

[Workforce Policy Statement]

(2013 Published by Workforce Advisory Committee, Revised 2017, 2021)

인력자문특별위원회는 2017 년에 이어 2021 년 12 월 근무인력성명을 재신임한다.

우리는 이러한 인력과 근무여건에 대한 기준과 원칙들이 처음 발표될 때부터 지금까지 실제 진료현장과 정부의 정책개발에 인용되지 않고 있는 점에 깊은 우려를 표한다.

적절한 근무강도와 근무여건은 환자의 안전과 양질의 응급의료제공을 위해 필수적인 요인이며, 응급의학 전문의들이 지켜야 할 가치이다.

이 기준들이 단지 선언에 그치지 않고 실제 현장에 적절하게 적용될 때 보다 안전하고 합리적인 근무환경이 만들어질 것이다. 이를 위하여 유관단체들과 정부, 학회, 전문의들이 모두 함께 의견을 모으고 우리의 현실을 반영하여 정책을 만들어가야 할 것이다.

2021 년 12 월 인력자문특별위원회

모든 국민들은 응급 상황에서 365 일 24 시간 신속하고 적절한 응급의료를 제공받을 수 있어야 한다. 따라서 모든 응급실은 언제나 이러한 응급의료를 제공할 수 있도록 준비되어 있어야 한다.

응급의료는 반드시 필요한 사회안전망 (safety net)이다. 위급한 상황은 언제 어디서나 누구에게든 발생할 수 있기 때문에 적절한 응급의료에 대한 모든 지역과 국민들의 접근성은 공평해야 한다¹.

신속한 응급의료란 치료가 가능한 시간을 넘기지 않는 결정과 조치가 환자에게 제공되는 것을 말하고 적절한 응급의료란 의학적으로 가장 이득이 되는 결정과 조치가 환자에게 제공되는 것을 뜻한다. 이러한 신속하고 적절한 응급의료는 국민의 안전을 위한 필수적인 사항이다².

응급의학과 전문의 부재는 환자의 안전에 심각한 위험 요소가 된다. 적절한 응급의료를 제공하기 위해서 반드시 응급의학과 전문의의 관리와 감독이 필요하다³. 또한 모든 의료기관의 응급실은 항상 일정수준 이상의 응급의료를 제공해야 하기 때문에 365 일 24 시간 반드시 1 명 이상의 응급의학과 전문의의 관리가 필요하다⁴.

¹ The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA), as established under the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) of 1985 (42 USC 1395 dd), Section 9121, as amended by the Omnibus Budget Reconciliation Acts (OBRA) of 1987, 1989, and 1990. Rules and regulations published. Federal Register June 22, 1994;59:32086-32127. Amended September 9, 2003; 68:53221-53264.

² American College of Emergency Physicians. Managed health care organizations and emergency care [policy statement]. Approved July 2000.

³ The College of Emergency Medicine. Emergency Medicine and the College. The Way Ahead [Emergency Medicine Operational Handbook]. Ver. 2. Dec. 2011.

⁴ American College of Emergency Physicians. Code of Ethics for Emergency Physician [policy statement]. Approved 1991; Approved 1997; Reaffirmed 2001; Revised 2008; Part III revised 1999, 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008, 2009; 2010; 2011; 2012; Part II.C.6 revised 2003; Part II.B.3 revised 2005.

응급실 방문 환자는 가벼운 손상이나 질환이라 여겨지더라도 예상치 못한 중증의 질환이나 손상의 가능성이 존재하기 때문에 반드시 적절하고 충분한 평가와 치료를 받아야 한다.

비응급은 응급의료진의 판단, 검사, 치료에 의한 결과일 뿐이며 증상의 종류나 초기평가만으로 환자의 응급, 비응급의 분류 및 중증도를 결정할 수 없다. 증상은 전체적인 질환이나 손상에서 나타나는 일부일 뿐이며 반복적인 평가와 진찰을 통하여 종합적인 판단이 필요하다. 초기 평가에서 가벼운 손상이나 질환이라고 여겨지더라도 최종적인 결과에서는 심각한 손상이나 질환인 경우가 될 수 있음을 고려해야 한다. 결국 응급실에 방문하는 모든 환자는 충분한 평가와 치료를 받아야 한다.

응급의학과 전문의는 인증된 교육수련병원에서 응급의학 전공수련을 거쳐 응급 상황에 대한 초기평가, 치료, 진단 그리고 관리가 가능하도록 훈련되고 평가 받은 전문가로서 환자의 안전에 필수적인 존재이다.

응급의학과 전문의는 예측할 수 없는 질환과 손상에 대한 진단과 치료의 전문가이다⁵. 응급의학과 전문의가 시행하는 의료행위에는 환자에 대한 응급처치, 평가, 진단이 해당되며, 필요에 따라서 내과 또는 외과의 추가적인 의료조치를 받을 수 있도록 분류하는 일을 한다⁶.

이러한 신속하고 적절한 응급의료의 제공은 응급의학과 전문의 이외의 다른 의료진들이 수행하기 어려운 것으로 응급의학과 전문의는 이를 제공함으로써 환자의 안전에 필수적인 역할을 담당한다.

⁵ American College of Emergency Physicians. Model of the clinical practice of emergency medicine [policy statement]; Approved August 2007.

⁶ American Academy of Emergency Medicine. The Value of Board Certification and Residency Training in Emergency Medicine [position statement]. Aug. 2011.

중증환자의 진료, 생명을 구하기 위한 술기, 복합적인 손상의 진단과 처치, 신속을 요하는 치료, 진단이 어려운 환자의 응급처치에는 전문적인 지식과 경험이 필요하기 때문에 응급의학과 전문의가 임상적인 결정과 책임을 담당해야 한다.

중증환자의 진료나 생명을 구하기 위해 이루어지는 술기는 제한된 시간 안에 최선의 의학적인 결정을 바탕으로 이루어져야 한다. 복합적인 손상의 진단과 처치, 신속을 요하는 치료, 진단이 어려운 환자의 응급처치는 제한된 시간 안에 이루어져야 하므로 치료와 검사의 우선순위를 결정해야 한다. 의료진이 이러한 판단을 내리기 위해서는 전문적인 지식과 응급상황에 대한 경험이 반드시 필요하다⁷. 응급처치의 평가, 진단, 처치의 결과에 따라 추가적인 의료의 도움이 필요하다고 판단되면 협진을 의뢰하게 된다. 협진의 필요성을 판단하는 것 또한 응급상황에 대한 전문적인 지식과 경험을 필요로 한다. 따라서, 응급의료에 대한 전문성을 갖추고 있는 응급의학과 전문의가 임상적인 결정과 책임을 담당해야 한다⁸.

⁷ SAEM Position Statement on the Qualifications for Unsupervised Emergency Department Care. Acad Emerg Med. 2000; 7: 929.

⁸ American College of Emergency Physicians. Emergency Physician Stewardship of Finite Resources [policy statement]. Approved 1997; Reaffirmed 2001; Reaffirmed 2007.

응급의학과 전문의에 의한 진료 업무는 직접 환자를 보는 것뿐만 아니라, 진단과 치료에 대한 조언, 결정, 지시, 협진 등을 포함한다.

진료 업무는 응급실에서 환자를 진료하는 것을 말한다. 응급의학과 전문의의 진료가 필요하다고 판단되는 경우 직접 환자진료에 참여하게 되지만 24 시간 모든 환자를 직접 진료할 수는 없다. 필요한 경우, 전공의, 일반의에게 진단과 치료에 대한 조언, 결정 또는 지시, 의학적인 도움이 필요하다고 판단되는 과에 협진을 의뢰하여 환자의 진료에 참여하게 된다. 응급의학과 전문의의 진료 업무는 이 방법을 모두 포함한다.

응급의학과 전문의의 지도나 감독 없이 전공의나 일반의에 의한 응급의료의 제공은 적절하지 않다.

응급의학과 전공의의 교육 및 수련을 위해서는 환자진료에 적절한 피드백과 지도 그리고 감독을 담당하는 응급의학과 전담 전문의가 필요하다⁹. 따라서 전공의를 응급실 전담인력이나 응급의학과 전문의 대체인력으로 간주하는 것은 바람직하지 않으며, 일반의를 응급실에 근무하는 전공의의 대체인력으로 여기는 것 역시 바람직하지 않다¹⁰.

전공의와 일반의가 개별 환자의 진료 업무를 수행하는 경우에는 응급의학과 전문의에 의한 환자 및 응급실의 전반적인 관리가 필요하다. 따라서 응급의학과 전문의의 업무는 각 개별 환자에 대한 진료뿐만 아니라 전공의와 일반의에 대한 지도와 감독 그리고 전공의 교육과 응급실 운영에 필요한 관리업무를 모두 포함한다.

⁹ SAEM Position Statement on the Qualifications for Unsupervised Emergency Department Care. Acad Emerg Med. 2000; 7: 929.

¹⁰ American College of Emergency Physicians. Providers of Unsupervised Emergency Department Care[policy statement]. Approved 2001; Reaffirmed 2007.

응급의학과 전문의의 진료 업무 강도는 근무시간, 환자수의 기준만으로 계산하는 것은 부적절하며 시간당 환자수(PPH), 근무 형태, 중증도 등을 감안하여 계산되어야 한다.

진료 업무량과 강도는 근무하는 시간과 방문하는 환자수만으로 비교할 수 없다. 또한 한 가지의 기준으로 모든 진료 업무량과 강도를 설명할 수 있는 방법은 없다. 현실적으로 비교 가능한 방법은 시간 당 환자 수를 기준으로 계산하는 것이다.

응급실 방문 환자수는 편리하고 객관적인 기준이며 어느 정도 예측이 가능한 부분으로 응급의료 통계를 비롯한 많은 분야에서 다양하게 사용되고 있다. 하지만 이러한 환자 수를 기준으로 한 계산 및 비교는 환자의 중증도를 반영하지 못하고, 병원의 진료 및 수용능력과 같은 예견이 어려운 부분을 포함하지 않아 현실과 차이가 있다¹¹.

따라서 환자 수를 기준으로 계산된 진료 업무량과 강도는 응급의학과 전문의의 근무 형태와 환자의 중증도를 감안하여 보정되어야 한다¹².

¹¹ American College of Emergency Physicians. Emergency Department Planning and Resource Guidelines [policy statement]. Approved Oct. 2007.

¹² Rade BV, Randy NH. Emergency Medicine Provider Efficiency: the Learning Curve, Equilibration and Point of Diminishing Returns. Emerg Med J 2010;27:916e920.

전공의나 일반의 도움 없이 응급의학과 전문의가 직접 환자를 진료하는 경우 시간당 2 명의 환자를 진료하는 것(2 PPH)이 적절하며, 환자의 안전을 위하여 시간당 최대 2.5 명(2.5 PPH)을 초과하지 않아야 한다.

환자 수를 기준으로 필요한 응급의학과 전문의를 계산할 때 기본이 되는 것은 전문의의 시간 당 환자 수이다. 응급실 방문 환자와 응급의학과 진료 업무의 범위는 지속적으로 증가하고 있다. 응급의학과 전문의는 집중적인 치료를 필요로 하는 환자의 분류, 주기적인 평가, 복잡한 의학적 결정, 신속히 시행해야 하는 치료, 협진, 전원, 차트 작성, 환자 및 보호자 교육 등의 복합적이고 다양한 역할을 수행하여야 한다¹³. 이를 고려하면 응급의학과 전문의와 환자의 적절한 비율은 평균 중증도의 일반적인 응급실을 기준으로 2 PPH 를 기준으로 삼을 수 있다¹⁴.

응급의학과 전문의의 시간 당 환자수는 환자의 중증도에 따라 달라지게 된다. 심폐소생술과 같은 고도의 집중력을 요하는 환자의 경우 1 명의 환자에 더 많은 시간이 필요할 것이며, 단순한 염좌와 같은 경증의 환자에서는 1 시간에 더 많은 환자를 볼 수도 있을 것이다. 시간 당 환자수는 결국 평균적인 개념이며, 평균 중증도의 응급실을 기준으로 24 시간 기준으로 48 명(17,250 명/년)을 근무 당 최소 1 명의 응급의학과 전문의가 근무할 수 있는 환자수로 보아야 한다.

¹³ Kelen G, McCarthy M. The science of surge. Acad Emerg Med 2006;13:1089-94.
Asplin BR, Flottesch TJ, Gordon BD. Developing models for patient flow and daily surge capacity research. Acad Emerg Med 2006;13:1109-13.

¹⁴ Moorhead JC, Gallery ME, Hirshkorn C, et al. A study of the workforce in emergency medicine:1999. Ann Emerg Med. 2002; 40:3-15.
American College of Emergency Physicians. Emergency Medicine Provider Productivity [Information paper]. Sep 2009.

응급실에 오는 환자는 환자가 많은 시간대와 적은 시간대에 차이를 보이는 일중, 주중, 연중변화를 보인다. 환자가 많은 시간대에 더 많은 응급의학과 전문의를 배치하여야 한다. 동시에 많은 환자가 몰리는 경우, 제공할 수 있는 응급의료의 질이 떨어지게 되며 환자의 안전에 위협이 되고 의료사고의 가능성이 커진다¹⁵.

시간 당 최대 환자 수의 기준이 의미하는 것은 응급의학과 전문의 혼자 근무하는 경우, 동시에 2.5 명 이상의 환자가 발생한다면 적절한 처치가 불가능할 수 있다는 것이다¹⁶.

¹⁵ Murray M. Canadian Triage and Acuity System—a Canadian perspective on ED triage. *Emerg Med* 2003;15:6-10.

George G, Jell C, Todd BS. Effect of population ageing on emergency department speed and efficiency: a historical perspective from a district general hospital in the United Kingdom. *Emerg Med J* 2006;23:379-83.

¹⁶ American Academy of Emergency Medicine. Emergency Physician to Patient ED Staffing Ratios [position statement]. Feb 2001.

The College of Emergency Medicine. Job Planning for Emergency Medicine Consultants Covering 24/7. The Way Ahead [Emergency Medicine Operational Handbook]. Ver. 2. Dec. 2011.

응급의학과 전문의의 근무강도는 진료 업무와 진료 외 업무를 모두 포함한다. 진료 외 업무는 행정, 교육, 연구, 봉사 등을 포함한다.

응급실은 응급의학과 전문의에 의한 관리(management)와 감독(governance)이 반드시 필요하다¹⁷.

응급의학과 전문의는 행정, 교육, 연구, 봉사와 같은 진료 외 업무를 수행하여야 하며, 이러한 업무는 모든 응급실의 운영과 관리에 필수적이다. 진료 외 업무를 수행하는 데 필요한 시간은 진료시간과 마찬가지로 근무시간으로 계산되어야 하며, 적절하게 보상되어야 한다.

교육수련병원의 경우 응급의학과 전문의는 응급실 진료현장에서의 교육 업무와 별도로 현장 외 교육과 연구 그리고 교육수련의 업무를 수행하여야 하며, 이를 위한 추가적인 인력이 필요하다¹⁸.

응급의료인력 기준은 응급의학과 전문의가 응급실에서 수행하는 역할에 따라 달라진다. 따라서 응급실 방문 환자 수와 함께, 환자의 중증도, 응급의학과 전문의, 전공의 또는 일반의 수, 근무스케줄, 입원환자 진료와 같은 응급실 외 근무 등의 변수를 모두 고려되어야 한다.

응급의학과 전문의의 근무 형태는 응급실의 종류와 전문의 숫자에 따라서 다양하다. 응급의학과 전문의가 병원 내에서 수행해야 할 역할은 병원의 미션과 비전을 바탕으로, 응급의학과 전문의 구성원과 병원경영진과의 지속적인 협의와 교감을 통하여 결정되어야 한다.

¹⁷ American College of Emergency Physicians. Emergency Department Planning and Resource Guidelines [policy statement]. Approved Oct. 2007.

¹⁸ Nagma SK, Harold KS. Development and Implementation of a Relative Value Scale for Teaching in Emergency medicine: The Teaching Value Unit. Acad Emerg Med. 2003;10(8):904-907.

Reuben M, Paul GN. The Academic RVU: A System for Measuring Academic Productivity. J Am Coll Radiol 2007;4:471-478.

근무강도는 진료 업무와 진료 외 업무를 모두 고려하여 결정되어야 한다. 응급의학과 전문의가 수행하는 행정 업무는 응급실 운영 및 관리, 진료, 프로토콜 등에 대한 관리, 입원 및 환자 흐름 관리, 의료진 관리, 회의 참여, 질 관리, 만족도관리, 응급실 운영에 대한 전반적인 평가, 외부활동 등을 포함한다.

응급실에서의 침상 옆 교육 (bed side teaching)은 반드시 필요한 과정으로 일반적인 교육이나 강의보다 더 많은 준비와 노력이 필요하다. 또한 교육수련병원의 응급의학과 전문의는 병원신임평가와 수련병원평가에서 정하는 전공의와 응급의료진의 교육 책임자 역할을 수행해야 한다. 응급의학과 전문의가 수행하는 교육에 대한 계획과 관리는 진료 외 업무로서 이를 수행하기 위한 시간은 진료를 위한 스케줄과는 별도로 운영되어야 한다¹⁹.

연구와 봉사는 대학병원에서 교육자 자격을 유지하기 위해 반드시 필요한 항목이며, 이에 필요한 별도의 시간을 배정하여야 한다.

¹⁹ Hemphill RR, Heavrin BS, Lesnick J, Santen SS. Those Who Can, Do and They Teach Too: Faculty Clinical Productivity and Teaching. West J Emerg Med. 2011;12(2):254-257.

American College of Emergency Physicians. Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine, 2011 Jointly approved by ABEM, ACEP, CORD, EMRA, RRC-EM and SAEM October 2011[policy statement]. Approved 1998; Revised 2001; Revised 2003; Revised 2005; Revised 2007; Revised 2009; Revised 2011.

응급의학 전문의는 제한된 시간 안에 환자의 생명을 구함과 동시에 의료사고를 줄이기 위한 복잡한 결정을 내려야 하기 때문에 고도의 판단력과 집중력이 필요하다. 따라서 응급의학 전문의는 적절한 근무강도와 진료를 위한 충분한 휴식시간이 보장되어야 한다.

응급 환자에 대한 초기판단, 결정, 처치에 따라 환자의 예후가 결정될 수 있다. 제한된 시간 안에 최선의 응급의료를 제공하기 위해서 응급의학과 전문의는 최상의 정신적·신체적 상태를 유지하며 진료에 임해야 한다. 이러한 응급 환자에 대한 진료 업무는 고도의 판단력과 집중력을 요하는 행위로 응급실 관리자는 응급의학과 전문의가 적절한 근무강도의 업무를 소화하고 최적의 상태를 유지할 수 있도록 최선을 다해야 한다²⁰.

연속적인 응급실 진료업무는 15 시간을 초과하지 않아야 하며, 야간(오후 10 시~오전 6 시)과 주말, 공휴일의 경우 그 이하여야 한다. 24 시간 연속 근무는 근무자와 환자의 안전에 심각한 위험이 된다. 야간근무 동안 응급실 방문 환자가 없거나 적다면 잠시 동안의 휴식으로 체력적, 정신적 피로도를 낮추고 판단력과 집중력을 유지할 수 있지만, 응급실 방문 환자가 많다면 생리작용 해결을 위한 휴식 조차 불가능하다. 이러한 상황에서는, 연속적인 근무의 피로와 과도한 업무 강도가 더해져 업무수행능력이 떨어질 뿐만 아니라 의료진과 환자의 안전에도 심각한 위험이 된다²¹.

²⁰ Shay BS, Julius A, Mark MJ. American College of Emergency Medicine. Wellness Book for Emergency Physicians. 2004.

²¹ Akerstedt T, Wright KP Jr. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. Sleep Med Clin. 2009;4:257-271.

Barger LK, Cade BE, Ayas NT, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. N Engl J Med. 2005;352(2):125-34.

Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: The ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. Ann Emerg Med. 2008;51(6):714-722.

Folkard S. Shift work, safety and aging. Chronobiol Int 2008;25(2):183-198.

전체 근무시간은 응급실 환자진료와 행정, 교육, 연구 등을 모두 포함한 것으로, 응급의학과 전문의의 응급실 진료시간은 평균적으로 전체 근무시간(주당 40 시간)의 70%인 28 시간 정도로 계획되어야 한다. 진료 외 업무는 응급의학과 전문의 수가 부족하거나 행정적인 지원이 부족하다면 더 많은 노력과 시간이 필요하게 되며, 전문의 숫자가 많아지면 역할의 분담에 따라 각 전문의가 수행하는 업무의 비율이 달라질 수 있다. 진료만을 전담하는 응급의학과 전문의라 하더라도, 근무 중 불가피한 생리작용 및 휴식 등의 결손시간을 감안하면 최대로 진료 업무를 담당할 수 있는 시간은 주당 36 시간이다²².

당직근무 후에는 충분한 휴식이 주어져야 하고, 일반의료진과 차별 되지 않는 동일한 수준의 휴가가 보장되어야 한다²³.

²² Isser D. Emergency Physician Workload Modeling. CJEM 2012;14(4):212-217.

²³ American College of Emergency Physicians. Contracts and Compensation Arrangement [policy statement]; Approved 1988; Reaffirmed 1992; Revised 1997; Revised 2002; Reaffirmed 2008.

최선의 응급진료를 제공하기 위해서 응급의학과 전문의가 치료 그룹의 리더로서 전공의, 일반의, 간호사, 응급구조사와 함께 응급 환자 진료에 참여하여 진단, 치료, 협진 등에 리더십을 발휘해야 한다.

진료와 응급실 관리 및 행정의 모든 업무를 한 명의 응급의학과 전문의가 수행하는 근무 형태는 많은 환자가 내원하는 병원이나 교육수련병원에서는 적합하지 않다. 응급의학과 전문의는 응급 환자의 진단과 치료의 전문가로, 전공의나 일반의의 관리와 감독만 수행하는 것 보다는 일정 부분 직접 진료에 직접 참여하는 것이 바람직하다. 따라서 최적의 진료인원 구성은 1인 이상의 선임 응급의학과 전문의가 전체 응급실을 관리하면서, 동시에 다른 응급의학과 전문의가 응급 환자를 직접 진료에 참여하거나 팀의 리더로서 의학적인 결정과 현장교육을 시행하는 것이다²⁴.

응급실의 진료에 참여하는 치료 그룹은 응급실에 상주하는 응급의학과 전문의, 전공의, 일반의, 간호사, 응급구조사 그리고 협진에 참여하는 모든 의료진을 포함한다.

응급의학과 전문의는 치료그룹의 리더로서 복합적인 결정을 내려야 할 경우 응급 환자의 진단, 치료, 협진 등에 대한 우선순위를 정한다.

최선의 응급의료의 제공은 충분한 응급의료인력의 공급에서 비롯된다. 응급의학과 전문의는 충분한 응급의료인력이 있을 경우 직접 환자의 1차 진료 업무를 수행할 수 있다. 하지만 동시에 여러 명의 환자가 응급실을 방문하는 경우에는 각 환자의 진료와 전체적인 응급실 관리를 동시에 수행하는 것이 불가능하다. 따라서 중환자를 진료할 때나 생명을 구하는 술기를 시행해야 할 때를 제외하고는 직접 모든 1차 진료에 참여하기 어렵다.

²⁴ The College of Emergency Medicine. Models of EM Consultant working. The Way Ahead [Emergency Medicine Operational Handbook]. Ver. 2. Dec. 2011.

적절한 응급의료를 제공하기에 2021년 현재 대한민국 응급의학과 전문의수는 매우 부족하다.

적절한 응급의료란 언제 어디서나 최선의 응급의료를 모든 응급 환자에 적절한 시간 안에 제공하는 것으로 이러한 목표를 달성하기에는 현재의 대한민국 응급의학과 전문의 수는 매우 부족하다.

사회 발전, 인구 노령화, 응급의료서비스에 대한 요구의 증대로 응급 환자는 향후 지속적으로 증가할 것이다. 응급의료인력 수급계획은 응급 환자의 증가를 감안하여 만들어야 한다. 현재 부족한 응급의료인력은 국민의료에 대한 욕구 증진과 응급의학과 전문의 수급을 감안하면 향후 더욱 심화될 것이다²⁵.

²⁵ American College of Emergency Physicians. Emergency Medicine Workforce[policy statement]. BM 1987; Revised 1999; Reaffirmed 2006; Reaffirmed 2012.

Counselman FL, Marco CA, Patrick VC, et al. A study of the workforce in emergency medicine 2007. Am J Emerg Med. 2009; 27:691–700.

Ginde AA, Sullivan AF, Camargo CA Jr. National study of the emergency physician workforce, 2008. Ann Emerg Med. 2009; 54:349–59.

응급의료를 담당하는 인력 계획은 근무 형태와 근무 강도를 기준으로 만들어야 한다.

응급의료인력의 계획은 응급의학과 전문의가 응급 환자를 얼마나, 어떻게 진료할 것인가를 기준으로 만들어져야 한다. 또한, 응급의료인력의 적정기준은 모든 응급 환자가 24 시간 언제나 적절한 응급의료를 제공받을 수 있고, 모든 응급실이 응급의학과 전문의에 의해 관리될 수 있도록 설립되어야 한다. 응급의료인력 계획은 해당 유관기관과 지속적인 논의를 필요로 한다²⁶.

응급실 방문 환자 수가 연간 18,000 명 (2 PPH X 365 일) 이하의 응급실에서도 모든 근무시간 동안 최소 1 인 이상의 응급의학과 전문의를 배치하는 것이 바람직하다. 응급실을 방문한 모든 환자에게는 응급의학과 전문의의 조언이나 판단이 필요하고, 특히 중증환자나 진단적인 문제가 어려운 환자에 대한 적절한 처치는 응급의학과 전문의에 의해 관리되어야 하기 때문이다.

응급의학과 전문의가 응급실을 방문하는 환자를 직접 진료하는 비율을 높이는 것이 환자의 안전을 위한 가장 중요한 목표이다.

모든 응급 환자는 적절한 응급의료를 언제나 제공받을 수 있어야 하고, 응급의학과 전문의는 이러한 사회 안전망을 계획, 관리, 유지, 발전시켜야 한다. 이러한 목표 달성을 위한 사회 공동의 노력과 책임이 필요하다²⁷.

²⁶ Ginde AA, Rao M, Simon EL, Matthew Edwards J, Gardner A, Rogers J, et al. Regionalization of emergency care future directions and research: workforce issues. Acad Emerg Med. 2010 Dec;17(12):1286-96.

²⁷ Sandra MS, Angela FG, Larry DW, Joseph PW, Michael Y, Dennis M. The Future of Emergency Medicine. Acad Emerg Med 2010;17(9):998-1003.