

응급의료의 범위에 대한 고찰

- 공공재의 관점에서

The limit of emergency medical services:
emergency service as public goods



이일학 교수

연세대학교 의과대학 인문사회의학교실

Key Points

- 응급의료는 공공재로서 모든 시민들에게 보장되어야 함
- 응급의료의 제공과정에서 효과성과 효율성은 중요한 가치로 고려되어야 함
- 시민들에게는 응급의료제도를 적절하게 사용해야 할 공동의 책임이 부여됨

Key Words

응급의료, 정의원칙, 연대성
emergency medical service, justice, solidarity

1. 들어가며

응급의료는 모든 시민들에게 보장되어야 하는 사회적 안전장치로서 적정 수준의 서비스를 시민 모두에게 보장해야 하는 책무가 정부에게 있다. 응급질환은 예상하지 못한 상황에서 발생하기 때문에 응급의료 수요를 적절히 충족시킬 수 있는 체계는 다른 보건의료보다 공적 영역에 속한다고 말할 수 있다.

응급실의 혼란은 우리 의료전달체계, 시민들의 의료사용행태와 같은 더 큰 문제들이 얽혀 있어 응급의료에 국한해서는 해결이 어려운 과제다. 이 글은 먼저 응급의료 사용자와 제공자가 안전감을 느끼지 못하는 데에는 의학적 판단이 보호받고 실행되지 못하는 제도적 문제가 있다는 점을 지적하려 한다. 응급의료는 공공의료의 중요한 구성요소로 보장되어야 하는 것이지만 그 효과적, 효율적 운용을 위해서는 그 대상 서비스에 제한을 인정해야 한다는 점을 밝힐 것이다. 이런 한계를 시민들이 수용하도록 이끄는 정책적 지원이 필요하다는 점도 드러나기를 기대한다.

2. 응급의료의 안전과 효율성 문제

2017년 응급의료통계연보에 따르면 응급医료를 제공하는 응급실, 응급의료 인력은 2017년 12월 31일 기준으로 전국의 응급실은 532개소, 7064병상이 운영되고 있다. 응급실 전담 전문의는 전국 1,629명이고(응급의학전문과는 75.4%인 1,228명), 이들은 6,889명의 간호사, 3,800여 명의 응급구조사와 협력하고 있다. 연보에서는 현장에서 종사하는 응급의료종사자들은 전문화 교육과정을 거의 100% 이수하고 있음도 보여준다. 응급의료의 부적절하다는 비판에도 불구하고 한국의 응급의료체계는 빠르게 자리잡았고 지속적인 개선을 통해 향상될 여지가 있음도 알 수 있다. 그러나 이 정도로는 시민들이 만족하는 수준이 되지 못한 것인가?

2017년에 응급의료기관에 내원한 환자수는 1,000만 명이 넘는 것으로 조사되어 얼추 모든 가정이 응급실을 1년에 1회씩은 방문하는 셈이다. 이들 중 응급실을 통해 입원한 경우가 180만 건, 응급실에서 사망한 경우가 3만여 건, 그리고 도착전 사망자가 4만 5천여 건으로 조사되었다. 2018년 상반기에는 응급医료를 이용하는 시민들 중 28개 중증응급질환(심근경색, 뇌경색 등 뇌질환, 대동맥박리, 담낭질환, 외과계 장질환, 위장관출혈, 중독, 주산기 질환, 출산, 중증화상 등)에 해당하는 환자들의 비율을 보고한 자료가 있는데 이에 따르면 전체의 13.6%가 중증응급질환에 해당했다. 그리고 응급의학계는 중증응급질환도 그 심각성에 따라 적절한 시간 내에 진료가 제공될 수 있도록 애쓰고 있는 상황이다. 응급실은 이렇게 환자들에게 필수적인 응급의료서비스를 제공하는 기능을 담당하고 있는 것이다.

지난 한국의 응급의료서비스는 여전히 논란의 대상이 되고 있다. 이는 긴박한 상황에서 제공되는 응급의료서비스가 그 사용자들의 입장에서는 범위가 지나치게 제한되어 있고, 의료인의 입장에서는 효율성과 효과성 모두 미진하기 때문이다. 사용자의 관점에서 응급의료센터는 좁고, 오래 기다려야 하며, 부족한 설명과 불친절한 응대를 감내해야 하는 공간이다. 그리고 건강보험의 혜택을 받지 못하는 경우도 예상보다 자주 생긴다. 하지만 그 불만의 원인은 다른 무엇보다 정당한 관심과 돌봄을 받았는지 도무지 확신을 가질 수 없다는 데서 찾을 수 있겠다. 응급医료를 담당하는 의료진의 입장에서는 응급의료의 효율성이 문제다. 응급환자를 입원시킬 병상이 부족해서 다른 의료기관에 전화하는 일은 지치는 일이라도 보람을 찾을 수 있다. 보람을 찾기 어려운 일들이 의료진을 괴롭힌다. 춘각을 다투는 ‘응급’ 환자 사이에 섞여 있는, 어떤 의미에서는 참을성이 없어 병원을 찾은 이들이 목소리 크다. 주치자는 ‘링겔을 맞고 술을 깨겠다고 찾아온다. 간단한 봉합이면 될 환자는 곧 죽을 것처럼 묻는다. 응급실은 1차 의료기관과 더불어 의료기관의 주요한 관문으로 인식된다. 그러나 응급의료체계는 이념상 긴급한 의학적 평가와 대처가 필요한 환자들을 대상으로 예상 못한 의학적 상황에서 환자를 보호하는 기능을 한다. 어떤 시민들은 갑자기 닥친 증상으

로 병원을 처음 찾게 되는데 이런 이들에게 응급실은 중요한 관문임이 분명하다. 하지만 응급의료는 통상적인 의료 관문을 이용할 수 없는 경우에 사용하는 우회로가 아니다. 즉 대형 병원에 입원장을 받지 못한 환자가 이용하는 대기실이 아니라는 것이다. 이런 문제가 해결되지 않은 상태에서 응급실은 비응급환자로 그 효율성을 잃게 된다. 그 결과는 흔히 검사결과 처리나 협진 의뢰 과정의 지체로 이어진다. 환자와 보호자는 왜 이리 오래 걸리는지 항의하고 때로는 심각한 갈등으로 이어진다.

응급실은 많은 사람들이 드나드는 만큼 안전한 공간이기 어렵다. 급하게 병원을 찾게 되는 경우를 생각해보면 이해할 수도 있다. 교통사고와 폭력의 피해를 당한 사람, 손이나 발에 깊은 상처를 입어 피를 흘리는 사람, 가슴을 움켜쥐고 가쁜 숨을 몰아쉬는 사람, 배를 움켜쥐고 식은 땀을 흘리는 사람, 갑자기 의식을 잃거나 어지럼증을 호소하는 사람들이 응급실을 찾는다. 이들이 찾는 응급실은, 최소한 이 응급증상을 앓는 이들에게, 절대 안전하게 느껴지지 않는다. 이들에게 응급실이 줄 수 있는 첫 번째 위안은 훈련받은 의사를 중심으로 효율적으로 구성된 진료팀이 그들을 맞아주는 일이다. 그들은 환자의 문제를 빠르게 이해하고 적절하게 증상을 완화시켜주며 주변의 불안을 해소해준다. 그러나 실상이 그렇지 않음을 우리는 경험하고 있다. MERS-CoV 감염증이 확산되었던 2015년, 그리고 그 이전 돼지독감 같은 신종감염병이 우리를 위협하던 시기 응급실의 경험부족 해프닝을 경험했다. 이어진 기간 동안 응급실 내에서 발생하는 크고 작은 갈등 - 언어폭력, 그리고 가벼운 몸싸움과 언론에 보도된 폭행까지 - 들이 언론을 통해 보도되었다. 의료계의 아직 개선되지 못한 프로세스와 갈등 해소 방안의 부재는 응급실을 더욱 불안한 공간으로 만든다. 응급실의 불안한 분위기는 환자 진료에 부정적인 영향을 미칠뿐 아니라 환자가 진료 결과를 받아들이거나 만족하게 느끼지 못하게 만든다. 또다시 갈등은 상승한다. 이제 응급의료종사자들에게 폭력의 위험성을 예측하고 대처하는 일은 중요한 논의대상이 되었다. 이런 한국의 상황을 응급의학 전문의인 이형민 교수는 이렇게 전한다(테일리메디, 2019.1.30.).

“응급실 폭력에 대한 법률은 13년간 여러 차례 개정됐지만 현장에서는 13년 전과 지금 안전도에서 크게 다르지 않다... 20여년 간 국내 5개 대학병원에서 근무했는데 가장 안전했던 곳은 아프가니스탄에 있는 병원이었다.”

3. 응급의료의 공공성

제도의 관점에서 볼 때 응급실의 효율문제도 갈등과 불안만큼이나 심각한 문제다. 앞서 응급의료서비스를 받는 환자 중 중증질환자가 전체의 13.6%라는 보고를 언급했다. 이 수치는 어떤 의미를 갖는가? 나머지 86%의 환자는 자신의 증상이 얼마나 심각한 질병에서 비롯한 것인지 판단할 수 없기 때문에, 의학적 평가를 필요로 했을 것이다. 의사들은 응급

의료를 요구하는 환자를 당연히 진료할 수밖에 없을 것이다. 하지만 합리적으로 모든 환자를 중환자의 가능성이 있는 것으로 간주하고 진료해야 하는가? 감기를 천식지속상태(status asthmaticus)처럼, 속이 더부룩한 증상을 장중첩증처럼, 그리고 두드러기를 아나필락시스와 같은 정도로 심각하게 간주해야 할 것인가?

현재 응급의료체계에서는 응급증상이 아닌 것으로 확인되면 응급의료관리비를 전액 본인부담으로 지불해야 한다. 보건복지부는 5만 원 정도인 이 관리비용을 통해 사용자의 행태를 올바른 형태로 유도할 수 있을 것으로 기대했지만 여전히 중증응급환자 비율(2016~2018)에는 변화가 없는 것처럼 보인다. 환자에게 5만 원은 클 수도 작을 수도 있다. 하지만 응급의료에 대한 단호한 정책 기조가 없는 상황에서(즉 의료사용을 정규 시간으로 유도할 충분한 장벽이 되지 않는 본인부담금 정책 하에서) 일과시간이 지난 후 사용하는 추가 요금정도로 여길 가능성은 없는가?

환자 본인의 재정부담보다 심각한 것은 중증 환자가 내원했을 때 적시에 대응하지 못할 가능성이 있다. 결국 제한된 자원 즉, 의사를 가장 필요로 하는 사람이 이용하지 못하는 것은 공적으로 구축한 응급의료체계를 부당하게 사용하는 것으로 간주할 수 있다. 이런 문제는 요양원이 임종을 앞둔 환자를(사망진단을 받으려는 목적으로) 응급실로 이송하거나, 요양병원 등에서 의료자문을 위해 응급의료체계를 남용하는 경우에서도 발생한다(김윤, 2004).

이 문제는 응급의료에 대한 잘못된 인식과 밀접한 관계가 있다. 응급실은 개인이 그 대가를 지불하고 이용할 수 있는 급행로가 아니다. 응급의료는 공적 자원을 활용하여 구축한 공공재에 해당하며 이 점에서 일반적인 외래와 입원 진료(즉 의료전달체계) 이용과 달리 판단해야 한다. 응급医료를 포함한 의료전달체계는 의료인, 의료기관과 시설, 의학지식과 기술이 공공재의 성격을 갖고 있음을 인식하여 설계·운영된다. 응급의료에 관한 법률 제13조에서는 ‘국가 및 지방자치단체는 응급환자의 보호, 응급의료기관등의 지원 및 설치·운영, 응급의료종사자의 양성, 응급이송수단의 확보 등 응급医료를 제공하기 위한 시책을 마련하고 시행하여야 한다’고 하여 응급의료에 대한 국가와 지방자치단체의 책임을 분명히 명시하고 있다.

응급의료는 재정적으로 이윤이 적고 따라서 의료인과 의료기관의 참여가 적다는 점에서 공적 기금을 투입하여 지원하는 영역이다. 응급의료대불제도와 기관 지원을 위한 응급의료기금(응급의료에 관한 법률 제16조, 제20조)을 공공기금으로 마련하여 지원하고 있는 상황이다. 그외에도 응급의료에 대한 접근은 별도의 응급의료 발전계획(법 제13조의2에서 제13조의 5까지), 응급의료정보통신망의 구축 및 운영(법 제15조) 등은 응급의료의 공공성 인식을 잘 드러낸다. 이와 같이 응급의료는 정부로 대표되는 집합적인 사회와 의료인의 이해가 맞아떨어져 가능한 협조를 통해 구성되고 제공된다. 이런 공공성이 극명하게 드러나는 부분은 119를 통한 응급구조체계다. 119 구조대에 대한 사회적 신뢰와 지원의사는 다양하게 확인할 수 있다. 그런데 의료기관, 즉 응급실을 통한 응급의료도 동일한 공공재다. 즉 지역사회

회는 응급의료 수요를 평가하고 재정 지원을 결정하며, 필요한 사업을 기획·시행하되 이를 응급의료센터의 지정을 통해 의료기관과 협력을 통해 시행한다(법 제25조에서 제31조까지).

이렇게 국가의 책임과 응급의료에 대한 개입을 언급한 것은 응급의료의 공공성에 대한 인식이 응급의료체계의 근간이 된다는 점을 강조하기 위한 것이다. 응급의료는 응급의료를 통해서만 혜택을 입을 수 있는 환자집단, 즉 응급환자에게 이익을 제공하기 위한 것이다. 한편 모든 시민은 당장 응급의료의 혜택을 입지 않더라도 삶의 어느 시점에라도 응급환자가 될 가능성이 있기 때문에 잠재적인 수혜자이다. 그러나 책임있는 시민이라면 응급의료 시스템의 효율성을, 다름 아니라 응급의료를 필요로 하는 동료 시민의 이익을 위해 유지할 책임을 진다. 여기서 문제가 드러난다. 즉 다음의 두 가지 경우, 첫째 응급환자가 아닌 환자의 응급의료 사용, 응급실을 입원의 경로로 활용하는 태도, 응급실을 신속한 의료서비스의 통로로 인식하는 문제, 둘째 경증, 또는 환자가 아닌 이들의 응급의료 사용으로 인한 중증응급환자의 진료기회가 박탈될 경우가 특히 문제가 되는 것이다.

4. 응급환자의 범위규정과 제도의 효율성

응급의료제도를 제도적 차원에서 평가한다면 필요한 사람에게 실효적인 서비스가 제공되고 있는지, 그리고 그것이 공정하게 분배되는지 하는 두 가지 측면을 고려해야 할 것이다. 현재 응급의료체계는 이 두 가지 측면에 응답하기 위해서 응급의료 사용자의 자격을 제한하고 비응급상황에서 의료서비스를 사용하는 경우 불이익을 얻게 하는 접근을 취하고 있다. 현행 응급의료에 관한 법률은 응급환자를 “응급환자란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람”으로, 이들에게 제공되는 치료인 응급의료를 “응급의료란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위협에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치”로 규정하는 것은 응급의료를 통해 얻는 이익이 매우 큰 환자들을 보호하기 위한 것이다. 그러나 이런 규정만으로 임상에서 경험하는 모든 문제를 해결하기는 어렵다. 현재 보건복지부령에 따르면 응급환자가 증상 기준으로 규정되고 있는 것은 응급환자의 범위를 지나치게 넓게 만들고 부작용이 뒤따르고 있다.

우선 응급진료에서 흔히 고려하는 법적 책임 문제다. 응급의료에 대한 의료분쟁 판례들은 의사들이 가능한 최대한의 검사를 통해 진단과 처치의 정당성을 미리 마련해두도록 유도한다. 응급환자로 즉각적인 조치를 요구하는지 판단 여부가 논점이 된 판례들이 있다 이들 판결은 진료과정의 정당성보다는 결과에 대한 판단이 우선시 된 것들이며, 이런 법률 풍토

에서 의료진이 소신있게 응급/비응급을 규정하기 어렵다. 게다가 검사비용이나 경제적 효율성에 관한 한 의료인의 긴장은 그렇게 높지 않다.

5. 사회적 연대의식을 통한 문제의 해결

현재의 문제를 해결하기 위해 다음과 같은 접근이 요청된다. 첫째, 응급환자 여부에 대한 의학적 판단의 보호, 둘째, 응급의료에 대한 이해와 의사소통, 셋째, 응급환자 여부 판단의 합리성 제고다.

이상적인 측면만을 강조한다면 응급의료종사자, 특히 의사의 판단 수준이 일정 수준을 달성하는 것부터 시작하게 될 것이다. 이러한 판단의 적절성은 현재 법률상 규정된 응급의료에 대한 평가로 이루어질 수 있을 것이다. 물론 의료의 결과를 평가하는 일의 지난함을 고려한다면 이상적인 접근일 수밖에 없다. 하지만 정말 응급医료를 필요로 하는 환자들이 적절한 의료를 받도록 보장하는 것은 의료인이라면 당연히 받아들일 가치다. 의료의 질 향상과 함께 시민들의 응급의료에 대한 인식 제고가 병행되어야 할 것이다. 응급의료의 가치, 공유하는 자원을 효율적으로 사용할 책임 등을 인식할 뿐 아니라 응급의료 남용에 대한 재정적 부담을 늘리는 방안도 필요하다. 이런 접근은 의료전달체계 전반에서 보장성의 확대와 병행될 때 수용될 가능성이 높을 것이다.

앞의 두 가지보다 좀 더 현실적인 방안을 생각해보면 우선 경찰의 주재 등 응급의료기관의 안전 보장이 필요하다. 환자의 부당한 요구, 특히 주취자의 위협이 응급실 내에서 의료인의 권위를 깎아먹는다. 권위의 침해는 의학적 판단과 그 판단결과의 소통에도 부정적 영향을 미칠 수밖에 없다. 주취자의 요구에 굴복하는 의사가 환자를 돌려보낼 수는 없는 노릇이기 때문이다. 그러나 여전히 해결하기 어려운 문제는 남는다. 즉 응급환자에 해당하지 않더라도 신체적 불편함을 호소하는 이들, 결국 환자를 어떻게 대응할 것인가의 문제다.

실행가능한 방안은 진료에 방해가 되고, 의료진에게 위협하며, 의료의 효율적 제공을 방해하는 일련의 환자군에게(소수에 해당할 것이다) 진료가 불필요함을 설명하고 응급医료를 종결할 때, 이 종결을 보장받을 수 있는 체계를 갖추는 일이다. 소위 폐법이 통하지 않도록, 적어도 응급실만큼은 공공의 권위가 유지되기 바란다. 물론 한국의 정치 풍토에서 공공은 국가와 동일하게 이해되지 않고, 국가권위는 부정적인 의미를 품는다. 그러나 공공의 이익을 실현하기 위한 수단으로 국가를 이해할 필요가 있겠다.

전문가의 판단은 나열된 목록에 해당하는지 판단하는 수준을 넘어 맥락을 고려하고 개별적으로 판단하는 작업이다. 어떻게 보면 판단의 '객관적' 근거제시를 요구하는 것이 아니라 당신의 '합리성'과 '전문성'을 신뢰할 이유를 요구하는 것이 더 중요할 것이다. 의료인 개개인이 신뢰를 유지할 책임을 오롯이 떠맡는 풍토 개선 없이 응급실의 혼란이 해결되기는 쉽지 않을 것 같다.

자원의 부족으로 응급환자가 치료받을 기회를 잃지 않도록 만든 것이 불완전하지만, 현재의 응급의료체계이고 이 체계를 효율적으로 운영하는 원칙이 결국 응급의료서비스 진입의 제한일 수밖에 없음을 시민들이 이해하도록 유도해야 할 것이다. 하지만 응급医료를 포함한 사회안전망의 최우선 목표는, 말 그대로 사회의 안전이다. 현재 한국 사회는 안전한가? 우리 제도는 안전을 실질적으로 보장할 수 있는가?

응급의료제도는 우리 중 누구라도 긴급한 의료서비스를 필요로 할 수 있다는 공감대 위에 형성된다. 그러나 항상 열려 있는 의료서비스로 오해되어 남용되고 결국 그 본래의 취지를 만족시키지 못하고 있는 것처럼 보인다. 응급의료 오남용 문제는 이미 전 세계적인 현상이다. 응급의료에 대한 불만은 모든 의료가 필연적으로 감수해야 할 문제, 바로 자원의 한계를 반영한 것이며 해소가 불가능한 문제처럼 보이기도 한다. 이 지점에서 의료사용자, 시민들의 연대 의식이 요청된다. 연대의식이란 개인이 합의된 공공의 이익을 달성하는 책임을 받아들이고, 공공(사회)은 개인의 안전과 복지를 보장하기 위해 제도를 운영하는 민주주의의 한 원칙이다(박상혁, 2011). 응급의료서비스가 응급환자의 건강을 보장하는 목적을 달성할 수 있도록 제한된 서비스 사용을 감내하는 책임을 개인이 받아들이고 공공은 접근성과 효과성을 목표로 제도를 발전시키는 것이 연대의식의 발로다.

6. 나가며

응급의료의 공공성은 제도에 반영되어 있으며 환자와 의료인, 정부는 응급의료의 효율성을 유지하고 더 나아가 그 수준을 높일 책임을 지고 있다. 이런 공공성에 대한 위협으로 응급의료 서비스의 남용이 있다. 응급의료서비스의 남용을 막기 위한 법적 접근은 응급환자에 대한 시행령의 규정이다. 그러나 이런 규정은 다른 요인, 환자의 인식, 의료인의 방어 진료와 검사유도 등을 해결하는 데 역부족이다.

문제 해결을 위해 응급의료서비스의 수준을 높이고 적극적인 의사소통의 수단을 고려해야 하며 무엇보다 시민들이 응급의료서비스를 서로의 안전을 보호하는 사회적 수단으로 이해하고 책임과 권리 사이에 균형을 잡는 지혜도 요청되는 상황이다. 분배의 문제는 자원이 부족하기에 발생하지만 발전한 민주주의식은 그 부족함을 신뢰로 변화시킬 수 있을 것이다. ✕

참고문헌

- 김윤. 응급의료의 질향상 방안. 대한병원협회지. 2004; 33(11): 31-49.
 박상혁. 보건의료자원의 거시적 배분과 민주주의적 정당성. 한국의료윤리학회지. 2011; 14(2): 145-156.
 보건복지부. 응급의료통계연보. 2017.
 데일리메디. 응급실 폭력, 가해자 처벌 강화가 능사 아냐. 2019.01.31.