

중환자의학 세부전문의 제도의 의의

The Critical Care Specialty Board System in Korea



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

President of 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 2009; 52(5): 438 - 440

Abstract

When considering the establishment of the Korean Society of Critical Care Medicine (KSCCM) in 1980, the beginning of intensive care in Korea was not behind the time. However, the level of our intensive care quality lags behind that of advanced countries. The unreasonable reimbursement system in Korea for required critical care costs staggers critical care development, along with the full time intensivist shortage problem in intensive care units (ICUs). Currently, the reimbursement rates are estimated to support around 30~50% of the cost. Due to our odd critical care reimbursement system, the more financial losses for intensive care occur, the better critical care is conducted by enhancing critical care delivery system, such as the nurse-to-bed ratio. This inappropriate critical care delivery system results in poor outcomes for our critically ill patients. Critically ill patients present many diagnostic and therapeutic problems. The need to cope with those complicated patients' problems has evolved over the last four decades into a critical care subspecialty in Western countries. The KSCCM has been the only organization in Korea that represents all professional components for critical care. After the 6 year long discussion with other related medical societies, the KSCCM launched the critical care subspecialty board under the auspice of the Korean Academy of Medical Societies on April 15th, 2008. After reviewing the applicants' carriers in critical care and their research achievements, 1,040 critical care subspecialties were born this February. Their primary specialties include Anesthesiology, Emergency Medicine, Internal Medicine, Neurology, Neurosurgery, Pediatrics, Surgery, and Thoracic Surgery. 91.7% of them are university hospital faculty members and they should renew their critical care subspecialty in every 5 years. The required items for the renewal are not easily fulfilled without working as a critical care physician. The structured critical care training program began in designated training hospitals on March 1st, 2009. Over the past few decades, the activities of intensive care units have considerably changed. Recent advances in critical care technology facilitate early detection of patients' problems. Much clinical information derived through research has been evolved as bundles of clinical managements for the indicated

patients. The evidences of clinical researches show that the right application of the recommended management bundles at the right time improves patient outcomes. Therefore, the meaning of the critical care subspecialty is to perform the right care at the right time for critically ill patients. We think that the implementation of the critical care specialty and of core critical care education and training system can significantly enhance quality of critical care and patient outcomes. In order to achieve these goals, the critical care delivery system should be urgently enhanced. The enhancement includes the right compensation of critical care cost and the correction of the absurd medical law, ruling on our ICU care. The KSCCM will continuously offer a variety of activities that promote excellence in patient care, education, critical care delivery system, research, and collaboration with other countries' critical care societies. It is our hope that all critically ill patients should receive professional and humane care in Korean ICUs and the inappropriately designed health care system should not jeopardize patients' health.

Keywords: Critical care specialty; Right care

핵심용어: 중환자의학; 적절한 의료

대한중환자의학회의 설립 해가 1980년인 점을 생각할 때 우리나라 중환자의학의 시작은 다른 선진국과 비하여 늦지 않았으나 우리 중환자의학의 수준은 선진국에 비하여 매우 뒤떨어져 있다. 중환자는 대부분 여러 장기의 손상을 동시에 가지고 있고 스스로 방어할 능력은 제한되어 있어 매 순간의 의료 결정이나 행위가 환자의 생명과 직결되기 쉽다. 그러므로 특정분야의 전문지식만으로 중환자진료를 하는 것은 불충분하고 중환자의학 전문의가 중심이 된 중환자진료팀이 요구되는 것이다.

국내 중환자 진료 수준이 선진국에 비하여 뒤떨어진 원인으로 작년에 중환자실을 등급화하고 병상료가 인상되었음에도 불구하고 원가의 30~50%에 불과한 수가를 우선 들 수 있다. 게다가 보험급여의 구조가 제대로 중환자실을 운영하면 할수록 그 적자의 폭이 커지게 되어 있다. 그리고 중환자의학 전문의사의 부족과 중환자관련의료법의 부실을 들 수 있다. 국내 성인중환자실의 경우 의료법에 “전담의사를 둘 수 있다”로 규정되어 있을 뿐 아니라 그 전담의사의 자격이 중환자진료 능력이 없는 인턴이어도 상관없다. 일본의 경우 “집중치료부 책임자는 일본 집중치료의학회가 인정한 집중 치료전문 의사이어야 한다. 또한 집중치료부에는 전속하는 의사가 상시, 집중치료부 내에 근무하고 있어야 한다. 전속의에는 집중 치료 전문 의사 1명 이상 포함해야 한다”

Table 1. Mortality of the patients who were admitted in Korean ICUs during from 1 January 2003 to 31 March 2003

Time	Mortality (%)
During admission	11.9
Within 1 day of discharge	18.6 (15.5~20.7~17.7)*
Within 28 days of discharge	23.2 (18.7~27.3~27.3)

* (University hospital-General hospital-Hospital), ICU; intensive care unit.

로 규정되어 있다. 중환자실 전담의사의 부재는 다기관 이 중맹검 임상시험 등을 통하여 환자의 생존율을 개선시키는 것으로 보고된 여러 치료법들을 중환자실에서 제대로 수행하기 어렵게 하고 있다.

이러한 우리 중환자의료의 현실은 중환자들의 높은 사망률과 대학병원에서조차 중환자를 기피하는 양상으로 나타났다. 2004년 건강보험심사평가원 조사보고서에 의하면 국내 전체 의료비의 약 25%를 중환자실에 입원하여 치료받는 환자들이 사용하고 있으나 이들의 퇴원 1개월 내 누적사망률은 약 44.9%에 이른다(Table 1).

대한중환자의학회는 이러한 문제점들을 개선하기 위하여 중환자의료의 표준 진료 지침의 확산, 중환자 의료인들을 위한 학술 활동, 중환자실의 수가 개선, 중환자실과 관련된 의료법의 개정 등 다각적 노력을 하여왔으나 아직 매우

미흡하다. 특히 수가의 경우 열악한 의료 재정과 타 전문과 및 의료직종 사이의 이해 상충이 맞물려 학회와 병원협회의 부단한 노력에도 불구하고 원가에 훨씬 못 미치고 있다.

병원들이 막대한 적자를 감수하고 중환자실을 운영하고 있는 것을 알고 있음에도 대한중환자의학회가 중환자의학 전문의제도를 추진한 것은 중환자들의 진료 상황이 너무 어렵다고 판단하였기 때문이었다. 그리고 우리나라 중환자의학의 발전과 현재 문제점들을 개선하는 방안의 핵심은 중환자의학 전문인력의 양성에 있다고 믿었기 때문이었다. 실제로 중환자전문의에 의한 중환자실 전담의사제도는 중환자 사망률 감소, 입실기간의 단축 등을 가져오므로 선진국은 이미 오래전부터 실시하고 있다. 더구나 한 분야의 전문의 사가 되는 데 소요되는 시간을 고려할 때 중환자의학 전문인력의 양성을 위한 제도적 장치를 마련하는 것을 학회로서는 더 이상 미룰 수가 없었다. 대한중환자의학회 이사회가 이 제도 도입을 결정하고 유관학회들의 동의를 얻어 대한의학회의 인정을 받기까지 6년이 소요되었으나 서류심사와 교육 이수를 통하여 금년 2월에 8개 전문학회 전문의 배경을 가진 1,040명의 중환자의학세부전문의가 탄생하였다. 이들 중 91.6%는 대학병원에서 일하는 전문의들이다.

중환자의학 세부전문의 제도는 교육과 수련을 통하여 중환자의학전문의사를 양성하고 이들의 지속적인 교육과 평가를 통한 국내 중환자진료 수준의 향상을 목적으로 한다. 이를 위해 우리 중환자의학전문의들은 5년마다 자격 갱신을 하여야 하며 그 갱신에 필요한 요구조건들은 실제 중환

자실에서 중환자 진료를 하면서 관련 연구와 교육을 받지 않으면 충족시키기 어렵다. 이 과정을 거치며 중환자의학전문의 제도가 정착이 되면 중환자실 운영의 효율성이 제고되고 중환자 치료 성적의 개선과 표준화된 중환자 치료법들의 중환자실 적용 확산이 기대된다. 또한 중환자의학 세부전문의는 중환자의료에 연관된 여러 제도적 문제점을 개선시키는 핵심 동력이며 국가의 소중한 자산이 될 것이다. 여기에 중환자의학 세부전문의 제도의 의의가 있다.

중환자의학 전문의들이 업무를 수행하기 위해서는 그들이 일할 수 있는 환경이 개선되어야 한다. 그 바탕은 제대로 된 중환자실을 운영하는데 소요되는 진료 원가를 보험급여로서 보존하여 주고 성인 중환자실도 신생아 중환자실과 같이 전문의 전담의를 두도록 관련 의료법을 개정하여야 한다. 중환자실 전담의사로서 전문의를 배치하는 것은 추가의 중환자 진료 비용을 발생하게 하는 것이 아니라, 전문적 판단의 결여에서 오는 불필요한 치료를 배제하고 적합한 진료를 통하여 중환자들의 사망률을 저하시킬 것이므로 중환자진료 비용의 효용성을 증대시키게 될 것이다. 중환자의 병상에서 국내 중환자의료의 문제점을 나날이 체험하고 있는 전문의료인들은 보건복지가족부와 국회가 우리 중환자들의 건강을 위협하고 있는 문제점들을 개선하기 위한 법개정과 수가 개선을 더 이상 미루지 않기를 고대하고 있다. 그리하여 우리나라 중환자실에서 지금보다 더 전문적이며 환자의 인격과 권익이 존중되는 중환자진료가 이루어지기를 바라고 있다.