

호스피스와 비호스피스 병실에 입원한 말기 암 환자의 진료비용 분석

김남초 · 용진선 · 유소영*

가톨릭대학교 간호대학, *동우대학 간호과

Comparisons of Medical Costs between Hospice and Non-hospice Care

Nam-Cho Kim, Jin-Sun Young, So-Young You*

The Catholic University of Korea College of Nursing, Seoul,

*Department of Nursing, Dong U College, Sokcho, Korea

Purpose: The purpose of this study was to show the differences of medical cost between hospice and non-hospice care for terminally ill patients. This information provides basic data to nationally institutionalize hospice care for decreasing costs and enhancing quality of life for terminally ill patients. **Methods:** Participants of this study were 114 terminally ill cancer patients who were diagnosed and died with stomach cancer and lung cancer at the K hospital of the C university. The study was a retrospective survey design that analyzed the medical costs for two weeks before they died. The cost analysis was done according to 11 items from the medical cost bill. **Results:** Patients enrolled in hospice care had significantly lower medical costs (53%) than did non-hospice patients especially in use of TPN, narcotic analgesics, nursing care, radiology tests, and blood tests. Among patients enrolled/admitted in the hospice unit, there was a significant cost difference only in use of analgesics whether the hospice specialized doctor was in charge of care or not. The cost was significantly lower when a hospice specialized doctor was in charge of care although the total medical cost was the same. **Conclusion:** This study identified lower medical costs for patients cared for in the hospice unit. Thus, we urge institutionalizing hospice care without delay to insure cost benefits as well as quality care. (Korean J Hosp Palliat Care 2007;10:29-34)

Key Words: Hospice, Medical cost, Neoplasms

서 론

인구의 고령화와 각종 암을 비롯한 만성퇴행성 질환으로 인한 사망률 증가, 그리고 삶의 질 향상에 대한 사회적 요구는 이들에 대한 관리 프로그램의 필요성을 제기하고 있다. 특히 죽음이 얼마 남지 않은 말기 암 환자의 경우, 인간적이고 체계적이며 지속적인 진료제공에

대한 중요성이 강조되고 있으나 완치가 불가능한 말기 암 환자의 80~90%가 통증으로 고통받고 있으며 그중 50% 이상이 적절한 치료를 받지 못하고 있는 실정이다.¹⁾ 일부 선진국에서는 말기질환자 관리의 고비용 문제가 심각한 재정적 부담이 되고 있고, 우리나라에서도 암 등 중증질환의 치료에 지출되는 의료비용이 해마다 증가하고 있어, 암 등 중증질환자에 대한 의료자원의 효율적인 제공의 필요성이 대두되고 있다.

최근 보건복지부와 국립 암 센터는 전국적 규모로 1999~2001년 사이의 암 환자 발생현황 및 유형을 분석해 발표한 바 있다. 조사결과 암 환자발생률은 인구 10만 명당 남성 278.7명, 여성 158.5명으로 일본(남성 271.1명, 여성 168.6명, 1999년 기준)과 비슷하고, 미국(남성

접수일: 2006년 10월 20일, 승인일: 2006년 12월 2일

교신저자: 김남초

Tel: 02-590-1061, Fax: 02-590-1099

E-mail: kncpjo@catholic.ac.kr

본 연구는 2002년도 호스피스교육연구소 연구비에 의해 이루어졌음.

406.6명, 여성 308.7명, 2002년 기준)보다는 적은편이었다.²⁾ 암 종별로는 남자는 위암, 폐암, 간암의 순이었으며, 여자는 위암, 유방암, 대장암의 순이었으며, 남녀 공히 위암이 가장 많았다. 아울러 정부는 암 등 중증 질환자의 부담을 경감시키기 위해 2005년 7월부터 건강보험 재정을 집중적으로 투입하여 본인부담금을 현재의 44% 선에서 22~30%선으로 하향조정한다는 대책을 발표했다.³⁾ 이 같은 조치는 치료비 부담 때문에 집안경제가 파산하는 일을 막아보자는 취지라고 생각된다. 국민건강보험관리공단이 OECD의 '2003년 보건의료지표'를 분석한 결과에 따르면 우리나라의 총 의료비 대비 민간지출 비중은 55.6%로 미국의 55.8% 다음으로 컸는데 미국과 달리 우리나라는 공공의료제도가 취약한 때문인 것으로 분석되었다.⁴⁾

Long 등⁵⁾에 의하면 미국의 경우 정부 의료비 지출의 20% 이상이 말기환자에게 사용되고 있으며 이중 29%가 임종 전 한달 사이에 지출되고 있음을 보고하였다. 염⁶⁾은 우리나라도 의료비용의 상당부분을 말기 암 환자의 진료와 치료에 사용되고 있을 것으로 추정하면서 호스피스 완화의료를 통한 말기 암 환자의 의료비용 상승요인을 해결하자고 주장한 바 있다. 염 등⁷⁾의 연구에 의하면 말기 환자의 임종 1주일을 가지고 의료기관별 의료비용을 비교한 결과에서 호스피스 병동이 일반병동보다 더 낮은 것으로 나타났다. 그러나 선행 의료비용 분석은 진료비 총액으로 산출하였기 때문에 어느 부분에서 차이가 있는지에 대한 비교가 어려울 뿐 아니라 이와 같은 호스피스 비용분석 연구도 미흡하여 호스피스의 의료보험 적용에 대한 수가산정의 기초자료 근거 확보가 어려운 실정이다. 따라서 본 연구는 말기 암으로 사망한 환자들에게 지출된 의료비용을 호스피스와 일반병동 단위에서 비교·분석하여 치유가 불가능한 환자와 그 가족들의 의료비 지출비용을 경감시키고, 환자가 마지막까지 인간으로서의 존엄성을 지키며 평안한 임종을 맞을 수 있도록 돕고자하는 목적으로 수행하였다.

대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 말기 암으로 진단받고 병원에 입원하여 치료를 받다가 사망한 환자를 대상으로 사망 시점으로부터 14일 전까지의 진료비를 분석하여 일반병동과 호스피스병동에서의 진료비를 비교한 후향적 조사연구이다.

말기 암 환자에게 연간 쓰여지는 진료비 중의 약 30%가 임종 전 한달 사이에 지출되고 있다는 Long 등⁵⁾의 연구결과에 의거하여 한 달 사이의 진료비를 분석하려 하였으나 호스피스 병동에 입원한 환자들의 실제 재원기간이 평균 13.9일, 일반병동의 경우는 평균 8.8일에 불과하여⁸⁾ 부득이 임종 전 14일까지의 진료비만을 조사하였다.

2. 연구대상 및 연구기간

서울시 소재 C대학 부속 K병원에서 2002년 1월 1일부터 12월 31일 사이에 위암과 폐암으로 진단 받고 입원하여 일반병동 또는 호스피스 병동에서 가료를 받다가 사망한 말기 암 환자 114명을 대상으로 하였으며 연구기간은 2003년 8월부터 2004년 1월까지였다.

3. 연구도구

진료비 분석에 대한 연구도구는 C대학 K병원의 진료비 계산서 영수증을 기초로 하여 크게 3세대 항생제, 항암제 투여, 방사선 치료, 고단위 영양제 치료, 방사선 검사, 혈액검사, 수혈, 심폐소생술 처치료, 마약성 진통제, 기타 진통제, 입원료, 간호처치료 등 12개 항목에 대한 각각의 진료비 및 총액을 분석 비교하였다. 호스피스병동에서의 방사선 치료는 cord compression과 SVC 증후군으로 인해 행해진 것이고, 고단위 영양제는 아미노푸신, 인트라리포즈, 알부민 등이 포함되었으며, 방사선 검사에는 CT, MRI, SONO 등과 단순 방사선 검사, pigtail-catheter 등이 포함되었다. 혈액검사에는 단순검사와 배양검사, 혈당검사 등을, 마약성 진통제에는 경구 및 비경구 모르핀과 페타닐 패치, 메페리딘을, 기타 진통제에는 부스코판, 발렌락, 타이레놀, 낙센 등이 포함되었다. 간호처치료에는 등 간호, 회음간호, 산소호흡, 목욕, 투석 등이 포함된 것이다. 분석된 진료비는 급여와 비급여의 구분이 없이 계산된 것이며, 병실차액, 식대, 전화료 등은 제외된 의료비 총액이었다.

4. 자료수집절차

1) 병원 간호부와 회계과 및 의무기록실의 부서장에게 연구목적과 취지를 설명하고 협조를 구하였으며 본 자료는 연구목적 이외에는 절대로 사용하지 않겠다는 각서를 썼다.

2) 의무기록실에서 2002년 한 해 동안 말기 폐암과 위암으로 사망한 환자 전수의 명단을 입수하고 이들 중 재원일수가 적어도 2주 이상이었던 이들의 의무기록을

통해 입원 병동, 성별, 연령, 종교, 교육정도 등의 일반적인 사항을 구하였다. 말기 폐암과 위암으로 대상을 한정을 한 것은 이들 질환으로 인한 입원 건수가 가장 많았을 뿐 아니라 치료 프로토콜이 비교적 일정하였기 때문이다.

3) 대상자들의 의무기록을 통해 일별 각종 처치, 검사 및 간호활동을 파악코자 처방기록과 간호기록을 검토하였다.

4) 대상자의 환자등록번호를 이용하여 저장되어 있는 진료비 계산서 및 그 내역을 조사 분석하였다.

5. 자료 분석

대상자의 일반적인 특성은 실수와 백분율을 이용하였고 성별, 연령, 종교, 교육수준, 진단 명 등의 특성에 대한 대상자의 비율은 카이제곱 검정을 하였으며, 호스피스와 일반병실 입원에 따른 진료비의 항목별 및 총액의 차이는 t 검정으로 분석하였다. 또한 호스피스 병동에서 호스피스 전담의 유무에 따른 진료비 차이도 t검정으로 분석하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적인 특성

전체 대상자 114명의 성별분포는 남자가 57%, 여자가 43%였으며, 연령분포는 60대가 31.6%로 가장 많았고 이어서 70대 이상 24.5%, 50대 20.2%로 50대 이상이 76.3%였다. 종교를 가진 사람이 64%였고, 교육정도는 고졸 이상이 40.3%였다. 진단명은 위암이 56.1%, 폐암이 43.9%였으며 이 중 호스피스 치료대상자가 55.3%, 일반병동에서 치료를 받는 비호스피스 대상자가 44.7%였다(Table 1).

2. 호스피스 대상자와 비 호스피스 대상자의 진료비용

호스피스 병동에서 돌봄 치료를 받고 있었던 호스피스 대상자와 일반병동에 입원하여 전통적인 치료를 받았던 비호스피스 대상자의 진료비 내역을 비교한 결과는 다음과 같았다. 진료비 총액은 호스피스 병동의 경우 평균 1,054,382원이었고, 비호스피스 병동의 경우는 1,975,786원으로 호스피스 병동의 진료비가 유의하게 더

Table 1. Demographic characteristics of subjects.

Characteristics	Hospice care n=63	Non-hospice care n=51	P	Total n (%)
Gender				
Male	31 (47.7)	34 (52.3)	.06	65 (57.0)
Female	32 (65.3)	17 (34.7)		49(43.0)
Age (year)				
< 50	11 (40.7)	16 (59.3)		27 (23.7)
50 ~ 59	13 (56.5)	10 (43.5)	.26	23 (20.2)
60 ~ 69	25 (69.4)	11 (30.6)		36 (31.6)
> 70	14 (50.0)	14 (50.0)		28 (24.5)
Religion				
Yes	46 (63.0)	27 (47.0)	.16	73 (64.0)
None	17 (41.5)	24 (58.5)		41 (36.0)
Educational level				
≤Middle school	43 (63.2)	25 (36.8)	.06	68 (59.7)
≥High school	20 (43.4)	26 (56.6)		46 (40.3)
Diagnosis				
Gastric cancer	36 (56.3)	28 (43.7)	.81	64 (56.1)
Lung cancer	27 (54.0)	23 (46.0)		46 (40.3)

Table 2. Comparisons of medical costs between hospice and non-hospice care.

Care	Hospice M±SD	Non-hospice M±SD	P
Cost (won)			
Antibiotics (3 generation)	66,999 ± 58,450	192,014 ± 341,719	.346
Radiology treatment	197,311 ± 90,739	158,755 ± 123,915	.709
High kcal nutrients	34,473 ± 48,571	128,402 ± 113,288	.001
Blood transfusion	57,261 ± 110,948	142,120 ± 246,414	.330
Narcotics	6,132 ± 11,645	24,534 ± 54,033	.011
Admission charge	956,688 ± 624,184	1,204,666 ± 1.04E6	.119
Nursing fee	39,325 ± 24,730	85,752 ± 83,532	.001
Radiology test	26,457 ± 67,490	176,381 ± 258,287	.011
Blood test	11,513 ± 13,120	139,136 ± 124,491	.001
Other analgesics	2,409 ± 2,046	948 ± 932	.002
CPR		146,372	
Chemotherapy		28,264	
Total	1,054,382 ± 628,917	1,975,786 ± 1.17E6	.001

n=114. *CPR: cardiopulmonary resuscitation

Table 3. Comparisons of medical costs between hospice doctor and non-hospice doctor.

Doctor	Hospice doctor	Non-hospice doctor	P
Cost (won)	M ± SD	M ± SD	
Antibiotics (3 generation)	79,361 ± 0	64,938 ± 63,749	0
High kcal nutrients	27,912 ± 50,955	47,594 ± 44,711	.434
Blood transfusion	28,630 ± 24,509	65,442 ± 126,338	.707
Narcotics	5,633 ± 10,669	7,107 ± 13,581	.641
Admission charge	953,806 ± 674,255	962,059 ± 533,176	.961
Nursing fee	39,210 ± 24,568	39,533 ± 25,603	.961
Radiology test	37,040 ± 81,410	5,290 ± 6,264	.322
Blood test	12,062 ± 12,450	10,759 ± 14,373	.767
Other analgesics	2,901 ± 2,150	1,425 ± 1,409	.007
Total	1,038,463 ± 682,822	1,084,049 ± 527,515	.786

n=63

낮았다($t = -5.373$, $P = .001$). 두 집단 간의 진료비에서 차이를 보인 내역을 항목별로 분석해 보면 고 단위 영양제($t = -3.385$, $P = .001$), 마약성 진통제($t = -2.602$, $P = .011$), 간호처치료($t = -4.160$, $P = .001$), 방사선 검사($t = -2.610$, $P = .011$), 혈액검사($t = -6.284$, $P = .001$) 항목에서 호스피스 병동이 비호스피스 병동에 비해 유의하게 낮았으며, 오직 기타 진통제 항목($t = 3.219$, $P = .002$)에서만이 호스피스 병동에서의 진료비가 더 높았다(Table 2).

3. 대상자의 일반적인 특성에 따른 진료비용

대상자의 일반적인 특성 즉 성별, 연령 및 진단 명에 따른 진료비용은 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 그러나 특별히 본 연구의 조사 시기에는 호스피스 병동에 입원하고 있었던 대상자 63명 중 호스피스 전담의가 있었던 기간과 없었던 기간이 있었던 관계로 이 기간의 진료비를 분석해 보았고 결과는 다음과 같았다. 호스피스 전담의가 있었던 시기의 진료비 총액은 평균 1,038,463원이었고, 전담의가 없었던 시기의 진료비 총액은 1,084,049원으로 두 군 간에 역시 유의한 차이는 없었으나($t = .272$, $P = .786$) 단지 기타 진통제($t = -2.780$, $P = .007$) 항목에서만이 호스피스 전담의가 있었던 시기가 없었던 시기에 비해 진료비용이 더 높았다(Table 3).

고 찰

본 연구대상자의 분포를 보면 말기 위암과 폐암으로 병원에 입원하여 사망한 사람들의 특성은 남자, 60대, 종교를 가지고 있으며, 호스피스병동에 입원한 경우가 다소 더 많았다.

이는 60세 이상 사망자 중 사망원인 1위는 암이며 성별로는 남자의 경우는 암으로 인구 10만 명당 1,173명

이, 여자의 경우는 뇌혈관질환으로 515.4명이 사망하였으며, 암 종류별 사망률을 보면 남자는 폐암, 위암의 순이며, 여자는 위암, 폐암의 순으로 높았다고 한 통계청⁹⁾의 보고서처럼 암은 2002년도 한 해 동안 본 연구대상 병원에서 가장 많은 사망원인이었고 암으로 인해 사망한 연령은 60대, 70대 이상, 50대 미만, 50대 이상의 순이었으며 60대와 70대 이상이 56.1%에 달해 사망자의 과반수 이상을 차지했다.

본 연구결과 사망 2주 전부터 호스피스병동에서 돌봄 치료를 받았던 환자의 진료비 총액은 1,054,382원으로 동일 질병으로 일반 병동에서 치료를 받다가 사망한 환자의 진료비 총액 1,975,786원의 약 53%로 유의하게 낮았는데 이는 염 등,⁷⁾ Kane 등,¹⁰⁾ Emanuel과 Emanuel,¹¹⁾ Pyenson 등¹²⁾의 연구결과와 유사하였다. 염 등⁷⁾이 우리나라 의료기관 형태별 생애 마지막 1주간의 말기 암 환자의 치료비용을 비교한 연구에 의하면 무료 자선병원 호스피스와 가정 호스피스 기관은 차이가 없었고 대학 호스피스 병동과 일반 병동 간에는 차이가 있는 것으로 나타났다. 그러나 Pyenson 등¹²⁾의 연구에 의하면 말기 위암환자의 메디케어 비용을 호스피스와 비호스피스로 구분하여 비교해 본 결과 환자 1인당 지불한 비용이 호스피스를 선택한 환자에게는 평균 32,004달러, 호스피스를 선택하지 않은 환자에게는 평균 35,658달러가 지불된 것으로 나타나 기관이나 시설의 규모에 상관없이 호스피스 돌봄 치료를 받는 환자의 진료비용이 더 낮음을 알 수 있다. 이 등¹³⁾이 말기 폐암환자를 대상으로 한 가정 호스피스와 병원입원치료를 비교한 연구에서 환자 1인당 일일 평균 건강관리비용을 비교했을 때, 각각 18,102원과 317,578원으로 가정 호스피스군의 비용은 병원 입원군의 불과 6%에 지나지 않았다. 국립암센터가 2004년 종합병원 19곳에서 암으로 인해 사망한 환자

3,700여 명(호스피스 병동 사망자 1,100여 명 포함)을 대상으로 사망하기 직전 1년 동안 암 때문에 직·간접적으로 사용하는 돈을 조사한 결과 평균 2,820만 여원에 이르고, 의료비는 건강보험 적용 항목비 1,023만 여원, 비급여 항목 475만 여원 등 총 1,499만 여원이었다. 의료비는 사망 1년 전부터 6개월간 전체비용의 20.1%를 쓰다가 6개월 전부터 매달 비용이 증가해 마지막 한 달간 전체 36.3%를 지출한 것으로 나타났다.¹⁴⁾ 또한 말기 암 환자의 의료비 중 총 진료비의 64.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 특히 총 입원 진료비의 79.4%가 3차 의료기관에서 발생하는 것으로 보고되었다.¹⁵⁾

본 연구결과인 사망 2주 전의 의료비용을 위의 틀에 대입해 보았을 때, 호스피스 병동의 경우 전체 의료비용의 약 7%, 비호스피스 병동의 경우 약 13%를 지출하는 것으로 나타나 국립암센터의 결과와는 다소 차이를 보였는데 이는 본 연구병원이 3차 의료기관임에도 불구하고 말기 암 환자에 대한 무의미한 연명치료보다 불필요한 고통을 주지 않고 존엄사 할 수 있도록 하는 기관의 철학을 준수하고 있기에 의료비용이 낮았던 것이라고 해석할 수 있겠다.

보건복지부가 2004년에 실시한 말기 암 환자 호스피스 시범사업 결과에 의하면 호스피스·완화의료 전반적인 치료에 대해 84% 이상의 환자와 가족들이 만족하였고, 호스피스·완화의료 서비스를 받은 지 1주일 후에는 83.6%의 환자에서 양호한 통증관리 효과를 보였다. 또한 호스피스·완화의료는 기존 의료체계에 비해 1년 동안 평균 100~400만원 정도 비용이 덜 들어가 경제적 이면서도 만족도가 높음을 알 수 있었다.¹⁶⁾ 본 연구결과 진료비용 내역을 보면 특별히 고 단위 영양제, 마약성 진통제, 간호처치료, 방사선 검사, 혈액검사 등의 항목에서 호스피스 대상자의 진료비가 비호스피스 대상자에 비해 유의하게 낮았고, 오직 기타 진통제 항목에서만 호스피스 대상자의 진료비용이 더 높았다. 이 결과는 무통(pain free)과 최상의 안위를 지향하는 호스피스 병동에서 마약성 진통제와 간호처치료 비용이 더 낮았다는 점에서 다소 이해가 어렵다. 그러나 이는 호스피스 병동의 대상자들이 완화·의료서비스를 받으면서 임종 시까지 통증이 3점 정도로 잘 조절되었다는 점과¹⁷⁾ 기타 진통제 항목에서 호스피스 병동의 진료비용이 더 높았던 점으로 미루어 호스피스 병동의 대상자들은 초기부터 단계적으로 철저한 통증 및 증상조절을 한 결과라고 이해할 수 있겠다.

한편 대상자의 일반적인 특성 즉 성별과 연령 및 진

단 명에 따른 진료비의 차이는 없었으며, 호스피스 대상자도 전담의가 있었던 시기와 없었던 시기의 진료비용을 분석해 보았으나 역시 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그러나 단지 기타 진통제 항목에서 호스피스 전담의가 있었던 시기에 비용이 유의하게 높았다.

이는 두 가지 이유로 해석해 볼 수 있겠는데 첫째, 호스피스 전담의는 호스피스 병동에 상주하면서 수시로 환자의 상태를 확인하고 문제발생 시 증상조절에 대한 즉각적인 대처를 하였기 때문이었고, 둘째, 비전담의의 경우는 간호사로부터 보고를 받거나 혹은 방문 시 진통제의 단계적인 사용보다는 호스피스 대상자라고 간주하여 곧 바로 마약성 진통제를 사용할 빈도가 높았기 때문이었을 것이라고 생각된다. 따라서 통증조절을 원활하게 하기 위해서는 통증조절 전문가의 양성과 호스피스 대상자의 통증조절에 대한 의사교육이 강조되어야 하겠다.

홍¹⁸⁾은 호스피스 완화의학 전문의 제도의 필요성을 주장하면서 고가 마약성 진통제에 대한 의료보험급여 제한완화의 긍정적인 조치의 필요성을 또한 제안 한 바 있다. 이제 더 이상 소생의 가망이 없다고 판명된 말기 환자가 보다 저렴한 비용으로 최상의 의료서비스를 받을 수 있도록 돕는 길이야말로 그들이 잘 죽도록 돕는 길이라고 생각한다. 우리나라의 경우 급성기 환자의 병상 수에 비해 요양 병상 수는 매우 부족한 실정이므로 가정 호스피스 제도나 산재 형 호스피스 제도 등이 활성화되어야 할 것이다. 본 연구에서는 진료비 분석 시 요양급여와 비 급여를 구분하지 못하였고, 심폐소생술과 항암제 비용은 호스피스 대상자에게는 해당사항이 없는 항목임에도 비호스피스 대상자의 진료비용에 포함하여 제시를 한 제한점이 있었다. 아울러 여러 가지 인구학적인 변수 즉 대상자의 성별, 연령, 교육수준, 진단명 등을 보정하지 않은 채 단순히 평균 진료비만을 비교한 점 또한 본 연구의 제한점이 되겠다. 향후 인구학적 변수를 보정하면서 보다 직접 비교가 가능한 항목의 진료비 분석과 아울러 병상규모와 의료 및 지원 인력을 포함한 포괄적인 분석을 제안하는 바이다.

요 약

목적: 본 연구는 위암과 폐암 말기로 진단받고 동일 병원에 입원하여 호스피스 대상자와 비대상자로 치료를 받다가 사망한 환자 114명을 대상으로 사망시점부터 14일 전까지의 진료비를 분석하여 양 대상을 비교하는데 있다.

방법: 진료비 분석에 대한 후향적 조사연구 설계로서 진료비 분석에 대한 도구는 C 대학 K 병원의 진료비 계산서 영수증을 기초로 하여 작성된 11개 항목에 대한 각각의 진료비 및 총액이었다.

결과: 호스피스 대상자의 진료비가 비 호스피스 대상자에 비해 낮았는데 특히 고단위 영양제, 마약성 진통제, 간호처치료, 방사선 검사, 혈액검사항목에서 통계적으로 유의하게 낮았다. 또한 호스피스 대상자 중에서는 호스피스 전담의의 유무에 따라 진료비의 총액에는 차이가 없었으나 기타 진통제 항목에서 전담의가 있었던 시기가 전담의가 없었던 시기에 비해 진료비용이 유의하게 높았다.

결론: 본 연구결과 동일기간 내 호스피스 대상자의 진료비용이 비 대상자에 비해 약 53%에 지나지 않음을 알 수 있어 범국가적인 차원의 호스피스 제도화 도입이 시급하다고 본다.

중심단어: 호스피스, 진료비용, 암

참 고 문 헌

1. 설정곤. 국가 암 관리 정책방향. 지역사회중심의 가정호스피스 팀 모형 구축. 가톨릭 호스피스·완화센터/가정호스피스; 2006.
2. http://www.cancer.org/docroot/STT/stt_0.asp
3. 중앙일보. 암 걸릴 확률 남성 30%, 여성 20%. 중앙일보 2005년 4월 28일자 12면.
4. 국민건강보험관리공단. OECD의 '2003년 보험의료지표'. 서울: 국민건강보험관리공단; 2003.
5. Long SH, Gibbs JO, Grozier DI, Newman JF, Larsen A. Medical expenditures of terminal cancer patients during the last year of life. *Inquiry* 1984;21:315-27.
6. 염창환. 말기 암 환자의 의료비용. *대한의사협회지* 2001;44:969-75.
7. 염창환, 최윤선, 이혜리, 심재용, 홍영선, 최화숙 등. 의료기관 형태별 말기 암 환자의 치료비용과 삶의 질 비교. *가정의학회지* 2000;21:332-43.
8. 가톨릭중앙의료원. 2001년도 연보. 서울: 가톨릭중앙의료원; 2002.
9. 통계청. 사망원인 통계결과. 서울: 통계청; 2003.
10. Kane KL, Wales J, Berstein L, Leibowitz A, Kaplan S. A randomized controlled trial hospice care. *Lancet* 1984;21:890-4.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. The economics of dying-the illusion of cost savings at the end of life. *Engl J Med* 1994;24:540-4.
12. Pyenson B, Connor S, Fitch K, Kinzbrunner B. Medicare cost in matched hospice and non-hospice cohorts. *J Pain & Sx Management* 2004;28:200-10.
13. 이태화, 이원희, 김명실. 말기 폐암환자를 대상으로 한 가정 호스피스와 병원입원 치료의 비교. *대한간호학회지* 2000;30:1045-54.
14. 국립암센터. 호스피스 재가 암관리사업위원회 회의자료. 서울: 국립암센터; 2005.
15. 한성숙. 가정호스피스 사업의 필요성. 호스피스 시대를 준비하자. *후생일보* 6월 12일 44면. 2006.
16. 호스피스·완화의료 사업지원 평가단. 말기 암 환자 호스피스 시범사업 중간발표. 서울: 보건복지부; 2004.
17. 고수진. 가톨릭대학교 석사학위논문. In press. 2007.
18. 홍영선. 한국호스피스의 현재와 미래- 호스피스 시대를 준비하자. *후생신보* 6월 12일 43면. 2006.