

가정호스피스 활성화의 걸림돌과 미래 가정호스피스의 필요성

박진노

보마스 기념병원 완화의학과장



보건복지가족부와 국내의 많은 전문가들은 가정호스피스가 중요하다고 언급하고 있지만, 아직은 기반 형성이 되어있지 않다고 말한다. 2008년도 국민건강보험공단 심사평가원에서 호스피스 수가개발 연구를 진행할 때에도 병동형 호스피스에 대해 연구를 하면서 가정호스피스를 위한 연구는 시기상조이므로 병동형을 먼저 수가화해야 되겠다는 입장을 밝혔었다. 가정호스피스가 왜 필요한지 각 분야별로 필요성이 다를 것이다. 여러 이유 중에서 어떤 이유보다도 가정호스피스가 필요한 이유는 환자가 사생활 보호를 받으며 가장 인간적인 존엄성을 유지하면서 임종할 수 있는 곳이 가정이기 때문이고 말기 환자가 가장 원하는 임종 장소이기 때문이다. 현실적으로 가정에서 임종 전까지 돌봄을 받기 힘든 요인들이 매우 많다. 가정호스피스 활성화에 걸림돌이 되는 장애요인을 짚어보고 미래의 가정호스피스가 왜 필요할까 함께 고민해보자.

먼저, 장애요인으로 가정간호의 비활성화이다. 가정호스피스의 발달은 가정간호서비스의 발달과 무관하지 않다. 가정호스피스서비스 내용에는 가정간호서비스를 포함하며, 정신 및 심리사회적 돌봄이 포함된다. 가정간호 대상자의 36.7%가 암환자라는 한 논문은 관련성이 높다는 것을 말해준다(황나미 등, 1999). 2008년 7월 장기요양보험이 시작되고 방문간호가 되면서 가정간호서비스가 축소되게 되었다. 단

적인 예로 2006년 185개 가정간호 사업소가 2009년 5월 기준으로 116개로 감소하였다. 이는 가정간호를 장려한 정책방향은 아니었다는 것을 보여준다. 가정간호 요양급여 비용 구성은 가정간호사 '기본방문료 (21,740원) + 교통비 (보험대상 제외) + 진료행위별 수가'로 되어있다. 환자나 보호자가 부담하는 직접 비용이 입원한 상태와 큰 차이가 나지 않거나 더 비싸므로 1일 1회 방문을 하게 되는 가정간호보다 입원을 더 선호할 수 밖에 없다. 2005년부터 '암환자의 자기부담율'이 감소하게 되어 많은 암환자들에게 좋은 혜택을 준 내용이 가정간호서비스의 수요를 감소시키게 된 한 요인이 된 것도 사실이다. 장기요양보험의 방문간호에서는 교통비가 보험이 되므로 환자와 보호자들은 가정에 계시는 때는 방문간호를 선택하기 쉽다. 방문간호는 연속적인 전문 관리가 요구되는 암환자를 위한 재가 돌봄 연계 체계가 없으며, 예방적 성격이 강하다. 따라서 일정 수준 이상의 간호처치는 어려우므로 가정간호와 동등한 개념이 아님에도 불구하고 가정간호가 축소될 수 밖에 없는 경쟁적 관계이다. 방문간호와 가정간호서비스를 같이 제공할 수 있다면 서비스를 제공하는 기관 입장에서 운영할 가능성이 높다. 의료법인이 아니면 방문간호와 가정간호를 모두 한 기관에서 서비스를 제공할 수 있다. 하지만 많은 기관들이 의료법인이므로 가정간호서비스만 할 수 밖에 없는 기관들이 많다. 한 예로 요양원은 가정간호서비스는 할 수 없고, 방문간호서비스는 할 수 있다. 따라서 요양원에서 가정간호서비스 수준을 받아야 될 경우는 병원에 입원하거나 병원 응급실로 전원 해야 된다.

두 번째, 민간보험회사에 암보험을 가입한 환자들

인 경우, 입원해야 보상금이 많으므로 입원을 선호하게 된다. 민간보험회사의 암보험 대상이 올 해 9월부터 축소되거나 암보험이 없어지게 되지만, 기존 가입자들에 의해 형성된 입원 선호도가 당분간 지속될 것으로 본다.

세 번째, 가정에서 돌보는 것이 어려워 입원을 선호하는 점이다. 통증과 증상이 조절되는 환자의 경우는 대소변, 운동 보조, 식사 보조 등 간병에 관한 내용이 중요하다. 가정에서 가족이 간병하기 어렵고, 여러 가지 이유로 간병사를 구하기 어려운 경우가 많다.

네 번째, 통증과 증상이 조절되지 않는 경우나 더 악화되는 경우, 가정에서 돌보기 어려워지고 환자와 가족들은 불안해한다. 지속적인 돌봄이 필요한 데 1일 1회성 방문으로 큰 도움이 되지 않아 입원을 희망할 수 있다.

다섯 번째, 입원한 환자의 경우, 외출이나 퇴원을 통해 남은 여생을 즐기고 싶지만 외출 및 퇴원 후 가정에서 지낼 두려움과 재입원의 어려움을 염려해서 퇴원을 거부하는 경우가 있다.

여섯 번째, 환자와 보호자의 거주지가 다른 경우(예, 환자가 부모이면서 지방에 거주하고 자녀가 직장 및 집이 대도시인 경우), 가정이 아니라 위에 언급한 요양원에 모실 수 밖에 없는 경우가 생긴다.

일곱 번째, 기관 입장에서는 병동형 호스피스 못지않은 인력이 필요한 반면에, 볼 수 있는 환자수는 훨씬 적기 때문에 기관의 경제적 수익만으로 본다면 운영할 수 없다. 기존의 낮은 가정간호 수가지만 가정간호와 동등한 수가를 적용할 때 같은 시간에 환자를 볼 수 있는 숫자가 훨씬 적기 때문에 가정호스피스에 가정간호수가를 동일하게 적용한다면 가정간호를 운영하는 기관에서조차도 비용감당이 되지 않아 운영할 수 없다.

여덟 번째, 가정호스피스는 팀 접근이 중요한데 현재 간호사들의 업무만 부각된다면 의사, 사회복지사, 성직자 및 종교인, 자원봉사자 등 다른 팀원들의

참가가 저조할 것이다. 이에 대한 접근도 필요하다. 또한 가정호스피스를 담당하는 간호사의 자격을 정하는 문제도 가정호스피스가 제도화 된다면 정해져야 되는 문제 중에 하나가 될 것이다.

아홉 번째, 보건복지가족부 입장에서는 가정에서 혜택을 못보던 환자들이 가정호스피스 안으로 들어오게 되면서 의료 비용의 증가를 염려하는 점이다. 현재는 방치하거나 병원에서 주는 진통제를 가지고 참으면서 지내거나 보완대체의학 혹은 그 안에도 못들어가는 민간요법을 하면서 막대한 비용을 낭비하고 있다. 물론 직접 국가 재정 부담분은 아니지만, 그러면서 가정호스피스 수가화를 시작하면 가정에서 방치되는 환자를 보험대상으로 끌어들이기 때문에 재정악화를 걱정해야 될까? 국민을 위한 공직자 입장에서 보다 폭넓은 시야로 나라 전체의 재정과 국민의 삶의 질을 보는 혜안이 필요한 때인 것 같다.

가정호스피스를 활성화 시키기에는 위와 같이 여러 가지 장애 요인들이 많다. 장애요인이 많은 현실을 우리나라의 현상, 사회문화적 트렌드로 보고 병동형 호스피스 만을 장려해야 할 것인가? 그럼에도 불구하고 가정호스피스를 장려해야 할 이유가 있는가? 그 답은 먼저, 미래의 인구구조에서 찾아 봐야 할 것 같다. 현재 노령인구 증가와 출산율 감소가 계속 이어진다면 2016년에는 15세 이하 인구보다 65세 이상 인구가 더 많게 되고, 2018년부터 인구 감소가 시작되어 200년 후엔 불과 50만 명에 불과한 초미니 국가가 될 것으로 보도되고 있다. 일종의 대지진, 원자폭탄 피해 혹은 쓰나미 피해보다도 더 큰 피해가 예상된다. 예산과 일할 사람이 부족한 마당에 계속 병원과 의료인력을 늘려나갈 수 있을까? 한 나라의 경제가 온전히 유지되지 못하는 가운데 병원 입원(병동형 호스피스)이 가능할까? 다른 방법의 대책들도 나오겠지만 병원내 병동형 호스피스만 고집할 수는 없을 때가 올 것이다. 둘째, 환자가 원한다

는 집에서 출발하여야 한다. 모든 환자가 병동형 호스피스에 적응할 수 있는 것은 아니다. 두려움, 불안감, 섬망이 발생하는 환자들 가운데 많은 환자들이 집에서 잘 지낼 수 있는 환경만으로도 남은 생을 편안하게 지낼 수 있는 경우가 있다. 이 환자군의 요구를 무시할 권리가 우리에게는 없다. 셋째, 점점 늘어나는 사망환자 중 암환자의 비중을 고려하면 병동형

호스피스 만으로 한계점이 도달할 것이다. 가정호스피스를 환자의 요구에서 건, 국가 재정으로 인한 필요성에서건, 어떤 이유든지 불문하고 지금부터라도 가정호스피스를 위한 걸림돌을 치우고 보다 많은 말기 환자들이 보다 많은 혜택을 누릴 수 있도록 각 분야의 사람들이 힘을 합할 필요가 있다고 여러분은 보지 않는가?

