

발간등록번호

완화의료 수가 시범사업 의료비용 현황 분석 및 개선방안

연구진

연구책임자 | 정 주 연 부연구위원
공동연구자 | 정 보 영 주임연구원
정 설 희 연구위원

머리말

우리나라 암 사망자는 연간 7만 여명에 달하고 있다. 그러나 이들이 보살핌을 받으며 죽음을 맞이할 수 있는 완화의료 전문병동은 부족한 현실이다. 또한, 과거에 비해 완화의료에 대한 관심이 높아지고 있지만, 말기암 환자 중 완화의료를 이용하는 비율이 12%에 불과하고 완화의료에 대한 부정적 인식도 여전히 존재한다.

완화의료는 2000년대 초반에 들어서면서 점진적인 제도화의 과정에 들어섰고, 우리원에서는 완화의료 제도화의 일환으로 완화의료 수가개발 및 시범사업 등의 연구 및 평가를 수차례 수행해왔다.

본 연구는 완화의료 일당정액 수가체계의 적절성을 평가하기 위한 현황분석 및 개선방안을 목표로 수행되었다. 문헌고찰 및 국외출장, 건강보험청구자료 분석, 전문가 심층면접 등을 실시하여 다양한 측면에서 완화의료 수가에 대한 의견을 수렴하고, 수가에 대한 객관적인 평가를 도출하고자 하였다. 본 연구는 향후 완화의료 본 사업이 시작될 때, 평가 및 기초 자료로 활용될 것으로 기대된다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구자의 개인적 의견이며 건강보험심사평가원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2015년 2월

건강보험심사평가원 원장 손 명 세
심사평가정책연구소 소장 윤 석 준

목 차

요 약 / vii

제1장 서 론 / 1

1. 연구배경	1
2. 연구목적	4
3. 연구 내용 및 방법	5

제2장 완화의료 동향 파악 / 13

1. 국외 완화의료 동향 파악	13
가. 영 국	14
나. 호 주	15
다. 캐나다	16
라. 미 국	17
마 대 만	19
바. 일 본	21

제3장 완화의료 이용현황 / 23

1. 의료 이용 현황 분석	23
2. 별도산정	37
3. 전동 및 전원 현황분석	49
4. 사망 전 의료비 재정추계	63
5. 수가 개선 방향	75

제4장 결론 및 제언 / 85

1. 주요결과	85
2. 제 언	86

참고문헌 / 89

부 록 / 91

부록 1. 국내 완화의료 현황	93
부록 2. FGI 요약본	97
부록 3. 주요국의 호스피스완화의료 현황	99
부록 4. NCCN Guidelines Version 1(2014 Palliative Care)	103

표 목 차

<표 1> 분석 내용 별 사용 자료 현황	10
<표 2> 죽음의 질 지수 (The Quality of Death Index)	13
<표 3> 영국 완화의료 수가(2012~2013년 수가 기준)	14
<표 4> 호주 완화의료 수가(2014년 기준)	16
<표 5> 미국 완화의료 수가(2014년 기준)	18
<표 6> 대만 완화의료 수가 변화	20
<표 7> 일본 완화의료 수가(2014년 기준)	22
<표 8> 시범사업기관과 비시범사업기관의 일당진료비 비교	24
<표 9> 시범사업기관과 비시범사업기관의 일당진료비 비율	25
<표 10> 시범사업기관과 비시범사업기관의 항목별 진료비 비중	27
<표 11> 시범사업기관과 비시범사업기관의 의료 행위 세부 항목 빈도 순위 ..	28
<표 12> 시범사업기관과 비시범사업기관의 비완화적 행위코드 빈도 및 회당 비용	35
<표 13> 별도산정항목 세부 기준	37
<표 14> 별도산정 요구항목 발생현황	38
<표 15> 별도산정 요구항목 건비중	39
<표 16> 별도산정 요구항목 일당진료비	40
<표 17> 신경차단술 등의 시술을 포함한 명세서 수 및 비용	42
<표 18> 마약성 진통제 일당진료비 및 사용량	44
<표 19> 시범사업기관과 비시범사업기관의 마약성 진통제 사용 비교	45
<표 20> 수혈을 포함한 명세서 수 및 비용	46
<표 21> 투석을 포함한 명세서 수 및 비용	47
<표 22> TPN을 포함한 명세서 수 및 비용	48
<표 23> 시범사업기관에서 입원기간 중 전동(병동이동)한 경우 진료비 내역 ..	49
<표 24> 시범사업기관 전동사례의 진료항별 서비스 내역	50

<표 25> 수혈, 투석, TPN의 완화병동과 급성기병동에서 발생한 건비중과 금액비중	51
<표 26> 시범사업기관에서 퇴원 후 전원 시 의료기관 이용 경로-1회	53
<표 27> 비시범사업기관에서 퇴원 후 전원 시 의료기관 이용 경로-1회	54
<표 28> 최초 입원 시 이용 의료기관의 유형별 최종 이용 의료기관 유형 (다빈도순)	57
<표 29> 요양병원을 최종 입원기관으로 이용한 현황	58
<표 30> 최초 입원기관과 최종 입원기관의 기관선택 현황	58
<표 31> 완화의료 시범사업기관 퇴원 후 의료 이용 경로	59
<표 32> 완화의료 비시범사업기관 퇴원 후 의료 이용 경로	60
<표 33> 2회 이상 입원한 건에 대한 재입원까지의 소요기간	61
<표 34> 암환자 사망 전 기간별 의료이용 현황	64
<표 35> 완화의료 시범사업 참여 여부 별 사망 전 기간별 의료이용 현황	65
<표 36> 급성기병동과 완화의료병동 입원환자의 사망1개월 전 일당진료비와 입원일수 비교	66
<표 37> 완화의료 이용환자의 사망1개월 전 일당진료비와 입원일수 비교	67
<표 38> 시기별 사망 1개월 전 의료기관 종별 재원일수 분포	68
<표 39> 사망 1개월 전 급성기병동 이용자와 완화의료 이용자의 입원 1일당 진료비(원) 및 입원당 평균재원일수(일) 변화	69
<표 40> 사망 2주 전 급성기병동 이용자와 완화의료 이용자의 입원 1일당 진료비(원) 및 재원일수(일) 변화	70
<표 41> 2013년도 완화의료 이용환자의 사망 2주 전 일당진료비와 재원일수 비교	71
<표 42> 기존값으로 추정된 2015년 환자수, 이용율, 신규환자수 및 병상수	72
<표 43> 기존값으로 추정된 2015년 급성기 기관 예상인원수	72
<표 44> 급성기병동에서 완화의료병동 이용환자 증가로 인한 재정효과	73
<표 45> 비시범사업기관에서 본 사업 참여 시 재정효과	73
<표 46> 보험구분에 따른 재정절감액	74

<표 47> 중별 격리실 추가 입원료	77
<표 48> 4인실 완화의료 병동형 건강보험 수가(안)	83
<표 49> 5인실 완화의료 병동형 건강보험 수가(안)	84

그림 목차

[그림 1] 완화의료 시범사업 수가 비교	3
[그림 2] 연구의 틀	5
[그림 3] 분석 대상자 선정	7
[그림 4] 분석자료 및 분석내용	9
[그림 5] 시범사업 참여여부에 따른 재원일수 분포	23
[그림 6] 완화의료 활성화를 위한 시기별 정책제안	78

요약

1. 연구배경

가. 완화의료 제도 추진 배경

- 암 발생자 증가 및 암으로 인한 국가의 사회·경제적 비용 증가
- 말기암 진단 이후에도 말기 암 환자 대부분이 상급종합병원에서 무의미한 연명 치료를 받고 있는 등 의료 이용 행태 변화 없으며, 사망일에 가까울수록 의료 이용자는 더욱 증가
- 사망 3개월 내 환자가 전체 암환자의 건강보험 의료비 35,270억원 중 7,012억원 (19.9%)을 사용('10년)으로 부적절한 의료비 지출 가능성이 있고, 이로 인한 국민의료비 부담이 가중되고 있음.
- 이에 대한 해결방안으로 완화의료의 필요성이 대두되고 제도화 추진

나. 완화의료 정액수가 추진현황

- 완화의료환자는 서비스 제공자들이 환자 및 가족에 대한 상담 등 직접 서비스 시간이 많고 다른 환자에 비해 행위별로 개별 보상되는 항목이 적음.
- 행위별 수가 하에서는 기관 단위 간호인력에 대한 입원료 보상이 이루어지므로 완화의료병동에 높은 수준의 간호인력을 두더라도 보상받지 못함.
- 병실기준, 임종실, 상담실, 가족실 등의 시설과 완화의료 전문인력의 상담·서비스가 존재하여 행위별 수가로 보상하기 어려워 일당정액수가로 개발됨.
- 2009년 12월부터 현재까지 일당정액수가 시범사업 실시 중

다. 연구 배경

- 행위별 수가제에 비해 수가 수준이 낮다는 의견 제기
- 일당정액수가로 인해 과소진료의 가능성, 고액진료비환자를 거부하게 될 수 있다는 문제점이 제기됨.

2. 연구목적

- 본 연구는 완화의료 일당 정액 수가의 적절성을 평가하기 위한 현황분석임.
 - 국외 완화의료 관련 동향 파악
 - 의료이용 현황 분석
 - 시범사업기관·비시범사업기관의 진료현황 비교
 - 시범사업기관(일당정액수가 하)의 세부 진료내역 분석
 - 완화병동 입원 중 타병동으로의 전동 현황 분석
 - 완화병동 퇴원 후 전원 패턴 분석
 - 사망 전 의료비 추계
 - 수가 적정성검토 및 개선안 제시

3. 연구 내용 및 방법

가. 연구의 틀

● 연구의 틀

- 선행연구 및 외국의 호스피스완화의료 수가형태 검토를 통해 완화의료 동향을 파악하였음.
- 국내 완화의료 전문기관방문과 국외 출장(일본, 대만)을 통해 수가형태가 일당 정액이 적절한 것인지 현장 의견을 수렴하고, 진료비 현황조사를 위해 급여 자료는 암센터의 51개 기관 완화의료 이용자자료와 심평원 청구자료를 통해 구축하였음.
- 건강보험 청구자료 분석을 통해 급여 진료비 및 서비스 행태 비교, 전동 및 전원분석, 사망전 의료비 재정추계 등을 살펴본 후, 전문가 의견수렴을 통해 수가안을 검토하는 과정을 거쳤음.

나. 완화의료 이용현황

〈요약표 1〉 분석 내용 별 사용 자료 현황

구분	분석	자료	분석기관수
의료 이용 현황	진료비 비교	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년1월~10월 청구자료 (요양개시일자기준) • 국립암센터의 완화의료 이용자료 	51개 완화의료 전문기관
	서비스 제공 행태비교		
	별도산정 분석		
전동 및 전원	전동 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년1월~10월 청구자료 • 국립암센터의 완화의료 이용자료 	12개 완화의료 시범사업기관
	전원 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년 퇴원시점~2014년 4월 청구자료 	51개 완화의료 전문기관과 그 외 급성기 기관
재정 추계	사망 전 의료비 재정추계	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년 1월~12월 청구자료 (요양개시일자기준) • 국립암센터의 완화의료 이용자료 • 건강보험 가입자 자격자료 	51개 완화의료 전문기관과 그 외 급성기 기관

4. 연구 결과

가. 수가수준

- 행위별 수가 대비 일당 정액 수가 수준
 - 정액 청구를 하는 시범사업 기관에 비해 행위별 청구를 하는 비시범사업 기관의 일당진료비가 높음.
 - 2013년 수가 수준과 비교해 보았을 때, 비시범의 병원급을 제외하고는 행위별 수가 대비 일당정액수가 수준이 100%를 넘으므로 일당정액 수가 수준이 부족하지 않은 것으로 해석됨.

〈요약표 2〉 시범사업기관과 비시범사업기관의 일당진료비 비교

구 분	종별(개)	인원수(명)	명세서수(건)	일당진료비(원)	건당 평균 재원일수(일)	행위별 수가 대비 일당정액 수가수준(%)
시 범	상급종합(2)	496	637	146,425	12	123.4
	종합(5)	629	839	113,938	15	158.5
	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	-
비 시 범	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: 일당진료비(원)=단위 기간에 청구된 기관별로 명세서 상 가산금액이 포함된 진료비 합(원)
 단위 기간(10개월) 재원일수의 합(일)

행위별 수가 대비 일당정액수가 수준(%) = (2013년 시범사업 종별 기본수가 / 일당진료비) × 100

나. 진료항별 진료비 분포

- 시범사업기관과 비시범사업기관의 진료항별 진료비 비중은 입원료가 42.91%, 32.39%, 투약료가 각각 5.53%, 4.83%, 처치 및 수술료가 각각 14.75%, 12.28% 이었음.
- 또한 주사료 26.06%, 34.60%, 검사료 7.43%, 10.29%, 특수장비이용료 0.45%, 1.45%였음.
- 시범사업기관에 비해 비시범사업기관에서 주사료, 검사료, 특수장비이용료, 영상 진단 및 방사선치료료 등의 비중이 더 높았음.

다. 별도산정 요구항목 현황

- 완화병동 입원 중 별도산정 항목으로 검토해야하는 항목(예: 신경차단술 등의 시술, 마약성 진통제 등)과, 기존 연구에서 요구된 항목(수혈, 투석, TPN)이 포함된 명세서의 건비중과 일당진료비를 살펴 봄.

1) 별도산정 논의 항목

- 별도산정 논의 항목으로 신경차단술 등의 시술과 마약성 진통제 진료 현황을 분석하였음.
 - ① 신경차단술 등의 시술
 - 시범사업기관과 비시범사업기관 모두 발생 명세서 건 비율이 비슷한 경향을 보임. 종별로 살펴 볼 때, 주로 종합병원급 이상에서 실시됨.
 - 시범사업기관과 비시범사업기관의 비용 비중 및 일당진료비가 비슷함.
 - ② 마약성 진통제 현황
 - 대부분의 완화의료전문기관에서 마약성 진통제를 사용하고 있었음. 시범사업기관과 비시범사업기관을 종별로 비교해 보았을 때, 병원급을 제외하고 마약성 진통제를 사용하는 입원 건에 차이가 거의 없었음.

- 특히, 종합병원급 이상은 시범사업기관이나 비시범사업기관 간 양의 차이가 거의 없었으나, 병원급 이하에서는 비시범사업기관이 시범사업기관에 비해 마약성 진통제의 사용량이 높은 것으로 나타남.
- 다만, 비용 비중에서 시범사업기관의 비용 비중이 비시범사업기관의 비용 비중보다 낮은 것으로 나타나 시범사업기관에서 저렴한 마약성 진통제를 사용했을 가능성이 있음.
- 마약성 진통제 일당 사용량은 병·의원급 비시범사업기관에 비해 병·의원급 시범사업기관이 2~3배 이상의 낮은 수준으로 나타남. 종합병원급은 사용량이 동일하였고, 상급종합병원급은 비시범사업기관이 1.3배 정도 높았음.
- 시범사업기관과 비시범사업기관의 마약성 진통제 사용분포를 살펴보니, 시범사업기관에 비해 비시범사업기관이 종별로 단가가 높은 마약성진통제 외용제의 사용량이 월등히 많았음.
- 시범사업기관이 효율적으로 통증조절을 하고 있다고 볼 수 있음.

2) 기존 별도산정 요구 항목

● 수혈

- 시범사업기관과 비시범사업기관 모두 대체적으로 종별로 의원에서 상급 종합으로 갈수록 빈도가 높아졌음. 종별로 건 비중을 비교해 보면 비시범사업기관이 시범사업기관에 비해 수혈 행위를 많이 함. 그러나, 종별로 비용 비중은 많은 차이가 없음.

● 투석

- 시범사업기관과 비시범사업기관의 경우 종합병원급 이상에서 투석을 하는 것으로 보임. 시범사업기관과 비시범사업기관의 건 비중 및 비용 비중은 거의 유사함. 건 비중이나 비용 비중이 완화의료 서비스 전체 비용에 비해 미미한 수준임.

- TPN(total parenteral nutrition)

- 시범사업기관과 비시범사업기관 모두 비슷한 건 비중을 보임. 종별로 살펴 볼 때, 의원에서 상급종합으로 갈수록 건 비중이 높아짐. 비용 비중을 살펴보면 일부 병원에서 높은 비용 비중을 보임.

라. 전동 및 전원 분석

1) 전동(동일병원 내 병동간 이동) 현황

- 완화의료 2차 시범사업기관(12개)에서 완화병동 입원 중 급성기 병동으로 전동한 경우의 현황분석 (중재적 시술 및 수술, 방사선 치료 빈도, 진통제 처방 빈도 등)
- 전동의 정의: 시범사업기관의 완화병동으로 입원한 환자들이 급성기 병동에서 행위별 내역으로 청구한 내역을 전동한 사례로 조작적 정의함.
- 10개월 동안 4개 기관에서 34건의 명세서가 발견되었음. 이는 완화병동을 이용한 환자들의 4.5% 건 비중이고 1.1% 금액 비중으로 미미함.

2) 전원(병원간 이동) 현황

- 1회 전원 시 의료기관 이용 경로
 - 완화의료 시범사업기관을 이용한 환자 중 시범사업기관을 이용한 환자는 종별로 상급종합병원 24.6%(31명)로 제일 많았고, 의원급은 2.3%(3명)였음. 반면, 종합병원급은 완화의료기관의 종합병원급 이상이거나 급성기 병동을 이용한 내역이 많았고 병원급은 완화의료기관의 병원급 이상이거나 급성기 병동을 많이 이용하였음.
 - 완화의료 비시범사업 기관을 이용한 환자 중 동일한 종별 비시범사업기관을 이용한 환자는 종별로 상급종합병원 25.0%(36명), 종합병원 29.9%(43명), 병원 2.8%(4명), 의원 2.1%(3명)이었음.
 - 전반적으로 시범사업기관의 종합병원급 이상 의료기관을 이용한 환자들이 완화

의료 기관으로 전원이 많이 된 반면, 병원과 의원급은 급성기 기관을 더 이용하였고, 비시범사업기관을 이용한 환자들의 병·의원급은 완화의료 기관보다는 급성기 기관(특히, 종합병원, 요양병원)으로 전원하는 경향이 있었음.

- 즉, 시범사업유무와 관계없이 종합병원급 이상은 수평이동 혹은 상급종합병원급의 완화의료기관으로 전원하였으나, 병·의원급은 완화의료기관보다는 급성기 기관으로 이동한 빈도가 조금 더 많았음.

● 2회 및 3회 전원 환자의 의료기관 이용 현황

- 완화의료 시범사업기관에서 퇴원 후 6개월 동안 다른기관으로 전원한 경로를 분석한 결과, 169가지의 경로가 있었음. 가장 많은 분포의 유형은 완화의료 시범 종합에서 비완화의료기관인 요양병원으로 전원하는 경우(17.3%)였고, 그 다음은 완화의료 시범 상급종합에서 동일한 완화의료 시범 상급종합으로 전원하는 경우(12.5%)였음.
- 완화의료 시범사업기관에서 퇴원 후 다른기관으로 전원한 전체 건의 32.8%가 사망 전, 요양병원을 찾는 것으로 나타남. 종별로 살펴보면, 완화의료 시범 상급종합에서 요양병원으로 8.3%, 완화의료 시범 종합에서 요양병원으로 19.7%, 완화의료 시범 병원에서 요양병원으로 7.2%임.
- 상급종합병원과 종합병원보다 병원과 의원의 활성화를 위해 시범사업 일당정액수가를 조정하였으나, 실제 이용 현황은 종합병원급 이상이나 요양병원을 선택하는 빈도가 높았음.

● 동일 기관 재입원 현황

- 완화의료전문기관 퇴원 후 동일기관으로 다시 입원하는 것을 재입원이라고 조작적 정의함.
- 51개 완화의료 전문기관에서 퇴원한 후, 동일 기관으로 입원한 경우는 총 6,809건 중 99건이 발생됨. 시범사업기관에서 퇴원 후, 동일한 기관으로 재입원 분포는 78.8%이고, 비시범사업기관에서 퇴원 후, 동일한 기관으로 재입원 분포는 21.2%로, 시범사업기관이 비시범사업기관에 비해 더 높은 재입원률을 보였음.

마. 사망 전 의료비 재정추계

- 암사망 환자의 사망 전 진료비 분석
 - 사망 2주 전의 진료비를 보면 완화의료병동에서는 일당 151,846원이 사용되고, 급성기병동에서는 일당 301,399원이 사용되어 일당진료비가 급성기병동의 경우 완화의료 병동에 비해 거의 2배 임.
 - 전체 심결요양급여비용을 보면 2주 전에 급성기 병동에서는 약 120,906억원이 사용되었으며, 완화의료병동에서는 약 8,836억원이 사용되었음.
 - 사망에 가까워질수록 완화의료병동과 급성기병동의 일당진료비 차이는 더욱 커졌음.
 - 시범 기관은 이미 일당정액비용을 받고 있고, 시범사업에 참여하고 있지 않은 비시범사업기관이 본 사업 시행 후 일당정액제로 받는다고 가정하면 현재 일당 진료비와의 차액으로 인해 소요재정이 약 17억 증가함. 2015년 추정 완화 신규 환자수 11,479명중 비시범사업기관 예상인원만 고려함.
 - 2012년~2013년도 암환자수 증가율과 완화병동이용율을 참고하여 2015년 추정 완화신규환자수는 11,479명임.
 - 2015년 예상 병상수 $888\text{개} \times 365\text{일} \times 70\%$ (병상가동률)=226,884 일수
 - $226,884\text{ 일수} \div 13.7\text{일}$ (2013년 완화병동 평균재원일수)=16,561명 이용가능
 - $16,561 - 11,479$ (완화기관)=5,082명 : 급성기병동에서 신규로 들어올 수 있는 수
 - 5,082명이 급성기에서 완화신규환자로 들어오고, 완화전문기관의 환자가 11,479명 이용하게 되면 이용률은 20.7%로 증가하게 됨.
 - 급성기병동에서 2013년 사망 1개월 전 사용한 비용은 상급종합병원 417,750원 이고, 시범사업기관의 일당진료비는 180,107원이었음. 종별 차액에 2015년 급성기기관 증가 예상 인원수 5,082명과 완화기관 평균재원일수를 곱하여 암환자 본인부담금을 제외한 뒤 합하면 약 43억의 재정절감이 되어 전체적으로 약 26억원 정도가 절감될 것으로 예상됨.

〈요약표 3〉 급성기병동에서 완화의료병동 이동환자 증가로 인한 재정효과

종별	일반병동 사망1개월 전 일당진료비	시범사업기관 일당진료비	차액	2015년 추가 증가 예상 인원수	완화 기관 평균재원 일수	재정절감분(원) (차액×증가인원 ×종별평균재원 일수×0.95)
상급종합	417,750	180,107	237,643	1,218	11.6	3,189,729,897
종합병원	234,223	183,598	50,625	2,645	14.7	1,869,957,141
병원	112,630	123,460	-10,830	1,073	14.5	-160,073,627
의원	65,682	122,814	-57,132	866	13.3	-625,133,202
		155,089		5,082	13.7	4,274,480,209

* 일당진료비와 재원일수는 2013년 기준임.

* 시범사업기관 일당진료비는 사망 1달 전 일당진료비가 아니라 2013년 전체 청구자료 분석결과임.

* 신규환자수 : 종별 환자수 분포를 이용하여 반올림함.

〈요약표 4〉 비시범사업기관이 본 사업 참여 시 재정효과

종별	비시범 완화병동 사망1개월 전 일당진료비	시범사업기관 일당진료비	차액	2015년 추가 증가 예상 인원수	완화기관 평균재원 일수	재정절감분(원) (차액×증가인원 ×종별평균재원 일수×0.95)
상급종합	170,079	180,107	-10,028	1,399	11.6	-154,559,884
종합병원	154,241	183,598	-29,357	3,340	14.7	-1,369,464,510
병원	125,732	123,460	2,272	712	14.5	22,290,646
의원	108,199	122,814	-14,615	900	13.3	-166,256,659
		155,089		6,351	13.7	-1,667,990,406

* 일당진료비와 재원일수는 2013년 기준임.

* 시범사업기관 일당진료비는 사망 1달 전 일당진료비가 아니라 2013년 전체 청구자료 분석결과임.

* 신규환자수 : 종별 환자수 분포를 이용하여 반올림함.

5. 결론 및 제언

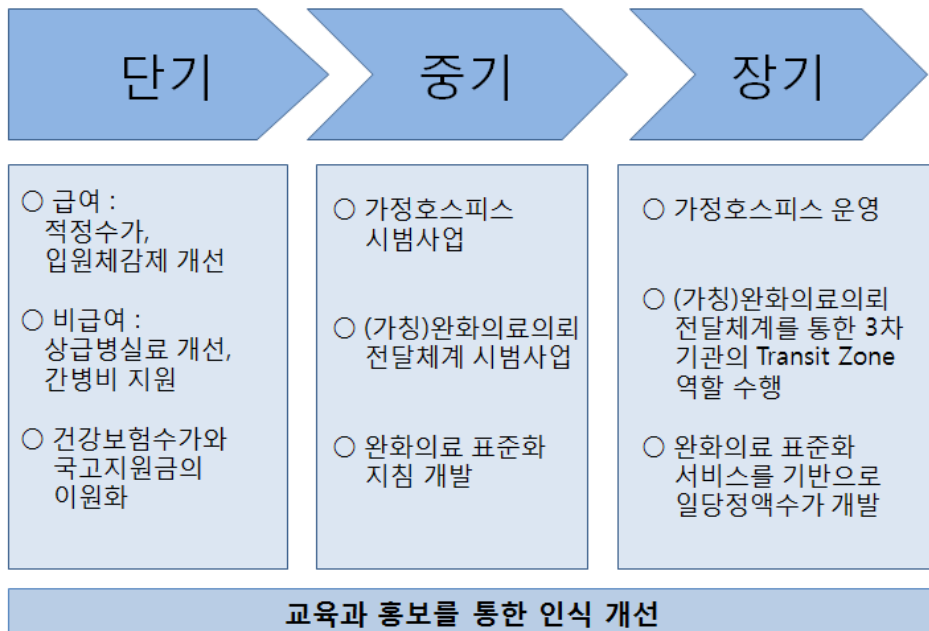
가. 수가 개선 방향

- 적정 수가 보상
- 건강보험수가-국고지원금(비의료적 부분) 이원화

나. 수가 개발 시 고려사항

- 정부의 상급병실료 개선에 따른 입원료 인상
- 필수시설(임종실, 상담실, 목욕실) 유지비를 충당해야 함.
- 사회복지사 수가 인상
- 별도 산정 요구 항목 검토
- 입원체감제 개선

다. 정액수가 확대 시 고려사항



[요약그림 1] 완화의료 활성화를 위한 시기별 정책제언

라. 제 언

- 표준모델을 개발하여 이에 기반한 원가분석 필요
- 급성기병동에서 불필요한 항암요법으로 고통스럽게 죽음을 맞이할 것이 아니라 존엄하게 생을 마감할 수 있도록 완화의료의 활성화가 필요함.
- 다른 서비스에 비해 노동집약적 서비스이고, 높은 인력기준, 완화의료만의 시설 기준, 전문적인 상담서비스가 존재하여 행위별수가로 산정하기 어려운 점이 있어 별도의 수가형태인 일당정액제로 제도화 하는 것이 필요함.
- 진료비지불방법의 변화만으로는 완화의료 활성화에 제한이 있으므로, 국민인식 개선과 기관 유인책을 같이 고려해야 함.

제1장 서 론

1. 연구배경

가. 완화의료 제도 추진 배경

- 암 발생자 증가 및 암으로 인한 국가의 사회·경제적 비용 증가
- 말기암 진단 이후에도 말기 암 환자 대부분이 상급종합병원에서 무의미한 연명 치료를 받고 있는 등 의료 이용 행태 변화 없으며, 사망일에 가까울수록 의료 이용자는 더욱 증가 : 진단검사, 기도삽관, 심폐소생술, 인공호흡기 사용, 사망 1개월 전 응급실 이용 증가 등(조선일보, 2014)
 - 암사망자의 마지막 1년 의료비 중 3분의 2가 마지막 석 달에, 석 달 중 절반 이상이 마지막 한 달에 들어감.
- 사망 3개월 내 환자가 전체 암환자의 건강보험 의료비 35,270억원 중 7,012억원 (19.9%)을 사용('10년)으로 부적절한 의료비 지출 가능성이 있고, 이로 인한 국민 의료비 부담이 가중되고 있음.¹⁾
- 이에 대한 해결방안으로 완화의료의 필요성이 대두되고 제도화 추진
 - 2008년 9월 ‘말기암환자 전문의료기관 지정기준’ 복지부고시
 - 2009년 12월 완화의료 정액수가 시범사업 추진
 - 2010년 5월 암 관리법 개정 (말기암환자 완화의료, 완화의료전문기관 지정 등)

1) 보건복지부 질병정책과(2013.11)

나. 국내 완화의료 정액수가 시범사업 추진 현황과 쟁점

- 완화의료 정액수가 시범사업 추진 배경(김정희, 2012)

- 완화의료의 필요성이 대두되고 제도화 추진

- 불필요한 의료 행위를 억제하고, 필요한 의료 서비스를 제공하여 말기 암 환자의 신체적·정신적 고통을 완화하여 환자와 그 가족들의 정서적·심리적 안정을 도모하여 존엄한 죽음을 맞이할 수 있는 완화의료의 필요성이 대두됨
- 완화의료환자는 서비스 제공자들이 환자 및 가족에 대한 상담 등 직접 서비스 시간이 많고 다른 환자에 비해 행위별로 개별 보상되는 항목이 적음.
- 행위별 수가 하에서는 기관 단위 간호인력에 대한 입원료 보상이 이루어 지므로 완화의료병동에 높은 수준의 간호인력을 두더라도 보상받지 못함.
- 병실기준, 임종실, 상담실, 가족실 등의 시설과 완화의료 전문인력의 상담·서비스가 존재하여 행위별 수가로 하기 어려워 일당정액수가로 개발됨.

● 시범사업 추진 현황

- 완화의료 시범사업시기 별 수가비교

● 정액수가운영 상 문제점

- 행위별 수가제에 비하여 수가수준이 낮다는 의견 제기

- 일당정액수가로 인해 과소진료의 가능성이 제기되고, 고액진료비환자를 거부하게 될 수 있다는 문제점이 제기되었음.

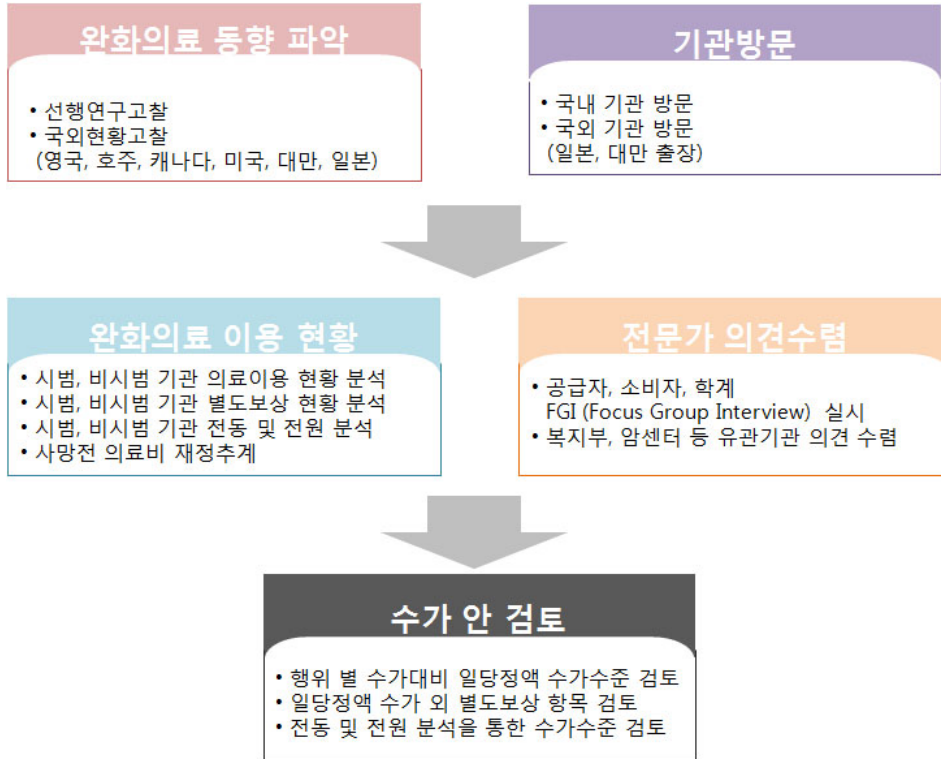
1차 시범사업 (9년 12월 - 11년 8월)	2차 시범사업 (11년 9월 - 12년 12월)	2차 시범사업 연장 1차 연장 (13년 1월 - 12월) 2차 연장 (14년 1월 - 11월)
상급종합 161,820원	상급종합 175,980원	상급종합 180,690원
총 합 131,250원	총 합	총 합
병 원 79,300원	병 원 113,580원	병 원 117,250원
의 원 73,500원	의 원	의 원 118,400원
<ul style="list-style-type: none"> • 완화의료기관 법정요건 (시설, 인력,장비)에 따른 입원료 산정 • 급여비용을 조사해 평균산출 	<ul style="list-style-type: none"> • 1차와 동일하게 산출 하되 4개 종별을 2개로 통합 • 병원/ 의원의 경우 원가를 고려해서 30% 인상 	<ul style="list-style-type: none"> • 종별 입원료를 포함한 행위금액 = (행위점수(점) X 점수당 단가) + 약제, 치료재료 금액
종합병원 이상에서 입원 16일째부터 일당정액진료비의 50% (60 - 80 천원)	종별에 상관없이 16-30일째 입원료의 10%, 31일부터 15% (7 - 9천원)	종별에 상관없이 61일부터 적용하는 것이 적합한지 고려 중

[그림 1] 완화의료 시범사업 수가 비교

2. 연구목적

- 본 연구는 완화의료 일당 정액 수가의 적절성을 평가하기 위한 현황분석임.
 - 국외 완화의료 관련 동향 파악
 - 의료이용 현황 분석
 - 시범사업기관·비시범사업기관의 진료현황 비교
 - 시범사업기관(일당정액수가 하)의 세부 진료내역 분석
 - 완화병동 입원 중 타병동으로의 전동 현황 분석
 - 완화병동 퇴원 후 전원 패턴 분석
 - 사망 전 의료비 추계
 - 수가 적정성검토 및 개선안 제시

3. 연구 내용 및 방법



[그림 2] 연구의 틀

● 연구의 틀

- 선행연구 및 외국의 호스피스완화의료 수가형태 검토를 통해 완화의료 동향을 파악하였음.
- 국내 완화의료 전문기관방문과 국외 출장(일본, 대만)을 통해 수가형태가 일당 정액이 적절한 것인지 현장 의견을 수렴하고, 진료비 현황조사를 위해 급여자료는 암센터의 51개 기관 완화의료 이용자료와 심평원 청구자료를 통해 구축하였음.
- 자료분석을 통해 급여 진료비 및 서비스 행태 비교, 전동 및 전원분석, 사망전 의료비 재정추계 등을 살펴본 후, 전문가 의견수렴을 통해 수가안을 검토하는 과정을 거쳤음.

가. 완화의료 동향 파악

- 국내 완화의료 현황 고찰
 - 선행연구 고찰 및 기관방문
- 국외 완화의료 현황 고찰
 - 영국, 호주, 캐나다, 미국, 일본, 대만의 완화의료 정책에 관한 문헌고찰
 - 대만, 일본 출장

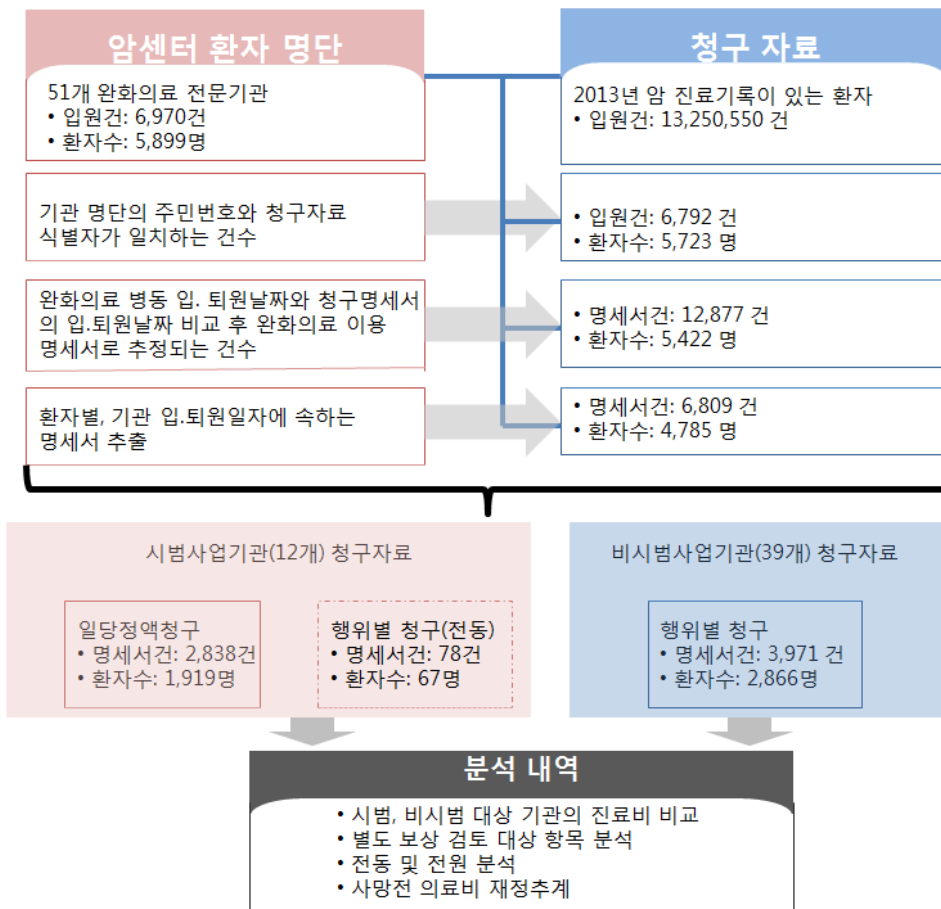
나. 분석대상

1) 분석 대상자 선정

- 원 자료
 - 기관자료: 국립암센터가 보유한 51개 완화의료기관 이용자 자료
 - 청구자료: 건강보험심사평가원 2014년 1월 심사가 완료되었으며, 진료 개시 일자가 2013년 1월~10월인 자료
- 분석 대상자 선정절차
 - 국립암센터의 IRB²⁾를 거쳐 2013년도 51개 완화의료전문기관을 이용한 환자의 개인식별번호를 제공받음.
 - 2013년도 완화병동 입원 환자명단의 주민번호와 2013년도 51개 완화의료 기관 청구자료의 개인식별번호를 연결하여 분석대상자를 선정
 - 완화의료 기관자료의 입원 환자 중 10개월 동안 최대 12번 입·퇴원한 환자가 있었음. 그 빈도 분포가 3번 이하 입원이 99%이므로, 분석 대상을 3회 이하로 제한하였음.

2) 승인번호 NCCNCSI3734

- 완화의료 기관자료의 완화병동 입·퇴원일정보와 청구자료의 입·퇴원일정보를 비교하여 실제로 완화병동에 입원한 환자의 청구자료를 추출했음.
- 완화병동 입·퇴원일정보와 청구자료의 입·퇴원일정보 비교할 때, 완화병동 입·퇴원기관과 청구자료 요양개시일자와 요양만료일자 사이의 기간의 차이를 1일의 오차로 하여 분석 대상을 정의함. 즉, 2일 이상의 오차가 있는 청구 건은 분석 대상에서 제외함.



[그림 3] 분석 대상자 선정

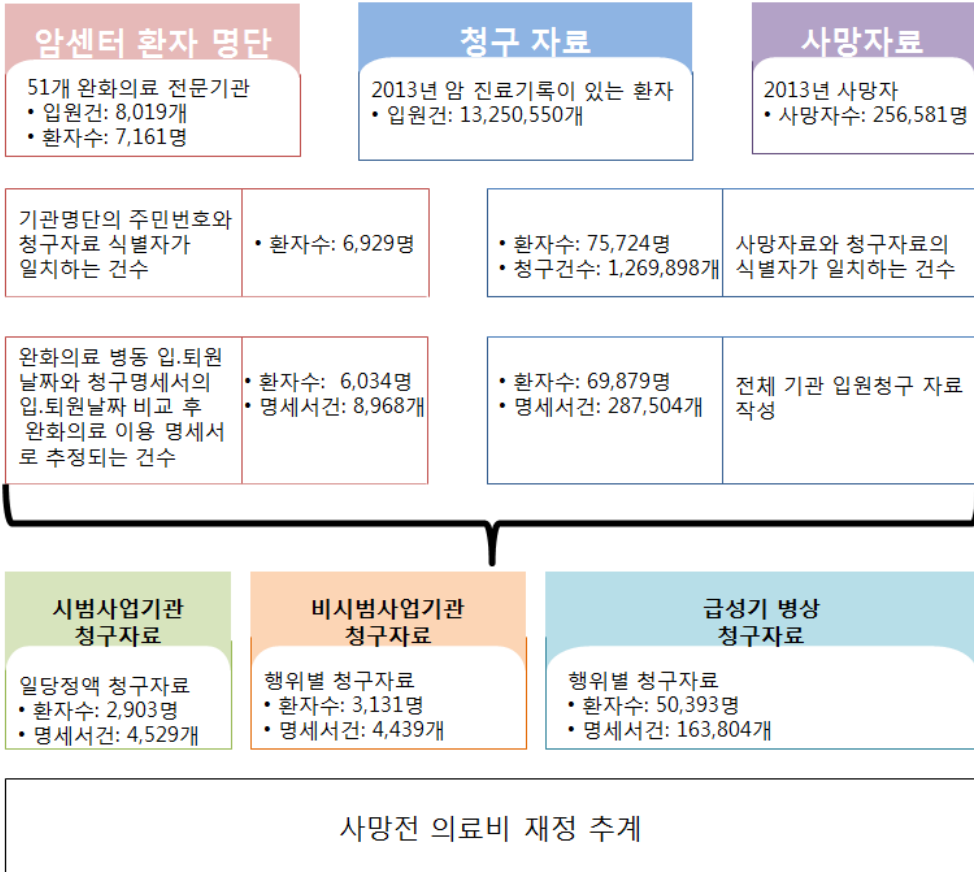
2) 분석 대상자 구축

● 원 자료

- 기관자료: 암센터에서 51개 완화의료기관을 이용한 환자 입원 자료
- 청구자료: 건강보험심사평가원 2014년 1월 심사 종결분에 대한 2013년 1월~12월 자료
- 사망자료 : 건강보험 가입자 자격자료

● 분석 대상 기준

- 대상: 의료이용 현황분석 대상자와 동일
- 완화의료 기관자료의 입원 환자 중 최대 12번 입·퇴원한 환자 모두 포함.



[그림 4] 분석자료 및 분석내용

다. 분석 내용

- 분석내용 별 사용 자료 현황은 다음 표와 같음.

〈표 1〉 분석 내용 별 사용 자료 현황

구분	분석	자료	분석기관수
의료 이용 현황	진료비 비교	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년1월~10월 청구자료 (진료개시일자기준) • 국립암센터의 완화의료 이용자료 	51개 완화의료 전문기관
	서비스 제공 행태비교		
	별도산정 분석		
전동 및 전원	전동 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년1월~10월 청구자료 • 국립암센터의 완화의료 이용자료 	12개 완화의료 시범사업기관
	전원 분석	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년 1월~10월 중 퇴원시점~2014년 4월까지 청구자료 	51개 완화의료 전문기관과 그 외 급성기 기관
재정 추계	사망 전 의료비 재정추계	<ul style="list-style-type: none"> • 2013년 1월~12월 청구자료 (요양개시일자기준) • 국립암센터의 완화의료 이용자료 • 건강보험 가입자 자격자료 	51개 완화의료 전문기관과 그 외 급성기 기관

1) 의료이용 현황 분석

가) 시범·비시범 기관의 진료비 비교

- 완화의료 시범사업 참여여부별, 기관별, 종별로 서비스 비용을 비교하기 위해 일당진료비(원) 개념을 사용하여 수가 수준을 비교함. 완화의료 시범사업 지침에 따라 식대와 비급여 항이 제외된 금액임.

일당진료비(원) = 단위 기간에 (10개월) 청구된 기관별로 명세서 상 가산금액이 포함된 진료비 합(원) ÷ 단위 기간 (10개월) 재원일수의 합(일)

- 완화의료 시범사업 일당정액수가 적당한지 알아보기 위해 행위별수가 일 때 일당진료비 대비 종별 기본수가를 이용하여 일당정액수가 수준(%)의 개념을 사용함.

$$\text{행위별 수가 대비 일당정액수가 수준(\%)} = \frac{\text{2013년 시범사업 종별 기본수가}}{\text{일당진료비}} \times 100$$

나) 서비스 제공 행태 비교

- 시범사업기관과 비시범사업기관의 서비스 종별 투약료, 주사료, 마취료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 특수장비 항목에서 서비스 항목 빈도 순위를 분석함.

다) 별도산정

- 완화병동 입원 중 별도 산정 항목으로 검토해야하는 항목이 포함된 비용의 건 비중과 일당정액진료비를 살펴 봄.
- 연구진 및 내부 자문위원 회의 결과 논의된 항목(예: 통증관리, 증상완화, 기존 치료 등)과, 기존 연구(수혈, 투석, TPN)에서 별도 보상 항목으로 제시된 항목 들을 검토함.

2) 전동 및 전원 분석

가) 전동 현황

- 대상 : 완화의료 2차 시범사업기관 (12개)
- 내용 : 완화병동에 입원한 환자가 동일 기관의 급성기 병동으로 전환하여 일당 정액수가가 아닌 행위별 수가로 진료 받은 현황을 분석

나) 전원 분석

- 대상 : 51개 완화의료기관 완화병동에서 퇴원 후, 6개월간 요양기관 이용내역
- 분석기간 : 2013년 퇴원시점~2014년 4월
- 내용 : 완화의료 전문기관을 퇴원한 후, 요양기관 이용 현황 및 동일 기관 재입원 분석

3) 재정추계

가) 사망전 의료비 재정추계

- 분석 대상자료
 - 2013년 건강보험 청구자료, 국립암센터의 완화의료 이용자료, 사망자 자료 (건강보험 가입자 자격자료)
 - 기간 : 2013년 1월 1일~2013년 12월 31일(12개월)
 - 내용 : 완화의료 이용 및 비이용 환자의 사망 전 2주, 1개월, 2개월, 3개월, 6개월 전 진료비 분석

제2장 완화의료 동향 파악

1. 국외 완화의료 동향 파악

- 대상 국가 : 영국, 호주, 캐나다, 미국, 일본, 대만
- 국외 나라 선정 이유
 - 2010년 영국 이코노미스트연구소(EIU)가 전 세계 40개국을 대상으로 실시한 ‘죽음의 질 지수(Quality of Death Index)’조사에서 영국 1등, 미국 9등, 일본 23등, 한국 32등으로 나타남.
 - 죽음의 질 지수가 높은 나라의 완화의료 동향을 살펴봄으로써 우리나라 완화의료 제도의 시사점을 갖고자 함.

〈표 2〉 죽음의 질 지수 (The Quality of Death Index)

항목	영국	호주	캐나다	미국	일본	한국
	Rank/40	Rank/40	Rank/40	Rank/40	Rank/40	Rank/40
전체 점수	1	2	9	9	23	32
전반적인 의료시스템 환경	28	19	20	9	2	20
말기 치료 이용 편의성(availability)	1	3	9	8	28	30
말기 치료의 비용(costs)	18	1	27	31	31	35
말기 치료의 질(quality)	1	2	5	7	21	29

- 각 나라별로 완화의료 동향을 파악해 본 결과 영국과 캐나다는 질 관리 시스템에서, 호주는 비용에서, 미국은 말기 치료 이용의 편의성에서, 일본은 의료시스템 환경 측면에서 높은 점수를 받았음.
- 이에 우리나라의 완화의료 제도로 적용할 시사점을 찾기 위해 자세히 살펴보기로 함.

가. 영국

● 재원

- 1988년부터 입원 완화의료에 대한 중앙정부의 부정기적인 보조금이 전체 운영비의 25% 규모로 지급되기 시작하였으며 완화의료에서 무상으로 약을 공급할 수 있는 프로그램이 마련됨.
- 2012년 영국, 하루당 160만 파운드가 완화의료케어에 사용. 영국 정부는 정부 재원으로 성인 완화医료를 위한 비용의 평균 34%와 어린이를 위한 비용의 평균 2.7%를 충당하고 나머지는 자선기부에 의존함.³⁾

● 수가

- 영국의 완화의료 수가는 다음과 같이 크게 4가지로 나뉘며, 영국 의료 특성상 본인이 부담하는 비용은 없음.

〈표 3〉 영국 완화의료 수가(2012~2013년 수가 기준)

구분	개념	금액	하한 금액	상한 금액
Specialist inpatient palliative care (adults only)	완화의료 또는 병원(in hospices or hospitals)에서 입원해서 통증조절, 증상조절 등 의료적 처치를 받는 유형	£348	£163	£470
Specialist inpatient palliative care support (adults only)	완화의료 또는 병원(in hospices or hospitals)에서 정서적 지지 및 사회적 지지를 받는 유형	£116	£59	£123
Outpatient medical specialist palliative care attendance (19years and over)	외래에서 의료전문가에게 통증조절 증상조절 등의 서비스를 받는 유형	£195	Not available	Not available
Outpatient non-medical specialist palliative care attendance (19years and over)	외래에서 비의료전문가에게 정서적, 심리적 지지 등의 서비스를 받는 유형	£95	Not available	Not available

3) Help the Hospices. Hospice accounts - Analysis of the accounts of UK independent voluntary hospices for the year ended 31 March 2012. London: Help the Hospices; 2013.

나. 호 주

● 재원

- 호주의 암환자는 정부의 의료정책인 메디케어 프로그램에 의해 공공병원 입원 시 진료비를 전액 지원받으며, 민간병원이나 본인이 지정한 의사에게 진료를 받았을 때 85%의 비용이 메디케어를 통해 지원됨.
- 그러나, Cancer Council Australia는 암 진단이 암환자 본인과 그 가족의 재정적 어려움을 야기할 수 있으며, 암환자를 돌봄에 있어 마주하는 다양한 문제들로 소득의 감소와 증가된 비용 지출을 경험할 수 있다고 설명함
- 약물 비용: 오피오이드계 약물(진통제)의 경우는 의약보조금 정책(PBS)에 의해 공급되므로 호주 정부의 지원을 받음.

● 수가

- 정부는 완화의료 서비스에 대해 기본적으로 무상으로 제공하지만, 아래 일부 사항에 대해서는 환자가 비용을 지불해야 함.
 - 가정에서 사용하는 특수 장비
 - 집에서 완화의료 서비스를 받고, 24시간 간호 지원이 필요한 경우
 - 물리치료와 함께하는 마사지 치료 서비스
 - 완화의료를 커버하는 건강보험이 있고 민간병원에 가서 과잉 지불된 경우
 - 적은 돈을 지불하는 사별 서비스
 - 민간요법
 - 메디케어로 환급되지 않는 영양사 비용
 - 의료기사 등에 의해 제공되는 서비스(Individual allied health:운동생리학자, 정신건강 사회사업가, 작업치료사, 접골사, 심리치료사, 발 치료사, 심리학자, 언어치료사가 제공하는 서비스)는 메디케어에서 제공하지 않음.⁴⁾

4) Australian Government Department of Health and Aging, Senate Community Affairs Committee Inquiry Into Palliative Care In Australia, 2012.

〈표 4〉 호주 완화의료 수가(2014년 기준)

상황	추정 비용
급성기 병원 입원	\$1,100/1일
앰블런스 호출	\$300 ~ \$5,000/호출 당
가정에서의 완화의료	추정 안 됨
요양시설에서의 완화의료 (highcare인 경우의 평균 비용)	\$200/1일
완화의료 병동	\$600/1일
완화의료 시설 입원	\$950/1일
중환자실 입원	\$4,000/1일

다. 캐나다

● 재원

- 완화의료 프로그램의 50% 이상은 기부금으로 운영되고 있음.⁵⁾
- 캐나다의 경우 ‘모든 캐나다인의 권리’라는 상원의원보고서를 2000년에 발표하여 정부가 말기케어(End of Life Care)를 위한 5개년 국가전략을 수립하고 실행하도록 함. 이에 따라 캐나다 연방정부는 매년 10억 원에서 15억 원 사이의 예산을 완화의료와 말기케어에 대한 국가전략의 개발과 실행을 담당하는 사무국에 지원함.⁶⁾
- 캐나다 호스피스 완화의료 케어연합회(CHPCA)는 글락소스미스클라인 재단의 후원을 받아 “Living Lessons® initiative”를 인터넷을 통해 완화의료 홍보 캠페인을 펼침.

5) Quality End-of-Life Care Coalition of Canada, Blueprint for Action 2010 to 2020. Ottawa, On, 2010.

6) 윤영호, 호스피스 완화의료 현황과 발전방안, 의료정책포럼, 2012. Available from: http://webzine.rihp.re.kr/webzine_201302/w_04.html, 접속일: 2014.06.10

● 수가

- 가정 중심의 완화의료는 주정부 건강보험(Provincial health plan)의 홈 케어 예산에서 지급되나, 약, 장비 경비가 모두 지급되지 않아 사보험이나 자비 부담을 하는 경우도 있음. 50%는 기부에 의존하고 가족들이 일부비용을 부담함. 대략 25%가 가족들 부담임.
- 병원 중심의 완화의료는 주정부 건강보험의 홈케어 예산에서 지급되고, 의약품, 의료용품 및 장비 등 대부분의 치료 경비 지급됨.
- 장기요양시설의 완화의료는 본인이 치료의 일부를 지불해야 함. 비용은 시설마다 다름.
- 지역마다 프로그램 지원 정도와 기준이 다름.
- 사별 지원: 무료로 제공되며, 병원이나 지역사회의 비영리 자원봉사 단체에서 지원하기도 함.

라. 미 국

● 재원

- 메디케어의 호스피스 급여가 시작된 초기에는 호스피스 이용이 저조했으나, 2000년 이래로 CMS가 호스피스 이용을 권장하면서 이용자가 급증함. 이에 따라 2013년 호스피스 지출이 거의 140억 달러⁷⁾였음.
- 호스피스 기관 재정의 수입원은 80%이상이 메디케어 호스피스 급여(Medicare Hospice Benefit)이고, 7.8%가 관리의료(Managed Care) 혹은 사보험, 5.1%가 메디케이드 호스피스 급여, 1.3% 무료 혹은 자선 진료, 0.7% 자기 부담, 0.8% 다른 지불 종류임.

7) Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. March 2013.

● 수가

- 서비스 제공 장소(home vs inpatient) 및 중증도(intensity)에 따라 일반 가정간호, 지속적 가정간호, 일반 단기간호, 일반 입원간호 4가지 종류에 대해 일당정액 (flat per-diem)형태로 급여를 하고 있고, 4가지 종류 중 가정간호의 비용이 총 호스피스 비용의 97%에 해당됨.

〈표 5〉 미국 완화의료 수가(2014년 기준)

종류	개념	금액
Routine Home Care (일반 가정간호)	간호의 양, 강도 또는 환자의 상태와 관계없이 비용이 적용되며 제공된 일수를 곱하여 지급됨	\$156.06
Continuous Home Care Full Rate (지속적 가정간호) \$37.95=Hourly Rate	24시간으로 나누어 시간당 지급되며 1일 최소 8시간이상 서비스 제공이 되어야 산정됨	\$910.78
Inpatient Respite Care (입원 단기간호)	환자가 승인된 시설에 입원한 일수를 산정하여 제공되며 입원한 일을 포함하여 (퇴원일 제외) 1회 최대 5일간 서비스가 제공되며 6일 이상이 되면 일반 가정간호비가 적용됨	\$161.42
General Inpatient Care (일반 입원간호)	위급한 급성기 상황으로 입원이 필요한 경우 호스피스 팀은 메디케어에서 공인된 장기 요양시설, 너싱홈, 독립 호스피스 병동에 환자를 입원시킬때 적용됨	\$694.19

- 호스피스 서비스에 대한 본인 부담은 최소화하는 것을 원칙으로 함.

입원단기간호는 총 금액의 5%를 환자가 본인이 부담하지만 입원 시 정액 환자 본인 부담금액(deductible)을 초과하지 않고, 처방약은 \$5를 초과하지 않음.

- 매년 11월을 기준으로 (전년도 11월 1일 ~ 10월 31일) 환자 1인당 1년에 소비할 수 있는 예산인 호스피스 상한값(Hospice Cap)이 존재하며 상한 방법은 크게 2가지가 있음.
 - ① 입원일수 제한: 연간급여일수 가운데 호스피스로 인한 입원일수가 20%를 넘을 수 없음.
 - ② 급여비용 제한: 1년간(2012년 11월~2013년 10월 기준) \$26,157 급여비용을 초과할 수 없음.

마 대 만

● 재원

- 입원 호스피스, 가정호스피스, 완화의료케어팀의 세 가지 완화의료 서비스 비용을 대만 건강보험에서 지원함.⁸⁾
- (입원호스피스) 입원호스피스의 대상자는 말기 암, 루게릭병, 노인성치매, 기타 뇌기능저하, 말기신부전, 만성간질환과 간경화, 급성신부전, 기타 폐질환, 만성 폐쇄성폐질환, 심부전 환자로 정의함. 기준병상이 아닌 경우 지방의 위생국에서 정한 병원규정에 따른 차액만 개인이 지불함.
- (가정호스피스) 환자상태에 따른 4가지 분류에 따라 지급하는 기존의 일반 가정 간호 수가를 보완하여 수가를 산정하였으며, 의료진의 교통비는 환자부담임.
- (완화의료케어팀) 제한된 호스피스 병상으로 인해 호스피스완화의료를 받기를 원하나 받지 못하는 환자를 위해 2011년 4월부터 건강보험에서 완화의료케어 시범사업을 도입하여 급성기 병상 및 중환자실 환자가 호스피스를 이용할 수 있도록 함.
- 2012년 호스피스케어와 비호스피스 케어의 비교를 보면 1개월~3개월, 1개월 이내의 평균 비용이 호스피스 케어가 비호스피스 케어보다 2배정도 적음.

8) Handbook of Taiwan's National Health Insurance 2013~2014

● 수가

- 제도 시작 초기에는 기관 유형에 따라 차등수가를 주다가, 2006년부터 가장 높은 의료기관 수준의 수가(4,930 TWD)에 맞춰 동일하게 적용하고 있음.
- 이는 완화병동 입원환자의 구성은 동일하다는 데에 서비스 제공자들의 합의가 있었고, 의료기관 형태에 따라 수가를 동일하게 정하게 된 배경은 실제 비용이 동일해서라기보다는 regional hospital이 현재 수가로 부족하다는 의견이 있고, medical center에서도 이에 동의하여 동일한 수준의 수가를 정함.
- 완화케어팀은 첫 방문 시 1,350 TWD이며, 두 번째부터 의사 동반 시 1,050 TWD, 의사 미 동반 시 850 TWD임
- 암환자의 경우 본인부담은 없으며, 기준 병상(3~4인실)이 아닌 경우 본인부담금이 있음.
- 간병비는 건강보험에서 지급하지 않음.

〈표 6〉 대만 완화의료 수가 변화

(단위: TWD)

구분	2000년	2001년	2003년 이후
medical center	4,600	4,820	4,930
regional hospital	4,100	4,280	
community hospital	3,800	3,930	

※ 1TWD=KRW 34.89 (2014.10.02 기준)

바. 일본

● 재원

- 1990년 완화케어 병동(Palliative Care Unit)에 대한 건강보험 급여를 시작으로 2002년 완화케어팀에 대한 수가를 급여화함.
- 국가건강보험(National Health Insurance)과 장기요양보험(Long Term Care Insurance)이 주요 재원임.⁹⁾

● 수가

- 일본은 가정호스피스를 기본으로 출발하였으며, 말기질환자들은 전통적으로 일반 병동 단위의 병원에서 진료 받았음.
- 1989년 후생노동성이 완화의료에 대한 보고서를 출간하면서 병동형 수가를 받기 위한 규정을 만들음.
- 1990년 후생노동성이 의료수가에 ‘완화의료 병동입원료’를 포함시키면서 호스피스 보다 완화의료라는 용어를 보편적으로 쓰기 시작함. 이때부터 완화의료 병동에 대한 건강보험 급여를 시작으로 2002년 완화케어팀에 대한 수기도 급여화하면서 완화의료기관이 급격하게 증가함.
- 2009년 모든 지역암센터에 PCT 설립이 의무화됨(Cancer Control Act)
- 현행 진료보수에서, 완화케어에 대한 급여는 완화의료 병동 입원료와 완화케어 진료가산 2개 항목이 있음.

9) Comparison of the hospice systems in the United States, Japan and taiwan. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2010 Dec;4(4):163-73. doi: 10.1016/S1976-1317(11)60001-7.

〈표 7〉 일본 완화의료 수가(2014년 기준)

구분	종류	점수	금액 (엔)
입원료	A310- 완화의료 병동 입원료 (1일당)	1점=10엔	
	- 30일 이내의 기간	4,926점	49,260엔
	- 31일 이상 60일 이내의 기간	4,412점	44,120엔
	- 61일 이상의 기간	3,384점	33,840엔
	A226-2- 완화의료 진료 가산 (1일당)	400점	4,000엔
의학 관리료	B001-22- 암성 동통 완화지도 관리료 (월 1회)	200점	2,000엔
	C108- 암 환자지도 관리료 (환자당 1회)	500점	5,000엔
	외래 완화 의료 관리료 (월 1회)	300점	3,000엔

※ 1JPY=9.78KRW (2014.10.02 기준)

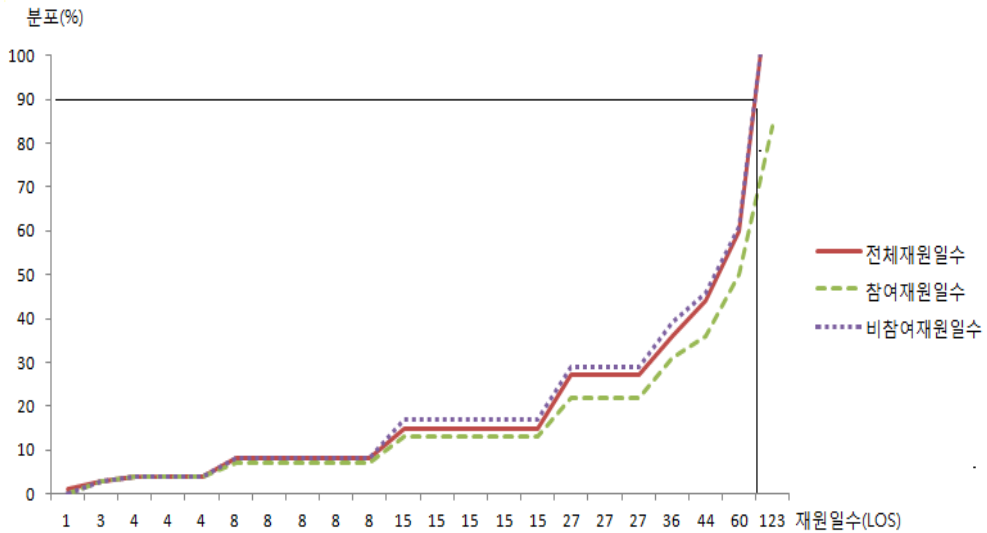
제3장 완화의료 이용현황

1. 의료 이용 현황 분석

가. 진료 현황

● 재원일수

- 시범사업기관이 평균 재원일수가 비시범 사업기관에 비해 종별로 건당 재원일수가 모두 적었음 (표8)
- 시범사업 기관과 비시범사업 기관 모두 90% 이상이 60일 이내의 재원일수 분포를 보임(그림 5). 따라서, 장기입원을 방지하기 위한 입원체감제는 61일부터 적용하는 것이 적합함



[그림 5] 시범사업 참여여부에 따른 재원일수 분포

● 수가수준

- 행위별 수가 대비 일당 정액 수가 수준

- 정액 청구를 하는 시범사업 기관에 비해 행위별 청구를 하는 비시범사업 기관의 일당진료비가 높음.
- 2013년 수가 수준과 비교해 보았을 때, 비시범의 병원급을 제외하고 행위별 수가 대비 일당정액수가 수준이 100%를 넘으므로 일당정액 수가 수준이 부족하지 않은 것으로 해석됨.
- 평균재원일수는 시범사업기관 14일, 비시범사업 기관 17일로 비시범사업 기관이 조금 더 길게 이용하였음.

〈표 8〉 시범사업기관과 비시범사업기관의 일당진료비 비교

구 분	종별(개)	인원수 (명)	명세서수 (건)	일당진료비 (원)	건당 평균 재원일수 (일)	행위별 수가 대비 일당정액 보상률(%)
시 범	상급종합(2)	496	637	146,425	12	123.4
	종합(5)	629	839	113,938	15	158.5
	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	-
비 시 범	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	-

- 시범사업기관 일당진료비와 비시범사업기관 일당진료비의 비를 보면 병원급이 2.33배로 제일 큰 차이가 났고, 종별 전체적으로 비시범사업기관이 시범사업기관에 비해 1.49배 정도 더 사용하였음.

〈표 9〉 시범사업기관과 비시범사업기관의 일당진료비 비율

종별	시범 일당진료비(원)	비시범 일당진료비(원)	비시범과 시범사업기관의 비(배)
상급종합	146,425	168,548	1.15
종합	113,938	143,741	1.26
병원	50,705	118,149	2.33
의원	73,684	103,524	1.40
합계	94,237	140,075	1.49

나. 세부 진료 내역

● 진료항별 진료비 분포

- 시범과 비시범사업기관의 진료항별 비율 분석결과, 시범과 비시범사업기관의 항목별 지출 비율이 다름 (표10).
- 시범사업기관과 비시범사업기관의 항목별 진료비 비중은 각각 진찰료가 1.16%, 1.08%, 입원료가 42.91%, 32.39%, 투약료가 5.53%, 4.83%, 마취료 0.13%, 0.11%, 처치 및 수술료 14.75%, 12.28% 임. 이 중 처치료는 단순 및 염증성처치, 흡입 및 배농처치, 흉관삽관술, 하기도 증기흡입치료, 침상목욕간호, 회음부 간호, 요도 및 방광세척 등의 행위를 받는 수가를 의미함. 말기 암환자에게 이 처치료의 비중이 높은 것은 바람직함
- 반면, 시범사업기관에 비해 비시범사업기관의 항목별 진료비 비중은 주사료 26.06%, 34.60%, 검사료 7.43%, 10.29%, 영상진단 및 방사선치료료 1.47%, 2.41%, 특수장비이용료 0.45%, 1.45%등으로 비시범 기관의 비중이 더 높았음. 이는 행위별 수가 시스템의 비시범사업기관에서 말기 암환자의 불필요한 적극적인 치료를 하는 경향을 보임.

● 서비스 항별 세부 진료 항목

- 시범사업기관과 비시범사업기관의 종별 투약료, 주사료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 특수장비 항목에서 서비스 항목 빈도 순위를 5위까지 살펴봄(표11).
- 투약료 항목 고빈도 5순위에서 시범사업기관에서는 종합병원에서 1번 발생한 반면, 비시범사업기관에서는 종합병원 이상에서 용량별로 6번 발생한 것으로 봐서 비시범사업기관에서 값싼 마약성 진통제보다 고가이나 사용하기 편리한 패취 의약품을 이용하여 통증완화요법을 시행하고 있음을 알 수 있음.
- 정신요법료 항목 고빈도 5순위에서 시범사업기관은 “개인정신치료(지지요법)”과 “개인정신치료(집중요법)”으로 단순한 정신요법을 시행하는 반면, 비시범사업기관에서는 ”개인정신치료(심층분석요법)“, ”가족치료(개인치료)“, “작업 및 오락요법” 등 다양한 정신요법을 시행하고 있었음.
- 특수장비 항목 고빈도 5순위에서 시범사업기관은 주로 종합병원 이상에서 “영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용”을 시행하는 반면, 비시범사업기관에서는 병원급에서도 시행하고 있었음. 또한, 비시범사업기관에서 “탁소텔”과 같은 항악성종양제를 시행하였음. 그러나, “영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용” 및 항악성종양제의 사용은 완화의 목적에는 부합하지 않음.
- 시범사업기관과 비시범사업기관에서 완화의료 목적에 적절하지 않은 코드를 선정하여 살펴본 결과, 시범사업기관에 비해 비시범사업기관에서 많이 발생했음. 이 코드들은 회당 금액이 9만원에서 40만원까지 고가의 행위임(표12).
- 특히, 완화목적에 적절하지 않은 중환자실입원료가 시범사업기관에서는 1회도 발생하지 않은 반면, 비시범사업기관에서 40회 이상 발생함.
- 이로써, 호스피스완화의료는 일당정액 수가체계에서 자원을 적절히 사용하고 있는 것으로 판단되는 바, 행위별 수가체계보다 일당정액 수가체계가 적합함.

〈표 10〉 시범사업기관과 비시범사업기관의 항목별 진료비 비중

(단위: %)

구분	종별	진찰료	입원료	투약료	주사료	미취료	이학 요법료	정신요법료	처치및 수술료	검사료	영상진단 및 방사선치료료	특수장비	계(%)
시범	상급종합	1.03	35.80	4.33	32.97	0.12	0.09	-	15.65	6.98	2.12	0.90	100
	종합	1.23	42.74	5.90	26.42	0.24	0.12	0.02	11.32	10.19	1.40	0.43	100
	병원	1.64	50.91	6.52	18.03	-	0.06	-	16.01	5.44	1.41	-	100
	의원	0.63	50.52	6.06	18.36	-	0.09	21.92	21.92	2.35	0.07	-	100
비시범	시범계	1.16	42.91	5.53	26.06	0.13	0.10	0.01	14.75	7.43	1.47	0.45	100
	상급종합	1.32	30.02	5.98	31.99	0.11	0.28	0.10	10.22	13.55	3.42	3.01	100
	종합	1.15	32.67	4.99	33.98	0.14	0.12	0.02	11.71	10.63	2.63	1.95	100
	병원	0.67	35.28	2.71	35.28	0.08	0.07	0.11	11.63	9.85	1.22	0.10	100
비시범	의원	0.49	33.79	3.21	40.48	-	-	-	20.40	1.58	0.06	-	100
	비시범계	1.08	32.39	4.83	34.60	0.11	0.14	0.05	12.28	10.29	2.41	1.83	100
	합계	1.10	35.30	5.02	32.23	0.12	0.13	0.04	12.97	9.50	2.15	1.45	100

<표 11> 시범사업기관과 비시범사업기관의 의료 행위 세부 항목 빈도 순위

구분	항목	서비스 항목 빈도 순위				
		1	2	3	4	5
투약료	종별					
	상급 종합	마그미정 (수산화마그네슘)	임원환자 조제 복약지도료 (1일당)	아이알코론정5밀리그램 (염산옥시코돈)	두파라시립 (락탈로오즈농축액)	뉴클레오텍스100밀리그램 (가바펜틴)
	중합	임원환자 조제 복약지도료 (1일당)	마그미정 (수산화마그네슘)	아이알코론정5밀리그램 (염산옥시코돈)	두파라-이지시립 (락탈로오즈농축액)	두로제시디트렌스패취25mcg/h (펜타닐TTS)
	병원	임원환자 조제 복약지도료 (1일당)	신소	마그미정 (수산화마그네슘)	제일생리식염주사액	두파라시립 (락탈로오즈농축액)
	의원	임원환자 조제 복약지도료 (1일당)	신일염정 (수산화마그네슘)	두파라시립 (락탈로오즈농축액)	타이레놀아일새양정 (아세트아미노펜)	신소
	상급 종합	명문모르핀염산염수화물주사	정맥내집적주사-100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	명문모르핀염산염수화물주사	염물핀주사 (염산모르핀)	수액제주입로통한주사
주사료	중합	정맥내집적주사-100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	명문모르핀염산염수화물주사	정맥내유치침	수액제주입로통한주사	정맥내집적주사-501ml~1000ml [1 병또는포장단위당]
	병원	케토신주사 (케토롤락트로메타민) (수출명:뉴케토신주사 NEWKETOCININ)	피하포논근육내주사	명문모르핀염산염수화물주사	명인할로페리돌주사	아티빈주사(모라제핀)
	의원	명문모르핀염산염수화물주사	정맥내집적주사-100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	정맥내집적주사-501ml~1000ml [1 병또는포장단위당]	수액제주입로통한주사	피하포논근육내주사
	의원	명문모르핀염산염수화물주사	정맥내집적주사-100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	정맥내집적주사-501ml~1000ml [1 병또는포장단위당]	수액제주입로통한주사	피하포논근육내주사

서비스 항목 빈도 순위							
구분	항목	종별	1	2	3	4	5
마취료		중합	경막외신경차단술(지속좌차단) -기타(비터닐식카테터)에의한 방법-삼입일 이후(1일당)	수액제주입로틀통환주사	경막외신경차단술 일회성차단 (요추핏 천주)	척수신경말초지차단술 -대소후두신경	대한펜타닐주사액 2 밀리리터
		중합	경막외신경차단술(지속좌차단) -기타(비터닐식카테터)에의한 방법-삼입일 이후(1일당)	휴온스리도카인 연신염주사	휴온스리도카인 연신염수화물 주사	제일리도카인주사액	케토신주사 (케토롤라트로메타민) (수출명:뉴케토신주사 NEWKETOCININ)
이하 요법료		병원	대한연산리도카인1%주	-	-	-	-
		의원	-	-	-	-	-
정신 요법료		상급 중합	단순운동치료 [1일당]	기능적전기자극치료	재활기능치료-메트뎬이동치료	작업치료-특수작업치료	표층열치료
		중합	단순운동치료 [1일당]	재활기능치료-보행치료	경피적전기신경자극치료 [TENS]	운동치료-복합운동치료 [1일당]	표층열치료
정신 요법료		병원	표층열치료	표층열치료 (심층열동시)	심층열치료 [1일당]	간섭파전류치료 [ICT]	재활저출력레이저치료 [1일당]
		의원	한방치료 (클드팩)	표층열치료	표층열치료 (심층열동시)	간섭파전류치료 [ICT]	심층열치료 [1일당]
정신 요법료		상급 중합	개인정신치료 (지지요법)	-	-	-	-
		중합	개인정신치료 (지지요법)	개인정신치료(집중요법)	-	-	-
정신 요법료		병원	-	-	-	-	-
		의원	-	-	-	-	-

구분	항목	증분	서비스 항목 빈도 순위				
			1	2	3	4	5
처치 및 수술료	신소	상급 종합	신소	단순처치 [1일당]	체위변경처치[1일당]	신소흡입 [1일당]	OP SITE IV 3000
	신소	종합	신소	단순처치 [1일당]	신소흡입[1일당]	EZ REGULAR	유치 카테터 설치
검사료	침상목욕간호 [1일당]	병원	침상목욕간호 [1일당]	체위변경처치 [1일당]	유치 카테터 설치	URINE BAG	SILICONE FOLEY CATHETER
	단순처치 [1일당]	의원	단순처치 [1일당]	침상목욕간호 [1일당]	체위변경처치[1일당]	신소	신소흡입 [1일당]
	혈색소 [광전비색법]	상급 종합	혈색소 [광전비색법]	백혈구수	백혈구수	헤마토크리트	전해질 (포타슘)
	헤마토크리트	종합	헤마토크리트	혈소판수	백혈구수	적혈구수	혈색소 [광전비색법]
의원	당검사(반장량)	병원	당검사(반장량)	알부민	혈색소[광전비색법]	헤마토크리트	당검사 (정량)
	당검사(반장량)	의원	당검사(반장량)	직장수지검사	헤마토크리트	백혈구수	혈색소 [광전비색법]
영상 진단 및 방사선 치료	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 1매(단순영상)	상급 종합	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 1매(단순영상)	흉부직접1매	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 2매(단순영상)	흉부직접1매	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용(특수영상)
	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 1매(단순영상)	종합	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 1매(단순영상)	흉부직접1매	복부1매	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 2매(단순영상)	복부2매
	흉부직접1매	병원	흉부직접1매	방사선필름	복부2매	방사선필름	신장요관방광단순촬영 1매
의원	흉부직접1매	의원	흉부직접1매	복부1매	복부2매	-	-

		서비스 항목 빈도 순위				
구분	항목	1	2	3	4	5
중분	경분	영상저장및 전송시스템(FULL PACS)이용(특수영상)	올트라버스트300주사 (이오프로마이드)	일반전산화단층영상진단-복부 [콜린포합]-조영제를사용하는 경우	옵티메이320주사(이오버솔)	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우
		영상저장및 전송시스템 (FULL PACS)이용(특수영상)	일반전산화단층영상진단-복부-조영제를사용하지않는 경우-기타의경우	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는 경우-기타의경우	일반전산화단층영상진단-복부 [콜린포합]-조영제를사용하는 경우	옵티메이320주사(이오버솔)
특수 장비	중합	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-
비시범 투약료	경분	임원환자 조제-복약지도료 (1일당)	아이알코돈정5밀리그램 (염산옥시코돈)	듀로제식디트렌스페취25mcg/h (펜타닐TTS)	듀로제식디트렌스페취 100mcg/h	듀로제식디트렌스페취50mcg/h (펜타닐TTS)
		임원환자 조제-복약지도료 (1일당)	듀로제식디트렌스페취25mcg/h (펜타닐TTS)	마그밀정 (수산화마그네슘)	듀로제식디트렌스페취12mcg/h (펜타닐)	듀로제식디트렌스페취 100mcg/h
의원	경분	임원환자 조제-복약지도료 (1일당)	신원염정 (수산화마그네슘)	쿠에타피퀼정5밀리그램 (쿠에타피퀼푸마르산염)	듀로제식디트렌스페취25mcg/h (펜타닐TTS)	낙센에프정 (나프로센)
		임원환자 조제-복약지도료 (1일당)	듀파락시립 (락툴로오스-중축애)	마그밀정 (수산화마그네슘)	돌코락스좌액(비사코딜)	에피트롤내복원타액 (초산메게스트롤)

구분	항목	서비스 항목 빈도 순위					
		1	2	3	4	5	
주사료	경본 상급 종합	정맥내점적주사 -100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	정맥내유치침	명문모르핀염산염수화물주사	정맥내점적주사 -501ml~1000ml [1 병또는포장단위당]	수액제주입로통용한주사	
		정맥내점적주사 -100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	수액제주입로통용한주사	정맥내유치침	명문모르핀염산염수화물주사	피하또는근육내주사	
	병원	정맥내점적주사 -100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	비씨모르핀황산염수화물주사 15mg	대한말균생리식염수 100ml리리터 (생리식염주사액)	정맥내유치침	수액제주입로통용한주사	
		정맥내점적주사 -100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	명문모르핀염산염수화물주사	수액제주입로통용한주사	정맥내유치침	수액제주입로통용한주사	
	의원	정맥내점적주사 -100ml~500ml [1 병또는포장단위당]	경막외신경차단술-일회성차단 (요추필절주)	교감신경절멸신경총파괴술- 복강신경총및내장신경	수액제주입로통용한주사	중외엔에스주사액(염화나트륨)	
		경막외신경차단술(지속적차단)- 기타(비터닐식카테터)에의한 방법-삼입이후(1 일당)	후온스리도카인염산염수화물 주사	대한염산리도카인2%주	피하또는근육내주사	GEMSTAR LINE	
	미취료	병원 종합	정맥외신경차단술(지속적차단)- 기타(비터닐식카테터)에의한 방법-삼입이후(1 일당)	ACCUFUSER PLUS	경막외신경차단술(지속적차단)- 기타(비터닐식카테터)에의한 방법-삼입이후(1 일당)	후온스리도카인염산염수화물주 1%	경막외신경차단술(지속적차단)- 기타(비터닐식카테터)에의한 방법-삼입이후(1 일당)
		의원	-	-	-	-	후온스리도카인염산염주1%
	이하 요법료	상급 종합	운동치료-복합운동치료 [1 일당]	재활기능치료-매트 및 이동치료	단순운동치료 [1 일당]	기능적전기자극치료	압박치료 [1 일당]
			재활사회사업-개인력조사	단순운동치료[1 일당]	재활사회사업-사회사업상담	표층열치료	운동치료-복합운동치료 [1 일당]
병원		단순운동치료[1 일당]	표층열치료	경피적전기신경자극치료 [TENS]	기능적전기자극치료	-	
의원		-	-	-	-	-	

서비스 항목 빈도 순위								
구분	항목	증분	1	2	3	4	5	
정신 요법도	항목	증분	개인정신치료 (지지요법)	개인정신치료 (심층분석요법)	개인정신치료 (집중요법)	가족치료 (개인치료)	인성검사-간이정신진단검사	
			작업및오락요법 [음악,시화,조각,운동,작업등]	개인정신치료 (지지요법)	개인정신치료 (집중요법)	가족치료 (개인치료)	개인정신치료 (심층분석요법)	
	병원							
	의원							
	항목	증분	산소	단순처치 [1일당]	INFUCON INFUSION	산소흡입[1일당]	유치 카테터 설치	
			산소	단순처치 [1일당]	산소흡입 [1일당]	유치 카테터 설치	SILICONE FOLEY CATHETER	
	항목	증분	산소	산소흡입 [1일당]	단순처치 [1일당]	단순처치 [1일당]	I.V FLOW CONTROL LINE	유치 카테터 설치
			산소	체위변경처치 [1일당]	침상목욕간호 [1일당]	단순처치 [1일당]	산소흡입 [1일당]	혈색소 [광전비색법]
	검사료	항목	증분	전해질 (염소)	전해질 (소다음)	전해질 (포타슘)	크레아티닌	요소질소 [NPN포함]
				전해질 (소다음)	전해질 (포타슘)	크레아티닌	알부민	적혈구수
항목		증분	심전도검사-심전도기록및판독 [표준12유도]	경피적혈액산소포화도측정 [1일당]	혈색소[광전비색법]	헤마토크리트	적혈구수	
항목		증분	당검사(반장량)	헤마토크리트	알부민	혈색소[광전비색법]	적혈구수	

구분	항목	종별	서비스 항목 빈도 순위				
			1	2	3	4	5
영상진단 및 방사선 치료료	영상진단	상급 종합	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 1매(단순영상)	홍부[직접]1매	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 2매(단순영상)	복부2매	복부1매
		종합	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 1매(단순영상)	홍부[직접]1매	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 2매(단순영상)	복부1매	홍부직접2매
	병원	홍부[직접]1매	복부1매	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 1매(단순영상)	TURBO JECT PICT CATHETER SET -SINGLE LUMEN	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 2매(단순영상)	
	의원	방사선필름	복부2매	홍부[직접]1매	고관절2매	홍부[직접]2매	
특수 장비	영상진단	상급 종합	영상저장및전송시스템 (FULL PACS)이용(특수영상)	일반전산화단층영상진단·복부 [관반포함]+조영제를사용하는 경우	일반전산화단층영상진단·홍부 조영제를사용하는 경우	영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용(특수영상)	일반전산화단층영상진단·복부·이중,삼중,삼차원CT,CT 혈관조영,Cine CT
		종합	영상저장및전송시스템 (FULL PACS)이용(특수영상)	일반전산화단층영상진단·복부[관반포함]	영상저장및전송시스템 (FULL PACS)이용(특수영상)	올트라비스트370주사 (이오프로마이드)	일반전산화단층영상진단·홍부·조영제를사용하는 경우
	병원	일반전산화단층영상진단·복부·조영제를사용하지않는 경우	영상저장및전송시스템 (FULL PACS)이용(특수영상)	일반전산화단층영상진단·홍부·조영제를사용하지않는 경우 기타의 경우	영상저장및전송시스템·홍부·조영제를사용하는 경우	일반전산화단층영상진단·복부·[관반포함]+조영제를사용하는 경우	
	의원	-	-	-	-	-	

주: 발생이 없는 기판은 ‘-’ 표시함

〈표 12〉 시범사업기관과 비시범사업기관의 비완화적 행위코드 빈도 및 회당 비용

구분	항목	종별	코드	명칭	회당비용 (원)	
시범	특수장비	상급 종합	HA424	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력	114,998	
			HA435	일반전산화단층영상진단-복부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우	108,524	
			HA464	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	141,557	
			HA465	일반전산화단층영상진단-복부[골반포함]-조영제를사용하는경우	136,422	
			HA478	일반전산화단층영상진단-하지-이중, 삼중, 삼차원CT, CT 혈관조영, 관절관또는강내조영촬영, CineCT	155,987	
			HE201	기본자기공명영상진단-뇌-해마-뇌-조영제주입전-후촬영판독	331,643	
			HA424	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력	110,575	
		HA435	일반전산화단층영상진단-복부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우	105,650		
		HA463	일반전산화단층영상진단-경부-조영제를사용하는경우	130,312		
		HA464	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	136,112		
		HA465	일반전산화단층영상진단-복부[골반포함]-조영제를사용하는경우	129,034		
		HA471	일반전산화단층영상진단-두부-이중, 삼중, 삼차원CT, CT 혈관조영, 관절관또는강내조영촬영, Cine, 뇌조CT	119,650		
		HA475	일반전산화단층영상진단-복부-이중, 삼중, 삼차원CT, CT 혈관조영, CineCT	146,226		
		HE101	기본자기공명영상진단-뇌-해마-뇌-일반	237,724		
	영상진단 및 방사선치료	종합	HD018	체외조사전산화방사선치료계획[모의치료포함]입체조형치료계획제1회	401,338	
			HD061	입체조형치료[1회당]	187,012	
	비 시 범	입원료	상급 종합	AJ001	성인(소아)중환자실 전담의	18,360
				AJ120	상급종합병원-2등급간호관리료적용 성인(소아)중환자실입원료	134,720
			종합	AJ001	성인(소아)중환자실 전담의	18,360
AJ200				종합병원-7등급간호관리료적용 성인(소아)중환자실입원료	94,860	
AJ220				종합병원-2등급간호관리료적용 성인(소아)중환자실입원료	123,320	
AJ230				종합병원-3등급간호관리료적용 성인(소아)중환자실입원료	113,830	
AJ240				종합병원-4등급간호관리료적용 성인(소아)중환자실입원료	109,090	
AJ260		종합병원-6등급간호관리료적용 성인(소아)중환자실입원료	99,600			
주사료		종합	652000860	탁소텔1-바이알주(도세탁셀삼수화물)	129,177	
마취료		상급 종합	LB353	교감신경절및신경총파괴술-복강신경총및내장신경	129,571	
영상진단 및 방사선치료료		상급 종합	HD014	체외조사전산화방사선치료계획[모의치료포함]2면대향조사제1회	150,293	
			HD018	체외조사전산화방사선치료계획[모의치료포함]입체조형치료계획제1회	417,391	
			HD061	입체조형치료[1회당]	194,493	
		종합	HD014	체외조사전산화방사선치료계획[모의치료포함]2면대향조사제1회	143,164	
	HD018		체외조사전산화방사선치료계획[모의치료포함]입체조형치료계획제1회	401,338		
	HD061		입체조형치료[1회당]	187,012		
	HD418		체외조사전산화방사선치료계획[모의치료포함]입체조형치료계획제2회 부터[1회당]	201,212		

구분	항목	종별	코드	명칭	회당비용 (원)	
	특수장비	상급 종합	HA424	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력	114,454	
			HA435	일반전산화단층영상진단-복부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우	107,919	
			HA463	일반전산화단층영상진단-경부-조영제를사용하는경우	134,135	
			HA464	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	140,445	
			HA465	일반전산화단층영상진단-복부[골반포함]-조영제를사용하는경우	135,988	
			HA471	일반전산화단층영상진단-두부-이중,삼중,삼차원CT,CT혈관조영,관절관또는강내조영촬영,Cine,뇌조CT	124,436	
			HA475	일반전산화단층영상진단-복부-이중,삼중,삼차원CT,CT혈관조영,CineCT	154,929	
			HA478	일반전산화단층영상진단-하지-이중,삼중,삼차원CT,CT혈관조영,관절관또는강내조영촬영,CineCT	155,987	
			HE101	기본자기공명영상진단-뇌-해마-뇌-일반	247,234	
			비 시 범	특수장비	상급 종합	HE201
HE210	기본자기공명영상진단-척추-흉추-조영제주입전-후촬영관독	331,643				
HE211	기본자기공명영상진단-척추-요천추-조영제주입전-후촬영관독	330,382				
HE213	기본자기공명영상진단-척추-요천추-흉추와동시촬영-조영제주입전-후촬영관독	163,475				
HZ331	양전자단층촬영-토르소	408,723				
종합	HA424	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력			110,575	
	HA435	일반전산화단층영상진단-복부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우			103,506	
	HA435	일반전산화단층영상진단-복부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우			103,506	
	HA461	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하는경우			104,550	
	HA463	일반전산화단층영상진단-경부-조영제를사용하는경우			130,312	
	HA464	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우			135,237	
	HA465	일반전산화단층영상진단-복부[골반포함]-조영제를사용하는경우			129,702	
	HA471	일반전산화단층영상진단-두부-이중,삼중,삼차원CT,CT혈관조영,관절관또는강내조영촬영,Cine,뇌조CT			119,650	
	HA475	일반전산화단층영상진단-복부-이중,삼중,삼차원CT,CT혈관조영,CineCT			148,825	
	HA478	일반전산화단층영상진단-하지-이중,삼중,삼차원CT,CT혈관조영,관절관또는강내조영촬영,CineCT			149,988	
	HE101	기본자기공명영상진단-뇌-해마-뇌-일반			237,724	
	HE201	기본자기공명영상진단-뇌-해마-뇌-조영제주입전-후촬영관독			315,298	
	HE211	기본자기공명영상진단-척추-요천추-조영제주입전-후촬영관독			317,675	
	HZ331	양전자단층촬영-토르소			382,040	
	병원	HA464			일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	130,668
		HA465			일반전산화단층영상진단-복부[골반포함]-조영제를사용하는경우	125,928

2. 별도산정

- 검토 배경

- ① 연구진 및 내부 자문위원 회의 결과 논의된 항목
- ② 기존 연구(김정희 등, 2012)에서 별도 보상 항목으로 제시된 항목

가. 별도산정 논의 항목

- 완화병동 입원 중 별도 산정 항목으로 검토해야하는 항목은 크게 통증, 증상완화, 기존치료로 나뉠 수 있음.

〈표 13〉 별도산정항목 세부 기준

구 분		내 용	기 준 검 토
통증 관리	신경차단술, 신경파괴술	6장 마취료 3절, 4절	
	마약성진통제	800,810,811,812,820,821, 829,890	
증상 완화	완화목적의 방사선치료	3장 영상진단 및 방사선치료료 4절 (방사선수술 제외)	
	경피적배액술	8장 처치 및 수술료	
	경피적 위·장·신루술	8장 처치 및 수술료	
	(경피적, 내시경하) 협착확장술	8장 처치 및 수술료	
	CT, MRI	3장 영상진단 및 방사선치료료 2절	통증원인 진단, 완화적 중재술 유도·전후
기존 치료	투석	혈액투석, 복막투석	만성신부전 환자의 기준에 받고 있는 투석에 한함
	수혈(혈액제제)		혈액암 환자에 한함

● 검토항목 현황

〈표 14〉 별도산정 요구항목 발생현황

구분	발생기관 수(개)	발생기관 비율(%)	발생명세서 건수(개)	건 비율 (%)	금액 (원)	일당진료비 (원)	
총 지급금액 (원)	51	100	6,809	100.00	15,731,119,740(100%)	148,380	
이 료 행 위	투석	9	17.65	9	0.13	6,959,324(0.04%)	58,482
	수혈(혈액제제)	45	88.24	827	12.15	553,302,724(3.52%)	29,903
	방사선치료	18	35.29	41	0.60	58,257,455(0.37%)	51,103
	CT	11	21.57	26	0.38	2,198,048(0.01%)	3,397
	MRI	2	3.92	2	0.03	397,956(0.00%)	9,706
	PET	11	21.57	27	0.40	10,909,498(0.07%)	9,706
	초음파	9	17.65	18	0.26	1,112,889(0.01%)	2,100
	신경차단술	23	45.10	99	1.45	23,151,908(0.15%)	9,924
	신경파괴술	3	5.88	3	0.04	388,713(0.00%)	8,834
	베액술	30	58.82	200	2.94	84,158,826(0.53%)	21,108
	신루술 (카테터교환)	11	21.57	23	0.34	5,181,987(0.03%)	9,303
	경피적 위·장·신루술	1	1.96	1	0.01	411,562(0.00%)	8,947
	확장술	13	25.49	19	0.28	13,769,337(0.09%)	23,457
중심정맥카테터유치술	41	80.39	839	12.32	73,238,575(0.47%)	3,992	
약	51	100.00	5,846	85.86	1,167,430,653(7.42%)	12,372	
항목 계					2,000,869,455(12.7.%)		

주: 각 항목별 총액은 행위에 해당하는 재료비용을 포함한 금액임
 건비율(%) : 발생명세서건수/총명세서건수×100

〈표 15〉 별도산정 요구항목 건비중

구분	중별 (개)	전체 입원건	투석	수혈	방사선 치료	CT	MRI	PET	초음파	신경 치단술	신경 파괴술	배액술	신루술 (카테타)	협착 확장술	경피적 위루, 장루술	중심정맥 카테타 유치술	미약성 진통제
시 범	상증	637	-	16.17	0.31	-	-	-	0.16	3.61	-	10.68	-	0.31	-	21.98	92.78
	종합	839	0.12	9.42	0.24	0.24	-	-	0.24	3.34	-	2.26	0.83	-	-	10.85	89.15
	병원 의원	881	-	1.14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65.15
	계	2,838	0.04	6.98	0.14	0.07	-	-	0.11	1.80	-	3.07	0.25	0.07	-	20.17	82.33
비 시 범	상증	755	0.40	19.60	2.12	0.79	-	0.66	0.40	1.46	0.40	6.36	0.66	1.06	-	11.92	94.04
	종합	2,004	0.25	20.31	1.05	0.55	0.10	1.10	0.60	1.55	-	3.24	0.55	0.45	0.05	18.31	90.42
	병원 의원	473	-	6.98	-	1.48	-	-	-	1.27	-	-	-	-	-	11.42	90.06
	계	3,971	0.20	15.84	0.93	0.60	0.05	0.68	0.38	1.21	0.08	2.85	0.40	0.43	0.03	12.87	89.07
합계	6,809	0.13	12.15	0.60	0.38	0.03	0.40	0.26	1.45	0.04	2.94	0.34	0.28	0.01	12.32	85.86	

주: 입당진료비(원)=해당항목진료비(원)/해당항목개원일수(일)

<표 16> 별도산정 요구항목 임상진료비

구분	중별 종별 (개)	투석	수혈	방사선 치료	CT	MRI	PET	초음파	신경 차단술	신경 파괴술	배액술	신루술 (카테터)	협착 확장술	경피적 우루, 장루술	중심정맥 카테터 유치술	마약성 진통제
시 범	상증	-	26,837	62,233	-	-	-	1,025	5,735	-	30,391	-	15,623	-	5,285	4,363
	중합	31,748	8,798	98,404	3,981	-	-	1,925	26,568	-	19,692	13,653	-	-	3,770	6,623
	병원 의원	-	3,821	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	874
	계	31,748	17,130	86,566	3,981	-	-	1,710	17,490	-	27,838	13,653	15,623	-	4,561	3,901
비 시 범	상증	89,933	73,522	29,375	2,352	-	24,622	2,218	2,233	8,834	18,517	16,227	17,342	-	4,740	13,527
	중합	58,005	21,961	64,651	5,079	9,706	13,661	2,170	5,333	-	17,354	6,226	30,451	8,947	3,513	16,132
	병원 의원	-	31,643	-	2,385	-	-	-	3,094	-	-	-	-	-	3,566	17,409
	계	60,934	33,355	49,305	3,355	9,706	14,904	2,184	4,287	8,834	17,841	8,172	24,139	8,947	3,739	16,755
합계	58,482	29,903	51,103	3,397	9,706	14,904	14,904	2,100	9,924	8,834	21,108	9,303	23,457	8,947	3,992	12,372

주: 임상진료비(원)=해당항목진료비(원)해당항목재원일수(원)

- 별도산정 요구항목이 포함된 명세서의 건비중과 일당진료비는 다음과 같음 (표15, 표16).
 - 수혈, 마약성 진통제는 종별 구분 없이 고루 분포가 되어 있었고, 일당진료비는 각각 58,482원, 12,372원이었음.
 - CT, MRI는 시범기관에서 거의 발생하지 않았으며, 비시범기관도 1% 미만 이었고, 일당진료비는 만원 미만이었음.
 - 배액술과 신경차단술은 주로 종합병원급 이상에서 발생하였으며, 시범사업 여부와 관계없이 전체 기관이 각각 1.45%, 2.94%를 보였고 일당진료비는 각각 21,108원, 9,924원이었음.
 - 중심정맥카테터유치술은 시범사업 여부와 관계없이 전체기관에서 12.32% 발생 하였으며, 일당진료비는 3,992원이었음.
 - 별도산정 항목 선정 시, 건비중과 일당진료비를 같이 고려한 전문가 검토가 필요함.

- 별도산정 검토 항목 중 완화의료에서 제일 중요한 서비스는 통증관리이므로, 신경차단술과 마약성진통제에 대한 세부분석 결과는 아래와 같음.

① 신경차단술 등의 시술

- 시범사업 기관과 비시범사업 기관 모두 비슷한 건 비중을 보임. 종별로 살펴 볼 때, 주로 종합병원급 이상에서 실시됨.
- 시범사업 기관과 비시범사업 기관의 비용 비중 및 일당진료비가 비슷함.

〈표 17〉 신경차단술 등의 시술을 포함한 명세서 수 및 비용

구분	종별(개)	인원수 (명)	명세서 수 (건)	건비중 ¹⁾ (%)	비용비중 ²⁾ (%)	신경차단술 일당진료비 ³⁾ (원)
시범(12)	상급종합(2)	21	23	3.61	0.11	2,903
	종합(5)	23	29	3.45	0.14	3,478
	병원(2)	-				
	의원(3)	-				
	합계	44	52	1.82	0.09	3,229
비시범 (39)	상급종합(11)	6	12	1.52	0.03	1,940
	종합(22)	27	31	1.55	0.06	3,795
	병원(3)	3	6	1.27	0.02	1,895
	의원(3)	-				
	합계	36	49	1.22	0.04	3,100

주 1) 신경차단술 포함 명세서(건)/총 명세서(건)×100

2) 신경차단술 진료비(원)/총 진료비(원)×100

3) 총 신경차단술 진료비(원)/총 신경차단술 재원일수(일)

② 마약성 진통제

- 말기 암환자의 중요한 증상 중의 하나인 통증에 대한 서비스 제공을 평가하기 위해 입원 1일당 사용금액(원/day) 및 1일당 사용량(mg/day)을 분석함.
- 본 연구 결과는 일부 기관의 이상치 값(용량 10,000 이상)이 포함된 명세서를 제외하고, 동등진통용량에 의한 경구 모르핀 용량 환산표를 참조하여 1일당 사용량을 계산함.
- 대부분의 완화의료전문기관에서 마약성 진통제를 사용하고 있었음. 시범사업 기관과 비시범사업기관을 중별로 비교해 보았을 때, 병원급을 제외하고 마약성 진통제를 사용하는 입원 건에 차이가 거의 없었음.
- 특히, 종합병원급 이상은 시범사업 기관이나 비시범사업기관 간 양의 차이가 거의 없었으나, 병원급 이하에서는 비시범사업기관이 시범사업 기관에 비해 마약성 진통제의 사용량이 높은 것으로 나타남.
- 다만, 비용 비중에서 시범 사업기관의 비용 비중이 비시범사업기관의 비용 비중 보다 낮은 것으로 보았을 때 시범 사업기관에서 저렴한 마약성 진통제를 사용했을 가능성이 있음.
- 마약성 진통제 1일당 사용량은 병·의원급 비시범사업기관에 비해 병·의원급 시범 사업기관이 2~3배 이상의 낮은 수준으로 나타남. 종합병원급은 사용량이 동일하였고, 상급종합병원급은 비시범사업이 1.3배 정도 높았음.

〈표 18〉 마약성 진통제 일당진료비 및 사용량

구분	종별 (개)	인원수 (명)	명세서수 (건)	건비중 ¹⁾ (%)	비용 (백만원)	비용비중 ²⁾ (%)	일당 진료비 ³⁾ (원/day)	일당 사용량 ⁴⁾ (mg/day)
시 범 (12)	상급종합(2)	473	586	91.9	22	2.0	3,063	127
	종합(5)	527	676	80.4	47	3.3	4,510	170
	병원(2)	409	573	64.6	7	1.2	860	59
	의원(3)	249	393	80.8	9	2.0	1,780	76
	합계	1,658	2,228	78.1	86	2.3	2,768	115
비 시 범 (39)	상급종합(11)	592	699	88.6	217	4.4	7,929	173
	종합(22)	1,247	1631	81.4	543	5.4	8,947	170
	병원(3)	295	402	85.0	131	10.8	14,435	203
	의원(3)	339	554	75.0	119	5.9	7,447	148
	합계	2,473	3,286	82.1	1,011	5.7	9,124	171

주 1) 마약성진통제 포함 명세서(건)/총 명세서(건)×100

2) 마약성진통제 진료비(원)/총 진료비(원)×100

3) 총 마약성진통제 진료비(원)/총 마약성진통제 재원일수(일)

4) 총 마약성진통제 사용량(mg)/총 마약성진통제 재원일수(일)
동등진통용량에 의한 경구 모르핀 용량 환산표를 참조

- 시범사업기관과 비시범사업기관의 마약성 진통제 사용분포를 살펴보니, 시범사업기관에 비해 비시범사업기관이 종별로 단가가 높은 마약성진통제 외용제의 사용량이 월등히 많았음.
- 시범사업기관이 효율적으로 통증조절을 하고 있다고 볼 수 있음.

〈표 19〉 시범사업기관과 비시범사업기관의 마약성 진통제 사용 비교

구분	종별	순위	마약성 진통제			
			상품명	단가(원)	총 사용량(개)	
시 범	상급 종합	1	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	50	
		2	듀로제식디트렌스패취50mcg/h(펜타닐TTS)	10,068	623	
		3	듀로제식디트렌스패취25mcg/h(펜타닐TTS)	7,120	190	
	종합	1	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	990	
		2	명문펜타닐패취50 μ g/h(펜타닐)	10,068	29	
		3	펜타스패취50mcg/h(펜타닐)	10,068	72	
	병원	1	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	15	
		2	명문펜타닐패취50 μ g/h(펜타닐)	10,068	5	
		3	듀로제식디트렌스패취50mcg/h(펜타닐TTS)	10,068	69	
	의원	1	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	16	
		2	듀로제식디트렌스패취50mcg/h(펜타닐TTS)	10,068	81	
		3	듀로제식디트렌스패취25mcg/h(펜타닐TTS)	7,120	232	
	비 시 범	상급 종합	1	마트리펜패취100 μ g/h(펜타닐)	14,724	107
			2	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	1,739
			3	펜타맥스MAT 패치 100 μ g/h(펜타닐)	11,778	240
종합		1	마트리펜패취100 μ g/h(펜타닐)	14,724	8	
		2	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	3,925	
		3	마트리펜패취75 μ g/h(펜타닐)	12,585	2	
연 료 원		1	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	281	
		2	듀로제식디트렌스패취50mcg/h(펜타닐TTS)	10,068	154	
		3	액틱구강정800마이크로그램(구연산펜타닐)	9,125	64	
연 료 원		1	듀로제식디트렌스패취100mcg/h	14,724	137	
		2	명문펜타닐패취50 μ g/h(펜타닐)	10,068	9	
		3	듀로제식디트렌스패취50mcg/h(펜타닐TTS)	10,068	145	

나. 기존 별도산정 요구 항목

1) 수혈

- 시범사업기관과 비시범사업 기관 모두 대체적으로 종별로 의원에서 상급 종합으로 갈수록 빈도가 높아졌음. 종별로 건 비중을 비교해 보면 비시범 사업기관이 시범사업기관에 비해 수혈 행위를 많이 함. 그러나, 종별로 비용 비중은 많은 차이가 없음.

〈표 20〉 수혈을 포함한 명세서 수 및 비용

구분	종별 (개)	인원수 (명)	명세서수 (건)	건비중 ¹⁾ (%)	비용비중 ²⁾ (%)	수혈 일당진료비 ³⁾ (원)
시범 (12)	상급종합(2)	92	103	16.1	2.7	16,007
	종합(5)	70	79	9.4	0.9	7,511
	병원(2)	10	10	1.1	0.1	3,821
	의원(3)	4	6	1.2	0.1	5,513
	합계	176	198	6.9	1.2	11,343
비시범 (39)	상급종합(11)	171	182	23.1	3.6	20,705
	종합(22)	359	407	20.3	2.4	12,644
	병원(3)	31	33	7.0	1.6	21,850
	의원(3)	29	34	4.6	0.5	8,883
	합계	590	656	16.4	2.4	14,996

주 1) 수혈 포함 명세서(건)/총 명세서(건)×100

2) 수혈 진료비(원)/총 진료비(원)×100

3) 총 수혈 진료비(원)/총 수혈 재원일수(일)

2) 투석

- 시범사업기관과 비시범사업기관의 경우 종합병원급 이상에서 행위를 하는 것으로 보임. 시범사업기관과 비시범사업의 건 비중 및 비용 비중은 거의 유사함. 건 비중이나 비용 비중이 완화의료 서비스 전체 비용에 비해 미미한 수준임.

〈표 21〉 투석을 포함한 명세서 수 및 비용

구분	종별 (개)	인원수 (명)	명세서수 (건)	건비중 ¹⁾ (%)	비용비중 ²⁾ (%)	투석 일당진료비 ³⁾ (원)
시범 (12)	상급종합(2)	-	-	-	-	-
	종합(5)	2	2	0.2	0.1	25,772
	병원(2)	-	-	-	-	-
	의원(3)	-	-	-	-	-
	합계	2	2	0.2	0.1	25,772
비시범 (39)	상급종합(11)	4	4	0.5	0.1	74,427
	종합(22)	5	5	0.3	0.1	51,380
	병원(3)	-	-	-	-	-
	의원(3)	-	-	-	-	-
	합계	9	9	0.2	0.1	54,412

주 1) 투석 포함 명세서(건)/총 명세서(건)×100

2) 투석 진료비(원)/총 진료비(원)×100

3) 총 투석 진료비(원)/총 투석 재원일수(일)

3) TPN(Total Parenteral Nutrition)

- 시범사업기관과 비시범사업기관 모두 비슷한 건 비중을 보임. 종별로 살펴볼 때, 의원에서 상급종합으로 갈수록 건 비중이 높아짐. 비용 비중을 살펴보면 일부 병원에서 높은 비용 비중을 보임.

〈표 22〉 TPN을 포함한 명세서 수 및 비용

구분	종별 (개)	인원수 (명)	명세서 수 (건)	건비중 ¹⁾ (%)	비용비중 ²⁾ (%)	TPN 일당진료비 ³⁾ (원)
시범(12)	상급종합(2)	396	464	72.7	8.3	15,001
	종합(5)	298	369	43.9	4.2	9,085
	병원(2)	-	-	-	-	-
	의원(3)	109	152	31.3	2.0	4,530
	합계	803	985	34.5	4.5	10,980
비시범(39)	상급종합(11)	373	421	53.4	4.6	13,262
	종합(22)	638	759	37.9	3.8	12,591
	병원(3)	230	291	61.5	7.9	14,628
	의원(3)	79	107	14.5	0.4	2,193
	합계	1,320	1,578	39.4	4.0	12,422

주 1) TPN 포함 명세서(건)/총 명세서(건)×100

2) TPN 진료비(원)/총 진료비(원)×100

3) 총 TPN 진료비(원)/총 TPN 재원일수(일)

3. 전동 및 전원 현황분석

가. 전동 현황

- 완화의료 2차 시범사업기관(12개)에서 완화병동 입원 중 급성기 병동으로 전동한 경우의 현황분석 (중재적 시술 및 수술, 방사선 치료 빈도, 진통제 처방 빈도 등)

“전동” 정의:
일당정액수가 하의 시범사업기관의 완화병동에 입원한 환자가
행위별수가 하의 동일 기관의 급성기병동으로 병동을 전환한 경우를 말함

- 진료비 비교
 - 시범사업기관의 완화병동으로 입원한 환자들이 행위별 내역으로 청구한 내역을 전동한 사례로 조작적 정의함. 10개월 동안 4개 기관에서 34건의 명세서가 발견 되었음. 이는 완화병동을 이용한 환자들의 4.5% 건 비중이고 1.1% 금액 비중으로 미미함.

〈표 23〉 시범사업기관에서 입원기간 중 전동(병동이동)한 경우 진료비 내역

종별 (개)	기관명	전체		전동					
		인원수 (명)	명세서수 (건)	인원수 (명)	명세서건 (건)	건비중 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) 전동 명세서(건)/총 명세서(건)×100
 2) 총 진료비(원)/총 재원일수(일)
 3) 전동 진료비(원)/총 진료비(원)×100

- 12개 기관 중 4개 기관에서 전동 내역의 진료항별 서비스량을 일당금액비용 (원/일)으로 살펴보면, 특수영상 진단 > 입원료 > 진찰료 > 처치 및 수술료 > 투약료 > 영상진단 및 방사선치료료 > 검사료 > 주사료 > 이학요법료 > 마취료 순으로 많았음.

〈표 24〉 시범사업기관 전동사례의 진료항별 서비스 내역

(단위: 원/일)

종별 (개)	기관명	진찰료	입원료	투약료	주사료	마취료	이학 요법료	처치및 수술료	검사료	영상진단및 방사선치료료	특수영상 진단	계
종합 (3)	기관3	2,544	16,990	12,865	2,039	405		25,881	1,842	6,108	57,325	126,000
	기관5	7,285	24,255	790	2,984			3,278	2,823	2,717		4,4131
	기관7	4,6770	12,130	1,388	2,544	102		7,906	1,291	2,670	41,955	74,663
병원 (1)	기관9	599	23,986	1,282	1,849		1,344		4,065	2,072		35,195
합계		57,198	77,361	16,325	9,416	507	1,344	37,065	10,021	13,567	99,280	279,989

- 전체 34건의 전동내역 중 수혈, 투석, TPN에 대해 완화병동과 급성기병동에서 발생한 내역이 있는지 살펴본 결과, 종별로 상급종합과 의원에서는 전동이 발생하지 않았음.
- 전동에서 수혈이 발생한 기관은 종합병원 1곳과 병원 1곳이고, 투석이 발생한 기관은 없었으며, TPN은 종합병원 3곳에서만 발생함(표25).

(표 25) 수혈, 투석, TPN의 완화병동과 급성기병동에서 발생한 건비중과 금액비중

종별	행위 항목		수혈			투석			TPN		
	기관명	구분	건 비중 (%)	금액 비중 (%)	일당진료비(원)	건 비중 (%)	금액 비중 (%)	일당진료비(원)	건 비중 (%)	금액 비중 (%)	일당진료비(원)
상급종합	기관1	완화	10.6	0.8	6,342	-	-	-	62.8	3.4	5,842
		전동									
	기관2	완화	28.1	5.4	22,176	-	-	-	94.1	14.6	27,901
전동											
전체	완화	16.1	2.7	16,007	-	-	-	72.7	8.3	15,001	
	전동										
종합	기관3	완화	12.9	1.2	9,409	-	-	-	40.1	3.9	10,308
		전동							0.29	0.01	51,485
	기관4	완화	4.1	0.4	7,595	-	-	-	8.2	0.4	5,089
		전동									
	기관5	완화	13.7	1.2	6,393	0.9	0.2	24,913	94.5	9.7	13,008
		전동							6.40	0.05	14,795
	기관6	완화	2.9	0.2	6,141	-	-	-	15.3	1.9	7,808
		전동									
	기관7	완화	9.4	0.6	4,770	0.7	0.1	27,404	78.3	3.7	4,760
		전동	0.62	0.09	255,200				3.09	0.05	7,189
	전체	완화	9.4	0.9	7,511	0.2	0.1	25,772	43.9	4.2	9,085
		전동	0.11	0.02	255,200				1.54	0.02	11,216
병원	기관8	완화	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		전동									
	기관9	완화	7.8	0.7	3,821	-	-	-	-	-	-
		전동	0.75	0.06	86,070						
전체	완화	1.1	0.1	3,821	-	-	-	-	-	-	
	전동	0.11	0.01	86,070							
의원	기관10	완화	5.9	0.5	6,492	-	-	-	1.2	0.0	1,146
		전동									
	기관11	완화	0.5	0.1	2,968	-	-	-	44.3	3.6	6,497
		전동									
	기관12	완화	-	-	-	-	-	-	32.5	1.4	2,506
		전동									
전체	완화	1.2	0.1	5,513	-	-	-	31.3	2.0	4,530	
	전동										
합계	완화	6.9	1.2	595,440	0.1	0.0	25,772	34.54	4.52	10,890	
	전동	1.6	0.2	682,540				4.6	0.1	18,405	

주: 건비중 = 해당 행위항목 명세서(건)/총 명세서(건)×100
 금액비중 = 해당 행위항목 진료비(원)/총 진료비(원)×100
 일당진료비 = 해당 행위항목 진료비(원)/총 해당항목 재원일수(일)

- 예를 들어, 기관 7는 전체 진료건(162건)의 9.4%에서 수혈이 발생되었고, 그 금액은 전체 금액의 0.6%로 미미한 수준이며 일당 진료비는 4,770원이었음. 기관 7에서 동일 입원 기간내 완화병동이 아닌 급성기 병동으로 전동하여 수혈을 받은 건수는 전체 진료건(162건)의 0.6%이고, 재원일수 1일 동안 총 진료비 255,200원 사용하여, 일당 진료비도 255,200원 었음. 그러나 이 금액은 총금액 대비 금액 비중은 0.09%로 매우 미미한 금액임.
- 시범사업 기관에서 행해지는 서비스가 일당정액수가 때문에 필요한 서비스를 받지 못하고 전동하여 받은 내역이 있는지 여부를 살펴 봄. 그 결과, 건비중(전체 건수 대비 전동한 건수)및 금액비중(전체 총금액 대비 전동한 건의 총금액)은 미미하기 때문에 일당정액수가 내에서 필요한 의료적 서비스를 행하고 있는 것으로 사료됨.

나. 전원 현황

- 51개 완화의료기관 완화병동에서 퇴원 후, 6 개월간 요양기관 이용내역을 활용하여 전원 경로 및 재입원률을 분석하였음. 건강보험청구자료는 2013년 퇴원 시점부터 2014년 4월까지의 자료를 이용하였음.
- 1회 전원 시 의료기관 이용 경로
 - 완화의료 시범사업기관을 이용한 환자 중 시범사업기관을 이용한 환자는 종별로 상급종합병원 24.6%(31명)로 제일 많았고, 의원급은 2.3%(3명)였음. 반면, 종합병원급은 완화의료기관의 종합병원급 이상이거나 급성기 병동을 이용한 내역이 많았고 병원급은 완화의료기관의 병원급 이상이거나 급성기 병동을 많이 이용하였음.
 - 완화의료 비시범사업기관을 이용한 환자 중 동일한 종별 비시범사업기관을 이용한 환자는 종별로 상급종합병원 25.0%(36명), 종합병원 29.9%(43명), 병원 2.8%(4명), 의원 2.1%(3명)이었음.
 - 전반적으로 시범사업기관의 종합병원급 이상을 이용한 환자들이 완화의료 기관으로 전원이 많이 된 반면, 병원과 의원급은 급성기 기관을 더 이용하였고, 비

시험사업기관을 이용한 환자들의 병·의원급은 완화의료 기관보다는 급성기기관 (특히, 종합병원, 요양병원)으로 전원하는 경향이 있음.

- 즉, 시험사업유무와 관계없이 종합병원급 이상은 수평이동 혹은 상급종합병원급의 완화의료기관으로 전원하였으나, 병·의원급은 완화의료기관보다는 급성기기관으로 이동한 빈도가 조금 더 많았음.

〈표 26〉 시험사업기관에서 퇴원 후 전원 시 의료기관 이용 경로-1회

첫 입원		두 번째 입원						
구분	종별 (명)	구분(명)		종별	환자수 (명)	명세서건 (건)	건당 재원일수 (일)	일당진료비 (원)
시험 (126)	상급 종합 (42)	완화의료 (33)	시험 (32)	상급종합	31	250	1.7	122,922
				종합	1	1	13.0	169,392
				병원	-	-	-	-
			의원	-	-	-	-	
			비시험 (1)	상급종합	-	-	-	-
				종합	1	2	25.5	66,050
		병원		-	-	-	-	
		급성기 (9)	급성기 (9)	상급종합	3	3	10.7	226,894
				종합	-	-	-	-
				병원	-	-	-	-
				요양병원	6	18	19.9	70,613
				의원	-	-	-	-
	-			-	-	-	-	
	종합 (48)	완화의료 (27)	시험 (25)	상급종합	-	-	-	-
				종합	25	223	2.4	138,026
				병원	-	-	-	-
			의원	-	-	-	-	
			비시험 (2)	상급종합	2	26	1.1	129,719
				종합	-	-	-	-
		병원		-	-	-	-	
		급성기 (21)	급성기 (21)	상급종합	1	3	10.3	612,646
				종합	2	3	19.7	131,327
				병원	2	5	1.2	77,223
				요양병원	16	107	22.3	77,899
의원				-	-	-	-	
-	-			-	-	-		
병원 (29)	완화의료 (12)	시험 (8)	상급종합	1	7	2.1	125,185	
			종합	-	-	-	-	
			병원	7	40	16.3	127,566	
		의원	-	-	-	-		
	비시험 (4)	상급종합	4	8	1.0	41,393		
		종합	-	-	-	-		
		병원	-	-	-	-		
		의원	-	-	-	-		

첫 입원		두 번째 입원						
구분	종별 (명)	구분(명)		종별	환자수 (명)	명세서건 (건)	건당 재원일수 (일)	일당진료비 (원)
	급성기 (17)	급성기 (17)	상급종합	2	8	1.0	91,014	
			종합	5	29	18.1	78,844	
			병원	3	4	4.3	99,445	
			요양병원	5	14	22.5	68,023	
			의원	2	24	26.0	30,537	
	의원 (7)	완화의료 (3)	시범 (3)	상급종합	-	-	-	-
				종합	-	-	-	-
				병원	-	-	-	-
			의원	3	16	8.6	116,035	
			비시범	상급종합	-	-	-	-
				종합	-	-	-	-
		병원		-	-	-	-	
		의원		-	-	-	-	
		급성기 (4)	급성기 (4)	상급종합	1	1	3.0	993,757
				종합	-	-	-	-
	병원			2	3	1.0	17,827	
요양병원	1			7	24.3	71,593		
의원	-			-	-	-		
합계				126	802	256.0	3,683,930	

〈표 27〉 비시범사업기관에서 퇴원 후 전원 시 의료기관 이용 경로-1회

첫 입원		두 번째 입원						
구분	종별 (명)	구분(명)		종별	환자수 (명)	명세서건 (건)	건당 재원일수 (일)	일당진료비 (원)
비시범 (144)	상급 종합 (50)	완화의료 (39)	시범 (1)	상급종합	-	-	-	-
				종합	1	4	7.5	187,574
				병원	-	-	-	-
			의원	-	-	-	-	
			비시범 (38)	상급종합	36	281	4.5	182,115
				종합	2	6	7.2	96,090
		병원		-	-	-	-	
		급성기(11)	급성기 (11)	상급종합	1	1	17.0	167,170
				종합	2	6	4.2	114,012
				병원	3	4	12.0	111,497
	요양병원			5	7	13.1	72,518	
	의원			-	-	-	-	
	종합 (71)	완화의료 (54)	시범 (2)	상급종합	1	3	15.0	396,574
				종합	1	1	1.0	15,680
				병원	-	-	-	-
			의원	-	-	-	-	
비시범 (52)			상급종합	3	52	4.7	233,227	
			종합	43	288	5.3	101,295	
		병원	6	9	9.4	104,708		
	의원	-	-	-	-			

첫 입원		두 번째 입원						
구분	종별 (명)	구분(명)		종별	환자수 (명)	명세서건 (건)	건당 재원일수 (일)	일당진료비 (원)
총합 (71)	급성기(17)	급성기 (17)	상급종합	2	2	1.0	13,390	
			종합	4	12	5.1	102,249	
			병원	1	2	17.5	116,029	
			요양병원	10	40	24.1	71,582	
			의원	-	-	-	-	
	병원 (12)	완화의료 (5)	시범 (1)	상급종합	1	1	15.0	396,574
				종합	-	-	-	-
				병원	-	-	-	-
			의원	-	-	-	-	
			비시범 (4)	상급종합	-	-	-	-
		종합		-	-	-	-	
		병원		4	12	1.0	130,297	
		의원		-	-	-	-	
		급성기(7)		급성기 (7)	상급종합	2	31	2.6
			종합		4	5	9.6	115,252
병원	-		-		-	-		
요양병원	1		2		30.5	71,937		
의원	-		-		-	-		
의원 (11)	완화의료(5)	시범 (1)	상급종합	1	1	1.0	7,110	
			종합	-	-	-	-	
			병원	-	-	-	-	
		의원	-	-	-	-		
		비시범 (4)	상급종합	-	-	-	-	
	종합		1	2	1.5	174,897		
	병원		-	-	-	-		
	의원		3	26	2.6	107,285		
	급성기(6)		급성기 (6)	상급종합	-	-	-	-
				종합	4	74	2.1	173,023
		병원		-	-	-	-	
요양병원		2		5	8.0	76,586		
의원		-		-	-	-		
의원		-		-	-	-		
합계					144	877	225.1	141,207

● 2회 및 3회 전원 환자의 의료기관 이용 현황

- 완화의료 시범사업기관에서 퇴원 후 6개월 동안 다른기관으로 전원한 경로를 분석한 결과, 169가지의 경로가 있었음. 가장 많은 분포의 유형은 완화의료 시범 종합병원에서 비완화의료기관인 요양병원으로 전원하는 경우(17.3%)였고, 그 다음은 완화의료 시범 상급종합병원에서 동일한 완화의료 시범 상급종합급으로 전원하는 경우(12.5%)였음.

- 완화의료 시범사업기관에서 퇴원 후 다른기관으로 전원한 전체 수의 35.2%가 사망 전 요양병원을 찾는 것으로 나타남. 종별로 살펴 보면, 완화의료 시범 상급종합병원에서 요양병원으로 8.3%, 완화의료 시범 종합병원에서 요양병원으로 19.7%, 완화의료 시범 병원에서 요양병원으로 7.2%임.
- 완화의료 비시범사업기관에서 퇴원 후, 다른기관으로 전원한 경로를 분석한 결과, 총 246가지 경로가 있었음. 가장 많은 분포의 유형은 완화의료 비시범 상급종합병원에서 완화의료 시범 상급종합병원으로 전원한 경우(17.5%)였고, 그 다음은 완화의료 비시범 종합병원에서 요양병원으로 전원한 경우(14.2%)였음.
- 완화의료 비시범사업기관에서 퇴원 후 다른기관으로 전원한 전체 수의 19.4%가 사망 전, 요양병원을 찾는 것으로 나타남. 종별로 살펴 보면, 완화의료비시범 상급종합병원에서 요양병원으로 2.0%, 완화의료 비시범 종합병원에서 요양병원으로 14.2%, 완화의료 비시범 병원과 의원에서 요양병원으로 각각 1.2%, 2.0%였음.
- 완화의료 전문기관에서 시범사업기관의 경우 종별로 상급종합병원을 퇴원 한 후, 시범사업 상급종합병원으로 전원하는 경우가 12.4%로 다른 종별에 비해 다시 전원하는 경우가 많았음. 반면, 비시범 사업기관은 대부분 동일 종별로 이동하였으나, 비시범사업기관을 이용 후, 시범사업기관으로 전원하는 경우가 많은 것이 두드러진 특징임.
- 표 28은 사업참여에 따라서 첫 입원기관과 마지막 입원기관을 비교하여 종별 간 이동이 얼마나 있는지 본 것임.
- 첫 입원기관에서 두 번째 입원기관 혹은 세 번째 입원기관으로 가는 동안 어느 요양기관으로 이동하였는지 빈도 순으로 보았을 때, 시범사업기관 상급종합병원에서 퇴원한 41명의 환자가 마지막 입원기관으로 선택한 곳은 상급종합병원이 56.1%로 제일 많았고 요양병원이 34.1% 기타가 9.8%였음.
- 종합병원급 이상에서는 보통 처음 선택한 종별로 마지막 기관도 선택하는 경향이 컸고, 그 외에는 요양병원으로 가는 비중이 컸음.

- 병원은 요양병원 혹은 상향이동된 종합병원, 상급종합병원으로 가는 경우가 대부분이었음.
- 의원은 시범사업기관에서는 상급종합이나 의원으로 이동하였고, 비시범사업기관에서는 종합병원, 의원, 요양병원등으로 이동하였음.
- 상급종합병원과 종합병원보다 병원과 의원의 활성화를 위해 시범사업 일당 정액수가를 조정하였으나, 실제 이용 현황은 종합병원급 이상이나 요양병원을 선택하는 빈도가 높았음.

〈표 28〉 최초 입원 시 이용 의료기관의 유형별 최종 이용 의료기관 유형(다빈도순)

	첫 입원기관	마지막 입원기관	빈도(%)
완화의료 시범사업기관 (168)	상급종합(41)	상급종합	23(56.1)
		요양병원	14(34.1)
		종합병원(2), 병원(2)	4(9.8)
	종합병원(64)	요양병원	33(51.6)
		종합병원	28(43.8)
		병원	3(4.7)
	병원(28)	요양병원	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)
		요양병원	5(7.7)
	종합병원(104)	종합병원	37(35.6)
		요양병원	35(33.7)
		상급종합	21(20.2)
	병원(14)	상급종합	9(64.3)
		요양병원	3(21.4)
		종합병원	2(14.3)
	의원(26)	종합병원	10(38.5)
의원		6(23.1)	
요양병원		5(19.2)	

- 시범사업 여부에 따라 시범사업기관이 비시범사업기관에 비해 이용 후, 요양 병원을 더 많이 찾았음(35.1%>19.5%). 비시범사업기관에서 퇴원 후 시범사업 기관으로 전원하는 경우가 종별에 상관없이 44.7%인 반면, 시범사업기관에서 퇴원 후 비시범사업기관으로 전원하는 경우는 1.2%로 비시범사업기관 보다 시범사업기관을 더 선택하는 것으로 볼 수 있음.
- 완화의료 시범사업기관을 이용한 환자가 요양병원으로 전원하는 비중이 많은 것은 현재 완화의료 시범사업기관의 병상수가 부족하거나, 상급병실료 차액이나 간병비 등 환자본인부담 때문일 수 있음. 이에 지역적으로 완화의료 기관의 병상을 효율적으로 배분 및 확충할 필요성이 있음.

<표 29> 요양병원을 최종 입원기관으로 이용한 현황

최초 입원기관	최종 입원기관	이용율
완화의료 시범사업기관	요양병원	35.1%
	기타	64.9%
완화의료 비시범사업기관	요양병원	19.5%
	기타	80.5%

<표 30> 최초 입원기관과 최종 입원기관의 기관선택 현황

최초 입원기관	최종 입원기관	이용율
완화의료 시범사업기관	완화의료 시범	32.1%
	완화의료 비시범	1.2%
완화의료 비시범사업기관	완화의료 시범	44.7%
	완화의료 비시범	7.7%

- <표 28>의 이용의료기관 유형을 더 상세하게 살펴본 것이 <표 31>과 <표 32>임. 첫 퇴원 후 두 번째 입원 혹은 세 번째 입원 시 어느 종별의 기관으로 이동하였는지 알아보았음.

〈표 31〉 완화의료 시범사업기관 퇴원 후 의료 이용 경로

경로			건수 (개)	분포 (%)
1회 입원	2회 입원	3회 입원		
완화의료 시범 상급종합	완화의료 시범 상급종합		21	12.5
	완화의료 시범 종합		2	1.2
	비완화의료 상급종합		2	1.2
	비완화의료 병원		2	1.2
	비완화의료 요양병원		11	6.5
	비완화의료 요양병원	비완화의료 요양병원	3	1.8
완화의료 시범 종합	완화의료 시범 종합		13	7.7
	완화의료 시범 종합	비완화의료 종합병원	2	1.2
	완화의료 시범 종합	비완화의료 요양병원	4	2.4
	비완화의료 종합		13	7.7
	비완화의료 병원		3	1.8
	비완화의료 요양병원		29	17.3
완화의료 시범 병원	완화의료 시범 상급종합		3	1.8
	완화의료 시범 종합		7	4.2
	완화의료 비시범 상급종합		2	1.2
	비완화의료 종합		2	1.2
	비완화의료 종합	비완화의료 요양병원	3	1.8
	비완화의료 요양병원		9	5.4
	비완화의료 의원		2	1.2
완화의료 시범 의원	완화의료 시범 의원		2	1.2
	비완화의료 상급종합		2	1.2
기타			31	18.5
전체			168	100

〈표 32〉 완화의료 비시범사업기관 퇴원 후 의료 이용 경로

경로			건수 (개)	분포 (%)
1	2	3		
완화의료 비시범 상급종합	완화의료 시범 상급종합		43	17.5
	완화의료 시범 종합		6	2.4
	비완화의료 상급종합		2	0.8
	비완화의료 종합		3	1.2
	비완화의료 병원		6	2.4
	비완화의료 요양병원		5	2.0
완화의료 비시범 종합	완화의료 시범 상급종합		9	3.7
	완화의료 시범 종합		30	12.2
	완화의료 시범 병원		9	3.7
	비완화의료 상급종합		2	0.8
	비완화의료 종합		7	2.8
	비완화의료 종합	비완화의료 상급종합	10	4.1
	비완화의료 병원		2	0.8
	비완화의료 요양병원		35	14.2
완화의료 비시범 병원	완화의료 시범 종합		2	0.8
	완화의료 비시범 상급종합		9	3.7
	완화의료 비시범 종합	비완화의료 요양병원	3	1.2
완화의료 비시범 의원	완화의료 시범 종합		5	2.0
	완화의료 시범 의원		6	2.4
	완화의료 비시범 상급종합		2	0.8
	완화의료 비시범 종합		5	2.0
	완화의료 비시범 병원		3	1.2
	비완화의료 요양병원		5	2.0
기타			37	15.0
전체			246	100

● 동일 기관 재입원 현황

- 완화의료전문기관 퇴원 후 동일기관으로 다시 입원하는 것을 재입원이라고 조작적 정의함.
- 51개 완화의료 전문기관에서 퇴원한 후, 동일 기관으로 입원한 경우는 99건이 발생됨. 시범사업기관에서 퇴원 후, 동일한 기관으로 재입원 분포는 78.8%이고, 비시범사업기관에서 퇴원 후, 동일한 기관으로 재입원 분포는 21.2%로, 시범 사업기관이 비시범사업기관에 비해 더 높은 재입원률을 보였음.
- 재입원까지 소요기간은 최소 1일 부터 최대 182일임. 소요기간 그룹별 분포를 보면, 시범사업 여부에 관계없이 42%가 30일 이내 재입원을, 58%가 31일 이상의 재입원을 했음.
- 시범사업기관에서 퇴원 후 동일기관으로 재입원하는 비율은 78.8%인 것은 서비스에 대한 만족도가 높은 것으로 보여짐. 시범사업 여부에 따른 종별 재입원 소요기간 분포와 입원건은 다음 표에서 자세히 볼 수 있음(표33).

〈표 33〉 2회 이상 입원한 건에 대한 재입원까지의 소요기간

구분	종별	재입원소요기간(일)	재 입원	
			건(개)	분포(%)
시 범	상 급 종 합	1일 ~ 7일 이내	2	23.2
		8일 ~14일 이내	2	
		15일 ~30일 이내	5	
		31일 ~60일 이내	7	
		61일 이상	7	
	전체		23	
	종 합	1일 ~ 7일 이내	6	31.3
		8일 ~14일 이내	3	
		15일 ~30일 이내	4	
		31일 ~60일 이내	2	
61일 이상		16		
전체		31		

구분	종별	재입원소요기간(일)	재 입원	
			건(개)	분포(%)
시범	병원	1일 ~ 7일 이내	8	21.2
		8일 ~14일 이내	0	
		15일 ~30일 이내	6	
		31일 ~60일 이내	5	
		61일 이상	2	
	전체		21	
	의원	1일 ~ 7일 이내	0	3.0
		8일 ~14일 이내	1	
		15일 ~30일 이내	0	
		31일 ~60일 이내	1	
		61일 이상	1	
전체		3		
시범전체		78	78.8	
비시범	상급 종합	1일 - 7일 이내	0	7.1
		8일 -14일 이내	3	
		15일 -30일 이내	0	
		31일 -60일 이내	2	
		61일 이상	2	
	전체		7	
	종합	1일 - 7일 이내	1	9.1
		8일 -14일 이내	0	
		15일 -30일 이내	0	
		31일 -60일 이내	4	
		61일 이상	4	
	전체		9	
	병원	1일 - 7일 이내	0	1.0
		8일 -14일 이내	0	
		15일 -30일 이내	0	
		31일 -60일 이내	0	
		61일 이상	1	
	전체		1	
의원	1일 - 7일 이내	0	4.0	
	8일 -14일 이내	0		
	15일 -30일 이내	1		
	31일 -60일 이내	1		
	61일 이상	2		
전체		4		
비시범전체		21	21.2	
합계		99	100	

4. 사망 전 의료비 재정추계

- 암사망 환자의 사망 전 진료비 분석
 - 대상: 2013년 청구 자료, 건강보험 가입자 자격자료
 - 암환자가 건강보험 가입자 자격 자료의 자격상실 사유코드가 사망으로 확인된 경우 암으로 인한 사망으로 정의
 - 기간: 2013년 1월 1일 - 2013년 12월 31일 (12개월)
 - 내용: 완화의료 이용·미이용환자의 사망 2주, 1개월, 2개월, 3개월, 6개월 전 진료비 분석

- 분석결과
 - 암환자가 완화의료전문기관(51개) 이외의 요양기관에서 사망한 경우 급성기 병동에서 사망한 것으로 정의하였음.
 - 암환자가 12개 시범사업기관의 완화병동에서 사망한 경우 완화병동 사망으로 정의하였음.
 - 암환자가 39개 비시범사업기관에서 사망한 경우 국립암센터의 완화의료기관 이용 입퇴원일자와 건강보험 청구자료의 요양개시일자와 요양만료일자가 오차 범위(± 1일) 내에서 같은 경우 완화병동을 이용하였다고 조작적 정의하였음.
 - 입원 1일당 비용은 총심결요양급여비용을 총재원일수로 나눈 것임.
 - 급성기 병동과 달리 완화의료는 4개월~6개월 전의 이용환자수가 매우 적고, 2주에서 1달 전 기간이 되어야 1,000명이 넘는데, 이는 완화의료로 진입하는 시기가 늦기 때문임.
 - 사망 2주 전의 진료비를 보면 완화의료병동에서는 일당 151,846원이 사용되고, 급성기병동에서는 일당 301,399원이 사용되어 일당진료비가 급성기병동의 경우 완화의료 병동에 비해 거의 2배 임.

- 전체 심결요양급여비용을 보면 2주 전에 급성기 병동에서는 약 120,906억원이 사용되었으며, 완화의료병동에서는 약 8,836억원이 사용되었음.
- 사망에 가까워질수록 완화의료병동과 급성기병동의 일당진료비 차이는 더욱 커졌음.

〈표 34〉 암환자 사망 전 기간별 의료이용 현황

병동	기간	입원				
		명세서수 (건)	인원수 (명)	요양급여 비용(백만원)	내원일수 (일)	입원1일당 진료비용(원/일)
급성 병동	사망 2주 전	36,242	30,552	120,906	400,716	301,725
	2주~1개월	21,946	20,049	111,299	425,473	261,590
	1~2개월 전	25,844	20,015	84,576	340,317	248,523
	2~3개월 전	20,038	15,136	61,575	243,936	252,423
	4~6개월 전	37,097	17,107	86,778	333,750	260,010
완화 의료 병동	사망 2주 전	5,192	4,786	8,836	58,188	151,846
	2주~1개월	1,486	1,445	5,486	36,684	149,539
	1~2개월 전	856	787	2,415	16,544	145,954
	2~3개월 전	375	337	1,053	7,301	144,291
	4~6개월 전	312	197	704	4,981	141,431

주: 포함된 기관은 상급종합, 종합, 병원, 의원이며 나머지 기관은 제외되었음
2013년 1월~12월 전체 청구자료를 이용함

〈표 35〉 완화의료 시범사업 참여 여부 별 사망 전 기간별 의료이용 현황

구분	기간	입원				
		명세서수 (건)	인원수 (명)	요양급여 비용(백만원)	내원일수 (일)	입원1일당 진료비용(원/일)
시범	사망 2주 전	2,417	2,200	3,922	25,652	152,874
	2주~1개월	643	618	2,111	13,207	159,850
	1~2개월 전	422	384	1,163	7,489	155,325
	2~3개월 전	179	155	469	2,960	158,546
	4~6개월 전	155	98	355	2,293	154,997
비시범	사망 2주 전	2,775	2,586	4,914	32,536	151,036
	2주~1개월	843	827	3,375	23,477	143,739
	1~2개월 전	434	403	1,251	9,055	138,203
	2~3개월 전	196	182	584	4,341	134,571
	4~6개월 전	157	99	349	2,688	129,858

- 완화의료를 시범과 비시범으로 나눠서 보았을 때, 시범은 입원 1일당 비용이 시기와 상관없이 비슷한 금액을 보이고 있으며 이는 일당정액제로 인한 것으로 사망 2주 전 152,874원을 사용함.
- 비시범 기관의 경우 행위별로 청구하고 있으며 2개월~3개월 전부터 입원 1일당 비용이 증가하여 사망 2주전에 151,036원으로 가장 많이 사용함.

〈표 36〉 급성기병동과 완화의료병동 입원환자의 사망1개월 전 일당진료비와 입원일수 비교

종별	급성기		완화의료		차액(원)
	일당진료비 (원)	재원일수 (일)	일당진료비 (원)	재원일수 (일)	
상급종합	417,750	13.5	174,019	13.8	243,731
종합병원	234,223	15.1	162,614	15.6	71,609
병원	112,630	13.4	122,954	13.4	-10,324
의원	65,682	9.8	112,960	12.0	-47,278
합계	281,056	14.2	150,954	14.2	130,102

- 2013년 한 해 급성기병동 입원환자와 완화의료 입원환자의 사망 1개월 전 일당 진료비와 입원일수를 종별로 구분하여 보았음.
- 상급종합병원에서 급성기병동의 경우 입원 일당 진료비가 417,750원이었고 완화의 경우 174,019원으로 차이가 243,731원이었음.
- 종합병원에서 급성기병동의 경우 입원 일당 진료비가 234,223원이었고 완화는 162,614원으로 71,609원 차이가 났음.
- 병원과 의원은 완화의료 1차 시범사업 이후 병의원의 30% 가산으로 인하여 일반병동보다 완화병동의 일당진료비가 더 높았으며, 의원은 47,278원 더 높았음.
- 급성기병동의 4개 종별 평균값은 281,056원으로 완화병동의 평균보다 130,102원 높은 값을 보였음.
- 재원일수는 의원을 제외하고 일반과 완화가 비슷하였으며, 의원의 경우 완화 의료이용자가 평균 2.2일 더 오래 이용하였음.

〈표 37〉 완화의료 이용환자의 사망1개월 전 일당진료비와 입원일수 비교

종별	시범		비시범		전체	
	일당진료비 (원)	재원일수 (일)	일당진료비 (원)	재원일수 (일)	일당진료비 (원)	재원일수 (일)
상급종합	179,366	11.8	170,079	15.8	174,019	13.8
종합병원	181,042	13.4	154,241	16.9	162,614	15.6
병원	121,461	13.3	125,732	13.7	122,954	13.4
의원	119,891	11.5	108,199	12.4	112,960	12.0
합계	155,245	12.7	147,978	15.5	150,954	14.2

- 완화의료 이용환자의 사망 1개월 전 일당진료비를 시범사업기관과 비시범사업 기관으로 나눠 보았음.
- 시범사업기관의 경우 일당정액제로 인해 일당진료비가 종합병원이상의 약 18만원 정도와, 병원 이하의 약 12만원 정도 금액이 나왔음.
- 비시범사업기관의 경우 상급종합의 일당진료비는 170,079원, 종합병원은 154,241 원, 병원은 125,732원, 의원은 108,199원으로 종합병원급을 제외하고는 시범사업기관과 비슷하였음.
- 재원일수는 시범사업기관에 비해 비시범사업기관의 재원일수가 더 길었음.
- 평균금액을 보면 시범사업기관의 경우 155,245원, 비시범사업기관의 경우 147,978 원으로 비시범사업기관이 적게 사용하고 있었음.

〈표 38〉 시기별 사망 1개월 전 의료기관 종별 재원일수 분포

(단위: %)

종별	2007년 하반기		2011년 하반기		2013년	
	급성기	완화의료	급성기	완화의료	급성기	완화의료
상급종합	25.9	22.9	38.9	36.9	35.5	21.0
종합	36.1	47.1	44.5	49.0	49.5	47.1
병원	13.6	12.8	4.5	6.7	14.4	17.8
요양병원	23.5	4.8	11.8	3.1	-	-
의원	0.6	12.1	0.3	4.2	0.5	14.1

- 연구 시점은 다르지만 완화의료와 급성기의 전반적인 재원일수 분포의 변화를 보기 위해 2007년부터 2011년 하반기까지의 자료는 이전 연구 결과를 인용하였고(김정희, 2012), 2013년 완화의료이용 분석에서 요양병원은 포함되지 않음.
- 완화의료 지정기관에 요양병원은 포함되지 않으나, 이전 연구에서 사망 1개월 전의 의료기관 이용현황 자료에 요양병원 이용자료가 포함되어 분석이 된 것임.
- 급성기기관에서는 의원의 이용율이 낮는데 완화의료기관에서는 의원의 이용율이 상대적으로 높음.
- 완화의료는 종합병원의 재원일수가 제일 큰 비중을 차지하였으며 이는 상급종합 병원보다 많은 병상수가 영향일 수 있음.

〈표 39〉 사망 1개월 전 급성기병동 이용자와 완화의료 이용자의 입원 1일당 진료비(원) 및 입원당 평균재원일수(일) 변화

종별	2013년			
	급성기		완화의료	
	일당진료비(원)	재원일수분포(%)	일당진료비(원)	재원일수분포(%)
상급종합	417,750	35.5	174,019	21.0
종합병원	234,223	49.5	162,614	47.1
병원	112,630	14.4	122,954	17.8
의원	65,682	0.5	112,960	14.1
계	281,056	100	150,954	100

- 사망 1개월 전 급성기병동 이용자와 완화의료 이용자의 입원 1일당 진료비 및 재원일수 변화는 표39와 같음.
- 2013년도 일당진료비는 급성기병동이 417,750원이고 완화병동이 174,019원이며, 완화의료는 시범사업기관과 비시범사업기관을 모두 포함하였음.

〈표 40〉 사망 2주 전 급성기병동 이용자와 완화의료 이용자의 입원 1일당 진료비(원) 및 재원일수(일) 변화

종별	2013년			
	급성기		완화의료	
	일당진료비(원)	재원일수분포(%)	일당진료비(원)	재원일수분포(%)
상급종합	457,256	34.6	174,020	21.0
종합병원	252,606	49.2	165,530	45.6
병원	120,298	15.7	122,677	18.5
의원	74,811	0.5	114,634	14.8
합계	301,725		151,846	

주: 포함된 기관은 상급종합, 종합, 병원, 의원이며 나머지 기관은 제외되었음

- 2013년 연간 자료를 이용하여 사망 2주 전 완화의료병동과 급성기병동을 비교 하였음.
- 완화의료기관과 급성기기관의 조건을 동일하게 하여 4개 종별만 보았을 때, 급성기기관의 평균 일당진료비는 301,725원으로 완화의료기관의 151,846원보다 더 사용한 것으로 나타남.
- 급성기병동에서 사망 1달 전 비용(표39)보다 사망 2주 전(표40)에 더 많이 사용하고 있음.
- 급성기기관과 완화의료기관에서 종합병원의 재원일수분포가 제일 컸음.
- 시범사업기관과 비시범사업기관으로 나뉜 사망 2주전 일당진료비임. 시범사업 기관은 일당정액수가이며 비시범사업기관과 종별평균 일당진료비가 비슷하였음 (표41).

〈표 41〉 2013년도 완화의료 이용환자의 사망 2주 전 일당진료비와 재원일수 비교

종별	시범		비시범		합계	
	일당진료비 (원)	재원일수 (일)	일당진료비 (원)	재원일수 (일)	일당진료비 (원)	재원일수 (일)
상급종합	177,238	9.9	171,138	11.6	174,020	10.8
종합	178,212	11.1	158,823	12.5	165,530	12.0
병원	118,361	11.0	130,570	10.9	122,677	10.9
의원	117,000	9.9	112,834	10.2	114,634	10.0
합계	152,874	10.6	151,036	11.7	151,846	11.2

- 완화의료의 확대된다고 가정 하고 연구 결과에 의해 초기 요양기관의 종별이 최종 요양기관 때 크게 바뀌지 않는 현황을 감안하여 종별 수평 이동한다고 가정하였음.
- 2015년도 추가 증가 예상 인원수는 2012년 11.9%인 완화의료 이용율로 2015년 이용율을 14.4%로 추정하여 완화의료를 이용하는 인원을 제외하고, 급성기 병동에서 유입될 수 있는 인원수를 예상하여 종별 인원수 비율로 나눠준 것임.
 - 2012년~2013년도 암환자수 증가율과 완화병동이용율을 참고하여 2015년 예상 완화신규환자수는 11,479명임.
 - $888\text{병상수} \times 365 \times 70\% (\text{병상가동률}) = 226,884 \text{ 일수}$
 - $226,884 \text{ 일수} \div 13.7\text{일} (2013\text{년 완화병동 평균재원일수}) = 16,561\text{명}$ 이용가능
 - $16,561 - 11,479 (\text{완화기관}) = 5,082\text{명}$: 급성기병동에서 신규로 들어올 수 있는 수
 - 5,082명이 급성기에서 완화신규환자로 들어오고, 완화전문기관의 환자가 11,479명 이용하게 되면 이용율은 20.7%로 증가하게 됨.

〈표 42〉 기존값으로 추정된 2015년 환자수, 이용율, 신규환자수 및 병상수

	2012	2013	2014	2015
암환자수 ¹⁾	73,759	75,720	77,733	79,800
완화의료 이용율 ²⁾	11.9%	12.6%	13.5%	14.4%
완화 신규환자수 ³⁾	8,742	9,573	10,483	11,479
병상수	720	848	868	888 ⁴⁾

주 1) 2012년~2013년 암환자수 증가율로 2014년, 2015년 암환자수 예상

2) 2012년, 2013년의 완화의료이용율 증가분을 반영하여 2014년, 2015년의 이용율 예상

3) 2015년 예상암환자수와 예상이용율을 이용한 예상 신규환자수

4) 2013년~2014년 증가분을 그대로 반영한 2015년 예상 병상수

※ 모든 증가율, 이용율은 반올림 사용

〈표 43〉 기존값으로 추정된 2015년 급성기 기관 예상인원수

	재원일수분포 (%)	급성기 기관에서 예상되는 인원수 (명)
상급종합병원	21.0	1,218
종합병원	45.6	2,645
병원	18.5	1,073
의원	14.8	866
합계		5,802

- 시범 기관은 이미 일당정액비용을 받고 있고, 시범에 참여하고 있지 않은 비 시범사업기관이 본 사업 시행 후 일당정액제로 받는다고 가정하면 현재 일당 진료비와의 차액으로 인해 소요재정이 약 17억 증가함. 2015년 예상 완화신규 환자수 11,479명중 비시범사업기관 예상인원만 고려함.
- 급성기병동에서 2013년 사망 1개월 전 사용한 비용은 상급종합병원 417,750원 이고, 시범사업기관의 일당진료비는 180,107원이었음. 중별 차액에 2015년 급성 기기관 증가 예상 인원수 5,082명과 완화기관 평균재원일수를 곱하여 암환자 본인부담금을 제외한 뒤 합하면 약 43억의 재정절감됨

- 결국 약 26억원이 절감될 것으로 예상됨.

<표 44> 급성기병동에서 완화의료병동 이용환자 증가로 인한 재정효과

종별	일반병동 사망1개월 전 일당진료비 (원)	시범사업기관 일당진료비 (원)	차액 (원)	2015년 추가 증가 예상인원수 (명)	완화기관 평균재원일수 (일)	재정절감분(원) (차액×증가인원×종별 평균재원일수×0.95)
상급 종합	417,750	180,107	237,643	1,218	11.6	3,189,729,897
종합 병원	234,223	183,598	50,625	2,645	14.7	1,869,957,141
병원	112,630	123,460	-10,830	1,073	14.5	-160,073,627
의원	65,682	122,814	-57,132	866	13.3	-625,133,202
		155,089		5,082	13.7	4,274,480,209

* 일당진료비와 재원일수는 2013년 기준임.

* 시범사업기관 일당진료비는 사망 1달 전 일당진료비가 아니라 2013년 전체 청구자료 분석결과임.

* 신규환자수 : 종별 환자수 분포를 이용하여 반올림함.

<표 45> 비시범사업기관에서 본 사업 참여 시 재정효과

종별	비시범 완화병동 사망1개월 전 일당진료비 (원)	시범사업기관 일당진료비 (원)	차액 (원)	2015년 추가 증가 예상인원수 (명)	완화기관 평균재원일수 (일)	재정절감분(원) (차액×증가인원×종별 평균재원일수×0.95)
상급 종합	170,079	180,107	-10,028	1,399	11.6	-154,559,884
종합 병원	154,241	183,598	-29,357	3,340	14.7	-1,369,464,510
병원	125,732	123,460	2,272	712	14.5	22,290,646
의원	108,199	122,814	-14,615	900	13.3	-166,256,659
		155,089		6,351	13.7	-1,667,990,406

* 일당진료비와 재원일수는 2013년 기준임

* 시범사업기관 일당진료비는 사망 1달 전 일당진료비가 아니라 2013년 전체 청구자료 분석결과임.

* 신규환자수 : 종별 환자수 분포를 이용하여 반올림함.

〈표 46〉 보험구분에 따른 재정절감액

종별	건강보험 금액(원)	의료급여 금액(원)	합계(원)
상급종합	2,713,262,481	321,907,532	3,035,170,013
종합병원	447,410,811	53,081,820	500,492,631
병원	-123,169,836	-14,613,145	-137,782,981
의원	-707,455,730	-83,934,131	-791,389,861
합계	2,330,047,726	276,442,076	2,606,489,802

- 약 26억의 절감액 중 건강보험은 23억 3천만원, 의료급여는 2억 7천만원 정도 예상됨.
- 단, 이 비용은 2013년 시범사업기관 일당진료비와 평균재원일수, 비시범사업기관의 신규환자수를 기준으로 구한 차액이며, 2015년 기본 입원료가 인상된 시범사업기관 일당진료비는 반영되지 않았음.
- 병상수가 2014년에 비해 2015년에 20병상 증가한다는 가정임.
(2012년~2013년 병상수 증가분 20병상 적용)
- 완화의료병동의 신규환자수와 암사망자수는 매년 증가추세이므로 2015년도는 더 절감될 것으로 예상되며, 본 사업 시 가장 큰 진료비 차액이 발생하는 상급종합병원을 위한 유인책이 필요함.

5. 수가 개선 방향

가. 개선 원칙

- 적정 수가 보상
 - 급여 진료비 분석 결과 현재 일당정액수가의 비용보다 기관의 일당평균비용이 더 적었음.
 - 완화의료 전문가 대상 포적집단면접(Focus Group Interview, FGI) 결과 :
 - FGI에 참석한 종합병원 원가전문가에 의하면 정액수가 부족하지 않다고 하였음.
 - 그러나, 상급종합병원에서 참석한 전문가에 의하면 상급종합병원의 경영상 수가가 낮다는 의견을 주었음.
- 건강보험수가-국고지원금(비의료적 부분) 이원화
 - 완화의료는 의료적인 부분뿐 아니라 비의료적인 부분이 중요한 분야이며, 환자와 환자의 가족이 대상이 되어 존엄한 죽음을 맞도록 하는 것임.
 - 이런 개념으로 인해 현재 건강보험 급여 범위 내에서 포함 할 수 없는 부분이 있음.
 - 국고지원금은 완화의료 서비스 질향상을 위해 당해연도 전문인력 인건비지원(50% 이하), 시설 및 장비 구입, 요법프로그램 운영(20% 이하), 자원봉사자 및 행사, 저소득층에 대한 지원, 교통비 등에 사용되고 있음.
 - 요법치료서비스는 의료적 행위가 아니라서 수가로 정하기엔 급여 원칙에 맞지 않으며, 기관 당 편차가 심하고 대부분의 기관이 완화의료 사업지원금으로 운영하고 있으므로 수가로 포함될 경우 지원금을 받을 근거가 없어, 요법치료서비스는 일당정액에 포함하기 어려움.
 - 현재는 표준화된 완화의료서비스가 규정되어 있지 않으므로 건강보험에서 보상할 수 있는 부분은 일당정액수가에 포함하고 그 외 비의료적인 서비스는 국립 암센터 지원금으로 운영하는 것이 바람직함.

나. 수가 개발 시 고려사항

- 정부의 상급병실료 개선에 따른 입원료 인상
 - 기본입원료 인상하고(상급종합병원 3%, 종합병원 3%, 병원 2% 인상), 4·5인실 입원료를 기본 입원료의 160%, 130% 수준으로 조정 및 신설하였음.
 - 정부의 상급병실료 제도개선에 따라 4·5인실 급여수가 신설 시 시범사업기관이 상급병실료차액을 더 내야 하는 경우가 발생함.
 - 완화의료 시범 수가도 건강보험 4·5인실 입원료 수준과 일치하도록 5인실은 130%로 조정, 4인실은 160%로 신설하여 산출함.

- 필수시설(상담실, 목욕실, 가족실 등) 유지비를 충당해야 함.
 - 완화의료로 지정이 되려면 갖춰야 하는 시설 기준이 있음.
 - 입원실 : 병상당 6.3m²
 - 상담실 : 환자 및 보호자의 상담을 위해 구분된 공간일 것
 - 처치실 : 간단한 수술 및 처치를 할 수 있는 구분된 공간일 것
 - 이 외에 임종실, 목욕실, 가족실, 간호사실, 진료실
 - 말기암환자의 입원 등을 위한 병동 또는 건물은 다른 병동 또는 건물과 구별되도록 설치, 운영할 것
 - 이 중에서 다른 병동과 달리 상담실, 목욕실, 가족실 등은 완화의료 병동에 꼭 필요하고 특징적인 공간이라고 할 수 있음.
 - 처음 수가 개발 당시 이 부분에 대한 고려를 하지 않아서, 수가에 반영

- 사회복지사 수가 인상
 - (1안) 사회복지사는 수가개발에 사용한 ‘개인력조사’ 수가의 상대가치점수가 그간 인상되었으므로 인상분 반영
 - 인상된 상대가치점수를 반영하면 의원은 4,230원, 병원급 이상은 4,030원

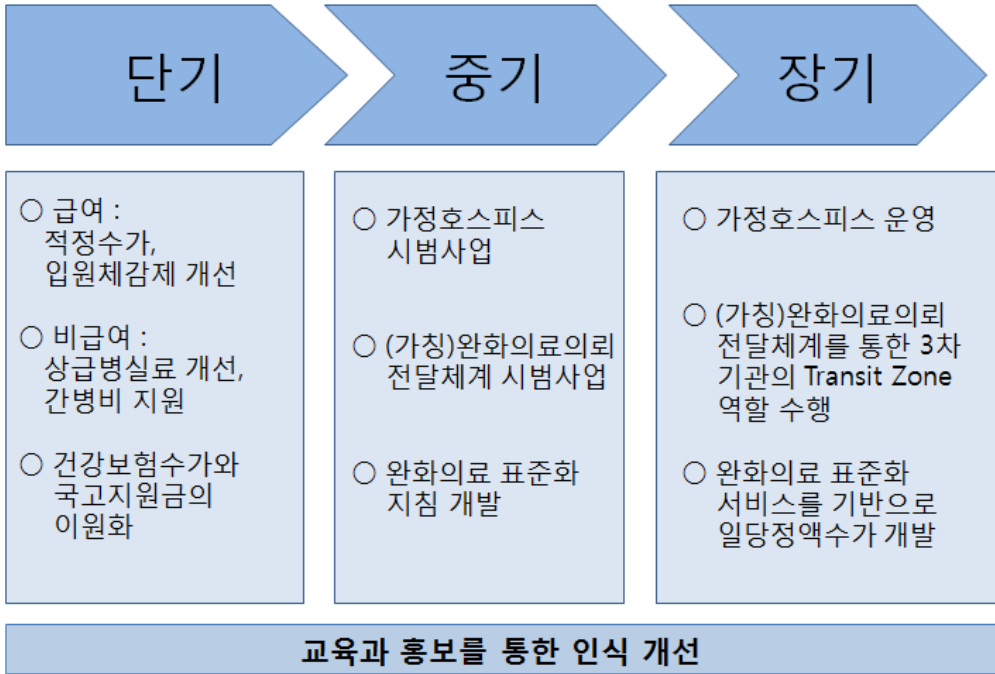
- (2안) 2014년도 사회복지사 학회에서 제시한 평균임금은 265.37만원이며, 20명당 1명의 상근 사회복지사가 필요하다고 볼 경우, 한달 동안 사회복지사의 인건비를 보전하기 위한 일당금액은 4,423원임 (265.37만원/20명/30일)
- 별도 산정 요구 항목
 - 별도 산정 항목은 공청회 및 전문가 의견, NCCN 가이드라인에 따라 기존 투석 환자에 한하여 투석하는 경우만 허용하도록 제안함.
- 입원체감제
 - 연구데이터의 시범사업기관과 비시범사업기관의 재원일수의 분포를 살펴본 결과, 시범사업 기관과 비시범사업기관 모두 99%가 60일 이내 퇴원했음.
 - 입원체감제는 장기입원방지를 위해 필요하며, 급성기와 동일하나 완화의료의 특성 상 16일은 평균재원일수에도 못 미치므로 61일부터 적용하는 것으로 제안함.
- 격리실 수가
 - 다제 내성균에 감염되어 격리실이 필요한 완화병동 환자가 1인실을 이용할 경우 격리실 수가 산정

〈표 47〉 종별 격리실 추가 입원료

종별	격리실 사용시 일당정액 ¹⁾	추가 입원료 (A-B)×C	격리실 점수 A	입원료 점수 B	2014 점수당 단가C
종합병원 이상	227,864	44,814	1,118	466.64	68.8
병원	152,646	33,556	900.48	412.75	68.8
의원	151,670	30,380	779.63	358.86	72.2

주 1) 2014년 기본수가+격리실 추가 입원료

다. 정액수가 확대 시 고려사항



[그림 6] 완화의료 활성화를 위한 시기별 정책제안

- 적정수가보상
 - 표준화된 지침을 기준으로 하여 급여(일당정액)로 운영가능한 수준이 되도록 해야함.
 - 완화의료기관 자료 분석 결과 기관 간 변이가 있음을 확인하였으며, 향후 표준화된 서비스가 개발되면 기관 별 편차를 고려하여 수가를 조정할 수 있도록 해야 함.
- 의료기관과 환자 대상 활성화 대책
 - 환자 유인책
 - 급성기 병동의 말기암환자에게는 보장성이 강화되고 있는 반면, 완화의료병동을 선택한 환자에게는 항암·방사선 치료를 중단해야하므로, 끝까지 치료하는 것이

도리를 다하는 것으로 여기는 문화에서 완화의료를 쉽게 선택하지 못하는 경향이 있음.

- 이런 말기암환자들을 위한 별도의 교육과 홍보가 필요함.

● 기관 유인책

- 암센터가 있는 병원에 필수적으로 완화의료병동을 운영하도록 하거나, 병원인증 평가 항목 중 병원전체시망률 집계에 완화의료 환자는 제외하는 등의 인센티브를 통해 병원 스스로 적극적인 완화병동 유입을 시도하도록 비수가정책을 도입해야함.
- ‘의료기관인증평가’ 및 ‘지역거점공공병원에 대한 경영평가’에 완화의료 병동 운영 평가 지표 신설 및 가점 부여
 - 환자진료체계-말기환자 관리에 「말기환자의 존엄성과 편안한 유지를 위하여 완화의료를 제공한다」는 조사기준이 있으며 항목은 7가지¹⁰⁾임.

□ 장기적인 완화의료 활성화 대책

- 병동형 수가개발 뿐 아니라, 여러 가지 형태의 완화의료(가정완화의료, 가칭 완화의료의뢰체계, 외래완화의료)가 동시에 지원되어야 이용률이 증가할 수 있음.
- 말기 암을 진단받은 의료기관과 완화의료 기관의 연계로 환자 측면에서 의료서비스의 연속성을 확보하고 의료자원의 효율적 사용을 도모해야 함.
- 말기 암을 진단·치료 받은 의료기관(주로 상급종합병원)의 완화의료 병상을 1, 2차 의료기관으로 연계를 위해 Transit zone으로 활용하도록 함.

10) 7가지 항목은 다음과 같음

- ① 완화의료에 대한 규정이 있다.
- ② 완화의료 서비스에 대한 정보를 제공한다
- ③ 완화의료팀을 운영한다
- ④ 완화의료서비스에 대한 동의서를 받는다
- ⑤ 관련직원은 완화의료에 대해 교육을 받고, 그 내용을 이해한다.
- ⑥ 환자상태에 따라 치료계획을 수립하고, 완화의료를 제공한다.
- ⑦ 협의진료 서비스를 제공한다.

- 여러 가지 형태의 완화의료 연구 및 시범사업을 통해 제도의 효과 연구가 필요하고 적절한 수가개발이 필요함.

① 가정완화의료

- 가정완화医료를 통해 말기암환자들이 마지막 시간을 편안하고 친숙한 환경에서 보낼 수 있으며 가족들과 함께 보낼 수 있음. 말기에 지내기 원하는 장소로 자택을 50.4%, 가장 적합한 임종의 장소로는 44.3%가 자택을 선택하였음. 말기암환자의 퇴원을 증가시켜 의료비용 절감의 효과가 있으며 시설 장비의 투자 없이 쉽게 완화의료 서비스를 확대할 수 있음.(김시영, 2012)
- 가정완화의료제도를 도입하여 완화의료전문기관과 연계한 가정완화의료 운영을 법제화하고, 건강보험 시범 수가 적용을 검토해야 함.

② (가칭)완화의료의뢰체계

- 상급종합병원의 경우 현재수가로는 완화병동을 운영하기 부족한 수가라는 의견이 있어(급성기병동에 비해 수익 저하), 상급종합병원에 몰려있는 말기암환자들을 완화의료 전문기관으로 유인할 수 있는 방안이 필요함.
- 대만의 Shared Care는 기관에 완화의료병동이 없어도 일반병동의 입원환자에게 Shared Care Team이 방문하여 완화의료 개념을 인식시키고, 완화의료 사전 선택 의향서에 대해 설명하고 있음.
 - Shared Care Team이 일반병상에 입원 중인 환자에게 처음 방문할 경우 1,350TWD이며, 재방문 시 의사 동반여부에 따라 850~1,350TWD가 책정됨.
 - 이로 인해 환자들의 완화의료에 대한 인지도가 높아지고 완화의료 선택율도 증가하였으며, 시설기준조건에 맞지 않아 참여하지 못하는 병원에서도 병상을 늘리지 않고 완화医료를 제공할 수 있는 방법이 될 수 있음.
 - 완화의료병동운영에 따른 비용부담도 덜고, 거시적인 관점에서 완화의료 케어로 전환이 많이 되어 의료의 품질이 향상됨.
- (가칭)완화의료의뢰체계는 말기암환자의 낮은 완화의료 이용 현실에서 완화의료 병동으로의 이동을 꺼려하는 말기암환자 또는 말기 통보가 아직 이루어지지

않았으나 전인적인 돌봄이 필요한 말기암환자들이 급성기 일반병동에서도 다학제 팀접근을 통한 완화의료 서비스를 이용할 수 있도록 하고, 나아가 이를 통해 완화의료에 대한 수용성을 증대시켜 완화의료 전문의료기관 또는 동일 기관 내 완화의료병동의 이용 기회를 확대시키기 위해 신중히 고려되어야 함(김시영, 2012).

- 의료기관에서 처음 완화의료 서비스를 시작할 때 특별한 부담이 없이 쉽게 시작할 수 있는 장점이 있음. 특히, 적극적인 치료 중심의 의료가 더 이상 의미가 없어지고 점차 악화되는 경우 조기에 통증 조절 등 환자의 고통을 줄여 줄 수 있는 완화적인 치료를 위해 의뢰받아 환자와의 관계를 형성할 수 있는 기회가 주어질 수 있음. 이 경우 병실을 따로 옮기지 않고 치료 중심의 의료진과 함께 연속적이면서도 함께 환자를 보기 때문에 자연스러우면서도 환자나 가족 입장에서는 두려움이 없이 접할 수 있음. (이선미, 2011)
- 의료기관이 일정 요건의 완화의료팀을 등록·운영할 수 있도록 법제화하고, 건강보험 시범수가를 적용하여, 말기암환자에게 일부 완화의료서비스를 제공하고, 완화의료 전문기관 이용을 안내하는 가교 역할을 수행하도록 해야 함.
- 완화의료팀은 의사, 간호사, 사회복지사를 기본으로 하며, 전용 병동은 없으나 통증관리, 상담 등 완화의료서비스 일부 제공이 가능함.

③ (가칭)외래 수가

- 예후가 비교적 긴 암의 경우 퇴원한 후 집이나 시설형 기관에서 다시 기존 의료기관을 방문했을 때 적정의료를 받는데 어려움이 있음(예 : 외래 방문 시 완화의료를 지속해서 받기 어려우며 다시 급성기 치료의 패턴을 따라갈 여지가 있음).
- 완화 외래수가가 정해지면 입원하지 않고 통증조절 약만 외래를 통해 처방받을 수 있으며, 병원에 등록하여 완화의료의 접근성을 더 높일 수 있음.
- 병동형 수가이외에 완화 외래수가가 도입되면 더 많은 환자들을 완화의료에 포함시킬 수 있으며, 입원 전 상담 등의 기회로 활용되어 장기적인 완화의료 이용을 증가시키고 향후 가정완화의료 제도에도 도움이 될 것임.

- 말기암환자를 위한 교육, 상담 및 재가암환자가 완화의료 이용을 통해 통증 조절을 할 수 있는 방안이 되므로 신중한 검토가 필요함.

□ 교육 및 홍보

- 정보부족으로 완화의료에 무엇인지 모르는 경우가 환자는 46.6%, 가족은 40.8%¹¹⁾이므로¹¹⁾, 일반인과 의료인을 대상으로 완화의료 서비스에 대한 인식 변화를 위해 지속적인 홍보와 교육이 병행되어야 정책의 효과를 거둘 수 있음.
- 호스피스와 완화의료의 개념은 엄밀히 말해서 다르지만, 보건복지부에서 대국민 홍보 강화 차원에서 ‘호스피스완화의료’로 명칭을 개정할 예정임.
- 홍보와 교육을 통하여 환자의 조기 입원을 유도함.
 - 완화 치료의 조기 도입은 암 환자의 삶의 질 향상뿐만 아니라, 생존율을 향상시킬 수 있음(Temel JS et al, 2010).
 - 조기에 완화치료를 받은 환자는 자신의 예후에 대한 정확한 이해를 했기 때문에 마지막 60일 동안 화학치료를 덜 받는 것으로 연구결과 나옴(Greer JA et al, 2012).
 - 완화의료 상담을 받은 환자는 말기에 생명연장치료를 덜 받게 됨. 초기 지역 사회 완화치료 서비스로 이송된 환자는 마지막 90일 동안 응급실 방문 횟수가 줄었음(McNamara BA et al, 2013).
 - 의료공급자를 위한 교육과 실습은 의료인과 환자에게 긍정적인 영향을 미침. OPTIM(Outreach Palliative Care trial of Integrated Regional Model)일본의 4개 지역을 다양한 방법으로 교육의 효과를 연구한 것이며, 그 결과 완화의료로 받고 집에서 사망하는 환자가 늘고, 환자와 가족의 치료의 질이 높아지고, 의료진의 어려움이 감소하였음. 초기의 성공적인 완화의료의 통합은 환자의 이환율을 감소시키고, 환자와 가족 및 돌봄자의 만족도를 높이게 됨(Morita T, 2013).

11) 2014.8.13 조선일보 「말기암 고통 줄일 호스피스 의료, 몰라서 못 받는다」

- 6개월 이내의 여명이 호스피스의 조건이지만, 2012년 미국의 호스피스 재원일수 중앙값은 18.7일, 평균은 71.8일, 약 36%의 호스피스 환자가 입원 후 7일 이내에 사망하거나 퇴원함(NHPCO,2013).

라. 본 사업 수가(안)

- 2014년 9월부터 적용되는 4인실과 5인실의 완화병동 일당정액수가(안)임.
- 기본적인 수가에 임종실 등 시설유지비를 추가하고 사회복지사 가산을 인상하며 기존 투석 환자에 한해 투석비용을 별도 산정하도록 하는 것이 본 연구에서 제시하는 수가(안)임.
- <표 48>의 기본 수가는 4인실 신설수가이며, 표 49의 기본 수가는 5인실 인상수가임.

<표 48> 4인실 완화의료 병동형 건강보험 수가(안) -사회복지사 신상대가치점수 적용

종별	기본				기본 총액	가산			가산 후 총액 ⁵⁾	별도 산정 ⁶⁾
	수가	상담실 등 유지비 (2013) ¹⁾	신규 급여 전환 ²⁾	선택 진료비 ³⁾		간호인력		사회 복지사 전담인 ⁴⁾		
						1등급	2등급			
종합병원 이상	216,560	5,953	6	58	222,577	19,180	9,130	4,030	245,787	투석
병원	144,560	5,953	6	-	150,519	14,780	7,040	4,030	169,329	
의원	145,750	5,953	6	-	151,709	14,780	7,040	4,230	170,719	

- 주 1) 완화의료 수가 개선을 위한 비급여 조사연구, 정주연, 2014 참고
 2) 2011.1월 이후 비급여에서 급여로 전환된 항목 발생 반영(완화의료 수가 개선을 위한 비급여 조사연구, 정주연, 2014)
 3) 선택진료비 발생 비용(완화의료 수가 개선을 위한 비급여 조사연구, 정주연, 2014)
 4) 수가개발에 사용되었던 개인력조사 항목의 상대가치점수 인상 반영
 5) 기본총액+간호인력 1등급+사회복지사 가산
 6) 기존 투석 환자에 한해 별도 산정 인정안

〈표 49〉 5인실 완화의료 병동형 건강보험 수가(안) -사회복지사 신상대가치점수 적용

종별	기본				기본 총액	가산			가산 후 총액 ⁵⁾	별도 산정 ⁶⁾
	수가	상담실 등 유지비 (2013) ¹⁾	신규 급여 전환 ²⁾	선택 진료비 ³⁾		간호인력		사회 복지사 전담인 ⁴⁾		
						1등급	2등급			
종합병원 이상	199,440	5,953	6	58	205,457	15,580	7,420	4,030	225,067	투석
병원	131,370	5,953	6	-	137,329	12,010	5,720	4,030	153,369	
의원	132,550	5,953	6	-	138,509	12,010	5,720	4,230	154,749	

주 1) 완화의료 수가 개선을 위한 비급여 조사연구, 정주연, 2014 참고

2) 2011.1월 이후 비급여에서 급여로 전환된 항목 발생 반영(완화의료 수가 개선을 위한 비급여 조사연구, 정주연, 2014)

3) 선택진료비 발생 비용(완화의료 수가 개선을 위한 비급여 조사연구, 정주연, 2014)

4) 수가개발에 사용되었던 개인력조사 항목의 상대가치점수 인상 반영

5) 기본총액+간호인력 1등급+사회복지사 가산

6) 기존 투석 환자에 한해 별도 산정 인정안

제4장 결론 및 제언

1. 주요결과

- 국외 완화의료 동향을 파악한 결과, 미국, 일본, 대만 등 외국의 호스피스 수가 형태는 일당 정액 포괄수가이고, 현재 환자 상태에 따른 차등수를 적용하고 있지 않음. 우리나라 호스피스 서비스는 동일한 특성을 가진 말기 암환자를 대상으로, 진료비 변이가 낮아 일당진료비 지불형태가 적합할 것으로 판단됨.
- 진료비 비교 결과, 2013년 수가 수준과 비교해 보았을 때, 비시범사업기관의 병원급을 제외하고 행위별 수가 대비 일당 정액 수가 수준이 100%를 넘어 일당 정액 수가 수준이 부족하지 않은 것으로 판단되나, 완화의료 서비스¹²⁾는 노동 집약적인 의료서비스와 비의료적인 서비스(예:상담료, 정신 지지요법 등)가 복합된 특징이 있어, 현 행위별 수가 시스템에서 청구된 자료만으로는 일당정액수가 수준을 판단하기에 한계가 있음.
- 진료비 항별 분석 결과, 일당정액 수가 시스템인 시범사업기관에 비해 행위별 수가 시스템인 비시범사업기관이 말기 암환자를 위한 적극적 치료를 시행하는 것으로 나타남. 또한, 비시범사업기관에서 ICU 입원실 이용 및 불필요한 항암 치료 내역이 다수 발생함. 이는 환자가족 및 의사가 호스피스에 대한 개념 부족으로 여전히 불필요한 항암치료로 환자를 살리려는 의지가 강함이 진료형태에 반영된 것으로 볼 수 있음.
- 시범사업기관과 비시범사업기관에서 마약성 진통제를 사용하는 입원 건에 차이가 거의 없었고, 종합병원의 경우 일당 사용량은 시범사업 유무에 차이가 없으나, 일당 진료비가 비시범사업기관에서 약 2배 정도 발생하였음. 상급종합병원의 경우 사용량은 비시범사업기관이 1.4배지만 진료비는 2.6배였음. 병원의 경우

12) 완화의료서비스는 크게 의료적인 행위와 비의료적인 행위로 나뉘며, 의료적인 행위에는 일당정액에 포함된 부분과 포함되지 않은 식대, 비급여내역을 말함. 일당정액에는 입원료, 행위, 약, 치료재료, 사회복지사 비용이 포함되어 있으며, 비의료적인 행위로는 간병인, 성직사, 사회복지사와 요법서비스가 포함됨

사용량은 비시범사업기관이 3.4배 높지만, 비용은 16.8배였고, 의원의 경우 사용량은 비시범사업기관이 2배 높지만, 비용은 4배 높았음. 비시범사업기관에서 시범사업기관에 비해 고가의 진통제를 더 많이 사용하고 있었음. 시범사업기관의 일당정액수가체계가 마약성진통제 사용량을 효율적으로 통제하는 효과가 있는 것으로 나타남.

- 전동을 분석한 결과, 10개월 동안 4개 기관에서 34건의 명세서가 발견되었음. 이는 완화병동을 이용한 환자들의 4.5% 건 비중이고 1.1% 금액 비중으로 미미함. 시범사업기관에서 행해지는 서비스가 일당정액수가 때문에 필요한 서비스를 받지 못하고 전동하여 받은 내역이 없고, 일당정액수가 내에서 필요한 의료적 서비스를 행하고 있는 것으로 사료됨.
- 전원을 분석한 결과, 완화의료 시범사업기관을 이용한 환자가 요양병원으로 전원하는 비중이 많은 것은 현재 완화의료 시범사업기관의 병상수가 부족하거나 상급 병실료 차액이나 간병비 등 환자본인부담 때문일 수 있음. 이에 지역적으로 완화의료 기관의 병상을 효율적으로 배분 및 확충할 필요성이 있음.

2. 제 언

- 점차 임종의료에 대한 관심이 증대되고 있고 의료전달체계와 관련하여 사망 전 의료이용에 대해 대책이 중요한 시기임.
 - 마지막 1년 동안 쓰는 돈이 795만원이며, 이 중 3분의 2가 마지막 석 달에 들어가고, 마지막 석 달 의료비 중 절반 이상이 마지막 한 달에 들어가고 있음. 이는 연명치료는 발달하는데 호스피스에 그렇지 못한 현실 때문임(조선일보, 2014.9.4).
 - 완화의료 전문기관을 제외한 2013년 급성기기관 진료비 분석 결과 암사망자가 사용한 의료비는 연간 5,747억 원이었고, 마지막 석 달 의료비 중 약 61.2%가 마지막 한 달에 사용되었음. 완화의료기관 진료비 분석 결과 한 해 동안 201억 원이 사용되었고, 마지막 석 달 의료비 중 약 80.3%가 마지막 한 달에 사용되었음.

- 급성기병동에서 불필요한 항암요법과 소모적인 의료이용으로 죽음을 맞이할 것이 아니라 존엄하게 생을 마감할 수 있도록 완화의료의 활성화가 필요함.
- 다른 서비스에 비해 노동집약적 서비스이고, 높은 인력기준, 완화의료만의 시설 기준, 전문적인 상담서비스가 존재하여 행위별수가로 하기 어려운 점이 있어 별도의 수가형태인 일당정액제로 제도화 하는 것이 필요함.
- 의료적인 부분만 보았을 때, 지불제도의 차이가 있는 시범사업기관(일당정액제 수가 시스템)과 비시범사업기관(행위별 수가 시스템)의 진료형태를 살펴본 결과, 행위별 수가 시스템보다 일당 정액제 수가 시스템에서 호스피스완화의료의 목적에 맞게 자원을 더 효율적으로 사용하고 있었음.
- 진료지불방법의 변화만으로는 완화의료 활성화에 제한이 있으므로, 완화의료 표준모델에 기반한 원가분석을 통해 적정 일당정액수가 개발이 필요함.
- 일당정액수가는 완화의료 지정을 받은 모든 기관에게 적용이 되는 수가이므로, 완화의료의 표준화가 필요하며 안정적인 제도화 이전까지는 차등수가정책 등을 활용하여 과도한 재정부담을 방지하고 서비스의 질을 확보하도록 해야 함.
- 현재 건강보험수가로 포괄되지 못하고 있는 임종케어, 요법치료서비스, 각종 상담(초기상담, 이후상담 등), 간병비 등에 대한 심층적인 논의가 필요함.
- 적정 병동형 일당정액수가가 개발되면 궁극적인 완화의료 제도화를 위해서 가정 호스피스 및 (가칭)완화의료의뢰체계를 같이 도입하여, 말기암 환자와 가족의 삶의 질 향상과 함께 건강보험 재정 절감을 얻을 수 있음.
- 적정 수가 개발과 더불어 국민인식 개선과 기관 유인책을 같이 고려해야 하여 완화의료 이용률을 증가시키도록 함.

참고문헌

- 김정희, 완화의료 2차 시범사업 평가 연구, 2012
- 윤영호, 호스피스 완화의료 현황과 발전방안, 의료정책포럼, 2012.
- 이선미, 이희영, 김재운, 강성욱, 사망 전 의료이용의 합리적 관리를 위한 진료비 지출 구조 분석, 국민건강보험공단 정책연구원, 2011
- Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), Hospice Payment System, CMS[Payment System Fact Sheet Series] 2013.
- Comparison of the hospice systems in the United States, Japan and taiwan. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2010 Dec;4(4):163-73. doi: 10.1016/S1976-1317(11)60001-7.
- Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, ... & Temel JS, Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. 2012; Journal of Clinical Oncology, 30(4), 394-400.
- Handbook of Taiwan's National Health Insurance 2013-2014
- Help the Hospices. Hospice accounts – Analysis of the accounts of UK independent voluntary hospices for the year ended 31 March 2012. London: Help the Hospices; 2013.
- Lee CY, Komatsu H, Zhang W, Chao YF, Kim KK, Kim GS, ... & Ko J S. Comparison of the hospice systems in the United States, Japan and Taiwan. 2010 Dec;Asian Nursing Research, 4(4), 163-173.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, ... & Lynch TJ, Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine. 2010 Dec 2;363(8):733-742.
- Quality End-of-Life Care Coalition of Canada, Blueprint for Action 2010 to 2020. Ottawa, On, 2010.
- Ministry of Health, NSW, Costs of Care Standards 2009/10, 2011

가
나



부록 1. 국내 완화의료 현황

● 완화의료 이용 현황

- 국립암센터에서는 완화의료 사업 활성화를 위해, 2003년-2004년 2년간 걸쳐 5개 완화의료전문기관을 대상으로 운영비 등 예산지원 시범사업을 실시하여 말기 암환자 완화의료전문기관의 실태를 파악함.
- 2005년부터 말기암환자 완화의료전문기관 지원 대상을 공모하여 인건비, 시설비, 장비비 등 운영비를 지원하고 있음.

〈부록표 1〉 연도별 완화의료 전문기관 지원 사업 현황

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
기관수(개)	15	21	23	30	34	40	43	44	52	54
병상수(개)	261	362	415	524	546	628	722	720	848	868

- 말기암환자 가운데 완화의료서비스 이용률은 2008년 7.3%에서 2012년 11.9%로 증가

〈부록표 2〉 완화의료 서비스 이용률

해당 년도 (년)	년 신규 원환자수(명)	국내 암사망자수(명)	완화의료서비스 이용률(%)
2008	5,406	68,912	7.3
2009	6,365	69,780	9.1
2010	7,654	72,046	10.6
2011	8,494	71,579	11.9
2012	8,742	73,759	11.9

자료: 국립암센터, 2014년 완화의료 전문기관 지원사업 안내

● 완화의료 정액수가 시범사업 개요

- 완화의료 환자는 일반 환자와 달리 서비스 제공자들이 환자 및 가족에 대한 상담 등 직접 서비스 시간이 많고 다른 환자에 비해 행위별로 개별 보상되는 항목이 적음.
- 행위별 수가 하에서는 기관 단위 간호인력에 대한 입원료 보상이 이루어지므로 완화의료 병동에 높은 수준의 간호인력을 두더라도 보상받지 못함
- 병실기준, 임종실, 상담실, 가족실 등의 시설과 완화의료 전문인력의 전문적인 상담·서비스가 존재하여 행위별 수가로 하기 어려움.
- 다른 서비스에 비해 노동집약적 서비스이고 비급여 발생이 적음.
- 완화의료 서비스는 강화된 의료 서비스 보다는 환자의 통증완화 및 심적안정을 도모하는데 목적이 있고 의료비 억제 측면에서도 긍정적이라는 점을 고려하여 일당정액제 수가 개발되었음.
- 이후 일당정액 수가 시범사업을 2009년 12월부터 현재까지 시행 중임.

- 대상기관 : 완화의료전문기관(병동형, 시설형)으로서 시범사업 참여를 신청한 기관 중 복지부가 선정한 기관
- 대상환자 : 시범사업기관의 완화의료병동 또는 독립시설형 완화의료기관에 입원한 말기 암 환자
- 기간 및 기관수
 - 1차 시범사업 (2009.12 ~ 2011.08): 7개 기관
 - 2차 시범사업 (2011.09 ~ 2012.12): 12개 기관
 - 2차 시범사업 1차 연장 (2013.01 ~ 2013.12): 12개 기관
 - 2차 시범사업 2차 연장 (2014.01 ~ 2014.11): 12개 기관
- 2015년 본 사업 시행 예정

● 완화의료 시범사업 추진 현황

- 완화의료 시범사업시기 별 수가비교
- 2011년 9월 2차 시범사업 시작 시 2원화되었던 수가가 상대가치점수와 점수당 단가로 인하여 2012년부터 병원·의원 수가로 나뉘어 3원화로 운영되고 있음.

- 점수당 단가의 차이 등으로 의원의 일당정액과 가산금액이 병원보다 약간 높으므로 조정이 필요

● 완화의료 시범사업 수가의 구성

- 완화의료 일당정액 수가는 다음과 같이 구성됨

• [기본구성] = ①[일당정액] + ②[별도산정] + ③[비급여]

① [일당정액] : [입원료(기본입원료+간호관리료가산+병상가산+내과가산)
+ 행위평균값] + [약제·치료재료 평균값]

② [별도산정] : 입원환자 식대(본인부담 50%), ‘11.1월 이후 비급여에서 급여로
변경 고시된 항목만 별도산정(본인부담 5%)

③ [비급여] : 선택진료비, 상급병실료(1-3인실) 등

〈부록표 3〉 완화의료 기본 수가의 구성현황

코드	종별	입원료를 포함한 행위금액		약제, 치료재료 금액(원) 2011.9 기준
		행위점수(점)	2013년 점수당 단가	
AP100	상급종합	1,813.2	67.5	58,300
AP200	종합	1,813.2	67.5	58,300
AP300	병원	1,411.8	67.5	21,960
AP400	의원	1,375.7	70.1	21,960

주: 행위점수 산출기준 : 입원료(기본입원료+간호관리료 3등급+5인실 병상+내과가산)+행위금액

〈부록표 4〉 완화의료 시범사업 수가(2013년 기준)

요양기관	수가	일당정액진료비(원)				총액*
		기본 수가	가산 금액		사회복지사 전담	
			간호사 인력수준			
			1등급	2등급		
종합병원급 이상	180,690	11,910	5,670	3,460	196,060	
병원	117,250	9,250	4,410	3,250	129,750	
의원	118,400	9,360	4,460	3,380	131,140	

* 간호인력 1등급이며 사회복지사 전담일 경우 총액

● 51개 완화의료전문기관 가산 현황

- 2010년 1차 시범사업 시작부터 2013년 까지 4/4사분기 기관들의 인력가산 현황은 표 5임. 시기별로 간호사 수에 따라 간호등급의 영향을 받음.

〈부록표 5〉 간호사 및 사회복지사 가산 현황

종별	기관	2010년 4/4분기		2011년 4/4분기		2012년 4/4분기		2013년 4/4분기	
		간호 등급	사회 복지사	간호 등급	사회 복지사	간호 등급	사회 복지사	간호 등급	사회 복지사
상급 종합 (2)	기관1	1	미가산	1	미가산	2	미가산	2	가산
	기관2	2	가산	2	가산	2	가산	2	가산
종합병 원 (5)	기관3	2	가산	2	가산	2	가산	2	가산
	기관4			1	미가산	1	미가산	2	미가산
	기관5	3	미가산	3	미가산	3	미가산	3	미가산
	기관6			2	미가산	2	미가산	2	미가산
	기관7			2	가산	2	가산	1	가산
병원 (3)	기관8	2	가산	2	가산	2	가산	3	가산
	기관9			2	가산	3	가산	2	가산
의원 (3)	기관10	1	가산	1	가산	1	가산	1	가산
	기관11			3	가산	2	가산	2	가산
	기관12			2	가산	2	가산	3	가산

부록 2. FGI 요약본

- 다음은 각 전문가에게 수가(안)이 적절한지 묻는 의견에 대한 답변임.

〈부록표 6〉 FGI 전문가 의견: 수가의 적절성

구분	전문가 특성	의견
의료계	상급종합병원 의사	일당정액을 올리면 환자부담금이 늘어나므로 반대하며 다학제수가가 필요함.
	의원 의사	호스피스 개념은 종별 차이가 생기는 것이 아니므로 근본적인 호스피스개념이 정확히 설립되어 교육시켜야 함.
	상급종합병원 간호사	일당정액수가로 인해 호스피스 완화의료의 질 저하 문제가 우려됨.
	상급종합병원 사회복지사	상급종합기관의 경영상 수가가 적절한지 의문이 생기며, 사회복지사 금액 인상이 필요함.
	의원 사회복지사	상급종합기관에서 낮은 종별로 환자를 보내는 역할이 원활히 된다면 현 수가는 적절할 것으로 생각됨.
환자 단체 및 학계 전문가	국립대학교 교수	국가에서 상급종합병원에 호스피스 병상을 의무화 하는 강제 규제가 필요함.
	종합병원 원가전문가	원가계산 결과, 정액수가가 부족하지 않은 것으로 나옴.
	호스피스완화의료학회, 보험이사	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 급성기병상으로 활용할 수 있는 공간을 수익성이 낮은 완화의료병동으로 이용하고 싶어하지 않음.

- 다음은 각 전문가에게 별도 산정 항목을 묻는 의견에 대한 답변임.

〈부록표 7〉 FGI 전문가 의견: 별도 산정

구분	전문가 특성	의견
의료계	상급종합병원급 의사	별도산정항목이 없다면 고비용 환자를 기피하고, 저렴한 진통제를 쓰게 되어 질 저하가 우려됨.
	의원급 의사	수가가 정해지면 그 안에서 효율적으로 사용하므로 항목을 굳이 정할 필요없음.
	상급종합병원급 간호사	-
	상급종합병원급 사회복지사	수혈, TPN등이 일당정액에 묶이면 진료가 원활하지 못할 우려가 있어 별도 산정으로 분리 하는 것이 좋음.
	의원급 사회복지사	별도산정 요구 항목을 많이 인정하면 도움이 될 것 같음.
환자 단체 및 학계 전문가	국립대학교 교수	-
	종합병원 원가전문가	-
	호스피스완화의료학회, 보험이사	지난 연구에서 학회 측에서 제안했었던 항목 중 투석, 수혈, TPN 으로 결론이 났으나, 학회에서 요구한 항목이 많이 누락되어있음. 학회와 다시 협의하여 심도있는 결정이 필요함.
	한국환자단체연합회, 환자대표	-
	건강세상네트워크, 소비자대표	-

부록 3. 주요국의 호스피스인화의로 현황

	영국	호주	캐나다	미국	대만	일본
정의	인화의료란 지지요법의 일부로, 중증 진행성 질환을 가진 환자를 전반적으로 케어하며, 환자 및 가족의 삶의 질을 향상시키기 위해 통증 및 증상관리, 심리적, 사회적, 영적으로 지원함 (*출처: 영국 인화의료 국가위원회)	인화의료란, 고통의 치료 및 육체적, 심리적, 정신 사회적, 영적 문제에 대한 평가와 조기 발견을 통해 고통을 감소 및 예방함으로써 생명을 위협하는 질환으로 인한 문제에 직면한 환자와 가족의 삶의 질을 향상시키기 위한 접근법 (*출처: 호주 보건부)	인화의료란, 말기환자나 가족에게 통증, 증상관리, 돌봄 제공자 지원 사회적, 문화적, 정서적, 영적 지원 비통과 상실에 대한 상담을 제공하는 종합적인 접근법	인화의료란, 말기환자나 가족에게 입원간호와 가정간호를 연속적으로 제공하는 프로그램으로 완치가 되지 않는 말기 환자가 가능한 한 편안하게 살 수 있도록 하는 지지와 간호 (*출처: 미국 호스피스 인화의료협회)	말기 환자의 고통을 줄이거나 피하게 하고 완화성, 지지성, 안정성 의료를 시행하여 돌봄이나 심폐소생술을 시행하지 않는 것	인화의료란, 생명을 위협하는 질환으로 인한 문제에 직면 해 환자와 그 가족에 대한 질병의 조보다 통증, 신체적 문제, 사회 심리적 문제, 정신적 문제에 대한 체계적으로 된 평가를 하고 예방하거나 해결하여 삶의 질을 개선하기 위한 것 (*출처: WHO)
도입 시기	1879년: 최초도입 1967년: 본격도입	1965년: 최초도입 2000년: 첫번째 국가 인화의료 전략 시행	2000년: 최초도입	1968년: 최초도입 1982년: 메디케어에서 인정	1983년: 최초도입 1990년: 대만호스피스 기금회 창립, 매케이기념 병원에서 최초의 호스피스병동 설립	1963년: 최초도입 1990년: 인화케어 병동 수가 급증시작 2002년: 인화케어팀 수가 급증시작
도입 배경	종교단체 활동으로 전파	가정간호에서 발달됨	2000년 상원의원보고서 ‘모든 캐나다인의 권리’ 발표 이후 정부가 생애 말기 의료를 위한 5개년 국가전략 수립 및 실행	60년대 죽음에 대한 관심 대두	NGO에 의해 호스피스 운동이 촉발됨	보건부의 암 연구 보조금으로 시작

	영국	호주	캐나다	미국	대만	일본
주 대상	말기 임환자, 말기 만성 질환자	말기 임환자 및 말기환자	말기 임환자 및 말기환자	말기 임환자 및 말기환자	말기암, 루게릭병, 노인성 치매 기타 뇌저하, 심부전 말기신부전 만성폐쇄성 질환, 만성간질환 간경화, 급성신부전 기타폐질환	말기 임환자 및 에이즈 환자
목 표	-공격적인 삶의 질 향상적인 과정으로 맞이 하는 죽음 -통증 및 다른 증상들에 대한 완화 -환자의 심리적, 사회적, 영적인 문제들을 조절 적극적으로 살 수 있도록 지원 시스템을 제공 -환자의 임종 후 가족들의 이픔을 돌봐주는 지원 시스템을 제공	-비전: 모든 국민에게 생의 마지막에 질 높은 돌봄을 받도록 함 -죽음을 정상적인 과정으로 다룸 -죽음에 대해 조금씩 하거나 연기하지 않음 -통증 및 증상을 완화하기 -환자 요구의 조정 및 평가와 신체적, 심리적, 사회적, 정서적, 영적인 간호를 통합함 -사별에 대처하는 지원 시스템을 제공함	-질적인 면 양질의 간호를 제공하고 지원함으로써 환자 및 가족의 편의성을 향상시킴 -인구보건: 환자 삶의 질을 향상시킴 -지속가능성: 효과적인 비용으로 양질의 간호를 제공하기 위해 호스피스 완화의료시스템을 발전 시킴	-병기와 치료의 필요 여부에 관계없이 고통을 예측, 예방, 감소시키고 환자와 가족들에게 가능한범위내에서 최상의 삶의 질을 제공하는 것	•말기환자가 지역사회로 돌아갈 수 있도록 함 •의료비용을 감소시킴 -의료진과 대중 모두 입장에서 말기환자를 돕고 호스피스와 죽음에 대한 교육을 통해 환자 가족들의 부담을 줄이고 말기 환자에게 존엄성을 유지할 수 있도록 함	-2006년 후기 고령자 의료제도 등의 의료 제도 개혁과 동시에 2007년 4월 암 대책 기본법이 수립되면서 완화케어 제공 체계 강화 -2014년 1월부터 ‘암 진료 제후 기점 병원 지정 요건 강화’ 하는 것을 주요 골자로 새로운 암진료제공체계 발표
진 문 가 자 격	-완화의학 전문의 제도 (1987년) -호스피스 전문간호사 제도	-완화의학 전문트레이닝 Royal Australian College of physicians (RACP), Australian Chapter of Palliative	-완화의학 분과 전문의 제도 (1998) -호스피스 전문 간호사 제도 (1991) -전문 사회복지사 제도	-완화의학 분과전문의 제도 (2006) -호스피스 전문간호사 제도 (1994) -완화의학 전문사회복	-임상전문인력 교육훈련은 대만호스피스기금회에서 함 •표준화된 커리큘럼 제공 •15년간 의사, 간호사,	암 전문의 등 육성 기점 병원 연계 체제의 정비 하나, 기본적으로 전문의 제도가 없음

영국	영국	호주	캐나다	미국	대만	일본
인공	Medicine (ACHPM)에서 받음	지역마다 제공되는 완화 의료서비스 및 수기가 다름	캐나다 각 주의 지역보건 당국에 따라 제공되는 서비스의 정책, 절차가 다름	지사제도	사회복지사, 영성 진문 과정을 진행하고 있고 매년 1,500~2,000명이 훈련받음	기본
<ul style="list-style-type: none"> -입원 -가정 및 지역사회 호스피스 서비스 -테이케어 서비스 -병원서비스 -환자의 임종 후 가족들의 이쁨을 돌려주는 지원 시스템을 제공 -완화의료 교육훈련 	<ul style="list-style-type: none"> -지역마다 제공되는 완화 의료서비스 및 수기가 다름 -진문의 완화의료 서비스 -간호 -민간 및 공공 병원 -노인요양시설 -사회복지사서비스 -물리치료, 작업치료, 음악치료, 목화간호 -가정 및 지역사회 구성 -사법보건의서비스 -장애인을 위한 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> -통증 관리: 마약 및 기타 약물, 마사지 요법 등으로 관리함 -중상 관리: 식욕부진, 메스꺼움, 전신쇠약, 호흡곤란, 소화기관 및 신장기관의 문제 등에 대처함 -사회 심리적, 정서적, 영적 지원 •의사 및 간호사의 조언과 지원 •돌봄에 대한 지침 제공: 약물복용법, 피부 문제 방지법, 임종시 케어 •돌봄 제공자의 휴식을 위해 자원봉사자 지원, 휴식기 케어를 위해 병원에서서의 단기 케어 	<ul style="list-style-type: none"> -의사 서비스 -간호 -의학 장비 -의료보조기 -증상조절 또는 통증완화 약물 -가정간호 조무사와 가정간호 서비스 -물리치료 -작업치료 -언어병리학적 서비스 -사회복지사 서비스 -영양상담 -영적상담 -개인이나 그의 가족에 대한 비용과 상실에 대한 상담 -휴식기 케어를 포함하는 병원에서서의 단기간 케어 -다학제간 팀에 의해 제공되는 의학적으로 근거 있는 급여성서비스 	<ul style="list-style-type: none"> -임원일당 징액수가로 환자상태에 따른 구분 없이 4,930 TWD임 -가정호스피스 -Shared Care Team 1350 TWD 	<ul style="list-style-type: none"> -기대여명이 6개월 이하인 경우 서비스 대상으로 생존기간에 상관없이 다음 서비스를 제공받음 (통증완화 서비스 신체적인 증상관리, 사회성, 정신적, 영적돌봄, 임종 간호, 가족돌봄) 	
급 어 범 어						

영국	호주	캐나다	미국	대만	일본
<p>일당정액제</p> <p>-Specialist inpatient palliative care : £348</p> <p>-Specialist inpatient palliative care support: £116</p> <p>-Outpatient medical specialist palliative care attendance: £195</p> <p>-Outpatient non-medical specialist palliative care attendance: £95</p>	<p>일당정액제</p> <p>-아급성, 비급성환자 (지역마다 수가 다름)</p> <p>행위별 수가제</p> <p>-외래환자</p>	<p>•사별 지원</p> <p>일당정액제 (주마다 수가 다름)</p>	<p>일당정액제</p> <p>-일반가정간호: \$156.06</p> <p>-지속적 가정간호: \$156.06</p> <p>-단기입원간호: \$161.42</p> <p>-일반 입원간호: \$694.19</p>	<p>일당정액제</p> <p>-의료센터, 지역병원, 지구병원: 4,930 TWD (US 166\$)</p> <p>행위별수가제</p> <p>-정액수가 외 방사선치료, 투석, 림프마사지, 골대사제의 4가지 항목</p>	<p>일당정액제</p> <p>-완화케어 병동 입원료 (49,260엔, 1일당)</p> <p>-완화의료 진료가산 (400점,1일당)</p> <p>-암성 동통 완화지도 관리료(200점, 월 1회)</p> <p>-암환자지도 관리료 (500점 환자당 1회)</p> <p>-외래 완화의료 관리료 (300점, 월 1회)</p>
수 가 체 계					

부록 4. NCCN Guidelines Version 1(2014 Palliative Care)

완화의료의 정의(Definition of Palliative Care)

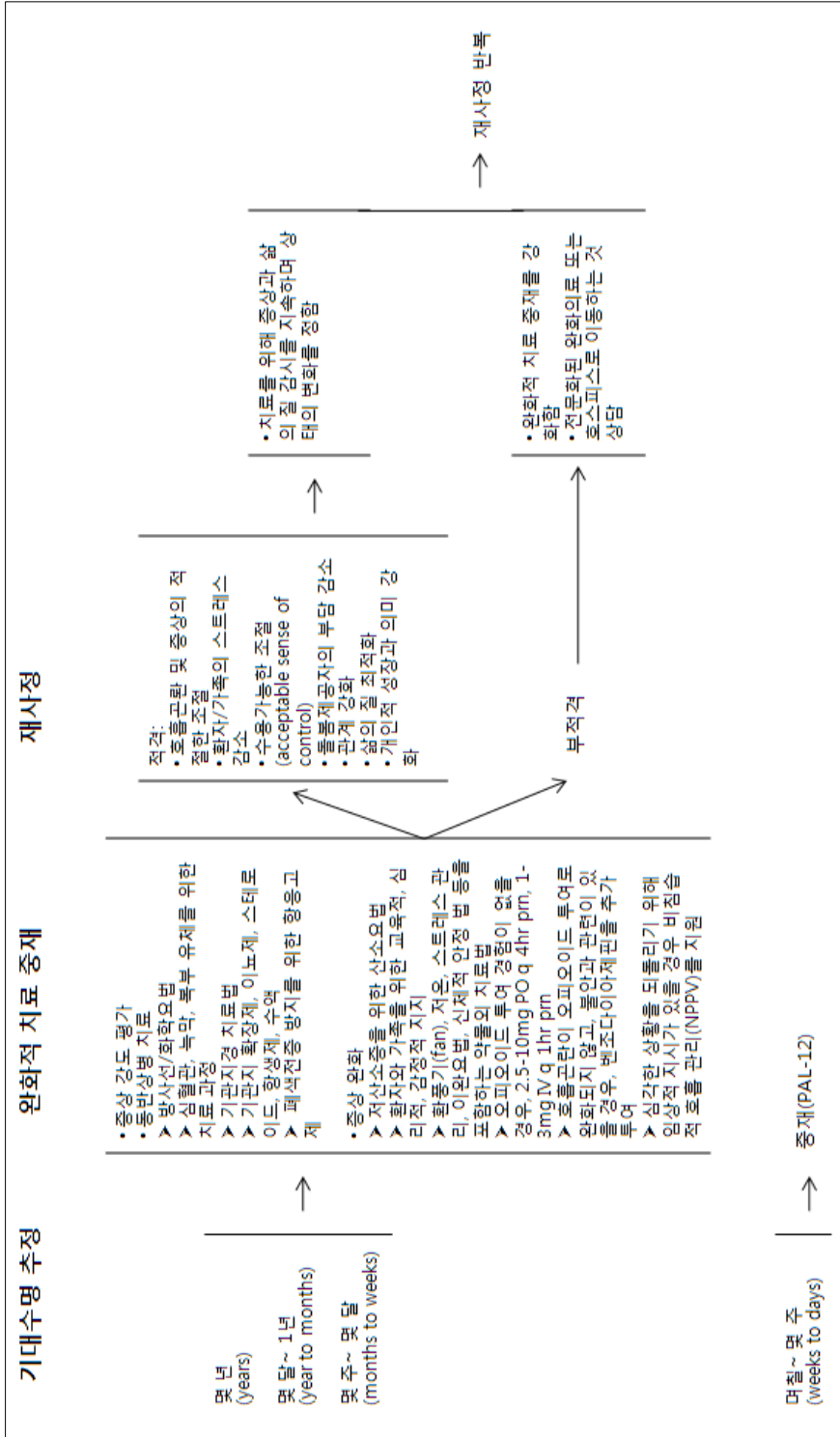
- 완화의료는 환자 또는 가족의 필요, 가치, 신념, 문화에 따라 심리적 및 영적 돌봄을 포함하며 고통스러운 증상이나 통증의 효과적인 관리에 초점을 두고 환자와 가족을 중심으로 하는 특별한 의료서비스임
- 완화의료의 목적은 병기와 치료의 필요여부에 관계없이 고통을 예측, 예방, 감소 시키고 환자와 가족들에게 가능한 범위 내에서 최상의 삶의 질을 제공하는 것임
- 완화의료는 진단부터 시작되며, 질병중심의, 수명 연장을 위한 치료와 함께 제공 되어야 하며 환자의 자율성, 정보 접근성, 선택권을 제공해주어야 함
- 완화의료는 질병중심의, 수명연장을 위한 치료가 더 이상 효과적이거나, 적절 하거나, 바람직하지 않을 때 의료서비스의 주요 초점이 될 것임
- 완화의료는 초기 암 치료 팀에 의해 시작되고, 완화의료 전문가의 다학제적 팀과의 협력으로 확장될 것임

완화의료의 기준 (Standards of Palliative Care)

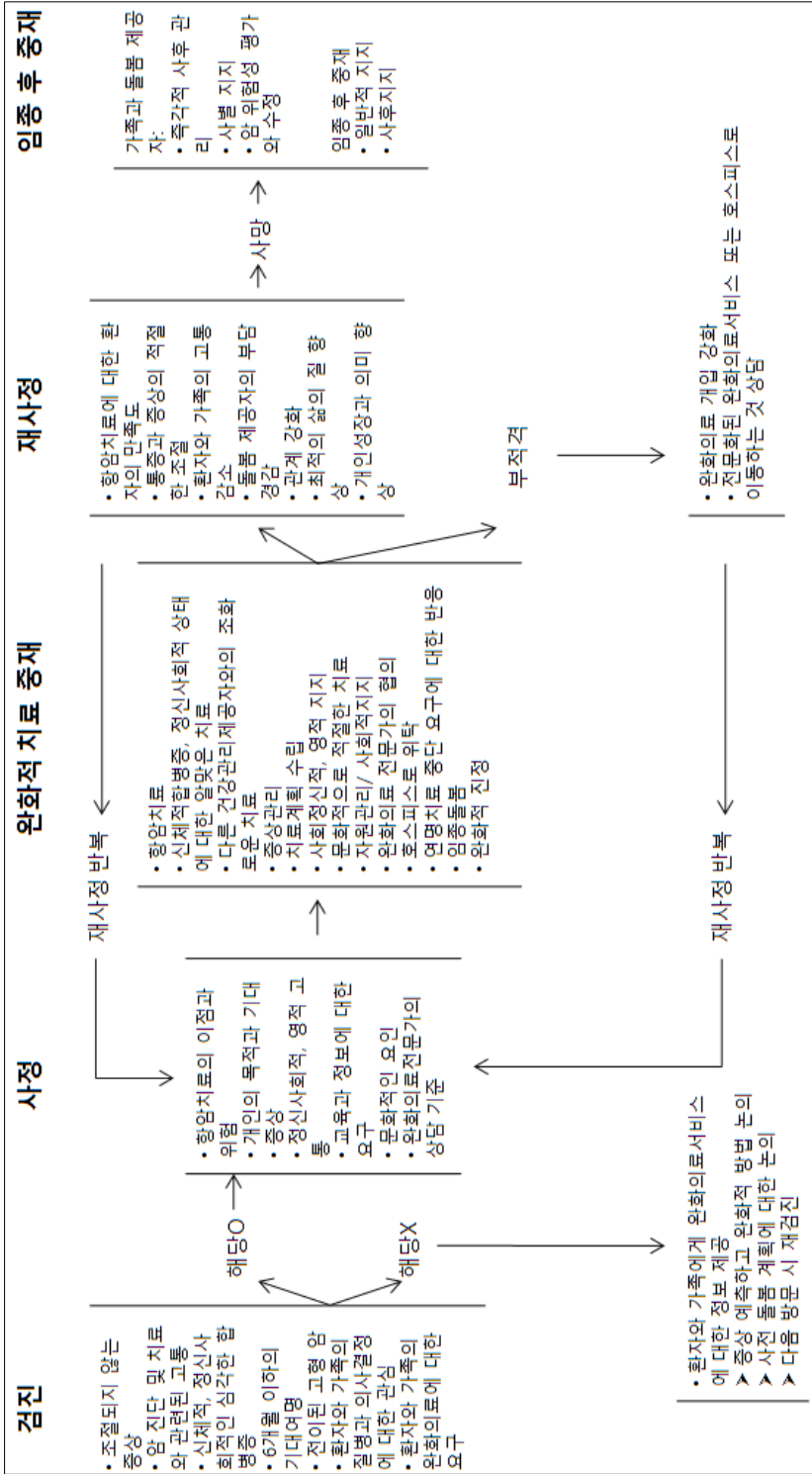
- 의료기관은 일반적 종양 치료 또는 특별히 완화의료이 필요한 환자를 위해 완화 의료를 암 치료에 포함하는 절차를 개발해야 함
- 모든 암환자는 그들의 초기 진단 시, 적절한 간격으로, 임상적으로 명시된 때 완화의료 필요를 확인해야 함
- 환자와 가족은 완화의료이 그들의 통합적인 암 치료에 필수적으로 포함된다는 것을 알아야 함
- 효과적인 완화의료 지식, 기술, 태도를 형성할 수 있도록 모든 보건의료 전문가 및 훈련생에게 교육 프로그램을 제공해야 함

- 완화의료전문가와 다학제적 완화의료 팀은 면허가 있는 의사, 전문 간호사, 의사 보조, 사회복지사, 성직자, 약사를 포함하며, 그들의 전문성을 필요로 하는 환자 또는 가족에게 상담 및 치료를 제공할 수 있어야 함
- 완화의료의 질은 규격화된 질 향상 프로그램에서 모니터링해야 함

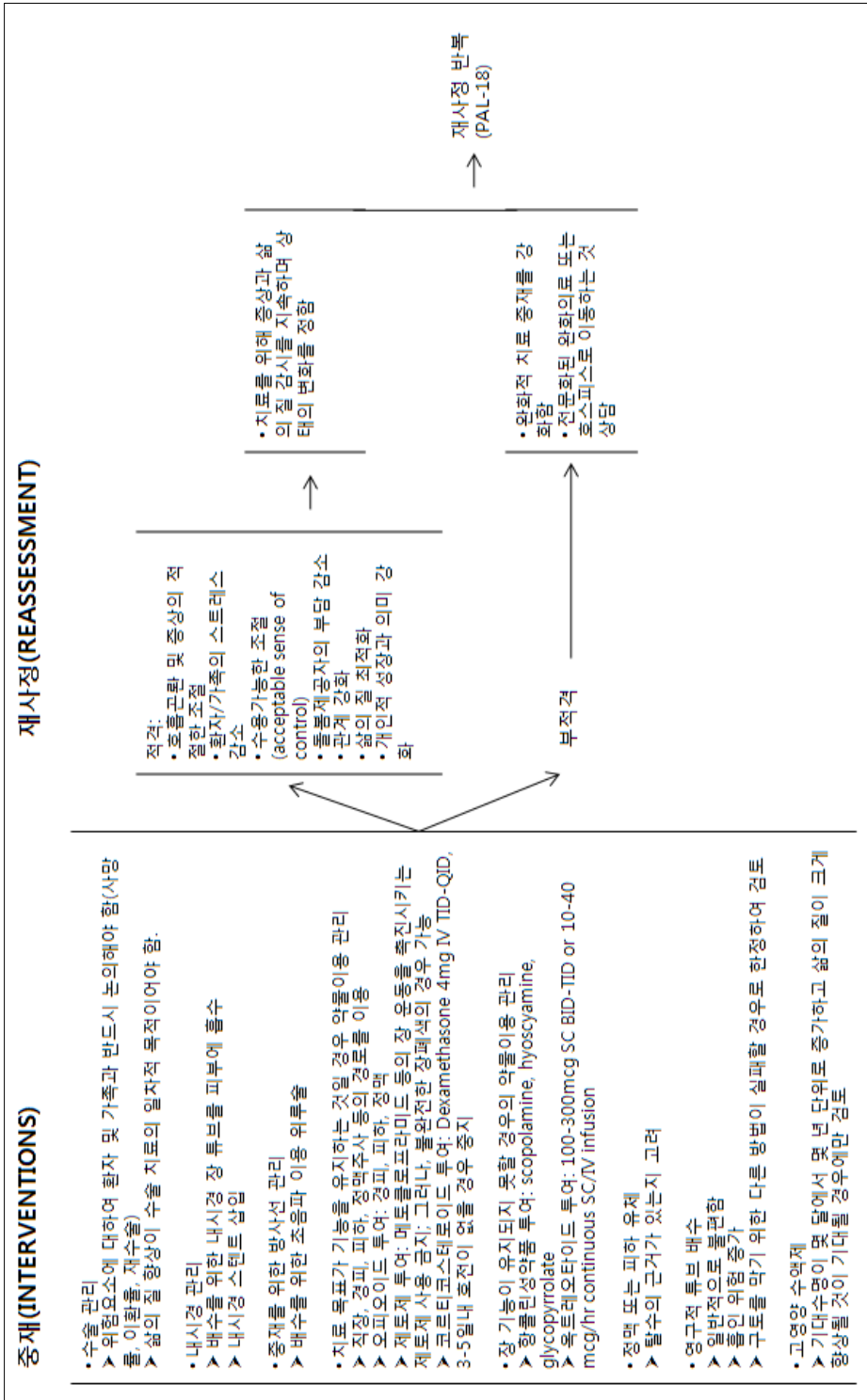
□ 완화의료의 개요 (Overview)



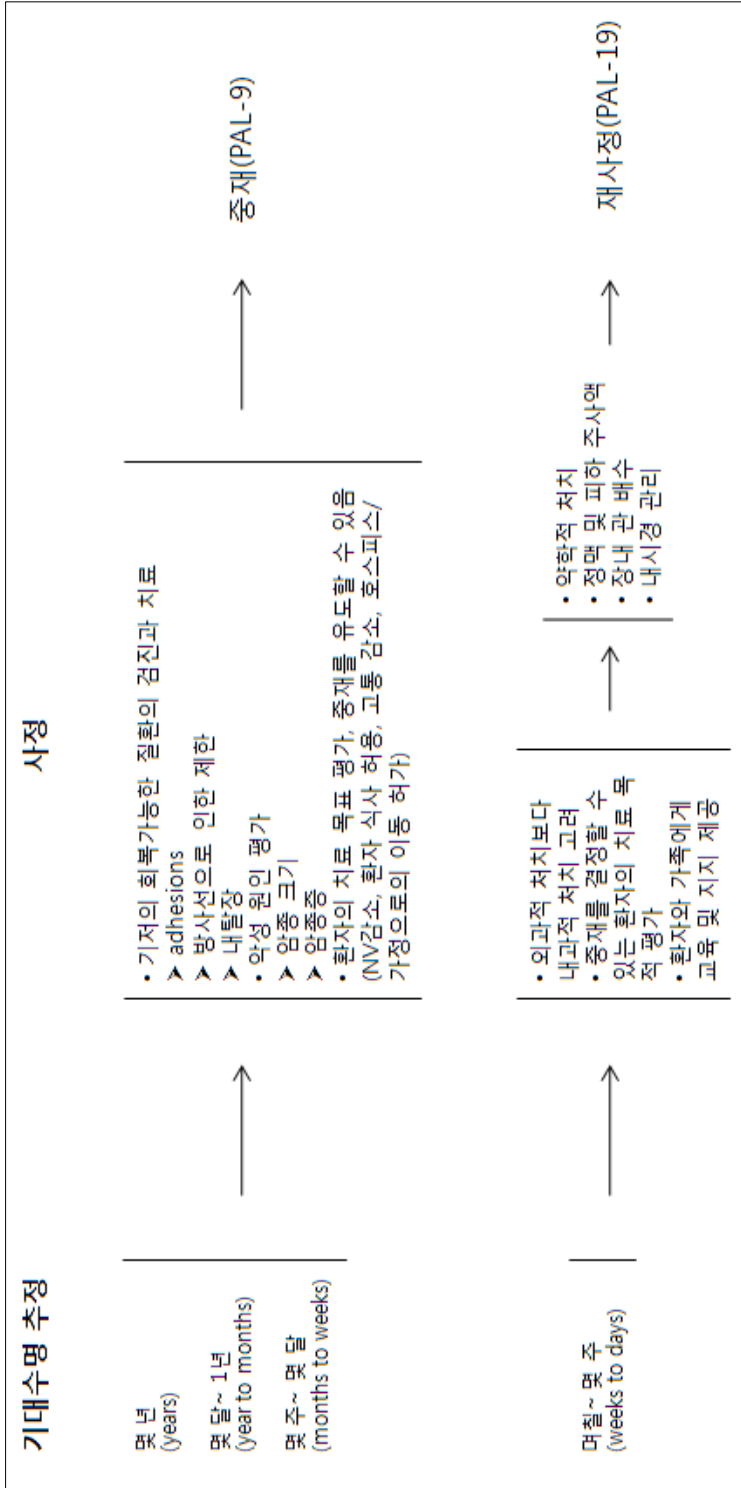
□ 완화의료 - 호흡곤란



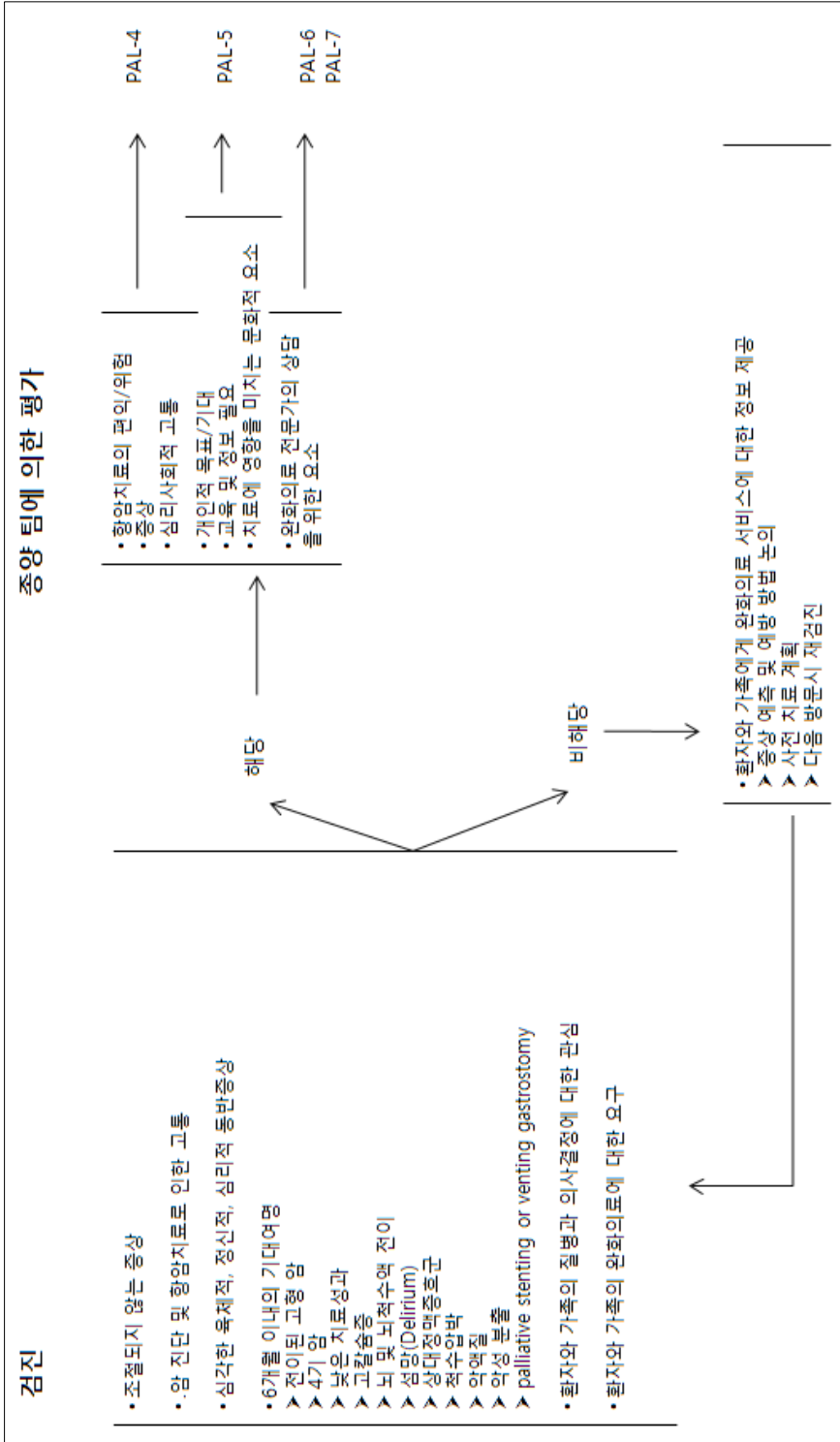
□ 완화의료 - 악성 장 폐쇄증



□ 약성 장 폐쇄



□ 완화의료



임종 임박 환자 치료

- 임종이 임박한 환자를 위해, 시한부 환자 간호의 순서(End of Life Care Order Set)를 정하는 것을 고려하며, 이는 다음의 육체적, 심리사회적, 현실적 중재를 포함

- 육체적

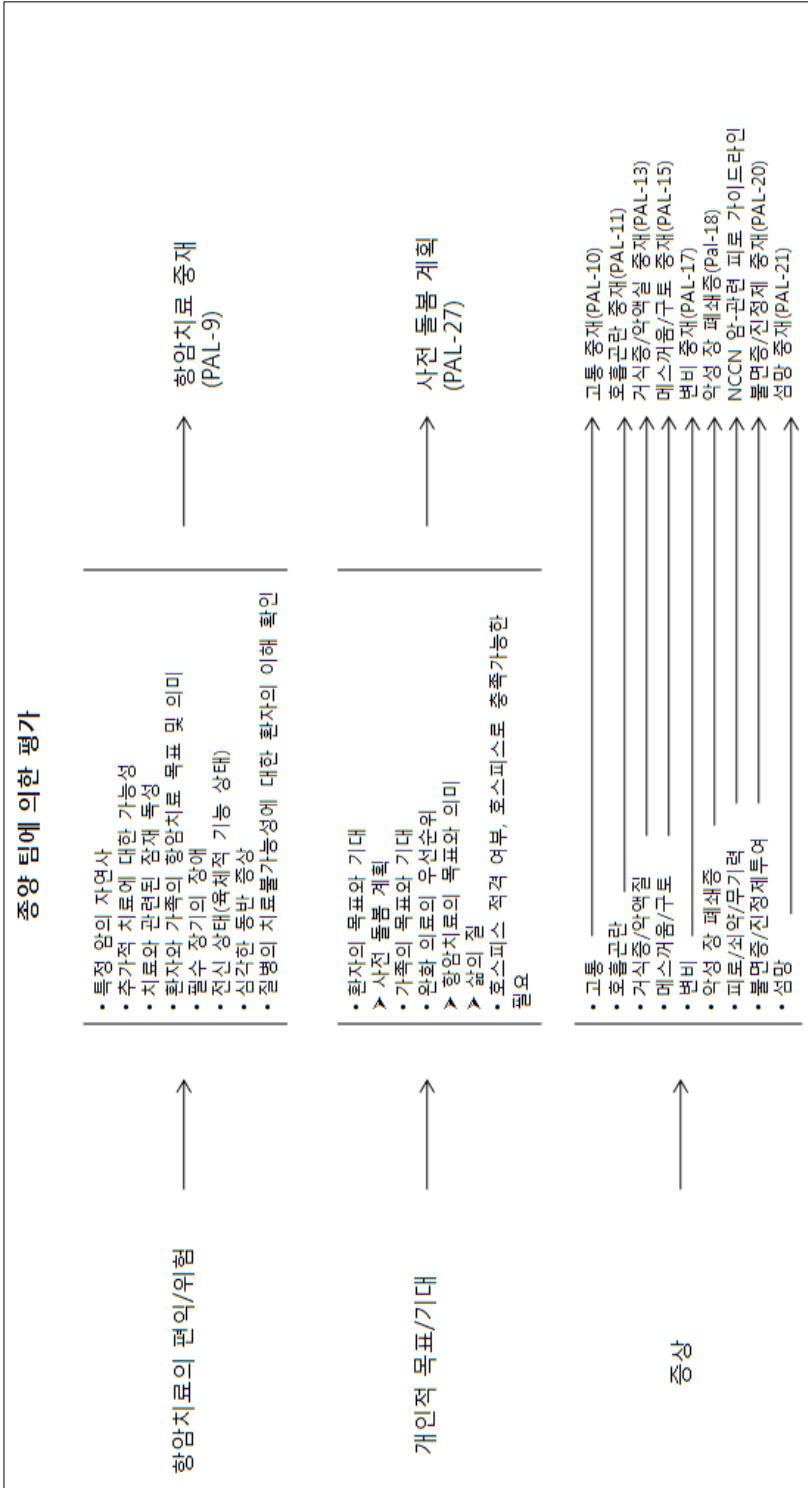
- 안정 방법 강화

- 압력-완화 매트리스를 사용하고 환자의 편안함을 위한 정기적 자세 변환, 피부의 수분 보존, 편안함을 위한 상처 치료 재평가, 상처 치료가 필요할 경우 사전 약물 투여 등을 포함하는 피부 안정화 방법을 위험요소 평가를 따라 적용함.

- 입/입술의 수분을 유지하기 위해 구강관리 제공

- 폐노와 숙면을 처리해줌.

- 이식된 세동제거기를 비활성화하고 이식된 심박조율기의 비활성화를 고려
- 불필요한 진단 검사와 수혈, 주사비늘 상처, 혈당 관찰, 산소포화도 관찰, 흡인 등의 중재를 중단한다.
- 생명 징후를 정기적인(예를 들어 매 4시간마다) 증상 조절 평가와 함께 확인해야 함
- 의약품의 경구 투여가 더 이상 불가능해질 경우 투여 경로를 변경해야 함.
- 최적의 편안함을 제공하기 위해 약품의 투여량을 조정해야 함
- 임종시의 명확하지 않은 가래끓는 소리를 환자의 자세를 바꾸고 고영양 수액제의 투여를 줄임으로서 처리함.
- 호흡곤란은 약물의 용량을 조정함으로써 치료함.
- 호흡 곤란과 불안은 완화적 진정으로 치료함.
- 장기기증과 생김이 필요한 경우 준비함.



- 심리사회적

- 환자와 가족이 TPN, 수혈, 투석, 정맥주사, 약물 등 환자의 편안함을 제공해 주지 않는 치료의 중단을 받아들일 수 있도록 도움.
- 사회복지사와 성직자의 상담을 고려함
- 환자와 가족이 방해받지 않는 시간을 함께 보낼 수 있도록 지원
- 환자와 가족이 임박한 죽음의 신호를 이해하고 죽음의 과정 전체에 대하여 지지받을 수 있도록 함.
- 예상되는 사별에 대한 지지를 제공
- 자녀와 손자에 대한 지지 제공
- 가족의 가치와 일치할 경우 아이들의 방문을 격려함
- 문화적으로 의미있는 의식을 지원
- 돌봄 제공자가 이해하고 사전 지시를 존중할 수 있도록 함
- 폐쇄를 가능하게 함

- 현실적

- 병원의 생애말기 치료 방침과 절차를 동원
- 환자의 사전 지시가 문서화되고 적용될 수 있도록 함
- 소생의식에 대한 환자의 소망 또는 소생거부(do-not-attempt-resuscitation, DNAR)가 문서화되고 수행될 것
: 만약 환자/가족이 문서화된 소생거부 신청을 하지 않았을 경우, 환자/가족의 교육을 강화하고, 가족에게 소생거부의 중요성 또는 자연적 죽음을 따르는 것에 대한 상담을 제공할 것.
- 환자와 가족의 사생활을 보장할 것: 가정이 아닐 경우, 개인의 공간을 마련해줄 것
- 24시간 가족이 상주할 것을 권고할 것
- 환자와 가족에게 정중한 공간과 함께할 수 있는 방해받지 않는 시간을 제공할 것
- 장례 계획을 용이하게 할 것

□ 완화의료 MS-6

- 2011년 8월, American College of surgeons(ACS)의 Commission on Cancer (CoC)는 병원의 암 프로그램을 위해 새로운 인증 기준을 발표함. 그들의 환자-중심에 대한 초점은 환자가 현장 또는 위탁을 통해 호스피스 치료, 심리사회적 지지, 고통 관리에 대한 접근성을 가질 수 있도록 요구하였음.
- 이 기준은 또한 완화의료의 의료, 정신건강 전문가, 사회복지사, 영적 상담 제공자 등의 다학제적인 팀에 의해 제공되어야 하며, 진단의 초기 시점부터 이용 가능해야 하고 치료, 감시, 사별의 전 영역을 통해 지속적으로 제공되어야 한다는 것을 명시하였음.

□ 적절한 시기 완화의료 제공의 장애물

- 완화의료의 제공이 늦어지는 주요한 이유는 완화의료의 정의에 대한 전문가와 대중의 혼동임. WHO는 완화医료를 삶의 질을 향상시키기 위한 목적의 치료로 처음으로 정의하였음. WHO는 완화의료에 대한 초기의 정의를 확장하여 환자의 삶의 질을 향상시키고 그들의 가족이 생명을 위협하는 질병을 예방, 평가, 고통의 치료 및 다른 육체적, 사회심리학적, 영적 문제를 통해 마주할 수 있게 함. 본 가이드라인(PAL-1)의 완화의료 정의는 완화의료에 대한 국민적 합의(national consensus on Palliative Care)와 완화医료를 위한 국가 질 포럼의 틀(National Quality Forum Framework for Palliative Care)에서 차용하였음. 호스피스는 미국에서 가장 역사가 깊으며 오래 이용되는 형태의 완화의료임. 호스피스의 주요한 초점은 6개월 또는 그 이하의 진단을 받은, 생명연장을 위해 사용할 수 있는 적절한 치료법이 없으며, 그들 삶의 마지막 몇 달을 가정에서 보내기 원하는 환자에게 맞추어져 있음.
- 암 환자는 1970년대 말 호스피스 환자의 가장 많은 비율을 차지하였으나 현재는 미국에서 호스피스 치료를 받는 환자의 37%만을 차지함. 6개월 정도의 예후를 보이는 상황에서 가장 적절함에도 불구하고, 2012년 호스피스 이용 환자의 중위 서비스 길이는 18.7일이고 평균 재원 일수는 71.8일임. 약 36%의 호스피스 환자가 호스피스 치료를 위해 입원한지 7일 내에 사망하거나 퇴원함.

- 과거 20년간 완화의료의 임상적 및 학문적 성장에도 불구하고 대부분의 완화의료 기관의 노력은 완화의료의 진단 시기 또는 병의 진행 단계와 상관없이 조절되지 않는 증상이 있을 때 제공되어야 함을 밝히는데 집중되고 있으며 대중은 완화의료의 여전히 생의 말기에 제공되는 의료서비스로만 생각하고 있으며 이는 완화의료와 죽음과의 부적절한 연관을 일으킴. 지지적 치료(supportive care)는 이러한 잘못된 연관을 깨뜨리고 필요가 있는 환자들이 완화医료를 초기에 이용할 수 있도록 촉진하기 위한 대안적 명칭으로 제시됨. 암에서의 지지적 치료는 초기에 항구토제, 항생제, 골수이식, 수혈 등과 함께 활성화된 암 치료를 받는 환자의 지지에 초점을 맞추었음. 그러나, 몇몇 연구는 환자와 의료제공자가 완화의료 서비스를 언급하는 용어로서 지지적 치료를 선호한다는 것을 제시하였음. MD 앤더슨 암센터에서는, 서비스의 명칭을 “완화의료”에서 “지지적 치료”로 바꾸는 것이 이송되는 환자 수의 증가, 죽음 전 완화병동에서의 재원기간 증가, 질병의 초기 단계에서의 전동 증가와 연관이 있음을 밝힘. 용어와 관계 없이, 환자와 가족은 완화의료의 그들의 총체적인 암 치료와 통합되는 부분이라는 정보를 제공받아야 함.
- MD앤더슨 암센터에서 악성 암 환자에 대한 후향적 검토 보고서는 45%의 환자만이 사망전에 완화医료를 이용하였으며, 이들 중 다수는 죽음에 임박하여 이용하였음을 밝힘. 비슷하게, 악성 췌장암 환자 6076명을 대상으로 한 후향적 연구에서 52%의 환자만이 완화의료 상담을 받았음을 밝힘. 흥미롭게도, 최근의 조사에서는 37%의 의사만이 전문적인 완화의료 서비스에 대한 접근이 가능하다고 응답하였음.

□ 호흡곤란 (from MS-13)

- 호흡곤란은 악성 폐암 환자의 가장 흔한 증상임. 미국 흉부협회는 호흡곤란의 정의를 “다양한 강도의 질적으로 불연속적인 감각으로 구성된 호흡의 불편을 느끼는 주관적 경험”으로 합의하였음.
- 증상의 강도는 모든 환자에게 가장 먼저 평가되어야 함. 기대수명이 몇일~몇주 사이의 의사소통이 불가능한 환자에서 증상의 강도는 호흡곤란의 고통 정도의

증상으로 평가되어야 함. 다음으로, 기저질환 또는 동반상병이 화학요법 또는 방사선, 심장, 늑막, 복부 유체의 치료 절차; 기관지 치료; 또는 기관지 확장제, 이노제, 스테로이드, 항생제, 수혈, 폐색전증 방지를 위한 항응고제 등을 이용하여 치료되어야 함.

- 약물 및 약물의 중재는 호흡곤란의 관리를 위해 평가되어야 함. 최근의 보고서는 호흡곤란 중재의 효과성을 평가하기 위한 확정적 데이터가 거의 없으며 무작위 대조군 연구가 필요하다는 결론을 내림. 다른 보고서는 치료 권고사항을 만들기 위해 충분한 데이터가 있다는 결론을 내림. 약물 중재는 오피오이드와 벤조디아제핀의 동반사용 또는 오피오이드의 사용을 포함함. 벤조디아제핀은 호흡곤란이 불안과 연관되어 있을 때 적용할 수 있음; 약성암의 호흡곤란에 대한 벤조디아제핀의 유익한 효과는 적음.
- 오피오이드에 대해, 모르핀은 암 환자의 호흡곤란을 치료하는데 있어 가장 대규모의 조사를 거쳤으며, 최근의 연구에서 fentanyl과 oxycodone 등의 오피오이드에 대한 평가를 하였음. 호흡곤란 암환자에 대해 nebulized fentanyl을 제공한 단일 기관의 실험은 용존 산소 농도의 증가와 빈호흡 감소, 79%환자의 호흡 향상 경험을 나타냈음. 동일 기관에서 시도한 무작위 위약-조절 실험은 성공적이지 않았으며, 이는 실험이 처방된 양의 1000 용량 이상으로 분산되었기 때문임. fentanyl에 대한 가능성이 보이는 여러 케이스 보고서들이, 추가적인 위약-통제 실험이 필요함을 나타냄. 적은 무작위-통제 실험에서 예방을 위한 fentanyl 피하 투여가 심 이후 6분간의 보행 시험에서 호흡곤란과 피로 상태의 호전에 효과적임이 나타남. 다른 연구에서는 분무형식의 fentanyl이 만성 폐쇄성 폐 질환(COPD) 환자의 호흡곤란의 강도와 불쾌감을 감소시킴을 밝혔음. 분무형식의 fentanyl은 암 환자 대상의 연구에서 아직 적용되지 않았으나, 이는 이 가이드라인의 다른 중재에 잘 반응하지 않는 환자의 경우에서 고려할 수 있음. 추가적으로, 136명의 말기 암 환자에 대한 관찰 연구는 피하에 oxycodone을 지속적으로 주입하는 것이 호흡곤란의 완화와 통증 감소를 제공한다는 것을 제시하였음.

□ 완화 진정(Palliative Sedation) (from MS-22)

- 완화 진정은 호흡기 증상이 있고 기대수명이 몇 시간에서 며칠이 남은 환자의 증상 관리를 위한 효과적인 치료법임. 환자 또는 대리인 또는 가족과 환자의 질병 상태, 치료 목적, 예후, 기대되는 결과에 대하여 명확하게 토론한 다음, 고지에 입각한 동의(Informed Consent)를 반드시 받아야 함. 의사는 이러한 종류의 중재에 대한 편익/위험 분석을 적용하는 것이 의료적 의사결정에 충분함을 알 수 있음. 완화 진정은 이중효과원리(Doctrine of Double Effect)에 기반하여 도덕적으로 정당화되며, 이는 선의의 행동(견디기 힘든 고통 감소)의 부작용으로 나타날 가능성이 있는 나쁜 결과(호흡곤란 가능성, 굶주림, 사망 재촉)은 정당화될 수 있다는 것을 의미함. 게다가, 완화의료를 이용하거나 이용하지 않은 말기 암 환자를 매칭하여 연구한 결과 완화의료를 이용하는 것은 수명을 감소시키지 않았음. 전향적 또는 후향적인, 무작위 실험이 아닌 10개의 연구 결과를 대상으로 한 최근의 체계적 문헌고찰 연구에서 전반적인 개별 연구의 질이 좋지 않음에도 불구하고, 비슷한 결과가 나타났음. 기관의 가이드라인과 주별 규제와의 일치성에 관한 윤리적 컨설팅을 고려할 필요가 있음.
- 완화 진정은 완화의료 전문가에 의해 가장 잘 수행됨. 완화 진정에서 가장 대표적으로 사용되는 진정제는 비경구적인 경로로 투여되는 thiopental, pentobarbital, midazolam 등임. lorazepam, amobarbital, propofol이 사용되기도 함. 최근의 연구는 완화진정이 가정의 세팅에서도 가능하며, 가정에서 죽음을 맞이하기를 바라는 환자에게 적용될 수 있음을 제시함.

□ 임종 임박 환자 치료 (from MS-22)

- 임종이 임박한 환자는 몇시간 내의 죽음을 앞두고 있으며 이동할 수 있을 만큼 안정적이지 않은 사람으로 정의됨. 임종 임박 환자를 위한 돌봄은 환자, 가족, 의료팀에게 중요함. 최근의 국제적 질적 연구는 다수의 비약학적인 완화의료 활동이 생애말기에 제공되었음을 밝혔음. 생애말기의 돌봄에 대한 목록은 의사가 임종이 임박한 환자에게 유익하게 적용할 수 있는 육체적, 실제적, 심리사회적 중재를 포함함.

- 임종 임박 환자에 대한 육체적 측면의 돌봄은 적절한 증상의 관리와 편안함에 집중하며, 환자의 소망과 가치를 고려함. 이에 대한 접근은 현재 진행되는 치료의 강화, 적절한 편안함을 위한 약물 조절, 불필요한 중재 중단(진단 검사, 수혈, 인공적 영양공급, 수화, 투석, 주사 등); 약품의 경구투여가 어려울 경우 증상을 완화시키는 약품에 대한 접근성을 유지하기 위해 다른 투여경로를 찾아야 하고; 압력을 완화시키는 매트리스와 정기적인 자세 변동으로 육체적 편안함을 제공 하고; 요정체와 숙변을 처리하고; 이식된 세동제거기의 활성을 정지시키고; 말기의 호흡곤란과 동요를 완화 진정으로 조절하고; 사망전 가래를 감소시키고(환자 자세 변경; 비경구적 유체 투여 감소; scopolamine, hyoscyamine, atropine, glycopyrrolate 등의 약물 투여 등)환자와 가족이 생검 또는 장기기증을 준비할 수 있도록 함.

완화의료 수가 시범사업 의료비용 현황 분석 및 개선방안

발행일 : 2015년 2월

발행인 : 손 명 세

편집인 : 윤 석 준

발행처 : 건강보험심사평가원 심사평가연구소
서울특별시 서초구 반포대로 22(서초동)

대표전화 : 1644-2000 / FAX. 02-6710-5834

홈페이지 : www.hira.or.kr

인쇄처 : [사]한국척수장애인협회 ☎ 031-421-8418

이 보고서는 무단으로 복제나 인용을 할 수 없습니다.(저작권법 제136조 등 관련법 적용)