



호스피스 수가 개발의 전략

Strategies for Development of Hospice Reimbursement

김 대 군 | 고려의대 가정의학과 | Dae Gyeun Kim, MD

Department of Family Medicine, Korea University College of Medicine

E-mail : bloves@naver.com

김 준 석 | 고려의대 종양내과 | Jun Suk Kim, MD

Department of Oncology, Korea University College of Medicine

E-mail : kjs6651@kumc.or.kr

J Korean Med Assoc 2008; 51(6): 517 - 523

Abstract

In the last few moments of life before death, a more adequate health care system must be established in order for suffering patients to have their dignity respected. To this point, Korea's health care system does not possess additional health insurance reimbursement covering hospice care. Until recently, the existing fee for service system consists of an informal hospice care service that has been developed and supplied. Due to society's increasing expectation of hospice reimbursement in regard to development and in reality, progression is currently being undertaken which we have welcomed. However, there has been a tendency for over expectation in financial reduction by hospice reimbursement introduction in which there were evidence from cases in other nations. In practice, supplementation of per diem type of hospice coverage will be the mainstream and fee for service in some areas must be explored in order to compensate for the negative aspects of per diem type of hospice coverage.

Keywords : Hospice reimbursement; Per-diem; Hospice home care; Hospice inpatient care

핵심용어 : 호스피스 진료비 상환; 수당; 호스피스 재택치료; 호스피스 입원치료

서론

건강과 관련된 고통을 줄이기 위해서는 개인의 노력과 더불어 사회 전체의 노력이 보태져야 하기 때문에 보건의료체계가 존재하는 것이라고 할 수 있다. 이러한 보건의료체계는 출생에서 죽음에 이르는 전 과정에서 발생하는 요구에 부응하기 위해 존재하는 것이며 질병상의 변화와 사회 변화 등에 따라 발생하는 미충족 수요에 대해 대응하기

위해 끊임없이 변화하는 체계이다. 따라서 생의 마지막 단계인 임종을 맞이하는 단계에서 고통스런 죽음이 예견되는 사람들에게도 적절한 보건의료체계가 수립되어야 한다. 보건의료서비스는 크게 건강증진과 예방, 치료, 임종관리, 재활치료, 장기요양, 복지지원으로 그 영역을 구분할 경우 호스피스 돌봄은 임종관리 및 복지지원 영역에 해당된다. 호스피스 돌봄은 임종을 앞둔 말기 환자의 신체적 안위를 포함하는 삶의 질 유지를 목적으로 하며 동시에 환자의 곁에

서 고통을 나누는 환자의 가족들이 경험하고 있는 심리, 사회, 경제적인 어려움에 대한 관심과 지원 그리고 환자의 사후에 직면하는 적응의 곤란을 정서적인 측면 뿐 아니라 사회적 측면에서도 돕고자 함의 의미를 포함하고 있다. 따라서 호스피스 돌봄에 있어 보건의료서비스는 환자의 돌봄에 대한 의학적인 요구만을 기준으로 마련되기 곤란하며 돌봄에 필요한 자원의 경제, 사회, 문화적 현실에 근거하여 제시되어야 한다.

1990년 세계보건기구(WHO)에서는 각국의 보건의료체계에 호스피스·완화의료의 포함을 권고함에 있어 ① 통증의 완화와 완화의료 프로그램에 대한 국가 차원의 정책과 프로그램을 수립하되 이는 개별 국가가 발전시켜 온 고유한 보건의료체계에 연계하여 발전시킬 것, ② 가정에 있는 환자에 있어서도 형평에 맞게 서비스가 제공될 것, ③ 가정에서 환자를 돌보고자 희망하는 가족들의 재정적, 정서적, 신체적, 사회적 부담을 경감시키기 위해 정부는 보상체계의 수립을 고려할 것 등을 완화의학에 대한 보건전략의 원칙으로 제시한 바 있다(1). 말기 환자의 돌봄에 있어 건강보험 수가의 제정 역시 그러한 맥락에서 말기 환자와 그 가족의 요구와 필요에 근거하되 국내 보건의료체계의 성과와 제약의 현실 위에서 완화의학에 대한 보건전략의 관점에서 접근되어야 할 것이다. 본 특집에서는 말기 암 환자를 중심으로 건강보험에서의 호스피스 수가 도입에 관하여 그 필요성과 외국의 현황검토 그리고 수가 개발과정에서 고려되어야 할 문제들에 대해 논하고자 한다.

말기 암 환자의 의료 이용에 따른 적정 수가 개발의 필요성

국내에서는 2006년을 기준으로 연간 6만6천여명의 말기 암 환자가 발생하고 있으나 말기암 환자와 그 가족을 위한 체계적인 관리시스템이 마련되어 있지 못한 현실이다. 이에 따라 현재 우리 사회의 보편적인 정서와 의료기관과 환자 및 보호자의 행태는 ‘급성기 병상에서의 말기암 환자에 대한 의료 집착적’인 것으로 나타나고 있다는 지적이 오래전부터 제기되어 오고 있다. 말기암 환자에 투입되는 진료비

의 64.4%가 3차 의료기관에서 발생되며 그 중 상당부분이 무의미한 고통을 초래할 수 있는 중환자실의 이용, 심폐소생술, 고가의 검사 등에 사용되고 있다. 그 반대로 상당수의 말기암 환자들은 가정에서의 (사실상)방치 상태에서 최소한의 의료적 조치로부터도 소외된 채 심각한 삶의 질 저하를 경험하고 있으며 과학적 근거가 부족한 민간요법에 의존하는 과정에서 공식화되지 않는 의료비용 역시 부담하고 있는 형편이다. 따라서 호스피스는 말기암 환자의 삶의 질을 향상시킨다는 측면 외에도 말기암 환자에게 제공되는 무의미한 치료에 대한 대안이라는 측면에서도 보건의료체계에 있어 의미하는 바가 크다. 국내외의 자료(2, 3)를 보면 말기암 환자의 사망 직전 1~2개월의 의료비가 급격히 증가하는 현상을 볼 수 있으며 호스피스에 이러한 문제에 대한 해결 방안으로 제시되고 있다. 미국의 경우 임종 전 1달 동안 호스피스 환자는 비호스피스 환자에 비해 비용이 약 46.5% 감소되었으며, 대만의 경우에는 임종 전 1달 의료비용의 약 64%가 절감되었고, 이러한 의료비 절감은 말기 환자들이 임종에 이르기까지 대부분의 시간을 가정 혹은 요양시설에서 보내게 되며 불필요한 입원과 중환자실 이용, 인공호흡기 사용, 심폐소생술 실시 등의 소모적인 의료 이용을 하지 않음으로써 이루어진 것으로 알려져 있다.

현재 우리나라의 호스피스 수가는 별도로 제정되어 있지 않기 때문에 건강보험의 행위별 수가제에서 말기암 환자에 대한 의료 제공이 이루어지고 있다. 기존의 행위별 수가제에서는 호스피스 돌봄에 있어 필수적이라 할 수 있는 행위들-환자와 가족에 대한 포괄적인 평가, 의사결정 과정에 필수적인 교육/상담, 여가 프로그램, 사별가족 관리 등-이 포함되어 있지 않다. 뿐만 아니라 호스피스에 있어 가장 중요한 팀접근에 필요한 다양한 인력들(의사, 간호사, 사회복지사, 사목자, 자원봉사자 등)의 행위에 대한 보상이 이루어지지 못하기 때문에 임종기 간호 수준의 서비스를 넘어서는 진정한 의미의 호스피스 돌봄은 비공식적인 ‘봉사’의 영역에 머물고 있는 것이다. 또한 호스피스 제공에 바람직한 병상기준으로 볼 때 1~4인실에 대한 급여가 되지 않고 있으며 호스피스 병동의 경우 일반 병동에 비해 간호 인력의 투입 강도가 크지만 별도로 보상되지 않는 현실로 인해 일선의

Table 1. National hospice reimbursement rates 2007

Code	Description	Rate	Wage component subject to index	Non-weighted amount
651	Routine home care*	\$130.79	\$89.87	\$40.92
652	Continuous home care hourly rate = 24 hours of care/ \$31.87 hourly rate	\$763.36	\$524.50	\$238.86
655	Inpatient respite care	\$135.30	\$73.24	\$62.04
656	General inpatient care	\$581.82	\$372.42	\$209.40

* Care visits (RN, home health aid, social worker), Home respite care, Interdisciplinary group, Drugs, Medical supplies, Durable medical equipment (DME), Outpatient hospital services (i.e., palliative chemotherapy/radiation)

의료기관들은 호스피스 서비스의 제공에 부정적일 수 밖에 없다. 현재 호스피스 서비스를 제공하고 있는 호스피스 기관은 대부분이 기부금 혹은 후원금 등을 통한 재원조달 혹은 병실료 차액, 비급여 항목의 검사, 선택진료비 등의 기존 건강보험 수가체계에서 허용하는 수입에 의존하여 호스피스 서비스를 제공해오고 있는 현실이다.

결국 기존의 건강보험 급여체계 안에서는 호스피스의 확대를 기대하기 곤란한 것이며 호스피스에 대한 별도의 건강보험수가의 개발이 이루어지지 않을 경우 말기암 환자와 그 가족들의 삶의 질 저하와 함께 말기 암 환자의 돌봄에 있어 투입되는 건강보험 재정 부담의 증가는 점차 확대될 것이다.

외국의 호스피스 수가 체계

1. 영 국

1988년부터 입원 호스피스에 대한 중앙정부의 부정기적인 보조금이 전체 운영비의 25% 규모로 지급되기 시작하였으며 호스피스에서 무상으로 약을 공급할 수 있는 프로그램이 마련되었다. 1991년에는 호스피스·완화의료 국가위원회(National Council of Hospice and Specialist Care Service)에 정부의 공식적 지원이 시작되어 현재는 약 700여 기관에서 호스피스 서비스가 제공되고 있으며 영국 의료의 특성상 환자의 이용비용 부담은 없다(4).

2. 미 국

1981년 의회에서 호스피스 법안(hospice bill)이 통과된

이래로 호스피스 급여가 확대되어 1986년 노년층 및 신체 부자유자를 위한 Medicare에서 호스피스 급여 인정이 영구화되었다. 2002년 현재 3,200여개 이상의 호스피스 프로그램이 있고 885,000여명의 환자가 호스피스를 이용하였다. 이는 호스피스 급여 이전인 1982년 500여개의 프로그램만이 존재했던 것과 비교할 때 괄목할 만한 성장이라 할 수 있다. 현재 호스피스 서비스 이용자의 약 50.5%가 암 환자이며 비암성 질환으로 확대되는 추세이다(5).

미국의 경우 95% 이상의 서비스 이용이 가정호스피스(환자가 가정 혹은 요양시설에서 보호되는)를 통해 이루어지며 보호자 휴식입원(inpatient respite)을 포함한 입원호스피스 프로그램 이용은 4% 미만에서 이용되고 있다. 2002년 현재 Medicare 호스피스 이용자의 평균 입원 호스피스 이용일은 7일 내외로 대부분 사망 19일 혹은 그 미만의 시기에 등록되고 있으며 이는 호스피스 제공 기관의 재정적인 압박요인으로 작용되고 있다(6). 입원기간 중의 전체 비용 중 79%는 Medicare에서 지급되고 5%는 Medicaid, 13%는 사적인 보험, 1%는 본인부담으로 구성되어 있다.

비용은 Medicare에서 일당 정액제로 지급되며 수가는 다음과 같으며 서비스 제공 기관의 지역적 특성, 인력 수준 등에 따라 차등 계약되고 있다(Table 1).

3. 대 만

2000년 The Natural Death Act 및 The Hospice and Palliative Act가 제정되었으며 이는 호스피스의료에 대한 정의, 호스피스의료 신청절차 및 요건, 심폐소생술 시행 거

부요건, 의사의 호스피스 사전 고지의무 및 기록보존 등에 관한 규정을 포함하고 있다. NHI에 등록된 건강보험지급 호스피스 병상은 2005년 말 현재 총 24개 병원의 353병상(공공 116, 민간 237), 병원 기반의 가정방문형 기관 51개소이며 NHI 호스피스 기관 등록 여부는 기관의 자율에 맡겨지고 있다. 2002년부터 의사의 경우 주 1회, 간호사 주 2회의 가정방문에 대해 수가로 산정되어 지급되고 있으며 입원 서비스의 경우 입원기간에 따라 17일 이상에 대해서는 60%만 보험료지급액을 차등 지급하고 있다. 일반병실(4인실)을 기준으로 상급병실 선택에 따른 기준의 차액 등 보험에서 지급하지 않는 부문은 별도의 지불체계에 의해 환자 본인이 부담하고 있다. 대만의 경우 현재 의료기관 수준별 차등수가의 적용은 없는 상태이다(7).

4. 일 본

1990년 완화의료병동 입원료가 건강보험 수가항목으로 신설되었으며 1998년 호스피스·완화의료 병동 승인기준이 마련되었고 서비스 대상자, 인력 기준 및 근무형태, 병동 및 병상 설치 기준 등이 이에 규정되었다. 대상자는 말기암 환자와 에이즈 환자로 규정되고 있으며 간호사는 환자 1.5인당 1인, 상근의사의 근무, 전부 1인병상 등의 상당히 엄격한 기준이 제시되고 있다.

호스피스 기관은 2000년 87개소에서 2006년 160개로 증가하였으나 2006년 암 사망자 30여만명 중 호스피스 서비스를 이용한 사망환자는 2% 정도에 그쳐 실질적인 서비스 이용은 정체되어 있는 상태이다(8).

호스피스 수가 개발의 방향과 고려사항

1. 비용 분석과 기준 마련

수가 개발에 앞서 우리나라의 호스피스 환자에 대한 비용 분석이 필요하다. 미국의 경우 임종 전 1달 동안 호스피스 환자에서 약 46.5%의 비용이 감소하는 것으로 나타났으나 이 결과는 암 환자의 호스피스인 경우에만 나타난 효과이며 암이 아닌 질환의 경우 오히려 비용이 더 증가된 것으로 나타나고 있다(9).

수가 적용의 대상을 암 환자로 국한할 것인지의 문제는 재정 문제뿐 아니라 서비스 이용의 형평성 측면에서의 사회적 합의가 함께 요구되는 부분이나 현재의 보험재정을 고려할 때 호스피스 수가의 도입은 그 대상을 암 환자로 국한하여 시작하되 그 시행에 따른 효과분석을 실시하여 추후 그 대상을 확대해가는 것이 현실적인 방법이라 할 수 있을 것이다. 국내에서는 비용 분석에 있어 비급여 부분(특히 임의 비급여 부분) 뿐 아니라 앞서 설명한 바와 같이 행위별 수가 체계 하에서 보상되지 못하였으나 호스피스에 있어 필수적인 부분들까지 포함하는 비용에 대한 분석이 필요한데 현실적으로 정확한 조사가 불가능하다는 한계를 갖고 있다. 기존의 호스피스 기관에서 제공되어 온 서비스에 대한 행위별 수가제 하에서의 비용을 근거로 수가가 마련될 경우 보험재정의 측면에서 일정 부분 말기 암 환자에 대한 비용 감소 효과가 예상되었으나 이는 호스피스 돌봄에 있어 반드시 필요한 서비스의 제공이 근본적으로 제한되어 반쪽짜리 호스피스 수가가 될 위험이 크다. 현재의 수준을 기준으로 수가를 정하는 것은 현재의 시점에서는 합리적일 수 있으나 미래 지향적이지 못하며 질적 수준 향상의 목표를 설정하고 이를 충족시키는 수준의 수가를 책정하여야만 새로운 수가체계로서의 가치를 지닌다고 할 수 있을 것이다.

수가 개발과정에서 적정 수가에 대한 근거 마련을 위해서는 행위별 수가제 하에서 봉사적 성격을 갖고 제한적으로 제공되어온 호스피스 내용보다는 호스피스 돌봄에 요구되는 절절한 시설, 인력, 장비, 서비스 등에 대한 호스피스·완화의료 학회 등의 자문을 통해 시범사업을 실시하고 이를 통해 비용분석을 실시하여 적정한 수가를 개발하는 것이 필요하다. 혹은 의료기관에 충분한 유인동기가 될 수 있는 정책수가를 개발하여 호스피스 서비스가 소외되는 지역이 없고 3차 병원보다는 지역사회 기반의 1, 2차 병원에서의 호스피스 참여를 초기에 확대시키는 방안도 검토되어야 할 것이다.

호스피스 돌봄은 치료에 대한 개인의 경제적 부담이 큰 부분을 대상으로 하고 삶의 질 향상에 필수적인 진료이며 치료의 효율성, 즉 비용 대비 효과가 큰 의료서비스이므로 급여 여부 결정의 평가기준의 중요도 측면에서는 상당히 높

은 우선순위를 갖고 있다 할 수 있다. 보험재정의 측면에서 볼 때 한편으로는 건강보험에서 호스피스를 별도의 새로운 급여대상의 의료서비스로 도입할 경우 3차의료 기관에서 무의미한 의료행위의 중단으로 절약된 재원으로 새로운 호스피스 돌봄 체계가 요구하는 비용을 모두 충당할 수 있을 것인가 하는 의문이 제기될 수 있다. 호스피스 수가 적용 이후 실제의 재정흐름은 의료제공자의 유인동기(financial incentive)에 따른 '시장'의 기능에 좌우될 가능성이 매우 높기 때문에 이에 대한 전망은 호스피스 수가의 적용 기준이 되는 시설, 인력, 장비, 제공 서비스의 질 등의 자격 기준 설정에 따라 크게 달라질 수 있다.

과도한 재정부담을 방지하고 서비스의 질을 확보하기 위해서는 적절한 호스피스 돌봄에 필요한 기준을 정립하고 이러한 기준을 만족시키지 못하는 기관은 법적으로 인정하지 않거나 건강보험에서 급여해 주지 않는 방식으로 진입을 통제하거나 퇴출시키는 것이 필요하다. 그러나 시설, 인력, 장비, 서비스 개발 등에 요구되는 의료기관의 초기 부담을 고려할 때 신규 진입 의료기관에 대한 정책적인 재정 지원이 함께 실시되지 않을 경우에는 전 국민이 보편적으로 이용 가능한 의료서비스라는 측면에서 호스피스 돌봄이 정착되지 못하는 결과가 초래될 수 있다. 따라서 1995년 제정된 국민건강증진법에 기초하여 조성된 건강증진기금을 활용하여 호스피스 기관에 대한 정부의 보조금을 제도가 정착되기 전까지는 정책적 재정 지원의 차원에서 유지하는 것이 필요하다.

2. 지불방식과 급여범위

입원서비스의 경우 호스피스 돌봄이 갖는 포괄적인 체계, 위중도가 다양한 환자 양상 등을 고려할 때 일당정액제가 적합하며 기간에 다른 수가의 차등 지급 혹은 본인부담금 비율 조정 등의 방법으로 과도한 입원 서비스 이용을 억제할 필요가 있다. 건강보험 수가는 모든 의료기관에 일률적으로 적용되는 공정가격이므로 단일수가가 합리적이기 위해서는 서비스 제공 주체들이 유사한 원가구조를 가지고 유사한 질의 서비스를 생산해야 하나 호스피스 제공 의료기관의 인력, 시설, 장비 수준이 다양하므로 단일수가의 경우 투

자가 적은 기관일수록 이익이 기대되는 문제가 발생할 수 있다.

호스피스 돌봄에 있어서도 어느 정도의 진료 내용의 표준화는 필요하며 등급별(권역센터, 지역센터, 지역호스피스 기관 등)로 차등책정하고 동급 내에서도 시설, 장비, 인력 수준에 따른 수가의 차등책정(기관의 투자 유도, 건강보험법 상의 의료의 질평가 규정을 활용)을 하여야 할 것이다. 또한 과소진료, 퇴원 후 재입원, 환자기피 등과 같은 일당정액제의 단점을 보완하기 위하여 환자, 기간, 서비스별 일당정액제 제외 대상 및 기준을 마련하여 이에 대해서는 행위별 수가 적용을 별도의 수가체제로 병행하여야 할 것이다.

내실 있는 호스피스 돌봄을 위해서는 현행 건강보험 급여 대상인 행위, 약제, 치료재료 외에 다음과 같은 영역에 대한 급여 확대가 요구된다.

- (1) 간병비, 식대(치료식) 등 현재 건강보험 비급여 대상 포함 필요(간병비의 경우 간병인 이용 유무를 떠나 일당 정액으로 보호자에게 집중수발비용으로 제공하는 방법도 고려)
- (2) 통증 조절 : 통증에 대한 교육, 평가, 진통제 투약이나 다른 중재 등
- (3) 투약간호 : 증상에 대한 교육, 증상 사정, 투약, 증상평가 등
- (4) 임종관련 처치 : 임종예견 증상 교육, 임종 준비, 사후 간호, 사별 간호 등
- (5) 신체간호 : 목욕, 구강간호, 회음간호, 머리감기기, 자세변경, 마사지 등
- (6) 각종 요법 : 기관별로 보완대체요법 적용에 대한 포괄적인 인정
- (7) 의사상담 : 환자 예후 등 상담에 장시간 소요
- (8) 간호상담 : 간호사에 의한 심리 정서적 문제 사정, 대처방법 교육, 평가 등
- (9) 종교인 상담 : 영적 상담
- (10) 사회복지사 상담 : 가족 내 갈등, 환자와 가족의 경제적 문제 등 상담
- (11) 호스피스 입원 상담 : 입원 상담 및 안내 전담 직원 필요

3. 가정호스피스의 기반 조성

미국의 연구(2)에서 가장 큰 비용 절감의 요인으로 호스피스 환자들의 병원사망 비율이 비호스피스 환자에 비해 현저히 낮았던 점이 제기되고 있는 반면 국내의 의료서비스 제공체계와 모든 사망에 있어 병원사망이 증가하는 사회적 변화 추세를 고려할 때 호스피스 서비스에 의해 병원 사망을 유의하게 감소시킬 수 있을 것인가에 대한 전망은 불확실하다.

미국에서의 호스피스 제도에 따른 비용의 감소는 활발한 가정호스피스 프로그램에 의해 불필요한 입원이 최소화되는 것에 기인된 바가 큰 것에 주목해야 할 것이다. 그러나 각국은 저마다의 고유한 역사적 맥락에서 보건의료체계를 발전시켜온 것이므로 그러한 맥락을 고려하지 않고 외국의 경험이 곧바로 이 시기 우리의 지향이 되는 것은 곤란하다. 영미권의 경우 전통적으로 재택진료 및 가정간호가 발달되어 있어 호스피스가 확산되는 데 큰 기여를 하였다. 영국의 경우 지역사회에 있는 호스피스 센터는 급성 증상의 조절을 주로 담당하고 나머지는 지역사회에 있는 G.P.와 가정간호사가 이루고 있는 일차보건의팀에 의하여 담당되며 그들에 의해 해결되기 곤란한 문제는 완화의학 전문의와 상의하여 완화의학 전문가가 가정을 방문하거나 환자를 호스피스 센터에 입원시키는 체계가 발달되어 있다.

반면 50~70%에 이르는 영미권 국가에서의 호스피스 이용률과 달리 대만에서의 호스피스 이용을 분석한 연구(10)에 따르면 호스피스 이용률이 여전히 10% 내외에 그치고 있으며 입원호스피스는 지속적인 증가를 보였으나 입원과 병행되지 않는 독립적인 가정호스피스의 이용은 오히려 감소되고 있다. 이는 일본의 경우(11)도 마찬가지여서 이에 대해 여러 이유가 제기되고 있으나 무엇보다 핵가족화된 사회에서는 가정에서 말기암 환자를 돌보는 가족의 부담을 감당하기 어려운 반면 영미권처럼 체계적인 가정간호체계를 갖추지도 못하였으며 유교적인 문화가 남아있는 사회에서 Nursing home 등의 요양시설 이용이 여전히 사회, 문화적으로 광범위하게 용인되지도 못한 점을 그 이유로 꼽을 수 있을 것이다.

우리나라의 경우 가정간호제도가 확대되어 왔으나 여전

히 시설, 규모 면에서나 숫자 면에 있어서 매우 미비한 실정이다(12). 즉, 일반 병원급 이상의 의료기관 만을 고려한다면 2005년 기준으로 전국 총 1,013개 병원과 종합병원 중에서는 약 13.0%정도만 가정간호를 제공하고 있으며 의료기관 중별로는 종합병원급 의료기관 283개 중에서 97개소(34.3%)가, 병원급 의료기관 730개소 중에서는 35개소(4.8%)에 불과한 실정이다. 의사의 가정진료에 대해서는 현행 건강보험 수가체계에서 진찰료 이외에 별도의 보상을 하고 있지 않기 때문에 방문진료의 경험이 있는 의사는 매우 제한적이다. 따라서 호스피스 돌봄이 그 특성상 입원호스피스 뿐 아니라 가정호스피스로의 연결이 필수적이라 할 수 있으나 현실적으로 입원서비스에 대한 수가 개발과 동시에 가정호스피스에 대한 수가 개발이 이루어지는 것을 기대하기는 곤란하다고 할 것이다. 그러나 궁극적으로 호스피스 제도화를 통해 말기 환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키면서 동시에 재정에 있어 지속적인 부담 없이 건강보험이 올바르게 작동하기 위해서는 가정호스피스의 기반을 조성하기 위한 노력이 지금부터 동시에 진행되어야만 한다.

기존의 가정간호와 보건소 방문간호 등과의 관계 속에서 역할 설정, 가정호스피스 관련 법적/행정적 근거의 마련, 수행 인력에 대한 명확한 정의와 그에 부응하는 인력 확보, 노인장기요양보험에 의한 재가 혹은 시설요양과의 연계방안 모색 등이 가정호스피스의 기반 조성에 있어 필수적인 부분들이라 할 수 있다.

결론

호스피스 서비스의 제도적 정착에 있어 건강보험체계에 새로운 호스피스 수가를 마련하는 것은 가장 중요한 계기가 될 것이다. 호스피스 수가 개발의 과정은 말기 환자와 그 가족들의 삶의 질을 증진하는 문제 뿐 아니라 의료에 있어서는 진실한 돌봄을 통한 의사-환자 관계의 회복에 닿아 있으며 사회적으로는 임종문화의 변화가 예상되는 중요한 문제일 것이다.

호스피스 제도에 대한 사회적 관심이 그 어느 때보다 높은 이때 자칫 건강보험 재정문제에 경도되어 온전한 호스

피스 돌봄의 제공이 근본적으로 불가능한 반쪽짜리 호스피스 수가가 탄생하는 우를 범하지 않도록 지속적인 참여와 관심이 어느 때 보다 필요하다 할 것이다. 말기 환자들이 소외감을 느끼지 않고 임종까지 편안한 삶을 영위할 수 있는 실질적인 도움을 제공할 수 있도록 호스피스 수가 개발이 이루어지기를 기대한다.

참고문헌

1. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 486-493.
2. Emanuel E. Cost savings at the end of life: what do the data show? *JAMA* 1996; 275: 1907-1914.
3. Joan C. Lo. The impact of hospices on health care expenditures—the case of Taiwan. *Soc Sci Med* 2002; 54: 981-991.
4. Hospice Information. Hospice and palliative care facts and figures 2005. Available from: www.hospiceinformation.info/uploads/documents/hospice_&_palliative_care_facts_&_figures_2005.pdf. Accessed on March 24, 2008.
5. Connor SR, Tecca M, LundPerson J, Teno J. Measuring hospice care: the National Hospice and Palliative Care Organization national hospice data set. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 316-328.
6. H Swiger, “Hospice care and the institutional barriers to its success”, A paper commissioned by the National Hospice and Palliative Care Organization’s Public Policy Committee, February 2002.
7. Liu CN, Yang MC. National health insurance expenditure for adult beneficiaries in Taiwan in their last year of life. *J Formos Med Assoc* 2002; 101: 552-559.
8. E. Ida, M. Miyachi, M. Uemura, M. Osakama, T. Tajitsu. Current status of hospice cancer deaths both in-unit and at home (1995-2000), and prospects of home care services in Japan. *Palliat Med* 2002; 16: 179-184.
9. Emanuel EJ, Ash A, Yu W, Gazelle G, Levinsky NG, Saynina O, McClellan M, Moskowitz M. Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1722-1728.
10. Siew Tzuh Tang, Mei-Ling Chen, Ean-Wen Huang, Shin-Lan Koong, Gia Li Lin, Shu-Chun Hsiao. Hospice utilization in taiwan by cancer patients who died between 2000 and 2004. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 446-453.
11. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10: 390-399.
12. Ryu Hosihn. Current status of costs and utilizations of hospital based home health nursing care in Korea. *J Korean Acad Nurs* 2006; 36: 1164-1174.



Peer Reviewers Commentary

본 논문은 최근 논쟁이 되고 있는 호스피스 수가 개발의 필요성과 함께 호스피스 수가 개발을 할 때에 고려해야 할 문제들에 대한 포괄적인 견해를 보여주고 있다. 필자들은 호스피스 전문가로서 호스피스 적정수가 개발을 할 때에 고려해야 할 사항으로 호스피스 서비스의 정확한 비용분석과 합리적 기준 마련, 호스피스 서비스에 대한 지불방식과 급여범위, 가정호스피스의 기반 조성에 대한 문제점들과 그에 대한 해결방안을 제안하고 있다. 또한 외국의 호스피스 수가체계들에 대한 비교 고찰을 하면서 영국과 미국의 경우에는 비용 감소효과가 컸으나 대만과 일본의 경우에는 미약했던 가정호스피스의 중요성도 강조하고 있다. 본 논문이 작성된 이후에 상황 변화로 2008년 5월 말 건강보험관리공단 심사평가원에서 현 의료보험체계의 행위별 인정항목에 대해서 분석하고 수가 개발을 한 호스피스 수가 개발(안) 최종보고서가 보건복지가족부로 제출되었다. 그러나 이 보고서에는 필자들이 주장하는 팀 접근의 특성을 갖는 호스피스 포괄수가체계가 반영되지 못하였다. 또한 호스피스 제도화를 위해 2008년 6월 2일자로 보건복지가족부에서 말기 암환자 전문의료기관 지정 기준을 제정하여 공고(제2008-165호)한 상태이다. 말기 암환자들의 삶의 질 향상을 위한 호스피스 서비스는 현재 논의되고 있는 상대가치 보상수준을 고려한 수가 산출을 기반으로 한, 일당정액제의 수가 형태와 차등지원 원칙에 대한 공급자와 소비자의 공감대 형성을 위한 노력이 무엇보다도 절실히 요구되는 시기이다.

[정리: 편집위원회]