

기금평가 연속토론회

응급의료기금, 제대로 쓰이고 있나

| 일 시 | 2016년 7월14일(목) 오전 10시

| 장 소 | 바른사회시민회의 회의실 201호

| 주 최 | 바른사회시민회의

■———— 회 순 ————■

■ 사 회

- 연 강 흠 (연세대 교수)

■ 패 널

- 김 원 식 (건국대 경제학과 교수)
- 윤 한 덕 (중앙응급의료센터장)
- 임 금 자 (성균관대 글로벌보험연금연구센터 객원연구원)
- 조 석 주 (부산대 응급의학과 교수)
- 최 병 호 (서울시립대 사회복지학과 교수)

■ 질의·응답

■ 폐 회



■ 목 차 ■

■ 토 론 문

응급의료기금, 제대로 쓰이고 있나

: 김 원 식 (건국대 경제학과 교수)

지속성 확보를 통한 응급의료기금의 운용 효율 강화

: 윤 한 덕 (중앙응급의료센터장)

응급의료기금의 필요성과 운영의 효율성

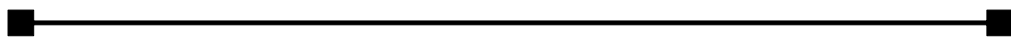
: 임 금 자 (성균관대 글로벌보험연금연구센터 객원연구원)

응급의료기금의 적절한 사용을 위하여

: 조 석 주 (부산대 응급의학과 교수)

응급의료체계 개선을 위한 제언

: 최 병 호 (서울시립대 사회복지학과 교수)



<기금평가 연속토론회> 응급의료기금, 제대로 쓰이고 있나

패널토론

[토 론①]

응급의료기금, 제대로 쓰이고 있나

김 원 식
건국대 경제학과 교수

[illegible]

[illegible]

지속성 확보를 통한 응급의료기금의 운용 효율 강화

윤 한 덕

중앙응급의료센터장

응급의료는 경찰, 소방과 더불어 대표적인 사회안전망으로서 24시간 전국 어디에서나 형평적으로 공급되어야 한다. 의료의 대부분이 민간에 의해 공급되는 우리나라에서는 응급의료 역시 민간에 의존할 수밖에 없으며, 지역 간의 재정 편차를 볼 때 중앙 정부의 개입은 불가피하다. 정부 개입은 여러 가지 방법이 있으나 그 중 가장 중요한 것이 공공재원이다.

응급환자 진료비 미수금의 대지급을 위해 1995년부터 조성되었던 응급의료기금은 2002년 사업성 기금으로 확대되면서 도로교통법칙금 수입의 20%에 해당하는 액수가 일반회계로부터 전입되어 2009년까지 연간 4~5백억 원 수준으로 운용되었다. 2010년부터는 도로교통법에 의한 과태료의 20%에 해당하는 금액까지 일반회계로부터 전입됨에 따라 응급의료기금 사업비는 매년 약 1,700억 원~2,300억 원까지 운용되고 있다.

2018년 회계연도부터는 다르다. 응급의료기금 수입의 상당부분을 차지하는 과태료의 전입 근거는 2017년까지 한시적으로 적용되므로 응급의료에 관한 법률 개정이 없는 한, 응급의료기금의 규모는 현재의 1/4정도로 줄어들 것으로 예측된다. 또한, 매 3년마다 실시되는 기금존치평가는 응급의료기금 전체의 운명을 좌우할 수 있다. 이와 같은 재원의 불확실성은 일선에서는 많은 문제를 일으키고, 기금 전체의 운용 효율성을 떨어뜨린다.

응급의료기금의 확대를 2017년까지 한시적으로 제한한 이유는 중기적인 집중투자를 통하여 인프라를 구축하면 이후에는 적은 운영비로 지속할 수 있다는 논거에 의한 것이라고 추측한다. 하지만 현실은 다르다. 2016년 예산을 기준으로 할 때 2,309억 원인 응급의료기금 사업비의 대부분은 경상경비이다. 그 대표적인 예가 인건비이다. 민간 기관의 입장에서선 언제 중단될지 모르는 응급의료기금 지원으로 정규직을 채용하는 고용 부담을 안기 어려우므로, 단기간(계약직) 근로자를 선호하는 바, 이는 고용 안정을 저해함은 물론 전문 인력의 양성도 어렵게 하여 응급의료체계 전반의 효율을 떨어뜨린다. 즉, 현 응급의료체계의 문제는 ‘구축’의 문제가 아닌, ‘운영’의 문제인 것

이다.

미국의 선례를 보면 개별 기관이 별도의 재정지원 없이 적절한 응급의료를 제공하기는 어렵다. 응급의료는 24시간 전국 어디에서나 동등한 수준으로 제공되어야 하므로 경제적 효율성만으로 볼 때, 낙제점인 게 분명하다. 투자는 광범위하게 필요한 반면 직접적 이득은 적다. 하지만, 이는 사회안전망의 공통적인 문제이다. 국민에게 ‘안심하고 의식을 잃을 수 있는 권리’를 줄 수 있는 국가가 필요하며, 그 대표적 수단은 응급의료기금이다. 단, 투자된 비용이 적절하게 사용되어 국민 편익을 증진할 수 있는 선순환 기전(mechanism)은 마련되어야 한다.

응급의료기금의 필요성과 운영의 효율성

임 금 자

성균관대 글로벌보험연금연구센터 객원연구원

■ 들어가며

국가재정법 제5조에서는 국가가 특정한 목적을 위해 특정한 자금을 신축적으로 운용할 필요가 있을 때에 한해 법률로써 기금을 설치하도록 규정하고 있으며, 세입세출예산에 의해서만 이를 운용할 것을 요구하고 있음. 또한 같은 법에서는 기금을 설치할 수 있는 항목도 규정하고 있는데, 응급의료기금도 여기에 해당됨(국가재정법 제5조 제1항 및 별표 2)의 「42. 응급의료에 관한 법률」.

응급의료기금은 보건복지부를 정부 소관 부처로 하여 「응급의료에 관한 법률」에 근거하여 운영됨(응급의료에 관한 법률 제19조).

즉, 응급의료기금은 응급의료제공 등의 목적을 위해 설치하여 운영하고 있으며(응급의료에 관한 법률 제1조), 예산에 의해 운용되고 있음.

1995년 10억여 원이었던 응급의료기금은 점차 증가하여 2016년 예산액 2,311억원을 기록함. 법률에 의해 규정되어 있는 응급의료기금의 사용처는 다양함.

여기에서는 응급의료기금의 필요성에 대해 검토하고, 운용측면에서의 문제점을 살펴보고 제언하고자 함.

■ 응급의료기금의 마련 및 사용

매년 1천여만 명 이상이 응급실을 이용하고 있음(표 1). 이들에게 직접 응급의료서비스를 제공을 위한 시설 및 장비, 인력 등이 필요하고, 이는 적지 않은 재원을 필요로 함. 현재는 그 재원의 대부분을 응급의료기금과 건강보험재정에서 충당하고 있음¹⁾.

1) 여기에서는 응급의료기금에 대해서만 논함.

<표 1> 응급실 이용자수(2012-2014년)

(단위: 명)

연도	계	외래	입원	사망	도착 전 사망
2012년	10,243,040	8,440,756	1,737,913	25,492	38,879
2013년	10,186,341	8,393,554	1,729,077	26,978	36,732
2014년	10,419,983	8,660,829	1,699,715	28,607	30,832

출처: 2014 응급의료 통계연보(중앙응급의료센터)

응급의료기금의 재원은 ① 국민건강보험법에 따른 요양기관의 업무정지를 갈음하여 보건복지부장관이 요양기관으로부터 과징금으로 징수하는 금액 중 국민건강보험법에 따라 지원하는 금액과 ② 응급의료와 관련되는 기관 및 단체의 출연금 및 기부금, ③ 정부출연금, ④ 기타 운용수익 등으로 충당함. 정부출연금으로 도로교통법에 따른 과태료 및 범칙금 해당 연도 예상수입액의 20%에 해당되는 금액의 매 회기 세출예산에 계상해야 하는 것도 법률에서는 규정하고 있음(제20조).

이렇게 조성된 기금은 ① 응급환자의 진료비 미수금에 대한 대지급(代支給). ② 의료기관 등의 육성·발전과 응급환자 진료시설에 필요한 자금의 융자 또는 지원, ③ 응급의료제공체계의 원활한 운영을 위한 보조사업, ④ 재해 등이 발생했을 때의 의료지원, ⑤ 구조 및 응급처치 요령 등 응급의료에 관한 교육·홍보사업, ⑥ 응급의료의 원활한 제공을 위한 자동심장충격기 등 응급장비의 구비 지원, ⑦ 응급의료를 위한 조사와 연구사업, ⑧기본계획 및 지역응급의료시행계획의 시행지원 등의 용도로 사용함(제21조).

■ 응급의료기금의 규모

응급의료기금의 규모는 2014년 1,982억 원(결산기준)에서 2016년에는 2,311억 원(예산기준)으로 증가하였음. 2015년에 응급의료기금 추경예산금액이 6,293억 원으로 2015년 전체 응급의료기금의 규모가 크게 확대된 것을 보면 2016년에도 추경예산이 편성을 통해 2016년 총 응급의료기금의 규모는 다시 큰 폭으로 증가할 것임을 예상할 수 있음. 그만큼 응급의료기금의 규모가 급증하고 있는 것을 알 수 있음.

<표 2> 2016년 응급의료기금의 규모

(단위: 억 원, %)

	2014년 결산	2015년		2016 예산 (B)	증감	
		본예산	추경(A)		B-A	(B-A)/A
복지부일반예산	289,876	327,236	334,300	326,938	-7,361	-2.2
응급의료기금	1,982	2,293	6,293	2,311	-3,983	-63.3

주 : 총지출기준

출처: 국회예산정책처

■ 응급의료기금의 필요성 및 운용

응급의료제공을 위해 필요한 자금은 기금을 설치하여 별도로 조달 할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있음. 문제는 응급의료공급의 현실이 너무나 열악하여 상당수준의 개선이 필요하다는 것이고, 이를 위해서는 적지 않은 금액이 꾸준히 투입되어야 한다는 것임. 현재의 건강보험체계에서는 건강보험재정만으로는 열악한 응급의료환경을 개선하기 위한 자금의 투입은 불가능할 뿐만 아니라, 현상유지조차 어려움. 별도의 자금이 필요하다는 의미인데, 다행스럽게도 이미 응급의료기금이 설치되어 운용되고 있음. 문제는 어떠한 업무를 응급의료분야에 포함할 것인지, 어떠한 것을 우선 개선할 것인지, 어느 정도 수준으로 응급의료의 질적 수준을 높일 것인지. 이를 위한 별도의 자금이 마련되어 있지 않다면 오히려 자금을 마련할 것을 요구해야 할 상황이지, 이미 설치되어 운용되고 있는 응급의료기금의 필요성에 대해 논의하는 것조차 사치일 정도로 응급의료환경은 시급히 개선되어야 함.

응급의료기금 현황(계획)을 통해 응급의료기금의 운영실태를 알 수 있음. 응급의료기금 현황(계획)을 보면 일부 항목에서는 큰 증가를 보인 반면 일부 항목에서는 감소하기도 했음. 예를 들어 2014년 대비 2015년 ‘국내외 재난의료 지원’항목은 6,788백만 원 증가했고(증가율 302.6%), ‘증증외상 전문진료체계 구축’ 항목은 7,842백만 원 증가했으며(증가율 21.4%), ‘취약지역 응급의료기관 육성’항목은 4,465백만 원이 증가(증가율(17.9%)하는 등 일부 항목의 금액은 큰 증가를 보임. 같은 기간에 감소한 항목과 금액은 ‘응급환자 미수금 대불사업’ 207백만 원(감소율 5.0%), ‘해양원격응급의료체계 지원’ 542백만 원(감소율 26.2%). ‘응급의료이송체계 지원’ 542억 원(감소율 26.2%) 등이 있음(2014 응급의료통계연보).

응급의료기금은 미수금 대지급금에도 사용됨. 매년 1천여만 명 이상이 응급실을 이용하고, 이는 응급의료 미수금 대지급금의 예산 증가로 이어졌음(표 3). 응급의료 미수금 대지급금의 예산 증가와는 달리 대지급금으로 실제 지출된 금액은 일정한 변동 양상을 보이지는 않지만, 적지 않은 금액이 지불되고 있는 것은 사실임. 응급의료 미수금 대지급사업은 7,923건에 대해 31억 3,607만원이 심사처리 되었음.(2014년 말 기준)(2016년 예산안 부처별 분석, 국회예산정책처, 2015).

<표 3> 응급의료 미수금 대지급금 집행 현황: 2013-2015년

(단위: 백만 원, %)

	예산기준			지출금(대지급금)		상 환	
	이월금 (A)	예산액 (B)	예산현액 (A+B)	지급액 (C)	지급률 (C/B)	상환액 (D)	상환율 (D/B)
2012	170	3,500	3,670	2,797	79.9	184	6.6
2013	970	4,426	5,396	4,159	94.0	199	4.8
2014	1,282	4,137	5,419	3,136	75.8	263	8.4
2015	2,399	3,930	6,269	1,453 ¹⁾	37.0 ¹⁾	110 ¹⁾	7.6 ¹⁾

주 1) 2015년 6월말 기준 금액 및 비율

자료 : 국회예산정책처 재인용

응급의료기금의 지불 항목을 보면 대부분이 응급의료기관의 지원에 편중되어 있는 것으로 보임. 응급의료센터 건물의 확충이나 전문진료센터 건립 등 외형확충에 치중함. 응급의료전공의 수련보조수당지원 등은 타 진료과에서 형평성에 대한 문제를 제기할 수도 있음. 임기응변식의 자금 운용이기도 함.

응급의료환경의 개선을 위해 자금이 필요한데, 기왕에 법률에 의해 이러한 목적의 응급의료기금이 설치되고 운용되고 있다면, 응급의료체계 전반에 대한 방향과 목표를 분명히 하고 장기적인 관점에서의 기금 운용이 요구되며, 그 핵심은 환자 진료의 질 향상과 생존률 향상이 되어야 함.

■ 효율적인 응급의료기금 운용을 위한 제언

응급의료기금이 설치된 초기에 응급환자의 대불금 지원이 주된 사업이었던 것에서 응급의료시스템 개선으로 사업이 확대된 것은 환영할 만 함. 여전히 미흡한 응급의료체계를 개선할 필요도 있고 그 일환으로서 진료센터 건립이나 확충에 운영 자금을 지원할 수도 있음.

그러나 그 지원은 법률에 근거해야하고 보다 체계적이어야 함. 예를 들어 보건복지부는 심뇌혈관 질환센터를 설치·운영하면서 2016년에 11개 센터에 99억 원의 운영비를 예산에 반영했는데, 이러한 응급의료기금의 지원은 법적근거가 미흡하다는 것과 환자수의 변동에 대한 반영이 미흡했다는 지적임(국회예산정책처, 2016년도 예산안 분석 종합).

또한 응급의료운영체계의 개혁을 위해 응급의료기금의 우선적 사용을 제안함. 그것이 장기적인 관점에서는 보다 효율적인 기금운용일 수 있음. 우리나라는 응급의료병상이나 입원병상이 선진국에 비해 많음. 그럼에도 불구하고 응급실 방문 중증응급환자가 입원하기 위해서는 응급실에서 3일간 대기해야하는 경우 적지 않음. 중소병원 응급실은 응급상황에 대응해야 할 전문의가 부족하여 필요한 시점에 제 기능을 하지 못하는 반면, 수도권 대형병원 응급실은 응급환자가 넘쳐 거의 마비상태에 처해 있음(선진국에서는 응급환자가 응급실에서 대기하는 경우는 거의 없음). 환자의 중증도에 따른 응급의료기관의 유기적 대응 시스템이 부재한 것이 원인이고 응급의료체계의 개선 없이는 문제의 해결이 어려움.

환자의 경제적 부담 축소를 위한 응급의료기금의 역할도 기대함. 우리나라는 이미 전국민건강보험제도를 실시하고 있고 지속적인 건강보험보장성 확대정책으로 인해 응급환자가 직접 부담해야하는 의료비(본인부담금)는 과거에 비해 줄었음. 그럼에도 불구하고 저소득층에게는 여전히 응급의료비는 적지 않은 부담임. 대불금지급 대상을 질환별로 구분할 것이 아니라 금액을 기준으로 구분하고, 여기에 환자의 소득을 연계하여 일정 소득 이하의 저소득층에게는 응급의료비를 지원하는 방안도 검토해 볼 수 있을 것임(단순 만취자나 비응급 경증환자는 제외) .

끝으로 전문가는 물론 우리나라의 일반 국민도 지난 해 이른바 ‘메르스 사태’를 통해 응급의료의 중요성에 대해 인식했을 것임. 나아가 응급의료환경이 개선되어야 하고, 그것도 이른 시일 내에 개선되어야 한다는 것에는 이견이 없을 것임. 그러나 응급의료개선을 위해 적지 않은 규모의 자금이 필요하다는 것과 이를 국민이 부담하여야 한다는 것에는 이견이 있을 수 있음. 응급의료환경 개선을 위해 소요되는 자금을 국민이 기꺼이 부담할 수 있도록 정부의 응급의료정책에 대한 신뢰도를 높일 수 있는 방안도 마련되어야 함.

응급의료자금은 한정되어 있는데, 응급의료의 환경개선을 위해 해야 할 일은 많은 상황에서 분명한 것은 응급의료기금 운용의 핵심은 응급의료의 질적 수준을 개선하여 응급환자의 생존을 향상이라는 것을 정부당국자는 잊지 말아야 한다는 것임.

응급의료기금의 적절한 사용을 위하여

조 석 주

부산대 응급의학과 교수

1. 기금 책정의 배경

1990년대 우리나라 각 병원의 응급의료 하드웨어가 미비. 사용되지 않는 자원을 항상 준비해야 하는 응급의료는 병원이 수익이 남기 어려운 구조. 미국, 일본 등에서도 응급센터에 대한 중앙정부 및 지자체의 재정 지원이 행해지고 있음. 응급의료에 대한 병원예의 보상은 기존의 체계로 불가능하며, 별도의 자금지원이 필요. 일반 예산으로는 정책의 일관성 보장에 문제. 대한응급의학회와 보건복지부에 의해 추진.

2. 역사

1) 1990년대 중반 이후:

병원에 부여한 범칙금을, 보건복지부가 응급의료기금으로 전용하여, 주로 응급실 시설, 기계 및, 인력 즉 하드웨어의 개선을 위해 지원하였으며, 액수가 적었다. 400억 원 정도.

2) 2000년대:

교통 범칙금의 20%로 책정하려 했으나, 기득권을 가진 경찰 등의 반대로 인해, 교통 범칙금의 20%에 해당하는 액수를 일반 예산으로 책정.

대략 연간 2,000억 원 정도.

응급실 이외에 다양한 조직과 인원에게 지원되기 시작함.

기획재정부가 소방 등의 기존 예산을 응급의료기금으로 전환하여 전체 액수를 맞춤.

보건복지부의 인가 하에 예산을 집행하게 된 소방이 불만을 가지게 됨.

3) 2010년대:

중증 외상, 심혈관, 뇌혈관 관련 등 병원의 이해 관계자가 증가. 한편, 심혈관, 뇌혈관 등에 비해, 외상은 의료비용의 보상이 상대적으로 적은 분야임.

병원의 불만: 사회 분위기에 따라, 실효성 없는 하드웨어 강화를 당국이 의료기관에 요구. 그 일부는 응급의료기금으로 지원.

3. 현재의 문제점

1) 응급의료체계 자체를 이해하지 못하고 있다.

응급의료체계의 학문적 목적은 ‘Right patient, Right time, Right facility(적절한 환자를 적절한 시간에 적절한 병원으로)’이다. 경증 환자는 작은 병원, 중증 환자는 큰 병원에 가야한다. 환자흐름의 조정이 응급의료체계의 목적이다.

인구가 적은 시골의 대학병원은 운영될 수 없다. 자원은 제한되어 있으며, 소프트웨어가 중요하다.

한정된 자원의 효율적인 이용과 관계없이, 이해관계에 따라, 다양한 조직과 인원이 응급의료기금을 요구하고 있으며, 주로 하드웨어적 측면이다. 한마디로 시설, 기계 및, 인력을 위해 돈을 쓰라는 것이다. 하드웨어가 어느 정도는 필요하다. 그러나 자원을 무한정 늘릴 수도 없고 늘려서도 안된다는 것을 이해하지 못하고 있다.

구급대 운용은 의료의 일부임에도 불구하고, 소방은 보건복지부와 따로 놓고 싶어 한다. 순환보직제에 의한 보건복지부 공무원의 잦은 교체.

2) 하드웨어와 소프트웨어에 대한 이해

사례 1) 2010년 대구 장중첩 환자 대형병원 전전 사건

대구 지역의 4세 장중첩 여아가 2개 대학병원을 거쳐 구미의 2차 병원에서도 진료받다가 사망.

실제: 장중첩증은 2차병원에서 진료가능.

대학병원에서의 초기 내원시 최종 진단이 나오지 않은 환자였다. 과밀한 대학병원 응급실에서 ‘배 아픈 아이’를 다른 병원으로 보내는 경우는 다반사로 발생하고 있다.

당시 전국에서 응급실이 가장 과밀한 10개 병원 중에서 대구 지역이 4개.

원인은 환자의 대형병원 집중.

경증 질환 환자가 큰 병원에서 진료받으면, 국가 의료비가 증가.

경과: 당시 응급의학 의사들 마저 기본 개념의 오류.

과밀한 대학병원의 병실을 늘려라. 응급실 시설을 개선하라. 인력을 늘려라.

소아 응급센터를 만들어라. 달빛 어린이 병원.

해법: 경증 환자가 비어있는 작은 병원에서 진료받을 수 있는 정보체계.

사례 2) 2012년 응급당직법: 대구 장준첩 환자 사건에 대한 보건복지부의 대응.

응급환자가 가면 각 진료과 전문의가 24시간 당직을 서면서 즉각 진료해 내려.

이미 법이 통과된 상태에서 전국의 봉직 의사들에게 알려져 논란이 벌어짐.

실제: 시골은 인구가 적다. 작은 준종합 병원에 도시에서 출퇴근하는 소아과 전문 의가 1명 근무하고 있다.

병원에 진료과가 몇 개인데 24시간 당직에는 각 과마다 4-5명이 필요. 외래와 병실은? 밤낮없이 즉각 진료하라는 말은, 나가서 개업하든지, 5-6명씩 고용해서 병원이 망하라는 의미.

결과: 반대로 인해 사문화되었으나, 법률 자체는 존재.

시끄러워지니, 불과 수개월 사이에 복지부 담당 과장이 3명.

‘무슨 일 있어요?’ 순환보직제의 문제.

해법: 대형병원 응급실 과밀화의 해소. 특정병원에서 진료 불가능한 환자를 신속히 다른 병원으로 옮기는 병원 간(間) 전원체계.

사례 3) 벤츠 구급차

소방의 정책 결정자는 주로 화재 관련자.

과거, 복지부가 부여한 구급차 구입 자금을 소방차 구입에 전용하는 지역이 존재.

많은 약물, 기계, 인력을 실을 수 있는 대형 구급차가 필요하다. 미국은 그런 다더라.

2008년 이래 2억원 벤츠 대형 구급차를 전국에 140대 보급.

차가 크고 속 업소버(일명 쇼바)가 좋아서 의료행위 시에 흔들리지 않는다.

과정: 벤츠 구급차 구입을 결정한 이후에, 몇몇 응급의학 교수에게 용역을 발주. **용역 보고서 내용:** 대형 구급차가 필요하며, 소방 구급차와 인원을 기존의 3-4배로 늘려야 한다.

실제: 좁은 길에 다니기 어렵고, 부품 값이 비싸다.

구급대원의 치료행위가 중요한 부분은 병원 전 심정지 환자에서의 제세동 등 극히 일부. 적절한 병원선정 능력이 보다 중요.

현재 우리나라에서 소방 구급차의 1회 출동에 사용되는 비용은 40만원 정도로 알려져 있다.

미국에서 40년 간의 시행결과, 구급대원의 많은 권한, 약물 및 기계는 비용이 3배가 들지만 생존률은 오르지 않았다.

개인적인 조사에 의하면, 인구 등이 부산과 유사한 조건의 요코하마, 오사카 시 등의 에서 출동 건수 및 구급차 댓수가 부산과 동일한 수준이었다.

결과: 국산차의 속 업소버가 보다 우수하다. 전국적으로 5년 만에 폐기. 소방의 관련 공무원은 영전.

사례 4) 소방헬기

소방의 요구에 따라, 복지부가 헬기구입 자금 제공.

도지사 시찰 등에 소방헬기를 사용하여 사회적 물의.

환자이송은 헬기 1대당 2개월에 1명꼴.

과정: 복지부가 병원에서 의사가 출동하는 닥터 헬기를 도입.

결과: 소방헬기의 환자 이송 건수가 갑자기 증가.

소방은 소방헬기에 의한 출동 일원화를 주장.

사례 5) 경주 리조트 붕괴

저녁 9시경 발생. 구급대는 의사 1인이 근무하는 100-200침상의 인근 병원에 환자를 20-40명씩 이송. 의료진의 현장 응급의료소 차량에 의한 진료장소 설치는 2시간 후.

과정: 119로의 1339 신고번호 통합 이후, 환자 분산의 권한과 의무는 소방에게 있었지만, 소방은 책임을 회피해 버림.

해법: 구급대원에 의한 신속한 환자분류 트리아지 이후 다수의 병원으로 환자를 분산시켜야. 이를 위해서는 트리아지 및 정보체계가 필요.

사례 6) 2016년 7월 현재, 추진 중인 이동형 병원

‘태양의 후예’ 방영 및 메르스 사태 이후, 모 국회의원이 왜 우리나라에는 재해에 대비한 이동형 병원이 없느냐.

50억원 상당의 이동형 병원 도입이 추진 중.

실제: ‘태양의 후예’의 설정은 의료 기반시설이 없는 지역.

미국 및 일본 등의 외국의 재해대책은, 주로, 홍수 및 지진 등의 자연 재해로 인해, 도시와 병원이 없어져 버린 상황과 관련: 현장에 병원을 세우자는 개념.

우리나라의 재해는 재해 규모가 작고 인근의 의료시설이 살아 있다.
문제는 인근 병원에의 환자 집중화.
이동형 병원은 의료기관에 비해 기계 및 인력 등의 진료 여건이 열악.
이동형 병원이 몇 시간 후에 도착하면, 환자는 이미 인근 병원으로 가버리고 없다.

일본이 극찬한 독일 열차사고의 사례:

1998년 6월 3일에 독일에서 발생한 신칸센(ICE) 사고는 많은 교훈을 남겼다. 시속 200km로 주행 중이던 독일 신칸센이 10시 59분 탈선사고를 일으켰다. 현장 즉사가 96명, 병원으로 옮겨진 후의 사망이 5명이었으며, 부상자는 200명에 달했다. 사고 1분 후에 경찰에 첫 신고가 들어왔고, 4분 후에는 소방, 구조대에 사고가 통보되었으며, 구조대 7개가 현장에 도착한 것은 11시 7분이었다. 사고 4분 후에는 독일 북서부의 구급 헬리콥터 기지로부터 의사를 태운 헬리콥터가 이륙하여 15분 후에 현지에 착륙하였다. 그 후에는 연방 국경 경비대가 도착하여 교통정리, 출입금지 지역 설정 등을 행했다.
이 사고로 출동한 헬기는 39기이고, 구조(救助) 공작차(工作車), 구급차가 100대를 넘었으며, 사고 2시간 후에는 모든 부상자가 구출되어 헬기 및 구급차로 응급병원에 옮겨졌다. 이른바 "예방가능한 사망"이 없었다고 평가되고 있다.

해법: 트리아지 체계, 현장과 병원, 병원과 병원을 잇는 정보체계.
화생방 즉 메르스 등의 특수 재해 시에는, 시설을 갖추어 놓은 소수의 병원으로 환자를 이송하는 체계가 필요.

4. 대책

1) 응급의료체계에 대한 학문적 이해의 확산.

일본 소방이 만든 홍보용 팸플렛. 한국인 용(用)

구급차를 바르게 이용합시다

~구급차 언제 필요할까요?~



〈발행 목적〉

최근, 구급차의 출동건수와 이송인원수가 모두 증가하고 있으며 구급대가 현장에 도착하기까지의 시간도 늦어지고 있습니다. 또한 구급차로 이송된 사람의 약 절반에 가까운 인원수가 입원이 필요없는 경상인 것이 현재 상황입니다.

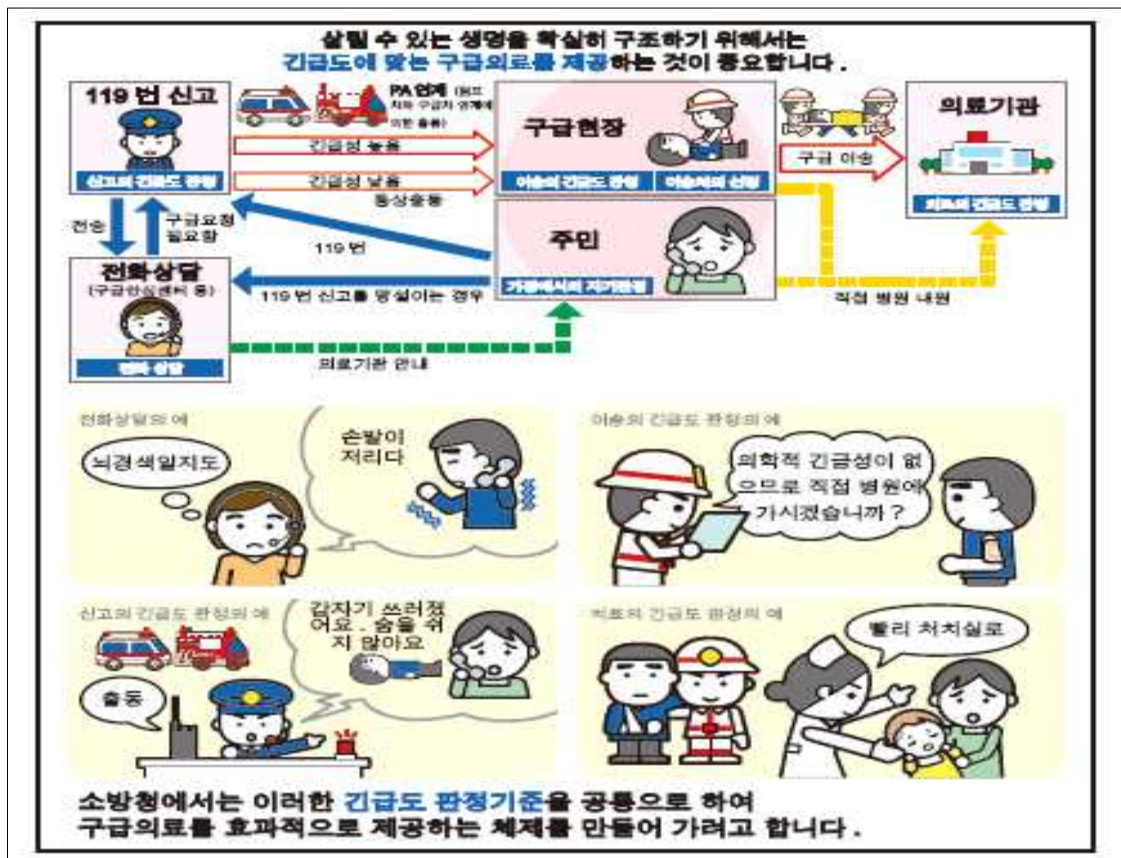
그래서 이번 기회에 여러분들이 구급차를 잘 이용하실 수 있도록 「구급차를 바르게 이용합시다 ~구급차 언제 필요할까요?~」를 발행하게 되었습니다. 이 매뉴얼 안에는

구급차를 불렀을 때 준비해 두어야 할 것 등 「구급 신고 포인트」, 위중한 중병이나 부상의 가능성이 있는 「지체 없이 구급차를 불러야 하는 증상」, 실제로 구급차를 부르는 경우의 「구급차 요청 방법」 등이 기재되어 있으므로 구급차를 불러야 하는지 판단하기 어려운 경우에 활용하시기를 바랍니다.

구급차나 구급의료는 한정된 자원입니다. 모두가 바르게 이용하여 구급의료를 안심하고 이용할 수 있는 사회가 될 수 있도록 노력합시다.

소방청 FDMA <http://www.fdma.go.jp/>
(홈페이지를 참고해 주십시오.)

(2011년 3월 발행)



구급차 자원이 제한되어 있다는 전제 하에 효율적 이용을 추구하고 있다.
 긴급도가 곧 환자분류 트리아지 이다.
 신고자가 구급차가 필요하다고 판단한 경우와 그렇지 않다고 판단한 경우로 신고전화가 분리.
 신고전화, 구급대 및 응급실의 각 단계에서 동일한 체계 하의 트리아지 시행을 추진.

2) 예산 기획의 과정 및 집행과정의 상세한 공개

2-1) 일본의 경우.

기획 단계부터 자료가 공개된다. 정책결정 이전에 모든 국민이 흐름을 알 수 있다.
 후생노동성의 의료관련 회의 자료 및 발언록이 인터넷에 공개.
 발언록에는 ‘에’, ‘저’, ‘또’와 같은 조사까지 포함.
 홈페이지에 들어가지 않고도 구글에서 제목을 치면 된다.
 응급의료 관련 각종 원시 데이터(raw data)가 연구자에게 공개된다.
 예산 사용의 효과를 확인할 수 있다.

2-2) 우리나라의 경우.

특정인 혹은 특정 세력에 의해, 예산이 갑자기 확정된다.

확정된 사업의 진행과정에서, 개인적 경로를 보유한 인원에게만 정보가 유통된다.

시끄러워져야 정보가 공개된다. 나서는 이해관계자가 없으면, 잘못된 정책도 그대로 집행된다.

예산 사용의 목표가 정해진 이후에, 면피 목적으로 연구용역을 시행한다.

응급의료기금이 책정된 이유 및 사용처를 개략적으로만 알 수 있다.

기금이 사용된 각 항목의 목적을 알 수 없고, 제대로 사용했는지도 알 수가 없다.

악마는 디테일에 있는데....

응급의료체계 개선을 위한 제언

최 병 호

서울시립대 사회복지학과 교수

1. 응급의료체계의 문제

□ [높은 예방가능 사망률] 병원 단계에서 외상환자 예방 가능한 사망률은 1998년 40.5%에서 2004년 25.6%로 낮아진 후, 2007년 24.3%, 2010년 29.8%로 큰 변화를 보이지 않음²⁾

- 선진국의 예방가능한 외상사망률은 약 5~10%

- 병원 전 단계와 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.

- 급성 심근경색증 환자의 입원 30일 이내 사망률은 2007년 9.3%로 OECD 평균 5.0%에 비해 여전히 높은 수준

2) 김윤, 응급의료기관 평가와 질 인센티브, HIRA정책동향, 2015.7/8, 건강보험심사평가원

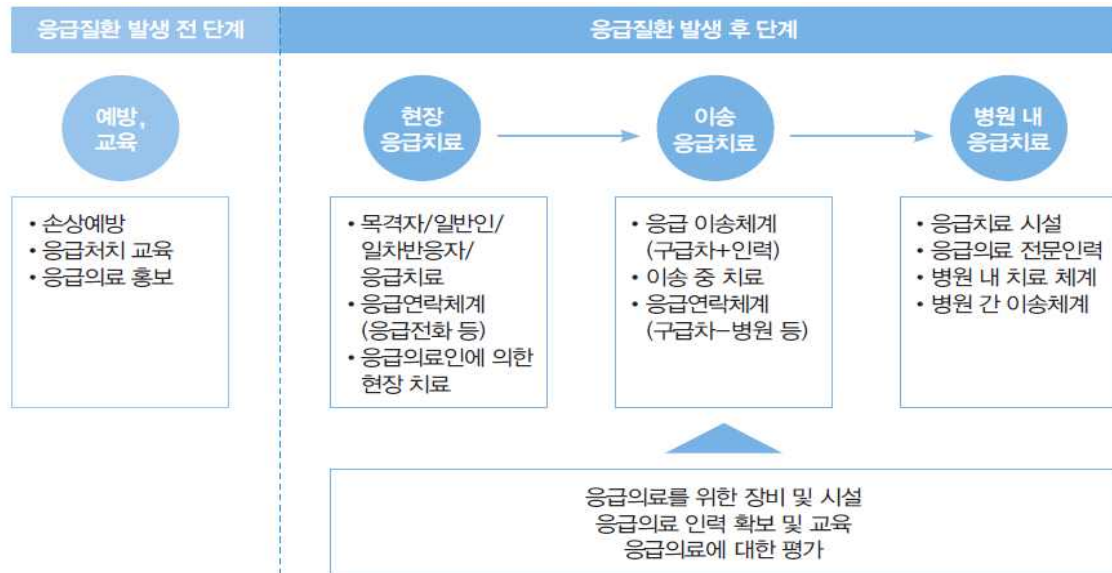


그림 1. 응급의료체계의 구성 요소

자료원: 황성오, 유인술. 우리나라 응급의료체계의 현황과 개선 방향. 방재연구 2009; 11(4): 138-144

주: 응급환자 신고 및 상담은 119와 1339가 119로 통합(2013년 6월)

□ **[높은 전원율]** 중증응급환자 진료 인프라 부족으로 전원율이 약 20%에 달함.

- 다른 병원으로 전원 되는 이유는 중환자실이 부족하거나(40%), 응급수술팀이 없음 (32%)

- 응급의료기관 중 아직도 법적 기준을 충족하지 못하는 기관이 많음. 2013년 법정 기준 충족율은 권역센터의 경우 94.7%, 지역응급의료기관의 경우 73.7%

- 군(郡) 지역 취약지 응급의료기관의 법정기준 충족률은 2013년 63.1%에서 2014년 63.4%³⁾

3) 보건복지부. 2014 응급의료기관 평가결과 보도자료. 2015년 3월 19일자; 보건복지부. 농어촌 응급의료취약지 개선 보도자료. 2015년 5월 7일자

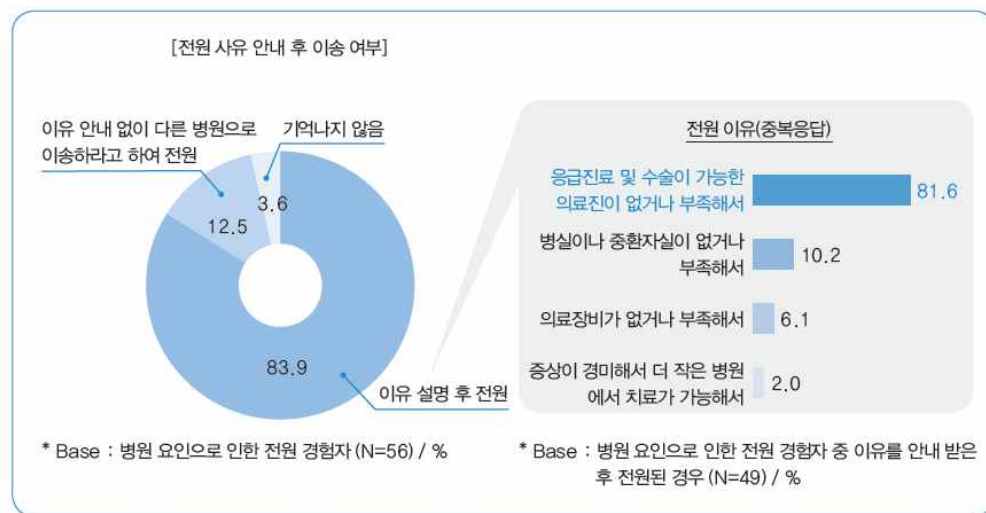


그림 1. 전화설문조사에 의한 전원 사유의 비율

자료: 중앙응급의료센터, 2013.2.

□ [높은 과밀화] 응급실의 과밀화로 인한 진료지연은 대형병원의 고질적인 문제

- 과밀화 지수 상위 20개 병원의 평균은 131 (최대수용능력의 약 1.3배)⁴⁾
- 응급환자 체류시간은 평균 15시간
- 전체 내원환자의 20~30%만이 응급환자로 추정. 나머지 70~80%는 비응급환자 (비응급환자는 야간이나 휴일에 이용할 만한 의료기관이 없거나 빨리 치료받고 싶거나, 입원대기를 위한 환자들임)
- 소방방재청의 통계자료에서 구급출동의 60%가 비응급환자에 대한 구급출동인 것으로 나타남⁵⁾났다.(국민안전처, 2015; 소방방재청, 2014)

□ [심폐소생술 교육의 취약] 심폐소생술에 대해서는 수년전부터 대한심폐소생협회, 소방, 적십자사, 의료기관, 지방자치단체(이하, 지자체), 예비군 훈련, 군대 등에서 활발하게 교육을 진행하고 있음

- 그러나 교육의 효과에 대해서는 매우 회의적임. 2013년 각 기관에서 심폐소생술 교육을 받은 연인원은 대략 500만 명으로 추산

4) 보건복지부의 응급의료 기관 평가결과에 의하면 2014년 과밀화지수가 100%를 넘는 응급실이 10개에 달한다고 밝혔다(보건복지부, 2015).

5) 국민안전처. 국민안전처 주요통계-5(소방). 서울: 국민안전처 2015; 소방방재청. 2014 소방행정자료 및 통계. 서울: 소방방재청 2014

- 국민들의 심폐소생술 인지율은 52.4%, 교육 경험율은 51.9%⁶⁾

- 그럼에도 불구하고, 대한심폐소생협회와 질병관리본부에 따르면 2014년 국내에서 심장정지가 발생했을 때 목격자가 심폐소생술을 실시하는 비율은 8.3%에 그침. 또 심폐소생술을 받고 목숨을 구하는 확률은 4.8%에 불과함⁷⁾

□ [현장에서 부실한 응급처치] 현장 및 이송 중 적절 응급처치 시행률은 2011년 36.6%(보건복지부, 국민 안전처, 중앙응급의료센터, 2013)

- 특히 중증환자에게 필요한 기관 내 삽관, 정맥로 확보, 자동제세동술 등 고급 응급처치의 실시율은 매우 낮음

- 국민안전처 소방본부에 따르면 2014년 구급차는 1,280대, 1급 응급구조사는 전체 구급대원 5,698명 중 2,643명(46.4%)인 반면, 출동건수는 약 240만 건, 이송건수는 164만 건으로 구급차 1대당 연간 1,866건의 출동(일 평균 5.11건)을 하고 있음(국민안전처, 2015).

□ [응급의료인력 부족] 응급의학전문의가 근무하고 있는 병원은 전체 465개 병원 중 203개 병원(43.6%)에 불과함.

- 지역별, 규모별로도 큰 차이를 보임.

- 지역응급의료기관 330개 중 77개소(23.3%)만 응급의학전문의가 근무하는 것으로 나타남.⁸⁾

- 응급의학전문의는 2015년 현재 약 1,500여 명이 배출되었으나, 군복무, 개업, 은퇴 등으로 실제 응급실에 근무하는 응급의학전문의는 1,000여명으로 추산

- 응급의료기관 당 최소 5명을 기준으로 해도 턱없이 부족

- 국민안전처가 국정 감사에 제출한 자료에 따르면, 2013년 말 기준 구급대원의 법정 수요는 11,520명이지만 현원은 7,833명으로 배치율이 68.4%임.

6) 현대리서치연구소. 2014년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서. 서울: 중앙응급의료센터 2014

7) 임술. 심장마비로 쓰러진 환자 20명 중 1명만 살았다. 심폐소생술 교육 의무화해야 Chosun Biz. 2015 년5월 11일자

8) 이형민, 조광현, 양혁준, 이성우, 박영호, 신상도 등. 2010 대한응급의학회 응급의학과 전문의 총조사. 대한응급의학회지 2014; 25(3): 238-251

- 전국 모든 시·도의 구급대원이 법정수요에 미달⁹⁾

□ **[소방본부와 복지부의 이원화]** 보건복지부가 정책을 수립하고 집행하지만, 병원 전 단계는 소방이 집행함.

- 정부조직의 역할이 이원화되어 있고, 양 부처 간에 협조체계가 잘 이루어지 않는 경향이 있음.

- 지자체에는 응급의료를 관장하는 관리조직이 갖추어져 있지 않음. 응급의료를 전담하는 직원이 없어 여러 업무 중의 하나로 담당

□ **[응급의료 자원 불안정]** 응급의료기금은 1995년 응급의료에 관한 법률이 시행되면서 연간 약 30억 원에서 시작하여 2004년 연간 약 400억 원으로 확대되고, 2010년 연간 약 2,000억 원으로 확대

- 여전히 한시적으로 운영되어 안정적인 자원확보가 되지 않음

2. 보건복지부 대책

□ 보건복지부는 ‘2014-2018 건강보험 중기보장성 강화계획’에 따라 ‘중증외상 및 응급의료 대응체계를 위한 건강보험 지원 강화방안’을 발표 (2016. 1월 시행)

□ **[매년 1천억 씩 자원투입]** 응급의료 영역에 더 많은 인력과 자원을 확보하여 중증 응급환자의 생존율을 높이고, 응급의료서비스가 향상될 수 있도록 건강보험 등에서 2016년부터 매년 1천억원의 재원을 투입하는 응급의료체계를 개선

□ **[응급의료기관 평가에 연동한 수가차등화]** 2000년 1월 응급의료에 관한 법률의 개정으로 응급의료기관 평가 결과와 응급의료 수가를 연계하여 차등하는 조항(동법 제 23조제2항)이 2017년부터 처음으로 적용될 예정

- 2017년부터 응급의료관리료와 응급입원료(응급환자 진료구역 관찰료, 응급전용 중환자 실 관리료)는 응급의료기관 평가결과에 따라 각각 3개 등급으로 나누어 10~20% 차등 적용할 예정

9) 박흥서. 국민 안전지킴이 구급대원 턱없이 부족하다. 아주경제신문 2014년 10월 1일자

□ **[권역센터 41개소로 확대]** 중증응급환자가 1시간 이내 최종진료를 받을 수 있도록 권역센터를 현재 20개소에서 향후 41개소까지 확대할 계획

□ **[권역센터 기준 강화]** 현재 권역센터 등은 한번 지정되면 특별한 사유가 없는 한 계속 유지되었으나, 앞으로는 3년마다 진료실적을 반영한 후 재지정하여 우수기관이 권역센터로 지정될 수 있도록 할 계획임

- 권역센터의 인력기준을 강화함. 응급의학전문의 5인 이상(기존 4명 이상)을 최소한 확보하도록 하고, 내원환자가 3만 명을 초과하는 경우 매 1만 명 당 전문의 1인을 더 확보함. 이와 함께 응급실 전담간호사를 25명(기존 15명)으로 늘림.

- 권역센터에 중증응급환자 전용 중환자실을 10병상 이상 설치

□ **[119에서 중증환자 사전에 선별]** 중증응급환자가 병원 전 단계(prehospital phase)에서 권역센터로 이송될 수 있도록 119 구급대에 중증환자를 선별하는 환자분류지침을 숙지할 예정

□ **[전원조정센터 설치]** 병원 간 전원이 적절하게 이뤄질 수 있도록 전원조정센터를 설치할 예정

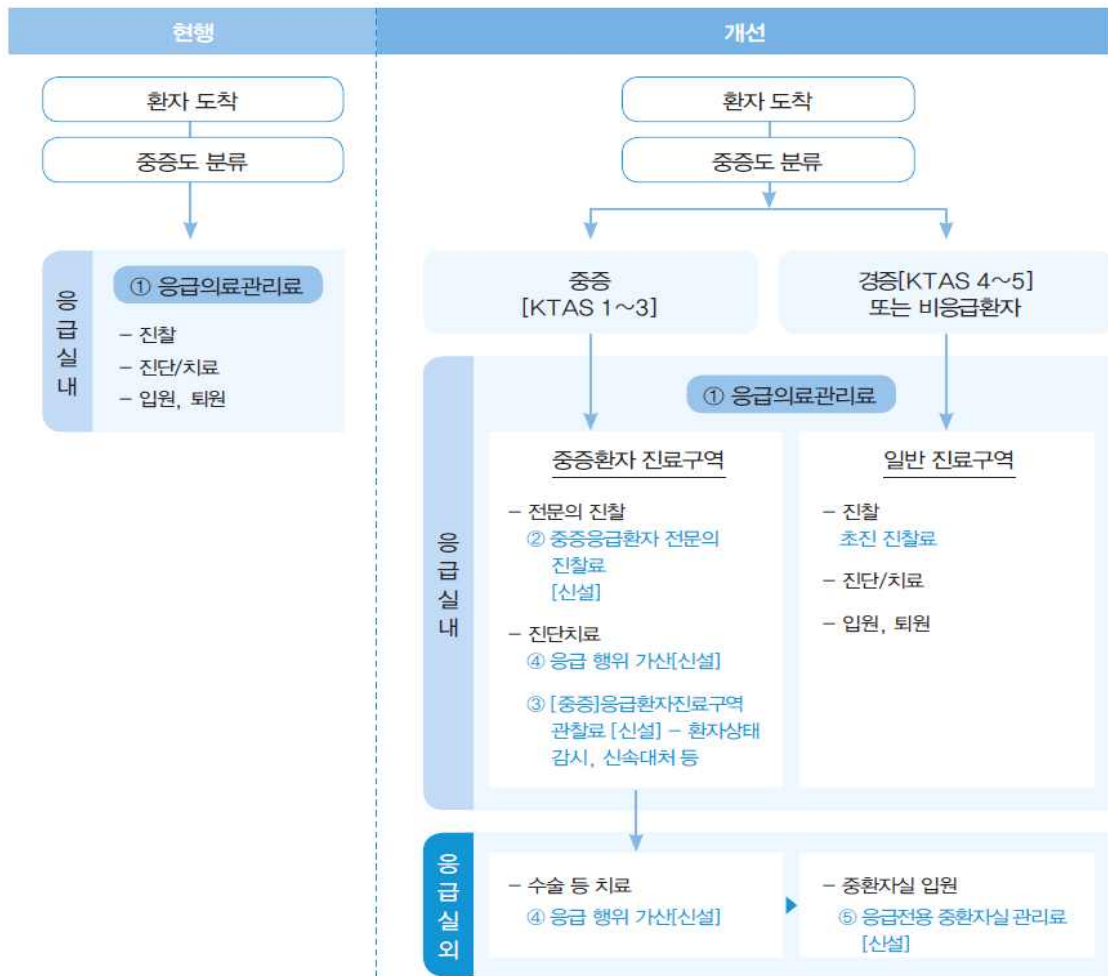


그림 1. 권역응급의료센터 응급의료체계 개선 전·후 비교

KTAS : Korean Triage and Acuity Scale(한국응급환자중증도분류기준)

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.

3. 응급의료체계 개선을 위한 제언

□ 원칙

- 응급의료는 의료자원 배분의 가장 우선순위에 두어야 함
- 응급의료는 누구에게나 균등한 접근성이 확보되어야 함
- 응급의료는 전체 의료체계와 효과적이고 효율적으로 연계되어야 함
- 응급의료의 질(생명의 가치)에 집중해야 함

□ 응급의료전달체계 개선

- 신속성과 효과성, 환자중심이 최우선 고려사항
- 누구에게나 친숙한 ‘119’가 최일선의 접점이 되도록 함
- 119에서 빠른 상담을 통해 응급과 비응급을 구분
- 응급일 경우, 환자에게 가장 가까운 응급센터와 소방서(국민안전처 중앙소방본부 소속)에게 연락하여, 응급구호차량이 출동하고 응급센터에서 준비를 함
- 비응급일 경우, 24시간 진료상담센터(가칭 ‘Med. Direct Call 110’)으로 연결하도록 함. (*환자가족 스스로 판단하여 비응급일 경우 110으로 연락하여 상담하고 적절한 야간 및 휴일 진료센터가 연결되도록 함. 이때 환자가 원할 경우 이송차량을 소개해줌)
- 응급의료상황실을 24시간 운영함. 중앙과 권역별로 설치함.
- 상황실은 중앙소방본부 혹은 국립중앙의료원에 설치하도록 함. 혹은 독립된 응급의료상황센터를 설립하여 소방본부와 국립의료원에서 파견된 직원이 함께 복무하도록 함

□ 응급의료인력의 보강

- 공공분야의 응급의학전문의 양성을 위한 공공보건의료 전담 의과대학이 필요함.
 - * 공공보건의료 전담 의과대학에서는 기존의 의과대학에서 양성하기 어려운 분야, 즉 군, 경찰, 산업재해, 희귀난치질환, 의료사각지역, 감염질환, 공중방역, 재난
- 응급의학전문의가 부족한 경우, 타 전문의에 대해 응급의료교육수련 과정(예, 1년)을 거쳐 준(準) 응급의학전문의 자격을 부여함
- 응급의료전문 간호사 제도를 도입함.
- 응급구조사에 대한 보수교육은 현장실무 위주로 개편함. 필수적으로 알아야 할 사항에 대해서는 시험을 치르도록 함.

□ 응급의료시설 및 장비

- 중환자 전용 특수구급차(Mobile Intensive Care Unit, MICU)를 늘림.¹⁰⁾
- 구급차의 종류를 세 가지로 구분함. 중(重)환자 전용, 중(中)환자 전용, 경미한 환자 이송용
- 사설 이송업체에 대한 연락은 응급의료센터(병원)에서 담당하도록 함. 환자가 직접 업체에 연락하지 않도록 함.
- 오벽지와 도서지역의 응급환자를 위한 응급헬기와 응급선을 늘림

□ 자원 확충

- 응급의료기금을 대폭 확충함.
- 교통범칙금의 20%와 과태료 이외에 다른 재원을 확보함
- 건강보험 국고지원금(혹은 담배부담금) 중 일부분을 응급의료기금에 전입
- 응급의료기금은 시설투자계정과 경상운영계정으로 분리하여 운영

□ 거버넌스 개선

- 광역지자체의 책임과 권한을 강화함. 광역지자체가 기초지자체와 협의하여 응급의료기관에 대한 투자와 지원을 하도록 함.
- 16개 시도별로 응급의료 성과에 대해 평가하고, 평가결과에 따라 응급의료기금에서 차등지원
- 응급의료기관에 대한 평가는 사전예고평가 방식에서 불시평가 방식으로 전환하고,

10) 서울대학교병원이 서울특별시의 예산 지원을 받아 2016년 1월 '중증응급환자 공공이송체계 구축 사업(Seoul Mobile Intensive Care Unit, SMICU)' 시작

- 응급의학과 전문의, 간호사, 응급구조사가 상시 탑승하여, 중증응급환자 이송시 필요한 장비가 구비된 중환자 전용 특수구급차(Mobile Intensive Care Unit, MICU)를 통해 이송
- SMICU 특수구급차에는 5명의 서울대학교병원 응급의학과 교수(전문의)와 응급구조사 7명, 간호사 3명으로 구성된 전문 이송팀이 24시간 교대하며 탑승

평가에 따른 인센티브 제공

- 응급의료기관 평가결과를 공개하고, 응급의료기관의 질 향상 노력에 대해 적극 지원함



서울시 중구 세종대로 14길 38(북창동) 단암빌딩 별관 3층

Tel : 02-741-7660~2

Fax : 02-741-7663

<http://www.cubs.or.kr>