

우리나라 중환자 진료: 문제점과 해결방안

Critical Care Medicine in Korea: Problems and a Solution



고 윤 석 | 대한중환자의학회 회장/울산의대 호흡기내과 | Younsuck Koh, MD

President Korean Society of Critical Care Medicine /Professor of Medicine, Department of Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Ulsan College of Medicine

E-mail : yskoh@amc.seoul.kr

J Korean Med Assoc 2010; 53(5): 360 - 361

Abstract

The goal of critical care support is to prevent premature death and to reduce the morbidity and suffering of the critically ill patients by intensive therapy for reversible illness within optimal timeframe. Undesirable quality of critical care service in Korean hospitals necessitates system-level change in the organization of critical care. The causes of critical care system failure are multifactorial, including unreasonable critical care reimbursement system, shortage of critical care professionals, and unacceptable level of legal standard for the critical care delivery system. The Korean Society of Critical Care Medicine (KSCCM), which was established in 1980, has been trying to improve critical care delivery system. The Society believes that improving ICU care can be achieved by standardizing the critical care initiated by dedicated full-time critical care physicians. To achieve this goal, the Society has attempted to include the critical care specialty as a part of our medical society during the past five years. On April 15th, 2008, the Society established a critical care specialty under the endorsement of the Korean Academy of Medical Societies. The Society believes that implementation of the critical care specialty and the core critical care education and training system can significantly enhance the quality of critical care and patient outcomes in Korean medical institutions. In order to create the high-quality critical care through the successful critical care team approach, we should reform the present critical care delivery system, and re-prioritize medical resources together with relevant legal support. For this, a long-term task force team consisting of all involved stakeholders including policy makers should be operated. The task force team has to play a central authority to implement and regulate the enhanced critical care system effectively to Korean hospitals. The reformation of critical care system should not be delayed, since intensive care unit is the last resort for the critically ill patients.

Keywords: ICU; System failure; Solution; Definition; Full time intensivist

핵심 용어: 중환자실; 위기; 해결방안; 중환자실 전담의사

중환자는 조기에 신속하고 정확한 집중치료만이 회복의 가능성을 높일 수 있다. 그러므로 중환자는 신체의 변화를 감시할 수 있는 설비와 유효한 치료를 할 수 있는 전문진료팀으로 구성된 중환자실이 필요하다. 2008년 현재 중환자실을 운영하는 병원은 308개로 추정된다. 2004년도 건강보험심사평가원의 4/4 분기 조사자료에 따르면 중환자실을 이용한 중환자의 입원건수는 전체 입원건수의 6.4%이며 그 진료비용은 2,587억, 전체 입원 진료비의 22.5%로 중환자진료가 국내 의료에서 차지하는 비중은 상당하다. 그러나 국내 중환자의학의 수준은 선진국에 비하여 뒤떨어졌고 이는 치료성적으로 나타나고 있다. 2004년 심평원 조사에 따르면 우리나라 중환자실에 입원 중 11.9%의 환자가 사망하고 퇴원 1개월 내에 전체 입원환자의 32.3%가 사망하였다. 2002년도에 131,403명의 중환자를 대상으로 조사한 서구의 경우 중환자실 입원 중 사망률은 9.8%이었다.

국내 중환자의학의 부실요인으로 우선 중환자 운영에 따른 재정 손실을 들 수 있다. 2008년에 중환자실 병상료를 개선하기 위한 병상료 차등 등급제가 실시되었어도 원가(등급별 30~50% 추정)에 미치지 못하며 상위 등급을 유지할수록, 즉 제대로 운영할수록 적자의 폭이 커지는 구조로 되어 있다. 이러한 적자요인으로 인하여 중환자진료 인력구조는 심평원의 병상료 지급 기준에서도 나타난 바와 같이 1명의 간호사가 6명의 환자를 보는 5등급까지 나뉘어져 있다. 더구나 중환자실에 중환자를 전문으로 진료하는 전문의가 상주하는 병원은 3차병원에서조차 드물다. 이는 중환자진료관련 의료법의 시행규칙에 중환자실 전담의사의 정의가 잘못된 것에도 원인이 있는데 성인 중환자실은 전담의사를 '둘 수도 있다' 라고 되어 있다. 또한, 그 시행규칙에는 1개 단위를 30병상으로 하였을 때나 10병상으로 하였을 때나 단위 별로만 간주하여 전담의사가 진료하는 최대 환자 수에 대한 규정이 없다. 이는 중환자실을 내과계 외과계 등으로 세분하여 운영하는 병원이 더 불리한 기준이다. 인력뿐만 아니라 중환자진료 장비도 2009년에 조사한 국내 30개 대학병원의 중환자실의 설비가 싱가포르 일본뿐만 아니라 말레이시아와 중국의 대학병원들에 비하여도 열악한 수준을 보였다.

이러한 중환자 진료상황은 국내 중환자들에게 심각한 위협이 되고 있다. 중환자의학을 제대로 전공한 의사가 부족하고 관련시설이 부족한 병원은 중환자진료를 기피하는 현상으로 나타나고 있으며 중환자들이 대학병원에서의 병상을 찾기까지 불필요한 시간이 소요되어 적절한 시기에 치료를 받지 못하는 문제점을 초래하고 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위하여 대한중환자의학회는 당장 해결이 어려운 중환자진료 수가 개선보다 중환자진료 전문인력의 양성에 우선 초점을 맞추었는데 전문인력의 양성은 하루 아침에 이루어질 수 없기 때문이었다. 이를 위하여 다각적인 노력 끝에 대한중환자의학회의 뜻을 이해한 대한의학회와 유관학회들의 동의를 얻어 2008년부터 중환자의학세부전문의제도가 시작되었다. 중환자세부전문의 수련과정이 시작되고 2년 간 해마다 약 50명 이상의 중환자의학세부전문의 수련신청이 있었다. 이제는 이들이 중환자실에서 제대로 환자를 볼 수 있도록 중환자실 진료시스템을 선진화하여야 한다. 전공의 수준으로 정의된 현재의 중환자실 전담의사의 수준을 원하는 병원부터 혹은 3차병원부터 전문의 전담으로 바꾸어야 한다. 중환자실 전담의사는 전문의로서 자기 근무시간의 50%를 중환자실에서 보내는 의사로 하는 것이 타당하다. 그리고 한명의 중환자전문의가 20명 이상의 환자는 진료하지 않도록 규정하고 그에 합당한 진료비를 보험공단에서는 지불하여야 한다. 중환자실 전담의사들은 진료 질의 향상뿐만 아니라 중환자들이 보다 인간적인 품위를 갖추고 안전하게 진료를 받을 수 있도록 진료환경을 개선해 나가야 한다.

중환자진료의 지속적인 개선을 위하여 보건복지가족부, 심평원 및 대한중환자의학회, 대한중환자간호사회 등과 같은 전문집단으로 구성된 상설자문위원회가 필요하다. 이 위원회를 통하여 중환자진료와 연관된 문제들을 협의하고 장기 계획을 추진하여야 한다. 지난해 신종플루의 중환자 진료시 보건복지가족부, 질병관리본부 및 대한중환자의학회의 신종플루 대책팀이 협력하여 단기간에 진료지침서 개발과 교육을 시행한 것이 이러한 팀 전략의 좋은 예이다. 중환자실은 중환자들에게는 삶의 마지막 비상구이다. 이제는 우리 모두가 더 이상 우리나라 중환자 진료 상황을 모른 척해서는 안된다.