

가정 호스피스 간호 수가 개발

이태화¹⁾ · 성영희²⁾ · 최화숙³⁾ · 황나미⁴⁾ · 박희옥⁵⁾ · 황문숙⁶⁾ · 장옥주⁷⁾

서 론

연구의 필요성

호스피스 간호는 말기 환자가 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 삶의 마지막을 편안하게 맞이하도록 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 돕고 사별가족의 고통과 슬픔을 경감시키는 총체적인 돌봄을 제공하는 것(Davies, Brenner, Orloff, Sumner, & Worden, 2002; 배영란, 2000)으로서 질병구조의 변화와 의학기술의 발달로 인한 말기환자의 증가, 여성의 사회진출로 인한 생활양식의 변화, 인간다운 죽음의 권리 보장에 대한 필요로 인해 그 중요성이 증가하고 있다. 우리나라는 연간 6만여 명의 말기암 환자가 발생하고 있고, 암으로 인한 병원 사망률은 1989년 12.8%에서 2001년 39.9%로 급격하게 증가하고 있으며 사망에 가까워질수록, 특히 사망 2개월 전부터 의료비 지출이 급증하는 하는 것으로 나타났다(김준석, 2004). 실제 말기 중환자들은 사망 2개월을 앞두고 가장 많은 의료비를 지출하고 있으며, 미국의 경우 medicare 예산의 28%가 환자들의 삶의 마지막 해에 소비하고 있고, 특히 마지막 60일 동안 예산의 절반을 소비하는 것으로 나타났다(Bodenheimer & Grumbach, 2002).

이러한 의료비 증가 문제에 대한 대안으로서 호스피스 활동은 의료자원의 효율적 활용과 의료비 상승을 억제하여 국가 재정차원에 비용 효과적인 사업임이 제기되고 있으며(박경

호, 2000; 이태화, 이원희 및 김명실, 2000; Davies, Collins, Steele, Pipke, & Cook, 2003; Grande, Farquhar, Barclay, & Todd, 2004; Kawagoe, 2000; Massarotto, Carter, Macleod, & Donaldson, 2000), 미국의 경우 임종 전 1개월 동안 호스피스 환자는 비호스피스 환자에 비해 비용이 약 46.5%가 감소하였고, 임종 전 1년 동안은 전체 의료비의 약 10.4%가 절감되었으며, 대만의 경우도 임종 1개월 전 의료비용의 약 64% 절감 효과가 있는 것으로 나타났다(박찬형, 2002).

외국의 경우 호스피스가 제도화되어 있어 정부의 지원이 뒤따르고 있으나 우리나라는 아직 호스피스가 제도화 되어 있지 않아 말기환자와 가족들이 겪는 사회·경제적인 부담감이 큰 실정에 있다. 이용홍(2002)은 호스피스·완화의료의 활성화를 위해 정부의 지원이 필요한 부분에 대한 조사에서 1순위는 재정지원(62.0%)이라고 보고하고 있으며, 환자와 가족 모두가 호스피스·완화의료 서비스가 보험으로 인정되기를 원하고 있다고 하였다.

호스피스가 대상자의 전인적 측면에서 말기질환 환자의 관리와 삶의 질 향상에 가장 이상적인 모델이며, 의료비 절감의 효과가 입증되고 있으므로, 이를 수가화 하는 것이 매우 중요한 사안임에는 틀림이 없다. 또한 현재의 치료중심의 국민건강보험 수가체계는 호스피스에 부적합하므로 호스피스 이용의 활성화를 위한 별도의 수가체계의 필요성이 제기 되고 있는 것이 사실이다(박찬형, 2002). 정부에서 2003년부터 실시하고 있는 호스피스 시범사업의 제공형태는 병동형, 독립형, 산재

주요어 : 가정호스피스, 수가

- 1) 연세대학교 간호대학 부교수, 간호정책연구소 연구원(교신저자 E-mail: twlee5@yuhs.ac.kr)
 - 2) 성균관대학교 임상대학원 본부장, 3) 이화여자대학교 임상대학원 소장
 - 4) 보건사회연구원 선임연구원, 5) 제주한라대학 간호과 전임강사
 - 6) 삼성서울병원 수간호사, 7) 대한간호협회 부장
- 투고일: 2008년 5월 14일 수정일: 2008년 5월 28일 심사완료일: 2008년 6월 17일

형, 가정형, 의료원형 등 5가지로 분류된다. 이 중 가정형 호스피스의 경우 환자의 집을 방문해 활동함으로써 병상 부족 문제를 해결함과 동시에 더 많은 환자들이 호스피스 혜택을 받을 수 있으며, 아울러 임종 직전 급상승하는 진료비를 절감하고 자신이 생활하던 집에서 가족과 함께 임종을 맞음으로써 환자가 보다 편안히 삶을 마감할 수 있도록 돕기 때문에 다른 제공 형태보다 간호의 독자성이 높다고 할 수 있으므로 이를 토대로 한 수가개발이 필요하다고 판단된다. 그러므로 본 연구는 호스피스 제공 형태 중 가정 호스피스 환자를 대상으로 한 간호사의 호스피스 행위에 대한 수가개발을 위해 시도되었으며, 향후 호스피스 사업을 제도적으로 정착시키고 활성화하기 위한 방안으로 활용될 수 있도록 하는데 그 목적이 있다.

연구의 목적

본 연구는 가정 호스피스 간호사의 간호서비스에 대한 적절한 수가를 개발하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 가정 호스피스 간호행위를 규명하고, 행위별 간호수행시간을 분석한다.
- 가정 호스피스 간호수가 산정방법의 대안들을 분석 한다.
- 분석한 자료를 바탕으로 가정 호스피스 간호에 대한 바람직한 수가(안)를 제시한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 가정 호스피스 간호 수가 개발을 위한 서술적 조사 연구이다.

연구대상

전국의 의료기관과 비의료기관을 합한 49개 가정형 호스피스 기관 중 5개소를 1차 편의 추출하고, 연구의 목적과 연구 내용을 설명하여 동의를 구한 연구대상 기관 소속 호스피스 간호사 15명 및 호스피스 대상자 50명을 대상으로 하였다.

연구진행단계

- 1단계: 가정 호스피스 간호행위 및 수행시간 분석
가정호스피스 간호수가를 산출하기 위한 기초단계로 가정 호스피스 서비스에서 발생하는 간호행위 및 수행시간을 분석하였다. 행위 분석 및 수행시간 분석을 위해 연구팀(간호학

교수 2명, 호스피스 실무 책임자 2명, 전문연구원 1명, 박사과정생 1명)이 가정 호스피스 사업보고서, 여러문헌과 진료기록지의 분석등을 통해 도구초안을 자체 개발하였다. 개발된 초안은 6개 가정 호스피스 기관의 호스피스 간호사 10인에게 설문을 통해 타당도를 검증하여 수정 보완하여 최종 도구가 완성되었다. 이렇게 개발된 조사도구를 이용하여 가정 호스피스 간호사가 대상자를 방문하여 행한 가정호스피스 행위 및 수행시간을 분단위로 자가 기록 하도록 하였다. 현장 조사에 참여한 가정 호스피스 간호사는 5개 호스피스 기관 소속 15명이었으며, 4주 동안 호스피스 대상자 50명을 대상으로 호스피스 간호행위, 빈도, 수행 시간의 자료가 2005년 6월부터 8월까지 3개월 동안 수집되었다.

- 2단계: 가정 호스피스 비용조사

수가개발을 위해 필요한 간호사 인건비와 간접비용 조사를 위해 박정호 등(1999)이 병원등 간호수가개발을 위해 이용한 비용조사지를 수정·보완하여 사용하였다. 직접비는 간호사의 인건비와 직접재료비에 의해 산정되지만 본 연구에서는 인건비만을 채택하였고, 직급과 연봉을 조사하였다. 간접비는 기관에서 2004년 1월 1일부터 2004년 12월 31일까지 지출한 교육훈련비, 연구비, 사무용품비, 복리후생비, 운영비, 회의비, 도서 인쇄비, 차량유지비, 기타 비용을 조사하였다.

- 3단계: 가정 호스피스 간호수가 산정방법의 대안을 분석/비교

본 연구에서는 Kovner(1989)가 지역사회를 중심으로 제공되는 간호서비스 수가산정 방법으로 제안한 내용 중, 가정 호스피스 서비스가 대상자의 가정을 방문하여 제공된다는 점을 고려하여, 가정방문을 수단으로 하여 제공되는 간호서비스에 대한 수가를 산출할 수 있는 방법 3가지를 대안으로 분석하였다. 세 가지 대안은 첫째, 방문당 단일정액수가이며, 둘째, 방문당 정액수가와 행위별 수가를 합한 혼합형 수가이고, 셋째, 방문 소요시간별 정액수가이다. 각각의 기본 가정과 특성, 산출방법은 다음과 같다.

- 방문당 단일정액수가

이 수가는 직접비용과 간접비용을 모두 포괄하여 방문당 정액수가로 계산하는 방법이다. 호스피스 간호사가 대상자의 자택을 방문하여 간호를 행하는 경우에 한하여 신청하며, 환자의 특성이나, 전문간호내용, 소요시간 등을 불문하고 어느 환자에게나 동일하게 적용된다. 방문당 단일정액수가의 기본 가정은 호스피스대상자가 특성별 투입요소의 변이가 크지 않고 간호행위를 수행하는 과정에 별다른 차별성이 존재하지 않는다는 것이다. 즉 호스피스대상자의 중증도에 따라 제공

되는 서비스 양과 강도가 비슷하여 소요원가의 변이가 크지 않아 개별 행위료도 평균비용으로 계산하여 직접비에 포함하는 경우이다. 계산방법은 다음과 같다.

• 혼합형 수가

혼합형 수가는 방문당수가와 행위별 수가를 합친 형태로서 호스피스간호와 관련된 직접비용과 간접비용을 기본방문료와

개별행위료, 교통비로 모두 분리하여 수가를 산정하는 안이다. 이 방법의 기본 가정은 호스피스서비스의 기본행위는 대상자별 투입요소의 변이가 크지 않다는 포괄화의 개념과, 동시에 호스피스행위의 특수성도 함께 인정하여 수가산정의 정확성을 저해되지 않도록 한다는 점이다. 기본방문료와 교통비는 현행 가정간호수가를 적용하였고, 개별행위료는 현행 가정간호행위에서 상대가치 점수에 따라 수가화 되어 있는 항목을 유지하

방문당 단일 정액수가

1-1안) 방문수가안에 교통비 포함

$$= \frac{<직접비용(년간 호스피스 간호사 총인건비)+간접비용(년간 관리운영비 + 년간 차량유지비)>}{\text{년간 총 방문수}}$$

2-2안) 방문수가와 교통비를 분리함

$$\text{방문수가} = \frac{<직접비용(년간 호스피스간호사 총인건비 \times 3/4^*) + 간접비용(년간 관리운영비)>}{\text{년간 총 방문수}}$$

$$\text{교통비} = \frac{\text{년간 호스피스 간호사 총 인건비} \times 1/4^* + \text{년간 차량유지비}}{\text{년간 총 방문수}}$$

* : 가정간호수가체계에 근거함. 현행 가정간호수가체계에서는 간호사 업무량의 3/4은 대상자 직접간호에, 1/4은 교통 및 왕복시간에 할애하는 것으로 가정하고 있음.

혼합형 수가

혼합형 수가 = 기본방문료(20,100원) + 교통비(6,350원) + 개별행위료

* 개별행위료 = 행위당 소요시간(분) × 분당 간호원가

* 분당 간호원가 = 분당 직접인건비 + 분당 간접비

$$\text{분당직접비} = \frac{\text{간호사 1인당 년 평균 인건비}}{\text{법정근무일(45주 \times 40시간)}} \div 60$$

$$\text{분당간접비} = \frac{\text{간호사 1인당 호스피스 기관 평균 간접비용 총액}}{\text{법정근무일(45주 \times 40시간)}} \div 60$$

방문 소요시간별 정액수가

방문소요시간별 방문당 정액수가 = 직접비 + 간접비 + 소내활동비

직접비 = 방문당 가정호스피스 소요시간 × 분당 평균 인건비

$$\text{분당평균인건비} = \frac{\text{호스피스 간호사의 년평균 인건비(인)}}{\text{법정근무일(45주 \times 40시간)}} \div 60$$

$$* \text{ 간접비} = \frac{\text{호스피스 간호사의 년평균 간접비(인)}}{\text{일인당 년평균 방문수}}$$

* 소내활동비: 이수정(2004)의 연구에 근거하여 직접인건비와 사업소내 활용 원가 비율 1: 0.7을 적용함. 소내활동이란 가정호스피스 사업소내에서 이루어지는 활동이며 조정, 정보관리, 관리운영 등의 업무를 포함함

고, 조사결과에서 나타난 호스피스 간호행위에 대한 단위시간 (분)당 간호원가를 구하였다.

• 방문 소요시간별 정액수가

호스피스서비스가 labor-intensive 한 서비스임을 감안하여, 직접비용을 방문시간별로 30분미만, 30-60분, 60분 이상-1시간 30분 미만으로 나누어 직접비용을 계산하고, 간접비용은 시간과 관계없이 정액으로 계산하여 수가를 산정하는 안이다.

- 4단계: 가정 호스피스 간호서비스에 대한 최종 수가산정 각 각의 수가안의 장단점을 검토한 결과, 가장 현실적이고, 합리적인 대안으로서 현행 가정간호 수가체계 형태를 유지하나, 영적간호나 통증관리 등 안위중심의 치료와 간호특성을 가진 호스피스 서비스의 특성을 반영하여 가정간호 수가체계와 방문소요 시간별 정액수가체계를 혼합하여 수가산정체계를 결정하고, 수가를 산출하였다.

자료 분석방법

자료분석은 SPSS 11.0을 이용하였으며, 호스피스 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 표준 편차 등의 기술통계 방법을 사용하여 분석하였다. 호스피스 간호시간측정에 빈도, 백분율, 중앙값, 범위, 표준편차 등을 이용하여 분석하였다.

연구 결과

가정 호스피스 대상자의 일반적 특성

각 호스피스 간호행위에 대한 시간 측정을 위한 호스피스 대상자는 총 50명으로 남성이 26명(52.0%), 여성이 24명(48.0%)으로 남녀가 고르게 분포하고 있었으며, 연령은 평균 63.8세였다. 질환은 49명(98.0%)이 암이었고, 그 중 폐암 환자가 11명(22.0%)으로 가장 많았다. 종교는 기독교가 19명(38.0%)으로 가장 많았고, 이어 불교(24.0%), 천주교(12.0%) 순이었다. 대상자의 대부분이 건강보험 가입자(98.0%)였으며, 비용부담은 대부분 본인(30.6%)과 가족(57.2%)이 부담하는 것으로 나타났다. 호스피스에 의뢰된 경로는 가족이 희망(42.0%)한 경우가 가장 많았으며, 의사의 권유(32.0%), 간호사의 권유(18.0%) 순이었다. 환자 1인당 주당 평균 방문횟수는 1~2회가 35명(70.0%)으로 가장 많았다. 1회 방문 당 간호에 소요되는 시간은 평균 57분이었으며, 방문당 교통소요시간은 30분이상에서 1시간 미만(38.8%)이 가장 많은 것으로 나타났다<Table 1>.

가정호스피스 일반 현황 및 비용수준

가정호스피스 기관별 월 총 방문수는 47회에서 201회까지로 다양하였고, 기관당 월 평균 93회 정도 방문하는 것으로

<Table 1> General characteristics of hospice patients

(n=50)

Characteristics	Categories	N	%	Mean(±SD)
Gender	Male	26	52.0	63.80(±14.79)
	Female	24	48.0	
Age	Less than 29	1	2.0	
	30-39	1	2.0	
	40-49	5	10.0	
	50-59	9	18.0	
	60-69	15	30.0	
	70-79	12	24.0	
	80 and over	7	14.0	
	Primary Diagnosis	Lung cancer	11	
Gastric cancer		9	18.0	
Uterine Cancer		7	14.0	
Colon Cancer / Rectal Cancer		8	16.0	
Liver Cancer		3	6.0	
Breast Cancer		3	6.0	
Cancer		8	16.0	
Etc		1	2.0	
Religion	Christianity	19	38.0	
	Catholic	6	12.0	
	Buddhism	12	24.0	
	Others	2	4.0	
	None	11	22.0	

<Table 1> General characteristics of hospice patients

(n=50)

Characteristics	Categories	N	%	Mean(±SD)
Payment Method	Own Expense	15	30.6	
	Families	28	57.2	
	National Coffers	1	2.0	
	Others	5	10.2	
Health Insurance	National Health Insurance	48	98.0	
	Recipients of National Basic Livelihood Security	1	2.0	
Admitted by	Doctors	16	32.0	
	Nurses	9	18.0	
	Religious Persons	2	4.0	
	Families	21	42.0	
	The person himself	2	4.0	
Number of visits per person	less than 1/ week	16	32.0	2.0(±1.0)
	2/ week	19	38.0	
	3/ week	12	24.0	
	4/ week	1	2.0	
	5 and over/ week	2	4.0	
Visit time	less than 30 minutes	27	9.6	56.45(±28.72)
	31-60 minutes	125	44.3	
	61-90 minutes	86	30.5	
	91-150 minutes	41	14.5	
	151 minutes and over	3	1.1	
Travel time	less than 30 minutes	12	24.5	
	31-60 minutes	19	38.8	
	61-120 minutes	13	26.5	
	121 minutes and over	5	10.2	

<Table 2> Status of home hospice visit by nurse

	Total No. of visits/month	Average No. of visits /person/month	Average No. of visits /person/day	No. of hospice nurse
A	106	36	3	5
B	201	102	9	3
C	51	30	1	3
D	47	47	2	1
E	61	31	2	1
Mean	93.2	49.2	3.4	2.6

<Table 3> Expenses of home hospice agency per year

(unit: won)

	Personnel	Training	Research	Office supplies	Fringe benefits	Micellaneous	Travel	Total
A	19,000,000	6,689,300	1,552,290	2,543,950	4,509,810	2,991,050	3,943,890	41,230,290
B	22,670,000	510,000	0	100,000	0	0	9,000,000	32,280,000
C	20,086,143	404,200	0	240,000	1,080,000	600,000	2,373,120	24,783,463
D	21,600,000	1,500,000	0	1,600,000	2,400,000	800,000	6,600,000	34,500,000
E	40,335,455	377,724	18,108	36,000	5,821,236	386,952	240,000	47,215,475
Mean	24,738,320	1,896,245	314,080	903,990	2,762,209	955,600	4,431,402	36,001,846

나타났으며, 간호사 1인당 월 평균 방문수는 약 49회 정도로 나타났다. 호스피스 간호사 1일 평균 방문수는 약 3.4회 였다 <Table 2>. 호스피스 기관당 년 평균 운영비용을 살펴보았을 때, 연간 약 36,001,846원을 지출하는 것으로 나타났으며, 이 중 인건비가 평균 24,738,320원으로 전체 운영지출의 약 68.7%를 차지하였다. 그 외에 차량비(4,431,402원), 복리후생비(2,762,209원), 교육훈련비(1,896,245원)의 순으로 나타났다

<Table 3>.

가정 호스피스 간호행위 규명 및 수행시간 분석

우선 문헌고찰을 통해 호스피스 간호영역과 행위를 파악하고, 5차례의 연구팀 회의를 거쳐 13개 가정호스피스 간호영역과 116개 간호행위를 파악하였고, 타당도 조사를 통해 최종

15개 영역과 120개 호스피스 간호행위가 규명되었다 <Table 6>. 호흡간호 영역에서 빈도가 가장 높은 행위는 호흡양상관찰(198회)이었고, 시간은 평균 2.4분이었다. 영양간호 영역에서 빈도가 가장 높은 행위는 체액균형 상태 사정 및 관리로 155회였으며, 시간은 평균 3.12분이 소요되는 것으로 나타났다. 배설간호 영역에서 빈도가 가장 높은 행위는 회음부 간호로 시간은 평균 5.83분이 소요되는 것으로 나타났다. 운동 및 자세유지 영역에서 가장 많은 빈도를 보인 행위는 구축 예방을 위한 간호(27회)로 소요시간은 평균 3.3분이었다. 보조기 착용 환자 운동 보조는 평균 15분이 소요되는 것으로 나타났다. 안위간호 영역에서 빈도가 가장 높은 행위는 안위상태 사정(165회)이었고, 소요시간은 평균 3.23분 이었다. 위생간호 영역에서는 가장 많은 빈도를 보인 것은 침구정리 및 환의교환(17회)로 소요시간은 평균 7.24분이었다. 안전간호 영역에서 가장 많은 빈도를 보인 것은 의식상태관찰(65회)로 소요시간은 평균 1.75분이었다. 통증간호에서 가장 많은 빈도를 보인 것은 활력징후 측정(203회)으로 소요시간은 평균 3.27분이었다. 투약간호 영역에서는 수액요법(131회)이 가장 높은 빈도를 보였고, 소요시간은 평균 10.91분이었다. 상담교육 영역에서 가장 높은 빈도를 보인 것은 전화 방문 및 상담(109회)으로 평균 소요시간은 5.37분이었다. 영적간호 영역에서는 적극적인 경청(121회)이 가장 높은 빈도를 보였고, 소요시간은 6.91분이었다. 임종간호 및 사별간호 영역에서는 전화방문(10회)이 가장 높았고, 8.4분이 소요되었다. 정서심리간호 영역에서는 함께있기(76회)가 평균 40.26분이 소요되는 것으로 나타났다 <Table 6>.

가정 호스피스 간호수가 대안 분석

● 대안별 호스피스 간호수가 산출

• 방문당 단일 정액수가

방문당 단일 정액수는 1회 방문 수가이다. 이 수가는 직접비용과 간접비용을 모두 포괄하여 방문당 정액수가로 계산하는 방법이다. 그러나 본 연구에서는 기관간 방문횟수와 직접인건비와 간접비의 편차가 높게 나타나, 직접조사 결과를 바탕으로 수가와 보수적 가정하의 수가, 두 가지 방법으로 계산하였다.

- 1안: 직접조사를 통한 방문당 단일 정액수가

직접조사를 통한 방문당 단일 정액수가에서 교통비를 포함한 방문당 정액은 평균 136,646원이었고, 교통비를 제외한 방문당 단일 정액수는 평균 86,036원이었다. 그리고 방문당 교통비는 26,934원으로 나타났다<Table 4>.

- 2안: 보수적 가정하의 방문당 단일 정액수가

보수적 가정이란 가정호스피스 업무소요시간과 교통소요시간을 고려하여, 방문건수를 보정하여 수가를 산정한 것으로, 본 연구의 대상인 가정호스피스 간호제공 기관당 기관특성과 방문횟수의 편이가 크기 때문에 효율적인 인력운영을 가정하여 산정한 방법이다. 즉, 본 연구결과에서 대상자 50명의 가정호스피스 소요시간은 6개 호스피스 기관 평균 약 1시간(56분)인 것으로 나타났으며, 방문시 교통소요시간은 평균 1시간 정도가 소요되는 것으로 나타났다. 일 간호사가 1일 8시간 근무시 4회의 방문이 가능하다고 보면, 월 20일 근무 시 1인당 방문건수는 80회가 된다. 이러한 가정 하에 각 호스피스 기관의 방문건수를 보정하였을 때 방문당 단일 정액수가에서 교

<Table 4> Cost per visit with observational data

(unit: won)

Institute	Fixed fee per visit (include traffic expenses)	Fixed fee per visit (exclude traffic expenses)	Traffic expenses per visit
A	188,355	148,393	39,962
B	30,008	21,587	8,421
C	103,432	75,666	27,767
D	178,679	134,534	44,144
E	64,375	50,000	14,375
Mean	112,970	86,036	26,934

<Table 5> Cost per visit with conservative approach

(unit: won)

Institute	Fixed fee per visit (include traffic expenses)	Fixed fee per visit (exclude traffic expenses)	Traffic expenses per visit
A	27,194	21,424	5,770
B	24,747	17,802	6,944
C	22,554	16,499	6,055
D	51,370	38,679	12,692
E	32,188	25,000	7,188
Mean	31,610	23,881	7,730

〈Table 6〉 Prime cost of nursing services

No	Nursing categories	Nursing practices	Freq.	Median (min)	Duration (min)	Prime cost (won)
1	Respiration care	Monitoring breath pattern	198	1	2.43	637
2		Expectoration	20	5	4.8	1,258
3		Nasal or oral suction	3	5	8.33	2,182
4		Endotracheal suction	4	10	8	2,096
5		O2 therapy	6	10	8	2,096
6		Care for oral hygiene	40	3	4.63	1,213
7	Nutrition	Check up(Wt, Ht, AA etc)	18	10	7.11	1,863
8		Check blood sugar	24	3	2.88	755
9		I&O check and management	155	10	3.12	817
10		Assist to take a meal	15	3	6.2	1,624
11		G-I tube insertion and care	3	10	10	2,620
12		Monitoring the symptom of G-I tract(nausea, vomiting, diarrhea etc)	102	2	2.45	642
13		Care for prevention & reduce edema	40	5	5.25	1,376
14		Lymph edema care	33	10	12	3,144
15	Elimination	Glycerine enema	3	5	4.33	1,134
16		Ostomy care	3	5	6.67	1,748
17		Nelaton catheterization	1	20	20	5,240
18		Foley catheterization	13	10	7.08	1,855
19		Bladder training	1	2	2	524
20		Bladder irrigation	4	3.5	4.75	1,245
21		Exchange diaper and skin care	13	10	7.46	1,955
22		Finger enema	9	3	4.22	1,106
23		Care for defecation(abdominal massage)	13	10	7.46	1,955
24		Perineal care	23	5	5.83	1,527
25	Exercise & e maintaining posture	Support to move	1	15	15	3,930
26		Prevention for immobility	27	2	3.3	865
27		Care for patient to exercise with crutch or wheelchair	2	10	10	2,620
28		Passive ROM	26	10	7.42	1,944
29		Helping by holding patient's arm	13	5	5	1,310
30	Comfort care	Assessment for comfort of patient(fatigue, sleep, pain etc)	165	2	3.23	846
31		Heat & cool compress care	1	40	40	10,480
32		Relaxation therapy(aroma therapy, foot massage, meditation, perfume therapy etc)	29	5	8.52	2,232
33		Diversion and recreation therapy	5	2	3.6	943
34		Management of fatigue	14	2.5	4.79	1,255
35	Hygiene	Bed bath	7	10	14.29	3,744
36		Tub bath	2	50	50	13,100
37		Hair shampoo	4	2	5.25	1,376
38		Hair cutting and shaving	2	10	10	2,620
39		Nail cutting	7	4	5.29	1,386
40		Sitz bath	1	10	10	2,620
41		Bed making and clothing	17	5	7.24	1,897
42		Management of appearance(make up, dress up etc)	12	2	2.33	610
43		Safety	Simple dressing	34	5	7.03
44	Combined dressing		16	30	29.8	7,808
45	Care for prevention of fall down		5	1	3.2	838
46	Monitoring consciousness		65	1	1.75	459
47	Management of environment		21	3	2.24	587
48	Pain management	Pain assessment	184	2	3.94	1,032
49		Medication	88	2	2.97	778
50		Position change	48	2	2.5	655
51		Consult or report to doctor	23	5	5.87	1,538
52		Management of emergency	13	5	5.46	1,431

<Table 6> Prime cost of nursing practices(continued)

No	Nursing categories	Nursing practices	Feq.	Median (min)	Duration (min)	Prime cost (won)
53	Pain management	Check vital sign	203	3	3.27	857
54		Support to sleep	10	1.5	3.2	838
55		Heat/cool therapy for control on pain	2	3.5	3.5	917
56		Massage for control on pain	6	10	11.17	2,927
57		Relaxation therapy for control on pain	9	3	6.11	1,601
58	Medication	PO medication	19	5	5.58	1,462
59		IV	36	2	3.97	1,040
60		IM	3	6	5	1,310
61		Apply ointment	5	2	2.8	734
62		Apply medicine to eye or ear	2	2.5	2.5	655
63		Apply a suppository	1	3	3	786
64		Side effect care	9	2	4.33	1,134
65		Fluid therapy	131	10	10.91	2,858
66	Management of medication	58	3	3.88	1,017	
67	Counseling & education	Process of disease	101	5	4.58	1,200
68		Nutrition and diet	84	3	3.43	899
69		G-I symptom management	1	1	1	262
70		Management of blood sugar	11	3	3	786
71		Effective expectoration	20	3	3.35	878
72		Oral and nasal suction	5	5	5.2	1,362
73		Prevent to constipation	59	2	3.22	844
74		Ostomy care	3	5	6	1,572
75		Care for foley catheter	8	2	3.63	951
76		Care for cystostomy	1	5	5	1,310
77		ROM	9	5	5.33	1,396
78		Exercise with helping instruments	2	5	5	1,310
79		ADL	19	2	2.47	647
80		Care for nasal or oral suction	10	4	4	1,048
81		Prevention & management of bed sore	49	3	3.92	1,027
82		Personal hygiene	33	1	1.82	477
83		Infection control	17	2	4.71	1,234
84		Call and counseling	109	3	5.37	1,407
85	Dying process	59	10	8.92	2,337	
86	Pain management	103	3	4.04	1,058	
87	How to control of bleeding	12	2.5	3.5	917	
88	Decision of DNR	16	4.5	4.81	1,260	
89	Communication	22	2	3	786	
90	Prevent to family strain	37	5	5.35	1,402	
91	Spiritual care	Active listening	121	5	6.91	1,810
92		Consult to priest or pastor	9	1	1.67	438
93		Spiritual support(attention, participation, reception, praise, forgiveness)	89	5	6.37	1,669
94		Assessment of spirit	94	1	2.13	558
95	Bereavement care	Help dying patient	4	22.5	21.25	5,568
96		Assessment of bereaved family	7	2	5.71	1,496
97		Bereaved family counseling	8	15	18.75	4,913
98		Visit to funeral house	7	20	26.71	6,998
99		Call to bereaved family	10	10	8.4	2,201
100		Lead bereavement support meeting	1	2	2	524
101	Emotional care	Clarify the values	27	1	2.41	631
102		Care to solve guilty feeling	15	2	2.93	768
103		Crisis care	20	5	5.65	1,480
104		Say truth	16	2.5	4	1,048
105		Improve steady	41	5	4.85	1,271

<Table 6> Prime cost of nursing practices(continued)

No	Nursing categories	Nursing practices	Freq.	Median (min)	Duration (min)	Prime cost (won)
106	Emotional care	Counseling	31	8	8.48	2,222
107		Support coping strategies	6	4	3.83	1,003
108		Be with patient	76	32.5	40.26	10,548
109		Hoping	34	3	3.47	909
110	Client & information management	Recording and of nursing care	182	6.5	8.74	2,290
111		Identify of doctors order	75	2	3.48	912
112		Reporting	52	2	1.92	503
113		Management of medical supplies	62	3	5.27	1,381
114		Medication management (drug)	63	2	2.35	616
115		Participate hospice team meeting and management of team members	94	5	10.22	2,678
116		Coordination & consultation	67	5	7.4	1,939
117		Case management	40	10	9.17	2,403
118	Others	Transportation management	48	2	2.4	629
119		Student training	6	3	5.5	1,441
120		Volunteer training and management	41	5	7.8	2,044

통비를 포함한 방문당 정액은 평균 31,610원이었고, 교통비를 제외한 방문당 단일 정액수가는 평균 23,881원이었다. 그리고 교통비는 평균 7,730원으로 나타났다<Table 5>.

• 혼합형 수가

본 연구에서는 각 가정호스피스 기관당 인건비와 간접비의 변이가 크기 때문에 전체 평균을 구하여 계산하였다. 그리고 단위시간(분)당 간호원가 산정은 분당 직접비와 분당 간접비의 합으로 구하였다. 그 결과 분당 직접인건비 213원, 분당 간접비 49원, 합계 262원이었다. <Table 6>는 각 가정호스피스 행위에 대한 빈도와 소요시간, 시간당 간호원가를 산정한 결과로서 가장 낮게 원가가 산정된 간호행위는 위장관 및 위루관당 교육으로 간호원가는 262원이었다. 또한 가장 높게 원가가 산정된 간호행위는 통목욕으로 13,100원의 간호원가가 산정되었다.

분당 간호원가 = 분당 직접인건비 + 분당 간접비
 시간당 직접인건비 = 22,994,953원(1인 연평균인건비) ÷ 1,800 시간(년간업무) = 12,775원
 분당 직접인건비 = 12,775원 × 0.0166 = 212.96 ≒ 213원
 시간당 간접비 = 5,311,260(1인당 연평균간접비) ÷ 1,800 시간 = 2,951원
 분당 간접비 = 2951원 × 0.0166 = 49.19원 ≒ 49원

• 방문 소요시간별 정액수가

이는 직접비용을 방문시간별로 분류하여(30분, 60분, 90분) 직접비용을 계산하고, 간접비용은 시간과 관계없이 정액으로 계산하여 수가를 산정하는 것이다. 그리고 소내활동은 환자간호와 관련하여 사업소내에서 이루어지는 활동을 말한다. 방문

소요시간별 정액수가를 계산한 결과, 소요시간 30분인 경우 5개 기관 평균 35,251원이었고, 60분인 경우 평균 46,595원이었으며, 90분인 경우 평균 57,939원으로 나타났다<Table 7>.

● 대안별 산출된 호스피스 수가 비교

대안별로 산출된 가정 호스피스 간호수가 비교분석 결과는 <Table 8>과 같다.

최종 가정호스피스 간호 수가(안)

수가산정에 있어서 가격결정의 근거는 투입자원의 특성(인력의 다양성 및 자격수준)과 서비스 대상자의 특성에 의해 결정된다. 투입자원의 특성의 변이가 크지 않아 투입자원의 종류별 단위비용의 차이가 크지 않을 수록 자원의 포괄화로, 대상자의 범위가 광범위하고 특성이 이질적인 경우에는 자원의 세분화로 접근하는 것이 합리적이다. 가정 호스피스 간호의 경우, 서비스 제공인력은 일반적으로 교육과정과 자격요건이 비슷한 호스피스 간호사이며, 호스피스 대상자 역시 생존기간 6개월이내의 말기암환자가 대부분이라는 점에서 대상자의 특성도 비교적 동질적이다. 이러한 근거에서 최종 가정호스피스 수가는 포괄화 원칙을 적용한 정액제를 기본틀로 하였다. 이 틀을 바탕으로 최종 가정호스피스 수가산정방식은 차등정액제(방문소요시간별 수가)와 행위별수가제를 혼합한 형태로 제시하였다. 즉, 본 연구결과, 가정호스피스 제공시간은 60분 이내가 약 54%, 60분이상이 46%로 나타나 대상자의 중증도를 간접적으로 고려한 소요시간별 차등정액제가 균등정액제(방문당 수가)보다 더 적절한 것으로 보인다. 또한 수가 대안분석에서도 방문당 수가산정방식에 의한 수가수준은 기관별 편차가 너무 크게 나타나 평균가격을 제시하기 어려운 반면에, 소요

<Table 7> Cost per visit by time spent

(unit : won)

Institution	Time spent*	Personnel expenses	Overhead cost	Activity cost in institution	Total
A	30	5,279	51,270	3,695	60,244
	60	10,558	51,270	7,390	69,218
	90	15,837	51,270	11,086	78,192
B	30	6,298	1,377	4,408	12,083
	60	12,595	1,377	8,817	22,789
	90	18,893	1,377	13,225	33,495
C	30	5,581	7,480	3,906	16,967
	60	11,161	7,480	7,813	26,454
	90	16,742	7,480	11,719	35,941
D	30	11,207	32,536	7,845	51,587
	60	22,413	32,536	15,689	70,638
	90	33,620	32,536	23,534	89,689
E	30	5,001	26,875	3,501	35,377
	60	10,002	26,875	7,001	43,878
	90	15,003	26,875	10,502	52,380
Mean	30				35,251
	60				46,595
	90				57,939

*: minutes

<Table 8> Comparison of home hospice cost alternatives

구분	수가예시	기초자료	쟁점사항
제1안 (방문당 수가)	A : 직접조사자료를 통한 정액수가 방문당 136,646원 (교통비 26,934원 포함)	- 5개 기관에서 제공받은 연간 인건비외 운영비용 - 5개 기관의 연간 방문 현황	- 기관 특성과 방문건수의 차이로 인해 방문당 수가의 차이가 큼 - 적정 인건비/관리운영비 산출
	B : 보수적 가정하의 정액수가 방문당 36,610원 (교통비 7,730원 포함)	- 방문평균소요시간 : 1시간 - 교통시간: 1시간 - 연간방문횟수 : 960회/인 (4회/일 * 20일/월 * 12개월)	기관별 특성을 반영하지 않은 평균수가
제2안 (혼합형 수가)	기본방문료(20,100원) + 교통비(6,350원) + 호스피스 행위별 수가	건강보험수가에 준함. - 기본 방문료 : 1일당 정액(20,100원) - 교통비 : 6,350원(전액 본인부담) - 진료 행위별 수가 : 행위별 소요시간 * 분당간호원가(262원)	- 건강보험 행위별 수가에 호스피스 간호행위가 추가 되어야 함 - 청구 및 심사과정의 복잡성
	제3안 (소요시간별 정액수가) - 30분 미만 : 35,251원 - 30분~1시간 : 46,595원 - 1시간이상 : 57,939원	방문소요시간별 방문당 정액수가 = 직접비 + 간접비 + 소내활동비* *활동기준원가계산(ABC)을 적용한 가정간호원가분석(이수정, 2003) 인용	- 원가분석에 의한 적정 분당수가 산출 필요

시간별 수가산정방식에 의한 수가수준은 현행 가정간호수가보다 비슷하거나 약간 높은 수준으로 타당성 있게 산출되었다. 그러나 정액제의 단점인 서비스 투입내용의 차이가 가격에 반영되지 않는다는 점과 서비스 투입량 축소 유인으로 인해 서비스 질 저하 문제를 예방하기 위해, 영적간호나 통증관리 등 안위중심의 치료와 간호특성을 가진 호스피스 서비스의 특성을 최소한의 행위별 수가제로 보완하였다. 이러한 수가산정방식은 시간 정액제에 투입되는 표준적인 서비스 포함 범위 및 양에 대한 서비스 표준모형을 필요하게 된다. 장점으로 는 가격결정구조가 비교적 단순하여 비용의 정책적 통제가 용이하고, 동시에 전문가의 판단에 따라 어느정도 서비스 종류와 양을 조절할 수 있게 된다.

가정호스피스 60분 수가 : 기본방문료(46,595원) + 개별 행위료*
90분 수가 : 기본방문료(57,939원) + 개별 행위료*

* 개별행위료 = 현행 상대가치 점수에 의한 개별행위료 적용
추가: 임종간호중재**(23,513원) - 1회 청구 가능
통증간호중재*** (11,143원)
응급상황중재**** (11,978원)
**: 임종과정에 대한 교육 및 상담, 임종과정 돕기, 유가족 사정, 유가족 상담 및 지지, 장례식장 방문, 전화방문 포함
***: 통증사정, 처방된 약물투여, 체위변경, 의사 협진 및 의뢰, 수면돕기, 활력징후 측정, 통증조절을 위한 열/냉찜질, 통증 조절을 위한 단순마사지, 통증조절을 위한 이완요법 포함
****: 함께있기, 응급상황관리

가정 호스피스 기본 방문료에 포함되는 간호행위는 연구결과에서 보이는 바와 같이 호흡간호, 영양간호, 배설간호, 운동 및 자세유지, 안위간호, 위생간호, 안전간호, 임종 및 사별간호, 투약간호, 상담/교육, 환자 관리 및 정보관리, 영적간호, 기타 등의 간호영역의 모든 간호행위를 포함하나, 이중 호스피스 간호행위로서의 특성이 매우 강하다고 인정되는 임종간호 중재, 통증간호 중재, 응급상황 중재는 개별 행위료로 청구할 수 있도록 하였다.

방문소요시간 60분을 기준으로 설정한 이유는 <Table 1>에서 보이는 바와 같이 가정호스피스 1회 평균 방문시간은 57분으로 나타났기 때문이다. 그리고 가정호스피스 소요시간이 60분을 초과하는 경우를 대비하여 방문소요시간 90분도 기준으로 설정하였다.

기본방문료는 <Table 7>에서 제시한 것과 같이 방문소요시간 60분 기본방문료의 정액수가는 교통비를 포함하여 46,595원, 방문소요시간 90분 기본방문료의 정액수가는 교통비를 포함하여 57,939원으로 결정하였다. 그리고 개별 행위료는 현행 상대가치 점수에 의한 개별행위료와 임종간호중재, 통증간호중재, 응급상황중재로 결정하였다. 임종간호중재는 임종과정에 대한 교육 및 상담, 임종과정 돕기, 유가족 사정, 유가족 상담 및 지지, 장례식장 방문, 전화방문을 포함하였고, 이는 한 환자당 1회에 한해 청구가능하도록 하였다. 그리고 통증간호중재에는 통증사정, 처방된 약물투여, 체위변경, 의사 협진 및 의뢰, 수면돕기, 활력징후 측정, 통증조절을 위한 열/냉찜질, 통증조절을 위한 단순마사지, 통증조절을 위한 이완요법 등을 포함하였다. 마지막으로 응급상황 중재에는 함께있기, 응급상황관리를 포함하였다.

논 의

말기질환 환자에게 불필요한 재정적 부담을 주지 않으면서 삶의 질 개선을 증진하기 위해서는 호스피스 서비스에 대한 표준화 및 국가적 관리체계의 구축은 물론 현행 말기질환 환자에게 제공되는 호스피스 서비스의 질과 내용 및 지출되는 의료비용을 고려한 우리 실정에 적합한 호스피스 서비스의 독립적인 보험수가 개발이 필요하다. 이러한 필요에 의해 본 연구에서는 가정호스피스 행위에 대한 간호수가 개발을 시도하였으며, 최종 가정 호스피스 수가는 현행 가정간호 수가체계와 방문소요시간별 정액수가를 조합하여 결정하였다. 우리나라가 아직 호스피스가 제도화 되지 않아 수가상환에 있어 가정호스피스는 가정간호형태로 서비스가 제공되고 있다. 실제 가정간호 중재에 관한 연구결과를 보면 가정간호대상자의 41-48%가 암 환자이고 65세의 고령층이 과반수 이상을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있으며(용진선, 유인자 및 유지연,

2000), 본 연구에서도 대상자의 평균 연령은 평균 63.8세이며, 60세 이상이 68%를 차지하는 것으로 나타났다. 또한 방문당 교통소요시간은 30분이상에서 1시간 미만(38.8%)이 가장 많은 것으로 나타났는데, 기존의 가정간호연구에서도 교통시간이 30분-60분미만이 67.8%(이수정, 2004), 56.2%(한국보건산업진흥원, 2002) 으로 차량이동시간은 대개 30-60분사이가 가장 많음을 알 수 있다. 본 연구에서 1회 방문 당 호스피스 간호에 소요되는 시간은 평균 57분이었는데, 이수정(2004)의 연구에서는 평균차량이동시간 32분을 포함한 1시간 10분정도이었고, 박정호(2000)에서는 54분, 한국보건산업진흥원에서는 30-60분이 74.2%로 가장 많았다. 이러한 가정간호와 가정호스피스의 유사성을 고려할 때, 본 연구에서 가정호스피스 수가체계를 현행 가정간호 수가체계와 방문소요시간별 정액수가를 조합한 것은 합리적이라고 판단된다. 그러나, 현행 가정간호 수가가 원가의 30-60% 수준으로 원가에 크게 미치지 못하고 있음을 고려해 볼 때(이수정, 2004), 수가결정은 틀은 가져올 수 있으나, 수가의 수준은 호스피스 서비스의 현실을 고려하여 원가보존이 될 수 있도록 하여야 할 것이다.

본 연구에서는 합리적인 수가산정의 전 단계로서 가정호스피스 활동을 규명하였다. 활동을 규명하기 위하여 기존의 분류체계를 사용한 것이 아니라 가정호스피스 사업보고서, 여러 문헌과 진료기록지의 분석등을 통해 실증적인 자료에서 서비스 내용과 행위를 분석하는 귀납적인 과정을 거쳤다. 이는 실증적이고 구체적인 자료에서 원가추적의 근거를 마련하였다고 볼 수 있다. 이러한 과정을 통해 개발된 가정호스피스 간호원가와 현행 상대가치 체계에서 수가화되어 있는 가정간호행위와 비교했을 때 비용상환이 가능한 간호행위는 약 32개에 해당되었다. 유사한 수가수준을 갖는 행위로는 혈당측정, 단순도뇨, 좌욕, 단순처치, 복잡드레싱, 정맥주사, 근육주사, 수액요법 등이 확인되었으며, 많은 차이를 보이는 것은 방광세척과 체위변경으로 가정간호행위 수가에 비해 8배 이상 낮은 것으로 나타났다. 이러한 차이는 대상자의 건강상태, 서비스 특성상 소요시간의 차이에 의한 것뿐만 아니라, 기본수가(base cost)를 어떻게 결정하느냐에 따라 다르게 나타난다고 볼 수 있을 것이다. 32개 행위를 제외한 나머지 호스피스 서비스 행위에 대해서는 적절한 비교항목이 없었다.

원가산정의 방법에 있어서 본 연구에서는 방문당 단일정액수가, 혼합형수가, 소요시간별 정액수가의 3가지 방법으로 다양하게 접근하였다 (Kovner, 1989; Finkler & Kovner, 1993). 방문당 단일정액수가의 기본가정은 호스피스대상자가 특성별 투입요소의 변이가 크지 않고 간호행위를 수행하는 과정에 별다른 차별성이 존재하지 않는다는 것이다. 장점은 진료비 계산 및 청구, 지급이 매우 간편하다는 것이며, 단점은 환자에게 제공된 행위의 종류 및 치료에 사용된 약 재료등의 사

용량과 관계없이 일정액이 결정되어 있기 때문에 환자에게 제공되는 서비스의 양과 질이 떨어 질수 있다. 본 연구에서 방문당 단일 정액수가의 1안과 2안의 수가수준이 현격한 차이를 보이고 있는 이유는 1안의 경우 각 기관별로 수집된 호스피스 인력수와 비용조사된 내용을 전혀 보정하지 않은 상태에서 산정된 가격이며, 2안은 각 기관의 인력대비 최소 방문수를 비용효율적으로 보정하여 산정된 수가이기 때문이다. 2안이 1안보다 더 합리적인 수가수준이라 보여진다. 혼합형수가는 현재의 가정간호수가체계로서 호스피스간호와 관련된 직접비용과 간접비용을 기본방문료와 개별행위료, 교통비로 모두 분리하여 수가를 산정하는 안이다. 장점은 가정간호서비스 시간을 반영하여 수가산정의 정확성을 높일 수 있고, 단점은 서비스 제공시간을 극대화시켜 이윤을 창출하려는 서비스제공자의 재정적 동기가 작용할 수 있다. 방문 소요시간별 정액수가 장점은 호스피스서비스 시간을 반영하여 수가산정의 정확성을 높일 수 있고, 단점은 서비스 제공시간을 극대화시켜 이윤을 창출하려는 서비스제공자의 재정적 동기가 작용할 수 있다(정경희, 석재은, 선우덕, 김찬우, 이태화외, 2005).

각각의 수가안의 장단점을 검토한 결과, 가장 현실적이고, 합리적인 대안으로서 현행 가정간호 수가체계 형태를 유지하나, 영적간호나 통증관리 등 안위중심의 치료와 간호특성을 가진 호스피스 서비스의 특성을 반영하여 가정간호 수가체계와 방문소요 시간별 정액수가체계를 혼합하여 가정호스피스의 최종 수가안으로 제시하였다. 즉, 가정호스피스에 적절히 적용될 수 있는 지불단위의 설정을 위해서는 가정호스피스라는 대상의 특성상 비교적 서비스의 변이가 크지 않으면서 서비스의 수요가 일정기간 지속적으로 발생된다는 관점에서 적절한 포괄화가 바람직한 것으로 보인다. 그러나 서비스를 제공하는 공급자나 서비스를 제공받은 수요자 모두에게 지불 보상의 형평성을 제고하기 위해서는 지불보상의 정확성이 크게 손상되지 않는 범위내에서 바람직한 수가체계를 갖도록 포괄화를 유도한다는 원칙을 가지도록 하였다. 본 연구의 결과를 현행 방문당 가정간호수가와 비교해보면, 가정간호의 경우 기본방문료 20,100원과 교통비 6,350원을 합해 방문당 수가는 26,450원으로 단일화 되어 있는 반면, 본 연구에서는 가정 호스피스에 대한 수가는 교통비를 포함한 방문당 수가 60분이 46,595원, 90분이 57,939원으로 가정간호 수가 보다 높게 산정되었다. 이는 황나미 등(1999), 이상욱 등(2004)의 기존연구에서 호스피스 수가의 문제점으로 지적하고 있는 호스피스의 특성에 맞는 상담 및 교육, 정서적 영적 간호, 사별관리등의 활동이 수가에 전혀 반영되어 있지 않다는 단점을 보완한 수가내용이라고 볼 수 있다. 또한 현행 가정간호 수가의 경우, 1994년 가정간호수가 책정 당시의 수준과 현재의 수가 수준에 별 차이가 없어 지난 10년간의 물가 상승분이 전혀 반영

되지 못하고 있는 것이 문제점으로 지적되고 있고(유호신외, 2005), 이수정(2004)의 활동기준원가계산을 적용한 가정간호 원가에서는 방문당 가정간호 원가가 평균 62,741원으로 본 연구보다 높게 산정된 것으로 나타났기 때문에 본 연구의 가정 호스피스 수가가 결코 상승폭이 크다고 할 수 없을 것이다. 그러나 정경희 외(2005)의 장기요양 가정간호수가개발 연구와 비교하였을 때, 30분 이상에서 1시간 미만의 가정간호 활동원가는 41,175원, 1시간에서 1시간 30분까지의 가정간호 활동원가는 48,525원으로 본 연구결과 보다 낮게 원가가 산정되었으며, 이상욱등(2004)에서 수행한 호스피스 수가개발에서 제시하고 있는 방문형 기관에서의 호스피스 수가는 A기관 29,800원, B기관 42,715원, C기관 13,985원으로 세 기관 평균 28,833원으로 제시하고 있어 본 연구결과보다 낮게 제시하고 있다. 이렇듯 연구에 따라 다른 수가를 보이는 것은 연구대상의 차이와 자료의 제한, 수가 산정 방법에 있어 다른 접근방법을 이용하고 있기 때문으로 판단된다. 따라서, 본 연구결과를 기초로 실제 가정호스피스 수가산정을 시도할 경우에는 본 수가산출에 이용된 원가조사자료가 전국의 49개 가정형 호스피스 기관 중 5개소만을 대상으로 했다는 점과 2004년도 비용기준이라는 점을 유의하여 실제 수가 책정시에는 재산정이 요구된다는 점을 들 수 있다. 따라서 개발된 수가체계는 시범사업을 통하여 검증된 후에 각계 전문가들간의 합의를 이룬후에 그 결과의 활용이 요구된다. 본 연구의 제한점으로 첫째, 가정호스피스 기관간 직접인건비와 간접비의 차이를 보정할 만한 근거를 찾지 못해 표본 특성이 달라질 경우, 간호원가의 산정결과에 있어 편차가 존재할 수 있으며, 둘째, 일정기간(4주간) 동안 발생한 가정호스피스 행위에 대한 소요시간 조사를 하였으므로 개별 환자들의 중증도나 환자특성을 반영하지 못했으며, 셋째, 연구방법론상 대상자 편의 추출 및 대상기관 확보의 어려움으로 인해 표본수가 적어 본 연구결과를 일반화하기 어렵고, 마지막으로 수가산정에 있어 재료비를 포함하기 어려워 이를 배제할 수 밖에 없었다는 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 간호사의 가정호스피스 간호행위에 대한 수가개발을 목적으로 2004년 7월 부터 2005년 12월까지 18개월간 수행되었다. 연구대상은 전국 5개 가정호스피스 기관을 편의추출하여 연구에 대한 동의를 구했으며, 연구도구는 본 연구팀에서 개발한 가정호스피스 행위 시간 조사지가 이용되었고, 15명의 호스피스 간호사가 50명의 가정호스피스 환자에게 282회 가정방문을 통해 발생한 120개의 호스피스 간호행위에 대한 시간을 자가 기록 하여 자료를 수집하였다. 그리고 시간에 따른 간호원가를 산출하였으며 이를 토대로 방문당 단일

정액수가, 현행 가정간호수가체계에 호스피스 행위를 합산한 방문당 수가, 방문 소요시간별 정액수가 등의 3가지 방법으로 가정호스피스 수가(안)을 제시하였으며, 최종적으로 현행가정간호 수가체계에 방문소요시간 별 정액수를 통합한 수가(안)을 결정하였다. 구체적인 결과는 다음과 같다.

방문소요시간 60분의 기본방문료의 정액수는 교통비를 포함하여 46,595원으로 결정하였고 개별 행위료를 별도로 산정하였다. 개별 행위는 현행 상대가치 점수에 의한 개별행위와 호스피스 간호의 특성을 반영한 임종간호중재, 통증간호중재, 응급상황중재를 포함하였다. 통증간호중재와 응급상황중재에 대한 개별행위료는 반복 청구가 가능하도록 하였으나, 임종간호중재는 한 환자당 1회에 한해 청구가능 하도록 하였다. 방문소요시간 90분인 경우 57,939원을 교통비를 포함한 기본방문료로 산정하였고, 개별행위료를 청구할 수 있도록 하였으며, 이는 방문소요시간 60분의 경우와 동일하도록 하였다. 본 연구는 가정호스피스 간호행위에 대한 현장조사를 근거로 수가를 산정하였기 때문에 연구의 결과를 정부에 정책 제안하여 국내에 호스피스 간호가 제도적으로 정착하도록 하는데 일익을 담당할 수 있고, 현재의 무의미한 치료를 중단하고, 인간적이고, 인본주의적인 환자접근을 통해 과다하게 소비되는 국민 의료비를 절감하도록 할 수 있으며, 또한 간호사가 경제적 가치를 창출할 수 있다는 의미도 전달할 수 있으리라 판단된다. 또한 합리적이고 적절한 호스피스수가 개발은 생애 말기 의료집약적인 서비스로 인한 사회 보건의료자원의 효율적인 이용을 유도할 뿐 만 아니라, 환자와 환자 가족의 삶의 질 향상을 도모할 수 있을 것이다.

말기 환자들을 위한 사회적, 경제적 어려움을 해결하는데 있어 국가의 제도적이고 정책적인 뒷받침은 매우 중요하다. 그러나 호스피스 정신과 그 효과를 고려했을 때 호스피스에 대한 국민의 의식을 확산하여, 모두가 책임감을 갖도록 하는 사회적인 인프라를 구축하는 노력 역시 병행되어야 할 것으로 판단된다.

References

- 김준석 (2004). 국내외 호스피스·완화의료의 현주소와 전망. *대한내과학회지*, 67(4), 327-329.
- 박경호 (2000). 한국 호스피스의 발전방향. *한국호스피스·완화의료학회 동계학술대회 자료집*, 190-193.
- 박정호 (2000). 효율적인 한국형 가정간호 사업소 운형모형 개발. 보건복지부
- 박정호, 송미숙, 성영희, 조정숙, 심원희 (1999). *상대가치를 이용한 간호행위별 간호원가 산정*. 대한간호협회 용역보고서.
- 박찬형 (2002). *일본과 대만의 호스피스 완화의료제도 현황조사 출장결과 보고서*. 보건복지부/건강증진국.
- 배영란 (2000). *호스피스 간호 역할에 대한 임상간호사의 지각 및 수행과 호스피스 환자의 기대 및 만족정도* 이화여자대학교 석사학위 논문, 서울.
- 용진선, 유인자, 유지연 (2000). 병원중심 가정간호중재 분석. *성인간호학회지*, 12(4), 606-618.
- 이용홍 (2002). 호스피스 관련 입법 및 정부대책. *호스피스완화의료 심포지엄 자료집*. 2002. (pp. 19-27).
- 이상옥 (2004). *한국형 호스피스 수가개발에 관한 연구*. 보건복지부/관동대학교.
- 이수정 (2004). 활동분석기준 가정간호 원가 산정. *한국간호과학회지*, 34(6), 1117-1128.
- 이태화, 이원희, 김명실 (2000). 말기 폐암환자를 대상으로 한 가정호스피스와 병원입원치료의 비교. *한국간호과학회지*, 30(4), 1045-1054.
- 정경희, 석재은, 선우덕, 김찬우, 이태화외 (2005). *공적노인요양보장제도 평가 판정 체계및 급여수가개발*. 보건복지부/장기요양기획단.
- 한국보건산업진흥원 (2002). *의료기관 가정간호서비스 실태분석*. 보건복지부.
- 황나미, 조재국, 장인순, 김의숙, 김조자, 양봉민, 윤순영 (1999). *병원중심 가정간호사업모형개발및 제도화방안*. 보건복지부/한국보건사회연구원.
- Bodenheimer, T. S., & Grumbach, K. (2002). *Understanding Health Policy. A Clinical Approach(3rd ed)*. Lange Medical Books/MaGraw-Hill.
- Davies, B., Brenner, P., Orloff, S., Sumner, L., & Worden, W.(2002). Addressing spirituality in pediatric hospice and palliative care. *Journal of Palliative Care*, 18(1), 59-67.
- Davies, B., Collins, J. B., Steele, R., Pipke, I., & Cook, K. (2003). The impact on families of a children's hospice program. *Journal of Palliative Care*, 19(1), 15-26.
- Finkler, S. & Kovner, C. (1993). *Financial management for nurse managers and executives*, Philadelphia/Pennsylvania, Saunders Company.
- Grande, G. E., Farquhar, M. C., Barclay, S I. G., & Todd, C. J.(2004). Caregiver Bereavement Outcome: Relationship with hospice at Home, Satisfaction with Care, and Home Death. *Journal of Palliative Care*, 20(2), 69-77.
- Kawagoe, H.(2000). Death Education in Home Hospice Care in Japan. *Journal of Palliative Care*, 16(3), 37-45.
- Kovner, C. (1989). Public health nursing costs in home care. *Public Health Nursing*, 6(1), 3-7.

Massarotto, A., Carter, H., Macleod, R., & Donaldson, N. (2000) Hospital Referrals to a Hospice: Timing of Referrals, Referrer's Expectations, and the Nature of Referral Information. *Journal of Palliative Care*, 16(3), 22-29.

Ryu, H. S., Jo, H. S., Kim, Y. O., Yoon, Y. M., Song, J. R., Lim, J. Y., Kim, S. Y., & Kim, I. A. (2005). Working Conditions in Home Health Care Nursing: A Survey of Home Care Nurses in Hospital in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 35(7), 1229-1237.

A Study on Estimating the Nursing Cost of Home Hospice Care

Lee, Tae Wha¹⁾ · Sung, Young Hee²⁾ · Choe, Wha Sook³⁾ · Hwang, Na Mi⁴⁾
Park, Hee Ok⁵⁾ · Hwang, Moon Sook⁶⁾ · Jang, Ok Joo⁷⁾

1) Professor, College of Nursing, Yonsei University

2) Professor, Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University

3) Professor, The Graduate School of Clinical Health Science, Ewha Womans University

4) Researcher, Korea Institute for Health and Social Affairs

5) Researcher, Nursing policy Research Institute, Yonsei University College of Nursing

6) Unit manager, Samsung Medical Center

7) Department manager, Korean Nurses Association

Purpose: Hospice care represents all meaningful aspects of physical, mental and economical status of the end stage patients. The purpose of this study was to estimate the cost of home-based hospice care. **Method:** Fifteen nurses participated in counting an hour for requirement and home visit data of 50 end stage patients were analyzed. The method of to estimate the cost of home-based hospice care was three ways. **Result:** In case, including traffic expense, Singles fixed fee per visit via direct inquiry was 112,970 won but in case, excluding traffic expenses, was 86,036 won and traffic expenses per visit was 26,934 won. Final cost of home-based hospice care integrated the fixed fee per the needed time for visit and fee-for services. The fixed fee per 30 minutes was 35,251 won and 60 minutes was 46,595 won and 90 minutes was 57,939 won. We included pain management and the management of emergency and bereavement care among fee-for services. **Conclusion:** The cost of hospice care should be establish for not only patient but the living spouse, families, and children of the dying and for anyone else affected by any patient's death.

Key words : Home hospice care, Nursing cost

• Address reprint requests to : Lee, Tae Wha

Yonsei University College of Nursing

134 Shinchon-Dong, Soedaemoon-Ku Seoul 120-752, Korea

Tel: 82-2-2228-3305 Fax: 82-2-362-1982 E-mail: twlee5@yonsei.ac.kr