발간등록번호
G000K39-2018-25

가정형 호스피스·완화의료 1차 시범사업 효과평가 및 개선방안

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

발간등록번호
G000K39-2018-25

가정형 호스피스·완화의료 1차 시범사업 효과평가 및 개선방안

연구진

연구책임자 최지숙 부연구위원
공동연구자 진다빈 주임연구원
이문규 주임연구원
고정애 연구위원

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

머리말

우리나라는 2003년 암관리법이 제정되면서 호스피스 제도가 도입되어 입원 시설을 중심으로 입원형 호스피스 제도가 발전되어 왔다. 최근 호스피스 치료 장소 등에 대한 환자의 선택권 보장과 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 시 돌봄의 연속성을 유지하기 위해 2016년 3월부터 가정형 호스피스 1차 시범사업이 실시되었다. 이후 2017년 8월부터 AIDS 등 일부 비암질환자까지 대상을 확대하여 가정형 호스피스 2차 시범사업이 시행되고 있다.

가정형 호스피스 제도의 지속가능하고 발전적인 방향을 모색해야 하는 상황에서 이 연구는 가정형 호스피스 1차 시범사업 도입 이후 실증분석을 통해 접근성, 의료이용, 비용, 결과 측면에서 가정형 호스피스 제도의 운영성과를 평가하고, 가정형 호스피스 서비스의 질 향상을 위한 운영체계 전반의 개선방안을 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 다만 가정형 호스피스 제도의 발전을 위해 가정형 호스피스 서비스에 대한 환자의 요구를 파악하고, 호스피스 환자를 중심으로 호스피스 유형간의 연계를 통한 통합적인 서비스 구축방안이 마련되어야 할 것이다.

이 연구의 결과가 가정형 호스피스 제도의 중·장기적 정책방향 설정 및 향후 본사업으로의 확대 기반을 마련하는데 기여할 수 있을 것으로 기대하며,

끝으로 본 보고서의 내용은 연구자의 개인적인 의견으로, 건강보험심사평가원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2018년 3월

건강보험심사평가원 원장 김 승 택

개발상임이사 황 의 동

목 차

요 약 ····· vii

제1장 서론 ····· 1

1. 연구배경 및 필요성 ····· 1
2. 연구목적 ····· 3
3. 연구내용 및 방법 ····· 3

제2장 국내외 가정형 호스피스 운영체계 ····· 7

1. 한국의 가정형 호스피스 운영체계 ····· 7
2. 미국의 가정형 호스피스 운영체계 ····· 14
3. 일본의 가정형 호스피스 운영체계 ····· 18
4. 대만의 가정형 호스피스 운영체계 ····· 22

제3장 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과평가 ····· 27

1. 개요 ····· 27
2. 접근성 ····· 31
3. 의료이용 ····· 33
4. 비용 ····· 48
5. 결과 ····· 53

제4장 가정형 호스피스 개선방안 ····· 57

1. 개선방향 ····· 57
2. 개선방안 ····· 59

제5장 결론 및 제언 ····· 65

참고문헌 ····· 71

부록 ····· 75

1. 가정형 호스피스 서비스 설문조사지(국민) ····· 77

표 목 차

〈표 1〉 가정형 호스피스 제도의 도입 목적 ····· 7
〈표 2〉 가정형 호스피스 1차 시범사업 필수 인력 기준 ····· 8
〈표 3〉 가정형 호스피스 대상자 분류 기준 ····· 9
〈표 4〉 2017년 가정형 호스피스 1차 시범사업의 직종별 방문료 및 교통비 ····· 11
〈표 5〉 가정형 호스피스의 의사방문료와 왕진료 수가체계 비교 ····· 12
〈표 6〉 가정형 호스피스와 가정간호 수가체계 비교 ····· 12
〈표 7〉 연도별 점수당 단가 ····· 13
〈표 8〉 연도별 가정형 호스피스 의사 및 간호사 방문료 ····· 13
〈표 9〉 미국의 호스피스 운영체계 및 성과 ····· 15
〈표 10〉 미국의 가정형 호스피스 수가체계 ····· 16
〈표 11〉 미국 호스피스 질 보고 지표 ····· 17
〈표 12〉 일본의 호스피스 운영체계 및 성과 ····· 18
〈표 13〉 일본의 가정형 호스피스 수가체계 ····· 20
〈표 14〉 대만의 호스피스 운영체계 및 성과 ····· 22
〈표 15〉 대만 호스피스 인력의 교육이수 시간 ····· 23
〈표 16〉 대만의 가정형 호스피스 수가체계 ····· 24
〈표 17〉 외국의 호스피스 효과 평가지표 ····· 28
〈표 18〉 가정형 호스피스 효과평가 틀 ····· 30
〈표 19〉 시범사업기관당 평균 의사 수 및 간호사 수 ····· 31
〈표 20〉 가정형 호스피스 시범사업기관 특성 ····· 32
〈표 21〉 가정형 호스피스 이용환자 특성 ····· 33
〈표 22〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자수 ····· 34
〈표 23〉 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스로의 연계 현황 ····· 35
〈표 24〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 연계된 환자수 ····· 35
〈표 25〉 입원형에서 가정형 호스피스로의 연계 지역 ····· 36
〈표 26〉 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스로의 연계 기간별 환자 수 ··· 36
〈표 27〉 가정형 호스피스 제공인력별 가정방문을 위한 이동시간 ····· 37
〈표 28〉 가정형 호스피스 제공인력별 가정방문을 위한 방문시간 ····· 38
〈표 29〉 가정형 호스피스 제공인력별 가정방문 여부 ····· 39

〈표 30〉 가정형 호스피스 제공인력별 방문일수 ····· 39
〈표 31〉 가정형 호스피스 이용환자1인당 평균 방문일수 ····· 40
〈표 32〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자1인당 방문일수 ····· 40
〈표 33〉 가정형 호스피스 지속 방문기간에 따른 환자수 ····· 41
〈표 34〉 가정형 호스피스 다빈도 행위 ····· 42
〈표 35〉 가정형 호스피스 다빈도 의약품의 약효분류 ····· 43
〈표 36〉 의료보장유형별 마약성진통제 처방 현황 ····· 44
〈표 37〉 가정형 호스피스 시범사업기관의 마약성 진통제 처방금액 ····· 45
〈표 38〉 사망 전 가정형 호스피스 이용 시작 기간 ····· 46
〈표 39〉 가정형 호스피스 환자의 자택 임종률 ····· 47
〈표 40〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자수 및 진료비 ····· 48
〈표 41〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 방문1일당 진료비 ····· 49
〈표 42〉 가정형 호스피스의 항별 진료비 구성비(종별가산 적용금액) ····· 49
〈표 43〉 가정형 호스피스 시범사업기관의 종별 항별 진료비 구성비(종별가산 미적용금액) ··· 50
〈표 44〉 방문1일당 진료비 구성비(종별가산 적용금액) ····· 51
〈표 45〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 방문1일당 마약성 진통제 금액 ····· 51
〈표 46〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자1인당 진료비 ····· 52
〈표 47〉 가정형 호스피스의 국민 만족도 조사 결과 ····· 54
〈표 48〉 응급의료 관련 관리료 ····· 55
〈표 49〉 응급실 방문 및 응급실을 통한 입원 환자수 비율 ····· 55
〈표 50〉 의료기관종별 왕진료 차등수준 ····· 60
〈표 51〉 가정형 호스피스 2차 시범사업 직종별 방문수가 개선(안) ····· 60
〈표 52〉 가정형 호스피스 2차 시범사업의 직종별 방문금액 개선(안) ····· 61
〈표 53〉 연도별 점수당 단가 증가율 및 추정 ····· 62
〈표 54〉 2021년 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 직종별 방문금액 비교 ····· 62
〈표 55〉 호스피스 환자의 기능 상태 지수(ECOG) ····· 64

그림 목차

[그림 1] 연구내용 및 방법 ·····5
[그림 2] 가정형 호스피스 서비스 제공 절차 및 내용 ·····10
[그림 3] 사망 전 가정형 호스피스 이용 시작 시기(누적) ·····46

요 약

1. 연구배경 및 목적

○ 호스피스·완화의료(이하, 호스피스)란 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리·사회적, 영적영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상하는 것을 목적으로 하는 의료를 의미함(보건복지부, 2016).

– 말기암환자는 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 의미함.

○ 우리나라는 2003년 암관리법이 제정되면서 우리나라 실정에 적합한 호스피스 서비스의 표준화를 구축하고, 전체 의료체계 내에서 호스피스 환자의 의뢰 및 회송 체계 확립을 목적으로 말기암환자 호스피스 1차 시범사업이 시작됨(국립암센터, 2004).

○ 그러나 우리나라 말기암환자 대부분이 상급종합병원에서 무의미한 연명치료를 받고, 적절한 통증관리도 이루어지지 못하는 문제가 있어(김정회 등, 2012), 보건복지부에서는 2009년 12월 말기암환자의 특성에 맞는 양질의 의료서비스 제공으로 말기암환자와 가족의 삶의 질을 향상시키기 위해 말기암환자 완화의료 건강보험 수가 1차 시범사업을 도입함(보건복지가족부, 2009).

– 완화의료 건강보험 수가 1차 시범사업은 말기암환자 완화의료전문기관으로 지정받은 의료기관 43개소 중 시범사업 대상기관 7개소(상급종합병원 2개소, 종합병원 2개소, 병원 2개소, 의원 1개소)를 선정하여 입원1일당 일당정액 수가를 적용하는 사업임.

○ 이후 호스피스 건강보험수가 2차 시범사업을 거쳐 호스피스 제도 활성화를 위해 2015년 7월부터 완화의료전문기관 57개소에 건강보험 수가를 전면 적용함. 2016년 9월부터는 요양병원 14개소를 대상으로 말기암환자 수가 시범사업이 시행 중에 있음.

○ 우리나라에서는 병원 시설을 중심으로 입원형 호스피스 제도가 시행되었으나, 가정형 호스피스 서비스에 대한 정책적 요구가 생겨나고, 가정형 호스피스 제도 도입의 필요성이 제기되면서 2016년 3월부터 말기암환자를 대상으로 가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 1차 시범사업(이하, 가정형 호스피스 1차 시범사업)이 도입됨.

- 우리나라 말기 및 진행암환자의 75.9%는 가정에서 지내길 원했고, 약 89.1%가 가정완화의료 서비스가 제공될 경우 이용할 의향이 있다고 응답함(김시영 등, 2012).
- 입원형 호스피스 이용환자는 첫 입원 후 10.9%는 가정으로 돌아가기 위해 퇴원한다고 응답하여(호스피스·완화의료학회, 국립암센터, 2016) 돌봄의 연속성이 유지될 필요가 있음.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업은 호스피스 치료 장소 등 환자 선택권의 보장과 입원형 호스피스에서 퇴원 시 돌봄의 연속성 확보 등을 위해 시행됨. 2017년 8월부터 비암환자(후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화)까지 대상자를 확대하여 2차 시범사업이 예정되어 있음.

- 1차 시범사업에서는 2017년 7월 말까지 약 17개월 간 완화의료전문기관 중 21개소가 지정되어 시행되었으며, 가정형 호스피스·완화의료팀원이 완화의료 대상자의 가정에서 호스피스 서비스를 제공함.
- 2차 시범사업기관에서는 비암질환자를 대상으로는 가정형 호스피스 서비스를 제공하지 않아도 됨. 가정형 호스피스 시범사업기관의 선택에 따라 제공되는 비암질환에 차이가 있음.

○ 이러한 상황에서 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영성과를 진단하여 가정형 호스피스 제도의 바람직한 발전방향이 모색될 필요가 있으며, 이를 위해 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영 목적을 고려한 효과평가가 요구됨.

○ 이 연구에서는 가정형 호스피스 2차 시범사업이 발전적, 안정적으로 시행되기 위해 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행효과를 평가하고, 효과평가에 따른 문제점을 진단하여 개선방안을 마련하고자 함. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같음.

- 첫째, 가정형 호스피스 1차 시범사업 운영체계의 구조적인 문제점을 진단함.
- 둘째, 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행효과를 실증적으로 분석하여 운영의 문제점을 파악함.
- 셋째, 가정형 호스피스 시범사업의 개선방안을 제시함.

2. 연구내용 및 방법

가. 국내외 가정형 호스피스 운영체계

○ 우리나라 가정형 호스피스 1차 시범사업 관련 법령, 시범사업 지침, 설명회 자료 등을 수집하여 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영체계를 검토하고, 운영모형의 구조적인 문제점을 진단함.

○ 미국, 일본, 대만 등 국가별 관련 법령, 관련기관의 홈페이지 정보, 설명회 자료, 보고서 등의 자료를 수집하여 외국의 가정형 호스피스 제도의 운영현황 및 시행효과를 고찰함.

나. 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과평가

○ 국내외 호스피스 관련 보고서, 논문 등을 문헌고찰 하고, 전문가 자문회의, 시범사업 참여기관, 정부 및 실무부서와의 회의를 통해 가정형 호스피스 1차 시범사업에서 효과평가가 필요한 영역 및 평가지표를 개발함.

○ 건강보험심사평가원의 건강보험 1차 시범사업의 인력신고 현황자료, 진료비 심사가 완료된 청구명세서 자료 등을 사용하여 가정형 호스피스 시범사업 도입 후 10개월(2016년 3~12월)의 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로의 연계 현황, 서비스 제공 및 의료이용 현황을 분석함.

- 2016년 3월부터 2017년 3월에 진료비심사가 결정된 가정형 호스피스 청구명세서 자료 중 진료개시년월이 2016년 3월부터 12월에 해당하고, 진료대상자구분코드가 'C'에 해당하는 자료를 사용함. 이때 건강보험에서 의료급여로 의료보장유형이 변경된 1명은 제외 함.

- 진료대상자구분코드가 'B'에 해당하는 입원형 호스피스 자료를 사용하여 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로의 연계 현황을 분석함. 호스피스 전문기관에서는 진료비 청구 시 환자가 계속 입원하더라도 주단위 또는 월단위로 분리하여 청구할 수 있기 때문에 연속된 입원에 대해 하나의 입원 episode로 재구축함.

○ 행정안전부의 사망자료를 사용하여 가정형 호스피스 환자의 임종 전 가정형 호스피스 이용기간, 진료비 등을 분석함.

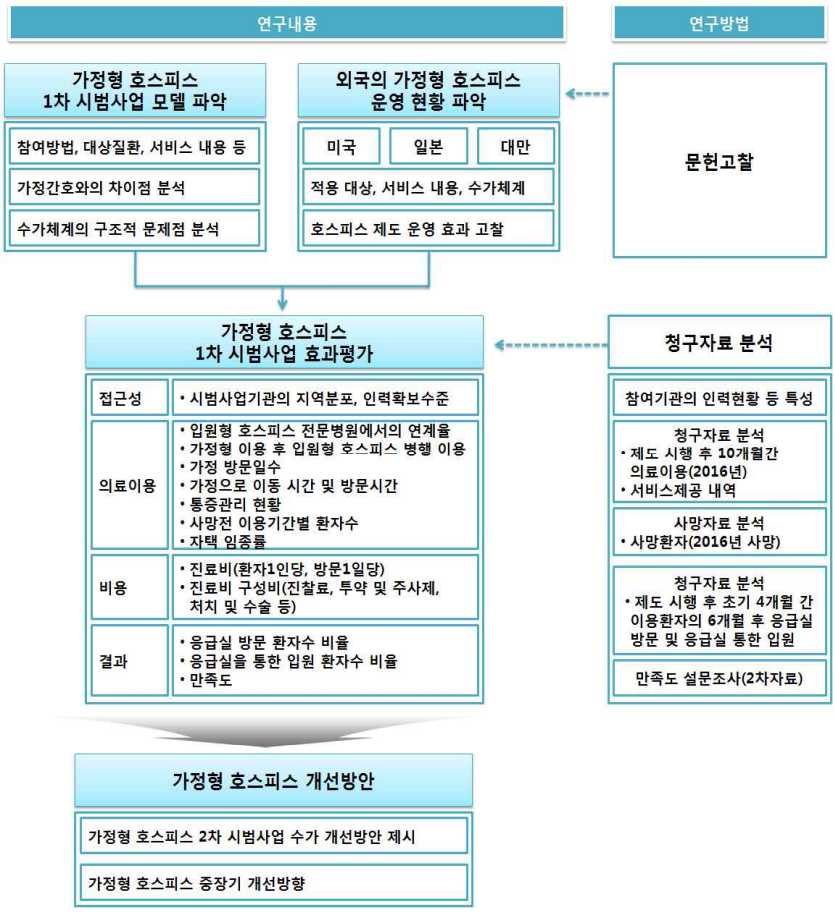
다. 가정형 호스피스 시범사업의 개선방안

○ 가정형 호스피스 시범사업의 질을 높여 환자와 가족의 삶의 질을 향상시키기 위한 가정형 호스피스 시범사업의 개선방안을 제시함.

– 수가체계 개선(안)을 제시하고, 수가체계 개선 후 추가 소요재정 수준을 예측하기 위해 개선(안)에 따른 추가 소요재정 추정함.

– 가정형 호스피스 제도의 발전방향을 제언함.

○ 구체적인 연구 내용 및 방법은 그림과 같음.



[요약 그림 1] 연구내용 및 방법

3. 국내외 가정형 호스피스 운영체계

가. 한국 가정형 호스피스 운영체계

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업은 보다 집중적인 호스피스 서비스(입원형 호스피스)와 연계되도록 하는 것이 제도의 기본방향이며, 시범사업을 통해 가정형 호스피스의 건강보험 수가 및 급여기준 개발·검증 등을 통해 본사업의 안정적 도입 방안을 마련하는 것을 목적으로 함.

○ 2016년 3월부터 2017년 7월까지 약 17개월 간 가정형 호스피스 1차 시범사업이 시행되었으며, 보건복지부로부터 지정받은 호스피스 전문기관 중 가정형 호스피스 시범사업 참여를 신청한 경우 선정위원회의 심의를 거쳐 21개소(상급종합병원 8개소, 종합병원 9개소, 병원 1개소, 의원 3개소)가 시범사업기관으로 선정됨.

○ 가정형 호스피스 시범사업기관은 상담실과 사무실이 있어야 하고, 의사, 간호사, 사회복지사 등 법정 필수 인력을 중심으로 가정형 호스피스팀이 구성되어야 함. 필수인력 외에 사무직, 영적돌봄제공자, 자원봉사자 등이 함께할 수 있음.

○ 이때 의사, 간호사(전담), 사회복지사(호스피스 전담)는 기본교육 60시간과 보수 교육 연간 4시간을 이수해야 함.

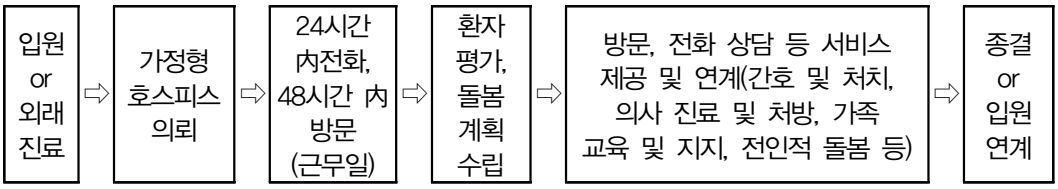
○ 말기암환자가 가정형 호스피스를 제공받기 위해서는 본인 또는 지정 대리인 등이 완화의료 전문기관에 완화의료 동의서와 의사가 발급하는 완화의료 대상임을 나타내는 의사소견서를 첨부하여 신청할 수 있음.

○ 가정형 호스피스 담당 의사는 매 처방 시 환자상태에 대한 분류 기준에 따라 가정형 호스피스 전담 간호사(또는 의사)의 주 2회 방문을 기본으로 하여 방문 빈도를 조정할 수 있음.

○ 1차 시범사업기관의 가정형 호스피스팀이 환자의 가정에 방문하여 통증관리, 임종돌봄 등의 호스피스 서비스를 제공하고 관련 수가를 지급받게 됨.

– 가정형 호스피스 서비스는 입원 서비스와 차별을 두지 않는 것을 원칙으로 하며, 환자 초기평가, 돌봄계획 수립과 상담, 증상 관리, 24시간 전화 상담, 필요 시 응급방문, 영적·사회적 돌봄에서 사별가족 관리까지 다양한 서비스를 제공함.

○ 단계별 제공되는 가정형 호스피스 서비스 내용 및 절차는 그림과 같음.



[요약그림 2] 가정형 호스피스 서비스 제공 절차 및 내용

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 행위별수가제를 적용함. 가정형 호스피스팀의 직종별 방문료와 교통비를 신설하여 적용하고, 그 외 투약, 주사, 의료적 처치, 검사료 등에 대해서는 건강보험의 진료항목별 수가를 동일하게 적용함.

○ 가정형 호스피스팀의 방문료는 의사, 간호사, 사회복지사 방문료로 구분되고, 의사 방문료는 초회 방문료와 재방문료로 구분되며, 재방문료는 초회방문료의 70% 수준임. 동일기관의 호스피스병동에서 퇴원한 환자의 경우 재방문료를 산정함.

○ 교통비는 직종별(의사, 간호사, 사회복지사)로 구분하지 않음. 진료담당 의사, 전담 간호사, 사회복지사 중 2명 이상 동시 방문하는 경우 1회만 산정함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업은 가정간호 서비스 제공 인력과 내용에 차이가 있으나, 수가 구성항목에는 차이가 없음. 가정간호의 경우 교통비는 환자본인이 전액 부담함.

– 가정형 호스피스·완화의료에서는 호스피스팀이 가정에서 통증관리, 임종돌봄 등의 서비스를 제공하나, 가정간호는 가정간호 전문간호사가 간호, 투약 등을 제공하여 제공되는 서비스의 내용에 차이가 있음.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 도입 시 병원과 의원 간의 인력확보 및 서비스 제공 수준에 차이가 없을 것이라는 가정 하에 동일점수를 산정함.

○ 그러나 최근 5년간 병원급에 비해 의원의 점수당 단가의 인상률이 높아, 병원급의 가정형 호스피스 시범사업기관에 비해 의원의 직종별 방문료 수준이 높은 역전현상이 심화됨. 최근 2018년 병원급 이상의 점수당 단가가 73.5원, 의원 81.4원으로 계약됨에 따라 의원의 간호사 방문료가 병원급의 의사 재방문료 보다 높아지는 문제가 발생함.

나. 외국의 가정형 호스피스 운영체계

1) 주요국의 가정형 호스피스 운영체계 및 성과

○ 주요국에서는 노인인구의 증가, 암사망자가 급증하는 상황에서 불필요한 의료자원의 낭비를 개선하고 말기암환자의 케어의 질 향상을 위해 호스피스 제도가 도입됨.

○ 미국과 대만의 경우 전체 호스피스 운영체계 내에서 가정형 호스피스를 운영하나, 일본의 경우 입원형 호스피스를 운영하나 명시적으로 가정형 호스피스 제도가 없으며, 완화의료전문가에 의한 재택의료서비스 제공이 가능함(장윤정 등, 2015 재인용).

○ 대만의 경우 질병과 기대여명에 대한 제한 없이 호스피스 이용이 가능하며, 미국의 경우 질병에 대한 제한은 없으나 기대여명이 6개월 미만인 말기질환자를 대상으로 가정형 호스피스 서비스를 제공함. 주치의 또는 호스피스 담당의사로부터 말기환자임을 인증 받아야 함.

○ 주요국에서는 가정형 호스피스 서비스를 제공하기 위해 의사, 간호사, 사회복지사가 공통적으로 구성되며, 성직자와 자원봉사자를 포함하여 인력이 구성되기도 함.

○ 대부분의 국가에서 의사진료, 간호사 방문, 사별가족 상담 및 관리 등의 서비스를 제공하며, 미국의 경우 가사도우미(homemaker) 등을 추가로 제공하고 있음.

○ 국가마다 가정형 호스피스 제도의 운영성과에 차이가 큼. 미국의 경우 입원하기보다 대부분 일반가정간호(RHC)를 이용하고 있어 가정형 호스피스가 활성화 되었으나, 대만의 경우 입원형 호스피스에 비해 가정형 호스피스의 발전 속도가 느림.

○ 미국의 경우 2015년 메디케어 환자의 48.6%가 호스피스를 이용하였으며, 2000년 이후 CMS가 호스피스 이용을 권장하면서 이용자가 급증함. 2000년에 비해 2014년 호스피스 이용환자 수는 2배 이상 증가하여 2014년 130만명이 호스피스를 이용하였고, 이는 비암환자들의 호스피스 이용이 증가하였기 때문인 것으로 보고됨(MedPAC, 2016).

– 호스피스 이용자의 평균 급여일수는 88.2일이며, 중앙값은 17일임(MedPAC, 2016).

○ 대만에서는 2014년 가정형 호스피스 이용자 약 6천명이며, 가정형 호스피스 이용은 생애말기 환자의 의료비 절감 효과를 가져왔다고 보고됨(Chen 등, 2015).

2) 주요국의 가정형 호스피스 수가체계

○ 외국에서는 방문시간, 인력확보 수준, 기관특성 등에 따라 다양한 차등수가를 적용함.

○ 미국의 경우 방문시간에 따른 차등수가제를 적용하며, 8시간 이상 지속적인 서비스를 제공할 경우 시간당 $40.19(한화 약 4.5만원)를 산정하는 지속적 가정간호(CHC) 수가를 적용함. 일반가정간호(RHC)의 경우 방문기간에 따른 차등수가제를 적용하여, 1~60일까지는 1일당 $191를 산정하고, 61일 이후부터는 $150(1~60일 수가의 78.5% 수준)을 보상함.

– 지속적 가정간호(CHC)는 최대 24시간을 산정할 수 있음.

○ 일본의 경우 재택환자 방문진료료와 방문간호지도료를 산정 가능하며, 방문간호지도료의 경우 간호사의 자격(간호사, 완화의료 연수 수료 간호사 등)에 따라 수가수준에 차이가 있으며, 완화의료 연수 수료자의 경우 수가수준이 높음.

○ 일본에서는 재택 말기의료 종합진료료의 경우 후생노동성 지정기관 여부, 병상보유 유무, 처방전 교부 여부에 따라 수가수준에 차이가 있음.

– 후생노동성 지정기관이면서 병상을 보유할 경우와 처방전 미교부 시 수가수준이 높음.

○ 대만의 경우 인력확보 수준을 갑과 을로 구분하여 의사방문료와 간호사 방문료에 차등을 두며, 을의 수가는 갑의 수가의 약 57% 수준임. 또한 간호사 방문료의 경우 일반 지역에 비해 산간·도서 지역에 방문 시, 기관에 비해 재택방문 시 수가수준이 높음.

– 이때 갑의 인력확보 수준은 전담 의사, 풀타임 간호사, 사회복지사로 구성되어 40시간의 연수과정을 포함하여 80시간의 교육을 받는 경우이며, 을의 인력확보 수준은 의사, 간호사로 구성되어 30시간의 교육을 받는 경우임.

○ 외국에서는 임종 시 방문에 대한 수가를 추가 산정함. 미국의 경우 사망 전 7일간 간호사와 사회복지사 방문에 대해 시간 당 $40.19를 산정할 수 있으며, 1일당 최대 4시간(약 18.2만원) 산정 가능함. 일본의 경우 임종 시 진료와 사망진단을 한 경우 재택말기 가산을 산정할 수 있으며, 대만의 경우 기존 간호사 방문료 보다 높은 수준으로 임종환자 방문 간호비를 산정할 수 있음.

○ 미국의 경우 호스피스 질 평가자료 미제출 시 연지급액의 2%p 삭감하고(MedPAC, 2016), 대만의 경우 월 또는 주단위로 의사 및 간호사의 방문횟수를 제한하여 호스피스 서비스의 질을 관리하고 있음.

○ 2014년 미국은 호스피스 질 보고 프로그램(Hospice quality reporting program)을 도입하여, 2014년 하반기에 질 보고 자료 미제출 시 2016년 지불 개정에 반영됨.

– 2014년 도입 초기 통증 관리 추적, 향후 질 측정 발전을 도울 수 있는 과정 영역에서의 두 가지 항목의 질 보고를 실시하였고. 이후 2014년 7월 7개의 새로운 질 지표로 대체됨.

– 최근 2017년 4월에 죽음이 임박한 환자에게 제공된 서비스에 대한 질 측정 지표 2개 항목이 추가됨. 구체적인 측정 지표는 표와 같음.

〈요약표 1〉 미국 호스피스 질 보고 지표

구분	호스피스 질 보고 지표
2014년 기존 지표	· 통증 관찰(Pain screening) · 통증 평가(Pain assessment) · 호흡곤란 관찰(Dyspnea screening) · 호흡곤란 처치(Dyspnea treatment) · 치료 선호에 대한 문서화(Documentation of Treatment preferences) · 환자가 원할 경우 그의 신념과 가치에 대한 고려(Addressing Beliefs and values if desired by patient) · 마약성진통제(opioid) 사용 환자에게 장 정결(섭생) 제공(Provision of a bowel regimen for patients treated with an opioid)
2017년 신규 지표	· 사망 3일 이내에 RN(Registered Nurse), NP(Nurse Practitioner), 의사, 또는 진료보조인력의 방문이 있었던 환자 비율 · 사망 7일 이내에 최소 2회 이상 사회복지사, 성직자, LPN(Licenced Practical Nurse), 또는 호스피스 보조원(Hospice Aide)의 방문이 있었던 환자 비율

자료: MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2017

○ 대만에서는 의사와 간호사는 수급건당 매주 2회 방문을 원칙으로 하며, 매월 방문횟수는 45회로 제안함. 만약 환자의 병세에 현저한 변화가 있어 매주 2회 이상 방문이 필요한 경우 방문 진료기록에 추가 방문이 필요한 사유를 상세히 기술하여 서면 보고 해야 함.

4. 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과평가

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과 평가지표 개발 시 평가지표의 적절성과 타당성을 높이기 위해 선험국의 호스피스 평가지표 사례를 고찰하고, 가정형 호스피스 1차 시범사업의 기본 방향과 제공되어야 할 서비스를 고려함.

○ 외국에서는 가정형 호스피스 등록 또는 이용환자를 대상으로 환자상태, 의료이용 현황, 진료비용, 삶의 질, 환자 및 가족의 만족도 등을 평가함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업의 기본방향은 입원형 호스피스와 밀접하게 연계되도록 하는 것이며, 환자평가, 돌봄계획 수립, 통증조절, 임종돌봄 등의 서비스가 제공되어야 함을 고려함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과를 다각적으로 평가하기 위한 지표는 요약표와 같음. 가정형 호스피스의 접근성 수준을 평가하고, 가정형 호스피스의 진입, 이용, 사망까지 경과별로 의료이용 현황과 의료이용 과정과 사망 전 의료비를 측정하며, 만족도 및 응급실 방문율을 분석하여 가정형 호스피스 1차 시범사업의 효과성을 평가함.

〈요약표 2〉 가정형 호스피스 효과평가 틀

구분		평가지표
접근성	구조적	· 가정형 호스피스 시범사업기관의 의료기관종별 지역 분포, 병상수 등 · 인력확보수준
의료이용 (Utilization)	진입	· 가정형 호스피스 이용환자수 · 입원형 호스피스 전문기관에서의 연계율 · 제공인력의 이동시간 및 방문시간
	이용	· 직종별(의사, 간호사 등) 방문일수, 환자1인당 방문일수 · 신체적 돌봄 서비스 이용 현황 · 통증관리(마약성진통제 처방) · 가정형 호스피스 처음 이용 후 입원형 호스피스 이용
	사망	· 사망환자수 및 사망전 가정형 호스피스 이용 기간 · 자택 임종률
비용 (Cost)	이용	· 진료비 및 진료비 구성(방문비용, 투약 및 주사, 처치 및 수술 등) · 방문1일당 진료비 · 환자1인당 진료비
결과 (outcome)	정성적	· 환자 및 가족의 만족도
	정량적	· 입원형 호스피스 전문기관 외 응급실 방문 환자수 비율 · 입원형 호스피스 전문기관 외 응급실을 통한 입원 환자수 비율

가. 접근성

○ 2016년 말 기준 가정형 호스피스 시범사업기관 수는 21개소로, 입원형 호스피스 전문기관 76개소의 27.6%에 해당하여 가정형 호스피스 참여율이 낮음. 특히 17개 시도 중 광주, 강원, 경북 등 8개 시도에서 가정형 호스피스 시범사업기관이 없어 해당 지역에서는 가정형 호스피스의 접근성이 낮을 수 있음.

○ 2016년 가정형 호스피스 1차 시범사업기관에서 제출한 인력현황 자료를 분석한 결과, 의원에 비해 병원급의 의사와 간호사의 의료인력 확보수준이 높음.

나. 의료이용

1) 환자수 및 진료비

○ 가정형 호스피스 이용환자 1,106명의 가정형 호스피스 진료비는 12.7억원임.

– 2016년 입원형 호스피스 전문기관 이용환자 13,869명의 8%에 해당함.

– 가정형 호스피스 환자의 48.2%가 상급종합병원을 이용하고, 상급종합병원 진료비는 전체 진료비의 49.9%를 차지함.

○ 대부분 건강보험 환자(93.7%)이고, 여자보다 남자가 많고, 70대가 31.6%로 가장 많음. 가정형 호스피스 이용환자의 주진단명은 폐암, 위암, 간암, 췌장암, 결장암 순으로 많으며, 이들은 전체 환자의 58.3%를 차지함.

2) 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스로 연계 현황

○ 2016년에 입원형 호스피스 전문기관을 퇴원한 환자 3,838명 중 7.0%(267명)가 가정형 호스피스로 연계됨.

○ 가정형 호스피스 이용환자 1,106명 중 24.1%(267명)가 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계됨.

– 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 7일 이내 연계된 환자가 82.0%이고, 가정형 호스피스로 연계된 267명 중 92.5%가 동일기관에서 연계되었고,

대부분 동일 지역(시도)에서 연계됨.

〈요약표 3〉 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스로의 연계 현황

(단위: 명, %)

구분		전체			건강보험			의료급여		
연계	전체	267	(24.1)	(100)	252	(24.3)	(100)	15	(21.4)	(100)
	동일기관	247	(22.3)	(92.5)	233	(22.5)	(92.5)	14	(20.0)	(93.3)
	타기관	20	(1.8)	(7.5)	19	(1.8)	(7.5)	1	(1.4)	(6.7)
전체		1,106	(100)		1,036	(100)		70	(100)	

3) 가정형 호스피스 방문현황

○ 간호사가 가정에 가장 많이 방문하고, 의사는 초회보다 재방문이 더 많았음.

〈요약표 4〉 가정형 호스피스 제공인력별 방문일수

(단위: 일)

구분	의사						간호사	사회복지사
	전체		초회방문		재방문			
병원급	875	(100)	404	(46.2)	471	(53.8)	8,456	600
의원	170	(100)	61	(35.9)	109	(64.1)	496	72
전체	1,045	(100)	465	(44.5)	580	(55.5)	8,952	672

○ 가정에 방문하기 위한 이동시간(편도)은 평균 약 27분 소요되고, 최소 1분에서 최대 135분(약 2시간 15분)까지 다양함. 가정방문 시 평균 약 50분간 의료서비스를 제공하고, 최소 5분에서 최대 220분(약 3시간 40분)까지 다양함. 간호사 약 51분, 의사 약 40분간 의료서비스를 제공함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 도입 후 10개월 동안 환자1인당 8회 방문서비스를 받고, 평균 2개월간 월 평균 4회 방문서비스를 제공받음.

– 상급종합병원과 병원의 경우 건강보험에 비해 의료급여는 약 2배 이상 더 많은 방문서비스를 제공 받음.

〈요약표 5〉 가정형 호스피스 이용환자1인당 평균 방문일수

(단위: 일, 개월)

구분	전체	건강보험	의료급여
환자1인당 평균 방문일수	8.3	8.2	10.0
환자1인당 평균 방문개월 수	2.1	2.0	2.3
월평균 방문일수	4.0	4.0	4.3

○ 가정형 호스피스 이용환자 1,106명의 22.5%(249명)는 3개월 이상 지속 방문하고 있으며, 6개월 이상 지속 방문한 환자는 5.6%(62명)임.

– 사망으로 인해 가정형 호스피스를 지속 이용하지 않는지 추가 분석이 필요함.

4) 신체적 돌봄 서비스 제공현황

○ 가정형 호스피스 이용환자에게 제공되는 다빈도 의료행위는 단순처치, 염증성처치, 유치 카테터 설치, 요도 및 방광세척, 장류처치, 흡입배농 및 배액처치 순으로 많으며, 이는 전체 의료행위에 90.4%에 해당함.

○ 가정형 호스피스 이용환자에게 강한 마약성 진통제에 해당하는 모르핀(morphine), 펜타닐(fentanyl), 옥시코돈(oxycodone), 하이드로몰폰(hydromorphone) 순으로 처방됨. 가정형 호스피스 시범사업기관 중 마약성 진통제가 처방되지 않은 시범사업기관이 존재하며, 건강보험의 경우 2개소에서, 의료급여의 경우 6개소에서 마약성 진통제가 처방되지 않음.

5) 방문1일당 및 환자1인당 진료비

○ 가정형 호스피스 이용환자의 방문1일당 진료비는 13.8만원이며, 이는 입원형 호스피스 이용환자의 입원1일당 진료비(약 31.5만원)의 43.8% 수준임.

○ 가정형 호스피스 진료비에는 진찰료가 61.5%로 가장 많은 비중을 차지하고, 투약 및 주사료가 29.4%를 차지하며, 진찰료와 투약 및 주사료는 전체 진료비의 90.9%에 해당함.

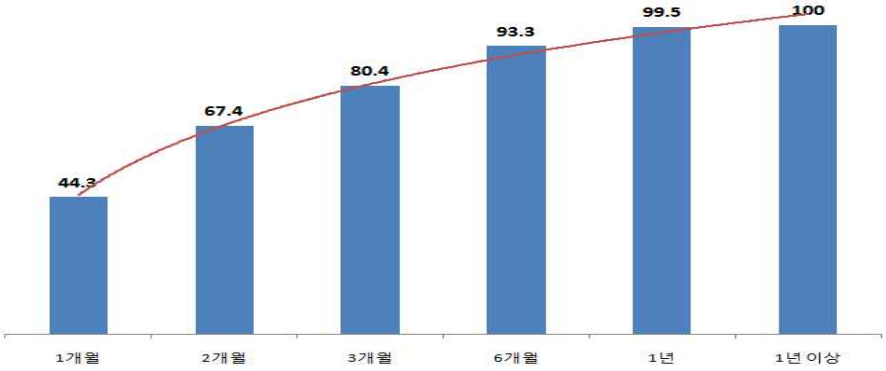
○ 가정형 호스피스 이용환자의 방문1일당 진료비는 약 14만원이며, 이는 진찰료 8.6만원, 투약 및 주사료가 4.1만원, 처치 및 수술료가 6.6만원, 검사료가 5.8만원으로 구성됨.

– 방문1일당 투약 및 주사료(약 4만원)에서 마약성 진통제가 60.4%(2.4만원)를 차지함.

6) 사망 전 가정형 호스피스 이용시작 시기

○ 2016년 말 기준으로 가정형 호스피스 이용환자 1,106명 중 92.8%(1,062명)가 사망하였고, 사망하기 평균 약 59일 전에 가정형 호스피스 이용을 시작함.

– 사망환자의 80.4%가 사망 전 3개월 이내 가정형 호스피스 이용



[요약그림 3] 사망 전 가정형 호스피스 이용 시작 시기(누적)

7) 자택 임종률

○ 가정형 호스피스 시범사업기관(21개소)의 38.1%(8개소)가 임종돌봄 서비스를 제공하였고, 가정형 호스피스 이용환자(1,106명)의 1.8%(20명)가 임종가산을 산정함.

– 임종가산을 산정한 시범사업기관은 종교계와 지역암센터임.

8) 환자 만족도 및 응급실 방문

○ 건강보험심사평가원은 2016년 하반기에 약 1개월 동안 가정형 호스피스를 이용한

경험이 있는 국민을 대상으로 가정형 호스피스 서비스에 대한 전반적인 만족도를 설문조사함.

○ 가정형 호스피스를 이용환자 55명은 가정형 호스피스 서비스에 대한 전반적인 만족도 점수가 93.64점이고, 통증 및 증상관리에 도움이 되었고(87.2점), 환자와 가족에게 제공하는 정서적지지·상담, 임종관리에 만족함(86.8점)(심평원 내부자료, 2016).

○ 가정형 호스피스 이용환자 485명 중 호스피스 전문병원 외 의료기관의 응급실 방문환자 수 비율은 9.7%이고, 응급실을 통한 입원환자 수 비율은 7.6%임.

5. 가정형 호스피스 개선방안

○ 가정형 호스피스 서비스에 요구가 있는 말기암환자에게 적절한 가정형 호스피스 서비스가 제공되기 위해 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 시범사업 참여를 활성화시킬 수 있는 방향으로 개선방안이 검토되어 함.

○ 단기적으로 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 기존 건강보험 수가체계의 정책적 가치를 고려하고, 인력확보 수준이 높고, 입원환자가 많은 병원급의 직종별 방문료를 인상하여 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로의 연계 활성화를 유인할 수 있도록 함.

○ 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 병원급의 가정형 호스피스 시범사업기관의 직종별 방문료를 의원 대비 15%로 인상함.

〈요약표 6〉 가정형 호스피스 2차 시범사업 직종별 방문수가 개선(안)

(단위: 점, %)

의료기관종별	방문료 점수 개선(안)			
	의사		간호사	사회복지사
	초회방문	재방문		
병원급 (인상률)	1,657.15 (15.0)	1,160.02 (15.0)	1,055.41 (15.0)	666.18 (15.0)
의원 (인상률)	1,441.00 -	1,008.71 -	917.75 -	579.29 -

○ 병원급의 직종별 방문료 개선에 따라 최소 1.3억원이 추가 소요될 것으로 예상됨.

– 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 비암환자(후천성면역결핍증, 만성폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화)를 포함하여 대상자를 확대할 계획에 있으나 추가소요금액 추정 시 반영하지 않음.

○ 현재 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계에서는 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공하고 임종한 시간부터 돌봄 종료시간(방문종료 시간)을 기재하여야 임종가산을 산정할 수 있기 때문에, 의사 및 간호사의 가정 방문시간 동안 환자가 임종하지 않을 시 임종가산을 산정하지 못할 가능성 높음.

○ 따라서 가정형 호스피스 이용환자의 임종 당일에 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공한 경우, 환자가 임종하지 않더라도 임종가산을 산정할 수 있도록 산정기준을 개선함.

○ 향후 가정형 호스피스 제도의 발전을 위해 가정형 호스피스 시범사업기관의 인력확보 수준, 가정형 호스피스 서비스의 질 등 다양한 요소를 반영한 차등수가제가 검토되어야 할 것이며, 이를 바탕으로 정기적인 수가 인상 및 조정체계가 마련되어야 할 것임.

○ 환자를 중심으로 호스피스 유형(입원형, 가정형, 자문형)간의 통합적 서비스가 제공될 수 있도록 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 제공 의무화가 되어야 하며, 가정형 호스피스 참여를 희망하는 환자에게 입원과 같은 적극적인 통증 및 증상 조절을 제공하는지 등 서비스의 질을 평가할 수 있는 체계가 마련되어야 할 것임.

○ 말기암환자의 가정 호스피스 요구도를 고려하여 가정에서 간병서비스를 제공할 수 있는 체계가 검토되어야 할 것임.

○ 가정형 호스피스 제도에서 자택 임종률을 높여 환자의 삶의 질을 향상시키기 위해 미국과 같이 환자의 사망 전 특정기간 동안 임종돌봄 서비스 제공 시 임종수가를 산정 가능하도록 기준을 개선하는 등 임종수가체계가 개선되어야 할 것임.

6. 결론 및 제언

○ 우리나라 호스피스 제도는 입원 시설을 중심으로 입원형 호스피스 제도가 발전 되어 왔으며, 최근 호스피스 치료 장소 등 환자 선택권 보장과 입원형 호스피스에서 퇴원 후 돌봄의 연속성을 확보 등을 위해 2016년 3월부터 가정형 호스피스 1차 시범사업이 시행됨. 2017년 8월부터 2차 시범사업이 예정되어 있음.

○ 이에 이 연구에서는 가정형 호스피스 1차 시범사업의 효과를 평가하여 2차 시범사업의 개선방안을 제시하고, 가정형 호스피스 제도의 발전방향을 모색하고자 함. 이를 위해 1차 시범사업 운영체계의 구조적인 문제점을 진단하고, 실증 분석을 통해 가정형 호스피스 1차 시범사업의 초기 시행효과를 평가함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 시행 결과 가정형 호스피스 이용환자는 1,106명으로, 2016년 암사망자(78,194명)(통계청, 2017)의 가정형 호스피스 이용률은 1.4%이고, 입원형 호스피스 이용률(17.7%)에 비해 낮은 수준임.

- 2016년 입원형 호스피스 전문기관 이용환자 13,869명의 8%가 가정형 호스피스를 이용함.

○ 그러나 사망 전 가정형 호스피스 진입 시기가 입원형 호스피스 환자에 비해 빠르며, 가정형 호스피스 이용환자 1,106명 중 24.1%(267명)가 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계되고, 이들은 대부분 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 초기에 가정형 호스피스로 연계되고 있음.

- 2015년도 사망 환자의 입원형 호스피스 평균 이용기간이 32.5일인 것에 비해(호스피스완화의료학회, 국립암센터, 2016), 2016년 가정형 호스피스 이용환자는 사망 전 평균 59.2일 전에 가정형 호스피스 이용을 시작함.

- 가정형 호스피스로 연계된 환자의 82.0%는 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 7일 이내 가정형 호스피스 시범사업기관으로 연계됨.

○ 특히 입원형 호스피스 신규 이용환자는 초기에 가정형 호스피스를 병행 이용하고, 가정형 호스피스 진입 후 입원형 호스피스와 원활히 연계되는 성과가 있어 가정형 호스피스 제도 도입의 기본 방향에 맞추어 적절하게 운영되고 있음.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업기관에서는 대부분 마약성 진통제가 처방되어 통증관리 서비스가 적절히 제공되었고, 단순처치부터 염증성 처치, 유치 카테터 설치, 단백 아미노산제제 처방 등의 다양한 신체적 돌봄서비스가 제공됨.

○ 결과적으로 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 가정형 호스피스를 원하는 말기암환자에게 가정형 호스피스의 접근성 및 선택권 확대에 기여하였고, 가정형 호스피스 이용환자에게 필요한 다양한 신체적 돌봄 서비스가 적절히 제공되어 가정형 호스피스 시범사업의 긍정적인 효과가 나타남.

○ 또한 가정형 호스피스 이용환자는 가정형 호스피스 서비스에 대해 전반적으로 만족하여 가정형 호스피스 1차 시범사업은 긍정적인 성과가 있었음.

○ 그러나 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 가정형 호스피스 시범사업에 참여하는 호스피스 전문기관이 적어 제한적 접근성을 보장하고 있음.

○ 우리나라에서 가정형 호스피스 서비스를 제공하는 몇몇 기관에서는 방문 범위에 대한 거리나 시간에 제한을 두고 있는 사례가 보고되고 있으며(박재순 등, 2013), 가정형 호스피스 1차 시범사업기관에서는 평균 30분 이내의 거리에 위치한 가정에 방문하고 있어, 광주, 강원, 경북 등 8개 시도에서는 가정형 호스피스 시범사업기관이 없어 가정형 호스피스 이용이 제한될 수 있음.

○ 가정형 호스피스 서비스는 다학제적 팀으로 제공되어야 하나 간호사 중심의 서비스가 제공되고 있음. 특히 가정형 호스피스 1차 시범사업기관 21개소 중 종합병원 1개소에서는 의사가 가정에 방문하지 않는 문제가 발견됨.

○ 또한 일부 1차 시범사업기관에서는 가정형 호스피스 이용환자에게 마약성 진통제를 처방하지 않아 적극적인 통증관리 서비스가 제공되지 않는 문제가 발견됨.

○ 가정에서 효과적인 증상 관리를 통해 응급실과 같은 급성 관리를 위해 입원하는 것을 예방해야 함(박재순 등, 2013). 가정형 호스피스 1차 시범사업 시행 결과, 가정형 호스피스 이용환자의 9.7%가 호스피스 전문병원 외 의료기관의 응급실을 방문하였고, 응급실을 통해 입원한 환자 수가 7.6%였음.

○ 현재 가정형 호스피스 이용환자의 응급실 방문 수준이 적정한지에 대해 판단하기 어려움. 그러나 박재순 등(2013)은 응급실을 방문한 암환자의 주 증상이 통증인 경우가

34.3%를 차지하여 암환자들의 의료기관 이용이 비효율적으로 이루어지고 있음을 보고한 결과를 고려할 때 가정형 호스피스 이용환자의 응급실 방문 사유에 대한 파악이 추가적으로 필요함.

○ 가정형 호스피스 이용환자의 1.8%가 자택에서 임종함. 말기암환자의 20%는 집에서 임종하는 것에 대한 두려움이 있어 가정으로 퇴원하기 어려워하나(김시영 등, 2012), 2014년 국내 암사망자의 7.86%가 주택에서 사망(호피스완화의료, 국립암센터, 2016 재인용)한 수준 보다 낮음. 가정형 호스피스 진입 후 입원형 호스피스를 병행 이용환자는 대부분(84.6%) 병원에서 사망함.

– 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계에서는 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공하고 임종한 시간부터 돌봄 종료시간(방문종료 시간)을 기재하여야 임종가산을 산정할 수 있어, 의사 및 간호사의 가정 방문시간 동안 환자가 임종하지 않을 시 임종가산을 산정하지 못할 가능성 높음.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계의 구조적 문제와 1차 시범사업의 부정적 또는 의도하지 않은 효과를 바탕으로 단기적으로 2차 시범사업에서는 병원급 가정형 호스피스 시범사업기관의 직종별 방문료를 의원 대비 15%로 인상하고, 임종 당일에 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공한 경우 환자가 임종하지 않더라도 임종가산을 산정할 수 있는 기준을 적용하는 수가체계 개선방안을 제시함.

○ 중장기적으로 가정형 호스피스 참여 활성화와 제공되는 가정형 호스피스 서비스의 질 향상을 위해 가정형 호스피스 제공기관의 인력확보 수준, 가정 호스피스 서비스의 질 등 다양한 수가차등 요소를 반영하고, 정기적인 수가 인상 및 조정체계 마련 등 가정형 호스피스 수가체계의 발전방향을 제시함. 또한 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 참여 의무화 등 가정형 호스피스 제도가 중장기적으로 발전되어야 할 것임.

○ 가정형 호스피스 참여를 희망하는 환자에게 입원과 같은 적극적인 통증 및 증상 조절을 제공하는지 등 가정형 호스피스 서비스의 질을 평가할 수 있는 체계가 마련되고, 가정에서 간병서비스를 제공할 수 있는 체계로 발전되어야 함.

○ 이 연구에서는 가정형 호스피스 시범사업기관 현황을 분석하여 구조적 측면에서 접근성을 평가하였고, 청구자료를 사용하여 의료이용 현황 등을 실증적으로 분석 함. 그러나 입원형 호스피스에서 퇴원한 환자 중 가정형 호스피스가 필요한 환자의 규모,

가정형 호스피스 1차 시범사업의 미참여 원인, 응급실 방문 사유 등을 파악하지 못한 제한점이 있음.

○ 또한 가정형 호스피스를 이용한 일부 환자를 대상으로 만족도 조사가 시행되었으나, 가정형 호스피스 환자의 삶의 질 향상 등에 대한 평가는 이루어지지 못한 한계를 지님.

○ 이 연구는 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행 효과를 평가하여 2차 시범사업의 개선방안을 도출하고, 가정형 호스피스 제도의 중장기 정책방향을 설정하는데 기여함. 이를 통해 1차 시범사업에 비해 보다 발전적, 안정적으로 가정형 호스피스 2차 시범사업이 시행되고, 향후 본사업으로의 확대 기반이 마련될 수 있을 것임.

○ 호스피스 환자를 중심으로 호스피스 유형(입원형, 가정형, 자문형)간의 통합적인 서비스가 제공되어야 가정형 호스피스 제도가 발전될 수 있을 것임. 2017년 8월부터 자문형 호스피스 시범사업 도입이 예정되어 있으므로, 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 가정형 호스피스의 연계 및 의뢰체계 활성화가 기대됨.

제1장 서 론

1. 연구배경 및 필요성

○ 호스피스·완화의료(이하, 호스피스)란 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리·사회적, 영적영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상하는 것을 목적으로 하는 의료를 의미함[1].

– 말기암환자는 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 의미함.

○ 우리나라는 2003년 암관리법이 제정되면서 우리나라 실정에 적합한 호스피스 서비스의 표준화를 구축하고, 전체 의료체계 내에서 호스피스 환자의 의뢰 및 회송 체계 확립을 목적으로 말기암환자 호스피스 1차 시범사업이 시작됨[2].

– 2003년 말기암환자 호스피스 1차 시범사업에는 5개 기관이 참여함[3].

– 호스피스 서비스에는 통증관리 및 증상관리의 적절성 평가, 팀 접근 및 직종별 업무 수행을 통한 질적 서비스 제공 등이 해당됨.

○ 그러나 우리나라 말기암환자 대부분이 상급종합병원에서 무의미한 연명치료를 받고, 적절한 통증관리도 이루어지지 못하는 문제가 있어[4], 보건복지부에서는 2009년 12월 말기암환자의 특성에 맞는 양질의 의료서비스 제공으로 말기암환자와 가족의 삶의 질을 향상시키기 위해 말기암환자 완화의료 건강보험 수가 1차 시범사업을 도입함[5].

– 완화의료 건강보험 수가 1차 시범사업은 말기암환자 완화의료전문기관으로 지정받은 의료기관 43개소 중 시범사업 대상기관 7개소(상급종합병원 2개소, 종합병원 2개소, 병원 2개소, 의원 1개소)를 선정하여 입원1일당 일당정액 수가를 적용하는 사업임.

– 환자 또는 대리인이 완화의료 동의서[6]와 의사소견서를 첨부하여 완화의료기관에 신청하여 참여함.

1) 보건복지부. 암관리법 제2조(정의). 법률 제14000호(2016.2.3.)
2) 국립암센터. 2004년도 말기암환자 호스피스 시범사업 공고. 2004.4.6.
3) 호스피스완화의료학회. 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016.12.
4) 김정희 등. 완화의료 2차 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2012.
5) 보건복지가족부 보도자료. 올해 11월 완화의료 건강보험 수가 시범사업 실시. 2009.08.25.
6) 암관리법 시행규칙 [별지 제8호서식] 완화의료 이용 동의서(2017.8.4. 타법 개정으로 삭제)

○ 이후 호스피스 건강보험수가 2차 시범사업을 거쳐 호스피스 제도 활성화를 위해 2015년 7월부터 완화의료전문기관 57개소에 건강보험 수가를 전면 적용함. 이 연구에서는 입원형 호스피스 제도로 명명함.

– 환자가 전문기관에서 호스피스 서비스를 이용할 경우 환자 동의서와 완화의료 대상자임을 나타내는 의사소견서를 첨부해 신청하며, 철회도 가능함[7].

○ 2016년 9월부터는 요양병원 14개소를 대상으로 말기암환자 수가 시범사업이 시행 중에 있음.

○ 우리나라에서는 병원 시설을 중심으로 입원형 호스피스 제도가 시행되었으나, 가정형 호스피스 서비스 제도화에 대한 정책적 요구가 생겨나고, 가정형 호스피스 제도 도입의 필요성이 제기되면서 2016년 3월부터 말기암환자를 대상으로 가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 1차 시범사업(이하, 가정형 호스피스 1차 시범사업)이 도입됨.

– 우리나라 말기 및 진행암환자의 75.9%는 가정에서 지내길 원했고, 약 89.1%가 가정완화의료 서비스가 제공될 경우 이용할 의향이 있다고 응답함[8].

– 입원형 호스피스 이용환자는 첫 입원 후 10.9%는 가정으로 돌아가기 위해 퇴원한다고 응답하여[9] 돌봄의 연속성이 유지될 필요가 있으며, 특히 말기암환자와 가족의 필요를 중심으로 질병 경과에 따라 가정형, 입원형, 자문형 서비스 등 적절한 서비스를 유기적으로 제공하는 것이 바람직하다고[10] 인식되면서 가정형 호스피스 제도 도입의 필요성이 대두됨.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업은 호스피스 치료 장소 등 환자 선택권의 보장과 입원형 호스피스에서 퇴원 시 돌봄의 연속성을 확보 등을 위해 시행됨. 2017년 8월부터 비암환자(후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화)까지 대상자를 확대하여 2차 시범사업이 예정되어 있음.

– 1차 시범사업에서는 2017년 7월 말까지 약 17개월 간 완화의료전문기관 중 21개소가 지정되어 시행되었으며, 가정형 호스피스·완화의료팀원이 완화의료 대상자의 가정

7) 암관리법 시행규칙 [별지 제9호서식] 완화의료 이용 철회서(2017.8.4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙(보건복지부령 제512호, 2017.8.4.) 개정으로 삭제)
8) 김시영 등. 가정완화의료 및 온화케어팀 제도 도입방안 연구. 보건복지부, 한국호스파완화의료학회. 2012.
9) 호스피스완화의료학회, 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016.12.
10) 보건복지부. 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016.

에서 호스피스 서비스를 제공함.

- 2차 시범사업기관에서는 비암질환자를 대상으로는 가정형 호스피스 서비스를 제공하지 않아도 됨. 가정형 호스피스 시범사업기관의 선택에 따라 제공되는 비암질환에 차이가 있음.

○ 이러한 상황에서 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영성과를 진단하여 가정형 호스피스 제도의 바람직한 발전방향이 모색될 필요가 있으며, 이를 위해 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영 목적을 고려한 효과평가가 요구됨.

2. 연구목적

○ 이 연구에서는 가정형 호스피스 2차 시범사업이 발전적, 안정적으로 시행되기 위해 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행효과를 평가하고, 효과평가에 따른 문제점을 진단하여 개선방안을 마련하고자 함. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같음.

- 첫째, 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영체계의 구조적인 문제점을 진단함.
- 둘째, 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행효과를 실증적으로 분석하여 운영의 문제점을 파악함.
- 셋째, 가정형 호스피스 시범사업의 개선방안을 제시함.

3. 연구내용 및 방법

가. 국내외 가정형 호스피스 운영체계

○ 우리나라 가정형 호스피스 1차 시범사업 관련 법령, 시범사업 지침, 설명회 자료 등을 수집하여 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영체계를 검토하고, 운영모형의 구조적인 문제점을 진단함.

- 가정형 호스피스 1차 시범사업의 운영 목표, 인력 구성, 대상자, 제공되어야 할 서비스, 수가체계 등을 고찰함.
- 기존 가정간호 및 왕진 수가체계와 비교하여 가정형 호스피스와의 차이점을 분석함.

○ 미국, 일본, 대만 등 국가별 관련 법령, 관련기관의 홈페이지 정보, 설명회 자료, 보고서 등의 자료를 수집하여 외국의 가정형 호스피스 제도의 운영현황 및 시행효과를 고찰함.

– 국가별 가정형 호스피스 서비스 제공 인력 구성, 수가체계 등을 중심으로 고찰하며, 선험국과 우리나라의 운영체계의 차이점을 분석함.

나. 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과평가

○ 국내외 호스피스 관련 보고서, 논문 등을 문헌고찰 하고, 전문가 자문회의, 시범사업 참여기관, 정부 및 실무부서와의 회의를 통해 가정형 호스피스 1차 시범사업에서 효과평가가 필요한 영역 및 평가지표를 개발함.

○ 건강보험심사평가원의 건강보험 1차 시범사업의 인력신고 현황자료, 진료비 심사가 완료된 청구명세서 자료 등을 사용하여 가정형 호스피스 시범사업 도입 후 10개월(2016년 3~12월)의 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로의 연계 현황, 서비스 제공 및 의료이용 현황을 분석함.

– 의료보장유형별 가정형 호스피스 서비스 제공 및 의료이용 현황을 파악하기 위해 2016년 3월부터 2017년 3월에 진료비심사가 결정된 가정형 호스피스 청구명세서 자료 중 진료개시년월이 2016년 3월부터 12월에 해당하고, 진료대상자구분코드가 'C'에 해당하는 자료를 사용함. 이때 건강보험에서 의료급여로 의료보장유형이 변경된 1명은 제외 함.

– 가정형 호스피스 1차 시범사업에 참여한 완화의료전문기관 수, 인력확보 수준, 이동시간, 가정 방문시간, 임종 돌봄시간, 방문일수, 진료비 등을 분석함.

– 진료대상자구분코드가 'B'에 해당하는 입원형 호스피스 자료를 사용하여 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로의 연계 현황을 분석함. 호스피스 전문기관에서는 진료비 청구 시 환자가 계속 입원하더라도 주단위 또는 월단위로 분리하여 청구할 수 있기 때문에 연속된 입원에 대해 하나의 입원 건으로 합산이 필요함. 이때 동일 환자가 동일 의료기관의 입원 종료일과 다음 입원 건의 요양개시일의 차이가 1일 이내일 경우 연속된 입원으로 정의하여 하나의 입원 건으로 재구축함.

○ 청구명세서자료에는 호스피스 이용환자의 사망 정보를 포함하고 있지 않기 때문에 행정안전부의 사망자료를 사용하여 가정형 호스피스 환자의 임종 전 가정형 호스피스 이용기간, 진료비 등을 분석함.

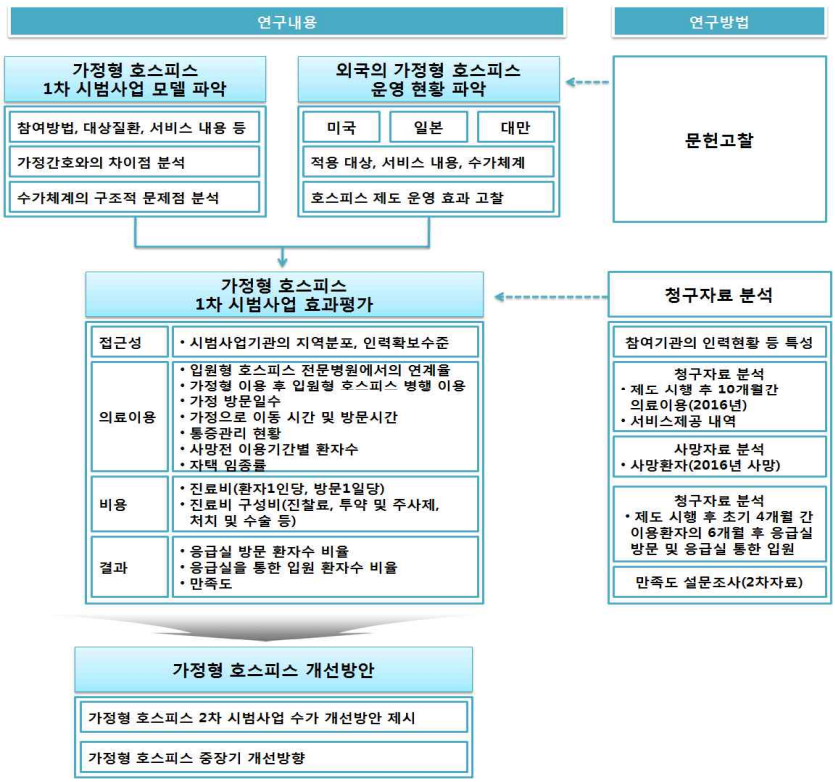
다. 가정형 호스피스 시범사업의 개선방안

○ 가정형 호스피스 시범사업의 질을 높여 환자와 가족의 삶의 질을 향상시키기 위한 가정형 호스피스 시범사업 개선방안을 제시함.

– 가정형 호스피스 제도의 발전방향을 제언함.

– 수가체계 개선(안)을 제시하고, 수가 개선 후 추가 재정 수준을 예측하기 위해 개선(안)에 따른 추가 소요재정 추정함.

○ 구체적인 연구 내용 및 방법은 그림과 같음.



[그림 1] 연구내용 및 방법

제2장 국내외 가정형 호스피스 운영체계

1. 한국의 가정형 호스피스 운영체계

가. 가정형 호스피스 1차 시범사업 운영모형[11)]

○ 가정형 호스피스 제도는 퇴원 가능한 말기암환자가 가정에서 지내는 동안 돌봄의 연속성을 확보하고, 불필요한 입원, 응급실 방문 등 비효율적 의료이용을 개선할 필요가 있어 도입됨[12)].

○ 수요자, 공급자, 정부에 따라 가정형 호스피스 제도의 도입 목적은 다양함.

〈표 1〉 가정형 호스피스 제도의 도입 목적

수요자 측면	공급자 측면	정부 측면
· 가정에서 지내기 원하는 호스피스 대상자의 삶의 질 향상 및 선택권 보장 · 말기암환자와 가족의 불필요한 불편 및 경제적 손실 경감	· 호스피스의 잠재적 대상자 발굴 및 조기 개입 · 입원형, 자문형 호스피스와의 연계를 통해 호스피스 시설·인력·장비의 효율적 활용 도모	· 보건의료자원 이용의 효율성 개선

자료: 보건복지부. 말기암환자 호스피스·완화의료 가정형 호스피스 업무편람. 2016. 3. 재구성

○ 이러한 배경과 목적에서 시행된 가정형 호스피스 1차 시범사업은 보다 집중적인 호스피스 서비스(입원형 호스피스)와 연계되도록 하는 것이 제도의 기본방향이며, 시범사업을 통해 가정형 호스피스의 건강보험 수가 및 급여기준 개발·검증 등을 통해 본사업의 안정적 도입 방안을 마련하는 것을 목적으로 함.

○ 2016년 3월부터 2017년 7월까지 약 17개월 간 가정형 호스피스 1차 시범사업이 시행되었으며, 21개 시범사업기관이 참여함.

– 보건복지부로부터 지정받은 호스피스 전문기관 중 가정형 호스피스 시범사업에 참여를 신청한 경우 선정위원회의 심의를 거쳐 21개소(상급종합병원 8개소, 종합병원 9개소, 병원 1개소, 의원 3개소)가 시범사업기관으로 선정됨.

11) 보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스·완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.
12) 보건복지부. 말기암환자 호스피스·완화의료 가정형 호스피스 업무편람. 2016. 3.

– 호스피스 전문기관은 암관리법 시행규칙 제13조(완화의료전문기관의 지정기준)에 따른 시설, 인력, 장비 기준[13]을 충족할 경우 보건복지부로부터 호스피스전문기관으로 지정받음.

○ 가정형 호스피스 시범사업기관은 상담실과 사무실이 있어야 하고, 의사, 간호사, 사회복지사 등 법정 필수 인력을 중심으로 가정형 호스피스팀이 구성되어야 함. 필수인력 외에 사무직, 영적돌봄제공자, 자원봉사자 등이 함께할 수 있음.

〈표 2〉 가정형 호스피스 1차 시범사업 필수 인력 기준

필수 인력	내용
의사	· 연평균 1일 호스피스병동에 입원한 말기암환자를 20명으로 나눈 수 이상
전담간호사	· 가정에서 호스피스를 제공하는 경우에는 호스피스전문간호사, 가정전문간호사 또는 호스피스전문기관에서 2년 이상 완화의료 업무에 종사한 경력이 있는 간호사[1]를 추가로 1명 이상 두어야 함.
사회복지사	· 상근 사회복지사 1급 1명 이상 두어야 함.

주: 1) 2016년 1월 1일을 기준으로 완화의료전문기관에서 2년 이상 호스피스 업무에 종사한 경력이 있는 간호사에 한정함.
자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.

○ 이때 의사, 간호사(전담), 사회복지사(호스피스 전담)는 기본교육 60시간과 보수교육은 연간 4시간을 이수해야 함.

– 단, 가정에서 완화의료를 제공하거나 완화의료 병동 외의 병동에서 완화의료 자문을 제공하는 경우에는 16시간의 추가 교육을 이수하여야 함.

○ 말기암환자가 가정형 호스피스를 제공받기 위해서는 본인 또는 지정 대리인 등이 완화의료 전문기관에 완화의료 동의서와 의사가 발급하는 완화의료 대상임을 나타내는 의사소견서를 첨부하여 신청할 수 있음.

○ 가정형 호스피스 담당 의사는 매 처방 시 혼자상태에 대한 분류 기준에 따라 가정형 호스피스 전담 간호사(또는 의사)의 주 2회 방문을 기본으로 하여 방문 빈도를 조정할 수 있음.

13) 보건복지부. 암관리법 시행규칙 제13조(완화의료전문기관의 지정기준) [별표] 완화의료 전문기관의 인력·시설·장비 기준(제13조 관련) (보건복지부령 제411호, 2016.6.30.)

〈표 3〉 가정형 호스피스 대상자 분류 기준

분류	분류 기준	최소 방문 빈도
안정기(Stable)	· 돌봄 계획 변경 없이 신체적·정신적 증상이 조절됨	· 격주 1회 이상 전담 간호사(또는 의사)의 방문
불안정기(Unstable)	· 신체적·정신적 증상 조절이 불충분한 상태로 집중적 모니터링과 돌봄 계획 조정이 필요함.	· 주2회 이상 전담 간호사(또는 의사)의 방문 필요
임종기(Terminal)	· 수일 내로 임종이 예상되며, 임종 증상 조절을 위한 대비가 필요한 상태	· 주2회 이상 전담 간호사(또는 의사)의 방문 필요
사별 후(Bereaved)	· 환자 사망 후 1년 이내	· 사별가족 대상 전화방문, 편지, 자조집단 모임 등

자료: 김시영 등. 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구. 2012. 재인용

○ 1차 시범사업기관의 가정형 호스피스팀이 환자의 가정에 방문하여 통증관리, 임종 돌봄 등의 호스피스 서비스를 제공하고 관련 수가를 지급받게 됨.

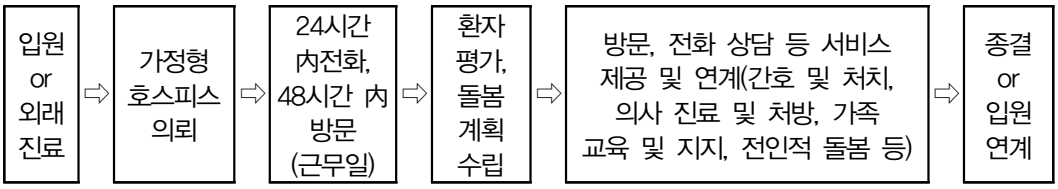
– 가정형 호스피스 서비스는 입원 서비스와 차별을 두지 않는 것을 원칙으로 하며, 환자 초기평가, 돌봄계획 수립과 상담, 증상 관리, 24시간 전화 상담, 필요 시 응급 방문, 영적·사회적 돌봄에서 사별가족 관리까지 다양한 서비스를 제공함.

○ 가정형 호스피스에서 통증관리를 위해 마약성 진통제가 처방되어야 하나, 가정형 호스피스 시범사업 시행 전에는 마약류 관리절차에 따라 가정에서 마약성 진통제 처방이 어려웠음. 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 호스피스제공기관에서 마약류취급 의료업자(의사 등)가 발부한 처방전에 따라 의사 또는 전담 간호사가 마약류를 환자 가정까지 운반, 교부 및 투약이 가능해짐.

– 담당 의사 또는 전담 간호사가 마약류를 소지하고 가정에 방문할 때는 유통용 포장을 해체하고 조제된 형태(PCA 등)로 운반함. 식품의약품안전처의 마약류 운송 관리지침 제5조에 근거해 마약류 운반 시 운반용 마약류 저장시설(잠금장치 포함)을 이용하여 운반해야 함.

– 가정형 호스피스 담당 의사 또는 전담 간호사가 마약류를 소지하고 가정을 방문할 때에는 2인 이상이 동행해야 하며, 방문 상황에 따라 자원봉사자 등이 동행 가능함.

○ 단계별 제공되는 가정형 호스피스 서비스 내용 및 절차는 그림과 같음.



[그림 2] 가정형 호스피스 서비스 제공 절차 및 내용

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.

나. 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계

1) 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가[14)]

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 행위별수가제를 적용함. 가정형 호스피스팀의 직종별 방문료와 교통비를 신설하여 적용하고, 그 외 투약, 주사, 의료적 처치, 검사료 등에 대해는 건강보험의 진료항목별 수가를 동일하게 적용함.

○ 가정형 호스피스팀의 방문료는 의사, 간호사, 사회복지사 방문료로 구분되고, 의사 방문료는 초회 방문료와 재방문료로 구분되며, 재방문료는 초회방문료의 70% 수준임. 동일기관의 호스피스병동에서 퇴원한 환자의 경우 재방문료를 산정함.

– 가정형 호스피스 방문료는 호스피스·완화의료 진료담당 의사의 진단과 처방에 따라 호스피스 대상 환자의 가정에 방문하여 서비스를 제공한 경우에 산정하며, 환자의 특성, 진료내용, 소요시간 등에 불문하고 모든 환자에게 동일하게 적용 함.

– 야간(평일 18시, 토요일 13시~익일 09시) 또는 관공서의 공휴일에는 30%를 가산함.

○ 교통비는 직종별(의사, 간호사, 사회복지사)로 구분하지 않음.

– 교통비는 진료담당 의사, 전담 간호사, 사회복지사 중 2명 이상 동시 방문하는 경우 1회만 산정함.

14) 보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스·완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.을 참고하여 재구성

〈표 4〉 2017년 가정형 호스피스 1차 시범사업의 직종별 방문료 및 교통비

(단위: 점, 원)

구분		방문료[1]				교통비
		의사		간호사	사회복지사	
		초회	재방문[2]			
점수	병원급	1,441	1,008.71	917.75	579.29	108.3
	의원	1,441	1,008.71	917.75	579.29	108.3
금액[3]	병원급	104,180	72,930	66,350	41,880	7,830
	의원	113,840	79,690	72,500	45,760	8,560

주: 1) 필수인력(가정형 호스피스 담당의사, 전담간호사, 사회복지사 1급)이 모두 충족된 기간에만 산정 가능하며, 전담간호사는 호스피스전문간호사, 가정전문간호사 또는 호스피스전문기관에서 2년 이상 종사한 경력이 있어야 함.
2) 동일기관의 호스피스병동에서 퇴원한 환자의 경우 산정
3) 2017년 점수당 단가 병원급 이상 72.3원, 의원 79.0원 적용

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.

○ 임종돌봄 및 관리를 실시하는 경우 방문료의 30% 가산하며, 의사와 간호사가 동시에 방문한 경우에는 주된 방문료의 소정점수에 30% 가산함. 임종 돌봄 시 제공되는 서비스는 임종 준비 교육, 임종증상 관리, 사후처치 및 장례절차 안내임.

2) 기존 수가체계와의 차이

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업의 의사 방문료는 병원급과 의원으로 구분하여 차등 수가를 적용하나, 왕진의 경우 의료기관종별로 수가수준의 차이가 있음.

○ 또한 가정형 호스피스 1차 시범사업에서 의사의 교통비는 방문1회당 점수가 산정되나, 왕진료의 경우 거리 및 소요시간 등을 참작하여 사회통념상 인정할 수 있는 실비 범위 내에서 본인이 부담하도록 하여 교통비 산정방법에 차이가 있음.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 가정간호 서비스 제공 인력과 내용에 차이가 있으나, 수가 구성항목에는 차이가 없음.

– 가정형 호스피스에서는 호스피스팀이 가정에서 통증관리, 임종돌봄 등의 서비스를 제공하나, 가정간호는 가정간호 전문간호사가 간호, 투약 등을 제공하여 제공되는

서비스의 내용에 차이가 있음.

– 가정간호의 경우 교통비는 환자본인이 전액 부담함.

〈표 5〉 가정형 호스피스의 의사방문료와 왕진료 수가체계 비교

구분	가정형 호스피스 1차 시범사업	왕진료[1]
대상	· 말기암환자	· 보행의 곤란하거나, 불가능하여 환자나 환자보호자의 요청에 의해 의사가 방문
수가 체계	· 행위별수가제	· 행위별수가제
수가 구성	· 방문료(초회, 재회) · 진료항목별수가 · 교통비(정액점수)	· 진찰료(초진, 재진) · 행위별 진료수가 · 교통비(실비)

주: 1) 사회복지법에 따른 사회복지시설(노인장기요양보험법에 의한 장기요양기관을 포함)은 촉탁의나 협약의료기관의사에 의하여 건강관리가 이루어지고 있고, 시설 내 처방전 발행이 가능하므로 별도의 왕진료를 산정할 수 없음.

자료: 1) 보건복지부. 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016.06.
2) 보건복지가족부. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 개정안. 왕진료의 진료수가 산정방법. 보건복지가족부 고시 제2009-1222호(2009.6.29.)
3) 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2017년 2월판.

〈표 6〉 가정형 호스피스와 가정간호 수가체계 비교

구분	가정형 호스피스 1차 시범사업	가정간호
인력	· 전문의 1인 · 전담간호사 1인 · 전담사회복지사 1인	· 가정전문간호사[1]
수가 체계	· 행위별수가제	· 행위별수가제
수가 구성	· 방문료 · 진료항목별수가 · 교통비(점수)	· 가정간호 기본방문료 · 행위별 진료수가 · 교통비(점수)
서비스 내용	· 가정형 호스피스팀이 통증관리, 임종돌봄, 호스피스전문기관연계 등 지원	· 간호, 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련, 상담, 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰 등

주: 1) 의사 또는 한의사의 처방에 따라 방문

자료: 1) 보건복지부. 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016.06.
2) 보건복지부. 의료법 시행규칙 제24조(가정간호). 보건복지부령 제502호(2017.6.21.).
3) 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2017년 2월판.

3) 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계의 문제점

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 도입 시 병원과 의원 간의 인력확보 및 서비스 제공 수준에 차이가 없을 것이라는 가정 하에 동일점수를 산정함.

○ 그러나 최근 5년간 병원급에 비해 의원의 점수당 단가의 인상률이 높아, 병원급의 가정형 호스피스 시범사업기관에 비해 의원의 직종별 방문료 수준이 높은 역전현상이 심화됨.

– 최근 5년간(2014~2018년) 유형별 점수당 단가는 병원과 의원 각각 연평균 1.7%, 3.0% 증가함.

〈표 7〉 연도별 점수당 단가

(단위: 점, %)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	연평균 증가율
병원 (증가율)	68.8	70.0 (1.7)	71.0 (1.4)	72.3 (1.8)	73.5 (1.7)	(1.7)
의원 (증가율)	72.2	74.4 (3.0)	76.6 (3.0)	79.0 (3.1)	81.4 (3.0)	(3.0)

○ 최근 2018년 병원급의 점수당 단가가 73.5원, 의원 81.4원으로 계약됨에 따라 의원의 간호사 방문료가 병원급의 의사 재방문료 보다 높아지는 문제가 발생함.

〈표 8〉 연도별 가정형 호스피스 의사 및 간호사 방문료

(단위: 원)

의료기관 종별	2016년			2017년			2018년		
	의사 방문료		간호사 방문료	의사 방문료		간호사 방문료	의사 방문료		간호사 방문료
	초회	재방		초회	재방		초회	재방	
병원급 (A)	102,310	71,620	65,160	104,180	72,930	66,350	105,910	74,140	67,450
의원 (B)	110,380	77,270	70,300	113,840	79,690	72,500	117,300	82,110	74,700

2. 미국의 가정형 호스피스 운영체계

가. 가정형 호스피스 운영체계 및 성과

○ 미국에서는 1960년대 죽음과 삶의 질에 대한 관심이 증가하면서 호스피스 제도가 도입되어, 전체 호스피스 운영체계 내에서 입원형과 가정형 호스피스를 운영함.

○ 가정형 호스피스 대상자의 질병에 대한 제한은 없으나 기대여명이 6개월 미만인 말기 질환자를 대상으로 가정형 호스피스 서비스를 제공함. 주치의 또는 호스피스 담당 의사로부터 말기환자임을 인증 받아야 함.

– 말기환자임을 인증하는 기간은 늦어도 서비스 시작 후 2일 이내(서비스 제공 3일째까지)임. 질환(암, 비암)에 따라 세부 인증기준에 차이가 있으며, 대표적으로 환자의 보행, 섭취, 활동 가능 여부 등에 따라 환자의 상태를 구분한 PPS(Palliative Performance Scale) 등이 있음. PPS는 점수가 낮을수록 상태가 좋지 않음.

○ 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자로 인력이 구성되어, 의사진료, 간호사 방문, 사별 가족 상담 및 관리, 가사도우미(homemaker) 등의 서비스를 제공하고 있음.

○ 미국의 경우 입원하기 보다는 대부분 일반가정간호(RHC)를 이용하고 있어 가정형 호스피스가 활성화 됨. 이는 호스피스 이용환자의 입원일수가 전체 재원일수의 20%를 초과하지 못하도록 하는 급여제한을 두었기 때문일 것임.

○ 2015년 메디케어 환자의 48.6%가 호스피스를 이용하였으며, 2000년 이후 CMS가 호스피스 이용을 권장하면서 이용자가 급증함. 2000년에 비해 2014년 호스피스 이용환자 수는 2배 이상 증가하여 2014년 130만명이 호스피스를 이용하였고, 이는 비암환자들의 호스피스 이용이 증가하였기 때문인 것으로 보고됨[15].

– 호스피스 이용자의 평균 급여일수는 88.2일이며, 중앙값은 17일임[15].

○ 호스피스 기관 수는 2000년에 비해 2014년 81%가 증가하였으며, 영리기관의 비율이 2000년 30%에서 2014년 63%로 크게 증가함. 메디케어 호스피스 비용은 2000년 약 30억 달러에서 2014년 151달러로 약 3배 이상 증가함[15].

15) MedPAC, Report to the Congress: Medicare Payment Policy, 2016

〈표 9〉 미국의 호스피스 운영체계 및 성과

구분	내용
배경	– 1960년대 죽음과 삶의 질에 대한 관심 증가하면서 호스피스제도 도입
대상	– 암, 치매, 심장질환, 폐질환 등 질병 제한 없이 기대여명이 6개월 미만인 말기질환자
인력 구성	– 의사, 간호사 사회복지사, 성직자로 구성 · 의사1인당 환자 72~80명 · 간호사1인당 환자 13~15명 · 사회복지사1인당 환자 30~35명 · 성직자 1명당 72명
본인 부담	– 환자 본인부담 없음. – 외래 처방의약품 5% · 의약품 당 $5 초과하지 않음.
서비스 내용	– 주치의 또는 호스피스 담당의사가 말기환자임을 인증(서비스 주기마다 필요) – 의사진료, 간호, 처방약, 사별상담, 가사도우미(homemaker) 서비스, 의료사회서비스, 의료기기 용품 제공 등
효과 (성과)	– 1968년 제도 도입 초기에는 이용 저조 – 2000년 이후 CMS가 호스피스 이용을 권장하면서 이용자 급증. 2007년 메디케어 가입자 중 사망자의 40%가 이용 – 2000년에 비해 2014년 호스피스이용환자 수 2배 이상 증가. 2015년 메디케어 환자의 48.6%가 호스피스 이용 – 대부분 일반가정간호(RHC) 이용 – 일당정액제가 이용일수 증가 요인 – 호스피스를 장기이용 하는 환자 또는 너무 늦게 선택하여 단기간 이용하고 사망하는 환자로 인해 비효율성 존재

자료: 1) 이건세 등. 호스피스완화의료 관리지침 표준화 및 효율적 의료전달체계 구축. 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2009.
2) 김정희 등. 미국의 호스피스 제도 조사를 위한 국외 출장 보고서. 건강보험심사평가원. 2010.
3) 장윤정 등. 말기암환자 돌봄의 연속성 확보를 위한 가정호스피스 모델 도출. 보건복지부, 국립암센터. 2015.
4) CMS. Medicare Benefit Policy Manual. 2015.
5) MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2016.

나. 가정형 호스피스 수가체계[16)]

○ 미국의 가정형 호스피스 수가는 방문시간에 따른 차등수가제를 적용함.

○ 일반가정간호(RHC)의 경우 방문기간에 따른 차등수가제를 적용하여, 1~60일까지는 1일당 $191를 산정하고, 61일 이후부터는 $150(1~60일 수가의 78.5% 수준)을 보상함.

○ 8시간 이상 지속적인 서비스를 제공할 경우 시간당 $40.19(한화 약 4.5만원)를 산정하는 지속적 가정간호(CHC) 수가를 적용함.

– 지속적 가정간호(CHC)는 최대 24시간을 산정할 수 있음.

○ 호스피스 기관의 총 메디케어 지불금액이 2017년 기준 $28,405를 환자 수와 곱한 금액을 초과할 경우, 호스피스 기관은 초과된 금액을 메디케어에 상환해야 함.

○ 임종 시 방문 수가를 추가로 산정함. 사망 전 7일간 간호사와 사회복지사 방문에 대해 시간 당 $40.19을 산정할 수 있으며, 1일당 최대 4시간(약 18.2만원) 산정 가능함.

〈표 10〉 미국의 가정형 호스피스 수가체계

(단위: USD $, KRW 천원)

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">수가체계</th></tr>
<tr><td>가정방문</td><td>– 일반가정간호(RHC)
<table><tr><th>기간</th><th>USD</th><th>KRW</th></tr><tr><td>1~60일</td><td>191</td><td>216</td></tr><tr><td>61일+</td><td>150</td><td>170</td></tr></table></td><td>– 8시간 이상 방문 시 지속적 가정간호(CHC)
<table><tr><th>방문시간</th><th>USD</th><th>KRW</th></tr><tr><td>1hr</td><td>40.19</td><td>45</td></tr><tr><td>최대 24hr</td><td>965 ($40.19×24hr)</td><td>1,091</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>임종</td><td colspan="2">– 사망 전 7일 동안 간호사와 사회복지사 방문에 대한 추가 지불
· 시간(1hr)당 $40.19(약 4.5만원) 산정하고, 1일당 최대 4시간 산정 가능 ($160.76, 약 18.2만원)</td></tr>
</table>

주: 1) 단가는 일 기준 1$= 약 1,130원 적용(2017년 3월 기준)
자료: MedPAC. Hospice services payment system. payment basic. 2016.

16) MedPAC. Hospice services payment system. payment basic. 2016.

○ 미국의 경우 호스피스 질 평가자료 미제출 시 연지급액의 2%p 삭감하고[17], 대만의 경우 월 또는 주단위로 의사 및 간호사의 방문횟수를 제한하여 호스피스 서비스의 질 관리를 하고 있음.

○ 2014년 미국은 호스피스 질 보고 프로그램(Hospice quality reporting program)을 도입하여, 2014년 하반기에 질 보고 자료 미제출 시 2016년 지불 개정에 반영됨.

- 2014년 도입 초기 통증 관리 추적, 향후 질 측정 발전을 도울 수 있는 과정 영역에서 두 가지 항목의 질 보고를 실시하였고. 이후 2014년 7월 7개의 새로운 질 지표로 대체됨.

- 최근 2017년 4월에 죽음이 임박한 환자에게 제공된 서비스에 대한 질 측정 지표 2개 항목이 추가됨. 구체적인 측정 지표는 표와 같음.

〈표 11〉 미국 호스피스 질 보고 지표

구분	호스피스 질 보고 지표
2014년 기존 지표	· 통증 관찰(Pain screening) · 통증 평가(Pain assessment) · 호흡곤란 관찰(Dyspnea screening) · 호흡곤란 처치(Dyspnea treatment) · 치료 선호에 대한 문서화(Documentation of Treatment preferences) · 환자가 원할 경우 그의 신념과 가치에 대한 고려(Addressing Beliefs and values if desired by patient) · 마약성진통제(opioid) 사용 환자에게 장 정결(섭생) 제공(Provision of a bowel regimen for patients treated with an opioid)
2017년 신규 지표	· 사망 3일 이내에 RN(Registered Nurse), NP(Nurse Practitioner), 의사, 또는 진료보조 인력의 방문이 있었던 환자 비율 · 사망 7일 이내에 최소 2회 이상 사회복지사, 성직자, LPN(Licenced Practical Nurse), 또는 호스피스 보조원(Hospice Aide)의 방문이 있었던 환자 비율

자료: MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2017

17) MedPAC. Hospice services payment system. payment basic. 2016.

3. 일본의 가정형 호스피스 운영체계

가. 가정형 호스피스 운영체계 및 성과

○ 일본의 경우 입원형 호스피스를 운영하나 명시적으로 가정형 호스피스 제도가 없으며, 완화의료전문가에 의한 재택의료서비스 제공이 가능함[18].

○ 가정형 호스피스 서비스 제공 인력은 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자와 자원봉사자를 포함하여 구성됨. 가정방문, 임종돌봄 등의 서비스를 제공함.

○ 1990년 호스피스 제도 도입 후 기관 수가 급증하여 가입대상자를 말기암과 에이즈 질환자로 한정하여 전체적인 이용률을 낮춤.

〈표 12〉 일본의 호스피스 운영체계 및 성과

구분	내용
배경	– 1980년대 노인인구 증가 및 암 사망자 급증 · 말기환자의 사망 전 1개월 의료비가 전체 의료비의 3%
대상	– 명시적 가정형 호스피스 제도 없으나, 완화의료전문가에 의한 재택의료서비스 제공 가능
인력 구성	– 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 · 의사는 6년의 기본교육, 2년 훈련과정 후 국가고시 · 간호사는 3~4년의 기본교육 후 국가고시 · 사회복지사는 4년 기본교육 후 국가고시 · 성직자는 호스피스기관이 종교기관인 경우 근무 · 자원봉사자는 대부분 호스피스기관에서 활동
본인 부담	– 방문간호에 필요한 교통비는 환자가 부담
서비스 내용	– 가정방문, 임종돌봄 등
효과 (성과)	– 1990년 급여범위로 포함된 후 기관수 급증, 가입대상자를 말기암과 에이즈 질환자로 한정하여 전체적 이용률 낮음. – 통증 집중 관리 가능, 가족친화적 정서적 안정감을 주는 장점이 있음. – 문화적, 의료체계적 측면 등이 호스피스 발전의 장애요인으로 지적됨.

자료: 1) 김정희 등. 대만 · 일본 호스피스 연구 출장 결과보고서. 건강보험심사평가원. 2007.
2) 이건세 등. 호스피스완화의료 관리지침 표준화 및 효율적 의료전달체계 구축. 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2009.
3) 장윤정 등. 말기암환자 돌봄의 연속성 확보를 위한 가정호스피스 모델 도출. 보건복지부, 국립암센터. 2015.
4) 후생노동성. 2017년 진료보수표.

18) 장윤정 등. 말기암환자 돌봄의 연속성 확보를 위한 가정호스피스 모델 도출. 보건복지부, 국립암센터. 2015.

나. 가정형 호스피스 수가체계[19)]

○ 일본의 경우 재택환자 방문진료료와 방문간호지도료를 1일당으로 산정 가능하며, 방문간호 지도료의 경우 간호사의 자격(간호사, 완화의료 연수 수료 간호사 등)에 따라 수가수준에 차이가 있으며, 완화의료 연수 수료자의 경우 수가수준이 높음.

- 재택환자의 방문진료료는 자택에서 요양을 하는 통원이 곤란하여 가정에서 요양을 하고 있는 환자를 대상으로 하며, 의료기관 및 개호노인보건 시설에 입소하고 있는 환자는 산정대상에서 제외함.
- 계획적인 의학관리 하에서 정기적으로 주3회 방문하여 진료함. 급성질환 등의 경우 1개월에 1회 연속 14일까지 신청가능하고, 악성종양 및 후천성면역 결핍증의 경우 주 3회 이상 가능함.
- 진료시간이 1시간을 초과한 경우 30분 단위로 100점을 가산할 수 있음.
- 방문간호사지도료는 방문간호계획을 위해 보건사, 조산사, 간호사 및 보조간호사를 방문시켜서 간호 및 요양 상 필요한 지도를 시행하며, 주 3일 방문하고, 급성질환 등의 경우 1개월 당 1회 연속 14일까지 신청가능 함.
- 방문간호사지도료는 동일 건물 거주환자가 3명이상의 경우 환자 1인당 기존 방문간호사지도료의 약 50%를 적용함.

○ 일본에서는 재택 말기의료 종합진료료의 경우 후생노동성 지정기관 여부, 병상보유 유무, 처방전 교부 여부에 따라 수가수준에 차이가 있음.

- 재지진(재택 요양지원 진료소) 또는 재지병(재택 요양지원 병원)에서는 자택에서 요양을 하는 통원이 곤란한 말기의 악성종양환자를 대상으로 계획적인 의학관리 하에서 종합적인 방문진료 및 방문간호를 제공함.
- 후생노동성 지정기관이면서 병상을 보유할 경우와 처방전 미교부 시 수가수준이 높음.

○ 재택으로 악성종양의 진통요법 또는 화학요법을 하고 있는 말기 악성종양환자에게 가정에서 주사로 진통제 또는 악성 종양제를 제공하여 진통치료 또는 화학요법을 제공한 경우 재택악성종양환자 지도관리료 1,500점을 산정 가능함.

19) 후생노동성. 2017년 진료보수표.

– 재택악성종양환자 지도관리료를 산정하기 위해 야간에 간호사 1명 이상이 배치되어야 함.

○ 임종 시 진료와 사망진단을 한 경우 재택말기 가산을 산정할 수 있음. 임종 시 왕진 및 진료가산을 산정한 경우 사망진단 가산을 산정할 수 없음.

〈표 13〉 일본의 가정형 호스피스 수가체계

(단위: JPY 점, KRW 천원)

<table>
<tr><th>구분</th><th>수가체계</th></tr>
<tr><td>가정 방문</td><td>

– 재택환자 방문진료료

<table>
<tr><th>구분</th><th>JPY</th><th>KRW</th></tr>
<tr><td>일반</td><td>833</td><td>83</td></tr>
<tr><td>해당 진료일 동일건물 내 거주자</td><td>203</td><td>20</td></tr>
</table>

– 재택환자 방문간호 · 지도료

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>JPY</th><th>KRW</th></tr>
<tr><td rowspan="2">보건사, 조산사, 간호사</td><td>주 3일 이전</td><td>580</td><td>58</td></tr>
<tr><td>주 3일 이후</td><td>680</td><td>68</td></tr>
<tr><td rowspan="2">준간호사</td><td>주 3일 이전</td><td>530</td><td>53</td></tr>
<tr><td>주 3일 이후</td><td>630</td><td>63</td></tr>
<tr><td rowspan="3">간호사가 동시에 추가 방문간호를 진행하는 경우</td><td>보건사, 조산사, 간호사</td><td>430</td><td>43</td></tr>
<tr><td>준간호사</td><td>380</td><td>38</td></tr>
<tr><td>간호조수</td><td>300</td><td>30</td></tr>
<tr><td colspan="2">완화의료 또는 욕창케어 관련 연수 수료 간호사</td><td>1285</td><td>129</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

주: 1) 단가는 일 기준 1점= 10.1엔 적용(2017년 3월 기준)
자료: 후생노동성. 2017년 진료보수표.

(계속)

가정 방문

– 재택암의료 종합진료료(재택 말기의료 종합진료료)

구분			JPY	KRW
지정 기관[1]	병상 보유	처방전 교부	1,800	180
		처방전 미교부	2,000	200
	병상 미보유	처방전 교부	1,650	165
		처방전 미교부	1,850	185
그 외 기관		처방전 교부	1,495	150
		처방전 미교부	1,685	169

주: 1) 후생노동성 지정기관
2) 재택 방문진료료와 재택 방문간호 · 지도료를 포함하나, 각 수가에서 규정하는 재택말기, 임종 시 추가가산 적용 가능

– 재택악성종양환자 지도관리료(주사로 진통제 및 항악성종양제 실시)

JPY	KRW
1,500	150

임종

– 임종 전 방문 시 재택환자 방문진료료에 추가

재택환자 재택말기 가산

구분	JPY	KRW
임종 시 왕진 및 진료가산	3,000	300
사망 진단한 경우	200	20

주: 1) 단가는 일 기준 1엔= 10.1원 적용(2017년 3월 기준)
자료: 후생노동성. 2017년 진료보수표.

4. 대만의 가정형 호스피스 운영체계

가. 가정형 호스피스 운영체계 및 성과

○ 대만의 경우 전체 호스피스 운영체계 내에서 가정형 호스피스를 운영하며, 질병과 기대여명에 대한 제한 없이 호스피스 이용이 가능함.

○ 가정형 호스피스 서비스 제공 인력은 의사, 간호사, 사회복지사로 구성되어 80시간 이상 교육시간을 이수해야 함.

○ 호스피스 전담인력이 방문간호를 24시간, 주 7일간 제공하고, 특히 환자 및 가족 교육, 사별관리 등의 호스피스 서비스를 제공함.

○ 대만의 경우 입원형 호스피스에 비해 가정형 호스피스는 발전 속도는 느리지만[20], 적절한 돌봄 제공으로 의사와 환자 간의 좋은 관계를 구축하고 있음.

○ 2014년 가정형 호스피스 이용자는 약 6천명이며, 가정형 호스피스 이용은 생애말기 환자의 의료비 절감 효과를 가져왔다고 보고됨[21].

〈표 14〉 대만의 호스피스 운영체계 및 성과

구분	내용
배경	– 불필요한 의료자원을 낭비하는 상황을 개선하여 말기암환자의 케어의 질 향상 · 말기암환자가 급성병상에서 적극적인 치료를 받아 환자는 고통, 가족은 부담되는 상황
대상	– 1996년 가정형 호스피스 시범사업 실시 – 기대여명 또는 질환 제한 없음.
인력 구성	– 의사, 간호사 사회복지사로 구성 · 의사는 80시간 이상의 교육을 받은 상근직, 매해 20시간 이상의 보수교육 이수 · 간호사는 2년 이상의 내과 및 외과 병동 근무 경력자, 20시간 실습을 포함한 80시간 교육이수, 환자: 간호사 비율 1:1 ,최소 1인 이상의 상근직, 가정형 호스피스 방문건수가 월 45건 이상일 경우 간호사 1인 추가, 매해 20시간 이상의 보수 교육 이수 · 사회복지사는 최소 100시간 이상의 교육 이수, 최소 1인 이상의 상근직, 매해 20시간 이상의 보수교육 이수
본인 부담	– 환자 본인부담 없음.

자료: 1) 김정희 등. 대만 · 일본 호스피스 연구 출장 결과보고서. 건강보험심사평가원. 2007.
2) 이건세 등. 호스피스완화의료 관리지침 표준화 및 효율적 의료전달체계 구축. 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2009.
3) 장윤정 등. 말기암환자 돌봄의 연속성 확보를 위한 가정호스피스 모델 도출. 보건복지부, 국립암센터. 2015.

20) 장윤정 등. 말기암환자 돌봄의 연속성 확보를 위한 가정호스피스 모델 도출. 보건복지부, 국립암센터. 2015.
21) Chen LF et al. Home-Based Care Reduces End-of-Life Expenditure in Taiwan: A Population Based Study. Medicine. 2015; 94(38): 1-6.

(계속)

서비스 내용	– 등록 시 환자의 상황과 문제, 복용중인 약과 가족관계에 대한 상황이 포함된 사전의료 의향서(the letter of intent) 있어야 함. – 전담인력이 방문간호를 24시간, 주7일 제공 – 환자 및 가족 교육, 사별관리를 제공
효과 (성과)	– 환자 권익 및 호스피스 질 보장 – 사회전체자원을 효율적으로 이용할 수 있도록 함 – 적절한 돌봄(care) 제공으로 의사와 환자 간 좋은 관계 구축 – 환자 가족들이 원활히 사회로 복귀할 수 있도록 함. – 가정형 호스피스는 입원형 서비스에 비해 발전 속도 느림. – 2014년 가정형 호스피스 이용자 약 6천명

자료: 1) 김정희 등. 대만 · 일본 호스피스 연구 출장 결과보고서. 건강보험심사평가원. 2007.
2) 이건세 등. 호스피스완화의료 관리지침 표준화 및 효율적 의료전달체계 구축. 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2009.
3) 장윤정 등. 말기암환자 돌봄의 연속성 확보를 위한 가정호스피스 모델 도출. 보건복지부, 국립암센터. 2015.

나. 가정형 호스피스 수가체계

○ 인력확보 수준을 갑과 을로 구분하여 의사방문료와 간호사 방문료에 차등을 두며, 을의 수가는 갑의 수가의 약 57% 수준임.

– 이때 갑의 인력확보 수준은 전담 의사, 풀타임 간호사, 사회복지사로 구성되어 40시간의 연수과정을 포함하여 80시간의 교육을 받는 경우이며, 을의 인력확보 수준은 의사, 간호사로 구성되어 30시간의 교육을 받는 경우임.

〈표 15〉 대만 호스피스 인력의 교육이수 시간

구분	갑	을
기준	· 전담 의사, 풀타임 간호사 및 사회복지사로 구성 · 80시간 교육(40시간 연수 과정 포함)과 연간 20시간 교육을 받은 자	· 의사, 간호사로 구성 · 30시간 교육(8시간의 e-learning 포함)

자료: 대만 위생복리부. 전국민건강보험 의료서비스급부 및 지급기준

○ 또한 간호사 방문료의 경우 방문지역에 따른 차등수가제를 적용하며, 일반 지역에 비해 산간·도서 지역에 방문 시 수가수준이 높음.

○ 대만에서는 의사와 간호사는 수급건당 매주 2회 방문을 원칙으로 하며, 매월 방문 횟수는 45회로 제안함. 만약 환자의 병세에 현저한 변화가 있어 매주 2회 이상 방문이 필요한 경우 방문 진료기록에 추가 방문이 필요한 사유를 상세히 기술하여 서면 보고 해야 함.

〈표 16〉 대만의 가정형 호스피스 수가체계

(단위: TWD 점, KRW 천원)

<table>
<tr><th>구분</th><th>수가체계</th></tr>
<tr><td>가정방문</td><td>

– 의사 방문료(갑 그룹)

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>TWD</th><th>KRW</th></tr>
<tr><td rowspan="2">일반 지역</td><td>재택</td><td>1,553</td><td>73</td></tr>
<tr><td>기관</td><td>1,242</td><td>58</td></tr>
<tr><td rowspan="2">산간, 도서 지역</td><td>재택</td><td>1,709</td><td>80</td></tr>
<tr><td>기관</td><td>1,367</td><td>64</td></tr>
</table>

주: 1) 수급건당 매주 2회 방문을 원칙으로 하며, 만약 환자의 병세에 현저한 변화가 있어 매주 2회 이상 방문이 필요한 경우 비용을 서면보고할 때 방문간호 기록을 첨부하고 이유를 상세히 기술해야 함.
2) 모든 의사의 매월 방문횟수는 45회로 제한함. 방문간호 시간은 1시간 이내로 함.

– 간호사 방문료(갑 그룹)

<table>
<tr><th colspan="3">구분</th><th>TWD</th><th>KRW</th></tr>
<tr><td rowspan="4">일반 지역</td><td rowspan="2">1시간 이내 방문</td><td>재택</td><td>1,650</td><td>77</td></tr>
<tr><td>기관</td><td>1,320</td><td>62</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1시간 이상 방문</td><td>재택</td><td>2,250</td><td>105</td></tr>
<tr><td>기관</td><td>1,800</td><td>84</td></tr>
<tr><td rowspan="4">산간, 도서 지역</td><td rowspan="2">1시간 이내 방문</td><td>재택</td><td>1,815</td><td>85</td></tr>
<tr><td>기관</td><td>1,452</td><td>68</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1시간 이상 방문</td><td>재택</td><td>2,475</td><td>116</td></tr>
<tr><td>기관</td><td>1,980</td><td>93</td></tr>
</table>

주: 1) 수급건당 매주 2회 방문을 원칙으로 하며, 만약 환자의 병세에 현저한 변화가 있어서 매주 2회 이상 방문이 필요한 경우 비용을 서면보고할 때 방문 진료기록을 첨부해야하고 이유를 상세히 기술해야 함.
2) 모든 간호 인력의 매월 방문횟수는 45회로 제한함.
3) 간호사 방문간호비에 정해진 금액에는 방문간호, 간호사 서비스, 치료처치, 대체약, 대체 신체검사 및 검사비, 치료재료 및 전산자료 처리 등의 비용을 포함함.

</td></tr>
</table>

(계속)

<table>
<tr><td>임종</td><td>– 임종 시 간호사 방문 간호비
<table>
<tr><th>임종환자
방문 간호비</th><th>TWD</th><th>KRW</th><th>간호사 방문료[1)]
와의 차액</th></tr>
<tr><td>일반</td><td>5,000</td><td>234</td><td>약 13만원</td></tr>
<tr><td>산간, 도서 지역</td><td>5,500</td><td>257</td><td>약 15만원</td></tr>
</table>
주: 1) 인력기준이 갑이고, 1시간 이상 방문 기준 간호사방문료
2) 임종환자 방문간호 또는 활동도(ECOG)가 3점 이상인 환자에 한하며 실제 방문간호 시간이 2시간 이상일 경우 서면보고 해야 함.
3) 인력기준이 갑과 을 모두 신청 가능
4) 가족의 애도 상담도 가정형 호스피스에 포함</td></tr>
</table>

주: 1) 단가는 일 기준 1$(TWD)= 약 39원 적용(2017년 3월 기준)
자료: 대만 위생복리부. 전국민건강보험 의료서비스급부 및 지급기준

○ 임종돌봄 제공 시 기존 간호사 방문료 보다 높은 수준으로 임종환자 방문 간호비를 산정할 수 있음.

제3장 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과평가

1. 개요

○ 가정형 호스피스 시범사업의 개선방향을 설정하기 위해서는 1차 시범사업 효과를 평가하여 개선이 필요한 영역을 확인하는 것이 선행되어야 함. 이를 위해 가정형 호스피스 1차 시범사업의 효과를 다각적으로 평가할 수 있는 구조화된 평가지표를 개발하는 것이 중요함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과 평가지표 개발 시 평가지표의 적절성과 타당성을 높이기 위해 선험국의 호스피스 평가지표를 고찰하여 반영할 필요가 있으며, 가정형 호스피스 1차 시범사업의 기본 방향과 제공되어야 할 서비스가 고려되어야 할 것임.

○ 외국에서는 가정형 호스피스 등록 또는 이용환자를 대상으로 환자상태, 의료이용 현황, 진료비용, 삶의 질, 환자 및 가족의 만족도 등을 평가함.

- 가정형 호스피스를 받은 말기암환자의 통증, 통증지속기간 등의 지표로 환자상태를 분석하여 통증관리가 잘 되고 있음을 평가함. 그 외 구토, 우울증 등 신체적, 정신적 상태에 대해서 평가함.
- 가정방문 횟수 및 빈도, 방문시간, 마약성 진통제 처방패턴, 재택 전환율 및 다른 기관으로의 전환이 있었는지 등 의료이용 현황 및 다른 서비스로의 연계율을 평가함.
- 진료비는 가정형 호스피스 이용환자 1인당 진료비용과 임종 전 1개월의 비용을 분석함.
- 또한 임종 장소 및 자택임종률을 분석하여 가정에서 사망하고 있는지를 평가하며, 임종 3일 전 죽음의 질(QOD)[22]을 측정함.

22) 좋은 죽음이란 익숙한 환경에서, 존엄과 존경을 유지한 채, 가족 친구와 함께, 고통없이 죽어가는 것임.

〈표 17〉 외국의 호스피스 효과 평가지표

구분	평가지표
환자상태	· 신체기능(ADL지수), 인지기능 · 신체 및 정신적 고통, 통증, 통증지속기간 · 기타 증상(구토, 호흡곤란, 우울증, 수면문제 및 불면증, 변비 등)
의료이용	· 의사 및 간호사 방문횟수, 가정방문빈도, 간호사 방문시간 · 마약성 진통제(opioid) 처방패턴 · 다른기관으로의 전원, 재택 전환율 · 병동 입원율 및 입원기간 · 응급실, 의원 방문
비용	· 의료비용(약제비, 응급의료, 재택의료장비 등) · 환자1인당 의료비용
임종	· 임종장소, 자택임종률 · 임종 1개월 전 의료비
삶 및 죽음의 질	· QOL · QOD(Quality of Death, 임종 3일 전)
만족도	· 환자 및 가족의 서비스 만족도

자료: 1) Campbell DE et al. Medicare Program Expenditures Associated with Hospice Use. Ann Intern Med. 2004; 140(4): 269-277.
2) Dhilwal SR et al. Impact of Specialist Home-Based Palliative Care Services in a Tertiary Oncology Set Up: A Prospective Non-Randomized Observational Study. Indian J Palliat Care. 2015; 21(1): 28-34.
3) Enguidanos SM et al. Home-based palliative care study site of death, and costs of medical care for patients with congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. J Soc Work End Life Palliat Care. 2005; 1(3): 37-56.
4) Finlay IG et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. Ann Oncol. 2002; 13(4): 257-264.
5) Grand GE et al. A Randomised Controlled Trial of a Hospital at Home Service for the Terminally Ill. Palliat Med. 2000; 14(5): 375-385.
6) HigginsonIs IJ et al. is there evidence that palliative care teams alterend of life experiences of patients and their caregivers. J Pain Symptom Manage. 2003; 25(2):150-168
7) Hughes SL et al. A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. Helath Serv Res. 1992; 26(6): 801-17
8) Kim SH et al. Evaluation of a Home-Based Hospice and Palliative Care Program in a Community Health Center in Korea. Asian Nurs Res(Korean Soc Nurs Sci). 2009; 3(1): 24-30.
9) Lustbader D et al. The Impact of a Home-Based Palliative Care Program in an Accountable Care Organization. J Palliat Med. 2017; 20(1): 23-28
10) Miccinesi G et al. Palliative home care reduces time spent in hospital wards a population-based studyin the Tuscany region, Italy. Cancer Causes Control. 2003; 14(10):971-977.
11) Miller SC et al. Government expenditures at the end of life for short- and long-stay nursing home residents differences by hospice enrollment status. J Am Geriatr Soc. 2004; 52(8): 1284-1292.

(계속)

12) Morris JN et al. The effect of treatment setting and patient characteristics on pain in terminal cancer patients a report from the National Hospice Study.J Chron Dis.1986; 39(I): 27-35.
13) Parkes MC. et al. Home or Hospital Terminal care as seen by surviving spouses. J R Coll Gen Pract. 1978: 28(186); 19-30.
14) Pyenson B et al. Medicare cost in matched hospice and non-hospice cohorts. J Pain Symptom Manage. 2004; 28(3): 200-210.
15) Shnoor Y et al. The cost of home hospice care for terminal patients in Israel. Am J Hosp Palliat Care. 2007; 24(4): 284-290.
16) Tamir O et al. Taking care of terminally- ill patients at home _ the economic perspective revisited. Palliat Med. 2007; 21(6): 537-541.
17) Tzala S et al. Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. Eur J health Econ. 2005; 6(2): 102-106.
18) Wallston KA et al. Comparing the quality of death for hospice and non-hospice cancer patients. Med Care. 1988;26(2):177-182.
19) Zimmer JG et al. randomized controlled study of a home health care team. AJPH. 1985; 75(2): 134-141.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업의 기본방향은 입원형 호스피스와 밀접하게 연계되도록 하는 것이며, 환자평가, 돌봄계획 수립, 통증조절, 임종돌봄 등의 서비스가 제공되어야 함.

· 환자평가, 돌봄계획 수립, 신체적 돌봄(통증조절, 통증 외 신체증상 조절), 심리적, 영적, 사회적 돌봄, 임종 돌봄(임종 준비 교육, 임종증상 관리, 사후처치 및 장례절차 안내), 24시간 주7일 상담전화, 검사, 장비 대여, 연계 및 의뢰 등

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 효과를 다각적으로 평가하기 위한 지표는 표18과 같음.

○ 가정형 호스피스의 접근성 수준을 평가하고, 가정형 호스피스의 진입, 이용, 사망까지 경과별로 의료이용 현황과 의료이용 과정과 사망 전 의료비를 측정하며, 만족도 및 응급실 방문율을 분석하여 가정형 호스피스 1차 시범사업의 효과를 평가함.

〈표 18〉 가정형 호스피스 효과평가 틀

구분		평가지표
접근성	구조적	· 가정형 호스피스 시범사업기관의 의료기관종별 지역 분포, 병상수 등 · 인력확보수준
의료이용 (Utilization)	진입	· 가정형 호스피스 이용환자수 · 입원형 호스피스 전문기관에서의 연계율 · 제공인력의 이동시간 및 방문시간
	이용	· 직종별(의사, 간호사 등) 방문일수, 환자1인당 방문일수 · 신체적 돌봄 서비스 이용 현황 · 통증관리(마약성진통제 처방) · 가정형 호스피스 처음 이용 후 입원형 호스피스 이용
	사망	· 사망환자수 및 사망전 가정형 호스피스 이용 기간 · 자택 임종률
비용 (Cost)	이용	· 진료비 및 진료비 구성(방문비용, 투약 및 주사, 처치 및 수술 등) · 방문1일당 진료비 · 환자1인당 진료비
결과 (outcome)	정성적	· 환자 및 가족의 만족도
	정량적	· 입원형 호스피스 전문기관 외 응급실 방문환자수 비율 · 입원형 호스피스 전문기관 외 응급실을 통한 입원 환자수 비율

2. 접근성

가. 시범사업기관 특성

○ 2016년 말 기준 가정형 호스피스 시범사업기관 수는 21개소로, 입원형 호스피스 전문기관 76개소의 27.6%에 해당하여 가정형 호스피스 참여율이 낮음.

○ 상급종합병원과 종합병원 입원형 호스피스 전문기관에 비해 병원은 가정형 호스피스 시범사업 참여율이 가장 낮음. 또한 민간병원의 참여율이 가장 낮음.

○ 특히 17개 시도 중 광주, 강원, 경북 등 8개 시도에서 가정형 호스피스 시범사업기관이 없어 해당 지역에서는 가정형 호스피스의 접근성이 낮을 수 있음.

○ 가정형 호스피스 시범사업기관과 입원형 호스피스 전문기관 간의 병상수에는 차이가 없음.

나. 인력확보 수준

○ 2016년 가정형 호스피스 1차 시범사업기관에서 제출한 인력현황 자료를 분석한 결과, 의원에 비해 병원급의 의사와 간호사의 의료인력 확보수준이 높음.

〈표 19〉 시범사업기관당 평균 의사 수 및 간호사 수

(단위: 명, %)

구분	종별	기관당 평균 인력현황	의료기관수			
			전체	인력 수		
				1명	2명	3명
의사	병원급	1.7	18 (100)	7 (38.9)	9 (50.0)	2 (11.1)
	의원	1.0	3 (100)	3 (100)	–	–
간호사	병원급	1.2	18 (100)	13 (72.2)	4 (22.2)	1 (5.6)
	의원	1.0	3 (100)	3 (100)	–	–

자료: 「가정형 호스피스완화의료 인력 [신규·변경] 운영현황 통보서」 자료 활용

〈표 20〉 가정형 호스피스 시범사업기관 특성

(단위: 개소, %)

구분		입원형 (A)	가정형 (B)	(B/A)
의료기관 종별	상급종합병원	16 (21.1)	8 (38.1)	(50.0)
	종합병원	38 (50.0)	9 (42.9)	(23.7)
	병원	10 (13.2)	1 (4.8)	(10.0)
	의원	12 (15.8)	3 (14.3)	(25.0)
시도	서울	13 (17.1)	4 (19.0)	(30.8)
	부산	5 (6.6)	1 (4.8)	(20.0)
	대구	7 (9.2)	3 (14.3)	(42.9)
	인천	4 (5.3)	2 (9.5)	(50.0)
	광주	3 (3.9)	–	
	대전	3 (3.9)	1 (4.8)	(33.3)
	울산	1 (1.3)	1 (4.8)	(100)
	세종	–	–	
	경기	16 (21.1)	7 (33.3)	(43.8)
	강원	3 (3.9)	–	
	충북	2 (2.6)	–	
	충남	1 (1.3)	–	
	전북	6 (7.9)	1 (4.8)	(16.7)
	전남	4 (5.3)	1 (4.8)	(25.0)
	경북	3 (3.9)	–	
	경남	3 (3.9)	–	
	제주	2 (2.6)	–	
기관유형	공공병원	24 (31.6)	4 (19.0)	(16.7)
	민간병원	10 (13.2)	1 (4.8)	(10.0)
	종교계	30 (39.5)	11 (52.4)	(36.7)
	지역암센터	12 (15.8)	5 (23.8)	(41.7)
병상수[1]	≤15	39 (51.3)	11 (52.4)	(28.2)
	16+	37 (48.7)	10 (47.6)	(27.0)
전체		76 (100)	21 (100)	(27.6)

주: 1) 신규 의료기관의 경우 최대 29개 병상 설치 가능. 단 3실 이상, 1실당 5개 병상 설치 가능함.

3. 의료이용

가. 가정형 호스피스 이용환자수

○ 가정형 호스피스 이용환자는 1,106명으로, 2016년 입원형 호스피스 전문기관 이용환자 13,869명의 8%에 해당함.

– 2015년 암 사망자 중 입원형 완화의료 서비스 이용률은 15.0%임[23].

○ 대부분 건강보험 환자(93.7%)이고, 여자보다 남자가 많고, 70대가 31.6%로 가장 많음. 가정형 호스피스 이용환자의 주진단명은 폐암, 위암, 간암, 췌장암, 결장암 순으로 많으며, 이들은 전체 환자의 58.3%를 차지함.

〈표 21〉 가정형 호스피스 이용환자 특성

(단위: 명, %)

구분		환자수
성별	남	597 (54.0)
	여	509 (46.0)
연령	60세미만	231 (20.9)
	60~69세	268 (24.2)
	70~79세	350 (31.6)
	80세 이상	257 (23.2)
질병	1 폐암(C34)	176 (15.9)
	2 위암(C16)	134 (12.1)
	3 간암(C22)	121 (10.9)
	4 췌장암(C25)	116 (10.5)
	5 결장암(C18)	98 (8.9)
의료보장유형	건강보험	1,036 (93.7)
	의료급여	70 (6.3)
전체		1,106 (100)

23) 호스피스완화의료. 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016.

○ 가정형 호스피스 이용환자 대부분은 상급종합병원과 종합병원을 이용하며, 의원에 비해 병원 이용환자 수가 적음.

- 가정형 호스피스 이용환자의 48.2%가 상급종합병원을 이용하고, 39.2%가 종합병원을 이용하며, 이는 전체 가정형 호스피스 이용환자의 87.4%에 해당함.

○ 건강보험의 경우 상급종합병원을 가장 많이 이용하였고, 의료급여의 경우 종합병원을 가장 많이 이용함. 한편 건강보험과 의료급여 모두 병원 이용환자 수가 가장 적음.

〈표 22〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자수

(단위: 명, %)

시범사업기관 종별	전체	건강보험	의료급여
상급종합병원	533 (48.2)	517 (49.9)	16 (22.9)
종합병원	434 (39.2)	395 (38.1)	39 (55.7)
병원	57 (5.2)	51 (4.9)	6 (8.6)
의원	84 (7.6)	75 (7.2)	9 (12.9)
전체	1,106 (100)	1,036 (100)	70 (100)

주: 의료기관 종별 가정형 호스피스 시범사업기관 이용환자 수에 중복 있음.

나. 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스로 연계 현황

○ 2016년에 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원한 환자 3,838명 중 7.0%(267명)가 가정형 호스피스로 연계됨.

- 2016년 입원형 호스피스 전문기관에서 입원 후 사망한 환자는 제외함.

○ 가정형 호스피스 이용환자 1,106명의 24.1%(267명)가 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계됨.

- 가정형 호스피스를 이용한 건강보험 환자 1,036명 중 24.3%가 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계되었고, 의료급여 환자 70명 중 21.4%가 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계됨.

○ 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 대부분 동일기관의 가정형 호스피스로 연계되었고, 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 타기관의 가정형 호스피스로 연계된 경우는 적음.

– 가정형 호스피스로 연계된 환자 267명 중 92.5%는 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 동일기관의 가정형 호스피스로 연계됨.

– 건강보험과 의료급여 모두 대부분 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 동일기관에서 가정형 호스피스를 제공받고 있음.

〈표 23〉 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스로의 연계 현황

(단위: 명, %)

구분		전체			건강보험			의료급여		
연계	전체	267	(24.1)	(100)	252	(24.3)	(100)	15	(21.4)	(100)
	동일기관	247	(22.3)	(92.5)	233	(22.5)	(92.5)	14	(20.0)	(93.3)
	타기관	20	(1.8)	(7.5)	19	(1.8)	(7.5)	1	(1.4)	(6.7)
전체		1,106	(100)		1,036	(100)		70	(100)	

○ 가정형 호스피스로 연계된 환자는 대부분 상급종합병원과 종합병원의 가정형 호스피스로 연계됨.

– 가정형 호스피스로 연계된 환자 267명 중 69.3%는 상급종합병원의 가정형 호스피스로 연계되었고, 종합병원 53.0%, 의원 6.0%, 병원 4.9% 순임.

– 건강보험과 의료급여 모두 상급종합병원과 종합병원의 가정형 호스피스로 연계됨.

〈표 24〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 연계된 환자수

(단위: 명, %)

의료보장유형	전체		가정형 호스피스 시범사업기관 종별							
			상급종합병원		종합병원		병원		의원	
건강보험	252	(100)	179	(71.0)	47	(18.7)	12	(4.8)	14	(5.6)
의료급여	15	(100)	6	(40.0)	6	(40.0)	1	(6.7)	2	(13.3)
전체	267	(100)	185	(69.3)	53	(19.9)	13	(4.9)	16	(6.0)

○ 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계된 환자는 대부분 동일지역(시도)으로 연계되었으며, 서울, 경기, 인천, 울산지역에서 입원형 호스피스에서 가정형 호스피스로 가장 많이 연계되고 있음.

– 타 지역으로 연계되더라도 서울 근교 또는 도내에서 연계됨.

〈표 25〉 입원형에서 가정형 호스피스로의 연계 지역

(단위: 명, %)

동일 지역	환자수		타지역	환자수	
서울 → 서울	113	(42.8)	서울 → 경기	1	(33.3)
경기 → 경기	46	(17.4)			
대구 → 대구	5	(1.9)			
대전 → 대전	15	(5.7)	인천 → 서울	1	(33.3)
부산 → 부산	6	(2.3)			
울산 → 울산	31	(11.7)			
인천 → 인천	39	(14.8)	전남 → 전북	1	(33.3)
전남 → 전남	5	(1.9)			
전북 → 전북	4	(1.5)			
전체	264	(100)	전체	3	(100)

○ 가정형 호스피스로 연계된 환자의 82.0%는 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 7일 이내 가정형 호스피스 시범사업기관으로 연계되었으며, 누적으로 14일 이내 연계된 환자가 86.1%, 30일 이내 연계된 환자가 94.8%를 차지함.

〈표 26〉 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스로의 연계 기간별 환자 수

(단위: 명, %)

구분	전체		연계 기간별 누적 환자수						
			7일 이내		14일 이내		30일 이내		30일 이후
환자수	267	(100)	219	(82.0)	230	(86.1)	253	(94.8)	267 (100)

다. 가정형 호스피스 제공인력의 이동시간 및 방문시간

1) 이동시간

○ 가정형 호스피스 방문을 위한 이동시간을 파악하기 위해 청구명세서에 기재된 이동시간(분)을 분석함.

○ 가정형 호스피스 이용환자의 가정에 방문하기 위한 이동시간(편도)은 평균 약 27분이 소요되고, 최소 1분에서 최대 135분(약 2시간 15분)까지 다양함.

○ 의사, 간호사, 사회복지사의 직종별 가정방문을 위한 평균 이동시간에는 큰 차이가 없으나, 의사와 사회복지사에 비해 간호사의 최대 이동시간이 가장 길었음.

○ 건강보험과 의료급여는 가정형 호스피스 이용환자의 가정에 방문하기 위한 이동시간에 차이가 없었으며, 사회복지사의 경우 건강보험에 비해 의료급여의 가정에 방문하기 위한 이동시간이 짧았음.

〈표 27〉 가정형 호스피스 제공인력별 가정방문을 위한 이동시간

(단위: 분)

의료보장유형	이동시간		전체	직종별		
				의사	간호사	사회복지사
건강보험	평균		26.9	28.6	26.9	24.5
		최소	2	2	2	10
		최대	135	90	135	60
의료급여	평균		26.1	24.6	26.3	15.6
		최소	1	3	1	10
		최대	100	58	100	30
전체	평균		26.8	28.1	26.8	23.3
		최소	1	2	1	10
		최대	135	90	135	60

2) 방문시간

○ 가정형 호스피스의 가정방문 시간은 청구명세서에 기재된 방문시작 시간과 종료시간을 기준으로 분석함.

– 가정형 호스피스 이용환자의 가정 방문시간 분석 시 임종방문 건은 제외함.

○ 가정형 호스피스 이용환자의 가정방문 시 평균 약 50분 동안 의료서비스 제공하고, 최소 5분에서 최대 220분(약 3시간 40분)까지 다양함.

○ 의사, 간호사, 사회복지사의 직종별 방문시간에는 차이가 있었으며, 사회복지사가 54.6분으로 가장 길었고, 간호사 51.1분이고, 의사 39.8분으로 가장 짧았음.

○ 의사, 간호사, 사회복지사 모두 건강보험에 비해 의료급여의 평균 방문시간이 짧았음. 그러나 건강보험에 비해 의료급여의 경우 가정에 기본방문(최소값) 시간이 더 길었음.

〈표 28〉 가정형 호스피스 제공인력별 가정방문을 위한 방문시간

(단위: 분)

의료보장유형	방문시간		전체	직종별		
				의사	간호사	사회복지사
건강보험	평균		50.5	40.0	51.4	54.8
		최소	5	5	5	15
		최대	220	150	220	170
의료급여	평균		46.9	37.9	47.6	53.5
		최소	8	8	10	20
		최대	145	120	145	130
전체	평균		50.2	39.8	51.1	54.6
		최소	5	5	5	15
		최대	220	150	220	170

라. 방문일수

1) 직종별 방문일수

○ 가정형 호스피스 시범사업기관 21개소 중 종합병원 1개소에서는 의사가 가정에 방문하지 않음.

〈표 29〉 가정형 호스피스 제공인력별 가정방문 여부

(단위: 명, %)

의료기관종별	전체	의사방문	간호사	사회복지사
상급종합병원	8 (100)	8 (100)	8 (100)	8 (100)
종합병원	9 (100)	8 (88.9)	9 (100)	9 (100)
병원	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)
의원	3 (100)	3 (100)	3 (100)	3 (100)
전체	21 (100)	20 (95.2)	21 (100)	21 (100)

○ 간호사는 가정형 호스피스 이용환자의 가정에 가장 많이 방문하고, 사회복지사가 가장 적게 방문함.

○ 의사는 초회방문보다 재방문이 더 많았으며, 이는 동일기관의 호스피스 병동에서 퇴원한 환자의 경우에는 재방문료를 산정하기 때문에 재방문이 더 많을 가능성이 있음.

○ 병원급에 비해 의원에서 의사의 재방문이 더 많았음.

〈표 30〉 가정형 호스피스 제공인력별 방문일수

(단위: 일)

구분	의사			간호사	사회복지사
	전체	초회방문	재방문		
병원급	875 (100)	404 (46.2)	471 (53.8)	8,456	600
의원	170 (100)	61 (35.9)	109 (64.1)	496	72
전체	1,045 (100)	465 (44.5)	580 (55.5)	8,952	672

2) 환자1인당 방문일수

○ 가정형 호스피스 시범사업 도입 후 10개월 동안 환자1인당 8회 방문서비스를 받고, 평균 2개월간 월 평균 4회 방문서비스를 제공 받았음.

〈표 31〉 가정형 호스피스 이용환자1인당 평균 방문일수

(단위: 일, 개월)

구분	전체	건강보험	의료급여
환자1인당 평균 방문일수	8.3	8.2	10.0
환자1인당 평균 방문개월 수	2.1	2.0	2.3
월평균 방문일수	4.0	4.0	4.3

○ 가정형 호스피스 시범사업 도입 후 10개월 동안 건강보험에 비해 의료급여는 가정형 호스피스를 더 많이 이용함.

○ 가정형 호스피스 시범사업기관 중 병원 이용환자의 1인당 방문일수가 9.6일로 가장 많았고, 상급종합병원 8.5일, 종합병원 8.2일로 비슷하며, 의원 5.9일로 가장 적었음.

○ 건강보험과 의료급여의 환자1인당 의원 방문일수는 유사하나, 건강보험에 비해 의료급여가 더 많이 상급종합병원과 병원의 방문서비스를 제공받음.

〈표 32〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자1인당 방문일수

(단위: 일)

의료보장유형	시범사업기관 종별			
	상급종합병원	종합병원	병원	의원
건강보험	8.3	8.3	8.5	5.9
의료급여	15.5	7.4	18.2	5.8
전체	8.5	8.2	9.6	5.9

3) 방문 지속

○ 가정형 호스피스 이용환자 1,106명의 22.5%(249명)는 3개월 이상 지속 방문하고 있으며, 6개월 이상 지속 방문한 환자는 5.6%(62명)임.

– 사망으로 인해 가정형 호스피스를 지속 이용하지 않는지 추가 분석이 필요함.

〈표 33〉 가정형 호스피스 지속 방문기간에 따른 환자수

(단위: 명, %)

의료보장 유형	전체	지속방문 기간	
		3개월 이상	6개월 이상
건강보험	1,036 (100)	212 (20.5)	50 (4.8)
의료급여	70 (100)	19 (27.1)	8 (11.4)
전체	1,106 (100)	249 (22.5)	62 (5.6)

마. 가정형 호스피스에서 입원형 호스피스로의 연계

○ 가정형 호스피스 이용환자는 증상 조절 불충분 등으로 입원형 호스피스를 포함하여 다른 서비스로의 연계가 필요함. 가정형 호스피스에서 입원형 호스피스로 원활히 연계되고 있는지 확인하기 위해 가정형 호스피스의 첫 방문일을 기준으로 6개월 간 입원형 호스피스 이용이 있었는지를 분석함.

– 이를 위해 20016년 3월부터 6월까지 가정형 호스피스 이용환자 485명을 대상으로 환자별 가정형 호스피스 첫 방문일을 기준으로 6개월간 입원형 호스피스 이용 여부를 분석함.

○ 가정형 호스피스 이용환자 485명의 60.4%(239명)는 가정형 호스피스 방문 후 입원형 호스피스를 이용한 경험이 있으며, 이들은 가정형 호스피스를 처음 방문하고 평균 29.4일 후 입원형 호스피스를 이용함.

○ 가정형 호스피스 이용환자는 처음 방문서비스를 제공받은 후 대부분 입원형 호스피스 전문기관에 1회 입원하나, 2회 이상 입원하는 환자는 27.6%(81명)를 차지함. 가정형 호스피스 방문 후 입원형 호스피스 이용환자의 84.6%는 병원에서 사망함.

바. 신체적 돌봄서비스

○ 건강보험심사평가원에 청구되는 가정형 호스피스 진료내역 자료를 대상으로 다빈도 의료행위 및 의약품을 분석하여 가정형 호스피스 이용환자에게 제공되는 서비스 내용을 확인함.

– 다빈도 의료행위는 가정형 호스피스 진료내역 자료에서 항코드가 8항 처치 및 수술에 해당하는 행위분류코드의 금액을 기준으로 분석함.

– 다빈도 의약품은 가정형 호스피스 진료내역 자료에서 통증관리에 사용되는 마약성 진통제를 제외한 의약품을 대상으로 효능군별 금액을 기준으로 분석함.

○ 가정형 호스피스 이용환자에게 제공되는 다빈도 의료행위는 단순처치, 염증성처치, 유치 카테터 설치, 요도 및 방광세척, 장류처치, 흡입배농 및 배액처치 순으로 많으며, 이는 전체 의료행위의 90.4%에 해당함.

〈표 34〉 가정형 호스피스 다빈도 행위

(단위: 천원, %)

순위	행위	금액	(비중)	(누적 비중)
1	단순처치[1일당]	12,259	(47.0)	(47.0)
2	염증성처치[1일당]	5,012	(19.2)	(66.3)
3	유치 카테터 설치	1,916	(7.4)	(73.6)
4	요도및방광세척[1일당]	1,618	(6.2)	(79.8)
5	장류처치[1일당]	1,441	(5.5)	(85.4)
6	흡입배농 및 배액처치[1일당]	1,311	(5.0)	(90.4)
7	기타관장(글리세린관장, 생리식염수관장,에스에스관장 등)	533	(2.0)	(92.4)
8	체위변경처치[1일당]	444	(1.7)	(94.1)
9	직장분변제거술	407	(1.6)	(95.7)
10	비위관삽관술	288	(1.1)	(96.8)
11	약물저류관장[관장제포함]	229	(0.9)	(97.7)
12	회음부간호[1일당]	210	(0.8)	(98.5)
전체		26,062	(100)	(100)

○ 가정형 호스피스 이용환자에게 제공되는 다빈도 의약품은 마약성 진통제, 단백아미노산제제, 기타의 자양강장변질제, 정신신경용제, 항악성종양제, 따로 분류되지 않는 대사성 의약품, 소화성궤양용제, 혈액대용제 등 순으로 많으며, 이는 전체 의약품의 93.1%에 해당함.

〈표 35〉 가정형 호스피스 다빈도 의약품의 약효분류

(단위: 천원, %)

순위	약효분류	금액	(비중)	(누적 비중)
1	합성마약	220,064	(62.7)	(62.7)
2	단백아미노산제제	75,325	(21.5)	(84.2)
3	기타의 자양강장변질제	7,877	(2.2)	(86.4)
4	아편알카로이드계 제제	5,479	(1.6)	(88.0)
5	정신신경용제	4,722	(1.3)	(89.3)
6	항악성종양제	4,260	(1.2)	(90.5)
7	따로 분류되지 않는 대사성 의약품	3,476	(1.0)	(91.5)
8	소화성궤양용제	3,074	(0.9)	(92.4)
9	혈액대용제	2,393	(0.7)	(93.1)
10	기카의 화학요법제	1,815	(0.5)	(93.6)
11	해열진통소염제	1,663	(0.5)	(94.1)
12	진해거담제	1,599	(0.5)	(94.5)
13	기타의 호르몬제(항호르몬제)	1,517	(0.4)	(95.0)
14	혈액제제류	1,447	(0.4)	(95.4)
15	기타의 중추신경용약	1,415	(0.4)	(95.8)
16	주로 그람양성, 음성균에 작용하는 것	1,408	(0.4)	(96.2)
17	혈액응고저지제	1,279	(0.4)	(96.5)
18	혼합비타민(비타민 AD혼합)	1,260	(0.4)	(96.9)
19	기타의 소화기관용약	1,095	(0.3)	(97.2)
20	항전강제	1,043	(0.3)	(97.5)
전체		350,981	(100)	(100)

사. 통증관리

○ 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서는 모르핀(morphine) 사용은 한 국가의 암성 통증 완화에 대한 진전을 평가하는 중요한 지표이며, 급성 또는 암성 통증에 마약을 적게 사용하는 것은 부적절한 치료의 주요 원인으로 보고 되어 왔음[24].

○ 이 연구에서는 통증관리를 위한 마약성 진통제 처방현황을 분석하기 위해 건강보험심사평가원에 청구되는 가정형 호스피스 진료내역 자료를 사용하여 가정형 호스피스 시범사업기관의 마약성진통제 처방 유무와 마약성 진통제 처방 내용을 확인함.

– 세계보건기구(WHO)의 ATC 분류에 따라 ATC코드가 N02A OPIOIDS에 해당[25] 하거나, 의약품의 약효분류가 합성마약(811), 아편알카로이드계 제제(821)에 해당할 경우 마약성 진통제로 정의함.

○ 일부 가정형 호스피스 시범사업기관에서는 마약성 진통제가 처방되지 않음. 건강보험의 경우 병원급 1개소와 의원 1개소에서, 의료급여의 경우 병원급 5개소와 의원 1개소에서 마약성 진통제가 처방되지 않음.

〈표 36〉 의료보장유형별 마약성진통제 처방 현황

(단위: 개소)

구분		전체	마약성진통제 처방	
			유	무
건강보험	병원급	18 (100)	17 (94.4)	1 (5.6)
	의원	3 (100)	2 (66.7)	1 (33.3)
	전체	21 (100)	19 (90.5)	2 (9.5)
의료급여	병원급	17 (100)	12 (70.6)	5 (29.4)
	의원	3 (100)	2 (66.7)	1 (33.3)
	전체	20 (100)	14 (70.0)	6 (30.0)

24) 조윤숙 등. 단일 상급종합병원에서 마약성 진통제의 최근 13년간 사용 경향 조사. 약학회지. 2014; 58(4): 268-276.
25) http://www.whocc.no/atc_add_index/?code=N02A

○ 마약성 진통제는 강한 마약성 진통제와 약한 마약성 진통제로 구분될 수 있으며, 가정형 호스피스 이용환자에게는 대부분 강한 마약성 진통제가 처방됨.

– 강한 마약성 진통제에는 모르핀(morphine), 펜타닐(fentanyl), 옥시코돈(oxycodone), 하이드로몰폰(hydromorphone) 등이 해당함[26].

○ 전체 마약성 진통제 중 펜타닐(fentanyl), 옥시코돈(oxycodone), 하이드로몰폰(hydromorphone) 순으로 마약성 진통제가 처방됨.

〈표 37〉 가정형 호스피스 시범사업기관의 마약성 진통제 처방금액

(단위: 만원, %)

약효분류	ATC 구분	전체	건강보험	의료급여
아편알카로이드계 제제	소계	548 (2.4)	447 (2.2)	1,006 (5.2)
	codeine	21 (0.1)	21 (0.1)	–
	codeine, combinations excl. psycholeptics	79 (0.4)	79 (0.4)	–
	dihydrocodeine	1 (0.0)	1 (0.0)	–
	hydromorphone	361 (1.6)	298 (1.4)	634 (3.3)
	morphine	86 (0.4)	48 (0.2)	372 (1.9)
합성 마약	소계	22,006 (97.6)	20,161 (97.8)	18,455 (94.8)
	fentanyl	18,947 (84.0)	17,329 (84.1)	16,182 (83.2)
	oxycodone	2,063 (9.1)	1,873 (9.1)	1,904 (9.8)
	oxycodone, combinations	996 (4.4)	959 (4.7)	369 (1.9)
전체		22,554 (100)	20,608 (100)	19,461 (100)

아. 사망 전 가정형 호스피스 이용 시작 시기

○ 2016년 말 기준으로 가정형 호스피스 이용환자 1,106명 중 92.8%(1,062명)가 사망하고, 사망하기 평균 59일 전에 가정형 호스피스 이용을 시작함.

26) 국가암정보센터. 암환자 증상관리. 진통제의 종류(www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp)

○ 건강보험에 비해 의료급여의 경우 가정형 호스피스 이용환자 중 2016년 말까지 사망한 환자 수가 적으며, 의료급여에 비해 건강보험은 사망 전 가정형 호스피스 이용 시작 시기가 더 늦음.

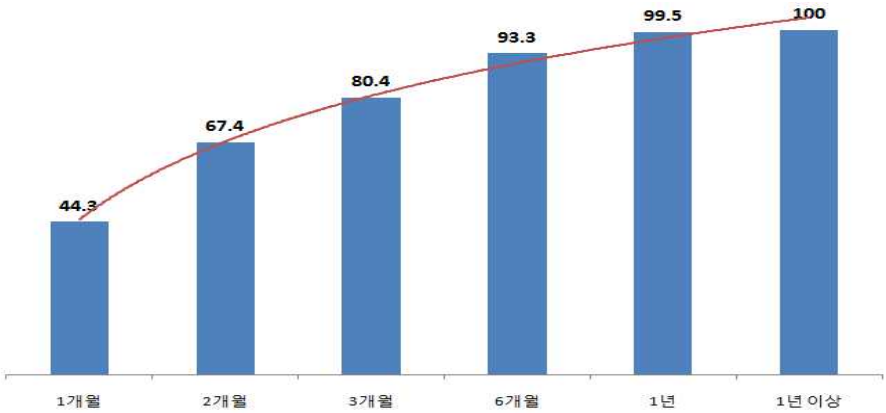
- 건강보험의 경우 93.1%가 사망하며, 의료급여는 88.6%가 사망함.
- 건강보험의 경우 사망하기 평균 58.4일 전에 가정형 호스피스 이용을 시작하나, 의료급여는 사망 전 평균 71.8일 전에 가정형 호스피스 이용을 시작함.

〈표 38〉 사망 전 가정형 호스피스 이용 시작 기간

(단위: 명, %, 일)

의료보장유형	전체 환자수	사망 환자수	사망 전 가정형 호스피스 평균 이용시작 기간
건강보험	1,036 (100)	964 (93.1)	58.4
의료급여	70 (100)	62 (88.6)	71.8
전체	1,106 (100)	1,026 (92.8)	59.2

○ 사망환자(1,026명)의 80.4%가 사망 전 3개월 이내에 가정형 호스피스 이용을 시작하며, 사망 전 6개월 이내 가정형 호스피스 이용을 시작하는 환자 수는 93.3% 임.



[그림 3] 사망 전 가정형 호스피스 이용 시작 시기(누적)

자. 자택임종

○ 임종가산을 산정한 청구명세서를 분석하여 가정형 호스피스 이용환자의 자택임종 현황을 확인함.

– 가정형 호스피스 1차 시범사업의 수가체계에서 전담 간호사 또는 담당의사가 가정형 호스피스 대상 환자의 임종돌봄 및 관리를 실시하는 경우 간호사 방문료 또는 의사 방문료 소정점수의 30%를 가산할 수 있음.

○ 가정형 호스피스 이용환자(1,106명)의 1.8%가 임종가산을 산정하였으며, 즉 가정형 호스피스 이용환자 20명이 가정에서 임종함.

– 건강보험이 19명이고, 의료급여가 1명임.

○ 건강보험의 경우 가정형 호스피스 시범사업기관(21개소)의 38.1%(8개소)가 임종돌봄 서비스를 제공함. 종합병원이 가장 많았고, 상급종합병원, 의원 순이였으며, 병원은 임종가산을 산정하지 않았음.

– 임종가산을 산정한 시범사업기관은 종교계와 지역암센터임.

○ 건강보험의 경우 자택에서 임종한 환자는 대부분 상급종합병원과 종합병원에서 임종돌봄 서비스를 제공받았음.

〈표 39〉 가정형 호스피스 환자의 자택 임종률

(단위: 개소, 명, %)

시범사업기관 종별	의료기관수		자택 임종 환자수
상급종합병원	8 (100)	3 (37.5)	10 (52.6)
종합병원	9 (100)	4 (44.4)	8 (42.1)
병원	1 (100)	–	– (0.0)
의원	3 (100)	1 (33.3)	1 (5.3)
전체	21 (100)	8 (38.1)	19 (100)

4. 비용

가. 진료비

○ 가정형 호스피스 진료비는 약 12.7억원이고, 이중 49.9%가 상급종합병원의 진료비임.

– 상급종합병원과 종합병원이 가정형 호스피스 진료비의 89.8%를 차지하며, 병원과 의원이 각 5%씩 차지함.

○ 건강보험의 가정형 호스피스 진료비는 약 11.7억원이고, 의료급여의 가정형 호스피스 진료비는 약 1억원 임. 건강보험의 경우 상급종합병원의 진료비가 가장 많았고, 의료급여의 경우 종합병원의 진료비가 가장 많은 비중을 차지함.

〈표 40〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자수 및 진료비

(단위: 만원, %)

시범사업기관 종별	진료비	건강보험	의료급여
상급종합병원	63,104 (49.9)	59,788 (51.2)	3,316 (33.7)
종합병원	50,530 (39.9)	46,086 (39.5)	4,444 (45.2)
병원	6,369 (5.0)	5,139 (4.4)	1,230 (12.5)
의원	6,550 (5.2)	5,712 (4.9)	838 (8.5)
전체	126,554 (100)	116,725 (100)	9,828 (100)

나. 방문1일당 진료비

○ 가정형 호스피스 이용환자의 방문1일당 진료비는 13.8만원이며, 이는 입원형 호스피스 이용환자의 입원1일당 진료비(약 31.5만원)의 43.8% 수준임.

○ 건강보험에 비해 의료급여의 경우 방문1일당 진료비가 약 3천원 더 많음.

– 건강보험의 방문1일당 진료비는 13.8만원이며, 의료급여는 14.1만원임.

○ 시범사업기관의 종별로 방문1일당 진료비의 차이는 크지 않음. 종합병원의 경우 방문

1일당 진료비는 14.2만원으로 가장 많고, 상급종합병원은 13.9만원, 의원은 13.2만원, 병원은 11.7만원 순임.

〈표 41〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 방문1일당 진료비

(단위: 만원)

시범사업기관 종별	전체	건강보험	의료급여
상급종합병원	13.9	13.9	13.4
종합병원	14.2	14.1	15.3
병원	11.7	11.8	11.3
의원	13.2	12.8	16.1
전체	13.8	13.8	14.1

다. 진료비 구성비

○ 가정형 호스피스 진료비에는 진찰료가 61.5%로 가장 많은 비중을 차지하고, 투약 및 주사료가 29.4%를 차지하며, 진찰료와 투약 및 주사료는 전체 진료비의 90.9%에 해당함.

○ 건강보험과 의료급여 간의 진료비 구성비에는 차이가 없음. 다만 건강보험의 경우 진료비에 영상진단 및 방사선치료료가 포함되었으나, 의료급여는 포함되지 않음.

〈표 42〉 가정형 호스피스의 항별 진료비 구성비(종별가산 적용금액)

(단위: 만원 ,%)

구분	전체		건보		의급	
진찰료	78,152	(61.5)	72,045	(61.5)	6,107	(61.4)
투약료	26,551	(20.9)	24,419	(20.9)	2,132	(21.4)
주사료	10,798	(8.5)	10,087	(8.6)	711	(7.2)
마취료	18	(0.01)	9.8	(0.01)	8.0	(0.08)
처치 및 수술료	5,985	(4.7)	5,380	(4.6)	605	(6.1)
검사료	5,249	(4.1)	4,964	(4.2)	285	(2.9)
영상진단 및 방사선치료료	3.6	(0.003)	3.6	(0.003)	–	
기타[1)]	255	(0.2)	157	(0.1)	98	(1.0)
전체	127,011	(100)	117,066	(100)	9,945	(100)

주: 1) 기타에는 선별급여 등의 비용이 포함됨.

○ 건강보험과 의료급여 모두 상급종합병원과 종합병원에 비해 병원과 의원의 경우 전체 진료비에서 진찰료가 차지하는 비중이 높으며, 그 외 투약 및 주사료와 처치 및 수술료가 차지하는 비중이 낮음.

– 건강보험의 경우 상급종합병원과 종합병원은 전체 진료비 중 진찰료가 약 60%를 차지하나, 병원과 의원은 각 80.8%, 88.2%를 차지함.

– 병원의 경우 가정형 호스피스 방문 시 마취료가 발생함.

〈표 43〉 가정형 호스피스 시범사업기관의 종별 항별 진료비 구성비(종별가산 미적용금액)

(단위: 만원 ,%)

구분	항코드	상급종합병원	종합병원	병원	의원
건강보험	진찰료	357,124 (60.9)	271,735 (59.7)	41,192 (80.8)	50,396 (88.2)
	투약료	116,493 (19.9)	118,973 (26.2)	4,073 (8.0)	4,063 (7.1)
	주사료	56,946 (9.7)	36,640 (8.1)	2,867 (5.6)	1,089 (1.9)
	마취료	–	–	82 (0.16)	–
	처치및수술료	31,311 (5.3)	13,509 (3.0)	1,695 (3.3)	750 (1.3)
	검사료	23,366 (4.0)	13,698 (3.0)	1,068 (2.1)	839 (1.5)
	영상진단 및 방사선치료료	29 (0.005)	–	–	–
	기타[1]	1,237 (0.21)	332 (0.07)		
	전체	586,507 (100)	454,888 (100)	50,977 (100)	57,135 (100)
의료급여	진찰료	19,364 (57.5)	24,727 (56.2)	9,776 (79.9)	7,203 (85.1)
	투약료	6,305 (18.7)	12,924 (29.4)	1,065 (8.7)	975 (11.5)
	주사료	2,908 (8.6)	3,297 (7.5)	686 (5.6)	60 (0.7)
	마취료	–	–	69 (0.57)	–
	처치및수술료	3,124 (9.3)	1,907 (4.3)	518 (4.2)	93 (1.1)
	검사료	977 (2.9)	1,163 (2.6)	122 (1.0)	137 (1.6)
	영상진단 및 방사선치료료	–	–	–	–
	기타[1]	971 (2.88)	5 (0.01)	–	–
	전체	33,648 (100)	44,023 (100)	12,236 (100)	8,468 (100)

주: 1) 기타에는 선별급여 등의 비용이 포함됨.

○ 가정형 호스피스 이용환자의 방문1일당 진료비는 약 14만원이며, 이는 진찰료 8.6만원, 투약 및 주사료가 4.1만원, 처치 및 수술료가 6.6만원, 검사료가 5.8만원으로 구성됨.

– 가정형 호스피스 진료내역 자료에는 심사 조정금액이 반영되지 않아 명세서 자료를 분석한 방문1일당 진료비(13.9만원)와 차이가 존재함.

〈표 44〉 방문1일당 진료비 구성비(종별가산 적용금액)

(단위: 원, %)

구분	전체	건보	의급
진찰료	86,023 (61.5)	85,614 (61.5)	91,150 (61.4)
투약료	29,225 (20.9)	29,019 (20.9)	31,818 (21.4)
주사료	11,886 (8.5)	11,987 (8.6)	10,619 (7.2)
마취료	20 (0.01)	12 (0.01)	119 (0.08)
처치 및 수술료	6,588 (4.7)	6,393 (4.6)	9,026 (6.1)
검사료	5,778 (4.1)	5,899 (4.2)	4,250 (2.9)
영상진단 및 방사선치료료	4 (0.003)	4 (0.003)	–
기타[1)]	280 (0.2)	186 (0.1)	1,456 (1.0)
전체	139,803 (100)	139,116 (100)	148,438 (100)

주: 1) 기타에는 선별급여 등의 비용이 포함됨.

○ 방문1일당 투약 및 주사료 4.1만원 중 마약성 진통제가 60.4%(2.4만원)를 차지함.

○ 상급종합병원의 방문1일당 마약성 진통제 비용이 3.4만원으로 가장 높고, 의원이 4,920원으로 가장 낮음.

○ 건강보험에 비해 의료급여 환자의 방문1일당 마약성 진통제 비용이 더 높음.

〈표 45〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 방문1일당 마약성 진통제 금액

(단위: 원)

의료보장 유형	전체	상급종합병원	종합병원	병원	의원
건강보험	24,490	21,500	33,409	7,879	4,334
의료급여	29,047	21,558	47,707	10,280	9,936
전체	24,826	21,503	34,474	8,359	4,920

라. 환자1인당 진료비

○ 가정형 호스피스 이용환자1인당 진료비는 114만원이며, 상급종합병원의 경우 환자1인당 진료비가 118만원으로 의원에 비해 1.5배 높은 수준임.

○ 건강보험의 경우 환자1인당 진료비는 113만원으로, 의료급여(140만원) 보다 낮은 수준임.

〈표 46〉 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 환자1인당 진료비

(단위: 만원)

시범사업기관 종별	전체	건강보험	의료급여
상급종합병원	118	116	207
종합병원	116	117	114
병원	112	101	205
의원	78	76	93
전체	114	113	140

5. 결과

1) 만족도

○ 건강보험심사평가원에서는 2016년 하반기에 약 1개월 동안 가정형 호스피스를 이용한 경험이 있는 국민을 대상으로 가정형 호스피스 서비스에 대한 전반적인 만족도를 설문조사함.

○ 이 연구에서는 건강보험심사평가원에서 조사한 설문조사 결과를 활용하여 가정형 호스피스 1차 시범사업의 환자 만족도를 평가함.

○ 가정형 호스피스 서비스에 대한 만족도 설문조사지는 가정형 호스피스의 전반적인 만족도, 제공받은 돌봄이 통증조절과 증상관리에 도움이 되는지, 환자와 가족에게 제공하는 정서적 지지 및 상담, 임종관리에 만족하는지 등의 문항으로 구성됨.

– 조사 대상자의 기타 의견도 서술형으로 제시할 수 있도록 함.

○ 만족도는 리커트(Likert) 방식의 5점 척도(매우 그렇다, 그렇다, 보통이다, 그렇지 않다. 전혀 그렇지 않다)로 응답함.

○ 호스피스 전문기관에 만족도 조사지를 발송(이메일)한 결과, 19개 가정형 호스피스 시범사업기관에서 55명이 회신함.

○ 가정형 호스피스 이용환자의 종합점수를 산출하여 만족도를 평가함.

– 만족도 점수는 매우 그렇다고 응답한 경우 100점, 전혀 그렇지 않다고 응답한 경우 0점으로 환산하여 만족도 점수를 산출함.

· 만족도 점수 = 5점 척도(25점 간격으로 0~100점 산정)

○ 가정형 호스피스 이용환자 55명은 가정형 호스피스 서비스에 대한 만족도가 높았음.

– 가정형 호스피스 서비스에 대한 전반적인 만족도 점수가 93.64점임. 가정형 호스피스 서비스는 통증 및 증상관리에 도움이 되었고(87.2점), 환자와 가족에게 제공하는 정서적지지·상담, 임종관리에 만족함(86.8점).

〈표 47〉 가정형 호스피스의 국민 만족도 조사 결과

구분	전반적 만족도	통증 및 증상관리	정서적지지, 상담, 임종관리
만족도 점수	93.64	87.27	86.82

자료: 건강보험심사평가원 내부자료, 2016.

○ 추가적으로 가정형 호스피스 이용환자는 방문 횟수 확대와 가정에서 경구약 뿐만 아니라 주사제를 사용한 적극적인 통증조절을 원하고 있었음.

2) 응급실 방문 및 응급실 통한 입원

○ 질 좋은 호스피스 서비스를 제공받았을 경우 급성기 증상을 관리할 수 있으며, 응급실 방문을 줄여줌[27].

○ 이 연구에서는 가정형 호스피스 이용환자는 증상 조절 및 돌봄 서비스가 적절히 제공되지 않을 경우 응급실을 방문할 것이라고 가정하고, 응급실 방문 환자수 비율과 응급실 방문을 통한 입원환자 수 비율을 분석함.

– 청구명세서 자료에서 응급실 방문 여부를 확인할 수 있으나, 응급실 방문 사유는 확인할 수 없음.

– 가정형 호스피스팀에서는 다른 의료서비스로의 연계가 필요한 상황에서는 대부분 호스피스 전문기관으로 연계할 것임. 따라서 가정형 호스피스 시범사업기관 또는 입원형 호스피스 전문기관 이외에 급성기 의료기관의 응급실 방문에 대해 분석함.

○ 가정형 호스피스 이용환자의 응급실 방문 환자수 비율과 응급실을 통한 입원환자 수 비율 산출식은 다음과 같음.

· 응급실 방문 환자수 비율 = $\frac{\text{응급실 방문}^{1)}\text{환자 수}}{\text{가정형 호스피스 이용환자 수}} \times 100$

· 응급실을 통한 입원환자수 비율 = $\frac{\text{응급실 방문한}^{1)}\text{ 입원환자 수}}{\text{가정형 호스피스 이용환자 수}} \times 100$

주: 1) 입원형 호스피스 전문기관의 응급실 방문은 제외함.

27) Spilsbury K et al. The Association of Cummunity-Based Palliative Care With Reduced Emergency Department Visits in the Last Year of Life Varies by Patient Factors. Ann Emerg Med. 2017;69(4):416-425.

○ 응급실 방문 및 응급실을 통한 입원환자 수를 확인하기 위해 20016년 3월부터 6월까지 가정형 호스피스 이용환자 485명을 대상으로 환자별 가정형 호스피스 첫 방문일 이후 6개월간 입원형 호스피스 전문기관 외 급성기 병원의 응급실을 방문했는지 분석함.

– 청구명세서 자료에서 입원경로 항목을 기준으로 도착경로가 응급구조대 후송 또는 입원 경로가 응급실에 해당하는 경우 또는 진료내역 자료에서 응급의료관련 관리료를 청구한 건을 대상으로 응급실 방문 및 응급실을 통한 입원 여부를 확인함.

〈표 48〉 응급의료 관련 관리료

구분	분류코드
응급의료관리료	V11, V12, V13, V14
응급진료 전문의 진찰료	V21, V22, V23, V25, V26
중증응급환자 진료구역 관찰료	V31, V32, V36
응급환자 진료구역 관찰료	V41, V42, V43, V46
응급전용 중환자실 관리료	V51, V52, V55, V56, V57

○ 가정형 호스피스 이용환자 485명 중 호스피스 전문병원 외 의료기관의 응급실 방문 환자수 비율은 9.7%이고, 응급실을 통한 입원환자수 비율은 7.6%임.

○ 건강보험에 비해 의료급여의 경우 응급실 방문 환자수 비율과 응급실을 통한 입원 환자수 비율이 더 낮음.

〈표 49〉 응급실 방문 및 응급실을 통한 입원 환자수 비율

(단위: 명, %)

구분	전체	건강보험	의료급여
응급실 방문	47 (9.7)	44 (9.8)	3 (8.3)
응급실을 통한 입원	37 (7.6)	35 (7.8)	2 (5.6)
전체	485 (100)	449 (100)	36 (100)

제4장 가정형 호스피스 개선방안

1. 개선방향

○ 우리나라 호스피스 제도는 입원 시설을 중심으로 입원형 호스피스 제도가 발전되어 오다, 최근 말기암환자의 상태를 고려한 호스피스 제공과 가정형 호스피스 서비스 제도화에 대한 사회적 요구가 있어 가정형 호스피스 1차 시범사업을 도입하여 시행하고 있음.

○ 2017년 8월 가정형 호스피스 2차 시범사업이 예정되어 있는 상황에서 가정형 호스피스 1차 시범사업의 부정적 또는 의도하지 않은 효과를 바탕으로 단기적으로 가정형 호스피스 시범사업의 개선방안이 마련되고, 중장기적으로 가정형 호스피스 제도의 발전방향 설정이 요구됨.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 시행 결과, 의원에 비해 병원급의 인력확보 수준이 높았으나, 1차 시범사업 수가체계의 구조적인 문제로 인해 병원급의 가정형 호스피스 시범사업기관에 비해 의원의 직종별 방문료 수준이 높은 역전현상이 발생하고, 2017년 이후 가정형 호스피스 시범사업 참여 의원의 간호사 방문료가 병원급의 의사 재방문료 보다 높아지는 문제가 발생함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업기관은 모두 입원 시설을 갖춘 호스피스 전문병원이 참여하나 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 시범사업 참여율이 낮고, 가정형 호스피스 시범사업기관이 없는 지역(시도)도 존재하여 가정형 호스피스 1차 시범사업 기간에는 제한적 접근성을 보장하고 있음.

– 우리나라에서 가정형 호스피스 서비스를 제공하는 몇몇 의료기관에서는 방문 범위에 대한 거리나 시간에 제한을 두고 있는 사례가 보고되고 있으며[28], 가정형 호스피스 1차 시범사업기관에서는 평균 30분 이내의 거리에 위치한 가정에 방문하고 있어, 가정형 호스피스 시범사업기관이 없는 지역(시도)에서는 가정형 호스피스 이용에 제한이 있을 것임.

28) 박재순 등. 국내 가정 호스피스 운영 실태. 한국호스피스·완화의료학회지. 2013; 16(2): 98-107.

○ 가정형 호스피스 서비스에 대한 요구가 있는 말기암환자에게 적절한 가정형 호스피스 서비스가 제공되기 위해 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 시범사업 참여를 활성화 시킬 수 있는 방향으로 개선방안이 검토되어 함.

○ 진단 초기나 심각한 증상이 있는 말기환자의 경우에는 병원을 기반으로 한 병동형 호스피스에서 급성기 치료를 받은 후 안정적이고 편안한 돌봄을 받을 수 있는 가정형 호스피스로 이동되어 돌봄을 받는 것이 바람직함[28].

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계되는 환자가 약 8%임. 이 연구에서는 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스가 필요한지 또는 환자 및 가족의 요구가 있었는지 확인할 수 없었으나, 일부 입원형 호스피스 전문기관에서 가정형 호스피스 시범사업을 참여하는 상황에서는 단기적으로 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계되는 수준을 향상시킬 필요가 있음.

○ 가정형 호스피스에서는 통증 조절 등의 신체적 돌봄 서비스가 제공되어야 하나, 일부 시범사업기관에서는 가정형 호스피스 이용환자에게 마약성 진통제를 처방하지 않아 부적절한 서비스가 제공되었음. 따라서 가정형 호스피스 서비스의 질 향상을 위한 개선방향이 검토되어 함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 시행 결과, 자택 임종률이 낮았음. 이는 우리나라의 사회·문화적 특성이 반영되어 병원에서 사망하는 환자가 많기 때문일 수 있으나, 실제 시범사업기관의 호스피스 팀이 가정에서 임종 돌봄 서비스를 제공하여도 방문 시간 동안 환자가 임종하지 않았을 때에는 임종가산을 산정하지 못할 가능성 높으므로, 가정에서의 임종 활성화를 위해 임종가산체계를 개선할 필요가 있음.

2. 개선방안

가. 단기 개선방안

○ 단기적으로 가정형 호스피스 2차 시범사업의 개선방안을 마련하기 위해 가정형 호스피스 제도의 기본 방향을 고려하여 개선방안을 마련함.

- 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계의 구조적인 문제점을 개선함.
- 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행효과를 바탕으로 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 시범사업 참여와 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로의 연계가 활성화 될 수 있도록 함.

○ 건강보험 수가체계에서는 의료기관의 인력확보 수준에 따른 차등수가제를 운영하고 있으며, 이는 인력확보 수준이 낮은 의료기관에 비해 인력 확보수준이 높은 경우 더 많은 진료비를 보상하는 구조임.

○ 단기적으로 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 기존 건강보험 수가체계의 정책적 가치를 고려하고, 인력확보 수준이 높고, 입원환자가 많은 병원급의 직종별 방문료를 인상하여 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로의 연계 활성화를 유인할 수 있도록 함.

- 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원한 환자는 대부분 동일기관의 가정형 호스피스팀으로 연계되는 상황을 고려해야 함.
- 가정형 호스피스 이용환자 대부분은 상급종합병원과 종합병원을 이용하고, 병원급에서 입원환자가 많은 상황을 고려하여 병원급 가정형 호스피스 시범사업기관의 직종별 방문료 수준을 인상할 필요가 있음.

○ 가정형 호스피스 수가체계 개선 시 기존 건강보험 수가체계에서 가정형 호스피스의 의사 방문진료와 유사한 왕진료 수가체계를 고려함.

- 왕진료는 초진과 재진을 구분하여 의료기관 종별 차등수가제를 적용하며, 초진 시 의료기관 종별 10.1~11.2%, 재진의 경우 12.6~15.5% 차등을 둠.

〈표 50〉 의료기관종별 왕진료 차등수준

(단위: 점, %)

구분	초진		재진	
	점수	(차등률)	점수	(차등률)
상급종합병원	255.79	(10.1)	198.31	(13.4)
종합병원	232.33	(11.2)	174.84	(15.5)
병원	208.86	(11.0)	151.37	(12.6)
의원	188.11		134.47	

자료: 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2017년 3월판. 재구성

○ 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 병원급 가정형 호스피스 시범사업기관의 직종별 방문료를 의원 대비 15%로 인상함.

– 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계된 환자의 가정에 의사가 방문할 경우 재방문료를 산정하므로, 재방문료가 인상되어야 함. 초회 방문 대비 재방문에 대한 차등수준을 완화하여 재방문을 활성화하기 위해 재진 왕진료의 의료기관 종별 차등수준 15.5%를 고려함.

〈표 51〉 가정형 호스피스 2차 시범사업 직종별 방문수가 개선(안)

(단위: 점, %)

의료기관종별	방문료 점수 개선(안)			
	의사		간호사	사회복지사
	초회방문	재방문		
병원급 (인상률)	1,657.15 (15.0)	1,160.02 (15.0)	1,055.41 (15.0)	666.18 (15.0)
의원 (인상률)	1,441.00 -	1,008.71 -	917.75 -	579.29 -

〈표 52〉 가정형 호스피스 2차 시범사업의 직종별 방문금액 개선(안)

(단위: 원)

연도	의료기관종별	방문금액 개선(안)			
		의사		간호사	사회복지사
		초회방문	재방문		
2017년	병원급 (인상금액)	119,810 (15,630)	83,870 (10,940)	76,310 (9,960)	48,160 (6,280)
	의원	113,840	79,690	72,500	45,760
2018년	병원급 (인상금액)	121,800 (15,890)	85,260 (11,120)	77,570 (10,120)	48,960 (6,380)
	의원	117,300	82,110	74,700	47,150

주: 1) 2017년 유형별 점수당 단가는 병원급 72.3원, 의원 79.0원을 적용하고, 2018년 유형별 점수당 단가는 병원급 73.5원, 의원 81.4원을 적용함.

○ 가정형 호스피스 2차 시범사업에서 직종별 방문료를 개선할 경우 최소 1.3억원이 추가 소요될 것으로 예상됨.

– 추가소요 재정은 직종별 방문료 인상수준과 2차 시범사업 기간의 직종별 방문일수를 고려하여 추정함.

– 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 비암환자(후천성면역결핍증, 만성폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화)를 포함하여 대상자를 확대할 계획에 있으나, 이 연구에서 추가 소요 재정 추정 시 반영하지 않음.

· 추가소요 재정

= (2차 시범사업 기간의 직종별 기대 방문일수[1] × 2차 시범사업 직종별 방문료[2]) – (2차 시범사업 기간의 직종별 기대 방문일수 × 1차 시범사업 직종별 방문료)

주: 1) 가정형 호스피스 1차 시범사업 10개월 간 월 평균 방문일수에서 20% 증가를 가정
2) 2차 시범사업 기간을 1년이라고 가정할 경우 2017년 5개월의 직종별 방문금액을 적용하고, 2018년 7개월의 직종별 방문금액을 적용함.

○ 현재 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계에서는 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공하고 임종한 시간부터 돌봄 종료시간(방문종료 시간)을 기재하여야 임종가산을 산정할 수 있기 때문에, 의사 및 간호사의 가정 방문시간 동안 환자가 임종하지 않았을 경우 임종가산을 산정하지 못할 가능성 높음.

○ 따라서 가정형 호스피스 이용환자의 임종 당일에 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공한 경우, 환자가 임종하지 않더라도 임종가산을 산정할 수 있도록 산정기준을 개선함.

나. 중장기 개선방안

○ 향후 가정형 호스피스 2차 시범사업의 직종별 방문료 개선(안) 유지 시 최근 5년간 점수당 단가의 연평균 증가율이 지속될 경우 2021년부터 병원급과 의원 간의 의사 및 사회복지사의 방문료 차이가 없어지며, 간호사 방문료가 역전되는 문제가 재발생 될 것으로 예상됨.

〈표 53〉 연도별 점수당 단가 증가율 및 추정

(단위: 원)

구분	연평균 증가율	연도별 점수당 단가 추정		
		2019년	2020년	2021년
병원 (증가율)	(1.7)	74.7 (1.70)	76.0 (1.70)	77.3 (1.70)
의원 (증가율)	(3.0)	83.8 (3.0)	86.3 (3.0)	88.9 (3.0)

〈표 54〉 2021년 가정형 호스피스 시범사업기관 종별 직종별 방문금액 비교

(단위: 원)

연도	의료기관종별	방문금액 개선(안)			
		의사		간호사	사회복지사
		초회방문	재방문		
2021년	병원급	128,100	89,670	81,580	51,500
	의원	128,100	89,670	81,590	51,500

주: 1) 2021년 유형별 점수당 단가는 병원급 77.3원, 의원 88.9원을 적용함.

○ 중장기적으로 가정형 호스피스 시범사업기관의 인력확보 수준, 가정형 호스피스 서비스의 질 등 다양한 요소를 반영한 차등수가제가 검토되어야 할 것이며, 이를 바탕으로 정기적인 수가 인상 및 조정체계가 마련되어야 할 것임.

○ 가정형 호스피스에 대한 접근성을 높이기 위해 시범사업 참여기관의 활성화가 요구되며, 중장기적으로 호스피스 이용환자를 중심으로 호스피스 유형(입원형, 가정형, 자문형) 간의 통합적 서비스가 제공될 수 있도록 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 제공 의무화가 될 수 있는 체계가 마련되어야 할 것임. 추가적으로 호스피스 병동이 없는 의료기관에서 독립적으로 가정형 호스피스를 제공할 수 있는 체계 또한 마련되어야 할 것임.

– 2017년 8월 기준 말기암 입원형 호스피스 전문기관 79개소 중 입원형, 가정형, 자문형 서비스를 모두 제공하는 기관은 10개소임.

○ 또한 가정형 호스피스 이용률을 높이기 위해 환자의 가정형 호스피스 요구도를 고려한 중장기 개선방안을 마련할 필요가 있음. 환자가 가정으로 퇴원하기 어렵고, 가정에서 지내지 못하는 주된 이유는 중환자 돌봄에 대한 가족의 심리적 부담, 병원보다 통증 및 신체 증상 조절이 어려워서, 몸 상태가 더 악화될까 불안해서, 집에 돌볼 사람이 없어서 등으로 조사됨[29].

○ 따라서 가정형 호스피스 참여를 희망하는 환자에게 입원과 같은 적극적인 통증 및 증상 조절을 제공하는지 등 가정형 호스피스 서비스의 질을 평가할 수 있는 체계가 마련되어야 하며, 가정에서 간병서비스를 제공할 수 있는 체계가 검토되어야 함.

– 특히 가정형 호스피스 1차 시범사업 시행 결과, 일부 시범사업기관에서는 마약성 진통제가 처방되지 않아 통증 조절 및 관리가 적절히 제공되지 않았음. 가정형 호스피스에서 제공되는 서비스의 체계적인 질 평가를 통해 중장기적으로 질이 낮은 의료기관에 패널티를 적용 하는 등 질 관리 체계가 마련되어야 함.

○ 외국에서는 호스피스 환자의 임종돌봄에 대한 별도의 수가를 적용하고 있으며, 임종 시 또는 임종 전 특정기간 동안 산정하거나 환자의 기능 상태 지수(Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG)를 기준으로 산정 가능함.

– 일본의 경우 사망진단 실시 또는 임종 시 수가를 산정하거나, 대만의 경우 환자의

29) 김시영 등. 가정완화의료 및 온화케어팀 제도 도입방안 연구. 보건복지부, 한국호스파완화의료학회. 2012.

기능 상태 지수(ECOG)가 3이상 일 경우 임종 돌봄 수가를 산정 가능하며, 미국의 경우 사망 전 7일 동안의 임종 수가를 산정하는 등 국가마다 산정 기준이 다양함.

- 기능 상태 지수(ECOG) 3이상은 제한적으로 자가치료가 가능하며 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 휠체어를 이용하는 상태임.

〈표 55〉 호스피스 환자의 기능 상태 지수(ECOG)

지수	내용
0	모든 활동 가능. 어떤 제한없이 병에 걸리기 전과 동일하게 일 수행
1	육체적으로 힘든 일은 제한이 있지만 거동이나 가벼운 성질의 일은 가능
2	거동이나 자가치료는 가능하나 어떠한 일도 수행하기 어려움. 일하는 시간이 50% 이상
3	제한적으로 자가치료 가능하며 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 휠체어를 이용
4	완전히 무력한 상태. 어떠한 자가치료도 불가능하며 대부분의시간을 침대에서 보냄

자료: 호스피스완화의료, 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016. P28 재인용

○ 가정형 호스피스 제도에서 자택 임종률을 높여 환자의 삶의 질을 향상시키기 위해 미국과 같이 환자의 사망 전 특정기간 동안 임종돌봄 서비스를 제공할 경우 임종수가를 산정 가능하도록 급여기준을 개선하는 등 임종수가체계를 개선할 필요가 있음.

○ 또한 가정형 호스피스 이용환자가 가정에서 사망하지 않는 원인을 파악하고, 개선 방안을 마련하여 가정에서의 임종을 활성화 할 수 있도록 함.

제5장 결론 및 제언

○ 우리나라 호스피스 제도는 입원 시설을 중심으로 입원형 호스피스 제도가 발전되어 왔으며, 최근 호스피스 치료 장소 등에 대한 환자의 선택권 보장과 입원형 호스피스에서 퇴원 시 돌봄의 연속성 확보 등을 위해 2016년 3월부터 가정형 호스피스 1차 시범사업이 시행됨. 2017년 8월부터 2차 시범사업이 예정되어 있음.

○ 이에 이 연구에서는 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행효과를 평가하여 2차 시범사업의 개선방안을 제시하고, 가정형 호스피스 제도의 발전방향을 모색하고자 함. 이를 위해 1차 시범사업 운영체계의 구조적인 문제점을 진단하고, 실증 분석을 통해 가정형 호스피스 1차 시범사업의 초기 시행효과를 평가함.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 시행 결과, 가정형 호스피스 이용환자는 1,106명으로, 2016년 암 사망자(78,194명)[30]의 가정형 호스피스 이용률은 1.4%이고, 입원형 호스피스 이용률(17.7%)에 비해 낮은 수준임.

– 2016년 입원형 호스피스 전문기관 이용환자 13,869명의 8%가 가정형 호스피스를 이용함.

○ 그러나 가정형 호스피스 이용환자는 입원형 호스피스 이용환자에 비해 사망 전 호스피스 진입 시기가 빠르며, 가정형 호스피스 이용환자 1,106명 중 24.1%(267명)가 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 가정형 호스피스로 연계되고, 이들은 대부분 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 초기에 가정형 호스피스로 연계되고 있음.

– 2015년도 사망환자의 입원형 호스피스 평균 이용기간이 32.5일[31]인 것에 비해, 2016년 가정형 호스피스 이용환자는 사망 전 평균 59.2일 전에 가정형 호스피스 이용을 시작함.

– 가정형 호스피스로 연계된 환자의 82.0%는 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원 후 7일 이내 가정형 호스피스 시범사업기관으로 연계됨.

○ 특히 입원형 호스피스 신규 이용환자는 초기에 가정형 호스피스를 병행 이용하고, 가정형 호스피스 진입 후 입원형 호스피스와 원활히 연계되는 성과가 있어 가정형

30) 통계청 보도자료. 2016년 사망원인통계. 2017.09.22.
31) 호스피스완화의료학회. 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016.12.

호스피스 제도 도입의 기본 방향에 맞추어 적절하게 운영되고 있음.

- 입원형 호스피스 신규 이용환자의 12.0%(137명)가 퇴원 후 평균 12일 이내 가정형 호스피스를 이용하고, 가정형 호스피스 이용환자의 60.4%가 가정형 호스피스 진입 후 6개월 동안 입원형 호스피스를 이용함.

○ 가정형 호스피스 이용환자는 평균 2개월간 월 평균 4회 방문 서비스를 제공받으며, 1인당 8회 이용함. 이는 가정형 호스피스 1차 시범사업 도입 전 가정형 호스피스 이용환자의 방문횟수 보다 많음.

- 김시영 등(2012)의 연구에서는 2012년 1월부터 4월까지 3개월 간 가정방문 호스피스 서비스 제공 기관 3개소를 대상으로 실태조사를 한 결과, 환자1인당 평균 6.4회 방문함.[32)]

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업기관에서는 대부분 마약성 진통제가 처방되어 통증관리 서비스가 적절히 제공되었고, 단순처치부터 염증성 처치, 유치 카테터 설치, 단백 아미노산제제 처방 등의 다양한 신체적 돌봄서비스가 제공됨.

○ 결과적으로 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 가정형 호스피스를 원하는 말기암 환자에게 가정형 호스피스의 접근성 및 선택권 확대에 기여하였고, 가정형 호스피스 환자에게 필요한 다양한 신체적 돌봄 서비스가 적절히 제공되어 가정형 호스피스 1차 시범사업의 긍정적인 효과가 나타남.

○ 또한 가정형 호스피스 이용환자는 가정형 호스피스 서비스에 대해 전반적으로 만족하여 가정형 호스피스 1차 시범사업은 긍정적인 성과가 있었음.

○ 그러나 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 가정형 호스피스 시범사업에 참여하는 전문기관이 적어 제한적 접근성을 보장하고 있음.

- 2016년 말 기준 입원형 호스피스 전문기관의 27.6%가 가정형 호스피스 시범사업에 참여하고 있어 가정형 호스피스 참여율이 낮음.

○ 우리나라에서 가정형 호스피스 서비스를 제공하는 몇몇 기관에서는 방문 범위에 대한 거리나 시간에 제한을 두고 있는 사례가 보고되고 있으며[33)],

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업기관에서는 평균 30분 이내의 거리에 위치한 가정에

32) 김시영 등. 가정완화의료 및 온화케어팀 제도 도입방안 연구. 보건복지부, 한국호스피스·완화의료학회. 2012.
33) 박재순 등. 가정 호스피스 운영 실태. 한국호스피스·완화의료학회지. 2013; 16(2): 98-107.

방문하고 있어, 가정형 호스피스 시범사업기관이 없는 광주, 강원, 경북 등 8개 시도에서는 가정형 호스피스 이용이 제한될 수 있음.

- 가정형 호스피스 1차 시범사업 도입 전 가정형 호스피스 제공기관에서는 방문을 위한 이동시간이 평균 23.4분으로[32], 가정형 호스피스 1차 시범사업기관의 가정방문을 위한 이동시간과 유사함.

○ 가정형 호스피스 서비스는 다학제적 팀으로 제공되어야 하나 간호사 중심의 서비스가 제공되고 있음. 특히 가정형 호스피스 1차 시범사업기관 21개소 중 종합병원 1개소에서는 의사가 가정에 방문하지 않는 문제가 발견됨.

- 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 의사 및 사회복지사에 비해 간호사가 가장 많이 방문함. 이는 가정형 호스피스 1차 시범사업 도입 전 가정형 호스피스 서비스를 제공하는 몇몇 기관에서도 간호사, 자원봉사자, 의사, 사회복지사 순으로 가정에 방문하는 결과와 유사함[32].

○ 또한 일부 1차 시범사업기관에서는 가정형 호스피스 이용환자에게 마약성 진통제를 처방하지 않아 적극적인 통증관리 서비스가 제공되지 않는 문제가 발견됨.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업에서는 의원에 비해 병원급의 의사 및 간호사의 인력 확보 수준이 높았음. 그러나 1차 시범사업 수가체계의 구조적인 문제로 인해 병원급에 비해 의원의 직종별 방문료 수준이 높고, 2018년 이후 가정형 호스피스 시범사업 참여 의원의 간호사 방문료가 병원급의 의사 재방문료 보다 높아지는 문제가 발생함.

○ 가정에서 효과적인 증상 관리를 통해 응급실과 같은 급성 관리를 위해 입원하는 것을 예방해야 함[32]. 가정형 호스피스 1차 시범사업 시행 결과, 가정형 호스피스 이용환자의 9.7%가 호스피스 전문병원 외 의료기관의 응급실을 방문하였고, 응급실을 통해 입원한 환자 수가 7.6%였음.

○ 현재 가정형 호스피스 이용환자의 응급실 방문 수준이 적정한지에 대해 판단하기 어려움. 그러나 박재순 등(2013)은 응급실을 방문한 암환자의 주 증상이 통증인 경우가 34.3%를 차지하여 암환자들의 의료기관 이용이 비효율적으로 이루어지고 있음을 보고한 결과를 고려할 때 가정형 호스피스 이용환자의 응급실 방문 사유에 대한 파악이 추가적으로 필요함.

○ 가정형 호스피스 이용환자의 1.8%가 자택에서 임종함. 말기암환자의 20%는 집에서

임종하는 것에 대한 두려움이 있어 가정으로 퇴원하기 어려워하나[33], 2014년 국내 암사망자의 7.86%가 주택에서 사망한[34] 수준 보다 낮음. 가정형 호스피스 진입 후 입원형 호스피스를 병행 이용환자는 대부분(84.6%) 병원에서 사망함.

- 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계에서는 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공하고 임종한 시간부터 돌봄 종료시간(방문종료 시간)을 기재하여야 임종 가산을 산정할 수 있기 때문에, 의사 및 간호사의 가정 방문시간 동안 환자가 임종하지 않을 경우 임종가산을 산정하지 못할 가능성 높음.

○ 가정형 호스피스 1차 시범사업 수가체계의 구조적 문제와 1차 시범사업의 부정적 또는 의도하지 않은 효과를 바탕으로 단기적으로 2차 시범사업에서는 병원급 가정형 호스피스 시범사업기관의 직종별 방문료를 의원 대비 15%로 인상하고, 임종 당일에 의사 및 간호사가 임종돌봄 서비스를 제공한 경우 환자가 임종하지 않더라도 임종 가산을 산정할 수 있는 급여기준을 적용하는 수가체계로 개선할 필요가 있음.

○ 중장기적으로 가정형 호스피스 참여 활성화와 제공되는 가정형 호스피스 서비스의 질 향상을 위해 가정형 호스피스 시범사업기관의 인력확보 수준, 서비스의 질 등 다양한 수가차등 요소를 반영하고, 정기적인 수가 인상 및 조정체계 마련 등 가정형 호스피스 수가체계로 발전할 필요가 있음. 또한 입원형 호스피스 전문기관의 가정형 호스피스 참여 의무화 등 가정형 호스피스 제도가 중장기적으로 발전될 필요가 있음.

○ 가정형 호스피스 참여를 희망하는 환자에게 입원과 같은 적극적인 통증 및 증상 조절을 제공하는지 등 가정형 호스피스 서비스의 질을 평가할 수 있는 체계가 마련되고, 가정에서 간병서비스를 제공할 수 있는 체계로 발전되어야 할 것임.

○ 이 연구에서는 가정형 호스피스 서비스의 참여기관 현황을 분석하여 구조적 측면에서 접근성을 평가하였고, 청구자료를 활용하여 의료이용 현황 등을 실증적으로 분석 함. 그러나 입원형 호스피스 전문기관에서 퇴원한 환자 중 가정형 호스피스가 필요한 환자의 규모, 가정형 호스피스 1차 시범사업의 미참여 원인, 응급실 방문 사유 등을 파악하지 못한 제한점이 있음.

○ 또한 가정형 호스피스를 이용한 일부 환자를 대상으로 만족도 조사가 시행되었으나,

34) 호스피스완화의료학회. 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016.12.

가정형 호스피스 환자의 삶의 질 향상 등에 대한 평가는 이루어지지 못한 한계를 지님.

○ 이 연구는 가정형 호스피스 1차 시범사업의 시행효과를 평가하여 2차 시범사업 개선 방안을 도출하고, 가정형 호스피스 제도의 중장기 정책방향을 설정하는데 기여함. 이를 통해 1차 시범사업에 비해 보다 발전적, 안정적으로 가정형 호스피스 2차 시범사업이 시행되고, 향후 본사업으로의 확대 기반이 마련될 수 있을 것임.

○ 호스피스 이용환자를 중심으로 호스피스 유형(입원형, 가정형, 자문형)간의 통합적인 서비스가 제공되어야 가정형 호스피스 제도가 발전될 수 있을 것임. 2017년 8월부터 자문형 호스피스 시범사업 도입이 예정되어 있으므로, 가정형 호스피스 2차 시범사업에서는 가정형 호스피스의 연계 및 의뢰체계 활성화가 기대됨.

참고문헌

건강보험심사평가원 내부자료. 2016.

건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2017년 2월판.

국가암정보센터. 암환자 증상관리. 진통제의 종류(www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp)

국립암센터. 2004년도 말기암환자 호스피스 시범사업 공고. 2004.4.6.

김시영 등. 가정완화의료 및 온화케어팀 제도 도입방안 연구. 보건복지부, 한국호스피·화의료학회. 2012.

김정회 등. 대만 · 일본 호스피스 연구 출장 결과보고서. 건강보험심사평가원. 2007.

김정회 등. 미국의 호스피스 제도 조사를 위한 국외 출장 보고서. 건강보험심사평가원. 2010.

김정회 등. 완화의료 2차 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2012.

박재순 등. 국내 가정 호스피스 운영 실태. 한국호스피스·완화의료학회지. 2013; 16(2): 98-107.

보건복지가족부 보도자료. 올해 11월 완화의료 건강보험 수가 시범사업 실시. 2009.08.25.

보건복지가족부. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 개정안. 왕진료의 진료수가 산정방법. 보건복지가족부 고시 제2009-1222호(2009.6.29.)

보건복지부, 건강보험심사평가원. 가정형 호스피스·완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2016. 6.

보건복지부. 말기암환자 호스피스·완화의료 가정형 호스피스 업무편람. 2016. 3.

보건복지부. 암관리법 시행규칙 제13조(완화의료전문기관의 지정기준)

보건복지부. 암관리법 제2조(정의). 법률 제14000호(2016.2.3.)

보건복지부. 의료법 시행규칙 제24조(가정간호). 보건복지부령 제502호(2017.6.21.).

암관리법 시행규칙 [별지 제8호서식] 완화의료 이용 동의서

암관리법 시행규칙 [별지 제9호서식] 완화의료 이용 철회서

이건세 등. 호스피스완화의료 관리지침 표준화 및 효율적 의료전달체계 구축. 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2009.

장윤정 등. 말기암환자 돌봄의 연속성 확보를 위한 가정호스피스 모델 도출. 보건복지부, 국립암센터. 2015.

조윤숙 등. 단일 상급종합병원에서 마약성 진통제의 최근 13년간 사용 경향 조사. 약학회지. 2014; 58(4): 268-276.

통계청 보도자료. 2016년 사망원인통계, 2017.09.22.

호스피스완화의료학회. 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016.12.

후생노동성. 2017년 진료보수표.

Campbell DE et al. Medicare Program Expenditures Associated with Hospice Use. Ann Intern Med. 2004; 140(4): 269-277.

Chen LF et al. Home-Based Care Reduces End-of-Life Expenditure in Taiwan: A Population Based Study. Medicine. 2015; 94(38): 1-6.

CMS, Medicare Benefit Policy Manual. 2015.

Dhilwal SR et al. Impact of Specialist Home-Based Palliative Care Services in a Tertiary Oncology Set Up: A Prospective Non-Randomized Observational Study. Indian J Palliat Care. 2015; 21(1): 28-34.

Enguidanos SM et al. Home-based palliative care study site of death, and costs of medical care for patients with congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. J Soc Work End Life Palliat Care. 2005; 1(3): 37-56.

Finlay IG et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. Ann Oncol. 2002; 13(4): 257-264.

Grand GE et al. A Randomised Controlled Trial of a Hospital at Home Service for the Terminally Ill. Palliat Med. 2000; 14(5): 375-385.

HigginsonIs IJ et al. is there evidence that palliative care teams alterend of life experiences of patients and their caregivers. J Pain Symptom Manage. 2003; 25(2):150-168

http://www.whocc.no/atc_add_index/?code=N02A

Hughes SL et al. A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. Helath Serv Res. 1992; 26(6): 801-17

Kim SH et al. Evaluation of a Home-Based Hospice and Palliative Care Program in a Community Health Center in Korea. Asian Nurs Res(Korean Soc Nurs Sci). 2009; 3(1): 24-30.

Lustbader D et al. The Impact of a Home-Based Palliative Care Program in an Accountable Care Organization. J Palliat Med. 2017; 20(1): 23-28

MedPAC. Hospice services payment system. payment basic. 2016.

MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2016.

MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2017.

Miccinesi G et al. Palliative home care reduces time spent in hospital wards a

population-based studyin the Tuscany region, Italy. Cancer Causes Control. 2003; 14(10):971-977.

Miller SC et al. Government expenditures at the end of life for short- and long-stay nursing home residents differences by hospice enrollment status. J Am Geriatr Soc. 2004; 52(8): 1284-1292.

Morris JN et al. The effect of treatment setting and patient characteristics on pain in terminal cancer patients a report from the National Hospice Study.J Chron Dis.1986; 39(I): 27-35.

Parkes MC. et al. Home or Hospital Terminal care as seen by surviving spouses. J R Coll Gen Pract. 1978: 28(186); 19-30.

Pyenson B et al. Medicare cost in matched hospice and non-hospice cohorts. J Pain Symptom Manage. 2004; 28(3): 200-210.

Shnoor Y et al. The cost of home hospice care for terminal patients in Israel. Am J Hosp Palliat Care. 2007; 24(4): 284-290.

Spilsbury K et al. The Association of Community-Based Palliative Care With Reduced Emergency Department Visits in the Last Year of Life Varies by Patient Factors. Ann Emerg Med. 2017;69(4):416-425.

Tamir O et al. Taking care of terminally- ill patients at home _ the economic perspective revisited. Palliative Medicine. 2007; 21(6): 537-541.

Tzala S et al. Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with hematological cancers in Greece. Eur J health Econ. 2005; 6(2): 102-106.

Wallston KA et al. Comparing the quality of death for hospice and non-hospice cancer patients. Med Care. 1988;26(2):177-182.

Zimmer JG et al. randomized controlled study of a home health care team. AJPH. 1985; 75(2): 134-141.

부 록

1. 가정형 호스피스 서비스 설문조사지(국민)

호스피스 서비스에 대한 설문조사

안녕하십니까?

말기암환자와 가족의 삶의 질 향상을 위해 '15년 7월 입원형 호스피스 건강보험 수가를 적용하고, '16년 3월 가정형 호스피스 수가 시범사업을 시작하여 현재 전국 76개(가정형 21개) 기관에서 호스피스서비스를 제공하고 있습니다.

본 설문은 현재 호스피스 병동에 입원하고 있는 환자 또는 가족을 대상으로 이용경험 및 만족도를 조사하여 향후에 보다 질 높은 서비스를 받을 수 있도록 하기위한 자료로 사용될 예정입니다.

응답하신 내용에 대해서는 절대적으로 보안이 유지될 것이고, 이에 대한 어떠한 불이익도 발생하지 않을 것입니다.

설문에 응답하신 후 귀 병원의 담당자에게 제출하여 주시기 바랍니다.
본 설문조사를 위해 귀중한 시간을 내주셔서 감사합니다.

기관명			
입원일	2016년 월 일	설문작성일	2016년 월 일
연 령	세	성 별	□ 남 □ 여
관 계	□ 환자 본인 □ 환자 가족		

○ **입원형 호스피스**

1.1. 호스피스병동 입원 중 받은 **돌봄(통증 및 증상관리)**에 대해 만족하십니까?

□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

1.2. 호스피스에서는 **환자**뿐만 아니라 **가족**을 위해 상담 등의 서비스를 제공하고 있습니다. 이에 대해 만족하십니까?

□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

1.3. 호스피스 팀(의사, 간호사, 사회복지사, 성직자 등)은 신체적 증상 뿐만 아니라 정신적, 영적 지지를 통한 **통합적인 호스피스 돌봄**을 제공하고 있습니다. 이에 대해 만족하십니까?

□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

1.4. 호스피스병동에서 받은 돌봄 등을 고려할 때 호스피스병동 입원에 대해 **전반적**으로 **만족**하십니까?

□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

1.5. 호스피스병동 입원 중 간병에 어려운 점은 무엇입니까?(복수응답가능)

□ 비용에 대한 부담
□ 개인 간병인을 구하기 어려움
□ 개인 간병인 서비스의 질이 낮음
□ 가족의 노력과 시간이 많이 듦
□ 특별한 어려움이 없음
□ 기타 ( )

○ 정보제공

2. 건강보험심사평가원 홈페이지에 호스피스에 대한 안내, 호스피스전문기관 검색기능, 최신 현황정보를 제공하고 있으며, 호스피스 안내 리플렛 등을 각 기관에 배포하였습니다. 이러한 호스피스에 대한 **정보제공**이 유용하다고 생각하십니까?

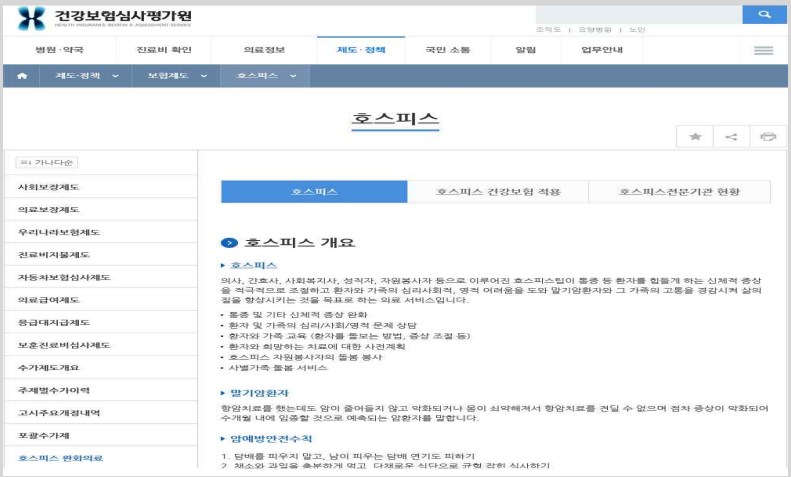
□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

※ 호스피스 정보

건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)

① 병원・약국>병원・약국찾기>분야별>호스피스전문기관

② 제도・정책>보험제도>호스피스



모바일 : 건강정보 앱>손쉬운 병원 찾기>특정분야별>완화의료전문기관

○ 가정형 호스피스

2016년 3월부터 가정형 호스피스 시범사업이 실시되어 가정에서도 의사, 간호사, 사회복지사 등이 방문하여 호스피스 서비스를 받을 수 있게 되었습니다.

4. 가정형 호스피스를 받아 보신 적이 있으십니까?

□ 예 (☞ 4.1. ~ 4.3.)
□ 아니오 (☞ 설문종료)

4.1. 집에서 받는 호스피스 서비스에 전반적으로 만족하십니까?

□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

4.2. 가정형 호스피스에서 제공 받은 돌봄이 통증 조절과 증상관리에 도움이 되십니까?

□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

4.3. 환자와 가족에게 제공하는 정서적지지·상담, 임종관리에 만족하십니까?

□ 매우 그렇다 □ 그렇다 □ 보통 □ 그렇지 않다 □ 전혀 그렇지 않다

※ 호스피스 서비스 이용에 불편함이나 개선했으면 하는 내용이 있으면 기재해 주십시오

☆ 설문에 응답해 주셔서 감사합니다.

가정형 호스피스·완화의료
1차 시범사업 효과평가 및 개선방안

발 행 일 : 2018년 3월
발 행 인 : 김 승 택
편 집 인 : 황 의 동
발 행 처 : 건강보험심사평가원 심사평가연구소
강원도 원주시 혁신로60
대표전화 : 1644-2000
홈페이지 : www.hira.or.kr

인 쇄 처 : ( ) -

※ 이 보고서는 무단으로 복제나 인용을 할 수 없습니다.
(저작권법 제136조 등 관련법 적용)