

완화의료 건강보험 수가 시범사업 운영 및 평가



김정희 부연구위원
건강보험심사평가원 연구조정실

1. 들어가며

보건복지부는 2015년 7월 15일부터 말기 암 환자와 가족의 삶의 질 향상을 위해 완화의료를 대상으로 건강보험수가를 적용하기 시작하였다. 완화의료 건강보험적용 전까지는 완화의료 서비스에 대한 별도의 수가는 없었지만 의료기관에서 완화의료 서비스를 제공할 경우 의료적 서비스에 대해서는 행위별 수가 방식에 따라 보상받을 수 있었다. 하지만 인력투입 수준이 높고 현행 행위별 수가에서 충분히 보상되지 않거나 보상받지 못하는 서비스가 존재하였다.¹⁾ 상담 및 교육, 정서적·영적 간호 등의 활동이나 별도의 가족실, 상담실 등의 완화의료 서비스에 필요한 기관의 구조나 특성이 수가에 반영되지 않고 있었다(이건세 등, 2008). 이로 인해 완화의료 기관 확대를 위해서는 별도의 수가를 마련하는 것이 중요한 과제였다.

완화의료 제도 도입 및 활성화를 위해 별도의 수가를 마련하고자 2008년 수가개발에 대한 연구를 실시하였다. 이를 토대로 말기 암환자 전문의료기관을 대상으로 2009년 12월부터 2011년 10월까지 1차 시범사업을 실시하였고, 2011년 11월부터 2015년 7월 14일까

1) 일반 병동보다 간호인력 수준이 높고, 서비스 제공인력(의사, 간호사, 사회복지사 등) 환자에 대한 직접서비스 제공 시간이 많고, 행위별 수가로 보상받지 못하는 상담 및 교육이 많이 있다.

지 2차 시범사업 실시하였다(이건세 등, 2008; 건강보험심사평가원, 2009; 건강보험심사평가원, 2011). 암관리법에 따라 치료효과를 기대하기 어렵고 수개월 내에 사망할 것으로 담당주치의가 인정하는 말기암환자가 신청절차를 거쳐 시범사업 완화의료전문기관에 입원하여 완화의료서비스를 제공받는 경우 완화의료 시범사업 건강보험수가를 적용하는 모형이었다.

본 원고에서는 완화의료 1, 2차 시범사업 수가 설계와 시범사업 평가결과를 간략하게 살펴보고 시범사업 결과를 통해 나타난 시사점을 제시하고자 한다.

2. 시범사업 수가 개발 및 내용

완화의료 시범사업 수가는 의료기관의 참여와 새로운 수가의 수용성을 높이기 위해 다음 2가지 원칙을 가지고 개발되었다.

첫째, 새로운 완화의료 제공기관의 참여를 유도할 수 있는 수가 수준을 마련하는 것이었다. 즉 완화의료 서비스에 필요한 적정 인력, 시설, 장비 기준에 상응하는 수가 수준을 마련하는 것이었다. 그리고 건강보험 재정 절감을 고려하여 완화의료 수가수준은 현재 행위별 수가 기준의 완화의료병동 일당 정액 수가보다는 높고, 일반병동의 말기 암환자 수가보다는 낮은 수준에서 산정하는 것으로 하였다.

둘째, 새로운 수가의 안정적 도입을 위해 종합병원급이상 완화의료기관이 지속적으로 참여할 수 있는 수가를 마련하는 것이었다. 바람직한 완화의료전달체계는 가정 호스피스를 기본으로 하고 필요시 단기입원을 하는 것이다. 하지만 말기 암 환자의 완화의료는 종합병원급 이상 입원 중심으로 제공되고 있었다. 종합병원급이상의 완화의료 공급 현황 및 국민(환자)의 완화의료서비스에 대한 부정적인 인식 등을 고려하여 단기적으로 종합병원이상 중심으로 서비스를 제공하고자 하였다.

가. 제공형태 : 병동형

완화의료서비스 제공 형태는 크게 3가지로, i) 별도의 완화의료병동에 입원하는 방법(병동형), ii) 일반 병동에 입원해서 완화케어팀의 서비스를 받는 방법(완화의료팀), iii) 가정에서 완화의료서비스를 받는 것이다. 이 가운데 수가개발은 별도의 완화의료병동을 운영하는 형태에 국한하여 개발하였다.

나. 수가형태 : 의료기관 종별 일당 정액

수가형태는 앞서 언급한 바와 같이 행위별 수가로 충분한 보상이 이루어지지 않아 일당 정액형태로 개발하였다. 즉 완화의료 서비스 대상 환자는 일반 환자와 달리 서비스 제공자들이 환자 및 가족에 대한 상담 등 환자에게 직접 제공하는 서비스 시간이 많다. 뿐만 아니라 일반 환자에 비해 행위별 수가로 개별 보상되는 항목이 적고, 고도의 의료서비스 보다는 환자의 통증완화 및 심리적 안정을 제공하는 것이 중요하다. 그리고 외국(미국, 일본, 대만 등)의 경우 완화의료 입원에 대해 일당 정액으로 보상을 하고 있다.

시범사업 수가는 의료기관 종별로 다른 일당 정액을 설계하였다. 완화의료 시범사업 도입 당시 단기적 목표는 현재 대부분 종합병원급 이상에 있는 말기 암환자를 흡수하여 완화의료병동으로 흡수하는데 초점을 두었다. 이는 말기 암 환자들의 완화의료 선택에 대한 심리적 부담을 줄여주고 통증 및 증상관리를 통해 지역사회로 가서 치료를 받을 수 있도록 연결시켜주는 고리로 종합병원급이상 완화의료병동 운영이 가능한 수가를 고려하였기 때문이다.

다. 수가 수준

행위별 수가 방식이 완화의료 서비스를 제공하기에 충분하지 않아 일당 정액이라는 별도의 수가를 설계하였다. 하지만 1차 시범사업 수가는 수가형태를 일당 정액으로 설계하는데 초점을 두고 수가 수준은 보수적으로 산정하였다. 즉 완화의료 병동의 행위별 수가의 평균을 일당 정액 수가로 산정하였고 완화의료병동 인력(간호인력) 및 시설(5인실)기준에 준하는 입원료 상승분을 반영하였다. 완화의료 상담이나 특수 시설(상담실, 가족실 등) 등에 대한 부분은 반영하지 못하였다. 2차 시범사업수가는 서비스 제공수준이 유사한 종합병원급 이상과 병원급 이하로 구분하고, 지역의 완화의료병상 확대를 위해 병·의원급의 수가를 행위별 수가 수준대비 30%를 인상하였다.

라. 시범사업 수가

1차 시범사업 수가는 7개 완화의료 전문기관을 대상으로 2009년 12월부터 2011년 8월 까지 실시하였고, 2차 시범사업 수가는 11개 완화의료전문기관을 대상으로 2011년 9월부터 2015년 7월까지 실시하였다. 완화의료 병동 시범사업 수가는 <표 1>과 같다.

1차 시범사업 수가는 요양기관 종별(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원) 기본 입원일당

정액수가로, 간호사 인력확보수준과 사회복지사의 전담여부에 따라 가산하도록 하였다. 전액본인부담 항목과 기존 비급여(병실차액, 선택진료료 등), 식대 등은 일당정액에서 제외하였다. 그리고 종합병원이상의 정액수는 입원일수 체감제를 적용하여 입원 16일째부터 일당정액수가의 50%를 체감 적용하도록 하였다. 2차 시범사업은 2단계(종합병원급이상, 병원급이하) 일당정액수가로, 입원일수 체감제 적용은 16일~30일은 10%, 31일 이상은 15%를 체감하였다.

표 1. 완화의료 시범사업 수가 비교

구분		1차	2차
기간		'09.12.28~'11.8.31(1년 6개월)	'11.9.1~15.7.14(3년 11개월)
수가	입원일당 정액수가		
	기본	(2009년 기준) 상급종합 161,820원 종합 131,250원 병원 79,300원 의원 73,500원	(2011년 기준) 상급종합/종합 175,980원 병원 / 의원 113,580원
	체감제	종합병원이상에서 입원 16일째부터 일당정액의 50%	종별에 상관없이 입원 16일 ~30일째 부터 입원료의 10%, 31일부터 15%
	가산	간호사 인력확보수준 및 사회복지사 전담에 따른 가산	
	제외	100/100항목, 비급여(병실차액, 선택진료료 등), 식대	
기관		완화의료전문기관 중 시범사업 신청기관을 보건복지부가 선정	
		8개 기관 ²⁾	13개 기관 ³⁾

3. 시범사업 평가 주요 결과

완화의료 시범사업의 목적은 완화의료 일당 정액수가 변화로 인해 기관의 수익성이 어느 정도 보상되는지(수가수준의 적정성), 그리고 행위별 수가에서 일당 정액이라는 포괄형태로 지불제도가 변화함으로써 나타나는 문제점은 없는지(서비스 제공 행태 등) 등을 보기 위한 목적이 가장 크다고 볼 수 있다.

시범사업의 주요 평가 내용은 크게 2가지로, 첫째 일당 정액수가 도입으로 완화의료 서비

2) (상급종합) 서울성모병원, 가천의대길병원, (종합병원) 국민건강보험공단일산병원, 대전성모병원, 부산성모, (병원) 샘물호스피스병원, 서울특별시서북병원, (의원) 전진상의원

3) (상급종합) 서울성모병원, 가천의대길병원, (종합병원) 국민건강보험공단일산병원, 부산성모병원, 성빈센트병원, 창원 파티마병원, 홍성의료원 (병원) 샘물호스피스병원, 남평미래병원, 엠마오사랑병원, (의원) 전진상의원, 갈바리의원, 모현센터의원

스 활성화(서비스 공급 및 수요 증가)에 기여할 수 있는가를 보고자 하였다. 이를 위해 공급자 측면에서는 완화의료 일당 정액 수가 적정성을 살펴보고, 환자 측면에서는 완화의료기관의 환자 만족도 등을 조사하였다. 둘째, 지불제도 변화로 인한 서비스 제공 측면을 평가하기 위해 서비스 제공 수준 및 의료의 질 변화 등을 평가하였다. 시범사업 평가는 일당 정액 시범사업에 참여하지 않은 완화의료기관을 대상으로 종별, 인력 수준 등을 고려하여 대조군 시범사업 평가 주요 목적을 지불형태 변화로 인한 문제점을 파악하는데 두어 대조군⁴⁾을 선정하여 실시하였고, 시범사업 효과는 시범사업 전·후의 이중차이(difference-in-difference)를 통해 보았다.

표 2. 2차 시범사업 효과 측정

구분		전	후	차이 (difference)	이중차이 (difference in difference)
시범 사업 기관	1차 참여	T _{1B}	T _{1A}	T _{1A} - T _{1B}	①2차 시범사업의 효과 =(T _{2A} - T _{2B}) - (C _A - C _B) ②1차에서 2차로 변화된 지불제도의 효과 =(T _{1A} - T _{1B}) - (C _A - C _B)
	1차 미참여	T _{2B}	T _{2A}	T _{2A} - T _{2B}	
미참여기관		C _B	C _A	C _A - C _B	

1, 2차 시범사업 평가의 주요 결과는 다음과 같다(김정희 등, 2011 ; 김정희 등, 2012).

가. 수가 적정성

행위별 수가⁵⁾ 대비 일당 정액 수가 보상률(일당 정액 진료비/행위별수가 일당진료비×100)은 1차 시범사업의 경우 106.8%에서 2차 시범사업에서 150.4%로 향상되었다. 2차 시범사업의 병원급 이하 수가 인상과 종합병원급 이상 입원료 체감제(표 1 참조) 개선으로 인한 것으로 나타났다. 원가 기준 일당 정액 수가 보상률은 1차 시범사업평가에서는 53.9%~73.1%였으나 2차 시범사업 평가에서는 74.3%~85.6%로 나타났다. 현재 건강보험 수가 평균 보상률 89.9%(신영석 등, 2012)보다 낮은 수준으로 2차 시범사업 수가 수준이 여전히 새로운 기관의 유입을 기대하기에는 부족한 수준이었다. 즉 일당 정액수가는 시범사업기관의 경우 실제 제공한 서비스를 행위별로 계산한 비용 대비 낮지 않은 수가이나 원가 대비 보상률이 충분치 않아 신규 기관의 참여 유인이 부족한 것으로 나타났다.

4) 시범사업 평가 주요 목적을 지불형태 변화로 인한 문제점을 파악하는데 두어 대조군을 완화의료 전문의료기관 가운데 시범사업을 참여하지 않은 기관으로 하였다.

5) 시범사업의 경우 일당 정액 청구자료와 별도로 행위별 수가 기준 진료내역을 함께 제출하였다.

표 3. 1,2차 시범사업 수가의 원가보상률

1차 시범사업				2차 시범사업			
종별	종별 원가 (2010년)	일당 정액 수가 (2010년)	원가보상률 (%)	종별	종별 원가 (2010년)	일당 정액 수가 (2012년)	원가보상률 (%)
상급종합	239,487	161,820	67.6	상급종합	239,487	177,970	74.3
종합병원	217,381	131,250	60.4	종합병원	217,381	177,970	81.9
병 원	147,125	79,300	53.9	병 원	147,125	115,140	78.3
의 원	100,479~135,730	73,500	54.2~73.1	의 원	100,479~135,730	116,200	85.6~115.6

나. 서비스 제공수준 및 행태

1) 서비스 제공량

시범사업 참여기관과 미참여기관의 행위별 수가 기준 일당 정액수가로 서비스 제공수준을 비교하였다. 1차 시범사업 평가에서는 시범사업 전보다 서비스 제공량(행위별 수가 기준 일당 금액)이 모두 증가하였으나, 2차 시범사업 평가에서 시범사업기관은 시범사업 전보다 서비스 제공량이 감소한 것으로 나타났다. 즉 2차 시범사업 전 대비 1·2차 계속 참여기관의 경우 3.8% 증가하였고, 2차 신규참여기관의 경우 21.1% 감소하였고, 미참여기관은 5.7% 증가하였다(미참여기관 대비 1·2차 계속 참여기관은 1.9%p감소, 2차 신규참여기관은 26.8%p 감소).

그리고 특수영상진단(CT, MRI, PET)은 1·2차 계속 참여기관은 2차 시범사업 전 대비 14.1% 감소하였고, 2차 신규참여기관은 74.7% 감소하였다. 반면에 미참여기관은 특수영상진단 서비스 제공량이 3.7% 증가하였다.

원화의료 시범사업기관의 경우 서비스 제공량은 감소하였으나 말기 암환자에게 불필요하게 제공되고 있다고 보고되는(이건세 등, 2008) 진단관련 서비스가 주로 감소하였다.

표 4. 1,2차 시범사업 전후 서비스 제공량 변화

구분	1차 시범사업	2차 시범사업
행위별 수가 기준 일당 진료비	<ul style="list-style-type: none"> 1차 시범사업 전 대비 후 - 시범사업기관 : 2.7% 증가 - 미참여기관 : 12.6% 증가 	<ul style="list-style-type: none"> 2차 시범사업 전 대비 후 - 1·2차 계속 참여기관 : 3.8% 증가 - 2차 신규참여기관 : 21.1% 감소 - 미참여기관 : 5.7% 증가
진료 항목 일당 진료비	<ul style="list-style-type: none"> 시범사업 기관의 경우 • CT, MRI, PET 특수영상진단 : 69.8% 감소 • 영상진단 및 방사선치료 43.6% 감소 	<ul style="list-style-type: none"> • 특수영상진단(CT, MRI, PET) - 1·2차 계속 참여기관 14.1% 감소 - 2차 신규참여기관은 74.7% 감소 • 영상진단 및 방사선치료 - 1·2차 계속 참여기관 3.3% 감소 - 2차 신규참여기관 36.6% 감소

2) 통증관리 - 마약성진통제

말기 암환자의 중요한 증상 중의 하나인 통증에 대한 서비스 제공을 평가하기 위해 마약성 진통제 사용량과 금액을 살펴보았다. 1차 시범사업 평가에서는 입원 일당 평균 마약성진통제 사용금액이 시범사업 전 대비 모두 증가한 것으로 나타났으나, 2차 시범사업 평가에서는 시범사업참여기관의 사용금액이 감소한 것으로 나타났다.

그리고 입원 1일당 사용금액 및 사용량(mg/day)을 분석한 결과 1일 사용금액은 1·2차 계속 참여기관은 17.3% 감소(미참여기관 대비 30.3%p 감소), 2차 신규참여기관은 19.7% 감소(미참여기관 대비 32.8%p 감소), 미참여기관 13.0% 증가하였다. 마약성진통제 사용량(mg/day)은 1·2차 계속 참여기관 0.5% 증가(미참여기관 대비 14.8%p 증가), 2차 신규 참여기관 18.6% 감소(미참여기관 대비 4.3%p 감소), 미참여기관은 14.3% 감소하였다. 2차 시범사업의 경우 마약성 진통제 사용금액이 감소하였으나 진통제 사용량 자체는 증가하거나 크게 감소하지 않았다. 이는 일당 정액 지불제도 변화로 인해 가격이 낮은 진통제 사용으로 전환된 것으로 보였다.

표 5. 1,2차 시범사업 전후 마약성 진통제 사용 변화

구분	1차 시범사업	2차 시범사업
일당 평균 금액	- 시범사업기관 22.8% 증가 (미참여기관 대비 4.4%p 증가) - 미참여기관 18.4% 증가	- 1·2차 계속 참여기관 17.3% 감소 (미참여기관 대비 30.3%p 감소) - 2차 신규참여기관은 19.7% 감소 (미참여기관 대비 32.8%p 감소) - 미참여기관 13.0% 증가
1일당 마약성진통제 사용량(mg/day)	-	- 1·2차 계속 참여기관 0.5% 증가 (미참여기관 대비 14.8%p 증가) - 2차 신규참여기관 18.6% 감소 (미참여기관 대비 4.3%p 감소) - 미참여기관은 14.3% 감소
입원환자 PRN ⁶⁾ 처방률	-	- 1·2차 계속 참여기관 7.0% 감소 - 2차 신규참여기관 10.8% 감소 - 미참여기관은 0.63% 증가

6) PRN은 pro re nata의 라틴어로 필요시 그때마다 처방범위내에서 투여기능을 의미한다. 통증관리를 적절히 하기 위해선 필요시 처방(PRN)이 중요하다.

3) 진료과정 - 입원시 포괄적 평가

입원시 의료진 및 사회복지사의 상담을 통한 통증 및 증상 등에 대한 포괄적 평가는 1·2차 계속 참여기관의 경우 시범사업 실시이후 미참여기관 대비 증가한 반면, 2차 참여기관의 경우 환자의 사회력 및 가족병력, 경제문제 등에 대한 평가가 감소한 것으로 나타났다.

시범사업기관의 경우 치료서비스 제공을 위한 특수영상장비 진단 등 불필요한 확인 검사가 감소되고 마약성 진통제 사용량은 크게 감소하지 않으나 PRN처방이나 1시간이내 재평가 및 입원시 포괄적 평가실시가 감소한 것으로 나타났다.

입원시 포괄적 평가는 전반적으로 평가가 감소하는 경향을 보여, 본 사업 시행 시 포괄적 평가에 대한 모니터링이 중요함을 알 수 있다.

표 6. 1,2차 시범사업 전후 입원시 포괄적 평가

1차 시범사업	2차 시범사업
<ul style="list-style-type: none"> ·미참여기관 대비 사회적 평가 상담은 7.8% 증가, 환자의 영적 요구파악은 6.6% 증가, 임종교육과 사별 가족 돌봄에 대한 관리계획은 48.6% 감소, 10.4% 감소 	<ul style="list-style-type: none"> ·입원시 포괄적 평가 (심리상태, 영적, 환자사회력, 경제문제, 가족사항 등) <ul style="list-style-type: none"> - 1·2차 계속 참여기관 : 모든 평가에서 증가 - 2차 신규참여기관 : 모두 감소하였으나 특히 환자 사회력 평가가 21.5% 감소 - 미참여기관 : 가족사항 등 외에 모두 감소 (0.6%~8.8%)

다. 시범사업 만족도

시범사업 기관의 의사, 간호사, 사회복지사 대상으로 완화의료 수가 시범사업에 대한 만족도를 조사한 결과 각각 71.0%, 38.0%, 33.3%가 불만족하는 것으로 나타났다. 시범사업 문제점으로는 불충분한 수가보상이 49.0%, 진료행위의 제약이 34.1%, 환자입장에서 기존 행위별 수가에 비해 큰 차이가 없음이 9.3%로 나타났다. 완화의료 수가 시범사업이 진료의 질에 미친 영향을 조사한 결과 시범사업이후 항생제 및 임상병리 및 진단방사선 검사가 감소하였다고 응답한 비율이 의사, 간호사 모두에서 높게 나타났다. 시범사업 이후 환자 및 보호자의 불만사항으로는 퇴원시기에 대한 갈등이 44.3%로 가장 높았고 진료 제공량에 대한 불만이 18.8%로 나타났다.

표 7. 1,2차 시범사업 만족도

구분	1차 시범사업	2차 시범사업
의료기관	<ul style="list-style-type: none"> • 시범사업 만족도 <ul style="list-style-type: none"> - 의사, 간호사, 사회복지사 각각 62.5%, 67.9%, 28.6%가 불만족 • 시범사업 문제점 <ul style="list-style-type: none"> - 불충분한 수가보상이 47.6%, 16일째 퇴원에 대한 압박감이 38.1%, 진료행위의 제약이 12.9%의 순서였음 	<ul style="list-style-type: none"> • 시범사업 만족도 <ul style="list-style-type: none"> - 의사, 간호사, 사회복지사 각각 71.0%, 38.0%, 33.3%가 불만족 • 시범사업 문제점 <ul style="list-style-type: none"> - 불충분한 수가보상이 49.0%, 진료행위의 제약이 34.1%, 환자입장에서 기존행위별 수가에 비해 큰 차이가 없음이 9.3%
환자및 가족	<ul style="list-style-type: none"> • 사별가족 만족도 조사에서 매우 만족한다고 응답한 비율은 27.3%, 만족한다 이상의 비율은 71.2% 	<ul style="list-style-type: none"> • 전반적인 만족도가 매우 그렇다인 경우가 시범사업기관은 62.9%, 미참여기관은 53.1%

라. 재정에 미치는 효과

완화의료 일당 정액 수가는 행위별 수가수준보다 인상되었기 때문에 시범사업으로 인한 건강보험재정은 연간 1차 4.9억, 2차 12.8억이 추가로 소요되었다.

2011년 암 사망자를 대상으로 완화의료이용에 따른 사망1개월 전 입원 1일당 진료비는 일반의료병동 이용자의 경우 입원 1일당 279,723원, 완화의료병동은 195,187원으로 84,536원 차이가 났다. 2006년 이후 완화의료이용에 따른 일당 진료비 차이가 커지고 있으며, 입원의 36.9%를 차지하는 상급종합병원의 경우는 각각 401,987천원, 254,518원으로 147,469원 차이가 발생하였다. 완화의료전문기관을 이용하는 말기 암환자가 많아질수록 재정절감효과는 클 것이다. 그러므로 말기 암환자의 완화의료 이용률을 제고하고 충분한 공급병상 제공을 위해 완화의료 활성화가 이루어져야 할 것이다.

표 8. 사망 1개월 전 입원 1일당 진료비(원)

	2006년		2009년 하반기		2011년 하반기	
	일반	완화의료	일반	완화의료	일반	완화의료
상급종합	291,898	229,265	401,085	231,630	401,987.3	254,517.7
종합병원	171,137	128,981	229,022	168,760	244,566.6	176,244.7
병원	95,733	84,617	115,423	93,590	111,872.5	124,668.4
요양병원	77,307	91,283	68,087	63,838	78,230.5	63,887.9
의원	63,091	54,644	67,690	89,226	72,835.8	104,126.8
계	187,298	132,904	218,707	158,564	279,723	195,187

4. 나가며

완화의료 서비스 활성화를 위해 별도의 수가를 개발하여 시범사업을 실시하였다. 시범사업 운영 및 평가를 실시한 결과 수가 수준이 낮아서 새로운 완화의료 기관의 참여를 기대하기는 어려운 것으로 나타났다. 현재 정액수가에 완화의료 특수 시설(상담실, 가족실 등), 상담, 음악·미술 등 정서적 요법치료, 자원봉사자·성직자 등의 비용은 감안되지 않은 상태였다. 그리고 보수적으로 산출한 완화의료 병동 일당 원가와 비교할 경우에도 부족한 것으로 나타났다.

서비스 질적 수준은 말기 암환자에게 가장 중요한 서비스인 통증 관리, 영적 상담 등이 일당 정액에 포함되어 있어 과소제공 가능성이 일부 나타났다. 시범사업 기관의 경우, 통증관리 약제 및 치료재료의 1일 사용량은 비슷하나, 사용금액은 20%정도 감소한 것으로 나타났다. 적절한 통증관리를 위한 PRN 처방 및 재평가비율이 감소하였다.

시범사업 평가와 별개로 복지부 및 관련 학회, 완화의료기관의 의견을 수렴한 결과 완화의료 이용을 활성화하기 위하여 환자 부담을 낮출 필요가 있다고 하였다. 완화의료로 선택한 암 환자는 항암치료를 포기하면서 건강보험재정 절감 등의 효과를 가져오는 만큼 추가적인 보상책 제공을 검토할 필요가 있었다. 암환자는 건강보험 급여 본인부담률은 5%(산정특례)로, 완화의료전문기관(병동)으로 가려는 재정적 동기는 크지 않은 상황이었다. 가족간병 또는 간병인 고용 없이는 사실상 완화의료 병동 입원 불가능한 상황이고, 국외의 경우 완화의료 병상은 대부분 1인실로 운영되는 등 적극적인 검토가 필요한 것으로 나타났다.

그리고 추가적인 제도 개선도 적극적으로 이루어져야 할 것이다. 현행 시범사업은 의료기관 병동형 입원에만 운영되어 완화의료 활성화를 위해 협진형(완화케어팀), 가정형 등 다양한 모형이 필요하다. 완화의료 환자의 삶의 질을 향상시키고 완화의료 서비스를 제대로 도입하기 위해서는 병동형 뿐만 아니라 다양한 서비스 형태가 제공되어야 한다.

2015년 7월부터 시행한 완화의료 병동 수가는 1, 2차 시범사업 평가를 통하여 나타난 문제점을 보완하여 실시하였다. 가장 큰 변화는 일당 정액제로 인한 문제점을 최소화하기 위해 마약성진통제, 상담, 임종관리 등에 대해 별도 보상을 받을 수 있도록 하였고 병실차액 및 간병에 대해 건강보험을 적용하였다.

2015년 하반기에 계획하고 있는 가정 호스피스 시범사업과 완화의료팀에 대한 제도가 함께 추진될 경우 다양한 완화의료 제공형태를 갖추게 될 것이다. 🌐

참고문헌

- 건강보험심사평가원. 완화의료 건강보험수가 시범사업 지침. 2009.
- 건강보험심사평가원. 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 지침. 2011.
- 김정희, 신지연, 박영신, 주지수. 완화의료 2차 시범사업 평가 연구. 서울 : 건강보험심사평가원 ; 2012.
- 김정희, 주지수, 김지민, 윤안나, 박미숙, 김현정 등. 완화의료 수가 제도화(완화의료 수가 시범사업)에 따른 완화의료 활성화 방안 및 바람직한 완화의료기관 모형 개발. 서울: 건강보험심사평가원; 2011. 암정복추진기획단 연구비 지원.
- 신영석 외. 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사. 건강보험심사평가원. 한국보건사회연구원. 2012.
- 이건세, 김정희, 주지수, 김선민, 박진화, 김미옥 등. 호스피스 수가체계 연구 - 수가 및 평가체계 개발 및 시범사업설계. 서울: 건강보험심사평가원; 2008. 암정복추진기획단 연구비 지원.