임상간호연구 제14권 제1호 2008년 4월
Journal of Korean Clinical Nursing Research Vol.14 No.1. 5~14, April, 2008

건강보험 간호관리료 수가체계 개선의견 조사분석

김윤미[1] · 남혜경[2] · 성영희[3] · 박광옥[4] · 박혜옥[5]

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 전국민이 건강보험이나 의료급여제도의 적용을 받는 사회적 의료보장제도를 실시하고 있으며, 진료비 지불제도로 행위별 수가제를 적용하고 있다. 진료비 지불제도의 수가체계와 보상수준은 공급자가 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는가에 영향을 미친다(최병호 등, 2004). 병원이 몇 명의 간호사를 확보하고, 간호서비스의 질에 얼마나 충실한가는 병원이 간호서비스를 제공하였을 때 받게 되는 경제적 보상에 따라 달라지게 되는데 이 보상가치를 결정하는 것이 간호수가체계와 수준이다.

우리나라의 행위별 수가체계하에서 병원간호사가 입원병동에서 수행하는 간호행위 중에서 개별화된 수가항목으로 지불되는 것을 제외하고 환자의 활력징후 측정, 상담과 지지, 관찰, 간호기록 등 많은 간호서비스의 가치는 간호관리료 항목에 포괄화되어 있다.

즉, 입원환자 간호서비스의 질을 좌우하는 기본간호의 충실성과 간호사 확보수준에 가장 큰 영향을 미치는 간호수가 항목은 간호관리료라고 할 수 있다.

현재의 간호관리료 수가체계는 간호사 확보수준에 따라 간호관리료 등급이 나누어지고, 등급별로 수가가 차등화되어 있다(보건복지부, 2007a).

기준등급 간호관리료의 수가수준은 입원료의 25%로 되어 있지만, 건강보험심사평가원의 병원회계분석 결과에서도 상당히 저평가되어 있는 것으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2006).

간호관리료에 대한 저평가는 병원들의 간호사 확보를 저해하여 임상간호의 상당부분을 보호자나 간병인에게 위임할 수밖에 없는 한국적 간호현실을 만든 주원인이 되고 있다(유선주 등, 2006).

병원이 입원환자에게 제공하는 간호서비스의 질을 높여서 환자의 건강과 만족도 향상을 도모하고, 의료서비스 생산의 효율을 높이기 위해서는 간호관리료 수가체계가 합리적으로 설계되어야 하며 이를 위해서는 간호관리료 수가체계 개선에 대한 간호계의 의견을 수렴할 수 있는 연구가 요구된다.

2. 연구의 목적

본 연구는 외국의 간호사 확보와 관련된 정책을 검토하고, 현행 간호관리료 수가체계에 대한 국내 병원간호관리자들의 의견수렴을 통하여 우리나라 간호관리료 수가체계의 개선방안을 모색하는 것을 목적으로 하는 조사연구이다. 연구의 구체적인 세부 목표는 다음과 같다.

첫째, 외국의 간호수가 및 간호사 확보와 관련된 정책을 살펴본다.

둘째, 간호관리료 수가체계 도입으로 인한 변화와 향후 개선방안에 대한 의견을 조사분석한다.

셋째, 외국의 간호정책과 국내 간호관리자들의 의견을 토대로 우리나라 간호관리료 수가체계의 개선방향을 모색한다.

주요어: 간호사, 병원, 건강보험

1) 제1저자: 을지대학교 간호학과 교수, 2) 경원대학교 간호학과 교수, 3) 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 임상간호학교실 부교수,
4) 서울아산병원 간호본부장, 5) 인하대병원 간호부장
*본 연구는 병원간호사회 특별위원회에서 진행한 연구로 연구비를 지원받음

3. 용어의 정의

1) 간호수가

간호수가는 병원간호사가 제공한 간호서비스에 대한 대가로 보상받는 진료비를 의미하며, 현재 건강보험요양급여행위 및 그 대상가치점수(보건복지부 고시 제2008-9호(2008.1.30))의거하여 지불받는 43개 수가를 일컫는다(이윤태, 박종배, 최현정과 조명수, 2006).

2) 간호관리료

병원에서 이루어지는 간호행위 가운데 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수에서 별도로 인정하는 간호행위를 제외한 모든 간호행위의 가치를 의미하며, 현재 건강보험 입원료의 25%를 구성하고 간호사 확보수준에 따라 차등제가 적용되는 수가를 일컫는다(이윤태 등, 2006).

II. 문헌고찰

간호서비스의 질 향상에 필수적으로 요구되는 간호사 확보를 위한 노력은 전세계 간호계의 공통된 과제라고 볼 수 있는데, 선진국들이 간호사 확보를 위하여 선택하는 정책은 규제(regulation)와 재정적 인센티브(financial incentive)정책으로 대변할 수 있다. 미국의 캘리포니아주를 비롯한 18개주와 호주의 빅토리아주는 최소 간호인력 확보수준을 법이나 단체협약으로 정하여 적용하는 규제 방식을 적용하고 있다(Buchan, 2004).

이 국가들은 간호관리료라는 수가항목이 별도로 구분되어 있지 않고 주된 진료비 지불제도인 DRG수가에 포함되어 있지만 간호단위별로 정해진 최소간호사 확보기준과 이를 위반한 경우 벌금(penalty)을 부과하는 체제를 운영하고 있으며, 이 체계는 우리나라 간호관리료 차등제를 개선하는 데에 많은 시사점을 준다고 볼 수 있다.

우리나라 간호관리료 차등제처럼 병원의 간호사 확보수준에 따라 수가를 차등화하여 병원에 인센티브를 주는 사례는 일본에서 볼 수 있는데, 일본 후생성은 환자 대 근무 간호직원의 비율에 따라 의료보험수가의 입원기본료를 차등화하고 있다(일본 노동후생성, 2006).

1. 간호사 확보를 위한 인센티브 정책

일본은 입원기본료 차등제를 통하여 병원이 보다 많은 간호인력을 확보하여 질 높은 간호서비스를 제공하도록 인센티브를 주고 있다. 인센티브 정책의 도입배경은 입원환자의 간호를 사적 간병인과 환자보호자에게 의존하는 것에 따른 간병인 비용 부담과 간호서비스의 질 문제가 사회문제로 제기되었기 때문이다(일본간호협회, 2005). 1994년 일본 후생성은 의료보험법을 개정하여 사적 간병을 입원기본료에 포함하여 보험급여화하고, 1996년 3월까지 간병인과 가족에 의한 간병을 원칙적으로 금지하였으며, 입원기본료 차등제에 간호보조자에 대한 가산항목을 추가한 신간호체제를 도입하였다(일본 노동후생성, 2006).

일본 의료보험의 입원기본료 차등제는 환자 대 근무 간호직원(간호사와 준간호사)의 비율에 따라 등급이 나누어지는데, 병원의 종류(병원, 특정기능병원, 전문병원, 장애자 시설, 유상진료소)와 병동의 유형(일반병동, 요양병동, 결핵병동, 정신병동)에 따라 구분된다. 이외에도 간호직원 중 간호사 비율에 따른 간호배치 가산, 입원환자당 간호보조인력에 따른 간호보조가산, 환자의 평균 입원일수에 따른 가산이 이루어진다. 2006년 4월부터 일본간호협회의 오랜 주장으로 등급산정 기준을 종전의 '입원환자 대 간호직원의 비율'에서 '입원환자 대 근무번별 평균 간호직원의 비율'로 변경하였다(일본 노동후생성, 2006).

급성병원의 일반병동 입원기본료는 5등급 체제이며, 1등급은 입원환자 대 근무 간호직원의 비율이 7:1이하이고, 간호직원 중 간호사의 비율이 70%이상이어야 하며, 수가는 입원 1일당 1,559점(1점은 10엔)으로 환자의 평균 입원일수에 따른 가산이 추가된다. 1~3등급은 간호보조가산을 인정하지 않으며, 입원환자 대 간호직원의 비율이 15:1보다 높거나, 이 비율이 낮더라도 간호직원 중 간호사의 비율이 40%를 하회하는 경우에는 최하등급인 특별기본입원료를 산정하며, 점수는 575점으로 1등급 수가의 37% 수준이다(일본 노동후생성, 2006).

간호요구도가 높은 환자에게는 의료 안전관리가산, 욕창 고위험 환자간호가산, 하이리스크 분만가산을 할 수 있다. 신간호체제에서는 간호직원이 복수 야간근무를 할 경우 야간근무 간호가산을 하였지만, 2006년 4월부터 간호직원 확보기준이 강화되었기 때문에 야간근무가산을 폐지하였다.

2. 간호사 확보를 위한 규제정책

간호수가가 별도 항목으로 구분되어 있지 않지만 미국은 법률로, 호주는 단체협약으로 병동별 최소 간호사 확보기준을 설정하고 있다.

미국은 의료영역에 있어서도 시장(market)의 기능이 강한 국가이기 때문에 보건의료 문제를 법률에 의한 규제(regulation)

보다는 시장기능에 따라 풀어가는 경향이 강하지만 간호사 확보와 관련해서는 '간호사 최소기준에 관한 법률(minimum nurse staffing level)'을 통하여 풀어가는 특성을 볼 수 있다(Buchan, 2004). 캘리포니아주를 필두로 하여 2005년 12월 현재 18개주가 최소간호사 확보기준에 관한 법률을 제정하였거나 검토하고 있는 것으로 알려져 있다(ANA, 2006).

캘리포니아주의 경우 1999년 법률이 통과되었지만 간호협회, 병원협회, 노동조합 등 관련 이해당사자간 갈등이 적지 않았다. 내·외과 병동의 간호사 확보수준에 대하여 캘리포니아 간호협회는 1간호사 : 3환자를 제안한 반면 캘리포니아병원협회는 1간호사 : 10환자를 제안하여 의견차이가 컸고 의견조정에 4년이 소요되었다(Blakeman 등, 2003).

최소 간호사 확보기준은 병동별로 환자 대 근무간호사 비율(내·외과 병동 5:1, 중환자실·회복실·분만장 2:1, 수술장 1:1, 산전병동·소아과·응급실 4:1, 산후병동·정신병동 6:1)로 세분화되어 있으며 근무번마다 이를 준수하여야 한다. 기준을 위반한 병원은 입원환자 1인당 1일에 50$의 벌금을 부담하여야 한다(Buchan, 2004).

2000년 8월 호주의 빅토리아주 간호연맹은 주정부와 협상을 하면서 '안전하고 질적인 간호를 제공하고 간호사가 업무를 통제할 수 있도록 환자 대 간호사 비율을 공공병원에 대해서는 강제적으로 적용한다'는 것을 요구하였다(Buchan, 2004). 간호계의 요구에 대하여 주정부와 병원대표들이 반대하였으나 AIRC(Australian Industrial Relations Commission)의 중재로 이루어진 협상에서 빅토리아주 공공병원들이 환자 대 간호사비율을 시범적으로 도입하기로 결정하였다(Buchan, 2004).

간호연맹과 빅토리아주정부가 합의한 입원환자 대 간호사 비율은 병동(일반내외과병동, 산전산후병동, 노인급성병동, 기타병동)과 병원등급(레벨 1, 2, 3, 4)별로 낮번, 저녁번, 밤번 간호사 1인이 담당할 수 있는 최대환자수가 정해져 있다. 레벨 1 병원의 일반내·외과병동의 경우 낮번과 저녁번에는 환자 4명당 간호사 1인에 책임간호사 1인 이상을, 밤번에는 환자 8인당 간호사 1인 이상을 배치하여야 한다.

인센티브정책을 채택하고 있는 일본도 당초에 의도하였던 성과를 얻기 위하여 규제정책을 병행하고 있다. 1948년 제정된 간호사법을 보강하고, 1992년 '간호사등 인재 확보촉진에 관한 법률'을 제정하여 시행하고 있다. 입원기본료 차등제와 관련하여 병원은 3교대 근무 시간대별로 근무 간호직원 1명이 몇 명의 환자를 담당하고 있는지를 병실마다 게시할 것과 간호직원의 월평균 야간근무 시간을 72시간 이내로 제한하도록 규정하고 있다(일본 노동후생성, 2006).

3. 정책의 성과

간호사 인센티브 정책을 선택한 일본은 입원기본료 차등제를 통하여 사적 간병과 보호자에게 의존하였던 간호체제를 병원의 간호인력이 모든 간호서비스를 제공하는 완전간호(full nursing) 체제로 전환할 수 있었다(일본간호협회, 2005).

미국 캘리포니아간호협회는 법률제정 및 시행과정에 LPN 및 다른 간호보조인력으로 구성된 SEIU(service employees international union)와 심한 대립을 경험한 바 있다(Berliner, Kovner, & Zhu, 2002). 법률시행 후 실시한 설문조사에서 68% 병원의 근무조건이 개선되었고, 59%의 병원이 법률을 잘 준수하는 것으로 나타났다(Buchan, 2004). 병원들의 전반적인 간호사 확보수준이 높아졌으며, 캘리포니아대학병원, 카이저재단병원을 비롯하여 이전부터 법적 기준을 충족하고 있던 병원들의 간호사 확보수준도 더 높아졌다는 평가를 받고 있다(Buchan, 2004).

호주 빅토리아주 간호연맹과 주정부의 협약 이후 증가한 간호사 수요에 대응하기 위하여 호주간호사연맹은 간호사 재취업프로그램을 도입하였다. 재취업 프로그램은 임상을 떠난 기간에 따라 이원화하였고, 주정부는 재취업 프로그램에 등록한 간호사에게는 1,700AUD를, 이들을 고용한 병원에는 2,100AUD를 지급하였다(Victorian Government Department of Human Services, 2001). 간호사 최소기준을 적용한 후 2,650명 이상의 간호사가 공공병원에 재취업하였고, 2003년 호주간호연맹이 간호사들을 설문조사한 결과 90%이상의 간호사가 최소비율은 효과적인 간호업무 관리를 위해 필수적이라고 응답하였다(Buchan, Bretherton, Bearfield, & Jackson, 2004).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 우리나라 간호관리료에 관하여 병원간호관리자들의 의견을 파악하고, 개선방안을 모색하기 위하여 임의표집에 의하여 설문조사를 실시한 조사연구이다.

2. 연구대상과 자료수집방법

연구대상을 설정하기 위하여 500병상 이상의 종합병원과 종합전문요양기관의 간호부서장 90명과 종합전문요양기관 보험심사부서장 43명을 전수조사하고, 종합전문요양기관에 근무하는 중간간호관리자 43명을 임의표본 추출하였다.

자료수집을 위하여 2006년 4월 16일 병원간호사회가 해당병

원에 공문을 발송하고, 5월까지 우편과 전자메일로 자료를 회수하였다. 조사대상자 중 간호부서장 36명(40.0%), 보험심사부서장 14명(32.6%), 중간간호관리자 33명(91.7%)이 응답하여 평균 응답률은 47.2%이었다.

3. 연구도구

본 연구의 조사도구는 간호관리료에 관한 자기기입식 설문지이며, 6영역 30항목으로 구성되었다. 설문항목은 병원의 일반현황(2항목), 간호관리료 변동과 그에 따른 변화(2항목), 간호사 배치기준(2항목), 간호관리료 등급 변화계획(6항목), 간호관리료 개선에 대한 의견(10항목), 응답자 관련 정보(8항목)이다.

간호부서장을 대상으로 한 설문지는 6영역 30항목을 모두 사용하였고, 중간관리자와 보험심사부서장용 설문지는 병원 일반현황, 간호관리료 개선에 대한 의견, 응답자 관련정보 영역으로 구성하였다.

설문지는 간호관리학 전공교수 2인이 개발한 후 건강보험을 전공하는 교수 1인, 중간간호관리자 5인, 보험심사부서장 3인이 검증하여 내용타당도를 높였다. 중간간호관리자 10인을 대상으로 예비조사를 실시하였으며, 설문은 각 문항에 대하여 5점 측도를 사용하되 예비조사에서 중심화 경향이 강한 것으로 나타난 문항은 4점 측도를 사용하였고, 일부 항목은 다문항 단일 또는 복수 선택으로 하였다. 간호관리료 등급 변화로 인한 영향(10문항)의 Cronbach's alpha는 .668이었다.

4. 자료분석 방법

자료분석을 위하여 SPSS version 12.0을 사용하여 빈도, 백분율, x^2-test를 이용하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 조사대상 병원과 응답자

간호관리료 수가체계 개선에 관한 설문에 응답한 83명이 속한 병원은 49기관이며 종합병원 19기관(38.8%), 종합전문요양기관 30기관(61.2%)이었다. 병상규모는 700병상 미만 22기관, 1,000병상 이상 8기관(16.3%)이었으며, 간호관리료 등급은 3등급이 22기관(44.9%)으로 가장 많았고, 4등급이 14기관(28.6%), 2등급 5기관(10.2%), 1등급 2기관(4.1%)이었다.

응답자가 소속된 기관은 종합병원 20명(24.1%), 종합전문요양기관 63명(75.9%)이었다〈표 1〉.

〈표 1〉 조사대상 병원과 응답자 분포

구분		병 원		응답자	
		n	%	n	%
	합계	49	100.0	83	100.0
병원 유형	종합병원	19	38.8	20	24.1
	종합전문요양기관	30	61.2	63	75.9
	700병상 미만	22	44.9	23	27.7
병상규모	700~999병상	19	38.8	27	32.5
	1,000병상 이상	8	16.3	33	39.8
	1등급	2	4.1	17	20.5
	2등급	5	10.2	13	15.7
간호관리료	3등급	22	44.9	30	36.1
등급	4등급	14	28.6	17	20.5
	5등급	2	4.1	2	2.4
	6등급	4	8.1	4	4.8

2. 간호관리료 수가체계 개선에 관한 의견

1) 간호관리료 등급 변화와 계획

(1) 간호관리료 등급 향상에 따른 변화

병원의 간호관리료 등급 변화를 질문한 결과, 2000년 간호관리료 등급에 비하여 2007년에 등급이 향상된 병원이 49기관 중 30기관(61.22%)으로 나타났다.

간호관리료 등급이 향상된 30기관의 간호부서장에게 간호관리료 등급이 향상되었을 때 나타난 변화를 질문하였을 때 병원의 간호관리료 수입증가가 28명(93.3%)으로 가장 많았고, 다음이 간호사의 업무만족도 증가(83.3%), 직접간호시간 증가(80.0%)와 환자 만족도 증가(80.0%)에 대한 응답률이 높았다〈표 2〉.

〈표 2〉 간호관리료 등급 향상에 따른 변화

(n=30)

항목	매우 그렇다	그렇다	변화 없다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
병원의 간호관리료 수입 증가	3 (10.0)	25 (83.3)	2 (6.7)	.	.
간호사의 업무만족도 증가	2 (6.7)	23 (76.6)	3 (10.0)	2 (6.7)	.
직접간호시간 증가	1 (3.3)	23 (76.7)	5 (16.7)	1 (3.3)	.
환자만족도 증가	1 (3.3)	23 (76.6)	6 (20.0)	.	.
위중한 환자 대처능력 향상	–	18 (60.0)	12 (40.0)	.	.
환자결과 향상	–	18 (60.0)	11 (36.7)	1 (3.3)	.
병원의 지명도 향상	1 (3.3)	16 (53.4)	12 (40.0)	1 (3.3)	.
병원의 진료수입 증가	2 (6.7)	14 (46.7)	13 (43.3)	1 (3.3)	.
환자의 입원일수 단축	–	11 (36.7)	18 (60.0)	1 (3.3)	.
간호사의 이직률 감소	–	8 (26.7)	20 (66.7)	1 (3.3)	1 (3.3)

종합병원과 종합전문요양기관의 간호관리료 수가체계가 다르기 때문에 병원유형에 따라 간호관리료 등급 향상에 따른 차이가 있는지를 검증한 결과 10개 항목 모두 종합병원과 종합전문병원간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다〈표 3〉.

(2) 간호사 배치정책 변화

간호관리료 차등제가 시행된 후 35명의 간호부서장 중 33명(94.2%)이 일반병동에 간호사를 추가 배치하였다고 응답하였으며, 간호조무사나 간호보조원 대신 간호사를 배치한 경우는 13명(37.1%)이었다. 21명(60.0%)의 간호부서장은 타부서보다 간호관리료 차등제가 적용되는 일반병동에 간호사를 우선적으로 배치하였다고 응답하였다〈표 4〉.

종합병원과 종합전문요양기관 사이에 간호관리료 차등제 도입이후 취한 간호사 배치정책에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다〈표 5〉.

(3) 간호관리료 등급 변화계획

향후 1~3년 이내 간호관리료 등급을 향상시킬 계획 여부에 관한 질문에 대하여 10명(27.8%)의 간호부서장이 향상 계획이 있다고 하였고, 14명(38.9%)은 검토 중이라고 응답하였다. 12명(33.3%)은 간호관리료 등급 향상 계획이 없다고 응답하였는데, 이 중 2명은 현재 간호관리료 등급이 1등급이어서 더 이상 향상시킬 등급이 없다고 지적하였다.

간호관리료 등급 향상계획이 있는 10명의 부서장은 간호관리

〈표 3〉 병원유형별 간호관리료 등급 향상에 따른 변화차이

항목	종합병원(n=14)			종합전문 요양기관(n=16)			x^2	p
	그렇다	변화 없다	그렇지 않다	그렇다	변화 없다	그렇지 않다		
병원의 간호관리료 수입 증가	13(92.9)	1(7.1)	0(0.0)	15(93.8)	1(6.2)	0(0.0)	0.010	1.000
간호사의 업무만족도 증가	12(85.7)	1(7.1)	1(7.1)	13(81.3)	2(12.5)	1(6.2)	0.241	.886
직접간호시간 증가	11(78.6)	2(14.3)	1(7.1)	13(81.2)	3(18.8)	0(0.0)	1.239	.538
환자만족도 증가	10(71.4)	4(28.6)	0(0.0)	14(87.5)	2(12.5)	0(0.0)	1.205	.272
위중한 환자 대처능력 향상	9(64.3)	5(35.7)	0(0.0)	9(56.3)	7(43.7)	0(0.0)	0.201	.722
환자결과 향상	9(64.3)	5(35.7)	0(0.0)	9(56.3)	6(37.5)	1(6.2)	0.962	.618
병원의 지명도 향상	9(64.3)	4(28.6)	1(7.1)	8(50.0)	8(50.0)	0(0.0)	2.269	.322
병원의 진료수입 증가	7(50.0)	7(50.0)	0(0.0)	9(56.3)	6(37.5)	1(6.2)	0.950	.622
환자의 입원일수 단축	4(28.6)	10(71.4)	0(0.0)	7(43.8)	8(50.0)	1(6.2)	1.916	.384
간호사의 이직률 감소	4(28.6)	9(64.3)	1(7.1)	4(25.0)	11(68.8)	1(6.2)	0.067	.967

〈표 4〉 간호관리료 차등제 이후 간호사 배치정책 변화

(n=35)

항목	매우 그렇다	그렇다	변화 없다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
일반병동에 간호사 추가 배치	6(17.1)	27(77.1)	1(2.9)	·	1(2.9)
간호조무사나 간호보조원 대신 간호사 배치	2(5.7)	11(31.4)	7(20.0)	6(17.2)	9(25.7)
임시(계약직)간호사를 정규직간호사로 대체	3(8.6)	4(11.4)	11(31.4)	9(25.7)	8(22.9)
타부서보다 일반병동에 간호사 우선 배치	6(17.1)	15(42.9)	9(25.7)	3(8.6)	2(5.7)

〈표 5〉 병원유형별 간호관리료 차등제 이후 간호사 배치정책 차이

항목	종합병원(n=16)			종합전문요양기관(n=19)			x^2	p
	그렇다	변화 없다	그렇지않다	그렇다	변화 없다	그렇지않다		
일반병동에 간호사 추가 배치	14(87.5)	1(6.3)	1(6.3)	19(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2.519	.284
간호조무사나 간호보조원 대신 간호사 배치	7(43.8)	4(25.0)	5(31.2)	6(31.6)	3(15.8)	10(52.6)	1.641	.440
임시(계약직)간호사를 정규직간호사로 대체	4(25.0)	7(43.8)	5(31.2)	3(15.8)	4(21.0)	12(63.2)	4.256	.119
타부서보다 일반병동에 간호사 우선 배치	9(56.3)	4(25.0)	3(18.7)	12(63.2)	5(26.3)	2(10.5)	0.486	.784

〈표 6〉 간호관리료 등급 변화계획과 주요 이유

항목	주요 이유	n
간호관리료 등급 향상 계획 (n=10)	환자만족도가 증가	3
	기본간호 수행 등 직접간호시간 증가	3
	병원의 간호관리료 수입 증가	2
	간호사의 업무만족도 증가	1
	간호서비스에서 경쟁병원보다 우위 확보	1
간호관리료 등급 향상 계획 없음 (n=10)	등급을 높이는데 추가되는 인건비 지출이 간호관리료 수입을 초과	7
	간호관리료 등급과 간호사만족도는 상관관계가 약함	1
	병원경영자의 비협조	1
	간호사를 확보하기 어려움	1

료 등급을 향상하고자 하는 이유로 환자만족도 증가와 기본간호 수행 등 직접간호시간 증가를 들었다. 반면에 향후 간호관리료 등급 향상 계획이 없다고 한 10명은 가장 큰 이유로 간호관리료 등급을 높이는데 추가되는 인건비 지출이 간호관리료 수입을 초과하기 때문이라고 지적하였다〈표 6〉.

2) 간호관리료 수가체계에 대한 의견

(1) 간호관리료 등급과 적용

2007년 4월 1일부터 시행된 간호관리료 차등제에 대한 평가와 개선의견에 대해서는 간호부서장과 중간간호관리자 그리고 보험심사부서장이 설문에 응하였다.

현재 7단계로 되어 있는 급성병원(종합전문요양기관은 6등급) 간호관리료 차등제의 등급에 대하여 55명(66.3%)이 현재의 7단계를 유지하는 것이 바람직하다고 응답하였으며, 17명(20.5%)은 7등급과 6등급을 통합하는 것이 필요하다는 의견을 피력하였다.

간호관리료의 최고등급에 대하여 64명(77.1%)이 현상 유지를 원하였고, 19명(22.9%)은 현재의 1등급보다 높은 상위 등급을 신설할 것을 원하였다. 간호관리료 적용 단위인 간호단위 기준에 대하여 응답자 82명 중 50명(61.0%)이 간호단위의 특성별로 간호관리료 수가체계를 세분화하는 것이 필요하다고 응답하였다.

간호관리료 수가체계를 간호단위별로 세분화하는 것이 필요하다고 응답한 50명에게 중복응답을 허용하면서 세분화가 필요한 간호단위를 질문한 결과를 살펴보면, 준중환자실 40명(80.0%), 항암 및 치료방사선병동 29명(58.0%), 소아과 병동 29명(58.0%) 순으로 응답률이 높았다.

2007년 4월 본 연구의 조사시점에는 간호관리료 차등제가 일반병동에만 적용되고 있었는데, 미적용 간호단위 중에서 추가적으로 간호관리료 차등제 도입이 우선적으로 필요한 간호단위에 대하여 질문한 결과, 중환자실을 1위로 선택한 응답자가 72명(88.9%)이 압도적으로 많았고, 다음이 응급실이었다〈표 7〉.

〈표 7〉 간호관리료 등급과 적용에 대한 개선의견

항목		n (%)
수가등급 (n=83)	현재의 7단계 유지	55(66.3)
	7등급과 6등급 통합	17(20.5)
	등급 수 축소	6(7.2)
	등급 수 확대	5(6.0)
상위등급 신설필요성 (n=83)	현재 체제 유지	64(77.1)
	상위등급 신설필요	19(22.9)
일반병동 세분화 필요성 (n=82)	현재 체제 유지	32(39.0)
	병동특성별로 세분화	50(61.0)
세분화가 필요한 간호단위 (n=50, 중복응답)	준중환자실	40(80.0)
	항암 및 치료방사선 병동	29(58.0)
	소아과병동	29(58.0)
	감염병동	23(46.0)
	호스피스병동	21(42.0)
차등제 도입이 필요한 간호단위 (n=81)	중환자실	72(88.9)
	응급실	4(4.9)
	수술장/회복실	3(3.7)
	무균치료실	2(2.5)

(2) 간호관리료 등급 산정기준

현행 간호관리료 등급산정 기준에 대하여 응답자 82명 중 58명(70.7%)이 기준개선이 필요하다고 응답하였으며, 개선내용으로는 33명(56.9%)이 허가병상수를 월평균 입원환자수로 변경할 것을 지적하였고, 3개월 미만의 계약직 간호사를 산정대상에 포함할 것과 종합전문요양기관의 가산기준을 직전 등급으로 변경할 것을 지적한 비율이 높았다〈표 8〉.

(3) 간호관리료 수가 수준

현재의 간호관리료 수가수준에 대하여 응답자 83명 중 72명(86.7%)이 낮다고 평가하였으며, 나머지 11명(13.3%)은 적절하다고 평가하였다. 현재의 간호관리료 수가수준이 낮다고 응답한 72명에게 수가수준을 높이기 위해서 필요한 활동에 대하여 질문하였다. 42명(58.3%)이 간호관리료 원가분석 등 연구활동을 들었으며, 19명(26.4%)은 보건복지부를 비롯한 정부당국자와의 협상이라고 응답하였고, 8명(11.1%)는 간호사 확보수준과 환자의 건강결과의 상관성에 대한 국민홍보를 지적하였다〈표 9〉.

V. 논 의

질 높은 간호서비스를 제공하기 위해 필수적으로 요구되는 간호사 확보수준에 대한 관심은 우리나라를 포함하여 대부분의 OECD국가들이 고심하는 공통과제이다(Steven, Mike, & Jeremy, 2005). 우리나라 간호관리료 수가체계에 대하여 500병상 이상 간호부서장과 중간간호관리자, 보험심사부서장을 대상으로 한 설문조사에서 나타난 주요결과를 토대로 간호관리료 차등제 도입으로 인한 변화와 수가체계 개선방안을 살펴보면 다음과 같다.

본 연구에서 간호관리료 차등제 도입 이후 30기관(61%)의 간호관리료 등급이 향상되었고, 등급향상으로 환자 직접간호시간, 환자의 건강결과와 간호사의 만족도가 증가한 것으로 나타났다. 간호사 확보수준이 높을수록 환자의 건강결과가 향상된다는 선행연구 결과는 매우 많다. Unruh(2003)는 211개 병원을 7년 동안 조사한 결과 간호사가 많을수록 환자의 무기폐,

〈표 8〉 간호관리료 등급 산정기준 개선에 대한 의견

항 목		n (%)
산정기준의 개선 필요성 (n=82)	현재 기준유지	24(29.3)
	기준개선 필요	58(70.7)
바람직한 개선내용 (n=58, 중복응답)	허가병상수를 월평균 입원환자수로 변경	33(56.9)
	3개월 미만의 계약직/임시직 간호사 포함	28(48.3)
	종합전문요양기관의 가산기준을 직전등급으로 변경	27(46.6)
	근무번별 간호사 1인이 담당하는 환자수로 변경	21(36.2)
	산정범위 확대(행정간호사등도 포함)	21(36.2)
	수간호사보다 높은 상위직급의 관리자도 포함	18(31.0)
	병동간호사를 병원전체 간호사로 변경	10(17.2)
	분만휴가자, 장기병가 간호사도 산정에 포함	7(12.1)

〈표 9〉 간호관리료 수가수준과 개선을 위한 정책

항목		n (%)
현재의 수가수준 (n=83)	적절하다	11(13.3)
	낮다	72(86.7)
수가수준 개선을 위하여 필요한 활동 (n=72)	간호관리료 원가분석등 연구활동	42(58.3)
	보건복지부를 비롯한 정부당국자와 협상	19(26.4)
	간호사 확보수준과 환자의 건강결과에 대한 국민홍보	8(11.1)
	현행 수가수준의 부당성에 대한 국민홍보	1(1.4)
	병원협회, 의사협회 등 관련 단체와 협력	1(1.4)
	시민단체, 병원노동조합 등과 협력	1(1.4)

욕창, 낙상, 요로감염의 발생이 감소한다고 하였고, Aiken, Clavke, Sloane, Sochalski와 Silber(2002)은 간호사별 담당환자수가 1명 증가할 때마다 환자의 30일 사망률과 소생실패율이 각 각 7%씩 증가한다고 보고하였다. Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart와 Zelevinsky(2002)도 간호사 확보수준이 높을수록 환자의 부정적인 건강결과를 3~12% 감소시킬 수 있다고 하였고, Kovner, Jones, Zhan, Gergen과 Basu(2002)도 간호사의 간호시간과 환자의 부정적 건강결과는 음의 상관관계가 있다고 발표하였다. 유선주 등(2006)의 연구에서는 일반병동 병상당 간호사가 많을수록 기본간호 제공수준이 높은 것으로 나타났다. 간호사 확보수준과 간호사의 업무만족도에 대하여 Aiken 등(2002)은 간호사별 담당환자수가 1명 증가할 때마다 간호사의 소진감이 23%, 직무불만족이 15%씩 증가한다고 하였고, Kangs, Kee와 McKee-Waddle(1999)과 Grindel, Peterson, Kinnemann과 Turner(1996)도 간호사 확보수준과 간호사의 직무만족도가 양의 상관관계가 있다고 보고하였다. 선진국들이 인센티브나 규제정책을 통하여 간호사 확보수준을 높이고자 하는 것도 이와 같은 연구결과에 근거한 것이라고 볼 수 있다. 본 연구에서 간호관리료 등급 향상으로 나타난 변화도 선행연구들과 동일한 맥락에서 해석할 수 있다. 즉, 간호관리료 차등제는 간호서비스의 질향상과 간호사의 만족도에 긍정적인 영향을 미친 것으로 평가할 수 있을 것이다.

간호관리료 차등제도입 이후 간호사 배치정책이 일반병동과 간호사중심으로 변화한 것으로 나타났다. 이것은 간호관리료 차등제라는 정책에 대하여 병원이 인센티브가 적용되는 일반병동과 간호사에게 적극적인 반응을 보인 반면 미적용 간호단위나 간호보조인력에 대해서는 상대적으로 소홀하였다고 볼 수 있다. 미국 캘리포니아주에서도 최소기준 법률이 면허간호사중심으로 설정되자 일부 병원들이 간호지원인력을 감소시켜서 간호사들의 직접간호시간이 오히려 감소하는 문제가 나타나기도 했다(Buchan, 2004). 앞으로 우리나라 간호사 확보수준을 높이기 위해서 재정적 인센티브 정책을 강화하는 것이 효과적이겠지만 간호보조인력이 필요이상으로 감소하지 않도록 모니터링할 필요가 있을 것으로 보여진다. 또한 일본의 입원기본료 차등제에서는 4등급 이하에서는 간호보조가산 항목을 인정하고 있는데, 우리나라 간호관리료 수가체계에 간호보조가산 항목이 필요한가에 대하여 중장기적인 관점에서 논의할 필요가 있을 것이다.

향후 간호관리료 등급 변화계획에 대하여 조사병원의 20%는 향상 계획이 없고, 그 주된 이유는 등급을 높이는데 추가되는 인건비 지출이 간호관리료 수입을 초과하기 때문이라고 응답하였다. 간호관리료 수가가 입원료의 25%로 설정되어 있는 현재의 수가수준이 저평가되어 있다는 것은 간호관리료와 비슷한 개념인 간접의료비가 입원료의 39.2%를 차지하는 것으로 보고된 건강보험심사평가원(2006)의 조사결과나 입원료 중에서 간호관리료가 차지하는 비중이 종합전문요양기관 49%, 종합병원 45%, 병원 45%라는 상명대학교 산업과학연구소(2006)의 연구결과에서도 보고된 바 있다. 간호관리료 차등제가 당초 의도하였던 간호서비스의 질향상이라는 목표를 달성하기 위해서는 간호관리료 수가를 현실화하는 것이 반드시 필요하다.

간호관리료의 적용범위와 기준에 대하여 적용범위를 확대하고, 일반병동으로 포괄화되어 있는 간호관리료 등급제를 간호단위별로 세분화하는 것이 필요하다는 응답자가 많았다. 미국의 최소간호사 확보기준은 병원의 거의 모든 영역에 적용되고 있으며, 그 기준이 간호단위별로 세분화되어 있다. 호주의 빅토리아주와 일본도 일반병동에 대하여 우리나라보다 세분화한 기준을 정하고 있다. 우리나라도 간호관리료 차등제의 적용범위를 일반병동 이외의 간호단위까지 확대하는 것이 필요하고, 간호단위별 특성을 반영한 기준을 적용하는 것을 검토하여야 한다고 본다. 간호계의 노력으로 2007년 10월 신생아중환자실에 새로운 간호관리료 차등적용제를 도입한 것처럼 차등제가 다른 간호단위로 범위로 확대되어야 할 것이다.

연구에서 응답자의 상당수가 간호관리료 등급 산정기준을 개선하여야 한다고 지적하였으며, 산정기준을 병상수에서 월평균 환자수로 변경하여야 한다는 응답비율이 가장 높았다. 간호사 확보기준을 측정하는 지표로 우리나라는 병상 대 간호사 비율로 하고 있고, 일본은 환자 대 평균 근무간호직원 비율을 적용하며, 미국과 호주는 매 근무번당 환자 대 간호사 비율로 하고 있다. 병상 대 간호사 비율은 세 지표중에서 간호사 투입을 반영하는 정확도가 가장 낮은 지표이면서 병상가동률이 낮은 병원일수록 간호관리료 등급 향상에 따른 이익이 감소하는 특징이 있다. 간호관리료 등급 산정기준을 병상 대 간호사 비율에서 환자 대 간호사 비율로 변경한다면 병상가동률이 낮은 병원도 등급향상에 따른 재정적 이익을 얻을 수 있고, 환자입장에서도 실제적인 간호서비스의 질 향상을 경험할 수 있으므로 현재의 등급산정 지표를 환자 대 간호사 비율로 개선하는 것이 요청된다고 하겠다.

이외에도 문헌고찰에서 살펴본 것처럼 의료법의 간호사 확보기준을 위반한 병원에 대하여 벌칙조항 신설하는 것에 대한 검토와 간호사 재취업 프로그램을 활성화하는 것이 필요하다고 본다. 우리나라 의료기관의 간호사 확보기준은 의료법 시행규칙 28조6항 '의료기관에 두는 의료인의 정원'에 명시되어 있지만 500병상 이상 종합병원 78개 기관 중에서 56%가 의료법 기준을 준수하지 않는 것으로 나타났다(보건복지부, 2007b). 우리나라도 의료법이 정한 간호사 확보기준을 위반한 병원에 대해서는 미국의 사례에서와 같이 상응하는 벌금제도를 도입한다

면 최소기준을 준수하는 병원의 수가 크게 증가할 것이다. 또한 간호사 부족문제를 해결하기 위하여 미취업간호사의 취업참여를 촉진하는 프로그램이 필요하며, 호주 빅토리아주의 사례와 같이 재취업훈련에 참여한 간호사와 이들을 고용한 병원에 정부가 지원금을 지급하여 실제적인 성과를 얻을 수 있도록 적극적인 정책이 요청된다.

Ⅵ. 결론 및 제언

본 연구는 외국의 간호사 확보와 관련된 정책을 검토하고 현행 간호관리료 수가체계에 대한 간호관리자들의 의견수렴을 통하여 우리나라 간호관리료 수가체계의 개선방안을 모색하는 데에 그 목적이 있다.

연구결과, 간호관리료 차등제 도입이후 61%의 병원이 간호관리료 등급을 향상하였으며, 등급향상으로 환자 직접간호시간이 증가하고, 환자의 건강결과가 향상되었으며 간호사의 만족도가 증가한 것으로 나타났다. 또한 다른 부서보다 우선적으로 일반병동에 간호사를 추가 배치한 것으로 나타났다. 그러나 간호관리료 등급을 높이는데 추가되는 인건비 지출이 간호관리료 수입을 초과하기 때문에 등급향상을 주저하는 병원이 적지 않았다. 간호관리료 수가체계에 대해서는 일반병동에 적용되는 간호관리료 차등제를 다른 간호단위로 확대하고, 일방병동도 간호단위 특성별로 세분화하는 것이 필요하다는 의견이 많았다. 등급 산정기준을 병상수에서 월평균 환자수로 변경하는 것이 필요하며, 간호관리료 원가분석등의 활동이 요청된다는 것에 의견이 수렴되었다.

이와 같은 결과를 토대로 간호관리료 차등제의 수가수준을 현실화하고, 적용 간호단위를 확대하며 등급기준을 병동별로 세분화하며, 산정기준을 환자 대 간호사 비율료로 변경할 것을 제언한다.

참고문헌

건강보험심사평가원(2006. 8. 2). *상대가치점수 연구 진행경과 보고 회의자료.*

보건복지부(2007a). *건강보험요양급여비용.*

보건복지부(2007b). *복지부 '05년 의료기관 평가결과.* Retrieved Feb 12, 2008 from http://www.mohw.go.kr

상명대학교 산업과학연구소(2006). *의료기관종별 입원료 원가분석 및 적정수준에 관한 연구.*

유선주, 최윤경, 김후정, 박보현, 장현숙, 박종애(2006). *보건의료서비스 일자리창출을 위한 입원서비스 제공모형 개발.* 한국보건산업진흥원.

이윤태, 박종애, 최현정, 조명수(2006). *간호수가체계 개선방안에 관한 연구.* 한국보건산업진흥원.

일본간호협회(2005). *간호직원 배치표준에 관한 일본간호협회의 의견.* Retrieved Nov 9, 2006 from http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2005.html

일본 노동후생성(2006). *평성18년 진료보수 개정의 개요.*

최병호, 강길원, 박은철, 고수경, 서동우, 서현웅(2004). *진료비 지불제도 개선방안.* 한국보건사회연구원.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA, 288*(16), 1987-1993.

ANA (2006). *ANA state government relations*: 2005 Legislation: Staffing plans and ratios. Retrieved Nov 9, 2006 from http://www.nursingworld.org/gova/state/2005/staffing.htm

Berliner, J., Kovner, C., & Zhu, C. (2002). *Nurse Staffing Ratio in Calofornia : A critique of the final report on hospital nurse staff ratio and quality of care.* SEIU Nurse Alliance.

Blakeman, H., Seago, J., Spetz, J., Coffman, J., Rosenoff, E., & O'Neill, E. (2003). Minimum staffing ratios: The California workforce initiative survey. *Nurs Econ, 21*(2), 65-70.

Buchan, J. (2004). *A Certain ratio? Minimum staffing ratio in nursing.* A report for the Royal college of nursing.

Buchan, J., Bretherton, T., Bearfield, S., & Jackson, S. (2004). *Stable but critical: The working conditions of Victorian public sector nurses in 2003.* University of Sydney.

Grindel, C. G., Peterson, K., Kinnemann, M., & Turner, T. T. (1996). The practice environment : A process for outcome evaluation. *J Nurs Adm, 26*(5), 43-51.

Kangs, S., Kee, C. C., & McKee-Waddle, R. (1999). Organizational factors, nurse's job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Adm, 29*(1), 32-42.

Kovner, C., Jones, C., Zhan, C., Gergen, P., & Basu, J. (2002). Nurse staffing and post surgical adverse events: An Analysis of administrative data from a sample of US hospitals 1990-1996. *Health Serv Res,*

27(3), 611-629.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *N Engl J Med, 346*, 1715-1722.

Steven, S., Mike, V., & Jeremy, H. (2005). Tackling nurse shortages in OECD countries. *OECD Working Papers*.

Unruh, L. (2003). Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med care, 41*(1), 142-152.

Victorian Government Department of Human Services (2001). *Nurse recruitment and retention committee. Government response*. Policy and Strategic Project Division. Melbourne.

A Survey for Developing Strategies to Improve the Fees for Nursing Care

Kim, Yun Mi[1] · Nam, Hye Kyung[2] · Sung, Young Hee[3] · Park, Kwang Ok[4] · Park, Hae Ok[5]

1) Professor, Department of Nursing, Eulji University
2) Professor, Department of Nursing, Kyungwon University
3) Associate Professor, Department of Clinical Nursing Science, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicme
4) Nurse-in-Chief, Seoul Asan Medical Center
5) CNO, Nursing administration, Inha University Hospital

Purpose: To examine the current fees for nursing care and propose the strategies for improvement. **Method:** The number of subjects for this study was 86, including 36 chief executives of the nursing department, 14 of the health insurance department and 33 nursing managers. Data were analyzed by SPSS WIN 12.0 program. A researcher-developed questionnaire with 30 items was utilized. **Results:** 61% hospital had improved the nursing management fee grade after adoption of the differentiated nursing management fee schedules. After grade improvement, the time for direct nursing care increased. Also, the patient health outcome, nurse's job satisfaction were improved and more nurses were employed in general nursing units. Many subjects addressed that ICU and more nursing units were needed to adopt the differentiated nursing management fee schedules and “bed to nurse ratio” needed to be changed to “patients to nurse ratio” and specialized by the nursing units. **Conclusion:** The health policy in reference to fees for nursing care needs to get improved further in order to provide the quality-assured nursing care.

Key words: Nurse staffing, Hospital, Health insurance

Corresponding author: Nam, Hye Kyung
Department of Nursing, Kyungwon University
San 65, Bokjeongdong, Sujeonggu, Seongnamsi, Gyeonggido, Korea
Tel: 82-31-750-5983, Email: nhk@kyungwon.ac.kr