, <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/669060.html>

⁹⁸ 경향신문, 2019, 입원전담 전문의 활성화로 '외과의사 절벽' 넘는다, http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?art_id=201907162125005

메디파나뉴스, 2019, 입원전담전문의 아직도 100명 이하.. "4년 전과 같은 고민", https://medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=238068&MainKind=B&NewsKind=104&vCount=20&vKind=1&Page=4&sWord=&Qstring=sWord%3D%26sDate%3D

swab(표면검사)해서 positive(양성) 나오면 타미플루 주고 5일 보면 되잖아요. Fever control(발열 조절)하면 갈거고, 대증치료 할건데, 그럼 로컬에서 볼 수 있는데 다 대학병원으로 와요. 그럼 2시간 기다려서 랩 하고 결과 보고 집에 가는 거죠. 근데 아까 말한 것 같은 그런 환자는 갈 데가 없어요. 열나고 influenza(+)고 그럼 갈 병원이 없어요. 그 정도도 볼 2차 병원이 없는 거예요. 갈수록 줄어드는 것 같고. - 지역센터 의사, EJ

EMS 시스템에서 예전에는 경증 환자는 작은 병원, 중증 환자는 큰 병원에 가야 되고 이런 환자는 notify(사전연락)해야 된다. 이런 것들이 있었잖아요. 지금은 다시 써야 돼요. 그게 구급차에서는 지정병원, 적정병원을 어디로 갈 것이냐. 이송을 가야 되는 병원을 어디로 정해야 될 것이냐가 아니라 받아주는 병원에 가야 된다는 거예요 트렌드가. - 지역센터 의사, EG

지역간 의료자원 격차가 큰 상황에서 전국 동일하게 집행된 정책대안은 정책대상자의 불순응을 유발했다. 수도권 대형병원 응급실의 과밀화가 분포(distribution)의 문제라면, 지방 거점병원 응급실의 과밀화는 의료자원의 부족(shortage)에 의한 문제가 크다. 의료자원이 충분한 서울과 수도권은 환자들의 대형병원 선호에 의해 대형병원 쏠림현상과 응급실 과밀화가 발생한다. 그러나 이외 지방은 응급환자를 진료할 수 있는 의료자원 자체가 부족하다. 그래서 119구급대가 환자를 이송하지 못하고 거리를 떠돌고, 응급환자 진료역량이 있는 응급실의 과밀화가 발생한다. 정부의 재실시간 관리에 대하여 서울과 수도권의 대형병원은 응급처치가 끝난 환자들을 다른 병원으로 전원시켜 재실시간을 단축하였다. 그러나 환자를 전원할 수 있는 병원 자체가 부족한 지방의 거점병원은 응급실 진료 프로세스를 개선하는 것만으로는 재실시간을 충분히 단축할 수 없었다. 지방의 의료진들은 지방의 의료자원 부족에 대한 고려 없이 전국 동일하게 재실시간 단축을 추진한 정부에 반발하였다.

근데 기준을 전부 전국 공통으로 만들잖아요. 전국 공통 기준을 만드는데 모 서울에서 통할만큼 좀 타이트하게 만들고 싶어. 인력도 좀 많이 넣도록 하고 인력 기준도 좀 상향하고 해서 좀 좋은 쪽으로 가고 싶어. 근데 그럼 전북대, 성가톨릭, 목포한국이 탈락해 버려. 그러면 그런 걸 감안하면 기준을 많이 높이질 못하잖아요. 그럼 기준은 항상 어정쩡하고 그러면 기준보다 높게 유지하는데 크게 향상 효과가 없고. 한참 낮은 데는 따라가기 힘들고 이런 뭔가 중간쯤에서 어중간한 상태만 계속 만들어 갈 수밖에 없잖아요. 국가 정책으로 간다는 건. - 권역센터 의사, EF

응급실 의료진들은 응급의료기관 종별 기준 설정에도 지역간 변이를 고려해야 한다고 지적했다. 권역센터의 수가 증가하면서 권역센터라는 동일한 구분 내에서도 병원마다 진료역량 격차가 있다. 상급종합병원부터 종합병원까지 다양한 병원으로 구성된 지역센터는 기관간 편차가 더 크다. 그러나 모든 센터가 동일한 기준에 따라 평가받고 운영되면서 기관의 역량을 극대화하기 어렵다는 의견이었다. 자원이 풍부한 서울과 수도권 대형병원의 응급실 의료진은 국가에서 더 높은 기준을 제시하여 병원 경영진이 응급실에 더 투자하도록 할 필요가 있다고 주장했다. 그러나 지방 응급실의 의료진은 응급실 기준이 너무 높아 오히려 병원 경영진이 응급실을 포기하려 한다고 주장했다. 의료진들은 현재의 전국 단일한 종별 지정기준과 평가기준은 갖춰야 할 최소한의 기준이지만, 지역간 차이가 큰 의료 현실을 고려한 정책대안이 탐색될 필요가 있다고 지적했다.

- 의료이용량이 많은 의료체계의 한계

응급실 과밀화랑 어떤 거랑 비교해서 생각해서 보냐면, 그러면 그 병원의 외래는 과밀화가 아닌가. 내지는 병실은 과밀화가 아닌가 생각해 보면. 외래도 그만큼의 과밀화인 거 같아요. 한 타임에 40-50명씩 보고

끝임없이 소위 3분 진료라는걸 하고. 더 넓혀서 생각해 보면 어쨌든 한국의 보건의료 이용 행태는 1년 평균 1인당 10번 이상, 12-13번 정도의 병의원을 만나는 행태가 건강보험 전국민 의료보험이 된 이후로 계속해서 정착이 된 상태거든요. 그래서 이걸 응급실만 안 가게 할 수 있는 문제가 아닌거 같아요. - 감염관리 전문가, IA

응급실 과밀화 문제는 응급실 이용뿐 아니라 모든 의료서비스의 이용량이 많은 우리나라 의료이용 문화와 닿아있다. 2016년 우리나라 국민 1인당 의사 외래진료 횟수는 17.0회로 OECD 평균 6.6회에 비해 2배 이상 많았다. 병원 입원 평균 재원일수도 18.1일로 OECD 평균 8.0일의 2배 이상이었다.⁹⁹

한국의 의료이용 행태가 너무 검사와 치료와 의료기관 방문이 많은 걸로 모든 걸 해결해 왔기 때문에, 그거에 역행하는 방향으로 예방과 평소의 건강관리와 주치의와 뭐 이런 식으로 방향이 바뀌는 큰 흐름이 어디서 생길까 그게 고민이죠. 지금까지는 검사도 제일 많이 하고 약도 엄청 쓰고 딱 얘기긴 하지만 가끔 드는 비용이 노동 조건하고도 관계되고요. 한국사회 전반적인 사회 분위기와 맞는 흐름이에요. 의료도, 빨리빨리 하고 빨리 해결을 해야 되고 병가가 주어지지 않고 아픈 사람은 찢리고 실직되고. 이런 것이기 때문에 한국에서 치질 수술이 되게 많잖아요. 치질수술이 5년 전까지만 해도 가장 다빈도 수술이었어요. 왜 한국은 치질을 보존적으로 쉬고 음식 조절하지 않고 수술을 할까라고 생각하면, 수술하는 게 가장 편해요. 쉬려면 내가 집에서 쉬고 bed rest (침상안정) 해야 된다고 하지만. 그게 아니라 내가 수술을 잡아서 몇 일에 직장을 못 나와요 하는 게 제일 빨라요. 그런 식의 해결 방법이 공급자와 이용자에게 같이 익숙해져 있고, 그거는 모든 전반적인 사회적 분위기와 같이 가는 거라고 생각하기 때문에 이게 그냥 바뀌기는 쉽지 않을거 같아요. - 감염관리 전문가, IA

병가를 받기 어렵고 휴식없이 질환을 빨리 치료해야 하는 사회 분위기에 낮은 진료비 수준이 결합되어 병원을 자주 방문하는 의료이용 문화가 형성되었다. 이는 박리다매로 수익성을 높이려는 의사들의 필요와도 맞아 떨어져, 전체 의료서비스의 이용량이

⁹⁹ 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2017년 기준 의료서비스 이용현황, 2018

증가하였다. 민간병원의 외래와 입원서비스는 수요 증가에 따라 확장된다. 그러나 수익성이 크지 않은 응급의료는 수요 증가에 따라 공급이 확대되지 않는다. 응급의료 이용은 증가하는데 응급의료 자원은 증가하지 않으므로 과밀화 완화 노력에도 불구하고 응급실 과밀화 문제는 현상유지되거나 악화되고 있다. 전체 의료이용 문화가 응급실 이용에도 영향을 끼치는데, 응급의료 개선정책 탐색과정에서 이러한 전체 의료체계의 한계를 극복할 수 있는 정책대안 탐색이 부족했다고 평가되었다.

3. 정책목표와 정책수단 간 인과성 부족

정책의제 설정부터 정책결정까지의 문제들로 인해 최종적으로 정책목표와 정책수단 간 인과성이 부족한 정책이 결정되었다. 인과성이 부족한 정책대안은 집행과정에서 불순응을 유발했고, 정책집행 후에도 응급의료를 개선하지 못했다.

- 쏠림현상 개선없이 재실시간 단축 추진

이 만명쯤 되는 외래환자가 우리나라 대형병원의 재생산, 먹고 사는 구조, 이윤 축적 같은 돈벌이, 생존을 위한 구조 중의 하나인 거죠. 그래서 이 구조에서는 이게 쉽게 해결될 수가 없다. 메르스로 어떻게 바꾼다고 하더라도 실제로 외래 환자 만 명이 되는 구조. 이걸로 먹고 살았었는데 이걸 당장 조질 수는 없다. 그게 그 구조 자체를 바꾸지 않는 한 응급실도 이 외래환자 만 명, 그리고 이 사람들 입원시킬 공간, 응급실이 그 일부이기 때문에 그 대형병원이 계속 존속하려면 외래환자 만명이라는 구조를 바꾸지 않으면 바꿀 수 없는데. 그건 우리나라 대형병원 망하라는 얘기랑 똑같이 때문에. - 시민사회 전문가, CB

심층면접에 참여한 응급실 의료진 대부분이 응급의료 전달체계의 핵심 문제로 대형병원 쏠림현상을 꼽았다. 그러나 응급의료 개선정책에 쏠림현상 개선을 위한 정책대안은 불충분했다.

의료전달체계 개선협의체는 최종 합의안을 도출하지 못했고, 의뢰-회송 사업은 환자 쏠림현상 개선에 큰 영향을 끼치지 못했다고 평가되었다.

우리 응급실을 비우면 비울수록 환자는 더 늘었어요. - 지역센터 의사, EE

양적연구의 국민건강보험공단 자료 분석에서 메르스가 유행한 2015년 6월과 7월에 일시적으로 응급실 방문이 감소하였으나 8월부터 환자 수가 회복되었고, 이후 응급실 방문 환자 수는 지속 증가 추세를 보였다. 2018년 정부는 전달체계 개선에 대한 대안 없이 보장성 강화 정책을 추진하였고, 대형병원 쏠림현상은 더욱 악화되었다.¹⁰⁰ 이런 상황에서 응급실 내원환자 수의 감소 없이 추진된 응급실 재실시간 단축은 진료 왜곡과 평가결과 조작을 유발했다. 응급실 의료진들은 재실시간 단축을 위해 응급실 진료 프로세스 개선을 추진했다. 그러나 응급실 내원환자 수가 지속적으로 증가하는 상황에서 프로세스 개선만으로는 과밀화 문제 해결에 한계가 있었다. 재실시간이 단축된 응급실에 계속 새로운 환자가 방문함에 따라 과밀화된 응급실의 의료진은 더 많은 환자를 진료하게 되었다.

- 지역센터/지역기관 의료의 질 향상 없이 권역센터 환자 감소 시도

당신이 충분히 이 질환으로는 인근 병원에 가서 진료를 하셔도 됩니다

¹⁰⁰ 의학신문, 2019, 문재인 케어, 환자 쏠림으로 의료생태계 붕괴 가져온다, <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2102785>

라고 이러이러한 자료로서 홍보를 해야 되는데. 자신 있게 홍보도 못해요. 지역응급의료센터라고 해서 밤에 우리 병원에 이런 진료 가능하니까 오세요라고 하는 병원이 없어요. 밤에 안 나오거든. 응급의학과가 혼자 처리해야 되니까. 못하는 거예요. 그런 환자들조차 못 보고 밤에 권역으로 전원을 시키는 게 현재 입장이에요. 우리 과장 밤에 새벽에 못 부른다, 이런 상황이에요. - 권역센터 의사, EH

권역센터 과밀화 발생의 이유로 지역센터/지역기관의 응급환자 진료역량이 취약하다는 문제가 지적되었다. 국민들은 진료역량이 취약한 지역센터/지역기관 방문을 원하지 않는다. 그러나 지역센터/지역기관의 응급환자 진료역량 강화는 의제화되지 않았다. 지역센터/지역기관 의료서비스의 질 향상 없이 권역센터 재실시간을 관리한 결과, 권역센터는 밀려오는 환자를 ‘내쫓는’ 방식으로 정책이 집행되었다.

- 중환자 진료자원 부족 상태에서 중환자 진료역량 강화 시도

솔직히 경증환자가 많이 가서 크라우딩(crowding, 과밀화)된다, 이거는 간 환자의 감당할 몫이라고 생각하거든요. 그 병원을 선택한 경증환자가 그렇게 시급하지도 않고, 그러니 그것 때문에 문제가 되고 불만이 되더라도 제 개인적으로는 그거는 별거 아니다. 여차피 일어나서 가서 약 늦게 받는 게 무슨 상관이나. 그건 큰 문제가 아니라고 생각하고 있고. 다만 병원에 들어가서 중환자실에 들어가야 될 환자가 중환자실이 없거나 치료할 의사가 없어서 돌아다니는 문제가 전에는 네트워크의 문제라고 생각했던 말이죠. 이를테면 모두 한꺼번에 일하고 한꺼번에 쉬기 때문에 공백이 생긴다고 생각했는데. 요즘 생각해 보니깐 자원의 절대적인 부족이 있구나 그 생각이 든거죠. - 응급의료 정책 전문가, PA

나는 그것보다 훨씬 더 space 문제가 크다고 생각해. 중환자실, 병실, 우리뿐만 아니라 모든 병원들이. 우리가 백만 병상이 필요하다고 했잖아. 5일 기준으로 20만명이 중환자실 입원하니까 100만 병상이 필요한데. 우리가 가지고 있는 응급전용중환자실 병상이 25만개밖에 없거든. 그래서 중환자실을 늘려야 돼. 그래서 중환자실을 늘리지 않는 어떤 정책도 성공하지 못한다. 그리고 응급실 단계를 쾌적하게 하는건 결국 빠질 수 있는 중환자실이 있어야 되는거고. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사,

권역센터 중환자 진료역량 강화를 위해 권역센터 기준을 개정하고 수가를 개선했으나 여전히 중환자 진료 자원이 부족하다. 중환자 진료자원이 부족한 결과 119구급대가 환자를 이송하지 못한 채 거리를 헤매거나, 응급실에 방문한 중환자나 응급처치를 마친 중환자가 전원되는 문제가 발생한다.(50) 메르스 유행 이후 권역센터 수가 증가함에 따라 응급전용 중환자실 병상 수가 증가하였다.¹⁰¹ 그러나 전문가들은 여전히 중환자실 병상이 부족하다고 지적했다. 지방에서는 중환자를 진료할 수 있는 의료기관 자체가 부족하다고 평가되었다 권역센터 기준 변화는 중환자 진료자원을 확충하는데 충분하지 않았다. 권역센터 수가개선에도 불구하고 중환자 진료는 수익성이 높지 않아 민간병원이 적극적으로 참여할 유인이 없었다. 응급의료기관의 중환자 진료역량은 중환자 진료자원을 기반으로 하여 발휘되는 것이다. 중환자 진료자원이 부족한 상태에서는 중환자 진료역량 강화가 불가능했다.

- 변화를 만들 수 없는 규모의 유인 (수가/지원금)

권역센터 응급진료 수가 개정과 환자들의 응급진료비 본인부담률 차등부과는 병원과 환자의 행태를 바꿀 수 없는 규모의 변화였다.

근데 많은 사람들의 이슈에서 경증환자가 부각되지 않았던 이유는 사실은 경증환자가 각 응급실에서 수익을 실현할 수 있는 제일 좋은 방법이었던거거든요. 그렇기 때문에 경증환자를 안 보겠단 얘기는. 경증환자가

¹⁰¹ 권역응급의료센터의 지정기준에 응급전용 중환자실 20병상 이상을 확보하도록 규정되어 있다.

실제로 환자 오버크라우드링 문제를 유발하고 있고 경증환자 때문에 중증환자 진료가 방해받는다고 이야기를 했지만. 우리가 안 보겠다는 얘기를 아무도 안했던 게 안 보겠다고 하면 그걸 대체할만한 어떤 리워드(reward)를, 수가 인상이나 체계를 어느 누구도 만들어줄 것이라고 아무도 안믿었기 때문에. 그니깐 주겠다는 얘기도 안하는데 이거 버릴게요 하면 바보잖아요. 새로 나갈 직장도 없는데 오늘 그만 두는 사람은 바보천치죠. 직장 알아보고 그 다음에 그만 뒤야지. 대안도 없이. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

권역센터 수가 개정의 목표는 중환자 진료역량 강화였으나, 응급실 의료진들은 개정된 수가가 적극적으로 중환자 진료를 할 만한 수준이 아니라고 판단했다. 현재의 보상제도는 환자의 수가 곧 수익과 직결되고, 진료에 자원이 적게 투입되는 경증환자가 중환자보다 수익성이 높다. 권역센터 수가가 개정되었어도 여전히 경증환자 진료와 외래/입원 환자 진료가 응급실 중환자 진료보다 더 수익성이 높았다. 병원 경영진은 외래와 입원환자에게 투입되고 있는 자원을 응급환자 우선으로 재배치할 이유가 없었다.

다 똑같은 값이라고 생각한다면, 비슷한 값이라고 생각한다면, 큰 차이가 나지 않는다면, 차도 좋은 거 브랜드 제일 좋은 게 갖고 싶겠죠. 과시욕이 아니더라도 효과성이 높으니까 그렇게 갖고 싶겠죠. 비용에 대한 큰 차이가 없다면. 그런데 차 하나 사려고 하면 조금만 하려면 눈덩이처럼 불어나잖아요. 좋은 차 사려면 굉장히 차이가 크고 유지비용도 많이 드니까 결국엔 자기 형편에 따라서 구매를 하게 되는데, 의료는 그렇지 않다는 거죠. 거기에 플러스 과시욕까지. - 병원 경영진, MD

응급진료비 본인부담률 차등 역시 환자들의 행태를 바꿀 만한 수준이 아니었다. 정부는 중증응급증상에 해당하는 환자는 외래-입원 구분에 따라 본인부담을 산정하고 비응급환자는 응급의료관리료를 전액 본인부담하도록 하여 경증환자의 권역센터 방문 감소를 기대했다. 그러나 전국민 의료보험 제도하에서

환자들이 지불하는 의료비는 전체적으로 낮은 수준이고, 사보험이 활성화되며 실손의료보험(실비보험)을 통해 응급실에서 발생하는 비용을 전액 보장받는 환자들도 있다. 이런 상황에서 응급진료비의 본인부담률 차이로는 환자들의 행태를 바꿀 수 없었다.

- 전달체계 개선의 유인이 없는 수가체계에서 개선 시도

모든 사람은 이기적으로 행동을 하거든요. 그러면 이제 투입과 보상의 가장 적절한 지점을 찾게 돼 있거든요. 근데 지금 우리나라에서 보상체계라는 거는 의료 질이라든지 결과에 따라서 뭔가 달라지지 않죠. 그러면 보상체계에서 이런 것들을 끌고 갈 수 있는 매커니즘이 좀 적지 않나 이런 생각을 좀 해요. - 권역센터 의사, EF

우리가 비용 얘기를 하는 것은 응급인력센터에 적정인력을 유지하면서 들어온 환자를 안전하게 제때 보기 위해서는 적정인력을 유지해야 하고 적정인력을 유지하려면 그만큼 인적 비용이 든다는 거죠. 그런 것들을 유지할만한 비용을 수가로부터 받아야지만 병원은 응급실에 인력을 투입할거라는 거예요 - 권역센터 간호사, EA

현재의 행위별 수가제에 기반한 보상체계에는 응급의료 전달체계 개선의 유인이 적다. 첫째로 수가는 환자 수에 따라 적용되므로 환자 수가 적은 응급실은 수가 개정의 효과가 작다. 환자진료로 수익이 나는 대형병원 응급실은 수가 변화에 반응해 변화한다. 그러나 응급실 진료로 수익이 나지 않거나 응급실 환자가 많지 않은 응급실은 수가를 이용한 변화 정책에 반응하지 않는다. 둘째로 현재의 수가체계에는 응급의료기관이 종별로 적정 중증도의 환자를 진료할 유인이 없다. 환자의 수와 시행한 처치에 따라 수가가 부여되므로, 진료를 ‘많이’ 하려는 유인만 있고 ‘잘’ 하려는 유인이 없는 것이다. 보상체계가 바람직한 응급의료 전달체계에 대해 보상하는 구조가 아니므로 단순한 수가

인상으로는 문제를 해결하기 어렵다는 의견이었다.

(나) 정책유형

정부 정책은 크게 정부가 국민이 필요로 하는 재화와 서비스를 산출하는 배분정책과, 소득 이전을 목적으로 하는 재배분 정책, 그리고 규제정책으로 나눌 수 있다.(51) 응급의료는 정부가 국민이 필요로 하는 의료서비스를 제공하는 일종의 배분 정책이다. 일반적으로 배분 정책은 집행에 개입하는 사람의 대부분이 수혜집단으로, 집행에 반대가 없어 집행과정에서 갈등이 적다. 그러나 우리나라는 민간 중심의 의료체계를 가지고 있어 응급의료라는 공공적인 서비스를 민간의료기관을 통해 제공해야 한다는 점에서 갈등이 발생한다.

1. 민간병원 공공서비스 질 향상의 어려움

결국 한국 보건의료는 물적인 토대, 자본을 모두 민간이 대고 거기에 *maintenance fee*인 운영비를 보험료를 걷어서 한 거를 빠르게, 굉장히 빠르게 확산을 한 거잖아요. 그래서 이게 어차피 생산체계의 토대가 민간이기 때문에 세금, 거의 준조세에 가까운 보험으로 인해서 이걸 아무리 하더라도, 이 자체가 돌아가는 물적 토대를 먹여살리기 위해서는 계속해서 그런 방식으로 돌아갈 수밖에 없고. 응급실은 많은 병원들에게 많은 환자를 입원시키는 통로이자 낮에 외래가 돌아가듯 응급실도 돌아가야 이윤에 맞는 체계가 된 거 같아요. 원론적으로 얘기하면 한국의 보건의료 생산체계의 태생적 한계다라고 얘기하겠지만 그건 너무 추상적인 얘기고. 그럼에도 불구하고 지금 공공의료 발전대책이니 뭐니 해서 나오는 얘기는 어쨌든 그 부분을 재배치하자. 저는 현재 응급환자를 적정기관에서 적정시간 안에 제대로 치료하지 못하는 문제가 응급의료의 문제일거고, 그 문제를 야기하는 이유는 계획되지 않은 공급자들이 양적, 질적인 플래닝 없이 응급의료 서비스를 제공하고 있기 때문이라고 보고. - 감염관리 전문가, IA

일차적으로는 응급의료라는 것은 굉장히 국가에서 국민의 생명과 건강을 보호하기 위해서 마련해야 하는 굉장히 기초적이고 본질적인

공공서비스인데. 이게 결국 대부분의 응급의료센터가 민간병원, 민간 자본에 의한 기관에서 다 이루어지고 있는 거라서. 서비스는 굉장히 공공적인데, 서비스 제공 주체는 민간 자본의 영역이다보니 이것을 제대로 유도하고 필요한 정책으로 끌어가기에 뭐든지 다 수가. 또는 규제가 들어가지 않으면 이걸 제대로 하기가 어렵고. 그랬을 때 또 수가나 규제는 케이스바이케이스로 부적절하거나 좀 안 맞는 경우도 생기기 마련이거든요. 그래서 그런 민간을 움직여서 응급의료라는 아주 근본적인 공공서비스를 해결해야 된다는 게 태생적으로 굉장히 어려운 부분이라고 생각하구요. - 중앙정부 정책전문가, PD

응급의료는 시장 실패의 가능성이 높은 필수 사회서비스이다. 경찰, 소방, 교육 등 사회적으로 반드시 필요한 공공서비스는 시장실패의 문제를 개선하기 위해 국가 주도로 운영되는 경우가 많다. 응급의료 역시 공공성이 크고 국가보건 향상에 꼭 필요한 서비스인데 서비스를 제공하는 주체가 민간병원이라는 데에서 정책집행의 어려움이 발생한다. 민간병원이 수익성 낮은 응급실 운영을 꺼리기 때문에 정부는 상급종합병원과 종합병원 지정 기준에 응급실 운영을 포함하였다. 그러나 응급의료기관이 제공하는 응급의료서비스의 질을 높이도록 할 유인은 부족하다. 응급실 운영의 수익이 크지 않으므로 수익성을 변화시키는 유인 정책에 병원들이 크게 반응하지 않고, 문제가 있어도 폐쇄하거나 없앨 수 없는 서비스로 강력한 규제 방안이 마땅하지 않다. 전체 의료기관 수 대비 공공의료기관 수 비중이 5.8%인 민간병원 중심의 의료체계에서 공공병원만으로 응급실을 운영할 수는 없다.¹⁰² 그러나 민간병원은 정부 규제에 반발이 커 사용할 수 있는 정책수단이 제한적이다. 일부 전문가는 응급의료 전달체계를 개선하려면 의료체계에서 공공의료기관의 비중을 높이고 민간병원

¹⁰² 2017년 공공보건의료 통계집, 국립의료원

서비스도 계획적으로 제공될 수 있도록 정부 규제를 강화할 필요가 있다고 주장하기도 했다.

2. 수익성 유인만 작용하는 민간병원

근데 응급실이 수익이 되는 병원이 있고 다른 데서 더 큰 수익을 내고 있는 병원도 있고 그런 거죠. 그게 상대적인 가치 비교인거 같아요. 내가 어느 쪽에 동일한 10원을 썼을 때 누가 나한테 더 많은 돈을 벌게 해줄건가. 이게 지금 필요하죠. 아무리 병실 없다고 매번 병실이 꽉 차 있어도 병실 안 늘리는 이유는 병실을 늘리려면 아래 스타벅스를 없애야 되는데 스타벅스가 훨씬 더 많은 돈을 벌게 해주면 똑같은 공간을 스타벅스에 쓸 수밖에 없다는 거죠 병원은. - 응급의료 정책 전문가, PA

민간병원은 정책 집행이 해당 병원의 수익성에 미치는 영향을 고려하여 순응 여부를 결정했다. 정책목표가 바람직해도 해당 정책이 병원의 수익 증진에 도움이 되지 않으면 병원은 정책집행에 순응하지 않았다.

저는 신촌세브란스 병원 응급의학과 의 역할이 제 indicator(지표)예요. 너무 파워가 없어서. 거기가 권역응급의료센터 들어오면 저는 잘했다고 생각할거예요. 그런데 이번에 또 신청 안했어요. 응급실 새로 만들어 놓고. 연대가 권역센터를 신청 안했어요. - 응급의료 정책 전문가, PA

서울대병원을 제외한 서울의 빅3 병원들(세브란스병원, 서울아산병원, 삼성서울병원)은 지금 현재 권역응급센터를 하지 않아도 중증환자들이 많이 오거나 실질적으로 많이 찾아오기 때문에, 병원의 네임 벨류(name value, 인지도) 때문에 많이 오기 때문에, 지금 현재로는 권역응급센터를 통해서 그 부수적인 공공의 어떤 책무성을 수행하는 것에 대해서 그걸 하지 않는, 안해주시는 편이 아닌가 - 지방정부 정책전문가, PB

민간병원의 이런 행태는 현재 체계에서 충분한 수익을 거두고 있는 민간 대형병원에서도 나타났다. 환자들이 선호하는 대형병원은 현재 체계에서 충분한 수익을 거두고 있으므로 개선정책에 동참할 이유가 없었다. 일부 상급종합병원은 권역센터가 되면 공공적인

역할 수행의 책임이 부여되므로 권역센터가 되는 것을 거부하고 지역센터의 지위를 유지한다고 지적되기도 했다. 권역센터 기준을 충족할 역량을 갖추고도 권역센터에 부여되는 사회적 의무와 책임을 피하기 위해 일부러 권역센터에 지원하지 않는다는 것이다. 응급의료 개선정책은 권역센터를 중심으로 추진되었기 때문에 수도권 주요 상급종합병원들이 권역센터가 아니라는 점은 응급의료 개선정책의 범위와 성과를 축소시키는 결과로 이어졌다.

3. 지나치게 경쟁적인 의료체계

지금 메디컬 빌딩이나 이런데 의료 기관이 7-8개 들어가 있으면 다 엑스레이(x-ray) 사서 들어가요. 초음파도 웬만하면 다 가지고 들어가죠. 엑스레이 같은 경우는 공용시설 관리에서 해도 되는데 복지부에서 시설 허가를 아직은 안되지만 준다 하더라도 다 엑스레이를 살 거예요. 저기 가서 엑스레이를 찍으면 내 환자가 거기 가서 진료보고 갈 거거든. 이 too competitive한(지나치게 경쟁적인) 의료시장 패턴이 바뀌어야 된거든요. 예전에 감마 나이프 어디서 샀더니 전체 기관들 다 감마 나이프사고, PET-CT 들여왔더니 다 PET-CT 사고 3 tesla MR 샀더니 다 3 tesla MR 사고. 이랬죠. 그리고 암센터 만드니깐 다 암센터 짓고. 의원급만 다 too competitive한게 아니라 대한민국 의료기관이 다 too competitive하고.
- 병원 경영진, MC

결국 권역센터도 환자 많이 오는 게 이익이니깐 아까 지역기관, 지역센터, 권역센터가 서로 무한경쟁하게 만들어 놨다는 얘기가 바로 그 얘기에요. 그래서 결국에 병원 입장에서, 예를 들어 권역센터 입장에서 응급실을 돌려서 그런 진짜 권역센터로 와야 될 중증응급환자만 받게 되면 당연히 문 닫아야죠. 그니깐 아까 얘기한 것처럼 일본이나 이런 방식으로, 진짜 응급의료에 관한 법률에 각 센터별 역할과 규모 이런 것이 다 지정이 되어 있고. 그 다음에 그 역할을 할 수 있게끔 이런 전달시스템과 실제 그 역할을 함으로 인해서 병원이 응급실을 포기해야겠다는 생각을 안하게끔 하는 그런 제도를 만들어 줘야되요. - 응급의료 정책 전문가, 권역센터 의사, PG

심층면접에 참여한 한 전문가는 우리나라 의료체계가 “too competitive한 의료시장”이기 때문에 전달체계 문제가 해결되기

어렵다고 지적했다. 진료환자의 수가 곧 병원의 수익으로 이어지는 환경에서는 모든 병원이 서로 경쟁관계이다. 환자는 곧 수익이므로 병원들은 적정 수준 진료보다 진료환자 수를 늘리는데 유인이 있다. 수익성이 높은 환자는 서로 진료하려고 하고 수익성이 낮은 환자는 아무도 진료하지 않으려 하기도 한다.

1차에서 2차로 보낼 때, 동네의원으로 보내는 게 사실은 상당히 절끄러워요. 왜냐하면 약간은 둘 사이에 경쟁관계가 있잖아요. 경증환자를 놓고 약간 경쟁하는 사이가 있는데. 그런 경쟁관계임에도 불구하고 우리 동네에 있는 좋은 병원 찾아서 보내주고 그 병원에서 다시 우리 병원으로 오도록 하는. 이렇게 하는 게 1차적인 진료의뢰 회송이 되는 거고. 지역의 거점병원들이 자기가 못 보는 질환들을 또 권역의 상급종합병원으로 보내는 게 그 다음 전달체계일텐데. - 병원 경영진, MB

병원들이 다른 병원을 경쟁상대로 생각하는 상황에서는 적절한 전원체계를 구축하기 어렵다. 병원들이 지역 내 경쟁구도를 고려하여 환자를 의뢰하고 회송함에 따라 환자의 이익을 최우선으로 고려한 전원이 이루어지지 않기도 한다.

영동에 사는 70세 환자는 brain CT(뇌 CT)를 찍고 4시간 동안 방치가 됐다가 을지대로 가서 MRI를 찍고 또 2시간이 걸려서 그 다음에 다시 충남대에 가서 최종 치료를 받는 거예요. 영동병원과 같은 지역 병원은 뭐가 부족해서 환자를 제대로 수술을 안 하고 그랬을까요. 첫번째 영동병원은 그럴겠죠. 이 환자를 제대로 진단할 수 있는 कै파(capacity, 역량)가 안되고, कै파가 없으면 보내야 된다는 정책이 없는 거고, कै파가 안 됐을 때 보내야 된다는 정책이, 여기서 brain CT 찍고 나서 결정을 못했을 거예요. 이거를 뭐가 도와줄 사람이 필요하고, 이럴 때는 사실 던지고 싶었을 거예요. 던지고 싶는데 못 던지고 4시간을 버틴거죠. 왜 영동병원이라는 작은 병원이 못 던졌을까요? 던질 이유가 없었을 거예요. 왜냐하면 이 사람이 정말 별 문제가 아닌 뇌졸중 정도였다면 이 영동병원의 입원 환자가 됐을 겁니다. 입원실을 채우는 입원환자가 되잖아요. 응급실은 입원환자를 받는 아주 좋은 곳이에요. 예전에 제가 응급실 알바 펴 때 150병상짜리 병원이었었는데 입원 환자 한 명 하면 당직 알바비에 한 명당 만원씩을 얻어줘요. 이렇게 되니깐 그렇게 했겠죠. - 감염관리 전문가, IA

적절한 전원체계가 제대로 구축되지 않았을 때 발생하는 가장 큰 문제는 응급환자가 적시에 최종치료를 제공받지 못하는 것이다. 환자에게 최종치료를 제공할 능력이 없는 병원에서 수익성을 높이기 위해 여러 검사를 시행하는 것이 그 예이다. 병원의 수익성을 높이기 위해 환자 치료의 골든타임¹⁰³을 놓치게 만드는 일까지 발생하는 상황에서 응급의료 개선정책이 성공적으로 집행되기는 어려웠다.

(다) 너무 많은 정책 참여자 - 모두 거부점으로 작용

1. 의사 집단 내부의 의견 차이

응급의료 정책과정의 주요 행위자이자 정책대상자인 의사들은 집단 내부에서 견해 차이가 컸다. 의사는 병원 내에서 맡은 역할에 따라 환자 진료를 하는 임상외사이기도 하고 병원 경영진이기도 하다. 병원의 규모와 병원 내 역할에 따라 임상외사와 병원 경영진의 의견 차이가 존재했다. 소속 병원이 대형병원인지 중소병원인지에 따라 임상외사 내부에서도 의견 차이가 존재했다. 대형병원 응급실 과밀화에 대해 대형병원 의사들은 중소병원의 진료역량이 취약한 것이 문제라고 주장했고, 중소병원 의사들은 대형병원의 규모 확장이 문제라고 주장한 것이 그 예이다. 의사들은 집단으로서 단일한 의견을 가지고 있지 않았다. 의사들 중 누군가(특정 하위집단)는 항상 정책에 반대하고 집행에 불순응했다. 외부에서 보기에 는 추진되는 모든 정책에 의사 집단이 반대하는

¹⁰³ Golden time, 의료계에서 환자의 생사가 결정되는 시간, 치료의 효과가 가장 좋은 시간이라는 뜻으로 사용됨.

것으로 비춰지지만, 한 정책 내용에 특정 의사집단이 반대하고 다른 정책 내용에는 다른 의사집단이 반대하는 양상이 반복되었다.

의사 집단 내부의 의견 차이가 큰 것은 정책과정에서 정부와의 협의를 어렵게 하는 요인이 되기도 했다. 정부는 전달체계 문제 해결을 위해 의료전달체계 개선협의체를 구성하고 의사의 대표로 대한의사협회(의협)와 대한병원협회(병협)의 대표를 참여시켰다. 그러나 협의 과정에서 의협과 병협은 서로 의견이 달랐고, 일반 의사들은 의협과 병협이 의사집단을 적절히 대표하지 못한다고 생각했다. 의협은 하위집단으로 개원의협의회, 공직의협의회, 전공의협의회, 공보의협의회, 병원의사협의회를 둔 의사들의 집단이고, 병협은 병원계의 권익을 향상시키기 위한 병원들의 집단이다.¹⁰⁴ 두 단체는 대표적인 의료계의 이익집단이다. 그러나 전문가들은 의협과 병협이 의사들을 대표하여 의견을 모으고 리더십을 발휘하는 역할을 적절히 수행하지 못하고 있다고 평가했다. 심층면접에 참여한 의협 전문가는 병협을 병원장들의 모임이라고 표현하고, 병협 전문가는 의협을 개원의들의 모임이라고 표현하기도 했다. 의협과 병협이 서로 갈등구조에 있을 뿐 아니라, 병협 내에서도 병원의 규모에 따라 의견이 다른 상황에서 통일된 의사의 목소리란 존재하지 않았다. 정책 행위자로서 단일하게 정의하기 어려운 의사집단의 특성은 정부와 의사집단의 협의를 어렵게 하고, 다양한 업무를 수행하는 의사 개인 개인이 모두 정책과정의 거부점으로 작용하는 결과를 초래하였다.

응급의료의 리더들이 와서 하시는 말씀들이 대부분 반영이 돼요. 그

¹⁰⁴ 대한의사협회 홈페이지, <https://www.kma.org>

분들이 말한 걸 근거로. 근데 관료들은 그들의 생각이 없는 게 아니거든요. 관료들이 그 말을 액면가로 100을 말하면 100을 합시다 이렇게 쓰냐. 그렇진 않아요. 그들 나름대로 판단의 지표들이 있잖아요. 그 과정에서 응급의료 리더들이 했던 말이 신뢰를 얻지 못했거나. 그들의 말이 신뢰를 얻었다면 그 경로로 대부분 가죠. 근데 궁극으로 가면. 디테일한 아주 전문적인 영역, 이거는 관료들이 범접할 수가 없잖아요. 아주 전문적인 영역. 그거는 의사만이 판단할 수 있는 그런 영역들이 있거든요. 그건 저는 관료들이 손을 대는 경우는 없었다고 생각해요. 그런 경우 - 응급의료 정책 전문가, PE

이는 응급의료 영역에서도 마찬가지로, 응급의료 관련 전문학회(학회) 임원들과 일선 응급실 의료진 사이에도 생각 차이가 있었다. 어떤 정책 전문가는 학회가 정책 행위자로 정책과정에 참여했으나 일선 의료진은 정책 집행과정에 현장의 목소리가 반영되지 않았다고 한다는 점을 지적하며, 의사집단에 신뢰할 수 있는 정책 행위자가 존재하지 않는다고 지적했다.

- 응급실 의료진과 배후진료과 의료진의 의견 차이

제 생각에는 그 수가를 입원시키는 과에 쥐야 된다는 거예요. 결국 우리가 응급실에서 환자를 보고 열심히 하지만 다른 과도 하잖아요. 우리 과는 타과랑 cowork을 많이 하는 과고, 우리는 돌아가는 시계의 참기름이 되는 존재라고 생각하기 때문에. 그 과에도 뭔가 쥐야겠죠. 이래도 환자를 보고 저래도 환자를 보겠지만, 그게 우리 과에만 온다면 상황을 바꿔놓고 생각해보면, 협조를 해줄 이유가 없죠. 협조를 하긴 하겠지만, 그건 개인적인 친분에 좌우되기도 하고, 병실이 텅텅 비었을 때 그렇게 할 수도 있고. - 지역센터 의사, EJ

응급실 의료진과 배후진료과 의료진의 입장이 다른 것도 집행과정의 어려움을 만들었다. 정책수단으로 사용된 권역센터 수가 조정과 응급의료 평가 모두 응급실 진료에 대해 적용되어 배후진료과는 응급의료 개선에 적극적으로 참여할 유인이 없었다. 배후진료과 의료진이 응급환자보다 자신의 외래나 입원 환자를 더

우선시하는 행태를 바꾸기 위해 응급진료 전문의 진찰료에 후속진료과 협진전문 의 수가를 부여하였다. 그러나 신설 수가는 배후진료과의 행태를 바꿀 만한 수준이 아니었다. 그래서 응급실 의료진이 개선정책에 순응하려 해도 배후진료과 의료진이 응급환자를 나중에 진료하고 외래 환자를 먼저 입원시키는 등 정책집행의 거부점으로 작용하는 문제가 발생했다. 응급의료는 응급실 의료진과 배후진료과 의료진의 협진으로 이루어진다. 두 집단의 의견이 다른 상태에서는 응급의료 개선정책이 성공적으로 집행되기 어려웠다.

2. 응급환자 진료의 우선 순위가 낮은 병원 문화

병원이 상급종합이라는 게 이 블록들이 모여서 상급종합병원이 되는 거지만 응급센터도 그 귀퉁이에 블록하나 밖에 안되는 거예요. 아주 귀찮은 블록이고 사실은 떨어져서 없어도 그만인. 근데 없어도 그만은 아니겠지. 외래에서 환자 내려야 되니까. 내시경하고 헤마토케지아(hematochezia, 혈변) 있다 그러면 잠깐. 그런데는 있어야 되는. 주사실 같은 데죠. - 지역센터 의사, EG

응급환자 진료의 우선 순위가 낮은 병원 문화가 응급의료 개선 정책의 집행을 어렵게 했다. "응급의료기관"이란 의료기관 중에서 응급의료에 관한 법률에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.¹⁰⁵ 응급실이 아니라 병원을 응급의료기관으로 지정하는 이유는 응급환자 진료 기능을 수행하기 위해서는 병원 전체의 협조와 노력이 필요하기 때문이다. 그러나 일부 병원은 외래나 입원환자에 비해 예측불가능하고 의료자원을

¹⁰⁵ 응급의료에 관한 법률 제2조(정의)제5호(응급의료기관이란)

많이 사용하는 응급환자를 ‘귀찮은 블록’으로 간주해 우선 순위에 두지 않았다. 그 결과 외래와 입원환자에 밀려 응급환자 진료가 늦어지고, 입원 병상을 늦게 배정받아 응급실에서 입원대기를 하고 응급실 과밀화가 생기는 문제가 발생한다. 응급의료는 전 병원의 협조와 노력으로 이루어지므로, 병원에서 응급진료의 우선 순위가 낮은 상황에서는 응급의료 개선정책이 제대로 집행되기 어렵다.

저도 어차피 월급받는 의산데 내가 경영자라도 그러겠어요. 돈 안 되는 걸 왜 하겠어요. 안 되더라도 의무감으로 할 수는 있는데 그러면 나머지 반대급부가 따라와야 되는데 뭘 해주고 있으면서 시간 애길 하고 있는 건지 - 지역센터 의사, EJ

전문가들은 응급실의 수익성이 낮은 것이 병원에서 응급환자 진료를 소홀히 하는 주된 원인이라고 지적했다. 민간병원일수록, 병원의 규모가 작을수록, 이사장, 병원장이 병원의 주인 역할을 하며 수익성을 목표로 병원을 운영하는 경향이 있다. 그런 구도에서 응급실 역시 예외가 아니다. 응급실의 수익성이 낮은 병원은 응급환자 진료에 우선 순위를 두지 않고 응급실에 자원을 투자하지 않는다. 응급환자는 외래나 입원환자보다 긴급성을 요하는 일이 잦고 많은 자원이 동시에 투입되어야 하는 일이 많다. 그런데 병원이 응급환자 진료에 우선 순위를 두지 않으면 응급실이 제대로 기능하기 어렵다. 중소병원 경영진들은 메르스 유행 이후에도 지역센터와 지역기관은 여전히 응급진료의 수익성이 낮은 상태라고 지적했다. 그래서 문제가 생기지 않을 정도 최소한의 변화만을 추진하고 병원 수익에 해가 되는 정책집행에는 순응하지 않는다고 말했다.

(라) 정책대상집단의 행태 - 불순응

정책대상집단이 정책집행에 불순응한 것이 응급의료 개선정책 집행의 가장 큰 문제였다. 순응(compliance)이란 정책에서 요구하는 행동에 따르는 행위로서, 정책대상집단이 정책에 불순응하여 행태변화가 이루어지지 않으면 정책집행은 실패한다. 정책대상집단의 순응에는 정책내용, 정책집행기관에 대한 인식, 순응주체 관련 요인이 영향을 끼친다. 소망성, 명료성, 일관성을 가진 정책내용에 대하여 정통성과 신뢰도를 가진 집단이 정책을 집행하고, 순응주체가 능력과 의욕을 동시에 가지고 있을 때 정책집행의 성공가능성이 높다.(12) 응급의료 개선정책은 이상의 요인 모두에서 정책집행이 성공하기 어려웠다.

1. 정책의 소망성 - 정책대상자가 동의하지 않는 정책대안

소아도 그래요. 이 법이 되게 웃긴 게 우리가 권역을 한다고 한들 소아 전문의를 하나 뒀야 하거든요. 권역응급의료센터 법률에 의하면, 전문의를 소아전담전문을 뒀야 돼. 근데 소아 환자는 하루에 세 명 오는데. 그 사람 딱 거 못해요. 당직 못 서고. 고령환자 보는 걸로 하지 차라리. 노인 전문의를 뽑든지. 지역 차를 하나도 반영을 못하는 거예요 그게. - 지역센터 의사, EG

정책대상자인 의사들은 응급의료 전달체계 개선정책의 내용에 동의하지 않았다. 정책의 내용이 바람직하고 정책대상자가 내용에 동의할 때 정책대상자는 정책집행에 쉽게 순응한다.(12) 응급실 의료진은 재실시간 단축과 권역센터 기준, 중증해당환자 최종치료 제공률 평가 지표 등에 대해 의료 현장을 모르는 관료가 현실에 맞지 않는 정책대안을 내놓았다고 느꼈다. 응급실 의료진들은 정책 전문가가 현장의 목소리를 듣지 않고 의료 현실에 맞지 않는

‘책상머리 정책’을 낸 것이 정책집행 실패의 주요 원인이라고 주장했다. 그러나 정부 전문가들은 정부의 정책대안은 학회가 참여한 정책과정에서 도출된 안으로, 현장의 의견이 반영되지 않았다는 것은 정책집행에 불순응하는 의료진의 변명이라고 주장했다. 제안된 정책대안들은 공청회와 학회 자문 등을 통해 임상 전문가의 의견을 충분히 수렴하여 작성된 안으로, 임상 의사들은 자기 병원의 사정을 전체와 동일시하기 때문에 항상 현장의 의견이 들어가 있지 않다고 주장한다는 것이다. 이러한 갈등 속에서 정책대상자인 응급실 의료진은 정부의 정책대안이 바람직하지 않고 의료현장과 맞지 않는다고 인지했고, 심정적으로 동의하지 않는 정책의 집행에 순응하지 않았다.

2. 정책의 명료성 - 인과관계가 부족한 정책대안

정책대상자인 응급실 의료진은 정부의 정책대안이 전달체계 문제 해결에 인과성이 부족하다고 생각했다. 응급실 의료진은 응급실 방문환자에 대한 관리없이 재실시간을 단축하는 것이나 지역센터/지역기관의 역량 강화 없이 권역센터 최종치료 제공률을 높이는 것은 문제 해결에 인과성이 없는 규제라고 인지했다. 그 결과 일부 정책대상자들은 정책집행에 순응하지 않고, 평가지표만을 맞추려 하는 행태를 보였다.

3. 정책집행자의 태도와 신뢰성 - 의사들의 정부에 대한 불신

서로 간에 신뢰가 없는 거죠. 그니깐 의사들은 그 동안의 정부의 여러 가지 행태, 의료보험을 비롯한 저수가, 여러가지 행태에 믿음을 못 갖는 거고. 말은 그렇게 하지만 실제로 그렇게 안 해줄 거다. 어쨌든 의사와 정부, 또는 임상현장에 있는 사람들과 학계에 있는 사람들이 신뢰관계가

형성이 되지 않으면 안되는 일인데. 그런 신뢰관계가 이미 깨져 있기 때문에 몇 발자국 못 나가다가 결국은 진짜 해줄까? 아마 그런 식의 지금까지 봐왔던 수많은 뭐가 재현되지 않았을까. - 감염관리 전문가, IB

그걸 못받아들이는 것은 신뢰의 문제겠죠. 왜냐하면 그동안 말을 너무 많이 뒤집었잖아요 정부가요. 신뢰가, 정부가 하는 말을 의료계는 특히 아무도 안 믿고, 안 믿고 있다는게 가장 큰 문제인 거 같아요. 무슨 일을 하면 우리가 보상을 해줄게, 그런 건이 수없이 많을걸요 그러다가 2년 정도 3년 정도 주다가 사람도 채용했고 다 했어요, 그런데 시범 사업이 끝났으니깐 끝. - 병원 경영진, MA

심층면접에 참여한 의료진 중 상당수가 의료정책을 결정하고 집행하는 정부에 대해 불신을 가지고 있었다. 정부가 제시하는 정책대안이 의료계의 현실과 맞지 않으며, 정책집행자로서 정부를 신뢰할 수 없다는 것이다. 정책집행자에 대한 신뢰 부족은 의사들로 하여금 정책대안의 구체적인 내용을 잘 모르는 상황에서도 우선 정책에 반감을 가지도록 만들었다.

의료진들은 이러한 불신이 사회 전반의 문화적 요인과 이제까지 진행된 정책과정의 경험에서 나온 결과라고 말했다. 국민들의 정부에 대한 신뢰가 높지 않은 사회에서, 그동안 정부가 의료정책을 결정하고 집행한 방식이 의료진과의 신뢰를 깨는 방식으로 진행되었다는 것이다.¹⁰⁶ 정부의 신규사업 집행에 따라 병원이 인력을 채용하고 시설을 만들면 지속적으로 인건비와 운영비가 들어간다. 그러다 정부가 갑자기 사업을 중단하면 그건 병원의 비용으로 남는다. 의료진들은 정부가 메르스 유행 이후 약속한 피해 보상도 충분히 하지 않았다고 주장했다. 정책대안 집행의 지속성과 보상 약속에 대해 믿음이 없는 상황에서 병원은 정부의 정책집행에

¹⁰⁶ Society at a Glance 2019 - OECD 2019, Charter 8, Figure 8.2. Less than half of the OECD population reports trust in their national government

우선 거부감을 가지고 반발하였다.

4. 순응주체의 순응의욕 부족

순응주체의 순응의욕이 부족했던 것이 성공적인 정책집행의 걸림돌이었다. 순응주체의 순응의욕을 확보하기 위한 수단으로 흔히 사용되는 것은 도덕적 설득, 유인, 처벌이다.(52) 유인(incentive) 또는 보상(rewards)은 순응에 혜택을 제공하여 순응을 확보하고자 하는 것이다. 처벌(punishment) 또는 강압(coercion)은 순응하지 않는 경우에 불이익을 부과하여 순응을 확보하는 방법이다. 도덕적 설득(normative persuasion)은 정책에 순응하는 것이 옳바르고 좋은 것임을 인식시키는 것으로, 정책목표와 수단이 타당성 있고 분명해야 도덕적 설득을 이룰 수 있다. 응급의료 전달체계 영역의 정책집행 과정에서는 유인과 처벌도 부족했지만, 무엇보다 순응주체인 응급실 의료진에 대한 도덕적 설득이 부족했다. 의료진들은 정부 정책이 옳바르고 좋은 것이라고 생각하지 않았고, 집행에 순응하지 않았다. 물론 도덕적 설득은 독립적으로 가능하다고 보다는 합리적인 유인과 보상, 잘못된 것에 대한 적절한 처벌 방안 속에서 이루어질 수 있을 것이다.

- 도덕적 설득의 부재

저는 일정 부분은 강하게 드라이브를 걸고, 사회적 합의나 이런 걸 통해서 끌고 나가야 된다고 생각하는데. 그 과정에서 어쨌든 기존 제도 내에서 잘 하고 있었던 사람이 그냥 한칼에 혹 날라가는 일은 없어야 되겠다. 이 사람들의 탈출구도 좀 마련해주고, 이 시간 동안 우리가 이만큼 변할텐데, 너네가 혹시 변하기 어려우면 이 시간 동안 정리하거나 합치거나 뭘 어떻게 해가지고 너희들이 살 방법을 마련해 줄테니깐 해봐라. 그런 게 있어야 되는데 그런 대안은 없이 일부는 좀 죽어야되지 않겠어라고 하면 머리띠 두르고 나오는 사람들이 생기는거죠. 그게 갈등이

커지고 하면은 사회적 합의라는 게 무산될 수도 있고. - 병원 경영진, MB

나는 권역센터에 있는데도 체제 개편의 내용을 잘 모르는데 그러면 설명회라도 하고 커뮤니케이션 해야될 거 아니에요. 내가 응급의학회 이사인데 이사도 모르고 있는데. 학회 임원도 모르고 있는데 이런걸 지내 맘대로 만들어 놓고 밀어붙이려고 하는게 관치적인 생각이라는거예요 그게 벌써. 우리나라가 아직 관치적인게 많잖아요. 응급의학회에서 이걸 직접적으로 들은 적도 없고. 우리나라 항상 정책이 그렇잖아요. 몇 명이 만들어 놓고 지내 맘대로 해버리고 그런게 문제가 많은거죠. - 권역센터 의사, ED

의료전달체계 개선협의체(이하 협의체)가 최종적으로 권고문을 내지 못한 이유로 여러 전문가들이 꼽은 것은 전달체계 개선은 기존 의료인들의 이해관계와 밀접한 연관이 있는 정책인데 관련 당사자들과의 논의가 부족했다는 점이다. 협의체에 의사집단의 대표로 의협과 병협의 임원들이 참여했다. 의료인 전문가들은 해당 단체들이 의사들을 모두 대표하지 않으며, 의료계에 큰 변화를 불러일으킬 수 있는 중요한 사안에 대해서는 범의료계를 대상으로 하는 폭넓은 의견수렴과 공론화 과정, 이를 통한 설득과정이 필요한데 이러한 과정이 부족했다고 말했다. 응급실 의료진들은 대부분 협의체의 구체적인 논의 내용과 권고안의 내용을 모르고 있었다. 당시 응급의료 관련 전문학회의 임원으로 활동했던 전문가 역시 최종 권고안의 내용을 알지 못했다. 해당 전문가는 전달체계 논의는 의료계 모든 구성원에게 관련되는 논의임에도 불구하고 관련 논의가 진행되는 동안 학회에 의견 조회를 하지 않았던 것은 처음부터 의료계를 설득하려는 생각이 없었던 것이라고 지적했다. 의협이 의사들의 의견을 수렴하지 않은 것도 문제이고, 협의체를 추진한 정부에서도 적극적으로 문제를 해결할 의지가 없었다는 것이다. 그 결과 2017-2018년 진행된 협의체 논의에서 제시한 권고문은 당장 시행될 정책이 아니라 향후의 개선 방향을 제시하는

것이었는데도 불구하고 합의를 이루지 못했다. 의사들은 권고문의 내용을 정확하게 모르는 상태에서도 향후 발생할 수 있는 문제에 대한 우려와 정부가 제안한 내용에 대한 불신으로 권고문을 반대했다.

응급의료 정책과정에서도 정책대상자에 대한 도덕적 설득이 충분히 이루어지지 않은 부분들이 존재했다. 중환자 최종치료 제공과 응급실 과밀화 완화는 여러 정책행위자가 당위적으로 동의하는 목표이다. 그러나 해당 목표를 달성하기 위한 정책수단에 대해서 행위자들 사이에 견해 차이가 있었다. 의료진은 정부의 정책대안이 문제 해결에 인과성이 부족한 것뿐만 아니라 병원에 대한 규제로만 문제를 해결하려 한다고 생각하였으나, 이에 대해서 충분한 도덕적 설득이 이루어지지 않았다.

- 행태 변화에 부족한 유인

응급의료 개선을 위한 주요 유인은 수가 개선과 응급의료평가 지표와 연동된 수가 가산이었다. 그러나 제시된 유인은 의료진의 행태를 변화시키기에 부족한 수준이었다.

그래도 지금 먹고 사는 게 이진데 이거 버리겠다고? 그러니깐 아무도 얘기 안한 거지. 그러니깐 지금까지 굉장히 많은 응급실에서. 아니 사실 우리도 그러잖아요. 우리도 먹고 살아야지 이런 얘기 많이 하는데. 근데 너절한 환자 보기 짜증나도 우리도 먹고 살아야죠. 그 사람들이 어떻게 보면 시간 대비 제일 많은 돈을 쓰고 가요. 경중환자. 그렇잖아요. 배 아픈 환자. 이러저러 해서 20만원 내고 1시간 만에 퇴원하는 이런 환자 보는게 제일 편하고 제일 안전하고 제일 돈이 돼. 8층에서 떨어진 환자가 무슨 돈이 돼. 솔직히 안돼. 그게 봐야될 환자라고 생각하지만. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

권역센터 수가 개정으로 중환자 진료의 수익성이 개선되었으나

여전히 경증환자 진료에 비해 수익성이 낮다. 권역센터가 경증환자 진료를 지양하고 중환자 진료에 집중하려면 중환자만 진료해도 이전과 비슷하거나 더 많은 수익을 거둘 수 있어야 한다. 그런데 그런 수준의 수가 개선이 아니므로 병원들은 경증환자 진료를 유지하면서 중환자 진료까지 하려고 했다. 정책 전문가는 응급의료기관의 이런 행태에 대해 자원투입을 요구하지만 자원을 투입해도 행태는 변화하지 않는 윤리적 해이라고 지적했다. 이에 대해 의료진과 병원경영진은 충분하지 않은 유인을 제공하고 성과를 요구한 것이 문제라고 반박했다.

어떤 리워드도 먹이지 않아요. 그니깐 많이 하려고 했지만 골든타임¹⁰⁷ 해가지고 각 병원 응급실에 결국 지금은 그냥 수당 밖에 없어요. 그래서 골든타임 당직의사는 매일 밤 20만원씩 주겠습니다. 30만원을 주겠습니다. 공무원들 고민하는 게 도대체 얼마를 주면 그 사람들이 남아서 즐겁게 그거를 기다리고 하겠다고 할까요 라고 하는데. 사실 병원 내에서 실제로 돌아가는 디테일을 보면 되게 복잡한 게 서전(surgeon)이 하겠다고 해도 마취과도 동의를 해야 됩니다. 그러면 또 간호사도 동의를 해야 되는데. 그 오퍼레이터(operator) 한 사람한테 하룻밤 20만원 준다고 이 문제가 다 해결되는 건 아니거든요. 우호적인 분위기를 만들 수 있긴 하지만. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

전문의 당직하는 날 외과 수술 못해요. 전문의만 있어요. 배수술을 혼자서 어떻게 수술해요. - 권역센터 의사, EF

의료진은 수가뿐 아니라 응급의료 영역에 그간 투입되어 온 자원도 대부분 부족한 수준이었다고 평가했다. 응급의료강화되어야 한다는 당위에 의해 응급의료 영역에는 응급실 환자

¹⁰⁷ 중증응급환자에게 최종 진료를 신속하게 제공할 수 있도록 119 구급대가 최종 치료를 24시간 제공할 수 있는 응급의료기관으로 이송하도록 서울시가 2015년 시작한 사업

진료에 따라 지급되는 수가 이외에 응급의료기금이 별도로 투입되었다. 권역외상센터 등 응급의료 발전을 위한 정부 사업도 지속적으로 추진되었다. 그러나 자원 투입에도 불구하고 권역응급의료센터와 권역외상센터는 중환자 최종치료 제공의 역할을 다하지 못하고 있다고 평가되고 있다. 정책 전문가들은 응급환자 진료에 불성실한 의사들의 전문직업성(professionalism) 부족으로 인해 응급의료가 제 기능을 하지 못하고 있다고 지적했다. 그러나 응급실 의료진은 응급의료 유지에 부족한 수준으로 자원이 투입되었고, 그나마도 지속 불가능한 방식으로 투입되었다고 지적했다.

대표적인 것이 응급실 전문의 당직비이다. 정부는 24시간 최종치료를 제공하기 위하여 응급의료기관 전문의 당직 규정을 만들고, 병원에 당직비를 지원했다.¹⁰⁸ 그러나 실제 응급환자가 방문했을 때 24시간 최종치료가 제공되지 않는 권역센터가 존재한다. 정책 전문가들은 병원이 최종치료 제공을 목표로 당직비 지원을 받고 실제 최종치료를 제공하지 않은 것은 병원과 의료진의 도덕적 해이라고 지적했다. 그러나 응급실 의료진을 포함한 임상 전문가들은 정부 지원금은 24시간 최종치료를 제공하기에 부족한 수준이었다고 평가했다. 수술과 같은 전문 처치는 전문의 혼자 가능하지 않고 여러 진료과의 협진과 다른 의료인력의 보조가 필요하다. 그런데 정부는 전문의 당직비만 지원하고 다른 의료인력에 대한 인건비 등 실제 전문처치가 이루어지도록 하는 체계는 지원하지 않았다는 것이다. 병원은 지원 규모가 정부가

¹⁰⁸ 응급의료에 관한 법률 제32조(비상진료체계)

요구하는 목표를 달성할 수 없는 수준이라는 것을 알고 있었으나, 응급의료 자원이 부족하므로 그만큼의 지원이라도 받아야 했다고 주장했다. 투입된 자원 모두 응급의료 발전을 위해 사용되었는데 정책목표를 달성하지 못한 것은 투입된 자원 규모가 문제라는 것이다. 또한 전문과목의 세분화가 진행되며 당직의가 존재해도 최종치료 제공이 불가능한 상황을 개선하려면 근본적으로 인력양성 과정부터 변화가 필요하다는 주장도 있었다. 이는 일개 병원에서 해결 불가능한 일로, 정부는 변화하는 의료 현장에 맞는 정책을 개발하지 못하고 병원에만 책임을 돌리고 있다는 것이다. 정책 전문가가 병원들이 실제적인 문제 해결에는 관심이 없고 책임을 돌리려고만 한다고 지적한 것과 대립되는 주장이었다.

이러한 갈등 속에서 응급의료기관은 지속적인 자원 투입과 수가 개선에도 불구하고 여전히 응급환자 진료역량이 취약하다. 행태변화를 유도하기에 부족한 규모의 유인 투입은 정책이 집행되어도 정책목표를 달성하지 못했다.

- 유인에만 반응하는 민간 의료기관

인력 개발하고 그 사람 거기에 투입했을 때 다른 쪽에서 줄어드는 비용과 그 사람의 연봉 다 계산해서 간호사 한 명 구하는 비용해 가지고 우리 병원 베드 수를 곱하면 거기서 받는 돈이 2,310원이다. 곱하기 베드수 곱하기 365일 베드의 가동률 95% 딱 돌리면 4,000만원, 근데 들어가는 인력은 1억. 안 한다. 그렇게 결정이 되거든요. - 병원 경영진, ME

응급의료기관이 유인에만 반응하는 것 자체가 정책집행을 방해한다는 지적도 있었다. 민간병원 경영진은 병원의 정책 순응에 가장 중요한 것은 그 정책이 해당 병원에 이익이 되는지 여부라고

말했다. 정책을 해당 병원에 적용했을 때의 손익을 계산하여 순응 여부를 결정한다는 것이다. 같은 정책도 병원 규모와 병상 수에 따라 손익 규모가 다르므로 순응에 차이가 발생한다. 정책의 목표가 사회 전체의 공익에 바람직하다 해도 해당 정책이 병원 수익성에 악영향을 주면 민간병원은 순응하지 않았다.

병원에 좀더 집행진으로 갈수록, 특히 오너일수록, 병원의 수익이 어떻게 치면 병원의 오너면, 사립병원의 오너면 더우기 자기 매출하고 다 영향이 있지 않습니까. 아마 그러면 더더우기 그러지 않을까 생각이 들긴 들어요. 저희는 공공병원이니깐 사실 그렇게까지 힘들게 정말로 바람직하지 않은 방향으로 매출이 올라가는거니깐. 그렇게까지 해야 될 니즈(needs)를 느끼지는 못하거든요. - 병원 경영진, MA

공공의료기관의 경영진 역시 병원의 수익이 병원의 정책 순응에 영향을 끼친다고 평가했다. 그래서 공공병원보다 매출이나 이익에 대한 압박이 큰 민간병원은 병원의 수익과 질 높은 진료기능이 충돌할 때 수익을 높이기 위해 진료의 질을 떨어뜨릴 수 있다는 지적이었다. 이러한 병원의 행태는 병원 수익성에 도움이 되지 않는 정책대안의 집행을 방해하는 요인이 된다.

5. 순응주체의 능력 부족

각 병원마다 의사결정 프로세스가 다를 거예요. 과마다 파워도 다르고. 6시간 진료 페널티를 응급실, 응급의학과에게 주는 게 아니라 입원 지연된 환자가 제일 많은 과에 준다면, 그리고 당근도 그 과에 준다면 입원 잘 될 걸요. 저는 그렇게 생각해요. 가령 A과에서 환자가 응급실에 아주 많다. 그래서 A과 때문에 진료 지연이 많이 된다. 응급의학과에서 아무리 말해봤자 그 과가 병원 안에서 막강한 파워가 가지고 있다면 아무리 말해도 소귀에 경읽기가 되겠죠. 우리는 우리대로 한다. 그건 너네 사정이고 우리가 안 된다는데 왜 그러냐. 통계적인건 NEDIS 보면 알 수 있잖아요. 복지부에서 그 과에게 페널티를 준다거나, 뭐 페널티는 별로 안 좋으니까 빨리 하면 좋은걸 준다면, 뭐 전공의 티오를 준다면, 열심히 입원시킬 것 같아요. - 지역센터 의사, EJ

정책대상자의 노력으로 개선 불가능한 내용이 포함된 정책대안은 집행이 성공적으로 이루어지지 않았다. 응급의료기관이 24시간 응급환자를 적절히 진료하기 위해서는 내과, 외과, 신경외과, 흉부외과 등 병원내 모든 과와 병원 경영진의 협조가 필요하다. 정부는 배후진료과의 순응을 확보하기 위해 협진진료에 대한 수가를 부여하고, 병원 경영진의 순응을 확보하기 위해 평가 결과와 응급진료 수가를 연동했다. 그러나 협진진료 수가는 행태 변화를 만들기 어려운 수준이었고, 평가에 연동된 수가는 응급실에만 적용되어 배후진료과의 행태를 변화시키지 못했다. 암과 같이 수익성 높은 만성병 중심 진료가 고착화된 대형병원의 배후진료과 의료진 행태를 바꿀 수 있는 유인과 제재가 부족한 결과, 배후진료과 의료진은 여전히 응급환자 진료에 소홀하다고 평가되었다. 배후진료과 의료진은 해당과에 영향을 끼치지 않는 응급의료기관 평가에 무관심했고, 응급실 의료진의 노력만으로는 응급환자 최종치료 제공이나 응급환자 재실시간 단축이 불가능했다. 응급실 의료진들은 응급실 의료진이 관리 불가능한 항목을 평가하는 응급의료기관 평가가 불합리하다고 느끼며 불순응하였다

(마) 정책집행기관의 성격과 역량

1. 정책집행기관 성격

- 정책선도자(policy entrepreneur)의 부재

결국에는 각 전문 학회, 전문 과목간의 갈등도 있고, 또 병원급간의 갈등도 있고, 지역간 갈등도 있고, 정부 부처간의 갈등도 있고, 각종 갈등이 많아요. 그런데 거기서 원칙을 세워서 누군가가 추진, 응급의료 추진의 리더십이 서고. 거기에 대해서 어느 정도는 각 섹터에서 서로서로 내려놓고 양보하고 수용할 수 있는. 그러한 뭔가 기전, 또는 모멘텀이 필요하지 않을까 생각하는데요. 단순히 자원을 어떻게 해야 된다, 수가를 어떻게 해야 된다고 보다는, 그 부분이 가장 큰 문제, 근원이 아닐까

싶습니다. 리더십. - 중앙정부 정책전문가, PD

응급의료 전달체계 개선정책에는 정책선도자가 부재하였다. 정책선도자란 정책의 주체로서 정책을 의제화하고 효과적으로 집행되도록 적극적으로 정책과정에 참여하는 사람이다.(12) 응급의료 정책과정에는 여러 정책 행위자간 갈등을 조정하고 문제 해결을 추진할 적극적인 행위자가 존재하지 않았다. 정부는 제기된 문제에 대한 즉각적인 해결방안에만 관심이 있었고, 의사들은 단일한 의견을 가지고 있지 않은 집단으로, 소속 기관의 이해관계에 따라 정책에 순응하거나 불순응했다. 적극적으로 문제 해결의 필요성을 느끼고 추진하는 주체가 없는 상황에서 정책행위자가 많은 정책이 제대로 추진되기는 어려웠다.

- 정부의 정책문제 해결의지 부족

정부가 고통스러워야 하는데, 정치적으로 고통스러워야 하는데 정부가 정치적 고통은 없이 말만, 우아한 말만 하고. 사실 그렇잖아요. 공무원들 입장에서는, 일반 병원이나 의협을 비난하는 게 제 생각엔 좀 그런 게 그 사람들은 그 건이 잘못되어서 자기에게 문제가 생기면 정말로 다 파산하잖아요. 인생이, 삶이 걸렸는데 그런 문제를 들이 밀면서, 그냥 그 사람들이 결렬되고 파탄됐다고 공무원들이 월급이 깎였어요? 아무것도 없잖아요. 우아한 조율자라면 조율을 못해낸 책임을 져야 할텐데 그 책임을 아무 것도 안 지고 있잖아요. 우아한 조율자에서 정부가 좀 벗어나서 정치적 고통을 좀 감내하더라도, 옳은 방향으로 갔으면. - 병원 경영진, MA

정책의 드라이브를 걸 수 있는건 정부밖에 없죠 모. 모든 힘을 정부가 다 가지고 있으면서 드라이브 안 걸고 민간에서 걸어봐 그러면 그게 나쁜 놈이죠. - 권역센터 의사, EF

여러 전문가들이 정책선도자의 역할을 해야 할 정부가 문제 해결에 적극적 의지가 없었다고 지적했다. 우리나라 보건의료

정책구조에서 정책선도자는 정책결정의 주체이자 집행기관인 정부일 수밖에 없다. 의료단체의 지도부가 정책선도자로 성장할 가능성을 배제할 수는 없지만, 우리나라에서는 의료단체의 지도자가 정책선도자로 역할을 한 선례를 찾기 어렵고, 현시점에서 그와 같은 역할을 할 후보자도 없는 것이 사실이다. 정부는 전달체계 문제를 위장외제로 설정하였고, 적극적으로 문제를 해결하려 하지 않았다. 메르스 유행 이후 전체 의료전달체계 개선을 위하여 협의체를 구성하여 운영하였으나 의협이 권고안에 반대한 후 논의가 중단되었다. 의료진 전문가들은 정부가 문제 해결의 의지가 없었기 때문에 추가적인 의견 조율의 노력을 하지 않았다고 평가했다. 의약분업이 추진될 때는 의사들이 집단파업에 나설 정도로 강하게 반발함에도 불구하고 정부가 밀어붙여서 정책을 추진했다. 그러나 전달체계 개선 문제는 의협이 권고안에 반대한 것으로 논의가 중단된 것 자체가 정부의 의지 부족이라는 것이다.

전문가, 관료, 그 다음에 환자와 public(대중)이 정책 결정을 하는 거잖아요. 관료한테는 승진이 중요하죠. 조직의 이해관계가 중요하고. 그런데 문제를 근본적으로 해결한다고 해서 승진이 되는 게 아니야. 문제를 근본적으로 해결하기 위해서 관을 키우면 그게 문제가 되고. 문제가 되어서 갈등이 생기면 욕을 먹고 승진을 못하게 되지. 그게 잘못된 보상체계가 형성되어 있는 거예요. 사회적으로 관료 사회에. 그러니까 관료는 복지부동하지. 정부는 정부의 이해관계가 있다니까. 정부가 국민을 위해서 일한다? 물론 국민을 위해서 일하지. 그거는 어떤 일을 정부가 해야 된다고 주어졌을 때 그 일을 어떻게 국민을 위해서 할 것인가. 자기가 승진하고 조직은 성장하고 욕은 안 먹고 해결 가능한 범위 내에서 어떻게 할 것이냐를 고민하지. 국민을 위해서 고민을 하면서. 그렇지만 나를 희생하고 조직을 희생하고 고생 죽도록 하고 성공 가능성이 없는 방식으로 일하진 않지. - 응급의료 정책전문가, PF

정부가 적극적으로 전달체계 개편을 추진하지 않은 것은 당연하다는 평가도 있었다. 정부 정책을 결정하고 집행하는 공무원

역시 특정 정책에 이해관계를 가지는 하나의 이익집단이다.(53) 정책결정의 다원론적 관점에서는 정부를 구성하는 공무원들이 사회구성원 간의 대립적인 의사를 조정하는 역할을 한다고 평가되지만, 엘리트론적 관점에서는 여전히 특정 이해를 대변하는 이해당사자로 평가된다. 병원에 대한 보상체계가 현재 병원의 행태를 만들었듯 정부의 보상체계가 정부 공무원들의 행태를 만든다. 정부 공무원은 문제의 근본적 해결에 책임이 없으므로 문제 해결에 매달릴 이유가 없다. 문제를 근본적으로 해결하려면 그 과정에서 갈등이 발생할 가능성이 크다. 갈등 자체가 또 다른 문제이므로 공무원들은 응급의료 개선정책을 적극적으로 추진하려 하지 않았다고 평가되었다.

응급의료 전달체계의 문제는 명확한 정책대안이 없고 정책참여자가 많은 복잡한 문제인데 정부가 주도적으로 갈등을 조정하고 합의를 만들어가는 정책선도자의 역할을 수행하지 못함에 따라 정책은 성공적으로 집행되기 어려웠다.

2. 정책대상자보다 전문성이 부족한 정부 관료

- 응급환자 진료 기능을 제대로 평가하지 못하는 응급의료기관 평가

전문가들은 응급실을 변화시킬 수 있는 수월한 정책수단인 응급의료기관 평가가 응급의료기관의 응급환자 진료역량을 제대로 평가하지 못하고 오히려 응급진료를 왜곡하고 있다고 지적했다. 평가 결과에 따라 수가 수준이 달라지고 응급의료기관 재지정 여부가 결정되므로 응급의료기관 평가는 병원의 행태를 단기간에 바꿀 수 있는 효과적인 정책수단이다. 그러나 정책문제 해결에

인과성이 낮은 지표들이 정책목표로 제시되며, 응급실 의료진의 불순응을 유발하고 평가 조작마저 발생하게 되었다.

일반적으로 어떤 평가지표나 그런 거 때문에, 일반적인 그런 걸 의식해서 진료의 패턴을 바꿔서 전원을 빨리 알아봐서 보낸다거나 할 때는 전체적으로 좋은 결과를 가져온 거라고 생각하지는 않아요. 해결방안 없는 사람이 전원 가는 건 맞죠. 그런데 지표를 맞추려고 전원보내는 건 의료비 상승이지. 여기서 한 검사하고 또 하고. 안 좋은 말이지만 폭탄 돌리는 거고. - 지역센터 의사, EI

대표적인 것이 응급실 환자 재실시간 지표이다. 정부는 병원이 응급환자를 빠르게 진료하고 응급환자에게 병상을 우선 배정하여 빠르게 입원시킴으로써 재실시간을 단축할 것을 기대했다. 그러나 병원 프로세스 개선이 어렵거나 프로세스 개선만으로 재실시간을 단축하기 어려운 응급실은 환자를 빨리 퇴원 또는 전원시키는 방법으로 재실시간을 단축했다. 정부가 의도한 재실시간 단축의 목표는 응급실이 계속 응급환자를 진료할 수 있도록 자원을 확보하고 환자에게는 시의적절한 최종치료를 제공하는 것이었다. 그러나 환자가 물리는 대형병원은 병원의 모든 병상을 응급환자에게 배정할 수는 없었다. 그래서 병원 내 프로세스 개선만으로는 정부가 제시한 수준의 재실시간 단축을 이룰 수 없었다. 응급의료서비스의 질 개선이 아니라 응급실 재실시간 단축 자체가 정책목표가 되면서 충분한 관찰시간 없이 환자를 퇴원시키고 전원병원이 충분히 검증되지 않은 상태에서도 전원을 보내는 사례들이 발생했다. 그러나 응급실 의료진에 비해 의료 전문성이 부족한 정부 관료는 이러한 진료 왜곡을 예상하거나 포착하기 어려웠다.

24시간 내에 또는 6시간 내에 해결하기 위해서 들어오면 전부 샘플(sample, 피검사)부터 시작하고 열나면 chest(흉부) abdomen(복부) 찍고 머리 아프면 brain CT(뇌 CT) 찍고 기침하면 chest CT(흉부 CT) 찍고 복통 있으면 뭐 abdomen CT(복부 CT) 찍는 나라가 정상인 나라인 건지. 그런 거에 대한 평가를 우리 스스로 해서 이게 평가가 정말 순기능을 하는지 역기능을 하는지에 대해서 우리 스스로도 되돌아봐야 되는데 현재까지 내가 알기로는 그런 데이터 안 나온 걸로 알고 있는데. - 감염관리 전문가, IB

의료진이 심정적으로 동의하지 않는 평가지표가 정책목표가 되며 진료가 왜곡되는 것은 진료 자체에서도 나타났다. 응급실에서 빠른 진료를 제공하여 재실시간을 줄이려면 응급실 인력이 충원되어야 한다. 자원의 보강 없이 재실시간만 줄이려 하다 보니 병원은 환자 문진보다 CT, MRI와 같은 장비를 이용한 검사를 더 많이 시행하게 되었고, 이는 과잉검사의 문제로 이어졌다.

응급의료기관 평가의 궁극적 목적은 응급의료서비스의 질을 향상하고 환자 만족도를 향상시키는 것이다. 그러나 평가대상자는 현재의 평가가 그러한 목적을 달성하지 못한다고 생각하며 정책 집행에 순응하지 않았다. 정책집행 관료보다 전문성이 뛰어난 평가대상자는 평가지표를 맞추기 위해 진료를 왜곡하거나 지표를 조작하는 사례도 발생했다. 그러나 정부 관료는 이러한 문제를 정확히 포착하여 개선하기 어려웠다. 그 결과 의료진은 바람직하지 않은 평가를 시행하는 정부 관료에게 불만을 가지게 되었고, 정부 관료는 평가를 조작하는 의료진을 비난하며 정책집행 과정의 갈등이 심화되었다.

- 중소병원 기능을 제대로 평가하지 못하는 병원 평가

누가 거기서 그거를 보고 그 안에서 몇 점인지 알지도 못하고 필로 평가하는지도 모르고. 상종(상급종합병원) 좋은 병원. 신문에도 그렇게

나오. 1가는 대부분 상중이 했고 1가 중에 특히 빅5가 어찌고 어찌고. 빅5가 진짜 좋은 데인가보다. 사실은 그런 신뢰를 만들어가는 과정에서 의료인들조차도 그 평가의 제한점을 잘 모르거든요. 평가를 제대로 하지 않고 뭔가 기능을 주거나, 못하는 데인데 왜 자꾸 가라고 하느냐. 애네는 질 나쁜 다 등급인데 2차 의료라고 자꾸 가라고 유도하냐. 정부로써도 할 얘기가 없는 거거든요. 이런 영역에서는 2차 병원도 잘 하고 지역에 잘 하는 병원들이 이런 병원들이다라고 이야기를 해줘야 되는 건데 그렇게 못하고 있는 상황이라, 거기서도 실타래가 하나 얽혀 있는 것 같아요. - 병원 경영진, MB

중소병원 경영진들은 응급의료기관 평가뿐만 아니라 병원 평가도 국민들의 중소병원에 대한 신뢰를 저하시키는 데 기여하고 있다고 지적했다. 대형병원과 중소병원은 제공하는 의료서비스의 종류가 다르고 제공해야 하는 의료서비스가 다르다.¹⁰⁹ 그러나 단일한 기준으로 여러 수준의 병원을 평가하여 상대적으로 자원이 풍부한 대형병원에 비해 중소병원 의료의 질이 떨어지는 것처럼 평가된다는 것이다. 국민들은 의료기관 평가제도의 자세한 항목과 내용을 모르고 최종 결과만을 기억한다. 그래서 대형병원에 비해 중소병원 의료서비스의 질이 낮다고 인지하고 중소병원 방문을 기피하게 된다. 중소병원 경영진들은 평가를 개발하고 집행하는 정책 전문가의 역량이 불충분하다고 느끼고 있었다.

마. 정책평가

¹⁰⁹ 보건복지부 행정규칙 의료기관의 종류별 표준업무규정에 의해 우리나라의 의료기관은 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원으로 분류된다. 그러나 이 연구에서는 심층면접 참여자들이 인지하고 표현하는대로 대형병원과 중소병원으로 의료기관을 구분하여 표현하였다. 심층면접에서 중소병원은 병원과 종합병원을 포함하고, 대형병원은 상급종합병원을 의미한다. 각 종류별 의료기관의 표준업무는 이하와 같다.

- 의원: 주로 외래환자를 대상으로, 간단하고 흔한 질병에 대한 외래진료
- 병원과 종합병원: 주로 입원환자를 대상으로, 일반적인 입원, 수술 진료
- 상급종합병원: 주로 중증질환자를 대상으로, 수술, 시술 등 고난이도의 치료기술을 필요로 하는 중한 질병의 진료

정책의 집행 후 정책평가가 적절하게 이루어지지 않았다. 광의의 정책평가는 정책과정의 모든 측면에 대한 가치판단을 의미하나, 주로는 집행과정을 평가하는 과정평가(process evaluation)와 정책결과를 평가하는 총괄평가(summative evaluation)를 의미한다. 과정평가는 정책집행 과정에서 나타난 활동을 검토하여 개선점을 찾는 것이고, 총괄평가는 정책집행 후 의도한 정책효과가 달성되었는지를 검토하여 최종적으로 정책목표를 달성하고자 하는 것이다.(12) 정책평가 과정에서 제기된 문제는 이하와 같다.

표 48 응급의료 전달체계 정책과정 평가 - 정책평가

상위범주	범주	내용
정책평가	1. 과정평가의 부재	1. 정책집행에 대한 평가 및 개선 부족
	2. 총괄평가의 부재	1. 정책의 부작용 평가를 포함한 총괄평가 부족

(가) 과정평가의 부재

1. 정책집행에 대한 평가 및 개선 부족

응급의료 개선정책은 정책이 집행된 후 집행에 대한 평가와 이를 바탕으로 한 정책조정이 부족했다. 재실시간 관리는 응급진료를 왜곡하고, 최종치료 제공률 지표는 평가를 조작하는 결과를 만들었다. 하지만 정부는 이러한 문제를 파악해 정책집행을 조정하지 않았다. 응급실 의료진은 정부가 정책을 내놓는 데만 급급하고, 그 정책이 집행과정에서 어떤 문제를 만드는지는 관심이 없다고 지적했다. 정책평가는 정책과정에서 발생한 문제를 파악하여 정책의 지속여부를 결정하고 정책내용을 조정하는 것이 중요한 기능이다. 그러나 현재 응급의료 정책평가에는 이러한 과정이

부재하다는 것이다.(12) 그래서 정책집행 과정에서 발생한 문제가 해결되지 않고, 집행기관과 대상자 사이 갈등이 지속되게 된다.

(나) 총괄평가의 부재

1. 정책의 부작용 평가를 포함한 총괄평가 부족

정부에서 시행한 정책이 응급의료 전달체계 문제를 해결하는 데 효과적인 정책이었던지는 제가 잘 모르겠어요. 그러니까 저보다는 현장의 의견을 듣는 게 맞지 않을까요. 저희는 그런 걸 한 거잖아요. 그런데 그게 진짜 현장에서 도움이 됐냐는 거 같거든요. 그 다음에 특별한 사고가 있진 않았으니까. 저희가 그걸 실제로 체감하는 사람은 아니잖아요. 그런 게 필요하다고 하니까 그런 인프라를 깔고 하는 입장인거고. 그게 진짜로 실질적으로 도움이 됐냐는 거는 판단하기 어려운 거 같아요. - 중앙정부 정책전문가, PC

그러니까 단순히 24시간 체류환자 퍼센트라든지 이런 수치들은 좋아지긴 하는데. 기능적인 면, 의료진들이 실수를 덜 할 수 있는 환경은 주어졌느냐 하면 꼭 그렇지만은 못할 수 있을 것 같아요. 저희 같은 경우도 어떤 부분들이 생기냐면, 그 24시간이라든지, 뭐 그게 나쁘다는 건 아니고 그걸 맞추다 보니까 환자들 얼리 디스차지(early discharge, 조기 퇴원)도 많이 하고 그러다보니까 리비짓(revisit, 재내원)도 많이 늘어났고 사고도 많이 나고 그러는 거 같거든요. 그런 측면에서는 수치적으로 좋아진 부분도 있지만 나빠진 부분도 항상 있을 수밖에 없으니까. 그렇다고 그 시스템이 임원을 다 잘 시켜주는 시스템이 만들어진 것도 아니고. 오히려 응급실에서 쫓아내는 시스템으로 변질이 돼버렸잖아요. - 지역센터 의사, EE

응급의료 전달체계 개선정책은 집행이 끝난 후 정책효과와 부수 효과를 함께 평가하는 총괄평가가 충분히 이루어지지 않았다. 총괄평가는 정책집행이 끝난 후 의도한 정책효과가 달성되었는지를 검토하는 것이다. 정부는 정책집행 후 사전에 설정한 성과지표 달성 여부를 평가했다. 그러나 전문가들은 정부의 총괄평가가 실질적이지 않다고 지적했다. 정책이 끼친 다방면의 영향을 확인하려면 정책의 직접적인 효과뿐만 아니라 부작용까지 포함한 평가가 이루어져야

한다. 그러나 정부는 성과지표만을 평가하여 정책의 성공 여부를 판단했다는 것이다. 그 결과 응급의료 개선정책을 추진한 정부 전문가는 전달체계 개선정책이 어떻게 집행되었고, 어떤 결과를 만들었는지 잘 모르겠다고 말하기도 했다. 정책 결정시에 수립한 지표는 달성되었으나, 그게 실제 현장에 어떤 효과를 유발했는지는 잘 모르겠다는 것이다. 정책집행 후 정책효과 이외 부수효과가 평가되지 않았기 때문에 발생한 것이다.

대표적인 사례가 응급실 재실시간 단축이다. NEDIS 자료를 활용한 양적분석에서 권역센터의 월별 재실시간 평균은 감소 추세를 보였고, 심층면접에 참여한 전문가들도 많은 병원에서 재실시간이 단축되었다는 데 동의하였다. 그러나 응급실 의료진들은 해당 병원이 응급실 프로세스 개선에 사용한 방법에 따라 재실시간 단축의 정책결과에 대한 의견이 엇갈렸다. 응급실 환자를 빠르게 진료하고 우선순위로 입원시킨 병원은 재실시간 단축을 통해 응급의료 서비스의 질이 높아졌다고 느꼈다. 그러나 환자를 응급실에 오자마자 입원시키거나 응급실에서 바로 전원보내는 방법을 사용한 병원은 재실시간 단축을 통해 응급의료 서비스의 질이 떨어졌다고 느꼈다. 재실시간 단축이라는 정책효과는 동일하나 부수효과에 따라 의료진들은 응급의료서비스 질이 상승하거나 하락했다고 상반되게 느낀 것이다.

(2) 응급의료 전달체계의 변화

집행된 정책에 대한 심층면접 참여자들의 평가를 정책효과와 부작용, 남아 있는 문제의 범주로 나눈 것은 이하 표와 같다.

표 49 질적연구로 평가한 응급의료 전달체계 개선정책의 정책결과

보건의료체계의 구성요소		목표	정책수단	정책효과	부작용	남아있는 문제	
의료자원	의료인력	응급의료 자원 확대	권역센터 시설·장비·인력 기준 개정	권역센터 인력 증가		응급의료 인력 부족	
	의료시설		권역응급센터 확대	권역센터 증가			
자원의 조직화	국가 보건당국	응급환자 진료역량 강화 응급실 과밀화 완화	달빛어린이병원 확대	정책집행 실패	정책대상자간 갈등	시간외진료체계 부족	
			권역센터 시설·장비·인력 기준 개정	권역센터 증환자 병상 증가		중환자 진료자원 부족	
			정책대안 부재				양질의 지역센터, 지역기관 부족
			의료전달체계 개선협의체 구성	합의 도출 실패		의료전달체계 개편 중단	지방의 의료자원 부족
의료 서비스의 제공	병원	응급실 환자감소 응급실 과밀화 완화	의료-회송 시범사업	정책효과 달성 실패		대형병원 쏠림현상 악화	
			응급진료비 본인부담률 조정	정책효과 달성 실패	환자-의사 갈등	경증환자로 인한 응급실 과밀화 지속	
			정책대안 부재			무한정쟁의 의료체계 응급환자 진료기능이 취약한 응급실	

재정적 지원	건강보험 수가	응급의료 자원 확대	응급의료 수가 개선	권역센터 응급의료 수가	권역센터 수익성 개선	취약한 권역센터 증가	응급환자 진료의 우선순위가 낮은 병원 문화 여전히 불충분한 응급의료 수가 (중환자진료 수가)
	정책 및 관리	응급실 과밀화 완화	응급환자 체실시간 지표 수가연동지표로 도입 응급의료센터 24시간 이상 체실환자 관리	응급환자 체실시간 지표	응급환자 체실시간 감소	응급의료서비스 질 하락, 응급실 의료진 스트레스 증가	중별 기능 수행에 대한 보상체계 부재 내원 환자 조절없는 프로세스 개선의 한계
기타	문화	응급환자 진료역량 강화	응급의료기관 평가에 중증환자 최종치료 지표 강화	정책목표 달성 실패	평가지표만 맞추는 의료기관 행태	실제 응급환자 진료 기능에 대한 평가 취약	응급의료 전달체계에 대한 이해 부족 국민들의 대형병원 선호
		응급환자 진료역량 강화	정책대안 부재	과밀화 문제 인식 확산 환자들의 전원 수용성 증가	과밀화 문제 인식 확산 환자들의 전원 수용성 증가	응급의료 전달체계에 대한 이해 부족 국민들의 대형병원 선호	

가. 의료자원

(가) 의료인력

1. 권역센터 의료인력 확대

우리나라는 스탠바이(standby, 대기)하고 있는 인력에 대해서 굉장히 인색해요. 인건비를 들이지 않고서 스탠바이하기를 기대하고 있잖아요. - 권역센터 간호사, EA

제일 기본적인거는 어쨌든 의료인력의 부족. 의료인력이 부족하면 원격진료라도 하게 하든지 아니면 개원하고 있는 의사들을 전부 다시 대학병원으로 불러들일 방법을 찾든지 해야될 거 아니에요 - 응급의료 정책 전문가, PA

권역센터 시설·장비·인력 기준이 개정되며 권역센터 의료인력이 증가했다. 그러나 응급실 의료진들은 여전히 응급의료 인력이 부족하다고 평가했다. 만성적인 응급의료 인력 부족은 응급실 과밀화 문제가 발생하는 이유이자 문제를 악화시키는 요인이다. 응급의료기관 지정기준에 전담의사와 간호사의 수가 지정되어 있고 2018년 96.0%의 의료기관이 24시간 전담의사 근무를 충족한 것으로 조사되었다.¹¹⁰ 그러나 이는 응급실 운영을 위한 최소 기준으로 실제 의료 현장에서는 의료인력이 부족하다고 느끼고 있다. 응급실은 환자가 없거나 적은 시기에도 의료인력이 대기하고 있어야 한다. 중환자를 진료하기 위해서는 더욱더 충분한 인력이 필요하다. 그러나 현재는 진료가 가능한 최소 인력으로 응급실이 운영되고 있다. 그래서 환자에게 필요한 처치를 빠르게 제공하기 어려워 응급실 과밀화가 발생하고 중환자에게 적절한 진료를 제공하기 어렵다는 것이다.

권역센터 기준 개정으로 의료인력이 증가하였으나, 전공의의 근무

¹¹⁰ 중앙응급의료센터, 2018년도 응급의료통계연보

시간을 제한하는 전공의 법¹¹¹이 도입되는 등 의료인력의 적정 시간 근무를 추진하며 인력 증가의 효과가 상쇄되었다. 환자들은 점점 더 높은 수준의 서비스를 요구하고 있고, 이 역시 인력이 필요한 일이다. 응급실 의료진들은 여전히 응급의료 인력이 부족하고 향후 더 부족해질 가능성이 있다고 평가했다.

(나) 의료시설

1. 권역센터 시설 자원 확대 - 중환자 진료자원 확대

응급의료 자원 확대를 목표로 하여 권역센터 수가 증가했고, 권역센터 시설·장비·인력 기준 개정¹¹²에 따라 권역센터 인력과 응급중환자실 병상이 증가하였다.

근데 지금도 119에서 너무 힘들다고 연락이 오는데. 이거는 현장에서 이송 단계거든요. 현장에서 대원들이 가는 거, 이진 병원간 이송에서 문제라고 들어왔는데 도저히 보낼 데가 없는 거죠. 작년 연말에는 일주일 동안이긴 한데 너무 안 받아준다고 자료를 보냈는데, 그때 저희가 상황판¹¹²에 보통 마이너스 10 이렇게 올라가고 그 다음에 병원 전체에 ventilator(인공호흡기)를 다 끌어 쓰고 있는데 ventilator가 없거든요. 멘탈(mental, 의식상태)만 좀 쳐져도 인튜베이션(intubation, 기관삽관)할 것 같으면 못받는거죠. 이런 상황에 와 있는데 다른 데도 다 비슷하더라는 거예요. 그래서 할 수 있는 건 지금 다 하고 있어요. A도시에서. - 권역센터 의사, EF

¹¹¹ 전공의의 수련환경을 개선하기 위하여 2017년 전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률(약칭 전공의 법)이 시행되었다. 제7조(수련시간 등)에 의거하여 주 80시간 근무로 근무 시간을 제한하는 것이 주요 내용 중 하나이다.

¹¹² 중앙응급의료센터에서 운영하고 있는 실시간 병상정보와 중증응급질환 진료 가능정보를 제공하는 홈페이지, 응급실 병상 수보다 재실 환자 수가 많으면 그 숫자 만큼 앞에 (-) 부호가 붙어 표시된다.

http://portal.nemc.or.kr/medi_info/dashboards/dash_total_emer_org_popup_for_egen.do

그러나 전문가들은 여전히 중환자 진료자원이 부족하다고 평가했다. 권역센터가 중환자에게 최종치료를 제공하지 못하는 것은 경중환자가 권역센터에 방문해 의료자원을 소모하기도 하지만 근본적으로 중환자 진료자원 자체가 부족하다는 것이다. 권역센터 수 증가에 따라 응급전용 중환자실 병상이 증가했지만, 심층면접에 참여한 의료진들은 여전히 중환자실 병상이 부족하다고 지적했다. 서울과 수도권 이외 지방은 중환자를 진료할 수 있는 의료기관 자체가 부족하다는 평가였다. 중환자를 진료할 수 있는 응급실이 이미 과밀화되어 있으면 구급차가 중환자 수용이 가능한 응급실을 찾아 거리를 헤매게 된다. 응급실에서 초기 처치를 마친 환자가 입원할 수 있는 병상이 없어 전원되기도 한다.¹¹³ 지방 응급실의 의료진은 지방은 중환자를 진료할 수 있는 의료기관의 수 자체가 적어 중환자실 병상이 없는 상태에서도 환자를 전원하지 못하고 응급실에서 수일씩 입원을 대기하기도 한다고 지적했다. 그 결과 환자에게 적정치료를 제공하지 못하고 응급실 재실시간도 길어진다는 것이다.

2. 달빛어린이병원 확대

달빛어린이병원은 좀 실패한 정책이죠. 이거를 C시는 야간, 휴일 의료기관 지원사업이라고 했고, 복지부에서 이 달빛어린이병원을 더 확산시키기 위해서 다른 회의도 참석하고 했는데, 일단 제일 먼저는 확산이 안되고 있잖아요. 많이 확산이 안되고 있고, 인력, 달빛어린이병원을 하려면 최소한 전문의 숫자가 어떻게 돼야 한다고 했다가 너무 저조하게 되면 인력 기준이 바뀌었다가 막 이렇게 되는데, 달빛어린이병원을 어떻게 지정하는 것까지는 국가에서 했는데 관리하는 거라든지 모 하는 거는 거의 없어요. 일단은 저희 C시 안에서도 크게

¹¹³ 헬스코리아뉴스, 2018, 권역응급의료센터 전원문제 심각, <https://www.hkn24.com/news/articleView.html?idxno=301756>

확산되지 않고 몇 개 더 생겼다가 줄어들었다. 이거는 병원의 사정에 의해서 움직이는 거고. 이걸 하고 난 다음에 실질적으로는 제대로 운영되는 거에 대한 평가라든지 모니터링하고 개선방안 어떻게 하겠다는 거는 몇 년 동안 받아 본 적이 한 번도 없거든요. 그니까 달빛어린이병원은 그렇게 잘 진행되고 있는 사업은 아니라는 생각이 듭니다. - 지방정부 정책전문가, PB

소아 경증환자로 인한 응급실 과밀화를 해소하기 위해 야간과 휴일에 방문할 수 있는 시간외진료체계인 달빛어린이병원 사업을 확대하려 시도하였다. 그러나 지원금 확대와 수가 신설에도 불구하고 일부 정책대상자들의 반대로 정책집행은 성공적으로 이루어지지 못했다. 달빛어린이병원은 소아 시간외진료 확대라는 정책효과를 달성하지 못했다고 평가되었다.

유일하게 나온 달빛어린이병원도 수거나 어떤 체계가 아니라 그냥 돈을 수당 주듯이 그 병원만 탁탁 꽂아 주는거예요. 정액으로 그것도 숫자에 따라서 시간에 따라서 환자 진단명에 따라서 이렇게가 아니라. 일본은 다 그렇게 돼있거든요. 시간대에 따라서, 아이 연령에 따라서, 보는 사람의 신분, 숙련도에 따라서 수가가 짝 나뉘져 있어서. 어쨌든 이게 실제로 넉넉하기도 하고 착시효과를 불러일으키는 게. 우선 합리적으로 돈이 나온다고 생각이 들고. 돈 되게 많아요. 하룻밤 서면 백만원 나와요. 소아과 전문의 급이 그날 밤에 가서 하룻밤 서면 백만원 딱 줘요. 몇 명을 보든 간에. 이렇게 넉넉한 돈. 그리고 아주 정교한 수가 체계가 있어서 어떤 합리적인 국가 의료체계 내에서 보상 받는 느낌인데. 지금 달빛어린이병원은 그냥 정액으로 딱 주잖아요. 그니까 보너스인거야. 너 잘했구나. 표창장이예요. 그리고 언제 끝날지 모르는. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

달빛어린이병원 사업은 사업 초기 소아청소년과 전문의 3명 이상을 보유한 병원을 신청 자격으로 하여 소규모 동네 의원을 운영하는 소아청소년과 개원의들의 반발이 컸다. 정부는 달빛어린이병원 운영기관에 정액의 보조금을 지급하였다. 그러나

의사들은 이를 크지 않은 규모의 보너스로 받아들였고, 보조금은 정책 변화에 따라 지급이 중단될 가능성이 있다고 판단하여 사업에 적극적으로 참여하려 하지 않았다. 메르스 유행 이후 사업 확대를 위해 보조금 대신 야간휴일 가산수를 주는 것으로 제도를 개선하였다. 그러나 소아청소년과개원의협의회는 소아과 개원의들에 미칠 영향에 비해 야간휴일 진료에 대한 가산수가 충분하지 않고, 사업이 기존 개원의들의 이익을 침해한다고 판단하여 정책집행에 적극적으로 반대했다. 소아청소년과개원의협의회의 단체행동은 사업에 참여하려고 했던 의사들에 대한 제재로까지 이어져 정부-정책대상자 갈등, 정책대상자간 갈등을 초래하여 정책집행 실패를 만들었다.¹¹⁴ 정책집행 실패에 따라 달빛어린이병원은 목표만큼 확대되지 못했고, 경증소아환자에 대한 시간외진료체계는 여전히 부족하다.

나. 자원의 조직화

(가) 의뢰-회송 시범사업 정책효과 달성 실패 - 대형병원
 쏠림현상 악화

응급의료 간의 전달체계는 지금도 여전히 거의 없는 상황이고. 게다가 비급여의 급여화, 이런 것 때문에 전달과정에서 그간에는 상급병실료 때문에, 특진료 때문에 이런 비용의 장벽 때문에 이 정도면 근처 병원까지 했던 사람들이 이제 다 3차 병원급으로 몰리고 있는 게 현실이고, 그건 모 현장에서는 다 느끼고 있을텐데. 이렇게 되어서 3차병원 외래와 입원이 팍 차면 그게 더 밀리고 그럴수록 응급실의 상황은 점점 나빠지잖아요. 응급환자가 입원할 수 있는 여지도 줄어들고 모르겠어요. 요즘 응급실 어떤지 모르겠는데, 저희가 느끼는 바는 최근 한 1년 사이에 굉장히 쏠림현상이 심해졌다고 많이 느낍니다. - 병원 경영진, MB

¹¹⁴ 메디게이트, 2016, 소청과가 달빛병원에 부정적인 이유, <https://www.medigatenews.com/news/1199720902>

전문가들은 대형병원 쏠림현상을 완화시키기 위해 시행된 의뢰-회송 시범사업은 정책목표를 달성하지 못했다고 평가했다. 대형병원 쏠림현상이 나타나는 병원은 곧 응급실 과밀화가 나타나는 병원이다. 중소병원에 대한 불신과 대형병원에서 높은 질의 의료를 제공할 것이라는 믿음이 대형병원 쏠림현상을 만들었다. 환자들 역시 지역기관과 지역센터를 신뢰하지 않고, 중증도와 상관없이 높은 질의 의료를 제공할 것이라 기대되는 권역센터에 방문한다. 대형병원 과밀화가 발생하는 이유와 동일한 이유로 응급실 과밀화가 발생하고, 외래 과밀화가 응급실 과밀화를 악화시킨다.

우리 병원 사람들도 그렇고 모든 우리나라 국민들도 한번 다닌 병원은 자기 병원이라고 생각을 하지. 이게 지역응급의료센터니깐 다른 사람이랑 같이 쓰게 나뉘야 되고, 그런 개념은 없거든요. - 지역센터 의사, EE

대형병원 외래 환자는 지속 증가하고 있다. 1,700병상을 운영하는 서울대학교병원의 2018년 외래 방문 환자는 230만명이다.¹¹⁵ 대형병원이 운영하는 병상 규모도 크지만 외래를 입원병상 규모보다 더 크게 운영한 결과 입원이 필요하나 병상을 확보하지 못한 외래환자가 응급실에서 검사를 하고 입원대기를 한다. 평소에도 원거리에서 외래를 추적관찰하던 환자들과 대형병원에서 입원치료를 받았던 환자들은 이전 진료기록이 있는 다니던 병원(대형병원)에 가겠다는 생각에 멀어도 다니던 대형병원 응급실을 방문한다. 지역사회에서 발생한 급성기 응급환자가 아니라 전국적으로 분포되어 있는 대형병원 추적관찰 환자가 응급실로

¹¹⁵ 서울대학교병원 현황 및 통계(2018년 12월 31일 기준), <http://www.snuh.org/content/M005004002.do>

물리며 대형병원 응급실 과밀화를 만드는 것이다.

2차에서 3차로 보내는 거는 포함되어 있었는데 1차에서 2차로 보내는 건 포함되어 있지 않았어요. 차라리 1차에서 보내는 건 돈 주지 말고, 내려주는 건 돈을 주고. 그 다음에 2차에서 3차 보낼 때도 돈 주고. 그거는 맞는 거니깐. 그렇게 시작하고 그 다음에 의원급들 좀 달랠려면 의원급에 수가를 주는데 2차로 보내라. 근데 의원급에선 이걸 싫어하겠죠. 아마도 의원급에서 싫다, 동네병원들이랑 똑같은데 뭘 의뢰는 하나, 이러니깐. 경쟁이라 생각하고 싫다 하니깐 그래 알았어 하고 슬쩍 물어서 갔을 거 같아요. 제 생각에는. 그래서 지금은 2차 의료 회송사업을 확대하면서 2차 기관이 의뢰대상으로써 들어갔어요. 이제는 1차에서 2차로 보내는 게 돈을 받아요. 그러나 여전히 1차에서 3차로 보내는 것도 돈을 받기 때문에 동네 의원들은 2차로 보낼 이유가 별로 없어요. 3차로 보내면 좋은 병원으로 보내주는가 보다고 환자가 생각하기 때문에 훨씬 설득도 좋고 한두 마디만 더 하면 되는데 지역병원으로 가라고 하면 내가 왜 거기 가야 되냐 하면 거기 잘해요 어찌고 저찌고 설명해야 되는데 귀찮잖아요. 여전히 그래서 지금은 2차 병원이 중간에 끼긴 했지만 그렇게 활성화되지는 못하고 있고. 결국에는 이런 의료 회송사업도 굉장히 중요한 환자 풀림 현상의 요인이 되고 있다고 봐요. - 병원 경영진, MB

의료진 전문가들은 의뢰-회송 시범사업이 이러한 대형병원 풀림현상을 개선하지 못했고, 메르스 유행 이후 오히려 대형병원 풀림현상은 더 악화되었다고 평가했다. 2017년 ‘문재인 케어’라는 이름으로 건강보험 보장성 강화대책이 시행되었다.¹¹⁶ 급여항목이 확대되고 선택진료비와 상급병실 건강보험 적용을 확대하며 국민들의 대형병원 진료비 부담이 줄어들었다. 대형병원 문턱이 낮아진 결과 대형병원 풀림현상은 악화되었다. 또한 협력병원간 진료의뢰-회송 시범사업이 의원과 상급종합병원 사이 의뢰-회송으로 구성되며 지역사회의 중소병원이 소외되는 결과가 발생하였다. 심층면접에 참여한 중소병원 전문가는 의원 진료 후

¹¹⁶ 정책위키, 한눈에 보는 정책, 문재인케어(건강보험 보장성 강화), <http://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148863918>

상급종합병원으로 전원하는 것에 시범사업 수가가 부여되며 시범사업에 포함되지 않은 지역 중소병원 이용은 오히려 줄어들었다고 지적했다. 상급종합병원으로의 전원에도 수가를 부여한 것은 전달체계 개선 목적과 역행하는 정책이라는 의견이었다. 의원이나 중소병원에서 진료하기 어려운 환자는 전원을 유도하지 않아도 대형병원 전원이 이루어진다. 중소병원에서 진료할 수 있는 경증환자나 중등도 질환을 가진 환자들이 대형병원에 방문하는 것이 문제인데, 지역 내 진료가 가능한 중소병원이 아닌 대형병원으로의 전원에도 별도 수가를 부여하며 대형병원 쏠림현상이 악화되었다는 것이다.

다. 의료서비스의 제공

(가) 응급진료비 본인부담률 조정

물론 수가로 조절하려고 하고 있지만 잘 아시는 것처럼 낮은 의료수가와 설비보험이라는 암초가 있기 때문에 실제로 어떤 행태의 수가를 올리고 내리는 걸 통해서, 권역센터는 천만원부터 시작합니다, 지역센터 백만원, 이런 식으로 정말 비현실적인 격차를 만들지 않은 한, 수가를 통해서 그 응급의료체계 흐름을 조절한다는 발상 자체를 버려야 하고요. 그런 발상을 하는 것 자체가 지금까지 다 망하는 이유고 아무리 이야기를 해도 소용이 없고. 그렇게 수가를 올리면 그 자체가 응급의료의 본질을 해치기 때문에. 본인이 응급이라고 생각하면 언제든지 응급의료기관에 방문할 수 있는 환자의 접근권 자체, 응급환자의 접근권 자체를 제한하기 때문에 현실적이지도 않고 도덕적이지도 않아요. 과학적이지도 않고. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

환자들의 적정 수준 의료이용을 권장하기 위해 종별로 응급의료관리료를 차등 부과하고, 중증도에 따라 진료비 본인부담률도 다르게 적용하였다. 그러나 환자들은 그러한 비용 차이를 크게 느끼지 않았다. 전국민 의료보험이 적용되고 사보험이 활성화된 나라에서 많은 경우 의료비는 의료 이용의

장애물(barrier)로 작용하지 않았다. 일부 비용 차이에 영향을 받는 환자들은 저소득층이나 사보험을 가지고 있지 않은 환자들일 가능성이 크다. 저소득층 환자가 비용에 대한 염려로 중증질환에도 권역센터를 방문하지 못하게 되면 이는 또다른 문제가 되므로 비용 격차를 아주 크게 만들기는 어려웠다. 결국 본인부담률 조정을 통해 권역센터 경증환자 방문을 감소시키려 했던 정책은 정책효과 달성에 실패했다고 평가되었다.

병원이 경증환자의 의료 회송에 대해서 얘기하지만. 진짜 응급실에 야간에 경증 감기환자, 엄청난 수 아닙니까? 엄청난 비율 아니에요? 양적분석 해보셨다면 알겠지만 엄청난 환자 비율이 그런 환자들이에요. - 응급의료 정책 전문가, PE

응급실에 응급환자가 안 온다는거죠. 응급실에 응급환자는 오는데 다양한 목적으로 응급실에 오죠. 야간 진료, 소아 병원이 있어도 2차 병원에 대한 불신 때문에 상급의료 기관으로 오는것, 지금 응급실 과밀화 현상이라는 정의도 특히 야간에 유명 병원 응급실에 모인다는 거죠. 솔림 현상에 대한 것들이 같이 있는거 같아요. 그리고 응급실을 이용하는 형태가 암환자들 열 나가나 그랬을 때 밀고 온다고 하잖아요. 암환자면 중증환자죠 국민들이 보기에는. 우리가 보기에는 암이랑 직접 상관없는 걸로 오지만, 국민들은 불안하니까 해당 케모를 한 병원으로 병상이 없을 때 그냥 밀고 오고 대기하고 있고. 앞에서 얘기했지만 중증도랑 상관없이 큰 병원을 선호하고 진료권역이 없잖아요. - 병원 경영진, MC

그래서 여전히 경증환자로 인한 응급실 과밀화가 지속되고 있다. 응급실에 응급환자가 없다고 한다. 대형병원 응급실은 경증환자와 응급실에서 입원 대기를 하거나 대형병원 입원을 위해 응급실로 방문한 만성질환 환자들로 과밀화되어 있다.¹¹⁷ 경증환자로 과밀화된 응급실은 막상 중환자가 방문했을 때 진료인력이

¹¹⁷ 쿠키뉴스, 2018, 혼돈의 땅으로 변한 응급실, 입원대기만 3일 - 대형병원 응급실로 몰려드는 환자들... 과밀화 막을 대책이 없나?, <http://www.kukinews.com/news/article.html?no=615987>

부족하거나 중환자 입원 병상 부족으로 중환자에게 적절한 진료를 제공하기 어렵다.(54)

응급은 응급실 환자가 중요해라고 생각하지만 병원 차원에서는 환자는 똑같아 그런 것도 있을 것 같고. 어떨 때는 환자들이 술수를 쓰시는 분들이 계세요. 내가 수술 날짜를 잡았는데 병실이 없으니 나 지금 너무 통증이 너무 심해라고 해서 응급실로 들어와서 입원을 해서 수술을 하시는 분들이 계세요. 히스토리를 하다보면 언제 수술이요라고 해서 응급의학과 교수님이 파고 들어 가다 보면 신경외과 스파인(spine, 척추) 수술 일정이 잡혀 있었는데 응급실을 이렇게 악용을 했구나. - 권역센터 간호사, EB

병원은 경중환자와 중환자가 뒤섞여 있는 응급실에 자원을 우선적으로 배정하지 않았다. 응급실 환자와 외래환자 중 누가 더 빠른 치료와 입원이 필요한지 구분하기 어려운 상황에서 응급실 환자를 우선적으로 진료하고 병상을 배정해야 한다는 주장이 힘을 잃은 것이다.

(나) 정책대안의 부재

1. 무한경쟁의 의료체계

사람들이 어떻게 움직이고 왜 이런 전달체계가 지금 안되는가. 지역내 경쟁체계 때문에 안되는 거거든요. 지역 내에서도 F대학병원도 상급종합병원이고 서울대병원도 상급종합병원이고 아산병원도 상급종합병원인데, 우리 병원에서 제일 먼데가 아마도 아산병원일 거거든요. 여기로 보내는 게 좋아요. 왜냐면 갔다 돌아오니깐. - 병원 경영진, MB

우리나라 의료기관들은 모두 서로가 서로에 대한 경쟁관계에 있다. 일반의료기관과 응급의료기관 모두 종별 구분이 있지만 진료해야 하는, 진료할 수 있는 환자가 구분되어 있지 않다. 행위별 수가제를 중심으로 한 진료비 지불제도 하에서 병원의 수익은 진료환자 수와 직접적인 관련이 있어 병원들은 해당 병원에 내원한

환자를 다른 병원으로 의뢰-회송하기를 꺼린다. 여러 수준의 병원들이 경쟁적으로 환자를 많이 진료하려고 하고, 진료환자 수가 많을수록 수익성이 높아지는 체계에 대해서는 정책대안이 부재했다.

대표적인 게 정형외과, 신경외과 전문병원인데. 그렇게 갔더니 다리가 부러졌는데 눈도 문제가 된다. 이렇게 되면 그럼 처음부터 바로 안과 진료가 가능한 병원으로 보내줄거냐. 일단 다리는 사진을 찍고 어떻게 깔아 뭉개볼 거냐인데. 사실은 두번째 같이 일단은 거기는 거기대로 자기네들 경제적 이익을 실현하는 사람들이 대부분 많고. 사실 그게 권역외상센터가 작동하지 못하는 이유가 아닌가요. 실제로 2차 병원이나 작은 병원급에서 그런 마이너 트라우마 환자를 굉장히 주요 수입원이고. 거기서 입원시켜서 장기적 입원시키는 게 사실 병원 경제적 이익. 입원환자 숫자가 결국 병원의 경제적 이익을 결정하는데. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

응급환자는 초기에 중증도를 정확하게 분류하기 어려워 처음 방문한 병원에서 초기 평가를 하고 적정 수준의 병원으로 이송하는 것이 중요하다. 그러나 응급의료기관들이 수익성을 높이기 위해 진료환자 수를 늘리려고 하는 상황에서는 발전적인 전원체계를 구축하기가 어렵다. 적절 전원을 평가하는 것은 고도의 전문성이 필요한 일이다. 응급의료기관 평가는 중환자 최종치료 제공률을 평가하고 있으나 적절한 상급병원 이송에 대한 지표는 부재하다. 그 결과 중환자 진료 역량이 부족한 병원이 중환자에게 급하지 않은 검사를 시행하다가 적절한 치료시기를 놓치게 만드는 문제가 관리되지 않고 있다.

2. 응급환자 진료기능이 취약한 응급실

우리 병원 응급실은 AS 센터로써의 룰이 한 70프로는 되죠. 나머지는 30%는 지역 사람들이 이용할 수 있는. 어쨌든 80대 20. 우리는 motivation이 없어요. 우선 저희는 기본적으로 우리 병원에 다니던 환자를 위해서, 응급실이 병원에 일조를 해야 된다고 생각해요. 응급실은 공공적인 부분이 있다고 해서 그걸 버리고, 이 소속이 아니라고 할 수는 없으니까요.

우리는 그런걸 좀 포기했죠. 병원 내에서 응급실이 존재해야 되는거니까요. 우리 병원에 오는 사람들을 우선으로 한다라는 게 대전제예요. - 지역센터 의사, EE

법에 규정된 응급실의 역할은 응급환자 진료와 중증응급환자 진료이다. 그러나 실제로는 병원마다 응급실의 역할이 다르다. 병원들은 병원 수익을 최대화할 수 있는 방향으로 응급실을 운영하고 있다. 응급실을 외래 환자의 24시간 사후서비스(after service, AS) 제공 공간으로 사용하고 있는 대형병원에서 외래환자가 응급실에서 입원대기를 하는 것은 자연스러운 귀결이다. 일부 지역기관은 응급실의 응급환자 진료 기능은 최소한으로 유지하며 응급실을 야간 입원통로로 사용하고 있기도 하다. 이는 응급실을 병원의 수익 창출 공간 중 하나로 보기 때문에 발생하는 현상으로, 이에 대해서는 정책대안이 부재했다.

3. 응급환자 진료의 우선순위가 낮은 병원 문화

응급실에 필요한 공간 리소스는 제한되어 있는데, 그럼 다니던 환자한테 우선권을 줄 것이냐. 새롭게 발생한 지역사회 환자한테 우선권을 줄 것이냐. 그게 우리 병원의 문제잖아요. 제가 수없이 들은 얘긴데. 원장, 부원장과 많은 과장한테. 야 우리 환자나 좀 잘 봐줘라. 맨날 너네들 뭐하니. 맨날 그 얘기해요. 왜 나한테 다니는 환자 그렇게 봤나. 이 얘기만 해요. 지역사회에서 새롭게. 물론 새롭게 발생한 환자를 통해 자기들 환자를 늘려보겠다는 마음도 있지만. 특히 만성병 생태계에 폭 빠진 사람일수록. 특히 경제적 이익과 학문적 이익이 실현되는 이런 혈액종양내과 같은 경우는 자기 임상실험 환자들이 세상에서 제일 중요하고요. 나머지는 인간이 아니에요. 그것들은 상대할 필요가 없어요. 그 사람들한테는 전혀 없어요. 그런 데에 응급의학과 의사가 시간을 쓰는 거 자체를 개들이 너무 아까워해요. 왜 내 환자를 안봐주고 그런 거지같은 거를 봐주냐 이 생각하는거죠. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

극단적으로 암이 많은 병원은 응급의료를 할 수가 없어요. 암환자가 많은 병원, 삼성, 아산, 서울대, 서울 성모, 그런데는 응급환자한테 할애할

자원이 거의 없죠. 그러면 암 환자가 안 중요한 환자냐 그렇지는 않거든요. 암환자도 중요하고 응급환자도 중요한데 암은 대량으로 프로세싱이 가능해서 적은 자원으로 돈을 많이 안겨주고, 응급환자는 좀 미안하지만 환자 1명 보려고 더 많은 자원이 필요하고. - 응급의료 정책 전문가, PA

정책 전문가와 일부 응급실 의료진은 병원이 응급실과 응급환자를 우선 순위에 두지 않는 것이 응급실 과밀화의 원인이라고 지적했다. 응급실 환자에게 병상을 우선 배정하지 않기 때문에 응급실에서 입원대기를 하게 되고, 배후진료과 의사들이 응급환자 진료를 회피하여 응급환자가 장시간 대기하는 문제가 발생한다는 것이다. 특히 환자가 몰리는 대형병원은 한정된 진료자원을 수익성이 높은 암환자 등 만성질환 환자들에게 우선 배정하여, 응급환자가 우선순위에서 밀리게 된다. 만성질환을 주로 진료하는 배후진료과 의료진 역시 지역사회에서 새롭게 발생한 응급환자보다 본인의 외래를 추적관찰하는 만성질환 환자를 우선적으로 진료하고 입원시키려 하여 문제가 악화된다.

고전적인 의료의 개념, 그런게 아직 있어서 그런게 아닐까요. 어떤거냐면 지금 선생님들도 응급의료나 응급실이라는 것은 본인들이 트레이닝 받을 때의 그런 기억을 갖고 있으니까. 어떻게든 돌아가는거고, 누가 해도 되는거고, 그런 식의 개념이 아닐까요. 그래도 예전보다는, 그러니까 내 동기들, 나하고 같이 트레이닝 받았던 동기들은 응급의료에 대해서 더 중요하게 생각해요. 그런데 그 위에, 응급의료 없을 때 트레이닝을 받았던 선생님들, 그분들이 갖고 있는 생각은 뭐 응급실 응급의학과 없어도 본인들이 예전에 다 했었는데. 그런 개념. 그런데 같이 응급실에서 같이 트레이닝 받았던 사람은 응급의학 중요하고, 응급의료 정말 중요하고, 그런 식의 생각들이 조금씩 의료계에서도 바뀌고 있으니까. 타임이 좀 필요한 부분이 아닐까. 국민들한테도 그렇고. - 권역센터 의사, ED

의료진 전문가들은 응급의료의 수익성이 높지 않은 것과 더불어 응급환자 진료를 수련의(인턴)가 하는 진료 정도로 생각하는 병원

문화가 이런 현상을 악화시킨다고 평가했다. 메르스 유행 이후 병원이 응급환자를 우선적으로 진료하도록 하기 위해 응급의료기관 평가 항목을 개정하고, 재실시간 지표를 수가연동지표로 도입하는 등의 정책대안이 추진되었다. 그러나 응급환자 진료의 우선순위가 낮은 병원 문화 자체가 바뀔 수 있는 정책대안은 부재했다. 그 결과 응급환자가 적정 시간 내에 적절한 치료를 받지 못하거나 입원하지 못하는 문제가 지속되고 있다.

라. 재정적 지원

(가) 권역센터 응급의료 수가 개선

2015년 5월 건강보험정책심의위원회에서 응급의료수가 개선방안이 심의 의결되어 권역센터 수가가 개선되었다. 전문의 진찰료와 간호등급에 따른 응급실 관찰료 제공 수가를 신설하여 응급의료 영역에 더 많은 인력과 자원을 확보해, 중증응급환자의 생존율을 제고하고 응급의료서비스를 향상하는 것이 목표였다. 이를 위해 매년 1,000억 정도의 재원을 추가 투입하는 것에 사회적 합의가 이루어진 것이다. 해당 정책은 메르스 유행 이전에 결정된 것이지만 전문가들은 메르스 유행이 개선된 수가의 적용과 병원 체계 개선에 도움되었다고 평가했다. 응급의료 개선에 대한 사회적 요구가 큰 상황에서 전문의 진찰료, 응급환자 진료구역 관찰료, 응급중환자실 관리료, 응급의료 행위 가산수가를 신설하여 권역센터에서 중환자를 적절히 진료한 경우 수가를 추가 부여하는 것에 사회적 공감대가 형성되었다는 것이다. 신설수가를 응급의료기관 평가와 연계해 가감지급하여 중증응급환자 응급실 체류시간을 줄이는 것 역시 수가 개선의 목표로 함께 제시되었다.

권역센터 기준을 맞추려면 돈이 많이 들지만 일단 수가가 달라지는 거가 있으니깐. 그래서 돈이 많이 들지만 F병원이 가져가면 우리가 브랜드에서 밀리니깐 안된다고 원장님이 판단하셨거든요. - 권역센터 의사, EF

권역센터의 응급의료 수가가 개선된 결과 권역센터의 수익성이 개선되었다.¹¹⁸ 병원 경영진도 수익성이 개선된 응급실에 관심이 커져 병원 내 응급의료 개선 작업이 효과적으로 진행된 것은 수가 개선의 긍정적인 효과로 평가되었다.

실제 응급환자 진료 능력이 없는데도 권역센터를 신청하는 건 그 병원 응급센터에서 근무하시는 분들의 의지보다는. 병원 쪽의 행정을 책임지고 계신 분들의 뜻이죠. 아무래도 권역수구나 결국은 권역이라는 것이 주는 의미가. 나름대로 조금 있기 때문에. 그런 면에서 권역을 유지하려고 하고 최소 기준을 맞춰서 권역을 탈락하지 않으려고 하고 그렇겠죠. - 권역센터 의사, EH

권역 중에서도 거점 권역이 있고 거점이 아닌 권역이 있어요. 쉽게 말해서 권역이 너무 많이 늘어나다 보니까 저희 B지역에는 4개의 권역센터가 있죠. A병원, B병원이 B도시 권역이고, C병원하고 D병원이 C 권역에 있어요. 그런데 지금 현재 여러가지 행태로 보면 이 세계의 병원들은 2차 병원 역할을 하고 있어요. 밤에 환자들, 조금이라도 중증환자들 다 A병원으로 보내고 있거든요. - 권역센터 의사, EH

그러나 전문가들은 실제적으로 권역센터의 역할을 할 수 없는 응급의료기관도 권역센터에 지원하여 취약한 권역센터가 증가한 것은 정책의 부작용이라고 평가했다. 지역센터보다 월등히 높은 권역센터 수가를 받기 위해 실제 권역센터의 기능을 할 수 없는 기관들이 권역센터 기준을 맞춰 권역센터가 된 후, 실제로는 중환자 최종치료 제공의 역할을 하지 못하고 있다는 것이다.

¹¹⁸ 메디칼업저버, 2015, 2017년 권역 응급의료수가 10~20% 가감 지급, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=82823>

ICU(intensive care unit, 중환자실) 절대 안 늘려 주잖아요. ICU 늘리면 늘릴 때마다 손해라고 생각하는데요. - 권역센터 의사, EF

순수익을 따질 때, 진료비 자체, 수익. 우리가 의료 수익이라고 그러죠. 의료 수익에 있어서는 중환자가 환자 1인당 따질 때 중환자가 의료수익이 월등히 높죠. 그렇지만 거기서 순수익을 따지면 비응급환자 순수익이. 흔히 얘기해서 일반 장사하는 사람들의 마진율이라고 가정해봅시다. 마진율은 비응급환자가 중증응급환자의 몇 배죠. 마진율이. 단가는 적어도. - 응급의료 정책 전문가, 권역센터 의사, PG

권역센터 수가가 인상되긴 했지만 중환자를 진료하기에는 여전히 부족한 수준이라는 지적도 있었다. 인상된 권역센터 수가는 경중환자에 대해서는 높은 수준이나, 중환자 진료에 투입되는 인력과 시간에 충분한 정도는 아니라는 것이다. 수가 개정의 목표는 중증응급환자의 생존을 개선이었다. 그러나 여전히 중환자 진료는 경중환자 진료에 비해 수익성이 높지 않아 병원은 중환자실 병상 등 중환자 진료자원을 늘리지 않았다.

중환자 진료를 꺼리는 건 손해철법이나 이런 것들부터. 자원보다는 마음이죠. 안보고 싶은 마음이 있는거죠. 봤을때 이득 되는 게 하나도 없으니깐. - 지역센터 의사, EG

응급실 의료진들은 점점 더 중환자 진료를 기피하는 의료계 분위기 역시 권역센터의 중환자 진료기능 강화에 걸림돌이라고 지적했다. 의료소송이 나날이 늘어나고 2016년 말 일명 ‘신해철법’이라고 하는 '의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률'이 통과되며 병원들은 중환자 진료를 더 회피하게 되었다.¹¹⁹ 중환자 진료는 의료분쟁 발생의 위험에 비해 수익성이

¹¹⁹ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률: 의료사고로 사망, 1개월 이상 의식불명, 장애등급 1급(자폐성·정신장애 제외) 등의 중대한 피해를 본 경우 의료기관의 동의 없이도 한국의료분쟁조정중재원에서 분쟁 조정 절차를 시작하도록

높지 않아, 병원들은 중환자 진료를 최소로만 하려 한다는 것이다.¹²⁰ 그래서 중환자 진료자원이 부족하다는 지적에도 불구하고 병원은 병원과 응급실을 유지하는 데 필요한 최소한의 중환자 진료자원만 유지하고 자원을 확대하지 않는다.

솔직히 얘기하면 병원장님이 병원을 운영하는 데 있어서 응급의료를 얼마나 중요하게 생각하느냐. 대부분 수익 올리는 데는 외래나 입원. 대부분 응급실은 문제만 안 생기면 그냥 뒀. 그런게 현실이니까요. - 권역센터 의사, ED

응급의학과가 제일 치명적인 게 뭐냐면 자체적으로 별어서 수익이 돼야지 큰 소리를 칠 수 있다는 거예요. 그런데 우리는 응급의학과가 수익 서열로 보면 제일 바닥에 가까워요. 돈을 못 버는 과예요 - 지역센터 의사, EG

또한 지역센터와 지역기관에 대해서는 수가 개선이 이루어지지 않아 여전히 응급의료 수가가 낮은 수준이라고 지적되었다. 다른 의료영역은 수요에 따라 인력과 시설을 조절할 수 있으나, 응급실은 환자가 없어도 항상 인력과 시설이 준비되어 있어야 한다. 응급실은 높은 수준의 유지비용이 소요되므로 환자가 적게 방문하는 응급실은 응급실 운영에서 적자가 발생하기 쉽다. 응급의료관리료 수준이 높고 환자가 몰리는 권역센터는 수익성이 높으나, 이외 지역센터와 지역기관은 수익성이 낮아 병원에서 응급실에 투자하지 않고 응급의료의 질을 높이려는 노력을 하지 않는다는 것이다.

(나) 종별 기능 수행에 대한 보상체계 부재

특 하는 법

¹²⁰ 메디게이트, 2017, 신해철법 여파 의료분쟁 증가 뚜렷, <https://www.medigatenews.com/news/946927978>

만성생태계에서 실현하는 그 정도의 이익을 국가차원에서 보장해주지 않으면. 어떤 중증환자, 새롭게 발생한 중증환자를 권역센터에서 불만한 시설, 장비, 인력을 확보할 수 있는 병원은 세상에 없어요. 대한민국에. 그래서 그런 만성생태계를 능가하는 수가나 어떤 보장이나 체계가 없으면 정말 급성으로 발생한 진짜 중증환자를 권역센터에서 볼 수 있는 시설, 장비, 인력을 이미 다 썼어요. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

이미 11만명 환자를 보고 그 중 9만명이 KTAS 3미만, 4, 5인데 거기에 수가구조가 정착됐기 때문에. 무조건 많이 보는 시스템이 정착이 된 거거든요. 그래서 결국은 권역센터를 만들었지만 환자가 이 공간을 다 채우는 현상이 반복되고 있다. 전체 사회에서 중환자를 먼저 선택하는 방식, 그리고 중환자가 먼저 이용하게 되는 방식을 제도화하고 정책화하는 것에 대한 생각을 많이 못했다는 거거든요. 현실로 가면 그것과 거꾸로 정책을 낼 거예요. 왜냐면 돈이 따라오는 구조와 제도와, 병원을 그렇게 안 만들어왔기 때문에. 지금부터 그렇게 만들려고 하면 굉장히 어려움이 있죠. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PI

현재 우리나라 지불제도의 대부분을 차지하고 있는 행위별 수가제는 야간휴일 진료나 중환자 진료에 대해 일부 가산이 있으나 기본적으로 적은 시간에 많은 환자를 진료하면 수익이 커지는 구조이다. 인력과 시간이 많이 필요한 중환자보다 경중환자 진료가 더 수익성이 크고, 진료환자 규모가 클수록 높은 수익을 거둘 수 있다. 그래서 중환자 진료에 집중해야 할 권역센터가 진료환자 규모를 축소하지 않고 경중환자 진료를 지속하고 있다고 지적되었다. 진료환자 수가 많을수록 수익이 커지는 것이 아니라 병원이 중별로 부여된 역할을 수행할 때 보상받도록 하는 보상체계 변화에 대해서는 정책대안이 부재하였다.

마. 정책 및 관리

(가) 응급환자 재실시간 관리의 부작용

변했죠. 현실적으로 우리 재실 시간이 6시간 이하잖아요. 평균 재실시간이. 과거에는 8-9시간대였고. - 권역센터 간호사, EA

응급실 과밀화 자체가 병원 전체의 경제적 이익을 타격하지 않으면 어떤 경우도 말을 안 들을거라는 게 제 의미였거든요. 직접적으로 타격이 돼야 한다. 직접적으로 30억이 날아가지 않으면 어느 병원에서나 응급실에서 과밀화 해결하려고 노력하지 않을 것이다. 응급의학과 혼자만으로써는 그 문제를 절대 해결하지 않을 거다. 그래서 수가 반영된 거는 됐고. 이제 어쨌든간에 각 응급의학과 과장 또는 권역센터 운영하는 사람이 병원장한테 가서 이런 식이면 올해 30억 못받을 거 같은데. 이 얘기를 다 할 수밖에 없거든요. 숨길 수 없으니깐. 그 얘기가 공공연해진거는 의미가 있고. 우리 병원은 성공했거든요. 결국 그런 법률적인 수가와 연동된 작동장치가 있었기 때문에 응급실에서 아웃풋이 개선됐죠. 그건 개선됐다고 생각합니다 - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

응급실 과밀화를 줄이려는 목적으로 중증해당환자 재실시간이 수가 연동지표로 지정되고 응급의료에 관한 법률에 응급의료센터의 24시간 이상 재실환자를 최소화해야 한다는 내용이 포함되었다. 그 결과 응급실 의료진들은 메르스 유행 이후 응급실 환자의 재실시간 평균이 단축되었다고 평가했다.

서울에 있는 대학병원은 응급실에서 그런걸(재실시간) 해결을 했죠. 근데 나는 그게 해결이라고 안 봐요. 환자를 내쫓는 거지. 전원 코디네이터 만들어서 위에 평가 잘 받으려고 2차 병원으로 쫓아 보내는 거지. 그래서 응급실을 비우긴 비웠어요. 결과적으로는. 해결된 것처럼 보이지만 근본적인 해결은 아니라는거죠. 평가를 잘 받기 위해서 체류 제한을 없애기 위해서 그거는 환자를 주위 병원으로 쫓은 거지 근본적인 해결은 아니거든요. 현재 그거는 어떻게 보면 adaptation 적응이지 전체적인 체계가 좋아지고 발달된거라고 생각하지 않거든요. - 권역센터 의사, ED

응급실 과밀화 줄이기 위해서 우선은 올해 수가연동지표가 중증환자 재실시간이었기 때문에 그거에 올인을 했거든요. 바쁜 의료진과 없는 인력을 쥐어짚죠. 간호사들을 쥐어짚거든요. 간호사들이 중증에 포비아가 걸릴 정도로 중증 배정 그거는 우리 받아야 돼 하는 인식 변화를 시켰거든요. 스트레스를 준 거죠. 10억 날라가, 10억 날라가, 수가를 가지고. 저희도 사실은 안될 줄 알았어요. 저희가 8시간이고, 올해는 7시간 아래로 내려가야 3등급이었으니까. 우리 센터장님도 이거 포기해야하나 하고 했지만. 해보는 데까지 해봅시다 했더니 하루에 1분씩 줄면서 되더라고. 저희가 올해 4월부터 피나는 노력을 했거든요. -

그러나 응급실 의료진들은 재실시간 감소라는 정책목표는 달성하였으나 궁극적으로 응급환자 진료역량은 증가하지 않았다고 평가했다. 대형병원 쏠림현상이 있는 상황에서 대형병원 응급실은 재실시간을 단축하기 위해 환자를 조기에 퇴원 또는 전원하는 방법을 사용했다. 근처에 환자를 전원할 수 있는 중소병원이 없고 병원 내 응급실에 대한 지원도 부족한 지방병원은 응급실을 포기하거나 여러 가지 방법으로 평가지표만 맞추는 방법을 사용하기도 했다.

재실시간을 단축하기 위해 응급실 의료진의 업무강도가 강해지고, 의료진의 스트레스가 커진 것 역시 응급센터의 응급진료 역량에 악영향을 끼쳤다. 응급실 방문환자 수 감소 없이 원내 프로세스 개선으로 재실시간을 줄이려다보니 그 부담이 모두 의료진에게 전가된 것이다.

(나) 실효성 적은 응급환자 책임진료 강화

응급환자 진료역량을 강화하기 위해 응급의료기관 평가에 중증환자 최종치료 관련 지표를 강화하였다. 그러나 전문가들은 해당 정책은 정책목표를 달성하는 데 실패했다고 평가했다. 실제로 중증환자 최종치료 제공률을 높이기 위해 노력하지 않고 평가 대상이 되는 진단명을 조정하는 등의 방법으로 평가 지표만 맞추려 한 병원들이 존재했기 때문이다. 그래서 평가지표의 달성 여부와 무관하게 각 병원의 응급환자 진료역량은 개선되지 않았다.

- 남아있는 문제: 실제 응급환자 진료역량을 평가하지 못하는 응급의료기관 평가

중앙응급의료센터는 응급의료 서비스의 질적 수준을 향상하기 위해 매년 전국 응급의료기관의 법정기준 준수 및 운영현황, 기능의 적절성을 평가하고 있다.¹²¹ 응급의료기관평가 결과에 따라 해당 기관의 수가 수준이 결정되고 응급의료기관 재지정 여부가 결정되므로 각 병원은 평가에서 우수한 결과를 획득하기 위해 노력한다.

결과를 보시면 아시겠지만 권역센터가 35-40개로 늘어났잖아요. 거기서 A 등급을 맞은 병원 중에 메이저 급이 있나 보세요. 거의 없어요. 거의 지역센터 역할을 하고 있는 그런 병원들이 A등급이에요. 밤 9시 이후에는 내과 환자 입원을 못 시킵니다 하는 B병원이 A등급이라구요. 이런 게 문제예요. 부족한 인력이고, 부족한 진료능력이나 진단 능력인데도. 결국은 그것을 정확히 집어낼 수 있는 평가 프로그램이 부재한 것과 맞물려있죠. 그래서 권역은 그대로 유지할 수 있고. 평가 프로그램이 미진하다보니까 그런 병원들이 오히려 지금 평가 시스템에서는 훨씬 높은 점수를 받게 되고. 실제적으로 거점 역할을 하는 병원들은 오히려 모든 지표에서 악순환만 되풀이되고 있고. 그렇게 되고 있는거죠. - 권역센터 의사, EH

그냥 또다시 평가 기준으로 하면 누구나 100점을 맞게 돼요. 그거는 심지어 의료기관 인증평가까지 모든 병원이 사람들을 갈아 넣어서 100점을 만드는 게 한국의 병원들이예요. 스트럭처, 프로세스 지표는 별 의미가 없다고 봅니다. - 감염관리 전문가, IA

그러나 응급실 의료진들은 응급의료기관 평가가 응급실의 응급환자 진료역량, 특히 중환자 진료역량을 제대로 평가하지 못하고 있다고 지적했다. 응급의료기관 평가의 주요 평가 항목은 응급의료기관의 시설, 인력, 구조와 같은 응급실 자원과 체류시간,

¹²¹ 「응급의료에 관한 법률」 제17조(응급의료기관 등에 대한 평가)의거

전원률과 같은 진료 과정이다.¹²² 진료 결과가 아닌 과정을 평가함에 따라 환자가 많은 응급실, 즉 환자들이 선호하는 응급실이 평가에 불리하고 응급환자 진료역량이 취약해 환자가 적은 응급실이 좋은 평가를 받게 될 수 있다. 중환자 진료역량이 취약한 기관이 과정 지표를 모두 충족하여 높은 평가결과를 얻게 되는 경우도 발생한다.

응급실 의료진들은 응급의료기관 평가가 실제 응급의료기관의 진료역량을 제대로 평가하지 못한다고 생각하면서도, 응급의료기관 재지정과 수가와 같은 유인을 획득하기 위해 평가 결과는 좋아야 한다고 생각했다. 그 결과 진단명 변경이나 평가 날만 지표를 맞추는 등 평가결과를 조작하는 행태가 나타났다. 이에 대해 정책 전문가는 의료진의 윤리적 해이로 인한 현상이라고 의료진을 비난했다. 그러나 응급실 의료진들은 평가 자체의 문제가 더 크다는 입장이었다. 의료진들은 평가가 실제 응급환자 진료역량을 제대로 평가하지 못하고 있으며, 평가지표를 달성해도 응급환자 진료역량이 강화되지 않는다고 지적했다. 처음부터 받아들일 수 없는 평가를 시행한 정부 때문에 진료가 왜곡되고 있다는 의견이었다.

바. 기타 - 문화

1. 응급실 과밀화 문제 인식 확산

그 환자 기침하면서 마스크도 안 쓰고 편의점 가서 뭐 사고. 응급실 통제 관리, 응급실 관리 전혀 안되고 72시간 이런 얘기 다. 삼성병원 모든 얘기가 다 우리나라 대형병원에서 지금까지 나이브하게 운영되어오던 응급실에서의 환자 안전, 환자 관리에 치명적인 거예요. 상상도 못했어요. 그런 일이 있을거라고는. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

¹²² 보건복지부, 중앙응급의료센터, 2018년도 응급의료기관 평가 기준집 개정판 - 권역, 전문, 지역응급의료센터, 2018

심층면접에 참여한 여러 전문가가 메르스 유행 이후 응급실 과밀화가 환자 안전에 치명적인 위협이 될 수 있다는 것을 실제로 인지하게 되었다고 말했다. 응급실 과밀화는 이전에도 의료진을 힘들게 하고 환자들을 불편하게 하는 일이었다. 그러나 메르스 유행 당시 과밀화된 응급실에서 메르스가 전파되는 사태를 겪으며 과밀화가 실제로 환자 안전에 위협이 되고 큰 문제를 만들 수 있다는 것을 의료진과 국민 모두 인지하게 되었다.

응급의료 전달체계의 가장 큰 문제는 제가 그 업무를 하면서 가장 느꼈던 것은 국민들이 응급의료 전달체계를 몰라요. 그러니까 예를 들어 우리나라 응급의료체계가 법상으로는 지역응급의료기관, 그 밑에 응급의료 시설도 있죠. 응급의료시설, 지역응급의료기관, 지역응급의료센터, 권역응급의료센터. 그리고 외상은 권역외상센터가 있는데. 그 각각의 전달체계를 국민들이 인지 못해요. - 중앙정부 정책전문가, PD

그러나 전문가들은 국민들의 응급의료 전달체계에 대한 이해는 여전히 부족하다고 평가했다. 국민들은 응급의료 전달체계라는 말을 모른다. 응급실 과밀화는 문제라고 생각하면서도 중증도에 따라 적정 수준의 병원에 방문해야 한다는 인식은 확산되지 않았다. 응급의료기관 종별 차이가 기능 차이가 아니라 병원의 좋고 나쁨이라고 생각하고, 종별 구분 없이 방문하고 싶은 병원에 방문하는 것은 메르스 유행 이후에도 달라지지 않았다. 권역센터-지역센터-지역기관은 시설·장비·인력 기준이 다르지만 모두 응급환자를 진료한다는 동일한 기능을 가지고 있다. 현재 서로 다른 역할을 하고 있지 않으므로 국민들의 인식이 크게 틀리지 않기도 하다. 그래서 메르스 유행 이후에도 국민들은 응급의료기관의 종별 구분을 인지하지 않고 있다.

2. 환자들의 전원에 대한 수용성 증가

법이 응급실에서 24시간 이상 체류하는 게 안된다고 하고. 규정이 생기면서. 여기가 입원을 위한 통로는 아닙니다라는 메시지를 강하게 주고 있죠. 지금 당장 입원이 필요하다면 병원에서 액션을 취하는 거고, 그게 아니라고 하면 설명을 하는 거고. 오히려 입원이 필요한데 입원을 못 시키고 있으면 병원의 책임인 거고요. - 권역센터 간호사, EA

메르스 유행 당시 응급실 과밀화로 인한 메르스 전파가 사회적인 문제가 되고 응급실이 입원통로로 사용되고 있는 현상의 문제점이 보도되었다. 응급실 재실시간 지표가 강화되며 일부 과밀화된 대형병원은 입원병상 부족으로 입원이 어려운 환자들을 응급실에서 입원대기 시키지 않고 적극적으로 전원보내게 되었다. 응급실 의료진들은 메르스 유행 이후 응급실 과밀화의 위험성이 알려지며 환자들의 전원에 대한 수용성이 증가했다고 느꼈다.

솔직히 국민입장에서 보면 내가 어디 아픈데 바로 옆에 병원을 가면 응급의료를 제대로 서비스 못 받거든요. 솔직히 까놓고 얘기해서. 서울도 비슷할거라고 보거든요. 실제로 내가 아파트에서 자다가 갑자기 배가 아파서 준중합병원 응급실 가면 거기서 응급의료 수준 높은 케어를 받을 수 있을까. 환자 입장에서 못 받는다고 생각하니깐 서울대병원 가는거고 아산병원 가는거고 그런거죠. - 권역센터 의사, ED

그러나 근본적으로 국민들의 대형병원 선호는 바뀌지 않았고, 여전히 문제로 남아있다. 국민들은 여러 이유로 대형병원 진료를 원한다. 가장 큰 이유는 중소병원 진료를 원하지 않기 때문이다. 중소병원 의료서비스의 질을 신뢰하지 않는 사람들은 질환의 중증도와 무관하게 대형병원 진료를 선호한다. 대형병원의 풍부한 의료자원을 신뢰하고, 어떤 질환이든 대형병원에서 진료받는 것이 더 좋다고 생각하는 것이다. 대형병원 응급실은 과밀화로 인해 진료

대기시간이 길고 불편하다는 것이 알려져 있다. 그러나 사람들은 아픈 상황에서 불편함보다 의료서비스의 질을 우선적으로 고려한다. 개인이 중소병원보다 진료역량이 클 것으로 기대되는 대형병원 진료를 택하는 것은 합리적인 선택이다.

대형병원 가면 다 있으니깐, 우리나라 백화점 가면 다 있으니깐 내가 필요할 때 다 쓸 수 있어 하는 것처럼, 그 다음에 믿을 수 있어, 믿을 수 있는 최고의 병원을 가는데 비용도 그렇게 높은 것 같지도 않고. 환자 본인 부담금이. 그러니깐 국민들이 선호하는 부분이 큰 부분 있고요 - 병원 경영진, MD

국민들이 대형병원 진료를 선호하는 두번째 이유는 사회경제적 발전이 이루어지며 국민들의 의료에 대한 눈높이가 상승했기 때문이다. 국민들은 모두가 최선의 진료, 높은 질의 진료를 받기 원한다. 개인의 의료이용에는 의학적 요인(의료 필요), 인구학적 요인, 사회구조적 요인, 사회심리학적 요인, 경제적 요인, 의료체계 요인과 같은 다양한 종류의 결정요인이 존재한다.¹²³ Anderson의 의료이용 모형에 의하면 환자들은 질환의 중증도로 대표되는 의료 필요(need) 이외에 의료이용 가능요인(enabling resources)과 소인요인(predisposing characteristics)까지 고려하여 의료 이용을 결정한다.(55) 전국민이 의료보험에 가입된 나라에서 비용은 큰 문제가 되지 않으며, KTX 도입 후 물리적 거리 역시 심리적인 장벽이 되지 못하고 있다. 불확실한 상황에서 환자들은 자기 질환의 중증도를 과대평가하는 경향이 있고, 본인이 갈 수 있는 최고 수준의 병원 진료를 원한다. 자신에게 최고의 진료를 제공할 것으로 생각되는 대형병원의 접근성이 높고 진료비 부담이 크지 않은

¹²³ 신영수, 김용익 외, 의료관리, 서울대학교출판문화원, 2017

상황에서 개인이 대형병원 진료를 택하는 것은 합리적인 선택이다.

누구든지 큰 비용차이가 아니면 최고 좋다고 생각하는, 좋을 거라고 생각하는, 환자들 입장에서는 최고를 선택하지 않겠어요. 우리나라 정서상에 시골에 노인분들이 많은데 자제분들이 수도권 쪽에 많이 있으면 어디 아프다고 하면 거기 가서 해야 내가 최고 좋은 시설 병원에 가서 모셨어야 효도했다 이런. 복합적인 요인이 다 있어요. - 병원 경영진, MD

이외에도 국민들이 대형병원 진료를 선호하는 이유는 복합적이다. 문화적으로 대형병원 진료가 효도라고 생각하기도 하고, 메르스 유행 이후 감염에 대한 공포가 대형병원 선호를 강화했다는 지적도 있었다. 여러 전문가들이 응급의료 전달체계의 문제가 발생한 원인으로 우리나라 국민들의 대형병원 선호 문화를 언급했다. 의료인이 아닌 사람들이 자기 질환의 중증도를 모르므로 대형병원을 선호한다는 의견도 있었으나, 대형병원 선호는 중증도와는 상관없는 현상이라는 의견이 더 많았다. 중증질환이라고 생각해서 대형병원을 가는 것이 아니라 어떤 질환이라도 모두 대형병원에 간다는 것이다. 어떤 질환이든 대형병원을 선호하는 것이 보편적인 의료이용 행태이고, 응급상황에서는 두려움과 걱정에 의해 이러한 현상이 강화된다. 메르스 이후에도 이러한 현상은 변함이 없어, 사람들은 계속 대형병원으로 쏠렸다.

3) 응급환자의 감염관리

전사된 자료의 분석을 통하여 총 135개의 코드를 도출하였다. 내용분석의 방법론에 기반하여 코드들의 유사성 및 질문 지침에 따라 코드를 범주화하였다. 최상위 범주는 ‘감염관리 정책과정 평가’, ‘감염관리의 변화’의 두가지로 구분하였다. 감염관리 정책과정 평가 범주는 정책과정의 흐름에 따라 ‘정책의제 설정’, ‘정책문제(정책분석)’, ‘정책결정’, ‘정책집행’, ‘정책평가’로 구분하였다. 감염관리의 변화 범주는 보건의료체계의 구성요소 틀에 따라 ‘의료자원’, ‘자원의 조직화’, ‘의료서비스의 제공’, ‘재정적 지원’, ‘정책 및 관리’, ‘기타(문화)’로 구분하였다. 2개의 최상위 범주 하 135개의 코드를 11개의 상위범주에 따라 분류하였다. 이상의 분류체계를 표로 정리한 것은 이하와 같다.

표 50 응급환자의 감염관리 코드 범주화

최상위 범주	상위 범주	범주
감염관리 정책과정 평가	정책의제 설정	감염관리 문제의 특성 정부의제 설정 과정
	정책문제 (정책분석)	정책문제 분석과 정의 정책대안 탐색과 비교평가 최선의 정책대안 선택
	정책결정	쓰레기통 모형의 의사결정 점증주의적 의사결정
	정책집행	정책의 특성 정책 유형 정책대상집단의 행태
	정책평가	과정평가 부재 총괄평가 부재

감염관리 의 변화	의료자원	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	자원의 조직화	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	의료서비스의 제공	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	재정적 지원	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	정책 및 관리	정책효과, 부작용, 남아있는 문제
	기타 (문화)	정책효과, 부작용, 남아있는 문제

최상위범주인 감염관리 정책과정 평가에 해당하는 5개의 상위범주에서 12개의 범주를 분류하였다. 최상위범주인 감염관리의 변화에 해당하는 6개의 상위범주는 각각 정책효과, 부작용, 남아있는 문제의 범주로 재분류하여 총 18개의 범주로 분류하였다.

이하에서는 최상위범주에 따라 질적연구의 주요 결과들을 살펴보도록 하겠다.

(1) 감염관리 정책과정 평가

메르스 유행이라는 사회문제 이후 응급환자 감염관리 영역에서 이루어진 정책과정을 정책과정의 단계별로 분류하여 평가하였다.

표 51 응급환자 감염관리 정책과정 평가

상위범주	범주	문제
정책의제 설정	1. 감염관리 문제의 특성	직관적으로 이해되는 문제이나 내용상 어려운 문제
	2. 정부의제 설정 과정	병원내 감염관리로 의제 축소
정책문제 (정책분석)	1. 정책문제 분석과 정의	해결이 수월한 문제로 문제정의
	2. 정책대안 탐색과 비교평가	정책대안 탐색과 비교평가 부족
	3. 최선의 정책대안 선택	단기개선안 선택
정책결정	1. 점증주의적 의사결정	기존 정책의 지속 추진
	2. 쓰레기통 모형의 의사결정	'정책대안-문제정의' 순서로 정책과정 진행
정책집행	1. 정책의 특성	정책대안 탐색 부족
	2. 정책유형	보호적 성격을 가진 규제정책
	3. 정책대상집단의 행태	중소병원의 순응의욕 부족
정책평가	1. 과정평가의 부재	정책집행에 대한 평가 및 개선 부족
	2. 총괄평가의 부재	총괄평가 부족

가. 정책의제 설정

감염관리 문제는 해결이 어려우니 직관적으로 이해되는 문제로, 병원내 감염병 관리 대책으로 축소되어 정부의제화되었다.

표 52 응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책의제설정

상위범주	범주	내용
정책의제 설정	1. 감염관리 문제의 특성	1. 문제의 외형적 특성 - 직관적으로 이해되는 문제
		2. 문제의 내용상 특성 - 수익이 나지 않는 감염관리 - 잘하기 어려운 응급실 감염관리
	2. 정부의제 설정 과정	1. 병원내 감염병 관리 대책으로 의제 축소

(가) 감염관리 문제의 특성

응급환자 감염관리 문제는 직관적으로 이해되는 명료한 문제였으나 내용의 특성상 해결이 어려운 문제였다.

1. 문제의 외형적 특성 - 직관적으로 이해되는 문제

대부분의 전염병, 감염병, 특히 신종전염병이 그렇지만 그 나라가 가지고 있는 의료 체계의 허점을 타고 오죠. 막을 수 있는데는 막히지만 그렇지 않은 허점을 타고 질병은 돌아다니게 돼있는데 그 허점을 다 보여줬죠. - 감염관리 전문가, IC

환자들의 제한없는 응급실 방문, 과밀화된 응급실, 감염이 전파되기 쉬운 구조의 응급실, 응급실에서의 입원대기 등 우리나라 응급의료체계의 여러 문제가 모두 응급실에서 감염병이 전파되기 쉬운 환경을 조성했다. 메르스 유행 이후 응급환자 감염관리 개선이 필요하다는 것이 의료인 뿐만 아니라 전국민에게 인지되었다. 응급환자의 감염관리 개선은 직관적이고 명료한 문제로 정책의제로 설정되기 쉬웠다.

2. 문제의 내용상 특성

- 수익이 나지 않는 감염관리

정부는 의료관련감염 종합대책도 세우고 그랬지만 실제로 그에 대해서 인터벤션이 벌어지고 있는 건 거의 없고요. 지금도 감염관리실이나 감염 쪽을 만나면 경영진부터 설득해 달라는 얘기를 합니다. - 감염관리 전문가, IA

감염관리 다했는데 병원 망했어요. 이러면 안되잖아요. 감염관리 하려고 하면 병원 전체 프로세스와 환자 군을 바꾸고 해야 하는데 그러기엔 현실의 장벽이 너무 높죠. - 병원 경영진, MC

수술을 많이 하거나 외래 진료량을 늘리는 것에 비해 감염관리는 잘한다고 해서 병원 수익이 늘어나는 분야가 아니다. 병원 경영진은 감염관리가 실패한 경우 큰 문제가 발생할 수 있다는 것을 알게 되었지만 그런 문제는 흔하게 발생하지 않는다고 생각했다. 그래서 감염관리를 병원 수익에 지장이 가지 않을 정도로, 규정에 있는 최소한으로만 하려고 했다.

그때 우리 병원도 20억인가 받고 말았는데. 실제 메르스로 인해서 우리가 거점병원 하면서 다 오고 어찌고 해가지고 그때 우리가 손실본 게 200억이 넘어요. 근데 결국 20억 해주고 말았던 말이에요. 국가가 생색내고 말았죠. 정부가 정권이 막 위험할 때는 시달리고 어찌고 해서 위험할 때 다 해줄 것처럼 해 놓고 딱 정리가 되니깐 의료기관 책임으로 떠넘기고 안해줬죠. - 응급의료 정책 전문가, 권역센터 의사, PG

메르스 유행시기 정부는 메르스로 인한 병원의 손실을 보상하겠다고 약속했으나 병원들이 인지하는 손실에 비해 적은 규모로 보상이 이루어졌다. 이러한 과정에서 민간병원 경영진은 정부의 지원이나 보상 약속을 믿지 않게 되었고, 감염환자 진료는 손해라는 인식을 가지게 되었다고 말했다. 그래서 감염관리 강화는

직관적으로 이해되는 명료한 문제임에도 불구하고, 내용상 정책대상자인 병원들이 해결을 꺼리는 문제였다.

- 잘하기 어려운 응급실 감염관리

응급실에서 감염관리를 잘 하는 것은 어려운 일이다. 응급실에 내원하는 환자는 초기에 어떤 질환을 가지고 있는지 알 수 없어, 응급실에서는 모든 환자를 감염병 의심환자로 간주하고 대비해야 한다. 응급실에서 감염병을 감별하는 것도 어렵고 모든 병원이 감염병 진료 시설을 갖추는 것도 어려우므로 응급실 감염관리는 항상 허점이 발생한다.

심층면접을 진행한 2018년 응급실에서는 홍역이 유행하였고, 만성질환자가 보유한 VRE (Vancomycin-resistant enterococci, 반코마이신 내성 장내세균), CRE (Carbapenem-resistant enterococci, 카바페넴 내성 장내세균)와 같은 내성균이 문제가 되고 있었다. VRE, CRE는 병원 방문이 많은 만성질환자에게 많이 발생하는 항생제 내성균이다. 요양병원에 입원해있던 환자들이 해당 내성균을 가지고 응급실에 방문하면 병원 내 전파의 위험이 있다. 홍역은 유행성 질환으로 응급실에서 진단 이전에 접촉한 사람에게 전염될 우려가 있다. 두 질환은 특성이 다르지만 모두 응급실에서 병원 내 감염을 만들 수 있는 감염병이다. 의료진 전문가들은 두 질환의 유행을 예시로 하여 응급실에서 감염질환을 정확하게 진단하고 바로 격리하여 진료하는 데 어려움이 있음을 토로하였다. 정책대상자인 응급실 의료진은 응급실에서 감염병을 진료하고 감염관리를 철저히 수행하는 것이 근본적으로 어려운 문제라고

생각했기 때문에 개선정책 추진에 소극적이었다.

(나) 정부의제 설정 과정

1. 병원내 감염병 관리 대책으로 의제 축소

그것들이 메르스와 같은 신종감염병의 확산을 막는 데 기여하는 정책의 일부분이죠. 하지만 그게 핵심적인 정책은 아니죠. 그 다음에 그게 신종감염병을 효과적으로 감시하고 통제하는 데 필요한 시스템을 구축하기 위한 포괄적인 정책 패키지는 아니지. 아까 얘기한 것처럼 수면으로 떠오른 것들을 아젠다화해서, 파편적으로 처리를 한거 거든요. 복지부의 기본적인 입장은 이게 신종감염병 문제를 해결하기 위한 감염관리 체계를 어떻게 갖출 것이냐에 관한 포괄적인 결 한 게 아니고, 그냥 숙제를 한거야. 자기한테 던져진. 사회적으로 명시적으로 던져진 숙제를 한 거지. 왜 그게 그랬을 것이라고 생각하냐면, 신종감염병 관리정책의 체계적인 해결이라고 하는 건 질병관리본부의 위상강화를 의미하는 거예요. 청이라고 하는 건 하나의 상징적인 사건이고 그걸 해결하기 위한 여러 가지 조치들이 일본의 조직의 변화나, 의원과 병원에서의 신종감염병과 관련된 감염관리 부분들, 그게 일본과 연결되고 시도와 연결되고 그런 결 만들어야 되는데 그런 결 할 생각이 없었던 거지. - 정책전문가, PF

메르스 유행 당시 감염관리의 처음부터 끝까지 여러 의제가 제기되었다. 그러나 정부의제 설정과정에서 병원내 감염병 관리 대책으로 의제가 축소되었다. 메르스 유행 당시 감염병 위기를 포함한 공중보건학적 재난 상황에 대한 대비가 강화되어야 한다는 데에 사회적 합의가 있었다. 그러나 정부의제 설정시 질병관리본부의 청으로의 지위 격상과 같은 거버넌스 개선은 의제로 설정되지 않았고, 일선 병원과 응급실의 감염관리 강화만 의제화되었다. 빠르게 실현 가능한 의제를 중심으로 하여 정부의제가 설정된 것으로 볼 수도 있으나, 전문가들은 근본적인 거버넌스 개선이 추진되지 않은 것이 전체 관련 정책 추진의 동력을 떨어뜨렸다고 평가했다.

나. 정책문제 (정책분석)

표 53 응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책 분석

상위범주	범주	내용
정책문제 (정책분석)	1. 정책문제 분석과 정의	1. 응급실 감염전파 문제로 문제 정의
	2. 정책대안 탐색과 비교평가	1. 근거가 불명확한 감염관리 정책대안
		2. 응급실 감염관리 관련 자료원과 지표 부재
		3. 정책대안의 결과 예측 부재
3. 최선의 정책대안 선택	1. 장기적 계획없는 단기개선안 선택	

(가) 정책문제 분석과 정의

1. 응급실 감염전파 문제로 문제 정의

2015년 메르스 유행은 만성적인 응급의료 전달체계의 문제 속에서 취약한 감염관리 때문에 발생한 사건이었다. 문제의 근원에 응급실 과밀화, 부족한 의료인력 등 감염관리를 취약하게 하는 조건들이 있었다. 그러나 정부는 해결이 어려운 전달체계 문제는 위장의제로 설정하고, 문제를 응급실 감염관리 문제로 정의하여 정책목표를 설정하였다. 정책대안을 개발하기 쉬운 의제로 문제를 정의한 것은 해당 정책목표의 달성에는 도움되었지만, 사회문제 해결에의 효과는 축소시켰다고 평가되었다.

(나) 정책대안 탐색과 비교평가

1. 근거가 불명확한 감염관리 정책대안

병상간격을 늘리면 뭐 인플루엔자가 됐건 뭐가 됐건 기침을 하는데 뱀어봐야 1.5미터 이내니깐, 2미터 늘리면 좀 덜 가긴 하겠지만 그게 과연 응급실에 시설기준으로 넣어서 다 강제할 만큼의 효과가 검증되고 근거가

있는 이야기이느냐. 그게 아니면 그거보다 다른 데 더 집중해야 되는거 아니냐. 어떤 거에 더 우선순위를 들지는 조금 더 고민하고 정했어야 될 일이 아닌가. 분명히 1.5미터 보다 2미터를 해놓으면 뭐든 조금 더 효과가 나겠지만 그렇게 해두는 게 정말 현재 우리나라 사회에서 그걸 우선순위로 가야될 일인지는 잘 모르겠다는 거고. - 감염관리 전문가, IB

정책대안에 대해 전문가들 사이에서도 의견이 엇갈리는 영역이 있었다. 병상간격 1.5m 기준에 대해 어떤 전문가는 근거없는 규정이라고 지적했고, 다른 전문가는 비말의 전파 거리를 고려할 때 합리적인 기준이라고 주장했다. 전문가들 사이에서도 의견이 엇갈리는 정책대안은 집행 단계에서 지속적으로 논란을 만들고, 불순응의 요인이 되었다.

전문가 역할의 잘못이기도 한데요, 그럼 그렇게 해라. 어차피 우리가 뭐라고 하든 같 정책인 것처럼 보이면 이미 그런데는 회의하면서 다 이끌이 나있으니까 저건 우리가 뭐라고 하든 다 정해졌네 저렇게 가기로. 그러면 현장에 있는 사람들한테 피해가 최소로 같 만큼 그러면서 효과는 좀 있을만한 걸로 타협하면서 그럼 그렇게 가세요. 이렇게 해서 나오죠 대개. 거기에 책임을 물으면 할말은 없지만. - 감염관리 전문가, IB

아주 선진국에서는 전문가들이 합의를 해서 발표를 하면 따라온답니다. 신뢰를 하고. 우리나라는 그 단계가 아닌거예요. 전문가끼리 얘기를 해도 꼭 시민단체를 넣고 소비자단체를 넣잖아요. 다같이 합의하라고. 그렇게 합의를 안 하면 먹히지 않는거예요. 우리 사회가 신뢰를 안 하는거예요. 그런데 그게 진짜 합의겠느냐. 저는 그게 진정한 의미의 합의라고 생각하지 않아요. 그냥 의견을 내고. 주고받고 주고받고 하다가 그냥 정부가 원하는 걸로 결정했어요. - 감염관리 전문가, IC

근거가 불명확한 정책대안이 결정된 이유로 정책대안 탐색 과정에서 전문가의 의견이 충분히 반영되지 않았다는 지적이 있었다. 정부가 충분한 정책대안 탐색 없이 점증주의적으로

정책대안을 결정하며 전문가를 들러리로 세웠다는 것이다. 메르스 유행 이후 정부의 정책과정에 전문가로 참여한 심층면접 대상자는 정부는 원하는 안을 이미 완성하여 가지고 나왔고, 각종 위원회에 임상 전문가를 참여시킨 것은 형식적인 절차로 느껴졌다고 말했다. 정부가 전문가와 함께 정책대안을 충분히 탐색하지 않고 정책을 결정한 결과 근거가 불명확한 정책대안이 결정되었다는 의견이었다.

2. 응급실 감염관리 관련 자료원과 지표 부재

응급실에서 설령 뭐가 발병했다 하더라도 체류시간이 짧으면 뭐가 생기진 다 지역사회가 시작이지 응급실안에서 뭐가 돈다고 이야기하기 어렵죠. 그러니까 그나마 그런 걸 반영할 수 있는 게 호흡기 감염, 특히나 호흡기 바이러스 감염이면 이 환자들이 응급실에 들어올 땐 없었는데 응급실에 있다가 잠복기가 지나서 몇 명이 생겼다. 응급실을 거치고 왔더니. 그런 데이터들이 모여야 응급실 감염관리가 효과가 있구나 또는 뭐가 부족하구나 알 수 있을텐데 그 데이터 만드는 게 쉽지 않을 거예요. 왜냐면 그러려면 응급실 오는 모든 사람들을 어쨌든 다 추적해야 되고 그 사람들 중에 실제로 응급실 왔을 때는 감염이 의심되지 않았는데 입원하거나 외래로 가거나 집으로 퇴원했는데 일정한 잠복기가 지나서 그런 게 증상이 생겨서 발병했다는 걸 빅데이터처럼 하려면 이게 다 tracing(추적)이 되어 될 거 아니에요. 그건 어느 한 병원에서만 할 수 있는 일도 아니고, 우리나라에서 그렇게 추적해서 자료를 가질 수 있는 행정적인 코드가 없을 걸요. 맨날 보고는 싶은데. 그런게 줄어야 감염관리 관련된 정책들을 땀더니 응급실 감염관리가 개선됐다 이런 걸 이야기 한다거나 하겠죠. - 감염관리 전문가, IB

(감염정책) 결과 자체가 그거 했으니 뭐가 나아져야 하는데 그게 나아졌다. 전하고 비교를 할 수 없어서 그런지 모르지만, 효과는 잘 모르겠어요. - 병원 경영진, MD

응급실 감염관리를 평가할 수 있는 지표나 데이터가 없다는 것이 응급환자 감염관리의 정책대안 탐색과 비교평가를 어렵게 만드는 요인 중 하나이다. 응급환자가 잠시 머물다 가는 곳인 응급실에서

감염이 전파되는 것은 일반적인 일이 아니다. 그래서 해외에도 이에 대한 지표나 감시체계가 존재하지 않는다. 응급실 감염관리 현황을 정확히 알기 어렵고, 개선정책이 시행되어도 전후 비교를 통해 정책대안의 효과를 평가하기 어려우므로 어떤 정책이 효과적이었는지를 판단하기 어렵다.

3. 정책대안의 결과 예측 부재

지금 필수 인력이 200명상 이상인가 배치를 하게 되고 하나까 그 비용만 딱 줬단 말이에요. 딱 그 비용만 줬다는 의미는 인력만 고용하라는 의미밖에 없어요. 그 의사가 어떤 활동을 하든. 결국에 그거는 그 돈만 통치고 정부에서 할 일 다했다고 생색내고 감염내과는 2015년도 메르스때 정부의 카운터파트로서 열심히 한 거에 대한 성의 표시지 결국 국민을 위한 감염관리 정책은 거의 없어 보여요. - 병원 경영진, MC

전문가들은 정부가 정책대안의 결과를 예측하지 않고 정책을 결정한 것이 문제라고 지적했다. 정책대안의 결과를 미리 예측하는 것은 합리적 정책결정에서 가장 어려운 단계이자, 정책결정자에게 가장 중요한 단계 중 하나이다.(56) 정책대안이 집행되었을 때 나타날 결과를 미리 예상하여야 불확실성을 줄이고 최선의 정책대안을 선택할 수 있다. 정책실험이나 통계적 기법을 활용한 방법, 델파이 방법 등 여러 방법을 사용하여 정책대안의 결과 예측을 할 수 있다. 그러나 메르스 유행 이후 추진된 정책과정에서는 이 과정이 생략되었다. 전문가들은 정부가 정교한 정책대안 결과예측 없이 직관적 판단에 의해 정책을 탐색했다고 지적했다. 그 결과 감염관리 인력을 추가 고용했으나 실제 감염관리 활동은 증진되지 않는 결과가 초래되었다. 병원 경영진 전문가는 감염내과 의사를 추가 고용하게 한 것과 감염관리를 강화하는 것은

인과관계가 없는 정책대안이라고 지적했다. 감염관리 활동에는 감염내과 의사의 인건비 외에도 추가 예산이 필요하다. 그런데 그에 대한 지원금이나 규정이 없는 상황에서 병원은 감염내과 의사가 있어도 감염관리 활동을 하지 않거나 흉내만 내려 한다는 것이다.

여기는 선별진료소 설치가 의무 아니에요. 의무는 아닌데 단지 한 몇백원을 더 받으려면 그게 있으면 좋아요. 우리가 자원이 남는 나라도 아니고 돈이 많은 나라도 아닌데 모든 진료소 응급실이 트리아지를 만든다? 트리아지 누가 만들어 주는데요? 모 여기 옆에 있는 건물을 정부에서 사서 응급의료센터로 바꾸면서 거기에 응급실 만들면서 트리아지까지 다 지원하면서 J병원이 위탁관리해 너네가 알아서 위탁관리해 이게 맞죠. 근데 지금 요 옆에 있는 185억짜리 땅 사고 건물 짓고 트리아지 만들고 이거 전부다 개인에게 맡겼잖아요. 그러면은 이 개인기업은 그거를 참여할지 말지 선택권을 받았잖아요. 저는 선택을 안하겠다는 얘기죠. 트리아지 없어도 된다. 우리는 그런 환자 안 온다. - 병원 경영진, ME

정책대안의 결과예측 부재에 따른 부작용은 민간 중소병원에서도 나타났다. 중소병원 경영진은 감염환자 내원이 굉장히 낮은 확률의 사건이라고 생각했다. 그래서 비용을 들여 감염관리 관련 시설을 설치할 필요를 느끼지 못했다. 감염관리 시설을 갖추는 것은 당위적인 일이었으나, 민간의료기관에서는 해당 기관의 손익을 고려하여 정책 순응 여부를 결정했다. 민간의료기관이 전체 의료기관의 90%를 차지하는 의료체계에서 정부는 민간기관의 변화를 강제할 수 없었고, 이에 대한 예측이 부족했다.

(다) 최선의 정책대안 선택

1. 장기적 계획없는 단기개선안 선택

이게 일년에 될 계획이 아니잖아요. 실제로 정부가 방역체계 개선한다고

2020년까지 2년짜리 계획이 있고 그리고 이제 다시 얘기해야 되거든요. 그런데 아무도 얘기 안 꺼내요. 그 다음에 어떻게 가야할지 아무도 이야기 안 꺼내요. 의료관리감염대책도 이대목동병원 사태¹²⁴ 없었으면 다시 얘기 안 했을거야. 다시 얘기 안 꺼냈을거야. 그러니까 뭔가 사고가 나지 않으면 논의 자체가 진행이 안 돼요. - 감염관리 전문가, IC

장기적 계획을 가지고 지속성 있는 정책대안을 선택하는 것이 아니라 당장의 문제 해결을 위한 일회적인 정책대안이 선택되어 최선의 정책대안이 선택되지 못했다는 지적도 있었다. 감염관리는 일회적으로 할 수 있는 일이 아니라 일상 속에서 지속적으로 꾸준히 추진해야 하는 일이다. 그러나 정부는 감염관리 개선을 위한 장기계획을 수립하지 않고 당장 발생한 문제에 대한 단기 개선안을 추진하는 데 급급했다.

다. 정책결정

표 54 응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책결정

상위범주	범주	내용
정책결정	1. 쓰레기통 모형의 의사결정	1. '정책대안-문제정의' 순서 정책과정 진행
	2. 점증주의적 의사결정	1. 기존 정책의 지속 추진

(가) 쓰레기통 모형의 의사결정

1. 정책대안-문제정의 순서의 정책과정 진행

그 당시 메르스 이후에 소위 대책이란 걸 내놓겠다고 협의체라는 걸 만들어서 한참 회의를 했는데. 감염과 관련된 부분을 많이 다뤘고 응급의료에 관해서도 일부 다루긴 했지만, 그냥 난상토론형태로 이야기만

¹²⁴ 2017년 12월 서울 이화여자대학교 의과대학 부속 목동병원에서 신생아 4명이 잇따라 숨진 사건으로, 주사제 나뉘쓰기 관행에 의한 집단 감염 패혈증이 원인으로 지적되었다.

나왔고 그 중에 일부를 그냥 반영한 것뿐이지, 급하게 정책을 내는 것 때문에 10월엔가 시작해서 한 두 달만에 끝났어요. 내 기억에 기껏해야 10번 미만의 회의로, 그리고 한번 회의는 기껏해야 한두 시간 전후 회의로. 물론 회의 전에 보건복지부 주무과와 주무 부서와 관련 전문가들이 일부 논의해서 회의장에 들고 왔지만. 어떻게 그런 정책이 두 달만에 그리고 그 전문가라는 사람들도 각 영역을 대표하는 사람들 몇 명씩만 선발해서 하는 그런 회의에서 결정할 수 있겠어요. 그리고 사회 전체 변화를 이끌어야 하는 일인데. 그래서 이야기는 여러 가지가 나왔지만 그 중에 정말 현장에 옮겨져서 바뀐 게 얼마나 있는지 저는 잘 모르겠어요. - 감염관리 전문가, IB

전문가들은 감염관리 개선을 위한 정책과정에서 문제 정의에서 출발한 인과성 있는 정책대안이 결정되지 않았다고 지적했다. 메르스 유행이라는 사회적 문제가 발생한 상황에서 정부는 빠르게 대책을 내놓으려 했다. 그래서 가능한 정책대안을 우선 제시하고 이에 대해 전문가의 의견을 묻고 근거를 만드는 방식으로 정책이 결정되었다. 조직구성원 사이 응집성이 약한 혼란상태에서 이루어지는 쓰레기통 모형의 전형적인 정책결정 과정으로, 감염 전문가들은 이러한 정책결정 과정이 합리적이지 않다고 느꼈다.(48)

(나) 점증주의적 의사결정

1. 기존 정책의 지속 추진

복지부는 그 당시에 본인들이 하고 싶었던 정책들 중에 마치 메르스를 기화로 하고 싶었던 것을 끼워넣어서 한 것들이 꽤 많아요. 제일 대표적인 게 간호간병통합 서비스. 마치 간호간병통합서비스를 하면 감염도 줄고 뭐도 줄 것처럼 그렇게 해서 끼워 넣었고요. 그 당시에 복지부는 그런 식으로 그동안 해오고 싶었던 여러 개를 끼워 넣어서 정책에 반영해서 실현시켰어요. 근데 거기에 반해서 의사의 영역에서는 그런 내용들을 조금 설득력 있게 다가가지 못했다고 난 느끼고 있어요. - 감염관리 전문가, IB

정부의 감염관리 정책과정에 참여한 전문가는 정부는 메르스 유행을 기회로 하여 그동안 추진하던 정책을 개선정책에 끼워넣었다고 평가했다. 문제 분석 과정을 거쳐 최선의 정책대안을 결정한 것이 아니라, 기존에 추진하던 정책에 소폭의 변화만을

가감한 정책대안을 결정했다는 것이다. 여러 정책대안을 충분히 검토할 시간 없이 급하게 대책을 만들어내야 하는 상황에서 점증주의적으로 의사결정이 이루어진 것은 어쩔 수 없는 일이기도 했다. 그러나 문제의 근원을 건드리지 않고 가지들만 건드리는 점증주의적 의사결정의 지엽적 특성상(branch method) 문제를 근본적으로 해결할 수 있는 정책대안은 결정될 수 없었다.(57)

라. 정책집행

표 55 응급환자 감염관리 정책과정 평가 - 정책집행

상위범주	범주	내용
정책집행	1. 정책의 특성	1. 정책대안 탐색 부족 - 의료인력 부족에 대한 정책대안 탐색 부족 - 자원이 부족한 중소병원에 대한 정책대안 탐색 부족 - 정교한 정책대안 탐색 부족 - 의료이용량이 많은 의료체계의 한계
		2. 정책목표와 정책수단 간 인과성 부 - 변화를 만들 수 없는 규모의 유인
	2. 정책유형	1. 보호적인 성격을 가진 규제정책 - 병원의 반발이 큼
	3. 정책대상 집단의 행태	1. 정책의 소망성 - 감염관리에 소홀한 진료문화 - 문제 발생만 막으려는 회피적인 태도
		2. 순응주체의 순응의욕 부족 - 순응의 비용편익 계산 - 실행 불가능한 감염관리 기준 - 행태 변화에 부족한 유인: 수익이 나지 않는 감염관리

(가) 정책의 특성

1. 정책대안 탐색 부족

- 의료인력 부족에 대한 정책대안 탐색 부족

이제 병상간격을 1.5m 벌렸는데 사람은 똑같이 한 사람이야. 그러면 1.5m 벌어지면 동선이 길어지잖아. 일이 더 힘들어지는거야. 간호사 한 사람이 왔다갔다 왔다갔다 하려면. 그러면 1.5명을 배치해야 되는거야. 그런데 그런 것에 대한 논의 없이 가버렸다는 거예요. - 감염관리 전문가, IC

너무 많은 환자를 봐야 되거든요. 적어도 응급실에 온 환자를 가지고 한 명의 전문가가 고민할 수 있는 정도로 봐야지 이것도 챙기고 저것도 챙기고. 격리할 때는 마스크를 씌우고 어떻게 올라가고 이런 걸 생각할 거 아니에요. 근데 이걸 막 들어오는 환자를 처리하다 보면 그런 생각을 못 하게 되죠. - 감염관리 전문가, IC

응급실에서 감염관리가 잘 이루어지지 않았던 이유 중 응급실 의료인력 부족 문제가 있었다. 적은 수의 인력이 많은 환자를 진료해야 하는 상황에서 감염관리의 원칙을 지키기는 어려웠다. 감염관리의 원칙을 지키며 진료하는데도 충분한 인력이 필요하고, 감염관리를 강화하기 위해서도 충분한 인력이 필요하다. 그러나 의료인력 확보에 대해서는 정책대안이 탐색되지 않았다. 감염관리 전담 인력이 보장되었으나, 응급실 의료인력이 부족한 상황에서 응급실 감염관리가 성공적으로 이루어지기는 어려웠다.

- 자원이 부족한 중소병원에 대한 정책대안 탐색 부족

당시에 감염내과 선생님들이 메르스 이후에 감염내과 살리기 정책을 많이 했어요. 그리고 그런 정책들이 예를 들어서 빅5 병원 중에서도 감염관리 의사 등급이 대부분 다 2등급이었어요 1등급을 맞추기 어렵다고. 1등급 수가를. 전체 감염내과 전문의 수가 그렇게 안됐어요. 근데 제가 얘기한대로 lump-sum(총액계약) 방식으로 구조를 더 지속가능하고 더 잘 갈 수 있는 방식보다는 병원에서 감염내과 의사만 고용하면 되게. 그렇게 되면 어떤 일이 있냐면 또다시 빅5 병원이나 큰 병원, 그나마 감염관리가 되고 있는 병원에 감염내과 전문의가 배치되고 나머지 지방이나 지방대학병원이나 중소병원에는 배치가 안되는 현상이 있었죠. -

감염관리실 인력기준 변화에 따라 여러 병원에서 동시에 감염관리 인력을 충원하게 되었다. 그 과정에서 중소병원은 감염관리 인력 확보에 어려움을 겪었다. 중소병원 경영진은 지방에 위치한 중소병원은 더 높은 급여 조건으로도 감염관리 인력을 구하기가 어렵다고 지적했다. 간호간병 통합서비스에서도 마찬가지로 현상이 나타나 통합서비스가 확대될수록 지방의 중소병원은 병상 유지에 필요한 최소한의 간호인력을 구하는 것도 어려워졌다. 전문가들은 정책대안 탐색 과정에서 지방 중소병원에 대한 고려가 부족했다고 평가했다. 장기적인 인력 수급 계획 없이 특정 직종을 갑자기 늘리는 계획은 잘 작동하지 않았다.

- 정교한 정책대안 탐색 부족

정책목표를 달성하기 위한 정책대안(policy alternative)은 여러 가지 정책수단(policy means)이 조합되어 구성되는 경우가 많다. 복잡한 사회문제를 해결하기 위해서는 정책목표의 여러 다른 측면들을 달성할 수 있는 정책수단들을 정교하게 조합하여 정책대안을 탐색할 필요가 있다. 그러나 메르스 유행 이후 이루어진 정책과정에서는 쓰레기통 모형의 의사결정이 이루어지며 정교한 정책대안이 탐색되지 못했다. 대표적인 것이 응급실 격리병상에 대한 수가이다. 응급실 의료진들은 응급실에서는 감염병을 확진하기 어렵는데 격리실 수가는 감염이 확진된 환자에 대해 부여되어 정책의 실효성이 부족했다고 지적했다. 메르스 유행시에는 호흡기

증상이 있는 폐렴 의심 환자를 모두 격리실에서 진료하도록 하고 수가를 부여했으나, 이후 그런 규정이 사라졌기 때문이다. 확충한 감염관련 시설 활용을 증진하기 위해서는 관련된 수가와 제도가 같이 변화해야 하는데, 제도 개선이 뒷받침되지 않은 상태에서 시설만 확충했기 때문에 실제적으로 기능하지 않는다는 것이다.

- 의료이용량이 많은 의료체계의 한계

나중에 막 환자들 몰려들면 안 되면 바닥에 눕히잖아. 옆에 환자가 된지도 모르는데. 바닥에 눕히고 좁아서 이송카트에 올려서 다 붙여놓고 대기하고 있잖아요. 그러면 질병은 퍼지는 거거든요. - 감염관리 전문가, IC

현실에서는 제대로 안 되죠. 당장 환자가 저렇게 많이 들어차 있는데 되겠습니까. 지금도 소생실에 환자 3명은 들어가 있을걸요. 감염관리를 제대로 하려면 안 받아야죠. 병상 간격 얘기 나와있는데 병상간격 못 지키잖아요. 환자 계속 들어오니깐. 구급차 카트가 들어와서 대기를 3대 4대 하고 있다는게. 그렇게 되면 감염관리를 할 수가 없죠. - 지역센터 의사, EJ

바쁜 응급실에서는 감염관리가 제대로 이루어지지 않는다. 응급실에 감당 가능한 수준 이상의 환자가 몰리니 병상 간격이 지켜지지 않고, 의료진은 감염관리의 원칙을 지키지 않는다. 응급실 과밀화 상황에서 감염관리 원칙을 지키며 진료하면 병상도 부족하고 진료시간도 오래 걸려 응급실 과밀화가 더 심해지는 악순환이 발생하기도 한다.

왜냐면 사실 우리야 디테일을 보지만 일반에서는 일반 환자가 충남에 있다 평택에 있다 삼성에 간 것이 부각이 됐었고. 삼성 응급실이 부각이 됐고 평택환자들이 부각이 됐기 때문에. 사실 닥터쇼핑 문제도 모르겠어요.

전문가들 사이에서 얘기가 됐어도 국민들 사이에서도 얘기가 됐을까. 오히려 메르스 사태에서 우리 국민들의 의료 행태가 문제다라는 얘기가 과연 얼마나 공론화 됐나는 잘 모르겠어요. 오히려 정부의 무능이나 대응이 잘못됐다는 얘기들이 더 메인이지 아니었나. - 감염관리 전문가, IA

감염관리를 악화시키는 응급실 과밀화의 주요 원인은 대형병원 쏠림현상과 우리나라 국민들의 많은 의료이용량이다.¹²⁵ 그러나 의료이용량 문제는 메르스 이후에도 공론화되지 않았고 의제화되지 않았다. 메르스 유행시기 일시적으로 응급실 이용이 감소하였으나 곧 다시 회복하여 응급실 방문 환자 수는 지속 증가 추세이다.

솔직히 말해서 다른 대형병원은 모르겠는데, 인증 때는 잘 지켜요. 근데 끝나고 나서 그 인증 때 그걸 지키려고 하려면 현재같은 구조에서는 감당이 안되요. 모든 절차를 지키고 인력을 투입해야 되고, 모든 절차를 지켜가면서 하려면 그만큼 진료량이 감소할 수밖에 없어요. - 병원 경영진, MD

우리는 평상시에 우리나라에 의료수가 구조가 이걸 맥시멈으로 돌려야지 의료 수익이 어느 정도 유지가 되고, 최대한, 그러니깐 투자 대비 최대한의 수익을 받아야지 이 병원이 운영이 되는 거니깐. 그러다 보니 병상의 효율을 최대한 높이는거죠. - 권역센터 간호사, EA

응급실에서 감염관리가 적절히 이루어지기 위해서는 단위시간 당 환자 수가 줄고 의료진 1인당 환자 수가 줄어야 한다. 그러나 병원 경영진은 병원 수익과 직접적으로 연결되는 환자 수 감소를 원하지 않았다. 단위시간당 진료환자 수를 줄이지 않고 감염관리를

¹²⁵ 2016년 국민 1인당 의사 외래진료 횟수는 17.0회로 OECD 평균 6.6회에 비해 2배 이상 많았고, 병원 입원 평균 재원일수도 18.1일로 OECD 평균 8.0일의 2배 이상이었다.

강화한다는 것은 공허한 주장이라는 지적이었다.

2. 정책목표와 정책수단 간 인과성 부족

- 변화를 만들 수 없는 규모의 유인

왜냐면 우리가 이만큼의 수가를 받으니 기존에 못 썼던 일회용 치료제를 좀 더 쓰겠습니다. 이렇게는 안 되는 것 같거든요. 저희가 실제 감염예방 관리료를 2017년도에 대략 15억을 받았고, 실제 감염예방 관리를 위해 투자된 비용들을 생각해 보면, 약간 더 오바될 수 있겠지만 한 50억원이었거든요. 15억을 받는다고 해서 50억 쓰고 있는 것을 뭘 더 해달라고 하는 것은 어려운 부분이 있고. - 감염관리 전문가, ID

만원 드는 작업에 대해서 2천원 주다가 7천원 주면 엄청 많이 준거죠. 여전히 3천원이 부족해요. 지원이 그랬어요. 지원한 게 그런거죠. 여전히 원가에 미치지 못하는 지원을 한거죠. - 감염관리 전문가, IC

감염관리 관련 수가가 신설되고 정부가 감염시설 확충을 지원하였으나 정책대상자의 행태를 바꾸기에는 부족한 수준이었다. 신설된 수가는 병원들이 현재 사용하는 감염관리 비용에 미달하는 수준이었고, 시설 지원은 실효성 있는 시설을 구축하는 데 부족했다. 정부의 자원 투입에도 불구하고 병원 경영진들은 감염관리가 여전히 손실이라고 생각했고, 감염관리를 강화할 유인이 없었다.

뭐냐면 하긴 하되 감염관리 비용이 너무 많이 든다 이거죠. 쉽게 말해서 제대로 하려고 하면. 거기에 대한 비용 보존이 안되고. 요즘 감염관리수가라고 해서 준다 해도 택도 없습니다. - 병원 경영진, MD

예를 들어서 드레싱 재료 같은 것은 센트럴 카테타(central catheter, 중심정맥관) 드레싱용 겔 드레싱(gell dressing)이 있는데 수가가 안 되면 만원이거든요. 그 돈을 전부다 병원이 부담해서 사용을 해야 하는 상황인데 그런 걸 수가 작업을 하기 위해서 저희도 계속 노력하고 학회를 통해서도 얘기하고 있고. 일회용 드랩(drap, 멸균포)이나 치료재료 같은 것을 수가화하려고 노력하고 있구요. 격리병실료도 조금씩 인상이 되고

되긴 하는데. 결국은 병원에서는 손실 감수를 하는 부분이 있긴 하지만
이건 다 채워질 순 없을 것 같거든요. - 감염관리 전문가, ID

행위별 수가제를 기반으로 감염관리 비용을 지원하는 것에는
근본적인 한계가 있다는 지적도 있었다. 소모품인 치료 재료비를
100% 보상하기도 어렵고, 감염관리는 수익이 남는 영역이
아니므로 어떻게 해도 수익성 기준으로 평가할 때는 병원의 손해가
될 수밖에 없다는 것이다. 환자안전에 필수적인 감염관리 행위
하나하나를 쪼개서 별도 수가를 부여하는 것은 감염관리 강화에
적절하지 않고, 수가를 통한 행태변화는 처음부터 인과관계가 없는
정책대안이었다고 지적되었다.

(나) 정책유형

1. 보호적인 성격을 가진 규제정책 - 병원의 반발이 큼

비용이 너무 많이 드니까. 그렇게 하려면 비용과 인력이. 사실 음압병실
만들었지만 작동법도 아마 잘 모를 거예요 아마. 하도 안쓰니까. 전혀 쓸
일이 없잖아요. 발생 안 하면. - 병원 경영진, MD

그러니까 정부 입장에서는 병상간격 1.5미터 벌려 하면 되지만. 1.5미터
벌려 하는 순간에 에어부터 해서 다 간격을 벌려야 하고 다 뜯어고쳐야
되는거예요. 음압격리실 하나 만드는 순간 그 위치에 따라서 다 바뀌어야
되는거거든요. 어떤 데는 기둥이나 이런 거뺄에 못하는 데도 있어요. 다
때려부셔야 된다는건데, 그런 변화를 가져오기에 너무 힘든 구조예요.
구조적으로 안 되는 게 있다는거예요. - 감염관리 전문가, IC

감염관리 정책은 정책의 유형상 병원의 반발이 클 수밖에 없는
정책이었다. 정책집행과정에서 정책결정자와 관련집단의 태도는
정책유형(types of policy)에 따라 달라진다.(51) Lowi의 분류에

의하면 감염관리 관련 정책은 보호적인 성격을 가진 규제정책(protective regulatory)¹²⁶에 해당한다. 보호적 규제정책의 집행에는 피규제집단이 활발히 개입하며, 집행에 저항하고 규제를 완화하거나 축소하려는 움직임을 주도한다. 감염관리 정책에서도 마찬가지로 피규제집단인 병원이 집행에 반대하였다. 병원 경영진들은 발생 확률이 높지 않은 감염환자 발생을 대비하여 감염관련 시설을 만들고 유지하는 것이 비효율적이라고 생각했다. 응급실 감염전과를 평가할 수 있는 자료원이 존재하지 않는 상황에서 응급실에서 감염이 전과되거나 감염 재난이 발생할 가능성은 낮고, 대비에 소요되는 비용은 크다는 것이다. 그래서 비용이 소모되는 감염관리 시설 설치와 유지 규제에 반발하였다. 이미 완성되어 있는 병동의 병상 간격을 조절하고 음압시설을 설치하는 것이 신규시설 설치보다 어렵다는 점도 정책대상자의 반발을 불러일으켰다. 피규제집단의 반발은 정책의 성공적인 집행을 방해했다.

(다) 정책대상집단의 행태

1. 정책의 소망성

- 감염관리에 소홀한 진료 문화

(감염관리) 훨씬 더 어큐트(acute)하게 급하게 빨리 예방을 시킬 수 있는 질환임에도 불구하고 그거에 대해서는 의료적으로 전혀 생각하지 않잖아요. 그게 그 사람들한테 바로 치료를 하는거하고, 이렇게 환자를 isolation(격리)시키고 이런 것도 의료적인 프로세스일 수 있거든요. 그런데 의사들이 그거에 대한 인식이 규제를 해야 되고 정책이 있어야만 내가 움직일 수 있고. 그렇게 생각한다는 게 안타깝다는 거죠. - 지역센터

¹²⁶ Lowi의 정책유형 구분: 배분정책(distributive), 재분배정책(redistributive), 규제정책(regulatory) - 규제정책은 경쟁적(competitive) 규제정책과 보호적(protective) 규제정책으로 나뉜다.

의사, EE

감염 방지를 위해서 원칙대로 환자 진료를 하는 거가 상당히 사실은 귀찮은 일이지요. - 지역센터 의사, EC

메르스 유행 이후 감염관리의 중요성에 대한 인식이 개선되었으나, 여전히 감염관리에 소홀한 진료문화가 남아있다. 의료진은 감염관리를 중요하게 생각하지 않기 때문에 감염관리를 환자 안전에 필수적인 행위라기보다 규제에 의해 강제적으로 해야 하는 일로 인식하고 있다. 특히 바쁜 진료 환경에서 감염관리는 필요하지만 ‘귀찮은 일’로 받아들여지고 있었다. 정책의 내용이 바람직하다고 해도, 순응주체가 주관적으로 이를 바람직한 활동으로 받아들이지 않으면 집행 과정에서 순응을 확보하기 어렵다.

- 문제 발생만 막으려는 회피적인 태도

positive하게 내가 감염질환을 적극적으로 잘 보겠다, 우리 병원이 잘 보겠다는 개념이 아니고 그런 일이 발생하면 안되겠다는 negative 반응으로 모든 정책이 만들어지잖아요. 그거는 별로 좋지는 않은 것 같아요. 노력 자체 방향성이 그 환자를 진료를 잘 하기 위한 positive한 방향으로, constructive한 방향으로 대응책을 마련하기보다는 회피하려는 방향으로 한 거죠. - 지역센터 의사, EE

모 응급환자, 열이 38.5도 이상이 된 환자를 전원을 했을 때 그 병원을 실사한다 이런 건 불가능하죠. 네. 그렇게 해서 더 강하게 드라이브를 건다. 불가능합니다 그거는. 그러면 우리는 38.5도 이상의 환자가 뿔을 눌렀다는 사실을 끊어버리죠. 기록을 남기지 않습니다. 그런 식으로 해서 저희는 회피를 할 수밖에 없는거고요. 더 강하게 드라이브를 걸 수 있는 방법은 없다. - 병원 경영진, ME

일부 병원은 감염관리를 강화하려 하기보다 문제 발생만 막으려는

회피적인 태도를 보였다. 문제를 근본적으로 해결하려고 하지 않고, 큰 문제가 발생하는 것만 막으려고 한 것이다. 전문가들은 두 가지 이유로 이런 행태가 나타났다고 평가했다. 첫번째는 여전히 의사들이 감염관리가 환자안전에 중요한 문제라고 생각하지 않는다는 것이다. 메르스 유행의 경험으로 모든 병원에서 감염재난이 발생할 수 있다는 것을 알게 되었다. 그러나 가능성이 낮은 일이라고 생각하기 때문에 적극적으로 해결책을 찾지는 않는다. 두번째는 감염관리 문제가 병원에서 해결할 수 있는 문제라고 생각하지 않는다는 것이다. 감염관리를 철저히 하려면 비용이 많이 들고, 감염재난이 되면 일개 병원에서 대응하기 어렵다. 민간병원들은 감염 환자 진료는 공공병원에서 도맡아야 한다고 주장하며 감염관리 문제 해결의 책임을 정부에게 돌리려 했다.

2. 순응주체의 순응의욕 부족

- 순응의 비용 편익 계산

소위 선별진료소라는 걸 만들었지만 그 선별진료소라는 게 실질적인 의미의 선별진료소는 아니죠. 서울대병원도 마찬가지겠지만 환자 여기 가서 보고 네, 아니에요 들어가세요 하는 어린이대공원 매표소 같은 역할을 하는 데지. - 감염관리 전문가, IB

응급실 선별진료소가 제대로 기능하려면 상시 운영되며 환자동선부터 선별진료소 근무 인력까지 모두 준비되어 있어야 한다. 그러나 일부 병원은 선별진료를 해야 한다는 기준만 충족할 수 있는 정도의 선별진료소를 만들었다. 어떤 병원 경영진은 “사진 찍어서 제출하기 위해 선별진료소를 만들었다”고 말하기도 했다. 메르스 유행 이후 선별진료의 필요성은 사회적 공감대를 얻었으나,

민간 중소병원은 실제 자신의 병원에 선별진료를 유지할 필요를 느끼지 못했다. 실제적으로 기능할 수 있는 선별진료를 유지하는 것은 비용(cost)이 크고, 그에 비해 정부의 지원(benefit)은 적다고 느꼈기 때문에 병원마다 해당 병원의 편익을 계산하여 순응 여부를 결정했다. 선별진료의 편익보다 비용이 크다고 판단한 병원들은 정책 집행에 순응하지 않았다.

- 실행 불가능한 감염관리 기준

환자 한 명 왔을 때 격리를 제대로 지키면 환자를 못본단 말이에요. 병원이 환자를 볼 수가 없어요. 이거 감염을 제대로 하겠다 그러면 응급실 다 개별방 만들고. 그 다음에 선제격리지침 다 지켜서 해야되죠. 방에 들어갈 때 우리가 지금 ICU(중환자실)에서 CRE¹²⁷ 나 MRSA¹²⁸ 붙은 환자들 보듯이 그렇게 해줘야 되죠. 근데 그렇게 하려면 거기 들어가는 간호사들, 의사들은 환자를 보는 시간 더하기 옷을 다 입어야 되거든요. 그러면 공간과 인력이 지금하고 비교할 수 없을만큼 많이 필요해지죠. - 권역센터 의사, EF

(감염관리 변화) 음압격리실 마련되고 또는 어떠한 경우는 너무 과도한 거 아니냐 할 정도로 아주 신화적인 기준을 요구하게 바꿨고. - 지역센터 의사, EI

우리 의료기관 인증평가 받을 때 병원이 하는 행태를 보세요. 환자 빼고 수술 줄이고 응급실도 환자들 침대 빼고 난리잖아요. 원래 인증평가 때 환자들 응급실에 의자에 앉아 있으면 안되잖아요. 그게 우리나라 현실적으로 가능하냐고요. 외국꺼 흉내만 내는거지, 현실적으로 불가능한 걸 얘기하고 눈가리고 아웅이죠. 그니깐 의료기관 인증평가니 이런 게 실효성이 없다는 얘기가 나오죠. 물론 그런 걸 통해서 이런 필요성을 느끼게 해주는 거 좋아요. 근데 실제 현실에서 불가능한 얘기를 시키고 있다는 얘기죠. - 응급의료 정책 전문가, 권역센터 의사, PG

¹²⁷ Carbapenem-resistant enterococci, 카바페넴 내성 장내세균

¹²⁸ Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, 메티실린 내성 황색 포도알균

정책이 순응주체에게 무엇을 요구하는지가 분명하면 순응을 확보하기 수월하다. 감염관리 영역에서 집행된 정책들은 법 개정, 응급의료기관 평가기준 개정 등 외형적으로 명료한 정책들이었다. 그러나 순응주체들은 정부가 제시한 감염관리 기준이 병원들이 따르기 불가능한 수준이라고 느꼈다. 정부가 병원 운영이 불가능한 수준의 ‘신화적인’ 기준을 내세워 병원의 순응의욕이 저하되게 만들었다는 것이다. 응급실 의료진들은 감염관리 기준이 임상 현장에서 실현 불가능한 수준이라 기준대로 감염관리를 하기보다는 평가시기에만 기준에 맞추는 편법을 사용하게 된다고 말했다.

- 행태 변화에 부족한 유인: 수익이 나지 않는 감염관리

감염 전문병원은 평상시 병상 가동률이 0%에 해당되는 그런 병원을 지어보야 위급 상황에서 그게 제대로 작동될 수 있다라는 말씀이죠. - 병원 경영진, ME

민간병원은 감염관리를 수익성의 관점에서 접근했다. 병원 경영진인 전문가는 병원의 정책대안 순응 여부를 결정하는 기준은 수익성이라고 말했다. 수익이 나는 정책은 적극적으로 참여하고, 손해가 발생하는 정책은 정책의 의도가 무엇이든 참여할 이유가 없다는 것이다. 민간병원은 자체 자본으로 병원을 짓고 병원 경영을 통해 수익을 얻는다. 그래서 수익이 나지 않는 일은 정부 정책이라 해도 순응하지 않았다. 사용 빈도가 낮은 격리실을 만드는 것 자체가 불필요한 일이라고 말한 병원 경영진도 있었다. 병원 경영진이 평상시 가동률이 0%에 가깝다고 인지하고 있는 감염병 대비 병상을 민간병원이 구축하고 유지하게 하는 것은 순응을 기대하기 어려운 정책이었다.

마. 정책평가

표 56 응급환자 감염관리의 정책과정 평가 - 정책평가

상위범주	범주	내용
정책평가	1. 과정평가의 부재	1. 정책집행에 대한 평가 및 개선 부재
	2. 총괄평가의 부재	2. 부실한 총괄평가

(가) 과정평가의 부재

1. 정책집행에 대한 평가 및 개선 부재

정부는 감염관리 개선정책 집행과정에서 발생한 문제를 평가하여 개선하지 않았다. 응급실 방문객 관리가 강화되며 보호자 1인만 응급실 출입을 허용하게 되었다. 대형병원 의료진은 응급실에서의 감염전과 위험도 줄이고 응급실 관리도 수월하게 만든 효과적인 정책이라고 평가했다. 그러나 중소병원 의료진은 보호자의 출입을 제한하려면 응급실 의료진만으로 환자 진료가 가능해야 하는데 의료인력이 부족하고 보호자가 일부 간호간병의 역할을 수행하고 있는 중소병원에서는 보호자의 도움 없이 환자 진료가 불가능하다고 지적했다. 그래서 중소병원에서는 암묵적으로 보호자 출입을 통제하지 않고 있다는 의견이었다. 정부는 방문객 관리장부의 작성 여부는 평가하였으나, 각 병원에서 정책이 실제로 어떻게 집행되고 있는지를 평가하지 않았다. 그래서 집행과정에서 발생하는 문제를 파악하여 수정하는 과정이 이루어질 수 없었다.

(나) 총괄평가의 부재

1. 부실한 총괄평가 - 악마는 디테일에 있다.

메르스 유행 이후 감염관리 시설자원이 증가하였으나 전문가들은 실제 시설 활용도는 낮다고 지적하였다. 임상 의사들은 사용의 불편함과 격리실 관찰 인력의 부족, 격리관리료 수가 삭감의 우려로 격리실을 거의 사용하지 않고 있다고 말했다. 감염 전문가들은 현재 만들어진 시설들이 실제적으로 기능하기에 불충분하다고 지적했다. 양적 분석에서 확인된 증가한 시설 자원이 실제로는 활용되기 어렵다는 평가였다. 그러나 정부 전문가들은 감염관리 시설자원 확충이라는 정책목표의 달성 여부만을 평가하고, 시설의 활용성 및 감염관리 개선 효과는 평가하지 않았다.

(2) 응급환자 감염관리의 변화

집행된 정책에 대한 심층면접 참여자들의 평가를 정책효과와 부작용, 남아있는 문제의 범주로 나눈 것은 이하 표와 같다.

표 57 질적연구로 평가한 응급환자 감염관리 개선정책의 정책결과

보건의료체계의 구성요소		목표	정책수단	정책효과	부작용	남아있는 문제
의료 자원	의료인력	감염관리 자원확대	감염관리실 설치기준·인력기준 개정 권역센터 시설·장비·인력기준 개정	감염관리 인력 증가		응급의료 인력 부족
	의료시설			응급실 격리병상 증가	부실한 시설, 낮은 활용도	감염관리에 취약한 응급실 환경
자원의 조직화	국가 보건당국	감염관리 체계 확립	의료관련감염대책협의체 구성	의료관련감염 개선대책		
	민간 의료기관		중앙감염병전문병원 지정	집행실패 - 상징적 지정		운영 지연
			권역감염병전문병원 지정			
의료 서비스의 제공	병원	감염관리 지원	간호·간병통합서비스 도입	응급실 방문자 감소	중소병원, 지방병원	의료인력이 부족한 중소병원에서 수용 불가능
			응급실 보호자 1명으로 제한	일부 집행실패	집행실패	실제적이지 않은 선별진료
			응급실 선별진료체계 도입			
			정책대안 부재			

가. 의료자원

(가) 의료인력

1. 감염관리 인력 증가

2016년 9월 이후로 감염예방관리료를 적용을 하려면 간호사는 150명상당 1명 이상, 의사는 300명상당 1명 이상, 이렇게 거기에 맞춘 인원을 증원했구요. 간호사 6명을 증원했어요. - 감염관리 전문가, ID

근본적으로 의사 숫자가 부족해요. 간호사 숫자도. 다들 자기 일이 바빠서 거기까지 (감염관리까지) 챙길 여유가 없는 거예요. 병원은 평가한다고 하면 인력 더 뽑을 생각은 안하고 투자하고 해서 돈 더 벌 생각만 한다고 하는데. 근데 인력을 뽑을만큼 돈을 준 거라고 생각하시는지 모르겠는데 난 그렇게 생각 안하는데. 정말 인력 부족해요. 맨날 손위생 때문에 강의할 때 하는 건데 우리 손위생 증진활동을 처음 할 때 감염관리 간호사들을 병동에 보내서 WHO에서 권고한 5가지 단계의 손위생을 한다고 했을 때 병동 간호사가 하루에 손위생하는데 몇 시간 투자하는지 계산해서 오라고 했어요. 관찰해서. 그냥 대충해서 왔는데 8시간이 필요해요. 그러면 한 듀티(duty)에 한 명의 간호사 인력이 병동 하나에 더 필요한 거예요. 병원 전체로 따지면 얼마됐어요. 그걸 다 해야 손위생 다 하고 자기가 지금 할 수 있는 환자 처치 다 하는 거예요. 근데 그 8시간을 하면 자기가 집에 못 가고 탄 일 못하는데. 그럼 탄 일 다하면서 이거 하려면 손위생을 줄여야지. 그게 기본적인 감염관리에 다른 데도 다 똑같이 퍼져 있는 거예요. 뭐 quality control, 낙상, 안전한 의약품 투여, 다 맞물려 있는 거예요.- 감염관리 전문가, IB

메르스 유행 이후 감염관리실 인력 기준이 바뀌어 각 병원은 감염관리 인력을 보강하였다. 그러나 응급실 의료진들은 응급의료 인력 부족으로 인해 여전히 응급실 감염관리는 적절히 이루어지지 않고 있다고 평가했다. 의료진들은 인력이 부족한 상태에서 밀려드는 환자를 진료하다 보면 손씻기 등 감염관리 원칙을 지키기 어렵다고 말했다. 감염관리 인력이 증가해도, 실제 응급실에서 일하는 응급의료 인력이 증가하지 않으면 실질적인 감염관리가

이루어질 수 없다는 지적이었다.

(나) 의료시설

1. 감염관리 시설 증가

예전에는 선별이나 이런 것은 아예 생각지도 못했던 그런 부분들. 응급실은 뽕 뚫린 공간에서 한 공간에서 진료를 받았던 부분들이 이제는 당연히 선별이 필요해, 이런 것은 누구나 응급실에서 근무하는 사람, 의료진, 국민들까지 알게 됐고. 실제로 그런 시스템도 마련이 됐고. 리모델링을 통해 공간 구획도 됐고. 음압격리실이나 이런 것이 구비가 됐고. - 권역센터 간호사, EB

여러 영역의 전문가들은 메르스 유행 이후 가장 큰 변화로 감염관리 시설 증가를 지적했다. 응급실 시설기준에 음압격리실 기준이 신설되며 권역센터와 지역센터에 음압격리실이 설치되었다. 선별진료가 강조되며 권역센터 시설기준의 환자분류소에 마스크 등 보호장구 비치기 필요하다는 내용이 포함되었고, 응급실 입구에 별도 선별진료소를 설치한 병원도 있었다. 응급실 의료진들은 권역센터의 시설기준에 응급실 병상 간격 1.5m 이상 기준이 도입된 것 역시 큰 변화라고 지적했다. 변화한 응급실 병상 간격 기준을 맞추지 못해 권역센터 재지정 신청을 하지 못한 병원도 존재했다. 중앙응급의료센터에서는 권역센터를 중심으로 재난감염병 위기대응 차량을 보급하여 감염병 환자 이송에 활용하도록 하였다.¹²⁹

¹²⁹ 라포르시안, 2017, 의정부성모병원, 음압시설 갖춘 재난감염병 대응 구급차 운영, <http://www.rapportian.com/news/articleView.html?idxno=103394>

- 부실한 감염관리 시설

그러나 확충된 감염관리 시설이 실제로는 효과를 거두기 어려운 부실한 시설이라는 지적이 있었다. 응급실에서 음압격리실을 제대로 활용하기 위해서는 선별진료소부터 음압격리실까지의 동선이 모두 관리되어야 한다. 그러나 여러 병원들이 시설기준에 있는 선별진료소와 음압격리실만 만들어 실제적인 격리 효과를 거두기 어렵다는 지적이었다. 감염 전문가들은 감염관리 효과를 거두기 위해서는 배기시설이나 전실 등의 구조도 바뀌어야 하는데, 이에 대한 고려가 부족한 시설이 많다고 지적했다.

- 낮은 감염관리 시설 활용도

응급실도 완전히 바꾸고 응급실에도 음압격리실 3개나 만들고 그렇게 해서 만들어 놔는데 안써요. 왜냐면 거기까지 가려면 멀거든. 격리실까지 가려면 멀고 두 개 누르고 들어가야 되고 그러니깐. 인터럽트 기다려야 되고 불편하니까. 다 기침하는 사람 열리는 사람도 바닥에 누워있거든요. 근데 우리는 아직 아주 혼잡하지는 않으니깐 그런 사람들은 조금 떨어져 놓혀 놓긴 하지만 그게 현실이고. 그래서 그거 안하면 누가 별주나? 그것도 아니고. - 병원 경영진, MB

일부 전문가는 증가한 감염관리 시설의 활용도가 낮다고 지적했다. 바쁜 진료환경과 의료진의 감염관리에 대한 인식 부족으로 인해 격리병상이 있어도 활용되지 않고 있다는 의견이었다.

- 감염관리에 취약한 응급실 환경

그때 당시 TB(tuberculosis, 결핵) 치료는 물론 격리실에 넣지만 격리실이 모자라면 그냥 침대에 놓고 봤잖아요. 그거였어요. 그 14번 환자 삼성병원에서 스프레딩 했던 14번 환자도 TB인 줄 알고 치료를 한 거예요. 그때 당시 TB 치료는 물론 격리실에 넣지만 격리실이 모자라면 그냥 침대에 놓고 봤잖아요. 그거였어요. - 지역센터 의사, EE

메르스 유행 이전 응급실은 구조 자체가 감염전파에 취약했다. 응급실에 격리실이 없기도 하고, 의료진이 환자를 관찰하기 쉽도록 응급실 전체가 하나의 공간으로 트여 있기도 했다. 메르스 유행 이후 격리실 등 감염관리 시설 자원이 증가하였으나 여전히 감염관리에 취약한 응급실 공간이 많다고 지적되었다. 이미 완성되어 있는 응급실 공간을 개조하기 어렵고, 감염병 유행 시기에는 격리실이 부족한 상황도 발생한다는 것이다.

감염전파에 취약한 대표적인 질환이 결핵이다. 결핵은 우리나라에서 흔한 질환으로 활동성 결핵 환자는 격리가 필요하다. 메르스 유행 이전 격리실이 없는 응급실에서는 결핵환자에게 응급실 구석 병상을 배정하거나 커튼을 친 상태로 진료를 했다. 메르스 유행 이후 감염관리 시설이 증가했지만 여전히 격리실이 없는 응급실에도 결핵 환자가 방문한다. 결핵이 확진된 경우에는 격리실이 있는 응급실로 전원하지만, 결핵이 확진되기 전에는 넓게 트인 응급실의 구석 병상에서 진료가 이루어지는 경우가 많다. 응급실 공간을 분할하면 간호인력이 더 많이 필요하므로 인력이 많지 않은 응급실은 감염관리에 불리하다는 것을 알면서도 한 눈에

모든 모니터를 볼 수 있도록 응급실을 넓게 트인 공간으로 유지하려고 하기도 했다. 응급실 의료진들은 여전히 구조적으로 감염관리에 취약한 응급실이 많다고 지적했다.

나. 자원의 조직화

(가) 의료관련감염 개선대책 도출

메르스 유행 직후 정부는 의료관련감염대책협의체를 구성하여 감염관리 개선을 위한 주요 안건을 논의하고 대책을 마련하였다. 의료관련 감염관리를 강화하기 위한 10개 과제를 발표하였고, “의료관련감염 예방관리 종합대책 ’ 18- ‘22”를 발표하여 추진하였다.

(나) 중앙/권역 감염병 전문병원 상징적 지정

환자를 볼 의사가 없다고. 그 때 A의료원도 거점 병원으로 지정은 되어 있었는데 볼 의사가 없다는거예요. 알아보니까 내과 의사인데 신장내과, 소화기 내과만 있고 감염내과는 없고. 호흡기는 볼 수가 없고. 시설은 갖춰져 있는데 볼 의사가 없으니깐 보내지 말아라. 서울로 보내라고 그랬어요. - 권역센터 의사, ED

메르스 유행시기 감염환자가 대규모로 발생했을 때 민간병원들은 다른 환자들에 대한 감염 우려로 감염병 환자 진료를 꺼렸다. 음압격리 입원치료병상이 설치되어 있는 병원도 의료진의 부재, 의료장비의 부재 등으로 감염병 환자 진료가 불가능한 병원들이 있었다. 그래서 정부는 서울대학교병원, 서울특별시 서울의료원,

경기도의료원 수원병원과 같은 공공의료기관을 동원하여 메르스 의심환자와 확진환자를 진료하도록 했다. 그러나 서울대학교병원을 제외한 병원들은 중환자를 진료할 수 있는 인력과 시설이 부족하여 감염환자 진료에 어려움이 있었다. 이러한 문제를 해결하기 위해 메르스 유행 이후 감염환자를 전문적으로 진료할 수 있는 중앙감염병 전문병원과 권역감염병 전문병원 운영이 추진되었다. 국립중앙의료원이 중앙감염병 전문병원으로 지정되었고, 권역감염병 전문병원은 권역별로 3개 소 운영 예정으로 조선대학교병원이 일차로 지정되었다. 그러나 중앙감염병 전문병원은 추진이 지연되고 있고, 권역감염병 전문병원 역시 충분한 예산이 수립되지 않아 개소가 지연되고 있다.¹³⁰ 전문가들은 전문병원의 필요성에 사회적 공감대가 형성되어 정부의제로 결정되었으나, 집행과정에서 추진이 지연되고 필요한 예산을 제한한 것은 정책대안을 상징적인 정책대안으로 무력화시킨 것이라고 지적했다.

다. 의료서비스의 제공

(가) 응급실 방문자 관리

옆에 환자 앉아 있고 보호자 앉혀놓고 거기서 썩션(suction, 흡인)하고 있고 네블라이저(nebulizer, 호흡기 치료) 하고 있고 아무렇지 않게 지금까지 했잖아요. 그런 것들 모두가 이런 호흡기 감염에 정말 취약하다는 걸. 그리고 그렇게 할 수 있는 격리시설이 하나도 없었다고 하는 게 이런 엄청난 국가적 사태를 불러왔죠. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

¹³⁰ 청년의사, 2017, 첫걸음 펜 ‘권역 감염병 전문병원’, 예산 확보 저조, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1045605>

메르스 유행 이전 응급실에서는 보호자와 방문객을 통제하지 않았다. 응급실은 병상이 배정되지 않은 환자도 많고, 과밀화된 응급실은 대기실까지 환자가 체류하며 병원을 자유롭게 돌아다녔다. 메르스 유행 당시 보호자, 방문자가 감염병 환자와 자유롭게 접촉하고 제한없이 응급실 안팎을 돌아다닌 것이 곧 감염 전파 경로가 되었다. 메르스 유행 이후 응급실 방문객 관리를 위해 응급의료에 관한 법률 시행규칙을 개정하였다. 권역센터 장의 업무에 보호자 및 방문객 출입통제를 포함하고, 응급의료기관 평가에서 방문객 명단 작성과 명부 보관 여부를 평가하도록 하였다. 그래서 메르스 유행 이후 권역센터를 중심으로 보호자 1명만 응급실 출입이 가능하도록 하는 방문객 관리가 시작되었다. 전문가들은 수치로 평가할 수 있는 지표는 없으나 응급실 방문자 관리 도입 후 응급실 방문자가 감소했다고 평가했다.

- 중소병원에서의 집행실패

중소병원 경영진은 응급실 방문자 관리와 간호간병 통합서비스 모두 중소병원에서 순응하기 어려운 정책이라고 지적했다. 중소병원과 일부 지방병원은 의료인력 부족으로 보호자가 환자 식사와 이동 등 간호사의 역할을 일부 보조하고 있다. 지방 중소병원은 간호간병 통합서비스 도입으로 간호사 수를 늘리려고 해도 지원자가 없어 신규 채용이 어렵다. 그래서 중소병원은 암묵적으로 방문자 관리를 시행하지 않거나 느슨하게 시행하고 있다는 지적이었다.

(나) 응급실 선별진료체계

일단은 그냥 지금 결과만 두고 보면 KTAS(한국형 응급환자 분류도구) 선별진료, triage(트리아지, 응급실 환자 분류)가 확실히 활성화된 것은 맞는 것 같아요. 근데 이걸 대형병원 위주로, 대형병원 위주로 triage가 활성화된 것은 분명한 사실인 것 같은데 여전히 중소병원의, 지역응급의료센터 이하의 응급실은 전혀 그런게 제대로 되고 있는지 파악도 안 되고 있는 것 같고. 그런 상황이지만 어쨌든 메르스 환자가 재유입됐을 때, 작년에 그런 과정에서 걸려져서 더 이상 전파가 안 되고 끝났잖아요. 그런 면에서 보면 대형병원 중심의 응급센터의 선별진료는 확실히 좋아졌다고 볼 수 있겠고. - 감염관리 전문가, IC

메르스 유행 이후 감염병 의심 환자가 응급실 안으로 들어가는 것을 막을 수 있는 선별진료 체계가 구축되었다. 응급실은 항상 감염병 의심 환자가 방문할 수 있는 가능성이 있으나 이를 사전에 선별할 수 있는 체계가 없었다. 그래서 감염환자도 제약 없이 응급실에 입실하여 응급실 공간에 체류하였고, 감염병이 전파되는 계기가 되었다. 메르스 이후 도입된 선별진료는 상시 운영되는 병원도 있고 감염병 환자 발생 가능성이 높은 시기에만 운영하는 병원도 있다. 그러나 필요시 선별진료소를 운영해야 한다는 것을 알고 운영할 수 있게 된 것은 메르스 이후의 변화였다.

(다) 감염관리에 불리한 응급의료서비스 제공체계

1. 바쁜 진료환경 내 감염관리의 어려움

감염의 가장 큰 원인은 진료량을 늘릴 수밖에 없는 행위별 수가제에서 탄생했고 그거를 어떻게든 맞춰 주려다 보니 다인실을 권장을 했고.

다인실 비율이 높아졌죠. 옛날에는 다인실 비율이 5:5에서 7:3으로 변경됐었잖아요. 그러면서 다인실 비율이 높아졌죠. 그러니까 다인실에서는 감염의 비율이 더 높아진 거고 그런 거 때문에. 비용의 문제로 다인실을 만들었고 응급실이 입원 통로가 됐고, 암환자의 입원통로가 되면서 많은 환자들이 이용할 수밖에 없었고. 환자가 제때 빠지지 못했으니깐. - 병원 경영진, ME

(감염관리가) 안되고 있죠 당연히. 그럴려고 하면 환자를 적게 받을 수밖에 없거든요. 적게 받는게 아니라 응급실에 재실하는 환자를 줄이는 게 제일 중요하거든요. 재실 환자가 많은 상황이면 감염관리가 될 수가 없어요. - 지역센터 의사, EG

바쁜 진료 환경에서는 감염관리가 어렵다. 의료이용량이 많은 의료 환경을 저수가로 유지하기 위해 병상을 다인실 중심으로 운영한 것이 감염 전파에 취약한 병원 환경을 만들었다는 의견이 있었다. 의료이용량이 많은 것은 응급실 과밀화로 나타났고, 과밀화된 응급실은 감염전파에 취약했다. 응급실 공간에 많은 환자가 머무는 동안 감염이 전파되기 쉬웠고, 많은 환자에 바쁜 의료진이 감염관리의 원칙을 지키지 않은 것도 병원내 감염 확산의 요인이었다. 메르스 유행 이후 응급실 재실시간 관리가 강화되며 응급실 과밀화는 일부 감소하였으나, 응급실의 바쁜 진료환경은 개선되지 않았다고 평가되었다. 여전히 응급의료 인력이 부족하기 때문에 응급실은 철저한 감염관리를 하기에 너무 바쁘다.

2. 감염환자의 자유로운 응급실 방문

모든 환자가 제한없이 원하는 응급실에 갈 수 있는 우리나라 의료제도의 특성상 감염병 의심환자도 자유롭게 원하는 응급실에 방문한다. 메르스 유행 이후 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이

개정되며 감염병 환자 관리가 강화되었다. 그러나 응급실 의료진은 감염병 의심환자가 관련 내용을 밝히지 않고 응급실에 방문하면 이를 걸러낼 방법이 없다고 지적했다.

라. 재정적 지원

(가) 감염관리 수익성 개선

수가를 받으니까 우리는 1등급을 하였습니다 했을 때 그렇게 해도 우리가 손해를 보지 않겠네 하니까 인력을 더 지원해주는거죠. - 감염관리 전문가, ID

메르스 유행 이후 감염관리 강화를 위하여 건강보험공단 관련 수가가 신설되거나 인상되었다. 감염관리에 필요한 일회용 치료재료에 수가가 부여되고, 음압 및 일반격리실 수가가 인상되었으며, 감염예방관리료가 신설되었다. 감염관리 전담인력을 배치하고 감염관리실을 설치한 기관의 입원환자에 대해서는 감염예방관리료를 신규 적용하여 감염관리 활동을 지원하였다. 응급실 감염환자 선별과 격리진료를 지원하기 위하여 선별진료수가를 신설하고 응급실 안에 설치된 격리병상에서 환자를 진료할 경우 격리관리료를 별도 산정하여 지급하도록 하였다. 이로 인해 감염관리의 수익성이 일부 개선되었다고 평가되었다.

- 수익이 나지 않는 감염관리 활동

사실 이런 감염관리에서 굉장히 중요한 것은 administrative(관리) 레벨의 결정 이런거 거든요. 결국은 집행부에서 못한다고 하면 결국은

진행이 안 되는 것이 많습니다. 여러 가지 이유가 있겠지만. 그런 의지가 굉장히 중요할 것 같고. 감염관리는 하면 할수록 계속 돈을 까먹는. 많이 투자할수록 눈에 보이는 성과는 없는 거거든요. - 감염관리 전문가, ID

응급환자 감염관리가 어려운 이유 중 하나는 감염관리가 수익이 나지 않는다는 점이다. 감염관리 관련 수가 개정으로 감염관리 수익성이 개선되었으나 심층면접에 참여한 의료진과 병원 경영진은 여전히 감염관리를 잘해도 수익이 남지 않고, 하면 할수록 비용만 드는 일로 인식하고 있었다. 수가신설로 감염관리 비용을 일부 보상받게 되었으나 병원 경영진은 여전히 열심히 하면 할수록 손실이 나는 감염관리를 적극적으로 하려고 하지 않았다.

마. 정책 및 관리

(가) 응급의료기관 평가에 감염관리 항목 강화

응급의료기관 평가에 감염관리 관련 항목이 강화되었다. 감염병 의심환자 선별 기능이 포함되어 있는 환자분류의 신뢰수준 항목이 정규지표로 도입되었고, 감염관리의 적절성 평가 기관을 지역기관까지 확대하였다. 감염관리 적절성 항목에는 시설 기준(음압격리병상, 격리병상 운용과 환자 분류소 운영, 감염병에 대한 예방조치 및 주의사항 등을 안내하는 안내문 비치, 응급실 병상 간격 1.5m), 진료체계(응급실 출입 통제, 응급실 내원환자 선별 진료, 감염병 내원발생시 신속한 보고 신고체계), 지침 및 교육(원내 감염관리 지침 개발 운용, 응급실 근무자에게 지침 교육)

항목이 포함되어 응급실 감염관리의 기준이 되었다.¹³¹ 전문가들은 응급의료기관 평가에 감염관리 항목이 강화되면서 응급실들이 해당 활동을 하게 되었다고 평가했다.

－ 평가지표만 맞추는 의료기관의 행태

병상간격 1.5m는 의미가 있으려면 규정 병상 이상 환자를 절대 안받아야 되는데 어차피 그렇게는 못하니깐 1.5m는 평가할 때만 지켜지지 안 지켜져요. - 권역센터 의사, EF

그러나 일부 기관은 응급의료기관 평가를 통해 실제 감염관리를 강화하지 않고 평가 지표만 맞추려는 행태를 보였다. 가장 흔한 방법은 평가를 시행하는 날에만 기준을 맞추는 것이다. 평가위원이 방문하는 날에만 병상 간격 기준을 준수하고, 중환자실 병상 개수를 조정하는 것이 그 예이다. 평소에는 밀려드는 환자들로 설치된 병상과 병상 사이에도 환자 침대가 들어가고, 응급실 곳곳에 앉아서 대기하는 환자, 서서 대기하는 환자가 있지만 평가 날에만 규정에 맞게 병상 간격을 유지한다는 것이다. 그래서 평가지표가 달성되어도 감염관리 체계를 확립하고 감염관리를 개선하고자 한 정책결과는 달성되지 않는 병원들이 있다고 지적되었다.

의료기관에 모럴헤저드(moral hazard)가 있습니다. 있는 기관이 분명히 있고 실제로 응급의료는 뭐 다른 의료도 비슷할 수 있는데요. 굉장히 빠르게 모럴헤저드를 학습하고 그 다음에 모방하고 그리고 변이하는 것 같아요. 이렇게 우리나라 의료의 체질 아닐까요. 예를 들어서 굉장히 큰 돈을 주고 JCI(joint commission international, 미국 국제의료기관평가위원회) 인증을 하지만, 인증 기간 중에 외우고 시스템

¹³¹ 보건복지부, 중앙응급의료센터, 2018년도 응급의료기관 평가 기준집 개정판 - 권역, 전문, 지역응급의료센터, 2018

바꾸고 환자를 빼고 간호 인력 늘리고. 그리고 시험 끝나고 나면 본래로 돌아가는. 이게 편법인 건 알지만 평가할 때 잘 받아야 되니까 이렇게 하고. 끝나면 다시 돌아가고. - 응급의료 정책 전문가, PE

이에 대해 전문가들은 위치에 따라 서로 다른 의견을 제시했다. 정책 전문가는 의료진들이 윤리적 해이로 평가를 조작한다고 주장했다. 응급실 의료진은 처음부터 현실과 맞지 않는 평가를 하는 책상머리 정책이 문제라고 주장했다. 의료진은 제시된 평가기준이 처음부터 노력해서 달성하는 것이 불가능한 수준이라고 생각했다. 임상현장의 전문가인 의사들은 공감하지 못하는 평가 항목에 대해 여러 방법을 사용해 평가지표를 달성하도록 만들 수 있었고, 이런 행태가 문제라고 생각하지 않았다. 특히 의료인력이 부족하고 병원의 응급실에 대한 지원이 적은 중소병원과 지방병원에서 이런 현상이 자주 관찰되었다.

바. 기타 - 문화

(가) 감염관리의 중요성 인식 확산

우리나라 대형병원 뿐만 아니라 중소병원은 말할 것도 없고 감염관리라는 게 굉장히 형식적으로만 이루어지는 상황이었고. 그러다보니까 당연히 응급실, 응급센터도 그런 감염관리의 영역에서 밀려 있었던 거죠. - 감염관리 전문가, IC

심층면접에 참여한 전문가들은 공통적으로 메르스 유행 이후 감염관리의 중요성을 전 국민이 인식하게 되었다고 평가했다. 메르스 유행 이전에도 병원은 감염관리실을 중심으로 하여 각종 병원평가 기준에 맞춰 감염관리를 하고 있었다. 그러나 의료인들이

감염관리의 중요성을 실제로 인지하고 있지 않았기 때문에 감염관리가 형식적으로 이루어지고 있었다.

해외 갔다 왔어 그러면 그때부터 예민해지고, 열나, 기침해 그러면 딱 주의를 하게 되니깐 - 권역센터 간호사, EB

그 전에는 병원에서 어떤 물품들을 아껴야 한다는 생각이 컸던 것 같아요. 이런 대규모 유행성 감염병을 겪으면서 환자 보호를 위해서는 그런 걸 해야 된다는 것을 저희가 계속적으로 알게 되고. 그래서 이 부분을 좀 정책이나 제도에 반영하려고 했던 부분들이 아닌가 생각이 돼요. 앞으로도 이런 계속 해야 되구요. 앞으로도 부족한 부분이 많기 때문에. 자원을 아껴서는 안 된다는 인식이 좀 더 강해진 것 같아요. - 감염관리 전문가, ID

메르스 유행 이후 의료진과 국민 모두 감염관리의 중요성을 인식하게 되었다. 감염관리를 비용이 소모되는 귀찮은 일로만 생각하지 않고 실제로 필요하고 환자 안전에 중요한 일로 생각하게 되었다는 것이다. 응급실 의료진들은 발열 환자, 특히 호흡기 증상이 동반된 발열 환자가 응급실에 내원했을 때 감염병 가능성을 고려하여 진료하게 되었고, 이전에 잘 알려지지 않았던 신종감염병, 해외유입 감염병에 대해서도 주의하게 되었다고 말했다. 응급실에 방문하는 환자들도 병원에서는 항상 감염병 전파 위험이 있다는 것을 알게 되었고, 감염관리에 대한 수용성이 증가하였다.

- 응급실 감염관리의 필요성 인식

응급실에서의 *healthcare provider*(의료 제공자)들의 감염관리 체계는 병동이나 외래보다 강화되어 있고 *awareness*(인식)도 높았기 때문에 마스크나 가운이나, 의미 있는 시점, 예를 들어 환자를 만난 직후에는 잘

되고 있었는데, 환자와 환자간에 전염이 될거라는 생각을 못했고. 응급실이 그런 감염 전파의 온상이 될거라는 생각은 전혀 못했죠. 그런 건 지역사회에서나 일반 병실에서, 감염관리가 되지 않는 병실에서 이루어질 거라고 생각했지, 응급실이 그런 문제가 생길 거라고는 전혀 생각 못했습니다. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

보통은 지금도 그렇지만 감염관리는 중환자실 위주, 장기환자 위주, 면역저하자 위주의 감염관리가 되었는데, 응급환자의 감염관리를 어떻게 할지 아무도 생각 안 하고 있었거든요. - 감염관리 전문가, IC

‘응급실’에서도 감염관리가 필요하다는 것을 인식하게 된 것 역시 메르스 유행 이후의 변화이다. 우리나라는 2002년 의료법에 ‘병원감염의 예방’ 조문을 신설하여 의료관련감염(Healthcare-Associated infection, HAI)을 관리하기 위한 의료기관의 기본적인 감염관리 시스템 구축 근거를 마련하였다. 2006년부터는 의료관련감염 감시체계(Korean National healthcare associated Infections Surveillance System, KONIS)를 운영해 왔다.^{132 133} 그러나 KONIS는 중환자실 감염과 수술부위 감염을 대상으로 하여 운영되는 것으로 응급실 감염관리에 대해서는 감시체계가 존재하지 않았다. 의료인들에게 감염병 전파는 입원 환자 또는 면역저하자의 감염 전파가 주요 관심사였고, 응급실에서의 감염 전파는 주된 관심사가 아니었다. 그러나 메르스 유행 이후 전 국민이 응급실이 감염전파의 온상이 될 수 있다는 것을 알게 되었다. 응급실 감염 감시체계는 여전히 존재하지 않는다. 그러나 응급실이 특히

¹³² 의료법 제2장(의료인) 제1절(자격과 면허) 제4조(의료인과 의료기관의 장의 의무), ①의료인과 의료기관의 장은 의료의 질을 높이고 병원감염을 예방하며 의료 기술을 발전시키는 등 환자에게 최선의 의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다.

¹³³ 질병관리본부 의료관련감염 감시체계

<http://www.cdc.go.kr/kohas/common/monitoring/konis.do>

감염전파에 취약한 공간으로 인지되며 응급실 감염관리의 필요성을 인지하게 된 것은 메르스 유행 이후의 변화이다.

- 그러나 여전히 감염관리에 소홀한 진료 문화 존재

사실은 확률의 문제잖아요. 우리가 0.001%를 줄이기 위해서 노력을 해야되나요. 저는 0.1%의 확률에 대해서 노력하는 거는 상당히 우선순위가 떨어진다고 봐요.

이 환자를 받아서 문제 될 것 같으면. 그 환자는 응급실 앞에 있는 벨을 누르고 나 열이 나오 그러면 우리는 아 네, 저희는 음압격리병실이 없기 때문에 상급종합병원으로 가셔야 합니다 해서 I병원으로 보내자. 이렇게 결정이 되는 거거든요. - 병원 경영진, ME

그러나 여전히 감염관리에 소홀한 진료 문화가 존재한다. 응급실에 방문하는 환자는 모두 감염병을 가지고 있을 잠재적 위험이 있다. 응급실에서는 환자가 감염병을 가지고 있지 않다고 확인되기 전까지 모든 환자를 감염병 의심환자로 간주하여 선별진료를 하고 보호장비를 갖추어야 한다. 그러나 중소병원 경영진 전문가는 모든 응급실이 이와 같은 대비를 하는 것은 불가능하다고 평가했다. 특히 중소병원 응급실은 방문 확률이 높다고 생각되지 않는 감염병 환자 방문을 대비하기 어렵고, 그럴 필요도 느끼지 않는다는 것이다.

환자 안전을 위해서 우리가 이렇게 해야 한다는 기본적인 인식이 있어야 되는 거거든요. 그런데 앞으로 의료체계에서 그런 인식들이 좀더 있어야 할 것 같고. - 감염관리 전문가, ID

감염관리에 있어 가장 중요한 것은 일상적인 진료 과정에서 감염관리 원칙을 지키는 것이다. 감염 전문가는 메르스 유행 이후 감염관리의 필요성에 대한 사회적 인식이 확산되었으나, 감염관리 전담인력 이외 의료진은 여전히 감염관리에 소홀하다고 지적했다. 감염관리가 환자안전에 꼭 필요한 일로 인식되지 않는 한 감염관리는 바쁜 진료 환경에서 후순위로 밀릴 수밖에 없다. 정책이나 제도 개선으로 감염관리를 개선하려고 하기에 앞서 실제 진료를 하는 의료진이 감염관리의 필요성을 인지하고 협조해야 하나, 아직 그 정도 수준에는 도달하지 못했다는 평가였다.

(나) 공공의료 강화 필요성 인식

문제는 공공의료라는 담론 형성에는 일부 성과가 어느 정도 있었다고 봐요. 공공의료는 참 중요한거구나 라는 막연한 생각 또는 공공의료는 좀 있어야 되겠구나. 그 당시 가장 많이 했던 얘기가 댐이 10년짜리 댐, 100년짜리 댐, 100년에 한번 쓴다고 댐을 부수지 않는데. 감염은 왜 100년에 한번 온다고 감염병원 안 짓냐. 망한다. 공공병원이 그런 거다. 그런 얘기를 많이 했거든요. 공공인프라로서의 공공의료. 일부 담론 형성에는 도움이 됐다고 생각해요. 공공의료를 하는 사람들에게는 메르스가 공공의료를 주장하는 데 도움이 된 게, 제일 먼저 하는 얘기가 메르스 때 보았듯이 공공의료가 사회의 인프라입니다, 이렇게 얘기하니까 그게 담론형성에 일조했다고 생각하고 그게 시민단체의 역할이라고 생각해요. - 시민사회 전문가, CB

심층면접에 참여한 시민사회 전문가는 메르스 이후 공공의료를 강화해야 한다는 사회적 인식이 확산되었다고 지적했다. 메르스 유행 시기 공공의료기관(공공병원)이 적극적으로 환자를 진료하며 국가 위기상황 발생시 공공병원의 역할이 크다는 것을 사람들이 인지하게 되었다. 감염병 유행은 일개 병원에서 관리할 수 없고,

감염병 재난 상황에서는 정부가 주도하여 공공병원 중심의 대응이 필요하다는 사회적 인식도 확산되었다. 공공의료의 존재해야 하는 이유와 필요성에 대한 국민들의 이해도가 높아진 것이다. 그러나 전체 의료기관 수 대비 공공의료기관 수 비중이 5.8%인 민간병원 중심의 의료체계에서 공공의료 강화는 것은 어려운 일이다.¹³⁴

¹³⁴ 2017년 공공보건의료 통계집, 국립의료원

3. 연구결과의 종합

1) 2015 메르스 유행의 응급의료체계에 대한 의의

메르스 자체는 우리나라 의료의 민낯을 보여주는 거구요. 그게 얼마나, 예를 들어서 강력한 전파력을 갖는 질환에 대해서 다행히 치명률이 낮아서 후향적으로 다행이었지만, 이게 전염력이 높은 질환에 대해서 훨씬 더, 아니 본래 취약한 구조죠. 취약한 구조인데, 우리나라 의료를 심플하게 정의 하면 법적인 틀은 완결성이 있구요. 응급의료가 아니라 의료 전체, 응급의료를 포함해서. 법적인 틀은 완결성이 있는데 막상 그걸 담아내는 현실은 따라갈 수 없는. 누구나 다 따라갈 수 없는 현실. 그런걸 다 발 아래 깔고 있는 그런 상황인데, 감염성이 높은 질환이 한번 덮치니까 바로 속살을 보이게 되는. 그게 꼭 그 당시 삼성이나 그런데가 아니라도, 마찬가지로였을 거다. 그런 생각을 하고, 우리나라 의료의 기본기를 확인하는 계기가 됐다고 생각하고. - 정책 전문가, PE

더 크게 보면 대부분의 전염병, 감염병, 특히 신종전염병이 그렇지만 우리나라가 가지고 있는 의료체계의 허점을 타고 오죠. 막을 수 있는 데는 막히지만 그렇지 않은 허점을 타고 질병은 돌아다니게 돼있는데 그 허점을 다 보여줬죠. 의료전달체계, 과밀화, 응급실 과밀화, 여러가지 감염관리 인프라가 전혀 없는, 음압실이 제대로 안 갖추어져있고 직원들의 감염관리에 대한 개인보호구 착용에 대한 인식이 부족하고. - 감염관리 전문가, IC

응급의료는 우리나라 의료의 축소판이다. 대형병원 쏠림 현상, 의료인력의 부족, 감염관리의 원칙이 지켜지지 않는 진료현장 등 우리나라 의료의 여러 문제가 짧은 시간 안에 강도높은 의료를 제공하는 응급의료에서 그대로 드러난다. 2015년 메르스 유행은 우리나라 응급의료체계의 여러 문제가 세상에 널리 알려지게 된 사건이었다. 대형병원 응급실 과밀화, 응급실에서의 입원대기, 감염전파에 취약한 응급실, 중환자 진료를 제대로 하지 못하는 권역센터 등 축적되어 있던 응급의료체계의 여러 문제들이 메르스

유행 시기에 드러났고, 메르스 유행의 원인으로 지적되었다.¹³⁵

2015년 메르스 유행은 응급의료체계의 문제가 드러난 사건이자, 응급의료를 개선할 수 있는 정책의 창이 열리는 기회였다. 메르스 유행이 종료된 후 응급의료체계를 개선하기 위한 정책이 다양한 영역에서 시행되었다. 법, 제도, 수가 등 중앙정부 주도의 변화가 권역응급의료센터를 중심으로 하여 이루어졌고, 기존에 추진되던 변화가 메르스 유행을 기회로 하여 가속화되기도 했다. 메르스 유행 이후 추진된 응급의료 개선을 위한 정책과정에 대한 관찰을 통해 그동안 진행되어 온 우리나라 응급의료 정책과정의 문제와 특성을 상세하게 관찰할 수 있었다.

2) 메르스 유행 이후 응급의료 정책과정 분석

메르스 유행 이후 이루어진 응급의료 정책과정과 정책결과를 분석하여 우리나라 응급의료 정책과정과 정책행위자의 특성을 탐구하였다. 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리 영역에서 설정된 정책목표를 달성하기 위해 추진된 정책대안을 조사하고, 양적방법과 질적방법으로 정책효과를 확인하였다. 두 연구방법으로 조사한 정책효과와 질적연구에서 도출한 정책대안 집행에 따른 부작용(side effect), 정책집행 후에도 남아있는 문제를 종합하여 정책대안의 총괄적인 정책결과를 파악하였다. 정책목표별로 정책대상자의 정책과정에 대한 평가와 인식이 정책과정과 최종 정책결과에 어떤 영향을 미쳤는지 분석하였다. 응급의료 전달체계

¹³⁵ 메디칼업저버, 2015, 메르스 2차확산, 삼성서울병원만의 책임인가, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=83703>

개선정책의 정책과정과 응급환자 감염관리 개선정책의 정책과정을 비교하여 분석하였다.

(1) 응급의료 전달체계

응급의료 전달체계 영역에서 추진된 정책의 목표는 크게 세 가지로 1. 응급의료 자원확대, 2. 응급실 과밀화 완화, 3. 응급의료기관의 응급환자 진료역량 강화였다. 응급의료 자원확대는 궁극적으로 응급실 과밀화를 완화하고 응급의료기관의 응급환자 진료역량을 강화하기 위해 추진된 것이다. 응급의료 전달체계 개선정책의 궁극적 목표인 응급실 과밀화 완화와 응급의료기관의 응급환자 진료역량 강화의 두 정책목표를 중심으로 하여 정책행위자의 관점에서 정책과정을 고찰하였다.

가. 응급의료 자원 확대

응급실 과밀화를 완화하고 응급의료기관의 응급환자 진료역량을 강화하기 위하여 응급의료 자원을 확대하기 위한 정책이 추진되었다. 질적연구와 양적연구의 결과를 종합한 각 정책대안의 정책결과는 다음 페이지의 표와 같다. 상세한 내용은 나. 응급실 과밀화 완화와 다. 응급의료기관의 응급환자 진료역량 강화 부분에서 설명하였다.

표 58 응급의료 자원확대 정책의 정책결과

목표	정책수단	양적연구 정책효과	질적연구			
			정책효과	부작용	남아있는 문제	
응급 의료 자원 확대	권역센터 시설·장비·인력 기준 개정	권역센터 인력 증가	권역센터 인력 증가		응급의료 인력 부족	
	권역응급센터 확대	권역센터 증가	권역센터 증가			
	달빛어린이병원 확대	달빛어린이병원 증가	정책집행 실패	정책대상자간 갈등	시간외진료체계 부족	
	권역센터 시설·장비·인력 기준 개정	권역센터 증환자 병상 증가	권역센터 증환자 병상 증가		증환자 진료자원 부족	
	권역센터 응급의료 수가 개선	권역센터 수익성 개선	권역센터 수익성 다소 개선	취약한 권역센터 증가	발충분한 응급의료 수가 (지역센터, 지역기관, 증환자진료)	
	정책대안 부재				양질의 지역센터/지역기관 부족	지방의료자원 부족

나. 응급실 과밀화 완화

응급실 과밀화를 완화하기 위해 추진된 정책들에 대하여 질적연구와 양적연구의 결과를 종합한 것은 다음 페이지의 표와 같다. 응급진료비 본인부담률 차등부과는 경증환자의 권역센터 방문 감소라는 정책효과를 달성하지 못했다. 오히려 환자-의사 갈등을 만들고 경증환자로 인한 응급실 과밀화는 지속되었다. 응급환자 재실시간 관리는 권역센터 응급환자 재실시간 평균을 감소시켰으나, 응급실 의료진의 스트레스가 증가하고 의료기관이 평가지표만 맞추려 하는 행태를 보여 응급의료서비스의 질은 오히려 하락하기도 했다. 환자 의뢰-회송 사업은 평가할 수 있는 지표가 부재하나 전문가들은 2차 병원이 배제된 사업으로 쏠림현상을 오히려 악화시켰다고 판단했다. 국민들의 응급의료 전달체계에 대한 이해도를 높이고 대형병원 선호 문화를 바꿀 수 있는 정책대안은 부재했다.

표 59 응급실 과밀화 완화 정책의 정책결과

목표	정책수단	양적연구 정책효과	질적연구		
			정책효과	부작용	남아있는 문제
응급실 과밀화 완화	응급진료비 본인부담률 차등	응급실 환자 일시적 감소 후 증가	정책효과 달성실패	환자-의사 갈등	경증환자로 인한 응급실 과밀화 지속
	응급환자 재실시간 지표 수가연동지표로 도입	권역센터 응급환자 재실시간 감소	권역센터 응급환자 재실시간 감소	응급의료서비스 질 하락, 응급실 의료진 스트레스 증가, 평가지표만 맞추는 의료기관 행태	내원 환자 조절없는 프로세스 개선의 한계
	응급센터 24시간 이상 재실환자 관리				
	의뢰-회송 사업	지표 부재	출립현상 악화	2차병원 배제	대형병원 출립현상 악화
정책대안 부재			과밀화 문제인식 확산		응급의료 전달체계 이해 부족
			전원 수용성 증가		국민들의 대형병원 선호

응급실 과밀화를 완화하기 위한 정책대안은 다음과 같은 과정을 거쳐 추진되었다.

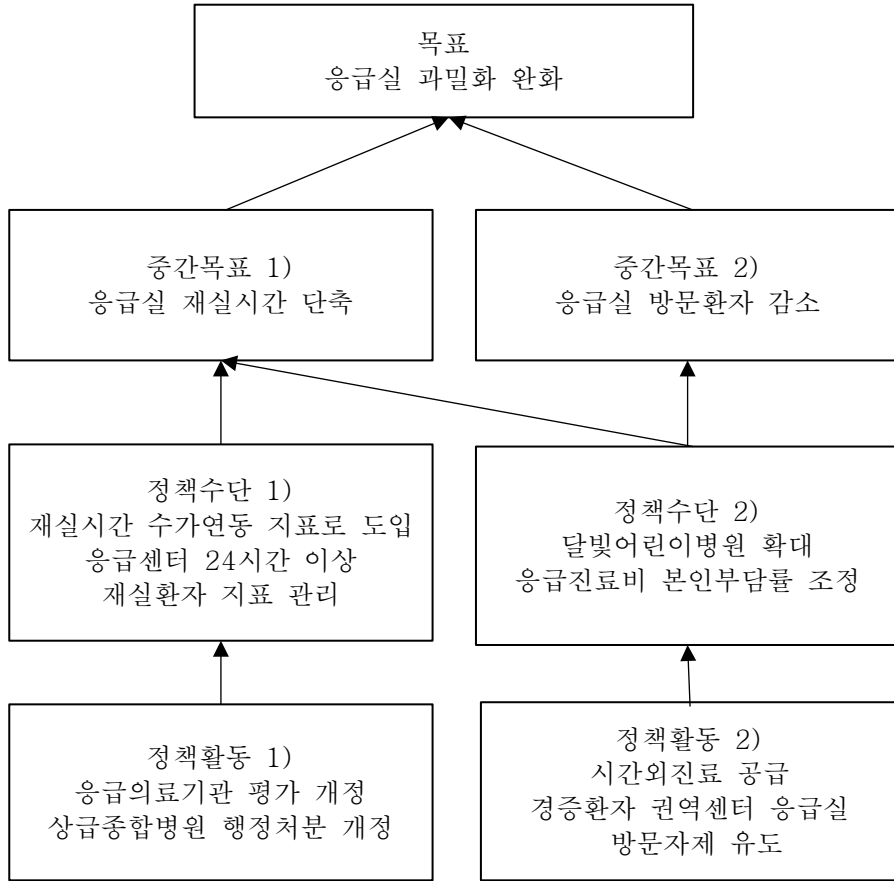


그림 28 응급실 과밀화 완화 정책 과정

응급실 과밀화 완화라는 정책목표를 달성하기 위하여 응급실 재실시간 단축과 응급실 방문환자 감소가 중간목표로 선정되었다.

첫번째로 응급실 재실시간을 단축하기 위해 재실시간 지표를 수가연동지표로 도입하였고, 응급센터 24시간 이상 재실환자 지표를 중점 관리하였다. 그 결과 양적연구와 질적연구 결과 모두 권역센터의 응급환자 재실시간이 감소했다고 평가하였다. 그러나 심층면접에 참여한 응급실 의료진들은 응급환자 재실시간을

감소시키기 위해 응급실에서 환자를 내쫓고 있다고 지적했다. 병원들은 재실시간 감소를 위해 응급실 환자를 우선 입원시키는 등 병원 내 진료 프로세스를 개선하는 방법을 사용했다. 그러나 응급실 방문 환자 감소 없이 재실시간을 줄이는 것은 곧 한계가 발생했다. 과밀화가 심한 일부 병원들은 수가 연동지표인 재실시간 지표를 달성하기 위해 의학적 필요보다 빨리 환자를 퇴원시키거나 전원시키기도 했다. 그래서 의료진들은 재실시간 감소라는 정책목표는 달성했으나 정책집행의 부작용으로 인해 최종적인 정책결과는 응급의료서비스의 질 하락이라고 평가하였다.

또한 응급실 의료진들은 응급의료기관의 행태에 큰 영향을 끼치는 응급의료기관 평가가 응급의료기관의 응급환자 진료 기능을 제대로 평가하지 못하고, 오히려 진료 행태에 왜곡을 만든다고 생각하고 있었다. 정부가 현장의 의견을 듣지 않고 응급의료 개선정책을 추진하고 있다는 생각에 정부의 응급의료 개선정책 전반에 대한 불만을 가진 의료진도 있었다. 의료진은 응급실 재실시간 관리가 문제라기보다 응급실에 방문하는 환자에 대한 조절 없이 재실시간을 관리한다는 것이 정책결과를 달성할 수 없는 인과성 없는 정책이라고 생각했다. 그래서 재실시간 관리 정책의 집행에 불순응하는 모습을 보이기도 했다.

환자들이 어느 병원이든지 원하는 병원에 선택해서 갈 수 있다는 것이 우리나라 의료제도의 가장 장점인 동시에 문제점이라고 생각이 돼요 - 지역센터 의사, EC

환자들의 선택권, 자유, 병원을 선택할 권한, 자유 이런 게 합의가 안되는거죠. 그리고 실제 병원의 입장에서도 의료법상 환자가 왔는데 그걸 못 오게 할 방법이 없는 거고. 이런 면들이 제도적으로 컨센서스가 안되어 있는 거죠. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PI

환자들이 권역센터로 몰리는 것은 응급실 과밀화의 3가지 요소(input, throughput, output) 중 input(유입)의 문제이다.¹³⁶(58) 응급실에서 진료 프로세스 개선을 통해 throughput(과정), output(유출)을 개선해도, 응급실 input을 조절할 수 없으면 throughput과 output에도 다시 문제가 발생한다. 그러나 메르스 유행 이후에도 환자의 응급실 방문을 제한하는 정책대안은 의제화되지 않았다.

두번째로 응급실 방문환자를 감소시키기 위해 소아 대상의 시간외진료기관인 달빛어린이병원을 확대하고 응급진료비의 본인부담률을 중증도에 따라 차등부과하도록 하였다. 그러나 양적연구에서 응급실 방문환자 수는 메르스 유행시기 일시적으로 감소했던 것 외에는 지속 증가 추세이며, 질적연구에서도 응급실 환자 수는 지속 증가하고 있다고 평가되었다. 양적연구 결과 메르스 유행 이후 달빛어린이병원 수가 증가하였으나, 심층면접 참여자들은 달빛어린이병원 확대는 정책집행에 실패하여 의도한 정책결과를 달성하지 못했다고 평가하였다. 소아청소년과개원의협의회를 중심으로 한 의사집단이 달빛어린이병원 사업에 참여하려고 하는

¹³⁶ Input-throughput-output 모델: 응급실 과밀화를 설명하기 위해 가장 널리 쓰이는 모델로 2003년 Asplin 등이 제안하였다. 응급실 과밀화가 발생하는 원인을 input, throughput, output으로 나누어 분석하여 각 요인별로 아래와 같은 요인이 응급실 과밀화의 원인이 될 수 있다고 분석하였다.

- 유입(input)요인: 응급실 방문환자의 절대 수 증가, 중증환자 증가, 고령화에 따른 노인환자 증가
- 과정(throughput)요인: 응급실 인력 부족, 응급실 진단 및 치료 지연
- 유출(output) 요인: 병실 입원 또는 전원 지연

전문의와 병원들을 비난하여 사업 참여를 막았고, 그 결과 의도했던 만큼 참여병원을 확대하지 못했기 때문이다. 소아청소년과 전문의 3명 이상 근무하는 병원이 지원 가능하다는 것이 소규모 개원가의 반발을 불러일으켰고, 일부 전문가는 정부에서 제시한 수가와 보조금이 충분하지 않았다고 지적했다. 그 결과 정책집행에 실패하여 달빛어린이병원의 수는 일부 증가하였으나 정책에서 의도한만큼 확대되지 못했고, 소아 대상의 시간외진료체계 확보라는 정책목표를 달성하지 못했다. 응급진료비 본인부담률 조정은 중증도에 따라 응급실 진료비 본인부담률을 차등부과하여 환자들의 행태 변화를 유도해 권역센터 과밀화를 줄이려고 한 정책이다. 그러나 정부 전문가들은 비용으로 환자들의 응급실 방문을 제한하는 정책에 대한 국민의 반발을 우려하여 정책을 널리 홍보하지 않았다. 환자들은 비용 차이에도 불구하고 경증질환에도 권역센터 응급실에 방문했다. 응급실 의료진은 의사의 중증도 판단에 의해 환자의 비용 부담 차이가 발생하며 의료현장에서 환자-의사 갈등이 발생했다고 지적했다.

전달체계의 문제 제일 큰건 2차 병원이 망한거요. 전에는 전달체계라는 게 2차 병원하고 3차 병원이 역할을 나눠서 환자를 보자. 응급의료 용어로 하면 센터급 이상하고 기관급이 나눠서 보는 이런 체계가, 기관급이 환자를 어떻게 봐주지를 못하는 세상이 돼버렸고. - 권역센터 의사, EF

응급실이라는 데가 응급의료체계가 무너진 게 대학병원하고 개인병원만 있지 중간에 2차, 3차 중간 단계, gray zone에 해당하는 환자를 책임지고 볼 그런 응급의료체계가 거의 없어졌잖아요. - 권역센터 의사, ED

전문가들은 본인부담률 조정이 정책효과를 거두지 못한 이유는 정책대안 자체의 문제가 아니라 지역센터와 지역기관의 진료역량을 강화하는 정책대안이 부재했기 때문이라고 지적했다. 국민들은

권역센터가 과밀화되어 있고 비용부담이 크다는 것을 알고 있다. 그러나 지역센터와 지역기관의 진료역량을 신뢰하지 않기 때문에 권역센터에 방문하는 것이다. 지역센터와 지역기관의 진료역량 강화는 정책의제화되지 않았기 때문에 메르스 유행 이후에도 변화하지 않았다. 환자들이 권역센터로 몰리는 것은 권역센터 비용이 저렴해서가 아니라 지역센터와 지역기관 방문을 원하지 않기 때문인데, 정책문제 해결에 인과성 없는 정책대안은 집행되어도 정책목표를 달성할 수 없었다.

표 60 응급실 과밀화 완화 정책에 대한 정책행위자 인식차이

정책 전문가	정책과정	의료진 전문가
과밀화된 응급실에서 메르스 유행	사회문제	과밀화된 응급실에서 메르스 유행
1. 응급실 과밀화 2. 응급환자의 긴 재실시간	정책의제	1. 응급실 과밀화 2. 바쁜 응급실 진료 환경
1. 응급환자 진료에 소홀한 병원 행태 2. 수익성 높은 경증환자 진료를 선호해 경증환자로 과밀화된 권역센터	정책문제 정의	1. 권역센터로 몰리는 환자들 2. 의료인력 부족으로 지연되는 진료
1. 단위시간내 체류환자 수 감소 2. 응급실 재실시간 관리	정책목표	1. 응급실 방문환자 수 감소 2. 응급실 인력 등 자원확대
1. 응급의료기관 평가 조정-재실시간 관리 2. 상급종합병원 기준 조정-재실시간 관리	정책결정	1. 권역센터 경증환자 방문 제한 2. 응급실 인력확보를 위한 지원 확대

수가보상을 유인으로 지표 달성 유도: 평가를 조작하는 병원 행태	정책집행	도덕적 설득이 이루어지지 않은 집행에 불순응
지표 달성	정책결과	지표 달성, 응급의료 질 하락
평가를 조작하는 병원 행태 비난	정책평가	응급실 방문환자 제약없이 재실시간 관리를 요구한 정부와 응급의료기관 평가에 대해 부정적 평가

과밀화된 응급실에서 메르스가 유행했기 때문에 메르스 유행 이후 응급실 과밀화 완화가 정책목표로 설정되었다. 그러나 정책 전문가와 의료진 전문가는 정책의제 설정 과정에서 정책문제를 다르게 정의하였다. 정책 전문가는 병원이 응급환자 진료에 소홀하고, 권역센터가 수익성 높은 경증환자 진료를 선호하여 응급실 과밀화가 발생한다고 생각했다. 의료진 전문가는 환자들이 권역센터에 몰리고 권역센터 인력이 부족해 진료가 지연된다고 생각했다. 문제 정의가 달랐기 때문에 전문가들이 생각한 정책목표도 달랐고, 필요한 정책대안도 달랐다. 정부 전문가는 정책과정에서 의료진보다 정책 전문가의 의견에 비중을 두었다. 정부의제 설정은 공식적인 정책참여자인 정부 전문가가 주도하기 때문에 정책 전문가의 정책문제 정의에서 비롯한 정책대안이 정부의제로 설정되어 최종 정책으로 결정되었다. 정부는 응급의료에 관한 법률을 개정하고 응급의료기관 평가와 상급종합병원 기준을 개정하여 응급실 환자 재실시간을 관리하는 정책을 집행하였다. 의료진이 필요하다고 생각한 권역센터 경증환자 방문 제한과 응급실 인력을 보강하는 정책대안은 의제화되지 않았다. 의료진들은 권역센터 경증환자 제한 없이 추진된 재실시간 관리에 불순응했다.

응급실 의료진들은 환자의 응급실 방문을 제한하지 않고 시행되는 전달체계 개선 정책은 문제 해결에 인과관계가 없다고 생각했다. 정책 전문가들은 병원에서 응급실 환자를 우선적으로 진료하고 병상을 우선 배정하면 과밀화 문제가 개선될 것으로 기대했다. 그러나 의료진들은 환자 방문을 제한하지 않으면 병원 프로세스를 개선해도 환자 수가 계속 증가하므로 문제가 해결될 수 없다고 판단했다. 정책집행 결과 실제 응급환자 진료 시간을 단축한 병원도 있었지만, 재실시간 단축을 목표로 관찰이 더 필요한 환자를 퇴원하거나 전원하여 지표만 맞추려 한 병원도 있었다. 특히 환자가 몰리는 대형병원은 입원병상에 한계가 있어 수가연동지표를 달성하기 위해서는 재실시간을 기준으로 환자를 퇴원하거나 전원할 수밖에 없었다. 그 과정에서 의료진은 환자-의사 관계가 훼손되고 의료의 질이 떨어졌다고 느꼈다. 의료진 전문가들은 재실시간은 감소했으나 응급의료의 질은 하락했기 때문에 정책효과와 정책부작용을 포함한 정책결과는 실패한 정책이라고 평가했다.

하나 바뀐 게 있다면 누굴 위한 평가인지 모르겠는데, 응급실 의료기관평가, 응급의료 적정성부터 시작해서 권역응급의료센터, 지역응급의료센터 평가하는 기준만 강화되서 사람들이 힘들 뿐이지 의료의 질이 향상되거나 응급의료체계가 더 정비됐다는 느낌은 저는 안 갖고 있어요. - 감염관리 전문가, IB

한 예를 들어서 외상센터 중에 A라는 외상센터가 KTDB¹³⁷, NEDIS¹³⁸ 데이터상 환자 수가 가장 많거든요. 그러면 거기가 실제로 외상환자 가장 많이 봐야 되잖아요. 근데 거기는 외상 환자 많이 보지 않거든요. 근데 데이터상 KTDB상 가장 많은 환자를 봐요. 완벽하게. 근데 그게 버젓이 평가에 올라가고 NEDIS 자료에 기록되고 제출되서 평가 보고서가 나가요. 그니까 NEDIS 자료와 KTDB 자료와 심평원에 청구하는 자료가 하나도

¹³⁷ Korean Trauma Data Bank, 한국외상데이터뱅크

¹³⁸ National Emergency Department Information System, 응급환자진료정보망

일치하지 않아요. 근데 하나도 일치하지 않는게 당연히 일치하지 않을 수 있지 미소한 차이가 있을 수 있잖아. 그게 아니에요. 완벽하게 숫자가 달라요. 그리고 각각을 다 리포트해요. 왜 가능하죠? 한번도 제대로 된 평가를 안해본 거예요. 전 응급의료도 비슷하다고 생각해요. - 중앙정부 정책전문가, PD

정책평가 과정에서 일부 정부 전문가는 병원들의 평가 지표만을 맞추려고 하는 행태에 분노하여 병원을 비난하였다. 그러나 의료진들은 정부가 현장 의료진의 의견을 듣지 않고 달성할 수 없는 목표를 제시했기 때문에 어쩔 수 없는 대응이었다고 주장했다. 의료진들은 정부 정책이 문제 해결에 인과성없는 정책대안이라고 생각했다. 또한 정부가 의료진이 필요하다고 생각하는 정책은 의제화하지 않고, 병원에 대한 규제만을 강화하려 한다고 느꼈다. 최종적으로 집행된 정책이 정책목표를 달성하지 못한 것에 대해 정부와 의료진은 서로에게 실패의 책임을 돌렸다.

다. 응급의료기관의 응급환자 진료역량 강화

응급의료기관의 응급환자 진료역량을 강화하기 위해 추진된 정책들에 대하여 질적연구와 양적연구의 결과를 종합한 것은 다음 페이지의 표와 같다.

응급의료기관 평가에서 중증환자 최종치료 관련 지표를 강화하였으나 중증응급환자 전원은 개선되지 않았다. 응급의료기관은 여전히 응급환자 진료역량이 취약하다. 종별 기능 수행에 대한 보상체계가 부재한 것과 무한 경쟁의 의료체계, 응급환자 진료라는 본연의 기능이 취약한 응급실, 응급환자 진료의 우선순위가 낮은 병원 문화에 대해서는 정책대안이 부재했다.

표 61 응급환자 진료역량 강화 정책의 정책결과

목표	정책수단	양적연구 정책효과	질적연구		
			정책효과	부작용	남아있는 문제
응급환자 진료역량 강화	응급의료기관 평가 - 중증환자 최종치료 지표 강화	중증응급환자 전원율 동일 진행	정책목표 달성 실패	평가지표만 맞추는 의료기관 행태	응급환자 진료 기능평가 취약
	정책대안 부재				중별 기능 수행에 대한 보상체계 부재
	정책대안 부재				무한정쟁의 의료체계
	정책대안 부재				응급환자 진료기능이 취약한 응급실
	정책대안 부재				응급환자 진료의 우선순위가 낮은 병원 문화

응급의료기관의 응급환자 진료역량을 강화하기 위한 정책대안은 다음과 같은 과정을 거쳐 추진되었다.

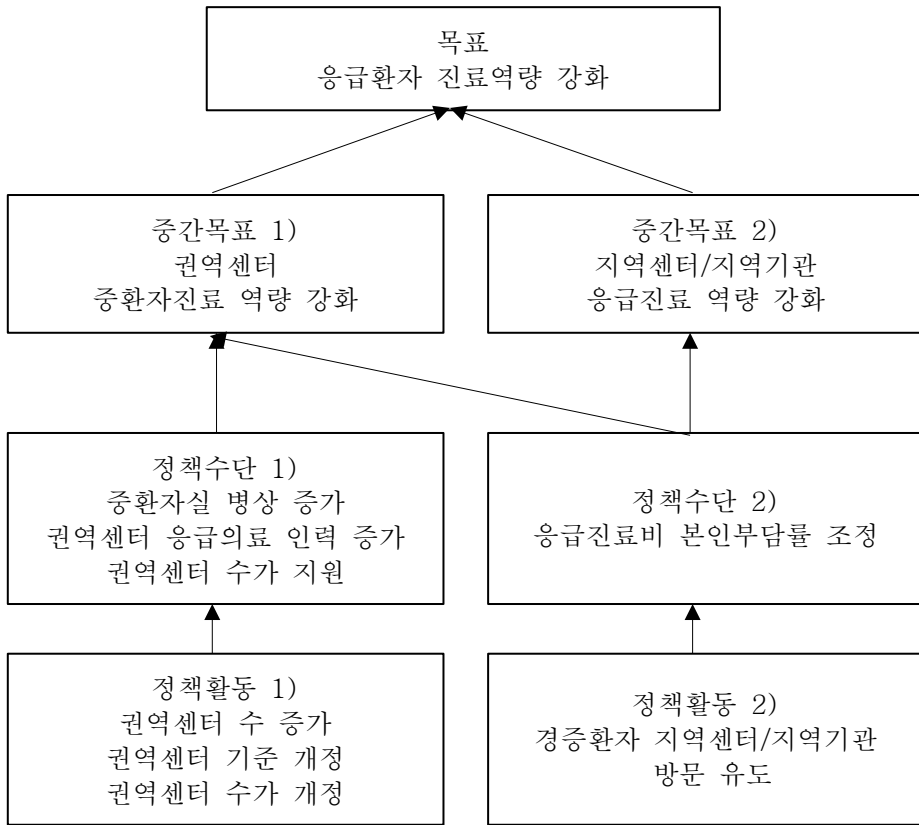


그림 29 응급의료기관 응급환자 진료역량 강화 정책 과정

응급환자 진료역량 강화라는 정책목표를 달성하기 위하여 권역센터의 중환자진료 역량을 강화하는 것과 지역센터/지역기관의 응급진료 역량을 강화하는 것이 중간목표로 선정되었다.

첫번째로 권역센터 중환자진료 역량을 강화하기 위하여 권역센터 수를 늘리고 권역센터 시설·장비·인력 기준을 개정하여 중환자실 병상과 응급의료 인력이 증가였다. 권역센터 수가를 개정하여 권역센터를 지원하였고, 응급의료기관 평가에서 중증해당환자 최종치료 제공률을 평가하여 관리하였다. 그러나 양적연구에서

권역센터 중증해당환자의 전원은 개선되지 않았고, 질적연구에서 전문가들은 권역센터의 중환자진료 역량은 여전히 취약한 상태로, 일부 권역센터는 권역센터의 기능을 수행하지 못하고 있다고 평가했다. 응급실 의료진들은 권역센터 기준 개정으로 중환자실 병상은 증가했으나 간호인력과 당직의 등 의료인력이 부족한 상황에서 병상 증가만으로는 중환자 진료자원 증대의 효과를 충분히 거두기 어렵다고 지적했다. 개정된 권역센터 수가 역시 병원의 행태를 바꿀 수 있는 수준이 아니고, 중환자 진료만으로 수익을 보존할 수 있는 수준이 아니라고 평가하였다. 그래서 권역센터의 중환자 진료역량은 강화되지 않았고, 권역센터는 여전히 경중환자 진료를 하고 있다는 것이다.

두번째로 권역센터 중환자진료 역량 강화와 지역센터/지역기관의 응급진료 역량 강화의 두가지 목적을 달성하기 위해 응급진료비 본인부담률을 조정하였다. 권역센터 경중환자 방문을 줄여 권역센터의 중환자진료 자원을 보존하고, 경중환자는 지역센터이나 지역기관에 방문하도록 유도하는 것이었다.

쉽게 얘기하면 병원의 진료 역량들이 정부가 생각하고 있는 응급의료기관이나 지역센터, 권역이면 권역의 역할 등이 제 역할을 못한다는 겁니다. 못하기 때문에 사실은 보내오는 병원들의 중증도를 보면 사실 지역센터나 아니면 지역거점병원에서 충분히 소화를 해줘야 되는 환자들이 전원을 오는 경우가 많아요. - 권역센터 의사, EH

권역과 지역응급의료 센터에서 제공할 수 있는 응급의료 자체. 물론 facility(시설)가 ICU(중환자실)가 따로 있느냐 정도의 차이는 있을 수는 있긴 하겠지만. 그거는 응급의학과가 하느냐 다른 과가 하느냐의 문제이고 의료적인 차원에서 할 수 없는 게 있느냐의 차원에서 보면 차이는 없다고 생각하거든요. 그런 부분들은 오히려 응급실에 의해서 뭔가 차이가 나는 것보다 그냥 병원 전체의 퀄리티에 의해서 차이가 나는 거지. 응급실의 캐퍼빌리티(capability, 역량)는 그렇게 크게 차이는 안난다는 생각이

들어요. 종속 변수일 가능성이 더 많죠. - 지역센터 의사, EE

그러나 근본적으로 지역센터/지역기관의 응급진료 역량을 강화하는 정책이 의제화되지 않은 상황에서 본인부담률 조정은 의도한 정책효과를 거두지 못했다. 2018년 중앙응급의료센터에서 집계한 응급의료기관 현황에 의하면 전체 402개 응급의료기관 중 지역센터는 118개로 전체 응급의료기관의 29.4%를 차지하고 있고, 지역기관은 248개소로 61.7%를 차지한다. 지역센터는 2018년 응급실 방문 환자의 37.0%를 진료하였고, 지역기관은 33.5%를 진료하였다.¹³⁹ ¹⁴⁰ 지역센터와 지역기관이 전체 응급환자의 70%를 진료하는데, 두 기관의 역할 구분이 모호하고 응급환자 진료역량이 취약한 기관들이 있다. 또한 권역센터는 중환자 진료기관으로 집중 지원되고 지역기관은 의료취약지 해소를 위해 지원되는 가운데 가장 많은 응급환자를 진료하는 지역센터는 역할과 기능이 모호한 채로 남아 있다. 지역센터는 빅5 병원이라 불리는 2700병상 상급종합병원부터 100병상 종합병원까지 혼재해 있어 종별 구분 내 진료역량 차이가 크다.¹⁴¹ 그래서 최종치료 제공 수준의 종별 편차뿐 아니라 기관별 편차 역시 크다.¹⁴² 전체 응급의료체계가 원활하게 유지되기 위해서는 응급실 방문 환자의 가장 큰 분율(37.0%)을 담당하는 지역센터가 지역 사회 응급환자

¹³⁹ 중앙응급의료센터, 2018년도 응급의료통계연보

¹⁴⁰ 2018년 응급실 방문환자 전체 10,586,084, 권역센터 1,881,222, 지역센터 3,912,934, 지역기관 3,550,371, 응급의료기관 외 응급실 운영기관 1,241,557

¹⁴¹ 한국 경제, 작년 '빅5' 병원 시장점유율 8.5%... 사상 최대, 2019, <https://www.hankyung.com/society/article/201905289892Y>

¹⁴² 2018년 응급의료기관 평가 결과: 권역센터 기관내 최종치료 제공률 77.3-97.7%, 지역센터 기관내 최종치료 제공률 19.5-97.0%

진료기능을 충실하게 수행하는 것이 중요하다. 권역센터가 중환자 진료 기능을 적절히 수행하기 위해서도 지역센터의 적절한 초기평가와 처치가 필수적이다. 그러나 권역센터 중환자진료 역량을 강화하기 위해 지정기준을 개정하고 수가 인상으로 지원한 것에 비해, 지역센터와 지역기관에 대해서는 추진된 정책대안이 없어 지역센터와 지역기관의 응급진료 역량은 메르스 유행 이후에도 강화되지 않았다.

또한 전문가들은 응급환자 진료역량 강화를 위해 꼭 필요한 정책대안이 의제화되지 않은 것이 존재한다고 지적했다. 대표적인 것이 응급의료기관의 종별 역할 수행 지원이다. 응급의료기관은 중앙응급의료센터 외에 권역센터, 지역센터, 지역기관으로 구분되어 운영되고 있다. 그러나 응급의료기관의 종별 구분은 시설, 인력, 장비 등 구조 기준에 의한 구분으로 실질적인 진료역량에 따른 구분이 아니다. 그래서 응급의료기관들은 종별 구분에 따라 서로 다른 역할을 하지 못하고 있다. 응급의료에 관한 법률에 지정되어 있는 각 단계 응급의료기관의 업무는 이하와 같다.

표 62 응급의료기관의 업무¹⁴³

종류	업무
중앙응급의료센터	<ol style="list-style-type: none"> 1. 응급의료기관등에 대한 평가 및 질을 향상시키는 활동에 대한 지원 2. 응급의료종사자에 대한 교육훈련 3. 제26조에 따른 권역응급의료센터 간의 업무조정 및 지원 4. 응급의료 관련 연구 5. 국내외 재난 등의 발생 시 응급의료 관련 업무의 조정 및 그에 대한 지원

¹⁴³ 응급의료에 관한 법률 제 6장 응급의료기관 등

	6. 응급의료 통신망 및 응급의료 전산망의 관리·운영과 그에 따른 업무 7. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 응급의료 관련 업무
권역응급의료센터	1. 중증응급환자 중심의 진료 2. 재난 대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무 3. 권역(圈域) 내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육·훈련 4. 권역 내 다른 의료기관에서 제11조에 따라 이송되는 중증응급환자에 대한 수용 5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 권역 내 응급의료 관련 업무
지역응급의료센터	1. 응급환자의 진료 2. 제11조에 따라 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 할 수 없다고 판단한 경우 신속한 이송
지역응급의료기관	1. 응급환자의 진료 2. 제11조에 따라 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 할 수 없다고 판단한 경우 신속한 이송

지역센터와 지역기관은 응급환자를 진료하고, 권역센터는 중증응급환자 중심으로 진료하며 권역 내 다른 의료기관에서 이송되어 온 중증응급환자를 수용하는 것이 법에 지정된 고유 업무이다. 그러나 현재 각 기관은 종별로 부여된 역할을 제대로 수행하지 못하고 있다. 지역센터와 지역기관이 응급환자 진료 기능을 제대로 수행하지 못하여 권역센터에 환자가 몰리고 과밀화가 발생한다. 일부 권역센터는 중환자에게 적절한 최종치료를 제공하지 못하고, 권역 내 중증응급환자를 수용하지 못하고 있다. 그 결과 응급환자가 적절한 진료를 받지 못해 생명을 잃거나

장애를 가지게 되는 등 돌이킬 수 없는 후유증이 남을 수 있다는 것이 응급의료 전달체계의 가장 큰 문제이다. 각 단계의 응급실이 서로 다른 역할을 하지 않으므로 국민들도 응급실의 종별 역할을 구분하지 못한다. 응급실의 종별 구분과 상관없이 자유롭게 원하는 응급실을 방문하는 국민들은 권역센터를 중환자를 진료하는 응급실이 아니라 대형병원의 ‘좋은 응급실’로 인지하고 있다. 그러나 현재 병원에 대한 보상체계는 각 단계의 병원이 수행하는 기능과 무관하게 환자 수에 따라 수익이 결정되는 구조이다. 응급실이 종별로 부여된 역할을 하게 하려면 종별 부여된 기능을 수행했을 때 보상받도록 보상체계가 개정되어야 한다. 그러나 이에 대해서는 정책대안이 부재하였다. 전문가들은 의료기관이 종별로 진료하도록 되어 있는 환자를 진료했을 때 수가를 인상하고 기준에 맞지 않는 환자의 진료건에 대해서는 수가를 낮게 부여하는 등의 정책대안이 필요하다고 지적했다. 민간병원이 대부분의 응급실을 운영하는 우리나라 의료체계에서 가장 큰 유인은 수익성이므로 보상시스템을 개편하여 병원의 행태 변화를 유도하는 것이 효과적일 것이라는 의견이었다.

표 63 응급환자 진료역량 강화 정책에 대한 정책행위자 인식 차이

정책 전문가	정책과정	의료진 전문가
중환자가 제대로 치료받지 못하는 응급실	사회문제	중환자가 제대로 치료받지 못하는 응급실
1. 권역센터 중환자 진료역량 취약	정책의제	1. 지역센터/지역기관의 붕괴 2. 일부 취약한 권역센터의 존재
1. 중환자 진료 자원 부족	정책문제 정의	1. 중환자진료만으로 수익 유지가 안 되는

2. 중환자 진료를 회피하는 권역센터 행태		권역센터 2. 수익성 낮은 지역센터/지역기관
1. 권역센터 지원 확대 2. 권역센터 중환자 최종치료 제공률 향상	정책목표	1. 중환자진료만으로 유지 가능한 권역센터 수가 2. 지역센터/지역기관 수익성 개선
1. 권역센터 수가 개정 2. 응급의료기관 평가 조정-중증해당환자 최종치료 제공률 관리	정책결정	1. 권역센터 수가 인상 2. 지역센터/지역기관 수가 인상
1. 여전히 중환자 진료를 회피하는 권역센터 행태 2. 평가를 조작하는 병원 행태	정책집행	1. 권역센터 행태 변화 없음 2. 지역센터/지역기관 붕괴 지속
1. 중환자 진료역량 유지	정책결과	1. 중환자 진료역량 유지 2. 지역센터/지역기관 붕괴 지속
1. 수가인상의 효과 불명확 2 평가를 조작하는 병원 행태 비난	정책평가	1. 여전히 낮은 중환자진료 수가 2. 지역센터/지역기관의 소외

메르스 유행 이후 응급의료기관의 응급환자 진료역량 강화가 정책목표로 설정되었다. 응급의료 전달체계의 문제로 인해 중환자가 제대로 치료받지 못하는 것이 문제라고 판단했기 때문이다. 의료진 전문가는 권역센터 중환자 진료역량을 강화하기 위해서는 지역센터/지역기관의 역량 강화가 뒷받침되어야 한다고 주장했다. 그러나 정부는 상대적으로 관리가 쉬운 권역센터만을 대상으로 하여 정책을 의제화하고 정책목표를 설정하였다. 또한 의료진들은 권역센터 역량강화를 위해 개정된 권역센터 수가가 부족한

수준이라고 평가했다. 권역센터가 경증환자를 진료하는 행태를 바꾸려면 중환자 진료만으로도 이전과 같은 정도의 수익성을 유지할 수 있어야 한다. 그러나 개정된 수가 는 그런 수준이 아니라는 것이다. 그래서 권역센터는 경증환자 진료를 유지하고, 권역센터 기준을 맞추는 것 외에 중환자 진료역량 강화를 위해 자원을 추가 투입하지 않았다. 이에 대해 의료진은 정부의 자원 투입이 행태 변화를 도모할 수 있을 수준이 아니었으므로 당연한 결과라고 평가했다. 그러나 정부 전문가는 자원 투입에도 불구하고 권역센터의 중환자 진료역량이 강화되지 않은 것은 병원의 윤리적 해이라고 비난했다. 정책평가 과정에서도 정부 전문가는 병원들이 중증해당환자의 진단명을 바꿔놓는 등의 방법으로 응급의료기관 평가지표를 맞추는 것에 대해, 병원의 윤리적 해이라고 비난하였다. 그러나 의료진들은 부족하게 지원하고 결과 향상을 바라는 정부가 문제라고 말했다. 여전히 경증환자 진료가 중환자 진료보다 수익성이 높고, 중환자 진료만으로는 수익 유지가 안 되는데 부족한 자원으로 중환자 진료역량을 강화할 방법이 없다는 것이다. 전문가들은 권역센터 수가 개선이 권역센터 수익성을 개선했다는 데 의견이 일치했으나 수가 규모의 적절성에 대해 이견이 있었다. 수가 개정으로 행태 변화를 유도하려면 행태를 변화시킬 수 있는 만큼의 수가 변화가 필요하다. 권역센터 수가 개정은 그 정도 수준이 아니었으므로 자원 투입에도 불구하고 응급환자 진료역량 강화라는 정책목표를 달성하지 못했다.

(2) 응급환자 감염관리

응급환자 감염관리 영역에서 추진된 정책대안들의 목표는 크게

세 가지로 1. 감염관리 체계확립, 2. 감염관리 자원확대, 3. 감염관리 여건 개선이다. 그 중 감염관리 체계확립은 감염관리 자원확대와 감염관리 여건 개선의 기반을 구축하기 위한 것이었다. 개선정책의 궁극적 목표인 감염관리 자원확대와 감염관리 여건 개선을 중심으로 정책행위자의 관점에서 정책과정을 분석하였다.

가. 감염관리 체계확립

감염관리 체계를 확립하기 위해 추진된 정책들에 대하여 질적연구와 양적연구의 결과를 종합한 것은 이하 표와 같다.

표 64 감염관리 체계확립 정책의 정책결과

목표	정책수단	양적연구 정책효과	질적연구		
			정책효과	부작용	남아있는 문제
감염 관리 체계 확립	의료관련감염 대책협의체 구성	의료관련 감염 개선대책	의료관련 감염 개선대책		
	중앙/권역감염병 전문병원 지정	지정	상징적 지정		운영 지연
	신종감염병 대응 관련 법률 개정	감염관리 환경 개선	감염관리 환경 개선		
	응급의료기관 평가 감염관리 강화				

각 정책대안의 양적연구와 질적연구 결과를 종합한 정책결과는 나. 감염관리 자원확대와 다. 감염관리 지원 부분에서 설명하였다

나. 감염관리 자원확대

감염관리 자원확대를 위해 추진된 정책들에 대하여 질적연구와 양적연구의 결과를 종합한 것은 이하 표와 같다.

감염관리실 기준 개정으로 감염관리 인력이 증가하였다. 권역센터 기준 개정으로 응급실 격리병상이 증가하였고, 응급의료기금의 감염관리 관련 예산이 증액되어 신종감염병 입원치료 병상이 증가하였다. 응급의료 인력이 부족하고 격리병상은 실제 활용도가 낮아 응급실은 아직도 감염관리에 취약한 공간이라는 문제가 남아있으나, 양적연구와 질적연구 결과 모두 감염관리 자원이 확대되었다고 평가했다.

표 65 감염관리 자원확대 정책의 정책결과

목 표	정책수단	양적연구 정책효과	질적연구		
			정책효과	부작 용	남아있 는 문제
감 염 관 리 자 원 확 대	감염관리실 설치기준·인 력기준 개정	감염관리 인력 증가	감염관리 인력 증가		응급의 료 인력 부족
	권역센터 시설·장비· 인력 기준 개정	응급실 격리병상 증가	응급실 격리병상 증가	낮은 격리 병상 활용 도	감염관 리에 취약한 응급실 환경
	응급의료기금 감염관리에 예산 증액	신종감염병 입원치료 병상 확충	신종감염병 입원치료 병상 확충		

감염관리 자원을 확대하기 위한 정책대안은 다음과 같은 과정을 거쳐 추진되었다.

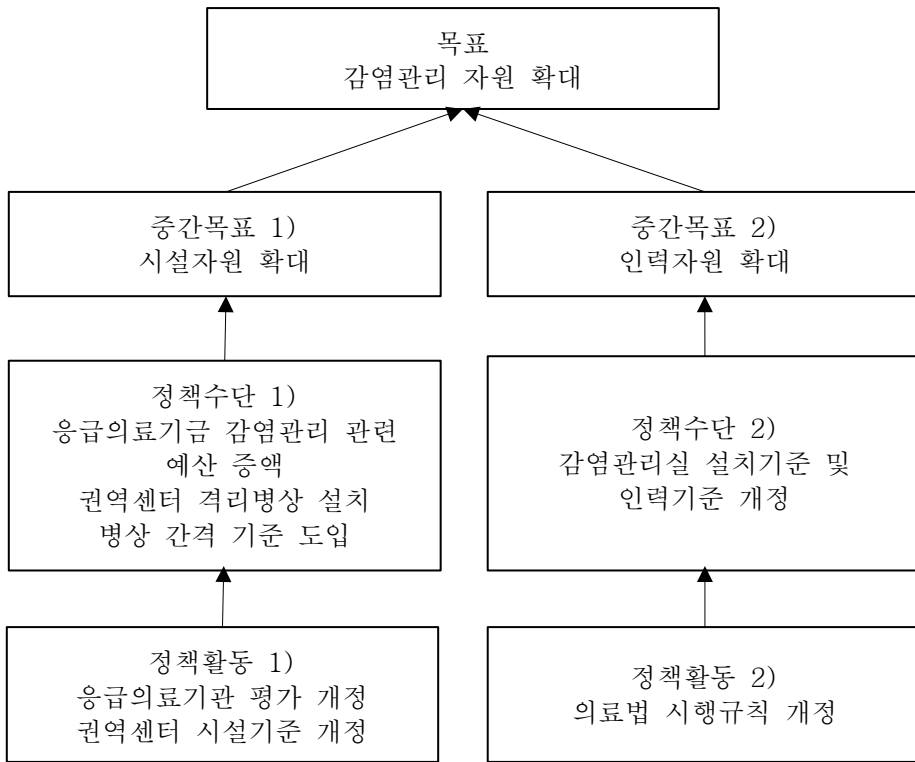


그림 30 감염관리 자원 확대 정책 과정

감염관리 자원확대라는 정책목표를 달성하기 위하여 시설자원 확대와 인력자원 확대가 중간목표로 선정되었다.

첫번째로 응급실 감염관리 시설확대를 위해 응급의료기금의 감염관리 관련 예산을 증액하고, 권역센터 시설기준과 응급의료기관 평가 항목을 개정하여 권역센터 격리병상 설치를 의무화하고 병상 간격 기준을 도입하였다. 그 결과 응급실 감염관리 시설이 확대되었다는데 양적연구와 질적연구 결과가 일치하였다. 심층면접에 참여한 응급실 의료진들은 단시간에 한정된 예산으로 기존 시설에 추가로 감염관리 시설을 만들다보니 일부 감염관리 기능이 취약한 시설이 존재하기도 하지만, 응급실에 격리실이 생기고 병상간격 기준이 생긴 것은 큰 변화라고 평가했다.

두번째로 감염관리 인력확대를 위해 의료법 시행규칙을 개정하여 감염관리실 설치기준 및 인력기준을 개정하였다. 그 결과 감염관리 인력이 확대되었다는 데 양적연구와 질적연구 결과가 일치하였다. 중소병원 경영진과 서울 수도권 이외 지방에서 근무하는 의료진은 중소병원과 지방병원은 감염관리 전담 전문의 등 인력 확보에 어려움이 있음을 호소하였다. 그러나 법 개정으로 인해 감염관리 인력자원이 증가했다는 데에는 동의하였다.

표 66 감염관리 자원확대 정책에 대한 정책행위자 인식차이

정책 전문가	정책과정	의료진 전문가
감염관리 자원이 부족한 응급실에서 메르스 전파	사회문제	감염관리 자원이 부족한 응급실에서 메르스 전파
응급실 감염관리 자원 부족	정책의제	응급실 감염관리 자원 부족
1. 응급실 격리병상 부족 2. 감염관리 인력 부족	정책문제 정의	1. 응급실 격리병상 부족 2. 응급의료 인력 부족
1. 격리병상 확보 2. 감염관리 인력 증대	정책목표	1. 격리병상 확보 2. 응급의료 인력 증대
1. 응급의료기관 평가항목조정 2. 권역센터 시설기준 조정 3. 의료법 시행규칙 개정	정책결정	1. 응급의료기관 시설 지원 2. 응급의료기관 인력확보 지원
1. 법, 시설기준으로 변화 추진 2. 평가만 맞추는 병원 행태	정책집행	1. 낮은 격리병상 활용도 2. 중소병원, 지방병원은 자원확보 어려움
1. 감염관리 자원 확보 성공	정책결과	1. 감염관리 자원 확보 성공
1. 평가를 조작하는 병원 행태 비난	정책평가	1. 중소병원이 달성하기 힘든 수준의 기준을 제시하여 형식적 순응

		유발
--	--	----

감염관리 자원이 부족한 응급실에서 메르스가 유행했기 때문에 메르스 유행 이후 감염관리 자원 확대가 정책목표로 설정되었다. 정책 전문가와 의료진 전문가 둘 다 응급실에 감염관리 자원이 부족하다는데 공통 문제의식이 있었다. 그래서 응급실 시설자원과 인력자원 확보가 정책목표로 설정되는 데 동의하였다. 집행 과정에서 발생 확률이 높지 않다고 생각되는 감염환자 대비 시설에 심정적으로 불순응한 중소병원 경영진이 실제적으로 기능하기 어려운 시설을 설치하는 등 일부 집행실패가 발생하기도 했다. 그러나 대부분의 전문가가 법 개정과 응급의료기관 평가항목 개정으로 응급실의 감염관리 자원이 확대되었다고 평가하였다.

중소병원과 지방병원의 전문가는 중소병원과 지방병원은 감염관리 자원확대의 정책효과가 작았다고 평가하였다. 서울과 수도권의 대형병원에 비해 의료자원이 부족한 중소병원과 지방병원은 모든 지역에 동일하게 제시된 기준을 달성하기 어렵다. 지방병원 의료진은 지방병원은 감염관리 인력을 확보하려고 해도 인력 확보가 어려웠다고 지적했다. 이러한 지역간 격차가 정책결정 과정에서 고려되지 않았다는 것이다.

다. 감염관리 여건 개선

응급실의 감염관리 여건을 개선하기 위해 추진된 정책들에 대하여 질적연구와 양적연구의 결과를 종합한 것은 다음 페이지의 표와 같다.

응급실 보호자 관리의 효과를 확인할 수 있는 응급실 방문자 수 정보는 확인할 수 있는 자료원이 없었다. 그러나 전문가들은

응급실 방문자가 감소했다고 평가했다. 응급실 선별진료는 일부 중소병원과 지방병원에서 상징적으로 도입되어 실제 기능을 하지 못하고 있으나, 많은 병원에서 필요할 때 선별진료를 할 수 있게 된 것은 변화이다. 감염관리 관련 수가가 신설되어 감염관리 수익성이 개선되었으나 응급실 내 감염전파가 감소되었는지 확인할 수 있는 지표는 존재하지 않았다. 전문가들은 감염관리는 수익성이 크지 않은 영역이므로 수가로 인한 행태변화는 크지 않았다고 평가했다. 감염관리 인식 개선 캠페인과 병문안 문화 개선 캠페인 결과 국민과 의료진의 감염관리에 대한 인식이 개선되었다. 그러나 여전히 바쁜 진료환경에서 감염관리에 어려움이 있고, 감염환자가 자유롭게 응급실을 방문하고 있으며, 공공의료 강화의 필요성이 제기되었음에도 불구하고 의료체계가 민간병원 중심인 것에 대해서는 정책대안이 부재했다.

표 67 감염관리 여건 개선 정책의 정책결과

목표	정책수단	양적연구 정책효과	질적연구		
			정책효과	부작용	남아있는 문제
감염관리 여건개선	응급실 보호자 1명으로 제한	응급실 방문자 감소 확인 불가	응급실 방문자 감소	중소병원, 지방병원 집행실패	의료인력이 부족한 중소병원에서 수용 불가능
	응급실 선별진료체계 도입	도입	일부 상징적 도입		실체적이지 않은 선별진료
	감염예방관리료 수가 신설, 일회용 치료재료 사용 수가 신설, 응급실 격리병상 격리관리료 신설	감염관리 수익성 개선, 응급실 내 감염전파 감소 확인 불가	감염관리 수익성 일부 개선, 응급실 내 감염전파 감소 확인 불가		부족한 수가 규모, 수익이 나지 않는 감염관리, 감염관리를 수익성으로 평가하는 행태
	감염관리 인식 개선 캠페인	확인 불가	감염관리 중요성 인식 확산		감염관리에 소홀한 진료문화
	병원안 문화 개선 캠페인		병원안 자체 인식 확산		
	정책대안 부재				바쁜 진료환경 내 감염관리의 어려움
	정책대안 부재				감염환자의 자유로운 응급실 방문
	정책대안 부재				민간병원 중심의 의료체계

응급실 감염관리 여건을 개선하기 위한 정책대안은 다음과 같은 과정을 거쳐 추진되었다.

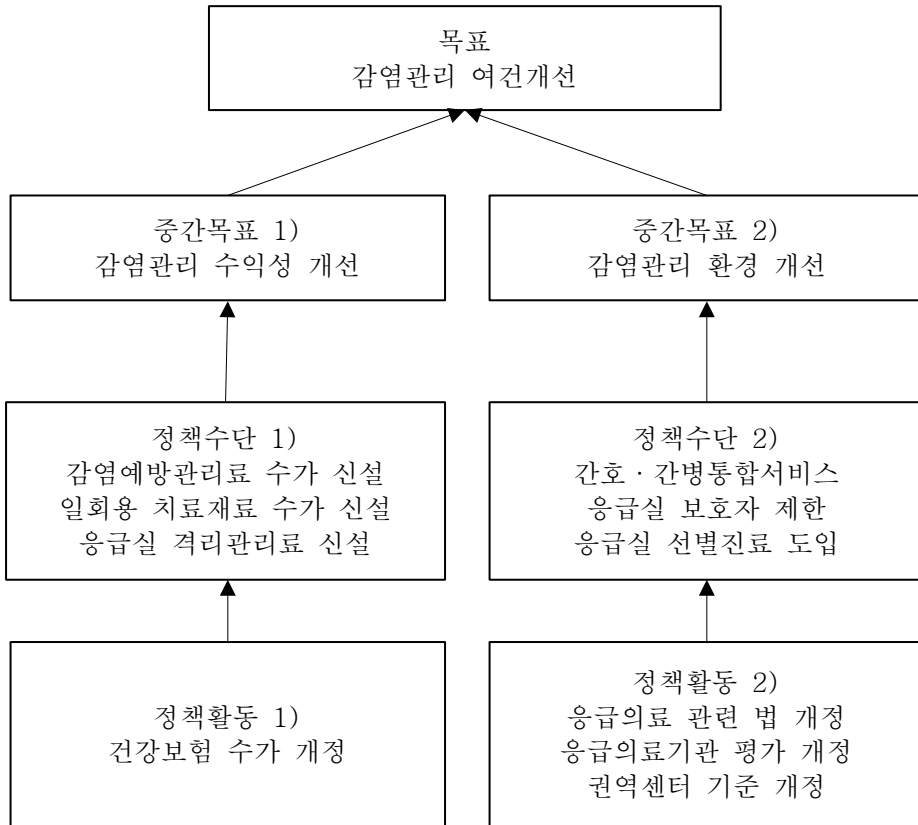


그림 31 응급실 감염관리 여건개선 정책 과정

감염관리 지원이라는 정책목표를 달성하기 위하여 감염관리 수익성 개선과 감염관리 환경 개선이 중간목표로 선정되었다.

첫번째로 감염관리 수익성 개선을 위해 감염예방관리료, 일회용 치료재료 수가, 응급실 격리관리료 등 건강보험 수가가 신설되었다. 그 결과 양적연구와 질적연구 결과 둘 다 감염관리 수익성이 개선되었다고 평가되었다. 그러나 의료진들은 감염관리는 수익이 나지 않는 일이므로 할수록 손해라는 것은 변하지 않았다고 지적했다. 수익성 개선이 일부 되었으나 기존에 발생하던 적자를

일부 보충하는 수준으로, 감염관리를 적극적으로 할 수준은 아니라는 것이다. 감염 전문가들은 감염관리를 진료에 필수적인 활동으로 보지 않고 수익성을 기준으로 평가하는 행태가 메르스 이후에도 변하지 않았다고 평가하였다.

두번째로 응급실 감염관리 환경을 개선하기 위하여 간호간병통합서비스를 확대하고 응급실 보호자를 1인으로 제한하는 보호자 관리를 도입하였으며, 권역센터 기준을 개정하여 응급실 선별진료체계를 구축하였다. 그 결과 양적연구와 질적연구 결과 모두 응급실 감염관리 환경이 개선되었다고 평가되었다. 일부 전문가는 응급실 방문객 관리가 형식적으로 이루어지고 있고, 선별진료소 역시 실제적인 효과를 거두기 어려운 방식으로 운영되고 있다고 지적했다. 그럼에도 불구하고 메르스 유행 이전에 비해 발전하고 있는 과정이라는 데에 모든 전문가가 동의하였다.

전문가들은 응급실 감염관리 여건개선 정책은 성공적으로 집행되었으나, 감염관리 강화에 필요한 정책 중 의제화되지 않은 부분이 있다고 지적했다. 응급실 감염관리를 어렵게 만드는 바쁜 진료환경과 감염환자의 자유로운 응급실 방문에 대해서는 정책대안이 부재하였다. 메르스 유행 당시 우리나라 국민들의 많은 의료이용량과 그로 인한 응급실 과밀화 문제가 응급실 감염전파의 근본 원인으로 지적되었다.¹⁴⁴ 그래서 바쁜 진료환경을 개선하기 위해 국민들의 의료이용량을 줄여야 한다는 지적이 있었다. 국민들의 병원 방문 횟수를 줄이고 저렴하게 입원 치료를 제공하기

¹⁴⁴ 2016년 국민 1인당 의사 외래진료 횟수는 17.0회로 OECD 평균 6.6회에 비해 2배 이상 많았고, 병원 입원 평균 재원일수도 18.1일로 OECD 평균 8.0일의 2배 이상이었다. (보건복지부, 건강보험심사평가원, 2017년 기준 의료서비스 이용현황, 2018)

위해 만들었던 다인실을 1인실 구조로 바꾸어야 하며, 의료인인 감염관리의 원칙을 지킬 수 있게 적은 수의 환자를 진료하게 해야 한다는 지적이었다. 그러나 이는 정책의제화되지 않았다.

응급이나 감염에 관련해서 공공에서 해나가야 하고 인프라에 대한 축을 까는 것은 맞지만. 그렇다고 우리나라에서 병원이라든지 병상의 90% 이상을 차지하는 민간이 여기에서 같이 결합되지 않는다 그러면 이거는 한계가 있을 수밖에 없고요. - 지방정부 정책전문가, PB

메르스 유행 시기 공공병원 중심으로 감염병 대응이 이루어지며 공공의료를 강화해야 할 필요성이 제기되었다. 그러나 민간병원 중심의 의료체계를 바꿀 수 있는 정책대안은 탐색되지 않았다. 여러 전문가가 감염병을 적절하게 진료하고 감염 재난에 대응하기 위해서는 공공병원을 확충하고 공공병원을 중심으로 민간병원이 협력할 수 있는 시스템이 구축되어야 한다고 지적했다. 그러나 이에 대해서는 구체적인 정책대안이 나오지 않았다. 감염병 환자 진료를 위해 중앙감염병 전문병원과 권역감염병 전문병원을 지정하였으나 개소가 지연되면서 정책집행이 무화되었다는 평가도 동반되었다. 여러 전문가가 감염관리는 중요하지만 모든 병원이 다 감염병에 대응할 수 있도록 준비되는 것은 실질적으로 불가능하다고 지적했다. 병원 경영진인 전문가들은 감염관리를 위해 어느 정도 노력은 하지만 민간 중소병원이 감염관리를 제대로 하는 것은 불가능하고, 그럴 필요도 느끼지 않는다고 말했다. 발생 빈도가 낮은 사건은 공공에서 대비해야 하고, 수익성이 낮지만 꼭 필요한 시설(감염관리 관련 시설) 역시 민간에서 운영하기 어려우므로 정부 주도로 운영되어야 한다는 것이다. 전문가들은 메르스 유행

시기 공공의료 강화에 대한 목소리가 높았으나 이에 대해서는 뚜렷한 정책대안이 나오지 않았다고 지적했다. 공공병원이 감염병 진료의 책임을 맡고 민간병원은 위기 상황에서 지원하는 체계 역시 구축되지 않았다.

표 68 감염관리 여건 개선 정책에 대한 정책행위자 인식차이

정책 전문가	정책과정	의료진 전문가
감염관리가 어려운 응급실에서 메르스 전파	사회문제	감염관리가 어려운 응급실에서 메르스 전파
1. 감염관리의 낮은 수익성 2. 감염관리가 어려운 응급실 환경	정책의제	1. 감염관리의 낮은 수익성 2. 감염관리가 어려운 응급실 환경
1. 감염관리 수익성 개선 2. 응급실 방문객 관리 3. 응급실 선별진료	정책문제 정의	1. 감염관리 수가 개선 2. 응급실 방문객 관리 3. 응급실 선별진료
1. 감염관리 수익성 개선 2. 응급실 방문객 감소 3. 응급실 선별진료 도입	정책목표	1. 감염관리 수익성 개선 2. 응급실 방문객 감소 3. 응급실 선별진료 도입
1. 감염관리 관련 수가 신설 2. 응급의료에 관한 법률 개정 3. 권역센터 시설기준 개정	정책결정	1. 감염관리 관련 수가 신설 2. 응급의료에 관한 법률 개정 3. 권역센터 시설기준 개정
1. 법, 시설기준 개정으로 추진	정책집행	1. 적은 규모의 감염관리 수가 신설에 행태 변화 없음 2. 실효성 있는 선별진료 유지

		수익성 낮다고 평가
1. 감염관리 수익성 개선 2. 감염관리 여건 개선	정책결과	1. 감염관리 수익성 개선 2. 대형병원 감염관리 여건 개선
1. 방문객 지표 부재 2. 응급실 감염전파율 지표 부재	정책평가	1. 중소병원, 지방병원에 대한 추가 지원 필요

감염관리가 어려운 응급실에서 메르스가 전파되었기 때문에 메르스 유행 이후 응급실 감염관리 여건 개선이 정책목표로 설정되었다. 정책 전문가와 의료진 전문가 둘 다 감염관리의 수익성이 낮고 응급실이 감염관리가 어려운 환경이라는 데 공통 문제의식이 있었다. 그래서 감염관리 수익성을 개선하고 응급실 방문객을 관리하며 선별진료를 도입하는데 동의하였다. 법과 시설기준이 개정됨에 따라 감염관리 수익성이 개선되었고, 응급실 감염관리 여건도 개선되었다. 응급실 방문객 수와 응급실 감염전파율은 평가할 수 있는 지표가 부재하였다. 그러나 심층면접에 참여한 전문가들은 방문객 수가 줄고 응급실 감염관리가 개선되었다고 평가했다.

중소병원과 지방병원의 전문가는 감염관리 자원확대 정책과 마찬가지로 중소병원과 지방병원에서는 감염관리 여건 개선 정책의 정책효과가 작았다고 평가하였다. 의료인력이 부족한 중소병원과 지방병원은 보호자가 일부 간호사의 역할을 하고 있어 보호자 통제시 환자 관리가 어렵다. 응급실의 수익성이 높지 않은 병원은 실효성 있는 선별진료를 위해 응급실에 추가 자원을 투입하기도 어렵다고 지적되었다. 그래서 일부 중소병원 경영진은 형식적으로 방문객을 관리하고 있으며, 실제로는 기능하지 않는 응급실

선별진료 시설을 구축했다고 말했다.

(3) 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리 정책과정
비교

응급의료 정책과정의 각 단계에 따라 응급의료 전달체계와
응급환자 감염관리 영역에서 이루어진 정책과정을 비교 분석하였다.

표 69 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리 영역의 정책과정 비교

응급의료 전달체계	정책과정	응급환자 감염관리
<ol style="list-style-type: none"> 오래된 문제 복잡하고 불명확한 오래된 문제 모두가 원하지 않는 변화 	<p>사회문제의 특성</p>	<ol style="list-style-type: none"> 새롭게 부각된 문제 당장 해결의 필요성이 생긴 문제 사회적 공감대가 형성된 문제
<ol style="list-style-type: none"> 문제의 외형적 특성: 복잡하고 불명확한 문제 문제의 내용상 특성: 아무도 변화를 원하지 않는 문제 응급의료 개선행위의 위장체로 설정 무의사결정론에 의거한 의사결정: 환자흐름 제한, 지역센터/기관 의제 배제 	<p>정책의제 설정</p>	<ol style="list-style-type: none"> 문제의 외형적 특성: 직관적으로 이해되는 문제 문제의 내용상 특성: 수익이 나지 않고 해결이 어려운 문제 병원내 감염관리 강화로 의제 축소
<ol style="list-style-type: none"> 정책참여자의 문제에 대한 이해 차이 큼 정책문제 정의에서 국민/환자의 관점 부재 	<p>정책문제 정의</p>	<ol style="list-style-type: none"> 정책참여자가 공감하는 문제 정의 <ul style="list-style-type: none"> 응급실 내 감염관리 강화로 문제 정의
<ol style="list-style-type: none"> 인과성 있는 정책대안 탐색 부족 정책의 결과 예측 부재 	<p>정책대안 탐색</p>	<ol style="list-style-type: none"> 인과성 있는 정책대안 탐색 부족 정책대안의 결과 예측 부재
<ol style="list-style-type: none"> 사용할 수 있는 정책수단의 제한 갈등이 많은 정책구조: 정책결정을 위한 토론과 합의 부족 점증주의적 의사결정과 쓰레기통 모형 의사결정의 복합 	<p>정책결정</p>	<ol style="list-style-type: none"> 법, 제도, 수가의 다양한 정책수단을 포함한 정책대안 결정 점증주의적 의사결정과 쓰레기통 모형 의사결정
<ol style="list-style-type: none"> 정책목표와 정책수단 간 인과성이 부족한 정책 지나치게 경쟁적인 의료체계 속 수익성을 추구하는 민간병원 행태 너무 많은 정책 참여자 정책대상집단의 불순응: 순응의욕 부족 	<p>정책집행</p>	<ol style="list-style-type: none"> 보호적 성격의 규제정책: 중소병원과 지방병원 불순응 수익성이 낮은 감염관리: 낮은 정책 소망성 순응주체의 순응의욕 부족: 부족한 유인 법 개정을 통한 강력한 정책집행

<p>5. 정책선도자의 부재</p>		
<p>1. 응급의료 서비스의 질 하락 2. 응급환자 진료역량 강화 실패</p>	<p>정책결과</p>	<p>1. 감염관리 자원 확보 2. 감염관리 여건 개선</p>

가. 사회문제의 특성

응급의료 전달체계는 이전부터 문제가 제기되었으나 복잡하고 불명확한 성격으로 인해 해결이 되지 않고 있던 문제였다. 국민과 의료인 모두 현재의 체계에 적응한 상태로, 변화가 필요하다는 것은 알고 있지만 변화에 호의적이지 않았다. 이에 비해 응급환자의 감염관리는 메르스 유행을 통해 새롭게 부각된 문제로, 당장 해결이 필요하다는 데에 국민적인 공감대가 형성된 문제였다.

나. 정책의제 설정 (정책문제 정의)

응급의료 전달체계의 문제는 정책의제 설정 과정에서 위장의제로 설정되었다. 특히 국민의 반발을 초래할 수 있는 응급의료기관 방문 제한이나 정책대안 개발이 어려운 지역센터와 지역기관의 역량강화는 의제에서 배제되었다(무의사결정론).

응급환자 감염관리의 문제는 수익성이 크지 않고 해결이 어려운 문제이나 직관적으로 이해되는 문제로서 병원내 감염관리 강화로 정부의제화되었다.

다. 정책대안 탐색

응급의료 전달체계 영역에서 응급실 의료진과 배후진료과 의료진, 정책 전문가 등 정책참여자들은 문제를 서로 다르게 정의하고 있었다. 갈등이 많은 정책과정에서는 인과성 있는 정책대안의 탐색이 충분하지 않았고, 정부가 정책 전문가의 관점을 반영하여 결정한 정책에 대해 의료진들은 순응하지 않았다. 정부 전문가는 위장의제로 추진된 전달체계 개선에 대해 결과 예측 없이 정책대안을 결정하였다.

응급환자 감염관리 영역의 정책은 여러 정책참여자가 모두 공감하는 문제로 문제가 정의되었다. 빠르게 개선대책을 내야 하는 상황에서 인과성 있는 정책대안 탐색이 부족하고 정책대안의 결과예측이 부재했던 것은 동일했다.

라. 정책결정

단기간에 문제에 대한 해결책을 만들어야 하는 상황에서 정부는 점증주의적으로 기존에 추진하던 정책을 메르스 대책으로 이름붙여 추진하였다. 그 결과 원인(cause)과 효과(effect)에 대한 타당한 인과관계가 없는 정책대안이 결정되었다(정책결정의 쓰레기통 모형). 복잡한 응급의료 전달체계 문제는 정책결정을 위한 토론과 합의가 부족한 상황에서 충분한 정책대안 탐색이 이루어지지 못했고, 정책대상자의 순응을 확보하기 어려운 정책대안이 결정되었다. 대형병원 쏠림현상과 같은 전달체계의 주요 문제는 의제화되지 못했고, 정책대상자들은 결정된 정책보다 기회비용으로서 결정되지 않은 정책에 대한 불만으로 집행에 순응하지 않았다.

응급환자 감염관리는 마찬가지로 점증적으로 의사결정이 이루어졌으나 해결의 필요성이 크고 (감염관리) 자원의 부족이 심각한 문제였다. 그래서 큰 갈등 없이 법, 제도, 수가의 다양한 정책수단을 조합한 정책대안이 결정되어 추진되었다(쓰레기통 모형).

마. 정책 집행

정책과정에 관심이 많은 사람들도 일단 정책이 수립되고 나면 그

집행과정에는 관심이 없는 경우가 많다. 그러나 정책이 실제 의도한 효과를 내기 위해서는 성공적인 집행이 필수적이다. 정책집행의 주요 요인은 집행의 참여자, 관리과정의 성격, 순응 문제, 집행이 정책내용이나 영향에 미치는 효과 네 가지이다. 그 중 순응이란 정책대상이 정책지시나 목표에 동조하는 것을 의미한다.(8)

그러니까 체류 시간을 6시간으로 맞추잖아요. 환자 유입이 자꾸 늘어나는 데 그걸 맞추라고 한다고 맞춰지나요. 우리는 의사지 군인이 아니잖아요. 그러면 그렇게 할 수 있도록 병원에서 좀 더 중환자를 볼 수 있는 여력을 만들 수 있게, 저도 어차피 월급받는 의산테 내가 경영자라도 그러겠어요. 돈 안 되는 걸 왜 하겠어요. 안 되더라도 의무감으로 할 수는 있는데 그러면 나머지 반대급부가 따라와야 되는데 펼쳐주고 있으면서 시간 애길 하고 있는건지. 반대로 대형병원에서 6시간 안에 환자 체류를 줄이라고 하지 말고, KTAS 4-5 환자가 3차 병원 가는 걸 보건복지부에서 1년 내에 줄이라고, 자기들이 그렇게 평가를 받아봤으면 좋겠어요. 자기들은 못 하는 걸 왜 우리한테 그렇게 애길 하는지 잘 모르겠다는거죠. - 지역센터 의사, EJ

응급의료 전달체계 개선 정책은 집행과정에서 정책대상자의 순응을 확보하지 못했다. 정부 정책이 일선 현장과 맞지 않는다고 판단한 의사들은 집행에 순응하지 않았다. 응급의료 정책의 집행대상은 병원으로, 병원 경영진부터 응급실 의료진까지 다양한 참여자가 정책대상자로 존재했다. 정책대상자의 순응을 얻지 못한 정책의 집행과정에서 의사결정점(decision point)이 많은 것은 곧 거부점(veto point)이 많은 것과 같은 효과로 나타나, 응급실 의료진, 배후진료과 의료진, 병원 경영진이 모두 거부점으로 작용하였다.

모 신청하는데 굉장히 낮은 단계에 고시도 아니라 그 밑에 세부적으로 무엇을 신청하시려면 선별진료소를 신청을 하셔야 됩니다. 선별진료소는

직접 와서 확인도 안하고요. 사진 찍어서 보내시면 돼요. 라고 했어요. 아 그래요? 그럼 엄청 쓸데없는 짓을 왜 하고 있냐. 알았어 사진 찍어서 보낼 수 있게 선별진료소를 만들어. 라고 해서 간이로 만들어줬는데요. 들어오는 길 나가는 길 다 똑같고요. 환기 장치 없고 아무 것도 없습니다. 그런 식이죠. - 병원 경영진, ME

정책대상자의 순응 문제는 응급환자의 감염관리 영역에서도 나타났다. 보호적 성격의 규제정책으로서 전문가들은 감염관리 인력과 시설 기준을 강화하는 정책 방향에 동의했으나, 중소병원과 지방병원은 정부에서 제시한 기준이 너무 높다고 판단했다. 정부 지원금이 감염관리 기준을 충족하기에 부족하다고 생각한 병원들은 실제적으로 기능할 수 있는 자원을 갖추는 대신 평가기준만 맞추는 방법을 택했다. 선별진료소의 구색만 갖추고 평가 시기에만 병상간격 기준을 맞추는 등의 편법을 사용한 것이다. 그러나 응급환자 감염관리 영역의 개선정책은 강력한 사회적 필요 속에 의료법과 응급의료에 관한 법률 개정 등 법 개정이라는 강력한 정책수단으로 추진되었다. 그래서 전문가들은 일부 기관의 반발에도 불구하고 전체적으로는 정책이 성공적으로 집행되었다고 평가했다.

응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리 영역 둘 다에서 응급의료기관 평가에 대한 집행 불순응의 문제가 나타났다. 의료진들은 응급의료기관 평가가 의료 질을 제대로 평가하지 못하고, 평가로 인해 진료가 왜곡되기까지 한다고 느끼고 있었다. 진료현장의 전문가인 의료진은 마음으로 동의하지 않는 정책에 대해 다양한 방법으로 빠져나갈 방법을 찾을 수 있었다. 정부 전문가들은 이러한 행태를 방지하기 위해 제재를 강화했으나 이는 의료진의 불순응 문제를 악화시키는 결과를 초래했다. 이러한 갈등은 정책대상자가 순응하지 않는 상태에서 정책이 상향식으로

집행되었을 때 발생하는 문제이다. 응급의료 전달체계 개선정책의 집행과정은 효과적인 정책집행을 위한 Sabatier와 Mazmanian의 다섯 가지 조건¹⁴⁵을 모두 충족하지 못했다. 특히 정책대상자의 순응을 얻지 못하고 유인(인센티브)과 처벌로 정책을 집행하려고 한 것이 집행 과정에서 전문가 집단간의 갈등을 유발하였다.(18)

바. 정책결과

응급의료 전달체계 영역에서 보건의료체계의 구성요소 항목별로 여러 변화가 있었음에도 불구하고, 전문가들은 전달체계 문제는 개선되지 않았다고 평가했다. 전달체계의 문제가 위장의제로 설정되어 인과성있는 정책대안이 결정되지 않았고, 집행과정에서 정책대상자의 순응을 확보하지 못하여 정책행위자간 갈등을 유발하였기 때문이다. 양적분석에서 권역센터 방문 환자의 응급실 재실시간은 감소하는 경향을 보였으나 전문가들은 병원이 재실시간을 줄인 과정을 고려할 때 응급의료서비스의 질은 오히려 하락했다고 평가했다. 권역센터 수가 개선에도 불구하고 권역센터의 중환자 진료역량은 강화되지 않았고, 지역센터와 지역기관의 응급환자 진료역량에 대해서는 정책대안 자체가 부재했으므로 개선되지 않았다.

응급환자 감염관리의 변화를 조사한 양적연구에서 보건의료체계의 모든 구성요소에 변화가 있었고, 전문가들 역시

¹⁴⁵ 효과적인 정책집행을 위한 다섯가지 조건. 1. 정책내용은 타당한 인과이론이 있어야 하고, 2. 명확한 정책지침을 가지고 대상집단의 순응을 극대화할 수 있도록 구성되어야 하며, 3. 유능하고 헌신적인 관료가 집행을 담당하여야 하며, 4. 결정된 정책에 대해 관련 집단에서 지속적인 지지를 받아야 하고, 5. 정책목표가 안정적이어야 한다. (Sabatier and Mazmanian 1979)

응급환자의 감염관리가 개선되었다고 평가했다. 법 개정, 수가 개편, 감염병 대응 시스템 구축, 응급의료기관 평가지표 개정 등 다양한 영역에서 개선 정책이 시행되었다. 그 결과 감염관리자원이 확충되었고, 응급실 감염관리 여건도 개선되었다. 증가한 감염관리 자원을 활용하여 실제적인 응급환자 감염관리의 질을 높이는 단계까지는 아직 도달하지 못했을 수 있다. 그러나 감염관리의 질을 높이기 위해서는 우선 자원의 뒷받침이 필요하다는 점에서 메르스 유행 이후 응급환자의 감염관리는 개선되었다고 평가되었다.

3) 응급의료 정책과정의 특징

메르스 유행 이후 진행된 응급의료 정책과정에서 관찰된 특징을 정책행위자의 특징과 정책과정의 특징으로 정리하였다. 주요 정책행위자인 의사집단과 응급의료 관련 전문학회, 정책 전문가는 정책과정에서 다음과 같은 특징을 보였다. 첫번째, 응급의료 정책과정에 참여한 의사집단은 단일한 의견을 가지고 있지 않았고, 하위집단에 따라 견해 차이가 컸다. 두번째, 정책과정의 비공식적 참여자인 응급의료 관련 전문학회는 대의집단이자 파벌집단의 성격을 동시에 가지고 있으나 주로 파벌집단의 성격을 가지고 정책과정에 참여하여 정책 전문가와 갈등이 발생하였다. 세번째, 주요 정책행위자인 응급실 의료진과 정책 전문가는 응급의료의 공공성을 서로 다르게 정의하여 정책과정에서 갈등을 유발하였다. 응급의료 정책과정이 성공적으로 이루어지지 않은 데에는 다음과 같은 문제가 근원에 있었다. 첫번째, 응급의료에 존재하는 지역간, 병원간 다양한 변이와 병원마다 다른 유인이 고려되지 않은 정책대안은 집행에 실패하였다. 두번째, 권역센터 응급실 과밀화는

응급의료기관들의 취약한 응급진료 역량이 문제의 근원이었다. 세번째, 응급의료기관의 응급진료 역량을 취약하게 만든 일부 의사들의 전문직업성 부족이 대형병원 쏠림현상을 악화시켰고, 응급의료체계의 문제 해결을 어렵게 했다.

(1) 단일하지 않은 의사집단 - 의사집단 내 견해 차이

의사들은 그 하위집단별로 서로 다른 의견을 가지고 응급의료 정책과정에 참여하였다. 응급실에서 근무하는 의사, 배후진료과 의사, 병원 경영진 의사는 주요 문제에 대해 의견이 달랐다. 메르스 유행 이후 응급의료 개선을 위한 정책과정에서 병원 경영진의 목표는 응급실 수익성 개선이었고, 응급실 의료진의 목표는 응급환자 진료환경 개선이었다. 의료진은 경증환자의 권역센터 방문이 권역센터의 중환자 진료역량을 저하시키는 주요 요인이라고 지적하며 권역센터 경증환자 방문을 제한해야 한다고 주장했다. 그러나 병원 경영진은 수익성 높은 경증환자 방문 감소를 원하지 않았다. 응급의료 정책 대상자인 응급실 의사와 배후진료과 의사는 병원 내 응급실의 역할에 대해 의견이 달랐다. 배후진료과 의사는 응급실을 병원 내 다른 과 운영을 위한 보조적인 공간으로 인식했다. 정부가 재실시간 관리를 강화했을 때 응급실 의사들은 병원이 응급환자를 우선 입원시켜야 한다고 주장했다. 그러나 배후진료과 의사들은 여전히 본인 외래를 추적관찰하는 환자를 우선순위에 두었다.

응급의료기관 재지정이 모 탁상행정이다 이렇게 하시겠지만 그거 안하면 진짜 응급의료는 응급실만의 잔치가 되고 그나마 2015년에 그걸 하고 한 턴이 됐기 때문에 병원에서 우리나라 응급의료의 시골벽적인 거지 그거 안했으면 조용히 넘어갔죠. 메르스고 뭐고. 그 전에는 그냥 응급실만의

노력이었어요. 응급의학과 선생님들은 병원에서 전체 진료 프로세스를 장악하지 못하니깐 와서 하소연을 하시는 거예요. - 정책 전문가, PA

일부 정책은 의사 하위집단의 의견 차이를 고려하여 설계되었다. 배후진료과 의사들의 적극적인 응급환자 진료를 유도하기 위해 응급실 전담전문의에 대한 수가 외에 후속진료과 협진진료비를 만들었고, 응급의료기관 평가 지표를 수가에 연동하여 병원 경영진을 움직이도록 했다. 그러나 협진진료비는 배후진료과 의사들의 행태를 바꿀 수 있는 수준이 아니었고, 응급실 환자 수가 많지 않은 병원의 경영진은 수가연동 지표에 크게 좌우되지 않았다.

정부나 국민 입장에서 보면요. 응급의학과 의사, 그 다음에 응급의학과 센터장, 그 다음에 병원장, 모두가 그냥 의사예요. 입장이 다르고 위치가 달라서 느끼는 게 서로 다르지만 그들이 낸 결론과 마지막 합의는 국민들이 봤을 때 정부가 봤을 때 그냥 의사예요. 그리고 병원의 입장인거고. 그리고 학회 대표들이 와서 얘기하는 거는 학회 입장인거죠. 그 많은 고민들을 무엇을 우선순위로 풀어나라고 제안하는 건 선택인거죠. 근데 그런 선택에 있어서는 늘 지원이 부족해. - 정책 전문가, PE

일부 정책 전문가들은 병원 경영진과 응급실 의사, 배후진료과 의사를 단일집단으로 취급하여 이해하기도 했다. 그래서 어떤 정책 전문가는 의사들은 앞에서는 경증환자 때문에 중환자 진료가 어렵다고 하고 뒤에서는 경증환자를 진료하고 싶어하는 거짓말쟁이라고 표현하기도 했다. 응급실 의사와 병원 경영진이 서로 다르다는 것은 의사들의 생각일 뿐, 국민에게는 모두 그냥 의사일 뿐이라는 것이다.

의사 하위집단의 의견 차이가 정책개발에 충분히 고려되지 않은 것은 정책집행 과정의 갈등으로 이어졌다. 응급실에서 최종 치료를 제공하기 위해서는 응급실 의사와 배후진료과 의사의 긴밀한 협조가 중요하다. 그런데 메르스 유행 이후 추진된 응급의료

개선정책들은 지원, 규제, 평가가 모두 응급실과 응급실 의료진을 주된 대상으로 하여 이루어졌다. 주요한 변화의 조종손잡이로 사용된 응급의료기관 평가는 응급실의 시설, 인력과 진료과정을 평가하여 응급실 수가를 차등지급했으나 배후진료과에는 수가 변화가 없었다. 그래서 배후진료과 의료진은 응급환자 재실시간 관리와 최종치료 제공률 향상에 적극적으로 협조하지 않았다. 평가를 통해 의사들의 행태를 변화시키기 위해서는 대상을 정확하게 파악하고 그에 맞는 보상체계를 구축해야 한다. 변화가 필요한 대상(응급실 의료진, 배후진료과 의료진) 중 일부(응급실 의료진)만을 대상으로 한 정책은 목표한 성과를 거두기 어려웠다. 응급의료 정책과정에서 다양한 의견을 가진 의사 하위집단들은 모두 거부점으로 작용할 수 있었다.

(2) 대의집단이자 파벌집단의 이중적 성격을 가진 응급의료 관련 전문학회

이익집단은 대의집단과 파벌집단으로 나뉜다. 하나의 이익집단은 두 가지 성격을 모두 지닐 수 있다. 하지만 일반 국민이나 정부 당국에 특정 이익집단이 대의집단으로 보이는지, 아니면 파벌집단으로 보이는데는 정책과정에서 매우 중요하다. 이익집단이 대의집단으로 자리매김하고 있다면, 일반 국민과 정부 당국은 해당 이익집단의 주장에 귀를 기울일 것이다. 그러나 파벌집단으로 여겨진다면 정책과정에서 해당 이익집단의 요구를 배제하려 노력할 것이다. 응급의료 정책과정의 주요 정책행위자인 응급의료 관련 전문학회(이하 학회)는 대의집단과 파벌집단의 성격을 동시에

가지고 있으나 정책과정에서 주되게 파벌집단으로 활동했다. 학회는 일반적으로 면허제도에 기반하여 정회원의 자격을 부여하므로, 회원의 자격조건상 파벌집단으로 분류할 수 있다. 그러나 학회의 목적은 회원의 권익옹호와 해당 분야 발전을 둘 다 포괄하므로 목적에 의한 구분상 대의집단의 정의에도 부합한다. 대표적인 응급의료 관련 전문학회인 응급의학회 역시 파벌집단에 해당하는 회원 구성을 가지고 있지만(응급의학과 전문의) 정관의 설립목적상 스스로를 대의집단이자 파벌집단으로 정의하고 있다.¹⁴⁶

전문가들이 어떤 배경 하에 그 방향과 결정을 내리느냐. 그게 건강하면 좋은 결론이 나올 거라고 저는 생각하거든요. 그럼 그게 건강하려면 학계가 그 문제에 대해서 꾸준히 관심을 가지고 꾸준히 평가하거나 에비던스를 근거로 토론하거나 이런 문화가 있어야 되는데. 불행하게 저는 우리나라 의료에서 그런 문화를 잘 보질 못했어요. 대부분은 다 자기 병원, 자기 기관, 여기에 관심사가 많고. 이벤트가 터졌을 때 모든 것이 어디로 수렴하나면 아 이 정책이 내 병원에 어떤 영향을 줄까. 이 정책이 내 의료기관에 무슨 영향을 줄까를 백그라운드로 놓고 답변을 하세요. - 응급의료 정책 전문가, PE

응급의학회가 응급의학과 의사를 위해서 노력하는 게 뭐가 나빠요. 나쁘지 않지. 그게 전체 사회를 조화롭게 이끌어나가는 하나의 힘이지. 그런데 응급의학과 의사들이 잘 살기 위해서 응급 환자가 죽어가도 괜찮다 라고 생각하면 문제는 다르지. 약간 맹목적인 집단이기주의? 그리고 비판적 사고능력이 대단히 떨어지는. 대한민국 국회 보건복지위원회나 보건복지부는 응급의학회를 전문가 집단으로 보지 않고 극단적인 이익집단이라고 봐. 무슨 애길 해도 이제 안 들어. 전문가 집단으로서 가질 수 있는, 가지는 위치와 그 무기를 잃어버린거예요. 맹목적 집단이기주의를 통해서. - 응급의료 정책전문가, PF

심층면접에 참여한 여러 전문가가 메르스 유행 전후 시기인 지난

¹⁴⁶ 대한응급의학회 회칙 제1장 총칙 제3조 목적: 본회는 응급의학에 관한 연구 및 지식을 교환하고, 회원 상호간의 친목, 권익 옹호 및 응급의료 발전에 기여함을 목적으로 아래의 사업을 시행한다.

10년간 학회는 응급의료 정책과정에서 파벌집단의 성격을 주로 가졌다고 지적했다. 의료분야의 특성상 전문가와 이익집단의 구분은 뚜렷하지 않고, 정책과정에서 두 집단의 의견을 구분하는 것도 어렵다. 학회는 의료 전문가로 정책과정에 참여해서 회원과 병원의 권익을 보호하는 방향으로 정책과정을 유도했다는 것이다. 그 결과 정책이 집행되어도 사회문제가 해결되지 않는 문제가 발생하기도 했다. 일부 정책 전문가는 학회가 회원의 권익을 옹호하며 공익을 침해했다고 평가하기도 했다. 학회가 대의집단의 성격을 잃고 파벌집단으로 기능하며 정책과정을 왜곡했기 때문에 학회를 정책과정의 내부자로 보기 어렵다는 지적도 있었다. 정부가 정책과정에서 학회를 외부자로 간주함에 따라, 응급실 의료진들은 정부의 정책과정에 의사들의 목소리가 반영되지 않는다고 느꼈다.

복지부는 의료기관에 대해서 이해가 없어요. 이해를 못해요. 현장을 몰라요. 한번도 현장에 나가본 사람이 없어요. 복지부 공무원들 중에 응급실에 한 일주일 살아본 사람 있어요? 밤에 이삼일 있어본 사람 있어요? 아무도 없어. 그냥 현장에서 책상에서 말만 몇 마디 들어요. 본인들이 체감을 못하는 거예요. 현장하고 동떨어져 있어요. 복지부 행정도. 그러니깐 이게 안되는거예요. - 정책 전문가, 권역센터 의사, PG

의료 행정을 하시는 분들은, 그런 것에 대부분 의료행정이거나 그런걸 하시는 분이 많이 강요를 하잖아요. 전체를 보려고 하는데, 그분들이 보시는 시각이랑 현실에서 벌어지는 거는 갭이 상당히 많다고 나는 보거든요. 그런 갭(gap)을 해소하려면 그런 행정을 하시는 분이 실제적인 현실도 좀 알아야 되는데 현실은 모르고 너무 이상적인 대안들, 책에 있는 대안들을 꺼내면 우리같이 현실에 있는 사람은 받아들이기 어려운 경우가 많고. 솔직히 작은 병원은 이익이 분명히 걸려 있으니깐. 내가 원장인데 병원의 입원실 투자를 빚도 20-30억 지고 해봤는데 그걸 하지 말라고 하면 누가 그걸 보상해줘야되나요. 우리가 20년 뒤에는 이렇게 가겠다, 장기적인 플랜으로는 맞지만 현실에서 칼 쪼개듯이 하기는 어렵다는거죠. 그 양반이 그렇게 병실을 만든거는 옛날부터 정부 정책을 그렇게 해온거 아니에요. 그거에 순응해서 그렇게 했는데 지금 하지 말라고 하면 안되는거죠. - 권역센터 의사, ED

응급의료 현장의 전문가인 응급실 의료진이 정책 과정을 주도해야 한다고 생각한 응급실 의료진들은 이에 반발했다. 정책 전문가들은 병원과 응급실이 실제로 어떻게 돌아가는지 모르고 현장에 맞지 않는 정책을 낸다는 것이다. 응급의료의 발전과 응급실 의료진의 이익은 서로 이어지는 것으로, 학회의 회원 권익 추구가 곧 대의집단의 역할이기도 하다는 것이 의료진의 의견이었다.

의료계가. 그러니까 업견이 있고 전문적인 식견이 있잖아요. 그런데 전문적인 식견을 가지기 위해서는 업계에서의 경험이 있어야 되고. 업계의 경험이 있어야 되면 결국 업견을 가질 수밖에 없어요. 태생적으로 누굴 블레임하겠다는게 아니라 당연한거죠. 업견 없이 전문가가 될 수 없고. 그러니까 어떻게 보면 이게 참 딜레마죠. 전문가로서도 자기 단체나 이익을 내려놓으면서까지 뭔가 사회 통합이나 사회 발전을 위해서 하겠다라고 나올 수 있는 사람이 얼마나 될까. - 중앙정부 정책전문가, PD

정책 전문가는 학회가 두가지 성격을 가지고 있다는 것을 인정하지만, 파벌집단의 기능을 주로 하는 것이 문제라고 지적했다. 임상전문과목의 학회는 면허를 기반으로 병원 근무를 통해 전문성을 획득한다. 임상 의사가 환자 진료의 전문가이며 자신의 의원을 운영하는 자영업자이기도 한 것처럼, 학회 역시 병원 근무를 통해 획득한 높은 전문성을 바탕으로 해당 분야 발전을 추구하고 회원의 권익을 보호한다. 그래서 전체 국민의 건강에 도움을 주는 전문가 집단(대의집단)이면서 자신들(병원)의 이익을 추구하는 이익집단(파벌집단)이 된다. 한 전문가는 이를 ‘업견’ 이라고 표현하기도 했다. 전문가가 되기 위해서는 해당 업계에서 오래 종사하여 경험을 쌓을 필요가 있다. 그 과정에서 자연스럽게 그 업계의 일부가 되어 이해관계를 같이 하게 된다는 것이다. 의료 전문가의 견해는 ‘업견’ 으로, 업계의 이해관계가 포함되어 있는

것을 피할 수 없다. 그러나 집단의 권익을 옹호하며 공익을 침해하는 것은 문제가 된다고 지적하였다.

(3) 응급의료의 공공성에 대한 낮은 공감대

심층면접에 참여한 여러 전문가가 응급의료는 공공성을 띤 의료 영역이라고 주장했으나 공공성에 대한 정의에는 차이가 있었다. 공공의 사전적인 의미는 “국가나 사회의 구성원에게 공동으로 딸리거나 관계되는 것”이다. 공공보건의료에 관한 법률(이하 공공보건의료법)에서는 공공보건의료를 “국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역, 계층, 분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호, 증진하는 모든 활동”으로 정의한다.¹⁴⁷ 전통적으로 공공의료기관과 민간의료기관은 의료기관을 설립할 때 어떤 기관이나 자금으로 설립하였는지를 기준으로 구분하였다. 그러나 2013년 공공보건의료법 개정에 따라 소유주체 중심에서 공공의 이익실현(public interest)이라는 기능 중심으로 공공보건의료의 개념이 전환되었다.¹⁴⁸ 공공의료의 정의에 소유주체 기준과 공공의 이익실현 기능 기준이 혼재되어 사용되며, 전문가에 따라 응급의료의 공공성을 다르게 정의하였다.

제 입장에서는 사실은 응급실 그리고 응급의료센터 기관들은 전부다 한 곳에서 국가에서 경영을 하는 게 맞다고 봐요. 외국처럼. 공공의료가 우리는 10% 수준이잖아요. 인력으로 보나 병동 수로 보면 6%, 7% 정도 되는데 공공의료가 더 늘어야 되죠. 그래서 공공의료는 특히나 생명의

¹⁴⁷ 공공보건의료법의 공공보건의료 전달체계에는 국립중앙의료원, 국립대학병원, 권역별로 설치 운영되는 보건복지부장관이 지정하는 보건의료기관, 지방의료원이 포함된다.

¹⁴⁸ 국가나 지방자치단체, 공공단체에서 설립한 경우는 공공의료기관이 되며, 이외 개인이나 민간단체에서 투자하여 설립한 경우는 민간의료기관으로 정의한다.

위급함이 있을 때 접근하는 것들을 공공의료로 묶어서, 그런 것들은 적어도 우리나라에서는 길가다가 사망하지 않는다 그런 식의 모습을 보여주려면 공공의료는 전체 의료의 30% 정도는 차지해야 된다는 게 대부분 의사들의 공통된 의견인데. 응급의료마저 공공이 아닌 민간에다 맡기다 보니깐 민간에서는 이것을 가장 효율적으로 사용하기 위해서 입퇴원 경로로 사용을 하고. 그리고 효율적으로 사용해야 되니깐 입원환자 수에 따라서 의사들의 숫자가 달라지고 인력이 달라지죠. 그러면 막상 넘치는 오버캐퍼가 됐을 때는 제대로 된 응급실의 기능을 수행하지 못할테고요. - 병원 경영진, ME

병원이 내가 망하더라도 은행에 몇 억씩 빚지고 병원 만들었는데. 아님 자기가 투자를 하려면 몇 십억씩 투자를 해서 병원을 만들었는데 내가 그냥 손해를 보더라도 공공医료를 위해서 나는 거지가 되도 좋겠다고 아무도 그렇게 가지 않을 거라고 생각하거든요. 사람 마음은 다 똑같으니깐. 응급실만큼은 권역, 지역 이런 데 응급실만큼은 완전히 공공화를 해버리는 것도 방법인 거 같아요. 수가나 수익이랑은 상관없이, 사립병원이라도 그만큼 조직 정도는 공공으로 되어 있어 회계를 분리하고, 인건비나 이런 것들을 다 분리하고 운영에 관여하고 이런 식으로 해서, 거기에서의 손해에 대해서는 좀 그 부분이 책임을 지는. - 병원 경영진, MA

응급실 의료진과 병원 경영진은 응급의료는 그 자체로 공공성을 지닌 의료영역이므로 응급의료에 대한 정부 지원이 확대되어야 한다고 주장했다. 응급의료, 감염병 환자 진료와 같이 수익성이 낮은 의료영역은 국가에서 책임져야 한다는 주장이 대표적이다. 응급의료는 기능적 정의에서 응급환자 진료라는 공공의 이익을 증진하는 사회서비스이므로 정부가 지원해야 할 공공의료라는 것이다. 중소병원 의료진은 국립대학병원이나 지방의료원 뿐만 아니라 민간병원 응급실에도 국가의 지원이 필요하다고 주장하였다.

중증환자를 봐야 할 권역센터는 중증환자에 집중할 수 있도록 모든 것이 포커스 되어야 하는데. 오늘 저녁에도 주취 환자 또 와요. 그리고 로컬에서 보기 힘들고 로컬에서 보기 싫단 이유로 보호자 없는 환자 또 와. 이 환자

들 주소 찾고 행정적으로 경찰에 연락하고. 원무과에 협진하고 행정직원 불러서 연고 찾아라. 이런 쓸데없는 작업에 너무 많은 것이 소모된다는 겁니다. 이게 응급의료체계예요. 이걸 못 막고 있어요 아직도. - 권역센터 의사, EH

그러나 여전히 많은 전문가가 공공의료를 소유주체 중심의 정의로 이해하고 있었다. 특히 공공의료기관의 책임에 대해 논의할 때 소유주체 중심의 정의가 강조되었다. 어떤 국립대학병원 응급실 의료진은 주취자나 보호자가 없는 환자는 권역센터 중환자 진료에 방해되므로 해당 환자군은 공공의료, 공공의료기관에서 책임져야 한다고 주장하기도 했다. 공공보건의료법의 정의상 국립대학병원은 공공의료기관에 포함되나 해당 의료진이 생각하는 공공의료기관은 해당 지역의 지방의료원이었다. 응급환자 감염관리와 관련하여 많은 의료진이 감염병 환자 진료는 공공의료에서 전담해야 한다고 주장했다. 그 주장에서 의미하는 공공의료는 국립중앙의료원과 지방의료원이었다. 응급실 의료진은 소유주체 중심의 공공의료 정의에 의거하여 응급의료기관은 공공의료의 범위에 포함된다고 생각하지 않았다. 그래서 응급실에 부담이 큰 주취자, 보호자가 없는 환자, 감염환자는 별개의 공공의료기관에서 진료해 줄 것을 기대했다.

기본적으로 병원은 비영리 기관이라고 얘기는 하지만 병원 내에 있는 병원에서 만들어진 이익을 가지고 병원이 돌아가기 때문에 국가가 병원을, 민간 병원을 짓는데 크게 투자를 하거나 그러지 않은 상황에서 이런 식의 공공성이 높은 질환에 대해서 봐라 이렇게 하는 것은 당연히 그런 말이 나올거는 같지만. 아무리 그래도 민간의료든 공공의료든 기본적으로는 공공의 의료, 의료의 공공성 자체는 가장 기본적으로 민간이든 공공이든 따질 수 없는 그런 부분이라고 생각은 하고 있고요. - 지방정부 정책전문가, PB

이러한 모순은 의료진이 공공의료를 편의에 따라 소유주체 중심의

개념과 기능 중심 개념으로 다르게 정의하기 때문에 발생한다. 기능 중심 개념을 기반으로 정부 지원을 요구하면서, 소유주체 중심 개념에 근거하여 하고 싶지 않은 일은 공공의료기관의 역할로 지정하는 것이다. 그에 비해 정책 전문가들은 기능 중심 개념에 근거하여 모든 응급실을 일종의 공공의료기관으로 간주하기도 했다. 응급환자 진료라는 공익적 기능을 수행하기 위해 정부가 응급의료기관에 자원을 투입했으므로 민간병원이 운영하는 응급실도 (수익성이 낮더라도) 응급환자에게 적절한 진료를 제공할 의무가 있다는 것이다.

이러한 공공성에 대한 이해 차이는 정부의 응급실 지원에 대한 이해 차이로도 이어졌다. 정부는 응급의료기관의 중환자 진료역량을 강화하기 위해 권역센터 수가를 개정하였다. 응급실 의료진은 이를 저평가되어 있던 응급환자 진료비가 일부 정상화되는 것이라고 생각하며 응급실 전반에 대한 지원으로 받아들였다. 그래서 추가 지원이 중환자 진료역량 강화에 불충분하다고 생각하면서도 정부 지원을 받아들였다. 정부는 응급실에 자원을 투자함으로써 자원 투입시에 제안되었던 특정 정책목표(중환자 진료역량 강화)가 달성되기를 기대했다. 그러나 정부 지원을 응급실 운영 자체에 대한 지원으로 받아들인 응급실 의료진은 정책목표가 달성되지 않은 것은 응급의료기관의 문제가 아니라 정부 지원규모가 충분하지 않았기 때문이라고 주장하여 정부 전문가와 갈등이 발생했다.

정책 전문가는 응급의료기관에 대한 정부 지원을 근거로 응급의료기관이 수익성이 아닌 공공의 이익을 목표로 운영되기를 기대했다. 응급실 의료진은 응급의료의 공공성을 근거로 정부 지원을 요구했으나, 정책 전문가가 기대하는 공공의료기관의 역할을

모두 수행하기는 어려웠다. 응급실 의료진은 국립대학병원 의료진조차 스스로를 공공의료 제공 주체로 생각하지 않으나, 정책 전문가들은 응급의료기관 자체를 일종의 공공의료기관으로 생각한 것이 정책집행 과정의 갈등을 유발하였다.

(4) 응급의료 내에 존재하는 다양한 변이

지역에 따라, 병원에 따라 응급의료 내에서 다양한 변이가 관찰되었다. 그러나 정책 개발과 집행 과정에서 이러한 변이가 충분히 고려되지 않았다. 대표적인 것이 지역 의료자원의 차이이다. 수도권은 의료자원 분포에 문제가 있지만 지방은 의료자원 절대량이 부족한 것이 문제이다. 병원마다 병원 문화와 병원 내 응급실의 위상 차이에 따라 병원에 작동하는 유인도 다르고, 병원에서 응급실이 수행하는 기능도 달랐다. 응급실 과밀화와 응급환자 진료역량 부족 문제가 여러 병원에서 공통적으로 나타났다. 그러나 문제의 원인은 병원마다, 지역마다 달랐다. 정책대안 탐색과정에서 이러한 변이에 대한 고려가 불충분했다.

표 70 응급의료의 변이

구분		변이
지역 의료자원		수도권: 의료자원 분포의 문제 지방: 의료자원 절대량의 문제
병원의 유인	병원 문화	민간병원: 수익성 중심의 의사결정 지방 국립대학교병원: 변화를 거부하는 성향
	병원 내 응급실의 위상차이	병원의 필수 서비스 수익성이 높지 않은 귀찮은 진료 영역
응급실의 기능		신환 창출통로

	외래 추적관찰 환자의 애프터서비스 공간 야간 입원통로
--	----------------------------------

- 지역 응급의료 자원의 차이

지방에서의 할 일은 결국은 의료자원이, 인력이 있어야 되는데 인력부분이 엄청 부족한 상태예요 전체가. 쓸림도 쓸림이지만 전체적으로 부족하기 때문에, 의사도 부족하고 간호사도 부족하고 응급의료에서. 응급의학과 상주 의사 수를 체크를 하고 그걸 하라고 하니깐 순간적으로 응급의학과 보드(전문의)들이 모자라니까 두고 싶어도 못 두고. 그 다음에 두고 싶어도 페이(payment, 급여) 많이 주는 데로 돌아다니고 하면서 결국은 잘 안 채워지는 그런 면들이 있다는거죠. - 병원 경영진, MD

2차 병원급에 가도 다른 과 선생님들이 밤에 응급실에 와서 환자를 진료하는 병원은 거의 없어요. 당직의사를 두거나 아니면 인턴을 두거나 전문의 안 판 선생님들을 고용하거나. 어떻게 보면 책임성이 있다기보다는 문제만 안 생기게. 감기 환자는 보고 중증환자는 빨리 보내고. - 권역센터 의사, ED

지역에 따라 응급의료 자원의 차이가 크다. 응급의료 인력 부족, 역량 있는 중소병원(지역센터/지역기관) 부족, 중환자 진료자원 부족의 문제 모두 서울과 수도권 이외 지역에서 더 심각하다. 인구 십만 명당 응급의학 전문의 수는 서울이 7.7명인 것에 비해 울산 1.5명, 충북 1.1명으로 지방이 더 적다. 응급의료기관 1개소 당 응급의학 전문의 수도 서울이 5.4명인 것에 비해 전남 1.2명, 경남 2.0명으로 더 적다.¹⁴⁹ 중앙응급의료센터는 지역별 의료자원을 17개 광역시도별로 조사하고 소단위 지역 현황은 조사하고 있지 않으나, 도 지역에서는 지역 내 의료자원 격차가 더 심할 가능성이 있다. 의료인력이 수도권에 쏠리며 지방은 의료인력이 부족하다. 현재 보유 인력도 적지만 신규 채용도 어렵다. 지방에서 일하려고 하는

¹⁴⁹ 중앙응급의료센터, 2018년도 응급의료통계연보

의료인 자체가 적어 인력 확보가 어렵고 채용에 필요한 비용도 크기 때문이다. 의료인력 수급이 원활하지 않으면 의료기관의 운영이 어렵다. 의료인력 부족은 야간 당직의 부족, 필수 진료과 공백, 중환자실 축소운영 문제로 이어져 최종적으로 응급의료기관의 응급환자 진료역량 저하로 귀결된다.

그러니까 중증환자를 봐야 할 병원들이 중증환자를 볼 수 있는 역량이 없고, 그러다 보니까 인력 문제가 크겠지만, 결국은 근무 시간대에만 중증을 조금 본다거나, 밤에 퇴근하고 나면 대체 인력이 없기 때문에 야간 진료가 전혀 안 된다거나. 하다 못해 A대 같은 경우도 B도시에 2개 있는 권역 센터데 밤에는 내과 질환 환자 입원을 못 시켜요. - 권역센터 의사, EH

전원은 보내기가 대단히 어렵습니다. 환자 중증도가 어느 정도만 돼도 2차 병원 갈 데가 없거든요. 그러면 이제 센터급끼리 환자 돌리는 거는 의미가 없어요. 왜냐면 다 똑같이 과밀화 돼 있으니까. 마이너스 뜨면 다 똑같이 뜨고. 어차피 모 진짜로 수술이 급히 필요해서 이런 indication(적응증) 아니면 못보내거든요. 제가 다른 대학, 서울 쪽에 있는 선생님들하고 얘기하면 놀라는 게 ICU(중환자실)가 없어서 전원을 보낸다고 하더라고요. 고려대 선생님하고 얘기하다가, ICU 없다고 전원 보내는 게 말이 되냐. A도시에서는 아무도 이해를 못해요. 왜냐하면 ICU는 다른 데도, 우리가 없는데 다른 데 있을리가 절대 없거든요. 그러면은 보내는 게 전혀 의미가 없어요. 연락해봐야 우리도 ICU 없어요. 당연히 모 연락하나마나 아니깐. ICU는 기다려서 들어가는거지 전원해서 가는 데가 아니거든요. 서울 쪽에서는 ICU를 찾아서 보낸다더라고요. 놀랐어요. 그런게 가능하다니. - 권역센터 의사, EF

지방은 권역센터조차 응급환자 진료 기능을 제대로 수행하지 못하는 곳이 존재한다. 그러나 환자쏠림이 문제가 되는 수도권과 다르게 응급환자, 중환자 진료가 가능한 병원의 숫자 자체가 적은 지방에서는 해당 기관이 적정 기능을 수행하지 못해도 대안이 부재하다. 지방의 환자들은 역량 있는 거점병원으로 몰리고, 주위에 응급환자 진료역량을 갖춘 기관이 부족한 지방 거점병원은 환자

전원이 불가능하여 과밀화가 악화된다. 인력이 부족한 지역센터/지역기관이 24시간 응급환자 진료를 제대로 수행하지 못함에 따라 해당 기관에서 진료해야 하는 중증 환자까지 권역센터로 전원하며 권역센터는 과밀화가 더 악화된다.

지방 응급의료기관 의료서비스의 질 하락으로 환자들이 KTX를 타고 수도권 대형병원에 방문하고, 수요 하락으로 인해 지방의 응급의료자원은 더 줄어드는 악순환이 지속되고 있다.¹⁵⁰ 정부는 지역간 의료자원 격차 문제를 해소하기 위해 응급의료 취약지를 지정하여 해당 지역 응급의료기관에 운영비와 의료인력(공중보건의, 간호인력)을 지원하고 원격협진 네트워크, 영상판독지원사업 등 지원사업을 추진했다.¹⁵¹ 그러나 이는 응급의료기관이 없는 지역 한정적 특정 기관에 대한 지원사업이다. 지방의 전체적인 응급의료 자원 부족과 이로 인한 응급의료기관의 역량 부족, 최종적으로 해당지역 응급의료체계의 취약한 응급환자 진료능력에 대해서는 정책대안이 부재했다.

*우리도 여기 있는 전원 코디네이터도 하고 입원 프로세스도 개선해보려고 하고 체류 시간 제한도 하고. 다 하는 데도 병실이 있어야지 이게 되는 거지. 그리고 보낼 병원이 있어야지 이게 굴러가는 거지. 모 받을 병원도 없고 병실도 없고 아무리 머리 굴려봐도 끌어안고 있는 수밖에 없는거죠.
- 권역센터 의사, ED*

우리가 전원을 보내려면 보낼 데가 없어요. 여기가 마지막. 2차 병원은 아예 없고. 2차 병원에서 환자를 보냈는데 모 2차 병원으로 보내요. 2차 병원에서 다 여기로 보내는데. 요양병원 아니면 다 입원이예요. - 지역센터 의사, EG

¹⁵⁰ 메디칼업저버, 2015, '환자쏠림' 못 조이면 전달체계 멈춘다, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=85258>

¹⁵¹ 보건복지부, 2019년 의료취약지 지원사업 안내, 2018

지역간 변이에 대한 고려 없이 개발된 정책대안은 정책집행이 원활히 이루어지지 않거나, 정책문제 해결의 인과관계 부족으로 집행 후에도 정책목표를 달성하지 못했다. 권역센터 인력기준과 감염관리실 기준이 개정되었으나 지방 병원은 인력 확보가 어려웠다. 근처에 전원할 수 있는 병원이 부족한 지방 거점병원은 재실시간 단축이 어려웠다. 응급의료 자원의 차이가 응급환자 진료역량의 차이로 이어지는 것에 대한 정책대안이 부재한 가운데, 지방 의료진들은 지역 실정이 고려되지 않은 정책 집행에 순응하지 않았다.

- 병원마다 다른 유인(incentive)

병원마다 변화 동력과 관련된 병원 문화가 다르고, 병원 내 응급실의 위상이 다르며, 응급실의 병원 내 역할도 달랐다. 이에 따라 병원마다 작용하는 유인이 달랐다.

지방국립대는 다른 병원하고 다릅니다. 사립은 오너가 있는 병원이잖아요. 그리고 오너가 없는 병원이라고 하더라도 다른 데에 비교해서 성장을 해야 하는 동력이 있어요. 성장을 해야된다, 경쟁을 해야한다는 동력이 있어서 정책 바뀐 거에 민감해요. 근데 국립대 병원 사람들은 그렇지 않아요. 질가산급 아무리 얘기해도 먹히지 않아요. 지방 국립대는 아무리 얘기해도 자기 병원이 아니잖아요. 자기한테 영향이 가는 게 없어요 실제로. - 지역센터 의사, EG

민간병원이나 지방 국립대학병원은 병원문화 자체가 정책집행의 거부점으로 작용하였다. 심층면접에서 병원문화의 주요 결정요인으로 지적된 것은 병원 주인(owner)의 존재 여부와 병원의 발전동력이었다. 국립대학병원은 주인이 없는 병원으로 임기제 병원장이 큰 변화를 만들어낼 추진력을 가지고 있지 않고

장기적인 발전계획을 밀어붙이기 어렵다고 지적되었다. 주인이 있는 병원인 사립대학병원과 민간병원에서 병원장 또는 이사장이 적극적으로 수익성 개선을 추진하는 것과 대조되는 점이다. 물론 병원 주인의 존재가 개선정책의 집행에 방해되는 면도 존재하지만, 주인이 없는 병원에서는 변화에 소극적인 배후진료과 의료진 등 병원 구성원의 변화를 강제할 방법이 없다는 평가였다. 민간병원이 수익성에 민감하게 반응하는 것에 비해, 정부의 지원을 받는 지방 국립대학병원은 수익성에 크게 좌우되지 않았고, 병원경영진과 병원 구성원 모두 변화와 발전에 대한 동력이 약했다. 그 결과 재실시간 관리에도 불구하고 병원은 응급실 진료 프로세스를 바꾸지 않고, 변화된 권역센터 기준을 맞추지 않아 권역센터 지위를 잃는 등, 지방 국립대학병원에서 응급의료 개선정책은 성공적으로 집행되기 어려웠다.

중요한 게 뭐냐면 응급실이 그렇게까지 중요하지 않기 때문에 그래요. 응급 분야가. 다른 걸로 연구중심병원 이런 걸 중요하게 생각하는 거고. 하여간 무슨 전문병원 이런 거 되게 중요하게 생각하고. 저희는, 응급센터는 포기 당했어요 지금. 내가 봐서는 지금 포기예요 포기. - 지역센터 의사, EG

병원 문화의 차이는 병원 내 응급실의 위상 차이로 이어진다. 응급의학과는 1989년 대한응급의학회가 결성되고 1995년 처음 전문의 제도가 시작된 신생과로 병원마다 병원 내 위상에 차이가 있다. 전문가들은 사립대학병원과 민간병원에서 진료과의 병원 내 위상은 수익성과 지역 내 병원 인지도 향상에의 기여정도에 따라 결정된다고 지적했다. 응급실이 병원의 수익성, 인지도에 긍정적인 영향을 끼치면 해당 병원은 응급실 발전에 관심을 가지고 정부에서

추진하는 응급의료 개선정책의 집행에도 적극적으로 참여한다. 특히 권역센터의 수가가 조정되면서 민간병원의 권역센터 참여가 늘었고, 응급실 발전에 관심이 많아졌다는 평가였다. 그러나 변화와 발전의 동력이 크지 않은 지방 국립대학병원은 권역센터 수가개선에도 수익성 향상의 유인이 크게 작용하지 않아, 병원경영진과 배후진료과 의료진은 응급의료 개선정책에 관심이 적었다.

응급실 과밀화의 베이스 라인은 아까 말씀드린 것처럼 외래 파플레이션(population)이 너무 크다. 그게 응급실하고 경쟁을 하고 있고. 그런 문제들이 있잖아요. 외래 선생님들도 환자를 제대로 못봐요. 저희도 응급실에서 보다 보면 외래에서 왜 이렇게 했을까 하는 사람들도 엄청나게 많이 늘어나고 있거든요. 점점 늘려야 되고 병원들 마다도 내년 목표가 올해보다는 외래 환자를 몇몇씩 더 늘려야 되고. 그런게 병원의 경영 측면이잖아요. 외래 환자 증가가 없는 목표를 세우는 병원은 없는 것 같아요. (입원병상) 아주 심플한 로지스틱스가 있는데 그걸 무시하고 외래는 그냥 무조건 늘리는 거잖아요. 그리고 그런 자리들을 응급실은 계속 경쟁을 하고 있고. - 지역센터 의사, EE

사실은 저희 병원은 응급실이 입퇴원 경로거든요. 제 입장에서는 사실은 응급실 그리고 응급의료센터 기관들은 전부다 한곳에서 국가에서 경영을 하는 게 맞다고 봐요. 응급의료마저 공공이 아닌 민간에다 맡기다 보니까 민간에서는 이거를 가장 효율적으로 사용하기 위해서 입퇴원 경로로 사용을 하고. 그리고 효율적으로 사용해야 되니까 입원환자 수에 따라서 의사들의 숫자가 달라지고 인력이 달라지죠. 그러면 막상 넘치는 오버캐퍼(over capacity, 수용능력을 상회)가 됐을 때는 제대로 된 응급실의 기능을 수행하지 못할테고요. - 병원 경영진, ME

병원에서 응급실은 다양한 역할을 하고 있다. 법에 지정된 응급의료기관의 업무는 응급환자의 진료이다. 그러나 환자가 몰리는 대형병원은 응급실을 외래 추적관찰 환자의 사후서비스(AS) 공간으로 활용하고 있고, 중소병원은 응급실을 야간 입원통로로

생각하고 있다.¹⁵² 외래 규모가 큰 대형병원은 환자 수도 많고 수익성도 큰 외래환자를 응급환자보다 우선시한다. 그래서 응급실을 해당 병원을 추적관찰하는 만성질환 환자가 불편증상이 발생했을 때 방문하는 24시간 외래 또는 입원대기 공간으로 간주하기도 한다. 그런 병원의 응급실은 시설·장비·인력을 갖추고 있어도 지역사회 급성기 응급환자 진료가 어렵다. 응급실 환자가 적은 중소병원은 수익성을 개선하기 위해 응급실을 응급환자 진료가 아닌 다른 용도로 사용하거나, 병원 유지를 위해 구색만 맞추어 운영하기도 한다. 이런 병원들은 응급실과 급성기 응급환자 진료역량 개선에 관심이 없어 응급실 개선정책 집행에 불순응하는 경우가 많았다.

병원 문화와 병원 내 응급실의 위상 차이, 응급실의 역할 차이로 인해 병원마다 주요하게 받아들이는 유인이 다르다. 사립대학병원과 민간병원은 수익성 유인에 민감하게 반응하지만 지방의 국립대학병원은 수익성 유인에 크게 반응하지 않았다. 병원문화, 병원 내 구성원들간의 관계, 병원과 (지방)정부와의 관계 등 여러가지 요인이 응급의료 개선정책에 대한 병원의 순응에 영향을 끼쳤다. 성공적인 정책집행을 위해서는 병원마다 다른 유인을 고려한 정책대안 개발이 필요하다.

(5) 응급의료기관의 취약한 응급의료 제공역량

응급의료기관의 응급의료 제공역량이 취약한 상태에서는 응급의료 전달체계 확립이 어려웠다. 보건의료에서 질(quality)은

¹⁵² 응급의료에 관한 법률 제 30조 지역응급의료센터의 지정

보건의료체계의 최종 목표를 달성하는 데 중요한 중간성과특성으로 건강수준과 환자 만족도 둘 다에 영향을 미친다. 보건의료에서 질은 서비스의 양(quantity), 임상적 질(clinical quality), 서비스 질(service quality)로 구성된다. 현재의 응급의료체계는 서비스의 양만 충족하고 있을 뿐, 임상적 질과 서비스의 질은 충족하지 못하고 있는 것이다. (11)

신뢰의 부족이 분명히 있죠. 언론이나 이런 데서 의료나 이런 사고나 문제점을 이야기하면 할수록 사람들은 큰 병원 갈 수밖에 없을 거 같아요. 의료사고나 이런 것들을 크게 이야기되고 가면 갈수록. 저 조그만 병원 더 관리가 안 될 거 같고 큰 병원은 관리가 더 잘 될 거 같고, 보통 사람들이 대기업 제품 사는 것하고 똑 같은 심리인 거 같아요. 요새 주사기 재사용 그러는데 아무도 주사기 재활용에 대해 생각도 안 하는데 그런 얘기가 터질 때마다 동네병원은 못 가겠다 생각을 하는거죠. - 병원 경영진, MA

우리나라는 전국민 의료보험제도 도입으로 서비스의 양을 확보했기 때문에 정부는 권역센터 과밀화가 서비스 질의 문제라고 생각했다. 그러나 근본 문제는 응급의료기관 임상적 질의 문제였다. 권역센터 쏠림현상의 기저에는 지역센터/지역기관이 제공하는 의료서비스의 임상적 질이 낮다는 문제가 있다.

큰 병원 응급실 가면 과밀화되고 대기 시간이 길어서 불편하고 작은 응급실 가면 질이 떨어지잖아요. 그럼에도 불구하고 내가 소비자라면 큰 병원 응급실 가서 기다렸다가 치료를 받을걸요. 왜냐면 반대쪽은 제대로 치료받을 가능성이 떨어지니깐. 이쪽은 기다려도 시간이 지나도 해결이 안되고 여기는 시간이 걸려서 불편하기는 하지만 해결이 되는 건 이쪽이 더 빠르니깐. - 감염관리 전문가, IA

간단하게 얘기하면 물론 같은 시간 내에 쫓겨나더라도 나는 큰 병원에서 진료받고 싶다고 하는 환자들이 더 많잖아요. - 지역센터 의사, EE

환자들은 질환의 중증도와 무관하게 지역센터/지역기관 진료를 원하지 않았다. 높은 임상적 질의 응급의료서비스를 원하는 환자들은 본인부담률 차등부과에 크게 영향받지 않았고, 권역센터가 과밀화되어 있어도 마찬가지였다. 환자들은 과밀화된 응급실(낮은 서비스 질)보다 해당 기관의 응급환자 진료역량(임상적 질)을 더 중요하게 생각했다. 지역센터/지역기관 의료서비스의 임상적 질을 높이지 않은 상태에서 지역센터/지역기관을 이용하라는 정부 주장은 국민들에게 받아들여지지 않았고, 권역센터에는 계속 환자가 몰렸다.

각 단계의 응급의료기관이 해당 기관에 방문하는 응급환자에게 높은 수준의 응급의료서비스를 제공하지 못하는 상황에서 응급의료 전달체계를 확립하는 것은 어려운 일이다.

(6) 전문직업성(professionalism)이 부족한 의료계 문화

일부 의사들의 전문직업성(professionalism) 부족이 응급의료체계 문제를 만들었고, 응급의료 개선정책의 성공적 집행을 방해했다.

흔히 얘기하는 1차 진료가 무너졌기 때문에 나타나는 특징이긴 하죠. 별거 아닌 거는 동네에서 하는데, 나의 건강상태라든지, 건강증진 방향 전체를 설명해 줄 수 있는 의사가 없기 때문에. 어차피 큰 병원 의사도 믿지는 않지만 적어도 검사에서 드러나는 수치의 신뢰성은 믿는다는 거죠. 검사가 드러내는 결과에 대해서, MRI, CT 같은 것도 충분히 의사가 못 찾아낼 수도 있다고 생각하지만, 현재는 기기에 대해 잘못된 신념들이 있는 거죠. 여기서 아니면 100% 아니라고 생각한다든지 하는 잘못된 신념들을 가지고 있죠. 어찌보면 의료체계 전반에 대해서 의사라는 사람들의 진찰행위, 설명행위, 상담행위를 신뢰하지 않고 전반적인 기계에 의존하는, 신의료기술이라고 하는 기계에 의존하는 경향들이 현재 응급의료체계에 그대로 드러나는 거죠. - 시민사회 전문가, CA

의사 전문직업성의 첫번째 특성은 이타주의(altruism)로 의사는

의사와 환자의 이익이 충돌할 때 환자의 이익을 최우선으로 생각해야 한다.(59) 그러나 민간의료기관 중심으로 의료가 공급되며 수익성을 높이기 위해 비급여 진료에 치중하는 의사들이 등장했고, 과잉진료의 문제가 발생했다.(60) 의료의 상업화가 가속화되며 환자들은 환자의 이익을 최우선으로 생각하는 전문가로서의 의사를 믿지 못하게 되었고, 환자-의사 신뢰관계가 붕괴되었다. 의료진을 신뢰하지 못하는 환자는 '명의'를 찾아헤매고, 고가의 검사장비와 치료장비를 갖춘 대형병원에 방문하였다. 의사가 아닌 검사 장비를 믿는 환자들이 대형병원에 쏠리는 상황에서 정부의 의뢰-회송 정책은 의도한 정책효과를 거두지 못했다.

4층에서 떨어진 환자를 받은 지역응급의료기관은 거기서 뭘 하려고 하지 말고 그냥 보내야 되는데 안보내고 CT 찍고 있잖아요. 그 돈 벌려고. 어차피 죽을 거 같으니깐. 정말 그 짓하고 있는데. - 응급의료 정책전문가, 권역센터 의사, PH

2차 병원급에 가도 다른 과 선생님들이 밤에 응급실에 와서 환자를 진료하는 병원은 거의 없어요. 당직의사를 두거나 아니면 인턴을 두거나 전문의 안 판 선생님들을 고용하거나. 어떻게 보면 책임성이 있다기보다는 문제만 안 생기게. 감기 환자는 보고 중증환자는 빨리 보내고. 그런 시스템으로 운영이 되니깐 거기서 생긴 문제들이 다 대학병원 응급실까지 있는게 아닌가. - 권역센터 의사, ED

의사의 직업윤리? 의사의 사회적 책임? 그런 professionalism (전문직업성)이 없는 거지. 대한민국 의사들이 professionalism이 부족한 거지. - 응급의료 정책전문가, PF

응급의료 영역에서 의사들의 전문직업성 부족은 응급실 수익을 높이기 위해 중환자를 보지 않으려 하거나 최종치료를 지연시키는 사례로 나타났다. 정책 전문가들은 응급진료의 책임과 의무가 있는 응급실 의료진과 배후진료과 의료진이 응급환자 진료에 소홀한

것은 전문직업성 부족의 문제라고 지적했다. 의사들이 환자에게 최선의 진료를 제공하는 것보다 병원의 수익성이나 일신의 편안함을 추구하며 응급의료기관의 응급환자 진료역량이 취약해졌다는 것이다. 정책 전문가들은 응급의료의 문제를 가장 잘 알고 있는 의사들이 응급의료 개선을 위한 정책과정에 적극적으로 참여하지 않고 집행에 순응하지 않은 것 역시 전문직업성 부족과 관련된 문제라고 지적했다. 문제를 해결할 생각은 하지 않고 인력 부족, 정부 지원 부족, 잘못된 평가 지표 등을 이유로 들며 평가 결과를 조작하고 책임감 있게 환자 진료를 하지 않은 것에 대한 변명을 찾으려고 하는 의사들이 있다는 것이다. 그 결과 중환자는 적절한 응급진료를 받지 못하고 떠돌게 되고, 이는 다시 환자-의사 신뢰를 훼손하는 결과로 이어진다.

V. 논의

1. 응급의료 정책과정 고찰

보건의료체계는 복잡하고, 보건의료를 둘러싼 이해당사자들은 변화에 대해 저항이 크며, 보건의료 문제를 보는 관점이 다양하다는 특성을 가진 체계이다. 이러한 보건의료체계의 특성은 보건의료체계 개혁(referom)을 일회적으로 끝나게 만들거나 반복하게 만든다.(11) 응급의료체계 역시 복잡하고, 변화에 대해 저항이 크며, 문제를 보는 다양한 관점이 존재하는 영역이다. 응급의료체계 개선을 위해서는 응급의료체계의 특성을 고려하여 정책과정을 이해하고, 어떻게 정책과정의 각 단계를 효과적으로 추진할 수 있을지 고찰할 필요가 있다.

메르스 유행 이후 진행된 응급의료 정책과정에 대한 연구결과를 근거로 하여 도출한 향후 응급의료체계 개선을 위한 정책과정의 제언은 이하와 같다. 첫번째, 국민의 관점에서 건강수준 향상과 응급의료서비스에 대한 만족도 향상이라는 최종 성과 목표가 개선목표로 설정되어야 한다. 두번째, 정책행위자간 토론과 합의를 통해 정책의제를 설정하는 것이 정책행위자간 갈등을 줄일 수 있다. 세번째, 문제 해결에 인과성 있는 정책대안을 설정해야 정책집행이 정책목표 달성으로 이어질 수 있다. 네번째, 정책대상자의 순응을 확보하기 위하여 정책대상자를 정책과정에 참여시켜 심정적 설득을 이룰 필요가 있다. 다섯번째, 정책 개선이라는 정책평가의 목적을 달성하기 위해서는 정책산출(policy output) 평가가 아닌 정책결과(policy outcome) 평가가 필요하다. 여섯째, 응급의료 관련 전문학회의 대의집단의 역할을 강화하기 위해서는 응급의료 정책

거버넌스를 확립하여 학회가 그 안에서 민주적으로 활동할 수 있도록 지원해야 한다.

글상자 3 응급의료 정책과정의 제언

응급의료체계 개선을 위한 정책과정의 제언
1. 국민의 관점에서 개선목표 설정 - 건강수준 향상과 응급의료서비스에 대한 만족도 향상
2. 정책행위자간 토론과 합의를 통한 정책의제 설정
3. 문제 해결에 인과성 있는 정책대안 결정
4. 정책대상자의 순응 확보 - 정책대상자의 정책과정 참여
5. 정책산출(policy output) 평가가 아닌 정책결과(policy outcome) 평가 필요
6. 응급의료 정책 거버넌스 확립 - 응급의료 관련 전문학회의 대의집단의 역할 강화

1) 국민의 관점에서 개선목표 설정 - 건강수준 향상과 응급의료서비스에 대한 만족도 향상

사회문제를 해결하기 위해서는 국민의 관점에서 개선정책의 목표를 설정할 필요가 있다. WHO는 각 나라의 보건의료체계가 달성해야 할 성과 목표를 건강수준(health), 반응성(responsiveness), 공평성(fairness)의 세 가지로 설정하였다.(61) 미국의 보건정책학자인 Mark J. Roberts는 보건의료개혁의 성과목표로 인구집단의 건강 수준(health status), 국민들의 보건의료체계에 대한 만족(citizen satisfaction), 불건강과 관련한 재정적 위험으로부터의 보호(financial risk protection)의 3가지를 제시하였고, 이를 목표로 하여 보건의료체계 개혁을 추진할 것을 권고하였다.(11) 효율(efficiency), 질(quality),

접근성(accessibility)과 같은 중간 성과 특성들(intermediate performance characteristics)은 궁극적인 성과목표를 달성하기 위한 하위 목표이다. 정부 전문가는 개개의 정책대안에 대해 설정된 성과지표를 기준으로 하여 정책의 성공 여부를 결정한다. 그러나 국민에게 중요한 것은 최종적인 성과목표의 달성 여부이다.(62)

국민들에게 응급의료 전달체계의 문제는 응급의료기관이 국민의 건강수준을 향상시킬 수 있는 양질의 응급의료서비스를 제공하지 못한다는 것이었다. 권역센터 과밀화는 국민들이 지역센터와 지역기관을 방문하지 않아서 발생하는 문제로, 국민들이 인지한 문제의 원인이자 결과로 나타나는 현상이었다. 그러나 메르스 유행 이후 정부는 권역센터 과밀화 자체를 정책의제로 설정하였다. 그 결과 개개의 정책대안이 정책목표를 달성하여 응급환자의 재실시간은 단축되었다. 그러나 국민의 입장에서 응급의료기관이 양질의 의료서비스를 제공하지 못한다는 문제는 해결되지 않았다. 지역센터와 지역기관은 여전히 응급환자 진료역량이 취약하고, 국민들은 계속 권역센터에 몰렸다. 권역센터 쏠림현상은 해결되지 않았다.

보건의료체계 개혁이 최종적인 성과목표에 초점을 맞추지 않고 추진되면 개선정책이 정책목표를 달성해도 정책문제는 해결되지 않을 수 있다.(11) 응급의료 개선정책은 최종적인 성과목표에 초점을 맞추어야 하며, 건강수준 뿐만 아니라 국민들의 만족도 향상을 최종목표로 설정할 필요가 있다. 우리나라 응급의료서비스는 응급의료에 관한 법률 제정 이후 양적 질적으로 지속 발전하며 건강수준 달성이라는 보건의료체계의 성과목표 달성에 기여해왔다. 그러나 중앙응급의료센터에서 조사한 우리나라 국민들의

응급의료에 대한 만족도는 낮은 수준이다.¹⁵³ 국민들이 응급의료서비스에 불만족하는 것은 응급의료서비스의 건강수준 개선 여부와는 별개로 국민들의 응급의료 개선정책에 대한 순응에 영향을 끼쳤다. 응급의료서비스에 기대가 낮은 국민들은 정부의 응급의료 개선정책이 건강수준을 향상시킬 것이라고 믿지 않았고, 특히 자신의 건강수준을 향상시킬 것이라고 믿지 않았다.

보건의료서비스에 대한 만족도는 건강수준의 문제와는 별개로 국민들이 보건의료부문에서 제공하는 서비스에 대해 얼마나 만족하고 있느냐 하는 것이다.(11) 일반적으로 국민들의 의료서비스에 대한 만족은 의료서비스의 성과에 비례하지 않고, 서비스에 대한 접근성과 형평성으로 평가하는 경우가 많다.(63) 그러나 우리나라 응급의료체계에서는 응급의료기관의 건강수준 향상 역량과 응급의료서비스에 대한 만족도가 맞물려 있다. 응급의료기관의 취약한 응급환자 진료역량이 국민들의 응급의료서비스에 대한 만족도를 저하시키고, 더 좋은 의료기관을 이용하고자 하는 국민들의 행태가 대형병원 쏠림현상을 통해 다시 응급의료기관의 진료역량을 취약하게 만들고 있기 때문이다. 그래서 응급의료의 개선정책은 건강수준 향상과 국민들의 응급의료서비스에 대한 만족도 향상이 동시에 최종목표로 설정되어야 한다. 국민들이 정책목표에 동의하고 정부의 개선정책을 신뢰할 때 정책집행의 순응을 확보하고, 최종적으로 국민의 건강수준을 향상시키고 만족도를 높일 수 있다.

¹⁵³ 현대리서치연구소, 2018, 2017년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서: 응급의료 서비스에 대한 신뢰는 2018년 조사 결과 2016년에 비해 감소하였고(응급실 서비스에 대한 신뢰 2018년 33.2%, 2016년 38.5%), 특히 최근 이용한 응급실에 대한 순추천지수는 추천자보다 비추천자가 더 많았다.

2) 정책행위자간 토론과 합의를 통한 정책의제 설정

응급의료 정책과정에서 정책 전문가와 응급실 의료진의 문제 정의 차이가 정책 결정과 집행 과정에서 갈등을 만들고 성공적인 정책 집행의 방해 요인이 되었다. 성공적인 정책 집행을 위해서는 정책의제 설정 단계부터 정책행위자간 토론과 합의를 통해 의견 차이를 줄어나갈 필요가 있다.

정책의제 설정은 사회문제를 정책문제로 전환하는 정책과정의 첫번째 단계이다. 보건의료체계 개선을 위한 의제는 단순히 성과가 불만족스러운 부문으로 결정되는 것이 아니라 사회정치적 과정을 거쳐 설정된다.(64) 문제 원인의 진단은 효과적인 정책대안을 개발하기 위해 필수적인 단계로, 의제설정 과정은 곧 문제의 원인을 찾는 과정이기도 하다.(11) 메르스 유행을 계기로 사회문제였던 응급의료의 문제가 공중의제화되었다. 그러나 정책 전문가와 응급실 의료진은 서로 다른 문제를 문제의 근본원인으로 지적하였고, 우선순위 정책대안에 대해서도 의견 차이가 있었다.(11) Cobb과 Elder는 특정 문제가 정부의제로 설정되는지 여부는 문제의 성격과 주도집단에 달려 있다고 주장했다. Kingdon은 이에 더해 정치적 상황이 정부의제 설정에 영향을 끼친다고 지적하였다.(44, 65) 정부의제를 도출할 권한을 가지고 있는 정부는 파벌집단의 성격을 가지고 정책과정에 참여한 응급의료 관련 전문학회를 외부자로 간주했다. 그래서 정책 전문가의 문제 정의를 받아들였고, 응급실 의료진이 제기한 문제는 의제화하지 않았다.(44) 정책 전문가의 문제 원인 진단에 동의하지 않았던 의료진은 정책대안 결정에도 동의하지 않았고, 최종적으로 정책집행에 불순응했다. 문제 원인에

대한 인식 차이가 정책과정 전반에 걸친 정책행위자간 갈등을 유발하였고, 정책집행의 실패로 이어졌다.

문제의 정의와 보건의료개혁의 우선순위 설정은 가치판단을 전제하는 행위이다.(11) 가치판단이므로 서로 다른 입장에 있는 정책 행위자간 견해 차이는 언제나 있을 수밖에 없다. 중요한 것은 원칙에 기초한 협상(principle-based negotiation)으로 대립을 줄이고 결론을 도출하는 것이다.(66) 정부가 정책대상자가 동의하지 않는 정책을 추진할 때 얼마만큼의 저항이 발생할지는 과정에 달려 있다. 정책과정이 공개적이고 책임있게 민주적으로 추진되면 해당 정책에 반대하는 대상자라 해도 서로를 존중하며 보다 원활하게 정책과정이 진행된다.(67) 의제 설정 단계에서부터 정책 행위자간 토론과 합의를 통해 대립을 줄이고 결론을 도출해나가는 것이 이후의 집행 순응에 도움이 된다.

3) 문제 해결에 인과성 있는 정책대안 결정

응급의료에 존재하는 변이가 고려되지 않았거나 의사 하위집단 내 견해 차이가 고려되지 않은 정책대안은 정책이 집행되어도 정책목표가 달성되지 않았다. 문제를 해결하기 위해서는 문제의 원인 탐구에서 비롯한 문제 해결에 인과성 있는 정책대안이 결정되어야 한다.

메르스 유행 이후 이루어진 응급의료 정책과정에서 응급의료 개선정책은 점증주의적으로 결정되었다. 미국의 정치학자 Lindblom은 정책결정자의 시간과 정보가 제약된 상태에서 점증주의는 가능하면서도 바람직한 의사결정 방법이라고

주장했다.(14) 점증주의는 소폭의 변화를 가감하여 정책대안을 개발하므로 정치적으로 실행이 쉬운 의사결정 방식이다. 그러나 점증주의적 의사결정은 기본적으로 현상 유지의 특성이 있다. 응급의료 전달체계 개선과 같은 중대한 변화가 필요한 상황에는 잘 맞지 않는다.(68) 방향 자체가 잘못된 문제는 점증적인 변화로 되돌릴 수 없으며, 의약분업 등 체계 개선의 중대한 변화는 비점증적으로 결정되기 때문이다.(69) 응급의료체계 개선을 위한 정책과정은 점증적으로 이루어지는 일상적 정책과정과 다르게 문제의 원인에 대한 진단과 인과성에 기반한 정책대안 탐색 과정이 필요했다.

문제 해결에 인과성 있는 정책대안을 개발하기 위해서는 첫번째로 우리나라의 응급의료에 존재하는 다양한 변이가 고려되어야 한다. 병원과 지역의 상황에 따라 동일한 현상으로 나타나는 문제도 원인이 다를 수 있다. 과밀화된 응급실에는 진짜 입원이 필요한 응급환자와 입원 대기를 위해 응급실로 내원한 만성질환 환자가 섞여 있고, 진짜 입원병상이 부족한 병원과 응급환자를 우선순위에 두지 않는 병원이 있다. 문제의 원인을 해결할 수 있는 정책대안을 개발해야 입원이 필요한 응급환자가 재실시간을 단축하기 위해 진료가 불가능한 병원으로 전원되는 것을 막을 수 있다.

두번째로 의사 하위집단 내 견해 차이를 고려하여 정책대안을 개발해야 한다. 응급실 의료진, 배후진료과 의료진, 병원 경영진은 응급의료 정책과정에서 이해관계가 달라 정책과정에서 각각 거부점으로 작용하였다. 문제를 해결하기 위해서는 문제가 어떤 행위자에 의해 발생한 문제인지 확인하여 해당 행위자를 변화시킬

수 있는 정책이 개발되어야 한다. 의사 하위집단의 의견 차이를 고려하지 않고 응급실 의료진만을 대상으로 하여 집행된 정책은 정책목표를 달성하지 못했다. 서로 다른 의견을 가진 정책행위자들의 의견을 파악하고 갈등을 조정하기 위해서는 이해당사자 분석(stakeholder analysis)의 활용이 유용할 수 있다. 이해당사자 분석은 정책에 대한 이해당사자 각각의 이해관계를 정리하여 정책 개발 단계에서 누구의 이해가 많이 반영될지를 결정하는 과정이다.(70) 의사 하위집단 각각의 이해관계와 응급의료에서의 역할을 조사하여 그에 맞는 정책대안을 개발할 필요가 있다.

응급의료의 초기 발전 단계에는 주로 응급의료 자원을 확대하기 위한 정책이 시행되었고, 그게 문제 해결에 효과적이었다. 그러나 응급의료의 발전하며 발생한 복잡한 문제를 해결하기 위해서는 자원투입 이상의 정교한 정책대안이 필요하다. 병원마다, 지역마다 원인이 다른 복잡한 문제를 해결하기 위해서는 문제 원인 진단을 바탕으로 하여 문제 해결에 인과성 있는 정책을 개발해야 한다.

4) 정책 대상자의 순응 확보 - 정책대상자의 정책과정 참여

응급의료 개선을 위한 정책과정 전 주기에서 정책대상자의 불순응이 관찰되었다. 정책집행으로 정책 목표를 달성하려면 정책의 내면적 가치에 대한 설득과 정책대상자의 정책과정 참여를 통해 정책대상자의 순응을 확보하는 것이 중요하다.

정책집행은 정책수단을 사용하여 정책의 내용을 실현시키는 과정이다. 정책목표는 정책집행이 있어야만 달성 가능하다. 미국의

정치학자 Pressman과 Wildavsky은 좋은 아이디어들은 실행되지 않으면 가치가 없다는 말로 집행의 중요성을 강조하였다.(71) 그러나 현실에서는 정책결정에 더 큰 관심이 주어지고 정책이 실제 어떻게 실행되는지에는 관심이 없는 경우가 많다. Sabatier와 Mazmanian의 이론에 의하면, 정책의 집행에는 정책의 내용, 집행결정자와 정책관련집단의 지지, 정책집행자의 능력이 영향을 끼친다.¹⁵⁴ (18) 그 중 정책집행에 특이적인 요인으로 순응(compliance)의 문제가 있다. 정책집행이 성공적으로 이루어지기 위해서는 정책대상집단의 순응이 중요하다. 순응이란 정책에서 요구하는 행동에 따르는 행위로서 정책집행이 이루어져도 목적인 정책대상집단의 행태변화가 없으면 정책집행은 실패할 가능성이 크다. 특히 전문성이 높은 보건의료정책 영역에서는 정책대상자이자 해당 분야 전문가인 의사들의 순응을 확보하는 것이 집행 성공과 최종 정책목표 달성에 필수적이다.

집행에서 대표적인 순응확보수단은 도덕적 설득, 유인(incentive) 또는 보상(rewards), 처벌(punishment or penalty)이다.(52) 그 중 설득은 의사결정의 3가지 유형 중 하나로 견해의 정당성이나 가치를 납득시킴으로써 대상자가 그 가치를 자신의 것으로 채택하도록 하는 것이다.¹⁵⁵ (8) 본 연구의 관찰에 의하면 의사들은 보상이나 처벌에 의해 행태를 변화시키기도 하지만, 그 이전에 설득이 이루어지지 않으면 정책에 순응하지 않았다. Duncan은

¹⁵⁴ 정책의 내용이 타당한 인과이론에 바탕을 두고 정책대상집단의 순응을 끌어낼 수 있을만큼 명료하며, 조직화된 이익집단과 주요 관료가 정책을 지지하고, 집행관료가 유능하고 헌신적인 상황에서 다른 상황에 의해 정책 내용이 달라지지 않을 때 집행의 성공 가능성이 높아진다

¹⁵⁵ 의사결정의 3가지 유형: 흥정, 설득, 명령

순응을 수용(acceptance)와 구분하여 내면적 가치관까지 변화하지 않아도 행동이 정책에서 요구하는 대로 따르면 순응이라고 보았다.(72) 그러나 응급의료 정책과정 분석 결과 응급의료 영역에서 정책목표를 달성할 수 있는 정책대상자의 순응을 확보하기 위해서는 내면적 가치에 대한 설득이 동반되어야 한다. 응급의료 현장의 전문가인 의사들은 내면적으로 설득되지 않은 규제에 대해서 다양한 방법으로 빠져나갈 방법을 찾을 수 있었고, 바람직하지 않은 방식으로 정책에서 요구하는 목표를 달성하기도 했다. 재실시간을 단축하기 위해 환자 진료를 불충분하게 하거나, 감염시설 기준을 맞추기 위해 ‘사진 촬영을 위한 시설’을 설치하는 것이 그 예이다. 두 사례 모두 정책 집행으로 외면적인 행동변화(재실시간 단축, 감염관리 시설 설치)를 달성하였으나, 정책의 최종적인 목표(응급의료기관 응급환자 진료역량 강화, 응급실 감염관리 강화)는 달성하지 못했다. 전문성이 필요한 보건의료정책의 특성을 고려할 때 집행관료보다 전문성이 큰 정책대상자가 정책집행에 불순응하면 정책집행이 성공하기 어렵다. 유인과 처벌로 행태를 조절하기 이전에 정책대상자를 내면적으로 설득해야 정책대상자의 불순응을 최소화할 수 있다.(73)

사람들은 심리적으로 변화를 싫어하고 특히 현재 권력을 가지고 있는 사람일수록 개혁에 적극적으로 반대하는 경우가 많다.(11) 그런 측면에서 전문성이라는 권력을 가진 의사들이 변화 정책에 반대하는 것은 당연한 일이다. 자율성이 강한 의사집단을 대상으로 외면적 순응 이상의 내면적 설득을 이뤄 실질적 불순응을 줄일 수 있는 방법은 정책과정 전반에 걸친 협업(collaboration)과 참여이다.(74) 정부는 응급의료 정책과정에서 정책의 전문성을

확보하고 정책안에 대한 지지를 획득하기 위해 전문가 대상 자문회의를 진행하고 각종 위원회에 의료진을 참여시켰다.(8) 그러나 의료진들은 정부가 이미 정책대안을 결정한 상태에서 한두 명의 전문가 대표를 참여시켜 단기간에 합의를 하도록 하는 방식의 전문가 참여가 ‘실질적이지 않다’고 느꼈다. 전문가들이 정책과정에서 들러리 역할을 했다고 느낀 것은 오히려 불순응을 유발했다. 이를 방지하기 위해서는 정책과정의 초기 단계인 정책개발 단계부터 의료진 전문가의 참여를 확대하고 실질적인 참여가 이루어지도록 할 필요가 있다. 이익집단을 정책개발에 참여시키는 것은 다음과 같은 장점이 있다. 1. 정책가가 이익집단의 관심사를 고려하게 하고, 2. 정책대상자의 수용도를 증가시키며, 3. 이익집단이 정책과정을 둘러싼 상황을 알게 하고, 4. 참여를 통해 정책내용을 교육하는 것이다.(75) 정책설계에 실제 그 체계에서 일하는 사람을 참여시키는 것은 효과적인 집행 가능성을 높이고 중요한 변화를 만드는 데 도움이 될 수 있다.(11) 정책개발 단계부터 응급의료 현장의 전문가인 의료진을 참여시키는 것은 정책과정에 대한 이해를 높이고 정책대안에 전문가 의견을 반영하여 정책과정에서의 갈등을 줄이고 집행의 순응을 확보하는 데 도움이 된다.

5) 정책산출(policy output) 평가가 아닌 정책결과(policy outcome) 평가 필요

정책결정부부터 집행까지 과정을 마친 후에는 정책평가가 필요하다. 정책산출 뿐만 아니라 정책효과와 부수효과까지 포괄하는

정책결과가 평가되어야 한다.

정책평가를 시행하는 목적은 크게 세 가지이다. 1. 정책결정과 집행에 필요한 정보를 제공하고, 2. 정책과정의 책임성(accountability)을 확보하며, 3. 이론 구축을 통해 학문적으로 기여하는 것이다.(76) 그 중 가장 중요한 목적은 정책결정과 집행에 필요한 정보를 제공하는 것이다. 정책평가를 통해 정책의 추진 여부를 결정하고 필요시 정책의 내용을 수정하거나 보다 효율적인 집행전략을 수립할 수 있다. 이러한 목적을 달성하기 위해서는 정책의 직접적인 산물인 정책산출(policy output) 이외에 정책산출을 통해 얻은 효과인 정책결과(policy outcome, 정책성과)나 다른 부문에 미친 효과까지 고려한 정책영향(policy impacts) 평가가 필요하다.(12) 그러나 메르스 유행 이후 응급의료 정책과정에서는 정책결과에 대한 포괄적인 평가가 이루어지지 않고, 정책산출에 대한 평가만 이루어지고 있었다.

부수효과가 포함되지 않은 정책산출 평가는 정책이 실제 응급의료에 미친 영향을 온전히 평가하기 어렵다. 정책대상자인 응급실 의료진에 대한 심층면접 결과 정책집행에 불순응한 의료진들은 실제 집행된 정책대안 자체보다 일종의 기회비용(opportunity cost)으로서 의제화되지 않은 정책대안 때문에 집행된 정책에 불순응하는 모습(더 중요한 문제가 있는데 그 문제는 해결하지 않으면서 부차적인 문제를 정책적으로 해결하려 든다는 생각)이 관찰되었다. 의제화되지 않은 정책대안(응급실 환자 방문 제한)이 실제 집행된 정책대안(재실시간 단축)의 부수효과(환자를 내쫓는 행태)에

영향을 주었다고 판단했기 때문이다(무의사 결정론).(77) 부수효과를 평가하지 않으면 해당 정책이 응급의료에 미친 효과를 제대로 파악할 수 없고, 의료진의 불순응 이유도 파악하기 어렵다. 정부는 평가지표를 기준으로 정책의 성공 여부를 판단한다. 그러나 실제 그 체계에서 일하는 사람은 개별 정책의 성공 여부가 아니라 사회문제 해결이라는 관점에서 정책의 효과를 평가한다.(62) 정책의 실제 사회문제 해결에 대한 영향을 확인하기 위해서는 정책산출이 아닌 정책결과에 대한 총괄평가를 수행할 필요가 있다.

정책결과 평가가 필요한 또다른 이유는 정책의 내용을 수정하거나 보다 효율적인 집행전략을 짜기 위해서이다. 지불체도를 변화시키면 수입을 유지하기 위해 병원의 진료행태가 변하는 것처럼, 정책집행에 따라 발생하는 부수효과가 정책효과를 저하시키거나 정책목표를 달성하지 못하게 할 수 있다.(78) 진료량 대비 적정 인력에 대한 계획 없이 전공의 근무시간을 제한한 결과 지방 병원의 인력부족이 악화되어 진료서비스의 질이 하락하였고, 병동 당직의사 부족으로 응급환자의 응급실 재실시간이 연장되었다. 응급실 방문환자 제한 없이 병상 간격을 규정한 결과 평상시에는 병상 사이에 간이 침대를 놓고 진료를 하고 평가시에만 간이침대를 빼는 병원의 평가 조작 행태가 발생하였다. 발생할 수 있는 풍선효과(balloon effect)를 최소화하고 정책효과를 극대화하려면 정책결과를 평가하여 부작용을 최소화할 수 있도록 정책 내용을 조정해 나갈 필요가 있다.

정치학자 James E. Anderson은 정책평가는 결국 정책이 실제의 현실 생활에 미친 영향을 측정하고자 하는 노력이라고 정의하였다.(8) 정책평가를 제대로 하기 위해서는 정책을 통해

달성하고자 하는 것이 무엇이고(정책목표), 그것을 달성하기 위해서는 어떻게 해야 하며(정책내용), 집행 결과 얻게 된 것은 무엇인지(영향 또는 결과)가 명확해야 한다.(8) 응급의료 개선정책이 실제 응급의료에 미친 영향을 측정하기 위해서는 명확한 정책목표와 정책대안을 근거로 하여 정책산출과 부수효과를 포괄하는 정책결과 평가가 필요하다.

6) 응급의료 정책 거버넌스 확립 - 응급의료 관련

전문학회의 대의집단의 역할 강화

응급의료 정책과정의 갈등을 최소화하고 공공의 이익을 극대화하기 위해서는 응급의료 정책 거버넌스를 확립해야 한다. 그래서 응급의료 정책과정의 주요한 행위자인 응급의료 관련 전문학회(학회)의 대의집단의 역할을 강화할 필요가 있다.

보건의료부문은 많은 영역이 서로 연관되어 있어 기술적으로 개선이 어렵고, 변화에 따르는 비용은 잘 조직화된 집단에 집중되며, 변화를 통해 얻게 되는 편익은 조직화되지 못한 집단에 산재해 있다는 특징이 있다.(11) 이러한 보건의료체계의 특징은 Mancur Olson이 말한 집단행동의 딜레마(collective action dilemma)를 유발하여, 의료체계 개선에서 편익을 얻을 수 있는 의료서비스 이용자는 개선정책에 대한 지지가 약하고, 비용이 집중된 이익집단이 반대하면 개혁이 어렵다.(79) 응급의료 정책과정에서 잘 조직화된 이익집단은 학회로 대표되는 의료진이고, 조직화되지 못한 편익의 수혜자는 응급실을 이용하는 환자들이다. 응급의료 개선정책을 성공적으로 추진하기 위해서는 조직화된 이익집단인 학회의 지지를 얻는 것이 중요하고, 학회가 반대하면 개선정책이

성공하기 어렵다.

영국의 건강정책 전문가 Gill Walt는 이익집단을 구성원의 이익 보호를 중요 목표로 하는 직능집단(sectional group, 파벌집단)과 특정 사안에 대해 압력을 행사하는 명분집단(cause group, 대의집단)으로 구분하였다.(13) 학회 등의 전문가조직은 구성원의 성격상 면허제도 기반의 배타적인 구성원으로 구성된 파벌집단(sectional group, 직능집단)이다. 그러나 회원의 권익옹호와 해당분야 발전에 기여함을 목적으로 한다는 회칙상 파벌집단과 대의집단(cause group, 명분집단)의 성격을 둘 다 가지고 있다.(21) 이익집단을 구분하는 또다른 방법은 내부자와 외부자로 구분하는 것이다. 영국의 정치학자 Wyn Grant는 이익집단을 정부의 정책결정에 영향력이 큰 내부자(insider)와 정책결정자가 정당성을 인정하지 않는 외부자(outsider) 집단으로 나누었다.(80) 전문성을 가진 직능집단은 보건의료 정책과정의 대표적인 내부자로, 의사집단은 전문성을 기반으로 정책결정에 관여한다.

응급의료 정책과정에서 응급의료 관련 전문 학회는 내부자로서 정부 전문가와 긴밀하게 협조하며 정책과정에 참여해왔다. 그러나 메르스 유행 전후의 응급의료 정책과정에서 학회는 대의집단의 성격이 희미해지고 파벌집단의 성격을 주로 보였다. 정책과정에서 이익집단이 견해를 표명하는 것은 민주주의에 부합하는 활동이다. 그러나 정책과정에서 이익집단의 영향력이 커지면 전체 사회의 이익이 아니라 이익집단의 이익을 위해 정책의 우선순위가 결정되는 문제가 생긴다.(12) 정책 전문가는 정부가 임상현장의 전문가인 학회를 내부자로 존중하였으나, 학회가 반복적으로

파별집단의 행태를 보이며 내부자의 지위가 약화되었다고 평가했다. 정부가 학회를 외부자로 간주함에 따라 이후 진행된 정책과정에서 의료진들은 정부의제에 의료진의 의견이 충분히 반영되지 않는다고 느꼈다. 현장과 맞지 않는 정책대안이 결정되었다고 인지한 의료진은 정책 집행에 불순응하는 모습을 보이기도 했다. 이익집단은 배분정책에서는 정책의 수혜자가 되고 규제정책에서는 피규제자가 되므로, 규제정책에서 집행성공을 거두려면 이익집단의 순응이 중요하다.(12) 의료진이 정책집행에 불순응하는 상황에서 규제 위주로 이루어진 정부 정책은 성공적으로 집행되기 어려웠다.

정부가 해당 분야의 전문가이자 정책대상자인 응급의료 관련 전문 학회를 외부자로 간주하면 바람직한 정책결정이 어렵고 정책집행에서의 순응을 확보하기도 어렵다. 구성원을 배타적으로 정의하는 학회는 근본적으로 파별집단의 성격을 가질 수밖에 없다. 파별집단인 학회가 내부자의 지위를 유지하기 위해서는 사회 전체의 공익을 추구하는 대의집단으로서의 역할 강화가 필요하다. 이는 응급의료 정책거버넌스 강화의 필요성으로 이어진다.

거버넌스(governance)는 공동의 목표를 달성하기 위해 모든 이해당사자들이 책임감을 가지고 의사결정을 수행하도록 하는 수평적 협력체이다. 응급의료의 거버넌스인 중앙응급의료위원회와 지역응급의료위원회는 둘 다 활성화되어 있지 않다. 정책행위자가 많은 복잡한 영역에서 거버넌스가 부재한 결과 정부 전문가들은 내부자의 지위를 잃은 학회를 정책과정에 형식적으로 참여시켰다고 평가되었다. 학회는 정책과정의 많은 의사결정점에서 거부권을 행사하고 정책집행에 불순응하는 것으로 대응했다. 정책행위자간 축적된 갈등과 불신 속에서 복잡한 정책문제를 해결하기 위해서는

정책행위자들이 책임감을 가지고 의사결정을 수행할 수 있는 정책 거버넌스가 필요하다. 학회를 외부자로 간주하고 정책과정에서 배제하는 것으로는 응급의료 개선정책을 성공적으로 집행하기 어렵다. 학회의 주요한 정책행위자의 지위를 인정하고 정책 거버넌스에 포함하여 공식적이고 민주적으로 활동하게 함으로서 대의집단의 성격을 강화할 필요가 있다.

2. 연구의 한계

이 연구는 아래와 같은 한계와 향후 과제를 지니고 있다.

이 연구는 개별 정책의 단위가 아니라 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리라는 영역을 분석단위로 하여 정책과정을 고찰하였다. 그래서 개별 정책대안을 단위로 하여 정책과정을 분석한 것에 비해 구체성이 떨어지는 한계점이 있다. 그러나 본 연구는 정책과정에 대한 고찰을 통해 우리나라 응급의료체계를 이해하는 것이 궁극적인 연구 목적이다. 영역 중심으로 분석 단위를 설정하여 정책대안이 나오지 않은 문제까지도 연구의 범위에 포괄하려 하였다. 응급의료 정책의 주요 정책행위자이자 정책대상자인 응급실 의료진은 구체적인 개별 정책의 정책효과보다는 정책결과에 더 관심을 가지고 있고, 일종의 기회비용(opportunity cost)라고 할 수 있는 추진되지 않은 정책이 추진된 정책에 대한 순응에 영향을 끼쳤다는 점을 고려한 것이다.

양적연구의 첫번째 한계는 응급실 이용 변화 분석에 사용한 국민건강보험공단(이하 건보공단)의 의료이용 자료는 건보공단에서 비용을 청구한 진료건만을 포함한다는 점이다. 의료취약지역 응급실 이외의 응급실을 방문한 비응급환자는 응급의료관리료가 전액 본인부담이므로 해당 진료건은 분석에 포함되지 않았다. 응급실 방문 질환의 중증도에 따른 이용변화 분석에서 메르스 유행 당시 경증환자의 감소폭이 중환자의 감소폭보다 더 컸던 것을 고려할 때 비응급환자의 감소폭은 더 컸을 가능성이 있다.

양적연구의 두번째 한계는 문헌고찰의 비뉘림 위험 가능성이다.

여러 기관에서 발간된 백서, 웹상에 공개된 자료 등 다양한 형태의 문헌을 고찰하였으나 공개되어 있는 문헌들만을 사용하여 분석하였기 때문에 공개된 자료로 확인할 수 없는 내용은 포함하지 못했다. 2차 자료의 특성에 따른 양적연구의 한계는 혼합방법설계를 사용하여 질적연구를 동시에 수행함으로써 보완하고자 하였다.

질적연구의 첫번째 한계는 연구대상 선정의 한계이다. 눈덩이 표집방식을 사용하여 심층면접 대상자를 선정하였고 내용이 포화될 때까지 면접을 진행하였다. 눈덩이 표집방법의 특징상 평소 서로 교류하고 의견 교환이 있던 대상자들이 연구대상에 집중적으로 포함되었을 가능성이 있다. 그러나 임상 전문가, 정책 전문가, 병원 경영자 등 다양한 위치와 역할의 정책참여자들을 연구 대상으로 포함하여 심층면접을 수행했으므로, 연구 결과에 있어 선택적 편향의 가능성은 최소화한 것으로 생각된다. 연구대상 선정의 두번째 제한점은 응급의료 관련 전문가만을 연구 상으로 선정하여 응급의료의 이용자인 일반 시민의 관점은 제외되었다는 점이다. 응급의료 정책과정에 대한 분석이라는 연구 주제의 특성상 시민의 관점보다는 정책과정에서 의사개진을 할 수 있는 전문가를 중심으로 하여 연구를 수행하였고, 연구의 고찰에서 국민 중심의 응급의료 정책과정 진행의 필요성을 제안하였다. 응급의료 이용자의 관점에서 바라본 응급의료체계와 응급의료 정책과정은 또다른 범위의 연구주제로서 향후 이에 대한 연구가 진행될 필요가 있다.

질적연구 분석 과정의 한계는 외부자 검토과정 없이 연구자 1인이 내용분석을 수행했다는 점이다. 학위논문 연구의 특성상 외부 코더(coder)를 활용한 외부자 검토과정의 진행에 현실적인 어려움이 있었다. 이를 극복하기 위해 연구자 1인이 반복적으로

내용분석을 수행하는 방법을 사용하였다.

전술한 연구의 한계점 이외에는 문헌 고찰을 통해 분석 과정의 의미를 숙지하여 분석을 진행하였다. 단계적 코딩과정을 기록하여 분석의 질을 담보하고자 노력하였다.

3. 연구의 의의

이 연구의 학술논문으로서의 의의는 이하와 같다.

1) 방법론적 의의

이 연구에서는 메르스 유행을 통해 본 한국의 응급의료체계와 응급의료 정책과정이라는 주제를 둘러싼 사회적, 정책적 맥락의 다양성과 복잡성을 고려하여 양적연구와 질적연구 방법을 모두 활용하는 혼합연구방법을 사용하였다. 양적연구를 통해 메르스 유행 전후 응급의료체계를 구성하는 요소들의 변화를 확인하였으나 그러한 변화가 응급의료체계에서 유의미한 변화인지를 판단할 수는 없었다. 질적연구로 응급의료 정책과정의 주요 당사자인 응급의료 관련 전문가와 심층면접을 시행하였다. 심층면접 분석을 통해 양적연구에서 판단하기 어려웠던 응급의료체계의 변화와 정책과정의 맥락을 심층적으로 이해할 수 있었다. 특히 서로 다른 위치에 있는 여러 정책행위자를 대상으로 심층면접을 수행하여 응급의료 정책행위자들의 다양한 의견과 서로에 대한 생각 차이를 관찰하였고, 정책행위자들의 문제에 대한 인식의 간극을 파악할 수 있었다. 이러한 과정을 통해 각 행위자들의 경험과 판단에 대한 심도 있는 이해가 가능하였다.

이 연구는 혼합방법 설계를 적용하여 양적연구나 질적연구만을 각각 수행하는 것으로는 밝히기 어려운 응급의료 정책과정과 정책행위자의 특성을 심도 깊게 관찰하고 분석하였다는 점에서 의의가 있다.

2) 정책적 의의

이 연구는 응급의료 정책의 실제 행위자들을 대상으로 심층면접을 수행하여 다양한 행위자의 관점에서 메르스 유행 이후 응급의료체계의 변화를 파악하고 응급의료 정책과정을 분석하였다. 응급의료 정책과정에서 어떠한 요소가 정책 과정에 영향을 미치고 누가 어떤 방식으로 정책과정에 참여하는가에 대한 이해를 증진하는 것이 본 연구의 목적이다. 관찰된 문제에 대한 적절한 정책을 처방하는 것보다는 이루어진 과정에 대한 설명에 초점을 두고 정책과정을 분석하였다. 응급의료 정책과정의 주요 행위자인 정부 전문가와 응급의료 정책 전문가, 응급실 의료진을 모두 포함하여 심층면접을 수행함으로써, 다양한 행위자의 관점에서 정책과정의 특징과 개선점을 파악할 수 있었다.

4. 연구의 결론

1) 메르스 유행 이후 응급의료 전달체계와 응급환자 감염관리의 변화

메르스 유행 이후 응급의료 전달체계 영역에서 응급실 과밀화를 완화하고 응급환자 진료역량을 강화하는 것을 목표로 개선정책이 추진되었다. 응급실 과밀화 완화를 위해 응급실 재실시간을 관리한 결과 권역센터 응급실 환자의 평균 재실시간은 감소하였으나 재실시간 단축을 위해 응급환자를 불충분하게 관찰하고 퇴원시키거나 전원하는 문제가 발생하였다. 응급실 방문환자 수 감소를 목적으로 시행한 응급진료비 본인부담률 조정은 환자 행태를 변화시킬 수 있는 수준이 아니라 권역센터 경증환자 감소라는 정책목표를 달성하지 못했다. 달빛어린이병원 확대는 정책집행의 실패로 충분히 확대되지 못했다. 응급의료기관 응급환자 진료역량 강화를 위해 권역센터 수가를 개선하고 지정 기준을 개정한 결과, 권역센터 수익성이 개선되고 응급의료 인력과 중환자 병상이 증가하였다. 그러나 전문가들은 권역센터의 중환자 진료역량은 강화되지 않았고, 지역센터와 지역기관에 대해서는 추진된 정책대안이 없어 여전히 응급환자 진료역량이 취약한 상태라고 평가했다.

응급환자 감염관리 영역에서는 감염관리 자원을 확대하고 감염관리 여건을 개선하는 것을 목표로 개선정책이 추진되었다. 의료법 시행규칙이 개정되고 권역센터 시설기준이 개정됨에 따라 응급실의 감염관리 시설과 인력이 증가하여 감염관리 자원이

확대되었다. 감염예방관리료 등 감염관리 관련 건강보험 수가가 개정되며 감염관리의 수익성이 개선되었고, 응급실 보호자를 제한하고 선별진료 체계 구축을 의무화하여 응급실의 감염관리 환경이 개선되었다. 일부 의료자원이 부족한 중소병원과 서울 수도권 이외 지방에 위치한 병원은 정책집행에 불순응하였으나, 전문가들은 메르스 유행 이후 응급실의 감염관리 여건이 개선되었다고 평가했다.

2) 응급의료 정책과정 고찰

응급의료 전달체계 문제는 복잡하고 불명확한 성격을 가진 사회문제였다. 정부는 해결하기 어려운 응급의료 전달체계 문제를 위장의제로 설정하였고, 국민들의 응급의료기관 방문 제한이나 지역센터/지역기관 역량강화 문제는 의제화하지 않았다. 단기간에 정책대안을 결정해야 하는 상황에서 정부는 점증주의적으로 문제에 접근하였고, 원인과 효과에 대한 타당한 인과관계가 없는 정책대안이 결정되었다(쓰레기통 모형의 정책결정). 정책대상자인 의료진은 결정된 정책보다 기회비용으로서 정책문제 해결에 필요하다고 생각한 정책대안이 의제화되지 않았다는 것에 불만을 가졌고, 집행과정에 순응하지 않았다. 해당 영역의 전문가이자 정책대상자인 응급실 의료진이 불순응하는 상황에서는 정책집행이 성공하기 어려웠고, 집행된 정책은 정책목표를 달성하지 못했다.

응급환자 감염관리의 문제는 메르스 유행을 통해 새롭게 부각된 문제로 병원내 감염관리 강화라는 직관적인 목표로 의제화되었다. 전달체계 문제와 마찬가지로 단기간에 정책대안을 결정하기 위해

점증주의적으로 의사결정이 이루어졌으나, 여러 정책행위자들이 문제정의에 공감하여 큰 갈등 없이 법, 제도, 수가의 다양한 정책수단을 조합한 정책대안이 결정되었다. 일부 중소병원의 불순응이 있었으나, 법 개정이라는 강력한 정책수단으로 추진된 개선정책은 성공적으로 집행되어 정책목표를 달성하였다.

메르스 유행 이후 이루어진 응급의료 정책과정에서 관찰된 정책행위자의 특징은 다음과 같다. 첫째, 의사 하위집단인 응급실 의료진, 배후진료과 의료진, 병원 경영진은 모두 다른 의견을 가지고 있었고, 각각 정책과정의 거부점으로 작용하였다. 둘째, 응급의료 정책과정의 주요한 비공식적 참여자인 응급의료 관련 전문학회는 대의집단이자 파벌집단의 성격을 둘 다 가지고 있으나 정책과정에서 구성원의 권익 보호를 우선으로 하는 파벌집단의 성격을 보여 내부자의 지위가 약화되었다. 셋째, 정책과정에서 소유주체 기준에 따른 공공성과 기능에 따른 공공성 개념이 혼재되어 사용되었다. 응급실 의료진은 공공의 이익에 기여하는 응급의료에 정부 지원이 필요하다고 주장하면서 수익성이 낮은 진료는 하지 않으려 해 정부 전문가와 의견 차이를 보였다. 응급의료 정책과정이 성공적으로 추진되기 어렵게 한 정책과정의 특징은 다음과 같다. 첫째, 지역 의료자원의 분포, 병원에 작용하는 유인, 응급실의 기능 등 응급의료에 존재하는 다양한 변이가 정책과정에서 충분히 고려되지 않았다. 둘째, 응급의료 전달체계 문제는 곧 응급의료기관의 취약한 응급환자 진료역량의 문제였다. 셋째, 일부 의사들의 전문직업성(professionalism) 부족이 응급의료기관의 응급환자 진료역량을 취약하게 하고

대형병원 쏠림현상에 기여했으며, 문제 해결을 어렵게 했다.

3) 응급의료체계 개선을 위한 정책과정에서의 시사점

향후 응급의료체계 개선을 위한 정책과정에서는 다음을 고려할 필요가 있다. 첫번째, 국민의 관점에서 응급의료체계의 개선목표를 설정할 필요가 있다. 건강수준 향상과 응급의료서비스에 대한 만족도 향상이라는 최종 성과목표가 개선정책의 목표로 설정되어야 한다. 두번째, 정책행위자간 토론과 합의를 통해 정책의제를 설정해야 한다. 문제의 원인을 해결하는 것이 곧 정책대안이므로 문제의 원인에 대한 이해 차이는 정책대안의 우선순위를 다르게 해 정책과정의 갈등을 만든다. 정책행위자의 인식 차이를 좁히기 위해 여러 행위자가 함께 문제를 이해하고 문제의 원인을 진단할 필요가 있다. 세번째, 문제 해결에 인과성 있는 정책대안이 결정되어야 한다. 인과성 없는 정책대안은 정책이 집행되어도 정책문제를 해결하지 못한다. 네번째, 정책대상자의 순응을 확보해야 한다. 응급의료 현장의 전문가이자 정책대상자인 응급실 의료진이 불순응하는 정책집행은 성공하기 어렵다. 합리적인 유인과 적절한 처벌이 동반된 내면적 설득 과정이 필요하다. 다섯번째, 정책산물과 부수작용을 포괄하는 정책결과 평가가 필요하다. 여섯번째, 응급의료 정책 거버넌스를 확립해야 한다. 응급의료 관련 전문학회를 주요한 정책행위자로 그 지위를 인정하고 정책과정에 참여시킴으로서 대의집단의 성격을 강화할 필요가 있다

이번 연구를 통하여 응급의료 개선을 위한 정책과정에 대한

이해가 깊어지기를 기대한다. 나아가 응급의료 정책행위자들의 서로에 대한 이해를 기반으로 하여 응급의료체계를 개선하기 위한 정책 논의가 활발해지기를 기대하고, 이를 통해 중증응급환자의 생명을 살리는 응급의료 본연의 기능 수행에 한발짝 더 다가가기기를 기대해본다.

VI. 참고문헌

1. 윤강재, 오영호, 이수형, 하솔잎, 여지영, 김진호, et al. 한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향. 한국보건사회연구원; 2014.
2. Cha WC, Ahn KO, Shin SD, Park JH, Cho JS. Emergency department crowding disparity: a nationwide cross-sectional study. *Journal of Korean Medical Science*. 2016;31(8):1331-6.
3. Muller MP, Carter E, Siddiqui N, Larson E. Hand hygiene compliance in an emergency department: the effect of crowding. *Academic Emergency Medicine*. 2015;22(10):1218-21.
4. 김남순, 박은자, 전진아, 서제희, 김대중, 송은솔, et al. 2015 메르스 백서: 메르스로부터 교훈을 얻다. 보건복지부; 2016.
5. 이운태. 응급의료시스템과 메르스의 교훈. *HIRA 정책동향*. 2015;9(4):7-9.
6. 김정언, 정현수. 우리나라 재난응급의료 대응체계 구축현황. *Journal of the Korean Medical Association*. 2019;62(5):252-7.
7. Kleczkowski BM, Roemer MI, Werff Avd. National health systems and their reorientation towards health for all: Guidelines for policy-making. 1984.
8. Anderson JE. *Public policymaking*: Cengage Learning; 2014.
9. Organization WH. *Global strategy for health for all by the year 2000*: World Health Organization; 1981.
10. Dawson BED. *Interim report on the future provision of medical and allied services*: HM Stationery Office; 1920.

11. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford University Press; 2003.
12. 정정길, 최종원, 이시원, 정준금, 정광호. 정책학원론. 서울: 대명출판사. 2003.
13. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. 1994.
14. Lindblom CE. The policy-making process: Prentice-Hall; 1968.
15. Anderson JE, Brady DW, Bullock CS, Stewart J. Public policy and politics in America: Duxbury Press North Scituate, MA; 1978.
16. Nakamura R, Smallwood F. The Policy Implementation. New York: St Martin's. 1980:12-8.
17. Young OR. Compliance & public authority: a theory with international applications: RFF Press; 2013.
18. Sabatier P, Mazmanian D. The conditions of effective implementation: A guide to accomplishing policy objectives. Policy analysis. 1979:481-504.
19. Truman DB. The governmental process: Alfred A. Knopf.; 1971.
20. Fairclough P, Lynch P, Magee E. AS UK Government and Politics: Hodder Education; 2013.
21. Beer SH. British Pressure Groups: Their Role in Relation to the House of Commons. JSTOR; 1958.

22. 이선영, 손유동, 신상도, 송경준, 홍기정, 노영선, et al. 응급의료기금 지원 사업 평가를 위한 델파이 연구. 대한응급의학회지. 2019;30(4):328-47.
23. 이상이, 윤탈영, 김철웅. 우리나라 의약분업 정책과정의 특성에 관한 연구. 보건행정학회지. 2000;10(2):41-77.
24. Olson M. The rise and decline of nations: Economic growth, stagflation, and social rigidities: Yale University Press; 2008.
25. Creswell JW, Tashakkori A. Differing perspectives on mixed methods research. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2007.
26. Jick TD. Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. Administrative science quarterly. 1979;24(4):602-11.
27. Frey L, Botan CH, Kreps G. Investigating communication. NY: Allyn & Bacon. 2000.
28. Denzin NK. Sociological methods: A sourcebook: Routledge; 1978.
29. Ivankova NV, Creswell JW, Stick SL. Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. Field methods. 2006;18(1):3-20.
30. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. American journal of infection control. 1988;16(3):128-40.
31. Yoo J-H. Principle and perspective of healthcare-

associated infection control. *J Korean Med Assoc.* 2018;61(1):5–12.

32. Cheol Seong S, Kim YY, Khang YH, Heon Park J, Kang HJ, Lee H, et al. Data Resource Profile: The National Health Information Database of the National Health Insurance Service in South Korea. *Int J Epidemiol.* 2017;46(3):799–800.

33. Kang MS, Jang HS, Lee M, Park EC. Sustainability of Korean National Health Insurance. *J Korean Med Sci.* 2012;27 Suppl:S21–4.

34. Song SO, Jung CH, Song YD, Park CY, Kwon HS, Cha BS, et al. Background and data configuration process of a nationwide population-based study using the Korean national health insurance system. *Diabetes Metab J.* 2014;38(5):395–403.

35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care.* 2007;19(6):349–57.

36. Mayring P. Qualitative content analysis. A companion to qualitative research. 2004;1:159–76.

37. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research.* 2005;15(9):1277–88.

38. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information.*

2004;22(2):63–75.

39. Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait–multimethod matrix. *Psychological bulletin*. 1959;56(2):81.

40. Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*: sage; 2013.

41. Higginson I. Emergency department crowding. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2012;29(6):437–43.

42. Lee SY, Khang Y–H, Lim H–K. Impact of the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Outbreak on Emergency Care Utilization and Mortality in South Korea. *Yonsei medical journal*. 2019;60(8):796–803.

43. Cobb RW, Elder CD. *Participation in American politics: The dynamics of agenda–building*: University Microfilms; 1993.

44. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies* 2nd edition. New York: Addison, Wesley, Longman; 1995.

45. Charles EL. *The Policy–Making Process*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1968.

46. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social science & medicine*. 2000;51(11):1611–25.

47. Hall P. *Change, choice, and conflict in social policy*: Heinemann Educational Books; 1975.

48. Cohen MD, March JG, Olsen JP. A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*.

1972;17(1):1–25.

49. Stigler GJ. The theory of economic regulation. *The Bell journal of economics and management science*. 1971;3–21.

50. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Critical care medicine*. 2007;35(6):1477–83.

51. Ripley RB, Franklin GA. *Policy implementation and bureaucracy*: Brooks/Cole; 1986.

52. Etzioni A. *The active society*. 1968.

53. David T. *The governmental process*. New York, Alfred A. Knopf; 1951.

54. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Internal and emergency medicine*. 2015;10(2):171–5.

55. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*. 1995:1–10.

56. Hogwood BW, Gunn LA. *Policy analysis for the real world*: Oxford University Press, USA; 1984.

57. Lindblom CE. The science of muddling through. *PublicAdministrationReview*. 1959;19(2):79–88.

58. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA, Jr. A conceptual model of emergency department

- crowding. *Annals of emergency medicine*. 2003;42(2):173–80.
59. Blumenthal D. The vital role of professionalism in health care reform. *Health Affairs*. 1994;13(1):252–6.
60. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer–Blackwell B, Cooper M, Daniel M, et al. Overtreatment in the United States. *PLoS One*. 2017;12(9):e0181970.
61. Organization WH. *The world health report 2000: health systems: improving performance*: World Health Organization; 2000.
62. Barzelay M, Armajani B. *Breaking Through Bureaucracy*. Berkeley and Los Angeles, CA.: University of California Press; 1992.
63. Organization WH. *The World health report: 2003: shaping the future*. 2003.
64. Reichenbach LJ. *The Politics of Priority Setting: Reproductive Cancers in Ghana*: Harvard School of Public Health; 1999.
65. Elder CD, Cobb RW. *The political uses of symbols*: Longman Publishing Group; 1983.
66. Fisher R, Ury WL, Patton B. *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*: Penguin; 2011.
67. Applbaum AI. *Ethics for adversaries: The morality of roles in public and professional life*: Princeton University Press; 2000.
68. Dror Y. *Public policy making reexamined*: Routledge;

2017.

69. Etzioni A. Mixed-scanning: A "third" approach to decision-making. *Public administration review*. 1967;385-92.

70. Schmeer K. Guidelines for conducting a stakeholder analysis. 1999.

71. Pressman JL, Wildavsky A. *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland; Or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation*: Univ of California Press; 1984.

72. Duncan WJ. *Organizational behavior*: Houghton Mifflin Harcourt (HMH); 1978.

73. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic medicine*. 2000;75(6):612-6.

74. Emanuel EJ, Pearson SD. Physician autonomy and health care reform. *Jama*. 2012;307(4):367-8.

75. Cobb RW, Ross MH. *Cultural strategies of agenda denial: Avoidance, attack, and redefinition*: Univ Pr of Kansas; 1997.

76. Rossi PH, Lipsey MW, Henry GT. *Evaluation: A systematic approach*: Sage publications; 2018.

77. Bachrach P, Baratz MS. Two faces of power. *American political science review*. 1962;56(4):947-52.

78. Gilman BH. Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length

of stay. *Health Economics*. 2000;9(4):277–94.

79. Olson M. *The theory of collective action: public goods and the theory of groups*. Harvard University Press, Cambridge. 1965.

80. Grant W. *Pressure groups, politics and democracy in Britain*: Springer; 1989.

보고서

- 국내 응급의료체계의 문제점과 개선과제, 한국병원경영연구원, 2013
국립중앙의료원, 2018 년 중증응급질환 응급실 내원 현황보고서, 2019
국립중앙의료원, 2017 년 중증응급질환 응급실 내원 현황보고서, 2018
국회예산정책처, 응급의료체계의 개선 방안 연구, 2018
경기도 감염병관리지원단, 2015 메르스 백서, 2016
대한감염학회, 메르스 연대기, 2017
대한감염학회, 질병관리본부, 해외감염병 신규관리지침, 2018
보건복지부, 건강보험심사평가원, 2017 년 기준 의료서비스 이용현황, 2018
보건복지부, 2005~2010 년 제 1 차 응급의료 기본계획, 2005
보건복지부, 2010-2012 년 응급의료선진화 추진계획, 2009
보건복지부, 2013~2017 년 응급의료 기본계획, 2013
보건복지부, 2018~2022 년 응급의료 기본계획, 2018
보건복지부, 2019 년 의료취약지 지원사업 안내, 2018
보건복지부, 중앙응급의료센터, 2018 년도 응급의료기관 평가 기준집 개정판 - 권역, 전문, 지역응급의료센터, 2018
보건복지부, 2018, 의료관련감염 예방관리 종합대책 '18-'22
보건복지부, 질병관리본부, 제 2 차 감염병 예방관리 기본계획, 2018
서울대학교 산학협력단, 응급의료기관 기능개편 세부기준 마련 연구, 2014
중앙응급의료센터, 2012 응급의료통계연보, 2012
중앙응급의료센터, 2013 응급의료통계연보, 2013
중앙응급의료센터, 2014 응급의료통계연보, 2014
중앙응급의료센터, 2015 응급의료통계연보, 2015
중앙응급의료센터, 2016 응급의료통계연보, 2016
중앙응급의료센터, 2017 응급의료통계연보, 2017
중앙응급의료센터, 2018 응급의료통계연보, 2018
질병관리본부 2015 메르스 백서: 메르스로부터 교훈을 얻다, 2016
질병관리본부, 2016 메르스 대응지침, 2016
한국보건사회연구원, 한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향, 2014

언론 보도

경향신문, 2015, 병문안 문화 개선 기본 원칙은 "병문안 자제",
http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?art_id=201511270855481

경향신문, 2019, 입원전담 전문의 활성화로 '외과의사 절벽' 넘는다,
http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?art_id=201907162125005

대한민국 정책브리핑, 2015, 메르스 예방 위해 마스크 착용하세요,
<http://www.korea.kr/news/healthView.do?newsId=148795985>

대한민국 정책브리핑, 2015, '16 년 의료관련감염 예방관리대책
중점추진,

<http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156102305>

대한민국 정책브리핑, 2015, 국가방역체계 개편방안 확정, 발표,
http://social.korea.kr/news/policyBriefingView.do;JSESSIONID_KOREA=1cdFc9nhJGjTyGg16DgrvL7jGtNdcHLFXcy17Nf5xbz2Y3n70LBC!1309466957!-1883488660?newsId=156072752

대한민국 정책브리핑, 2015, 각계의 목소리를 폭넓게 반영하여
'의료관련감염대책' 세부실행계획 마련,

http://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do;JSESSIONID_KOREA=wOihygYdhn5FpTgKnZsQk0ECL6PUu7N3qUbEB7-FHetOE0Ks2u1!-431131588!1562290183?newsId=156077686&pageIndex=4304&repCodeType=&repCode=&startDate=2008-02-29&endDate=2019-10-07&srchWord=

데일리메디, 2015, 병원 응급실 방문록 작성, 보관 의무화 -
복지부, 면회객 통제 조치... 이행여부 점검 예정,
<http://dailymedi.com/detail.php?number=794399>

데일리메디, 2016, 감염관리 수가 개선 완료... 올 연말 추가 반영,
<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=807899>

동아일보, 2016, '달빛어린이병원' 확대... 소아청소년과 의사들 반발,
왜?,

<http://www.donga.com/news/article/all/20160808/79629959/1>

라포르시안, 2017, 의정부성모병원, 음압시설 갖춘 재난감염병 대응
구급차 운영,

<http://www.rapportian.com/news/articleView.html?idxno=103394>

메디게이트, 2016, 감염예방관리료 신설... 최대 2870 원 - 전담의사, 간호사 갖추면 등급에 따라 산정, <https://www.medigatenews.com/news/276700502>

메디게이트, 2016, 달빛어린이병원 수가 9610 원 가산, <https://www.medigatenews.com/news/1392920344>

메디게이트, 2016, 소청과가 달빛병원에 부정적인 이유, <https://www.medigatenews.com/news/1199720902>

메디게이트, 2017, 신해철법 여과 의료분쟁 증가 뚜렷, <https://www.medigatenews.com/news/946927978>

메디칼타임즈, 2017, 응급실 초과체류 폐널티... 출입제한 위반시 과태료,

<http://www.medicaltimes.com/Users4/News/newsPrint.html?ID=1112640>

메디칼타임즈, 2019, '의료이용합리화'로 이름 바꾼 전달체계 개편, 의협 안은?

<http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1124028>

메디칼월드뉴스, 2016, 응급의료기관 평가결과... 운영비 보조금 및 수가와도 연동,

<http://medicalworldnews.co.kr/m/view.php?idx=1456992068>

메디칼업저버, 2015, 메르스 2 차확산, 삼성서울병원만의 책임인가, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=83703>

메디칼업저버, 2015, 2017 년 권역 응급의료수가 10~20% 가감 지급,

<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=82823>

메디칼업저버, 2015, '환자쏠림' 못 조이면 전달체계 멈춘다, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=85258>

메디칼업저버, 2016, 중증응급환자, 임의로 다른 병원 못 보낸다, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=96047>

메디칼업저버, 2016, 감염관리실 설치대상, 150 병상 이상으로 '확대', <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=90430>

메디칼업저버, 2018, 의료전달체계 개선권고안 채택 무산, <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=110174>

4

메디칼타임즈, 2016, 의료전달체계 개선협의회 발족 "법 개정, 추가개편 조치",
<https://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1102006>

메디칼타임즈, 2018, 응급실은 오늘밤도 주취자 전쟁터... 경찰 상주 의미
<http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1120011>

메디컬포커스, 2015, 중증응급환자 위주 응급의료체계 개선,
http://m.medicalfocus.kr/news_view.html?ID=2668

메디파나뉴스, 2019, 입원전담전문의 아직도 100 명 이하... "4 년 전과 같은 고민",
https://medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=238068&MainKind=B&NewsKind=104&vCount=20&vKind=1&Page=4&sWord=&Qstring=sWord%3D%26sDate%3D

보건복지부 보도자료, 2016, '16 년 의료관련감염 예방관리대책 중점 추진,
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=329263&page=7

보건복지부 보도자료, 2015, 신종감염병 대응 24 시간 긴급상황실 설치 등 국가방역체계 개편,
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=325188&page=1

병원신문, 2016, 비응급환자, 응급의료관리료 내야한다 - 보건복지부, 응급환자 중증도 분류기준 제정 고시, 1 월 1 일부터 시행, 권역센터 5 만 4 천 830 원 추가 부담,
<http://khanews.com/news/articleView.html?idxno=117930>

연합뉴스, 2018, 소방청 "비응급환자는 119 구급차 이용자제... 상담부터 받으세요",
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20181226043900004>

의약뉴스, 2016, 감염예방관리 '선별격리진료 수가'신설,
<http://www.newsmpr.com/news/articleView.html?idxno=152653>

의학신문, 2019, 문재인 케어, 환자 쏠림으로 의료생태계 붕괴 가져온다,
<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2102785>

의협신문, 2015, '메르스의 역습'.. 예상 밖 확산 '당혹',
<https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=106923>

질병관리본부 보도자료, 2017, 조선대학교병원, 첫 권역 감염병 전문병원으로 선정,
http://www.cdc.go.kr/CDC/cms/content/mobile/82/75782_view.html

청년 의사, 2017, 첫걸음 펜 '권역 감염병 전문병원', 예산 확보 저조,
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1045605>

청년 의사, 2011, 장중첩증에 천공된 '권역응급의료센터',
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=94683>

쿠키뉴스, 2018, 혼돈의 땅으로 변한 응급실, 입원대기만 3 일 - 대형병원 응급실로 몰려드는 환자들... 과밀화 막을 대책이 없다?,
<http://www.kukinews.com/news/article.html?no=615987>

한겨레, 2014, '진료의 기초' 내과마저 미달... 성형외과, 피부과로 몰려, <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/669060.html>

한겨레, 2015, '메르스 온상' 평택성모병원, 지난달 15-29 일 무슨 일이?, <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/694469.html>

한겨레, 2015, 경기도, 수원의료원 메르스 전용병원으로 운영, http://www.hani.co.kr/arti/area/area_general/695207.html

한겨레, 2016, 전원거부로 아이 사망 전북대, 전남대병원 권역센터 지정 취소, <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/766609.html>

한국 경제, 2019, 작년 '빅 5' 병원 시장점유율 8.5%... 사상 최대, <https://www.hankyung.com/society/article/201905289892Y>

헬스코리아뉴스, 2018, 권역응급의료센터 전원문제 심각, <https://www.hkn24.com/news/articleView.html?idxno=301756>

Abstract

A Mixed Methods Study
on the Policy Processes for Improving
Emergency Medical Services System
and Infection Control Program
after MERS Outbreak in Korea

Sun Young Lee

Department of Health policy and Management

College of Medicine

The Graduate School

Seoul National University

1. Background

Low-quality services of emergency medical institutions, unclear function of institution classification, and overcrowding of emergency departments (ED) of regional emergency medical centers (regional centers) have been major problems in the Korean emergency medical services system (EMSS). In 2015, the Middle East Respiratory Syndrome (MERS) outbreak spread from patients waiting for hospitalization in the overcrowded ED. The MERS outbreak was an event that revealed the vulnerability

of EMSS and opened the policy window to solve the problem of EMSS in Korea. Several policies for EMSS improvement were implemented after the 2015 MERS outbreak focusing the improvement of emergency medical services (EMS) delivery system and ED infection control.

This study investigates the policy processes for improving emergency EMSS and infection control program after the MERS outbreak. The purpose of this study was to examine the policy processes regarding EMSS from the view of policy actors and draw lessons for improving the EMSS in Korea.

2. Methods

A mixed method was utilized to identify and explain the complex subject of the policy processes of Korean EMSS during and after the MERS outbreak in 2015. As a quantitative study, changes in EMSS after MERS were investigated according to the WHO's model of a national health system infrastructure. Literature review and data analysis of Korean Health Insurance Service (NHIS) database were conducted. In Korea, the NHIS covers all citizens. A quantitative analysis was performed on 16,965,755 cases using ED during 2014–2016. In-depth interviews were conducted on 30 experts, who were involved in the emergency medical policy process, including clinicians, policy experts, and hospital management experts. The total interview time was 55 hours and 4 minutes. Changes in EMSS and the policy process

after the MERS outbreak were evaluated from the view of policy actors. In this study, quantitative data was interpreted qualitatively, and independent qualitative evaluation was conducted, as well. Therefore, this research is a mixed-methods study focusing on qualitative research. SAS version 9.4 was used for the quantitative analysis and NVivo 12.0 was used for the qualitative analysis.

3. Results

The quantitative analysis results showed that in the area of EMS delivery system, the human resource of ED and number of regional centers have been increased and facility, equipment, and manpower standards have been revised in order to expand emergency medical resources. As a result, the number of medical personnel and emergency intensive care units in regional centers increased and profitability of ED improved as well. The number of monthly ED visits temporarily decreased during the MERS outbreak but then recovered afterward. As ED overcrowding indicators were emphasized in the evaluation of EMS institutions, monthly mean ED length of stay of regional centers was decreased. However, despite the emphasis on providing critical care, transfer rate of severe emergency patients was not decreased. In the policy processes of EMS, experts evaluated that EMS delivery system was set up as a pseudo-agenda and

exploration and comparison of policy alternatives were not sufficiently carried out. As a result, the physicians did not comply with the policy implementation and policy goals were not achieved.

In the area of ED infection control program, the human resources for infection control and the number of isolation unit of ED were increased. Budgets for emerging infectious disease management were increased and profitability of infection control was also improved. The EMS Act was revised to respond to emerging infectious diseases and indicators related to infection control were strengthened in evaluation of EMS institutions. In the qualitative research, experts said that since the ED infection control program was such an intuitive and obvious problem, it was easy to become a policy-agenda. Despite the resistance of small hospitals, ED infection control program was implemented by powerful policy measures such as the revision of the Law. As a result, policy goals of expanding the infection control resources and improving the infection management environment were able to be achieved.

From results of observing EMS policy process, the following characteristics of policy actors were found. First, there was difference of opinions within the physician subgroup as well as between government and medical professionals. ED staff, other

department staff, and hospital executives, who have different views on policy alternatives could have all served as veto points in the policy process. Second, while the EMSS expert organization, which was an unofficial participant in the emergency medical policy process, could have played both roles of cause group and sectional group in the policy process, their sectional position has been emphasized, thereby weakening their insider status during policy process. Third, policy actors understood the publicness of EMS differently in terms of its ownership and function. The ED staff insisted that government support is needed because emergency medical care is based on public interest, however, some staffs were unwilling to provide less profitable cares, leading to conflict. Main characteristics of the emergency medical policy process that made it difficult to successfully implement are as follows: First, there was lack of consideration regarding variation of EMSS in Korea, such as distribution of medical resources among different regions, incentives to hospitals, and understanding of functional variations in ED. Second, the problem of the EMS delivery system was a problem of the low quality of emergency medical care. Third, the lack of professionalism in some physicians has lowered the capacity of emergency medical care, as well as trust between patient and doctor, therefore made the problem more difficult to solve.

4. Discussion

Based on the analysis of the policy processes of the EMSS after the MERS outbreak in Korea, following lessons are suggested. First, setting the goals of EMS from the perspectives of citizen is warranted. The final performance goal should focus on improving health status of citizen and satisfaction with emergency medical care. Second, to close the gaps among policy actors in understanding policy content and policy process, actors should work together to explore the root causes of the problems and establish a policy agenda together. Third, a policy alternative should be causal in solving the problems in EMSS considering variation of EMS. Fourth, compliance with policies could be secured by internal persuasion among policy actors with proper incentives and reasonable punishment, especially EMSS expert organization. Fifth, policy outcomes should be evaluated based on both policy output and side effects together to identify policy impact. Sixth, policy governance regarding EMSS should be established and the roles of EMSS expert organization should be strengthened as the cause group rather than sectional group.

This study examined the emergency medical policy processes from the view of policy actors through the 2015 MERS outbreak in Korea. The improvement of EMSS should be based on understanding of the emergency medical policy process and policy actors.

Keywords: Emergency Medical Service System, Mixed

methods study, Middle East Respiratory Syndrome

Student number: 2017-31617