

완화의료 건강보험 급여 방향



주수영 사무관
보건복지부 보험급여과

1. 들어가며

2015년 7월 15일부터 말기 암 환자의 호스피스완화의료에 대해 건강보험을 적용했다.

우리나라 말기 암 호스피스완화의료가 법제화('03년 「암관리법」 제정)된 지 12년 만에 말기 암 호스피스완화의료에 적합한 건강보험 수가(酬價)가 개발·적용된 것이다. 호스피스완화의료(이하, 호스피스)는 신체적, 정신적, 심리사회적, 영적 등 전인적인 치료와 돌봄을 제공하나, 그간 급성기 치료 중심인 건강보험 수가체계를 적용할 수밖에 없어서 제대로 된 서비스를 제공하기 어려웠고 따라서 호스피스 제도의 활성화를 저해한다는 지적이 지속적으로 있었다.

2. 현황 및 문제점

현재 우리나라 암 환자들이 말기 암 선고를 받고 호스피스를 이용하는 경우는 12.7%¹⁾(13년 기준)에 그치고 있으며, 이용을 하여도 임종에 임박하여 호스피스를 선택하고 있어 환자와 보호자 모두 충분한 호스피스의 혜택을 받지 못하고 있는 실정이다.

1) 해외 말기 암 환자의 호스피스 이용률은 미국이 43%, 대만이 30%이다.

우리나라에서 호스피스가 활성화되지 못한 이유는 크게 2가지가 있을 것이다. 첫째, 그간 호스피스를 사망 선고로 인식하여 호스피스 자체가 터부시 되었던 측면이 있었고, 둘째, 호스피스의 특성을 감안한 건강보험 수가체계가 없어 호스피스 운영 시 적자를 감수해야 되므로 선불리 호스피스를 운영하려고 하지 않았다.

2009년 9월, 건강보험에서 호스피스 특성을 감안하여 일당정액 수가 시범사업을 실시하였다. 호스피스는 의료와 복지가 혼합된 서비스이고 매일 제공되는 서비스 패턴이 유사하여 서비스 하나 하나에 대해 비용을 산정하는 행위별수가 보다 서비스를 포괄적으로 묶어 매일 정해진 금액을 지급하는 일당정액 수가가 적합하였다.

5년 이상 호스피스 일당정액 수가 시범사업을 실시한 결과, 4가지 문제점이 확인되었다.

먼저, 형식은 일당정액 수가체계를 취하였으나, 실제 수가의 수준은 행위별수가의 단순 합에 불과하여 행위별 수가의 제한점을 해결하지 못하고 있었다. 즉, 상담 및 교육, 정서적·영적 간호 등의 활동, 특수시설 사용 등 호스피스 특성이 수가에 전혀 반영되지 못한 것이다.

둘째, 일당정액 수가의 약점인 의료 질 저하의 가능성이 제기되었다. 일당정액, DRG 포괄수가 등 전향적 지불제도(prospective payment)는 과소 서비스에 의한 질 저하가 나타날 수 있다는 것이 단점인데, 호스피스 일당정액 수가 시범사업에서도 통증관리 약제 및 치료재료의 1일 사용량은 비슷하나, 사용금액은 20%정도 감소하여 저가의 약제·치료재료를 사용하는 것으로 추정되었고, 적절한 통증관리를 위한²⁾ 처방 및 1시간내 재평가 비율이 감소하였다. 시범사업 기관이 대부분 종교계 기관임을 감안하면, 향후 민간으로 확대될 때 의료 질 저하 문제는 심각해질 수 있다는 우려가 있었다.

셋째, 환자의 진료비 부담이 크다는 것이었다. 일당정액 수가 외 비급여를 추가로 산정할 수 있어 상급병실료 및 선택진료비를 과도하게 받는 경우가 일부 있었고, 가장 큰 문제는 호스피스 환자는 대부분 간병이 필요하여 가족 간병 또는 사적 간병을 써야한다는 것이었다. 사적 간병의 경우 일당 7~8만원 비용이 들어 환자가 한 달간 입원하면 간병비만 200만원이 넘고, 1~3인실 입원에 따른 상급병실료도 기관에 따라 최대 600만원이 넘기도 하였다.

넷째, 시범사업 5년 간 입원형 호스피스만 추진한 것에 대한 근본적인 문제점이었다. 통상 호스피스라고 하면 가정 호스피스, 입원 호스피스, PCT(Palliative Care Team) 3가지 공급체계를 갖추는데, 우리나라는 가정 호스피스와 PCT제도가 없어 효율적이고 효과적인 호스피스 제공이 어렵다는 주장이 있었다.

2) PRN은 pro re nata의 라틴어로 필요시 그때마다 처방범위내에서 투여가능함을 의미한다.

3. 급여방향

시범사업에서 제기된 문제점들을 보완하여, 입원형 호스피스 수가를 새롭게 설계하여 호스피스전문기관에 대해 당연 적용하였다. 입원형 호스피스 수가의 기본 방향은 크게 2가지로, 환자 부담 감소, 양질의 서비스 지향이다.

환자 부담 감소를 위해, 일당정액 수가체계를 유지하고 1인실 상급병실료 및 유도 목적의 초음파를 제외하고 나머지 비급여는 모두 불허용하였고, 임종, 격리 시에는 1인실을 급여화하였다. 또한, 40시간 호스피스 교육을 받은 요양보호사 1명이 3명의 환자를 간호사 감독 하에 활동보조서비스(간병)를 제공할 경우 간병급여를 받을 수 있게 하였다.

양질의 서비스를 위해서는, 상담실·임종실·목욕실 등 호스피스 특수시설 유지비, 요법 치료 기본비용을 일당정액 수가에 반영하고, 간호사 및 사회복지사 가산 현실화, 고도의 증상 완화 시술·마약성 진통제 등을 별도산정하며, 전인적 돌봄 상담료·임종관리료를 신설하였다.

표 1. 말기 암 호스피스완화의료 입원 일당정액 수가

(단위: 원)

구분	일당정액 수가		가산				
	기본	보조활동 포함	간호사		사회복지사		
			1등급	2등급	1등급	2등급	
상급 종합 병원	5인실	233,770	313,770	18,300	9,150	9,260	7,720
	2~4인실	285,100	365,100	28,570	14,280	9,260	7,720
	임종실·격리실	348,270	428,270	41,200	20,600	9,260	7,720
종합 병원	5인실	228,930	308,930	18,540	9,270	7,020	5,850
	2~4인실	280,990	360,990	28,950	14,480	7,020	5,850
	임종실·격리실	345,060	425,060	41,770	20,880	7,020	5,850
병원	5인실	162,450	242,450	16,390	8,200	7,020	5,850
	2~4인실	208,050	288,050	25,510	12,760	7,020	5,850
	임종실·격리실	264,180	344,180	36,740	18,370	7,020	5,850
의원	5인실	153,110	233,110	13,690	6,840	7,020	5,850
	2~4인실	190,590	270,590	21,180	10,590	7,020	5,850
	1인실·임종실·격리실	236,730	316,730	30,410	15,210	7,020	5,850

주 1. 간호사 가산: 환자 수 대 간호사 수의 비 1:1이하이면 1등급, 1:1초과~1:1.5이하이면 2등급

2. 사회복지사 가산: 전담 사회복지사가 있으면서, 12:1 이하이면 1등급, 12:1 초과이면 2등급

3. 법적기준: 간호사 1:2 (duty 1:9.6), 사회복지사는 해당기관에 상근(타 업무 겸직 가능)

표 2. 일당정액 수가 외 별도 산정

(단위: 원)

구분	내용	비고	
급 여	투석	(제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료) 혈액투석료·혈액투석액, 계속적복막관류술 교환료·복막투석액	만성신부전 투석 치료 환자에 한함
	수혈(혈액제제)	(제1편 제2부 제16장 전혈 및 혈액성분제제료) 전혈 및 혈액성분제제, 체외조사	혈액암(C81~C96, D45~D47) 환자에 한함
	완화목적의 방사선치료	(제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료) 4절 방사선치료료 (뇌·체부 정위적 방사선수술 등 제외)	
	경피적배액술	(제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료) 경피적 튜브배액술 등 5개 행위 및 일부치료재료	
	경피적 위·장·신루술	(제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료) 경피적 위루술 등 6개 행위 및 일부 치료재료	
	경피적, 내시경하, 방사선하 확장술	(제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료) 내시경적 상부소화관확장술 등 20개 행위 및 일부 치료재료	
	신경차단술, 신경파괴술	(제1편 제2부 제6장 마취료) 3절 신경차단술료, 4절 신경파괴술료	
	마약성 진통제	(약효분류번호) 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890 마약성 진통제	
	상담료(신설)	초회, 제2회부터(주 1회) 상담료	92,760원, 62,460원
	임종관리료(신설)	임종관리료(1회)	69,340원
식대	제1편 제2부 제17장 입원환자 식대	50% 본인부담	
이송처치료	「응급의료에 관한 법률」에 따라 요양기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우	100/100 본인부담	
비 급 여	1인실 상급병실료(의원 제외)		비급여
	유도목적의 초음파 검사		

이를 통해, 말기 암 환자가 입원하여 호스피스를 받을 경우, 일당 약 18,000~23,000원(총 진료비 280,000~370,000원/일, 간병급여 포함)의 환자부담이 발생한다.

간병급여는 제도 초기에는 기관의 선택사항이므로 환자들은 호스피스 이용 전에 해당 기관의 간병서비스 제공 여부를 꼭 확인해야 한다. 말기 암 환자는 대부분 밀접한 간병이 필수적인 상황으로 사적 간병인의 경우 환자·보호자와 사적 계약으로 특별한 관리 없이 24시간 병실에서 숙식하면서 환자를 돌보았다면, 호스피스 전문 간병 급여는 전문 요양보호사가 3교대(8시간) 등 적정 근무로 간호사 지도·감독 하에 환자 3명의 위생, 식사, 이동 등 환자의 일상 생활을 보조하면서 의사·간호사와 체계적이고 면밀하게 연계되며, 환자부담은 1일 4,000

원(총 간병급여비 8만원/일)이다. 다만, 제도 초기에는 간병서비스 제공은 기관의 선택사항이므로 호스피스 이용 전에 해당 기관의 간병서비스 제공 여부를 꼭 확인해야 한다. 간병급여에 대한 수요는 계속 증가하고 있으므로 호스피스전문기관에서 전문 간병(보조활동) 서비스가 보편화될 수 있도록 정책적으로 계속 지원해 나아갈 것이다.

4. 나가며

입원형 일당정액 수가 적용 이후, 가정 호스피스 및 PCT도 건강보험 적용을 준비해야 할 것이고, 호스피스 서비스가 일정 수준 이상으로 운영될 수 있도록 체계적인 서비스 질 평가와 상시적인 모니터링이 필요할 것이다.

인간은 누구나 죽는다. 태어나는 것은 준비할 수 없지만 임종은 준비할 수 있다. 말기 암 환자가 무의미한 연명치료 보다는 호스피스·완화의료를 선택하여 잘 준비된 임종을 맞이할 수 있어야 하겠다. 우리나라 호스피스·완화의료 제도는 건강보험이 적용된 지금부터 시작이라는 초심을 가지고 정부와 민간 모두 지속적인 관심과 노력이 필요할 것이다. 🌐