

미국의 호스피스 현황과 최근의 변화 -급여 제도를 중심으로-

김 정 회 · 김 열* · 박 진 노[†]

건강보험심사평가원 심사평가연구소, *국립암센터 호스피스완화의료사업과, [†]보바스기념병원

Hospice Care Trends and Reform in US

Jung-Hoe Kim, M.P.H., Yeol Kim, M.D., M.P.H.* and Jeanno Park, M.D., Ph.D.[†]

Health Insurance Review & Assessment Service, Seoul, *National Cancer Center, Goyang,
[†]Bobath Memorial Hospital, Bundang, Korea

서 론

우리나라 호스피스는 1965년 ‘마리아의 작은 자매회’ 수녀들이 갈바리 의원을 세우면서 가정호스피스를 중심으로 시작되었다. 이후 크게 확산되지 못하다가 1980년대에 들어 종교적 배경을 가진 병원 및 대학의 의사, 간호사 등을 중심으로 관심을 가지기 시작하였다. 1998년에 한국 호스피스·완화의료학회가 출범하고, 호스피스 법제화에 대한 논의가 본격적으로 시작되었다(1,2). 2002년 노인질환 종합 대책 및 건강증진 종합계획의 일환으로 ‘정부의 호스피스 법제화 추진 및 호스피스 제도화 추진’ 계획이 발표되었다. 보건복지부에서는 완화의료 질 향상과 기관 운영비 지원을 위해 완화의료 전문기관 지원사업을 2005년 15개 기관을 시작으로 2010년에는 40개 기관을 지원하고 있다.

보건복지부에서는 말기암환자 및 가족의 삶의 질 향상을 위해 완화의료 제도화를 추진하고 있다. 2008년 9월 “말기암환자 전문의료기관 지정기준 고시”를 만들어 완화의료 전문기관을 지정하고 있으며 2010년 12월말 현재 41개 기관을 지정하였다. 뿐만 아니라 2008년부터 완화의료 인력 교육 과정을 개발하고 운영하고 있으며

2010년 6월에는 ‘완화의료 전문기관 서비스 제공 원칙’을 발간하였다. 2010년 5월에는 암관리법을 개정하여 완화의료의 정의와 대상자, 완화의료 전문기관 등에 대한 내용을 포함하였다. 그리고 2009년 12월 28일부터 7개 기관을 대상으로 완화의료병동 입원환자에 대한 ‘완화의료 건강보험 수가 시범사업’을 실시하고 있다.

호스피스·완화의료 제도화 논의가 시작된 이후 최근 말기암환자 전문의료기관 지정, 암관리법 개정, 완화의료 건강보험 수가 시범사업 등으로 제도화에 박차가 가해지고 있다. 특히 완화의료 서비스에 대해서 별도의 수가체계를 마련하고자 하는 것은 완화의료 공급자 및 소비자(환자 및 가족)에게 영향을 미칠 수 있기 때문에 완화의료 서비스 제도화의 중요한 부분이다.

이와 관련하여 우리나라보다 먼저 호스피스·완화疫료를 국가 의료보장으로 서비스를 제공하고 있는 나라의 완화의료 현황 및 지불제도 변화를 살펴보는 것은 큰 의미가 있을 것이다. 미국의 경우 우리나라 의료제도 및 여건이 많이 다르기 때문에 그대로 적용하기 힘든 점이 있지만, 호스피스 서비스의 경우 주된 재원이 메디케어(Medicare, 65세 이상 노인)에 대한 미국 공공의료보장체계이기 때문에(3) 메디케어 호스피스 현황과 급여 제도를 고찰하는 것은 향후 우리나라 완화의료 정책방향을 수립하는데 의미가 있을 것이다.

본 논문에서는 최근 미국 호스피스 서비스 현황과 메디케어의 수가 개정 방향을 살펴봄으로써 향후 우리나라 완화의료 제도화에 가지는 의미를 살펴보고자 한다.

접수일: 2011년 1월 11일, 수정일: 2011년 1월 24일
승인일: 2011년 1월 27일
교신저자: 김 열
Tel: 031-920-2190, Fax: 031-920-2199
E-mail: drheat@ncc.re.kr

본 론

1. 호스피스 현황

미국의 National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)에서 발표한 2009년 호스피스 케어 현황은 다음과 같다(3).

2009년 한 해동안 호스피스 서비스를 받은 환자는 1백 56만 명으로 추정하고 있으며, 이 가운데 호스피스 케어를 받고 사망한 환자가 약 1백 2만 명으로 미국 전체 사망자 2백 45만 명 가운데 약 41.6%가 이용하였다.

호스피스 환자들의 평균 이용일수(average length of service)는 69.0일, 중위수(median length of service)는 21.1일로 평균값과 중위수의 차이가 많이 나는 것은 사망 직전의 이용자 비율이 높기 때문이다. 2009년에 7일 이내 이용한 환자의 비율이 약 34.4%였고, 180일 이상은 11.8%였다. 메디케어 급여현황 자료를 통해 2000년 이후 이용일수 추이를 보면 2000년 10분위수가 3일, 90분위수가 141일에서 2008년 10분위수가 2일, 90분위수가 235일로 나타나 단기 이용환자의 변화는 적은 반면 장기간 이용일수가 길어진 것으로 나타났다(4).

호스피스 서비스를 주로 받는 장소는 환자의 거주지로 68.6% (가정 40.1%, 너싱홈 18.9%, 거주시설 9.6%), 호스피스 입원시설이 21.2%, 급성기 병원 10.1%였다.

호스피스 서비스를 받는 환자의 주진단을 보면 호스피스 도입초기에는 대부분이 암환자였지만, 2009년에는 암이 40.1%, 쇠약(debility unspecified) 13.1%, 심장질환 11.5%, 치매 11.2%, 폐질환 8.2% 등의 순으로 나타났다.

호스피스 기관 현황은 다음과 같다. 1974년 처음 호스피스가 생긴 이후로 2009년 현재 약 5,000개가 있다. 2009년 호스피스 기관 유형을 보면 독립시설형(free-standing/independent hospice)이 57.7%, 병동형(part of hospital system)이 21.4%, 가정간호기관(part of a home health agency)이 19.5%, 너싱홈이 1.4%로 2001년 독립시설형이 42%를 차지했던(5) 것과 비교할 때 독립시설형 기관 증가가 많았다.

그리고 호스피스 기관을 세금 형태(tax status)별로 보면 2009년 현재 비영리 기관이 49.0%, 영리기관이 47.0%, 정부기관이 4%이다. 메디케어의 호스피스 급여 이후 비영리기관이 대부분이었지만 1990년대 후반부터 비영리기관의 수의 변화는 거의 없고 영리기관이 꾸준히 증가하였다(3,6).

기관 규모는 2009년 연간 등록환자수가 151명에서

500명 사이 기관이 32.9%로 가장 많고 50~150명이 29.4%, 501~1,500명 기관이 16.1%, 49명 이하가 17.1%, 1,500명 초과하는 기관이 4.5%이다. 1일 평균 환자수 기준으로 보면 26~100명이 40.5%로 가장 많고 1~25명이 39.3%, 100명 초과가 20.1%이다.

메디케어 호스피스 급여는 1983년 급여를 시작한 이후로 호스피스 케어의 주요한 재원이 되고 있으며, 93%에 해당하는 호스피스 기관(약 3,400개)들이 메디케어 승인을 받은 기관이다. 2009년 호스피스기관의 수입 구성을 등록 환자 수 기준으로 보면 메디케어 호스피스 급여가 83.4%로 가장 많은 부분을 차지하고 다음 관리의료(managed care)나 민간보험이 8.6%, 메디케이드 호스피스 1.6%, 본인부담 0.7%, 기타 0.8%이다. 이용일수 기준으로 보면 메디케어 호스피스 급여가 89.0%를 차지한다.

메디케어 호스피스 급여를 4가지 수가 종류에 따른 분포를 보면 총 급여일수의 95.9%가 일반 가정간호(Routine Home Care)이고, 일반 입원간호(General Inpatient Care)는 2.9%, 지속적 가정간호(Continuous home Care) 1.0%, 단기 입원간호(Inpatient Respite Care)를 차지하고 있다.

2. 메디케어 호스피스 급여제도

메디케어 호스피스 제도의 급여 자격, 서비스 범위, 수가 등은 다음과 같다(7-9).

1) 자격(Eligibility): 메디케어 호스피스 급여를 받을 수 있는 조건은 다음과 같다.

- 메디케어 파트 A (hospital insurance) 급여자격이 있고
- 주치의와 호스피스 의사(hospice medical director)가 말기질환이고, 질병이 자연적으로 진행될 경우 기대여명이 6개월 미만이라고 증명해야 함.
- 말기질환을 치료하기 위한 메디케어 급여대신에 호스피스 케어를 선택한다는 서명을 해야 함. 단, 말기질환과 관련되지 않은 질환의 경우 기존의 메디케어 급여를 받을 수 있음.
- 메디케어로부터 승인받은 호스피스 프로그램에서 치료를 받은 경우

2) 서비스 범위

- 의사 서비스(doctor services)
- 간호(nursing care)
- 의학 장비(medical equipment)
- 의료 보조기(medical supplies)
- 증상조절 또는 통증완화 약물(Drugs for symptom

control or pain relief)

- 가정간호 조무사와 가정간호 서비스(Home health aide and homemaker services)
- 물리치료(Physical therapy)
- 작업치료(Occupational therapy)
- 언어병리학적 서비스(Speech-language pathology services)
- 사회복지사 서비스(Social worker services)
- 영양상담(Dietary counseling)
- 영적상담(Spiritual counseling)
- 개인이나 그의 가족에 대한 비통과 상실에 대한 상담(Grief and loss counseling for the individual and his or her family)
- 휴식기 케어를 포함하는 병원에서의 단기간 케어(Short-term care in the hospital, including respite care)
- 다학제간 팀에 의해 제공되는 의학적으로 필수적이며 근거 있는 급여서비스(Any covered medically necessary and reasonable services as identified by the interdisciplinary team)

3) 수가: 서비스 제공 장소 및 중증도(intensity)에 따라 일반 가정간호, 지속적 가정간호, 일반 입원간호, 단기 입원간호 4가지 수가로 구분되며, 1일당 일정한 금액(per diem flat rate)이 정해져 있다(Table 1).

① 일반 가정간호(Routine Home Care)는 호스피스 급여의 대부분을 차지하는 서비스로 생활보조시설이나 장기요양시설을 포함하여 환자가 1차 거주하는 곳에서 받을 수 있는 서비스이다.

② 지속적 가정간호(Continuous Home Care)는 일반 가정간호와 같이 가정에서 서비스를 제공받지만 일반 입원간호와 유사한 임상적 특성을 가지고 있다. 1일당 8~24시간 동안 제공되는 서비스로 수가는 시간당 산정하며 케어의 50% 이상이 간호사에 의해 제공되어야 한다.

③ 일반 입원간호(General Inpatient Care)는 가정에서 관리될 수 없는 경우 이용하게 되며 독립시설형(free-

standing)이나 일반 병원의 병동이나 병상에서 서비스를 제공하고 있다. 입원을 하게 되는 주된 증상들은 조절되지 않는 통증(Uncontrolled pain), 호흡곤란(Respiratory distress), 심한 욕창 또는 피부병변(Severe decubitus ulcers or other skin lesions), 난치성 구토 및 구역(Intractable nausea, emesis), 기타 가정에서 관리되지 않는 신체 증상(Other physical symptoms not controllable on a routine level of care), 사회심리적 증상 또는 급성 가족 붕괴(Severe Psychosocial Symptoms or acute breakdown in family dynamics) 등이다.

④ 단기 입원간호(Inpatient Respite Care)는 환자를 돌보는 보호자 휴식을 위해 제공되는 서비스로 한번에 5일까지 이용가능하다.

메디케어 호스피스 서비스를 이용하는 환자의 본인 부담(copayment)은 원칙적으로 없으나 가족의 휴식을 위한 단기 입원간호(respite care)의 경우 1일 비용의 5%를 환자 본인이 부담하고, 외래 처방 의약품에 대해서 5%를 부담하고 있지만 각 의약품 당 \$5를 초과하지는 않는다.

4) 호스피스 상한(hospice two cap): 메디케어에서 호스피스 급여를 시행하는 목적 중의 하나가 말기(end-of life)에 불필요하게 지출되는 비용을 절감하기 위한 것이었다(10). 이러한 목적을 달성하기 위해 메디케어는 호스피스 급여에 두 가지 상한을 적용하고 있다. 하나는 입원일수 상한(inpatient cap)으로 연간 급여일수 중 입원급여일수가 20% 이상이 될 수 없으며, 또 하나는 급여비용 상한(aggregate cap)으로 당해 회계연도의 급여비용이 특정 금액을 초과할 수 없다는 것이다(2010년 기준, \$23,014.50). 호스피스 상한은 개별 환자단위에 적용되는 것이 아니라, 기관단위로 해당연도에 호스피스를 선택한 모든 환자에 대한 평균으로 산출하여 적용하게 된다. 특정 기관의 메디케어 환자의 호스피스 서비스 이용일수가 20%를 초과되었다면 다음의 절차를 따라 총급여를 조정하며, 초과 지불된 금액은 환불하게 된다.

Table 1. Medicare Hospice Payment Categories and Rates (FY 2010).

Category	Base payment rate	Labor-related portion of payment adjusted by the wage index*
Routine home care	\$143	69%
Continuous home care	\$834 (24 hours) \$34.75 per hour	69%
Inpatient respite care	\$148	54%
General inpatient care	\$636	64%

*The labor-related portion adjusted by the wage index varies, depending on payment category. Wage index adjustment is based on the location of the patient, not the hospice agency.

호스피스 서비스 급여 기간은 호스피스 등록이후 90일 이용하고 말기질환으로 계속 인증 받을 경우 추가적인 90일을 이용할 수 있으며, 이후에는 60일씩 제한 없이 호스피스를 받을 수 있다. 새로운 급여기간이 시작될 때마다 호스피스 의사(hospice medical director or hospice doctor)의 호스피스 케어가 계속 필요하다는 재인증(re-certification)이 필요하다.

2005년 1월부터 호스피스 서비스를 선택하기 전에 상담하는 서비스(hospice pre-election counseling)에 대한 수가를 신설하여 제공하고 있다. 이 수가는 호스피스 서비스를 선택하기 위해 호스피스 의사와 한번 상담을 받을 수 있으며 2009년 기준 \$54.47이다(11).

3. 개정 논의

1) 수가: 호스피스 이용이 증가하면서 메디케어의 호스피스 급여 관련 지출도 급격히 증가하고 있다. 2000년에 29억 달러에서 2008년 112억 달러로 약 4배 증가하였다. 최근 메디케어·메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS; 연방정부차원에서 메디케어와 메디케이드의 관리를 총괄하는 조직)에서는 메디케어 호스피스 급여를 효율적으로 지출하고자 수가 개정에 대해서 논의를 하고 있다.

호스피스 서비스 이용이 비효율적으로 이루어지는 요인으로 너무 빨리 진입하여 장기간 이용하거나, 반대로 사망 전에 너무 늦게 이용하는 환자들로 인한 호스피스 서비스 이용 기간 문제이다.

첫째, 장기 이용 일수 환자가 증가하고 있다는 것이다. 앞서 호스피스 이용현황에서 보듯이 호스피스 도입 초기에 비해 최근 2000년 이후 호스피스 서비스를 질환 구성이나 이용 일수의 분포가 많이 변하고 있다. 초기에는 암환자가 주로 이용하였으나 최근 비 암(non-cancer) 환자의 이용이 증가하면서 암환자의 이용일수 패턴은 비슷하나, 비 암환자의 경우 이용 일수가 점차 증가하고 있다(12). 비 암환자의 재원일수가 증가요인으로는 질환 자체의 특성도 있지만 실제 자원소모량과 관계없이 일정하게 보상되는 일당정액제도가 장기 이용을 증가시키는 동기를 가지고 있기 때문이다.

둘째, 장기 이용환자가 증가하는 반면에 사망 직전에 호스피스 서비스를 이용하는 환자가 여전히 많다는 것이다. 앞서 현황에서 보듯이 7일 이내 이용환자가 2009년 기준으로 34.4%를 차지하고 있다.

최근 호스피스 이용을 합리적으로 개선하기 위해 수가 개정을 크게 3가지 안을 가지고 검토 중에 있다.

(1) U shape 일당정액; 메디케어 지불보상제도 자문위원회(The Medicare Payment Advisory Commission, MedPAC)에서 현재 호스피스 수가체계는 자원이용의 적절성을 설명하는데 한계를 가지고 있음을 지적하면서 적어도 2013년까지 다음과 같이 수가 개정을 요구하고 있다(13). 현재 일정하게 지불되는 일당정액 형태가 실제 호스피스 등록(호스피스 급여를 승인하여 받은 기간을 의미함) 이후 자원소모량 패턴을 반영하여 등록 초기와 말기(임종 전)에 지불 가중치(payment weight)를 달리하여 비용을 더 지불하고 나머지 기간은 현재보다 낮은 수가를 주는 방식을 통해, 장기간 이용을 억제하려고 하고 있다. 도입 첫해는 재정 중립을 원칙으로 지불 가중치를 조정하여 시행할 것을 권고하고 있다. 가중치를 크게 둘 경우 호스피스 등록 30일 이하의 현재 수가의 2배, 31일에서 90일까지는 현재와 동일, 91일에서 80일 사이 0.5배, 180일 이상 0.25배, 임종 일주일전에 2배 방식을 제시하고 있으며 가중치를 작게 둘 경우 각각 1.5배, 125배, 075배, 0.375배, 1.5배를 제시하고 있다.

(2) Pre-hospice (Bridge program); 호스피스 서비스가 효과적으로 이용되지 못하는 이유 중의 하나가 현재 메디케어 호스피스 급여를 이용하기 위해서는 적극적인 치료(curative-intent therapy)를 포기해야 한다. 뿐만 아니라 일당 정액이라는 지불 형태로 인해 방사선, 항암화학요법, 수혈, TPN (total parental nutrition) 등과 같은 완화치료도 포기해야하기 때문이다(14). 이로 인해 특히 암환자의 경우 적절한 시점에 호스피스를 선택해서 진입하기 보다는 사망 직전에 선택하게 된다. 캘리포니아 호스피스 기관 100개를 대상으로 조사한 연구결과를 보면 63%가 항암화학요법, TPN, 방사선치료, 수혈 등의 제한으로 등록을 거부하는 것으로 나타났다(15).

이러한 문제를 개선하기 위해 기존 메디케어 서비스 이용을 포기하고 호스피스 서비스를 선택하는 현재 시스템보다는 과도기(transition) 개념 도입을 고려하고 있다. 이 경우 말기환자가 아니라도 호스피스 서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이다. Pre-hospice의 핵심은 호스피스의 다학제팀 차원을 떠나 환자의 진료에 관여하는 다양한 팀과의 커뮤니케이션을 통해 서비스를 제공하는 것이다. Pre-hospice를 통해 기존 환자에 비해 중환자실 및 응급실 이용을 줄이고, 재입원을 줄이는 것 등 3가지 비용 절감을 기대한다. 아직 구체적인 수가는 아직 결정되지 않았으며 CMS에서 3년간의 시범사업을 진행하고 있다.

(3) 통합 지불(bundled payment); 메디케어 호스피스는

현황에서 보았듯이 대부분 일반 가정간호(rountine home care)이며 너싱홈 거주자가 많다. 너싱홈 거주자의 요구에 맞춘 별도의 메디케어 말기 수가(Medicare end-of-life benefit)를 통합 지불(bundle payment) 형태로 제안하고 있다(16,17). 말기케어(end-of-life care, EOL)를 필요로 하는 너싱홈 거주자는 재활서비스 뿐만 아니라 완화의료 및 사회심리적 서비스에 대한 급여가 필요한 상황이다. 그래서 생애 말기(EOL)케어에 대한 수가를 현재 너싱홈 수가와 함께 묶는 것이다. 즉 말기환자에 대해서 각 서비스별로 지불하는 것이 아니라, 환자 중심에서 아급성(postacute), 장기(long-term), 말기케어(end-of-life care)를 포함하는 새로운 통합지불(bundled payment) 제도를 검토하고 있다.

2) 질 관리: 지금까지 호스피스 서비스 질에 대한 주된 정보는 환자 및 가족대상 설문조사로 NHPCO에서 사별 가족대상으로 하고는 설문조사(Family Evaluation of Hospice Care, FEHC)가 대표적이다(4). CMS에서는 현재 호스피스 서비스 질(quality data)에 대한 보고를 요구하지 않고 있지만 최근 호스피스 질 관리에 대한 변화를 하고 있다.

첫째, 질 평가 및 성과 향상(quality assessment and performance improvement, QAPI) 프로그램 운영을 의무화 한 것이다. 2008년 6월부터 메디케어 호스피스 케어 참여 조건(Medicare Conditions of Participation for Hospice Care)으로 기관 자체적으로 질 평가 및 성과 향상(QAPI)에 대한 프로그램을 운영하도록 하고 있다. 호스피스 기관은 지속적으로 QAPI 프로그램의 자료를 수집해야 하고, 수집한 자료를 통해 환자 및 기관단위에서 질과 성과(quality and performance)를 모니터링하고, 개선을 위한 여지를 찾고, 개선을 목표를 세워야 한다(8,17).

둘째, 2006년에 말기(end-of-life)의 질 지표를 정의하고, 이 가운데 수집 가능한 도구를 모으고 분석하기 위해 CMS가 North Carolina 질향상 기구(Quality Improvement Organization, QIO)의 Medical excellence center와 PEACE(prepare, embrace, attend, communicate, empower) 프로젝트를 시작하여 2008년 2월에 34개 지표를 완료하였다. 이 가운데 최종 12개 지표를 선정하여(Table 2) 2009년 8월부터 2010년 11월까지 뉴욕 질향상기구인 IPRO에서 뉴욕의 7개의 호스피스 기관과 1개의 완화의료 기관을 대상으로 AIM 프로젝트를 수행하고 있다(17).

최근 미국 건강보험개혁과 관련하여 CMS에서는 2012년 10월까지 호스피스 질 측정 도구를 만들어야 하고, NQF (National Quality Forum)와 같은 합의기구로부터 지표에 대한 허가를 받아야 한다. 뿐만 아니라 호스피스 질 측정 자료를 CMS 웹사이트를 통해 공개해야 한다. 2014년부터 질 관리를 시작할 것이며 호스피스 기관에서 이 질 측정에 참여하지 않을 경우 일부 예산을 삭감할 것이라고 한다.

결 론

미국의 호스피스 고찰을 통한 의미를 기술하기 전에 미국의 호스피스 급여제도와 우리나라가 현재 추진하고자 하는 완화의료 제도와의 주요한 차이를 살펴보면 다음과 같다. 첫째 보험 급여를 받을 수 있는 질환이 미국은 전체 말기 질환인 반면 우리나라는 현재 암질환자만을 대상으로 하고 있다. 둘째 우리나라 건강보험에서 급여하지 않는 가정, 너싱홈이나 생활보조시설 등과 같은 곳에서 호스피스 서비스를 받을 수 있다는 것이다. 미국이 가정 호스피스 서비스 비율이 높은 이유 중의

Table 2. AIM Quality Measures.

M1. Percent of patients who are assessed for physical symptoms and screened for psychological symptoms during the admission visit.
M2. Percent of patients with comprehensive assessment completed within 5 days of admission.
M3. For patients assessed positive for pain, the percent whose pain was at a comfortable level within 2 days of assessment.
M4. For patients who assessed positive for dyspnea, the percent of patients who improved withing 1 day of assessment.
M5. For the patients who assessed positive for nausea, the percent who received treatment within 1 day of assessment.
M6. Percent of patients on opioids (for any reason) who have a bowel regiment initiated within 1 day of opioid initiation.
M7. For patient who screened for anxiety, the percent who receive treatment within two weeks of screening Care of the Imminently Dying Patient.
M8. Percent of families reporting the hospice attended to family needs for information about medication, treatment and symptoms.
M9. Provision of an interpreter or translator for non-English speaking or deaf patients.
Social Aspects of Care
M10. Percent of patients who had moderate to severe pain on a standard rating at any time in the last week of life.
M11. Percent of patients with chart documentation of an advance directive or discussion that there is no advance directive.
M12. Number of adverse events per 1,000 patient-days: falls, medication errors, DME issues, and patient/family complaints.

하나이다. 셋째 보험 급여범위에 우리나라에서 현재 급여에 포함하고 있지 않은 상담이나 가정간호 보조서비스(home health aide and homemaker services) 등을 급여에 포함시키고 있다는 것이다.

미국의 경우 1983년부터 메디케어에서 말기 질환자에게 호스피스 서비스에 대한 급여를 시작한 이후 호스피스 이용률이 꾸준히 증가하였다. 이는 적절한 수가책정과 제도화로 호스피스 서비스에 대한 공급을 늘리고, 말기 질환자의 호스피스·완화의료 서비스 수혜율도 늘일 수 있었던 것이다. 2000년 이후부터 미국 호스피스 이용현황에 새로운 변화가 있는데, 호스피스 대상 환자 구성의 경우 초기에는 주로 암환자였으나 현재는 쇠약(debility disease), 심장질환, 치매 등 환자가 증가하였고, 공급자의 경우 초기에는 주로 비영리 조직이 대부분이었으나 최근에는 영리 기관이 계속 증가하고 있다.

최근 메디케어는 호스피스 서비스 이용의 효율성과 서비스 질을 높이기 위하여 여러 가지 안을 검토하고 있다. 수가 개정의 중요한 변화의 하나는 호스피스 서비스 이용을 효율적으로 유도하기 위해 분절적인 서비스가 아닌 연속적으로 이용하도록 만들고자 하는 것이다. 현재 미국에서도 호스피스 선택(election)을 하다는 의미는 적극적인 치료를 포기해야하는 분절적인 측면이 서비스 이용을 방해하는 요인인 동시에 메디케어 재정지출에 비효율적인 측면이 존재한다. 뿐만 아니라 일당 정액이라는 지불 형태로 인해 방사선, 항암화학요법, 수혈, TPN (total parental nutrition) 등과 같은 완화치료도 포기해야하기 때문이다. 이로 인해 특히 암환자의 경우 적절한 시점에 호스피스를 선택해서 진입하기 보다는 사망 직전에 선택하게 된다. 새로운 항암 치료법이 증가 할수록 호스피스의 평균 이용일수가 감소하는 것으로 나타났다(18). 이러한 문제점을 개선하기 위해 pre-hospice라는 과도기적인 개념을 도입하는 수가개정을 고려하고 있다. 뿐만 아니라 메디케어에서는 2005년 1월부터 호스피스를 선택하기 이전에 호스피스 의사가 환자를 상담이나 평가를 할 경우 1회에 한하여 수가를 청구할 수 있도록 하였다. 우리나라의 경우 현재 제도화 초기단계이기 때문에 암환자를 대상으로 분절적인 시스템으로 만들고 있지만 장기적으로는 분절적인 완화의료 서비스 도입(all-or-none decision)이 효율적이지 않으므로 단계적으로 이용할 수 있는 방안을 고려해야할 것이다.

그리고 미국 메디케어의 경우 호스피스 환자 구성이 많이 변화하면서 재정 지출이나 이용 일수 분포가 변화

하였다. 현재 우리나라는 건강보험에서 암환자를 대상으로 완화의료 서비스 제공을 설계하고 있지만 향후에는 질병 제한 없이 말기 질환자에게 모두 적용해야할 것이다. 암 이외의 말기질환의 경우는 암에 비해 기대여명을 예측하기 어려워 말기 판정 이후 생존기간이 다양하다. 향후 완화의료 서비스 급여확대를 암이 아닌 다른 말기질환에 적용을 검토할 경우, 수가 지불형태를 암환자와 구분된 형태를 고려할 필요가 있을 것이다.

미국의 경우 가정이나 너싱홈에서의 호스피스 서비스가 95% 이상을 차지하고 있는 반면, 호스피스 대상자가 입원하여 케어를 받는 경우 불필요한 입원을 막기 위해 의사의 진단을 필수적인 요건으로 하고, 입원일수도 제한을 하고 있다. 호스피스·완화의료 기관도 입원 수가에 대한 메디케어 심사가 까다롭다는 것을 알고 있기 때문에 기관자체적으로 적정 재원일수를 유지하기 위해 노력하고 있다(17). 현재 우리나라 완화의료 수가 시범사업의 경우 종합병원급 이상의 경우 입원건 단위로 16일 이후 정액수가를 체감하고 있어 호스피스 기관들이 수입 감소를 떠나 운영의 어려움을 호소하고 있다. 적정 재원일수 관리라는 목적을 위해 입원건별 삭감이 아닌 장기 재원에 대해 심사를 강화하거나, 주기적으로 기관별 모니터링을 하여 미국처럼 사후 수가를 조정하는 방안을 고려할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

1. Lee KS, Hong YS, editors. The past, present and future of the hospice palliative care in Korea. The 10th Anniversary Congress of Korean Society for Hospice & Palliative Care; 2008 Jul 5; Seoul, Korea. Seoul: Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2008. p. 8-13.
2. Heo DS. Development of the designation criteria and operational framework for the terminal cancer center in Korea. Gwacheon: Ministry of Health & Welfare; 2005.
3. NHPCO facts and figures: hospice care in America [Internet]. Alexandria, VA: National Hospice and Palliative Care Organization; c2010. [cited 2011 Jan 4]. Available from: http://www.nhpc.org/files/public/Statistics_Research/Hospice_Facts_Figures_Oct-2010.pdf.
4. Medicare Payment Advisory Commission (U.S.). Medicare payment policy: report to the Congress. Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission; 2009.
5. Medicare Payment Advisory Commission (U.S.). Report to the Congress: new approaches in medicare. Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission; 2004.
6. Medicare Payment Advisory Commission (U.S.). Report to the

- Congress: reforming the delivery system. Washington, DC:Medicare Payment Advisory Commission;2008.
7. Medicare Payment Advisory Commission (U.S.). Medicare payment basics: hospice services payment system. Washington, DC:Medicare Payment Advisory Commission;2009.
 8. Code of federal regulations: Title 42. public health chapter IV [Internet]. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; c2010 [cited 2010 Dec 28]. Available from: <http://ecfr.gpoaccess.gov>.
 9. Policzer JS, Kinzbrunner BM. End of life care delivery systems. Virginia:AMSA Foundation;2003.
 10. United States. Government Accountability Office, United States. Congress. Senate. Committee on Finance, United States. Congress. House. Committee on Ways and Means. Medicare hospice care: modifications to payment methodology may be warranted: report to the Committee on Finance, U.S. Senate, and the Committee on Ways and Means, House of Representatives. Washington, DC: United States Government Accountability Office;2004.
 11. Anderson L. Medicare's hospice benefit [Internet]. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services; c2009. [cited 2010 Dec 20]. Available from: <http://www.asco.org/ascov2/Department%20Content/Cancer%20Policy%20and%20Clinical%20Affairs/Downl>oads/CAC%20Network%20Meeting/Medicare%20Hospice%20Benefit.pdf.
 12. Medicare hospice data trends: 1998-2008 [Internet]. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services; c2009. [cited 2010 Dec 27]. Available from: <https://www.cms.gov/center/hospice.asp>.
 13. Medicare Payment Advisory Commission (U.S.). Report to the Congress: medicare payment policy. Washington, DC:Medicare Payment Advisory Commission;2009.
 14. The debate in hospice care. *J Oncol Pract* 2008;4(3):153-7.
 15. Lorenz KA, Asch SM, Rosenfeld KE, Liu H, Ettner SL. Hospice admission practices: where does hospice fit in the continuum of care? *J Am Geriatr Soc* 2004;52:725-30.
 16. Huskamp HA, Stevenson DG, Chernew ME, Newhouse JP. A new medicare end-of-life benefit for nursing home residents. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(1):130-5.
 17. Kim JH. Study on hospice policy of the United States. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service;2010.
 18. Mintzer DM, Zagrabbe K. On how increasing numbers of newer cancer therapies further delay referral to hospice: The increasing palliative care imperative. *Am J Hosp Palliat Care* 2007;24(2): 126-30.