

DRGs의 실체와 그의 간호에 미치는 영향

김 광 주·김 용 선
(경희대학교 간호학과)

= 목 차 =

- I. 서 론
- II. DRGs의 실체와 현황
 - 1. DRGs 운영의 현황
 - 1) DRGs의 정의
 - 2) DRGs의 운영방법
 - 3) DRGs 번호의 분류방법
 - 2. DRGs 제도의 문제점
- III. DRGs가 간호에 미치는 영향
 - 1. DRGs와 간호행정
 - 2. DRGs와 간호업무
 - 3. DRGs와 Primary Nursing
 - 4. DRGs와 간호교육과정
- IV. 결 론
- 참고문헌

I. 서 론

시대의 변화에 따라 건강사업종사자나 그와 관련된 전문분야에 대한 사회의 기대는 다양하게 변화되어 왔다. 시대나 문화, 생활수준의 변천에 따라 건강에 대한 개념도 많은 변화가 있었고 그에 의해 많은 제도적 법률적 변천도 있어 왔다.¹⁾

그중 최근의 것으로 앞으로의 미국병원 운영 및 간호활동에 지대한 영향을 미칠 한 법률이 1983년 4월 20일 Reagan 대통령이 서명함으로써 정식으로 공포되었다. 이 법은 H.R. 1900(공법 Public Law 98-21)으

로 불리워지고 있는 "1983년 사회보장 개정법(The Social Security Amendments of 1983)"의 일환이다. 이 개정법은 1965년 65세 이상의 노인환자의 건강을 유지하기 위하여 제정된 Medicare비용 지출방법의 개정이라 할 수 있을 것이다.²⁾

의료비가 어떤 물가수준보다 고가라는 것, 또한 타분야의 물가수준 상승률이나 하락률에 상관없이 거의 독자적 위치를 점해왔다는 것은 누구나 알고 있지만, 그것이 어떤 타당성 있는 근거를 가지고 있는가에 대해 직접적으로 도전한 사람은 많지 않았다.³⁾

이에 DRGs는 의료비에 제제를 가한 매우 혁신적인 제도로 현재는 물론 앞으로의 미국 병원 및 간호활동에 지대한 영향을 미칠 것으로 예상되고 있다.⁴⁾

DRGs는 diagnosis-related groups의 약자로 의료비를 진단에 기준하여 미리 설정된 예측비용(prospective pricing system)만을 지불하는 내용을 핵심으로 하고 있다.⁵⁾

이 개정법에 입각하여 1983년 10월 1일을 기해서 미국내의 많은 병원에서 DRGs를 1984년 10월까지의 의무적으로 모든 병원이 실시하도록 했다. 아직은 DRGs의 적용범위가 병원에 입원한 환자에 국한되고 있지만 앞으로 모든 병원치료와 외래환자 치료에도 적용될 전망이다⁶⁾ 한국에서는 아직 DRGs에 대한 내용 소개조차 미흡하지만, 그에 대한 개념을 파악하고 이해함이 필요하리라 생각되어 DRGs에 대한 개념을 먼저 이해하고, DRGs가 어떻게 운영되고 있는지, 그리고 DRGs의 문제점은 무엇이며, DRGs가 간호에 미치는 영향은

1) 임한영, 교육사상사, 서울, 성문각, 1976, p. 11.
 2) 손난주, DRGs가 간호활동에 미치는 영향, 대한간호 제23권 2호, 1984, p. 69.
 3) Creighton, Helen, Legal Implications of the DRGs, *Nursing Management*, Vol.16, No.7, 1985, p. 18.
 4) 손난주, 전계서, p. 69.
 5) Sovie, Margaret D., Tarcinale, Michael A., Vanputee, Alison W., & Stunden, Ann Ellen, Amalgam of Nursing Acuity, DRGs and Costs, *Nursing Management*, Vol. 16, No. 3, 1985, p. 22.
 6) 손난주, 전계서, p. 69.

누엇인지에 대해 몇개의 문헌을 통해 알아보고자 한다

II. DRGs의 실체와 현황

1. DRGs 운영의 현황

1) DRGs의 정의

DRGs (Diagnosis-Related Groups)는 Medicare 환자에 대해 비용을 지급하는데 사용되는 지불제도이다⁷⁾

이상적인 병원운영이라 함은 가장 저렴한 비용으로 질적으로 우수한 치료를 하는 것이 사회의 바램일 것이다. 그러나 환자치료에 소요되는 연간 비용은 기하급수적으로 증가하여 가고있는 것이 미국 병원운영제도의 현실이다.⁸⁾

1983년 전반적인 물가 상승률은 3.9%에 머물렀는데 반하여 병원비용은 놀라게도 12.6%의 증가를 보였다.

1965년부터 1980년까지의 의료비는 71.6%의 증가율을 보였는데 그 중의 48%가 건강관리를 위한 주 정부의 지급부담이 되었다.

DRGs란 이렇게 천문학적인 숫자로 증가하는 병원비 지출과 건강관리 비용에 대한 통제를 위한 연방정부의 노력의 일환이다.⁹⁾

이에 예일대학의 연구팀이 1971년~1982년까지 연구에 착수, DRGs 제도들 고안해 있는데, 그것은 1924년 때 세계보건기구에서 설정한 국제질병분류법에 기초한 것이다.¹⁰⁾

그후 DRGs 제도는 1983년 4월 20일 Reagan이 공법 98조 21항에 서명하여 공식적으로 실제적인 영향력을 행사하게 되었다.

DRGs란 용어자체도 우리나라에는 매우 낯선 것이지만, 미국내에 있어서는 이제 매우 익숙한 제도가 되어 있다.

DRGs의 개념에 따르면 병원치료 비용의 절감은 환자분류제도를 정확히 규정함으로써 가능하다고 설명하고 있다. 그런 의미에서 DRGs는 환자의 분류제도라고 요약할 수 있다.¹¹⁾

주 정부는 23가지의 카베고리로 진단분류 기준을 설정하고 각 카베고리마다 진단 이외의 변수들, 즉 연령, 입원시 상태, 합병증 등을 고려하여 상세한 진단명을 명시하고 있고, 그 진단명에 기준하여 DRG code number가 정해지는 것이다. 지금까지는 모두 470개의 code number가 명기되어 있으며 그에 따라 어떤 진단에 의해 code number를 받고 입원할 경우, 입원과 동시에 입원일수 및 비용을 환자, 병원측, 정부기관 모두 알 수 있게 되는 것이다. 예를들어 한 환자가 병원에 입원하였다면, 그 환자는 적절한 DRG의 집단에 속해, 치료를 받게 된다. 각 DRG number는 평균가격(average price)이 미리 계산되어 정해져 있기 때문에, 입원날짜로부터 퇴원 예정일까지 모든 절차가 정확히 진행되도록 해야한다. 만일 검사시의 착오나 수술후의 예상치 못했던 문제로 입원일이 길어지는 경우 예정가격 이상의 비용은 병원측에서 감수해야 한다. 또한 반대의 경우, 예정일보다 빨리 퇴원할 경우 그 차액만큼 병원이 이득을 보게 되는 수도 있다.¹²⁾

이러한 DRGs 제도의 운영으로 정부는 연간 1천 3백만불의 비용을 절감하고 있으며, DRGs제도로 인해 가장 현저한 현상은 환자의 평균 입원일수의 감소와 입원환자의 특성이 중증이나 응급의 경우로 바뀌어질 점을 들 수 있다.

또한 입원환자들의 조기퇴원과 함께 다른 care facilities의 이용과 home care의 이용이 확대된 것을 볼 수 있다.¹³⁾

2) DRGs의 운영방법¹⁴⁾

DRGs는 진단명에 기초한 환자분류제도로 이제 미국 내에서는 병원운영에 매우 큰 영향력을 행사하고 있다.

그리고 병원이 지급받는 비용은 주로 입원일수에 기초하게 되는데 입원일수는 진단명을 우선으로 하여 연령이나 입원시 환자 상태, 수술, 합병증 등을 고려하여 정해놓은 code number에 제시되어 있다. 이 보다 초과되는 경우를 대비하여 제빠른 사업가들은 여러 종류의 보험제도를 마련해 놓고 있기도 하다.

7) Smith, Carol E., DRGs Making Them Work for You, *Nursing* 85, Vol. 15, No. 1, 1985, p. 34.

8) Smith, Carol E., *Ibid.*, p. 38.

9) Creighton, Helen, *Op. cit.*, p. 18.

10) Smith, Carol E., *Op. cit.*, p. 38.

11) Smith, Carol E., *Ibid.*, pp. 35.

12) Smith, Carol E., *Ibid.*, pp. 35~36.

13) Sovie, Margaret D., Tarcinale, Michael A., Vanputee, Alison W., & Stunden, Ann Ellen, *Op. cit.*, pp. 23~25.

14) Smith, Carol E., *Op. cit.*, pp. 35~37.

DRGs에 의해 의료진들이 환자의 입원일수에 제한을 받기는 하지만 그렇다고 전혀 융통성이 없는 것은 아니다. 입원 기간 도중에 어떤 합병증이나 상대악화로 발전된 경우 입원을 연기할 수 있고 그렇게 될 경우 code number가 바뀌게 된다. 예를들어 55세의 환자가 담낭염으로 입원하였을 경우 DRG code number는 208번이 된다. 그러나 그후 검사결과는 담석증으로 밝혀졌으며 수술을 요하게 되었다. 이러한 경우 code number는 198번이 되어 평균 10.1일을 머물 수 있게 된다. 또 하나의 예를 들어 어떻게 code number를 바꿀 수 있고 어떠한 과정을 거치는지 알아보기로 한다.

Mr. Wilson은 48세로 발작성 심방세동의 진단을 받았다. 이러한 경우 DRG code number는 나이가 69세 이하일 경우 139로서 예정지불 비용이 1,000불로 되어 있다(지역적 차이가 다소 있다).

이렇게 code number 139로 입원하고 있는 Wilson씨는 간혹하는 도중 그의 history중 협심증으로 인한 입원력과 cardiac catheterization을 한적이 있음을 알게 되었다. 또한 최근에 협심증으로 인한 등통을 종종 경험했다는 사실을 알게 되었다. 이와같은 history에 의해 관찰과 검사를 진행한 결과 의사는 협심증이 발작성 심방세동을 유발시키는 원인임을 확인하게 되었다. 따라서 환자의 code number는 140으로 바뀌어 예정지불금액은 1,290불이 되었다.

이러한 경우 code number를 변경한 날짜가 새로 입원한 날로 간주된다. 만약 10일을 예정으로 입원한 환자였는데 계속 정확하지 않은 진단명으로써(code number)로 입원해 있었다고 한 경우 그것이 입원 3일 후든 8일 후든 code number를 바꾸며 그 건의 비용은 병원 측이 부담하게 된다. 따라서 의료팀은 첫 입원시 정확한 code number에 소속시키는데 스스로도 진정할은 물론, 자신의 실책이 병원운영에 피해를 초래하는 것에도 알리어 받게 되는 것이다. 그리고 code변경은 편수록 빨리하여 처리함이 병원측의 손실을 줄일 수 있고 환자의 입장 또한 그다지 큰 비용의 차이없이 보다 정확한 치료를 받을 수 있게 된다.

3) DRG 번호의 분류방법¹⁵⁾

다음은 DRG number가 어디에서 무엇을 기준으로 정해진 것인가에 대해 알아보기로 한다.

주 정부에서는 23가지의 Category와 470가지 code number를 설정해 놓았는데, 그 Category의 내용들과 code number들이 정해지는 것은 아래와 같다.

MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES

- MDC 1; Disease and Disorders of the Nervous System
- MDC 2; Disease and Disorders of the Eye
- MDC 3; Disease and Disorders of the Ear, Nose, and Throat
- MDC 4; Disease and Disorders of the Respiratory System
- MDC 5; Disease and Disorders of the Circulatory System
- MDC 6; Disease and Disorders of the Digestive System
- MDC 7; Disease and Disorders of the Hepatobiliary System and Pancreas
- MDC 8; Disease of the Musculoskeletal System and Connective Tissue
- MDC 9; Disease of the Skin, Subcutaneous Tissue and Breast
- MDC 10; Endocrine, Nutritional, and Metabolic Diseases
- MDC 11; Disease and Disorders of the Female Reproductive System
- MDC 12; Disease and Disorders of the Male Reproductive System
- MDC 13; Disease and Disorders of the Kidney and Urinary Tract
- MDC 14; Pregnancy, Childbirth, and Puerperium
- MDC 15; Normal Newborns and Other Neonates with Certain Conditions
- MDC 16; Disease and Disorders of the Blood and Blood Forming Organs, Immunity
- MDC 17; Myeloproliferative Disorders and Poorly Differentiated Malignancy, Other Neoplasms not elsewhere classified (NEC)
- MDC 18; Infectious and Parasitic Diseases (Systematic)
- MDC 19; Mental Disorders
- MDC 20; Substance Use Disorders and Substance-induced Organic Disorders
- MDC 21; Injury, Poisoning, and Toxic Effects of Drugs
- MDC 22; Burns

15) Smith, Carol E., *Ibid*, pp.36~37.

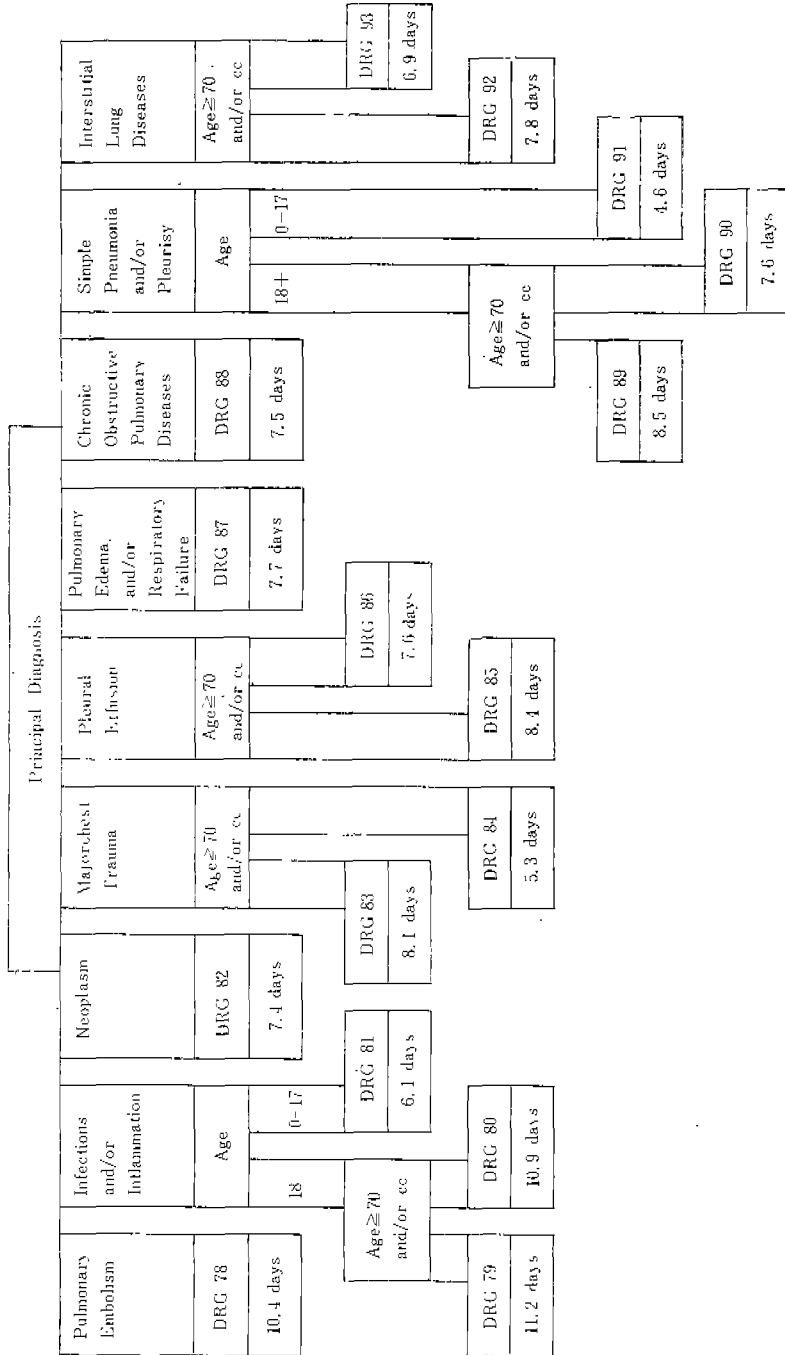
MDC 23: Selected Factors Influencing Health Status and Contact with Health Services

이와 간은 23개의 카테고리 내의 진단병과 연령, 성별 등을 고려하여 각각 세분화된 code number가 명시

되게 된다.

다음은 Category 4, 호흡기계 질병과 관련된 ICD-9 code number의 분류를 알아 보기로 한다.

DRG Code 번호를 붙이는 방법



위에서 본 예로 어떻게 DRG number를 정하게 되었는가를 알아 보았다.

Principal Diagnosis는 전 page에서 본 MDC(Major Diagnosis Category)에 의한 것이며, 그에 의한 code number가 정해진 때 진단명 외에 연령이나 상태가 어떻게 영향을 미치며 그에 따라 입원일수가 어떻게 변하는지를 보여주고 있다.

다음은 DRGs가 적용되지 않는 경우들이다.¹⁶⁾

1. children's hospitals
2. long-term care hospitals(length of stay-25 days or more)
3. psychiatric hospitals
4. rehabilitation hospitals
5. veterans hospitals
6. hospitals in U.S. territories
7. hospitals paid under alternative reimbursement programs in the states of Maryland, Massachusetts, New Jersey and New York
8. Christian Science sanitoriums
9. risk-basis health maintenance organization (HMOs)
10. risk-basis competitive medical plans(CMPs)

다음은 DRG code number 중에서 가장 빈번히 사용되는 진단 10가지로 이 순위는 Federal Department of Health and Human Services에서 발표한 순위이다.¹⁷⁾

DRGs Top 10

1. DRG 127/Heart Failure and Shock
2. DRG 039/Lens Procedures
3. DRG 182/Esohagitis, Gastroenteritis, and Miscellaneous Digestive Disorders
4. DRG 014/Specific Cerebrovascular Disorders (Except transient ischemic attack)
5. DRG 089/Simple Pneumonia and Pleurisy
6. DRG 140/Angina Pectoris
7. DRG 088/Chronic Obstructive Pulmonary

Disease

8. DRG 138/Cardiac Dysrhythmias and Conductive Disorders
9. DRG 243/Medical Back Problems
10. DRG 096/Bronchitis and Asthma

2. DRGs 제도의 문제점

모든 제도가 그리하듯이 DRGs 또한 여러가지 제도 운영상의 약점을 안고 있다. DRGs는 환자에게 질 높은 의료와 그에 필요한 집근을 제한하지 않는 범위 내에서 병원측의 낭비와 비효과적 의료계획의 풍토를 저지하려는 데 그 목적이 있다.¹⁸⁾

그러나 그러한 시간상, 비용상의 제한적 압박감을 느끼는 상태에서 과연 DRGs가 의도하는 대로 목적을—최대한의 비용으로 최대한의 효과—편안한 마음으로 기대해도 괜찮을 것인가?

최근 몇 년간의 조사실태에 따르면 환자들의 소송사건이 매해 증가추세에 있었고 소송의 내용 또한 예전 처럼 사망, 불구의 원인 시비에만 있지 않고, 그런 것 이외에도 불친절 또는 부정확했거나 미진한 정보제공 등에 관한 내용의 급증을 볼 수 있다.^{19,20)}

재언할 필요도 없이 환자는 질적으로 보장된 최선의 의료시술과 간호를 보장받을 권리가 있다. 또한 이러한 환자권리 선언에 의한 법적인 권리나 의무를 차치하교라도 의료팀 멤버들은 누구나 환자의 회복과 건강 증진을 위한 윤리적 도덕적 책임이 있는 것이다.²¹⁾

그러나 이렇게 code number에 명시된 기일안에 모든 것을 처리해야 한다는 긴장감은 파실(malpractice)에 대한 가능성을 높이게 될 위험이 다분히 내포되어 있는 것이다. 또 하나 들 수 있는 문제로 비용절감의 방향에 관한 것인데 전통적으로 분 때 적어도 과거를 돌이켜 볼 때 건강문제 해결이나 권리를 위한 문제를 놓고, 비용의 문제를 우선 순위에 올려 놓지는 않았다.²²⁾

의료진은 환자의 문제해결을 위해 최선의 방법을 시

16) Smith, Carol E., *Ibid*, p. 40.

17) Smith, Carol E., *Ibid*, pp. 40~41.

18) Hammer, R.M., & Tutts, M.A., Nursing's Self Image-Nursing Education's Responsibility, *Journal of Nursing Education*, Vol. 24, No. 7, 1985, p. 282.

19) Creighton, Helen, *Op. cit.*, p. 18.

20) Smith, Carol E., *Op. cit.*, p. 38.

21) Creighton, Helen, *Op. cit.*, p. 19.

22) Creighton, Helen, *Ibid*, p. 18.

도하는 것이 의부이며, 환자 자신이 기대하는 것도 그러한 것이다. 누구든 환자의 입장에 설 경우 최소의 치료를 우선으로 생각하지 최소의 비용을 먼저 생각하지는 않는다. 또한 환자 자신의 집도의가 지금 나의 호우머니 사정에 대해 우려하고 있다는 느낌을 받을때 감사보다는 오히려 의사에 대한 신뢰의 저하를 우선으로 발견하게 될 것이다.²³⁾

이러한 점을 돌아볼 때 과연 DRGs는 환자의 권익을 보장하기 위한—혹은 할 수 있는—제도라고 자신있게 내놓을 수 있을 것인지? 사실 어떠한 제도를 심각하게 고려하게 되기까지 거의 독재에 가까운 의료비 요구, 그리고 의사 간호원들의 환자에 대한 타성적 태도가 없었던 것은 아니다. 앞에서 언급했듯이 정부는 연간 1,300만분의 지출을 DRGs로 인해 줄이고 있으며 환자들에게도 많은 혜택이 돌아가고 있다.

그러나 그러한 것이 질적인 의료와 간호를 보장하지 못할 경우 과연 DRGs가 환자의 권익을 위한 제도라고 할 수 있는지는 의문이다.²⁴⁾

우선 DRGs가 비용절감의 문제에만 우선(economic precedence)했다는 인상을 피할 수 없다. 물론 의료나 간호의 질을 최대한으로 뒷받침한다는 범위내에서의 최대한 경제적, 효율적 치료를 제공한다는 전제가 있긴 하지만, 그 조건이 보장될만한 뒷받침이 없다는 것이 DRGs의 결정적인 약점이다.²⁵⁾

그러나 어쨌든 DRGs는 거의 신성불가침의 영역이라 할 수 있는 의료사업에 커다란 제재를 가한 제도로 그간 나태하고 무책임 했던 일부 진료전에 일침을 가한 신선한 파문이 있다는 점 또한 간과할 수 없는 일이다. 이러한 점을 돌아볼 때 DRGs가 안고 있는 몇 가지 문제점을 보완한다면 매우 바람직한 영향력을 행사할 수 있는 제도가 될 것이다.²⁶⁾

여기서 예일연구팀의 연구책임자 Kapp박사의 DRGs에 대한 제언을 들어 나아갈 바를 간단히 요약해 보기를 한다. 무엇보다 중요한 것은 DRGs 분류자체의 좀 더 책임있고, 확실한 근거를 기반으로 Code number를

세분화해가는 작업이다. 지금은 470가지로 분류해 놓고 있지만, 계속적인 연구로 더 많은 예외적 상황을 입력하여 더 정확한 code의 분류가 있어야 할 것이며, 다음으로는 DRGs에 적용하는 의료진의 자세이다. 어떠한 제도이든 그것은 하나의 그릇에 비길 수 있다.²⁷⁾ 거기에 무엇을 담는가는 그것을 사용하는 자에 달린 것이지 그릇 자체는 아닌 것이다.²⁸⁾ 이와같이 의뢰진은 스스로가 DRGs에 익숙해져, 환자를 위해 바람직한 제도가 되는데 도덕적, 윤리적 자세를 굳히는 것이 중요하다 Kapp는 지적하고 있다.

그 외에 세번째 측면으로 환자들의 DRGs 이해 수준과 이용의 능숙성에 관해서도 자세히 언급했으나 여기에서는 이 정도로 생각하기로 한다.

III. DRGs가 간호에 미치는 영향

1. DRGs와 간호행정^{29), 30)}

일반적으로 병원에서 환자치료에 직접적으로 소요되는 비용의 40% 이상이 간호와 관계되는 비용이라는 것을 이해한다면 DRGs가 간호행정에 상당한 관계가 있음을 알 수 있다. 즉 이 DRGs가 간호행정가나 개개인의 간호원들에게 환자를 치료함에 있어 비용절감을 병원당국으로부터 강요당할 수도 있으며 간호원들의 호과적이고 비용 절약적인 간호가 병원에 많은 이득을 가져다 줄 수 있고, 그 반대의 경우 일수도 있을 것이다.

DRGs와 관련되어 간호행정적으로 변화나 뒷받침되어야 하는 것으로 다음 다섯가지 정도로 크게 나누어 생각해 볼 수 있다.

첫째, DRGs와 병행할 수 있는 환자분류제도(NPCS, nursing patient classification system)를 실현하는 일이다. 새로 실시되는 DRGs 제도 하에서는 매 환자당 소요된 비용을 병원 당국이 신속하게 파악할 수 있게 된다. 이 소요된 비용 중에서 간호하는데 사용된 비용이 정확하게 얼마나 되는 지 파악되어야 한다. 이것은

23) Creighton, Helen, *Ibid*, p. 17.

24) Smith, Carol E., *Op. cit.*, p. 34.

25) Smith, Carol E., *Ibid*, p. 40.

26) Creighton, Helen, *Op. cit.*, p. 19.

27) Creighton, Helen, *Ibid*, p. 19.

28) Heidgerken, Reretta E., *Teaching and Learning in School of Nursing*, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Co. 1965, p. 256.

29) Hamer, R.M. & Tufts, M.A., *Op. cit.*, pp. 281~283.

30) 손난주, 전개서, pp. 71~73.

Case와 같은, 간호를 기준으로 한 환자분류제도본 발전시키므로써만 가능하다.

둘째, 병원의 Case Mix에 입각해서 Per diagnosis에 필요한 nursing resources의 정상성 여부를 대하여 사전의 준비가 있어야 한다.

예를 들어 담당수술을 한 환자를 치료하는데 어떤 종류의 간호원이 필요하지? 또는 얼마만큼의 nursing time을 요하는지에 대한 정확한 파악이 있어야 한 것이다.³¹⁾

셋째, 간호원이 비간호기능(non-nursing function)에 사용될 시간에 대한 정확한 기록을 할 수 있도록 제도적인 뒷받침이 있어야 할 것이다. 왜냐하면 이것은 간호자원을 비능률적으로 이용한 것이기 때문에 이로 인하여 할당된 DRGs 재정 요구를 초과한 가능성이 있기 때문이다.

네째, 병원 당국의 비용절감 강제로 인하여 간호원을 적절하게 채용하지 않아서 간호원의 임부가 많아질 가능성에 대하여 대책이 세워져야 할 것이다.

저은 수의 간호원으로 많은 환자를 간호하는 경우나 자기 분야가 아닌 다른 분야에 할당되는 경우, 이것은 간호 직종에 대한 불만족을 초래하고 급기야는 높은 이직률을 가져올 우려도 있다.

다섯째, 새로운 제도하에서는 간호행정가나 간호원들 모두는 병원재정이나 상관제도에 대하여 완전한 지식을 함양하여야 한다.

간호행정가들은 보다 효과적이고 능률적인 간호를 하기 위한 제책을 수립하는데 있어 창조적인 역할을 발휘하여야 한다.

2. DRGs와 간호업무

예측 비용제도(prospective payment system)하에서의 효과적인 간호중재는 새로운 지식과 더불어 포괄적이고 통합된 간호, 그리고 비용에 대한 정보까지를 요구하게 된다.³²⁾ 간호업무에 직접 DRGs가 미친 영향을 들여보면 우선 업무부담이 늘어났다는 점, 그리고 이미 결정된 퇴원 예정일 내에 모든 작업을 완수하려면 간호원들은 서로 환자에 대한 경모를 재빨리, 정확하게 파악하고 있어야 함으로써 과거 어느 때보다 환

자를 중심으로 긴밀한 협력과계를 가져야 한다는 점이다. 예컨들어 당뇨환자가 병원내의 어느 단위(unit)에 입원했을 경우, 기일내에 퇴원시키려면, 또한 그 환자 불 위해 최선의 간호를 제공하기 위해서는 막중한 양의 간호업무가 생길 것이다. 따라서 이러한 요구에 맞추려면, 당뇨환자 간호에 숙련된 간호원과의 협력으로 기술과 기식을 넓히도록 하며, 또는 당뇨환자 간호에 능숙한 간호원은 당뇨환자를 인계받기도 한다.³³⁾

이렇게 간호업무가 특정분야별로, 즉 당뇨병, 심장질환 및 모성간호 등으로 분류되어 행해지는 경향을 보이는 것은 DRGs가 간호업무에 미친 영향중 매우 큰 것으로 분석되고 있다.

또한 이러한 경향에 의한 영향으로 근본적으로는 병원 재정난이 심각해진 것이 더 큰 문제이긴 하지만 일반간호원의 취업문이 좁아져가는 대신, Nursing Specialist는 매우 환영받게 될 것으로 추측된다. 왜냐하면 Specialist에 지급하는 급료가 더 크고이긴 하지만 지극히 적은 환자의 위임일수가 줄어들고 환자수도 줄어드는 것으로 해서 Specialist에 의한 집중적 간호체계와 ancillary personnel에 의한 유사 간호업무 처리가 미지필할 수 있기 때문이다.³⁴⁾

병원 중에서는 이미 병원 단위로 축소시켰거나, 파산장경에 있는 혹은 이미 파산한 병원이 적지 않으며 많은 간호원들이 termination paper를 받았다.

이에 따라 취업문이 좁아졌음은 물론 재직중에 있는 간호원들도 해직에 대한 염려를 하게 된 것이다.³⁵⁾

위에서도 진단명이 통일한 환자를 주로 간호하는 경향이 진여졌다고 언급했는데 이는 간호업무에만 있는 것이 아니고, 병원 자체의 전문화 경향도 짙어가고 있으며 이는 앞으로 더 심화될 것으로 전망되고 있다. DRGs 제도 하에서 간호업무로 규정되는 내용은 아마 좀더 정적으로 높은 수준과 기술을 요구하는 것으로 국한되어 갈 것으로 보인다.

그리고 그외에도 과거에는 간호원이 맡아했던 전문성이 요구되지 않는 직주는 거의 간호보조원이나 보조원에게 전가될 것인데, 이것은 병원 재정의 수지 균형을 맞추기 위한 병원측의 요구에 의한 경향이긴 하지만, 이러한 경향을 잘 수용하는 경우, 어쩌면 앞으로

31) Smith, Carol E., *Op. cit.*, p. 34.

32) Smith, Carol E., *Ibid.*, p. 38.

33) Smith, Carol E., *Ibid.*, p. 36.

34) Sovie, Margaret D., Tarcinale, Michael A., Vanputee, Alison W., & Stunden, Ann Ellen, *Op. cit.*, p. 23.

더 질 높은 간호를 확립하고 유능한 간호원으로 성장한 방향을 모색할 수 있는 좋은 기회가 될지도 모르겠다.

그러나 아직 이러한 것을 기대하기에는 그 현실이 너무 낙관적인 인상을 먼저 못하고 있음이 사실이다.

DRGs 이전에 비해 훨씬 증가된 간호업무, 해직의 두려움 그런 와중에 증가되는 소송 사건 등이 질적인 간호에 관심을 두기 이전에 먼저 책임을 다하고 우선 살아 남고 보자는 것들이 급급하게 만드는 것 같다.³⁵⁾

그러나 지금 어느 제도하에 있던지 또는 앞으로 어떤 제도가 새로 생겨나던지 간호는 누구보다도 환자의 편에서 시서 환자의 건강회복과 증진을 위해 최선의 간호를 제공하는 것이 우리의 나아갈 길이라고 생각된다.

3. DRGs와 Primary Nursing³⁶⁾

다음은 DRGs가 Primary Nursing에 미치는 영향에 대해 잠시 언급해 보기로 한다.

Primary nursing은 담당환자 간호제도로써 질적 간호를 위해 개발된 제도이다.

Primary nurse가 authority, accountability, autonomy를 가지고 staff들과 계약(endorsement)을 체결하여 담당환자의 입원부터 퇴원까지를 간호하는 것으로 그간의 환자들의 반응과 비용효과(cost effective)적인 면을 고려해 볼 때 매우 성공적인 제도로 인식되어 왔다.

Primary nursing은 간호의 철학과, 우수한 질의 간호를 성취할 수 있는 병원내에서 이루어지는 제도이다.

지금까지의 조사결과에 따르면 전체의 46%의 병원에서 Primary nursing을 실시하고 있고 24% 정도의 병원에서는 계획하고 있거나 검토중에 있는 것으로 나타났다.

Primary nursing은 이제 전혀 새로운 개념이 아니라 DRGs 하에 있어 Primary nursing은 너무 많은 비용이 든다는 의견이 나와 새로이 비판을 받아야 하는 입장에 놓이게 된 것 같다.

아직 Primary Nursing이 다른 방법에 비해 더 많은 비용이 든다고 단적으로 말한 수는 없으나 제도내에 어떤 수정이 예측되는 것만은 분명하다.

간단히 요약하면 1) Primary nurse의 역할이 LPN

이나 Staff들에게 확대될 경우와 2) team nursing의 부분적 부활로 Primary nursing과의 병용이 또 하나의 경우로 생각되고 있다. 두 경우 모두 Primary nursing의 기본개념이 흐려질 것만은 분명하다.

다음 DRGs 하에서 Primary nursing이 유지되기 위해 제시된 Paradigm 하나를 인용해 보기로 하겠다.

DRG Requirement/Primary Outcome

1. 병원 입원기간 단축
2. 환자의 조기 사정과 간호계획(퇴원계획 포함)
3. 중재의 효율성(efficiency in intervention)
4. 간호목표달성의 효율성(Efficiency in achievement of nursing outcome)

아직 primary nursing이 DRGs 하에서 너무 많은 지출이 큰 제도인지에 대한 결정적인 단서는 없다.

표면상 그렇게 보이는 것은 사실이지만 아직 정확한 자료수집과 결과 분석이 부족한 상태라 앞으로 더 많은 연구가 있어야 할 것이다.

4. DRGs와 간호교육과정³⁷⁻³⁸⁾

그렇다면 이러한 DRGs 제도는 간호교육에 어떠한 영향을 미칠 것인가? 또한 앞으로 간호원들은 이러한 새로운 제도에 적응하기 위해 어떠한 준비가 필요한가? 환자의 입원기간과 입원환자수의 감소와 함께 환자의 성격도 증중으로 바뀌므로 해서 간호학생들의 임상경험의 기회가 제한될 것이며, 학생들을 직접 간호에 참가시키는 것도 환자의 입장에서나 병원측 및 임상지도자 모두 안심할 수 없게 되어, 병원과 학교는 곧 간호학생의 실습배치에 대해 어떤 협상을 이루어야 할 것으로 보인다.

또한 병원측이 간호학생들의 병원 이용에 대해 비용 지불을 요구할 일이 그리 멀지는 않을 것으로 전망된다.

학생들의 실습이 이러한 변화된 상황에서 예전처럼 지속되려면 지금보다 훨씬 많은 지식과 기술을 습득하여 실습에 적용하여야 할 것이다. 그러나 학생들은 아직 배우는 과정에 있는 학생이므로 정식 간호원이 제공할 수 있는 만큼의 지식과 기술을 기대한다는 것은

35) Smith, Carol E., *Op. cit.*, pp. 38~39.

36) Gwen Marram van Servellen & Mychelle M. Mowry, DRGs and Primary Nursing; Are They Compatible?, *Journal of Nursing Administration*, Vol. 15, No. 4, 1985, pp. 32~36.

37) Bush, James, DRGs Challenge Nursing Curricula, *Journal of Nursing Education*, Vol. 24, No. 3, 1985, p. 89.

38) Heidgerken, Reretta E., *Op. cit.*, pp. 186~187.

무리이며, 만약 그러한 것을 기대한다면 대대적인 교육과정의 변화가 뒤따라야만 할 것이다.

또 하나 생각할 수 있는 문제로 임상실습의 장소를 병원 중심에서 Care facilities로 확대시켜 그곳을 임상실습교육의 장소로 이용할 것인가의 문제이다.

그러나 그러한 대치 수단으로 과연 효과적인 임상교육을 이끌어 나갈 수 있을 것인가는 매우 의문이다.

간호 교육자들은 어떠한 변화의 상황에서도 학생들을 유능한 간호원으로 길러내는데 그 책임이 있다는 것은 누구도 부인하지 않을 것이다.

비단 DRGs로 인해 겪고 있는 교육과 정상의 변화나 어려움이 있기는 하나 그것이 전부는 아니다. 앞으로 어떠한 획기적 제도의 개발이 있어질지 모르며 간호원의 능력에 대한 요구나 기대치가 어떻게 변해갈지 모르는 것이다.

간호교육자들은 간호교육과정에 있어서의 지금까지의 변화 개편이 시대전 앞서가지 못했고, 심각한 관찰이나 사려깊은 내용의 수정이 있어지지 못하고 때로는 이미 파종한 교육과정에 점점 내용의 증가만을 가져올 때도 있었다는 것을 실감하기도 한다.

간호교육자들은 미래의 간호원으로 배출될 지금의 간호학생들이 어떤 상황에서도 잘 적응하고 유능한 간호원이 될 수 있도록 하기 위해 그들이 어떤 지식을 알아야 하고 또 어떤 기술을 습득해야 할 것인가? 나아가 어떠한 바람직한 인간상으로 성장할 것인가에 대해 스스로 확고한 철학과 신념을 가지고 학문에 정진해야 할 것이다.

IV. 결 론

이상에서 DRGs가 무엇인가에 대해 운영실태, 문제점 및 간호에 미치는 영향을 중심으로 알아보았다.

아직 우리에게 생소하고 먼 후일의 일처럼 생각되는 것도 사실이지만, 새로운 개념에 대해 언제나 편견 없는 관심을 보이고 이해하려는 자세는 앞으로의 발전을 위해 매우 중요한 것이라 생각된다. DRGs는 현재 미국의 병원운영에 지대한 영향을 미치는 제도이다.

아직 여러 문제점을 안고 있긴 하지만, 의료비의 절감에 획기적인 전기를 마련해 주었으며, 그간 나뉘었던

던 일부 의료진에게 충분한 자극이 되었다.

DRGs가 간호에 미치는 영향도 몇 가지 측면에서 알아 보았지만, 비단 간호가 DRGs에 적응하는 문제로 끝나는 것이 아닌 것으로 보인다.

앞으로 DRGs가 어떻게 수정 보완될지 모르고, 또는 어떤 완전히 다른 형태의 제도가 새로 마련될 수 있다는 것을 전혀 예측 못하는 것도 아니다.

그러나 변화되는 어떤 상황에서도 간호는 자신의 신념과 사명을 지켜가면서 새로운 운영 방법을 이해하고 그것을 능률적으로 이용하여 전체 간호 발전을 위하여 노력하는 것이 중요하리라 생각된다.

References:

1. 손난주, DRGs가 간호활동에 미치는 영향, 대한간호, 제23권 2호; 1984, pp.69~72.
2. 일한영, 교육사상사, 서울, 성문각, 1976.
3. Carol E. Smith, DRGs Making Them Work for You, *Nursing* 85, Vol. 15, No. 1, 1985, pp.34~41.
4. Gwen Marram van Servellen and Mychell M. Mowry, DRGs and Primary Nursing; Are They Compatible?, *Journal of Nursing Administration*, Vol. 15, No. 4, 1985, pp.32~36.
5. Helen Creighton, Legal Implication of the DRGs, *Nursing Management*, Vol. 16, No. 7, 1985, pp.17~19.
6. James Bush, DRGs Challenge Nursing Curricula, *Journal of Nursing Education*, Vol. 24, No. 3, 1985, p.89.
7. Margaret D. Sovie, Michael A. Tarcinale, Alison W. Vanputtee and Ann Ellen Stunden, Amalgam of Nursing Acuity, DRGs and Costs, *Nursing Management*, Vol. 16, No. 3, 1985, pp.22~42.
8. R.M. Hammer and M. A. Tufts, Nursing's Self Image-Nursing Education's Responsibility *Journal of Nursing Education*, Vol. 24, No. 7, 1985, pp.282~285.