

체크메이트

▶ 부소야, 박동현, 정은우, 최목원(서울대학교)

우리 동네를 위협하는 허위 조작 정보를 잡아라!



리포트

응급실 뺑뺑이는 왜 발생하는가?

영 상

[check & meet] 확인하고, 마주하다



각오한마디!

안녕하세요, 저희는 서울대학교 소속 학부생으로 구성된 팩트체크팀 '체크메이트'입니다. 저희 팀원들은 모두 언론정보학 전공을 이수하고 있습니다. 수업에서 배운 저널리즘의 객관성과 공정성에 대한 고민을 갖고 살아가던 저희 4명이 한 곳에서 만날 수 있었던 계기는 '서울대학교 팩트체크 센터'였습니다. 팩트체크 센터 산하 인턴으로 활동하던 중 한국언론진흥재단의 <체커톤> 모집 공고를 보게 되었고, 수업시간과 센터에서 배운 내용을 적용해볼 수 있는 좋은 기회라는 생각이 들었습니다. 현직 기자분들이 작성해주신 팩트체크를 읽어본 경험은 많지만, 직접 팩트체크를 수행하는 것은 처음이라 막연한 불안감과 떨림을 갖고 있습니다. 그렇지만, 팀원들과 함께 머리를 맞대고 고민하는 과정 자체가 성장의 기회가 될 것이라 확신합니다. 이번 <체커톤>의 주제는 지역사회를 위협하는 허위정보를 바로잡는 것입니다. 개인적인 고민들에 매몰되어 살아가다 보면, 우리가 발붙이고 살아가는 지역 사회의 위기에 무관심해지는 순간들이 있습니다. 이번 기회를 통해 우리 주변의 어려움과 고민들을 정면으로 마주하고, 문제를 바로 잡기 위해 힘을 보태고 싶습니다. 저희 팀 이름, '체크메이트'는 팩트체크를 하는 친구들이라는 의미와 함께 지역 사회의 허위정보를 꼼짝 못하게 잡아내고자 하는 의지를 담고 있습니다. 우리 사회를 위협하는 모든 허위정보가 '체크메이트' 당하는 날까지 '체크메이트'가 항상 지켜 보겠습니다! 감사합니다.

팩트체크 리포트

응급실 뺑뺑이는 왜 발생하는가?

팩트체크 계획 수립하기

➔ 이 주제를 선택하게 된 이유

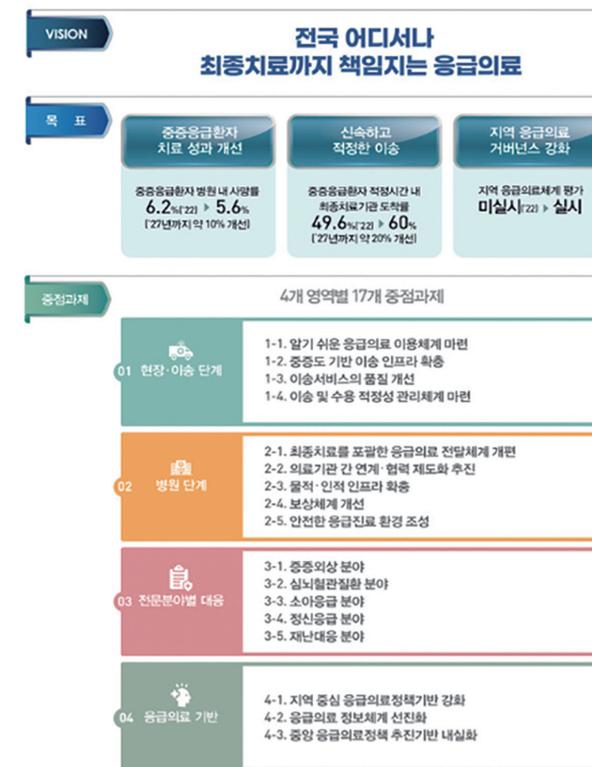
최근 응급환자가 수용 가능한 응급실을 찾지 못하고 구급차로 병원을 전전하다 숨지는 사고가 잇따르고 있다.

이른바 ‘응급실 뺑뺑이(응급실 재이송)’ 문제가 수면 위로 떠오른 건 지난 3월이다. 대구 10대 소녀가 건물에서 떨어져 다쳤으나 병원 응급실만 약 2시간가량을 전전하다 결국 사망한 것이다. 발견 당시 의식이 있을 정도였으나, 당시 병원들은 중증 외상환자가 많다는 이유 등으로 환자 수용을 거부하였다. 이에 지방 의료체계, 특히 응급의료체계에 대한 의구심이 커졌다. 당시 당정은 “전국 어디서나 1시간 이내에 응급 치료를 받을 수 있는 중증응급의료센터를 현행 40곳에서 60곳으로 확충하겠다”고 발표하는 등 대책을 내놓았다.

그러나 비슷한 사건이 재발하였다. 지난달, 서울 광진구에서 5살 아이가 열이 오르고 호흡이 가빠져 구급대가 출동했으나, 4곳의 병원에서 병상 부족을 이유로 진료받지 못했다. 마지막으로 간 병원에서는 ‘입원 없이 진료만 받겠다’는 조건을 걸고 진료를 받았고, 다음 날 급성 폐쇄성 후두염으로 사망하고 말았다. ‘만 5세 아이가 적시에 응급 진료를 거부당하고, 약 5시간을 허비하고도 입원 치료는 받지 못한 채 귀가 후 사망했다는 것’에 응급의료현장에 대한 질타가 커졌다. 이는 서울 한복판에서 발생한 일이

라는 점에서, 비단 지방 의료의 문제가 아니라는 점도 대두되었다.

지난달 30일에도 용인에서 후진 차량에 치인 74세 남성이 2시간 만에 사망했다. 구급대는 138분 동안 병원 12곳에 수술을 요청했지만 그중 한 곳에서 응급 처치만 해줬을 뿐 나머지는 모두 병원 문턱을 넘지 못했다. 겨우 수용 가능한 병원은 사건 발생 장소에서 100km나 떨어진 의정부의 병원이었다. 결국 환자는 이송 도중 고속도로 위에서 사망하고 말았다. ‘병실이 없다’, ‘전문의가 없다’는 것이 이유였다. 앞선 사건들과 마찬가지로 구급차 도착 당시 상태를 고려했을 때 소생 가능성이 큰 환자였다는 점에서 응급의료 현장에 대한 불안감은 더 커졌다.



▲ 제4차 응급의료 기본계획 5개년 (출처: 보건복지부)

대책을 세우지 않은 것은 아니다. 보건복지부에서는 ‘제4차 응급의료 기본계획 5개년’을 발표하는 등 응급실에서의 보편적 진료체계를 구축하겠다고 밝힌 바 있다. 응급의료센터 인프라 구축을 강화하겠다는 것이다. 체크메이트 팀은 여기서 의문을 가졌다. 왜 응급실 뺑뺑이는 반복되는 것일까?

@user-dv4qm6jb7b 3주 전
 상황판 실시간으로 확인하고 가면 저절로 일 없음. 귀찮아서 안보고 그냥 가까운 병원이나 환자가 원래 가던 곳 가서 저런 일이 생김.

@user-dv4qm6jb7b 3주 전
 상황판 안보고 그냥 밀어넣는 구급대원을 땀에 병원 직원들도 마음의 병 납니다

@lucaj4291 2주 전
 그저 의사탓, 병원 탓이지. 과연 119는 제대로 일하고 있나?? 정보를 정확히 전달합니까??

▲ 구급대원에 대한 비판 (응급실 뺑뺑이 사건 관련 기사 댓글 일부)

yun5**** 2023.05.31 16:34
 구급차에서 뺑뺑이들다정명하는 구급환자질병에 의사들은 책임이없나병상타당 의료수급비 타령한다면히포크라테스 정신을 산신한 의사가 아니다--

kimh**** 2023.05.04 10:36
 의사의 직업윤리가 문제지.. 역대 정원 늘리고 처음 지원할때부터 전공분야 정하고 변경불가 변경할려면 재입학하게 하고... 직무태만으로 인한 의료사고는 의사면허 취소 및 자격 재취득 불가능하게 해야 됨.. 안 그러면 저런 분류의 의사들이 나와고 병원이 생겨박아야무런 소용이 없음. 그런데다들 의사라는 기득권에 휘둘리고 있으니 안타깝다. ㅠㅠ

곰다이버

2023.05.31 04:41:55

어리숙한 의료 행정은 비협조적이고 이기적인 의사들 횡포에서 비롯된다. 과감한 의대 정원 확대와 헝가리나 몽골같은 우수하고 성실한 의사인력을 수입, 집중하여 자라나는 어린 아이의 건강을 우선 챙기는데 온 힘을 기울여야 하겠다.

▲ 의료진에 대한 비판 (응급실 뺑뺑이 사건 관련 기사 댓글 일부)

@hohol1670 1개월 전
 병원도 문제 많다.. 무슨 중환자실 없다고 응급환자를 안받나

heav**** 2023.05.17 18:59
 참으로 답답하다. 응급실이란 게 잘하는데도 있지만 경험해보면 문제가 많다. 그리고 왜 이런 시스템으로 돌아가는지 참... 왜 뺑뺑이를 들게 만드는지. 첫 번째 병원에서 자리가 없으면 119센터에서 동시에 비상 진달이 되게 해서 지료받을 수 있는 병원으로 바로 가져지. 왜 이 병원 언덕면 저 병원 가고 거기서 언덕면 또 뺑뺑이...같은 문제가 있었지만 시스템부터 고쳐라

답글 작성

38 1

▲ 병원에 대한 비판 (응급실 뺑뺑이 사건 관련 기사 댓글 일부)

팩트체크에 앞서 체크메이트팀이 응급실 뺑뺑이 사건 관련 기사문의 댓글을 살펴본 결과, 일부 여론은 응급실 뺑뺑이의 원인으로 현장 인력을 가리키고 있었다. 현장 대처 미흡, 비협조, 횡포, 직업윤리 부족 등 구급대원, 의료진의 잘못으로 인해 구급차 안에서 환자가 방치되고 적시에 치료받지 못한다는 것이다. 병원 시스템 전반에 대한 불만도 상당했다. 최근 일련의 응급실 뺑뺑이 사건으로 현장 인력과 응급의료 시스템 전반에 대한 우려가 치솟고 신뢰가 흔들리고 있는 상황에서, 체크메이트는 현장 인력에 대한 온라인상의 무차별적 비난과 응급의료 현실에 대한 여러 추측성 정보의 실체를 확인하고자 하였다.

지난 예선 취재 과정을 거치며, 응급실 뺑뺑이의 모든 책임을 현장 인력에게 물을 수는 없다는 사실을 확인했다. 예선 취재는 ‘응급실 뺑뺑이는 현장 인력의 문제일까?’라는 대질문 아래, 세 가지 검증문으로 구성되었다.

예선 검증 1. 응급실 뺑뺑이는 현장 구급대원의 문제이다? → 사실 아님

예선 검증 2. 응급실 뺑뺑이는 현장 의료진의 문제이다? → 사실 아님

예선 검증 3. 응급실 뺑뺑이는 병원의 문제이다? → 판단 유보

응급실 뺑뺑이가 발생하는 상황 속 현장 인력의 역할을 중심으로 검토해본 결과, 문제의 근본적인 원인은 현장 인력의 업무 태만 등이 아닌 제도적, 구조적 문제에서 기인하고 있음을 확인했다. 오히려, 응급 상황의 컨트롤 타워가 되어야 할 병원의 운영 과정 속에서 각종 허점과 불투명성을 찾을 수 있었다. 응급실 뺑뺑이의 근본적인 원인은 병원 혹은 보다 상급 기관인 정부의 정책 및 제도에 있을 가능성을 발견한 것이다. 따라서, 체크메이트팀은 본선 취재를 통해 응급실 뺑뺑이를 현장 인력의 책임으로 몰아가는 왜곡된 여론 이면의 구조적인 원인에 대해 집중해보고자 했다. 예선 단계에서 ‘현장 인력’이라는 특정 주체에 국한된 취재를 진행했던 점에서 한걸음 나아가, 한국 응급의료체계 전반의 문제를 포괄적으로 검토하기 위해 다음과 같은 대질문과 세 가지 검증문을 구성했다.

검증 대상: 응급실 뺑뺑이는 왜 발생하는가?

검증 1. 경증환자가 응급실의 수용 역량을 넘어서는가?

검증 2. 국내 응급의료 인프라가 불충분한가?

검증 3. 응급의료 정책이 응급 현장의 어려움을 반영하지 못하는가?

전문가와 이해관계자들의 인터뷰, 각종 통계자료와 국내외 학술자료 및 법령 등을 검토해 각 검증문에 대한 사실 판단을 내리고, ‘국내 응급의료의 현황에 대한 정확한 정보 전달’이라는 목표를 달성하고자 한다. 나아가, 응급실 뺑뺑이가 발생하는 근본적인 원인을 발견하고 이에 대한 해결방안을 고민하며 검증을 마무리할 것이다.

➡ 팩트체크 방법에 대한 계획

1. 어떤 형태의 자료가 필요한가?

- 논문, 각종 통계자료
- 신문 기사(인터넷 뉴스 기사 등)
- 전문가 (현장 관계자, 관련 분야 교수님 등) 인터뷰
- 급실 이용 경험이 있는 시민 인터뷰

2. 무슨 내용을 찾고자 하는가?

- 인터넷 뉴스 댓글 혹은 커뮤니티 등을 통해 제시된 응급의료 현장에 대한 허위 정보를 바로잡을 수 있는 자료를 종합적으로 검토하고자 한다.
- 응급 상황의 발생부터 종료까지 일련의 과정 속에서 여러 관계자가 참여하고, 한 개인의 판단보다는 전체적인 시스템에 의해 응급 현장의 대응이 결정된다. 그럼에도, 인터넷 뉴스 댓글 혹은 커뮤니티의 몇몇 시민은 응급의료 현장의 오작동에 대해서 특정 인물에게 책임을 전가하는 인식을 갖고 있었다. 그러나, 앞선 취재 결과에 따르면 응급의료 현장의 오작동은 개별적인 사건 혹은 인물의 책임으로 환원될 수 있는 문제가 아니었다.
- 이러한 인식을 바로잡기 위해서 실제 현장 관계자의 경험에 대한 증언, 관련 분야의 전문가 자문, 그리고 논문 및 신문기사의 내용을 검토할 것이다. 실제 응급의료 현장이 작동하는 방식에 대한 정보를 얻고, 나아가 그러한 시스템 속에서 응급의료체계가 오작동하는 이유를 제공하는 쟁점들에 대해 살펴볼 것이다.

3. 어떤 방법으로 팩트체크 할 계획인가?

- 환자가 발생한 순간부터 환자가 실제 병원에 이송되어 치료를 받고 퇴원하기까지의 전 과정에 대한 전반적인 그림을 그려볼 것이다. 그러한 과정 속에 개입하는 관계자의 인터뷰를 통해, 특정 과정에서 차질이 생긴다면 그러한 오작동이 발생한 이유를 파악할 것이다.
- 논문 등 문헌 자료에 대한 검토 단계에서는 앞서 파악한 응급의료체계의 오작동 이면

에 있는 근본적, 제도적인 배경을 찾아볼 것이다. 어떤 제도 혹은 사회의 인식이 응급 현장의 당사자들로 하여금 적절한 처치를 하지 못하게끔 만드는 제약 조건으로 작용하는지 살펴보고자 한다.

- 앞서 살펴본 자료들을 종합적으로 검토해, '응급실 뺑뺑이는 왜 발생하는가'에 대한 총체적인 인식을 얻을 것이다.

- 최종적으로는 한국 응급의료체계의 현주소에 대한 체크메이트의 결론을 도출하고, 이를 개선하기 위한 해결방안을 제시하는 단계로 나아가고자 한다.

체크해보기

[검증 방법]

1. 법률 조항 검토
2. 현장 인력 및 전문가 인터뷰
3. 논문 검토
4. 통계 자료 및 보고서 검토
5. 언론 보도 검토

(구체적인 참고문헌 내역은 검증 내용 뒤에 첨부하였습니다.)

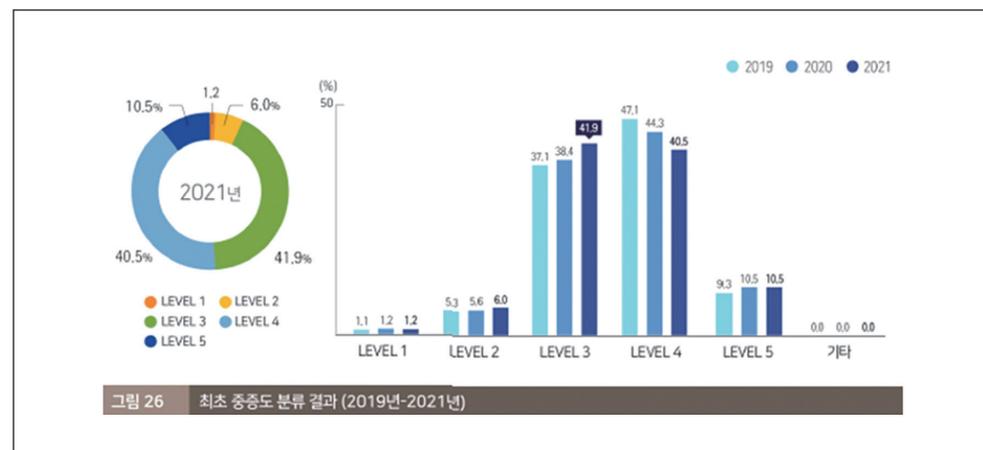
검증 1 경증환자, 응급실의 수용 역량을 넘어서는가?

환자가 사경을 헤매는 동안 왜 응급실은 환자를 병원으로 들여보낼 수 없었을까? 결론부터 말하면, 응급실 내에 경증환자가 과도하게 몰려, 분초를 다투는 중증환자가 발생했을 때 대응이 어렵다는 것이다. 구급대원과 의료진의 업무 태만으로 인해 응급 환자에 대한 제대로 된 처치가 이루어지고 있지 않다는 일각의 의심에 대해, 실제 응급실 현장에서 환자를 수용할 여력이 있는가 검토해보고자 했다. 체크메이트는 접근 가능한 다양한 자료를 살펴본 결과, 응급실이 만성적인 포화 상태라는 것을 알 수 있었다.

“(한국만큼) 경증환자를 자유롭게 대형병원 응급실을 가게 하는 나라는 없어요. 대부분의 국가는 비용 혹은 제도 등을 통해 진입 규제를 합니다. 그럼과 동시에 중증환자의 응급의료는 걱정스러운 수준입니다.”

체크메이트와의 인터뷰에서 중앙대학교 광명병원 응급의학과 김찬웅 교수의 발언이다. 실제 경증환자의 비율이 높은지 전국의 응급의료기관을 대상으로 한 2021 응급의료통계연보를 확인해보았다.

전국 응급실에 내원한 모든 환자는 한국형 응급환자 분류도구(KTAS)에 따라 나뉘어 최초 진료를 받는데, 2021년 응급실 이용 환자의 내원 시 최초 중증도 분류 결과 KTAS 4, 5 레벨의 경증 또는 비응급 환자가 51%로 집계됐다. KTAS 1, 2 레벨의 중증 손상 환자는 7.2%에 불과했다. 이처럼 응급실 이용 환자의 절반 이상이 경증환자이다 보니 증상이 호전되어 귀가 조치를 당한 환자는 76.6%였다.



▲ 응급실 이용환자의 내원 시 최초 중증도 분류 결과 (출처: 2021년 응급의료 통계연보)

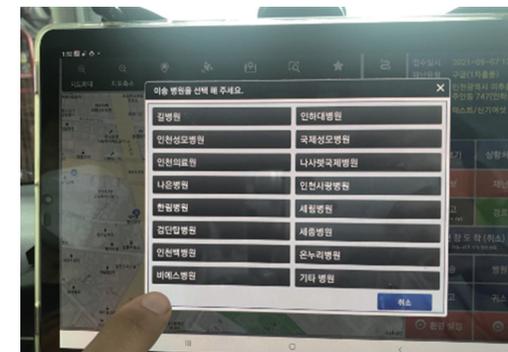
내원한 환자의 경험은 어떨까? 지난 4월, 알레르기 증상으로 서울 소재 권역응급의료 센터에 내원한 20대 환자는 내원 당시 길었던 대기 시간과 다른 환자들의 상태를 떠올렸다.

“오후 4시에 도착하여 1시간 30분 간 대기했어요. 위중한 환자부터 들여보내지 않고, 병원에 도착한 순서대로 들어갔어요. 위중해보이는 다른 환자가 걱정되었어요”
 그렇다면, 이렇게 많은 경증환자는 어떤 경로를 통해 응급실에 도달할 수 있었던 것일까?

경증환자가 구급차로 이송될 때 구급대원의 조치는 어떠한지 알아보기로 했다.

1.1 경증환자에 대한 병원 전 단계의 조치는 어떠한가

체크메이트 팀은 일선에서 환자를 마주하는 구급대원의 현실을 알아보기 위해 직접 소방서를 방문했다. 관악소방서 봉천 119 안전센터 이00 구급대원은 비응급환자를 이송하는 경우가 허다하다고 토로했다. 이00 구급대원은 일반적으로 환자의 상태, 질병, 또는 환자가 다녔던 병원 등을 고려해서 구급대가 이송 병원을 선정하지만, “(환자 본인이) 원하는 병원이 다 있다 보니 메이저 병원에 몰리는 경향이 있다”며 환자의 의사대로 이송하는 경우가 많다고 설명했다. 이처럼 응급 이송과정에서 119 구급대원의 영향력이 미미하여 더욱 비응급환자가 쉽게 응급실에 도달할 수 있게 된다.



▲ MDT 상황판 (사진 제공: 인천소방본부, 본 자료사진은 본문의 내용과는 무관합니다.)

“이게 저희가 응급실 현황을 확인하는 MDT 상황판인데요...(중략)...이게 23년 5월 16일이니까, 그리고 여기는 세부 내용은 안 띄워놨지만 마이너스 21명이라는 건 21명이 이제 접수해서 대기 중이다...”

구급대원이 보여준 상황판 속 응급실 이름 뒤에는 대부분 -5, -16, -21 등 숫자가 적혀 있었다. 그 말은 즉, 응급실에 여유 병상이 없으며, 해당 인원만큼의 환자가 응급실 수용을 대기하고 있다는 뜻이다.

그렇다면, 이송 또는 수용 대기 중에 중증환자를 살리기 위해 구급차에 동승한 구급대원은 자체적인 응급 처치를 시행할 수 없는 것인가? 물론, 기본적인 수준의 응급 처치는 시행할 수 있지만 국내 의료 현장에서 근본적인 치료 행위는 의사의 배타적인 권한이다. 구급대원 중 응급구조사와 간호사 자격을 보유한 대원들이 있어, 실제 치료 행위에 대한 전문 지식을 보유하고 있는 경우도 많다. 그럼에도, 간호사 출신 구급

대원들도 현장에서 응급의료행위를 하는 것에 대해 명확한 근거를 확보하지 못한 채, <응급의료에 관한 법률>에 따라 응급구조사의 업무범위를 준용하여 현장 활동에 임하고 있다. 또한, 1급 응급구조사의 업무범위를 준용하는 과정에서는 동법 제42조에 의해 의사로부터 구체적인 지시를 받지 아니하고는 응급 처치를 수행할 수 없다. 홍영표(2019)는 구급대원의 의료행위 권한을 분석한 연구에서, 응급의료 현실을 반영하지 못한 제도가 인명 피해를 가중시키고 있다고 지적한다. 현행법에서 응급구조사 자격을

응급구조사의 업무범위(제33조관련)	
1. 1급 응급구조사의 업무범위	
가. 심폐소생술의 시행을 위한 기도유지(기도기(airway)의 삽입, 기도삽관(intubation), 후두마스크 삽관 등을 포함한다)	
나. 정맥로의 확보	
다. 인공호흡기를 이용한 호흡의 유지	
라. 약물투여 : 저혈당성 혼수시 포도당의 주입, 흉통시 니트로글리세린의 혀아래(설하) 투여, 쇼크시 일정량의 수액투여, 천식발작시 기관지확장제 흡입	
마. 제2호의 규정에 의한 2급 응급구조사의 업무	
2. 2급 응급구조사의 업무범위	
가. 구강내 이물질의 제거	
나. 기도기(airway)를 이용한 기도유지	
다. 기본 심폐소생술	
라. 산소투여	
마. 부목·척추고정기·공기 등을 이용한 사지 및 척추 등의 고정	
바. 외부출혈의 지혈 및 창상의 응급처치	
사. 심박·재온 및 혈압 등의 측정	
아. 쇼크방지용 하의 등을 이용한 혈압의 유지	
자. 자동제세동기를 이용한 규칙적 심박동의 유도	
차. 흉통시 니트로글리세린의 혀아래(설하) 투여 및 천식발작시 기관지확장제 흡입(환자가 해당약물을 휴대하고 있는 경우에 한함)	

보유한 사람의 업무 범위는 다음 항목을 포함한다. 기본적인 수준의 응급 처치는 가능하나, 증상의 근본적인 치료를 위한 침습적 의료행위는 의사의 고유한 권한으로 남아있다. ‘침습적 의료행위’란 신체의 완전성을 해치고, 신체 내부에 영향을 미쳐 상해를 입힐 가능성을 내포하고 있는 통상적인 의료행위를 일컫는다.

▲ 응급구조사의 업무범위(출처: 응급의료에 관한 법률 제33조 관련 별표14)

“의료기관 전 단계에서의 어떤 응급의료체계를 봤을 때는 의사라든지 간호사가 없는 상황에서 응급구조사의 업무가, 가령 지금 투약이라든지 처치라든지 이런 게 안 되거든요. 근데 그런 것들을 할 수 있게 좀 열어줄 필요가 있죠.”

체크메이트와의 인터뷰에서 법무법인 오킴스 조진석 의료전문변호사의 발언이다. 지난 3월, 보건복지부가 ‘제1차 중앙응급의료위원회’에서 응급구조사 업무범위 조정안을 심의(홍완기, 2023)한 결과 응급 환자의 심정지 혹은 아나필락시스 쇼크 발생 시 구급대원이 에피네프린을 투여하는 것이 가능해졌으나, 투약에 앞서 의사의 지도, 감독을 받아야 한다는 점에서 구급대원이 자체적인 판단에 의해 신속한 의료행위를

수행하는 것을 기대하기 어렵다.

응급실 내부는 경증환자 처치로 바쁘고, 이송과 대기 중에 구급대원은 경증환자에게 적극적인 치료를 하지 못한다. 병원 전 단계의 현장 대응력을 약화하는 이 모든 요인들이 생사를 다투는 중증환자들을 위협 속으로 내몰고 있다.

1.2 경증환자에 대한 병원 단계의 조치는 어떠한가

그렇다면 응급하지 않은 경증환자가 병원에 이송된 상황에서, 병원측에서의 처치는 어떨까? 조진석 변호사에 따르면, 법률 상 경증환자에 앞서 중증환자를 우선하도록 진료 순서를 바꿀 수는 있다고 하나, 경증환자가 점유하고 있는 병상을 빼서 중증환자를 우선시키는 것은 실제로 굉장히 어렵다고 한다.

“국민정서상 흔히 말하는 선입선출이죠. ‘먼저 들어온 사람이 먼저 나가야 된다.’, 그런 정서가 있어서 자기보다 늦게 들어온 중증환자가 우선적으로 진료를 받는 것에 굉장히 거부감이 있는 것 같습니다.”

그나마 응급의료법상 중증도에 따라 응급의료기관을 분류하고, 병원 내부에서도 경증환자 구역, 중증환자 구역 등 위급도에 따라 진료와 치료 구역을 나눠 놓도록 하는 등의 법률이 존재하긴 하나, 환자가 순간적으로 몰릴 경우에는 그러한 장치에도 불구하고 중증환자 수용이 어려울 수 있다고 한다.

의료진의 입장에서도 중증환자를 무조건 우선시키기 난처하다. 인천 성모병원 레지던트 A씨는 체크메이트와의 인터뷰에서 아무리 경증환자라도 혹시 모르는 질병이 있을 수 있기 때문에 병원측에서도 무조건 거부하기 어렵다고 하였다.

“다른 사람들은(경증환자를) 그냥 돌려보내면 되지 않냐고 생각할 수도 있거든요. 그런데 사실 돌려보냈을 때 책임은 오로지 병원이 다 져야 되기 때문에... 웬만하면 돌려보내지 않아요.”

경증환자 진료와 치료에 대한 통일된 정책 또는 지침이 마련되어 있지 않은 상황에서 더더욱 환자를 거절할 수 없다. 조진석 변호사에 의하면, 경증환자에 대해 응급실이 다른 1, 2차 의료기관으로 안내를 할 권한은 있으나, 이는 통합된 지침으로 운영되지

않으며 개별 병원의 매뉴얼마다 다르다고 한다.

1.3 경증환자들은 왜 응급실을 이용하는 것인가?

그렇다면 애초에 경증환자들이 ‘굳이’ 응급실을 찾는 이유는 무엇일까? Korean Journal of Family Practice (KJFP)에 게재된 논문(이보령 외, 2019)은 경증환자들이 응급실로 내원하는 이유로 개인 의원 또는 지역 보건소와 같은 1차 병원의 야간 및 휴일 진료 불가능, 그리고 3차 병원 진료에 대한 맹목적인 신뢰를 지적하였다.

“우리나라는 야간이나 휴일에 진료를 볼 수 있는 기관, 의원이나 병원이 많지 않잖아요. 그러니까 응급실에 가시는 거거든요... 그리고 이왕이면 큰 병원에 가고 싶지, 오진이 될 수 있는데 굳이 작은 병원 가고 싶어하지 않는 것이 일반적인 사람의 심리이거든요.”

중증도에 따른 응급의료기관의 분류를 많은 사람이 이해하고 있지 못하다는 점을 지적한 중앙응급의료센터 고은실 응급의료정책실장의 발언이다. 이에 더해, 조진석 변호사는 자신의 질병에 대한 정확한 진단이 어려운 일반 시민에게, 응급실은 세부 부서에서 외래 진료를 받아야 하는 번거로움을 덜어주는 ‘간편한 종합병원’으로 인식될 수 있다고 지적했다.

“비의료인은 자기의 어떤 상태가 위급한지 위급하지 않은지 이런 부분에 대해서 판단할 수 있는 의학적인 지식이 없습니다. 그래서 “우선적으로는 일종의 ‘종합병원’인 응급실에 들어가면 모든 과의 진료를 통합적으로 한 번에 볼 수 있지 않을까?” 하는 기대감도 있어요.”

일각에서는 COVID-19를 거치며 비응급환자의 대형병원 남용이 심해졌다는 문제도 제기한다. KJFP는 동일 논문에서 코로나 이후 1차 병원의 감염관리에 대한 신뢰가 더욱 감소하여 대형병원 응급실 포화가 더욱 심해진 것이라고 분석했다. 코로나 기간 중 구급차를 통해 응급의료센터에 내원한 환자를 분석한 한국응급구조학회지 논문(김용준, 이경열, 2021)에서는 2020년 이후 비응급환자의 부적절한 응급실 이용이 높아졌음을 발견했다.

경증환자 쏠림 현상을 막는 것은 비단 응급실에 한정된 문제가 아니라 1, 2, 3차 의료기관 전체의 운영과 응급실에 대한 국민의 인식과 연동된 문제임을 알 수 있다.

● 검증 1: 결론

비응급 경증환자들이 응급실을 빈번하게 이용하고 있다는 점, 병원 측에서 경증환자를 거부할 만한 마땅한 방법과 정책적 장치가 없다는 점을 종합하여 ‘검증 1: 경증환자, 응급실의 수용 가능 범위를 넘어가는가?’를 ‘대체로 사실’로 판정한다.

경증환자의 수가 많다는 것은 사실이나, 이들의 응급실 내원 자체를 응급의료 오작동의 단일한 원인으로 지목하기엔 무리가 있다. 따라서, 체크메이트는 경증환자의 범람을 감당하지 못하는 국내 응급의료 인프라 자체에 문제가 있는 것은 아닌지 살펴보기로 했다.

검증 2 국내 응급의료 인프라가 불충분한가?

2022년 119구급서비스 통계연보에 따르면 구급차 재이송은 총 7,634건 발생하였는데, 그 사유 중 전문의 부재(31.4%)가 가장 큰 비중을 차지했다. 최근의 응급실 뺑뺑이 사건들을 보아도, 전문의 혹은 병상의 부족에 대한 우려를 하지 않을 수 없다. 우리 사회에 응급의료 상황이 발생했을 시 적절한 대응을 하기 위한 응급의료 인력 및 설비가 절대적으로 부족한 것은 아닐까?

2.1. 국내 응급의료 설비의 절대량이 불충분한가?

체크메이트와의 인터뷰에서 2021년 서울 소재 권역응급의료센터에 내원한 환자는 당직을 선 의료진이 부족했던 상황을 떠올렸다.

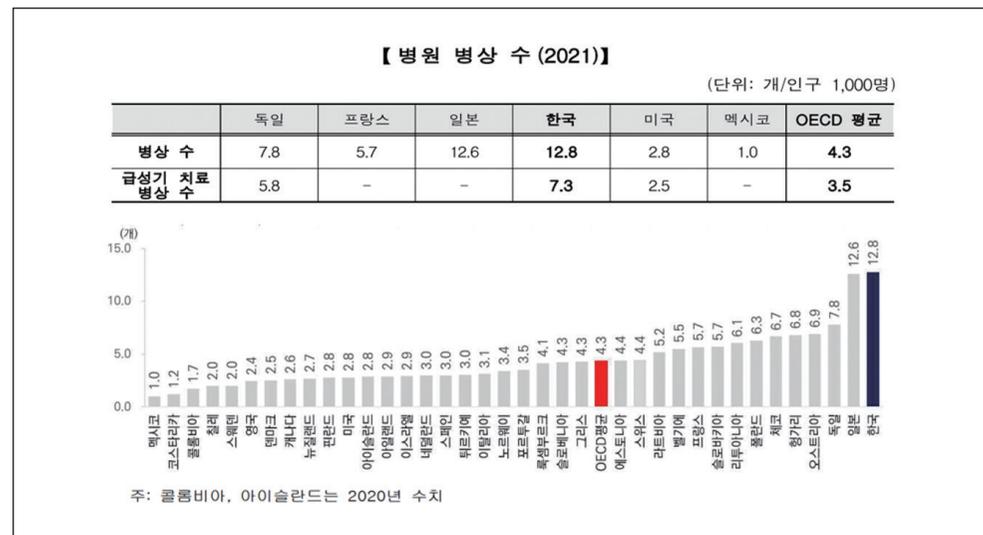
“시간대가 늦어서 그런지 응급실 내에 계시는 간호사 분이 적었어요. 링거 다 맞고 나오려고 하니 1명만 계셨던 것으로 기억해요.”

이처럼 몇몇 환자들의 경험, 언론 보도를 기반으로 우리 사회의 응급의료 인프라가 부족하여 의료 공백이 발생하고, 이로 인해 응급실 뺑뺑이가 발생한다고 판단할 수도

있다. 하지만, 국내 응급의료 인력과 설비의 절대량이 부족한지에 대해 전문가들의 의견은 분분하다. 고은실 응급의료정책실장은 응급의료 공백에 대한 일각의 문제 제기에 대해, 절대자원이 부족하다기보다 잘못된 수요로 인해 중증환자가 발생했을 시 상대적으로 자원이 부족해지는 것임을 지적했다.

“(우리나라는) 사실 지역응급의료기관에 경증환자가 많이 가는 건 괜찮아요. 권역 응급의료센터에 경증환자가 많이 가기 때문에 문제거든요... 중증응급환자한테 자원을 우선 배분할 수 있도록 하려면 환자들의 이용 문화가 개선이 돼야 하고, 환자의 중증도에 맞게 (의료자원이) 배분이 돼야 된다...”

인구와 면적 대비 자원의 절대량이 부족한 것은 아니나, 한정된 자원을 최대한 중증환자한테 쓸 수 있도록 하기 위해서 환자들 스스로의 중증도에 맞는 의료서비스를 이용하도록 하는 것이 관건임을 강조하였다. 역시 이면의 상황을 살펴보면, 결국 다시 ‘분산’의 문제로 돌아오게 되는 것이다. 실제 보건복지부가 「OECD 보건통계 (Health Statistics) 2022」 주요 지표별 우리나라 및 각 국가의 현황을 분석한 보도 자료에 의하면, 2020년 우리나라의 병원 병상 수는 인구 1,000명당 12.8개로 OECD 평균(4.3개)의 약 3배에 이른다.



▲ 병원 병상 수(2021) (출처: OECD 보건통계 (Health Statistics), 2022)

이처럼 병상이 양적으로 부족하지 않음에도 불구하고, 앞서 살펴본 2022년 119구급 서비스 통계연보에 따르면 구급차를 이용한 환자의 재이송 사유 중 병상부족(17.1%)이 두 번째 순위를 차지했다. 병상의 절대적인 수가 부족하지 않음에도 ‘병상 부족’이 높은 비중을 차지하는 재이송 사유였다는 것은 병상 ‘운용’ 과정 속에 문제가 있음을 알 수 있다.

2.2. 수도권과 지방의 응급의료 인프라에 불균형이 존재하는가?

이처럼 국내 응급의료 인프라의 절대량이 인구와 면적 대비 부족하다고 단정 지을 수는 없으나, 그 인프라가 중증도에 맞게 운용되고 있는 것으로 보이진 않는다. 중증환자에게 할당되어야 할 병상과 인력이 경증환자에게 잘못 배정되고 있다는 것이다. 나아가, 비수도권의 환자들이 수도권 병원을 찾는 상황이 반복되며 병상 운용이 지체되기도 한다. 그렇다면, 수도권-비수도권 지역 간의 응급의료 인프라 격차의 현황은 어떠한가?

결론부터 말하자면, 수도권에 비해 지방의 의료 인프라가 부족하다는 점은 사실이다. KOSIS 국가통계포털에 따르면, 현재 국내 인구 십만 명당 응급의학전문의 수는 평균 4.5명이다. 체크메이트가 주목한 것은 전국 단위 통계 이면의 지역 간 격차였다. 서울은 인구 십만 명당 응급의학전문의 수가 9.8명이지만, 충북은 1.4명, 전남은 1.7명으로, 인구 십만 명을 약 한 명의 응급의학전문의가 감당해야 하는 실정이다.

하지만, 지방의 응급의료 인프라가 수도권에 비해 부족한 상황임에도 한국 응급의료 시스템 전반에 공백이 있다고 보기엔 무리가 있다. 보건복지부에 의하면 현재, 전국에는 총 44개의 권역응급의료센터가 운영 중이다. 또, 올해 2월 개정된 응급의료법 시행규칙에 따라 응급의료 환경의 변화로 인해 추가 지정이 필요하다고 판단되는 권역에 대해서는 각 지역 병원을 대상으로 추가 지정을 공모하고 있다. 이러한 권역센터 선정은 모든 국민이 조속하게 응급 처치를 받을 수 있게 하기 위한 지역적 안배가 고려된 결과물이다. 고은실 실장은 의료 인프라의 근본적인 차이를 만드는 것은 지역별 권역센터의 개수가 아님에 주목했다.

“(우리나라는) 모든 국민들이 1시간 안에 권역센터로 갈 수 있고, 지역응급의료센터는

30분 안에 갈 수 있고 그 외에 지역응급의료기관은 더 자주 이용할 수 있도록 적정 개소수가 지정되어 있어요... 17개 시도에 410개의 응급 기관이 있고 5천만 국민들이 이용하고 있는데, 모든 국민들의 접근성을 동일하게 맞추는 것은 그렇게 합리적이지 않아요.”

지역 간 의료 쏠림의 근본적인 차이를 만드는 것은 각 병원에 대한 환자의 수요다. 앞선 대목에서 언급했듯, 환자들은 각자의 선호에 의거해 진료받을 병원을 선택한다. 이 과정에서 환자들의 발걸음이 지방의 의료기관이 아닌 수도권의 대형 의료기관으로 쏠리고 있는 것이다. 특정 환자에게 특정 지역의 병원을 갈 것을 강제할 수 없는 상황에서 지방의 병원을 늘리는 것은 구조적인 수요 불균형의 문제를 해결할 수 없다. 조진석 변호사 또한 지역 인프라 차이가 환자의 선호 쏠림에서 비롯했음을 지적하고 있었다.

“일단 환자가 분산돼야 해요. 분산. 지방병원들, 경기 북부라든지, 경기 동부 쪽은 오히려 병상이 남아도 (환자들이) 다 서울로 몰려요... 지방에 병원이 있음에도 불구하고 그걸 이용 안하고 다 그냥 몰려서...”

의료 현장에서도 이러한 문제 상황을 인지하고 있으며 이에 대한 대책을 마련하고 있다. 환자의 의료기관 선택을 강제할 수 없다면, 지방의료 서비스의 품질을 향상시켜 환자의 발걸음을 돌려야 한다. 지방 의료기관이 수도권 의료기관에 비해 전문의의 절대적인 수와 의료 설비 측면에서 취약한 것은 부정할 수 없는 사실이다. 따라서, 수도권과 지방의 병원 간 네트워크 활성화가 환자 수요 분산의 핵심 열쇠로 주목받고 있다. 네트워크 활성화에 대한 실마리는 고은실 실장의 언급에서 발견할 수 있었다.

“병원 간 네트워크를 활성화해서 지역 간 불균등한 자원을 메우려는 노력을 해야 돼요. (또,) 응급의료 전달체계를 개편해야 하죠... (정부에서는) 지역 간 편차가 있는 건 인정하면서 다만 기능에 차등을 뒀서 (지방 의료기관이) 1차적인 기능이라도 수행하도록 하고, (비수도권) 지역에서 (치료)할 수 없는 환자들에 대해서는 수도권으로 이송될 수 있는 제도를 계획 중이고 현실화 하려는 중이에요.”

2.3 의료기관과 의료인의 수를 확충하는 것이 의료 격차의 해결책이 될 수 있을까?

이러한 노력을 통해 비수도권 의료기관의 의료서비스 품질이 향상될 수 있다면 수도권 환자 쏠림 현상이 조금은 완화될 수 있을 것이다. 결국, 현장에서도 의료기관의 수 혹은 의료인의 수를 늘리는 것이 본질적인 해결책이 아님을 공감하고 있는 것이다. 현재 한국 지방 의료 인프라의 미흡함은 절대적인 공급의 부족이라기보다는 상대적인 공급의 부족이다. 정책적으로 추산한 수요의 틀 안에서 의료 인프라의 공급은 적절하게 이뤄지고 있었으며(지만), 현행 정책이 통제할 수 없는 부분에서 의료 격차가 발생하고 있었다. 현행 구조 속에서 지역 의료기관의 수를 확충하더라도 환자들이 수도권으로 몰리는 현상은 개선되지 않을 것이다. 환자는 수도권 병원을 선호하고, 국내 의료 현장에서 의료인이 환자를 돌려보내는 것은 어려운 실정이다.

이와 관련하여, 의사의 업무 권한 중에는 <의료법> 제 15조에 규정된 ‘의료인 거부권’이 있다. 이는 의사가 정당한 사유와 함께 환자의 진료를 거부할 수 있는 권한을 지칭한다. 과거에는 의료인이 진료를 수행할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우와 같은 특수한 경우에 한정해 해당 권리를 인정했다. 그러나, 지난 2020년 9월 유권해석을 통해 보건복지부가 ‘다른 의료기관으로 전원 조치’를 정당한 진료 거부 사유에 포함시켰다. 환자가 다른 기관에서 진료를 받을 수 있도록 안내하면 정당한 진료 거부로 인정받을 수 있는 것이다. 이러한 거부 권한이 현장에 성공적으로 안착한다면 경증 환자의 불필요한 응급실 내원을 줄이고 수도권 병원 쏠림을 일정 부분 해소하는데 기여할 수 있을 것이다. 환자의 응급실 내원 필요성에 대한 판단이 현장에서 이뤄질 수 있기 때문이다. 그러나, 조진석 변호사의 의료 업무 경험에 의하면 의료인들이 현장에서 해당 권한을 사용하길 기대하는 것은 난망한 상황이다.

“국민정서에 기반한 법 인식 상 환자에 대한 진료 거부권은 없다. 우리나라는 (의료인의) 진료 거부권이 굉장히 제한되어 있어서 경증환자라고 무분별하게 돌려보낼 수는 없는 상황이다... 일단은 병상을 배당하고 진료를 하고 그 결과에 따라 퇴원 내지 귀가를 시킬 수 있다.”

물론, 경증환자가 응급실에 방문하고 지역 주민이 수도권 병원을 선호하는 자연스러

은 현상에 대해서 환자들에게 맹목적인 비판을 가할 수는 없다. 앞서 언급했듯이, 수도권 병원과 지방 병원 사이의 의료서비스 품질 격차는 실재하기 때문에 서비스 이용자인 환자가 더 나은 서비스를 찾아 발품을 파는 행위를 무조건적인 비판의 대상으로 삼는 것은 적절치 않아 보인다. 그렇다면 지방에서도 품질 좋은 의료서비스를 받을 수 있는 수준으로 의료인을 확충하는 방안은 어떤까? 이미 공공의대 설립과 같은 제도적 개입을 통해 의료 인력의 절대적인 수를 늘리고자 하는 정책적 노력이 수반되어 왔다. 그러나 고은실 실장은 근본적인 응급의료에 대한 지원이 변하지 않는 상황에서 의료인 수만 늘린다면 같은 현상이 반복될 것이라 지적했다.

“의사 정원을 늘린다고 이 수익 구조나 전체 시스템이 개선이 안 되는데 의대 가는 학생들이 많아지면 이 친구들이 똑같은 시스템과 구조에서 (응급의료) 하는 방향으로 갈까요? 안 갈 겁니다. 지방으로 갈까요? 안 갈 겁니다. 이 시스템과 스트럭처를 개선하지 않으면 의대 정원을 늘려도 똑같은 구조를 만들 거고요.”

검증 2: 결론

국내 응급의료 설비의 절대적인 수가 부족하기 보다는 이를 수도권과 지방에 분배하는 방식에 문제가 있다는 점, 의료기관과 의료인 수를 확충하더라도 응급의료 공백을 해소하기는 어렵다는 점을 확인했다. 그럼에도, 수도권과 지방 의료 사이에 서비스 인프라 차이가 존재한다는 것은 명백한 사실이라는 점을 종합하여 ‘검증 2: 국내 응급의료 인프라가 불충분한가?’를 ‘절반의 사실’로 판정한다.

결국 현장의 노력이 환자, 의료인의 인식 개선으로 이어지기 위해서는 이를 지원하는 정책적인 측면의 변화가 선행되어야 한다. 이 대목에서 체크메이트는 현행 응급의료 정책과 수가 체계를 큰 틀에서 살펴보고 과연 지금의 응급의료 정책은 응급실 뻥뻥이를 만들어내는 구조적인 문제를 짚어내고 있는가를 진단해보고자 한다.

검증 3: 응급의료 정책이 응급 현장의 어려움을 반영하지 못하는가?

응급의료 정책의 핵심적인 지표가 되는 응급실 운영 평가를 먼저 살펴보았다. 중앙응급의료센터에서는 매해 지정된 응급의료기관에 대해 응급의료기관 평가를 진행

한다. 각 기관의 운영 현황, 기능의 적절성을 평가하여 서비스 수준을 제고하기 위한 목적으로 도입된 제도이다. 보건복지부가 공개한 2022년 응급의료기관 평가기준집에 의하면, 평가 영역은 크게 7개로 나뉘며, 각 지표별 점수에 5단계의 가중치를 적용해 총점을 산출하고, 100점 만점으로 환산 후 가점을 합산하여 최종 점수 및 등급을 산출한다. 종합 등급의 구체적 기준은 아래 사진과 같다.

2022년 평가 결과를 살펴보면, A, B등급 병원, 즉 시설·인력·장비 등 응급의료기관의 법정 기준을 모두 충족한 응급의료기관의 비율이 89.2%로 나타났다. 2021년에 비해 기준이 강화되며, 기준을 충족한 기관의 비율이 전년 대비 9.8%p 감소하였으나,

5) 평가 영역 및 목표		O (종합등급 기준)	
평가 영역	목표	종합등급	비율
필수	응급의료기관 중별 법정 지정 기준 준수	광역응급의료센터, 지역응급의료센터	지역응급의료기관
안전성	예방 가능한 무작응과 의료과오의 위험성 방지	A	최종 점수 순 30%
효과성	근거 기반의 진료 제공		
환자중심성	응급의료 이용지(환자 및 보호자)의 요구 반영	B	70%
적시성	중증도에 따라 시의적절한 의료 제공		
가능성	응급의료진담체계 내에서 중별 적정 기능 수행	C	70%
공공성	지역 응급의료체계 내 역할 수행		

▲ 응급의료기관 평가 영역 및 목표, 종합등급 기준
(출처: 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙응급의료센터 (2021). 2022년 응급의료기관 평가 기준집)

결과만 놓고 보자면 10개 기관 중 9개관은 법정 지정 기준에 따라 제 기능을 하고 있어야 한다. 그러나, 체크메이트가 살펴본 현실은 낙관적인 평가 결과와는 괴리가 있었다. 여전히 환자들은 치료받을 응급실을 찾지 못해 도로 위를 전전하고 있었으며, 응급실은 이들을 수용하지 못한 채 환자들을 사지로 내몰았다. 개별 응급실에 대한 구체적인 평가는 양호함에도 응급의료 현장에서 비극이 발생하는 원인을 국내 응급의료 지형의 구조적인 문제에 집중해 살펴보았다.

3.1 국내 의료지형이 민간의 영역에 과도하게 의존하는가?

우선, 한국의 의료지형은 공공의료에 비해 민간의료의 의료서비스에서 훨씬 더 많은 비중을 차지하고 있는 상황이다. 구체적인 지표를 확인하기 위해 한양대 의과대학의 신영전 예방의학과 교수 연구팀이 국민건강보험공단 연구용역으로 진행한 ‘한국

공공의료의 역사적 기원과 변화에 대한 연구'를 살펴보았다.

공공의료기관과 민간의료기관의 비중에서부터 한국 의료지형이 얼마나 민간 영역에 의존적인지 가늠해 볼 수 있었다. 한국의 민간의료기관 비중은 94.29%인 반면 OECD 평균은 44.48%로 현저한 차이를 보이고 있었다. OECD 주요국과 공공의료기관 수를 비교해 보면, 전체 의료기관 수는 한국이 3924개로 1253개인 OECD 평균을 상회하지만 그 안에서 공공의료기관의 수만을 비교해보면 OECD는 461개인 반면, 한국은 224개로 두 배가 넘는 차이를 보였다. 단순 의료기관 수가 아닌 의료서비스 제공량을 비교해본 지표에서도 의료서비스 제공 기준 공공의료기관 전국 평균 점유율은 11%, 민간의료기관 점유율은 89%로 민간 의료 영역의 확고한 존재감을 확인할 수 있었다.

이처럼, 국민의 생명과 안전을 좌우하는 의료서비스가 민간 영역에 과도하게 의존하게 되면 의료서비스가 시장의 논리를 따를 수밖에 없다는 부작용이 발생한다. 민간 병원은 의료기관인 동시에 영리 기업이므로, 공익성과 함께 상업성을 추구할 수밖에 없다. 따라서, 민간 병원 입장에서는 응급한 환자를 우선시해서 치료할 유인이 없으며 병원 수익에 도움을 주는 환자를 우선시하게 되는 귀결로 이어진다. 조진석 변호사 또한 이러한 대목에서 국내 의료지형의 문제를 짚어냈다.

“입원을 시켜서 추가적인 검사도 하고 추가적인 처치를 해야 그 병원으로서는 검사비, 처치료, 입원비 이런 수익이 발생하는데, (응급 환자는) 그게 아니잖아요. 그냥 응급실에 왔다가 검사 몇 개 하고 돌아간다, 그러면 그거는 오히려 병원으로서는 마이너스입니다.”

이른바 ‘골든 타임’이라 불리는 정해진 시간 안에 환자가 적절한 처치를 받는 것이 생존율에 큰 영향을 미치는 응급의료 현장에서 치료의 주체인 응급의료기관이 공적 가치보다 시장의 논리를 우선시하게 되는 현상은 실제 환자들이 피부로 느끼는 의료서비스의 품질 저하로 이어질 가능성을 내포하고 있다. 병원들은 점차 수익성이 높은 부분의 진료 비중을 늘리고, 수익성이 낮은 응급의료 서비스 제공을 축소하는 방향으로

나아갈 것이다. 극단적인 상황에서는 지방 의료기관들이 응급실 운영을 포기하는 상황까지 초래할 수 있다. 조진석 변호사는 이러한 상황일수록 정부가 나서서 국민의 보건 증진이라는 공적 가치를 확립할 필요가 있다고 목소리를 높였다.

“(수도권 쏠림으로 인해) 환자가 없어서 중증환자 진료를 못하고 있는데 실적 평가를 해가지고 수가라든지 보조금을 가감하겠다(는 정부의 정책) 이거는 좋지는 않습니다... 그러면 응급실 운영을 포기할 하는 겁니다... 오히려 정부가 목표하는 전 국민의 보건 건강 위생 보전이라는 그 취지에 맞지 않는 방향 같습니다.”

상업성을 추구하는 시장의 논리에 취약한 것은 비단 의료기관뿐만이 아니다. 민간 영역에 내몰린 의료인들마저도 수익성이 낮은 응급의학과 대신 수익성이 높은 특정 분과들을 선호하는 경향을 보이고 있는 것이 현실이다. 이른바 ‘피안성정재영’ (피부과, 안과, 성형외과, 정신건강의학과, 재활의학과, 영상의학과)라는 신조어로 대표되는 의료 분과들은 의대생들이 전문의 수련 분과를 선택할 때 가장 선호하는 과들을 나열한 것이다. 의료 현장에서 오랜 기간 근무한 김찬웅 교수는 이러한 세태에 대해서 결국 정책이 해결해야 하는 문제라고 지적했다.

“(의대생들이) 의대를 온 이유는 안정적인 직장으로서 선택한 것이다. 이미 의과대학을 들어오는 사람들이 그런 생각을 갖고 들어온 것을 어떻게 막겠습니까?... 근데 (다른 국가에서) 사회적 책임을 강제하는 하나의 장치가, 의사가 수련받고 (교육받는) 그런 부분에 있어서 국가 지원 부분이 존재합니다. 그래서 의사들이 의사 면허를 따고 수련받는데 국가가 이만큼 재정 지원을 했기 때문에 (의사의) 사회적 책무에 대한 합의가 좀 쉽습니다. 근데 우리나라는 국가 재정에서 의학 교육에 투입되는 재정이 거의 없습니다.”

온전한 시장 논리에 의해 좌우되지 말아야 할 의료 영역이 민간에 과도하게 맡겨진 결과 의료기관과 의료인 모두 상업성 추구로부터 자유롭지 못하게 된 것이다. 이러한 상황 속에서 민간 주체들의 무조건적인 자성을 바랄 수는 없는 현실이며, 결국 정부의 정책적, 재정적 지원을 통해 민간 주체들의 참여를 유도하고 합의를 이끌어내야 한다.

이 대목에서 관련 분야에 종사 중인 고은실 실장과의 인터뷰 내용을 인용하고자 한다.

“취약지로 간호사나 의사를 파견하는 방법들을 고민하고 있어요. ... 미국은 프리스탠딩 ER이라고 휴게소처럼 건물을 만들어놓고 간단한 진단 장비만 있고 의사를 파견해서 의사가 그 지역의 응급 환자에게 대한 수요를 1차적으로 감당하고 그 환자들의 후송이 필요하면 대도시의 병원으로 이송하는 시스템을 운영하고 있어요... 그래서 우리나라도 병원이 부족하다는 개념이 아니라 그런식으로 조금 차별적 접근을 하는 게 필요할 것 같아요.”

공공의료의 영역과 역할이 상대적으로 비대한 해외 사례에 비해 우리나라는 여전히 공공의료의 역할과 정부의 정책적 지원이 미흡한 상황이다. 그렇다면, 해외의 공공의료 사례를 선례로 삼아 국내 의료지형에 공공의료의 비중을 늘려나가는 방식도 한국이 직면한 응급의료 문제의 해결책이 될 수 있을까?

3.2 공공의료의 비중을 늘리면 응급의료 공백 문제를 해결할 수 있을까?

의료서비스의 공공화는 많은 비용을 요하는 정책이다. 동시에, 투입된 비용에 대해 추가적인 경제적 파급 효과를 불러일으키는 분야도 아니다. 조진석 변호사는 의료서비스의 이러한 비경제적 측면을 ‘돈 먹는 하마’라 평하며, 정부의 미온적인 정책적 태도의 원인이 되고 있다고 지적했다.

“(정부는) 기본적으로 1960년부터 보건의료 분야에 대해서 거의 무관심합니다. 왜냐하면 돈이 안됩니다. 그냥 돈만 먹는 하마입니다. 이게 뭐 다른 산업이라든지, 농업이라든지 이런 것처럼 돈이 되는 분야가 아니기 때문에 그냥 돈만 나가니까 무조건 큰 문제만 발생 안하면 된다는 식... 규제 개혁, 투자라든지 그런 건 전혀 안하죠.”

그러나, 의료서비스의 가치는 경제성으로만 평가될 수 있는 측면이 아니다. 경제성을 양보하더라도 의료 영역은 국가로부터 방치되어서는 안 되는 안전망의 성격을 갖는다. 외국의 응급의료 사례를 검토해본 결과, 국가 차원에서 공적 자원을 투자해 공공

영역에서 의료서비스를 운영하고 있는 국가들을 발견할 수 있었다. 그렇다면, 경제성을 양보한 정부의 과감한 의료 부문 투자가 응급의료 문제의 근본적인 해결을 가져올 수 있을까?

체크메이트가 살펴본 결과, 공공의료 또한 응급의료 문제의 완전무결한 해결책은 될 수 없었다. 우선, 공공의료의 질을 보장할 수 없다는 측면이 있다. 현재 한국은 매우 우수한 품질의 의료서비스를 국민에게 제공하고 있다. 이러한 의료서비스의 품질 향상은 민간 영역에서의 상업 경쟁에서 기인한 것이다. 만약, 공공의료 도입된다면 동일한 품질의 의료서비스가 지속될 것이라고 보장하기 어렵다. 고은실 실장은 실제 공공医료를 확립한 영국의 사례를 통해 부작용을 설명하고 있다.

“영국의 시스템에서 의사가 공공자원입니다. 거기는 수술하려면은 몇 년씩 대기해야 합니다... 국가 자원, 그러니까 공무원 같은 시스템입니다. 돈을 어마어마하게 많이 받지 않지만 딱 근무 시간에만 일하고, 내 일만 합니다. 영국의 주치의 제도는 너무 진료를 오래 대기해야 하니까 국민들이 알아서 응급 상황을 해결합니다... 공공의료원들의 가장 선두에 있는게 국립중앙의료원인데, 부모님 아프시면 국립중앙의료원 가겠습니까? 민간 병원 갈 겁니다. 의료의 질이 달라서 그런데, 공공기관이 되면 (서비스가) 패시브 해집니다.”

이처럼 의료의 공공화는 품질 저하라는 부작용을 초래할 위험성을 갖고 있다. 또한, 의료 현장에서는 이미 한국의 의료지형이 어느 정도의 공공성을 갖추고 있음에 주목한다. 몇가지 비급여 항목을 제외한 대부분의 진료 항목에 있어서는 진료 받은 비용을 건강보험을 통해 처리할 수 있다. 건강보험은 사회보험방식으로 운영되며, 그 재원으로 정부지원금을 활용하고 있으므로 환자들이 저렴한 가격으로 양질의 의료서비스를 이용할 수 있다. 저렴한 가격과 양질의 서비스라는 양립하기 어려운 두 측면이 공존하는 국내 의료지형의 특수성은 구조적 기형성을 더욱 강화시키는 방향으로 나아가고 있다. 강원도에서 공중보건의사로 근무하고 있는 P 보건의는 해당 현상을 ‘의료 쇼핑’이라고 지적했다.

“우리나라는 민간 영역에 의료가 맡겨져 있지만, 사실상 다 건강 보험 처리할 수 있습니다. 그래서, 환자들이 조금만 아파도 쉽게 병원을 찾습니다. 게다가, 좋은 서비스를 저렴한 가격에 받을 수 있으니 점점 유명한 병원, 잘하는 병원으로 환자가 몰리고 있습니다. 이걸 마치 ‘의료 쇼핑’ 같은거예요. 이제 와서 가격을 높이거나, 의료서비스의 품질이 낮아지면, 그간의 의료서비스에 익숙해진 환자들이 불만을 갖게 될 겁니다.”

민간에 의해 운영되는 동시에 건강보험이라는 사회보험에 의해 부양되는 국내 의료 지형은 의료 현장의 주체들로 하여금 비협조적인 태도를 갖게 만든다. 의료기관은 개별 병원의 수익성을 극대화하기 위해 값비싼 진료 행위를 제공하고자 노력하며, 환자들은 그러한 서비스를 낮은 가격에 이용할 수 있기에 자주 병원을 방문한다. 결국, 건강보험이 부양할 수 있는 한계치를 벗어났을 때 비로소 이 기형적인 구조의 모순이 드러나게 될 것이라는게 앞선 보건역사의 입장이다.

“이미 현장에서는 건강보험 재원이 거의 한계에 도달했다고 보고 있습니다. 보험료를 내는 인구는 점점 줄어들고 병원에 가는 인구는 계속 증가하는데, 언제까지 건강보험이 이렇게 많은 의료서비스 수요를 다 감당할 수는 없습니다. 아마 조만간 이 (보험료 바닥) 문제가 수면 위에 올라오고 나서야 심각함을 느낄 겁니다.”

앞선 건강보험 사례에 비추어 보면, 오히려 정부의 재원 출자가 시장 주체들의 행동을 왜곡하는 부작용을 야기할 수도 있다는 것을 확인할 수 있다. 물론, 정부의 재원이 무한하지 않기에 모든 문제를 다 정책적 지원을 통해 해결할 수는 없는 것이 사실이다. 그럼에도, 국내 의료지형이 필요로 하는 정책적 지원은 건강보험과 같은 비용적 측면에 국한된 것이 아니다. 응급의료라는 특정 분야를 집중적으로 지원할 수 있는 차별적인 지원이 필요하다는 것이다. 응급의료는 사회의 기본 안전망이고, 그 안전망을 보장하는 것은 국가의 기본적인 역할 중 하나이다. 체크메이트가 살펴본 바에 따르면, 그간 정부의 정책적 지원들은 현장의 목소리를 충분히 반영하지 못했으며 근본적인 문제의 해결로 이어지지 못했다. 실제 정책 결정 과정에 참여한 조진석 변호사는 현장과 정부의 소통 채널을 확보하는 것이 급선무임을 강조했다.

“(의료 현장의) 불만에 대해서 정부와 이제 소통할 수 있는 채널이 상시 확보된 건 아닙니다. 최근에 보면 아시겠지만 어떤 문제가 발생했을 때 정부에서는 위원회라든지 그런 이제 임시 조직을 만들어서 논의를 해서 해결하는 식으로 하려고 하는데, 저도 응급 예약과 관련해서 몇 개 위원회에 참석을 해봤는데요. 거기서 논의된 게 실질적으로 현실 의료기관에 적용되기는 굉장히 어렵습니다. 복지부에서 응급의료 관련 정책 부서가 있기는 하지만 거기서 이거를 다 전달하기는 굉장히 어렵습니다. 현장의 목소리를 그대로 반영하고 확인하고 거기에 대한 대책을 수립하는 것이 어려운 상황이지요.”

● 검증 3: 결론

국내 의료지형이 민간 영역에 과도하게 의존하고 있다는 점, 그럼에도 정부가 민간 영역의 부작용을 해소하기 위한 적극적인 정책적 개입을 보이지 않고 있다는 점을 확인했다.

또, 이러한 문제는 단순히 의료지형의 체질을 민간, 공공 중 하나로 결정하는 방향이 아니라 현장과 정부 사이의 긴밀한 소통이 중요하다는 점에서 ‘검증 3: 응급의료 정책이 응급 현장의 어려움을 반영하지 못하는가?’를 ‘대체로 사실’로 판정한다.

참고 자료

1. 법률 조항

응급의료에 관한 법률 제7장 제41조

응급의료에 관한 법률 제7장 제42조

의료법 제2장 제1절 제15조

의료법 제2장 제3절 제27조

의료법 제3장 제1절 제33조

2. 현장 인력 및 전문가 인터뷰

관악소방서 봉천 119 안전센터 이00 구급대원

중앙대학교 광명병원 응급의학과 김찬웅 교수
응급의료평가질향상팀 조혜경 팀장
중앙응급의료센터 응급의료정책실장 고은실 실장
법무법인 오킴스 조진석 의료전문변호사
인천성모병원 레지던트 A씨
강원도 소재 공중보건 의사 P씨
2022년 4월 서울 소재 권역응급의료센터에 내원한 20대 환자
2021년 서울 소재 권역응급의료센터에 내원한 20대 환자

3. 논문

김용준, 이경열 (2021), COVID-19 기간 119구급차를 통해 일개 응급의료센터에 내원한 환자 증증도의 변화, <한국응급구조학회지> 제25권 제3호, 145-156

김윤 (2015). 응급의료기관 평가와 질 인센티브. <HIRA 정책동향> 9(4), 31-41
대한의사협회 의료정책연구소 (2023). 의사의 권리와 의무에 관한 연구 -의료법편-. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 1-195.

이보령, 황선욱, 박상미, 김효준 (2019), 3차 병원 응급실에 내원한 환자 중 1차 진료에 적합한 환자 비율에 대한 분석, <Korean Journal of Family Practice(KJFP)> 9(6), 527-531

이일학 (2019) 응급의료의 범위에 대한 고찰- 공공재의 관점에서.
<HIRA 정책동향> 14(1), 19-25

정연, 이근찬, 유명순 (2016). 한국 민간의료기관의 공익성: 분석틀 개발과 현황의 측정. <보건사회연구>, 36(4), 344-373

한갑수, 김원영, 김수진, 정진우, 강형구, 이철웅, 이성우 (2020). 우리나라 응급의료 기관 평가제도의 개선방안. <대한의사협회지> 63(4), 227-234.

홍영표 (2019). 119구급대원의 현장응급의료행위에 대한 법적책임.
국내석사학위논문 고려대학교

4. 통계 자료 및 보고서

김용익 (2020). 공공의료를 다시 생각하다. <행정포커스>, 148, 1-8.
보건복지부 (2018). 2018~2022년 응급의료 기본계획(안)
보건복지부 (2022). 『OECD 보건통계 2022』로 보는 우리나라 보건의료 현황.
보건복지부 (2022,12,28) 「2022년 응급의료기관 평가 결과」발표 <대한민국 정책브리핑>
보건복지부 (2023). 2023~2027년 제4차 응급의료 기본계획
보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙응급의료센터 (2021). 2022년 응급의료기관 평가 기준집
보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙응급의료센터 (2022). 2021 응급의료 통계연보
소방청. (2021). 구급서비스 통계연보 <e-나라지표>. Retrieved 23/05/30
소방청. (2022). 2022년 119구급서비스 통계연보
통계청. (2023). 응급의료현황통계 <KOSIS 국가 통계 포털>. Retrieved 23/05/30

5. 언론 보도

권지담 (2022.03.22). 공공의료를 민간병원 통해 확대... “의료 민영화 가속화할 것” <한겨레> Retrieved 23/05/25 from https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/1035728.html

박대진 (2020.09.02). ‘환자분 다른 병원으로 가세요’... 정당한 진료거부. 복지부 ‘전원 조치도 포함’ 유권해석... 의료인 거부권 확대 <데일리메디> Retrieved 23/05/25 from https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=860016

보건복지부 (2023.01.02). 응급의료에 관한 법률 시행규칙 일부개정령안 입법예고 <입법예고> Retrieved 23/05/25 from <https://www.moleg.go.kr/lawinfomakingInfo.mo?lawSeq=71527&lawCd=0&&lawType=TYPE5&mid=a10104010000>

윤상 (2016.01.04). 견보공단, 응급실 간호사 수 부풀려 수십억 원 챙긴 한강성심병원 적발 <KBS NEWS> Retrieved 23/05/23 from <https://news.kbs.co.kr/news/view.do?ncd=3209102>

이강 (2023.05.19). “부풀린 능력” “결끄러운 관계”... 응급환자 여전히 떠돈다.

Retrieved 23/5/20 from https://news.sbs.co.kr/news/endPage.do?news_id=N1007198474&plink=COPYPASTE&cooper=SBSNEWSSEND

이경호(2023.05.08.). '권역응급의료센터' 추가 지정 5개 병원은 어디? <힐팁> Retrieved 23/09/02 from <http://www.healtip.co.kr/news/articleView.html?idxno=5267>

이은경(2021.09.08). 인천소방본부 'MDT' 기능 개선... 재난상황 대응력 제고 기대 <인천일보> Retrieved 23/06/18 from <http://www.incheonilbo.com/news/articleView.html?idxno=1111878>

이재원 (2023.04.14) “현행 응급의료체계, 전문과 사실상 배제.. 인력기준 강화 필요” Retrieved 17/05/23 from <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2195207>

이지현 (2023.05.04) ‘응급실 뺑뺑이’ 병원 4곳 행정처분... 보조금 중단 초강수. <메디컬타임즈> Retrieved 23/05/17 from <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1153442>

조운 (2023.04.15). 경증으로 꼭 찬 응급실, 돈 안되는 중증응급은 뒷전... 갈 곳 잃은 응급 심뇌환자 대책은? <메디게이트> Retrieved 23/05/15 from <https://medigatenews.com/news/1721622791>

하경대 (2022.02.22.). 공공병원 의료서비스 전체의 11%, 전문의 수는 병원 평균 85명에 그쳐. <메디게이트> Retrieved 23/09/02 from <https://medigatenews.com/news/2441676236>

홍완기 (2023.03.02). 응급구조사도 에피네프린 투여한다... 의사 '지도·감독 하' <의협뉴스> Retrieved 23/05/30 from <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=148735>

결론 작성하기

✔ 검증 결과

위의 근거들을 토대로 한 검증문들을 종합한 결과, 각 검증문에 대해

검증 1: '경증환자, 응급실의 수용 가능 범위를 넘어가는가?' -> '대체로 사실'

검증 2: '국내 응급의료 인프라가 불충분한가?' -> '절반의 사실'

검증 3: '응급의료 정책이 응급 현장의 어려움을 반영하지 못하는가?' -> '대체로 사실'

이라는 결론을 얻었다.

체크메이트는 응급실 뺑뺑이라는 일련의 사건들에서 출발해 그 원인과 해결 방안을 찾고자 부단히 고민을 이어나갔다. 여러 전문가의 의견을 듣고, 자체 조사 과정을 거치며 사건의 근본적인 문제는 개별 '응급실 뺑뺑이' 사건이 발생한 구체적인 맥락 속에 있지 않다는 인상을 받게 되었다. 오히려 본 사안을 응급실 뺑뺑이라 명명하고 개별 사안으로 조명하는 태도가 그 이면의 구조적, 본질적 모순을 가릴 위험이 있다는 합의에 이르게 되었다. 그래서, 체크메이트는 응급실 뺑뺑이가 발생하는 과정에 개입한 현장 인력의 역할과 책임을 조명했던 기존 기사 전달 방식에서 벗어나 한국의 응급 의료체계 전반을 살펴보는 시도로 나아가고자 했다. 이와 더불어, '응급실 뺑뺑이'라는 용어 자체가 본 사안을 적실하게 조명하는 용어 정의가 맞는지에 대한 의문까지 갖게 되었다. 지난 6개월 간 체크메이트가 살펴본 한국 응급의료체계의 모순은 개별 사안의 문제 혹은 개별 주체의 태만함에서 비롯된 것이 아니었다. 오히려 의료 현장의 공급자(병원, 의료인)들을 구속하는 산업의 구조 및 제도와 소비자(환자)들의 인식 속에서 그 원인을 찾을 수 있었다.

따라서, 체크메이트는 검증문 '응급실 뺑뺑이는 왜 발생하는가?'에 대한 답변을 '한국 응급의료체계의 문제를 어떻게 해결할 수 있을까?'에 대한 답변으로 대신하고자 한다. 중심 검증문을 세 개의 작은 검증문으로 나누어 검토해보았다. 그 결과, 국내 응급 의료체계는 경증환자 과밀화로 인해 수용 한계를 넘어섰고, 환자 수용 실패는 결코

국내 응급의료 인프라가 미흡하기 때문만은 아니라는 사실 또한 확인할 수 있었다. 물론, 수도권과 지방 사이의 응급의료 인프라 격차가 존재하고 있었으나, 이를 개선하기 위해서는 추가적인 의료기관 설치와 같은 미봉책 대신 정부가 직접 공적 가치를 제고하는 방향으로 차별적인 정책 지원을 도입해야 한다는 결론을 얻었다.

‘응급실 뺑뺑이’는 수면 위로 드러나지 않았던 한국 응급의료체계의 문제를 보여준 사건이다. 그러나, 겉으로 드러난 응급실 뺑뺑이를 근절하는 것을 넘어 그 어떤 국민도 적절한 시간에 필요한 응급 처치를 받지 못하는 일은 없어야 할 것이다. 따라서, 체크메이트는 우리 손으로 우리의 안전을 지키기 위해 스스로의 인식을 개선할 것을 제안한다. 우리 중 누구나 응급실을 방문하는 경증환자가 될 수 있고, 또 동시에 응급실 밖에서 대기하는 중증환자가 될 수 있다. 필요한 진료를 받을 권리는 그에 맞는 시민의 태도와 의무를 다할 때 더욱 빛날 수 있을 것이다. 이와 더불어, 정부는 의료 공급자들이 시장의 논리로부터 보다 자유롭게 의료 안전망을 구축할 수 있도록 정책적으로 지원해야 한다. 여러 의료 분과 중에서도 응급의료는 사회적 안전망의 성격이 강하다. 그렇기에 더욱 높은 공적 가치를 지니고 있고, 정부가 나서서 그 어려움을 들어주고 해결해야 할 필요성을 다시금 확인할 수 있었다.

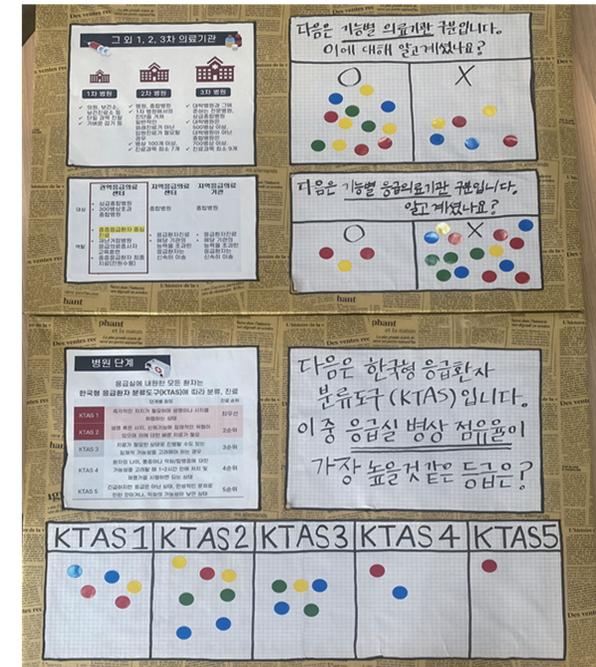
☑ 해결 방안

1. 응급실 이용 관련 국민 인식 개선

중증도 분류도구(KTAS)에 따라 응급실 이용 환자의 내원 시 최초 중증도를 분류한 결과, 과반수의 환자가 경증 또는 비응급 환자로 집계됐다. 응급 처치가 불필요한 경증환자들이 응급실 병상을 점유하고 있는 사이에, 응급 처치가 절실한 중증환자들이 도로 위를 전전하는 역설적인 상황이 이미 한국 의료 현장에 만연한 것이다. 한국 응급실의 만성적인 포화 상태를 해소하기 위해서는 경증환자들이 응급실 대신 다른 의료기관에서 진료를 받을 수 있도록 장려해야 할 것이다. 물론 중앙대학교 응급 의학과 김찬용 교수의 발언에서 찾아볼 수 있듯, 응급실 비용 향상 혹은 제도적 장치를 통해 경증환자의 응급실 진입을 규제하는 것도 고려해볼 수 있는 방안이다. 그러나, 강압적인 장치를 통해서 환자의 병원 선택을 강제한다면 진료 받을 병원을 스스로 선택할 수 있다고 생각하는 국민 정서와 충돌할 여지가 있다. 이에 체크메이트는 국민

인식 개선 캠페인 및 의료 체계에 대한 교육을 통해 시민의 자발적인 동참을 유도할 것을 제안한다.

응급医료를 자신의 삶과 동떨어진 것이라 생각하는 대다수의 시민은 응급의료체계의 오작동에 대한 관심이 부재했다. 실제로 거리의 시민을 대상으로 한 체크메이트의 인식 조사 결과, 다음과 같은 응답을 보였다.



▲ 시민 대상 길거리 인식 조사

많은 시민이 응급실에 내원하는 환자 중 경증환자의 비중이 더 높다는 사실을 모르고 있었으며, 내원 환자의 중증도에 따라 분화되어 있는 국내 의료체계에 대해서도 들어본 적 없다고 응답했다. 심지어 몇몇 응답자들은 짧은 인터뷰를 통해 응급실에 내원하는 경증환자들에 대해 “그러면 안 되는 것 아닌가요?”와 같은 반응을 보이기도 했다. 이처럼 국내 응급의료체계가 마주한 만성적인 포화 상태는 일반 시민의 상식에 비추어 보아도 이해하기 어려운 모순적인 상황이다. 따라서, 체크메이트는 더 많은 시민이 응급의료의 위기에 대해 공감하고, 경증환자와 중증환자가 이용해야 하는 병원이 등급에 따라 구분되어 있다는 사실을 인지하는 것만으로도 어느 정도의 상황 개선을 이뤄낼 수 있을 것이라는 판단에 이르렀다.

정부 혹은 의료기관 차원에서 이와 관련된 교육 캠페인을 진행할 것을 제안한다. 응급실에 내원한 환자 혹은 일반 시민을 대상으로 응급실 이용 요령에 대한 가이드라인을 교육하고, 현 상태가 지속되었을 때 한국 응급의료체계가 마주할 위기를 널리 알린다면 시민이 응급실 앞에서 자발적으로 발길을 돌리는 긍정적인 파급 효과를 이끌어 낼 수 있을 것이다. 구체적인 실행 방안으로는 1) 119 상담 서비스를 통해 몸에 이상을 느낀 환자들이 24시간 정보를 얻을 수 있는 창구를 마련하고, 2) 국민에게 실시간 응급실 혼잡도 정보를 제공해, 포화 상태의 응급실로 환자가 몰리는 상황을 방지하고, 3) 야간이나 휴일에도 진료 혹은 의료 관련 도움을 받을 수 있는 기관들을 널리 알리는 캠페인 등을 실천해볼 수 있을 것이다.

2. 지역 간 의료 자원 재분배 및 네트워크 활성화

우리나라의 단위 인구당 병상 수는 결코 적은 수준이 아니다. 당장 OECD 평균과 비교해봐도 인구당 병상 수가 약 3배에 이르는 양호한 상황이다. 그럼에도 중증환자가 필요한 응급 처치를 받지 못해 사망하는 사건이 발생한다는 것은, 이러한 병상들이 제대로 ‘운용’되지 못하고 있다는 의미로 해석된다. 그리고, 그러한 운용의 문제는 병상 및 의료 자원의 ‘배분’ 문제에서 가장 두드러지게 나타난다. 국내 의료 인프라의 절대적인 양은 부족한 수준이 아니지만, 그 안을 들여다보면 수도권과 비수도권 간의 인프라 격차가 존재함을 알 수 있다. 돈과 사람이 모이는 수도권을 중심으로 의료 인프라가 집중되는 오늘날의 상황에서 지방의 환자들이 수준 높은 의료서비스를 찾아 수도권으로 이른바 ‘의료 쇼핑’을 떠나는 실정이다. 역설적인 것은 지방의 열악한 의료 인프라로 인해 비수도권 환자들이 지역 병원을 외면하고, 이로 인해 지역 병원들이 문을 닫으며 수도권-비수도권 간 의료 격차가 더욱 심화되고 있다는 것이다.

이러한 의료 격차는 단순히 지방의 의료 인력을 확충하고, 병원 수를 늘린다고 해결할 수 있는 문제가 아니다. 체크메이트가 만난 전문가들도 구조적 개선 없이 의사 정원만을 늘리는 해결 방안은 지금 상황을 개선할 수 없을 것이라 지적했다. 결국, 단순히 의료 자원의 절대적인 양을 늘리는 것이 능사가 아니라는 뜻이다. 비수도권에서도 수도권과 유사한 수준의 ‘양질의’ 의료서비스를 받을 수 있도록 의료 자원의 재분배가

이뤄져야 한다. 체크메이트가 만난 전문가들도 이 과정에서 정부의 개입이 수반되더라도, 지역 병원들이 1차 의료기관으로서의 역할을 다하도록 보장하는 것이 중요함을 언급했다. 자원 재분배의 핵심은 의료서비스의 수요자인 환자들이 체감할 수 있을 정도의 지방의료 서비스 품질 향상을 이뤄내는 것이다. 지방 의료기관 외면 현상의 출발점이 수요자의 선호에 있다는 점을 고려하면, 환자들의 발길을 돌리는 것이 급선무임을 알 수 있다. 의료 자원을 지방으로 재분배하는 것이 요원하다면, 적어도 수도권-비수도권 병원 간 협력을 강화해 비수도권의 환자들이 물리적인 이동 없이도 양질의 의료서비스를 받을 수 있도록 지원해야 한다. 이와 같은 맥락에서 현 정부가 병원 간 네트워크 구축 정책을 추진하고 있다는 사실을 고은실 실장의 언급을 통해 확인하기도 했다. 마지막으로, 환자들이 선제적으로 수도권 병원에 내원하지 않더라도 위급 상황 발생 시 언제든지 인근 대도시의 병원으로 환자를 신속하게 후송할 수 있는 네트워크를 구축해야 한다. 이러한 네트워크가 정착된다면, 환자들이 안심하고 지역 병원을 찾을 수 있게 될 것이라 기대한다.

3. 응급의료 분과에 대한 정책적 지원

국내 의료지형은 매우 기형적인 구조를 갖고 있다. 민간 의료는 의료서비스의 대부분을 차지하나, 건강보험이라는 공적 재원을 통해 이를 지탱하고 있는 산업 구조이다. 이러한 구조의 형성은 한국의 압축 성장이라는 역사적 맥락 속에서 이뤄졌다.

“외국의 경우 공급과 재정이 균형을 이루고 있는 것에 반해, 한국의 공공의료는 ‘재정’은 건강보험을 통한 공공부문이, ‘공급’은 민간부문이 주도하는 독특한 형태를 띠고 있다. 1977년 의료보험이 도입되고 1989년 전 국민으로 확대되어 급증하는 의료수요를 충족하기 위해 정부 지원과 차관을 통해 민간 자원을 동원하게 되면서 민간의료기관은 급성장하게 되었다. 그 당시 국가는 경제발전에 초점을 두고 복지 분야 투자 우선순위는 낮았기 때문에 공공병원의 재정 상황은 열악했고 저소득계층 위주의 보충적 역할을 수행하게 되었다.”(김용익)

민간 의료의 성격 위에 정부 재원이 투자되는 형태는 의료 산업의 상업성을 심화시켰

고, 의료인들로 하여금 응급의학과와 같은 필수 의료 분야에 대한 낮은 선호를 갖게 만들었다. 실제로, 체크메이트의 시민 인식 조사 중 만난 한 의대생은 교대 근무를 진행하는 응급의학과와 특수한 성격을 선호하는 일부 학생을 제외하고, 대다수의 학우들이 응급의학과에 매력을 느끼지 못한다고 응답했다. 나아가, 민간 의료기관이 주축이 되는 국내 의료지형에서 정부가 사립대학병원을 관리하거나 통제하는 것 또한 요원한 상황이다. 우리나라 일부 민간의료기관의 공익성 수준 및 인식에 대한 정연, 이근찬, 유명순의 연구에 따르면, 민간의료기관의 공공보건의료활동 수행의 주요 동기로 가장 많이 꼽힌 것이 '시장경쟁에서의 병원 생존'이었다. 이러한 상황 속에서 정부가 규제를 통해 사립병원 주체들이 응급의료를 확장하도록 장려하는 것은 실질적으로 불가능하다고 판단한다.

그렇다면, 사립병원들이 공공의료의 역할을 수행하도록 장려하는 일을 포기해야 하는가? 민간 의료기관이 전체 의료기관 중 89%에 달하는 국내 의료지형에서 그러한 귀결은 공공의료의 붕괴로 이어질 것이다. 한국 의료 현장에서 정부가 선택해야 하는 방식은 규제가 아닌 '지원'과 '관리'다. 이에 체크메이트는 국민의 생명과 직결되는 응급의료 분과에 대한 구체적이고 차별적인 지원을 통해 응급의료의 성장과 존속을 보장할 것을 제안한다. 건강보험과 같은 보편적 의료 복지는 의료 산업 전반을 대상으로 하는 만큼 많은 재원을 필요로 한다. 반면, 응급의료 현장의 세세한 고충들을 듣고 해소하는 지원책들은 상대적으로 적은 재원으로 추진할 수 있다. 이러한 즉집계 지원책이 시행되기 위해서 선행되어야 하는 것은 의료 현장과 정부 사이의 긴밀한 소통이다. 조진석 변호사는 의료 정책 결정 과정에 참여한 경험을 바탕으로 정부의 보건복지 부서와 의료 현장 사이의 소통 한계가 있음을 지적했다. 정부의 구상과 의료 현실 사이의 괴리가 정부 정책의 효용을 저해하고 있다.

정부의 한정된 예산 속에서 모든 분야에 차별적인 지원책을 마련하는 것이 어려운 현실에는 공감한다. 하지만, 응급의료 분과는 국민의 생명과 직결되는 최소한의 사회 안전망이다. 체크메이트는 응급의료 현장의 위기가 먼 이웃의 이야기가 아니라 모든 국민의 삶을 위협하는 현안으로 다가오지 않도록 끊임없이 지켜볼 것이다.

미디어 콘텐츠

[Check & Meet] 확인하고, 마주하다

콘텐츠 소개

➔ 기획의도

'너에게 그날의 이야기를 들려줄게.'

그날, 2시간 18분이라는 짧고도 긴 시간 동안, 도로 위에서는 무슨 일이 벌어지고 있었던 걸까? 구급대원과 환자가 제때 병원에 가지 못했던 이유는 무엇일까? 과연, 구급대원의 처치 미숙이나 의료진의 근무 태만 때문이었을까?

본 영상에서는 두 친구의 대화를 통해, 소위 '응급실 뺑뺑이'라 불리는 현상의 근본적인 원인을 찾아 나간다. 언제든 우리의 이야기가 될 수 있는 응급의료 문제를 깊이 있게 다루며, '뺑뺑이'라는 프레임에 갇히지 않아야 함을 촉구한다.

➔ 상세설명



〈썸네일〉



〈본론 도입〉

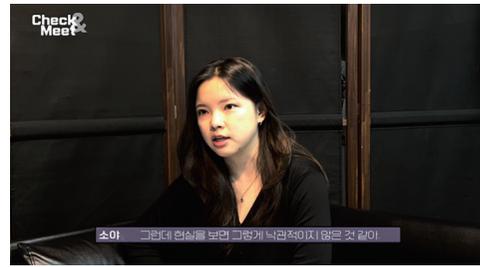
[도입]

'2시간 18분, 너에겐 이 시간이 어떻게 느껴져?'

은우가 소야에게, 지난 5월 30일 경기도 용인시에서 발생한 소위 ‘응급실 뽕뽕이’ 사고를 재구성하여 들려준다. 환자와 구급대원은 왜 도로 위에서 표류했어야 하는지, 그 이유를 찾아나가려 한다.



〈은우의 말〉



〈소야의 말〉

[본문]

은우는 소야에게, 소위 ‘응급실 뽕뽕이’의 원인으로 크게 3가지를 이야기한다. 먼저, 경증환자 과밀화로 인한 응급실의 만성적 포화상태를 짚는다. 경증환자가 응급실에 이송되는 과정과, 병원 내에서 경증환자에게 어떠한 조치가 취해지는지 등에 대한 전문가들의 말도 전한다. 심각한 질병이 아님에도 응급실을 쉽게 찾는 인식 또한 짚는다.



〈전문가 인터뷰 장면〉

다음으로, 국내 의료 인프라에 대해 설명한다. 절대적인 병상 수가 부족하다기보다는, 배분의 문제라는 것. 이때 소야는, 소위 ‘응급실 뽕뽕이’가 최근 수면 위에 떠오른 계기가 대구에서의 사건인 만큼, 지역 간 의료 격차에 대해 묻고, 둘은 이에 대한 대책을 논한다.

마지막으로 국내 의료구조 전반을 점검한다. 민간 의료 영역이 기형적으로 크게 발달한 우리나라의 특징을 지적하고, 정부 역할의 중요성을 강조한다.

[결론]

그날만 하필 병원에 들어가지 못했던 것은 아닐 것이기에, 우리 모두의 관심이 필요하다라는 것을 강조하며 은우와 소야는 대화를 마무리한다.



〈마무리〉

홍보 및 캠페인 활동

1. 인스타그램 채널 개설, 영상 홍보 및 정보성 카드뉴스 업로드

인스타그램 채널을 개설하여 (채널명: snu_checkmate) 6개월 간의 취재 내용과 리포트 및 영상 내용을 시각화한 카드뉴스를 제작하고 주기적으로 업로드하였다. 미디어 콘텐츠로 제작한 영상은 짧은 클립 형식으로 편집하여 인스타그램에 업로드하였고, 영상 원본을 시청할 수 있는 링크 및 QR 코드 등의 다양한 경로를 프로필 설명란에 추가하였다.



(1) 체크메이트 팀의 팩트체크 프로젝트 개요, ‘응급실 뽕뽕이’ 용어 및 주요 논점 설명 일반 대중은 ‘응급실 뽕뽕이’라는 용어에 대해 익숙하지 않을 수 있음을 고려하여 최근의 사건들에 대하여 설명하고, 이에 대한 의료진 및 전문가들의 입장을 간략히 소개함.

2. 길거리 인식조사 및 캠페인 활동

- 장소: 유동인구가 많은 교내 장소
- 대상: 교내 학생들과 교직원
- 내용: (1) 응급실 뽕뽕이 사고 및 국내 응급의료시스템에 대한 인식을 알아보기 위해 길거리 인터뷰 및 앙케이트
(2) 리포트와 카드뉴스의 내용을 이해하기 쉽도록 재구성하여 인식 개선을 위한 캠페인 활동
(3) 체크메이트 팀의 리포트 및 미디어 콘텐츠에 대한 홍보

“평소에 그런 뉴스를 보면 막연하게 ‘안타깝다’ 정도의 생각이 전부였어요.”

‘응급실 뽕뽕이’에 대해 사전에 알고 있었는지 확인하는 질문에 대한 한 학생의 대답이다.



응급의료사고에 대한 참여자들의 인식을 확인한 뒤, 리포트의 ‘검증 1’에 참고한 ‘한국형 응급환자 분류 도구(KTAS)’에 대해 설명하였다. 이어 “응급실 병상 점유율이 가장 높을 것 같은 등급은?”이라는 질문에 본인이 생각하는 답에 스티커를 붙이도록 하여 일반 대중이 생각

하는 응급실의 환자 구성에 대해 살펴보고자 했다.

가장 위급한 등급인 KTAS 1, 2에 투표한 사람은 8명, 가장 중증도가 낮은 등급인 KTAS 4, 5에 투표한 사람은 3명이었다. 참여자들에게 판단의 근거에 대해서도 물었다.

“생명에 위협이 있는 사람들이 (그렇지 않은 사람보다) 응급실을 주로 이용하지 않을까요?”

교내 교환학생 두 명이 입 모아 말했다.

다음으로 위중한 KTAS 1, 2등급 환자들보다 4, 5 등급 환자들의 병상 점유율이 높다는 응급의료통계연보(2021) 조사 결과를 공개한 뒤, 비응급환자의 응급실 남용으로 인해 중증환자가 피해를 입을 수 있다는 점을 설명하였다.

“(설명을 들어보니) 생각보다 중증도 구분이 안 되어있는 것 같아서, 제도적인 개선이 필요할 것 같아요.” 앙케이트에 참여한 한 학생이 말했다.

이어, 국내 의료기관과 응급의료기관의 역할 구분에 대한 시각자료를 보여준 뒤, 이러한 구분 기준에 대해 사전에 인지하고 있었는지 물었다. 1, 2, 3차 의료기관의 구분 기준에 대해서는 알고 있었던 사람들의 비중이 비교적 높았던 반면, 응급의료기관의 구분 기준과 역할 분담에 대해서는 모르는 사람의 비중이 압도적으로 높았다. 인터뷰한 15명 중 3명만이 알고 있었다.

국내 응급의료기관은 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관으로 구분되어 있다는 점을 설명한 뒤, 위급한 환자들이 우선시되는 응급의료환경을 구축하기 위해 국민 차원에서는 중증도에 맞는 응급의료기관을 이용하는 것이 중요하다는 점을 강조하였다.

“응급실 뽕뽕이 문제 중 가장 높은 이유는 1차 의료기관이 일찍 문을 닫으니까, 그래서 (비응급환자들이) 응급실을 많이 이용하게 되는 것 같거든요. 24시간 운영하는 1차 의료기관이 생긴다든지, 그런 점에 대한 홍보가 적극적으로 이루어져야 할 것 같아요.”

설명을 들은 뒤, 한 학생은 위와 같이 응급실 뽕뽕이 사건의 원인에 대한 자신의 생각을 공유하였다.



▲ 앙케이트 결과

“이런 캠페인 활동이 중요할 것 같아요..사람들은 소위 말하는 빅 5 대형병원에 대한 선호가 높은 것 같은데, 사실 그렇지 않다 해도 전부 의료 전문인들이시잖아요. 그런 점에 대해 적극적으로 알려야 할 것 같아요.”



▲ 캠페인 준비 과정 및 길거리 인터뷰 사진



▲ 영상으로 이동하는 QR 코드

양케이트에 참여한 한 예과 학생은 위와 같이 본인의 견해를 공유했다. 양케이트 응답과 인터뷰를 마친 참여자들이 체크메이트가 제작한 영상을 시청할 수 있는 QR 코드를 제공하여 현장에서 확인할 수 있도록 하였다.

3. 인식조사 및 캠페인 내용 보고 (릴스 제작)

인식 조사 및 캠페인 당시 현장 모습과 인터뷰 장면을 촬영하였고, 활동 정리 및 보고 목적으로 카드뉴스 인스타그램 채널 (채널명: snu_checkmate)에 업로드하였다.



◀ 업로드된 릴스 일부 캡처본

참여소감

부소아

‘응급실 뺑뺑이’라는 키워드에서 시작한 물음이, 6개월간 수많은 생각의 확장을 거쳐 국내 응급의료시스템 전반에 대한 속고로 이어지게 되었습니다. 저희가 제작한 영상의 대사를 인용하자면, ‘분명 하나의 사건으로 시작했는데, 국가로 끝났다’는 말이 적합할 정도로 방대한 양의 자료를 검토하고 많은 공부를 하였습니다. 정확하지 않은 정보의 유통과 확산은 사회적 불안과 집단 간의 불신만을 키울 뿐, 문제의 본질을 바라보는 것을 방해함을 절실히 느꼈습니다. 긴 대회였던 만큼 저희의 판단과 말 한마디가 객관적이고 타당한지, 팩트체크 전반이 균질적이고 나아가 의미가 있는지, 오랜 시간을 함께 고민하고 한 걸음씩 나아갔습니다.

현장의 의료진과 전문가 분들, 환자들과 학생들을 포함하여 이 프로젝트를 위해 소중한 시각을 제시해주신 분들이 정말 많았습니다. 순진하고 당찬 포부로 달려들었던 프로젝트를 현실화할 수 있도록, 오직 ‘도와주어야겠다’는 마음 하나로 참여해주셨던 분들께 감사합니다. 그리고 제가 오히려 믿고 의지했던, 늘 새로운 아이디어와 시원한 실행력으로 무장한 든든한 체크메이트 팀원들에게 고맙습니다. 마라톤 한 회를 완주한 것 같이 고되고도 뿌듯했던, 그만큼 성장할 수 있었던 활동이었습니다! 체커톤에서 경험한 성장을 발판 삼아, 앞으로도 우리 사회를 병들게 하는 잘못된 커뮤니케이션과 시정해야 할 개개인의 사고, 정책과 제도에 대해 끊임없이 물음을 던지고 이면을 바라보고자 하는 팩트체커가 되겠습니다.

박동현

소감을 작성하기 위해 예선 과제 제출을 위해 작성한 소감을 다시 읽어보았습니다. 그 안에서 ‘저희 팀이 느낀 경각심이 우리 사회의 경종을 울리길 희망합니다’라는 구절을 발견했습니다. 본선을 마친 지금도 같은 마음입니다. 응급실 뺑뺑이를 주제로 취재를 시작한 이후, 종종 거리 위의 구급차에 시선이 멈추곤 했습니다. “저 안에 누가 타고 있을까?”라는 질문에 대한 답은 우리 이웃일 수도, 가족일 수도, 어쩌면 우리

스스로일지도 모릅니다. 저희 팀은 응급의료체계라는 한정된 분야에 집중해 취재를 진행했습니다. 그러나, 한국의 의료 현상이 마주한 문제는 특정한 분야에 국한된 문제가 아니라는 생각이 들었습니다. 의료서비스는 한 사회를 구성하는 가장 기초적인 안전망입니다. 우리가 이렇게 평안한 일상을 살아갈 수 있는 것도 아프면 병원에 갈 수 있고, 필요한 진료를 받을 수 있다는 안도감이 그 기저에 있기 때문이 아닐까요? 결국, 우리 모두가 의료 산업이 마주한 위기를 심각하게 받아들이고 개선을 위한 노력을 기울여야 합니다. 저 또한 이번 대회가 끝나더라도 한 명의 시민으로 남아 의료 현장의 위기를 늘 지켜보겠습니다. 대회를 진행하며 느낀 점은 제가 가진 능력과 지식이 한 사회에 긍정적인 영향을 미치기에 턱없이 부족하다는 것이었습니다. 그럼에도 뛰어난 팀원들과 함께 서로의 부족함을 채워나갔기에 겁 없이 취재에 뛰어들 수 있었습니다. 혼자였다면 공허한 외침이 되었을 이번 취재가 팀원들과 함께 하나의 목소리로 완성되기까지의 모든 과정이 너무나 소중하고 행복한 경험으로 남았습니다. 이런 기회를 주신 체커톤 관계자 여러분께도 감사하다는 말씀을 드립니다.

정은우

소를 잃어도 외양간은 고쳐야 한다, 이번 체커톤 대회에 참여하는 마음이었습니다. 사건사고가 수시로 떠오르는 세상에서 늘 가벼운 방관자로 살아온 것 같은데, 체커톤 활동을 하면서는 몇 달 내내 응급의료 전반에 기민한 촉을 세우며 살았습니다. 응급실 뱅뱅이라는 개별 사안에서 응급의료, 넓게는 의료 전반에 대해 탐구하고 취재하는 과정에서 많이 배웠습니다. 처음엔 이해관계자들에만 초점 맞춰 평면적이고 논쟁적인 방향으로 진행했던 것 같은데, 팀원들과 함께 골몰하고 뛰어들며 여전히 서툴지만 좀 더 나은 방향을 찾아나간 것 같습니다. 깊은 통찰력과 높은 실행력, 그리고 유려한 표현력을 가진 팀원들 덕분입니다. 정말 정말 고마웠습니다! 또 개인적으론 공적 관심사를 파헤쳐 대중에게 알릴 수 있는 게 기자의 가장 큰 직업적 뿌듯함이라 생각하는데요. 잠깐이나마 체크메이트팀의 기자가 되어 정보원과 대중들께 용감히 뛰어들 수 있어 감사한 기회였습니다. 어떤 일이든 어찌면 문제는 생기는 게 아니라 드러나는 거라 생각합니다. 드러난 문제를 늦었지만 시정할 수 있도록, 이왕이면 문제가 없도록, 앞으로도 외양간 고치는 팩트체커의 자세로 살아보고 싶습니다. 그리고 가장

중요한 것은, 응급의료에 대한 장황한 팩트체크 보고서가 불필요할 수 있을 때까지 계속 큰 관심으로 팔로업하겠습니다. 감사합니다!

최목원

예선 때와 비교했을 때 스스로에게 어떤 변화가 있었는지 고민해봤습니다. 달라진 점이 한 가지 있다면, 당시에는 우리 동네의 문제를 ‘날카롭게’ 들여다보고 싶어했던 것 같습니다. 하지만 지금은, 날카로움과 동시에 애정이 가득해졌습니다. 우리 동네가, 더 나아가 우리 사회가 끌어안고 있는 문제를 비로소 애정 어린 시선으로 바라볼 수 있게 되었습니다. 보다 많은 이들의 목소리를 들었습니다. 일선에서 환자를 마주하는 의료진부터, 일반 대중들의 목소리까지. 각자의 생각이 있었고, 그 다양함에 다시금 팩트체킹의 가치를 깨달았습니다. 특히, 저희 스스로가 문제를 이해하는 것뿐 아니라, 다른 이들에게도 내용을 전달해야 했기에 한 층 더 신중하게 내용과 표현을 고민하게 되었던 것 같습니다. 공식적인 팩트체킹 일정은 이것으로 마무리되겠지만, 저희 체크메이트 팀은 앞으로도 응급의료 문제를 애정 어린 눈빛으로 바라보며 많은 이들의 관심을 불러모으기 위해 노력할 것입니다. 우리는 누구나, 경증환자로서든 중증환자로서든 응급실을 찾을 수도 있을테니까요. 마지막으로, 깊은 통찰을 지니며 늘 한발 앞서 저를 이끌어준, 미안하고 고맙고 존경스러운 우리 팀원들에게 감사의 말을 전합니다.