

주요개념 : 호스피스, 수가

호스피스의 수가 산정 방안에 관한 연구*

조 현**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현재 우리나라의 의료환경은 다음과 같은 문제점들을 안고 있다.

첫째, 의학의 발달과 경제적 발달에 따른 전반적인 생활여건의 개선에 의해 평균수명이 연장되고 있으며, 또한 전체 인구중 노인 인구의 비중이 해마다 증가하고 있어 2000년 경에는 평균수명이 71-77세, 65세 이상 노인 인구의 비율은 전체 인구의 6.15%에 이를 것으로 추산되고 있다(한국인구보건연구원, 1985). 일반적으로 노인들은 젊은 층에 비해 상병율이 높고 특히 만성 퇴행성 질환이 많아 장기 치료를 요하게 되며 그로 인해 다른 연령층보다 훨씬 많은 의료서비스를 요구하게 된다.

둘째, 질병양상이 종래의 전염성 질환에서 암 및 성인병 등의 만성 퇴행성 질환 위주로 변하고 있다. 이러한 질병 양상의 변화는 곧 사망 원인의 구조적 변화로 이어져 우리나라 10대 사인중 암이 차지하는 비중이 해마다 높아지고 있다. 암은 발생율과 사망율이 꾸준히 증가하여 1990년에는 약 5만명의 암환자 중 38,323명이 사망하여 사망원인 제1위를 차지하였다(경제기획원, 1990).

셋째, 병원 시설이 전문화되고 대형화되면서 일반 환자의 병원 집중에 의한 의료 과소비 현상을 빚고 있으며

특히 임종환자의 경우 병원에서 임종을 맞이하는 비율이 높아지고 있어 1981년에는 사망자의 8.0%만이 병원에서 사망하였으나 1990년에는 13.8%의 사망자가 병원에서 사망하여 9년 사이에 그 비율이 1.7배로 증가하였으며(경제기획원, 1990), 이러한 추세는 앞으로도 계속 될 것으로 판단된다.

넷째, 60년대 이후 산업화가 급격하게 진행되면서 우리나라의 가족제도가 대가족제도에서 핵가족 제도로 변하고 있다. 더구나 여성의 외부활동 증가로 환자가 생겨도 그 환자를 돌볼 수 있는 인력이 부족한 형편이다.

다섯째, 현대 의학의 속성 그 자체이다. 현대 의학은 치료의학 중심으로 발전되어 생명의 연장을 최고의 목적으로 삼고 있으며 그 때문에 치료의 과정에서 기계화, 비인간화가 나타날 수 있으며 환자의 삶의 질은 뒷전으로 밀리는 현상이 나타나고 있다. 이러한 현상은 특히 말기 환자에게 더욱 심하게 나타나 환자의 인간성의 상실, 수동적 임종기간의 영위 등 많은 문제점을 내포하게 된다.

최근 호스피스 제도는 이러한 문제점에 대한 하나의 대안으로 주목받고 있다. 호스피스는 의료수요를 공급자측에서 일방적으로 억제하는 것이 아니라 수요자의 적극적 의지에 의한 수요 감소 효과를 가져올 수 있다. 즉 호스피스는 의학적으로 더 이상의 집중적인 의료서비스의 효과가 없는 환자를 대상으로 하여 그들의 삶을

* 이 논문은 1993년 한국학술진흥재단의 공모과제 연구비에 의하여 연구되었음

** 인제대학교 보건과학대학 보건학과

임종기간까지 보다 충실하게 영위하게끔 도와주는 행위이다. 이는 환자에게는 스스로의 만족과 평안을, 그리고 수요공급의 거시적 입장에서는 자연스러운 의료수요의 감소를 이루게 한다. 사실상 호스피스란 새로운 인위적 제도가 아니고 매우 오래전부터 내려온 자연 발생적인 제도의 하나로 볼 수 있다. 이러한 호스피스는 19-20세기 초 인도주의 측면에서 영국과 미국에서 주목받기 시작하였으며 최근 들어 의료수요의 폭발적 증가등 의료환경의 변화속에 호스피스의 실질적 이익과 호스피스 본래의 철학이 어우러져 선진국의 경우 하나의 독립된 의료분야로 정립되어 있다.

우리나라의 경우 1963년 강릉의 갈바리 의원을 시작으로 하여 그간 몇몇 병원 및 의료기관에서 꾸준히 말기 환자들을 돌보아 오고 있으나 조직적인 활동이나 타 의료기관과의 유기적인 협력체계가 없이 지역적인 구획적 차원에서 실시되고 있는 실정이다. 즉 일반의 호스피스에 대한 인식의 부족, 제도화에 필요한 운영조직의 비정형성, 그리고 호스피스로부터 얻을 수 있는 제반 효과의 계량적 분석 등이 이루어지지 않고 있는 실정이며 따라서 호스피스가 우리나라의 의료제도에 수용되기 위해서는 이와같은 문제점들이 해결되어야 한다. 특히 호스피스가 우리나라의 의료제도에 수용되기 위해서는 정확한 수가 산정에 의한 보험제도의 뒷받침이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 실제로 호스피스 경비를 파악함과 아울러 그와 관련된 수가 산정 방안을 제시함으로써 호스피스의 제도화에 필요한 기초적 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 호스피스의 의료행위에 관한 수가를 산정하여 호스피스가 무정형의 의료행위에서 탈피하여 효율적인 제도로 정착, 육성될 수 있는 계기를 마련하는데 필요한 기초 자료의 제공에 그 목적이 있으며 구체적으로는 다음과 같다.

1) 호스피스 담당자의 모든 업무 내역을 파악하여 호스피스 관련 업무의 종류와 업무별 투여시간 그리고 소요경비 등의 계량적 요소를 분석한다.

2) 위의 분석 결과를 토대로 몇가지 수가 산정 방안을 제시한다.

II. 문헌고찰

1. 호스피스

호스피스는 수많은 요인들이 복합적으로 관련되어 있기 때문에 많은 사람들이 그들의 입장에서 호스피스를 정의하고 있으나 그 중 보다 구체적인 것은 1978년 미국의 National Hospice Association(NHO)에서 채택한 정의로서 다음과 같다. 즉 <임종은 자연스런 삶의 한 과정으로서 모든 사람은 자신의 임종에 참여할 권리가 있다. 호스피스는 임종환자를 위한 것으로 기존 의료체계의 보다 나은 대안이며 의료지식을 포함한 모든 필요 전문 지식을 동원하여 임종환자의 삶의 질을 높이기 하여 환자로 하여금 죽음을 부정하는 것이 아니라 임종시까지 삶을 확인시킨다. 호스피스는 독립된 전문기관에서 간호사가 중심이 된 종합의료팀(interdisciplinary medical team)이 임종 환자 및 그 가족을 위해 지속적인 가정 간호와 입원 간호를 제공하는 의료 프로그램이다. 호스피스는 환자와 그 가족이 임종 말기 및 임종 후에 겪는 모든 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 어려움을 해결할 수 있도록 지원한다. 이 같은 지원은 환자의 경제적 여건과는 관계없이 하루 24시간중 어느 때라도 제공되어야 하며 환자의 진료 및 교육을 위해 모든 사함에 대한 기록을 유지한다.> 이러한 NHO의 정의는 호스피스의 기본철학과 방법론을 함께 제시한 것으로 특히 방법론에 관한 내용은 1970년대 미국에서의 호스피스 입법화 과정에 많은 영향을 주었다. 호스피스는 환자로 하여금 소외감을 느끼지 않도록 하여 임종시까지의 생활을 가능한 한 정상적으로 영위하게끔 도와준다. 이를 위해서는 가정간호가 보다 효과적이며 따라서 호스피스에서는 일차적으로 가정간호에 중점을 두고 있다. 가정간호만으로 불충분한 경우나 가정 간호중 예기치 않게 도움이 필요하거나 전문적인 처치가 필요한 경우에는 어느 때라도 병원에 입원하여 필요한 도움을 받을 수 있도록 한다. 호스피스의 대상은 의사의 진단에 의해 더 이상의 치료가 불가능한 환자와 그 가족들이 된다. 특히 호스피스는 환자의 사망 후에 가족들이 절망에서 벗어나 정상적인 생활체도를 회복할 수 있도록 도움을 주며 이러한 것은 기존 의료체계에서는 볼 수 없는 호스피스의 커다란 특징이라 할 수 있다. 호스피스는 여러 측면

의 문제점을 동시에 다루어야 하므로 특정전문분야만으로는 효과를 기대할 수 없다. 따라서 여러분야의 전문가로 이루어진 종합팀의 구성이 호스피스의 필수적인 요소가 된다. 즉 호스피스팀은 호스피스 행정가, 의사, 간호사, 사회사업가, 종교인, 물리치료사, 약사, 영양사, 작업치료사 등과 같은 전문직 종사자뿐만 아니라 자원봉사자와 같은 비전문인도 포함된다. 호스피스 프로그램을 운영하기 위한 실제적인 조직, 즉 호스피스 모델은 전형적인 것이 아니라 의료자원 및 인적 자원, 환자의 상태나 요구도등의 제반 요건에 따라 달라지게 된다. 어떠한 형태가 되든간에 주어진 조건하에서 환자의 요구를 가장 잘 만족시킬 수 있는 환경을 제공하는 모델이 최적모델이 된다. 그것은 가정이 될 수도 있고 또는 전문독립기관, 병원의 전문부서, 또는 종합병원의 여러 전문분야로 이루어진 종합의료팀이 될 수도 있다. 이러한 특성을 갖는 호스피스는 비용측면에서도 효율성이 높은 것으로 나타났다. 1972년 Kübler Ross는 말기 환자가 기존 의료체제를 이용할 경우 1일 평균 의료비가 300불인 반면 호스피스에 의한 가정간호를 할 경우 주당 0.8불에 불과하다는 주장을 하였으며, 동년 National Cancer Institute에서는 병원환자의 평균 재원일수는 7.7일인데 비해 호스피스 환자의 경우 13-18일로 2배가 되나 집중적인 치료가 없으므로 결과적으로 호스피스가 저렴하여 국가 전체로는 74억불을 절약할 수 있다고 보고하였다(Cohen, 1979). 그후 호스피스의 의료비 효율성에 대한 조직적인 조사가 본격적으로 실시되기 시작되어 1981년에 종료된 3년에 걸친 NHEP(National Hospice Education Project)의 결과에 의하면 1980년 기준으로 병원 말기 환자의 평균의료비는 5,981불인 반면, 호스피스 말기 환자의 경우 3,600불로 다른 요인을 고려한다 하여도 호스피스의 평균절감액이 800-2,600불임을 보여 주었다. 또한 1982년 6월에 완료된 CBO(Congressional Budget Office)의 조사 결과에 의하면 말기 환자 1인당 기존 진료의 의료비는 6,130불이고 호스피스 의료비는 5,010불로서 환자당 절감액은 1,120불이었다. 1983년 9월 보헌사들이 호스피스에 의한 추가부담 여부를 파악하기 위해 실시한 The Hospice Council of Northern Ohio Study에 의하면 Medicare 또는 Blue Cross 가입자 중 암으로 사망한 1,500명을 대상으로 후향적 조사를 실시하여 임종전 일정기간 별로 호스피스와 기존 진료의 의료비를 비교한 결과 호스피스가 기존 진료에 비하여 임종전 2주 동안에는 51%, 4주 동안에는 47%, 8주 동안에는 44% 그리고 12주 동안에는 39%의

절감효과가 있는 것을 보여 주었다. 또 이 조사는 호스피스에 의해 임종전 2주 동안의 입원일수를 평균 4.1일로 줄일 수 있고 이같은 입원일수의 단축에 의하여 보험회사의 상환액이 감소될 것으로 결론짓고 있다(Paradis, 1985). 호스피스의 비용효과와 함께 환자 및 가족의 만족도, 기존의료체계와의 비교, 개선점에 대해서도 많은 조사가 이루어져 호스피스의 우선적 목표라 할 수 있는 동통완화에 있어 호스피스가 기존 의료기관보다 더 효율적이고 호스피스가 환자의 정서적 안정, 고립감의 해소에 좋은 효과를 준다고 하였다(Mount, 1976). 그리고 호스피스와 병원의 환자 가족을 비교한 결과 호스피스 환자의 가족이 병원 환자의 가족에 비해 사회 적응도가 높고 정서적으로 안정되어 있음을 보여주었다(Lack, 1978).

우리나라의 경우에도 노령인구의 증가추세와 호스피스 도입에 발맞추어 많은 조사가 꾸준히 이루어져 왔다. 그 중 몇가지 연구 결과를 살펴보면 호스피스 케어를 받고 있는 67명의 암환자와 일반 병원 암환자 46명을 비교하여 모든 의료 기관에서 암환자를 위한 호스피스 프로그램을 실시하는 것이 효과적이라는 제안을 하였고(박혜자, 1989), 호스피스 프로그램 가운데 유가족의 추후 관리 프로그램도 대상자 82%의 긍정적인 반응을 받은 것으로 나타났다(왕매련, 1992). 또한 종합병원과 호스피스 암사망자의 진료비 내역을 분석한 결과, 그 한가지 예로 위암의 경우를 살펴보면 직접적인 비교는 곤란하였으나 병원 사망자의 진료비가 호스피스 사망자의 진료비보다 거의 25배나 높은 것으로 나타났다(조현, 1993). 그러나 이와 같은 제한된 자료를 제외하고는 호스피스 비용에 관한 계량적 연구는 외국 의 경우와 달리 극히 미미한 실정으로서 앞으로는 이에 대한 활발한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

2. 수 가

호스피스 수가에 대한 외국의 예를 살펴보면 일본의 경우 일당 정액제를 실시하고 있으며 미국은 호스피스 환자를 입원과 재택 간호로 구분하여 입원은 일수에 제한을 두어 일당 정액제로 지불하며 재택 간호는 서비스 시간에 따라 산정하는 체제로 운영되고 있다.

호스피스는 그 성격상 가정간호의 주요 내용을 이루고 있어 가정간호의 수가 산정 방안을 살펴보는 것은 호스피스 수가산정에 많은 도움이 될 수 있다. 따라서 가정간호가 활발히 이루어지고 있는 미국과 일본의 경우와 우리나라에서 제시된 주요 가정간호 수가 체제안을 살펴보면 <표 1>과 같다.

〈표 1〉 각국의 가정간호 수가

미국*1	연방 정부 조례에 준하여, 제공된 서비스의 다양성과 무관하게 일률적으로 정한 요금표에 따라 지불하도록 하는 관행수가
일본*2	-간호부, 보건부, 중간호부에 의한 가정간호수가는 방문 1회당 수가제로 말기 암환자 이외에는 환자 1인당 주 2회 한도로 산정 -의사 왕진료는 방문 1회당 수가이나 응급, 야간의 경우 소정금액을 가산
한국	1)*3 -방문당 수가로 하고 1인 1일 1회 방문을 기준으로 현행 의료보험 수가기준을 기초로 정하되 병·의원 방문당 평균수가보다 저렴한 선에서 책정 -환자의 상태, 특수 치료 유무, 간호제공시간의 장단에 따른 등급별 차등수가 적용 2)*4 -행위별로 package화하여 방문당으로 보상 -약품은 사용량과 가격에 따른 지급 3)*5 -방문당 수가 및 행위별 수가 병행 -방문당 평균 수가 수준을 입원 1일 진료비의 1/4 수준으로 하되 외래 1일 평균보다 높게 책정 -교통비는 비급여

자료 : *1. Sandra, Stewart & Siddal(1986). Home Health Care Nursing, Aspen Publishing Co.

*2. 일본사회보험연구소(1992). 사회보험/노인보건진료보수접수표.

*3. 최규옥(1991). 가정간호수가개발, 대한간호협회 서울시지부 보수교육보고서.

*4. 양명생(1991). 가정간호사업수가 체계방안-우리나라의 방향-, 가정 간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연찬회

*5. 양봉민의(1991). 가정간호사업수가체계 방향에 대한 그룹토의내용, 가정 간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연찬회

또한 가정 간호의 구체적인 비용지불 방법에 대한 공급자 및 수요자의 의견을 조사한 결과에 의하면 공급자 측의 의사와 간호사, 그리고 수요자측의 환자와 보호자 모두 일정한 방문비에 처치비 및 물품비를 추가 지불하는 방법을 선호하는 것으로 나타났다(김용순, 1991).

무를 겸하고 있어 실제적으로는 간호사만이 모든 시간을 호스피스 업무에 담당하고 있다. 이곳에는 1993년 12월 현재 광주 및 전남 지역의 말기 암환자 26명이 등록되어 있으며 병원에서는 이들의 가정을 방문, 무료로 호스피스 프로그램을 실시하고 있다.

III. 연구방법

3. 자료수집 기간 및 방법

1. 연구설계

본 연구에서는 특정 호스피스 기관을 선정하여 그 기관에서 행해지는 모든 호스피스 업무를 추적하여 관련자료를 입수한 후 수집된 자료에 의해 호스피스 비용을 산출하고 이에 근거한 수가 산정 방안을 제시하고자 한다.

자료수집 기간은 1993년 12월 10일부터 1994년 1월 10일까지 1개월간이었다. 자료의 수집과 관련하여 우선 호스피스 담당 수사 및 간호사에게 본 연구의 목적과 취지를 설명하여 그들의 동의와 협조를 구했다. 호스피스 전담 간호사는 본 연구자가 마련해 준 소정 양식에 의해 일일 업무를 기록하였으며 연구자는 주기적으로 간호사를 만나 업무 내용을 본 연구의 목적에 맞추어 정리, 유지하였다. 한편 이 병원에서는 인건비 및 약제비를 제외하고는 호스피스 부서의 제 경비를 독립적으로 산출하지 않고 있었기 때문에 연구자는 병원의 경리 관계담당자와 함께 별도의 작업을 통하여 호스피스 부서의 제경비를 산출하였다.

2. 연구대상

연구대상으로 광주 소재 J병원의 호스피스 부서를 선정하였다. 이곳은 우리나라의 대표적인 병원 주관, 가정간호(hospital based home care)에 의한 호스피스 프로그램 운영기관의 하나로 저소득층을 대상으로 비영리적으로 운영되고 있다. 이 병원의 호스피스 부서는 중앙전문 내과 의사, 수사, 간호사 그리고 사무원이 각각 1명씩으로 구성되어 있으나 의사, 수사 그리고 사무원은 다른 업

4. 자료분석 방법

수집된 자료에 의해 호스피스 업무의 내용과 행위별 소

요시간 등을 분석하였고 이를 기초로 호스피스 수가 산정 방안을 제시하였으며 자료는 실수와 백분율로 제시하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구에서는 1개 특정 호스피스 기관만을 대상으로 하였으므로 그 결과를 일반화시키는데에는 많은 제한점이 있고 따라서 앞으로 더 많은 기관을 대상으로 한 지속적인 연구가 필요한 것으로 사료된다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 호스피스 간호사의 업무 내용과 행위별 소요시간

〈표 2〉는 호스피스 전담간호사의 1개월간에 걸친 업무내용과 행위별 소요 시간을 분석한 표이다.

〈표 2〉 호스피스 간호사의 업무내용과 행위별 소요시간

관련행위	총 소요시간 (분)	1회당 소요 시간(분)	백분율(%)
왕복교통시간	1,905	21.2	23.7
환자면담 및 관찰	1,875	20.8	23.3
기록	1,405	15.6	17.5
전화상담	1,010	11.2	12.6
약준비	470	5.2	5.8
호스피스 교육 및 회의	435	4.8	5.4
영성체 및 영적 간호	360	4.0	4.6
보호자 면담	235	2.6	2.9
방문준비	160	1.8	2.0
주사 및 처치 (점심식사)	150	1.7	1.3
계	8,808	89.8	100.0

〈표 2〉에서의와 같이 호스피스 전담 간호사 1인당 한달 총 근무시간은 8,080분(약 135시간)으로 평균 근무시간 보다 작게 나타나고 있으나 이는 조사기간이 연말, 연시를 포함하고 있기 때문이다. 호스피스 전담 간호사가 환자 방문과 관련하여 가장 많은 시간을 투여하는 항목은 왕복교통(23.7%), 환자면담 및 관찰(23.3%), 기록(17.5%)순으로 되어 있다. 이 표의 내용을 정리하여 간호사가 직접 환자 및 보호자와 마주하는 시간을 살펴보면 환자면담 및 관찰, 영성체 및 영적 간호, 보호자 면담, 주사

및 처치등에 소요되는 것으로 2,620분이 된다. 조사 기간 중 대상인원은 26명으로 총 90회를 방문하였으며 따라서 1회 방문당 소요시간은 전체 소요시간을 기준으로 하면 약 90분/회, 환자 및 가족과의 직접적 면담을 기준으로 하면 약 29분/회가 된다. 전화상담시간은 1,010분으로 이 행위를 직접 면담에 포함시킬 경우 간호사가 환자 및 가족과 대하는 시간은 약 40분/회 정도가 되고 있다. 특히 조사 기간중의 순수한 의료서비스를 살펴보면 fluid injection 7회, foley catheter 4회, enema 1회로서 총 소요시간은 150분 정도가 되는 것으로 조사되었다. 따라서 순수한 의료서비스는 방문횟수당 2분 미만이며 전화상담을 순수의료서비스에 포함시킬 경우에는 13분/회가 된다. 전화상담을 방문시간에서 제외시킬 경우 순수 의료서비스와 지지 프로그램의 비율은 각각 7% 및 93%, 전화상담을 방문시간에 포함시키고 또 전화상담을 순수 의료서비스로 취급할 경우에는 33% 및 67%가 된다. 더구나 순수의료서비스의 난이도 역시 일상적인 것으로 집중적인 처치가 없으며 따라서 호스피스 진료의 특징인 'low-medicine, high-human'의 성격을 보이고 있다.

2 호스피스 전담 간호사 1인의 월 평균 소요비용

〈표 3〉은 조사대상 병원에서 호스피스에 계상한 비용으로서 호스피스 담당 간호사 1인당 월 평균 931,210원이 소요되고 그 비율은 인건비(82.5%), 약품비(7.0%), 교육훈련비(6.1%), 급식훈련비(1.3%)의 순서임을 알 수 있다.

〈표 3〉 호스피스 간호사 1인의 월 평균 소요비용

항 목	비용(원)	백분율(%)
인건비*	767,800	82.5
약품비	65,600	7.0
교육훈련비	56,810	6.1
급식재료비	11,690	1.3
복리후생비	6,750	0.7
감가상각비	6,430	0.7
차량유지비	6,370	0.7
보험비	2,990	0.3
통신비	2,750	0.3
수도광열비	2,490	0.3
사무용품비	1,530	0.2
계	931,210	100.0

* 인건비는 상여금, 퇴직적립금을 포함한 월평균 임금

이 금액을 조사대상 기간중의 방문횟수로 나누면 931, 210원 / 90회=10,347원 / 회가 되며 직접비에 해당하는 인건비와 약품비만을 기준으로 하면 9,260원 / 회가 된다.

3. 호스피스와 가정간호의 비교

다음은 본 조사의 결과를 가정간호에 대한 자료와 비교해 보기로 한다. <표 4>는 호스피스의 대상으로 간주할 수 있는 악성신생물을 기준으로 하여 대한 간호 협회에서 조사한 내용과 본 조사의 결과의 해당항목을 대비한 것이다.

<표 4> 호스피스와 가정간호의 비교

항 목	가정간호(a)	호스피스(b)	a/b
1회 방문당 소요시간	33.8분	29분 (전화상담 포함시 39분)	1.13
1회 방문당 소요비용	12,270원	10,347원	0.84
구성 내용			
인건비	78%	83%	0.92
재료비	20%	7%	2.86
기 타	2%	10%	0.20

<표 4>에서와 같이 가정간호에 대한 자료와 본 연구의 호스피스 자료를 비교해 보면 1회 방문당 소요시간은 가정간호가 33.8분인데 비해 호스피스는 29분으로 큰 차이가 나지 않는다. 단, 호스피스의 경우 전화상담을 포함하면 1회당 평균 시간은 39분으로 가정간호에 비해 길게 된다. 방문 1회당 비용을 살펴보면 가정간호사 12,270원 / 회(1992년 가격)인 반면, 호스피스는 10,347원 / 회(1994년 가격)으로서 약 16%가 저렴함을 보이고 있다. 이같은 사실은 소요비용 구성내용중 재료비에서 그 설명을 찾을 수 있다. 가정간호의 경우 재료비가 전체 비용의 20%인 반면 호스피스는 7%정도이며 이는 곧 방문시의 업무내용과 연결이 된다. 즉 앞서 살펴본 것과 같이 호스피스의 경우 직접적인 의료서비스의 제공이 낮으며 이는 곧 재료비의 절감, 그리고 전체적인 소요비용의 절감으로 이어질 수 있다. 참고로 조사대상 기관인 J병원의 경비처리를 살펴보면 모든 서비스를 무료로 제공하고 있다. 예를 들어 현재 시행중인 '요양급여기준 및 진료수가기준'에 명시된 의료행위에 대해서도 보험수가를 청구치 않고 있으며 소요되는 약품도 병원에서 무료로 제공하고 있다. 또 간호사의 교통비는 병원의 특별계정에서 별도로 지급되고 있다. 이같은 경비처리 방식은 현재의 호스피스가

구홀적이고 제한적인 수준에 머무르고 있기 때문인 것으로 호스피스가 하나의 제도로 자리잡기 위해서는 모든 소요비용에 대한 적절한 보상 방법이 강구되어야만 할 것이다.

4. 수가 산정 방안

앞의 내용에서와 같이 현재 실제로 행해지고 있는 호스피스 간호는 직접적이고 집중적인 의료서비스의 제공비율이 낮으며 그 기술적 수준 역시 일상적 수준에 있다는 특징이 있다. 따라서 호스피스 수가는 우리나라에서 호스피스가 정착할 수 있을 때까지 당분간 <표 2>의 내용과 같은 복잡한 분류보다는 '직접적 의료 서비스의 제공'과 '환자 및 가족의 지지'의 두가지 분류방법에 근거하여 일반화시키는 것이 바람직 할 것으로 사료된다. 그러나 간과해서 안될 것은 이러한 일반적 간호가 반드시 일정수준 이상의 전문가에 의해 제공되어야 한다는 사실이며 비용절감을 위해 보수가 낮은 등급의 인력을 사용해서는 안된다는 것이 전제가 되어야 한다.

본 연구에서 호스피스의 행위를 '직접적 의료서비스의 제공'과 '환자 및 가족에 대한 지지'로 이분할 경우 기존의 시스템과 완전히 다른 새로운 수가 시스템을 개발할 필요가 없게 된다. 즉 구체적인 직접 의료 행위에 대해서는 현재 개발중인 가정간호수가에 준하여 재료비 및 처치비등을 산정할 수 있으며 환자 및 가족에 대한 지지 분야는 인건비를 근거로 적절한 가중치를 적용함으로써 정해질 수 있게 된다. 따라서 호스피스 수가의 산정에 대해 다음과 같은 안들을 고려할 수 있을 것이다.

1) 진료행위의 내용에 관계없이 방문횟수당 일정액으로 산정하는 방법 ;

이 방법의 제안 근거로는 호스피스 진료 내용이 대체적으로 일반화 되어 있으며 또 직접적 의료서비스의 비중이 낮다는 데에 있다. 이 방법은 일정 수준의 간호사 임금을 기준으로 간접비를 고려한 가중치를 주는 것으로 다음과 같은 식이 될 수 있다.

방문당 비용

$$=(\text{시간당 표준 임금} \times \text{표준 소요시간}) \times \text{가중치} \dots (1)$$

여기에서 가중치는 호스피스 기관의 등급에 따라 차등을 줄 수 있다. 즉 규모가 작을수록 전체비용에서 간접비가 차지하는 비율이 높아지는 것이 일반적인 현상이므로 호스피스 기관을 종합 병원급, 병원급, 의원급으로 분류하여 각기 다른 가중치를 주는 것을 고려할 수 있다. 또 표준 소요시간은 환자와의 면담뿐만 아니라 방문

준비, 왕복교통, 기록, 교육등과 같이 호스피스에 투여되는 전시간이 고려되어야 하며 왕복교통시간도 지역적인 교통현상, 즉 교통체증의 정도, 공공 교통기관의 가용도등을 종합하여 가중치를 둠으로써 보다 합리적인 수가가 형성되게 된다. 따라서 가중치에는 간접비 이외에약품, 재료비 그리고 교통비등을 포함할 수 있도록 조절되어야 한다. 이러한 정액제의 장점은 행정상의 업무가 간단하며 비용파악의 근거가 비교적 확실하며 또 진료업무가 일정범위내로 표준화됨으로써 과다한 의료의 남용을 예방하는 효과를 들 수 있다. 그러나 각기 다른 환자의 요구를 충분히 충족시켜 주지 못할 우려가 있으며 일률적인 진부한 형태의 진료가 될 가능성이 있다. 이와 함께 호스피스 초기 단계에 필요한 구체적인 행위에 대한 정보수집이 곤란할 수 있다.

2) 진료행위별 수가제(Fee-for-service)에 의한 방법 ;

이 방법은 환자의 상태에 따라 제공되는 의로서비스의 종류와 시간을 달리하여 그에 대응하는 비용을 산출하는 방법이다. 단, 과다한 의로서비스의 사용을 억제하기 위해 직접적인 의로서비스는 현재의 가정 간호 수가 내용의 행위로 제한시킬 필요가 있으며 진료시간도 표준소요시간의 일정배수로 제한시킬 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 이것의 계산은 다음과 같이 표시할 수 있다.

$$\text{방문당 의료수가} = (\text{시간당 표준임금} \times \text{표준소요시간}) \times \text{가중치} + (\text{가정간호수가기준에 의한 처치료 및 약제료}) \dots\dots(2)$$

또는

$$\text{방문당 의료수가} = (\text{시간당 표준임금} \times \text{표준소요시간}) \times \text{가중치} + (\text{시간당 표준임금} \times \text{추가소요시간}) + (\text{가정간호수가기준에 의한 처치료 및 약제료}) \dots\dots(3)$$

(2)식에 의한 방법은 간단하나 수가의 가중치에 대한 민감도가 크므로 정확한 가중치의 산정이 필요하다. 반면 (3)식에 의한 방법은 표준방문을 근거로 하여 여기에 추가 소요시간 및 처치료와 약제료를 실비정산하는 병산제의 개념으로 비교적 정확한 수가가 산정될 수 있다. 또 진료행위별 수가제에서의 가중치는 처치료 및 약제료를 별도로 산정하게 되므로 정액제에 비해 낮아야 한다. 진료행위별 수가제의 장점은 각 환자에게 보다 충실한 내용의 진료를 제공할 수 있다는 장점이 있는 반면 직접적인 의료행위의 증가 및 진료시간의 증가에 의해 의

료비의 상승을 초래할 우려가 있다. 그러나 제공되는 의료행위 및 소요시간의 상한선을 설치함으로써 급격한 의료비의 상승을 제어할 수 있으리라 판단된다.

5. 결론 및 제언

본 연구에서는 호스피스의 의료행위에 관한 수가를 산정하여 호스피스가 무정형의 의료행위에서 탈피하여 효율적인 제도로 정착, 육성될 수 있는 계기를 마련할 수 있는 기초자료를 제공하고자 수행되었다. 이를 위해 광주 소재 J병원의 호스피스 부서를 연구대상으로 1993년 12월 10일부터 1994년 1월 10일까지의 1개월간 호스피스 담당 간호사의 일정을 추적, 호스피스 관련 업무 내용과 행위별 투여시간 그리고 소요 경비 등의 계량적 요소를 분석하여 이를 토대로 몇가지 수가 산정 방안을 제시하였으며 그 주요 결과는 다음과 같다.

1) 호스피스 전담 간호사 1인당 한달 총 근무시간은 8,080분(약 135시간)으로 호스피스 전담 간호사가 환자 방문과 관련하여 가장 많은 시간이 투여되는 항목은 왕복 교통시간, 환자 면담 및 관찰, 기록, 상담순으로 되어 있고 fluid injection 7회, foley catheter 4회, enema 1회등 순수한 의로서비스에 대한 총소요시간은 150분 정도가 되는 것으로 조사되었다.

2) 호스피스 비용은 방문 횟수당 약 10,347원이 소요되고 그중 인건비가 대부분으로서 82.5%를 차지하고 의료와 직접 관련된 재료, 처치비는 7%로서 가정간호의 20%에 비해 현저히 낮은 결과를 보이고 있다.

3) 위에서 나타난 바와 같이 호스피스 수가는 그 절대액은 적으나 인건비의 비중이 크므로 이를 합리적으로 반영할 수 있는 수가산정 방안으로 다음과 같은 세가지 방안을 제시하였다.

첫째, 방문 횟수당 일정액으로 산정하는 방법의 경우 ;

$$(1) \text{방문당 비용} = (\text{시간당 표준 임금} \times \text{표준 소요 시간}) \times \text{가중치}$$

둘째, 진료행위별 수가제(Fee-for-service)의 경우 ;

$$(1) \text{방문당 의료수가} = (\text{시간당 표준임금} \times \text{표준소요시간}) \times \text{가중치} + (\text{가정간호수가기준에 의한 처치료 및 약제료})$$

$$(2) \text{방문당 의료수가} = (\text{시간당 표준임금} \times \text{표준소요시간}) \times \text{가중치} + (\text{시간당 표준임금} \times \text{추가소요시간}) + (\text{가정간호수가기준에 의한 처치료 및 약제료})$$

위의 수가산정 방법은 표준임금, 소요시간, 처치료 및 약제료 그리고 가중치 등으로 표시될 수 있으며 가중치를 제외하고는 비교적 쉽게 계량화될 수 있다.

이상의 결론을 기초로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 각 호스피스 기관들의 상황을 고려한 합리적인 수가 산정 방법 및 그에 따른 제반 가중치의 결정, 지불 방법에 대한 구체적인 방안등을 확립하기 위해서는 앞으로 전국적인 규모의 신뢰성 있는 분석이 지속적으로 수행되어야 한다.

둘째, 본 연구에서 제시된 호스피스 수가 산정 방안의 적정성 검증을 위해 시범사업이 이루어져야 한다.

셋째, 이러한 수가 방안이 의료보험 수가 체계내로 제도화될 수 있도록 광범위한 합의를 도출함이 필요하다.

참 고 문 헌

김용순(1991). 가정간호서비스에 대한 의사, 간호사, 환자, 방문객의 반응, 대한간호협회 서울시 지부 보수교육보고서.

김진선(1988). 암환자의 퇴원시 가정간호사업 이용의사와 요인조사 연구, 연세대학교 대학원 석사논문.

김수춘 외(1992). 노인의료보장의 발전방향에 관한 연구, 한국보건사회연구원.

김화중 외(1992). 우리나라 가정간호수가체계개발 연구, 대한간호협회.

박혜자(1989). 암환자를 위한 호스피스 케어에 관한 탐색적 연구, 대한간호, 28(3).

양명생(1991). 가정간호사업수가 체계방안-우리나라의 방향, 가정간호사업 조직 및 수가 체계에 관한 연찬회.

양봉민 외(1991). 가정간호사업수가체계 방향에 대한 그룹토의, 가정간호사업 조직 및 수가 체계에 관한 연찬회.

왕매련(1992). 세브란스 호스피스 추후관리 프로그램의 효과에 관한 연구, 대한간호, 31(2), 51-67.

조 현(1993). 우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구, 서울대학교 대학원 박사학위논문.

조 현(1993). 호스피스 프로그램의 이론 및 각국의 현황에 관한 고찰, 대한병원협회지, 22(4), 4-19.

최규옥(1991). 가정간호수가개발, 대한간호협회 서울

시지부 보수교육보고서.

변태섭(1986). 한국사통론, 서울 : 삼영사.

前田信雄(1985). 입원의료비의 동향과 사망전 의료비, 사회보험순보, 1511-1513.

일본사회보험연구소(1992). 사회보험/노인보건 진료 보수 점수표.

Adams B. A.,(1985). Dilemmas of Hospice, A Critical Look at Its Problem, ACS Professional Education, American Cancer Society, 9.

Barber B.,(1976). Compassion in Medicine : Toward New Definitions and New Institution, New England J. of Medicine, 295(17), 939-943.

Blumer H.,(1969). Social Movement, Studies in Social Movement, Physician's Record C., New York : The Free Press.

Buckingham R. W.,(1982). Comparative Study of Hospice Services in the US, APJH, 72(5), 455-460.

Caperson D.,(1985). Family Perception of Hospice Care, The American J. of Hospice Care, 15-23.

Cohen K. P.,(1979). Hospice-Prescription for Terminal Care, Aspen Sytems Corporation, 74-85.

Creek L. V.,(1982). A Home Care Hospice Profile, Description, Evaluation, and Cost Analysis, J. of Family Practice, 14(1), 53-58.

Flangan J. A.,(1978). A Research Approach to Improving Our Quality of Life, American Psychology, 138-147.

Flexner J. R.,(1979). The Hospice Movement in North America, Southern Medical Journal, 72, 248-250.

Fox R.,(1981). The Sting of Death in American Society, Social Service Review, Univ. of Chicago, 42-49.

Franco V. W.,(1979). Reverence for the Humanity of the Dying - The Hospice Prescription, Aspen Systems Corporation, 46-55.

Greene P. E.,(1985). The Pivotal Role of the Nurses in the Hospice Care, ACS Professional Education, American Cancer Society, 30-31.

Griffin J.,(1991). Dying with Dignity, Office of Health Economics.

Hannan E. L.,(1984). An Evaluation of Hospice in

- the New York State Hospice Demonstration Program, Inquiry, 21, 338–348.
- Hospice Standard(1978). National Hospice Organization.
- Hutchinson A. W.,(1979). Quality of Survival of Patients Following Mastectomy, Clinical Oncology, 391–392.
- Jacobson G. A.,(1985). Hospice—What is not, American Cancer Society.
- Kastenbaum R.,(1979). Healthy Dying—A Paradoxical Quest Continues, J. of Social Issues, 35 (1), 185–206.
- Lack S.,(1978). First American Hospice, New Heaven Hospice Inc., 265–273.
- Lamb C. M.,(1989). Systemic Planning for Hospice Care, Hospice Handbook, Aspen Systems Corporation, 66–75.
- Lamerton R. C.,(1975). The Need for Hospice, Nursing Times, 71, 155–157.
- Lund D. A.,(1986). A Critical Test of Specific Hospice Objectives for Family Caregivers, The Hospice Journal, 1–17.
- Lunt B.,(1981). Terminal Care—Present Services and Future Priorities, British Medical Journal, 283, 595–598.
- MacEachern T. M.,(1962). Hospital Organization and Management, Physician's Record Co., Illinois.
- McDonald N.,(1982). The Hospice Movement : An Oncologist's Viewpoint. Proc. of 12th International Cancer Congress.
- Mount M. M., Scott J. F.,(1985). Whither Hospice Evaluation, Journal of Chronic Disease, 36(11), 733–736.
- Naylor D. B.,(1983). Quality of Life as an Outcome of Hospice Care, Univ. of Akron.
- O'Conner P. M.,(1986). Spiritual Element of Hospice Care, The Hospice Journal, 2, 99–108.
- Owen T. A.,(1982) Care for The Dying : A Study of the Need for Hospice, Univ. of Minnesota.
- Paradis L. F.,(1985). Reimbursement and Regulation for Hospice Program, Hospice Handbook, Aspen Publication, 196.
- Parkes C. M.,(1979). Terminal Care, Evaluation of In-Patient Services at St. Christopher's Hospice, Postgrad. Med. J., 55, 646.
- Petrosino B. M., Characteristics of Hospice Patients, Primary Caregivers and Nursing Care Problems—Foundation for Future Research, Hospice Journal, 3–19.
- Rainey L. C., (1985). Cancer Patient's Attitude Toward Hospice Service, ACS Professional Education, American Cancer Society, 17–27.
- Rees W. D.,(1982). Role of the Hospice in the Care of the Dying, British Medical J., 285, 175–177.
- Sandra, Stewart & Siddal(1986). Home health care nursing, Aspen Publishing Co.
- Viscent W. F.,(1979). Reverance for the Humanity of the Dying : The Hospice Prescription, Aspen Systems Corporation.
- Ware J.,(1978). Conceptualization Disease Impact and Treatment Outcome, Cancer, 2316–2323.
- Wachtel T.,(1988). The End Stage Cancer Patients—Terminal Common Pathway, The Hospice Journal.
- Zimmerman J. M.,(1986). Hospice Care as a Response to the Problems of Terminal Illness, Hospice—Complete Care for the Terminally Ill, Urban & Schwarzenberg, 207.

– Abstract –

A Study on the Method to Estimate the Cost of Hospice Care*

*Cho, Hyun***

The cost of hospice care should be covered by the insurance system if it is to be promoted in our country and this, in turn, requires a proper method to the estimate of this cost.

The purpose of this study was to set up the method to estimate the cost of hospice care. First the cost effectiveness of hospice care were studied. By tracing the activities of hospice nurses for a given period, all the relevant data such as the scope and load of activities as well as the cost were col-

lected. Then these were analysed and compared with the data obtained from hospice and home care. The results showed that the cost of hospice care was the most economic, and indicate its qualification as an independent system. The main part of the cost of hospice care was found to be the labor cost which was up to 83% of the total. Therefore a method to estimate the cost should reflect the real labor cost. Several methods have been proposed in the study in terms of unit labor cost, service time, material cost, and the weight of the labor cost. All variables, including the service time surveyed in this study, can easily be translated into numerical values and it would not difficult to estimate the cost of hospice care.

Hence by letting the hospice care be insured, hospice care can be expected to function as a good alternative to the present medical system.

* This paper was supported by NON DIRECTED RESEARCH FUND, Korea Research Foundation, 1993.

** Department of Public Health, Inje University College of Public Health