

응급의료기관 평가와 질 인센티브



김윤 교수
서울대학교 의과대학

1. 들어가며: 응급의료 - 무엇이 문제인가?

가. 양적 성장, 하지만 질적 수준의 정체

우리나라에서 응급의료분야에 대한 대규모 정부 재정투자가 이뤄지기 시작한 것은 응급의료기금이 크게 확충된 2003년부터이다. 우리나라 응급의료의 질적 수준이 매우 열악하다는 사실이 널리 알려진 것이 계기가 되었다. 외상으로 사망한 환자 중 절반 이상이 적절한 치료를 받으면 생존할 수 있었던 것으로 조사되었다. 이러한 대규모 재정투자는 국민들의 응급의료에 대한 접근성과 질을 개선하기 위한 것이었다.

하지만 응급의료에 대한 적지 않은 재정투자에도 불구하고 병원단계 응급의료의 질적 수준은 크게 개선되지 않고 있다. 2003년부터 2012년까지 10년간 응급의료기금의 지출총액은 약 1조 5천억 원에 달하였다. 하지만 병원단계 외상환자 예방 가능한 사망률은 1998년 40.5%에서 2004년 25.6%로 낮아진 후, 2007년 24.3%, 2010년 29.8%로 큰 변화를 보이지 않고 있다.¹⁾ 이러한 우리나라의 예방 가능한 외상사망률은 선진국의 약 5~10%에 비

1) 병원전단계와 병원단계 예방 가능한 사망률을 합한 전체 예방 가능한 사망률은 1998년 50.4%에서 2004년 39.6%로 낮아진 후, 2007년 32.6%, 2010년 36.2%로 큰 변화를 보이지 않고 있음.

해 여전히 매우 높은 수준이다. 심혈관질환은 외상과 함께 가장 중요한 응급질환이다. 심정지 환자의 생존 후 퇴원율은 2006년 2.3%에서 2012년 4.7%로 개선되었다. 하지만, 급성 심근경색증 환자의 입원 30일 이내 사망률은 2007년 9.3%로 OECD 평균 5.0%에 비해 여전히 높은 수준이다.

응급의료에 대한 환자들의 만족도는 오히려 나빠지고 있다. 조사결과, 매우 만족이라고 응답한 비율은 2004년 21.4%에서 2010년 14.9%로 감소하였다. 매우 불만족이라고 응답한 비율은 2004년 2.8%에서 2010년 11.2%로 증가하였다. 물론 이 기간 응급의료기관이 늘어나고 취약지 응급의료기관에 대한 지원이 확대되면서 응급의료에 대한 접근성은 크게 개선되었다.

나. 낮은 질의 원인

1) 부족한 중증응급환자 진료 인프라

응급의료체계의 가장 중요한 목표는 응급환자의 생존율을 높이는 것이다. 하지만, 현 응급의료체계에서는 중증응급환자가 제대로 진료 받지 못하고 있다. 약 20%에 달하는 높은 중증응급환자의 전원율은 우리나라 응급의료체계의 취약한 중증응급환자 진료능력을 단적으로 보여주고 있다. 신속하게 진단과 치료를 받아야 하는 중증응급환자가 다른 병원으로 전원 되면 응급진료 지연으로 인해 사망률이 높아질 수밖에 없다. 실제 전원 된 중증응급환자의 사망률은 전원 되지 않은 환자에 비해 사망률이 4배 이상 높았다.

중증응급환자가 다른 병원으로 전원 되는 이유는 중증응급환자 진료 인프라가 부족하기 때문이다. 조사결과 중환자실이 부족하거나(40%), 응급수술팀이 없었던(32%) 것이 중증응급환자가 전원 된 가장 중요한 이유였다. 결국 중증응급환자의 사망률을 낮추기 위해서는 중환자실을 늘리고, 응급수술팀이 항상 준비되어 있도록 해야 함을 의미한다. 따라서 중증응급환자 진료능력을 강화하기 위해서는 응급수술과 중환자실 입원을 포함한 중증환자진료에 대한 재정적 보상을 크게 강화해야 한다. 중환자실이나 응급수술에 대한 수가가 낮아 이들 서비스가 과소 공급되고 있기 때문이다.

중증응급환자가 다른 병원으로 전원 되는 또 다른 이유는 중증응급환자 진료능력을 갖춘 권역응급의료센터(이하 권역센터)가 절대적으로 부족하기 때문이다. 지역응급의료센터(이하 지역센터) 중 중증응급환자 진료능력을 갖춘 곳도 있으나 대부분은 그렇지 못하다. 따라서 지역센터 중 일부를 권역센터로 전환하고, 이들을 전국적으로 고르게 배치해야 한다. 이를 통해 전국 어디에서나 중증응급환자가 황금시간 이내에 최종진료를 받을 수 있도록 해야 한다.

2) 응급의료 질 개선 인센티브 부족

응급의료기관평가는 응급의료의 질적 수준을 향상시키기 위한 가장 핵심적인 제도이다. 하지만 이제까지 응급의료기관평가는 응급의료기관의 질 향상 노력을 강력하게 이끌어내지 못하였다. 대중적 영향력이 큰 평가지표가 별로 없어 평가결과를 공개해도 응급의료기관이 이에 민감하게 반응하지 않기 때문이었다. 또한 평가결과에 따른 재정적 인센티브의 규모가 너무 작은 것도 응급의료기관의 질 향상 노력을 유인하지 못하는 중요한 이유이다. 우리나라 응급의료에서 대표적인 질 문제 몇 가지 예를 들면 다음과 같다.

응급의료기관 중 아직도 법적 기준을 충족하지 못하는 기관이 여전히 많다. 2013년 응급의료기관의 법정기준 충족율은 권역센터의 경우 94.7%로 높지만, 지역응급의료기관의 경우 73.7%에 불과하였다. 최소한의 법적 기준을 지키지 않으면서 질 향상이라는 더 높은 수준의 노력을 기대하기는 어렵다. 물론 이는 주로 소규모 응급의료기관에서 주로 일어나는 문제이다.

응급실의 과밀화 진료지연은 우리나라 대형병원의 고질적인 문제이다. 응급실 과밀화지수 상위 20개 병원의 평균은 131로, 이는 최대수용능력의 약 1.3배를 넘는 많은 환자를 진료하고 있음을 의미한다.²⁾ 이들 병원에서 응급환자 체류시간은 평균 15.0시간에 달한다. 응급실의 과밀화와 진료지연은 응급환자의 안전과 진료결과, 만족도에 매우 부정적인 영향을 미친다. 응급실 과밀화와 진료지연으로 인해 중증응급환자에게 적시에 치료하지 못하면 진료결과가 나빠진다. 환자 상태와 예후에 대한 설명이 부족해지면 원래 과밀화와 진료지연으로 인한 생긴 환자와 보호자의 불만은 더욱 커진다. 응급실의 과밀화와 진료지연은 응급실 의료인력과 시설의 부족, 입원대기환자 적체, 대형병원 응급실 환자집중과 같은 외부적인 요인에 주로 기인한다. 하지만, 이는 응급실과 병원 진료시스템 개선을 통해 일부 개선될 수 있다. 하지만, 우리나라 대형병원 응급실의 과밀화와 진료지연은 과거에 비해 거의 개선되지 않고 있다.

2. 응급의료체계 개편 방안

중증응급환자에 진료능력을 강화하기 위해 정부는 1) 권역센터를 확충하고 전국적으로 균등하게 배치함과 동시에 2) 권역센터를 중심으로 중증응급환자 진료에 대한 수가를 신설 또는 대대적으로 인상하는 개편방안을 마련하였다. 이와 함께 응급의료기관 질 향상 노력을 유

2) 네덜란드의 도시지역 응급실을 대상으로 한 연구에서 평균 과밀화 지수는 37이였으며, 100을 넘는 경우는 전체 병원의 3%에 불과하였음.

도하기 위해 3) 응급의료기관 평가결과에 따라 일부 응급의료수가를 적용할 수 있도록 하거나 수가를 차등하는 제도를 도입할 계획이다.

가. 권역응급의료센터 확충

중증응급환자가 1시간 이내 최종진료를 받을 수 있도록 권역센터를 현재 20개소에서 향후 41개소까지 확대할 계획이다. 이와 함께 권역센터의 중증환자 진료능력을 강화하기 위해 인력, 시설, 배후 진료관련 권역센터 지정기준을 강화하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

먼저 권역센터의 인력기준을 강화하였다. 응급의학전문의 5인 이상(기존 4명 이상)을 최소한 확보하도록 하고, 내원환자가 3만 명을 초과하는 경우 매 1만 명 당 전문의 1인을 더 확보하도록 하였다. 이와 함께 응급실 전담간호사를 25명(기존 15명)으로 늘려 중증응급환자에게는 중환자실 수준의 진료가 이뤄질 수 있도록 하였다.

권역센터에 중증응급환자 전용 중환자실을 10병상 이상 설치함으로써 중환자실이 없어서 발생하는 전원을 감소시키고자 하였다. 이와 함께 배후 진료과의 중증응급환자 진료를 강화하기 위해 타과 전문의의 응급실 진료에 대한 진찰료를 신설하고 응급수술에 대한 수술료 가산율을 크게 인상하였다.

중증응급환자가 병원전단계(prehospital phase)에서 권역센터로 이송될 수 있도록 119 구급대에 중증환자를 선별하는 환자분류지침을 숙지할 예정이다. 병원 간 전원이 적절하게 이뤄질 수 있도록 전원조정센터를 설치할 예정이다. 향후 환자의 중증도와 권역센터의 가용 환자진료능력을 고려하여 적절한 전원이 이뤄질 수 있을 것으로 기대된다.

나. 중증환자 응급의료수가 신설 및 인상

정부는 응급의료의 질적 수준을 개선하기 위해 건강보험 등에서 2016년부터 매년 1천억원의 재원을 투입하는 응급의료수가 개선 방안을 의결하였다. 수가개선방안의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 중증응급환자 진료에 대한 수가 항목을 신설함으로써 보상을 강화하였다. 중증응급환자는 전문의가 직접 진료해야 하며 중환자실 수준의 간호서비스를 받아야 한다. 이를 위해 중증도 분류수가(triage fee)와 응급실 전문의 진찰료를 신설하였다. 중증응급환자를 선별한 후 전문의가 신속하고 정확하게 진단과 치료를 할 수 있도록 하기 위한 것이다. 이와 함께 응급실 중환자구역 관찰료를 신설하였다. 중증응급환자에게 중환자실에 준하는 집중적인 간

호서비스 제공할 수 있도록 응급실 중환자구역 입원료를 신설함으로써 응급환자 예방 가능한 사망률을 크게 낮추기 위한 것이다.³⁾

둘째, 응급수술과 중환자실 수가를 인상함으로써 중증응급환자 진료의 핵심기능을 강화하였다. 중증응급환자가 응급수술을 할 의사가 없거나 중환자실이 없어서 이 병원 저 병원을 전전하다 사망하는 사례가 더 이상 생기지 않도록 하기 위한 것이다. 먼저 권역센터를 늘려 응급 전용 중환자실을 확충하였고, 이 중 1/3을 예비병상으로 두도록 하였다. 이와 함께 응급전용 중환자실 관리료를 신설하여 중환자실 원가 보전율을 크게 높였다. 권역센터에서 시행되는 응급수술에 대한 수가를 50% 가산함으로써 응급수술이 지연되지 않도록 하였다.

셋째, 응급환자의 진료비 부담을 크게 낮췄다. 먼저 중증응급환자의 진료비 부담을 경감하기 위해 진료비 본인부담률을 외래환자 수준(50~60%)에서 입원환자 수준(20%)으로 낮췄다. 이와 함께 농어촌 취약지에서는 전액 본인부담이던 비응급환자의 응급의료관리료를 건강보험에서 급여하기로 하였다. 농어촌 취약지에는 응급실 외에 야간·휴일에 문을 연 병원이 없다는 점을 고려한 것이다. 끝으로 권역외상센터에 입원한 중증외상환자의 본인부담률을 20%에서 5%로 낮췄다. 중증외상환자의 진료비 부담이 평균 평균진료비 2천 8백만 원으로 매우 크다는 점을 고려한 것이다.

넷째, 응급의료 수가개선이 응급의료의 질적 향상으로 이어질 수 있도록 응급의료기관 평가와 수가 개편간의 연계를 강화하였다. 먼저 응급의료기관 평가결과가 좋지 않은 응급의료기관은 새로운 수가를 적용받을 수 없게 된다. 예를 들어 중증응급환자의 전문의 진료비율이 낮거나, 중증응급환자의 응급실 체류시간이 긴 응급의료기관은 신설되는 수가를 받을 수 없게 된다. 이와 함께 2017년부터는 응급의료기관 평가등급에 따라 응급의료관리료 등 응급의료수가가 10~20% 차등화 될 예정이다.

3) 예방 가능한 외상환자사망의 주요한 원인은 응급실에서 환자 감시 실패였음.

3. 응급의료기관평가 개편과 차등 수가

가. 평가의 개편방향

기존 응급의료기관 평가의 한계와 개편방안을 평가목적, 평가지표, 평가방법과 체계, 평가 결과의 활용으로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

1) 평가목적

첫째, 응급의료기관 유형별 역할에 근거한 평가가 이뤄져야 한다. 우리나라 응급의료기관은 권역, 지역센터와 지역응급의료기관으로 구분된다.⁴⁾ 하지만, 응급의료기관 유형별로 진료기능이 명확히 정의되어 있지 않으니 그 결과 평가의 목적과 평가해야 할 내용도 명확하지 못할 수밖에 없다. 이번 응급의료전달체계 개편의 핵심 중 하나는 권역센터의 중증응급환자 진료기능을 강화하는 것이다. 따라서 권역센터의 중증응급환자 진료기능에 초점을 맞춰 평가하는 것이 바람직하다.

둘째, 평가를 통해 달성하고자 하는 목적을 명확하게 정의한 후 지표를 개발해야 한다. 평가지표는 평가 목적을 달성하기 위한 수단이므로 이들 간에는 논리적으로 밀접한 연관관계를 가져야 한다. 예를 들어 중증응급환자의 사망률 감소, 응급실 과밀화 감소와 같은 명확한 평가 목적이 먼저 정의되고 이를 달성할 수 있는 평가지표가 정의되는 것이 논리적이다. 하지만 기존 응급의료기관평가는 목적이 구체적이지 않기 때문에 평가지표와의 논리적인 연관성이 낮다. 평가목적이 명확하지 않으면 평가지표는 개별 지표의 기계적인 집합체일 수밖에 없기 때문이다. 개별 평가지표의 결과가 좋다고 하더라도 어떤 목적을 달성할 수 있는지 알 수 없다.

이러한 기존 응급의료기관평가의 한계를 극복하기 위해 이번 평가에서는 응급의료체계 개편의 목적인 1) 중증 응급환자의 사망률 감소, 2) 부적절한 전원의 감소, 3) 응급환자의 이용 경험(만족도) 향상을 달성하기 위한 평가로 재편되어야 할 것이다.

2) 평가지표

첫째, 평가의 목적을 달성할 수 있도록 평가지표가 구성되어야 한다. 이를 위해서는 평가의 목적을 먼저 정의하고 이를 바탕으로 목적을 달성하는 데 핵심적인 지표를 정의해야 한다.

4) 외상, 화상, 중독과 같은 전문응급의료센터가 있으나 이 글은 일반적인 응급의료체계를 다루고 있기 때문에 논외로 하였음.

중증응급환자의 생존율을 높이는 것이 중요한 목적이라면 평가지표에는 주요 중증질환의 핵심적인 과정지표와 응급수술률 및 중환자실 입원율, 부적절한 전원율, 중증도 보정 사망률이 포함되어야 한다.

둘째, 응급의료기관평가의 지표의 대부분이 특정 질환에 대한 지표로 이루어져 있어 응급의료의 전반적인 질적 수준을 평가하는 지표가 부족하다. 인력, 시설, 장비와 같은 구조지표 이외에 과정지표는 주로 급성심근경색과 뇌졸중 등 일부 중증질환 평가지표가 한정되어 있다. 중증응급환자의 사망률, 응급진료의 적시성, 응급환자의 경험평가와 같이 대부분의 응급환자에게 적용될 수 있는 평가지표가 강화되어야 한다.

셋째, 명시적인 지표가 거의 대부분을 차지하고 있어 응급의료에서 중요한 문제이지만 명시적으로 측정하기 어려운 것들이 평가대상에서 제외되어 있다. 예를 들어 출혈이 있는 두부 외상환자를 신속하게 검사하고 수술하는 것은 매우 중요한 문제이지만, 임상상태에 따라 응급검사와 수술이 필요한 환자도 있고 기다렸다가 수술해야 하는 환자도 있다. 이러한 문제는 명시적인 지표로 평가하기 어렵기 때문에 임상 의사에 의한 동료평가를 도입해야 평가가 가능하다. 미국외과학회는 1980년대부터 외상환자진료에서 동료평가가 필요한 상황을 외상진료 동료검토 선별기준(trauma audit filter)으로 제정하여 활용해왔다.

넷째, 법정기준의 준수 여부를 확인하는 필수영역 평가는 상위 평가등급과 재정적 인센티브를 받는 전제조건으로만 활용하는 것이 바람직하다. 달리 말하면 이를 응급의료의 실질적인 질에 대한 평가인 기능평가의 결과와 합산하지 않아야 한다는 것이다. 인력, 시설, 장비를 포함한 법적 기준에 대한 평가는 좋은 질의 서비스를 제공하는 필요조건이나 실제 의료의 질을 민감하게 반영하지는 못하기 때문이다. 기능평가의 변별력이 낮을 경우 실제 의료의 질을 민감하게 반영하지 못하는 필수영역 평가점수에 따라 전체 등급이 좌우될 수 있기 때문이다.

이와 같은 응급의료기관 평가지표의 개편 방향에 근거하여 작성한 평가지표의 안은 표 1과 같다(김윤 등, 2014). 중증응급환자에 대한 평가의 강화하기 위하여 사망률 평가와 동료평가 선별기준을 사용한 묵시적 평가기전을 도입하였다. 적절한 전원을 강화하기 위해 전원에 대한 평가를 강화하였다. 경중증응급환자의 대기시간과 체류시간을 단축하고 이용경험평가를 통해 만족도를 제고하고자 하였다.

표 1. 응급의료기관 평가지표 예

평가 지표		배점	가중치	총점	평가방법
구조	시설 ^{주)}	P/F	-	-	현지평가
	인력				
	- 응급의학 전문의 인력의 적절성	10	1.2	12	현지평가
	- 응급실 간호사 인력의 적절성	10	0.5	5	현지평가
	- 배후 진료 인력의 적절성	10	0.2	2	현지평가
	- 응급실 운영지원 인력의 적절성	10	0.1	1	현지평가
	- 응급실 과밀화 지수	10	0.1	1	현지평가
		50		21	
전원	중증응급환자 부적절 전원 지연율	10	0.9	9	의무기록 현지평가
	중증응급환자 전원의뢰 수용 거부율	10	0.8	8	NEDIS
	중증응급환자 병원 간 전원이송지침 준수율	10	0.8	8	의무기록 현지평가
		30		25	
중증	중증도 분류 적절성	10	0.5	5	현지평가
	중증응급환자의 최종치료 제공 시간	10	0.9	9	의무기록 현지평가
	중증응급환자의 응급실 체류 시간	10	0.7	7	NEDIS
	중증응급환자 수용 수준	10	0.5	5	NEDIS
	급여적정성 평가내 응급의료서비스 평가지표				
	- 급성심근경색	10	0.4	4	의무기록 현지평가
	- 급성기 뇌졸중	10	0.3	3	의무기록 현지평가
	3대 주요 수술 (또는 시술) Clinical Audit 평가				
	- 뇌출혈수술의 부적절 지연율	10	0.3	3	의무기록 현지평가
	- 복부수술의 부적절 지연율	10	0.3	3	의무기록 현지평가
	- 응급위내시경 시술 부적절 지연율	10	0.3	3	의무기록 현지평가
	중증응급환자 원내 사망률	10	0.3	3	NEDIS
			100		45
경증	환자 보호자 응급실 이용 경험 조사	10	0.2	2	현지평가
	경증환자 응급실 체류시간	10	0.3	3	NEDIS
		20		5	
정보	(전자) 의무기록 질평가	10	0.4	4	의무기록 현지평가
	NEDIS 질적 평가 등급	P/F	-	-	의무기록 현지평가
		10		4	
총 합		210		100	

주: 응급의료센터 내 진료시설, 검사시설, 환자 편의시설 존재 여부에 따라 Pass/Fail로 평가하며 해당시설이 하나라도 존재하지 않는 경우 Fail로 평가 대상에서 제외. NEDIS질적 평가 등급: 등급 배점이 S 이외의 등급은 Fail로 평가 대상에서 제외

자료: 김윤 등, 2014.

3) 평가방법 및 평가체계

첫째, 평가방식은 상대평가에서 절대평가로 전환한다. 기존 평가는 상대평가방식을 선택하고 있어 의료기관간 지나친 경쟁과 부작용을 유발하였다. 응급의료기관이 서열화 되고 평가등급이 고착화되어 응급의료기관의 개선 동기를 유인해내지 못하고 있다. 다른 한편으로 지나친 경쟁으로 인해 평가결과에 나쁜 영향을 미치는 환자를 제외하거나 접수시간을 늦추는 등의 편법이 일어나고 있다. 절대평가 방식을 적용하기 위해서는 지표별 목표수준(target)이 설정되어야 한다. 개별 지표의 목표수준이 달성되면 상위 수준의 평가목적을 달성할 수 있어야 한다. 평가목적과 지표별 목표를 일정 기간마다 갱신하면 지속적으로 질을 향상하면서도 응급의료기관의 과도한 경쟁과 그로 인한 부작용을 최소화할 수 있다.

둘째, 현지평가방식을 사전예고평가 방식에서 불시평가 방식으로 전환해야 한다. 평가대상기관에 평가일정을 사전예고한 후에 현지평가를 하는 기존 방식은 실제 응급의료의 질을 개선하는 데 크게 기여하지 못하고 있다. 응급의료기관이 일시적인 대응으로 좋은 점수를 받는 데 골몰하는 ‘평가를 위한 평가’로 귀결되고 있기 때문이다. 따라서 응급의료기관이 일상적인 상태에서 평가를 받을 수 있도록 하는 불시평가로 전환하는 것이 바람직하다. 평가를 위해 별도로 준비하는 것이 불가능하기 때문에 의료기관은 평상시에 의료 질을 개선하기 위해 노력하게 된다. 미국 의료기관평가기구인 TJC(The Joint Commission)가 불시평가를 도입한 이후 의료기관의 만족도도 오히려 개선된 것으로 알려졌다.

셋째, 평가위원의 전문성을 높이고 자격관리체계를 개선해야 한다. 일부 평가위원의 전문성이 낮아 평가결과의 신뢰도가 훼손되거나 평가받는 기관과의 불필요한 갈등이 발생하기도 하였다. 응급의학전문의 이외에 다른 전문 과목 전문의가 평가위원으로 포함되도록 함으로써 평가위원의 전문성을 높임과 동시에 이해관계갈등(conflict of interest)을 최소화해야 한다. 동시에 평가위원에 대한 교육훈련을 강화하여 현장평가의 전문성을 높여야 한다. 평가결과의 신뢰도가 낮거나 평가대상기관과 불필요한 갈등을 유발하는 경우 평가위원에서 적극적으로 배제해야 한다.

넷째, 응급의료기관 평가와 다른 평가의 제도적인 정합성을 높여야 한다. 응급의료기관 평가 기준의 일부는 의료기관인증평가 및 심평원 적정성 평가와 기준이 일부 중복된다. 구조지표는 인증평가와 심근경색 및 뇌졸중 평가지표는 적정성 평가와 중복된다. 이는 의료기관에 불필요한 업무 부담으로 귀결된다. 따라서 여러 평가 프로그램이 평가결과를 공동으로 활용할 수 있도록 함과 동시에 이들 간 상호 보완적인 관계가 이뤄질 수 있도록 하는 조정기전이 필요하다.

4) 평가 결과의 활용

첫째, 응급의료기관 평가결과를 보다 적극적으로 공개함으로써 의료기관의 질 향상 노력을 적극적으로 유인해내야 한다. 현재는 평가결과 중 극히 일부만이 공개되고 있어 응급의료기관의 질 향상 노력을 크게 이끌어내지 못하고 있다. 평가결과를 적극적으로 공개하지 못하는 이유는 평가지표가 이해하기 어렵고, 지표의 수가 많아 결과를 간결하게 공개하기 어렵기 때문이다. 하지만, 평가결과를 제한적으로 공개하면 국민의 관심을 가지지 않게 되고, 결국 의료기관의 질 향상 노력을 유도할 수 없기 때문이다.⁵⁾ 따라서 평가결과를 종합하여 단순화하고 평가결과를 국민들이 이해하기 쉽게 풀어서 적극적으로 공개해야 한다.

둘째, 평가결과가 응급의료기관에 적극적으로 환류하고 응급의료기관의 질 향상 활동을 적극적으로 지원해야 한다. 현재는 평가결과가 단순히 통보되는데 그치고 있으며 그 결과 평가가 질 향상에 크게 기여하지 못하고 있다. 평가는 의료기관이 자기 기관의 문제를 정확히 이해하고 어떻게 하면 이를 개선할 수 있는 능력을 갖추도록 하는 데 있다. 이를 위해서는 평가받은 기관에 평가결과가 갖는 의미를 구체적으로 설명해줌과 동시에 문제를 해결할 수 있는 방법을 알려줘야 한다. 이를 위해서는 중앙응급의료센터를 포함한 평가주체들의 평가결과와 해석과 이를 바탕으로 한 개선활동에 대한 자문서비스를 크게 강화해야 한다.

4. 나가며

2003년 이전에 우리나라에서 응급의료는 정책결정자들이 크게 신경 쓰지 않는 일종의 ‘버려진 영역’이었다. 하지만 응급의료기금 확대를 기점으로 응급의료에 대한 국가의 투자는 점차 확대되어 왔다. 하지만, 그로부터 10여년이 지난 후에도 중증응급환자는 거리를 떠돌다 사망하고 있다. 근본적인 이유 중 하나는 응급의료수가가 낮고 중증환자를 진료할 능력을 갖춘 권역센터가 부족했기 때문이었다. 최근 보건복지부가 응급의료수가를 획기적으로 인상하고 권역센터를 확충하기로 한 것은 매우 고무적인 일이다.

하지만, 응급의료수가 인상과 권역센터 확충만으로 응급의료체계가 크게 개선될 것이라고 기대하기 어렵다. 병원전단계에서 현장응급처치가 적절하게 이뤄져야 하고, 중증응급환자가 권역센터로 이송되어야 한다. 어쩔 수 없이 병원 간 전원이 필요한 경우에도 신속하고 적절하게 이뤄져야 한다. 그리고 가장 근본적인 문제인 응급의료기관의 의료 질이 향상되어야 한다.

5) 평가결과 공개함으로써 평판기전(reputation pathway)을 활성화시키는 것이 의료기관 질 향상 노력을 유인하는 가장 강력한 기전으로 알려져 있음.

응급의료 영역에서 한정된 성과지불제도(pay-for-performance) 또는 수가차등제도는 그리 흔하지 않다. 응급의료는 복잡하고 의료의 질을 측정하기 쉽지 않기 때문이다. 다른 분야에서의 성과지불제도에 비해 역사도 길지 않다. 하지만, 이미 선진국에서 여러 시도가 이뤄졌고 긍정적인 결과를 내고 있다. 잘 설계되고 정교하게 집행된 제도는 성공할 수 있다. 의료전문가의 참여를 보장함으로써 전문가들이 주인의식을 가질 수 있도록 하는 것도 중요한 성공 요인이다. 순위를 매기고 성적이 나쁜 병원을 비난하는 문화가 아니라 문제해결을 위해 함께 노력하는 환자안전과 질 향상의 문화를 강화하는 것도 중요한 성공요인이다. 응급 의료수가의 획기적 인상을 계기로 우리나라 응급의료체계가 한 단계 도약하는 계기가 마련되기를 기대해 본다. 🌐

참고문헌

- 김윤 등. 응급의료기관 기능개편 세부기준 마련연구. 보건복지부. 2014.
- 김현, 정구영, 김선표, 김선휴, 노현, 장혜영 등. 한국의 예방 가능 외상 사망률과 외상 처치 체계의 변화. 대한응급의학지. 2012; 23(2); 189-197.
- 박건희, 은상준, 이진석, 신상도, 김현, 정구연, 김윤. 응급실 이용 경험 평가 및 재이용 의사에 영향을 미치는 요인. 대한응급의학지. 2008; 19(3); 253~262.
- 보건복지부. 2012년 응급의료기관 평가. 세종:보건복지부; 2013.
- Cheng AH, Sutherland JM. British Columbia's pay-for-performance experiment: Part of the solution to reduce emergency department crowding?, Health Policy, 2013; 113(1-2); 86-92.
- Christian Michel Sørup, corresponding author1 Peter Jacobsen, Jakob Lundager Forberg. Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013; 9: 21-62.
- Derlet RW, Richards JR. Ten solutions for emergency department crowding. West J Emerg Med. 2008; 9: 24-7.
- Glickman SW, Schulman KA, Peterson ED, Hocker MB, Cairns CB. Evidence-Based Perspectives on Pay for Performance and Quality of Patient Care and Outcomes in Emergency Medicine, Annals of Emergency Medicine, 2008; 51(5); 622-631.
- Rishi Sikka, Pay for Performance in Emergency Medicine, Annals of Emergency Medicine, 2007; 49(6); 756-761.