

응급의료 수가 개선 현황 및 과제

Improved status of EMS fee schedule and its issues



임지혜 부연구위원
건강보험심사평가원 평가연구부

Key Points

- ☑ 응급의료는 응급의료체계, 병원기반 응급실 및 외상센터, 전문 진료, 간호 및 외상 예방 등 진료의 연속선상에서 응급의료체계를 포함하는 넓은 개념으로 정의되며, 응급의료체계는 병원 전 단계(pre-hospital phase)와 병원단계(hospital phase)로 구분
- ☑ 응급의료수가는 「응급의료법」에 근거 진료 영역과 이송 영역으로 구분하고 있으며, 보건복지부령에 의해 진료영역, 응급환자의 이송절차, 의무기록의 이송 및 비용 보상 등 행위별수가 체계 내에서 운영하는 한계 존재
- ☑ 응급의료수가는 24시간 상시 대기를 통해 사회안전망으로서의 역할을 해야 하는 응급의료체계의 특징과 건강보장체계에서 제공되는 서비스의 사회적 가치(social value)를 고려하여 공정한 보상이 이루어지는 방향으로 개선 필요

Key Words

응급의료법, 응급의료체계, 응급의료수가, 사회안전망, 건강보장체계
emergency medical service act, emergency medical service system, ems fee schedule, social safety net, health security system

1. 들어가며

한국의 응급의료체계는 1994년 1월 「응급의료에 관한 법률(이하, 응급의료법)」이 특별법으로 제정된 이후, 1995년 1월 1일 「응급의료에 관한 법률」이 시행되면서 본격적으로 구축되기 시작하였다. 이어 1995년 응급의학이 전문과목으로 인정되어 1996년 2월 처음으로 응급의학 전문의가 배출되면서 필요한 인력을 양성하기에 이르렀다(유인술, 2015).

이와 동시에, 보건복지부장관은 동법 제38조(이송치료)¹⁾ 및 제54조(응급의료수가기준)²⁾의

1) 제38조(이송치료) 구급거등을 운용하는 자가 구급거등을 이용하여 환자를 이송한 경우에는 보건사회부장관이 정하는 이송처치료를 징수할 수 있다[시행 1995.1.1.][법률 제4730호, 1994.1.7. 제정](법제처, 2019.12.27.접속).

2) 제54조(응급의료수가기준) 응급환자진료에 대한 응급의료수가의 기준은 보건사회부장관이 정할 수 있다[시행 1995.1.1.][법률 제4730호, 1994.1.7. 제정](법제처, 2019.12.27.접속).

규정에 근거하여 응급의료수가기준을 제정하였다(보건복지부고시 제1995-7호, 1995.2.27.). 초기 응급의료수가는 ‘응급의료관리료(예비병상확보에 따른 비용 포함)’와 ‘응급처치료(진료재료 및 의약품 포함)³⁾, 그리고 ‘이송처치료⁴⁾가 포함되었으며, 이는 지금까지 응급의료수가 구성의 근간이 되고 있다. 수가의 적용 대상은 「의료법」 제3조에 의한 의료기관 또는 「보건소법」 제3조에 의한 보건의료원이었고, 「응급의료법」 제2조제1호에 해당되는 응급환자⁵⁾를 진료한 경우로 한정하였다.

인구의 고령화, 질병양상의 변화, 기후의 변화, 대량재해의 발생, 사회의 복잡화 등으로 응급질환 또는 손상의 발생 가능성이 증가하면서 응급진료에 대한 수요는 여전히 증가하고 있다. 한편 응급환자를 위한 일차적인 의료행위에 해당되는 응급의료서비스를 보다 포괄적이고 효과적으로 제공하기 위한 노력도 지속되고 있다. 정부는 「10-12년 응급의료 선진화 추진계획」에 따라, 2000년 이후 10년 만에 응급의료 수가체계의 전면적인 개편을 시도하였다(보건복지부, 2010.12.22.).⁶⁾ 그리고 2015년 ‘건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수’ 일부 개정 시 응급의료수가를 “제19장 응급의료수가”로 분리·신설하고, 응급의료서비스의 질 향상을 위한 접근을 본격화하였다(보건복지부고시 제2015-240호).

수가제도는 의료체계를 특정 방향으로 유도하고 이를 유지하거나 강화할 수 있는 매우 효율적이고 강력한 정책적 수단이다(김용익 등, 2004). 그러나 응급의료는 응급환자가 발생한 현장부터 의료기관의 치료까지 연계되어야 하고, 24시간 항시 대기를 통한 사회안전망으로서의 역할을 해야 하는 특성을 가지고 있으므로, 별도의 수가체계를 구축하지 않고서는 응급의료의 질적 향상을 꾀하기 쉽지 않아 보인다. 따라서 이 글에서는 응급의료서비스에 대한 이해를 바탕으로 현행 응급의료수가가 이러한 응급의료의 특징을 반영하고 있는지 검토한 후 향후 수가 개선을 위해 고려해야 할 요소들이 무엇인지 살펴보고자 한다.

3) 응급처치료는 「의료보험법」 제35조 제1항의 규정에 의한 진료수가기준 중 [별표 1] 의료보험진료수가기준액표의 진료수가산정방법 3에 의한 의료기관 종별에 따른 가산율을 적용하였다(보건복지부고시 제1995-7호).

4) 이송처치료는 「응급의료에 관한 법률」 제32조에 근거, 구급차를 운영하는 의료기관 또는 응급환자 이송업허가를 받은 자가 구급차를 이용하여 환자를 이송한 경우에 적용하였다(보건복지부고시 제1995-7호).

5) 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “응급환자”라 함은 질병·분만·각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 위급상태에서 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 위해가 초래될 것으로 판단되는 환자를 말한다[시행 1995.1.1.][법률 제4730호, 1994.1.7. 제정].

6) 정부는 ‘응급의료 수가기준 전부 개정안’ 마련을 위해 「응급의료 수가기준 전부개정안 마련을 위한 연구」(건국대학교, 2011) 용역을 실시하였다(보건복지부 보도자료, 2010.12.21.).

2. 응급의료의 이해

가. 응급의료의 특징

응급의료는 응급의료체계, 병원기반 응급실 및 외상센터, 전문 진료, 간호 및 외상 예방 등 진료의 연속선상에서 응급의료체계를 포함하는 넓은 개념으로 정의되고 있다(IOM, 2007). 한국은 「응급의료법」 제2조 제2호에서 응급医료를 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 제공하는 상담·구조·이송·응급처치 및 진료 등의 조치라고 정의하고 있다. 그리고 동법 제2조제1호에는 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 위급한 상황에서 즉시 필요한 응급처치를 받지 않으면 그 생명을 보존할 수 없거나 중대한 위해가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 환자를 응급환자라고 제시하고 있다.

한편 응급의료체계는 일정 지역 내에서 양질의 응급의료서비스를 제공하는 데 필요한 모든 요소(시설·인력·장비 등)를 조직화한 체계로서 응급 환자에 대한 현장 처치와 이송 중 처치, 병원 내 응급진료를 통한 사망률 감소 및 후유증 등의 유병률을 최소화하는 것을 목적으로 한다(유인술, 2010). 그리고 최상의 진료결과를 얻을 수 있도록 연합된 공급자 체계를 갖추으로써(National EMS Advisory Council, 2012), 즉각적으로 진료를 제공하고 이송하는 국가 응급 및 외상 진료의 핵심 역할을 담당한다(IOM, 2007).

응급의료체계는 병원 전 단계(pre-hospital phase)와 병원단계(hospital phase)로 구분된다(이진세 등, 2011). 그리고 각 단계별 서비스를 유기적으로 연계할 수 있도록 통신체계(communication system)를 갖추어야 한다. 우선 병원 전 단계에서는 응급환자의 신고에 따라 즉각적인 구급차 출동, 환자 분류(triage), 구급처치, 병원선택 등 적절한 서비스를 제공해야 한다. 따라서 이 단계에서는 신고체계, 현장처치와 이송 중 응급처치 및 적절한 이송을 위한 연결체계 등이 필수적으로 요구된다. 그리고 병원단계는 응급환자가 병원에 이송되어 의료진에 의해 전문적인 진료를 받는 단계로서 진료를 위한 시설·인력·장비를 필요로 한다.

이와 같이 응급의료는 응급진료의 연속선상에서 가장 먼저 진료를 제공함으로써 질병의 완치가 아니라 평형상태로부터 벗어난 모든 생리적인 변화를 정상에 가깝게 바꾸어 주는 역할을 하는 것이다. 특히 여러 장기가 중복손상을 입은 위급한 환자(urgent cases)에 대해서는 여러 분야의 의료팀에 의한 집중치료가 신속하게 시행되어야 하므로, 다른 의학 분야와는 다른 접근이 요구된다.

나. 응급의료서비스의 운영

응급의료서비스는 질병 또는 손상이 발생한 순간부터 30분 이내 응급치료가 환자의 생명에 중대한 영향을 미치는 만큼, 체계적인 시스템과 인력이 요구되는 분야이다. 이러한 특성 때문에 응급의료는 신고체계와 이송체계가 필요하고, 현장과 치료를 연계하는 응급의료체계가 필요한 분야이다.

특히 응급환자에 대한 진료능력 강화를 위해서는 병원 전 단계에서의 환자분류, 병원단계에서의 응급수술팀 상시 대기 및 중환자입원실 확보 등 중증응급환자에 대한 신속한 대응 체계가 필수적이다. 이러한 형태의 서비스를 제공하기 위해서는 수익에 관계없이 응급실 운영에 필요한 시설·인력·장비에 대한 적정 수준의 투자가 필요하다. 이는 응급실이 다른 의료서비스와 차이를 나타내는 가장 큰 요소로써, 응급실에 내원환자가 없어도 24시간 365일 상시 운영을 위해 고정비용이 발생될 수밖에 없음을 뒷받침 하고 있다.

이러한 이유로 프랑스, 독일, 영국, 미국 등의 선진 외국에서는 응급의료를 공적 형태로 운영하고 있으며, 지역사회가 가지고 있는 자원을 바탕으로 응급의료를 계획하고 발전시키고 있다(정구영, 2004). 또한 응급처치의 수준 향상을 위해 응급구조사를 대상으로 체계적인 교육을 제공하고 있으며, 응급의료기관 평가체계를 도입하여 구조적인 측면과 의료 질 측면에서 응급의료체계의 원활한 작동을 조정하는 기전으로 활용하고 있다.

이와 같이 응급의료는 시간적·공간적 제약으로 인해 적절한 치료를 받지 못하는 상황을 최소화해야 하므로, 서비스 제공을 위해서 무엇보다도 시설·인력·장비 등 진료인프라에 대한 충족이 전제가 되어야 한다. 이 때문에 정부는 응급의료기금이 크게 확충된 2003년 이후부터 지금까지 응급의료센터의 확대와 전국적 균등 배치 등의 노력을 기울여 왔고, 시설·인력·장비에 대한 법정 충족률을 평균 91.0%까지 끌어 올림으로써 응급의료에 대한 접근성과 질을 개선하였다.

(표 1) 응급의료기관 개소수 및 평가 결과(2019년 6월 기준)

구분	중앙응급 의료센터	권역응급 의료센터	지역응급 의료센터	지역응급 의료기관	권역 외상센터
개소수	1개소	35개소	125개소	239개소	14개소
기준충족률	-	80.6%	98.3%	89.2%	-

자료: 보건복지부, 응급의료서비스 질 높아지고 있다. 응급의료과 보도자료. 2019.7.30.

다만 한국의 병원단계 외상환자 예방가능사망률은 선진국의 5~10%에 비해 여전히 높다.⁷⁾ 따라서 예방가능사망률의 감소와 응급의료서비스 수준의 지속적인 향상을 위해서는

7) 병원단계 외상환자 예방가능사망률은 1998년 40.5%에서 2004년 25.6%로 낮아진 후 2007년 24.3%, 2010년 29.8%로 큰 변화를 보이지 않고 있다(김윤, 2015).

병원단계에서의 응급의료서비스에 대한 질적 수준의 개선이 시급하다. 무엇보다도 시설·인력·장비에 대한 투자 동기를 부여하고, 응급의료서비스의 질 향상을 유도할 수 있는 방향으로 응급의료의 운영을 고민해야 할 것이다.

3. 응급의료수가의 개선 현황

1995년 3월 1일부터 시행된 응급의료수가는 ‘행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수’ 제1장 기본진료료 부분의 1개 항목으로 구분되어 있었다. 그리고 2015년 12월 7일 보건복지부고시 제2015-240호에 의거, 응급의료수가를 제19장으로 별도로 분리하여 신설하기 전까지 총 8번의 수가적용 기준의 개정이 있었다(고시 제2014-83호까지 해당)(표 2).

응급의료체계가 제 기능을 발휘하기 위해서는 일정 정도 이상의 질적 수준을 갖추어 예방가능사망률을 줄여야 하고, 지역적 분포가 고르게 되어 응급환자의 접근성을 보장할 수 있어야 하며, 응급환자가 중증도에 따라 적절한 수준의 응급의료기관에서 치료받을 수 있어야 한다(김용익 등, 2004). 그러나 2000년도 이전까지 응급의료수가는 응급처치료에 포함되는 진료행위의 확대와 일부 이송처치료의 개선에 중점을 두고 있었으므로, 응급실의 높은 고정비와 유지비에 대한 적절한 보상 부족으로 양질의 서비스 제공을 유도하는 기전은 찾아보기 힘들었다(보건복지부, 2004.11.4.). 따라서 정부는 투입원가에 비해 낮은 보상과 응급의료체계의 개선 효과가 미흡한 응급의료수가체계의 문제점을 공론화하고, 수가개선에 대한 논의를 지속적으로 진행하였다.

그리고 정부는 「’10-’12년 응급의료 선진화 추진계획」에 따라 응급의료 수가체계의 전면적인 개편방안 마련을 위한 연구용역을 발주하였다(보건복지부, 2010.12.22.). 이 연구에서는 응급진료에 대한 원가분석, 의료이용 및 진료서비스 제공 관련 패턴 분석 등을 통해 응급의료기관의 자발적 질 향상을 유도하는 차등수가제 모델을 제시하는 것을 목표로 하였다. 응급의료기관등의 평가를 반영한 수가 차등은 2002년 3월 25일 「응급의료법」 제17조 제2항 신설⁸⁾에 근거하여 보건복지부 장관이 결정할 수 있다.

또한 정부는 「2014-2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」에 따른 ‘중증외상 및 응급의료 대응체계를 위한 건강보험 지원강화’ 방안 마련을 위해 2015년 4월 30일 제8차 건강보험정책심의회(이하, 건정심)에 ‘응급의료서비스 향상을 위한 응급의료 수가개선(안)’을 상정하였다. 이를 통해 2015년 12월 29일에는 중증응급환자의 응급실 진료 개선을 목적으로 「한국응

8) 제17조(응급의료기관등에 대한 평가)

- ① 보건복지부장관은 응급의료기관 등에 대하여 평가를 실시할 수 있다.
- ② 보건복지부장관은 제1항의 규정에 의한 응급의료기관등에 대한 평가의 결과에 따라 응급의료기관등에 대하여 행정적 재정적 지원을 할 수 있다. <신설 2002.3.25.>
- ③ 제1항의 규정에 의한 응급의료기관등의 평가방법 및 평가주기 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

급환자 중증도 분류기준을 제정하였고(보건복지부고시 제2015-243호),⁹⁾ 중증응급환자에 대한 수용률 제고 및 신속한 대응체계 구축을 위해 응급의료기관 중별 의무를 반영함으로써 중증 응급환자의 진료인프라를 확충할 수 있는 기틀을 마련하였다(보건복지부, 2015.4.30.).

(표 2) 응급의료수가기준 개선 현황

시행년월일	고시번호	주요변경사항
1995. 3. 1.	고시 제1995-7호(1995.2.22.) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> 응급의료수가기준 제정 <ul style="list-style-type: none"> - I. 의료기관의 응급의료수가기준 - II. 이송처치료 -(별표1) 응급의료관리료산정대상 응급증상 -(별표2) 응급의료수가기준액표 -(별표3) 이송처치료기준액표
1995.12.10.	고시 제1995-62호(1995.12.9.) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • (별표2) 응급의료수가기준액표 중 나.응급처치료 개정
1997. 9. 1.	고시 제1997-69호(1997.9.1.) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • (별표2) 응급의료수가기준액표 중 가.응급관리료 개정
1998. 7. 1.	고시 제1998-42호(1998.7.1.) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • (별표2) 응급의료수가기준액표 개정
1998.10.27.	고시 제1998-62호(1998.10.24.) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • (별표4) 삭제
2000. 4. 1.	고시 제2000-12호(2000.4.1.) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • I. 의료기관의 응급의료수가기준 <ul style="list-style-type: none"> - 1. 적용기준 및 2. 산정기준 개정 • II. 이송처치료 중 1. 적용기준 개정 • (별표2) 응급의료수가기준액표 중 나.응급처치료 개정
2000. 7. 1.	고시 제2000-34호(2000.7.1.) ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • I. 의료기관의 응급의료수가기준 2. 산정기준 개정 • (별표1) 응급의료관리료산정대상 개정 <ul style="list-style-type: none"> - 1. 응급증상과 2. 응급증상에 준하는 증상으로 구분 • (별표2) 응급의료수가기준액표 중 가.응급의료관리료 개정
2013.10.11.	고시 제2013-158호(2013.10.11.) ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • (별표1) 응급의료수가기준액표 개정 • (별표2) 이송처치료기준액표 개정
2014. 6. 5.	고시 제2014-83호(2014.5.27.) ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • (별표1) 응급의료수가기준액표 중 2. 산정기준 개정
2016. 1. 1.	고시 제2015-240호(2015.12.29.) ³⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 제1편 제2부 제19장 응급의료수가 신설 <ul style="list-style-type: none"> - 제1부 행위 급여 일반원칙 제19장 관련 사항 신설 - 제2부 제1장, 제2장, 제5장, 제9장, 제10장 응급의료 수가 관련 사항 삭제 - 제2부 제19장 제1절 응급기본진료료, 제2절 응급의료행위로 분류

9) 「응급의료법을 시행규칙」 제18조의3(응급환자의 중증도 분류)

- ① 중앙응급의료센터의 장, 권역응급의료센터의 장 및 지역응급의료센터의 장은 응급환자에 대한 신속한 진료와 의료 자원의 우선배정을 위하여 응급실 전담 의사, 간호사 및 1급 응급구조사에게 응급환자를 중증도에 따라 분류하도록 하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 중증도 분류는 환자의 주요증상, 활력징후(호흡, 맥박, 혈압, 체온), 의식장애, 사고기전, 통증 등을 고려하여 수행되어야 하며 그 세부적인 절차와 방법, 중증응급환자의 범위 등은 보건복지부장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준에 따른다. [본조신설 2015.12.18.]

시행년월일	고시번호	주요변경사항
2017. 1. 1.	고시 제2016-271호(2016.12.29.) ³⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 제19장 제1절 ‘응급의료센터’를 ‘응급의료센터’와 ‘외상센터’로 수가코드 분리 - 응-1 응급의료관리료 - 응-4 응급환자 진료구역 관찰료 • 제19장 제1절 관련 [산정지침] 변경
2017. 1. 1.	고시 제2016-277호(2016.12.30.) ³⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 제19장 응-7 응급환자 중증도 분류 및 선별료 (V7000) 신설
2018. 7. 1.	고시 제2018-123호(2018.7.1.) ⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 제19장 응-2-1 권역외상센터 전문의 진찰료(V2700) 및 외상팀 전문의 진찰료(V2800) 신설 • 제19장 응-8 외상환자관리료 신설 • 제19장 제3절 관련 [산정지침] 권역외상센터 응급의료행위 전담전문의 가산 신설 • 제6장 마취료 [산정지침] 중증외상환자 마취료 가산 신설

자료: 1) 국가기록원 관보 제12950호, 제13185호, 제13698호, 제13944호, 제14038호, 제14470호

2) 보건복지부 고시 제2000-34호, 고시 제2013-158호, 고시 제2014-83호

3) 건강보험심사평가원. 내부자료. 2019.

4) 허윤정 등. 권역외상센터 표준운영체계 마련. 보건복지부 건강보험심사평가원. 2019. p.52-54.

더욱이 2014년 이후 권역외상센터가 본격적으로 개소되면서 중증외상환자의 특성 및 의학적 타당성 등이 반영된 진료행위에 대한 적정 보상의 필요성이 증가하게 되었다. 이에 2016년 1월 1일부터 권역외상센터에도 응급의료전문의 진찰료를, 2017년 1월 1일부터는 응급환자 중증도 분류 및 선별료 적용을 시작으로 응급의료관리료, 응급환자 진료구역 관찰료, 응급전용 중환자실 관리료까지 권역외상센터의 수가 적용 범위를 확대하였다(허윤정 등, 2019).

현재 응급의료수가는 중증응급환자의 진료를 개선하고, 중증외상환자 진료에 대한 원가보전을 향상하며, 중증응급환자 등의 본인부담경감을 목적으로 하고 있다. 특히 기본 진료료를 구성하고 있는 응급의료관리료, (중증)응급환자 진료구역 관찰료, 응급전용 중환자실 관리료, 외상환자 관리료의 5개 항목에 대해서는 응급의료서비스의 질 향상 담보라는 정책적 목적 달성을 위해 응급의료기관 평가 결과에 따라 A등급, B등급, C등급으로 가감 지급하고 있다(2017년부터 적용)(표 3). 그리고 중증응급환자 진료구역 관찰료와 응급환자 진료구역 관찰료 산정 시에는 간호인력확보수준에 따라 1등급부터 9등급까지 차등제를 적용하고 있다(2016년부터 적용). 또한 응급의료수가 고시 <별표1>, <별표2>, <별표3>에 제시된 응급의료행위에 대해서는 소정점수의 50%를 가산함으로써 예비병상 및 인력 확보비용 보전, 응급상황에 대한 난이도와 위험성 반영은 물론, 중증응급환자에 대한 신속하고 적절한 대응을 유도하고 있다.

(표 3) 응급의료수가 가감지급 산정 기준(2019년 3월 기준)

구분	응급의료관리료 ¹⁾	중증응급환자 진료구역관찰료 ²⁾	응급환자 진료구역관찰료	응급전용 중환자실관리료	의상환자 관리료 ³⁾	
					유형I	유형II
A등급	10% 가산	20% 가산	20% 가산	20% 가산	20% 가산	
B등급	소정점수	소정점수	소정점수	소정점수	소정점수	소정점수
C등급	10% 감산	20% 감산	20% 감산	20% 감산	20% 감산	

주: 1) 지역응급의료기관에는 응급의료관리료 차등제를 적용하지 않음.

2) 권역의상센터를 별도로 구분하지 않음.

3) 유형 I 은 손상중증도점수 9-14점 또는 중증응급의심환자에 해당되는 의상환자에게, 유형 II 는 손상중증도점수 15점 이상 또는 중증응급환자에 해당되는 의상환자에게 산정함.

자료: 건강보험심사평가원. “제19장 응급의료수가 제1절 응급 기본진료료”. 건강보험요양급여비용. 2019. p.657-664.

4. 선진 응급의료체계 구축을 위한 과제

현재 건강보험 행위에 대한 지불제도는 의로서비스별 가격을 정하여 사용량과 가격에 의해 진료비를 지불하는 행위별 수가제를 채택하고 있다. 이에, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 고시로 정하고 있는 수가체계는 행위별 상대가치점수에 점수당 단가 및 중별가산율을 달리 적용하여 산출된다. 이러한 맥락에서 응급의료관리료, 응급환자 진료구역 관찰료, 응급전용 중환자실 관리료 등 기본진료료 이외에 진찰료, 처치료 등 기타 응급의료행위에 대해서는 기존 진료영역의 행위에 근거하여 별도의 행위로 분류하여 수가를 산정하고 있다.

일반적으로, 의료수가는 각 행위별로 인건비, 재료비, 관리비, 제세공과금 등을 배분한 원가에 근거하고 있으나, 정확한 산정이 어렵고, 의료기관의 규모, 소재지역, 설립형태, 인력 및 인적 구성원의 특성에 따른 인건비 수준을 정확하게 확인할 수 없다는 한계를 가지고 있다. 이에, 행위별수가는 각 의료행위별 의료자원 투입량에 만족할 만한 수준의 보상을 불가능하다. 특히, 응급의로서비스는 일반 의로서비스와 다른 특성이 있으므로, 이의 반영을 위해 수가에서 야간(공휴)과 응급, 만1세(만6세) 미만 소아와 응급 등 가산을 적용하더라도 그것만으로는 응급의로서비스의 특징을 제대로 반영하지 못한다고 볼 수 있다.

이러한 문제점은 2004년부터 2011년까지 실시된 응급의료수가체계 개선 관련 연구에서도 동일하게 지적되고 있다(표 4). 그러나 이들 연구에도 현행 행위별수가체계의 틀을 벗어나지 못한 채 부분적인 개선을 시도하는 형태의 개선(안)만 제안하고 있다. 그리고 2016년 이후, 수가체계 개선안에 근거하여 응급의료수가의 항목 분리, 수가 신설 및 개정 등 다각도의 노력을 기울여 왔음에도, 2019년 4월 “응급의료체계 리폼 입법공청회” 등의 논의 사항을 살펴볼 때 여전히 현행 응급의료수가체계는 응급의료체계 전반의 개선을 유도하기에 충분하지 못한 것으로 확인되고 있다.¹⁰⁾ 결국, 건강보험 행위에 대한 현행 지불제도는

10) 2019년 4월 3일 공청회 당시 응급의료법 개정 관련하여 서울대학교 의료관리학교실 김윤 교수의 발제가 있었다. 김윤 교수는 중증응급환자의 예방가능사망 감소를 위해 적정 이송, 당직체계 개선, 적절한 진료수준 확보, 신속한 수술 제공 및 전원 방지 등을 제시하고, 이를 위해 수가개선이 반드시 동반되어야 함을 강조하였다.

의료서비스별 가격을 정하여 사용량과 가격에 의해 진료비를 지불하는 형태이다 보니 조직적 대응을 중시하는 응급의료서비스의 특징을 반영하지 못하기 때문으로 해석할 수 있다. 다시 말해, 아무리 일부 응급의료에 대한 질을 반영하는 수가체계를 운영한다고 해도, 여전히 내원환자 수에 따른 보상이 강하므로 지역적 차이는 물론, 응급실에 대한 투자나 응급의료의 질 향상을 유도하지 못하는 문제가 농후할 수밖에 없는 것이다.

(표 4) 응급의료수가체계 개선 연구에서 제시하는 수가체계의 문제점 및 개선(안)

연구제목 (수행년도)	수가체계의 문제점	수가체계 개선(안)
응급의료 수가체계 개선방안 연구 (김용익 등, 2004) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료의 질적 수준 향상 제고 미흡 - 시설, 인력, 장비의 고정비 보상 기전 부족(환자수와 연동 구조) • 응급의료기관의 지역적 균형 분포 유도 미흡 • 응급의료 전달체계 개선 효과 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료의 질 향상 유도 - 응급의료기관 원가보전을 제고 - 응급의료기관평가 결과 근거 수가차등 - 취약지역의 응급의료기관에 대한 보조 • 응급의료기관의 분포 고려 • 비용효과적인 응급의료 이용 유도 - 응급의료관리료 응급/비응급 구분 폐지 - 야간 휴일 진료체계 구축 • 응급의료체계 발전을 위한 기타 대안 - 응급실 입원료 폐지
응급의료 중장기 전략 수립 (이강현 등, 2008) ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료의 질 향상, 지역적 균등분포, 효율적 전달체계 구축 기여 미흡 • 원가보전을 미흡 • 병원전단계 전문응급처치 수가 부재 • 인력 및 재원투입 인센티브 부재 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료수가의 원가보전을 수준 인상 - 응급의료관리료 및 응급의료행위로 인상 - 응급의료기관의 유형별 수가 인상 • 질 향상 유도를 위한 인센티브 지급 • 전문센터 및 농어촌 응급의료기관 보조금 지급
응급의료 수가기준 전부개정을 위한 연구 (이건세 등, 2011) ³⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 시설, 인력, 장비 등 자원 투입에 대한 적정 보상 미흡 • 외래/야간진료/비응급 환자 등으로 인한 중증 응급환자의 효과적 서비스 제공 미흡(과밀화 포함) • 협진 수가 부재 • 응급의료의 지역간 균등 분포 미흡 • 예비병상확보, 대기비용 보상 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료관리료 개선 - 응급의료서비스에 대한 수가 세분화 - 자원투입반영(시설수준에 따른 분류) • 응급실 진찰료 신설(전문의 진료 보상) • 응급실 협진료 신설 - 필요 진료과 포함, 협진요청 시간 반영 • 응급 관찰료 신설 • 응급처치행위 가산(복잡성/난이도 고려) • 응급수술 및 응급입원 가산 신설 - 계획되지 않은 수술(팀) 및 입원(준비)에 대한 보상
응급실 의료행위 비교 수가 연구 (김소윤 등, 2011) ⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료행위에 건강보험 가산제도 적용 - 응급의료처치 적용 의료행위항목 부족 • 응급실 투자유도 및 재정지원 방안 부실 - 24시간 진료기능 유지를 위한 수익성 부족 및 최소기능 유지 • 응급실 투자 및 질 향상 유도 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급치료 항목 추가 • 응급치료 가산 확대(100%, 200%) • 응급치료 항목 가산에 시간 및 공간 개념 추가

자료: 1) 김용익 등. 응급의료 수가체계 개선방안 연구. 보건복지부·서울대학교 의과대학. 2004.
 2) 이강현 등. 응급의료 중장기 전략 수립. 연세대학교 원주의과대학 응급의학과. 2008.
 3) 이강현 등. 응급의료 수가기준 전부개정을 위한 연구. 보건복지부·건국대학교 충주산학협력단. 2011.
 4) 김소윤 등. 응급실 의료행위 비교 수가 연구. 보건복지부·연세대학교. 2011.

보건복지부는 2019년 7월 31일 2018년 응급의료평가 결과를 공개하였다(보건복지부, 2019.7.30.). 그리고 지정기준 충족 응급의료기관의 증가와 권역응급의료센터의 중증응급환자 진료기능 개선 등을 언급하면서 응급의료서비스의 질이 개선되고 있다고 평가하였다. 다만, 응급실의 혼잡한 정도를 나타내는 병상포화지수가 증가하여 응급실 과밀화는 개선되지 못했다고 했다. 이후, 제22차 국정심은 응급실 적정수가 보상 방안 등을 보고 받고, 응급실의 과밀화 해소를 위해 응급실 전담 전문의 확충 및 적정 시간 내 전문의 직접 진료 비율 80% 이상 기관에 대한 가산 수가 적용과 응급실 안전전담인력 24시간 배치 기관에 대한 차등수가 적용 등의 내용을 담은 응급실 관련 수가의 일부 개선을 합의하였다.

적정한 응급의료체계의 구축은 국민의 생명과 건강보장, 국민의료비 절감, 의료와 관련된 사회적 비용을 감소하는 데 기여한다(김윤 등, 2011; 이신희 등, 2008). 그리고 사회적 보상으로서 진료보수 지불은 무엇보다 공정하고, 비용효과적이어야 하며(Bally, 2004), 동시에 사회적 가치(social value)에 대한 보상이 적절하게 이루어지도록 설계되어야 한다. 응급의료에서 사회적으로 공정한 보상기준은 진료한 응급환자의 수나 진료의 내용이 아니라 지역사회 응급진료의 필요를 충족시켜야 하는 것을 의미한다(김창엽, 2010). 즉, 응급의료의 특수성을 고려할 때 환자를 한명도 진료하지 않은 경우에도 환자 여러 명을 진료한 경우와 보상에 차이가 없어야 공정한 보상이라고 할 수 있으므로, 현행과 같은 수가체계로는 신속성(시간)과 24시간 365일 진료(공간)를 전제로 다수의 전문가로 구성된 팀과 다량의 자원을 소모하는 응급의료의 특성을 반영할 수 없다.

5. 나가며

오늘날 보건의료분야에서는 가치기반(value-based)이라는 말을 제외하고는 어떤 것도 논할 수 없다. 그만큼 한정된 자원의 효율적 활용과 배분이 보건의료체계의 지속가능성을 좌우하는 핵심 축이 되기 때문이다. 그러나 의료에서의 궁극의 가치는 사람 그 자체, 곧 생명이므로 효율성이나, 질 또는 비용 등으로 한정하여 살펴보기에는 한계가 있어 보인다.

제1차 국민건강보험 종합계획(2019~2020)에서는 응급의료 및 외상 등의 서비스를 생명·건강에 직결된 필수의료로 분류하고 있다(보건복지부, 2019.5.). 그럼에도 불구하고, 균형 있는 서비스 제공을 위해 인력 및 인프라 확충이라는 지엽적이고 제한적인 보상 강화만 제시하고 있어, 현행 수가체계의 범위를 벗어나지 못한 미봉책에 불과한 대책임을 여실히 드러내고 있다.

건강수준 향상이 건강보장체계에서 제공되는 서비스의 사회적 가치라면, 응급의료수가 체계는 건강수준 향상에 기여한 정도에 따라 공정하게 보상되는 형태로 개선되어야 할 것이다. 이는 단순히 행위별 수가체계 내에서 추가적인 보상을 제공하는 것만으로는 충족되지

어렵다. 따라서 사회안전망을 담보하는 시스템에 기반한 응급의료체계를 구축하기 위해서는 수가체계에 예방가능사망의 감소와 국민건강 향상이라는 사회적 가치가 반영될 수 있도록 지혜를 모아야 할 것이다. ❧

참고문헌

- 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용 2019.3.
건강보험심사평가원. 내부자료. 2019.
국가기록원. 관보 제12950호, 제13185호, 제13698호, 제13944호, 제14038호, 제14470호.
김소윤 등. 응급실 의료행위 비교 수가 연구. 보건복지부 연세대학교. 2011.
김용익, 이윤태, 김윤 등. 응급의료 수가체계 개선방안 연구. 보건복지부·서울대학교 의과대학. 2004.
김윤. 응급의료기관 평가의 질 인센티브. HIRA 정책동향, 2015;9(4):31-41.
김윤, 정설희, 임지혜 등. 응급의료 전달체계 개편방안 마련. 보건복지부·건강보험심사평가원. 2011.
김창엽. 건강보장의 이론. 서울: 한울. 2010.
보건복지부. 고시 제2000-34호, 고시 제2013-158호, 고시 제2014-83호
보건복지부. 응급의료서비스 질 높아지고 있다. 응급의료과 보도자료. 2019.7.30.
보건복지부. 응급의료서비스 향상을 위한 응급의료 수가개선(안). 2015년도 제8차 건강보험정책심의위원회 부의안건 (안건번호 제2015-8-1호). 2015.4.30.
보건복지부. 응급의료수가 전부 개정을 위한 연구 본격 추진. 응급의료과 보도자료 2010.12.22.
유인술. 응급의료체계의 현황과 문제점. HIRA 정책동향. 2015;9(4):17-30.
유인술. 응급의료체계의 현황과 발전방안. 보건복지포럼. 2010;11:45-57.
이강현 등. 응급의료 중장기 전략 수립. 연세대학교 원주의과대학 응급의학과. 2008.
이건세 등. 응급의료 수가기준 전부개정을 위한 연구. 보건복지부·건국대학교 충주산학협력단. 2011.
이신호, 박수범, 박재산 등. 응급의료체계구축에 의한 사회적 비용편익 분석. 한국보건산업진흥원. 2008.
정구영. 선진외국의 응급의료제도. 대한병원협회지. 2004; Nov./Dec: 72-82.
허윤정, 임지혜, 이태훈, 서은원 등. 권역외상센터 표준운영체계 마련. 보건복지부·건강보험심사평가원. 2019.
Institute of Medicine. Emergency medical services at the crossroads. 2007.