

## 주제강연

## 호스피스는 생명사랑입니다 호스피스 연계망 구축방안

원 주 희\*

우리나라에 호스피스 활동을 제도권 안에서 정착시키기 위한 시범사업이 2003년부터 2004년까지 보건복지부를 중심으로 이루어지고 있다. 금년에 시범사업이 끝나면 내년에는 가시적인 결과가 나타나 우리나라도 명실상부하게 요람에서 무덤까지의 복지정책이 구체적으로 실현되는 국가의 대열에 서게 될 것이다.

우리나라에서 한해에 약 6만 명 정도가 암으로 죽음을 맞이하는데 이들이 모두 호스피스의 도움을 받고 인간답게 생의 마지막 시간을 보낼 수 있는 제도적 뒷받침이 효과적으로 마련되는 시범사업 결과가 나오길 기대해 본다.

이를 위해 정부 보건정책 관련자들과 호스피스 실무에 오랫동안 참여하고 있는 분들, 직·간접적으로 호스피스 분야에 관여하고 있는 모든 분들이 서로 정보를 나누고 지혜를 모아야겠다. 오늘 이 자리도 그런 노력의 일환(一環)이라고 생각한다. 1991년부터 활동을 시작한 한국호스피스협회는 그 동안 우리나라 호스피스 발전을 위해 꾸준히 그 사명을 감당해 왔다.

호스피스 시범사업이 마무리되는 이 시점에 다시 한번 호스피스 활동의 원래 목적인 [생명 사랑] 정신이 훼손되지 않고 말기환자의 존엄성이 잘 유지되며, 기존에 활동하던 모든 호스피스 기관과 종사자들이 더욱 발전적으로 참여할 수 있는 제도가 만들어지기를 간절

히 바란다. 이런 마음을 모아 [호스피스는 생명사랑입니다]라는 큰 주제 아래 [호스피스 연계망 구축방안]을 부제로 선택하여 이번 세미나를 마련하게 되었다.

### 호스피스 제도화의 의미

호스피스 분야의 국가적 관리·지원체계가 세워진다는 것은 다음과 같은 의미가 있다.

#### 1. 생명 존중 운동이 확산된다.

호스피스 활동에서는 죽음을 재촉하지도 않고, 일부러 지연시키지도 않으며 하나님이 허락하신 수명까지 평안하게 살도록 돕는다. 생명을 경시하여 방치하거나, 생명의 주관자이신 하나님의 권한을 인간이 침해하는 안락사나 의도적인 생명연장과는 전혀 다른 존엄사 차원에서 생명을 다루고 있기 때문에 행복하게 죽을 수 있는 인간의 기본적인 생존권리가 보장된다.

#### 2. 불필요한 진료와 투약행위로 인한 국민건강보험비 낭비를 막고 효율적으로 그 비용을 사용할 수 있다.

말기환자에게 별 의미 없는 치료중심의 의료행위를 함으로써 낭비되는 국민건강보험비를 케어(보살핌)중심의 호스피스 활동에서는 효과적으로 절약하게 된다. 또 중환자실 등에서 맞이하는 비인간적인 죽음의 환경

\* 한국호스피스협회 이사, 샘물호스피스선교회 회장

을 개선하는 이점이 있다. 말기환자에 대한 무의미하고 고통스러운 치료중심의 행위를 케어중심으로 바꾸어줌으로써 인간의 존엄성이 잘 유지되는 상태에서 생을 마무리 할 수 있는 사회환경적 시스템이 구축된다.

**3. 자원봉사 활동을 극대화하여 우리 사회 유희(遊休) 인력을 줄이며 생명 사랑의 사회적 분위기가 조성되어진다. 또 말기환자 가족들의 생산성 있는 활동을 유지시켜줌으로써 가정적, 사회적으로 많은 경제적 이익을 꾀할 수 있다.**

호스피스 활동에서 요구되는 많은 인력을 자원봉사로 충원함으로써 우리 사회에 생명 사랑 운동을 확산시키며 활력 있고 경제성 있는 사회 구조를 만들어 가는데 기여할 수 있다.

**4. 마약관리가 철저히 이루어진다.**

세계보건기구에서는 말기환자 통증조절을 위해 마약 사용을 적극 권장하고 있다. 호스피스 대상자들에게 대하여 마약을 자유자재로 활용할 수 있는 의료 사회적 분위기가 만들어짐으로써 그들의 삶의 질을 크게 높일 수 있고 동시에 마약관리가 철저하게 이루어지는 이점이 있다.

**5. 한국 호스피스의 질적, 양적 성장을 이루어 요람에서 무덤까지의 명실상부한 복지정책이 실현된다. 양적인 발전은 물론이고 제도권 밖에서 활동하고 있는 많은 기관과 종사자들이 질적으로 높은 수준의 케어를 제공할 수 있게 된다.**

**호스피스 제도화로 인해 나타날 수 있는 부정적인 면**

1. 말기환자에 대한 국민건강보험 수가를 현실적으로 인정해 주고 제도권 내에서 활동을 보장해 주게 되면 사명감 없는 이들이 이 제도를 돈 버는 목적으로 악용할 수 있다. 말기환자와 그 가족들의 삶의 질을 높이는 목적이 아니라 병·의원의 수입을 보장해주는 차원에서의 제도화는 오히려 말기환자의 존엄성을 침해하는 많은 부작용을 일으킬 수 있다.

2. 기존에 열심히 호스피스 활동을 하고 있는 기관과 종사자들을 지원하고 격려하는 제도가 만들어지지

않으면 제도권 밖에 있는 많은 기관과 종사자들이 더욱 위축될 것이고 여전히 비제도권 속에 남아 있게 되므로 결국 유명무실한 제도가 될 소지가 있다.

**호스피스 연계망 구축 방안**

호스피스 활동을 제도적으로 정착시키고 프로그램 연계망을 효율적으로 구축하기 위해서는 [호스피스 관리체계(管理體系)와 [보상체계(補償體系)]가 동시에 검토되어야 한다.

호스피스 관리체계에는 유형분류, 활동지침, 인력 및 시설기준, 교육, 감독기능, 연계망 구축, 보상체계에는 보상방향과 보상방법, 보상수준 등이 다루어지게 된다.

(호스피스 관리체계)

**1. 유형분류**

현재 우리나라에서 운영되고 있는 호스피스 유형을 보면 크게 2가지로 구분되고 이를 다시 각각 4가지 유형으로 나눌 수 있다.

1) 병원부속형 : 이는 치료 또는 요양중심의 병원에 속하여 호스피스 프로그램을 운영하는 형태이다.

① 집중형 : 치료 또는 요양중심의 병원에서 구별된 병동 또는 병실에 호스피스 공간을 만들어 놓고 팀을 구성하여 집중적으로 호스피스 대상자를 입원시켜 돌보는 유형

② 분산형(산재형) : 치료 또는 요양중심의 병원에서 구별된 호스피스 공간을 마련하지 않고 팀을 구성하여 여러 병실에 흩어져 입원되어 있는 호스피스 대상자를 돌보는 유형

③ 가정형 : 치료 또는 요양중심의 병원에서 팀을 구성하여 호스피스 대상자를 각 가정으로 찾아가거나, 외래 형태로 돌보는 유형

④ 주간케어형 : 부속형 기관에서 낮에 일정시간 동안 구별된 공간에서 팀을 구성하여 호스피스 대상자를 돌보는 유형

2) 독립형 : 이는 치료 또는 요양 중심의 병원과는 관계없이 독립적으로 호스피스 프로그램만을 운영하는 형태이다.

- ① 시설형 : 호스피스 기관 자체적으로 보건소에 면허를 등록한 의사가 없고 타 기관에 면허를 사용한 의사가 지원하는 형태로 팀을 구성하거나(독립복지시설형), 호스피스 기관 자체적으로 보건소에 면허를 등록한 의사가 있는 형태로 팀을 구성하여(독립병원시설형) 외래 또는 입원형태로 호스피스 대상자를 돌보는 유형
- ② 가정형 : 호스피스 기관 자체적으로 보건소에 면허를 등록한 의사가 없고 타 기관에 면허를 사용한 의사가 지원하는 형태로 팀을 구성하거나(독립복지가정형), 호스피스 기관 자체적으로 보건소에 면허를 등록한 의사가 있는 형태로 팀을 구성하여(독립병원가정형) 각 가정에 있는 호스피스 대상자만을 찾아가 돌보는 유형
- ③ 주간케어형 : 독립형 기관에서 낮에 일정시간 동안 구별된 공간에서 팀을 구성하여 호스피스 대상자를 돌보는 유형
- ④ 협력형 : 호스피스 기관 자체적으로 보건소에 면허를 등록한 의사가 없고 타 기관에 면허를 사용한 의사가 지원하는 형태로 팀을 구성하여 병원부속형 또는 독립형 기관과 협력하여 호스피스 대상자를 돌보는 유형

이 모든 유형의 장점과 단점을 상호 보완하는 제도가 만들어져야 한다.

## 2. 활동지침

호스피스는 한 생명이 살아오면서 맺었던 모든 삶의 복잡한 관계를 후회 없이 정리하고 인간의 존엄성이 잘 유지되는 상태에서 생을 마무리하도록 돕는 전인적 케어 프로그램이다. 이런 목적을 잘 달성하기 위해 다음과 같은 원칙이 유지되는 활동지침이 세워져야 한다.

### 1) 행복하게 죽을 권리

말기환자가 원하는 장소에서 행복하게 살다가 죽을 수 있는 권리를 확보해 주어야 한다. 모든 유형의 호스피스 프로그램이 서로 잘 연계되어 환자가 원하는 어느 곳에서도 질적으로 동일한 수준의 케어를 받을 수 있는 방향으로 제도가 정착되어야 한다.

### 2) 인간 평등

호스피스는 죽음이 예견되는 모든 말기환자에게 적용되어야 한다. 말기 암환자뿐만이 아니라 말기 에이즈 등 임종이 6개월 전후로 예측되는 모든 말기환자를 포함시켜야 한다.

참고로 미국 호스피스 환자의 질환 분포는 암질환(78%), 심장질환(10%), AIDS(4%), 신장질환(1%), 치매(1%), 기타(6%)로 되어 있다(국립호스피스기구,1993).

### 3) 전인적 케어

여러 직능의 종사자들이 서로의 영역을 존중하고 힘과 지혜를 모으는 팀 활동이 되어야 한다. 의사, 간호사, 약사, 성직자, 사회복지사, 자원봉사자 등 모든 분야의 종사자들이 참여할 수 있어야 하며 모든 인간은 평등하다는 원칙이 위배되지 않는 방향으로 제도가 만들어져야 한다.

### 4) 생명 사랑

호스피스는 인생 여정에서 가장 절박한 생의 마지막 시간에서 있는 말기환자와 그 가족들의 생명을 돕는 활동이다. 생명을 사랑하는 기본적인 원칙에서 제도가 정착되지 않으면 생명을 경시하는 행동들을 법적으로 더 보장해주는 결과를 가져 올 수 있다.

따라서 호스피스 종사자들이 경제적 이익이나 명예, 권력 등을 추구하지 않고 생명을 사랑하는 목적이 우선되어야 하며, 실제로 케어의 질이 표준화된 활동이 이루어지도록 지원하고 상호보완하며 감독할 수 있는 제도가 마련되어야 한다.

## 3. 인력 및 시설기준

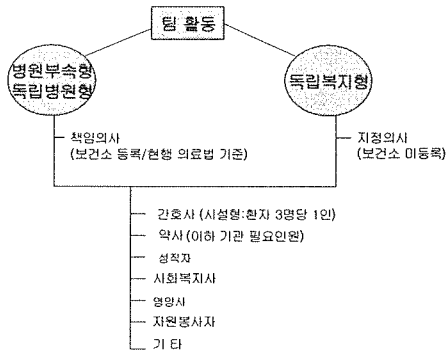
나와 내 가족이 행복하게 죽음을 맞이할 수 있는 호스피스 환경을 만든다는 차원에서 시설과 프로그램, 인력 구성 등이 이루어져야 한다. 말기환자를 수용하는 차원이 아니라 갓난아이를 부모가 정성껏 돌보듯이 전인적으로 세심하게 신경을 쓸 수 있는 쾌적한 환경이 되어야 한다.

호스피스 각 기관이 표방하고 있는 목적을 충분히 달성할 수 있는 인력과 시설기준을 정하고 그 상태가 유지되도록 지원과 감독체계가 동시에 마련되어야 한다.

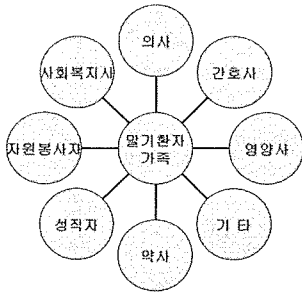
전혀 호스피스 활동을 하지도 않고, 또 한다고 해도 제대로 할 수 없는 인력과 시설을 가지고 있는 명목상의 호스피스 기관들이 생기지 않도록 해야 한다.

또 어느 지역, 어느 유형의 기관에서 활동을 해도 모든 종사자들이 동일한 대우를 받을 수 있는 방향으로 제도가 정착되어야 케어의 수준이 동일하게 유지될 수 있다.

## 인력 체계



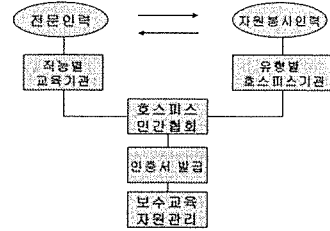
## 호스피스 팀



### 4. 교육

어느 분야도 다 그렇지만 특히 호스피스에서 현장 경험이 없는 교육은 죽은 교육이 된다. 말기 환자 통증 관리나 임종을 돌본 경험이 없이는 제대로 교육을 시킬 수 없고 교육을 한다고 해도 한계가 있다. 호스피스 현장과 연계되어 산 교육이 이루어지는 방향으로, 또 자원봉사 인력과 전문인력을 구분해서 교육체계가 세워져야 한다.

## 교육 체계



### 5. 감독기능

호스피스 대상자는 인생길에서 가장 연약한 상태를 걸어가고 있다. 자신이 어떤 부당한 대우를 받아도 말할 기력이 없고 시간도 없는 이들도이다. 더욱이 임종을 하고 나면 죽은 이는 말이 없다고 환자가 어떤 케어를 받고 떠났는지를 확인할 길이 없다. 가족들이 남아 있기는 하지만 가족 역시 당사자가 아니기 때문에 환자의 입장을 충분히 대변해 줄 수가 없다.

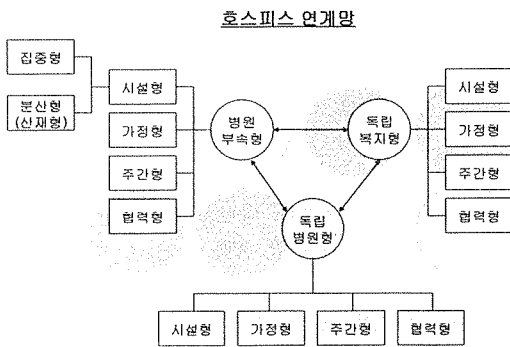
이런 특수한 상황 때문에 호스피스 활동에 대한 세밀한 감독 기능이 유지되지 않으면 오히려 죽어가는 이들의 인권이 무시될 가능성이 많다. 제대로 그 역할을 하지 못하는 기관은 수시로 감독하여 도태시켜야 할 것이고 잘 하는 기관은 격려하고 발전시켜 나가는 제도적 장치가 마련되어야 한다.

### 6. 연계망 구축

말기환자가 언제, 어디선든지 똑같은 질적 수준의 케어를 받을 수 있도록 한다는 목적과 적어도 우리나라에서 현재 한해에 말기 암으로 죽음을 맞이하는 약 6만명 가량의 호스피스 대상자 전체를 효과적으로 돕기 위한 목표로 연계망 구축 방안을 마련해야 한다.

- 1) 인구 100만 명을 기준으로 우리나라를 지역적으로 나누고, 국제적 권고치에 따라 각 지역에 병원부속형, 독립병원형, 독립복지형을 포함하여 입원 형태의 시설을 최대 50병상까지 확보하는 것을 목표로 한다. 이런 기준에 의하면 우리나라 인구를 약 4천만 명으로 볼 때, 2,000병상(10병상 기준 200개 시설)이 필요하다.

2) 각 지역의 병원부속형과 독립병원형, 독립복지형 기관을 연계하는 시스템을 구축한다. 병원부속형은 독립병원형, 독립복지형과 긴밀한 협조 체계를 갖추고 주로 급성 증상 조절 및 처치 중심의 역할을 입원 또는 외래형태로 감당하고, 독립병원형은 병원부속형과 긴밀하게 협조하여 독립복지형 기관에서 돌보는 환자의 통증관리 및 의료적 케어를 감당한다.



3) 각 기관(유형별, 지역별)에서 돌보는 환자가 원하면 언제든지 원하는 곳으로 옮겨 동일한 수준의 케어를 받을 수 있도록 [호스피스 지침]을 만들고 그에 따른 관리 시스템을 철저히 갖춘다. 가능하면 각 지역의 환자를 우선적으로 돌보는 것을 원칙으로 하되 타 지역 환자도 서로 돌볼 수 있게 함으로써 선의의 경쟁을 통해 케어의 질을 높인다.

4) 호스피스 기관에 속하지 않고 개인이 개별적으로 호스피스 활동하는 것을 지양하고 제대로 팀을 갖추는 방향으로 유도하기 위해 각 호스피스 기관에서 연계되어 의뢰된 환자를 우선적으로 돌본다.

**[보상체계]**

호스피스 관리체계가 잘 유지되기 위해서는 보상체계의 뒷받침이 있어야 한다. 보상체계에서는 보상방향과 보상방법, 보상수준 등을 다룬다.

**1. 보상방향**

현재 비제도권 안에서 활동하는 모든 독립복지형 기관들은 전적으로 후원금에 의존하여 운영되고 있다. 말기환자측으로부터 어떤 보상을 기대하지 않고 순수하게 봉사하는 차원에서 활동하고 있다.

병원부속형이나 의사가 면허를 보건소에 등록한 독립병원형 기관들은 국민건강보험공단으로부터 나오는 국민건강보험금과 환자 본인부담금으로 운영되고 있다.

하지만 이 두 형태 모두 운영에 만족할 만큼의 보상이 되지 않고 있기 때문에 경영면에서 매우 열악한 형편이다. 이런 상황에서는 국제적 수준의 인력과 시설 기준을 맞출 수 있는 형편이 안된다. 한편으로는 재정을 확보하기 위해 과잉진료나 무의미한 진료를 시도하려는 유혹에도 빠지게 된다.

또한 현행 우리나라 의료공급체계는 급성질병치료 중심체제로 구축되어 있어 만성질환 관리가 제대로 되지 않고 있다. 이런 상황에서 치료보다는 간호, 간병, 재활 및 완화의료에 중점을 둔 만성질환(말기 암, 치매, 중풍 등) 대상자들을 관리하게 됨으로써 의료비가 많이 낭비되고 있고 의료서비스의 방향이 다르기 때문에 삶의 질도 많이 떨어지고 있다.

따라서 앞으로는 우리나라 의료공급체계가 급성질병 치료체계와 만성질환 관리체제로 나누어져야 하며 그에 따라 보상체계도 구분되어야 한다. 호스피스 활동은 만성질환 관리체계에서 접근해야 한다.

우리나라 의료공급체계의 전체적인 틀을 염두에 두고 호스피스 보상방향을 다음과 같이 고려해 볼 수 있다.

**1안) 호스피스 수가를 현실화시켜 국민건강보험금(사회보험)과 의료급여비(공적부조: 국고보조금 80%, 지방비 20%, 서울은 50%)만으로도 운영이 가능하도록 하는 방안**

**[장 점]** ① 호스피스 기관의 운영이 원활해짐으로써 활동이 빨리 확산되고 그로인해 모든 말기환자가 호스피스 도움을 쉽게 받을 수 있다.

② 현행 의료사회 제도 안에서 호스피스 수가만 조정하면 되기 때문에 특별한 보상체계를 마련하지 않아도 된다.

**[문제점]** ① 현행 수가에서 5배 정도 상승 조정해야

호스피스 기관의 수지를 겨우 맞출 수 있다. 그러나 현실적으로 보험제정의 부담, 다른 질병과의 형평성 문제, 물가상승 등의 요인 때문에 기대하는 수준까지 높이는 것은 불가능하다.

**[사 례] 독립병원형 29병상을 운영하는 샘플호스피스의 경우**

- 월 운영비 : 8,000만원 (시설건립 및 유지보수비 제외)
- 일 운영비 : 267만원
- 월 환자 수 50- 60명 : 월간 연인원 870명 (29병상 x 30일)
- 환자 1인당 1일 운영비 : 약 92,000원 (식대 및 제반 비용 포함)
- 인건비 : 봉사차원에서 사회통념적인 수준의 1/2 정도 책정 월 운영비 중 인건비 4,000만원 (상근직원 40명 : 의사 2명, 간호사 20명, 약사 1명, 사회복지사 2명, 목회자 5명, 영양사 1명, 주방/관리/기타 9명)
- 현실화된 예상 월 운영비 : 1억 2천만 원 (현행 수가로는 현실화된 운영비 20% 부담)
- 재정총당 :
  - 1) 국민건강보험금 및 의료급여비 : 현 행 위별 보험수가로 월 평균 2,500만 원 정도 청구(현 운영비 30%부담)
  - 2) 후원금 : 국민건강보험공단에 청구한 금액 이외의 남은 운영비는 전액 후원금으로 총당(현 운영비 70% 부담)
  - 3) 환자측은 식대 등 제반 비용을 일체 부담하지 않는다.

- ② 급성질병 관리체계 차원에서 수가를 상향 조정했을 때 만성질환 관리대상자들에 대한 국민건강보험금 부담이 너무 크다.
- ③ 수가를 대폭 상향 조정했을 때 호스피스 활동을 돈 버는 수단으로 이용하고 호스피스 정신에 맞지 않는 방법으로 운영할 소지가 있다.
- ④ 환자측에서 감당해야하는 본인부담금과

식대 등 제반 비용에 대해 부담을 갖게 된다. 적극적인 치료를 받으면서 말기상태에 오기까지는 대부분 경제적으로 심각하게 어려운 상황에 놓이게 된다. 그 부담 때문에 말기환자와 가족들의 삶의 질이 떨어지고, 죽음 앞에서도 돈 때문에 인간다운 대접을 받지 못한다는 소외감 때문에 더 외롭게 죽어가고 가족들은 죄책감에 시달린다.

- ⑤ 독립복지형 기관은 국민건강보험금과 의료급여비 혜택을 받을 수 없다.
- ⑥ 국민건강보험과 의료급여 제도로 보호 받을 수 없는 이들이 사각지대에 남게 된다.

**2안) 국민건강보험금과 의료급여비(운영비 50% 부담), 후원금(운영비 50% 부담)을 이용하여 운영이 가능하도록 하는 방안**

- [장 점]**
- ① 국민건강보험 재정을 1)안 보다는 1/2 정도 절약할 수 있다.
  - ② 현행 의료사회 제도 안에서 호스피스 수가만 조정하면 되기 때문에 특별한 보상 체계를 마련하지 않아도 된다.
  - ③ 호스피스 기관의 자발적인 모금 활동을 통해 함께 책임지고 더불어 사는 사회, 생명 사랑의 사회적 분위기를 만들어 갈 수 있다.

**[문제점]**

- ① 국민건강보험 수가를 약 2.2배 정도 상향 조정해야 하는 부담이 있다.
- ② 급성질병 관리체계 차원에서 수가를 약 2.2배 상향 조정했을 때 만성질환 관리 대상자들에 대한 국민건강보험금 부담이 여전히 크다.
- ③ 수가를 상향 조정했을 때 호스피스 활동을 돈 버는 수단으로 이용하고 호스피스 정신에 맞지 않는 방법으로 운영할 소지가 있다.
- ④ 환자측에서 감당해야하는 본인부담금과 식대 등 제반 비용에 대해 부담을 갖게 된다.
- ⑤ 독립복지형 기관은 국민건강보험금과 의

료급여비 혜택을 받을 수 없다.

- ⑥ 국민건강보험과 의료급여 제도로 보호 받을 수 없는 이들이 사각지대에 남게 된다.
- ⑦ 후원금에 대한 투명성 확보와 그에 대한 감독기능이 철저하게 세워지지 않으면 후원금 부작용이 많이 발생할 소지가 있다.
- ⑧ 후원금이 운영에 뒷받침 될 정도로 충분히 모아지기가 쉽지 않아 결국 비정상적으로 운영이 될 가능성이 있다.
- ⑨ 후원금을 모으고 감독할 법적 장치가 강구되어야 한다.

**3안) 복지세 또는 의료급여비로 만성질환 요양 지원을 별도로 마련하여 100% 운영이 가능하도록 방안**

- [장 점] ① 중풍, 치매, 말기암 등 만성질환요양 대상자들을 위해 복지세를 도입하여 100% 책임지는 경우 경제·사회적 균형을 추구하는 복지제도를 정립할 수 있다.
- ② 사회보장 시스템을 통해 죽을 때까지 인간의 존엄성이 잘 유지되는 삶이 보장된다.
- ③ 급성질환 의료비를 절약하고 국민건강보험 재정을 안정시키는데 기여할 수 있다.
- ④ 만성질환 요양자를 둔 가족들의 사회경제활동을 도움으로써 비용 효과적인 복지정책을 펼치는 국가가 된다.
- ⑤ '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다'라고 명시한 헌법에 따라 국민 건강권을 보장받을 수 있다.

- [문제점] ① 만성질환요양법을 제정하여 복지세를 도입하거나 의료급여비를 지원하는 제도를 특별히 마련해야 한다.
- ② 전 국민이 생활정도에 따라 복지세를 강제적으로 차등 부담하게 될 경우 국민건강보험비, 국민연금 등과 함께 국민 개인의 재정부담이 또 하나 늘어나게 되고 관리를 위한 사회적 비용이 증가된다.
- ③ 복지세나 의료급여비로 만성질환 요양환

자에 대해 100% 지원할 경우 다른 질환 환자와의 형평성 문제가 야기될 수 있다.

- ④ 만성질환요양법이 의료법 테두리에서 만들어질 때 독립형 복지기관은 여전히 혜택을 받을 수 없기 때문에 별도의 제도와 지원 방안을 마련해야 한다.

[미국 사례] 입원기간 중의 전체 비용 중 79%는 메디케어(Medicare)에서 지급되고, 5%는 메디icaid(Medicaid), 1%는 본인부담, 3%는 기타 비용(비용은 메디케어에서 일당정책제로 지급), 나머지는 사적인 보험에서 지급

**2. 보상방법**

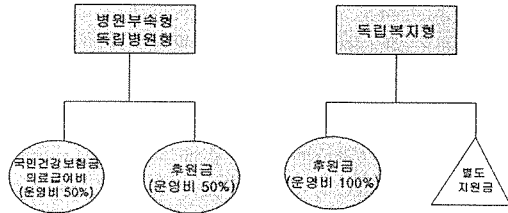
현행법에서 국민건강보험금 혜택을 받으려면 의사가 보건소에 면허를 등록한 기관만 가능하다. 의사가 면허를 1개 기관에 등록하여 사용하면 다른 기관에는 중복하여 사용할 수 없기 때문이다.

보건소에 의사면허가 등록되지 않은 호스피스 기관은 비록 지정의사(호스피스 기관 이름으로 보건소에 의사면허를 등록하지 않고 타 기관에 의사면허를 사용하면서 호스피스 기관을 의뢰서비스만 지원하는 의사)를 활용하여 운영된다고 해도 국민건강보험금 혜택을 받을 수 없다.

**보상방향 2)안을 기준으로 보상방법을 생각해 보면,**

- 1) 보건소에 의사면허가 등록된 병원부속형이나 독립병원형 기관의 경우
  - ① 국민건강보험금과 의료급여비로 운영비 50%를 보상하는데 문제가 없다.
  - ② 후원금을 모으고 관리하는 법적 제도가 마련되어야 한다.
- 2) 보건소에 의사면허가 등록되지 않은 독립형 복지기관의 경우
  - ① 후원금을 모으고 관리하는 법적 제도가 마련되어야 한다.
  - ② 국민건강보험금과 의료급여비 혜택을 받을 수 없어 별도의 지원제도를 만들지 않으면 여전히 열악한 환경에서 활동하게 된다.

## 보 상 체 계



### 3. 보상수준

과잉진료나 무의미한 진료가 가급적 배제되었다고 객관적으로 평가될 수 있는 호스피스 기관을 기준으로 환자 1인당 1일 총비용을 평균 산출하고, 종사자들의 사회통념적인 인건비 수준을 감안하여 보상수준을 정한다.

보상방향 2)안으로 보상수준을 생각해 보면

#### 1) 보건소에 의사면허가 등록된 병원부속형이나 독립병원형 기관의 경우

- ① 국민건강보험 수가를 포괄수가제로 정하되 현재 객관적으로 신뢰할 수 있는 각 유형별 기관의 전체 운영자금의 50% 범위로 지원할 수준에서 수가를 정한다.

#### [사 례] 샘물호스피스의 경우

- 현 운영비 기준(8천만원) : 환자 1인당 1일 총비용 92,000원
- 현실화된 운영비 기준(1억 2천만원) : 환자 1인당 1일 총비용 135,000원
- 현실화된 운영비에 따른 포괄수가 수준 : 현행 수가 2.2배 상향 조정  
환자 1인당 1일 총비용의 50%(62,500원)
- 현행 행위별 수가 수준 : 환자 1인당 1일 28,756원(2,500만원/월 연인원 870명)

- ② 후원금으로 운영비 50%를 충당한다.

#### 2) 보건소에 의사면허가 등록되지 않은 독립형 복지기관의 경우

- ① 후원금으로 운영비 100%를 충당한다.
- ② 별도의 지원 방법을 강구한다.

유형별 각 기관의 운영비 평가는 객관적이어야 하며 모든 기관에 적용할 수 있는 표준화된 케어가 가능한 수준이어야 한다. 그래야 기관들 상호간에 안심하고 환자를 연계시킬 수 있는 시스템이 갖추어질 수 있다.

#### 효율적인 호스피스 연계망 구축을 기대하며

호스피스는 죽어가는 이들에 대한 관심이며, 꺼져가는 생명을 귀하게 여기는 생명존중활동이다. 살 시간이 얼마 남지 않은 이들에 대한 사회적 무관심은 결국 이 사회에 생명경시문화를 더욱 만연시키는 결과를 초래하게 된다.

다행히 호스피스 활동을 통해 생명존중운동이 확산되어 가고 있지만 민간차원에서의 움직임만으로는 한계가 있다. 국가 차원의 제도적 뒷받침 없이 현 시스템 아래에서는 늘어나는 호스피스 대상자들의 요구를 만족하게 채우기가 역부족이다.

생명사랑의 호스피스 제도를 우리 사회에 정착시킬 수 있는 좋은 기회가 이번 시범사업을 통해 주어졌다. 아무쪼록 최일선에서 열심히 활동하고 있는 기존 종사자들의 의견이 충분히 반영되어 모든 유형의 호스피스 기관이 발전하고 능동적으로 참여할 수 있는 제도가 만들어지기를 소원한다.

## 참고문헌

- 말기 암환자 호스피스 시범사업의 운영 및 발전을 위한 워크샵 자료(보건복지부:2003)
- 샘물호스피스 업무편람(샘물호스피스선교회:2004)
- 제2기 보건복지정책고위과정 자료(국립암센터:2003)
- 호스피스 · 완화의료시범사업 설명회 자료(국립암센터:2003)
- 호스피스 · 완화의료시범사업 중간평가 워크샵 자료(보건복지부:2003)
- 호스피스 학술지 제2권 제1호(한국호스피스협회:2002)



2003년도 말기암환자 호스피스 시범사업 안내(보건복지부)

2004년도 말기암환자 호스피스 시범사업 안내(보건복지부)

2004년 호스피스·완화의료 직종별 지침 개발관련 참고자료집(호스피스·완화의료사업지원 평가단)