

입원형과 가정형 및 자문형 호스피스·완화의료의 연계 이용 연구

육태미 · 박영민 · 최정규 · 임현선
장태익 · 최윤경 · 곽희선 · 박현선

연구보고서

NHIMC-2021-PR-015

입원형과 가정형 및 자문형 호스피스·완화의료의 연계 이용 연구

육태미 · 박영민 · 최정규 · 임현선
장태익 · 최윤경 · 곽희선 · 박현선

국민건강보험
일산병원

National Health
Insurance Service
Ilsan Hospital

연구소

Research Institute

[저 자]

책임 연구자:	국민건강보험 일산병원 연구소 연구분석부	육태미
	국민건강보험 일산병원 가정의학과	박영민
공동 연구원:	국민건강보험 일산병원 연구소 연구분석부	최정규
	국민건강보험 일산병원 연구소 연구분석부	임현선
	국민건강보험 일산병원 신장내과	장태익
	국민건강보험공단 데이터개발부	최윤경
연구 보조원:	국민건강보험 일산병원 호스피스센터	곽희선
	국민건강보험 일산병원 호스피스센터	박현선

연구관리번호	IRB 번호
NHIS-2021-1-797	NHIMC 2021-07-041

본 연구보고서에 실린 내용은 국민건강보험 일산병원의 공식적인 견해와 다를 수 있음을 밝혀둡니다.

머리말

우리나라 평균수명의 증가와 고령화의 추세 가운데 노인인구는 지속적으로 증가하고 있다. 최근 호스피스·완화의료에 대한 인식이 개선되고 존엄한 죽음에 대한 인식이 더욱 보편화되고 있다. 특히 무의미한 연명의료에 대한 생애말기환자의 자기결정권 존중과 고통 없이 삶을 마무리하도록 돕는 주요 방안으로서 호스피스·완화의료 제도 개선 및 발전은 지속적인 과제 중 하나이다.

우리나라 호스피스·완화의료는 2003년 '제1차 말기암환자 호스피스 시범사업'을 시작으로, 2009년 입원형 건강보험 수가 시범사업을 통해 본격화 되었다. 이후 2016년에는 가정형 호스피스 시범사업이, 2017년부터는 자문형 호스피스 시범사업이 시행되면서 호스피스·완화의료의 종류가 보다 다양화 되었다. 현재는 암환자뿐만 아니라 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성 호흡기질환, 만성간경화 등의 비(非)암 환자도 호스피스·완화의료 서비스를 이용할 수 있게 되었다.

호스피스·완화의료 제도의 적절한 운영을 위해서는 이용률 자체의 증가도 중요하지만, 현재 제공되고 있는 유형별 서비스들이 적절하게 연계되도록 하는 것이 중요한 방안 중 하나일 것이다. 이에 본 연구에서는 입원형과 가정형 및 자문형 호스피스·완화의료 서비스를 중심으로 국내 호스피스의 공급과 수요는 물론, 이 서비스들의 연계에 관련된 요인 및 경제적 측면 등에 대해서 살펴보았다. 연구의 결과가 호스피스·완화의료 서비스의 체계적 공급 및 서비스 유형간 연계뿐만 아니라 더 나아가 지역사회연계 등 다양한 정책과의 연계성을 제고하는데 좋은 자료로 활용되기를 기대한다.

끝으로 이 보고서의 내용은 연구진의 개인적 의견이며 국민건강보험 일산병원의 공식적 견해가 아님을 밝혀둔다.

2022년 4월

국민건강보험 일산병원장

김성우

일산병원 연구소장

이천준

목차

요약	1
제1장 호스피스·완화의료	9
제1절 호스피스·완화의료의 배경 및 목적	11
제2절 호스피스·완화의료의 서비스 유형	12
제3절 연구 목적	16
제2장 호스피스·완화의료의 공급과 수요	17
제1절 서비스 유형별 의료기관 (공급)	19
제2절 서비스 유형별 이용자 (수요)	24
제3절 공급과 수요의 일치성 개선 방안	31
제3장 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인	33
제1절 유형간 연계 이용 패턴	35
제2절 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인	37
제4장 유형간 연계 이용과 경제적 시사점	41
제1절 유형별 지출 의료비 추정	43
제2절 호스피스·완화의료의 경제적 시사점	49
제5장 결론 및 정책 제언	51
제1절 결론	53
제2절 정책 제언	55
참고문헌	59
부록	63

표목차

<표 1-1> 호스피스·완화의료의 서비스 유형	14
<표 1-2> 호스피스·완화의료 대상질환의 본인부담률	15
<표 1-3> 급여 목록 및 상대가치점수	17
<표 2-1> 지역별 호스피스전문기관 현황	20
<표 2-2> 호스피스·완화의료 대상질환의 사망자수	24
<표 2-3> 호스피스·완화의료의 이용자수 및 사망전 첫 진입시점	26
<표 2-4> 말기 암환자의 유형별 호스피스·완화의료 이용자수	26
<표 2-5> 암사망자의 거주지별 호스피스·완화의료 이용률	28
<표 2-6> 암사망자의 거주지별 호스피스·완화의료 유형	29
<표 2-7> 암사망자의 암종별 호스피스·완화의료 이용률	30
<표 3-1> 세가지 유형을 제공하는 대표 지역의 호스피스·완화의료 이용자수	36
<표 3-2> 연계 이용자의 사망전 호스피스·완화의료 이용 패턴	36
<표 3-3> 호스피스·완화의료 이용에 영향을 주는 요인	39
<표 4-1> 의료비 추정의 대상자수	45
부록표 1. KCD코드와 질병진료행위코드	65

그림목차

[그림 2-1] 시군구별 호스피스전문기관 분포	19
[그림 2-2] 입원형을 제공하는 의료기관 중 가정형 및 자문형 제공 비율	21
[그림 2-3] 연도별 호스피스·완화의료의 이용률	26
[그림 2-4] 대상자 선정	27
[그림 2-5] 유형별 호스피스·완화의료 진입 후 사망까지의 일수	31
[그림 3-1] 연계 이용에 영향을 주는 요인	39
[그림 4-1] 의료비 분석 대상자 정의	44
[그림 4-2] 호스피스·완화의료 사망 전 진입시점별 의료비 추정	46

요약



요약

1. 연구 배경 및 목적

호스피스·완화의료 서비스는 말기 상태의 환자에게 신체적 증상을 적극적으로 조절하고 삶의 질을 높일 수 있도록 다양한 프로그램을 제공하며, 그의 가족들에게 환자 임종 기간과 이후의 돌봄을 통해서 원래의 삶으로 복귀 할 수 있게 한다. 2003년에 시범사업을 시작한 이후 현재는 입원형, 가정형 및 자문형 호스피스·완화의료 서비스로 본사업이 확대되었고, 그 외에 요양병원 호스피스와 소아청소년완화의료 시범사업이 진행 중에 있다. 2021년 6월 기준, 전국적으로 입원형은 86개소(1441병상), 가정형은 39개소, 자문형은 33개소에서 호스피스·완화의료 서비스를 제공하고 있다.

호스피스·완화의료 서비스의 대상 질환은 말기 암, 말기 만성 폐쇄성 호흡기질환, 말기 만성 간경화, 말기 후천성 면역결핍증이다. 보건복지부에서는 말기 환자와 가족들의 필요를 중심으로 질병 경과에 따라 입원형, 가정형 및 자문형의 세 가지 호스피스·완화의료 서비스의 유기적 제공을 권고하고 있지만, 지정된 호스피스전문기관의 상황에 따라서 제공하는 유형이 다르다. 이러한 이유로 실제 말기 환자들은 호스피스·완화의료 서비스 이용 시 유형의 선택권을 보장 받지 못하고, 일부 지역에서는 호스피스·완화의료 서비스 자체를 이용할 수 없기도 한다.

중앙호스피스센터의 「국가 호스피스·완화의료 연례보고서」에 따르면 2018년 기준, 암사망자의 22.9%가 호스피스·완화의료 서비스를 받았고, 그중 입원형 단독 이용의 비중은 73.8%에 해당하여 아직까지는 입원 기반의 서비스 이용이 주를 차지한다. 호스피스·완화의료 서비스의 입원형과 가정형의 급여 적용이 도입되고 정착 된지 각 6년, 1년이 경과하였고, 자문형이 이제 막 본사업으로 전환된 시점에서 현재의 상황을 파악하고 앞으로 나아갈 방향을 모색할 필요가 있다.

본 연구에서는 국민건강보험공단 청구자료를 통해 2016년부터 2020년까지의 5년간 대상 질환을 가지고 사망한 환자들을 기준으로, 호스피스·완화의료 서비스의 공급과 수요를 살펴보고자 한다. 그리고 암사망자의 입원형과 가정형 및 자문형의 연계 이용

행태별 환자 특성을 분석하고, 지출 의료비를 추정하고자 한다. 이를 통해서 호스피스·완화의료 서비스 제도 개선의 근거를 제공하고, 가정형 및 자문형 서비스로의 이용 확대 방안을 제시한다.

2. 연구 결과

1) 유형별 호스피스·완화의료 서비스의 공급과 수요

호스피스전문기관 중 입원형과 가정형 및 자문형의 세 가지 유형을 모두 제공하고 있는 의료기관은 13개소에 불과하고 이들 대부분 수도권에 위치하고 있어, 지역적인 불균형이 존재한다. 그리고 수요가 있어도 공급이 부족한 현실인데, 호스피스 1병상당 암사망자수는 충청이 182.0으로 대구가 36.0인 것에 대비해 높다(서울경기인천 지역은 57.6). 세 가지 유형을 모두 제공하는 지역 기준으로는 울산이 호스피스 1병상당 암사망자수 155.8로, 입원형 호스피스·완화의료의 공급이 부족함 확인하였다. 또한, 가정형을 제공하지 않는 지역은 경북, 전남으로 전체 의료기관 1개소 당 도시지역면적이 높은 지역이라는 특징이 있고, 자문형을 제공하지 않는 지역은 충북, 강원, 광주, 전북, 제주이다.

입원형을 제공하는 상급종합병원(16개소) 중 50.0%는 가정형을, 75.0%는 자문형을 추가 제공하고 있었으며, 종합병원(50개소) 중 44.0%는 가정형을, 22.0%는 자문형을 제공하고 있어, 협진이 가능한 타진료과가 많을수록 자문형 호스피스·완화의료 서비스 제공이 가능하다.

2016년부터 2020년까지의 5년간 대상 질환 사망자 중 16.0%(암사망자의 19.0%, 비암성 사망자의 0.2%)가 호스피스·완화의료서비스를 이용하였고 사망 전 평균 37.8일에 첫 진입을 한다. 2016년에 가정형과 2017년에 자문형 시범사업이 시작되면서 점점 이용률이 높아지고 사망 전 첫 진입시점이 빨라지고 있었다. 그리고 세 가지 유형을 모두 이용할 수 있는 암사망자의 경우, 2020년 기준 단일 호스피스·완화의료 이용률은 입원형이 64.5%, 가정형이 2.9%, 자문형이 13.0%로, 입원형이 감소함에 따라 자문형이 눈에 띄게 증가하는 양상을 보이고 있다. 다만, 아직까지는 하나의 유형을 이용하는 단일 이용자가 80.4%였고, 두 가지 유형을 연계해서 이용하는 비율은 17.8%, 세 가지 유형을 모두 이용하는 비율은 1.9%였다.

입원형과 가정형 및 자문형을 모두 제공하는 2018년부터 2020년까지의 암사망자

268,363명을 대상으로 세부 분석을 한 결과, 울산은 입원형 단일 이용 비율이 24.3%로 낮은 것에 비해 자문형 단독 이용은 21.3%, 두 가지 이상의 서비스를 연계하여 이용한 경우는 52.1%로 전국적으로 볼 때 높은 수치이며, 병상수 부족의 문제점을 자문형 및 연계 서비스를 활용하여 극복하고 있다고 보여 진다. 대전의 경우 다른 지역에 비해서 가정형(단일 이용 비율: 11.8%)을 활발히 운영하고 있고 이로 인해 두 가지 이상을 연계하여 이용하는 비율도 함께 증가하고 있다. 반면에 부산, 광주전라 지역의 암사망자는 아직도 입원형 중심의 호스피스·완화의료 서비스 이용에서 벗어나지 못하고 있음을 확인하였다.

추가적으로 기존 연구들에서 알려진 바와 같이 예후가 좋지 않고 통증이 심한 최장암이 이용률 29.9%로 다른 암종에 비해 말기에 호스피스·완화의료 서비스를 선택하는 경향이 높았고, 암 진단 시기가 늦어져 진행속도가 빠른 간암에서 이용률이 16.0%로 낮았다.

호스피스·완화의료 서비스 대상자인 말기 환자가 증가하고 있지만 한정된 자원(병상)으로 인해 입원형 서비스 제공을 늘릴 수 없는 현 상황에서 가정형 및 자문형 서비스는 좋은 대안이 될 수 있고, 말기의 환자가 호스피스·완화의료 서비스를 이용하기로 결정을 하였다면 그 이후 입원형, 가정형, 자문형의 어떤 유형을 선택하느냐는 앞으로의 생존기간에 영향을 주지 않음을 확인하였다.

2) 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인

호스피스·완화의료 이용에 영향을 줄 수 있는 요인으로는 환자 특성, 돌봄 가능 가족구성원, 종교 등이 있을 수 있는데, 본 연구는 건강보험 자격자료 및 청구자료를 기반으로 하였기 때문에 환자 일반특성과 질환력만을 가지고 분석하였다. 세 가지 유형을 제공하는 호스피스전문기관이 있는 지역에 거주하는 암사망자로 대상자를 한정하고, 지역별 호스피스·완화의료 자체충족률이 70% 이상인 8개 시도(서울, 경기, 인천, 대전, 대구, 부산, 울산, 경남)를 선택하였다.

여성이거나 연령이 높아질수록 입원형에 비해서 자문형을 덜 이용하지만, 가정형을 이용 하는데에는 영향이 없었다. 자문형을 함께 이용한 환자 효과로 인해, 연령이 높아질수록 입원형에 비해서 연계 이용을 적게 하는 것을 관찰할 수 있었다. 암환자의 거주지에 따른 호스피스·완화의료 유형 선택은 확연히 달랐는데, 가정형을 많이 이용하는 대전 거주자에 비해 다른 지역은 모두 입원형 대비 OR 추정값이 낮았으며, 울산은 자문형 이용의 OR 추정값이 2.09%으로 매우 높았다. 의료급여에 비해서 의료보험 환자가 가정

형과 자문형 이용이 높은 경향이 있었으나, OR 추정값이 보험료분위의 증가와 비례하지는 않았다.

입원형에 비해 가정형을 선택하는 요인 중 암종 및 질환 이력(장폐색, 투석, 복수천자)은 통계적으로 유의미 하지 않으나, 입원형에 비해 자문형을 선택하는 요인에서는 일부 암종(위암, 담낭 기타담도암, 췌장암, 폐암, 유방암)과 투석 복수천자 이력에 영향이 있었다. 연계 이용의 측면에서 보면 대장암, 담낭및기타담도암, 췌장암, 장폐색이나 복수천자를 시행하는 환자가 단일 입원형 이용에 비해 유형을 연계해서 호스피스·완화의료를 이용하는 경향이 있다. 그러나 투석을 시행하는 암사망자는 단일 입원형에 비해 연계한 서비스를 덜 이용한다.

3) 지출 의료비

호스피스·완화의료 서비스를 포함한 말기 암환자를 위한 포괄적인 정책을 개선하고자 한다면 암환자들이 사망 전 6개월(180일) 동안 실제로 어느 정도의 의료비를 사용하고 있는지에 대한 파악이 필요하다.

호스피스·완화의료 미이용한 암환자의 의료비는 암진단과 초기 치료 이후에 일정하게 유지되다가 말기에 증가하는 형태를 보이고, 대략적으로 사망 전 30일 전부터 의료비가 상승함을 확인할 수 있다. 입원형 단일 이용자의 경우에는 첫 진입시점부터 입원일당 약 40만원의 정액의 비용이 발생하게 되고, 가정형 단일 이용자는 의료기관 방문횟수가 작아, 호스피스·완화의료 미이용자보다 낮은 의료비 발생 패턴을 보였다.

자문형 호스피스·완화의료 이용자의 경우에는 특이한 의료비 발생 패턴을 보였는데, 진입시점 이후 의료비가 급격히 증가했다가 사망 전까지 일정하게 유지되고 있었다. 이러한 이유는 대부분의 자문형 이용자가 일반병동에 계속 입원해 있는 중에 서비스(자문형/입원)를 받았고, 요양급여비용총액을 입원기간동안 균등 배분하는 방식으로 계산했기 때문이다.

3. 결론 및 제언

본 연구를 통해서 다음과 같은 정책적 제언을 제시한다. 첫째로, 지역별로 부족한 호스피스·완화의료 서비스의 균형 있는 제공을 위해, 호스피스전문기관 확대와 관련된 재정적 지원 또는 공공병원에의 역할 부여가 필요하다. 이에 중앙호스피스센터와 지역암센터를 중심으로 메인네트워크 역할을 하고 중소병원 및 의원급 병원에서 호스피스·완화

의료서비스를 제공하는 모델을 고려해 볼 필요가 있다. 둘째는 가정형 호스피스·완화의료의 적극적인 활성화 대책으로 모범적인 지역의 사례를 모델화 하여 확산시키고, 가정형의 선택에 있어서 실제적인 방해 요인들에 대안을 마련해줄 필요가 있다. 이에 자택에 환자를 위한 침대 설치, 산소발생기 및 통증치료를 위한 기구, 복수 천자를 위한 휴대용 초음파 등의 실제적인 지원들도 포함이 된다. 나아가 현재 전국적으로 진행되고 있는 ‘지역사회통합돌봄서비스’ 등과의 연결 지점을 모색해 봐야 할 것이다. 셋째로는 호스피스·완화의료의 게이트로서의 자문형 서비스를 적극적 활용할 필요가 있다.

제 1 장

호스피스·완화의료

제1절 호스피스·완화의료의 배경 및 목적	11
제2절 호스피스·완화의료의 서비스 유형	12
제3절 연구 목적	16

제 1 장

호스피스·완화의료

제1절 호스피스·완화의료의 배경 및 목적

국내의 암환자가 증가함에 따라 우리나라에서는 2000년부터 보건복지부의 암관리과 및 국립암센터를 설립하여, 국가암관리사업을 진행하고 있다. 이에 말기 암환자와 가족들을 위한 관리체계를 마련하고자 호스피스·완화의료 사업을 시작하게 되었다.

호스피스·완화의료는 환자의 생애 마지막까지 삶의 질을 높이는 것에 초점을 맞추는 중요한 제도이다. 말기상태의 환자에게 신체적 증상을 적극적으로 조절하고 삶을 의미 있게 보낼 수 있도록 다양한 정서적 프로그램을 제공한다. 또한 그들의 가족에게 환자 임종 기간과 이후에 상담을 통해서 원래의 삶으로 복귀 할 수 있게 도움을 준다.

말기 암환자에게 불충분한 통증 조절과 적절하지 못한 의료서비스 제공을 개선하기 위해서 2003년에 5개 기관¹⁾을 통해 시범사업을 진행하였고, 우리나라에 적합한 호스피스·완화의료 모형 및 교육프로그램 개발을 목표로 하였다. 그 후 완화의료 건강보험 수가를 개발하기 위해서 2009년 12월~2011년 8월(1차), 2011년 9월~2015년 6월(2차)에 병동형을 대상으로 시범사업을 추진하였다. 그 결과, 완화의료 병동수가는 입원일당 정액제 이외에 임종관리, 마약성 진통제, 상담, 응급이송료 등에서 별도산정을 받게 되었다.¹ 이 과정 중 2010년 5월에 암관리법²⁾이 전부개정 되면서 말기암환자의 완화의료가 대두 되고, 2014년 8월에 ‘암관리법 시행규칙’이 개정되면서 호스피스·완화의료의 질 관리를 강화시켰던 제도적 뒷받침이 있었다.

말기 환자나 임종과정에 있는 환자가 호스피스·완화의료 서비스를 이용하려면 관련 내용에 대한 충분한 설명을 듣고 이용동의서(「연명의료결정법」 시행규칙 별지 제20호),

1) 가정형: 이화여대 가정호스피스센터, 병동형: 가톨릭대학교 강남성모병원, 산재형: 세브란스 병원 호스피스, 시설형: 샘물호스피스, 공공형: 지방공사 경기도 의정부의료원
2) 2003년 5월 29일에 제정되었고 국가가 암의 예방·진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 암으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적인 부담을 줄이고 국민 건강증진에 이바지함을 목적으로 함(법률 제 6908호).

의사소견서 등을 작성하여 제출하여야 한다. 이때 대상 환자가 의사결정능력이 없는 경우에는 지정대리인이 신청할 수 있다. 이용동의서와 유사한 양식의 '사전연명의료의향서(「연명의료결정법」 시행규칙 별지 제6호)'는 19세 이상의 국민이 향후 임종과정에 있는 환자가 되었을 때 연명의료 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서화 한 내용으로, 연명의료 정보처리시스템에 등록될 수 있다.

호스피스전문기관³⁾은 법적 근거에 따라 지정이 되는데 인력·시설 및 교육 이수 기준을 만족해야 하고, 지정된 후에 국고보조금을 지원받으며 대상 환자에게 적절한 호스피스·완화의료 서비스를 제공해야 한다. 국가 예산은 건강보험 수가체제로 보상하기 어려운 환자 가족 돌봄, 성직자와 자원봉사자의 인력, 시설 운영비용 등에 쓰이며, 2021년도 기준 보건복지부의 호스피스전문기관 지원 예산은 약 92억원⁴⁾ 정도이다.

이처럼 호스피스·완화의료 서비스는 말기 환자들에게 인간의 존엄성을 보장하기 위한 중요한 제도이지만, 실제 의료현장에서는 현실적인 문제점들이 존재한다. 수도권에서는 한정된 병상수 및 인력으로 대기 현상이 심화되고 있고, 지방에서는 운영할 인프라가 갖춰지지 않아 말기 환자들에게 서비스 기회마저 오지 않는다. 그리고 COVID-19 같은 감염병 유행 시에는 호스피스·완화의료 서비스 운영을 중단하는 의료기관들이 늘어난다. 또한 국가 예산을 충분히 지원받지 못할 경우에는 의료기관이 자체적으로 운영비용을 부담하여야 한다.

말기 암환자의 생존 중앙값은 약 6개월이다.²⁾ 이 시기 동안에 무의미한 연명치료에서 벗어나 적극적인 돌봄으로 방향을 전환하는 것이 앞으로 우리 사회가 나아가야 할 방향일 수 있다.

제2절 호스피스·완화의료의 서비스 유형

병동형(이하 입원형) 호스피스·완화의료 건강보험 수가제도는 2015년 7월부터 본사업으로 호스피스전문기관에 입원한 말기 암환자를 대상으로 시행되었다. 그 후 환자의 선택권 확대를 위하여 2016년 가정형과 2017년 자문형 호스피스·완화의료 서비스 시범사업을 시작하였고, 2020년 9월부터 가정형 건강보험 수가제도가 시행이 되었다. 자문형의 경우에는 2022년 1월부터 본사업으로 전환되었다. 그 외에도 요양병원 호스피스

3) 의사, 간호사, 사회 복지사 등 완화의료 전문가 팀이 의료 서비스를 제공하는 기관

4) 2021년도 보건복지부 소관, 예산 및 기금운용계획 개요, 보건복지부

시범사업⁵⁾과 소아청소년완화의료 시범사업⁶⁾ 또한 진행 중에 있다.

보건복지부에서는 말기 환자와 가족들의 필요를 중심으로 질병 경과에 따라 입원형, 가정형 및 자문형의 세 가지 호스피스·완화의료 서비스의 유기적 제공을 권고하고 있다. 입원형의 경우 말기 암환자만을 대상으로 하지만, 가정형과 자문형 호스피스·완화의료 서비스에서는 말기 암 이외에 후천성 면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 말기 만성 간경화까지 대상 질환을 확대 적용하며 질환별로 요양급여비용 총액 대비 환자 본인부담률은 달라진다(<표 1-1>, <표 1-2>). 기본적인 도입 목적은 가정에서 지내길 원하거나 일반 병동, 외래에서 담당 의료진 변경 없이 지내길 원하는 말기 환자의 선택권 보장이다. 그리고 환자들에게 호스피스·완화의료로의 조기개입을 유도하고 입원환자의 퇴원 시 치료의 연속성 확보할 수 있다.

호스피스·완화의료 서비스를 유형별로 좀 더 자세히 살펴보자면 다음과 같다. 첫째로 입원형 호스피스·완화의료 서비스는 호스피스 병동에 입원하여 통증 완화 등의 관리를 받는 것으로, 입원일당 정액수가(입원료, 행위료, 약치료재료 비용 포함)와 별도산정 항목으로 요양급여가 구성되어 있다. 둘째로 가정형 호스피스·완화의료 서비스는 호스피스 팀이 직접 가정에 있는 환자를 방문하여 입원형 서비스와 차별을 두지 않는 것을 원칙으로 환자에게 돌봄을 제공한다. 지불보상 방식은 행위별 수가제를 적용하고, 여기에는 통합환자관리료, 방문료, 교통비, 진료항목별 수가가 포함된다(<표 1-3>). 셋째로 자문형 호스피스·완화의료 서비스는 외래형태와 입원형태로 나뉘는데, 일반 병동에 입원하여 담당 의료진의 변경 없이 호스피스 팀에게 자문을 받는 경우가 입원형태에 해당하며, 외래로 통원 치료를 하며 호스피스 팀에게 자문을 받는 경우가 외래형태에 해당한다.

호스피스·완화의료 서비스는 호스피스전문기관으로 지정된 이후에 환자들에게 서비스를 제공할 수 있기 때문에 우리나라 모든 의료기관에서 해당 서비스를 받을 수 있는 것은 아니다. 그리고 이미 입원형을 운영하고 있는 호스피스전문기관의 경우에는 관련 인력과 시설 등을 갖추고 있어 가정형 및 자문형을 확대 운영하는데 어려움이 크지 않지만, 신규 의료기관이 가정형 및 자문형 서비스를 바로 제공하는 데는 경험적인 면에서 힘이 들 수 있다. 하지만 다른 시각으로 보면 가정형 및 자문형은 입원형에 비해 시설 기준이 낮기 때문에 신규 의료기관 입장에서는 호스피스·완화의료 서비스 제공의 시작점으로 활용할 수 있다. 2021년 6월 기준, 전국적으로 입원형은 36개소, 가정형은 39개소, 자문형은 33개소의 의료기관에서 운영하고 있다. 참고로 우리나라에서는 공공

5) 2016년 9월부터 시작하였으며, 요양병원 11개소 (141병상)에서 시범사업 시행중

6) 2018년 7월부터 시작하였으며, 9개소에서 시범사업 시행중

의료기관(호스피스전문기관 중 38.3%가 공공의료기관에 해당함)이나 종교와 연관이 있는 의료기관 위주로 호스피스·완화의료 서비스를 제공하고 있다.

2018년 기준, 암사망자의 22.9%가 호스피스완화의료 서비스를 받았고, 그 중 입원형 단독이용의 비중은 73.8%에 해당하여 아직까지는 입원기반의 서비스 이용을 줄이지 못하였음을 알 수 있다.^{3,4} 그리고 2018년 암사망자의 사망원인통계에 따르면 92.3%가 의료기관에서 사망, 6.2%가 주택 내 사망에 해당하여 임종 전 입원 의존도가 높음을 확인할 수 있다.⁵ 또한, 가정형 단독이용을 한 환자이더라도 가정에서 사망하는 비율은 68.5%로, 일부는 임종 시에 의료기관으로 돌아오기도 한다.

<표 1-1> 호스피스·완화의료의 서비스 유형

구분	입원형	가정형	자문형(입원/외래)
사업 기간	(시범사업 1차) 2009년 12월 ~ 2011년 8월 (시범사업 2차) 2011년 9월 ~ 2015년 6월 (본사업) 2015년 7월~	(시범사업 1차) 2016년 3월 ~ 2017년 7월 (시범사업 2차) 2017년 8월 ~ 2020년 8월 (본사업) 2020년 9월~	(시범사업) 2017년 8월~ (본사업) 2022년 1월~
현황 ⁺	86개소 (1441병상)	39개소	33개소
대상 질환	• 말기 암	• 말기 암 • 말기 후천성 면역결핍증 • 말기 만성 폐쇄성 호흡기질환 • 말기 만성 간경화	• 말기 암 • 말기 후천성 면역결핍증 • 말기 만성 폐쇄성 호흡기질환 • 말기 만성 간경화
제공 서비스	통증완화, 임종관리, 프로그램, 돌봄, 상담	돌봄 및 임종준비 교육, 상담, 장비 대여	증상관리 자문, 돌봄 지원, 재가서비스 나 입원형 연계
급여 적용 기준	입원일당 정액수가 +별도산정* *전인적돌봄상담료, 임종관리료, 격리실료, 임종실료, 마약성진통제, 식대, 완화목적 시술의 행위료 및 주요 치료재료, 혈액암환자의 수혈 및 기존 투석치료 등	행위별 수가 (통합환자관리료+ 방문료+교통비+진료항목별 수가)	행위별 수가 (자문형 돌봄상담료, 임종관리료, 임종실료, 격리실료)

⁺ 2021.6.15. 기준, 국립암센터 중앙호스피스센터. 병상수는 변동 가능성이 있음.

<표 1-2> 호스피스·완화의료 대상질환의 본인부담률

대상 질환	서비스 유형	본인부담률
말기 암	입원형, 가정형, 자문형	요양급여비용 총액×5%
말기 후천성 면역결핍증	가정형, 자문형	요양급여비용 총액×10%
말기 만성 폐쇄성 호흡기질환	자문형(입원)	요양급여비용 총액×20%
말기 만성 간경화	가정형, 자문형(외래)	요양급여비용 총액×30%~60%

<표 1-3> 급여 목록 및 상대가치점수

수가명(시행일)	병원급 이상		의원급	
	점수(점)	금액(원)	점수(점)	금액(원)
입원형(2019.1.1.)				
1인실(보조활동미포함)	3993.55	299,120	3335.59	278,190
	3938.27	294,980		
	2932.05	219,610		
4인실, 간호사1등급, 사회복지사1등급(보조활동포함)	5779.61	432,890	4059.81	338,590
	5697.90	426,770		
	4642.48	347,720		
가정형(2020.9.1.)				
통합환자관리료	363.41	27,690	316.17	27,130
방문료				
의사(초회)	1657.15	126,270	1441.00	123,640
의사(재회)	1160.02	88,390	1008.71	86,550
간호사	1112.52	84,770	969.29	83,170
사회복지사	666.18	50,760	579.29	49,700
교통비	108.30	8,250	108.30	9,290
자문형(2020.1.1.)				
돌봄상담료(외래)				
초회 I	1325.14	100,980	1246.77	106,970
초회 II	784.72	59,800	738.31	63,350
재회 I	784.72	59,800	738.31	63,350
재회 II	662.57	50,490	623.39	53,490
돌봄상담료(입원)				
초회	1325.14	100,980	1246.77	106,970
재회	829.29	63,190	839.52	72,030
임종관리료(입원)	990.59	75,480	932.00	79,970
	3745.28	285,390		
임종실 입원료	3008.96	229,280	1800.31	154,470
	2417.56	184,220		
	3745.28	285,390		
격리실 입원료	3008.96	229,280	1800.31	154,470
	2417.56	184,220		

*건강보험심사평가원 의료수가개발부

*점수당 단가(2019.1.1.): 병원급 이상-74.9원/ 의원급-83.4원

점수당 단가(2020.1.1.): 병원급 이상-76.2원/ 의원급-85.8원

제3절 연구 목적

호스피스·완화의료 서비스의 입원형과 가정형의 급여 적용이 도입되고 정착 된지 각 6년, 1년이 경과하였다. 그리고 자문형이 이제 막 본사업으로 전환된 시점에서 현재에 상황을 파악하고 앞으로 나아갈 방향을 모색할 필요가 있다.

매년 중앙호스피스센터에서 「국가 호스피스·완화의료 연례보고서」를 발간하여 호스피스 이용 현황과 인식조사 및 사별 가족 대상 만족도 조사를 공표하고 있다. 그리고 2020년에 건강보험심사평가원에서 「호스피스완화의료서비스 제도개선 방안: 유형간 연계 강화 및 환자중심의 통합적 이용활성화 방안을 중심으로」 등의 연구가 진행되면서 연계 이용 현황 파악이 진행되었다. 그러나 입원형과 가정형 및 자문형 세 가지 서비스의 제도적 틀은 사실상 모든 장소에서 받을 수 있도록 설계되었으나 관련 인프라, 서비스 제공 및 이용, 사회적 인식, 의료와 복지 연계 등의 부족으로 아직 하나의 제도로 안착되지는 못하였다. 또한 환자 단위 설계의 연구가 이루어지지 않아서 제도 개선의 근거가 부족한 실정이다.

본 연구에서는 국민건강보험공단 청구자료(맞춤형데이터베이스)를 통해 호스피스·완화의료 서비스 공급 상황을 고려하여 암사망자의 입원형과 가정형 및 자문형의 연계 이용 형태별 환자 특성을 분석하고, 지출 의료비를 추정하고자 한다. 이를 통해서 호스피스·완화의료 서비스 제도 개선의 근거를 제공하고, 가정형 및 자문형 서비스로의 이용 확대 방안을 제시한다.

제2장

호스피스·완화의료의 공급과 수요

제1절 서비스 유형별 의료기관 (공급)	19
제2절 서비스 유형별 이용자 (수요)	24
제3절 공급과 수요의 일치성 개선 방안	31

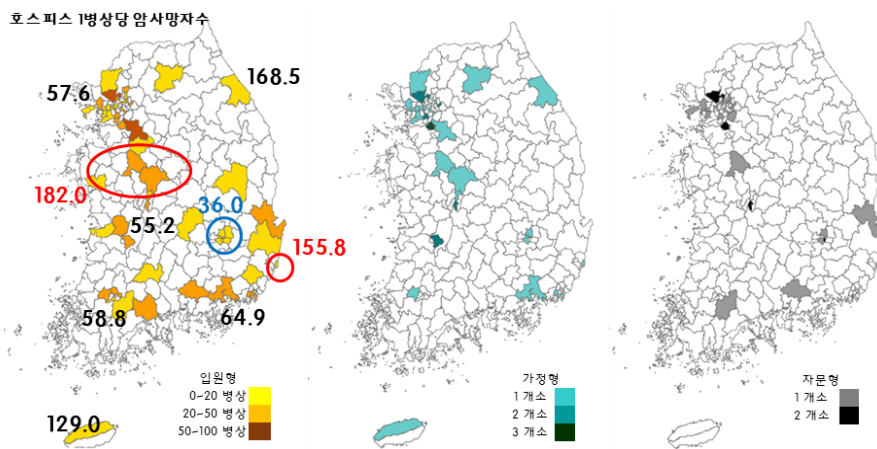
제2장

호스피스·완화의료의 공급과 수요

제1절 서비스 유형별 의료기관 (공급)

호스피스전문기관은 전국적으로 분포되어 있기는 하지만 현재 입원형과 가정형 및 자문형의 세 가지 서비스를 모두 제공하고 있는 의료기관은 13개소(서울 2개소, 경기 5개소, 인천 2개소, 대전 2개소, 대구 1개소, 울산 1개소)에 불과하고 이마저도 대부분 수도권에 위치하고 있어, 전국적인 불균형이 존재하는 상황이다. 또한 수요가 있어도 지역적으로 공급이 부족한 현실이다([그림 2-1]).

유형별 공급 상황을 살펴보면 입원형의 호스피스 병상수는 서울경기 지역이 651병상으로 최대이고 제주가 9병상으로 최소이다(<표 2-1>). 그러나 호스피스 1병상당 암사망자수를 살펴보면 충청이 182.0으로 최대이고 대구가 36.0으로 최소로, 충청지역에서 수요 대비 호스피스 병상의 공급이 가장 부족할 수 있음을 보여준다. 그 외 지역에서 호스피스



[그림 2-1] 시군구별 호스피스전문기관 분포

7) 호스피스 1병상당 암사망자수 = (연평균 암사망자수)/(호스피스 병상수)

*암사망자수: 국민건강보험공단 청구자료에 의한 정의. 제2장 2절 내용 참고

1병상당 암사망자수는 강원은 168.5, 제주는 129.0, 경북은 104.4, 부산경남 지역은 64.9, 광주전라 지역은 58.8, 서울경기인천 지역은 57.6, 대전은 55.2 순으로 높다. 세 가지 유형을 모두 제공하는 지역 기준으로는 울산이 호스피스 1병상당 암사망자수 155.8로 호스피스 병상의 공급이 부족함을 눈 여겨 볼 필요가 있다.

<표 2-1> 지역별 호스피스전문기관 현황

지역 (시군구)	2021년 의료 자원			호스피스전문기관 ⁺				
	의료 기관수 ¹⁾	기관 당 면적 ²⁾	1,000명당 병상수 ³⁾	입원형		가정형	자문형	
				개소	병상수	개소 당 병상수	개소	개소
서울								
강동구	422	5.8	12.9	2	48	24.0	2	1
구로구	291	6.9	11.0	1	10	10.0	1	
금천구	176	7.4	9.6	1	12	12.0	1	
노원구	378	9.4	6.8	1	15	15.0		1
동대문구	283	5.0	16.1	1	19	19.0		1
서대문구	218	8.1	12.0					1
서초구	738	6.4	8.7	1	23	23.0	1	1
성북구	267	9.2	8.0					1
송파구	622	5.4	10.3					1
양천구	304	5.7	6.4	1	14	14.0		1
영등포구	398	6.1	15.4	1	14	14.0	1	
은평구	345	8.6	7.9	2	37	18.5		
종로구	211	11.4	22.4	1	18	18.0		1
중구	256	3.9	10.9	1	16	16.0		
중랑구	265	7.0	8.2	2	44	22.0	1	1
경기								
고양시	659	29.6	12.2	5	80	16.0	2	2
군포시	151	24.1	8.4	2	36	18.0		
부천시	572	9.3	14.4	1	10	10.0	1	
성남시	883	16.1	11.6					1
수원시	822	14.7	10.8	3	44	14.7	3	2
시흥시	268	50.4	9.0	1	14	14.0	1	
안성시	90	173.2	11.9	1	10	10.0		
안양시	409	14.3	8.3	2	42	21.0	2	1
용인시	558	69.6	8.2	2	100	50.0	1	
의정부시	310	26.3	13.1	2	28	14.0		
파주시	223	36.7	10.8	1	17	17.0	1	

<표 2-1> 지역별 호스피스전문기관 현황 (계속)

지역 (시군구)	2021년 의료 자원			호스피스전문기관 ⁺				
	의료 기관수 ¹⁾	기관 당 면적 ²⁾	1,000명당 병상수 ³⁾	입원형		가정형	자문형	
				개소	병상수	개소 당 병상수	개소	개소
인천								
남동구	394	17.4	14.3	1	12	12.0		1
부평구	333	9.6	9.8	1	17	17.0	1	1
서구	275	40.6	11.7	1	29	29.0	1	1
중구	68	207.7	15.8	1	9	9.0		1
대전								
대덕구	123	56.1	14.0	1	16	16.0	1	
중구	195	28.6	24.7	2	24	12.0	2	2
충남								
천안시	399	35.5	14.3	1	20	20.0	1	1
홍성군	54	66.1	16.3	1	10	10.0		
충북								
청주시	556	61.1	12.6	2	16	8.0	1	
대구								
남구	132	13.2	33.7	1	16	16.0		2
달서구	435	14.3	16.5	1	18	18.0	1	1
동구	259	56.7	11.8	1	13	13.0		
북구	291	32.3	15.8	1	9	9.0	1	1
서구	136	12.7	23.0	1	18	18.0	1	
수성구	393	19.5	9.8	1	19	19.0		
중구	279	2.5	43.6	1	21	21.0	1	
부산								
남구	183	23.2	12.6	1	24	24.0	1	
동래구	232	7.2	22.4	1	20	20.0		
부산진구	494	6.0	21.0	1	21	21.0		
사상구	126	28.7	30.7	1	20	20.0	1	
서구	73	40.2	50.2	2	31	15.5		2
중구	73	6.1	42.4	1	14	14.0		
울산								
동구	88	41.3	12.6	1	10	10.0	1	1
경남								
양산시	204	153.4	22.6	1	14	14.0		
진주시	235	117.3	19.3	2	27	13.5		1
창원시	673	88.5	19.9	3	47	15.7	1	

<표 2-1> 지역별 호스피스전문기관 현황 (계속)

지역 (시군구)	의료 자원			호스피스전문기관 ⁺				
	의료 기관수 ¹⁾	기관 당 면적 ²⁾	1,000명당 병상수 ³⁾	입원형		가정형	자문형	
				개소	병상수	개소 당 병상수	개소	개소
경북								
경주시	142	327.2	17.3	1	10	10.0		
김천시	62	104.2	15.3	1	10	10.0		
안동시	93	85.0	32.9	1	10	10.0		
포항시	320	122.9	19.6	2	30	15.0		1
광주								
광산구	241	83.8	23.4	1	29	29.0	1	
남구	163	37.3	30.9	1	19	19.0		
북구	303	39.7	26.8	1	20	20.0		
전남								
순천시	175	113.1	21.6	2	30	15.0		
화순군	46	160.9	68.2	1	19	19.0		1
전북								
군산시	178	116.5	17.1	1	17	17.0		
남원시	63	48.6	19.8	1	10	10.0		
익산시	190	40.0	19.6	1	20	20.0		
전주시	567	34.8	26.0	2	42	21.0	2	
강원								
강릉시	123	69.1	12.5	1	10		1	
춘천시	180	186.3	14.7	1	10	10.0	1	
제주								
제주시	373	61.7	8.9	1	9	9.0	1	
합계				86	1,441	16.8	39	33

⁺ 2021.6.15. 기준, 국립암센터 중앙호스피스센터. 병상수는 변동 가능성이 있음.

¹⁾ 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원 수 합계, 2021.4 기준

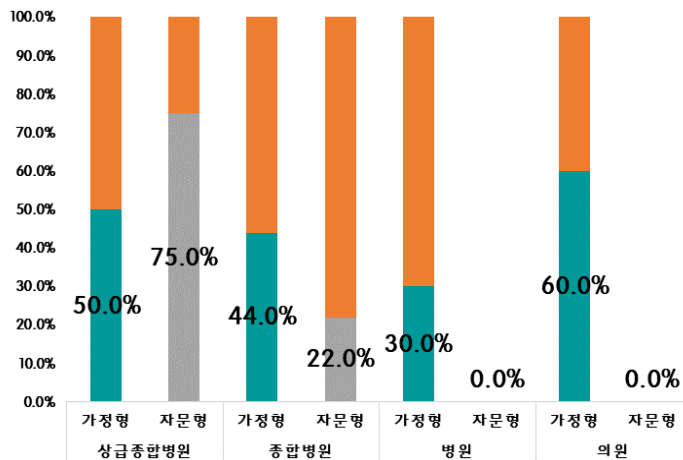
²⁾ 한국토지주택공사, 도시계획현황, (도시지역면적m²/의료기관수)/10000, 2021년 기준

³⁾ (총병상수/주민등록인구수)*1000, 2020년 기준

가정형 호스피스·완화의료 서비스를 제공하지 않는 지역은 경북, 전남으로 의료기관 1개소 당 도시지역면적(m²)이 높은 지역이라는 특징이 있어, 가정 방문을 통한 진료가 물리적으로 어려울 수 있다. 그리고 자문형 호스피스·완화의료 서비스를 제공하지 않는 지역은 충북, 강원, 광주, 전북, 제주이다.

전국에서 제 4기(2021년~2023년) 상급종합병원은 45개소가 지정되었고, 2021년 2분기 기준 종합병원은 319개소, 병원(병원 및 요양병원)은 2,875개소, 의원은 33,531개소이다.⁸⁾ 의료기관 종별로 입원형 호스피스·완화의료 서비스를 제공하는 기관을 살펴보자면, 상급종합병원은 전체의 35.6%(16개소), 종합병원은 15.7%(50개소), 병원은 0.3%(10개소), 의원은 0.0%(10개소)에 해당한다. 암환자 등과 같이 중증질환 입원자가 많은 상급종합병원에서 조차 호스피스전문기관으로 지정되지 않은 곳이 많음을 보여주는 현실이다. 입원형 호스피스·완화의료 서비스를 제공하는 의료기관 중 가정형을 제공하는 기관의 비율은 상급종합병원에서는 50.0%, 종합병원에서는 44.0%, 병원에서는 30.0%, 의원에서는 60.0% 였다(그림 2-2). 그리고 입원형 호스피스·완화의료 서비스를 제공하는 의료기관 중 자문형을 제공하는 기관의 비율은 상급종합병원에서 75.0%, 종합병원에서 22.0%로, 협진이 가능한 타진료과가 존재하는 의료기관에서 높았다.

이외에도 입원형 호스피스·완화의료 서비스를 제공하지 않는 상태에서 가정형을 제공하는 의료기관은 없었으나, 자문형을 제공하는 의료기관은 10개소가 되어 눈에 띄었다. 자문형 호스피스·완화의료 서비스만을 제공하는 해당 의료기관은 상급종합병원 9개소, 종합병원 1개소로, 이미 호스피스팀이 구성 되어 있는 상태이기 때문에 입원형을 위한 호스피스·완화의료 병동 제정 및 인력을 추가 한다면 다른 유형의 서비스도 제공할 것으로 보여 진다.



[그림 2-2] 입원형을 제공하는 의료기관 중 가정형 및 자문형 제공 비율

8) 「건강보험통계」, 국민건강보험공단

제2절 서비스 유형별 이용자 (수요)

1. 대상 질환자와 호스피스·완화의료 서비스 이용

호스피스·완화의료 서비스 대상 질환은 말기 암(C00-C97), 말기 만성 폐쇄성 호흡기질환(J40-44), 말기 만성 간경화(K74), 말기 후천성 면역결핍증(B20-24) 이다. 본 연구에서는 국민건강보험공단의 청구자료를 통해서 2016년부터 2020년까지의 5년간 해당 질환을 가지고 있고 사망한 환자를 대상으로 호스피스·완화의료 서비스 관련 분석을 진행하였다.

청구된 자료를 통한 질환자는 조작적 정의를 이용하여 특정하였는데, 각 질환의 한국 표준질병·사인분류(Korean standard Classification of Diseases, KCD) 코드가 입원으로 주상병에 청구된 경우를 확인하고 특히 암의 경우에는 산정특례(V193, V194) 코드가 있는 경우를 추가 고려하였다. 2016년부터 2020년 대상 질환 사망자는 524,067명으로, 암사망자는 441,870명이고 비암성 사망자는 82,197명이다 (<표 2-2>). 통계청의 사망원인통계⁹⁾의 사망자수보다는 약간 과대추정 되었는데, 이는 사망원인 간에 중복이 불가한 「사망신고서」와 의료기관 진료 이력의 차이에서 오는 결과이다.

<표 2-2> 호스피스·완화의료 대상질환의 사망자수

사망연도	통계청 사망원인통계				
	C00-97	J40-44	K74	B20-24	대상질환
2016	78,194	5,419	2,423	88	86,124
2017	78,863	5,273	2,366	91	86,593
2018	79,153	5,265	2,288	85	86,791
2019	81,203	4,936	2,133	76	88,348
2020	82,204	4,515	2,202	54	88,975
합계	399,617	25,408	11,412	394	428,901
사망연도	청구된 자료에 의한 질환 사망자				
	C00-97	J40-44	K74	B20-24	대상질환 ⁺
2016	82,328	14,489	5,809	109	96,663
2017	85,456	16,029	6,039	130	101,152
2018	88,282	17,729	6,382	111	105,555
2019	91,446	17,952	6,383	106	108,741
2020	94,358	18,169	6,645	94	111,956
합계	441,870	84,368	31,258	550	524,067

⁺대상질환 중복 제거

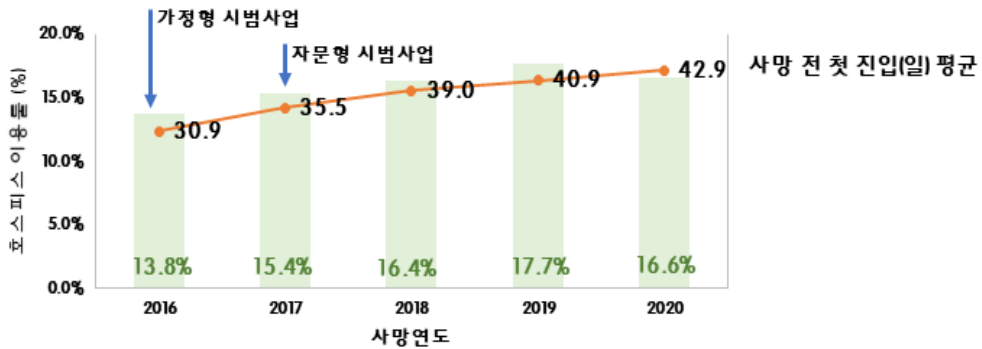
9) 통계청 사회통계국 인구동향과, 국가통계포털 <https://kosis.kr>

호스피스·완화의료 서비스 이용은 입원형, 가정형, 자문형 진료행위 수가코드가 청구된 경우로 정의하였으며, 5년간의 대상 질환 사망자 중 16.0%(암사망자의 19.0%, 비암성 사망자의 0.2%)가 호스피스·완화의료 서비스를 이용하였다(<표 2-3>). 입원형이 본사업으로 전환된 이후부터 호스피스·완화의료 서비스 이용률이 꾸준히 증가하다가 2020년에는 COVID-19 대유행의 영향으로 이용률이 감소하였다(그림 2-3). 그리고 아직까지는 비암성 질환자의 이용률이 현저히 낮아, 이들에게 적극적인 홍보가 필요할 것으로 보인다. 또한 호스피스·완화의료 서비스의 사망 전 첫 진입일이 점차 빨라지고 있는데 이는 가정형 및 자문형의 시작이 주는 영향으로, 「2019 국가 호스피스·완화의료 연례보고서」에 따르면 가정형 이용자의 평균 등록기간이 입원형 이용자에 비해서 길다.³

<표 2-3> 호스피스·완화의료의 이용자수 및 사망전 첫 진입시점

대상 질환	사망 연도	호스피스·완화의료		첫 진입일(사망전 일수)			첫 진입시점	
		이용자	이용률 ⁺	증위수	평균	표준편차	>1년	>6개월
암								
	2016	13,292	16.1%	17.0	30.9	43.0	24	228
	2017	15,595	18.2%	18.0	35.5	58.4	98	397
	2018	17,316	19.6%	21.0	39.0	66.5	132	479
	2019	19,199	21.0%	22.0	40.9	68.4	159	617
	2020	18,532	19.6%	21.0	42.8	85.2	205	657
	합계	83,934	19.0%				618	2,378
비암성								
	2016	13	0.1%	26.0	38.1	44.5		
	2017	21	0.1%	17.0	45.5	75.3		2
	2018	28	0.2%	29.5	45.8	56.0		2
	2019	32	0.2%	22.0	43.4	87.9	1	1
	2020	35	0.2%	30.0	109.2	267.9	3	4
	합계	129	0.2%				4	9
대상질환 (암 및 비암성)								
	2016	13,305	13.8%	17.0	30.9	43.0	24	228
	2017	15,616	15.4%	18.0	35.5	58.4	98	399
	2018	17,344	16.4%	21.0	39.0	66.5	132	481
	2019	19,231	17.7%	22.0	40.9	68.4	160	618
	2020	18,567	16.6%	21.0	42.9	85.9	208	661
	합계	84,063	16.0%				622	2,387

⁺질환 사망자 대비 비율



[그림 2-3] 연도별 호스피스·완화의료의 이용률

2. 유형별 호스피스·완화의료 서비스 이용

입원형, 가정형, 자문형을 모두 이용할 수 있는 암환자의 말기에 호스피스·완화의료 서비스 이용을 파악하기 위하여 첫 진입시점이 사망 전 1년 이상인 618명을 제외하고, 총 83,316명을 대상으로 호스피스·완화의료 서비스의 유형별 이용 패턴을 살펴보았다 (<표 2-4>). 2020년 암사망자 기준 단일 이용률은 입원형이 64.5%, 가정형이 2.9%, 자문형이 13.0%로, 입원형이 감소함에 따라 자문형이 눈에 띄게 증가하는 양상을 보이고 있다. 이는 최근 자문형 시범사업의 영향으로 입원형 중심의 호스피스·완화의료 이용에

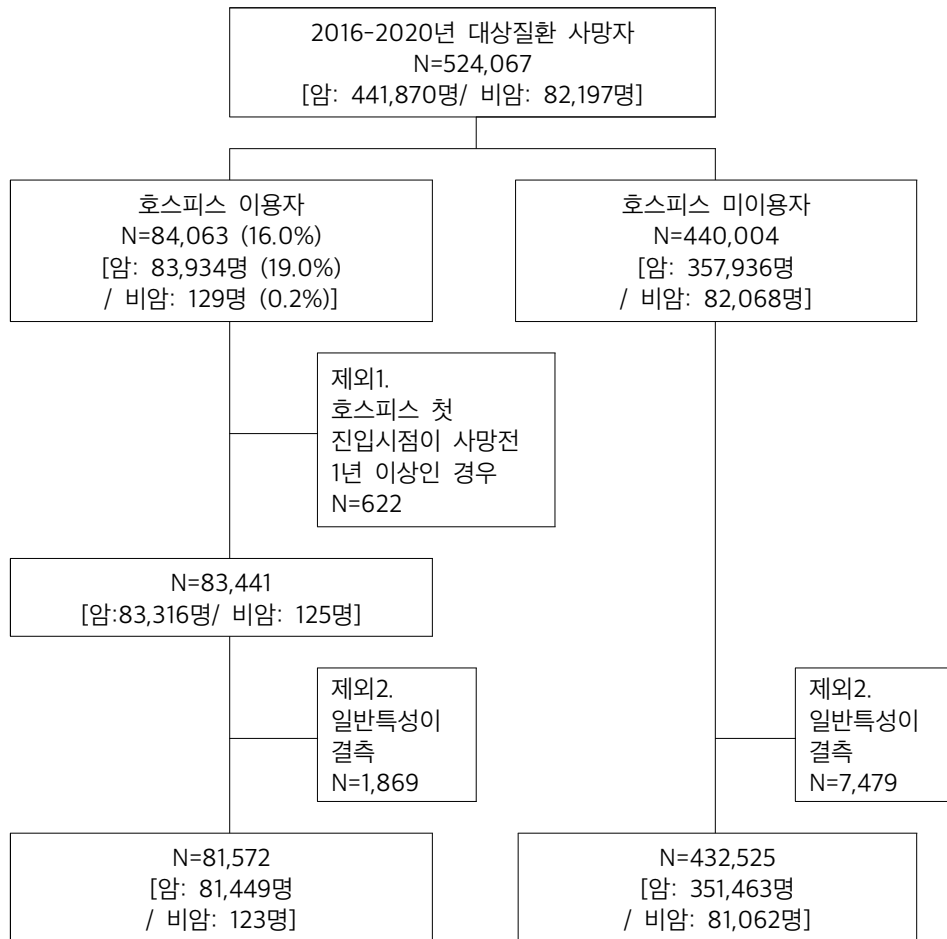
<표 2-4> 말기 암환자의 유형별 호스피스·완화의료 이용자수

호스피스·완화의료 유형	2016	2017	2018	2019	2020
(단일) 입원형	12,446 (93.8%)	13,695 (88.4%)	12,977 (75.5%)	12,939 (68.0%)	11,822 (64.5%)
(단일) 가정형	226 (1.7%)	300 (1.9%)	322 (1.9%)	440 (2.3%)	524 (2.9%)
(단일) 자문형		256 (1.7%)	1,395 (8.1%)	2,030 (10.7%)	2,386 (13.0%)
(연계) 입원형+가정형	596 (4.5%)	944 (6.1%)	863 (5.0%)	1,057 (5.6%)	1,035 (5.6%)
(연계) 입원형+자문형		249 (1.6%)	1,309 (7.6%)	2,099 (11.0%)	2,045 (11.2%)
(연계) 가정형+자문형		16 (0.1%)	84 (0.5%)	121 (0.6%)	175 (1.0%)
(연계) 입원형+가정형+자문형		37 (0.2%)	234 (1.4%)	354 (1.9%)	340 (1.9%)
합계	13,268 (100.0%)	15,497 (100.0%)	17,184 (100.0%)	19,040 (100.0%)	18,327 (100.0%)

서 점차 벗어나고 있음을 보여준다. 다만, 아직까지는 하나의 유형을 이용하는 단일이용자 80.4%였고, 두 가지 유형을 이용하는 비율은 17.8%, 세 가지 유형을 모두 이용하는 비율은 1.9%였다.

3. 암사망자의 거주지별 호스피스·완화의료 이용

호스피스·완화의료 서비스의 공급 지역과 수요 지역의 관계를 파악하기 위해서는 암사망자의 거주지 등의 정보가 명확해야 하는데 건강보험공단의 자격 자료에 일부 오류가 있어, 암사망자 중 일반특성(성, 연령, 거주지, 보험료분위 등)정보가 결측인 경우를 대상자에서 제외하였다(그림 2-4).



[그림 2-4] 대상자 선정

최종 암사망자 432,912명(호스피스 이용자: 81,449명, 호스피스 미이용자: 351,463명)을 대상으로 거주지별 호스피스·완화의료 서비스 이용률을 살펴보았는데, 암사망자의 거주지가 광주 28.6%, 울산은 24.9%, 인천은 24.8% 순으로 이용률이 높았다(<표 2-5>). 여기서 광주는 자체충족률이 62.3%로 낮은 것으로 보아 암사망자가 타지역으로 이동하여 호스피스·완화의료 서비스를 이용하는 것으로 판단된다. 반면에 울산에 거주하는 암사망자는 자체충족률이 95.9%로 높아 지역 내에서 호스피스·완화의료 서비스를 받고 있음을 알 수 있다.

암사망자의 거주지별로 어떠한 호스피스·완화의료 서비스 유형을 이용하는지 알아보기 위해서 세 가지 유형을 모두 제공하는 2018년부터 2020년 암사망자를 대상으로 세부 분석을 하였다(<표 2-6>). 호스피스·완화의료 서비스 이용률이 높았던 울산은 입원형 단일 이용 비율이 24.3%로 낮은 것에 비해 자문형 단독 이용은 21.3%, 두 가지 이상의

<표 2-5> 암사망자의 거주지별 호스피스·완화의료 이용률

거주지	2016-2020년 암사망자			자체충족률 ⁺
	환자수	호스피스·완화의료		
		이용자수	이용률	
서울	72,298	14,174	19.6%	81.1
경기	88,258	18,285	20.7%	78.9
인천	22,076	5,476	24.8%	83.9
대전	10,673	2,183	20.5%	90.6
충남, 세종	23,186	2,490	10.7%	45.7, 0.0
충북	15,871	2,093	13.2%	51.1
대구	19,996	4,607	23.0%	96.7
부산	33,810	6,023	17.8%	88.9
울산	7,596	1,894	24.9%	95.9
경남	32,280	5,026	15.6%	77.1
경북	30,601	4,183	13.7%	45.8
광주	10,588	3,029	28.6%	62.3
전남	23,489	4,256	18.1%	61.9
전북	20,107	4,093	20.4%	84.1
강원	16,499	2,764	16.8%	74.0
제주	5,584	873	15.6%	83.9
합계	432,912	81,449	18.8%	

⁺ 각 거주지별 호스피스 신규 이용자 중 동일 소재 지역 호스피스 기관 이용자의 비율, 「2019 국가 호스피스·완화의료 연례보고서」, 국립암센터

<표 2-6> 암사망자의 거주지별 호스피스·완화의료 유형

거주지	2018-2020년 암사망자						
	환자수	호스피스·완화의료			유형별 비율		
		이용자수	이용률	(단일) 입원형	(단일) 가정형	(단일) 자문형	(연계)
서울	44,557	8,981	20.2%	63.2	2.1	15.5	19.2
경기	55,390	12,188	22.0%	68.4	2.3	10.1	19.3
인천	13,928	3,583	25.7%	51.4	2.0	14.0	32.7
대전	6,619	1,429	21.6%	34.2	11.8	14.1	39.8
충남, 세종	14,304	1,643	11.5%	71.2	2.7	11.0	15.0
충북	9,845	1,312	13.3%	76.4	4.8	6.3	12.4
대구	12,299	3,158	25.7%	58.6	3.6	20.3	17.5
부산	21,058	3,954	18.8%	92.5	1.3	1.6	4.7
울산	4,674	1,379	29.5%	24.3	1.9	21.8	52.1
경남	20,005	3,550	17.7%	75.6	0.6	9.4	14.3
경북	18,783	2,780	14.8%	70.6	0.8	15.6	13.0
광주	6,540	1,902	29.1%	86.5	1.1	2.7	9.7
전남	14,415	2,576	17.9%	85.1	1.0	3.7	10.1
전북	12,352	2,520	20.4%	86.2	2.4	2.6	8.8
강원	10,110	1,786	17.7%	78.0	4.4	4.8	12.8
제주	3,484	582	16.7%	80.6	4.6	2.9	11.9
합계	268,363	53,323	19.9%				

서비스를 연계하여 이용한 경우는 52.1%로 전국적으로 볼 때 높은 수치를 가지고 있었다. 이는 앞서 서술한 대로 호스피스 1병상당 암사망자수가 155.8로 병상수가 부족한 상황이기 때문에 이를 자문형 및 연계 서비스를 활용하여 극복하고 있다고 보여진다. 대전의 경우 다른 지역에 비해서 가정형을 활발히 운영하고 있고 이로 인해 두 가지 이상을 연계하여 이용하는 비율도 함께 증가하고 있다. 반면에 부산, 광주전라 지역의 암사망자는 아직도 입원형 중심의 호스피스·완화의료 서비스 이용에서 벗어나지 못하고 있음을 확인하였다.

4. 암사망자의 암종별 호스피스·완화의료 이용

중앙암등록본부에서는 국제암연구소에서 발표하는 [GLOBOCAN project]의 Cancer Dictionary 분류를 기준으로 수정한 24개 암종에 대한 암등록통계를 매년 공표하고 있

다.⁶ 이를 참고하여 암사망자의 청구자료를 이용해 암종을 정리하고, 암종별 호스피스·완화의료 서비스 이용률을 확인하였다.

암사망자가 암생존기간 동안에 1개의 암종을 단독으로 가지고 있는 경우는 단일암으로, 2개 이상의 암종을 가지고 있는 경우는 중복암이라 표기한다. 단일암은 췌장암 사망자의 호스피스·완화의료 서비스 이용률이 29.9%로 가장 높았고, 중복암은 담낭 및 기타 담도암, 췌장암, 유방암 등을 포함하는 경우가 있어 이용률이 약 24.0%가 되었다(<표 2-7>). 기존 연구들에서 알려진 바와 같이 예후가 좋지 않고 통증이 심한 췌장암이 다른 암종에 비해 말기에 호스피스·완화의료 서비스를 선택하는 경향이 높음을 말해준다. 그리고 암 진단 시기가 늦어져 진행속도가 빠른 간암에서 이용률이 16.0%로 떨어지는 현상이 있었다.

<표 2-7> 암사망자의 암종별 호스피스·완화의료 이용률

암	2016-2020년 암사망자		
	환자수	호스피스·완화의료	
		이용자수	이용률
1개 (단일암)			
위암 C16	43,028	7,196	16.7%
대장암 C18-20	39,397	6,832	17.3%
간암 C21	45,937	7,363	16.0%
담낭 및 기타담도암 C23-24	15,403	3,239	21.0%
췌장암 C25	23,895	7,145	29.9%
폐암 C33-34	64,851	10,988	16.9%
유방암 C50	9,195	1,779	19.3%
Under major 암 (16종 ⁺)	73,516	9,814	13.3%
기타 암 Remainder C00-96	20,639	3,843	18.6%
2개	85,077	20,270	23.8%
3개	10,857	2,728	25.1%
4개이상	1,117	252	22.6%
합계	432,912	81,499	18.8%

⁺16종 암: 입술 구강 및 인두, 식도, 후두, 자궁경부, 자궁체부, 난소, 전립선, 고환, 신장, 방광, 뇌 및 중추신경계, 갑상선, 호지킨림프종, 비호지킨 림프종, 다발성 골수종, 백혈병

제3절 공급과 수요의 일치성 개선 방안

국가에서 지정된 호스피스전문기관의 지역적 불균형은 공급이 부족한 지역이 있음을 시사한다. 실제로 호스피스전문기관의 신청은 강제성이 없는 의료기관의 자발적 선택에 의한 것이고, 우리나라에서는 공공의료기관이나 종교와 연관이 있는 의료기관 위주로 호스피스·완화의료 서비스를 제공하고 있다.

「제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)」에 따르면 전국의 70개 중진료권별로 공공적 역할을 하는 책임의료기관을 확충할 예정이다.¹⁰⁾ 공공의료기관의 기본적인 목적 중의 하나는 필수중증의료를 보장하는 것이고, 암환자와 그의 가족에 대한 돌봄 강화가 포함된다. 이들 의료기관에 호스피스·완화의료 관련 인프라를 추가 구성하고 지원해 준다면 지역적 공급 격차가 줄어들 수 있다. 참고로 2020년 기준 전국에 공공의료기관은 222개소 이고¹¹⁾, 호스피스전문기관의 40.2%가 공공의료기관이다.

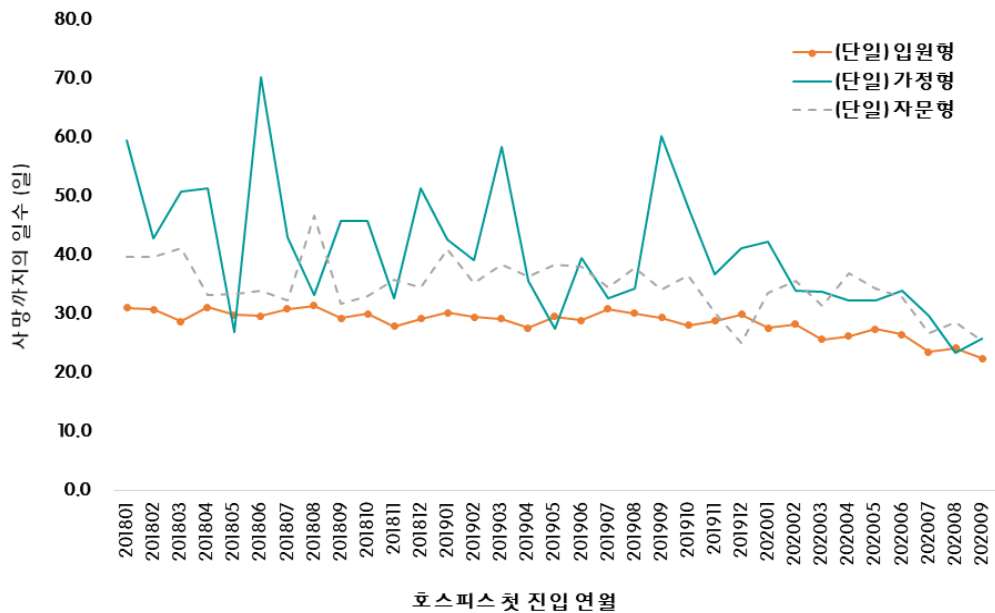
호스피스·완화의료 서비스 대상자인 말기 환자가 증가하고 있지만 한정된 자원(병상)으로 인해 입원형 서비스 제공을 늘릴 수 없는 현 상황에서 가정형 및 자문형 서비스는 좋은 대안이 될 수 있다.

그러나 많은 말기 환자들이 가정에서 호스피스·완화의료 서비스를 이용한다면 의료기관에 입원해서 서비스를 받는 것 보다 임종이 더 빨라질 것이라는 불안감과 돌봄의 여건이 안 되기 때문에 가정형 호스피스·완화의료를 선택하지 못한다. 실제로 임종이 더 빨라지는지 확인하기 위하여 호스피스·완화의료 서비스를 이용한 말기 암사망자 중 단일 유형 이용자 기준으로 호스피스·완화의료 첫 진입일자부터 사망까지의 평균 시간(일)을 살펴보았다(그림 2-5). 단일 입원형 이용자가 평균 22.5~31.5일인 것에 비해 단일 가정형 이용자는 평균 23.4~70.3일로 사망까지의 일수가 더 길어, 가정형 선택으로 인해 임종을 앞당긴다고 볼 수 없다. 이때 본 연구의 대상자는 모두 암으로 인한 사망자이므로 환자간의 상태는 모두 말기로 동일하다.

단일 자문형 이용자의 경우 환자가 기존의 주치의에게 입원 및 외래 진료를 유지하면서 돌봄상담, 격리실이용, 임종실이용 등의 서비스를 받는 것이기 때문에 호스피스·완화의료 미이용자의 의료이용 형태와 유사할 수 있고, 사망까지의 일수는 평균 25.2~46.8일이다.

10) 제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025), 보건복지부, 2021.6.2.

11) 「공공의료기관현황」, 국립중앙의료원.



[그림 2-5] 유형별 호스피스·완화의료 진입 후 사망까지의 일수

이처럼 말기의 환자가 호스피스·완화의료 서비스를 이용하기로 결정을 하였다면 그 이후 입원형, 가정형, 자문형의 어떤 유형을 선택하느냐는 앞으로의 생존기간에 영향을 주지 않는다. 환자의 의료적 상태, 선호도 및 의지, 돌봄의 여건 등이 더 많은 비중을 차지할 것이고, 이에 대한 교육과 지원을 확대한다면 유형별 이용률은 충분히 변화될 수 있다.

제3장

유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인

제1절 유형간 연계 이용 패턴 35

제2절 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인 37

제3장

유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인

제1절 유형간 연계 이용 패턴

호스피스·완화의료 서비스의 취지인 통합적인 돌봄을 통한 존엄한 임종 지원을 실현하기 위해서 유형간 이용 현황 파악이 필수적이다. 임종 전 환자 및 가족의 의사를 존중하여 제도 이용 방법에 선택권을 보장하고, 그에 맞는 돌봄의 질 향상 및 불필요한 경제적 손실 경감을 기대할 수 있다. 공급자 측면에서는 가정형과 자문형을 통해서 조기개입이 가능하며, 인력시설장비의 효율적 활용을 도모할 수 있게 한다.

중앙호스피스센터와 건강보험심사평가원에서 2020년에 전체 호스피스·완화의료 대상자에 대한 유형간 연계 이용 현황 보고서를 발간하였으나, 의료기관의 지역·특성별 호스피스·완화의료 서비스 공급 상황을 고려하지 못하였다. 그리고 연계 이용 시점 간 선후관계 및 패턴 변화를 유발하는 원인 분석에는 많은 내용을 할애하지 못하였다.

암환자는 입원형, 가정형, 자문형 호스피스·완화의료 서비스를 모두 이용할 수 있고, 본 절에서는 세 유형이 모두 시행되고 있었던 2018년부터 2020년까지의 암사망자를 대상으로 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인을 분석하였다. 먼저, 세 가지 유형을 제공하는 호스피스전문기관이 있는 지역에 거주하는 암사망자로 한정하고, 지역별 호스피스·완화의료 자체충족률¹²⁾이 70% 이상인 8개 시도(서울, 경기, 인천, 대전, 대구, 부산, 울산, 경남)를 선택하였다. 해당 지역에 거주한 3년간의 암사망자는 총 178,530명이고, 이중 단일 입원형 이용자는 24,864명(13.9%), 단일 가정형 이용자는 918명(0.5%), 단일 자문형 이용자는 4,665명(2.6%), 연계 이용자는 7,775명(4.4%), 호스피스완화의료 미이용자는 140,308명(78.6%)이다(<표 3-1>).

입원형, 가정형 및 자문형 호스피스·완화의료서비스를 두 가지 이상 연계하여 이용하는 암사망자들의 사망전 이용 패턴을 알아볼 필요가 있다. <표 3-2>는 패턴 중 상위 10개를 표기한 것으로, 84.1% 이상이 연계 이용을 하여도 입원형으로 생을 마감함을

12) 각 거주지별 호스피스 신규 이용자 중 동일 소재 지역 호스피스 기관 이용자의 비율, 「2019 국가 호스피스완화의료 연례보고서」, 중앙호스피스센터

관찰할 수 있었다. 여기서 자문형의 도입 취지인 조기개입(자문형에서 입원형으로 이동 또는 자문형에서 가정형으로 이동)을 이상적으로 실현하는 경우는 연계 이용의 62.3%에 해당한다. 또한 가정형으로 임종을 맞이하는 연계 이용의 경우에는 7%정도에만 해당되어 가정형을 단독으로 이용하는 호스피스 이용이 2%대 인 것을 감안할 때, 가정형으로 임종하는 경우는 전체 호스피스·완화의료 이용 사망의 4%정도에 불과하다.

<표 3-1> 세가지 유형을 제공하는 대표 지역의 호스피스·완화의료 이용자수

거주지	2018-2020년 암사망자						
	환자수	호스피스·완화의료					
		이용자수	이용률	유형별 이용자수			(연계)
			(단일) 입원형	(단일) 가정형	(단일) 자문형		
서울	44,557	8,981	20.2%	5,672	189	1,395	1,725
경기	55,390	12,188	22.0%	8,337	275	1,228	2,348
인천	13,928	3,583	25.7%	1,840	71	502	1,170
대전	6,619	1,429	21.6%	489	169	202	569
대구	12,299	3,158	25.7%	1,851	113	641	553
부산	21,058	3,954	18.8%	3,656	52	62	184
울산	4,674	1,379	29.5%	335	26	300	718
경남	20,005	3,550	17.7%	2,684	23	335	508
합계	178,530	38,222	21.4%	24,864	918	4,665	7,775

<표 3-2> 연계 이용자의 사망전 호스피스·완화의료 이용 패턴

순위	패턴	이용자수	비율
1	자문형 → 입원형	4,194	53.9%
2	가정형 → 입원형	1,332	17.1%
3	입원형 → 가정형 → 입원형	370	4.8%
4	자문형 → 가정형 → 입원형	320	4.1%
5	가정형 → 입원형 → 가정형 → 입원형	122	1.6%
6	입원형 (+자문형*)	101	1.3%
7	자문형 → 입원형 → 가정형 → 입원형	96	1.2%
8	자문형 → 가정형	232	3.0%
9	입원형 → 가정형	175	2.3%
10	가정형 → 입원형 → 가정형	106	1.4%
	그외	727	9.4%
	합계	7,775	100.0%

*입원형 호스피스·완화의료로 입퇴원을 반복하는 중간에 자문형 이용이 있는 경우

제2절 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인

호스피스·완화의료 이용 여부에 영향을 주는 요인들은 기존 몇몇 연구들에서 다뤄져 왔다. 유형간 연계 이용에 영향을 줄 수 있는 요인으로는 환자 특성, 돌봄 가능 가족구성원, 종교 등이 있을 수 있는데, 본 연구는 건강보험 자격자료 및 청구자료를 기반으로 하였기 때문에 환자 특성만을 가지고 분석하였다. 일반 특성으로는 사망연도의 성(남성/여성), 연령(40세미만/40-59세/60-79세/80세이상), 거주지(서울/경기/인천/대전/대구/부산/울산/경남), 보험료분위(의료급여/1-5분위/6-10분위/11-15분위/16-20분위)를 고려하였고, 암종 및 가정형 이용을 어렵게 만들 수 있는 장폐색, 투석, 복수천자의 사망전 1년동안 시행 이력을 확인하였다. 해당 정의에 사용한 KCD코드와 질병진료행위코드는 [부록]에 나타내었다.

암사망자를 대상으로 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인 분석은 다중명목형 로지스틱 모델(multinomial logistic regression)을 적용하였고, 오즈비(Odds ratio, *OR*) 추정값과 95% 신뢰구간(Confidence Interval, C.I.)으로 표시하였다.

먼저, 전체 암사망자를 대상으로 호스피스·완화의료 이용에 영향을 주는 요인을 살펴 보았다(<표 3-3>). 호스피스·완화의료 이용은 여성이 남성보다 더 높고($\widehat{OR} = 1.261$), 80세이상의 고령에서는 적게 이용을 한다($\widehat{OR} = 0.627$). 지리상 중앙에 위치한 대전 거주자에 비해서 서울, 부산경남 지역 거주자는 호스피스·완화의료 이용을 덜 이용하나 인천, 대구, 울산 거주자는 더 많이 이용하는 경향이 있어, 지역별로 이용 패턴에 차이가 있었다. 의료급여인 암환자에 비해 의료보험 암환자가 호스피스 이용률이 높았는데, 보험료 분위가 높아질수록 *OR* 추정값이 증가하는 양상을 보였다(1-5분위: 1.220, 6-10분위: 1.288, 11-15분위: 1.322, 16-20분위: 1.452). 우리나라에서 발생 순위 상위에 속하는 위암, 대장암, 담낭및기타담도암, 췌장암, 폐암, 유방암 환자는 호스피스·완화의료 이용이 높음을 확인하였고, 주요 암종이 아닌 경우에는 호스피스·완화의료 이용이 낮아진다. 그리고 투석을 병행하는 암사망자는 호스피스·완화의료 이용이 매우 낮아($\widehat{OR} = 0.185$), 사망 전에 시행중인 투석을 중단하는 것이 환자와 가족에게 부담스러움을 알 수 있다.

그 다음으로 호스피스·완화의료 이용자를 대상으로 단일 이용 및 연계 이용에 영향을 주는 요인을 관찰하여 [그림 3-1]에 요약하였다. 두 개 이상의 유형을 이용한 연계의 경우, 어떤 유형과 연계가 되었는지에 따라 효과가 달리 보일 수 있기 때문에 단일 입원형, 단일 가정형, 단일 자문형, 연계 이용으로 분류하여 모델을 적합하였다. 여성이거나 연령이 높아질수록 입원형에 비해서 자문형을 덜 이용하지만, 가정형 호스피스·완화의료

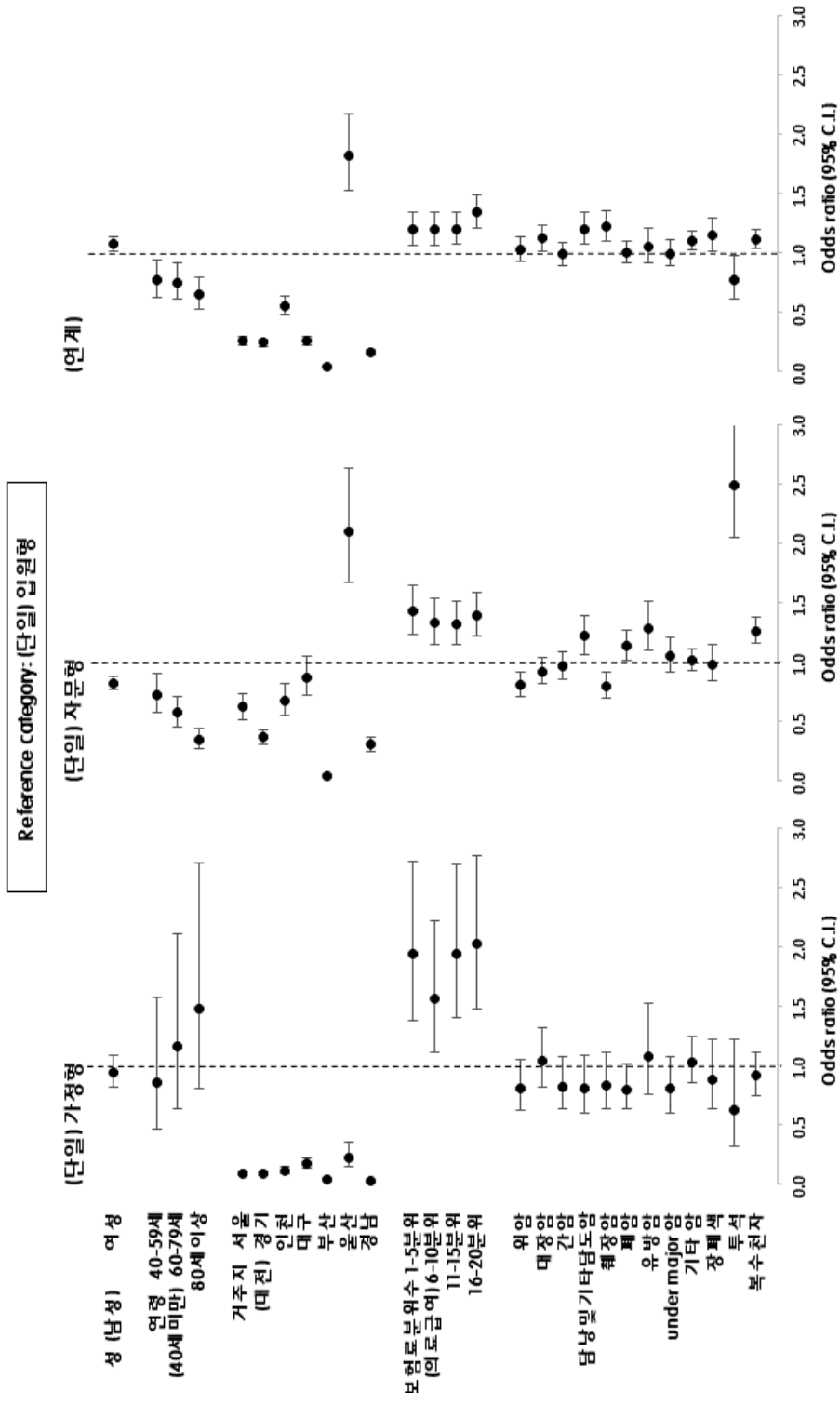
이용을 하는데에는 영향이 없었다. 자문형을 함께 이용한 환자 효과로 인해, 연령이 높아질수록 입원형에 비해서 연계 이용을 적게 하는 것을 관찰할 수 있었다. 암환자의

<표 3-3> 호스피스·완화의료 이용에 영향을 주는 요인

요인	Est	95% C.I.	
		Lower	Upper
성 (ref = 남성)			
여성	1.261	1.230	1.293
연령 (ref = 40세미만)			
40-59세	1.206	1.096	1.327
60-79세	1.008	0.918	1.107
80세이상	0.627	0.570	0.689
거주지 (ref = 대전)			
서울	0.894	0.839	0.954
경기	1.004	0.942	1.069
인천	1.259	1.172	1.352
대구	1.248	1.160	1.342
부산	0.833	0.777	0.893
울산	1.436	1.315	1.569
경남	0.762	0.710	0.818
보험료분위 (ref = 의료급여)			
1-5분위	1.220	1.162	1.281
6-10분위	1.288	1.227	1.353
11-15분위	1.322	1.262	1.385
16-20분위	1.452	1.390	1.517
위암	1.084	1.037	1.134
대장암	1.241	1.188	1.296
간암	0.969	0.926	1.014
담낭및기타담도암	1.487	1.414	1.564
췌장암	1.958	1.862	2.058
폐암	1.154	1.108	1.203
유방암	1.073	1.008	1.143
Under major 암 ¹⁾	0.890	0.848	0.935
기타 암	1.453	1.407	1.502
장폐색	1.164	1.100	1.231
투석	0.185	0.170	0.200
복수천자	1.327	1.283	1.373

*Est: estimate of Odds ratio; Lower: lower bound; Upper: upper bound; ref: reference.

1) Under major 암: 16종 암(입술 구강 및 인두, 식도, 후두, 자궁경부, 자궁체부, 난소, 전립선, 고환, 신장, 방광, 뇌 및 중추신경계, 갑상선, 호지킨림프종, 비호지킨 림프종, 다발성 골수종, 백혈병)



[그림 3-1] 연계 이용에 영향을 주는 요인

거주지에 따른 호스피스·완화의료 유형 선택은 확연히 달랐는데, 가정형을 많이 이용하는 대전 거주자에 비해 다른 지역은 모두 입원형 대비 OR 추정값이 낮았으며, 울산은 자문형 이용의 OR 추정값이 2.096(95% C.I.: 1.669-2.634)으로 매우 높았다. 의료급여에 비해서 의료보험 환자가 가정형과 자문형 호스피스·완화의료 이용이 높은 경향이 있었으나, OR 추정값이 보험료분위의 증가와 비례하지는 않았다.

입원형에 비해 가정형을 선택하는 요인 중 암종 및 질환 이력(장폐색, 투석, 복수천자)은 통계적으로 유의미 하지 않으나, 입원형에 비해 자문형을 선택하는 요인에서는 일부 암종(위암: $\widehat{OR} = 0.802$, 담낭 기타담도암: $\widehat{OR} = 1.221$, 췌장암: $\widehat{OR} = 0.796$, 폐암: $\widehat{OR} = 1.134$, 유방암: $\widehat{OR} = 1.285$)과 투석($\widehat{OR} = 2.486$), 복수천자($\widehat{OR} = 1.262$) 이력에 영향이 있었다. 즉, 위암 및 췌장암 환자는 입원형 중심의 호스피스·완화의료 서비스를 이용하게 되고, 담낭및기타담도암, 폐암, 유방암, 투석이나 복수천자를 시행하는 환자는 자문형 서비스를 이용할 가능성이 높다. 연계 이용의 측면에서 보면 대장암, 담낭및기타담도암, 췌장암, 장폐색이나 복수천자를 시행하는 환자가 단일 입원형 이용에 비해 유형을 연계해서 호스피스·완화의료 이용을 하는 경향이 있다. 그러나 투석을 시행하는 암사망자는 단일 입원형에 비해 연계한 서비스를 덜 이용한다.

제4장

유형간 연계 이용과 경제적 시사점

제1절 유형별 지출 의료비 추정 43

제2절 호스피스·완화의료의 경제적 시사점 49

제4장

유형간 연계 이용과 경제적 시사점

제1절 유형별 지출 의료비 추정

호스피스·완화의료 서비스는 존엄한 삶을 위해 임종 전의 공격적인 치료를 지양하고 삶의 질을 높이는 데 초점을 두고 있다. 실제로 암사망자들의 사망 전 1~2개월 동안 총 의료비는 폭발적으로 증가하고 있으며, 주로 CT 촬영, 통증 관리, 염증성 처치, 기도삽관 또는 인공호흡, 혈액투석, 중환자실 치료, 심폐소생술, 응급실 방문 등의 의료 행위들이 이루어진다.

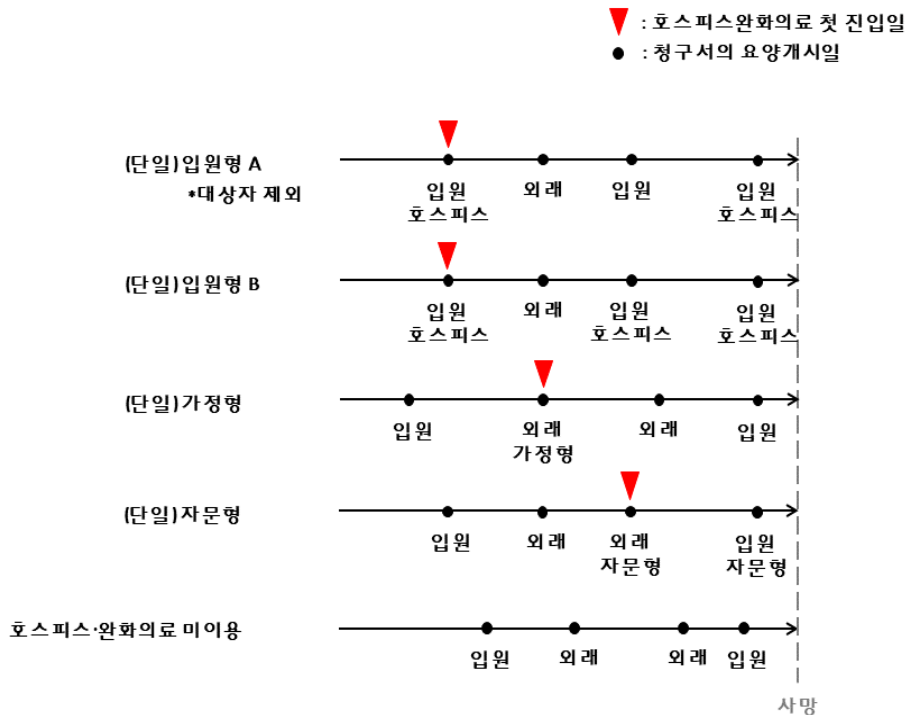
입원형 호스피스·완화의료 서비스는 입원일당 정액수가로 별도산정 항목을 포함하면 1일에 약 40만원 정도의 금액이 발생하는데, '암환자 본인일부부담 산정특례'제도에 따라 5%인 약 5만원 정도를 환자가 부담하게 된다. 가정형 호스피스·완화의료 서비스는 호스피스팀인 의사, 간호사와 사회복지사가 재회로 방문 할 경우 교통비를 제외하고 약 25만원 정도의 금액이 발생하게 되고, 가정에서 사용할 여러 가지 복지용구들(이동식 산소발생기, 에어매트, 휠체어 등)은 무료로 대여 받을 수 있다. 일반 입원이나 외래에서 자문형 서비스를 이용하는 경우에는 주치의에게 기존 진료 및 처치를 받으면서 돌봄상당료나 임종실료가 추가로 지출하는 형상이다.

그러나 호스피스·완화의료 서비스를 암환자의 말기에 의료비 절감 개념으로 접근하는 것은 알맞지 않다. 물론 정부와 의료기관들은 예산 운영의 경제적 측면에서 비용에 자유로울 수는 없지만, 말기에 직면한 환자에게 치료에서 오는 고통 경감과 정신적 안정감을 제공해 주는 서비스이기 때문에 비용으로 호스피스·완화의료 서비스의 효가를 평가하기에는 무리가 있다. 예를 들어 사망 전 20일동안 입원형 서비스를 이용한 환자라면 약 800만원의 비용이 청구될 것이고, 이 비용은 호스피스·완화의료로 미이용한 환자의 비용보다 많을 수 있다.

호스피스·완화의료 서비스를 포함한 말기 암환자를 위한 포괄적인 정책을 개선하고자 한다면 암환자들이 사망 전 6개월(180일) 동안 실제로 어느 정도의 의료비를 사용하고

있는지에 대한 파악이 필요하다. 그리고 호스피스·완화의료 서비스에 진입을 하게 되면 선택 유형에 따라 의료비의 변화를 관찰해 보아야 한다.

호스피스·완화의료 서비스 이용자와 미이용자의 의료비를 분석하기 위해서 2018-2020년의 암사망자 268,363명을 다음과 같은 방법으로 연구 설계 하였다. 사망 전 6개월(180일) 동안 의료이용이 있는 환자를 대상으로, 단일 유형의 호스피스·완화의료 이용자와 호스피스·완화의료 미이용자를 구분하였다. 이때 호스피스·완화의료 연계 이용자를 분석에서 제외하는 이유는 연계 이용 형태가 매우 다양하기 때문에 의료비 지출에 대한 해석이 어렵기 때문이다. 그리고 단일 입원형에 해당하는 환자의 의료기관 이용은 [그림 4-1]의 입원형A, 입원형B로 나뉘볼 수 있는데, 입원형A는 첫 호스피스·완화의료 진입 시점 이후부터 사망 시점까지 일반병동에 입원했던 청구 이력이 있는 경우이며 입원형B는 계속적으로 호스피스병동에만 입원한 경우를 말한다. 입원형A에 포함되는 환자는 단일 입원형 호스피스·완화의료 서비스 이용에 의한 의료비를 추정하는데 부적합하기에 제외하였다. 분석에 포함되는 대상자수는 <표 4-1>과 같다.



[그림 4-1] 의료비 분석 대상자 정의

<표 4-1> 의료비 추정의 대상자수

	호스피스·완화의료			연계	미이용	합계
	(단일) 입원형	(단일) 가정형	(단일) 자문형			
암사망자	36,873	1,260	5,680	9,510	215,040	268,363
사망전 6개월 의료 이용	36,870 A: 5,544 B: 31,326	1,260	5,679	9,510	214,569	267,888
1:2 PSM 전	38,265 (= 입원형B+가정형+자문형)				214,569	
1:2 PSM 후					76,518	

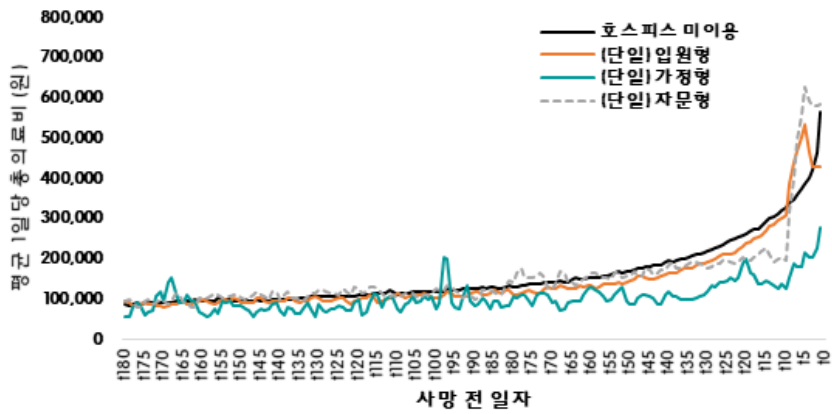
*PSM: propensity score matching

단일 유형의 호스피스·완화의료 이용자 38,265명 (= 입원형B+가정형+자문형)과 미이용자를 성, 연령, 거주지, 보험료분위, 암생존기간, 암종을 고려하여 1:2 성향점수매칭 (Propensity Score Matching, PSM)을 시행하였다. 앞서 거론한 것처럼 모두 암으로 인한 사망자 이므로 환자간의 상태는 모두 말기의 동일한 것으로 볼 수 있어, 추가적인 매칭 변수는 사용하지 않았다.

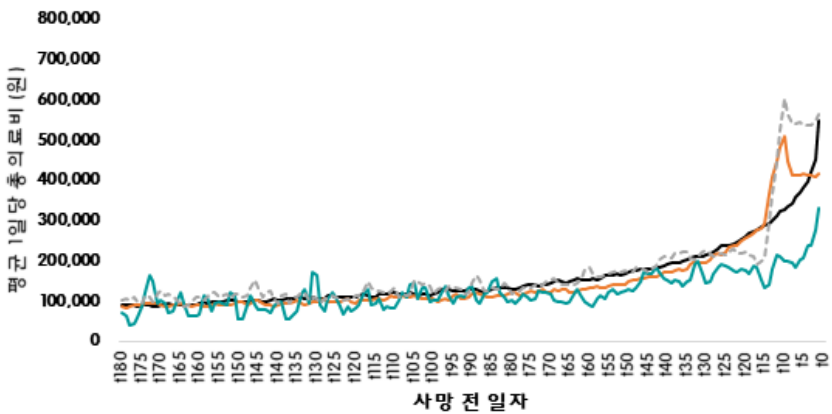
한 암환자의 사망 전 6개월(180일) 동안의 의료비는 1일당으로 변환하였는데, 입원의 경우에는 입원기간동안 발생한 요양급여비용총액(본인부담금+보험자부담금)을 입원기간으로 나누어 균등 배분하는 방식을 사용하였다. 예를 들어, 5일간 입원(총액 100만원)을 한 후 퇴원 당일 오후에 외래(1회 10만원) 진료를 받고 이틀 후 외래(1회 12만원) 진료가 있었던 암환자의 각 1일당 총의료비는 20만원-20만원-20만원-20만원-30만원-0원-12만원과 같이 계산이 된다.

호스피스·완화의료 진입 시점에 따라 의료비 구성 항목이 변경되므로 진입 시점에 따라 대상자를 분리하여 분석하였으며, 암환자의 말기의 지출 의료비 추정값은 의료비의 평균값으로 하였다.

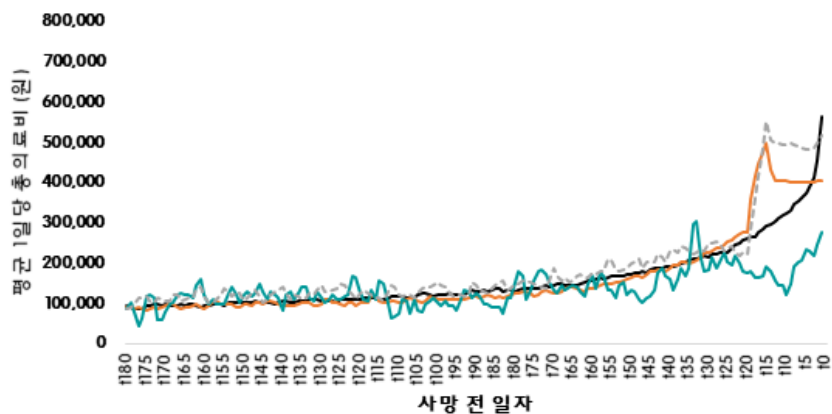
[그림 4-2]는 호스피스·완화의료 진입시점을 사망 전 5일 간격으로 분리하여 대상자들의 1일 총의료비 평균값을 나타낸 것이다. 여기서 진입시점이 사망 전 0-4일이내는 의료비 패턴을 요약하기가 용이하지 않고 50일이상인 경우는 범위가 넓어, 추정에서 제외하였다. 일반적으로 암환자의 의료비는 암진단과 초기 치료 이후에 일정하게 유지되다가 말기에 증가하는 형태를 보인다.⁷ 대략적으로 사망 전 30일 전부터 의료비가 상승함을 확인할 수 있다.



(a) 사망 전 5-9일 이내

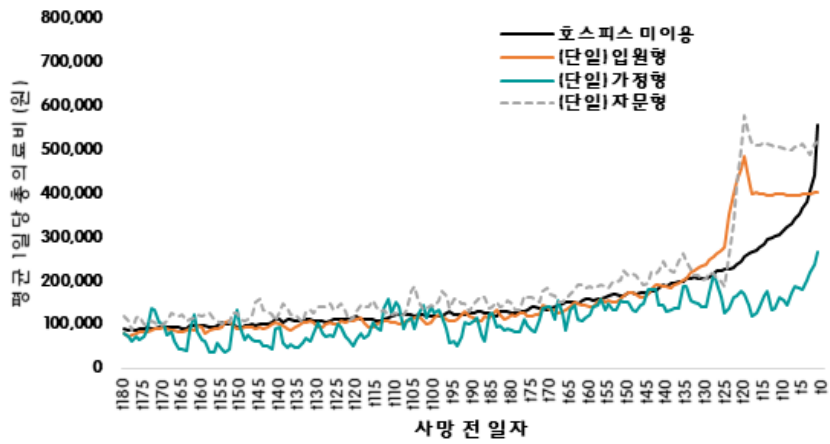


(b) 사망 전 10-14일 이내

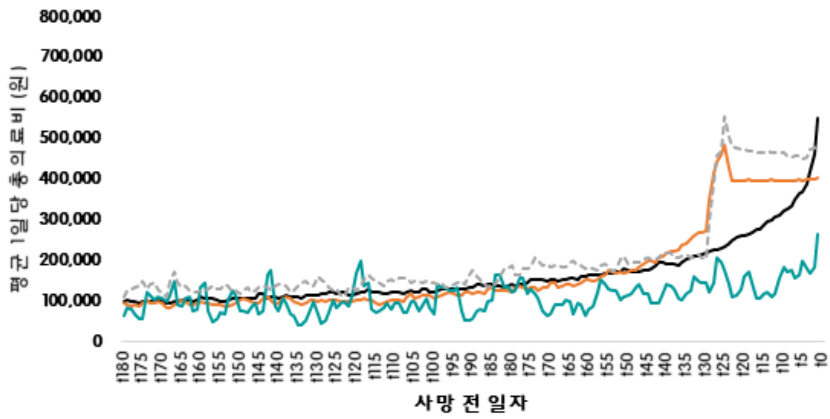


(c) 사망 전 15-19일 이내

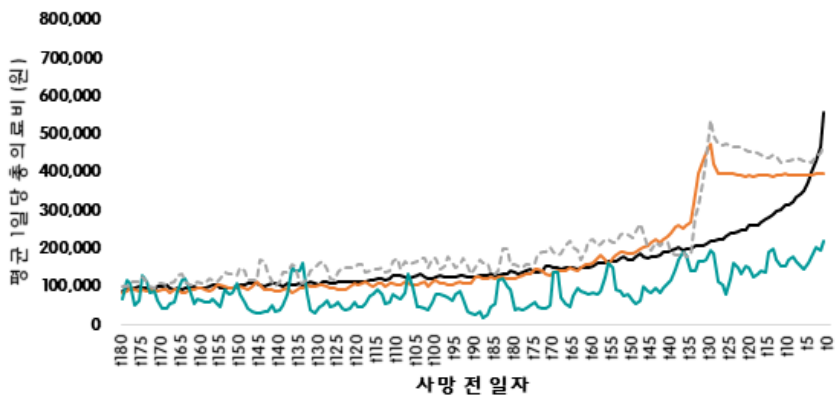
[그림 4-2] 호스피스·완화의료 사망 전 진입시점별 의료비 추정



(d) 사망 전 20-24일 이내

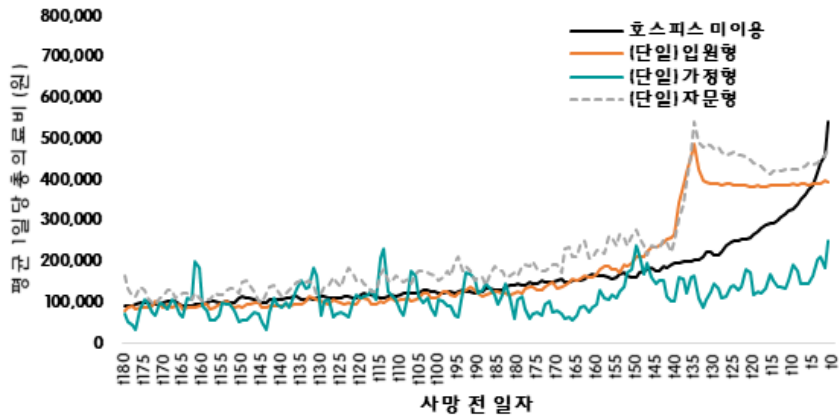


(e) 사망 전 25-29일 이내

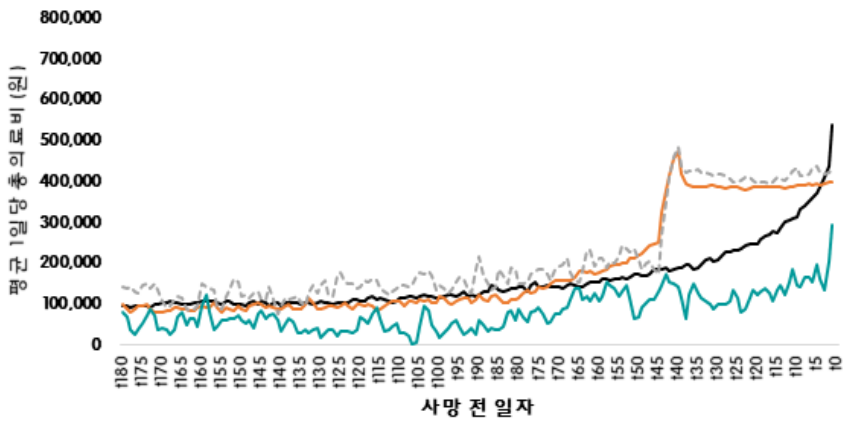


(f) 사망 전 30-34일 이내

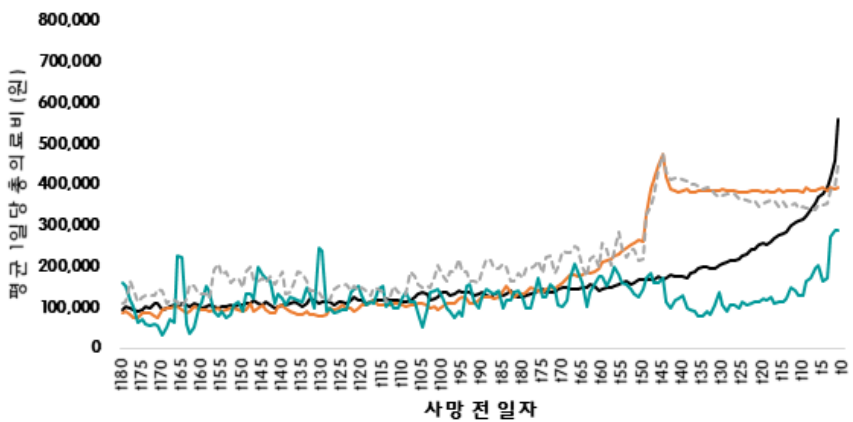
[그림 4-2] 호스피스·완화의료 사망 전 진입시점별 의료비 추정 (계속)



(g) 사망 전 35-39일 이내



(h) 사망 전 40-44일 이내



(i) 사망 전 45-50일 이내

[그림 4-2] 호스피스·완화의료 사망 전 진입시점별 의료비 추정 (계속)

입원형 호스피스·완화의료 이용자의 경우에는 앞서 서술한 것처럼 입원형 호스피스·완화의료 수가가 돌봄, 통증 조절 등 여러 가지 서비스에 대한 비용을 포함하기 때문에 진입시점부터 약 40만원의 정액의 비용이 발생한다. 그리고 가정형 호스피스·완화의료 이용자는 주로 가정에서 돌봄을 시행하므로 의료기관 방문횟수가 작아, 호스피스·완화의료 미이용자보다 낮은 의료비 발생 패턴을 보였다. 그런데 자문형 호스피스·완화의료 이용자의 경우에는 특이한 의료비 발생 패턴을 보였는데, 진입시점 이후 의료비가 급격히 증가했다가 사망 전까지 일정하게 유지되고 있었다. 이러한 이유는 대부분의 자문형 이용자가 일반병동에 계속 입원해 있는 중에 서비스(자문형/입원)를 받았고, 영양급여비용총액을 입원기간동안 균등 배분하는 방식으로 계산했기 때문이다. 여기서 가정형과 자문형은 각 진입시점별 대상자수가 작아 의료비 추정값에 변동이 크다.

제2절 호스피스·완화의료의 경제적 시사점

앞 절에 서술한 것처럼 호스피스·완화의료 서비스를 암환자의 말기에 경제적인 문제로 접근하는 것은 알맞지 않다.

보건복지부에서 발간한 「2021 호스피스·완화의료 사업안내」에 따르면 입원형 및 가정형 호스피스·완화의료의 도입목적 중에 하나로 수요자 측면의 경제적 부담 완화를 제시하고 있다.⁸ 그러나 호스피스·완화의료 유형별 의료비 추정 결과에 따르면 입원형을 이용한 암환자의 경우에 호스피스·완화의료 미이용한 암환자보다 진입시점부터 사망 전까지 누적 의료비를 더 많이 사용하고 있었다. 그렇기 때문에 현재의 입원형 호스피스·완화의료 시스템 안에서는 전문적인 호스피스 돌봄 및 완화의료서비스를 제공받으며 환자와 가족들의 신체적, 심리적, 영적 고통을 완화하여 삶의 질 향상을 도모함에 의미를 두어야 한다.

가정형 호스피스·완화의료 서비스의 경우에는 가정에서 지내길 원하는 말기 암환자들이 위급한 상황 이외에 의료기관 방문을 하지 않아, 환자와 가족에게 의료비 부담을 완화 시켜줄 수 있다. 허나, 환자가 가정에서 지내면 돌봄제공자나 대여 복지용구들이외의 부수적인 물품 등이 필요하게 되어, 사회·경제적인 부담이 증가할 수 있음을 간과해서는 안 된다.

자문형은 의료비 측면에서 일반 진료 수가에 자문형 호스피스·완화의료 수가가 더해지는 형상으로 의료비 지출은 증가한다. 그러나 환자의 선택권 보장을 위해서 담당 의료진의 변경이 없이 호스피스·완화의료 서비스를 제공받고, 조기 개입하는 것에 그 목적이 있다.

제5장

결론 및 정책 제언

제1절 결론	53
제2절 정책 제언	55

제5장 결론 및 정책 제언

제1절 결론

이번 연구를 통해서 우리는 호스피스·완화의료 서비스의 공급과 수요, 유형간 연계 이용에 영향을 주는 요인, 유형간 연계 이용과 경제적 시사점에 대해서 살펴보았다.

호스피스·완화의료 서비스의 공급과 수요에 있어서 현재 서비스간 지역별 편차가 심했다. 입원형과 가정형 및 자문형 서비스를 모두 제공하는 지역은 전국적으로 6개 지역 13개 기관에 불과했고, 자문형과 가정형 서비스는 제공하지 못하고 있는 지역들도 있었다.

수요 면에서 호스피스·완화의료 서비스 이용은 2016년부터 COVID-19 대유행 전인 2019년까지 지속적으로 증가해왔으며, 2016년 가정형과 2017년 자문형 서비스 도입 이후로 사망 전 호스피스·완화의료 첫 진입 시점이 빨라지고 있다(2020년 기준평균 42.9일, 이용률 16.6%). 또한 점점 자문형, 가정형 호스피스·완화의료의 이용과 함께 입원형 서비스 단독 사용이 감소하고 있다. 하지만 아직까지는 2020년 현재 하나의 유형을 이용하는 단일 이용자가 80.4%였고, 두 가지 유형을 이용하는 비율은 17.8%, 세 가지 유형을 모두 이용하는 비율은 1.9%에 불과했다.

지역별 특성으로 그중에서 울산은 호스피스 입원 1병상당 사망자수가 가장 많아 공급이 입원형 호스피스·완화의료 병상이 부족할 것으로 판단되며, 이로 인해 입원형 단독 이용 비율은 낮고, 자문형 및 이를 이용하는 연계 이용률이 높다. 대전의 경우 다른 지역에 비해서 가정형을 활발히 운영하고 있고 이로 인해 두가지 이상을 연계하여 이용하는 비율도 함께 증가하고 있다고 볼 수 있다. 암종별로는 단일암은 다른 연구들과 비슷하게 통증 등의 증상이 심한 최장암 사망자의 호스피스·완화의료 서비스 이용률이 29.9%로 가장 높았고, 암 진단 시기가 늦어져 진행속도가 빠른 간암에서 이용률이 16.0%로 떨어지는 현상이 있었다.

호스피스·완화의료 서비스를 이용한 말기 암사망자 중 단일 유형 이용자 기준으로

호스피스·완화의료 첫 진입시점부터 사망까지의 평균 시간(일)을 살펴보았을 때, 단일 입원형 이용자에 비해 단일 가정형 이용자는 사망까지의 일수가 더 길어, 가정형 호스피스·완화의료의 선택으로 인해 입원형에 비해 말기 생존기간이 줄어들지는 않는 것으로 나타났다.

호스피스·완화의료 이용에 있어 의료급여 환자에 비해서 보험료분위가 높을수록 호스피스 연계 이용의 가능성이 높았다. 이는 의료급여의 환자에서 호스피스 기관이 아닌 의료기관에서 의료급여환자로 좀 더 낮은 비용으로 이용 가능한 서비스로 인해서 호스피스·완화의료 서비스를 적게 받을 가능성이 있다.

입원형과 비교해서 자문형, 가정형 단일 이용자 및 연계 이용을 볼 때, 가정형과 입원형 단일 이용자간의 다른 특징은 뚜렷하지 않았다. 연계 이용의 측면에서 보면 대장암, 담낭및기타담도암, 췌장암, 장폐색이나 복수천자를 시행하는 환자가 단일 입원형 이용에 비해서 유형을 연계해서 호스피스·완화医료를 이용하는 경향이 있다.

호스피스·완화의료 서비스를 미이용한 암사망자는 사망 30일 전부터 총 의료비가 급격히 증가하는 양상을 보인다. 반면에 입원형 호스피스·완화의료 서비스는 입원일당 정액 수가를 적용하고 있기 때문에 첫 진입시점 이후부터 약 40만원의 총 의료비가 지속적으로 발생하게 된다. 그리고 가정형은 호스피스·완화의료 미이용한 암사망자보다 총 의료비 규모는 작고, 자문형은 대부분 일반병동 입원환자인데, 입원 의료비에 추가적으로 자문형 호스피스·완화의료 행위별수가가 더해지는 형상이었다. 이러한 결과들을 통해서 입원형 및 자문형 호스피스·완화의료 서비스를 받게 되는 경우에 지출 의료비는 작지 않지만, 전문적인 호스피스·완화医료를 통해서 무의미한 연명의료에서 벗어나 임종 전까지 존엄한 삶을 살아갈 수 있다는 것에 의미를 두어야 한다.

본 연구에서는 몇 가지 제한점들이 존재한다. 실제로 호스피스·완화의료 이용에 있어서는 영향을 미치는 다양한 요인들이 있다. 하지만 공단의 청구자료로는 서비스 여부 및 이용 서비스 유형에 영향을 줄 수 있는 돌봄 가능 구성원 및 주관적인 환자 상태 등 청구자료로 파악할 수 없는 요인을 반영하지 못한다는 제한점이 있다. 또한 종교 및 환자와 보호자의 사회 심리학적 요인들과 같은 심리적 영적인 요인들은 더욱더 조사와 반영이 어렵다. 이러한 제한점들은 추후 공단자료에서 가족관계 관련한 변수가 추가된다면 좀더 추가적인 연구가 가능할 것이다. 또한 별도의 가족들의 환자 사후 관리 분석이나 중앙호스피스센터에서 수집하는 설문자료(만족도 조사)와 공단 환자 자료 연계가 가능해진다면 서비스 이용에 영향을 주는 다른 요인들에 대한 연구도 가능할 것이다.

또한 이번 연구에서는 2018년부터 시행된 「호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」과 관련해서 사전연명의료, 연명의료에 대한 사항은 짧은 시행기간으로 인해서 반영하지 못했다. 추후에 사전연명의료결정의향서 및 연명의료결정이 호스피스·완화의료 및 임종 과정 등에 어떻게 영향을 미쳤는지도 중요한 연구주제라 할 수 있겠다.

제2절 정책 제언

본 연구를 통해서 다음과 같은 정책적 제언을 제시한다.

1. 지역적인 공급과 수요를 고려한 호스피스 정책

우선적으로 지역별 호스피스·완화의료 서비스 강화를 위한 정책이 필요하다. 지역별로 부족한 호스피스·완화의료 서비스의 균형 있는 제공을 위해, 호스피스전문기관 확대와 관련된 재정적 지원 또는 공공병원에서의 역할 부여가 필요하다.

이러한 의미에서 지역암센터와 같이 지역적으로 호스피스·완화의료 서비스를 위한 구심점이 세워질 필요가 있다. 실제로 호스피스·완화의료 서비스는 호스피스전문기관으로 지정된 이후에 환자들에게 서비스를 제공할 수 있기 때문에 우리나라 모든 의료기관에서 해당 서비스를 제공할 수 있는 것은 아니다. 이미 입원형을 운영하고 있는 호스피스전문기관의 경우에는 관련 인력과 시설 등을 갖추고 있어 가정형 및 자문형을 확대 운영하는 것에 어려움이 크지 않지만, 신규 의료기관이 가정형 및 자문형 서비스를 바로 제공하는 데는 경험적인 면에서 힘이 들 수 있다. 하지만 다른 시각으로 보면 가정형 및 자문형은 입원형에 비해 시설 기준이 낮기 때문에 신규 의료기관 입장에서는 호스피스·완화의료 서비스 제공의 시작점으로 활용할 수 있다. 그러기 위해서는 중앙호스피스센터와 지역암센터를 중심으로 메인네트워크 역할을 부여하고 중소병원 및 의원급 병원에서 호스피스·완화의료서비스를 제공하는 모델을 고려해 볼 수 있다. 이러한 모델이 정착하기 위해서는 꾸준한 정책적인 견인과 지원이 필요하다.

근본적으로는 지역적 격차가 있을 수밖에 없는 현실을 인정하고 보완할 필요가 있다. 의료기관 입장에서는 제한된 의료 인력으로 더 많은 수익을 내야 하는 것이 현실이다. 그동안 시범사업을 통해서 상당 부분에서 수가를 신설하고 인상함으로써 이전에 비해 호스피스·완화의료 관련 수익구조가 상당부분 개선된 것은 사실이다. 하지만 아직까지도 의료기관 입장에서는 한정된 의료자원을 배분함에 있어 수익적인 면에서 순위에서 밀릴

수밖에 없다. 그렇다면 지역에 따라서는 공공의료에서 좀 더 역할을 해주어야 하는 곳이 존재해야 할 수 있다.

2. 가정형 호스피스·완화의료의 적극적인 활성화 대책

가정형 호스피스·완화의료는 아직까지 단일형 이용자와 연계 이용을 포함하여 전체 이용 중 6%의 말기암환자만이 임종 전에 받는 호스피스·완화의료 서비스이다. 그리고 2018년 암사망자의 「사망원인통계」에 따르면 92.3%가 의료기관에서 사망, 6.2%가 주택 내 사망에 해당하여 임종 전 입원 의존도가 높다. 이는 미국의 30.8%, 영국의 23.5%에 비하면 상당히 낮은 수치이다.^{9,10}

하지만 2004년 윤영호 등의 조사한 연구에 따르면 한국인의 55%이상이 이상적인 임종장소로 자택을 꼽았다.¹¹ 이러한 결과를 비추어 볼 때, 보다 이상적인 임종 전 호스피스·완화의료 서비스는 가정형 일 수 있다. 이에 현재는 매우 낮은 가정형 호스피스·완화의료 서비스의 이용률을 높일 수 있는 방안들을 모색해 볼 필요가 있다. 전국적으로 많지 않은 가정형 호스피스전문기관을 확대하는 방안과 함께 이용자체를 활성화 할 수 있는 방안이 필요하다.

앞에서 기술했던 것과 같이 대전의 경우, 충남대 호스피스·완화의료 센터를 중심으로 가정형 호스피스·완화의료의 운영이 잘 이루어졌으며 이를 바탕으로 다른 지역에 비해 높은 가정형 이용률 및 연계 비율을 보였다. 따라서 이러한 모범적인 지역의 활동을 모델화하여 분석하고 확산시키는 작업도 필요하다. 또한, 가정형에서 입원형으로 전환되는 요인들을 분석하고 가정형 호스피스·완화의료 서비스의 선택에 있어 실제적인 방해 요인들에 대한 방안을 마련해 줄 필요가 있다. 자택에 환자를 위한 침대 설치, 산소발생기 및 통증치료를 위한 기구, 복수 천자를 위한 휴대용 초음파 등의 실제적인 방안들이 마련되어야 할 것이다. 나아가 가정형 호스피스·완화의료 서비스는 현재 전국적으로 진행되고 있는 지역사회통합돌봄 서비스 등과의 연계 가능한 지점이 존재 한다고 볼 수 있다. 이에 이러한 정책과도 함께 기획되고 고민되어야 할 것이다.

3. 자문형 호스피스·완화의료의 활용

자문형 호스피스·완화의료는 보통 단일형 이용자로써는 전체 호스피스·완화의료 서비스 이용의 10%정도이나, 연계 이용까지 합치면 전체 호스피스·완화의료 이용의 20% 정도에 해당 된다. 이는 자문형 호스피스·완화의료 서비스가 주치의의 변경하지 않은 상태에서 임종까지 호스피스·완화의료 서비스를 제공하는 역할을 하기도 하지만, 호스피스·완화의료에 부담 없이 진입하는 게이트 역할을 한다는 의미이기도 하다. 따라서 이러

한 호스피스·완화의료의 게이트로서의 자문형 서비스를 적극적 활용할 필요가 있다. 자문형 서비스를 지속적으로 홍보하고 활용하도록 하여, 환자 및 보호자에게 호스피스·완화의료에 대해 이해시키고 정보를 제공해 주어야 한다. 나아가 계속해서 자문형을 통한 연계 강화 및 조율 역할을 할 수 있도록 해야 하겠다.

참고문헌

참고문헌

1. 입원형 호스피스완화의료 사업 효과 분석. 건강보험심사평가원, 2018.
2. 서상연, 말기 암 환자의 여명 예측, 한국 호스피스완화의료학회지 제 10권 제4호 2007, 171-177.
3. 2019 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부 중앙호스피스센터, 2021년.
4. 호스피스·완화의료서비스 제도개선 방안: 유형간 연계 강화 및 환자중심의 통합적 이용활성화 방안을 중심으로. 건강보험심사평가원, 2020.
5. 사망원인통계. 통계청, 2018.
6. 국가암등록사업 연례 보고서 (2018년 암등록통계). 보건복지부 중앙암등록본부, 2021.
7. S. H. Taplin, W. Barlow, N. Urban, M. T. Mandelson, D. J. Timlin, L. Ichikawa, and P. Nefcy. Stage, age, comorbidity, and direct costs of colon, prostate, and breast cancer care. Journal of the National Cancer Institute 1995;87(6):417-426.
8. 2021 호스피스·완화의료 사업안내, 보건복지부, 2021.
9. National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare. National Health Insurance Annual Statistical Report 2017. 2018b. Available from: https://www.nhi.gov.tw/english/Content_List.aspx?n=0D39BCF70F478274&topn=616B97F8DF2C3614
10. Hospice UK. Hospice care in the UK 2016. 2016.
11. 윤영호, 이영선, 남소영, 채유미, 허대석, 이소우, 홍영선, 김시영, 이경식. 품위 있는 죽음과 호스피스·완화의료에 대한 일반 국민들의 태도. 한국 호스피스·완화의료학회지, 2004, 17-28.

부 록



부 록

부록표 1. KCD코드와 질병진료행위코드

항목	KCD코드/질병진료행위코드
대상질환	
암	C00-97
만성 폐쇄성 호흡기질환	J40-44
만성 간경화	K74
후천성 면역결핍증	B20-24
호스피스·완화의료	
입원형	
정액수가	AP10, AP11, AP12, AP14, AP15, AP16, AP20, AP21, AP22, AP24, AP25, AP26, AP30, AP31, AP32, AP34, AP35, AP36, AP40, AP41, AP42, AP44, AP45, AP46 WA, WJ, WD, WM
격리실	WB, WK, WE, WN
임종실	WC, WL, WF, WD
전인적 돌봄상담료	WG
임종관리료	WH
가정형	
통합환자관리료	AP13, AP23, AP33, AP43
방문료	AP17, AP18, AP19, AP27, AP28, AP29, AP37, AP38, AP39, AP47, AP48, AP49
교통비	AP01
자문형	
자문형 돌봄상담료	IP11, IP12, IP21, IP22, IP31, IP32, IP41, IP42
임종관리료	IP13, IP23, IP33, IP43
임종실료	IP14, IP24, IP34, IP44
격리실료	IP15, IP25, IP35, IP45
질환	
장폐색	K56.6, K91.3, K56, E84.1, Q2691, Q2692, Q2693
투석	O2011, O2012, O2013, O2014, O2015, O2016, O2019, O2081, O2082, O2083, O7001, O7002, O7003, O7004, O7005, O7011, O7012, O7013, O7014, O7015, O7016, O7017, O7018, O7020, O7021, O7031, O7032, O7033, O7034, O7035, O7074, O7075, O7076, O7077, O7080, O7081, O9991, O9992, O9993, OH010, OH011, OH020
복수천자	C8050, C8051, Q2470

연구보고서 NHIMC-2021-PR-015

입원형과 가정형 및 자문형 호스피스·완화의료의 연계 이용 연구

발행일	2022년 8월 31일
발행인	김성우
편집인	이천균
발행처	국민건강보험 일산병원 연구소
주소	경기도 고양시 일산동구 일산로 100(국민건강보험 일산병원)
전화	031) 900-6986, 6985
팩스	0303-3448-7105~7
인쇄처	지성프린팅 (02-2278-2490)



(우)10444 경기도 고양시 일산동구 일산로 100(백석1동 1232번지)
대표전화 1577-0013 / 팩스 031-900-0049
www.nhimc.or.kr

입원형과 가정형 및 자문형 호스피스·완화의료의 연계 이용 연구