

인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

김희년

문석준·고든솔·유원섭·정형선

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	김희년	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	문석준	한국보건사회연구원 연구원
	고든솔	한국보건사회연구원 부연구위원
	유원섭	국립중앙의료원 센터장
	정형선	연세대학교 교수

연구보고서(수시) 2024-02

인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

발 행 일 2024년 8월
발 행 인 강 혜 규
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처 (사)아름다운사람들

© 한국보건사회연구원 2024
ISBN 979-11-7252-074-8 [93510]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.b.2024.02>

발|간|사

인구 고령화로 의료 수요 형태가 다양해지고 있다. 특히 고령인구의 증가로 거동이 불편하지만 만성질환을 앓고 있는 환자가 많아지고 있어 정부의 대응이 시급하다. 하지만 우리나라 보건의료제도는 아직까지 묘안을 제시하지 못하고 있다.

이 연구는 현재까지 재택의료, 방문진료라는 이름으로 수행된 다양한 정부의 사업을 하나하나 검토하고, 해외 사례에 빗대어 우리 사회가 나아가야 할 방향을 고민한 결과를 담고 있다. 특히 이 연구는 분절적인 사업 수행 체계에서 벗어나 재택의료와 방문진료 서비스를 국민 수요에 부합하도록 제도화할 방향을 제시한다. 수요의 급증이 예견되는 지금이 바로 이 국민이 거주하는 공간에서 의료서비스를 받을 수 있도록 재택의료, 방문진료 제도 논의에 박차를 가해야 할 시점이다. 그 논의에 이 연구가 이바지할 것으로 기대한다.

본 연구는 우리 연구원의 김희년 부연구위원의 책임으로 고든솔 부연구위원, 문석준 연구원과 연세대학교 정형선 교수, 국립중앙의료원의 유원섭 센터장이 참여했다. 이 연구를 수행하는 동안 귀중한 조언을 해 준 본 연구원 박나영 부연구위원과 건강보험연구원의 최재우 박사께 진심으로 감사의 뜻을 표한다. 마지막으로 이 보고서의 내용은 연구원의 공식적인 의견이 아님을 밝힌다.

2024년 8월

한국보건사회연구원장 직무대행

강 혜 규

목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



요 약	1
제1장 서론	5
제1절 연구 배경	7
제2절 연구 목적	16
제3절 연구 내용 및 방법	16
제2장 방문진료 및 재택의료 사업 현황	19
제1절 특정 질환군 및 대상자별 사업	22
제2절 일차의료 및 장기요양 목적 사업	54
제3절 완화의료 목적 사업	71
제4절 요약 및 소결	73
제3장 해외 사례와 시사점	81
제1절 일본	83
제2절 미국	119
제3절 시사점	144
제4장 결론 및 제언	149
제1절 방문진료 및 재택의료 개념 정리	151
제2절 건강보험 방문진료 확대를 통한 재택의료 제도화 방향	161
제3절 환자 중심 포괄적 재택의료 제공체계의 구상	170
제4절 결론	173



참고문헌	175
------------	-----

Abstract	183
----------------	-----

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 선행 연구 검토 결과 및 본 연구의 차별성	14
〈표 2-1〉 특정 질환군 및 대상자별 재택의료 시범사업 현황	22
〈표 2-2〉 질환군별 세부 산정 기준	24
〈표 2-3〉 4개 질환별 시범사업 주요 실적	26
〈표 2-4〉 미등록 환자 대비 등록 환자의 1인당 진료비 차이	26
〈표 2-5〉 미등록 환자 대비 등록 환자의 의료이용 차이	27
〈표 2-6〉 복막투석 환자 재택관리 시범사업	28
〈표 2-7〉 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업	31
〈표 2-8〉 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업	34
〈표 2-9〉 심장질환자 재택의료 시범사업	37
〈표 2-10〉 결핵환자 재택의료 시범사업	39
〈표 2-11〉 암(장루)환자 재택의료 시범사업	42
〈표 2-12〉 암(요루)환자 재택의료 시범사업	44
〈표 2-13〉 재활환자 재택의료 시범사업	47
〈표 2-14〉 재활의료기관 수가 시범사업(3단계)	50
〈표 2-15〉 분만 취약지 임신부 재택의료 시범사업	53
〈표 2-16〉 기본 수가(방문진료료)	55
〈표 2-17〉 가산 수가(동반인력수가, 소아 및 의료취약지 가산 수가(2022.12.26. 적용) ...	56
〈표 2-18〉 시범사업 등록기관 현황(2023.11. 기준)	56
〈표 2-19〉 시범사업 청구율 현황(사업시행일~2023.11. 진료분)	57
〈표 2-20〉 연도별 청구 건수 및 청구 금액(사업시행일~2023.11.)	57
〈표 2-21〉 월별 재택의료센터 이용 및 종결 현황	58
〈표 2-22〉 의료인력 방문 횟수	59
〈표 2-23〉 재택의료센터 지속 이용 현황	60
〈표 2-24〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업	61
〈표 2-25〉 장기요양 재택의료센터 시범사업	64
〈표 2-26〉 장애인 건강주치의 시범사업(4단계)	67

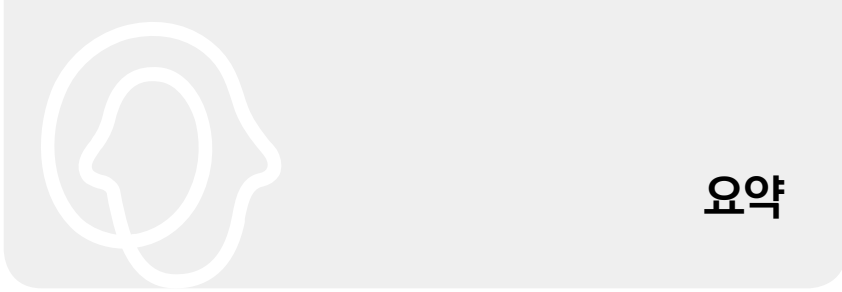
〈표 2-27〉 중증소아 재택의료 시범사업	69
〈표 2-28〉 가정형 호스피스·완화의료 시범사업	72
〈표 3-1〉 재택요양지원진료소/병원의 시설 기준	87
〈표 3-2〉 방문간호 기관의 기준	95
〈표 3-3〉 재택의료에 관한 후생노동성의 기능과 역할	97
〈표 3-4〉 재택의료에 관한 도도부현·시정촌의 기능과 역할	98
〈표 3-5〉 재택의료 지원 관계기관	99
〈표 3-6〉 일본 재택의료 수가의 변천	104
〈표 3-7〉 일본 방문진료 수가 총합	106
〈표 3-8〉 일본 왕진 수가 및 가산 요약표	109
〈표 3-9〉 재택 터미널 케어 수가	111
〈표 3-10〉 방문간호 기본요양비(Ⅰ)	116
〈표 3-11〉 방문간호 기본요양비(Ⅱ)	116
〈표 3-12〉 방문간호 예시	118
〈표 3-13〉 개호보험 방문간호 수가표	119
〈표 3-14〉 미국 Home health care 제공 서비스	123
〈표 3-15〉 미국 IAH 사업 질 지표	128
〈표 3-16〉 미국 주요 재택의료 사업 요약표	135
〈표 3-17〉 HCPCS 코드 99213(E/M visitis 재진 20~29분) 수가 계산 예시	138
〈표 3-18〉 미국 재택의료 관련 HCPCS 코드	139
〈표 3-19〉 미국 HHVBP 모델: 연도별 최대 지불 조정률	142
〈표 3-20〉 미국 Expanded HHVBP 성과 측정 범주	143
〈표 4-1〉 가정간호와 방문간호의 구분	167
〈표 4-2〉 우리나라 장기요양 등급별 재가급여 한도 및 급여별 비용	168

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 65세 이상 인구 비율 추이	7
[그림 1-2] 연령대별 인구구조 변화 추이	8
[그림 1-3] 만성질환별 진료실 인원수	9
[그림 1-4] 연구수행 체계도 및 보고서 구성	18
[그림 2-1] 현행 방문진료 및 재택의료 사업의 목적 및 기능	73
[그림 2-2] 현행 사업의 형태와 목적에 따른 분류	76
[그림 2-3] 다양한 재택의료 관련 사업 현황	80
[그림 3-1] 재택의료의 개념	84
[그림 3-2] 재택요양진료소 및 재택요양지원병원 시설 수 추이	88
[그림 3-3] 방문진료 및 양진 건수 추이	89
[그림 3-4] 방문진료 제공 진료소 및 병원의 추이	90
[그림 3-5] 예도가와병원 및 가와구치병원/클리닉가와구치의 방문진료 및 방문간호 구역 ..	92
[그림 3-6] 방문간호사업소의 추이: 개호보험 및 의료보험	94
[그림 3-7] 재택의료와 개호의 연계	96
[그림 3-8] 재택의료 제공체계	100
[그림 3-9] 재택 시 의학 종합 관리료 및 시설 입주 시 등 의학 종합 관리료	112
[그림 3-10] IAH demonstration 사업의 주요 연혁	126
[그림 3-11] 연도별 IAH demonstration 참여 의사 및 수혜자 수	129
[그림 3-12] IAH demonstration 메디케어 지출 절감 효과	129
[그림 3-13] VA Home-based primary care의 필요도 측정을 위한 문항표 예시 ..	131
[그림 3-14] Medicare HCPCS 추가 계산식	137
[그림 3-15] CMS Physician Fee Schedule 검색 예시	140
[그림 3-16] Expanded HHVBP 모델 적용연도 도식화	142
[그림 4-1] 의료서비스 형태와 목적에 따른 용어 개념	156
[그림 4-2] 우리나라의 재택의료 관련 용어 정리	157
[그림 4-3] 의료서비스의 형태(Mode)와 목적(Primary Purpose)에 따른 구분	164
[그림 4-4] 환자 중심의 포괄적 재택의료 제공체계	171



요약

1. 연구의 배경 및 목적

인구 고령화에 따라 방문진료 및 재택의료의 수요가 함께 증가하고 있다. 하지만 기존의 의료서비스 제공체계로는 이들의 의료 필요도에 적절히 대응하기 어렵다. 본 연구는 우리나라 재택의료 및 방문진료 사업의 현황을 분석해 문제점을 진단하고, 선협국의 사례 검토 및 국내외 전문가 등의 의견 수렴을 통해 재택의료 및 방문진료의 개념을 정립하고, 제도의 개선 방향을 모색하는 데 그 목적이 있다.

2. 주요 연구 결과

국내 제도를 고찰한 결과, 우리나라의 재택의료 및 방문진료 사업은 크게 ‘특정 질환군 및 대상자별 사업’, ‘일차의료 및 장기요양 목적 사업’, ‘완화의료 목적 사업’으로 구분된다는 점을 확인하였다. 또한 지금까지의 제도가 각기 다른 정책적 환경에서 산발적으로 추진됨에 따라 원칙과 관리체계가 미흡하고, 공급자 중심으로 구축된 의료서비스 체계 내에서 이루어짐에 따라 환자의 의료 필요도를 충분히 반영하지 못하고 있다는 문제점 등을 도출할 수 있었다.

해외 사례 검토를 통해서는 우리나라 제도가 가진 문제점을 해결하기 위한 시사점을 도출할 수 있었다. 먼저 일본의 사례를 통해서는 재택의료 제공체계 기능을 4가지(퇴원 지원, 응급 대응, 일차의료, 완화의료)로 구분한다는 점, 의료와 간호의 역할을 명확히 구분한다는 점을 확인할 수 있었다. 미국의 사례를 통해서는 재택의료 서비스의 대상자를 거동 불편 환자로 제한하여 기준을 엄격히 관리한다는 점, 혁신센터를 통해 다양한

지불제도 등을 실험적으로 도입하여 재택의료 제공체계를 개선하고 있다는 점을 확인할 수 있었다.

우리나라 방문진료 및 재택의료 제도화 추진을 위한 문제점은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 일관성 있는 원칙이 없는 상황에서 다양한 사업들이 난립하고 있다. 둘째, 이로 인해 제도 간 사각지대와 중첩 영역이 발생하고 있다.

일관성 있는 원칙을 수립하기 위해서 크게 세 가지 원칙을 제시한다. 첫째, 건강보험제도에서 재택의료 서비스를 거동 불편 환자에게 제공하는 것으로 한정해야 한다. 둘째, 건강보험 제공 서비스는 의료적 목적에 한하여 제공해야 한다. 마지막으로, 환자의 의료 필요도 요구를 충분히 만족시킬 수 있는 포괄적 재택의료 서비스 제공체계를 지향해야 한다.

제도 간 사각지대 및 중첩 영역을 해결하기 위해서는 건강보험제도와 장기요양보험제도 간의 역할 및 기능을 정립해야 하며, 특히 이에 핵심이 되는 방문진료와 가정간호의 역할을 명확히 구분하여 제도를 정비해야 한다. 마지막으로 환자 중심의 포괄적 재택의료 서비스를 제공하기 위해 현재 요구도는 높으나 지원체계가 미흡한 방문재활을 활성화할 필요가 있다.

3. 결론 및 제언

앞에서 수립한 원칙을 기반으로 다음과 같은 방문진료 서비스 제공체계를 제언한다. 첫째, 상급의료기관과 일차의료기관의 연계를 통해 환자의 퇴원 지원과 응급 대응을 강화할 수 있는 ‘방문진료 유형(단기 의료지원형)’이 필요하다. 둘째, 거동 불편 환자의 의료적 문제 상황을 개선하기 위한, 일차의료 목적의 ‘방문진료 유형(의학적 지속 관리형)’이 필요하다.

마지막으로, 임종 지원을 위한 방문진료체계는 기존의 가정형 호스피스 사업의 개선 및 고도화를 통해 해결할 것을 제언한다.

재택의료를 제도화하는 것은 쉽지 않다. 인구 고령화 수준, 환자의 요구도, 주변 제도의 여건에 따라 재택의료의 바람직한 모습은 변모한다. 다만 확실한 것은 우리 사회에서 방문진료를 포함한 재택의료 서비스 제공체계에 대한 논의가 시급하다는 것이다. 나이가 들어 거동이 불편해진 환자의 의료적 필요도를 우리 사회가 어떻게 다루어야 할지에 대한 고민을 늦출 여유가 없다. 기존의 자본집약적 서비스 제공 방식에는 한계가 있음을 주지하고 붓물 터지듯 터져 나올 재택의료에 대한 국민의 필요도를 채울 방안을 신속히 모색해야 한다.

주요 용어: 재택의료, 방문진료, 일차의료, 환자중심, 고령화

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 배경

제2절 연구 목적

제3절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

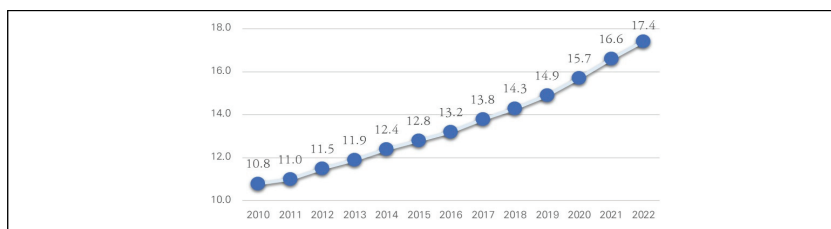
제1절 연구 배경

1. 인구구조 및 질병구조의 변화

고령화의 영향으로 인구구조와 질병구조의 변화가 이루어지고 있으며, 국민에게 필요한 의료서비스 형태가 다양해지고 있다. 고령화는 노인인구의 증가를 견인하고 만성질환자가 사회에 만연하게 한다. 노인 만성질환자가 증가할수록 의료기관을 방문해 의료서비스를 이용하기 어려운 ‘거동 불편 환자’가 증가한다. 그러다 보니 자연스럽게 의료기관을 중심으로 외래·입원 중심의 의료서비스 제공체계가 변화해야 한다는 목소리가 커진다.

우리나라의 고령 인구는 꾸준히 증가하고 있다. 통계청의 장래인구추계에 따르면, 65세 이상 고령자는 2010년 전체 인구 중 10.8% 수준이었으나 2022년에는 약 6.6%p 증가한 17.4%이다.

[그림 1-1] 65세 이상 인구 비율 추이(%)

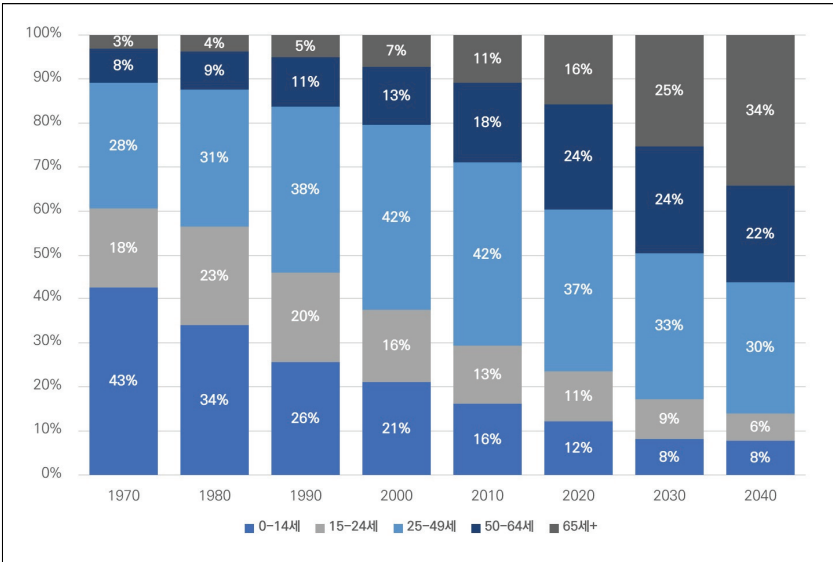


출처: “장래인구추계,” 통계청, 2024, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I3.

8 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

이 같은 추세는 앞으로도 지속될 것이다. 통계청의 추계에 따르면 2020년 기준 약 16%였던 65세 이상 고령자가 2030년 약 25% 수준으로 빠르게 증가할 것으로 예측되며, 2040년에는 34%에 달할 것으로 예상된다.

[그림 1-2] 연령대별 인구구조 변화 추이(%)



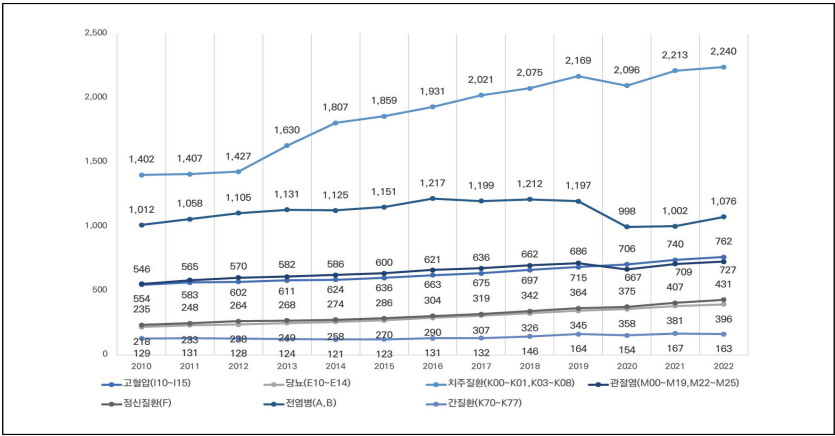
출처: “장래인구추계,” 통계청, 2024, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I3.

고령자가 증가하는 만큼 만성질환자도 늘어난다. 가장 대표적인 질병인 고혈압으로 의료기관을 찾는 환자는 2012년 기준 약 5.7백만 명이었으나 2022년 기준 7.6백만 명으로 33.3% 증가했다. 연평균 증가율로 보면 매년 약 2.95%씩 증가한 꼴이다. 당뇨병으로 병원을 찾는 사람의 경우는 더하다. 2012년 약 2.4백만 명 수준에서 2022년 약 4.0백만 명으로 약 66.1%가 늘었다. 연평균 증가율로 보면 매년 5.21%씩 증가한 것이다. 노인의 거동과 관련 있는 관절염으로 의료기관을 찾는 환자는 2012

년 약 6.0백만 명에서 2022년 약 7.3백만 명으로 21.7%가 늘었다. 연평균 증가율은 2.0%이다. 세 질환 모두 매년 꾸준히 늘어나고 있다. 이같이 만성질환자 중심으로 환자가 많아지는, 이른바 질병구조의 변화가 예견된다.

[그림 1-3] 만성질환별 진료실 인원수

(단위: 천 명)



출처: “지역별의료이용통계,” 국민건강보험공단, 2024, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35003_A010&conn_path=I3.

고령자와 만성질환자의 증가는 필연적으로 재택의료와 방문진료에 대한 국민의 요구도를 높인다. 거동이 불편한 환자가 증가하기 때문이다. 거동이 불편한 환자가 많아지니 입원, 외래, 낮병동 등 전통적인 의료서비스 제공 방식으로는 이들의 의료 필요도에 적절히 대응하기 어렵다.

한편 ICT 기술 등의 발달은 재택의료에 대한 국민의 기대를 심화한다. 비대면 진료, 건강관리와 관련한 다양한 신기술의 등장은 집에서 치료받을 수 있는 환경 조성을 가속화한다. 의료서비스 환경이 변화하니 방문진료와 재택의료에 대한 논의의 중요성도 더해져 간다.

2. 방문진료 및 재택의료 제도화 논의 필요

최근 재택의료와 방문진료에 대한 국민의 요구도가 증가하니 정부는 다양한 형태의 대안을 내놓았다. 정부는 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’, ‘암환자 재택의료 시범사업’, ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’, ‘가정형 호스피스 사업’ 등 다양한 영역에서 많은 종류의 사업을 도입·운영하고 있다. 하지만 다양한 서비스 제공체계가 어떻게 협력하여야 하는지에 대한 고민은 아직 부족하다.

전문가들은 이렇게 다양한 정부의 재택의료 사업이 대상자(국민)의 관점에서 구상되지 않아 사각지대가 발생할 우려가 있다고 주장한다(이진세·이정화, 2023, p. 110). 또한 여러 재택의료 사업이 각기 다른 제도적 환경 아래 분절적으로 운영되고 있어 전체 국가 단위의 재택의료 서비스 제공에는 비효율이 발생한다고 주장한다. 그리고 그 이유는 서비스 제공 형태는 동일하지만 사업의 운영 주체 및 관리 주체가 상이하고, 심지어 재정을 조달하는 방식도 다양하기 때문이라고 지적한다.

대중들의 방문진료와 재택의료에 대한 요구와 관심은 증가하고 있으나, 우리 사회의 관련 용어 활용의 정교함이 그에 미치지 못하는 것 또한 문제로 지적된다. 예를 들어 ‘방문진료’, ‘재택의료’라는 용어는 많은 사람에게 익숙하나, 실제 그 용어에 대한 상(想)은 사람마다 각기 다르다. 그 개념에 대한 정교한 합의가 아직 이루어지지 않기 때문이다. 환자가 거주하는 공간을 중심으로 의료를 제공한다고 하여 ‘방문’, ‘재택’, ‘가정’ 같은 용어가 ‘진료’, ‘의료’, ‘간호’와 겹들어져 사용된다. ‘방문진료’, ‘재택의료’, ‘가정간호’, ‘방문간호’가 그 예다.

이 중에서 특히 ‘재택의료’가 가장 빈번히 활용되는데, 그 용어가 포함하는 범주가 ‘방문진료’, ‘가정간호’, ‘방문간호’, ‘원격진료’에 비해 상대

적으로 가장 넓기 때문에 일반적으로 사용하기가 용이하기 때문으로 보인다. 한편, ‘왕진’이라는 용어는 많은 국민에게 그리고 의료 현장 및 정책입안자들에게 익숙하지만, 현재 우리나라는 ‘왕진’이라는 말 대신 ‘방문진료’라는 말을 사용한다.¹⁾ 몇몇 현장에서 ‘왕진’을 ‘방문진료’와 같은 의미로 혼용하는 경우가 있으나, ‘방문진료’가 보다 적합하다. 일본은 ‘왕진’과 ‘방문진료’를 개념적으로 분리하여 사용한다. 전자는 긴급한 의료적 필요도에 대응하기 위해 의사가 일회적으로 방문하는 의료서비스를, 후자는 지속적인 의료적 필요도를 충족시키기 위해 의사가 지속해서 방문하는 의료서비스를 지칭한다. 이처럼 용어가 다양하다 보니 정작 ‘방문진료’ ‘재택의료’를 말하면 그 용어에 대한 개개인의 상(想)이 각기 다르다.

실제 의료 현장, 정책 현장에서 가장 많이 사용하는 용어는 ‘재택의료’다. 환자가 기거하는 장소에서 발생하면 온갖 다양한 사업에 ‘재택’이라는 이름이 붙는다. 그러다 보니 ‘재택의료’가 지칭하는 서비스의 범주가 사업마다 다르다. 사업의 내용을 면면히 들여다보지 않는다면 ‘재택의료’로 환자가 받을 수 있는 의료서비스가 무엇인지 파악하기 어렵다.

그 결과 현장에서 용어에 대한 혼선이 지속하고 있다. 뒤에서 살펴보겠지만(제2장) 일례로 건강보험의 일차의료기관 의사가 환자를 방문하는 사업은 ‘방문진료’ 사업이라고 명명한다. 반면 장기요양보험제도의 방문진료와 방문간호를 결합한 시범사업은 ‘재택의료 센터 시범사업’이라고 부른다. 또 건강보험제도 내 환자가 상급종합병원 등 의료기관에서 큰 수술을 하고 집에 복귀했을 때 지속적인 환자 관리를 원격으로 수행하는 사업을 ‘재택의료’ 사업이라고 부른다. 재택의료라는 이름만 같지, 그 사업의 특성은 각기 다르다.

1) 기존 ‘일차의료 왕진 수가 시범사업’에서 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’으로 명칭이 변경되었다.

이렇게 의료 현장에서는 ‘재택의료’라는 이름으로 다양한 사업이 이루어지고 있으나 아직 ‘재택의료’나 ‘방문진료’를 제도적으로 어떻게 바라보아야 하는지에 대한 연구는 이루어지지 않고 있다. 지금까지 이루어진 연구들은 다양한 ‘재택의료’ 혹은 ‘방문진료’ 사업을 도입하는 데 필요한 사항을 점검하고, 해당 사업을 개발하고 성과를 평가하는 데 집중해 왔을 뿐이다. 방문진료 및 재택의료의 개념 정리, 제도화를 위해 나아가야 할 정책 방향에 대한 포괄적 논의는 부족했다.

지금이라도 재택의료와 관련된 다양한 사업들을 체계적인 틀 안에서 정리하고, 그 개념을 명확히 정립해나가야 한다. 앞으로 우리 사회에 꼭 필요할 ‘방문진료’, ‘재택의료’의 제도화를 고민할 시점이다. 이를 위해서는 현재 우리나라에서 운영되고 있는 다양한 사업을 포괄적으로 탐색하고 동시에 그 개념을 정리하는 작업이 선행되어야 한다.

3. 포괄적 관점의 연구 수행 필요

지금까지 이루어져 온 ‘재택의료’ 관련 연구들은 정부에서 추진하는 각각의 사업을 평가하고 개선할 방안을 모색하는 데 집중했다. 그러다 보니 자연스럽게 다양한 사업을 포괄적으로 검토하지 못했다. 각각의 사업에 집중해 효과를 평가하고 개선 방안을 찾아 보니 재택의료 및 방문진료와 관련된 사업을 총괄해 유기적으로 조율하는 제도화 방안을 충분히 고민하지 못했다. 가속하는 고령화 속도는 우리 사회의 방문진료 및 재택의료들을 제도화할 필요성을 강하게 부각하고 있건만 우리나라의 방문진료 및 재택의료 사업의 통합적·체계적·유기적 운영 방안을 고민한 연구는 아직 충분치 않은 실정이다.

따라서 우리나라 방문진료 및 재택의료 제공체계를 보다 포괄적으로 다루는 연구가 필요하다. 재택의료 및 방문진료와 관련하여 우리나라 의료제도는 어떤 기전(사업)을 갖추고 있는지를 식별하고, 나아가 각 사업을 포괄적으로 조율하기 위한 고민을 시작해야 한다. 그래야 고령화로 인한 의료서비스의 새로운 수요 형태에 적극적으로 대응할 수 있는 방문진료 및 재택의료 제도를 구축할 수 있을 것이다.

따라서 현재 우리나라가 운영하고 있는 재택의료 및 방문진료 사업의 현황을 점검하고 인구구조 및 질병구조의 변화에 적절히 대응하고 있는 해외 사례를 검토함으로써 우리나라에 적합한 재택의료 및 방문진료 서비스 제공체계 구축을 위한 방안을 마련하는 과정에 참고할 만한 기초자료를 구축하는 연구가 필요하다고 하겠다. 기존 연구들이 담지 못했던 ‘방문진료 및 재택의료’ 제도의 운영 현황을 포괄적으로 분석하고, 해외 사례 검토를 통해 우리나라 제도가 앞으로 나아가야 할 방향을 고민하는 연구가 필요한 시점이다.

14 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

〈표 1-1〉 선행 연구 검토 결과 및 본 연구의 차별성

구분		선행연구와의 차별성		
		연구 목적	연구 방법	주요 연구 내용
주요 선행 연구	1	· 이정석 외(2023) 장기요양 재택의료센터 시범사업 평가연구 · 논리모형을 바탕으로 장기요양 재택의료센터 시범사업의 운영과정을 모니터링하고 단기성과 평가	· 일본 미국 등 선함국의 재택의료 운영 사례 조사 · 논리모형을 바탕으로 재택의료센터 시범사업 평가	· 일본과 미국의 사례 제시 · 장기요양 재택의료센터 시범사업의 투입, 활동, 산출, 단기성과 각 영역별 지표 제안 및 평가결과 제시
	2	· 박성배 외(2022) 환자 중심 재택의료 통합서비스를 위한 거버넌스 구축 및 통합 모델에 대한 연구(2차년도) · 일산병원이 운영하는 시범사업 평가 및 정책 제언	· 시범사업 평가	· 일산병원의 고양시 환자 중심 재택의료 통합서비스 시범사업 과정 및 결과 분석
	3	· 지영건 외(2023) 질환군별 재택의료 시범사업 효과평가 연구 · 건강보험심사평가원이 운영 중인 재택의료 시범사업 평가 및 정책 제언	· 건강보험 청구자료 분석 · 환자 만족도 설문조사 · 의료진 심층면접 및 설문조사	· 청구자료를 분석하여 의료이용 진료비 및 합병증 분석, 재택의료의 비용-편익 분석 · 환자 만족도 설문조사로 사업의 효과성/반응성, 효율성, 수월성, 삶의 질 측정 등 · 의료진 심층면접 및 설문조사로 수가 기준의 타당성, 장애요인 등 확인
	4	· 유원섭(2023) 지역사회 일차의료 공공적 속성 강화 방안: 재택의료 중 심으로 · 현행 재택의료 시범사업의 한계를 극복하기 위한 정책 제언	· 문헌분석을 통한 정책 현황 분석 · 해외 사례 고찰	· 우리나라 재택의료 관련 제도 현황 파악 및 문제점 발굴 · 재택의료 활성화를 위한 개선 과제 제시: 의료법 개정 및 국민건강보험법 개정 등 제언

구분		선행연구와의 차별성		
		연구 목적	연구 방법	주요 연구 내용
	5	· 박성배 외(2021) 환자 중심 재택의료 통합서비스를 위한 거버넌스 구축 및 통합 모델에 대한 연구 · 일산병원이 운영하는 시범사업 평가 및 정책 제언	· 시범사업 평가	· 일산병원의 고양시 환자 중심 재택의료 통합서비스 시범사업 과정 및 결과 분석
	6	· 김민선 외(2019) 중증소아 재택의료 서비스 프로토콜 및 평가지표 개발 연구 · 중증소아 재택의료 서비스의 프로토콜을 개발하고 평가 지표를 고찰	· 문헌분석을 통한 해외 사례 고찰 · 청구자료 분석 · 설문조사 및 심층면담 · 현지 방문 및 조사	· 해외 중증소아 재택의료 제공 현황 조사 · 국내 중증소아 재택의료 수요 조사 · 중증소아 재택의료 프로토콜 개발 및 평가지표 제안
	7	· 정태영 외(2022) 보훈대상자 방문진료사업 추진 방안 연구 · 고령화로 인해 내원 중심 진료의 한계 상황을 극복하고자 보훈 대상자 방문진료사업 개발	· 문헌분석 · 설문조사 혹은 인터뷰 · 자문회의	· 보훈의료복지 통합서비스의 방문진료 관련 현황 분석 · 국가유공자 방문진료사업 신규 도입 검토
본 연구		· 우리나라 재택의료 및 방문진료 서비스 제공체계를 포괄적, 유기적, 체계적으로 운영하기 위한 정책적 방향 제시	· 문헌분석 · In depth Interview · 전문가 자문회의	· 현행 재택의료 및 방문진료 사업 운영 현황 분석 및 문제점 진단 · 선험국 사례를 통한 시사점 발굴 · 다양한 재택·방문진료 사업을 포괄적, 유기적, 체계적으로 운영하기 위한 정책 방향 제시

제2절 연구 목적

본 연구의 목적은 우리나라 재택의료 및 방문진료 사업의 현황을 분석해 문제점을 진단하고 선협국의 사례를 검토하여 우리나라 재택의료 및 방문진료 서비스 제공체계 제도화의 방향을 제시하는 것이다. 궁극적으로 의료서비스 접근성이 낮은 국민에게도 필수적인 의료서비스가 충분히 제공될 수 있도록 환자 중심의 유연한 의료서비스 제공 환경을 구축하는데 기여할 만한 기초자료를 생성하는 것을 지향한다.

이를 위해 본 연구의 세부 목표는 세 가지다. 첫째, 우리나라 재택의료 및 방문진료 사업의 현황을 분석하고 문제점을 진단한다. 둘째, 참고할 만한 해외 사례를 심층 분석하여 우리나라에 시사하는 바를 파악한다. 셋째, 종사자와 이해관계자 및 전문가 등의 의견을 종합하여 재택의료 및 방문진료의 개념을 정리하고 제도화 방안을 모색한다.

다만, 본 연구는 건강보험제도의 방문진료 사업의 확대에 중점을 두고 재택의료 제도화 방향에 대하여 논하는 것을 목표로한다. 재택의료 전반에 대한 구체적인 정책 대안 제시 등은 본 연구 수행의 물리적 한계상 포함하지는 않되, 추후 연구의 필요성을 제안하는 것으로 같음한다.

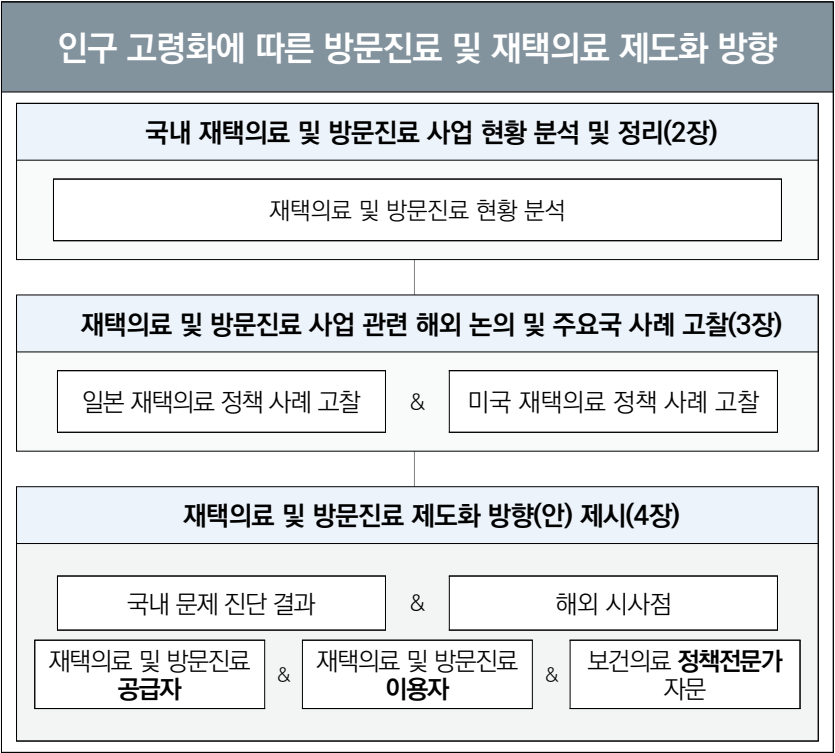
제3절 연구 내용 및 방법

본 연구는 세 단계로 진행된다. 첫째, 우리나라 재택의료 및 방문진료 사업의 현황을 분석한다(제2장). 특히 건강보험과 장기요양보험을 중심으로 추진하고 있는 각종 국내 방문진료 및 재택의료 시범사업의 운영 현황을 체계적인 틀 안에서 정리한다.

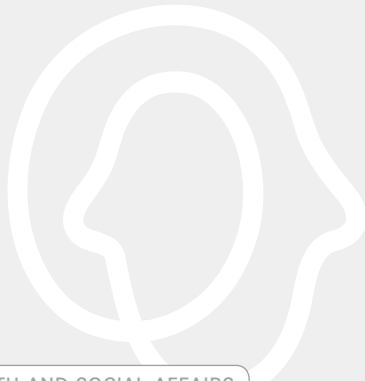
둘째, 인구구조 및 질병구조 변화에 대응하기 위한 선협국의 방문진료 및 재택의료 서비스의 운영 사례를 검토하여 우리나라 제도가 나아가야 할 방향에 대한 시사점을 도출한다(제3장). 이 장에서는 일본과 미국의 제도적 경험을 문헌고찰을 통해 심층적으로 분석하고, 우리나라 재택의료 및 방문진료 서비스 제공체계를 제도화하는 데 참고할 만한 내용을 추출한다. 일본의 경우 우리나라와 제도가 유사하며 인구 고령화의 경험이 있는 국가로 참조할 가치가 높다. 한편, 미국의 사례를 통해서도 재택의료에 대한 그들의 축적된 경험과 더불어, 최근 개혁 동향을 살펴볼 수 있다. 특히 전향적인 의료서비스 제공체계 혁신 시도를 살펴본다.

셋째, 국내외 조사 결과에 서비스 제공자 및 이용자, 국내외 전문가 및 정부관계자의 의견을 곁들여 재택의료 및 방문진료 필요성·제도개선 방향 및 지점을 도출한다(제4장). 이때 건강보험의 방문진료 사업의 관점에서 나아가야 할 방향을 중심으로 재택의료의 제도화를 위한 정책적 방향성을 제시한다. 재택의료는 방문진료뿐 아니라 다양한 방문간호, 가정간호, 방문재활, 장기요양, 통합돌봄 등 다양한 정책 기전의 상호 작용으로 이루어진다. 그 거시적 정책적 사안에 대해서 방향성과 주요 논의 지점을 짚어본다. 궁극적으로 본 연구는 인구 고령화 등 변화하는 의료 수요에 적절히, 빠짐없이 대응할 수 있는 포괄적 환자 중심 방문진료 및 재택의료 서비스 제공체계 구축 방안을 마련하기 위한 대안을 제시한다.

[그림 1-4] 연구수행 체계도 및 보고서 구성



출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.



제2장

방문진료 및 재택의료 사업 현황

제1절 특정 질환군 및 대상자별 사업

제2절 일차의료 및 장기요양 목적 사업

제3절 완화의료 목적 사업

제4절 요약 및 소결

제2장 방문진료 및 재택의료 사업 현황

방문진료 및 재택의료와 관련된 국내 유관 제도의 현황을 살펴본 결과, 크게 ❶ 특정 질환군 및 대상자별 사업, ❷ 일차의료 및 장기요양 목적 사업, ❸ 완화의료 목적 사업으로 구분할 수 있었다.

먼저 ❶ 특정 질환군 및 대상자별 사업은 환자가 의료기관에서 치료나 진료를 받은 후 재택의료의 방식으로 질환을 지속해서 관리하는 것을 주된 목적으로 한다. 그러다 보니 자연스레 ❶ 질환군별(심장질환, 결핵 등)로 서비스 대상자를 선정하거나, 또는 ❷ 특정 대상자(중증소아 등)를 지정하는 방식으로 서비스를 운영한다.

한편, ❷ 일차의료 및 장기요양 목적 사업은 의료 전달체계의 관점에서 일차의료(Primary care)와 장기요양(Long-Term care)의 기능 활성화를 주된 목적으로 하기 때문에, 특정 질환 및 대상자별 사업과는 달리 서비스의 유형(Mode of care)을 기준으로 구분하는 것이 적절하다. 현재 이와 관련된 사업은 국민건강보험공단에서 시행하고 있는 ❶ 일차의료 방문진료 수가 시범사업과 ❷ 장기요양 재택의료센터 시범사업 2가지로 대표된다. 다만 장기요양 돌봄이 필요한 대상자에 한정하여 일차의료 서비스를 제공한다는 점에서 두 사업은 중첩된다. 이와 관련해서는 제2절에서 자세히 알아본다.

마지막으로 ❸ 완화의료 목적 사업(Palliative care)이다. 서비스 유형 중 완화의료라는 특수한 목적을 달성하기 위한 사업으로, 생애말기에 본인의 거주 공간에서 임종할 수 있도록 의료서비스를 제공한다.

제1절 특정 질환군 및 대상자별 사업

특정 질환별로 대상자를 선정하여 시행 중인 재택의료 시범사업은 총 8개이다. 질환이 아닌 대상자를 중심으로 운영하고 있는 재택의료 시범사업은 총 2개²⁾이나, 2022년 ‘분만 취약지 임신부 재택의료사업’이 종료되어, 2024년 현재 총 9건의 사업이 운영 중이다.

〈표 2-1〉 특정 질환군 및 대상자별 재택의료 시범사업 현황

구분	세부 내용	평가 여부
2019년 12월	복막투석 환자 재택관리 시범사업	
2020년 1월	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업	
2020년 5월	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업	
2020년 6월	분만 취약지 임신부 재택의료 시범사업(2022년 12월 종료)	
2020년 10월	심장질환자 재택의료 시범사업	○
2020년 12월	재활환자 재택의료 시범사업	○
2021년 10월	결핵환자 재택의료 시범사업	○
2021년 12월	암(장루) 재택의료 시범사업	○
2022년 12월	암(요루) 재택의료 시범사업	
2024년 1월	재활의료기관 수가 시범사업(3단계)	

출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

질환군별 재택의료 사업은 서비스 제공 모형, 수가 등이 매우 일관성 있게 설계되어 있다. 질환군별 재택의료 사업은 의료기관이 환자를 관리하는 비용을 건강보험이 보상하는 형식을 취하고 있다. 따라서 환자를 관

2) ‘중증소아 재택의료 시범사업’은 엄밀한 의미에서 대상자별 재택의료 시범사업으로 볼 수 있으나, 본 연구의 분류 목적상 ‘제2절 일차의료 및 장기요양 목적 사업’에서 다루기로 함.

리하는 비용을 산정하는 ‘재택의료 관리료’가 있다. ‘관리료’는 크게 ‘교육·상담료 I’, ‘교육·상담료 II’, ‘환자관리료’로 구분된다. 또한 재택의료의 관리료는 외래진료 시 산정하는 것이 원칙이다. ‘재택의료 관리료’는 요양기관 종별 가산율 및 공휴·야간 등 각종 가산의 적용을 받지 않는다. 또한 ‘재택의료 관리료’ 외 별도로 이루어진 진찰료, 검사료, 처치료 등은 건강보험 및 의료급여 요양(의료)급여 비용 산정 기준에 따라 별도로 산정할 수 있다. 즉, 기존 의료서비스에 대한 보상은 그대로 유지하면서 환자를 관리하는 데 추가로 소요되는 비용을 지불한다.

독특한 점은 대부분의 질환군별 재택의료 사업이 의사가 환자를 방문하는 ‘방문진료’를 포함하고 있지 않다는 것이다. 의사, 간호사 등이 모여 해당 질환자를 지속해서 관리하기 위한 재택의료팀을 구성하지만, 그 팀이 환자를 방문해서 건강 상태를 확인하거나 관리하지 않는다. 다만, 가정에서 환자가 어떻게 자신의 환부 등을 관리해야 할지에 대한 교육을 시행하고 원격으로 환자의 상태를 주기적으로 확인한다. 이때 의사의 교육·상담은 의료기관에서 이루어진다. 이는 환자가 의료기관에서 치료나 진료를 받은 후 재택의료의 방식으로 질환을 지속해서 관리하는 것을 주된 목적으로 하기 때문이다.

〈표 2-2〉 질환군별 세부 산정 기준

구분	복합투석 환자	1형 당뇨병 환자	가정용 인공호흡기	심장 질환자	제활환자	결핵환자	암(장루)	암(요루)	분만 취약지 임신부
교육·상담료 I									
진료 유형	외래	외래	외래	외래	입원/외래	외래	외래	외래	외래
횟수	연 4회 이내	연 6회 이내	연 4회 이내	연 4회	관리 기간 내 2회 이내	산정특례 기간 내 격월 1회, 연 6회 이내	관리 기간 내 2회/4회 이내	관리 기간 내 2회/4회 이내	관리 기간 내 5회 이내
시간	15분 이상	10분 이상	15분 이상	15분 이상	15분 이상	15분 이상	15분 이상	15분 이상	15분 이상
본인부담	10%	10%	10%	10%	10%	면제	5%	5%	10%
교육·상담료 II									
진료 유형	입원/외래	입원/외래	입원/외래	입원/외래	입원/외래	입원/외래	입원/외래	입원/외래	외래
횟수	연 6회 이내 (차기년도 연 4회 이내)	연 8회 이내	연 6회 이내 (차기년도 연 4회 이내)	연 6회 이내 (차기년도 연 4회 이내)	관리 기간 내 3회 이내	산정특례 기간 내 격월 1회, 연 6회 이내	관리 기간 내 3회/6회 이내	관리 기간 내 3회/6회 이내	관리 기간 내 8회 이내
시간	20분 이상	30분 이상	30분 이상	30분 이상	20분 이상	20분 이상	20분 이상	20분 이상	20분 이상
본인부담	10%	10%	10%	10%	10%	면제	5%	5%	10%
환자관리료									
횟수	월 2회 이상 관리 시 1회 산정	월 2회 이상 관리 시 1회 산정	월 2회 이상 관리 시 1회 산정	월 1회 이상 관리 시 1회 산정	월 2회 이상 관리 시 1회 산정	월 2회 이상 관리 시 1회 산정	월 2회 이상 관리 시 1회 산정	월 2회 이상 관리 시 1회 산정	월 1회 이상 관리 시 1회 산정
본인부담	면제	면제	면제	면제	면제	면제	면제	5%	면제

출처: 1) 자료: “질환군별 재택의료 시범사업 효과평가 연구.” 지영진 외, 2023, 건강보험심사평가원, p. 7을 참고하여 저자가 재구성.
2) 건강보험심사평가원, 각 질환군별 시범사업 지침을 참고하여 저자가 재구성.

최근 건강보험심사평가원은 위탁연구를 통해 질환군별 재택의료 사업들에서만 환자를 등록하였고, 상급종합병원이 17개, 종합병원이 11개, 병원이 13개였다. 결핵환자 재택의료 사업은 105개 기관이 등록하였으나 67개 기관에서만 환자 등록이 이루어졌으며, 상급종합병원이 18개, 종합병원이 47개, 병원이 2개였다. 암(장루)환자 재택의료 사업은 42개 등록기관 중 34개에서 환자 등록이 이루어졌고, 상급종합병원이 18개, 종합병원이 16개였다.

질환군별 재택의료 사업은 거의 모든 사업이 대형 의료기관을 중심으로 이루어지고 있는 것이 특징적이다. 이는 해당 재택의료 서비스가 심각한 수준의 수술 후 지속적 관리가 필요한 대상자를 중심으로 설계되었기 때문이다. 그중 결핵환자 대상 재택의료 서비스는 상대적으로 참여한 기관 수가 많았는데, 이 또한 의료서비스 술기의 난이도 등이 다른 질환군에 비해 상대적으로 낮기 때문이다.

한편, 모든 사업에서 사업 참여기관 수와 실제 서비스 제공 기관 수 간에 차이가 있음을 확인할 수 있다. 이는 실제 사업이 의료 현장에서 충분히 활성화되지 못했음을 나타낸다. 지영건 외(2023)의 연구는 <표 2-3>에서 나오는 네 가지 질환별 사업에 해당하는 환자와 실제 재택의료 서비스를 받고 있는 환자를 비교하여 보고하는데, 심장질환의 경우 8.2%, 재활환자의 경우 0.9%, 결핵환자의 경우 4.0%, 암(장루)환자의 경우 5.8%만이 서비스를 이용하고 있었다.

26 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

〈표 2-3〉 4개 질환별 시범사업 주요 실적

구분	기관 수	(22. 9. 30.까지)		환자 등록 기관		
		금액	등록자 수	상급	종합	병원
심장 (20. 10. 14.)	57개 (36개)	11.20억	4,488/54,591 (8.2%)	22	14	
재활 (20. 12. 21.)	66개 (41개)	5.7억	4,383/479,095 (0.9%)	17	11	13
결핵 (21. 10. 1.)	105개 (67개)	4.9억	3,007/75,426 (4.0%)	18	47	2
암(장루) (21. 12. 20.)	42 (34개)	0.95억	886/15,196 (5.8%)	18	16	

출처: “질환균별 재택의료 시범사업 효과평가 연구,” 지영건 외, 2023, 건강보험심사평가원 자료를 참고하여 저자가 재구성.

4개 질환별 시범사업의 미등록 환자 대비 등록 환자의 1인당 진료비(전체, 외래, 입원, 응급)는 모든 질환에서 유의하게 감소하였다. 또한, 미등록 환자 대비 등록 환자의 의료이용 건수(전체, 외래, 입원, 재원 일수, 응급)도 유의하게 낮은 것으로 확인되었다.

〈표 2-4〉 미등록 환자 대비 등록 환자의 1인당 진료비 차이

구분	심장	재활	결핵	암(장루)
전체 진료비(원)	-2,093,421* (p<.0001)	-3,557,821* (p<.0001)	-5,315,794* (p<.0001)	-18,904,878* (p<.0001)
외래 진료비(원)	-650,624* (p<.0001)	-1,998,534* (p<.0001)	-1,991,424* (p<.0001)	-4,277,234* (p<.0001)
입원 진료비(원)	-1,442,797* (p<.0001)	-1,559,287* (p<.0001)	-3,324,371* (p<.0001)	-14,627,643* (p<.0001)
응급 진료비(원)	-21,293* (p=0.091)	-50,340* (p<.0001)	-65,056* (p<.0001)	-138,729* (p<.0001)

주: 선형회귀분석 결과 p<0.05로 유의한 차이를 보인 경우 *로 표시하였음.

출처: “질환균별 재택의료 시범사업 효과평가 연구,” 지영건 외, 2023, 건강보험심사평가원 자료를 참고하여 저자가 재구성.

〈표 2-5〉 미등록 환자 대비 등록 환자의 의료이용 차이

구분	심장	재활	결핵	암(장루)
전체 의료이용(건)	-5.65* (p<.0001)	-36.60* (p<.0001)	-34.65* (p<.0001)	-38.68* (p<.0001)
외래 의료이용(건)	-5.47* (p<.0001)	-37.05* (p<.0001)	-34.08* (p<.0001)	-35.15* (p<.0001)
입원 의료이용(건)	-0.17* (p<.0001)	0.45* (p<.0001)	-0.56* (p<.0001)	-3.53* (p<.0001)
재원일수(일)	-19.79* (p<.0001)	-26.39* (p<.0001)	-35.69* (p<.0001)	-39.77* (p<.0001)
평균 재원일수(일)	-7.51* (p<.0001)	-11.5* (p<.0001)	-12.26* (p<.0001)	-6.17* (p<.0001)
응급 의료이용(건)	-0.04* (p=0.033)	-0.18* (p<.0001)	-0.25* (p<.0001)	-0.44* (p<.0001)

주: 선형회귀분석 결과 p<0.05로 유의한 차이를 보인 경우 *로 표시하였음.
출처: “질환군별 재택의료 시범사업 효과평가 연구,” 지영건 외, 2023, 건강보험심사평가원, p.454.

1. 복막투석 환자 재택관리 시범사업³⁾

이 사업은 재택관리가 필요한 환자의 의료적 욕구에 대응하고, 재택환자에 대한 관리 부재를 개선하기 위해 추진되었다. 사업의 목적은 재택환자를 지속적으로 관리하고 피드백을 제공하여 입원 및 질환 악화로 인한 불필요한 의료비 지출을 줄이고, 환자의 삶의 질을 향상시키는 것이다. 또한, 자가관리에 대한 교육과 상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택관리 서비스를 제공하는 데 필요한 보상을 마련하는 것도 목표로 하고 있다.

사업의 대상은 신장대체요법이 필요한 만성 신장병 5기(N18.5) 환자로, 복막투석 환자 재택관리 시범사업 참여에 동의한 복막투석 환자이다.

3) 건강보험심사평가원. (2019). 복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

참여 가능한 기관은 병원급 이상의 의료기관으로, 복막투석 환자 재택 관리 시범사업에 참여 신청을 통해 등록을 완료한 곳으로 한정한다(단, 치과병원, 한방병원, 요양병원을 제외한 병원급 의료기관만을 대상으로 한다).

서비스 제공인력은 의사와 간호사로 구성되며, 서비스 제공 내용은 세 가지로 나뉜다. 첫째, 교육상담료 I은 환자가 자신의 질환 및 치료 과정을 이해할 수 있도록 의사가 일반진찰 행위와는 별도로 독립적인 교육이 필요할 때 제공된다. 둘째, 교육상담료 II는 의사 또는 간호사가 환자에게 합병증 예방 등 복막투석 자가관리를 할 수 있도록 질환 및 건강관리에 대한 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리료는 의료인이 환자의 임상 정보 등의 상태를 주기적으로 확인하고, 재택관리에 필요한 비대면 상담 등을 제공한 후 환자관리 점검보고서를 작성·제출할 때 산정된다.

서비스 수가는 교육상담료 I의 경우 외래에서 연 4회 이내, 15분 이상 시 본인부담 10%로, 교육상담료 II는 입원 및 외래에서 연 6회 이내, 20분 이상 시 본인부담 10%로 책정된다. 환자관리료는 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

〈표 2-6〉 복막투석 환자 재택관리 시범사업

추진 배경	· 재택관리가 필요한 환자의 의료적 욕구에 대한 대응 · 재택환자에 대한 관리 부재 개선 필요
사업 목적	· 재택환자를 지속적으로 관리하고 피드백을 제공해 입원 및 질환 악화로 인한 불필요한 의료비 지출을 줄이고, 환자의 삶의 질 제고 · 자가관리에 대한 교육·상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택관리 서비스 제공에 대한 보상 마련
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조

개념도	
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 사업 협의체, 시범사업 참여기관, 공단
사업 대상 구분	· 질환(복막투석 환자)
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 병원급 이상 의료기관으로서 복막투석 환자 재택관리 시범사업(이하 '시범사업'이라 함) 참여 신청을 통해 참여기관으로 등록 완료된 기관 · 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원, 한방병원, 요양병원 제외)
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 신장대체요법이 필요한 만성 신장병 5기(질병코드: N18.5) 환자로 복막투석 환자 재택관리 시범사업 참여에 동의한 자
서비스 제공인력	· 의료인(의사, 간호사)
서비스 제공 절차	
서비스 내용	· (교육상담료 I) 안전한 자가관리를 위해 환자가 자신의 질환 및 치료 과정을 이해할 수 있도록 의사가 환자에게 일반진찰 행위와는 별도로 독립적인 교육이 필요한 경우 전문적·심층적 교육상담 제공 시 산정 · (교육상담료 II) 의사 또는 간호사가 합병증 예방 등 복막투석 자가관리를 할 수 있도록 질환·건강관리에 대한 교육상담 제공 시 산정 · (환자관리료) 의료인(의사, 간호사)이 환자의 임상 정보 등 상태를 주기적으로 확인하고 재택관리에 필요한 비대면 상담(질병의 경과 모니터링 및 관리) 등을 제공 후 환자관리 점검보고서를 작성·제출한 경우 산정
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 외래 연 4회 이내, 15분 이상 본인부담 10% · (교육상담료 II) 입원 및 외래 연 6회 이내 20분 이상 본인부담 10% · (환자관리료) 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담 면제
사업 기간	· 시범사업 시작일로부터 3년

출처: “복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2019를 참고하여 작성함.

2. 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업⁴⁾

이 사업의 목적은 재택환자를 지속적으로 관리하고 피드백을 제공하여 입원 및 질환 악화로 인한 불필요한 의료비 지출을 줄이고, 환자의 삶의 질을 향상시키는 것이다. 또한, 자가관리에 대한 교육과 상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스를 제공하는 데 필요한 보상을 마련하는 것을 목표로 한다.

사업 대상은 인슐린 투여가 반드시 필요한 제1형 당뇨병(E10.x) 환자 중 시범사업 참여에 동의한 자(1형 당뇨병 환자)이다.

참여 가능한 기관은 병원급 이상의 의료기관으로, 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업에 참여 신청을 통해 등록을 완료한 시범기관이다(단, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원을 제외한 병원급 의료기관에 한정한다.)

서비스 제공인력은 의사, 간호사, 영양사 각 1인 이상으로 구성된 1형 당뇨병 재택의료팀이며, 이 중 1인 이상은 교육 전담인력으로 배치된다. 서비스 제공인력의 자격 요건은 의사의 경우 2년 이상 경력의 내과 또는 소아청소년과 전문의(내분비대사내과, 소아내분비 분과 전문의 포함), 간호사는 해당 분야 실무경력 3년 이상, 영양사는 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사이다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담료 I은 환자가 스스로 혈당 조절 등 안전한 자가관리를 할 수 있도록 의사가 질환 및 치료 과정 등에 대해 전문적이고 심층적인 교육을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담료 II는 자가 혈당 측정 및 인슐린 투여 방법, 식사 관리 및 기기 사용법 등 질환 및 건강관리에 대해 재택의료팀이 환자에게 교육과 상담을

4) 건강보험심사평가원. (2023a). 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리료는 의료인이 혈당 측정 정보 등 환자의 상태를 주기적으로 확인하고, 이상 수치가 발생하였을 경우의 조치 사항 등에 대한 점검 및 재택관리에 필요한 비대면 상담을 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I 은 외래에서 연 6회 이내, 10분 이상 시 본인부담 10%로 책정되며, 교육상담료 II는 입원 및 외래에서 연 8회 이내, 30분 이상 시 본인부담 10%로 책정된다. 환자관리료는 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

〈표 2-7〉 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업

추진 배경	· 재택의료 서비스가 필요한 환자의 의료적 욕구에 대한 대응 · 재택환자에 대한 관리 부재 개선 필요
사업 목적	· 재택환자를 지속적으로 관리하고 피드백을 제공해 입원 및 질환 악화로 인한 불필요한 의료비 지출을 줄이고, 환자 삶의 질 제고 · 자가관리에 대한 교육·상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스 제공에 대한 보상 마련
법적 근거	· 「보건의료기본법」 제44조
개념도	<pre>graph LR A[1형 당뇨병 재택의료팀] --> D[당뇨관리교육] B[1형 당뇨병 대상자] --> D C[교육상담료 I, II] --> D D --> E[당뇨재택관리] F[환자관리료] --> E G[요양기관 방문] --> E H[재택] --> E E --> I[1형 당뇨병 환자관리 효율성 향상]</pre>
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 협의체, 시범기관, 공단
사업 대상 구분	· 질환(1형 당뇨병)
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 병원급 이상 의료기관으로서 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업(이하 '시범사업'이라 함) 참여 신청을 통해 참여기관으로 등록 완료된 기관(이하 '시범기관'이라 함) · 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 제외)
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 인슐린 투여가 반드시 필요한 제1형 당뇨병(상병코드 E10.x) 환자 중 시범사업 참여에 동의한 자
서비스 제공인력	· 1형 당뇨병 재택의료팀: 의사, 간호사, 영양사 각 1인 이상 3인 · 1인 이상은 교육 전담인력으로 배치

32 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

서비스 제공인력 (자격)	· (의사) 2년 이상 경력의 내과 또는 소아청소년과 전문의(내분비내사 내과, 소아내분비 분과 전문의 포함) · (간호사) 해당 분야 실무경력 3년 이상 · (영양사) 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사
서비스 제공 절차	
서비스 내용	· (교육상담료 I) 환자 스스로 혈당 조절 등 안전한 자가관리를 할 수 있도록 의사가 질환 및 치료 과정 등에 대해 전문적·심층적 교육 제공 · (교육상담료 II) 자가 혈당 측정 및 인슐린 투여 방법, 식사 관리 및 기기 사용법 등 질환·건강관리에 대해 재택의료팀이 환자에게 교육·상담 제공 · (환자관리료) 혈당 측정 정보 등 환자의 상태를 주기적으로 확인하고, 이상 수치가 발생하였을 경우 조치사항 등에 대한 점검 및 재택관리에 필요한 비대면 상담을 제공
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 외래 연 6회 이내, 10분 이상, 본인부담 10% · (교육상담료 II) 입원 및 외래 연 8회 이내, 30분 이상, 본인부담 10% · (환자관리료) 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 면제
사업 기간	· 2020.1.1.~2025.12.31.

출처: “1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2023a를 참고하여 작성함.

3. 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업⁵⁾

이 사업의 궁극적 목적은 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리 서비스를 지속적으로 제공하여 질병 악화, 장기 입원 등으로 인한 환자 삶의 질 저하를 예방하는 것이다. 또한 환자 관리에 대한 교육과 상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스를 제공하는 데 필요한 보상 체계를 마련하는 것을 목표로 한다.

5) 건강보험심사평가원. (2023b). 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

사업 대상은 요양비 지급 대상자 중 가정용 인공호흡기 처방을 받은 환자로, 구체적으로는 가정용 인공호흡기를 처방받은 요양비 급여 대상자 중 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 참여에 동의한 자이다.

참여 가능한 기관은 병원급 이상의 의료기관으로, 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업에 참여 신청을 통해 등록을 완료한 기관이다(단, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원을 제외한 병원급 의료기관에 한정한다).

서비스 제공인력은 의사, 간호사 1인 이상과 물리치료사로 구성된 가정용 인공호흡기 환자 재택의료팀이며, 서비스 제공인력의 자격 요건은 의사의 경우 시범기관 소속 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 심장혈관 흉부외과, 결핵과, 소아청소년과 전문의 및 전공의로서 반드시 1인 이상의 전문의를 포함해야 한다. 간호사는 시범기관 소속 실무경력 3년 이상인 자이어야 하며, 물리치료사는 선택 인력으로 시범기관에 소속된 자이다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담료 I은 의사가 외래에 내원한 환자(보호자)를 대상으로 질환 및 치료 과정을 설명하고 안전한 자가관리를 할 수 있도록 전문적이고 심층적인 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담료 II는 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자)를 대상으로 의사 또는 간호사(선택 인력: 물리치료사)가 기기 사용법, 질환 및 건강관리에 대해 자가관리를 할 수 있도록 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리료는 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보 등을 주기적으로 확인하고, 재택관리에 필요한 비대면 상담 등을 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I의 경우 외래에서 연 4회 이내, 15분 이상 시 본인부담 10%로 책정되며, 교육상담료 II는 입원 및 외래

34 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

에서 연 6회 이내, 30분 이상 시 본인부담 10%로 책정된다. 환자관리료는 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

〈표 2-8〉 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업

추진 배경	· 중증 재택환자의 관리체계 부재 · 재택환자의 의료적 요구에 대한 관리 개선
사업 목적	· 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리서비스를 지속적으로 제공하여 질병 악화, 장기입원 등으로 인한 환자 삶의 질 저하 예방 · 환자관리에 대한 교육·상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스 제공에 대한 보상 체계 마련
법적 근거	· 「보건의료기본법」 제44조
개념도	개념도 의료인력: 의사, 간호사 (물리치료사) 재택: 환자관리료 (의사, 간호사)
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 시범사업 협의체, 시범기관, 공단
사업 대상 구분	· 자격(요양비 지급 대상자) & 가정용 인공호흡기 처방
사업 대상 (기관)	· 병원급 이상 의료기관으로서 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업(이하 '시범사업'이라 함) 참여 신청을 통해 참여한 기관으로 등록 완료된 기관 · 「의료법」 제3조 제2항 제3호 가목 및 바목에 따른 병원급 의료기관(치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 제외)
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 가정용 인공호흡기를 처방받은 '요양비' 급여 대상자로 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 참여에 동의한 자
서비스 제공인력	· 가정용 인공호흡기 환자 재택의료팀: 의사, 간호사 1인 이상 필수 + 물리치료사

서비스 제공인력 (자격)	· (의사) 시범기관 소속 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 심장혈관 흉부외과, 결핵과, 소아청소년과 전문의 & 전공의, 반드시 1인 이상의 전문의 포함 · (간호사) 시범기관 소속 실무경력 3년 이상인 자 · (물리치료사) 선택 인력으로 시범기관에 소속된 자
서비스 제공 절차	시범사업 참여대상자 ⇒ 참여 신청 (개인정보 수집·이용, 제공 동의서 작성) ⇒ 재택의료 서비스 제공 ⇒ 자가관리 시범 기관 → 환자동의서 개별 요청기관 보관 → 환자 상태 확인 → 재택의료 점검서식 등 작성·제출
서비스 내용	· (교육상담료 I) 의사가 외래에 내원한 환자(보호자)를 대상으로, 질환 및 치료 과정 등을 설명하고 안전한 자가관리를 할 수 있도록 전문적·심층적 교육·상담 제공(일반 진찰행위와는 별도로 독립적 교육이 필요한 경우) · (교육상담료 II) 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자)를 대상으로 의사 또는 간호사(선택 인력: 물리치료사)가 기기 사용법, 질환·건강관리 등 자가관리를 할 수 있도록 교육·상담 제공 · (환자관리료) 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보 등을 주기적으로 확인하고, 재택관리에 필요한 비대면 상담(질병의 경과 모니터링 및 관리) 등 제공
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 외래 연 4회 이내, 15분 이상, 본인부담 10% · (교육상담료 II) 입원 및 외래 연 6회 이내, 30분 이상, 본인부담 10% · (환자관리료) 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 면제
사업 기간	· 2020. 5. 25.~2025. 12. 31.

출처: “가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2023b를 참고하여 작성함.

4. 심장질환자 재택의료 시범사업⁶⁾

이 사업의 목적은 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리 서비스를 지속적으로 제공하여 질병 악화와 장기 입원 등으로 인한 환자 삶의 질 저하를 예방하는 것이다. 또한, 환자 관리에 대한 교육과 상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스를 제공하는 데 필요한 보상

6) 건강보험심사평가원. (2023c). 심장질환자 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

체계를 마련하는 것을 목표로 한다.

사업 대상은 삽입형 제세동기(ICD), 심장 재동기화 치료기(CRT), 심박기(Pacemaker)를 삽입한 심장질환자로서 동 시범사업 참여에 동의한 자(심장질환자)이다. 참여 가능한 기관은 종합병원급 이상의 의료기관으로, 심장질환자 재택의료 시범사업에 참여 신청을 통해 등록을 완료한 기관으로, 이는 의료법 제3조 제2항 제3호 바목에 따른 종합병원급 의료기관을 포함한다.

서비스 제공인력은 의사 및 간호사로 구성되며, 서비스 제공인력의 자격 요건은 의사의 경우 시범기관 소속 심장내과(순환기내과) 및 심장혈관흉부외과 전문의 또는 전공의로서 반드시 1인 이상의 전문의를 포함해야 한다. 간호사는 시범기관 소속 실무경력 3년 이상인 자이어야 한다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담 I은 의사가 외래에 내원한 환자(보호자 포함)를 대상으로 질환 및 치료 과정을 설명하고 안전한 자가관리를 할 수 있도록 전문적이고 심층적인 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담 II는 의사 또는 간호사가 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로 질환 및 건강관리, 복약지도 등 자가관리를 할 수 있도록 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리는 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보 등을 주기적으로 확인하고, 재택관리에 필요한 비대면 서비스 등을 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I의 경우 외래에서 연 4회 이내, 15분 이상 시 본인부담 10%로 책정되며, 교육상담료 II는 입원 및 외래에서 연 6회 이내, 30분 이상 시 본인부담 10%로 책정된다. 환자관리료는 월 1회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

〈표 2-9〉 심장질환자 재택의료 시범사업

추진 배경	· 거동 불편 환자 등 대상 재택의료 서비스 제공 필요 · 재택환자의 의료적 요구에 대한 관리 개선
사업 목적	· 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리서비스를 지속적으로 제공하여 질병 악화, 장기입원 등으로 인한 환자 삶의 질 저하 예방 · 환자관리에 대한 교육·상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스 제공에 대한 보상체계 마련
법적 근거	· 「보건의료기본법」 제44조
개념도	※ 교육상담 등 프로토콜 활용
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 시범사업 협의체, 시범기관, 공단
사업 대상 구분	· 질환(심장질환)
사업 대상 (기관)	· 종합병원급 이상 의료기관으로서 심장질환자 재택의료 시범사업(이하 '시범사업'이라 함) 참여 신청을 통해 참여한 기관으로 등록 완료된 기관 · 「의료법」 제3조 제2항 제3호 바목에 따른 종합병원급 의료기관
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 삽입형 제세동기(ICD), 심장 재동기화 치료기(CRT), 심박기(Pacemaker)를 삽입한 심장질환자로서 동 시범사업 참여에 동의한 자
서비스 제공인력	· 의사 및 간호사
서비스 제공인력 (자격)	· (의사) 시범기관 소속 심장내과(순환기내과), 심장혈관흉부외과 전문의 또는 전공의로 반드시 1인 이상의 전문의 포함 · (간호사) 시범기관 소속 실무경력 3년 이상인 자
서비스 제공 절차	

서비스 내용	· (교육상담료 I) 의사가 외래에 내원한 환자(보호자 포함)를 대상으로, 질환 및 치료과정 등을 설명하고 안전한 자가관리를 할 수 있도록 전문적·심층적 교육·상담 제공(일반 진찰행위와는 별도로 독립적 교육이 필요한 경우) · (교육상담료 II) 의사 또는 간호사가 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로 자가관리를 할 수 있도록 질환·건강관리, 복약지도 등 교육·상담 제공 · (환자관리료) 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보 등을 주기적으로 확인하고, 재택관리에 필요한 비대면 서비스(질병의 경과 모니터링 및 관리) 등 제공
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 외래 연 4회 이내, 15분 이상, 본인부담 10% · (교육상담료 II) 입원 및 외래 연 6회 이내, 30분 이상, 본인부담 10% · (환자관리료) 월 1회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 면제
사업 기간	2020.10.14.~2025.12.31.

출처: “심장질환자 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2023c를 참고하여 작성함.

5. 결핵환자 재택의료 시범사업⁷⁾

이 사업의 목적은 질병 악화와 장기 입원 등으로 인한 환자의 삶의 질 저하를 예방하고, 재택의료 서비스 제공에 대한 보상체계를 마련하는 것이다.

사업 대상은 결핵(A15~19) 및 다제내성(U84.3) 결핵으로 산정특례를 적용 중이며, 가정에서도 지속적인 관리를 필요로 하는 시범사업 참여 동의자(결핵환자)이다.

참여 가능한 기관은 병원급 이상의 의료기관 중 참여 신청을 통해 시범사업 기관으로 등록된 곳이다.

서비스 제공인력은 시범기관의 상근 의사와 간호사 각 1인을 포함한 2인 이상의 팀으로 구성된다. 서비스 제공인력의 자격 요건은 의사의 경우 시범기관에 소속되어 결핵환자를 진료해야 하며, 간호사는 시범기관 소속

7) 건강보험심사평가원. (2021a). 결핵환자 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

으로 임상 경력 2년 이상, 대한결핵협회 기본 및 심화 교육 1년 이상 이수한 자이어야 한다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담 I은 의사가 외래에 내원한 환자를 대상으로 전문적이고 심층적인 교육을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담 II는 의사나 간호사가 입내원 환자 및 보호자를 대상으로 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리는 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보를 주기적으로 확인하고 비대면 서비스를 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I의 경우 외래 산정특례 기간 내 격월 1회, 연 6회 이내, 15분 이상 시 본인부담 면제이며, 교육상담료 II는 입원 및 외래 산정특례 기간 내 격월 1회, 연 6회 이내, 20분 이상 시 본인부담 면제이다. 환자관리료는 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

〈표 2-10〉 결핵환자 재택의료 시범사업

추진 배경	· 결핵환자 대상 재택의료 서비스 제공 필요 · 재택환자의 의료적 요구에 대한 관리 개선
사업 목적	· 질병 악화 및 장기 입원 등으로 인한 환자의 삶의 질 저하 예방 · 재택의료 서비스 제공에 대한 보상체계 마련
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조
개념도	

40 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 협의체, 공단, 질병청
사업 대상 구분	· 질환(결핵)
사업 대상 (기관)	· 병원급 이상 의료기관 중 참여 신청을 통해 시범사업 기관으로 등록된 기관
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 결핵(A15~19) 및 다제내성(U84.3) 결핵으로 산정특례 적용 중이며, 가정에서도 지속적 관리를 필요로 하는 시범사업 참여 동의자
서비스 제공인력	· 시범기관의 상근 의사, 간호사 각 1인을 포함한 2인 이상의 팀
서비스 제공인력 (자격)	· (의사) 시범기관에 소속, 결핵환자 진료, 1인 이상의 전문의 포함 X · (간호사) 시범기관 소속, 임상경력 2년 이상, 대한결핵협회 기본 및 심화교육 1년 이상 이수
서비스 제공 절차	
서비스 내용	· (교육상담료 I) 의사(전문의)가 외래에 내원한 환자를 대상으로 전문 심층교육 제공 시 산정 · (교육상담료 II) 의사나 간호사가 입내원 환자 및 보호자를 대상으로 교육 상담 제공 시 산정 · (환자관리료) 환자관리 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보를 주기적 확인, 비대면 서비스 제공 시 산정
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 외래 산정특례 기간 내 격월 1회, 연 6회 이내, 15분 이상, 본인부담 면제 · (교육상담료 II) 입원 및 외래 산정특례 기간 내 격월 1회, 연 6회 이내, 20분 이상 본인부담 면제 · (환자관리료) 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 면제
사업 기간	2021.10.1.~2024.12.31.

출처: “결핵환자 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2021a를 참고하여 저자가 재구성.

6. 암(장루)환자 재택의료 시범사업⁸⁾

이 사업의 목적은 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리 서비스를 지속적으로 제공하여, 질병 악화와 장기 입원 등으로 인한 환자의 삶의 질 저하를 예방하는 것이다. 또한, 환자관리에 대한 교육과 상담, 환자 상태에 대한 정기적인 모니터링 등 재택의료 서비스를 제공하는 데 필요한 보상체계를 마련하는 것을 목표로 한다.

사업 대상은 지속적인 재택관리가 필요한 장루조성술을 받은 암환자로, 수술일로부터 90일 이내의 환자(산정특례코드 V193, 장루암 환자)이다.

참여 가능한 기관은 병원급 이상의 의료기관으로, 암환자 재택의료 시범사업에 참여 신청을 통해 등록을 완료한 기관이다. 이는 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원을 제외한 의료법 제3조 제2항 제3호 가목 및 바목에 따른 의료기관을 포함한다.

서비스 제공인력은 의사, 간호사, 영양사 각 1인으로 구성된 암환자 재택의료팀이며, 서비스 제공인력의 자격 요건은 의사의 경우 시범기관 소속 외과 전문의, 간호사는 시범기관 소속 WOCN 교육과정 이수자 또는 실무경력 3년 이상인 자, 영양사는 시범기관 소속 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사이다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담료 I은 의사가 외래에 내원한 환자(보호자 포함)를 대상으로 질환의 특성과 치료 과정을 설명하고 안전한 자가관리를 할 수 있도록 전문적이고 심층적인 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담료 II는 재택의료팀이 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로 합병증 예방 등 안전한 자가관리를 할 수 있도록 질환 및 건강관리에 대해 교육과 상담을 제

8) 건강보험심사평가원. (2021b). 암환자 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

42 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리료는 재택의료팀이 환자의 임상 정보 등의 상태를 주기적으로 확인하고, 재택관리에 필요한 양방향 비대면 서비스를 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I의 경우 입원 및 외래 관리 기간 내 4회 이내, 15분 이상 시 본인부담 5%로 책정되며, 교육상담료 II는 입원 및 외래 관리 기간 내 6회 이내, 20분 이상 시 본인부담 5%로 책정된다. 환자관리료는 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

〈표 2-11〉 암(장루)환자 재택의료 시범사업

추진 배경	· 암환자 대상 재택의료 서비스 제공 필요 · 재택환자의 의료적 요구에 대한 관리 개선
사업 목적	· 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리서비스를 지속적으로 제공하여, 질병 악화와 장기입원 등으로 인한 환자 삶의 질 저하 예방 · 환자관리에 대한 교육·상담, 환자 상태에 대한 정기적인 모니터링 등 재택의료 서비스 제공에 대한 보상체계 마련
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조
개념도	
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 협의체, 공단, 시범기관
사업 대상 구분	· 질환(장루암)
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 병원급 이상 의료기관으로서 암환자 재택의료 시범사업 참여 신청을 통해 참여기관으로 등록 완료된 기관 · 「의료법」 제3조 제2항 제3호 가목 및 바목에 따른 의료기관(치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 제외)
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 지속적 재택관리가 필요한 장루조성술을 받은 암환자로, 수술일로부터 90일 이내의 환자(산정특례코드 V193)
서비스 제공인력	· 암환자 재택의료팀: 의사, 간호사, 영양사 각 1인

서비스 제공인력 (자격)	· (의사) 시범기관 소속 외과 전문의 · (간호사) 시범기관 소속 WOCN 교육과정 이수자 또는 실무경력 3년 이상 · (영양사) 시범기관 소속 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사
서비스 제공 절차	<pre>graph LR A[시범사업 참여대상자] --> B[참여 신청] B --> C[자가관리] D[시범기관] --> E[환자동의서 개별 영양기관 보관] E --> F[재택의료 서비스 제공] F --> G[환자상태 확인] G --> H[재택의료 점검 서식 등 작성제출]</pre>
서비스 내용	· (교육상담료 I) 의사가 외래에 내원한 환자(보호자 포함)를 대상으로, 질환의 특성과 치료 과정 등을 설명하고 안전하게 자가관리를 할 수 있도록 전문적·심층적 교육·상담 제공 시 산정 · (교육상담료 II) 재택의료팀이 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로 합병증 예방 등 안전하게 자가관리를 할 수 있도록 질환·건강관리 등 교육·상담 제공 시 산정 · (환자관리료) 재택의료팀이 환자의 임상 정보 등의 상태를 주기적으로 확인하고, 재택관리에 필요한 양방향 비대면 서비스 등 제공 시 산정
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 입원 및 외래 관리 기간 내 4회 이내, 15분 이상, 본 인부담 5% · (교육상담료 II) 입원 및 외래 관리 기간 내 6회 이내, 20분 이상, 본 인부담 5% · (환자관리료) 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 면제
사업 기간	· 2021.12.20.~2024.12.31.

출처: “암환자 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2021b를 참고하여 저자가 재구성.

7. 암(요루)환자 재택의료 시범사업⁹⁾

이 사업의 목적은 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리 서비스를 지속적으로 제공하여, 질병 악화와 장기 입원 등으로 인한 환자 삶의 질 저하를 예방하는 것이다. 또한, 환자관리에 대한 교육과 상담, 환자 상태에 대한 정기적인 모니터링 등 재택의료 서비스를 제공하는 데 필요한 보

9) 건강보험심사평가원. (2022a). 암환자(요루) 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

상체계를 마련하는 것을 목표로 한다.

사업 대상은 지속적인 재택관리가 필요한 요루조성술을 받은 암환자(산정특례코드 V193, 요루암 환자)이다.

참여 가능한 기관은 병원급 이상의 의료기관 중 참여 신청을 통해 시범 사업 기관으로 등록된 곳이다.

서비스 제공인력은 의사와 간호사를 포함한 2인 이상의 암환자(요루) 재택의료팀으로 구성되며, 서비스 제공인력의 자격 요건은 의사의 경우 시범기관 소속 비뇨의학과 전문의, 간호사는 시범기관 소속 WOCN 교육 과정 이수자 또는 실무경력 3년 이상인 자이다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담 I은 의사가 외래에 내원한 환자를 대상으로 전문적이고 심층적인 교육을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담 II는 의사나 간호사가 입내원 환자 및 보호자를 대상으로 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리는 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보를 주기적으로 확인하고 비대면 서비스를 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I의 경우 입원 및 외래 관리 기간 내 4회 이내, 15분 이상 시 본인부담 5%로 책정되며, 교육상담료 II는 입원 및 외래 관리 기간 내 6회 이내, 20분 이상 시 본인부담 5%로 책정된다. 환자관리료는 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 5%이다.

〈표 2-12〉 암(요루)환자 재택의료 시범사업

추진 배경	· 암환자(요루) 대상 재택의료 서비스 제공 필요 · 재택환자의 의료적 요구에 대한 관리 개선 필요
사업 목적	· 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리서비스를 지속적으로 제공하여, 질병 악화와 장기 입원 등으로 인한 환자의 삶의 질 저하 예방 · 환자관리에 대한 교육·상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스 제공에 대한 보상체계 마련

법적 근거	· 보건의료기본법 제44조
개념도	
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 협의체, 공단, 시범기관
사업 대상 구분	· 질환(요루암)
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 병원급 이상 의료기관 중 참여 신청을 통해 시범사업 기관으로 등록된 기관
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 지속적 재택 관리가 필요한 요루조성술을 받은 암환자 · 산정특례코드 V193
서비스 제공인력	· 암환자(요루) 재택의료팀: 의사, 간호사 포함 2인 이상 구성
서비스 제공인력 (자격)	· (의사) 시범기관 소속 비뇨의학과 전문의 · (간호사) 시범기관 소속 WOCN 교육과정 이수자 또는 실무경력 3년 이상
서비스 제공 절차	
서비스 내용	· (교육상담료 I) 의사(전문의)가 외래에 내원한 환자를 대상으로 전문 심층교육 제공 시 산정 · (교육상담료 II) 의사나 간호사가 입내원 환자 및 보호자를 대상으로 교육 상담 제공 시 산정 · (환자관리료) 의사나 간호사가 재택환자의 임상 정보를 주기적으로 확인, 비대면 서비스 제공 시 산정
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 입원 및 외래 관리 기간 내 2회/4회 이내, 15분 이상, 본인부담 5% · (교육상담료 II) 입원 및 외래 관리 기간 내 3회/6회 이내, 20분 이상, 본인부담 5% · (환자관리료) 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 5%
사업 기간	· 2022.12.29.~2024.12.31.

출처: “암환자(요루) 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2022a를 참고하여 저자가 재구성.

8. 재활환자 재택의료 시범사업¹⁰⁾

이 사업의 목적은 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리 서비스를 지속적으로 제공하여 질병 악화와 장기 입원 등으로 인한 환자의 삶의 질 저하를 예방하는 것이다. 또한, 환자관리에 대한 교육과 상담, 환자 상태에 대한 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스를 제공하는 데 필요한 보상 체계를 마련하는 것을 목표로 한다.

사업 대상은 지속적인 재택관리가 필요한 근골격계 수술 환자 또는 중추신경계 질환자로서 시범사업 참여 대상 요건을 충족하고 시범사업 참여에 동의한 자(근골격계 또는 중추신경계 질환자)이다.

참여 가능한 기관은 재활의학과 전문의 2인 이상이 상근하고 있는 병원급 이상의 의료기관으로, 재활환자 재택의료 시범사업에 참여 신청을 통해 등록을 완료한 기관이다. 이는 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원을 제외한 병원급 의료기관을 포함한다.

서비스 제공인력은 재활환자 재택의료팀으로 구성되며, 근골격계 환자의 경우 의사, 간호사, 물리치료사로, 중추신경계 환자의 경우 의사, 간호사, 물리치료사(또는 작업치료사)로 구성된다. 서비스 제공인력의 자격요건은 의사의 경우 근골격계는 재활의학과, 중추신경계는 재활의학과, 신경과, 신경외과 전문의 1인으로, 간호사, 물리치료사, 작업치료사는 시범기관에 소속된 자이어야 한다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담 I은 의사가 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로 질환 및 치료 과정을 설명하고 안전한 자가관리를 할 수 있도록 전문적이고 심층적인 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담 II는 재택의료팀이 외래에

10) 건강보험심사평가원. (2024a). 재활환자 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로 합병증 예방 등 안전한 자가관리를 할 수 있도록 질환 및 건강관리에 대해 교육과 상담을 제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리는 재택의료팀이 재활운동 시행 여부 등 환자의 상태를 주기적으로 확인하고, 올바른 운동법 및 합병증 예방 방법 등에 대한 점검 등 재택관리에 필요한 비대면 서비스를 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I의 경우 입원 및 외래 관리 기간 내 2회 이내, 15분 이상 시 본인부담 10%로 책정되며, 교육상담료 II는 입원 및 외래 관리 기간 내 3회 이내, 20분 이상 시 본인부담 10%로 책정된다. 환자관리료는 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

〈표 2-13〉 재활환자 재택의료 시범사업

추진 배경	· 거동 불편 환자 등 대상으로 재택의료 서비스 제공 필요 · 재택환자의 의료적 요구에 대한 관리 개선
사업 목적	· 의료기관이 아닌 가정에서도 의료적 관리서비스를 지속적으로 제공하여 질병 악화, 장기입원 등으로 인한 환자 삶의 질 저하 예방 · 환자관리에 대한 교육·상담, 환자 상태 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스 제공에 대한 보상체계 마련
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조
개념도	
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 시범사업 협의체, 시범기관, 공단
사업 대상 구분	· 질환(근골격계 또는 중추신경계)

48 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 재활의학과 전문의 2인 이상이 상근하고 있는 병원급 이상 의료기관*으로서 재활환자 재택의료 시범사업(이하 '시범사업'이라 함) 참여 신청을 통해 참여기관으로 등록 완료된 기관 · 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 제외)
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 지속적인 재택관리가 필요한 근골격계 수술환자 또는 중추신경계 질환자로서 아래 시범사업 참여 대상 요건을 충족하고 시범사업 참여에 동의한 자
서비스 제공인력	· 재활환자 재택의료팀: - (근골격계) 의사, 간호사, 물리치료사 - (중추신경계) 의사, 간호사, 물리치료사(또는 작업치료사)
서비스 제공인력 (자격)	· (의사) 근골격계의 경우 재활의학과, 중추신경계의 경우 재활의학과, 신경과, 신경외과 전문의 1인 · (간호사, 물리치료사, 작업치료사) 시범기관에 소속된 자
서비스 제공 절차	<pre>graph LR A[시범사업 참여대상자] --> B[참여 신청] B --> C[재택의료 서비스] C --> D[자가관리] E[시범기관] --> F[환자동의서 개별 요양기관 보관] F --> G[재택의료 서비스 제공] G --> H[환자상태 확인] H --> I[재택의료 점검서식 등 작성·제출]</pre>
서비스 내용	· (교육상담료 I) 의사가 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로, 질환 및 치료 과정 등을 설명하고 안전한 자가관리를 할 수 있도록 전문적·심층적 교육·상담 제공(일반 진찰행위와는 별도로 독립적 교육이 필요한 경우) · (교육상담료 II) 재택의료팀이 외래에 내원하거나 입원 중인 환자(보호자 포함)를 대상으로 합병증 예방 등 안전한 자가관리를 할 수 있도록 질환·건강관리 등 교육·상담 제공 · (환자관리) 재택의료팀이 재활운동 시행 여부 등 환자의 상태를 주기적으로 확인하고, 올바른 운동법 및 합병증 예방 방법 등에 대한 점검 등 재택관리에 필요한 비대면 서비스 제공
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 입원 및 외래 관리 기간 내 2회 이내, 15분 이상, 본인부담 10% · (교육상담료 II) 입원 및 외래 관리 기간 내 3회 이내, 20분 이상, 본인부담 10% · (환자관리료) 월 2회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 면제
사업 기간	2020.12.21.~2026.12.31.

출처: “재활환자 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2024a를 참고하여 작성함.

9. 재활의료기관 수가 시범사업(3단계)¹¹⁾

이 사업은 뇌졸중, 척추손상 등 급성기 치료 후 재활환자가 기능 회복 시기에 집중 재활을 통해 장애를 최소화하고 조기에 일상생활로 복귀할 수 있도록 지원하는 것이다. 또한 집중 재활치료 후 일상 복귀와 지역사회 정착을 지원하는 것도 목표로 한다.

사업 대상은 질환별로 구분되며, 중추신경계(뇌척수), 근골격계, 그 외 질환으로 나뉜다. 서비스 수혜자는 시범사업에서 지정한 대상 환자(중추신경계, 근골격계 등) 중 재활의료기관에서 집중 재활치료 후 퇴원하여 재택재활이 필요한 환자이다.

위 사업은 적정 입원 기간 보장, 통합치료 계획, 맞춤형 집중 재활치료, 치료성과 평가, 방문재활치료, 지역사회 복귀 지원으로 구성된다.

각 서비스별 수가 산정 지침 및 인력 구성은 크게 회복기 재활과 방문재활로 나뉜다. 회복기 재활에는 입원료, 재활치료료(15분 시행 1회 산정, 1일 최대 16회 이내), 통합계획관리료(재활의학과 전문의 1인 포함 다학제 팀 실시), 통합재활기능평가료(월 1회 이상 실시, 1회만 산정), 지역사회연계료(사회복지사의 의뢰서 작성 시 3회 산정), 통합재활안전방문관리료(사회복지사 1인 및 재활치료 전문가 2인 방문 시 산정) 등이 포함된다.

방문재활 서비스에는 방문재활계획수립료(재활의학과 전문의 1인 포함 4인 이상 팀 참여), 방문재활치료료(물리·작업치료사 등 2인이 60분 이상 자택 방문 시행, 주 2회 이내), 방문재활관리료(치료사가 방문재활 치료 중 의료기관 팀과 논의 시), 방문재활기능평가료(방문재활 종료 시점 1회 산정) 등이 포함된다.

11) 건강보험심사평가원. (2023d). 재활의료기관 수가 3단계 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

50 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

〈표 2-14〉 재활의료기관 수가 시범사업(3단계)

추진 배경	· 의료기관과 지역사회로 이어지는 재활치료의 효과 제고를 위한 방문 재활 서비스 도입(3단계 시범사업)	
사업 목적	· 뇌졸중, 척추손상 등 급성기 치료 후 재활환자가 기능 회복 시기에 집중 재활을 통한 장애 최소화 및 조기 일상생활 복귀 · 집중 재활치료 후 일상 복귀 및 지역사회 정착 지원	
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조 · 「장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률」 제18조(재활의료 기관의 지정등)	
개념도	급성기(의료기관) 회복기(재활의료기관) 생활·유지기 중추신경계, 고관절 및 골반의 골절 및 질환, 폐지부위 절단, 비사용종주군, 수술 등 급성기 치료 환자 맞춤 집중 재활: 팀 접근, 통합적 치료계획 수립, 적정 입원기간 보장, 장기적 기능 평가, 지역사회 복귀 지원 생활기: 생활기, 지력 복귀, 유지기, 영양병원 생활·유지기: 생활·유지기, 재활·유지기, 재활·유지기, 재활·유지기	
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 시범기관, 공단	
사업 대상 구분	· 질환(중추신경계: 뇌척수, 근골격계, 그 외)	
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 「장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률」 제18조에 따라 보건복지부장관의 지정을 받은 요양기관	
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 시범사업에서 지정한 대상 환자(중추신경계, 근골격계 등) 중 재활의료기관에서 집중 재활치료 후 퇴원하여 재택재활이 필요한 환자	
서비스 내용 (수가)	· 적정 입원 기간 보장 · 통합치료 계획 · 맞춤형 집중 재활치료 · 치료성과 평가 · 방문 재활치료 · 지역사회 복귀 지원	
서비스 내용 (수가산정 지침 및 인력)	회복기 재활	방문재활
	· (입원료) · (재활치료료) 15분 시행 1회 산정, 1일 최대 16회(4시간) 이내	· (방문재활계획수립료) 재활의학과 전문의 1인을 포함한, 간호사, 물리·작업치료사, 사회복지사 등으로 구성된 4인 이상 방문재활팀 참여

	·(통합계획관리료) 재활의학과 전문의 1인을 포함한, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 유관 진료과목 전문의 등 실시	·(방문재활치료료) 물리·작업치료사 등 2인이 환자 자택 방문 시 60분 이상 시행한 경우(주 2회 이내)
	·(통합재활기능평가료) 월 1회 이상 실시(1회만 산정)	
	·(지역사회연계료) 사회복지사가 의뢰서를 작성할 경우, 치료기관 중 3회 산정	·(방문재활관리료) 물리·작업치료사 등이 방문재활치료 중 의료기관의 방문재활팀과 논의한 경우
	·(통합재활안전방문관리료) 사회복지사 1인 및 재활치료 전문가 구성 2인 인력이 방문한 경우 산정	·(방문재활기능평가료) 방문재활 종료 시점 1회 산정
사업 기간	2023.1.1.~2024.12.31.	

출처: “재활의료기관 수가 3단계 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2023d를 참고하여 저자가 재구성.

10. 분만 취약지 임신부 재택의료 시범사업(2022년 종료)¹²⁾

이 사업은 분만 취약지에 거주하는 임신부의 낮은 의료 접근성과 의료적 요구에 대한 관리 지원을 위해 추진된 사업으로, 앞에서 제시된 특정 질환군별로 대상자를 선정하는 9개 시범사업과는 그 성격이 다르나, 특수한 기능적 목적을 바탕으로 진행된 시범사업이므로 이 연구의 범위에 포함하였다. 사업의 목적은 분만 취약지에 거주하는 임신부를 지속적으로 관리하고 피드백을 제공하여 임신부의 건강을 유지하고 안전한 분만 환경을 조성하는 것이다. 또한, 재택 임신부의 자가관리를 위한 교육과 상담, 임신부 건강 상태의 정기적 모니터링 등 재택의료 서비스를 제공하는 데 필요한 보상체계를 마련하는 것을 목표로 한다.

12) 건강보험심사평가원. (2020). 분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

사업 대상은 분만 취약지에 거주하는 임신부로, 산부인과 전문의에 의해 임신 사실이 확인되고, 보건복지부 「분만 취약지 지원사업 안내」의 분만 취약지 선정 기준에 따르는 분만 취약지에 거주하며, 시범사업 참여에 동의한 날 기준으로 주민등록법에 따라 주민등록이 되어 있고, 시범사업 서비스 내용 등에 대해 설명을 듣고 참여에 동의한 자이다.

참여 가능한 기관은 의료법 제3조 제2항 제1호 및 제3호에 따른 의원급(치과, 한의원 제외) 및 병원급(치과, 한방, 요양병원 제외) 이상의 의료기관으로서, 분만 취약지 임신부 재택의료 시범사업 참여기관으로 등록 된 곳이다.

서비스 제공 내용은 다음과 같다. 첫째, 교육상담 I은 의사가 외래에 내원한 분만 취약지 거주 임신부(보호자 포함)를 대상으로 안전한 자가관리를 위한 별도의 교육이 필요하다고 판단하여 일반진찰 행위와는 별도로 전문적이고 심층적인 교육상담을 제공할 때 산정된다. 둘째, 교육상담 II는 의사 또는 간호사가 외래에 내원한 분만 취약지 거주 임신부(보호자 포함)를 대상으로 임신 중 건강관리, 합병증 예방, 기기 사용법 등 자가관리를 할 수 있도록 교육상담을 제공할 때 산정된다. 셋째, 환자관리료는 의사 또는 간호사가 재택 임신부의 임상 정보 등을 주기적으로 확인하고 재택관리에 필요한 비대면 상담(건강 상태 변화 모니터링 및 관리) 등을 임신부(보호자 포함)에게 제공할 때 산정된다.

서비스 수가 부분에서는 교육상담료 I의 경우 외래 관리 기간 내 5회 이내, 15분 이상 시 본인부담 10%로 책정되며, 교육상담료 II는 외래 관리 기간 내 8회 이내, 20분 이상 시 본인부담 10%로 책정된다. 환자관리료는 월 1회 이상 관리 시 1회 산정되며 본인부담은 면제된다.

54 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

서비스 내용	· (교육상담료 I) 의사가 외래에 내원한 분만 취약지 거주 임신부(보호자 포함)를 대상으로 안전한 자가관리를 위한 별도의 교육이 필요하다고 판단하여 일반진찰 행위와는 별도로 전문적·심층적 교육상담을 제공 · (교육상담료 II) 의사 또는 간호사가 외래에 내원한 분만 취약지 거주 임신부(보호자 포함)를 대상으로 임신 중 건강관리, 합병증 예방, 기기 사용법 등 자가관리를 할 수 있도록 교육상담을 제공 · (환자관리료) 의사 또는 간호사가 재택 임신부의 임상 정보 등을 주기적으로 확인하고 재택관리에 필요한 비대면 상담(건강 상태 변화 모니터링 및 관리)등을 임신부(보호자 포함)에게 제공
서비스 내용 (수가)	· (교육상담료 I) 외래 관리 기간 내 5회 이내, 15분 이상, 본인부담 10% · (교육상담료 II) 외래 관리 기간 내 8회 이내, 20분 이상, 본인부담 10% · (환자관리료) 월 1회 이상 관리 시 1회 산정되며, 본인부담 면제
사업 기간	2020.6.30.~2022.12.31.

출처: “분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2020을 참고하여 저자가 재구성.

제2절 일차의료 및 장기요양 목적 사업

앞에서 살펴본, 질환군 및 대상자별 재택의료 시범사업은 환자가 의료기관에서 치료 및 진료를 받은 후 재택의료 방식으로 질환을 지속해서 관리하는 것을 목적으로 한다. 이와 달리 우리나라의 일차의료(Primary Care) 및 장기요양(Long-Term Care) 측면의 재택의료 사업은 ① 일차의료 방문진료 수가 시범사업, ② 장기요양 재택의료 시범사업, ③ 장애인 건강주치의 시범사업, ④ 중증소아 재택의료 시범사업이 있다.

재원별로 구분한다면, ① 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 주재원은 건강보험인 반면, ② 장기요양 재택의료센터 시범사업은 장기요양과 건강보험의 합으로 구성된다. 특히, 일차의료 방문진료 수가 시범사업과 장기요양 재택의료센터 시범사업은 운영 주체 및 사업의 성격상 밀접한

연관성을 가지고 있다. 예를 들어, 의원급 의료기관의 경우 일차의료 방문진료 수가 시범사업에 참여한 경우에만 장기요양 재택의료센터 시범사업의 지정 의료기관으로 지정 가능하도록 하고 있다.

③ 장애인 건강(구강)주치의 시범사업과 ④ 중증소아 재택의료 시범사업은 대상자가 장애인과 중증소아로 특정된다는 점에서 앞선 두 시범사업과는 다른 성격으로 구분되지만, 서비스 유형상 일차의료 강화를 위한 사업에 가깝다. 환자가 자택에 기거하며 의료적 필요를 충족할 수 있도록 건강보험제도에서 서비스를 지원하는 방식이다. 단, 중증소아 재택의료 시범사업은 대상자의 중증도가 높아 투입되는 의료서비스의 술기 및 자본집약도가 상대적으로 높다.

보건복지부·국민건강보험공단(2022)의 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침에 따르면, 기본 수가로 방문진료료는 의과의 경우 월당 최대 60회까지, 한의는 주당 최대 15회까지 산정할 수 있다. 장기요양 재택의료센터 시범사업 선정기관은 의사 1인당 월 최대 100회까지 가능하다.

〈표 2-16〉 기본 수가(방문진료료)

구분		수가(2024년)	구분	별도 행위로
의과	방문진료료 I	128,960원	방문진료료에 의료행위, 처치 등 모두 포함	산정 불가
	방문진료료 II	89,720원	방문진료료 외에 추가적인 의료행위 등 비포함	산정 가능
한의	방문진료료	102,550원	방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등 비용 포함	산정 불가

출처: “장기요양 재택의료센터 시범사업 평가 연구,” 이정석, 권진희, 선정연, 김정희, 정애리, 2023, 국민건강보험 건강보험연구원, p.7.

56 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

〈표 2-17〉 가산 수가(동반인력수가, 소아 및 의료취약지 가산 수가(2022.12.26. 적용)

구분		수가(2024년)	구분
의과	동반인력 수가	32,820원	방문진료 서비스 질적 측면 고려 간호사, 물리치료사, 작업치료사 동반 시 350.69점 가산
	소아 가산	2,020원(1세 미만) 830원(1~6세 미만)	소아진료 난이도 고려 만 1세 미만 21.56점, 만 1~6세 미만 8.88점 가산
	의료취약지 가산	25,790원(I) 17,940원(II)	방문 접근성이 낮은 농촌지역 대상 방문진료료 I 275.56점, 방문진료료 II 191.70점 가산

출처: “장기요양 재택의료센터 시범사업 평가 연구,” 이정석, 권진희, 선정영, 김정희, 정애리, 2023, 국민건강보험 건강보험연구원을 참고하여 저자가 재구성.

〈표 2-18〉 시범사업 등록기관 현황(2023.11. 기준)

(단위: 개소)

구분	전체	의원	한의원
합계	3,698	866	2,832
2023년(1~11월)	3,698	866*	2,832*
2022년	1,862	538	1,324
2021년	1,700	352	1,348
2020년	348	348	-
2019년	349	349	-

* 등록기관은 2023.11. 기준, 폐업·철회기관 포함, 중복 제외

** (의과) 2019.12. 시행 (한의) 2021.8. 시행

출처: 건강보험심사평가원 내부자료.

〈표 2-19〉 시범사업 청구율 현황(사업시행일~2023.11. 진료분)

(단위: 개소, %)

구분	전체			의원			한의원		
	등록 기관 (A+C)	청구 기관 (B+D)	청구율 (B+D/ A+C)	등록 기관 (A)	청구 기관 (B)	청구율 (B/A)	등록 기관 (C)	청구 기관 (D)	청구율 (D/C)
합계	3,698	921	24.9	866	238	27.5	2,832	683	24.1
2023년 (1~11월)	3,698	723	19.6	866	183	21.1	2,832	540	19.1
2022년	1,862	479	25.7	538	136	25.3	1,324	343	25.9
2021년	1,700	375	22.1	352	104	29.5	1,348	271	20.1
2020년	348	109	31.3	348	109	31.3	-	-	-
2019년	349	10	2.9	349	10	2.9	-	-	-

* 청구기관은 2023.11. 기준, 폐업·철회기관 포함

** 청구기관 중복 제외

출처: 건강보험심사평가원 내부자료.

〈표 2-20〉 연도별 청구 건수 및 청구 금액(사업시행일~2023.11.)

(단위: 건, 백만 원)

구분	의과		한의과	
	청구 건수	청구 금액	청구 건수	청구 금액
합계	47,887	6,120	70,191	6,641
2023년(1~11월)	22,572	3,133	37,862	3,651
2022년	12,064	1,457	26,376	2,454
2021년	8,204	965	5,953	536
2020년	5,011	562	-	-
2019년	36	3	-	-

* (의과) 2019.12.~2023.11., (한의) 2021.8.~2023.11.

출처: 건강보험심사평가원 내부자료.

재택의료 실적은 2022년 12월부터 2023년 5월까지 등록 신청자가 1,908명, 포괄평가를 완료한 수급자가 1,652명, 지급이 완료된 자가 1,480명으로 나타났다. 이 중 종결자는 207명이다.

〈표 2-21〉 월별 재택의료센터 이용 및 종결 현황

(단위: 명)

구분		합계(2022.12~2023.5)
신청자	합계	1908
	의원	1530
	한의원	139
	공공병원	184
	보건소	52
포괄평가 완료자	합계	1652
	의원	1349
	한의원	133
	공공병원	122
	보건소	48
지급 완료자	합계	1480
	의원	1209
	한의원	122
	공공병원	108
	보건소	44
종결자	합계	207
	의원	165
	한의원	18
	공공병원	16
	보건소	8

출처: “장기요양 재택의료센터 시범사업 평가 연구,” 이정석, 권진희, 선정연, 김정희, 정애리, 2023, 국민건강보험 건강보험연구원, p.98.

동 기간 수급자 중 재택의료기본료 지급 완료자 1,480명을 대상으로 장기요양 등급별 의사 및 간호사의 수급자 1인당 월평균 방문 횟수를 분석한 결과, 장기요양 등급과 관계없이 의사의 방문 횟수는 월평균 1회였으나, 1등급의 경우 최대 월 8회까지 방문한 것으로 나타났다. 간호사의 방문 횟수도 월평균 2회였으나, 필요에 따라 월 최대 5회까지 방문하여 추가 간호를 제공한 것으로 나타났다.

〈표 2-22〉 의료인력 방문 횟수

(단위: 명, 회)

구분		합계 (n=1480)	1등급 (n=308)	2등급 (n=315)	3등급 (n=390)	4등급 (n=479)
		M±SD (min-max)	M±SD (min-max)	M±SD (min-max)	M±SD (min-max)	M±SD (min-max)
방문	의사	1.0±0.2 (0-8)	1.1±0.2 (1-8)	1.1±0.2 (1-5)	1.0±0.2 (1-5)	1.0±0.2 (0-5)
	간호사	2.2±0.6 (1-5)	2.3±0.8 (2-5)	2.3±0.7 (2-5)	2.2±0.5 (2-5)	2.2±0.5 (1-5)

출처: 건강보험심사평가원 내부자료.

재택의료센터 지속 이용 현황을 살펴보면, 2022년 12월 사업에 진입한 수급자 167명 중 6개월 지속 이용자는 35.3%, 2023년 1월 사업에 진입한 수급자 358명 중 5개월 지속 이용자는 55.3%, 2023년 2월에 사업에 진입한 수급자 267명 중 4개월 지속 이용자는 48.3%로 나타났다.

〈표 2-23〉 재택의료센터 지속 이용 현황

(단위: 건, 명)

진입 시기	지급 건수	지속 이용자(명)											
		계		3개월 미만		3개월		4개월		5개월		6개월	
		N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
계	4063	1480	774	52.3	226	15.3	188	12.7	233	15.7	59	4.0	
2022.12	715	167	37	22.2	24	14.4	12	7.5	35	21.0	59	35.3	
2023.1	1421	358	82	22.9	31	8.7	47	13.1	198	55.3	.	.	
2023.2	760	267	104	39.0	34	12.7	129	48.3	.	.	.	.	
2023.3	562	238	101	42.4	137	57.6	.	.	.	.	.	.	
2023.4	391	239	239	100.0	.	.	.	.	.	.	.	.	
2023.5	211	211	211	100.0	.	.	.	.	.	.	.	.	

출처: 건강보험심사평가원 내부자료.

1. 일차의료 방문진료 수가 시범사업¹³⁾

이 사업의 목적은 방문진료에 따른 적정 보상을 마련하고, 거동 불편자의 의료 접근성을 향상시키며 커뮤니티케어 기반을 확보하는 것이다.

사업 대상은 질병, 부상, 출산 등으로 진료 필요성이 있으나 보행이 곤란하거나 불가능하여 환자 및 보호자가 방문진료를 요청한 경우(건강 상태가 거동 불편자인 환자)이다.

참여 가능한 기관은 의료법에 따른 의원 중 시범사업에 참여한다고 등록한 기관이다.

서비스 제공인력은 의사 1인 이상으로 구성되며, 제공되는 서비스 내용은 진찰, 처방, 질환관리, 검사, 의뢰, 교육상담, 기타 의료서비스 등 다양하다.

13) 건강보험심사평가원. (2022b). 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

서비스 수가 부분에서는 다음과 같은 항목이 포함된다. 첫째, 방문진료로 I은 방문진료 시 발생하는 행위, 약제, 치료재료 등을 포함한 진료료로, 행위, 약제, 치료재료에 대한 수가는 별도로 산정할 수 없다. 둘째, 방문진료로 II는 방문진료 시 발생하는 행위, 약제, 치료재료 등을 포함하지 않은 진료료이다. 방문진료료에 대해서는 각종 가산(지역 가산, 연령별(아동) 가산 등)이 적용되며, 방문진료 대상이 아닌 환자의 경우 전액 본인부담이다.

〈표 2-24〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업

추진 배경	· 재가 환자에 대한 적정 의료 전달체계 부재 · 거동 불편 환자의 의료 접근성 개선 필요
사업 목적	· 방문진료에 따른 적정 보상 마련 · 거동 불편자의 의료 접근성 향상 및 커뮤니케이션 기반 확보
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조 · 국민건강보험법 제41조 5 · 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조의 3 · 장애인건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률 제16조 제1항 · 호스피스 완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조 제3호
개념도	<pre>graph LR A[진료 필요 사유 발생] --> B[간지] B --> C[방문진료 요청] C --> D[의원] D --> E[거동불편 유형 확인 방문진료 필요성 검토] E --> F[방문진료] F --> G[가정]</pre>
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 공단, 자문기구, 참여기관
사업 대상 구분	· 건강 상태(거동 불편자)
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 의료법에 따른 의원 중 시범사업 참여 등록 기관
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 질병, 부상, 출산 등으로 진료 필요성이 있으나 보행이 곤란, 불가하여 환자 및 보호자의 방문 요청이 있는 경우

62 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

서비스 제공인력	· 의사 1인 이상
서비스 제공 절차	
서비스 내용	· 진찰, 처방, 질환관리, 검사, 의뢰, 교육상담, 기타 의료서비스 등 다양한 서비스 제공
서비스 내용 (추가)	· (방문진료로 I) 방문진료 시 발생하는 행위, 약제, 치료재료 등을 포함한 진료료 * 행위, 약제, 치료재료에 대한 수가는 별도 산정 불가 · (방문진료로 II) 방문진료 시 발생하는 행위, 약제, 치료재료 등을 포함하지 않는 진료료 · 방문진료료에 대해서는 각종 가산(지역 가산, 연령별(아동) 가산 등) 적용 · 방문진료 대상이 아닌 환자의 경우 본인부담 100%
사업 기간	· 시범사업 시작일로부터 3년

출처: “일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2022b를 참고하여 저자가 재구성.

2. 장기요양 재택의료센터 시범사업¹⁴⁾

이 사업의 목적은 장기요양 재택의료센터 시범사업 운영 과정의 체계적 모니터링을 통해 장기요양 환자의 지역사회 계속 거주를 실현하는 것이다.

사업 대상은 장기요양 재가 수급자(1~2등급 우선)로, 거동이 불편하여 의사가 판단하기에 재택의료가 필요한 경우에 해당(연령 및 자격 기준에 따른 장기요양 재가 수급자)한다. 단, 장기요양기관 입소자에게는 서비스 제공이 불가하다.

14) 보건복지부. (2024b). 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

참여 가능한 기관은 시범사업 공모를 통해 지정된 의료기관이며, 의원급 의료기관은 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'에 참여해야 한다. 서비스 수혜자는 장기요양 재가 수급자(1~2등급 우선)로 거동이 불편하여 의사가 판단하기에 재택의료이 필요한 이들이다.

서비스 제공인력은 의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상으로 구성된 시범사업팀이며, 제공인력의 자격 요건은, 의사는 일반의 또는 전문의, 간호사는 임상 경력 24개월 이상 간호사 또는 가정전문간호사, 사회복지사는 1급 또는 2급 사회복지사이다.

서비스 제공 내용은 포괄평가 및 케어플랜 수립, 주기적 방문 진료 및 간호이고, 진료는 진찰, 처방, 질환관리, 검사, 의뢰, 교육상담 등으로 이루어진다. 간호는 의료법에 근거한 간호사의 업무 범위 내에서 방문간호가 제공된다.

서비스 수가는 다음과 같다. 첫째, 방문진료료는 의사 1인당 월 100회로, 본인부담은 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'의 요양급여 기준을 준용한다. 건강보험 가입자 또는 피부양자는 30%, 차상위 본인부담 경감 대상자는 희귀난치성 질환 또는 중증질환자의 경우 5%, 그 외는 10%, 의료급여자는 1종은 5%, 2종은 10%이다. 둘째, 재택의료 기본료는 수급자당 월 1회로, 의사 1인당 월 100명이며 본인부담은 면제된다. 셋째, 지속관리료는 6개월 이상 사례관리 시 수급자당 1회 산정되며 본인부담은 면제된다. 넷째, 추가 간호료는 월 3회 미만으로, 1회당 30분 이상 시 본인부담은 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'의 기준을 준용하여 건강보험 가입자 또는 피부양자는 15%, 본인부담금 40%와 60% 감경 비율 적용자는 각각 9%와 6%, 의료급여자는 6%, 기초 수급자는 면제된다.

서비스 내용	· 포괄평가 및 케어플랜 수립, 주기적 방문 진료 및 간호 · (진료) 진찰, 처방, 질환관리, 검사, 의뢰, 교육상담 등 · (간호) 의료법에 근거한 간호사의 업무 범위 내 방문간호
서비스 내용 (추가)	· (방문진료로) 의사 1인 월 100회, 본인부담 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 요양급여 기준 준용 ▶ (건강보험 가입자 또는 피부양자) 100분의 30 ▶ (차상위 본인부담 경감 대상자) 희귀난치성 질환 또는 중증질환자 100분의 5, 그 외 100분의 10 ▶ (의료급여자) (1종) 100분의 5, (2종) 100분의 10 · (재택의료 기본료) 수급자당 월 1회, 의사 1인당 월 100명, 본인부담 면제 · (지속관리료) 6개월 이상 사례관리, 수급자당 1회 산정 본인부담 면제 · (추가간호료) 월 3회 미만, 1회당 30분 이상, 본인부담 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 기준 준용 ▶ (건강보험 가입자 또는 피부양자) 100분의 15 ▶ (본인부담금 40%, 60% 감경 비율 적용자) 100분의 9, 100분의 6 ▶ (의료급여자) 100분의 6, (기초 수급자) 면제
사업 기간	· 시범사업 시작일로부터 1년

출처: “장기요양 재택의료센터 시범사업 지침,” 보건복지부, 2024b를 참고하여 저자가 재구성.

3. 장애인 건강주치의 시범사업(4단계)¹⁵⁾

이 사업의 목적은 장애인에게 필수적 의료서비스의 이용 접근성을 향상하는 데 있으며, 장애인이 거주지역에서 1인 의사에게 지속적이고 포괄적인 건강관리를 받을 수 있도록 하여, 만성질환 및 2차 장애 관리율 제고를 통해 장애인 건강지표를 개선하는 데 있다.

사업의 대상은 「장애인건강권법」 제16조 및 동 법률 시행령 제5조, 「장애인복지법 시행령」 제2조에 따라 ① 장애의 정도가 심한(이하 ‘중증’이라 함) 장애인 또는 ② 장애의 정도가 심하지 않은(이하 ‘경증’이라 함) 장애인이다.

15) 건강보험심사평가원. (2024c). 장애인 건강주치의 4단계 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

사업의 주체는 중앙장애인보건의료센터에서 시행하는 장애인 건강 주치의 교육을 이수하고 장애인 건강 주치의 시범사업 참여 신청을 통해 건강 주치의로 등록된 의사(이하 ‘건강주치의’)이다. 일반건강관리서비스의 경우 진료과목의 제한이 없으나, 주장애관리 및 통합관리 서비스는 해당 장애를 진단하는 전문의로 한정된다.

일반건강관리 서비스와 통합관리서비스는 의원을 중심으로 이루어지며, 주장애관리 서비스는 의원, 병원, 정신병원, 종합병원, 일부 상급종합병원으로 그 범위가 넓다(단, 요양병원은 제외).

사업의 내용에는 ① 장애인의 만성질환 또는 장애 관련 건강 문제를 포괄적으로 평가하고, 효율적으로 관리할 수 있도록 연간 관리계획을 수립하여 종합계획서를 제공하는 ‘포괄평가 및 계획 수립’, ② 장애인의 포괄평가 및 종합계획을 수립하고 교육·상담 등 서비스 제공 후 포괄평가에 대한 중간 점검이 필요할 경우 실시하는 ‘중간 점검’, ③ 장애인의 질병이나 장애로 인한 여러 문제를 이해시키고, 자기관리 능력을 향상시키기 위해 표준화된 교육·상담 매뉴얼에 따라 건강 주치의가 1대 1 대면으로 장애인과 최소 10분 이상 교육·상담을 제공하는 ‘교육 및 상담’, ④ 거동 불편 등 사유로 내원이 어려운 경우 건강 주치의가 장애인에게 전화로 환자관리 서비스를 제공하는 ‘환자관리’, ⑤ 거동 불편 등의 사유로 내원이 어려운 장애인에게 건강 주치의나 간호사가 방문하는 서비스인 ‘방문서비스’, ⑥ 「장애인 건강 주치의 시범사업」에 참여(일반건강관리 또는 통합관리)하는 고혈압·당뇨병 환자에게 맞춤형 검진 바우처를 제공하여 진료와 연계한 효율적인 만성질환 관리로 합병증을 예방하는 ‘맞춤형 검진 바우처 제공’ 등으로 구성된다.

이 중, 방문진료의 경우 내원이 어려운 장애인을 대상으로 건강 주치의가 방문하여 환자평가, 교육·상담 및 간단한 검사·처치, 처방 등을 제공

하는 ‘방문진료’와, 건강 주치의가 수립한 포괄평가 및 관리계획에 따라 간호사가 방문하여 기본 간호, 간단한 처치 등을 제공하는 ‘방문간호’로 구성된다. 방문서비스는 참여 신청이 이루어진 의료기관에서 제공하며, 방문진료 또는 방문간호를 단독으로 제공하거나 방문진료와 방문간호를 동시에 제공하는 것이 가능하다. 방문간호를 제공하는 간호사는 의료기관(보건기관 포함) 근무경력이 2년(24개월) 이상인 간호사 또는 가정전문간호사로 건강 주치의가 소속된 동일 의료기관에 근무하며, 장애인 건강 주치의의 시범사업 관련 교육과정을 이수한 자가 제공하도록 되어 있다.

〈표 2-26〉 장애인 건강주치의 시범사업(4단계)

추진 배경	· 장애인의 의료 지원 욕구 증가에 따른 건강주치의 제도 중요성 증대
사업 목적	· 장애인의 필수적 의료서비스 이용의 접근성 향상 · 장애인이 거주지역에서 1인 의사에게 지속적, 포괄적 건강관리를 받을 수 있도록 하여 장애인 건강지표를 개선(예방을 통한 이환 방지)
법적 근거	· 「장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률」 제16조(장애인 건강 주치의) · 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업) · 「국민건강보험법」 제41조 5(방문요양급여)
개념도	〈장애인 건강 주치의 운영모형〉 <pre>graph TD A[장애인] -- 신청 --> B[] A -- 선택 --> B subgraph Box [] B1[일반건강관리 건강 주치의] B2[주장애관리 건강 주치의] B3[통합관리 건강 주치의] B1 --- B4[전반적 건강관리] B2 --- B5[전문적 장애 관리] B3 --- B6[일반건강관리 + 주장애관리 통합 제공] end B --> C[장애인 건강 주치의 진료 영역 외의 진료] C --> B</pre>
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 시범사업 참여기관, 공단
사업 대상 구분	· 법률에 근거한 중증 장애인 또는 경증장애인
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· (건강 주치의) 시범사업 참여 신청을 통해 건강주치의로 등록된 의사 - 일반건강관리: 전문과목에 관계 없음 - 주장애관리 및 통합관리: 해당 장애 진단 전문의에 한정

서비스 내용	구분	일반건강관리	주장애관리	통합관리
	대상자	모든 장애유형별 중증·경증장애인	지체·뇌병변·시각· 지적·정신·자폐성 장애 중증장애인	지체·뇌병변·시각· 지적·정신·자폐성 장애 중증장애인
	관리범위	만성질환 등 전반적 건강관리	전문적 장애 관리	일반건강관리와 주장애관리
	대상기관	의원	의원·병원· 정신병원·종합병원· 일부 상급종합병원* (요양병원 제외)	의원
	주치의	의사	주장애 유형별 전문의	주장애 유형별 전문의
	서비스	포괄평가 및 계획수립	포괄평가 및 계획수립	포괄평가 및 계획수립
		중간점검	중간점검	중간점검
		교육·상담	교육·상담	교육·상담
		환자관리	환자관리	환자관리
		방문진료,방문간호	방문진료,방문간호	방문진료,방문간호
		검진바우처	-	검진바우처

출처: “장애인 건강주치의 4단계 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2024c를 참고하여 저자가 재구성.

4. 중증소아 재택의료 시범사업¹⁶⁾

이 사업의 목적은 가정에 있는 중증소아 청소년 환자에게 통합적 의료 서비스를 제공하고, 지속적이고 포괄적인 의료서비스를 가정에서 제공할 수 있도록 역량을 강화하는 것이다.

사업 대상은 시범기관의 만 18세 이하 환자 중 의사의 판단에 따라 일정 수준의 재택의료 요구가 있는 환자(연령 기준 18세 미만의 거동이 불편한 중증소아 환자)이다.

16) 건강보험심사평가원. (2023e). 중증소아 재택의료 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

참여 가능한 기관은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 의료기관과 공공보건의료에 관한 법률 제14조에 따른 어린이공공전문진료센터 중 시범사업을 신청한 기관이다.

서비스 제공인력은 의사(전문의 1인), 간호사(2인)를 필수로 포함하는 재택의료팀으로 구성되며, 선택 인력으로 물리치료사, 작업치료사, 영양사, 약사 등이 포함될 수 있다. 제공인력의 자격 요건은 의사의 경우 전문의 자격을 갖추어야 하고, 간호사 1은 종합병원급 이상의 의료기관에서 소아청소년 분야 임상 2년 이상 및 가정전문간호사 자격을 갖추어야 하며, 간호사 2는 가정방문간호사 1인 및 코디네이터 1인 이상이어야 한다. 선택 인력에 대해서는 별도의 자격 요건이 없다.

서비스 제공 내용은 직역별 교육내용 분담, 진료, 간호, 재활, 교육상담 등 상시적인 환자 관리를 포함하며, 진료와 간호뿐만 아니라 다양한 재활 및 교육상담 서비스를 제공한다.

〈표 2-27〉 중증소아 재택의료 시범사업

추진 배경	· 중증소아 환자의 통합적 의료제공에 대한 수요 증가
사업 목적	· 가정에 있는 중증소아 청소년 환자에게 통합적 의료서비스 제공 · 지속적이고 포괄적인 의료서비스를 가정에서 제공할 수 있도록 역량 강화
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조, 국민건강보험법 제41조5
개념도	<pre>graph LR A[퇴원 환자] --> C[재택 의료팀 의뢰] B[재택 환자] --> C C --> D[초기 평가 및 재택 의료 계획] D --> E[재택의료 관리계획서비스] D --> F[교육상담] E --> G[재택 의료서비스] G --> H[방문진료] G --> I[방문간호] G --> J[방문재활] G --> K[방문교육·상담] F --> K K --> L[정검 평가] M[상시적 환자관리 서비스 (전화상담, 환자상태 점검, 조정 등)] --> L</pre>
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 공단, 자문기구, 시범기관

70 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

사업 대상 구분	·연령(18세 미만), 건강 상태(거동 불편자)
사업 대상 (기관 및 의료인력)	·의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 따른 의료기관 & 공공보건의료에 관한 법률 제14조에 따른 어린이공공전문진료센터 중 시범사업을 신청한 기관
사업 대상 (서비스 수혜자)	·시범기관의 만 18세 이후 환자 중 의사의 판단에 따라 일정 수준의 재택의료 요구가 있는 환자
서비스 제공인력	·재택의료팀: 의사(전문의 1인), 간호사(2인) 필수
서비스 제공인력 (자격)	·(의사) 전문의 자격 ·(간호사 1) 종합병원급 이상 의료기관 소청 분야 임상 2년, 가정전문간호사(1인) 이상 ·(간호사 2) 가정방문간호사 1인, 코디네이터 1인 이상 ·(선택 인력) 물리치료사, 작업치료사, 영양사, 약사 등 별도 자격은 없음
서비스 제공 절차	① 환자 의뢰 (퇴원·재택환자) ⇒ ② 초기평가 ⇒ ③ 재택의료 관리 계획 수립(재택의료팀) ⇒ ④ 교육·상담 실시 (의료기기, 장비, 처치, 환자관리방법 등) ⇒ ⑤ 재택의료서비스 제공 (방문진료, 방문간호, 방문재활치료, 방문교육·상담) 및 ⑥ 상시적 환자관리 (전화상담 등)
서비스 내용	·교육상담(직역별 교육내용 분담), 진료, 간호, 재활, 교육상담 등, 상시적 환자관리
서비스 내용 (수가)	·중증소아 재택의료 관리료 ·재택의료 관리계획 수립료 ·교육상담료 ·방문료 ·환자관리료
사업 기간	2019.1.1.~2024.12.31.

출처: “중증소아 재택의료 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2023e를 참고하여 저자가 재구성.

제3절 완화의료 목적 사업¹⁷⁾

서비스 유형(Mode of care)을 구분했을 때, 급성기 진료(Acute care), 일차의료(Primary care), 장기요양(Long-Term Care) 외에도 완화의료(Palliative Care)는 별도의 목적으로 구분된다. 완화의료 목적에 부합하는 시범사업으로는 ‘가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 시범사업’이 있다.

이 사업은 2015년 7월 말기암 환자의 입원형 호스피스에 대한 건강보험 적용이 실시된 것과 암관리법 시행규칙에 따른 가정형 호스피스제도 도입에 따라 추진되었다. 사업의 목적은 가정형 호스피스 수가 시범사업을 통해 적절한 급여 기준을 개발하고 검증하며, 이를 통해 본 사업의 안정적 도입 방안을 마련하는 것이다.

참여 가능한 기관은 가정형 호스피스 건강보험 수가 시범사업에 참여를 신청한 호스피스 전문기관 중 심사를 거쳐 선정된 17개 기관이다.

서비스 수혜자는 법령이 정한 호스피스 신청 절차에 따라 시범기관으로부터 가정에서 호스피스 서비스를 제공받는 말기암 환자이다.

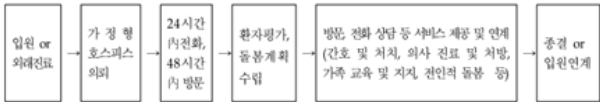
서비스 제공인력은 가정형 호스피스팀으로 구성되며, 제공되는 서비스는 호스피스 입원서비스와 차별을 두지 않고 같은 서비스를 가정에서 제공하는 것이다.

서비스 수가는 다음과 같다. 의사 방문료는 병원 기준 1,441.00점, 의원 기준 1,441.00점이며, 간호사 방문료는 병원 기준 917.75점, 의원 기준 917.75점이다. 사회복지사의 방문료는 병원 기준 579.29점, 의원 기준 579.29점이다. 교통비는 병원과 의원 모두 108.30점이다.

17) 건강보험심사평가원. (2016). 가정형 호스피스·완화의료 건강보험수가 시범사업 지침을 참고하여 작성함.

72 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

〈표 2-28〉 가정형 호스피스·완화의료 시범사업

추진 배경	· 15년 7월 말기암 환자의 입원형 호스피스의 건강보험 적용 실시 · 암관리법 시행규칙에 따른 가정형 호스피스제도 도입
사업 목적	· 가정형 호스피스 수가 시범사업 실시를 통한 적절한 급여 기준 개발, 검증 · 이를 통한 본사업 안정적 도입 방안 마련
법적 근거	· 보건의료기본법 제44조 · 암관리법
운영 주체	· 보건복지부, 심평원, 공단
사업 대상 구분	· 질환(말기암)
사업 대상 (기관 및 의료인력)	· 가정형 호스피스 건강보험 수가 시범사업에 참여를 신청한 호스피스 전문기관 중 심사를 거쳐 선정된 기관(17개)
사업 대상 (서비스 수혜자)	· 법령이 정한 호스피스 신청 절차에 따라 시범기관으로부터 가정에서 호스피스서비스를 제공받는 말기암 환자
서비스 제공인력	· 가정형 호스피스팀
서비스 제공 절차	 <pre> graph LR A[입원 or 외래진료] --> B[가정형 호스피스 외래] B --> C["24시간 내전화, 48시간 내 방문"] C --> D["환자평가, 돌봄계획 수립"] D --> E["방문 전화 상담 등 서비스 제공 및 연계 (간호 및 처치, 의사 진료 및 처방, 가족 교육 및 지지, 전인적 돌봄 등)"] E --> F["종결 or 입원연계"] </pre>
서비스 내용	· 호스피스 입원서비스와 차별을 두지 않고 같은 서비스를 가정에서 제공
서비스 내용 (수가)	· 의사 방문료 [병원 1,441.00점/의원 1,441.00점], 간호사방문료 [병원 917.75점, 의원 917.75점, 사회복지사 [병원 579.29점, 의원 579.29점] · 교통비 [병원 108.30점, 의원 108.30점]
사업 기간	2016.3.~2017.6.

출처: “가정형 호스피스·완화의료 건강보험수가 시범사업 지침,” 건강보험심사평가원, 2016을 참고하여 저자가 재구성.

제4절 요약 및 소결

1. 요약

지금까지 살펴본 방문진료 및 재택의료 사업을 그 목적에 따라 분류하면 ❶ 퇴원 등 지역사회 복귀 지원(질환군 및 대상자별 사업), ❷ 일차의료 서비스 제공, 중증소아 및 노인·노인성 질환자 대상 장기요양 및 의료 서비스 제공(일차의료 및 장기요양 목적 사업), ❸ 임종 지원(완화의료 목적 사업)으로 구분할 수 있다.

[그림 2-1] 현행 방문진료 및 재택의료 사업의 목적 및 기능

세부 내용	의료의 목적	기능	
		진료	간호 등
복막투석 환자 재택관리 시범사업	퇴원 등 지역사회 복귀 지원	X	○ (비대면 건강관리)
1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업			
가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업			
심장질환자 재택의료 시범사업			
재활환자 재택의료 시범사업			
결핵환자 재택의료 시범사업			
암(장루) 재택의료 시범사업			
암(요루) 재택의료 시범사업		○	○ (재활 등)
재활의료기관 수가 시범사업(3단계)			
일차의료 방문진료 수가 시범사업	일차의료 서비스 제공	○	X
장애인 건강주치의 시범사업		○	○
장기요양 재택의료센터 시범사업	노인장기요양+의료	○	○
중증소아 재택의료 시범사업	소아장기요양+의료	○	○
가정형 호스피스·완화의료 시범사업	임종 지원	○	○

출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

(① 질환군 및 대상자별 지원 사업) 퇴원 등 지역사회 복귀를 지원하기 위한 사업은 주로 비대면으로 이루어지는 환자 건강관리 서비스가 주를 이루었다. 다만 재활의료기관 수가 시범사업^(3단계)의 일환으로 설계된 방문재활 서비스는 다른 질환군별 재택의료 사업과 달리 의료인 및 재활서비스 제공자가 직접 거동이 불편한 환자의 자택에 방문하는 서비스를 포함하고 있었다. 해당 사업은 아급성 재활의료기관 서비스 제공체계 구축을 위한 시범사업의 일환으로 기획되었기 때문에, 기존 재택의료 서비스 사업과는 맥락이 조금 다르다. 재활서비스는 일정 기간 이상의 지속적인 의료적 개입을 통해 기능을 최대한 개선시켜야 한다는 특징이 있다. 따라서 재활의료기관으로 지정된 의료기관에는 급성기 의료기관의 입원료 차감제 제약을 완화해 준다. 환자가 회복기에 전문적 재활을 충분히 받을 수 있도록 하기 위함이다. 최근 3단계 시범사업으로 방문재활과 관련한 수가가 신설되었는데, 의사의 방문보다는 주로 물리·작업치료사가 환자를 방문하여 재활서비스를 제공하는 내용을 담고 있다.

(② 일차의료 및 장기요양 목적 사업) 일차의료 서비스를 제공하기 위한 사업은 크게 ① ‘일차의료 방문진료 시범사업(건강보험)’과 ② ‘장기요양 재택의료 센터 시범사업(장기요양보험)’으로 구분된다. 다만 두 제도는 제도 및 재원의 역할을 구분하는 것이 모호하다. 장기요양보험제도의 시범사업으로 재택의료센터가 신설되었는데 의사가 방문하는 방문진료에 대한 비용은 건강보험에서 부담하고, 그 외 간호사가 방문하는 서비스 등에 대해서는 장기요양보험이 부담한다. 그러다 보니 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’은 세 가지 문제점이 발견된다. 첫째, 두 제도의 역할 정립이 모호하다는 점, 둘째, 방문진료와 방문간호의 본인부담 수준의 차이로 제도 이용자의 혼란이 있을 수 있다는 점,¹⁸⁾ 셋째, 해당 사업은 장기요

18) 장기요양 재택의료센터 시범사업의 경우 의사의 방문진료는 건강보험의 본인부담 기준

양의 재가급여 상한이 적용되지 않아 제도의 정규 사업화 시 혼란을 초래할 수 있다는 점이다. 방문진료체계, 더 나아가 재택의료 서비스 제공체계를 포괄적으로 정리해 나가는 데 있어 두 사업의 관계를 적절히 규정하는 것이 시급하다. 한편, 장애인을 대상으로 하는 주치의 시범사업 또한 일상생활을 영위하고 있는 거동 불편자의 일차의료 서비스 접근성을 높이는 것을 목적으로 한다.

㉓ 완화의료 목적 사업 마지막으로 생애말기 돌봄서비스를 제공하기 위한 재택의료 서비스 제공체계로는 가정형 호스피스 사업이 있다. 우리나라 생애말기 돌봄은 갈 길이 멀다. 우리나라는 「호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(연명의료결정법)」에서 생애 말기 환자의 존엄과 가치를 우선하고 환자의 자기결정권을 보장하기 위한 제도를 명시하고 있다. 호스피스·완화의료 사업은 해당 법률에 근거해 운영되고 있으며, 암, 후천성면역결핍증, 만성호흡부전, 만성 간경화 환자만을 대상으로 한다. 가정형 호스피스의 경우 말기암환자를 중심으로 서비스가 제공되는데 그 대상자가 임종환자 전체에 비해 턱없이 적은 상황이다. 방문진료와 재택의료 서비스를 제도화하는 과정에 자신의 거주 공간에서 임종을 맞이하고자 하는 환자들에 대한 특수한 의료서비스 및 돌봄을 제공하고자 하는 노력이 꼭 필요하겠다.

지금까지 살펴본 사업을 ① 의료서비스의 형태(Mode)와 ② 의료서비스의 주 목적(Primary Purpose)을 중심으로 구분하였다.

(30%)을, 간호사의 방문간호는 장기요양보험의 본인부담 기준(15%)을 따름.

[그림 2-2] 현행 사업의 형태와 목적에 따른 분류

		Mode of Care			
		Hospital Based			Patient Based
		Ambulatory (Outpatient)	Inpatient	Day Care	Home-based
Primary Purpose of Care	Primary	-	-	-	일차의료 방문진료 수가 시범사업 + 장애인 주치의
	Acute	-	-	-	질환별 재택의료 시범사업 + 재활의료기관 수가 시범사업 3단계
	Sub-Acute	-	-	-	
	Long-Term	-	-	-	장기요양 재택의료센터 시범사업 + 중증소아 재택의료 시범사업(의료필요 高)
	Palliative				가정형 호스피스 완화의료 시범사업
환자 관리 영역					
치료 후 연속선상 영역					
특수 영역					

출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

(① Mode of care) 먼저 의료서비스의 형태를 기준으로 살펴보면, 지금까지 소개한 모든 사업은 환자가 거주하거나 머물고 있는 공간에 의료 서비스 제공자가 직접 찾아가거나, 환자의 이동이 없이 원격으로 서비스를 제공한다는 점에서 모두 Home-based로 분류할 수 있다.

(② Primary Purpose of care) 한편, 각 사업은 도입·운영 목적이 다양했다. 건강보험의 일차의료 방문진료 수가 시범사업, 장애인 주치의 시범사업은 일상생활을 영위하고 있는 환자 중 거동이 불편한 상황에 놓인 분께 의료서비스를 제공해 일차의료의 접근성을 높이는 것을 목적으로

운영되고 있다. 한편 질환별 재택의료 시범사업은 급성기 의료서비스를 제공받은 대상자가 지역사회에 효과적으로 복귀할 수 있도록 지원하는 것을 주된 목적으로 하고 있었다. 마지막으로 장기요양 재택의료센터 시범사업과 중증소아 재택의료 시범사업은 환자의 장기적 돌봄 제공을 목적으로 서비스를 제공하고 있었다. 다만, 중증소아 재택의료 시범사업 대상자인 중증소아의 경우 고난이도·자본집약적 의료서비스가 지속해서 제공되어야 하는 대상자로 돌봄보다는 의료서비스를 제공해야 하는 목적이 뚜렷한 대상자에게 서비스를 제공하고 있다. 반면, 장기요양 재택의료센터 시범사업의 경우 노인과 노인성 질환을 가지고 있는 사람 중 장기요양 등급을 판정받은 대상자에게 간단한 의료서비스를 제공하는 것을 목적으로 운영되고 있었다.

이는 고령화와 더불어 거동이 불편한 환자가 증가하는 우리나라 상황을 반영한다. 일차의료부터 급성기, 아급성기, 장기요양 및 돌봄, 완화의료에 이르기까지 의료 필요도는 다각화되고 있는 한편, 거동이 불편한 환자는 꾸준히 증가한다. 기존의 외래와 입원 방식으로는 해결되지 않는 의료서비스 필요가 생긴다. 그러다 보니 재원을 가리지 않고 자연스레 다양한 사업이 제안되고 시범적으로 도입된다. 새롭게 제안된 다양한 사업은 기존의 제도와 상호작용하기도 때때로 부딪히기도 한다.

본 연구에서는 크게 다루지 않았으나 방문진료와 재택의료의 제도화에 있어 중추적인 역할을 할 것은 바로 가정간호 및 방문간호이다. 우리나라는 의료기관에서 환자를 방문해 간호를 제공하는 ‘가정간호’ 제도와 장기요양 서비스 중 하나로 제공되는 ‘방문간호’ 제도를 갖추고 있다. ‘가정간호’는 석사 이상의 간호사가 취득할 수 있는 가정전문간호사가 2인 이상 상근 직원으로 있는 의료기관이 사업에 참여해 거동이 불편한 환자에게 전문적 간호서비스를 제공하는 제도다. 반면, 장기요양의 방문간호는 간

호사뿐 아니라 간호조무사가 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문해 간호를 제공하는 장기요양 급여다. 방문간호는 원칙적으로 의료기관이 아닌 장기요양기관이 담당한다. 이렇듯 가정을 방문해 간호서비스를 제공하는 제도만 해도 의료 영역과 장기요양 영역에 차이가 있으며 이 같은 차이는 의료 현장의 방문진료 및 재택의료 서비스 제공의 한계로 이어진다.

일차의료 목적으로 환자를 방문해 진료를 제공하고자 하는 의원의 경우 환자를 지속적으로 관리하기 위해 간호사의 방문이 필요한데, 의료기관은 가정전문간호사 2인 이상을 상근으로 고용해야 가정간호 서비스를 제공할 수 있는 자격이 주어지니, 현실적으로 해당 사업을 운용하기 어렵다. 한편 장기요양의 방문간호의 경우는 실제 의료적 필요도가 높은 사람에 대해 전문적 간호 처치가 어렵다는 점에서 한계가 있다. 그러다 보니 자연스레 장기요양보험의 재택의료센터 시범사업은 의료적 필요도가 높은 대상자보다는 상대적으로 양호한 대상자에게 제공될 개연성이 높다.

2. 소결

우리나라 방문진료 및 재택의료 사업이 운영되고 있는 현황을 검토한 결과 크게 세 가지 문제점을 발견할 수 있었다.

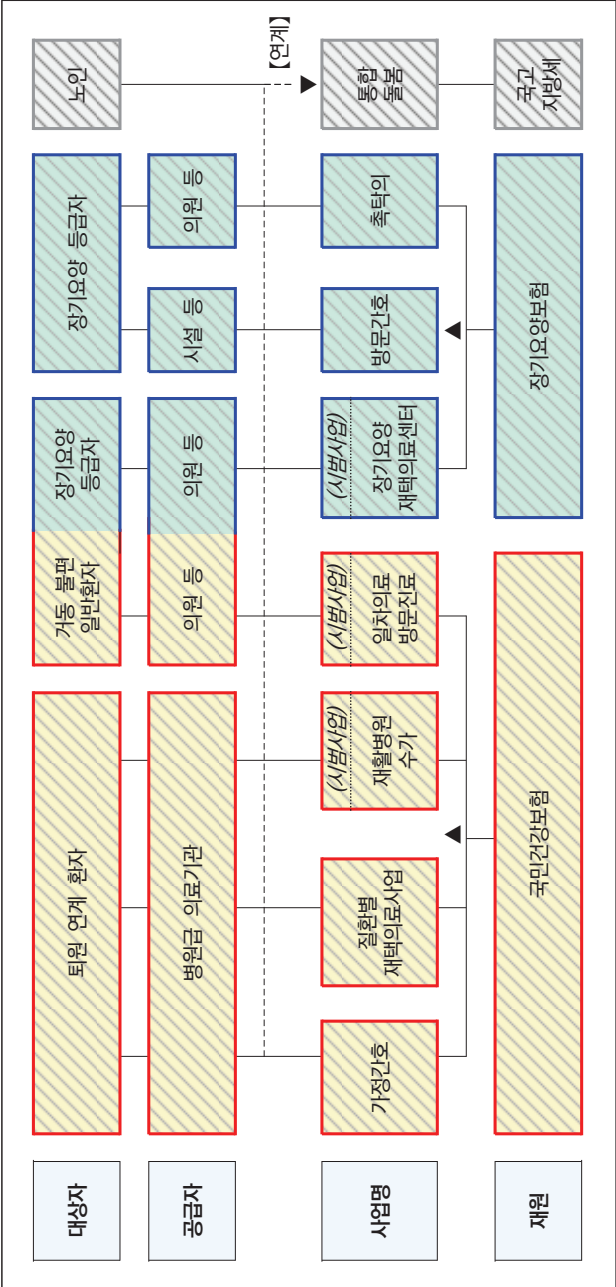
첫째, 지금까지의 방문진료·재택의료 사업은 각기 다른 정책적 환경에서 산발적으로 추진됨에 따라 용어가 혼재하고 개념 정립이 충분히 이루어져 있지 않다. 가령 의사가 방문하는 ‘일차의료 방문진료 시범사업’, 의료기관의 간호사가 방문하는 ‘의료기관 가정간호’, 장기요양보험의 ‘방문간호’, 의료기관에서 특정 질환자를 대상으로 원격 환자관리를 수행하는 사업, 각 지자체에서 추진하는 관련 사업 등 ‘재택의료’를 둘러싼 사업들

이 산개되어 있고, 용어가 혼재되어 있으며, 우리나라의 제도 현황에 맞는 “재택의료”의 개념 정립이 이루어져 있지 않은 실정이다. 이는 재택의료의 범주가 너무 넓고, 해당 사업의 종류가, 다양한 의료적 필요도에 따라 난립한 결과다. 따라서 우리나라만의 재택医료를 어떻게 개념화할 것인지에 대한 사회적 논의가 필요하다. 더불어 재택의료 서비스 제공을 위한 다양한 사업을 체계적으로 관리하기 위한 정부의 노력이 필수적이다.

둘째, 재택의료 제공체계가 포괄할 수 있는 국민의 의료 필요도 한정적이었다. 이는 지금까지 의료서비스 제공자를 중심으로 의료서비스 제공체계를 구축하였기 때문에, 그 결과 사각지대가 여전히 있을 수 있다는 것을 의미한다. 따라서 환자 중심(people centered) 의료체계 구축의 일환으로 국민을 중심에 두고 재택의료 서비스 제공체계를 제도화하는 노력이 필요하다. 특히 거동이 불편하지도 않은 환자가 재택의료 서비스를 남용하지 않도록 하면서, 동시에 재택의료 및 방문진료 서비스가 필요한 거동 불편자에 대한 다차원적 의료 필요도를 채워줄 수 있는 포괄적 재택의료 서비스 및 방문진료 제공체계 구축 논의가 필요한 시점이다.

마지막으로, 우리나라 방문진료 및 재택의료 제공체계를 둘러싼 제도의 경직적 환경의 개선이 필요하다. 지금까지 우리나라 의료체계는 의료기관 중심(입원, 외래 등)의 경직된 의료서비스 제공체계 구축에 집중했다. 고령화 등으로 필요도가 급격히 증가하고 있는 재택의료 등 새로운 형태의 서비스 제공체계에 맞는 새로운 보상체계, 서비스 제공 모형 등에 관한 논의가 여전히 미흡하다. 거동 불편 환자가 자신이 기거하는 장소에서 자신에게 필요한 의료적 필요를 충족할 수 있도록 지원하는 새로운 방문진료체계를 구상하기 위해서는 건강보험과 장기요양보험제도의 역할과 기능을 명료하게 구분하고 더불어 적극적으로 상호 협력을 해나가는 것이 필요하다.

[그림 2-3] 다양한 재택의료 관련 사업 현황



출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

해외 사례와 시사점

제1절 일본

제2절 미국

제3절 시사점

제3장 해외 사례와 시사점

제1절 일본

1. 재택의료의 개념

일본에서 재택의료는 “의료를 받는 사람의 거택(居宅) 등’에서 제공되는 보건의료서비스”를 말한다. ‘의료를 받는 사람의 거택 등’은 의료기관 등에 입원하지 않고 자택 등에 머물면서 받는 것을 강조한다. 여기서 말하는 ‘재택(在宅)’은 가정이나 가정을 중심으로 하여 시설 등을 이용하는 경우를 포함한다는 점에서 ‘거택’ 또는 ‘자택(自宅)’보다는 포괄적이다(니키류, 2018).

재택의료의 주된 서비스는 ‘방문진료’와 ‘방문간호’다. 그 외에도, 방문치과진료, 방문치과위생지도, 방문약제관리, 방문재활, 방문영양식사지도 등이 포함된다(厚生労働省, 2024a, p.1). 이러한 서비스들은 다양한 의료인력 및 의료종사자에 의해서 제공되지만, 기본적으로는 의사의 초기 판단으로 제공됨을 원칙으로 한다.

좋다. ‘재택의료’는 의사의 ‘방문진료’와 간호사의 ‘방문간호’가 핵심이다. 이들 서비스가 원활히 제공되는 체제가 사회적으로 갖춰져야 노년층이 집에 머물면서 생을 누릴 수 있다(Aging in Place).

일본에서 재택의료는 ‘지역포괄케어’ 시스템 속에서 추진되고 있다. ‘지역포괄케어’ 시스템은 고령자가 질병 및 장애 유무와 무관하게, 익숙한 지역에서 자신에게 맞는 생활을 계속할 수 있도록 의료와 간호·복지 등의 서비스를 연계하여 포괄적으로 제공하는 시스템을 지칭한다(니키류, 2018). 재택의료는 의료기관이나 시설에서 받는 입원의료나 외래의료, 간호서비스, 복지서비스와 상호 보완관계에 있게 된다. 재택의료는 고령 환자를 중심으로 그들의 일상생활을 지원하는 의료라는 점에서 지역포괄케어 시스템의 핵심이다.

나. ‘의료 계획’ 및 ‘지역의료 구상’에서의 재택의료

2014년에 발표된 ‘지역의료 구상’에서는 고령화가 심화되면서 복수의 만성질환을 갖고 허약 상태에 있는 인구층이 급속도로 늘고 있어, 이로 인해 재택의료의 수요가 크게 증가할 것이라고 전망했다. ‘지역의료 구상’은 병상 기능의 분화와 연계를 전제로 하므로, 이에 대응한 제공체제를 도도부현·시정촌, 관계 단체 등이 함께 구축해 가야 한다. ‘의료 계획’, ‘도도부현 개호보험사업지원계획’, ‘시정촌 개호보험사업계획’ 등 개별 분야에서 정해지는 계획과 운영 방향이 상호 연계되어야 재택의료와 간호를 중심으로 한 지역포괄케어 시스템도 구축할 수 있다(厚生労働省, 2022, p.4).

2. 재택의료의 내용

가. 방문진료

1) 방문진료와 왕진의 구분

의사가 방문해서 의료행위를 하는 재택의료를 일본에서는 정기성 여부에 따라 ‘방문진료’와 ‘왕진’으로 구분하며, 이 둘의 수가도 다르다. ‘방문진료’는 의사가 통원이 어려운 환자의 병력, 질병 및 건강 상태, 가족의 간호 능력, 경제적 상황 등을 고려하여 환자의 동의하에 일정 기간의 진료계획을 수립하고, 정기적으로 방문하여 진료, 처치, 처방, 상담, 지도 등을 하는 것이 다. 이에 반해, ‘왕진’은 계획된 방문이 아니고 환자나 가족 등의 요청에 따라 의사가 필요하다고 판단해서 환자의 자택을 방문하여 진료 및 처치, 처방 등을 하는 것이다.

2) 방문진료 기관

재택의료는 일반 진료소와 병원이 제공할 수도 있고, 재택요양지원진료소나 재택요양지원병원으로 지정된 의료기관이 제공할 수도 있다. 후자는 의료보험법에 따라 재택의료에 필요한 시설 체계를 갖춘 것으로 인정된 기관으로 일반 진료소/병원보다 수가를 가산한다. 2012년부터는 상근 인력, 재택의료 실적 등 일정 요건을 충족하고, 후생노동대신(장관)의 승인을 받은 의료기관은 ‘기능강화형’ 재택요양진료소/병원으로 인정하여 추가 가산을 적용하고 있다. 기능강화형 재택요양지원진료소/병원에는 단독형과 연계형이 있으며, 단독형은 단독으로 왕진 및 방문진료를 제공하는 기관이고, 연계형은 여러 진료소 혹은 200명상 미만의 병원과 연계하여 재택의료를 제공하는 유형이다(厚生労働省, 2024b, p.20).

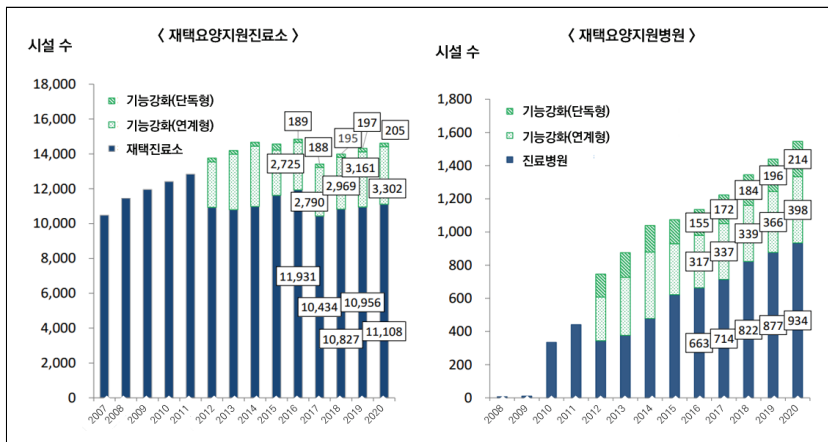
〈표 3-1〉 재택요양지원진료소/병원의 시설 기준

구분		시설 기준	
재택 요양 지원 진료소/ 병원	진료소	① 24시간 연락 체제 확보 ② 24시간 왕진 체제 ③ 24시간 방문간호 체제 ④ 긴급 시 입원 체제 ⑤ 연계하는 의료기관 등에 정보 제공 ⑥ 연 1회, 임종간호의 수 등을 보고 ⑦ 적절한 의사결정 지원에 관한 지침의 작성 ⑧ 방문 영양식 지도를 할 수 있는 체제의 정비 (2024년 신규) ⑨ 개호보험시설로부터 요청이 있으면, 협력의료기관이 되는 것이 바람직함(2024년 신규)	
	병원	위의 ①부터 ⑨ 외에, (1) 허가 병상 200병상(의료자원이 적은 지역의 보험 의료기관은 280병상) 미만일 것 또는 해당 병원을 중심으로 한 반경 4km 이내에 진료소가 존재하지 않을 것 (2) 왕진을 담당하는 의사는 당해 병원의 당직 체제를 담당하는 의사와는 다를 것	
가능강화형 재택요양지원 진료소/병원		위의 기준 외에, 추가적으로 필요한 시설 기준	
		단독형	연계형
		· 재택의료를 담당하는 상근 의사 3명 이상 · 지난 1년간 긴급 왕진 실적 10건 이상 · 지난 1년간 방문간호 실적 또는 15세 미만의 아동 의료관리 실적 4건 이상	· 연계를 통한 재택의료를 담당하는 상근 의사 3명 이상 · 연계 의료기관과 함께 지난 1년간 긴급 왕진 실적 10건 이상, 지정 대상 병원은 4건 이상 · 지난 1년간 방문간호 실적 4건 이상 · 연계 의료기관과 함께 재택의료 2건 이상 또는 15세 미만의 아동에 대한 재택의료 실적 2건 이상
		지역에서 24시간 체제의 재택의료 제공에 관한 적극적인 역할을 담당하는 것이 바람직함	
		매년 5월부터 7월까지의 방문진료 횟수가 일정 회수를 넘는 경우에는, 다음 해의 1월부터 재택 데이터 제출 가산에 관한 신고를 할 것	

출처: “令和6年度診療報酬改定の概要【在宅（在宅医療、訪問看護）】,” 厚生労働省, 2024b, 令和6年度診療報酬改定説明会, p.20을 참고하여 저자가 재구성.

재택요양지원진료소는 2016년까지 증가하는 추세였으나, 2017년에 감소한 뒤, 다시 소폭 증가하는 추세다. 2020년의 재택요양지원진료소의 수는 총 14,615개이었다. 이 중 기능강화 단독형은 205개, 기능강화 연계형은 3,302개로, 기능강화형의 대부분을 연계형이 차지하고 있다. 재택요양지원병원은 기능강화형이 도입된 2012년 이후 꾸준히 증가하는 추세다. 2020년의 재택요양지원병원 수는 총 1,546개이었다. 이 중 기능강화 단독형은 214개, 기능강화 연계형은 398개이다. 재택요양지원진료소와 마찬가지로, 재택요양지원병원 기능강화형은 단독형보다 연계형 기관이 더 많다(厚生労働省, 2022, p.18).

[그림 3-2] 재택요양진료소 및 재택요양지원병원 시설 수 추이



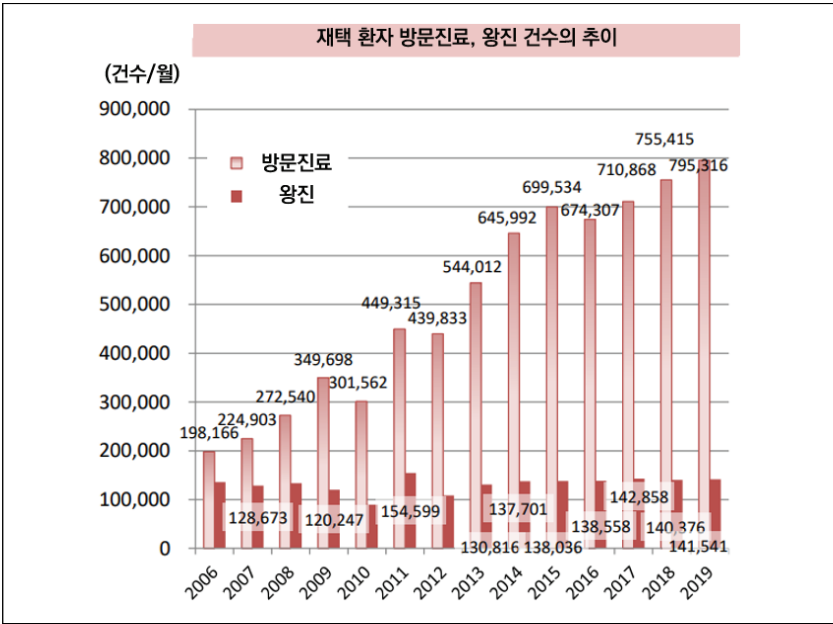
출처: “在宅医療の現状について,” 厚生労働省, 2022, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>, p.18.

3) 방문진료 건수

방문진료 건수는 매년 큰 폭으로 증가하고 있다. 월별 방문진료 건수는 2015년 70.0만 건, 2016년 67.4만 건, 2017년 71.1만 건, 2018년

75.5만 건, 2019년 79.5만 건으로 2016년에 일시적으로 감소한 것을 빼고는 증가 추세를 유지했다. 한편으로, 왕진은 수시적 대응의 성격상 큰 변화 없이 월 13~14만 건 수준을 유지하고 있는 상황이다(厚生労働省, 2022, p.16).

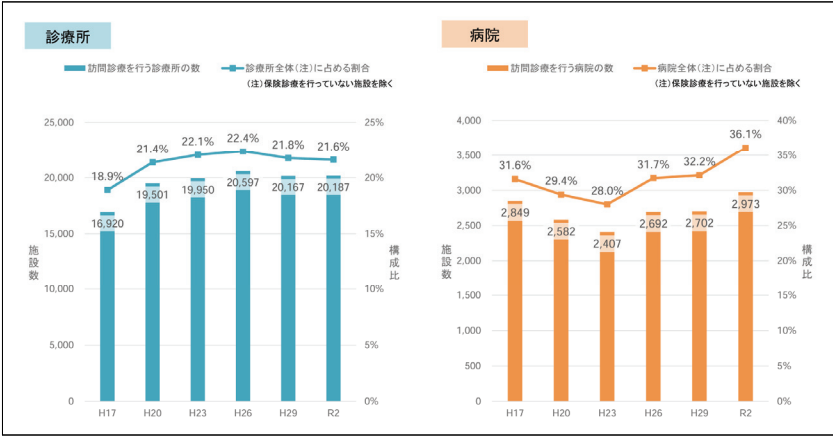
[그림 3-3] 방문진료 및 왕진 건수 추이



출처: “在宅医療の現状について,” 厚生労働省, 2022, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>, p.16.

2020년에는 전체 진료소의 21.6%, 전체 병원의 약 36.1%가 방문진료를 제공했다. 진료소의 비중은 COVID-19 발발 직전 몇 년간 정체 상태에 있었다. 반면에, 병원의 비중은 증가 추세를 보였고, 특히 COVID-19가 발발한 2020년은 전년 대비 3.9%p 증가했다(厚生労働省, 2022, p.10).

[그림 3-4] 방문진료 제공 진료소 및 병원의 추이



출처: “在宅医療におけるかかりつけ医の役割,” 江澤和彦, 2023, 令和5年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会(医療施設調査, 厚生労働省), p.10.

4) 방문진료의 의료보험 적용

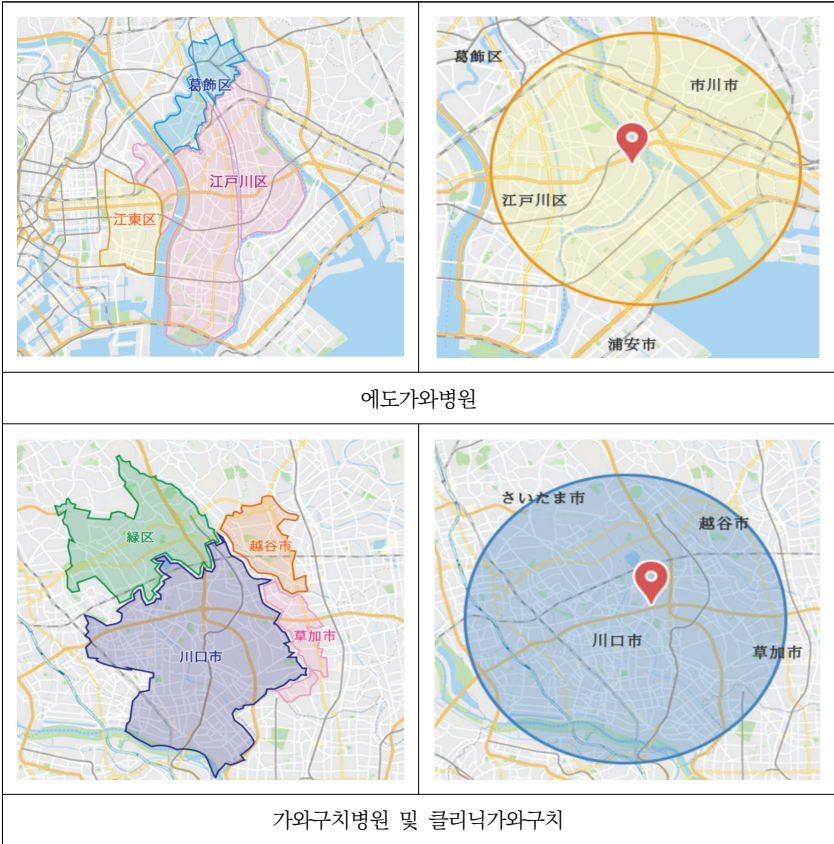
방문이 인정되는 것은 통원이 어려운 사람에 대해서다. 통원이 어려운 이유 또한 ‘질병이나 외상 혹은 고령에 의한 일상생활 동작(activities of daily living, ADL) 능력의 저하’, 또는 ‘인지증 등의 정신질환 등에 의한 장애’로 통원이 어려운 경우로 구분된다. 인근 의료기관에 자력으로 방문이 가능한 환자는 재택의료를 받더라도 자비 부담이다. 하지만 보행이 약간 가능하더라도, 계단 등의 물리적 장벽이 있거나 가까운 병원까지 거리가 있는 경우, 또는 간병인이 없는 경우에는 의료보험에 의한 재택의료의 대상이 될 수 있다. 보호자의 상황도 고려됨을 알 수 있다.

의료기관에서 반경 16km 이내에 거주하는 환자에 대한 재택의료이 원칙적으로 의료보험의 적용 대상이다. 환자가 요구해서 16km를 초과하여 재택의료를 받은 경우에는 비용을 환자가 부담해야 한다. 16km를 넘지만, 후생노동성 장관이 승인한 지역은 시간 및 거리에 따라 가산한다. 반

면에, 반경 16km 이내의 환자에게 필요한 진료에 전문적으로 대응할 수 있는 보험의료기관이 없는 경우, 있더라도 해당 의료기관이 재택의료를 하지 않는 경우, 재택의료가 필요한 중증 아동을 의학적으로 관리하여 보호해야 하는 경우, 응급의료를 요함에도 적정 의료기관을 찾지 못하는 경우에는 의료보험 적용이 가능하다(今日の臨床サポート, 2024).

실제로 의료기관마다 위치한 여건과 재택의료의 제공 여건이 다르기 때문에 설정하는 재택의료 가능 거리가 의료기관마다 다르고, 같은 의료기관에서도 왕진과 방문진료 가능 지역이 다를 수 있다. 예를 들어, 6개의 병원, 24개의 진료소와 여러 노인시설, 방문간호스테이션 등의 복합체인 TUMS그룹을 살펴보면, 도쿄의 ‘에도가와병원’은 방문진료는 도쿄도 에도가와구 전역, 가츠시카구, 고토구의 인접 지역이 가능하고, 방문간호는 병원으로부터 5km 이내에서 가능하다고 홈페이지에 공시하고 있다. 도쿄도 옆에 있는 사이타마현의 치매전문 ‘가와구치병원’은 방문진료는 가와구치시, 사이타마시, 소카시, 고시가야시의 전역이 가능하고, 방문간호는 클리닉가와구치로부터 5km 이내에서 가능하다고 홈페이지에 공시하고 있다.

[그림 3-5] 에도가와병원 및 가와구치병원/클리닉가와구치의 방문진료 및 방문간호 구역



출처: Towakal Universal Medical Services (TUMS), 2024, <https://homehealthcare.tums.jp/>.

나. 방문간호

1) 방문간호

방문간호는 질병 또는 부상으로 인해 집에서 요양을 받아야 할 환자에게 집에서 간호사 등이 요양상의 돌봄이나 필요한 진료의 보조를 제공하

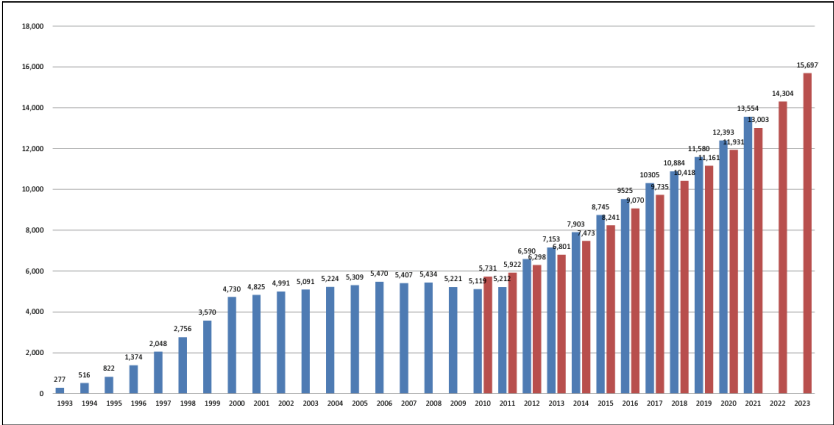
는 것이다. 서비스는 병원·진료소 또는 방문간호스테이션이 제공한다. 이용자는 연령이나 질환, 상태에 따라 의료보험 또는 개호보험의 어느 하나가 적용이 되지만, 개호보험의 급여가 의료보험의 급여에 우선한다. 요개호자 등은 말기의 악성 종양, 난병 환자, 급성 악화 등에 의한 주치의의 지시가 있었을 경우 등에 한하여 의료보험 적용 방문간호가 이루어진다.

일본에서는 1992년 노인보건법이 개정됨에 따라 노인방문간호스테이션에 속한 간호사가 ‘재택’의 와병 고령자 등을 방문해서 간호서비스를 제공하기 시작했다. 개호보험이 시작된 2000년부터는 개호보험법에 따라 ‘요개호자’ 판정을 받은 ‘재택’의 고령자가 이러한 방문간호 서비스를 개호보험 급여로서 받게 되었다. 1990년대에 의료보험을 중심으로 확대되던 방문간호가 이제는 2000년대 이후 개호보험을 주된 재원으로 하는 제도로 바뀐 것을 알 수 있다. 와상 고령자의 입장에서는 가정에서 방문간호 서비스를 받을 수 있게 됨에 따라 질병의 치료에 있어서도 ‘삶의 질’을 고려한 선택이 가능해졌다. 일상생활 동작 능력을 회복하거나 유지하면서, 평소 익숙한 지역사회나 가정에서 가족이나 주변의 지원을 받아 요양을 할 수 있게 된 것이다.

2) 방문간호 사업소(방문간호스테이션)

방문간호스테이션은 2023년 4월 현재 15,697개소다. 방문간호사업소의 수는 의료보험과 개호보험 두 제도 모두 빠르게 증가하여 2019년에는 청구사업소 수가 1만 개소를 넘어섰다. 다만, 개호보험을 산정하는 병원·진료소는 감소하고 있다.

[그림 3-6] 방문간호사업소의 추이: 개호보험 및 의료보험



주: 파란색:1993년~1999년 방문간호 실태조사(후생노동성 통계정보부). 2000년~2020년 개호 서비스시설·사업소조사(후생노동성 통계정보부)

빨간색: 2010년~2023년 방문간호스테이션전수조사(전국방문간호사업협회)

출처: “令和5年訪問看護ステーション数調査,” 全国訪問看護事業協会, p.2.

방문간호스테이션의 종사자 수(재활 직원·사무직 등 포함)는 2022년 10월 1일 현재 160,706명(상근 환산 115,338명)이고, 그 중 방문간호사(보건사, 조산사, 간호사, 준간호사)는 110,091명(상근 환산 81,638명)이다. 방문간호스테이션당 종사자 수를 보면, 전체 종사자 11.2명(상근 환산 8.1명), 방문간호사 7.7명(상근 환산 5.7명)이다(厚生労働省統計情報部, 2022, 令和4年介護サービス施設・事業所調査).

방문간호스테이션의 주된 설립 주체는 의료법인에서 영리법인으로 바뀌어왔다. 지금은 영리법인(주식회사 등)이 전체의 40~50%를 차지하고, 의료법인은 28%, 사회복지법인은 8%이며, 의사회·간호협회 등의 사단법인이나 재단법인, 지자체 등이 각각 3% 미만에 불과하다(社保審・介護給付費分科会, 2020).

〈표 3-2〉 방문간호 기관의 기준

기준 항목		지정방문간호스테이션	병원 또는 진료소인 지정방문간호사업소 (개호보험만)
인원 기준	간호사 등	· 보건사, 간호사 또는 준간호사(간호 직원)는 상근 환산으로 2.5 이상이고, 그 중 한 명은 상근 · 물리치료사, 작업치료사 또는 언어청 각사: 지정방문간호스테이션의 실정 에 맞는 적당 수	· 지정방문간호 제공에 해당 하는 간호직원 적당 수
	관리자	· 전업 및 상근의 보건사 또는 간호사 로서, 적절한 지정방문간호를 제공하 는 데 필요한 지식 및 기술을 가진 사람	
설비 기준		· 사업 운영을 위해 필요한 면적의 전 용 사무실 · 지정방문간호의 제공에 필요한 설비 및 비품 등	· 사업 운영을 위해 필요한 면적의 사업 전용 구획 · 지정방문간호의 제공에 필 요한 설비 및 비품

출처: “訪問看護,” 社保審 - 介護給付費分科会, 2020, 제182회 (2020.08.19), p.2.

3. 재택의료의 거버넌스 및 제공체계

의료와 개호를 모두 필요로 하는 고령자는 익숙한 지역에서 자신의 생
활을 계속할 수 있도록 지역 내 의료·개호 관련 기관이 연계하여 포괄적
이고 지속적인 재택의료·개호를 제공하는 것이 중요하다. 이를 위해 일본
의 지역포괄케어는 광역자치단체·보건소의 지원 아래 기초자치단체(시구
정촌)가 중심이 되어 지역의 의사회 등과 긴밀히 연계하면서 지역의 관계
기관 연계체제를 구축하는 것을 목표로 설정하고 있다(厚生労働省, 2022,
p.14).

〈표 3-3〉 재택의료에 관한 후생노동성의 기능과 역할

- 재택의료 제공체계의 구축을 위한 기술적 지원
 - 데이터 및 정보 제공
 - 데이터북 등을 이용한 구체적인 지표 제공
 - 재택의료·개호에 관한 분석 지원 데이터의 제공
 - 재택의료에 관한 분석 지원 도구에 관한 정보 제공
 - 연수회 등의 개최
 - 재택의료에 관련된 강사 인재의 육성
 - 재택의료와 응급의료의 연계 추진
 - 의료정책 연수회 진행 (도도부현 직원 대상)
 - 지역·의료기관의 요구에 따른 지원
- 재택의료의 내실화를 위한 재정지원 등
 - ‘지역의료개호종합확보기금’을 통한 도도부현 재택의료에 관한 대처 지원
 - 재택의료에 관련된 인재 육성 및 인재 확보
 - 방문진료나 방문간호의 신규 진입을 추진하는 시책에 대한 지원
 - 의료·개호 다직종의 정보 연계 및 다수 의료기관 간 네트워크 구축 등 ICT를 이용한 의료 연계 체제 구축의 지원
 - 벽지, 원격지역 등에 재택의료 및 방문간호에 대한 지원

출처: “在宅医療の現状について,” 厚生労働省, 2022, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>, p.13.

2) 도도부현·시정촌

도도부현·시정촌은 후생노동성의 지원을 받아 재택의료의 추진에 필요한 체제를 갖추고 지역 내 재택의료 체제 정비를 한다. 자세한 내용은 〈표 3-4〉와 같다.

〈표 3-4〉 재택의료에 관한 도도부현·시정촌의 기능과 역할

○ 재택의료의 추진에 필요한 체제 - 시정촌 주도의 재택 의료·개호 연계 추진사업 등 - 광역적인 관점에서, 도도부현의 시정촌 지원 - 지역 의사회와의 연계 및 다직종 연계 체제의 구축 ○ 지역 내 재택의료 체제 정비를 위한 대처 - 도도부현 전체의 체제 정비 · 재택의료의 내실화를 위한 시정촌 지원 · 의료정책 담당 부서와 개호보험 담당 부서의 연계 추진 · 연간 일정의 책정 - 재택의료 대처 상황의 시각화(데이터 분석) · 시정촌 단위 재택의료의 상세 분석 · 시정촌 및 관계 단체 등과의 정보 공유 - 재택의료에 관한 인재의 확보 및 육성 · 의료종사자에 대한 보급·계발 사업이나 능력 향상 연수의 지원 · 다직종 연계에 관한 회의 및 연수의 지원 - 지역 주민에 관한 보급·계발 · 재택의료나 개호의 보급·계발 · 생애 마지막 단계에서, 의료·개호에 대한 의사결정 지원 관련 보급·계발

출처: “在宅医療の現状について,” 厚生労働省, 2022, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>, p.13.

3) 재택의료·개호의 연계 지원에 관한 상담 창구(시구정촌 의사회 등)
및 지역포괄지원센터

시구정촌 의사회 등 재택의료·개호 연계 지원에 관한 상담 창구와 지역 포괄지원센터는 상호 협력하여, 도도부현 및 보건소의 지원을 받아, 재택 요양을 지원하는 관계 기관 사이의 연계 체계 구축을 지원한다. 지역의료·개호 관계자의 회의 지원, 재택의료·개호 연계에 관한 상담 접수, 재택의료·개호 관계자에 대한 연수 등이다. 재택의료·개호 연계 지원에 관한 상담 창구는 시정촌 동사무소, 지역포괄지원센터 내에 설치하는 것도 가능하다(厚生労働省, 2022, p.14).

4) 재택요양을 지원하는 관계기관

재택의료를 지원하는 의료·개호 관계기관들은 상호 연계를 통해, 포괄적이고 지속적인 재택의료 및 개호가 제공되도록 하고 있는바, 여기서의 ‘재택의료 지원 관계기관’에는 다음의 기관이 포함된다(〈표 3-5〉).

〈표 3-5〉 재택의료 지원 관계기관

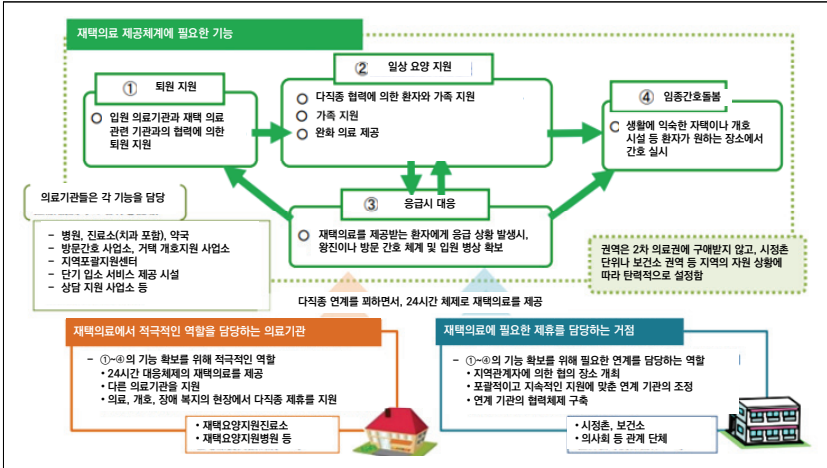
- 진료소·재택요양지원진료소·치과진료소 등(정기적인 방문진료 등의 제공)
- 병원·재택요양지원병원/진료소(유상진료소) 등(급변 시의 진료·일시적 입원의 수용)
- 방문간호사업소, 약국(의료기관과 연계하여 복약관리, 링거·욕창 처치 등의 의료처치, 임종간호돌봄 제공 등)
- 개호서비스 사업소(입욕, 배설, 식사 등의 개호의 제공)

출처: “在宅医療の現状について,” 厚生労働省, 2022, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>, p.14.

일본의 재택의료 전달체계에서 중추적인 역할을 담당하는 기관은 크게 ‘입원 의료기관’과 ‘재택의료 관련 기관’으로 나눌 수 있다. ‘입원 의료기관’에는 병원, 유상진료소 및 개호노인보건시설이 포함된다. ‘재택의료 관련 기관’에는 병원·진료소(치과 포함), 방문간호사업소, 약국, 거택개호 지원사업소, 지역포괄지원센터, 기간(基幹)상담지원센터·상담지원사업소가 포함된다.

시정촌·보건소, ‘의사회 등 관계 단체’는 재택의료 전달에 필요한 기관 간의 연계, 다직종 간의 연계를 도모하면서, 24시간 체제로 입퇴원 지원, 일상 요양 지원, 응급상황 발생 시의 대응, 임종간호돌봄 등의 기능을 제공해야 한다.

[그림 3-8] 재택의료 제공체계



출처: “在宅医療の現状について,” 厚生労働省, 2022, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>, p.12.

나. 주요 기능¹⁹⁾

‘입퇴원 지원’ 기능은 ‘입원 의료기관’과 ‘재택의료 관련 기관’을 원활히 연계함으로써 지속적인 의료체계를 확보하는 것이다. ‘입원의료기관’은 첫째, 퇴원 지원 담당자를 배치하며, ‘재택의료 관련 기관’에서 연수 및 실습을 받도록 하고, 둘째, 입원 초기부터 퇴원 후의 생활을 염두에 두고 퇴원 지원을 해야 하고, 셋째, 퇴원 지원 시에 재택의료 및 개호, 장애 복지서비스를 조정함에 있어 환자를 배려해야 하고, 넷째, 퇴원 후 환자에게 일어날 수 있는 병리적 변화를 파악하고 대응하며, 퇴원 전의 컨퍼런스, 문서 등을 통해 ‘재택의료 관련 기관’과 충분히 정보를 공유해야 한다. 이에 대응해서 ‘재택의료 관련 기관’은 첫째, 환자의 요구에 따라, 의

19) 본문의 내용은 厚生労働省老健局老人保健課(2020) 등을 참고하여 정리함.

료, 개호, 장애 복지 서비스를 포괄적으로 제공할 수 있도록 조정해야 하고, 둘째, 재택의료, 개호, 장애 복지서비스 담당자 간 정책 및 병리적 사항에 관한 정보를 공유하고 협력해야 하고, 셋째, 고령자뿐만 아니라 소아 등 다른 연령대 환자에 대한 방문진료, 방문간호, 방문약제지도 등에도 대응할 수 있는 체계를 확보해야 하고, 넷째, ‘입원 의료기관’의 퇴원 지원 담당자에게, 지역의 재택의료 및 개호, 장애 복지서비스에 관한 정보를 제공해야 한다.

‘일상의 요양 지원’ 기능은 ‘재택’의 일상생활에서 생기는 요양 필요에 대한 대응 기능이다. 환자의 질환이나 중증도에 맞추어 환자가 거주하는 지역에서 계속적·포괄적으로 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 것이다. ‘재택의료 관련 기관’은 지역포괄지원센터와 협력하여, 재택의료에 필요한 의료, 개호, 장애 복지서비스를 적절히 소개해야 한다. 여러 직종의 협동이 요구되며, 동시에 기관 간의 상호 협력을 통해 환자의 필요에 따라 의료, 개호, 장애 복지서비스를 포괄적으로 제공하는 체계를 구축해야 한다.

‘응급 시의 대응’ 기능은 환자에게 응급상황이 발생했을 때 적절히 대응할 수 있도록, ‘재택의료 담당 기관’을 연계하여 진료체계를 확보하는 것이다. 재택의료 관련 기관은 인근의 병원이나 진료소, 방문간호사업소 등 기관 간의 연계를 통해 24시간 대응할 체계를 확보해야 한다. 재택의료 관련 기관이 대응할 수 없는 때는, 환자의 증상이나 상황에 따라 입원 의료기관과 협의해 입원 병상을 확보하고, 환자의 이송은 지역의 소방관계자와 연계해서 처리한다. 재택의료 기관 지정 병원, 유상 진료소, 2차 응급의료기관 등과 연계된 의료기관(특히, 무상 진료소) 환자에게 응급상황이 발생했을 때, 입원 의료기관은 환자를 수용해야 할 의무가 있다. 환자의 중증도에 따라 대응할 수 없는 경우에는, 다른 적절한 의료기관과 연계할 체계를 구축해야 한다.

‘임종간호돌봄’ 기능은 환자에게 친숙한 집이나 개호시설 등에서, 환자가 임종간호돌봄을 받게 하는 것이다. 재택의료 관련 기관은 연명의료 단계에 있는 환자가 원하는 장소에서 간호돌봄을 받을 수 있도록, 환자에게 필요한 정보를 제공하고, 필요에 따라 개호시설 등의 임종간호돌봄을 지원해야 한다. 재택의료 관련 기관 단위에서 환자의 간호 수요에 대응할 수 없는 경우에는, 입원의료기관이 환자를 수용해야 한다.

4. 재택의료의 수가

가. 재택의료 수가의 도입 및 변천²⁰⁾

일본의 의료보험에서 재택의료 수가는 1981년 ‘왕진료’, 그리고 1984년 ‘긴급 왕진 가산’이 도입된 것까지 거슬러 올라간다. 1986년에는 ‘방문진료료’ 및 각종 ‘지도관리료’가 신설되었는데, 왕진과 같이 환자의 요구가 있을 때마다 비정기적으로 방문하는 것이 아니고, ‘정기적으로 방문’하는 가정의사의 개념이 처음 만들어졌다는 의미가 있다. 이 때문에 1986년을 ‘재택의료의 원년’으로 부르기도 한다. 이렇게 보면, 보험 재택의료의 보험 적용은 2000년의 개호보험보다 14년 앞서 시작된 것으로 볼 수 있다.

1986년 이후 재택의료는 수가 개정 때마다 새로운 점수가 만들어질 정도로 의료보험제도의 중심에 있었다. 그중에서도 1992년 신설된 ‘와상노인 재택 종합진료료’는 핵심에 해당한다. 이것이 재택의료 포괄점수의 원형이다. 그 뒤로 각종 관리료나 가산 등의 점수가 신설되었다. 1998년에는 ‘24시간 연계가산’이 신설되면서 현행 재택의료에 있어서 핵심 사고방

20) 본문의 내용은 中村哲生, (2019), 厚生労働省(2024a) 등을 참고하여 정리함.

식에 해당하는 ‘24시간 대응’에 대한 추가 보상이 이루어지게 되었다.

2000년에 도입된 개호보험은 노인에 대한 간병과 복지의 재원을 세금 대신 보험으로 마련하는 것이다. 1993년 호소카와 정권 시대에 폐안되었던 복지목적세를 사회보험으로 대체하는 것이었다. 2001년 등장한 고이즈미 준이치로 총리는 구조개혁의 일환으로 의료보험 수가를 처음으로 마이너스 개정했고, 재택의료의 점수마저도 약간 인하되게 되었다.

하지만 의료보험과 개호보험의 동시 개정이 이루어진 2006년에 ‘재택 요양지원진료소’라고 하는 새로운 개념이 생기면서 재택의료의 전달체계에 획기적인 변화를 갖게 되었다. 동시에, 재택 임종을 사회보험청(후생국)에 신고하는 것이 의무 사항이 될 정도로 죽음의 문제가 사회의 이슈로 부각되었다. 2008년의 개정에서는 ① 노인홈 같은 시설을 병원 퇴원의 수용처로 자리매김하고, ② 증상자에 대한 방문간호의 점수를 인상하며, ③ 직종 간 회의에도 점수를 인정했다.

의료보험, 개호보험, 장애보험의 세 제도에서 수가 개정이 동시에 이루어지는 해인 2024년의 의료보험 수가(2024년은 6월부터 적용)는 특히 재택의료에 있어서 ‘재택 터미널 케어’에 대한 보상을 높이고, 정기적인 방문진료에 대한 보상을 높임으로써 단골/담당 기능을 중시하고 있다.

첫째, ‘재택 터미널 케어’에 대한 보상을 강화한다. 자택에서도 고도의 의료를 제공하거나 병원 등 관련 기관과의 연계를 도모하면 높은 보상을 한다. 완화케어를 필요로 하는 심부전 또는 호흡기 질환의 말기 환자에 대한 ‘재택 마약 등 주사 지도관리료’, ‘재택 강심제 지속투여 지도관리료’, ‘재택 암환자 응급 시 의료정보 연계 가산’, ‘왕진 시 의료정보 연계 가산’, ‘왕진료 임종간호 가산’ 등이 신설되었다. ‘재택터미널 케어 가산’의 요건이 완화되어 사망일 및 사망일 전 14일 이내에 퇴원 시 공동지도를 제공한 다음에 방문진료 또는 왕진을 한 경우도 수가를 산정할 수 있

게 되었다. ‘완화케어병동 긴급입원 초기가산’의 요건이 완화되어, 퇴원 시 공동지도를 제공한 후에 왕진을 하고, 재택에서 환자를 임종간호한 경우에는 왕진료에서도 가산을 산정할 수 있게 되었다.

둘째, 단골/담당 기능을 중시함으로써, 정기적인 방문진료를 중시하는 정책의 방향성을 분명히 했다. 의사가 정기적으로 방문하여 환자의 상태 변화를 조기에 파악해서, 적절한 의료 개입으로 연결하는 것이 강조된다. 코로나19 유행 시기에 통원이 곤란한 환자에게 부정기적으로 긴급하게 왕진 대응을 하게 했던 의료시설을 정기적인 방문진료 기관으로 전환한다. 왕진료에서 ‘기타의 경우’에 해당하는 부정기, 긴급 왕진 서비스를 제공하는 의료시설에 대한 왕진료의 점수, 특히 야간휴일, 심야 점수를 다른 의료시설에 비해 낮추었다.

〈표 3-6〉 일본 재택의료 수가의 변천

연도	재택의료 수가	비고
1981	· ‘왕진료’ 시작(1984년 긴급 왕진 가산)	
1986	· ‘방문진료료’ 및 각종 ‘지도관리료’ 신설	재택의료의 원년. 개호보험보다 14년 선행
1988	· 재택경관영양지도관리료 · 자기도뇨 지도관리료 · 이학요법 지도관리료 · 치매환자 지도관리료	
1990	· 방문간호의 수가화(준간호사의 지도료도 동시에 점수화) · 재택인공호흡 지도관리료 · 약성종양 지도관리료	
1992	· ‘와상노인 재택 종합진료료’ · 재택자기동통 지도관리료 · 정보제공료 · 재택요양 지도료	재택의료 포괄점수 방식의 시작

연도	재택의료 수가	비고
1994	· 재택 시 의학 종합관리료 · 재택말기 종합진료료 · 임종돌봄 가산 · 진료소 노인의료 관리료 · 터미널 케어 가산 · 외상노인 말기 방문료	
1996	· 재택말기의료종합진료료를 노인에게도 적용 · 재택환자말기방문간호 지도료 신설 · 각종 관리료 점수의 인상	
1997	· 외상노인방문	
1998	· 외상노인 재택 종합진료료에 '24시간 연계 가산 2'(24시간 대응 방식의 시작), 재택환자 혈액자기투석 지도관리료 신설	
2000	· 재택 종합진료료에 24시간 연계 가산 추가 · 구급회송진료료, 재택 폐고혈압질환 지도관리료 신설	
2002	· 진료보수 마이너스 개정 · 재택의료에 재택 자기주사, 주사침 가산, 인공코 가산 신설	
2004	· 재활에 언어청각사 추가 · 재택 점수에 점적주사 신설	
2006	· 노인수가와 일반수가가 통합됨 · '재택요양지원진료소' 시작	재택 임종을 사회 보험청(후생국)에 의무적으로 신고
2008	· 진료보수 개정으로 ① 노인홈 등의 시설이 병원 등의 퇴원 후에 가는 곳으로 자리매김 ② 증상자에 대한 방문간호의 점수 인상 ③ 직종 간 회의에도 수가	
2018	· ① 재택의료 요구의 고도화, 다양화에 대응하기 위해 복수의 의료기관으로부터 받는 방문진료를 인정함 ② 재택의료 제공 체계의 밑단의 확대: 재택요양지원진료소가 아닌 진료소의 방문진료에 대한 수가 인상 ③ 환자의 상태에 따른 세부적 보상평가 차원에서 '포괄적 지원 가산'을 신설	
2024	· '재택 터미널 케어'에 대한 보상 강화 · 단골/담당 기능(정기적인 방문진료) 중시(부정기, 긴급 왕진료 수가 인하)	

출처: “在宅医療の歴史,” 中村哲生, 2019. <https://www.premium-dr.jp/topics/home-doctor/5c496be00ede1.html> 및 厚生労働省保険局. (2024a). 令和6年度診療報酬改定の概要.【在宅(在宅医療、訪問看護)】. 令和6年度診療報酬改定説明会.

나. 방문진료 수가²¹⁾

일본의 방문진료 수가는 ‘의과’ 진료보수점수표상의 ‘제2장 특별계시 진료료’의 ‘제2부 재택의료’에 수록되어 있다. 재택의료의 비용은 ‘제1절 재택환자 진료·지도료’, ‘제1절 제1관 재택요양 지도관리료’, ‘제1절 제2관 재택요양 지도관리 재료 가산’, ‘제3절 약제료’, ‘제4절 특정 보험의료 재료료’의 해당 항목을 합산하여 산정한다.

‘제1절 재택환자 진료·지도료’는 ‘왕진료/재택환자 방문진료료’ 및 ‘재택 시 의학 종합관리료/시설입소 시 등 의학 종합관리료’가 기본이 되고, 그 외에 환자의 상태에 따라 제공되는 의료행위나 지도, 방문간호사지시서 등의 서류 작성 등에 대한 가산이 있다.

〈표 3-7〉 일본 방문진료 수가 종합

수가 항목	점수 산정	내용
· 왕진료	720점	· 환자 또는 그 가족 등으로부터의 직접적인 요구로 왕진했을 경우 산정(초진료, 재진료, 외래 진료료 등과 동시 산정 가능) · 긴급, 야간·휴일, 심야의 왕진에 대한 가산 있음
· 재택환자 방문진료료(I) · 재택환자 방문진료료(II)	【방문진료료 1】 동일 건물 거주자 이외: 888점 동일 건물 거주자: 213점 【방문진료료 2】 동일 건물 거주자 이외: 884점 동일 건물 거주자: 187점	· 환자의 동의를 얻어, 계획적인 의학 관리하에, 정기적으로 방문해 진료했을 경우 산정 · 같은 날에 동일한 건물 내에서 방문진료를 2명 이상의 환자에게 실시했는지 여부에 따라 점수가 다름 · 재택 터미널 케어 가산, 종말간호 가산, 사망진단 가산 있음

21) 본문의 내용은 今日の臨床サポート(2024)를 중심으로 정리함.

수가 항목	점수 산정	내용
· 재택 시 의학 종합관리료 · 시설 입주 시 등 의학 종합관리료	방문진료의 횟수, 환자의 중증도 등에 따라 다름	· 특정 진료행위나 처치를 위해서 지도관리를 했을 경우 산정 · 한 환자에게 복수의 지도관리를 하는 경우, 주된 지도관리 항목에 대해서만 산정 · 동시 산정 불가 항목이 있음 · 각 지도관리에 필요한 재료를 사용한 경우 별도 산정 가능 · 재택요양 지도관리료를 산정하지 않는 지도관리에 대해서도, 요건을 충족하면 재료 가산은 산정할 수 있음
· 재택요양 지도관리료 · 재택 요양지도관리 재료 가산	관리료 각 항목(재택 산소, 재택 인공호흡, 재택 중심정맥영양, 재택 성분영양) 중 1개 항목	· 특정의 진료행위나 처치를 위해서 지도관리를 했을 경우에 산정 · 한 환자에게 복수의 지도관리를 하는 경우, 주된 지도관리 1항목에 대해서만 산정 · 동시 산정 불가의 항목이 있음 · 각 지도관리에 필요한 재료를 사용한 경우 별도 산정 가능 · 재택요양 지도관리료를 산정하지 않는 지도관리에 대해서도, 요건을 충족하면 재료가산은 산정할 수 있음
· 특정보험 의료재료료, 약제, 검사료, 처치료 등	재택환자 진료, 지도료, 재택요양 지도관리료의 포괄 범위 외인 검사나 처치를 한 경우 등에 산정	
· 기타 수가	방문간호 지시료: 300점 위생재료 등 제공 가산: 80점 특별방문간호 지시 가산: 100점 재택환자 방문 주사관리지도료: 100점 재택환자 방문간호 지도체제 충실 가산: 150점 개호직원 등 객담 흡인 등 지시료: 240점 「C009」 재택환자 방문영양식사 지도료: 점수는 단일건물 진료과의 인원수에 따라 다름 재택환자 방문욕창관리 지도료: 750점	
· 개호 수가 재가요양 관리지도비	직종에 따라 단위수, 산정 횟수의 상한이 다름	· 요지원·요개호 인정을 받은 환자에 대해서, 요양상의 지도를 하고, 케어매니저에게 정보를 공유했을 경우 산정

출처: “令和6年度診療報酬,” 今日の臨床サポート, 2024, https://clinicalsup.jp/jpoc/shinryou.aspx?File=ika_2_2%2findex.html에서 2024.08.01. 인출한 내용을 참고하여 저자가 재구성.

1) 재택환자 진료·지도료(제1절)

① ‘C000’ 왕진료 및 가산

기본 ‘왕진’ 수가는 720점으로, ‘초진료’ 288점의 2.5배에 해당한다. 환자 또는 그 가족 등으로부터의 직접적인 요구로 왕진했을 때 산정하며, 초진료, 재진료, 외래 진료료 등도 동시에 산정할 수 있다. 투약 및 주사, 의료적 처치, 검사료 등은 별도의 규정이 없으면 행위별 수가로 인정한다.

‘왕진료’에는 긴급, 야간·휴일, 심야의 왕진에 대한 가산이 붙는데, 진료소/병원의 유형에 따라, 병상의 유무에 따라 가산액이 다르다. 병상이 있으면 가산액이 높고, 재택요양지원진료소/병원이 일반 진료소/병원보다 가산액이 높다. 후생노동대신이 정하는 별도의 시설기준에 적합한 진료소/병원은 가산액이 더 높다. 긴급 왕진 가산 325~850점은 ‘후생노동대신이 별도로 정하는 시간’인 보험의료기관이 표방한 시간 내에 왕진을 제공하더라도 외래진료를 중단하고 방문한 때에 적용된다. 야간왕진 가산 405~1,700점은 오후 6시부터 오후 10시까지, 심야 왕진 가산 485~2,700점은 오후 10시부터 오전 6시까지 적용된다.

왕진에 필요한 교통비는 자가용에 따른 실제 비용 기준으로 환자가 부담한다. 단, 후생노동대신이 승인한 지역으로, 의료기관이 없는 벽지 및 가까운 의료기관에서 왕진 거리가 편도 16km를 넘는 지역은 가산할 수 있다.

〈표 3-8〉 일본 왕진 수가 및 가산 요약표

구분	별도로 후생노동대신이 정하는 환자 ¹⁾				그 외의 환자
	후생노동대신 별도 지정 재택요양지원 진료소/병원	재택요양지원 진료소/병원	일반 진료소/병원		
기본 왕진료	720점				
긴급 왕진 가산	병상(유)	850점	650점	325점	325점
	병상(무)	750점			
야간·휴일 왕진 가산	병상(유)	1,700점	1,300점	650점	405점
	병상(무)	1,500점			
심야 왕진 가산	병상(유)	2,700점	2,300점	1,300점	485점
	병상(무)	2,500점			

주: 1) ‘별도로 후생노동대신이 정하는 환자’란 다음 중 하나에 해당하는 경우임.
① 왕진을 실시하는 보험의료기관에서 과거 60일 이내에 재택환자 방문진료료 등을 산정하고 있는 환자
② 왕진을 실시하는 보험의료기관과 연계체제를 구축하고 있는 다른 보험의료기관에서, 과거 60일 이내에 재택환자 방문진료료 등을 산정하고 있는 환자
③ 왕진을 실시하는 보험의료기관의 외래에서 지속적으로 진료를 받고 있는 환자
④ 왕진을 실시하는 보험의료기관과 평시에 연계 체제를 구축하고 있는 개호보험시설 등에 입소하는 환자
출처: “令和6年度診療報酬,” 今日の臨床サポート, 2024, https://clinicalsup.jp/jpoc/shinryou.aspx?File=ika_2_2%2findex.html에서 2024.08.01. 인출한 내용을 참고하여 저자가 재구성.

② ‘C001-1’ 재택환자 방문진료료(I) 및 ‘C001-2’ 재택환자 방문 진료료(II)(1일당)

‘재택환자 방문진료료 I-1’은 통원이 어려워 자택에서 요양 중인 환자의 동의하에, 의사가 계획적인 의학적 관리를 하면서, 정기적으로 방문해서 진료한 때에 산정한다. 환자 1인당 주 3회가 원칙이나, 환자의 급성 악화 등으로 필요하다고 판단되면 월 14회까지 산정할 수 있다. 또한, 별도로 후생노동대신이 정하는 환자(말기 악성종양, 다발성 경화증, 중증 근 무력증, 아급성 척추 시신경 장애 등)는 소정 횟수를 초과하여 청구할 수 있다. 수가는 1일 888점을 산정하고, 동일 건물 거주자(동일 건물에 같은

날 진료를 받은 다른 환자가 있는 경우)에 해당하면 213점으로 줄어든다.

‘재택환자 방문진료료 I-2’는 다른 기관이(환자를 볼 수 있는 진료과의 전문의가 없는 경우 등을 이유로) 요청해서 소개받은 환자를 계획적인 의학적 관리하에 정기적으로 방문하여 진료한 때에 산정한다. 6개월을 한도로 월 1회 청구할 수 있지만, 후생노동대신이 별도로 정하는 환자에 대해서는 한도를 초과하여 청구할 수 있다. 수가는 1일 884점을 산정하고, 동일 건물 거주자에 해당하면 187점으로 줄어든다.

‘재택환자 방문진료료 II’는 ‘의료 노인홈 등’에 병설된 보험의료기관이 해당 시설에 입주하고 있는 환자를 계획적인 의학적 관리하에 정기적으로 방문하여 진료한 때에 1일 150점을 산정한다. 여기에서 ‘의료 노인홈 등’에는, ‘개호보험법’에서 규정하는 ‘소규모 다기능형 거택 개호’ 또는 ‘복합형 숙박 서비스’가 포함된다.

방문진료 수가는 일정 조건하에 가산이 산정된다. 6세 미만의 유아에 대한 가산은 400점이다. 재택의료를 받다가 사망한 환자에 대하여, 사망일 및 이전 14일 이내에 2회 이상의 왕진 또는 방문진료를 제공한 경우에는 별도의 재택 터미널 케어 가산으로 조건에 따라 3,500~6,500점이 추가된다. 진료 시간이 1시간을 초과하는 경우에는 30분 단위로 100점이 가산된다. 방문진료에서 사망진단을 한 경우에는 사망진단 가산으로 200점이 추가된다.

〈표 3-9〉 재택 터미널 케어 수가

往診料		720点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1 （1日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（1日につき）		150点
在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の往診、訪問診療又は退院時共同指導を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病	
	有床診・在支病	無床診
	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)
	機能強化型以外の在支診・在支病	
	4,500点 (4,200点)	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	その他の医療機関	
	3,500点 (3,200点)	
	+ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	
	7,500点 (7,200点)	
+ 在宅療養実績加算 1		5,250点 (4,950点)
+ 在宅療養実績加算 2		5,000点 (4,700点)

※ 1 () 内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患者で死亡診断を行った場合に算定	200点

출처: “令和6年度診療報酬改定の概要【在宅(在宅医療、訪問看護)】,” 厚生労働省, 2024b, 令和6年度診療報酬改定説明会, p.15.

③ ‘C002’ 재택 시 의학 종합관리료 및 ‘C002-2’ 시설 입거 시 의학 종합관리료(월 1회)

‘재택 시 의학 종합관리료’는 주치의 기능을 확립하고 재택요양을 도모하기 위해, 통원이 어려운 재택환자에 대해 의학적 계획을 세워 정기적으로 방문해 진료하는 때에 월 1회 산정한다. ‘시설 입주 환자 의학 종합관리료’는 유료 노인홈, 고령자용 주택, 치매대응형 공동생활 개호사업소 등의 시설에 거주하는 환자에 대하여 산정한다.

의학 종합관리료의 점수는 환자의 중증도, 병상 보유 여부, 재택의료지원진료소/병원 등의 조건에 따라 다르다. ‘재택환자 의학 종합관리료’에도 ‘기능강화형 유병상 재택요양지원진료소/재택요양지원병원 1인 거주’ 5,385점부터 ‘기타 시설 50인 거주’ 225점 등 100개의 점수가 있고, ‘시설입주 환자 의학 종합관리료’에도 ‘기능강화형 유병상 재택요양지원진

료소/재택요양지원병원 1인 거주’ 3,885점부터 ‘기타 시설 50인 거주’ 225점 등 100개의 점수가 있다. 담당 의사는 환자별로 종합적인 재택의료 계획을 작성하고, 그 내용을 환자, 가족 및 간호사에게 설명해야 하며, 재택의료 계획의 핵심 내용을 진료기록에 기록해야 한다.

의학 종합관리료 가산에는 ‘재택의료 이행 조기 가산’(재택의료로 전환한 후 3개월 이내에 월 1회 한도), ‘특별 관리 가산’(특별 관리가 필요하다고 인정하는 환자에 대해 한 달에 4회 이상 왕진 또는 방문진료를 제공한 때에 환자 1인당 1회 가산), ‘계속 진료 가산’(방문진료 의료기관이 타 의료기관과 연계하여 상시 가정 방문 실시 체제 등을 확보한 경우)이 있다.

[그림 3-9] 재택 시 의학 종합 관리료 및 시설 입주 시 등 의학 종합 관리료

	機能強化型在宅診療・在宅病棟 (病床あり)					機能強化型在宅診療・在宅病棟 (病床なし)					在宅診療・在宅病棟					その他				
在宅時 医学総合管理料	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
1. 月2回以上訪問 (夜病等)	3,385円	4,485円	2,865円	2,400円	2,110円	4,985円	4,125円	2,625円	2,205円	1,935円	4,585円	3,765円	2,385円	2,010円	1,765円	2,435円	2,820円	1,785円	1,900円	1,315円
2. 月2回以上訪問	4,485円	2,385円	1,185円	1,065円	905円	4,085円	2,185円	1,085円	970円	825円	3,685円	1,985円	985円	875円	745円	2,735円	1,460円	735円	655円	555円
3. (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,015円	1,670円	865円	780円	660円	2,774円	1,510円	805円	720円	611円	2,334円	1,450円	765円	679円	578円	2,014円	1,165円	645円	573円	487円
4. 月1回訪問	2,745円	1,485円	765円	670円	575円	2,505円	1,365円	705円	615円	525円	2,285円	1,265円	665円	570円	490円	1,745円	980円	545円	455円	395円
5. (うち2月間は情報通信機器を用いた診療)	1,500円	828円	425円	373円	317円	1,380円	768円	395円	344円	292円	1,270円	718円	375円	321円	275円	1,000円	575円	315円	264円	225円
施設入居時等 医学総合管理料	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
1. 月2回以上訪問 (夜病等)	3,885円	3,225円	2,865円	2,400円	2,110円	3,585円	2,935円	2,625円	2,205円	1,935円	3,285円	2,885円	2,385円	2,010円	1,765円	2,435円	2,010円	1,785円	1,900円	1,315円
2. 月2回以上訪問	3,185円	1,685円	1,185円	1,065円	905円	2,885円	1,535円	1,085円	970円	825円	2,585円	1,385円	985円	875円	745円	1,935円	1,010円	735円	655円	555円
3. (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,334円	1,230円	865円	780円	660円	2,034円	1,160円	805円	720円	611円	1,894円	1,090円	765円	679円	578円	1,534円	895円	645円	573円	487円
4. 月1回訪問	1,965円	1,065円	765円	670円	575円	1,785円	975円	705円	615円	525円	1,625円	905円	665円	570円	490円	1,265円	710円	545円	455円	395円
5. (うち2月間は情報通信機器を用いた診療)	1,100円	618円	425円	373円	317円	1,020円	573円	395円	344円	292円	940円	538円	375円	321円	275円	760円	440円	315円	264円	225円

출처: “令和6年度診療報酬改定の概要【在宅(在宅医療、訪問看護)】,” 厚生労働省, 2024b, 令和6年度診療報酬改定説明会, p. 17.

④ 그 밖의 항목

‘C003’ 재택암 의료종합진료료(1일당): 재택요양지원진료소/병원에서의 통원이 어려워 재택에서 요양하고 있는 말기 악성종양 환자의 동의를 얻

어, 계획적인 의학 관리하에 서비스를 제공하는 때에 1일 단위로 산정하고 1주일 단위로 청구한다. 사망진단을 한 때에 200점을 가산하고, 별도로 후생노동대신이 정하는 시설 기준에 적합한 의료기관(재택완화케어충실진료소)은 추가 가산한다.

‘C004’ 구급회송 진료료: 환자를 구급차 등으로 보험의료기관에 이송할 때, 구급차에 동승해 진료를 한 경우 산정한다.

‘C005’ 재택환자 방문간호·지도료(1일당): 간호 서비스를 제공하는 사람의 자격(보건의, 준간호사, 간호사 등), 진료일수, 동일 건물 진료 여부 등에 따라 다르게 산정한다.

‘C005-2’ 재택환자 방문링거주사 관리·지도료(1주당): 의사의 지시에 따라 방문간호사가 주 3일 이상 링거주사를 실시한 때에 산정한다.

‘C006’ 재택환자 방문재활 지도·관리료(1단위당).

‘C007’ 방문간호 지시료: 환자에게 방문진료를 제공하는 의료기관의 의사가 방문간호의 필요성을 인정하고, 환자의 동의를 얻어 방문간호 지시서를 교부한 때에 산정한다. (방문간호 수가 관련 별첨)

‘C008’ 재택환자 방문약제 관리·지도료: 약사가 환자에게 방문하여 관리 및 지도를 한 때에 산정한다.

‘C009’ 재택환자 방문영양식사 지도료: 영양사가 환자를 방문하여 구체적인 식단 등 영양관리에 관한 교육을 한 때에 산정한다. 환자 수, 단일 건물 여부 등에 따라 점수가 다르다.

‘C010’ 재택환자 연계지도료: 환자의 동의를 얻어, 방문진료를 제공하는 의료기관·치과·약국·방문간호스테이션과 문서 등으로 정보를 공유하고, 공유된 정보를 바탕으로 요양에 필요한 지도를 한 때에 산정한다.

‘C011’ 재택환자 응급 등 컨퍼런스 수수료: 적절한 치료 방침을 세우거나 진료 방침 변경 등의 정확한 정보 공유를 위해, 다분야 의료인력이

모여 컨퍼런스를 실시하여 공동으로 요양에 필요한 지도를 제공한 때에 산정한다.

‘C013’ 재택환자 방문욕창 관리·지도료: 환자의 동의를 얻어, 욕창 관리에 대한 계획적인 지도·관리를 제공한 때에 산정한다.

2) 재택요양 진료·지도료(제2절)

‘C101’ 재택 자기주사 지도·관리료: 입원 중이 아닌 환자에게 주사약 투여에 대한 지도·관리를 제공한 때에 산정한다.

‘C102’ 재택 자기복막관류 지도·관리료: 입원 중이 아닌, 자기 연속 휴대식 복막관류를 실시하고 있는 환자에게 자기 연속 휴대식 복막관류에 관한 지도·관리를 제공한 때에 산정한다.

‘C103’ 재택 산소 요법 지도·관리료: 입원 중이 아닌 환자에게 재택 산소 요법에 대한 지도·관리를 제공한 때에 산정한다.

‘C104’ 재택 중심정맥 영양법 지도·관리료: 입원 중이 아닌 환자에게 재택 중심정맥 영양법에 대한 지도·관리를 제공한 때에 산정한다.

「C107」 재택 인공호흡 지도·관리료: 입원 중이 아닌 환자에게 재택 인공호흡에 관한 지도·관리를 제공한 때에 산정한다.

3) 기타

교통비는 자가용에 따른 실비 기준으로 환자가 부담하며, 교통비 가산은 왕진과 동일하다. 투약, 주사, 의료적 처치, 검사료 등은 특별한 규정이 없는 경우 행위별 수가로 청구한다.

다. 방문간호 수가²²⁾

방문간호는 이용자의 연령이나 질환, 상태에 따라 의료보험 또는 개호보험의 어느 하나가 적용된다. 개호보험의 급여가 의료보험의 급여에 우선한다. 개호보험 요지원/요개호 수급자이더라도 다음의 3가지 경우에는 자동적으로 의료보험으로 변경 적용된다. 첫째, 후생노동대신이 정하는 다음의 경우: ① 다발성경화증 ② 중증근무력증 ③ 스몬 ④ 근위축성 측삭경화증 ⑤ 척수소뇌변성증 ⑥ 헌팅턴병 ⑦ 진행성 근디스트로피증 ⑧ 파킨슨병 관련 질환(진행성 핵상성 마비, 대뇌피질기저핵변성증, 파킨슨병 [호엔야르의 중증도 분류가 스테이지 3 이상이며 생활기능 장애가 II도 또는 III도인 사람에 한함]) ⑨ 다계통 위축(선조체 흑질 변성증, 올리브교소뇌 위축증 및 샤이·드레거 증후군) ⑩ 프리온병 ⑪ 아급성 경화성 전뇌염 ⑫ 후천성 면역부전 증후군 ⑬ 인공호흡기 사용. 둘째, 병상의 악화로 악성종양의 종말기가 된 경우. 셋째, 주치의로부터 특별방문간호지시서가 교부된 경우다.

1) 의료보험 방문간호의 수가

‘방문간호 요양비’는 한 달에 1회의 방문간호스테이션만 인정하는 것이 원칙이다. 예외적으로 동일 환자에게 여러 방문간호스테이션의 방문간호 요양비가 인정되는 경우도 있다. 의료보험 방문간호의 수가는 4종류의 요양비와 가산으로 구성된다. ‘방문간호 기본요양비’는 방문하는 직종과 서비스 제공 시간, 동일 건물의 인원수 등에 따라 다르며, 산정하는 가산은 이용자의 상태나 사업소의 체제 등에 따라 다르다. ‘가산’에는 횡

22) 본문의 내용은 厚生労働省. (2024c)를 중심으로 정리함.

수 제한이 있는바, 일별로 산정할 수 있는 것과 월 1회 혹은 2회 산정할 수 있는 것이 있다.

① ‘구분 01’ 방문간호 기본요양비

〈표 3-10〉 방문간호 기본요양비(Ⅰ)

직종	주 3일까지	주 4일째 이후
간호사 등	5,550엔	6,550엔
준간호사	5,050엔	6,050엔
물리치료사 등	5,550엔	5,550엔

출처: “訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件,” 厚生労働省, 2024c, 厚生労働省告示第62号, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001241061.pdf>, p.2에서 2024.08.01. 인출한 내용을 참고하여 저자가 재구성.

〈표 3-11〉 방문간호 기본요양비(Ⅱ)

직종	동일 건물의 인원	주 3일까지	주 4일째 이후
간호사 등	1명 또는 2명	5,550엔	6,550엔
	3명 이상	2,780엔	3,280엔
준간호사	1명 또는 2명	5,050엔	6,050엔
	3명 이상	2,530엔	3,030엔
물리치료사 등	1명 또는 2명	5,550엔	5,550엔
	3명 이상	2,780엔	2,780엔

출처: “訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件,” 厚生労働省, 2024c, 厚生労働省告示第62号, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001241061.pdf>, p.2에서 2024.08.01. 인출한 내용을 참고하여 저자가 재구성.

방문간호 기본요양비(Ⅲ)은 일시 외박 시의 방문간호 이용(1회) 8,500 엔이며, 방문간호 기본요양비 가산, 특별지역 방문간호 가산, 긴급 방문간호 추가, 난치병 등 여러 번 방문 가산, 장시간 방문간호 가산, 영유아가산, 여러 명 방문간호 가산, 야간·조조 방문간호 가산, 심야 방문간호 가산 등 각종 가산이 추가된다.

② ‘구분 02’ 방문간호 관리요양비

월 첫날 방문의 경우, 월의 2일째 이후의 방문의 경우가 구별되며, 방문간호관리요양비 가산, 24시간 대응 체제 가산, 퇴원 시 공동지도 가산, 특별관리지도 가산, 퇴원 지원 지도 가산, 재택환자 연계 지도 가산, 재택환자 긴급 시 등 컨퍼런스 가산, 특별 관리 추가, 정신과 중증 환자 지원 관리 연계 가산, 간호·개호 직원 제휴 강화 가산, 전문 관리 등 각종 가산이 추가된다.

③ ‘구분 03’ 방문간호 정보 제공 요양비

④ ‘구분 05’ 방문간호 터미널 케어 요양비: 원격 사망진단 보조 가산

말기 암환자이고, 월 8회(주 2회) 이용하여, ‘24시간 대응체제 가산’과 ‘특별 관리 가산 I’을 산정하는 경우(예시 ①) 및 개호보험 이용자이고, 상태가 급성 악화로 특별지시서가 교부되어, 2주간에 10회 이용(긴급방문 2회, 그중 1회는 야간방문)하여 24시간 대응체제 가산을 산정한 경우(예시 ②)를 예를 들어 비용을 산정해보면 <표 3-12>와 같이 계산된다(참고로, 감염증 등으로 증상이 악화되어 일시적으로 빈번한 방문이 필요하다고 담당의사가 판단한 경우는 ‘특별지시서’가 교부되어 주에 4회 이상의 방문이 가능하게 되며 유효기한은 14일이다).

〈표 3-12〉 방문간호 예시

구분	예시 ①	예시 ②
방문간호 기본요양비	5,550엔×8	5,550엔×6+6,550엔×4
방문간호 관리요양비(월의 첫 회)	7,440엔×1	7,440엔×1
방문간호 관리요양비(월의 두 번째 이후)	3,000엔×7	3,000엔×9
24시간 대응 체제 가산	6,400엔	6,400엔
특별관리 가산 I	5,000엔	
긴급 방문간호 가산		2,650엔×2
야간·조조 방문간호 가산		2,100엔×1
수가 합계	77,840엔	107,440엔

출처: “訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件,” 厚生労働省, 2024c 및 일부 방문간호 스테이션 홈페이지에 나온 요금 안내 예시 등을 참고하여 저자가 재구성.

2) 개호보험 방문간호의 수가

개호보험이 적용되는 방문간호 서비스는 방문 1회당 「(기본 수가+가산)×지역 구분」의 수가를 산정한다. ‘기본 수가’는 방문하는 직종과 서비스 제공 시간에 따라 다르며, ‘가산’은 이용자의 상태나 사업소의 체제 등에 따라 다르다. 또, ‘지역 구분’은 사업소의 소재지에 따라 8개의 등급이 나누어져 가산율을 달리한다(1급지 20% 가산부터 7급지 3% 가산 및 기타 0%까지).

가산 항목으로는 야간·조조 가산, 심야 가산, ‘요개호 5’ 이용자 가산 (정기순회·수시 대응 방문개호 간호와 연계), 여러 명 방문 가산, 장시간 방문간호 가산, 특별지역 방문간호 가산, 중산간 지역 등의 소규모 사업소 가산, 긴급 시 방문간호 가산, 특별관리 가산, 터미널 케어 가산, 퇴원 시 공동지도 가산, 간호·개호 직원 연계 강화 가산, 간호 체제 강화 가산, 서비스 제공체제 강화 가산 등이 있다. 각 가산에는 산정 요건이 있으며,

그 요건을 충족하는 서비스를 제공하거나 사업소의 체제를 갖추면 가산을 산정할 수 있다.

〈표 3-13〉 개호보험 방문간호 수가표

기본 부분	분류	단위(10엔)
방문간호스테이션 (1회당)	20분 미만	314 단위
	30분 미만	471 단위
	30분 이상 1시간 미만	823 단위
	1시간 이상 1시간 30분 미만	1,128 단위
	물리치료사 등에 의한 방문의 경우	294 단위
병원 또는 진료소 (1회당)	20분 미만	266 단위
	30분 미만	399 단위
	30분 이상 1시간 미만	574 단위
	1시간 이상 1시간 30분 미만	844 단위
정기 순회·수시 대응형 방문개호 간호서비스와 연계하는 경우(1월당)		2,961 단위

출처: “訪問看護の2024年度介護報酬改定,” 訪問看護マガジン, 2024, <https://houkan.kaipoke.biz/magazine/receipt/care-claim-revision-2024.html>에서 2024.07.15. 인출.

제2절 미국

1. 개요

미국의 재택의료는 1900년대부터 왕진(house calls)의 형태로 제공되어 오다가, 1950년대 이후 병원의 발달로 침체되었다. 이는 공급자 중심 의료서비스 전달체계 등의 이유에 기인한다. 방문진료 형태의 재택의료는 1990년대까지 지속되었지만, 왕진을 법적으로 규제한 한국과 달리,

미국은 외래 진료 연장선으로 재택의료를 유지하고 있었다. 2006년에는 환자 개인 자택 방문 형태의 재택의료 이외에도, 공동 주거시설(domiciliary facilities)로 이동하여 방문진료를 할 수 있게 허용하였다.

미국은 인구 고령화에 따라 고령 인구가 증가하면서 돌봄 및 의료 서비스 수요가 급증하고, Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)의 재정 부담이 증가하는 상황에서, 의료비 급증의 해결 및 의료서비스 전달체계 개선을 위해 2000년대 이후에 재택의료를 발전시키기 시작했다(이태훈 외, 2022, p.130).

2. Home Health Care

가. 개념

미국의 메디케어(Medicare)는 환자의 질병이나 부상을 집에서 치료 및 관리하기 위해 재택의료로서 Home health care를 보장 영역에 포함하고 있다. 이는 병원이나 요양시설에서 받는 관리보다 비용을 절감할 수 있는 서비스이다.

나. 대상자

의사가 수립한 메디케어 플랜하에서, 의사나 다른 의료인력(임상 전문 간호사, PA 등을 포함)의 치료를 받고 있는 경우에 Home health care의 대상자가 될 수 있다. 또한 의사가 환자에게 채혈을 제외한 간호 서비스, 물리치료, 언어치료, 지속적인 작업치료, 가정 건강 보조원 서비스(home health aide services)가 필요하다고 판단해야 한다. Home

health care의 대상자는 homebound로서, 다른 사람의 도움, 휠체어 등이 없이 집을 나서는 것이 어려운 거동 불편자이다(CMS, 2023a, p.5).

거동 불편 환자는 의사 및 허가된 제공자로부터 Homebound(집에 있어야만 하는 상태)임을 인증받아야 한다. Homebound는 다음의 기준을 충족한 상태를 의미한다(CMS, 2014, p.10; CMS, 2023a, p.5). 질병이나 부상으로 인해 거주 공간 밖으로 나가기 위해서는 목발, 지팡이, 휠체어, 보행기, 목발, 특수한 교통수단, 다른 사람의 도움 등이 필요한 경우이거나, 거주 공간을 벗어나는 것이 의학적으로 금지된 상태에 있는 경우여야 한다. 또한, 거주 공간을 벗어날 수 없는 상태에 있고, 거주 공간을 벗어나려면 상당한 노력이 필요한 경우(2가지 조건을 모두 충족해야 함)여야 한다.

환자의 거주 상태를 판단하고 있으며, 환자가 거주 공간에 없더라도 다음의 경우에는 Homebound 상태로 간주한다. 빈번하지 않게 집에 없는 경우, 상대적으로 짧은 기간 동안 집에 없는 경우, 건강 관리 치료를 받기 위해 집에 없는 경우, 종교적인 행사에 참여하기 위해 집에 없는 경우, 성인 데이케어 프로그램(daycare program)에 참석하기 위해 집에 없는 경우, 기타 독특하거나 자주 발생하지 않는 행사(장례식, 졸업, 이발소 방문)에 참석하기 위해 집에 없는 경우가 그것이다(CMS, 2014, p.11; CMS, 2023a, p.6).

다. Home Health Agency

메디케어는 환자가 인증된 Home Health Agency(HHA)로부터 서비스를 받은 경우에만 Home health care에 대해 보장해준다. HHA는 병원 등 전통적인 의료 시설이 아닌, 환자의 거주지에서 간호 및 기타 치료

서비스를 제공하는 공공 또는 민간 조직이다. HHA가 인증을 받기 위해 충족해야 하는 사항은 다음과 같다.

간호서비스 및 기타 치료 서비스를 제공하는, 1명 이상의 의사 및 1명 이상의 전문 간호사 그룹에 의해 운영 정책이 수립되어야 한다. 의사 또는 전문 간호사에 의해 서비스를 감독해야 한다. 모든 환자에 대한 진료 기록을 유지할 수 있어야 한다. 주 또는 지방 법에 따라 허가를 받거나, 주 또는 지방에서 허가를 위해 제정한 기준을 충족해야 한다. 전반적인 계획 및 예산을 보유하고 있어야 한다. HHA로부터 서비스를 제공받는 개인의 건강과 안전을 위해 연방 요건을 충족해야 한다(CMS, 2023b).

라. 제공 서비스

Home health care는 의사의 판단하에 간호 서비스, 물리치료, 작업 치료, 가정 건강 보조원 서비스 등을 제공한다.

환자에게 제공되는 서비스는 60일을 기본으로 치료 에피소드(episode of care)를 구성하고 있으며, 기간 안에 방문서비스 제공 및 의료기기 대여 등이 실시되어야 한다. 다만, 환자의 상황 및 의사의 판단에 따라 치료 기간을 연장할 수 있다(이요셉, 2019, p.88).

60일 치료 에피소드 기간 내에 전문간호와 돌봄서비스는 하루 8시간, 총 21일 이하로 받을 수 있다. 그러나 전문간호와 돌봄서비스를 동시에 받을 경우에는 두 서비스의 합이 하루 8시간, 주 28시간 이하로 제한된다. 환자에게 필요한 방문재활, 의료기기 지원 등의 서비스는 의사의 처방에 따라 60일 치료 에피소드 기간 내에 제공받을 수 있으며, 횟수나 시간에 대한 제한기준을 설정하지 않고 있다(이요셉, 2019, p.88).

〈표 3-14〉 미국 Home health care 제공 서비스

구분	내용
간호서비스	부상 또는 질병의 치료가 필요하다고 판단하는 경우에는 간호 서비스를 제공함. 재택으로 방문한 간호사는 환자를 치료할 뿐만 아니라, 환자 또는 환자의 간병인에게 간호에 관한 정보를 제공하고 감독함.
작업·물리·언어 치료	부상 또는 질병으로부터 기능이 손상된 경우에, 치료사가 환자의 거주지에 방문하여 기능을 회복시키고 상태가 악화되는 것을 예방함.
가정건강 보조원 돌봄 서비스 (Home health aide services)	환자의 건강 유지를 위해 보조원이 필요하다고 판단되는 경우, 메디케어는 가정 건강 보조원 서비스를 제공함. 보조원은 환자의 일상생활을 돕지만, 환자가 간호서비스, 작업·물리·언어 치료를 받고 있지 않은 경우에는 가정 건강 보조원 서비스를 제공하지 않음.
사회서비스 (Medical social services)	환자에게 상담 서비스를 제공하거나, 환자가 지역사회에서 필요한 자원을 찾는 데 도움을 주는 서비스임. 다만, 간호서비스, 작업·물리·언어 치료를 받고 있지 않은 경우에는 의료 사회 서비스를 제공하지 않음.
의료기구	메디케어는 환자에게 제공하는 재택의료 서비스에 필요한 의료기구(드레싱 등)도 지원함.

출처: “Medicare & Home Health Care,” CMS, 2023a, pp.7-9의 내용을 참고하여 저자가 재구성.

3. 미국의 재택의료 모델

미국의 재택의료 모형은 ❶ Home Based Primary Care(HBPC), ❷ Home and Community Based Services(HCBS), ❸ Patient Centered Medical Home(PCMH) 등으로 분류된다.

가. Home Based Primary Care(HBPC)

HBPC의 대표적인 재택의료 사업에는 Independence at home(IAH) demonstration, Veterans administration’s home-based primary

care 등이 있다. 이들은 의료기관에 방문하기 어려운 만성질환자들을 주요 대상으로 한다. 연속적이고 포괄적인 관점에서, 환자에게 다학제적 일차의료 서비스 중심의 재택의료 서비스를 제공한다(U.S. Department of Veterans Affairs, 2022).

미국 보건부(Department of Health and Human Services) 산하 기관으로서, 의료 질 향상, 비용 절감 등에 관한 연구를 총괄하는 Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)에 따르면, HBPC 모델의 재택의료 서비스는 의료비용을 감소시키고 입원 기간 및 요양원 입소 기간을 단축할 수 있다(U.S. Department of Veterans Affairs, 2022).

나. Home and Community Based Services(HCBS)

1983년 사회보장법(Social Security Act) 개혁을 통해 개발했으며, Medicaid 가이드라인에 따른다. 주요 서비스 대상자는 요양시설 입소 자격이 있으나 지역사회 및 재택에서 돌봄서비스를 받고 싶어 하는 노인과 장애인이다. 생활지원, 노인공동생활가정, 노인임대주택 지원사업 등의 서비스를 제공하는 모델이다(박성배 외, 2021, p.16).

다. Patient Centered Medical Home(PCMH)

AHRQ는 본 모델을, 단순히 장소가 아닌 일차의료의 핵심 기능을 전달하는 조직의 모형으로 정의한다. 이는 팀 기반 환자관리에 중점을 둔 포괄적 일차의료 서비스 모델로서, 미국의 일차의료 조직 및 전달체계를 개혁하기 위해 도입된 진료 모형이다. 의사 중심의 다학제 의료팀(physician-

directed multidisciplinary team)에 의한 팀 기반 환자관리(team-based care)를 실시한다. 이는 포괄성(comprehensive), 환자 중심성(patient-centered), 조정(coordinated), 접근성(accessible services), 질과 안전성(quality and safety)의 5가지 기능을 강조한다(AHRQ, 2022; 박성배 외, 2022, p.29).

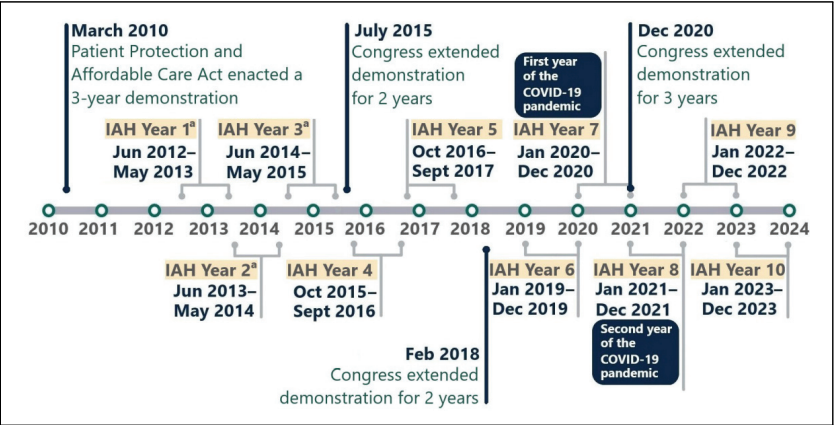
4. 재택의료 관련 사업

가. Independence at home(IAH) demonstration²³⁾

(개요) 인구 고령화에 따라 지역사회 및 가정에서 돌봄에 대한 사회적 요구 및 의료비 지출이 증가하였다. 재정 부담이 커지면서 CMS는 2010년 ‘Patient Protection Affordable Care Act’(오바마케어) Section 3024에 근거하여 IAH 시범사업을 시작했다. CMS innovation center에서 실시한 본 사업의 목적은 의사, 전문 간호사(nurse practitioner), 보조 의사(physician assistant)가 주도하는 재택 의료서비스가 만성질환자의 예방 가능 입원율, 재입원율, 응급실 방문율 등을 개선할 수 있는지 평가하기 위한 것이다(이태훈 외, 2022, p.131).

23) 본문의 내용은 Kimmey 외(2024)를 중심으로 정리함.

[그림 3-10] IAH demonstration 사업의 주요 연혁



출처: “Evaluation of the Independence at Home Demonstration: An Examination of Year 8, the Second Year of the COVID-19 Pandemic,” Kimmey et al., 2024, Mathematica, p.3.

의료비 지출을 줄이고 환자의 건강을 향상시키고자 의사 및 전문 간호사 등으로 구성된 팀을 활용하는 모형으로서, 사업 요건을 충족하는 대상자에게 필요한 재택의료 서비스를 제공한다. 또한, 시범사업을 통해 서비스 전달 및 수가 모형에 대한 평가를 실시한다.

거버넌스의 중심인 CMS는 IAH 사업 전반을 관리하고 운영하며, 사업에 참여한 의료공급자에게 인센티브를 지급한다.

사업에 참여하는 의료 공급자(practices)는 개인 의사, 전문 간호사이거나 의사, 전문 간호사, 보조 의사, 약사, 사회복지사, 기타 인력 등으로 이루어진 다학제 팀이어야 한다. 사업에 참여하기 위해, 의료서비스 공급자는 높은 비용이 발생하는 만성질환자에게 재택의료(home-based primary care)를 제공한 경험을 증명해야 한다. 또한, 재택의료 서비스 제공에 관하여 아래의 조건을 충족해야 한다.

- 의사나 전문 간호사에 의해 다학제 팀이 구성되어야 함.
- 복합만성질환자에게 재택의료 서비스를 제공한 경험이 있어야 함.
- 최소 200명의 대상자에게 서비스를 제공할 수 있어야 함.
- 시범사업에 참여하는 의료인력은 필수적으로 재택의료 서비스를 제공해야 함.
- 서비스는 주 7일, 하루 24시간 이용 가능하도록 정함.
- 전자건강정보기록시스템을 이용해야 함.

IAH 사업의 대상자는 아래와 같다.

- 메디케어(Medicare) part A와 part B 자격을 갖춘 사람
 - 65세 이상 고령자
 - 말기 신장 질환자(End-Stage Renal Disease, ESRD)
 - 장애인
- 복합만성질환자(만성질환이 2개 이상 있는 경우)
- 지난 12개월 이내에 계획하지 않은 병원 입원을 한 경험이 있는 사람
- 지난 12개월 이내에 급성기 또는 아급성기 재활서비스를 받은 경험이 있는 사람
- 다른 사람의 도움이 필요한 2개 이상의 기능 장애를 갖고 있는 사람 (일상생활 수행 능력; Activities of Daily Living)
- 기타 보건부 장관이 적절하다고 결정한 추가 기준을 충족한 사람

사업 참여 의료인력이 제공하는 의료서비스의 질적 기준을 충족시키면서 메디케어 의료비 지출을 절감한 경우, 인센티브를 받을 수 있다. 목표 지출액보다 실제 지출액이 낮아야 인센티브를 지급받을 수 있다.

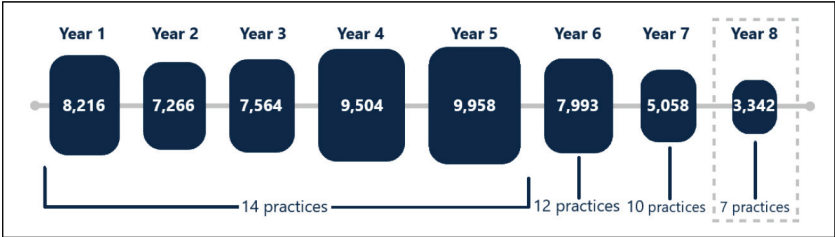
〈표 3-15〉 미국 IAH 사업 질 지표

Quality measure	Measure tied to incentive payments
Number of inpatient admissions for ambulatory-care sensitive conditions per 100 patient enrollment month	Yes
Number of readmissions within 30 days per 100 inpatient discharges	
Number of ED visits for ambulatory-care sensitive conditions per 100 patient enrollment months	
Contact with beneficiaries within 48 hours upon admission to the hospital and discharge from the hospital and/or ED	
Medication reconciliation in the home	
Patient preferences documented	
Beneficiary/caregiver goals	No
Screenings/assessments	
Symptom management	
Medication management	
Caregiver stress	
Voluntary disenrollment rate	
Referrals	
Patient satisfaction	

출처: “Independence at Home Demonstration Solicitation,” CMS, 2011, p.5.

질적인 평가는 병원 퇴원 및 응급실 방문 후 48시간 이내의 후속 연락, 병원 퇴원 및 응급실 방문 후 48시간 이내의 가정 내 약물 복용 지도, 30일 이내 모든 원인에 의한 병원 재입원, IAH 환자 보고체계, 당뇨병·울혈성 심부전(chronic heart failure, CHF)·만성 폐쇄성 폐질환(chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 진단 환자의 병원 입원 및 응급실 방문 등의 지표로 측정한다.

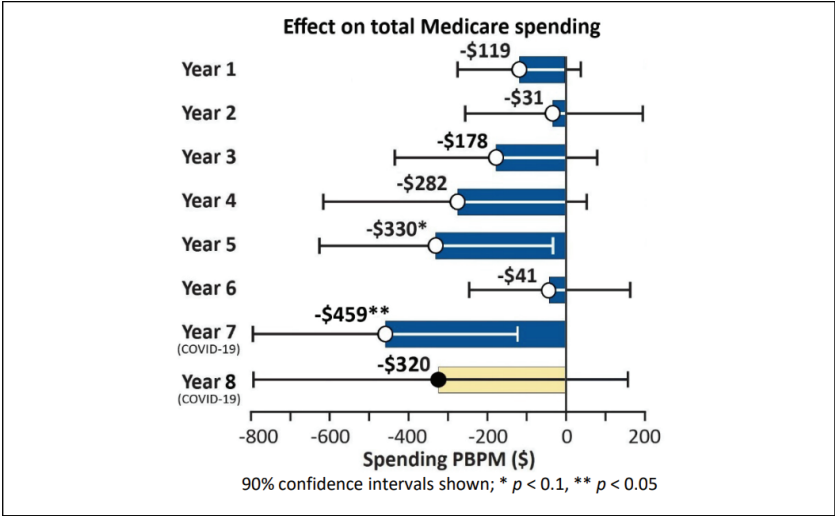
[그림 3-11] 연도별 IAH demonstration 참여 의사 및 수혜자 수



출처: “Evaluation of the Independence at Home Demonstration: An Examination of Year 8, the Second Year of the COVID-19 Pandemic,” Kimmey et al., 2024, Mathematica, p.4.

IAH 사업 참여 의사(participating practices) 및 수혜자(beneficiaries) 수는 5차 연도 이후 감소하고 있다. 8차 연도의 참여 팀(의사 및 다학제 팀)은 7개, 수혜자 수는 3,342명으로 가장 낮은 수치를 기록했다.

[그림 3-12] IAH demonstration 메디케어 지출 절감 효과



출처: “Independence at Home: Evaluation of Year 8,” CMS, 2021a, p.1.

IAH 사업이 수혜자(사업 참여 환자)당 월별 메디케어 지출(total Medicare spending per beneficiary per month, PBPM)에 미치는 영향을 살펴보면, 사업 7차보다 8차 연도에 992만 달러(-320 PBPM)의 메디케어 지출을 줄였으며, 전체 지출에 대한 절감 효과의 절반은 입원 환자 지출의 감소로 인해 발생했다. 또한, 7차 연도보다 병원 입원(5.6%) 및 계획되지 않은 재입원(4.7%)은 증가하였다. 모든 원인에 의한 사망률은 16.3% 유의하게 감소했다(CMS, 2021a, p.2).

나. Veterans administration's home-based primary care²⁴⁾

(개요) VA home based primary care는 재향군인의 자택에서 의료 서비스를 제공하는 프로그램이다. ‘미국법전(United States Code, U.S.C.)’ 제38장(Veterans' benefits) 1717(Home health services)에 근거하며, VA 의원, 병원 등 의료기관에 방문하기 어려운 재향군인 만성질환자에게 일차의료, 완화의료, 재활, 질병 관리 및 돌봄 서비스를 제공하도록 설계되어 있다. 1974년에 만들어져, 지금도 재향군인에게 다학제 재택의료 서비스를 제공하고 있다. VA 의사는 재택의료 서비스를 제공할 팀을 감독하며, 의료기관 중심의 진료가 효과적이지 않은 재향군인을 대상으로 서비스를 제공한다.

(대상자) VA home based primary care는 VA Medical Benefits Package의 일종으로서 ❶ VA health care system에 등록되어 있고, ❷ 임상적 필요성이 인정되며, ❸ VA 의료기관으로 이동 및 거리 등에 제약이 있다고 판단되는 재향군인에게 재택의료 서비스를 제공한다.

24) U.S. Department of Veterans Affairs. 2022. Home based primary care. https://www.va.gov/geriatrics/pages/Home_Based_Primary_Care.asp에서 2024.8.1. 인출한 내용을 참고하여 작성.

[그림 3-13] VA Home-based primary care의 필요도 측정을 위한 문항표 예시

Step 1. Consider Needs	
What do you need help with?	I need help to: <i>(Check any that apply)</i> ☐ Eat, get dressed, bathe, go to the toilet or get around the house. ☐ Do chores such as fixing small meals, paying bills and shopping. ☐ Get care that requires a nurse or therapist. ☐ Check my blood pressure or blood sugar, keep track of medical visits or fill my pill box. ☐ Deal with my drug or alcohol issues. ☐ Deal with my mental health concerns. ☐ Make decisions and remember things I need to do. ☐ Do social things with family or friends. ☐ Other: _____
Who helps you?	I have help from: <i>(Check any that apply)</i> ☐ My spouse or partner. ☐ Family member or friend who lives with me. ☐ Family members or friends who come over to help me. ☐ Paid caregiver. ☐ I do not have any regular help.
Where do you want to live?	I want to live: <i>(Check only one)</i> ☐ In my home because that is the most important thing to me. ☐ In my home, if my health needs are met. ☐ In my home, but it is not best for me now. ☐ In a different home, but closer to VA services and supports. ☐ In a different place where I can receive more care.

출처: “Veteran Decision Aid for Care at Home or in the Community,” VA, 2020, p.1.

재향군인에게 재택의료 서비스가 필요한지 판단하기 위해, 필요도 측정 보조를 위한 보고 문항 관련 지침을 마련하였다. 이는 일상생활, 간호, 식이 등에 관하여 도움이 필요한 사항, 재향군인을 보조하고 있는 인력에 관한 정보, 선호하는 거주지에 대한 재향군인의 의견 등에 대한 문항을 포함하고 있다.

(제공 서비스) VA HBPC는 숙련된 전문가가 팀을 구성하여, 재향군인의 의료서비스 필요도를 측정하고, 재택의료 서비스를 제공한다. 서비스에는 의사, 간호사 또는 보조 의사(Physician Assistant)가 환자의 자택에 방문해 제공하는 일차의료, 간호사, 보조의사 또는 간호사를 통한 돌봄의료 관리, 재활, 정신, 영양, 약물 관련 서비스 등이 포함된다. HBPC 재택의료 서비스에 관한 본인부담금은 제공받는 서비스 등에 따라 달라질 수 있다.

VA Medical Benefits Package에는 Home Health Care가 포함되는데, 이는 HBPC와 관련되는 서비스로서, VA's Skilled Home Health Care Services(SHHC), Homemaker and Home Health Aide Services(H/HHA)를 포함한다. SHHC는 환자가 병원이나 요양원에서 거주지로 이동할 때 요구되는 단기적인 치료로서, 간호 서비스, 사례 관리, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 링거 항생제 등의 재택 의료서비스를 의미한다. 이는 VA와 계약을 맺은 기관(community based home health agency)에서 제공한다. Homemaker and Home Health Aide(주부 가정 건강 보조원)는 재향군인의 재택에 방문하여, 그들의 일상생활을 돕는 보조원이다. 이들은 간호사의 감독하에 재향군인의 일상생활 요구도를 평가하며, VA와 계약을 맺은 기관에서 근무한다. 이는 요양시설 입소의 대안으로 활용될 수 있다.

다. Money Follows the person(MFP)²⁵⁾

(개요) 연방정부 차원의 사업으로서, 주정부에 보조금을 지원하여 돌봄 요구가 큰 요양시설 입소자들이 지역사회에서 재가요양서비스(HCBS)를 받을 수 있도록 촉진한다. ‘Deficit Reduction Act’에 근거하여, 2005년 의회의 승인을 거쳐 해당 사업을 실시한 이후, 45개 주와 컬럼비아 특별구가 보조금을 지급받아 사업을 실시한 바 있다. 2007년부터 2019년 12월 까지 동 사업에 참여한 환자 101,540명이 요양시설을 떠나 지역사회로 복귀했다. 또한, 2010년 ‘Patient Protection and Affordable Care Act’(오바마케어)의 일환으로 이 사업에 참여하는 주정부에 지원금을 40억 달러로 증액했다(이태훈 외, 2022, p.130).

(대상자) 해당 사업에서 수급 대상이 되는 환자는 2가지 요건을 충족해야 한다. 첫째, Medicaid Long Term Care program에 등록되어 있어야 하며, 둘째, Medicaid가 승인한 기관(요양원, 보조 생활시설 등)에 60일 이상 입소해야 한다(이전에는 90일이었지만, 2021년 ‘the Consolidated Appropriations Act’(통합 세출법)으로 변경되었다).

(제공 서비스) 연방정부의 MFP 프로그램은 주정부에 보조금을 지급하고, 주정부는 환자가 지역사회로 돌아가 필요한 서비스를 받을 수 있도록 장기요양 상품, 기타 재정 지원 등을 제공한다. 단, 수급자가 시설에서 재택으로 이동한 후, 1년 동안 지원하는 것으로 제한한다(주에 따라 다를 수 있음).

25) MedicalLongTermCare. (2023). Understanding the Basics of Medicaid’s Money Follows the Person Program. <https://www.medicaidlongtermcare.org/benefits/money-follows-the-person/#benefits>에서 2024.8.1. 인출한 내용을 참고하여 작성.

Medicaid 수급자가 시설에서 재택으로 이동할 때, 개인 간병 보조 도구, 성인 주간 보호, 의사 및 간호사의 가정 방문 비용 등을 지원하며, 일부 주에서는 이동 비용, 가구 구입 등도 포함한다. 또한, 시설에서 지역사회로의 전환을 위해 주택 개조 및 보조 기술(assistive technology)에 관한 비용도 지원할 수 있다. 주택 개조에는 욕실 손잡이 바, 휠체어 경사로, 출입문 확장 등이 해당하며, 보조 기술은 전자 알약 디스펜서(electronic pill dispensers), 개인 비상 대응 시스템(Personal Emergency Response Systems, PERS) 등을 포함한다.

〈표 3-16〉 미국 주요 재택의료 사업 요약표

구분	Independence at home(IAH)	Veterans administration's HBPC	Money Follows the person(MFP)
개요	만성질환자를 대상으로 재택의료 서비스의 효과를 평가하기 위한 시범사업	의료기관에 방문하기 어려운 재향군인에게 자택에서 의료서비스를 제공하는 프로그램	돌봄 요구가 큰 요양시설 입소자들이 지역사회로 복귀하여 재가요양서비스를 받을 수 있도록 추진하는 사업
법적 근거	'Patient Protection Affordable Care Act' Section 3024	'U.S.C.' Title 38, 1717(Home health services)	'Deficit Reduction Act' 'Consolidated Appropriations Act'
재택의료 모델	Home Based Primary Care(HBPC)	Home Based Primary Care(HBPC)	Home and Community Based Services (HCBS)
핵심 거버넌스	Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)	U.S. department of Veteran Affairs	Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)
서비스 제공자	① 의사, PA 등으로 이루어진 다학제 팀 ② 복합만성질환자에게 재택의료 서비스 제공 경험 등의 자격 요건을 충족한 제공자	VA와 계약을 맺은 기관	(재정지원) 연방정부 → 주정부 → 대상자
대상자	메디케어 part A, B의 자격을 갖춘 사람, 복합만성질환자 등의 자격 요건을 충족한 자	아래의 자격 요건 충족 ① VA health care system 등록자 ② 임상적 필요성 인정 ③ 의료기관으로 이동 및 거리 등에 제약	아래의 자격 요건 충족 ① Medicare long term care program에 등록된 자 ② Medicaid가 승인한 기관에 60일 이상 입소한 자
서비스 내용	퇴원 후 환자관리, 퇴원 및 응급실 방문 후 가정 내 약물 복용 지도 등	다학제팀으로부터 받는 돌봄·의료관리, 일상보조 서비스 등	장기요양 상품, 가정방문 비용, 주택개조, 간병보조 비용 등에 관한 재정지원

출처: Kimmey et al., 2024; U.S. Department of Veterans Affairs, 2022, Home Based Primary Care; Medical Long-Term Care, 2023, Understanding the Basics of Medicaid's Money Follows the Person Program의 자료를 참고하여 정리함.

5. 보상 및 수가 체계: Medicare Physician Fee Schedule

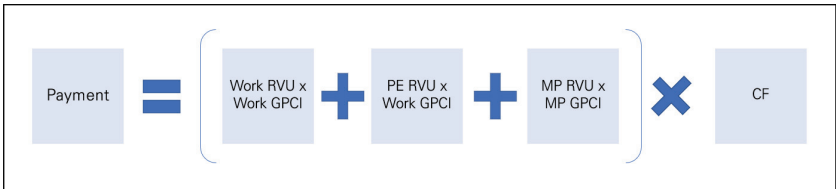
CMS는 의사의 서비스에 대한 수가를 지급하기 위해 Medicare Physician Fee Schedule(MPFS)을 구축하였다. MPFS에서는 HCPCS (Healthcare Common Procedure Coding System numbers) 코드로 의사가 환자에게 제공한 행위를 구분하고 있다. 구체적으로는 HCPCS level 1 코드를 사용하여 의사가 제공하는 서비스에 대한 진료비를 상환하고 있다. HCPCS level 1 코드는 AMA(American Medical Association)에서 개발한 CPT(Current Procedural Technology) 코드와 동일하다. 참고로, HCPCS level 2는 의사 서비스 이외의 의료장비 등에 관한 코드, level 3은 1, 2에 포함되지 않는 신의료기술 등에 관한 코드이다.

미국은 HCPCS별 수가에 차등을 두고 있으며, GPCIs(Geographic Practice Cost Indices)를 통해 지리적 위치에 따라 지불을 조정하고 있다. 의료서비스 제공에서 비용이 많이 발생하는 지역의 경우, 높은 비용에 상응하는 진료비를 상환해 주겠다는 논리이다. 각 HCPCS는 RVUs(Relative Value Units; 상대가치단위) 및 GPCIs에 따라 가격이 달라진다(건강보험심사평가원, 2013, p.32).

가. HCPCS 수가 계산

HCPCS의 수가는 아래의 산식으로 결정된다.

[그림 3-14] Medicare HCPCS 수가 계산식



출처: “How to Use the MPFS Look-Up Tool,” CMS, 2021b, p.5에서 2024.04.22. 인출.

RVU는 3가지로 구분할 수 있다. ❶ Work RVU는 메디케어에서 제공하는 HCPCS 서비스에 대하여, 서비스 제공, 상대적 시간 및 강도를 반영한다. ❷ PE(Practice Expense) RVU는 서비스 제공을 유지하는 데 드는 비용을 반영한다. 예컨대, 사무실 공간 임대, 용품 및 장비 구입, 직원 인건비에 관한 비용이 있다. ❸ MP(Malpractice) RVU는 의료사고의 보험 비용에 관한 것이다(CMS, 2021b, p.5).

마찬가지로 GPCI도 3가지로 구분할 수 있다. 각 지역에서 의료서비스를 제공할 때 드는 비용의 차이를 고려하며, RVU의 종류마다 GPCI 조정(adjustment)이 적용된다. ❶ Work GPCI는 지역별 전문의 임금의 차이를 반영하며, Census 자료를 활용하여 지수를 산출한다. ❷ PE GPCI는 간호사, 행정직원의 인건비, 사무실 임대료 등의 지역별 차이를 반영한다. 임대료의 경우 U.S. Department of Housing and Urban Development(미국주택도시개발부)에서 매년 조사되는 자료를 활용하여 산출한다. ❸ MP GPCI는 지역별 의료사고 배상에 대한 책임보험료를 기준으로 지역별 차이를 반영한다(건강보험심사평가원, 2013, p.31).

CF(Conversion Factor)는 환산지수로서, 각 서비스에 대한 지불 비용을 결정하기 위해, 상대가치 및 지수로 산출한 값을 달러 단위로 전환하는 목적으로 곱해진다.

〈표 3-17〉 HCPCS 코드 99213(E/M visitis 재진 20~29분) 수가 계산 예시

Classification	United States	Washington, DC	West Virginia
Work RVU	1.3	1.3	1.3
Work GPCI		1.054	1
PE RVU	1.26	1.26	1.26
PE GPCI		1.236	0.858
MP RVU	0.1	0.1	0.1
MP GPCI		1.294	1.198
Conversion Factor(CF)	34.6062	34.6062	34.6062
Fee	\$92.05	\$105.79	\$86.55

출처: “The Medicare Physician Fee Schedule: Overview, Influence on Healthcare Spending, and Policy Options to Fix the Current Payment System,” John O, Elise AD, & Kofi A., 2023, Mercatus Center, p.5를 참고하여 저자가 재구성.

나. 재택의료 관련 HCPCS

미국 재택의료 서비스는 일반 외래 업무와 유사하며, 다른 서비스와 같이 재택의료에 관한 서비스도 MPFS에 따라 수가를 계산한다. 재택의료(방문진료)의 주된 행위 코드(HCPCS)는 환자에 대한 평가 및 관리(Evaluation and Management; E/M visits)이다. 이는 진찰, 문진, 치료 및 돌봄의 필요에 따른 의학적 개입을 위한 의사결정을 포함한다. 추가로 환자 상담 및 환자, 보호자 교육을 포함하여 타과 전문의/상급 의료기관/재가요양 서비스 기관 의뢰도 포괄하는 개념이다. E/M visits 이외

에 단기 입·퇴원 지원(transitional care management), 만성질환 관리(chronic care management), 연명의료 계획(advanced care planning) 등 여러 형태의 재택의료 관련 행위에 대해서도 금전적 보상을 받을 수 있다(이태훈 외, 2022, p.133).

E/M visits에 관한 코드는 아래의 표로 정리할 수 있으며, CMS에서 Physician Fee Schedule을 검색할 수 있는 사이트를 제공하고 있어 각 HCPCS에 관한 정보(RVU, GPCI, 수가 등)를 파악할 수 있다.

〈표 3-18〉 미국 재택의료 관련 HCPCS 코드

구분	코드	내용	
E/M visits	99202	초진(new)	15~29분
	99203		30~44분
	99204		45~59분
	99205		60~74분
	99212	재진(established)	10~19분
	99213		20~29분
	99214		30~39분
	99215		40~54분
	G2212	시간을 초과하는 경우 추가로 적용하는 코드(15분당 계산)	
chronic care management	99437	복합만성질환을 가진 환자에 대하여, physician 또는 other qualified healthcare professional이 환자 관리 서비스를 계획한 경우(첫 30분)	
	99491	복합만성질환을 가진 환자에 대하여, physician 또는 other qualified healthcare professional이 환자 관리 서비스를 계획한 경우(추가 30분)	
	99490	복합만성질환을 가진 환자에 대하여, clinical staff가 의사의 지시하에 환자의 치료를 지원하는 경우(첫 20분)	
	99439	복합만성질환을 가진 환자에 대하여, clinical staff가 의사의 지시하에 환자의 치료를 지원하는 경우(추가 20분)	

140 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향

구분	코드	내용
	99487	복합만성질환을 가진 환자에 대하여, clinical staff가 의사의 지시하에 환자의 치료를 지원하는 경우(첫 60분)
	99489	복합만성질환을 가진 환자에 대하여, clinical staff가 의사의 지시하에 환자의 치료를 지원하는 경우(추가 30분)
transitional care management	99495	환자가 의료시설에서 퇴원하여 재택으로 갈 때, 14일 이내 대면 방문(중도)
	99496	환자가 의료시설에서 퇴원하여 재택으로 갈 때, 7일 이내 대면 방문(고도)
advanced care planning	99497	환자, 보호자 등과 환자의 건강 관리에 대해 첫 30분 동안 논의
	99498	30분을 초과하는 경우 사용하는 코드

출처: CMS 홈페이지, <https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search>에서 2024.04.22. 인출.

[그림 3-15] CMS Physician Fee Schedule 검색 예시

HCPCS Code ▲	Modifier ▲	Short Description ◆	Mac Locality ▲	Non-Facility ◆	Facility Price ◆	Non-Facility Limiting Charge ◆	Facility Limiting Charge ◆	GPCI Work ◆	GPCI PE ◆
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0000000	\$134.15	\$89.21	\$146.56	\$97.46	1.000	1.000
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111205	\$166.52	\$102.76	\$181.93	\$112.26	1.088	1.419
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111209	\$168.27	\$103.78	\$183.83	\$113.38	1.100	1.435
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111251	\$157.40	\$98.53	\$171.96	\$107.65	1.058	1.310
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111252	\$166.62	\$102.86	\$182.04	\$112.37	1.088	1.419
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111253	\$157.20	\$98.33	\$171.74	\$107.42	1.058	1.310
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111254	\$140.32	\$91.21	\$153.30	\$99.64	1.017	1.093
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111255	\$139.74	\$90.62	\$152.66	\$99.00	1.014	1.093
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111256	\$139.74	\$90.62	\$152.66	\$99.00	1.014	1.093
99487		Cplx chrnc care 1st 60 min	0111257	\$139.74	\$90.62	\$152.66	\$99.00	1.014	1.093

출처: CMS 홈페이지, <https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search>에서 2024.04.22. 인출.

6. 재택의료 지불보상체계 개선의 노력²⁶⁾

2000년 10월부터 Home Health Prospective Payment System(이하 HH PPS)이 실시되기 전, 미국은 Home Health Care에서 후향적 지불 방식(retrospective payment system)으로 HHA의 서비스 제공에 대해 보상했다. 그러나 HH PPS가 실시된 이후, 메디케어는 60일 단위 에피소드를 기준으로 전향적 지불 방식하에서 HHA의 재택의료 서비스를 보상한다. 전향적 지불 방식(Prospective Payment System)은 병원 입원 서비스의 진단 관련 그룹(Diagnosis-Related Groups)과 같은 분류체계에서 미리 고정된 금액을 기준으로 지불이 이루어지는 방식이다 (CMS, 2021c, p.3).

한편, ‘2016 Home Health Prospective Payment System(HH PPS) final rule’(80 FR 68624)에서 확정된 대로, CMS의 Innovation center(Center for Medicare and Medicaid Innovation)는 Home Health Value-Based Purchasing(HHVBP) Model을 구축했다. 이는 미국의 재택의료 보상 모형으로서, Home Health Care를 제공하는 HHA의 의료서비스 질과 효율성을 제고하는 데 목적이 있다.

기존 HHVBP 모형은 9개 주(매사추세츠, 메릴랜드, 노스캐롤라이나, 플로리다 등)에서 시작되었다. 해당 주에서 재택의료 서비스를 제공하는 HHA를 대상으로, 의료서비스 품질에 연계하여 지불 보상을 실시하였다. HHA가 제공하는 서비스의 양뿐만 아니라, 재택의료 서비스의 질을 기준으로 기관에 대한 보상을 조정한다.

26) Centers for Medicare and Medicaid 홈페이지(n.d.-b). <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/expanded-home-health-value-based-purchasing-model#0>에서 2024. 5. 10. 인출한 내용을 참고하여 작성.

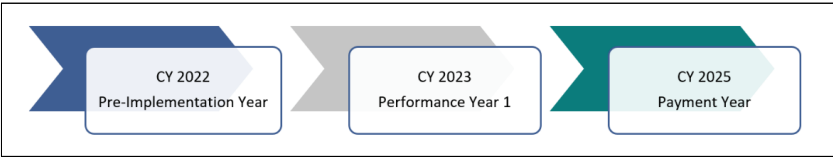
〈표 3-19〉 미국 HHVBP 모델: 연도별 최대 지불 조정률

연도	최대 지불 조정률
2018	3%
2019	5%
2020	6%
2021	7%

출처: CMS 홈페이지, <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/home-health-value-based-purchasing-model>에서 2024.05.10. 인출.

CMS는 기존의 HHVBP 모형이 Medicare에서 1억 4,100만 달러의 재정 절감과 입원율 감소 등 긍정적인 효과를 가져왔다고 보았다. 이에 2021년 8월 CMS는 기존의 HHVBP 모델을 확장한 Expanded Home Health Value-Based Purchasing Model을 발표한다. Expanded HHVBP 모델은 컬럼비아 특별구를 포함한 50개 미국 주 전체의 (Medicare 인증을 받은) HHA에 적용된다. 2023년은 Expanded HHVBP 모델 성과의 첫 번째 적용 연도이며, 2023년 성과에 따른 지불 조정(± 5%)은 2025년에 이루어진다.

〔그림 3-16〕 Expanded HHVBP 모델 적용연도 도식화



출처: CMS 홈페이지, <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/expanded-home-health-value-based-purchasing-model>에서 2024.05.10. 인출.

Expanded HHVBP를 통해 HHA의 성과에 따른 보상을 하기 위해서, 각 HHA의 성과에 대한 평가가 선행되어야 한다. HHA는 Medicare에 성과 측정 데이터를 포함한 보고서를 제출하는데, CMS는 각 HHA에서 제출한 데이터를 기반으로 HHA의 성과를 측정한다. HHA가 제출한 보고서에 관한 정보는 iQIES(Internet Quality Improvement and Evaluation System)에서 확인할 수 있으며, 측정 지표는 OASIS (Outcome and Assessment Information Set) 기반 데이터, 청구 기반 데이터, Home Health Care Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems(HHCAHPS) Survey 기반 데이터가 있다.

〈표 3-20〉 미국 Expanded HHVBP 성과 측정 범주

구분	지표
OASIS-based	호흡곤란의 개선
	지역사회로의 퇴원
	경구용 의약품 관리 개선
	자기 관리(Self-Care)에서의 Total Normalized Composite(TNC) 변화
	이동성(Mobility)에서의 Total Normalized Composite(TNC) 변화
Claims-based	재택의료 첫 60일 동안의 급성기 입원
	재택의료 첫 60일 동안 입원 없이 응급실 이용
HHCAHPS Survey-based	환자 관리
	서비스 제공자와 환자 간의 소통
	특정 진료 문제에 관한 팀 논의
	재택의료 종합평가
	기관 추천 의지

출처: CMS 홈페이지, <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/expanded-home-health-value-based-purchasing-model#0>에서 2024.05.10. 인출한 자료를 참고하여 저자가 재구성함.

제3절 시사점

1. 일본 재택의료 제도의 시사점

재택의료를 제도화하는 것은 쉽지 않다. 인구 고령화 수준, 주변 제도 여건에 따라 재택의료의 바람직한 제공 방식과 제공 수준이 다르기 때문이다. 재택의료 제도를 구축하였다 해도 특정한 방식이 오랜 기간 유효하지도 않다. 우리나라보다 고령화가 20여 년 빠른 일본에서도 재택의료를 본격적으로 제공하는 의원(재택요양지원진료소)을 만들고 의료보험에서 보상한 것이 지금의 우리보다 노인인구 비율이 더 높던 2006년이다. 우리나라의 급속한 고령화 속도를 생각하면 시간의 여유가 충분치 않다. 일본에서 의사가 방문진료를 제공하고 의료보험에서 보상한 첫해가 1986년이고, 방문간호를 시작한 해가 1992년이다. 현재까지 방문진료는 39년, 방문간호는 33년의 시간이 지났다. 반면 우리는 단지 5년 전부터 일부 제한된 시범사업을 하고 있을 뿐이다(정형선, 2024).

재택의료는 의사만이 아니라 간호사, 간호조무사, 간병인, 물리치료사 등 다양한 인력이 필요하다. 세계적으로 많은 나라들이 고령사회에 대응하기 위해 이들 인력을 계속 늘리고 있다. 우리나라의 고령화 속도는 더 빠르다. 노인인구 비율이 2030년 25%, 2040년 34%가 될 것으로 예측된다. 그만큼 재택의료에 대한 국민의 수요가 빠르게 증가할 것이라는 뜻이다. 신속하게 재택의료, 방문간호, 장기요양, 돌봄이 상호 연계되어 지역사회에 거주하는 국민의 의료 및 돌봄 사각지대와 중복을 줄이면서 지역을 중심으로 제공되고 이용되는 체계를 갖추어야 한다(정형선, 2024).

그런 의미에서 일본의 경험은 우리에게 의미가 크며 우리나라의 방문진료 및 재택의료 제도화를 고민하는 데 있어 가장 참고할 만하다. 일본의

경험이 우리나라에 주는 시사점은 세 가지로 정리해 볼 수 있다. 첫째, 일본은 재택의료 제도를 포괄적으로 관리하고 있다. 이는 재택의료 제도를 산발적으로 운영·관리하고 있는 우리나라 상황에 일침을 가한다. 일본은 포괄적인 재택의료 제공체계를 구성하여 4가지 기능으로 다양한 제도를 통합하여 정리하고 있다. ① 퇴원 지원, ② 일상 요양지원 ③ 응급 시 대응, ④ 임종간호돌봄이다. 각 기능에 따라 서비스 제공 기관과 거버넌스 관리 조직 등을 포괄적으로 설계·운영하고 있다. 병원 및 의원, 방문간호 사업소 등이 재택의료 서비스 제공의 주요 기능을 담당한다면, 각 기관을 유기적으로 연계하기 위해 시정촌, 보건소 등이 협력체계를 구축한다.

이같이 의료기관·장기요양기관·지자체 등 유관 기관이 유기적으로 협력 거버넌스를 구축하고, 거동이 불편한 환자에게 필요한 기능에 따라 지속적인 재택의료 서비스를 제공하도록 포괄적 체계를 마련하는 것이 중요하다. 그러나 우리나라는 재택의료 서비스 관련 제도를 분절적으로 운영하고 있으며, 재택의료 제공체계의 기능 또한 촘촘히 구성되어 있지 않다. 재원별로 사업의 구상이 다르고 같은 재원인 건강보험 내에서도 질환별로 서비스를 설계한다. 그러다 보니 환자에게 필요한 기능을 총괄해 제도를 포괄적으로 정리하고 있지 않은 실정이다.

둘째, 의료와 간호의 역할을 명확히 구분하고 있다. 의사가 환자를 방문하는 경우 의료보험을 적용한다는 점은 우리나라와 크게 다르지 않다. 다만, 간호의 영역에서는 차이가 있다. 우리나라는 ‘방문간호’와 ‘가정간호’ 제도가 간호의 영역에서 중첩되어 있고, 그 역할의 구분이 모호하여 어떤 제도를 우선 적용할지에 대한 기준도 미비하다.

일본의 방문간호는 이용자의 연령이나 질환, 상태에 따라 의료보험 또는 개호보험의 어느 하나가 적용되며, 개호보험의 급여가 의료보험의 급여에 우선한다는 원칙을 갖고 있다. 이와 동시에 개호보험에서 의료보험

으로 변경 적용되는 경우(① 후생노동대신이 정하는 경우, ② 악성종양의 종말기가 된 경우, ③ 특별방문간호지시서가 교부된 경우)에 대해서도 명료한 기준을 마련해 두었다. 일본은 분명하게 의료적 목적이 있는 경우에 의료보험을 적용함으로써, 개호와 의료를 구분하고 있다. 이는 재택의료 서비스 제공에 있어, 의료와 돌봄·요양의 구분이 모호한 우리나라의 재택의료 제도를 꼬집는다.

셋째, 일본의 재택의료 제도는 의학적 목적을 분명히 하며, 환자의 진료에 대한 의사의 책임성을 강조하고 있다. 이는 일본 ‘방문진료’의 세부 내용을 통해 확인할 수 있다. 방문진료의 기본 수가로 볼 수 있는 ‘재택환자방문진료료 I-1’은 환자 1인당 주 3회를 원칙으로 설정하고 있으며, 환자의 급성 악화 등으로 인해 추가적인 재택의료 서비스가 제공될 필요가 있다고 판단되는 경우 월 14회까지 산정할 수 있다. 의사의 판단을 존중하면서 동시에 의료적 필요도가 분명한 경우에 의사가 서비스를 제공할 것이라는 신뢰가 담보되어 있다. 반면, 우리나라의 방문진료 현황을 살펴보면 의사가 환자를 방문하는 횟수는 월 1~2회다. 단순히 환자의 건강관리, 복약관리를 하는 수준이다. 일본과 차이가 크다. 일본의 사례는 우리나라의 재택의료 제도가, 의사가 환자에 대해 계획적인 의학적 관리를 하면서 정기적으로 환자를 방문해 진료할 수 있도록 설계될 필요가 있음을 시사한다.

2. 미국 재택의료 제도의 시사점

미국의 재택의료 제도에서 얻을 수 있는 시사점은 크게 세 가지다. 첫째, 미국은 재택의료 서비스 대상자를 거동 불편 환자로 제한하여 그 기준을 엄격히 관리하고 있다. 재택의료 서비스 대상자에 관한 기준을 명확

히 설정하고 있지 않은 우리나라와는 다르다. Medicare에서 제공하는 재택의료 서비스인 Home Health Care를 받을 수 있는 환자는 거동 불편자(Home-bounded)로 한정된다. 거동 불편자는 질병이나 부상으로 인하여 거주 공간 밖으로 나가기 위해 도움이 필요한 사람이거나, 거주 공간을 벗어나는 것이 의학적으로 금지된 사람으로 본다. 환자가 거주 공간에 없더라도 거동 불편자로 보는 경우까지(이탈 횟수가 빈번하지 않은 경우, 상대적으로 짧은 기간 동안 집에 없는 경우 등) 그 기준을 구체적으로 마련하고 있다. 반면, 우리나라는 질환 등을 기준으로 각종 재택의료(시범)사업을 운영하고 있으나, 대상자에 관한 원칙을 갖추고 있지 못하다. 향후 일관성 있는 재택의료 제공체계를 설계하기 위해 재택의료 대상자에 관한 명확한 원칙을 수립하는 것이 선행되어야 할 것이다.

둘째, 재택의료 서비스로서 환자에게 제공되는 Home Health Care는 뚜렷한 치료적 목적이 있다. 미국의 재택의료 서비스는 에피소드 단위로 환자를 관리한다. 치료의 필요도가 높아 의학적 개선이 이루어질 수 있는 기본 기간을 60일로 상정하고, 이후 추가적인 재택의료 서비스가 필요할 경우 이를 재평가하고 있다. 이는 치료적 목적을 완수하는 데 걸리는 일정한 기간을 부여하는 미국 재택의료 정책의 상황을 반영한다.

그러나 우리나라의 재택의료사업은 대체로 특정 의료적(치료) 목적을 달성하기 위한 환자 관리 방안을 갖추고 있지 않다. 특히 건강보험의 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 경우 한 의사가 한 달 동안 환자를 방문할 수 있는 수(100회)를 제약해 놓았을 뿐 서비스 남용을 관리할 수 있는 기전을 갖추고 있지는 못하다. 미국의 사례는 재택의료 서비스를 제공함에 있어서 대상자의 의료적 필요도를 면밀히 파악하고, 그에 따라 조치하는 방안을 고민하게 한다.

셋째, 미국은 의료서비스 제공체계를 새롭게 구상하고, 다양한 혁신적 지불제도를 실험적으로 도입하기 위한 제도를 운용함으로써 제도의 유연성을 기하고 있다. 이는 명문화된 법률체계 아래 의료제도가 경직된 우리나라에 시사하는 바가 크다. 대표적으로, CMS의 혁신센터(Innovation center)는 의료서비스 제공체계, 지불보상체계 등과 관련해 혁신적 사업을 체계적으로 제안·운영하고, 그 결과를 주기적으로 보고하는 방식으로 관리한다. 이를 통해 시행착오(trial and error)를 최소화하고, 새로운 의료서비스 제공체계를 신속히 도입하기 위한 전략을 수립한다.

한편, 혁신센터의 운영 방식뿐 아니라 혁신센터가 운영하고 있는 다양한 혁신적 지불제도 또한 참고 가치가 크다. 최근 미국은 재택의료 서비스 보상체계를 개선하기 위해 각종 지불제도를 도입 및 평가하고 있다. 예컨대, 기존의 재택의료 서비스 보상 모형의 보상률을 연도별로 다르게 조정하고, 재정 절감, 입원을 변화 등의 결과를 비교·평가한다. 이러한 과정을 거쳐 개선한 모형을 도입하고, 의료기관의 성과측정 지표를 마련하여 성과에 따라 보상한다. 우리나라는 각종 재택의료 시범사업을 운영하고 있지만, 제공체계나 지불제도에 변화를 꾀하여 혁신적인 대안을 마련하고 있지는 못하다. 효과평가도 거의 이루어지지 않는다. 미국의 사례는, 우리나라의 건강보험 혁신센터 등 자원과 인프라를 활용하여 재택의료 서비스 제공체계를 개선하기 위해 보다 전향적인 거버넌스 체계를 갖추어야 하지 않은지를 되짚어보게 한다.



제4장

결론 및 제언

제1절 방문진료 및 재택의료 개념 정리

제2절 건강보험방문진료 확대를 통한 재택의료 제도화 방향

제3절 환자 중심 포괄적 재택의료 제공체계의 구상

제4절 결론

제4장 결론 및 제언

제2장에서 살펴본 바와 같이 우리나라 방문진료 및 재택의료 제도화에 있어 문제가 되는 점을 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째 방문진료와 재택의료 개념의 정립이 미흡하다는 것, 둘째, 포괄적이고 유기적인 제도 구상이 필요하다는 것, 셋째, 새로운 서비스 제공체계를 구상하고 지불제도 등 제도 전반을 유연하게 변화시키기에는 부족하다는 것이다.

본 장에서는 이런 문제를 극복하며 방문진료와 재택의료를 제도화 할 수 있는 방안을 담는다. 가장 먼저 방문진료와 재택의료에 대한 개념을 정리해 본다(제1절). 다음으로 포괄적·유기적인 방문진료 및 재택의료 제도화 방안을 제시한다(제2절). 다만, 연구의 물리적 한계를 고려하여 재택의료의 제도화 방안을 제시하기보다 현행 건강보험제도에서 운영하고 있는 일차의료 방문진료 사업을 중심으로 우리나라 방문진료와 재택의료의 나아가야 할 방향을 모색한다. 더불어 방문진료와 재택의료를 장기적으로 제도화해 가는 과정에서 고려해야 하는 사항에 대해서도 짚어본다.

제1절 방문진료 및 재택의료 개념 정리

방문진료와 재택의료와 관련된 용어는 다양하다. 재택과 방문은 의료서비스가 제공되는 장소가 의료기관이 아니라는 것을 강조하는 표현이다. 기존의 의료서비스가 자본집약적인 의료기관에서 제공되던 반면, 환자가 기거하는 공간(주로 자택)에 의료인이 방문하여 의료서비스를 제공한다는 측면에서 ‘방문’, ‘재택’이라는 단어가 붙는다.

일본에서 재택의료는 “의료를 받는 사람의 거택 등”에서 제공되는 보건 의료서비스”를 말한다. 그리고 재택의료의 영역으로 ‘방문진료’와 ‘방문간호’, 그 외에도 ‘방문치과진료’, ‘방문치과위생지도’, ‘방문약제관리’, ‘방문재활’, ‘방문영양식사지도’ 등을 포함한다. 하지만 우리나라는 이렇게 다양한 서비스를 총괄해 ‘재택의료’라고 명명하는 경우가 많다. 그러다 보니 재택의료로 일컬어지는 사업이 십여 가지에 이르며, 이들 사업 간에 일관된 관리가 이루어지지 않는 상황이다.

따라서 본 절에서는 방문진료와 재택의료의 개념 정리를 위해 의료서비스의 형태와 목적에 따른 OECD 분류법을 활용해 우리나라 방문진료 및 재택의료 관련 용어를 정리해 본다. 또한 우리나라에서 현재 방문진료 및 재택의료와 관련해 자주 사용되고 있는 용어의 관계를 정리해 본다.

1. OECD System of Health Account 2011(SHA2011)에 따른 구분

OECD는 회원국의 의료비를 비교하기 위한 기준으로 보건계정체계(System of Health Account 2011)를 활용한다. SHA2011은 전 세계 의료제도의 특성을 분석한 결과와 각 국가 간 합의를 통해 의료체계의 외연(boundary)을 정하고 의료체계의 기능과 목적, 자원, 공급자 등을 체계적으로 분류하고 있다. 의료비를 집계해 회원국 간의 비교 가능성을 높이는 것이 주목적이긴 하나, 의료서비스 등을 체계적이고 일목요연하게 구분·분류하고 있다는 점에서 참고할 가치가 높다.

가. 의료서비스의 형태에 따른 구분(Mode of Care)

의료서비스는 그 형태에 따라 혹은 그 목적에 따라 명칭이 다르다. 먼저 의료서비스는 형태에 따라 분류 가능하다. 가령 외래서비스는 의료기관에 환자가 방문하는 형태로 이루어진다. 입원서비스는 환자가 의료기관에 등록을 하고 하룻밤 이상을 기거하며 집중적인 의료서비스를 제공받는 형태로 이루어진다. OECD는 이같이 의료서비스가 제공되는 형태에 따라 의료를 구분하는 방식을 Mode of Provision(MoP)으로 명명하였다(OECD, 2017, p.77).

OECD는 MoP를 구성하는 서비스를 네 가지 유형으로 구분한다. 첫째는 입원서비스(Inpatient), 둘째는 데이케어(Day care), 셋째는 외래서비스(Outpatient), 넷째는 재가서비스(Home-based care)다. 입원서비스와 데이케어는 의료 시설에 정식으로 입원해야 하지만, 외래 및 재택서비스는 그렇지 않다는 것을 기준으로 구분한다. 또한 입원서비스는 입원 후 하룻밤 입원이 필요한 반면, 데이케어는 당일 퇴원을 기준으로 한다. 외래서비스와 재가서비스는 서비스가 제공되는 장소에 따라 구분할 수 있으며, 재가서비스는 환자의 거주지에서 제공되는 반면, 외래 서비스는 의료서비스 제공자의 장소를 기준으로 한다(OECD, 2017, p.78).

나. 의료서비스의 목적에 따른 구분(Primary Purpose of Care)

의료서비스를 형태가 아닌 목적을 중심으로 분류할 수도 있다. 의료서비스의 목적은 질병의 자연사(natural history of disease)에 따라 세분된다. 의료서비스에 접촉(contact)하는 개인이 질병의 자연사 관점에서 어떤 필요가 있는지에 따라 의료서비스의 목적은 달라진다(OECD, 2017, p.76).

가장 처음은 건강한 상태다. 이 단계에서 의료서비스 개입은 예방접종이나 부상 예방 프로그램 등을 통해 건강 상태를 개선하고 질병, 장애 또는 부상의 위험이 낮은 상태를 유지하는 것, 즉 질병의 발생을 예방하는 것을 목표로 한다. 이를 ‘예방적 의료서비스(preventive interventions)’라 한다. 예방적 개입은 건강 위험에 직면한 개인, 질병의 증상이 없거나 초기 징후와 증상이 없는 사람들을 대상으로 한다. 또한 질병의 조기 발견을 위한 의료서비스가 이 단계에 해당한다. 개인은 적절한 의료이용을 통해 질병을 조기발견할 수 있으며 치명적인 질병에 빠르게 대처하여 치료적 개입에 이를 수 있다(OECD, 2017, p.76).

다음으로는 질환이 발생한 경우다. 질환의 증상이 급성 질환에 해당하는 경우, 환자는 증상의 완화 또는 질병의 완치를 추구한다. 다만, 많은 질환은 완전히 완치될 수 없으며 어느 정도의 기능 저하를 동반하는 만성 질환으로 이어진다. 치료 과정(treatment)은 환자의 질병 및 증상을 모니터링하고 조절하기 위한 환자의 개인적인 참여뿐만 아니라 질병을 통제하기 위해 의료인과 환자가 반복적으로 접촉하는 것을 포괄한다. 환자들이 의료 시스템을 찾는 주된 이유는 이 치료 과정을 거쳐 건강 수준을 유지 혹은 개선하기 위해서다. 그러나 치료 과정 또한 개인의 의료적 필요도에 따라 일반적으로 예방(prevention), 재활(rehabilitation), 치료(cure)가 혼합된 서비스를 받게 된다(OECD, 2017, p.76).

치료(curative care)는 질병 또는 부상의 증상을 완화하거나, 질병 또는 부상의 심각성을 줄이거나, 생명이나 정상적인 기능을 위협할 수 있는 질병 및/또는 부상의 악화 및/또는 합병증으로부터 보호하는 것을 주된 목적으로 하는 의료서비스를 의미한다(OECD, 2017, p.84). 재활(rehabilitation)은 장애를 겪고 있거나 장애를 겪을 가능성이 있는 건강한 상태에 있는 사람들이 최적의 기능, 적절한 삶의 질, 지역사회 및 사회

통합을 달성하고 유지할 수 있도록 하는 의료서비스의 통합적 과정을 의미한다. 치료 서비스는 주로 건강 상태에 초점을 맞추는 반면, 재활 서비스는 건강 상태와 관련된 기능에 초점을 맞춘다. 재활 서비스는 손상된 신체 기능과 구조를 안정화, 개선, 복원하고, 신체 기능과 구조의 부재와 상실을 메운다. 또한 환자의 활동과 사회참여 수준을 개선하고, 장애, 의학적 합병증의 위험을 예방한다(OECD, 2017, p.87).

질환의 결과로 혹은 노쇠와 노화의 결과로, 독립적인 생활에 제약이 있는 환자의 경우 건강 수준의 악화 방지를 위한 별도의 의료서비스 제공이 필요하다. 이를 장기요양(long-term care)이라 한다. 의료서비스를 통한 치료와 재활과 달리 장기요양은 의학적 건강 수준의 개선, 환자 신체적·정신적 기능 개선보다 통증과 고통을 완화하고 장기 의존도가 높은 환자의 건강 상태 악화를 줄이거나 관리하는 것을 주된 목적으로 한다. 그리고 임종이 가까운 경우 고통을 경감하는 것을 목적으로 하는 서비스를 완화의료(palliative care)라고 칭한다(OECD, 2017, p.88).

다. 적용

이같이 의료서비스를 구분하기 위한 차원은 다양하다. 살펴본 바와 같이 OECD는 그 차원을 목적 형태로 구분한다. 그 개념을 적용해 우리가 주로 사용하는 방문진료, 재택의료와 같은 합성어를 보면 한 용어 안에 두 차원을 모두 담고 있음을 확인할 수 있다. 가령 방문진료의 경우 방문이라는 의료서비스의 형태에 진료라는 의료의 기능을 묘사한다. 여기서의 방문(房門)은 의료인이 환자를 방문했다는 의미로 쓰인다. 따라서 재택(在宅) 진료와도 유사한 의미로 사용된다. 재택은 환자가 집에 있다는 의미로 쓰이며 거택(居宅)과 같은 의미를 갖는다(다만 일본에서는 재택보다

거택을 보다 넓은 의미로 사용한다-제3장 제1절 참조). 왕진(往診) 또한 의사가 진료를 위해 환자를 방문한다는 의미로 쓰여 재택의료, 방문진료와 혼란을 야기한다.

[그림 4-1] 의료서비스 형태와 목적에 따른 용어 개념

의료서비스의 형태 (Mode of Care)		의료서비스의 주요 목적 (Primary Purpose of Care)			
		의료의 목적		기능	
재택(財宅) 가정(家庭)	Home-based	의료	Medical	진료(診療)	Diagnosis +Care
방문(訪問)	Visiting	치료(治療)	Curative	간호(看護)	Nursing
외래(外來)	Ambulatory Outpatient	재활(再活)	Rehabilitation	간병(癘病)	Assistive
낮병동	Day Care	장기요양 (長期療養)	Long-term		
입원(入院)	Inpatient	완화의료 (緩和醫療)	Palliative		

〈재택의료 및 방문진료 관련 용어 예시〉

Mode	x	Primary Purpose
재택		의료
방문		진료
가정		간호
		호스피스
왕(往)		진(診)

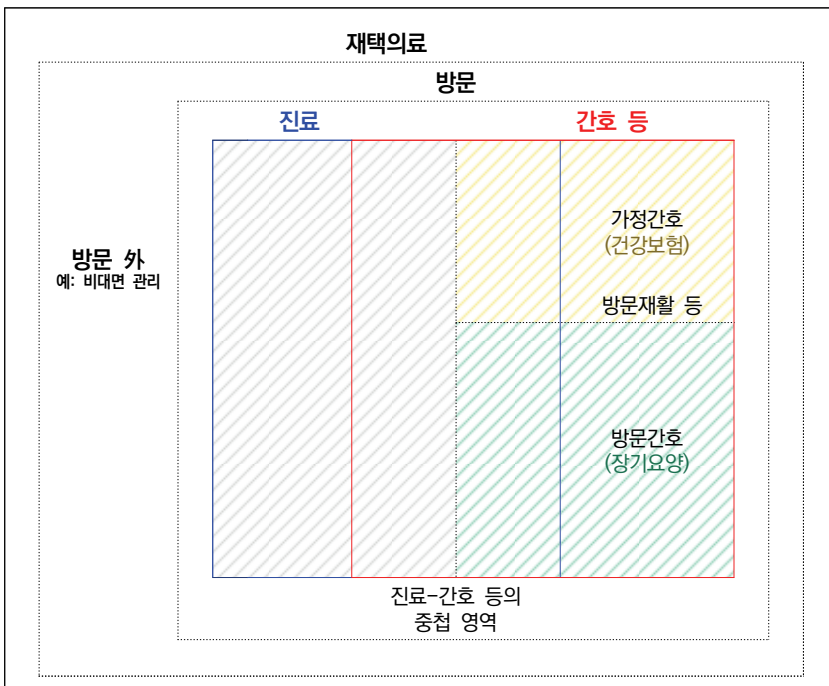
출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

우리나라의 재택의료 및 방문진료 사업은 건강보험에서 시행하는 ‘재택의료 사업’, ‘방문진료 시범사업’과 더불어 노인장기요양제도에서는 ‘재택의료센터 시범사업’이 있다. 건강보험의 ‘방문진료 시범사업’ 수가

에 ‘방문간호’ 서비스를 연계하여 노인장기요양보험 수급자에게 서비스를 제공한다. 이처럼 우리나라의 제도는 용어를 혼용해 사용하지만 그 개념 정립이 가지런하지는 않다. 의료 현장에서의 수요를 반영해 방문진료 및 재택의료 사업을 필요에 따라 산발적으로 도입하다 보니 용어의 혼란이 커진다.

2. 우리나라 용어 및 개념 정리

[그림 4-2] 우리나라의 재택의료 관련 용어 정리



출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

(① 재택의료) 재택의료는 “‘의료를 받는 사람의 거주지 등’에서 제공되는 보건의료서비스”로 정의할 수 있다. 이때 환자의 ‘거주지’는 집 외에도 다양한 시설 등을 포괄하며, 의료기관이 아닌 다른 공간에서 받는 의료서비스를 총칭한다. 즉 재택의료는 환자가 거주하는 공간에서 발생하며, 의사가 실시하는 진료와 간호사가 제공하는 간호, 물리치료사 등이 제공하는 재활 등을 포함하는 개념으로 이해하는 것이 적절하다.

환자의 질병 관리 차원에서 보면 의사의 진료가 필요한 경우 의사가 방문해 환자를 진료하고, 간호사는 간단한 드레싱 같은 행위를 실시하고, 물리치료사 등은 재활서비스 등 다양한 의료서비스를 제공한다. 한편, 요양보호사가 방문하는 돌봄서비스는 의료로 보기 어렵다(물론 두 서비스의 대상자가 같을 수 있지만 의료-돌봄을 제공받는 환자는 동일하더라도 의료와 돌봄은 그 재원과 제도가 구분되어 있어 우리나라에서 재택의료가 돌봄서비스를 포괄한다고 이해하기는 어렵다). 의료-돌봄을 통합하고자 하는 ‘통합돌봄’ 사업이 제시된 이유 또한 의료와 돌봄의 구분이 뚜렷한 우리나라 상황을 반영한다.

한편, 최근 코로나19 등으로 원격의료의 경험이 축적됨에 따라 원격진료, 원격 건강관리 서비스가 확대되고 있는데, 의료인이 제공해야 하는 의료서비스의 경우는 재택의료로 볼 수 있으나, ICT 기술을 활용한 원격 건강관리 등은 아직 재택의료로 보기 어렵다. 다만, ICT 기술을 활용해 건강을 관리해 주는 주체가 의료기관 혹은 의료인일 경우 재택의료로 간주할 수 있을 것이다. 하지만 아직 충분한 논의가 이루어지지 않는다면 정 짓기 어렵다.

(② 방문진료) 방문진료는 의사가 환자를 방문하여 진료서비스를 제공하는 것을 의미한다. 「의료법」은 의사에게 의료와 보건지도를 임무로 부과한다. 의사는 환자를 진단 및 치료, 즉 진료할 권한을 가지며, 간호사는

의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조를 실시한다. 따라서 ‘방문진료’는 의료인이 환자를 방문한다는 차원에서의 방문(房門)과 의사의 고유 권한인 진료(診療)의 합성어로 의사가 방문해야만 제공할 수 있는 진료서비스를 의미하며, 재택의료의 영역에 포함된다.

우리나라에서는 기존에 ‘왕진’ 체계를 갖추고 있었다. 국민에게 ‘왕진’이라는 용어가 친숙한 이유도 그 때문이다. 최근 다시 도입된 일차의료 방문진료 서비스와 그 용어가 중복된다. 일본의 경우 ‘왕진’을 응급 대응을 위한 비정기적 의사 방문으로, ‘방문진료’를 정기적인 의사의 방문 서비스로 구분하여 사용하고 있으나, 우리나라에서 두 용어는 혼용된다. 다만, 공식적으로 건강보험에서 의료인이 환자를 방문한 경우 ‘방문진료’라고 칭하고 수가를 지급하고 있으므로 용어를 ‘방문진료’로 통일하는 것이 바람직하겠다. 향후 지속적 관리와, 응급 대응을 위한 의사 방문진료를 칭하는 용어를 일본과 같이 다르게 사용하는 것도 고려해 볼직하다.

㉓ 방문간호 우리나라에서 방문간호는 장기요양보험제도에서만 사용하는 고유한 용어다. 장기요양보험제도에서 ‘장기요양의 목적’으로 간호사 및 간호조무사가 환자를 방문하여 간호서비스를 제공하는 것을 의미한다. 이때 간호사와 간호조무사는 건강보험의 요양기관이 아닌 장기요양보험의 장기요양기관 소속으로 보아야 한다. 의료기관에서 방문간호를 제공할 수 있으나, 장기요양기관 중 의료기관이 아닌 경우에도 관리책임자로서 간호사를 둔다면 방문간호 서비스를 제공할 수 있다. 방문간호는 노인장기요양보험에서 재가서비스의 일환으로 제공되지만 의료인이 제공하는 엄연한 간호서비스라는 점에서 재택의료의 영역에 포함하는 것이 바람직하다. 간호사나 간호조무사는 의사의 지시에 따라 환자의 거주 공간을 방문하여 간호서비스를 제공한다.

(4 가정간호) 가정간호는 ‘의료의 목적’으로 의료기관의 신청을 받아 사업 기관이 선정되기 때문에, 방문간호에 비해 의료로 분류해야 하는 이유가 뚜렷하다. 이때 서비스를 제공하는 ‘가정전문간호사’는 간호사를 취득하고 석사 이상의 교육 수준을 갖추어야 하며, 가정간호를 제공하고자 하는 의료기관은 2인 이상의 ‘가정전문간호사’를 상근직으로 채용해야 한다. 장기요양제도의 간호서비스보다 의학적 전문성이 높다고 볼 수 있다. 실제로 환자에게 방문해 간호서비스를 제공한다는 측면에서 방문간호와 서비스의 제공 형태는 유사하나, 재원에서 명확한 차이가 있다. 방문간호는 장기요양보험이 보상하지만, 가정간호는 건강보험에서 그 비용을 보상한다.

(5 방문재활) 최근 논의되고 있는 방문재활은 물리치료사, 작업치료사 등이 환자의 거주 공간을 방문하여 기능·주거환경에 따라 맞춤형 재활치료 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 환자는 입원 중에 집중 재활치료를 받고 퇴원 후에도 재활치료가 필요한 경우, 방문재활을 통해 거주 공간에서 방문재활 계획에 따른 재활치료를 제공받을 수 있다. 다만, 아직 방문재활서비스를 제공할 수 있도록 한 사업은 ‘재활의료기관 수가 3단계 시범사업’뿐이기 때문에 활성화돼 있지 않다.

살펴본 대로 ‘재택의료’는 거동이 불편한 환자에게 발생하는 다양한 의료적 필요도에 맞추어 제공하는 다양한 서비스를 모두 포괄한다. 용어가 포괄하는 영역이 과도하게 넓은 편이다. 일본은 이를 인지해 ‘재택의료’를 의료정책의 한 영역으로 정리하고 세부적인 목적에 따라 재택의료를 세분했다. 우리나라도 ‘재택의료’를 의료서비스 제공체계 중 하나로 인지하고 그 안에 다양한 의료적 필요도를 반영할 수 있도록 제도를 정리해 나가는 과정이 필요하다. 일본의 사례와 같이 재택의료를 하나의 정책 묶음 단위로 상정하고 다양한 의료적 필요도(응급 대응, 지속 관리, 퇴원 지

원, 임종 지원 등)에 따라 운영되고 있는 각종 사업을 일목요연하게 정리해 나가야 할 것이다. 이를 위해서는 현재 국내에서 운영되고 있는 다양한 (시범)사업의 명칭과 내용을 검토하고 하나의 틀 안에서 관리될 수 있도록 정책 의사결정 및 사회적 논의 구조를 갖추는 것이 필요하다.

제2절 건강보험 방문진료 확대를 통한 재택의료 제도화 방향

제2절에서는 방문진료와 재택의료의 제도화 추진을 위한 문제점을 다시 한번 살펴보고, 최종적으로 제도화 방향을 제시한다.

1. 방문진료 및 재택의료 제도화 추진을 위한 문제점

(문제 ❶ - 일관성 있는 원칙의 부재) 방문진료 및 재택의료와 관련된 일관성 있는 원칙이 없는 상황에서 다양한 사업들이 난립한다는 것이 우리나라가 직면한 가장 큰 문제다. 원칙의 부재는 제도의 효율성을 저하시키며, 종래에는 제도의 본질적 목적인 ‘거동 불편 환자의 총체적 의료 필요도 충족’과는 거리가 먼 방향으로 제도들이 난립하게 한다.

(문제 ❷ - 제도 간 사각지대 및 중첩 영역 발생) 일관성 있는 원칙의 부재는 ❶ 제도 간의 사각지대를 만들어낸다. 너무 많은 시범사업들이 그때마다의 요구에 대응하기 위해 일관성 없이 도입되다 보니 실제 거동이 불편한 환자에게 필요한 서비스가 제공될 수 있는 체계가 마련되지 못하는 문제가 발생한다. 포괄적인 관점에서 거동 불편 환자에게 필요한 의료 서비스가 빠짐없이 제공될 수 있도록 원칙을 세우고 이에 따른 제도 간 체계를 구상해야 한다. 또한 일관성 있는 원칙의 부재는 ❷ 제도 간 중첩

영역의 해결을 어렵게 한다. 대표적 사례는 방문진료와 재택의료의 주축을 담당하는 ‘국민건강보험’과 ‘장기요양보험’ 간 재원별 역할 구분의 모호성에서 확인할 수 있다. 특히 제도 간의 역할 정립이 가장 중첩되면서도 모호한 ‘간호 영역’에 대한 정리가 필요하다. 방문진료는 의사가 환자를 방문해 의학적 진단과 처치를 수행하므로 의료의 영역으로 간주한다고 하더라도(즉, 국민건강보험에서 그 비용을 전담하더라도), 방문간호(장기요양보험)와 가정간호(국민건강보험)는 서로 다른 두 제도가 중첩 운영하는 영역이므로 조율이 필수적이다. 가령 한 환자가 장기요양보험의 수급자이면서 동시에 건강보험 요양급여 대상자라면 가정간호가 적용되어야 하는지, 방문간호가 적용되어야 하는지 혼란스럽다. 이는 서비스 제공자뿐 아니라 환자에게도 마찬가지다. 본 절을 통해 연구진은 각각의 문제를 어떻게 풀어나가야 하는지를 제안하고 이 같은 문제의식 아래 재택의료의가 어떻게 제도화되어야 할지에 대한 구상을 제시한다. 다만 연구 수행의 기간 등 물리적 한계로 건강보험제도 관점으로 논의를 한정해 방문진료 및 재택의료의 제도화 방안을 논한다. 통합돌봄, 공공의료의 재택의료 등 다양한 차원에서 방문진료와 재택医료를 제도화하기 위한 추가적인 구상과 대안 제시는 향후 이루어져야 할 것이다.

2. 일관성 있는 원칙 수립

(원칙 ❶ - 거동 불편 환자에게 제공하는 의료서비스) 가장 먼저 의료기관에서 제공되는 의료서비스와 재택의료 제도를 명료하게 구분해야 한다. 이를 위해 건강보험제도의 재택의료 제공 원칙을 “‘거동 불편 환자’에게 제공하는 의료서비스”로 수립해야 한다. 이를 위해서는 의료인 등이 환자의 거동 불편 여부를 평가하고 관리하는 체계가 필요하다. 이는 미국

의 제도를 참고할 수 있다.

미국의 Medicare에서는 재택의료의 일환으로서, Home Health Care를 보장 영역에 포함하고 있다. Home Health Care의 대상자는 다른 사람의 도움·휠체어 등이 없이 거주 공간을 나서는 것이 어려운 거동 불편자이다. 재택의료 서비스가 필요한 대상자를 평가하기 위한 기준을 일관성 있게 제시하고 있으며 에피소드(60일) 종결 시 의료적 개선 여부, 지속 치료 여부와 더불어 환자의 거동 불편 여부를 재평가한다. 대상자를 재평가하는 기전을 통해 지속적으로 서비스 대상자를 확인하는 것이다.

(원칙 ② - 건강보험 제공 서비스는 의료적 목적에 한하여 제공) 다음으로 건강보험에서 제공하는 재택의료 서비스와 장기요양보험에서 제공하는 재택의료 서비스를 구분하기 위해, 건강보험제도에서는 ‘의료적 목적이 명확한 경우에 한정하여 의료서비스를 제공’한다는 원칙이 필요하다. 적어도 건강보험에서 제공하는 재택의료 서비스는 치료의 목적 및 개선이 예견되는 경우에만 이루어져야 한다. 장기적인 돌봄이 필요한 대상자가 의사, 간호사 등 전문적 의료인이 방문하는 것을 선호한다고 해서 무한히 방문진료 등 재택의료 서비스를 받을 수 있도록 하는 것은 합리적이지 않다. 특히 노인 비중이 폭증할 것이라고 예견되는 상황에서 재택의료 서비스의 남용은 건강보험 재정의 치명적 위협이 될 수 있다.

일본에서도 건강보험에서 제공하는 재택医료를 의학적 목적이 있는 경우로 명문화하고 있다. 방문진료의 경우 의사가 계획적인 의학적 관리하에 정기적으로 방문해 진료한 경우에 방문진료료를 산정하고 있으며, 통원이 어려워 재택에 있는 환자에 대하여 의학적 계획을 세워 정기적으로 방문 및 진료하는 경우에 의학 종합관리료를 산정하고 있다.

다만 장기적인 관점에서 재택의료의 치료적 목적을 넘어선 건강관리까지 확대될 수 있는 여지는 남겨둘 필요가 있다. 최근 지자체 보건소 등

에서 시행하고 있는 ICT 기술을 활용한 건강관리 사업을 연계하는 방안 등을 고려할 수 있을 것이다. 그런데 이에 대해서는 사회적 합의가 필요하다. 건강관리의 영역이 일차의료를 담당하는 의원에서 주로 제공해야 하는 서비스인지, 보건소 등 공중보건 등의 서비스를 담당하는 기관에서도 제공할 수 있는 서비스인지 등 풀어가야 할 지점들이 많다. 향후 지속적인 관심과 연구가 필요하다.

(원칙 ③ - 포괄적 재택의료 서비스 제공체계 지향) 마지막으로 환자를 중심으로 다각화되고 있는 의료적 필요도를 충분히 반영할 수 있도록 포괄적 재택의료 서비스 제공체계를 지향해야 한다. 의료기관에서 급성기 치료 이후 지역사회로 복귀하는 데 필요한 방문진료, 방문재활, 방문간호 등을 종합하여 포괄적으로 관리할 수 있도록 대상자를 확대해야 한다.

[그림 4-3] 의료서비스의 형태(Mode)와 목적(Primary Purpose)에 따른 구분

			Mode of Care			
			Hospital Based			Patient Based
			Ambulatory (Outpatient)	Inpatient	Day Care	Home-based
Primary Purpose of Care	Cure & Rehab.	Primary	●			역할 정립 건강보험
		Acute		●		대상 확대
		Sub-Acute		●	●	대상 확대
	Long-Term			●	●	역할 정립 장기요양
	Palliative			●		

역할정립 & 상호연계

치료 후 연속선상 영역

출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

우리나라도 일본의 ‘퇴원 지원’ 재택의료 기능 분류와 마찬가지로 의료기관에서 지역사회로 환자가 복귀하는 데 필요한 재택의료 서비스를 묶어 관리한다면 보다 효율적인 관리가 가능할 것으로 보인다. 다만, 현행 질환군별·대상자별 재택의료 사업이 충분히 활성화되어 있지 않다는 점은 큰 장애 요소다. 또한 질환별 접근 방식으로는 퇴원 지원이 필요한 환자를 모두 포괄하는 데 무리가 있을 것으로 보인다. 수술 등 주요 의료행위를 수행한 대형 의료기관을 중심으로 환자에게 제공되어야 할 지역사회 복귀를 위한 재택의료 서비스를 계획하고, 지역사회 일차의료기관과 연계하여 방문진료를 포함한 방문간호, 방문재활 서비스를 제공할 수 있게 하는 것이 가장 바람직하다고 판단된다.

3. 제도 간 사각지대 및 중첩 영역 해결을 위한 과제

(과제 ❶ - 건강보험제도와 장기요양보험 제도 간 역할·기능 정립) 건강보험제도와 장기요양보험제도의 역할과 기능을 보다 분명히 하되 유기적으로 협력해, 거동이 불편한 환자에 대한 지속적 건강관리 서비스를 제공하는 데 차질이 없도록 해야 한다.

법령상 건강보험은 국민의 질병·부상에 대한 보험급여를, 장기요양보험에서는 노인 등의 일상생활에 관한 보험급여를 실시한다. 단기적으로는 재택의료 서비스 차원에서도 그 구분을 유지하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 건강보험은 거동이 불편한 환자의 의료적 필요도가 분명한 경우에 한정해 주기적·비주기적 방문진료를 수행하고 가정간호 서비스를 제공하는 것이 이상적이다. 하지만 현재 건강보험의 일차의료 방문진료 수가 시범사업은 환자에게 제공되어야 할 의료적 필요도와는 무관하게 의사가 환자를 한 달에 1회가량 방문해 건강을 관리하는 용도로만 기능

하고 있다. 환자의 건강 상태에 대한 지속적인 관리, 의학적 개선 여부 등은 확인이 불가하다. 건강보험 수가체계가 환자에 대한 의사의 방문진료만 보상을 집중하고 있는 것도 문제다. 일차의료기관이 가정간호 서비스를 제공하고 그 비용을 보상받기 위해서는 가정전문간호사를 2인 이상 상근직으로 채용하고 있어야 한다. 이는 소규모 의원인 경우 대부분 현실적으로 불가능하다. 그러다 보니 건강보험제도가 운영하는 방문진료 시범사업은 의료 현장에서 환자의 방문간호·재활 등 필요도를 충분히 충족시키기 어려운 상황이다.

한편, 장기요양보험제도의 재택의료센터 시범사업은 방문진료와 방문간호가 연계된 형태로 설계·도입되었기에 그 의미가 크다. 하지만 서로 다른 두 제도를 결합해 시범사업을 구성하다 보니, 사업의 정합성이 떨어진다는 점은 아쉽다. 해당 사업의 주요 서비스인 방문진료와 방문간호는 각각 건강보험, 장기요양보험으로부터 재정이 충당된다. 그러다 보니 두 서비스의 본인부담은 차이가 있는데, 환자의 입장에서 이는 매우 혼란스럽다. 건강보험의 방문진료는 본인부담률이 30%로 설정되어 있는 반면, 장기요양보험의 방문간호는 본인부담이 없다. 게다가 해당 사업으로 제공된 방문간호 서비스는 장기요양보험의 재가급여 상한 적용을 받지 않는다. 방문간호에 대한 본인부담은 없고, 장기요양보험 재가급여 상한 적용 대상도 아니니 환자는 선호한다. 다만, 건강보험의 방문진료 수가에 대한 본인부담 수준이 높아 이용에 제약이 생긴다는 것이 환자와 공급자의 공통된 의견이다.

하지만 많은 전문가들은 이 같은 제도의 구성은 바람직하지 않다고 우려의 목소리를 낸다. 환자의 비용 부담을 낮추는 것이 물론 그 서비스를 이용하는 환자의 입장에서는 좋지만, 건강보험 및 장기요양보험의 재정 지속 가능성 측면에서 우려가 있다는 것이다. 따라서 단순히 건강보험의

수가와 장기요양보험의 수가를 혼합해 새로운 정책을 개발하는 것보다는 두 제도가 유기적으로 협력해 정말 재택의료 서비스가 필요한 사람을 대상으로 적절한 서비스를 제공하기 위한 체계를 갖춰야 한다는 것이다.

이를 위해서는 건강보험과 장기요양보험 제도의 역할 정립이 분명해야 하며 방문진료, 방문간호, 방문재활 등의 역할을 어떤 재원이 담당해야 할지에 대한 정교한 고민이 필요하다. 특히 방문간호 서비스(혹은 가정간호 서비스)에 대한 역할 정립 논의가 가장 시급하다.

(과제 ② - 방문간호와 가정간호 제도 정비) 우리나라는 환자에게 방문하는 간호서비스에 대한 정책이 국민건강보험(가정간호)과 장기요양보험(방문간호)으로 이분되어 있다. 문제는 두 사업의 연계에 대한 고민이 부족하다는 것이다. 노인장기요양보험의 수급자이면서 동시에 건강보험 가입자인 환자에게 어떤 사업이 적용되어야 하는지에 대한 기준이 갖춰져 있지 않다. 따라서 재원의 목적 및 대상 환자 등에 따라, 사업 적용의 기준과 원칙을 수립할 필요가 있다.

〈표 4-1〉 가정간호와 방문간호의 구분

	가정간호	방문간호
재원	국민건강보험	노인장기요양보험
목적	병원 입원 기간 단축	일상생활 수행이 어려운 노인에게 대한 간호서비스 제공
서비스 기관	요양기관	장기요양기관(방문간호센터 등)
근거법	의료법, 국민건강보험법	노인장기요양보험법
제공자	가정전문간호사	간호사 등
인력 수	가정전문간호사 6,558명(22)	방문간호사 1,584명 방문간호조무사 1,671명(18)
대상자	조기퇴원환자, 외래환자 등	노인성 질환을 앓고 있는 장기요양 등급(1~5) 판정자
제공 서비스	의사 처방에 따른 치료 및 간호	근력운동, 투약 관리, 호흡기 간호, 욕창, 영양 등

출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

일본의 경우, 의사의 진료에 대해서는 건강보험에서 보상하되, 간호사의 방문에 대해서는 재원을 뚜렷하게 구분하고 있다. 일본의 장기요양보험인 개호보험의 수급자라면 방문간호에 대해 개호보험의 재원을 우선 적용한다. 이때 방문간호에 대한 비용은 재가급여 상한 대상에 포함하여 과도한 이용을 방지한다. 개호보험 수급자가 아닌 자는 의료보험에서 그 비용을 보상한다.

우리나라 장기요양보험제도에도 재가급여에 상한이 있어, 방문간호 서비스의 남용을 막는 제도적 장치가 마련되어 있다. 하지만 다른 방문요양 서비스에 비해 그 가격이 너무 높아 방문간호 서비스를 이용하는 경우 재가급여 상한에 너무 금방 도달해 다른 서비스를 이용하는 데 어려움이 있다는 현장의 의견이 제기되어 왔다. 2024년 우리나라 장기요양 등급별 재가급여 한도는 인지 지원(치매환자)의 경우 643,700원, 5등급 대상자는 1,151,600원, 4등급 대상자는 1,341,800원, 3등급 대상자는 1,455,800원, 2등급 대상자는 1,869,600원, 1등급 대상자는 2,069,900원으로 설정하고 있다.

〈표 4-2〉 우리나라 장기요양 등급별 재가급여 한도 및 급여별 비용

현행	기준		재가 한도(원)	주·야간(원)	
				3~6시간	6~8시간
1등급	95점	전적 도움	2,069,900	39,810	53,360
2등급	75~94점 미만	상당 부분	1,869,600	36,850	49,420
3등급	60~75점 미만	부분적	1,455,800	34,020	45,620
4등급	51~60점 미만	일정 부분	1,341,800	32,470	44,070
5등급	45~51점 미만	치매	1,151,600	30,920	42,500
인지 지원	치매환자		643,700	30,920	42,500

출처: “장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시,” 2024를 참고하여 저자가 재구성.

이를 의식한 탓인지 현행 장기요양보험의 재택의료센터 시범사업에서 제공하는 방문간호 서비스는 재가급여 상한의 적용 대상에서 제외하고 있다. 물론 환자의 비용 부담을 완화하였다는 데 그 의의가 있으나, 장기요양보험제도가 본래 가지고 있는 원칙과 취지를 충분히 고려하지 못한 정책 설계라는 점에서 아쉬움이 있다. 방문간호에 대한 비용 부담이 없으니 환자의 욕구(want)에 의한 방문간호 남용 가능성이 있으며 거꾸로 비용 의식을 갖게 하는 건강보험 방문진료의 본인부담률(30%)이 문제로 비추어진다. 이를 고려해 방문진료와 더불어 제공하는 방문간호 서비스의 경우에도 재가급여 상한제를 적용하는 방안 등 환자의 남용, 몇몇 부적절한 의료인의 도덕적 해이 등을 예방할 수 있는 대안을 신중히 검토할 필요가 있다.

(과제 ③ - 포괄적 의료서비스 제공을 위한 방문재활 활성화) 방문재활에 대한 의료 현장의 요구도는 매우 높으나, 현재 이와 관련된 지원체계는 미흡한 수준이다. 수술 후 지역사회로 복귀해야 하는 고령 환자 수 자체가 증가할 것으로 전망되는 상황에서, 지역사회에서 자신의 신체기능을 유지할 수 있도록 도울 수 있는 체계가 매우 부족하다는 것이 의료현장과 학계의 의견이다. 현재 우리나라는 재활환자를 대상으로 건강보험의 사업이 두 가지 구성되어 있다. ‘재활환자 재택의료 시범사업’과 ‘재활의료기관 수가 시범사업^{3단계}’다. 전자는 환자에게 재활과 관련한 교육을 수행하고 원격으로 환자의 재활 운동 시행 여부 등을 관리해 주는 사업이고, 후자는 물리·작업치료사 등 2인이 환자를 방문해 재활서비스를 제공하는 사업이다. 하지만 전자의 경우 대형병원을 중심으로만 운영되고, 후자의 경우 재활의료기관으로 지정된 의료기관에게만 한정된다. 실제 방문재활서비스가 필요한 환자에 비해 의료서비스를 제공할 수 있는 기관의 수는 턱없이 부족한 것이다. 물론 ‘재활의료기관 수가 시범사업^{3단계}’이

이와 같은 목소리를 반영하여 방문재활 도입을 건인했으나 아직 갈 길이 멀다.

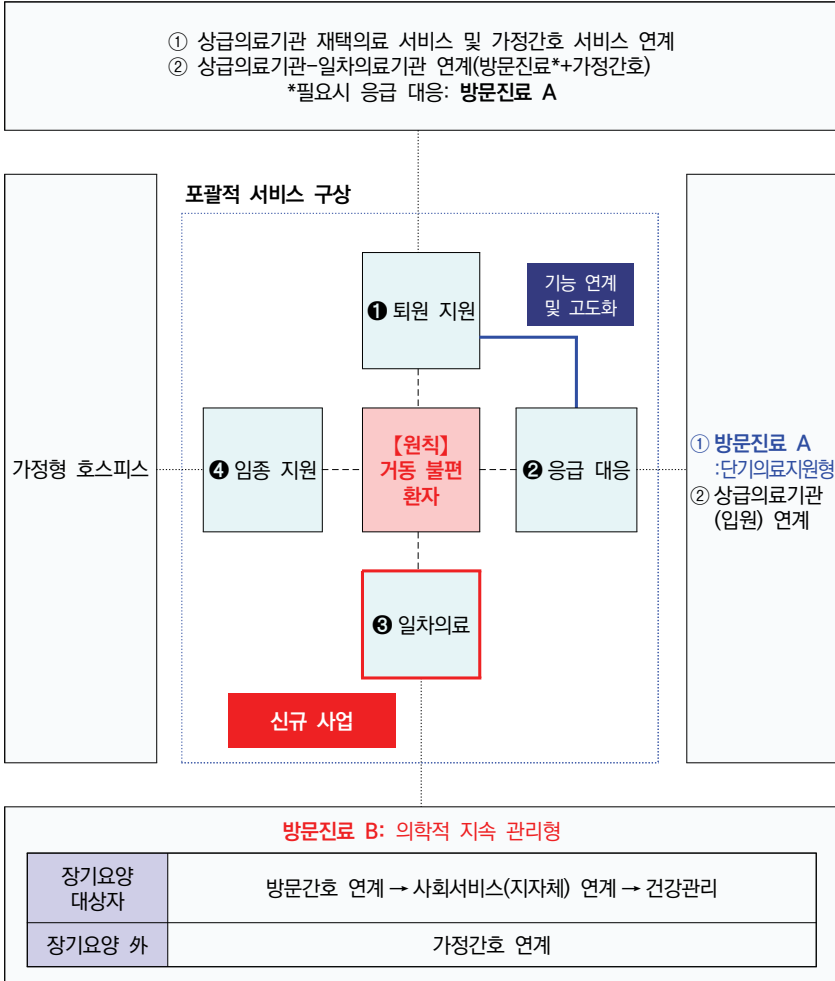
제3절 환자 중심 포괄적 재택의료 제공체계의 구상

앞에서 논의한 방향성을 반영해 앞으로 우리나라 재택의료 제공체계가 갖추어야 할 방향을 모형화하면 다음과 같다. 본 연구에서는 건강보험의 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 개선(확장)을 중심으로 그 방안을 제시해 본다.

건강보험제도의 방문진료에 기반한 재택의료 서비스 제공체계는 세 가지 원칙을 세울 필요가 있다. 첫째는 ‘거동이 불편한 환자를 대상으로 제공하는 서비스’라는 것이다. 둘째는 ‘의료적 필요도가 분명한 경우 그 목적을 위해 서비스를 제공’한다는 것이다. 셋째는 환자를 중심으로 다각화되고 있는 의료적 필요도를 충분히 반영할 수 있도록 ‘포괄적 재택의료 서비스 제공체계를 지향’한다는 것이다.

환자 중심의 포괄적 재택의료 서비스 제공체계를 구축한다는 의미는, 환자의 에피소드를 기준으로, 즉 ❶ 퇴원 지원, ❷ 응급 대응, ❸ 일차의료, ❹ 임종 지원 단계마다 환자에게 필요한 의료적 요구도를 반영하는 제공체계를 구축한다는 것을 의미한다. 앞에서 언급한 원칙을 기준으로 볼 때, [그림 4-4]와 같이 방문진료의 유형을 구분하여 추진하는 방안을 고민해 볼 수 있다.

[그림 4-4] 환자 중심의 포괄적 재택의료 제공체계



출처: 저자 작성. 저작권(Copyright) 한국보건사회연구원.

(방문진료 A형 - 단기 의료지원형) 현재 상급의료기관에서 퇴원한 환자는 비대면 방식으로 퇴원 후 재택관리를 추진하고 있으나, 장기적인 관점에서 그와 같은 역할을 일차의료기관과의 연계를 통해 해결하는 방식으로 개선해 나갈 필요가 있다. 즉, 의료기관에서 퇴원한 거동 불편 환자가 지역사회(자택)로 복귀하여 정착할 수 있도록 일차의료기관의 의사가 방문진료 및 가정간호 서비스를 통해 그 과정 전반을 지원하면서, 동시에 응급상황이 발생했을 경우 의사가 일시적으로 환자를 방문하여 의료서비스를 제공(필요시 방문진료 의사가 상급의료기관으로 회송할 수 있도록 연계)하는 유형을 고민해 볼 수 있다. 이는 현재 퇴원 지원 및 응급 대응을 목적으로 추진하고 있는 사업들과 상급의료기관 및 일차의료기관 간의 기능 연계 및 고도화를 통해 구축할 수 있다.

(방문진료 B형 - 의학적 지속 관리형) 방문진료 A형이 환자의 퇴원 지원 및 응급 대응 기능의 연계 및 고도화를 중심으로 서비스를 제공하는 모형이라면, 방문진료 B형은 거동 불편 환자의 의료적 문제 상황 개선을 목적으로 의사가 환자를 방문해 의료적 개입을 일정 기간 제공하는, 즉 일차의료 기능을 강화하는 모형이라고 할 수 있다. 이는 기존의 사업 유형과는 구분하여 신규 사업 형태로 추진하는 것이 바람직하다.

방문진료 B형에서는 장기요양보험의 방문간호 서비스와 건강보험의 가정간호 서비스를 연계하는 방법을 고민할 수 있다. 즉, 서비스 대상자가 장기요양 대상자일 경우에는 방문간호와 우선적으로 연계하고(추후 지자체 또는 기타 사회서비스와 연계), 환자가 장기요양 대상자가 아닐 경우에는 건강보험의 가정간호와 연계하는 방식이다.

(방문진료 - 임종 지원) 임종 지원을 목적으로 임종을 맞이하는 환자에게 고통을 경감하고 임종을 지원하기 위해 제공하는 방문진료 및 간호 서비스는 별도의 모형을 제시하기보다는, 기존의 가정형 호스피스 제공체

계를 개선하는 방안을 제안한다. 경우에 따라서는 가정형 호스피스 외 방문진료 방식의 임종 지원을 고려해 볼 수 있다.

제4절 결론

인구구조와 질병 구조가 변화함에 따라 국민에게 필요한 의료서비스 제공 형태가 다양해지고 있다. 특히 환자를 중심으로 의료서비스 제공체계를 구상하고자 하는 노력이 많아지고 거동이 불편한 환자에게 의료서비스 접근성을 높여야 한다는 목소리가 커지고 있다.

우리나라 정부는 그 목소리를 반영해 다양한 정책 대안을 마련해 왔다. 원격으로 건강을 관리하는 사업부터, 의사의 방문진료, 방문재활 등 다양한 정책이 설계·운영되었다. 하지만 때때로 우리 사회가 요구하는 재택의료 서비스를 구상하는 데 집중한 나머지, 환자를 중심에 두고 포괄적인 재택의료 체계를 어떻게 설계해 나가야 할지에 대한 고민은 부족했다. 따라서 본 연구는 현재 우리 사회에 도입되어 있는 많은 재택의료 사업을 검토했다. 더불어 거동이 불편한 환자에 대한 방문진료와 재택의료의 제도화되어야 할 포괄적이고 거시적으로 방향을 조망하고자 했다. 그리고 그 관점에서 건강보험의 방문진료사업의 다각화를 통한 포괄적 재택의료 체계 도입 방안을 제안해 보았다.

재택의료를 제도화하는 것은 쉽지 않다. 인구 고령화 수준, 환자의 요구도, 주변 제도의 여건에 따라 재택의료의 바람직한 모습은 변모한다. 다만 확실한 것은 우리 사회에 방문진료를 포함한 재택의료 서비스 제공 체계에 대한 논의가 시급하다는 것이다. 나이가 들어 거동이 불편해진 환자의 의료적 필요도를 우리 사회가 어떻게 다루어야 할지 고민이 필요하

다. 기존의 자본집약적 서비스 제공 방식에는 한계가 있음을 주지하고 붓물 터지듯 터져 나올 재택의료에 대한 국민의 필요도를 채울 방안을 신속히 모색해야 한다. 향후 다양한 연구를 통해 그 방법을 구체화해 나갈 것을 기대한다.



〈국내 자료〉

건강보험심사평가원. (2013). **미국의 수가제도 관련 출장결과 보고서**.

국민건강보험공단, **지역별의료이용통계**, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35003_A010&conn_path=I3에서 2024. 07. 10. 인출.

김민선, 김초희, 이해송, 광미영, 김여향, 김한석, 박선영, 박준동, 박현미, 서동인, 송인규, 신형익, 이봉진, 이유경, 최유현, 홍보영, 허선아. (2019). **중증소아 재택의료 서비스 프로토콜 및 평가지표 개발 연구**. 건강보험심사평가원.

니키류, **일본의 커뮤니티 케어**. (2018). 정형선 편역, 북마크.

박성배, 오성진, 김영성, 문한빛, 윤종민, 김의혁, 김형섭, 이창희, 조경희, 이상현, 김선애, 최정규. (2021). **환자중심 재택의료 통합서비스를 위한 거버넌스 구축 및 통합모델에 대한 연구**. 국민건강보험 일산병원 연구소.

박성배, 이선주, 오성진, 김영성, 문한빛, 조경희, 이상현, 김형섭, 김선애, 윤종민, 전성연, 이창희, 김의혁, 최정규. (2022). **환자중심 재택의료 통합서비스를 위한 거버넌스 구축 및 통합모델에 대한 연구(2차년도)**. 국민건강보험 일산병원 연구소.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2016). **가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침**.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2019). **복막투석환자 재택관리 시범사업 지침**.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2020). **분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침**.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2021a). **결핵환자 재택의료 시범사업 지침**.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2021b). **암환자 재택의료 시범사업 지침**.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2022a). **암환자(요루) 재택의료 시범사업 지침**.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2022b). **일차의료 방문진료 수가 시범사업**

지침.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2023a). 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업

지침.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2023b). 가정용 인공호흡기 환자 재택의료

시범사업 지침.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2023c). 심장질환자 재택의료 시범사업 지침.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2023d). 재활의료기관 수가 3단계 시범사업

지침.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2023e). 중증소아 재택의료 시범사업 지침.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2024a). 재활환자 재택의료 시범사업 지침.

보건복지부·국민건강보험공단. (2022). 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침.

보건복지부·국민건강보험공단. (2024b). 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침.

보건복지부·건강보험심사평가원. (2024c). 장애인 건강주치의 4단계 시범사업

지침.

유원섭. (2023). 지역사회 일차의료 공공적 속성 강화 방안: 재택의료를 중심으로. 국립중앙의료원.

이건세. (2019a). 커뮤니티케어·재택의료 추진 전략. 정책동향. 13(3). 16-31.

이건세. (2019b). 일본 지역포괄케어 시스템의 현황과 한국 지역통합돌봄 구축의 과제. 대한공공의학회지, 3(1), 9-26. <https://doi.org/10.29339/pha.3.1.9>

이건세, 이정화. (2023). 방문진료 및 재택의료체계와 공공보건의료부분의 역할. 대한공공의학회지, 7(1), 93-112. <https://doi.org/10.29339/pha.23.11>

이요셉. (2019). 미국과 싱가포르의 방문의료·돌봄서비스 동향. 정책동향, 12(3), 83-97.

이정석, 권진희, 선정연, 김정희, 정애리. (2023). 장기요양 재택의료센터 시범사업 평가 연구. 국민건강보험 건강보험연구원.

이태훈, 이자경, 장숙량, 이혜진, 서동민, 홍종원, 김창오. (2022). 미국의 거동불편 치거노인들을 위한 재택의료 서비스. 가정의학, 12(3), 129-136. <https://doi.org/10.12933/gha.22.12.3>

doi.org/10.21215/kjfp.2022.12.3.129

정태영, 김태열, 임용, 김윤영, 민인식, 윤승비, 이용재. (2022). **보훈대상자 방문 진료사업 추진방안 연구**. 보훈교육연구원.

정형선. (2024. 5. 29.). 방문 진료·간호 체계도 서두를 때다[포럼], 문화일보.
<https://munhwa.com/news/view.html?no=2024052901073111000001>

지영진, 이동현, 이상규, 장석용, 함명일, 김영애, 김지만, 김경이, 김지은, 홍민지, 최서영, 이지은. (2023). **질환군별 재택의료 시범사업 효과평가 연구**. 건강보험심사평가원.

최경환. (2022). **일본 농촌지역의 재택의료 실태와 시사점**. 한국농촌경제연구원.

통계청. (2024). **장래인구추계**. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I3에서 2024. 07. 10. 인출.

〈국외 자료〉

厚生労働省. (2016). 在宅医療の現状. [参考資料 2]. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>.

厚生労働省老健局老人保健課. (2020). 在宅医療・介護連携推進事業の手引き.

厚生労働省. (2022). 在宅医療の現状について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf>.

厚生労働省. (2024a). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000502712.pptx>.

厚生労働省. (2024b). 令和6年度診療報酬改定の概要【在宅(在宅医療, 訪問看護)】. 令和6年度診療報酬改定説明会.

厚生労働省. (2024c). 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件. 厚生労働省告示第62号. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001241061.pdf>.

中村哲生. (2019). 在宅医療の歴史. <https://www.premium-dr.jp/topics/home-doctor/5c496be00ede1.html>.

- 江澤和彦. (2023). 在宅医療におけるかかりつけ医の役割, 令和5年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会(医療施設調査, 厚生労働省).
- 今日の臨床サポート. (2024). 令和6年度診療報酬. https://clinicalsup.jp/jpoc/shinryou.aspx?File=ika_2_2%2findex.html에서 2024. 8. 1. 인출.
- Towakai Universal Medical Services(TUMS). <https://homehealthcare.tums.jp/>에서 2024. 7. 19. 인출.
- 全国訪問看護事業協会. (2023). 令和5年訪問看護ステーション数調査.
- 社保審 - 介護給付費分科会. (2020). 訪問看護, 第182回(R2.8.19).
- 久留米地域職業訓練センター. (2023). 在宅医療に係る診療報酬.
- 訪問看護マガジン. (2024). 訪問看護の2024年度介護報酬改定. <https://houkan.kaipoke.biz/magazine/receipt/care-claim-revision-2024.html>.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). *Defining the PCMH*. <https://www.ahrq.gov/ncepcr/research/care-coordination/pcmh/define.html>에서 2024. 4. 9. 인출.
- Centers for Medicare and Medicaid. (2011). *Independence at Home Demonstration Solicitation*.
- Centers for Medicare and Medicaid. (2014). *Certifying patients for the medicare home health benefit*.
- Centers for Medicare and Medicaid. (2021a). *Independence at Home: Evaluation of Year 8*.
- Centers for Medicare and Medicaid. (2021b). *How to Use the MPFS Look-Up Tool*.
- Centers for Medicare and Medicaid. (2021c). *Home Health Prospective Payment System*.
- Centers for Medicare and Medicaid. (2023a). *Medicare & Home Health Care*.

- Centers for Medicare and Medicaid. (2023b). *Home Health Providers*. <https://www.cms.gov/medicare/health-safety-standards/guidance-for-laws-regulations/home-health-agencies/home-health-providers>에서 2024.8.1. 인출.
- Centers for Medicare and Medicaid 홈페이지. (n.d.-a). <https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search>에서 2024. 4. 22. 인출.
- Centers for Medicare and Medicaid 홈페이지. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/home-health-value-based-purchasing-model>에서 2024. 5. 10. 인출.
- Centers for Medicare and Medicaid 홈페이지. (n.d.-b). <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/expanded-home-health-value-based-purchasing-model#0>에서 2024. 5. 10. 인출.
- The Organization for Economic Cooperation and Development, Eurostat, & World Health Organization. (2017). *A System of Health Accounts 2011 Revised edition: Revised edition*. OECD publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- John O, Elise AD, & Kofi A. (2023). *The Medicare Physician Fee Schedule: Overview, Influence on Healthcare Spending, and Policy Options to Fix the Current Payment System*, Mercatus center.
- Kimmey L, Rotter J, Lovins J, & Kogan R. (2024). *Evaluation of the Independence at Home Demonstration: An Examination of Year 8, the Second Year of the COVID-19 Pandemic*.
- Medical Long Term Care. (2023). *Understanding the Basics of Medicaid's Money Follows the Person Program*. <https://www.medicaidlongtermcare.org/benefits/money-follows-the-person/#benefits>에서 2024. 8. 1. 인출.

Veterans Affairs. (2020). *Veteran Decision Aid for Care at Home or in the Community*.

U.S. Department of Veterans Affairs. 2022. *Home based primary care*.
https://www.va.gov/geriatrics/pages/Home_Based_Primary_Care.asp에서 2024. 8. 1. 인출

〈국내법〉

공공보건의료에 관한 법률, 제18411호(2021).

국민건강보험법, 제20324호(2024).

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 제1046호(2024).

국민영양관리법, 제19886호(2024).

노인장기요양보험법, 제20213호(2024).

보건의료기본법, 제20216호(2024).

의료법, 제20105호(2024).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시, 제2024-123호
(2024).

장애인복지법시행령, 제34530호(2024).

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률, 제978호(2023).

주민등록법, 제19841호(2023).

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률, 제
1018호 (2024).

〈국외법〉

老人保健法(현재 ‘高齢者の医療の確保に関する法律’로 명칭이 변경되어 시행 중임).

介護保険法 第十九条 2항.

38 U.S.C. § 1717(2001).

42 U.S.C. § 1395cc-5(2010).

42 U.S.C. § 1396a(2006).

42 U.S.C. § 1396n(2021).



Abstract

A study of South Korea's home healthcare policies in response to an aging population

Project Head: Kim, Heenyun

1. Research Background and Objectives

As the population ages, the demand for home visits and home healthcare services is increasing. However, the existing medical service delivery system struggles to adequately respond to these medical needs. This study aims to analyze the current status of home healthcare and home visit services in Korea, identify challenges, define key concepts, and explore directions for system improvement through case studies of pioneering countries and consultations with domestic and international experts.

2. Key Research Findings

An examination of domestic systems revealed that Korea's home healthcare and home visit services can be broadly categorized into three types: 'services for specific disease groups and target populations', 'primary care and long-term care services', and 'palliative care services'. It was also found that due to

Co-Researchers: Moon, Seokjun·Go, Dunsol·Yoo, Wonseop·Jeng, Hyeongseon

the sporadic implementation of these systems under different policy environments, there is a lack of coherent principles and management systems. Moreover, as these services operate under a provider-centered medical service system, they often fail to reflect patients' medical needs adequately.

Our examination of international cases provided insights into addressing the problems in the Korean system. The Japanese case demonstrated a division of home healthcare delivery system functions into four categories(discharge support, emergency response, primary care, and palliative care) and a clear distinction between medical and long-term care roles. The U.S. case showed strict management of eligibility criteria by limiting home healthcare services to homebound patients and the improvement of home healthcare delivery systems through the trial introduction of various payment systems via innovation centers.

The problems in implementing home visit and home healthcare systems in Korea can be summarized as follows: First, various projects are proliferating without consistent principles. Second, this results in gaps and overlaps.

To establish consistent principles, three main guidelines are proposed: First, home healthcare services under the health insurance system should be limited to homebound patients. Second, services provided under health insurance should be restricted to medical purposes. Lastly, a comprehensive home

healthcare service delivery system that can fully satisfy patients' medical needs should be pursued.

To address the problem of gaps and overlaps, the roles and functions of the health insurance system and the long-term care insurance system need to be clearly defined. In particular, the roles of home visits and home nursing, which are central to these systems, should be clearly distinguished. Finally, to provide patient-centered comprehensive home healthcare services, home rehabilitation, which is in high demand but lacks adequate support, needs to be promoted.

3. Conclusions and Implications

Based on the established principles, the following home visit service delivery system is proposed:

First, a 'home visit type(house call model)' is needed to strengthen patient discharge support and emergency response through linkage between tertiary medical institutions and primary care institutions.

Second, a 'home visit type(medical continuous management model)' is necessary for improving medical conditions of homebound patients for primary care purposes.

Lastly, it is recommended that the home visit system for end-of-life support be addressed through improvement and advancement of the existing home-based hospice program.

Developing the home healthcare policy is challenging. The intended role of home healthcare varies depending on the level of population aging, the health needs of patients, and the surrounding system. What is certain is that there is an urgent need to discuss the delivery system of home healthcare services, including home visits of doctors, in our society. We cannot afford to delay considering how our society should address the medical needs of patients who are aging and becoming less mobile. We need to recognize the limitations of the current capital-intensive service delivery system and urgently find and delve into a way to meet the burgeoning need for home healthcare.

Key words: Home-based healthcare, Primary care, Patient-centered, Aging