

## 환자관리와 서비스 개선 방안



羅 明 姬

〈한양대학병원 간호부장〉

우리가 알고 있는 현재의 병원은 그 기능면에서 20 세기의 산물이라 할 수 있다. 빈민을 위하고 의지할 곳이 없는 유랑인을 관리하고, 나병 환자들을 수용, 치료하여 주던 것이 우연한 기회에 일반 질병 환자를 보게 되어 오늘날 병원으로서의 면모를 갖추게 되었다.

우리나라는 일본과의 수호조약이 성립된지 1년 후인 1877년에 일본 해군에 의해 제생(濟生)병원이 부산에 설치됨으로써 현대 한국 병원의 막이 열리게 되었다. 이와같이 의학이 일본을 거쳐 우리나라에 소개되어 항구에는 검역제도가 처음으로 실시되었고, 서울을 비롯하여 부산, 인천, 원산, 대구 및 평양 등지에 병원을 개설하여 일본의 제도권이 정착된 국·공립 병원이 있게 되었으며, 한편 갑신정변이 있었던 1884년을 계기로 미국 선교사이며 의사로 활약하던 Dr.H.N.Allen에 의해 제중원이 왕립 병원으로 개원됨으로써 한국 최초의 근대적 병원이 일반 시민을 상대로 시작되었다.

기독교 신교파들의 전도 의료사업이 중추가 되어 발전된 초기 병원은 주로 빈곤환자를 치료의 대상으로 하였고, 나아가 전염병 환자 및 부인, 소아들의 치료에 힘쓰게 되었다.

1945년 해방과 더불어 10년간은 일정시에 건립된 각 시도의 시·도립병원과 몇개 대학의 부속병원이 그 중추적인 역할을 하였고, 그 후 해외유학과 외국의 각

병원에 대한 정보가 들어오면서 각 지역 병원이 개원을 하였다.

병원의 제도는 그 개념과 더불어 시대에 따라, 국가에 따라 동일하지 않기 때문에 법적인 정의를 내리기는 용이하지 않으나, 병원의 바람직한 기능은 환자를 위한 가능한 모든 분야가 연계되어야 하며, 즉 예방을 위시하여 진단, 치료, 재활, 교육 및 연구 조사등의 모든 활동이 환자를 중심으로 이루어져야 한다는데는 일치를 이룬다.

오늘날의 우리나라 병원은 국민의 의학에 대한 지식 수준의 향상, 국민 소득 수준의 향상 및 사회복지 개발 정책의 실시등으로 다음과 같은 특성을 지니게 되었다. 즉 국민 소득 수준의 향상을 따라 의료 서비스에의 수요도 그 요구도가 고급화되어 전문화된 인력의 질적, 양적 확보가 크게 요청되고 있으며, 입원 환경도 호텔업과 같은 병실 운영을 요구하고 있다. 또한 의료 기술의 향상 발달에 수반하여 고정시설에의 투자가 계속 증가되어 있어, 병원자본의 고정화는 고정비 지출을 증가시키고 나아가 의료원가의 상승 요인이 되고 있다. 한편 종래 의사에게 의존하였던 각종 의료행위는 의료 기기와 의료 기술의 발전에 따라 분리될 수 있는 부문은 의사로부터 점차적으로 분리되어 다양한 전문 직종의 집합을 이루고 있다. 또한 국가적인 정책에 따라

대다수 국민의 의료보험, 의료보호 등 제반 복지 정책이 실시, 확대되어가고 있는 반면 의료수가의 통제가 강화되고 있어 운영상의 문제를 지니고 있다.

· 특히, 전국민 의료보험 실시 시기인 1989년 7월에 때 맞추어 실시될 의료전달 체계의 도입은 기존 병원에 대해 여러가지 문제점을 예측케 한다.

현행 우리나라 의료제도 하에서 의료기관별, 진료권별로 구분된 의료전달체계의 도입은 진료권을 설정하여 진료 지역별 수요에 맞는 의료 공급을 확보하고, 의료 시설을 1차, 2차, 3차 의료기관(특수병원 등)으로 구분하여 기능을 분담시키는 한편, 의료보험 재정의 안정화와 더불어 의료 이용 형태를 조정한다는데 목적을 두고, 대형 종합병원의 집중을 막고, 개원가의 의료기능을 분담하는 한편 국민 총의료비 절감을 가지고 올 것이라고 그 장점에 대해 예측하고 있다.

그러나, 이러한 의료전달체계와 관련해 병원의 간호부서는 몇가지 문제점을 생각해 볼 수 있다.

첫째, 외래진료 중심체제에 일대 변혁이 불가피할 것으로 본다. 즉 종합 병원의 경우 외래 환자는 그 수가 상당히 감소할 것이며, 둘째 1차 의료기관의 소견서가 없이도 3차 의료기관으로 곧바로 갈 수 있는 종합병원의 응급실의 경우엔, 응급실 이용 환자의 급증으로 시설과 인력면에서 재고가 제기될 것으로 보며, 셋째, 국민의료의 편의 제한을 초래하게 되며, 넷째 그로인한 의료사고, 의료소송이 급증할 것으로 본다.

외래 환자에 대한 진료체계의 변화는 의원으로 하여금 외래환자 연원율이 지금보다 24%가 증가하게 되므로, 의원의 입원 진료기능이 없어진다 하더라도 환자의 진료대기 시간을 지연시키는 결과를 초래해 결국 환자들의 불편을 가중시키는 결과가 예상되며, 3차 의료기관에서는 외래진료가 제한되어 의료기관의 유희인력이 생겨나며, 시설 장비의 유희화, 수련의 교육에 지장을 초래함과 악화가 될 것이다. 또한 환자들이 의원을 첫 의료기관으로 선택할 때, 의료기관이 병원이나 종합병원에서 바뀌어 저렴한 진료비로 만족한 진료를 받을 수 있다면 바람직하나, 한 조사 결과에 따르면, 의원에서 진료가 가능한 환자는 54%에 불과한 것으로 나타나 의료전달체계의 적용으로 불필요하게 의원을 거치고 병원이나 종합병원으로 가게될 경우, 환자가 부담하는 진료비 및 간접비용이 증가하여 국민

의료비의 절감 효과를 기대하기 어려울 것이다.

또한 의료기관별 기능 분담이 이루어지지 않는 상태에서 의료전달체계가 강행될 경우, 의료 기관간의 원활한 환자이송을 기대할 수 없으며, 의료 기관과 환자와의 분쟁은 물론 병원간의 의료분쟁의 소지가 많게 될 우려가 있을 것으로 본다.

한편 정부의 시행 방안중 공고 및 직장 의보 피보험자는 진료권내에서 1차, 2차, 3차 의료기관에 구애 없이 자유롭게 진료받을 수 있게 되어있는 채, 지역 의료 피보험자만이 1차, 2차, 3차 의료기관을 단계적으로 거쳐야하는 것으로 되어있어 국민들간의 계층간 차별이라는 불만을 일으킬 소지가 많다.

이렇게 의료전달 체계로 인한 변화를 예상할 때 간호부서에서는 임상간호전문가(clinical nurse specialist)의 활용에 대해 고려해야될 때가 왔다고 본다. 원래 임상간호전문가는 임상에서 양질의 개인 중심의 직접 간호를 제공하고 다른 간호사에게 역할 모델이 되는 것이 우선의 임무였으며, 아울러 그들의 간호는 사회, 정신적인 측면에서 인간을 넓고 깊게 이해하고 강화된 수준 높은 간호를 제공하는 역할이다. 그런데 실제로 병원에서는 그같은 고급 인력의 활용을 주저하고 기피하였는데, 임상간호전문가의 역할을 실제성을 살려 그 임무를 맡을 수 있으며, 간호의 기술과 전략을 개발하고 향상시키며 구체화하는데 기여토록 할 수 있는 행정적, 제도적 개선이 요구된다. 경우에 따라서는 탈기관(noninstitution)의 지향 계기가 되어 건강 상태를 감별하고, 필요에 따라 의뢰하는 일에 보다 많은 비중과 책임이 주어져야 한다.

기존 체제중에서 강화해야 될 부문은 응급실에 대한 운영을 들 수 있는데 응급환자의 개념이 의사나 기타 병원인과 내원하는 환자 및 보호자와 상반됨으로써 진료의 적극성이 결여된 것처럼 보여 자주 마찰이 있어 왔으므로, 환자의 신속한 분류로 입원 처리 및 귀가 처리에 대한 후속 조치가 있도록 해야 한다. 더우기 현재의 의료보험 수가 중 응급실에서 12시간 이상 계속진료를 받았을 때에만 입원료(입원병원관리료+환자관리료)를 산정하게 되어 있으며, 야간에 행한 처치에만 소정 수가에 가산율을 적용토록 되어있어, 의료전달체계 이전보다 시간대와 상관없이 급증하게 될 응급실 내원 환자에 대해 간호 서비스가 복잡하게 이

루어지게 됨에도 불구하고, 적절한 보상이 되지 않을 것이다.

간호 서비스에 대한 적절한 보상이 국가적인 시책에서 고려되어야 할 부분으로 사료된다.

한편, 입원 환자의 경우, 1차, 2차, 3차 진료기관에 따라 입원 환자의 간호 요구도의 강도가 다르리라고 예측할 수 있으며, 따라서 간호 요구를 충족시킬 수 있도록 인력의 비율도 지금까지 의료법에 명시되어 있는 환자수 대 간호사수의 비율을 과감히 수정하여, 1차, 2차, 3차 의료기관에 따라 환자수 대 간호사의 비율, 환자의 상태에 따라 간호사의 수를 추정하는 환자분류제도를 도입하여 조정해야 할 것으로 예견된다.

환자 분류법에 의한 몇몇 학자들의 이론을 살펴보면 다음과 같다.

Conner의 환자 분류법에 의하면, 자력으로 돌볼 수 있는 환자를 유형 1로, 보통의 간호를 필요로 하는 환자를 유형 2로, 상당한 직접적인 간호를 필요로 하는 환자를 유형 3으로, 철저한 간호를 필요로 하는 환자를 유형 4로 분류하여, 이상 4가지 유형의 환자에게 소요되는 시간의 비율을 유형 1에 0.65시간, 유형 2에 1.00시간, 유형 3에 1.35시간, 유형 4에 2.00시간이라고 측정된바 이와같은 간호시간을 근거로 간호인력을 산출케 한다.

Pardee의 환자 분류법을 가장 짧은 시간의 간호 서비스를 요구하는 환자를 유형 1로, 보통 시간의 간호 서비스를 요구하는 환자를 유형 2로, 가장 많은 시간의 간호서비스를 요구하는 환자를 유형 3으로 하여 병실 별로 환자에 대한 간호의 유형을 결정할 수 있는 근거를 제시하게 된다.

Greenville 병원의 환자 분류법은 환자의 생명 유지를 위하여 생명 유지 기구가 철저한 간호를 통해 계속되고 있고 끊임없는 치료와 투약이 계속되는 경우를 1단계로, 환자가 심한 증세를 나타내거나 그의 활동이 엄격히 통제되거나 계속적인 관찰과 조절이 필요한 경우를 2

단계로, 환자의 요구를 예상할 수 있거나 그에대한 간호나 행동을 예측할 수 있지만 전반적으로 간호를 요구하는 경우를 3단계로, 환자가 일상생활에서 간호사의 보조나 감독 혹은 약이나 치료를 필요로 하는 경우를 4단계로, 환자가 육체적인 욕구를 충족시키고 있고 다만 진찰이나 검사 그리고 약물 치료를 요구하는 경우를 5단계로 나누고 있다.

그외에도 각 환자의 행위에 대한 관찰을 근거로 유형을 분류한 Holly Wood장로교회 병원의 환자 분류법과 환자의 건강 상태를 기준으로 유형을 분류한 J.P. Young의 환자 분류법이 있다.

이러한 환자 분류법의 적용을 위하여서도, 간호부서장에게 간호서비스를 위해 간호인력의 산출, 선택, 배치에 대한 권한을 제도적으로 위임하는 것이 타당하다고 사료된다.

또한 간호사의 업무 또한 분야별 전문성을 향상시켜, 환자에게 정신적으로나 신체적으로 안녕을 유지하여 환경에서 발생되는, 또는 인간의 내적 외적 자극을 바람직한 방향으로 적응케 하며, 불건강한 상태에서 건강 상태로 증세할 수 있는 수행할 수 있도록 발전시켜야 할 것이다.

또한 환자의 사적인 비밀 보장에 대한 문제점과 아울러, 면회객 증가로 인한 병실내 공기 오염, 소음등의 문제점, 교차 감염에 대한 문제점등이 더욱 노출될 것으로 보이는데, 이때 구조적인 개선을 통해 좀 더 나아질 문제점도 있으나, 간호의 질을 높임으로써만 해결될 문제점을 파악하여, 입원 기간의 단축, 입원 기간 동안의 간호 상담등을 통해 입원 기간중의 만족도를 높일 뿐 아니라, 아울러 병실의 유통도 돕도록 간호사의 활용에 적극 노력해야 한다.

이로써 수요의 고급화, 자본의 고정화, 다양한 전문 직종의 집합, 복지 정책의 수립으로 현대의 병원의 특성을 유지하면서 양질의 간호가 계속되는 그런 의료현장이 되도록 노력하여야 할 것으로 사료된다.\*