



# 한국 응급의료의 성장과 위기

이 성우

고려대학교 의과대학 고려대학교안암병원 응급의학과

## Current status of emergency care in Korea

Sung Woo Lee, MD, PhD

Department of Emergency Medicine, Korea University Anam Hospital, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea

**Background:** Emergency department (ED) overcrowding has formed a significant barrier to timely emergency care in Korea for the past 30 years; an associated problem, the shortage of on-call specialists, has persisted for the past 10 years.

**Current Concepts:** ED overcrowding has gradually improved since controls were imposed on the length of ED stay times. Improving hospital efficiency and patient flow can increase the number of patients treated while minimizing treatment delays and improving patient care quality. Provision of critical care in hospitals after emergency treatment in the ED is essential for critically ill emergent patients. Many specialists have difficulty getting paid for their ED services as emergency care costs are very low. Specialists may also be deterred by the additional liability risks of working in the ED.

**Discussion and Conclusion:** Many residents have withdrawn from emergent critical care in Korea due to conflicts between the government and doctors. Therefore, the government has recommended that patients with mild emergencies be prohibited from using the ED. However, there are more effective solutions to the emergency medicine crisis. Management of emergency patient flow through an “input–throughput–output” process that encompasses pre-hospital and in-hospital emergency medical services, regional emergency care, and inter-regional emergencies, should be effectively overseen. Additionally, the government should provide support for any resource deficiencies. To ensure a hopeful future for emergency care in Korea, both the government and doctors should strive to build an emergency care network that will operate through pre-hospital and hospital emergency care, inter-ED, and inter-regional emergency care systems.

**Key Words:** Crisis of critical care; Overcrowding; Patient flow; Crisis of emergency medicine

### 우리나라 응급의료의 시작과 성장 과정

응급의료는 병원전 단계와 병원단계의 유기적 협력에 의

해 응급환자에게 적시에 적정의 응급医료를 제공하는 것을 구체적 목표로 하며, 응급환자 발생의 예방부터 재활까지 그 실행범위가 넓다. 따라서 물적, 인적 지원과 제도 운영 등 많은 재원을 필요로 하며, 국가단위에서 종합적으로 구축되고 관리되어야 한다. 우리나라에서 응급의료는 1994년 1월 7일 응급의료에 관한 법률(약칭: 응급의료법)이 제정되면서 응급医료를 정의하고 응급환자정보센터의 설치, 응급구조사 양성 및 구급차의 운용, 응급의료기관의 지정 등의 근거가 마련되었고, 응급의료기금의 설치, 운용 등에 관한 근거를 제시하여 응급의료 운용을 위한 재원의 법적 근거가 마련되었다

Received: October 15, 2024 Accepted: December 11, 2024

Corresponding author: Sung Woo Lee

E-mail: [kuedlee@korea.ac.kr](mailto:kuedlee@korea.ac.kr)

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[1]. 응급의료법 제정에 앞서 응급환자에게 전문적 의료를 제공하기 위한 학술적 노력으로 1989년 대한응급의학회가 창립되고 동년 전공의 수련이 시작되었으며, 1995년 응급의학과가 전문과목으로 인정되었다[2]. 2022년 현재 누적 2,468명의 응급의학전문의가 배출되었으며, 410개소의 응급의료기관에서 연간 8,874,564명의 응급환자를 진료하고 있다[3].

이렇게 시작된 우리나라의 응급의료체계는 경증응급환자와 중증응급환자의 개념이 정비되지 않고, 응급센터 이용자들이 좋은 시설과 큰 병원 선호에 따라 대학병원 응급센터로 환자 쏠림이 가중되고, 그 결과 정작 중증환자에게 투입되어야 할 응급의료자원을 경증응급환자가 사용함으로써 대학병원 응급센터는 중증응급환자에게 적정 응급의료를 적시에 제공할 수 없게 되었다. 이에 2000년 응급의료법의 전면 개정을 통해 응급의료기관을 현재와 같이 중증응급환자 최종치료를 담당할 권역응급의료센터와 지역응급의료센터, 경증응급환자를 치료할 지역응급의료기관으로 구분하여 지정하고, 특수 응급질환을 위한 전문응급센터를 지정할 수 있도록 개선하였다[1]. 그럼에도 불구하고, 입원이 필요한 응급환자의 경우 해당 응급의료기관에 입원실이 없을 경우 적정 치료를 할 수 있는 타병원으로 전원되어야 하나, 환자의 큰 병원 선호에 따른 전원거부와 적정 전원을 관리할 제도 부족 등으로 응급실 과밀화를 더 가중시킨다. 이에 2016년부터 응급환자에게 한국형 응급환자분류체계가 도입되어 중증도와 응급도에 따라 응급환자가 적정 응급의료기관에서 치료받을 수 있도록 안내되기 시작하였고, 응급의료기관 평가제도에서는 중증응급환자의 응급실 체류시간을 권역응급센터의 평가항목으로 도입하여 권역응급의료기관들이 중증응급환자에게 의료기관의 입원실, 중환자실 등을 우선 사용할 수 있도록 유도하였다[4,5].

## 의정갈등을 전후한 응급의료 위기

우리나라의 응급의료는 지난 30년간의 개선/발전 노력으로 꾸준히 발전해 왔으나, 아직도 개선이 필요한 부분들이

많다. 대표적으로 의료/교육 분야에서의 수도권 집중과 필수의료분야의 고강도 노력 대비 낮은 보상은 지역응급의료의 약화와 응급의료와 같이 가야할 필수의료 전공자의 이탈로 이어져서 응급센터 내원 후 전문적 치료를 받지 못하고, 전원이 되거나, 처음부터 응급환자를 수용할 수 없는 미수용상황(속칭 응급실 뺑뺑이)을 발생시켰고, 의정갈등에 의한 전공의 사직사태는 이를 더욱 악화시키고, 지난 30년간의 응급의료체계 구축이 지난 30년간 구축한 응급의료체계가 붕괴될 수도 있다는 우려를 야기하고 있다. 이러한 응급의료의 취약점은 국가단위에서 물적, 인적 자원의 지원과 효율적 운용시스템을 통해 종합적으로 관리되어야 한다.

국가가 종합적으로 응급의료를 관리하는 목적은 응급의료자원을 효율적으로 활용하여 응급환자의 중증도에 맞는 적정의 응급의료를 적시에 제공하여 국민의 건강을 지키는 것이다. 응급의료의 효율성을 유지하기 위해서는 적정 재정의 투입과 함께 응급환자의 흐름이을 적정하게 유지하여 응급실 과밀화가 해소될 수 있도록 관리되어야 한다. 응급의료기관 과밀화는 ‘input - throughput - output’의 개념으로 이해된다[6]. Input 단계는 응급환자가 자신의 중증도에 맞는 응급의료기관을 이용하는 것이다. 이를 위해서는 각 종별에 따른 응급의료기관의 역할과 책임을 구체적이고, 명확히 하여야 하며, 일반인 대상 적정응급의료기관을 안내할 수 있는 기능을 도입하고, 119를 이용하는 응급환자의 경우 ‘병원전 한국형 중증도분류체계’를 도입과 함께 응급의료기관과의 소통체계가 마련되어야 하며, 병원의원 등에서 전원 되는 경우 중증도와 응급도를 고려한 적정응급의료기관 이용체계를 신설하여야 한다. 따라서 일반시민, 119, 지역병의원 등의 병원전 응급의료와 응급센터가 단절이 아니라 소통할 수 있는 응급센터 이용체계 마련이 필요하다. Throughput 단계는 응급센터 체류시간과 밀접하게 관련된다. 사회적 고령화 현상은 만성질환의 급성 악화와 연관되어 응급센터 내 진단 및 치료를 위한 많은 자원과 시간을 필요로 한다[7]. 아울러 고령환자의 높은 입원율은 항시 권역응급의료센터를 운영하는 의료기관의 입원실 부족으로 입원대기 시간의 증가를 초래했다. 응급의료관련 수가의 인상과 함께 응급환자가 우선적으로 의료기관 내 입원실 등의 응급시설/기구를 우선 사용

할 수 있도록 지속적으로 유도하여야 한다. 현 의정사태는 throughput 단계의 필수 인력인 응급의학과 전공의사의 이탈을 발생시켜 응급센터 내에서 적정 치료에 큰 어려움을 초래하고 있으며, 이는 input 단계에서 응급환자의 센터 진입에 큰 장벽으로 작용하고 있다. 사직전공의 들이 빨리 복귀할 수 있도록 정치적 결단이 필요한 시점이다. Output 단계에서는 각 종별 응급의료기관의 역할과 책임에 따라 중증응급환자에게는 중증최종치료를 경중응급환자에게는 경중최종치료를 제공하는 것으로 입원/귀가/전원 등의 결정과 함께 필요한 수술/처치를 연속해서 제공하는 것이다. 특히 중증응급환자에게 최종치료를 제공할 권역응급의료센터에서는 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 신경과, 신경외과 등의 필수협진과의 역량 유지가 전제되어야 한다. 이의 약화는 input 단계에서 응급환자 미수용 사태로 곧장 연결되어 나타나고 있다. 우리나라 보다 앞서 응급의료를 시작한 미국에서도 2000년대 초 많은 필수과 전문의들이 힘든 업무와 의료소송의 부담 등으로 응급의료분야를 이탈하였고 이는 응급의료기관의 폐쇄로 이어지는 경험을 한 바 있다[8]. 우리나라도 응급의료관련 필수 전문인력에 대한 의료소송의 부담 완화와 적정 보상, 사회적 존중이 제도적으로 마련되고 실행하여 응급의료 역량을 지속적으로 유지하고 강화해야 한다.

지역응급의료공백은 지역 내 중증응급환자 치료공백을 가져오므로 지속적인 지역 내 중증응급최종치료 역량강화를 위한 정부의 지원과 함께, 지역 내 응급환자 전원체계를 견고하게 만들어야 한다. 이런 전원체계는 중증환자를 위한 신속한 상향식 전원뿐 아니라, 입원이 필요한 중등도 응급환자의 하향식 전원도 포함되어야 하며, 이 두 가지 모두가 지역 내에서 완성될 수 있도록 지속적으로 모니터링 되고 지원되어야 하며, 지역완결형 응급의료체제로 해결되기 어려운 응급환자의 경우 지역간 전원체제로 관리되어야 한다. ‘Input - throughput - output’으로 표현되는 응급환자 흐름과 병원전 응급의료와 병원 내 응급의료, 지역 내 응급의료, 지역간 응급의료의 씨줄과 날줄로 꼼꼼하게 엮어서 관리하고, 부족한 부분의은 지원을 통해 채우며, 잘못된 부분은 다시 짜는 노력이 국가가 종합적으로 응급의료 관리하는 일이라고 생각한다.

## 결론 및 제언

지금 우리나라 응급의료체계는 응급의학과와 필수협진과 전공 의사의 이탈로 지난 30년간의 응급의료 구축 성과들이 붕괴될 위기에 직면하고 있다. 의사수가 많아진다고 응급의료와 관련된 필수의료의사가 많아지지는 않는다. 응급의료에 종사하는 의사를 포함한 종사자들에 대한 적정 보상과 사회적 존중과 배려가 적실히 필요한 시점이다. 사회적 존중과 배려는 응급환자의 자신의 중증도에 맞는 적정응급의료기관에서 치료를 받는 것에 대한 이해와 내원부터 최종치료까지의 단계에서 이루어지는 의료진의 의견과 설명에 대한 존중을 의미한다. 물론 응급의료진도 전문가로서의 역량을 가지고 치료과정 최선을 다하고 그 설명에 충실하여야 한다. 그리고 병원전 단계의 응급의료와 병원단계에서의 응급의료간 객관적 소통채널 구축과 관리가 필요하며, 응급의료기관간 역할에 따른 지역 내 및 지역간 협력체계 마련이 시급하다. 국가는 종합적으로 응급의료체계를 관리하여 응급환자가 전국 어디에 있더라도, 적시에 중증도에 맞는 적정의 응급의료를 제공할 수 있도록 관리와 지원을 아끼지 않아야 할 것이다.

**찾아보기말:** 필수의료위기; 과밀화; 환자흐름; 지역완결형 응급의료체계

## ORCID

Sung Woo Lee, <https://orcid.org/0000-0003-4492-0258>

## Conflict of Interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## References

1. Korea Ministry of Government Legislation Korean Law Information Center. Act. Accessed October 8, 2024. <https://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%B2%95%EC%A0%9C%EC%B2%98%EC%A7%81%EC%A0%9C>
2. Yoo IS. History of emergency medicine. In: Korean Society of

- Emergency Medicine 30th years. Korean Society of Emergency Medicine; 2021. p. 6.
3. National Emergency Medical Center. 2022 Annual report of emergency medical statistics (vol 21). p. 12-22. Accessed October 8, 2024. [https://www.e-gen.or.kr/nemc/statistics\\_annual\\_report.do](https://www.e-gen.or.kr/nemc/statistics_annual_report.do)
  4. Park J, Lim T. Korean Triage and Acuity Scale (KTAS). J Korean Soc Emerg Med 2017;28:547-551.
  5. Han GS, Kim WY, Kim SJ, et al. Research for improvement of the national evaluation program for emergency medical center in Korea. J Korean Med Assoc 2020;63:227-234.
  6. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med 2003;42:173-180.
  7. Korean Society of Emergency Medicine (KSEM). A report on the development of emergency medical indicators and infographics by the type of emergency medical institutions. KSEM; 2022. p. 39-41.
  8. Dharshi A. The future of emergency care in the United States health system: a report from the Institute of Medicine. J Pediatr Surg 2006;41:1793-1798.