

#### (토론문 4)

### 우리나라 응급의료체계의 문제점과 대책

조 석 주

(부산의대 응급의학과 교수)

미국이 우리를 부러워한다고 했다. 그런데, 메르스 사태가 났다. 민심과 경제가 흔들리고, 비웃음의 대상이 되었다. 우리의 의료체계와 응급실 체계를 바꿔야 한다. 그런데, 구체적 합의는 없다.

상중하의 대책이 있다.

의료체계를 근본적으로 고치는 것이 상책이다. 어느 개인의원 의사는 메르스를 의심해 냈지만, 많은 더 큰 병원들은 그렇지 못했다. 진단은 의심하는 것에서 시작된다. 그런데, ‘정성과 시간’을 들인 탐문은 보상받지 못한다. 크고 작은 의료기관의 서로 다른 역할을 인정하고, 경증의 환자가 작은 병원에 가게 하는 것이 해법이다. 하지만 우리나라의 환자들은 ‘무한대’적 병원 선택권을 가지고 있다. 비싼 검사와 기계의 보유 여부가 선택의 기준이다. 가졌다는 환자를 막으면, ‘더 친절함’ 다른 의사가 소견서를 써 줄 것이다. 병실이 가장 많은 병원들의 응급실이 가장 과밀하고, 비워본들 더 몰려든다. 대형병원 응급실의 과밀화는 그 결과이다. 2010년 11월, 대구에서 장중첩 4세 여아가 병원들을 전전하다 사망했다. 당시에, 응급실이 가장 과밀한 10개 병원 중에서 4개가 대구에 있었다.

많은 선진국에서는, 일차진료 의사와 환자가 서로 묶여 있다. 최소한, ‘거의’ 무한대의 선택권은 환자에게 없다. 큰 병원에 간 환자는, 다시 단골 의사에게 돌아간다. 그런데, 큰 병원에 간 우리나라 환자는 돌아오지 않는다. 의사와 환자 간에 돈이 오가지 않는 영국의 직업 신뢰도 순위에서, 의사는 부동의 1등이다. 하지만, 우리의 환자들은 ‘양심없는 의사’를 신고하라는 엽서를 수시로 받는다. 이런 총체적 개념들이 바뀌려면 복잡한 절차가 필요하다. 그런데, 누군가가 말했다. 의료체계를 바꾸겠다는 정부의 말은 믿지 않는다고. 하루 이틀에 가능한 일이 아니다.

중간 대책이 있다. 응급체계 쪽을 손보는 것이다.

우리 사회에는 응급의료체계 분야에서 일련의 사건들이 발생해 왔다. 95

년 삼풍 백화점이 무너졌을 때, 인근 대학병원의 응급실 앞마당에 수 백명의 환자가 몰려들었다. 제발로 뛰어 온 경환자들의 비명소리가 더 컸다. 구급차는 나중에야 중환자를 실어와서, 내려놓고는 가버렸다. 먼저 온 경환자가 먼저 진료 받는 동안에, 중환자는 악화되고 있었다. 그런데, 뉴스를 보고 대기하고 있던, 인근의 중소 병원에는 환자가 이송되지 않았다. 장 중첩 여아가 인구 250만명인 대구시내의 대학병원 응급실들과 개인의원을 차례로 방문했다. 작은 병원에서도 진료 가능한 의학적 수준의 환자였다. 병원들은, 진료해주지도, 진료가능 병원을 찾아주지도 않았다. 아버지의 직장은 인구 42만명의 도시였다. 아버지가 찾아낸, 더 작은 도시의 더 작은 병원이 받아 주었다. 이미 늦었고, 사망했다. 2014년 2월의 폭설에 경주 마우나 리조트가 붕괴되었다. 밤중에 의사가 1명 근무하는 작은 병원 2개소에 구급대가 환자를 20명, 40명씩 몰아넣었고 가버렸다. 재해의 장소가 바뀌었을 뿐이다.

이런 사건들에 대한 우리 사회의 대책은 부적절하였다. 대구 사건에 대해, 보건당국은 응급당직법을 제정하였다. 환자가 응급실에 가면, 각 진료과 전문의가 즉각 진료하라는 법이었다. 24시간 ‘최고의’ 진료가 가능해야 한다고 했다. 인구가 적은 시골은 환자도 적다. 작은 종합병원에 도시에서 출퇴근하는 소아과 의사가 1명 근무하고 있다. 나가서 개업하든지, 소아과 의사를 4-5명씩 고용해서 병원 망하라는 법이었다. 경주의 리조트 붕괴 사건에서 소방 구급대에 의한 환자분류 즉 트리아지 미비를 지적하였다. KBS 뉴스에서 경주 소방의 고위 책임자는 환자분류는 의사가 하는 것으로서 구급대와 무관하다고 발언하였다. 이미 10여년 이상 이전부터, 구급활동 기록지에 트리아지 등급을 기록하도록 되어 있었음에도 말이다.

이런 현상들의 근본원인은 우리 사회가 응급의료체계의 의미를 이해하지 못하고 있기 때문이다. 응급의료체계의 학문적 목적은 ‘적절한 환자를 적절한 시간에 적절한 병원에’이다. 즉 환자를 잘 옮기는 체계가 훌륭한 응급체계이다. 우리는 큰 병원과 많은 의사를 훌륭한 체계로 알고 있다. 하지만, 골목마다 대학병원을 세우면 운영할 수 없다. 그런데, 응급환자가 1시간 이내에 치료받도록 하겠다면서, 대도시의 불과 몇 킬로 미터 심지어는 길 하나를 사이를 두고, 권역 응급의료센터를 늘려 지정했다.

큰 병원에 가야할 중증 환자는 소수 발생하고, 작은 병원에 가야할 경증 환자는 다수 발생하는 것은 하늘이 정해준 이치이다. 많은 선진국의 응급실 혼잡은 우리보다 더 심각하다. 지난 20년간 미국 병실 총량의 40%가 줄었고, 많은 유럽국가들도 비슷하다. 병실의 절대량이 부족하니, 작은 응급실마저도 과밀하다. 하지만, 우리는 작은 병원이 비어있다. 환자분류 즉 트리아지

에 의해, 크고 작은 병원으로 분산시키면 된다. 응급실에 가는 환자는 구급차에 타든지 스스로 간다. 상담전화와 구급대가 병원선정에 개입하도록 만들 수 있다. 여러 선진국들, 캐나다, 영국, 일본 등이 행하는 방법이다.

시급한 순서대로 3가지가 필요하다. 가장 시급한 사안은, **구급차 출동요청 전화와 분리하여, 중앙 응급의료센터가 운영하는, 지역 응급의료 조정센터의 구축이다.** 환자, 구급대와 크고 작은 병원의 정보들을 실시간으로 수집하고 배분하는 콘트롤 타워로서의 실무를 담당할 것이다.

둘째, 지역의료의 기반 하에, 그 조정센터와 다른 구성요소를 이끌, 리더쉽을 구축해야 한다. 어떤 종류의 환자는 어느 병원에 이송하라는 지역단위 실무지침을 만들 것이다. 보건복지부, 중앙응급의료센터, 소방과 크고 작은 병원의 입장을 조절할 것이다.

셋째, 정보공개이다. 보건복지부, 중앙응급의료센터와 소방의 회의 자료 및, 회의록을 제목만 치면 인터넷에서 내려받을 수 있어야 한다. 병원 전(前)심정지 환자의 원시 데이터(raw data)를 모든 연구자에게 공개해야 한다. 응급의료는 여러 조직의 협조 하에 지역 단위로 행해진다. 그런데, 일본과 미국의 선진국들과 달리, 우리의 정보는 몇몇 중앙 조직의 밀실 속에 있다. 구급대와 병원의 데이터가 이어지고, 각 지역의 리더쉽에게 공개되어야 한다. 그렇지 않으면, 각 지역의 리더쉽이 지역실정을 파악하거나 대책을 세울 수 없다.

마지막으로 하책이 있다.

무지, 졸속과 부처 이기주의를 안고 그대로 가는 것이다. 사스 시절에는, 각 지역의 1339가 평소의 업무를 행하는 것으로, 정보가 유통되었다. 지역 개인위원의 사스 의심환자의 정보가, 1339를 거쳐, 대학병원의 감염내과 의사에게까지 즉시 전달되었다. 이번에는, 시민들에게 행동지침을 알리고 실무 의료진과 연결할 구체적 수단이 부실했다. 중앙에 급조한 109번 메르스 상담전화는 기능과 유지가 모두 문제였고, 보건소와 119는 서로 미루었다. 그런데, 질병관리본부에 80명의 인원을 가진 단일한 긴급상황센터를 구축하는 것이 대책이라고 한다. 평상시에는 메르스가 없으니 불요불급한 사업과 규제를 만들어낼 것이다. 막상 메르스가 닥쳤을 때는 지역의 다양한 관계자와 괴리되어 작동하지 않을 것이다. 국토안보부를 가진 미국도 전염병은 질병통제센터가 주역이건만, 국가 안전처를 주장하는 이들도 있었다. 옛날 이야기에서는 항상 하책이 선택되었다. 우리나라는 상중하의 어느 길을 택할 것인가.