

호스피스의 의료보험 수가개발 방안

인제대학교 보건관리학과

조 현

1. 호스피스 활성화의 필요성

가. 우리나라 인구의 고령화

65세 이상의 인구점유율

연도	1980	1990	1995	2000	2005	2010	~ 2020
%	3.8	5.1	5.9	7.1	8.7	10	13.2

[통계청 website ;우리나라의 인구통계]

고령화에 걸리는 기간(7~14%) 은 2000년에서 2021년으로 21년이며 이는 다른 나라에 비해 제일 짧음.

[참고] 프랑스 : 130년 (1865~1995), 미국 : 70년 (1945~2015), 영국 : 50년 (1930~1980), 일본 : 25년 (1970~1995)

나. 사인의 변화

1982년 이후 사인의 으뜸원인은 암이 되고 있음.

연도별 주요 사망원인 (%)

주요사인	1983	1985	1990	1994	1995
감염성질환	4.5	4.1	2.9	2.5	2.2
암	12.3	15.1	20.1	21.3	21.3
순환기계 질환	27.9	31.8	29.9	29.9	26.3
호흡기계 질환	4.7	4.6	4.0	4.9	4.6
소화기계 질환	8.5	9.0	8.1	7.6	7.4
각종 사고사	9.5	11.6	15.4	13.9	14.2

[통계청 website ;우리나라의 인구통계]

다. 의료비의 상승

- 86년 이후 매년 흑자였던 의료보험이 96년을 기점으로 적자로 반전됨.
- 적자의 주원인 ➡ 노령인구의 증가 및 수진율의 상승

[예1] : 90~96년 의료보험 적용인구의 경우 34세 미만층은 감소, 그러나 60세 이상은 급증하고 있으며 이는 의료보험 적용인구의 노령화를 의미

[예2] : 90~96년, 외래환자 44%, 입원환자 22% 증가.

이와 함께 건당 진료비도 증가(7%)

구 분		단 위	1994	1995	1996
적용현황	보험자수	개	417	373	373
	연도말 적용인구	천명	43,258	44,016	44,603
재정현황	총수입	백만원	4,710,922	5,614,382	6,630,948
	총지출	백만원	3,970,036	5,076,432	6,464,198
	수지차액	백만원	740,885	537,951	166,750
	수지율	%	84.3	90.4	97.5
급여현황	보험료	백만원	3,694,976	4,162,608	4,830,567
	급여비	백만원	3,200,932	4,020,895	5,075,657
	순수지율	%	86.6	96.6	105.1
	연간적용인구 1인당보험료	원	86,462	95,250	108,857
	연간적용인구 1인당급여비	원	74,901	92,008	114,380

[의료보험공단, 의료통계, 1998]

라. 말기환자의 특징

- 기존의료의 제한성 → Human Environment 의 제공이 필요
- 경제적 비효율성 (고가의 진료비)

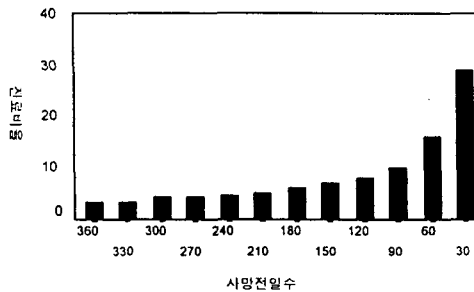
[예1]

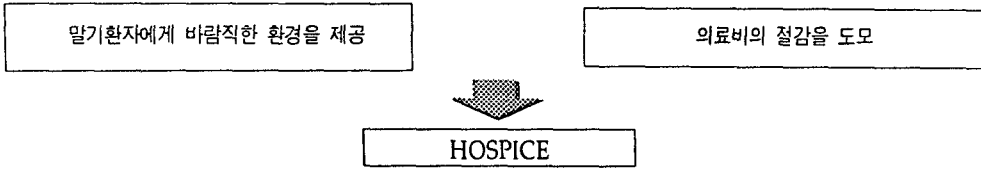
$$\text{진료비 지수} = \left(\frac{\text{사망 1개월전의 1일간 진료비}}{\text{사망 12개월전의 1일간 진료비}} \right) = 1.48$$

[조현 호스피스 프로그램의 개발 연구, 서울대 학위논문, 1993]

[예2] 미국 Medicare 환자의 사망전 진료비

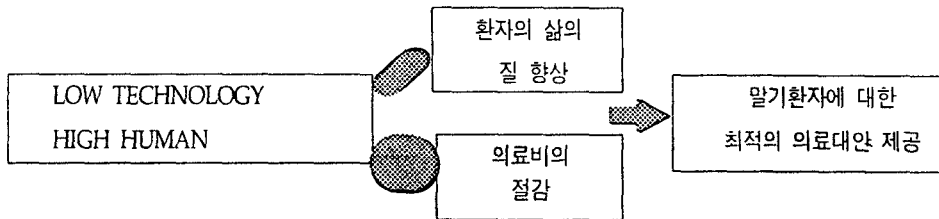
[미국 후생성 자료, 1976]





2. 호스피스의 특징

가. 기본 개념



나. 호스피스의 유형

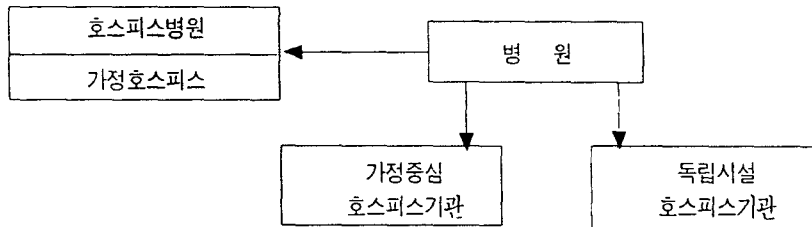
· 현재의 운영형태

- 1) 병원형 호스피스 (Hospital Hospice)
- 2) 가정형 호스피스 (Home Hospice)
- 3) 독립형 호스피스 (Hospice Organization)

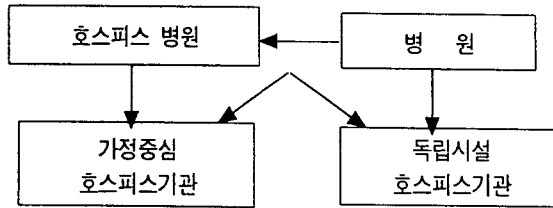
· 제안되고 있는 모델의 예

[황나미 등, 호스피스 제도화 방안, 한국보건사회연구원, 1995]

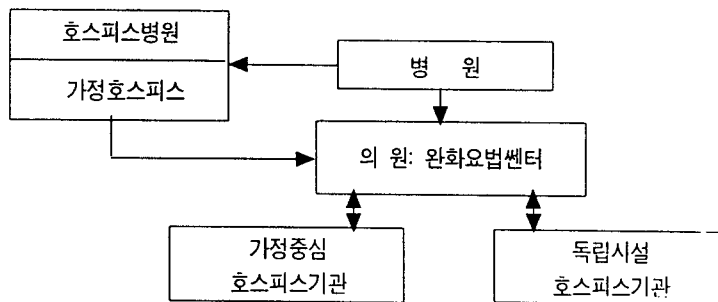
<일반병원에서 호스피스기관들에 의뢰>



<가정중심 및 독립시설 호스피스에서 중점관리>



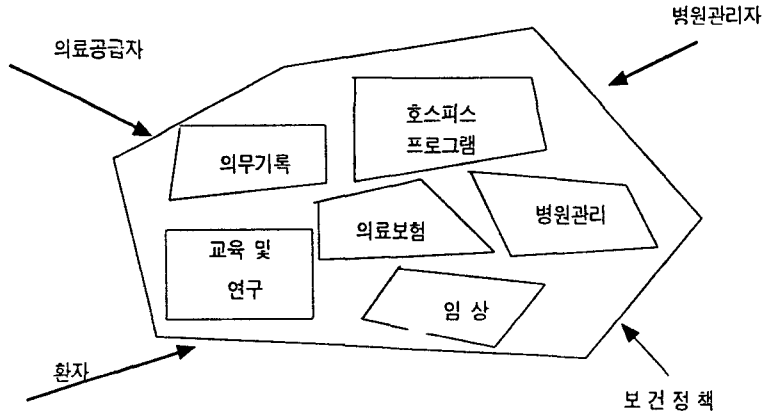
<가정중심 및 독립시설 호스피스에서 중점관리>



다. 호스피스 진료의 특징

- 1) 입원환자용 병동의 특수한 설계
- 2) Home Care Program 의 운영
- 3) Consultant Service 의 제공
- 4) 진료단위로서 가정을 중시
- 5) 각종 검사의 최소화
- 6) 환자의 호소와 심리상담을 위주로 하는 진료
- 7) 의사, 간호사, 가족 및 환자의 team work 을 강조
- 8) 간호사의 역할 증대

라. 호스피스 수행을 위한 종합환경



마. 호스피스 Care 영역 및 활동

Care 영역	Care 활동	업무량순위	
		진행시	임종시
사정	환자 및 가족 사정	2	5
영적 care	정서적 지지, 영적지지	3	1
신체 care	개인위생, 증상조절 (통증, 변비 등 개인적 요구)	1	3
상담 및 교육	가정간호교육, 투약방법, 증상관리 Dying Process	4	6
가족관리	가족상담 및 지지, Bereavement 주치의전화/방문	5	2
기 타	팀회의, 기록, 자원봉사자 연결	6	4

[황나미 등, 호스피스 제도화 방안, 한국보건사회연구원, 1995]

- 환자들이 이용한 서비스 형태 (미국의 예)
Home Care > Bereavement Care > Inpatient Care
- 호스피스의 상시 행위내용

1. 직접서비스 : < > 항은 환자상태에 따라 선별적으로 제공

Care 영역	Care 내용	상시업무
사정	상태추정 및 관찰	정서상태 사정, 죽음인지 사정, 활력추정, 통증사정, 영적상태 사정, 가족문제 및 유가족 사정 등
	검사물 채취	<혈액, 소변, 질, 항문>

Care 영역	Care 내용	상세업무
신체 Care	비치료적 Care	구강간호, 개인위생, 점질, 체위변경, 침상정리, 식이제공, 운동요법, 수면돕기 <배변/배뇨관리, 좌욕, Kismo 적용>
	치료적 Care	욕창, 정맥주사, 맛사지, 자연배뇨유도 <산소요법, 방광세척, 관장, 회음부관리 드레싱, catheterization, Endotracheal, Tube feeding, Urine bag care, 복막투석>
상담 및 교육	사회지원상담	생활보호대상신청, 사망진단서 신청 유가족 직업안내
	신앙상담	종교기관 안내, 신앙생활 유지 및 상담
	교육	질환증상, 질환치료 및 관리교육 (식이요법, 욕창예방 및 관리, 투약복용법 및 부작용, 작용시간 및 투약간격조절, 좌약사용법, Ambulation, 관장법, 진통제 효과, 임종시 증상 및 관리 등에 대한 교육) <기록부 작성, 경련시 간호, 피부관리, 검사, 소변주머니 관리, feeding, 체위변경, 방광세척, 상처소독>
	시범교육	기본간호 및 관리교육 (체위변경/목욕/맛사지/배변 배뇨 돕는 법, 무균법) <장루간호/탄력붕대 사용법>
투약 및 처치	증상치료 마약투약 및 관리	통증조절 및 증상완화, 질환(감기, 소화기 장애 등) 치료 환자사망후 마약 수거 및 관리, 기록 및 보고
정서적 Care	정신적 지지	경청, 산책, 곁에 있기, 위로, 감정표현 격려
영적 Care	영적 지지	관련정보제공, 신앙격려, 임종준비 지지, 임종활동 준비
가족관리	가족사정 역할조정	<가족건강 사정, 병적 가족의뢰> <가족간 불화중재, 역할분담 조정>
	정신적, 영적 지지	장례식 참석, 경청, 의사소통 조정 <종교기관 안내, 치료적 접촉>
	추후 관리	유가족 모입주선, 슬픔극복 유인물 발송

2. 간접서비스 : < > 향은 환자상태에 따라 선별적으로 제공

Care 내용	Care 활동
환경	환경조성(생활공간 재배치, 환기, 정돈)
물품 및 도구제공	<흡입기, 물침대, wheel chair, 의사소통기구, 테이프, 책, 녹음기, 이완요법, 종교서적 배부>
의뢰	<기관(병원, 종교기관 등) 및 타인력(주치의, 사회 사업가, 자원봉사자)에게 의뢰
인력교육/관리	팀관리, 자원봉사자 관리
회의	Care 계획을 위한 팀회의, 환자 사후 호스피스 팀 지지 활동
기록 및 보고	기록, 인수인계
장례	<장례업무 지원, 시신기증 의뢰>

3. 호스피스와 의료보험

가. 각국의 현황

♣ 미국 :

- (1) 호스피스 : TEFRA(1982) 에서 아래와 같은 사항을 명시
 - 적용범위:Medicare 및 호스피스 수혜대상 서비스
 - 수혜 환자의 자격 및 조건
 - 호스피스 기관의 자격 및 조건
 - 보험급여 상환
- (2) 현재 호스피스의 재원인 Medicare 의 재정문제가 대두*

*[이제충, 시장원리와 미국의료계, 1998]

 - Medicare(A) 가입자 : 노인 3300만, 장애인 400만
 - 노인 1인당 의료비 : 2519불(사보험 포함, 연수입의 21%)
 - Medicare(A) : 1995년 지출 2400억불 (GDP의 2.5%) 2002년 파산 예측
 - 재정해결을 위해 재택간호 및 호스피스쪽으로 유도

참고 TEFRA 주요내용 [미국 NHO Handbook]

1. 적용범위

A. Medicare의 수혜대상 서비스

- Nursing care, Physician's care, Medical social service,
- Counselling, Chaplaincy
- Home health aids
- Physical therapy, Occupational therapy
- Medical Supplies and equipment
- Drugs and biologicals for home use
- Short term inpatient care for pain control or symptom management

B. 호스피스 기관만이 상환받는 내용

- Drugs and biologicals for home use
- Service Coverage regardless of whether or not the patient is home bound
- Inpatient respite care

- Counselling services
- Homemaker services
- Bereavement counselling
- Copayments limited to 5% of outpatient medication and inpatient respite care

2. 보험혜택을 받을 수 있는 환자의 자격 및 제한

- Medicare-A 의 유자격자
- 기대수명 6개월 미만으로 판명된 후 다른 치료를 받지 않을 것을 서명한 환자.
- 호스피스와 관계없는 진료에 대해서는 통상의 Part A 및 B 를 이용 할 수 있음

3. 호스피스 기관의 자격 및 조건

- 호스피스 기관은 HCFA(Health Care Financing Administration) 의 기준을 만족할 것
- Medicare에 가입된 호스피스 기관은 지속적인 치료를 보장할 것.
특히 Nursing care, Physician care, Drug/biologicals 는 24시간 제공 가능할 것
- 4개의 주요한 core service, 즉 nursing care, physician services, medical social work, counselling 은 하청을 줄 수 없음. 그러나 입원과 같은 Non-core service 는 다른 업체와 계약이 가능

4. 보험급여 상환(Reimbursement)

- 서비스의 양과는 무관하게 일당으로 계산
- Continuous home care 만은 서비스 시간에 따라 계산. 단 위급시에만 인정되며 간호사가 최소한 51% 이상의 서비스를 해야 함.
- 모든 환자는 80% 기간을 가정에서 진료받아야 함.

♣ 일본 [일본 의료보험법 개정안, 1998, 2]

(1) Hospice 보험

- 후생성 장관이 정한 호스피스 요건을 만족해야 수가 상환이 가능, 포괄수가제(1일 침상당 수가)
- 대상환자 : 암환자 및 AIDS 환자에 국한

(2) 일반의료보험

- 건강보험(직장), 국민건강보험(지역), 공제보험(공무원, 교직원), 노인보건제도(70세 이상, 1983년 이후) 로 구성
- 국민전체 의료비의 상승과 함께 보험적자가 가중

- (80년 3조6000억, 95년 5조 7700억엔 특히 노인보험에서의 적자가 가중
 - 98. 2 의료보험제도 개정법안 국회제출, 5월부터 시행
 [주요내용] : 본인부담 증액, 만성질환자의 부담 상한선 설정, 노인보건의 본인부담증가

♣ 기타 [사회복지 및 고령화시대대비, 정책토론 자료, 1997.8]

- (1) 80년대 이후 구미 각국의 의료비는 급속히 증가. 이에 따른 보험 재정악화를 방지하기 위해 개혁조치가 단행중 각국의 공통된 접근방법 : 보험시스템간의 경쟁원리도입, 소비자선택 범의의 확대
- (2) OECD 국가의 GDP 대비 의료비 비중 :
 1960년 4.3% -> 1992년 9.3% -> 2000년 10%
- (3) 독일 :
 - 소비자, 공급자, 보험자간의 경쟁구조 조성
 - 고소득자에 대한 민간의료보험도입(전국민의 30%)
- (4) 프랑스 : 민간의료보험제도를 확충
- (5) 네델란드 : 1989년 Dekker 법안에 의해 민간 및 공공보험사 간의 경쟁유도

나. 우리나라

- (1) 의료보험 : 진료비의 급격한 상승 및 보험재정의 악화
- (2) 호스피스 보험의 근거 :
 - 의료법 3조 8항 :
 '호스피스 기관이라 함은 말기 환우와 그 가족을 육체적, 정신적, 사회적, 영적으로 돌보는 곳으로서 그 기관의 종류와 정의는 보건 복지부령으로 정한다.'
 - 의료보험 급여급여기준 및 진료수가기준 :
 '호스피스 수가기준, 청구방법 등은 보건복지부장관이 별도로 정한 기준에 의한다'

4. 호스피스수가 반영방안

가. 전제조건

- (1) 현행 의료법의 테두리안에 있을 것.
- (2) 호스피스 원래의 목적을 구현할 수 있을 것.
- (3) 가시적인 비용효과를 보일 수 있을 것.

나. 선결 작업

- (1) 호스피스의 구체적 운영방안에 대한 법적근거의 마련(독립형 호스피스기관 포함)
- (2) 호스피스 진료행위에 대한 상세한 정의(Activity Definition) (가정간호와의구분)

- (3) 타 분야와의 경계 및 연계 방법에 관한 정의
- (4) 대상환자에 대한 정의
- (5) 혜택 범위 및 기간의 결정

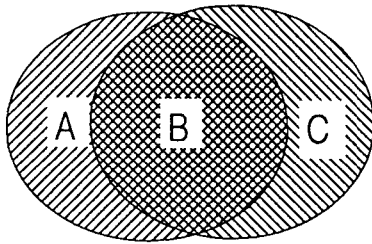
다. 수가결정방안

(1) 문제점 :

- 상기 나. 항이 이루어지지 않은 상태에서 호스피스의 수가 결정은 어려운 상태임.
- 특히 현재 시행되고 있는 호스피스 형태(병원+가정) 를 위주로 수가산정이 이루어지는 경우, 조속한 작업은 가능하나 장기적으로는 호스피스 활성화에 지장이 있을 것으로 예견됨.
- (병원 + 가정)형 호스피스의 수가를 독립형에 적용하기는 곤란함. 즉 Overhead + 이윤의 보장 여부 불투명.

(2) 수가 산정방안의 제시

1) 호스피스와 가정간호의 경계



- A : 가정간호 고유영역
- B : 가정간호와 호스피스의 공통영역
- C : 호스피스 영역 (전문적인 영역, 정서적 케어)

2) 기본산정방법 :

- B 부분에 대한 산정
- C 부분에 대해 독립적으로 추가비용 산정
- 호스피스 수가 = (B 부분 비용) + (C 부분 비용)

(3) B 부분에 대한 산정방안

[1 안] : 진료행위에 관계없이 방문회수당 일정액으로 산정

$$\text{방문당 비용} = (\text{시간당 표준임금} \times \text{표준소요시간}) \times \text{가중치}$$

근거(rationale) :

- 호스피스 진료내용이 대체로 일반화되어 있음
- 호스피스환자에 대한 직접적인 의료서비스의 비중이 낮음

장점: 행정상의 업무가 간단, 진료업무의 표준화 유도에 의한 과다의료의 방지

단점:가중치의 객관적 결정이 곤란(병원급, 의원급 등) 상당 기간을 통한 시범사업에 의해 가중치를 역추산 하여야 함.

[2 안] : Fee- For-Service (FFS) 에 의한 방법

2-1
 방문당 수가 = (시간당 표준임금 x 표준소요시간) x 가중치
 + (가정간호수가 기준에 의한 처치료 및 약제료)

또는

2-2
 방문당 수가 = (시간당 표준임금 x 표준소요시간) x 가중치
 + (시간당 표준임금 x 추가소요시간)
 + (가정간호수가 기준에 의한 처치료 및 약제료)

장점 : 정확한 수가의 산정이 가능, 환자에게 충실한 내용의 서비스제공

단점 : 이원화(인건비 및 직접비) 에 의한 복잡화, 수가상승의 가능성이 있음. 따라서 상한선의 설정이 필요

[3 안] : 혼합형

3.
 호스피스 진료비 = 기본방문료 + 교통비
 + (가정간호 행위별 수가 x 가중치)

장점 : 현 시행중인 가정간호수가를 이용하므로 객관성 입증의 용이(즉 추가적 가변요소는 가중치 한 개가 됨). 또한 조속한 시행이 가능

단점 : 가중치의 결정에 대한 논란이 예상.

<가정간호와와의 비교를 통한 가중치 결정(예)>

항목	가정간호(a)	호스피스(b)	b/a
1회당 방문소요시간	33.8분	29분(전화상담포함시 39분)	0.86(1.15)
1회 방문당 소요비용	12,270원	10,347원	0.84
구성비용			
인건비	78%	83%	1.06
재료비	20%	7%	0.35
기타	2%	10%	5

[조현, 대한간호24(2)]

(4) C 부문에 대한 산정방안

- 호스피스 개념에 의거, 보수는 지불하지 않으나 교통비 및 활동비를 지불.
- 단 교통비는 실비로, 활동비는 일당 정액제로 지급토록 함.

[참고-1] 우리 나라 가정간호 수가 작업시 제안되었던 안들

1안	- 방문당 수가로 하고 1인 1회 방문을 기준으로 수가를 정하되 병의원 방문당 평균수가보다는 저렴한 성에서 책정 - 환자상태, 특수치료유무, 간호제공시간의 장단에 따른 등급별 차등수가 적용
2안	- 행위별로 package 화하여 방문당으로 보상 - 약품은 사용량과 가격에 따라 지급
3안	- 방문당 수가 및 행위별 수가 병행 - 방문당 평균수가 수준을 입원1일 진료비의 1/4 수준으로 하되 외래1일 평균보다 높게 책정 - 교통비는 비급여
참고	미국 연방정부 조례에 준하여 제공된 서비스의 다양성과 무관하게 일률적으로 정한 요금에 따라 지불하도록 하는 관행수가
	일본 - 간호부, 보건부, 중간호부에 의한 가정간호수가는 방문 1회당 수가제로서, 말기암환자 이외에는 환자 1인당주 2회 한도로 산정 - 의사 왕진료는 방문 1회당 추가이나 응급, 야간의 경우 소정금액을 가산

[최규옥, 가정간호수가개발, 대한간협 보수교육서, 1991]

[양명생, 가정간호수가 체제방안, 가정간호사업 연찬회, 1991]

[양봉민 외, 가정간호수가 체제의 방향, 가정간호사업 연찬회, 1991]

[참고-2] 가정간호 수가에 관한 최종방안(현재 시행 중)

$\text{가정간호 진료비} = \text{기본방문료} + (\text{행위별 진료수가} \times \text{기관 가중치}) + \text{교통비}$
--

(1) 기본방문료 : 19,000원/일

- 환자의 특성에 관계없이 일률적으로 적용
- 같은 날 여러번 방문한 경우에도 1회만 적용
- 응급상황에 의해 평일 18시(토요일 14시)~09시, 또는 공휴일의 경우 기본방문료의 50% 가산

(2) 교통비 : 6,000원/방문

- 자택의 경우에 한함. 방문지역 불문

(3) 검사료

아래의 경우 담당의사의 지시에 의거, 가정간호사가 가정방문시 직접 시행할 수 있음.

- ▷ 뇨 일반검사, 반정량혈당검사, 경피적 혈액산소분압

(4) 투약 및 처방조제료, 주사료

담당의사의 지시에 의거, 시행

(5) 처치료 :

담당의사의 지시에 의거, 가정간호사가 가정방문시 직접 시행할 수 있음. 평일 18시(토요일 14시)~09시, 또는 공휴일의 경우 소정금액의 50% 가산

5. 결론 및 제언

- 가. 현재의 사회적, 경제적, 의료적 제반 문제점을 해결하기 위하여서는 호스피스의 활성화가 시급함.
- 나. 호스피스의 활성화를 위해서는 합리적인 수가체계의 마련이 필요함.
- 다. 이에 따라 수가 산정방안으로서 1) 일괄 지급제, 2) Fee-for Service 제, 그리고 3) 혼합형을 제시 하였음.
- 라. 그러나 어떤 형태이든, 광범위한 자료를 근거로 한 가중치의 결정이 필요함.
- 마. 특히 앞으로는 호스피스의 본격적인 활성화를 위하여 독립형 호스피스의 설립, 운영이 필요함.
- 바. 그러므로 지역별로 종합병원을 시범기관으로 선정, 다양한 모델별로 정확한 운영실상을 파악하여 그 결과를 수가에 반영하는 절차가 필요
- 사. 이와 같은 수가 작업과 함께 호스피스 운영의 세부내용들도 시행령으로 조속히 반영되어야 할 것 임.