

응급의료비용 미수금 대불제도
이용 관련 요인

연세대학교 교육대학원

간호학교육 전공

소 한 나

응급의료비용 미수금 대불제도
이용 관련 요인

지도 이 태 화 교수

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2007년 12월 일

연세대학교 교육대학원

간호학교육 전공

소 한 나

소한나의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 교육대학원

2007년 12월 일

감사의 글

끝날 것 같지 않은 긴 터널을 빠져나온 느낌입니다. 부족한 논문이지만 결과를 맺게 해주신 하나님께 감사드립니다. 항상 난 '운인 좋은 아이'라고 생각했지만, 그 뒤에는 항상 무릎 꿇어 기도하시는 부모님이 계셨고, 그 기도를 들어주시는 하나님이 계셨기에 제가 오늘 이 자리에 있을 수 있음을 감사드립니다.

뒤 늦게 저를 지도 학생으로 받아주시고, 바쁘신 가운데에서도 밤늦게까지 저를 위해 시간을 허락하시며 세심한 조언을 해주신 이태화 교수님께 진심으로 감사드립니다. 또한 뜬 구름 잡는 듯한 저를 4학기 때부터 구체적인 방향을 제시하며 이끌어 주신 김의숙 교수님께 감사드리며, 모자란 결과물에도 칭찬을 하시며 격려해 주신 추상희 교수님께도 감사를 드립니다.

또한 많은 심사 물량에도 불구하고 공부하도록 배려해 주신 건강보험심사평가원 위탁사업부 황차익 부장님, 김정동 차장님, 최말연 차장님께 감사드립니다. 공부를 핑계로 매일 피곤해 하며 지쳐있는 저를 안쓰러워 해주시고, 격려해 주신 사랑하는 위탁사업부의 영미 대리님, 유리 대리님, 지은 선생님, 덕진 선생님, 희정 언니, 경주, 영미, 겨레, 규호, 경진이 모두에게 감사하며 앞으로는 쉼쉼한 모습으로 일에 충실할 것을 약속합니다.

먼저 힘든 학문의 길로 뛰어 들어 동기부여를 해준 친구 인옥과 미란에게도 감사하며, 너희들이 먼저 걸어갔기에 나도 낙오되지 않고 걸어갈 수 있었음을 말하고 싶습니다.

한 학기 먼저 논문을 썼다는 이유로 나의 수많은 질문과 귀찮음을 기꺼이 견뎌 내 준 진영 언니와, 은주 언니에게도 너무너무 고맙고 앞으로도 좋은 인연으로 오래도록 같이 할 수 있었으면 좋겠습니다. 같이 5학기 동안 공부하고 같이 졸업할 수 있도록 옆에서 힘이 되어준 좋은 언니들 양숙 선생님, 진옥 선생님, 성은 선생님에게도 고맙습니다.

2년간 공부하는 저를 위해 묵묵히 기다려 주고 지켜봐 준 태원 오빠에게도 누구보다도 더 많이 고맙고, 수시로 전화하며 논문이 잘 진행되도록 격려해 준 명지와 경희 선생님에게도 고마움을 전합니다.

오늘이 있기까지 부족한 저를 사랑으로 지켜주고 항상 무릎 꿇어 기도해 주신 사랑하는 엄마와 아빠에게 가슴 깊이 감사드리며, 얼마 전까지 성격 까칠한 동생을 챙기느라 고생한 착한 오빠에게도 감사하며, 오빠와 새 가정을 꾸린 예쁜 새 언니에게 논문을 핑계로 신경조차 쓰지 못해 미안한 마음을 전합니다.

마지막으로 이 논문을 위해 설문에 응해주시고, 연구에 관심을 가져 주신 의료기관 응급대불 담당자 여러분께 진심으로 감사드립니다.

2년 반 동안 공부를 하면서 가장 힘들었던 것은 체력의 한계였습니다. 조금 더 체력이 뒷받침 됐더라면 더 열심히 공부할 수 있었을 텐데 하는 아쉬움이 많이 남습니다. 건강의 소중함을 되새기게 됩니다. 모두 건강하시고 행복하시기를 바랍니다.

소한나 올림

차 례

국문 요약	v
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
3. 용어의 정의	4
II. 문헌고찰	5
1. 응급대불제도 배경	5
2. 응급대불제도 이용실태	8
3. 외국의 응급의료비용	14
4. 응급대불제도 관련 기존연구 현황	17
III. 연구방법	21
1. 연구설계	21
2. 연구대상	21
3. 연구도구	21
4. 자료수집 기간 및 방법	23
5. 자료분석방법	23
IV. 연구결과	24
1. 일반적 특성	24
2. 2006년 응급대불제도 이용실태	27

3. 대상자의 응급대불제도 이용에 대한 인식정도	31
4. 일반적 특성에 따른 이용 관련 요인	40
5. 관련 변수간의 상관관계	46
V. 논의	47
VI. 결론 및 제언	54
1. 결론	54
2. 제언	56
참고문헌	58
부록	62
ABSTRACT	69

표 차 례

표 1. 응급의료기금, 대불금	7
표 2. 응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급	8
표 3. 의료기관 종별, 진료형태별 대불 현황	10
표 4. 지역별 대불 현황	11
표 5. 응급의료센터 분포	12
표 6. 보완자료 요청 및 반송 현황	12
표 7. 심사·지급 소요일수	13
표 8. 대상기관의 일반적 특성	25
표 9. 설문 응답자의 일반적 특성	26
표 10. 응급대불제도 이용실태	29
표 11. 반송, 보완 현황	30
표 12. 대상자의 응급대불제도 이용에 대한 인식 정도	31
표 13. 응급대불제도 관련 지식 정도	33
표 14. 응급대불제도 이용 시 편리성 정도	34
표 15. 응급대불제도 유용성 정도	35
표 16. 응급대불제도 이용 시 장애정도	37
표 17. 주위 다른 기관의 장애 요인 추정(중복 응답)	37
표 18. 응급대불제도 만족도 정도	38
표 19. 응급대불제도 재이용 의사 정도	39
표 20. 일반적 특성에 따른 응급대불제도 관련 지식	40
표 21. 일반적 특성에 따른 응급대불제도 이용 시 편리성	41
표 22. 일반적 특성에 따른 응급대불제도 유용성	42
표 23. 일반적 특성에 따른 응급대불제도 이용 시 장애정도	43

표 24. 일반적 특성에 따른 응급대불제도 만족도	44
표 25. 일반적 특성에 따른 응급대불제도 재이용 의사	45
표 26. 관련 변수간의 상관관계	46

그 립 차 례

그림 1. 연도별 응급의료비용 미수금 대불청구 현황	9
그림 2. 청구건수 산포도	27
그림 3. 지급건수 산포도	28

국문 요약

응급의료비용 미수금 대불제도 이용 관련 요인

본 연구는 응급대불제도를 이용하는 의료기관의 응급대불제도 이용실태와 인식을 살펴보고, 응급대불제도 이용과 관련된 요인간의 상관관계를 분석함으로써, 향후 응급대불제도 활성화를 위한 제도 개선에 있어 기초자료를 마련하고자 하는데 그 목적이 있다. 연구대상은 2006년에 응급대불제도를 이용한 의료기관 중 현재 운영중인 병원급 이상 의료기관 전수 206개 기관을 대상으로 하였으며, 자료수집은 예비조사를 통해 작성된 설문지를 사용하여 2007년 10월 22일부터 11월 16일까지 실시하였으며 총 112부의 자료가 분석에 사용되었다.

연구도구는 선행논문과 문헌고찰을 기초로 본 연구자가 개발한 응급대불제도 이용에 대한 인식 도구와, 응급대불제도 이용실태를 파악하기 위한 건강보험심사평가원의 '응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환 실적 자료'를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 12.0 program을 이용하여 연구목적에 따라 실수와 백분율, 평균, 표준편차, T-test, ANOVA, Pearson correlation으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율은 5% 미만이 전체의 72.4%를 차지하였고, 전체의 69.7%에서 미수 환자로 인한 운영상의 어려움이 있다고 하였다.
- 2) 응급실 이용 인원수 대비 응급대불 청구 건수는 병원은 0.24%, 종합병원은 0.33%, 종합전문병원은 0.20%로, 1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율이 1% 이상이 62.6%라고 한 것에 비해 실제 응급대불청

구 건수는 미미했다.

- 3) 응급대불제도 이용에 대한 인식 정도는 재이용 의사 평균이 13.16점(범위: 4-16)으로 가장 높았는데, ‘응급대불제도에 대한 청구방법의 개선, 청구 범위 등의 개선 방안이 마련된다면 응급대불제도에 적극 참여하겠다.’는 응답이 총 99.1%로 조건부적 재이용 의사가 높은 것으로 나타났다. 그 다음으로 만족도(평균: 9.43점, 범위: 3-12), 지식정도(평균: 7.61점, 범위: 0-10), 장애정도(평균: 7.61점, 범위: 0-11), 유용성(평균: 8.04점, 범위: 3-12) 순으로 나타났다으며, 편리성은 평균 15.23점(범위: 6-24)으로 가장 낮게 나타났다.
- 4) 장애정도 중 ‘응급증상이 끝날 때까지만 대불 대상이 되므로, 이후의 진료비는 여전히 미수금으로 남게 된다.’가 96.4%로 가장 높게 나타났고, “선택 진료료’, ‘상급병실료차액’은 신청 불가능하다.’, “응급증상 또는 이에 준하는 증상’의 범위가 제한적이다.’ 순으로 장애정도가 높게 나타났다.
- 5) 편리성 문항 중 ‘대불청구에 필요한 서류 작성에 소요된 시간은 적당하였다.’가 총 64.3%에서 불편하다고 응답하여 가장 낮은 편리성을 나타냈다.
- 6) 소재지와 대불청구자의 업무 경력은 지식과 통계적으로 유의했으며(소재지 $F=2.77$, $p=.05$, 대불청구자의 업무 경력 $F=9.85$, $p=.00$), 대불청구자의 업무 경력은 장애정도와의 통계적으로 유의했다($F=4.16$, $p=.01$). 하지만 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사는 일반적 특성과 관련이 없었다.
- 7) 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사는 서로 정적 상관관계가 있었으며, 장애정도는 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사와 모두 부적 상관관계가 있었다. 만족도와 재이용 의사가 가장 높은 정적 상관관계($r=.69$, $p=.00$)를 나타냈고, 두 번째로 유용성과 만족도($r=.58$, $p=.00$), 세 번째로 유용성과 재이용 의사($r=.54$, $p=.00$)가 높은 정적 상관관계를 나타냈다. 또한 편리성과 장애정도는 가장 높은 부적 상관관계($r=-.44$, $p=.00$)를 나타냈고, 장애정도는 만족도와 재이용 의사와도 부적 상관관계(만족도 $r=-.30$, $p=.00$, 재이용 의사 $r=-.31$, $p=.00$)를 나타냈다.

이상의 연구결과를 통해서 볼 때, 응급대불제도 이용현황은 그 필요성에 비해 미미한 것으로 나타났다. 응급대불제도 재이용 의사 영역의 인식 정도가 높게 나타났다으나 ‘장애 요인 등의 개선 시 적극 참여하겠다.’는 조건부적 재이용 의사가 높게 나타난 바, 응급대불제도의 활성화를 위해서는 무엇보다 장애 요인의 개선이 시급하며, 응급대불제도 이용의 편리성과 유용성을 향상시킬 수 있는 효과적인 개선 방안이 모색되어야 할 것이다.

핵심 되는 말 : 응급의료비용, 미수금, 응급대불, 응급대불제도 이용

I. 서론

1. 연구의 필요성

의료안전망이란 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄한다. 정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층에게 초점이 모아진다. 따라서 광의의 개념을 적용하게 되면 우리나라의 의료안전망은 전 국민을 대상으로 하는 건강보험, 최저생계비 이하를 대상으로 하는 의료급여제도, 그 외 욕구별 제도인 희귀난치성 질환자 의료비 지원제도, 응급의료 대불제도, 미숙아 및 선천성 이상아 지원제도, 긴급구호제도, 보건소 사업 등으로 나뉜다(신영석 외, 2006).

의료서비스에 대한 접근의 권리를 높이고, 모든 환자가 의료서비스를 필요로 할 때 치료를 받을 수 있도록 하는 것은 중요한 과제이다. 이중 응급의료는 사회안전망의 하나로 국민에게 응급진료를 보장하기 위하여 안정적인 재원으로 국가의 책임으로 수행되어야 한다(보건복지부, 2006a). 이는 응급의료에서는 예방 중심적 의료나 치료 중심적 의료에 비하여 환자의 선택권 및 상황 통제 능력이 저하 되고(송현중, 2004), 교통사고, 뇌졸중, 심근경색과 같은 주요 응급질환은 국민 누구에게나 발생할 수 있으며, 이 경우 응급환자의 생존 여부는 개인의 선택에 의해서가 아니라 정부가 이들에게 필요한 양질의 응급의료서비스를 제공할 수 있는 체계를 갖추고 있는냐에 따라 결정되기 때문에 응급의료서비스는 개인에 대한 일반의료 서비스에 비하여 정부가 적극적으로 책임져야 할 공공성이 높은 영역임을 의미한다고 할 수 있다(심우영, 2002).

응급의료비용 미수금 대불제도는 응급사고 시 돈이 없어 진료를 받지 못하는 사례를 방지하고, 의료기관으로 하여금 경영에 손실 없이 응급환자를 진료하게 함으로써 국민의 생명을 보호하려는 취지에서 생긴 제도이다(안민경, 2006). 미국에서

는 응급 환자들이 보험이나 지불능력의 문제로 인하여 의학적 치료가 지연되어서는 안된다는 원칙에서 1986년 EMTALA¹⁾를 제정하였다(김윤 외, 2005). 동 법에서 응급환자는 병원 내의 포괄적인 서비스에 24시간 접근할 수 있어야 하며, 응급기관은 보상이 보장되지 않을 때라도 모든 환자를 치료할 것을 요구하며, 또한 지불상태에 관계없이 응급환자를 외면할 수 없도록 명령하고 있다(Trzeciak & Rivers, 2003). 우리나라에서도 1995년 응급의료에 관한 법률을 제정, 응급환자 진료에 대한 의무를 강화함과 동시에 위반 시에는 처벌을 강화하는 한편, 그동안 발생하였던 응급진료 거부사건이 의료 사고에 대한 진료 위축, 진료비에 대한 미수발생의 우려에서 비롯된 경우가 많았다는 점을 고려하여 응급의료와 관련된 의료사고 발생 시 응급의료에 대하여는 책임의 한계를 규정하고자 하였으며, 진료비 미수금에 대한 제도적 해결을 위하여 응급의료기관이 응급환자 진료과정에서 진료비를 지급받지 못한 경우에는 응급의료기금에서 대불 할 수 있도록 하였다(배현아, 2006).

응급의료비용 미수금 대불제도는 그동안의 홍보와 교육으로 인해 1995년 시행 초기 건수 6건, 청구액 3백3십만원 이었던 것이 2006년에는 청구 건수 5천2백건, 청구액 2십2억원으로 크게 증가한 것으로 나타났다. 전년 대비 증가율로 살펴봤을 때, 2003년도에 건수는 105.3%, 금액은 73.9%로 전년대비 가장 높은 증가율을 보였고, 청구건수가 2005년 3,158건으로 전년대비 61.9%, 2006년에는 5,276건으로 전년 대비 67.1% 증가한 것으로 나타났다. 그러나 건수 및 금액의 증가율에 비해 청구 기관수의 증가율은 2005년에는 211개 기관으로 전년대비 22기관(11.6%), 2006년에는 231개 기관으로 전년대비 20기관(9.5%) 증가하여 증가폭이 건수 및 금액에 비하여 작게 나타났다(건강보험심사평가원, 2007).

1995년도부터 2006년도까지 이 제도를 이용한 의료기관은 393개소, 이 중 병원급 이상 의료기관이 339개로 2006년 12월 기준 병원급 이상 의료기관이 1,618개임을 봤을 때 21.0%로 낮은 숫자이다. 이는 많은 의료기관에서 응급의료비에 대한

1) EMTALA(The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) : “환자를 유기하는(patient dumping)” 관행을 금지하기 위하여 제정.

미수금이 발생하여도 실제 대불금을 청구하지 않았을 것이라고 볼 수 있다. 더구나 393개 기관 중 44개 기관(11.2%)의 청구건수가 9,266건으로 12년 동안의 청구건수 14,744건 중의 62.9%가 이들 기관에서 청구한 것으로 나타났고, 나머지 88.8% 기관에서 청구한 것이 37.2%로, 44개 기관 이외의 기관에서의 청구건수는 미미하게 나타났다(건강보험심사평가원, 2007). 이처럼 보건복지부가 고시까지 제정하여 활성화를 부르짖던 응급의료비용 미수금 대불제도가 아직도 일선 병원들에게는 쉽게 이용하지 못하는 것으로 나타나고 있다(손경애, 2005).

응급의료비용 미수금 대불제도가 의료안전망으로서 제 역할을 다하기 위해서는 많은 의료기관에서 쉽게 이용할 수 있도록 해야 한다. 법적으로는 응급의료를 행한 의료기관이면 어느 곳이나 청구 대상이지만, 앞서 살펴본 것과 같이 44개 기관을 제외한 의료기관에서는 쉽게 이용하지 못하고 있는 것으로 나타난다. 따라서 본 연구에서는 응급의료비용 미수금 대불제도를 이용한 경험이 있는 의료기관을 대상으로 대불제도 이용 실태와 이용에 대한 인식을 파악하고, 관련 변수간의 상관관계를 분석함으로써, 향후 응급의료비용 미수금 대불제도 활성화를 위한 제도 개선에 있어 기초 자료를 마련하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 응급의료비용 미수금 대불제도 이용에 관련된 요인간의 상관관계를 파악함으로써 대불제도의 활성화를 위한 기초 자료를 마련하기 위함이며 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 응급의료비용 미수금 대불제도의 이용실태를 파악한다.
- 2) 응급의료비용 미수금 대불제도 이용에 대한 인식을 파악한다.
- 3) 응급의료비용 미수금 대불제도 이용 관련 요인간의 상관관계를 분석한다.

3. 용어의 정의

1) 응급의료비용 미수금 대불제도(이하 ‘응급대불제도’라 한다.)

의료기관 등이 응급환자에게 응급진료 및 이송처치를 제공하고 응급환자로부터 응급의료 비용을 지불받지 못하였을 경우에 응급의료에 관한 법률에 의하여 응급의료비용 미수금에 대한 대불사업을 위탁받은 건강보험심사평가원에 응급환자를 대신하여 지불하여 줄 것을 청구하면 건강보험심사평가원은 동 응급의료비용을 심사하여 대불하여 주고 사후에 응급환자 본인, 부양의무자 및 다른 법령에 의한 진료비부담 의무자에게 대불금을 상환 받는 제도이다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2006).

Ⅱ. 문헌고찰

1. 응급대불제도 배경

응급의료에 관한 법률 제2조 제1항에 의하면 ‘응급환자’라 함은 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 위해가 초래될 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 자로서 보건복지부령이 정하는 자를 말한다. 동법 제3조에 의하면 “모든 국민은 성별, 연령, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다.”고 하였다(<http://www.klaw.go.kr/>).

응급의료는 환자가 응급을 요하는 상태에서 의사에게 진료를 요구하는 것이기 때문에 일반의료 계약과 많은 차이점을 보이고 있다(범경철, 2003). 의사의 의무에는 여러 가지가 있지만 의료법 제 15조 제1항에서 “의료인은 진료나 조산 요청을 받으면 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.”라고 하고 제2항에서는 “의료인은 응급환자에게 ‘응급의료에 관한 법률’에서 정하는 바에 따라 최선의 처치를 하여야 한다.”고 하였으며, 응급의료에 관한 법률 제 11조 1항에서는 “의료인은 응급환자에 대하여 당해 의료기관의 능력으로는 그 환자에 대하여 적절한 응급의료를 행할 수 없다고 판단한 때에는 지체 없이 그 환자를 적절한 응급의료가 가능한 다른 의료기관으로 이송하여야 한다.”고 명시해 의료인의 진료 의무를 명문으로 규정하고 있다(<http://www.klaw.go.kr/>).

의사에게 진료의무를 부과하는 이유는 의사에 의한 의업 독점의 반사적 효과 또는 의사의 직업윤리 등의 이유를 들 수 있으나, 생명이나 건강이라고 하는 관련 법익의 중요성에 비추어 의료행위가 구명적 성격을 띠고 있기 때문에 특별히 정책상 인정된 의무라고 볼 수 있다. 특히 환자로부터 진료의 요구를 받은 질병이 자기가 잘 아는 전문분야에 속하는 것이 아니라고 할지라도 이것을 거부하는데 있어 정당한 이유가 있다고 할 수 없다(범경철, 2003).

의사에게 진료의 의무를 부과하고 이에 대한 적절한 제도가 없으면 의사에게 일방적으로 부담을 지우게 된다. 만약 적절한 제도가 마련되지 않으면 의사가 환자의 치료를 거부하여 환자가 피해를 보게 될 수도 있다. 위급상태에 있는 응급환자가 진료비 부담능력이 없는 상황에서도 신속하고 적절한 응급의료를 받음으로써 국민의 생명과 건강을 보호하고 국민 의료의 적정을 기할 수 있는 응급의료체계가 미수금대불 청구권이다. 그 동안에는 조속히 응급조치만 했다면 소생할 수 있는 응급환자도 그 시기를 놓쳐 귀중한 생명과 건강을 잃는 경우가 종종 발생되어 국가차원의 응급의료대책이 매우 시급한 실정이었다(범경철, 2003).

우리나라의 응급의료체계는 1980년대 말부터 필요성을 인식하던 중 1989년 3월 ‘응급의료체계에 관한 기본구상’을 마련하고, 1991년 4월에 ‘응급의료체계 관리운영에 관한 규정’을 제정·공포하면서 시작되었다. 이후 대형사고와 각종 재해들의 빈번한 발생, 노령화와 식생활 변화 등으로 인한 뇌혈관 질환 등 신속한 처치를 요하는 질환이 급증하게 되었고, 이에 응급환자가 적기에 적정 수준의 응급의료를 받을 수 있도록 지방자치단체와 관계 기관의 협조의무를 규정하는 응급의료체계의 확립, 의료기관의 응급진료체계의 정비, 정보 센터의 법적근거의 마련, 응급의료 인력의 양성과 확보를 위한 제도의 마련 등을 주요 골자로 하는 ‘응급의료에 관한 법률’이 1994년 1월 7일 제정·공포되었으며, 1995년 1월에는 시행령 및 시행규칙을 마련하였다(손명세 외, 2001).

동 법에서는 응급의료제도의 원활한 운영을 위하여 응급의료비 미수금 대불 및 조사 연구 등을 위한 응급의료기금을 설치하였다. 응급의료기금은 국민건강보험법에 의한 요양기관의 업무정지에 갈음하여 보건복지부 장관이 요양기관으로부터 과징금으로 징수하는 금액 중 1/2에 해당하는 금액, 응급의료와 관련되는 기관 및 단체의 출연금 및 기부금, 정부의 출연금, 기타 기금 운영에 따른 수익금 등으로 재원이 이루어진다(<http://www.klaw.go.kr/>).

1995년에 국고 10억원을 포함하여 16억7천4백만원이 조성되었고 이 중 응급의료비 대불제도는 의료기관의 미수금에 대한 대불금으로 1백9십만원, 조사 연구 용역비 1억원 등 총 1억8백만원이 지출되었다(신영수 외, 1997). 그동안 응급의료체계

구축을 위해 조성된 응급의료기금은 매해 약 40억 정도의 소규모로 운용되어 왔으나, 2002. 3. 25 개정·공포된 응급의료에 관한 법률에 의거 응급의료체계의 구축을 위하여 매년 전전년도 교통범죄금 수입의 20%에 해당하는 금액을 응급의료기금에 출연토록 함에 따라 2003년도부터 응급의료기금의 획기적인 증가가 이루어졌다. 현재 90%이상의 재원이 정부의 출연금에 의존하고 있다(이신호 외, 2005).

기금의 용도는 응급환자 진료비 중 미수금에 대한 대불, 응급의료기관등의 육성·발전과 의료기관의 응급환자 진료를 위한 시설 등의 설치에 필요한 자금의 용자·지원, 응급의료 제공체계의 원활한 운영을 위한 보조사업과 응급의료를 위한 조사연구 및 홍보사업, 대통령령이 정하는 재해 등의 발생시 의료지원 등으로 응급의료기관에 필요한 재정지원을 할 수 있도록 명시했다(<http://www.klaw.go.kr/>).

2002년까지 응급의료기금은 매년 85% 이상을 응급의료비 대불기금 예산으로 설정하였으나 2003년부터는 정부가 응급의료체계 개선을 본격 추진하면서 응급의료비 대불기금 예산액이 응급의료기금 중 3%미만으로 책정되고 있다. 현재 응급의료기금은 대부분 응급의료체계 인프라 구축 및 체계의 운영 및 지원에 사용되고 있고, 반면 응급의료비 대불기금 등 환자와 직접적으로 관련된 예산은 매우 적게 편성되고 있다(현애자 의원실, 건강세상네트워크. 2004)<표 1>.

<표 1> 응급의료 기금, 대불금 (단위 : 백만원)

구분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
기금 총액	1,674	2,359	2,503	3,801	4,255	4,524	4,597	4,806	47,822	53,401	60,276	63,229	52,962
대불금	2	33	115	303	429	449	720	568	1,297	1,297	1,720	2,241	2,686

출처 : 보건복지부(2006b), 2007년도 응급의료기금 운용계획(안).

1995~2005년 : 결산, 2006~2007 : 예산안.

건강보험심사평가원이 기금의 관리·운영을 위탁받아 관련 업무를 수행하다가 2003년 1월 7일 응급의료에 관한 법률 시행령이 개정·공포됨에 따라 응급의료기금 관리는 보건복지부에서 직접하고, 미수금 대불업무와 위탁업무에 소요되는 비용(위탁사업비)만을 건강보험심사평가원에서 관리·운영하고 있다(손경애, 2004).

2. 응급대불제도 이용실태

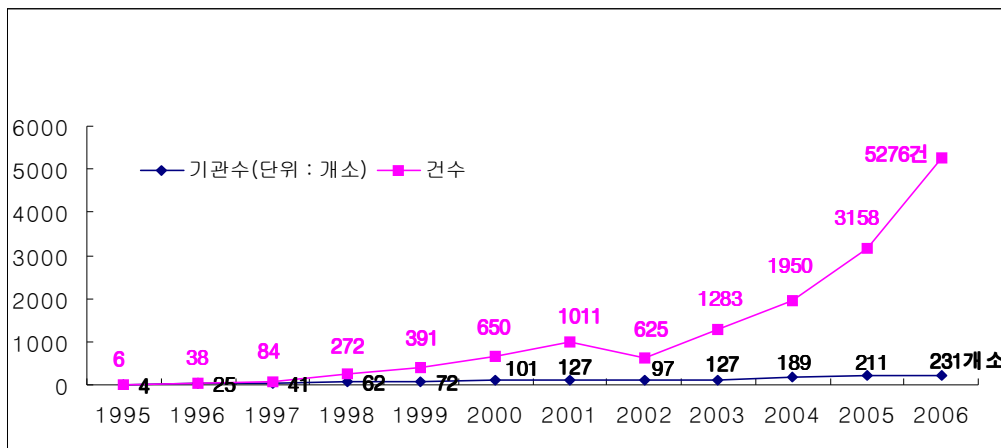
1995년부터 2006년까지 응급대불제도 청구현황은 393기관, 14,744건, 114억1천만원이었다(건강보험심사평가원, 2007)<표 2>.

<표 2> 응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 (단위 : 기관, 건, 천원)

구분	청구			지급				
	기관수	건수	청구액	기관수	건수	계	응급진료비	이송처치료
계	393	14,744	11,410,055	369	12,319	7,310,736	7,286,878	23,858
1995	4	6	3,384	4	6	1,925	1,925	-
1996	25	38	56,149	24	36	33,377	33,377	-
1997	41	84	144,393	42	86	114,720	114,720	-
1998	62	272	505,629	61	235	302,560	302,367	233
1999	72	391	583,767	72	358	429,365	428,408	956
2000	101	650	781,851	97	510	448,667	448,618	49
2001	127	1,011	1,087,890	128	803	720,027	719,958	68
2002	97	625	952,537	97	541	568,379	567,966	413
2003	127	1,283	1,656,841	123	1,027	959,536	957,918	1,618
2004	189	1,950	1,578,633	154	1,300	782,147	778,018	4,129
2005	211	3,158	1,810,131	232	3,219	1,449,006	1,442,809	6,197
2006	231	5,276	2,248,849	231	4,198	1,500,987	1,490,793	10,194

출처 : 건강보험심사평가원(2007), 응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환실적.

대불제도의 활성화를 위해 1998년에는 ‘대불청구액 심사 후 산출한 응급진료비용이 5만원 미만, 이송처치료액이 2만5천원 미만인 경우에는 이를 대불하지 않겠다’는 대불제한액을 폐지하였고, 2000년에는 응급환자의 범위를 ‘응급증상에 준하는 증상’까지 포함, ‘응급진료 개시 일로부터 15일 이내에 발생한 응급진료비 중 미수금으로 한다’는 응급의료비 제한 규정 폐지, 심사결정액의 80/100 지급 제한 규정을 폐지하였다. 2003년도에 건수는 105.3%, 금액은 73.9%로 전년대비 가장 높은 증가율을 보였는데, 이는 2003년도에 응급증상에 준하는 증상에 이물에 의한 응급증상과 현훈 및 분만을 추가하고 미수금 대불 청구기간을 진료 종료일로부터 2년에서 3년 이내로 확대한 것으로 사료된다. 또한 2005~2006년 의료기관을 대상으로 대불제도 교육 및 홍보를 통하여 전년대비 청구건수가 2005년 1,208건(61.9%), 2006년 2,118건(67.1%)으로 크게 증가한 것으로 나타났다. 그러나 건수 및 금액의 증가율에 비해 기관수의 증가폭은 건수 및 금액에 비하여 작게 나타났다(건강보험심사평가원, 2007)[그림 1].



[그림 1] 연도별 응급의료비용 미수금 대불청구 현황

의료기관 종별로는 종합병원 7,823건(63.5%), 50억1천6백만원(51.2%)으로 가장 높았으며, 종합전문병원이 3,787건(30.7%), 43억2천만원(43.6%)이었다. 한편 의원이 8건(0.06%), 약3백만원(0.03%)으로 가장 낮았다.(건강보험심사평가원, 2007)<표 3>.

<표 3> 의료기관 종별, 진료형태별 대불 현황 (단위 : 개소, 건, 천원, %)

종별	기관수	비율	건수	대불청구액	대불건율	대불지급액	대불액율
계	369	100.00	12,319	9,856,586	100.00	7,310,736	100.00
종합전문	43	11.65	3,787	4,320,508	30.74	3,189,673	43.63
종합병원	187	50.68	7,823	5,015,663	63.50	3,743,678	51.21
병원	109	29.54	496	498,205	4.03	357,784	4.89
의원	6	1.63	8	2,730	0.06	1,980	0.03
보건기관	3	0.81	71	2,919	0.58	1,131	0.02
이송단체	21	5.69	134	16,561	1.09	16,490	0.23

출처 : 건강보험심사평가원(2007), 응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환실적.

2002년~2006년까지 대불제도를 이용한 의료기관의 응급실 내원 환자수 대비 청구건수 비율은 종합전문병원이 응급실 내원 실인원수²⁾ 3,803,952명, 청구건수 3,578건(0.09%), 종합병원이 4,706,395명, 청구건수 7,873건(0.17%), 병원이 395,236명, 청구건수 595건(0.15%)으로 종합병원이 가장 높았다(건강보험심사평가원 내부 자료).

2) 건강보험심사평가원으로 EDI 청구되는 청구명세서 중 '응급의료관리료'가 산정된 명세서로 구분.

지역별 응급의료비 대불현황은 경기 2,348건(19.1%), 16억4천5백만원(22.5%), 서울 2,209건(17.9%), 16억3천6백만원(22.4%), 인천 1,010건(8.2%), 7억9천6백만원(10.9%) 순으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2007)<표 4>.

<표 4> 지역별 대불 현황 (단위 : 개소, 건, 천원, %)

구분	기관수	비율	건수	대불청구액	대불건율	대불지급액	대불액율
계	369	100.00	12,319	9,856,586	100.00	7,310,736	100.00
경기	77	20.87	2,348	2,185,918	19.06	1,645,219	22.50
서울	73	19.78	2,209	2,269,037	17.93	1,636,490	22.38
인천	16	4.34	1,010	1,085,751	8.20	796,107	10.89
강원	20	5.42	1,054	862,062	8.56	679,481	9.29
부산	25	6.78	905	625,658	7.35	470,070	6.43
경남	25	6.78	599	621,432	4.86	445,121	6.09
전북	17	4.61	494	435,936	4.01	311,697	4.26
경북	22	5.96	871	403,382	7.07	310,196	4.24
대전	9	2.44	703	283,068	5.71	227,179	3.11
대구	18	4.88	403	311,551	3.27	211,643	2.89
충북	12	3.25	517	278,322	4.20	195,320	2.67
충남	12	3.25	302	139,190	2.45	105,369	1.44
울산	6	1.63	62	110,695	0.50	90,174	1.23
전남	20	5.42	279	99,728	2.26	81,310	1.11
광주	7	1.90	62	85,716	0.50	59,051	0.81
제주	10	2.71	501	59,140	4.07	46,311	0.63

출처 : 건강보험심사평가원(2007), 응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환실적.

응급대불청구 요양기관 역시 경기 77기관(20.9%), 서울 73기관(19.8%) 순으로 경기 및 서울지역에서 전체 청구 의료기관 및 대불액의 40% 이상을 차지하고 있었다(건강보험심사평가원, 2007). 2006년 6월 조사에 의하면 응급의료센터는 경기 지역 62개소, 서울 55개소, 경남 46개소, 전남 42개소, 경북 36개소, 부산 33개소, 강원 27개소 순으로 분포되어 있다(<http://www.nemc.go.kr/>)<표 5>.

<표 5> 응급의료센터 분포 (단위 : 개소)

	경기	서울	경남	전남	경북	부산	강원	전북	광주	대구	충남	충북	인천	울산	대전	제주
권역	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1		1	1	1	1	
전문		3				1										
지역 ^a	16	25	7	7	7	5	3	5	4	4	4	2	3	1	4	4
지역 ^b	44	26	38	34	28	26	22	18	16	15	14	15	13	9	5	2
계	62	55	46	42	36	33	27	24	21	20	18	18	17	11	10	6

출처 : 중앙응급의료센터, <http://www.nemc.go.kr>.

^a : 지역응급의료센터, ^b : 지역응급의료기관.

보완자료요청 기관은 141기관(61.0%), 건수는 613건(11.6%)이며, 반송건은 133기관(57.6%), 475건(9.0%)으로, 대불청구기관의 대부분(66.7%)에서 보완자료 요청 및 반송건이 발생하는 것을 볼 수 있다(건강보험심사평가원, 2007)<표 6>.

<표 6> 보완자료 요청 및 반송 현황 (단위 : 개소, 건, %)

구 분	기관수	비율	건수	비율
계	231	100.00	5,276	100.00
보완자료요청	141	61.04	613	11.62
반 송	133	57.58	475	9.00

출처 : 건강보험심사평가원(2007), 응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환실적.

보완자료요청 및 반송건은 2006년도 접수분 대상.

보완자료 요청 및 반송기관수(발생기관 기준) : 154개소(66.7%).

보완자료요청 사유는 대불청구 시 구비서류인 미납확인서 또는 의료기관의 확인서가 227건(37.0%), 관련서류사본(진료기록부사본, 검사결과지사본 등)이 207건(33.8%), 응급환자진료비미수금 대불청구서가 123건(20.1%) 등이었다. 반송 사유는 대부분은 타법령 적용 전 청구건 107건(22.5%), 수가코드 적용 착오청구 53건(11.2%)이었으며, 기타로 분류된 135건(28.4%)은 대부분 요양급여비용명세서와 대불청구서의 진료일자상이, 진료기록부사본 등 자료 미첨부건 및 타법령 적용착오(의료급여 ↔ 건강보험) 등이었다(건강보험심사평가원, 2007).

요양급여비용은 청구형태에 따른 법정 심사기간이 EDI는 15일, 서면·전산매체는 40일로 정해져 있다(건강보험심사평가원, 2006). 하지만 응급대불 청구 후 지급까지의 기간은 현재 법제화 되어 있지 않다. 1995년부터 2005년까지 심사·지급 소요일수는 평균 56일로 요양급여비용 서면 심사기간에 비해 긴 기간이 소요되고 있으나, 2004년도까지 지속적으로 증가하던 심사·지급 소요일수가 2005년에는 급속도로 감소하였다(건강보험심사평가원 내부자료)<표 7>.

<표 7> 심사·지급 소요일수 (단위 : 일)

구분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
심사·지급 소요기간	22	24	28	39	33	42	60	83	77	158	50
평균	56										

출처 : 건강보험심사평가원 내부자료.

3. 외국의 응급의료비용

의료 빛에 관련된 미국의 한 연구에 따르면, 개인의 67.4%가 진료비 채무가 있거나 혹은 채권회사로부터 진료비 지불에 대한 요구를 받는 것이, 그들이 건강을 위해 병원을 찾는 행동에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이들의 18.6%는 병원 진료에 필요할 때 진료를 연기하고, 10.4%는 응급상황에서만 병원을 찾았고, 24.5%는 필요할 때조차 더 이상 병원을 가지 않는다고 대답하였다(O'Toole, Arbelaez & Lawrence, 2004).

이처럼 진료비에 대한 문제는 개인의 건강 악화의 원인일 뿐만 아니라, 치료비가 없는 환자를 치료하는 것은 병원 재정 악화의 원인이 되기도 한다. 따라서 진료비를 지불하지 못하는 저소득층 및 취약계층을 위한 지원 제도에 대해서 응급의료비 측면을 중심으로 외국의 사례를 살펴보고자 한다.

응급의료의 양대 산맥은 미국-영국, 독일-프랑스의 둘로 볼 수 있다. 이 두 형태는 여러 가지 면에서 매우 다르며 서로 장단점을 가지고 있다. 우리나라의 응급의료는 90년대 초부터 구체적이고 전국적인 모습을 갖추기 시작했으며 처음에는 미국의 체계를 많이 모방하였으나, 최근에는 유럽 쪽의 좋은 점을 도입하려고 시도하고 있다(정구영, 2004).

미국에서는 전 국민을 대상으로 한 공적의료보장제도가 없어, 의료보험에 가입되지 않은 국민이 전체의 44만명(14.6%)(U.S Census Bureau, 2004)에 이르고 설령 보험에 가입되어 있다고 하더라도 가입된 보험의 종류에 따라서 혜택에 큰 차이가 있어서 고비용의 의료서비스를 필요로 할 때 본인이 부담해야 하는 의료비가 매우 높은 'underinsured'가 존재한다. 그리하여 미국에서 의료안정망, 주로 지역병원(communitary hospital), 도시의 공공병원(urban public hospital) 등은 보험이 없는 사람들 혹은 보험이 있어도 높은 본인부담금을 지불해야 하는 사람들을 위해 무료로 의료서비스를 공급해 준다(강은정, 2004).

또한 공적의료보장제도로써 노인과 장애인 등 일부 한정된 자를 대상으로 한 「메디케어(Medicare)」와 일부 저소득자를 대상으로 한 「메디케이드(Medicaid)」가 있다.

d)」가 있다. 경제적으로 부담 능력이 취약한 계층을 주 대상으로 하는 메디케이드에서는 일부 본인부담은 메디케어나 민간보험에 비하면 훨씬 적지만, 18세 미만 대상자, 임산부의 임신, 출산과 관련된 의료, 개인이 소득의 전부를 진료비로 지불해야 할 때, 임종기 호스피스 서비스, 응급의료, 가족계획 서비스 및 물품에 대해서는 본인 부담을 물릴 수 없도록 정해 놓았다(신영석, 2007).

보통 메디케이드는 미국 국민이나 미국에서 일정기간 이상 거주한 영주권자를 포함한 정상 이민자를 위한 혜택이므로 비이민자들은 혜택을 받을 수 없다. 하지만 「Emergency medicaid(응급 메디케이드)」는 위급한 상황에서 생명을 구하기 위한 인도주의적인 차원으로 정부에서 치료해 주는 프로그램으로서, 메디케이드가 포함하지 않는 비이민자 뿐만 아니라 심지어는 불법 체류자들까지 합법적으로 신청해서 의료 혜택을 받을 수 있다. 응급 메디케이드의 혜택으로 치료 가능한 질병이나 사고는 생명에 지장을 주는 질병이나 위급한 사고를 당한 사람, 출산, 출산 후 60일 동안의 출산 후 검사가 포함된다(<http://new-life.info/bbs/view.php?id=help&no=188>). 미국의 응급의료체계는 주 정부에서 정책을 수립하여 시행하고 있어, 51개주에서 서로 상이한 응급의료체계를 가지고 있는데(최덕기, 2003), 출산 전 정기검사에 관한 정확한 세부규정은 주별로 약간씩 다를 수가 있으나, 대체적으로는 포함되지 않는 것이 보통의 상황이다. Illinois주의 ‘CHIP’³⁾인 ‘Kid care’에서는 출산 전 Prenatal service를 포함하고 있다. ‘CHIP’는 부모의 소득수준에 따라서 무료일 수도 있고 약간의 보험료를 내게 될 수도 있다(<http://new-life.info/bbs/view.php?id=help&no=188>).

뉴욕 주의 경우, 뉴욕 주내 모든 병원의 응급 치료실은 환자의 법적 신분이나 진료비 납부 능력과 상관없이 응급 치료를 필요로 하는 환자에게 진찰해야 할 의무가 있다. 이로 인해 비이민자뿐만 아니라 의료보험이 없는 이민자, 그리고 서류 미비 이민자들도 뉴욕 주 시민과 동등하게 진료를 받을 권리가 있으며, 전화 911을 통해 앰블런스를 이용할 수 있다. 연방정부 재정지원으로 운영되는 건강센터와 뉴욕시보건복지및병원협회(HHC: NYC’s HEALTH and Hospitals Corporation)는

3) Children Health Insurance Program. ‘CHIP’는 응급 메디케이드 프로그램의 세부 프로그램이기 때문에, 역시 주 정부에서 시행을 하며 주별로 명칭이 다르다. 예를 들면, Illinois에서는 ‘Kid care’라고 부르고, New york에서는 ‘Child Health Plus’라고 부른다.

‘무료’ 또는 환자의 진료비 납부 능력에 따른 진료 납부액의 비율을 정하고 있다. 다음의 뉴욕시보건복지및병원협회의 방침이 이를 잘 말해준다. “어떠한 환자도 경제적으로 납부할 수 없는 과도한 진료비가 청구될 수 없으며, 환자가 진료비를 납부할 수 없다는 이유로 진료를 거부할 수 없다.” 이때 진료비 납부는 공공 의료보험 프로그램을 통해 납부할 수 있으며, 서류미비 이민자를 포함한 뉴욕 주내 모든 이민·비이민자들은 19세 미만 아동을 위한 ‘아동건강플러스(child health plus)’, 임신모를 위한 ‘PCAP’⁴⁾를 이용할 수 있다. 저소득 이민자 또한 응급 메디케이드를 이용할 수 있다(www.thenyic.org/images/uploads/Uninsured%20-%20korean.pdf).

영국의 의료보장은 예방에서 재활을 포함한 포괄적인 보건의료서비스로 조세에 의한 일반 재원을 기초로 전 국민을 대상으로 하여, 원칙적으로 무료로 제공되는 국가보건서비스 방식을 취하고 있어 NHS(National Health Service : 국민건강보험) 제도로 불리고 있다. 의료급여서비스를 받을 권리는 국민보험료나 소득세 지불의 유무나 국적과는 관계없이 원칙적으로 영국에 6개월 이상 체재 자격을 가지고 있는 모든 사람에게 주어진다(권오탁, 2006).

응급의료 역시 NHS의 일환으로 운영되고 있다. 1948년 국민건강보험의 실시와 함께 지방정부가 구급서비스를 실시하는 것이 의무화 되었으며, 이러한 서비스는 1974년 NHS에 공식화 되었다(양미숙, 2007). NHS는 주로 일반 세금 수입에 의하여 운영되며 전국민보험(National Insurance)의 보험료에서도 일부 재원을 얻는다(대한의사협회 의료정책연구소, 2003). 응급의료의 특성상 그 자체가 공공성이 강한 분야인 만큼 공공 응급의료서비스는 잘 운영되고 있으나, 재정이나 기금의 측면에서 따로 응급의료만을 독립되게 분리하여 운영하지는 않고 있다. 이송 서비스도 국가가 운영하고 있으며 헬리콥터 응급이송서비스 역시 무료로 이용 가능하다(중앙응급의료센터, 2005).

독일 의료보장의 중추를 이루는 공적 건강보험(Gesetzliche Krankenversicherung)은 1883년에 법률적 자격을 획득한 이래로 가장 오래된 역사를 자랑할 뿐만 아니라 사회보험 보장방식의 선구적 모범사례에 해당한다. 독일의 일반병원은 설립주체와

4) Prenatal Care Assistance Program

재정동원 방식에 따라 공립병원, 비영리공익병원, 그리고 민간영리병원으로 나뉜다. 하지만 영리병원은 거의 대부분 공적 건강보험의 재정으로 운영됨으로 이 또한 공공복리의 카테고리에 속한다고 볼 수 있다. 병원은 그 어떠한 상황에서도 응급환자를 진료해야만 하는 법률적 의무를 지니며(권오탁, 2006), 독일의 응급의료비용은 의료보험에서 대부분(거의 100%) 부담을 하고 있고, 병원과 계약을 체결한 'ADAC'⁵⁾조합이 대표하여 의료보험과 협상을 통해 보험료를 결정한다(중앙응급의료센터, 2005).

프랑스는 영국과 비슷한 공적의료보험체계를 갖고 있다. 하지만 영국과 달리 프랑스는 WHO에서 발표된 국가별 평가에서 환자의 만족도가 가장 높은 나라로 평가받았다. 모든 국민들은 의료보험 혜택을 받고 있으며, 월 3,500프랑 이하의 소득을 얻는 저소득층을 위한 의료보험인 'CMU'⁶⁾와 재외국민 및 빈민까지 포함하는 국가의료보조(AME)⁷⁾ 제도가 있어 거의 대부분의 사람들에게 의료혜택이 무상으로 돌아가고 있다(곽상희, 2004). CMU와 AME는 최근 들어 대상 선정이 까다로워지긴 했지만 전액 무료다(곽상희, 2007). 모든 의료비가 국가나 지방자치단체의 의료보험에서 지불되므로 수술비가 없어 수술도 못한 채 병원에서 발을 동동 구르는 일은 프랑스에서는 있을 수가 없다(정동근, 2001).

4. 응급대불제도 관련 기존연구 현황

응급대불제도와 관련된 선행연구들은 많지 않으나, 응급대불제도의 문제점, 제도의 활성화 방안에 관한 연구 등이 주를 이루고 있다.

5) Allgemeine Deutch Automobile Club(중앙 자동차 클럽) : 공공조합의 한 형태

6) Couverture Maladie Universelle : 2000.1.1일부터 시행. 프랑스 영토 내에 3개월 전부터 합법적으로 거주하는 모든 사람을 대상으로 한다. 외국인(유럽 공동체에 속하지 않는)은 체류증(Carte de sejour)으로 그 자격이 인정된다. CMU는 모든 사람을 위한 건강보험(Assurance Maladie Pour Tous)으로 일정한 직업이 없고 소득이 낮은 사람들도 사회보장(Securite Social)혜택의 기회를 주기 위해 만들어졌다. 가령 길거리의 노숙자, 즉 집 없는 거지라도 한 사회단체를 주소로 해서 이 보험에 가입할 수 있다. 프랑스 영토 내에 3개월 전부터 합법적으로 거주하는 모든 사람들은 자동적으로 사회보장 일반제도(Regime General de la securite sociale)에 가입되어 있기 때문에, 간단한 서류를 작성해서 신청만 하면 즉시 이 제도의 혜택을 누릴 수 있다. CMU는 일정한 한도 내의 수입(Revenu Fiscal)에서는 그 보험료가 면제된다.

7) Aide médicale de l'Etat

먼저, 신영수 외(1996)의 ‘응급의료체계’ 운영평가 보고서에서는 응급의료 미수금 추정치를 산출하였는데, 설문조사에 응답한 427개 병원의 1995년 4월, 5월 2개월 간 발생한 미수금의 평균치는 의료기관 1개소 당 82만4천원으로, 1년 동안 약 361만7천원 정도로 추정된다. 이 결과를 근거로 응급의료기관 유형별 기관수를 고려하여 연간 응급의료비 미수금 총액을 추정하였는데, 이는 27억원으로 추정되었다.

신영수 외(1997)의 ‘응급의료체계’ 운영평가보고서에서는 응급대불제도의 문제점으로 첫째, 응급대불의 저조한 실적, 둘째, 미수금 발생시점에서 2개월 지난 뒤 청구해야 하며 대불 청구에 갖춰야 할 서류가 복잡하고, 대불진료비의 심사·지급에 대하여 건강보험진료비 심사·지급과 동일한 절차를 적용하고 있어 복잡성을 가중시키는 것, 셋째, 본인부담금의 80%밖에 대불되지 않고, “지정진료비용”, “상급병실료차액”은 대불 불가능하여 대불대상 진료비가 한정되는 점을 제시했다. 개선방안으로, 대불의 신청 책임을 채무자인 환자 측에 지우고 의료기관 등은 필요한 자료 등을 지원하게 하는 방법으로 바꿀 것, 본인부담금의 100%를 대불대상으로 하고, “지정진료비”와 “상급병실료차액”도 대불진료비에 포함시킬 것, 대불청구기간을 미수금 발생시점부터 하며, 청구 서류의 간소화를 위해 응급진료기록부와 응급진료비 산출내역서를 생략할 것, 응급대불은 단지 대여일 뿐이므로 응급의료를 제공받은 사실과 기간 및 진료비의 큰 흐름에 이상이 없는 경우, 조정 등의 행위는 불필요 할 것으로 제시하였다.

심우영(2002)은 응급대불 건수 및 금액은 점차 증가하고 있으나 상환금액 및 상환율은 점차 감소하는 추세이므로 체계적인 운영을 위해서 인력보강이 필요할 뿐만 아니라, 상환금이 전혀 없는 행려자 및 외국인, 상환 가능성이 희박한 의료급여 환자에 대하여는 무상 또는 국고지원의 제도개선 및 보완책이 마련되어야 한다고 하였다. 또한 선택진료비, 상급병실료차액, 일반병실 이용에 따른 진료비도 대불대상 진료비에 포함시켜야 할 필요가 있으며, 대불청구에서 지급일까지 장기간의 기일이 소요됨을 개선하기 위해서는 응급의료를 제공받은 사실과 진료내용상에 특별한 이상이 없는 경우에는 심사 및 조정행위 없이 응급진료비를 대불 해주어야 한다고 하였다.

현개자의원실과 건강세상네트워크(2004)의 보도자료에서는 응급대불제도가 활성화 되지 못하는 이유를 ‘응급증상 또는 이에 준하는 증상’의 범위 제한으로 인한 의료기관에서의 심사결과 ‘불인정’ 우려와, 35%에 달하는 높은 심사조정율(1999~2003년의 응급의학과에 대한 건강보험 심사조정율 1.5%), 홍보 미비로 공공의료기관 조차 이용률이 낮다는 점, 응급대불제도의 신청이 의료기관과 이송기관만 하도록 허용되어 있는 점 때문이라고 하였다. 이에 활성화 방안으로 첫째, 응급의료비 대불기금의 예산 확대, 둘째, 홍보 강화, 셋째, 심사기준의 완화, 넷째, 환자 또는 보호자도 응급대불제도 신청을 할 수 있도록 법 개정 필요하며, 다섯째, 응급증상(또는 이에 준하는 증상)의 범위는 더욱 확대되어야 한다고 하였다.

손경애(2005)는 대불대상 진료비의 범위 제한, 심사지급기간 지연 및 높은 심사조정율, 대불청구 및 심사절차의 복잡함을 응급대불제도의 문제점으로 지적하였다. 효율적 운영방안으로 첫째, 환자가 직접 대불 신청할 수 있도록 하는 대불신청자 등 청구방향의 재정립, 둘째, 선택진료비, 상급병실료차액 및 응급증상이 완화된 이후의 회복을 위한 진료비용과 재활치료비용까지 포함하는 대불대상의 범위 확대, 셋째, 심사지급기간 및 대불산정기준 명료화, 넷째, EDI나 디스켓 등 전자매체로의 대불 청구방법 개선 및 응급기간에 해당되는지의 판단이 불분명한 의·약학적 전문적 판단이 요구되는 주요사안에 대해서만 심사위원의 심의 절차를 받도록 하는 등의 심사방법 개선이 필요하다고 하였다.

안민경(2006)은 응급대불제도 이용을 저해하는 요인으로 응급대불제도의 낮은 예산, 상환율 저조, 높은 심사조정율, 낮은 이용률, 청구절차의 복잡성을 문제점으로 지적했고, 전체 대불액의 1/4을 차지하나 상환금액은 지급액의 2.5%로 저조한 외국인 응급대불제도 문제점을 새로이 제시했다. 이에 따른 해결 방안으로 첫째, 대불기금 예산의 확대, 둘째, 상환율 높이기, 셋째, 외국인의 응급대불제도에 관한 법률의 정비, 넷째, 심사기준의 완화와 대불산정기준의 모호함 해결, 다섯째, 청구절차의 간소화와 의료기관 뿐만 아니라 환자 본인도 신청할 수 있도록 청구방법 개선이 필요하다고 제시했다.

보건복지부(2006a) ‘재정사업 자율평가 결과’에서는 응급의료비 대불사업의 추진

중 발생한 문제점과 이에 따른 해결 상황을 보고하였다. 2003년 5월 청와대국정상황실에서 제도적 미비점보다는 홍보부족이 문제임을 제기하여, 응급대불제도 안내책자를 제작·배포하고 의료기관 대상 교육을 실시하였다. 그러나 2004년 국정감사 결과 여전히 홍보미흡 및 의료기관 인식 부족이 문제로 제기되었고 이에 2005년 427개 의료기관을 대상으로 집합교육을 실시하였다. 2005년 4월 보건복지위원회 정형근 의원은 높은조정율, 청구절차의 복잡성, 긴 심사기간이 응급의료 기관의 불편을 야기한다고 하였고, 이후 심사 인력의 증원과 본인부담금 중 일부 수납금이 있으면 동 금액만큼 응급의료비용 대불 지급 시 제외하도록 되어 있는 체계를 개선하여 2005. 6. 20 진료 개시일을 기준으로 기 지급된 진료비가 있어도 미수금에 대한 대불청구를 가능하게 하였다.

이처럼 응급의료체계의 효율적 수행을 위한 현실적 제도운영의 일환인 응급대불 제도는 의료기관이나 응급환자 모두 의료비 부담능력에 관계없이 적정한 응급의료를 제공받을 수 있도록 하여 실질적으로 국민에게 도움이 되는 응급의료 체계를 마련하고자 시행된 제도이다(심우영, 2002). 하지만 본 제도는 널리 알지 못하거나 설사 알고 있다고 하더라도 절차가 복잡하다고 인식이 되어 있어 의사나 병원 등에서 이용을 기피하고 있는 것이 현실이다. 아무리 좋은 제도가 있더라도 그것을 운용하는 관계자들의 의지가 없으면 실효를 거두기는 힘들 것이다. 따라서 이해관계인들의 적극적인 제도 활용이 요망된다 할 것이다(범경철, 2003).

지금까지 응급대불제도의 문제점과, 활성화 방안에 관한 연구가 이루어지기는 했지만, 사업 수혜대상이 행려자, 주민등록말소자, 외국인 근로자 등으로 해당 사업에 대한 만족도 조사를 실시하는 것이 현실적으로 어려웠으며, 또한 의료기관을 대상으로 조사를 하는 경우 의료기관에서 전담으로 대불업무 담당자를 두고 있지 않으며, 업무특성상 사례가 있는 경우 청구하는 업무이기에 객관적인 조사 대상자 선정에 어려움이 있어 사업고객이나 이해관계인의 만족도를 측정할 연구는 없었다(보건복지부, 2006a). 따라서 본 연구에서는 지금까지 단 1건의 청구라도 시행한 의료기관을 대상으로 응급대불제도 이용 관련 요인간의 상관관계를 분석함으로써 의료기관 측면에서 응급대불제도를 살펴보고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 응급대불제도를 이용하는 의료기관의 이용실태와 인식을 파악함으로써, 대불제도 이용에 관련되는 요인간의 상관관계를 분석하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 2006년에 응급대불제도를 이용한 의료기관 231개 기관 중, 병원급 이상 의료기관 216개 기관을 대상으로 한다. 이중 폐업한 10곳을 제외하여 206개 기관의 응급대불제도 담당자를 대상으로 한다.

3. 연구도구

1) 응급대불제도 이용실태

건강보험심사평가원(2007)의 ‘응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환실적 자료’를 바탕으로 2006년도 응급의료비용 미수금 대불 청구 및 지급현황, 의료기관 종별 대불 현황, 보완자료 요청 및 반송 현황, 2006년 응급실 이용 인원수, 대불금 심사·지급 소요일수를 파악한다. 2006년도 응급환자 미수금 규모는 본 연구자가 구성한 설문지에 응답한 것을 바탕으로 파악한다.

2) 응급대불제도 이용에 대한 인식

본 연구에서는 문헌고찰을 통해 본 연구자가 응급대불제도 이용에 대한 지식 10문항, 태도 9문항, 장애정도 13문항, 만족도 3문항, 재이용 의사 4문항으로 구성하였다.

지식과 관련된 문항은 10문항으로 구성하였고, “예”, “아니오”로 응답하게 되어

있으며 전부 틀렸을 경우를 0점, 전부 맞췄을 경우를 10점으로 점수가 높을수록 지식 정도가 높은 것으로 측정하였다.

태도와 관련된 문항으로는 편리성 관련 문항 6문항, 유용성 관련 문항 3문항으로 구성되고, Likert 4점 척도로 “전혀 아니다”는 1점, “아니다”는 2점, “대체로 그렇다”는 3점, “매우 그렇다”는 4점으로 1점에서 4점으로 갈수록 긍정적 태도를 갖고 있는 것으로 측정하였다.

장애정도 관련 문항은 13문항으로, 대상기관의 장애정도에 해당하는 문항은 12문항이며 이중 11문항은 “예”, “아니오”로 응답하게 하였고, “예”는 1점, “아니오”는 0점으로 점수가 높을수록 장애정도가 높은 것으로 측정하였다. 1문항은 문항에 없는 장애요인이 있을 경우 자유롭게 기술하도록 하였다. 주위 다른 기관의 장애요인에 해당하는 문항은 1문항이며 해당 항목을 모두 선택하도록 하였다.

만족도 관련 문항은 3문항, 재이용 의사 관련 문항은 4문항으로 구성되고, Likert 4점 척도로 “전혀 아니다”는 1점, “아니다”는 2점, “대체로 그렇다”는 3점, “매우 그렇다”는 4점으로 1점에서 4점으로 갈수록 긍정적 태도를 갖고 있는 것으로 측정하였다.

예비문항의 내용타당도 검증을 위하여 3년 이상의 실무 경력을 갖고 있는 실무자 3명에게 검증을 의뢰하여 문항의 수정 및 보완과정을 거쳤으며, 응급대불제도를 이용한 경험이 있는 의료기관 2곳을 대상으로 사전 검사를 실시하여 사전 검사 결과 내용의 이해가 어려운 문장을 수정 보완하여 완성하였다.

본 연구에서 도구의 신뢰도는 지식은 Cronbach's $\alpha = .70$, 편리성은 Cronbach's $\alpha = .75$, 유용성은 Cronbach's $\alpha = .82$, 장애정도는 Cronbach's $\alpha = .72$, 만족도는 Cronbach's $\alpha = .80$, 재이용 의사는 Cronbach's $\alpha = .80$ 이었다.

그 외에 응급대불제도를 이용하는 기관의 일반적 특성 관련 문항은 10문항, 개인의 일반적 특성 관련 문항은 3문항으로 구성하였다.

4. 자료수집 기간 및 방법

자료수집은 연구도구의 보완을 위해 2007년 10월 17일 ~ 10월 19일까지 1차적으로 예비조사를 실시한 후, 2007년 10월 22일 ~ 11월 16일까지 연구대상 206개 기관을 대상으로 실시하였다. 조사는 문헌고찰을 통해 개발된 구조화된 자기기입식 설문지를 이용하여 우편과 팩시밀리를 통해 설문지를 발송하고 회신 받았다. 총 206부를 배부하고 이중 112부를 회수하여 전체 54.4%의 회수율을 보였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 12.0 program을 이용하여 통계처리 하였다.

- 1) 대상기관의 일반적 특성, 설문 응답자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 2) 응급대불제도 이용실태는 실수, 평균, 표준편차로 산출하였다.
- 3) 응급대불제도 이용에 대한 인식(지식, 편리성, 유용성, 장애정도, 만족도, 재이용 의사)은 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 4) 응급대불제도 이용 관련 요인 검정은 T-test와 ANOVA로 분석하였다.
- 5) 응급대불제도 이용 관련 요인간의 상관관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 일반적 특성

1) 연구 대상기관의 일반적 특성

연구 대상기관의 일반적 특성을 파악하기 위해 병원 형태, 소재지, 설립 형태, 병상수, 미수 환자 %, 미수 환자로 인한 운영상 어려움, 진료비 지불문제로 인해 응급환자 치료를 거절한 경우, 응급대불 청구 담당자 수에 대하여 조사하였으며 그 결과는 <표 8>과 같다.

연구 대상기관의 병원 형태는 종합병원이 64.3%로 가장 많았고, 병원(요양병원 포함)이 19.6%, 종합전문병원이 16.1%이었고, 소재지는 중소도시(시지역)가 47.3%, 광역시가 25.0%, 서울특별시가 17.0%로 전체의 89.3%가 중소도시 이상에 위치하고 있었고 농어촌(군지역)은 10.7%를 차지하였다. 설립 형태는 사립(학교법인, 사단법인, 재단법인, 사회복지법인, 회사법인, 의료법인, 개인 포함)이 84.8%, 국·공립(도립, 지방공사, 특수법인 포함)이 15.2%를 차지하였으며, 병상수는 400병상 이상 ~ 800병상 미만이 36.6%, 200병상 이상 ~ 400병상 미만이 32.1%, 60병상 이상 ~ 200병상 미만이 25.0%, 800병상 이상이 6.3% 이었으며, 60병상 미만은 없었다.

1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율은 1% 이상 ~ 5% 미만이 42.0%, 1% 미만이 30.4%로 전체의 72.4%가 5% 미만이었으며, 미수 환자로 인한 운영상의 어려움은 대체로 그렇다가 50.9%, 매우 그렇다가 18.8%로 전체의 69.7%가 운영상 어려움이 있다고 하였다. 진료비 문제로 인해 응급환자의 치료를 거절한 경우는 전혀 아니다가 61.6%, 아니다가 33.0%로 전체의 94.6%를 차지하였다.

응급대불 청구 담당자는 1명이 83.0%, 2명이 13.4%로 대다수의 병원에서 1명이 응급대불 업무를 담당하고 있는 것으로 나타났다.

<표 8> 대상기관의 일반적 특성

n=112

항목	구분	n	%
병원 형태	병원(요양병원 포함)	22	19.6
	종합병원	72	64.3
	종합전문병원	18	16.1
소재지	농어촌(군지역)	12	10.7
	중소도시(시지역)	53	47.3
	광역시	28	25.0
	서울특별시	19	17.0
설립 형태	사립	95	84.8
	국·공립	17	15.2
병상수	60병상 이상~200병상 미만	28	25.0
	200병상 이상~400병상 미만	36	32.1
	400병상 이상~800병상 미만	41	36.6
	800병상 이상	7	6.3
미수 환자 %	1% 미만	34	30.4
	1% 이상 ~ 5% 미만	47	42.0
	5% 이상 ~ 10% 미만	20	17.9
	10% 이상	3	2.7
	무응답	8	7.1
미수 환자로 인한 운영상 어려움	전혀 아니다	2	1.8
	아니다	28	25.0
	대체로 그렇다	57	50.9
	매우 그렇다	21	18.8
	무응답	4	3.6
진료비 지불문제로 인해 응급환자 치료를 거절한 경우	전혀 아니다	69	61.6
	아니다	37	33.0
	대체로 그렇다	4	3.6
	무응답	2	1.8
응급대불 청구 담당자 수	1명	93	83.0
	2명	15	13.4
	정해진 인원 없다	4	3.6

2) 설문 응답자의 일반적 특성

설문 응답자의 일반적 특성은 <표 9>와 같이 대불청구 업무 경력이 6개월 이상 ~ 2년 미만인 42.9%로 가장 많았고, 2년 이상 ~ 5년 미만이 29.5%, 5년 이상이 19.6%, 6개월 미만이 8.0% 순이었다. 소속 부서는 원무과가 83.0%, 심사과가 17.0%를 차지하였다.

응급대불 제도를 알게 된 계기로는 심사평가원 의료기관 대상 교육을 통해서가 45.5%로 가장 많았고, 심사평가원 홈페이지를 통해서가 11.6%로 두 번째를 차지했다. 기타로 업무 인계나 병원 자체 교육을 통해서 알게 되었다는 응답 등이 있었으며 28.6%를 차지하였다.

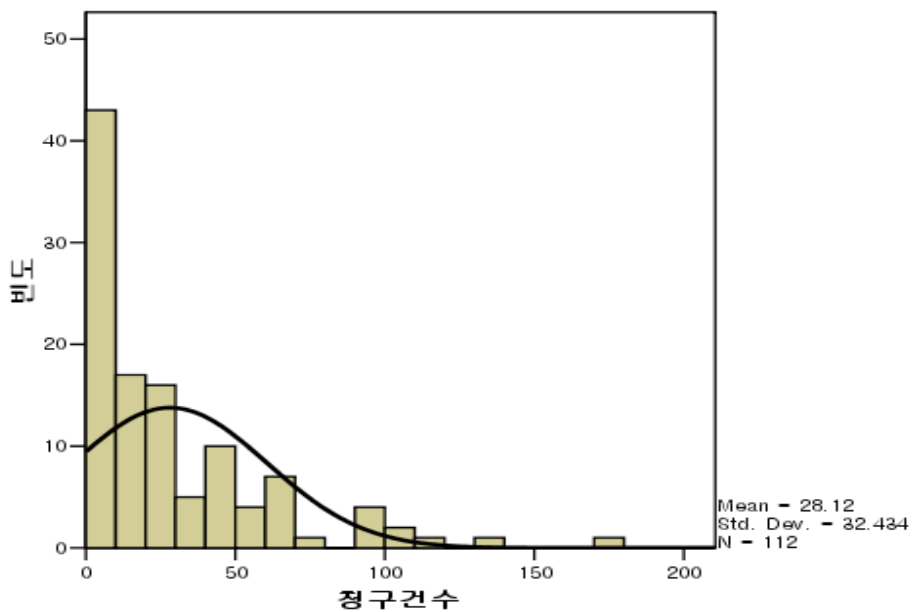
<표 9> 설문 응답자의 일반적 특성 n=112

항목	구분	n	%
대불청구자의 업무 경력	6개월 미만	9	8.0
	6개월 이상 ~ 2년 미만	48	42.9
	2년 이상 ~ 5년 미만	33	29.5
	5년 이상	22	19.6
소속 부서	원무과	93	83.0
	심사과	19	17.0
응급대불 제도를 알게 된 계기	심사평가원 의료기관 대상 교육을 통해서	51	45.5
	심사평가원 홈페이지를 통해서	13	11.6
	병원협회, 의사협회 등의 의료기관단체 게시판을 통해서	8	7.1
	다른 병원 미수환자 담당자를 통해서	7	6.3
	기타	32	28.6
	무응답	1	0.9

2. 2006년 응급대불제도 이용실태

2006년 응급대불제도 이용실태를 파악하기 위해 2006년에 대불 청구·지급된 것을 대상으로 청구건수, 응급실 이용 인원수, 청구금액, 응급환자 미수금 규모, 지급건수, 진료 형태, 지급금액, 반송 기관수, 반송 건수, 보완자료 요청 기관수, 보완자료 요청 건수, 보완자료 요청 횟수, 심사에서 지급까지의 소요일수를 조사하였다.

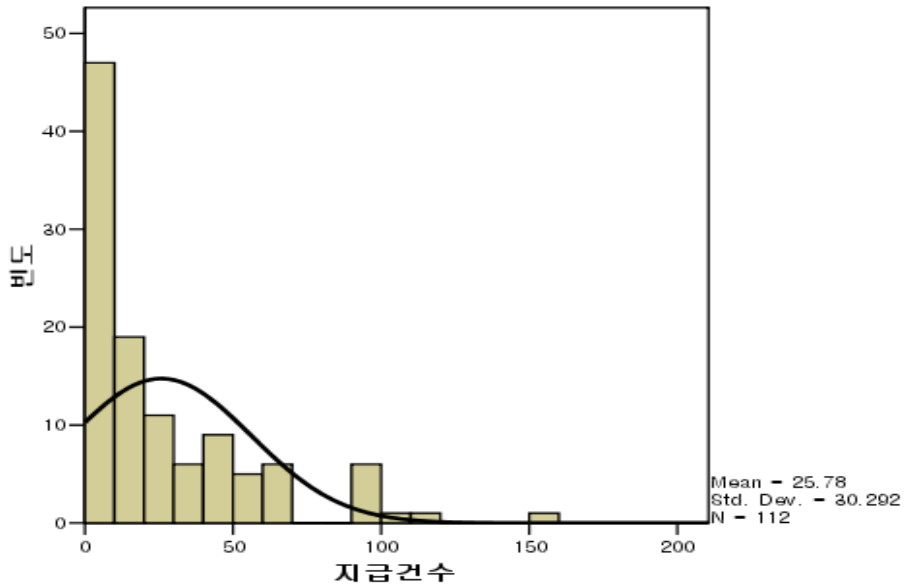
기관 당 청구건수 분포는 [그림 2]와 같이 10건 이하 청구하는 기관이 46개 (41.4%)로 가장 많았고, 100건 이상 청구하는 기관은 5개(4.5%)로 기관 당 평균 28.12 ± 32.43 건 청구하는 것으로 나타났다.



[그림 2] 청구건수 산포도

기관 당 평균 청구건수는 종합전문병원이 37.89 ± 29.69건으로 가장 많았으며, 청구금액 역시 종합전문병원이 기관 당 평균 2천6백만원 ± 2천7백만원으로 가장 높았다. 하지만 응급실 이용 인원수 대비, 병원은 0.24%, 종합병원은 0.33%, 종합전문병원은 0.20%를 응급대불 청구한 것으로 나타났는데, 1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율이 1% 이상이 62.6% 이고 전체의 69.7%가 미수 환자로 인해 운영상 어려움이 있다고 응답한 것과 비교했을 때, 실제 미수 환자수에 비해 응급대불로 청구하는 건수가 적은 것으로 나타났다. 2006년 응급환자 미수금 규모는 종합전문병원이 평균 6천6백만원 ± 8천2백만원으로 가장 높았으며, 병원이 7백2십만원 ± 7백5십만원으로 가장 낮게 나타나, 병원 형태가 커질수록 미수금 규모도 커지는 것으로 나타났다<표 10>.

기관 당 지급건수 분포는 [그림 3]과 같이 10건 이하 지급받은 기관이 50개 (44.6%)로 가장 많았고, 100건 이상 지급받은 기관은 3개(2.7%)로 기관 당 평균 25.78 ± 30.29건 지급받은 것으로 나타났다.



[그림 3] 지급건수 산포도

지급건수는 종합전문병원이 평균 34.06 ± 29.39건으로 가장 높았으며, 지급금액도 평균 2천백만원으로 높게 나타났다. 이는 진료 형태가 입원이 차지하는 비율이 44.0%로 높아 진료비가 외래에 비해 크기 때문이다<표 10>.

<표 10> 응급대불제도 이용실태 n=112

항목	병원	종합병원	종합전문	계
	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차
청구건수	7.68 ± 6.46	31.93 ± 35.40	37.89 ± 29.69	28.12 ± 32.43
응급실 이용 인원수 ^a	3,253 ± 1,810	9,583 ± 8,498	19,066 ± 10,249	10,584 ± 9,463
청구금액 ^b	4,499 ± 4,994	9,699 ± 11,617	26,919 ± 27,803	11,445 ± 16,118
미수금 규모 ^c	7,208 ± 7,458	21,051 ± 38,738	66,695 ± 82,338	24,215 ± 45,727
지급건수	6.36 ± 5.57	29.64 ± 32.70	34.06 ± 29.39	25.78 ± 30.29
입원	2.05 ± 2.24	5.43 ± 6.75	15.00 ± 15.57	6.30 ± 9.14
진료 형태				
외래	4.14 ± 4.62	24.21 ± 28.53	19.06 ± 23.01	19.44 ± 25.83
이송	0.18 ± 0.85			0.04 ± 0.38
지급금액 ^d	2,970 ± 3,654	7,407 ± 9,767	21,433 ± 24,238	8,790 ± 13,689

^a n= 101(병원급 결측값 11개 제외), ^{b, c, d} 단위 = 천원, ^c n= 83.

반송 대상 기관은 전체 청구기관 112기관 중 70기관(62.5%)으로 평균 0.63 ± 0.49기관이며, 반송건수는 청구건수 3,150건 중 263건(8.3%)으로 평균 한 기관당 2.35 ± 4.27건을 반송하는 것으로 나타났다. 보완자료를 요청 받은 기관은 평균 0.70 ± 0.46기관이며, 보완자료 요청건수는 평균 3.11 ± 5.30건을 요청받고 있는 것으로 나타났다. 종합전문병원에서 반송기관수, 반송건수, 보완자료 요청기관수, 보완자료 요청건수 및 횡수 모두 가장 많은 것으로 나타났다. 또한 대불청구기관의 대부분(94기관, 83.9%)이 보완자료 요청 및 반송 건이 발생하는 것으로 나타났다<표 11>.

<표 11> 반송, 보완 현황 n=112

항목	병원	종합병원	종합전문	계
	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차
반송기관수	0.59 ± 0.50	0.61 ± 0.49	0.72 ± 0.46	0.63 ± 0.49
반송건수	1.32 ± 1.91	2.29 ± 4.01	3.83 ± 6.59	2.35 ± 4.27
보완자료 요청기관수	0.59 ± 0.50	0.68 ± 0.47	0.89 ± 0.32	0.70 ± 0.46
보완자료 요청건수	1.32 ± 1.91	3.46 ± 6.16	4.06 ± 4.07	3.11 ± 5.30
보완자료 요청횡수	1.27 ± 1.42	3.78 ± 6.34	4.50 ± 4.11	3.40 ± 5.47

2006년 응급의료비 대불금 심사·지급 소요일수는 평균 31일로 요양급여비용 서면·전산매체 청구에 따른 법정심사기간 40일 이내에 처리되고 있다.

3. 대상자의 응급대불제도 이용에 대한 인식 정도

대상자의 응급대불제도 관련 인식은 지식, 편리성, 유용성, 장애정도, 만족도, 재이용 의사로 구성되고 이들에 대한 평균과 표준 편차는 <표 12>와 같다.

<표 12> 대상자의 응급대불제도 이용에 대한 인식정도 n=112

항목	범위	평균 ± 표준편차
지식	0-10	7.61 ± 2.05
편리성	6-24	15.23 ± 2.65
유용성	3-12	8.04 ± 1.85
장애정도	0-11	7.61 ± 2.37
만족도	3-12	9.43 ± 1.75
재이용 의사	4-16	13.16 ± 1.97

1) 응급대불제도 관련 지식 정도

대상자의 응급대불제도 관련 지식의 가능한 점수 범위는 최저 0점에서 최고 10점까지이며, 평균은 7.61 ± 2.05 점으로 나타났다.

문항별로 살펴보면 <표 13>과 같이 ‘대불 청구서와 확인서는 기관장의 직인을 찍은 후 원본으로 제출해야 한다.’가 정답률 98.2%로 가장 높았고 ‘미납확인서 대신 확인서로 갈음할 수 있는 경우는 환자 및 그 보호자의 행방을 찾을 수 없거나, 무연고 사망자 등 환자의 신원을 확인할 수 없는 경우에만 해당된다.’가 94.6%, ‘응급대불로 신청한 기간의 진료기록부는 모두 첨부해야 한다.’가 92.9%로 높게 나타났다. 반면에 ‘2005년 6월 19일 이전 진료분 중, 총 진료비(환자본인부담금)가 50만원이고 이중 응급증상에 의한 응급의료비용이 10만원일 때, 환자가 20만원을 의료기관에 기 납부한 경우 대불청구 가능 금액은 10만원이다.’가 47.3%로 가장 낮았으며, ‘진료비 영수증은 요양개시일로부터 퇴원하는 날까지 발생한 진료비 영수증이 아니라, 응급대불로 신청한 기간의 진료비 영수증을 첨부한다.’가 58.0%, ‘대불 청구액은 진료비 계산서상 미수금을 청구하는 것이다.’가 61.6%로 낮게 나타났다.

<표 13> 응급대불제도 관련 지식 정도

n=112

항목	정답	
	n	(%)
대불 청구서와 확인서는 기관장의 직인을 찍은 후 원본으로 제출해야 한다	110	(98.2)
미납확인서 대신 확인서로 갈음할 수 있는 경우는 환자 및 그 보호자의 행방을 찾을 수 없거나, 무연고 사망자 등 환자의 신원을 확인할 수 없는 경우에만 해당된다	106	(94.6)
응급대불로 신청한 기간의 진료기록부는 모두 첨부해야 한다	104	(92.9)
건강보험 자격이 있는 환자의 응급대불청구는 건강보험 법령에 따라 진료비를 청구하여 동 청구에 대한 심사 결과를 통보받은 날 이후에 청구해야 한다	98	(87.5)
응급증상 및 응급에 준하는 증상이 있는 자가 의료기관의 응급실 등에서 최초로 진료를 받기 시작한 날부터 퇴원하는 날까지 발생한 비용을 모두 청구하는 것이다	92	(82.1)
임의비급여, 선택진료료, 상급병실료차액도 진료비에 포함되므로 대불 청구 가능하다.	85	(75.9)
대불금은 추후 10년 이내 상환해야 하는 것으로 환자의 신원이 꼭 확인되어야 한다	70	(62.5)
대불 청구액은 진료비 계산서상 미수금을 청구하는 것이다	69	(61.6)
진료비 영수증은 요양개시일로부터 퇴원하는 날까지 발생한 진료비 영수증이 아니라, 응급대불로 신청한 기간의 진료비 영수증을 첨부한다	65	(58.0)
2005년 6월 19일 이전 진료분 중, 총 진료비(환자본인부담금)가 50만원이고 이중 응급증상에 의한 응급의료비용이 10만원일 때, 환자가 20만원을 의료기관에 기 납부한 경우 대불청구 가능 금액은 10만원이다	53	(47.3)

2) 응급대불제도 이용 시 편리성 정도

응급대불제도 이용 시 편리성의 가능한 점수는 최저 6점에서 최고 24점까지이며, 평균은 15.23 ± 2.65점으로 나타났다.

문항별로 살펴보면 <표 14>와 같이 ‘응급대불 제도 이용에 대한 안내(전화문의, 책자, 홈페이지 정보공개)는 적절하였다.’가 전체의 82.2%에서 편리하다고 응답하여 가장 높았으며, ‘대불청구 접수 후부터 지급까지 절차는 간단하였다.’가 59.0%로 그 다음으로 나타났다. 반면에 ‘대불청구에 필요한 서류 작성에 소요된 시간은 적당하였다.’는 35.7%에서만 편리하다고 응답하여 가장 낮게 나타났으며, ‘대불청구 후 심사 진행에 관한 사항을 쉽게 들을 수 있었다.’는 41.1%, ‘대불청구 접수 후부터 지급까지의 기간은 적당하였다.’는 49.1%로 전체적으로 편리성에 낮은 점수를 나타내었다.

<표 14> 응급대불제도 이용 시 편리성 정도 n=112

항목	전혀 아니다	아니다	대체로 그렇다	매우 그렇다
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
응급대불 제도 이용에 대한 안내(전화문의, 책자, 홈페이지 정보공개)는 적절하였다	1 (0.9)	19 (17.0)	75 (67.0)	17 (15.2)
대불청구 접수 후부터 지급까지 절차는 간단하였다	6 (5.4)	40 (35.7)	60 (53.6)	6 (5.4)
대불청구를 위한 접수 절차는 간편하였다	8 (7.1)	41 (36.6)	56 (50.0)	7 (6.3)
대불청구 접수 후부터 지급까지 기간은 적당하였다	6 (5.4)	51 (45.5)	51 (45.5)	4 (3.6)
대불청구 후 심사 진행에 관한 사항을 쉽게 들을 수 있었다	5 (4.5)	62 (54.5)	43 (38.4)	3 (2.7)
대불청구에 필요한 서류 작성에 소요된 시간은 적당하였다	13 (11.6)	59 (52.7)	38 (33.9)	2 (1.8)

3) 응급대불제도 유용성 정도

응급대불제도 유용성의 가능한 점수는 최저 3점에서 최고 12점까지이며, 평균은 8.04 ± 1.85 점으로 나타났다.

문항별로 살펴보면 <표 15>와 같이 ‘병원의 수익성이 향상되었다.’는 70.5%, ‘병원의 운영이 효율화 되었다.’는 66.0%, ‘응급 환자를 치료함에 있어 진료비 문제로 갈등하지 않고 즉시 양질의 진료를 제공할 수 있었다.’는 60.7%에서 유용하다고 나타났다.

<표 15> 응급대불제도 유용성 정도 n=112

항목	전혀 아니다	아니다	대체로 그렇다	매우 그렇다
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
병원의 수익성이 향상되었다	6 (5.4)	27 (24.1)	70 (62.5)	9 (8.0)
병원의 운영이 효율화 되었다	5 (4.5)	33 (29.5)	66 (58.9)	8 (7.1)
응급 환자를 치료함에 있어 진료비 문제로 갈등하지 않고 즉시 양질의 진료를 제공할 수 있었다	10 (4.9)	34 (30.4)	56 (50.0)	12 (10.7)

4) 응급대불제도 이용 시 장애정도

응급대불제도 이용 시 장애정도의 가능한 점수는 최저 0점에서 최고 11점까지이며, 평균은 7.61 ± 2.37 점으로 나타났다.

문항별로 살펴보면 <표 16>과 같이 ‘응급증상이 끝날 때까지만 대불 대상이 되므로, 이후의 진료비는 여전히 미수금으로 남게 된다.’가 96.4%로 장애정도가 가장 크게 나타났고, “선택진료료’, ‘상급병실료차액’은 신청 불가능하다.’, “응급증상 또는 이에 준하는 증상’의 범위가 제한적이다.’ 순으로 장애정도가 높은 것으로 나타났다. 반면에 ‘작은 업무 rotation 때문에 응급대불 업무를 잘 모른다.’는 32.1%, ‘대불청구에 대한 지식이 부족하다.’는 47.3%로 장애정도가 낮게 나타났다.

기타 장애 요인으로는 ‘외국인에 대한 대불 청구 시 신원확인 서류 확보의 어려움’, ‘응급대불 청구담당 전문 인력의 부족’, ‘원무과에서 청구하기 때문에 응급증상에 준하는 증상에 대해 비전문성으로 인한 어려움과 과도한 조정의 발생’, ‘의료기관의 확인서로 갈음할 수 있는 요건의 협소함’, ‘환자나 보호자의 비협조로 인해 미납확인서를 받는데 어려움’등이 있다고 하였다.

주위 다른 의료기관에서 응급대불 제도를 이용하지 않는다면 무엇 때문이라고 생각하는지에 대해서는 <표 17>과 같으며 ‘청구 절차 복잡, 지급까지의 긴 소요기간, 높은 심사조정을 등의 불편사항이 많아서’가 64.3%로 가장 높았으며, ‘이용의 필요성을 느끼지 못해서’는 4.5%로 가장 낮게 나타났다.

<표 16> 응급대불제도 이용 시 장애정도

n=112

항목	예	
	n	(%)
응급증상이 끝날 때까지만 대불 대상이 되므로, 이후의 진료비는 여전히 미수금으로 남게 된다	108	(96.4)
‘선택진료료’, ‘상급병실료차액’은 신청 불가능하다	100	(89.3)
‘응급증상 또는 이에 준하는 증상’의 범위가 제한적이다	99	(88.4)
‘대불청구에서 지급까지 소요되는 시간이 길다	89	(79.5)
대불청구에 갖춰야 할 서류가 많다	89	(79.5)
서면 청구로 인하여 번거롭다	82	(73.2)
대불금에 비해 지급액이 낮다(심사·조정이 많다)	73	(65.2)
대불청구를 환자나 보호자는 청구할 수 없고, 의료기관과 이송기관에서만 하도록 규정되어 있어 이용에 제한이 있다	66	(58.9)
홍보가 미비하다	57	(50.9)
대불청구에 대한 지식이 부족하다	53	(47.3)
잡은 업무 rotation 때문에 응급대불 업무를 잘 모른다	36	(32.1)

<표 17> 주위 다른 기관의 장애 요인 추정(중복 응답)

n=112

장애 요인	n	(%)
청구 절차 복잡, 지급까지의 긴 소요 기간, 높은 심사조정을 등의 불편사항이 많아서	72	(64.3)
교육 미비로 제도 이용 방법을 잘 몰라서	25	(22.3)
홍보 미비로 제도에 대해 모르고 있어서	18	(16.1)
이용의 필요성을 느끼지 못해서	5	(4.5)

5) 응급대불제도 만족도 정도

응급대불제도 만족도의 가능한 점수는 최저 3점에서 최고 12점까지이며, 평균은 9.43 ± 1.75 점으로 나타났다.

문항별로 살펴보면 <표 18>과 같이 ‘응급대불제도가 병원에게 바람직한 제도라고 생각하십니까?’가 40.2%에서 매우 그렇다, 54.5%에서 대체로 그렇다 로 총 94.7%에서 ‘그렇다’고 나타났다. 또한 ‘응급대불제도가 환자에게 바람직한 제도라고 생각하십니까?’는 총 91.1%에서 ‘그렇다’고 나타나, 응급대불제도가 병원 뿐만 아니라 환자에게까지 바람직한 제도라고 생각하는 것으로 나타났다. 그러나 ‘응급대불제도에 만족하십니까?’는 총 75%에서 ‘그렇다’고 응답해 다른 2문항에 비해 낮게 나타났다.

<표 18> 응급대불제도 만족도 정도

n=112

항목	전혀 아니다	아니다	대체로 그렇다	매우 그렇다
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
응급대불제도가 병원에게 바람직한 제도라고 생각하십니까?	4 (3.6)	2 (1.8)	61 (54.5)	45 (40.2)
응급대불제도가 환자에게 바람직한 제도라고 생각하십니까?	3 (2.7)	7 (6.3)	60 (53.6)	42 (37.5)
응급대불제도에 만족하십니까?	4 (3.6)	24 (21.4)	68 (60.7)	16 (14.3)

6) 응급대불제도 재이용 의사 정도

응급대불제도 재이용 의사의 가능한 점수는 최저 4점에서 최고 16점까지이며, 평균은 13.16 ± 1.97점으로 나타났다.

문항별로 살펴보면 <표 19>와 같이 ‘응급대불제도에 대한 청구방법의 개선, 청구 범위 등의 개선방안이 마련된다면 응급대불제도에 적극 참여하시겠습니까?’는 62.5%가 매우 그렇다, 36.6%가 대체로 그렇다 로 총 99.1%에서 높은 재이용 의사를 나타내었다. 반면에 ‘응급대불 청구 결과에 대해 신뢰하십니까?’는 총 78.6%가 긍정적인 응답으로, 다른 3문항의 긍정적인 응답이 90% 이상인 것에 비해 낮게 나타났다.

<표 19> 응급대불제도 재이용 의사 정도 n=112

항목	전혀 아니다	아니다	대체로 그렇다	매우 그렇다
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
응급대불제도에 대한 청구방법의 개선, 청구 범위 등의 개선방안이 마련된다면 응급대불제도에 적극 참여하시겠습니까?	1 (0.9)	0 (0.0)	41 (36.6)	70 (62.5)
앞으로 응급의료비 미수환자 발생 시 응급대불제도를 다시 이용하시겠습니까?	2 (1.8)	3 (2.7)	57 (50.9)	50 (44.6)
응급대불제도를 주위 다른 병원에도 추천하시겠습니까?	2 (1.8)	8 (7.1)	64 (57.1)	38 (33.9)
응급대불 청구 결과에 대해 신뢰하십니까?	2 (1.8)	22 (19.6)	69 (61.6)	19 (17.0)

4. 일반적 특성에 따른 이용 관련 요인

1) 일반적 특성에 따른 응급대불제도 관련 지식

일반적 특성에 따른 지식의 차이가 통계적으로 유의한 것은 <표 20>과 같이 소재지와 대불청구자의 업무 경력이었다(소재지 $F=2.77$, $p=.05$, 대불청구자의 업무 경력 $F=9.85$, $p=.00$). 구체적으로 소재지가 광역시인 경우, 대불청구자의 업무 경력이 5년 이상인 경우가 그렇지 않은 경우보다 지식의 점수가 통계적으로 유의하게 높았다.

<표 20> 일반적 특성에 따른 응급대불제도 관련 지식 n=112

항목	구분	평균 ± 표준편차	<i>t</i> 또는 <i>F</i> 값	<i>p</i> 값
병원 형태	병원(요양병원 포함)	6.86 ± 2.21	2.42	.09
	종합병원	7.90 ± 1.93		
	종합전문병원	7.33 ± 2.17		
소재지	농어촌(군지역)	6.08 ± 1.88	2.77	.05
	중소도시(시지역)	7.75 ± 1.92		
	광역시	8.00 ± 2.11		
	서울특별시	7.58 ± 2.14		
설립 형태	국·공립	7.41 ± 2.03	-.43	.67
	사립	7.64 ± 2.06		
병상수	60병상 이상~200병상 미만	6.93 ± 2.16	1.70	.17
	200병상 이상~400병상 미만	7.94 ± 2.03		
	400병상 이상~800병상 미만	7.85 ± 1.84		
	800병상 이상	7.14 ± 2.61		
응급대불청구 담당자 수	1명	7.54 ± 2.07	.33	.72
	2명	8.00 ± 1.89		
	정해진 인원 없다	7.75 ± 2.63		
대불청구자의 업무 경력	6개월 미만	5.44 ± 1.88	9.85	.00
	6개월 이상~2년 미만	7.13 ± 2.06		
	2년 이상~5년 미만	7.97 ± 1.65		
	5년 이상	9.00 ± 1.57		

2) 일반적 특성에 따른 응급대불제도 이용 시 편리성

일반적 특성에 따른 편리성은 <표 21>과 같이 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<표 21> 일반적 특성에 따른 응급대불제도 이용 시 편리성 n=112

항목	구분	평균 ± 표준편차	<i>t</i> 또는 <i>F</i> 값	<i>p</i> 값
병원 형태	병원(요양병원 포함)	14.45 ± 2.63	1.22	.30
	종합병원	15.46 ± 2.62		
	종합전문병원	15.28 ± 2.78		
소재지	농어촌(군지역)	14.50 ± 2.94	.44	.73
	중소도시(시지역)	15.32 ± 2.73		
	광역시	15.14 ± 2.56		
	서울특별시	15.58 ± 2.48		
설립 형태	국·공립	15.06 ± 3.27	-.29	.77
	사립	15.26 ± 2.54		
병상수	60병상 이상~200병상 미만	14.46 ± 2.65	1.40	.25
	200병상 이상~400병상 미만	15.47 ± 2.37		
	400병상 이상~800병상 미만	15.66 ± 2.87		
	800병상 이상	14.57 ± 2.44		
응급대불청구 담당자 수	1명	15.34 ± 2.76	2.71	.07
	2명	15.33 ± 1.63		
	정해진 인원 없다	12.23 ± 1.50		
대불청구자의 업무 경력	6개월 미만	13.44 ± 2.40	2.59	.06
	6개월 이상~2년 미만	14.92 ± 2.30		
	2년 이상~5년 미만	15.91 ± 2.07		
	5년 이상	15.64 ± 3.76		

3) 일반적 특성에 따른 응급대불제도 유용성

일반적 특성에 따른 유용성은 <표 22>와 같이 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<표 22> 일반적 특성에 따른 응급대불제도 유용성 n=112

항목	구분	평균 ± 표준편차	t 또는 F값	p값
병원 형태	병원(요양병원 포함)	7.91 ± 1.80	.09	.91
	종합병원	8.10 ± 1.92		
	종합전문병원	8.00 ± 1.75		
소재지	농어촌(군지역)	7.67 ± 1.44	.90	.44
	중소도시(시지역)	7.91 ± 1.97		
	광역시	8.07 ± 1.92		
	서울특별시	8.63 ± 1.60		
설립 형태	국·공립	8.29 ± 1.53	.60	.55
	사립	8.00 ± 1.91		
병상수	60병상 이상~200병상 미만	7.96 ± 1.71	.81	.49
	200병상 이상~400병상 미만	7.78 ± 2.00		
	400병상 이상~800병상 미만	8.39 ± 1.83		
	800병상 이상	7.71 ± 1.80		
응급대불청구 담당자 수	1명	7.99 ± 1.81	2.77	.07
	2명	8.80 ± 1.86		
	정해진 인원 없다	6.50 ± 2.08		
대불청구자의 업무 경력	6개월 미만	7.11 ± 1.62	1.80	.15
	6개월 이상~2년 미만	7.81 ± 1.92		
	2년 이상~5년 미만	8.30 ± 1.57		
	5년 이상	8.55 ± 2.06		

4) 일반적 특성에 따른 응급대불제도 이용 시 장애정도

일반적 특성에 따른 장애정도의 차이가 통계적으로 유의한 것은 <표 23>과 같이 대불청구자의 업무 경력이었다($F=4.16, p=.01$). 구체적으로 대불청구자의 업무 경력이 짧을수록 장애정도 점수가 통계적으로 유의하게 높았다.

<표 23> 일반적 특성에 따른 응급대불제도 이용 시 장애정도 n=112

항목	구분	평균 ± 표준편차	<i>t</i> 또는 <i>F</i> 값	<i>p</i> 값
병원 형태	병원(요양병원 포함)	7.91 ± 2.33	.66	.52
	종합병원	7.42 ± 2.39		
	종합전문병원	8.00 ± 2.38		
소재지	농어촌(군지역)	8.83 ± 2.21	1.57	.20
	중소도시(시지역)	7.26 ± 2.39		
	광역시	7.54 ± 2.25		
	서울특별시	7.89 ± 2.47		
설립 형태	국·공립	8.18 ± 2.35	1.08	.28
	사립	7.51 ± 2.37		
병상수	60병상 이상~200병상 미만	7.86 ± 2.16	.47	.71
	200병상 이상~400병상 미만	7.67 ± 2.41		
	400병상 이상~800병상 미만	7.29 ± 2.61		
	800병상 이상	8.14 ± 1.46		
응급대불청구 담당자 수	1명	7.75 ± 2.39	1.89	.16
	2명	6.53 ± 2.20		
	정해진 인원 없다	8.25 ± 1.50		
대불청구자의 업무 경력	6개월 미만	10.00 ± .87	4.16	.01
	6개월 이상~2년 미만	7.60 ± 2.46		
	2년 이상~5년 미만	7.45 ± 2.43		
	5년 이상	6.86 ± 1.96		

5) 일반적 특성에 따른 응급대불제도 만족도

일반적 특성에 따른 만족도는 <표 24>와 같이 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<표 24> 일반적 특성에 따른 응급대불제도 만족도 n=112

항목	구분	평균 ± 표준편차	<i>t</i> 또는 <i>F</i> 값	<i>p</i> 값
병원 형태	병원(요양병원 포함)	9.18 ± 1.56	.28	.76
	종합병원	9.50 ± 1.88		
	종합전문병원	9.44 ± 1.46		
소재지	농어촌(군지역)	8.92 ± 2.15	.55	.65
	중소도시(시지역)	9.38 ± 1.99		
	광역시	9.57 ± 1.35		
	서울특별시	9.68 ± 1.29		
설립 형태	국·공립	9.41 ± 2.12	-.04	.97
	사립	9.43 ± 1.70		
병상수	60병상 이상~200병상 미만	9.25 ± 1.99	.31	.82
	200병상 이상~400병상 미만	9.33 ± 1.79		
	400병상 이상~800병상 미만	9.63 ± 1.62		
	800병상 이상	9.43 ± 1.51		
응급대불청구 담당자 수	1명	9.44 ± 1.85	1.57	.21
	2명	9.73 ± 1.03		
	정해진 인원 없다	8.00 ± .82		
대불청구자의 업무 경력	6개월 미만	8.56 ± 2.01	.99	.40
	6개월 이상~2년 미만	9.40 ± 1.36		
	2년 이상~5년 미만	9.52 ± 1.97		
	5년 이상	9.73 ± 2.05		

6) 일반적 특성에 따른 응급대불제도 재이용 의사

일반적 특성에 따른 재이용 의사는 <표 25>와 같이 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<표 25> 일반적 특성에 따른 응급대불제도 재이용 의사 n=112

항목	구분	평균 ± 표준편차	t 또는 F값	p값
병원 형태	병원(요양병원 포함)	12.59 ± 1.89	1.21	.30
	종합병원	13.26 ± 2.06		
	종합전문병원	13.44 ± 1.65		
소재지	농어촌(군지역)	12.50 ± 2.61	1.60	.20
	중소도시(시지역)	12.96 ± 2.07		
	광역시	13.32 ± 1.66		
	서울특별시	13.89 ± 1.52		
설립 형태	국·공립	12.59 ± 2.40	-1.31	.20
	사립	13.26 ± 1.88		
병상수	60병상 이상~200병상 미만	12.54 ± 2.17	2.08	.11
	200병상 이상~400병상 미만	13.00 ± 2.14		
	400병상 이상~800병상 미만	13.68 ± 1.59		
	800병상 이상	13.43 ± 1.81		
응급대불청구 담당자 수	1명	13.11 ± 2.03	2.06	.13
	2명	13.87 ± 1.46		
	정해진 인원 없다	11.75 ± 1.50		
대불청구자의 업무 경력	6개월 미만	12.00 ± 1.41	1.71	.17
	6개월 이상~2년 미만	13.08 ± 1.99		
	2년 이상~5년 미만	13.21 ± 2.12		
	5년 이상	13.73 ± 1.78		

5. 관련 변수간의 상관관계

대상자의 주관적 보고로 측정된 응급대불제도 이용 관련 요인간의 상관관계는 <표 26>과 같다.

편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사는 서로 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었고, 장애정도와는 통계적으로 유의한 부적 상관관계가 있었으며, 지식은 단지 장애도와 통계적으로 유의한 부적 상관관계가 있었다. 만족도와 재이용 의사가 $r=.69(p=.00)$ 로 가장 높은 정적 상관관계를 보였고, 편리성과 만족도가 $r=.31(p=.00)$ 로 가장 낮은 정적 상관관계를 보였다. 또한 편리성과 장애정도가 $r=-.44(p=.00)$ 으로 가장 높은 부적 상관관계를 보였고, 지식과 장애정도가 $r=-.21(p=.00)$ 으로 가장 낮은 부적 상관관계를 보였다.

<표 26> 관련 변수간의 상관관계

n=112

	지식	편리성	유용성	장애정도	만족도	재이용 의사
지식		.17(.08)	.09(.37)	-.21(.03)	.06(.55)	.09(.35)
편리성			.36(.00)	-.44(.00)	.31(.00)	.33(.00)
유용성				-.32(.00)	.58(.00)	.54(.00)
장애정도					-.30(.00)	-.31(.00)
만족도						.69(.00)
재이용 의사						

V. 논의

응급대불제도는 진료비에 대한 미수 발생의 우려에서 비롯된 응급진료 거부가 많았다는 점을 고려하여 진료비 미수금에 대한 제도적 해결을 위해 1995년 제정되었다. 하지만 본 연구 결과에서는 진료비 문제로 응급환자의 치료를 거절한 경우는 3.6%로서 거의 모든 기관에서 법적으로 명시된 진료 의무를 다하고 있는 것으로 나타났다. 이들 기관의 72.4%에서 1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율은 5% 미만으로 그 수가 많지는 않았으나, 이들로 인한 운영상 어려움을 겪고 있다는 기관은 69.7%로 미수환자가 병원 운영에 있어 장애 요인임을 알 수 있다.

응급실 이용 인원수 대비, 병원은 0.24%, 종합병원은 0.33%, 종합전문병원은 0.20%를 응급대불 청구한 것으로 나타났는데, 1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율이 1% 이상이라고 응답한 기관이 62.6%임과 비교했을 때, 실제 미수 환자수에 비해 응급대불로 청구하는 건수는 매우 미미한 것으로 나타났다. 이는 1995년 의료기관의 응급의료 미수금 추정액이 연간 27억원으로 집계되었으나, 실제 의료기관의 응급의료 미수금 대불은 1.3%에 그쳤다는 선행연구(신영수 외, 1997)와 같은 결과라고 볼 수 있다. 따라서 법적으로 명시된 진료 의무를 이행함으로써 야기되는 미수금에 대한 부담은 전적으로 의료기관에서 짊어지고 있는 것으로 사료된다. 이에 응급대불제도를 이용해 본 의료기관 뿐만 아니라 한 번도 이용해 보지 않은 의료기관까지 연구대상에 포함시켜 왜 응급대불제도를 이용하지 못하는지에 대한 추후 연구가 필요하다고 생각한다.

응급대불제도를 이용하는 기관의 83.9%에서 반송 및 보완자료 요청이 빈번히 일어나고 있는 것으로 나타났는데, 이는 ‘대불 청구에 갖춰야 할 서류가 복잡하다.’(신영수 외, 1997; 손경애, 2005; 안민경, 2006)고 했듯이, 미납확인서 또는 의료기관의 확인서 미비, 진료기록부 사본, 검사결과지 사본 등의 관련서류 미첨부로 인한 보완 요청과 타법령 적용 전 청구, 진료기록부 사본 등 자료 미첨부로 인한

반송 등의 원인이 대부분이었다. 이중 많은 의료기관에서 환자 및 보호자의 비협조로 인해 미납확인서를 받는데 어려움을 나타냈는데, 응급실 이용 환자의 다빈도 상병별로 보았을 때, ‘머리의 손상’이 가장 많았으며(신언항 외, 2005), 따라서 응급환자가 의식불명이면서 보호자가 확인되지 않는 경우 등은 미납확인서 작성이 불가능 할 것으로 사료되며, 또한 응급대불제도에 생소한 환자들이 미납확인서를 작성하는 것을 꺼리기 때문으로 생각된다. 하지만, 현재 미납확인서는 대불 청구에 있어 가장 중요한 서류 중 하나이다. 응급대불제도가 의료기관에 응급진료비를 지급해 주는 것에 그치는 것이 아니라, 응급진료를 받은 환자에게 상환 받는 제도이기에 무엇보다 당사자의 동의가 필요하기 때문이다. 따라서 응급대불제도의 직접적인 수혜자인 응급환자들, 즉 모든 국민들을 대상으로 응급대불제도를 알려 환자 측에서도 먼저 응급대불제도 이용을 요청 할 수 있게 한다면, 미납확인서 작성이 한결 수월할 것으로 생각된다.

본 연구 결과 응급대불제도 이용에 대한 인식 정도는 재이용 의사 평균이 13.16점(범위: 4-16)으로 가장 높았고, 만족도 평균이 9.43점(범위: 3-12)으로 두 번째 높았으며, 지식 정도가 평균 7.61점(범위: 0-10)으로 그 다음을 차지했다. 장애정도가 평균 7.61점(범위: 0-11), 유용성이 평균 8.04점(범위: 3-12)으로 그 다음 순위였으며, 편리성은 평균 15.23점(범위: 6-24)으로 가장 낮게 나타났다.

영역별로 살펴보면 재이용 의사의 경우 ‘응급대불제도에 대한 청구방법의 개선, 청구 범위 등의 개선 방안이 마련된다면 응급대불제도에 적극 참여하겠다.’는 응답이 총 99.1%로 조건부적 재이용 의사가 높은 것으로 나타났다. 반면, ‘응급대불 청구 결과에 대해 신뢰한다.’는 응답률은 78.6%로 신뢰율이 조금 낮게 나타났다. 만족도의 경우에는 ‘응급대불제도가 병원에게 바람직한 제도라고 생각한다.’에 총 94.7%, ‘응급대불제도가 환자에게 바람직한 제도라고 생각한다.’에 총 91.1%가 ‘그렇다’고 응답해 응급대불제도가 병원 및 환자에게 바람직한 제도임을 나타냈으나, ‘응급대불제도에 만족한다.’는 응답은 75.0%로 신뢰율과 마찬가지로 조금 낮게 나타났다. 이는 ‘응급증상 또는 이에 준하는 증상’의 산정에 있어 청구하는 의료기관의 견해와 심사 기관인 건강보험심사평가원의 견해가 틀리기 때문에 생긴 결과로

사료된다. 또한 이로 인한 응급증상 이후의 진료비가 여전히 미수금으로 남게 되는 점은 의료기관에서 꼽는 가장 큰 응급대불제도 이용의 장애요인이다. 즉, 진료의무를 다하기 위해 응급처치를 행한 후에 정상적으로 이어지는 진료의 일련 과정은 응급대불 청구 범위에 해당하지 않는다. 그렇다고 해서 의료기관에서는 치료가 필요한 환자를 더 이상의 진료비를 받을 방법이 없다는 이유로 퇴원시키거나, 진료를 종결할 수는 없다. 실제 응급실 내원환자의 59.9%만이 증상이 완화되어서 귀가 했고, 20.2%는 입원 치료로 연결되었으며, 병실 부족이나 수술 등의 불가로 인해 전원 된 경우가 2.2%에 달했다(신언향 외, 2005). 또한 의사의 진료를 받지 않고 퇴원하는 환자들의 88%는 응급실을 퇴원하는 당시에 진료비가 필요했던 것으로 사료되며, 그 중 11%는 퇴원 1주일이 경과된 후에 입원할 정도로 심각한 질환이 과소평가되었다고 한다(hobbs et al, 2000). 따라서 의료기관에서는 응급환자의 응급처치 및 회복기 치료까지 다 마친 후에, 응급처치에 해당하는 진료비만을 응급대불제도를 통해 지급받고 그 이후의 진료비에 대해서는 여전히 미수금으로 떠안을 수밖에 없는 현실이다. 현애자 의원실, 건강세상네트워크(2004)의 보고에 따르면 2003년도 자격구분별로 이용금액을 살펴보면 기타(주민등록말소자, 외국인, 급여제한자 등)가 723,412천원(75.4%)로 가장 많았으며, 건강보험 가입자 213,151천원(22.2%), 의료급여 수급자 21,429천원(2.2%), 행려환자 1,544천원(0.2%) 이었다. 이처럼, 응급대불제도를 이용하는 대부분의 환자들은 응급진료비 뿐만 아니라, 그 후에 이루어지는 진료비 역시 납부할 능력이 없는 사람들이나 현행 응급대불제도는 너무 많은 부분을 의료기관에만 책임을 지우고 있다. 응급증상이 완화된 이후의 회복을 위한 진료비용과 재활치료비용까지 응급대불 대상에 포함(심우영, 2002; 현애자 의원실, 건강세상네트워크, 2004; 손경애, 2005)하도록 함은 응급대불제도를 효율적으로 활용할 수 있는 개선안이 될 것이다.

본 연구에서 대불청구자의 업무 경력이 높을수록 지식 정도도 높았으며($F=9.85$, $p=.00$), 장애정도는 낮게($F=4.16$, $p=.01$) 나타났다. 또한 지식과 장애정도는 통계적으로 유의한 부적 상관관계가 있었다($r=-.21$, $p=.00$). 따라서 청구담당자의 청구 방법에 대한 정확한 지식은, 응급대불제도 이용에 있어 장애정도를 감소시킬 것이

다. 지식 정도는 2006년 6월 20일을 기점으로 응급대불청구액 산정하는 방법, 진료비 영수증 첨부하는 방법, 실제 대불청구액을 산정하는 방법 등에서 매우 낮은 점수를 나타냈는데, 이는 대불금 심사에 있어 높은 심사 조정의 원인이 되기도 하며, 대불금에 비해 낮은 지급액은 응급대불제도 이용에 또 다른 장애요인이 된다. 응급대불제도를 알리기 위한 방법으로는 심사평가원에서 의료기관을 대상으로 시행하는 교육이 가장 효과적인 것으로 나타났는데(45.5%), 대불 청구자의 업무 경력이 2년 미만인 50.9%, 2년 이상이 49.1%로 업무 경력이 짧은 사람들이 과반수를 차지하고 있으므로, 의료기관 대상 교육에 있어 업무 경력이 짧아 지식 정도가 낮은 사람들을 교육 대상에 포함시켜야 할 것이다.

장애정도에는 ‘응급증상 이후의 진료비가 여전히 미수금으로 남는 점’, ‘응급증상 또는 이에 준하는 증상’의 범위가 제한적인 점, ‘대불금에 비해 지급액이 낮은 점’ 이외에도 ‘대불청구에서 지급까지 소요되는 시간이 길다.’(신영수 외, 1997; 심우영, 2002; 손경애, 2005), ‘대불청구에 갖춰야 할 서류가 많다.’(신영수 외, 1997; 손경애, 2005; 안민경, 2006) 등이 있다. 대불청구에서 지급까지 소요되는 시간은 2004년도까지 지속적으로 증가하여 2004년 158일로 가장 길었으나 2005년 50일, 2006년 31일로 감소하고 있어, 앞으로 심사·지급 소요일수로 인한 장애정도는 감소될 것으로 사료된다.

대불청구에 갖춰야 할 서류 중 의료기관에서 가장 번거로워 하는 것 중 하나가 진료기록부 사본 첨부이다. 이는 높은 보완자료 요청 원인 및 반송 원인을 차지하고 있다. 심사에 필요한 진료기록부는 응급실 기록지, 경과 기록지, 간호 기록지 외에도 order지, 검사 결과지 등으로, 응급진료인지의 여부 및 응급진료기간의 산정, 진료 내역의 시행 유무 확인 등에 사용된다. 그러나 응급진료를 받았는지의 여부는 대불청구서 ‘미수금 발생 사유’에 기재한 내용으로 확인 가능하다(신영수 외, 1997). 현재 대불청구서의 ‘미수금 발생 사유’를 적는 양식은 정해져 있지 않아 각 의료기관에서 자유롭게 기재하고 있으나, 진료기록부를 첨부하지 않는 대신 ‘미수금 발생 사유’에 정확한 C.C(주호소), P.I(현병력)를 기재하도록 하고 이를 요양급여비용명세서의 상병명, 세부 진료 내역과 비교·확인한다면, 충분히 응급진

료인지의 여부는 판단 가능할 것이다. 신영수 외(1997)는 요양급여비용 명세서 역시 미첨부해도 될 것이라고 하였으나, 진료 세부내역을 알기 위해서는 요양급여비용 명세서가 꼭 필요하며, 건강보험심사평가원이 진료비 내역을 심사·평가하는 전문기관으로 적절한 진료로 발생한 비용만을 대불해 주도록 하는 것은 심평원의 또 다른 역할이다. 또한 앞으로 응급증상이 완화된 이후의 회복기 치료까지 응급대불 대상에 포함시켜야 할 것이기에, 응급진료기간의 산정 절차는 불필요할 것으로 사료된다. 이를 위해서는 무엇보다 의료기관의 부당·허위 청구가 없어야 할 것이며, 국민의 세금으로 모여진 응급대불기금이 올바르게 사용될 수 있도록 의학적으로 타당하고 비용 효과적인 진료가 이루어져야 할 것이다.

응급대불제도의 유용성은 병원의 수익성 측면, 병원 운영 측면, 응급 환자 진료 측면에서 알아보았는데, 평균 65.7% 정도에서 긍정적으로 나타났다. 이 중 ‘병원의 수익성이 향상되었다.’가 70.5%로 가장 높게 나타나, 응급대불제도가 의료기관 등 공급자의 입장에서 고비용의 응급의료서비스를 제공하고도 그에 대한 보상을 받지 못함으로써 정상적인 진료활동을 저해 받는 현상을 방지한다는 목적에 부합하는 것으로 사료된다. 하지만, ‘응급 환자를 치료함에 있어 진료비 문제로 갈등하지 않고 즉시 양질의 진료를 제공할 수 있었다.’는 60.7%로 그 유용성이 비교적 낮게 나타나, 응급환자가 진료비의 문제로 적절한 의료서비스를 제공받지 못하는 현상을 방지하려는 목적 달성에는 미흡한 것으로 나타났다. 응급대불제도에 대한 만족도 및 신뢰도가 떨어지기 때문으로 사료되는데, 이를 해결하기 위해서는 제도 개선을 통해 응급환자 및 병원을 위한 든든한 지원 제도로서 거듭나야 할 것이다.

응급대불제도의 편리성은 가장 낮게 나타났다. 이 중 ‘대불청구에 필요한 서류 작성에 소요된 시간은 적당하였다.’가 총 64.3%에서 불편하다고 응답하여 가장 낮은 편리성을 나타냈다. 이는 모든 서류가 서면으로 제출되어야 하며, 미납확인서 작성, 많은 진료기록부 첨부, 응급진료기간에 해당되는 요양급여비용명세서 작성 등에 많은 시간이 소요되기 때문이다. 이를 개선하기 위해서 건강보험심사평가원에서는 Web 접수 시스템을 구축해서 청구 서류를 Web에서 작성하도록 하고, 첨부 서류를 scanning하여 파일로 첨부하는 방안을 추진 중에 있다(건강보험심사평

가원 내부자료). 하지만 청구 방법이 서면에서 Web으로 바뀐 것일 뿐, 청구 과정은 크게 달라진 것이 없다. 즉, 첨부 서류를 일일이 scanning하는 작업은 현재 진료기록부를 일일이 복사해서 제출하는 것과 마찬가지로 많은 시간을 필요로 하기 때문이다. 따라서 진료기록부를 첨부하지 않고 대불청구서에 기재하는 방법의 도입이 필요할 것으로 사료된다. 두 번째로 편리성이 낮다고 응답한 것은 ‘대불청구 후 심사 진행에 관한 사항을 쉽게 들을 수 있었다.’ 항목으로, 현재 심사 진행에 관한 사항을 알기 위해서는 담당부서로 전화 문의하는 것 이외에는 방법이 없기 때문으로 사료된다. 따라서 Web 접수 시스템 개발에 있어 심사 진행 상황을 Web에서 확인할 수 있는 방안도 같이 개발되어야 할 것이다.

일반적 특성에 따른 이용 관련 요인의 관계는 소재지와 대불청구자의 업무 경력이 지식에 통계적으로 유의했으며(소재지 $F=2.77$, $p=.05$, 대불청구자의 업무 경력 $F=9.85$, $p=.00$), 대불청구자의 업무 경력은 장애정도에도 통계적으로 유의했다($F=4.16$, $p=.01$). 하지만 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사는 일반적 특성과 관련이 없었다.

응급대불제도 이용 관련 요인 중 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사, 장애정도는 서로 상관관계가 있었으며, 지식은 단지 장애정도와 상관관계가 있었다. 만족도와 재이용 의사가 가장 높은 정적 상관관계($r=.69$, $p=.00$)를 나타냈고, 두 번째로 유용성과 만족도($r=.58$, $p=.00$), 세 번째로 유용성과 재이용 의사($r=.54$, $p=.00$)가 높은 정적 상관관계를 나타냈다. 따라서 응급대불제도의 활성화를 위해서는 의료기관의 만족도를 높이고, 제도 자체의 유용성을 높이는데 주력해야 할 것이다. 또한 편리성과 장애정도는 가장 높은 부적 상관관계($r=-.44$, $p=.00$)를 나타냈고, 장애정도는 만족도와 재이용 의사와도 부적 상관관계(만족도 $r=-.30$, $p=.00$, 재이용 의사 $r=-.31$, $p=.00$)를 나타냈는데, 제도 이용에 있어 불편한 점을 더욱 자세히 연구하여 제도 개선에 반영한다면 만족도와 재이용 의사가 높아질 것으로 사료된다.

그동안 응급대불제도와 관련된 선행연구들은 주로 응급대불제도의 문제점 및 제도의 활성화 방안에 관한 연구(신영수 외, 1997; 심우영, 2002; 현애자의원실, 건강

세상네트워크, 2004; 손경애, 2005; 안민경, 2006)가 진행되어 왔으나, 이들이 응급 의료비 대불현황 등의 운영실태를 분석한 반면, 본 연구에서는 응급대불제도를 이용하는 의료기관을 대상으로 응급대불제도 이용 관련 요인간의 관계를 파악해 본 것이 본 연구가 갖는 기여점이라고 볼 수 있다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 응급대불제도를 이용하는 의료기관의 응급대불제도 이용실태와 인식을 살펴보고, 응급대불제도 이용과 관련된 요인간의 상관관계를 분석함으로써, 향후 응급대불제도 활성화를 위한 제도 개선에 있어 기초자료를 마련하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

연구대상은 2006년에 응급대불제도를 이용한 의료기관 중 현재 운영중인 병원급 이상 의료기관 전수 206개 기관을 대상으로 하였으며, 자료수집은 예비조사를 통해 작성된 설문지를 사용하여 2007년 10월 22일부터 11월 16일까지 우편과 팩시밀리를 통해 수집하였다.

연구도구는 선행논문과 문헌고찰을 기초로 본 연구자가 개발한 응급대불제도 이용에 대한 인식 도구와, 응급대불제도 이용실태를 파악하기 위한 건강보험심사평가원의 '응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환 실적 자료'를 사용하였다.

자료분석은 SPSS 12.0 program을 이용하여 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였고, 응급대불제도 이용실태는 실수, 평균, 표준편차로 산출하였으며, 응급대불제도 이용에 대한 인식은 평균과 표준편차로 산출하였다. 응급대불제도 이용 관련 요인 검정은 T-test와 ANOVA로 분석하였고, 이용 관련 요인간의 상관관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율은 5% 미만인 전체의 72.4%를 차지하였고, 전체의 69.7%에서 미수 환자로 인한 운영상의 어려움이 있다고 하였다.
- 2) 응급실 이용 인원수 대비 응급대불 청구 건수는 병원은 0.24%, 종합병원은 0.33%, 종합전문병원은 0.20%로, 1달 평균 응급실 내원 환자수 중 미수 환자가 차지하는 비율이 1% 이상이 62.6%라고 한 것에 비해 실제 응급대불청구 건수는 미미했다.
- 3) 응급대불제도 이용에 대한 인식 정도는 재이용 의사 평균이 13.16점(범위: 4-16)으로 가장 높았는데, ‘응급대불제도에 대한 청구방법의 개선, 청구 범위 등의 개선 방안이 마련된다면 응급대불제도에 적극 참여하겠다.’는 응답이 총 99.1%로 조건부적 재이용 의사가 높은 것으로 나타났다. 그 다음으로 만족도(평균: 9.43점, 범위: 3-12), 지식정도(평균: 7.61점, 범위: 0-10), 장애정도(평균: 7.61점, 범위: 0-11), 유용성(평균 8.04점, 범위: 3-12) 순으로 나타났으며, 편리성은 평균 15.23점(범위: 6-24)으로 가장 낮게 나타났다.
- 4) 장애정도 중 ‘응급증상이 끝날 때까지만 대불 대상이 되므로, 이후의 진료비는 여전히 미수금으로 남게 된다.’가 96.4%로 가장 높게 나타났고, “선택진료료’, ‘상급병실료차액’은 신청 불가능하다.’, “응급증상 또는 이에 준하는 증상’의 범위가 제한적이다.’ 순으로 장애정도가 높게 나타났다.
- 5) 편리성 문항 중 ‘대불청구에 필요한 서류 작성에 소요된 시간은 적당하였다.’가 총 64.3%에서 불편하다고 응답하여 가장 낮은 편리성을 나타냈다.
- 6) 소재지와 대불청구자의 업무 경력은 지식과 통계적으로 유의했으며(소재지 $F=2.77$, $p=.05$, 대불청구자의 업무 경력 $F=9.85$, $p=.00$), 대불청구자의 업무 경력은 장애정도와의 통계적으로 유의했다($F=4.16$, $p=.01$). 하지만 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사는 일반적 특성과 관련이 없었다.
- 7) 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사는 서로 정적 상관관계가 있었으며, 장애정도는 편리성, 유용성, 만족도, 재이용 의사와 모두 부적 상관관계가 있었

다. 만족도와 재이용 의사가 가장 높은 정적 상관관계($r=.69, p=.00$)를 나타냈고, 두 번째로 유용성과 만족도($r=.58, p=.00$), 세 번째로 유용성과 재이용 의사($r=.54, p=.00$)가 높은 정적 상관관계를 나타냈다. 또한 편리성과 장애정도는 가장 높은 부적 상관관계($r=-.44, p=.00$)를 나타냈고, 장애정도는 만족도와 재이용 의사와도 부적 상관관계(만족도 $r=-.30, p=.00$, 재이용 의사 $r=-.31, p=.00$)를 나타냈다.

이상의 연구결과를 통해서 볼 때, 응급대불제도 이용현황은 그 필요성에 비해 미미한 것으로 나타났다. 응급대불제도 재이용 의사 영역의 인식 정도가 높게 나타났다으나 ‘장애 요인 등의 개선 시 적극 참여하겠다.’는 조건부적 재이용 의사가 높게 나타난 바, 응급대불제도의 활성화를 위해서는 무엇보다 장애 요인의 개선이 시급하며, 응급대불제도 이용의 편리성과 유용성을 향상시킬 수 있는 효과적인 개선 방안이 모색되어야 할 것이다.

2. 제언

1) 실무에 대한 제언

- (1) 응급대불제도의 활성화를 위해 의료기관 대상 홍보에서 벗어나, 실제 수혜자인 국민들을 대상으로 한 홍보를 시행할 것을 제언한다.
- (2) 응급환자의 진료가 조기에 중단되지 않고, 의료기관의 정상적인 진료활동에 대한 보상이 이루어지기 위해 응급증상으로 내원하여 이루어진 진료의 전 기간을 응급대불 대상에 포함시킬 것을 제언한다.
- (3) 대불청구자의 업무 경력이 2년 이하인 대상자들이 2년 이상인 대상자보다 지식이 낮았고, 지식은 장애정도와 부적 상관관계가 있었으므로, 업무 경력이 짧은 대상자들을 중심으로 한 교육 실시를 제언한다.
- (4) 대불청구 서류의 간소화를 위해 진료기록부 첨부 대신, 대불청구서 ‘미수금 발생 사유’에 주호소(C.C)와 현병력(P.I)을 기재할 것을 제언한다.

2) 추후 연구에 대한 제언

- (1) 본 연구에서 제시된 관련 요인 외에 응급대불제도 이용에 영향을 미치는 요인에 대한 확대된 연구의 실시를 제언한다.
- (2) 의료 제공자 측면에서 응급대불제도를 많이 활용하는 그룹과 잘 활용하지 않는 그룹의 차이를 파악하기 위한 비교 연구의 실시를 제언한다.
- (3) 응급대불제도 이용경험이 없는 의료기관을 대상으로 응급대불제도를 이용하지 않은 원인을 파악하기 위한 연구의 실시를 제언한다.
- (4) 수혜자 측면에서 응급대불제도를 이용해 본 환자들의 만족도를 추적 조사하는 연구의 실시를 제언한다.
- (5) 본 연구에서 사용된 응급대불제도 이용에 대한 인식 도구는 표준화 된 것이 아니므로 앞으로 표준화된 측정도구를 개발하여 반복연구 해 볼 것을 제언한다.

참고 문헌

- 강은정(2004). 의료안전망으로서의 공공의료와 의료공급체계의 재편. *보건복지포럼*, 98, 40-54.
- 건강보험심사평가원(2007). 응급의료비용 미수금 대불금 접수, 지급 및 상환실적.
- 건강보험심사평가원 (2006). 요양급여비용심사 업무편람.
- 권오탁(2006). 의료보장에 있어서 복지국가원리 실현 : 저소득층을 위한 법제를 중심으로. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김윤, 정구영, 조광현, 김현(2005). 응급의료 기본계획 수립 및 응급의료 운영체계 평가 - 응급의료 운영체계 평가. 한국보건산업진흥원.
- 대한의사협회 의료정책연구소(2003). 선진 주요국의 의료제도 연구.
- 배현아(2006). 응급의료법체계에서의 의사의 책임 : 전원적절성을 중심으로 한 미국법과 한국법의 비교. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 범경철(2003). 응급의료에 있어서 의사의 미수금 대불청구권. *의료법학*, 4(1), 345-366.
- 보건복지부(2006a). 2006년도 재정사업 자율평가 결과. 655-675.
- 보건복지부(2006b). 2007년도 응급의료기금 운용계획(안).
- 보건복지부, 건강보험심사평가원(2006). 응급의료비용미수금 대불제도.
- 손경애(2005). 응급의료비 대불제도의 효율적 운영에 관한 연구. 서강대학교 공
공정책대학원 석사학위논문.
- 손명세, 김상득, 이인영, 김소윤, 김계현, 장욱 등(2001). 응급의료에 관한 입법과
정 및 향후 개정방향에 관한 연구. 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과.
- 송현중(2004). 응급의료서비스체계의 현황과 정책과제. *보건복지포럼*, 90, 63-73.

신언항 정설희, 나백주, 박은철, 이선경, 이옥자 등(2005). 휴일 및 야간진료 활성화 방안. 건강보험심사평가원.

신영석(2007). 미국의 medicare 및 medicaid 의 모니터링 실태과약 출장보고서.

신영석, 신현용, 황도경, 김호임, 김진수(2006). 의료안전망 구축과 정책과제. 한국보건사회연구원.

신영수, 이평수, 강철환, 김세라, 김윤, 신준호 등(1997). 응급의료체계 운영평가 보고서. 한국보건의료관리연구원.

신영수, 곽홍, 김세경, 김영배, 김천주, 송화식 등(1996). 응급의료체계 운영평가 보고서. 한국보건의료관리연구원.

심우영(2002). 응급의료비 미수금 대불제도 운영 개선방안에 관한 연구. 건양대학교 경영행정대학원 석사학위논문.

안민경(2006). 응급의료비 미수금대불제도의 활성화 방안. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.

양미숙(2007). 일 대학 병원 응급의료센터 이용자의 병원전 응급의료체계의 인식도와 만족도 분석. 연세대학교 간호대학원 석사학위논문.

이신호, 박수경, 박재산, 배성권, 유선주, 이근찬 등(2005). 응급의료 기본계획 수립 및 응급의료 운영체계 평가 - 응급의료 기본계획 수립. 한국보건산업진흥원.

정구영(2004). 선진외국의 응급의료제도. *대한병원협회지*, 33(6), 72-82.

중앙응급의료센터(2005). 유럽 응급의료체계 견학 귀국 보고서. 중앙응급의료센터.

최덕기(2003). 한국의 응급의료 이송정책에 관한 실증적 연구. 단국대학교 대학원 박사학위논문.

현애자의원실, 건강세상네트워크(2004). 응급의료비 대불금 제도 이용실태 및 활성화 방안.

Hobbs D, Kunzman S C, Tandberg D & Sklar D(2000). Hospital factors associated with Emergency center patients leaving without being seen. *Am J Emerg Med*, 18(7), 767-772.

O'Toole T P, Arbelaez J J & Lawrence R S(2004). Medical debt and aggressive debt restitution practices: predatory billing among the urban poor. *J Gen Intern Med*, 19(7), 772-778.

Trzeciak S & Rivers E P(2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *emerg. Med. J*, 20(5), 402-405.

U.S Census Bureau(2004). Income, poverty, and health insurance coverage in the United State: 2003.

곽상희(2007). [글로벌 특집] 급변하는 세계의 의료현장 프랑스편 ① 프랑스 의료 보험체계 개괄.

http://blog.naver.com/mta_korea?Redirect=Log&logNo=80036682758

곽상희(2004). [글로벌 특집] 의료 만족도 세계 1위 - 프랑스. 디지털청년 의사.

<http://www.docdocdoc.co.kr/?num=5378&category=1>

비보험 이민자를 위한 공공의료혜택의 권리.

<http://www.thenyic.org/images/uploads/Uninsured%20-%20korean.pdf>

영국의 응급의료체계.

[http://www.emt.or.kr/myplus/bbs/include/PRINT.php3?table=edu3&l=11
&PERMISION=](http://www.emt.or.kr/myplus/bbs/include/PRINT.php3?table=edu3&l=11&PERMISION=)

응급의료에 관한 법률, 의료법.

<http://www.klaw.go.kr/>

이필구(2001). [기획시리즈]영국의료, 그 환상을 깬다(13) 영국의 의료전달체계 및 응급의료체계. 디지털청년 의사.

<http://www.docdocdoc.co.kr/?num=5378&category=1>

정동근(2001). 구멍 뚫린 응급의료체계 (5)佛·美 선진 응급의료체계.

<http://www.munhwa.com/news/view.html?no=2001110501012825012002>

중앙응급의료센터 홈페이지.

<http://www.nemc.go.kr/>.

AME.

<http://www.linternaute.com/imprimer/sante/magazine/conseils/securite-sociale/5.shtml>

CMU.

http://www.cfi.co.kr/bbs4/content.html?category=10&title_sub=&msg_id=463

SMUR.

<http://en.wikipedia.org/wiki/SMUR>

부탁의 말씀

안녕하십니까? 저는 연세대학교 교육대학원 간호학교육 석사과정에 있는 학생이며, 건강보험심사평가원에서 실무를 담당하고 있습니다.

본 설문지는 ‘응급의료비용 미수금 대불제도 이용 관련 요인’을 밝히기 위한 연구를 위해 작성되었습니다.

보다 효율적으로 제도 이용을 할 수 있는 방안과 개선점을 연구하고자 여러분의 귀한 경험과 의견을 듣고자 합니다.

응답하신 내용은 향후 응급의료비용 미수금 대불제도 개선을 위한 기초자료로 사용되어질 것입니다.

설문을 작성하시는 데에는 10분 정도 소요될 것입니다.

귀하의 응답은 본 연구를 위한 소중한 자료가 되므로 성의 있고, 솔직한 답변을 부탁드립니다.

설문에 응답하시어 아래의 Fax 번호로 보내주시기 바랍니다.

응답 내용은 오직 연구 목적으로만 사용되며, 무기명 처리됨으로서 절대 비밀이 보장됨을 약속드립니다.

귀한 시간을 내어 주심에 깊은 감사를 드립니다.

끝으로 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다.

2007년 10월

연세대학교 교육대학원 석사과정

연구자 : 소한나 올림

Tel : 017-633-1071, Fax : 02-587-9803

E-mail : shn791@hiramail.net

응급의료비용 미수금 대불제도(이하 ‘응급대불제도’라 한다)란 의료기관 등이 응급환자에게 응급진료 및 이송처치를 제공하고 응급환자로부터 비용을 지불받지 못하였을 경우, 응급의료에 관한 법률에 의하여 응급의료비용 미수금에 대한 대불사업을 위탁받은 건강보험심사평가원에 응급환자를 대신하여 지불하여 줄 것을 청구하면 심사평가원은 동 응급의료비용을 심사하여 대불하여 주고 사후에 응급환자 본인, 부양의무자 및 다른 법령에 의한 진료비부담 의무자에게 대불금을 상환 받는 제도입니다.

A. 다음은 귀원 및 귀하의 일반적 특성에 대한 질문입니다.

1. 귀원의 형태는 무엇입니까?

- ① 병원(요양병원 포함). ② 종합병원. ③ 종합전문병원.

2. 귀원의 소재지는 어디입니까?

- ① 농어촌(군지역). ② 중소도시(시지역).
 ③ 광역시. ④ 서울특별시.

3. 귀원의 설립형태는 무엇입니까?

- ① 국립. ② 사립. ③ 도립. ④ 공립. ⑤ 지방공사.
 ⑥ 특수법인. ⑦ 학교법인. ⑧ 사단법인. ⑨ 재단법인. ⑩ 사회복지법인.
 ⑪ 회사법인. ⑫ 의료법인. ⑬ 개인. ⑭ 기타 ()

4. 귀원의 병상수는 얼마입니까?

- ① 60병상 미만. ② 60병상 이상~200병상 미만.
 ③ 200병상 이상~400병상 미만. ④ 400병상 이상~800병상 미만.
 ⑤ 800병상 이상.

5. 2006년도 응급환자 미수금 규모는 어느 정도입니까? (약 원)
6. 1달 평균 응급실 내원 환자수의 몇 % 정도가 미수 환자입니까?
 ① 1% 미만. ② 1%이상~5% 미만. ③ 5%이상~10% 미만. ④ 10% 이상.
7. 귀원의 운영 상 응급의료비 미수환자로 인한 어려움이 있습니까?
 ① 전혀 아니다. ② 아니다. ③ 대체로 그렇다. ④ 매우 그렇다.
8. 귀원은 진료비 지불 문제로 인하여 응급환자의 치료를 거절한 적이 있습니까?
 ① 전혀 아니다. ② 아니다. ③ 대체로 그렇다. ④ 매우 그렇다.
9. 귀원의 2006년 1년 동안 응급대불 청구건수는 얼마입니까? (건)
10. 귀원의 응급대불 청구 담당자는 몇 명입니까? (명)
11. 귀하의 응급의료비용 미수금 대불청구 업무 경력은 얼마입니까?
 ① 6개월 미만. ② 6개월 이상~2년 미만. ③ 2년 이상~5년 미만. ④ 5년 이상.
12. 귀하의 소속 부서는 어디입니까?
 ① 원무과. ② 심사과. ③기타 ()
13. 귀하가 응급대불제도를 알게 된 계기는 무엇입니까?
 ① 심사평가원 홈페이지를 통해서
 ② 심사평가원 의료기관 대상 교육을 통해서
 ③ 병원협회, 의사협회 등의 의료기관 단체 게시판을 통해서
 ④ 다른 병원 미수환자 담당자를 통해서
 ⑤ 기타 ()

B. 다음은 응급대불제도 이용과 관련된 지식 정도에 대한 질문입니다. 다음을 읽고 맞으면 ‘예’, 틀리면 ‘아니오’에 √ 표를 해 주십시오. 책을 보거나, 다른 사람의 의견을 묻지 말고 본인이 알고 있는 범위 내에서 표시해 주십시오.

	예	아니오
14. 응급증상 및 응급에 준하는 증상이 있는 자가 의료기관의 응급실에서 최초로 진료를 받기 시작한 날부터 퇴원하는 날까지 발생한 비용을 모두 청구하는 것이다.		
15. 임의비급여, 선택진료료, 상급병실료차액도 진료비에 포함되므로 대불 청구 가능하다.		
16. 건강보험 자격이 있는 환자의 응급대불청구는 건강보험 법령에 따라 진료비를 청구하여 동 청구에 대한 심사 결과를 통보받은 날 이후에 청구해야 한다.		
17. 대불 청구서와 확인서는 기관장의 직인을 찍은 후 원본으로 제출해야 한다.		
18. 미납확인서 대신 확인서로 갈음할 수 있는 경우는 환자 및 그 보호자의 행방을 찾을 수 없거나, 무연고 사망자 등 환자의 신원을 확인할 수 없는 경우에만 해당된다.		
19. 대불 청구액은 진료비 계산서상 미수금을 청구하는 것이다.		
20. 진료비 영수증은 요양개시일로부터 퇴원하는 날까지 발생한 진료비 영수증이 아니라, 응급대불로 신청한 기간의 진료비 영수증을 첨부한다.		
21. 응급대불로 신청한 기간의 진료기록부는 모두 첨부해야 한다.		
22. 2005년 6월 19일 이전 진료분 중, 총 진료비(환자본인부담금)가 50만원이고 이중 응급증상에 의한 응급의료비용이 10만원일 때, 환자가 20만원을 의료기관에 기 납부한 경우 대불청구 가능 금액은 10만원이다.		
23. 대불금은 추후 10년 이내 상환해야 하는 것으로 환자의 신원이 꼭 확인되어야 한다.		

C. 다음은 응급대불제도 이용과 관련된 태도에 대한 질문입니다. 다음을 읽고
귀하의 생각과 일치하는 항목에 √ 표를 해 주십시오.

	전혀 아니다	아니다	대체로 그렇다	매우 그렇다
24. 응급대불제도 이용에 대한 안내(전화문의, 책자, 홈페이지 정보공개)는 적절하였다.				
25. 대불청구에 필요한 서류 작성에 소요된 시간은 적당하였다.				
26. 대불청구를 위한 접수 절차는 간편하였다.				
27. 대불청구 후 심사 진행에 관한 사항을 쉽게 들을 수 있었다.				
28. 대불청구 접수 후부터 지급까지 절차는 간단하였다.				
29. 대불청구 접수 후부터 지급까지 기간은 적당하였다.				
30. 병원의 수익성이 향상되었다.				
31. 병원의 운영이 효율화 되었다.				
32. 응급 환자를 치료함에 있어 진료비 문제로 갈등하지 않고 즉시 양질의 진료를 제공할 수 있었다.				

D. 다음은 응급대불제도 이용과 관련된 장애요인에 대한 질문입니다. 다음을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 항목에 √표를 해 주십시오.

	예	아니오
33. 대불청구에 갖춰야 할 서류가 많다.		
34. 대불청구에서 지급까지 소요되는 시간이 길다.		
35. ‘선택진료료’, ‘상급병실료차액’ 은 신청 불가능하다.		
36. ‘응급증상 또는 이에 준하는 증상’ 의 범위가 제한적이다.		
37. 응급증상이 끝날 때까지만 대불 대상이 되므로, 이후의 진료비는 여전히 미수금으로 남아있게 된다.		
38. 대불청구를 환자나 보호자는 청구할 수 없고, 의료기관과 이송기관에서만 하도록 규정되어 있어 이용에 제한이 있다.		
39. 대불청구액에 비해 지급액이 낮다.(심사·조정이 많다.)		
40. 서면 청구로 인하여 번거롭다.		
41. 홍보가 미비하다.		
42. 대불청구에 대한 지식이 부족하다.		
43. 잦은 업무 rotation 때문에 응급대불 업무를 잘 모른다.		

44. 기타 다른 장애요인이 있다면 적어 주십시오.

()

45. 주위 병원에서 응급대불제도를 이용하지 않는다면 그 이유가 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 이용의 필요성을 느끼지 못해서
- ② 홍보 미비로 제도에 대해 모르고 있어서
- ③ 교육 미비로 제도 이용 방법을 잘 몰라서
- ④ 청구 절차 복잡, 지급까지의 긴 소요 기간, 높은 심사조정을 등의 불편사항이 많아서

E. 다음은 응급대불제도 이용과 관련된 재이용 의사에 대한 질문입니다. 다음을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 항목에 √ 표를 해 주십시오.

	전혀 아니다	아니다	대체로 그렇다	매우 그렇다
46. 응급대불제도가 환자에게 바람직한 제도라고 생각하십니까?				
47. 응급대불제도가 병원에게 바람직한 제도라고 생각하십니까?				
48. 응급대불제도에 만족하십니까?				
49. 앞으로 응급의료비 미수환자 발생 시 응급대불제도를 다시 이용하시겠습니까?				
50. 응급대불제도를 주위 다른 병원에도 추천하시겠습니까?				
51. 응급대불 청구 결과에 대해 신뢰하십니까?				
52. 응급대불제도에 대한 청구방법의 개선, 청구 범위 등의 개선방안이 마련된다면 응급대불제도에 적극 참여하시겠습니까?				

53. 응급대불제도에 대해 원하시는 내용이 있다면 적어 주십시오.

()

◆ 바쁘신 시간에 응해주셔서 감사합니다.

ABSTRACT

Factors Related to the Use of the Financial Supporting System of Unpaid Bills for Emergency Medical Treatment

So, Han na

Department of Nursing Education

The Graduate School of Education

Yonsei University.

(Directed by Professor Tae Wha Lee)

The purpose of this study was to examine the actual use and recognition of the financial supporting system of unpaid bills for emergency medical treatment at medical institutions and to analyze correlation between factors related to the use of the system in order to provide basic data in institutional improvement for activating the system in the future. The research was conducted with 206 medical institutions which have experienced the financial supporting system of unpaid bills for emergency medical treatment as of 2006. Data collection was carried out using questionnaires completed through a pretest from October 22 to November 16, 2007, with a total of 112 copies used for analysis.

The questionnaire was developed by the researcher based on prior

researches. Payment data were collected by re-analyzing existing dataset of the Health Insurance Review and Assessment Service. Data were analyzed as real numbers, percentage, the mean, standard deviation, t-test, ANOVA, and Pearson's correlation using an SPSS 12.0 program. The results were as follows:

- 1) Those institutions which had less than 5% of the first-aid patients fail to pay a bill on the monthly-mean basis formed 72.4% of all; 69.7% were having operational difficulties due to those patients with unpaid bills.
- 2) While 62.6% had 1% or more of all first-aid patients—0.24% for hospitals, 0.33% for general hospitals, and 0.20% for general special hospitals—called upon to pay a bill for emergency medical treatment, there was just a small number of demands for paying a bill for emergency medical treatment.
- 3) As for recognition of the use of the financial supporting system of unpaid bills for emergency medical treatment, the intention to use it again got the highest mean of 13.16(ranging from 4 to 16), showing high intention to use it again on the conditional basis with a total of 99.1% 'willing to participate actively in the system if improvement schemes for methods and ranges of the demand for the system are established.' It was followed by satisfaction(9.43 on the average; ranging from 3 to 12), the amount of knowledge(7.61; ranging from 0 to 10), the degree of disorder(7.61; ranging from 0 to 11), usefulness(8.04; ranging from 3 to 12), and convenience(15.23; ranging from 6 to 24).
- 4) As for the barriers, 'since the target for paying a bill remains just until the end of an emergent symptom, the subsequent medical fees remain unpaid' formed the highest rate of 96.4%, followed by 'it is possible to

apply for 'optional medical fees' or 'the balance of upper-class room fees'' and "emergent symptoms or equivalents' have a limited range.'

- 5) For appropriateness of 'time spent on completing necessary documents to apply for payment of a bill,' a total of 64.3% complained that it was inconvenient, the lowest level for convenience.
- 6) Location and working career of demanders for bill-payment had statistically significant relationship with knowledge($F=2.77$, $p=.05$ for location; $F=9.85$, $p=.00$ for working career of demanders for bill-payment) and their working career also had statistically significant relationship with the degree of barriers($F=4.16$, $p=.01$).
- 7) Convenience, usefulness, satisfaction, and intention to use again had positive correlation with each other; the degree of barriers had negative correlation with all of convenience, usefulness, satisfaction, and intention to use again.

To put these results together, the present use of the financial supporting system of unpaid bills for emergency medical treatment was found to be insufficient as compared with its need. While there was high recognition in the area of intention to use the system again, it was on the conditional basis, such as 'willingness to participate actively with improvement in disorder factors, etc.'; therefore, it is most of all urgent to improve disorder factors in order to activate the system, along with an effective improvement scheme to improve convenient use and usefulness of the system.

Key words : Emergency medical treatment fee, unpaid bill, financial support for emergency, use of the financial supporting system of unpaid bills for emergency medical treatment