creative commons

COMMONS DEED

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

dCollection

보건학석사 학위논문

사람 중심의 의료전달체계를 저해하는 요인에 대한 탐색

- 한국의 코로나19 위중증 환자 대응 사례를 중심으로 -

Exploring the barriers to a people-centered healthcare delivery system

-Focusing on South Korea's response to critically ill COVID-19 patients-

2023년 08월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학전공

최 지 원

사람 중심의 의료전달체계를 저해하는 요인에 대한 탐색

- 한국의 코로나19 위중증 환자 대응 사례를 중심으로 -

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함
2023년 05월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학전공
최 지 원

최지원의 석사 학위논문을 인준함
2023년 06월

위 원 장 _____ 조원광 _____ (인)

부위원장 _____ 조성일 _____ (인)

위 원 _____ 김창엽 _____ (인)

국문초록

그간 한국의 의료전달체계에는 그 의미와 목적에 적합하지 못한 여러 고질적인 문제점이 지적되어 왔으나, 의료전달체계의 분절성이나 비효율성 등 논의의 초점은 주로 공급자에게 맞춰져 있었다. ‘사람중심의 의료전달체계’는 의료 시스템의 모든 구성원과 이해관계자의 권리 보장과 참여를 기반으로 적합한 시기에 필요한 진료를 받을 수 있도록 하는 것으로, 이는 가용 의료자원을 보다 효율적으로 활용함으로써 필요할 때에 적시에, 적절한 의료기관에서, 적합한 의료인에게, 적정 서비스를 받을 수 있도록 제도화하는 의료전달체계의 본질에 적합한 개념이라 할 수 있다. 한편 기존 체계의 취약성은 신종 감염성 질환의 확산과 같은 상황에서 더욱 쉽게 발견되는데, 위중증 환자가 의료이용과정에서 경험하는 고통의 경로를 통해 한국의 의료전달체계가 코로나19 대유행 상황에서 코로나19 위중증 환자들의 고통을 야기하는 하나의 지점이 되었음을 발견할 수 있다. 이에 본 연구는 코로나19 위중증 환자의 사례를 기반으로 '사람중심의 의료전달체계를 저해하는 요인을 탐색' 하고자 하였으며, 코로나19위중증 환자 면담 자료의 2차 분석을 수행하였다. 주제분석을 통해 '판단과 의사결정을 위한 정보의 부족', '시스템의 내/외부 문제', '관료/전문가 중심성', ‘사람을 배제한 성광와 결과 내기’ 라는 크게 네 가지 범주를 도출하였으며, 각각의 하위 항목을 통해 '사람중심의 의료전달체계를 저해하는 요인'을 확인할 수 있었다. 본 연구는 기존의 의료전달체계에 대한 논의와 달리 '사람중심성'을 바탕으로 환자와 보호자의 관점에서 분석을 시도하였다는 점에서 의의를 가진다.

주요어 : 사람중심, 의료전달체계, 코로나19 위중증 환자, 사람중심의 의료전달체계
학 번 : 2021-26645

목 차

제 1 장 서론 ····· 1
제 1 절 연구의 필요성 ····· 1
제 2 절 연구목적 ····· 4

제 2 장 이론적 배경 및 선행연구 ····· 6
제 1 절 사람중심의 의료전달체계 ····· 6
1. 의료전달체계의 개념 ····· 6
2. 사람중심성 ····· 8
2. 사람 중심의 의료전달체계 ····· 10
제 2 절 선행연구 ····· 11
1. 한국의 '사람중심의 의료전달체계' 선행연구 ····· 11
2. 코로나19 유행 상황에서의 의료전달체계 선행연구 ····· 11
3. 사람 중심 또는 환자 중심 보건의료의 장벽에 대한 선행 연구 ····· 12

제 3 장 연구 방법 ····· 14
제 1 절 연구설계 ····· 14
1. 연구 대상 ····· 14
2. 질적 연구 자료의 2차 분석 ····· 16
제 2 절 자료수집 ····· 16
1. 문헌 자료 ····· 16
2. 심층 면담 ····· 17
제 3 절 자료분석 ····· 21
1. 자료 분석 방법 ····· 22
2. 타당도와 신뢰도 확보 ····· 23

3. 연구자의 배경 및 신념 ····· 24
3. 연구윤리 ····· 24

제 4 장 연구 결과 ····· 25
제 1 절 코로나19 대응 방역 및 의료 정책 ····· 25
1. 4차 유행 시기 (2021년 7월 7일 ~ 2022년 1월 29일) ····· 25
2. 5차 유행 시기(2022년 1월 30일 ~ 2022년 6월 25일) ····· 27
3. 6차 유행 시기(2022년 6월 26일 ~ 2022년 8월 31일) ····· 29
제 2 절 코로나19 위중증 환자 및 보호자 면담 분석 30
1. 판단과 의사결정을 위한 정보의 부족 ····· 30
2. 시스템의 내/외부 문제 ····· 35
3. 관료/전문가 중심성 ····· 37
4. 사람을 배제한 성과와 결과 내기 ····· 38

제 5 장 논의 ····· 42
제 1 절 논의 ····· 42
제 2 절 연구의 의의 및 한계 ····· 43

참고문헌 ····· 45
Abstract ····· 50

표 목 차

[표 1] 바람직한 의료전달체계의 특징 ····· 9
[표 2] 사람중심적 보건의료 달성을 위한 핵심 원칙 ····· 9
[표 3] 해외 연구 사례 개요 ····· 13
[표 4] 원연구의 연구참여자 모집 요건 ····· 18
[표 5] 원연구 질문의 구성 중 본 연구 목적에 부합하는 질문 ····· 20
[표 6] 분석에 사용된 연구참여자의 일반적 특성 ····· 21
[표 7] 비판적 패러다임에서의 타당도 확보 기법 ····· 23

그 림 목 차

[그림 1] 코로나19 위중증 환자들이 의료이용 과정에서 의료전달체계의 문제로 경험하는 고통 ····· 3

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 필요성

한국의 의료전달체계에는 그간 그 의미와 목적에 적합하지 못한 여러 고질적인 문제점들이 지적되어왔다. 그러나 의료전달체계의 분절성이나 비효율성 등 논의의 초점은 주로 공급자에게 맞춰져 있었다. 즉 제도의 문제와 체계의 개선을 지적하고 주장하는 '입장'이 실제로 제도의 영향을 받게 될 '사람들'이 아닌 '제도를 만드는 사람들' 또는 '체계의 일부로서 기능하게 되는 사람들'이었던 것이다.

이처럼 보건의료체계와 관련된 논의들이 주로 관료와 전문가적인 관점해 기반했던 탓에 그 논의가 '일부 특정한 가치와 이해관계에 편향'되었고, 그 결과로 실제 '현실 속 사람들의 고통과 필요'는 주요 의제로 다뤄지지 않는 문제가 지속되었다(김창엽 외, 2020). 문제 현상을 이해하고, 정책과 제도를 결정 및 실행하는 전 과정에서 가장 중요한 요소로 '사람들의 가치와 이해관계'가 고려되는 '사람 중심적 접근'(김창엽 외, 2020)이 필요한 것은 바로 이러한 까닭에서다.

'사람 중심(people-centeredness)'이라는 개념은 미국 의학연구소(Institute of Medicine)가 2001년 발간한 "Crossing the Quality Chasm" 보고서에서 보건의료의 여섯 가지 목표 중 하나로 '환자 중심(patient-centeredness)'을 제시하며 대두된 개념이다. 보건의료에 있어 사람 중심성(people-centeredness)은 질병보다는 사람과 지역사회의 건강 요구 및 기대에 초점을 맞추는 것으로, 환자중심성과 유사하나 환자중심성이 임상적인 만남으로서의 개인(환자)에 국한되는 반면 사람중심성의 경우 이를 포함하며 동시에 지역 사회 주민들의 건강에 대한 관심, 건강 정책 및 건강 서비스 형성에 중요한 역할까지 포괄한다는 점에서 차이가 있다(WHO WPRO, 2007).

즉, ‘사람 중심성’은 사람들이 환자가 되기 전 자신의 건강을 증진하고 보호할 수 있도록 정보를 얻고, 권한을 부여받아야 한다는 점을 인식함으로써 광범위한 문제를 해결(WHO WPRO, 2007)하고자 하는 것이다. 또한 WHO WPRO(2007)에 따르면, 의료진과 그 조직 및 시스템 또한 사람으로 구성되어 있으며 이들의 요구 또한 고려되어야 사람중심적 접근이 가능하다. 다시 말해 사람중심의 접근에는 의료 시스템의 모든 구성원과 이해자의 책임과 역량, 권리와 필요를 균형있게 고려하는 것이 포함(WHO WPRO, 2007)된다. 그러므로 ‘사람중심적 접근’은 제한된 자원을 가장 효율적으로 활용해 국민 모두에게 제공하며, 국민 건강 증진 도모‘를 목표로 하는 의료전달체계(김일순, 1982)의 본질에 적합한 개념이라고 할 수 있다.

한편 기존 체계의 취약성은 신종 감염성 질환의 확산과 같은 상황에서 더욱 쉽게 발견되며, 이러한 취약성이 또 다른 문제를 야기하기도 한다. 즉, 평소에는 잘 드러나지 않거나, 발생한다고 해도 사회적인 문제로서 조명을 받기는 쉽지 않았던 ‘기존 체계의 문제점들’이 긴급한 대처를 요하는 상황에서 더 쉽게 드러나며, 환자의 고통을 가중하는 결과로 이어지기도 하는 것이다. 한국의 의료전달체계의 경우 코로나19 대유행 상황에서 기존 체계가 가지고 있던 취약성이 드러나며 현장에서의 혼란과 환자의 고통을 가중시켰다고 할 수 있다. 특히, 경증 환자와 비교했을 때 더 위급한 상황을 경험하는 위중증 환자의 경우 그 고통이 더 크고 오래 지속될 수 있다.

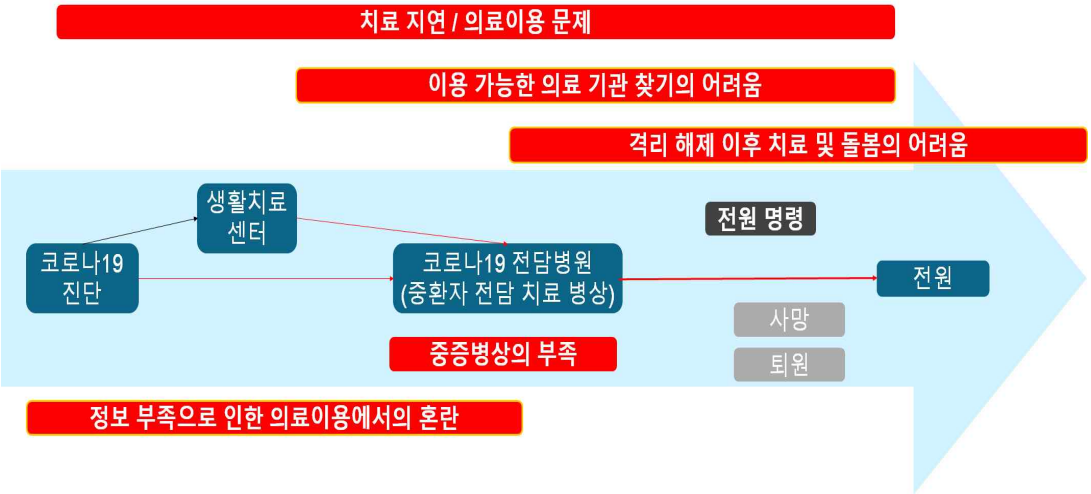

그림 1. 코로나19 위중증 환자들이 의료이용 과정에서 의료전달체계의 문제로 경험하는 고통 (author,2023)

실제로 코로나19 위중증 환자들이 의료이용 과정에서 의료전달체계의 문제로 인해 경험하는 고통의 경로(그림 1)를 살펴보면, 코로나19 진단 이후 위중증 환자들은 의료전달체계의 문제로 인해 '치료 지연과 의료이용의 문제'를 경험하게 된다. 즉, 전원이나 후송체계가 미비하여 병원으로의 이송 자체가 늦어지며 치료가 지연되기도 하고, 관련된 정보가 부족하여 의료이용 과정에서 혼란을 겪기도 한다. 한편 코로나19 전담병원의 중증병상 부족을 이유로 병상 확보를 위한 전원 명령은 환자나 환자 보호자로 하여금 '이용 가능한 병원을 직접 찾아야 하는 어려움'에 직면하도록 했다. 또한 환자와 환자 보호자들은 격리 해제 이후 계속해서 치료가 필요한 경우 혹은 돌봄이 필요한 경우 적절한 병원, 돌봄 제공자 등을 확보하는 데 어려움을 겪기도 한다. 이는 확진 당시부터 전원 또는 사망, 퇴원 후 일상 복귀에 이르기까지의 전 과정에서 경험할 수 있는 문제로, 이를 통해 한국의 의료전달체계가 코로나19 대유행 상황에서 코로나19 위중증 환자들의 고통을 야기하는 하나의 지점이 되었음을 발견할 수 있다.

이는 의료전달체계가 제 기능을 하지 못함에 따라 본래의 목표를 달성하지 못해 야기된 문제로, 이미 지적되어 오던 체계의 취약성이 개선되지 않았음을 시사한다. 의료전달체계 역시 그 이용자와 서비스 제공자,

조직과 시스템이 모두 사람으로 구성되어 있다는 점에서 '의료전달체계'가 '사람 중심적'이지 않을 때, 체계를 구성하는 과정에서 관련된 사람들 즉, 이해관계자들의 의견이 반영되지 않으며, 이런 상황에서 고질적인 문제의 근본적인 원인을 해결하기란 쉽지 않다. 한국에서는 환자 중심의 보건의료에 대한 세계적인 동향에 따라 '의료제도에 대한 국민의 인식'과 '환자의 의료서비스 이용 경험'에 대한 조사를 계획(신정우, 2017)하고 실시한 바 있으나, 이것이 WHO WPRO가 제시하는 '사람중심성'을 담은 시도라고는 보기 어렵다.

사람 중심의 의료전달체계가 실현되기 위해서는 환자뿐만 아니라 환자의 가족, 의료진, 지역사회 구성원 등의 시각이 모두 반영되어야 하나 현재까지 한국의 의료전달체계를 이용자[1] 즉, 환자의 관점에서 경험을 통해 분석을 시도한 연구는 찾기 어렵다. 코로나19 치료 과정을 이용자 관점에서 분석한 연구 중에서도 '의료전달체계의 사람중심성'에 초점을 맞춘 연구는 더욱 드물다. 따라서 본 연구에서는 한국의 의료전달체계라는 맥락(Context) 속에서 코로나19 위중증 환자와 보호자들이 경험한 고통을 기반으로 무엇이 사람중심의 의료전달체계의 장벽이 되었는지, 그 저해요인을 탐색해보고자 한다.

제 2 절 연구목적

본 연구의 목적은 코로나19 위중증 환자들이 겪는 다양한 고통을 환자와 보호자의 관점에서 분석하고, 고통이 발생한 기제를 설명함으로써 사람중심 관점에서의 의료전달체계가 실현되지 못하도록 만드는 원인, 즉, 사

1) '공급자'와 '관료 및 전문가'에 대치되는 표현으로서 '이용자'와 '환자'를 사용하였으며, 이 문단에서 표현한 '이용자 관점'은 본 연구에서 다루는 '사람중심의 관점'과 구분하고자 한다.

람중심의 의료전달체계를 저해하는 요인을 탐색하는 데에 있다.

따라서 본 연구의 연구 질문은 다음과 같다.

첫째, 코로나19 위중증 환자와 보호자는 의료이용 과정 중 의료전달체계로 인해 어떤 고통을 겪었는가?
둘째, 한국의 의료전달체계라는 맥락 속에서 위중증 환자와 보호자의 고통을 발생시킨 매커니즘이 무엇이고, 이것이 맥락과 어떻게 상호작용하였는가?
셋째, 현재 한국의 의료전달체계가 사람 중심성을 실현하지 못하는 원인은 무엇인가?

제 2 장 이론적 배경 및 선행연구

제 1 절 사람중심의 의료전달 체계

1. 의료전달체계의 개념

의료전달체계란 제한된 자원을 가장 효율적으로 활용하여 국민 모두에게 제공하며, 국민 건강 증진을 도모하기 위한 제도(김일순, 1982)라고 할 수 있다. '의료기관의 기능 분담' 그리고 '의료의 지역화에 따른 진료권 설정'(김창엽, 2019)을 주요 골자로 한 한국의 의료전달체계는 의료보험 실시 이후 본격적으로 도입되었다. 이는 환자의 단계적인 의료 이용이 효율적이며 합리적이라는 이론 및 외국의 선례에 기반한 것으로, 적정한 수의 진료권으로 전국응 구분하여 일차진료는 소진료권 내, 이차진료는 중진료권 내, 삼차진료는 대진료권 내에서 이루어지도록 한 것이다(김창엽, 2019).

의료전달체계에 대한 정의는 다양한데, '국가 또는 지역 보건의료체계가 조직, 관리, 제공 및 지불되는 방식(Last, 2007)', '인구집단의 건강문제에 대한 사회의 조직된 반응(Stevens, van der Zee, 2007)', '대상 인구 집단의 보건의료 필요를 충족하기 위한 보건의료서비스를 전달하는 사람, 기관과 자원의 조직(Skochelak,2021)' 등으로 정의되기도 한다. 고병수 외(2012), 민혜영·이정찬(2010), 조제국(2010), 박천오·유병복(1999), 최성두(1996) 또한 각각 의료전달체계의 정의에 대해 설명한 바 있으며, 본 연구에서는 "가용 의료자원을 보다 효율적으로 활용함으로써 필요할 때에 적시에, 적절한 의료기관에서, 적합한 의료인에게, 적정 서비스를 받을 수 있도록 제도화하는 것(유승흠,1988)"으로 정의하고자 한다.

의료전달체계가 제대로 기능하고 있는가를 평가하기 위해서는 그 목적을 이해하고, 달성하고자 하는 바람직한 상태가 무엇인지를 확인할 필요가

있다. 의료전달체계를 구축한 목적은 '거시적 효율성의 달성', '의료서비스의 질적 수준의 제고', '의료 이용에서의 형평성 확보', '의료시장의 공정한 경쟁질서 확립'과 같이 크게 네 가지로 구분할 수 있다(김진호 외, 2014). 또한, WHO(2010)는 바람직한 의료전달체계의 특징으로 다음과 같은 8가지의 특징을 설명했는데, 여기에는 포괄성, 접근성, 적용 범위, 연속성, 질, 사람 중심, 조정, 책임성과 효율성이 포함된다.

특징	내용
포괄성(Comprehensiveness)	예방, 치료, 완화 및 재활 서비스, 건강 증진 활동을 포함하여 대상 인구의 필요에 적합한 포괄적인 범위의 보건 서비스가 제공됨.
접근성(Accessibility)	비용, 언어, 문화, 지리 등의 과도한 장벽 없이 서비스를 직접적이고 영구적으로 이용할 수 있어야 함. 보건 서비스는 전문의나 병원 수준이 아닌 일차 진료 수준에서 서비스 네트워크에 대한 일상적인 진입 지점을 통해 국민에게 가까이 있어야 하고 서비스는 가정, 지역사회, 직장 또는 보건 시설에서 적절하게 제공될 수 있어야 함.
적용 범위(Coverage)	서비스 제공은 정의된 대상 집단에 속한 모든 사람, 즉 아픈 사람과 건강한 사람, 모든 소득 분위 및 모든 사회 집단이 혜택을 받을 수 있도록 설계되어야 함.
연속성(Continuity)	서비스 제공은 서비스 네트워크, 건강 상태, 치료 수준 및 생애 주기에 걸쳐 개인에게 연속적인 치료를 제공하도록 구성되어야 함.
질(Quality)	의료 서비스는 효과적이고 안전하며 환자의 필요를 중심으로 적시에 제공되는 등 질이 높아야 함.
사람 중심 (Person-centerdness)	질병이나 재정이 아닌 사람을 중심으로 서비스가 구성되어야 함. 사용자는 의료 서비스가 자신에게 반응하고 수용 가능하다고 인식할 수 있어야 함. 서비스 제공 설계 및 평가에 대

	상 인구가 참여하며, 사람들은 자신의 건강 관리에도 참여하게 됨.
조정(Coordination)	지역 보건 서비스 네트워크는 제공자 유형, 치료 유형, 서비스 제공 수준, 일상 상황이거나 비상 상황 모두에 걸쳐 적극적으로 조정됨. 환자의 주치의는 필요한 서비스를 받을 수 있는 경로를 안내하고 다른 수준 및 유형의 의료 제공자와 협력해야 함. 또한 다른 부문(예: 사회복지 서비스) 및 파트너(예: 지역사회 단체)와도 협력해야 함.
책임성과 효율성(Accountability and efficience)	보건 서비스는 자원 낭비를 최소화하면서 위에서 설명한 핵심 요소를 달성할 수 있도록 잘 관리되어야 함. 관리자는 계획된 목표를 달성하는 데 필요한 권한을 할당받고 전반적인 성과와 결과에 대해 책임을 져야 하며, 평가에는 대상 인구와 시민 사회의 참여를 위한 적절한 메커니즘이 포함되어야 함.

표 1.. 바람직한 의료전달체계의 특징 : WHO(2010)의 자료를 재구성

2. 사람중심성

미국 의학연구소(Institute of Medicine)가 2001년 발간한 “Crossing the Quality Chasm” 보고서에서는 보건의료의 여섯 가지 목표 중 하나로 ‘환자 중심(patient-centeredness)’이 제시되었다. 이후 WHO WPRO(2007)는 질병보다는 사람과 지역사회의 건강 요구 및 기대에 초점을 맞추는 보건의료에 있어서의 사람 중심성(people-centeredness)에 대해 정의하였다. 환자중심성이 임상적인 차원에서 개인(환자)과의 만남에 국한되는 반면 사람중심성의 경우 이러한 임상적인 차원에서의 만남을 포함할 뿐만 아니라 동시에 지역 사회 주민들의 건강에 대한 관심, 건강 정책 및 건강 서비스 형성에 중요한 역할까지 포괄한다는 점에서 차이가 있다(WHO WPRO, 2007).

질병에 걸리기 전에 먼저 자신의 건강을 증진하고 보호할 수 있도록 정보를 얻고 권한을 부여받아야 한다는 점을 사람들이 인식함으로써 건강과 보건의료에 있어서의 광범위한 문제를 해결하고자 하는 것이 WHO에서 제시한 '사람 중심성'이라고 할 수 있다. 즉, '의료 시스템의 모든 구성원과 이해관계자의 책임과 역량뿐만 아니라 권리와 필요를 균형 있게 고려하는 것(WHO WPRO, 2007)'이 사람 중심의 접근 방식에 포함되는 것이다.

이러한 사람 중심적인 보건의료가 실현되기 위한 핵심 원칙으로 WHO(2015)는 포괄적, 형평성, 지속가능성, 존중, 역량강화, 목표 지향적 등의 목록을 제시하였으며 그 내용은 다음과 같다.

사람중심적 보건의료 달성을 위한 핵심 원칙	
- 포괄적(Comprehensive) - 형평성(Equitable) - 지속가능성(Sustainable) - 조정(Coordinated) - 지속적(Continuous) - 총체적(Holistic) - 예방적(Preventive) - 역량강화(Empowering) - 목표지향적(Goal oriented) - 존중(Respectful)	- 협력적(Collaborative) - 공동생산(Co-produced) - 권리와 책임 부여(Endowed with rights and responsibilities) - 공유된 책무성을 통해 관리(Governed through shared accountability) - 근거 기반(Evidence-informed) - 시스템적 사고 기반(Led by whole-systems thinking) - 윤리적(Ethical)

표 4 사람중심적 보건의료 달성을 위한 핵심 원칙 : WHO(2015)의 자료를 재구성

그러나 WHO의 사람중심성에 대한 정의는 그 내용이 보건의료서비스 이용에 국한되어 있다는 점에서 한계를 지닌다. 물론 의사결정 과정에서 환자와 환자 가족,지역사회 등 일반 시민의 참여를 강조하고 있으나, 여기서의 '의사결정 과정'은 체계에 관한 것이라기보단 일반 시민이 이용하는 의료 서비스에 관한 것이다. 때문에 사람중심의 보건의료체계가 실현되기 위해서는 "사람들이 직접 정치적 주체로서 '참여'할 수 있어야 하고, 그 결과와 과정을 통제할 수 있어야 한다"는 김창엽 외(2020)의 접근

에 비해 미시적인 차원을 다루고 있다.
그럼에도 본고에서 다루는 '사람중심성'이 WHO의 정의를 따르는 것은 첫째로 그간 지적되어 온 한국의 의료전달체계의 문제점들은 '미시적인 차원에서의 사람중심성'의 요건조차 충족하지 못했기에 발생한 문제라는 판단 때문이다. 코로나19 위중증 환자와 보호자들의 고통을 심화한 의료전달체계의 문제가 사람중심적이지 못한데에 있다는 문제의식으로부터 시작된 본고의 목적은 '무엇이 의료전달체계를 사람중심적이지 못하게 하는가'를 발견하는 데에 있다. [2]따라서 보건의료서비스에 국한한 기준이 일차적으로 문제를 진단하고 요인을 발견해내는 데 유용할 것이라 판단하였다.

3. 사람 중심의 의료전달체계

의료전달체계의 의의와 목적을 살펴보았을 때, 이는 체계 그 자체보다는 사람의 '건강'을 위한 하나의 수단이자 도구라고 할 수 있다. 그러므로 의료전달체계를 개선하고자 하는 것은 곧 그것을 이용하는 사람의 건강을 위한 '방법'이 될 수 있다. 따라서 수단으로서의 의료전달체계가 사람들의 가치, 관심, 이해관계를 가장 중요하게 고려하는 사람중심의 의료전달체계가 되어야 건강이라는 궁극적인 가치를 실현하는 수단이 되는 것이다. 이를 바탕으로 본 연구에서는 '사람중심의 의료전달체계'를 '의료시스템의 모든 구성원과 이해관계자의 권리 보장과 참여를 기반으로 적합한 시기에 필요한 진료를 받을 수 있도록 하는 것'으로 정의하고자 한다.

---

2) 다만 보건의료서비스에 국한한 미시적 차원의 접근으로는 설명에 한계가 있을 수 있어 해당 부분은 논의로 남겨두고자 한다.

제 2 절 선행연구

1. 한국의 ‘사람 중심의 의료전달체계’ 선행 연구

한국의 의료전달체계에 관한 선행 연구에 비해, ‘사람중심의 의료전달체계’를 주제로 하는 선행 연구는 많이 찾아 볼 수 없었다. 김용민(2019)은 환자 중심의 의료체계 구축을 위한 연구를 실시하였는데, 여기서의 ‘환자 중심’은 말 그대로 ‘환자’가 된 사람을 대상으로 정의한 것이기에 본 연구에서 다루고자 하는 ‘사람중심성’과는 다소 차이가 있다. 또한 해당 연구는 유럽의 보건 의료체계를 분석 자료로 활용하였으며, ‘환자 중심’이라고는 하나 ‘환자의 관점’, 즉 ‘이용자 관점’에서의 분석을 시도했다고 보기는 어렵다.

2. 코로나19 유행 상황에서의 의료전달체계에 대한 선행 연구

윤강재(2020)의 연구는 코로나19 유행 상황에서의 한국보건의료체계의 변화와 과제로서 ‘의료전달체계의 기층 약화’를 지적한 연구로, 한국 의료전달체계에 보다 근본적인 개선이 필요함을 강조하였다. 또한 장성인과 채원정(2021)은 공공 및 민간 의료전달체계의 대응과 향후 과제에 대한 연구를 통해, 코로나19에서의 의료전달과, 의료급여 환자에 대한 의료전달에 대해 공공과 민간을 비교하여, 두 체계의 공적 의료 기여에 대한 사실관계를 확인하고자하였다. 그러나 해당 연구는 공공병원과 민간병원의 의료전달의 차이를 확인하는 데에 초점을 둔 연구로, 김용민(2019)의 연구와 마찬가지로 '이용자 관점'에서의 분석을 시도했다고 보기는 어렵다.

3. 사람 중심 또는 환자 중심 보건의료의 장벽에 대한 선행 연구

사람중심의 보건의료가 대두됨에 따라 국제적으로도 이에 대한 연구들이 이루어졌다. 그중 '사람 중심' 또는 '환자 중심'의 보건의료가 실행됨에 있어 장벽이 되는 요인에 관한 국외 연구들은 다음과 같다.

Lucy 외(2017)는 스웨덴 예테보리의 사람 중심 진료 센터 설립 이후 사람 중심 진료에 대한 연구를 하는 연구자들을 대상으로 심층면담을 실시하였다. 특히 서로 다른 맥락에서 사람 중심 진료를 구현할 때 무엇이 장벽이 되었으며, 그 어려움을 극복하기 위해 어떤 시도들이 이루어졌는지가 조사되었다. Lucy 외(2017)에 따르면 사람 중심의 진료를 어렵게 하는 요인은 크게 전통적인 관행 및 구조, 전문가의 회의적이고 틀에 박힌 태도, 사람 중심 개입의 개발과 관련된 요인으로 구분된다.

Qidwai 외(2012)는 동부 지중해 지역에서의 '사람 중심 보건의료에 대한 접근'과 관련한 현재 상태, 장벽, 기회, 과제 등을 체계적 문헌 고찰을 통해 확인하였다. Qidwai 외(2012)에 따르면 취약한 의료 인프라, 기능 장애가 있는 의료 시스템, 의료 시설과의 거리, 시간 제약, 사회 문화적 요인, 건강을 추구하는 행동, 종교적 신념, 재정적 요인(사회경제적 이유) 등이 사람 중심의 보건의료를 실현하는 데 있어서의 장벽이 된다.

한편, Jeroen 외(2016)의 경우 사하라 사막 이남 아프리카에서 환자 중심 의료의 현황과 시행에 있어 잠재적인 장벽을 공공 의료 서비스에 초점을 맞춰 확인하였다. 환자 중심 의료의 실행을 저해할 수 있는 요인은 상호작용을 하는 세 가지로 구성되는데, 각각은 첫째, 의료 제공자의 성과에 영향을 미치고 형성하는 요인 (의료 종사자 교육), 둘째, 보건 시스템의 구조적 특징, 셋째, 의료 종사자가 활동하는 더 광범위한 사회경제적 환경이다(Jeroen 외, 2016).

저자	대상	방법	사람 중심(또는 환자중심) 보건의료의 장벽
Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, &., Elam, M., & Wolf, A. (2017)	GPCC 모델을 구현하는 데 참여한 GPCC 연구자들[3]	심층 면담	• 전통적인 관행 및 구조 • 전문가의 회의적이고 틀에 박힌 태도 • 사람 중심 개입의 개발과 관련된 요인
Qidwai, W., Ashfaq, T., & Khoja, T. A. (2012)	-	체계적 문헌고찰	• 취약한 의료 인프라 • 기능 장애가 있는 의료 시스템 • 의료 시설과의 거리 • 시간 제약 • 사회 문화적 요인 • 건강을 추구하는 행동 • 종교적 신념 • 재정적 요인(사회경제적 이유) • 인정된 가정의학과 진료
De Man, J., Roy, W. M., Sarkar, N., Waweru, E., Leys, M., Van Olmen, J., & Criel, B. (2016).	-	peer-review, 현장 관찰, 비공식 인터뷰, 회색 문헌 검토를 바탕으로 분석 프레임 워크 개발	• 의료 제공자의 성과에 영향을 미치고 형성하는 요인 (의료 종사자 교육) • 보건 시스템의 구조적 특징 • 의료 종사자가 활동하는 더 광범위한 사회경제적 환경

표 5 해외 연구 사례 개요

3) 스웨덴 예테보리 대학의 연구진은 환자 중심적이고 사람 중심적인 진료(patient-centredcareandperson-centredcare (PCC))를 위한 환자 중심 진료 센터를 설립하였으며, 해당 연구는 해당 프로젝트에 참여한 연구자를 대상으로 심층 면담을 진행한 연구이다.

제 3 장 연구 방법

제 1 절 연구 설계

질적 연구는 대상자의 관점으로 세상을 바라보는 것을 중요시 하며, 인간 경험의 주관적인 측면을 강조한다는 특징을 지니며, 그 중에서도 심층면담은 지나간 사건과 기억처럼 관찰이 어려운 상황이나 연구 참여자의 내적 세계를 이해하기 위해 사용할 수 있는 가장 효과적인 연구방법(김영천, 2012)이다.

질적 연구 방법론을 수행하는 데 있어 중요한 것은 연구 목적과 연구의 주제에 부합하는 자료의 수집이라고 할 수 있다. 본 연구는 '사람중심의 의료전달체계 저해 요인'을 탐색하고자 '코로나19 위중증 환자'를 대상으로 한 연구의 면담 자료를 2차 분석하며 주제분석과 교차분석을 실시했는데, 연구 대상과 분석 방법을 이와 같이 설정한 이유는 다음과 같다.

1. 연구 대상

신종 감염성 질환의 확산은 기존 보건의료체계의 취약성을 보다 가시적으로 드러내곤 한다. 즉, 평상시에는 잘 드러나지 않거나, 발생한다고 해도 사회적인 문제로서 조명을 받기는 쉽지 않은 '기존 체계의 문제점들'이 긴급한 대처를 요하는 상황에서 환자의 고통을 가중하는 결과를 야기하는 것이다. 특히나 코로나19의 경우, '의료' 외에도 '방역'과 '돌봄'의 영역이 혼재된 데다가 단기간에 환자 수가 급증하고 정책 또한 급변한 탓에 [4]환자가 경험하는 현장은 더욱 혼란스러울 수밖에 없었다. 한국의 의

료전달체계가 그간 제대로 기능하지 못하며 단계적 의료체계와 의뢰체계는 사실상 유명무실하였고, 이것이 야기한 분절성이 코로나19 대유행 상황에서 환자와 보호자의 고통을 가중하는 요인이 되었다. 실제로 본 연구의 분석 대상이 된 원연구의 심층면담 진행 과정에서 면담 참여자들의 경험에서 기존의 한국 보건의료체계에서 발견되던 문제들이 반복적으로 나타나고 있음을 확인할 수 있었다. 이에 연구자로서 기존에 지니고 있던 문제 의식, 즉, 한국의 의료전달체계에 대한 문제 의식과 원연구의 심층면담 담당연구자로서 발견한 문제 의식, 즉, '코로나19 위중증 환자'가 겪게 되는 다양한 고통의 경로 중 '의료전달체계'가 '사람중심적'이지 않기에 발생한 문제점들을 보다 심층적으로 탐색하는 연구에 대한 필요성이 본 연구의 연구 방법을 설계하는 바탕이 되었다.

자료를 수집한 연구, 즉 원연구는 '코로나19 위중증으로 인한 재정적 고통과 치료받을 권리보장의 방해요인 확인을 위한 혼합연구'로, 연구자는 해당 연구에서 '코로나19 위중증 환자가 확진에서 퇴원에 이르는 각 과정에서 발생한 치료지연의 종류와 정도를 확인'하며, '코로나19 위중증 환자와 보호자가 질병의 중증화에 따른 치료 과정을 어떻게 경험하게 되었는지 사람 중심 관점에서 그 과정을 추적(process tracing)'하고, '중증 코로나19 치료 과정이 치료를 받게 되는 당사자들의 관점에서 어떤 어려움과 고통으로 이어졌는지 확인하고, 팬데믹 시기 재난의 가장 심각한 영향을 받는 이들의 건강과 존엄을 보장하는 데에 어떤 제도적 공백 및 폭력이 존재하였는지 파악'한다는 목적으로 심층 면담을 수행하였다. 원연구는 당사자의 경험을 최대한 촘촘히 기록하고, 이를 제도와 연관지어 문제를 제기하려는 목적을 지니며, 코로나19 위중증 환자가 경험하는 고통의 전반을 과정으로서 보여주고자 하는 연구였다. 따라서 원 연구의 심층면담 자료는 '사람중심의 의료전달체계 저해 요인'을 탐색하기 위해 코로나19 위중증 환자의 경험을 수집하는 본 연구에 부합하는 유형의 자

4) 여기서 현장이라 함은 코로나19를 진단받은 이후 '방역과 의료'의 영역에 포함되는 기간동안 경험했던 진료 현장, (재택치료의 경우) 자택 등의 모든 현장을 말한다.

료라 할 수 있다.

2. 질적 연구 자료의 2차 분석(Qualitative Research Data for Secondary Analysis)

본 연구는 연구자가 1차 조사자로 속한 연구에서 얻은 면담 자료를 2차 분석(Secondary Analysis)하였다. 조사된 현상의 추가 지표를 식별하는 경우(HAKIM,1982) 질적 연구 자료의 2차 분석을 사용하는 것이 적절하다. 질적 연구 자료의 2차 분석(Qualitative Research Data for Secondary Analysis)을 시도할 경우, 동일한 연구 문제에 대해, 기존 연구에 적용되지 않은 새로운 이론적 틀의 관점에서 연구 문제를 검토할 수 있다. 또한 보다 정교한 분석 방법론을 적용해 원래 연구보다 더 철저하게 연구 질문에 답할 수 있다는 강점을 지닌다.

따라서 연구자는 해당 연구에서 수집된 내용 중 ‘ 한국의 의료전달체계’에 대한 문제의식을 가지고 이 과정에서의 사람중심성이 저해된 지점을 포착하고, 그 원인을 탐색하여 기존 연구와는 차이를 두며 본 연구의 연구 목적을 달성하고자 하였다.

제 2 절 자료 수집

1. 문헌 자료

면담 자료의 결과에 대한 분석에 앞서 먼저 시기 별 코로나19 방역 및 의료 대응 정책의 변화를 정확하게 파악하고자 문헌 조사를 실시하였다. 코로나19 확진자 수와 위중증 환자 수, 병상 수 등의 정보와 대응 지침을 포함하는 정부의 보도자료뿐만 아니라 누리집(국민용, 보건의료인용),

신문 기사 등을 바탕으로 시기 별 감염 확산 추이와 그에 따른 정부의 대응 정책 변화, 그리고 그 대응 정책에서 지적된 문제점 등을 파악하고자 하였다. 단, 대응 정책에 대한 문제점은 '어떤 입장과 위치'에서 제기된 것인지를 파악하며 조사하고자 하였다.

2. 심층 면담 자료

1) 원 연구 자료의 활용

본 연구는 사람 중심적인 의료전달체계를 저해하는 요인을 탐색하고자 코로나19 위중증 환자 및 보호자(유가족), 코로나19 환자를 치료한 경험이 있는 의료진을 대상으로 진행한 심층 면담 자료를 분석하고자 했다. 따라서 코로나19 환자 중 위중증을 경험한 환자의 고통에 주목하고, 의료체계 내에서의 치료받을 권리 보장 측면에서 진단과 치료지연의 실태와 재정적 부담의 정도를 확인하기 위한 목적으로 진행된 "코로나19 위중증으로 인한 재정적 고통과 치료받을 권리보장의 방해요인 확인을 위한 혼합연구"의 심층 면담을 통해 수집하였던 자료를 이용하는 것이 본 연구의 목적과도 부합할 것으로 판단하였고, 해당 자료를 분석에 사용하였다.

구분	요건
환자 혹은 보호자 : (1 or 2 or 3) AND (4 or 5) AND 6	1. 건강보험 청구 코드 상으로 M0046, M5850, O1903, O7031 처치를 받은 경우 또는 AJ010-AJ031, AJ100-AJ102, AJ110- AJ161 입원코드 청구경험이 있는 사례 2. 환자 당사자 혹은 보호자의 진술에 따라, 코로나19 위중증 병상 입원 경험을 자가보고할 수 있는 사례 3. 환자 당사자 혹은 보호자의 진술에 따라, 코로나19로 격리해제 이후

	2주일 이내 호흡기질환으로 중환자실 입원 치료경험이 있는 사례 4. 코로나19 환자 당사자 5. 코로나19 환자의 보호자로서 현재 환자가 생존하고 있거나 사망한 경우 모두 포함 6. 만 18세 이상
의료인	1의 선정기준을 만족하는 환자의 치료 경험이 있는 의료인(이때 의료인은 의료법상 정의를 따름)

표 3-1. 원연구의 연구참여자 모집 요건

원 연구의 자료는 코로나19 위증증 환자와 보호자, 의료진을 대상으로 코로나19 확진 이후 격리와 치료 과정에서 어떤 상황을 경험하였는지 반구조화 설문지를 활용한 심층면담을 통해 수집되었다. 가족 감염이 흔하고 위증증 환자 치료 과정에서 가족의 돌봄과 지지가 거의 유일한 대응자원으로되어 있다는 점에서 다양한 형태의 가족이 면담에 포함되도록 고려하였다.

원 연구의 연구참여자 모집은 코로나19 위중증 피해 환자 및 보호자 모임의 협조를 받아, 모임에 참여하고 있는 구성원 중 자발적으로 참여 의사를 보이는 이들을 대상으로 하였고, 인터뷰 참여자를 대상으로 눈덩이 표집을 시행하기도 하였으며, 유관학회의 도움을 받아 의료인 연구참여자를 모집하였다. 연구참여자로는 코로나19 위중증 환자로 건강보험 청구 경험이 있거나, 환자 혹은 보호자의 진술에 따라, 위중증 병상 입원 경험이 있는 경우, 혹은 코로나19 격리해제 이후 2주일 이내 호흡기 질환으로 중환자실 입원 치료 경험이 있는 사례 중(이하 코로나19 위중증 환자), 코로나19 환자 당사자이거나 보호자인 경우에 해당하며, 코로나19 위중증 환자의 치료 경험이 있는 의료진 중 치료 경험이 1개월을 초과하는 의료인(이때 의료인은 의료법 상 정의에 따름)도 면담의 연구참여자로 포함되었다.

심층면담에는 2명의 연구원이 참석하였으며, 참여자 한 사람당 1회 120

분 이내, 면담의 시간과 장소는 참여자의 편의를 최대한 고려하여 정하였다. 연구 참여자들에게 해당 면담을 통해 수집 된 자료가 어떻게 활용될지 타 목적으로 연구가 활용되는 방향에 대해 구두로 설명을 완료한 뒤, 면담에 대한 사전 동의를 받고 녹취를 진행하였다.

반구조화된 질문지를 통해 연구자가 문헌고찰로 구성한 기본 질문들을 제시하였지만, 연구 참여자 스스로가 이야기하는 바를 최대한 존중하여 질문은 상황에 적절하게 유동적으로 제시되기도 하였다. 연구 주제에 대해 충분히 생각해볼 수 있도록, 연구 주제와 대표적인 연구 질문은 사전에 제시하였으나, 구체적인 면담 질문을 사전 제공하지는 않았다. 원 연구의 심층 면담 질문 중 본 연구의 연구 목적에 부합하는 질문은 <표 3-2 >와 같다.

구분	질문
환자 혹은 보호자	◆ 환자에게서 코로나19 감염이 시작되던 시점부터의 경험을 시간의 흐름에 따라, 가능한 상세하게 보건기관과 의료기관 이용을 포함해 진단과 치료를 받았던 경로에 대해 설명을 부탁드립니다. ◆ 코로나19 치료 과정에서 가장 어려웠던 점은 무엇이었나요? ◆ 코로나19 치료 과정에서 상황을 이해하는데에 필요한 정보가 충분했나요? 이와 관련해 도움을 요청할 수 있었던 사람이 있었나요? ◆ 코로나19 치료 과정에서 도움을 주고받을 수 있었던 사람들은 누구였나요?
의료인	◆ 코로나19 환자 진료와 관련해 지난 3년 간 맡은 업무와 근무처에 대한 설명을 부탁드립니다. ◆ 근무 중인 의료기관에서 코로나19 환자를 후송 받는 과정에서 필요했던 인프라/자원은 무엇이었나요? ◆ 코로나19 환자 진료 과정에 대한 개략적인 설명과 치료 과정 중 가장 어렵거나 불편했던 점은 무엇이었나요? ◆ 위중증 코로나19 환자의 치료 및 국가 지원과 관련해

	개선이 필요한 점은 무엇이었나요?

표 3-2. 원연구 질문의 구성 중 본 연구 목적에 부합하는 질문

본 연구를 수행하기 위해, 원 연구 책임자로부터 자료 제공에 대한 승인을 구하였고, 자료 제공 허락서를 제공 받았다. 연구자가 원 연구의 심층면담 담당자로서 연구참여자들의 녹취록을 정리하였기 때문에, 별도로 원 연구책임자로부터 자료를 전달 받는 대신 원 연구책임자로부터 자료 활용에 대한 동의를 구하고, 원 연구책임자가 최종 확인하였던 녹취록을 가지고 분석에 임하였다.

한편 Creswell(2015)에 따르면 질적 연구에서는 전형적으로 5~25 명의 면담이 필요하다. 유사 주제로 수행한 연구의 경험을 토대로 한 경우, 파킨슨병 환자의 경험을 연구한 김유식과 이솔잎(2019)의 연구에서는 10명, 근이영양증 환자 부모의 돌봄 경험을 연구한 오상은(2005)의 연구에서는 15명, 중환자실 치료를 경험한 환자 연구를 수행한 홍희진, 강지연(2018)의 연구에서는 초기 10명을 목표했으나, 포화에 도달하지 않아 6명의 면담을 추가하여 총 16명을 면담하였다. 원 연구에서는 17명의 참여자를 확보하였으며, 다만 해당 참여자 중에는 위중증 환자 및 보호자에 해당하지 않는 사례가 포함되어 있었기에 본 연구에서는 분석 대상수를 위중증환자 및 보호자, 그리고 위중증환자를 진료한 경험이 있는 의료진에 해당하는 12명으로 확정하였다. 분석에 사용된 연구 참여자는 <표3-3>과 같다.

번호	분류	참여자 코드	성별	환자와의 관계 (의료인인 경우 소속)
1	생존자(환자/보호자)	SV1	F	손녀
2		SV2	M	환자 본인
3		SV3	F	딸
4		SV4	F	환자 본인
5	사망자(보호자)	VT1	F	딸
6		VT2	F	딸
7		VT3	F	딸

8		VT4	M	아들
9	의료인	PV1	F	A병원
10		PV2	F	B병원
11		PV3	M	C병원
12		PV4	M	D병원

표 3-3. 분석에 사용된 연구참여자의 일반적 특성

제 3 절 자료 분석

1. 자료 분석 방법

1) 주제 분석과 교차 분석

본 연구는 Braun과 Clarke(2006)가 제시한 주제분석(Thematic analysis)을 사용하여 연구결과를 분석하였다. 본 연구와 유사한 주제를 다루며 주제 분석을 사용한 선행 연구들은 다음과 같다. 이기록(2021)의 연구는 코로나19 유행 1년 간 응급실 간호사의 팬데믹 대응 경험을 파악하기 위해 주제분석을 실시하였으며, 곽정란 외(2021)는 코로나19 상황 속 수어가 제1언어인 농인의 일상생활 경험을 심층적으로 탐색하고자 5명의 농인을 대상으로 실시한 심층 면담 자료를 주제분석을 통해 분석하였다. 김정현 외(2022)의 연구는 코로나19 상황에서 시각장애를 가진 대학생들의 경험과 지원 요구를 탐색하고자 포커스그룹 인터뷰(FGI)를 실시한 전사 자료를 주제 분석방법을 통해 분석하였다.

주제분석은 각 인터뷰에서 전사된 내용에 코드를 부여하고, 범주와 속성을 탐구하여 패턴을 찾는 방법으로, 코딩은 여러 단계에 걸쳐 분류하면서 핵심범주를 찾고, 범주와 개념들을 비교하여 사례간의 유사점과 차이점을 구분하는 과정을 거치게 된다.

본 연구에서는 Braun과 Clarke(2006)에 따라 다음의 여섯 가지 단계를

적용하여 자료를 분석하였다. 먼저 자료에 친숙해지는 단계에서 전사 자료를 반복적으로 읽고, 의미 있는 개념에 대한 초기 생각을 메모하였다. 또한 주제에 관한 통찰력을 얻기 위해 문헌 고찰을 통해 얻은 정보를 활용하였다. 두번째 단계에서는 참여자들의 진술 가운데 의미 있는 단어, 문구와 문장을 찾아 중요한 진술을 추출하고, 초기 코드를 생성하였다. 세번째 단계에서는 이전 단계에서 분류한 코드를 중심으로 관련 있는 진술들을 통합한 뒤, 주제를 도출하였다. 이렇게 도출된 주제를 다음 네번째 단계에서 다시 읽어보며, 일관성 있는 패턴이 보이는지를 확인하였다. 이어서 주제를 명확하게 정의하고 적절한 명칭을 붙이기 위해 너무 추상적이지도, 구체적이지도 않은 단어를 통해 주제를 명확하게 명명하였다. 마지막 단계에서는 도출된 주제를 바탕으로 논문을 작성하되, 자료가 충분한 근거를 제공하여 타당한 해석이 이루어졌는지, 납득 가능한지를 확인하였다. 또한 분석의 전체 과정에서, 연구자의 생각이나 판단이 개입되지 않도록 괄호 치기(bracketing)를 통한 반성을 지속하였다.

한편, 교차분석은 코로나19 위중증 환자들을 치료했던 의료진의 심층면담 분석 결과와 코로나19 위중증 환자 또는 환자 보호자의 심층면담 분석 결과를 바탕으로 의료진과 환자 및 환자 보호자의 응답 결과를 비교하고자 수행되었다.

Theme	Category	Code
판단과 의사결정을 위한 정보의 부족	질병에 대한 정보	비의료인이기에 알지 못했던 질병에 대한 정보
		기저질환과 구별할 수 없었던 증상
		위중증 상황에서의 판단의 어려움
	의료전달체계와 관련한 정보	의료전달체계 자체에 대한 부족한 이해
		전원 조치 등의 행정 명령에 대한 병원과 의료인의 입장

표 9 주제분석 과정의 예시

2. 타당도와 신뢰도 확보

질적 연구에서 타당도와 신뢰도를 확보하기 위한 방법으로 Creswell(2010)은 세 가지 차원, 즉, 연구자, 연구 참여자, 독자 또는 검토자라는 각각의 렌즈를 기반으로 한 전략이 가능하며, 연구자는 적어도 두 가지의 전략을 필요로 한다고 설명한다. 본 연구는 특히 '사람중심의 의료전달체계의 저해 요인'에 대해 실재론 관점에서의 주제분석을 시도하였기에, 비판적 패러다임에서의 타당도 확보 기법인 연구자 반성, 공조, 동료 복명(나장함,2006)을 통해 분석의 타당도와 신뢰도를 확보하고자 하였다.

연구자 반성 (researcher reflectivity)	연구자의 가정, 신념, 편견에 대한 반성
공 조 (collaboration)	연구참여자들의 관점을 적절히 반영하기 위하여 그들을 비형식적으로 공동 연구자격으로 초빙함.
동료복명(peer debriefing)	해당연구 또는 현장에 관 한 전문가로부터 연구결과에 대한 검토를 의뢰함. 그들은 반대 의견(devil's advocate) 개진 역할을 수행하여 연구 자의 가정, 방법, 해석 등 에 도전함

표 3-4 . 비판적 패러다임에서의 타당도 확보 기법 : 나장함(2006)의 자료를 재구성함

먼저 공조의 과정으로서 연구 참여자 3인을 포함하는 회의를 통해 연구 면담 진행 상황 및 결과에 대한 내용을 공유하고, 어떤 부분이 보충되어야 할지 등에 의견을 구하였다. 또한 연구가 진행되는 과정에서 연구자 반성을 통해 자료 분석에 편향된 결과가 반영될 수 있다는 사실을 인지하며 이를 최대한 완화하기 위해 노력하는 한편, 동료 연구자로부터 연

구 내용, 분석과정과 결과에 대한 동료 복명을 거쳤다.

3. 연구자의 배경 및 신념

연구자의 출생지는 강원도 내의 면 소재지로, 연구자는 출생 이후부터 20년 간 해당 지역에서 거주하였다. 그리고 거주 당시 가족의 투병 생활이 시작되었으며, 보건정책관리학 전공의 학부생 재학 시절에는 가족의 간병과 돌봄을 위해 학업을 잠시 중단하고 간병과 돌봄, 그리고 경제 활동에 전념하기도 하였다. 뇌종양 환자였던 가족의 간병을 지속하며 지방 의료원과 수도권의 상급병원을 오가는 경험을 하였고, 이는 전공 공부로는 얻지 못했던 현실에 대한 감각과 문제 인식을 가능케 한 계기가 되었다.

환자의 보호자로 지냈던 기간이 짧지 않았고, 보호자 혹은 유가족이 설명하는 고통 역시 익숙한 것이 대부분이었기에 환자 보호자였던 기억이 연구자로서의 정체성을 희석시키지 않도록 분석과정에서 연구자의 ‘입장’과 ‘위치’를 지속적으로 인식하였다.

4. 연구 윤리

본 연구는 2023년 5월 서울대학교 생명윤리심의위원회의 면제 승인(IRB No. E2305/004-007)을 받았다.

제 4 장 연구 결과

제 1 절 코로나19 대응 방역 및 의료 정책

2019년 12월 코로나19 발생 이후 한국에서는 2020년 1월 20일자로 코로나19가 제1급 법정감염병으로 지정되었다. 2020년 2월 24일, 정부는 코로나19로부터 안전한 '국민안심병원'을 운영하겠다 밝혔고, 코로나 진단검사 대상 환자의 경우 입원 전 진단검사를 통해 음성인 경우에만 입원이 가능하도록 안내하였다. 하반기인 2020년 10월 19일에는 코로나19 '중증환자 긴급치료병상'을 첫 확충하여 국립중앙의료원 중환자용 음압격리병동 30병상이 본격 가동되었다. 본 연구에서는 연구 참여자들의 확진 시기이자 영향을 받은 정책이 시행된 4차 유행 시기부터 정책을 정리하였다.

1. 4차 유행 시기 (2021년 7월 7일 ~ 2022년 1월 29일)

1) 단계적 일상회복 전환(2021년 11월 1일)

2021년 10월 29일 정부는 단계적 일상회복 전환을 2021년 11월 1일부터 시행한다고 발표하며, 단계적 일상회복이 시행됨에 따라 모든 확진자가 병원이나 시설 등의 격리를 통해 치료 받던 기존 방식을 재택치료 중심으로 전환할 것임을 밝혔다. 무증상이나 경증 환자의 경우 재택치료를 중심으로 하되 필요 시 생활치료센터에 입소할 수 있는 반면 중등증이나 중증 환자의 경우 확진자 수 기존 확보 병상을 최대한 활용하되 필요 시 행정 명령 확대나 감염병전담병원 추가지정 등의 방안이 추진 될 수 있음을 공표하였다.

2) 코로나19 전담치료병상확보를 위한 행정명령 시행(2021년 11월 5일)

2021년 10월 18일 사회적 거리두기 완화 및 11월 1일 단계적 일상회복 전환에 따라 확진자 증가 추세가 지속되며, 정부는 선제적 대응과 확진자 급증을 감당하기 위해 수도권 의료기관을 대상으로 코로나19 전담치료병상 확보 계획을 밝혔다. 11월 5일 중환자 전담치료병상은 1,111병상, 준중증 환자 치료병상은 455병상, 중등증 환자를 위한 감염병 전담병상은 10,056병상을 보유한 상태였는데, 이는 하루 평균 확진자 수 약 5천명까지 감당할 수 잇는 수준이었다. 따라서 정부는 행정명령을 통해 수도권 상급종합병원 22개소를 대상으로 준중증 치료병상 402병상을 추가 확보를, 수도권 내 200~299병상 종합병원 및 병원 중 코로나19 치료병상을 운영하고 있지 않은 61개 병원을 대상으로는 총 692병상을 추가확보하겠다고 밝혔으며, 상급종합 병원 대상으로 중환자 전담 치료병상을 추가로 확보하기 위한 예비행정명령을 시행할 것임을 밝혔다.

3) 전면 재택치료 전환 (2021년 11월 30일)

2021년 11월 1일 단계적 일상회복 전환이 이루어지며 지속가능한 의료대응체계로 전환의 필요성이 제기 되었다. 이에 정부는 모든 확진자가 재택치료를 기본으로 하며, 필요 시에 입원 치료를 받는 '일상적인 의료대응체계로 전환'을 추진한다고 밝혔다. 단, '입원요인이 있는자(동거인 포함), 감염에 취약한 주거환경, 소아·장애·70세 이상 접종자 등 돌봄이 필요하나 보호자와 공동격리가 불가능한자, 이외 지자체장이 인정하는자'에 해당하는 경우 생활치료센터를 포함하는 병상 배정 요청을 할 수 있다고 발표했다. 재택치료를 실시하게 되면 확진자는 관리의료기관을 지정받으며, 산소포화도 측정기, 체온계, 해열제, 소독용품 등이 포함된 재택치료키트를 지급받게 된다.

4) 코로나 전담병상 확보 행정 명령 (2021년 12월 10일)

2021년 11월 1일 단계적 일상회복 전환 이후 확진자의 급증으로 수도권 및 비수도권 지역의 병상 가동률이 함께 상승함에 따라 코로나19 전담치료병상을 추가로 확보하기 위한 행정명령이 2021년 12월 10일자로 발동했다. 앞서 2021년 11월에는 5일과 12일 두 차례에 걸친 행정명령이 발동한 바 있으며, 감염병전담(요양)병원 지정 등을 통해 치료병상을 확보하기도 하였다. 단, 정부는 행정명령이 발령된 이후에 지자체 내의 의료기관 시설 및 인력 등을 점검하고 병상 확보계획을 수립하는 과정에서 실제 확보 가능한 병상이 변동될 수 있음을 덧붙였다.

5) 격리 해제 기준 도입 (2021년 12월 17일)

정부는 2021년 12월 17일 보다 원활한 병상 순환 촉진을 위한 이행력 강화 방안을 추진함으로써 중환자실 치료가 꼭 필요한 환자에게 병상이 우선 활용될 수 있도록 관리를 강화하겠다 밝혔다. 이에 중환자실 재원 적정성 평가가 강화되었으며, 중환자실 치료가 부적합한 경우라면 준중증 혹은 중등증병상으로 전원 또는 전실하도록 권고·명령하며, 이행되지 않을 경우 의료기관에 대한 손실보상 삭감 및 환자 치료비 본인부담 처분 등을 부과한다고 발표했다. 이에 따라 중환자실 입원 시 재원 가능한 기간은 증상 발생 후 최대 20일까지로 제한되며, 기저 호흡기질환을 가지고 있거나 인공호흡기 등 치료가 안전정적인 경우에도 격리해제되도록 하고, 격리 기간 이후 발생한 입원치료비는 환자 본인부담으로 전환됨을 밝혔다.

2. 5차 유행 시기(2022년 1월 30일 ~ 2022년 6월 25일)

1) 코로나19 확진자의 기저질환 일반 병상에서 치료 (2022년 3월 15일)

정부는 2022년 3월 15일 코로나19 확진자를 일반의료체계 내 입원진료

로 확대하고자 다른 질환으로 입원 중 코로나19에 확진된 경우 무증상 또는 경증 환자는 일반 병상에서 우선 진료할 것을 발표했다. 다만 코로나19 중증으로 인해 음압병실 치료가 필요한 경우, 시·도 병상배정반에 병상배정을 요청할 것을 덧붙였다.

2) 코로나 응급 환자 신속 이송을 위한 추가 조치 (2022년 3월 23일)

응급실의 격리병상 수가 제한되어 있으며, 확진자의 체류시간이 길고, 일부 응급의료기관에서는 확진자의 진료를 기피하거나, 보건소와 119구급대 간의 소통의 어려움 등은 현장에서의 응급환자 이송을 어렵게 하는 요소였다. 때문에 이전까지는 응급실의 코로나 환자 수용력을 높이기 위한 응급실 내 격리병상 설치 지원, 코호트격리구역 수가 신설 등과 응급실 체류 중인 코로나 환자의 자체입원 허용 및 자체입원이 어려울 경우 중앙응급의료센터 상황실에서 전원 지원 등의 조치를 이행해왔다. 2022년 3월 23일, 정부는 재택치료 도중 응급 상황이 발생하여 119 구급대로의 신고 및 코로나 응급 이송 수요가 함께 증가함에 따라 응급환자의 신속한 이송이 가능하도록 응급의료기관의 코로나 환자 진료 인센티브를 마련하겠다고 밝혔다. 또한 지자체와 지역 소방본부, 응급의료기관 3개 주체를 포함한 응급협의체 구성을 통해 재택치료자 원칙을 수립하며, 핫라인을 통한 관련 정보 공유를 요청하기도 하였다.

3) 코로나19 법정감염병 2급 하향, 확진자 격리의무 단계적 해제 (2022년 4월 25일)

2022년 4월 25일은 한국에서 첫 코로나19 환자가 발생한지 약 2년 3개월 후로, 정부는 25일을 기점으로 코로나19의 법정 감염병 등급을 1급에서 2급으로 하향 조정함을 밝혔다. 1급 감염병과 달리 2급 감염병은 '확진 시 7일 간 격리 의무'와 '의료기관의 환자 즉시 신고 의무'가 없으므로 의료기관이 방역 당국에 신고하는 기간은 발생 24시간 이내로 변경된

다. 다만 확진자의 격리 의무가 바로 해제되는 것이 아니기 때문에, 정부는 유행 상황의 추이를 살피고 4주 후 2급 수준의 방역체계로 전환할 것을 밝혔다. 의무 격리가 해제될 경우 정부에서 지원하던 생활비, 유급 휴가비, 치료비 등은 종료된다.

4) 코로나19 단계적 병상 감축 (2022년 5월 25일)

2022년 5월 25일 정부는 코로나19 치료 병상 20,656개에 대한 단계적 지정해제를 시행함으로써 코로나19 환자뿐만 아니라 일반 환자 치료에도 병상이 사용될 수 있도록 전환하였다. 당시 확진자 수와 병상가동률이 3월 2주와 비교하였을 때 각각 28.5만 명에서 2.5만 명으로, 50.6%에서 16.0%로 감소하였기에 '지속 가능한 감염병 대응체계 확립'을 목표로 병상 자원을 정비한 것이다. 잔여 병상은 확진자 추이와 병상조정 원칙, 지자체 의견 등을 종합적으로 고려해 조정하는데, 기본적인 병상조정 원칙은 확진자 추세에 따른 단계적 감축으로, 중증이나 준중증의 경우 긴급치료 병상, 국가 지정 입원 치료 병상, 거점 보유 병상 중심으로 유지하며, 중등증의 경우는 일반의료체계로 대응하는 것이다.

3. 6차 유행 시기(2022년 6월 26일 ~ 2022년 8월 31일)

1) 코로나19 중증병상 재원적정성 평가 강화 추진 (2022년 8월 29일)

2022년 8월 25일, 정부는 코로나19 중증병상의 가동률이 높아진 상황에서 효율적인 병상 운영을 위해 '코로나19 중증병상 재원적정성 평가 강화방안'을 추진한다고 밝혔다. 이 날의 17시 기준 중증도별 병상 현황 자료에 따르면 위중증병상의 가동률은 45.3%였는데, 중증 병상 가동율이 7월 1일 기준 5.3%였던 것에 비해 2개월이 채 안 되는 기간 동안 9배 가량 증가한 상황이었다.

재원적정성 평가가 강화됨에 따라 시행일인 2022년 8월 29부터는 주 4회 실시하고 있던 중증병상 재원적정성 평가를 매일 실시하게 되었고, 평가 결과 부적합 판정을 받은 입실자의 퇴실이행기한 역시 2일에서 1일로 단축되었다. 다만 환자상태 악화와 같이 중증병상 재원을 필요로 하는 경우에는 의료기관이 소명자료를 제출하고, 심사를 받은 후에 입원을 지속할 수 있다고 덧붙였다.

제 2 절 코로나19 위중증 환자 및 보호자 면담 분석

문헌 조사를 통해 살펴본 바와 같이, 단기간에 여러 차례 정책이 변화하고 유행 시기 별 확진 추세 등이 상이했기에 환자 및 보호자의 경우에도 어떤 시기에 어떤 의료기관을 이용했는가에 따라 같은 상황에서도 다른 경험을 하게 되었음을 확인할 수 있었다. 또한, 환자 및 보호자와 의료인의 경험과 그로부터 인식한 문제가 다르기에 같은 상황을 두고도 상반된 견해를 보이기도 했다. 따라서 '사람중심의 의료전달체계'의 정의를 고려하였을 때, 이를 저해하는 요인이 무엇인지를 정리하는 데에 그 초점을 맞추고, 환자의 의료이용 경험이 의료전달체계의 전부에 해당하는 것은 아니라는 점에 유의하며 분석을 시도하였다. 의료인의 면담 내용은 별도로 정리하기보다는 환자 및 보호자의 면담 내용을 바탕으로 도출된 주제를 보충하여 설명함으로써 의료인과 환자 및 보호자 견해의 간극을 드러내고자 하였다.

1. 판단과 의사결정을 위한 정보의 부족

사람중심의 의료전달체계가 실현되기 위해서는 의료서비스이용 과정에서 환자와 그 가족들이 의사결정 과정에 참여할 수 있어야 한다. 그러나 '의

료'라는 영역에서 전문가 집단이 아닌 사람들, 즉 본 연구에서는 환자와 보호자에 해당하는 사람들은 문제에 대해 판단하거나 의사결정을 내릴 만한 근거로서의 정보를 충분히 갖고 있지 못하다. 그리고 이 부족한 정보는 실제로 환자의 상태 악화로 이어지거나, 이어질 수 있다는 공포를 야기한다.

1) 질병에 대한 정보

의료의 영역에서는 필연적으로 의료인과 환자 및 보호자 간의 정보의 비대칭성이 발생하게 된다. 2021년 11월 경 확진된 80대 여성의 보호자인 [1]은 코로나19에 확진된 조모의 증상만으로 코로나19에 감염되었다는 사실을 전혀 인지하지 못했으며, '산소 포화도'를 측정하는 것이 코로나19 확진 환자의 상태를 파악하는데에 필요하다는 사실조차 알고 있지 못했다.

. [1] *"의료인이 아닌 사람들이 그렇게 연결해서 생각하기는 되게 어렵잖아요. 코로나라고 해서 저는 상상을 못했으니까[...]코로나랑 산소 포화도랑 연결돼 있다는 것도 전혀 몰랐기 때문에[...]." (SV1)*

다른 질환으로 치료를 받고 있는 경우라면 의료인이 아닌 이상 보호자는 환자의 증상만으로는 코로나19 확진을 의심하기 어렵다. 특히, 발열이나 기침 등 널리 알려진 호흡기 증상이 발견되지 않아 검사를 하기 전까지 코로나19 확진 여부를 짐작하지 못하기도 한다.

[2] *"그날 저희가 이제 수두증 증상으로 00병원에서 계속 진료를 받으셨었고 그때 이제 그날도 이제 진료 때문에 서울에서 아니아니 분당에서 내려오는 길에 [...] 저희는 이제 코로나 확진인 줄 모르고 차에서 손 경련이 있으셨고 말씀, 의사 표현을 잘 못하셔서 저희는 사실 뇌출혈 이런 건 줄 알았어요." (VT3)*

이는 코로나19 위중증 환자의 보호자 모임에서도 지적된 문제이다. 예상치 못하게 코로나19 위중증 환자의 보호자가 된 이들은 갑작스레 닥친 상황에서 제대로 된 정보를 알지 못했던 것이 환자의 치료 지연을 야기하여 환자 상태를 더욱 악화시키는 결과로 이어질 수 있다는 점에 대해 문제 의식을 가지고 있었다. 정보를 알지 못한 상황에서 '우연히' 알게 된다면 운이 좋게 치료를 받기도 하지만 그렇지 못할 경우가 발생하고, 때문에 보호자들은 환자의 건강이 '우연성'에 내맡겨진다는 점에 분개하는 것이다.

[3] *"보호자들끼리 모였을 때 기본적으로 했던 말이 뭐였냐면, [...] 위중증 상황이 어떻게 발전할 수 있고 어떤 증상이 있을 때 위중증을 의심하고 곧바로 대처해야 되는지 그런 거에 대해서는 준비시키지 않았다. [...] 위중증 상황이 발생했을 때 곧바로 어떻게 어떻게 해서 환자를 제때 치료받게 해야 되는지 그런 정보는 전혀 코로나 3년 동안에 제대로 정보 알려주지도 않고 그냥 환자 보호자들이 그 상황에 닥쳤을 때 어버버버버 하면서 골든타임 놓치기도 하고 우연히 어떻게 알아가지고 이렇게 치료받기도 하고 이런 우연성이 내맡겨졌다는 게 그런 게 너무 좀 화가 난다. [...]"(SV1)*

2) 의료전달체계와 관련한 정보

의료전달체계에 관해서는 '체계 그 자체'에 대한 인식이 환자 및 보호자와 의료인 간에 사뭇 다름을 발견할 수 있었다. 정부가 병상 확보를 위해 확진 후 20일이 경과한 환자에 대해 전원을 강제하는 행정 명령을 시행하였던 조치에 대해 [4]는 '환자를 내보내도록 의료진이 압박을 받는다'고 설명했다.

[4] *“그 제가 알기로는 환자의 입원 기간에 따라서 뭔가 의료진들에게 달라지는 게 있다라고 들었어요. 그래서 특정 기간을 넘어서면 이 환자를 치료하는 것보다 오히려 새로운 환자를 받아서 이렇게 치료하는 게 뭔가 병원에는 이 그런 것 때문에 이제 일정 기간 이상이 되는 환자들을 내보내도록 의료진들이 압박을 받고 원무과들은 그런 거를 푸시하고 그런 상황에 놓이게 되다 보니까” (SV1)*

의료인이었던 [5]는 같은 조치를 두고 환자와 보호자의 입장에 동감하면서도, ‘병원 입장에서 환자를 데리고 있을 수 없는 이유’가 ‘돈 문제’에만 국한 한 것은 아니라고 답했다. 즉 코로나19 환자들로 인해 환자를 돌볼 병동도, 간호사도, 의사도 없는 상황이기에 정부의 행정 명령을 이행하지 않기란 어려운 일이라는 것이다.

[5] *"그분들의 입장은 이제 전적으로 동감이 되고요 20일 이후에는 지원이 끊겨버린 상황이 벌어지니까 병원 입장에서는 그 환자를 데리고 있을 수가 없는 거죠. [...]병원 입장에서는 평상시와 달리 병동도 없어 간호사도 없어 봐줄 의사도 없어 그 사람들 이건 단순히 돈 문제만 얽혀 있는 건 아니라는 거죠." (PV4)*

3) 의료서비스 이용에 관한 정보

한편, 환자 및 보호자들은 응급실을 이용하는 과정에서도 충분한 정보를 얻지 못하거나 치료 지연을 경험하기도 했다. SV1의 경우, 환자가 방문 가능한 응급실을 찾아 여러 군데에 직접 전화를 했고, ‘응급실에 자리가 있는지’를 물었을 때는 답변을 받지 못했다고 답했다. 결국 그는 숫자가 아닌 ‘응급실 이용 가능 여부’에 대해 재차 질문을 한 뒤에야 ‘가능할 수는 있을 것 같다’는 답변을 받았다.

[6] *"응급실 자리가 있냐 그랬더니 알려줄 수가 없다고 하더라고요 그래서 그러면 정확한 숫자는 안 알려줘도 되니까 가타부타 가능성 여부만 조금 확인해 달라고 했더니 가능할 수는 있을 것 같다[...]."(SV1)*

[7]의 경우에는 환자의 상태가 좋지 못함에도 불구하고 그를 받아줄 수 있는 병원이 없어 2시간 가량을 자택에서 대기해야만 했다. 이러한 치료의 지연은 환자의 상태를 더욱 악화시켰으나, 당시 보호자의 입장에서 [7]이 별 달리 할 수 있는 조치는 없었다.

[7] *"119에서 바로 출동을 해가지고[...]상태가 안 좋으셔서 바로 병원에 이송을 해야 된다고 하셔가지고 병원이 없어서 대기를 해야 된다고 대기를 집에서 한 2시간 정도 하신 것 같아요.[...]00병원에 자리가 나가지고 산소 포화도가 나중에 들으니까 한 55까지 떨어졌다고 하더라고요." (VT1)*

'코로나 전담 병원'이라는 용어에 신뢰를 가지고 환자를 입원시켰으나 결국 해당 요양병원에서 환자는 아무런 치료도, 처방도 받지 못한 채 상태가 악화된 사례도 존재했다. [8]은 기저질환을 앓고 있던 부친의 코로나19 확진으로 병상을 요청하였으나, 가능한 병원은 요양병원뿐이라는 안내 받았다. 그와 가족들은 '요양병원'이라는 것이 걸리긴 했어도, '코로나 전담 병원'이라는 사실에 환자에게 적합한 케어가 이루어지리라 기대하였다. 실제 의료 현장에서 '코로나 전담 병원'으로 지정되는 과정이나, 전담 병원으로 지정된 요양병원의 현황 등에 대한 정보가 없었기에 의료인이나 관련 전문가가 아닌 시민의 입장에서는 '무엇을 더 찾아봐야 하는지'조차 알 수 없는 것이 어찌보면 당연하다.

[8] *"그렇게 해서 이제 저희가 병상 이렇게 요청한다고 이제 계속 말을 하니까 00 요양병원이라는 요양병원인데 괜찮겠냐고 하셨어요. 그래서 요양병원이면 좀 그런데 라고 생각을 했었는데 이제 거기밖에 없다는 거*

예요. 그래서 저희가 이제 00 요양병원을 인터넷으로 검색을 해보니까 코로나 전담병원이라고 되어 있는 거예요. 그래서 저희는 요양병원이지만 전담이라는 것 자체가 코로나를 전담해서 이렇게 좀 환자를 케어해주는 병원인가 보다 라고 생각을 하고 그러면 거기로 가겠다 라고 했죠. 왜냐하면 거기마저 가지 않는다면 이게 이제 코로나 확진자라고 하면 119에 연락을 해도 오지 않는다는 걸 알았거든요." (VT3)

2. 시스템의 내/외부 문제

의료전달체계가 지닌 분절성이나, 의료서비스의 질이 일정 수준으로 관리되지 못하는 등의 시스템 차원의 문제 역시 사람 중심의 의료전달 체계를 저해하는 요인으로 작용한다.

1) 의료전달체계의 분절성

지속적으로 의료전달체계의 문제점 중 하나로 꼽혀온 '분절성'은 코로나19 확진자를 등록하는 과정에서도 발생했다. [9]는 서로 다른 지역의 의료기관에서 환자에 대한 정보가 제대로 인계되지 않아 지연을 경험해야 했다. 이는 전면 재택 치료가 시행된 시점에서 확진 이후 병상을 요청하는 과정에서 발생한 문제인데, 이외에도 병원과 병원 간, 의원급과 상급병원, 재활까지로 이어지는 각각의 경로는 분절적이었으며 분절된 의료전달체계는 입원이나 퇴원, 전원 등에 있어 또 다른 치료 지연을 야기하였다.

[9] *"사실 이제 그러기 전에 보건소랑 연락도 안 됐었고 확진 양성이라고 됐지만 충북에서 광주까지 넘어오는 데도 시간이 굉장히 오래 걸려서 저희 보건소에서는 그런 정보가 없다라고 계속했었고 이제 그걸 빨리 이렇게 하기 위해서는 00병원에 연락을 해서 얼른 넘겨달라고 해야 된다*

이런 과정도 사실 있었거든요."(VT3)

이는 [10]에서도 나타나듯, 의료인과의 면담에서도 동일한 문제 의식으로 지적되었다.

[10] *"전담병원에 수용하거나 생활치료센터에 수용하는 정책과 재택 치료랑 대면외래랑 지역사회 의료랑 이런 것들이 다 분절적이잖아요."(PV3)*

2) 병원/개인에 따라 좌우되는 결과

병원과 병원 간의 연계 시스템은 존재하지 않았으며, 환자가 더 적절한 의료기관에서 치료를 받을 수 있는가에 대한 여부는 병원 또는 의료인이 적극적으로 전원에 대한 도움을 주는가에 의해 좌우되었다.

[11] *"병원에서는 전혀 연계 없었고요, 네. 이것도 병원마다 그 분위기가 다른 것 같은데 [...] 00이랑 00은 좀 큰 규모가 있는 병원임에도 불구하고 다른 병원을 이제 연계시켜주기보다는 위중하니까 요양병원으로 가라 이런 입장이었고요. 이제 00 병원은 이제 사회복지팀이 좀 잘 되어 있는지 좀 적극적으로 알아봐 주는 경향이 있었어요. 그래서 그때 00 병원을 추천을 받았고 일반 재활병원들은 다 전화를 해봤지만 이제 거부당해서 이제 종합병원급으로 대리 진료를 봐서 옮기게 되었던 거죠."(SV3)*

한편, 병원이나 의료인 개인이 적극적이지 않은 경우 보호자의 '호소'를 통해 전원이 아닌 연장 조치가 취해지기도 했다. [12]는 전원이 불가피한 상황에서 담당 의료진에게 상황의 어려움을 '호소'함으로써 안정적인 치료를 받을 수 있었으며, 이후 환자의 상태가 차츰 호전되었다고 답했다.

[12] *"제가 인터넷에 신문 기사를 보고서 우리 할머니도 지금 이런 상황이겠구나 싶어서 교수 면담을 해가지고 교수한테 사정사정을 했어요. 할머니 지금 중환자실에 나갈 수 있는 상황이 아닌데 이렇게 전원을 할 수가 없지 않냐 그래서 저희는 다행히 연장을 해줬어요. 그래서 그 중환자실에서 안정적으로 치료를 그래도 받을 수 있었고 최소 한 달 이상 중환자실에서 치료를 받은 거예요. 그 동일한 의료진이 할머니 상태를 알고 이렇게 즉각적으로 개입할 수 있는 의료진들이 있었고 그다음에 00병원은 그래도 의료 자원이 풍부하다고 하잖아요. 그래서 그런 것들도 좀 영향을 받아서 할머니가 다행히 회복을 하셔가지고 나중에는 의식이 돌아와가지고[...]"(SV1)*

3. 관료/전문가 중심성

1) 공급자와 이용자의 상이한 관점

격리 해제 후의 전원 명령에 대해 환자의 보호자와 의료인은 서로 다른 입장을 보였다. 의료인인 [13]은 중환자 병상 확보가 원활하지 않은 상황에서 격리 해제가 가능한 고령자가 중환자실에 계속 남아 있는 것이 오히려 문제임을 지적했다. 이러한 입장 차는 공급자와 이용자의 관점이 상이함을 보여주는 동시에 각자의 입장 차에 대한 이해와 공감, 합의의 경험 자체가 존재하지 않음을 시사한다.

[13] *"글쎄요 사실은 이제 뭐 병상 상황이 중환자 병상이 상황이 좋지 않은 상황에서 사실 격리 해제가 가능한 상황이면 내보낼 수밖에 없는 어쩔 수 없는 상황들이 저는 대부분이었을 것 같고요. 사실은 특히 고령자 이런 요양병원에 얽힌 분들이 사실은 중환자실을 끝까지 고집하는 건 저는 문제가 많다고 생각합니다. "(PV1)*

2) 폐쇄적이고 관료/전문가 중심적인 정책의 형성 과정

애초에 정책이 만들어질 때 '이용하는 사람, 즉 환자'의 의견이 반영되지 않으며, 정책이 결정되고 시행되는 모든 과정이 폐쇄적임을 지적하는 답변도 있었다. [14]는 코로나 대유행 초기에 모친과 본인을 포함한 가족 전원의 코로나19 확진으로 한 달 가량을 격리하며 결국 모친의 임종조차 지키지 못했다. 그는 초기와는 달라진 코로나19 방역 및 의료 대응 정책에 있어 '과거에는 금지했으나 현재에는 금지하지 않는 것'의 기준을 명확히 이해할 수 없고, 정책이 시행되는 과정이 매우 폐쇄적이었던 것을 지적하면서도 이미 체념한 모습을 드러내었다.

[14] *"모든 과정이 그때 당시에는 그냥 모든 과정이 다 굉장히 폐쇄적이었기 때문에 그냥 모든 과정이 다 마음에 들지 않았던 것 같아요. 지금 생각해도 그건 그래요 [...] 지금은 안 그렇게 할 것을 그때는 왜 그렇게 했었는지 좀 그런 부분에 대해서는 이해가 안 가기도 하고 근데 이미 다 벌어졌고 시간은 흘러갔고 이거를 누구한테 말할 수 말해봤자 소용도 없고 그때 이후로는 그런 거에 대해서 얘기하거나 그럴 일도 없었고 [...]" (VT4)*

4. 사람을 배제한 성과와 결과 내기

의료전달체계의 목적을 단지 기관과 기관 사이의 '효율적인' 환자 이동 정도로만 해석한다면 사람을 배제한 성과와 결과 내기로 인해 의료전달체계의 본래 취지를 상실하기 쉽다. 특히 수치와 같은 양적 성과에 가려진 절적 수준이나, 일정 수준의 성과를 달성하기 위한 혹은 그러한 행정적인 조치를 내세운 기계적인 처치와 환자 및 보호자에 대한 압박은 의료 현장 곳곳에서 발생했다.

1) 질을 고려하지 않은 양적 성과

병상 확보율은 코로나19 확진자 수 및 위중증, 사망 환자 수와 함께 연일 보도되던 '성과' 중 하나였다. [15]는 자신이 뉴스를 통해 접했던 병상 확보율이 질적인 부분을 검증할 수 없는 양적 성과에 불과함을 지적했다. 이러한 성과를 접한 바 있기에 환자가 치료 받을 기관을 선택함에 있어 영향을 받을 수 밖에 없었고, 뒤늦게 병원에서 제공하는 의료 서비스의 질이 적절하지 않음을 파악했던 것이다.

[15] *"그리고 정말 정부에서 되게 병상 확보율 몇 프로 이렇게 계속 뉴스에 나왔잖아요. 근데 그 병상이 정말 겪지 않은 사람이면 저희도 저렇게까지 병상이 많아서 아파도 저렇게 우리가 입원할 수 있겠구나라고 저마저도 그렇게 생각을 했었고 그랬으니 그냥 응급실에서도 저희가 스스로 이제 차로 어차피 이동해 왔으니 충북대에서 저희가 그럼 집에 가 있을 테니 그때 광주 근처에서 병상 요청할게요라고 왔겠죠. [...]병상 확보율이라는 게 그 전담 병원이라는 게 정말 코로나 치료를 할 수 없이 그냥 침대만 있는 곳, 집보다도 못한 곳을 병상으로 마음대로 지정해 놓고 [...]환자를 받을 수 있는 병상이 확보되었다는 병원은 병원으로서 역할을 잘하지 못했기 때문에 환자가 없었던 거라는 생각이 들어요."(VT3)*

2) 의료 현장에서 환자의 상황에 대한 불충분한 고려

한편, 코로나19 격리 해제 기준에 대해서는 기간을 기계적으로 구분할 뿐이라는 인식과 함께, 환자의 상태를 고려하지 않은 채 절차만을 준수한 것이 환자의 건강에 영향을 미쳤다는 인식이 존재했다. 이는 의료인 면담 과정에서도 동일하게 지적된 문제로, 이러한 기준에는 환자의 상태나 환자 및 보호자의 상황, 의료 현장에 대한 고려가 충분히 담기지 못했다.

[16]의 경우는 보호자의 진술로, 환자가 거주하던 지역의 다른 환자 사례를 언급한 내용이다. 중증 환자로 구분되었어야 했던 환자가 적절한 치료를 적시에 받지 못하고 사망하게 된 사례를 통해 환자 상태를 충분히 고려하지 못한 현장에서의 문제점을 발견할 수 있었다.

[16] *"주변에서 이제 저희가 엄마 아빠가 살던 곳이 시 도계읍이라는 약간 광산촌이에요. 그런 데는 노인 인구가 훨씬 많죠 [...]제 친구 아버지도 기저질환이 있었죠. 간이식을 받고 이제 다 회복돼서 정상생활을 하고 있는 중이었는데 코로나 확진이 되어서 그렇게 중증 환자는 이제 좀 큰 병원에 이렇게 격리가 되어야 될 것 같은데 영원 쪽에 있는 그런 자가 격리 센터에 들어가게 됐대요 결국 거기서 일주일 격리 기간이 끝나서 집으로 보냈는데 환자 상태가 집으로 올 수 있는 상황이 딱 봐도 아닌 것 같았는데 집으로 보냈다고 들었거든요. 결국에는 이제 집에 오셔서 하루 만에 심정지 오셔서 이제 세상을 달리한 걸로 알고 있어요." (SV3)*

격리 해제 기준에 대해서도 '기계적인 판단'을 하며 환자의 상태와는 관계 없이 치료를 중단하는 사례를 언급했던 [17]의 경우 역시 현장에서 환자의 상황에 대한 고려가 충분히 이루어지지 않고 있음을 시사한다.

[17] *"코로나 19도 격리 해제 기간 끝나면 나가 이제 치료 안 받아도 되니까 이런 식으로 되게 기계적으로 판단하잖아요." (SV1)*

3) 환자에 대한 강제적인 조치와 압박

한편 환자 보호자인 SV1은 전원 명령을 거부했다가 병원으로부터 내용증명을 받으며 압박을 느꼈던 당시 상황을 설명하며, 전원 할 수 없는 상태에서 오로지 기간을 기준으로 강제 전원을 할 수 없었고, 그렇기 때문에 자신이 취했던 대처에 대해 설명했다.

[18] *“왜냐하면 저도 환자가 전원 명령을 거부하고 보호자가 거부하면 병원이 강제로 쫓아낼 수 없다라고는 알고 있거든요. 경찰이 와서도 못 내보낸다. [...] 이랬는데 실제로 그 병원 측에서 이제 저희는 내용 증명을 받았잖아요. 야 너네는 이제 이 병원에 더 이상 치료받을 게 없는데 너네 여기서 있을 거야? 그래 그러면 너네 이제부터 건강보험 적용 안 된다, 니네가 100% 부담되는데 그거 감당할 거지? 이런 식으로, 그러니까 돈으로 사실은 압박을 하는 거죠.” (SV1)*

–

제 5 장 논의

제 1 절 논의

코로나19 위중증 환자 및 환자 보호자와 의료인들의 면담을 통해 파악할 수 있었던 사실들 중 한 가지는 의료이용과정에 대한 경험 속에 방역과 의료, 돌봄의 영역이 혼재되어 있다는 점이다. 코로나19가 아닌 다른 질병들의 경우에도 질병을 예방하려는 시도와 진단 및 치료의 과정, 그리고 돌봄으로 이어지는 유사한 경로를 보이나 코로나19, 특히 그중에서도 위중증 환자의 경우 단기간에 급변하는 정책과 그로인한 의료 현장에서의 혼란이 기존의 보건의료체계가 지닌 문제들과 맞물리며 고통이 심화되었음을 확인할 수 있었다.

또 한 가지는 의료전달체계의 목적에 대한 이해는 상이하며, 구체적인 합의는 사실상 부재하다는 것이다. 의료전달체계가 궁극적으로 지향하는 바는 제한된 자원을 가장 효율적으로 활용하여 국민 모두에게 제공하며, 국민 건강 증진을 도모하기 위한(김일순, 1982) 것에 있음에도 불구하고, 의료전달체계에 대한 인식은 의료인과 환자 및 보호자에게서 상이했다. 의료전달체계를 단지 기관과 기관 사이의 효율적인 환자연계정도로 해석하는데 그친다면 '사람중심성'은 실현되기 어렵다. 의료전달체계의 '문제'로 지적되는 것은 '증상'이지 근본적인 '원인'에 해당하지 않기 때문이다.

'사람중심의 의료전달체계'가 실현되려면 궁극적으로는 사람들의 '참여'가 필요하다. 의료이용과정에서 사람들이 직접 의사 결정을 하기 위해서는 '판단'을 할 수 있을만큼의 충분한 정보가 제공되어야 한다. 그러나 의료의 영역에서 정보의 비대칭성은 두드러지며, 이로 인해 환자 및 보호자(이용자)와 전문가(공급자) 사이에는 필연적으로 힘의 불균형이 발생할 수 밖에 없다.

코로나19 위중증 환자의 보호자가 고령의 환자를 계속해서 중환자실에서 치료 받도록 하는 상황을 의료인이나 정부의 관점에서는 자원을 비효율적으로 활용하고 있는 상황, 즉 '의료전달체계의 비효율성'이 발생하는 상황으로 해석할 수 있다. 그러나 애초에 '의료전달체계'에 대한 이해와 공감이 선행되지 않은 환자 및 보호자의 입장에서는 무엇이 필요한지를 구별하고 선택할 수 있는 충분한 정보가 주어지지 않은 탓에 의료인이나 정부와 동일한 시각으로 문제를 바라보기는 어렵다. 생사의 문제가 직결되었다고 느낄 수 있는 입장이기에 더욱 그렇다. 그러므로 사람들의 '참여'가 가능토록 하는 수준의 충분한 정보 제공은 '사람중심의 의료전달체계'를 실현하기 위한 기반이라고 할 수 있을 것이다.

한편, 이미 고질적인 문제로 지적되어 온 의료전달체계의 분절성에 대해서는 '환자 중심'의 통합 의료가 해결책으로 제시되곤 한다. 분절된 의료전달체계가 통합되는 것은 매우 중요한 일이지만, 이는 '사람중심성'보다 협소한 의미의 '환자 중심'을 바탕으로 하며, 이 과정에서 또 한번 기존의 '관료/전문가 중심성'이 반복될 수 있다는 점을 경계해야 할 것이다. 환자 및 보호자, 즉 이용자의 상황에 대한 충분한 고려와 정책 및 제도 수립 과정에서의 사람들의 참여는 빠른 의사 결정을 필요로 하는 환경에서는 적합하지 않다고 여겨질지 모른다. 게다가 사람들의 '참여', 시민사회의 '참여'를 실현하는 일은 말처럼 그리 쉽지 않다. 그렇기 때문에 '사람중심의 의료전달체계'를 마련하는 일은 '사람중심의 의료전달체계'를 저해하는 요인을 탐색하는 것을 넘어, '사람중심성이 실현되는 상황' 그 자체에 대한 연구를 필요로 할 것이다.

제 2 절 연구의 의의 및 한계

본 연구는 기존의 한국 의료전달체계에 대한 논의와 달리 '사람중심성'을 바탕으로 환자와 보호자의 관점에서 '사람중심의 의료전달체계를 저

해하는 요인'에 대한 탐색을 시도하였다는 점에서 그 의의를 지닌다. 특히 코로나19 유행으로 인해 방역 및 의료 대응 정책이 급변하고, 의료현장에서의 긴급한 대처가 요구되는 상황 속에서 기존의 의료전달체계가 가진 취약성이 그대로 드러남에 따라, 의료전달체계에 대한 새로운 패러다임 제시가 필요한 상황에서 체계의 목적과 본질에 부합하는 '사람중심성'을 다루었다는 점이 연구의 가장 두드러지는 측면이라 할 수 있다.

그러나 본 연구는 '코로나19 위중증 환자 및 보호자'의 경험에 기반하여 한국의 의료전달체계에서 위중증 환자들의 의료이용과정을 극히 일부로만 다루었을 뿐, 의료전달체계의 전반적인 차원을 다루지는 못했다. 환자의 의료 이용 과정이 의료전달체계의 전부는 아니라는 점에서 또한 본 연구가 의료전달체계에 있어 협소한 범위를 탐색했을 뿐이라는 사실을 알 수 있다. 따라서 향후 연구들은 '사람중심성'에 대한 이해를 바탕으로 의료전달체계가 '사람중심적'이 될 수 있도록 하는 방법을 이용자 관점을 포함하되, 보다 넓은 범위의 의료전달체계를 다룰 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

참 고 문 헌

고병수 최용준 김경우 조경희 이은경 송종원(2012), 한국 일차의료의 발전 방 향 모색 2012, 대한가정의학회

곽정란, 조정환, 정점희, 이기상, 이준우. (2021). 코로나 19 상황 속에서의 농인의 경험. 한국장애인복지학, 51(51), 265-297.

김민아, 성지민. (2022). 코로나19 생존자의 직장 내 낙인 및 대처 경험. 보건사회연구, 42(3), 7-29.

김영천. (2012). 질적연구방법론1, 아카데미프레스

김용민. (2019). 환자 중심의 의료전달체계 구축에 관한 연구-일차 의료 강화와 관련된 유럽연합의 예를 중심으로-. 의료법학, 20(3), 235-262.

김유식, 이솔잎. (2019). 파킨슨병 환자의 경험과 요구에 관한 질적 연구. 노인복지연구. 74(4): 69-97

김정현, 강영모, 김민서, 손승현. (2022). 코로나19 시기 시각장애 대학생의 경험과 지원 요구 탐색: 서울 소재 K 대학을 중심으로. 시각장애연구, 38(3), 97-131.

김진호, 이수형, 하솔잎, 이기주, 윤강재, 오영호, 등. (2014) 한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향. 한국보건사회연구원.한국보건사회연구원 연구보고서.(8).17-47

김창엽. (2019). 건강의 공공성과 공공보건의료. 한울 아카데미.

김창엽, 정백근, 임준, 손정인, 김선, 김새롬, ... 박지은. (2020). 새로운 국립중앙의료원 의 기능과 공공보건의료체계 강화 연구. 서울: 국립중앙의료원 공공보건의료연구소.

나장함. (2006). 질적 연구의 다양한 타당성에 대한 비교 분석 연구. 교육평가연구, 19(1), 265-283.

민혜영 이정찬. (2010), 진료의뢰 및 회송제도 개선방안, 의료정책연구소

박천오 유병복. (1999), 한국의료전달체계의 실패원인: 정책대상집단의 불응을 중심으로, 한국행정학보, 33(4), pp.333~353.

신정우. (2017). 사람 중심 보건의료제도와 환자의 의료서비스 이용 경험. 보건복지 Issue & Focus , 330, 1 - 8. https://doi.org/10.23064/2017.02.330

오상은. (2005). 근이영양증(근육병)환자 부모의 돌봄 경험. 가족과 가족치료. 13(2):171-194

윤강재. (2020). 코로나19 유행 상황에서의 한국보건의료체계의 변화와 과제. 보건복지포럼, 290, 34.

이기록. (2021). 코로나19 유행 1년 간 응급실 간호사의 팬데믹 대응 경험. 서울대학교 대학원.

장성인, 채원정. (2021). 공공과 민간 의료전달체계의 대응과 과제. 대한공공의학회지. 2021;5(1):e14

조재국. (2010), 의료전달체계의 발전방향과 정책과제, 보건복지포럼, 제169호, pp.6~15.

최성두. (1996), 의료전달체계에 관한 정책설계의 통제불가능 요인, 한국행정학보, 30(1), pp.79~91.

홍희진, 강지연. (2018). 중환자실 환자가 경험한 인간중심 간호에 관한 질적 내용분석. 중환자간호학회지. 11.2: 21-33.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101. doi:10.1191/147808876qp063oa

Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC. (2021). Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. Annals of internal medicine. 174(4):576-8.

Chua K-P, Conti RM, Becker NV. (2022). Trends in and Factors Associated With Out-of-Pocket Spending for COVID-19 Hospitalizations From March 2020 to March 2021. JAMA network open. 5(2):e2148237-e.

Creswell, J. (2015). 30 Essential Skills for the Qualitative Researcher. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. (2021). Long covid－mechanisms, risk factors, and management. BMJ. 374:n1648.

De Man, J., Roy, W. M., Sarkar, N., Waweru, E., Leys, M., Van Olmen, J., & Criel, B. (2016). Patient-centered care and people-centered health systems in sub-Saharan Africa: Why so little of something so badly needed?. International Journal of Person Centered Medicine, 6(3), 162.

Gaffney AW, Hawks L, Bor DH, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D. (2020). 18.2 Million Individuals at Increased Risk of Severe COVID-19 Illness Are Un- or Underinsured. J Gen Intern Med. 35(8):2487-9.

Hakim, Catherine. (1982) Secondary analysis in social research: a guide to data sources and methods with examples.

Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington D.C., United State: National Academies Press

Is, W. I., & Done, H. I. (2022). Integrated People-Centered Health Care. Making Health Systems Work in Low and Middle Income Countries: Textbook for Public Health Practitioners, 368.

Islam N, Lewington S, Kharbanda RK, Davies J, Várnai KA, Lacey B. (2021). Sixty-day consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: an electronic health records study. European Journal of Public Health. 31(2):280-2.

Last JM. A dictionary of public health. New York (NY): Oxford University Press; 2007

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, &., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of

person centred care in different healthcare contexts. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31(4), 662-673.

Qidwai, W., Ashfaq, T., & Khoja, T. A. (2012). Access to person-centered care: a perspective on status, barriers, opportunities and challenges from the Eastern Mediterranean Region. World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine, 99(312), 1-10.

Ritchie, J & Spencer, L (1994) Qualitative data analysis for applied policy research Analysing Qualitative Data

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8(3), 25-37.

Skochelak SE, Hammoud MM, Lomis KD, Borkan JM, Gonzalo JD, Lawson LE, et al. Health systems science: AMA Education Consortium. 2nd ed. Philadelphia (PA): Elseviser; 2021.

Stevens F, van der Zee J. Health care delivery systems. In: Ritzer GR, editor. The Blackwell encyclopedia of sociology. Malden (MA): Blackwell; 2007. pp. 2052 - 8.

WHO WPRO. (2007). People-Centered Health Care: A policy framework. Manila:WHO WPRO.

WHO (2010) . Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734

WHO. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report, Geneva: World Health Organization

Abstract

Exploring the barriers to a people-centered healthcare delivery system

Choe Jiwon

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public health

Seoul National University

While the Korean healthcare delivery system has been criticized for a number of inherent problems that make it inadequate for its meaning and purpose, the focus of the discussion has been primarily on providers, such as the fragmentation and inefficiency of the healthcare delivery system. A person-centered healthcare delivery system ensures that all members and stakeholders of the healthcare system receive the care they need at the right time based on their rights and participation, which is appropriate for the nature of the healthcare delivery system, which is institutionalized to ensure that people receive the right services at the right time, in the right place, by the right healthcare provider, by utilizing available healthcare resources more efficiently. On the other hand, the vulnerability of the

existing system is more easily found in situations such as the spread of new infectious diseases, and through the pathways of suffering experienced by critically ill patients in the healthcare utilization process, it can be found that the Korean healthcare delivery system has become a point of suffering for critically ill patients with COVID-19 during the COVID-19 pandemic. Therefore, this study aimed to explore the factors that hinder a person-centered healthcare delivery system based on the cases of critically ill COVID-19 patients, and conducted a secondary analysis of the interview data of critically ill COVID-19 patients. Through thematic analysis, four major categories were identified: 'Lack of information for judgment and decision-making', 'Internal/external problems in the system', 'Bureaucratic/expert-centeredness', and 'Sex appeal and outcome betting that excludes people', and each sub-item identified 'factors that hinder a person-centered healthcare delivery system'. This study is significant in that it attempts to analyze from the perspective of patients and their caregivers based on person-centeredness, unlike the existing discussion on the healthcare delivery system.

keywords : people-centered, healthcare delivery system, critically ill COVID-19 patients, people-centered healthcare delivery system
Student Number : 2021-26645