

의료기관 가정간호의 현황(2007-2012): 가정간호 급여청구자료 분석

송종례¹⁾ · 이미경²⁾ · 황문숙³⁾ · 윤영미⁴⁾

서론

연구의 필요성

의료기관 가정간호는 2000년 의료법 개정에 의해 의료비 절감과 의료이용의 편익제고 및 국민의 삶의 질 향상을 목적으로 2인 이상의 가정전문간호사를 배치한 의료기관내에서 실시할 수 있도록 2001년 제도화 되었다(Ministry of Health & Welfare(MOHW), 2001). 의료기관 가정간호 제도화 과정은 1990년 의료법 시행규칙에 의한 가정간호사 고시로 시작하여 1990년 가정간호사 직무교육이 실시되어 1991년 가정간호사가 최초로 배출되고 1994년 병원중심 가정간호시범사업의 시작 등 많은 과정을 거쳐 이루어졌다. 이후 13년이 경과하였음에도 불구하고 가정간호 실시 의료기관은 전국 약 120여 기관에 불과하며 일부 대형병원을 제외하고는 대부분 가정전문간호사 2~3명의 소규모로 운영되고 있다(Home Health Care History Compilation Committee, 2014). 의료기관 가정간호가 확대되지 못하는 이유는 제도화 초기에는 주로 가정간호수가 원가보전 미흡, 월 8회 가정방문 급여제한 등으로 인하여 가정간호실시 기관이 증가하지 않았으나(Park, et al., 2002; Lee, 2003; Ryu, Jung, & Lim, 2006) 시간이 경과할수록 의료기관의 입원병상수 증가와 요양병원 증가, 포괄수가제(Diagnosis related group, DRG) 지연, 노인장기요양보험제도 도입 등 사회제도 전반에 걸친 근본적인 원인에 의하여 의료기관 가정

간호는 확대되지 못하고 있다(Song, 2009; Home Health Care History Compilation Committee, 2014).

우리나라 장래인구추계(Statistics Korea, 2011)에 따르면 2030년 65세 이상 노인 인구는 24.3%로 국민 4명중 1명에 이르며 2060년 생산가능인구(15-64세) 10명이 10명(노인 8명, 어린이 2명)을 부양할 것으로 추계되었다. 2013년 65세 이상 노인은 전체인구의 11.5%로 전체 건강보험 진료비의 35.4%를 사용하였다(National Health Insurance Service(NHIS) & Health Insurance Review & Assessment Service(HIRA), 2014). 한국은 경제개발협력기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가 중 국민 1인당 병원 병상수가 일본 다음으로 많고 병원 평균재원일수가 OECD국가평균은 2000년 9.2일에서 2011년 8.0일로 감소하였으나 한국은 오히려 증가하여 OECD국가평균의 2배에 이르고 있다. 따라서 진료의 질을 유지하면서도 병원 평균재원일수 감소를 위해서 지불방식의 변화, 집으로 돌아간 후에도 계속 치료를 받을 수 있는 조기퇴원프로그램의 확대 등이 필요하다(OECD Korea Policy Centre, 2014).

정부는 2007년 집중적인 가정간호이용자의 편의를 위하여 월 8회 가정방문 급여를 연간 96회로 확대하였고 2010년에는 가정간호 실시기관의 급격한 감소를 막기 위해 가정간호 기본방문료 상대가치점수를 342.96점에서 491.30점으로 43.25% 인상하였으나(Home Health Care History Compilation Committee, 2014) 이후에도 가정간호 실시기관은 계속 감소함에 따라

주요어 : 가정간호서비스, 가정간호사업소, 비용

1) 아주대학교병원 가정간호센터 수간호사(교신저자 E-mail: gyrisan@hanmail.net)

2) 성균관대학교 임상간호대학원 임상조교수

3) 우석대학교 간호학부 부교수

4) 서울보훈병원 가정간호사업실 수간호사

투고일: 2014년 11월 6일 수정일: 2014년 11월 26일 게재확정일: 2014년 12월 2일

2014년 8월부터는 기본방문료 상대가치점수 30%인상(491.30 → 636.54점, 상급종합병원 기준) 및 연간 방문횟수 제한 삭제, 소아 및 노인 방문에 대한 연령가산 등 대폭적인 가정간호수가 개선을 실시하였다(HIRA, 2014). 이와 같이 정부의 가정간호 활성화를 위한 수가개선 노력이 효과가 있는지를 평가하고 가정간호 실시기관이 지속적으로 감소하는 원인분석과 이에 대한 정책대안 마련을 위해서는 먼저 의료기관 가정간호 실시 현황에 대한 연도별 추이분석이 선행되어야 한다.

2001년 의료기관 가정간호제도화 이후 가정간호 현황에 대한 연구는 주로 2008년 노인장기요양보험제도 도입과 관련되어 이루어졌으며, 노인대상의 의료기관 가정간호사업의 운영 실태(Song, Kang, Kim, Jo, & Hwang, 2008)와 가정간호 급여 청구 및 서비스 이용 현황(Chin, 2009), 노인장기요양보험제도 이후 가정간호 이용실태 변화(Chin & Hong, 2011) 등이 있으나 장기간 연도별 가정간호 실시 현황을 중단적으로 분석한 연구는 부족한 실정이다.

따라서 본 연구는 의료기관 가정간호 실시 현황을 연도별로 분석하여 의료기관 가정간호제도 발전을 위한 연구 및 정책대안 마련 등을 위한 기초자료를 제공하고자 수행하였다.

연구 목적

건강보험심사평가원의 전국 가정간호 급여청구자료 등을 토대로 가정간호 실시기관 및 이용자 현황 등을 연도별로 분석하여 가정간호 연구 및 정책 활동을 위한 기초자료로 제공하기 위함이며 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 가정간호 실시기관의 기관종별, 지역별 분포현황을 연도별로 파악한다.
- 둘째, 가정간호 실시기관에서 활동하는 가정전문간호사 현황을 파악한다.
- 셋째, 가정간호 이용자의 성별, 연령, 주상병 분포현황을 연도별로 파악한다.
- 넷째, 가정간호 서비스 이용량(방문건수)의 지역별, 기관종별, 상병별 분포와 가정간호 진료비를 연도별로 파악한다.

연구 방법

연구 설계

전국 가정간호실시 의료기관의 건강보험(의료급여 포함) 급여청구 및 의료인력 신고 자료를 토대로 한 건강보험심사평가원의 가정간호 급여청구자료와 가정전문간호사 현황자료를 분석한 2차 분석연구이다.

연구 자료

가정간호 급여청구자료 및 가정전문간호사 현황자료는 대한간호협회 가정간호사회의 공식요청으로 건강보험심사평가원에서 1차적으로 추출하여 제공된 자료이다. 2007년과 2008년 가정간호 급여청구자료는 2010년 4월 건강보험심사평가원으로부터 제공받은 자료이며, 2009년과 2010년 자료는 2011년 6월에, 2011년 자료는 2012년 2월에, 2012년 자료는 2013년 2월에 제공받은 자료이다.

가정간호 급여청구자료는 각 의료기관에서 건강보험심사평가원에 가정간호 기본방문료(청구코드 AN100)를 기재하여 건강보험 및 의료급여를 청구한 명세서를 토대로 한 자료이며, 2007년부터 2012년까지의 가정간호 급여청구자료는 매년 1월 1일부터 12월 31일까지 심사 청구 명세서에 기재된 진료월을 기준으로 심사 결정된 것이다. 가정간호실시기관은 매년 1월 1일부터 12월 31일 중에 한번이라도 급여청구가 있는 기관을 포함하였으며, 가정간호이용자 상병은 제1상병(주상병)분류기호 및 한국 표준질병사인분류에 의한 것이며, 가정간호 이용자 연령은 진료비명세서에 기재된 수진자 생년월일을 기준으로 진료시점에서 계산한 만(滿) 나이이며, 환자의 진료시점에 따라 진료인원이 중복 집계 될 수 있으며, 의료기관에서 해당월의 진료분을 청구하지 않은 경우 일부 진료분이 누락 될 수 있다.

가정전문간호사 현황자료는 건강보험심사평가원에 가정간호 실시기관의 가정전문간호사에 대한 인력변동 신고내용에 국한된 것으로 2013년 11월 건강보험심사평가원으로부터 제공받은 자료이다.

자료 분석

연구 자료는 빈도, 백분율, 합계 등 기술통계분석을 실시하였다.

연구 제한점

본 연구는 건강보험심사평가원의 건강보험 및 의료급여에 대한 보험급여청구자료를 분석함에 따라 산재보험, 자동차보험 및 일반수가 적용 이용자는 본 연구 분석에서 제외되었으며, 연간 96회 초과 이용실적 및 비급여(100대 100본인부담수가 포함)비용도 제외되어 전체 가정간호 현황을 파악하는데는 제한이 있다.

연구 결과

전국 가정간호 실시기관 현황

● 기관종별 가정간호 실시기관(2007-2012)

가정간호 급여청구기관은 2007년 214개소에 비해 2012년 140개소로 34.6% 감소하였고, 2008년에서 2009년 사이에는 가장 많이 감소하였으며, 2010년 이후에는 급격한 감소가 더 이상 없는 상태이다. 이중 종합병원이상의 가정간호 급여청구기관은 2007년에 비하여 2012년에는 19.7% 감소하였으나, 병원은 58.5%, 의원은 61.5% 감소하여 의원급 가정간호 급여청구기관이 가장 많이 감소함에 따라 2010년 이후 종합병원은 전체 가정간호 급여청구기관의 약 50%, 상급종합병원은 20%를 차지함으로써 대부분 종합병원이상에서 가정간호를 실시하는 것으로 나타났다. 요양병원의 증가에 따라 2011년부터 요양병원에서 가정간호 급여청구가 시작되었으며, 2012년 요양병원 가정간호 급여 청구기관은 8개소에 이르렀다<Table 1>.

● 지역별 가정간호 실시기관(2007-2012)

2007년부터 2012년까지 가정간호 급여청구기관은 경기지역이 약 20%를 차지하여 가장 많았으며, 서울 14~16%, 전남 11~15%, 전북이 약 10%를 차지하였다. 2007년에 비하여 2012년 가정간호 급여청구기관은 울산광역시 83%(6개에서 1개), 충남 80%(5개에서 1개), 광주광역시 64%(11개에서 4개), 경남 60%(10개에서 4개), 인천광역시 55%(11개에서 5개), 충북지역이 40%(5개에서 3개) 감소한 것으로 나타나 수도권 및 광역시, 전라도지역을 제외하고 지역내 가정간호 실시기관이 감소하거나 증가하지 않아서 가정간호 사각지대가 증가하고 있다<Table 1>.

활동 가정전문간호사 현황(2010-2012)

건강보험심사평가원에 신고한 활동 가정전문간호사는 2010년 455명으로 사업소당 평균 3.1명으로 종합병원이상 기관에 79% 소속되었고, 2011년 442명으로 사업소당 평균 3.1명으로 종합병원이상 기관에 79% 소속되었고, 2012년 423명으로 사업소당 평균 3.0명, 종합병원이상 기관에 80% 소속되었다. 지역별 활동 가정전문간호사 수는 2010년 서울지역은 156명

<Table 1> Number of HC Agencies by Region, Type of Institution from 2007 to 2012 on Insurance Claims
(Unit: Number of institutions, %)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
by Region						
Seoul	34(15.9)	40(20.2)	27(16.5)	23(15.6)	23(16.1)	19(13.6)
Busan	16(7.5)	15(7.6)	13(7.9)	12(8.2)	10(7.0)	11(7.9)
Incheon	11(5.1)	9(4.5)	9(5.5)	8(5.4)	5(3.5)	5(3.6)
Daegu	10(4.7)	9(4.5)	9(5.5)	9(6.1)	7(4.9)	9(6.4)
Kwangju	11(5.1)	9(4.5)	5(3.0)	5(3.4)	5(3.5)	4(2.9)
Daejeon	7(3.3)	7(4.5)	6(3.7)	7(4.8)	8(5.6)	7(5.0)
Ulsan	6(2.8)	5(2.5)	2(1.2)	2(1.4)	1(0.7)	1(0.7)
Gyeonggi	40(18.7)	33(16.7)	34(20.7)	32(21.8)	28(19.6)	29(20.7)
Gangwon	5(2.3)	4(2.0)	3(1.8)	3(2.0)	6(4.2)	6(4.3)
Chungbuk	5(2.3)	2(1.0)	1(0.5)	2(1.4)	4(2.8)	3(2.1)
Chungnam	5(2.3)	3(1.5)	4(2.4)	1(0.7)	1(0.7)	1(0.7)
Jeonbuk	21(9.8)	19(9.6)	18(11.0)	13(8.8)	14(9.8)	20(14.3)
Jeonnam	26(12.1)	30(15.2)	23(14.0)	20(13.6)	22(15.4)	16(11.4)
Gyeongbuk	7(3.3)	7(3.5)	5(3.0)	5(3.4)	5(3.5)	5(3.6)
Gyeongnam	10(4.7)	6(3.0)	5(3.0)	5(3.4)	4(2.8)	4(2.9)
Jeju	-	-	-	-	-	-
by Type of institution						
Tertiary Hospital	34(15.9)	36(18.2)	31(18.9)	30(20.4)	30(21.0)	28(20.0)
General Hospital	83(38.8)	85(42.9)	75(45.7)	71(48.3)	68(47.5)	66(47.2)
Hospital	53(24.8)	51(25.8)	41(25.0)	32(21.8)	24(16.8)	22(15.7)
LTC Hospital	-	-	-	-	6(4.2)	8(5.7)
Clinic	39(18.2)	21(10.6)	15(9.2)	12(8.2)	14(9.8)	15(10.7)
HMC	5(2.3)	5(2.5)	2(1.2)	2(1.3)	1(0.7)	1(0.7)
Total	214(100.0)	198(100.0)	164(100.0)	147(100.0)	143(100.0)	140(100.0)

HC=Hospital-based Home Care; LTC=Long Term Care; HMC=Health and Medical Center.

* HC agencies includes the year home care interruption institutions.

(34%)으로 기관당 7명이 배치되었고, 경기지역은 84명(19%)으로 기관당 3명 배치, 전남지역은 47명(10%)으로 기관당 2명, 전북지역은 31명(7%)으로 기관당 2명, 인천지역은 17명(4%)으로 기관당 2명 배치되었고, 2011년 서울지역은 161명(36%)으로 기관당 7명, 경기지역 79명(18%)으로 기관당 3명, 전남지역 49명(11%)으로 기관당 2명, 전북지역 32명(7%)으로 기관당 2명, 인천지역 12명(3%)으로 기관당 2명, 2012년 서울지역 157명(38%)으로 기관당 8.3명, 경기지역 78명(19%)으로 기관당 2.7명, 전남지역 38명(9%)으로 기관당 2.4명, 전북지역 34명(8%)으로 기관당 1.7명, 인천지역 14명(3%)으로 기관당 2.8명이 배치되었다.

가정간호 이용자 현황

2007년부터 2012년까지 건강보험 및 의료급여 대상자 중 가정간호 급여청구자료에 의한 전체 가정간호 이용자수는 연간 평균 3만2천명으로 2008년 35,472명에서 매년 점차 감소하여 2012년 27,994명으로 2008년 대비 2012년에는 21% 감소하였다<Table 3>.

● 가정간호 이용자의 성별 연령별 분포(2007-2010)

2007부터 2010년까지 가정간호 이용자는 남성에 비해 여성이 1.5~1.6배 많은 것으로 나타났으며, 특히 20~30대는 2~4배, 70세 이상은 1.4~2배 많은 것으로 나타났다. 연령은 4세미만

소아부터 80세이상 노인에 이르기까지 전 연령대에 분포하였으며, 60세 이상이 약 70%를 차지하였다<Table 2>.

● 가정간호 급여청구 다빈도 상병(2007-2012)

가정간호 급여청구 다빈도 상병(주상병 기준)은 2007년부터 2010년까지는 본태성 고혈압(I10)이었으나 2011년과 2012년에는 위암(C16)으로 나타났다. 고혈압(I10)은 2007년 3,612명에서 2012년 784명으로 지속적으로 감소하였고, 상위 2~3위 상병인 뇌졸중 및 뇌혈관질환(I63, I69)도 2007년 5,279명에서 2012년 1,709명으로 지속적으로 감소하였다. 위암(C16)은 2007년 1,323명에서 2012년 1,465명으로 이용자수 변화가 없고 2011년부터 1위 주상병이며, 상위 30위 다빈도 상병 중 암 상병은 2007년 16.1%(4,362명)에 불과하였으나 2009년 20.2%(4,443명), 2011년에는 30.9%(4,760명), 2012년에는 35%(5,201명)를 차지하였다. 상위 30위 상병이 전체 상병에서 차지하는 비율은 2007년에는 78%, 2009년 68%, 2011년 54%, 2012년 53%로 갈수록 낮아져 30위 이하의 다양한 상병이 분포해 있음을 알 수 있다<Table 3>.

가정간호 서비스 이용량(방문건수) 및 진료비 규모

● 지역별 가정간호 방문건수(2007-2012)

건강보험 및 의료급여환자의 방문건수(가정간호 기본방문료 청구코드인 AN100 청구건수)는 서울지역 가정간호 급여청구

<Table 2> Distributions of HC Patients by Gender, Age from 2007 to 2010 on Insurance Claims (Unit: Person, %)

		2007		2008		2009		2010		
Age	Gender									
	≤9	Male	217	384(1.1)	231	403(1.1)	34	424(1.3)	227	413(1.4)
		Female	167		172		190		186	
10-19	Male	231	392(1.1)	221	390(1.1)	266	541(1.7)	255	485(1.6)	
	Female	161		169		275		230		
20-29	Male	299	1,084(3.1)	299	1,049(3.0)	372	1,865(5.8)	352	1,809(6.0)	
	Female	785		750		1,493		1,457		
30-39	Male	474	2,069(6.0)	487	2,129(6.0)	678	2,146(6.7)	608	2,147(7.1)	
	Female	1,595		1,642		1,468		1,539		
40-49	Male	1,013	2,661(7.7)	1,042	2,645(7.5)	1,417	3,238(10.0)	1,263	2,982(9.9)	
	Female	1,648		1,603		1,821		1,719		
50-59	Male	1,624	3,435(9.9)	1,743	3,666(10.3)	970	1,925(6.0)	930	1,890(6.3)	
	Female	1,811		1,923		955		960		
60-69	Male	2,989	6,399(18.4)	3,005	6,310(17.8)	2,879	5,827(18.1)	2,622	5,354(17.8)	
	Female	3,410		3,305		2,948		2,732		
70-79	Male	3,841	10,146(29.2)	3,914	10,364(29.2)	3,656	8,901(27.6)	3,365	8,110(26.9)	
	Female	6,305		6,450		5,245		4,745		
≥80	Male	2,366	8,160(23.5)	2,496	8,516(24.0)	2,441	7,380(22.9)	2,281	6,914(23.0)	
	Female	5,794		6,020		4,939		4,633		
Total	Male	13,054	34,730(100.0)	13,438	35,472(100.0)	12,913	32,247(100.0)	11,903	30,104(100.0)	
	Female	21,676		22,034		19,334		18,201		

HC=Hospital-based Home Care.

기관이 약 40%를 차지하였으며, 가정간호 실시기관 당 방문건수도 서울지역이 연간 약 5만건~6만건을 차지하여 다른 지역의 가정간호 급여청구기관보다 2~3배 많았다. 경기지역은 약 12~15%, 전남지역이 10~13%를 차지하였으며, 지역별 방문건수의 비율은 연도별로 큰 변화가 없었다. 대부분의 지역은 종합병원이상의 기관이 50%이상 방문건수를 차지하였으나 광주와 전남지역은 병원 등의 소규모 의료기관에서의 방문이 50%이상 차지하였다<Table 4>.

● 기관종별 가정간호 방문건수(2007-2012)
건강보험 및 의료급여환자의 방문건수(가정간호 기본방문료 청구코드인 AN100 청구건수)는 2010년까지 상급종합병원, 종합병원 순이었으나 2011년부터 종합병원이 전체의 약 42%로 가장 많았으며, 종합병원이상의 가정간호 급여청구기관이 전체 방문건수의 70~80%를 차지하였다<Table 4>. 지역내 거점 역할을 수행하는 상급종합병원에서 가정간호가 실시되지 않는 지역은 충북, 충남, 전북, 전남, 광주(2009년부터 미시행), 경

<Table 3> Frequency of Diseases of HC Patients from 2007 to 2012 on Insurance Claims (Unit: Person, KCD code)

Ranking	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	3,612(I10)	3,951(I10)	3,255(I10)	2,398(I10)	1,344(C16)	1,465(C16)
2	3,060(I63)	2,535(I63)	1,685(I63)	1,483(E11)	1,129(I63)	1,032(I63)
3	2,219(I69)	1,937(I69)	1,552(E11)	1,467(C16)	1,032(E11)	864(C34)
4	1,968(E11)	1,932(E11)	1,514(C16)	1,376(I63)	940(I10)	784(I10)
5	1,903(L89)	1,877(L89)	1,386(L89)	1,121(L89)	852(C34)	740(L89)
6	1,323(C16)	1,423(C16)	1,171(I69)	1,068(I69)	779(L89)	732(E11)
7	1,136(E14)	1,283(E14)	973(C34)	943(C34)	680(C50)	700(C50)
8	1,016(N31)	965(C34)	903(E14)	726(N31)	660(I69)	679(I69)
9	868(C34)	937(N31)	744(M17)	689(C18)	637(C18)	651(N31)
10	814(M17)	820(M17)	733(N31)	667(M17)	597(N31)	637(C18)
11	706(D25)	725(I64)	717(C18)	622(E14)	527(M17)	566(M17)
12	610(I64)	658(F00)	626(D25)	620(D25)	476(C22)	468(C22)
13	559(F00)	635(D25)	546(C22)	520(C22)	459(G20)	447(G20)
14	551(G81)	616(C18)	456(I64)	507(C50)	450(D25)	417(C25)
15	532(I61)	530(C22)	449(C50)	479(Z39)	422(E14)	406(O82)
16	529(I11)	529(F03)	428(C20)	468(G20)	403(C25)	393(D25)
17	508(C22)	501(G81)	404(G20)	407(C20)	368(C20)	367(C20)
18	479(F03)	488(I11)	389(F00)	401(M19)	362(Z39)	333(E14)
19	460(C18)	436(I61)	368(O82)	395(C25)	361(O82)	327(J18)
20	457(J44)	430(C50)	362(C25)	378(I64)	300(J18)	324(F00)
21	443(M13)	429(G20)	360(I11)	368(G82)	291(F00)	288(G12)
22	427(G20)	407(G82)	354(N18)	352(F00)	272(I64)	283(C56)
23	422(I67)	400(C20)	352(J44)	330(N18)	272(N39)	282(S72)
24	386(G82)	392(J44)	338(G81)	325(J18)	265(N18)	272(M48)
25	381(N18)	364(N18)	333(G82)	312(J44)	259(M48)	270(N18)
26	370(C50)	354(M13)	331(J18)	309(N39)	256(G81)	269(S82)
27	353(N39)	338(N39)	327(N39)	293(S72)	254(S72)	228(Z39)
28	337(J18)	334(C25)	323(I61)	289(M48)	249(G12)	223(G82)
29	337(S72)	334(J18)	306(S72)	287(M13)	245(I61)	209(N39)
30	325(C25)	329(S72)	297(M48)	281(I61)	239(S82)	207(I61)
Subtotal	27,091(78%)	26,889 (75%)	21,982(68%)	19,881(66%)	15,380(54%)	14,863(53%)
Total	34,730(100%)	35,472(100%)	32,247(100%)	30,104(100%)	28,730(100%)	27,994(100%)

HC=Hospital-based Home Care; KCD=Korean Standard Classification of Diseases; C16=Malignant neoplasm of stomach; C18=Malignant neoplasm of colon; C20=Malignant neoplasm of rectum; C22=Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts; C25=Malignant neoplasm of pancreas; C34=Malignant neoplasm of bronchus and lung; C50=Malignant neoplasm of connective tissue of breast; C56=Malignant neoplasm of ovary; D25=Leiomyoma of uterus; E11=Non-insulin-dependent diabetes mellitus; E14=Unspecified diabetes mellitus; F00=Dementia of Alzheimer's disease; F03=Unspecified dementia; G12=Spinal muscular atrophy and related syndromes; G20=Parkinson's disease; G81=Hemiplegia; G82=Paraplegia and tetraplegia; I10=Essential hypertension; I11=Hypertensive heart failure; I61=Intracerebral hemorrhage; I63=Cerebral infarction; I64=Stroke, not specified as hemorrhage or infarction, I67=Other cerebrovascular diseases, I69=Sequelae of cerebrovascular disease; J18=Pneumonia, organism unspecified; J44=Other chronic obstructive pulmonary diseases; L89=decubitus ulcer and pressure area; M13=Other arthritis; M17=Arthrosis of knee; M19=Other arthrosis; M48=Other spondylopathies; N18=Chronic kidney disease; N31=Neuromuscular dysfunction of bladder, NEC; N39=Other disorders urinary system; O82=Single delivery by cesarean section; S72=Fracture of femur; S82=Fracture of lower leg including ankle; Z39=Postpartum care of examination.

<Table 4> Number of Home Visits by Region, Type of Institution from 2007 to 2012 on Insurance Claims
(Unit: Number of visits, %)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
by Region							
	Subtotal	178,506(37.6)	183,004(38.3)	177,093(41.4)	153,579(40.4)	132,993(35.7)	131,951(37.3)
Seoul	TGH	176,145	180,093	175,617	152,314	132,876	131,951
	H · C	2,361	2,111	1,476	1,265	117	-
	Subtotal	21,166(4.5)	22,456(4.7)	22,353(5.2)	20,371(5.4)	17,278(4.6)	14,540(4.1)
Busan	TGH	15,974	15,431	15,485	14,445	12,910	10,848
	H · C	5,192	7,025	6,868	5,926	4,368	3,692
	Subtotal	14,362(3.0)	11,552(2.4)	9,256(2.2)	9,845(2.6)	10,006(2.7)	9,085(2.6)
Inchon	TGH	12,462	9,831	6,208	7,119	7,309	6,948
	H · C	1,900	1,724	3,048	2,726	2,697	2,137
	Subtotal	15,199(3.2)	14,651(3.1)	14,090(3.3)	13,587(3.6)	13,727(3.7)	13,811(3.9)
Daegu	TGH	10,726	10,617	10,608	10,066	10,284	10,500
	H · C	4,473	4,034	3,482	3,521	3,443	3,311
	Subtotal	20,023(4.2)	13,579(2.8)	8,124(1.9)	7,561(2.0)	7,157(1.9)	5,949(1.7)
Kwangju	TGH	8,788	6,493	4,830	3,592	3,500	2,834
	H · C	11,235	7,086	3,294	3,969	3,657	3,115
	Subtotal	26,605(5.6)	23,985(5.0)	9,469(2.2)	7,873(2.1)	19,909(5.3)	16,532(4.7)
Daejeon	TGH	13,602	11,175	8,766	7,279	7,448	6,794
	H · C	13,003	12,810	703	594	12,461	9,738
	Subtotal	6,036(1.3)	6,899(1.4)	4,029(0.9)	1,793(0.5)	1,311(0.4)	1,216(0.3)
Ulsan	TGH	1,449	1,354	1,266	1,297	1,311	1,216
	H · C	4,587	5,545	2,763	496	-	-
	Subtotal	61,184(12.9)	63,494(13.3)	65,539(14.9)	59,640(15.7)	61,133(16.4)	58,388(16.5)
Gyeonggi	TGH	46,127	48,158	53,730	51,145	51,909	50,349
	H · C	15,057	15,336	9,809	8,495	9,224	8,039
	Subtotal	5,489(1.2)	4,208(0.9)	4,398(1.0)	4,006(1.1)	5,011(1.3)	7,834(2.2)
Gangwon	TGH	5488	4,208	4,398	4,006	4,994	7,828
	H · C	1	-	-	-	17	6
	Subtotal	1,393(0.3)	1,330(0.3)	1,534(0.4)	1,819(0.5)	2,479(0.7)	2,986(0.8)
Chungbuk	TGH	1,386	1,329	1,534	1,819	2,477	2,985
	H · C	7	1	-	-	2	1
	Subtotal	2,133(0.4)	5,652(1.2)	4,085(1.0)	1,642(0.4)	2,004(0.5)	1,480(0.4)
Chungnam	TGH	2,096	5,435	4,082	1,642	2,004	1,480
	H · C	37	217	3	-	-	-
	Subtotal	61,454(13.0)	59,424(12.4)	48,587(11.4)	39,593(10.4)	43,805(11.8)	32,531(9.2)
Jeonbuk	TGH	25,421	36,904	34,368	26,874	33,222	23,089
	H · C	36,033	22,520	14,219	12,719	10,583	9,442
	Subtotal	50,110(10.6)	55,148(11.5)	52,033(12.2)	51,488(13.5)	46,239(12.4)	47,824(13.5)
Jeonnam	TGH	20,721	19,678	15,486	15,332	12,659	12,096
	H · C	29,389	35,470	36,547	36,156	33,580	35,728
	Subtotal	3,330(0.7)	5,522(1.2)	4,307(1.0)	2,814(0.7)	4,233(1.1)	5,818(1.6)
Gyeongbuk	TGH	2,995	4,210	4,307	2,814	4,233	5,818
	H · C	335	1,312	-	-	-	9,442
	Subtotal	7,451(1.6)	6,576(1.4)	4,698(1.1)	4,703(1.2)	4,870(1.3)	3,728(1.1)
Gyeongnam	TGH	6,920	6,256	4,599	4,688	4,870	3,727
	H · C	531	320	99	15	-	1
by Type of institution							
	Tertiary Hospital	170,817(36.0)	174,365(36.5)	175,449(41.0)	153,746(40.4)	136,639(36.7)	130,416(36.9)
	General Hospital	179,483(37.8)	186,807(39.1)	169,835(39.7)	150,686(39.6)	155,367(41.7)	148,047(41.9)
	Hospital	113,246(23.9)	107,067(22.4)	74,663(17.5)	68,541(18.0)	48,571(13.1)	48,110(13.6)
	LTC Hospital	-	-	-	-	11,104(3.0)	6,492(1.8)
	Clinic	10,276(2.2)	8,352(1.8)	7,309(1.7)	7,286(1.9)	20,365(5.5)	20,472(5.8)
	HMC	619(0.1)	892(0.2)	339(0.1)	55(0.1)	109(0.0)	136(0.0)
	Total	474,441(100.0)	477,483(100.0)	427,595(100.0)	380,314(100.0)	372,155(100.0)	353,673(100.0)

TGH=Tertiary Hospital+General Hospital; H · C=Hospital+Long Term Care Hospital+Clinic+Health Center; LTC=Long Term Care; HMC=Health and Medical Center.

북지역으로 나타났다.

● 1인당 연간 다빈도 가정방문 상병(2007-2012)

가정간호 이용자의 주 상병별로 연간 방문횟수를 살펴보면 연간 15~30회의 다빈도 방문이 이루어진 질환은 뇌신경계 및 뇌혈관질환, 고혈압, 마비, 치매, 관절염 등 만성질환질환이 대부분으로 연도별 차이는 거의 없었다. 암 상병은 연간 10~15회의 다빈도 방문이 이루어졌으며 가정간호 이용 다빈도 상병에 포함되었던 제왕절개 등 산부인과 수술, 인공관절 수술 등 정형외과 수술상병은 다빈도 방문 상병에서는 제외되었다<Table 5>.

● 가정간호 진료비(2007-2012)

가정간호 진료비는 가정간호실시에 따른 공단부담금과 환자

부담금을 합한 비용으로 100대 100 본인부담수자인 가정간호 교통비와 보험적용이 안 되는 일부비용은 제외되었으며, 마찬가지로 전체 진료비는 입원, 외래, 응급진료 등 요양기관에서 진료에 소요된 총 비용으로 공단부담금과 환자본인부담금을 합한 금액이며 비급여 진료비는 제외되었다. 2007년 건강보험 및 의료급여 대상자의 가정간호 진료비는 210억원으로 전체 진료비(건강보험 및 의료급여)의 0.06%를 차지하였으나 2012년에는 220억원으로 전체 진료비의 0.03%를 차지하였다 <Table 6>.

논 의

2007년부터 2012년까지의 가정간호급여 청구자료를 토대로 의료기관 가정간호의 현황을 연도별로 분석하였다. 이중 가정

<Table 5> Frequency of Home Visits by Diagnosis per Person per Year from 2007 to 2012 on Insurance Claims (Unit: Number of Visits, KCD code)

2007		2008		2009		2010		2011		2012	
Code	Visits										
G93	29.1	G93	31.3	G20	16.9	I69	17.6	G93	29.5	G93	28.2
G12	20.2	G12	20.7	F03	16.9	F00	17.5	G12	20.9	G12	21.3
I11	18.2	I10	15.0	I69	16.7	M17	16.5	G20	16.4	G71	20.4
I60	17.6	I11	14.6	I10	16.2	I61	15.9	C67	15.8	G20	18.4
I64	15.5	I64	14.5	C50	15.2	N40	13.8	G81	15.1	G81	18.3
I10	14.9	G20	14.3	C16	14.8	I10	13.7	L89	14.6	I10	16.6
G82	14.8	G82	14.2	I61	14.7	J44	13.7	I61	14.6	C67	14.8
F00	14.6	L89	13.7	E11	13.8	C16	13.5	I10	14.5	L89	14.6
G20	14.3	M81	13.6	M13	13.3	C18	13.3	I64	13.8	G82	13.9
E14	13.2	G81	13.2	C20	13.3	L89	13.0	G82	13.6	I61	13.7
M81	13.1	E11	13.0	N31	13.0	I63	12.5	I11	13.3	I20	12.9
L89	12.9	I61	12.9	G81	12.9	C50	12.0	F00	12.4	I64	12.5
E11	12.8	I69	12.7	C34	12.0	N31	11.8	C71	12.3	E11	12.4
I61	12.8	E14	12.5	L89	11.9	F03	11.8	J69	12.2	I69	12.1
F03	12.7	J44	12.4	F00	11.7	I64	10.3	I67	11.8	C71	11.7
G81	12.2	F00	11.5	G82	11.2	G81	10.3	C61	11.3	J69	11.5
I63	12.1	C50	11.1	N18	11.1	G20	10.2	I63	10.9	J44	11.2
J44	11.7	C20	11.0	J44	10.6	N18	10.0	C20	10.8	F03	11.1
I67	11.7	F03	11.0	C25	10.2	E11	9.9	M81	10.8	C61	10.9
C20	11.7	N18	10.8	I63	9.7	S72	9.5	I69	10.6	M54	10.9
I69	11.2	G40	10.8	M17	9.6	I11	9.2	E11	10.4	I63	10.8
N31	11.1	I63	10.7	C18	9.1	C22	8.1	N31	10.4	I67	10.7

KCD=Korean Standard Classification of Diseases; C16=Malignant neoplasm of stomach; C18=Malignant neoplasm of colon; C20=Malignant neoplasm of rectum; C22=Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts; C25=Malignant neoplasm of pancreas; C34=Malignant neoplasm of bronchus and lung; C50=Malignant neoplasm of connective tissue of breast, C67=Malignant neoplasm of bladder, C71=Malignant neoplasm of brain; E11=Non-insulin-dependent diabetes mellitus; E14=Unspecified diabetes mellitus; F00=Dementia of Alzheimer's disease; F03=Unspecified dementia; G12=Spinal muscular atrophy and related syndromes; G20=Parkinson's disease; G40=Epilepsy; G71=Primary disorders of muscles; G81=Hemiplegia; G82=Paraplegia and tetraplegia; G93=Other disorders of brain; I10=Essential hypertension; I11=Hypertensive heart failure; I20=Angina pectoris; I60=Subarachnoid hemorrhage; I61=Intracerebral hemorrhage; I63=Cerebral infarction; I64=Stroke, not specified as hemorrhage or infarction; I67=Other cerebrovascular diseases; I69=Sequelae of cerebrovascular disease; J44=Other chronic obstructive pulmonary diseases; J69=Pneumonia due to solids and liquids; L89=Decubitus ulcer and pressure area; M13=Other arthritis; M17=Arthrosis of knee; M81=Osteoporosis without pathological fracture; N18=Chronic kidney disease; N31=Neuromuscular dysfunction of bladder, NEC; N39=Other disorders urinary system; N40=Hyperplasia of prostate; S72=Fracture of femur.

<Table 6> Total Medical Costs for HC Services from 2007 to 2012 on Insurance Claims

Year	Medical Expenses of Health Insurance (A)(Billion Won)	Medical Expenses of Medical Aid (B)(Billion Won)	Total Medical Expenses (A+B)(Billion Won)	Total Medical Costs for HC (C)(Million Won)	C/(A+B) × 100(%)
2007	32,389	4,224	366,130	20,914	0.06
2008	34,869	4,479	393,479	21,156	0.05
2009	39,339	4,054	433,928	20,375	0.05
2010	43,628	4,958	485,865	22,688	0.05
2011	46,238	5,142	513,802	22,856	0.03
2012	47,839	5,195	530,341	22,489	0.03

HC=Hospital-based Home Care.

*Medical expenses(costs) is a sum of a corporation contributions and copayments.

(Source : NHIS, 2013; NHIS & HIRA, 2013)

간호 실시기관의 감소는 가정간호의 이용 국민의 접근성과 가정간호 인식을 낮게 하고, 가정간호 일자리 감소와 이로 인한 가정전문간호사과정 교육생의 감소로 이어져 장기적으로는 가정전문간호사 인력수급의 문제 등 가정간호제도에 중요한 영향을 주기 때문에 가정간호 실시기관의 변화를 중심으로 다루고자 한다.

가정간호 운영에 적합한 병원급 이상 의료기관(요양병원, 한방병원은 포함하고 특수병원은 제외) 중 가정간호 실시기관은 2000년 2차 병원중심 가정간호 시범사업시 36개에 불과했으나 2001년 제도화 이후 가정간호 실시기관은 2001년 12월 79개소로 병원급이상 의료기관(998개) 중 7.9%에 해당되며, 2004년 1월에서 12월까지 가정간호 급여청구기관은 127개로 1,291개 의료기관의 9.8%, 가정간호 실시기관이 가장 많았던 2007년에는 214개로 1,978개 의료기관의 10.8%에 해당되었다(Jang, et al., 2002; Kim, Hwang, & Shin, 2006; MOHW, 2010, 2013). 그러나 실제 가정간호실시가 가능한 의원급까지 확대하면 2007년 의원급이상 의료기관 28,243개의 0.8%에 불과하다(MOHW, 2013). 이와 같이 가정간호 제도화이후 2007년까지 가정간호실시가 크게 확대되지 않은 주요 원인 중 하나는 가정간호수가의 원가보전 미흡으로 병원경영진들의 가정간호사업 기피로 들고 있으며(Park, et al., 2002; Ryu, Jung, & Lim, 2006), 이는 최초로 시범적용된 가정간호수가의 문제보다는 1997년 2차 병원중심 가정간호시범사업시 책정되었던 수가가 2001년 상대가치점수제도시까지 인상되지 않았기 때문에 다른 수가보다도 원가보전이 미흡했던 것이다(Baek, Song, & Kim, 2003). 가정간호 실시기관은 2007년을 정점으로 2008년과 2009년 사이 50개 기관이 중단 되어 2007년 대비 2009년 23% 감소하였다.

가정간호 실시기관이 감소한 주요원인은 2007년에서 2008년 사이에 요양병원과 요양시설의 급증으로 집으로 퇴원하지 않고 점차 요양병원과 요양시설 등으로 입원(입소)이 증가함에 따라 가정간호 대상자가 감소하는 것으로 추정할 수 있다.

요양병원은 2005년 한방병원을 포함한 병원급이상 의료기관 1,407개 중 12.6%(177개), 전체 339,206병상 중 7.5%(25,501병상)에서 2008년 의료기관 2,206개 중 31.3%(690개), 전체 434,749병상 중 17.7%(76,970병상), 2012년 의료기관 2,936개 중 37.0%(1,087개), 전체 548,740병상 중 29.3%(161,054병상)로 나타나 2008년 대비 2012년 58% 증가하고 병상수는 109% 증가하여 다른 의료기관보다 급격히 증가하였다(MOHW, 2013). 또 하나는 2008년 7월 노인장기요양보험제도의 도입으로 시설입소자 증가와 요양시설 입소자에 대한 가정간호 급여의 제한이다. 노인요양시설의 경우 2005년 543개 시설의 입소자가 24,195명에서 2008년 1,754개 시설의 59,331명, 2012년 4,352개 시설의 112,650명이 입소하여 2005년 대비 2012년 입소자가 3.7배 증가하였다(MOHW, 2013). 또한 2008년 노인장기요양보험제도 이전에는 기관지 절개관 교환, 중증 만성상처 관리, 주사수액요법 등 전문간호 서비스가 요구되는 요양시설 입소자에게 가정간호가 제공되었으나 노인장기요양보험제도의 도입으로 가정간호 급여가 제한되었으며(Home Health Care History Compilation Committee, 2014), 노인장기요양보험 방문간호 실시도 약간의 영향이 있을 것으로 본다. Chin과 Hong (2011)은 2008년 이후 가정간호 실시기관 감소의 주요 원인으로 노인장기요양보험 방문간호의 출현과 노인요양시설의 급증으로 보고 있으나 장기요양 방문간호와 가정간호의 영향관계는 좀 더 면밀한 분석이 필요하다. 2009년 노인장기요양보험 방문간호기관은 787개, 이용자는 8,708명, 급여비는 62억원으로 이후 방문간호기관과 이용자는 매년 감소하여 2013년은 349개 기관, 이용자 7,634명, 급여비 83억원으로 2009년 대비 2013년 방문간호기관은 55.7% 감소, 이용자는 12.3% 감소하였으며, 2011년 방문간호기관은 재가장기요양기관의 2.6%(476개소), 방문간호 이용자는 재가장기요양 이용자의 1.8%(7,870명), 재가장기요양 급여비의 0.4%에 불과하였다(Lee, Hwang, & Han, 2012; NHIS, 2010, 2014). 이와 같이 의료기관 가정간호의 감소와 같이 노인장기요양보험 방문간호도 감소하는 추

세는 상호 영향(경쟁)관계보다는 입원병상수 증가, 행위별수가 제 존속, 요양시설 증가 등 재가서비스가 활성화되기 어려운 거시적이며 근본적인 요인에 의한 것임을 시사하고 있다.

한국은 인구당 병상수와 입원이용량이 모두 증가하는 유일한 OECD 국가로 시도별 의료기관 분석결과에서 병상자원량과 병상이용량간의 양의 상관관계를 나타내어 자원공급이 이용을 유도하는 개연성이 있었으며 OECD 국가의 경우도 인구당 급성기 병상수가 많을수록 입원이용량이 많고 채용일수가 긴 경향을 보이고 있으며(Lee, et al., 2011), 대부분 OECD 국가에서는 급성기 병상수가 감소하였고 이는 의료기술의 발전으로 당일 수술이 가능해지고 비용 절감정책의 주요목표를 병원부분으로 목표하였기 때문이나 한국에서 급성기 병상이 급증한 이유는 급성기 병상이 장기요양 용으로 사용되고 병상규모에 대한 기획이 이루어지지 않고 민간 영리병원에 투자 인센티브가 있는 것으로 설명된다(OECD Korea Policy Centre, 2010). 미국의 경우 1983년 DRG를 기반으로 사전지불제도(Prospective Payment System) 도입으로 병원의 조기퇴원 증가로 가정간호 연계가 급증하여 가정간호산업이 급속도로 팽창되었으나(Rice, 2006) 한국의 경우 DRG 제도는 1997년 7개 질병군에 대해 시범사업이 시작되어 2013년 7월 7개 단순 질병군에 대해 전국적으로 실시하게 되어 이에 따른 가정간호로의 긍정적 영향은 아직 없는 상황이다(Home Health Care History Compilation Committee, 2014).

2007년 이후 가정간호 실시기관의 지속적인 감소로 2007년 월8회 가정방문 급여를 연간 96회로 확대하는 것에 이어서 2010년에는 가정간호 기본방문료 상대가치점수를 43.25% 인상(Home Health Care History Compilation Committee, 2014) 하였음에도 불구하고 가정간호 대상자의 감소로 인하여 2009년 가정간호 실시기관은 147개에서 2012년 140개로 감소하여 수도권 및 대도시지역, 전라도 지역을 제외하고 가정간호 실시기관이 지역내 6개 이하로 나타나 가정간호서비스 공급체계가 전국적으로 갖추어지지 못함으로써 가정간호가 필요할 경우에도 이용할 수 없는 사각지대가 증가하고 있다. 따라서 최소한의 전국적인 가정간호서비스 공급체계 마련을 위해서는 가정간호수가개선 이외에도 지역거점 의료기관(상급종합병원과 지역거점 공공병원) 등이 가정간호서비스를 실시할 수 있도록 상급종합병원 지정기준, 지역거점 공공병원 운영평가, 병원인증평가 등에 관련기준을 포함하는 제도 개선 노력도 필요할 것으로 사료된다.

지역별 가정간호실시기관과 서비스 양(방문건수)을 살펴보면 서울지역 가정간호실시기관은 전체의 14~16%를 차지하고 있으나 연도에 상관없이 전체 방문건수의 36~41%를 차지하고, 실시기관 당 방문건수도 연간 약 5만건~6만건을 차지하여 다른 지역보다 2~3배 많았다. 서울지역이 가정방문건수가 많

은 것은 지역면적 대비 사업소 수나 인구밀도가 높은 점도 있지만 우선적으로는 기관 당 가정전문간호사수가 가장 큰 요인일 것으로 생각된다. 서울지역의 경우 가정전문간호사 10인 이상의 대규모 사업소가 4개 있고 서울지역 평균 기관 당 가정전문간호사 배치인력이 2010년 이후 7명 이상으로 다른 지역의 기관 당 배치인력 2~3명에 비하여 많기 때문이다.

가정간호실시기관의 활동 가정전문간호사수는 가정간호실시기관 당 연도와 상관없이 평균 3.1명으로, 2003년 93개 가정간호사업소 대상 연구에서는 기관 당 평균 2.5명(Hwang, et al., 2003)으로 큰 변화가 없으며, 종합병원이상 의료기관에 약 80%배치되어 있으면서 특히 서울지역에 가정전문간호사의 약 35%가 있고 서울, 경기, 인천을 포함한 수도권지역에서는 약 60%가 활동하고 있는 것으로 나타났다. 또한 2012년까지 배출된 가정전문간호사수는 6,338명(MOHW, 2013)으로 이중 2012년 활동 가정전문간호사는 423명으로 자격증 배출자의 6.7%만이 활용되고 있다. 그러나 가정전문간호사 배출인력은 2001년까지 총 3,134명으로 2012년 총 배출인력의 49%가 2002년 이전 배출자로 고령화되고 있고, 2006년부터 2012년까지 자격증 배출자는 233명에 불과하여 최근 자격증 취득자가 감소함으로써 장기적으로는 가정전문간호사 인력공급이 부족할 수 있다(MOHW, 2002, 2013).

가정간호 이용자의 성별 특성을 살펴보면 남성에 비해 여성이 많은 점은 임신출산 및 여성질환(부인과 질환) 수술환자의 가정간호 이용자가 많아져 20대에서 30대에서 특히 여성 대상자가 많았으며, 그 다음으로 70세 이상에서 많은 점은 고령인구에서 여성분포가 많기 때문인 것으로 사료된다. 가정간호 이용자는 60세 이상이 연도와 상관없이 전체 가정간호 이용자의 약 70%를 차지한 점은 전체 노인만성질환자의 의료이용도가 높고 서비스 특성상 거동불편자의 이용 편익이 높은 점에서 많은 것으로 생각된다. 가정간호 이용자의 다수를 차지하는 주상병은 고혈압, 뇌졸중 및 뇌혈관질환, 당뇨 등의 만성질환으로 2007년 이후 지속적으로 감소한데 비하여 위암 등 암상병은 지속적으로 증가하였다. 전통적으로 노인만성질환 대표상병인 고혈압, 뇌졸중 및 뇌혈관질환, 당뇨는 가정간호 다빈도 상병이었지만(Kim, Hwang, & Shin, 2006; Ryu, 2006) 노인장기요양보험 대표상병으로써 2008년 노인장기요양보험제도의 도입으로 요양시설 등의 장기요양서비스나 요양병원에 입원하여 감소한 것으로 생각된다. 그러나 다빈도 가정방문상병은 질환의 특성을 반영하여 뇌신경계 및 뇌혈관질환, 고혈압, 마비, 치매 등으로 연도별로 큰 변화는 없었다.

2002년 가정간호 이용자는 15,941명으로 건강보험적용인구의 0.03%였으며, 방문건수는 145,063건, 가정간호 보험청구자료에 의한 가정간호 진료비는 6,083,199천원으로 전체 요양급여비(진료비) 188,317억원의 0.03%를 차지하였으며(Kim, Hwang,

& Shin, 2006; NHIS & HIRA, 2013), 2006년 가정간호 이용자는 31,788명, 방문건수는 434,508건, 가정간호 진료비는 18,794,086천원으로 전체 요양급여비 284,103억원의 0.07%를 차지하는 것으로 나타났다(Chin, 2009; NHIS & HIRA, 2013). 가정간호 이용자는 2007년 전체 의료보장(건강보험 및 의료급여) 인구 49,672,000명 중 0.07%를 차지하였으나 2012년 전체 의료보장인구 51,169,000명 중 0.05%를 차지하였다(NHIS & HIRA, 2013). 전체 진료비에서 가정간호 진료비가 차지하는 비율은 2007년 0.06%에서 점차 감소하여 2012년 0.03%로 감소한 이유는 전체 진료비는 2007년 대비 2012년에 44.8% 증가한데 비하여 가정간호 진료비는 7.5% 증가에 그쳐서 전체 진료비에서 차지하는 비율이 감소하였다. 가정간호 실시기관은 2007년 대비 2012년에 34.6% 감소한데 비해 가정간호 이용자수는 2007년 대비 2012년 19.4% 감소에 그쳐서 가정간호 실시기관 당 가정간호 이용자수는 2007년 162명에서 2012년 200명으로 증가한 것으로 볼 때 가정간호 실시기관의 증가는 전체 가정간호 이용자의 증가를 가져 올 것으로 기대되며 의료기관 가정간호 활성화를 위해서는 무엇보다도 가정간호 실시기관이 증가 할 수 있는 정책마련이 필요하다.

결론 및 제언

의료기관 가정간호의 연도별 현황과 변화추이를 파악하기 위하여 2007년부터 2012년까지의 건강보험심사평가원의 전국 건강보험 및 의료급여 대상자의 가정간호급여 청구자료 등을 분석하였다. 가정간호 급여청구기관은 2007년 214개에서 2012년 140개로 34.6% 감소하여 수도권 및 대도시, 전라도 지역을 제외한 대부분의 지역에서 가정간호 실시기관이 6개 이하로 나타나 가정간호서비스 공급체계가 충분히 갖추어지지 못하여 가정간호 사각지대가 증가하였다. 가정간호 실시기관은 약 70%가 종합병원이상 기관이며, 지역분포는 경기지역 약 20%, 서울지역 약 15%였다. 2010년부터 2012년까지 건강보험심사평가원에 신고한 활동 가정전문간호사는 연 평균 440명으로 2012년까지 배출된 가정전문간호사 6,338명 중 6.7%가 활동하고 있으며, 가정간호 실시기관 당 약 3.1명, 종합병원이상 기관에 약 80%, 지역별로는 서울지역 약 35%, 경기지역 약 19% 분포하였다. 2007년부터 2012년까지 전체 가정간호 이용자는 연 평균 3만2천명으로 2008년 최대 35,472명에서 점차 감소하여 2008년 대비 2012년에는 21% 감소하였다. 이용자 연령은 4세미만 소아부터 80세이상 노인까지이며, 60세 이상이 약 70%를 차지하였다. 가정간호 급여청구 다빈도 주상병은 2010년까지는 고혈압, 뇌졸중 및 뇌혈관질환 순으로 최상위였으나 2011년 이후 위암으로 나타났다. 상위 30위 다빈도 상병 중 고혈압, 뇌졸중 및 뇌혈관질환, 당뇨 등의 만성

질환은 2007년부터 지속적으로 감소한 반면 전체 암상병은 점차 증가하여 2012년에는 35%를 차지하였다. 가정간호 이용량(방문건수)은 서울지역이 약 40%로, 다른 지역의 가정간호 실시기관보다 2~3배 많았고, 종합병원이상의 기관이 전체 방문건수의 70~80%를 차지하였으며, 다빈도 가정방문상병은 뇌신경계 및 뇌혈관질환, 고혈압, 마비, 치매 등으로 연도별로 큰 변화는 없었다. 2007년 가정간호 진료비는 210억원으로 전체 진료비의 0.06%였으며, 이후 차지하는 비율이 점차 감소하여 2012년 가정간호 진료비는 220억원으로 전체 진료비의 0.03%를 차지하였다.

본 연구를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 의료기관 가정간호 활성화를 위하여 2014년 8월부터 시행된 가정간호수가 인상 및 연간 방문횟수 제한 삭제 등 획기적인 수가 개선 효과에 대한 평가연구가 필요하며 이를 위해서는 연도별 현황분석과 모니터링이 지속적으로 이루어지고 좀 더 정확한 분석을 위해서는 본 연구에서 누락된 산재보험, 자동차보험, 비급여 대상자 및 2014년 7월까지 연간 96회이상 초과 방문자료를 포함할 것을 제언한다.

둘째, 의료기관 가정간호 활성화를 위해서는 무엇보다도 가정간호서비스 사각지대 감소와 가정간호 실시기관이 증가 할 수 있는 정책개선이 필요하며, 이를 위해서는 지역거점 의료기관에서 가정간호를 실시할 수 있도록 상급종합병원 지정기준, 지역거점 공공병원 운영평가, 병원인증평가 등에 관련기준을 포함하는 제도 개선과 가정간호 이용자의 비용부담 감소를 위한 교통비수가 개선이 필요하다.

셋째, 향후 저출산 초고령사회에 대비하기 위하여 가정간호 제도를 통한 국민 의료비 절감 등 국가차원의 활용을 위해서는 근본적으로는 국가보건복지제도 속에 재가서비스 활성화 방안 및 활용방안이 장기적으로 계획되면서 입원병상수 제한 및 포괄수가제 등 거시적인 제도개선 속에 포함되어야 하며, 이를 위해서는 가정간호제도 비활성화 원인 및 활성화 방안에 대하여 다각적이며 포괄적인 분석과 노인장기요양보험제도 등 여러 제도 및 환경 변화 등이 고려된 관련연구가 필요하다.

Acknowledgements

본 연구분석에 사용된 건강보험심사평가원의 가정간호 급여 청구자료 및 가정전문간호사 현황자료는 건강보험심사평가원으로부터 2차분석연구 수행 및 학술지 게재에 대한 사용 승인을 받았다. 2007년부터 2013년까지의 가정간호 급여청구 자료 등을 5차례에 걸쳐 대한간호협회 가정간호사회에 제공해 온 건강보험심사평가원에 감사드린다.

References

- Back, H. J., Song, C. R., & Kim, H. Y. (2003). An Analysis of Home Health Care Travel Cost. *Journal of Korean Academy Society Home Care Nursing*, 10(1), 52-57.
- Chin, Y. R. (2009). Hospital-based Home Care reimbursement and service use for the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 29(2), 645-656.
- Chin, Y. R., & Hong, W. L. (2011). Changed on Hospital-based Home Care Services Utilization After Long-term Care Insurance Launch. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 31(2), 371-380.
- Health Insurance Review & Assessment Service (2014). *Briefing of proposed adjustments to be medical fee associated selection medical fee*. Briefings data sets.
- Home Health Care History Compilation Committee (2014). *20-Year History and Perspectives on Home Health Care*. Seoul : HN Science.
- Hwang, N. M., Park, S. A., Kim, Y. O., Moon, Y. I., Park, J. S., Ryu, H. S., & Rhee, K. S. (2003). A Study for the Enhancement of Accessibility to Community Home Nursing Care Services - The Home Nursing Care Program of Seoul Nurse Association -. *Journal of Korean Academy Society Home Care Nursing*, 10(1), 5-14.
- Jang, H. S., Kim, E. K., Ryu, S. J., Park, S. H., Kim, H. Y., Jo, H. S., Kim, Y. S., Han, S. S., & Hwang, M. S. (2002). *Development of tool and evaluation system for quality improvement of hospital based home health care*. Korea Health Industry Development Institute. Seoul : Hanhak munwha.
- Kim, E. K., Hwang, J. H., & Shin, S. Y. (2006). Analysis on Home Care Services and Home Health Care Cost of CVA Patients in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 12(2), 225-232.
- Lee, J. S., Hwang, R. I., & Han, E. J. (2012). Trends in Home-visit Nursing Care by Agencies' Characteristics under the National Long-term Insurance System. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 23(4), 415-426.
- Lee, S. H., Park, S. K., Park, S. B., Yeo, S. H., Han, D. H., Lee, Y. T., Joung, A. R., Myoung, H. B., Joa, H. K., & Lee, J. Y. (2011). *Development of beds of resource management plan for the optimization of national health insurance medical expenses*. Korea Health Industry Development Institute. Seoul : Hanhak munwha.
- Lee, S. J. (2003). *Cost analysis of home health care with activity-based costing(ABC)*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Ministry of Health & Welfare (2001). *Guide on the medical institute base home health agency management*. Seoul : Leemunkyup.
- Ministry of Health & Welfare (2002). *Ministry of Health & Welfare Statistical Yearbook 2002*. Seoul : Kyemunsa.
- Ministry of Health & Welfare (2010). *Ministry of Health & Welfare Statistical Yearbook 2010*. Seoul : Daeseungsa.
- Ministry of Health & Welfare (2013). *Ministry of Health & Welfare Statistical Yearbook 2013*. Seoul : Kyemunsa.
- National Health Insurance Service, & Health Insurance Review & Assessment Service (2013). *2012 National Health Insurance Statistical Yearbook*. Seoul : Sewon printing.
- National Health Insurance Service, & Health Insurance Review & Assessment Service (2014). *2013 National Health Insurance Statistical Yearbook*. Seoul : Jisung printing.
- National Health Insurance Service (2010). *2009 Long Term Care Insurance Statistical Yearbook*. Seoul : Sekwang design printing.
- National Health Insurance Service (2013, September). *2012 Medical Aid Insurance Statistical Yearbook*. Retrieved February 9, 2014, from NHIS Web site: <http://www.nhis.or.kr/menu/boardRetriveMenuSet.xx?menuId=F3323>
- National Health Insurance Service (2014). *2013 Long Term Care Insurance Statistical Yearbook*. Seoul : Sekwang design printing.
- OECD Korea Policy Centre (2010). *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*. Seoul : Ifreenet.
- OECD Korea Policy Centre (2014). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Seoul : Ifreenet.
- Park, J. H., Yun, S. Y., Kim, M. J., Han, K. J., Hong, K. J., Park, S. A., Whang, N. M., & Heo, J. S. (2002). Discussion on Expansion and Establishment of Home Nursing Care. *Journal of Korean Academy*, 32(6), 855-866.
- Rice, R. (2006). *Home care nursing practice: concepts and application*. St. Louis : Mosby
- Ryu, H. S. (2006). Current Status of Costs and Utilizations of Hospital Based Home Health Nursing Care in Korea. *Journal of Korean Academy*, 36(7), 1193-1203.
- Ryu, H. S., Jung, K. S., & Lim, J. Y. (2006). Test on the Cost and Development on the Payment System of Home Health Care Nursing. *Journal of Korean Academy*, 36(3), 503-513.
- Song, C. R., Kang, I. O., Kim, Y. O., Jo, H. S., & Hwang, M. S. (2008). An analysis of the Elderly Care and management in Hospital-based Home Care Agencies. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 19(4), 660-672.
- Song, C. R. (2009). Home care services: crisis and prospects. *Perspectives in Nursing Science*, 6(1), 55-65.
- Statistics Korea (2011). *Population Projections for Korea : 2010-2060(Based on the 2010 Census)*.

The Current State of Hospital based Home Care Services in Korea: Analysis of Data on Insurance Claims for Home Care from 2007 to 2012

Song, Chong Rye¹⁾ · Lee, Mi Kyoung²⁾ · Hwang, Moon Sook³⁾ · Yoon, Young Mi⁴⁾

1) Head Nurse, Home Care Services Center, Ajou University Hospital

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

3) Associate Professor, Department of Nursing Science, Woosuk University

4) Head Nurse, Home Care Services Center, Veterans Hospital Medical center

Purpose: The objectives of this study were to analyze the state of hospital-based home care (HC) services annually and to provide basic information for research and policy regarding home care. **Methods:** This study is a secondary analysis of the yearly state of HC services from the Health Insurance Review & Assessment Services from 2007 to 2012. **Results:** The decreased by 34.6%, from 214 agencies in 2007 to 140 in 2012. The annual average number of active home care nurses was 440, which included 6.7% of the licensed home care nurses until 2012. The annual average number of HC patients were 32,000, and this number decreased by 21% in 2012, compared to that of 2008. Of the HC patients, about 70% were over 60 years of age. The chronic diseases among HC patients have been decreasing steadily since 2007. Seventy to eighty percent of the home visits were made in general hospitals or higher level hospitals. The total medical cost for HC services was 21 billion won in 2007, which consisted of 0.06% of the national medical costs, and it was 22 billion won and 0.03% in 2012. **Conclusion:** Based on the results of this study, further research on HC services is necessary to frame policies for the expansion of HC agencies.

Key words : Home care services, Home care agencies, Costs

• Address reprint requests to : Song, Chong Rye

Home Care Services Center, Veterans Hospital Medical center

164 World Cup-ro, Yeongtong-gu, Suwon 443-721

Tel: 82-31-219-5539 Fax: 82-31-219-4439 E-mail: gyrisan@hanmail.net