

중소병원의 2015 MERS 위기 대응: G병원의 사례

손희정*, 김광점**†

*서울대학교 보건대학원, **가톨릭대학교 의료경영대학원, 의료경영연구소

〈Abstract〉

A Small-and-medium-sized Hospital's Crisis Management during 2015 MERS Outbreak: A Case of G Hospital

Heejung Son*, Kwang-Jum Kim**†

**Graduate School of Public Health, Seoul National University, **Graduate School of Healthcare Management and Policy, The Catholic University of Korea, Catholic Institute of Healthcare Management*

Purpose: Crisis is inevitable to every organization and therefore, successful crisis management is critical to the organizations' survival and prosperity. With the understanding, this study aims to draw propositions for successful crisis management of hospitals when facing infectious disease outbreak. For the purpose, a case of a small and medium sized hospital's experience of crisis management during 2015 Middle East Respiratory Syndrome outbreak was analyzed.

Methodology/Approach: The detailed internal circumstances and experiences of the hospital during the MERS outbreak were identified by in-depth interview as well as the extensive material review, and analyzed under the view of the theories of accident, error, and crisis in relation of organization management

Findings: Overall, nine propositions are drawn by the phase of crisis. In pre-crisis phase, for example, 'the hospital preparedness has positive influence on the effective responding to the crisis'. In detection phase, 'the mindfulness of the hospital organizations' as well as the individuals' has positive influence on detecting the crisis signals'. In crisis phase, for example, 'improvising naturally occurs in crisis by the unknown disease, therefore, a component site supervisor coordinating such improvisation is important'. Lastly, in post-crisis phase, 'successful crisis responding experience facilitates the positive hospital culture'.

Practical implication: From the experience of a small and medium size hospital, it is suggested that proactive system approach oriented by safety is beneficial for effective crisis management.

Key Words: Middle East Respiratory Syndrome, disease outbreak, hospital, crisis management

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

중동 지역의 질병으로만 여겨지던 메르스(MERS, Middle

East Respiratory Syndrome)는 국내 유입된 2015년 5월 부터 공식적인 메르스 유행 종료를 선언한 12월 23일까지 총 186명의 확진자와 38명의 사망자를 발생시켰다. 이 같은 메르스 집단 발병으로 인하여 우리나라 의료시스템 전반이 지닌 취약점이 드러났으며, 사태가 지난 후 의료시스템 향상

* 투고일자 : 2017년 7월 31일, 수정일자 : 2017년 9월 12일, 게재확정일자 : 2017년 9월 26일

† 교신저자 : 김광점, Tel: 02-2258-7647, Fax: 02-2258-8257, E-mail: kjkim@catholic.ac.kr

본 연구는 대한의사협회 의료정책연구소에서 연구비를 지원 받아 수행되었음.

을 위한 다수의 토론회와 좌담회, 간담회가 열렸고, 학술적 연구도 발표되었다. 그러나 대부분 정책이나 소통의 문제 또는 보건의료시스템 수준의 이슈를 다루었을 뿐 개별의료기관 내부에서의 대응 능력을 향상시키기 위한 방안에 대해서는 상대적으로 관심이 부족한 실정이다.

의료기관 뿐만 아니라 모든 조직은 위기를 경험한다. 그렇기에 위기에 어떻게 대응하고, 그로 인한 조직 시스템의 붕괴를 어떻게 회복할 것인가는 경영의 매우 중요한 과제가 되어야 마땅하지만, 우리나라의 의료기관을 대상으로 한 위기관리 연구는 거의 없다. 메르스가 유행하는 동안 전국적으로 수많은 의료기관이 일종의 위기를 경험했다. 이 같은 메르스 사태의 경험은, 예상할 수 없게 닥쳐오는 위기에 대응하기 위해서는 의료기관의 조직은 어떤 준비를 해야 하는지 탐색할 필요성을 강력하게 제기한다.

어느 조직에서나 예상할 수 없었던 사건에 대응하는 것은 조직 내부의 어떤 구성원으로부터 시작된다. 이 특정한 개인의 문제 인식이 조직 전체의 문제 인식으로 발전되고, 그에 대하여 조직 차원에서 적절한 판단과 대응이 이루어질 때, 그리고 이것이 외부 관련기관과 적절한 공조를 통해서 이루어질 때 비로소 예상할 수 없었던 사건에 제대로 대응할 수 있게 된다.

위와 같은 관점을 가지고, 본 연구에서는 메르스와 같이 예상하지 못하게 다가오는 위기에 대응하는 데 필요한 조직적 특성을 찾고자 하였다. 구체적으로는, 개별의료기관 수준에서 메르스 사태의 경험이 어떠하였는지 분석하고, 향후 유사한 사태가 닥쳤을 때 더 잘 대응할 수 있도록 하기 위한 준비를 어떻게 해야 할 것인지를 조직 시스템 차원에서 명제를 도출하고, 이를 바탕으로 개별의료기관의 위기 대응에 대한 제언을 하고자 하였다. 이를 위해서 관련 이론을 고찰하고 메르스 사태 경험을 파악하기 위한 문헌을 조사하는 한편, 직접 메르스를 경험한 의료기관의 사례를 심층적으로 살펴보았다.

2. 연구방법

본 연구의 분석 대상인 G병원은 2001년에 설립된 2차 종합병원으로서 경기도 P시에 소재하고 있다. 2015년 6월 메르스 사태 발생 당시, 총 병상 수는 334개, 진료과목 수는 25개인데 이 중 감염내과는 포함되어 있지 않았다. G병원은 2015년 메르스 사태의 진원지인, 1번 환자

로부터의 1차 유행이 시작된 S병원과 인접하여, 사태 초기에 이 병원으로부터 전원해서 온 환자들을 사전 정보 없이 수용하였다. 메르스 사태 동안 G병원을 경유하였거나 병원에서 확진 후 이송되었거나 치료받은 환자는 총 16명으로, G병원의 메르스에 대한 노출범위는 광범위하였다. 이 같은 위기에 불구하고 G병원은 병원의 자체적인 위기 대응 활동을 통해 메르스 추가 확산을 막는 데 기여하였고, 그 공로를 인정받아 대통령 표창을 수여한 바 있다. 따라서 G병원의 메르스 사태 경험과 위기 대응 활동은 개별의료기관 차원에서 예기치 못한 위기에 어떻게 대처해야 하는지에 대한 함의를 가지고 있을 것으로 판단된다. 이에, 본 연구에서는 G병원의 사례를 분석하여 조직 시스템 차원에서 효과적인 위기 대응과 관련된 명제를 도출하고자 하였다.

G병원의 사례를 분석하기 위한 방법은 두 가지로 나뉜다. 우선 문헌을 통해 G병원의 경험을 최대한 객관적으로 파악하였다. 보건복지부 메르스 백서[1], 메르스 인사이드(경기도 메르스 백서)[2], 메르스 연대기(대한감염학회 백서)[3], 감사원의 감사결과보고서[4] 바이러스가 지난 간 자리[5]에서 G병원에 해당하는 내용을 수집하는 한편, G병원에 요청하여 병원 자체적으로 작성한 사건일지를 받아 G병원의 경험을 파악하였다. 두 번째로는, 메르스 사태 당시 주무부서의 부서장이자 병원 내 메르스 사태 대응 TFT에 참여하였던 전문가 2인에 대하여 인터뷰를 시행하였다. 시작에 앞서 참여자에게 연구 주제와 목적을 설명하였으며, 인터뷰 과정 녹취 및 연구 자료로의 활용에 대한 서면 동의를 받았다. 인터뷰는 전반적으로 메르스 사태 당시 경험에 대해 떠오르는 대로 자유롭게 의견을 제시하는 방식으로 진행하였으며, 약 1시간 30분이 소요되었다. 이 연구는 가톨릭대학교 성의교정 임상시험연구위원회(IRB)의 연구윤리 승인을 받았다(승인번호: MC16EISI0112).

II. 이론적 고찰

1. 시스템 에러와 조직적 사고의 관리

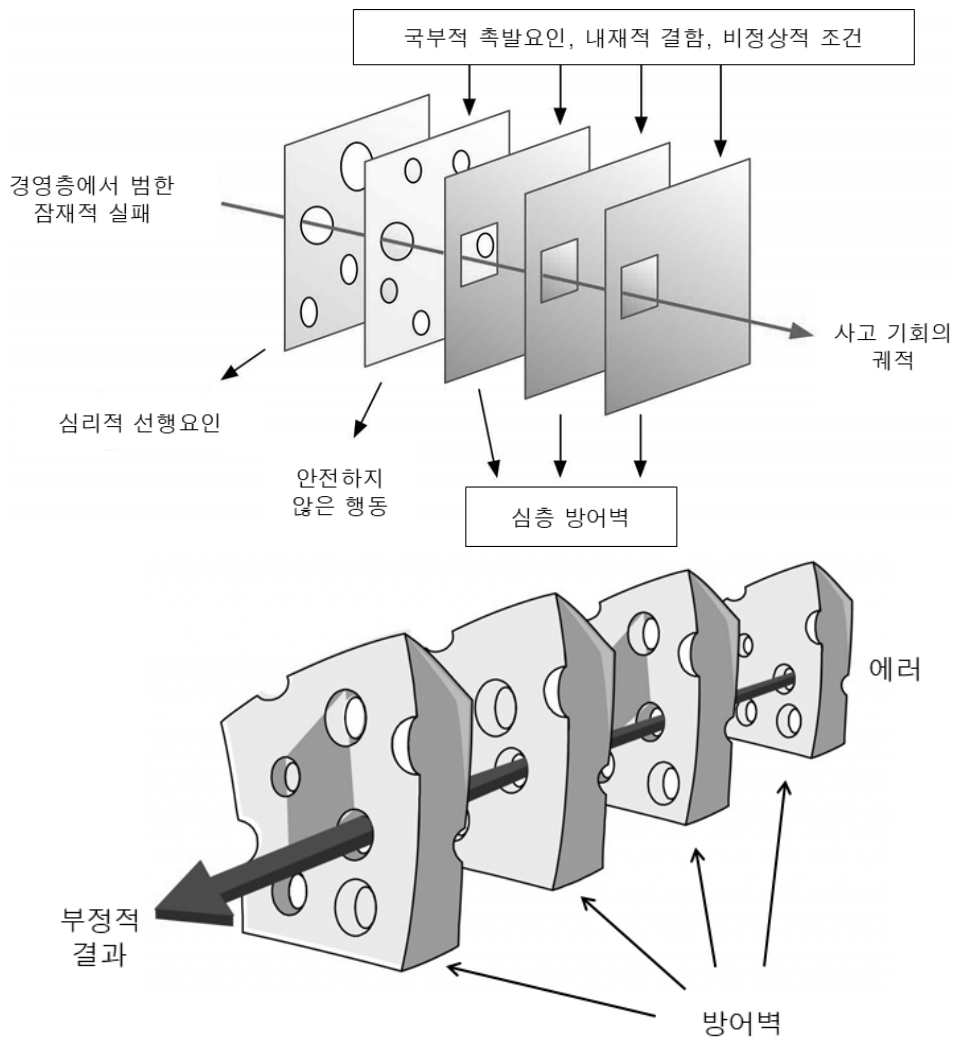
James Reason[6]은 사람은 누구나 인지적 취약성으로 인하여 에러를 일으킨다고 하였다. 의도하지 않은 채 실수

를 저지르기도 하고, 때로는 인지능력의 한계로 인하여 오류를 범하기도 한다. 가끔은 규칙의 존재를 알면서도 의도적으로 위반하는 경우도 있는데, 이는 옳지 않은 위반이 되기도 하지만, 규칙이 당시 현장의 상황에 적절하지 않는 것이었다면 옳은 위반이 된다. 그러나 복잡한 시스템에서 나타나는 사고의 인과 관계는 작업자 개인의 에러나 시스템을 구성하는 어떤 한 요소의 실패로 돌릴 수 없을 만큼 복잡하고 역동적이다. 작업자의 능동적 행위로 인하여 사고가 발생하기도 하지만(능동적 에러), 과거의 결정과 설계로 인하여 구성된 작업환경에 잠재되어 있는 취약점들로 인하여 사고가 발생하기도 한다(잠재적 에러).

이 같이, 시스템 안에 내재되어 있던 취약점들이 어떤 순간에 한꺼번에 결합됨으로써 조직에서 사고가 발생하는

현상을 잘 설명하는 모델로서 Reason[7]은 ‘스위스 치즈 모델’을 제시하였다.

이 모델은 시스템의 상위 단계에서 시작된 기회의 경로가 사전 조건과 안전하지 못한 행동의 평면을 통과해서 연속적인 평면으로 구성된 방어벽을 뚫는 것을 보여준다. 각 평면들은 기회의 창을 갖고 있는데, 이들은 내재적인 요소와 외재적인 요소의 예측할 수 없는 영향을 받아서 계속해서 움직인다. 각 평면에 있는 창 또는 통과 영역은 시간의 흐름에 따라서 크기와 위치가 변화하고, 이 변화는 시스템의 계층별로도 서로 다른 시간 상수를 지닌다. 이 그림은 어느 특정한 원인의 집합이 지날 적절한 경로를 미리 정할 수 있는 가능성이 전혀 없다는 점을 강조해서 보여준다.



<그림 1> 스위스 치즈 모델의 초기 모델과 현재 모델 (Swiss Cheese Models; Above: Initial Model, Below: Present Model) (Reason[7])

상대적으로 보호 수준이 낮은 시스템에서도 실제로 손상이나 피해를 일으키는 안전하지 못한 행동은 매우 드물다. 고도로 보호되는 시스템에서는 여러 층의 다양한 방어벽이 뚫리는 경우는 여러 가지 서로 다른 원인 요소들이 한꺼번에 발생하는 경우뿐이다. 이 요소 중 일부는 시스템 내에 과거부터 존재하고 있던 잠재적 실패일 가능성이 높으며, 다른 것은 아주 특정한 상황 속에서 벌어진 일련의 안전하지 못한 행동과 같은 촉발 요인이 될 것이다.

인간의 능동적 에러는 피할 수 없는 것임을 전제한다면, 조직에서 사고를 방지하기 위하여 취해야 할 마땅한 자세는 시스템 안에 잠복하고 있는 취약점들을 지속적으로 발견해서 제거하는 것이다. 이러한 취약점들은 조직 안에서 경험하는 근접오류(near miss)를 통해서 드러나는 경우가 많으므로, 근접오류의 원인을 근본적으로 분석하여 개선하는 활동은 조직의 안전을 높이기 위한 가장 기본적인 출발점이다.

이 때문에 조직을 설계할 때는 혹시 있을지도 모르는 시스템 구성요소의 문제가 큰 재해로 연결되는 것을 방지하기 위한 방안으로 방어 장치(defence mechanism)를 만들어둔다. 방어벽은 여러 가지 모습으로 만들 수 있다. 위험한 물체나 부품을 옮길 때 작업자들이 착용하는 개인적인 안전 장비나 기구 정도로 단순하게 구성될 수 있는가 하면, 핵발전소에서 사용하는 '심층 방어벽'과 같이 정교하게 고안할 수도 있다.

조직적 사고의 관리에서 가장 중요한 첫 단계는 생산과 안전 사이에 균형이 이루어지도록 하는 것이다. 어떤 조직이든 두 가지 목표, 즉 생산과 안전에 자원을 배분해서 할당해야 한다. 장기적인 관점에서 볼 때는 이 두 목표가 분명히 양립가능하다. 그러나 자원에 제약이 있는 조건에서 단기적으로는 두 목표 사이에 이익의 상충이 발생할 가능성이 높다. 생산을 위해서 투입한 자원은 안전에 투입할 자원을 감소시키며, 반대의 경우도 마찬가지이다. 그렇기에 조직을 운영하는 과정에서 성공적인 생산이 반복되다보면, 안전에 대한 관심은 상대적으로 줄어들기 쉽다. 따라서 최고경영자는 의식적으로 안전에 대한 관심이 줄어들지 않도록 관리하는 것이 중요하다. 이를 위한 가장 효과적인 방법은 주기적으로 조직의 안전도를 측정하여, 약점이 있는 부분을 보완하는 것이다. 즉, 스위스 치즈 모델에서 각 슬라이스에 뚫린 구멍의 수를 줄이려는 노력을 하라는 것이다.

한편, Reason[6-8]은 사람은 에러를 범할 수밖에 없

는 존재이기도 하지만, 수많은 사고를 수습하고 시스템을 회복하는 데서도 결정적인 역할을 수행하는 영웅이기도하다는 점을 지적하였다. 이들은 전문성과 경험, 그리고 적절한 리더십을 발휘하여 위기 상황을 극복하는 데 중심 역할을 수행한다.

2. 정상사고이론과 고신뢰조직이론

Perrow[9]의 정상사고이론(Normal Accident Theory, NAT)에 따르면, 복잡한 상호작용(complex interaction)을 하면서 단단하게 결합된(tightly coupled) 특성을 지닌 시스템에서는 사고가 발생하는 것이 '정상'으로 여겨질 정도로 불가피하다. 여기서 복잡한 상호작용은, 상호작용이 생소하거나 예상치 못한 순서로 일어나고, 쉽게 관찰하거나 즉각적으로 이해할 수 있는 형태가 아닌 경우를 뜻한다. 결합의 단단함은, 실행 과정 중에 시간 간격이 최소한도로 허용되고, 과정의 순서들이 가변적이지 않으며, 공급품, 설비, 인력에 있어서 여유가 거의 없는 한편, 업무 성취를 위해서 단 한 가지 방법만이 존재하는 경우를 뜻한다.

고신뢰조직(High Reliability Organization, HRO)에 대한 연구는 정상사고이론과 마찬가지로 상호작용이 복잡하고 결합이 단단한 조직에 대한 관심으로 시작되었다. 그러나 사고의 불가피성을 강조하는 정상사고이론과 달리, 적절한 조직 설계와 관리를 통해 사고가 재앙으로 번지는 것을 피할 수 있다고 주장하였다. 고신뢰조직 학자들은, 복잡하고 위험성이 높은 기술을 운용하면서도 상당한 기간 동안 큰 사고가 없었을 뿐 아니라 동시에 예상하기 어렵고 요구가 많은 생산 목표를 달성하기 위한 역량을 보유해 온 조직에 주목하였다. 그러한 고신뢰조직의 특성을 Weick et al.[10]과 Weick & Sutcliffe[11]는 다섯 가지로 제시하였다.

위와 같은 고신뢰조직의 개념은 2000년에 Institute of Medicine(IOM)에서 발간한 보고서[12]에서 안전에 대한 시스템적 접근과 함께 의료분야에 소개되었다. 이 보고서에서는 대부분의 의료 과실은 개인 또는 집단의 무분별한 행위로 인한 경우가 아닌, 사람들로 하여금 실수를 하도록 만드는 불완전한 시스템(system), 과정(process), 잠재적 조건(conditions)들로 인한 것임을 설명하고, 고신뢰조직의 운영방식을 환자 안전 수준을 높일 수 있는 접근법 중 하나로 소개하였다.

<표 1> 고신뢰조직의 5가지 원칙 (Five Principles of High Reliability Organization)

원칙	내용
실패에 사로잡힘 (Preoccupation with failure)	시스템 내에서 큰 사고의 징후를 알려주는 미약한 사고 신호들에 깊은 관심을 기울임. 이를 위해서 발생할 것 같지 않은 가능성에 대해서조차 강력하게 대처하는 방식을 사용함.
단순화를 거부함 (Reluctance to simplify)	단순화를 하지 않을수록 더 많은 것을 볼 수 있음. 고신뢰조직은 당연한 상황의 미묘한 부분에 이르기까지 완전하게 파악하기 위하여 의식적인 노력을 기울임.
현장의 운영상황에 민감함 (Sensitivity to operations)	복잡하고 불확실한 시스템 안에서 필요한 상호작용이 제대로 일어나고 있는지를 감시하여, 예상하지 못한 사태가 발생할 경우에 신속하게 대응함.
회복탄력성을 추구함 (Commitment to resilience)	실수는 불가피한 것이기 때문에 예방을 하는 것 이상으로 실수가 발생한 이후의 해결책에도 관심을 기울여야 함. 예상하지 못한 사고의 관리란 '볼끄기'와 같이 언제나 따라잡기 놀이의 성격을 지님.
전문성 존중하기 (Deference to expertise)	위기에 대응하는 것은 조직 내에서 위계적인 권한을 존중하는 대신, 그 위기에 가장 적절한 대응능력을 가진 전문가에게 권한을 부여하는 것임.

이후 발간된 Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)의 보고서에서는[13] 환자 안전과 의료 서비스의 질 문제에 있어서 고신뢰조직의 개념을 보다 적극적으로 도입하였다. 이외에도 고신뢰조직의 운영원리를 의료현장에 적용하려는 시도가 몇몇 연구[14-18]에서 이루어져 왔으며, 병원에서의 위기 대응을 위한 방안 마련에 적용되기도 하였다[19].

3. 개인적 및 조직적 마음챙김(mindfulness)

예상하지 못한 사건의 발생을 조기에 발견하고, 그로 인한 영향이 커지지 않도록 막으며, 최대한 빠르게 시스템을 복원시키는 것은 큰 장비나 시스템이 아니라 매우 일상적인 활동을 수행하는 마음가짐 내지 자세를 새롭게 하는 것이다. 고신뢰조직은 일상적인 운영 상황에서 무언가 다른 신호를 발생시키는 것을 예민하게 발견하기 위해서 애쓰며, 작은 문제에도 크게 반응하곤 한다. 앞서 언급하였듯이 Weick & Sutcliffe[9]는 이러한 마음가짐으로 개인이나 조직이 업무를 수행하는 ‘습관을 형성’하는 데 도움이 될 아이디어를 제시하였다. 그들에 따르면, 개인적인 차원뿐 아니라 조직적인 차원에서 마음챙김에 기반을 둔 경영을 하는 것 또한 위기 대응에 중요하다.

III. 연구 결과

1. 메르스 사태 중 G병원의 경험

2015년 5월 20일, G병원은 인접한 S병원에서 메르스 환자가 발생했다는 소식을 접하고 관할 보건소에 확인에 나섰으나 사실 확인을 받지 못하였다. 다음 날 메르스 감염자에 대한 신문 기사 확인 후 관할 보건소에 재차 확인을 요청하였으나 확인받지 못하였다. 이에 질병관리본부 감염감시과에 문의하였으나 역시 확인받지 못하였다. 이후 해당 병원에도 비공식적으로 사실 확인을 하려 시도하였으나 확인받지 못하였다.

5월 24일, S병원에서 입원환자를 퇴원 시키고 있다는 내용이 SNS에 떠돌고 있음을 확인하고, 보건소에 사실 확인을 다시 요청하였으나 확인받지 못하였다.

이런 상황에서 감염관리전담간호사와 병원장의 주도로 회의가 소집되었다. 회의를 통해 메르스 환자가 병원을 방문했을 시 대응 흐름도를 작성 및 배포하고 이에 대한 원내 교육을 실시하였다. 또한 물류경영팀을 통해 자원을 끌어 모으고 추가로 보호장비를 구입하였다. 혹시 모를 상황에 대비하고자 호흡기 증상 환자들에게 마스크를 씌우고 병원 직원들에게도 마스크와 장갑을 착용하도록 하였다.

5월 28일 18시 경, 관할 보건소로부터 S병원에재원 중

인 환자 30여명을 퇴원 및 이동시켜야 하는 상황이 발생하였으니 환자를 수용해 달라는 요청을 받음으로써, G병원에서는 관내 메르스 발생을 공식적으로 인지하게 되었다. 5월 29일 23시 경, 보건소로부터 이미 G병원에 재원 중인 환자가 메르스가 의심되므로 검사 결과 확인 전까지 격리를 해달라는 요청을 받고 해당 환자를 자정 경 음압 격리실로 격리 조치하였다. 이 환자는 이후 메르스 확진을 받았다.

5월 30일부터 메르스 대응팀이 구성되어 활동을 개시하였다. 메르스 대응팀에는 병원장, 행정원장, 간호부장, 행정부장, 원무경영팀장, 경영지원팀장, 의료질향상팀장, 감염관리전담간호사가 포함되었다. 메르스 의심환자 선별을 위한 체크리스트 및 체온계 각 원무창구 비치, 메르스 발생상황 관련 안내문 제작, 면회제한 안내문 부착, 메르스 의심환자 격리구역 이동 진료 프로세스 신설, 환경 소독 등이 수행되었다.

같은 날, 질병관리본부 역학조사관 2인이 방문하여 전일 밤에 통보해주었던 의심환자(17번) 외, 3명의 의심환자를 추가로 통보하였다(14번, 15번, 26번). 이 중 재원 중인 환자는 즉시 격리 구역으로 이동하여 음압병실에 입원시켰다. 14번 환자는 G병원 재원 당시 폐렴 증상이 심하였고, 결핵 의증으로 인해 격리 상태에서 치료 받던 중, 상태가 호전되지 않아 상급병원으로의 전원을 위해 퇴원하였다. 같은 날, S병원에서 폐렴 증상이 심한 환자(18번)를 보냈다고 알려왔으며 도착 즉시 N95 마스크 착용시키고 격리구역으로 이동시켜 진료를 시작하였다.

31일, 의심 환자(22번)가 보건소 직원과 내원하여 입원하였고, 17번과 18번 환자는 상급병원으로 이송되었다.

6월 1일, 질병관리본부 역학조사과 과장과, 관할 보건소 계장이 G병원에 방문하여 원내 메르스 대응팀과 회의를 진행하였다. 능동감시 대상자 외에도 입원환자 중 유증상자에 대해서는 메르스 검사를 시행하도록 하고, 이에 대해서는 관할 보건소에 협조 요청하여 신속하게 진행될 수 있도록 지원되도록 한다는 내용이었다.

6월 2일 19시 경, 메르스 확산 속도가 예상 밖으로 빨라짐에 따라 질병관리본부 내부 회의를 통해 입원 중인 능동감시대상자의 퇴원을 제한하고 잠복기간 내 코호트 격리하여 관리를 강화하기로 변경되었다.

이에, 6월 3일부터 확진환자와 접촉이 있었던 중환자실, 6~8병동 능동감시대상자를 코호트 격리 조치하였다.

또한 그 과정에서 코호트 격리에 불만을 가진 격리자들을 응대하였다.

6월 3일, G병원은 메르스 대응 지역별 거점병원 지정 통보를 받았다. 같은 날, 39번 환자가 확진되었고 22번 환자는 국립중앙의료원으로 이송되었다.

격리가 길어지고 확진된 환자가 치료를 위해 이송이 지연되는 문제가 발생하였다. 이후 독립 의료원으로 환자를 이송시킬 수 있게 되면서 이 같은 문제가 완화되었다. G병원에서는 격리 치료 중인 26번, 39번 환자를 이송 없이 치료하기 시작하였다.

6월 4일, 녹십자의료재단에서 메르스 수탁 검사를 개시하면서 기존에 정채되었던 검체 이송과 검사가 원활해졌다. 6월 5일에는 격리 외래구역에서 선별 진료 개시하면서 진료부 과장들이 보호구를 착용하고 로테이션 근무를 시작하였다.

6월 6일에는 53번 환자가 추가로 확진되었다. 그리고 6월 6일에는 민간전문가 2인이 현장을 방문하여 현장 점검 및 자문을 하였다.

6월 7일에는 병원 건물 외벽에 내림 현수막(“힘내자! 대한민국, P시 파이팅!”)을 설치하였다. 같은 날, 경기도지사가 주관하는 메르스 관련 긴급 대책회의에 G병원 병원장과 행정부장이 참석하였고 8일에는 대한병원협회장이 주관하는 메르스 관련 긴급 실무자 회의에 참석하였다.

6월 10일, 환자 선별분류소 운영을 개시하였다(본관 1층 정문, 응급실, 지하 1층 출입구 및 구관 1층 출입구). 같은 날, 121번 환자가 독립 의료원으로 이송되었고, 11일에는 53번 환자가 타 병원으로 이송되었다. 같은 날, 선별진료소(컨테이너)를 설치하고 운영을 개시하였다.

6월 12일, 126번 환자가 확진되어 독립 의료원으로 이송되었다. 같은 날, 보건복지부 관계자, 관할 보건소 직원이 병원을 방문하여 G병원 메르스 대응팀과 협의 미팅을 진행하고, 126번 환자 관련, 9병동 코호트 격리 요청(환자, 보호자, 간병인 포함)한다. 이에 앞서 중환자실과 6-8병동 코호트 격리 해제 시점에 이르러 다시 코호트 격리를 수행하게 된다. 6월 13일에는 126번 환자에 대한 역학조사가 시작되었다.

6월 14일, G병원 6,7병동 코호트 격리 해제되었다. 6월 16일, 161번 환자가 확진을 받은 한편, G병원에서 치료 중이던 26번, 39번 환자 검사가 음성이 나왔다. 6월 19일에는 국민안심병원으로 지정이 되었다. 6월 22일,

민간전문가가 방문하여 9병동 격리 해제일 연장을 권고하였다. 6월 23일에는 178번 환자가 확진을 받았다. 6월 24일, 9병동 코호트 격리가 해제되면서 집중관리병원에서 해제가 되었다. 6월 27에는 메르스 치료 병원으로 지정되었다. 사태 종결 후에는 29번, 36번 환자 완치 등의 성공적인 방역 수행으로 대통령 표창을 받았다.

2. 사례 분석 및 명제의 도출

메르스 사태가 닥치기 전에 사례 병원이 어떠한 상태에서 어떤 활동을 했는지는 정확하게 알 수가 없다. 따라서 병원의 잘잘못을 평가하는 것보다는 사건의 진행 단계에서 벌어졌던 현상을 있는 그대로 제시하고, 여러 이론적 틀을 동원하여 분석하고 위기 단계별로 명제를 도출하였다.

1) 위기 발생 전의 관리

병원들은 의료법에서 요구하는 수준에서 감염관리실을 운영하고 감염관리 인력도 배치하고 있는 것이 일반적이다. 사례 병원의 경우 감염내과는 개설되어 있지 않았지만, 감염관리를 전담하는 간호사가 배치되어 있었다. 의료기관인증원 주도의 평가도 통과하였다. 감염병 대응 매뉴얼도 비치해두고 있었다.

위기가 발생하였을 때 어떻게 움직일 것인지 하는 위기 대응시스템을 미리 구축해두고 주기적으로 이를 가동하는 훈련을 실시하는 것은 유사 시 원활한 대응에 필수적이며, 평상 시 조직구성원들의 경각심을 높이는 데도 꼭 필요하다. 가령, 개인 차원에서 방호복을 입고 벗는 훈련을 비롯한 평소의 감염관리 활동의 수준도 현장에서 실제 위기가 발생하였을 때 영향을 준다.

위기에 대응하는 데는 적절한 인력과 시설, 장비가 필요하다. 인력 측면의 준비는 전문적 영역에서의 숙련뿐 아니라 책임감 내지 사명감도 요구된다. G병원에서는 불안이 높은 상황에서도 격리된 메르스 확진 환자의 진료를 전담하겠다고 나선 간호사가 있었다. 메르스 사태 당시 중요한 시설로 부각된 음압병상은 1병상 설치비로만 최소 3억 원에서 3억 5천만 원이 든다. G병원은 2011년 국가 지정 격리치료 병상 설치 국가사업에 참여하여 음압 병상 3개를 설치하였으며, 충분한 수의 보호 장비를 보유하고 있었다.

명제1: 위기 발생에 대비한 준비의 수준은 위기 대응 활동의 수준에 긍정적인 영향을 미친다.

G병원에서는 평택 지역에서 메르스 환자가 발생했다는 지역 신문의 보도를 접한 경영진이 보건소와 질병관리본부에 사실 확인을 시도하고, 미리 접점부서에 대비하도록 지시하였다. 이에, 호흡기 증상 환자들에게 마스크를 쓰우고 병원 직원들에게도 마스크와 장갑을 착용하도록 하는 한편, 감염관리전담간호사와 병원장의 주도로 긴급회의를 소집하고 메르스 환자가 병원을 방문했을 시 대응 흐름도를 작성 및 배포하고 원내 교육을 실시하였다. 또한 물류경영팀을 통해 자원을 끌어 모으고 추가로 보호장비를 구입하였다.

“최악의 상황을 가정하는 거죠. 초동 대응이 굉장히 중요하니까. (중략) 만약에 맞다면... 최악의 상황을 가정하면 이게 가만히 있을 수 없는 거예요. 너무 불안하니까 여기서 할 수 있는 것들은 작은 것부터 실천을 했어요. 진짜 최악의 경우 어떻게 될지 모르니까 일단 호흡기 증상 환자들 마스크 다 쓰우고 직원들 보호구 착용하는 거. 마스크하고 장갑 착용.” (G병원, 감염관리전담간호사)

이처럼 현장에서 병원의 구성원들이 외부에서 벌어지는 변화를 얼마나 예민하고 관찰하고 대응하는가 하는 것, 즉 개인 수준의 마음챙김은 메르스 사태와 같은 위기 대응의 성패에 큰 영향을 미친 중요한 요소이다.

명제2: 개인 및 조직의 마음챙김은 위기 대응 활동의 수준에 긍정적인 영향을 미친다.

조직 내외부에서 서로 협력하는 체계를 구축하는 것은 구조적 형태를 갖추는 것만으로는 충분하지 않다. 구조적 형태가 갖추어진 조직 사이에 실제로 협력이 이루어지려면 그 조직들 사이에 사회적 측면에서의 신뢰 관계가 형성되어 있어야 하며, 실제로 협력 활동을 수행해야 하는 사람 사이에 친숙한 관계 형성도 필요하다. 사회적 측면에서의 신뢰 관계는 공식적인 구조를 갖추는 것에서 멈추지 않고, 시간의 흐름 속에서 관련 조직들이 서로 상호작용을 주고받으면서 서로 상대방의 업무 방식내지 관행에 익숙해지는 과정을 필요로 한다.

메르스 사태와 같은 위기 발생 시에 의료기관과 보건

소, 질병관리본부 사이의 연락과 협조, 의료기관 사이의 협조는 공식적인 매뉴얼의 존재에 의존해서는 원활하게 진행되기 어렵다. 오히려 초기에는 서로 맞추어가는 과정이 필요하고, 사태가 진행되면서 서로에 대한 이해가 생기고 나서야 비로소 기대했던 협력이 가능한 것이다.

G병원에서는 초기 역학조사를 비롯한 의심환자 및 확진환자 대응 과정에서 보건소 및 질병관리본부와의 협력 과정에서 적지 않은 어려움을 겪었다.

명제3: 위기 대응 과정에서 외부조직과의 협력이 필요할 때, 공식적인 구조만으로는 한계가 있다.

2) 탐지 단계

위기 발생을 조기에 탐지하는 것은 효과적 위기 대응에 필수적인 요소이다. 위기가 발생했을 때 조직이 그 사실을 인지하는 데는 병원에서 스스로 탐지하는 경우와 외부의 연락을 받고 사후적으로 알게 되는 경우가 있다. 지난 메르스 사태의 경우에 병원에서 메르스를 의심하여 미리 탐지한 경우에는 현장의 의료진 또는 행정직 근무자의 개인적인 마음챙김 및 이를 가능하게 한 조직적 마음챙김 활동이 중요하게 작용했다. 타 병원들에서 1번 환자와 6번 환자를 탐지한 경우는 모두 현장 의료진의 의심과 대응이 중요한 역할을 수행했다.

G병원의 경우는 이들과는 달리 사후적으로 알게 된 경우였다. 평택 지역에서 메르스 환자가 발생했다는 소식을 접한 2015년 5월 20일부터 약 일주일 간, 계속적으로 보건소와 질병관리본부에 사실을 확인하려고 노력하였으나 답변을 듣지 못하였다. 5월 28일 18시 경, 관할 보건소로부터 메르스 환자를 수용해 달라는 연락과 29일 23시 경 이미 G병원에 재원 중인 환자가 메르스로 의심된다는 연락을 받음으로써 각각 관내와 원내 메르스 발생 사실을 인지하게 되었고, 이로 인한 혼란을 겪었다.

명제4: 개인적 및 조직적 마음챙김은 위기의 조기 탐지에 긍정적인 영향을 미친다. 그러나 의료기관이라고 해도 마음챙김의 주체가 꼭 현장의 의료진이어야 할 필요는 없다.

3. 혼돈 및 수습 단계

메르스 사태에 직면한 의료기관 내부에서는 위기에 대응하기 위한 조직과 시스템을 정비하고, 상황에 대한 이해를 공유하기 위한 커뮤니케이션, 다양한 형태의 임기응변, 외부 조직과의 커뮤니케이션과 조정 등 다양한 활동이 이루어진다.

이전에 경험해보지 못한 위기에 직면했을 때, 그 위기에 기존의 조직과 시스템으로 대응할 수 없을 때는 신속하게 그 위기 전반을 관리해나갈 수 있는 의사결정 및 실행조직을 만들어야 한다. 이를 위기대응센터(Emergency Operation Center, EOC)라고 한다. 위기 상황을 타개하기 위해서는 하나의 전문성만이 아니라 다양한 전문성의 결합을 통해 위기대응센터를 구성하는 것이 필요하다.

G병원에서는 5월 30일 메르스 대응팀을 구성하고 활동을 개시하였다. 29일 S병원으로부터 환자들을 이송 받은 직후였다. 메르스 대응팀에는 병원장, 행정원장, 간호부장, 행정부장, 원무경영팀장, 경영지원팀장, 의료질향상팀장, 감염관리전담간호사가 포함되었다. 의사결정이 필요한 사안에 대하여 대응팀에서 즉각적으로 소통하고 의사결정을 하였다.

“어떻게 변할지 모르는 상황에서 굉장히 의사결정이 많이 필요했었어요. 오늘 다르고 내일 다르고 (중략) 의사결정은... 위기대응팀에서 의논해서 바로 바로 결정을 하고.” (G병원, 감염관리전담간호사)

위기가 발생하면 단기적으로 의사결정 권한이 소수에게 집중되는 것이 일반적임에도 불구하고 의료기관의 핵심 전문가 집단인 의사를 리드하는 것은 일반적으로 행정책임자가 하기 어렵다. 이 경우 감염병에 전문성이 있는 진료과가 주축이 된 의사 집단이 사태를 리드하고 의사결정을 내릴 수 있으나, G병원은 감염병에 전문성이 있는 진료과가 없었기 때문에 의사 집단의 역할이 다소 제한적이었다.

“저희는 진료부 긴급회의를 몇 번 소집하기는 했어요. 이사장님 주관 하에... (그러나) 상황이 이러저러하니 주의하라 정도의 얘기가 오갔지 거기서 주도적으로 의사결정이 일어나지는 않았어요.” (G병원, 의료질향상팀장)

명제5: 위기의 대응에는 다학제적인 구성으로 이루어지는 전사적인 위기대응팀의 구성과 활동이 필요하다. 감염병으로 인한 위기에는 감염병에 대한 전문성이 없는 경우라면 의사라도 주도적인 역할을 수행하지 못한다.

G병원과 같이 내부에 감염병 전문가가 부족했던 병원에서 노출자 확인과 격리, 환자 이송, 진료 활동을 수행하는 것은 매우 혼란스러운 과정이었다. 특히 경우 병원이면서 환자를 치료하기도 하였고, 일반 진료도 수행했기 때문에 다양한 환자군에 대해 복잡한 분류 작업을 해야 했다.

“환자군 나누는 게 굉장히 힘들었거든요. 두 층을 폐쇄를 했었는데, 그 안에 밀접접촉자, 능동 감시자들을 데리고 있었고 그 다음에 일반 환자 데리고 있었고요. 신규환자도 나눠야 돼요. 메르스하고 역학적인 연관성이 있는 그룹, 없는 그룹. 역학적 연관성은 없으나 폐렴이 있는 사람들도 배제할 수는 없고 (중략) 환자를 7개 그룹으로 나누어 진료를 하는 게, 그게 굉장히 힘들었어요.” (G병원, 감염관리전담간호사)

따라야 할 지침이 자주 변화하는 것도 어려움의 원인이었다. ‘메르스 확진 의료기관 병동격리 방안’ 지침은 아침에 내려온 것이 저녁에 새롭게 수정되어 내려오기도 했다. 그 과정에서 갑작스럽게 격리대상자가 되어 불만을 표하는 환자 및 보호자들을 설득해야 하는 일도 있었다.

“질병관리본부로부터 지침이 변경됐다고 유선 상으로 된가 전달을 받았어요. (중략) (원래는) ‘능동감시대상자 중 증상이 없는 사람은 퇴원을 시켜라’ 라는 것이었는데 이번에는 ‘퇴원을 제한하고 코호트 시켜라’ 이렇게 지침이 바뀌었어요. (중략) 환자, 보호자, 간병인 할 것 없이 다 거기서 나오지도 못하게 (하였고) (중략) 저희들한테 ‘나가게 해 달라, 왜 우리를 못 나가게 막고 있냐, 답답해 죽겠다’ 하는 컴플레인도 많았고.” (G병원, 의료질향상팀장)

무엇보다도 확진 환자의 이송 문제로 G병원은 큰 어려움을 겪었다. 중앙에서의 통제 및 관리가 없는 상태에서 직접 이송 병원을 섭외해야 했던 것이다.

“환자를 수용할 수 있는 병상이 3개밖에 없었고 저희가 치료병원도 아니었고, 빨리 보내는 방법밖에 없는데 어디다 보내라고 말도 없고, 그냥 저희가 공여지책으로 찾아서 사정해서 보

내는 방법밖에 없었어요.” (G병원, 의료질향상팀장)

“가장 힘들었던 거는, 의료기관과 의료기관 간에 핫라인이 있어 신속히 연계가 되어야 하는데, 그게 없었다는 것이지요. 중앙에서 통합적으로 조정해주는 시스템이 없었기 때문에 이 병원, 저 병원에 하루에도 수십 통씩 전화해야 하는 것이 가장 어려웠어요.” (G병원, 의료질향상팀장)

명제6: 미지의 감염병에 대한 위기 대응 과정은 결코 매끄럽게 진행될 수 없으며, 혼란을 겪을 수밖에 없다.

메르스 사태 당시 내부 전문가가 부족했던 G병원 내부에서 벌어진 의사결정과 대처활동들을 보면 사실상 임기응변의 연속이었다고 할 만하다. 처음에는 확진환자를 이송하기 위하여 노력을 했지만 여의치 않자 스스로 환자를 치료하자는 결정을 하기에 이를 정도였다.

“가장 아쉬운 것은 저희를 돌봐주는 사람이 아무도 없었던 거예요. 결국에는 우리 스스로 지구책을 마련해서 할 수 밖에 없는 상황이었죠.” (G병원, 의료질향상팀장)

“차라리 전략을 바꿨어요. 환자 이송이 여의치 않은 상황인 만큼, 경미한 환자는 우리 병원에 갖추고 있는 격리시설 내에서 치료하고 완쾌시키는 방향으로요.” (G병원, 의료질향상팀장)

메르스 대응 과정에서 수없는 임기응변이 있을 수밖에 없었던 데는 현장과 지침의 괴리가 있다. 어떠한 종류의 지침이든지 그것을 현장에서 제대로 활용하는 데는 전문성과 유연성이 함께 필요하다. 위에서 내려준 지침이나 기준은 현장에 그대로 적용하기에는 모호한 측면이 있을 수밖에 없다. 현장마다 세부적인 상황이 다를 것이기 때문이다. 그렇기 때문에 현장에서는 지침을 해석하고 그것을 활용하여 실행하는 데 혼란을 겪을 수밖에 없다.

G병원의 메르스 대응팀의 의사결정은 질병관리본부의 메르스 관리 지침을 원칙적으로 따르되, 현장 상황 상 있는 그대로 적용이 어려운 경우 대응팀에서 전문가적 역량을 동원하여 그 때 그 때 임기응변식으로 결정을 할 수밖에 없었다.

“전문가 자문단이 배치가 되어서 상황 통제를 해주고 그런 게 좀 필요하지 않았을까. 그런 게 전혀 없어 가지고 (중략) 물

론 지침이 있었죠. 그러나 이게 실무하고 괴리가 많이 있었어요. 이거를 그대로 적용하잖아... 실무는 굉장히 다양하잖아요. 변이도 많고 다양하고. 근데 (지침) 그대로 잣대를 들이대자니 할 수 없는 부분들이 (있었어요). 또 (지침이) 구체적이지는 못했어요. 큰 틀은 있었는데, 디테일하지는 않았기 때문에 이런 상황에서는 어떻게 해야 되는지 의문점들이 굉장히 많이 쏟아져 나왔거든요. 그럴 때 질병관리본부랑 확인을 해야 되는 거예요. (중략) (그런데) 그쪽에서도 뭔가 확답을 못 주는 거예요.” (G 병원, 감염관리전담간호사)

실제 상황의 세밀한 부분에 대해서까지 다룰 수 있는 지침은 불가능하다. 그렇기에 현장에서 지침을 해석하여 적용할 수 현장 감독이 필요하고, 다른 한편으로는 지침에 대한 질문이 들어왔을 때 답하거나 조언을 제공하는 것이 필요하다. 따라서 지침의 부재가 문제였다기보다는, 지침을 현장에서 적용할 수 있는 현장 감독의 부재, 그리고 현장의 문제에 대해서 조언하는 사람과 체계의 부재가 문제였다고 할 수 있다.

명제7: 메르스와 같은 미지의 감염병 대응 과정에는 수많은 임기응변이 있을 수밖에 없다. 미지의 감염병에 대하여 현장의 세부적인 상황에 맞는 세밀한 지침의 개발은 원천적으로 불가능하다. 따라서 현장의 상황에 맞추어 지침의 원리를 적용하기 위한 임기응변이 필수적이고, 그러한 활동을 책임지고 수행할 수 있는 현장의 감독이 필요하다.

한편, 위기에 효과적으로 대응하는 데는 관련 당사자 사이의 효과적 커뮤니케이션이 이루어져서 상황에 대하여 공통의 이해를 갖는 것이 중요하다. 또한 위기 대응 과정에 필요한 커뮤니케이션은 상황을 공유하는 것에 그쳐서는 안 되며 조직구성원에게 동기를 불러일으키는 것이기도 해야 한다. 이번 메르스 사태에 대응하는 데는 SNS를 통한 커뮤니케이션이 가장 많이 활용되었지만, 오프라인 미팅도 활발하게 진행되었고 게시판과 같은 전통적인 방법도 활용되었다. G병원 메르스 대응팀과 부서장들은 단체 채팅방을 활용하여 즉각적으로 소통을 하였다. 또한 진행 중인 상황을 병원 내 게시를 함으로써 직원들의 불안을 경감해주기 위한 소통을 하였다.

“그때 직원들과 병원 이용객들 모두 굉장히 불안해했기 때

문에 우리 병원의 상황을 계속 알려주고 안심을 시켜야 했어요. 그래서 환자 발생 상황을 알리는 게시물을 네 차례 정도 만들어서 게시했지요.” (G병원, 의료질향상팀장)

명제8: 미지의 감염병에 대응하는 위기관리는 상황의 이해를 위한 커뮤니케이션과 직원의 보호 및 동기부여를 위한 커뮤니케이션 모두를 필요로 한다. 커뮤니케이션 수단은 다양하게 활용될수록 좋다.

4. 사후 학습 단계

사태가 수습되고 나면 그 대응과정을 객관적으로 돌아보고 취약했던 부분을 찾아내어 시스템 전반의 위기대응 능력을 향상시키는 노력이 필요하다. 대응 과정의 성찰과 개혁 활동은 조직 차원에서 공식적으로 이루어지도록 해야 한다. 조직이 위기로부터 안전을 확보하기 위한 활동은 위기 이후에 반짝 실행한 후 잊는 형태로 진행되어서는 안 되며, 일상적인 제품이나 서비스를 생산하는 활동과 동일하게 지속적으로 이루어져야 한다.

메르스 사태가 지나간 이후, G병원에서는 조직 내부 구성원 사이의 단합이 강해지고, 병원 내 방역에 대한 관심이 높아졌다. 정부의 표창 등 외부로부터의 인정도 받았다.

“이런 큰 위기를 겪고 나서 이제 인식들도 많이 바뀐 거 같아요. 공공장소에서의 기침 에티켓이라던가, 호흡기 질환이 있을 때 마스크를 착용해야 한다던가, 이런 것에 관심과 인지도가 높아진 것 같아요. (중략) 그리고 저희도 이런 거를 겪고 나서는 원무과 접수창구에 안내문하고 마스크를 상시적으로 비치하고, 필요하신 분은 언제든지 바로 (사용할 수 있도록) (생략).” (G 병원, 감염관리전담간호사)

명제9: 성공적인 위기 극복 체험은 긍정적인 조직문화의 구축에 도움을 준다.

V. 토론 및 결론

1. 중소병원이 겪은 위기의 성격

국가 보건의료시스템 수준에서 볼 때 메르스로 인한 위

기 대응의 목표는 해외유입 감염병으로부터 국민의 건강과 안전을 지키는 것이었다. 그러나 개별의료기관의 수준에서는, 국가적인 위기 상황을 극복하는 데 협조해야 한다는 것과 함께 지역 사회에 의료 서비스를 제공, 병원 직원들의 안전 확보, 그리고 경영적 측면에서 의료기관의 생존 등 보다 복잡하고 다양한 책임을 지고 있었다.

메르스 환자의 방문은 사례 병원과 같은 중소병원에게 복합적인 의미에서 위기로 다가왔다. 특히, 감염내과 전문의가 없는 상황에서 무엇을 어떻게 해야 할 것인지 알 수 없는 혼란한 상황이었다. 다만, 감염관리를 담당하는 간호사가 있었기 때문에 이 간호사를 중심으로 병원의 최고경영진이 함께 위기대응조직을 구성하여 필요한 의사결정을 해나갔다. 이 과정에서 외부의 전문가라고 할 수 있는 보건소와 질병관리본부에 질의를 하였지만, 필요한 도움을 적시에 얻을 수 있는 경우는 드물었다. 결국 대부분의 의사결정과 대응 활동은 정부의 관련조직에서 내려 보낸 지침을 현장의 상황에 맞추어 임기응변으로 적용하는 형태로 이루어졌다. 이런 상황에서 외부에서 일시적으로 방문하여 조언을 해주는 전문가의 존재는 이들에게 큰 도움이 되었다.

또한, 병원의 규모가 크지 않았기에 메르스로 인한 위기는 병원의 일부라기보다는 전체가 경험하는 위기였다. 상당수의 의료진과 직원이 격리된 이후에는 남아 있는 의료진과 직원이 감당해야 하는 업무의 부담이 엄청나게 증가했다. 외부에서 새롭게 방문하는 환자가 있으면 있는 대로 이를 감당하는 것이 쉽지 않았고, 비록 신규 외래환자가 없더라도 기존의 재원환자가 격리되어야 하는 상황인 경우에는 이들을 돌보아야 하는 것이 쉽지 않았다. 환자를 격리하는 경우에는 공신력 있는 기관의 판단과 공식적인 대응이 필요했지만, 그러한 지원이 제대로 이루어지지 않은 경우도 있었다.

직원들이 부담해야 했던 것은 의료인으로서 환자를 돌보는 것에만 한정되지 않았다. 감염을 두려워하는 지역사회 속에서 자신뿐 아니라 가족까지 다른 사람들로 부터 기피 당하는 경험을 하였다.

중소병원으로서 겪어야 했던 위기 중에 가장 큰 것은 경제적인 충격에 대한 두려움이었다. 병원의 규모가 그다지 크지 않은 상황에서 메르스로 인하여 내원객이 급감함으로써 병원 경영에 있어 회복 불가능한 경제적 손해를 입을 수 있었다. 이 같은 병원 조직의 존폐에 대한 두려움은

중소병원들이 사태 중 일반 진료 업무를 중단할지 계속할지 결정하는 데 큰 영향을 미쳤다. 메르스로 인한 경제적 손실과 비용 부담에 대해서 정부 차원의 보상이 어떻게 이루어지는가에 대해서 관심을 가질 수밖에 없었다.

다행스럽게도 메르스 사태 중 성공적인 위기 대응 경험은 직원들에게 위기 극복에 대한 자부심을 주어, 조직에 긍정적으로 작용하였다.

2. 병원의 위기관리를 위한 제언

메르스와 같은 미지의 감염병으로 인한 위기는 언제 어떤 모습으로든 발생할 것이라는 사실 외에 그 위기의 구체적인 모습은 미리 예상할 수는 없다. 본 연구에서는 그럼에도 불구하고 미지의 위기에 대해서 병원 조직이 제대로 대처하고 그로 인한 병원 시스템의 붕괴를 피하고 정상화 회복하기 위한 몇 가지 제언을 하고자 한다.

서두에 언급하였듯이 조직은 정상적인 운영을 통해서 제품이나 서비스를 생산하여 제공하는 것을 목표로 하지만, 이것이 지속되려면 예상하지 못하게 닥쳐오는 사고나 위기에 대비하는 것도 필요하다. 따라서 조직을 운영할 때 최고경영자는 생산 목표와 안전 목표 사이에 섬세한 균형을 유지하도록 노력해야 한다. 초기에 균형이 이루어졌다고 하더라도 정상적인 운영이 지속된다보면 생산 목표 쪽으로 강조점이 옮겨가기가 쉽기 때문에, 의식적으로 안전에 대한 관심을 부각시키는 것이 필요하다. 이는 사고나 위기로 인하여 시스템이 붕괴되는 것에 대한 저항성을 증가시키는 방향으로 애써서 움직이는 것을 의미하는데, 그렇게 하기 위해서는 사고 발생 후에 사후 대응적으로 취약점을 찾아내어서 보완하는 접근방법을 사용하기보다는, 선제적으로 시스템의 안전 진단을 실시하여 취약점을 찾아내고 미리 보완하는 방법을 사용하는 것이 바람직하다.

구체적으로 말하자면, 병원 안에서 목표를 설정하고, 각종 경영시스템, 인적자원의 운용 방식 등을 선택할 때 경제적인 효율성을 우선적으로 고려하는 대신에 안전과 위기 대응능력에 미치는 능력까지 종합적으로 고려해야 한다. 또한 안전과 위기대응능력을 해치는 수준에서 진료의 양을 늘리려는 유혹을 멀리해야 할 것이며, 인력의 활용이나 시설의 설계, 장비의 선택에서도 안전과 위기대응능력에 미치는 영향을 우선적으로 고려하도록 해야 할 것이다.

선제적인 안전 진단 활동의 출발점은 근접 오류를 통하여 취약점을 찾아내는 것이다. 이를 위해서는 조직을 운영하는 가운데서 발생하는 작은 문제들을 두려움 없이 드러낼 수 있도록 해야 하고, 그에 대해서 개인을 벌하거나 개인에게 부담을 지우는 대신에 조직 수준에서 원인을 진단하고 대비책을 마련하는 조직 학습 활동이 활발하게 이루어질 수 있어야 한다.

위기에 대응하고, 안전을 담보하기 위하여 시설이나 장비를 보완하는 것 등의 가시적이고 외형적인 개선보다 중요한 것은, 조직과 조직 구성원들이 보다 마음챙김적(mindful) 되는 것이다. 마음챙김 수준이 높은 고신뢰조직들은 일상적인 운영 상황에서 무언가 다른 신호를 발생시키는 것을 예민하게 발견하기 위해서 애쓰며, 작은 문제에도 크게 반응하곤 한다. Weick & Sutcliffe[11]는 조직에서 마음을 챙기는 습관을 형성하려면, 1) 많은 노력이 필요하다는 점을 명심하고, 2) 마음챙김적으로 행동하고자 하는 사람을 보호하고 격려해주어야 하며, 3) 새로운 시각, 새로운 사고의 틀을 가지고 현상을 바라보려는 시도를 장려하고, 4) 결코 자만하는 마음을 가져서는 안 되며, 5) 신뢰성(reliability)과 복원력(resilience)은 결코 저장해두었다가 사용할 수 없는 것이기 때문에 늘 새롭게 만들어서 준비해야 하고, 6) 어떤 것에 대해서는 당연히 여기고 확신을 갖지 않도록 조심하며, 7) 전체적인 조망을 하는 동시에 부분의 세부적인 부분을 관찰할 수 있도록 집권화와 분권화 사이에 균형을 유지해야 하고, 8) 위계질서보다는 문화를 통제 수단으로 사용하도록 해야 한다고 하였다.

3. 연구의 한계와 의의

이 연구는 2015년 메르스 사태 당시 한 중소병원이 겪은 위기관리 경험을 분석하고, 그에 토대를 두고 중소병원의 위기관리에 대한 명제를 도출하는 한편, 실제적인 위기관리 활동을 위한 몇 가지 지침을 제시하였다.

이 연구는 중소병원이 경험하는 다양한 위기 중에서 외부 유입 감염병에 대한 대응이라는 특정한 형태의 위기에 대응하는 과정을 분석한 것이다. 이외에도 중소병원이 경험할 수 있는 위기의 형태는 매우 다양할 것이다. 물론 감염병 대응이라는 위기 속에 복합적인 측면이 존재하는 것은 분명하고 그렇기에 다른 종류의 위기에 대한 대응에

대해서도 많은 시사점을 주는 것은 분명하지만, 그럼에도 불구하고 이것이 다른 형태의 위기에 적용될 수 있다는 증거는 되지 못한다.

또한 이는 한 민간 중소병원의 경험이기 때문에 규모나 설립 형태가 다른 병원에게는 간접적인 시사점을 제공할 뿐이다. 지난 메르스 사태에서도 의원급 의료기관, 대형병원, 그리고 국공립병원이 경험한 위기의 본질은 차이가 있다. 따라서 이 경험을 다른 규모, 다른 설립형태의 의료기관에 적용할 때는 주의가 필요하다. 마지막으로, 1개의 병원 사례이므로 같은 중소병원에 대하여 적용할 때도 주의가 필요하겠다.

그럼에도 불구하고, 이 연구는 국내 의료기관이 위기에 직면하였을 때 경험하는 현상이 어떠한 것이며, 위기관리의 과정이 어떠한지를 살펴본 최초의 시도라는 데 의미가 있다. 이를 기초로 하여 향후 우리 의료기관이 경험하는 다양한 형태의 위기에 대해서 조사하고, 적절한 대응방법을 모색하는 연구가 많아지기를 기대한다.

<참고문헌>

1. Ministry of Health and Welfare, Korean Institute for Health and Social Affairs, 2015 MERS white paper. Ministry of Health and Welfare; 2016
2. Park J. MERS inside. Kyunggi-do; 2015.
3. The Korean Society of Infectious Diseases. White paper on chronicles of MERS. The Korean Society of Infectious Diseases; 2017
4. The Board of Audit and Inspection of Korea. Audit report: MERS prevention and responding. The Board of Audit and Inspection of Korea; 2016
5. MERS interview team, Ji S. After the virus. Seoul: Sidaebooks; 2016
6. Reason J. Human Error. Cambridge university press; 1991
7. Reason J. The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Ashgate Publishing; 2008
8. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Ashgate Publishing; 1997
9. Perrow C. Normal accidents: living with high risk

- technologies. New York: Basic Books; 1984
10. Weick KE, Sutcliffe K, Obstfeld D. Organizing for high reliability. *Res Organ Behav* 1999;21:81-123.
 11. Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty*. 2nd ed. Jossey-Bass; 2007
 12. Linda TK, Janet MC, Molla SD. *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine; 2000
 13. Hines S, Luna K, Lofthus J, Michael M, Dana S. *Becoming a high reliability organization: operational advice for hospital leaders*. Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
 14. Carroll J, Rudolph J. Design of high reliability organizations in health care. *Qual Saf Health Care* 2006;15(suppl 1):i4-i9.
 15. Chassin MR, Loeb JM. High-reliability health care: getting there from here. *Milbank Q* 2013; 91(3):459-490.
 16. Christianson MK, Sutcliffe KM, Miller MA, Iwashyna TJ. Becoming a high reliability organization. *Crit Care* 2011;15(6):314.
 17. Melnyk BM. Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice. *Nurs Adm Q* 2012;36(2):127-135.
 18. Roberts K, Madsen P, Desai V, Van Stralen D. A case of the birth and death of a high reliability healthcare organisation. *Qual Saf Health Care* 2005;14(3):216-220.
 19. Autrey P, Moss J. High-reliability teams and situation awareness: implementing a hospital emergency incident command system. *JONA* 2006;36(2):67-72.