

응급의료체계 제도 개선의 주요 내용



김재선 실장
건강보험심사평가원 의료수가실

1. 들어가며

최근 보건복지부는 ‘2014-2018 건강보험 중기보장성 강화계획’에 따라 ‘중증외상 및 응급의료 대응체계를 위한 건강보험 지원 강화방안’을 발표하였다. 주된 내용은 응급의료 영역에 더 많은 인력과 자원을 확보하여 중증응급환자의 생존율을 높이고, 응급의료서비스가 향상 될 수 있도록 건강보험 등에서 2016년부터 매년 1천억원의 재원을 투입하는 응급의료체계를 개선한다는 내용이다.

이번에 개선된 응급의료체계(그림 1)를 보면, 종전에는 응급실에 도착한 환자가 중증도가 분류되더라도 중증 및 경중환자가 한 구역에서 동일한 진료를 받았으며, 중증응급환자에 대한 별도의 수가보상이 이루어지지 않았으나, 앞으로는 환자의 중증도에 따라 중증응급환자(KTAS¹⁾ 1~3등급)로 분류되면 중증환자 진료구역에서 별도의 트랙으로 진료를 받고 그에 상응하는 비용이 보존되는 체계로 운영된다.

응급실에 도착한 중증응급환자는 전문의에 의해 직접 진료받고 중환자실 수준의 환자 모니터링과 간호서비스를 제공받게 되며, 후속 진료도 24시간 당직 수술팀에 의해 응급수술을

1) KTAS : Korean Triage and Acuity Scale(한국응급환자중증도분류기준).

받거나 응급전용 중환자실을 이용할 수 있어서 다른 병원으로의 전원을 최소화할 수 있게 된다.

또한 2000년 1월 응급의료에 관한 법률의 개정으로 응급의료기관 평가 결과와 응급의료 수가를 연계하여 차등하는 조항(동법 제23조제2항)이 2017년부터 처음으로 적용될 예정이다. 이는 응급의료기관에서 응급의료 질 개선을 위한 동기를 부여하고 중증응급환자의 적극적인 수용으로 전원을 최소화하는 등 서비스의 향상을 유인하는 첫 시도라는 점에서 의미가 크다 할 수 있다.

응급의료체계 개선은 2016년 1월부터 시행되게 되며, 이는 1994년 응급의료에 관한 법률 제정, 2000년 1월 응급의료에 관한 법률 전부개정, 2013년 10월 응급의료수가기준 일부 개정 이래 가장 큰 폭의 변경이 될 것이다.

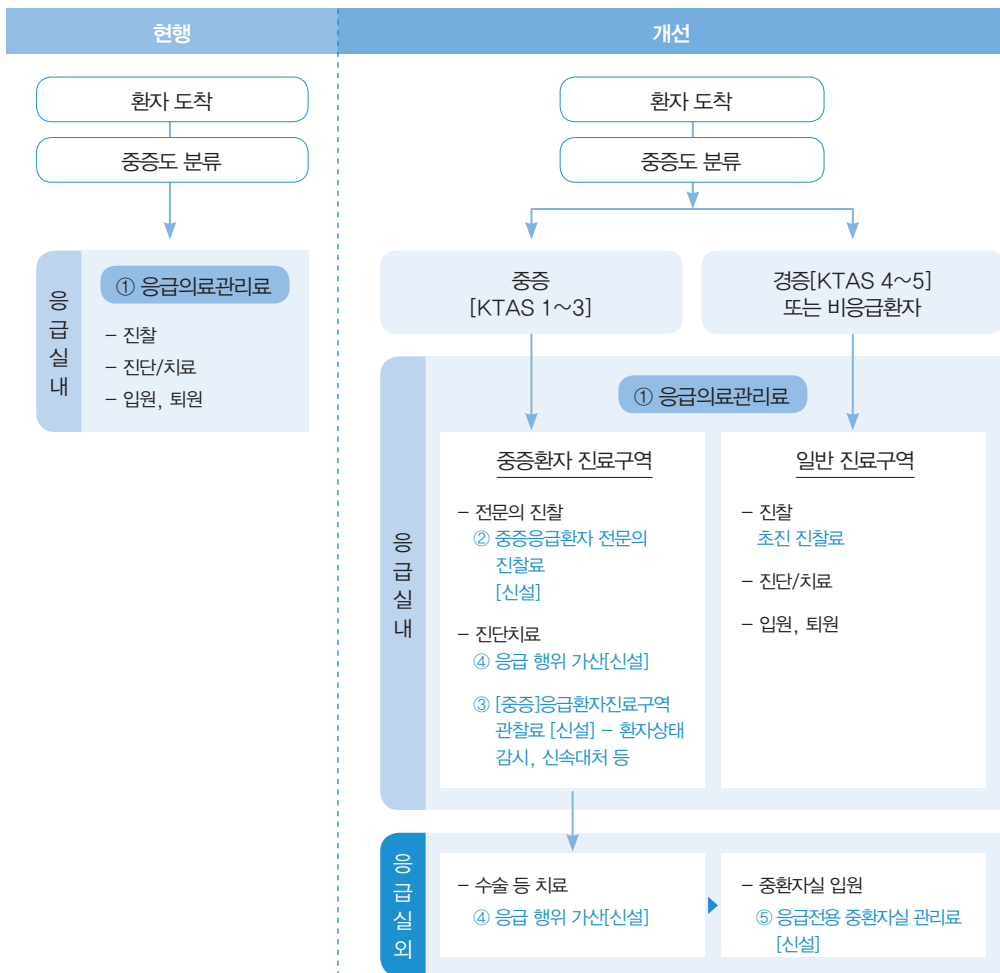


그림 1. 권역응급의료센터 응급의료체계 개선 전·후 비교

2. 응급의료수가 개선방안 주요 내용

지난 4월 건강보험정책심의위원회(제8차)를 통해 결정된 응급의료수가 개선 내용을 살펴보면 크게 네 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 응급도 높은 환자는 전문의가 직접 진료하고 ‘중증응급환자 진료구역’에서 중환자실 수준의 환자 모니터링과 간호서비스를 제공받게 된다. 둘째, 불시에 발생하는 중증응급환자를 위해 응급전용 예비병상(응급중환자실)을 통해 입원할 수 있고 24시간 당직 수술팀에 의해 응급수술을 받을 수 있게 된다. 셋째, 응급환자의 진료비 부담을 경감하기 위해 권역외상센터에 입원한 중증외상환자에 대해 중증질환자 산정특례를 적용하여 본인부담률을 5%로 완화하고, 농어촌 취약지역 응급의료기관의 비응급환자에게도 응급의료관리료를 급여로 적용한다. 마지막으로 응급의료수가 개선이 응급의료의 질적 향상으로 이어질 수 있도록 응급의료기관 평가와 연계를 강화할 계획이다. 철저한 자격관리를 병행하여 우수한 기관이 권역센터로 지정되고 적절한 진료를 제공하지 않는 기관은 응급수가 가산에서 제외한다.

중증응급	응급실 단계		후속 진료 단계	
	진찰	간호	수술·처치	중환자실
수가개선	① 응급전문의 진찰료 (일반진찰료 2배)	② 중환자구역 관찰료 부과(중환자실 입 원료 1/4)	③ 응급환자 수술·시 술 가산(24시간내 50% 가산)	④ 응급중환자실 입원 료 산정(3일간 60% 가산)
도입목적	중증응급환자는 전문 의가 진료(정확한 진 단, 신속한 의사결정)	중환자실 수준 간호서비스(환자모 니터링, 안정된 진료 환경)	심야·휴일에도 수술 팀 가동(골든타임 내 수술, 전원 최소화)	응급환자를 위한 예비 병상 확보(중증응급환 자 적극적 수용)
관리방안	중증응급환자 전문의 진료비율이 낮은 기관, 중증도 분류를 잘못하는 기관은 수가산정 제외		중증응급환자 응급실 체류시간이 길거나, 중증 응급환자 수용률이 낮은 기관은 수가산정 제외	
부담경감	⑤ 응급환자 등 본인부담경감 - (비입원 응급환자) 본인부담률 경감 (외래 50~60% => 입원 20%) - (중증외상환자) 본인부담 산정특례 적용 (본인부담 20% => 5%) - (농어촌 취약지) 비응급환자 응급의료관리료 급여화 (본인부담 100% => 35~50%)			

그림 2. 응급수가 개선 및 본인부담 경감 방안

자료: 보건복지부 보도자료, 2015.4.30.

가. 중증응급환자를 위한 응급실 진료 개선

1) 중증응급환자 전문의 진찰료 신설

그간 응급실에서는 비용절감을 위해 전공의가 진료하는 문화가 형성되어 초기진단의 정확성이 떨어지고 의사결정이 지연되었다. 이에 전문의의 진찰료 정확한 진단과 이에 따른 신속한 대응이 가능하도록 응급실에 도착한 중증응급환자에 대하여 전문의가 직접 진찰하는 경우에는 『중증응급환자 전문의 진찰료』를 산정할 수 있게 된다.

2) 응급환자 진료구역 관찰료 신설

응급환자는 짧은 시간 동안 급격한 상태변화가 발생함으로 모니터링이 중요함에도 불구하고 간호사의 부족으로 대기시간이 좀처럼 줄어들지 않았다. 심지어 중증응급환자 경우에는 치료시기를 놓쳐 사망에 이르렀다는 사례가 언론에 보도된 바 있다.

이러한 문제점을 해결하고자 응급실에 중환자실 수준의 환자 모니터링과 간호서비스가 제공되는 ‘중증응급환자 진료구역’을 두도록 하였으며, 응급도가 높은 환자를 진료·간호한 경우에는 낮병동 입원료 대신 『(중증)응급환자 진료구역 관찰료』를 산정할 수 있게 된다. 이 경우 의료기관은 응급실의 내원 환자수 대비 간호사수를 반영한 간호등급(중환자실 간호등급)을 적용하며, 입원 본인부담률을 적용한다.

나. 중증응급환자에 대한 수용률 제고 및 신속한 대응체계 구축

1) 응급실 내원 후 24시간 내 수행된 의료행위 가산

응급상황에서 수술·처치의 난이도와 위험성을 수가에 반영하고 24시간 수술팀 가동을 위한 비용을 보전하기 위하여 응급실 내원 후 24시간 내 수행한 별도의 의료행위에 대해 50% 가산한다. 이때 가산항목은 종전 50여개 항목에서 응급환자에 필요한 의료행위로 그 범위를 확대하였다. 그러나 원가보전율이 낮은 권역외상센터의 중증 외상환자에 대해서는 시간제한 없이 50% 가산을 적용한다.

표 1. 응급실 의료행위 가산 대상

대상기관 구분	응급의료기관 중별 의무	가산 대상
권역, 전문, 외상센터	중증응급환자 최종치료, 다른 병원 이송 환자의 적극적 수용	800여개 처치, 시술, 수술, 마취 (전체 행위의 10%)
지역센터	응급환자 진료 중증응급환자의 신속한 이송	응급실에서 수행된 250여개 처치

2) 응급환자 진료구역 관찰료 신설

중증응급환자가 첫 번째 병원에서 수용되지 못해 전원되는 주요 사유로는 중환자실이 부족한 경우가 가장 많은 것으로 나타났다. 이러한 문제점을 해결하고자 응급의료센터 등에 ‘응급전용 중환자실’을 두고 1/3을 예비병상으로 두도록 한다. 또한 응급환자가 응급실을 경유하여 응급전용 중환자실에 입원하는 경우 『응급전용 중환자실 관리료』를 3일 동안 산정하도록 한다. 이는 응급중환자 첫 3일 간의 의사 및 간호사 업무량 등을 반영하여 수가를 신설한 것이다. 다만, 권역외상센터·화상전문응급센터는 긴 입원기간을 반영하여 6일간 산정한다.

다. 중증응급환자 등의 본인부담 경감

1) 중증외상환자 본인부담 경감 제도 시행

의료이용이 필수적인 중증응급환자라 하더라도 중환자실 부족 및 수술팀의 부재 등으로 다른 병원에 전원 되는 경우에 현행 기준에서는 입원하지 않게 되면 외래본인부담률(50~60%)이 적용되어 환자부담이 가중되었으나 향후로는 입원본인부담률(20%)이 적용된다.

또한 권역외상센터에 입원한 중증외상환자는 큰 수술을 여러 번 시행하고 다빈도의 처치, 검사가 병행되어 가계에 심각한 타격을 주는 재난적 의료비가 발생될 수 있으므로 일정기간은 중증질환자 산정특례를 적용하여 입원본인부담률을 5%로 경감한다.

2) 의료 취약지역 비응급환자의 응급의료관리료 급여

현재는 농어촌 취약지역 지역응급의료기관의 비응급환자는 응급의료관리료를 전액 본인이 부담하였는데, 이번에 농어촌 취약지역의 의료현실을 고려하여(응급실 외에 야간·공휴일에 문을 연 병원이 없어 비싼 진료비를 부담하고 응급실을 이용) 응급환자가 아닌 경우에도 야간, 공휴일에 응급실을 이용한 경우에는 응급의료관리료를 급여한다.

라. 응급의료서비스 향상을 위한 제도적 장치

1) 응급의료기관 평가를 통한 응급수가 차등화

2017년부터 응급의료관리료와 응급입원료(응급환자 진료구역 관찰료, 응급전용 중환자실 관리료)는 응급의료기관 평가결과에 따라 각각 3개 등급으로 나누어 10~20% 차등 적용할 예정이다.

2) 권역센터 지정 등 철저한 자격관리 병행

현재 권역센터 등은 한 번 지정되면 특별한 사유가 없는 한 계속 유지되었으나, 앞으로는 3년마다 진료실적을 반영한 후 재지정하여 우수기관이 권역센터로 지정될 수 있도록 할 계획이다. 또한 권역센터이더라도 응급의료기관 평가결과 중증응급환자에 적절한 진료를 제공하지 않는 기관은 응급수가 가산을 제외토록 할 예정이다.

3. 나가며

그간은 응급환자가 응급실에 도착하면 인턴, 레지던트, 전문의 순으로 진료함에 따라 진단과 진료가 지연되고, 간호인력의 부족으로 병상에 환자가 방치되거나 응급진료 이후 수술실이나 중환자실이 없어서 후속진료를 못하고 다른 병원으로 전전하는 등 응급의료체계가 제대로 작동되지 않았다.

그러나 앞으로는 병원 첫 방문 단계부터 중증응급환자는 응급실에서 전문의가 직접 진료하여 신속한 진단이 이루어지고 통제된 중환자진료구역에서 모니터링과 간호서비스를 받을 수 있게 된다. 또한 중환자실에 응급전용 중환자실병상이 확보되고, 언제든지 당직 수술팀에 의해 응급처치와 수술을 받을 수 있게 되므로 중증응급환자에 대한 응급의료서비스가 상당 수준 향상되리라 본다.

하지만 이번에 설계된 응급의료체계는 부족한 응급의료자원을 효과적으로 분배하여 응급환자 개개인의 중증도와 응급상황에 따라 최적화된 수준의 의료가 제공되도록 하였다. 이 때 응급환자의 중증도 분류도구인 KTAS 등은 응급의료자원을 효율적으로 배분하는 아주 중요한 판단도구가 된다. 이에 동 분류기준에 대한 표준화와 유효성 검증이 필요하며, 의료현장에서 정확한 기록 관리를 위해 노력하여야 할 것이다.

특히 응급의료기관 평가결과를 수기와 연계함으로써 응급의료기관에서 응급의료 질 향상을 위한 동기를 부여하게 되는 만큼 응급의료기관의 평가지표는 응급의료 현장의 실태를 보다 적극 개선할 수 있는 방향으로 설정되고 정례적으로 개선되어야 할 것이다. 📌