

가정간호사업을 위한 의료법 제정의 의미와 과제

유 호 신*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

의료법 제30조 의료기관 개설에 관한 내용 중 제4항에 "보건복지부령이 정하는 바에 의하여 가정간호를 실시하는 경우 <시행일 2000. 7.13>"가 2000년 1월 12일자로 개정 발표되었다. 그리고 이에 대한 후속조치로 가정간호를 실시하기 위한 보건복지부령을 제정하기 위하여 4월 11일자 의료법 시행규칙(안)이 입법예고 되었다. 이로써 우리 나라 최초로 가정간호행위가 의료법에 근거하여 합법적으로 환자 가정에서 시행될 수 있는 제도적 뒷받침이 마련된 것이다. 이는 간호계의 오랜 숙원사업인 가정간호가 제도권속에서 법적인 근거를 갖게 되었다는 의의 외에도 우리 나라 보건의료체계에서 보건의료의 선진화를 실현할 수 있는 공급구조로 변화되는 중요한 의의를 동시에 갖게 되었다. 다시 말하면 우리 나라 보건의료체계가 그 동안 기관과 의료공급자 중심의 공급구조에서 탈 기관화하여 수요자 중심의 공급구조로 변화될 수 있는 기반이 조성될 수 있는 것으로 기대된다.

최근 정부는 보건의료관련 민간전문가와 관계공무원으로 구성된 21세기 보건의료발전기획단을 설치하여 "21세기 보건의료발전을 위한 종합계획"(보건복지부, 1999)과 새천년을 향한 복지비전(보건복지부, 2000)을 발표하였다. 이 정책의 주요 목표는 평생국민건강관리체계

구축과 수요자중심의 보건의료공급체계 구축 그리고 보건의료산업의 경쟁력 제고를 통하여 보건의료의 선진화를 추구하고자 함이다. 구체적인 정책 비전을 살펴보면 평생국민건강관리 체계를 구축하기 위해서는 생애주기에 따른 지속적인 건강관리와 취약계층에 대한 보건의료 지원 강화 그리고 질병예방과 관리체계의 선진화를 목표로 제시하였다. 수요자중심의 보건의료공급체계를 구축하기 위해서는 보건의료 수요에 부응하는 보건의료자원의 공급과 보건의료 질 관리 체계 확립 그리고 보건의료전달체계의 효율화를 목표로 제시하였다. 또한 보건의료산업의 경쟁력을 제고하기 위해서는 고 부가가치 첨단기술 개발과 생산, 유통체계의 선진화와 시장기능 활성화를 통한 경쟁촉진을 목표로 각각 제시하였다. 종합하면 보건의료의 선진화를 이룩하고자 하는 주요 정책 추진 전략으로 보건의료서비스 공급구조를 의료공급자와 기관 중심의 보건의료체계에서 의료소비자중심의 보건의료체계로 확대 발전시켜 나가겠다는 의지를 담고 있다.

수요자중심의 보건의료 공급구조란 환자의 이용 편의를 최우선적으로 고려하면서도 서비스 비용(cost)과 질(quality)이 동시에 고려된 서비스 공급구조를 의미한다(Harris, 1997). 이와 같은 맥락에서 볼 때 환자들이 입원하지 않고도 필요한 서비스를 자기 가정에서 가족들과 일상 생활을 누리면서 받을 수 있는 편리한 가정간호 서비스가 수요자중심의 보건의료서비스 공급구조에 일익을 담당할 수 있다는 데에 이견이 없을 것으로 본다. 수

* 고려대학교 간호대학

요자중심의 보건의료서비스 공급체제로의 변화에 기여할 수 있을 것으로 판단되는 가정간호제도의 정착과 활성화는 그 나라의 보건의료정책과 밀접한 관련이 있다(유호신, 1999). 때문에 미국의 가정간호제도나 일본의 방문간호제도가 자국의 보건의료정책과 어떻게 연관되어 발전되어 왔는가를 평가하는 작업이 필요하다. 다시 말하면 우리 나라 보건의료정책에 대한 이해와 추진전략 그리고 가정간호를 활용하고 있는 선진국의 경험을 토대로 가정간호정책 대안(alternatives)을 마련한다면 가정간호의 조기정착과 제도적 발전을 기대할 수 있다.

지난 4월 11일자 입법예고 된 가정간호 시행규칙(안)을 살펴보면, 비록 만족스러운 수준은 아니지만 가정간호가 보건의료체계와 보건의료제도권내에서 사업을 수행할 수 있는 구체적인 방안이 마련되었다는 점에서 매우 큰 의의를 갖는다. 가정간호가 보건의료제도권내에 도입되기까지는 Kingdon(1995)이 정책형성과정에서 지적한 바와 같이 여러 측면의 노력에 의한 정책흐름이 결실을 맺게 된 것으로 평가할 수 있다. 즉, 1970년부터 간호계의 꾸준한 노력과 준비, 의료법 제 56조의 분야별간호사와 전문간호사제도(의료법, 2000)에 대한 법적 뒷받침, 그리고 1990년부터 개설된 가정간호 전문교육과정, 병원중심의 가정간호 시범사업(한국보건사회연구원, 1994, 1996, 1998, 1999)을 실시한 정부의 의지와 국민건강보험법 제정 등 다양한 정책흐름(policy stream)이 형성되어 합의된 성과라고 볼 수 있다. 그러나 가정간호를 위한 의료법 시행규칙(안)이 병원에 입원한 환자와 의료보험을 소지한 환자에게만 허용하는 등 제한적으로 시작되는 제도이다. 따라서 현 시점에서 의료법 개정의 의의를 살펴보고 이에 대한 문제점을 도출하여 향후 보건정책 발전방향에 근거한 가정간호사업 발전과 활성화 방안을 모색하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 가정간호가 보건의료체계 속에 자리매김 할 수 있도록 우리 나라 보건의료정책 특성과 발전방향에 근거하여 현재 당면하고 있는 가정간호제도상의 문제점과 과제를 도출하여 가정간호의 발전과 활성화에 기여하고자 하였다. 구체적인 목적은 첫째, 미국과 일본의 가정간호 발전과정을 고찰하고 둘째, 가정간호사업 실시와 관련된 의료법과 의료법 시행규칙(안)에 근거한 과제를 도출하고 셋째, 보건의료정책 방향에 근거한

가정간호 과제를 도출하였다.

II. 연구 방법

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 가정간호 정책개발과 관련된 기존의 국내외 문헌을 고찰하였고, 1960년부터 현재까지의 미국과 일본의 가정간호관련 보건의료정책과 1998년 이후에 발표된 우리 나라의 보건의료정책, 그리고 2000년 1월 12일자 의료법 개정내용과 4월 11일자 예고된 의료법 시행규칙(안)에 근거하여 가정간호 발전과 활성화 과제를 도출하였다. 따라서 본 고에서는 기존 연구결과 등에서 수 차례 지적되어 이미 구체적인 제시된 당면과제들(예를 들면 의료보험지불보상 횡수의 제한 등)에 대하여는 제외하였다.

III. 본 론

1. 미국과 일본의 가정간호 발전과정에 대한 고찰

미국의 가정간호(home health care)는 일본의 경우와 마찬가지로 자국의 보건의료정책과 맞물려 발전되고 있다. 즉 19세기말 자선 방문간호사업단을 구성하여 활동하기 시작한 가정간호서비스(inhome service)가 가정간호로 발전해 왔으며 1960년대에 노인보건의료관리를 위해 메디케어(medicare)와 메디케이드(medicaid) 제도를 도입하면서 획기적인 전환기를 맞게 되었다. 최초의 가정간호사업소는 일 세기전인 1880년대에 세워진 이래 1963년까지 약 1,100개소가 생겼으며 1967년부터 1985년에는 메디케어에서 인증한 사업소(medicare-certified agency)가 1,753개소에서 5,983개로 3배 이상 증가되는 등 성장기로 접어들게 된다(DHHS & HCFA, 1998). 1980년대는 메디케어에서 65세 이상 노인환자들에게 DRG 지불제도를 시행함에 따라 "quicker and sicker"를 촉진시켜 입원 대체제로서의 가정간호 기능이 강화되었다. 뿐만 아니라 메디케어에서 호스피스(1984년)와 정신질환 환자(1987년)에 대한 지불보상제도를 제도화함에 따라 메디케어 인증 호스피스 사업소가 1984년 31개소에서 1997년에 2,274개소로 무려 73배나 증가되었고 동시에 정신질환 환자의 이용이 급증되어 가정간호사업 확대기를 맞게 되었다.

미국의 가정간호는 이와 같이 1970년대의 성장기와 1980년대의 확대기를 거쳐 1990년대는 기능 강화기로

접어들었다고 볼 수 있다. 기능 강화기로 평가할 수 있는 근거는 관리의료(managed care)의 확대 적용으로 1992년부터 가정간호이용이 눈에 띄게 급증하자 메디케어와 보건재정국(HCFA)에서는 가정간호비용을 절감하기 위한 가정간호사업소 질 관리체계를 강화시켰다. 구체적으로 언급하면, 1996년 12월 말 통계 결과 가정간호사업소의 총 규모는 메디케어 인증사업소가 호스피스 7,154개소를 포함한 12,181개소와 기타 메디케어로부터 인증 받지 못한(non-medicare-certified) 8,034개소 등 총 20,215개소(DHHS & HCFA, 1998)로 가정간호사업의 확대에 따른 재정부담이 가중되었다. 향후 더욱 확대될 것으로 예측되는 가정간호재정의 효율적 관리 대책이 절실히 필요하다고 판단한 정부는 1997년에 Balanced Budget Act(BBA)를 공표하기에 이른다. 이 법으로 인해 가정간호사업소에서는 메디케어로부터 가정간호서비스 제공에 대한 지불보상을 받기 위해서는 1998년 2월27일부터 OASIS (Outcome and Assessment Information Set) II와 OBQI (Outcome Based Quality Improvement) 도구에 근거한 가정간호기록을 미니 노트북컴퓨터를 이용하여 가정간호사가 직접 소속 사업소는 물론 동시에 메디케어 본부로 전송해야만 되는 전산시스템을 구축하여 시행 중에 있다(Shaughnessy 1998). 메디케어와 보건재정국에서는 1985년부터 15년 동안 치밀한 준비 끝에 가정간호기록 프로그램과 전자기록시스템을 구축함에 따라 전국 통계치에 근거한 가정간호관리정책 수립을 보다 체계적으로 수행할 수 있는 기반을 갖게 되었고 동시에 전국 평균치 개념의 가정간호사업소 질 평가를 통해 서비스의 질 향상에 역점을 두는 가정간호자원의 효율적 관리를 시행하고 있다.

일본의 경우는 정부의 노인보건정책 차원에서 노인보건문제를 해결하는 데 방문간호사업을 적극 활용하고 있다(한국보건사회연구원, 1999). 그러나 일본의 경우는 미국의 가정간호제도와는 달리 가정간호사라는 직종이나 제도가 별도로 없고 방문간호사들이 중심이 되어 노인보건의료문제를 해결하기 위한 지역분담제를 실시하고 있다. 구체적으로 언급하면, 1961년에 노인복지법이 제정되면서 노인보건의료비의 부담을 정부가 감당하기 시작하였고 1971년 노인복지법을 개정하여 노인의료비를 지급하게 되었다. 그러나 노인복지법에 근거한 노인보건사업 시행에 어려움이 있다고 판단한 정부는 별도로 1982년에 이르러 노인보건법을 제정하기에 이른다. 노인보건

법이 제정되면서 노인보건의료정책이 본격화되는 양상을 보였다. 즉 1989년에 고령자 보건복지 추진 10개년 전략을 수립하여 1991년 고령자의 보건문제를 해결하기 위한 공적 개호 보험제도를 도입하였다. 이를 발판으로 1992년에는 노인보건의료정책을 강화하고자 의료법을 전면 개정하여 75세 이상 와상노인 퇴치작전을 본격적으로 실시하게 되었고 노인보건의료관리체계를 강화시키기 위하여 주간서비스, 재활서비스, 단기보호서비스, 방문간호서비스, 복지용구서비스, 그룹 홈, 주택개수서비스, 방문 입욕서비스, 의학적 관리서비스, 유료노인시설과 중간시설의 확충 등 다양한 서비스를 구축하였다. 특히 75세 이상 와상노인 퇴치작전을 위한 정부의 목표를 달성하기 위하여 지역적 안배를 고려한 방문간호사업을 확대 실시하기 위하여 각 읍, 면, 동 단위에 방문간호사를 배치하여 본격적으로 와상노인 퇴치작전에 돌입하게 된다. 이를 위하여 정부는 1992년에 방문간호사 1만 명을 채용하겠다는 계획을 발표하였고 신 골드플랜을 수립하여 노인보건관리체계를 적극적으로 강화시켜 가고 있다(한국보건사회연구원, 1998).

이상 미국과 일본의 예를 통해 살펴 본 바와 같이 가정간호는 그 나라의 국가 보건의료정책과 매우 밀접하게 맞물려 발전되고 있다. 특히 선진국이 될수록 노인보건의료문제를 보다 적극적으로 해결하게 되고 이를 위하여 노인보건정책을 강화시킬 때 가정간호사업이 맞물려 활성화 된다는 점에 주목할 필요가 있다. 이러한 관점에서 우리나라도 1999년 5월에 보건복지부에 노인보건과가 신설되었고 노인보건법이 준비되고 있는 시점에서 향후 가정간호사업의 적극적인 활용을 기대해 본다.

2. 가정간호 의료법 시행규칙(안)에 근거한 과제

1) 가정간호사 수요 공급

4월 11일자 예고 된 의료법 시행규칙(안)에 의하면 가정간호를 실시할 수 있는 의료기관은 종합병원·병원·한방병원 또는 요양병원으로 한다라고 하였다. 이를 근거로 개설 가능한 가정간호사업소 수를 추정하였다. 전국의 모든 병원급 이상의 의료기관에서 가정간호사업소를 개설한다고 전제한다면, 전국적으로 약 1000 여 개 이상의 가정간호사업소가 생길 수 있다(표1 참조). 그리고 가정간호사업소를 개설할 경우 의료법 시행규칙(안)에 반듯이 가정간호사 2인 이상을 두도록 예고하였으므로 전국에 가정간호사업소가 개설된다면 약 2,000

여명의 가정간호사가 당장 필요할 것이라는 산술적 계산이 가능하다. 현재까지 13개 가정간호전문 교육기관에서 약 2,000 여명의 가정간호사가 배출된 상태이므로 단순한 산술적인 수요공급은 균형을 이루었다고도 말할 수 있겠다. 그러나 현실적으로 전국 몇 개의 의료기관에서 그리고 몇 명의 가정간호사를 언제부터 채용하게 될지는 예측하기 어렵다. 뿐만 아니라 가정간호 교육과정을 이수하는 상당수의 간호사들이 현직에 종사하고 있다는 점에서 가정간호사의 수요 공급 문제는 심한 불균형이 초래될 것이 예측된다. 따라서 향후 가정간호사업소를 개설하고자 하는 병원과 준비된 가정간호사의 지역적 불균형 수요공급문제가 발생될 소지가 높으므로 이에 대한 실태 파악과 해결 방안이 마련되어야 한다.

〈표 1〉 종합병원, 병원, 한방병원 및 요양병원 시설 수

년 도	종합병원	병 원	한방병원	요양병원	
				정신	노인
1995	266	398	69	75	-
1996	271	421	81	78	1
1997	262	456	98	79	3
1998	255	517	107	67	4

자료: 보건복지부, 보건복지통계연보 (1999)

2) 한방 가정간호서비스 개발

입법예고된 시행규칙(안)에 우리가 주목해야 할 점은 한방병원과 요양병원에 가정간호사업소 개설이 가능하게 된 점이다. 특히 종합병원의 기관수는 최근 줄어드는 추세인 데 반해 한방병원의 경우는 1995년 69개에서 1998년 107개로 증가 추세에 있다(표1 참조). 이와 같은 현상은 우리 나라 보건의료문제가 만성퇴행성질환의 증가로 한방의료 수요가 증가되고 있기 때문으로 추측된다. 이러한 증가양상은 가정간호대상자의 수요특성과도 밀접한 관련이 있다(유호신의 2000). 따라서 증가추세에 있는 한방병원에 가정간호사업소가 개설될 수 있고 또한 개설되어야 한다는 당위성에 비추어 빠른 시일 내에 우리 나라 고유의 한방 가정간호서비스가 개발되어야 한다. 한방 가정간호사업을 실시하기 위해서는 우선 두 가지 측면의 준비가 필요하다. 의료법 시행규칙(안)에 "가정간호는 의료기관외에서 지속적인 치료와 관리가 필요하다"고 의사나 한의사가 판단하여 가정전문간호사에게 의뢰한 자에 한하여 실시한다"와 "가정전문간호사가 검사·투약·주사 또는 치료적 의료행위를 하는 경우에는

의사 또는 한의사의 진단과 처방에 의하여야 한다"라고 예고된 점에 비추어 가정간호사는 우선 한의사의 처방을 이해하고 수행할 수 있어야겠다.

뿐만 아니라 처방에 의한 서비스 이외에 한방 고유의 가정간호서비스를 제공하기 위해서는 한방적 가정간호서비스 개발이 선행되어야 한다. 가정간호의 기반이 서양의학에 뿌리를 두고 있었으므로 한방과 양방의 원리를 접목한 우리 고유의 한방 가정간호서비스가 개발된다면 다양한 가정간호서비스를 제공할 수 있을 것이다. 따라서 서양의학의 개념과 한의학의 개념을 접목하여 보다 다원화된 가정간호 중재서비스가 개발되어야 한다. 현재 우리 나라의 의료제도는 이원화 제도를 채택하고 있어 서양의학과 한방의학의 접목이 이루어지지 못하고 각자 평행선을 가고 있는 현실적인 여건 하에서 환자간호에 초점을 둔 접목된 가정간호서비스가 개발된다면 발전의 계기를 맞을 수 있을 것으로 기대된다. 이와 같이 한방 가정간호서비스의 개발은 간호서비스의 다양화를 촉진시켜 가정간호대상자들에게 질적이고 효과적인 간호서비스를 제공할 수 있을 것이다. 이를 위하여 가정간호와 한방의료관련 전문가로 구성된 개발팀(task force)을 구성하여 장기적 종합계획안을 갖고 과학적(evidence based)이고 체계적인 연구개발을 추진시켜야 하겠다.

3) 가정간호서비스 질 관리와 서비스 범위

가정간호 시행규칙(안)에 "의료기관에서 실시하는 가정간호의 범위, 가정간호의 질 관리 등 기타 가정간호 실시에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다"라고 예고하였다. 최근 정부는 의료기관에 대한 평가 기능을 강화하고 평가 결과에 따른 진료비 지불보상체제를 갖추기 위한 계획을 수립하여 발표하였다. 예전에는 1, 2, 3차 의료기관에 대한 지정은 단순히 병상 수에 근거하였으나 현재와 같은 의료기관 평가방법의 불합리성을 개선하고 객관적인 질 평가를 위하여 정부는 종합계획내용에 의료기관평가 전담기구의 설립과 평가방법에 대해 다음과 같이 언급하였다. 『3차 진료기관 인정, 의료기관 신입 평가, 의료기관서비스 평가 기능을 통합 조정하여 효율적으로 수행할 수 있도록 의사협회, 병원협회, 의료보험심사평가원, 보건의료산업진흥원 공동으로 평가전담기구(가칭 '의료기관심사평가원')를 설립하고 평가방법, 평가체계간 조정, 평가결과 활용방안 마련 등 평가제도의 객관성 및 전문성 보완』(보건복지부, 1999).

미국은 JCAHO(Joint Commission Accreditation

of Health Organization, 2000)에서 종합병원, 중간 시설, 너싱홈, 가정간호사업소 등 보건의료기관 특성별로 의료기관 인증 평가제를 실시하고 있으며 이중 가정간호 사업소 평가는 1990년 이후 활발하게 실시하고 있다. 비영리 민간 보건의료평가기관인 JCAHO는 1950년대부터 체계적인 활동을 실시하면서 정부나 보험회사 그리고 각 분야별 보건의료기관으로부터 평가결과에 대한 객관성과 공신력을 인정받고 있다. 때문에 의료기관들은 JCAHO로부터 인증을 받기 위해 자발적으로 심사료를 지불하면서까지 기관인증 평가를 받고 있다. JCAHO의 인증 유효기간은 3년이며 그 평가 내용과 기준이 매우 까다롭고 철저하기 때문에 대개 사전심사를 거친 후 본 심사를 받는다. 메디케어 뿐만 아니라 HMO등 사(私) 보험회사에서는 JCAHO의 인증을 받은 가정간호사업소에서 청구한 진료비 내역에 대해서는 즉각적이면서도 별삭감 없이 지불 해 주지만 그렇지 못한 사업소의 청구비용에 대하여는 매우 까다롭게 심사하여 진료비 지불이 지연되거나 많은 경우 삭감 당하고 있어 경영상에 큰 어려움을 겪고 있다. 1999년 현재 JCAHO의 가정간호사업소에 대한 14가지 평가 내용을 정리하면 다음과 같다. 1. 환자의 권리와 윤리 2. 환자 사정 3. 간호, 치료 및 서비스 4. 가정간호서비스 제공을 위한 계획과 준비 5. 질환별 매뉴얼 (예: Wound Documentation)과 위험요인에 대한 체크 리스트 6. 직원과 환자 및 환자가족에 대한 교육 7. 가정간호서비스의 연속성 (Continuum of Care & Services) 8. 사업소 조직성과에 대한 개선 방안 9. 지도력 (Leadership) 10. 환경 안전 및 장비 관리 11. 인적자원에 대한 관리방안 12. 사업소의 성공 전략 13. 정보 관리 방안 14. 감독, 예방 및 감염관리 등이다. 이상의 평가내용과 방법은 계속적으로 개발 발전시켜 가고 있다. 때문에 JCAHO로부터 인증 받기 위해서도 질 개발 및 관리 전담 위원회등을 구성하여 관리하고 있어 가정간호서비스의 질 개선과 발전은 물론 효율적이고 성공적인 사업소 운영을 기대할 수 있다. 우리나라의 경우도 향후 가정간호의 기능과 역할이 확대되면 가정간호사업소에서 제공되는 가정간호서비스의 질과 사업소 운영 전반에 대한 평가가 수반될 것이 예측된다. 따라서 가정간호사업소의 질 관리를 위한 체계적인 평가틀이 마련되어야 한다. 보건의료서비스에 대한 질 평가 목적이 서비스 질 개선과 향상에 있다는 점을 감안할 때 가정간호 질 평가 역시 서비스의 질 관리로 이어지게 되므로 가정간호서비스는 물론 사업소 운영 전반의 평가를

위한 철저한 준비를 해야하는 당위성이 여기에 있다.

4) 가정간호 이용 형평성

현재는 병원에 입원한 의료보험환자의 경우에만 가정간호 지불보상을 받을 수 있다. 구체적으로 언급하면, 산재보험 환자나 자동차보험 환자 그리고 의료보호 환자들의 경우 가정간호서비스 비용을 전액 본인이 감당해야 하기 때문에 현실적으로 가정간호이용이 어려운 실정이다. 한국보건사회연구원(1999)에서 실시한 가정간호사업 평가에 의하면 일회 평균 가정간호수가가 약 4만5천원에서 5만원 정도의 범위에 있었으며, 보험에 적용될 경우 본인이 부담하게 되는 비용은 평균 약 1만 2천원 수준으로 보고되었다. 본인부담금이 20%이기 때문에 보험에 적용될 경우 큰 부담 없이 이용할 수 있으나 그렇지 못할 경우 부담이 클 수 밖에 없다. 특히 산업재해보험과 자동차보험 환자의 경우 가정간호서비스를 이용하기 위해서는 노동부와 건설교통부등 관련 부처간의 협의와 보험회사의 지불보상책 등 종합적인 대책이 마련되어야 현실적으로 가능하다(이숙자의 1999, 박은숙의 2000). 또한 서울시간호사회 주관의 지역사회중심 가정간호 시범사업 성과평가를 위한 기초연구 결과, 지역사회내 의료이용의 사각지대에 놓인 저소득 환자들이 가정간호를 많이 이용했다는 보고(유호신의 2000)를 감안할 때, 지불부담능력이 없는 저소득 환자들을 위한 가정간호 이용 형평성 문제는 신중히 제기되어야 한다.

이와 같이 가정간호 이용 형평성 문제는 의료이용의 형평성 제고를 강조하고 있는 정부의 보건의료발전 종합계획의 추진에도 걸림돌이 될 뿐만 아니라 평생국민건강관리 체계를 구축함에 있어서도 걸림돌이 될 수 있다. 더욱이 의료이용 접근도가 낮은 저소득층 주민의 질병관리를 강화하기 위해 공공보건의료를 강화시키고 있는 정부의 입장에서 볼 때 지역사회내에 많은 의료이용 취약 계층 환자들 즉, 노인환자, 재활환자, 정신질환자, 저소득 환자 등에 대한 효율적인 관리대책이 필요하다는 지적이다(한국보건사회연구원, 1999). 예를 들면, 현재 보건소 1개소 당 관리대상 인구는 평균 약 40만 내지 50이고, 1개 보건소 당 평균 4명 내지 7명 수준의 방문간호사 만으로는 방문간호사업을 제대로 수행할 수 있는 인프라가 형성되어 있지 못한 실정이다. 이러한 상황에서 지불부담 능력이 있는 병원에 입원한 의료보험환자와 보건소 방문간호서비스를 받은 수 있는 극히 제한적인 주민을 제외한 대상자들 즉 의료사각지대에 방치되어

있는 환자들을 비용 효과적으로 관리할 수 있는 가정간호 활용이 절실히 요구된다. 그러나 현재 소외된 환자들 이 지역사회내 어느 정도나 있는지 혹은 어느 정도 어려움을 겪고 있는 지에 대한 실태파악 조차 못하고 있는 실정이다. 다만 최근 노인보건의료 대책으로 한국보건사회연구원 (1994a, 1994b, 1995, 1999)과 선우덕 (2000) 등 대다수의 노인보건전문가들도 노인보건의료 관리 대책으로 가정간호를 적극 활용할 것을 제언하고 있어 가정간호이용 형평성 문제는 조속히 해결되어야 할 과제중의 하나이다.

5) 지역사회중심 가정간호제도

같은 맥락에서 앞서 언급한 우리 나라도 일본의 경우처럼 공공보건의료사업 조직을 강화하여 지역사회 주민들이 가정간호사와 동일한 수준의 방문간호사로부터 서비스를 제공받을 수 있는 인프라가 구축될 수 있다면 구태여 지역사회중심의 가정간호제도를 준비할 필요가 없겠다. 뿐만 아니라 자격요건과 기능 그리고 역할이 상이한 가정간호사와 방문간호사(김모임 등, 1999)가 동일한 수준의 서비스를 제공하기 어렵다는 현실적인 문제도 있다. 그러나 더 큰 어려움은 앞서 지적한 바와 같이 질적인 서비스 수준의 문제를 배제하더라도 보건소 1개소 당 방문간호사 4-7명으로 평균 40만 내지 50만 명에 해당되는 관할 주민들을 관리한다는 것은 매우 어려운 실정이다(한국보건사회연구원, 1999). 이러한 문제 인식 하에서 1998년 12월 보건복지부에서는 실직 간호사들을 위한 실업대책의 일환으로 공공근로 방문간호사업을 계획하면서 의료보호대상 60만 명과 차상위 저소득층 대상 90만 명 등 총 150만 여명의 주민들이 의료이용 취약계층이라고 판단하여 이들을 위한 공공근로 방문간호사업을 실시한 바 있다(공공근로 방문간호사업 협의체, 1999). 이 당시 약 1500여명의 공공근로 방문간호사들이 투입되어 지역주민들에게 방문간호서비스를 제공하였음에도 불구하고 한국보건사회연구원(1999)에서 실시한 연구 결과, 법정대상자 조차도 60% 정도가 방문간호서비스를 한번도 받지 못했음을 지적하였다. 이 보고서에 의하면 대다수의 법정대상자들 조차 필요한 방문서비스를 받지 못하고 있는 실정임을 지적하였고 동시에 이를 개선할 수 있는 방안으로 각 읍, 면, 동에 인구수에 비례한 방문간호사를 배치하여 방문간호사업을 위한 인프라가 구축되어야 함을 강조하였다. 뿐만 아니라 유호신 등 (2000)이 지역사회중심의 가정간호 이용자 특성과 병원

중심의 가정간호 이용자 특성을 분석한 연구결과에서도 지역사회중심의 가정간호이용자 특성과 이용양상이 병원 중심의 가정간호 이용대상자들과 차이를 보인 것으로 보고되었다

따라서 병원중심의 가정간호사업과 보건소중심의 방문간호사업에서 제외될 수 있는 의료이용의 사각지대에 있는 재가환자를 관리할 수 있는 지역사회중심의 가정간호 제도가 마련되어야 한다. 지역사회중심의 가정간호사업은 각 지역 간호사회나 가정간호사회 혹은 지방자치단체가 운영주체가 되어 비영리를 목적으로 지역사회 재가환자들을 관리할 수 있는 모형이어야 한다.

이러한 과제를 해결하기 위하여 현재 서울, 인천, 대전 등 6개 지방 간호사회에서 주관하고 있는 지역사회중심의 가정간호시범사업 성과를 평가하고, 병원의 가정간호사업소를 이용할 수 있는 경우와 보건소의 방문간호서비스를 이용할 수 있는 경우 이외에 의료이용의 사각지대에 놓여 있는 재가환자들에 대한 수요조사가 선행되어야 한다. 정부의 공공보건의료사업과 조직을 강화시키고자 하는 차원에서 정확한 수요 파악에 근거한 지역사회 단위 가정간호사업을 실시할 수 있는 제도적 여건이 보완될 때 정부가 추구하는 수요자중심과 평생국민건강관리체계를 통한 보건의료의 선진화를 추구할 수 있을 것으로 기대된다.

3. 보건정책에 근거한 가정간호 정책과제

1) 21세기 보건의료발전 종합계획에 따른 과제

보건의료발전 종합기획단을 구성한 정부는 1998년부터 21세기를 위한 국가 보건정책 방향을 발표하였다(보건복지부, 1999). 보건의료정책 내용을 구체적으로 살펴보면, 현재 우리 나라 보건의료 현황과 문제점을 근거로 보건의료의 선진화를 향한 종합적이고 장기적인 개선책을 마련한 것으로 평가된다. 따라서 앞서 지적한 바와 같이 가정간호사업의 정착과 발전을 위하여 21세기 보건의료발전을 위한 종합계획 내용을 중심으로 가정간호와 관련이 되는 것으로 판단되는 내용을 간략히 요약하면 다음과 같았다.

우선 향후 대두 될 우리 나라 보건의료문제를 진단한 결과는, 『첫째, 인구, 경제 및 사회구조의 변화와 더불어 건강 위해 요소와 질병구조, 보건의료 요구 및 이용 양상이 달라져 새로운 보건의료 문제가 다양하게 대두될 전망이다 둘째, 전염성 질환과 같은 단일 병인보다는 불건

전한 습관 및 생활양식, 사고 및 증독, 정신이상과 환경 오염, 자연재해 등이 사망과 이환의 주요 요인으로 작용할 것임 셋째, 뇌혈관질환, 암, 고혈압, 당뇨병 등 만성 퇴행성질환의 비중이 증가 될 것임 넷째, 병원균의 변종, 생태적 변화, 약품내성에 따른 기존 전염병의 존속, 신종 전염병의 발생과 인구이동 및 물류의 증가에 따른 전염병의 확산 등 감염성 질환의 관리가 여전히 중요한 보건 문제일 것임 다섯째, 노인인구 및 만성퇴행성 질환의 증가에 따른 재가의료(간호), 치매 요양, 낮 병원, 호스피스, 장기이식 및 인공장기의 투입, 건강상담 등 새로운 보건의료서비스의 요구가 다양하게 나타날 것임 여섯째, 건강의식의 향상에 따른 공공보건서비스의 요구와 사회구조 및 생활환경의 복잡화, 생활양식의 다양화에 따른 재해 사고, 증독 발작 등 응급의료서비스의 요구가 증대할 것임 등이었다. 이상과 같이 진단된 문제를 해결하기 위한 방안으로 평생건강관리사업 조직 및 기능 정비 강화를 수립한 바 「첫째, 식생활 및 영양개선, 학교보건, 산업보건, 환경보건 등 관련 타 부처와의 업무 조정 및 협조 기능 강화 둘째, 1차 보건의료기관이 건강관리 서비스 제공의 중심적 기능과 역할을 수행 할 수 있도록 기능과 역할을 재정립하고 1차 보건의료 인력을 개발 확보하며 예방보건서비스 보상체계를 도입 셋째, 보건소의 기능을 재정립하여 평생건강관리사업을 주도적으로 실시토록 하고 필요 인력 확보 및 조직 보강 넷째, 건강관리 프로그램 개발 운영: 주민, 의료기관, 주치의, 가정간호사, 영양사 등 보건의료 인력, 건강관련 민간기구 및 업소 등과 업무연계체계 구축」 등을 발표하였다.

따라서 정부는 노인인구 및 만성퇴행성 질환의 증가에 따른 가정간호와 치매 요양서비스, 낮 병원, 호스피스, 건강상담 등 새로운 보건의료서비스의 요구가 다양하게 나타날 것에 대비한 준비를 계획하고 있다. 그리고 평생건강관리사업 조직과 기능을 정비하고자 하는 계획에 가정간호 인력과 업무연계 체계의 필요성을 언급하였다. 문제는 이러한 정책 비전이 방향설정에 불과하고 구체적으로 언제부터 어떻게 실행 할 지에 대한 대안은 마련되지 않은 상태이지만 가정간호 정책과 연관성이 있을 것을 판단되는 정부의 정책과제에 대해 명확하게 이해하고 보다 적극적으로 이를 실천할 수 있도록 정책 대안을 제시해 주는 것은 우리의 역할이다.

2) 여성 및 노인 보건정책 시행에 따른 과제

또한 최근 보건복지부에서는 6.17 보건복지 여성정책

중장기계획을 발표하였다. 이는 여성의 보건복지수준을 향상하고 보건복지정책에서 여성의 관점을 반영한 성 주류화 (Gender mainstream)를 촉진하기 위하여 보다 체계적인 사업추진이 필요하다는 판단이라고 언급하였다. 향후 5년간의 추진계획을 담고 있는 본 중장기 계획은 보건의료, 공공부조, 사회보험, 복지서비스, 여성사회참여지원, 성 주류화 등 6개 분야의 68개 사업으로 구성되어 있다. 동 계획 중에 여성노인, 여성장애인, 모자가정 등 취약계층 여성에 대한 복지 확대에 중점을 두어 여성장애인에 대한 상담 및 교육서비스를 확대하고 여성노인의 질병관리 및 건강수명 연장을 위해 보건소에 노인보건센터 및 방문보건팀을 구성 운영하며 그룹홈, 요양시설 등 다양한 형태의 노인복지시설을 확충하겠다는 내용을 담고 있다(보건복지부 2000). 구체적으로 살펴보면, 「그룹홈·요양시설 등 다양한 형태의 노인복지시설을 확충(90년 80개 → 2005년 160개)하고 『노인의료복지시설의 질적 양적 확충을 위하여 첫째, 양로시설의 간병기능을 강화하여 요양시설로 확대하는 등 2003년까지 60개소의 요양시설을 확충하고 둘째, 치매, 외상, 중풍 등 노인성질환 중증환자를 위한 노인전문요양시설을 2003년까지 시 도당 2개소씩 32개소를 확충(총 47개소)」 한다. 그리고 「재가복지사업의 전문성을 강화하기 위하여 재가복지서비스 전문화 프로그램 및 전문 인력 확보, 보건의료서비스 및 가정간호 등의 전문서비스 제공, 현재 보건소 치매상담센터의 전문인력 교육, 방문간호사나 가정봉사원 등을 활용하여 지역사회 공공보건의료체계 확립, 치매노인 위한 소규모 치매요양시설 지원: 첫째, 치매전문 요양시설 및 치매병원 확충 (2000년-2003년), 둘째, 현재 요양시설 20개소, 치매병원 3개소 운영 중, 요양시설 2000년 11개소 신축, 치매병원 2003년까지 17개소 개원 예정 셋째, 10여명 정도의 소규모 치매요양시설도 정부지원 범위에 포함, 주간보호 및 단기보호시설 확충, 지원단가 확대 계획」 등을 발표하였다.

이상 발췌한 여성 및 노인 정책 내용 중 가정간호와 관련된 정책 대안들은 언제부터 어떻게 구체적으로 실행에 들어갈 지에 대하여는 언급되어 있지 않지만 보건의료 발전을 위한 종합정책과 여성 특히 여성노인을 위한 정책 내용 등에 가정간호와 방문간호의 활용 계획이 중요 내용으로 포함되어 있는 것을 알 수 있었다. 어느 나라든지 저소득층 주민들을 위한 복지정책을 강화시킬수록 가정간호정책이 강화된다. 이러한 점에 비추어 향후 보건복지

정책 방향이 선진국형으로 수행된다면 가정간호 활성화를 기대할 수 있다. 따라서 정부의 재정여력 상 무엇보다 어떻게 구체적으로 실현시켜 나가는 것이 올바른 지에 대하여는 정부 관계자와 가정간호전문가들이 한자리에 모여 바람직한 방향에 대한 합의를 도출하여 갈 때 상호 발전적인 방향으로 나아갈 수 있을 것이다.

일 예로, 이상 제시된 정책내용들을 실현하기 위하여 한국보건사회연구원(1999)의 “요양병원의 수급현황과 정책과제 보고서”에서도 요양병원에서 퇴원한 환자를 지속 관리할 수 있는 호스피스와 가정간호의 연계방안을 적극 제언하였다. 뿐만 아니라 다양한 종류의 서비스 연계체계가 확립되고 활발히 이용되기 위해서는 주간보호사업, 가정간호사업, 가정봉사원사업, 노인요양시설, 호스피스사업 등을 보험급여에 포함시켜야 한다는 정책 제언(한국보건사회연구원, 1994a, 1994b, 1995, 1999)과 노인보건사업 정책방향(선우덕, 2000) 등도 가정간호제도의 활용을 적극 제언하고 있다. 이와 같이 비단 간호계 뿐 아니라 노인보건복지 전문가들도 가정간호의 활용을 정부에 적극 권장하고 있다. 이러한 현상은 우리 나라의 보건의료정책이 선진화 될수록 그리고 재정적 여력과 더불어 저소득 주민들을 위한 의료이용 접근성과 형평성을 제고해 나갈수록 가정간호의 활용은 활발해 질 것으로 예측된다.

3) DRG 시행에 따른 과제

정부는 의료행위별 수가제의 비효율성을 개선하고 의료자원의 낭비적 요소를 최소화한다는 목적 하에 질병군별(Diagnosis Related Group, DRG) 포괄수가제도를 도입하기 위하여 1997년 2월부터 1998년 1월까지 54개 요양기관을 대상으로 제1차 시범사업을 실시하였다. 그 후 1년 동안 133개 요양기관에서 2차 시범사업을 실시하였고 1999년 2월부터 2000년 12월까지 932개(16개 3차 기관, 61개 종합병원, 88개 병원, 및 767개 의원) 요양기관으로 확대하여 3차 시범사업이 실시 중에 있다. DRG 지불제도는 진단명 기준 환자군 분류체계로 병원경영개선과 의료비절감 그리고 의료의 질 개선을 위한 목적으로 예일대학 의과대학팀이 중심이 되어 1960년대 말부터 약 10년에 걸쳐 개발되었고 1983년부터 메이케어에서 정식으로 노인환자의 진료비지불제도로 채택하여 시행 중이다. 1983년 메디케어에서 노인환자를 대상으로 DRG 지불제도를 시행함에 따라 노인환자들의 재원기간이 대폭 감소되었고 그 결과 상대적으로 가정간

호의 이용이 급증되는 양상을 보였다(Harris, 1997). 메디케어는 1992년 이후 관리의료제의 활성화로 가정간호이용이 급증되자 1998년에 가정간호수가를 방문 당 수가에서 DRG 수가지불제도의 개념과 유사한 사전 정액지불제도인 PPS(prospective payment system) 수가제도를 채택하여 가정방문 횟수를 통제하기 시작하였다(DHHS & HCFA, 1998).

우리 나라의 경우 현재 의료보험환자를 대상으로 3차 시범사업까지 DRG 지불제도에 적용되고 있는 질병은 「수정체 수술, 편도, 아데노이드 수술, 충수절제술, 항문과 항문주위수술, 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 질식분만, 제왕절개술, 자궁과 자궁부속기 수술, 단순 폐렴 및 늑막염, 소화기악성종양, 위장관 출혈, 복잡 소화성 궤양, 단순 소화성 궤양, 염증성 장관질환, 위장관 폐색, 식도염, 위장관염 및 기타 소화성 질환, 기타 소화성 질환」 등이다. 미국의 경험에 비추어 우리 나라의 경우도 DRG 지불제도가 확대 시행되면 가정간호가 입원 대체서비스로 그 이용이 증가될 것으로 예측되므로 이에 대한 철저한 준비가 필요하다. 특히 DRG에 적용되어 재원일수가 단축될 것이 예상되는 질환군 환자를 중심으로 조기퇴원에 대비한 가정간호서비스의 질 강화는 물론 주치의와의 긴밀한 협력체계 구축이 요구된다.

4) 의약분업과 의료시장 개방에 따른 과제

우리 나라는 의약품 오·남용을 막아 국민건강을 지키겠다는 목적 하에 오랜 기간동안 준비 해 온 의약분업을 실시하게 되었다. 의약분업이 정착될 때까지는 다소 시간이 걸릴 것이 예측되지만 의약분업의 필요성과 그 의의에 대하여는 이견이 없다. 따라서 시기적으로 늦은 감은 있지만 가정간호도 의약분업에 대비한 투약관리 방안이 마련되어야 한다. 특히 지역사회중심의 가정간호사업이 제도화 될 경우 의약분업에 따른 가정간호사의 투약관리 방법이 논의되어야 한다. 미국의 경우 각 지역마다 소규모 제약회사들이 가정간호환자를 위한 의사의 투약 처방전을 관리한다. 즉 처방된 의약품을 환자에게 제공하는 책임은 제약회사에 소속된 약사의 책임이고 의약품이 환자의 가정에 처방전대로 배달되었는지를 확인하고 환자와 가족에게 처방된 의약품에 대해 설명하고 투약관리를 하는 것은 가정간호사의 중요한 역할이다. 현재까지는 우리 나라의 경우 가정간호가 병원의 입원대체서비스로 제한되어 있어 입원환자에게 적용되는 방법과 동일한 원내처방전 발급으로 의약분업 이전의 투약관리 방법

과 차이는 없다. 그러나 지역사회중심의 가정간호사업이 나 제도화되고 보건소의 방문간호사업이 활성화 될 경우 재가환자의 의약품 처방전과 투약 관리에 대한 가정간호사의 역할이 제고되어야 한다. 뿐만 아니라 완전 의약분업을 실시하고 있는 미국의 경우 재가환자의 투약관리가 가정간호사의 중요한 역할임을 감안할 때 투약관리에 대한 교과 내용을 가정간호전문 교육과정에 포함시켜 전문 지식을 갖출 수 있도록 준비해야 한다.

한편 우리 나라에서 OECD 가입 이후 활발하게 논의되고 있는 의료시장 개방과 사 보험제도의 허용 방침에 대비한 대안책 마련도 시급한 과제중의 하나이다. 특히 의료시장이 개방될 때 미국의 의료보험회사들이 우리 나라에 진출할 것이 예측되고 사 보험회사의 경우 미국 HMO 등의 경영전략이 도입될 것이 예측된다. 따라서 미국의 의료보험제도와 가정간호와와의 관계, 가정간호 활용실태, 의료보험회사들의 가정간호정책 등에 대한 면밀한 검토가 요구된다. 사 보험회사들이 중심이 되어 관리의료제를 적극 도입하면서부터 가정간호서비스의 중요성이 더욱 강조되고 있다는 점을 감안할 때 의료시장이 개방되고 사 보험제도가 활성화될 때 가정간호도 보다 활성화될 것으로 기대된다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 의료법 제30조의 개정으로 가정간호제도가 보건의료체계내로 수용됨에 따라 이에 대한 의의와 문제점 그리고 정책과제를 도출하여 향후 가정간호 발전과 활성화를 도모하고자 시도되었다. 미국과 일본의 가정간호 발전과정을 고찰 한 결과, 가정간호는 자국의 보건의료정책과 매우 밀접하게 맞물려 활성화되고 있었다. 따라서 가정간호제도의 발전을 위하여 우리 나라 보건의료정책을 이해하고 향후 정책 방향을 예측하여 이에 대비한 가정간호 정책과제의 개발과 대안책 마련이 요구된다. 즉 가정간호사업 만큼은 간호의 관점과 시각에서 탈피하여 우리 나라 보건의료체계내에서 전체와 맞물려 함께 발전시킬 수 있는 능력과 비전이 필요하다. 따라서 의료법과 입법예고 된 의료법시행규칙(안)에 근거 한 가정간호 정책과제로 첫째, 가정간호의 전국 확대에 대비한 가정간호사의 수요공급에 대한 실태 파악과 대안책 마련 둘째, 한방 가정간호서비스 개발과 질 관리 방안 모색 셋째, 가정간호사업소와 서비스의 질 관리를 위한 평가틀 구축 넷째, 의료이용 취약계층을 위한 가정간호 이용

형평성 문제 해결 다섯째, 지역사회중심의 가정간호사업을 위한 제도적 뒷받침 등이 도출되었다.

우리 나라 보건정책 방향과 관련해서는 첫째, 21세기 보건의료발전을 위한 종합계획에 수요자중심의 보건의료 공급구조와 평생국민건강관리체계 구축을 위한 추진 전략 내용에 가정간호와 치매 요양서비스, 낮 병원, 호스피스, 건강상담 등 새로운 보건의료서비스의 요구에 대비한 정책과제와 둘째, 여성노인, 여성장애인, 모자가정 등 취약계층 여성과 노인의 건강관리를 위한 노인보건센터 및 방문보건팀, 그룹홈, 요양시설 등 다양한 형태의 여성과 노인 건강관리방안에 근거한 정책과제 셋째, DRG 시행에 따른 정책과제 넷째, 의약분업과 의료시장 개방에 대비한 정책과제 그리고 의료시장 개방과 사 보험제도의 허용 방침에 대비한 정책과제 등과 관련하여 보건의료정책과 맞물린 가정간호 정책 대안 마련이 시급하다.

가정간호가 우리 나라 보건의료체계 속에서 보건의료의 선진화를 실현할 수 있는 중요한 일 부분으로서 그 기능과 역할을 담당할 수 있도록 가정간호 발전을 위한 정책개발과 그 실천을 위한 종합계획을 구축해야 한다. 예를 들면 "21세기 우리 나라 가정간호발전을 위한 종합계획(안)"을 수립하여 체계적으로 발전시키고 장 단기 실천전략을 수립할 수 있는 정책 개발팀 구성되어야 한다. 정책 개발팀의 기능과 역할은 가정간호발전을 위한 가정간호정책을 단계적으로 개발하고 그 대안책과 추진 전략을 구체적으로 제시해야 한다. 동시에 다양한 정책과제를 제시하여 석, 박사 논문이나 간호학자들로 하여금 시의 적절한 가정간호 발전을 위한 정책연구들이 생산될 수 있도록 가이드 해 주어야 한다. 결론적으로 우리 나라 보건의료정책 특성과 발전 방향에 근거하여 현재 당면하고 있는 문제점과 정책과제를 도출하여 정부가 추구하고자 하는 보건의료 선진화의 목표에 도달할 수 있는 비전을 제시하고 나아가 보건의료체계의 일환으로 그 기능과 역할을 담당할 수 있도록 가정간호의 위치를 확고히 한다면 가정간호가 국민건강수준 향상에 기여할 수 있는 보건의료체계의 일 부분으로 자리 잡을 수 있을 것으로 기대된다.

참 고 문 헌

- 김모임 외 (1999). 대상자중심의 지역사회간호학(개정판), 현문사.
김모임, 김의숙, 조원정, 김성규, 장순복, 유호신

- (1999). 가정간호 질 평가 연구. 가정간호학회지, 6, 33-45.
- 공공근로방문간호사업 협의체 (1999). 공공근로 방문간호사업 평가. 보건복지부.
- 박은숙, 이숙자, 박영주, 유호신 (2000). 병원중심 가정간호관리대상 범위 확대를 위한 기초연구(II) - 자동차보험가입 입원환자를 대상으로 -. 가정간호학회지, 7(1), 54-69.
- 보건복지부 (1999). 보건복지통계연보.
- 보건복지부 (1999). 21세기 보건의료발전을 위한 종합계획(안). 한국보건의료관리연구원.
- 보건복지부 (2000). 새 천년을 향한 보건복지 비전
- 보건복지부 (2000). 여성보건복지종합계획.
- 보건복지부 (2000). 의료법.
- 선우덕 (2000). 노인보건사업의 정책방향, 보건복지포럼, 40, 44-53.
- 이숙자, 박은숙, 이진경, 김순용, 유호신 (1998). 교통사고환자의 가정간호서비스 이용을 위한 기초연구(I). 고려대학교 간호학연구소.
- 이숙자, 이진경, 유호신 (1999). 병원중심 가정간호사업 관리대상 범위 확대를 위한 기초연구(I) - 산재보험 가입 입원환자를 대상으로- 가정간호학회지, 6, 5-18.
- 유호신 (1994). 병원중심 가정간호사업모델과 수가체제 개발 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 유호신 (1999). 미국 가정간호사업의 현황. 가정간호사업의 조직과 전망, 서울특별시 간호사회, 111-128.
- 유호신, 이소우, 문희자, 황나미, 박성애, 박정숙, 최행지, 정기순, 한상애, 임지영 (2000). 지역사회중심 가정간호 시범사업 성과평가를 위한 기초연구-서울시 간호사회 주관-, 심사 중.
- 한국보건사회연구원 (1994). 종합병원의 가정간호 시범사업 개발과 수가체제 연구.
- 한국보건사회연구원 (1994a). 치매노인의 부양실태와 대응전략.
- 한국보건사회연구원 (1994b). 노인생활실태와 노인복지의 정책과제.
- 한국보건사회연구원 (1995). 고령화 사회를 향한 노인복지의 실천과제.
- 한국보건사회연구원 (1996). 병원중심 가정간호시범사업 평가.
- 한국보건사회연구원 (1998). 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사.
- 한국보건사회연구원 (1998). 병원중심 가정간호시범사업 평가 (II).
- 한국보건사회연구원 (1999). 병원중심 가정간호시범사업 평가 및 제도화 방안.
- 한국보건사회연구원 (1999). 저소득층 보건복지욕구 기초자료 분석.
- 한국보건사회연구원 (1999). 요양병원의 수급현황과 정책과제.
- Department of Health and Human Sources, Health Care Financing Administration (1998). Medicare and medicaid program: Use of the OASIS II As Part of the conditions of participation for home health agencies. Federal Register, 63.
- Department of Health and Human Sources, Health Care Financing Administration (1998). Medicare and medicaid programs: Recognition of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization standards for home care organization. Federal Register, 63.
- Health Care Financing Review (1998). Statistical Supplement, 64-67.
- Harris, M. D. (1997). Handbook of Home Health Care Administration 2nd Ed. An Aspen Publication.
- Joint Commission Accreditation of Health Organization (2000). www.jcaho.org(JCAHO)
- Kellogg, R. (1983). Home health nursing-it isn't just 8:00-4:00 any more. In Current Issue in Nursing, 271-279.
- Kingdon J. W. (1995). Agendas, Alternatives, and Public Policies, 2nd Ed. Harper Collins Publishers.
- Rovinski C. A., and Zastocki D. K. (1989). Home care. Phil.: Saunders Co.
- Shaughnessy, P. (1998). Outcome based quality improvement, Washington D. C.: National Association for Home Care.

- Abstract -

Key concept : Home health care agenda, Home health care alternatives

Agenda and Alternatives of Home Health Care Nursing Policy based on Health Care Law and Regulations

*Ryu, Ho Sihn**

This article was trying to suggest an agenda and alternatives of home health care policy for the future home care growth and development and examine the significance of new health care law and regulations. In addition, It was to analyze and drive the home care system problems, of which was made an announcement on the 11th of April, that home health care project must be centered from the nationwide general hospital. As we have learned from the developed countries, the home health care have been closely related health care policy among the field of nursing area. Therefore, we need to understand our national health care policy and need to predict the future direction and goal of our home health care policy in order to enhance

the growth and activation of health care system.

Additionally, we also need to have a vision and ability to develop under our own health care policy with systematic and rational home care business escaping from past perspective and standpoint

We must create a master plan of home care system to fulfill one part of system of the function and an important role in order to pursue an advanced health care plan under our system. For instance, in the 21th century as we establish a master plan for the growth of our country home care plan with improving plan systematically and also we need to produce many highly qualified researching and good personal who can develop and maintain the system efficiently. Specially, based on the unique characteristics of our health care system and the direction of development of plan, we need to find and correct the problems which we have faced the present time, so that we can provide and reach the goal of advanced health care system which our government want to pursue. Finally, we have to strive our best effort to make our home health care system can be positioned and stand the right direction to have the benefit for every individual citizen in our country.

* College of Nursing, Korea University