

호스피스 제도화 방안

黃那美 / 한국보건사회연구원 책임연구원

1. 도입

고도로 과학화된 현대의학은 많은 사람들을 질병의 고통에서 벗어나게 해 주었고 수명을 연장시켜 주었지만 치유가능성이 없거나 죽음이 예견되는 말기환자의 경우에는 치료중심 의료시설에서의 기계화와 비인간화, 수동적인 임종기간의 영위 등으로 인하여 이들의 신체적, 정신적, 영적 요구에는 부응하지 못한 채, 의료자들의 비효율성을 초래하고 의료비 부담을 가중시키게 되었으며 이들의 삶의 질에는 많은 문제점을 내포하게 되었다.

우리나라도 인구의 고령화와 질병양상의 변화로 암, 뇌혈관질환, 만성간질환 등 만성퇴행성질환으로 인한 사망이 사인의 수위를 차지하고 있으며 이러한 추세는 앞으로 계속될 것으로 전망된다. 특히 말기상태로 진행되는 경우가 가장 많은 암으로 인한 사망은 사망자 5명 중 1명이나, 의료체계는 아직 이들을 위한 시설이나 프로그램을 전혀 준비하지 못하고 있

는 상태이다. 핵가족화와 여성의 사회진출 등으로 이들은 가정내에서 조차도 대부분 방치될 수 밖에 없는 형편에 처해 있다.

호스피스(Hospice)는 이같은 말기환자를 대상으로 기존의 의료체계와 적극적인 상호보완관계를 유지하면서 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로 수용하여 말기환자의 존엄성을 고양시키고 그 가족의 생활을 질적으로 향상시키는 데 목적을 두고 제공되는 돌봄(Care)의 프로그램이다. 1994년 WHO에서는 현존 지식체에서 말기환자의 '삶의 질'에 가장 효과적임을 공표하면서 호스피스의 중요성을 강조한 바 있다.

이에 따라 본 고에서는 누가(운영주체), 어디에서(사업기관), 무엇을(사업내용 및 범위), 누구에게(사업대상), 어떻게(운영방법, 형태 및 서비스 지불방법) 호스피스 프로그램을 제공할 것인가에 대하여 의료의 연속선상에서 체계적으로 운영될 수 있는 실천적 호스피스 제도화 방안을 제시하고자 한다.

2. 호스피스 운영모형 개발

가. 기본방향

호스피스 운영모형의 기본방향은 우리나라 보건의료정책 현안인 형평과 효율을 고려하여 첫째, 현 자원과 기획하고자 하는 자원을 비교·검토하여 실행가능한 정책적 지지체계를 보완·조정, 기존 의료자원의 효율을 보다 높일 수 있는 방안의 하나로 접근되도록 한다. 둘째, 말기환자가 언제든지 원하는 장소에서 호스피스서비스(Care)를 받을 수 있도록 기획하며 셋째, 지역적인 안배를 고려한 사업기관을 설정한다. 넷째, 지불능력 부족으로 인하여 호스피스서비스 접근에 제한을 받지 않도록 다양한 서비스공급체계와 호스피스수가를 개발, 사회적 안정에 기여하도록 한다.

나. 유형 및 운영주체

호스피스 유형은 병원, 의원, 가정, 그리고 독립시설 호스피스로 구분한다.

병원중심 호스피스는 사전에 호스피스 병상수를 등록, 인가 받도록 하여 호스피스지불보상체계를 적용, 호스피스병동, 또는 돌봄병실의 유형으로 운영되도록 한다. 운영주체는 3차진료기관, 특히 ‘학교법인(22개소)’과 ‘국립대학(7개소)’이 설립주체인 기관에서 우선적으로 도입하도록 한다. 지리적 안배를 위하여 군지역의 경우는 지역사회 요구도를 사정한 후 「지방공사의료원」을 활용하도록 한다.

호스피스 운영모형은 보건의료 정책현안인 형평과 효율을 고려하여 기존 자원에 정책적 지지체계를 보완·조정하여 개발되는 것이 바람직하다.

가정중심 및 독립시설 호스피스기관 역시 인·허가 등의 제도적 장치를 통하여 호스피스지불보상체계를 적용, 의료제도권 내에서 운영되도록 한다. 가정중심 호스피스의 경우, 병원과 비영리법인(시지역), 그리고 보건소(군지역)가 적절하며, 독립시설 호스피스의 경우는 비영리법인(종교기관 포함)이 바람직하다. 의원의 경우, 말기환자를 주 대상으로 관리하는 경우에는 가칭 「완화요법센터」로 명명하여 호스피스지정의사로서의 법적 권한을 부여한다.

다. 운영모형

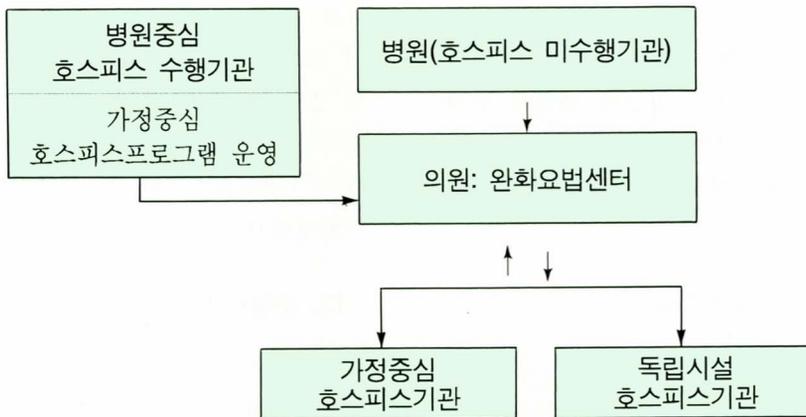
호스피스 운영유형의 특성을 고려하여 보건의료정책 현안인 「형평」과 「효율」에 부응할 수 있는 사업운영모형 5개안을 개발하였다. 이 중 실현성(자원투입 부담, 운영의 용이성)과 성과성(자원 효율성, 이용의 편의성)으로 인한 사회적 안정성에 평가기준을 두고 실현성이 큰 모형과 성과성이 큰 모형을 선정하였다.

즉, 사업 도입단계에서는 기존 의료체계의 변화를 최소화하는 범위내에서 사업이 운영되는 것에 상대적 우위를 두어 실현성이 큰 모형 <제1안> (호스피스 수행

병원과 사업대상이 비교적 많은 일반병원에서 가정호스피스 프로그램을 운영하고 독립시설 호스피스기관은 별도로 사업을 수행하는 방안)을 선정하였으며, 성과성이 가장 큰 모형은 <제4안>, 호스피스수행병원(가정호스피스프로그램을 운영함)과 일반병원에서는 의료전달체계에 의거하여 말기환자 거주지역 의원(가칭 완

화요법센터)에 의뢰, 이송하도록 하여 1차진료의사가 주치의가 되어 가정중심 및 독립시설 호스피스기관과 연계, 운영하는 방안을 채택하였다(그림 1 참조). 이는 3차진료기관에서 호스피스를 전개하는 것이 수익성은 낮은 반면 말기환자의 비용 부담은 크기 때문이다.

그림 1. 호스피스 운영모형



라. 서비스 연계체계 구축

종합병원의 말기환자에 대한 장기입원 현상을 완화시키기 위해서는 기존 의료전달체계를 적용하여 연계체계를 구축하는 방안이 가장 효과적이다. 그림에서 제시된 바와 같이 병원 주치의는 말기환자에 대한 전반적인 퇴원상태(가칭 「호스피스

의뢰서)를 기록한 후, 환자 거주지역내 「완화요법센터」로 동 기록을 첨부하여 이송하게 한다. 「완화요법센터」의 의사는 환자상태 및 요구에 따라 동 센터에서 입원, 관리하며 환자가 원할 경우에는 의료적 처방과 투약처방권을 담당하면서 가정 또는 독립시설 호스피스기관에 의뢰, 언제든 지 가정과 독립시설을 이용할 수 있도록

한다. 이는 우리나라 사회문화 여건상 「죽음의 집」으로 인식될 수 있는 독립시설 호스피스를 기피하지 않도록 하기 위하여 의료인과 유기되지 않는 연계망을 구축하고자 한 것이다. 사업유형간 이송시에는 현 3차진료기관에서 병·의원으로 회송한 경우에 산정되는 ‘회송료’를 적용한다.

3. 호스피스 구성요소의 제도화 방안

가. 사업대상

사업대상은 우리나라 말기 만성퇴행성 질환자의 관리특성과 방치되고 있는 질환자를 고려하여 암, 고혈압성질환 및 뇌혈관질환자로 규정한다. 단, 고혈압성질환과 뇌혈관질환자의 경우는 종합병원 장기입원현상이 매우 심각한 현실을 감안하여 「완화요법센터」, 가정중심 호스피스, 독립시설 호스피스 이용자에 한하여 의료보험에서 지불보상되도록 한다. 여기서 말기 상태란 수술, 항암요법, 방사선요법 등을 시행했으나 더 이상의 의료적 효과를 기대하기 어려운 임종이 3~6개월이내로 예견되는 환자로 정한다.

한편 인간의 존엄성과 자기결정을 소중히 하는 호스피스 철학을 반영하여 말기 환자가 호스피스환자로 지정되는 것을 동의하는 경우에 사업대상으로 한다. 따라서 등록당시 무의식 상태에 있는 말기환자는 사업대상이 될 수 없다. 아동 및 청소년은 그 가족에 대한 돌봄의 프로그램이 더욱 강조되어야 하므로 도입단계에서

호스피스에서는 환자 상황에 따라 사업인력들에게 부적절한 역할과 과중한 업무가 부가될 수 있기 때문에 팀 구성원간의 충분한 이해와 협조를 통하여 극복되어야 한다.

는 사업대상에서 제외시킨다.

나. 사업내용

호스피스는 임종과정 중의 만성적인 증상 및 증후, 그리고 고통완화를 위한 전문적, 비전문적 중재 및 돌봄의 서비스로 지속적인 신체관리와 적절한 완화요법이 포함되며 환자와 가족의 요구에 적합하게 계획된 전문적인 정서적, 사회적, 영적 서비스로 특징지을 수 있다. 이는 곧 인간은 다양한 문제를 가진 독특한 개체이므로 환자와 가족의 요구에 적합한 서비스 내용 또한 다양하고 개별적으로 제공되어야 함을 시사하고 있으며 한정적이고 일률적이 될 수 없다는 의미를 내포한다. 결국 호스피스서비스 내용은 기본서비스와 무한정적인 개별서비스로 분류될 수 있다는 결론에 도달된다.

현 종교단체를 중심으로 30여개 기관에서 전개되고 있는 호스피스활동자료를 기초로 기본서비스 내용을 제시하면 환자상태 사정, 투약 및 처치, 전문인력 또는 비전문 인력(자원봉사자)에 의한 환자 청결 유지 및 품위유지를 위한 비치료적 신체관리, 환자 및 가족과의 상담 및 교육, 정

서적, 영적 서비스 등이다. 개별서비스로는 치료적 신체관리, 가족관리, 사별관리 등으로 제시할 수 있다.

다. 사업인력 및 역할

먼저 호스피스지정의사는 호스피스환자에 대한 의학적 사정에 따라 적절한 진통제를 선택하고 투여용량을 계획하며 통증 조절을 위한 처방과 효과를 평가한다.

간호사는 환자에게 치료적, 비치료적 간호를 제공하며 약물 부작용 발생에 대하여 지속적으로 관찰, 감시한다. 환자와 가족의 신체적 요구에 대하여 지속적으로 상담하고 교육한다.

사목자(교역자)는 환자와 가족의 영적 상담자이며 환경요법을 통한 고통완화에 참여한다. 또한 사업인력들의 서비스 제공으로 인한 소진현상과 임종에 접한 스트레스를 긍정적으로 표출할 수 있도록 호스피스팀의 정서적 지지자이기도 한다.

사회사업가는 환자의 사회생활과 관련된 이익대변자로, 환자 및 가족의 사회·경제적 문제를 상담하고 유족상담을 통한 사별관리프로그램의 지도자적 역할을 한다.

자원봉사자는 말기환자에게 필요한 일상적 서비스를 제공하며(개인위생 및 취미활동 도와주기 등) 환자가족의 역할을 대행하거나 보조하고(가사일 조력자, 환자주변 환경정리) 사업운영에 따른 행정 업무를 수행한다(전화접수, 서류정리, 타이핑, 호스피스 홍보 및 기금마련을 위한 활동 등).

이처럼 호스피스는 의사, 간호사, 사목자, 사회사업가, 자원봉사자들로 구성된 팀접근으로 담당업무를 수행하게 된다. 그러나 한편으로는 환자와 그 가족의 특성에 따라 특별한 상황이 초래될 수 있어 정신과 의사, 약사, 영양사, 심리학자, 치료사(물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 음악치료사 등) 등의 전문인력의 참여도 요구되지만 상황에 따라서는 그들의 욕구를 적시에 충족시키기 위하여 담당 전문인력이 아닌 다른 인력이 관여할 수 있다. 이 경우 상황에 따른 역할의 변화나 중복의 경우가 발생되기 때문에 호스피스 팀 구성원간의 역할과 개입한계를 명확히 구분하는 데에는 어려움이 있다. 이같은 이유로 인하여 호스피스행정가, 또는 조정자(hospice administrator, coordinator)의 필요성이 대두된다. 호스피스행정가는 환자의 주치의와 상담하고 환자관리를 위한 팀회의를 주선하며 자원봉사자를 관리한다. 호스피스서비스 계획을 평가하고 실행, 조정하며 새로운 계획을 세우는 데 책임을 진다. 또한 호스피스기관을 대표하여 다른 사업기관과 연계관계를 유지한다. 미국에서는 현재 호스피스 행정가의 1/2이 간호사이며 그 외 별도로 훈련된 사회사업가, 의사, 사목자가 맡는 곳도 있다.

4. 호스피스 운영의 제도화 방안

현재 말기환자의 거주장소에 따른 특징적인 문제를 도출하여 호스피스 제도화 방향을 제시하면 <표 1>과 같다.

표 1. 호스피스 제도화 방향

말기상태시 관리장소	특징적 문제	제도화 방향
병 원	- Cure중심 서비스 및 의료비 지불	→ Care중심 서비스 및 지불보상 방안
	- 장기 병상점유현상 - 부적절한 Care환경	→ 장기 입원현상 완화대책(의원 활용) → 대상자 욕구충족을 위한 환경 조성
	- 낮은 의료욕구 충족	→ 통증조절을 위한 마약투약 범위의 재설정
가 정	- 의료욕구 불충족 - 가족의 높은 간호부담 및 말기환자 방치	→ 통증완화대책 마련 → 가정호스피스 활성화

가. 호스피스서비스 지불보상방안

호스피스서비스는 앞서 기본서비스와 개별서비스로 분류한 바 있다.

기본서비스에 대하여 호스피스수가를 산정하고자 할 때에는 호스피스환자에게 제공되는 서비스 중 현재 보상되지 않고 있는 서비스에 대한 파악이 필요하다. 현재 병원에서 호스피스프로그램을 운영하게 되면 일반 입원환자와 동일하게 ‘입원료’, 치료 및 처치에 따른 ‘개별행위료’, ‘일반관행수가’를 보상받을 수 있다. 따라서 지불보상될 수 없는 서비스로는 비치료적 신체관리, 정서적, 영적 서비스 등이다. 호스피스에 대한 지불보상체계는 현재 수행되고 있는 병원중심 호스피스활동 분석을 통하여 가장 많은 시간을 할애하면서 호스피스환자에게 기본적으로 제공

되는 비치료적 신체관리와 정서적 서비스에 대하여 개발하고자 하며 영적 서비스는 자원봉사 차원에서 제공되는 것을 원칙으로 한다.

신체관리서비스의 특징은 특별한 재료를 요하지 않은 순수한 간호인력의 투입이라는 점때문에 인건비 원가보상차원에서 산정할 경우에 큰 무리가 없다고 볼 수 있다. 이에 따라 비치료적 신체관리에 소요된 시간을 조사한 결과, 환자 1인당 1일 평균 45분이 소요된 것으로 파악되어 동 자료를 기초로 인건비 원가를 산출하고자 한다. 비치료적 신체관리에 어떤 인력이 투입되느냐에 따라 인건비 원가는 큰 차이를 보일 수 있는데 병원의 간호인력 투입규정이 간호사의 1/3이내에 간호조무사를 두도록 규정하고 있기 때문에 호스피스에 투입되는 간호인력의 인건비(1995년

경력 3년기준)는 간호사 인건비 2/3와 간호조무사 인건비 1/3의 합으로 산정할 수 있다. 1일 8시간(480분) 근무를 기준으로 환자 1인당 45분의 신체관리시간이 소요될 때 차트 기록 및 인수·인계시간(50분)을 제외하면 1일 9명의 환자를 관리할 수 있으며 월 196명의 환자를 관리할 수 있게 된다. 이에 따라 인건비가 보상될 수 있는 환자 1인당 1일 신체관리료를 산출하면 8,970원이다. 제시된 안은 포괄수가제 형태로 환자의 일상생활 수행능력에 따라 서비스 제공시간이 다를 수 있다는 점을 감안하지 않는 단점이 있다.

한편 동 「신체관리료」는 순수 간호관리비용임을 감안할 때, 기존 지불보상체계내에서의 「간호관리료」로 대체하여 지불보상될 수 있는 방안을 모색해 볼 수 있다. 이에 따라 현재 책정된 1일 「간호관리료」를 상향조정하는 방안을 제시해 볼 수 있는데 1일 「간호관리료(3차 진료기관 4,420원, 종합병원 3,860원)」를 가산하여 산정하는 방법이 그것이다. 그러나 동 금액은 신체관리에 따른 인건비 원가(8,970원)의 50%에 불과하여 3차진료기관의 자율적인 참여를 기대하기 어려운 수가이다.

호스피스간호인력 1인당 연평균 인건비(원)
 $= 23,010,000 \times 2/3 + 17,280,000 \times 1/3 = 21,100,000$

환자 1인당 신체관리료(원) = 1인당 연평균 인건비 ÷ 1인 연관리환자수
 $= 21,100,000 \div 2,352^* = 8,970$

* : 연관리환자수(명) = (480분 - 50분) / 45분 × 22일 × 12개월 ≒ 2,352

또 다른 접근방법으로 「집중치료실」의 병상과 동일한 수가체계를 인정하는 방식을 제시할 수 있다. 현 의료보험수가체계는 「집중치료실」병상의 경우, 「의학관리료」와 「간호관리료」로 구성된 「입원환자관리료」를 일반 입원실과 차등을 두어 「입원환자관리료」를 1일 100% 가산하여 산정할 수 있도록 되어 있다. 이에 따라 호스피스병상의 경우도 집중적인 관리 및 간호서비스의 투입을 감안하여 집중치료 병상과 동일한 수가를 적용받도록 인정하

는 방안을 검토해 볼 수 있다. 이 경우 신체관리료는 3차진료기관의 경우 8,540원(의학관리료:4,120원, 간호관리료:4,420원)이며 산출된 인건비 원가 8,970원에 매우 근접한 금액이다. 이와 동일한 방법으로 정서적 서비스비용을 산출해 보면 4,270원이 산출된다.

한편 환자의 요구와 의사의 판단에 의하여 제공되는 개별서비스는 기존의 지불보상체계내에서 적용하도록 하여 「개별행위료」로서 지불보상되도록 한다. 이

에 따라 의사, 사회사업가, 물리치료, 언어치료 등의 전문인력에 의한 서비스는 개별행위로 형태를 띠게 된다. 예를 들면, 사회사업가가 호스피스환자 및 가족에게 사회적 상담서비스를 제공하였을 경우에는 「의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준(1995)」의 「재활의학적 사회사업」에 근거하여 「사회사업상담」 수가 4,000원에 준하여 주 1회, 입원기간 중 2회 이내에 산정할 수 있도록 하며 재활 및 물리치료서비스에 대해서도 「이학오법료」가 지불보상될 수 있도록 한다.

나. 호스피스 사업인력 확보방안

호스피스 의사에 대한 참여방안으로는 의과대학 교과과정에 호스피스내용을 삽입, 대학교육을 통하여 호스피스에 대한 인식을 제고시킨다. 또한 임상 각과의 모든 의사들에게도 호스피스에 참여할 수 있도록 호스피스 교육프로그램을 개방하며 특히 ‘가정의학과’ 전공의 수련과정에 공식적으로 호스피스 교육프로그램을 삽입하여 ‘호스피스 지정의사’ 자격을 부여, 전국의 행정지역권별로 요구되는 「완화요법센터」의 설립을 촉진시킨다. 의사가 활동하기 어려운 지역에서는 시간제 의사를 고용하는 방안과 은퇴한 의사(종양전문의) 및 보건소 의사를 활용하는 방안을 제시할 수 있다.

간호사 확보방안으로는 호스피스간호사 자격증제도를 마련하여 가정중심 호스피스기관의 설립 인가기준의 하나로서

호스피스 수가는
현 지불보상체계내에서 보상되지 않고 있는
비치료적 신체관리와 정서적 서비스에
중점을 두고 개발되어야 한다.

활용한다. 현행 「가정간호 교과과정」에 호스피스 교육프로그램을 포함시켜 가정간호의 일환으로 호스피스교육프로그램을 운영하는 방안이 바람직한 교육방법이 될 수 있다.

자원봉사자 확보방안으로는 호스피스에 참여동기를 유발시키는 방안과 지속적으로 활동할 수 있도록 지지체계를 마련하는 방안이 양립되어야 한다. 참여동기유발 방안으로는 호스피스활동에 대한 사회적 가치(‘소명’과 ‘전문인’으로서의 인식)를 부여한 대국민 홍보의 실시이다. 지속적인 활동을 유지하기 위한 방안으로는 공식적인 의사소통 채널의 개발과 체계적인 인력관리가 요구된다. 되도록 각 지역내 사회복지 관련단체에서 통합, 관리하여 가정 및 독립시설 호스피스기관에 대하여 원활한 인력지원이 이루어질 수 있도록 한다. 특히 의사 및 간호사 등의 전문인력의 참여를 촉진시키기 위해서는 특정업무 전담 자원봉사제도(처방권 담당, 환자교육 담당)와 다양한 참여방법(시간제, 주말참여제, 월말참여제, 환자담당제)을 개발하여 활용한다.

다. 사업시설 확보방안

기존 의료기관이나 시설들이 호스피스 사업에 자발적으로 참여할 수 있도록 하기 위해서는 사업운영에 따른 장기저리융자, 세제혜택, 사회복지기금 활용 등을 통한 재정적 보상과 다양한 사회적 가치제고방안이 마련되어야 한다.

병원중심 호스피스시설이 적정하게 설치되기 위해서는 호스피스 수요에 대한 파악이 요구된다. 한정된 호스피스병상의 효율적 활용을 위해서는 병원중심 호스피스시설의 입원대상에 대한 프로토콜의 개발이 요구되며 이를 기준으로 지불보상체계를 적용하도록 한다.

가정중심 및 독립시설 호스피스기관은 설치 인정기준 및 허가에 관한 사항과 운영기준 등을 기 규정된 「사회복지사업법 시행령」 및 「사회복지사업법 시행규칙」에 준하여 「호스피스시설의 설치기준」 및 「호스피스 운영기준」을 개발, 법적 장치 내에서 운영되도록 한다.

라. 서비스 효과 제고방안

의료인들은 해당 보건기관의 「마약감시반」의 감독과 정기적인 감사에 대한 부정적인 시각으로 인하여 마약사용을 기피하고 있으며 사용용량에도 인색하다. 이러

한 이유로 대부분의 말기 암환자는 종합병원에서조차도 통증이 조절되지 못하여 가장 큰 고통으로 호소하고 있으며, 가정중심 호스피스환자의 경우에는 통증완화요법이 제공되기 어려운 실정으로 나타났다. 따라서 ‘호스피스지정의사’의 처방하에 있는 환자에 대해서는 일반환자와 차별화된 통증완화대책이 마련되어야 한다. 우선적으로 의료보험 급여대상 마약의 종류와 용량에 제한을 두지 않도록 관련법과 의료보험 급여기준을 수정, 보완하여야 하며 마약사용에 대한 의료인의 부정적인 시각을 제거하고 통증완화와 말기환자의 고통에 대한 인식을 제고시키기 위하여 최신의 통증을학에 대한 교육이 필요하다.

마. 호스피스 질 관리방안

호스피스사업은 팀접근이므로 각 전문분야가 참여한 기술적 개별영역과 다학문적 공통영역으로 구성된 교육과정 개발이 우선적으로 필요하다. 또한 호스피스가 의료의 연속선상에서 운영되려면 사업인력 및 시설에 대한 질 관리가 요구되며 서비스의 표준화가 요구된다. 이에 따라 체계적인 사업관리 및 조정, 통제기능을 가진 전담관리단체의 신설이 요구된다.

자세한 내용은 연구보고서 95-24(말기환자관리를 위한 「호스피스」의 제도화 방안)에 실려 있습니다.