

미국 호스피스 제도의 성과 평가 및 그 시사점 : MedPAC 보고서를 중심으로



진다빈 주임연구원
건강보험심사평가원 급여정책연구팀

1. 들어가며

오늘날 삶의 질에 대한 관심이 증가하면서, 삶을 마무리하는 순간에도 존엄하게 생을 마감하고 싶어하는 ‘웰다잉(well-dying)’을 추구하는 환자들의 수 또한 증가하고 있다. 그로 인해 미국에서는 호스피스 이용이 메디케어(Medicare) 환자들 사이에서 지속적으로 증가하고 있는 추세이며, 총 비용의 규모는 2000년 \$29억에서 2014년을 기준으로 \$151억까지 약 5배나 증가하였다(MedPAC, 2016). 또한 계속되고 있는 인구 고령화 현상으로 환자 규모 자체 역시 증가하고 있다. 미국에서 호스피스 급여가 시작된 것은 1983년으로 2015년에야 입원형 호스피스 본 사업이 실시된 우리나라보다 32년이나 앞섰으며, 일찍 서비스가 시행된 만큼 제도의 성과 평가가 여럿 실시되었다. 대표적으로 이를 실시한 기관에는 호스피스완화의료협회(National Hospice and Palliative Care Organization)와 MedPAC(Medicare Payment Advisory Commission)이 있다. 호스피스완화의료협회는 주로 호스피스 기관에서 제공하는 서비스의 질에 대한 측정을 통해 성과 평가를 실시한다. 호스피스완화의료협회에서 현재 측정하고 있는 환자 성과(patient outcomes) 지표에는 최초 평가 이후 48시간 이내의 고통 완화 정도, 원치 않는 입원 및 심폐소생술 시행이 포함된다. 그 밖에는 호스피스 케어에 대한 환자 가족의 만족도, 사별관리(bereavement services)에

대한 환자 가족의 만족도 측정 등이 이루어진다. MedPAC은 메디케어 서비스 및 의료공급자에 대한 보험 지불에 대한 의회 자문기관으로, 매년 메디케어 개선을 위한 권장사항에 대한 보고서를 작성하여 의회에 제출하는데, 보고서에는 호스피스에 대한 지불의 적정성에 대한 평가 내용 또한 포함된다.

이에 본고에서는 먼저 미국 호스피스 제도 수가에 대해 소개하고, MedPAC의 최신 호스피스 성과 평가 보고서를 통해 미국의 호스피스 제도 시행의 성과를 파악하고, 발견된 문제점에 대해 살펴보고자 한다. 그리고 더 나아가 미국 호스피스 제도 성과 평가가 우리나라에 미치는 시사점에 대해 간략히 제시하고자 한다.

2. 미국 호스피스 수가 개요¹⁾

가. 호스피스 등록²⁾

메디케어 호스피스 서비스를 받기 위해서는 우선 호스피스 기관이 참여 조건(Condition of Participation, CoP) 평가³⁾등의 필요조건을 충족하는 인증된 기관이어야 한다. 그리고 환자 개인은 Medicare Part A(입원서비스 보장)의 자격을 갖추고 있어야 하며, 말기 환자임이 증명되어야 한다. 말기 환자의 기준은 정상적으로 질환이 진행될 경우 기대수명이 6개월 이하일 것으로 예상되는 환자로 의사에 의해 그것이 증명되어야 한다⁴⁾. 증명을 위해서는 환자의 증명(certification)과 재증명(recertification)이 이루어져야 한다. 환자의 증명 및 재증명은 호스피스의 메디컬 디렉터(medical director) 또는 IDG(interdisciplinary group) 소속 의사, 그리고 주치의⁵⁾가 있을 경우, 주치의의 구두 또는 서면 인증을 획득하여야 하며, 환자의 최초 호스피스 서비스 증명 및 재증명은 늦어도 서비스 시작 후 역일(calendar day) 기준 2일까지(서비스 제공 3일째까지) 제공되어야 한다. 질환에 따른 세부기준은 암, 비암 환자에 따라 다르며, 그 대표적 지표로는 환자의 보행, 섭취, 활동 가능 여부 등에 따라 환자의 상태를 구분한 PPS(Palliative Performance Scale) 등이 있다.

1) CMS. Medicare Benefit Policy Manual. 2015.

2) Ross et al. Hospice eligibility card. 2008.

3) 미국 연방규정집(Code of Federal Regulations, CFR) 중 42 CFR part 418에서는 CoP의 기준 및 호스피스의 등록 등에 대해 상세히 명시하고 있다.

4) 미국 사회보장법 Section 1814(a)(7)에서는 호스피스 메디컬 디렉터 또는 IDG의 의사, 그리고 개인의 주치의 등에 의한 환자 개인의 질환의 정상적인 진행을 가정한 임상적 판단 기반의 말기 질환의 증명에 대해 명시하고 있다.

5) 주치의란 주에 의해 법적으로 투약 또는 수술이 인가된 의학 박사 또는 정골요법 박사, 임상간호사 중 환자가 호스피스 케어를 선택할 시기에 개인의 의학적 치료 및 결정에 중요한 역할을 차지한 것으로 환자 개인에 의해 확인된 자를 의미한다.

표 1. Palliative Performance Scale(PPS)

%	보행	활동 및 질환의 징후	자가케어	섭취	의식수준
100	완전 보행	정상 활동, 징후 없음	완전한 자가케어	보통	온전 상태
90	완전 보행	정상 활동, 징후 없음	완전한 자가케어	보통	온전 상태
80	완전 보행	간신히 정상적인 활동 가능, 일부 징후 발견	완전한 자가케어	보통 또는 감소됨	온전 상태
70	감소됨	정상 업무 불가능, 일부 징후 발견	완전한 자가케어	보통 또는 감소됨	온전 상태
60	감소됨	취미활동 및 일부 가사 불가능, 심각한 징후	때때로 도움이 필요함	보통 또는 감소됨	온전 상태 또는 혼란 상태
50	주로 앉거나 누움	어떤 일도 수행 불가능, 질환의 악화	상당한 도움이 요구됨	보통 또는 감소됨	온전 상태 또는 혼란 상태
40	주로 병상에 있음	어떤 일도 수행 불가능, 질환의 악화	주로 도움	보통 또는 감소됨	온전 상태, 몽롱한 상태 또는 혼란 상태
30	완전히 병상에 있음	어떤 일도 수행 불가능, 질환의 악화	전적인 도움	감소됨	온전 상태, 몽롱한 상태 또는 혼란 상태
20	완전히 병상에 있음	어떤 일도 수행 불가능, 질환의 악화	전적인 도움	최소한의 몇 모금	온전 상태, 몽롱한 상태 또는 혼란 상태
10	완전히 병상에 있음	어떤 일도 수행 불가능, 질환의 악화	전적인 도움	구강관리만	몽롱한 상태 또는 혼수 상태
0	사망				

자료: Ross et al, 2008, Hospice eligibility card

표 2. 호스피스 자격 기준

질환	조건
암 (Cancer)	<ul style="list-style-type: none"> - 다음을 모두 충족하는 환자 · 증상의 악화, 악화된 검사 결과, 전이된 질환의 증거에 근거한 진행성의 넓게 퍼진 악성 종양의 임상적 결과 · PPS 70% 이하 · 추가적인 연명 치료를 거부하거나 명확한 치료에도 불구하고 상태가 계속 악화되는 경우
일반적 말기 질환 (General terminal illness)	<ul style="list-style-type: none"> - 단일 특정 질환으로 기인할 수 없는 말기 상태 - 지난 3-6개월 동안의 급격한 악화: 증상, 징후 & 검사 결과에 근거한 질환의 진행 · PPS 50% 이하로의 악화 · 10%를 초과하는 비자발적인 체중 감소, 알부민(albumin) < 2.5

행위
평가
기준

질환	조건
<p>성인 성장장애 (Adult failure to thrive)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 다음을 모두 충족하는 환자 · PPS 40% 이하 · BMI(Body Mass Index) 22미만 · 장관 또는 장관외 영양을 거부하거나 적절한 칼로리 섭취에도 불구하고 이러한 영양 실시에 반응하지 않는 환자
<p>치매 (Dementia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ①과 ②를 모두 충족하는 환자 ① FAST(Functional Assesment Scale)의 7C 단계(보행 불능) 또는 그 이상 ② 12개월 이내에 다음 중 하나 이상이 해당하는 경우 · 흡인성 폐렴 · 신우신염 · 패혈증 · 복합적인 압박성 궤양 · 재발된 고열 중 하나 이상의 질환 · 지난 6개월 간 충분한 수분과 칼로리 섭취 유지의 어려움을 나타내는 다른 중요한 상태(10%의 체중 감소 또는 알부민 2.5gm/dl 미만)
<p>심장 질환 (Heart disease)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ①과 ② 또는 ①과 ③을 충족하는 환자 ① 뉴욕심장학회(NYHA) Class IV의 울혈성 심부전 증상과 더불어 휴식할 때에도 증상이 심각하며, 그 어떤 신체활동에도 호흡곤란이나 협심통이 동반되는 경우 ② 환자가 최적으로 치료되고 있는 경우(이노제, 혈관 확장제, 안지오텐시피복효소억제물질(Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor, ACEI), 또는 히드랄라진과 질산염) ③ 환자가 휴식할 때에도 협심증이 발생하고, 표준의 질산염 치료에 저항하며, 침습적 처치가 감소하지 않을 경우
<p>HIV/AIDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 환자는 ①-[A] 또는 ①-[B], 그리고 ②, ③을 모두 충족하여야 함. ①-[A] CD4+세포(AIDS 바이러스 항원 수용체 기능) 수치 25cells/mcL 미만 ①-[B] 바이러스 수치 100,000 초과 ② 다음 중 적어도 하나 충족 · 중추신경계 림프종 · 치료되지 않았거나 난치의 소모성 질환(33% 이상 몸무게의 감소), · (상완위)균혈증 · 진행성 다병성 백질 뇌증 · 전신 림프종 · 내장 카포시육종 · 혈액투석 없는 신부전 · 크립토포리디움 감염 · 난치성 톡소플라즈마증 ③ PPS 50% 미만
<p>간 질환 (Liver disease)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ①과 ②를 모두 충족하는 환자 ① [A] 또는 [B] 및 [C]로 입증된 말기의 간 질환 : <ul style="list-style-type: none"> [A]: Prothrombin Time(혈액응고계 검사 방법의 하나) > 5초 [B]: International Normalized Ratio(항응고정도를 나타내는 지표) > 1.5 [C]: 혈청 알부민 < 2.5gm/dl ② 다음 조건 중 하나 이상 · 난치의 복수 · 자발성 세균성 복막염의 병력 · 간신 증후군 · 난치의 간성 뇌증 · 자발성 정맥류 출혈 병력

질환	조건
<p>폐 질환 (Pulmonary disease)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 심각한 만성 폐 질환 환자로서 ①, ②, ③의 조건에 대한 문서가 충족된 경우 ① 다음의 조건을 모두 가지고 있어야 함. <ul style="list-style-type: none"> · 휴식시 호흡 곤란 · 기관지 확장제에 대한 반응이 거의 없음. · 기능적 능력 감소(예)침대에서 의자까지의 생활, 피로 및 기침) ② 최근의 오피스, 집 또는 응급실 방문 증가로 입증되는 폐 감염 또는 호흡 부전에 대한 질병의 진행 병력 ③ 지난 3개월 이내의 다음과 관련된 문서 1개 이상 <ul style="list-style-type: none"> · 실내 공기((동맥혈 가스에 의한)산소분압 < 55mmHg, 또는 산소 포화도 < 88%)에서 휴식 중 저산소증 발생 · 이산화탄소분압 > 50mmHg로 입증되는 과탄산혈증
<p>신경 질환 (Neurologic disease)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ① 또는 ②의 A 또는 ②의 B를 충족시켜야 함. ① 다음의 모두를 포함하는 치명적인 호흡 능력 장애 <ul style="list-style-type: none"> · 휴식시 호흡 곤란 · 생체 능력 < 30 % · 휴식시 산소 필요 · 환자가 인공 환기 장치를 거부하는 경우 ② 아래의 A 또는 B 중 하나와 함께 다음과 같은 급속한 질병의 진행 <ul style="list-style-type: none"> · 독립적인 보행에서 휠체어 또는 병상에 의존하는 상태 · 거의 이해할 수 없거나 알아듣기 어려운 대화 · 정상에서 갈아서 먹는 식이요법 · 대부분의 독립적인 ADL에서 모든 ADL에서 많은 도움 필요 [A]: 지난 12개월 동안 다음의 모든 것에 의해 입증된 중대한 영양 장애 <ul style="list-style-type: none"> · 삶을 유지하기에 부족한 영양소와 수분의 경우 섭취 · 계속되는 체중 감소 · 탈수 또는 혈액량 감소 · 인공 수유 방법의 부재 [B]: 지난 12개월 동안 생명을 위협하는 합병증이 1개 이상 <ul style="list-style-type: none"> · 재발성 흡인성 폐렴 · 신우신염 · 패혈증 · 재발성 발열 · 3단계 또는 4단계 압력성 궤양
<p>신부전 (Renal failure)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 환자는 ①, ②, ③을 모두 충족함. ① 환자는 투석이나 신장 이식을 구하지 않는 상태 ② 크레아티닌 클리어런스(신사구체 기능 검사 중 하나) 수치가 10cc/min 미만(당뇨병 환자의 경우 15cc/min 미만) ③ 혈청 크레아티닌 8.0mg/dl 초과(당뇨병 환자의 경우 6.0mg/dl 초과)
<p>뇌졸중 또는 혼수 (Stroke or Coma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 환자는 ①과 ② 모두를 충족함. ① 형편없는 기능적인 상태 PPS ≤ 40% ② 충분한 체액 및 칼로리 섭취량 유지가 불가능한 형편없는 영양 상태가 다음 중 하나 이상 <ul style="list-style-type: none"> · 지난 6개월 동안 ≥ 10%의 체중 감소 · 지난 3개월 동안 ≥ 7.5%의 체중 감소 · 혈청 알부민 < 2.5gm/dl · 연하 장애를 개선하고 흡인 사고를 줄이기 위한 치료 중재에 효과적인 반응이 없는 폐 흡인의 병력

자료: Ross et al, 2008, Hospice eligibility card 재구성

환자 지원

환자는 자유롭게 호스피스를 취소 및 변경할 수 있다. 환자는 호스피스 단위 기간⁶⁾에 한 번 호스피스 케어를 받기로 지정된 호스피스를 변경할 수 있으며, 이것은 취소가 아닌 이송으로 간주된다. 한 번 승인된 환자가 호스피스를 결정하면 기관의 재량에 따라 퇴원시킬 수 없으며, 호스피스 공급자의 선택보다도 환자의 권리가 우선시된다. 만일 환자가 중간에 서비스를 중단하였다가 다시 신청할 경우, 일정 기간이 지나야 신청이 가능하다.

나. 호스피스 제공 서비스와 그 수가 ^{7) 8)}

최초의 호스피스 급여 기간은 90일이며, 환자의 기대수명이 6개월 이하임이 증명될 경우 추가적인 90일과 그 이후 60일 단위의 서비스를 제한없이 제공 받을 수 있다. 호스피스에서 제공하는 서비스 유형은 서비스의 종류가 아니라 서비스 제공 장소 및 서비스의 강도에 따라 구분된다. 호스피스에서 일반적으로 제공하는 서비스의 종류는 다음과 같다.

표 3. 미국의 호스피스 제공 서비스

서비스 종류	내용
1. 간호서비스 (Nursing Care)	- 환자평가, 약물, 기타 치료 - 지속적인 재택 간호 - 일반 입원 치료 등의 필요성을 결정하기위한 통증 및/또는 증상 평가, 가족 상담, 약물 투여 등
2. 의료사회서비스 (Medical Social Services)	- 환자의 질병, 치료의 필요성, 치료에 대한 반응 및 치료에 대한 조정과 관련된 사회적 및 정서적 요인의 평가 - 환자의 가정 상황, 재정 자원 및 지역 사회 자원의 가용성에 대한 환자의 의료 및 간호 요구 사항의 관계 평가 - 환자의 문제 해결을 돕기 위해 이용 가능한 지역 사회 자원을 확보하기 위한 적절한 조치 - 환자가 요구하는 상담 서비스 - 환자의 가족 또는 간병인에게 단기간 제공되는 의료 사회 서비스
3. 의사 서비스 (Physicians' Services)	- 서비스 제공에 대한 결정 - 환자에 대한 판정, 진단, 증명 등
4. 상담 서비스 (Counseling Services)	- 환자 및 유가족 상담
5. 약품을 포함한 의료기기 용품 제공 (Medical Appliances and Supplies)	
6. 환자 보조 및 가사 서비스 (Hospice Aide and Homemaker Services)	- 가정 내 환경 정리, 기타 가사 업무 등
7. 물리치료, 작업치료, 언어치료 (Physical Therapy, Occupational Therapy, and Speech-Language Pathology)	
8. 기타 메디케어에서 지불할 수 있는 품목 및 서비스	

자료: CMS(2015), Medicare Benefit Policy Manual.

6) 호스피스의 단위 기간은 최초의 90일 단위 기간, 재증명 후 추가로 주어지는 90일 단위 기간, 그 이후 연장된 60일 단위의 기간을 의미한다.

7) MedPac. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2016.

8) CMS. Hospice Payment System. 2016.의미한다.

메디케어에서 제공하는 서비스에는 일반 가정간호(Routine Home Care, RHC), 지속적 가정간호(Continuous Home Care, CHC), 일반 입원간호(General Inpatient Care, GIC), 보호자 휴식을 위한 입원간호(Inpatient Respite Care, IRC)가 있으며, 유형에 따라 다른 수가 지불이 이루어진다. 일반 가정간호는 가장 기본적인 호스피스 케어로 모든 호스피스 서비스의 95% 이상을 차지한다. 지속적 가정간호는 가정에서 단기적으로 환자에게 위기가 닥쳐 집중적인 케어가 필요한 경우 실행하며, 1일당 적어도 8시간 이상의 케어가 제공되어야 한다. 1일 8시간이라고 해서 반드시 연속 8시간일 필요는 없으며 아침 4시간, 저녁 4시간과 같이 시간을 쪼개는 것도 가능하다. 호스피스에서 해당 환자가 지속적 가정간호의 요건을 충족한다고 판단한 경우 그 필요성 및 일정 수준의 케어 계획 준수에 대한 적절한 문서가 뒷받침되어야 한다. 일반 입원간호는 단기에 기본으로 하여 가정에서 환자의 케어가 어려울 때 시설에서 서비스를 제공하는 것을 말한다. 보호자휴식을 위한 입원간호는 약 5일 정도까지 원래 환자를 돌보던 가족, 친구 등의 비공식적인 돌봄 제공자에게 휴식을 제공하며, 그 동안 기관에서 케어를 제공하는 유형이다. 기본적으로 호스피스 등록 이후 다른 서비스들이 제공되고 있지 않은 상태라면 호스피스 제공자는 등록된 환자에 대한 방문 여부와 관계없이 일당 일반 가정간호의 요금 지불을 받는다. 이는 말기 환자의 예후와 관련된 케어 서비스에 따라 호스피스 기관이 갖게 되는 재정적인 위험을 가정하기 때문이다. 또한 환자 사망 전 7일 동안 간호사와 사회복지사의 방문서비스에 대한 추가 지불이 이루어지는데, 이때는 지속적 가정간호의 시간당 수가가 산정되며 일당 최대 4시간의 산정이 가능하다.

표 4. 2017년 미국 호스피스 수가

구분		USD(\$)
일반 가정간호	1~60일	191
	61일+	150
지속적 가정간호	1hr	40.19
	최대 24hr	965 (40.19×24)
일반 입원간호		734
보호자 휴식을 위한 입원간호		171

자료: CMS(2016), Updates to the Hospice Payment Rates, Hospice Cap, Hospice Wage Index, and Hospice Pricer for Fiscal Year 2017

다. 호스피스 상한(cap) 설정을 통한 급여 비용 통제

미국 의회에서는 호스피스 급여 비용의 절감을 위해, 2가지 상한을 두었다. 먼저 첫 번째 상한은 입원일수에 대한 것으로 기관에서 제공하는 입원일수는 그것의 총 환자 케어일수의 20%를 넘을 수 없다. 두 번째는 비용에 대한 상한으로, 2017년 기준 \$28,405를 환자 수와 곱하였

영양
관리
서비스

을 때, 총 메디케어 지불이 이를 초과할 경우 호스피스 기관은 초과된 금액을 메디케어에 다시 지불해야만 한다.

3. 미국 호스피스 지불제도의 성과 평가⁹⁾

앞서 언급하였듯, 미국의 MedPAC은 전년도 지불액 대비 차년도 적정 지불금액을 결정하기 위해 여러 지표에 대한 검토를 수행한다. 초기 호스피스 평가에 사용된 지표는 단순한 지출비용이었으나, 현재는 환자의 접근성, 호스피스의 공급, 시간에 걸쳐 제공되는 서비스 양의 변화, 서비스의 질, 공급자의 자본 접근성, 메디케어 지불액과 공급자 비용 간의 관계를 등의 지표까지 그 범위가 확대되었으며, 각 지표에 대한 조사를 통해 호스피스에 대한 메디케어의 지불적정성을 평가한다. MedPAC의 2017년 보고서에 따르면 전반적으로 호스피스 공급자를 위한 메디케어의 지불적정성 지표는 긍정적인 것으로 나타났으나, 해당부분 일부의 문제점 또한 제시되었다.

표 5. MedPAC의 호스피스 성과 평가 지표

구분	지표
환자의 서비스에 대한 접근성	- 메디케어 사망자의 호스피스 이용률
서비스의 공급	- 호스피스 공급자 수
서비스의 양	- 호스피스 서비스를 이용하는 메디케어 환자 수 - 호스피스 사망자의 평균 재원일수 - 호스피스 총 지출 비용
서비스의 질	- 치료 우선권 - 호흡곤란 관찰 - 호흡곤란 처치 - 통증 관찰 - 관장 - 신념과 가치 - 통증 평가 - 호스피스 환자들의 생존 퇴원 비율
자본에 대한 공급자의 접근성	- 영리 목적의 공급자 수
메디케어 지불과 호스피스 비용	- 호스피스 비용 - 호스피스 이윤(margin)

9) MedPAC(2017), Report to the Congress: Medicare Payment Policy.

가. 환자의 서비스에 대한 접근성

메디케어 환자 중 2015년의 호스피스 이용률은 48.6%로 호스피스 사용이 증가하여 2014년의 47.9%, 2000년 22.9%에 비해 지속적으로 증가하는 추세를 보였다. 호스피스 이용은 연령, 성별 및 인종 등 특성에 따라 일부 다르지만 모든 그룹에서 그 수가 증가하는 모습을 보였다.

표 6. 호스피스 이용의 증가

구분	호스피스를 이용한 메디케어 사망자 비율(%)							
	2000	2012	2013	2014	2015	2000-2014 평균 수치 변화	2014-2015 수치변화	
모든 환자	22.9	46.7	47.3	47.9	48.6	1.8	0.7	
연령	65세 미만	17.0	29.2	29.2	29.5	29.9	0.9	0.4
	65-74세	25.4	40.6	40.7	40.8	41.2	1.1	0.4
	75-84세	24.2	47.8	48.2	49.0	49.5	1.8	0.5
	85세 이상	21.4	54.0	55.0	56.1	57.1	2.5	1.0
인종	백인	23.8	48.6	49.2	49.8	50.5	1.9	0.7
	흑인	17.0	36.8	37.3	37.6	38.3	1.5	0.7
	히스패닉	21.1	39.4	40.2	41.4	41.9	1.5	0.5
	아시아인	15.2	31.8	32.0	33.8	35.4	1.3	1.6
	북아메리카원주민	13.0	34.0	34.1	34.8	35.0	1.6	0.2
성별	남성	22.4	42.8	43.3	43.9	44.5	1.5	0.6
	여성	23.3	50.2	50.9	51.5	52.3	2.0	0.6

자료: MedPAC(2017), Report to the Congress: Medicare Payment Policy 표 12-2 재구성

나. 서비스의 공급

메디케어 환자에 대한 호스피스 기관의 수는 10년이 넘게 계속 증가하고 있으며, 호스피스 공급의 계속된 증가는 비영리 목적 공급자가 일부 감소한 것에 비해 영리 목적의 공급자가 큰 폭으로 증가한 것에 의한 것이라고 할 수 있다. 2014년에서 2015년 사이에 증가한 서비스 공급 기관 중 독립적인 호스피스기관이 대부분을 차지하였다. 이 기간 동안 독립적인 호스피스 공급자 수는 약 4% 증가하였으며, 반면 병원 기반 호스피스는 약 2% 감소하였다. 그 외 홈 헬스(Home Health) 기반 호스피스는 약 1% 증가하였고, 전문간호시설(Skilled Nursing Facility, SNF) 기반 호스피스는 23개에서 24개로 단 1개의 기관 수가 증가하였다.

표 7. 호스피스 공급자 수의 증가

구분	기관 수					2014-2015 비율변화(%)	
	2000	2007	2013	2014	2015		
전체 호스피스	2,255	3,250	3,925	4,092	4,199	2.6	
시설 유형	영리 목적	672	1,676	2,418	2,588	2,715	4.9
	비영리 목적	1,324	1,337	1,309	1,305	1,293	-0.9
	정부	257	237	198	199	185	-7.0
시설 기반	독립적	1,069	2,103	2,844	3,024	3,138	3.8
	병원 기반	785	683	553	535	523	-2.2
	홈 헬스 기반	378	443	503	510	514	0.8
	SNF 기반	22	21	25	23	24	4.3

주: SNF의 경우 일부 제공 업체의 누락된 데이터로 인해 일부 카테고리가 집계되지 않았다.

자료: MedPAC(2017), Report to the Congress: Medicare Payment Policy 표 12-3 재구성

다. 서비스의 양

2015년 기준 호스피스 서비스를 받는 메디케어 환자의 수는 계속 증가하였다. 2015년 136만 명이 넘는 메디케어 환자가 호스피스 서비스를 이용하였으며 이는 2014년의 132만 명에서 4.3%가 증가한 수치이다. 2015년 사망자 중 호스피스 평균 재원일수는 86.7일로 전년도의 88.2일보다 1.7% 감소하였으며 이는 호스피스 환자 중 가장 오래 머무른 호스피스 환자의 재원일수 감소로 인한 것으로 보인다. 그 증거로 2014년부터 2015년까지 90번째 백분위 수의 재원일수는 247일에서 240일로 감소하였다. 대조적으로, 그 기간 동안 하위 백분위 수에서의 재원일수는 거의 변하지 않았다.

표 8. 호스피스 이용자 수 및 총 지출, 재원일수의 변화

구분	2000	2013	2014	2015	2014-2015 비율변화(%)
호스피스 이용자 수(백만 명)	0.534	1.315	1.324	1.381	4.3
총 지출(10억 달러)	2.9	15.1	15.1	15.9	5.5
사망자 평균 재원일수	53.5	87.8	88.2	86.7	-1.7
사망자 재원일수 중앙값	17	17	17	17	0.0

주: 평균 재원일수는 사망 또는 사망 전 호스피스를 사용하는 사망자에 대해 계산되며, 사망자가 평생 동안 메디케어 호스피스 혜택에 등록 된 총 일수를 반영하였다. 호스피스 이용자 수, 총 지출 및 테이블에 표시된 평균 재원일수는 사사오입하였다.

자료: MedPAC(2017), Report to the Congress: Medicare Payment Policy 표 12-4 재구성

호스피스 이용의 증가로 병원에서 사망하는 환자의 비율은 감소하였으나, 기존보다 줄어든 치료의 강도로 인해 중환자실 이용과 재입원 환자 수는 증가하게 되었으며, 이는 호스피스의 해결과제로 남아 있다.

또한, MedPAC에서는 호스피스의 너무 짧거나 너무 긴 재원일수에 대한 염려를 표하고 있다. 호스피스 사망자의 4분의 1 이상이 사망 1주일 전에 호스피스에 등록하고 있으며, 이러한 짧은 재원은 넓은 범위의 질환에 걸쳐 두루 발생하고 있다. 그 원인으로 전문가들은 임상서비스를 제공하는 의사들의 호스피스를 기피하는 경향으로 임종이 가까워져야 환자를 이송하는 점에 대해 지적하였다. 호스피스 재원일수의 장기화에 대해서는 현재의 호스피스 지불제도가 일정수준 이상 입원할 경우 재원일수가 길수록 호스피스에 이윤이 남기 때문에 환자의 상태가 오랜 재원에 적합하지 않음에도 호스피스 기관에서 장기 입원을 유도할 수 있다는 점을 그 원인으로 들었다. 또한 호스피스 이용의 특이한 패턴 중 하나는 12.2%의 호스피스 공급자가 총 지불 상한을 초과하고 있다는 점으로, 이는 작년 보고서의 10.7%보다도 더욱 증가한 수치이다. 더욱이 이런 기관들은 재원 및 퇴원 환자들의 생존율이 비정상적으로 높은 기관들로 이들이 지불 상한을 초과하고 있다는 것은 호스피스 자격 기준에 부합하지 못하는 환자들을 초과적으로 수용하고 있음을 의미하는 것이기도 하다. 이에 MedPAC에서는 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)의 추가 조사를 권고하고 있다.

라. 서비스의 질

CMS는 몇 년 동안 호스피스 질보고 프로그램을 진행해 왔다. 회계연도 2014년부터는 질 관련 데이터를 보고하지 않는 호스피스 기관에 대해 매년 업데이트되는 호스피스 지불의 2% 포인트를 감소의 페널티를 주는 등 질 관련 데이터 보고 체계 구축을 위한 노력을 하고 있다. 그 결과, 개별 호스피스에 대한 공개 데이터보고는 아직 이루어지지 않았지만 이제는 CMS 계약자 보고서를 통해 질보고 프로그램의 첫 집계 데이터를 사용할 수 있게 되었다. 이 보고서에 따르면 대부분의 호스피스가 7개 지표 중 6개 지표에서는 높은 점수를 받았지만, 통증 평가 지표에 대해서는 성과가 낮고, 호스피스마다 편차가 큰 것으로 나타났다.

2017년 4월부터는 보다 효과적인 기관의 질 측정을 위해 아래 7가지 지표 외에 임종 3일 이내 간호사, 의사 등의 방문이 있었던 환자 비율, 임종 7일 이내 사회복지사, 성직자 등의 방문이 있었던 환자 비율의 2가지 지표가 추가되었다.

표 9. 7가지 질 지표에 대한 호스피스 수준 점수 분포

구분	평균(%)	백분위수(%)		
		25th	50th	75th
치료 우선권 (Treatment preferences)	98.3	98.7	100.0	100.0
호흡곤란 관찰 (Dyspnea screening)	97.6	94.5	99.2	100.0
호흡곤란 처치 (Dyspnea treatment)	94.4	93.4	97.6	99.8
통증 관찰 (Pain screening)	93.9	92.5	97.1	99.2
장 섭생 (bowel regimen)	93.6	91.4	96.8	100.0
신념과 가치 (Beliefs and values)	93.0	92.7	97.9	99.9
통증 평가 (Pain assessment)	75.4	64.5	79.5	91.8

주: 차트의 숫자는 호스피스가 적절한 조치를 취한 시간의 백분율을 나타낸다.

자료: MedPAC(2017), Report to the Congress: Medicare Payment Policy 표 12-9

그 외 호스피스 환자들의 생존 퇴원 비율(live-discharge rates)도 질의 지표가 될 수 있는데, 이는 요건을 갖추지 못한 환자의 입원이나 환자를 만족시키지 못하는 호스피스가 해당하기 때문에 부정적인 지표라고 할 수 있다. 미국의 최근 몇 년간 호스피스 환자들의 생존 퇴원 비율은 점차 감소하고 있는 추세로 서비스의 질이 다소 향상되고 있음을 알 수 있다.

마. 자본에 대한 공급자의 접근성

일반적으로 호스피스는 다양한 범위의 물적 인프라가 필요하지 않기 때문에 다른 제공자 유형만큼 자본집약적이지 않다는 특성을 가지고 있다. MedPAC에 따르면, 전반적으로 영리 목적의 의료 제공자의 지속적인 진입은 호스피스를 위한 자본에 대한 접근성 측면에서 적절한 것으로 나타났다. 2015년에 자본에 접근 할 수 있음을 나타내는 영리 목적의 서비스 공급자 수가 약 5% 증가하였으며, 대부분의 공개적으로 거래된 호스피스 회사들 또한 2016년 중반에 입원의 증가 및 매출 성장 등 좋은 성과를 보였다.

바. 메디케어 지불과 호스피스 비용

1) 호스피스 비용

1일당 호스피스 비용은 제공자 유형에 따라 크게 다르며, 이는 유형별 호스피스 이윤(margin) 차이의 원인 중 하나이다. 2014년에 모든 호스피스 제공자에 대한 1일당 호스피스 비용은 평균 약 149달러였으며 이는 전년 대비 약 1.3% 증가한 수치였다. 독립적 호스피스는 공급자 기반 호스피스(홈 헬스 기반 호스피스, 병원 기반 호스피스 등 다른 의료기관을 기반으로 한 호스피스)에 비해 일

당 비용이 낮았다. 이러한 기관간의 일당 비용의 차이는 주로 평균 체류 기간과 간접 비용의 차이를 반영한 것이다. 메디케어 비용 보고서 데이터 분석 결과, 모든 호스피스 유형에서 평균 재원일수가 길면 평균 비용이 낮아지는 것으로 나타났다. 독립적 호스피스는 서비스 제공 업체 기반 호스피스보다 재원일수가 길다는 점에서 일당 비용 차이의 일부를 설명할 수 있다. 또 다른 중요한 요소는 공급자 기반 호스피스 간접 비용의 수준이 높다는 것이다. 간접 비용에는 관리 및 행정 업무가 포함된다. 2014년 총비용에 대한 간접 비용의 비율이 40%였던 홈 헬스 기반 호스피스와 42%였던 병원 기반 호스피스와는 대조적으로, 독립적 호스피스에 대한 간접 비용은 32% 밖에 되지 않았다. 이는 공급자 기반 호스피스의 구조적인 특징에 따른 것으로, 예를 들어 병원이나 홈 헬스 기관과 같은 상위 공급 업체의 관리 직원 임금이 더 높거나 공급자 기반의 호스피스가 상위 공급 업체보다 더 많은 관리 자원을 소비하는 경우 공급자 기반 호스피스는 독립 공급 업체보다 간접 비용이 더 높을 수 있다. 이에 MedPAC은 공급자 중심의 호스피스 중 높은 간접 비용의 출처와 상관없이 지불 정책이 메디케어 환자에게 서비스를 효율적으로 제공하는 데 초점을 맞추어야 할 것을 강조하였다.

2) 호스피스 이윤(margin)

호스피스 메디케어 이윤은 2013년에서 2014년 사이 8.5%에서 8.2%로 약간 감소하였는데, 이는 미국 정부의 예산 통제 정책의 효과가 일부 반영된 것이라고 볼 수 있다. 메디케어 이윤의 추정치는 호스피스 상한에 대한 초과 지불금을 제외하고 다른 메디케어 부문에서의 접근 방식과 일치하는 메디케어 로부터의 보상 기준으로 계산한 것이며, 이윤 계산에서 비급여 유가족 관리 비용, 비급여 자원 봉사 비용, 기부금 수입 등을 제외하였다. 호스피스 유형별로 이윤은 다양하였으나, 호스피스의 수익성은 환자 수 및 재원일수와 밀접한 관련이 있다는 특징을 보였다. 환자 수가 많고 환자들의 재원일수가 긴 기관이 더 이윤이 높았다.

4. 나가며

미국의 호스피스는 환자의 수요에 따라 입원형과 가정형 서비스간의 용이한 서비스 전환 시스템을 갖추고 있으며, 매해 평가를 통해 운영성과를 파악하고 있다. MedPAC에서 실시한 환자 평가에 사용된 지표로 환자의 접근성, 공급 수준, 제공되는 서비스의 양과 질, 공급자의 자본접근성, 메디케어 지불 및 호스피스 비용 등이 사용되었다. 전반적으로 미국 호스피스 제도는 올바른 지불적정성을 보이고 있는 것으로 보고되고 있다. 상한이라는 제한을 두는 등 비용 통제 노력을 하고 있었고, 2016년 보고서와 비교하였을 때 줄어든 이윤, 평균 재원일수의 감소, 지속적으로 증가하는 호스피스 환자 수 및 제공 기관 수 등은 이러한 노력의 긍정적인 결과라고 할 수 있을 것이다. 하지만 상한을 초과하는 기관 수의 증가, 여전히 너무 짧거나 너무 긴 재원

일수와 같은 문제점은 여전히 개선해야 할 문제로 남아 있으며, 이러한 문제들의 해결을 위해 효과적인 방안을 강구하여야 할 것이다. 우리나라에서는 입원형 호스피스 본사업이 시행중이며, 가정형 호스피스는 시범사업 중에 있다. 평가와 관련하여서는 국립암센터에서 말기암환자 정보시스템을 구축하여 계량적 데이터를 수집하고 있으며, 서비스 질의 변이 수준 및 서비스에 대한 만족도 파악을 위해 사별가족을 대상으로 2010년부터 매년 사별가족대상 만족도 조사를 실시하고 있다. 추후 우리나라에서 모든 유형의 호스피스 사업이 본격적으로 실시되었을 때, 우선 환자 중심적인 서비스 제공을 위해 다른 유형의 서비스간 원활한 연계 시스템이 구축되어야 할 것이다. 이와 더불어 미국 MedPAC의 경우처럼 성과에 대한 보다 체계적인 평가가 필요할 것이다. 현재 미국에서 이미 체계적으로 자리잡은 호스피스 성과 평가는 앞으로 우리나라에서 진행할 호스피스 성과 평가의 기준 및 방향 설정에 일부 시사점을 주고 있다. 미국에서는 자료 수집이 수월한 계량적 지표에서 서비스의 질 관련 지표까지 그 범위를 확대하고 있으며, 보다 정확한 질 측정에 대한 노력을 계속하고 있다. 우리나라의 호스피스 평가도 최종적으로는 호스피스의 궁극적인 목적인 서비스 질 향상을 위한 방향으로 진행되어야 할 것으로 보인다. 미국에서 호스피스 성과 평가에 사용한 지표 중 환자의 접근성 및 서비스의 공급, 양과 관련된 지표의 경우 암센터의 호스피스 환자 등록 정보와 심평원의 청구자료 연계를 통해서 확인할 수 있을 것이다. 서비스의 질 지표의 경우 수치화 및 상호간의 비교가 어렵기 때문에 지표 선정 후 지속적인 보완이 필요할 것으로 보인다. 그리고 이를 토대로 재정지속적이고 양질의 호스피스 서비스가 국민들에게 제공될 수 있도록 노력하여야 할 것이다. X

참고문헌

-
- CMS. Medicare Benefit Policy Manual. 2015.
 - CMS. Medicare Claims Processing Manual. 2016.
 - CMS. Hospice Payment System. 2016.
 - Providence Hospice and Palliative Care. Tools and Guidelines for Determining Eligibility for Hospice.
 - Ross et al. Hospice eligibility card. 2008.
 - MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 1999.
 - MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2016.
 - MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2017.
 - 국립암센터. 2015 호스피스완화의료 지원사업 현황. 2016.
 - 미국 호스피스완화의료협회 홈페이지(www.nhpco.org).