

광주·전남지역 요양병원 간호사의 포괄수가제에 대한 인식 및 적용 후 간호업무 변화*

하 은¹ · 김 계 하²

¹ 화순마루요양병원 간호사, ² 조선대학교 간호학과 조교수

* 이 논문은 조선대학교 대학원 석사학위 논문의 일부를 발췌하여 수정한 내용임.

* This article is based on a part of the first author's master's thesis from Chosun University.

Nurses' Cognition of Diagnosis Related Group (DRG) in Long-term Care Hospitals and Changes in Nursing Care after Application of DRG*

Ha, Eun¹ · Kim, Kyeha²

¹ Nurse, Maru Silver Hospital

² Assistant Professor, Chosun University

주요어

포괄수가제, 인식, 간호사

Key words

Diagnosis-related groups, Cognition, Nurse

Correspondence

Kyeha Kim
Department of Nursing,
Chosun University
375 Seosuk-dong, Dong-gu,
Gwangju, 501-759, Korea
Tel: 82-62-230-6326
Fax: 82-62-230-6329
E-mail: kyeihakim@hanmail.net

투 고 일: 2012년 4월 6일

수 정 일: 2012년 5월 6일

심사완료일: 2012년 5월 6일

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to examine nurses' cognition of the diagnosis related group (DRG) in long-term care hospitals and changes in nursing care after application of the DRG system. **Method:** This study was a descriptive survey involving 161 nurses working in 12 long-term care hospitals located in Gwangju city and Chonnam area. Data were analyzed using the SPSS 18.0 version program. Data analyses utilized descriptive test, chi-square test, Fisher's exact probability test, t-test, and one-way ANOVA. **Result:** There was no change in cognition of DRG in 55.3% of the nurses, and 26.1% takes to 'change positively'. More than half of the respondents (57.8%) agreed to the application of DRG. After application of DRG, the nurses responded 'there were changes in nursing care' in 23 of the 25 care items. Two items had an increase in nursing care. **Conclusions:** No distinct changes in nursing care were evident after DRG application. Therefore, there is need to provide education programs related to DRG for nurse in long-term care hospitals.

서 론

1. 연구의 필요성

최근 보건복지부는 건강보험정책심의위원회에서 '2012년 7월부터 병의원급, 2013년 7월부터는 종합병원급 이상의 전체 의료기관에서 7개 질병군에 대한 포괄수가가 의무 적용된다'는 내용

의 국민건강보험법 시행령 개정령 안을 입법예고하였다(Ryu, 2012). 포괄수가제(DRG: Diagnosis Related Group)란 모든 입원 환자들을 환자특성 및 진료특성에 따라 임상적인 진료내용과 자원의 소모량이 유사하도록 분류한 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 의료기관에 지급하는 제도로서(Korea Association of Geriatric Hospital, 2010) 포괄수가제가 적용되면 각종 검사나 치료행위 건마다 진료비를 내야 하는 현행 방식에

서 벗어나 비급여 항목이나 진료량에 상관없이 사전에 정해진 진료비만 내면 된다.

기존에 시행되었던 행위별수가제(fee for service)는 한 환자가 병원에 입원해 있는 동안 제공된 모든 의료서비스들을 사용량과 가격에 따라 진료비를 계산하고 지급하는 제도이므로 의료기관에서 진료비를 과하게 책정하기 위해 불필요한 의료 행위를 추가하거나 비급여 항목을 추가하는 등의 문제가 있을 수 있다. 이러한 단점을 보완하기 위해 포괄수가제를 적용하는 것으로 포괄수가제는 미리 정해져 있는 비용을 지불하는 것이기 때문에 비용이 과도하게 청구되는 것을 방지할 수 있을 것으로 예상된다. 포괄수가제는 원래 미국에서 1983년 Medicare 환자를 대상으로 시행된 것인데 우리나라는 1997년 2월부터 1998년 1월까지 5개 요양기관에 수정체 수술, 편도·아데노이드 수술, 충수 절제술, 질식분만, 제왕절개술을 시작으로 제1차 시범사업을 실시하게 되었다. 이후 2001년까지 5년간 시범사업을 실시한 후 2002년 1월부터 의료기관이 행위별방식과 포괄수가제 중에서 선택하는 방식으로 본 사업이 실시되었고, 2003년 9월부터 자연분만을 제외한 현재 7개 질병군에 포괄수가제를 실시하고 있다 (Department of Health Policy and Management, 2000).

요양병원에서도 역시 현재 포괄수가제가 실시되고 있는데 2005년 7월부터 1년간 시범사업을 실시한 후 2008년 1월 1일부터 모든 요양병원에 실시하게 되었다. 그 추진배경은 급속한 고령화, 만성질환 중심의 질병구조 및 노인장기요양보험 도입에 따른 장기요양서비스 수용 증대와 관련이 있다. 또한 요양병원만의 특성을 고려한 수가체계의 지불보상체계가 필요하게 되어 요양병원에 맞는 포괄수가제가 실시되어진 것이다. 요양병원에서 시행되고 있는 포괄수가제 KDRG (Korean Diagnosis Related Group: 한국형 진단명 기준 환자군)는 대상자의 일반사항, 의식상태, 인지기능, 신체기능, 배설기능, 질병진단, 건강상태, 피부상태, 투약, 특수처치 및 전문재활치료를 기준으로 환자평가표를 작성하며, 이 평가표에 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도, 문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군으로 크게 분류하고, 각 분류 내에서 다시 거동능력에 따라 2-3개로 세부 분류한다. 반면 외과 수술기간, 폐렴, 폐혈증 기간, 전문재활서비스, 혈액투석, 전산화 단층촬영, 자기공명영상, 전문의약품에 대해서는 행위별 수가를 병행하는 것으로 기존의 급성기 병원에서 실시되는 환자가 입원 중 받은 진찰이나 수술, 투약 및 검사 등에 상관없이 질병군에 따라 일정액을 부담하는 방식(Health Insurance Review & Assessment Service, 2011a)과는 다소 차이가 있다.

의료비 증가, 보험재정 악화 등으로 인해 지불제도 개편은 현재 정부가 추진하는 주요 의료정책 중 하나이다. 원래 요양병원 포괄수가제의 기대효과는 보험재정 효율화와 인력차등 도입으로

요양병원 의료서비스 수준을 향상시키고, 의료서비스 요구도가 낮은 환자의 시설입소를 유도하여 의료전달체계를 확립하는 것에 있다(Ministry of Health & Welfare, 2007). 그러나 기존 행위별수가제 대안으로 나온 포괄수가제는 여러 가지 논란을 불러왔는데 진료의 양과 서비스는 상관없이 진료비를 받을 수 있기 때문에 환자에게 최소의 서비스만 제공하려고 할 것이고 이는 조기퇴원의 증가, 고위험 환자 기피 등으로 나타날 수 있을 것이라는 점에서 의료계의 반발이 크다. 또한 신의료기술을 반영하거나 복잡한 치료에 대한 보상 등이 미흡한 문제점으로 남아 있어 이 제도에 대한 찬반 여론이 높다. 따라서 포괄수가제 도입 이후의 변화에 대해서 여러모로 조사하는 것은 향후 제도의 개선과 보완을 위해서도 매우 필요한 일이라 사료된다.

외국의 경우에도 DRG의 도입은 여러 논쟁을 불러왔다(Heer et al., 2009). 선행연구를 살펴보면 외국의 경우 대부분 DRG와 관련하여 입원기간이나 비용, 의료기관의 질 개선 등을 비교하는 연구가 주로 이루어졌고(Cleverley & Cleverley, 2011; Lotter et al., 2011; Prison et al., 2012) 우리나라에서도 역시 DRG 관련한 연구가 일부 시도되었으나(Shon, Chunq, Yi, & Kwon, 2011; Song & Kim, 2010) 특정 질병 환자들을 대상으로 외래 방문횟수나 입원기간에 대한 비교가 주를 이루었다. 또한 이들 연구에서의 대상 기관은 모두 종합병원으로 최근 급격히 증가하고 있으나 재정적 측면에서 어려움을 겪고 있는 요양병원을 대상으로 한 연구는 거의 없는 실정이다. DRG의 경우 비록 의사의 참여가 많은 영향력을 미치는 것은 사실이나 DRG 업무는 여러 전문직종의 사람들이 관련되어 있고(Ponqpirul, Walker, Winch, & Robinson, 2011) 특히 실제 임상현장에서 직접적으로 환자와 대면하며 업무를 보고 있는 간호사들의 역할은 매우 중요하다고 여겨진다. 미국에서 실시된 Tschannen와 Kalisch (2009) 연구에서는 DRG 체제에서 의사-간호사의 협력에 대한 인식이 급성기 환자의 입원기간과 관련이 있다는 연구결과가 보고되었다. 또한 요양병원 환자는 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군 등의 7개 대분류로 나누어지고 일상생활능력(ADL) 점수별로 세분화되어 있으므로 요양병원에서는 무엇보다 ADL의 철저한 관리와 이해가 필요하다. ADL 평가에서 식사하기, 체위변경하기, 옮겨 앉기, 화장실 사용하기는 실제 평가에 중요한 요소가 되므로(Kim, J. H., 2011) 요양병원의 경우 간호사들의 역할이 특히 더 중요하다고 판단된다. 따라서 요양병원에서 근무하는 간호사들이 이 제도에 대해 어떻게 인식하고 있으며 DRG 적용 후 간호업무에서 어떠한 변화를 보였다고 생각하는지 살펴보는 것은 이 제도의 취지가 제대로 살려지고 있는지 확인하는데 도움이 될 것이라 사료된다.

그러나 우리나라의 경우, 요양병원에서 진료와 간호를 수행하는 의료인들의 포괄수가제에 대한 인식 조사는 거의 없는 형편이다. 과거에 임상주의 입장에서 본 포괄수가제(Lee, 2000)와 종합병원 간호사를 대상으로 의료보험 및 진료비 지불제도에 대한 조사 연구 등(Seo, 2000)이 실시된 적이 있다. 또한 2009년에 요양병원을 운영하고 있는 원장 및 이사장들을 대상으로 한 요양병원형 수가제 만족도(Kim, Y. B., 2011) 연구와 이 제도가 도입된 직후인 2008년에 서울 지역 요양병원의 간호사들을 대상으로 한 연구 1편이 보고되었으나(Woo, 2008) 종합병원과 요양병원 간호사가 인지하는 바는 다를 것이다. 또한 이 제도가 도입된 직후와 포괄수가제가 실시된 지 3년 정도 지난 현 시점 간에는 다소 차이가 있을 것이고 서울과 지방 역시 차이가 있을 사료되어 본 연구에서는 노인인구 및 요양병원의 비율이 높은 광주·전남지역 요양병원 간호사들을 대상으로 포괄수가제에 대한 인식과 간호업무 변화에 대해 알아보고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 광주·전남지역 요양병원 간호사의 포괄수가제에 대한 인식 및 포괄수가제 적용 후 간호업무 변화를 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성을 알아본다.
- 2) 대상자의 포괄수가제에 대한 인식 및 적용 후 간호업무 변화를 알아본다.
- 3) 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성에 따른 인식의 변화를 알아본다.
- 4) 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성에 따른 간호업무 변화를 알아본다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 광주·전남지역 요양병원 간호사의 포괄수가제에 대한 인식 및 포괄수가제 적용 후 간호업무 변화를 알아보는 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 광주 및 전남지역 소재의 인력 1등급 요양병원에서 근무하고 있는 간호사로 연구 표본 수는 G*Power 3.12를 이용하여 one-way ANOVA를 분석하는데 필요한 유의수

준 .05, 검정력 .80, 중간 효과크기 $f=.25$, 집단 수 ($n=3$)의 조건을 고려할 경우 최소 표본수가 156명인 것을 근거로 본 연구의 표본수를 산출하였고 충분히 만족되었다.

3. 연구 도구

1) 포괄수가제에 대한 인식

포괄수가제에 대한 대상자의 인식을 측정하기 위해 먼저 요양병원 포괄수가제와 관련된 국내의 문헌 및 논문들을 고찰하고 사전조사로 현재 요양병원 간호사로 근무 중인 간호사와의 면담을 통해 문항들을 작성하였다. 이 문항들은 간호학 교수 1인과 요양병원에서 포괄수가제를 담당하고 있는 간호사 2인의 자문을 얻어 포괄수가제에 대한 간호사의 인식과 관련된 내용으로 판단되는 6문항으로 구성하였다. 이를 다시 요양병원 수간호사 2명과 간호사 10명에게 자문을 구한 후 최종 6문항으로 구성하였다. 본 설문 내용에는 대상자들의 포괄수가제에 대한 인식의 변화, 대상자들의 포괄수가제 시행에 대한 생각, 포괄수가제에 대한 장단점과 개선될 점이 포함되었다.

2) 간호업무 변화

포괄수가제 적용 후의 간호업무 변화를 알아보기 위해 Woo (2008)가 개발한 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 25문항으로 되어 있으며, 각 문항에 대해 간호업무의 변화를 감소(1점), 변화없음(2점), 증가(3점)의 3점 Likert 척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 업무량의 증가를 나타내며 본 연구에서의 도구 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.91$ 이었다.

4. 자료 수집 방법

본 연구의 자료수집 기간은 2011년 8월부터 9월까지이며, 설문조사에 앞서 먼저 본 연구자가 광주·전남지역 소재의 인력 1등급 요양병원 12곳 간호부서장들에게 전화 또는 직접 방문하여 연구의 목적을 설명한 후 자료수집에 대한 허락을 받았다. 간호부서장들에게 부서별(병동별)로 평가표 작성자를 비롯한 4-5명의 간호사를 고루 선정해 줄 것을 당부하였고, 각 대상자들에게도 역시 서면 및 구두로 연구의 목적과 자료 수집 방법, 연구자료로만 사용할 것과 익명으로 처리됨을 설명하고 자원하는 대상자에 한하여 동봉된 안내서를 배부하여 연구자들이 자기기입식으로 설문지를 작성하게 하였다. 총 200부의 설문지를 배포하였으나 회수되지 않은 것과 응답이 불완전한 39부를 제외한 161부가 최종 연구 자료로 사용되었다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS(Statistical Package for the Social Science)/WIN 18.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 첫째, 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성, 대상자의 포괄수가제에 대한 인식 및 적용 후 간호업무 변화를 알아보기 위해 기술통계를 이용하였다. 둘째, 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성에 따른 인식의 변화를 알아보기 위해 교차분석을 실시하였다. 셋째, 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성에 따른 간호업무 변화를 알아보기 위해 Independent t-test와 ANOVA를 사용하였으며, 사후 검정을 위해 Scheffé test를 실시하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 포괄수가제 관련 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다(Table 1). 대상자의 평균 연령은 37.53세였고, 40세 이상이 44.1%로 가장 많았다. 성별은 여성이 95.7%로 대다수를 차지하였으며, 기혼인 경우가 64.6%였다. 대상자 중 41.6%가 종교를 가지고 있지 않았으며, 학력은 전문대 졸업이 70.8%로 가장 많은 것으로 나타났다.

다. 대상자의 요양병원 근무경력은 3년 이상이 51.6%로 가장 많았으며, 일반간호사의 직위를 가지고 있는 경우가 직위는 일반간호사가 73.3%로 가장 많았다. 현재 근무하고 있는 장소는 일반병동이 70.8%였고, 현 근무병원의 병상 수는 200병상 이상 300병상 미만이 45.3%로 가장 많은 것으로 나타났다.

본 연구 대상자의 포괄수가제 관련 특성은 다음과 같다(Table 1). 포괄수가제 적용 후 간호사 채용 수가 '증가하였다'고 응답한 대상자가 45.3%로 가장 높았으며, 간호조무사 채용 수도 '증가하였다'고 응답한 경우가 65.2%로 가장 높았다. 요양보호사의 채용 수는 53.4%가 '변화 없음'이라고 응답하였다. 대상자의 포괄수가제에 대한 이해도는 '보통이다'가 70.8%로 가장 높았으며, 대상자의 40.4%가 포괄수가제 관련 교육에 참여한 것으로 나타났다. 포괄수가제 교육에 참여한 적이 있다고 응답한 65명 중 1회 참여한 경우가 38.4%로 가장 많았다. 포괄수가제와 관련된 교육 만족도는 '보통이다'가 75.4%로 가장 높았으며, '만족한다'가 15.4%, '만족하지 않는다'는 9.2%인 것으로 나타났다. 포괄수가제에 대한 의문사항이 생길 경우 '윗사람에게 물어본다'가 44.1%로 가장 높았으며, '심사부서에 물어본다'가 39.1%였다. 대상자들이 근무하는 요양병원에 EMR이 적용되고 있는지에 대한 여부는 '아니오'라고 응답한 경우가 72.0%로 절반 이상을 차지하였다.

2. 대상자의 포괄수가제에 대한 인식

(Table 1) General Characteristics and Characteristics related to DRG

(N=161)

| Variable | Category | n(%) | M±SD |
|--|------------------|-----------|------------|
| Age (years) | 20-29 | 44(27.3) | 37.53±9.7 |
| | 30-39 | 46(28.6) | |
| | 40+ | 71(44.1) | |
| Gender | Male | 7(4.3) | 154(95.7) |
| | Female | 154(95.7) | |
| Marital status | Single | 57(35.4) | 104(64.6) |
| | Married | 104(64.6) | |
| Religion | Protestant | 52(32.3) | 67(41.6) |
| | Others | 42(26.1) | |
| | None | 67(41.6) | |
| Educational level | College | 114(70.8) | 9(5.6) |
| | University | 38(23.6) | |
| | Graduate school | 9(5.6) | |
| Length of time working as a nurse in long-term care hospital (years) | 1 ≤ - <2 | 47(29.2) | 40.65±25.7 |
| | 2 ≤ - <3 | 31(19.2) | |
| | ≥3 | 83(51.6) | |
| Position | Nurse | 118(78.3) | 26(16.1) |
| | Charge nurse | 17(10.6) | |
| | Head nurse | 26(16.1) | |
| Place of work | General ward | 114(70.8) | 47(29.2) |
| | ICU+general ward | 47(29.2) | |

(Table 1) General Characteristics and Characteristics related to DRG(Continued)

(N=161)

| Variable | Category | n(%) | M±SD |
|---------------------------------|---|-----------|------|
| Number of beds | <200 | 45(28.0) | |
| | 200 ≤ - <300 | 73(45.3) | |
| | ≥300 | 43(26.7) | |
| Recruitment of nurses | Decreased | 22(13.7) | |
| | Unchanged | 66(41.0) | |
| | Increased | 73(45.3) | |
| Recruitment of nurse assistants | Decreased | 4(2.5) | |
| | Unchanged | 52(32.3) | |
| | Increased | 105(65.2) | |
| Recruitment of caregivers | Decreased | 18(11.2) | |
| | Unchanged | 86(53.4) | |
| | Increased | 57(35.4) | |
| Understanding of DRG | Poor | 12(7.5) | |
| | Moderate | 114(70.8) | |
| | Good | 35(21.7) | |
| Education about DRG | Yes | 65(40.4) | |
| | No | 96(59.6) | |
| Frequency of education (n=65) | 1 | 25(38.4) | |
| | 2 | 20(30.8) | |
| | 3+ | 20(30.8) | |
| Education satisfaction (n=65) | Satisfied | 6(9.2) | |
| | Moderate | 49(75.4) | |
| | Dissatisfied | 10(15.4) | |
| Question about DRG | Inquire to one's superiors | 71(44.1) | |
| | Inquire to evaluation department | 63(39.1) | |
| | Search on the internet or literature review | 27(16.8) | |
| Explanation to protectors | Yes | 52(32.3) | |
| | No | 109(67.7) | |
| Application of EMR | Yes | 45(28.0) | |
| | No | 116(72.0) | |

* DRG=Diagnosis Related Groups; ICU=Intensive Care Unit; EMR=Electronic Medical Record

본 연구 대상자의 포괄수가제에 대한 인식은 다음과 같다 (Table 2). 포괄수가제를 적용받는 환자를 간호하면서 이전에 가졌던 포괄수가제에 대한 인식이 어떻게 바뀌었는지에 대한 질문에 '변화없음'이라고 응답한 경우가 55.3%로 가장 높았으며, '긍정적으로 변화였다'가 26.1%, '부정적으로 변화였다'는 18.6%로 나타났다. 포괄수가제 시행에 대해서는 절반 이상(57.8%)의 대상자가 찬성하였으며 간호사로서 느끼는 포괄수가제에 대한 만족도는 '보통'이라고 생각하는 비율이 71.4%로 가장 높았고 다음은 '만족하지 않는다'가 19.9%이었다.

대상자가 생각하는 포괄수가제의 장점으로서는 '환자의 관리 및 통제의 용이'가 34.8%로 가장 높게 나왔으며, '의료제공 단순화' 24.2%, '포괄적인 간호제공' 20.5% 등이었다. 반면 포괄수가제의 단점으로 생각하는 내용은 '진료비가 정해져 있으므로 환자에게 소홀할 수 있다'가 43.5%로 가장 높게 응답되었고, '진료비가 많이 나오는 환자를 기피할 것이다' 26.1%, '요양병원에 맞는 지나

친 병명을 만들 것이다' 11.8%, '항생제 남용 등의 필요 이상의 처방은 하지 않을 것이다' 9.9%, '업무의 단순화가 올 것이다' 8.7% 순으로 나타났다.

포괄수가제의 개선될 점으로는 '환자가 분류별로 나누어져 수용되어야 한다'가 35.4%로 가장 많았고, 그 외 '변화가 없는 진료 및 처치' 29.2%, '과별 특정 분류로 나누어져야 한다' 18.6%, '의료진의 세분화가 되어야 한다' 16.8% 순으로 응답되었다.

3. 대상자의 포괄수가제에 적용 후 간호업무 변화

간호사들이 느끼는 포괄수가제 적용 후 간호업무 정도는 75점 만점 중 평균 56.8로 나타났다. 또한 각 문항별로 감소, 변화없음, 증가에 대한 각각의 비율을 살펴본 결과, 포괄수가제 적용 후 간호업무의 변화에 있어 '변화없음'에 응답한 경우가 가장 많았던 항목은 25개 중 23개 항목이었고, 나머지 2개 항목은 '증

(Table 2) Nurses' Cognition of Diagnosis Related Group (DRG)

(N=161)

| Variable | Category | n(%) |
|--------------------------------------|---|-----------|
| Change in cognition of DRG | Negative change | 30(18.6) |
| | Unchanged | 89(55.3) |
| | Positive change | 42(26.1) |
| Opinion about application of DRG | Agree | 93(57.8) |
| | Opposed | 68(42.2) |
| Satisfaction with application of DRG | Satisfied | 14(8.7) |
| | Moderate | 115(71.4) |
| | Dissatisfied | 32(19.9) |
| Strength of DRG | Ease of patient care and control | 56(34.8) |
| | Simplification of medical treatment | 39(24.2) |
| | Simplification of health manpower | 13(8.1) |
| | Acceptance of various patients | 209(12.4) |
| | Comprehensive nursing care | 33(20.5) |
| Weakness of DRG | Carelessness in medical treatment | 70(43.5) |
| | Abuse of antibiotics | 16(9.9) |
| | Making excessive diagnoses | 19(11.8) |
| | Simplification of job | 14(8.7) |
| | Avoidance of patients having high costs | 42(26.1) |
| Point for improvement of DRG | Division by medical department | 30(18.6) |
| | Subdivision of medical team | 27(16.8) |
| | Division by patients | 57(35.4) |
| | Medical treatment Unchanging | 47(29.2) |

(Table 3) Changes in Nursing Care after Application of DRG

(N=161)

| Contents of job | Decreased n(%) | Unchanged n(%) | Increased n(%) |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1. Ward orientation on hospitalization | 9(5.6) | 115(71.4) | 37(23.0) |
| 2. Explanation of symptoms and consultation on demand of family | 6(3.7) | 94(58.4) | 61(37.9) |
| 3. Discharge education at discharge | 10(6.2) | 120(74.5) | 31(19.3) |
| 4. Explanation of tests, medication, rehabilitation treatment to family | 9(5.6) | 91(56.5) | 61(37.9) |
| 5. Nursing history on hospitalization | 5(3.1) | 88(54.7) | 68(42.2) |
| 6. Physical assessment | 7(4.3) | 86(53.5) | 68(42.2) |
| 7. Nursing record | 6(3.7) | 73(45.4) | 82(50.9) |
| 8. Regular testing for cognitive function and ADL | 5(3.1) | 59(36.6) | 97(60.3) |
| 9. Health status and observation of pain | 6(3.7) | 84(52.2) | 71(44.1) |
| 10. Enteral feeding, suction, & position change | 7(4.3) | 80(49.7) | 74(46.0) |
| 11. Listening carefully | 9(5.6) | 91(56.5) | 61(37.9) |
| 12. Frequency of rounds to observe patient status | 11(6.8) | 84(52.2) | 66(41.0) |
| 13. Urinary training | 13(8.1) | 105(65.2) | 43(26.7) |
| 14. Interest in nutrient intake of patients with weight loss | 4(2.5) | 79(49.1) | 78(48.4) |
| 15. Transition time | 8(5.0) | 100(62.1) | 53(32.9) |
| 16. Time to manage and educate nurse aid staff | 15(9.3) | 92(57.2) | 54(33.5) |
| 17. Management of consumable supplies | 15(9.3) | 96(59.6) | 50(31.1) |
| 18. Frequency of checking vital signs and body weight | 7(4.3) | 111(68.9) | 43(26.8) |
| 19. Usage of materials in nursing care | 24(14.9) | 107(66.5) | 30(18.6) |
| 20. Order in symptoms as fever, dehydration, vomiting, internal bleeding | 12(7.5) | 90(55.9) | 59(36.6) |
| 21. Physician assistance | 23(14.3) | 108(67.1) | 30(18.6) |
| 22. Medication | 27(16.8) | 104(64.6) | 30(18.6) |
| 23. Nursing care (Inserting tube, wound care) | 14(8.7) | 113(70.2) | 34(21.1) |
| 24. Moving patients for rehabilitation | 18(11.2) | 94(58.4) | 49(30.4) |
| 25. Notification about abnormal symptoms and signs, and side effects of medication | 11(6.8) | 104(64.6) | 46(28.6) |
| Mean±SD = 56.8±8.06 | | | |

(Table 4) Change in Cognition of Diagnosis Related Group (DRG) according to General Characteristics and Characteristics related to DRG (N=161)

| Variable | Category | Negative change (n=30) n(%) | Unchanged (n=89) n(%) | Positive change (n=42) n(%) | χ^2 | p |
|---|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------|-------|
| Age (years) | 20-29 | 7(23.3) | 30(33.7) | 7(16.7) | 5.90 | .207 |
| | 30-39 | 10(33.3) | 25(28.1) | 11(26.2) | | |
| | 40+ | 13(43.3) | 34(38.2) | 24(57.1) | | |
| Gender | Male | 3(10.0) | 2(2.2) | 2(4.8) | 10.01 | .007 |
| | Female | 27(90.0) | 87(97.8) | 40(95.2) | | |
| Marital status | Single | 6(20.0) | 41(46.1) | 10(23.8) | 7.89 | .096 |
| | Married | 24(80.0) | 48(53.9) | 32(76.2) | | |
| Religion | Protestant | 9(30.0) | 24(27.0) | 19(45.2) | 2.60 | .628 |
| | Others | 7(23.3) | 22(24.7) | 13(31.0) | | |
| | None | 14(46.7) | 43(48.3) | 10(23.8) | | |
| Educational level | College | 21(18.4) | 65(57.0) | 28(24.6) | 4.11 | .391 |
| | University | 9(23.7) | 19(50.0) | 10(26.3) | | |
| | Graduate school | 0(0) | 5(5.6) | 4(44.4) | | |
| Length of time working as a nurse (years) | 1 ≤ - <2 | 9(30.0) | 24(27.0) | 14(33.3) | 10.18 | .037 |
| | 2 ≤ - <3 | 4(13.3) | 21(23.6) | 6(14.3) | | |
| | ≥3 | 17(56.7) | 44(49.4) | 22(52.4) | | |
| Position | Nurse | 20(66.7) | 68(76.4) | 30(71.4) | 2.09 | .351 |
| | Charge nurse | 4(13.3) | 10(11.2) | 3(7.1) | | |
| | Head nurse | 6(20.0) | 11(12.4) | 9(21.4) | | |
| Place of work | General ward | 19(63.3) | 62(69.7) | 33(78.6) | 4.11 | .391 |
| | ICU+general ward | 11(36.7) | 27(30.3) | 9(21.4) | | |
| Number of beds | <200 | 11(36.7) | 22(24.7) | 12(28.6) | 16.62 | .882 |
| | 200 ≤ - <300 | 15(50.0) | 39(43.8) | 19(45.2) | | |
| | ≥300 | 4(13.3) | 28(31.5) | 11(26.2) | | |
| Recruitment of nurses | Decreased | 4(13.3) | 13(14.6) | 5(11.9) | 16.62 | .602 |
| | Unchanged | 10(33.3) | 38(42.7) | 18(42.9) | | |
| | Increased | 16(53.3) | 38(42.7) | 19(45.2) | | |
| Recruitment of nurse assistants | Decreased | 1(3.3) | 3(3.4) | 0(0) | 16.62 | .156 |
| | Unchanged | 7(23.3) | 31(34.8) | 14(33.3) | | |
| | Increased | 22(73.3) | 55(61.8) | 28(66.7) | | |
| Recruitment of caregivers | Decreased | 4(13.3) | 9(10.1) | 5(11.9) | 2.41 | .300 |
| | Unchanged | 16(53.3) | 54(60.7) | 16(38.1) | | |
| | Increased | 10(33.3) | 26(29.2) | 21(50.0) | | |
| Understanding of DRG | Poor | 2(6.7) | 8(9.0) | 2(4.8) | 10.18 | .037 |
| | Moderate | 22(73.3) | 68(76.4) | 24(57.1) | | |
| | Good | 6(20.0) | 13(14.6) | 16(38.1) | | |
| Education about DRG | Yes | 20(66.7) | 55(61.8) | 21(50.0) | 21.34 | <.001 |
| | No | 10(33.3) | 34(38.2) | 21(50.0) | | |
| Question about DRG | Inquire to one's superiors | 16(53.3) | 39(43.8) | 16(38.1) | 0.51 | .776 |
| | Inquire to evaluation department | 11(36.7) | 29(32.6) | 23(54.8) | | |
| | Search on the internet | 3(10.0) | 21(23.6) | 3(7.1) | | |
| Explanation to protectors | Yes | 10(33.3) | 17(19.1) | 25(59.5) | 23(76.7) | .001 |
| | No | 20(66.7) | 72(80.9) | 17(40.5) | | |
| Application of EMR | Yes | 7(23.3) | 25(28.1) | 13(31.0) | 0.51 | .776 |
| | No | 23(76.7) | 64(71.9) | 29(69.0) | | |

* DRG=Diagnosis Related Groups; ICU=Intensive Care Unit; EMR=Electronic Medical Record

가'에 응답이 가장 높았다. 즉, 대상자들은 '주기적인 인지기능과 일상생활능력 검사로 인한 간호업무량'과 '환자에 대한 간호기록 시간'의 간호업무는 포괄수가제 적용 후 증가하였다고 느끼는 경

우가 각각 60.2%, 50.9%로 나타났고 나머지 간호업무는 모두 변화없는 것으로 여기고 있었다.

다수의 대상자들이 업무에 변화없다고 느끼는 항목들 중에서

(Table 5) Changes in Nursing Care after Application of DRG according to General Characteristics and Characteristics related to DRG (N=161)

| Variable | Category | M±S,D | t/F | p | Scheffé |
|---|---|------------|-------|------|---------|
| Age (years) | 20-29 | 56.0±7.67 | 0.30 | .743 | |
| | 30-39 | 57.1±9.05 | | | |
| | 40+ | 57.1±7.68 | | | |
| Gender | Male | 51.3±5.29 | -1.87 | .064 | |
| | Female | 57.1±8.08 | | | |
| Marital status | Single | 55.5±8.38 | -1.47 | .143 | |
| | Married | 57.5±7.83 | | | |
| Religion | Protestant | 56.5±8.04 | 0.10 | .908 | |
| | Others | 56.7±8.28 | | | |
| | None | 57.1±8.05 | | | |
| Educational level | College | 57.6±7.70 | 1.97 | .144 | |
| | University | 54.7±8.25 | | | |
| | Graduate school | 55.6±10.70 | | | |
| Duration of working as a nurse in long-term care hospital (years) | 1 ≤ - <2 | 55.7±7.68 | 0.78 | .462 | |
| | 2 ≤ - <3 | 58.0±7.82 | | | |
| | ≥3 | 56.9±8.37 | | | |
| Position | Nurse | 56.4±8.07 | 1.60 | .550 | |
| | Charge nurse | 57.8±8.46 | | | |
| | Head nurse | 56.8±8.06 | | | |
| Place of work | General ward | 56.4±8.30 | -1.02 | .310 | |
| | ICU+general ward | 57.8±7.42 | | | |
| Number of beds | <200 | 55.7±8.01 | 0.70 | .501 | |
| | 200 ≤ - <300 | 57.0±8.30 | | | |
| | ≥300 | 57.7±7.73 | | | |
| Recruitment of nurses | Decreased | 59.9±7.27 | 5.10 | .007 | a,c) b |
| | Unchanged | 54.6±7.71 | | | |
| | Increased | 57.9±8.15 | | | |
| Recruitment of nurse assistants | Decreased | 56.0±8.68 | 1.90 | .152 | |
| | Unchanged | 55.1±7.37 | | | |
| | Increased | 57.7±8.29 | | | |
| Recruitment of caregivers | Decreased | 58.2±9.00 | 2.36 | .097 | |
| | Unchanged | 55.5±7.22 | | | |
| | Increased | 58.3±8.74 | | | |
| Understanding of DRG | Poor | 59.9±8.50 | 1.10 | .904 | |
| | Moderate | 56.0±7.99 | | | |
| | Good | 56.3±8.34 | | | |
| Education about DRG | Yes | 56.3±7.97 | -0.89 | .834 | |
| | No | 57.5±8.21 | | | |
| Question about DRG | Inquire to one's superiors | 57.1±8.22 | 2.61 | .077 | |
| | Inquire to evaluation department | 57.8±7.88 | | | |
| | Search on the internet or literature review | 53.7±7.54 | | | |
| Explanation to protectors | Yes | 58.4±7.83 | 1.75 | .081 | |
| | No | 56.0±8.09 | | | |
| Application of EMR | Yes | 58.5±8.74 | 1.64 | .103 | |
| | No | 56.2±7.72 | | | |

* DRG=Diagnosis Related Groups; ICU=Intensive Care Unit; EMR=Electronic Medical Record

도 '퇴원시 퇴원 교육시간'은 대상자의 74.5%가 변화없다고 응답하여 가장 높은 비율을 나타내었다. 또한 '환자 입원시 병동 오리엔테이션 교육시간'은 대상자의 71.4%가 업무에 변화없다고 느끼고 있었으며, '간호처치(Tube 삽입, 상처소독) 시간' 70.2%, '활력징후와 몸무게를 측정하는 횟수' 68.9%, '진료보조업무량' 67.1%, '간호 처치 시 재료 사용량' 66.5%, '배뇨훈련 실시하는 환자 수' 65.2%, '약물(항생제 포함)사용과 관련된 투약 업무량'과 '이상증상과 징후 및 약물 부작용 관찰에 대한 보고업무 정도'는 각각 64.6%로 나타났다(Table 3).

4. 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성에 따른 인식의 변화

대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성에 따른 인식을 살펴본 결과는 <Table 4>와 같다. 일반적 특성 중 결혼상태($\chi^2=10.01, p=.007$)에 따라 포괄수가제에 대한 인식이 달랐으며 포괄수가제 관련 특성 중에서는 포괄수가제에 대한 의문사항이 있을 경우의 대처($\chi^2=10.18, p=.037$)와 포괄수가제에 대한 설명 유무($\chi^2=21.34, p<.001$)에 따라 포괄수가제에 대한 인식에 차이가 있었다.

즉, 포괄수가제에 대해 부정적인 인식을 가진 대상자는 기혼인 경우가 많았고, '변화없음'으로 응답한 대상자는 미혼인 경우가 많았다. 또한 포괄수가제에 의문사항이 있을 경우 '윗사람에게 물어본다'고 응답한 군에서는 포괄수가제에 대한 인식이 부정적으로 바뀐 경우가 많았고, '심사부서에 물어본다'고 응답한 경우는 포괄수가제에 대해 긍정적인 인식을 갖는 경우가 많았다. 보호자들에게 포괄수가제에 대한 설명을 하지 않는 것으로 보고한 대상자들은 포괄수가제에 대한 인식이 '부정적으로' 변화되거나 '변화없음'으로 인식하는 경우가 많았고, 포괄수가제에 대해 보호자에게 설명을 하는 대상자들은 포괄수가제에 대한 인식이 '긍정적으로' 바뀐 경우가 많았다.

5. 대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제관련 특성에 따른 간호업무 변화

대상자의 일반적 특성 및 포괄수가제 관련 특성에 따른 간호업무 변화는 다음과 같다(Table 5). 대상자의 일반적 특성에 따른 간호업무 변화를 분석한 결과, 간호사 채용 수($F=5.10, p=.007$)에 따라 간호업무 변화에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후검정 결과, 간호사 채용 수가 증가하였거나 감소하였다고 응답한 집단에 비해 '변화없음'이라고 응답한 집단에서 인지하는 간호업무 변화 정도는 유의하게 낮았다.

논 의

본 연구는 일부 지역 요양병원 간호사의 포괄수가제에 대한 인식 및 포괄수가제 적용 후 간호업무 변화를 알아보기 위해 시도되었다.

포괄수가제에 대한 간호사의 현 인식을 살펴본 결과, 이전이 가졌던 포괄수가제에 대한 생각이 이전과 변화없는 경우가 가장 많았고, 대상자의 1/4 정도는 긍정적으로 변화한 것으로 인식하는 것으로 나타났다. 포괄수가제는 요양병원 정액수가 적용에 따른 질 저하를 방지하기 위해 요양병원서비스의 질적 수준을 평가하고 자율적으로 개선 노력을 유도하게 하는 것이 목적이다(Health Insurance Review & Assessment Service, 2011b). 따라서 예상대로라면 이 제도의 적용 후에 긍정적 평가가 나와지는 것이 바람직한데 간호사들이 인식하기에는 그러한 효과가 그렇게 크게 나타나지 못함을 알 수 있다. 예전에 요양병원을 운영하고 있는 원장과 이사장들을 대상으로 요양병원의 일당정액수가제 도입에 따른 의견을 살펴본 결과, 이들은 의료행위의 변화에 대한 의견에 절반 이상이 변화가 있다고 보고하였으나 79%가 이 제도에 대해 불만족으로 표시한 것으로 나타났다(Kim, Y. B., 2011). 따라서 그 개선 방안으로 질환별 DRG로의 전환을 주장하였는데 본 연구에서는 연구 대상자인 간호사들 입장에서 볼 때 포괄수가제라는 이 제도가 도입되었으나 간호행위에 있어서 그다지 큰 변화를 느끼지 못하는 것으로 보인다. 이러한 결과에 대해서는 여러 가지 이유가 있을 것으로 사료되나 현재로서는 의료계의 논란만이 이슈가 되고 있을 뿐 요양병원에서 환자를 가장 많이 접하게 되는 현장 실무자인 간호사의 의견을 살펴보는 노력은 매우 부족하다. 따라서 다수의 의견은 아니지만 향후에는 간호사들이 포괄수가제에 대해 왜 부정적으로 인식하는지에 대해서도 파악하여 국가에서도 이들의 의견을 충분히 반영하려는 노력을 기울일 필요가 있다.

포괄수가제 시행에 대해서는 대상자의 과반수가 찬성하는 것으로 나타났으나 간호사로서 포괄수가제에 대한 만족도는 대다수(71.4%)가 '보통'이라고 응답하였다. 제도의 시행에 대해서는 찬성하지만 현재 그 만족도가 '불만족'이라는 답변보다 '보통'이 더 많았을 지라도 새로이 시행되어 운영되고 있는 제도에 대해서 다수의 만족도가 보통이라고 하는 것은 아직도 많은 보완이 필요함을 의미한다. 어떤 부분에서 간호사들이 이 제도를 불만족하게 생각하는지 정확하게 확인을 해 보아야 하나 본 연구결과에서 살펴본 바에 따르면, 포괄수가제의 단점으로 '진료비가 정해져 있으므로 환자에게 소홀할 수 있다', '진료비가 많이 나오는 환자를 기피할 것이다', '요양병원에 맞는 지나친 병명을 만들 것이다', '항생제 남용 등의 필요 이상의 처방은 하지 않을

것이다' 등의 의견을 제시하였고, 포괄수가제의 개선될 점으로는 '환자가 분류별로 나누어져 수용되어야 한다', '변화가 없는 진료 및 처치', '과별 특정 분류로 나누어져야 한다', '의료진의 세분화가 되어야 한다' 등의 의견이 높게 나타났다. 특히 환자에게 소홀해 질 수 있다는 단점은 간호 서비스 입장에서 다시 한 번 고려해야 할 부분으로 일 종합병원 의료서비스에 대한 고객 불만족을 분석한 Kim (2006)의 연구결과에서 치료서비스 영역 중에서는 의사의 설명 부족, 간호서비스 영역에서는 간호사의 불친절, 진료지원서비스 영역에서는 병원 내 원무직원과 검사실 직원을 제외한 기타 직원의 불친절에 대한 불만족이 가장 많았다. 즉, 의료서비스를 이용하는 고객의 만족은 서비스의 질에 달려 있다고 할 수 있는데 요양병원 간호사들 역시 질을 중요시 하는 환자들에게 정해진 진료비로 치료를 행하는 요양병원의 현 모습을 단점으로 지적한 것으로 보여진다. 일본에서는 2003년에 이 제도가 시행되었는데 일본에서 시행된 연구(Hamada, Sekimoto, & Imanaka, 2012)에 따르면 전향적지불제도(Prospective Payment System: 입원환자들의 DRG에 따라 미리 정해진 고정 금액을 상환받는 병원진료비 상환제도)는 자원(resource)의 사용을 줄이기는 했으나 healthcare의 질을 개선시키지는 못한 것으로 나타났다. 따라서 제도의 적용으로 비용효과적인 면도 중요하지만 환자들이 느끼는 서비스 질에 대해서도 조사를 하고 이들의 의견에 귀를 기울여야 할 것으로 사료된다.

또한 개선될 점으로는 세분화에 대한 의견이 많았는데 그렇지 않아도 요양병원의 입원대상은 노인성질환자, 만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해 후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자(의료법 제3조 제5항 및 의료법시행규칙 제28조의 4)이므로 급성기 병원에 비해서는 상대적으로 치료가 다양하거나 복잡하지 않은 편이다. 특히 포괄수가제 적용 내에서는 정해진 진료비로 인해 각 환자들이 가지고 있는 특성과 병명에 맞는 치료 및 간호가 이루어져야 함을 희망하는 것으로 보인다. Kang (2010)의 연구에서는 노인요양병원 간호사들이 전문적 실무영역에서 전문적 자아개념 만족감이 가장 낮았는데 요양병원 간호사의 전문성에 대한 요구가 포괄수가제를 통해서 개선되고 있지 않은 것으로 보인다. 따라서 의사나 경영자의 입장이 아닌 간호사나 환자의 입장에서 이 제도가 어떻게 효율적으로 이용되어야 하는지, 어떤 부분에서 어떻게 조정되어야 하는지 구체적인 파악이 필요하다고 보여진다.

반면 본 연구 대상자들이 생각하는 포괄수가제의 장점은 '환자의 관리 및 통제의 용이'가 가장 높았다. 특별히 요양병원은 일반병원과 달리 주로 노인을 대상으로 하며 노화로 인한 거동 불편, 치매로 인한 인지 지각력 저하, 뇌졸중 등 만성질환으로 인한 신체기능 저하, 정신적 혼미, 의사소통의 어려움 등으로 병

원 내에서 모든 생활을 대부분 간호인력에 의지하고 있는 형편이므로(Kim, 2009) 간호사들의 환자 관리를 용이한 편이다. 뿐만 아니라 요양병원형 포괄수가제가 실시되면서 복잡한 치료가 아니라 환자들의 등급에 맞는 정해진 치료만 하기 때문에 환자의 관리가 더욱 용이하다고 대상자들이 느끼는 것으로 사료된다.

간호사들이 느끼는 포괄수가제 적용 후 간호업무 정도는 75점 만점 중 평균 56.8이었고, 문항별 비율을 살펴보면 포괄수가제 적용 후 간호업무의 변화에 있어 '변화없음'에 응답한 경우가 가장 많았던 항목은 25개 중 23개 항목이었고, 나머지 2개 항목은 '증가'에 응답이 가장 높았다. 즉, 대상자들은 '주기적인 인지기능과 일상생활능력 검사로 인한 간호업무량'과 '환자에 대한 간호기록 시간'의 간호업무는 포괄수가제 적용 후 증가하였다고 느끼는 경우가 각각 60.2%, 50.9%로 가장 많았을 뿐, 나머지 간호업무는 모두 변화없는 것으로 여기고 있었다. 이는 서울 지역 요양병원 간호사를 대상으로 한 Woo (2008)의 연구에서 포괄수가제 적용 후 업무가 증가하였다고 응답한 항목이 6개, '변화없음'이 많았던 경우는 16개 항목인 결과와 차이가 있다. 즉, Woo (2008)의 연구결과에 비해 본 연구 대상자들이 업무에 '변화없음'으로 보고한 경우가 더 증가한 것이다. 이러한 결과의 차이는 물론 지역에 따른 차이도 있겠지만 2008년 포괄수가제 도입 직후에 연구되어졌기에 제도의 변화가 자리를 잡기까지 업무의 변화가 크게 느껴졌으나, 3년이 지난 현 시점에서는 포괄수가제에 대해 어느 정도 익숙해진 간호사들이 많아 이러한 결과가 나온 것으로 보인다.

특히 항목 중에서 '주기적인 인지기능과 일상생활능력 검사'에 대한 것과 '환자에 대한 간호기록 시간'이 증가한 것은 Woo (2008)의 연구결과와도 동일한데 이는 요양병원의 특성으로 사료된다. 앞서도 기술했듯이 요양병원형 포괄수가제는 일상생활능력(ADL) 평가가 매우 중요하고 이에 대한 평가는 간호사의 주요 업무이므로 이에 대한 평가와 기록이 증가한 것으로 보인다. 이는 간호사의 역할이 더욱 중요해졌음을 보여주는 것이라고 할 수 있으나 요양병원의 경우 간호사보다 간호조무사의 수가 더 많은 실정이고, 게다가 간호조무사들이 간호사의 업무를 대신하여 하고 있는 경우가 많음을 고려할 때 제대로 된 평가가 이루어지고 있는지 확인하는 것도 매우 필요한 일이라 생각된다. 비록 본 연구결과 포괄수가제 적용 후 간호사 채용 수가 증가하였다고 응답한 경우가 45.3%였으나 간호조무사의 채용 수가 '증가하였다'고 응답한 경우는 65.2%로 나타나 간호인력의 비율에서 간호사가 제대로 된 역할을 하고 있는지 파악하는 것은 매우 중요하다고 사료된다.

대다수의 대상자들은 '퇴원 시 퇴원 교육시간'과 '환자 입원 시 병동 오리엔테이션 교육시간'에 대해 포괄수가제 적용 후에도 업

무의 변화가 없다고 느끼고 있었는데 그 외에도 '간호처치(Tube 삽입, 상처소독) 시간'이나 '활력징후와 몸무게를 측정하는 횟수', '진료보조업무' 등에서도 큰 변화를 느끼지 못하고 있는 것으로 나타났다. 원래 이 제도는 의료서비스 수준을 높이고자 실시되었으나 간호사의 업무변화에는 큰 변화가 없는 것으로 보여진다. 이는 제도에 대한 교육을 받지 못했거나 교육을 받았을지라도 간호사의 이해도가 부족할 수 있으며, 혹은 간호사들이 실행되어진 제도에 대한 인식은 하나 업무에 적용하지 않은 경우 등 여러 가지 원인이 있을 수 있다. 특히 본 연구에서 조사되어진 바와 따르면, 포괄수가제에 대해 '잘 이해한다'라고 응답한 간호사가 21.7% 밖에 되지 않는 점과 포괄수가제 교육을 받은 대상자가 절반이 안 된다는 점을 고려하면 현장에서 포괄수가제 적용 후의 변화를 피부로 느끼지 못할 수도 있을 것으로 사료된다. Rosenstein, O'Daniel, White 및 Taylor (2009)는 의사들이 DRG 체계에서 그들의 역할에 대한 중요성과 책임을 이해하고 좀 더 효과적인 차트 기록을 위해서는 적절한 교육과 코칭, 가이드가 필요하다고 주장하였는데 간호사 역시 마찬가지라 여겨진다. 따라서 현재 건강보험심사평가원 등의 기관에서 병원 종사자를 위한 교육도 실시하고 있으나 좀 더 효과적인 운영을 위해서는 각 기관에서 좀 더 관심을 가지고 간호사들을 대상으로 포괄수가제 취지에 대한 교육을 지속적으로 실시하고 그 효과를 확인하는 연구가 필요하다.

대상자의 일반적 특성 중 결혼상태에 따라 포괄수가제에 대한 인식이 달랐는데 포괄수가제에 대해 부정적인 인식을 가진 대상자는 기혼인 경우가 많았고, '변화없음'으로 응답한 대상자는 미혼인 경우가 많았다. 현 요양병원에서는 기혼이며 나이가 많고 경력이 높은 간호사가 서류상의 자료를 관리하며 환자에 대한 상태 변화를 의사와 자주 상의하여 모든 일을 주관하는데 오히려 일에 대한 부담으로 인해 부정적인 생각을 가진 듯하다. 그러나 특별히 본 연구만으로는 이러한 이유를 확인하기 어려우므로 향후 반복연구가 필요하리라 본다.

포괄수가제 관련 특성 중에서는 포괄수가제에 대한 의문사항이 있을 경우의 대처방법과 포괄수가제에 대한 설명유무에 따라 포괄수가제에 대한 인식에 차이가 있었다. 즉, 포괄수가제에 의문사항이 있을 경우 '윗사람에게 물어본다'고 응답한 군에서는 포괄수가제에 대한 인식이 부정적으로 바뀐 경우가 많았고, '심사부서에 물어본다'고 응답한 경우는 포괄수가제에 대해 긍정적인 인식을 갖는 경우가 많았다. 보호자들에게 포괄수가제에 대한 설명을 하지 않는 것으로 보고한 대상자들은 포괄수가제에 대한 인식이 '부정적으로' 변하였거나 '변화없음'으로 인식하는 경우가 많았고, 포괄수가제에 대해 보호자에게 설명을 하는 대상자들은 포괄수가제에 대한 인식이 '긍정적으로' 바뀐 경우가

많았다. 결국 본 포괄수가제에 대해 긍정적으로 생각하는 간호사들은 이 제도를 적용하는데 적극적인 모습을 보이는 것을 알 수 있다. 물론 보호자에게 포괄수가제에 대해 설명하는 것이 원칙은 아니나 환자나 보호자들이 느끼는 불만 중에 의사의 설명 부족이 높았던 Kim (2006)의 연구결과를 고려하면 환자에게 정확한 정보를 줘야 하는 의료인으로서 수가에 대한 정보제공으로 추후 보호자와의 물질적인 마찰을 감소시키는 것도 바람직한 것이라 여겨진다.

대상자의 포괄수가제 관련 특성에 따른 간호업무 변화를 살펴본 결과, 간호사의 채용 수에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 간호사 채용 수가 증가하였거나 감소하였다고 응답한 집단에 비해 '변화없음'이라고 응답한 집단에서 인지하는 간호업무 변화 정도는 유의하게 낮았다. 즉, 인과관계가 명확하게 밝혀진 것은 아니지만 간호사의 수를 늘린 병원의 경우 간호업무 변화가 증가하였기 때문에 인력이 부족하여 간호사 채용을 늘렸을 것이고, 간호사 채용이 감소된 경우는 그만큼 간호사의 업무 부담이 증가하였기 때문에 상대적으로 간호사 채용에 변화가 없었던 병원의 간호사들은 간호업무 변화를 크게 인지하지 못하는 것으로 보인다. 벨기에와 스위스 간의 DRG에 따른 비용 효과를 비교하는 연구(Prison et al., 2012)에서도 이들 두 나라 간에 차이가 있었는데 그 이유는 그 기관의 직원 수에 따른 차이라고 보고하였다. 특히 본 연구에서 간호조무사나 요양보호사 채용 수가 아닌 간호사 채용 수에 따라 간호업무 변화를 인지하는 것이 다르다는 결과는 간호업무에 있어 중요한 의미를 지닌다고 볼 수 있다. 현재 요양병원에서는 간호인력 차등제 적용으로 수가를 차등 지급하고 있는데 특히 간호인력은 간호사와 간호조무사를 합친 인력으로 보고 간호인력 중 2/3이상이 간호사이면 1일당 수가를 더 산정해주도록 되어 있다(Health Insurance Review & Assessment Service, 2011a). 결국 간호조무사가 간호인력으로 대체되어도 요양병원에서는 간호인력이라고 할 수 있지만 실제로 간호조무사들이 할 수 있는 간호업무역량은 간호사들과 다르기 때문에(Sim & Kim, 2011) 실제 간호사들이 요양병원에서 느끼는 업무 부담은 클 것으로 사료된다. 요양병원 운영자들도 걱정된 의료인력이 투입되어야 질이 향상된다는 것을 알고는 있어(Kim, Y. B., 2011) 인력차등수가제 실시에 만족하는데 단지 인력 수의 문제보다는 간호의 질에 대한 충분한 평가도 고려되어질 필요가 있다. 뿐만 아니라 인력 수급이 용이한 지역과 대형병원에 편중된 수가구조는 인력수급이 어려운 지방으로 갈수록 애로사항이 많은데 독일에서 실시된 연구(Trocchi et al., 2012)에서도 DRG를 기반으로 하는 병원상환제도 하에서 갑상선암 수술과 관련한 2005-2006년 자료를 전국적으로 분석한 그 결과 성별, 연령, 지역에 따라 수술의 비율에 차이가 났다. 동일

한 시스템이 전국적으로 실시됨에도 불구하고 특히 지역에 따라 수술 비용에 상당히 차이가 나는 것으로 나타나 지역 간 차이를 배제할 수는 없을 것으로 보인다. 따라서 향후에는 서울과 지방 요양병원 간호사들의 근무환경과 인식에 대한 차이를 비교하고 그 원인을 분석하는 연구가 필요하리라 본다.

결 론

본 연구는 광주, 전남지역 요양병원 간호사의 포괄수가제에 대한 인식과 적용 후 간호업무 변화를 알아봄으로써 좀 더 효율적인 제도를 만드는 데 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구결과, 포괄수가제를 적용받는 환자를 간호하면서 이전에 가졌던 포괄수가제에 대한 생각의 변화는 '변화없음'이 55.3%로 가장 높았으며, 포괄수가제 시행에 대해 대상자의 57.8%가 찬성하는 것으로 나타났다. 그러나 간호사로서 느끼는 포괄수가제에 대한 만족도는 '보통'이라고 생각하는 비율이 71.4%로 가장 높았다. 포괄수가제 적용 후 간호업무의 변화에 있어 '변화없음'에 응답이 가장 높았던 항목은 25개 항목 중 23개 항목이었고, '증가'에 응답이 가장 높았던 2개 항목은 '주기적으로 인지기능과 일상생활능력 검사'와 '환자에 대한 간호기록 시간'이었다.

일반적 특성 중 결혼상태에 따라 포괄수가제에 대한 인식이 달랐으며, 포괄수가제 관련 특성 중에서는 포괄수가제에 대한 의문사항이 있을 경우의 대처와 포괄수가제에 대한 설명유무에 따라 포괄수가제에 대한 인식에 차이가 있었다. 간호업무 변화는 대상자가 근무하는 요양병원의 간호사의 채용 수에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 선정된 요양병원들은 적정성 평가 등급이 아닌 인력 1등급의 요양병원만으로 선정하였고 일부 지역에 위치한 곳을 대상으로 하였기에 본 결과를 확대 해석하는데 제한이 있을 수 있다. 그러나 포괄수가제 실시 후 아직도 논란의 여지가 있는 현 제도에 대해 실무자인 요양병원 간호사들이 인식하는 내용을 확인함으로써 제도의 수정보완에 도움을 주는 자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다.

본 연구의 결과를 근거하여 다음과 같은 제언을 한다.

- 1) 추후 서울·경기지역의 요양병원과 각 지역별 간호사들의 인식 변화에 대한 비교가 필요하다.
- 2) 요양병원 수가체계에 대한 간호사들의 올바른 인식을 마련하기 위해 체계적인 교육을 실시하고 그 효과를 파악할 필요가 있다.

REFERENCE

Cleverley, W. O., & Cleverley, J. O. (2011). Is there a cost associated with higher quality? *Healthcare Financial Management*, 65(1), 96-102.

Department of Health Policy and Management (2000, June). *A survey on opinions on the DRG reimbursement system* (11-1460000-000171-14). Seoul: Ministry of Health & Welfare.

Hamada, H., Sekimoto, M., & Imanaka, Y. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*, in Press.

Health Insurance Review & Assessment Service (2011a). *Data related to job of DRG* (BK6-2011). Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service (2011b, September 29). *3rd year follow-up evaluation of long-term care hospitals*. Retrieved March 23, 2012, from http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020002000000&cmsurl=/cms/notice/01/1208082_13357.html

Heer, I. M., Kahlert, S., Rummel, S., Kümper, C., Jonat, W., & Strauss, A. (2009). Hospital treatment-Is it affordable? A structured cost analysis of vaginal deliveries and planned caesarean sections. *European Journal of Medical Research*, 14(11), 502-506.

Kang, S. Y. (2010). *A study on the professional self-concept of nurses working in the geriatric hospitals*. Unpublished master's thesis, Soonchunhyang University, Asan.

Kim, E. S. (2009). *A study on the attitude of long-term care hospital nurses to elderly people and job satisfaction*. Unpublished master's thesis, Daegu Haany University, Daegu.

Kim, J. H. (2011, December 15). *Long-term care hospital optimal payment is different from system according to ADL*. Retrieved March 23, 2012, from <http://doc3.koreahealthlog.com/news/newsview.php?newsid=2011121400025>

Kim, M. S. (2006). *Customers' dissatisfaction on hospital service-Focused on a tertiary medical center-*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Kim, Y. B. (2011). A study on evaluation and improvement of long-term care hospitals for changing long-term care hospital fee system. *The Korean Journal of Health Service Management*, 5(2), 105-117.

Korea Association of Geriatric Hospital (2010). *The job guidebook of long-term care hospitals*. Seoul: Innosolution.

Lee, S. J. (2000). DRG-based prospective payment system on the view of clinician. *Journal of the Korean Medical Association*, 43(6), 506-510.

Lotter, O., Jaminet, P., Amr, A., Chiarello, P., Schaller, H. E., & Rahmanian-Schwarz, A. (2011). Reimbursement of burns by DRG in four European countries: an analysis. *Journal of the International Society for Burn Injuries*, 37(7), 1109-1116.

- Ministry of Health & Welfare (2007, October 22). *Medical insurance fee of long-term care hospitals*. Retrieved June 23, 2012, from <http://www.kha.or.kr:8080/pgbuilder/cgi/board/main.asp?code=dept21&mode=v&num=1182&page=93&s=&sw=&c=>
- Pongpirul, K., Walker, D. G., Winch, P. J., & Robinson, C. (2011). A qualitative study of DRG coding practice in hospitals under the Thai universal coverage scheme. *BMC Health Services Research*, 11, 71.
- Prison, M., Schenker, L., Martins, D., Dunq, D., Chalé, J. J., & Leclercq, P. (2012). What can we learn from international comparisons of costs by DRG? *The European Journal of Health Economics*, in Press.
- Rosenstein, A. H., O'Daniel, M., White, S., & Taylor, K. (2009). Medicare's value-based payment initiatives: Impact on and implications for improving physician documentation and coding. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 250-258.
- Ryu, J. H. (2012, March 23). *Korean Medical Association, the opposite opinions in notice of legislation about obligation of 7 DRG*. Retrieved March 23, 2012, from <http://doc3.koreahealthlog.com/news/newsview.php?newsid=2012032300010>
- Seo, H. G. (2000). *An investigation and a study on the degree of understanding of the nurses in some general hospitals on the payment system of medical examination and treatment fee*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.
- Shon, C., Chung, S., Yi, S., & Kwon, S. (2011). Impact of DRG payment on the length of stay and the number of outpatient visits after discharge for caesarean section during 2004-2007. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 44(1), 48-55.
- Sim, M. R., & Kim, K. H. (2011). Job satisfaction, self-esteem, and nursing task performance among registered nurses and nurse assistants in long-term care hospitals. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 16(4), 446-454.
- Song, J. K., & Kim, C. Y. (2010). Participation determinants in the DRG payment system of obstetrics and gynecology clinics in South Korea. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 43(2), 117-124.
- Trocchi, P., Kluttiq, A., Dralle, H., Sekulla, C., Biermann, M., & Stanq, A. (2012). Thyroid cancer surgery in Germany: An analysis of the nationwide DRG statistics 2005-2006. *Lanqenbeck's Archives of Surgery*, 397(3), 421-428.
- Tschannen, D., & Kalisch, B. J. (2009). The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 796-803.
- Woo, J. H. (2008). *Recognition on outcomes and change in nursing service after application of diagnosis related group system in long term care hospitals*. Unpublished master's thesis, Inha University, Incheon.