

호스피스 완화의료 수가 개선을 위한 연구

정주연 부연구위원 / 정보영 주임연구원
건강보험심사평가원 급여정책연구팀



1. 들어가며

암으로 인한 사망자는 2000년에 5만 8700명에서 2012년에 7만 4990명으로 꾸준히 증가하고 있다(통계청, 2013). 또한 암 환자 대부분이 말기 암으로 진단받은 후에도 상급종합병원에서 무의미한 연명치료를 받고 있으며, 사망일에 가까울수록 응급실, 영상검사 등 의료 이용이 더욱 증가하여 암으로 인한 국가의 사회·경제적 비용이 증가하고 있다. 이에 대한 대응방안으로 정부는 2002년부터 호스피스 완화의료의 제도화를 추진하여 호스피스 완화의료 기관 지정 및 이에 대한 자금 지원 등의 정책을 시행하고 있다.

2003년 국립암센터에서 정한 한국 호스피스 완화의료 표준 및 규정에 의하면, “호스피스 완화의료는 ① 완치를 목표로 하는 치료에 반응하지 않으며 ② 질병이 점차 진행됨으로써 ③ 수개월 내 사망할 것으로 예상되는 환자와 그 가족들이 질병의 마지막 과정과 사별기간에 접하는 신체적, 정신적, 사회적, 영적문제들을 해소하기 위해 제공되는 전인적인 의료”로 정의되고 있다. 서비스 범위는 의료, 간호, 사회복지, 영적상담, 자원봉사, 영양, 약제, 사별관리 등으로 규정된다(국립암센터, 2003).

보건복지부는 2008년 9월 ‘말기암환자 전문 의료기관 지정기준’을 고시한 이래 2009년 12월부터 완화의료 정액수가 시범사업을 추진하였다. 시범사업 참여기관은 일당정액수가를 적용하며, 비시범기관의 완화병동에서는 행위별수가를 적용하고 있다. 시범사업을 추진할 때, 수가형태를 일당정액으로 한 이유는 다음과 같다. 첫째, 호스피스 서비스 대상은 동일한

특성을 가진 말기암 환자이고, 환자 상태에 따른 진료비 변이가 낮아 일당진료비 형태가 적합하다. 둘째, 호스피스 서비스는 질병을 치료하는 일반 의료와 달리 환자의 통증 완화 및 심적 안정을 도모하는데 그 목적이 있어 의료비 억제 측면에서도 일당정액수가 형태가 적합하다. 셋째, 호스피스 환자는 일반 환자와 달리 서비스 제공자들이 환자 및 가족에 대한 상담 등 직접 서비스 제공 시간이 길고 다른 환자에 비해 행위별로 개별 보상되는 항목이 적다는 특징이 있다. 또한 행위별수가 하에서 호스피스 병동의 높은 간호 인력을 보상받지 못하는 측면이 있다.

정부는 2009년 12월 7개 기관을 대상으로 한 1차 시범사업을 시작하였고, 요양기관 중별로 4가지였던 수가를 2가지로 묶고 입원체감제를 조정하여 2011년 9월 이후 2차 시범사업을 시행하고 있다. 시범사업 참여기관만 적용되던 일당정액수가를 2015년부터는 호스피스 완화의료 기관 전체에 적용하기로 하였다(보건복지부, 2014).

점차 임종의료에 대한 관심이 증대되고 있고 사망 전 의료이용에 대한 대책이 중요한 시기이므로 완화의료에 있어서 적절한 수가는 꼭 필요하다. 본 연구에서는 일당정액수가 전면 적용에 앞서 호스피스 완화의료 일당정액수가의 적절성을 평가하기 위해 2013년도 의료이용 현황 분석을 통한 수가(안)을 검토하였다.

2. 연구 방법

가. 연구의 틀

진료비 현황조사를 위해 급여자료는 국립암센터가 수집한 51개 호스피스 완화의료 기관 이용 자료와 건강보험심사평가원 청구 자료를 통해 구축하였고, 비급여 진료비는 완화의료 전문 기관 제출 자료와 국립암센터 지원금 사업보고서 자료를 기반으로 구축하였다. 자료 분석을 통해 급여와 비급여 진료비 및 서비스 행태 비교, 전동 및 전원 현황 분석, 비의료적 서비스 현황 분석 등을 살펴보았다. 그 후 전문가 의견수렴을 통해 수가(안)을 검토하는 과정을 거쳤다.

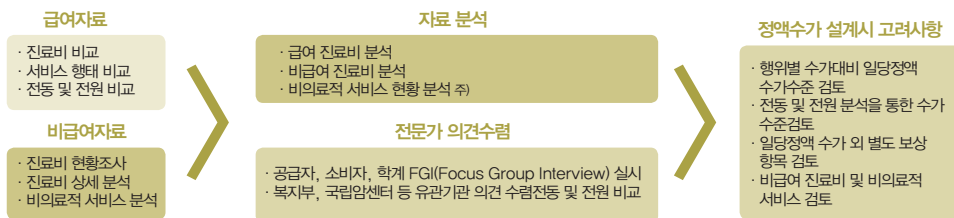


그림 1. 연구의 틀

주: 국립암센터(2013) 자료를 분석함.

나. 연구대상 및 방법

완화의료 시범사업 수가의 구성은 다음과 같다.

기본구성 = ①일당정액 항목 + ②별도산정 항목 + ③비급여 항목

① **일당정액 항목** 입원료(기본입원료+간호관리료 가산+병상가산+내과가산) + 행위평균값 + 약제·치료재료
평균값

② **별도산정 항목** 입원환자 식대(본인부담 50%),
2011년 1월 이후 비급여에서 급여로 변경 고시된 항목 별도 산정(본인부담 5%)

③ **비급여 항목** 선택진료비, 상급병실료(1-3인실) 등

수가 구성에 비춰볼 때, 수가(안)을 검토하기 위한 데이터 분석내용은 크게 6가지로 나뉘며, 각 분석 내용별 사용 자료는 표 1과 같다.

표 1. 연구대상

분석내용	사용자료	분석기관수
1. 진료비 비교	· 급여: 2013년 청구자료(국립암센터의 완화의료 이용자) · 별도산정: 2013년 청구자료	51개 완화의료 전문기관
2. 서비스 제공 행태비교	· 비급여: 2013년 기관제출자료	
3. 전동(병동 간 이동)분석	· 급여: 2013년 청구자료	12개 완화의료 시범사업기관
4. 전원(병원 간 이동)분석	· 2013년 퇴원시점이후 6개월 청구자료	51개 완화의료 전문기관과 그외 급성기 기관
5. 비의료적 서비스 현황	· 국립암센터 지원금 사업 보고서 자료	51개 완화의료 전문기관

자료 분석을 통해 나온 연구 결과를 토대로 완화의료 전문가 대상으로 수가(안)이 적정한 지에 대해 표적집단면접(Focus Group Interview, FGI)을 실시하였다. 전문가 집단의 성격을 고려하여 의료계와 환자단체 및 학계 전문가로 나누어 집단면접을 진행하였다.

3. 연구 결과

가. 자료 분석 결과

1) 진료비 비교

완화의료 시범사업 참여 여부별, 기관별, 종별로 수가수준 비교를 위해 일당진료비(원) 개

념을, 완화의료 시범사업 일당정액수가 적당하지 알아보기 위해 행위별수가일 때 일당진료비 대비 종별 기본 수가를 이용하여 일당정액수가 수준(%)의 개념을 사용하였다(정주연, 정보영, 정설희, 2014).

청구명세서자료(10개월)의 급여 일당진료비는 정액청구를 하는 시범사업기관이 94,237원, 행위별 청구를 하는 비시범사업기관이 140,075원으로, 비시범사업기관의 일당진료비가 높게 나타났다. 2013년 수가수준과 비교해 보았을 때, 비시범병원급을 제외하고 행위별 수가 대비 일당정액수가 수준이 100%를 넘으므로 일당정액 수가 수준이 부족하지 않은 것으로 해석된다. 기관제출자료(2개월)에서 전체 총 진료비의 16.5%가 비급여 진료비였으며 급여 진료비는 83.5%였다. 기관제출자료의 급여와 비급여를 합한 일당진료비는 시범사업기관이 125,550원, 비시범사업기관이 161,972원으로 역시 정액청구를 하는 시범사업기관에 비해 행위별 청구를 하는 비시범사업기관의 일당진료비가 높게 나타났다. 이는 분석대상기관수와 지불제도의 차이가 영향을 끼친 것으로 보인다. 그러나 이 결과는 호스피스 완화의료의 특성을 고려할 때, 비의료적 서비스가 제외된 의료서비스(급여 및 비급여 비용)의 결과이므로 일당정액수가 수준을 판단하기는 한계가 있다(정주연, 정보영, 정설희, 2014).

표 2. 시범사업기관과 비시범사업기관의 급여 일당진료비 비교

(단위 : 개, 명, 건, 원, 일, %)

구분	종별 ¹⁾ (개)	인원수 (명)	명세서수 (건)	일당진료비 ²⁾ (원)	건당 평균 자원일수 (일)	행위별 수가 대비 일당정액 수가수준 ³⁾ (%)
시범	상급종합 (2)	496	637	146,425	12	123.4
	종합 (5)	629	839	113,938	15	158.6
	병원 (2)	524	881	50,705	14	231.2
	의원 (3)	270	481	73,684	12	160.6
	합계 (12)	1,919	2,838	94,237	14	-
비시범	상급종합 (11)	628	755	168,548	17	107.3
	종합 (22)	1,487	2,004	143,741	19	125.7
	병원 (3)	325	473	118,149	15	99.2
	의원 (3)	426	739	103,524	13	114.4
	합계 (39)	2,866	3,971	140,075	17	-

주 : 1) ()요양기관 수

2) 일당진료비는 단위기간에 청구된 명세서상 가산금액 진료비 합(원)/단위기간(10개월) 자원일수의 합(일)

3) 행위별 수가 대비 일당정액수가 수준은 (2013년 시범사업 종별 기본수가 /일당진료비)×100

기본수가는 간호사 확보 수준 등에 따른 가산 금액 제외된 것임

표 3. 시범사업기관과 비시범사업기관의 총 일당진료비 비교

(단위: 개, 건, 원, 일)

구분	종별 ¹⁾ (개)	명세서수 (건)	전체 일당진료비(원) ²⁾ (급여+비급여)	건당 평균 재원일수 (일)
시범	상급종합(1)	115	225,593	13
	종합(5)	456	145,408	14
	병원(2)	211	49,549	16
	의원(3)	150	123,938	14
	합계(11)	932	125,550	14
비시범	상급종합(8)	687	208,288	14
	종합(18)	1,193	166,428	16
	병원(2)	90	133,500	21

주: 1) ()요양기관 수

2) 일당진료비(원)는 단위기간에 청구된 명세서상 가산금액 진료비 합(원)/단위기간(2개월) 재원일수의 합(일)

2) 서비스 제공 행태 비교

① 진료 항별 비교

급여 부분의 시범사업기관과 비시범사업기관의 서비스 종별 투약료, 주사료, 마취료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 특수장비 항목에서 서비스 항목 빈도 순위를 분석한 결과, 시범사업기관에 비해 비시범사업기관에서 주사료, 검사료, 특수장비이용료, 영상진단 및 방사선 치료의 비중이 더 높았다. 비급여 부분의 시범사업기관과 비시범사업기관의 항별 발생 분포를 살펴보면, 비시범사업기관의 주사료, 검사료, 처치 및 수술료, 초음파 등의 비율이 높았다. 시범사업 유무와 상관없이 전체 비급여 진료비 중 대부분이 상급병실료(74.8%)였고, 선택진료비는 미미한 수준이었다(0.2%).

② 별도산정 요구항목 발생 현황

기존 연구에서 요구된 항목과 내부전문가 회의를 거쳐 완화병동 입원 중 별도산정 항목으로 검토해야 하는 항목을 살펴본 결과, 별도산정 요구항목의 금액비율은 총 지급금액 대비 12.7%이며, 세부 항목별 금액비율은 표 4와 같다. 마약성 진통제는 모든 기관에서 발생하였고, 건수비중이 12.3%로 높은 분포를 보였으며 일당진료비는 12,372원이다. 수혈은 51개 기관 중 45개 기관에서 발생하였고, 건수비중이 12.2%이었으며 일당진료비는 29,903원으로 마약성진통제 다음으로 높은 분포를 보였다. 건수비중에서 신경차단술, 배액술을 제외하

고 나머지 항목의 건수비중은 1% 미만으로 미미한 분포였다. 일당진료비에서 투석과 방사선 치료는 각각 0.1%, 0.6% 건수비중을 보였지만 일당진료비가 각각 58,482원, 51,103원으로 높은 일당진료비를 보였다. 별도산정 항목 선정 시 연구 분석결과의 건수비중과 일당진료비를 고려하여 전문가 검토가 필요하다.

표 4. 별도산정 요구항목 발생현황

(단위: 개, %, 백만원, 원)

구분	발생기관 수(개)	발생기관 비율(%)	발생명세서 건수(개)	건수비중 ¹⁾ (%)	총금액 ²⁾ (백만원, %)	일당진료비 (원)		
총지급금액 (원)	51	100	6,809	100.0	15,731.1 (100.0)	148,380		
별도산정 요구항목	의료 행위	투석	9	17.65	9	0.1	7.0 (0.0)	58,482
		수혈 (혈액제제)	45	88.24	827	12.2	553.3 (3.5)	29,903
		방사선치료	18	35.29	41	0.6	58.3 (0.4)	51,103
		CT	11	21.57	26	0.4	2.2 (0.0)	3,397
		MRI	2	3.92	2	0.0	0.4 (0.0)	9,706
		PET	11	21.57	27	0.4	10.9 (0.1)	9,706
		초음파	9	17.65	18	0.3	1.1 (0.0)	2,100
		신경차단술	23	45.10	99	1.5	23.2 (0.2)	9,924
		신경파괴술	3	5.88	3	0.0	0.4 (0.0)	8,834
		배액술	30	58.82	200	3.0	84.2 (0.5)	21,108
		신루술 (카테터교환)	11	21.57	23	0.3	5.2 (0.0)	9,303
		경피적 위·장· 신루술	1	1.96	1	0.0	0.4 (0.0)	8,947
		확장술	13	25.49	19	0.3	13.8 (0.1)	23,457
		중심정맥 카테터유치술	41	80.39	839	12.3	73.2 (0.5)	3,992
		약	마약성진통제	51	100.00	5,846	85.9	1,167.4 (7.4)
항목 계					2,000.9 (12.7)			

주: 1) 건수비중(%)은 발생명세서건수/총명세서건수×100으로 소수 첫째자리까지만 표기함

2) 각 항목별 총액은 행위에 해당하는 재료비용을 포함한 금액임

3) 전동 현황 분석

전동이란 일당정액수가 하의 2차 12개 시범사업기관에서 완화병동에 입원한 환자가 행위별 수가하의 동일 기관의 급성기병동으로 전환한 경우를 말한다. 시범 사업기관에서 행해지는 서비스가 일당정액수가 때문에 필요한 서비스를 받지 못하고 전동하여 받은 내역이 있는지 여부를 살펴보았다. 12개 시범사업기관에서 행위별수가제도 하에서 발생한 진료비 내역은 표 5와 같다.

표 5. 시범사업기관에서 입원기간 중 전동(병동이동)한 경우 진료비 내역

(단위: 명, 건, %, 백만원, 원)

종별 (개)	기관명	전체		전동					
		인원 (명)	명세서 (건)	인원 (명)	명세서 (건)	건수비중 ¹⁾ (%)	총 금액 (백만원)	일당진료비 ²⁾ (원)	금액비중 ³⁾ (%)
종합 (3)	기관 3	228	319	9	12	3.5	8	312,592	1.4
	기관 5	96	109	12	12	9.6	1	66,801	0.4
	기관 7	108	138	7	7	4.3	4	180,942	1.3
병원 (1)	기관 9	70	128	3	3	2.3	1	83,197	0.5
합계		502	762	31	34	4.5	13	98,983	1.1

주: 1) 건수비중은 전동 명세서(건)/총 명세서(건)×100 인

2) 일당진료비는 총 진료비(원)/총 재원일수(일) 인

3) 금액비중은 전동 진료비(원)/총 진료비(원)×100인

10개월 동안 4개 기관에서 34건의 명세서가 발견되었으나 이는 완화병동을 이용한 환자들의 4.5% 건수비중이고 1.1% 금액 비중으로 미미하다.

4) 전원 현황 분석

전원 현황 분석은 51개 완화의료 전문기관 완화병동에서 퇴원 후, 6개월간 요양기관 이용 내역을 활용하여 전원 경로 및 재입원률을 분석하였다. 표 6은 사업 참여에 따라서 첫 입원기관과 마지막 입원기관을 비교하여 종별 간 이동이 얼마나 있는지 본 것이다. 퇴원 시 입원기관에서 두 번째 입원기관 혹은 세 번째 입원기관으로 가는 동안 어느 요양기관으로 이동하였는지 빈도순으로 보았을 때, 시범사업기관 상급종합병원에서 퇴원한 41명의 환자가 마지막 입원기관으로 선택한 곳은 상급종합병원이 56.1%로 제일 많았고, 종합병원과 병원은 9.8%, 기타가 34.1%였다.

표 6. 완화의료 전문기관에서 전원한 유형 분포

(단위: 개, %)

구분 (개)	퇴원시 기관 (개)	마지막 입원기관	빈도 (%)
완화의료 시범사업기관 (168)	상급종합 (41)	상급종합	23 (56.1)
		기타	14 (34.1)
		종합병원(2), 병원(2)	4 (9.8)
	종합병원 (64)	기타	33 (51.6)
		종합병원	28 (43.8)
		병원	3 (4.7)
	병원 (28)	기타	12 (42.9)
		종합병원	9 (32.1)
		상급종합	5 (17.9)
	의원 (4)	상급종합	2 (50.0)
의원		2 (50.0)	
완화의료 비시범사업기관 (246)	상급종합 (65)	상급종합	45 (69.2)
		종합병원	9 (13.8)
		기타	5 (7.7)
	종합병원 (104)	종합병원	37 (35.6)
		기타	35 (33.7)
		상급종합	21 (20.2)
	병원 (14)	상급종합	9 (64.3)
		기타	3 (21.4)
		종합병원	2 (14.3)
	의원 (26)	종합병원	10 (38.5)
의원		6 (23.1)	
기타		5 (19.2)	

종합병원급 이상에서는 보통 처음 선택한 종별로 마지막 기관도 선택하는 경향이 컸고, 그 외에는 기타병원으로 가는 비중이 컸다. 병원은 기타병원 혹은 상향 이동된 종합병원, 상급종합병원으로 가는 경우가 대부분이었다. 의원의 경우, 시범사업기관에서는 상급종합이나 의원으로 이동하였고, 비시범사업기관에서는 종합병원, 의원, 기타 등으로 이동하였다. 상급종합병원과 종합병원보다 병원과 의원의 활성화를 위해 시범사업 일당정액수가를 조정하였으나, 실제 이용 현황은 종합병원급 이상이나 기타병원을 선택하는 빈도가 높았다.

5) 비의료적 서비스 현황

기관에서 사용하는 사업지원금 중 약 13.6% 정도가 사별가족관리, 영적돌봄서비스, 요법 치료서비스 등의 용도로 사용되었고, 그 외의 항목으로 약 86.4%가 사용되었으며, 기관간 편차가 있음을 확인하였다.

표 7. 완화의료 비의료적 서비스 현황 비율

(단위: %, 백만원)

종별	구분	사별가족관리	영적돌봄서비스	요법치료서비스	기타	계	지원금 ^{주)}
상급종합	시범	9.3	0.0	4.4	86.3	100	57
	비시범	3.1	0.7	9.2	87.1	100	55
종합	시범	5.1	1.3	8.7	84.8	100	56
	비시범	3.3	1.2	9.7	85.8	100	49
병원	시범	6.3	6.3	4.5	82.9	100	52
	비시범	1.1	1.4	6.9	90.6	100	46
의원	시범	0.9	0.4	6.2	92.5	100	56
	비시범	4.8	0.6	10.4	84.3	100	49
평균		3.6	1.2	8.8	86.4	100	51

주: 평균 지원금액 (2013년)은 51,366,150원 인

요법치료서비스: 완화의료 환자를 대상으로 미술, 음악, 원예 등을 통해 통증과 증상 조절에 도움을 주는 서비스

자료: 국립암센터, 2013.

나. 전문가 의견 수렴결과

완화의료 전문가를 대상으로 표적집단면접을 한 결과, 종합병원 원가 전문가는 정액수가 부족하지 않다는 의견을 제시한 반면, 상급종합병원에서 참석한 전문가는 상급종합병원의 경영상 수가가 낮다는 의견을 제시하였다.

표 8. 표적집단면접 전문가의견: 수가 수준의 적절성

구분	전문가 특성	의견
의료계	상급종합병원 의사	일당정액을 올리면 환자부담금이 늘어나므로 반대하며 다학제통합진료료가 필요함.
	의원 의사	호스피스 개념은 중별 차이가 생기는 것이 아니므로 근본적인 호스피스 개념이 정확히 정립되어 교육시켜야 함.
	상급종합병원 간호사	일당정액수가로 인해 호스피스 완화의료의 질 저하 문제가 우려됨.
	상급종합병원 사회복지사	상급종합기관의 경영상 수가 적절하지 의문이 생기며, 사회복지사 급여 인상이 필요함.
	의원 사회복지사	상급종합기관에서 낮은 중별로 환자를 보내는 역할이 원활히 된다면 현 수가는 적절할 것으로 생각됨.
환자단체 및 학계전문가	국립대학교 교수	국가에서 상급종합병원에 호스피스 병상을 의무화 하는 강제 규제가 필요함.
	종합병원 원가전문가	원가계산 결과, 정액수가가 부족하지 않은 것으로 나옴.
	호스피스 완화의료학회	호스피스에 대한 인식 개선 없이 수가를 아무리 높여도 실효성이 없음.
	한국환자단체연합회, 환자대표	상급종합병원 입장에서 현 수가는 낮다고 느낄 것이기 때문에, 상급종합병원에서 호스피스병동을 보유할 수 있도록 하는 강제 규정을 만들어 상급종합병원 급성기 병상에 몰려있는 말기 암환자들의 호스피스 이용률을 높여야 함.
	건강세상네트워크, 소비자대표	상급종합병원들은 급성기 병상으로 활용할 수 있는 공간을 수익성이 낮은 완화의료병동으로 이용하고 싶어하지 않음.

4. 나가며

본 연구에서 완화의료 전문기관과 요양병원을 제외한 일반 의료기관을 이용한 환자의 2013년 청구 자료를 분석한 결과, 사망자가 사용한 의료비는 연간 5,747억 원이었고, 마지막 석달 의료비 중 약 61.2%가 마지막 한 달에 사용되었다. 이 비용은 말기 암환자가 급성기 병동에서 불필요한 항암요법으로 사용된 비용으로, 이로 인해 암으로 인한 사회·경제적 비용이 증가하고 있는 실정이다.

지불제도에 차이가 있는 시범사업기관(일당정액제 수가 적용)과 비시범사업기관(행위별 수가 적용)의 급여 진료형태를 살펴본 결과, 행위별수가 적용보다 일당정액제가 적용되는 시범사업기관에서 호스피스 완화의료의 목적에 맞게 자원을 더 효율적으로 사용하고 있었다. 비급여 진료비 분석결과, 선택진료비의 비중은 0.2%로 미미한 반면 상급병실료 비중은 74.8%로

상급병실료 개선과 더불어 가장 큰 부담으로 조사된 간병비의 개선을 통해 환자 및 가족의 부담을 줄일 수 있는 방안 마련이 필요하다. 비의료적 서비스 현황 분석 결과, 현재 51개 기관의 성격(종교기반 여부, 종별, 지역 등)에 따라 완화의료 서비스 시행의 편차가 상당히 존재했다. 지원금으로 이루어지고 있는 비의료적 서비스 중 완화의료의 주요 요소 중 하나인 요법치료서비스의 적절한 수가 개발이 향후 진행된다면, 안정적인 완화의료 서비스의 제공과 질 관리를 기대할 수 있으며, 그때까지는 현재와 같은 지원금제도가 필요하다.

환자의 비급여 지출비용 중 간병비가 큰 부담이 되고 있으나, 간병비는 병원에서 관리하는 항목이 아니어서 조사에서 제외되어 현황 파악을 하지 못한 점이 연구의 제한점이며, 그럼에도 불구하고 본 연구는 다음의 의의가 있다. 첫째, 최근 급여진료비 현황 파악, 전문가 검토를 통해 완화의료 일당정액수가의 적절성 평가의 근거를 제시하였다는 점이다. 둘째, 의료 시범사업 이후 급여기준의 변화, 4대 중증질환의 보장성 확대, 완화의료 시범사업에서 포함되지 않은 비급여 진료비내역 존재 등의 이유로 완화의료 본사업 시행 전에 일당정액수가에 포함되지 않은 비급여 현황을 파악하였다.

완화의료 서비스의 활성화를 위해서는 완화의료 표준모델에 기반한 원가분석을 통해 적정 일당정액수가 개발이 필요하다. 아울러, 완화의료의 제도화를 위해 국민인식 개선과 기관 유인책을 같이 고려해야 한다. 완화의료는 단순히 치료의 중단과 죽음의 공간이 아닌 말기암 환자의 존엄한 마무리를 위해 꼭 필요한 곳이라는 의식의 확대가 필요하다. 의료진에 의한 의학적 판단, 정확한 정보 제공 그리고 의료 전달체계에서 완화医료를 자연적으로 연계할 수 있는 제도적 뒷받침이 있어야 한다. 이런 발전방향에서 본 연구가 우리나라 현실에 적합한 호스피스 완화의료 제도를 정립하는데 도움이 되기를 기대한다. 🌐

참고문헌

-
- 국립암센터. 완화의료 전문기관 자율사업 최종 결과 보고서. 2013.
 국립암센터. 한국 호스피스완화의료 표준 및 규정. 서울; 국립암센터:2003.
 보건복지부. 제20차 건강보험정책심의위원회 회의자료. 2014. 12. 19.
 정주연, 정보영, 정설희. 완화의료 수가 시험사업 의료비용 현황 분석 및 개선방안. 서울: 건강보험심사평가원;2014.
 정주연, 정보영, 정설희. 완화의료 수가 개선을 위한 비급여 조사연구. 서울: 건강보험심사평가원;2014.
 통계청. 2013사망원인통계. 대전; 통계청: 2013.