

가정간호수가 적정성 검증 및 수가체계 개선 방안*

유 호 신¹⁾ · 정 기 선²⁾ · 임 지 영³⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라 국민건강보험수가는 그 특성 자체가 진료서비스 원가와 수가 간에 상관관계 없이 적용되고 있어 매년 수가와 원가간의 차이를 좁혀 가는 방안이 진행 중에 있다(Jung, 2003). 이에 반해 가정간호수는 구성요소 중 가장 큰 비중을 차지하고 있는 기본방문료와 교통비가 개발 당시 책정된 비용 수준을 벗어나지 못하고 있는 실정이다. 당초 가정간호수는 Ryu(1994, 1995)가 가정간호사업소의 가상적 투입원가 요소를 반영한 비용을 산출한 결과를 토대로 적용(KIHASA, 1994)하였고, 당초의 가정간호수가수준은 가정간호원가가 어느 정도는 반영된 것으로 평가되었다(KIHASA, 1994). 그러나 10여년 이상이 경과된 현 시점에서 가정간호수가 수준을 검토해 볼 때, 원가요소 중 가장 큰 비중을 차지하는 인건비나 유류대등의 물가상승분이 반영되지 못하고 단지 몇 차례 소폭 수준의 일정금액 정도로만 상향 조정되어, 현재의 가정간호수는 가정간호사업소 적자운영의 소지를 야기시키고 있다는 우려의 주장들이 설득력을 갖게 되었다(Lee, 2000; Lee, 2003; Whang, 1998).

구체적으로 부언하면, 의료기관 가정간호사업은 의료비를 절감하고, 병원경영을 합리화하며, 소비자의 다양한 욕구를 충족시켜 주기 위한 방안의 일환으로 도입(KIHASA, 1994, 1999) 되었으나 당초 예상만큼 활성화되지 못하고 있다. 그

근본원인은 현행 의료기관 가정간호수가 수준이 투입원가 수준에 미치지 못하여 현재의 가정간호수가 수준으로는 이득보다는 적자요인이 클 것으로 판단한 병원경영진들이 가정간호 사업을 기피하거나 활성화 의지를 보이지 않고 있기 때문이다. 이러한 논지는 의료법 제30조 4항에 의거 가정간호사업소의 개설이 가능한 2만여 개 이상의 의원과 한방병원 등의 의료기관을 제외하더라도 전국 1,013여개 병원급 이상 (283개 종합병원, 730개 병원) 의료기관 중에서 약 13%에 불과한 125개 의료기관에서만 2005년 현재 가정간호사업소를 운영하고 있다는 현실적 여건으로 판단할 수 있다(Ryu et al., 2005).

반면 정부나 간호계에서는 가정간호사업의 필요성을 일찌감치 인지하여 지금까지 13개 가정간호교육기관에서 약 5천여명 이상의 가정간호사를 배출하여 왔으나 배출된 인력 중 5.8% 수준에 불과한 300여 명만이 의료기관 가정간호사업 현장에서 활동하고 있어 가정간호 요구나 필요성이 날로 증대되고 있는 보건의료의 사회 환경적 변화에 적극 대처하지 못하고 있는 실정이다(KHHNA, 2004; MOHW, 2004).

이처럼 가정간호사업 활성화에 걸림돌로 지적되고 있는 가정간호수는 1994년 8월 1일자로 확정되어 「기본방문료 + 교통비 + 개별행위료 (a)」의 수가체계로 시작되었다(KIHASA, 1994). 가정간호수가체계는 개발 당시 가정간호서비스 범위를 입원대체서비스로 제한하면서 입원수가와 동일한 구조와 시스템으로 구성하여 교통비를 제외한 기본방문료와 개별행위료의 본인부담율을 20%로 적용하였다(KIHASA, 1994; Ryu, 1994). 이러한 수가구조에서 개별행위료는 입원비 수가와 동일한 수

주요어 : 가정간호원가, 가정간호수가, 수가체계

* 이 논문은 2004년 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2004-041-E00375)

1) 고려대학교 간호대학, 2) 경희대학교 의료경영학과, 3) 인하대학교 간호학과

투고일: 2006년 3월 2일 심사완료일: 2006년 5월 22일

가수준으로 자동적으로 갱신되어 지속적으로 동반 상승되고 있으나 기본방문료와 교통비는 그렇지 못한 구조적 특성을 갖고 있다. 즉, 1994년도 투입원가요소와 물가수준을 적용하여 책정된 기본방문료 15,000원과 교통비 5,000원이 2005년 현재 각각 20,200원과 6,300원 정도의 수준으로 소폭 인상에 그쳐 지난 10년 동안 직접비 부분에 해당되는 중요한 가정간호서비스 원가투입요소의 하나인 가정간호사의 인건비나 교통비 원가중의 유류비의 대폭적인 상승분 등이 제대로 반영되지 못하고 있다는 주장이다(Whang, 1999; Lee et al., 2000; Lee, 2003). 따라서 더 이상 방치할 경우 적자의 폭은 더욱 벌어질 것으로 우려된다.

우리나라 가정간호수가관련 연구보고를 살펴보면, 우선 Ryu (1994)가 병원중심 가정간호원가의 투입요소에 기초한 가정간호수가와 가정간호수가체계를 개발하여 적용시킨 이후, Park(1999)은 가정간호수가의 적정성을 평가하면서 가정간호수가구조가 가정간호서비스 특성을 반영하지 못하고 있음을 지적하면서 가정방문횟수가 증가되면 비용 보상은 어느 정도 이루어질 수 있다는 점을 지적하였다. Whang(1999)는 현재의 가정간호 수가구조는 가정간호원가 수준을 보존해 주지 못하고 있는 심각성을 주장하였다. 한편, Lee 등(2000)은 가정간호행위에 대한 상대가치(RVRBS) 방법을 적용한 합리적인 수가구조로의 개편의 필요성을 제안하였고, Lee(2003)는 활동기준 원가계산(ABC) 방법을 적용하여 산출된 가정간호원가를 산출한 바 있다.

요약하면, 가정간호수는 가정간호원가요소를 기반으로 원가의 보존이 담보될 수 있도록 수가수준이 상향 조정되어야 한다는 점과 가정간호서비스 특성이 반영된 수가체계로 개편되어 현재 운영되고 있는 가정간호수가체계의 불합리한 구조가 개편되어야 한다는 지적들이 제기되고 있음을 알 수 있다. 이와 같이 가정간호수가 문제의 개선은 개별적 차원에서 벗어나 통합적이며 포괄적인 실증자료의 분석결과를 제시하여 정확한 가정간호원가에 기초한 가정간호수가 수준의 결정과 이를 개선시킬 수 있는 설득력 있는 정책대안이 제시되어야 한다. 즉, 의료기관 가정간호사업은 특히 의료기관 내에서 가정간호사 단독이 아닌 주치의와 팀웍 활동을 통해 이루어지는 특성과 다양한 질병특성 그리고 의료기관간의 원가수준 차이 등 다양한 구조적인 특성을 갖고 있다. 따라서 의료기관 가정간호수는 가정간호수가가 결정되고 운영된 지 10여년이 경과된 현 시점에서 가정간호수가가 안고 있는 근본적인 문제를 종합적으로 진단하여 그 해결책이 모색되어야 한다. 이에 본 연구는 가정간호의 특성과 원가투입요소가 반영된 가정간호원가를 산출하여 산출된 원가수준과 현재의 가정간호수가간의 차액을 통한 가정간호수가의 적정성을 검증하고, 나아가 가정간호수가체계의 개선방안을 모색하고자 본 연구를

시도하였다.

연구의 목적

본 연구는 의료기관 가정간호수가가 국민건강보험제도권 내에서 운영된 지 10년이 경과된 현 시점에서 가정간호사업소의 실증자료를 분석하여 가정간호특성이 반영된 원가를 산출하고, 이에 기초한 가정간호수가의 적정성을 검증하고 나아가 가정간호수가체계의 문제에 기초한 개선방안을 제시하고자 하며, 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 가정간호 업무 및 서비스 내용 분석

둘째, 가정간호원가 산출을 통한 가정간호수가 적정성 규명

셋째, 의료기관 가정간호수가체계 개선방안 제시

용어의 정의

가정간호원가: 원가란 서비스 단위나 서비스 항목을 생산하는데 사용된 실제자원의 모든 가치를 의미한다(Finkler, 1982). 본 연구에서는 가정간호 서비스 단위 즉 1회 방문당 투입된 실제자원의 모든 가치를 원가산정의 기본틀에 따라 2004년도를 회계단위로 하여 계산해 낸 결과를 의미한다.

연구 방법

연구의 설계

본 연구는 가정간호원가를 산출하고 이에 기초하여 현 가정간호수가의 적정성을 검증하고 합리적인 가정간호수가체계 개선방안의 제시를 목적으로 한 정책대안연구이다. 이를 위해 전문가 자문과 실무자 초점집단토의를 실시하고, 가정간호사와 주치의 등을 대상으로 우편설문조사와 가정간호기록지와 진료비명세서를 분석하였다.

연구의 절차

본 연구는 다음 3단계로 나뉘어 수행되었다.

제1단계: 전문가팀을 구성하여 연구설계와 원가산출을 위한 분석틀을 수립하였다. 병원경영전문가, 그리고 가정간호사업부서 책임자 등 7인으로 구성된 전문가 팀을 구성하여 연구설계와 원가분석틀을 확정된 후, 본 연구의 분석대상이 된 11곳의 가정간호사업소 책임자들과의 초점집단토의 과정을 통해 가정간호의 업무와 서비스 특성을 파악하고, 가정간호수가와 수가체계의 문제점과 개선방안도출을 위한 설문문항을 확정하였다.

제2단계: 가정간호 원가분석틀에 기초하여 일정기간 가정간호사업부서의 투입원가에 대한 총 지출비용과 가정간호의 업무와 서비스 특성을 반영한 방문당 가정간호원가를 산출하였다. 여기서 산출된 가정간호원가와 현 가정간호수가의 비교를 통해 가정간호수가의 적정성여부를 검증하였다.

제3단계: 전국 125개 가정간호사업소 전수를 대상으로 병원장, 주치의, 간호부장 및 간호과장 등 의료기관 최고관리자와 정규직 가정간호사 전수를 대상으로 우편설문조사를 실시하였다.

연구의 대상 및 도구

본 연구대상은 크게 세 유형으로 구분되며 연구내용별 구체적인 분석대상은 다음과 같다.

첫째, 가정간호원가 산출에 기초가 된 가정간호원가요소별 투입비용과 가정간호의 업무 및 서비스 내용을 분석하기 위하여 125개 가정간호사업소를 종합병원과 병원급으로 구분하고, 지역을 안배한 후 임의추출된 총 11개 가정간호사업소(의료기관 중별로는 종합병원 7개소, 병원급 4개소, 지역별로는 서울지역 6개소, 대구지역 1개소, 경기지역 2개소, 강원 및 충청지역 1개소, 경상도지역 1개소 등)와 여기에 소속된 정규직 가정간호사 31명을 대상으로 조사하였다.

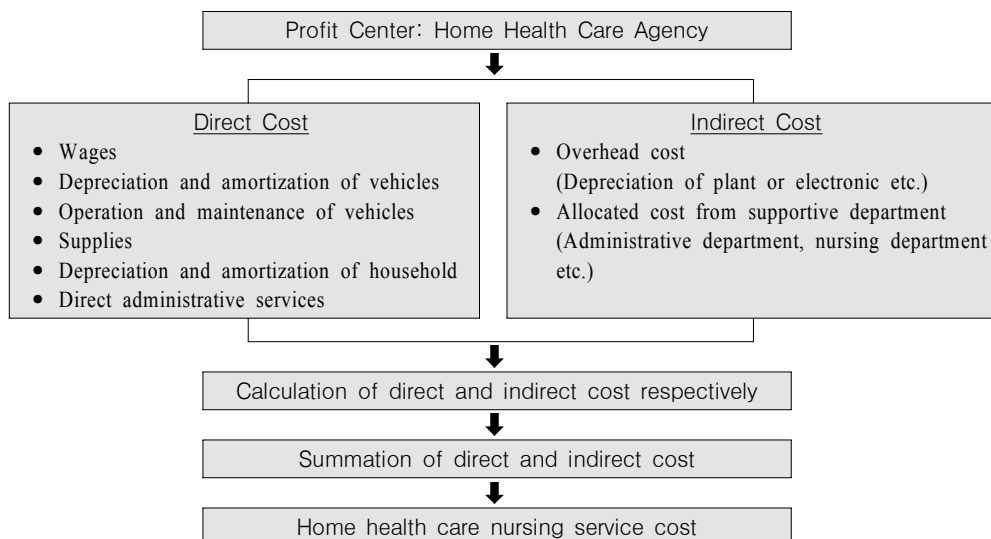
둘째, 가정간호수가체계의 문제점과 개선방안은 전국 125개 의료기관 가정간호사업소 전수를 대상으로 2005년 9월부터 10월까지 약 한달 동안 우편으로 설문조사를 실시하여 병원장(운영위원장 포함)과 가정간호환자의 주치의 180명과 간호부서의 간호부장과 간호과장 103명, 그리고 가정간호사업소 정규직 가정간호사 156명 등 총 439명의 응답결과를 분석하였다.

셋째, 가정간호 일일 활동 업무량 분석은 Easley-Storffjell 도구(Storffjell, Allen, & Easley, 1997)를 이용하였다. 본 도구는 1977년부터 미국과 캐나다 전역에서 가정간호사업소나 지역사회보건기관의 가정간호책임자가 간호업무를 계획, 모니터링, 평가하기 위한 목적으로 단순하면서도 효과적으로 사용할 수 있도록 고안된 것이다. 본 도구에서 의미하는 가정간호 직접 서비스량은 환자나 그 가족에게 직접 제공한 모든 간호활동을 의미하고, 가정간호업무량은 가정간호 직접 서비스량을 제외한 가정간호사의 모든 업무활동을 의미한다. 가정간호 업무내용에는 조퇴, 휴가, 병가 및 공휴일 등 개인적 휴무 업무영역, 내부회의, 외부회의, 보수교육 및 학회참석 등 다양한 지지적 업무영역, 내소자 개별 교육 및 상담, 학생 실습지도 및 전화상담 등 특별활동 업무영역, 그리고 의료지원업무 및 지역사회활동 업무영역 등 5개 분야 업무영역으로 구분하고 있다.

또한 가정간호서비스 내용은 조사시점에서 지난 한 달 동안 퇴록한 가정간호환자 기록지를 분석하여 최종적으로 가정간호사업소별로 가정간호사들이 합의하여 결정된 구성비를 활용하였다. 분석자료는 11개 가정간호사업소에 소속된 정규직 31명 가정간호사가 2005년 6월 1일부터 6월 30일까지 4주 동안 각 해당 업무영역별로 구체적인 업무내용을 기입하고 각 업무에 소요된 시간을 분단위로 측정하여 매일 하루 일과종료시 가정간호사가 직접 기록한 것을 분석하였다.

가정간호원가 산출의 기본틀

본 연구의 가정간호원가 산출을 위한 모형은 다음과 같다. 먼저 가정간호사업소를 수익을 벌어들이는 수익책임회계단위로 보아 비수익책임회계단위인 간호부서와 분리시켜 수익중심



<Figure 1> Framework for calculating home health care nursing cost

점으로 구분하였다. 병원원가계산은 크게 부문별 원가계산(시행기준)과 진료과별 원가계산(처방기준) 및 행위별 원가계산으로 분류된다. 가정간호사업소는 비수익책임회계단위인 간호부서에 소속되어 있으나 별도의 수익을 발생시키므로 병원내 진단방사선실과 같이 수익책임회계단위로 분류할 수 있다. 따라서 시행기준 원가계산모델인 부문별 원가계산절차에 따라 가정간호사업소 원가분석틀을 구성하였다<Figure 1>.

● 직접원가

가정간호사업소의 직접원가를 구성하는 원가요소는 인건비, 차량의 감가상각비, 차량유지비, 재료비, 집기의 감가상각비, 직접관리운영비 등으로 구분하였으며 각각의 원가산출과정은 다음과 같다.

- 인건비 : 인건비산출을 위한 조사대상자는 해당 가정간호사업소에 근무하고 있는 정규직 가정간호사만을 대상으로 하였다.
- 차량의 감가상각비 : 차량의 감가상각비를 산출하기 위해서는 구매한 차량의 종류, 수량 및 설치 시까지의 모든 부대비용을 포함한 취득가액 등을 조사하였다. 차량의 감가상각비 산출 시 주요변수는 취득가액과 내용연수, 적용하는 감가상각방법의 유형 그리고 잔존가액의 네 가지이다. 이들 자산을 리스로 설치하는 병원은 거의 없으므로 이는 본 연구에서 제외하였다. 차량의 취득가액은 조사대상 가정간호사업소에서 수집한 자료의 평균값을 취득가액으로 결정하였다. 내용연수는 앞서 2004년 9월에 제출된 'MRI 급여전환에 대비한 관리방안연구' 보고서에서 MRI에 대한 감가상각비를 내용연수 5년으로 나누어 계산한 사례와 현행 법인세법과 기업회계기준 등에서도 5년을 내용연수로 준용하고 있으므로 본 연구에서도 차량 및 집기의 내용연수를 5년으로 보았다.
- 감가상각방법은 크게 정액법과 정율법으로 구분되는데 정율법의 경우는 취득 초년도에는 감가상각비가 많이 적용되고, 그 다음 연도부터 차츰 감소하는 형태로 수가산정과 같은 연구 시에는 적합하지 못하다. 따라서 본 연구에서는 취득가격을 내용연수로 나누어 매년 동일한 감가상각비를 적용하는 정액법을 적용하였다. 마지막으로 법인세법에 의하면 정액법은 잔존가액을 영(0)으로 보아 계산하므로 본 연구에서도 잔존가액은 영(0)으로 적용하였다.
- 차량유지비 : 차량유지비의 산출 시 주요변수는 자동차세, 보험료(책임 및 종합 포함), 유류비 및 차량수리비 등의 항목으로 구성된다. 이들 자료는 조사대상 가정간호사업소로부터 취합된 자료를 근거로 이들의 평균값을 산출하여 적용하였다.
- 재료비 : 가정간호사업소를 운영하는 데에 실제로 사용되

나 환자에게 청구하지 못하는 재료비 원가항목을 조사하여 집계하였다. 이는 각각 의약품비, 검사재료비, 의료소모품비 등의 항목으로 집계한 후 합산하였다.

- 집기의 감가상각비: 집기의 감가상각비를 위한 산출은 가정간호사업소 운영시 요구되는 집기류의 보유현황과 구매 가격에 근거하여 원가자료를 작성하고, 이를 차량의 내용연수와 마찬가지로 5년을 적용하여 월평균 집기의 감가상각비를 산출하였다.
- 직접관리운영비 : 직접관리운영비에는 가정간호사의 교육훈련비, 연구비, 회의비와 같은 직접운영비와 사무용품비 및 기타 소모품비 등이 포함되었다.

● 간접원가

가정간호서비스의 간접원가 집계과정은 다음과 같다. 먼저 조사대상인 가정간호사업소를 병원원가계산 시스템 상 독립된 책임회계단위로 구분되어 있는 병원과 그렇지 않은 병원으로 나뉘었다. 그 다음에 가정간호사업소를 독립된 책임회계단위로 분류한 병원의 경우 부문별 원가계산에 따라 가정간호사업소에 배부된 부문공통비(전기료 등) 및 보조부문비(행정부서의 비용 등)를 파악하였다. 반면 가정간호사업소를 책임회계단위로 분류하지 않은 병원의 경우는 부문별 원가계산절차에 따라 가정간호사업소에 부문공통비 및 보조부문비를 배부하였다.

부문공통비의 배부를 위해서는 배부기준을 선정하여야 하는데 관리운영비중 부문공통비에 해당하는 계정은 그 수가 많으며 이에 따라 배부기준도 다양하다. 배부기준은 각 비용이 어떤 활동에 의해 발생하는가에 근거하여 결정되어야 하므로 본 연구에서는 아래와 같은 배부기준을 선정하여 적용하였다.

- 직원의 수 : 복리후생비중 4대 보험료를 제외한 나머지 비용인 단체활동비, 축조위금, 직원피복비, 통신비, 세금과 공과금, 환경관리비, 지급수수료, 교육훈련비, 도서인쇄비, 접대비, 행사비, 소모품비 및 연구비
- 면적점유비율 : 건물화재보험료는 해당 가정간호사업소 면적점유비율에 해당되는 보험료 배부, 연료비, 차량, 집기를 제외한 건물 및 구축물 등의 감가상각비(단, 의료장비 감가상각비는 가장 금액이 크나 가정간호사업소와 관련이 없으므로 제외)
- 의료수익비율 : 선교비, 의료사회사업비, 무형자산상각비, 임차자산상각비, 광고선전비, 대손상각비 및 잡비 한편 아래의 항목은 가정간호사업소와 관련이 없으므로 배부대상에서 제외하였다.
- 지급임차료: 장비리스료는 가정간호사업소와 관련이 없으므로 제외
- 여비교통비: 가정간호 시 교통비 6천원을 별도로 받으므로

제외

- 차량유지비: 직접비용으로 집계하였으므로 제외
- 피복침구비: 가정간호사업소와는 직접적인 관련이 없으므로 배부대상에서 제외
- 당숙직비: 가정간호사업소와는 직접적인 관련이 없으므로 배부대상에서 제외

이러한 단계를 거치면 수익발생 활동부서 외에 비수익활동 부서인 행정부서, 간호부, 의무기록실, 전기실, 보일러실 등에서 발생한 직접인건비와 부문공통비가 집계된다. 이처럼 보조부문에 집계된 원가를 수익발생 활동부서에 배부하는 방법으로는 직접배분법, 단계배분법, 상호배분법의 세 가지 방법이 일반적으로 적용되고 있다. 그러나 본 연구에서는 이 중 어떤 방법에 의하건 간에 11개 내외인 가정간호사업소가 소속되어 있는 병원을 대상으로 보조부문비를 산출하는 것은 매우 어려운 일이다. 따라서 조사대상병원 중 수준 높은 원가계산시스템을 갖고 있는 병원의 원가자료를 가지고 나머지 병원에 이를 적용하는 방법을 택하였다. 즉 가정간호사업소를 책임회계단위로 분류한 병원에서 산출된 가정간호사업소 직접인건비의 공통비부담율에 근거하여 가정간호사업소의 간접원가총액을 산출하였다. 이처럼 공통간접비용부담율(overhead burden rate)을 적용하여 부문공통비와 보조부문비를 산출하는 방법은 미국 등에서도 널리 적용되고 있으며, 본 연구에서와 같이 직접인건비 외에도 재료비, 장비감가상각비 등의 직접원가에 대한 공통간접비용부담율을 산출하여 부문공통비 또는 보조부문비를 산출하는 데에 적용할 수도 있다. 결과적으로 본 연구에서는 2개 가정간호사업소의 공통간접비용부담율을 산출하여 이의 평균값을 적용하였다. 이상의 모든 비용조사는 2004년도 1년 동안의 비용자료를 기준으로 하였다.

● 가정간호원가 산출

가정간호사 1인당 1회 방문 시 평균 가정간호원가 집계액으로부터 고려해야 할 사항은 다음의 두 가지이다. 하나는 위에서 집계된 원가에는 가정간호사의 인건비 중 행위별 수가로 보상이 되는 부분까지 포함되어 있으므로 원가계산 시 중복되지 않도록 이를 차감해 주어야 한다는 것이고 다른 하나는 기본방문료와 교통비를 구분하여 책정할 때에 가정간호사의 교통시간에 대한 기회비용 만큼을 기본방문료에서 교통비로 이전해 주어야 한다는 점이다.

이를 위해 본 연구에서는 가정간호원가 집계액에서 가정간호사의 인건비 중 행위별 수가로 보상되어지는 부분을 차감하기 위한 기준은 전체 가정간호사의 업무를 파악한 후 이 중 처치간호행위 및 검사행위가 차지하는 비율을 산정하여 적용하였다. 다음으로 교통시간에 대한 기회비용을 산정하기 위한 기준은 가정간호사의 전체 업무시간 중 교통시간이 차지하는 비율을 산정하여 적용하였다.

연구 결과

가정간호 업무 및 서비스 내용

가정간호업무 분석은 총량적 업무량을 파악하기 위하여 <Table 1>에 제시된 바와 같이 11개 사업소의 월별 가정간호 총 방문횟수를 분석하였다. 여기서 볼 수 있는 바와 같이 2004년도 지난 1년간 11개 사업소에서 제공한 가정간호방문 총량은 월간 별 차이 없이 가정간호사 1인당 평균 81.5회의 방문을 실시하여 일일 평균 3.76회 가정방문을 실시한 것으로 분석되었다. Easley-Storjell 도구(Storjell et al., 1997)를 활용하여 가정간호사의 업무활동내용을 분석한 결과는 <Table 2>와 같다. 환자에게 제공한 가정간호서비스 소요량은 전체의 34.6%와 교통소요량이 26.6%로서 이를 합하면 전체의 61.2%를 차지한다. 직접서비스를 제외한 가정간호업무는 지지적 활동이 16.9%, 특수업무 8.4%, 그리고 외부활동 13.5% 등 모두 38.8%이었다. 가정간호 직접서비스를 다시 하위활동들의 구성 비율에 따라 분석한 결과 기본간호행위가 차지하는 비율이 17.63%, 처치간호행위가 차지하는 비율이 55.38%, 그리고 검사행위가 차지하는 비율이 7.25% 수준이었다.

가정간호원가의 산출

● 가정간호원가

가정간호사업소의 직접원가는 다음과 같다. 직접원가 중 인건비의 경우, 분석대상이 된 가정간호사업소의 정규직 가정간호사수는 31명이고, 가정간호사의 평균연봉(퇴직급여 포함)은 38,297,400원이었다. 이를 월평균 인건비로 환산하면 3,191,451원으로 산출되었다. 차량의 감가상각비는 대부분의 가정간호사업소에서 2001년식 마티즈를 구입하여 이용하고

<Table 1> Total number of home visits per month in 2004

	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	May.	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
Total no. of visits per nurse	72.0	74.6	87.7	84.4	79.4	86.2	89.5	84.8	75.8	78.3	79.1	86.5	81.5
Total no. of work days per month	21.1	21.7	23.6	22.1	21.2	23.7	22.3	21.5	20.2	21.2	21.6	22.5	21.9

<Table 2> Time allocation on home health care nursing activities per day (unit: minutes)

		%	Time	Numbers. of HCN*
Workloads	Supportive activities	16.9	96.2 ± 114.2	661
	Special assignments	8.4	47.7 ± 57.7	479
	Field activities(community service)	13.5	76.9 ± 59.5	69
	Subtotal	38.8	-	-
Caseloads	Direct home care nursing service	34.6	180.3 ± 61.5	620
		(100.0)		
	Basic nursing care	(17.63)		
	Treatment nursing care	(55.38)		
	Test & examination	(7.25)		
	Consulting & education	(16.00)		
	Refer & connection	(3.75)		
	Traffic time	26.6	138.5 ± 60.4	
Subtotal		61.2	-	-
Total		100.0	521.4 ± 123.3	582

* HCN: Home Care Nurse

있었고, 구입 시 차량가액의 평균값은 11,171,500원으로 분석되었다. 차량유지비의 집계결과, 년 평균 3,239,240원으로 월 평균 269,935원이었다.

최종 집계된 재료비는 사업소당 평균 총 7,156,333원이었으며 월평균 596,361원이었다. 집기의 감가상각비는 총 집기류의 구매가격이 사업소당 평균 2,725,000원으로 집계되어 이를 내용년수 5년으로 계산한 월평균 집기 감가상각비는 45,416원으로 산출되었다. 그리고 마지막으로 직접관리운영비는 직접

운영비 158,550원, 사무용품비 203,250원, 기타소모품비 106,708원으로 나타났고 이의 합계액은 월평균 468,508원으로 분석되었다.

가정간호사업부서의 간접원가는 다음 두 단계를 거쳐 산출되었다. 먼저 가정간호서비스 간접원가 산출과정에 따라 표집된 두 병원으로부터 간접원가에 대한 공통간접비용부담율을 산출하였다. 직접인건비에 대한 공통간접비용부담율은 각각 19.2%와 25.9%이었다. 이에 본 연구에서는 두 병원의 공통간

<Table 3> Costs of home health care nursing service (unit: won, year)

Cost category		Cost Mean ± SD	Average cost per month
Direct cost	Wages (A)	38,297,419 ± 1,244,183	3,191,451
	Depreciation and amortization of vehicles (B)	11,171,570 ± 2,872,260	186,191
	Operation and Tax fee	148,476 ± 145,216	12,373
	maintenance of vehicles Insurance fee	498,117 ± 224,444	41,509
	Gas fee	2,129,076 ± 945,832	177,423
	Maintenance fee	463,571 ± 276,118	38,630
	Subtotal (C)	3,239,240	269,935
	Supplies (D)	7,156,333 ± 5,117,913	596,361
	Depreciation and amortization of household (E)	2,725,000 ± 1,025,305	45,416
	Direct management fee	1,902,600 ± 2,099,735	158,550
	Office supplies fee	2,439,000 ± 3,416,261	203,250
Indirect cost	Other supplies fee	1,280,500 ± 962,372	106,708
	Subtotal (F)	5,622,100	468,508
	Wages	A hospital: 7,353,230 B hospital: 509,027	(19.2%)*
	Indirect cost (common cost)	A hospital : 1,417,956 B hospital : 131,985	(25.9%)*
	Overhead burden rate (G)	A hospital + B hospital / 2	718,076 (22.5%)*
Home care cost per home care nurse per month (H)		5,475,938 (A+B+C+D+E+F+G)	
Home care cost per home care nurse per day (I)		260,758 (H/21)	
Home care cost per home care nurse per visit (J)		65,189 (I/4)	

Source: The data for costs are from the statement of accounts, 11 home health agencies and 2 general hospitals in nationwide during 2004.

* Overhead burden rate to direct wages

접비용부담율의 평균값인 22.5%를 적용하여 간접원가를 계산한 결과 718,076원으로 산출되었다<Table 3>.

이상 각 원가계산과정에서 집계된 직접원가와 간접원가를 합산하여 산정된 가정간호사 1인당 1회 방문 시 평균 가정간호원가는 65,189원으로 산출되었다. 전체 가정간호서비스 업무 중 처치간호행위와 검사행위가 차지하는 비율은 62.63%이었고, 이를 적용하여 행위별 수가로 보상되는 부분의 차감액을 계산한 결과 14,563원이 산출되었다. 다음으로 기본방문료 중 가정간호사의 교통소요시간에 대한 기회비용으로 교통비에 이전해 주어야 할 금액은 가정간호사의 1일 업무시간 전체 중 교통시간이 차지하는 비율 26.6%를 적용하여 계산한 결과 10,106원이 산출되었다. 따라서 1회 방문 시 교통비원가는 차량의 감가상각비와 차량유지비의 합계액인 5,430원에 10,106원을 합산하여 최종 15,536원으로 집계되었다.

결과적으로 본 연구에서 집계된 가정간호원가는 1회 방문당 원가 65,189원에서 행위별수가로 원가보상이 이루어지는 14,563원을 제외하여 최종 50,626원으로 산출되었다. 이를 다시 기본방문료와 교통비로 구분하기 위해 가정간호사의 교통시간에 대한 기회비용 10,106원을 기본방문료에서 교통비로 이전하면 1회 방문당 가정간호원가는 [기본방문료 35,090원 + 교통비 15,536원 + 개별행위료]로 집계되었다.

● 현 가정간호수가수준과의 비교

이상 본 연구에서 산출된 가정간호원가를 기준으로 현 가정간호수가와 비교를 통한 가정간호수가의 적정성을 검증한 결과, 기본방문료는 본 연구의 분석결과에서 밝혀진 적정 기본방문료 35,090원과 비교할 때 현재의 수가수준인 20,200원은 1회 방문당 14,890원의 마이너스 요인이 있으며, 교통비는 본 연구에서 산출된 원가 15,536원과 비교하면 현재의 6,300원에 비해 9,236원이나 많아서 1회 방문당 9,236원의 마이너스 요인이 있다. 따라서 방문건당 평균 24,126원의 적자요인이 발생되는 것으로 추정되었다.

가정간호수가체계 개선방안

가정간호사들이 응답한 현 가정간호수가체계에 대한 문제점은 <Table 4>에 제시된 바와 같다. 가정간호사들은 가정간호수가가 월단위로 월 8회만 건강보험에 적용되는 것을 가장 큰 문제로 지적하였다. 그 다음으로 전반적으로 가정간호수가가 낮은 점과 첫 방문에 대한 수가보상이 없다는 점, 그리고 교통비가 낮은 점 등의 순으로 현 수가에 대한 문제점을 지적하였다.

가정간호수가체계에 대한 개선방안은 가정간호사 외에도 병원경영자인 병원장 등 관리자를 대상으로 의견을 확인하였다. 분석결과, 병원장과 가정간호환자의 주치의 등 의사들의 견해는 응답자의 과반수 이상에서 가정간호수가구조에 교통비 대신 주치의 처방전료나 자문료를 청구해야 한다는 응답을 하였고, 간호부장과 간호과장의 경우도 응답자의 1/3 정도가 매 방문시마다 청구하는 교통비 대신 주치의의 처방전료나 자문료가 청구되어야 한다고 응답하였다.

반면 가정간호사들은 현 가정간호수가에서 기본방문료를 첫 방문과 재방문으로 구분하여 첫방문에 기본방문료의 차등수가를 지급해야 한다고 응답한 경우가 각각 22.0%와 24.7%로 많았고, 현재의 수가구조는 그대로 유지하되 추가로 주치의의 처방전료와 자문료에 대하여 행위발생 시나 혹은 매 방문 시마다 수가를 청구하는 방안에 대하여도 매우 높은 응답분포를 보이는 등 수가구조 개선방안에 대하여는 관련의료인들 간에 견해가 일치하지 않음을 알 수 있었다.

한편 교통비에 대해서는 가정간호사의 경우 가정간호책임자의 경우는 교통비를 현실수가에 맞게 올려야 한다는 응답이 주요한 반면, 가정간호실무자의 경우는 현재의 교통비를 3등급 정도로 차등화하여 구역 당 정액제를 받는 방안에 대한 응답이 더 주요하였다. 병원경영진들의 경우도 다양한 결과를 보여 병원장들은 3단계 차등수가제에 더 많은 찬성의견을 보인 반면, 간호부장의 경우는 교통비수준의 현실화를 요구하거

<Table 4> The opinion of the problems on current home health care reimbursement system

	Home care nurses		
	Total**	Charge	Acting
Limitation on coverage per month	27.1	28.0	26.6
Low level on total cost per visit	17.6	19.0	16.8
No different cost between first visit and revisit	15.5	14.7	16.0
Low level cost on travel fee	14.5	13.4	15.2
Low level cost on fundamental visiting fee	10.0	9.9	10.0
No cost on consulting of doctor fee	9.8	11.6	8.7
No cost on telephone consulting fee	5.5	3.4	6.8
Total	100.0 (601)	100.0 (232)	100.0 (369)

** multiple responses

<Table 5> The opinion of improvement on the home health care reimbursement system

	Total	Top manager			Home care nurse		
		CEO*	Attending physician	D.N	D.D.N.	Charge	Acting
Home care payment system							
Fundamental fee + consulting fee + fee for services (every visit)	31.7	54.3	49.1	35.6	38.6	5.1	6.2
Fundamental fee is divide into first visit and revisit	20.7	15.7	14.5	23.7	9.5	22.0	24.7
Fundamental fee + consulting fee + fee for services	20.5	17.1	15.5	22.0	20.5	25.4	24.7
Fundamental fee + consulting fee + travel fee + fee for services (every visit)	16.4	4.3	6.4	3.4	2.3	40.7	36.1
Fundamental fee + consulting fee + travel fee + fee for services	8.0	7.1	10.9	8.5	9.1	5.1	6.2
Others	2.8	1.4	3.6	6.8	0.0	1.7	2.1
Total	100.0 (437)	100.0 (70)	100.0 (110)	100.0 (59)	100.0 (44)	100.0 (59)	100.0 (97)
The travel fee for home care cost							
Three step cost by region	47.8	47.1	47.3	1.7	50.0	35.1	59.3
Increase the travel cost	35.3	35.7	35.5	40.0	36.4	47.3	23.6
Decision the cost between hospital and consumer by benefit principle	9.4	10.0	10.9	8.3	9.1	9.5	8.1
Current system and cost level is suitable	4.6	5.7	2.7	43.3	4.5	6.8	6.5
Others	1.0	1.4	3.6	6.7	.0	1.4	2.4
Total	100.0 (481)	100.0 (70)	100.0 (110)	100.0 (60)	100.0 (44)	100.0 (74)	100.0 (123)

D.N. = Director of nurse, D.D.N.= Department director of nurse

나 일부에서는 현재의 교통비도 적합하다는 응답도 있었다. 종합할 때 교통비의 경우는 차등수가에 대한 개선방안이 47.8%로 가장 많았고 그 다음이 교통비의 현실적인 수가개선에 대한 의견이 35.3%로 높게 제시되었다<Table 5>.

논 의

본 연구는 가정간호사업소의 실제 투입 원가요소를 반영한 가정간호원가를 산출하여 가정간호원가가 보존될 수 있는 적정수준의 가정간호수가를 제시하고자 시도되었다. 본 연구에서는 가정간호원가산출방법을 적용하여 집계된 최종 가정간호원가는 2004년도 원가투입요소를 기준으로 방문 당 65,189원으로 산출되었다. 이 비용에서 개별행위료부분의 원가를 제외하면, 방문당 가정간호원가는 평균 50,626원으로, 이를 다시 원가배분원칙을 적용하여 최종적으로 기본방문료 35,090원과 교통비 15,536원이 가정간호 방문당 원가수준으로 산출되었다. 본래 수가란 원가에 일정수준의 이익금을 첨부하여 부과하는 것이 원칙이나 현실적으로 본 연구결과에서 밝혀진 원가수준에서 적정 수준의 이익은 감안하지 않는다 하더라도 이상 산출된 가정간호원가수준을 감안할 때, 가정간호수가는 적어도 기본방문료는 14,890원을, 그리고 교통비는 9,236원 정도를 상향조정해야 한다는 결론이 도출되었다.

이러한 분석 결과의 도출은 먼저 가정간호원가를 산출하기

위하여 병원원가계산방법을 고찰하였다. 병원원가의 산출방법에는 다양한 방법이 있겠으나 가장 보편적으로 사용되고 있는 방법은 처방기준 원가계산과 시행기준 원가계산이라 할 수 있다(Jung, 2003; Lee, Lee, & Seo, 2001). 여기서 처방기준 원가계산과 시행기준 원가계산의 구분점은 수익중심점을 어느 범위까지로 보느냐의 관점의 문제이다. 즉 처방기준 원가계산은 수익중심점은 처방을 발생시키는 부서에 국한시켜 적용하는 방식이고, 시행기준 원가계산은 처방을 발생시키는 부서뿐만 아니라 그 처방을 구체적으로 시행함으로써 수익발생에 기여하는 부서까지를 수익중심점으로 구분하려는 방식이다.

Jung(2003)은 과거 처방기준 원가계산 중심에서 차츰 시행기준 원가계산 중심으로 그 적용방식이 옮겨오고 있는 이유로 시행기준 원가계산이 경영자에게 내부 관리적 차원에서 보다 유용한 정보를 제공하는 측면이 있음을 지적하였다. 이는 많은 자원의 소모가 상호적으로 그리고 통합적으로 이루어지는 병원서비스의 특성을 감안할 때 보다 효과적인 내부통제를 위해서는 소수의 수익중심점에 대한 손익분석뿐 아니라 병원조직의 틀을 구성하고 있는 각 부서를 단위로 손익을 계산해 낼 필요성이 증대되고 있기 때문이다.

이러한 관점에서 본 연구의 의의는 가정간호사업소를 수익을 벌어들이는 수익책임회계단위로 보고 시행기준 원가계산방법을 적용한 것은 현재 병원원가계산과 관련하여 최신의 모델을 적용함으로써 재가환자간호에 대한 원가계산의 방법을

제시했다는 측면과 아울러 가정간호사업소를 수익중심점으로 인식함으로써 병원경영자에게 가정간호사업에 대한 인식을 제고시킬 수 있는 접근을 제공했다는 점을 들 수 있다.

가정간호서비스가 제도화된 이후 10여년이 지난 지금까지도 크게 활성화되지 못하고 있는 주요한 요인의 하나로 경영자들이 가정간호사업을 수익성이 없는 사업으로만 치부하여 이를 활성화하려는 의지를 보이지 않았기 때문이라는 측면을 고려해 볼 때, 본 연구의 결과가 그동안 원가보전이 제대로 이루어지지 못하였던 가정간호수가의 적정성을 평가할 수 있는 근거 자료를 제시함과 동시에 이를 통하여 가정간호사업의 수익성을 담보하는 구조를 생산해 내는 데에 근거자료로서 기여할 것으로 사료된다.

다만 본 연구는 의료기관 가정간호사업소의 1회 방문당 기본방문료와 교통비원가를 산출하는 데에 목적을 두고 있기에 가정간호사업소 단위의 손익 계산을 위해 필요한 가정간호이용환자가 병원의 병상회전율에 미치는 영향과 그로 인한 수익 발생이나 가정간호를 이용하는 기간 중 외래를 이용하거나 혹은 재입원하는 등의 과정에서의 발생하는 수익 부분은 논외로 하였음을 밝혀 둔다. 이는 가정간호사업소의 손익을 분석하는 별도의 연구를 통해 분석되고 논의되어야 할 부분이라고 보기 때문이다.

또한 본 연구는 선행연구와는 달리 직접원가와 간접원가를 관리회계적 관점에서 그 추적 가능성에 따라 구분하여 접근함에 따라 단순히 가정간호사업소 내에서 발생하는 인건비, 재료비, 관리비 등에 대한 원가부분의 산출 이외에 가정간호사업소가 병원의 일부 조직이기에 전체조직으로부터 전달받게 되는 공통비의 배부부분을 신중히 고려하였음을 밝혀 둔다. 그동안 대부분의 선행 연구에서는 가정간호서비스의 원가요소를 직접원가의 관점에서 인건비, 재료비, 관리비(경비) 등으로 구분하여 측정을 시도해 왔으나(Kim, 2000; Lee, 2003) 본 연구에서와 같이 공통배부비, 즉 간접원가도 포함하여 원가산출을 시도한 연구는 부재한 상황이다. 따라서 간접원가의 추적을 통한 가정간호원가에서의 공통비 배부액을 추정하는 것은 이를 통해 정확한 가정간호원가를 계산, 산출할 수 있다는 점에서 의의가 있다고 하겠다.

다만 그럼에도 불구하고 본 연구에서도 시행기준원가계산에서의 원가배부의 과정 즉, 행정지원부분의 원가배부와 의료지원부분의 원가배부를 통해 가정간호사업소에 할당되는 원가부담부분을 정확하게 계량화하지 못한 제한점을 지적한다. 이는 우리나라 병원들이 지금까지 회계나 원가계산시스템을 폐쇄적으로 운영하여 온 결과 원가관리를 위한 회계처리와 관련통계 등의 기초자료의 작성이 미비한 원인이 있기 때문이다(Ryu, 1998).

따라서 본 연구과정에서는 가정간호원가에 대한 정확성과

신뢰성을 확보하기 위해서는 우선 병원회계시스템의 선진화가 이루어져야 함을 확인할 수 있었으며, 이러한 기반확보를 위한 지속적인 노력이 추진되어야 함을 알 수 있었다. 더불어 이와 관련하여 현재 운영되고 있는 가정간호사업소 간에서만이라도 정확한 회계정보 산출을 위한 DB를 구축하고 이와 같이 축적된 정보를 상호 교환, 활용할 수 있는 인프라를 구축할 것을 제안한다.

이와 같이 현재의 물가수준을 바탕으로 산출된 가정간호원가와 현 가정간호수가간의 차이는 그동안 여러 선행연구들(Kim, 2000; Lee, 2003; Ryu, 2003)에서 지속적으로 지적, 논의되어 온 부분으로 이제는 가정간호사업의 활성화를 위해서 현 물가수준을 반영한 가정간호원가에 기초한 가정간호수가의 상향조정이 불가피한 시점임을 시사한다. 가정간호제도가 본래의 도입취지를 살리고 제 역할을 다할 수 있는 제도로써 자리매김할 수 있도록 정책결정자들의 신중한 의사결정이 요구된다고 하겠다.

다만 산출된 원가의 범위는 개별연구마다 차이를 보여 어떤 하나의 확고한 값으로 제시하기는 어려운 상황이다. 이는 원가가 갖는 본질적인 속성에 근거한 것으로 즉, 해당기관이 당해 회계연도 동안 운영되는 환경, 즉 외부환경으로서의 물가상승부분이나 재료가격의 변동이나 환율변동, 혹은 내부환경으로서의 인적자원에 대한 구조조정 등의 여부에 따라 원가가 달라지는 것은 매우 당연한 것이기에 결과적으로 원가계산의 적정성은 원가계산이 이루어진 사회, 경제적인 배경에 대한 이해를 전제로 논의되어야 할 것이다.

이상과 같이 그 동안 여러 편의 가정간호원가 분석연구가 국내, 외적으로 이루어져 왔지만(Kim, 2000; Lee, 2003; Chiu, Shyu, & Liu, 2001; Chiu, Tang, Shyu, Huang, & Wang, 2000) 이 중 본 연구결과와 의미 있는 비교가 이루어질 수 있는 연구결과는 최근에 국내에서 이루어진 몇 편의 연구들로 귀결됨을 알 수 있다. 가장 최근에 이루어진 연구로는 2003년도에 활동기준원가계산을 적용하여 가정간호원가를 계산한 선행연구가 있는데 이 연구는 가정간호서비스 원가를 62,741원으로 제시하고 있다(Lee, 2003). 이 원가금액은 본 연구에서 가정간호사의 인건비 중 행위별 수가로 보상되어지는 부분을 차감하기 전의 원가로 제시한 65,189원과 대동소이한 금액으로 이는 가정간호원가계산을 시도하는 과정에서 그 방법론적 접근법이 달랐다 하더라도 결과적으로 산출된 값은 비교적 가정간호수가로서 적정수준의 범주에 들어갈 수 있음을 확인할 수 있는 근거를 제공해 주었다.

한편 가정간호사들이 응답한 현 가정간호수가체계의 문제점에는 현재 제도적으로 제한하고 있는 보험적용 횟수가 가정간호이용환자에게 매우 큰 어려움을 주고 있다는 지적이 가장 많았다. 이러한 결과는 실제 가정간호환자를 접하게 되는

가정간호사들로서 의료기관의 수익성이나 공급자관점보다는 가정간호이용환자의 입장을 대변한 수가개선책에 대한 정책대안으로서 매우 중요한 의미의 개선과제임을 강조한다. 나아가 현재의 수가구조에 대한 문제를 개선하기 위한 가정간호수가 체계 개선방안에는 다면조사를 통해 보다 합의된 결과를 도출하고자 하였으나, 병원경영자들의 견해와 가정간호사들의 주장이 일치되지 않은 결과가 초래되었다. 즉, 병원장 등 의사들과 간호과장 및 부장의 입장에서는 교통비를 대신하여 매 방문시마다 주치의 처방전료나 자문료를 보상에 줄 것을 제시한 반면 가정간호사들의 경우는 교통비에 더하여 주치의 처방전료나 자문료를 추가해 줄 것을 요구하였다. 이러한 조사결과는 수가구조상으로는 다소간의 이견이 있었으나 현재의 가정간호수가수준이 낮아 개선되어야 한다는 데에는 이견을 보이지 않았다. 이로써 가정간호관련 전문가들은 최우선적으로 낮은 수가에 대한 구조적 개편이나 적정수준의 수가로 인상해주어야 한다는 요구는 일치된 것으로 평가된다. 결론적으로 현재의 가정간호수가체계는 현행 국민건강보험적용범위의 확대와 더불어 적어도 전반적인 수가의 수준을 가정간호서비스 투입원가 수준으로의 보전수준까지는 시급히 상향조정되어야 한다는 것을 재차 강조한다.

결론 및 제언

본 연구는 병원의 규모와 지역적 안배를 고려하여 전국 125개 가정간호사업소 중 11개 가정간호사업소를 대상으로 가정간호원가 산출에 필요한 가정간호업무와 투입비용을 분석하였다. 산출결과, 방문당 가정간호수가는 [기본방문료 35,090원 + 교통비 15,536원 + 개별행위료 (α)]로 상향조정되어야 함이 확인되었다. 그리고 현재의 가정간호수가체계는 국민건강보험적용 횟수의 월 단위 제한과 전면적으로 낮은 수가수준, 그리고 기본방문료의 경우 첫방문과 재방문의 수가 구분 없이 동일한 비용이 적용되고 있는 점 등이 시정되어야 할 주요 과제로 도출되었다. 이에 본 연구는 의료기관에 가정간호사업이 도입된 지 10여년 이상 경과된 현 시점에서 가정간호수가와 수가체계를 점검하고 문제점을 도출하여 그 개선방안을 구체적으로 제시하여 가정간호사업 활성화에 기여할 것으로 기대하며, 다음 몇 가지 관점에서 시급히 시정되어야 할 정책과제로 도출하였다.

첫째, 본 연구결과에 기초하여 최소한 의료기관 가정간호수가의 원가보전이 될 수 있도록 현재의 가정간호수가를 전면 재검토하여 조속한 시일 내에 방문당 기본방문료는 35,000원으로, 그리고 교통비는 15,000원 수준으로 상향 조정할 것을 제언한다.

둘째, 현재 가정간호수가는 월 8회의 보험적용으로 제한되

어 있는 건강보험적용횟수를 년 단위로 통합하여 년 96회의 전환 혹은 전면적으로 제한횟수의 해제를 제언한다.

셋째, 현재의 가정간호수가체계에서 동일한 수가로 되어 있는 기본방문료를 진료수가구조인 신환과 재환의 구분과 같이 첫방문과 재방문에 대한 기본방문료로 구분하여 이원화시킬 것을 제언한다.

넷째, 국가적 차원에서 본 연구에서 밝혀진 가정간호원가를 토대로 입원 진료비와 전면 비용효과적인 분석을 실시하여 노인진료비 부담 가중에 따른 국민의료비절감 차원에서 가정간호이용 활성화를 위한 다각적인 수가 개편 방안을 수립하도록 한다.

다섯째, 본 연구에서 적용한 가정간호원가산출의 기본틀은 사업소단위별 수익구조에 기초한 방법을 활용하였으므로 의료기관 가정간호수가 외에도 현재 정책과제로 준비 중인 다양한 재가간호사업 수가개발에 활용할 것을 제언한다. 마지막으로 본 연구는 실증자료 분석을 통한 간호원가 산정과정을 제시함으로써 간호원가분석 방법론 개발에 활용할 것을 기대한다.

References

- Chiu, L., Shyu, W., & Liu, Y. (2001). Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients. *J Korean Acad Nurs*, 33(3), 380-386.
- Chiu, L., Tang, K., Shyu, W., Huang, C., & Wang, S. (2000). Cost analysis of home care and nursing home services in the southern Taiwan area. *Pub Health Nurs*, 17(5), 325-335.
- Finkler, S. A. (1982). The distinction between cost and charges. *Ann Intern Med*, 96, 102-109.
- Korea Institute Health And Social Affairs (1994). *A study on development of a model and payment system for home health care nursing in Korea*.
- Korea Institute Health And Social Affairs (1999). *An evaluation study on home health care nursing in Korea*.
- Kim, M. J. (2000). *Cost analysis of community-based home health care versus hospital-based home health care*. Unpublished master thesis, Yonsei University, Seoul.
- Jung, K. S. (2003). *Hospital financial management*, 5th Ed. Jungwoo co..
- Lee, T. H., Park, J. S., & Kim, I. S. (2000). Workload measurement of home health care nurses services using relative value units. *J Korean Acad Nurs*, 30(6), 1543-1555.
- Lee, S. J. (2003). *Cost analysis of home health care with activity-based costing(ABC)*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Lee, S. J., Lee, S. H., & Seo, J. H. (2001). *Hospital accounting*. Seoul: Imagination.

Ministry of Health and Welfare (2004). *2004 Guide on the Institution base home health agency management*.
 Park, J. S. (1999). *An evaluation research of home health care payment system*, Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
 Ryu, S. H. (1998). *Hospital management - Theory and practice*. Seoul: Soomoonsa.
 Ryu, H. S. (1994). *A study on development of a model and payment system for home health care nursing in Korea*, Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University,

Seoul.
 Ryu, H., An, J., & Koabyashi, M. (2005). Home health nursing care agenda based on health policy in Korea, *Nurs Health Sci*, 7(2), 92-98.
 Storfjell, J. L., Allen, C. E., & Easley, C. E. (1997). Analysis and management of home health nursing caseloads and workloads. *J Nurs Admin*, 27(9), 24-33.
 Whang, N. M. (1998). Current status and policy agenda on home health care payment system, *Health and Welfare Forum*, 98(1).

Test on the Cost and Development on the Payment System of Home Health Care Nursing*

Ryu, Hosihn¹⁾ · Jung, Keysun²⁾ · Lim, Jiyoung³⁾

1) College of Nursing, Korea University
 2) College of Business, Kyung Hee University
 3) Department of Nursing, Inha University

Purpose: This study focused on analysing costs per home health care nursing visit based on home health care nursing activities in medical institutes. **Method:** The data was collected in three stages. First, the cost elements of home health care nursing services were collected and 31 home care nurses participated. Second, the workload and caseload of home care nursing activities were measured by the Easley-Storfjell Instrument(1997). Third, the opinions on improving the home health care nursing reimbursement system were collected by a nation-wide mailing survey from a total of 125 home care agencies. **Result:** The cost of home health care nursing per visit was calculated as 50,626₩. This was composed of a basic visiting fee of 35,090₩(≒35\$) and travel fee of 15,536₩(≒15\$). The major problems of the home care nursing payment system were the low level of the cost per visit, no distinction between first visit and revisits, and the limitations in health insurance coverage for home health care nursing services. **Conclusion:** This study's results will contribute as a baseline for establishing policies for improvement of the home health care nursing cost and for applying a community-based visiting nursing service cost.

Key words : Cost, Fee, Home health care nursing payment system

* This work was supported by the Korea Research Foundation Grant .(KRF-2004-041-E00375)

• Address reprint requests to : Ryu, Ho-Sihn

College of Nursing, Korea University
 126-1, 5-Ka, Anam-dong, Sungbuk-ku, Seoul 136-705, Korea
 Tel: 82-2-3290-4917 Fax: 82-2 927-4676 E-mail: hosihn@korea.ac.kr