가정간호: 위기와 전망

송 종 례[1)]

I. 서론

가정간호제도는 1989년 전국민 의료보험의 달성, 만성질환 및 노인인구의 증가 등으로 의료비 절감과 제한된 의료자원의 효율적 활용을 위한 목적으로 1990년 보건사회부 고시에 의해 의료법 시행규칙 제54조의 분야별 간호사에 가정간호사가 추가되면서 도입되었다. 같은 해 9월 서울대학교 보건대학원에서 600시간의 1년 교육과정인 가정간호사 직무교육과정이 시작되어 1991년부터 가정간호사가 배출되었으나 정작 이들을 활용한 가정간호사업은 1994년 1차 병원중심 가정간호시범사업형태로 시작될 수 있었고, 2001년 가정간호사업이 제도화되기까지 가정간호 시범사업은 7년간 지속하였다. 1, 2차 가정간호시범사업에 대한 평가연구 결과는 의료비 절감, 환자의 편익 증가 및 서비스 만족도가 높은 것으로 나타났다(황나미, 1996; 황나미 외, 1999).

가정간호제도 도입 초기에는 최초로 찾아가는 의료서비스 제도가 탄생하면서 제도가 가진 최대의 장점인 이용자의 편리성 측면에서 제도의 활성화에 대한 큰 기대와 가정간호사업소 개설권을 목표로 간호계의 적극적인 참여아래 2003년 전문간호사제도 도입이전까지 15개에 이르는 가정간호 직무교육과정이 열리고 5천여 명에 달하는 가정간호사 배출과 더불어 가정간호 관련 많은 연구가 이루어지기도 하였다. 또한 일부 전문직단체에서는 가정간호제도의 도입을 강력히 반대하기도 하였다.

의료기관 가정간호사업은 2000년 의료법 개정에 의해 모든 의료기관의 자발적인 참여로 가정간호사 2인을 배치하면 가정간호사업이 가능하도록 2001년 제도화되었지만 2007년 이후 가정간호사업소가 감소되기 시작하면서 2009년 현재 가정간호 존폐의 위기감이 공존하고 있다.

가정간호제도가 도입된 지 20여년 동안 많은 사회·제도적인 변화가 있었으나 가장 중요한 사실은 20년 전부터 예측되어진 노인인구 및 만성질환의 지속적인 증가와 국민의료비의 증가가 심각한 국가적인 문제로 당면하게 된 점에서 가정간호제도의 의미를 다시 한번 되집어 보고 구체적인 활용방안에 대한 정책적인 고려가 지금에서야 필요한 때이다.

또한 지나온 가정간호제도에 대한 평가와 향후 전망은 하나의 의료제도가 정착하는데 있어서 사회

1) 아주대학교병원 가정전문간호사

· 제도적인 변화와 정책적 의사결정이 어떻게 좌우하는지 좋은 사례가 될 뿐만 아니라 2003년 전문간호사제도가 도입된 이후 13개 분야에 걸쳐 전문간호사가 배출되고 있으나 6년이 경과한 현재에도 전문 간호 인력이 제도적으로 활용되지 못한 측면에서 좋은 사례가 될 것이다.

II. 가정간호의 위기 요인

가정간호제도의 활성화의 기본 요건은 입원대체서비스를 제공해 줄 수 있는 조기퇴원환자와 지속적이고 전문적인 관리가 요구되는 재가 만성질환자의 가정간호연계를 통한 가정간호 수요의 증가이며, 사업소 운영측면에서는 수가의 적정성과 기관의 편익이 필요한 점에서 가정간호가 활성화 되지 못한 원인을 알아보고자 한다.

1. 조기퇴원환자의 연계

조기퇴원환자의 연계가 활성화되기 위해서는 미국에서처럼 포괄수가제 등에 의해 조기퇴원시 의료공급자의 이익이 발생하고 입원서비스가 아주 비싸서 소비자의 조기퇴원 요구가 일치할 때 가능하고 이것은 입원대체서비스로써 가정간호의 활성화에 크게 기여하였다. 그러나 한국의 경우 대부분 민간주도의 의료공급인 점에서 시장공급 원리가 작용하고 있고 저수가의 행위별 수가체계인 점에서 결국 병상가동률이 조기퇴원환자의 가정간호 연계에 크게 영향을 줄 수 있다. 즉, 병상가동률이 90% 이하

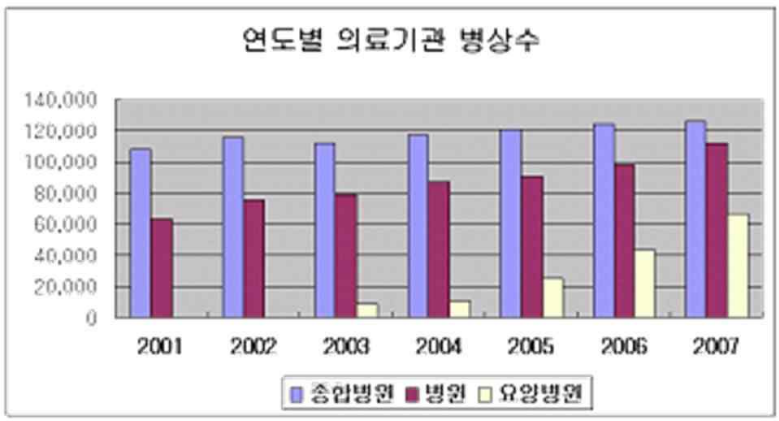

그림 1. 연도별 기관종별 병상수

	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
종합병원	108,224	115,779	111,801	117,323	120,728	124,090	125,840
병원	63,813	75,392	78,853	86,897	90,467	98,228	112,392
의원	76,976	83,987	96,338	91,702	93,972	95,224	96,292
요양병원			8,355	10,445	25,501	43,336	66,727
계	249,013	275,158	295,347	306,367	330,668	360,878	401,251

자료: 보건복지가족부 홈페이지(http://stat.mw.go.kr/), 2009년 9월 9일 자료조회

로 떨어지는 의료기관은 조기퇴원에 대한 요구가 적을 것이며, 의료소비자 입장에서도 입원에 대한 본인부담금이 적을 경우 일찍 퇴원하려는 요구가 감소할 것이다. 더군다나 한국은 OECD의 다른 국가에 비해 급성기병상의 과잉공급(그림 1)과 공급자의 과잉 의료수요를 유도할 수 있는 행위별 수가체계는 의료수요와 의료비를 상승시키는 요인 중의 하나이다. 한국은 2007년 급성기병상은 인구 천 명당 7.1개로 OECD 평균 3.8개보다 많고, 환자 1인당 평균 재원일은 13.6일(2005년)로 2007년 OECD 평균 7.2일에 비해 가장 재원일이 길다. 또한 국민 1인당 외래진료 횟수는 11.8회(2005년)로 OECD 평균 6.8회(2007년)보다 높다(보건복지가족부, 2009).

병상가동률이 높은 의료기관은 병원경영의 효율성을 더욱 높이기 위한 효과적인 방법 중의 하나가 재원일 단축이며, 재원일 단축을 위한 환자의 조기퇴원은 특히 수술환자의 경우 가정간호연계가 효과적이다. 따라서 상대적으로 병상 당 투입 비용과 병상가동률이 높을 것으로 예상되는 종합전문요양기관의 경우 동일 질환에 대한 수술의 경우 〈표 1〉 과 같이 종합병원이나 병원에 비해 입원일수가 짧다.

가정간호사업을 시행하는 의료기관의 병상가동률을 살펴보면 대부분 90%이상이나 90%미만인 의료기관의 경우도 37.3%로 나타났다(송종례 외, 2008). 병상가동률이 높은 기관은 대부분 종합병원 이상으로 조기퇴원 또는 퇴원 후 전문적인 관리가 요구되는 환자의 가정간호 의뢰가 많은 반면, 병상가동률이 떨어지는 기관의 가정간호사업소의 경우 조기퇴원환자보다는 만성질환 및 말기질환자 중심의 지역사회 재가환자가 차지하는 비율이 높았다. 가정간호사업초기부터 가정간호환자의 질환군은 산모・신생아를 제외하고 뇌혈관질환, 암, 당뇨, 고혈압 등 만성질환자로 대부분 구성되어 있었고 이런 환자군은 거동이 불편하고 집중적인 간호가 필요한 대상자였다.

수술 후 조기퇴원환자 등의 입원대체서비스로서의 가정간호의 연계는 2차 시범사업인 1997년 이후의 대형병원 중심으로 이루어졌다. 정형외과의 인공관절 수술환자의 가정간호연계는 대표적인 조기퇴원 환자사례로서 정형외과의 다른 수술분야로도 확대되었으며, 이는 수술환자로서 거동이 불편한 점이 가정간호 연계에 용이한 점으로 작용하였다.

그러나 가정간호의 방문횟수에 대한 보험적용이 1997년 2차 시범사업의 경우 월 4회 방문만 인정되었고, 2001년 제도화 이후 월 8회로 확대되었으나 여전히 다양한 조기퇴원 질환군으로 가정간호가 연계되는데 걸림돌이 되었다. 즉, 조기퇴원환자로서 입원대체서비스효과가 큰 Home TPN(total parental nutrition), IV antibiotic therapy 및 기타 조기퇴원 후 집중적인 관리가 요구되는 질환자는 매일 방문해야 하나 월8회로 보험적용이 제한되어 월

< 표 1 > 기관종별 수술환자의 입원일수

치료내용	종합전문요양기관	종합병원	병원
위암수술(부분절제, 중증)	15.7일	19.1일	24.1일
유방암수술(근치절제, 중증)	11.3일	17.4일	28.6일
폐암 기타치료(중증)	8.7일	11.3일	13.3일

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(http://www. hira.or.kr/), 질병・수술별 진료정보, 2009년 9월 19일 자료조회

8회를 초과하는 방문에 대해 환자가 방문비를 100% 부담하고 가정간호 교통비 수가의 본인부담 100%가 적용되는 점은 조기퇴원으로 빈번한 방문이 필요한 대상자에게는 비용부담을 증가시켜 비용접근성을 더욱 어렵게 하였다. 이후 방문횟수에 대한 보험적용은 2007년 7월부터 연간 96회로 통합적용되어 의료비 절감효과가 큰 입원대체서비스인 정주형 항생제치료 등이 점차 연계되기 시작하였으나 이미 가정간호의 영역은 많이 잠식당한 상황이어서 조기퇴원환자의 가정간호 연계효과는 크지 않았다. 이것은 2005년부터 적용되기 시작한 중증질환자의 보장성 확대와 집으로의 퇴원대신에 의료기관간 전원형태의 퇴원유형이다. 먼저 중증질환의 보장성 강화는 입원 및 외래진료시의 본인부담금을 20%에서 10%로 줄이고 기존에 100% 본인부담이었던 식대, CT촬영 등을 급여화 하여 환자의 진료비 부담을 줄이고자 하였다. 중증질환의 대부분을 암 질환이 차지하고 있지만 전통적인 가정간호대상자의 주질환도 암질환인 점에서 입원이나 외래 진료시 환자의 본인부담금의 감소에 비해 가정간호의 방문횟수의 보험제한과 교통비의 100% 본인부담은 상대적으로 가정간호의 비용접근성을 떨어뜨려 집으로의 퇴원보다는 병원입원을 선호하게 하였다. 또한 암 질환에 대한 민간보험의 입원일당 보험금지급은 환자입장에서 입원일수를 연장하데 일조 하고 있다. 의료기관간 전원형태의 퇴원유형은 만성질환자의 경우 종합전문요양기관에서 종합병원 또는 병원으로 전원 되고, 다시 병원에서 요양시설로 연계되어 결국 입원 후 환자가 집으로 퇴원하기까지는 여러 기관을 경유한 후 집으로 왔을 때 가정간호가 연계되기도 한다.

의료기관간 전원의 활성화는 입원기간에 따른 입원료 차등지급과 병상가동률 증가를 위해 대부분 종합전문요양기관의 입원일수 단축 노력에 따른 것이며, 퇴원후의 관리책임을 줄이기 위한 손쉬운 방법으로써 선택하기도 한다. 또한 대형병원 중심으로 구축된 진료협력체계의 활성화도 의료기간 간 전원을 활성화 하는데 영향을 미쳤다. 또한 다양한 질환에 대한 가정간호 연계체계가 구축되지 않은 점과 의료진(특히, 의사)의 가정간호에 대한 인식부족 등도 의료기관 간 연계를 촉진한 점도 있었다. 결국 집으로의 퇴원대신에 의료기관 간 전원의 활성화는 일개 의료기관에서의 입원일수를 줄이는 데는 효과적이지만 전체 입원일수를 연장시켜 의료비를 증가시킬 수 있고 집으로의 퇴원지연은 병원내 감염의 기회를 높이는 것과 더불어 전반적인 환자의 삶의 질을 저하시킬 수 있다.

한편 2000년 중반 이후 요양시설의 확충에 따른 거동불편 또는 만성질환자의 시설로의 이동과 집중적인 관리가 요구되는 만성질환자의 의료기관 간 전원형태의 퇴원 증가는 가정간호사업소에서 조기퇴원환자 발굴을 촉진시켜 일부 대형병원 중심으로만 이루어졌던 조기퇴원환자의 가정간호 연계가 여러 종합전문요양기관으로 확산되는 계기가 됨으로써 종합병원이상의 가정간호사업소의 경우 가정간호 대상자 분포가 거동불편 또는 와상상태의 만성질환자 중심에서 수술 후 조기퇴원환자 중심으로 이동하기 시작하였다.

이와 같이 조기퇴원환자의 가정간호 연계는 재원일수 감소에 따른 국민의료비 절감과 환자의 삶의 질 향상에 기여할 수 있음에도 불구하고 입원병상의 과잉공급과 의료수가의 저수가체계, 가정간호수가의 보험제한과 상대적으로 중증질환에 대한 보장성 강화 등 여러 요인에 의해 집으로의 퇴원보다는 의료기관의 장기입원과 빈번한 재입원 등을 용이하게 함으로써 가정간호가 활성화하는데 장애가 되고 있

으며, 반대로 조기퇴원환자에 대한 가정간호 연계가 활성화되지 못함으로써 의료기관 간 전원 형태의 퇴원을 강화시키고 있다.

2. 재가 만성질환자의 연계

1990년대 가정간호 시범사업기간 동안 거동불편 또는 와상상태의 만성질환자는 대부분 집중적인 간호가 요구되는 대상자로 급성기 병상 퇴원 이후 달리 가야할 요양시설이나 요양병원 또는 노인전문병원이 부족하였던 때 가정에서 가족에 의한 수발과 가정간호사의 도움으로 재가간호가 이루어졌었다.

집중적인 수발이 필요한 대상자가 입소할 수 있는 요양시설이 부족했던 1990년대와 달리 2000년 이후로는 요양시설이 급속히 증가되기 시작하였는데 그 직접적인 계기는 현재 시행중인 노인장기요양보험제도의 도입과 맞물려 있었다. 노인장기요양보험제도(당시에는 노인요양보장제도)는 2001년 대통령 경축사와 2002년 대통령 공약사항으로 제시되어 2003년 참여정부의 시작과 맞물려 본격적으로 준비되어 2005년 1차 시범사업과 2007년 3차 시범사업을 거쳐 2008년 7월 시행되었다. 요양시설은 2005년 12월 505개소(입소정원 31,000명)(조우현, 2006), 2008년 11월 1,649개소(67,183명)(국민건강보험공단, 2009)로 인프라 구축의 부족을 우려했던 정부의 예상을 깨고 증가추세에 있다.

이와 같이 2000년 이후 요양시설과 요양병원(그림 1)의 증가로 집중적인 수발이 요구되는 거동불편 또는 와상환자가 집에서 요양시설과 요양병원 등으로 이동하게 하였고 이는 가정간호대상자의 일부 감소를 가져왔지만 2008년 7월 노인장기요양보험제도가 도입되기 전까지는 집에서 요양시설로 이동한 가정간호대상자에 대하여 요양시설을 방문하여 가정간호가 제공됨으로써 가정간호대상자의 감소는 크게 없었다. 그러나 노인장기요양보험제도의 도입 이후로 요양시설에 대한 가정간호가 허용되지 않음으로써 병상가동률이 낮고 지역사회 재가만성질환자 중심으로 가정간호가 이루어져 요양시설에 가정간호를 제공했던 중소병원의 가정간호사업소에 직접적인 영향을 가져왔다. 또한 만성질환자가 집에서 요양시설(또는 요양병원)로의 이동은 요양시설(또는 요양병원)의 인프라 구축과 더불어 핵가족화와 맞벌이 부부의 증가 등의 사회변화로 인하여 가족의 구성원에 대한 수발기능의 약화 등에도 한 요인을 차지하고 있다.

노인장기요양보험제도의 도입 준비기에 이미 종합병원이상의 가정간호사업소는 조기퇴원 가정간호 대상자의 발굴로 노인장기요양보험제도의 도입과 맞물려 직접적인 영향이 없었으나 재가 만성질환자 중심으로 가정간호가 시행된 특히, 수도권 이외 지역의 중소병원 가정간호사업소가 영향을 받아서 사업소 운영이 어려워짐에 따라 가정간호사업소 감소에 직접 영향을 미침으로써 2009년 10월 현재 의료기관 가정간호사업소는 2007년 170여 개에서 118개소로 급격한 감소를 가져왔다(가정간호사회, 2009).

3. 가정간호사업소 운영

가정간호사업소는 운영특성상 의료기관의 인프라(의사, 검사시설, 약국 및 물품공급 등)를 이용할 뿐 독립적인 수가체계로 독립적인 사업부서로 운영되기 때문에 사업소운영의 원가분석이 독립적으로 가능하다. 따라서 대부분의 의료기관이 민간부분에서 운영되는 측면에서 홍보 등의 간접적인 효과가 있다 하더라도 적자가 발생하는 부서는 유지하거나 확대가 어려운 현실에서 가정간호수가의 원가보전률이 50%(이수정, 2003; 유호신, 정기선, & 임지

영, 2006)정도인 점은 전국적인 가정간호사업소 확대에 가장 큰 장애 요인이다. 또한 가정간호사업소 폐쇄의 원인으로 대부분은 가정간호 수요의 감소에 의하지만 점차 가정간호수요가 많은 기관에서도 가정간호사업소의 적자운영에 의해 이루어진다는 점에서 가정간호 존폐의 가장 큰 위기 요소이다.

가정간호수가 체계는 1994년 가정간호시범사업부터 입원대체서비스로 인정되어 입원수가와 동일한 체계로 적용되었으며 기본방문료, 교통비 및 개별행위료 이루어졌으며 이중 교통비수가는 본인부담 100% 수가로 구성되었다. 가정간호수가의 원가보전률이 낮은 이유는 1997년 시범사업 시 적용된 수가가 단 한차례의 인상도 없이 유지되다가 2001년 상대가치점수로 전환된 데에 있다<표 2>.

가정간호사업 운영에 따른 기관의 편익은 병상가동률이 높은 의료기관의 경우 재원일수 단축에 따른 수익률이 향상되어 사업소운영 적자가 충분히 상쇄되지만 병상가동률이 낮은 기관의 경우 간접적인 홍보효과만으로 가정간호사업소를 개설하거나 운영하기는 어렵다. 따라서 전국적인 가정간호사업소의 확대를 위해서는 가정간호수가의 적정화가 필수적이라 할 수 있다.

Ⅲ. 의료환경 변화와 가정간호

노인인구의 급속한 증가와 만성・중증질환의 증가는 의료비상승의 문제와 효율적인 만성질환관리 체계가 요구되고 있으며 의료비 상승 문제는 보건의료의 난제 중의 하나로 단일한 방법으로 해결되기 어렵기 때문에 다양한 접근방법이 요구된다. 또한 효율성의 문제와 더불어 의료서비스의 질 향상, 의료의 형평성과 이용의 접근성 등 다양한 정책적인 문제 해결 측면에서 가정간호제도는 유용하게 활용될 수 있다.

1. 의료비 절감

2002년 노인의료비는 전체 의료비의 19.3%를 차지하였으나 2009년 상반기 노인의료비가 차지하는 비율은 전체 건강보험진료비의 30.6%로 지속적으로 증가하고 있으며(건강보험심사평가원, 2009), 암 발생률은 2002년 116,034건에서 2005년 142,610건으로 증가하면서(보건복지가족부, 2007) 암 진료비(입원 및 외래 급여비)는 중증질환에 대한 보장성 강화로 인하여 2002년 9,368억원에서 2007년 22,582억원으로 급격히 증가하였다(건강보험심사평가원, 2008). 또한 건강보험심사평가원 자료에 의하면 희귀난치성질환자 지원(요양급여비 포함)이 2001년

< 표 2 > 연도별 가정간호수가

연도	기본방문료(원)	교통비(원)	비고
1994	15,000	5,000	1차 시범사업 시작
1995	16,000	상동	
1997	19,000	6,000	2차 시범사업 시작
1998~2001	상동	상동	다른 수가 4차례(6.0%, 9.2%, 6.5%, 7.2%)인상
2009현재	21,740	6,870	2001년부터 상대가치점수 적용

자료: 가정간호사회 내부자료(2009)

4개 질환에 대해 226억원에서 2008년 111개 질환에 대해 405억원으로 증가하였다. 이와 같이 국민의료비 증가율은 2005년 11.7%, 2006년 11.3%, 2007년 13.0%로 두 자리 증가율이 계속되고 있어 의료제도, 특히 건강보험 제도의 지속가능성이 쟁점화(연세대학교 의료복지연구소, 2009) 되고 있다. 이러한 의료비의 상승은 노인・만성질환자의 증가 등 인구사회학적인 변화에 의한 부분도 있지만 OECD 다른 국가에 비해 여전히 급성기 병상수가 많고 입원일수가 길고 국민 1인당 외래진료횟수가 많은 점 그리고 행위별 수가체계 중심인 점은 의료이용의 양적인 확대를 가져오게 하는 의료체계에 의한 문제이기도 있다. 행위별 수가체계를 보완하기 위한 노력으로 DRG제도를 수년전부터 운영하고 있으나 대부분의 대형병원은 참여하지 않고 있다.

지불보상제도 등의 근본적인 개혁은 많은 저항을 가져오기 때문에 당장 시도하기 어려운 측면에서 보완적으로 적용할 수 있는 방안 중 하나로 퇴원계획의 확산이다. 이미 의료기관평가 제도는 2004년부터 시행되어 왔으며 2010년 인증제로의 전환을 목표로 의료기관평가 인증 추진위원회가 구성되어 있다. 기존의 의료기관평가의 취약점중의 하나는 의료서비스의 질 향상을 위하여 치료의 연속성 보장과 이를 위한 퇴원계획의 부재이다. 퇴원계획은 미국에서 메디케어에 대한 비용지불체계의 변화로 조기퇴원과 이에 따른 의료의 연속성 유지를 목적으로 도입, 연속성 유지를 위한 연계체계로서 가정간호가 활성화 되었다. 따라서 의료기관평가 인증제도에 퇴원계획과 일정부분 가정간호 활용방안이 포함된다면 가정간호연계를 통해서 입원일수 단축과 더불어 의료기관 및 시설중심의 퇴원형태에서 재가서비스로의 전환을 통해서 의료비 절감에 일정부분 기여할 수 있을 것이다.

2. 만성질환관리와 노인장기요양보험

노인성, 만성퇴행성 질환과 암 및 희귀난치성 등의 중증질환의 증가로 급성기 치료 후 집으로의 퇴원 이후에도 치료 및 질환관리에 대한 치료의 연속성 유지를 위한 전문적인 의료서비스 제공 등의 연계체계가 요구되고 있다.

또한 노인장기요양보험제도가 도입된 지 1년이 경과한 점에서 요양시설이나 재가시설의 양적인 인프라 구축이 이루어졌지만 대부분의 요양시설 입소자들이 가지는 만성질환 관리 측면에서 의료 사각화가 대두되고 있다. 이에 대한 보완책으로 요양시설에 대한 협약의료기관의 체결과 촉탁의를 두게 하였으나 이는 상태악화시 의료기관으로의 전원과 약 처방위주의 진료에 그치고 있으며 최근에는 요양시설에 보건의료인력의 배치에 따른 인센티브제 실시하고 있으나 실효성에 의문을 가지고 있다. 요양시설의 의료사각화 문제는 기본적으로 요양시설입소자가 대부분 만성질환에 이완되어 있어 건강관리가 필요한 대상자라는 측면, 요양시설에 의사가 상주하지 않고 입소자 25명당 간호인력 1인의 배치기준도 인건비나 인력구인의 어려움에서 간호인력의 대부분이 간호조무사로 대치된 인력배치 측면 그리고 검사나 주사서비스 등 의료서비스 제공이 불가능한 환경적 측면에서 불가피한 문제이다. 따라서 입소자의 건강문제 발생이나 전문적인 의료처치가 필요한 경우 의료기관을 통원하거나 재입원 할 가능성이 높아지고 있어 거동불편자의 통원에 따르는 부담감과 건강보험의 의료비 지출은 노인장기요양보험 도입이전과 크게 변화가 없을 것이라는 점이다. 노인장기요양보험제도의 도입목적중의 하나는 급증하는 노인의료비 절감에 있으나 4년간 요양보험 시범사업 대상자의 건강보험 의료이용률에서 입원비용이 크게 증가하였고 입원기간도 증가하면서 종합병원이

용률이 증가한 것으로 나타났다(강임옥 외, 2008). 또한 요양시설 입소자는 대부분 급성기 건강문제의 발생으로 병원 입원치료를 받을 경우 퇴원 후 집으로 돌아가지 않고 다시 요양시설로 재입소할 가능성이 높은 측면에서 조기 퇴원시 요양시설에서 입원대체서비스의 제공이 어렵기 때문에 병원 입원기간이 길어지거나 적절한 추후관리가 안될 가능성이 높다. 따라서 노인장기요양보험제도가 도입되기 이전부터 요양시설 입소자에게 가정간호가 요구되어 가정간호가 제공되었던 점에서 현재 노인장기요양보험 하에서 요양시설에서 가정간호서비스가 요구되고 있는 대상자에게 가정간호서비스가 제공될 수 없다면 가정간호 연계를 통하여 병원의 인프라(의사, 검사, 주사 및 물품 공급 등)를 활용함으로써 요양시설의 의료 사각화 문제를 해결하는데 일정부분 기여 할 수 있을 것이다.

3. 전국적인 가정간호 네트워크

병상가동률이 높은 의료기관은 경영의 효율성 측면에서 재원일수를 단축시키기 위해 조기퇴원을 유도하고 있으며 퇴원 후 적절한 추후관리가 연계되지 않을 경우 환자들은 퇴원에 대한 불안, 추후치료를 위한 무리한 통원치료로 불편감 증가, 합병증 발생 및 재입원률의 증가를 가져올 수 있어 퇴원 후 치료의 연속성을 위한 전문 관리체계가 요구된다. 또한 건강보험연구원이 2006년부터 3년간 지역간 의료이용 분석결과 서울지역 의료기관에서 지방환자 상경진료비는 3년동안 34.5% 증가하였고, 2008년 서울소재 의료기관이 전체 건강보험 진료수입의 26.9%를 차지하였다. 이와 같이 서울지역 의료기관으로의 환자 쏠림 현상은 전국적인 교통망의 발달과 의료이용의 선호도 증가에 따른 것으로 전국적인 이용환자의 집중으로 입원일수를 단축하기 위한 조기퇴원이 이루어지나 퇴원 후 해당지역의 가정간호 연계병원이 부재한 경우 퇴원 후 추후관리의 어려움이 뒤따르고 있다.

Ⅳ. 결론

20년 전 가정간호제도는 서비스이용의 편리성 측면에서 크게 활성화 될 것이라는 기대 속에 정부에서는 보험급여의 과잉팽창을 우려하여 방문횟수 제한과 교통비의 전액 본인부담화등 제도적 장치를 마련하였다. 그러나 병상의 과잉공급, 의료수가의 저수가체제와 가정간호수가의 저수가화 등은 철저히 시장경제원리가 적용되는 환경에서는 활성화가 되기 어려운 상황이었다. 또한 노인장기요양보험제도의 도입과 중증질환자 보장성 강화, 핵가족화 등 사회제도적인 변화와 맞물려 어려움을 더하였다. 2002년 건강보험 청구자료에 의한 가정간호이용자는 15,941명, 전체 건강보험급여비의 0.03%를 차지하였고(유선주, 장현숙, 2005), 2006년에는 31,788명, 0.09%에 불과하였으며(진영란, 2009), 2009년 10월 전국 가정간호사업소수는 118개에 불과한 상황이다(가정간호사회, 2009).

그러나 중요한 사실은 여러 가지 어려운 조건 속에서도 가정간호제도는 20여 년이 지난 현재까지도 소수의 국민일지라도 가정간호를 이용하는 국민이 있어왔고 가정간호 환자에게는 가정간호가 반드시 필요한 제도이고, 짧지 않은 기간을 통하여 의료제도의 하나로 정착되었다는 점에 있다.

조기퇴원환자 및 만성중증질환자의 가정간호연계는 환자의 가정과 의료기관 그리고 요양시설에 이르기까지 징검다리 역할을 수행함으로써 의료기관과 시설중심으로 서비스를 재가로 전환시키는 역할을 일정부분 수행하면서 의료비 절감과 환자의 삶의

질 향상에 이바지할 수 있는 필요성이 증가하고 있다. 이는 노인・만성질환자 증가와 더불어 의료비 상승의 문제, 치료의 연속성 유지 및 효율적인 만성질환 관리의 필요성이 더욱 대두되고 있기 때문이다. 또한 국민소득의 증가에 따라 의료서비스에 대한 요구수준이 상향되고 있으며, 개인의 선호도에 따라 다양한 형태의 서비스 중에서 선택할 수 있는 권리가 보장되기 위해서는 재가의료서비스의 한 부분으로 가정간호는 유지되어야 한다. 특히 가정간호는 전 국민을 포함하는 건강보험 대상자를 위한 유일한 재가 입원대체서비스(뿐만 아니라 자동차보험이나 산재보험도 포함됨)라는 점에서 특정 계층을 대상으로 하고 의료기관 인프라를 직접 활용하기 어려운 보건소 중심의 맞춤형 방문건강관리사업이나 노인장기요양보험 방문간호(재가요양기관 설치)와는 제도의 본래 목적과 활용에 대한 의미가 다르다고 할 수 있다.

이와 같이 사회나 국가적 필요에 따라 가정간호가 더욱 활용되기 위해서는 더 이상 시장경제 원리에 맡기기보다는 국민의 가정간호 이용의 접근성을 높이기 위한 제도적인 보완이 절실히 요구된다. 가정간호 이용자의 비용의 접근성을 높이기 위해서는 교통비수가나 방문횟수에 대한 보험급여의 확대가 필요하고 전국적인 가정간호 연계체계 구축을 위해서는 가정간호사업소 개설을 촉진하기 위한 가정간호수가의 적정화, 사업소 개설요건의 일부 완화, 의료기관평가 인증제에의 반영, 지역거점 공공의료기관의 가정간호사업소 확대 등 다양한 측면에서의 정책적 보완이 필요하다.

참고문헌

1. 가정간호사회(2009). 전국 의료기관 가정간호사업소 현황(내부자료).
2. 강임옥, 박종연, 권진희, 김경하(2008). 노인장기요양보험 대상자의 서비스 이용 현황 및 코호트 구축 방안. 국민건강보험관리공단 건강보험정책연구원.
3. 건강보험심사평가원(2008). 암 요양급여 통계(2001~2007). (http://www.hira.or.kr/, 2009년 9월 19일 자료조회).
4. 건강보험심사평가원(2009). 2009년 상반기 진료비 통계지표. (http://www.hira.or.kr/, 2009년 9월 19일 자료조회).
5. 국민건강보험공단(2009). 2008 장기요양기관 현황. 노인장기요양보험 홈페이지 (http://www. longtermcare. or.kr 통계자료실, 2009년 11월 21일 자료조회).
6. 보건복지가족부(2007). 암등록 통계. (http://stat.mw.go.kr/, 2009년 9월 19일 자료조회).
7. OECD(2009). Health Data.
8. 송종례, 강임옥, 김윤옥, 조혜숙, 황문숙(2008). 노인대상 의료기관 가정간호사업의 운영실태. *지역사회간호학회지, 19(4)*, 659-671.
9. 연세대학교 의료복지연구소(2009). 2007년 국민보건계정 및 국민의료비.
10. 이수정(2003). 활동기준원가계산(ABC)을 적용한 가정 간호 원가 분석. 연세대학교 박사학위논문.
11. 유선주, 장현숙(2005). 가정간호 환자구성 모델을 적용한 자원이용량 비교 분석. *대한간호학회지, 35(5)*, 774-786.

12. 유호신, 정기선, 임지영(2006). 가정간호수가 적정성 검증 및 수가체계 개선 방향. *대한간호학회지, 36(3),* 503-513.
13. 진영란(2009). 노인의 의료기관 가정간호 급여청구 및 서비스 이용 현황. *한국노년학, 29(2),* 645-656.
14. 조우현(2006). 노인수발보험제도의 과제와 전망. 가정간호사회 2006년 프리셉터쉽 교재.
15. 황나미(1996). 병원중심 가정간호시범사업 평가. 한국보건사회연구원.
16. 황나미 외(1999). 병원중심 가정간호사업 모형 개발 및 제도화 방안. 한국보건사회연구원.

Abstract

Home care services: crisis and prospects

Chongrye Song[1)]

The Korean government introduced Home Care Services System to cut medical cost and make efficient use of limited medical resources because of increasing chronic diseases and the growing population of the elderly. The Korean government established measures to control the use of insurance services by restricting the number of nurse's visits to patient's home and by asking the patients to shoulder the transportation fee of nurses during the visit. Factors such as oversupply of hospital facilities, low price of home care services, high insurance coverage for hospital services and increased nuclear family set up resulted in the limited use of home care nursing services.

The introduction of long-term care insurance in 2007 brought the decrease in the number of home care agencies and these agencies are facing a crisis today. The increase in chronic diseases and growing population of the elderly recently resulted in the need to control the high medical cost.

Home care services for early discharge patients and chronic-severe disease patients will contribute in the reduction of medical cost at the same time improves the quality of patient's life. To catch up with the demands of the nation, accessibility to home care services should be improved and policies such as the expansion of home care services insurance coverage and promotion of establishing home care agencies should be considered.

1) RN, MPH, Home care nurse practitioner, Head nurse, Department of Nursing, Ajou University Hospital