

가정간호사업제도

김 화 중

(서울대학교 보건대학교 교수)

I. 들어가는 말

우리나라의 가정간호사업은 지난 '90년 1월을 전환점으로 하여 본격적인 태동이 시작되었다고 볼 수 있다. 그 이전에도 가정에 있는 환자에게 간호서비스를 제공하는 활동이 오랜 동안 지속되어왔지만, 보건의료정책의 일환으로 구상되는 사업 차원에서의 제도화가 아니었다는 점에서 큰 차이를 발견할 수 있기 때문이다. 물론, 지금까지 가정에 있는 환자들까지도 적극적으로 간호하고자 하였던 간호사들의 오랜 경험이 오늘과 같은 제도화의 토대를 이루었음을 인정하지 않을 수 없다. 그러므로, 하나의 제도로서 확립되는 가정간호사업은 지금까지 국민건강수준 향상을 위해 최선을 다하고자 했던 간호사들의 의지와 실천을 바탕으로 전개되어야 할 것이다.

이러한 방향 속에서 가정간호사업의 실재를 모색하고자 하는 노력이 계속적으로 전개되어 왔는데 '90년 1월 이후, 필자는 보사부로부터 가정간호사업 개발에 관한 연구의 책임을 부여받고 지금까지 추진해왔다. 추진 방향은 가정간호사들을 양성하는 교육과정의 개발과 우리나라 보건의료체계 속에서의 가정간호사업 모형의 개발에 초점을 맞추었다.

교육과정개발을 위해서는 지난 '90년 7월 제 1기 가정간호 이수과정 학생 40명을 모집하여 보사부 기준에 근거한 교육과정을 운영하여 왔고, 91년 4월 제 2기 학생이 모집되어 교육을 받고 있는 중이다.

한편 사업모형개발을 위해서는 보사부와 함께 보건대학원 주최로 관련 보건의료전문가 및 보건의료전문단체(간협, 병협, 의협)들이 지금까지 4차례에 걸쳐 연찬회를 개최하여 집중토의하는 과정을 통해 내용을 정리해 왔다. '90년 6월과 8월에는 가정간호사업의 필요성 및 가정간호사의 직무에 대하여, 11월에는 병원중심 가정간호사업모형 개발을 중심으로, '91년 4월에는 가정간호수가체계 개발 및 지원 의뢰체계 개발에 대해 주로 논의된 바 있다.

따라서, 현재 우리나라 가정간호사업제도가 어떻게 이루어져야 할 것인지에 대해서 지금까지 필자의 연구사업을 통해 정책적 차원에서 논의되어져왔던 내용을 중심으로 살펴 보자 한다.

II. 본 론

1. 가정간호 관련 법체계

가정간호사제도의 근거를 이루는 법으로는 의료법 제56조와 의료법 시행규칙 제54조, 보건사회부 고시 제90-44호가 있고, 보다 근본적으로는 의료법 제 2 조 '간호사는 상병자, 또는 입산부의 요양상의 간호 또는 진료의 보조에 종사함을 임무로 한다.'에 기초를 두고 있다. 한편, 가정간호사제도의 실제적인 운영에 있어서는 관련법으로서 가정간호수가 적용의 근거가 될 의료보험법이 있고, 현재 정부가 준비 중에 있는 의료피해구제제도에 관한 규정과도 관계를 지닐 것이다. 이를 도식화하면 <그림 1>과 같다.

현재 마련되어 있는 법체제로는 직접적인 가정간호사의 자격과 그 자격을 얻을 수 있는 교육과정에 대한 규정이 있을 뿐이다. 이를 구체적으로 보면 먼저, 의료법 제56조가 있는데, 이는 1982년 11월 28일 법 3948호로 개정된 것으로 “분야별 간호사”에 ① 보건사회부장관은 간호사에 대하여 간호사의 면허 이외에 분야별 자격을 인정할 수 있다. ② 제1항의 업무분야별 자격기준, 자격증 기타 필요한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

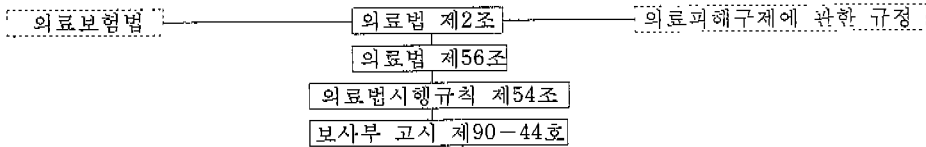
이에 따라 1990년 1월 9일 마련된 의료법 시행규칙 제54조의 업무분야별 간호사 자격기준 중 제 4 항의 가정간호사에 대한 것은 다음 각호와 같다.

- (1) 보건사회부 장관이 인정하는 기관에서 1년 이상의 가정간호과정을 이수한 자.
- (2) 보건사회부 장관이 인정하는 외국의 가정간호사의 자격을 가진 자.

이상의 시행규칙에 따라 1990년 6월 5일 보건사회부 고시 제90-44호로, 전문간호사 과정 등에 관한 고시가 제1조 목적, 제2조 수습기관 지정기준, 제3조 수습기관 지정서 교부, 제5조 이수과목, 제6조 모집보고, 제7조 수료보고, 제8조 지도감독 및 처분의 내용으로 관보에 발표되었다. 또한 가정간호과정 수습과목 및 이수시간이 제시되었다. 그 내용은 <참고>와 같다.

즉, 이론교육 352시간과 실습교육 248시간 총 600시간 이상의 교육을 하도록 법제화하였다. 이에 따라 보건사회부는 1990년 6월 19일 서울대학교 보건대학원을 가정간호 수습기관으로 처음 지정하여 40명의 가정간호사의 양성이 시작된 바 있다.

또한 앞으로 가정간호사업이 구체화됨에 따라 의료보험법 등 관련법들에 대한 연계가 이루어질 것으로 예상된다.



<그림 1> 가정간호사제도의 관련법체계

<참고> 가정간호과정 수습과목 및 이수시간

구 분	교 과 목	시 간	비 고
이 론	통상증관리(조기퇴원 및 특수처리)	32	
	만성퇴행성질환관리(당뇨, 고혈압등 만성병)	32	
	재활관리(뇌척추손상, 교통사고 등 재활문제)	32	
	모자보건(임산부 및 영유아관리)	32	
	노인보건 및 간호	32	
	암환자관리	32	
	가족간호	32	
	가정환경관리	16	
	지역사회간호	32	
	정신보건 및 간호	16	
	의료제도	16	
	보건경제	16	
	역학 및 감염관리	16	
	보건교육	16	
		계	352
실 습	가족간호 및 실습	248	
	총 계	600	

2. 국가보건의료조직 및 구조내에서의 가정간호사업조직

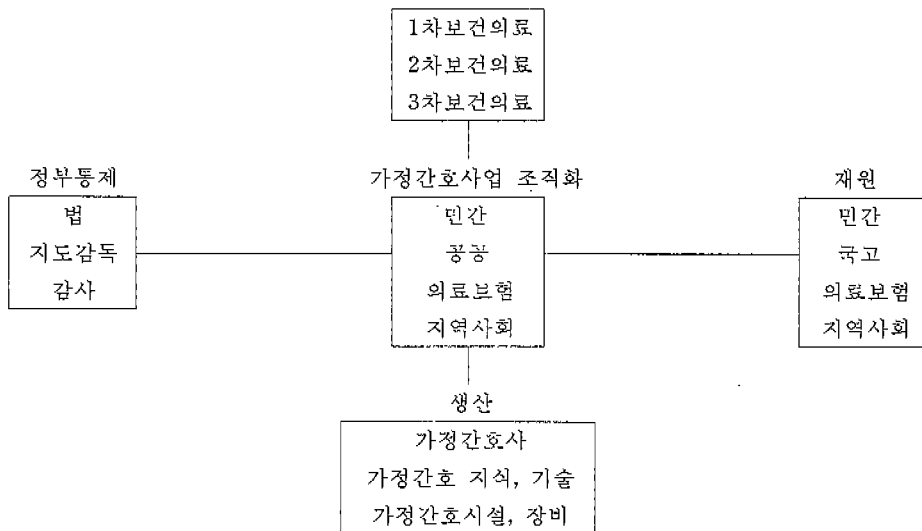
가정간호사를 배출하고, 가정간호사가 제공할 수 있는 가정간호의 지식과 기술을 규명하여 이에 필요한 시설과 장비를 개발함으로써 가정간호서비스를 필요로 하는 국민의 요구를 충족시키려면 조직화를 해야 한다. 가정간호서비스의 공급체계를 조직화하는 방식으로는 민간조직, 공공조직, 의료보험조직, 지역사회조직 등을 생각해 볼 수 있다. 특히 민간조직이라 하더라도 영리를 목적으로 하는 조직과 비영리조직으로 구분해 볼 수 있다. 이를 도식화하면 아래 <그림 2>와 같다.

그러나, 우리나라와 같이 보건의료제도가 전반적으로 자유방임형, 혹은 기업형이 주도하고 있는 경우에 이러한 틀 속에서의 가정간호사업 조직도, 자유방임형 혹은 기업형으로 될 가능성이 높다. 정부는 법만 만들어주고 즉 가정간호사를 양성할 수 있는 근거만 마련해주고, 이에 따라 배출된 가정간호사가 국민의 가정간호서비스에 대한 요구를 충족시킬 수 있도록 가정간호사업을 조직화하는 과정에 있어서는 지금까지 우리나라 보건의료제도가 형성되어 온 과정과 같이 정부의 적극적인 개입은 없을 것으로 예상해 볼 수 있다. 그러므

로, 자격을 갖춘 가정간호사는 의사의 처방에 의하여 가정을 방문하여 간호를 제공하는데 있어서 민간보건의료조직 즉. 민간 혹은 공공병원에 상근 혹은 시간제로 고용될 수 있다. 또한, 보건소에서 정부 정책사업의 일환으로 가정간호사업을 제공할 수 있다. 더 나아가서는 의료보험조합에서 가정간호사를 고용하여 가정간호사업을 할 뿐아니라 지역사회조직인 교회, 적십자사, 자선단체 등에서 가정간호사업을 전개할 수 있을 것이다.

또한, 다른 나라의 경우와 같이 가정간호사 단독으로 조직화하여 가정간호단을 만들고 이를 통하여 포괄적인 가정간호를 병의원과 연결하여 제공하는 방안도 있다. 그러나, 지금 단계에서는 일차적으로 가정간호사 자격을 갖춘 인력들을 대한간호협회가 중심이 되어 지도 감독할 뿐아니라 가정간호사를 필요로 하는 가정이나 의료기관과 연계 시켜주는 가정간호실의 운영방안이 검토되고 있다.

한편, 서울대학교 보건대학원은 WHO와 보사부 후원하에 1990년 8월 29일부터 30일 그리고 11월 4일부터 5일에 걸쳐 가정간호사업 조직에 관한 연찬회를 개최하여 보건의료계의 전문가와 의료전문직 단체대표들이 모여 토의를 거듭한 바 있다. 그 결과, 가정간호사업의

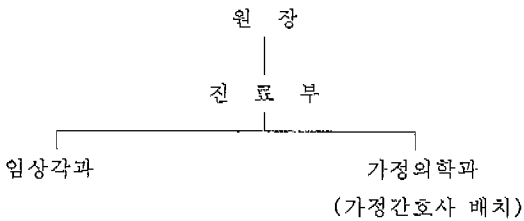


<그림 2> 가정간호사업의 조직화

전개는 민간이나 공공병원 중심의 가정간호사업의 조직화가 모두 가능하겠다고 합의되었다. 그러나, 1991년 4월 1일부터 3일까지 개최된 연찬회에서는 공공병원에 가정간호사업조직을 두는 것이 더욱 바람직하다는 의견도 제시된 바 있다. 병원 중심 가정간호사업조직일 경우는 그 내부조직으로 다음의 5가지 모형에 대해 검토되었다.

(1) 가 모형 : 임상각과에서 가정간호요구를 가진 환자를 가정의학과에 의뢰하고, 가정간호사는 가정의과와 함께 치료 및 가정간호 계획을 수립하고 수행한다.

(가 모형)

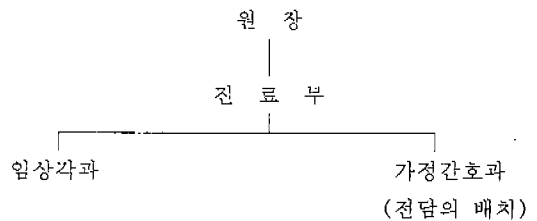


(2) 나 모형 : 별도의 가정간호과를 설치하되 전담의를 두고 병원 각 과와 연계하고, 가정간호사와 함께 치료 및 간호계획을 수립한다. 가정간호사는 가정간호업무를 수행한다. (다모형은 가정의학과가 있는 경우)

(3) 라 모형 : 간호부장이 가정간호사업에 대한 전반적인 책임을 가지며, 중간관리자인 가정간호조정관과 직접 가정간호서비스를 제공할 실무자로서 가정간호사를 둔다.

(4) 마 모형 : 가정간호사업부장이 전반적인 책임을 지며, 역시 중간관리자인 간호조정관과 실무인력으로 가정간호사를 둔다.

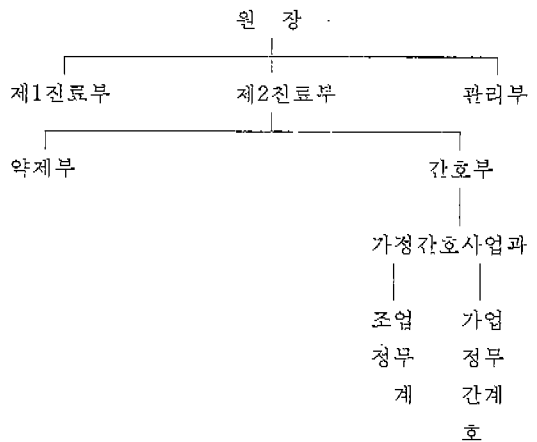
(나 모형)



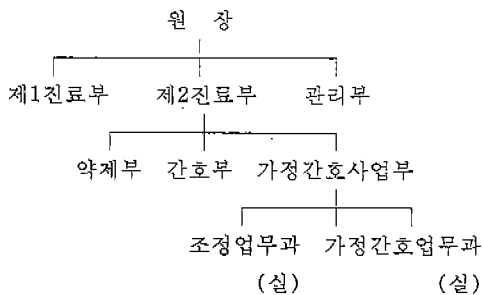
(다 모형)



(라 모형)



(마 모형)



3. 가정간호사업 인력

가정간호사업의 주된 사업제공자는 간호사이며, 이에 관련된 인력으로 전문가팀과 비전문가팀이 있다. 전문가팀에는 물리치료사(Physical therapist), 영양사(Nutritioner), 직업치료사(Occupational therapist), 언어치료사(Speech therapist), 의사(Physician), 사회사업가(Social worker) 등이 있으며, 이들은 가정간호사의 주선으로 계약에 의해 전문적 기능을 발휘한다. 비전문가팀에는 가정간호보조원(Homemaker-Home health aids), 가정관리자(Home maker), 잡역자(Choreworker) 등이 있는데 이 중 가정간호보조원은 가정간호사를 도와 환자를 간호하고, 가정관리자는 환자의 일상 생활에 관련된 것들을 관리해 주며, 잡역자는 청소, 가정도구의 수선 등 가정의 힘든 일들을 처리해 주는 역할을 담당한다. 이들을 모두 가정간호인(Home attendance)이라고도 한다. 이와같이 가정간호란 가정에 있는 환자에게 요구되는 포괄적인 간호서비스를 제공하는 기능으로서, 이를 제공하는 인력은 요구의 내용과 수준에 따라 단순기술 인력부터 고급인력 모두가 필요하지만, 여기에서 분명히 해야 할 것은 이같이 다양한 인력들의 포괄적인 서비스의 제공을 운영하는 가정간호사업의 중심 인력은 전문 가정간호사만이 있어야 한다는 점이다.

따라서 가정간호사업은 이 사업을 주도할 수 있는 가정간호사가 책임적으로 운영하는 것이다. 사업을 운영한다는 의미는 이 사업의 계획부터 평가는 물론 예산의 계획 및 집행까지 모두 관장하여 사업을 추진한다는 것이다. 이와같이 사업을 운영한다는 것과 일정한 기능을 담당한다는 것은 엄연히 다르다. 그러므로, 가정간호사업을 주도할 전문가가정간호사는 다음과 같은 자질을 갖추어야 한다.

첫째, 가정간호사업 조직을 구성하고 관리하는 역할을 하여야 하므로 관리(management)에 대한 충분한 지식과 기술을 지녀야 한다.

둘째, 가정간호를 요구하는 환자의 문제를 독자적으로 판단하고 적절한 간호를 제공할 수 있도록 충분한 경험을 쌓아야 한다. 특히 질병과 불구를 가지고 있는 개인과 가족의 기본적인 간호와 더불어 죽음에 직면한 환자를 가정에서 평안하게 사망할 수 있도록 하는 등의 영적간호를 제공할 수 있어야 한다.

셋째, 의료기관이 대상자의 요구를 충분히 충족시킬 수 있도록 환자와 가족을 대신하여 그들의 입장에 서서 의견을 제시할 수 있는 철학과 입장을 지녀야 한다.

네째, 환자와 가족의 자기간호능력을 제고시킬 수 있는 촉진자로서의 기능을 할 수 있어야 한다.

다섯째, 가정간호사업에 참여하는 다양한 인력들을 지도, 감독할 수 있는 능력을 갖추는 것뿐만 아니라, 환자와 가족을 대상으로 직, 간접적으로 보건교육을 할 수 있어야 한다.

여섯째, 가정간호사업을 제공함에 있어 항상 부딪히는 문제들을 더 잘 해결해보기 위한 과학적 접근방법으로서 연구를 수행할 수 있는 능력을 갖추어야 한다.

결론적으로 이상의 자질을 갖춘 가정간호사는 관리자(조정, 감시, 지도감독: Manager), 직접간호제공자(Provider), 대변자(Advocator), 상담 및 교육자(Counselor, Teacher), 환자발견 및 촉진자(Case-finder), 의뢰 및 협력자(referer), 연구자(Researcher) 등의 역할을 담당하는 것이다.

4. 가정간호 수가체계 개발방안

1) 가정간호제도에 대한 의료보험 적용의 필요성

오늘날 인구구조·질병구조·가족관계의 변화, 의료비의 증가 등으로 질병에 대한 기술·치료 중심적 접근에서 질병 예방 및 보건교육적 접근에 대한 관심이 증대되고 있다. 게다가 환자의 입원·내원 일수를 줄이면서 효과적인 의료서비스를 제공하는 방안의 강구가 절실한 시점이다. 이때 주목되는 것이 가정간호서비스체계이다.

가정간호서비스는 재가 치료 및 간호가 요구되는 환자와 그 가족을 대상으로 하여, 간호 제공 및 보건교육을 통하여 질병으로부터 빠른 회복을 돕기 위한 의료서비스체계이다. 그리하여 궁극적으로 이들의 자기건강관리능력을 향상시켜 질병예방 및 건강증진에 기여하여 국민건강권의 확보에 기여할 수 있는 의료실천의 한 방식이다. 이같은 가정간호서비스를 도입하게 되면 경제적 측면에서도 입원·내원 일수의 단축에 따른 치료비뿐만 아니라 시간절감에 따른 기회비용 등도 상당히 절감하는 효과를 가져올 수 있다.

이처럼 그 필요성이 인정되면서도 가정간호서비스는 현재 보편화되지 못하고 있는 실정이다. 이같은 현상이 초래된 데에는 예방서비스는 질병치료에 대해 상대적으로 낮은 Priority를 갖고 있는 데다가 현행 의료보험수가체계 내에는 가정간호서비스에 대한 수가가 산정되어 있지 않은 데에 기인하는 바가 크다고 판단된다.

그러나 가정간호서비스가 의료시장의 자율적인 운용에 맡겨져서는 보편화되기 어렵다고 본다. 왜냐하면 사적의료공급체계가 주류를 이루고 있는 현실에서는 이윤추구의 측면에서 Priority가 상대적으로 낮은 가정간호서비스를 각 의료기관이 채택하기를 기대하기란 어렵기 때문이다.

따라서 가정간호사제도를 확대해 나가려면 정부 차원에서 이 제도의 도입을 적극적으로 유도해 나가려는 노력이 필요하다. 이를 위해서는 한편으로는 의료공급체계에 대한 정부의 행정적 지도를 강화하는 것이 필요하다. 그러나 이같은 행정적 개입만으로는 가정간호사제도를 확대해 나가는 데에는 근본적으로 한계가 따르기 때문에 이제도의 낮은 Priority를 보다 제고하는 방안을 강구하지 않으면 안된다. 이같은 방안 중의 하나가 가정간호서비스에 대한 합리적인 진료수가를 산정하여 의료보험 급여대상에 포함시키는 것이다.

2) 현행 의료보험수가체계에 대한 검토

현재 가정간호서비스를 의료보험의 급여대

상에 포함시키기 위해서는 우선 이의 합리적인 수가를 산정해 내는 작업부터 하지 않으면 안된다. 본 장에서는 이 작업의 전제로서 현행 의료보험의 수가체계를 분석해 보고자 한다.

현행 의료보험 진료수가체계는 의료기관종별로 그 적용방식을 달리하고 있다. 약국·의원·병원·종합병원·3차의료기관은 서비스의 내용과 양에 따라 진료비가 정해지는 진료행위별 수가제 또는 성과불방식(Fee For Service)을, 보건기관은 방문당 정액수가를, 조산소는 진료행위별 수가제를 근간으로 하면서도 진료양상이 정형화된 질병별로 수가를 정하는 일부포괄수가제를 적용하고 있다. 그러나 약국·의원·병원·종합병원·3차의료기관이 1989년 현재 우리나라 전체 의료기관의 90.4%를 점유하고 있음을 감안할 때 우리나라 의료보험 진료수가 체계는 진료행위별 수가제를 바탕으로 하고 있다고 해도 무리가 없다. 이에 현행 의료보험수가체계의 분석은 진료행위별 수가제를 근간으로 살펴 보고자 한다.

현행 보험수가체계는 약제 및 진료재료 부분인 물(物)과 진료행위부분인 기(技)의 두 가지로 크게 분류된다. 여기서 의료의 비영리적 특성이라는 전제하에 원가보상원칙을 적용하되 기(技)에 해당되는 금액에 대해서는 가산율을 적용토록 하여 의료기관 종별 차등을 인정하고 있다. 약제 및 진료재료부분인 물(物)에 관한 수가적용체계를 살펴보면 다음과 같다. 약제는 국내생산 완제의약품, 원료의약품, 수입의약품으로 구분하여 처리하고 있다. 국내생산 완제의약품은 「약가기준액표」에 등재된 의약품에 한하여 약 8,200여종의 약가를 정하여 산정토록 하였고, 「약가기준액표」에 등재되어 있지 않은 원료의약품이나 수입의약품은 요양취급기관의 실수입가에 의하도록 하였다. 단, 수입의약품은 표준소매가(국문표시가격)를 초과하여 산정할 수 없도록 하였다. 진료재료는 진료수가기준에 별도로 산정할 수 있도록 규정된 재료와 진료의 적정을 기하기 위하여 보건사회부장관이 필요하다고 별도로

인정한 경우에 한하여 협약품목과 비협약품목으로 구분된다. 협약품목은 진료수가기준 중 진료수가 산정방법 제8항(보건사회부고시)에 의거하여 심사업무의 원활을 기하기 위하여 필요한 경우 환자진료시 사용하는 진료재료와 고시되지 아니한 의약품에 대상으로 보험단체와 의료관계 단체간에 상호 협의하여 설정한 기준가격으로 협약가격을 적용하였다. 비협약품목은 협약품목 이외의 진료재료 및 약제(수입·원료의약품)을 말하며, 실구입가 보상을 원칙으로 한다.

진료행위 부분인 기(技)에 대한 진료기준은 「의료보험요양급여 기준 및 진료수가 기준」에 따르면 되어 있다. 이 진료기준에는 재원이 사회보험방식으로 조달되는 한계를 고려하고 사회적 급여의 형평을 기하기 위하여 최대수준의 급여 기준대신에 보편적 의료에 해당되는 최적진료(Optimal Care)의 개념을 적용하고 있다. 이 진료기준에는 요양급여기준 Ⅲ-10-나)항에 의거하여 진료담당 의료인은 의학적 윤리를 견지하여 환자에게 심리적 건강효과를 주도록 노력하여야 하며, 요양상 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자 등에게 이해하기 쉽도록 적절히 지도하여야 한다는 예방 및 보건교육적 측면의 진료원칙을 명시하고 있다. 또한 요양급여기준 Ⅲ-8항에는 “만성질환의 진료는 수술을 요하거나 그 증상이 특히 위중하여 진료상 입원을 요하는 경우를 제외하고는 재가 또는 통원진료를 하도록 하고 이에 필요한 적절한 지도를 하여야 한다”는 진료기준을 제시하고 있다. 이는 만성병 진료시 불필요한 입원 기간을 단축하라는 의미로 해석된다. 이 같은 진료기준에 기초한 기(技)의 진료수는 대체로 진찰료와 입원료, 간단한 처치를 포함한 기본진료료, 검사료, 방사선 진단 및 치료료, 투약·처방 조제료, 주사료, 마취료, 재활 및 물리치료료, 정신요법료, 처치·수술료로 구분하여 결정된다. 이때 그 수가는 보건사회부 고시에 따라 정부가 통제하고 있다.

진찰료는 초·재진료, 입원료는 입원병원관

리·환자관리료로, 검사료는 검체 및 검사 방법별로, 방사선 진단 및 치료료는 촬영·관독 방법별로, 투약·처방조제료는 내복·외용약별로, 주사료 및 마취료는 주사·마취부위별로, 재활 및 물리치료료는 치료방법별로 구분된다. 정신요법료는 치료방법별로, 처치수술료는 피부, 유방, 근골, 호흡기, 순환기, 비·임파절, 소화기, 요·생기, 내분비계, 신경, 감각기(시기·청기)로 구분하여 각 부위별, 처치·수술방법별로 분류하였다. 즉, 검사·투약·치료 부위 및 방법별로 모든 진료행위를 작은 단위로 세분하여 수가를 정하였다. 그리고 진료수가 산정되어 있지 않은 진료행위에 대해서는 의료보험이 적용되지 않도록 되어 있다.

이와 같이 현행 의료보험수가체계는 의료기관 내에서의 진료를 기반으로 하여 검사·투약·처치 및 수술 등 기술·치료중심적 의료서비스에 대한 진료수가만으로 산정되어 있고, 의료기관 외에서의 진료와 예방 및 보건 의료서비스에 대한 진료수는 단 한 항목도 산정되어 있지 않다.

이는 의료보험수가고시 초기인 1977년부터 진료원칙상으로는 의료인의 예방 및 보건교육적 측면을 강조하고 있는 위치에서나, 만성병 진료기준에서는 퇴원 후 재가 진료에 관한 내용이 기재되어 있는 점에 비추어 보았을 때 현행 의료보험수가체계의 한계를 보여준 것이라 생각된다. 이는 우리나라와 유사한 의료공급·진료수가 체계를 적용하고 있는 일본의 경우 「진료보수점수표」중 「特掲診察料」부분을 두어 요양상의 지도 및 재가요양에 관한 제반 수가를 정하여 의료보험에 산정토록 한 점과 비교하면 그 한계는 더욱 분명하다. 더욱이 1980년대 이후 건강에 대한 국민의 관심이 증대되고, 자기건강관리능력 향상을 위한 대국민적 보건교육의 필요성이 강조되며, 의료비절감과 만성질환에 대한 대책 마련이 시급한 현 시점에서, 예방 및 보건의료 서비스, 의료기관의 장소에서의 진료에 대한 진료수가산정방안이 적극 강구되어야 한다. 특히 이 같은 대책의 일환으로서 주목되는 가정간호서

비스의 적정 진료수가를 산정해 내지 않으면 안된다. 이같은 작업은 궁극적으로는 기술·치료 중심적 의료서비스를 중심으로 한 현행 의료보험수가체계에 대한 전면적인 재검토로 이어진다고 하겠다.

3) 가정간호 수가체계의 개발방안

(1) 가정간호수가체계의 원칙

가정간호수가체계란 가정간호서비스에 대한 진료수가체계이다. 이 체계는 향후 가정간호사업의 활성화에 중요한 변수로 작용하기 때문에 이 체계의 수립에는 세심한 주의가 요구된다. 모든 수가체계란 그것이 합리적으로 수립되면 의료의 질 향상과 의료비 절감 및 의료전달체계의 발전에 기여할 수 있으나, 그렇지 못할 경우에는 그 반대의 현상이 초래될 수 있는데, 가정간호수가체계도 예외가 아니기 때문이다.

이같은 점에 주목하여 가정간호서비스에 대한 보험수가체계를 수립함에 있어 다음과 같은 원칙이 관철되어야 한다.

첫째, 한 번의 가정간호서비스료가 한 번의 의료기관 이용료보다 저렴해야 한다. 둘째, 서비스의 질을 유지하기 위해서는 적절한 자격기준(인력, 시설)이 설정되어야 하고, 이에 따른 수가가 산정되어야 한다. 셋째, 가능한 새로운 의료수요의 창출요인이 되어 의료보험재정의 불안정을 초래하지 않도록 해야 한다. 넷째, 원가 보상원칙이 적용되어야 한다.

이러한 원칙에 기초한 가정간호수가체계가 현재 대부분의 의료기관에서 적용하고 있는 행위별 수가체제로 할 것인지, 아니면 보건기관과 같이 방문당 수가체제로 할 것인지, 또는 조산소와 같이 일부포괄수가체제로 할 것인지에 대해서는 논란의 여지가 있기 때문에 충분한 연구·검토가 선행되어야 한다.

(2) 가정간호수가의 산정방안

현재까지 논의된 가정간호수가의 산정방안을 살펴보면 크게 다음 4가지로 구분된다.

제1안은 방문당 수가체계 적용안으로 1인의 환자당 1회 방문시 수가를 정하는 안이다. 이때 가정간호 대상자를 질환이나 상태(마비,

보행여부, 정신상태의 불안정 또는 치매 유무, 실금이나 욕창 유무) 또는 연령에 따라 분류하여 그에 따른 방문수가를 차등적용하는 것으로 한다.

제2안은 행위별 수가체계 적용안으로 가정간호서비스의 내용을 세분하여 원가구조분석을 통해 수가를 정하자는 안이다.

제3안은 행위별로 Package화하여 방문당으로 보상하여 약품 등 진료재료는 사용량과 가격에 따라 지급하자는 안이다.

제4안은 환자의 질환에 따라 서비스의 경중을 구분하지 않고 1인의 가정간호사에 등록된 환자수에 따라 일정액을 산정하는, 이른바 「인두제」를 적용하자는 안이다.

이같은 안의 장단점을 살펴보면 다음과 같다.

제1안과 4안은 진료비 청구 및 심사업무의 간편화를 통하여 행정비용의 절감효과를 가져올 수 있고, 가능한 적은 진료재료로 환자를 진료하게 되므로 의료비의 감소가 가능하다는 장점을 지닌다. 그런 반면 서비스의 내용이 부실해져 가정간호제도의 효과를 약화시킬 우려가 있다.

제2안은 환자에게 제공된 의료서비스의 양에 따라 합산되기 때문에 양질의료가 확보될 수 있다는 긍정적 측면을 갖는다. 그러나 과잉진료를 초래하여 의료비의 상승을 유발시킨다는 부정적인 측면을 동시에 내포하고 있다.

제3안은 양질의 의료를 제공할 수 있는 행위별 수가를 적용하여 업무처리의 효율을 극대화할 수 있는 장점을 지니고 있다. 그러나 어떻게 합리적으로 행위별로 Package화 하는가가 여전히 향후의 과제로 남게 된다.

이같은 기존의 각 안들의 장단점을 고려하여 합리적인 가정간호수가체계의 개발방안을 생각해 보면 다음과 같다.

먼저 가정간호수가체계를 진료재료, 약제, 진료행위로 구분한다. 진료재료 및 약제는 상품목별로 의료보험수가 기준과 동일한 수가기준을 적용하며, 진료행위는 소요시간·소요거리별로 Package화하여 방문당 수가를 적용한

다. 단, 난이도가 높은 일부 특수간호서비스의 경우에는 소정 가산율(액)을 정하여 부가하도록 한다. 그리고 가정간호제도가 새로운 의료 수요를 창출하여, 의료비상승의 요인이 되지 않도록 하기 위해서는 가정간호대상자의 조기 퇴원지침 및 제한 진료기준이 함께 제정되어야 할 것으로 생각한다. 또한 이 제도가 시행될 경우 제도 실시 전후의 진료비를 주기적으로 비교·분석하여 그때 그때 문제점을 보완해 나가야 할 것이며 급여의 범위 및 이에 따른 세부규정도 함께 제시되어야 할 것이다.

참고로 지난 1991년 4월 1일부터 3일간 서울대학교 보건대학원 주최로 열린 연찬회에서는 의된 내용을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 가정간호서비스를 제공할 수 있는 적용대상으로 의료보험 및 의료보호환자를 모두 포함시키되, 조기퇴원이 가능한 환자와 외래 환자 중 입원료가 요구되거나 가정간호로도 충족될 수 있는 환자들로 제한시킬 수 있다.

둘째, 의료보험 급여에 포함시킬 경우 간호사 직무범위 내로 하되 해당 요양기관의 급여 내용과 동일하게 할 수 있다. 한편, 교통비는 비급여 항목으로 본인이 부담하도록 할 수 있다. 보험급여에 포함되는 항목에 대한 본인부담율은 입원과 동일하게 적용할 수 있다.

셋째, 의료보험 수가를 책정하게 되는 경우, 현재 개발되어 있는 보험수가 항목을 그대로 적용하되, 가정간호료 또는 가정간호 지도료 등 추가항목에 대해서는 새로 개발하도록 한다. 수가산정방안에 대해서는 방문당 수가 혹은 행위별 수가 등이 연구검토되어야 할 것이다.

넷째, 가정간호서비스를 받는 환자의 입장에서 보면 방문당 부담해야 할 비용은 1일 입원진료비의 1/4수준이거나, 1일 외래평균진료비보다 높은 정도로 책정하는 것이 바람직하겠다.

III. 맺 음 말

지금까지 살펴 보았듯이 우리나라 가정간호

사업제도는 다양한 형태로의 개발 가능성을 지니고 있다. 이는 어떤 부문에서이든 하나의 제도를 새로 개발하는 과정에서 누구나 경험하는 것처럼 지난한 과정일 것이라고 예상된다. 그러나, 분명한 것은 서론에서 언급하였던 것처럼 가정간호제도의 태동을 가능케 했던 많은 간호사들의 헌신적인 노력이 보다 확산되는 방향으로 즉 국민건강수준 향상을 위해 간호사들이 최선을 다할 수 있는 방향으로 확립되어야 한다는 점을 거듭 강조하고자 한다.

〈참 고 문 헌〉

1. 보사부(1990). 의료법
2. 보사부(1990). 전문간호사 과정 등에 관한 고시.
3. 서울대 보건대학원(1990). 가정간호사업 개발 연찬회 보고서.
4. 윤순영(1991). 가정간호사업을 위한 간호계의 준비. 대한간호 제30권 제1호.
5. 김화중(1988). 적십자사의 가정간호사업의 의의. 보건강사 재강습 교재.
6. 보건간호사회(1990). 보건소 중심 가정간호사업의 활성화 방안. 보수교육교재
7. American Nurses' Association(1986). Standards of Home Health Nursing Practice.
8. The International Nursing Foundation of Japan (1987). Primary Health Care Approach to Home Health Care Nursing Services.
9. 김화중(1988). 지역사회간호학. 수문사.
10. 문옥륜(1990). 한국의료보험론. 신광출판사.
11. 양몽민(1989). 보건경제학원론. 수문사.
12. 전국의료보험협의회(보건사회부감수)(1977). 진료수가기준. 요양급여기준.
13. 보건사회부. 의료보험연합회(1990). 의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준.
14. 보건사회부.(1990). 보건사회통계연보.
15. 의료보험연합회(1991). 의료보험과 진료비산정안내 안내-요양기관용-.
16. 서울대학교보건대학원(1990). 가정간호사 직

- 두 및 직무분위 교육목적.
17. 문옥륜외(1984). 의료보험수가체계의 개선에 관한 연구. 대한의학협회지.
 18. 조우현외(1990). RBRVS와 우리나라 의료보험수가체계. 한국보건행정학회 추계학술대회 연재집.
 19. 조언정(1990). 가정간호의 개념. 1990년 대한간호협회 서울지부 보수교육보고서.
 20. 최규옥(1990). 가정간호수가 개발. 1990년 대한간호협회 서울지부 보수교육보고서.
 21. 양명생(1991). 가정간호사업수가체계 방안—우리나라의 방향—, 가정간호사업조직 및 수가체계에 관한 워크샵 발표문.
 22. 후생성(일본)(1990). 진료부수점수표(갑. 을).
 23. 조원정(1991). 가정간호사업의 필요성. 대한간호 제30권 제1호.

첨정; 대한간호 제30권 제1호(91. 1. 2월호) 14페이지 <표 2> 가정간호사업 대상자(영역)중 “SNU Program(1990)”년의 32~48페이지에 “최동”이 누락되어 바로 잡습니다.