

## 호스피스서비스 의료보험적용과 의료재정

국민의료보험관리공단 상무이사

박 노 례

### 1. 호스피스서비스 의료보험의 적용의 필요성

우리나라 인구의 고령화와 암을 비롯한 만성퇴행성질환으로 인한 사망의 증가, 그리고 삶의 질 향상에 대한 사회적 요구는 말기환자를 위한 프로그램 개발의 필요성을 제기하고 있다. 이러한 프로그램은 보건 의료전달체계를 통한 의료서비스의 제공과 함께 심리적·사회적·영적 서비스 등 다양한 형태의 케어를 필요로 한다. 특히 완치가 불가능하거나 죽음이 예견되는 말기환자의 경우에도 질적인 삶은 영위되어야 하며 이를 위해서는 인간적인 그리고 체계적이면서도 지속적인 진료와 간호가 제공되어야 한다는 점은 자명한 사실이다. 이미 선진국에서는 이러한 말기환자들을 위한 서비스를 기존의 보건의료전달체계 내에 정착시켜 의료보험의 혜택을 받도록 하고 있다. 이러한 의료보험의 적용이 일반의료시설의 효율적 활용과 의료재정의 부담을 줄인다는 연구결과가 보고되어, 의료비 절감과 말기환자들의 삶의 질 향상을 위한 방안의 하나로 제시되고 있다.

국내에서도 말기환자들에 대한 관심이 늘어나면서 이러한 호스피스가 제도화가 강조되면서 의료보험의 적용의 필요성이 대두되고 있다. 우리나라의 의료현실을 살펴보고 호스피스서비스의 의료보험 적용의 효과와 문제점의 검토를 통해 해결해야할 과제들을 제시하고자 한다.

### 2. 한국 의료의 현실

말기환자와 관련하여 우리의 현실을 살펴보면 다음과 같은 문제점들이 있다.

첫째, 많은 말기환자들이 3차의료기관을 비롯한 종합병원에 입원하고 있다.

통계청 자료에 따르면 암은 한국인 사망원인의 수위를 차지하고 있으며 대부분의 환자들이 3차의료기관을 포함한 종합병원에서 치료를 받고 있다. 적극적인 항암치료에도 불구하고 더 이상의 생명연장에 도움이 되지 않은 시점에 이르렀을 때도 역시 많은 말기환자들이 종합병원을 이용하고 있다. 1991년 의료보험관리공단 자료에서 사망전 1년동안의 의료이용행태를 보면 87.5%가 종합병원에 입원하는 것을 알 수 있다. 그러나 이러한 종합병원은 보건의료서비스의 전달체계안에서 전문적이고 고도의 치료를 요하는 의료적 문제를 해결하는 기능을 담당하고 있기 때문에 말기질환의 암환자에게 필요한 통증 및 증상조절과 정서적·영적 지지를 제공하기에는 적합하지 않다. 이러한 말기환자들의 일반의료시설의 이용은 의료비용을 상승시키며 병실의 부적절한 활용 원인중의 하나이기도 하다. 말기환자들의 입원의 가장 큰 이유는 의료적인 요인으로는 통증과 증상조절이며 사회적인 요인으로는 가족자원의 부족이라는 점은 여러 연구에서 잘 알려진 사실이다. 통계청 자료에 따르면 국내에서도 1980년후반이후 병원에서 사망한 비율이 점차 증가하여 1985년에는 8.5%가 병원에서 사망한 반면 1995년에는 22.8%로 급증하고 있다. 우리나라에서는 호

상(好喪)이라 하여 임종은 가정에서 가족들이 지켜 보는 가운데 맞이해야 한다는 것으로 생각되어 왔다. 그럼에도 불구하고 병원에서 사망하는 환자의 수가 증가하는 것은 가정이 점점 핵가족화 되어 가고 여성이 사회로 진출하면서 돌보아 줄 가정의 인력이 줄어들었을 뿐만 아니라 임종환자를 적절히 관리해 줄 수 있는 시설이나 인력이 부족하기 때문에 발생하는 문제일 것이다.

둘째, 많은 말기환자들이 관리대책이 없이 의료의 혜택으로부터 방치되어 있다.

암환자들의 민간요법 이용에 대한 연구에서나 말기암환자들의 의료이용 행태 연구가 보여 주듯이 상당히 많은 환자들이 치료효과가 입증되지 않은 고가의 민간요법을 이용하고 있는 것으로 알려져 있다. 민간요법에 의존하는 것은 경제적인 막대한 손실을 초래할 뿐만 아니라 인생을 정리하고 보람있는 삶을 살아야 할 중요한 시기를 아쉽게 보낼 수 있다. 뿐만 아니라 아무런 의료도 이용하지 않고 가정에서 방치되는 경우도 있다. 이러한 현상들은 더 이상의 생명연장이 불가능해질 때 오히려 의료진의 시간과 손길, 인내, 열정 등이 절실히 요구됨에도 불구하고, 의사들이 무관심해져 환자를 피하는 경향이 있으며 지속적인 증상관리를 비롯한 향후계획에 대해 올바른 안내를 제공하지 않고 있기 때문에 발생하는 현상들이다. 이로 인해 가족들간의 갈등이 발생하며 의료적인 윤리문제가 야기되며 사회복지측면에서는 삶의 질의 심각한 장애요인이 되고 있다.

셋째, 국민의료비의 지출이 증가되고 있다.

1972년 국민총생산대비 국민의료비의 비율은 2.7%였던 것이 1993년 4.7%수준으로 상승하였으며 이러한 의료비의 상승은 의료이용량과 서비스 강도의 증가에 의해 주도되고 있다. 미국의 경우 사망전 일년 동안에 말기환자에게 지출되는 의료비용이 전체의료비의 10~12%에 그리고 메디케어 비용의 27%에 해당되고 있어 임종과 관련된 고비용의 문제가 심각한 재정적 부담이 되고 있다. 국내에는 이에 대한 자료가 없지만 이와 같은 현상은 우리나라에서도 마찬가지일 것으로 추정된다.

넷째, 호스피스 서비스가 말기환자 관리의 대안으로 부각되고 있지 않다.

호스피스는 인간존중과 삶의 질 향상이라는 그 철학적 배경에도 불구하고, 아직까지 국민들에게 꼭 필요한 제도라고 인식되고 있지 못하며 의료정책 입안자들에게는 의료비의 재정적 부담을 줄일 수 있는 대안으로보다는 오히려 재정적 부담을 가져올 것으로 인식되어 있다. 호스피스가 말기환자들에게 이용되고 있지 못한 이유는 현재 국내의 호스피스 기관의 현황을 보면 일부 대학병원에 소속된 호스피스기관외에는 종교단체의 사회복지활동의 일환으로 시혜적 차원에 머물러 있어 전문적인 서비스가 제공되지 못하고 있으며 3차의료기관을 비롯한 종합병원과 연계가 되어 있지 않아 환자의뢰체계가 구축되어 있지 못할 뿐만 아니라 호스피스케어가 의료보험의 혜택을 받지 못하기 때문이다. 또한 의료정책 입안자들에게 호스피스가 의료 재정에 부담이 될 것으로 인식되어 있는 것은, 호스피스는 다양한 인력에 의한 다양한 서비스를 제공하여야 하기 때문에 상당한 의료수가를 책정하여야 한다는 인식을 바꾸어 줄 수 있는 자료의 제시와 교육 및 홍보가 부족했기 때문일 것이다.

### 3. 호스피스서비스의 의료보험 적용 효과와 문제점

말기암은 다른 만성퇴행성질환과는 달리 생존기간이 예측이 어느정도 가능하여 말기암으로 진단을 받을 경우 3~6개월정도 생존하는 것으로 알려져 있다. 미국의 경우, 주치의와 호스피스사의 의해 말기암으

로 진단되는 경우 메디케어에 의한 의료보험 혜택을 받을 수 있는 제도적 장치를 마련되어 호스피스가 말기환자의 삶의 질 향상에 기여하며 의료비를 절감시키는 효과를 가져 오는 것으로 알려져 있다. 실제로 미국의 자료를 보면 임종전 1년 동안에 지출되는 의료비의 약 50%가 임종전 2개월동안에 지출되고 임종전 1개월동안에는 약 40%가 지출되고 있으며, 호스피스는 특히 임종 1개월동안 지출되는 의료비용을 25-40% 정도 절감시킨다는 결과들이 도출되어 호스피스가 의료비를 절감하는 대안으로 제시되고 있다. 이러한 의료비의 절감은 말기환자들이 대부분의 케어를 가정에서 받으며 불필요한 입원과 소모적인 의료-중환자실 입원, 인공호흡기 사용, 심폐소생술 등의 이용을 제한함으로써 이루어진 것이다.

의료보험관리공단의 자료를 이용하여 공무원 및 교직원 피보험대상자중 97년 1월부터 98년 6월까지 사망한 151명에 대한 사망 전 6개월간의 의료보험 급여내역을 분석한 결과, 임종 전 6개월 동안에 지출된 의료비의 약 50%가 임종 전 2개월 동안에 지출되고 임종 전 1개월 동안에는 약 31%가 지출되어 미국의 자료와 비슷한 양상을 보였다(그림 1). 임종 전 2개월부터는 입원에 의한 지출이 차지하는 비중이 커지는 반면 외래진료비의 비중은 줄어드는 양상을 보이고 있어 사망전 2개월동안 입원하는 비율이 증가된다는 점을 알 수 있다(그림 2). 또한 이 의료비용의 85%가 입원동안에 지출된 비용이며 전체비용의 95%가 중

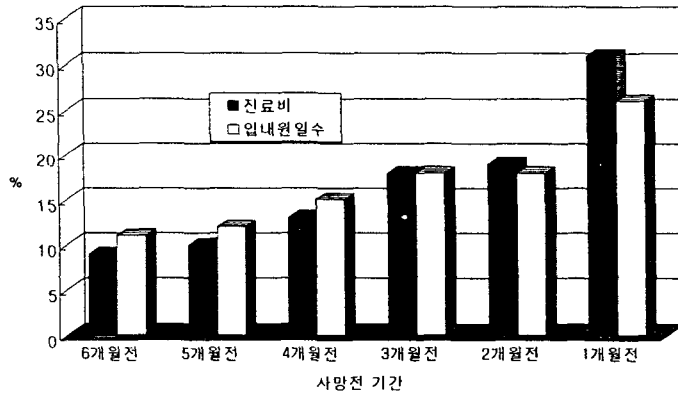


그림 1. 사망전 월별 진료비 및 입내원일수 분포의 비교

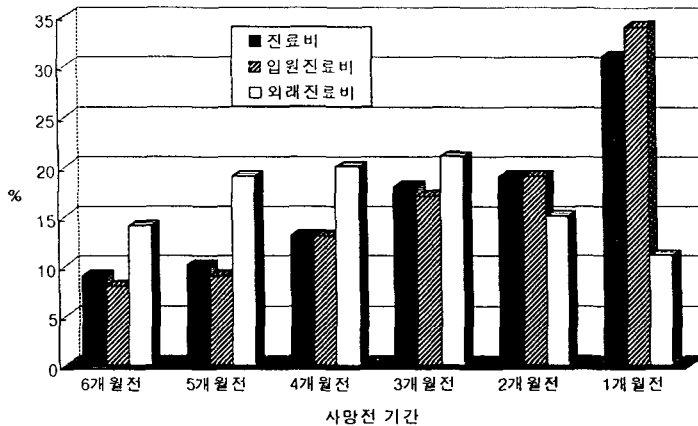


그림 2. 사망전 기간별 전체 진료비 및 입원진료비, 외래진료비 분포율의 비교

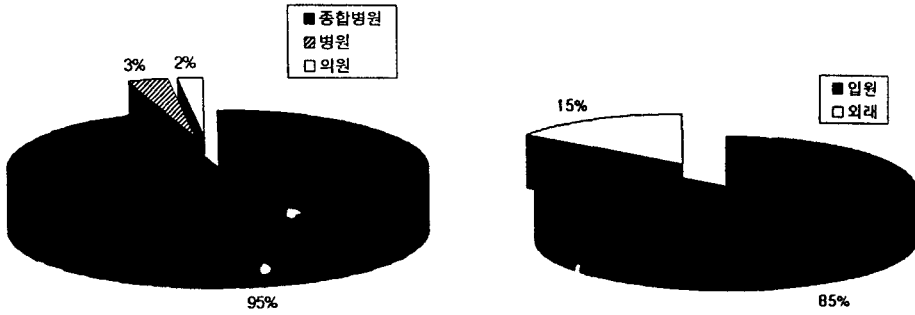


그림 3. 진료비 분포율의 병원이용 유형별 비율.

표 1. 사망전 의료비의 월별 분포율의 비교(%)

	공·교 의료보험자료*	미국자료†	
		미국호스피스	미국비호스피스
6개월전	9.0	9.9	7.1
5개월전	10.0	11.5	8.2
4개월전	13.0	13.2	10.0
3개월전	18.0	16.4	12.8
2개월전	19.0	21.2	18.7
1개월전	31.0	27.8	43.1

\*공무원 및 교직원 의료보험조합 피보험자중 97년 1월부터 98년 6월까지 사망한 암환자 151명에 대한 사망 전 6개월간의 의료보험 급여내역을 분석한 결과

† Emanuel EJ. Cost savings at the end of life: What do the data show? JAMA 1996;275:1907-14.

합병원에서 지출되었다(그림 3). 그러므로 우리나라에서도 미국과 같이 호스피스 제도를 통해 입원과 소모적인 의료의 이용을 줄인다면 말기환자에게 지출되는 의료비용을 줄일 수 있는 가능성을 보여 준다.

실제로 말기환자들은 일반의료시설의 집중적 치료를 받기보다는 통증관리와 같이 완화적 치료를 필요로 하기 때문에 이러한 소모적인 의료의 이용을 줄이는 것은, 환자와 그 가족들에게 충분히 설명되어지고 그들에 의해 수용된다면 말기환자들의 자율성 존중과 삶의 질 향상에 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 그러나 아직 국내에 이를 뒷받침할 자료가 없기 때문에 말기환자와 그 가족들이 만족하고 의료자원의 효율적인 활용이 가능할 정도로 호스피스 케어의 수준이 향상될지 그 결과가 의문시된다.

#### 4. 향후 과제

호스피스의 보험적용을 위해서는 불필요한 입원과 의료장비 이용의 제한과 같이, 재정적 부담을 주지 않으면서도 말기환자의 삶의 질 개선에 도움이 되는 비용효과적인 대안이 마련되어야 한다. 이를 위해서는 다음과 같은 과제들이 해결되어야 한다.

첫째, 말기환자에 대한 케어의 방향이 치료적인 아닌 완화적인 케어(Palliative care)에 충실해야 한다. 현재 검사와 치료위주의 종합병원의 입원을 가능한 줄이고 가정에서 환자가 머무르면서도 충분한 증상조

결과 정서적인 안정을 얻을 수 있도록 지역 호스피스기관과 의료인력을 육성하고 가정 호스피스를 질적으로 향상시켜야 한다. 이를 위해서는 무엇보다도 먼저 호스피스 케어 서비스 내용이 결정되어야 한다.

둘째, 호스피스 케어에 적합한 의료보험 수가를 개발한다. 「의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준」에 '호스피스수가 기준 및 청구방법 등은 보건복지부장관이 별도 정한 기준에 의한다'라고 명시되어 있으나 아직까지 호스피스수가가 정해지지 않고 있는 실정이다. 말기환자에게 제공되는 의료서비스의 질과 그에 지출되는 의료비용을 고려하여 적합한 의료보험수가를 마련함으로써 호스피스 케어를 양성화하고 질적인 향상과 표준화를 도모한다.

셋째, 호스피스기관의 후원회를 통한 기금조성을 위해 세제혜택 방안을 마련한다. 외국의 사례에서와 마찬가지로 호스피스 케어에 대한 의료보험 적용만으로는 재정적 운영은 어려우므로 후원회를 통해 기금을 원활히 조성할 수 있도록 기금을 제공한 개인이나 단체에 대해 세제혜택을 받을 수 있도록 하는 방안이 뒤따라야 한다.

넷째, 호스피스 케어에 대한 사회적 공감대가 형성되도록 하여야 한다. 말기 진단을 받았을 때, 고가의 소모적인 의료는 오히려 환자의 고통스러운 죽음을 연장시킬 뿐이기 때문에 이러한 상황에서는 인간 한계의 현실적인 수용이 필요하다는 점을 국민들에게 홍보하고 교육시킬 필요가 있다. 이를 위해서는 국민들에게 호스피스 케어가 이러한 말기환자들에게 남은 삶동안 통증을 비롯한 증상관리를 제공하고 삶의 질을 개선시킬 수 있는 대안으로 제시되어야 한다.

다섯째, 호스피스 케어에 자원봉사자의 참여를 확대하도록 한다. 호스피스 케어는 증상관리 뿐만 아니라 가족을 대신하여 환자를 돌볼 수 있는 인력을 필요로 한다. 이것은 핵가족화되어 가는 우리의 현실에서 호스피스 케어가 성공하기 위해서는 반드시 필요한 부분이다.

여섯째, 호스피스와 완화의료의 효용에 대한 연구가 활성화되어야 한다. 호스피스 케어가 말기환자들의 증상을 충분히 관리할 수 있고 그들의 삶의 질을 향상시킬 수 있으며 의료비를 절감시킨다는 효과가 연구를 통해서 입증되어야만 의료정책 관계자의 불안을 해소할 수 있으며 호스피스 케어의 확대가 정책적으로 이루어질 수 있을 것이다.

일곱째, 보건의료인력의 기초교육과정과 보수교육과정에 호스피스케어의 중요성과 내용들에 대한 교육의 내실화도 중요한 변수의 하나이다.

## 5. 맺는 말

1994년 세계보건기구(WHO)에서는 환자의 삶의 질에 가장 효과적인 것이 말기환자에게 제공되는 호스피스케어임을 강조한 바 있다. 그만큼 호스피스케어는 국민들의 삶의 질 향상에 중요하다는 점이다. 미국에서는 1982년 Medicare의 수혜대상 서비스로 호스피스가 포함된 TEFRA(Tax Equity's Fiscal Responsibility Act)가 의회를 통과하여 국가적인 차원에서 호스피스를 지원함으로써 급성장한 바가 있듯이 우리나라 환경에 적합한 호스피스 수가개발과 의료보험의 적용을 통해 호스피스를 활성화할 필요가 있다. 말기환자들이 고통스럽고 무의미한 치료로부터 자유로울 수 있고 자신의 삶에 대한 조절을 유지하면서 그들의 죽음을 받아들일 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 함은 부정할 수 없는 당위의 사실이다. 제한된 자원을 합리적으로 배분해야 한다는 점 또한, 사회적 정의에 어긋남이 없는 사실이다. 그러므로 사회적으로

수용가능하고 타당한 호스피스 케어를 마련하기 위해서는 관련된 개인과 단체, 정부가 함께 이 문제를 해결하기 위해 의지와 애정을 함께 모아야할 것이다.

#### 참 고 문 헌

1. 통계청. 1995년 사망원인 통계연보. 서울: 통계청 1996:20-57.
2. 황나미, 노인철. 말기환자 관리를 위한 호스피스의 제도화 방안. 서울: 한국보건사회연구원 1995.
3. 홍정기. 국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계. 서울: 한국보건사회연구원 1995.
4. 조현. 우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구, 서울대학교 대학원 박사논문. 1993.
5. 윤영호, 허대석. 말기 암환자의 3차의료기간 입원의 문제점. 대한가정의학회지 1996;17(5):294-304.
6. 윤영호, 허대석, 전효이, 유태우, 김유영, 허봉렬. 말기암환자들의 의료이용행태. 대한가정의학회지 1998; 19(6):445-51
7. Emanuel EJ. Cost savings at the end of life: What do the data show? JAMA 1996;275:1907-14.
8. Coppa S. Futile care: Confronting the high costs of dying. The Journal of Nursing Administration 1996;26(12):18-23.