

# 일 종합병원에서의 가정간호수가 체계 방안을 위한 일 연구\*

김조자\*\*, 조원정\*\*, 최해선\*\*\*

목 차
I. 서 론
II. 문헌고찰
III. 연구방법
IV. 연구결과
참고문헌
Abstract

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

최근 만성 퇴행성 질환이 증가하고, 국민의 기본권으로서 보건의료 서비스를 인식하게 되었으며, 인구의 노령화로 인한 인구구조의 변화가 일어나고, 사회경제가 발전하고 가족구조가 변화함에 따라 건강에 대한 서비스 요구가 증대되어갈 뿐만 아니라, 의료보험이 개보험화되어 의료비가 앙등되는 등 여러가지 변화는 우리나라에서도 가정간호 제도를 도입하기에 이르렀다.

가정간호사업은 18C후반 Boston진료소에서 처음 시행되어 Intermediate Care 기능으로서 시작되었다. 이후 Voluntary Agency가 대두되고 정부보건부서, 병원내에서도 사업을 시행하게 되었으며 보험회사도 이 사업에 참여하여 가정간호사업은 공공기관, 비영리기관, 영리기관 등의 여러형태로 운영되고 있다.

우리나라에서는 원주기독병원에서 시범사업을 실시해온 1970년대 후반기부터 가정간호사업에

대한 관심을 갖기 시작하였으며 1980년대에는 가정간호사업에 대한 요구도, 이용하고자 하는 의도에 관한 몇몇 연구결과도 발표되었다.

또한 정부는 가정간호사업 제도를 정책화하고 이를 위한 사업계획을 수립하여 가정간호사를 교육하고, 시범사업을 실시하며, 그 성과에 따라 단계적으로 병원급이상의 의료기관에 사업을 확대 실시하고자 추진중에 있다(보건사회부, 1990).

이와같이 국내외에서 가정간호제도의 잇점이 많아 계속 확대되어 가고 있으나 실시상에 문제점도 많다. 미국의 경우 Northwest지역의 179개 가정간호 기관에서 사업을 실시하는데 수가문제(Peszenokev, 1987)가 대두되었으며 이 문제는 여러연구자가 공동으로 지적하고 있고, 1987년대 들어 특히 DRG발표 이후에 더욱 증가되어 간호행정가는 간호서비스의 수가를 책정하는데 힘을 기울이고 간호수가를 비간호수가와 분리해야 한다고 주장하고 있다(Maher, 1982., Staley, 1984., Fosbinder, 1986., Thomas, 1986).

특히 우리나라에서는 현행 의료법의 의료수가내에서 간호수가가 책정되지 않고 있는 점과 의료수가내의 의료인력의 다수를 정하고 있고, 많은 시간과 자원을 투입하는 간호활동에 대한 적정간호수가가 책정이 되지 않고 있는 점등은 가정간호 실시에 장애요인이 될 뿐만 아니라 간호전문직 발전과 국민건강사업 시행에 저해요인으로 작용할 것으로 보아 가정간호사업이 성공적으로 정착되기 위해서는 먼저 가정간호실시에 선행되어서 수가책정에 관한 다각적인 연구가 필요로 된다.

\* 이 논문은 1991년도 연세대학교 보건대학원 연구비에 의하여 작성된 것임

\*\* 연세대학교 간호대학 교수

\*\*\* 연세의료원 보험심사계 계장

## 2. 연구의 목적

본 연구는 앞으로 우리나라에서 실시될 가정간호사업 대상자에게 제공하는 가정간호 서비스에 대한 간호수가체계를 개발하기 위한 방안을 제시하기 위하여 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

1) 현재 입원중인 환자에게 제공되고 있는 간호종 가정간호사업에 해당되는 서비스의 내용을 파악한다.

2) 서비스 내용중에서 간호활동으로 분류된 각 활동의 직접간호비를 산출한다.

3) 서비스 내용중에서 간호활동에 근거한 행위별 간호수가와 현행 의료보험에서 지불하고 있는 비용을 비교 분석한다.

4) 연구목적 2, 3을 통하여 종합병원에서의 가정간호수가 체계방안을 제시한다.

## 3. 용어의 정의

1) 직접간호비: 직접간호활동에 소요되는 시간에 A급 종합병원에 5년 근무한 간호사의 평균 임금을 곱하여 산출된 비용

2) 행위별 간호수가: 직접간호비를 30%로 하고 나머지 70%를 간접간호비로 인정하여 합한 비용

3) 가정간호수가: 1회 방문당 가정간호수가로 행위별 간호수가에 방문당 제공되는 평균 간호활동수를 곱한 간호수가에 관리비와 교통비 그리고 재료비를 포함한 비용

## II. 문헌고찰

### 1. 가정간호서비스

일반적으로 주민, 환자가 요구하는 공통된 서비스 내용은 주로 활력측정, 드레싱, 근육주사, 정맥주사, 운동, 교육, 투약 등이 있다. 이 이외에 환자들이 요구하는 것은 동통조절, 방광세척, 도뇨관삽입, 인공영양등 치료와 그에 관련된 활동이 있으나 주민이나 노인의 요구는 교육, 설명, 위생, 목욕, 정서안정 등을 들고 있다(최연순 등, 1992).

국내에서는 1980년대 초에 원주기독병원의 시

범사업에 대한 평가연구에서 지역사회 주민을 대상으로 가정간호 사업에서 제공받기를 희망하는 서비스 내용을 조사하였다. 이 결과는 14가지로 제시되었는데 활력측정, 상처치료, 근육 및 혈관주사, 약복용 방법, 질병설명, 약처방, 환자간호법 교육, 운동교육, 건강관리에 대한 교육, 정서적 안정 등 병원방문일자 교육, 진찰, 질병설명 등이었다(전산초 등, 1981).

퇴원하는 암환자를 대상으로 서비스 활동에 대한 요구도 조사에서는 기술적 간호로 혈압측정, 상처소독, 욕창간호, 혈관주사, 통증조절 등의 활동에 대한 요구는 응답자의 90.1%~93.1% 범위였으며, 근육주사, 방광세척, 도뇨관 삽입, 인공영양공급 등의 요구가 75.2%~87.1%였고, 인공항문 관리가 63.4%로 가장 낮았다. 지지적인 간호영역 활동에 대한 환자유구는 90~95% 범위였으며 내용의 종류도 설명, 관찰, 운동교육, 의뢰상담 및 대화 등이었다(김진선, 1988).

최근 세브란스병원 간호부(1990)의 가정간호사업에 대한 의사, 간호사, 진료관련부서 직원 및 환자의 인식 비교에 관한 연구보고서에서는 의사가 처방하는 것을 원칙으로 할때 간호사가 가정을 방문하여 제공해 줄 수 있는 서비스에 포함된 내용중에서 모든 대상자의 80% 이상이 제공해 줄 수 있다고 응답한 서비스내용으로는 혈압측정, 근육주사, 드레싱, 욕창치료였고 간호사들은 위에서 제시된 서비스외에 혈관주사, 방광세척, 방광훈련, 인공항문관리, 위관영양, 환자교육, 상담, 사정 및 의뢰등의 서비스내용을 제공할 수 있다고 90% 이상이 응답하였다.

원주기독병원 가정간호사업과에서 제공된 가정간호 활동내용으로는 욕창치료, 방광세척, 카테터 교환, 드레싱, 산소요법, 기관절개관리, 위관영양, 합병증 관찰 및 예방교육 및 상담, 자가간호교육, 근육·정맥주사, 식이조절, 활력증상 체크 등이 있었다(김신자, 1991).

외국의 보고서에서는 가정간호사업의 서비스 내용에 보건교육, 상처관리 및 드레싱, 도뇨관 삽입 및 세척, 배뇨 배변 훈련, 기관누공 형성술 간호, 흡입요법, 투약, 정맥내 주사, 관찰, 재활간호, 정맥천자 등을 들고 있었다(Harvey, 1981).

또한 가정간호사업 기관에서 제공한 서비스내용을 볼 때, 미국 오코너(O' Conner)병원의 가정간호사업 부서와 국내 원주기독병원에서 제공한 내용의 공통점은 드레싱, 약물요법, 정체배뇨관, 인공결장루 간호 등의 배뇨 배변관리, 교육, 관찰, 식이 및 영양 등이었다. 이외에도 오코너 병원의 가정간호사업 부서에서 제공된 서비스내용에는 위장관 삽입이 더 포함되지만(Ryan, 1980) 국내 병원의 경우에는 위생, 피부간호, 관찰, 운동 및 체위변경 등의 활동, 호흡기 관리, 신생아 및 산모 관리가 서비스 내용에 더 추가되어 있다(추수경, 1990).

호흡기 환자, 호흡기 의존환자를 대상으로 가정간호사업 기관에서 제공한 서비스 내용에도 교육, 관찰, 운동, 식이, 투약 등의 공통된 것과 호흡기 환자에게 필요한 가슴, 호흡기 사용이 포함되며 추가로 재정지원을 덧붙이고 있다(White & Brigg, 1980).

이상에서 고찰한 바와 같이 문헌에 나타난 가정간호사업에서 실제 제공했던 내용과 실시할 때 제한하는 내용 등을 종합해보면 다음과 같이 나열할 수 있다. ① 위생, 목욕, 피부간호, 구강위생 ② 인공영양, 복막투석, 식이 및 영양, 위장관 삽입 ③ 드레싱, 상처관리, 욕창간호 ④ 투약, 약물요법, 정맥내 주사 ⑤ 정체배뇨관 삽입, 세척, 도뇨관 삽입, 인공결장루 간호, 배변 배뇨관리 ⑥ 운동, 자세변경, 물리치료, 작업치료 ⑦ 산소요법, 흡입요법, 기관누공형성술 간호, 호흡기 관리, 폐물리요법 ⑧ 교육과 상담 ⑨ 활력측정, 환자 상태 관찰 등으로 분류할 수 있다(White & Brigg, 1980., Harvey, 1981., Smyth, 1985., Spiegel, 1987., 김진선, 1988., 조우현, 1990., 추수경, 1990).

## 2. 간호수가 접근방법

### 1) 간호수가

간호수가라 함은 간호사가 제공한 간호행위의 제공단가로 지불을 청구할 수 있는 금액을 말한다. 그러나 현재 간호수가의 경우 입원 환자에 대한 포괄적 간호관리행위를 '간호관리료'라는 별도의 항목으로 분류하고 있으며 의료기관의 급등에

따라 가중치가 적용되어지고 있고 기타의 간호행위는 제공행위자의 구분에 관계없이 일반 진료수가가 공통 적용되어지고 있다. 특별히 제공빈도가 높은 간호행위에 대한 수가가 의료보험 산정 항목에서 누락된 부분이 많아서 환자의 질병관리를 위하여 제공되어진 간호행위의 수가를 실제 청구하고자 하면 적용행위의 항목이 결여된 것이 많아 적절한 보상을 받지 못하는 경우가 빈번히 발생되고 있으며 간호서비스의 생산성도 효율적으로 관리할 수 없는 실정이다.

간호서비스에 대한 수가연구는 1980년대 후반기에 점차 증가되는 추세를 보였다. 기존연구에서 볼 때 간호수가 산정방법에는 대체로 환자분류체계(Holbook, Staley, 1984)나 DRG(Fosbinder, 1986., Mowry, 1985)에 따라 환자에게 직접간호한 시간을 바탕으로 수가화하는 형태가 공통적이었으며(Walker, 1983), 환자당 수가, 환자요구 정도별 평균수가 또는 DRG당 수가로 나타나며 직접간호시간을 관찰하여 조사하고 있다.

반면에 국내에서는 간호수가에 대한 연구가 드물어 40개 진료행위를 선택하여 행위별로 수가를 추정해서 의료보험 수가와 비교한 연구(박윤옥, 1983), 의료보험 수가에 나타난 간호활동을 분석하여 간호수가를 측정 한 연구(대한간호협회, 1986), 간호행위별 비용을 산정하여 현행, 보험수가, 일반수가와 비교 분석하고 한국형 진단명 환자군(K-DRG)별 간호원가를 산출하여 현행 의료보험수가에 포함된 기본 간호관리료의 적정성을 검토한 연구(오세영, 1988), 한국형 진단명 환자군 분류를 이용한 입원환자의 간호원가 산정에 관한 연구(박정호, 1988) 등이 이루어지고 있다. 또한 간호서비스 제공기관, 즉 의료기관의 조직적 특성 및 진료권, 간호인력의 차이 등을 고려하여 수가 산정 기준에 반영하도록 제안하는 적정 간호수가 산정 모형개발연구(조소영, 1991) 등이 있다.

### 2) 환자분류체계를 통한 간호수가

환자분류체계란 어떤 일정한 환자를 급성정도, 간호요구에 따라 3~5등급으로 나누거나 또는 환자진단에 근거한 DRG에 따라 분류 군당, 또는 DRG마다 간호수가를 산정하는 것이다. Maher

(1982), Diyer(1986), Seitz(1987)은 환자를 진단에 근거한 DRG에 따라 분류군으로 나누어 평균 간호시간수를 산출해 평균 비용/시간을 내어 각 등급당 일일 간호수가 계산법을 제시하고 있으며 Reashack(1985)는 DRG를 합쳐 4군으로 배정되는 관계를 모형으로 그려 DRG가 환자분류체계에 포함된 구조를 설명하고 있다. 그 외에도 DRG와 수가연구는 여러연구에서 발견되며 주요 DRG를 선택하여 DRG당 수가를 제시(Makibbin, 1985)하고 있으며, DRG와 간호수가와의 관계를 규명하기 위해 혼한 21개 DRG안에 평균 간호시간수와 간호수가를 비교한 결과 DRG 상대적 비용가중치와 간호시간에 정상관계가 있지만 예외인 DRG가 발견되었다. 한편 DRG가 임상에서만 사용이 가능하다는 점, DRG가 안정상태가 아니라 병리학적 질병상태에 초점을 둔 점, DRG가 의학진단이지 간호진단이 아니라는 점, 같은 DRG라도 간호요구가 상당히 차이가 난다는 점, DRG가 간호자원을 측정하는데 올바르게 못하다는 점을 들이(Grimaldi, 1983., Makibbin, 1985) DRG를 통한 수가산정에 문제가 대두되고 있음을 알 수 있다. 또한 DRG에 대한 수가산출이 간호중등도에 대한 고려가 되지 않은 것도 문제점으로 지적될 수 있다.

### 3) 간호활동 분석을 통한 간호수가

간호활동 시간측정은 수가연구 초기에 많이 쓰이고 있었으며 시간측정연구를 통한 비용산정 접근법은 활동을 측정하여 기술하는 것으로 시간과 비용이 많이 든다는 점이 있으나 매 활동시간을 연속 기록하며 활동종류별, 소요시간, 활동횟수, 전체활동수 등을 분석하여 수가산정에 기본자료가 되며, 소요된 시간양을 바탕으로 연구하는 것으로 각 환자에게 요구되는 활동을 분석하여 필요간호시간수를 알 수 있다고 하였다(Marriner, 1979) Kissinger(1973)는 2주간의 간호환동을 일반간호사로 하여금 5분 간격으로 기록하여 소요시간을 구하여 비용산정을 시도하였다. 국내에서는 간호활동에 소요된 시간수를 바탕으로 수가책정환(박윤숙, 1986) 연구만이 시도되었다.

박(1986)은 V. Handerson이 제시한 14가지 임상적 간호행위에 근거하여 투약, 측정 및 관찰, 간

호관리의 3가지 영역과 현재 임상 현장에서 수행되는 행위를 추가한 총 17개 영역을 선정하고 실제 한국의 임상에서 선정된 행위의 제공경도와 분류 적합성을 연구하여 총 16개 영역의 128개 항목을 수가산정대상인 간호행위라고 규명하였다.

한편 Grimaldi(1985)는 1회 방문당 수가별료 수가 제한 범위를 밝히고 있어 전문간호사는 \$54.41~\$58.39이며, 이중 노동부분이 약 80% 정도를 차지하고 있다고 제시하고 있다. 또한 미국 방문간호사협회에서 6개월 동안 퇴원한 환자 541명을 대상으로 간호진단, 의학진단과 방문, 사업기관 수가를 조사하여 환자가 주로 뇌졸중, 심장병 환자, 암환자이며 평균 방문수는 14회이나 방문시간 면에서 볼 때 평균 1회 방문당 \$45이며 범위는 강간상해중후군 진단이 \$34에서 피부통합성유지 손상의 가능성 진단은 \$451로 평균 환자 1명의 지불액은 \$166.35이었다.

### 4) 수가산정방법

환자분류체제나 활동분석을 통해서 수가를 산정할 때 두 방법 공통적으로 간호한 시간을 관찰하여 간호시간 수를 바탕으로 비용/시간을 곱해 수가를 산정하고 있다(Maher, 1983., 박, 1986., Reaschak, 1985). 단지 환자분류 체계를 통한 간호수가 분석은 수가의 단위가 환자 또는 환자분류된 범주별로 수가 산정되며, 간호활동 분석을 통해서도 간호활동별 수가 산정될 수 있다.

일반적으로 간호수가에 대한 연구에서는 간호수가를 산정함에 있어 직접간호비, 간접간호비로 나누며(Walker, 1983., Marriner, 1979., Bergner, 1988., Ruman, 1987., Reaschak, 1985., Fray, 1987) 드물게는 변동수가와 고정수가(Maher, 1982., Reashack, 1985)로 나누었다.

직접간호비 또는 변동수가는 간호사가 대상자에게 직접서비스하거나 방문하거나 간호를 제공하는데 구체적으로 요구되는 간호활동에 소요된 비용으로 직접간호시간을 재어서 수가화하여 얻을 수 있다. 간접간호비와 고정수가는 대상자와 직접관계되지 않아도 서비스하는데 뒷받침이 되는 비용으로 행정부에서 환자에게 제공하는 간접서비스에 대한 것으로 수간호사 봉급, 간호행정부서 활동비,

병동비서봉급, 물품비가 포함되며 Ruman(1987)은 간접비에는 간접 간호비와 간접 비간호경비가 있으며 또는 간접비를 경비(Overhead Cost)로 정의하기도 하였다. 공통적으로 직접서비스에 기초한 것은 직접간호비이며 그외는 간접간호비로 간주하여 이 두 종류의 간호비를 합해서 간호수가라고 부르고 있다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계

가정간호 대상자로 분류된 입원 환자에게 퇴원 전에 제공되는 간호활동을 조사하여 간호행위당 비용을 예측하여 가정간호수가체계 방안을 제시하기 위한 조사 연구이다.

#### 2. 연구대상

서울지역에 있는 1500병상의 Y대학부속 병원내에 입원하고 있는 환자를 모집단으로 하여 호흡기 내과병동, 신경내외과 병동, 재활병동, 외과병동에 입원한 환자를 근접집단으로 하고 해당 병동 수간호사의 판단에 의해 퇴원이 가능하다고 생각되는 환자에게 가정간호 대상자 선정 분류기준을 적용하여 가정간호 대상자로 분류된 자료 하였다. 연구대상의 표집방법은 자료수집상의 난점을 해결하기 위하여 비확률 표집방법의 하나인 유의 표집에 의하여 1981년 9월 1일부터 9월 30일 기간동안 입원한 환자중 40명을 임의추출하였고 자료분석 과정에서 자료가 불충분하여 5명이 제외된 35명을 최종연구대상으로 하였다.

#### 3. 연구도구

연구도구로는 가정간호 대상자 선정기준, 간호활동 Checklist를 사용하였다.

가정간호 대상자 선정기준은 추(1991)가 뇌졸중, 뇌, 척수 손상 입원 환자를 중심으로 서술형태의 환자분류체계를 이용하여 개발한 선정기준을 사용하였다. 이 분류기준의 제 1범주는 퇴원대상자, 제 2범주는 가정간호 대상자, 제 3범주는 입원대상자로 분류되며 10개 영역의 문제 수준을

경중수준, 중등중 수준, 중중 수준의 세 수준을 나누고 서술된 내용에 따라 체크한 결과를 근거로 범주를 정하였다. 문제 항목중에 한 항목이라도 중중수준으로 사정이 되면 이 문제는 전문인력의 집중적인 도움이 필요하며 입원상태에 있어야 하므로 입원 대상자가 된다. 그리고 문항이 모두 경중수준일 경우에는 퇴원대상자이며 중중수준은 없지만 중등도 수준이 한개 이상 포함이 된 경우에는 가정간호사업 대상자로 분류한다. 사용된 가정간호 대상자 선정기준은 내적일관성 검사에서 Cronbach  $\alpha=.8390$ 이었다.

간호활동 Checklist는 추(1991)가 가정간호사업 대상자의 건강문제를 사정한 후 54종의 신체상태 문제를 해결하기 위한 간호내용을 10개 영역별로 작성하여 가정간호사업의 간호서비스 내용으로 제안한 44가지 간호활동을 Checklist로 만든 것을 사용하였다.

#### 4. 자료수집

연구대상병동 수간호사에게 연구의 목적을 설명하고 입원 1주일이 지나 가정간호 대상자로 예측되는 환자에게 가정간호 대상자 분류기준을 적용하여 가정간호 대상자로 분류되면 간호활동 checklist를 이용하여 낮번, 초저녁번, 밤번 동안에 주어진 간호활동을 주임간호사가 배번 체크하게 하면서 매일 아침 연구조원이 체크가 되었는지 확인하기 위하여 1주일간 계속 방문한 후 수거하였다.

#### 5. 자료분석

① 제공된 간호활동 내용은 각 간호활동 양을 횟수로 측정하여 백분율로 산출하고

② 직접간호비는 각 간호활동의 직접간호 수행시간수를 산출하고 간호활동비용은 각 간호활동별로 소요되는 직접간호 수행시간에 시간당 평균 임금을 곱하여 직접간호비를 계산하였다. 간호노력의 시간당 평균 임금은 임상간호사에서 90년에 실시한 "간호사 근무조건 실태조사"에서 서울지역 A급 20개 종합병원의 5년 근무 일반간호사의 중간치 임금을 기반으로 하였다. 각 간호활동 별로 소요되는 직접간호수행 시간은 1987년 S병원 간

호부에서 연구자가 조사해 놓은 자료를 근거로 하였다.

③ 간접간호비는 직접간호비를 간호수가의 30%로 하고 나머지 70%를 간접간호비로 환산하였다. 이는 1987년 S병원 간호부에서 연구자가 조사한 간호사의 활동시간중 직접간호활동시간이 30%, 간접간호활동시간이 70%인 것에 기인하였다.

④ 행위별 간호수가는 직접간호비+간접간호비로 계산하였다.

#### IV. 연구결과

##### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 인구학적 특성과 질병관련 특성은 <표 1>과 같다.

연령은 18세에서 74세까지의 범위를 가지고 있으며 가장 많은 분포를 보인 연령은 41세에서 50세 사이로 31.4%였고 다음이 51세에서 60세 사이로 28.6%였다.

성별은 남녀 비율이 비슷하여 여자가 54.3%로 남자 45.7%에 비해 약간 높았다.

질병관련 특성으로 대상자들의 입원 진료과는 9개과로 그 분포를 보면 신경과가 22.9%로 가장 높았고 그 다음이 호흡기 내과로 20.0%였다.

기능장애별 분류에 따른 범주를 보면 기동성 장애가 37.1%, 종양환자가 28.6%, 그리고 호흡기능 장애가 17.1%였다. 입원일수는 16일에서 30일 사이가 31.4%로 가장 많은 분포를 보였으며, 다음은 91일 이상 입원한 대상자로 22.9%나 되었으며 15일 이하 입원한 대상자는 11.4%였다.

##### 2. 대상자에게 제공된 간호활동

대상자 35명에게 7일간 제공된 간호활동을 낮번, 초저녁번, 밤번으로 구별하여 그 빈도를 조사한 결과는 <표 2>와 같다.

제공된 44개의 간호활동을 12개의 범주로 나누어 살펴보면 위생에 관한 활동범주에는 희움부간호, 구강간호, 이비인후과 간호, 머리삼푸, 목욕 그리고 등간호의 6가지 간호활동이 포함되며 그중에서 가장 빈도수가 높은 간호활동은 7일간 제공

된 전체 횟수로 볼 때 등간호 90회(12.2%), 그 다음이 구강간호 79회(10.7%)였다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(n=35)

특성	분류	인수(명)	비율(%)
나 이	20세 이하	2	5.7
	21-30세	1	2.9
	31-40세	3	8.6
	41-50세	11	31.4
	51-60세	10	28.6
	61-70세	4	11.4
	70세 이상	4	11.4
성 별	남	16	45.7
	여	19	54.3
진 료 과	신경과	8	22.9
	이비인후과	2	5.7
	호흡기내과	7	20.0
	재활의학과	5	14.3
	정형외과	1	2.8
	신장내과	3	8.6
	내분비내과	1	2.8
	일반외과	5	14.3
	종양내과	3	8.6
입원일수	15일 이하	4	11.4
	16~30일	11	31.4
	31~45일	4	11.4
	46~60일	2	5.7
	61~75일	1	2.9
	76~90일	3	8.6
	91일 이상	8	22.9
	비해당	2	5.7
	기능장애	기동성장애	13
호흡기장애		6	17.1
베노기장애		3	8.6
종 양		10	28.6
내분비장애		1	2.9
기 타		2	5.7
계		35	100.0

영양에 관한 활동범주에 속하는 간호활동은 섭취와 배설량 측정, 위관영양, 위관삽입, 수액공급, 특별이식의 5가지 간호활동이 포함되며 제공된 간호활동의 전체 빈도수에서도 가장 높은 빈도수를 나타낸 간호활동은 수액공급으로 168회(22.9%)와 섭취와 배설량 측정 153회(20.8%)였다.

호흡에 관한 간호활동범주에는 산소요법, 흡인, 흉곽물리요법, 체위매역, 가슴, 기관형성술 간호동

〈표 2〉 대상자에게 7일간 제공된 간호활동 빈도

간호활동범주	구체적 활동	낮번(n=245)	초저녁번(n=245)	밤번(n=245)	계(n=735)
		빈도(비율)	빈도(비율)	빈도(비율)	빈도(비율)
1. 위 생	회음부 간호	7( 2.9)	7( 2.9)	0( 0.0)	14( 1.9)
	구강 간호	44(18.0)	33(13.5)	2( 0.8)	79(10.7)
	이비인후과 간호	4( 1.6)	1( 0.4)	0( 0.0)	5( 0.7)
	머리샴푸	5( 2.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	5( 0.7)
	목 욱	2( 0.8)	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 0.3)
2. 영 양	등 간 호	38(15.5)	40(16.3)	12( 4.9)	90(12.2)
	섭취실 배설량	51(20.8)	50(20.4)	52(21.2)	153(20.8)
	위관영양	30(14.7)	34(13.9)	2( 0.8)	72( 9.8)
	위관삽입	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
	수액공급	57(23.3)	57(23.3)	54(22.0)	168(22.9)
3. 호 흡	특별식이	36(14.7)	33(13.5)	22( 9.0)	91(12.4)
	산소요법	24( 9.8)	30(12.2)	31(12.7)	85(11.6)
	흡 인	14( 5.7)	13( 5.3)	13( 5.3)	40( 5.4)
	흉곽물리요법	0( 0.0)	8( 3.3)	0( 0.0)	8( 1.1)
	체위배액	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
4. 배뇨 및 배변	가 습	50(20.4)	47(19.2)	43(17.6)	140(19.0)
	기관형성술 간호	21( 8.6)	30(12.2)	8( 3.3)	49( 6.7)
	도 뇨	10( 4.1)	7( 2.9)	13( 5.3)	30( 4.1)
	관 장	1( 0.4)	2( 0.8)	0( 0.0)	3( 0.4)
	방광세척	12( 4.9)	7( 2.9)	0( 0.0)	19( 2.6)
5. 운동 및 활동	좌 욱	1( 0.4)	1( 0.4)	0( 0.0)	2( 0.3)
	방광, 장훈련	13( 5.3)	10( 4.1)	13( 5.3)	36( 4.9)
	인공결장루간호	6( 2.4)	0( 0.0)	0( 0.0)	6( 0.8)
	복막투석	21( 8.6)	21( 8.6)	21( 8.6)	63( 8.6)
	6. 피 부	운 동	111(45.3)	111(45.3)	18( 7.3)
자세변경		68(27.8)	71(29.0)	56(22.9)	195(26.5)
물리치료		68(27.8)	21( 8.6)	0( 0.0)	89(12.1)
작업치료		42(17.1)	22( 9.0)	0( 0.0)	64( 8.7)
자세유지		43(17.6)	43(17.6)	43(17.6)	129(17.6)
7. 체온유지	보조기구사용	34(13.9)	25(10.2)	13( 5.3)	72( 9.8)
	피부간호	21( 8.6)	19( 7.8)	7( 2.9)	47( 6.4)
	욕창간호	13( 5.3)	14( 5.7)	7( 2.9)	34( 4.6)
	드 레 싱	77(31.4)	39(15.9)	7( 2.9)	123(16.7)
	냉 요 법	1( 0.4)	0( 0.0)	0( 0.0)	1( 0.1)
8. 투 약	온 요 법	7( 2.9)	7( 2.9)	0( 0.0)	14( 1.9)
	구강투약	97(39.6)	190(77.6)	101(41.2)	488(66.4)
	근육주사	25(10.2)	5( 2.0)	2( 0.8)	32( 4.4)
9. 사정 및 관찰	정맥주사	61(24.9)	65(26.5)	60(24.5)	186(25.3)
	좌 약	1( 0.4)	1( 0.4)	0( 0.0)	2( 0.3)
	관 장	0( 0.0)	1( 0.4)	7( 2.9)	8( 1.1)
10. 교육 및 상담		88(35.9)	64(26.1)	44(18.0)	196(26.7)
11. 평가 및 재교육		38(15.5)	24( 9.8)	0( 0.0)	62( 8.4)
12. 각종 검사물 채취		17( 6.9)	7( 2.9)	0( 0.0)	24( 3.3)
		36(14.7)	22( 9.0)	8( 3.3)	66( 9.0)

6가지 간호활동이 포함되며 가장 높은 빈도수를 보인 간호활동은 가슴기 제공으로 낮번, 초저녁번, 밤번 모두에서 각각 50회(20.4%), 47회(19.2%), 43회(17.6%)였다. 전체적으로는 140회(19.0%)였고 다음이 산소요법으로 85회(11.6%)였다.

배뇨 및 배변에 관한 간호활동 범주에는 도뇨,

관장, 방광세척, 좌욕, 방광 및 장훈련, 인공결장루 간호 그리고 복막투석등 7가지 간호활동이 속하며 그 중에서 가장 빈도수가 높았던 간호활동은 복막투석으로 낮번, 초저녁번, 밤번 모두에서 21회(8.6%)로 전체적으로는 63회(8.6%)였고 다음이 방광 및 장훈련으로 36회(4.9%)였다.

운동 및 활동에 관한 범주에는 운동, 자세변경, 물리치료, 작업치료, 자세유지 및 보조기구사용의 6가지 간호활동이 포함되며 가장 높은 빈도수를 보인 것은 운동으로 낮번과 초저녁번 똑같이 111회(45.3%)였고 전체적으로는 240회(32.7%)였고 다음이 자세변경으로 195회(26.5%)였다.

피부간호활동범주에는 피부간호, 욕창간호, 드레싱등 3가지의 간호활동이 포함되었으며 가장 높은 빈도수를 보인 간호활동은 드레싱으로 123회(16.7%)였다. 체온유지를 위한 간호활동범주에는 냉요법과 온요법이 포함되며 온요법이 낮번, 초저녁번 각각 7회(2.9%)로 전체 14회(1.9%)였다.

투약에 관한 간호활동범주에는 구강투약, 근육주사, 정맥주사, 좌약, 관장 등 5가지의 간호활동이 포함되며 가장 빈도수가 높은 간호활동은 구강투약으로 낮번 97회(39.6%), 초저녁번 190회(77.6%), 밤번 101회(41.2%)로 전체 빈도수는 488회(66.4%)였다. 그다음은 정맥주사로 낮번 61회(24.9%), 초저녁번 65회(26.5%), 밤번 60회(24.5%), 전체 186회(25.3%)였다. 사정 및 관찰은 낮번에 88회(35.9%), 초저녁번에 64회(26.1%), 밤번에 44회(18.0%), 전체 196회(26.7%)였다.

교육 및 상담은 낮번에 38회(15.5%), 초저녁번에 24회(9.8%), 전체적으로는 62회(8.4%)였다.

평가 및 재교육에서는 낮번에 17회(6.9%), 초저녁번에 7회(2.9%), 전체 24회(3.3%)였다.

각종 검사물 채취에 관한 활동은 낮번에 36회(14.7%), 초저녁번에 22회(9.0%), 밤번에 8회(3.3%)로 전체 66회(9.0%)였다.

44개의 간호활동 중에서 7일간 가장 빈도수가 높았던 간호활동은 구강투약으로 488회이었고 가장 빈도수가 낮았던 간호활동은 체위배액과 위관삽입으로 한번도 제공되지 못했으며 체온유지를 위한 냉요법도 단 1회 제공되었다.

제공된 간호활동빈도를 근무시간별로 비교해 보았을 때 간호활동 12범주중 10개의 간호활동범주에 속하는 간호활동은 낮번에 가장 많이 제공되었다. 호흡과 투약 범주에 속하는 간호활동은 초저녁번에 가장 많이 제공되었으며 전체적으로 볼 때 낮번에 41.4%의 간호활동이 제공되었고 초저녁번 37.6%, 밤번 21.0%의 간호활동이 제공되었다.

### 3. 간호수가

#### 1) 직접간호비

간호행위별 직접간호비용을 계산하기 위해 조사된 간호행위별 직접간호시간은 <표 3>과 같다.

본 연구에서 포함된 44개 간호활동중 직접간호 수행시간이 측정된 간호활동은 25개였다.

이는 연구자가 1985년 세브란스 병원 간호사를 모집단으로 하여 신경외과 병동, 산부인과 병동, 소아과 병동, 정형외과 병동, 내과 병동, 외과 병동에 근무하고 있는 낮번과 초저녁번 간호사 132명을 연구의 표본집단으로 한 결과였다.

간호행위별 수행시간은 1분단위로 coding용지에 기록하였다. 관찰시간은 낮번의 경우 오전 7시 30분에 시작하여 오후 3시에 끝나도록 했으며 초저녁번의 경우 오후 2시 30분에 시작하여 오후 10시에 끝나도록 관찰시간을 고정하였다. 자료수집 기간은 3주간으로 그 기간동안 제공된 간호활동 빈도수와 간호시간을 측정하여 곱한후 평균 간호시간을 산출하였다.

위생에 관한 간호활동 범주에서 가장 간호수행시간이 긴 간호행위는 목욕으로 최저 1.5분에서 최고 17분으로 평균 6.7분이었고 영양에 관한 간호활동 범주에서는 위관영양을 위한 간호활동시간이 최고 7.7분에서 최저 3.6분으로 평균 4.4분이었다.

호흡에 관한 간호활동으로 흡인은 최고 3.7분에서 최저 1.9분으로 평균 2.4분이었고 배뇨에 관한 활동에서는 방광세척이 최고 11.5분에서 최저 1.0분으로 평균 6.8분이었고 운동 및 활동에 관한 간호활동으로는 운동시간이 최고 2.4분, 최저 1.0분, 평균 2.0분이었고 자세 변경이 최고 3.0분, 최저 1.0분으로 평균 2.8분이었다.

피부에 관한 간호활동으로 드레싱은 최고 4.0분에서 최저 1.5분으로 평균 3.0분이었으며 체온유지를 위한 냉·온요법은 최고 4.5분에서 최저 1.4분, 평균 3.0분이었다.

투약에 관한 간호활동으로 정맥주사는 최고 9.0분에서 최저 2.9분으로 평균 4.8분이었고, 관장은 2.5분이었다.

간호행위별 직접간호비용을 계산하기 위하여 간



〈표 3〉 간호행위별 간호수행시간 및 간호수가

활동범주	구체적 활동	직접 간호 수행시간(분)			직접간호비용 (원)	간접간호비용 (원)	행 위 변 간호수가
		최고	최저	평균			
위 생	회음부 간호(@)	5.5	2.0	3.7	345	805	1,150원
	구강 간호(@)	3.0	1.0	2.5	233	544	777원
	목 욕(#)	17.0	1.5	6.7	624	1,456	2,080원
	동 간 호(#)	4.6	1.8	3.7	345	805	1,150원
영 양	섭취 및 배설량	7.7	3.6	4.4	410	957	1,367원
	위관 영양(#)	11.6	3.4	10.8	1,006	2,347	3,353원
	위관 삽입(@)	8.0	5.0	5.6	522	1,218	1,740원
	수액 공급	-	-	11.0	1,025	2,392	3,417원
호 흡	산소요법	5.0	1.0	2.0	186	434	620원
	흡 인(#)	3.7	1.9	2.4	224	523	747원
	가 습(@)	5.0	2.0	2.8	261	609	870원
	기관누공 성형술 간호	-	2.3	2.3	214	499	713원
배 뇨	도 뇨(#)	4.6	2.0	4.2	391	912	1,303원
	관 장	4.5	1.5	3.1	289	674	963원
	방광세척(#)	11.5	1.0	6.8	634	1,479	2,113원
	좌 욕(#)	-	-	-	-	-	1,33원
	인공결장루 간호(#)	-	-	-	-	-	2,250원
	복막투석(교환)	-	3.0	3.0	280	653	933원
운동 및 활동	운 동(#)	2.4	1.0	2.0	186	434	620원
	자세변경(@)	3.0	1.0	2.8	261	609	870원
피 부	욕창간호(@)	-	-	-	-	-	1,725원
	드 레 싱(#)	4.0	1.5	3.0	280	653	933원
체온유지	냉 요 법	4.5	1.4	1.9	177	413	590원
	온 요 법	4.5	1.4	1.9	177	413	590원
투 약	구강투약	4.7	3.2	4.2	391	912	1,303원
	근육주사(#)	4.4	3.0	3.7	345	805	1,150원
	정맥주사(#)	9.0	2.9	4.8	345	805	1,150원
	좌 약	-	-	2.1	196	457	653원
	관 상(#)	-	2.5	2.5	233	544	777원
사정 및 Checking		-	-	4.9	457	1,066	1,523원
교육 및 상담	수술 및 검사에 대한 교육	5.3	1.7	3.3	307	716	1,023원
	질병치료에 대한 교육과 설명	2.3	1.5	2.0	186	434	620원
	식이요법에 대한 교육과 설명	-	2.0	2.0	186	434	620원
	배설훈련교육	-	2.0	2.0	186	434	620원
	퇴원환자의 교육	2.7	1.5	2.0	186	434	620원
	정서적 안위를 위한 지지	4.0	1.0	2.3	214	499	713원
각종 검사물 채취		2.6	1.4	1.8	168	392	560원
	채 월	3.6	2.5	3.1	289	674	963원

\* 직접간호비 = 직접간호수행시간 × 간호인력의 시간당 평균임금  
 # : 의료보헌수가 청구 @ : 관행수가 청구

호행위별 직접간호시간에 임상간호사에서 조사한 A급 20개 병원 5년 근무 간호사 평균 임금의 중앙치인 5,542원을 곱하였다.

간호사의 시간당 평균간호임금은 고정급여액(12개월) + 상여금(600%) + 정근수당(100%) / 12 / 184로 계산하였다.

〈표 3〉에서 직접간호비용이 가장 높은 간호행

위는 평균 간호수행시간이 가장 긴 활동으로 영양에 관한 간호활동에 포함되는 수액공급으로 1,025원이었고 다음이 위관영양으로 1,006원이었다. 제 3위는 배뇨에 관한 간호활동에 포함되는 방광세척으로 634원이었다. 가장 수가가 낮은 간호활동은 냉·온요법으로 177원이었다.

## 2) 행위별 간호수가

간호수가에 대한 연구에서 대체로 간호수를 직접간호비, 간접간호비로 나누어 직접간호비는 간호사가 대상자에게 직접서비스하거나 방문하거나 간호를 제공하는데 구체적으로 요구되는 간호 활동에 소용된 비용으로 직접간호시간을 측정하여 수가화하여 얻는다. 간접간호비는 대상자와 직접 관계되지 않아도 서비스하는데 뒷받침이 되는 비용으로 행정부서에서 환자에게 제공하는 간접서비스에 대한 것으로 직접간호비와 간접간호비를 합쳐서 행위별 간호수가라고 한다.

이 연구에서는 간접간호비를 연구자가 1985년 세브란스 병원에 근무하는 132명의 간호사가 14일간 수행한 간호활동빈도 및 소요시간을 측정한 결과를 기반으로 하였다.

따라서 행위별 간호수는 직접간호비 30% + 간접간호비 70%로 계산하였고 재료비는 포함되지 않았다.

25개의 행위별 간호수는 최저 590원으로 체온유지를 위한 냉·온요법이었고 최고간호수라는 3,417원으로 영양에 관한 간호활동인 수액공급이었다. 3,000원 이상의 간호활동은 위관영양, 수액공급 두개의 간호활동이었고 2,000원 이상에서 3,000원 미만의 간호활동은 목욕, 방광세척의 2개 간호활동이었다. 1,000원 이상에서 2,000원 미만의 간호활동은 회음부간호, 동간호, 설취와 배설량 측정, 위관삽입, 도뇨, 구강두약, 근육주사, 정맥주사, 사정 및 관찰 그리고 수술 및 검사에 대한 교육이었다.

다시 1일 간호수가를 계산하기 위하여 대상자 35명에게 일주일간 매일 주어지는 간호활동의 종류를 조사했을 때 최소 한가지 간호활동에서 최고 19가지 간호활동이 주어졌고 평균 6.26종류의 간호활동이 주어졌다.

매일 제공되는 평균 간호활동의 종류수가 1~5가지인 경우가 13명(37.1%), 6~10가지인 경우가 28명(51.4%), 11~15가지인 경우가 4명(11.4%)이었다.

1일 방문당 간호수가를 추정하기 위하여 매일 제공되는 간호활동을 간호수가화한 결과는 <표 4>와 같으며 가장 낮은 간호수는 830원이고 가

장 높은 간호수는 16,395원이었으며 평균 6,136원이었다.

<표 4> 제공된 간호행위에 따른 1일 간호수가

별 주	인수(%)
830~ 2,000원	2( 5.6)
2,001~ 4,000원	8(22.9)
4,001~ 6,000원	8(22.9)
6,001~ 8,000원	6(17.1)
8,001~10,000원	6(17.1)
10,001~12,000원	3( 8.6)
12,001~14,000원	1( 2.9)
14,001~16,395원	1( 2.9)

## 3) 산출간호수와 현행의료보험수가와의 비교

대상자에 제공된 44개 간호활동중에서 직접간호수행시간이 조사되어 있고 의료보험수가가 인정되는 11가지의 간호행위와 관행수가로 받고 있는 간호행위 7가지 간호행위를 첨가한 18가지 간호행위에 대해 의료보험수가, 관행수가 그리고 본 연구에서 계산된 직접간호수행시간에 따른 간호수를 비교한 결과는 <표 5>와 같다.

<표 5>에서 제시된 관행수는 조소영(1991)이 전국 8개 의료진료권별로 각 진료권마다 2개 이상의 2.3차 의료기관을 무작위로 표본선정하여 총 20개 종합병원 및 병원을 대상으로 1990년 11월 1일부터 1991년 4월 말까지 약 6개월간에 걸쳐 조사한 자료를 근거로 하였다.

의료보험수가, 관행수가, 직접간호수행에 따른 간호수가를 비교할 수 있는 11가지 간호행위에 대한 간호수가 비교에서는 근육주사에 한해서 직접간호 수행시간에 따른 간호수가가 1,150원으로 의료보험수거나 관행수가보다 높았고 나머지 10가지 간호행위에 대해서는 관행수가가 의료보험수거나 직접간호수행 시간에 따른 수가보다 높았다.

의료보험수가와 직접간호수행시간에 따른 간호수의 비교에서 침상목욕, 관찰, 운동지도에 대한 간호행위수는 비슷하였고 동간호, 위관영양, 방광세척, 근육주사, 정맥주사에 대한 간호행위수는 직접간호수행 시간에 따른 간호수가가 높았다.

한편 흡인, 도뇨, 드레싱에 대한 간호행위수는 의료보험수가가 더 높았다.

〈표 5〉 간호행위별 산출간호수가와 현행 의료보험 및 관행수가와의 비교

간호행위	직접간호 수행시간에 따른 행위별 간호수가	의료보험수가	관행수가 (평균)
위관영양	3,353원	3,070원	3,700원
흡인	747원	2,970원	2,325원
도뇨	1,303원	3,230원	4,781원
<ul style="list-style-type: none"> <li>Foley</li> <li>Nelaton</li> </ul>		550원	
방광세척	2,113원	1,970원	4,350원
관장	777원	580원	2,790원
<ul style="list-style-type: none"> <li>글리세린</li> <li>S-S</li> <li>Gas</li> </ul>		950원	
운동지도(간단)	620원	920원	1,438원
드레싱대	933원	2,970원	11,811원
소		510원	
근육주사	1,150원	460원	787원
정맥주사	1,150원	560원	1,646원
천상목욕	2,080원	-	4,000원
등간호(피부마사지)	1,150원	-	1,791원
회음부 간호	1,150원	-	2,150원
구강간호	777원	-	1,067원
위관삽입	1,740원	-	2,000원
가습기 사용	870원	-	2,940원
자세변경	870원	-	500원
욕장간호	933원	-	1,725원
활력증후 측정	1,523원	-	1,000원

관행수가와 직접간호수행시간에 따른 간호수가의 비교에서는 위관영양, 위관삽입, 자세변경에 대한 간호행위수가는 비슷하였다. 그리고 근육주사와 활력증후 측정에 대한 간호행위수가만이 직접간호수행시간에 따른 간호수가가 더 높았고 나머지 간호행위에서는 관행수가가 훨씬 높았다.

#### 4. 가정간호수가

우리나라 의료보험 진료수가 체계는 행위별 수가제로 환자에게 제공된 의료 서비스의 양에 따라 합산되기 때문에 양질의 의료서비스가 확보될 수 있다는 긍정적인 면이 있는 반면 과잉 진료와 함께 의료비의 상승을 유발시킨다는 부정적인 면이 공존하고 있는 이윤배반성의 특징을 갖고 있다.

따라서 행위별 수가 지불제를 실시하고 있는 나라에서는 청구된 진료비의 내역 심사가 불가피하게 되고 그에 소요되는 심사 인력과 비용때문에 나라에 따라서는 방문당, 인두제, 봉급제 등을 적용하기도 한다.

양명생(1991)은 가정간호수가 체계 방안을 제

시함에 있어 방문당 수가를 하더라도 먼저 행위별 수가를 개발해 놓고 과잉·과다 청구를 막으면서 청구 및 심사업무의 간편화를 통한 행정비용의 절감효과를 얻기 위하여는 행위별을 package화 하여 수가를 적용하면서 업무처리의 효율화를 극대화할 수 있어야 한다고 주장하고 있다.

왜냐하면 행위별 수가제는 진료수가를 객관적으로 타당하게 산출할 수 있으며 산출개념이 생산관리 원칙에 준하고 있어서 합리적이기 때문이다.

또한 우리나라에서는 왕진요청을 받고 왕진을 할 경우 환자 가정에서 이루어지는 모든 진료행위는 요양기관내에서 행한 행위와 같이 취급하여 의료보험 진료비를 모두 청구할 수 있으며 본인 부담분담도 똑같이 징수하도록 하고 있다.

따라서 이 연구에서는 가정간호수가 방안을 제시함에 있어 간호행위별 수가를 근거로 한 방문당 간호수가를 제안한다.

방문당 간호수가의 구성요소는 행위별 간호수가(직접간호비+간접간호비)+재료대+사업관리비+교통신비를 포함한다.

직접간호비는 행위별 직접간호수행시간×평균 간호사 임금으로 계산하여 행위별 간호수가의 30%를 차지하며 나머지 70%는 간접간호비로 계산하여 합하게 된다. 또한 이를 방문당 수가로 환산하기 위해서는 1회 방문시마다 주어지는 평균 간호활동의 종류가 행위별 간호수가에 곱해져야 한다.

따라서 방문당 간호수는 다음과 같이 공식화할 수 있다.

$$\text{방문당 간호수} = [(\text{직접간호비}(\text{행위별 직접간호수행시간} \times \text{평균 간호사 임금}) + \text{간접간호비}) \times \text{방문당 제공되는 평균 간호활동 건수}] + \text{재료대}(\alpha) + \text{사업관리비} + \text{교통비}$$

다시 위의 공식을 본 연구의 자료를 근거로 행위별 간호수를 환산한다면 (직접간호비+간접간호비)×평균 간호활동 건수=6,136원이었다.

사업관리비는 원주기동병원의 지역사회 가정간호과 자료에 의하면 방문 1회당 가정간호 사업관리비(연간 가정간호 방문에 소요된 가정간호사의 인건비+연간 간호조무사 인건비+연간 기타 관리비)÷연간 가정방문회수로 계산한 결과 5,758원이었다.

교통비는 교통소요시간×시간당 간호사 평균 임금으로 계산할 때 교통 소요시간을 왕복 1시간으로 한다면 5,542원이 된다. 따라서 방문당 간호수를 위의 자료를 근거로 해서 계산한다면

$$\text{방문당 간호수} = 6,136\text{원}(\text{행위별 간호수}) + 5,542\text{원}(\text{교통비}) + 5,758\text{원}(\text{사업관리비}) + \text{재료비} = 16,436\text{원} + \text{재료비} \text{ 이다}$$

그러나 이상에서 제시한 방문당 간호수가 가정간호대상자의 증증도와 교도의 기술을 요하는 특수간호 그리고 교통에 소요되는 시간의 증가에 따라 비용이 추가 될 수 있다.

## V. 요약 및 결론

최근 정부에서는 가정간호사 제도를 정책화하고 이를 위한 사업계획으로 가정간호사를 교육하고 시범사업을 실시하며 그 성과에 따라 단계적으로 병원급 이상의 의료기관에 사업을 확대 실시하고자 추진중에 있다.

그러나 1단계 사업인 가정간호사 교육과정은 개설되었으나 간호수가가 책정되지 않아 가정간호 시범사업을 실시하지 못하고 있는 실정으로 가정간호사업이 성공적으로 정착하기 위해서는 먼저 가정간호수가 책정에 관한 다각적인 연구가 필요하다.

따라서 이 연구는 가정간호사업 대상자에게 제공되는 간호활동을 조사하고, 각 간호활동에 따른 직접간호수행시간에 근거하여 행위별 간호수가를 계산하고 이를 근거로 가정간호수를 제안함으로써 우리나라에서 실시될 종합병원에서의 가정간호수가 체계방안 수립에 기초자료를 제공하고자 하였다.

연구대상은 서울시에 소재한 Y대학 부속 S병원에 1991년 9월 1일부터 9월 30일 까지 내외과 병동에 입원하고 있던 환자중에서 가정간호 대상이 될 수 있는 환자 35명을 유의표집하였다.

연구도구로는 가정간호 대상자 분류기준과 간호활동 check-list를 사용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1) 연구대상자 35명에게 제공된 간호활동의 종류는 44개였으며 그중 직접간호수행시간으로 측정된 간호활동은 25개였다.

2) 25개의 간호활동을 직접간호수행시간에 근거해서 행위별 수가를 계산하여 의료보험수가 및 관행수가와 비교하였을 때 의료보험수가 및 관행수가가 낮은 간호활동은 흡인, 도뇨, 운동교육, 드레싱이었고 관행수가보다 행위별 간호수가가 더 높은 간호활동은 근육주사와 활력징후 측정이었다.

3) 연구대상자에게 매일 제공되어진 간호활동 건수는 평균 6.26건이었으며 이를 간호수가로 환산하였을때 1일 간호수는 평균 6,136원이었다.

이상과 같은 결과를 기반으로 가정간호수가 제제방안을 제시함에 있어 행위별 간호수를 근거로 한 방문당 간호수가를 제안하며 다음과 같이 공식화 할 수 있다.

$$\text{방문당 간호수} = [(\text{직접간호비}(\text{행위별 직접간호수행시간} \times \text{평균 간호사 임금}) + \text{간접간호비}) \times \text{방문당 제공되는 평균 간호활동 건수}] + \text{교통비} + \text{사업관리비} + \text{재료비}$$

방문당 간호수가를 연구결과를 기반으로 수치화 하면 다음과 같다.

방문당 간호수가 = [[직접간호비 + 간접간호비] × 방문단 제공되는 평균 간호활동 건수] (6, 136원) + 사업관리비 (5,758원) + 교통비 (5, 542) + 재료대 (α)

그러나 이 연구에서 제시하는 방문당 간호수가 16,436원 + α는 가정간호 대상자의 중증도와 고도의 기술을 요하는 특수간호 그리고 교통에 소요되는 시간에 따라 더 요구될 수도 있다.

따라서 본 연구에서 제시된 방문당 간호수가로 가정간호 시범사업을 운영하여 수가의 타당도를 검증해 볼 것을 제안한다.

### 참 고 문 헌

- 김모임(1991). “가정간호사업과 방문간호사업—우리나라 가정간호사업이 나아가야 할 방향은?”. 대한간호, 30(2), 6-12.
- 김조자(1990). 가정간호 의뢰 기준. 연세대학교 간호학 연구소. 종합병원에서의 가정간호 운영 전략. pp. 25-41. 서울: 연세대학교 간호학 연구소.
- 김조자(1990). 가정간호 활동 내용. 종합병원에서의 가정간호 운영전략. pp. 43-59. 서울: 연세대학교 간호학 연구소.
- 김진선(1988). “암환자의 퇴원시 가정간호사업 이용의사와 요인 조사연구”. 석사학위 논문, 연세대학교 보건대학원.
- 김화중(1991). “가정간호 사업제도”. 대한간호, 30(2), 13-21.
- 대한간호협회(1989). 가정간호사업 추진 계획(안). 우인물 대한간호협회.
- 박경숙, 김복순(1991). “한국의 의료보험수가에서 간호수가 추정에 관한 연구”. 석사학위논문, 연세대학교 교육대학원.
- 박윤옥, 박설희(1986). 우리나라 의료보험수가중 전문직 간호업무의 간호수가 추정에 관한 연구. 대한간호협회.
- 박정호(1988). “한국형 진단명 기준 환자군 분류를 이용한 입원환자의 간호원가 산정에 관한 연구”. 박사학위논문, 이화여자대학교 대학원.
- 박정호, 송미숙(1990). “종합병원에 입원한 환자의 간호원가 산정에 관한 연구”. 간호학회지, 20(1).
- 박정호, 황보수자, 이은숙(1992). “간호수가 산정을 위한 간호행위의 규명연구”. 간호학회지, 22(2), 185-206.
- 보건사회부(1989). 가정간호제도의 도입 추진 계획. 보사부 의정국 유인물.
- 보건사회부(1990). “90년대 보건의료 정책 방향과 가정간호사업—가정간호사업제도 워킹 기조연설—”. 아카데미 하우스.
- 양병생(1991). “가정간호 사업 수가체계 방안—우리나라의 방향—”. 가정간호사업조직 및 수가체계에 관한 연찬회 보고서. 서울대학교 보건대학원.
- 오세영(1979). 일부 종합병원의 비보혈자 처치 행위양상과 수가분석에 관한 연구. 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원.
- 유태우(1990). 외국 가정 의료제도의 한국에의 응용.
- 윤순영(1991). “가정간호 사업을 위한 간호계 준비”. 대한간호, 30(1), 11-17.
- 임영신(1990). 가정간호 사업에 대한 의사, 간호사, 진료간련 부서 직원 및 환자의 인식 비교. 연세대학교 의과대학 세브란스병원 간호부.
- 전산조 외(1981). 연세대학교 원주 기독병원 조기 퇴원 프로그램에서 제공된 가정간호사업에 관한 평가.
- 조소영(1991). “적정 간호수가 산정 모형 개발을 위한 연구”. 대한간호.
- 조우현(1990). “종합병원에서의 가정간호 운영전략”. 연세대학교 간호대학 부설 간호학 연구소 학술세미나 보고서.
- 조원정(1991). “가정간호 사업의 필요성”. 대한간호, 30(1), 6-10.
- 추수경(1991). “가정간호 사업대상자의 선정기준 개발과 서비스 내용에 관한 연구—뇌졸중, 뇌·척수손상 입원환자를 중심으로—”. 박사학위논문, 연세대학교 대학원.
- Ancona-Berk, V.A., & Chalmers, T.C.(1986). “An analysis of the costs of ambulatory and inpatient care”. American Journal of Public health, 76(9), 1102-1104.
- Bergner, M., et al.(1988). “The cost and efficacy of home care for patients with chronic lung disease”. Medical Care, 26(6), 566-579.

- Dijkers, M., & Paradise, T.(1986). PCS : One system for both staffing and costing. *Nursing management*, 17(1), 25-34.
- Forsbinder, D.(1986). Nursing costs/DRG : a patient classification system and comparative study. *Journal of Nursing Administration*, 16(11), 18-23.
- Fray, C.D.(1984). An accountability classification instrument for orthopedic patients. *The Journal of Nursing Administration*, July-Aug., 32-39.
- Grimaldi, P.L.(1985). PPS for home health services?. *Nursing Management*, 16(12), 16-18.
- Harris, J.F., Orr, M., & Allaway, N.C.(1982). Long-term care criteria and standards agreement with professional placement determination. *American Journal of Public Health*, 72(6), 602-604.
- Harvey, B.L.(1981). Your patients discharge plan. *Nursing*, July, 48-51.
- Holbrook, F.K.(1972). Charging by level of nursing care. *Hospitals*, 8, 80-87.
- Maher, A.B., & Dolan, B.(1982). Determining cost of nursing services. *Nursing Management*, 13(9), 17-21.
- Marriner, A.(1979). Variables affecting staffing. *Supervisor Nurse*, Sept., 62-65.
- McKibbin, R.C., et al.(1985). Nursing cost & drug payments. *American Journal of Nursing*, 85(12), 133-1356.
- Motwanei J.K., & Herring, G.M.(1988). Home care for ventilator dependent person : A cost effective, human public policy. *Health & Social Work*, Winter, 20-24.
- Mowry, M.M., & Korpman, R.A.(1985). Do DRG reimbursement rate reflect nursing cost?. *Journal of Nursing Administration*, 15(7-8), 29-35.
- O'Neil, E.A.(1984). Exclusive referral agreements for home care. *Nursing Economics*, Sept-Oct., 153-156.
- Peszencker, B., et al.(1987). Home health services in client. *Home Health Care Services*, 15(9), 15-20.
- Riccolo, D., & O'Conner(1988). *Institutional approaches to costing out. Nursing*, 32-45.
- Riley, W., & Schaefer, V.(1983). Costing nursing service. *Nursing Management*, 14(2), 40-43.
- Ruman, J.M., & Nelson, D.L.(1987). Patient classification systems capture nursing costs. *Health Care Financial Management*, July, 84-88.
- Ryan, S.J., & Wassenberg, C.(1980). A hospital based home care program. *Nursing Clinics of North America*, 15(2), 323-338.
- Seitz, C.H., & Edwardson, S.R.(1987). Nursing care costs for stroke patient in a rehabilitation setting. *Journal of Nursing Administration*, 17(6), 17-22.
- Smyth, L.(1985). Physiotherapy at home does it help?. *Physiotherapy*, 71(9), 405-407.
- Sovie, M.D., & Smith, T.C.(1986). Pricing the nursing product charging for nursing care. *Nursing Economics*, 4(5), 216-226.
- Spiegel, A.(1983). *Home health care*. Washington : National health publishing.
- Staley, M., & Luciano, K.(1984). Eight steps to costing nursing services, *nursing Management*, 15(10), 35-38.
- Thomas, S., & Vaughan, R.G.(1986). Costing nursing services using RVUS. *Journal of Nursing Administration*, 16(2), 10-16.
- Walker, D.D.(1983). The cost of nursing care in hospital. *The Journal of Nursing Administration*, March, 13-18.
- White, H.A., & Briggs, A.M.(1980). Home care of persons with respiratory problems : Optimization of breathing and life potential. *Breathing and Breathlessness*, 69-77.

# A Study on the Establishment of a Fee System for Hospital based Home Nursing Care

Chief Investigator : Cho Ja Kim, R.N., Ph.D.

This study was done in order to provide basic data to a Fee System for hospital based Home Health Care services in Korea in the future.

It was done by investigating activities provided to possible Home Health Care clients who could be discharged early from general hospitals and then estimating the nursing care fee according to each nursing activity based upon the time used for activity.

The subjects of the study were selected by convenience sampling and consisted of 35 clients who might be clients for Home Nursing Care and were presently admitted to a medical- surgical ward of Y University Medical Center located in Seoul, Korea.

The data collection period was from September 1, 1991 to September 30, 1991.

The research instrumnets utilized for the study were a client selection criterial for Home Health Care developed by Choo(1991) and a check-list of nursing activity developed by researcher.

The results of the study were as follows :

1. There were 44 different nursing activities provided in the seven days but the time was calculat- ed for only 25 of the nursing activities.

2. Fees for the 25 different nursing activities were calculated by multipling the median of the average wage of a staff nurse having five years experience in an A grade general hospital to the time of the nursing activity.

The results were compared with the insurance fee which the government recognized as an appro- priate fee for that activity.

The nursing activities with a lower calculated fee than the insurance fee were suction, catheteriza- tion, exercise education and dressing change.

The nursing activities with a higher calculated fee than the government recognized fee were IM in- jection and vital sign check.

3. There was a range of 1-15 nursing activities provided daily to the client.

For the average number of nursing activities per day of 6.26 evnets the nursing care fee was calculated at W 6136 per day.

4. Based upon the results of the study, a recommendation for a Home Health Care fee per visit based on the nursing activities provided could be formulated for a Home Health Care fee system.

It could be formulated as following :

1) Home health Care fee per visit

= [(direct nursing fee(direct nursing care time per activity × average nursing wage) + indirect

nursing fee) × average nursing activity per visit] + management fee + materials fee + a travel fee

In this way a nursing fee could be calculated based upon the result of the study of the nursing fees per visit.

2) Nursing activity fees per visit.

$$= [(direct\ nursing\ care\ fee + indirect\ nursing\ fee) \times average\ number\ of\ nursing\ activities\ provided\ per\ visit] (\text{₩ } 6,136) + travel\ fee (\text{₩ } 5,542) + management\ fee\ material\ fee (\alpha) \\ \text{₩ } 16,436 + \alpha$$

The nursing fee per visit as calculated in this research of ₩ 15,000 + α could be adjusted according to the patient's condition or the use of high technology nursing care or according to the amount of time spent for travel.

The nursing care fee per visit presented in this study can be validated through a Home Health Care demonstration project.