

건강보험 자료를 이용한 전국 의료기관 가정간호 실시 및 이용 현황 분석: 2008년-2017년

고 정 연¹⁾ · 윤 주 영²⁾

서 론

연구의 필요성

의료기관 가정간호서비스는 가정에서 건강관리서비스를 제공하는 포괄적인 건강관리사업의 일환으로 의료비 절감과 의료이용의 편익제고 및 국민의 삶의 질 향상을 위해 2인 이상의 가정전문간호사를 배치한 의료기관내에서 실시 가능하도록 2001년부터 의료법에 의해 제도화 되었다[1]. 급속한 인구구조의 변화에 따라 우리나라는 2026년이 되면 국민 5명 중 1명 이상이 노인이 되는 초고령 사회에 진입하게 될 것으로 예측되고 있으며, 이러한 급속한 고령화 및 만성질환 증가로 사회 경제적 부담이 증가하고 있다[2]. 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단이 발간한 ‘2017년 건강보험통계연보’에 따르면, 우리나라 노인의 1인당 연간 진료비가 2017년 400만원을 넘어선 것으로 나타났고 전체 노인진료비도 폭증해 2017년 총 28조원으로 2010년에 비해 2배나 늘어난 것으로 보고 되었다[3]. 전반적인 입원기간 단축으로 인한 재가에서의 의료 이용요구가 증가하고 있는데, 특히 건강이 유지되는 경우 노인의 88.6%는 현재 살고 있는 집에서 계속 거주하길 원하고, 거동이 불편해졌을지라도 재가서비스를 받으며 현재 살고 있는 지역사회에서 계속 살고 싶다고 응답한 비율이 57.6%로 나타나[4] 재가에서 제공되는 의료서비스 욕구는 향후 더욱 증가할 것으로 예측된다.

이에 정부는 2018년 11월 2026년 초고령 사회를 앞두고 노

인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 포용국가를 구현하기 위한 ‘지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)’을 발표하였다. 가장 높은 우선순위 대상자는 요양병원에 입원하고 있는 환자 중에서 지역사회 복귀를 희망하는 노인으로서 병원에서 입원 치료를 마치고 퇴원을 준비 중인 노인과 지역사회에 거주하고 있으나 사고나 질병, 일상생활의 어려움 등으로 병원 입원이나 시설 입소가 불가피한 노인이다[5]. 주거, 건강·의료, 요양·돌봄, 서비스연계의 기본계획 수행을 위한 4대 핵심요소 중 건강·의료 요소를 살펴보면, 노인이 집에서 직접 방문건강서비스를 제공받을 수 있도록 주민건강센터를 대폭 확충하고 집에서 진료·간호 등 방문의료를 이용하도록 하여 지역사회가 노인 만성질환을 전담해 예방하고 관리하는 것을 핵심으로 하고 있다[5].

한편, 가정간호서비스의 효과에 대한 여러 연구들에서 가정간호는 의료비용 절감과 이용자 만족도 효과가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 국내에서는 뇌혈관 질환[6-9], 재가 말기암[10], 당뇨병성 족부질환[11] 환자에 있어 비용효과성이 입증되었고, 질보정생존년수(Quality Adjusted Life Year, QALY)[12], 이용자들의 만족도[13]에 있어서도 긍정적인 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 국외에서는 신생아 황달과 탈수[14], 가정 내 외래 환자 진료자문[15], 뇌혈관 질환[16,17] 환자에서 가정간호 서비스가 비용절감 효과가 있음이 보고되었다.

우리나라 건강보험 제도 내에서 가정간호 수가는 가정간호 기본방문료, 행위별(검사, 투약, 주사 및 처치)수가, 교통비(환

주요어 : 가정간호서비스, 가정간호사업소, 비용

1) 서울대학교 간호대학, 박사과정(<https://orcid.org/0000-0003-2740-7575>)

2) 서울대학교 간호과학연구소, 부교수(교신저자 E-mail: yoony26@snu.ac.kr) (<https://orcid.org/0000-0003-3944-0663>)

투고일: 2019년 2월 23일 수정일: 2019년 3월 21일 게재확정일: 2019년 3월 31일

자 본인이 100분의 100을 부담)로 구성되어 있다[18]. 2007년 7월부터 가정간호이용자의 편의를 위해 월 8회로 급여 횟수를 제한하던 것을 연간 96회 이하로 확대하였다. 2001년에 시작된 후 약 10년간 가정간호 수가가 인상되지 않았으나, 가정간호 실시기관이 감소되는 것을 고려하여 2010년에는 가정간호 기본방문료 상대가치점수 약 40%가 인상되었다. 이후 2014년 8월부터 연간 96회 급여 제한하던 방문 횟수 규정은 삭제되었고 만 8세 미만의 소아 또는 만 70세 이상의 노인에 대하여 소정점수의 30%를 가산하였으며, 종별에 관계없이 가정간호 기본방문료 단일코드였던 것을 상급종합병원, 종합병원, 병원·치과병원·한방병원·요양병원, 의원·보건의료원 내 의과, 한의원·보건의료원 내 한의과로 분리시켜 각각 상대가치점수의 약 30%를 인상하였다[18]. 이러한 정부의 가정간호 활성화 노력에도 불구하고 우리나라는 일부전문직 단체의 비협조[19], 원가에 못 미치는 현재의 수가체계[20], 노인장기요양보험제도 도입과 함께 서비스 수가 상대적으로 낮은 방문간호에 대한 공적급여[19] 등의 이유로 제도 출범당시 보건의료재정 절감효과를 거둘 만큼의 활성화를 이루지 못하였으며 [21], 가정간호제도가 시작한지 17년이 지난 2018년 현재 전국 약 180개의 의료기관에서만 가정간호사업을 운영하고 있다[22].

가정간호는 의료기관 입원 및 노인요양시설 입소를 대체할 수 있는 재가서비스 중 핵심적인 서비스이고 노인장기요양보험제도 도입과 함께 방문간호급여가 시작되어 의료기관 가정간호서비스가 전문화되리라는 예측이 있었지만, 지금까지 의료기관 가정간호 이용현황을 분석한 연구만 일부 있었을 뿐 [20,21,23] 이에 대한 공식적인 연구결과는 없는 형편이다. 또한 최근 우리나라의 보건의료 정책 특히 노인관련 정책과 가정간호 수가 구조가 급변했음에도 불구하고 가정간호이용 및 비용에 대한 Song 등[23]의 연구 이후 연도별 중단 분석 연구가 없어 최근의 흐름에 대한 정확한 동향 파악이 어려운 실정이다. 노인인구의 증가 및 만성질환, 중증질환 증가 등으로 지역사회 통합 돌봄의 일환인 가정간호에 대한 수요는 증가할 것으로 예측되고 있으나 아직까지도 가정간호 서비스에 대한 국민적 인식이 낮고 서비스 제공기관이 증가하지 않고 있는 현황을 고려해 볼 때, 이에 대한 분석과 정책대안 마련을 위한 연구가 필요하다 할 수 있다. 이에 본 연구에서는 최근 10년 동안의 의료기관 가정간호 실시 현황에 대한 연도별 추이분석을 실시하고 가정간호서비스 이용 현황 파악을 통하여 현재 의료기관 가정간호 제도의 발전방향 및 지역사회 통합 돌봄 등 지역사회기반 국가정책 등을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

연구 목적

본 연구는 건강보험심사평가원의 전국 의료기관 가정간호 기본방문료 청구자료와 가정전문간호사 인력신고 자료를 바탕으로 가정간호 이용 및 비용 동향을 연도별로 분석하고자 하며, 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 의료기관 가정간호 실시 의료기관의 특성(종별, 지역별, 가정전문간호사 수)을 분석한다.
- 의료기관 가정간호를 이용하는 수진자의 특성(연령, 성별, 주상병)을 분석한다.
- 의료기관 가정간호 이용량(가정간호 방문건수, 가정간호 기본방문료 비용)을 분석한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 전국 의료기관에서 건강보험심사평가원에 가정간호 기본방문료를 청구한 명세서와 가정전문간호사 인력신고자료(2008년 1월 1일부터 2017년 12월 31일까지 요양개시분)를 바탕으로 한 이차자료 분석 연구이다.

연구 대상

본 연구는 전국 의료기관에서 건강보험심사평가원에 가정간호 기본방문료(분류번호 가-13. 2014년 7월 이전 진료분: 코드 AN100, 13100. 2014년 8월 이후 진료분: 코드 AN200, 13200, AN300, 13300, AN400, 13400, AN500, 13500)를 한번이라도 청구한 명세서 중 2008년 1월 1일부터 2017년 12월 31일까지 요양개시분 전체 자료를 대상으로 하였다. 가정간호 실시기관의 종별, 지역별 구분은 요양개시년도를 기준으로 하였고, 가정간호 실시기관수는 기준 시점마다 사업소 폐쇄가 있을 수 있어 요양개시년도 내 한 해 동안 한건이라도 가정간호 기본방문료를 청구한 모든 기관을 대상으로 하였다. 인력자료는 가정간호 실시기관(가정간호 기본방문료를 청구한 모든 기관)에서 건강보험심사평가원에 의료 인력을 신고한 내용 중 가정전문간호사 인력을 분석하였고 요양개시년도 내 12월 시점을 기준으로 분석하였다. 가정간호 이용 수진자의 주상병 분류는 한국표준질병 사인분류로 구분하였고 연령은 진료시점의 수진자 생년월일을 기준으로 한 만(滿) 나이이며, 가정간호 기본방문료 비용은 의료기관에서 건강보험심사평가원에 청구한 금액 중 심사결정 완료된 금액을 계산하였다. 수진자 주상병은 동일 수진자가 가정간호 진료시점마다 청구 주상병이 다른 경우가 있으므로 수진자 숫자보다 주상병 숫자가 많은 것

임을 밝혀둔다.

윤리적 고려

연구의 윤리적 고려를 위해 연구자가 소속된 대학의 생명윤리위원회로부터 심의면제 승인을 받았다(승인번호: IRB No. E1901/003-003). 건강보험심사평가원으로부터 자료를 획득하기 위하여 연구자가 소속된 대학의 생명윤리위원회로부터 받은 심의면제 승인 통보서와 연구계획서를 제출하여 심의면제 승인과 함께 자료이용을 허가 받았다(승인번호: IRB No. B2019-001-001).

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 프로그램을 이용하여 가정간호 이용 수진자의 연령, 성별, 주상병 등의 일반적 특성과 가정간호 실시 기관의 종별, 지역별, 가정간호 방문건수, 가정간호 기본방문료 비용 등에 대해 빈도, 백분율, 합계 등 기술통계를 산출하였다.

연구 결과

의료기관 가정간호 실시기관 분석

의료기관 가정간호를 실시하는 기관수는 2008년 177개소에서 2009년 152개소로 1년 사이 25개소가 감소하였으며, 이후 연도별로 지속적 감소 추세를 보이다가 2014년 115개소로 2008년 대비 35.0%가 감소하며 최소 기관수를 나타내었다. 2015년부터는 다시 증가추세를 보이며 2016년에서 2017년 사이 46개소가 증가하여 2017년 179개소였다. 연도별 종별 추이를 살펴보면, 상급종합병원은 매년 30개소 내외를 유지하고 종합병원은 2008년 82개소에서 2017년 61개소로 감소하였으며, 병원은 2008년 41개소에서 2017년 15개소로 63.4%가 감소하였다. 의원에서는 2008년부터 2015년까지 10개소 이하로 비슷하게 유지되었다가 2016년 2배수가 넘는 25개소로 증가하였고, 2017년에는 52개소로 2008년 대비 약 7배가 넘는 수준으로 기관수가 증가하였다. 의원급 의료기관이 2016년을 기점으로 크게 증가함에 따라 2008년부터 2015년까지 전체 기관수 대비 매년 20%정도를 차지하던 상급종합병원과 50%정도를 차지하던 종합병원의 비율이 감소하였으며, 2017년에는 상급종합병원 약 15%, 종합병원 약 35%로 그 비율이 감소하였다. 반면 의원은 2008년 전체 기관수 대비 약 4%에서 2017년 약 29%까지 증가하였다(Table 1).

지역별 가정간호 실시기관은 2008년부터 2015년까지 경기

지역이 약 20%를 차지하였고 2016년부터는 약 30%로 증가하여 2017년에는 전국 가정간호 실시기관의 3분의1 수준 이상이 경기지역에 분포되어 있었다. 서울은 매년 약 15%를 유지하고 있었으며, 인천에서도 2008년 약 5%수준에서 2017년 약 11%까지 두 배 이상 증가하였다. 서울, 경기, 인천 세 지역에서 전체 가정간호 실시기관의 60%를 넘게 차지하고 있었다(Table 1).

가정전문간호사 활동 인력 분석

2008년부터 2017년까지 10년 누적 3,563명의 가정전문간호사가 의료인력 신고 되었으며, 의료 기관 당 평균 2명의 가정전문간호사가 등록된 것으로 나타났다. 2008년 404명에서 2014년 300명으로 감소 추이를 보이다가 2015년부터 점차 증가하여 2016년 380명, 2017년 467명으로 나타났다. 2017년 기준 의료기관 당 분포는 최소 1명에서 최대 17명이었으며, 약 50%의 기관에서 2명으로 등록되었다. 상급종합병원과 의원에 각각 약 20%, 종합병원에 약 30%가 등록되었고 나머지는 병원 및 요양병원 등의 의료기관에 등록되어 있었다(Appendix 1). 의료기관 종별 가정전문간호사 대비 방문건수를 분석한 결과, 다른 종별에 비해 병원급과 의원급에서의 가정전문간호사 대비 방문건수가 2016년 이후 급속도로 증가하고 있었다.

의료기관 가정간호 이용 수진자 분석

2008년 가정간호 이용 수진자 수는 35,056명에서 이후 2013년 26,848명까지 매년 감소 추세를 보이다가 2014년부터 점차 증가하여 2016년 45,248명, 2017년에는 67,863명으로 2008년 대비 93.6%증가하였다(Figure 1, Appendix 2). 2008년부터 2015년까지 가정간호 이용 수진자는 여성이 60%, 남성이 40%정도로 비슷한 비율을 보였으며, 2017년에는 여성이 약 70%로 그 비율이 증가하였다. 성별 비율은 70대 이상 구간에서부터 특히 여성 비율이 남성에 비해 구간별 1.6~7.6배 많은 것으로 나타났다. 연령대별 이용수준은 전 연령에 분포했으며, 매년 60대 이상이 약 70%를 차지하였고 2017년에는 60대 이상이 87%로 증가하여 높은 비율을 차지하고 있었다. 2017년 80대 이상 수진자의 비율은 약 54%로 2008년 약 25%인 것과 비교해 보면 2배 이상 증가한 것을 볼 수 있으며, 100세 이상 수진자의 수도 371명에 이르고 있었다(Figure 1, Appendix 2).

가정간호를 이용하는 수진자의 주상병은 2008년부터 2015년까지 본태성 고혈압(I10)이 가장 많았으며 2016년과 2017년에는 수분, 전해질 및 산-염기균형의 기타 장애(E87)로 나타났다. 연도별 주상병 상위 5개를 살펴보면, 본태성 고혈압(I10), 뇌경색증(I63), 2형 당뇨병(E11), 위의 악성 신생물(C16),

<Table 1> Number of Hospital-based Home Care Agencies by Institution Type and Region (2008-2017)

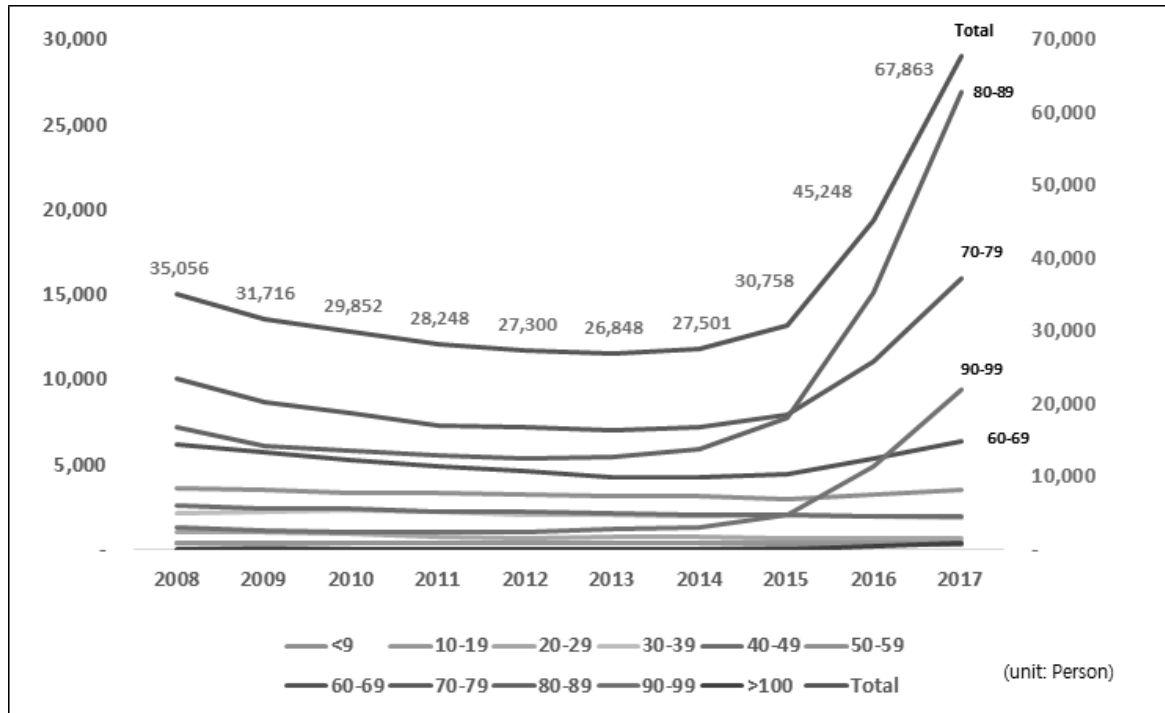
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total	177(100.0%)	152(100.0%)	144(100.0%)	133(100.0%)	125(100.0%)	117(100.0%)	115(100.0%)	121(100.0%)	133(100.0%)	179(100.0%)
Tertiary Hospital	32(18.1%)	31(20.4%)	30(20.8%)	30(22.6%)	29(23.2%)	28(23.9%)	27(23.5%)	27(22.3%)	27(20.3%)	27(15.1%)
General Hospital	82(46.3%)	75(49.3%)	71(49.3%)	67(50.4%)	61(48.8%)	58(49.6%)	59(51.3%)	59(48.8%)	59(44.4%)	61(34.1%)
Hospital	41(23.2%)	29(19.1%)	25(17.4%)	21(15.8%)	16(12.8%)	17(14.5%)	15(13.0%)	18(14.9%)	15(11.3%)	15(8.4%)
LTC Hospital	10(5.6%)	6(3.9%)	8(5.6%)	7(5.3%)	8(6.4%)	4(3.4%)	4(3.5%)	6(5.0%)	6(4.5%)	17(9.5%)
Oriental Medicine Hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	1(0.8%)	7(3.9%)
Clinic	7(4.0%)	9(5.9%)	8(5.6%)	7(5.3%)	10(8.0%)	9(7.7%)	9(7.8%)	10(8.3%)	25(18.8%)	52(29.1%)
HMC	5(2.8%)	2(1.3%)	2(1.4%)	1(0.8%)	1(0.8%)	1(0.9%)	1(0.9%)	1(0.8%)	-	-
Gangwon	4(2.3%)	3(2.0%)	3(2.1%)	4(3.0%)	4(3.2%)	5(4.3%)	4(3.5%)	4(3.3%)	3(2.3%)	4(2.2%)
Gyeonggi	29(16.4%)	33(21.7%)	32(22.2%)	28(21.1%)	28(22.4%)	26(22.2%)	28(24.3%)	28(23.1%)	40(30.1%)	63(35.2%)
Gyeongnam	6(3.4%)	4(2.6%)	5(3.5%)	4(3.0%)	3(2.4%)	2(1.7%)	2(1.7%)	2(1.7%)	2(1.5%)	2(1.1%)
Gyeongbuk	7(4.0%)	5(3.3%)	5(3.5%)	5(3.8%)	5(4.0%)	4(3.4%)	3(2.6%)	2(1.7%)	2(1.5%)	2(1.1%)
Gwangju	9(5.1%)	5(3.3%)	4(2.8%)	4(3.0%)	2(1.6%)	3(2.6%)	3(2.6%)	4(3.3%)	4(3.0%)	3(1.7%)
Daegu	9(5.1%)	9(5.9%)	9(6.3%)	7(5.3%)	7(5.6%)	7(6.0%)	7(6.1%)	7(5.8%)	7(5.3%)	7(3.9%)
Daejeon	7(4.0%)	6(3.9%)	7(4.9%)	7(5.3%)	6(4.8%)	6(5.1%)	6(5.2%)	6(5.0%)	7(5.3%)	10(5.6%)
Busan	15(8.5%)	13(8.6%)	12(8.3%)	10(7.5%)	11(8.8%)	6(5.1%)	6(5.2%)	6(5.0%)	6(4.5%)	7(3.9%)
Seoul	27(15.3%)	23(15.1%)	21(14.6%)	21(15.8%)	19(15.2%)	20(17.1%)	19(16.5%)	21(17.4%)	22(16.5%)	27(15.1%)
Ulsan	5(2.8%)	2(1.3%)	2(1.4%)	1(0.8%)	1(0.8%)	1(0.9%)	1(0.9%)	1(0.8%)	1(0.8%)	1(0.6%)
Incheon	8(4.5%)	8(5.3%)	8(5.6%)	5(3.8%)	6(4.8%)	6(5.1%)	9(7.8%)	8(6.6%)	11(8.3%)	19(10.6%)
Jeonnam	30(16.9%)	22(14.5%)	20(13.9%)	21(15.8%)	16(12.8%)	18(15.4%)	15(13.0%)	16(13.2%)	13(9.8%)	12(6.7%)
Jeonbuk	17(9.6%)	16(10.5%)	12(8.3%)	13(9.8%)	14(11.2%)	10(8.5%)	9(7.8%)	12(9.9%)	10(7.5%)	11(6.1%)
Jeju	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(0.6%)
Chungnam	3(1.7%)	2(1.3%)	2(1.4%)	1(0.8%)	1(0.8%)	1(0.9%)	1(0.9%)	2(1.7%)	3(2.3%)	5(2.8%)
Chungbuk	1(0.6%)	1(0.7%)	2(1.4%)	2(1.5%)	2(1.6%)	2(1.7%)	2(1.7%)	2(1.7%)	2(1.5%)	5(2.8%)

LTC=Long Term Care; HMC=Health and Medical Center.

<Appendix 1> Number of Home Care Nurse Practitioners by Institution Type (2008-2017)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Number of Home Care Nurse Practitioners by Institution Type (Person, %)										
Total	404(100.0%)	373(100.0%)	351(100.0%)	349(100.0%)	305(100.0%)	301(100.0%)	300(100.0%)	333(100.0%)	380(100.0%)	467(100.0%)
Tertiary Hospital	110(27.2%)	104(27.9%)	104(29.6%)	123(35.2%)	97(31.8%)	93(30.9%)	100(33.3%)	109(32.7%)	99(26.1%)	101(21.6%)
General Hospital	165(40.8%)	158(42.4%)	158(45.0%)	142(40.7%)	137(44.9%)	138(45.8%)	136(45.3%)	140(42.0%)	147(38.7%)	161(34.5%)
Hospital	78(19.3%)	59(15.8%)	48(13.7%)	39(11.2%)	37(12.1%)	33(11.0%)	29(9.7%)	35(10.5%)	38(10.0%)	42(9.0%)
LTC Hospital	23(5.7%)	23(6.2%)	10(2.8%)	17(4.9%)	6(2.0%)	9(3.0%)	8(2.7%)	13(3.9%)	16(4.2%)	34(7.3%)
Oriental Medicine Hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	4(1.1%)	18(3.9%)
Clinic	19(4.7%)	20(5.4%)	22(6.3%)	19(5.4%)	21(6.9%)	21(7.0%)	20(6.7%)	29(8.7%)	76(20.0%)	111(23.8%)
HMC	9(2.2%)	9(2.4%)	9(2.6%)	9(2.6%)	7(2.3%)	7(2.3%)	7(2.3%)	7(2.1%)	-	-
Average Number of Visits per Home Care Nurse Practitioners by Institution Type (N)										
Total	1236.7	1222.2	1182.9	1072.3	1188.1	1201.6	1216.2	1150.5	1235.9	1409.2
Tertiary Hospital	1582.0	1695.3	1497.4	1059.5	1317.1	1378.0	1322.8	1261.8	1404.0	1415.4
General Hospital	1267.8	1206.7	1120.2	1202.4	1200.5	1210.3	1222.2	1257.8	1247.9	1217.4
Hospital	992.6	1049.6	1181.0	1268.7	1251.5	1276.1	1445.3	1203.1	1337.8	1933.3
LTC Hospital	737.2	525.7	1255.7	626.7	1005.5	521.6	742.6	572.8	720.4	628.5
Oriental Medicine Hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	1399.3	1963.1
Clinic	1112.6	727.0	599.3	679.2	842.1	931.1	916.5	687.3	1042.5	1632.5
HMC	99.1	37.8	6.1	14.6	17.6	19.0	22.6	1.4	-	-

LTC=Long Term Care; HMC=Health and Medical Center.



<Figure 1> Analysis of patients who utilized hospital-based home care by age (2008-2017).

육창궤양 및 압박부위(L89)가 2009년부터 2013년까지 분포했으며, 2014년 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애(N31), 2015년 알츠하이머병에서의 치매(F00)가 진입하였다. 2016년부터는 수분, 전해질 및 산-염기균형의 기타 장애(E87), 알츠하이머병에서의 치매(F00), 본태성 고혈압(I10), 간의 기타 질환(K76), 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애(N31)로 주상병 상위 5개의 양상이 변화하였음을 알 수 있었다 (Figure 2, Appendix 3).

의료기관 가정간호 방문건수 및 가정간호 기본방문료 비용 분석

가정간호 방문건수는 2008년 약 50만 건에서 2013년 약 36만 2천 건으로 연도별 감소추세를 보이다가 2014년부터 증가하여 2016년 약 47만 건, 2017년 약 65만 8천 건까지 증가하였다. 종별 방문건수를 보면, 2008년부터 2015년까지는 매년 종합병원이 41~46%, 상급종합병원이 34%~39%로 전체 방문건수의 약 80%를 차지하였다. 2015년까지 전체 방문건수의 약 5%에 머물던 의원의 비율이 2016년부터 16.9%로 증가하여 2017년에는 전체 방문건수의 27.5%를 차지하며 높은 증가율을 보였다. 따라서 2008년부터 2015년까지 종합병원, 상급종합병원, 병원, 의원 순으로 유지되던 가정간호 방문건수가

2017년 종합병원, 의원, 상급종합병원, 병원 순으로 역전되어 의원급 의료기관에서 상급종합병원보다 가정간호 방문이 많이 이루어졌음을 알 수 있었다(Table 2).

가정간호 기본방문료 비용은 공단부담금과 본인부담금을 합한 금액이며, 의료기관에서 건강보험심사평가원에 청구한 금액 중 심사가 완료된 금액을 분석하였다. 가정간호 기본방문료 비용은 2008년 약 106억에서 2016년 약 250억, 2017년 약 353억이 소요되었다. 종별 기본방문료 비용을 보면 2008년부터 2015년까지는 매년 종합병원이 41~46%, 상급종합병원이 34%~39%로 전체 비용의 약 80%를 차지하였다. 2015년까지 전체 비용의 약 5%에 머물던 의원의 비율이 2016년부터 17.4%로 증가하여 2017년에는 전체 비용의 28.4%를 차지하며 높은 증가율을 보였다. 가정간호 방문 건수와 전반적으로 비슷한 연도별 변화 추세를 나타내고 있었다(Table 2).

논 의

전국 가정간호서비스 실시 및 이용 현황을 2008년부터 2017년까지의 건강보험심사평가원의 급여 청구 자료를 바탕으로 10년 동안의 가정간호 기관, 수진자, 이용량 특성을 연도별로 분석하였다. 가정간호사업소 기관수의 산출은 분석 시점에 따라 달라질 수 있는데, Song 등[23]의 연구는 한 해 동

<Appendix 2> Analysis of Patients Who used Hospital-based Home Care by Age and Gender (2008-2017)

Age	Gender	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total		35,056(100.0%)	31,716(100.0%)	29,852(100.0%)	28,248(100.0%)	27,300(100.0%)	26,848(100.0%)	27,501(100.0%)	30,758(100.0%)	45,248(100.0%)	67,863(100.0%)
Male		13,309(38.0%)	12,668(39.9%)	11,766(39.4%)	11,521(40.8%)	11,332(41.5%)	11,257(41.9%)	11,381(41.4%)	12,255(39.8%)	15,508(34.3%)	20,747(30.6%)
Female		21,747(62.0%)	19,048(60.1%)	18,086(60.6%)	16,727(59.2%)	15,968(58.5%)	15,591(58.1%)	16,120(58.6%)	18,503(60.2%)	29,740(65.7%)	47,116(69.4%)
<9	Subtotal	392(1.1%)	335(1.1%)	344(1.2%)	431(1.5%)	375(1.4%)	344(1.3%)	374(1.4%)	327(1.1%)	305(0.7%)	312(0.5%)
	Male	225	190	200	241	221	193	209	185	159	173
	Female	167	145	144	190	154	151	165	142	146	139
10-19	Subtotal	384(1.1%)	393(1.2%)	370(1.2%)	397(1.4%)	432(1.6%)	429(1.6%)	427(1.6%)	461(1.5%)	379(0.8%)	378(0.6%)
	Male	214	222	216	220	238	251	238	263	227	237
	Female	170	171	154	177	194	178	189	198	152	141
20-29	Subtotal	1,050(3.0%)	1,000(3.2%)	902(3.0%)	803(2.8%)	709(2.6%)	737(2.7%)	713(2.6%)	677(2.2%)	703(1.6%)	630(0.9%)
	Male	297	277	255	247	270	291	282	252	284	269
	Female	753	723	647	556	439	446	431	425	419	361
30-39	Subtotal	2,118(6.0%)	2,275(7.2%)	2,304(7.7%)	2,226(7.9%)	2,015(7.4%)	2,054(7.7%)	1,965(7.1%)	2,041(6.6%)	1,967(4.3%)	1,892(2.8%)
	Male	477	493	484	446	432	418	381	394	372	379
	Female	1,641	1,782	1,820	1,780	1,583	1,584	1,584	1,647	1,595	1,513
40-49	Subtotal	2,600(7.4%)	2,461(7.8%)	2,375(8.0%)	2,248(8.0%)	2,208(8.1%)	2,111(7.9%)	2,090(7.6%)	2,032(6.6%)	1,992(4.4%)	1,960(2.9%)
	Male	1,018	963	843	791	765	746	703	720	684	706
	Female	1,582	1,498	1,532	1,457	1,443	1,365	1,387	1,312	1,308	1,254
50-59	Subtotal	3,608(10.3%)	3,522(11.1%)	3,360(11.3%)	3,361(11.9%)	3,271(12.0%)	3,161(11.8%)	3,118(11.3%)	2,997(9.7%)	3,290(7.3%)	3,564(5.3%)
	Male	1,718	1,680	1,564	1,514	1,507	1,468	1,444	1,415	1,587	1,732
	Female	1,890	1,842	1,796	1,847	1,764	1,693	1,674	1,582	1,703	1,832
60-69	Subtotal	6,220(17.7%)	5,741(18.1%)	5,305(17.8%)	4,869(17.2%)	4,584(16.8%)	4,281(15.9%)	4,252(15.5%)	4,436(14.4%)	5,332(11.8%)	6,410(9.4%)
	Male	2,991	2,837	2,613	2,479	2,333	2,263	2,194	2,345	2,816	3,347
	Female	3,229	2,904	2,692	2,390	2,251	2,018	2,058	2,091	2,516	3,063
70-79	Subtotal	10,049(28.7%)	8,714(27.5%)	8,014(26.8%)	7,310(25.9%)	7,245(26.5%)	7,058(26.3%)	7,229(26.3%)	7,916(25.7%)	11,112(24.6%)	15,964(23.5%)
	Male	3,831	3,602	3,320	3,258	3,260	3,326	3,332	3,578	4,554	6,239
	Female	6,218	5,112	4,694	4,052	3,985	3,842	3,897	4,338	6,558	9,725
80-89	Subtotal	7,236(20.6%)	6,138(19.4%)	5,798(19.4%)	5,513(19.5%)	5,346(19.6%)	5,415(20.2%)	5,933(21.6%)	7,779(25.3%)	15,102(33.4%)	26,948(39.7%)
	Male	2,205	2,089	1,951	1,988	1,949	2,022	2,154	2,522	3,903	6,147
	Female	5,031	4,049	3,847	3,525	3,397	3,393	3,779	5,257	11,199	20,801
90-99	Subtotal	1,356(3.9%)	1,104(3.5%)	1,045(3.5%)	1,043(3.7%)	1,074(3.9%)	1,216(4.5%)	1,354(4.9%)	2,029(6.6%)	4,871(10.8%)	9,434(13.9%)
	Male	323	308	307	323	349	378	433	567	898	1,475
	Female	1,033	796	738	720	725	838	921	1,462	3,973	7,959
>100	Subtotal	43(0.1%)	33(0.1%)	35(0.1%)	47(0.2%)	41(0.2%)	42(0.2%)	46(0.2%)	63(0.2%)	195(0.4%)	371(0.5%)
	Male	10	7	14	14	8	11	11	14	24	43
	Female	33	26	22	33	33	35	35	49	171	328

<Appendix 3> Top 10 ranks of Common Diseases of Hospital-based Home Care Patients (2008-2017)

Rank	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)	ICD code	Person (%)
1	I10	5,574 (9.5%)	I10	4,824 (9.3%)	I10	3,241 (6.6%)	I10	2,101 (4.6%)	I10	1,815 (4.1%)	I10	1,735 (4.1%)	I10	1,756 (4.2%)	I10	1,949 (4.1%)	E87	7,951 (9.9%)	E87	7,911 (10.0%)
2	I63	3,325 (5.7%)	I63	2,326 (4.5%)	E11	2,041 (4.2%)	I63	1,914 (4.2%)	C16	1,772 (4.0%)	C16	1,540 (3.6%)	C16	1,518 (3.6%)	C16	1,459 (3.1%)	F00	5,504 (6.8%)	F00	5,504 (6.8%)
3	I69	2,525 (4.3%)	E11	2,150 (4.1%)	I63	2,012 (4.1%)	E11	1,783 (3.9%)	I63	1,733 (4.0%)	I63	1,505 (3.6%)	I63	1,360 (3.2%)	F00	1,451 (3.0%)	I10	3,182 (3.9%)	I10	3,182 (3.9%)
4	E11	2,519 (4.3%)	C16	1,825 (3.5%)	C16	1,788 (3.7%)	C16	1,715 (3.8%)	L89	1,463 (3.3%)	E11	1,315 (3.1%)	E11	1,331 (3.1%)	N31	1,436 (3.0%)	K76	3,123 (3.9%)	K76	3,123 (3.9%)
5	L89	2,322 (4.0%)	L89	1,753 (3.4%)	L89	1,502 (3.1%)	L89	1,628 (3.6%)	E11	1,434 (3.3%)	L89	1,299 (3.1%)	N31	1,264 (3.0%)	E11	1,405 (2.9%)	N31	2,828 (3.5%)	N31	2,828 (3.5%)
6	E14	1,738 (3.0%)	I69	1,657 (3.2%)	I69	1,488 (3.1%)	I69	1,290 (2.8%)	I69	1,299 (3.0%)	N31	1,225 (2.9%)	L89	1,179 (2.8%)	I63	1,381 (2.9%)	L89	2,110 (2.6%)	D50	3,152 (2.4%)
7	C16	1,737 (3.0%)	E14	1,114 (2.3%)	C34	1,103 (2.3%)	N31	1,265 (2.8%)	N31	1,201 (2.7%)	I69	1,142 (2.7%)	C34	1,167 (2.8%)	L89	1,324 (2.8%)	E11	1,700 (2.1%)	L89	2,859 (2.2%)
8	N31	1,307 (2.2%)	C34	1,114 (2.1%)	N31	1,092 (2.2%)	C34	1,025 (2.2%)	C34	1,070 (2.4%)	C34	1,062 (2.5%)	I69	975 (2.3%)	E87	1,183 (2.5%)	I63	1,632 (2.0%)	E86	2,852 (2.2%)
9	C34	1,137 (1.9%)	N31	1,107 (2.1%)	C18	866 (1.8%)	C50	874 (1.9%)	C50	871 (2.0%)	C50	834 (2.0%)	F00	933 (2.2%)	C34	1,180 (2.5%)	C16	1,465 (1.8%)	E11	2,777 (2.2%)
10	I64	997 (1.7%)	C18	876 (1.7%)	E14	848 (1.7%)	C18	824 (1.8%)	C18	835 (1.9%)	C18	765 (1.8%)	C50	845 (2.0%)	I69	1,056 (2.2%)	G20	1,294 (1.6%)	F01	2,417 (1.9%)
Subtotal		23,181 (39.5%)		18,817 (36.1%)		15,981 (32.8%)		14,419 (31.5%)		13,493 (30.8%)		12,422 (29.3%)		12,328 (29.2%)		13,824 (29.0%)		30,789 (38.2%)		30,789 (38.2%)
Total		58,686 (100.0%)		52,079 (100.0%)		48,764 (100.0%)		45,717 (100.0%)		43,842 (100.0%)		42,357 (100.0%)		42,258 (100.0%)		47,646 (100.0%)		80,669 (100.0%)		129,051 (100.0%)

C16=Malignant neoplasm of stomach; C18=Malignant neoplasm of colon; C34=Malignant neoplasm of main bronchus; C50=Malignant neoplasm of breast; D50=Iron deficiency anaemia; E11=Type 2 diabetes mellitus; E14=Unspecified diabetes mellitus; E86=Volume depletion; E87=Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance; F00=Dementia in Alzheimer's disease; F01=Vascular dementia; G20=Parkinson's disease; I10=Essential hypertension; I63=Cerebral infarction; I64=Stroke, not specified as haemorrhage or infarction; I69=Sequelae of cerebrovascular disease; K76=Other diseases of liver; L89=Decubitus ulcer and pressure area; N31=Neuromuscular dysfunction of bladder, NEC.

<Table 2> Number of Home Visits and Basic Visit Fee for Hospital-based Home Care Visits by Institution Type (2008~2017)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Number of Visits by Institution Type (N, %)										
Total	499,608 (100.0%)	455,867 (100.0%)	415,204 (100.0%)	374,225 (100.0%)	362,371 (100.0%)	361,668 (100.0%)	364,849 (100.0%)	383,130 (100.0%)	469,625 (100.0%)	658,074 (100.0%)
Tertiary Hospital	174,017 (34.8%)	176,308 (38.7%)	155,729 (37.5%)	130,317 (34.8%)	127,754 (35.3%)	128,156 (35.4%)	132,284 (36.3%)	137,536 (35.9%)	138,992 (29.6%)	142,952 (21.7%)
General Hospital	209,181 (41.9%)	190,660 (41.8%)	176,992 (42.6%)	170,741 (45.6%)	164,471 (45.4%)	167,022 (46.2%)	166,221 (45.6%)	176,097 (46.0%)	183,441 (39.1%)	196,007 (29.8%)
Hospital	77,424 (15.5%)	61,929 (13.6%)	56,687 (13.7%)	49,478 (13.2%)	46,306 (12.8%)	42,110 (11.6%)	41,915 (11.5%)	42,109 (11.0%)	50,837 (10.8%)	81,197 (12.3%)
LTC Hospital	16,955 (3.4%)	12,090 (2.7%)	12,557 (3.0%)	10,654 (2.8%)	6,033 (1.7%)	4,694 (1.3%)	5,941 (1.6%)	7,447 (1.9%)	11,527 (2.5%)	21,370 (3.2%)
Oriental Medicine Hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	5,597 (1.2%)	35,336 (5.4%)
Clinic	21,139 (4.2%)	14,540 (3.2%)	13,184 (3.2%)	12,904 (3.4%)	17,684 (4.9%)	19,553 (5.4%)	18,330 (5.0%)	19,931 (5.2%)	79,231 (16.9%)	181,212 (27.5%)
HMC	892 (0.2%)	340 (0.1%)	55 (0.0%)	131 (0.0%)	123 (0.0%)	133 (0.0%)	158 (0.0%)	10 (0.0%)	-	-
Total Costs of Visits by Institution Type (Million Won, %)										
Total	10,613 (100.0%)	9,900 (100.0%)	13,069 (100.0%)	11,916 (100.0%)	11,726 (100.0%)	11,992 (100.0%)	14,795 (100.0%)	19,567 (100.0%)	24,748 (100.0%)	35,260 (100.0%)
Tertiary Hospital	3,726 (35.1%)	3,839 (38.8%)	4,897 (37.5%)	4,155 (34.9%)	4,147 (35.4%)	4,257 (35.5%)	5,411 (36.6%)	7,117 (36.4%)	7,295 (29.5%)	7,627 (21.6%)
General Hospital	4,465 (42.1%)	4,147 (41.9%)	5,594 (42.8%)	5,447 (45.7%)	5,332 (45.5%)	5,533 (46.1%)	6,729 (45.5%)	8,957 (45.8%)	9,560 (38.6%)	10,370 (29.4%)
Hospital	1,627 (15.3%)	1,325 (13.4%)	1,754 (13.4%)	1,554 (13.0%)	1,469 (12.5%)	1,362 (11.4%)	1,670 (11.3%)	2,122 (10.8%)	2,672 (10.8%)	4,221 (12.0%)
LTC Hospital	360 (3.4%)	261 (2.6%)	396 (3.0%)	328 (2.8%)	171 (1.5%)	155 (1.3%)	239 (1.6%)	377 (1.9%)	599 (2.4%)	982 (2.8%)
Oriental Medicine Hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	328 (1.3%)	2,052 (5.8%)
Clinic	417 (3.9%)	321 (3.2%)	427 (3.3%)	427 (3.6%)	602 (5.1%)	680 (5.7%)	741 (5.0%)	993 (5.1%)	4,295 (17.4%)	10,008 (28.4%)
HMC	19 (0.2%)	7 (0.1%)	2 (0.0%)	4 (0.0%)	4 (0.0%)	5 (0.0%)	6 (0.0%)	0 (0.0%)	-	-

LTC=Long Term Care; HMC=Health and Medical Center.

에 대한 가정간호 실시여부가 가정간호사업소 운영에 영향을 준 것으로 사료된다.

이와 더불어 2014년 8월 1일부터 상대가치점수가 약 30% 인상되며 가정간호 기본방문료의 종별 분리코드가 신설되었는데, 변경된 가정간호 수가체계 또한 가정간호사업소 증가에 영향을 미쳤을 가능성을 고려해 볼 필요가 있다. 가정간호 기본방문료는 단일코드로 2010년 1월 1일부터 2014년 7월 31일 까지 상대가치점수 491.30점, 2014년 7월 기준 병원 33,800원, 의원 35,470원이었다. 이후 종별 분리코드로 2019년 1월 기준 상급종합병원은 636.54점(47,680원), 종합병원은 611.83점(45,830원), 병원은 587.72점(44,020원), 의원은 563.62점(47,010원)이었다[26]. 따라서 가정간호 실시 기관수가 2015년부터 다시 증가한 것은 2015년의 요양시설의 가정간호서비스 방문 허용과 2014년 8월 가정간호 기본방문료 상대가치점수 약 30% 인상이 함께 영향을 미친 것으로 여겨진다. 특히 기관의 종별에 따른 연도별 변화추이에서 2014년 의원급 가정간호 제공기관이 9개소에서 2017년 52개소로 약 5배 이상 급증한 것은 종별 분리코드 신설에 따라 의원급 수가가 종합병원, 병원급 수보다 더 높아진 것과 영향이 있을 것으로 사료된다.

가정전문간호사의 수는 가정간호사업소의 수적 증감에 따라 변화할 수밖에 없는데, 가정전문간호사의 변화 추이는 사업소의 변화 추이와 매우 비슷한 양상을 보이고 있었다. 2008년 이후 지속적으로 줄어드는 추세에서 2015년 이후 증가하기 시작하여 2016년에는 380명, 2017년에는 467명으로 급속히 증가하고 있었다. 또한 이러한 추세는 가정전문간호사 대비 방문건수의 추이와도 연결하여 볼 수 있는데, 특히 의료기관의 종별 구분에서 병원급과 의원급에서의 가정전문간호사 대비 방문건수가 2016년 이후로 급증하고 있었다. 이는 앞서 논의한 바와 같이 2014년 수가체계의 개선, 2015년 요양시설의 가정간호사 방문 허용이라는 제도적 변화와 함께 가정간호사업소가 증가함에 따라 가정전문간호사의 활동이 증가한 것으로 사료된다. 또 다른 변화 요인으로 2017년 9월 1일부터 가정간호 기본방문료 청구실명제(급여 청구 시 가정전문간호사 면허번호 기재)적용과 관계가 있을 것으로 추정된다. <Appendix 1>을 살펴보면, 2016년에 비해 2017년 병원, 한방병원, 의원의 기관 종별 가정전문간호사 당 평균 방문건수가 급증한 것을 볼 수 있다. 또한 병원과 한방병원의 경우 간호사 일인당 1,900건 이상의 방문을 하는 것으로 나타나고 있다. 방문간호서비스의 확대는 국민건강의 향상을 위해 필요한 정책이지만, 인력의 확충 없이 기존 인력의 과도한 방문으로 이루어진다면 서비스의 질 저하가 우려된다. 청구실명제의 효과는 실제 가정전문간호사 1인당 연간 방문 횟수를 확인할 수 있고 요양시설 등에 일일 대량방문하거나 간호사 1인당 과도한 방문으로 인해 적정 수준의 가정간호 제공이 제한되거나 과도한

업무량으로 인해 가정전문간호사의 소진을 가져오는 문제를 파악할 수 있는 중요한 자료일 것이므로 정책 효과 평가를 위한 지속적인 모니터링이 필요하다. 그러나 현재 2017년 9월에 시작된 청구실명제 적용 기간이 4개월에 불과하므로 정책 효과 평가를 위한 후속 연구가 필요하다.

가정전문간호사의 역할 및 간호활동 내용은 분석할 수 없었으나 현재 장기요양 방문간호사와의 비교를 통해 의료기관 가정전문간호사의 역할에 대한 논의를 해 볼 필요가 있다. 노인을 대상으로 하는 일부 중복될 수 있는 건강관리 서비스와 관련해서는 노인장기요양보험 도입 초기에 이용자의 이동이 있었을 수 있으나, 현재는 두 가지 재가간호 서비스(의료기관 가정간호와 노인장기요양보험 방문간호)의 서비스 제공인력의 차이로 인해 제공되는 간호서비스 내용은 차별화되어 있다. 의료기관 가정간호 인력은 전문간호사 석사과정을 마치고 전문간호사 자격시험에 합격한 자로 간호, 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련, 상담, 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰 업무를 수행하고 있다[24]. 또한 노인장기요양보험 방문간호 인력은 각각의 자격 조건을 갖춘 간호사, 간호조무사와 치위생사로 간호사정 및 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처치료 등 간호, 검사관련 사항, 투약 관련지도, 환자-간호 대상 건강관리에 필요한 식이요법 등 교육훈련, 상담 등의 업무를 수행한다[25]. 현재 노인장기요양보험 방문간호 지침[25] 상에는 의료기관 가정간호에서 수행하는 상급 간호 실무에 대한 역할도 규정되어 있어 상호간에 혼란이 있을 수 있고, 3년 이상의 간호보조업무 경력이 있는 간호조무사가 700시간의 교육만으로 간호사와 똑같은 방문간호를 수행할 수 있도록 하고 있는 제도의 문제점이 있다. 이와 함께 석사수준의 가정전문간호사가 수행하여야 하는 상급 간호 실무를 노인장기요양보험 시장에서 간호조무사가 무분별하게 수행할 수 있도록 허용하고 있는 제도의 문제점이 심각하게 드러나고 있어 노인장기요양보험 방문간호 인력에 관한 관련법 개정과 지침 수정을 통해 명확한 역할 규명이 절실히 필요하다. 제공하는 간호서비스의 내용 및 범위가 다르므로 대상자들의 중복 및 그에 따른 이동은 크지 않을 것으로 판단되는데, 지역사회 재가영역에서 제공되는 간호서비스 간의 원활한 서비스 연계를 위한 협력 강화 방안에 대한 관심이 요구된다.

의료기관 가정간호 이용 수진자의 주상병 분포를 살펴보면, 고혈압, 당뇨, 뇌혈관 질환, 암질환, 치매 등 만성질환이 많은 부분을 차지한다. 이는 우리나라 전체 질병구조의 변화 및 진료비 지급현황의 변화와 궤를 같이 한다고 볼 수 있다. 2017년 기준으로 만성질환자는 약 1,730만 명(전체 인구의 33.6%)이고 만성질환 진료비는 28.2조원(고혈압 및 당뇨병 5.3조원)으로 전체 진료비(69조원)의 41.0%를 차지하고 있다. 이러한

만성질환자의 증가는 전체 건강보험 예산 중 만성질환 진료비가 차지하는 비율이 2003년 26.8%에서 2007년 32.9%, 2017년 41.0%까지의 증가하게 하는 주요 요인이다[2]. 인구 고령화 및 만성질환자의 증가는 지역사회에서 적절한 만성질환 관리를 통해 악화를 예방하는 것이 중요하다는 것은 이미 밝혀진 사실이다. 특히 국내의 여러 연구에서 의료기관 가정간호서비스가 만성질환자나 노인 등과 같이 급증하는 의료이용자의 요구를 충족시키면서도 경제적 효과가 있음이 검증되었다[6-13,28]. 향후 의료기관 가정간호 서비스를 통한 지속적이고 포괄적인 건강관리는 그 수요가 점차 증가할 것으로 예측된다. 현재 가정간호 수가가 주로 방문 당 수가이므로 실제 어떠한 서비스가 제공되고 있는지 구체적으로는 살펴볼 수 없다. 이와 관련하여 주상병 별 어떠한 서비스가 제공되고 있는지에 대한 추가 연구를 통해 처치 중심의 전문간호서비스 제공뿐만 아니라 만성질환 관리 분야에서의 가정전문간호사의 역할 확대를 고려해 보아야 할 것이다. 가정간호를 실시하는 기관, 가정간호를 이용하는 수진자, 가정간호 이용량에 대한 지속적인 모니터링을 통한 의료기관 가정간호의 제도적 확대 또는 관련 정책 결정의 근거자료로 활용할 수 있을 것이며, 나아가 초고령 사회를 대비한 지역사회 통합 돌봄의 성공적 안착을 위한 지역사회 간호서비스의 핵심 플랫폼이 되어야 할 것이다.

향후 의료기관 가정간호 제도의 확대 및 발전을 위한 정책적인 제안으로 가장 먼저 가정간호수가의 개선이 필요하다. 구체적으로 가장 우선순위가 높은 부분은 가정간호 이용자의 접근성 개선을 위해 교통비 수가를 급여화 하는 것이다. 현재 가정간호 수가 중 교통비는 환자 본인이 100분의 100을 부담하도록 구성되어 있다. 타 유사영역의 재가 가정서비스의 경우 가정형 호스피스 5% 본인 부담을 하고 있고, 장기요양 방문간호의 경우 수가에 포함되어 원거리 교통비일 경우 일일 가산을 하고 있다. 즉 의료기관 가정간호의 경우 다른 재가 가정방문 서비스에 비해 1회 방문 당 2~3배의 본인 부담을 하고 있다. 이는 입원비 보장성 강화, 실비보험 등으로 인해 상대적으로 노인만성질환자의 입원 문턱이 낮아지고 있는 현재의 흐름에서 가정간호 이용 시 이용자의 비용 부담이 가중되게 하는 요인이라 할 수 있다. 또한 가정간호 기본방문료는 환자의 일반적 특성, 진료내용, 소요시간 등에 불문하고 모든 환자에게 동일하게 적용[9]되어 환자의 증증도에 따른 간호강도를 반영할 수 없는 한계를 가지고 있다. 의료기관 가정간호 서비스 수진자의 서비스 요구도 및 자원소모량을 반영한 차별화된 수가체계가 필요하고, 가정간호 기본방문료를 초진진찰료, 재진진찰료 구분과 같이 가정간호 첫 방문과 재방문으로 구분하여 이원화 시키는 방안[29]이 필요하다. 또한 가정간호사업소 간에서 정확한 회계정보 산출을 위한 DB를

구축하고 이와 같이 축적된 정보를 상호 교환, 활용할 수 있는 인프라를 구축[29]하여야 한다. 이를 통해 가정간호원가에 대한 정확성과 신뢰성을 확보하고 원가 자료를 바탕으로 한 가정간호수가에 대한 지속적인 모니터링 및 제도 개선[29]에 밑바탕이 되어야 할 것이다.

의료기관 가정간호 제도의 발전을 위해서는 전체 보건 의료 시스템 틀 안에서 가정간호의 역할을 규정하고 이용현황에 관한 분석과 모니터링을 바탕으로 한 제도개선 노력이 필요하다. 의료기관 가정간호제도가 실시된 이후에도 크게 활성화되지 못하고 있는 주요 요인으로 병원 경영자들이 가정간호 사업을 수익성이 없는 사업으로 여겨 이를 활성화하려는 의지를 보이지 않았기 때문이라는 연구결과[29]가 있다. 의료기관 가정간호 서비스의 이용 현황 및 적정수가 등에 대한 모니터링 및 적극적인 논의가 미비했기 때문에 소수의 가정전문간호사를 고용하여 가정간호 서비스를 제공하는 병원 경영진들도 전체 병원 경영에서 가정간호 서비스의 필요성에 대한 인식이 높지 않았을 수 있다. 그러나 향후 지역사회 통합 돌봄에서 가정간호 사업소를 활용하여 지역사회에서 건강관리 및 전문간호 서비스를 제공받을 수 있는 재가방문간호 서비스 확충을 위해서도 의료기관 가정간호 서비스의 적극적 확충이 필요하다.

가정간호 실시기관의 감소는 가정간호에 대한 국민의 인식도를 떨어뜨리고 접근성을 감소시키며, 이는 가정전문간호사의 고용 문제 및 지속적 가정전문간호사의 배출과도 연계될 것이므로[23] 2015년 이후 가정간호 실시기관수 증가 추세가 유지될 수 있도록 지속적 관리가 필요한 시점이다. 또한 가정간호 실시 기관이 2017년 서울, 경기, 인천 지역에서 약 61%로 대다수를 차지하고 있는 결과에서 알 수 있듯이 가정간호 서비스 공급체계가 전국적으로 갖추어지지 못해 가정간호가 필요할 경우에도 이용할 수 없는 사각지대를 줄이기 위해서는 지역거점 의료기관(상급종합병원과 지역거점 공공병원) 등이 가정간호서비스를 실시할 수 있도록 상급종합병원 지정기준, 지역거점 공공병원 운영평가, 병원인증평가 등에 가정간호서비스 실시 유무 관련 기준을 반드시 포함시켜[23] 전국적인 가정간호서비스 체계 구축이 필요하다. 이는 향후 전국적으로 확대될 지역사회 중심 돌봄 체계 구축에서 재가영역 보건 의료서비스 제공의 중요한 축으로써 가정간호가 활성화되기 위한 필수조건이라고 할 수 있겠다.

결론 및 제언

본 연구는 전국 의료기관 가정간호 현황을 파악하기 위해 실시된 이차자료 분석연구이다. 의료기관에서 건강보험심사평가원에 가정간호 기본방문료를 기재하여 청구한 명세서 중

2008년 1월 1일부터 2017년 12월 31일까지 요양개시분으로 심사결정 완료된 자료를 분석하였다. 가정간호를 실시하는 전체 기관수는 2008년 177개소에서 2014년 115개소까지 감소하다가 2015년부터 다시 증가추세를 보이며 2017년 179개소에 이르렀다. 2008년부터 2017년까지 10년 누적 3,563명의 가정전문간호사가 의료인력 신고 되었으며, 의료기관 당 평균 2명의 가정전문간호사가 등록된 것으로 나타났다. 2008년 가정간호 이용 수진자수는 35,056명에서 이후 2013년 26,848명까지 감소하다가 2014년부터 증가하여 2017년 67,863명으로 나타났다. 가정간호를 이용하는 수진자의 주상병은 2008년부터 2015년까지 본태성 고혈압이 가장 많았으며 2016년과 2017년에는 수분, 전해질 및 산-염기균형의 기타 장애로 나타났다. 가정간호 방문건수는 2008년 약 50만 건에서 2013년 약 36만 2천 건으로 감소하다가 2014년부터 증가하여 2017년 약 65만 8천 건까지 증가하였고, 가정간호 기본방문료 비용은 방문건수와 거의 비슷한 양상을 보이며 2008년 약 106억에서 2017년 약 353억이 소요되었다.

본 연구를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 가정간호 실시기관 및 가정간호 이용 수진자와 이용량에 대한 연도별 현황 분석을 통한 꾸준한 제도 모니터링이 이루어져야 할 것이다. 가정간호를 이용하는 수진자의 주상병은 급성질환이 아니라 지속적 관리가 필요한 만성질환이며 그 분포가 연도별로 거의 변동이 없는 것을 볼 때, 정부에서는 이러한 질환에 특화된 가정간호 매뉴얼 등을 통해 가정전문간호사 대학원 교육과정의 활용 및 가정간호를 실시하는 의료기관에 배포한다면 더욱 더 체계화된 서비스를 통한 가정간호 제공이 이루어 질 것이라 기대된다.

둘째, 가정간호 기본방문료 수가와 관련된 비용-효과 분석 연구가 필요하다. 가정간호 수가 개선은 가정간호 실시기관 증가와 그에 따른 가정간호 이용 수진자 증가로 연계될 것이며, 이는 가정전문간호사의 처우 개선에도 도움이 될 것이다. 특히 본 연구에서는 기본방문료와 함께 청구된 행위별(검사, 투약, 주사 및 처치)수가, 교통비에 대한 상세내역을 확보하지 못하여 가정간호 서비스에서 소요되는 전체 비용 즉, 건강보험 재정에서 의료기관 가정간호가 차지하는 비용에 대한 전체적인 분석을 실시하지는 못하였다. 향후 의료기관 가정간호가 전체 건강보험 내에서 차지하는 규모의 변화를 파악하기 위해서라도 전체 비용에 대한 추가적인 분석과 그 효과성에 대한 연구가 필요하다.

셋째, 의료기관 가정간호는 지역사회 통합 돌봄의 일환으로 초고령 사회에 대비하기 위해 꼭 필요한 제도이다. 지역사회 통합 돌봄 정책에서 최근 논의가 확산되고 있는 방문의료는 가정간호와 서비스의 내용이나 범위가 유사하나 이를 활용한 정책적 대안은 제시되지 않고 있다. 시설 및 기관 중심의 의

료서비스에 비해 재가서비스는 그 특성상 대량의 서비스 공급이 어려우므로 이에 대한 확대가 어려운 것이 현실이다. 그러나 이미 지역사회에서 입원 대체 서비스로 전문적인 간호서비스가 제공되어 온 의료기관 가정간호 서비스가 지역사회 통합 돌봄 사업의 주요한 지역사회 연계 자원으로 고려되지 않는 것은 상당히 아쉬운 일이다. 향후 의료기관 중심의 가정간호 사업소는 지역사회 통합적인 보건의료복지 서비스를 제공하기 위한 주요한 재가 방문의료의 플랫폼으로서 더욱 적극적으로 활용되어야 할 것으로 사료된다.

Conflict of Interest

The authors declared no conflict of interest.

References

1. Ministry of Health and Welfare. Medical institution Home nursing business Work manual. Seoul Special City: Ministry of Health and Welfare, 2010 May.
2. Ministry of Health and Welfare. Pilot project of Primary medical Chronic disease Management manual. Sejong Special Self-governing City: Ministry of Health and Welfare, 2019 January. Report No.: 11-1352000-002363-10.
3. National Health Insurance Service. 2017 National Health Insurance Statistical Yearbook. Wonju City, Gangwon-do: Health Insurance Review & Assessment Service, 2018 September. Report No.: 11-B550928-000001-10.
4. Jung KH, Oh YH, Lee YK, Oh MA, Kang EN, Kim KR, et al. 2017 Elderly survey. Sejong Special Self-governing City: Korea Institute for Health and Social Affairs, 2018 May. Report No.: 11-1352000-000672-12.
5. Ministry of Health and Welfare. Community care Promotion plan [Internet]. Sejong Self-governing City: Ministry of Health and Welfare; 2018. [cited 2018 December 1]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=346683&page=1
6. Park JY. Cost-benefit analysis of the community-based home health care program for cerebrovascular disease patients. [Master thesis]. Seoul: Seoul National University; 2000. 107 p.
7. Jun KJ, Park JY. Cost-Effectiveness Analysis of Home Health Care Program for Cerebrovascular Accident Patients. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2001;12(10):22-31.
8. Lim JY, Park YJ. Cost-Effectiveness Analysis of Home Care Service for Cerebrovascular Disease Patients. Journal of Korean Academy of Nursing Administration. 2002;8(2): 323-334.
9. Kim EK, Hwang JH, Shin SY. Analysis on Home Care Services and Home Health Care Cost of CVA Patients in Korea. Journal of Korean Academy of Nursing Administration.

- 2006;12(2):225-232.
10. Hwang NM. Cost-benefit analysis of the hospital-based home health care program for terminal cancer patients. [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2000. 123 p.
 11. Song JR, Kim YS, Kim JH. Cost-effectiveness Analysis of Home Care Services for Patients with Diabetic Foot. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2013; 19(4):437-448. <https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.4.437>
 12. Lim JY. A Cost-Utility Analysis of Home Care Services by using the QALY. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2004;34(3):449-457. <https://doi.org/10.4040/jkan.2004.34.3.449>
 13. Jung KA, Han SJ. Home Health Care Nursing Service Satisfaction and Needs in Cancer Patients. *Journal of Korean Academy Society Home Care Nursing*. 2012;19(2):139-149.
 14. Paul IM, Phillips TA, Widome MD, Hollenbeak CS. Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration. *Pediatrics*. 2004;114(4):1015-1022. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2003-0766-L>
 15. Nathwani D, Zambrowski JJ. Advisory group on home based and outpatient care (AdHOC): An international consensus statement on non-inpatient parenteral therapy. *Clinical Microbiology and Infection*. 2000;6(9):464-476. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1469-0691.2000.00113.x>
 16. Chiu L, Shyu WC, Chen TRJ. A cost-effectiveness analysis of home care and community-based nursing homes for stroke patients and their families. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(5):872-878.
 17. Chiu L, Shyu WC, LIU YH. Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(3): 380-386.
 18. Health Insurance Review & Assessment Service. Health Insurance Cost Revision History [Internet]. Wonju City, Gangwon-do: Health Insurance Review & Assessment Service; 2017. [cited 2018 December 1]. Available from: http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA02003600000&cmsurl=/cms/policy/02/01/1341854_27024.html&subject.
 19. Song CR. Home care services: crisis and prospects. *Perspectives in Nursing Science*. 2009;6(1):55-65.
 20. Ryu HS. Current Status of Costs and Utilizations of Hospital Based Home Health Nursing Care in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2006;36(7):1193-1203. <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.7.1193>
 21. Chin YR, Hong WL. Changed on Hospital-based Home Care Services Utilization After Long-term Care Insurance Launch. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2011;31(2):371-380.
 22. Korean Home healthcare Nurses Association. Status of Home Nursing Institution [Internet]. Seoul Special City: Korean Home healthcare Nurses Association; 2018. [cited 2019 January 10]. Available from: http://www.hcna.or.kr/sub2/2_7.php
 23. Song JR, Lee MG, Hwang MS, Yoon YM. The Current State of Hospital-based Home Care Services in Korea: Analysis of Data on Insurance Claims for Home Care from 2007 to 2012. *Journal of Korean Academy Society Home Care Nursing*. 2014;21(2):127-138.
 24. Ministry of Government Legislation. Medical Law Enforcement Regulations [Internet]. Sejong Special Self-governing City: Ministry of Government Legislation; 2018. [cited 2019 February 1]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=206266&efYd=20190101#0000>.
 25. Ministry of Health and Welfare. 2010 Health and Welfare Project for the Elderly [Internet]. Seoul Special City: Ministry of Health and Welfare; 2010. [cited 2019 February 1]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0406vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=030406&BOARD_ID=5900&BOARD_FLAG=04&CONT_SEQ=320690&page=1
 26. Health Insurance Review & Assessment Service. Health Insurance Cost Notification [Internet]. Wonju City, Gangwon-do: Health Insurance Review & Assessment Service; 2019. [cited 2019 January 29]. Available from: <http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltno=4&brdBltNo=7194&pageIndex=1#none>
 27. The court of the Republic of Korea. Precedent [Internet]. Seoul Special City: The court of the Republic of Korea; 2019. [cited 2019 March 22]. Available from: [https://glaw.scourt.go.kr/wsjo/panre/sjo050.do#//](https://glaw.scourt.go.kr/wsjo/panre/sjo050.do#/)
 28. Lim JY. A Comparison of Cost between Home Care and Hospital Care-According to Subject's General Characteristics. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2003;33(2): 246-255. <https://doi.org/10.4040/jkan.2003.33.2.246>
 29. Ryu HS, Jung KS, Lim JY. Test on the Cost and Development on the Payment System of Home Health Care Nursing. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2006; 36(3):503-513. <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.3.503>

Analysis of Hospital-based Home Care Service Utilization Using National Health Insurance Claim Data from 2008 to 2017

Ko, Jeong Yeon¹⁾ · Yoon, Ju Young²⁾

1) *PhD Student, College of Nursing, Seoul National University*

2) *Associate Professor, Research Institute of Nursing Science, Seoul National University*

Purpose: The purpose of this study is to analyze the status quo of hospital-based home care utilization in Korea from 2008 to 2017. **Methods:** Data from a total of 1,396 medical institutions, 350,390 patients, and 3,563 home care nurses were analyzed using claim data from the Health Insurance Review & Assessment Service. **Results:** The number of hospital-based home care agencies decreased from 177 in 2008 to 115 in 2014. This number started to increase in 2015 and reached 179 in 2017. The number of hospital-based home care patients declined from 35,056 in 2008 to a low of 26,848 in 2013. This number started to increase in 2014 and reached 67,863 in 2017. Essential hypertension was the most common disease among hospital-based home care patients from 2008 to 2015. The number of hospital-based home care visits declined from about 500,000 in 2008 to a low of 362,000 in 2013. This number started to increase in 2014 and reached 658,000 in 2017. **Conclusion:** It is necessary to vigilantly monitor hospital-based home care agencies, patients, and the utilization of services. This may help establish platforms for providing community and home-based nursing services for the super-aged society in Korea.

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

• Address reprint requests to : Yoon, Ju Young

College of Nursing, Seoul National University

103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea

Tel: 82-2-740-8817 Fax: 82-2-766-1852 E-mail: yoon26@snu.ac.kr