

# 호스피스 수가 제도화를 눈 앞에 두고

박진노

보바스기념병원 완화의료센터 혈액종양내과 과장



**전** 자산업 후의 차세대 성장 동력에 대해 아직 가시화가 되어 있지 않은 시점에 고령사회로 가는 것은 정해진 길이라는 사실이 점점 눈앞에 다가오고 있다.

질환의 분포는 암, 심장질환, 뇌혈관질환이 높아지고 있다. 2005년 보건복지부 통계자료에 따르면 사망 원인으로 암 사망이 1위 (암 사망자 65,479명으로 전체 사망자 중 26.7%)를 차지하고 있다. 암 발생율이 연 10만 명 이상으로 암 환자는 점점 늘어나고 있고, 수도권으로 환자들은 집중되고 있다.

이에 발맞춰 대형병원들은 암 센터를 앞 다투어 짓고 있다. 암 치료 기술의 발달은 첨단기술과 신약 개발을 의미하며 치료 비용은 점점 늘어나게 된다. 암 환자에게 들어가는 의료비용은 해가 지날수록 증가할 수 밖에 없는 양상이다. 암은 완치를 위한 첨단기술과 첨단장비가 필요한 분야인 동시에 완치가 어려운 경우 임종까지 통증과 고통 없이 잘 지내다가 인간의 존엄성을 지키며 삶을 마무리하도록 도와야 한다.

우리는 현재까지 암 치료의 앞선 기술과 신약을 적용하느라 바빴다. 암이나 암 치료와 연관된 증상 조절, 완치 목적의 치료가 더 이상 불가능할 때 통증과 증상을 조절하며 임종을 준비하는 치료와 돌봄은 아직 조직적이지는 못하다. 이를 활성화시키기 위해 보건복지가족부에서도 호스피스 기관 지원 사업 등을 펼쳐 호스피스 기반 확충을 해왔다. 그럼

에도 불구하고 현실에서는 많은 이들이 죽음에 직면하여 죽음을 거부하고 맞서 싸운다. 즉, 식이요법, 민간요법, 건강보조식품 등으로 빠져들어 시간을 낭비하고 인생 마무리 없이 임종하기도 한다. 미래 국가재정(성장동력 부재, 고령화 인구나 젊은 실업자 증가 등), 질병분포 등 여러 외부적 요인들이 완치가 안 되는 암 환자들을 어떻게 할 것인가 고민하게 만든다.

이에 대해 호스피스가 계속 대안으로 떠오르고 있다. 발생율이 높은 암, 심장병, 뇌혈관질환에 집중하여 대형병원들은 계속 집중적인 투자를 하고 암 센터를 만들거나 증축하고 있다. 후발 병원들이나 기존 1,2차 병원들이 대형병원을 쫓아 암센터, 심장센터, 뇌혈관센터를 만들 수는 없을 것이며, 다른 전략을 구사할 수 밖에 없을 것이다. 중,소형 병의원에서는 호스피스가 수가화 된다면 관심은 더 커질 수 밖에 없을 것이다.

우리는 호스피스 제도화의 진행과정을 시간적 흐름에 따라 간략히 살펴보고 현재 진행되는 논쟁에 대한 이야기와 깊고 넘어가야 할 점에 대해 살펴보자.

## 1. 호스피스제도화의 흐름

1996년 암정복 10개년 계획을 수립한 이후, 2003년 암관리법 제정 (법률 6908호), 2004년 암관리법 시행령 (대통령령 18304호)이 발표되었다. 이에 발맞추어 호스피스 시범사업이 진행되었고,

결과물을 앞두고 호스피스완화의료 제도화방안(국립암센터 심포지움)이 2005년 1월 18일 한국언론재단(프레스센터)에서 열렸다. 2006년 이후 암관리법, 암관리시행령에서 호스피스를 의원급에서도 실시할 수 있도록 내용이 개정되었다. ‘호스피스 평가사업’을 통해 호스피스 기반과 시설 확충을 목적으로 호스피스 서비스를 제공하는 기관에 지원금을 보조하기 시작하여 매년 대상기관을 늘려 나가고 있다.

2007년 5월 말기암환자를 돌보는 전문의료기관 지정기준을 발표하였다. 이후 ‘말기암환자전문의료기관지정기준’은 호스피스 운영의 표준으로 고려가 되었으며 보건복지부에서 국립암센터를 통해 ‘2008년 호스피스 평가사업 참여기관 선정기준’에도 영향을 끼쳤다. 2007년 8월 ‘호스피스 법령·수가체계 분석 및 도입방안 적정성’ 연구가 정책과제로 결과물이 도출되었다. 국회위원들과 학회 등에서 2008년 국회에 입법화를 통해 제도화시키고 노력 중인 것으로 안다. 2007년 10월 호스피스 병동을 운영하는 호스피스 기관을 대상으로 현장에서 실제 시행하는 행위를 토대로 국민건강보험심사평가원에서 수가파약을 위한 연구를 시작했다.

2007년 7월말 기준 전국에 호스피스를 운영하는 기관은 전체 129개소, 호스피스를 팀으로 운영하는 기관이 84개소, 호스피스를 실제 운영하는 기관 78개소, 병동형 19개소, 독립시설형 7개소로 파악되었다. 병동형과 독립시설형 중에서 수가파약을 위한 자료 공개를 허용하는 기관 20개소를 대상으로 ‘호스피스수가개발안’의 토대가 되는 서류 작업과 직능별로 할애하는 시간을 파악하였다. 호스피스 서비스 각 항목들을 파악하고 서비스 수가 산출을 하고 보험재정에 비추어 받아들일 수 있는 한계를 정하는 것이 이상적이다. 이 방법이 재정적인 면으로 인해 수가 체계에 인정할 수 없는 항목도 향후 반영될 수 있는 가능성을 열어둘 수 있으며, 인정비급여의 판정기준이 될 수도 있다.

실제적으로는 2007년 호스피스 평가사업 대상 기관과 기존에 호스피스를 잘 하고 있다고 파악하는 기관들 중에서 자료공개를 허용하는 기관을 대상으로 현재 제공되는 서비스를 파악하였다. 이 방법에서 현장 중심의 파악을 하려고 시도한 점은 고무적이고 시간적인 면에서 결과물 도출이 쉬운 장점을 가진다. 하지만 재정적인 면에서 호스피스다운 호스피스 서비스를 제공하기에는 부족한 현실을 감안하지 못하는 단점이 있다. 따라서 현재 실시 중인 서비스 내용을 수가기준으로 삼는 것은 기존 의료 서비스 제공과 다를 바가 없으며 오히려 저평가될 수 있는 소지를 안고 있다. 기존 제공되는 서비스와 통증 조절 단계로 보건복지가족부 등에서 만족한다면 할 말이 없지만, 서비스를 잘 하고 있던 기관을 사업에 참여시키는 데는 저항이 있을 수 있다. 한국 호스피스·완화의료학회에서는 호스피스에서 허용해야 할 서비스에 대한 논쟁을 최소화하기 위한 준비 작업을 진행 중에 있다.

〈표 1〉 호스피스 제도화를 위한 국가와 각 계의 노력들

2005. 1.18	말기암환자를 위한 호스피스에 관한 법률(가칭) 제정 시도
2006. 9.29	암관리법 국회 통과
2006. 11.25	호스피스제도화를 위한 범국민 걷기대회 및 100만인 서명운동
2007. 1	암관리법시행령 및 시행규칙 일부 개정령안 입법
2007. 5	말기암환자전문의료기관지정기준제정(안) 입안
2007. 8	호스피스 법령·수가체계 분석 및 도입방안 적정성 연구
2007. 8	호스피스 수가개발(안) 및 질관리, 시범사업(안) 연구 시작 (심사평가원)
2007. 10	호스피스 수가개발을 위한 서비스 현장조사: 20개 기관 대상
2008. 2.14	호스피스 수가개발(안)에 대한 공청회

- 2008. 3 호스피스 수가개발을 위한 서비스 파악 기간 보정작업
- 2008. 5.21 호스피스 수가개발(안) 및 시범사업(안) 공청회 예정

## 2. 현재 진행되고 있는 논쟁과 짚고 넘어갈 점

### (1) 호스피스 이용 확대와 호스피스 서비스 전달 체계에 관한 논란

현재는 호스피스 대상인 말기환자들 가운데 호스피스 이용 비율이 매우 낮은 상태이며, 대부분 말기암 환자들은 급성기 치료에 적합한 병원에 부적절하게 입원하거나 외래나 응급실, 중환자실을 이용하고 있다. 혹은 완치 목적의 치료는 더 이상 의미가 없다는 이야기를 대형병원에서 들은 환자들은 기도원이나 수련원에서 많은 비용을 지불하고 있다. 식사, 운동 등 규칙적인 생활습관 조절로 기도원이나 수련원에서 이득을 얻을 수도 있으나, 입증이 안 된 약이나 시술을 고가의 비용으로 판매하는 유혹에 쉽게 빠져들 수 있다. 왜 호스피스를 장려해야 되는가에 대한 답을 현 정부에서는 먼저 알아야 한다. 단순히 비용 절감이 목적인지, 국민을 위한 복지 정책의 일환으로 생각을 하는 지에 대한 답이 있어야 한다. 전시 행정은 아니길 바란다.

정부가 국민의 세금을 토대로 지출하는 금액은 제도권 안의 투약과 시술이다. 호스피스를 활성화 하면서 말기 환자들이 대형병원에서 머무르며 많은 비용을 지불하는 것이 문제이기 때문에 호스피스를 활성화하고 홍보하여야 한다고 말한다. 따라서 3차 대형병원에 호스피스를 두어서 1, 2차 병원으로 빨리 전원을 하도록 하는 것을 활성화 시킨다고 전략적인 정책을 펼 수 있다. 이는 말대로 비용 문제일 수도 있으나, 복지정책의 일환이어야 하는 것이다.

이를 위해 여기서 세 가지 면을 짚고 넘어가야 한다. 먼저 환자들 입장, 병원 기관의 입장에서 호

스피스로 옮길 때의 매력적인 면이 있어야 한다. 환자와 가족들의 편의시설이 더 좋다면, 비용이 더 저렴하든가, 환자가 안정을 취할 수 있을 것인가 등등. 환자들은 치료 받던 3차 병원에서 첫 진단부터 임종까지 모든 서비스를 받으려고 하는 경향이 강하다. 3차 병원이 호스피스 자체로 수익을 내기보다는 1,2차 병원으로 전원을 목적으로 이행과정의 역할을 할 수 있으려면 호스피스로 이동하는 것이 매력적이라는 환자와 가족들의 인식이 있어야 함은 물론 3차 병원에 오래 있을 수 없다는 것이 제도적으로 뒷받침 되어야 1,2차 병원으로 이동이 용이할 것이다. 여기에서도 천편일률인 적용보다는 2,3차 병원이 호스피스 수가가 기존 암 치료 환자들의 수가보다 낮더라도 타 기관으로 환자들의 전원을 원하지 않는 기관들은 기간 제한 없는 호스피스 활동을 허용 해줄 필요가 있다.

두 번째, 기존 항암 치료의 역할이 끝난 말기암 환자들이 급성기 치료에 적합한 병원에 부적절하게 입원하거나 응급실, 중환자실을 이용하는 경우 호스피스로 전환하면 장기적으로는 정부 부담금 감소의 효과가 클 것으로 판단한다. 하지만 정부에서는 대체요법·통합요법을 찾는 환자들이 호스피스로 유입되는 것과 집에서 지내던 환자들이 유입되는 것에 대한 정부 부담금 증가의 우려가 있을 것이다. 일부 호스피스로 유입은 되겠고 장기적으로는 증가하겠지만 현재 유입되는 수준을 넘는 큰 증가는 당분간 없을 것이다. 대체·통합요법을 찾는 환자들도 낫기 위한 치료를 더 해보겠다고 하고 호스피스에 들어가면 죽으러 가는 것이라는 피상적인 생각과 두려움으로 거부하는 단계의 환자들 이므로, 우려할 정도의 급격한 증가는 없을 것으로 추측한다. 문제는 지방환자들 중에 경제적인 이유, 고향이라는 이유 등으로 고향집에 노부부나 혼자 독거노인 형태로 머물다가 돌아가시는 분들의 유입이다. 현재 호스피스를 운용하는 기관이 제한적이라는 점을 감안하면, 정부부담금이 당장 증

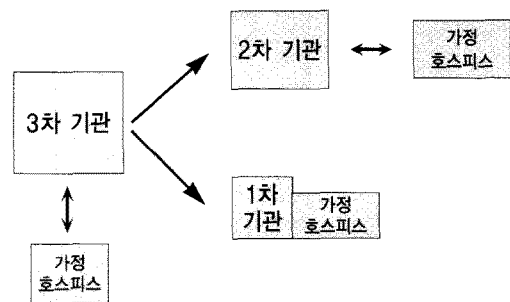
가하는 것이 아니므로 시행하면서 이들을 받아들일 수 있는 수요 파악과 기반을 만드는 것이 중요하리라 본다. 특히 수도권을 벗어난 지방에는 호스피스 인식이 없는 기관들에서 통증으로 고통을 받다가 중환자실이나 1인실에서 돌아가시는 경우가 많다. 정부 부담금 - 비용 증가는 당장 걱정할 부분이 아니며, 향후 이들을 수용하여 국민의 삶의 질 향상을 위한 노력을 어떻게 할 것인지 여부를 결정하고 준비하여야 할 일이다. 이와 동시에 말기 암환자들의 복지의 중요성을 인식하고 객관화를 위한 자료를 모으는 일도 필요하다. 장기적 관점에서 보건복지부와 국립암센터 주도로 지역의료원, 지역암센터 등을 지방의 호스피스 기관의 한 방편으로 추진하는 것도 계속 필요하다.

세 번째로 말기 암 치료에서 호스피스 치료로 넘어가면서 민간 암 보험의 허용 범위가 호스피스는 적극적인 항암치료가 아니라고 해석하고 보장범위에 포함되지 않아 가입자들이 말기 암 치료 병동에 있을 수 밖에 없는 경우이다. 이 문제에 대해서는 정부와 학회를 비롯 여러 곳에서 나서야 할 것으로 본다.

호스피스 대상자들이 종합전문병원에서 호스피스 대상자가 되면 3차의료기관에서 지역에 있는 1,2차 의료기관으로 이동해야 한다. 그리고 환자가 가능한 가정에서 호스피스 서비스를 받고, 증상이 잘 조절되지 않을 경우 1~2주 입원하여 케어를 받고 다시 가정으로 돌아가는 시스템이 되어야 한다. 이러한 시스템이 되기 위해서는 가정호스피스가 필수적이다. 이유는 환자도 집이 가장 편안한 환경이기 때문이지만, 정부의 부담금 또한 최소화 할 수 있기 때문이다. 가정호스피스의 필요성은 아래에 다시 언급하겠다.

위에서 언급한 돌보는 체계가 효과적이기 위해서는 몇 가지 문제가 해결되어야 한다. 집으로 모셨을 때 집에서 24시간 환자 옆에서 간병 할 사람이 있는 지(환자가 부모님인 경우 자녀 내외가 맞

벌이를 나가고 혼자 있다면 대안은)? 외롭지 않게 할 방법이 있는 지? 집에서 임종을 할 수 있는 여건인지(아파트라면 옆 집, 같은 동 사람들의 압력은 없는 지, 임종 시 엘리베이터는 일반 승객용이라서 이동침대를 앉는 형태로 바뀌야 하는 지 등)? 환자의 집과 보호자의 집이 멀리 떨어져 있어서 실제로 간병을 위해 환자의 집이 아닌 보호자의 집으로 옮길 수 밖에 없는 것인지? 그래서 고민 끝에 차라리 병원이나 의료시설, 복지시설 등을 원하는 것은 아닌지? 아니면 집에서 계속 때까지 계시다가 임종에 가까울 때만 병원으로 모실 수 밖에 없는지? 가정호스피스가 발달할 정도로 제도적 보완이 되어 있는지(마약관리 등에 관한 법률, 가정호스피스로 인한 수가 인정 등)? 단지 전달체계는 호스피스만의 문제가 아니라 사회문제인 것이다. 만약 대안이 없다면 1,2 차 병원으로 이송은 가능할 수 있어도, 가정호스피스로의 이행은 제한적일 수밖에 없으며 말기 호스피스 대상자 보다는 호스피스 전단계 암 환자들에게 보다 효과적일 것이다(예, 지역암센터 방문진료 등).

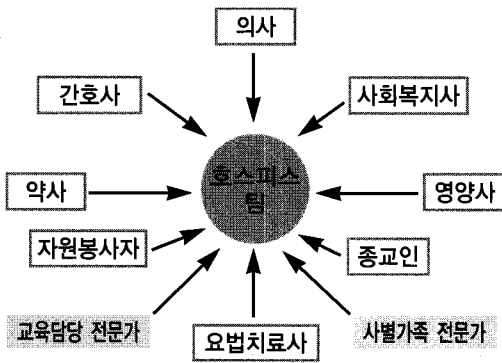


〈그림 1〉 원활한 호스피스 전달체계(자료: 호스피스원화의료학회)

## (2) 호스피스 인력

호스피스에서는 팀 접근을 강조한다. 팀 구성인

력은 의사, 간호사, 사회복지사, 영양사, 약사, 성직자, 자원봉사자 등의 여러 직종·직능이 있다(그림 2). 이 가운데 말기암환자전문기관 인력기준(2007년 기준)으로는 의사, 간호사, 사회복지사, 자원봉사자로 규정하고 있다. 이중 의사, 간호사, 사회복지사 모두 인력 규정에 어려움이 있다.



(그림 2) 호스피스 팀구성

말기암환자전문의료기관 고시기준(2007년)에 연평균 1일 입원환자 3명당 간호사 2인으로 언급되었다. 현재 논의는 입원환자 기준이 아니라 시설 병상 수가 되고 있다. 입원환자 연평균 기준이 해당기관의 숫자 조작성의 여지를 없애기 위한 착안으로 해석된다. 호스피스 수가를 받을 수 있는 최소 간호인력 기준을 1.5명당 간호사1인으로 할 것인가? 호스피스를 위해서는 필요한 인력이지만, 병원이나 기관에서 부담스러운 인력 수준이며, 이 정도의 인건비 보전을 위한 현실적인 수가 상승을 보건복지부와 국민건강보험 심사평가원은 고려하기 어려울 수 있다. 특히 3차 의료기관일수록 더 어려울 것이다. 이에 대해서는 작년부터 1년이 넘게 논란이 있는 문제로 차등수가 혹은 기준 완화 등 타협점을 찾아야 할 것으로 본다.

간호인력 수급의 경우 의료기관에서 간호인력을 적절한 수준으로 확보하려고 해도 특히 지방에 위치한 의료기관의 경우 인력수급에 어려움이 있다. 전체 의료기관 내 호스피스 기관 수가 적고, 간호인력 수준을 높이더라도 간호인력 시장에 영향을 미칠 것으로 판단하지 않는다. 의료기관에서 새로 호스피스 병동을 마련하여도 병동의 간호사를 새롭게 고용하는 것이 아니라 경력자들을 이용한 고용 형태이므로 호스피스 간호사 수급에는 어려움이 없을 것으로 본다. 다만, 제주도와 같이 호스피스 기관이 제주시에서 떨어진 곳에 위치하는 경우 지역적, 지리적 이유로 간호사 수급에 힘든 점이 있다.

사회복지사 인력 수준은 말기암환자전문의료기관 고시기준에 상근1인 이상을 두도록 되어 있으나 현실적으로 호스피스 수가 제도화에 사회복지사 비용에 대한 언급이 없다면 상근 1인이 병원 내 상근 1인이 되며 호스피스 전담은 아니므로 호스피스 팀 접근이 어렵다는 단점이 있다. 호스피스 단독으로 개설한 경우 수가 반영이 없다면 병원보다 인건비 마련이 더욱 어려울 것이다. 사회복지사의 실질적인 호스피스 참여를 위해서는 호스피스 대상자 방문·입원 초기 면접 시 상담 등 모든 호스피스 기관들이 공통적으로 실시하는 필수적인 내용들이 포함된 수가 반영을 필요로 한다. 현재 건강보험에서 사회복지사에게 인정되는 행위는 재활의학이나 정신과전문의 처방에 따라 실시되는 개인력조사, 사회사업상담, 가정방문, 작업및오락요법, 사회조사 등에 대한 수가를 따라 산정하는 방안을 고려해 주어야 한다. 이 내용들이 포괄수가제도/ 일당정액제로 포함된다면 내용에 포함되어야 한다.

일본의 경우 수가적용기준에 사회복지사 규정은 없으나 평가내용에 호스피스팀 구성에 대한 언급이 있다. 이런 일본 기준으로는 호스피스의 활성화를 기대하기 힘들다. 대만은 호스피스 영역에서 사회복지사의 중요성을 인식하고 전담인력을 한 명 이상 두도록 하고 있다.

전국의 사회복지사 중에서 호스피스를 수련한 사회복지사가 호스피스 기관 수에도 못 미칠 정도로 적다. 향후 호스피스를 수련한 사회복지사 배출도 시급하다.

의사의 경우 말기암환자전문의료기관 고시기준에 연평균 환자 20인 당 1인, 초과 시 단수 당 1인 추가로 규정한다. 수련의사는 포함이 안 되므로 기관의 인건비 부담을 고려한다면 호스피스 전담만으로 하기에는 운영에 부담이 된다. 따라서 호스피스에 대한 소정의 교육기간을 이수한 자가 담당하도록 하여야 한다. 향후 보건복지부, 국립암센터, 국민보험공단 심사평가원 등에서 교육 이수 기간 명시 등이 나올 것으로 기대한다. 의사의 경우 관심 있는 의사의 호스피스 관련 교육이 무엇보다 중요하다.

### (3) 호스피스 운영형태

입원환자 대상으로 호스피스 서비스를 제공하고 있는 형태는 크게 병동형, 독립시설형, 분산(산재)형으로 구분할 수 있다. 이 가운데 호스피스 입원수가적용은 병동형(독립시설형)에 한하게 될 예정이다. 분산형의 경우는 수가 적용이 환자단위로 적용하기 어렵고, 독립된 형태로 인력을 구성하거나 시설을 갖추고 있지않은 분산형을 수가산출 대상에서 제외하여 진행되고 있다. 분산형 형태로 호스피스 서비스를 제공하고 있는 기관이 많다는 점을 고려하면, 호스피스 서비스가 건강보험 제도권내에 어느 정도 정착하게 되었을 때 진입장벽을 낮출 필요가 있을 때, 일본이나 대만처럼 분산형에 대한 수가급여가 필요한 지 재검토가 필요하다.

### (4) 시설

호스피스 대상자가 임종을 앞둔 말기환자라는 점과 정서적 서비스 제공 등 타 환자와는 다른 특수한 서비스 제공을 필요로 한다는 점을 고려하여 1실 4인 기준을 말기암환자 전문의료기관 기준으로

고시하였다. 현실적으로는 1실 4인 기준으로 호스피스 수가로 산정할 경우, 기관에서 받고 있는 병실차액에 대한 금액만큼 충분한 보상이 되지 못한다. 원칙적으로 1실 4인 기준으로 수가 산정하는 것이 바람직하나 호스피스 공급자 측면에서 볼때 수입감소가 예상되므로 수가제도화를 공표하고 시범사업을 시작해도 참여를 할 수 없는 장애요인이 될 수 있다. 호스피스 기준 병상을 기준으로 4인 1실으로 하고 차등 수가를 적용하여야 하는 지, 과도기적으로 4인 1실 병실 50% 이상 등 권고 사항으로 적용을 하는 지 정책적 고려가 필요하다.

### (5) 호스피스 서비스

호스피스 서비스 이념에 맞지 않는 심폐소생술이나 중환자실 이용 등은 당연히 급여범위에서 제외되어야 하나, 투석, 항암제, 항생제, 영양제 등에 대한 급여를 인정할 것인지에 대한 검토가 필요하다. 따라서 한국 호스피스·완화의료학회에서 2007년 1차 전문가 의견을 국민건강보험공단에 제출하였으나 추가로 논문 형태로 발표할 필요성을 느끼게 되어 학회 산하 보험위원회에서 준비 중에 있다.

또한 현재 수가는 행위별 수가의 급여범위에 대해서만 산정되어 있다. 하지만 임의 비급여 가운데 호스피스 환자에게 필요하지만 건강보험심사평가원 심사기준에 의하여 급여가 제한되어 있는 서비스에 대한 인정여부 검토(예:마약성 진통제) 또한 필요하다.

### (6) 가정호스피스 제도

가정호스피스 활성화의 어려움은 위에 언급한 '호스피스 전달체계'에서 논의하였다. 그 외에도 의사의 참여 정도를 결정하는 문제, 의사의 권한을 가정 호스피스 간호사에게 어느 정도까지 위임할 것인가 하는문제, 가정호스피스를 담당하는 간호사의 자격에 관한 문제, 병동형 혹은 독립시설형 없이

가정호스피스만 운영하는 곳을 제도권 하에 수용하는 문제 등 이해관계에 따라 얽힌 실타래를 푸는 것이 급선무라고 본다. 호스피스 수가에 관한 시범사업을 진행하면서 반드시 이 문제를 해결하고 가정 호스피스 수가화를 위해 가정호스피스에 관한 자료를 모으는 일이 필요하다.

### (7) 호스피스 인증과 질 관리, 감독

정부의 부담과 비용절감 효과에 대해 잠재적 수요의 증가에 대한 사회적 대비가 안 되어 있는 점을 고려하면 초기에는 기존의 호스피스 기관에는 유리 하더라도 진입장벽을 높이고 인력, 시설 관리 등 질적 수준 관리에 만전을 기하자.

우리가 호스피스를 제도화하기에는 아직 준비가 부족한 점을 인식하자. 수가 제도화가 되고 향후 실시될 호스피스시범사업부터 자료를 축적하여야 한다. 시범사업에서 1, 2, 3차 및 지역별로 모델이 될 정도로 호스피스를 잘 운영할 기관을 지정하여, 수가에 대한 재평가를 해볼 수도 있다. 재정과 호스피스 수가에 대한 준비 작업이 되고 보건복지가족부와 국민건강보험공단 심사평가원이 내성이 생기고 긍정적인 평가가 내려지면, 사업을 확대하기 위해 시설, 인력 수준에 따른 수가 차등화를 실시하면서 진입장벽을 낮추는 방법이 필요하다.

초기부터 호스피스 활성화와 확대를 위해 확대

를 위한 접근은 많은 재정적 부담과 기형화를 초래할 수 있다. 현재 연구 중인 수가개발안도 현실을 감안하면 고무적이지만 호스피스에서 실시되는 모든 서비스가 무엇이며 그 중 무슨 서비스를 수가로 인정할 것인지부터 수가작업이 시작되지는 못했다. 시범사업에서 이런 시각 차이를 줄이려 노력해야 할 것이다.

만약 초기에 질적 관리를 위해 진입장벽을 높인다면, 신고제보다 허가제로 할 수 있을 지, 허가 기관은 보건복지가족부 권한이되 각 시도지사에게 위임을 할 지 구체적인 논의가 법정정에 수용되어야 할 것이다. 질 관리와 감독은 보건복지부 권한이되 국립암센터, 한국 호스피스·완화의료학회 등이 공동작업을 할 수 있도록 위임을 할 지 다른 방안을 강구하여야 하는지도 법과 제도에 수용되어야 할 것이다.

이 모든 노력은 말기 환자들의 삶의 질 향상을 위한 복지 제공이 큰 목적이며, 무의미한 대체의학·통합의학에 빠지지 않게 하며, 남은 여생을 인간의 존엄성을 지키며 의미 있게 보낼 수 있도록 하고자 함이다. 이를 두고 여러 분야에서 입장 차이가 있을 것이나 더 큰 대의를 본다는 입장에서 당장 받아들일 수 없으면 시행하되 조금씩 확대하면서 나아가는 지혜가 필요하다.

