

(토론문 1)

「응급실 운영의 정상화 , 어떻게 해야 하나?」

곽 월 희
(대한간호협회 부회장)

메르스 현장에서 생명의 위협을 무릅쓰고 환자치료와 감염확산 차단에 헌신해 주신 의료진들께 감사를 드립니다. 확진자 총 186명 중 의료인이 39명으로 21%를 차지하였고, 그 중 간호사가 15명이었으며, 응급실에서의 감염 환자는 88명이었습니다. 메르스 사태의 교훈으로 앞으로 이런 국가적 재난사태를 방지하고 대한민국 방역체계를 근본적으로 바꾸기 위한 다양한 대책들이 나오고 있습니다.

오늘 토론회에서 메르스 감염확산의 2차 진원지로 지목된 응급실의 감염예방 인프라 구축을 비롯한 진료절차개선방안, 대형병원의 응급실 과밀화해소 방안 등 응급실 운영의 정상화를 위한 구체적인 대안이 모색되기를 기대합니다.

【 현재의 문제점 과 개선대책 】

① 환자의 의료기관 편중 : 과밀화 및 공동화

1. 비응급, 경증환자 비율 높음

■ 전체 환자의 75% 차지 (비응급 13%, 경증 62%)

전체 응급센터 과밀화지수는 53%이나, 가장 과밀한 20개 대형병원 응급실평균은 107% ,

이는 환자들에게 안전한 적정진료가 지연될 위험 내재. 예를 들어 폐렴환자에게 항생제 투여가 지연, 골절환자에게 진통제투여가 지연, 환자방치나 의료과오의 원인이 되기도 함

● 정부대책 - 비응급환자 이송제한 및 진료제한

- 비응급환자 부담확대

1) 구급대에서 비응급환자를 대형병원 응급실로 이송하지 못하도록 법적 근거(응급의료법)를 마련하고, 운영평가를 강화한다.

» 구급대를 이용하는 환자의 경우 응급상황이 아닌 경우는 드물다고 판단되므로,

누가 보아도 환자의 상태가 경증인 것이 분명할 경우에만 대형병원 응급실을 이용하지 못하도록 하는 것이 바람직하다.

2) 환자 스스로 대형병원 응급실을 찾을 때에는 응급실 전문의료인력이 사전 분류 단계에서 중증도를 판단하여 비응급 환자는 중소병원 응급실로 회송하도록 한다.

» 중소병원 응급실로 회송하기 위한 중증도 판단은 응급실 전문의료인력(응급의학 전문의 등)에 의하여 이루어 질 수 있도록 하고 체계적인 회송 시스템이 마련되어야 불의의 피해자가 발생하지 않을 것임

3) 의료인의 요청에 따라 환자가 중소병원 응급실을 이용하면 본인부담을 완화하고, 계속 대형병원 응급실을 이용하면 본인부담을 강화한다.

» 대형병원 입원실 과밀화 등을 이유로 응급실을 병원 입원을 위한 절차로 이용하는 사례를 줄일 수 있는 방안이 필요하며, 무엇보다 충분한 인력과 수가지원으로 대형병원 응급실과 중소병원 응급실의 응급의료서비스 격차를 줄이고 의료전달체계를 마련하는 등 원천적인 방안이 선행되어야 함. 응급실 이용에 대한 모든 부담을 소비자의 선택권을 제한하고 비용 부담하도록 하는 방식만으로는 해결될 수 없음

4) 대형병원 응급실을 이용할 필요가 없는 비응급, 경증환자에 한하여 본인부담을 늘리고, 실제 24시간 초과 시 1인 입원료를 부과한다고는 하나, 입원 목적으로 환자, 보호자가 충분히 이를 감수하는 경향이 있다.

» 본인부담에 동의한 후 치료 후에 민원제기 하는 상황에 대한 대처가 어려움

2. 응급실에서 입원대기환자등의 긴 체류시간

■ 응급실에서 24시간 이상 체류하는 6.6%의 환자가 전체 응급실 병상의 43.4%를 점유,

이 중 71%가 응급실을 통해 입원하고 있음

불충분한 응급병상배정비율과 외래를 통한 입원지연을 해결하는 방안으로 활용하는 관행

● 정부대책 - 입원대기제한 및 행정제재

- 권역응급센터 확충 및 시설 인력기준강화

- 비응급입원대기자 비급여 입원료부과,

- 연간 1300억원 건보재정투입 응급의료기관 평가

1) 병원 입장에선 수술, 시술 예정환자, 수입원이 좋은 환자에게 우선적으로 입원병실을 배정하고 응급실 환자를 우선 배려하지 않고 있다. (강력한 병원의 의지 필요)

2) 응급실 수가를 개선하여도 제시된 시설기준대로 응급실을 리모델링하고 인력을 충원하기에는 불충분하여 병원경영진이 의사결정하도록 유인하는 동기가 되지 못한다.

3. 암환자 등 만성질환자의 응급실 병상점유

■ Big-5 암환자 응급실병상점유율 35%

상위 20개 과밀병원기준으로 암환자가 7.4% 응급실병상 19.4% 점유

● 정부대책 - 단기입원병상 확보 자율설치 권장

- 단기입원병상수가산

- 경증환자 외래진료구역운영

1) 경증환자나 암환자의 24시간 이상 체류비율 개선을 위한 단기입원병상을 설치토록 권고 (과밀화지표가 높은 병원은 의무적)한다고는 하여도 입원대기환자로 바로 채워져서 단기적 효과에 불가하며, 허가병상 내에서 단기병상 배정 시 병원의 조정부담이 있다.

2) 상중, 대형병원의 암환자등 만성질환의 재진환자들을 위한 야간진료 개설 운영 필요하다.

» 4시간 넘도록 응급실에 체류하는 환자들 중에 중증코드나 산정특례 환자는 KTAS와 상관없이 5~10%의 자기 부담금을 내고 있어서 체류가 길어지는 것에 대해서 큰 부담으로 느끼지 않음. 병원 입장에서 보면 입원대기하고 있던 중에 발생했던 기존 낮병동 관리료나 입원료는 발생시키지 못하고 있음. 이는 간호등급에 따른 <응급환자진료구역 관찰료> (예: 3등급 시 8000원)가 기존보다 못한 경우가 발생.

4. 근본원인은 대형병원으로 환자가 몰리는 의료전달체계

● 정부대책 - 비응급, 경증환자 등 중소병원응급실 이용 부담완화

- 믿고 갈수 있도록 평가하고 우수기관은 적극 홍보

- 대형병원 중소병원 응급실 협력체계 구축 및 기금지원

1) 응급의료센터 충족기준이나 질지표를 포함한 평가기준에 미흡되면 등급이 하향하여 이에 따른 수가가 떨어지고 이는 악순환이 된다.

여기에 비응급환자의 24시간 이상 체류 환자비율 제한 위반 시 응급의료센터나 상급종합병원 지정 취소 등의 제제는 모든 문제를 병원에 전담시키는 부담으로 가중된다.

② 응급실 감염예방인프라 확충 및 운영개선

1. 응급실 감염예방시설부족 (공간협소,격리병상 부족)

- 정부대책 - 병상 간 간격 1.5m 확보
 - 기금에서 시설비, 건보수가로 운영비 보상
(공간, 운영, 인력, 자원 등 운영절차 구체화 필요)

2. 운영상 감염예방활동 미흡

- 정부대책 - 표준화된 중증도분류 및 감염의심자 분류도구(KTAS) 도입
 - 보호자 출입통제 및 내원환자 모니터링
 - KTAS 선별수가 도입
 - 시설 추가 확보 및 감염예방활동의 적정성평가

1) 응급, 비응급 경증-중증에 대한 정밀 분류체계의 교육훈련 및 전문인력 육성 필요하다.

» 수가개선으로 응급실에서 24시간 이내 행해진 180여개의 처치수가 적용되나 중증환자의 실시간 처치 시 실시간 기록과 처치내역 등록 문제, 누락 가능성 많음

2) 현재 병원 전 단계에서 응급구조사가 KTAS를 사용하지 않고 환자를 중증도에 맞게 이송 가능하도록 특정 질환군이나 주증상등의 기준을 마련해야 할 것이다.

3) KTAS 시행자간(간호사, 응급구조사 등) 오차로 발생할 수 있는 문제도 배제할 수 없는데, 병원별 중증 환자 현황을 반영한 평가와 이에 따른 수가가 정해지면서 신뢰할 수 있는 자료가 되도록 점검이 필요하다.

(현재 KTAS 했던 근거를 주증상에 의거한 것만 있고, 전산에 프로그램 구축이 안되어 백데이터가 보존되지 않고 있는 문제도 있으며, 병원별로 자체 예산으로 EMR에 평가과정과 단계의 근거자료를 남기는 시스템을 구축해야하는 상황임)

4) 현재 KTAS 수행 자격 간호사는 2년 이상의 경력자가 교육, 훈련을 통하여 전담하고 있으나 신규인력이 많은 병원에서는 경력자를 별도로 할당하고 전담 운영하는 것이 어렵다.

5) KTAS 분류를 하는 인력 (경력간호사) 의 정책적 지원책이 선행되어야 한다.

(응급실 근무지수당 및 분류 수당)

» 경력간호사의 배치가 어려운 중소병원의 현실을 고려하여 필요인력이 확보, 유지될 수 있도록 경제적 지원책이 선행되어야 할 것이며, 응급의료기관 평가 항목 중 <간호인력의 전문성>에서 응급실 경력 산정이 포함되고는 있으나 그 비중이 적음으로 비중을 확대하고 분류수가가산을 통하여 전문인력을 확보할 수 있는 기반을 마련하여야 함.