

호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

강희정

고제이·김정화·김혜윤·이재은·구민지·권의경



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	강희정	한국보건사회연구원 선임연구위원
공동연구진	고제이	한국보건사회연구원 연구위원
	김정희	건강보험연구원 연구위원
	김혜윤	한국보건사회연구원 부연구위원
	이재은	한국보건사회연구원 전문연구위원
	구민지	국민건강보험공단 주임연구위원
	권의경	한국보건사회연구원 객원연구위원

연구보고서 2025-28

호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

발행일 2025년 12월
발행인 신영석
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 (주)에이치에이엔컴퍼니

© 한국보건사회연구원 2025
ISBN 979-11-7252-103-5 [93510]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2025.28>

발|간|사

초고령사회로의 급속한 진입은 노년기 유병 기간의 연장과 의료비 부담 증가를 초래하며, 생애 말기에서 개인의 바람과 선호가 충분히 존중되지 못하는 문제에 대한 우려를 확대시키고 있다. 초고령사회는 곧 다사(多死) 사회로의 전환을 의미하며, 이에 대비하여 질병 예방 및 만성질환 관리체계와 연계된 생애 말기 의료와 돌봄의 통합적 지원체계 마련이 요구되고 있다.

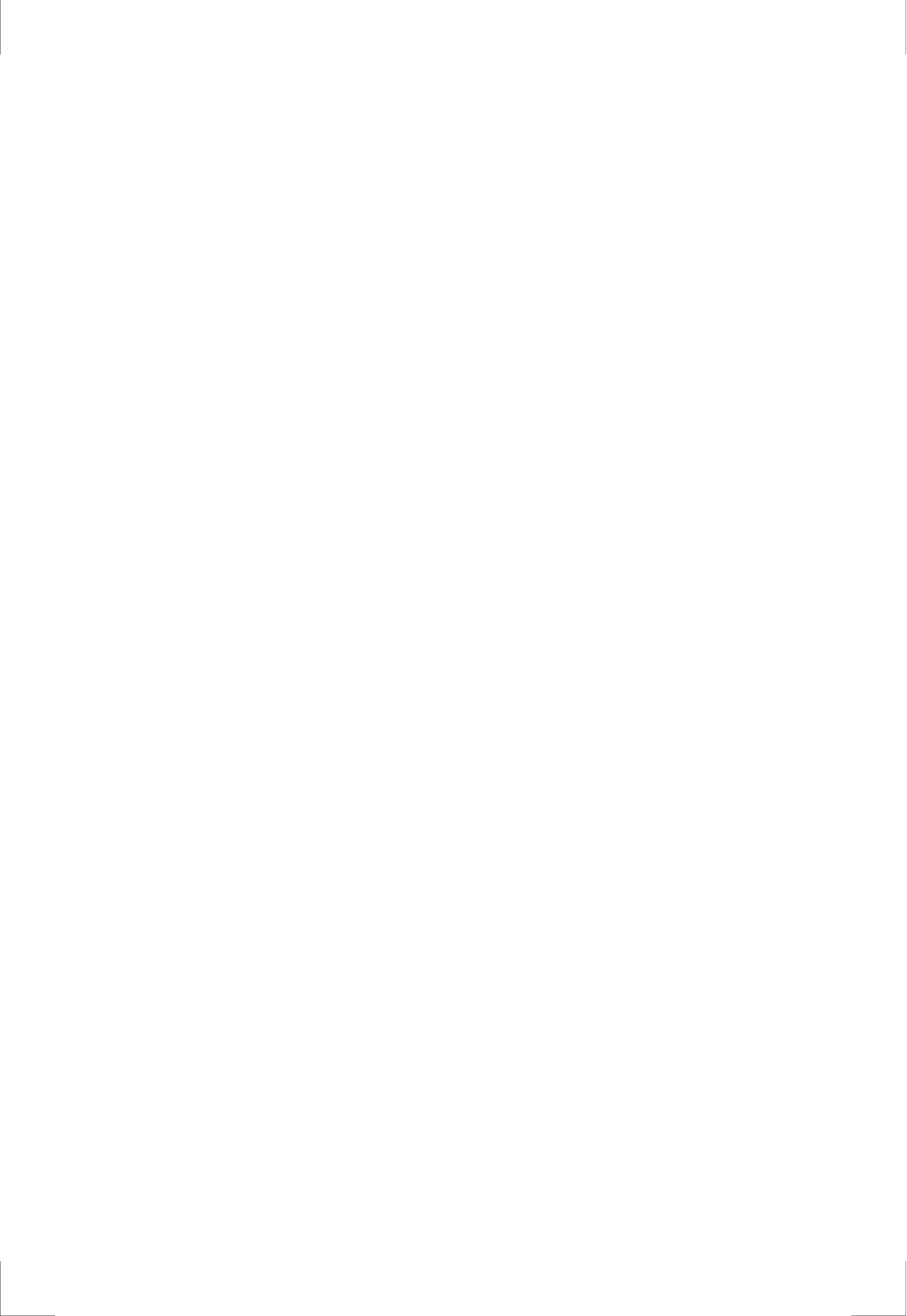
본 연구는 고령자 의료비 증가에 대비하는 비용 절감 중심의 접근을 넘어, 개인의 선호와 가치가 존중되는 생애 말기 의료의 질적 향상을 도모하고, 이를 통해 생애 말기 의료비 지출의 효율성을 제고하기 위한 정책적 근거를 마련하고자 하였다. 본 보고서의 결과가 국민의 생애 말기 삶의 질 향상과 관련 정책의 발전적 논의에 기여하기를 기대한다.

본 보고서는 강희정 선임연구위원의 책임하에 고제이 연구위원, 김정희 건강보험연구원 연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원, 권의경 객원연구위원, 건강보험공단 빅데이터실 구민지 주임연구원이 참여하여 작성되었다. 아울러, 전문가 포럼에 참여하여 귀중한 발제와 조언을 해주신 인천성모병원 김대균 교수, 건강보험심사평가원 오주연 부장, 국립암센터 최진영 센터장께 깊이 감사드린다. 또한, 연구 수행 과정에서 정책적 조언을 아끼지 않으신 보건복지부 배윤영 사무관, 황도경 연구위원께도 감사의 마음을 전한다. 끝으로 본 보고서의 내용은 한국보건사회연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2025년 12월

한국보건사회연구원 원장

신 영 석





요약	1
제1장 서론	5
제1절 연구 배경 및 필요성	7
제2절 연구 목적 및 내용	22
제2장 호스피스·완화의료 제도 현황	27
제1절 호스피스·완화의료의 개념 변화	29
제2절 건강보험 호스피스·완화의료 제도 현황	35
제3장 주요 공적 의료보장국가의 호스피스·완화의료 제도 동향	47
제1절 독일	49
제2절 일본	60
제3절 대만	69
제3절 소결	78
제4장 생애말기 의료비와 호스피스·완화의료의 재정 효과	83
제1절 분석 개요	85
제2절 고령자의 생애말기 건강보험 진료비 지출 양상	92
제3절 암 환자의 생애말기 적극적 치료 이용 양상	99
제4절 호스피스·완화의료 이용의 건강보험 재정 효과	102
제5절 소결	115

제5장 호스피스·완화의료 수요 추계와 재정 영향 분석	119
제1절 인구 기반 추계 시나리오 설정	121
제2절 호스피스·완화의료 수요 추계	132
제3절 정책 시나리오별 건강보험 재정 영향 분석	149
제6장 결론	157
제1절 주요 결과	159
제2절 정책적 시사점	165
참고문헌	175
Abstract	189

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 연도별 사망자의 연령군별 분포	9
〈표 1-2〉 OECD 사망원인별 사망 전 계획되지 않은 의료이용 분석 대상 질환	19
〈표 2-1〉 생애말기돌봄, 호스피스·완화의료, 임종기 돌봄의 운영 개념 비교	32
〈표 2-2〉 호스피스·완화의료 제도 운영 현황	36
〈표 2-3〉 사전연명의료의향서 및 연명의료계획서	41
〈표 3-1〉 독일의 완화의료 3단계 접근	52
〈표 3-2〉 일본 완화케어병동 입원료	63
〈표 3-3〉 개호보험 특별양호노인홈 내에서 생애말기돌봄 관련 수가	68
〈표 3-4〉 대만의 가정방문형 종합의료서비스 구분	73
〈표 3-5〉 호스피스·완화의료 관련 국내외 제도 요약	79
〈표 4-1〉 건강보험 호스피스 수가 기본 코드 분류	90
〈표 4-2〉 건강보험 자격자료에서 연도별 연령군별 사망자 수 변화	92
〈표 4-3〉 건강보험 자료에서 연령군별 질환군별 사망자 수의 변화	93
〈표 4-4〉 연도별 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 월별 총진료비 비중 변화	95
〈표 4-5〉 연도별 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 평균 총진료비 변화	96
〈표 4-6〉 질환별 고령 사망자의 생애 마지막 1개월의 월별 총진료비 비중 변화	97
〈표 4-7〉 암질환군 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 월별 총진료비 비중 변화	98
〈표 4-8〉 암질환군 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 평균 총진료비 변화	98
〈표 4-9〉 사망 전 30일 이내 적극적 치료 제공률 변화	99
〈표 4-10〉 적극적 치료 수준에 따른 생애 마지막 1개월의 평균 총진료비 변화	100
〈표 4-11〉 암질환군 고령 사망자의 생애 말기 호스피스·완화의료 이용률	102
〈표 4-12〉 연도별 65세 이상 암 질환 사망자의 사망 전 적극적 치료 제공률 비교	104
〈표 4-13〉 암 질환군 사망자에서 호스피스·완화의료 이용과 사망 전 6개월간 평균 진료비 비교	106
〈표 4-14〉 암 질환군 사망자 중 호스피스·완화의료 이용자의 진입 시점에 따른 분포 ..	107
〈표 4-15〉 호스피스·완화의료가 생애말기 건강보험 진료비에 미치는 영향(기본 모형) ..	108

〈표 4-16〉 호스피스·완화의료 이용 유형 및 이용 시점에 따른 생애 마지막 1개월 건강보험 진료비 영향(확장 모형1)	110
〈표 4-17〉 조건 결합에 따른 암질환군 사망자의 생애 마지막 1개월 평균 진료비 비교	111
〈표 4-18〉 호스피스·완화의료 이용 유형 및 이용 시점에 따른 생애 마지막 1개월 건강보험 진료비 영향(확장 모형 2)	112
〈표 5-1〉 완화의료에 필요한 질환군 그룹	122
〈표 5-2〉 호스피스완화의료 수요 추계 질환 범위	126
〈표 5-3〉 사망환자의 인당 건강보험 호스피스 평균 이용기간	128
〈표 5-4〉 병원 기반 및 지역사회 기반의 호스피스완화의료 구성비 가정	128
〈표 5-5〉 사망 전 시점별 병원·지역사회 완화의료 시작 시기 비교	129
〈표 5-6〉 질환별 이용일수 가정	130
〈표 5-7〉 유형별 적용 일일 단가	131
〈표 5-8〉 호스피스·완화의료 수요 추계 분석 자료	132
〈표 5-9〉 호스피스·완화의료 적용 대상 질환군 총 사망자수(65세+)	144
〈표 5-10〉 질환군별 사망자 구조 변화(사망비율 고정형 기준)	145
〈표 5-11〉 2023년 사망자 기준 사망 직전 1년간 호스피스·완화의료 이용자 수	146
〈표 5-12〉 입원/비입원 이용률 가정	147
〈표 5-13〉 사망비율 고정 사망자 수 추계 기반 호스피스·완화의료 수요	147
〈표 5-14〉 사망비율 트리밍 평균 사망자 수 추계 기반 호스피스·완화의료 수요	148
〈표 5-15〉 호스피스·완화의료 수요 추계 기반 재정 영향 분석 시나리오	150
〈표 5-16〉 분석 시나리오 재정 소요 추산 결과	153
〈표 6-1〉 생애 말기 돌봄 전략의 수립 및 추진 틀	167
〈표 6-2〉 건강보험 및 노인장기요양보험 재가 관련 제도 및 시범사업	170

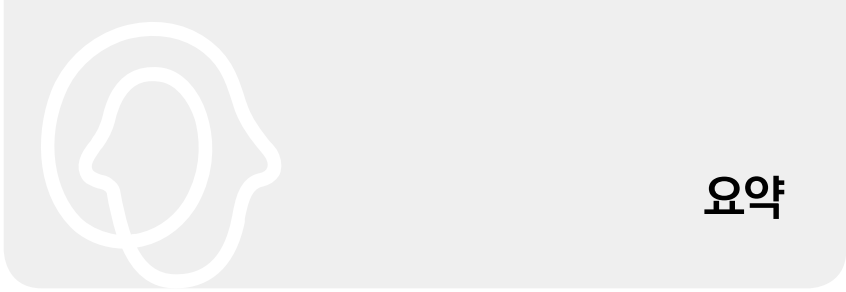
그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 노인의 연령대별 만성질환 수와 질병 이환 후 회복능력의 변화	7
[그림 1-2] 출생아 수 및 사망자 수 추이(1985~2072)	8
[그림 1-3] 노쇠, 장기부전, 말기질환으로 인한 사망률에서 변화(2001~2017)	10
[그림 1-4] 병원에서 사망한 비율의 변화, 2011년과 2021년(또는 가장 최근 연도)	11
[그림 1-5] 전국 시도별 호스피스·완화의료 자체충족률	16
[그림 1-6] 노인에서 만성·진행성 질환으로 사망에 이르는 죽음의 궤적	18
[그림 1-7] 생애말기 환자의 계획되지 않은 입원 경험	20
[그림 2-1] 호스피스·완화의료와 생애말기돌봄의 범위 비교	31
[그림 2-2] 호스피스·완화의료 기관, 병상수, 이율률 현황	37
[그림 2-3] 호스피스·완화의료 제도 발전과정	38
[그림 2-4] 호스피스·완화의료 전문기관 현황	39
[그림 3-1] 법정 건강보험(GKV)의 전문 외래 완화의료 서비스(SAPV) 연간 지출	56
[그림 3-2] 완화케어추진사업(완화케어센터의 정비) 개요	65
[그림 3-3] 지역완화케어연계조정위원회의 제공체계	66
[그림 3-4] 대만의 완화의료 모델	70
[그림 3-5] 대만의 완화치료를 위한 통합 장기요양서비스	77
[그림 3-6] 말기 질환 대상별 서비스 제공체계	81
[그림 4-1] 연령구간별 사망자 수 변화	94
[그림 4-2] 암 질환군 사망자에서 적극적 치료 수준에 따른 생애 마지막 1개월의 평균 총진료비 변화	100
[그림 4-3] 사망 장소별 사망자 수 변화	113
[그림 4-4] 암진료군 고령 사망자에서 병원내 사망률 변화	114
[그림 5-1] 사망확률 기반 사망자 추정 결과: 현재 호스피스·완화의료 적용 질환군	135
[그림 5-2] 사망확률 기반 사망자 추정 결과: 호스피스·완화의료 적용 확대 질환군	137
[그림 5-3] 사망비용 기반 사망자 추정 결과: 현재 호스피스·완화의료 적용 질환군	140
[그림 5-4] 사망비용 기반 사망자 추정 결과: 호스피스·완화의료 적용 확대 질환군	142
[그림 5-5] 질환군별 사망자 구조 변화(사망비용 고정형 기준)	145





1. 연구의 배경 및 목적

초고령사회로의 급속한 진입으로, 고령자의 생애말기 의료의 질을 향상시키는 동시에 건강보험 재정의 지속가능성을 확보해야 하는 이중적 과제가 제기되고 있다. 본 연구는 고령자의 생애 말기 의료비 지출 양상과 호스피스·완화의료이 건강보험 진료비 지출에 미치는 영향을 분석하고, 인구구조 변화에 따른 수요 예측을 기반으로 재정 영향을 추정하며, 주요국의 제도 동향을 검토하여 호스피스·완화의료 제도 개편을 위한 근거와 방향을 제시하는 것을 목적으로 한다.

2. 주요 연구 내용

첫째, 2016년부터 2023년까지 65세 이상 고령 사망자의 생애말기 마지막 12개월 건강보험 진료비 지출은 사망 직전 3개월을 중심으로 급격히 증가하며, 사망 직전 1개월 동안 의료비 지출 비중이 2016년 25.4%에서 2023년 26.9%까지 감소하지 않고 증가하고 있다. 특히 고령 사망자 중 80세 이상 비중이 빠르게 증가하고, 사망원인 또한 암 중심에서 장기부전·신경퇴행성 질환 및 복합질환으로 전환되는 경향이 확인되었다.

둘째, 주요한 진료비 증가 요인이자 생애 말기 의료의 낮은 질을 판단하는 '사망 직전 30일 내 적극적 치료 평가지표'를 국제 기준과 비교할 때, 사망 직전 30일 내 중환자실 이용 및 사망 직전 14일 내 항암치료는 유사하거나 다소 낮은 수준이었으나, 반복 입원과 장기 입원은 현저히 높은 수준을 보여 입원 중심의 의료 이용 구조가 두드러지는 것으로 나타났다. 이는 OECD에서 지적한 병원 중심 구조 및 완화의료 이용 지연과 맥락을 같이하는 결과이다.

2 호스피스·완화의료 건강보험재정에 미치는 영향

셋째, 호스피스·완화의료 이용이 건강보험 진료비 지출에 미친 영향을 분석하기 위해 생애 말기 1개월 총진료비를 종속변수로 하는 감마 분포-로그 연결 일반화 선형모형을 구축하고, 인구학적 및 질병 특성을 통제하여 효과를 분석한 결과, 호스피스·완화의료 이용자는 비이용자 대비 약 0.51배 수준의 진료비를 보여 약 49%의 비용 감소 효과가 확인되었다. 다만 이러한 효과는 서비스 유형에 따라 이질적으로 나타났다. 가정기반 서비스에서는 비이용자 대비 낮은 진료비 수준을 보여 비용 감소 효과가 확인된 반면, 입원기반 서비스에서는 진료비가 비이용자 대비 약 2.4배 수준으로 나타나 비용 증가 양상이 확인되었다. 또한, 호스피스·완화의료 진입 시점은 비용에 유의한 영향을 미치지 않았는데, 이는 실제, 전체 이용자의 약 60% 이상이 사망 직전 30일 이내에, 약 80% 이상이 사망 직전 60일 이내에 서비스 이용을 시작하여, 적극적 치료가 상당히 진행된 뒤 서비스에 진입하는 구조적 문제가 반영된 결과로 해석된다.

넷째, 2040년까지 호스피스·완화의료 수요를 추계한 결과, 현재의 질환 구조가 유지되더라도, 인구 고령화만으로 비암성 질환 사망 비중이 약 2배 가까이 증가할 것으로 예측된다. 사망비율 고정 사망자 수 추계 기반으로 호스피스·완화의료 수요를 추계한 결과, 현행 질환 범위와 이용률 가정을 적용한 기준선 시나리오는 2026년 대비 2040년에는 37% 증가, 최소 시나리오는 45% 증가, 최대 시나리오는 60% 증가가 예측된다. 이는 현재와 같은 입원 중심의 생애말기 돌봄 구조가 지속될 경우, 고령 사망자 증가로 건강보험 재정과 호스피스·완화의료 비용 부담이 구조적으로 확대될 가능성이 있음을 보여준다. 수요 추계를 기반으로 시나리오에 따른 재정 영향을 추계한 결과, 기준선 시나리오에서 호스피스·완화의료 관련 진료비는 2026년 대비 2040년에 최소 약 40% 증가할 것으로 예측되었다. 초고령화로 인한 인구구조 변화만으로도 상당한 재정 확대가

불가피할 것으로 전망된다. 또한, 비암성 질환으로의 대상 확대와 이용률 증가를 고려한 시나리오 적용 결과, 재정 소요는 최대 약 53%까지 증가할 것으로 나타났다. 상당히 보수적 시나리오를 기반으로 한 설계임을 고려할 때, 향후 질환 범위 확대 과정에서 환자의 삶의 질 향상과 돌봄의 적시성 보장을 우선적으로 고려할 필요가 있다. 특히 비암성 질환군의 경우 질환 경과가 길고 돌봄 요구가 지속되는 특성이 있으므로, 환자의 필요에 기반한 접근성을 높이고 적절한 시점에 서비스를 제공할 수 있도록 단계적 확대 전략과 합리적인 진입 기준을 함께 마련할 필요가 있다.

다섯째, 한국의 호스피스·완화의료 제도 개편 방향을 모색함에 있어 주요 국가의 운영 사례를 살펴보면, 독일은 환자의 필요도와 중증도에 따라 완화의료 전달체계를 일반-중간-전문 수준으로 구분하여 환자 상태에 적합한 돌봄을 제공하고 있으며, 대만은 건강보험 체계 내에서 호스피스·완화医료를 제도적으로 통합하고 비암성 질환까지 포괄적으로 확대함으로써 환자의 삶의 질 중심 접근을 강화해 왔다. 일본은 지역 거점 병원을 중심으로 지역 네트워크 기반의 통합 돌봄 체계를 구축하여, 환자가 거주 지역 내에서 연속적이고 접근성 높은 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 이러한 사례들은 환자의 필요에 기반한 맞춤형 서비스 제공, 지역 중심의 통합 돌봄, 질환 범위의 점진적 확대라는 측면에서 한국이 참고할 수 있는 중요한 벤치마킹 방향을 제시한다.

3. 결론 및 시사점

우리나라 생애말기 의료이용은 입원 중심 구조가 강하게 나타나는 가운데, 호스피스의 비용 효과는 서비스 제공 방식에 따라 달라지며, 특히 가정기반 서비스에서 비용 절감 효과가 집중되는 것으로 나타났다. 이와

4 호스피스·완화의료 건강보험재정에 미치는 영향

같은 상황에서 생애말기 의료에 대한 질 중심 접근이 충분히 이루어지지 않을 경우, 불필요한 입원 및 적극적 치료가 지속되어 의료이용의 비효율이 심화되고, 재정 부담이 구조적으로 확대될 가능성이 있다.

이러한 결과는 우리나라 의료체계가 여전히 고령자의 ‘삶의 질 중심 돌봄’보다는 ‘적극적 치료의 연장’에 초점을 두고 있으며, 현행 호스피스·완화의료 제도 또한 미래 고령자의 생애 말기 삶의 질 향상과 건강보험 재정 지속가능성에 기여하기 어려운 고비용 구조임을 보여준다.

한국의 호스피스·완화의료 제도는 삶의 질 중심의 생애말기돌봄 체계로 이행을 위한 제도 개편을 추진해야 한다. 현재의 입원형 중심 구조에서 지역·가정 기반의 다층적 구조로 전환하고, 암 중심 서비스에서 비암성 질환 및 노인 돌봄 서비스로 통합하며, 치료 대체 모델에서 생애 전 주기 돌봄 모델로 전환해야 한다. 아울러 고비용 중심의 보상 체계를 통합 돌봄형 보상체제로 개편해야 한다.

주요 용어: 호스피스·완화의료, 건강보험재정, 노인의료비, 생애말기돌봄

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 필요성

제2절 연구 목적 및 내용



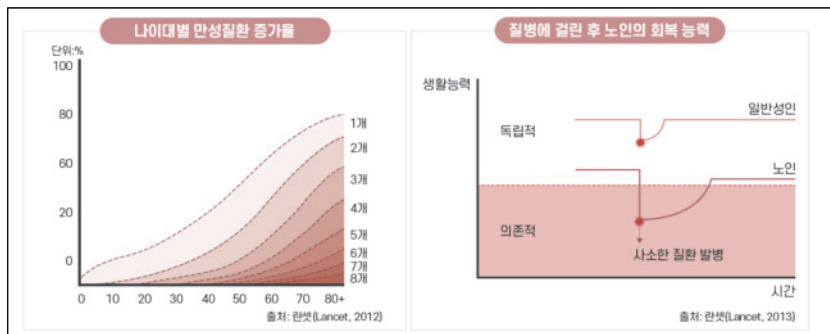
제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 필요성

1. 연구 배경

'23년 우리나라 65세 여자의 기대여명은 23.6년으로 OECD 회원국의 평균(21.7년)보다 1.9년 높으며, 남자는 19.2년으로 OECD 회원국의 평균(18.5년)보다 0.7년 더 높다(국가데이터처, 2024. 12. 4.). 나이가 들수록 앓는 만성질환의 개수가 증가하고, 질병에 걸렸을 때 회복되는 능력도 일반 성인보다 현저히 떨어진다(국민건강보험공단, 2023). 노년기 만성질환의 증가로 인한 유병 기간의 연장은 의료가 필요한 기간도 증가시키고 있다.

[그림 1-1] 노인의 연령대별 만성질환 수와 질병 이환 후 회복능력의 변화



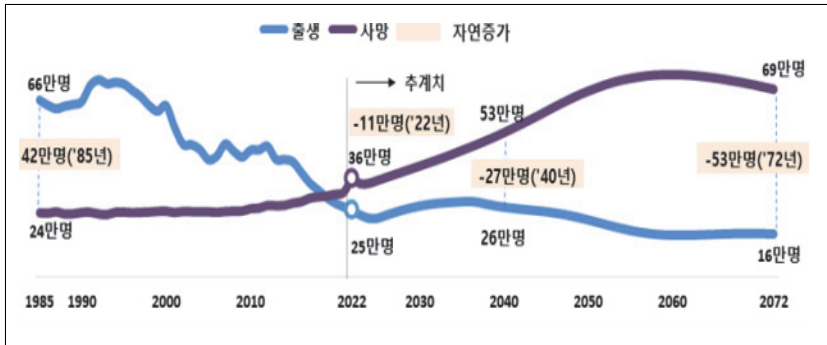
출처: “건강iN 12월호 magazine: 숫자로 보는 건강 - 노년의 건강, 핵심은 무엇일까,”
국민건강보험공단, 2019. 12. <https://www.nhis.or.kr/magazin/152/html/sub1.html>

고령 인구의 증가는 사전적 건강관리와 기능 저하 지연을 목표로 하는 ‘건강한 고령화’ 정책의 중요성을 더욱 부각시키며, 예방적 지출의 효율성을 제고할 수 있는 긍정적 요인으로 작용할 수 있다. 그러나 동시에 고령 사망자가 빠르게 증가하는 다사(多死) 사회(최희정, 2024)로 진입은 생애 말기 의료와 돌봄 수요의 구조적 변화를 동반하고 있다.

가. 고령자 사망의 증가

한국에서 사망자 수는 2022년 36만 명에서 2072년 69만 명(2022년의 1.9배 수준)으로 증가가 전망된다(국가데이터처, 2023. 12. 14.)(그림 1-2).

[그림 1-2] 출생아 수 및 사망자 수 추이(1985~2072)



출처: “장래인구추계: 2022~2072년,” 국가데이터처, 2023. 12. 14.

전체 조사망률은 낮지만, 2025년 기준 65세 이상 인구 비중이 20.3%로 초고령사회에 빠르게 진입하면서, 연도별 사망자 중 75세 이상 고령자 사망이 2010년 48%에서 2023년 65%까지 빠르게 증가했다(표 1-1).

〈표 1-1〉 연도별 사망자의 연령군별 분포

(단위: 천 명, %)

사망 연도	연령군별 사망자 수								
	<15세	15~64세	65~74세	75~84세	85~94세	95세+	미상	전체	75세+
2010	2.6 (1.0)	74.3 (29.1)	55.9 (21.9)	73.4 (28.7)	43.9 (17.2)	5.2 (2.0)	0.1 (0.0)	255.4 (100.0)	122.6 (48.0)
2012	2.4 (0.9)	71.8 (26.9)	54.0 (20.2)	81.4 (30.5)	51.0 (19.1)	6.5 (2.5)	0.0 (0.0)	267.2 (100.0)	138.9 (52.0)
2014	2.0 (0.8)	69.7 (26.0)	50.8 (19.0)	84.0 (31.4)	54.2 (20.2)	7.0 (2.6)	0.0 (0.0)	267.7 (100.0)	145.2 (54.2)
2016	1.8 (0.7)	68.2 (24.3)	49.0 (17.5)	90.6 (32.3)	62.7 (22.3)	8.4 (3.0)	0.0 (0.0)	280.8 (100.0)	161.7 (57.6)
2018	1.5 (0.5)	67.5 (22.6)	46.4 (15.5)	99.1 (33.2)	72.8 (24.4)	11.5 (3.8)	0.0 (0.0)	298.8 (100.0)	183.4 (61.4)
2019	1.4 (0.5)	66.5 (22.6)	46.3 (15.7)	95.3 (32.3)	73.8 (25.0)	11.6 (3.9)	0.1 (0.0)	295.1 (100.0)	180.8 (61.3)
2020	1.2 (0.4)	65.9 (21.6)	47.7 (15.6)	97.0 (31.8)	81.0 (26.5)	12.2 (4.0)	0.0 (0.0)	304.9 (100.0)	190.2 (62.4)
2021	1.2 (0.4)	65.5 (20.6)	51.6 (16.2)	98.2 (30.9)	87.7 (27.6)	13.5 (4.3)	0.0 (0.0)	317.7 (100.0)	199.4 (62.8)
2022	1.2 (0.3)	68.3 (18.3)	58.4 (15.6)	113.9 (30.5)	113.1 (30.3)	18.1 (4.9)	0.0 (0.0)	372.9 (100.0)	245.1 (65.7)
2023	1.1 (0.3)	65.2 (18.5)	55.9 (15.9)	106.2 (30.1)	107.4 (30.5)	16.7 (4.7)	0.0 (0.0)	352.5 (100.0)	230.3 (65.3)

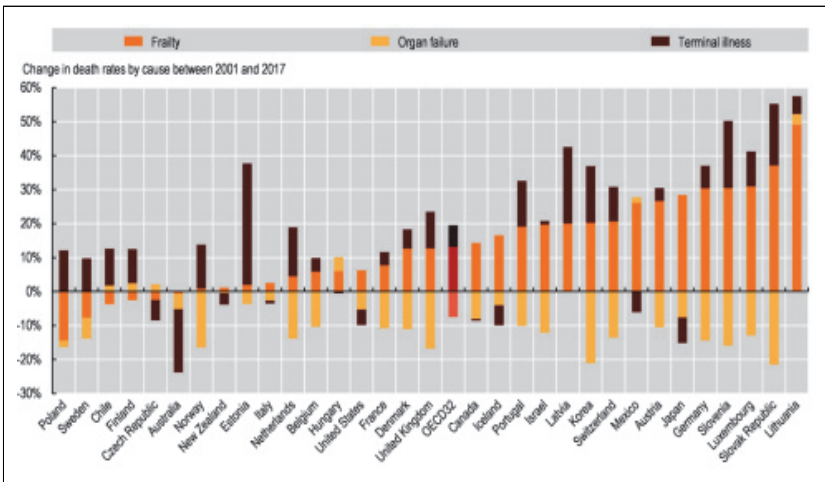
출처: “보건: 사망_연간자료_A형(제공)데이터 세트,” 국가데이터처, 2010-2023, 국가데이터처 MDIS, 2025. 8. 1. 인출, 저자 분석.

한국은 OECD 국가 중 생애 말기 돌봄이 필요한 질환(노쇠, 장기부전, 말기질환)의 사망위험 증가 폭이 상대적으로 높은 국가군에 속한다(OECD, 2021, p. 271)(그림 1-3). OECD 회원 33개국을 대상으로 2001년부터 2017년까지 노쇠(frailty), 장기부전(organ failure), 말기질환(terminal illness)의 사망위험 변화율(%)을 비교한 결과, 한국은 노쇠 및 장기부전 관련 사망위험의 증가가 두드러진 것으로 나타났다. 특히 노쇠 관련 사망위험의 큰 증가는 사망 구조가 질환 중심에서 기능 저하와 다질환 중심의 고령화 구조로 빠르게 재편되고 있음을 시사한다. 이는 단순한 사망률 상승을 넘어 생애 말기 돌봄 수요의 구조적 변화를 의미한다. 노쇠 환자는 장기간 반복 입원, 응급실 이용, 요양병원 장기 입원 등 의료이용 가능성이 증가함에 따라 의료 의존도가 크게 확대될 수 있다.

10 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

이에 따라 적절한 호스피스·완화의료의 개입은 삶의 질을 향상하는 동시에 불필요한 의료이용을 줄여 건강보험 재정의 효율적 관리 측면에서도 중요한 정책 수단이 될 수 있다. 향후 고령자 사망 규모가 많이 증가할 것으로 전망되는 상황에서, 고령자를 대상으로 한 생애 말기 보건의료·복지 정책의 강화와 체계적 추진이 절실하다.

[그림 1-3] 노쇠, 장기부전, 말기질환으로 인한 사망률에서 변화(2001~2017)



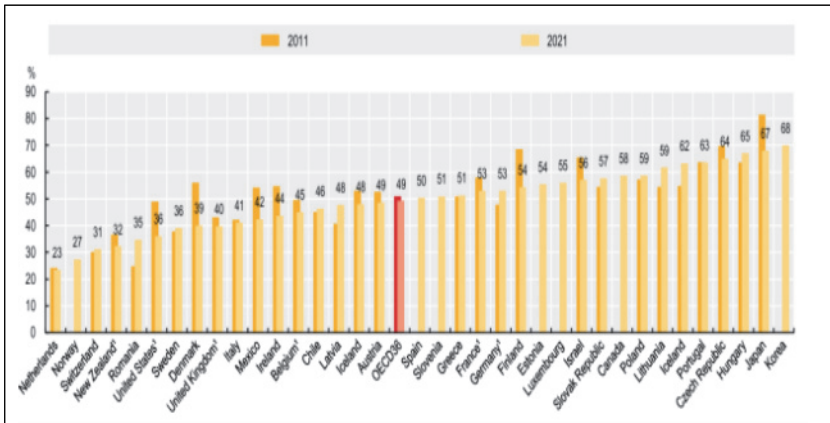
출처: "Health at a Glance 2021: OECD indicators," OECD, 2021, OECD, p. 271.

나. 선호와 달리 여전히 높은 병원 사망률

어유경과 고정은(2022, p. 590)이 2019년 전국 지역사회에 거주하는 만 65세 이상 성인 1,500명을 대상으로 한 설문 조사 분석 결과, 고령자가 가장 선호하는 임종 장소는 자택(37.7%), 일반병원(19.3%), 호스피스 기관(17.4%), 요양병원(13.1%), 장기요양시설(12.5%)이라고 보고한 바 있다.

하지만 한국은 OECD 회원국가 중 병원 사망률이 가장 높은 수준으로, 노인 대부분은 여전히 바람과 달리 의료기관에서 생을 마감하고 있다(그림 1-4). 사고나 상해로 인한 사망(ICD-10 V00-Y99)을 제외하면, 네덜란드·노르웨이·스위스·뉴질랜드 등은 병원 사망률이 상대적으로 낮지만, 헝가리·일본·한국은 65% 이상으로 매우 높은 수준이다(OECD, 2023a, OECD, 2023b, OECD, 2024, p. 2에서 재인용).

[그림 1-4] 병원에서 사망한 비율의 변화, 2011년과 2021년(또는 가장 최근 연도)



주: 최신 자료는 팬데믹 이전 시점을 기준으로 하며, 벨기에의 자료는 플랑드르 지역에 해당한다. 체코, 핀란드, 폴란드, 포르투갈의 자료에는 병원이 아닌 기타 입원형 기관에서 발생한 사망이 포함될 수 있다. 핀란드, 그리스, 헝가리, 이탈리아, 멕시코, 폴란드, 포르투갈의 자료는 EU Horizon 2020 연구혁신프로그램의 지원을 받은 EOLinPLACE 프로젝트(European Research Council 지원)에 기반한다.

출처: "Health at a Glance 2023: OECD Indicators," OECD, 2023b, p. 231. Figure 10.26.

한편, 상대적으로 병원 사망 비율이 상대적으로 낮은 노르웨이 등의 국가는 요양 시설, 호스피스, 기타 장기요양 시설이 주요 임종 장소로 기능하고 있는 것으로 평가되고 있다(OECD, 2024, p. 2).

지난 20년간 한국의 65세 이상 고령자에서 가장 높은 비중을 차지한 사망원인은 암이다. 2024년 기준 고령자의 10대 사망원인은 암에 이어

폐렴, 심장질환, 뇌혈관질환, 알츠하이머병, 당뇨병, 고혈압성 질환, 패혈증, 만성하기도질환, 고의적 자해 순으로 보고되었다(국가데이터처, 2025. 9. 29.). 고령자 사망이 급성 단일 질환보다는 장기간의 만성질환 관리와 기능 저하 과정을 동반하는 질환군과 밀접하게 관련되는 경향은 질병 관리, 호스피스·완화의료, 돌봄 지원이 통합적으로 연계되는 생애 말기 관리체계로의 전환 필요성을 보여준다.

다. 암 질환 중심의 호스피스·완화의료

한국의 공식 제도 명칭은 ‘호스피스·완화의료’이다. 전통적으로 ‘호스피스’는 임종 직전 환자를 돌보는 장소로 인식되는 경향이 강해 국내에서는 다소 제한적이거나 부정적인 이미지가 형성되어 왔다. 반면 ‘완화의료’는 의료기관 중심의 전문적 서비스 제공을 강조하는 개념으로, 질병 치료의 연속선상에서 통합적으로 제공되는 의료서비스로 이해되고 있다.

이러한 이유로 한국은 제도 도입 단계에서 ‘호스피스’ 단독 명칭 대신 ‘호스피스·완화의료’를 공식 용어로 채택하였다. 이는 완화의료의 특정 기관이나 장소에 한정된 서비스가 아니라, 제공 시기와 대상 질환, 서비스 방식 전반으로 범위를 확장해 온 개념이라는 점을 반영한 것으로 이해된다(장윤정, 2015, pp. 38-39), 즉, 제도 설계 당시부터 호스피스를 임종 직전의 장소 중심 개념에 한정하지 않고, 의료체계 내에서보다 확장된 개념으로 이해하려는 방향성이 명칭에 반영된 것으로 해석할 수 있다.

한편, 전체 사망자 중 80세 이상 고령자 비율은 2012년 36.7%에서 2022년 53.7%로 크게 증가하는 변화(국가데이터처, 2023. 9. 20.)는 존엄한 죽음과 생애 말기 돌봄에 대한 사회적 관심을 더욱 높이고 있다. 생애 말기 돌봄은 환자의 신체적·정신적·사회적·영적 지원뿐 아니라 환자 가족에 대한 지원을 포함하는 포괄적 돌봄을 의미하며, 이에 따라 서비스

의 질 향상은 국내외적으로 중요한 정책 과제로 부상하고 있다(WHPCA & WHO, 2020; OECD, 2023a; OECD, 2023b). 그런데도 말기 질환자에게 적시에 충분한 생애 말기 돌봄이 제공되는 비율은 40% 미만에 그치고 있으며(OECD, 2023a, p. 9), 고소득 국가를 포함한 다수의 국가에서도 제도 개선의 필요성이 지속해서 제기되고 있다(Graciano, 2022. 1. 20., 김정희, 2024, p. 4 재인용).

호스피스·완화의료는 주로 암 환자를 대상으로 발전해 온 서비스이다. 이는 암 환자가 다른 말기질환에 비해 통증과 다양한 증상관리의 필요성이 높았기 때문이다. 국립암센터 중앙호스피스센터는 호스피스·완화医료를 “생명을 위협하는 질환이 있는 환자의 신체적 증상을 적극적으로 조절하고, 환자와 가족의 심리 사회적·영적 어려움을 돕기 위해 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 호스피스·완화의료 전문가팀이 환자와 가족의 고통을 경감하고 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 하는 의료서비스”라고 정의하고 있다(국립암센터, 중앙호스피스센터, n.d.-d). 이는 한국의 호스피스·완화의료의 암 중심의 전문의료 서비스 체계로 출발하였음을 보여주며, 이러한 경향이 현재의 서비스 구조에도 일정 부분 지속하고 있음을 시사한다.

그러나 세계보건총회(WHA, 2014)는 호스피스·완화의료의 말기 암 환자 중심의 전문 다학제 전략을 넘어 기존 보건의료 체계와 통합되어 지역사회 기반 1차 의료의 일부로 자리매김할 필요가 있다고 권고하였다(WHO(2020)). 또한 환자 결과의 개선, 입원비용 절감, 재정적 보호, 보편적 의료보장을 위해 1차 의료 수준에서 완화医료를 통합하는 기본 패키지 모델을 제안하였다.

한국은 2017년 8월 「연명의료결정법」 제정을 통해 호스피스·완화의료의 대상을 말기 암 환자에서 비암성 말기질환의 환자까지 확대하였다

(고든솔 외, 2023). 이에 따라 대상 인구의 범위는 점차 확장되고 있으나, 여전히 지역사회 기반 1차 의료 및 돌봄체계와의 연속성은 충분히 구축되지 못한 상황이다.

국가 차원에서 호스피스를 별도 제도로 운영하면서 적용 질환을 제한하는 사례로는 한국, 대만, 일본 등이 대표적이며, 이들 국가는 주로 암 환자를 중심으로 제도를 운영하고 있다. 또한 한국은 「연명의료결정법」에 따라 말기 상태 판정을 위해 주치의의 포함된 두 명의 의사 진단을 요구하고 있어, 절차적 엄격성과 안전장치를 강조하는 제도적 특징을 보인다.

그러나 인구 고령화가 급속히 진행되면서 치매, 장기부전, 만성 호흡기 질환 등 비암성 만성질환의 유병 규모가 빠르게 증가하고 있다. 한국은 이미 제도적으로 비암성 말기질환을 호스피스·완화의료 대상에 포함하고 있으나, 실제 서비스 이용과 전달체계 측면에서는 여전히 암 중심 구조의 영향이 상당 부분 남아 있는 것으로 지적된다(신진영 외, 2017; Kim et al., 2022). 특히 병원 기반 전문 서비스 중심으로 발전해 온 구조는 비암성 질환 환자의 조기 접근이나 지역사회 기반 돌봄과의 연계 측면에서 충분한 기능을 수행하지 못하고 있다는 평가도 제기된다. 이에 따라 향후 호스피스·완화의료는 단순한 대상 질환의 형식적 확대를 넘어, 비암성 질환 환자에게도 접근성과 연속성이 실질적으로 보장될 수 있도록 고령자 생애 말기 돌봄체계와 더욱 긴밀히 연계되는 방향으로 전달체계를 정비할 필요가 있다.

라. 호스피스·완화의료에 대한 접근성 격차

2015년 UN 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)는 권고안을 통해 보편적 의료보장(Universal Health Coverage, UHC)의 달성 범위에 건강증진·예방·치료·재활뿐 아니라 완화의료

(palliative care)까지 포함하도록 요구하고 있다(UN, 2015). 이는 완화의료 없이는 ‘보편적(universal)’ 의료보장이 완성될 수 없음을 의미하며, 모든 국가는 보편적 건강보장(UHC)에 완화의료를 통합할 것을 권고받고 있다(WHPCA & WHO, 2020). 특히 COVID-19 팬데믹 이후 생애말기 돌봄에 대한 정책 우선순위는 더욱 높아졌다. 팬데믹 동안 바이러스 확산을 방지하기 위해 입종 환자의 요양시설·병원 방문객 제한 등 엄격한 봉쇄 조치가 시행되면서 죽음의 과정과 질에 대한 사회적 관심이 급격히 증가하였다. 이러한 변화에 따라 OECD는 2021년 발간한 Health at a Glance 보고서에서 최초로 ‘End-of-Life Care’를 별도 항목으로 다루기 시작하였다(OECD, 2021). 이는 생애 말기 삶의 질의 향상을 목표로, 치료 중심 접근에서 벗어나 사람 중심의 총체적 치료와 돌봄으로 그 적용 범위가 확대되고 있음을 보여준다.

OECD(2023a)에 따르면 생애 말기 돌봄서비스에 대한 접근성은 국가간, 국가 내에서도 불균등하게 나타나며, 이에 따라 입종 직전의 돌봄 경험 역시 개인과 지역에 따라 상당한 차이를 보이는 것으로 보고된다.

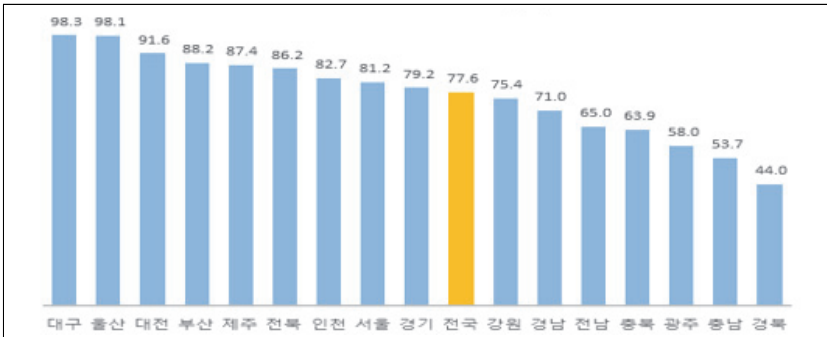
불필요한 통증과 기타 증상을 경험하는 사람들이 항상 적절한 상담이나 치료를 받는 것은 아니며, 완화의료가 필요한 사망자의 약 40%만이 관련 서비스를 이용하고 있다고 보고된다(OECD, 2023a). 즉, 완화의료에 대한 접근성이 여전히 제한적임을 보여주며, 적절한 증상 완화가 이루어지지 못한 경우 계획되지 않은 입원으로 이어질 가능성이 크다는 점을 시사한다. 또한 OECD 국가 비교에서도 삶의 마지막 30일 동안 긴급하거나 계획되지 않은 입원 비율의 편차가 크게 나타난다. 이는 입종 시 입원 여부가 개인의 의료적 필요와 선호에 의해서만 결정되기보다, 국가별 의료시스템의 구조와 자원 배분 방식의 영향을 상당 부분 받고 있음을 보여준다(OECD, 2023a). 한편, 보건복지부·중앙호스피스센터(2025)에 따르면, 전국 시·도

16 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

별 호스피스·완화의료 자체충족률은 대구 98.3%에 비해 경북은 44.0%에 그쳐, 지역 간 전문완화의료 공급의 불균형이 상당함을 보여준다. 이러한 지역 격차는 생애 말기 돌봄 접근성과 이용 양상의 차이로 이어질 가능성이 있다.

[그림 1-5] 전국 시도별 호스피스·완화의료 자체충족률

(단위: %)



출처: “2024 국가 호스피스완화의료 연례보고서,” 보건복지부, 중앙호스피스센터, 2025, p. 33. 저자 재구성

2. 연구 필요성

초고령사회에 진입한 한국에서는 고령자의 삶의 질을 존중하면서도 건강보험 재정의 지속가능성을 확보해야 하는 이중적 과제가 제기되고 있다. 특히 생애 말기에 의료서비스가 집중되는 구조 속에서 무의미한 치료 서비스 의존으로 인한 삶의 질 저하와 돌봄·장례 등 관련 사회적 비용 증가에 대한 우려가 커지고 있다. 따라서 고령화와 다사 사회로의 전환이라는 환경 변화에 대응하여, 건강보험 기반 호스피스·완화의료 제도가 생애 말기 돌봄 수요에 적절히 기능하고 있는지를 평가하고 개선을 위한 근거를 체계적으로 축적할 필요가 있다.

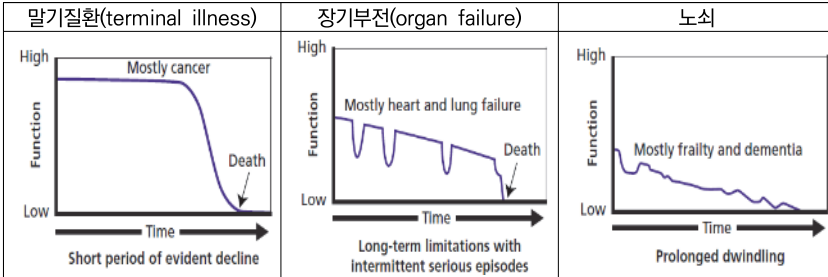
가. 고령자의 생애말기 의료비 증가에 따른 건강보험 재정 부담

한국에서 고령자의 의료비 비중이 과도하게 증가하고 있다. 행정안전부(2024. 12. 24.)에 따르면 국내 65세 이상 주민등록 인구는 2024년 12월 23일로 전체 주민등록 인구(5,122만 1,286명)의 20%를 돌파했다. 65세 이상 고령층 환자들이 병원에서 한 해 동안 쓴 진료비가 2020년 37조 4,737억 원에서 2024년 52조 1,221억 원(전체 진료비 중 44.8%)으로 증가하였으며, 전체 진료비에서 차지하는 비율이 증가하고 있다(조성호, 2025. 8. 7.).

Lunney et al.(2002)은 생애 말기 의료이용 및 비용을 파악하기 위하여 인구학적 특성, 의료 제공, 메디케어 지출 패턴에서 확인되는 유의미한 차이에 기초하여 사망자의 생애 말기 죽음의 궤적을 급사(sudden death), 말기질환(terminal illness), 장기부전(organ failure), 노쇠(frailty)의 4개 유형으로 보고했다. 이후 Lynn and Adamson(2006, p. 2)은 노인에서 만성·진행성 질환으로 죽음에 이르는 궤적을 3개 유형(말기질환, 장기부전, 노쇠)으로 구분하고, 유형에 따라 다른 치료와 돌봄의 접근과 전략이 필요함을 강조했다.

말기질환은 급격한 기능 감소 후 사망에 이르는 기관지 및 폐의 악성 신생물 등이다. 장기부전은 기능 감소와 회복을 반복하면서 서서히 사망에 이르는 심장질환(chronic ischemic heart disease)이 대표적이다. 노쇠는 신체적, 인지적 기능이 오랜 기간에 걸쳐 서서히 저하되다가 사망에 이르는 치매·알츠하이머병 및 노인성 질환(dementia, Alzheimer's disease and senility)이 해당한다(Lynn & Adamson, 2006, p. 2).

[그림 1-6] 노인에서 만성·진행성 질환으로 사망에 이르는 죽음의 궤적



출처: “Redefining and reforming health care for the last years of life,” Lynn & Adamson, 2006, RAND Corporation, p. 2의 Figure1을 저자가 재구성함.

한편, 의료비 증가의 요인으로 고령화 자체보다 생애 말기 사망 전에 집중적으로 투입되는 의료비가 지목되어왔다(신현철 외, 2012, p. 30). 2008년 사망자의 생애 마지막 1년간 건강보험 총진료비는 65세 이상 노인진료비의 29.5%를 차지하였으며, 같은 기간 생존자 비용과 비교했을 때, 입원은 13.9배, 외래는 2.9배 높았다. 이는 사망에 근접하여 집중적인 의료자원이 투입되고 있음을 보여준다(신현철 외, 2012). 또한 김혜림 외(2017)는 2011년부터 2013년 사이 사망한 암 환자의 생애 말기 암 관련 의료비 지출 양상을 분석한 결과, 사망 6개월 전부터 암 관련 의료비가 증가하기 시작하여 사망 전 3개월 이내에 급격히 상승한다고 보고하였다. 이러한 결과는 생애 말기 의료비 지출이 사망 직전에 집중되는 구조적 특성을 뒷받침한다.

미국도 65세 이상 노인은 전체 인구의 11%에 불과하지만, 전체 의료비의 34%를 사용하고 있다(Marik, 2015). 특히 미국에서 노인 의료비 비중이 다른 서구 국가들보다 상당히 높은 이유는 높은 입원율과 생애 말기 단계에서의 고비용·고기술 의료자원 이용과 밀접한 관련이 있는 것으로 분석된다. 고령 환자가 전체 ICU 입원의 42~52%, 전체 ICU 이용일수의 약 60%를 차지하고 있고, 상당수의 ICU 이용일은 환자의 사망 직전

기간에 집중되는 것으로 보고되었다(Marik, 2015).

그러나 임종 과정에서 자원이 과도하게 사용된다고 해서 생애 말기의 질이 반드시 향상되는 것은 아니다. 공격적인 연명치료는 상당 부분에서 생존 기간을 단기간 연장하는 데 그치며, 환자에게는 이득보다 고통을 증가시키고 의료체계에는 상당한 재정적 부담을 초래할 수 있다(Marik, 2015).

OECD 회원국 간 비교에서도 생애 말기 의료이용의 편차는 크게 나타난다. OECD(2023b)는 암, 심혈관질환, 만성호흡기질환, 치매의 4가지 주요 사망 원인 질환을 대상으로 사망 전 1달 동안 계획되지 않은 또는 응급 입원을 경험한 비율을 분석하였다(표 1-2, 그림 1-7).

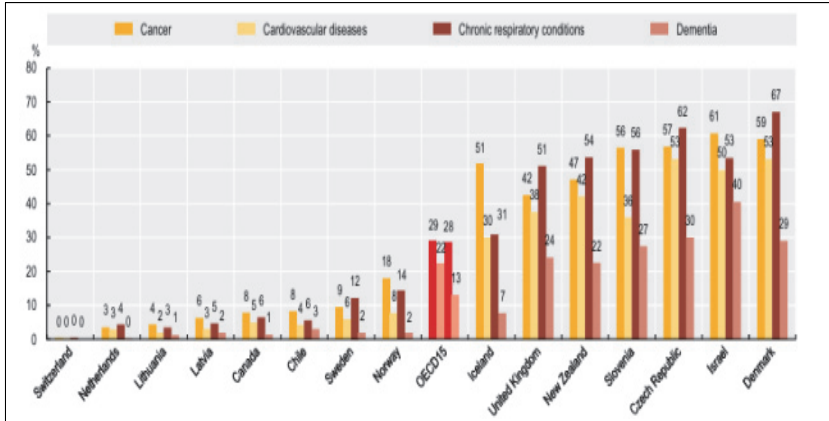
〈표 1-2〉 OECD 사망원인별 사망 전 계획되지 않은 의료이용 분석 대상 질환

질환구분	ICD10 코드
Cancer refers to neoplasms	C00-D49
cardiovascular diseases	selected cardiovascular diseases, excluding stroke I00-I52
chronic respiratory conditions	J40-J47, J96
Alzheimer's and other dementias	F00-F03, G30, R54

출처: "Health at a Glance 2023: OECD Indicators," OECD, 2023b, p. 230을 저자가 재구성함.

이들 질환은 임종 직전 1년 동안 상당한 본인 부담 의료비를 발생시키는 특성이 있어, 환자뿐 아니라 가족에게도 경제적 부담을 초래할 수 있다. 사망한 환자 중 생애 마지막 30일 동안 1회 이상 비계획적 또는 응급 입원을 경험한 비율은 국가별로 상당한 차이를 보이며, 스위스는 낮은 수준인 반면, 뉴질랜드와 덴마크 등은 상대적으로 높은 수준이다(OECD, 2023b)(그림 1-7).

[그림 1-7] 생애말기 환자의 계획되지 않은 입원 경험



출처: "Health at a Glance 2023: OECD Indicators," OECD, 2023b, p. 231. Figure 10.27.

계획되지 않은 입원의 빈도가 높다는 것은 말기 돌봄의 계획성과 조정 기능이 충분히 작동하지 못하고 있음을 반영한다(OECD, 2023b). 다수 국가에서 생애 말기 돌봄은 여전히 병원을 중심으로 이루어지고 있으며, 병원 사망 비율은 점진적으로 감소하고 있음에도 불구하고 2021년 기준 OECD 회원국의 평균에서도 전체 사망의 절반이 병원에서 발생하였다(OECD, 2023b).

나. 국내 호스피스·완화의료 정책환경의 변화

우리나라 호스피스·완화의료 정책은 2003년 제정된 암관리법을 근거로 정책 개입이 시작되었고, 제1기 암정복 10개년 계획, 2기 암정복 10개년 계획, 제3차 국가암관리종합계획의 일환으로 시행되었다. 2013년 보건복지부가 발표한 '호스피스완화의료 활성화 대책'에 이어 2016년 2월에 '호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률'의 제정으로 호스피스 완화의료 정책의 기틀을 마련하였다(김창

곤, 2017, p. 15).

호스피스·완화의료 서비스의 발전과정을 살펴보면, 2015년 말기 암환자 대상 입원형 호스피스 완화의료 건강보험 급여를 개시하였고, 이후 제1차 호스피스 연명의료 종합계획(2019~2023)을 통해 호스피스 대상 질환과 호스피스 전문기관 유형을 확대하였다. 의료기관 윤리위원회와 사전연명의료의향서 등록기관을 확충하는 것도 제1차 계획에 따라 실시되었다.

제2차 호스피스 연명의료 종합계획(2024~2028)을 통해 국민의 생애 말기 지원 확대를 위한 국가 주도의 호스피스 연명의료 정책을 마련하였다(오주연 외, 2020). 제2차 종합계획의 주요 목표는 이용자 선택권 보장 확대, 제도 이행의 기반 강화, 제도 인식 개선 및 확산이었으며, 이를 위해 호스피스 전문기관을 2024년 200개소에서 2028년 360개소로 확충하고, 암 사망자 중 호스피스 이용률을 2024년 24.2%에서 2028년 50.0%로 높이며, 호스피스에 대한 긍정 인식도를 2023년 72.9%에서 2028년 78.0%까지 향상하는 것을 목표로 하고 있다(김규웅 외, 2025, p. 24).

2024년 3월, 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(약칭 돌봄통합지원법)이 제정되었으며 2026년 3월부터 시행을 앞두고 있다. 지역사회 기반 통합돌봄체계 구축에서, 환자와 가족의 삶의 질 개선과 지출 효율성 측면에서 호스피스 완화의료의 접근성 확대가 요구되고 있다(OECD, 2021). 지역사회 돌봄체계와 연계한 외래 기반의 호스피스·완화의료 전달체계 마련이 요구되고 있으며, 그 목적으로 장기요양보험 재택의료센터의 역할과 결합한 재가 기반 건강보험 호스피스·완화의료 전달체계와 보상체계 마련이 논의되고 있다. 고령 인구의 증가에 대응하는 지속 가능한 체계로서 지역사회 인구 기반으로 통합된 호스피스·완화의료 서비스 전달체계 구축이 시급하므로 관련 논의를 지원하는 근거를 제공하는 것은 매우 중요하다.

제2절 연구 목적 및 내용

1. 연구 목적

고령자의 생애 말기 삶의 질을 향상하면서 건강보험 재정의 지속가능성을 확보하는 방향에서 호스피스·완화의료의 현황을 점검하고 그 역할을 재정립할 필요가 있다. 본 연구는 고령자의 생애 말기 의료비 지출 패턴과 호스피스·완화의료이 건강보험 진료비 지출에 미치는 영향을 분석하고, 미래 수요 변화에 따른 건강보험 재정 영향을 추계하며, 주요국의 정책 및 제도 동향을 검토함으로써 지속 가능한 호스피스·완화의료 제도개선 방향을 제시하고자 한다.

이를 위해 본 연구는 다음과 같은 세부 연구 목적을 가진다.

첫째, 호스피스·완화의료 제도의 개념 변화와 국내 제도 현황을 정리하고, 이 연구를 위해 개최한 전문가포럼의 논의 결과를 바탕으로 개선 방향을 도출한다.

둘째, 주요 국가의 호스피스·완화의료 제도와 정책 동향을 검토하여 개선 방향의 정합성을 검토한다.

셋째, 고령자의 생애 말기 의료비 지출 패턴과 호스피스·완화의료 이용이 건강보험 진료비 지출에 미치는 영향을 분석한다.

넷째, 2040년까지 사망자 추계 기반 호스피스·완화의료 수요를 추정하고, 정책 시나리오에 따른 건강보험 재정 영향을 예측한다.

다섯째, 연구결과를 바탕으로 건강보험 호스피스·완화의료 제도의 개선 방향을 제시한다.

2. 연구 설계

가. 보고서 구성

연구보고서는 모두 5개의 장으로 구성되어 있다.

제1장에서는 국내 호스피스 완화의료 제도를 둘러싼 국내 환경 변화와 이에 대응하는 제도개선 필요성을 정리하고 있다.

제2장에서는 호스피스·완화의료 개념 변화와 제도 현황을 파악하고 국내 관련 전문가포럼을 개최하여 제도개선 방향을 논의한 결과를 정리하였다.

3장에서는 공적 의료보장제도에서 호스피스·완화의료 급여를 시행하고 있는 독일, 일본, 대만에서의 운영 현황을 파악하여 국내 제도에 적용할 시사점을 도출하였다.

4장에서는 건강보험 진료비 분석을 통해 사망자 기반 생애 말기 의료비 지출 패턴과 호스피스·완화의료 서비스 이용이 건강보험 진료비 지출에 미치는 영향을 분석하였다. 다만, 국내 호스피스·완화의료는 말기 암 환자 중심으로 제도화되었고, 2017년 8월부터 암 이외 질환인 후천성면역결핍증(AIDS), 만성폐쇄성호흡기질환, 만성 간경화, 만성 호흡부전 등 4개 질환이 추가되었지만, 호스피스·완화의료 이용자의 90% 이상이 암 환자이고 기타 질환별 사례가 충분치 않아 암 환자를 중심으로 분석을 시행하였다.

5장에서는 2040년까지 사망자 추계 기반 호스피스 서비스 수요를 예측하고 시나리오별 건강보험 재정 추계를 통해 대상 확장, 서비스 유형의 변화에 따른 재정 영향을 분석하였다.

6장에서는 고령자의 생애 말기 삶의 질 제고와 존엄한 임종 지원을 목

표로, 서비스 접근성 강화 및 재정 지속가능성 확보 측면에서 호스피스·완화의료 제도개선 방향을 제안하고 있다.

나. 연구 방법

1) 문헌 고찰

호스피스·완화의료 제도와 정책 동향을 검토하기 위해 관련 문헌과 정부 자료를 조사하였다. 또한 국가 의료보장 체계 내 호스피스·완화의료 급여를 시행하고 있는 독일, 일본, 대만의 운영 현황을 파악하기 위해 국내 관련 보고서와 인터넷 자료를 활용하여 관련 논문 및 자료를 수집하여 고찰하였다.

2) 자료 분석

이 연구에서는 다양한 자료를 활용하여 호스피스·완화의료 수요 증가와 이에 대응하는 제도개선의 필요성을 뒷받침하는 분석을 시행하였다.

첫째, 65세 이상 고령 사망자와 사망 장소에 대한 변화를 확인하였다.

둘째, 65세 이상 고령 사망자의 개인 단위로 생애 말기 1년간의 건강보험 진료비 지출과 이들의 호스피스·완화의료 이용 현황, 사망 전 적극적 치료서비스 이용 현황을 분석하였다. 2016년부터 2023년까지 사망자에서 생애 마지막 1년간 의료비를 월 단위로 변화 추이를 확인함으로써 사망 시점에서 의료지출이 집중되는 경향이 계속되고 있는지 확인하였다. 아울러 호스피스·완화의료 수가코드를 활용하여 서비스 이용 여부를 확인하고 서비스 이용이 생애 마지막 1개월 건강보험 진료비에 미치는 영향을 분석하였다.

셋째, 국가데이터처의 장래인구추계 결과를 바탕으로 사망자 수를 추계하고, 이에 대해 현재의 건강보험 호스피스·완화의료 이용률을 적용하여 미래 호스피스·완화의료 수요 변화를 추계하였다. 서비스 수요 예측에 기초하여 호스피스·완화의료 서비스 이용 방식에 대한 시나리오별로 건강보험 재정에 미치는 영향을 검토하였다.

3) 분석자료

연도별 연령군별 사망자 규모와 사망 장소의 변화를 파악하기 위하여 국가데이터처의 사망원인통계 마이크로데이터를 내려받아 분석하였다.

생애 말기 1년간의 건강보험 진료비 지출 패턴 분석은 국민건강보험공단 분석실을 방문하여 빅데이터 원자료를 분석하였다. 건강보험 자격자료에서 사망자를 추출하고 해당 사망자의 개인식별번호와 추정 사망 일자를 활용하여 사망 직전 1년간 의료이용 DB를 구축하였다. 건강보험 진료비 청구건 단위에서 요양 개시일과 재원 일수를 이용하여 요양 종료일을 계산하고, 요양 종료일이 개시 월을 초과하는 경우는 해당분을 다음 달에 배분하여 월별 재원 일수를 재계산하였다. 진료비도 같은 방식으로 청구 진료 월을 초과하는 경우는 해당 재원 일수 비중만큼 진료비를 배분하여 월별 진료비를 재계산하였다. 이는 건강보험 청구자료가 모두 월 단위 청구를 하지 않는 데이터의 한계를 보완하여 실제 생애 말기 의료비 지출 패턴을 확인하기 위한 것이다.

마지막으로 2040년까지 사망자 기반 호스피스·완화의료 서비스 수요를 예측하고 시나리오별 건강보험 재정을 추계하기 위해 국가데이터처의 「사망원인통계(2010-2023)」, 「주민등록연앙인구(2010-2023)」, 국가데이터처의 「장래인구추계」와 「미래 사망률」 자료를 활용하였다.

4) 분석 지표

의료비는 사망자의 생애 마지막 1년의 월별 총진료비를 분석하였다. 호스피스·완화의료 서비스 이용 여부는 관련 건강보험 수가 코드로 서비스 유형을 구분하였다. 2016~2023년 사망자를 대상으로 생애 마지막 30일 내 의학적으로 사망자의 삶의 질 향상에 기여하지 못할 적극적 의료 서비스 이용 수준을 확인하였다. 이를 위하여 Davis et al.(2022, 2023)이 제안한 지표에 근거하여 ① 사망 전 30일 이내 중환자실 입원, ② 사망 전 30일 이내 항암치료 시작, ③ 사망 전 2주 내 항암치료 시행, ④ 사망 전 30일 이내 2회 이상 응급실 방문, ⑤ 사망 전 30일 이내 2회 이상 입원, ⑥ 사망 전 30일 이내 14일 이상 입원, ⑦ 병원 내 사망을 주요 비교 지표로 설정하였다.

5) 전문가포럼과 자문회의

전문가포럼을 통해 국내 제도 현황을 점검하고 정책적 개선 방향을 논의하였다. 세미나는 2025년 2월 27일(목)부터 28일(금)까지 관계기관, 주요 전문가들¹⁾이 참여하여 그간의 성과를 점검하고 논의하였다. 연구진은 전문가 자문 내용을 분석하여 호스피스·완화의료 제도의 재정 지속가능성 확보와 서비스 확대 방향에 대한 정책적 시사점을 도출하였다. 아울러 분석방법과 개선 방향 도출을 위해 관련 자문회의를 진행하였다.

1) 인천성모병원 김대균 교수, 건강보험심사평가원 오주연 부장, 국립암센터 최진영 센터장, 국민건강보험공단 김정희 실장 등이 발표자로 참여하였다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

호스피스·완화의료 제도 현황

제1절 호스피스·완화의료의 개념 변화

제2절 건강보험 호스피스·완화의료 제도 현황



제 2 장 호스피스·완화의료 제도 현황

제1절 호스피스·완화의료의 개념 변화

본 절에서는 생애 마지막 단계(End-of-Life)에서 ‘웰다잉(Well-Dying)’을 실현하기 위한 호스피스·완화疫료를 중심으로, 최근 포괄적으로 사용되고 있는 생애 말기돌봄(End-of-Life Care, 이하 EOLC)의 개념을 함께 다룬다. 다만, EOLC와 밀접하나 제도적·윤리적 성격이 다른 연명의료 결정 제도는 본 절의 논의 범위에서 제외한다.

호스피스, 완화의료, EOLC는 의학적 또는 학술적인 측면에서 완전히 동일한 개념은 아니지만, 최근 들어 WHO, OECD 등 여러 국제기구 및 다수 국가에서 상호 포괄적 개념으로 사용되고 있다. 각국의 역사적·제도적 배경에 따라 다르게 발전해 왔으나, 현재 EOLC는 사망 전 환자와 가족을 대상으로 제공되는 기존 호스피스와 완화疫료를 포괄하면서 대상과 서비스 범위를 확장하는 가장 통합적 개념으로 정착되고 있다.

인구 고령화와 사망자 증가에 따라 호스피스·완화疫료를 포함하는 EOLC는 보편적 의료보장의 핵심 요소로 부상하였으며, COVID-19 팬데믹을 계기로 그 정책적 중요성은 한층 높아졌다.

1. 호스피스·완화의료

호스피스(hospice)²⁾는 의료 전문가와 자원봉사자가 제공하는 생애 말기 돌봄서비스로, 의학적·심리적·영적 지지를 포함한다. 그 목적은 임종이 임박한 환자의 통증과 다양한 증상을 조절하여 평화롭고 존엄한 임종을 맞

2) 영국에서는 호스피스를 생애 말기 돌봄의 한 형태로 제시하며, 장소적 개념으로 인식하는 경향이 강하다(김정희, 2024, p. 4).

이하도록 지원하는 데 있으며, 환자 가족에 대한 심리적·정서적 지원도 포함된다(WHPCA & WHO, 2020, p. 14, 김정희, 2024, p. 4 재인용).

완화의료(palliative care)는 치명적인 질환으로 인해 고통을 겪는 모든 연령대의 개인, 특히 임종에 가까운 사람들을 위한 적극적이고 전인적인 돌봄으로, 환자뿐 아니라 가족과 돌봄 제공자의 삶의 질 향상을 목표로, 환자의 통증, 신체적·심리적·사회적·영적 문제를 조기에 확인·평가·치료하여 고통을 예방·완화하는 것을 주요 내용으로 한다(IAHPC, 2018; Radbruch et al., 2020; WHPCA & WHO, 2020).

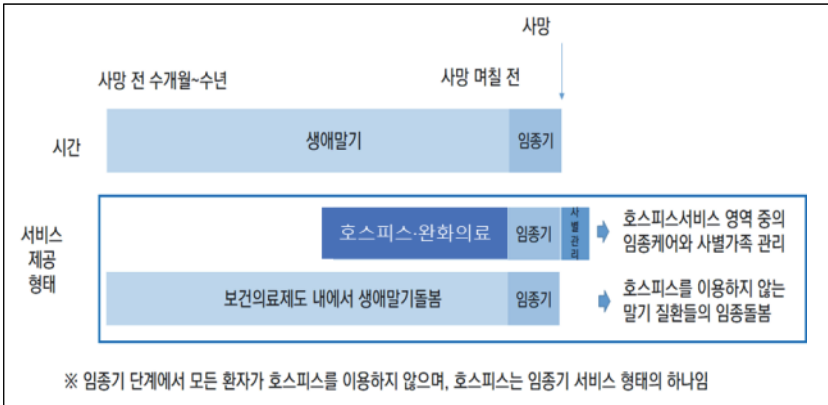
호스피스와 완화의료는 서비스의 목표와 속성에서 유사성이 있으며 모두 환자와 가족을 대상으로 한다. 다만, 전통적으로 호스피스가 주로 임종기 시설에 국한되어 사용되었다면, 완화의료는 질환의 진행 단계나 장소와 관계없이 제공되는 서비스에 중점을 두고 있다는 점에서 차이가 있다. 장윤정(2015)은 전통적으로 호스피스가 임종 환자 돌봄의 장소적 개념이 강했으나, 현대 의료체계에서는 호스피스 기관 중심의 서비스가 완화의료로 명명되었고, 이후 그 대상 질환, 제공 시기 및 방법이 확대되었다고 설명한다. 이처럼 호스피스와 완화의료는 각국의 보건의료제도, 문화 및 역사적 배경에 따라 다양한 형태로 발전해 왔다.

제도 설계 당시에는 ‘호스피스’라는 명칭이 사용되었으나(이건세 외, 2008), 2015년 건강보험 급여가 도입되면서 ‘완화의료’로 명칭이 변경되었다. 이는 ‘호스피스’가 치료 포기를 연상시키는 등 부정적 인식이 있었기 때문이다. 일본 역시 말기 암 환자를 대상으로 급여 제도를 도입할 때 ‘호스피스’ 대신 ‘완화의료’라는 용어를 사용하였다. 이러한 점을 고려할 때, 장소적 개념(호스피스 병동 또는 기관)과 서비스적 속성(완화의료)을 모두 포괄하는 ‘호스피스·완화의료’라는 명칭을 사용한 것은 제도의 확장성 측면에서 적절했던 것으로 보인다.

2. 생애말기돌봄(End-of-Life Care, EOLC)

호스피스·완화의료와 관련된 용어로 생애 말기 돌봄(End-of-Life Care, EOLC)이 있다. 생애 말기 돌봄은 사망 시점까지 생애 마지막 기간의 범위를 어느 정도로 설정하느냐에 따라 정의가 달라지며, 보편적으로 합의된 정의는 존재하지 않는다. 다만 OECD는 생애 말기 돌봄을 사망 전 12개월 동안 제공되는 적극적 치료(curative care)뿐만 아니라 완화의료까지 포함하는 포괄적 개념으로 정의하고 있다(OECD, 2023a). 생애 말기 돌봄이라는 용어의 정의는 문헌마다 다양하며, 가장 일반적인 정의 중 하나는 예상 수명에 대한 기간을 제시하는 형태로, 예를 들어 환자가 6개월 미만의 시한부 질병 진단을 받고 더는 완치 가능한 치료법이 없을 때 시작된다고 제시하고 있다(Huffman & Harmer, 2023).

[그림 2-1] 호스피스·완화의료와 생애말기돌봄의 범위 비교



출처: “존엄한 죽음을 위한 사회보장 제도의 방향은 무엇인가,” 김정희, 2024, 한국보건사회연구원, p. 10. 재인용

32 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

최근 호스피스, 완화의료, 생애 말기 돌봄 간 개념은 질병 단계에 따른 시간적 구분뿐 아니라 서비스 내용에서도 그 차이가 좁혀지고 있다. 생애 말기 돌봄이 기존 호스피스와 완화医료를 포괄하고 연속성을 갖는 가장 폭넓은 개념이라고 할 수 있다.

미국에서는 호스피스가 별도의 급여 제도로 분리되어 있으며, 환자가 적극적 치료를 중단해야만 호스피스를 선택할 수 있도록 설계되어 있다 (MedPAC, 2022, 김대균 외, 2023, p. 162에서 재인용). 또한 급성기병원에서는 의사와 간호사 중심의 완화의료팀(Palliative Care Team) 형태로 서비스를 제공하지만, 이에 대한 별도의 보상 제도는 존재하지 않는다(김대균 외, 2023, p. 162).

〈표 2-1〉 생애말기돌봄, 호스피스·완화의료, 임종기 돌봄의 운영 개념 비교

구분	생애말기돌봄 (End of Life Care)	호스피스·완화의료 (Hospice·Palliative Care)	임종기 돌봄 (Comfort Care)	
서비스 제공자	일반 의료인력	호스피스 전문인력팀	일반 의료인력	
기간	사망 전 수개월~1년 이상 장기 경과 기간 포함	사망이 예견되는 6개월 이내	사망 수일 전	
질한 제한	없음	암 환자 중심, 일부 말기질환에 제한	없음	
돌봄대상	환자 중심(국가에 따라 가족, 돌봄제공자 포함)	환자 및 가족	환자 중심(국가에 따라 가족, 돌봄제공자 포함)	
제공장소	병원, 가정, 요양시설 등	병원, 가정, 요양시설 등	병원, 가정, 요양시설 등	
서비스 내용	통증 및 증상관리	○	◎(전문팀 서비스)	○
	다학제 접근, 전인적 케어	△ (필요에 따라 적용)	◎(전문팀 서비스)	△ (의료진 중심)
	가족돌봄과 사별가족관리	○	◎(전문팀 서비스)	△
급여제도	기존 의료보장지불제도, 가정기반돌봄에 대한 기관 보조금 등(영국)	별도의 지불제도 (미국, 일본, 대만, 한국 등)	기존 의료보장지불제도 에서 임종케어 대한 추가 수가/가산	
	기존 의료보장제도 내 포괄하거나 별도 급여 항목으로 병행 운영			

출처: “제1차 호스피스연명의료 종합계획 평가를 위한 제2차 호스피스연명의료 종합계획 수립의 근거 마련 연구,” 김대균 외, 2023, 보건복지부, 가톨릭대학교, p. 99의 표 24를 저자가 재구성함.

호스피스 서비스가 처음 도입된 영국뿐 아니라, 한국과 유사한 제도를 운영하는 일본에서도 ‘호스피스’에서 출발하여, ‘완화의료’, 나아가 ‘생애 말기돌봄’으로 제도가 변화해 왔다.

영국 보건부가 2001년에 호스피스 보험의 지원과 서비스 지침을 개발한 이후, 국가완화의료위원회(National Council for Palliative Care)가 2004년에 대상 질환을 암에서 비암성 질환까지 확대하였으며, 2008년에는 NHS 차원에서 ‘국가 생애말기돌봄 전략(National End of Life Strategy)’을 제정하여 추진하였다(Department of Health, 2008).

일본은 1990년대 말기 암과 AIDS를 대상으로 완화의료 병동 수가를 급여화 했으나, 실제 성격은 호스피스 서비스에 가까웠다. 이후 2007년 제정된 암 대책 기본법을 통해 완화의료 대상을 ‘말기’가 아닌 암 초기 단계부터 적용하였다. ‘생애말기돌봄’이라는 용어는 2012년 제정된 ‘사회보장제도개혁 추진법’에서 처음 언급되었으며, 2016년 「경제재정운영과 개혁의 기본방침」에서는 사전돌봄계획(Advance Care Planning, ACP)을 ‘인생회의(人生會議)’라 명명하고, 재택 임종 돌봄의 우수 사례 보급을 추진할 것을 표명하였다(Kabumoto, 2020, 김정희, 2024에서 재인용).

생애말기돌봄(EOLC)은 통증 등 신체적 증상관리뿐 아니라 정서적 지원, 정신건강, 가족을 위한 사별 간호까지 포괄하는 돌봄에 중점을 둔다. EOLC는 만성질환의 악화기부터 임종기까지를 포괄하며 의료·복지·심리·가족 지원을 연속적으로 통합하는 돌봄 체계이다. 이러한 접근은 기존의 의료보장제도와 장기요양보험제도가 대상자 중심으로 연계·통합되는 체계 전환을 요구한다. 기존의 호스피스·완화의료는 암 중심의 말기질환 환자에게 고도의 전문 서비스를 제공해왔다면, EOLC는 질환의 종류에 제한없이 보다 장기적인 경과 기간에 대해 누구나 접근 가능한 포괄적 서비스를 지향한다. 이에 따라 다양한 욕구에 대응하여 차별적 서비스가 제공될 수 있는 전달체계 구축이 필요하다.

3. 한국에서 제도적 정의의 변화

제1차 호스피스 연명의료 종합계획(2019~2023)은 호스피스·완화의료를 ‘질환을 앓는 환자와 가족에 대한 완치를 목적으로 하지 않고, 생애말기의 삶의 질 향상에 목적을 둔 총체적 치료와 돌봄으로 정의하였다(보건복지부, 2019. 6. 24.). 이후 제2차 호스피스·연명의료 종합계획(2024~2028)은 호스피스·완화의료를 완치가 어려운 말기 환자와 가족의 삶의 질 향상을 목표로, 통증 및 증상을 적극적으로 완화하고 심리적·사회적·영적 고통을 경감하는 총체적 돌봄이라고 재정의하였다. 특히, 질환에 제한을 두지 않는 생애 말기돌봄(EOLC) 체계로의 전환 방향을 명확히 제시하고 있다(보건복지부, 2024. 4. 5.).

현재 제도 운영은 암 환자를 중심으로 사망 전 약 6개월~1년 동안 전문 다학제팀이 환자와 가족을 대상으로 전인적 서비스를 제공하는 형태로 이루어지고 있다. 즉, 대상과 기간이 제한된 구조라고 할 수 있다. 그러나 제2차 종합계획에서는 호스피스·완화의료를 생애말기돌봄을 포괄하는 개념으로 확장하고, 적용대상을 암과 주요 장기부전 질환에서 치매·노쇠·중증만성질환 등으로 단계적으로 확대하는 계획을 포함하고 있다.

한편, 2024년 3월 제정된 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(이하 돌봄통합지원법)이 2026년 3월 시행을 앞두고 있는 가운데, 지방자치단체의 지역 통합돌봄 실행체계 구축 과정에서 생애말기돌봄 지원체계를 함께 논의할 수 있는 제도적 계기가 마련될 것으로 기대된다.

제2절 건강보험 호스피스·완화의료 제도 현황

현재 한국에서 호스피스·완화의료 서비스는 전문기관의 완화의료병동(palliative care unit) 중심으로 제공되고 있으며, 가정에서 받을 수 있는 가정형은 공급이 매우 부족한 상황이고, 소아청소년 대상 호스피스·완화의료는 시범사업 단계이다. 일반 의료기관이나 외래, 가정, 요양원에서 제공하는 일반완화의료 서비스 형태는 건강보험에서 제공하고 있지 않으며, 노인요양보험 가입자를 대상으로 재택의료 시범사업에서 일부 이루어지고 있다.

1. 건강보험 호스피스·완화의료 제도 및 운영 현황³⁾

한국 호스피스·완화의료는 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(2015. 12. 제정, 2018. 2. 시행)에 근거하여 보건복지부가 주관하고, 국립암센터 호스피스완화의료센터가 전담 기관으로 운영되고 있다. 운영체계는 중앙센터(국립암센터) - 권역센터(5개) - 지정기관(입원형, 가정형, 자문형)으로 구성된다.

제도 초기(2018~2020)에는 암 환자 중심으로 운영되었다. 2021년부터 만성호흡부전, 간·신부전, 심부전, 치매 등 비암 말기까지 단계적 확대가 추진되고 있다. 지불제도는 1일 정액제와 행위별 수가를 일부 추가 인정하는 별도의 수가체계로 운영되고 있다.

적용 기간은 WHO 기준에 따라 통상 임종 수개월 이내부터 적용되며, 대상 질환은 연명의료결정법에 따라 암, 후천성면역결핍증(AIDS), 만성 폐쇄성 호흡기 질환(COPD), 만성 간경화, 만성호흡부전으로 구성된다.

호스피스·완화의료서비스 유형은 입원형, 가정형, 자문형으로 구분된

3) 보건복지부, 중앙호스피스센터(2025)에서 주요 현황 정보를 발췌하여 재정리함.

다. 입원형 호스피스는 지정 병원 내 완화의료병동에서 제공되는 것으로 2015년부터 건강보험 수가가 신설되었다. 가정형 호스피스는 2017년부터 보험급여가 적용되어 전문인력이 환자 가정을 방문하여 서비스를 제공한다. 자문형 호스피스는 2020년부터 보험급여가 시작되었으며, 일반 병동 환자에게 완화의료팀이 자문·상담서비스를 제공하는 것이다.

〈표 2-2〉 호스피스·완화의료 제도 운영 현황

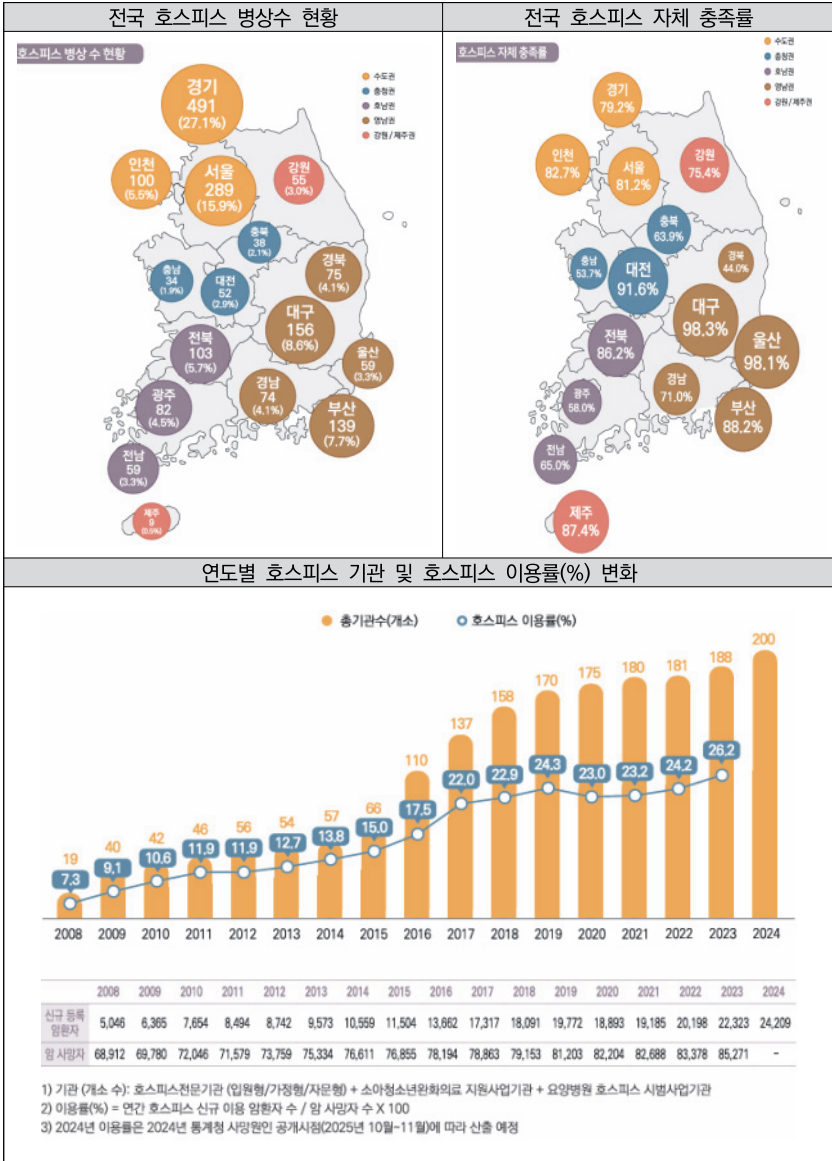
구분	내용	적용
정의	대상 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스 대상환자")와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리적, 사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료	-
대상질환	암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환	-
제공자	호스피스 전문병원(2024년 기준 호스피스 전문기관 200개) - 입원형 101개소, 가정형 39개소, 자문형 42개소 - 소아청소년 완화의료 12개소	'24년
서비스 유형	입원형: 호스피스 전문병원 입원병동 입원	'15년~
	가정형: 호스피스 전문병원 호스피스팀이 가정으로 방문	'17년~
	자문형: 일반병동에 입원 또는 외래를 통해 서비스 이용	'20년~

출처: "2024 국가 호스피스·완화의료 연례보고서," 보건복지부, 중앙호스피스센터, 2025. 관련 내용 발췌하여 저자 작성함.

암 사망자 중 연간 호스피스 신규 이용 암환자 수의 비율로 계산하는 이용률은 2023년 기준 26.2%이다. 모든 유형의 서비스가 제공되기 시작한 20년 이후를 기준으로 완만하게 이용률이 증가하고 있다. 2024년 전국 호스피스 병상 수는 1,815병상이며 이중 수도권(서울, 경기, 인천)이 880병상으로 48.5%를 차지한다(서울 15.9%, 경기 27.1%, 인천 5.5%).

각 거주지별 신규 이용자 중 동일 소재 지역 호스피스 기관 이용자 비율인 자체충족률은 대구(98.3%), 울산(98.1%), 대전(91.6%) 순으로 높았으며 경북(44.0%), 충남(53.7%), 광주(58.0%) 순으로 낮았다.

[그림 2-2] 호스피스·완화의료 기관, 병상수, 이용률 현황



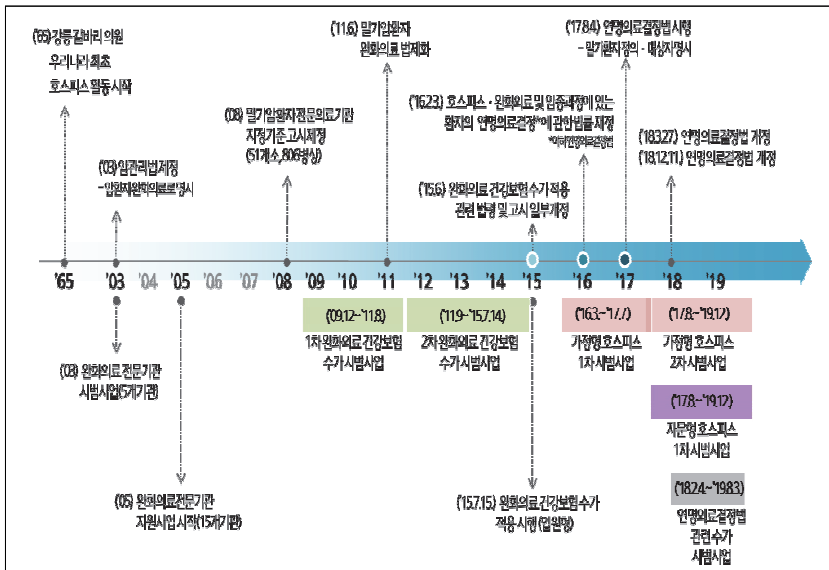
출처: "2024 국가 호스피스·완화의료 연례보고서," 보건복지부, 중앙호스피스센터, 2025. pp. 22-25.

2. 연명의료결정제도 시행에 따른 호스피스·완화의료 제도 발전

가. 대상 질환과 서비스 유형의 확대

우리나라의 호스피스 운동은 1965년 강릉 갈바리의원에서 시작된 민간 중심의 자발적 돌봄 활동으로부터 출발하였다.

[그림 2-3] 호스피스·완화의료 제도 발전과정



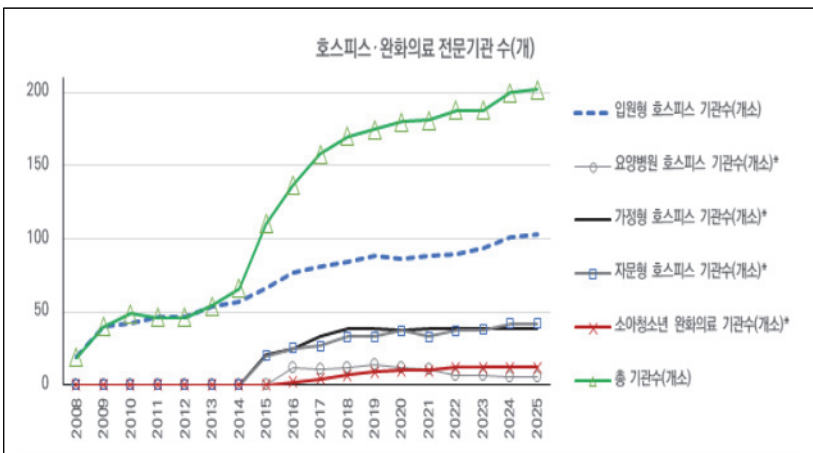
출처: “호스피스 완화의료서비스 제도개선 방안,” 오주연 외, 2020. 건강보험심사평가원, p. 2.

2003년 시범사업이 시작되었고 2015년부터 입원형 호스피스에 대한 건강보험 급여를 시작하였다. 이어 2016년에 호스피스·연명의료결정법이 제정되면서 서비스의 대상 질환이 확대되었다. 도입 초기 대상 질환은 말기 암 환자, 후천성면역결핍증이었으나, 연명의료결정법 시행 이후 호스피스 대상 질환이 기존의 말기 암에서 만성호흡부전, 만성간경화, 만성

폐쇄성 폐질환(COPD)으로 확대되었다. 비암 질환으로 대상이 확장되면서, 서비스 유형 또한 입원형 중심에서 가정형과 자문형으로 다양화되었다.

연명의료결정법 제정 전 호스피스·완화의료는 암관리법 제13조(암관리사업 등), 제15조(암관리사업의 지원)에 따라 호스피스·완화의료 전문기관을 지정하고 사업을 지원하였다. 입원형 호스피스는 보건복지부로 지정받은 전문기관의 호스피스 병동에 입원한 말기암환자 및 가족들을 대상으로 호스피스 돌봄 및 전문완화의료서비스를 제공하고 있다. 현재 호스피스 병동은 말기 암 환자만 이용 가능하다.

[그림 2-4] 호스피스·완화의료 전문기관 현황



출처: “열린광장 > 현황 및 통계,” 국립암센터, 중앙호스피스센터, 2025. 5. 19.,
<https://hospice.go.kr:8444/?menuno=23> 기반으로 저자 작성

가정형 호스피스는 가정에서 지내기를 원하는 말기 환자 및 가족을 대상으로 보건복지부로부터 지정받은 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 돌봄 및 전문 완화의료 서비스를 제공한다. 대상 질환은 말기 암과 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 폐질환, 만성 간경화, 만성 호흡부

전 환자이다(국립암센터, 중앙호스피스센터, n.d.-a). 가정형 호스피스 전문기관 현황은 2016년 21개에서 2024년 39개로 2019년 이후 기관 수가 증가하고 있지 않다.

자문형 호스피스는 일반병동과 외래에서 진료를 받는 말기 환자 및 가족들을 대상으로 호스피스팀이 담당 의사와 함께 전문 완화의료 서비스 및 호스피스 돌봄을 제공한다. 대상은 가정형 호스피스 대상과 동일한 말기 암과 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화, 만성 호흡부전 환자이다(국립암센터, 중앙호스피스센터, n.d.-b). 자문형 호스피스 전문기관 현황은 2017년 20개에서 2024년 42개로 지속해서 증가하고 있다.

소아청소년 완화의료는 생명을 위협하는 질환으로 치료 중인 중증 소아청소년 환자와 그 가족을 대상으로, 소아청소년 완화의료팀이 신체적·심리적·사회적 어려움을 완화하고 삶의 질 향상에 기여하도록 제공하는 통합적 의료서비스이다(국립암센터, 중앙호스피스센터, n.d.-c). 소아청소년 완화의료팀은 완화医료를 필요로 하는 중증질환을 가진 소아 청소년 환자(만 24세 이하)와 가족에게 입원병실, 중환자실, 응급실, 외래에서 완화医료를 제공하는 팀으로, 호스피스·완화의료 전문 교육을 받은 의사, 전담간호사, 사회복지사로 구성된 다학제팀이다. 2024년 현재 12개 기관에서 제공하고 있다.

상대적으로 향후 수요가 증가할 가정형 호스피스기관은 2016년 21개, 2022년 39개 기관으로 공급이 턱없이 부족한 상황이다.⁴⁾

4) 자문형과 가정형 기관 수는 비슷하나, 자문형 기관은 암환자를 진료하는 기관에서 주로 제공하고 있어 부족하다고 보기 어려우나, 가정형 호스피스 서비스 특성상 거주지역 근처에 기관이 있어야 하므로 전국을 포괄하기에는 매우 부족한 상황이다.

나. 사전연명의료의향서 및 연명의료계획서

김정희(2024)는 「연명의료결정법」의 제정을 존엄한 죽음과 관련한 제도적 발전 계기로 언급하며, 이 법을 통해 만 19세 이상 성인이 ‘사전연명의료의향서’를 작성하여 연명의료 중단이나 호스피스 이용 의사를 미리 명시할 수 있게 되었음을 언급한다. 또한 말기 환자의 경우 담당 의사가 환자 의사에 따라 연명의료계획서를 작성하도록 규정되어 있으며, 구체적인 연명의료 범위에는 심폐소생술, 혈액투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용, 체외생명유지술, 수혈, 혈압상승제 투여 등이 포함된다고 설명한다(김정희, 2024, p. 8). 세부 내용은 <표 2-4>과 같다.

<표 2-3> 사전연명의료의향서 및 연명의료계획서

구분	대상	작성	설명 의무	등록
사전연명의료의향서	19세 이상 성인	본인이 직접	상당사	보건복지부 지정 사전연명의료의향서 등록기관
연명의료계획서	말기환자 또는 임종과정에 있는 환자	환자의 요청에 의해 담당자가 작성	담당 의사	의료기관윤리위원회를 등록한 의료기관

출처: “사전연명의료의향서,” “연명의료계획서,” 국립연명의료관리기관, n.d., 2024. 9. 9. 검색, www.lst.go.kr, “존엄한 죽음을 위한 사회보장 제도의 방향은 무엇인가,” 김정희, 2024, 한국보건사회연구, p. 8. 재인용

2025년 8월 기준, 2018년 2월 「연명의료결정제도」 시행 7년 6개월 만에 사전연명의료의향서를 작성한 국민이 300만 명을 돌파했다(국립연명의료관리기관, n.d.). 연명의료 중단 등 결정을 실제로 이행하기 위해서는 의료기관윤리위원회의 설치가 필수적이다. 그러나 2025년 8월 기준 의료기관윤리위원회 설치율은 상급종합병원에서만 100%이며, 종합병원 67.9%, 요양병원은 12.7%에 불과하다(국립연명의료관리기관,

n.d.). 특히 요양병원은 실제 사망이 가장 많이 발생하는 의료기관임에도 불구하고, 윤리위원회 설치 비율이 낮아 제도 운영의 형평성 측면에서 개선이 필요하다. 2021년 전체 사망자 중 요양병원 내 사망 비율이 21.2%, 65세 이상 사망자 기준으로는 24.6%이다(김대균 외, 2023, p. 159). 연명의료결정제도의 실질적 이행력을 높이기 위해서는 요양병원 중심의 윤리위원회 설치 확대가 요구된다.

3. 건강보험 호스피스·완화의료 제도 개선 과제⁵⁾

가. 호스피스·완화의료의 지역 기반 1·2단계 전달체계 구축

현행 제도에서는 주로 호스피스 전문(의료)기관을 중심으로 3단계 전문 서비스가 제공되고 있으나, 지역 기반으로 일반 의료기관과 가정·지역의 시설을 포함한 다층적 전달체계를 구축할 필요가 있다. 환자 중심의 의료 제공 관점에서, 환자가 거주하던 지역에서 생애말기를 보낼 수 있도록 지원하는 체계가 마련되어야 한다. 이를 위해 일반 의료기관, 가정사회 시설에서도 말기 통증관리와 연속적 환자관리 등의 서비스를 제공할 수 있는 기반이 확충되어야 한다.

현 단계에서 지자체가 중심이 되는 경우, 지역의 의료인력 연계와 자원 활용 측면에서 역량이 제한적이며, 가정형 호스피스 운영기관이 적고 요양시설(Nursing Home) 형태의 지속적인 돌봄 인프라가 부재하여 활성화에 어려움이 있다. 따라서 질병 진단 초기부터 통증 및 증상 완화를 지원하는 완화의료 서비스(1~2단계)를 확대할 필요가 있다. 이를 위해서는

5) 본 내용은 「호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향」의 연구 방향 설정을 위한 연구 세미나(2025. 2. 27.~2. 28.)에서 논의된 내용을 중심으로 정리함.

간호서비스의 제공 여건을 개선하고, 재택 돌봄 인프라를 강화할 필요가 있다. 아울러 일차 의료 방문 진료 시범사업, 장기요양 통합돌봄 시범사업 등 지역사회 기반 돌봄 서비스와 호스피스·완화의료 서비스 간의 연계 체계를 강화하여, 서비스의 연속성을 확보하고 중복을 방지할 수 있는 제도적 장치를 마련해야 한다.

또한 지자체가 주도하는 경우, 지역의 의료인력 연계 및 자원 활용 측면에서 자체 역량이 제한적이며, 가정형 호스피스는 운영기관의 수가 적고 요양 시설(nursing home) 형태의 상시 돌봄 구조가 부재하여 활성화에 한계가 있다. 따라서 질병 진단 초기부터 통증과 증상 완화를 지원하는 완화의료 서비스(1~2단계)를 확대하기 위해서는 간호서비스 제공 여건을 개선하고, 지역사회 내 재택 돌봄 인프라를 강화할 필요가 있다. 아울러 일차 의료 방문 진료 시범사업, 장기요양 통합돌봄 시범사업 등 지역사회 돌봄 서비스와 호스피스·완화의료로 유기적으로 연계하여, 서비스의 연속성을 확보하고 중복을 방지하기 위한 제도 검토가 필요하다.

나. 다층적 전달체계 도입과 연계한 대상 질환의 포괄적 확대

현재 호스피스·완화의료 서비스는 암 환자를 중심으로 제공되고 있으나, 치매, 노쇠(frailty), 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 말기 심부전, 말기 신부전 등 비암성 질환군에서도 완화의료에 대한 수요가 지속적으로 증가하고 있다. 이에 따라 비암성 말기질환으로 급여 범위를 단계적으로 확대하고, 각 질환의 특성과 진행 경과에 맞는 전문적 완화의료 서비스 모델을 개발·적용할 필요가 있다.

비암성 질환은 암과 달리 질병의 진행 경과가 장기적이고 증상 변동이 크며, 돌봄의 초점이 기능 유지·삶의 질 관리에 중점을 두는 특징이 있다.

따라서 치매, 만성 심·폐질환, 신부전 등 분야별 전문가가 참여하는 다학제 협력체계를 구축하고, 질환별로 적정 개입 시점과 서비스 내용이 차별화된 완화의료 모델을 마련해야 한다. 이러한 접근을 통해 암 중심의 호스피스·완화의료 체계에서 전인적·포괄적 돌봄체계로의 전환을 도모할 수 있을 것이다.

다. 인프라 확충 및 수가 개선

재정 부담이 상대적으로 낮은 가정형 서비스의 확대뿐만 아니라, 돌봄 공백이 있는 가정을 위한 입원형 서비스도 균형 있게 확충하여 환자와 가족의 상황에 맞는 선택권을 보장해야 한다. 이를 위해서는 인프라 확충과 더불어 적정 수준의 수가체계 마련이 보완되어야 한다.

독립형 호스피스 기관의 자립을 위한 원가 보전 방안을 마련하고, 호스피스 보조 활동 인력에 대한 수가를 인상하는 등 서비스 제공 인력에 대한 적절한 보상이 이루어져야 한다.

자문형 호스피스는 일반 입원실에서의 행위가 동일하게 이루어지므로 별도 행위별 수가 산정에 따라 평균 진료비가 높은 경향이 있다. 해당 유형의 서비스가 본래의 상담 기능에 집중할 수 있도록 인력 기준을 완화하고, 행위별 수가로 인해 진료비가 커지는 문제를 개선하는 등 제도적 보완이 필요하다.

한편, 가정 내에서 돌봄 여건이 충족되지 않을 경우, 환자와 가족으로서 입원형 서비스가 합리적이다. 즉, 재정 부담이 상대적으로 낮은 가정형만을 확대하는 것은 적절하지 않으며 환자의 상태와 보호자의 여건에 맞게 적절한 서비스를 선택할 수 있도록 서비스 제반을 확대하는 것에 중점을 두어야 하겠다.

라. 국민 인식 개선과 의료인 교육을 통한 접근성 강화

국민과 의료진의 혼란을 줄이기 위해 호스피스, 완화의료, 생애 말기 돌봄 등 관련 개념을 법적·사회적으로 명확히 정의하고 일관되게 사용해야 한다. 특히 완화의료는 ‘치료의 포기’나 ‘임종 직전 돌봄’이 아닌, 삶의 질을 향상하는 적극적 의료 행위임을 명확히 인식시키는 것이 중요하다. 이를 위해 대국민 홍보, 교육, 공감대 형성을 강화하고, 환자단체 및 유관 전문가단체 등 주요 이해관계자 간의 인식 격차를 해소해야 한다. 또한 조기 완화의료 진입의 긍정적 효과를 널리 알리고, 환자와 가족이 치료 초기부터 완화의료 서비스를 활용할 수 있도록 하는 인식 개선 전략이 필요하다. 기존 서비스 이용 양상을 분석하여 환자가 적절한 시점에 호스피스·완화의료에 진입할 수 있도록 제도를 설계·운영해야 한다.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

주요 공적 의료보장국가의 호스피스·완화의료 제도 동향

제1절 독일

제2절 일본

제3절 대만

제4절 소결



제 3 장

주요 공적 의료보장국가의 호스피스·완화의료 제도 동향

제1절 독일

1. 법적 근거

독일의 호스피스·완화의료와 관련된 관련 법은 3가지로 사회법, 호스피스·완화의료법, 장기요양보험법이다(김대균 외, 2023, p. 215).

사회법 제5권(Sozialgesetzbuch V, SGB V)은 독일의 건강보험과 관련된 핵심 법률로, 호스피스·완화의료 서비스의 제공과 보상 체계가 규정되어 있다. 주요 조항은 첫째, §37b SGB V - 전문 외래 완화의료(Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, SAPV)로 2007년 4월 1일 신설되어 말기 환자(생존 기간이 짧고, 복잡한 증상이 있는 경우)를 대상으로 하는 외래 완화의료 서비스에 대한 최초의 법적 근거를 제공하고 있다. 의사·간호사·심리 전문가로 구성된 다학제 팀이 환자의 거주지에서 24시간 서비스를 제공하며, 건강보험(GKV)에서 전액 보장하고 있다. 둘째, §39a SGB V - 호스피스 서비스 관련 조항으로 1997년 입원형 호스피스에 대한 지원을 처음으로 제시하였고 2002년 외래형 호스피스 지원을 확대하였다. 이후 지원 범위와 재정지원을 강화하였다. 성인 및 아동·청소년 호스피스 서비스에 대해서는 입원형 호스피스(Stationäres Hospiz)와 가정형 호스피스(Ambulantes Hospizdienst)의 건강보험 보장을 규정하고 있다. 이 경우 환자 본인부담금은 없다. 전체 운영비의 95%를 건강보험이 부담하고, 5%는 민간 기부로 충당하고 있다. 셋째, §132g SGB V - 사전돌봄계획(Advance Care Planning, ACP)으로

2015년 12월 8일 호스피스·완화의료법(HPG)에 의해 신설되었다.⁶⁾ 요양시설 및 장애인 시설 거주자를 대상으로 한 사전돌봄계획 상담 프로그램에 대한 법적 근거 조항으로 호스피스·완화의료 전문가가 참여해 환자의 치료 선호도와 의사결정을 지원하고 있다.

다음으로 호스피스 및 완화의료법(Hospiz- und Palliativgesetz, HPG)은 2015년 12월 8일 제정하였으며 호스피스 및 완화의료 서비스 접근성을 향상시키고 사전돌봄계획, 병원·요양시설 완화의료 인력 확보 의무화 등을 규정한 포괄적 법률이다. 2015년 독일은 호스피스 및 PC(HPG)를 개선하기 위한 법안을 도입했다. 구체적으로, 이 새로운 법은 일반 외래 PC를 개발하고 전문 외래 PC를 규제하는 것을 목표로 했다. 호스피스 및 완화의료법에 따라 건강보험법이 개정되었고, 삶의 마지막 단계를 위한 건강관리계획에 대해서는 독일 건강보험법인 독일 사회법 제5권(SGB V)의 제132g조에서 자세히 규정하고 있다.

마지막으로 독일의 장기요양보험법(Sozialgesetzbuch XI, SGB XI)은 생애말기 환자에 대한 재가요양(häusliche Pflege), 단기요양(Kurzzeitpflege) 등 요양서비스를 보장하고 있으며, 이를 통해 완화의료(palliative care) 서비스와 결합이 가능하다. SGB XI는 주로 생활지원과 돌봄(care-oriented support) 중심의 서비스를 제공하는 반면, 의료적 완화치료(palliative medical treatment)는 건강보험법(Sozialgesetzbuch V, SGB V)에 따라 전문의료체계를 통해 제공된다. 이러한 이원적 구조를 통해 독일은 요양과 의료가 연계된 통합적 생애말기 지원체계를 운영하고 있다(BMG, 2022).

6) 참고로 호스피스완화의료법이 제정되기 전 안락사법(Sterbehilfegesetz)은 2015년 11월 6일 독일 연방의회 하원에서 통과하였으며 상업적인 목적의 조력 자살(assisted suicide)을 금지하기 위한 법으로 독일 형법(StGB) 제217조에 명시되어 있으며, 상업적 동기에 기반한 조력 자살을 형사 처벌하는 내용을 담고 있음

2. 건강보험 호스피스·완화의료 서비스

전문완화의료(SAPV)는 세 가지 환경에서 제공된다. 첫째, ‘완화의료 병동’으로, 일반 병원 내에 설치되어 중증 환자에게 전문적인 입원 기반 완화의료를 제공한다. 둘째, ‘가정전문완화의료’로, 환자의 거주지에서 전문완화의료팀이 방문하여 환자와 가족을 지원하며, 필요시 지역 일반 의와 협력하여 서비스를 제공한다. 셋째, ‘완화의료지원팀’으로, 완화의료에 특화되지 않은 일반 병동이나 다른 진료과 의료진을 대상으로 전문적 자문과 지원을 제공한다.

완화의료 지원팀은 전문 완화의료에 처음 진입하는 경로가 된다. 최근 몇 년간 독일에서 전문 완화의료의 접근성과 이용이 크게 확대되었으나, 아직 전국 모든 지역에서 균등하게 제공되는 수준에는 이르지 못하고 있다(Gesell et al., 2023). 2022년 기준 전국에 완화의료병동 317개, 가정전문완화의료팀 289개, 완화의료지원팀 37개가 있다. 401개 지역기준으로 분포를 살펴보면 완화의료병동은 218개 지역(54.4%), 완화의료 지원팀은 54개 지역(13.5%), 가정전문완화의료팀은 225개 지역(56.1%)에 분포하고 있다(Gesell et al., 2023).

독일완화의학회(Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, DGP)는 2023년 5월 22일 발표한 공식 입장문(Stellungnahme)에서, 모든 병원 수준에서 완화의료는 필수적으로 제공되어야 한다고 명시하였다. 또한 완화의료 서비스는 지역 기반으로 제공되어야 하며, 환자의 사회경제적 배경이나 거주 지역과 무관하게 동등한 접근이 보장되어야 한다고 강조하였다. 나아가 모든 환자가 적절한 시간 내에 완화의료 시설 및 지원 서비스에 접근할 수 있도록 제도적 보장과 인프라 확충이 필요하다고 제언하였다(DGP, 2023. 5. 22.).

〈표 3-1〉 독일의 완화의료 3단계 접근

단계	내용
전문(SAPV) (전문팀 중심)	다학제 전문팀이 중증·복합 증상 환자에게 제공하는 고난도 완화의료(의사·간호사 팀이 가정 방문 또는 병원 연계)
중간(BQKPMV) (협력적 지역모델)	일반의와 전문 인력이 협력하여 제공하는 중간 수준 완화의료 (지역 네트워크)
일반(AAPV) (일반의 중심)	기본적인 완화의료 지식·기술을 갖춘 1차의료 제공자(일반의, 방문간호사 등)가 제공하는 돌봄

출처: "Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Krankenhausreform: Palliativversorgung in allen Bereichen der stationären Patientenversorgung von Erwachsenen notwendig," DGP, 2023. 5. 22., p. 5. 저자 재구성

가. 입원환자 전문완화의료(Stationäre Palliativversorgung)

병원 내 완화의료 병동(Palliativstation)에서 제공되며, 전문 의료진이 지속적인 치료와 돌봄을 제공한다. 중증 환자 중심이며, 건강보험이 의료비를 부담한다. 호스피스·완화의료병동은 가정이나 요양원에서 적절한 완화 치료를 받을 수 없는 환자를 위한 것이다(김대균 외, 2023, p. 212).

입원형 호스피스는 완화의료 환자에게 통합적 치료를 제공하는 독립 시설에서 운영되며, 전문 인력과 자원봉사자가 긴밀한 협업을 통해 환자를 지원한다. 병원의 완화의료 병동에서는 다양한 전문가로 이루어진 팀이 중증 환자의 복합적인 증상 관리를 담당하며, 독일의 경우 전체 병원의 약 15%가 이러한 완화의료 병동을 갖추고 있는 것으로 보고된 바 있다(김대균 외, 2023, p. 212).

나. 중간 외래 완화의료(BQKPMV)

독일은 2015년 「호스피스·완화의료법(German Hospice and Palliative Care Act, HPG)」의 제정을 계기로, 중간 수준(intermediate level)의 외래 완화의료 제도를 도입하였다(Stiel et al., 2021).

이 제도는 §871b SGB V에 근거하며, ‘특별히 자격을 갖추고 조정된 완화의료(AAPV Level II, particularly qualified and coordinated palliative medical care)’로 정의된다. 이는 일부 중증 질환자나 임종기에 있는 환자들이 일반 외래 완화의료 체계 안에서는 충분한 서비스를 받기 어렵지만, 전문 완화의료 수준의 집중치료까지는 필요하지 않다는 전제 위에 설계되었다.

BQKPMV 서비스는 환자의 상태와 돌봄 환경에 따라 가정, 생활보조 시설, 입원 장기요양시설, 주간 호스피스, 입원형 호스피스 등 다양한 환경에서 제공될 수 있으며, 일반의, 완화의료 전문의, 간호 및 사회복지 인력이 협력하여 수행한다.

다. 어린이와 청소년을 위한 완화의료

완화의료는 기대 수명을 확실하게 예측할 수 없는 소아 및 청소년에게도 적용되며, 때로는 이러한 환자에게 치료가 수년간 간헐적으로 병행되기도 한다. 일차 완화의료는 소아과 및 청소년과 의사가 소아과 외래 간호 서비스와 함께 제공하며, 가족에게는 외래 또는 입원형 어린이·청소년 호스피스 서비스를 통해 심리사회적 지원이 제공된다. 위기 상황, 질병 진행 단계 및 임종기에는 여러 분야의 전문가가 협력하여 전문 외래 완화치료 및 어린이 호스피스 등을 통해 일차진료를 보완할 수 있다(김대균 외, 2023, p. 213).

라. 일반 외래환자 완화의료(AAPV)

일반 외래 완화의료를 수행하기 위해서는 독일의사협회(Bundesärztekammer)가 제시한 「완화의료 (모델) 코스북」에 따라 40시간의 추가 교육과정을 이수해야 한다. 이러한 자격요건은 독일 사회법 제5권(SGB V) 제87조 및 독일 연방의사협회계약 부록 30 ‘특별히 자격을 갖추고 조정된 완화의료에 관한 협약(Anlage 30 - Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung)’에 근거한다(김대균 외, 2023, p. 213).

AAPV는 1차 진료(primary care)와 전문 완화의료(SAPV) 사이의 간극을 메우는 역할을 하며, 일반의(Hausarzt) 중심의 일차의료 체계 내에서 기본적 증상 조절, 가족상담, 돌봄 조정 기능을 수행한다. 또한 AAPV는 호스피스 및 완화의료법(Hospiz- und Palliativgesetz, HPG)에 따라 서비스 범위가 확대되었으며, 이 법은 특별히 자격을 갖춘 의사들이 조정된 완화의료 서비스를 제공하도록 제도적 기반을 마련하였다. 결과적으로 AAPV는 전문팀 중심의 SAPV 이전 단계에서, 환자가 지역사회 내에서 가능한 한 오랜기간 동안 일반의 중심의 완화의료를 받을 수 있도록 하는 제도적 장치로 기능한다(김대균 외, 2023, p. 213).

마. 외래 전문완화의료(Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, SAPV)

전문 외래 완화의료(SAPV)는 의사, 간호사, 심리상담사 등으로 구성된 다학제적 전문팀이 환자의 자택이나 요양시설을 방문하여 완화의료를 제공하는 체계이다. SAPV는 생명을 위협하는 질환을 가진 환자 중 치료가 복잡한 경우를 대상으로 하며, 불필요한 입원을 방지하고 환자가 존엄성

을 유지하며 가능한 한 가정 환경에서 생을 마감할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다(German National Academy of Sciences Leopoldina & Union of German Academies of Sciences and Humanities, 2015).

SAPV는 2007년 사회법 제5권(SGB V) 제37b조 및 제132d조에 따라 법제화되었으며, 모든 의사가 처방할 수 있다. 서비스 제공은 의사의 완화의료 처방(Palliativverordnung)이 필요하며, 비용은 법정건강보험(GKV)이 전액 보장한다. 이 서비스를 제공하려면 건강보험 등록 의사는 완화의료 관련 추가 교육을 이수하고, '완화의학(Palliativmedizin)'이라는 추가 전문 직함을 보유해야 한다(§37b, §132d, SGB V).

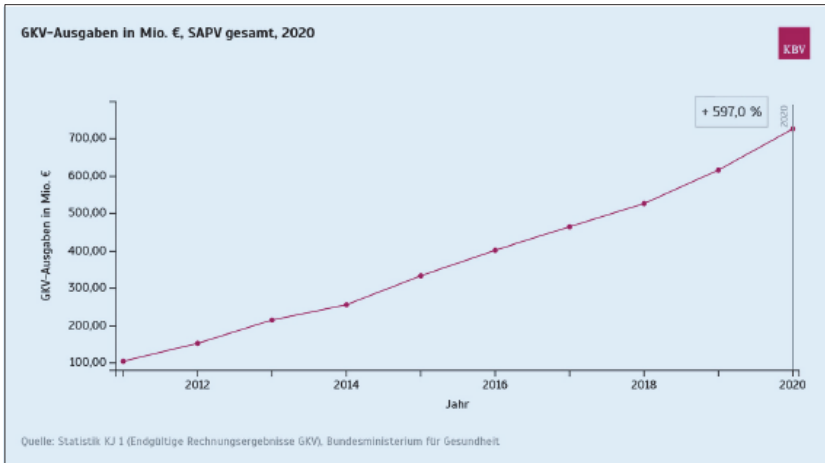
SAPV는 일반 외래 완화의료(AAPV)를 보완하는 상위 단계 서비스로, AAPV가 가정의와 기존 간호서비스 중심의 기본 돌봄이라면, SAPV는 하루 24시간 이용 가능한 고도의 전문팀이 환자와 가족을 포괄적으로 지원한다(Appelmann & Hoffmann-Menzel, 2022).

초기에는 성인 환자만을 대상으로 하였으나, 2011년부터 소아·청소년을 위한 전문 외래 완화의료(Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung, SAPPV)로 확대되어, 복합질환을 가진 아동과 가족에게도 동일한 24시간 지원체계를 제공하게 되었다(German National Academy of Sciences Leopoldina & Union of German Academies of Sciences and Humanities, 2015).

2020년 기준, SAPV 재정 규모는 2011년 1억 400만 유로에서 2020년 7억 2,400만 유로로 약 597% 증가하였으며, 2021년 10월 현재 403개의 SAPV 팀이 운영 중이다(Appelmann & Hoffmann-Menzel, 2022). SAPV가 필요한 환자는 전체 완화의료 대상자의 약 10~30% 수준으로 추정된다(Gesell et al., 2023).

모든 시민은 「호스피스 및 완화의료법(Hospiz- und Palliativgesetz, HPG)」에 따라 SAPV 서비스를 받을 권리를 가지며, 이는 일반의에 의해 제공되는 일반 완화의료(AAPV)보다 높은 자격 요건과 다학제 전문팀의 협력적 접근을 특징으로 한다. AAPV와 달리 SAPV는 하루 24시간 이용 가능한 특별히 훈련된 완화치료팀이 치료를 제공하는 반면, AAPV는 가정의와 기존 간호서비스가 제공하는 서비스이므로 일반적으로 건강보험에 대한 추가 비용이 발생하지 않는다(Gesell et al., 2023).

[그림 3-1] 법정 건강보험(GKV)의 전문 외래 완화의료 서비스(SAPV) 연간 지출



출처: “Specialized outpatient palliative care(SAPV): Basics, indications and prescription in clinical practice,” Appelman & Hoffmann-Menzel, 2022.

바. 가정

독일에서는 가정에서도 완화의료 서비스가 제공될 수 있으며, 이러한 지역 기반 돌봄은 의사와 요양기관 간의 긴밀한 협력을 통해 이루어진다. 2018년 말 기준으로, 의사와 요양시설 간 체결된 협력 계약은 약 22,000

건에 달한다. 또한 사회법 제5권(SGB V) 제37장은 특별한 의료적 노력(Spezialisierte Leistungen)에 대한 수가 보상을 규정하고 있으며, 이에 따라 2016년부터 EBM(Einheitlicher Bewertungsmaßstab, 통일수가 체계) 내에 관련 항목이 포함되었다. 이에는 재택 간호 및 가정 기반 완화의료 서비스 제공을 위한 의사 간·기관 간 협력 및 조정 행위가 수가로 인정되는 여러 세부 항목이 포함되어 있다. 이러한 제도는 가정이나 요양시설에서도 환자가 병원으로 이동하지 않고 필요한 완화의료를 받을 수 있도록 보장하는 구조를 마련한 것이다(김대균 외, 2023, p. 212.).

3. 장기요양보험

장기요양보험은 노인성 질환이나 기능 저하로 인해 일상생활 도움이 필요한 사람들을 대상으로 생애말기케어를 보장하고 있다. 요양등급(Pflegegrad)에 따라 서비스를 제공하고 있으며, 1~5로 분류되는 요양등급(Pflegegrad)에 따라 돌봄 필요 정도를 평가하여 생애말기 환자도 요양등급을 부여받게될 시, 아래와 같은 서비스를 받을 수 있다. 서비스 종류는 크게 4가지로 첫째 재가 돌봄(Pflegesachleistung)으로 가정방문 요양사에 의한 돌봄서비스 제공, 둘째 현금급여(Pflegegeld)로 가족이 돌보는 경우 현금 지원, 셋째 시설요양(Pflegeheim)은 요양시설 입소 시 비용 지원, 넷째 단기요양(Kurzzeitpflege) 및 야간요양/Nachtpflege 등이 있다(BMG, 2025. 7. 22.).

장기요양보험은 의료적 조치보다는 생활 중심의 돌봄 제공에 중점을 두며, 건강보험의 완화의료 서비스와 병행 사용 가능하다. 사망 직전의 ‘급성기’보다는 점진적인 기능 저하기에 집중하여 돌봄서비스를 제공하고 있다. 노인장기요양기관은 ‘사망자와 그 가족 지원’ 관련 서비스의

질7)을 포함하여 평가를 받고 있다(김대균 외, 2023, p. 113.).

일반적으로 생애 마지막을 요양원에서 지내지만 사망하기 마지막 달에 요양원 입소자의 약 50%가 병원에 입원하고 있다. 이러한 입원의 대부분은 피할 수 있으며 이를 위해 사전돌봄계획(ACP/AD)의 중요성이 강조되고 있다(Bauer et al., 2024).

요양시설에서 호스피스 및 완화의료 치료 제공과 함께 생애말기(EOL)를 개선하기 위한 잠재적인 전략으로 사전돌봄계획(ACP)을 구현하고자 2000년대 초반에 일부 지역에서 시범사업으로 ACP를 시험하고 평가하였다. 시범사업의 긍정적 평가를 근거로 2015년 사회법 제5권 132g “인생의 마지막 단계를 위한 의료계획(§132g, SGB V)”이 통과되었다. 이에 따라 장애인 시설과 입원형 요양시설 입소자에게 건강보험으로 ACP 서비스를 제공하는 것으로 재정이 지원되었다. 2018년 이후 시행⁸⁾되었으나 현재 요양시설과 호스피스 및 완화의료 치료 서비스 제공자 간의 협력 범위는 불분명한 상황이다(von Saß et al., 2025).

사회법 제5권(SGB V) 제132g조에 따라, 요양시설은 법정 건강보험에 가입한 사람들에게 인생의 마지막 단계에서 개별적이고 포괄적인 의료, 간호, 심리, 사회, 목회적 돌봄을 위한 케어플랜을 제공할 수 있다. 의사는 환자의 상담 참여에 대한 추가 정액 요금으로 GOP 37400을 청구할 수 있다(§132g, SGB V).

7) 관련 핵심조사문항에는 ① 사망자와 그 가족 지원을 위한 서면 규정이 있습니까?, ② 외부 시설과의 협력을 위한 규정과 이러한 시설의 명시된 연락 담당자가 있습니까?, ③ 사망자와 그 가족의 건강상태의 위기 및 사망 시 요구 사항이 기록되어 있습니까?, ④ 환자의 의사표명서 또는 사전의료의향서가 직원들에게 알려져 있고, 필요한 상황에서 적용 가능 여부에 대해서 규정되어 있습니까?, ⑤ 가족들의 요구에 따라 노인의 사망 시 가족들에 대한 직접적인 정보 제공이 가능하도록 규정되어 있습니까? 등이 포함되어 있음(김대균 외, 2023, p.113.).

8) 승인을 받으려면 요양시설은 내외부 완화의료 제공자와 협업을 포함하여 완화치료 개념을 개발하고 자격을 갖춘 ACP facilitator를 임명하여 입소자와 의료 및 간호 치료 선호도에 대한 상담을 진행해야 함. 건강보험에서 이 비용을 상환하며 입소자 100명당 정규직 facilitator의 0.25에 해당하는 비용을 보장함(von Saß et al., 2025).

Herbst et al.(2020)에 따르면, 요양시설에서 사망하는 비율은 2007년 15.3%에서 2020년 27.1%로 증가한 것으로 나타났다. 또한 Walther et al.(2022)은 요양시설 입소자의 3분의 1 이상이 입소 후 1년 이내에 사망한다고 보고하였다. 이러한 결과는 요양시설이 점차 생애 말기 돌봄(end-of-life care)의 주요 장소로 자리 잡고 있음을 보여준다. 최근 Berloge et al.(2024)에서도 유사한 경향이 확인되었으며, 요양시설 내 사망자 증가가 고령화 및 의료적 돌봄 수요의 변화와 밀접하게 연관되어 있다고 분석하였다.

독일에서는 요양시설에 거주하는 환자가 생애 말기 돌봄이 필요할 때, 대부분 요양시설 안에서 완화의료 서비스를 받는다. 기본적으로 일반의가 일상 진료의 연장선에서 완화의료를 제공하고, 증상이 복잡하거나 조절이 어려운 경우에는 전문 외래 완화의료팀이 요양시설로 직접 찾아가 다학제적 지원을 제공한다. 따라서 요양시설 거주 환자가 입원형 호스피스(별도의 독립된 시설)로 옮겨지는 일은 매우 드물다. 이는 요양시설과 SAPV 팀이 대부분의 완화치료를 현장에서 제공할 수 있기 때문에, 입원형 호스피스로의 전원은 일반의와 SAPV 팀이 더 이상 충분한 돌봄을 제공하기 어려운 예외적인 경우로만 이루어진다(Parker-Oliver & Bickel, 2002).

제2절 일본⁹⁾

1. 법적 근거

일본에서는 호스피스·완화医료를 다루는 독립적인 단일 법률은 존재하지 않는다. 대신 여러 법률 조항 속에 관련 규정이 흩어져 있으며, 그중에서도 특히 「암관리법」이 핵심적 근거로 작용하고 있다. 암관리법(2006년 제정, 2007년 시행)은 의료기관 기반의 완화의료 제공체계를 정립시키는 기반이 되었다. 1984년부터 제1기 암관리전략을 수립하였으며, 1989년 일본의 Hospice Palliative Care 기준을 제정하였고, 1990년도에 말기암과 AIDS를 대상으로 완화의료 병동 수가를 급여하기 시작하였다. ‘제1차 암대책 추진 기본계획’을 수립하여 완화의료의 대상을 치료의 초기 단계부터 적용하고 모든 암 진료 의사에게 완화의료 기본 연수를 실시하도록 하였다. 암환자와 가족이 거주지에서 필요한 지원을 받으며 존엄하게 살아갈 수 있는 지역 공생 사회 실현으로 삶의 질 향상을 도모하는 제4기 암대책추진기본계획(2023)을 수립하였다(김대균 외, 2023). 일본은 ‘암대책추진기본계획’을 기반으로 암 예방 및 조기검진을 강화하며, 과학적 근거 마련을 위한 연구 지원을 명시하는 동시에, 구체적인 예방 목표도 설정하고 있다.

한편, 일본에서 ‘End-of-Life Care(EOLC)’라는 개념이 정책적으로 명확히 등장한 것은 2012년 「사회보장제도개혁추진법」 제정 때문이다(Kabumoto, 2020). 이 법에서는 의료보험제도 개혁의 주요 방향 중 하나로 EOLC를 명시하였으며, 이를 통해 생애말기 돌봄을 의료제도 내에서 제도적으로 다루기 시작했다. 이어서 2013년 「사회보장제도개혁 국

9) Kabumoto(2020)를 참고하여 작성함.

민회의 보고서」에서는 의료제공체계와 지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)의 구축에 있어, “개인의 존엄이 존중되고, 환자의 의사가 반영되며, 인생의 최종 단계를 평온하게 보낼 수 있는 환경을 정비한다”는 방향이 제시되었다(Kabumoto, 2020). 또한 2016년 「경제재정운영과 개혁의 기본방침」(骨太の方針)에서는 ① 지역포괄케어시스템의 체계 정비 추진, ② 환자 본인의 의사결정을 기본으로 하는 인생의 최종 단계의 의료 추진(Advance Care Planning, ACP), ③ 자택에서 이루어지는 임종돌봄의 우수사례 보급 등이 구체적인 실행 과제로 포함되었다. 이러한 정책적 흐름은 일본에서 ‘의료 중심의 생애말기 관리’에서 ‘환자 중심의 사전돌봄계획(ACP)’과 지역사회 기반 돌봄으로의 전환을 이끄는 계기가 되었다(Kabumoto, 2020).

건강보험법은 완화의료서비스의 실질적 보장을 위한 급여체계를 구현하고 있다. 건강보험에 완화케어 병동의 시설 요건과 인력 배치 기준이 마련되어 있으며, 관련 전문 협회 차원에서도 자체적인 호스피스·완화의료 프로그램 기준을 설정하고 있다. 일본은 국가 차원의 종합적 암 대책을 추진하는 과정에서, 암 환자와 가족의 신체적·정신적 고통을 줄이고 삶의 질을 향상하는 것을 핵심 과제로 삼았다. 이를 위해 암 관리 정책 내에 완화 케어를 명시하고 있으며, 주요 내용으로는 완화 케어 전문 인력의 양성, 암 진단 초기부터의 완화케어 제공, 재택 기반 완화 케어 체계의 확충 등이 포함된다(오주연 외, 2020). 2006년 가정형 수가를 도입하여 개호보험과 연계하였다.

일본은 연명의료결정에 대해 실정법을 갖추기보다, 후생노동성(2018)이 발표한 가이드라인을 통해 ‘인생의 최종단계에 대한 의료개호’의 기본 방침, 방법, 순서 등을 운영하고 있다. 가이드라인은 개호 종사자가 의료진에 포함된다는 사실을 명시하고 사전돌봄계획(Advance Care Plan,

ACP) 수립의 중요성을 강조하고 있다. 환자, 가족, 의료인이 상담을 통해 합의 형성을 위한 인생의 마지막 단계에서 환자의 가치관과 의향, 목표를 충분히 논의하고, 본인의 의사결정을 기본으로 하여 다학제 의료·개호팀으로서 방침을 결정하게 된다. 의료기관 외에 집, 개호보험시설에서도 가이드라인을 적용하여 임종 돌봄 제공이 가능하다(후생노동성, 2018).

2. 건강보험 호스피스·완화의료 서비스

1990년 완화의료병동에 대한 완화케어병동입원료를 신설하면서 본격적으로 건강보험에서 제도화하기 시작하였다. 2002년 완화의료팀 자문수가(진료가산제)가 개발되었고 재가 암환자 방문서비스 수가가 개발되고 완화의료 전문의 과정이 개설되었다. 2008년 호스피스·완화의료에 대한 WHO의 권고안을 수용하였고 2010년 외래 완화의료 관리 수가를 개발하였다. 2012년 완화의료 수가체계를 대폭 개선하며 재가 방문간호 수가를 개발하였다(윤해창 외, 2018).

일본은 1992년 의료법 개정 이후 재택의료가 입원, 외래에 이어 제3의 의료로 자리매김하게 되었다(오영인 외, 2019, p. 14). 건강보험법에 근거하는 일반진료소(의원 해당)와 병원이라면 재택의료를 제공할 수 있으며, 왕진과 방문진료로 구분하여 의료보험 진료수가 산정방법을 달리하고 있다(오영인 외, 2019, pp. 19-32).

가. 입원 완화케어

입원 환경에서 이용 가능한 완화의료서비스는 완화케어병동과 일반병동에서 완화케어팀 등 두 가지이다. 첫째, 완화케어병동은 주로 암환자와

후천성면역결핍증후군 환자 대상으로 제공하고 있다. 완화케어병동의 입원료는 과거에는 1일당 정액 수가를 적용하되, 입원 기간에 따라 차등을 두는 방식으로 운영되었으나 2018년 진료보수 개정에서는 대기 환자 해소와 재택의료와의 연계 강화를 목표로, 병동 운영 성과를 반영하여 입원료를 ‘완화케어병동 입원료 1’과 ‘입원료 2’로 구분¹⁰⁾하는 제도 개편이 이루어졌다.

〈표 3-2〉 일본 완화케어병동 입원료

기간	완화 케어 병동 입원료 1	완화 케어 병동 입원료 2
30일 이내의 기간	5,135점	4,897점
31일 이상 60일 이내의 기간	4,582점	4,427점
61일 이상의 기간	3,373점	3,321점

출처: “別表第一 医科診療報酬点数表 [별표 제1 의과 진료 보수 점수표],” 厚生労働省 [후생노동성], 2024.

둘째, 완화케어팀(Palliative Care Team)에 의한 서비스는 일반 병동에 입원한 악성종양, 후천성면역결핍증(AIDS), 말기 심부전 등의 환자를 대상으로 한다. 이들 환자 중 통증, 권태감, 호흡곤란 등 신체적 증상이나 정신적 고통을 호소하는 경우, 병동 내에서 증상 완화에 특화된 다학제적 완화케어팀이 진료를 수행한다.

나. 외래 완화케어

완화의료 외래 이용은 외래완화케어관리료¹¹⁾라는 수가를 적용하고 있

10) 입원료 1을 산정할 수 있는 조건은 ▲ 최근 1년간 평균 재원일수가 30일 미만인면서 평균 대기일수가 14일 미만일 경우, 또는 ▲ 동일기간 동안 자택이나 시설 등 의료기관 외의 장소로의 재택 복귀율이 15% 이상일 경우로 규정됨. 이 개편에 따라 감산 없는 기준 입원기간 내에서는 입원료 1의 수가가 종전(4,926점) 대비 125점 인상되었으며, 반대로 입원료 2는 100점 감액됨(오주연 외, 2020)

다. 외래완화케어관리료에 대해서는 의사가 암성 통증의 증상 완화를 목적으로 마약을 투약하고 있는 환자 중, 입원 중이 아닌 악성 종양, 후천성 면역결핍증, 말기 신부전 환자로서 통증, 권태감, 호흡곤란 등의 신체적 증상이나 불안, 우울 등의 정신적 증상을 앓는 경우, 환자의 동의를 바탕으로 증상 완화에 특화된 완화케어팀¹²⁾이 진료를 수행했을 때 산정할 수 있다(오주연 외, 2020).

다. 재택완화케어

2006년 재택 의료를 중점으로 담당하는 의료기관인 ‘재택요양지원진료소’, ‘재택요양지원병원(이하 재지진·재지병)’이 처음 지정된 이후 2010년 통원이 어려운 말기 암환자를 대상으로 관리계획을 통해 왕진 및 방문간호를 제공할 수 있도록 하였다. 이후 2012년 기존 재지진·재지병의 시설기준에 상근의사, 긴급왕진, 미토리(看取り, 임종 돌봄) 등의 요건을 추가한 ‘기능강화형 재지진·재지병’을 신설하여 재택에서의 임종간호 제공에 초점을 둔 시설을 확대하고 있다(오주연 외, 2020, p. 10).

생애말기에서 재택의료를 제공하는 상황을 살펴보면 다음과 같다. 재가에서 생애말기 지원을 위해 터미널케어가산을 지급하고 있다. 2024년 6월 최근 진료보수 개정에서는 의료와 개호연계를 위한 지역포괄케어시스템 관련 수가 개정이 이루어졌다. 호스피스를 포함한 생애말기와 관련하여 재택터미널케어가산, 퇴원 시 공공지도를 실시하면서 왕진을 수행한 경우 왕진료 생애말기지원 가산 3,000점을 부여한다(최재우 외, 2024).

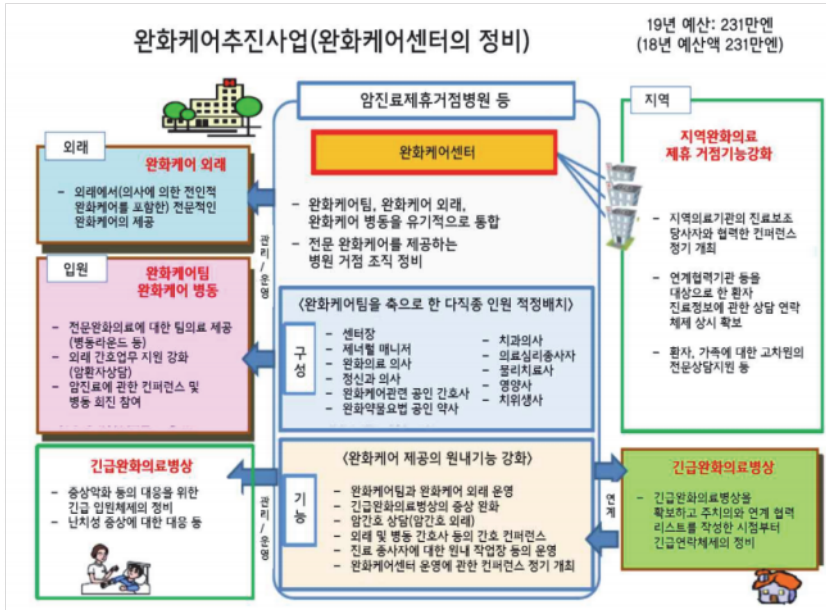
11) B001-24 외래완화케어 관리료 290점(후생노동성, 2024)

12) 1일당 산정 환자수는 1팀당 대략 30명 이내로 함(후생노동성, 2024).

라. 암진료제휴거점병원 및 지역완화케어연계조정

‘암진료제휴거점병원(이하 거점병원)’은 전문적인 암 진료 제공, 지역 암 진료의 연계 협력 체제 구축, 환자·주민에 대한 상담지원 및 정보제공 등의 역할을 담당하는 병원으로 후생노동성의 승인을 거쳐 지정되고 있으며 모든 거점병원은 완화케어팀(PCT)을 의무적으로 배치해야 하며 의사를 포함한 진료종사자들의 완화케어 관련 교육 이수가 필수요건으로 규정되어 있어 지역 내 양질의 완화케어 제공을 위한 가교 역할을 하고 있다 (오주연 외, 2020, pp. 9-10).

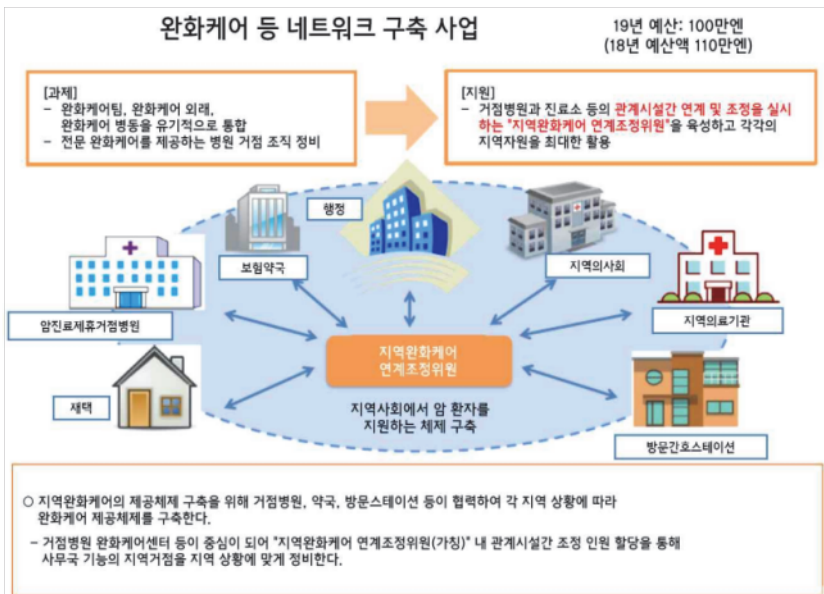
[그림 3-2] 완화케어추진사업(완화케어센터의 정비) 개요



출처: “資料2 緩和ケアの提供体制 [자료2 완화케어의 제공체제],” 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 [후생노동성 건강국 암·질병대비과], 2019. 7. 31., p. 19, “호스피스·완화의료서비스 제도 개선 방안 연구-유형간 연계 강화 및 환자중심의 통합적 이용활성화 방안을 중심으로,” 오주연 외, 2020, p. 19에서 재인용

지역 자원(지역의료기관, 의사회, 방문간호스테이션 등)과의 연계 거점 기능이 미비한 문제를 해결하기 위해, 관계 시설 간 연계 및 조정을 실시하는 ‘지역 완화 케어 연계 조정위원(가칭)’을 양성하여 지역 상황에 따른 서비스 제공을 위한 네트워크 구축 사업도 함께 논의하고 있다(오주연 외, 2020, p. 19). 이러한 네트워크 구축 사업에는 다양한 구성원이 필요하고, 지역의사회, 지역 의료기관을 포함하기 때문에 소수의 전문가에 대한 집중 교육뿐 아니라 호스피스에 관여하는 모든 의료진에게 기본 교육이 요구된다.

[그림 3-3] 지역완화케어연계조정위원의 제공체계



출처: “資料2 緩和ケアの提供体制 [자료2 완화케어의 제공체계],” 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 [후생노동성 건강국 암·질병대비과], 2019. 7. 31., p. 22, “호스피스·완화의료서비스 제도 개선 방안 연구-유형간 연계 강화 및 환자중심의 통합적 이용활성화 방안을 중심으로,” 오주연 외, 2020, p. 20에서 재인용

3. 개호보험

개호보험제도에서는 재가에서 임종을 지원하는 생애말기지원과 관련한 가산제도를 운영하고 있다. 2024년 개호보험제도 개정에서 방문형 개호 서비스에서 생애 말기를 지원하는 경우 가산을 지급하는 내용을 포함하고 있으며, ‘방문간호 등의 터미널케어가산 개선’, ‘단기보호 생애말기지원 실시 인정’, ‘거택개호지원사업소의 터미널케어매니지먼트 가산 개선’을 골자로 한다. 개호노인복지시설의 경우 간호·개호 가산을 통해 시설 내 임종 돌봄(미토리)을 지원한다(최재우 외, 2024, pp. 71-73).

간호·개호 가산을 위한 세부 산정 요건은 다음과 같다(Tsukui-Staff, 2024. 11. 25.).

- 상근 간호사 1명 이상, 의료기관·방문간호스테이션과의 24시간 연락체계 확보
- 터미널 케어에 관한 지침을 정해, 입소 시의 입소자 및 가족에게 설명과 동의를 얻음
- 의사, 간호직원, 개호직원, 관리영양사, 개호지원전문원 등 협의에 의해 적절히 터미널 케어에 대응
- 터미널 케어에 관해 직원에게 연수 실시
- 터미널 케어 시 개인실·정양(靜養)실 이용이 가능하도록 배려

방문진료의 경우, 개호노인복지시설에서 사망한 환자에 대하여 사망일 이전 14일 이내에 2회 이상 방문진료 실시 경우, 진료소 유형에 따라 3,500~6,500점 가산, 사망 진단 200점 가산을 부여한다(최재우 외, 2024, p. 71).

개호보험 시설¹³⁾에서 수급자는 인생 마지막 시기까지 시설에서 지내는 경우가 많아서 적극적으로 생애말기 돌봄 서비스를 제공하는 시설이 증가하고 있으나 일부 시설에서는 임종이 임박하면 이용자를 의료기관으로 이송하고 있다. 이에 대해서 적극적으로 돌봄 서비스와 관련된 수가 항목을 신설하여 적용하고 있다(Kabumoto, 2020).

개호보험에서 임종돌봄이나 의료의존도가 높은 대상자에게 서비스를 제공하기 위해 ‘임종돌봄 간호가산’, ‘터미널케어 가산’, ‘의료연계 가산’을 적용하고 있으며, 특별양호노인홈에서는 ‘임종돌봄 간호가산’, 노인보건시설에서는 ‘터미널케어 가산’이 적용되는데 가산금액은 ‘사망 당일 30일 전부터 4일 전’, ‘사망 당일 전전일, 전일’, ‘사망 당일’로 분류된다(Kabumoto, 2020).

〈표 3-3〉 개호보험 특별양호노인홈 내에서 생애말기돌봄 관련 수가

구분	내용
임종돌봄가산	- 의료제공 체제를 정비하고 시설 내에서 실제 임종까지 돌봄을 하는 경우 ‘임종돌봄 간호가산(II)’을 적용하여 수가를 차등화 - 복수의 의사 배치 등 체제를 잘 정비한 특별양호노인홈에 대해서는 ‘배치 의사 긴급 시 대응가산’이 신설
재택환자방문진료비	- 의료기관이 특별양호노인홈에 방문진료를 실시할 경우 산정요건은 해당 환자가 말기암환자일 경우, 해당 환자를 특별양호노인홈에서 임종까지 돌봄 경우임. 단, 이때 특별양호노인홈은 임종돌봄 간호가산의 시설기준에 적합한 시설이어야 함.
방문간호 터미널케어 요양	- 특별양호노인홈 등에 입소한 말기암환자를 대상으로 방문간호를 실시

출처: “일본 고령자를 위한 End of Life Care 정책,” Kabumoto, 2020, 임상노인의학회지, p. 75를 참고하여 작성함.

13) 개호노인복지시설(특별양호노인홈), 개호노인보건시설(노인보건시설), 개호요양형 의료시설, 개호의료원

제3절 대만

1. 법적 근거

대만은 1999년 호스피스·완화의료 병동 및 가정간호 표준운영지침을 제정하고, 2000년 안령완화의료조례 발표에 따라 심폐소생술 금지에 대한 서명을 허용하였으며, 자연사법을 제정하였다.

2000년 제정된 “자연사법(Natural Death Act)” 통과로 임종 치료의 질 향상에 기여해 왔다. 이 법은 환자가 의료진에게 소생술(DNR)을 거부하고 임종 시 다른 무의미한 치료를 거부할 권리를 보장함으로써 완화의료의 중요성을 정책적으로 반영했다. 2015년 대만은 “환자자율권법(Patient Autonomy Act)”이라는 법안을 통과시켰으며, 2018년부터 시행되었다. 이는 말기 암 환자뿐만 아니라 돌이킬 수 없는 혼수상태, 식물인간, 말기 치매 환자, 난치성 증상과 고통을 겪고 있는 환자에게도 적용된다. 모든 환자에게 사전의료지시서 및 사전돌봄계획 상담을 권장하는 내용을 담고 있다(Cheng et al., 2016).

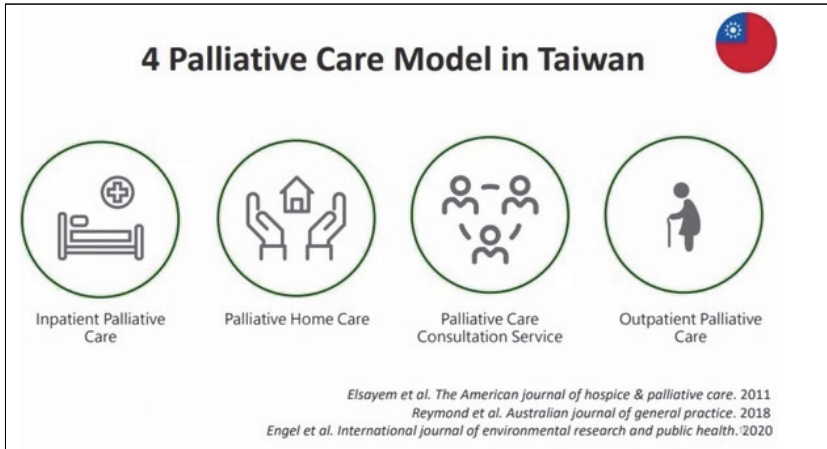
2003년 암관리법(Cancer Control Act)이 제정되면서, 암 치료법의 하나로 호스피스를 명시하였다. 2004년 입원형 및 가정형 호스피스 대상 질환을 말기 암뿐만 아니라 진행형 암에 대해서 지원하기 시작하였으며 자문형 호스피스에 대하여 보건복지부 산하 건강증진청에서 보조금을 지급하기 시작하였다. 2009년 건강보험에서 비암 환자 대상으로도 호스피스·완화疫료를 보장하기 시작하였으며, 2014년 지역사회 기반 호스피스 서비스 제공도 시작하였다(이건세 외, 2008; 신지영 외, 2024; 오주연 외, 2020).

2. 건강보험 호스피스·완화의료 서비스

2000년 5월, 안녕완화의료조례(the Hospice Palliative Act)가 제정되면서 말기 환자의 의료, 돌봄 선택권 존중, 연명의료 거부가 가능해지면서 호스피스·완화의료는 제도적으로 발전하기 시작하였다.

1995년 건강보험 도입 당시에는 완화의료 서비스를 포함하지 않았지만, 2000년 입원형 호스피스 급여화 이후 2003년 호스피스 공동케어(shared care), 가정형 호스피스에 대해 단계적으로 급여를 확대했다. 국민건강보험에서는 호스피스·완화의료 수요에 대응하는 전통적 틀은 입원형(Inpatient Palliative Care), 외래형(Outpatient Palliative Care) 재택형(Palliative Home Care), 자문형(Palliative Care Consultation Service)의 4가지 유형으로 구분된다.

[그림 3-4] 대만의 완화의료 모델



출처: “집에서 생을 마무리한다는 것: 대만 가정형 완화의료의 경험,” Chu, 2025, 서울대학교병원 완화의료.임상윤리센터/공공진료센터 합동 심포지엄, p. 11.

2010년 이후 고령화의 가속화와 의료비 증가에 대응하여, 병원 중심 완화의료의 한계가 부각되면서 지역사회 기반 호스피스 케어(Community Hospice Care)의 필요성이 본격적으로 논의되기 시작하였다(Hospice Foundation of Taiwan, 2014; 國衛院, 2019. 9.).

대만의 호스피스·완화의료 법적 대상자는 「Hospice Palliative Care Act」에 따라 말기 환자로 명시되어 있으나, 실제 국민건강보험(NHI) 보장 질환 범위는 점차 확대되어왔다. 초기에는 암 환자에 한정되었으나, 이후 심부전·만성폐질환·신부전·간경변·치매 등 8대 장기부전 질환군으로 확장되었다(ehospice, 2015. 5. 19.). 최근에는 노년기 노쇠(frailty)를 말기 돌봄의 범위에 포함하면서(Chu, 2025), 2023년 기준으로 암 외에도 13개 주요 질환군이 호스피스·완화의료 급여 대상에 포함되어 있다(Ministry of Health and Welfare, Taiwan, 2023). 또한 2017년 이후에는 「장기요양계획 2.0(Long-Term Care Plan 2.0)」의 시행과 함께, 가정의학 기반 통합의료(Integrated Home Care)가 결합되면서 완화의료는 단일 서비스가 아니라 “병원-가정-지역사회-ICT 네트워크”가 연속적으로 통합되는 통합돌봄체계에서 발전되고 있다. 이른바 3대 통합축(Three Axes of Integration)은 ① 의료 중심 통합(Integrated Home-based Medical Care), ② 돌봄 중심 통합(Home/Community-based Integrated Care), ③ 기술 중심 통합(Hospital-at-Home, HaH)으로 구성되어 있으며, 대만은 이러한 체계를 통해 병원-가정-지역사회가 유기적으로 연결된 완화의료 연속체(continuum of palliative care)를 구축한 대표적 국가로 평가된다(Hospice Foundation of Taiwan, 2023).

가. 의료 중심 통합(Integrated Home-based Medical Care)

대만의 국민건강보험(National Health Insurance, NHI)은 1995년 출범 이후, 거동이 불편한 환자를 위한 기본 재택서비스, 만성 정신질환자 재택서비스, 인공호흡기 의존환자 재택서비스, 완화의료 서비스 등 총 7가지 유형의 재택의료를 제공해 왔다. 그러나 서비스가 개별적으로 운영되면서 환자의 복합적 욕구를 충분히 반영하지 못하고, 관리체계가 분절되어 있다는 한계가 지속적으로 제기되었다.

이러한 문제를 개선하기 위해 2016년 2월 국민건강보험국(NHIA)은 기존 재택서비스를 통합·개선한 「통합 홈 헬스케어 프로그램(Home Healthcare Integrated Program)」을 도입하였다. 이 프로그램은 기존의 일반 재택서비스, 호흡기 재택서비스, 호스피스, 간병서비스 등 네 가지를 하나의 관리체계로 통합하여, 다양한 환자의 건강관리 요구에 맞춤형으로 대응할 수 있도록 설계된 제도적 기반이다.

또한 대만 정부는 2012년 12월 ‘완화의료 가정상담비용(Hospice Home Consultation Fee)’을 신설하여 병원 외 완화의료 서비스의 재정적 기반을 마련하였고, 2014년 1월에는 ‘지역호스피스케어(Community Hospice Care)’ 지불 표준을 추가하여 지역 의료기관의 참여를 촉진하였다. 이러한 기반 위에서, NHI는 지역사회 내 완화의료 서비스를 강화하기 위해 통합 재택의료팀(Home-based Integrated Care Team)과 가정의학과 기반 진료체계의 연계를 지속적으로 추진하였다. 이 프로그램은 말기 환자가 병원이 아닌 자택과 지역사회에서 존엄한 삶을 영위할 수 있도록 지원하며, 지역병원 및 의원의 참여를 유도하기 위해 인센티브 제도 등을 병행하였다(Ministry of Health and Welfare, Taiwan, 2021; Chu & Lin, 2020).

이러한 의료 중심 통합체계의 강화 결과, 2019년 NHI의 완화적 재택 서비스 이용자는 12,748명으로 전년 대비 6% 증가, 2020년 상반기에는 8,363명이 이용하여 전년 동기 대비 10% 증가하였다(Ministry of Health and Welfare, Taiwan, 2021). 이는 병원 중심 치료가 점차 가정·지역사회 기반의 통합 돌봄체계로 이행되고 있음을 보여준다.

이 가정방문형 종합의료서비스(Home-visit Integrated Medical Service)는 환자의 의학적 중증도와 돌봄 필요도에 따라 세 단계(S1~S3)로 구분되고, 서비스를 제공하는 의료기관은 기능 수준에 따라 갑형(Type A: 대형병원 중심)과 을형(Type B: 의원·지역병원 중심)으로 구분된다. 갑형 의료기관은 주로 S3 고중증 환자를 중심으로 모든 등급의 환자를 포괄 관리하며, 을형 기관은 S1~S2 환자를 중심으로 관리하되, 필요시 갑형 기관과 협력하여 완화의료 협력형(co-managed) 서비스를 수행한다. 이 체계는 환자 상태 변화에 따른 의료 연속성(continuity of care)을 보장하고, 병원과 지역의료기관 간 통합적 완화의료 전달체계를 확립하는 기반이 되고 있다.

〈표 3-4〉 대만의 가정방문형 종합의료서비스 구분

구분	환자상태			비고
	S1	S2	S3	
	안정적 만성질환자	기능 저하 복합질환자	중증말기 호스피스 대상자	
제공 기관	Type A			전체 포괄
	Type B			S1~S2, 일부 S3(완화의료 협력형)

주: 환자상태는 의료 필요도와 중증도로 구분, 제공기관은 제공 역량 및 자원수준에 따른 구분. 갑형 의료기관은 고중증 환자 관리 후 연속적 후속관리나 접근성 취약지역 등에서 전체 관리를 할 수 있음.
출처: "NHI Provides Continuous Enhanced Home Care Services for Patients with Reduced Mobility," NHIA, 2016, Taipei: Ministry of Health and Welfare; "Building an Integrated Home-Based Medical Care Service Across the Whole Life Course in Taiwan," Shih, 2021, International Journal of Integrated Care, 21(S1); "Impact of the Home-Based Medical Integrated Program on Health Outcomes and Medical Resource Utilization in Home Healthcare Patients in Taiwan," Ho et al., 2024, Clinical Interventions in Aging, 종합하여 저자 작성

나. 돌봄 중심 통합: 재가의료돌봄 통합

2016년 5월 차이잉윈(蔡英文) 정부 출범 이후, 「장기요양 2.0(LTC 2.0)」 정책과 국민건강보험(NHI)의 재가의료(Home Medical Care) 제도를 결합한 「재가의료돌봄 통합(Integrated Home-Based Medical Care, IHMC)」 정책을 본격적으로 추진하였다(NHIA, 2016; Shih, 2021).

이 정책은 고령자, 거동이 불편한 만성질환자, 생애말기 환자를 대상으로, 병원 중심의 진료체계를 가정 기반의 통합의료·돌봄 체계로 전환하는 것을 목표로 하고 있다. 기존에는 호흡기 의존환자 재가돌봄, 일반 재가돌봄, 호스피스 재가돌봄이 각각 별도로 운영되었으나, IHMC 정책 시행 이후에는 환자의 건강상태와 돌봄 필요도에 따라 3단계(S1-S3)로 재구분되어, 의료와 돌봄서비스가 연속적이고 통합적으로 제공되었다(Shih, 2021). 2019년 6월부터는 서비스 제공 범위가 확대되어, 기존의 의사·간호사 외에 치과의사, 한의사, 약사 등이 참여하는 다학제 팀 구성이 가능해졌으며, 주치의의 관리·코디네이션 기능이 강화되었다(Ministry of Health and Welfare, Taiwan, 2021, p. 55). 2023년 기준 3,315개 의료기관을 포함해 226개 다학제 팀을 구성하여 약 8만 8,000명에게 가정방문형 통합의료서비스를 제공함으로써(Ministry of Health and Welfare, Taiwan, 2024, p. 109), 의료자원의 효율적 배분과 돌봄의 연속성(continuity of care) 확보에 기여하였다.

다. 기술 중심 통합: HaH(Hospital at Home)

대만의 Hospital-at-Home(HaH) 모델은 단순한 원격진료를 넘어 병원의 기능 일부를 가정으로 확장하여, 환자의 삶의 질을 유지하면서 의료

체계의 효율성을 높이는 것을 목표로 한 기술 기반 통합(Technology-based Integration) 모델이다.

HaH는 사전돌봄계획(ACP), 감염관리, 신속대응팀(Rapid Response Team), 사물인터넷(IoT) 기반 생체정보 관리 등 다양한 기술과 제도가 융합된 형태로 발전하였다. 환자는 스마트 원격 모니터링 시스템을 통해 생체신호(혈압, 산소포화도, 심전도 등)를 실시간으로 전송하고, 필요시 의사가 직접 방문하여 초음파·ECG·혈액검사 등 병원급 진료를 제공한다. 완화의료팀은 수시로 방문하며, 24시간 긴급 대응 체계가 구축되어 응급상황에 즉시 대응할 수 있다(Chu, 2025). 이러한 HaH 시스템은 병원의 진료기능을 기술적으로 지역사회로 확장함으로써, 의료의 공간적 경계를 허물고 환자의 의사결정과 자율성을 실질적으로 존중하는 기반을 마련하였다. 특히 완화의료 영역에서 그 효과가 두드러져, 말기 환자의 증상관리와 돌봄이 의료기관 중심에서 가정·지역사회 중심으로 전환되는 계기가 되고 있다.

3. 장기요양계획(Long-Term Care Plan)¹⁴⁾

대만은 장기요양제도 도입 단계에서 보험방식 운영을 논의하였으나 최종적으로 조세재원 기반의 공공제도 형태로 장기요양서비스법(long term care service act)을 제정하여 시행하였다. 2007년부터 2016년까지 ‘장기요양계획(Long-Term Care) 1.0’을 수립하여 노인 및 장애인을 위한 다양한 장기요양서비스를 시범적으로 제공하였으나, 예산 부족과 서비스 대상의 제한으로 40~60세의 장기요양이 필요한 중장년층은 대

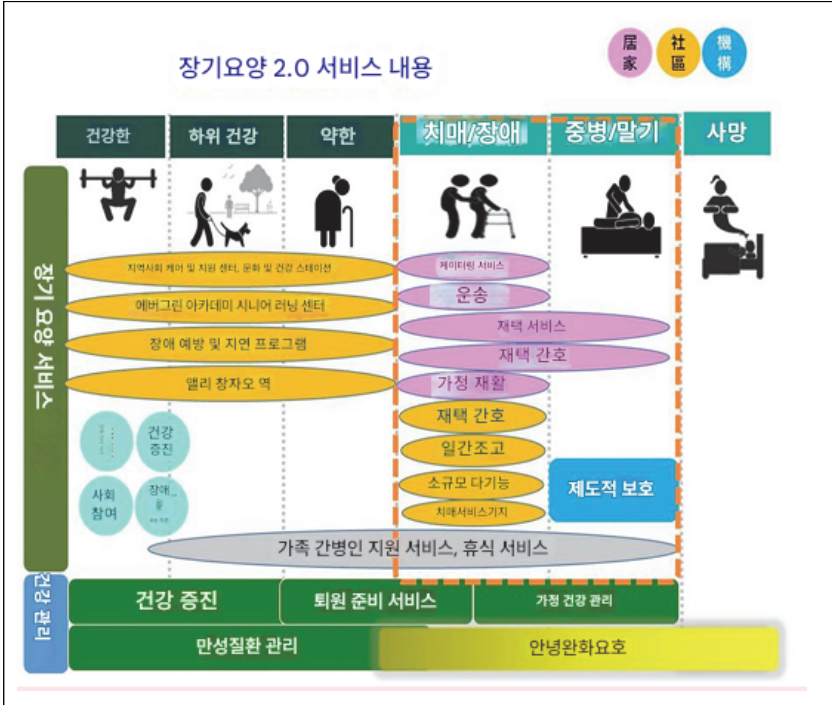
14) Hospice Foundation of Taiwan. (2019. 4.). The integration of long-term care, home care, and palliative care in Taiwan. Taipei: Hospice Foundation of Taiwan. <https://www.hospice.org.tw/content/1451> 내용을 발췌하여 정리함.

부분 서비스에서 제외되었다. LTC 1.0에서는 서비스 대상자를 일상생활 동작(ADL)에 제한이 있는 65세 이상 노인, 기능적 장애가 있는 산간지역 원주민, 50세 이상 심신장애자, 도구적일상생활동작(IADL)에 제한이 있는 65세 이상 독거노인 등으로 한정함으로써, 돌봄 사각지대가 존재했다. 이러한 한계를 보완하고 다원화된 제도를 통합하기 위해, 대만 정부는 2016년 5월에, 2017년부터 2026년까지 시행되는 'LTC(Long-term Care) 2.0' 계획을 수립하고 예방, 재활 치료, 치매 치료, 가족요양서비스 등 새로운 영역을 추가하고, 지역사회 중심의 통합 돌봄체계를 강화하였다. 특히, LTC 2.0은 호스피스완화의료 서비스를 신규 영역으로 포함하여, 퇴원계획, 가정 기반 호스피스 통합을 추진하였다(Ministry of Health and Welfare, Taiwan, 2016).

대만의 완화의료 정책은 환자의 요구를 중심으로 필요한 의료자원을 통합하고, 장기요양(long-term care)과 완화의료(palliative care)를 연계·통합하여 조율된 완화의료 서비스를 제공하는 것을 핵심 방향으로 제시하고 있다. 장기요양 필요의 진단-노쇠-장애-중증 질환-말기-사망의 전 과정에서 지속적 돌봄을 제공하고, 가족과 간병인의 슬픔과 상실까지 돌보는 통합적 케어를 제공하는 완화의료 개념을 장기요양체계 전반에 도입할 필요가 있다고 보고되고 있다(國衛院, 2019. 9.).

향후 추진 중인 「장기요양 3.0(Long-Term Care 3.0)」 계획에서는 생애말기돌봄(end-of-life care)과 지역사회·가정 기반 호스피스·완화의료의 통합을 더욱 강화하고, 환자와 가족이 존엄한 죽음(dignified death)을 맞이할 수 있도록 지원하는 데 중점을 두고 있다. 이를 통해 가정에서 임종호스피스케어를 포함한 지역사회 기반 지원서비스를 확대함으로써, 가족의 돌봄 부담을 완화하고 사회 전체의 장기요양 부담을 경감하는 것을 목표로 하고 있다(Chung et al., 2024).

[그림 3-5] 대만의 완화치료를 위한 통합 장기요양서비스



출처: “台灣安寧緩和療護政策白皮書 [White Paper on Hospice and Palliative Care Policy in Taiwan],” 國衛院, 2019. 9., p. 41. 그림을 저자 재구성.

제4절 소결

1. 주요 동향

한국과 유사한 의료보장체계를 운영하는 일본, 대만, 독일의 호스피스·완화의료 서비스 보장 제도 변화를 살펴보면, 세 나라는 세부 수준과 범위에서는 차이가 있으나, 공통적으로 건강보험과 장기요양제도를 기반으로 거주지 중심의 의료·돌봄 통합체제로 전환을 추진하고 있음을 확인할 수 있다.

이 과정에서 제공되는 호스피스·완화의료 서비스의 수준과 범위는 의료와 돌봄의 통합이 얼마나 진전되었는가에 따라 달라진다. 또한 서비스 대상 질환이 과거 암 중심(cancer-oriented)에서 비암성 중증질환·노쇠(frailty)·치매 등으로 확대되면서, 그 개념은 임종 지원을 포함한 생애말기돌봄(end-of-life care)으로 확장되고 있다. 다만, 이러한 제도적 틀의 존재 여부보다 중요한 것은 실제 서비스 접근성이 얼마나 보장되는냐이며, 이는 각국이 향후 해결해야 할 공통의 정책 과제라 할 수 있다.

한국의 제도 개편 방향을 모색함에 있어 국가별 특징을 살펴보면, 독일은 환자의 필요도와 중증도에 따라 일반-중간-전문 수준으로 구분된 완화의료 전달체계를 구축했다. 일본은 지역 거점 병원을 중심으로 지역 네트워크를 기반으로 한 통합 서비스 제공체계를 운영하고 있으며, 이는 지역 간 의료자원 불균형 문제를 완화하고, 지역 단위에서 통합적 돌봄을 구현하기 위한 전략적 접근으로 평가된다. 마지막으로 대만은 분절되어 있던 개별 사업들을 점진적으로 통합하여 '병원-가정-지역사회'로 이어지는 연속적 완화의료체계를 구축한 사례로, 단계적 통합과정과 정책적 연계 방식을 설계하는 데 있어 유용한 참고 모형이 된다. 특히, 「장기요양 2.0(Long-Term Care 2.0)」 정책 이후 완화의료는 장기요양서비스 내 핵심 영역으로 포함되어 퇴원계획과 가정형 호스피스 통합이 체계적으로

운영되고 있어 말기환자의 재택 사망 및 지역사회 돌봄 활성화를 촉진한 것으로 평가된다.

〈표 3-5〉 호스피스·완화의료 관련 국내외 제도 요약

구분	한국	독일	일본	대만
운영 체계	의료 국민건강보험 돌봄 노인장기요양보험 (2008년)	사회건강보험 장기요양보험(수발 보험)(1995년)	사회건강보험 개호보험 (2000년)	국민건강보험 장기요양서비스법 (2017년)
관련 법 도입	암관리법(2011년)1)을 개정하여 운영. 2018년 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(연명의료결정법) 별도 제정	사회법(SGBV) (1997년) 호스피스·완화의료법 (2016년)	호스피스·완화의료 보험 적용은 1990년대부터, 연명의료 중단은 정부 지침 기반, 1989년(지침), 1990년 대(보험적용), 2007년 (암대책기본법) 시행	2000년 안락완화의료 조례(말기환자 대상 연명의료 중단·유보, 호스피스·완화의료 허용), 환자 자주권리법대(자기결정권 및 연명의료 중단 대상을 확대) 2015년 제정, 2019년 시행
보험 급여	건강보험 시범사업(2009년), 호스피스 건강보험 급여(2015년)	1997년부터 건강보험 내 입원형 호스피스 제공, 사회법(SGBV) 근거	1990년대 말 암환자 및 에이즈 대상 완화 의료 병동 입원료	완화의료병동, shared care team 수가, 재택 통합돌봄 수가
서비스 제공 형태	전문완화의료서비스 중심(입원형, 자문형, 가정형)	입원형(병동), 외래전문 완화의료서비스 일반완화의료, 호스피스 독립 시설	의료기관병동(호스피스·완화의료병동), 재택요양지원진료소(가정 및 지역사회독립시설을 통해 호스피스·완화의료 24시간 방문진료)	입원형, 외래형, 재택형, 자문형
특징	주로 말기암 대상 입원형 중심의 전문완화의료 서비스 위주 일반 완화의료와 일차의료 제공 기반이 없음	다른 국가에 비해 일찍 완화의료 법률과 제도적 기반 마련 특히, 2007년 전문 외래 완화의료제도와 공동돌봄(share care) 체계를 도입하여 의사, 간호사, 사회복지사 등이 협력하는 지역 기반 완화의료 모델 정착	암환자 중심으로 발전, 의료기관 내 완화의료 병동과 병원 내 완화의료팀 중심으로 서비스 제공. 재택의료 중심으로 건강보험과 개호보험을 연계하여 생애말기 돌봄을 받는 체계 전환을 추진	재택의료와 장기요양을 연계한 통합형 완화의료체제로 발전, 「장기요양 2.0」 정책 이후, 완화의료는 장기요양서비스 내 핵심 영역으로 포함, 퇴원계획과 가정형 호스피스 통합 체계적으로 운영

주: 1) 암관리법은 2003년도에 제정되었으나 호스피스·완화의료 관련 규정이 명시적으로 포함된 시기는 2011년 개정(보건복지부가 지정한 전문기관이 말기 암환자에게 호스피스·완화의료서비스를 제공할 수 있도록 법적 근거 마련). 2015년 개정으로 가정형, 자문형 호스피스 법적 기준 마련

2) ()안 연도는 시행시기

출처: 저자 작성

2. 정책적 시사점

한국은 암관리법을 근거로 말기 암 환자 위주의 전문적 호스피스·완화 의료부터 시작되었으며, 그 내에서도 병동형 입원 위주로 서비스가 공급·이용되고 있다. 독일, 일본, 대만뿐만 아니라 대부분 OECD 국가에서는 호스피스·완화医료를 넘어선 포괄적 의미의 생애 말기돌봄서비스를 제공하려고 노력하고 있다(김정희, 2024). 이는 향후 호스피스·완화医료를 포함한 생애 말기 돌봄체계를 마련하는 데 있어 많은 시사점을 제공하고 있다.

가. 일반에서 전문에 이르는 단계적 전달체계 구축

한국은 2015년 입원형 완화의료 건강보험 급여를 시작으로 자문형·가정형 서비스를 확대해 왔으나, 이는 모두 전문완화의료에 해당한다. 하지만 말기 암 환자와 달리 모든 말기 질환자가 전문완화医료를 필요로 하는 것은 아니며, 대부분은 일반 완화의료(general palliative care)로 충분하다(WHO, 2021, p. 4.). 고령화 심화와 ‘웰다잉(Well-dying)’ 인식 확산에 따라, 앞으로는 건강보험과 장기요양보험 제도 내에서 생애 말기 돌봄을 제공하는 구조가 필수적 과제가 될 것이다. 특히 한국은 일반 완화의료 제공 기반이 거의 부재한 상황으로, 독일·일본·대만처럼 외래, 가정, 요양 시설 등 거주지 기반의 일차 완화의료 서비스를 활성화할 필요가 있다.

나. 일반 완화의료 제공 체계 도입

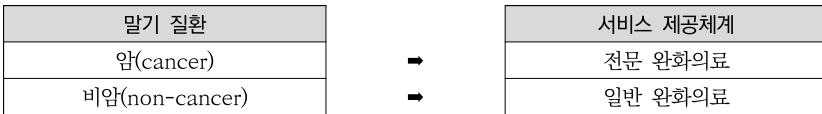
독일, 일본, 대만의 공통점은 재택 기반의 일차의료(primary care) 완화의료 서비스를 제도적으로 정착시켰다는 점이다. 이는 기존 건강보험

내 재택의료(home medical care) 체계가 이미 잘 구축되어 있었기 때문이다. 예를 들어 일본의 가정 호스피스(home hospice)는 별도의 수가 없이 24시간 방문간호가 가능한 재택요양지원진료소(Home Care Support Clinic)를 통해 제공된다. 반면, 한국은 재택의료의 제도적 기반은 마련되어 있으나, 실제 말기 환자의 이용 접근성은 매우 낮으며, 현재 일부 가정 호스피스 시범사업을 통해 제한적으로 운영되고 있다.

또한 일차의료 방문진료 수가 및 장기요양 재택의료센터 시범사업이 시행 중이지만, 말기 환자를 돌봄 대상으로 포함하더라도 의료적 연속성과 통합성 측면에서 한계가 뚜렷하다. 따라서 향후에는 가정 호스피스 전문기관의 공급 확대와 더불어, 건강보험 내 재택의료 방문팀이 생애말기 돌봄(end-of-life care)을 제공할 수 있는 체계를 구축해야 한다.

암 환자와 비암성 말기 질환자는 질병 궤적과 통증·증상 양상이 상이하므로, 전문 완화의료(전문기관)는 암 중심으로 유지하되, 비암성 말기 환자는 일반의료체계나 완화케어팀을 통한 일반 완화의료 제공체계가 필요하다.

[그림 3-6] 말기 질환 대상별 서비스 제공체계



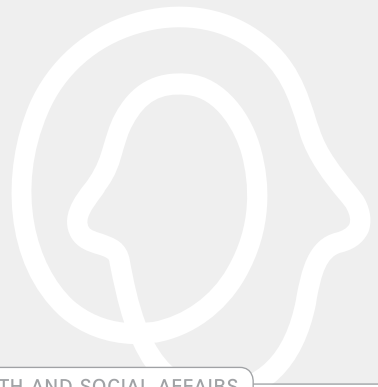
다. 재택 기반 건강보험과 장기요양의 연계 강화

호스피스·완화의료 대상자는 의료와 요양을 동시에 필요로 하는 복합적 특성을 가진다. 따라서 건강보험과 장기요양보험을 별도로 운영하는 국가에서는 이용자 입장에서 서비스 연계성과 접근성을 높이는 제도 설

계가 매우 중요하다.

한국은 2026년 시행 예정인 「의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률(돌봄통합지원법)」하에서 말기 환자가 주요 대상군으로 포함될 가능성이 크다. 이는 의료-요양 간 단절을 완화할 제도적 전환점이 될 수 있다. 일본은 지역포괄케어시스템(Community-based Integrated Care System)을 통해 의료·요양을 통합적으로 제공하고 있으며, 대만 역시 「장기요양 2.0(Long-Term Care 2.0)」에 호스피스·완화의료 서비스를 포함하여 퇴원계획(discharge planning)과 가정기반 호스피스 통합을 추진하였다.

한국은 현재 노인장기요양보험 재가 수급자를 대상으로 「장기요양 재택의료센터 시범사업」을 운영하고 있으나, 말기 환자 서비스 제공은 여전히 제한적인 수준에 머물러 있다. 또한 건강보험과 장기요양보험 간 연계가 충분히 이루어지지 않아, 통합적 돌봄 제공에 구조적 제약이 존재한다. 반면 일본은 개호보험 적용 시설에서 말기 의료가 필요한 경우 건강보험 급여로 전환할 수 있으며, 독일 역시 중증·임종 환자에게 가정 및 요양원 기반으로 전문 완화의료 서비스(SAPV)를 제공하는 전문의가 활동하고 있다. 이들 사례는 한국이 보험 간 연계와 방문형 완화의료 제공체계 강화를 추진해야 함을 시사한다.



제4장

생애말기 의료비와 호스피스·완화의료의 재정 효과

제1절 분석 개요

제2절 고령자의 생애말기 건강보험 진료비 지출 양상

제3절 암 환자의 생애말기 적극적 치료 이용 양상

제4절 호스피스·완화의료 이용의 건강보험 재정 효과

제5절 소결



제 4 장

생애말기 의료비와 호스피스·완화의료의 재정 효과

제1절 분석 개요

1. 분석 대상 및 자료

2015년부터 입원형 호스피스에 대한 건강보험 급여를 시작했고 2016년에 호스피스·연명의료결정법이 제정되면서 서비스의 대상 질환이 기존의 말기 암 환자, 후천성면역결핍증에서 만성 호흡부전, 만성 간경화, 만성폐쇄성 폐 질환(COPD)으로 확대되었다. 비암 질환으로 대상이 확장됨에 따라 서비스 유형 또한 입원형 중심에서 가정형과 자문형으로 다양화되었다. 가정형은 2016년 3월부터 2020년 8월까지 시범사업을 거쳐 2020년 9월 1일부터 본사업으로 전환되었고, 자문형 호스피스는 2017년 8월 시작하여 2021년까지 시범사업을 진행한 후 2022년 1월부터 본사업으로 전환되었다. 한편, 유형별 서비스 제공기관 수는 2019년까지 빠르게 증가하였으나, 이후 증가세가 정체되는 양상을 보인다(그림 2-4).

이에 분석 목적에 따라 비교 기간과 대상자를 변화시켰다. 전반적인 생애 말기 지출 패턴과 암 사망자에서 적극적 치료 수준 변화는 2016년부터 2023년 사망자를 대상으로 분석하였고, 호스피스 이용의 재정 영향 분석에서는 서비스 공급 확대가 일정 부분 마무리되고 모든 유형의 서비스가 포함될 수 있는 시점인 2019년부터 2023년까지로 범위를 좁혔다.

분석 대상은 65세 이상 연도별 사망자이며, 분석 자료는 건강보험 자격 및 진료비 청구 빅데이터를 활용하였다. 연도별 사망자의 생애 말기 12개월의 건강보험 진료비 청구 정보와 사망 시점과 직전 연도의 자격 관리

정보에서 인구학적 및 질단 정보 등을 활용하였다.

2. 분석 내용

우선, 고령자 의료비 증가의 요인으로 고령화 자체보다 생애 말기 사망 전에 집중적으로 투입되는 의료비가 지목되어 온 점(신현철 외, 2012; 김혜림 외 2017)을 최신 자료에서 확인하기 위하여 2016년부터 2023년까지 65세 이상 고령 사망자의 생애 말기 12개월간 건강보험 진료비 변화를 확인하였다. 이를 통해 의료비가 생애 말기 3개월 이내부터 급격히 증가하여 사망 직전에 집중되는 패턴의 변화를 파악하였다.

다음으로 이러한 진료비 증가의 원인으로 지목되는 생애 말기 적극적 치료 수준을 확인하였다. 미국에서 노인 의료비 비중이 다른 서구 국가들보다 상당히 높은 이유는 높은 입원율과 생애 말기 단계에서의 고비용·고기술 의료자원 이용과 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되었다(Marik, 2015). 아울러, Davis et al.(2022, 2023)은 생애 마지막 1개월간 환자에게 도움이 되지 않는 적극적 치료 수준 지표를 통해 암 환자에 대한 생애 말기 의료의 낮은 질을 확인할 수 있다고 보고한 바 있다. 이 연구에서도 암 사망자만을 대상으로 Davis et al.(2022, 2023)이 제안한 지표를 건강보험 청구자료에서 산출하고 그 변화를 확인하였다. 아울러, 적극적 치료 강도가 높아짐에 따른 진료 지출 수준의 평균 변화를 비교하였다.

마지막으로 2019년부터 2023년까지 호스피스 이용률의 변화를 건강보험 청구자료에서 확인하고, 호스피스 이용이 생애 말기 한 달의 건강보험 진료비 지출에 미치는 영향을 분석하였다. 이를 통해 생애 말기 호스피스·완화의료 서비스의 재정적 영향을 파악하고자 하였다.

3. 분석 변수

주요 종속변수는 생애 말기 월 단위 건강보험 진료비이다. 2016년부터 2023년까지 연도별 건강보험 자격자료에서 사망자를 추출하고, 개인별 추정 사망일을 기준으로 12개월(365일) 회고 기간(look-back period)을 설정하여 사망 직전까지 월 단위 건강보험 진료비 변수를 생성하였다. 진료비 범위는 건강보험 의과 의료기관의 입원 및 외래 이용으로 한정했다. 총진료비는 건강보험 청구자료 기준으로 보험자 부담금과 본인부담금을 합산한 금액이며, 비급여 항목은 포함하지 않았다. 개인별 회고 기간의 월 단위 진료비를 산출하기 위해, 요양 개시일 또는 요양 종료일이 해당 12개월 회고 기간에 포함되는 청구건을 추출하였다. 이후 사망일을 기준으로 30일 단위로 분석 구간을 설정하되, 마지막 구간은 35일로 설정하였다. 청구건 단위에서는 각 청구건의 재원 기간을 기준으로 12개월 회고 기간 중 해당 월에 포함되는 재원 일수를 산출하고, 여기에 일당 진료비를 곱하여 월별 진료비를 계산하였다. 이후 청구건 단위로 산출된 월별 진료비를 개인 단위로 합산하여 12개월 회고 기간의 월 단위 진료비를 산출하였다. 이를 통해 생애 마지막 시기 의료비 지출이 특정 기간에 집중되는 양상이 지속되는지 확인하였다.

현재, 호스피스가 적용되는 질환군은 암(C00~C97), 만성 폐쇄성 호흡기질환(J40~J44), 만성 폐쇄성 호흡기 질환(J40~44), 만성호흡부전(J42-47), J60_65, J80-J84, J96, J98), 만성 간경화(K74), 후천성 면역결핍증(B20_24)이다. 분석에서는 이러한 분류를 그대로 사용하지 않고, Etkind et al.(2017)이 정의한 호스피스·완화의료 필요 질환군 분류에 따라 구분하였다. 분석에서 적용된 질환 분류는 첫째, 암(C00~C97), 둘째, 장기부전(심장질환 및 심부전: I12 & I13 제외한 I00-I52, 만성하기

도 호흡기 질환, 호흡부전: J40-J47, J96, 신혈관 질환 및 신부전: I12, I13, N17, N18, N28, 간질환: K70-K77), 셋째, 치매 등(F01, F03, G30, R54), 넷째, 헌팅턴병 등(신경퇴행성질환: 헌팅턴병, 운동 뉴런질환, 파킨슨병, 진행성 핵상마비, 다발성 경화증, 다계통 위축증)으로 구분하고 나머지는 미분류에 포함했다. 청구자료에서 질환 분류는 생애 마지막 의료이용 청구건의 주상병 또는 부상병을 기준으로, 앞서 제시한 질환군 분류를 우선순위에 따라 순차 적용하여 수행하였다. 즉, 선행 분류 기준에 해당하면 이후 분류에서는 제외하는 방식으로 상호배타적인 질환군으로 대상을 구분하였다.

Davis et al.(2022, 2023)이 제안한 생애 말기 암 치료의 적극적 치료 지표 중 6개 지표를 건강보험 자료를 기반으로 산출하였다. 생애 말기 적극적 암 치료지표에는 사망 직전 30일 내 항암요법 시행¹⁵⁾, 사망 직전 14일 내 항암 요법 시행, 사망 직전 30일 내 두 번 이상 응급실 방문, 사망 직전 30일 내 중환자실(ICU) 이용, 사망 직전 30일 내 2번 이상 입원, 사망 직전 30일 내 14일 이상 입원의 6개 지표가 포함되었다. Davis et al.(2023)의 지표에서는 사망 직전 30일 이내 새로운 항암 요법의 시작을 포함하고 있으나, 건강보험 청구자료에서는 신규 항암요법의 시작 여부를 정확히 확인하기 어려운 한계가 있다. 이에 본 연구에서는 사망 전 30일 이내 항암요법 시행 여부로 지표를 수정하여 사용하였으며, 이는 사망 직전 14일 이내 항암요법 시행 지표와 연계하여 사망 직전 항암치료의 지속성과 강도를 반영하도록 구성하였다.

사망 전 30일 이내 중환자실 입원은 청구자료의 요양개시일을 기준으로 사망일 기준 30일 이내 중환자실 입원료 수가 코드 청구 여부로 확인

15) Davis et al.(2022, 2023)은 새로운 항암요법의 시작을 의미하였으나 건강보험 자료에서는 이를 확인하기 어려워, 30일 이내, 14일 이내에 항암요법 계속 시행 지표로 산출하여 강도를 반영하였다.

하였다. 사망 전 30일 이내 항암치료 시작과 2주 내 항암치료 시행은 청구명세서 번호와 요양개시일로 연계된 처방 내역에서 항암제 약제 코드를 연계하여 확인하였다. 항암제 선별은 약효분류코드(421: 항악성종양제, 617: 주로 악성종양에 작용하는 것)와 주성분 코드를 결합하여 추출하였다. 사망 전 30일 이내 2번 이상 응급실 방문은 진료과목 코드가 응급의학과인 경우 또는 응급관리료 수가코드가 있는 경우를 반영했다. 사망 전 30일 이내 2번 이상 병원 입원과 14일 이상 입원은 입원 청구 내역으로 확인하였다.

호스피스의 재정 영향 분석에서는 분석 대상을 2019년부터 2023년까지의 고령 사망자로 좁혔다. 호스피스 서비스 이용 여부는 건강보험 진료비 세부 명세서의 수가 분류 코드를 활용하여 식별하였다. 해당 서비스 코드가 포함된 청구건의 요양 개시일을 호스피스 최초 이용 시점으로 정의하였다. 2025년 기준 건강보험 호스피스 수가 코드를 적용하여 입원형, 가정형, 자문형 이용자를 구분하였다. 호스피스 이용 시점에 따른 영향을 확인하기 위하여 호스피스 최초 이용 시점부터 추정 사망일까지의 기간을 일수로 계산하여 변수에 포함했다.

주요 설명변수와 생애 마지막 1개월 진료비 간의 관계를 분석하는 모형에 포함되는 통제 변수로는 성별, 추정 사망일 기준 연령(65~74세, 75~84, 85세 이상), 찰슨 동반질환 지수(Carlson's Co-morbidity Index, CCI), 거주지역(수도권 여부), 가입자격(의료급여, 직장, 지역)과 소득수준(의료급여를 제외하고 직장과 지역에서 소득수준에 따른 5등급)을 결합한 사회경제적 수준 변수(SES05)가 포함되었다.

〈표 4-1〉 건강보험 호스피스 수가 기본 코드 분류

진료행위명		대분류	분류번호
입원형 호스피스	호스피스 입원일당 정액	호스피스 입원실(보조활동 포함)	WJ
		호스피스 격리실(보조활동 포함)	WK
		호스피스 임종실(보조활동 포함)	WL
		호스피스 입원실(보조활동 미포함)	WM
		호스피스 격리실(보조활동 미포함)	WN
		호스피스 임종실(보조활동 미포함)	WO
호스피스 급여 별도산정	전인적 돌봄 상담료	WG	1: 상급종합병원 2: 종합병원 3: 병원 4: 의원
	임종관리료	WH	
가정형 호스피스	가정형 호스피스 방문료	AP	
	가정형 호스피스 통합환자관리료		
자문형 호스피스	자문형 호스피스 돌봄 상담료	WP	
	자문형 호스피스 임종관리료		
	자문형 호스피스 임종실 입원료		
	자문형 호스피스 격리실 입원료		
	호스피스 사전상담료	WQ	
연명의료 중단등 결정	말기환자등 상담료	WU	1: 상급종합병원 2: 종합병원 3: 병원, 요양병원 4: 의원
	연명의료중단등결정 계획료		
	연명의료중단등결정 이행 관리료		
	연명의료중단등결정 협진료		

주: 이 연구에서 호스피스 이용자 선별을 위해 2025년 기준 본사업 코드만을 사용하였고, 입원형에서 별도 산정코드(WG, WH), 자문형에서 호스피스 사전상담료 코드는 포함시키지 않았음.
출처: “호스피스완화의료 및 연명의료중단 등 결정 수가 교육자료(2023),” 건강보험심사평가원, 2023, p. 94.

4. 분석 방법

65세 이상 전체 고령 사망자의 생애 말기 건강보험 지출이 사망 직전 몇 개월에 집중되는 패턴을 확인하기 위하여 생애 말기 12개월간 월별 건강보험 진료비의 평균 변화를 비교하였다. 다음으로 암 사망자만을 대상으로 마지막 한 달 동안의 적극적 치료 이용률 수준과 1과 0 값을 갖는 6개 적극적 치료지표를 합산(0~6)하여 강도에 따른 건강보험 진료비의 평

균 변화를 분석하였다.

마지막으로 65세 이상 암 사망자만을 대상으로 생애 말기 호스피스·완화의료 서비스 이용이 생애 마지막 1개월의 진료비에 미치는 영향을 분석하기 위하여 감마분포와 로그 연결 함수를 적용한 일반화 선형모형을 구축하였다. 기본 모형에서는 호스피스·완화의료 이용 여부를 주요 설명 변수로 설정하고 통제변수를 포함하여 호스피스·완화의료의 총 재정 효과를 추정하였다. 아울러, 호스피스·완화의료 이용 여부, 입원형 중심과 기타로 구분한 이용 유형 변수를 단계적으로 모형에 포함하여, 호스피스·완화의료의 전체 효과와 이용 유형에 따른 차이를 구분하여 분석하였다. 이후 적극적 치료의 합산 변수를 포함한 모형을 추가로 분석하여, 호스피스·완화의료 효과의 일부가 의료이용 행태를 통해 설명되는지를 검토하였다.

제2절 고령자의 생애말기 건강보험 진료비 지출 양상

1. 연도별 사망자 분포

2016년부터 2023년까지 65세 이상 고령 사망자 분포는 다음과 같다. 65세 이상 고령 사망자 중 75세 이상 사망자의 비중이 2016년 77.9%에서 2023년 81.0%로 증가했다. 특히, 80세 이상 사망자의 비중이 58.3%에서 67.5%로 대폭 증가하는 양상을 보인다.

〈표 4-2〉 건강보험 자격자료에서 연도별 연령군별 사망자 수 변화

(단위: 명, %)

구분	사망 연도							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65~69세	19,801	19,571	19,941	19,895	21,220	23,574	25,978	25,851
70~74세	27,389	25,250	25,517	25,655	26,442	27,435	31,220	29,275
75~79세	41,838	43,073	43,326	40,377	39,876	38,941	41,802	39,209
80~84세	48,656	50,587	54,022	52,964	54,094	57,014	69,561	64,532
85~89세	41,264	43,981	47,407	48,098	52,572	56,821	71,156	68,004
90~94세	24,850	26,691	29,198	30,003	32,864	35,031	46,496	43,759
95세 이상	9,911	11,924	13,443	13,322	14,124	15,537	21,255	19,584
전체	213,709	221,077	232,854	230,314	241,192	254,353	307,468	290,214
75세 이상(%)	77.9	79.7	80.5	80.2	80.2	79.9	81.4	81.0
80세 이상(%)	58.3	60.2	61.9	62.7	63.7	64.6	67.8	67.5

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석, 외국인을 제외한 내국인

연령이 높아질수록 ‘암’으로 인한 사망자 수가 증가하고 있으나 비중은 감소하는 구조를 보인다. 반면, 노쇠나 복합적인 원인을 포함하는 미분류의 비중이 크게 증가한다. 장기 부전은 연령대와 상관없이 유사한 수준을

유지하는 경향이 있다. 고령화의 심화에 따라 사망 구조는 암 등 단일 질환 중심에서 장기부전, 신경퇴행성 질환, 복합질환 중심으로 전환됨을 보여준다.

〈표 4-3〉 건강보험 자료에서 연령군별 질환군별 사망자 수의 변화

(단위: 천 명)

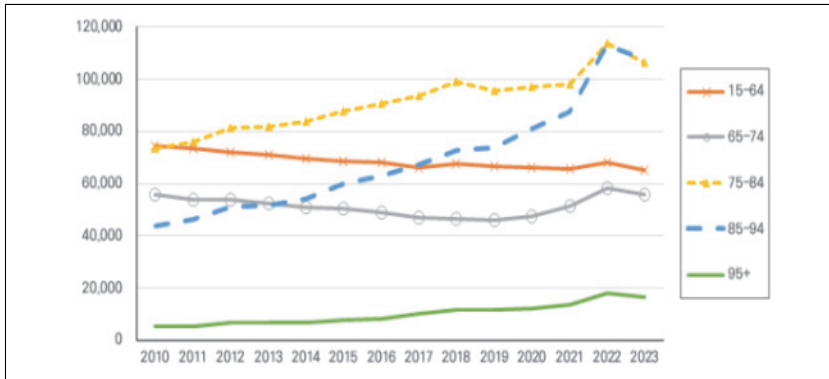
사망 연도	질환군	사망자 연령 구간(사망자 수)							%
		65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85~89세	90~94세	95세+	
'16	암	8,053	9,997	12,185	10,901	6,040	2,043	450	23.2
	치매 등	136	245	633	1,103	1,261	881	416	2.2
	장기 부전	1,312	2,163	3,902	4,954	3,857	1,939	503	8.7
	헌팅턴병 등	4,771	6,965	11,340	14,095	12,924	8,203	3,240	28.8
	미분류	5,151	7,645	13,268	17,014	16,517	11,076	4,763	35.3
	기록 없음	378	374	510	589	665	708	539	1.8
	계	19,801	27,389	41,838	48,656	41,264	24,850	9,911	100.0
'19	암	8,146	9,798	12,595	12,287	7,790	2,888	748	23.6
	치매 등	138	217	574	1,032	1,265	975	497	2.0
	장기 부전	1,298	1,860	3,527	5,095	4,500	2,365	758	8.4
	헌팅턴병 등	4,833	6,469	10,673	15,005	14,503	9,666	4,494	28.5
	미분류	5,174	6,988	12,650	19,107	19,535	13,638	6,378	36.2
	기록 없음	306	323	358	438	505	471	447	1.2
	계	19,895	25,655	40,377	52,964	48,098	30,003	13,322	100.0
'23	암	9,413	9,817	11,137	13,370	9,543	3,754	892	20.0
	치매 등	131	231	427	915	1,232	1,004	515	1.5
	장기 부전	1,556	2,119	3,162	5,782	5,778	3,136	1,026	7.8
	헌팅턴병 등	6,057	7,197	10,165	17,759	19,507	13,282	6,045	27.6
	미분류	8,126	9,560	13,912	26,181	31,336	22,089	10,628	42.0
	기록 없음	568	351	406	525	608	494	478	1.2
	계	25,851	29,275	39,209	64,532	68,004	43,759	19,584	100.0

주: 암(C00~C97), 장기 부전(심장질환 및 심부전: I12 & I13 제외함 I00-I52, 만성 하기도 호흡기 질환, 호흡부전: J40-J47, J96, 신혈관 질환 및 신부전: I12, I13, N17, N18, N28, 간질환: K70-K77), 치매 등(F01, F03, G30, R54), 헌팅턴병 등(신경퇴행성질환: 헌팅턴병, 운동 뉴런질환, 파킨슨병, 진행성 핵상마비, 다발성 경화증, 다계통 위축증), 나머지는 미분류
출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

국가데이터처의 사망원인 통계자료로 확인한 연령구간별 사망자 수 변화에서도 75세 이상 고령자의 사망자 증가세가 뚜렷하게 보인다.

[그림 4-1] 연령구간별 사망자 수 변화

(단위: 명)



출처: “보건: 사망_연간자료_A형(제공)데이터 세트,” 국가데이터처, 2010-2023, 국가데이터처, MDIS, 2025. 8. 1. 인출, 저자 분석

2. 고령 사망자의 생애말기 건강보험 진료비 집중 현상의 변화

가. 전체 고령 사망자에서 변화

사망 직전 1개월 동안 의료비 지출 비중이 2016년 25.4%에서 2023년 26.9%로 감소 없이 증가세를 유지하고 있다. 사망 직전 3개월의 지출 비중 또한 2016년 48.4%에서 2023년 50.4%로 상승하며, 절반 이상 수준으로 집중도가 확대되는 양상이다(표 4-4).

〈표 4-4〉 연도별 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 월별 총진료비 비중 변화

(단위: %)

회고 기간	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	
사망 시점 부터 1년 (1월 → 12월)	1월	25.4	25.2	25.5	25.5	25.5	26.6	27.1	26.9
	2월	13.2	13.2	13.3	13.3	13.3	13.4	13.2	13.6
	3월	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8	9.6	9.9
	4월	8.1	8.1	8.0	8.1	8.1	7.9	7.9	8.0
	5월	7.0	7.1	7.0	7.0	7.0	6.9	6.8	6.9
	6월	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	6.1	6.1	6.1
	7월	5.8	5.7	5.7	5.8	5.7	5.5	5.5	5.5
	8월	5.3	5.4	5.3	5.4	5.3	5.2	5.2	5.1
	9월	5.0	5.0	5.0	4.9	4.9	4.9	4.9	4.7
	10월	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7	4.6	4.6	4.5
	11월	4.4	4.5	4.4	4.4	4.5	4.4	4.4	4.2
	12월	4.9	5.0	4.9	4.9	4.9	4.8	4.8	4.6

주: 총진료비는 지급기준 의과 입원과 외래 본인부담금과 보험자부담금 합산액.

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

사망자 1인당 생애 마지막 1년간의 월 단위 총진료비 변화를 보면, 사망 직전 1개월의 진료비가 이전 개월 대비 2배 가까이 증가하고, 증가세는 사망 직전 2개월부터 두드러진다. 이는 Langton et al.(2016)이 사망 원인과 관계없이 생애 마지막 6개월 동안 의료 이용이 증가하고, 특히 사망 직전 2개월부터 그 증가가 두드러진다고 보고한 결과와 같다(표 4-5). 또한 직전 1개월간 일인당 건강보험 의과 총진료비는 2016년 413만 원에서 2023년 682만 원으로 1.6배 증가했다(표 4-5).

<표 4-5> 연도별 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 평균 총진료비 변화

(단위: 천 원)

회고 기간	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	
사망 시점 부터 1년 (1월 → 12월)	1월	4,132	4,565	5,033	5,545	5,827	6,393	6,464	6,815
	2월	2,144	2,394	2,624	2,895	3,039	3,221	3,159	3,447
	3월	1,591	1,768	1,938	2,129	2,230	2,342	2,293	2,500
	4월	1,311	1,463	1,587	1,750	1,842	1,901	1,886	2,030
	5월	1,144	1,279	1,386	1,528	1,597	1,652	1,622	1,740
	6월	1,027	1,142	1,239	1,365	1,429	1,466	1,448	1,539
	7월	942	1,039	1,131	1,251	1,304	1,331	1,325	1,403
	8월	865	969	1,055	1,163	1,209	1,242	1,236	1,289
	9월	816	908	982	1,076	1,129	1,171	1,165	1,201
	10월	770	855	924	1,014	1,069	1,098	1,096	1,140
	11월	721	808	872	956	1,018	1,046	1,040	1,076
	12월	801	898	966	1,059	1,121	1,160	1,158	1,179

주: 총진료비는 건강보험 지급기준 의과 본인부담금과 보험자부담금 합산액.

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

질환 군별로 사망 직전 한 달의 의료비 비중 변화를 비교하면, 암 질환군의 비중은 증가하지 않고 있으나 치매 등 기타 질환군에서는 강도의 차이는 있지만 증가하는 변화를 보인다. 특히, 미분류 질환군의 확대는 단일 질환 중심의 분류 체계로 설명하기 어려운 다질환, 복합질환 상태의 증가를 시사한다(표 4-6).

〈표 4-6〉 질환별 고령 사망자의 생애 마지막 1개월의 월별 총진료비 비중 변화

(단위: %)

질환 분류	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년
암	26.3	26.3	26.5	26.3	25.7	26.1	26.2	26.2
치매 등	12.9	13.2	12.8	12.9	14.1	14.5	14.9	15.3
장기부전	19.3	18.6	19.0	19.3	19.5	19.8	19.4	20.3
헌팅턴병 등	27.3	27.4	27.6	27.6	27.3	28.4	29.0	29.1
미분류	26.0	25.4	25.7	25.7	26.3	28.2	28.8	28.0

주: 의료비는 의과 입원과 외래 합산 총진료비 기준, 질환 분류는 암(C00~C97), 장기 부전(심장질환 및 심부전: I12 & I13 제외함 I00~I52, 만성 하기도 호흡기 질환, 호흡부전: J40~J47, J96, 신혈관질환 및 신부전: I12, I13, N17, N18, N28, 간질환: K70~K77), 치매 등(F01, F03, G30, R54), 헌팅턴병 등(신경퇴행성질환: 헌팅턴병, 운동뉴런질환, 파킨슨병, 진행성 핵상마비, 다발성 경화증, 다계통 위축증)으로 구분하였고 나머지는 미분류로 구분함. 제시된 순서대로 선행 조건에 해당되는 경우 다음 조건에서 제외하여 상호배타적으로 대상자를 분류함.

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

나. 고령 암 사망자에서 변화

암 사망자만을 대상으로 생애 마지막 12개월간 건강보험 진료비 지출 패턴을 비교하였다. 생애 마지막 3개월간 지출 비중이 2016년 51.7%에서 2023년 51.2%로 전체 사망자에서(2016년 48.4%에서 50.3%) 보다 높은 수준을 보이거나 집중도는 증가하지 않고 있다. 또한, 진료비 비중의 증가세는 전체 사망자에서 사망 직전 2개월부터 뚜렷했던 것보다 이른 시점인 3개월 전부터 뚜렷하게 나타난다.

암 질환군 사망자의 사망 직전 1개월 일인당 건강보험 의과 총진료비는 2016년 413만 원에서 2023년 682만 원으로 약 1.7배 증가했다. 이는 전체 사망자의 동일기간 진료비가 413만 원에서 682만 원으로 증가한 것과 비교할 때, 절대적 수준이 더 높고, 증가 폭 또한 큰 것으로 나타났다(표 4-8).

98 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

〈표 4-7〉 암질환군 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 월별 총진료비 비중 변화

(단위: %)

회고 기간	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	
사망 시점 부터 1년 (1월 → 12월)	1월	26.3	26.3	26.5	26.3	25.7	26.1	26.2	26.2
	2월	14.9	15.0	15.1	14.9	14.7	14.7	14.7	14.6
	3월	10.5	10.5	10.6	10.4	10.4	10.4	10.3	10.3
	4월	8.3	8.2	8.3	8.3	8.3	8.2	8.2	8.2
	5월	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	6.9	7.0	7.0
	6월	6.2	6.1	6.0	6.1	6.2	6.1	6.1	6.0
	7월	5.5	5.4	5.4	5.5	5.5	5.4	5.5	5.5
	8월	4.9	4.9	4.9	4.9	4.9	4.9	5.0	5.0
	9월	4.5	4.5	4.4	4.5	4.6	4.7	4.6	4.6
	10월	4.1	4.1	4.0	4.2	4.3	4.2	4.2	4.3
	11월	3.7	3.8	3.7	3.8	4.0	4.0	4.0	4.0
	12월	4.1	4.2	4.1	4.1	4.3	4.3	4.4	4.3

주: 총진료비는 건강보험 지급기준 의과 입원과 외래 본인부담금과 보험자부담금 합산액.

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

〈표 4-8〉 암질환군 고령 사망자의 생애 마지막 12개월의 평균 총진료비 변화

(단위: 천 원)

회고 기간	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	
사망 시점 부터 1년 (1월 → 12월)	1월	5,567	6,295	7,004	7,628	7,989	8,470	8,870	9,448
	2월	3,158	3,581	3,989	4,335	4,575	4,782	4,971	5,275
	3월	2,229	2,499	2,806	3,030	3,217	3,377	3,487	3,723
	4월	1,759	1,959	2,191	2,398	2,572	2,655	2,793	2,938
	5월	1,489	1,677	1,855	2,042	2,187	2,247	2,359	2,511
	6월	1,305	1,452	1,599	1,766	1,926	1,971	2,053	2,170
	7월	1,170	1,288	1,420	1,583	1,718	1,759	1,851	1,989
	8월	1,041	1,173	1,290	1,434	1,536	1,600	1,692	1,792
	9월	953	1,084	1,174	1,296	1,427	1,514	1,566	1,656
	10월	871	988	1,069	1,208	1,332	1,378	1,433	1,546
	11월	784	907	991	1,103	1,233	1,300	1,353	1,433
	12월	863	992	1,082	1,190	1,329	1,409	1,492	1,551

주: 총진료비는 건강보험 지급기준 의과 본인부담금과 보험자부담금 합산액.

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

제3절 암 환자의 생애말기 적극적 치료 이용 양상

암 질환군 사망자에서 생애 말기 의료비 자료를 활용하여 적극적 치료 지표를 산출한 결과, 사망 전 30일 이내 중환자실 입원율은 뚜렷한 감소 없이 유지되고 있다. 그러나 응급실과 입원 서비스 이용은 증가하고 있다. 특히 2회 이상 입원은 2016년 43.2%에서 2023년 54.9%로 대폭 증가하였다. 아울러, 14일 이상 입원도 높은 수준을 유지하고 있다. 반면, 변화폭은 크지 않지만, 과도한 항암치료는 일부 완화되고 있다. 이러한 지표 변화는 암 환자의 생애 말기 의료가 반복 입원과 응급실 이용에 의존하는 구조로 변화하고 있음을 보여준다.

〈표 4-9〉 사망 전 30일 이내 적극적 치료 제공률 변화

(단위: %)

구분	사망 연도							
	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	'23
사망 전 30일 이내 중환자실 입원	11.1	10.9	11.1	11.4	10.8	10.1	10.0	10.6
사망 전 30일 이내 2회 이상 응급실 방문	9.0	9.4	10.2	10.4	10.5	10.9	11.0	11.2
사망 전 30일 이내 2회 이상 입원	43.2	46.7	47.9	49.9	52.9	54.4	58.5	54.9
사망 전 30일 이내 14일 이상 입원	52.8	54.6	55.5	56.2	55.4	54.0	55.6	55.4
사망 전 30일 이내 항암제 투여	22.6	23.0	22.9	22.7	23.0	22.1	21.8	21.9
사망 전 14일 이내 항암제 투여	9.5	10.1	9.6	9.6	9.8	9.5	9.5	9.4

주. Davis et al.(2022, 2023)에서 제안된 사망자의 적극적 치료 지표 활용

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

각각의 적극적 치료 지표는 1과 0의 값을 가지고 있으므로 6개 지표 값을 합산하여 강도 지표를 만들고 이에 따른 총진료비 평균 변화를 보았다. 생애 말기 적극적 치료 수준은 생애 말기 진료비 증가의 원인으로 지목되고 있기 때문이다(Marik, 2015; Davis et al., 2022; 2023).

적극적 치료 강도가 증가할수록 진료비 수준도 비례적으로 증가하는 관련성을 보였다(표 4-10). 또한 적극적 치료 수준이 낮은 저강도가 그룹

에서는 증가 폭이 완만하지만, 고강도 그룹(4~6)에서는 강도가 높아질수록 진료비 증가 폭이 더욱 가파르게 확대되는 양상을 보였다. 이러한 경향은 최근 연도에 올수록 더욱 뚜렷해지고 있다(그림 4-1).

〈표 4-10〉 적극적 치료 수준에 따른 생애 마지막 1개월의 평균 총진료비 변화

(단위: 천원)

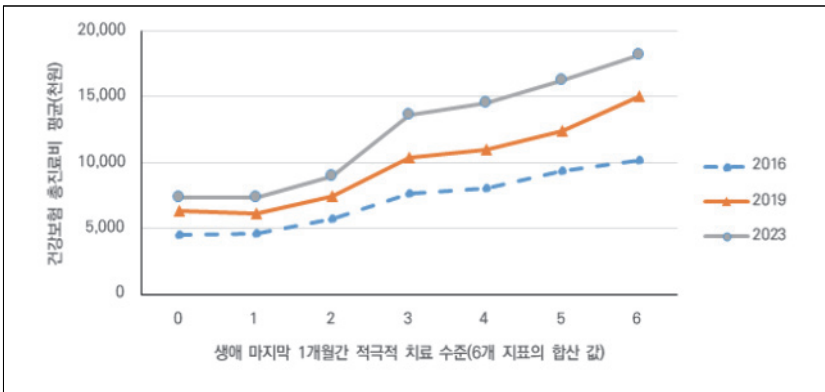
사망연도	암 질환군 사망자에서 적극적 치료 수준(0~1)						
	0	1	2	3	4	5	6
2016	4,488	4,617	5,744	7,699	8,096	9,348	10,181
2017	5,125	5,102	6,363	8,630	8,966	10,796	12,546
2018	5,695	5,718	7,010	9,608	9,923	11,486	14,188
2019	6,375	6,131	7,435	10,372	11,001	12,441	15,064
2020	6,374	6,330	7,671	11,320	11,878	13,263	16,721
2021	6,818	6,545	8,150	12,094	12,873	14,401	16,389
2022	6,546	6,795	8,447	12,973	14,193	15,572	19,188
2023	7,373	7,325	8,988	13,624	14,569	16,251	18,204

주: 1) Davis et al.(2022, 2023)에서 제안된 사망자의 적극적 치료 지표 활용

2) 총진료비는 건강보험 지급기준 의과 본인부담금과 보험자부담금 합산액.

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

〔그림 4-2〕 암 질환군 사망자에서 적극적 치료 수준에 따른 생애 마지막 1개월의 평균 총진료비 변화



출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

생애 말기 환자에서의 적극적 치료는 치료적 이득이 제한적이며, 높은 비용과 삶의 질 저하를 초래할 수 있다(Ma et al. 2024). OECD(2023) 보고서에 따르면, 사망 전 30일 이내 중환자실 이용은 약 8%~22%, 사망 전 30일 이내 항암치료는 약 3%~28%, 사망 전 30일 이내 응급실 방문은 약 30%~65%로 국가 간 상당한 변이를 보였다. Ma et al.(2024)의 최근 메타분석에 따르면 적극적 암 치료지표의 전 세계 평균 수준은 사망 직전 14일 이내 항암치료 11.6%, 중환자실 이용 14.4%, 반복 입원 17.9%, 반복 응급실 방문 14.8%로 보고되었다.

본 연구에서 암 환자의 생애말기 적극적 치료 수준을 살펴보면, 사망 전 30일 이내 중환자실 입원은 약 10~11% 수준으로 국제 보고 수준보다 다소 낮은 수준을 보였으며, 사망 전 14일 이내 항암치료 역시 9~10% 수준으로 국제 평균과 유사하거나 다소 낮은 수준으로 나타났다. 반면, 사망 전 30일 이내 2회 이상 입원은 2016년 43.2%에서 2023년 54.9%까지 지속적으로 증가하여 국제 보고치(17.9%)에 비해 매우 높은 수준을 보였으며, 사망 전 30일 이내 14일 이상 입원 역시 50% 이상으로 나타나 장기 입원 중심의 의료이용이 두드러졌다. 또한, 사망 전 30일 이내 항암 치료는 약 22~23% 수준으로 OECD 국가 범위 내에 있으나 상대적으로 높은 수준에 해당하는 것으로 해석될 수 있다.

한편 OECD(2023)는 생애말기 의료이용이 병원 중심 구조를 보이며, 약 절반 이상이 병원에서 사망하는 특징을 지적하고 있다. 또한 이러한 구조는 과잉치료와 완화의료 이용 지연과 밀접하게 연관되어 있는 것으로 보고된다. 본 연구 결과 역시 반복 입원과 장기 입원 비율이 높은 점을 고려할 때, 생애말기 의료이용이 병원 중심으로 이루어지는 구조적 특성이 강하게 작용하고 있음을 시사한다.

제4절 호스피스·완화의료 이용의 건강보험 재정 효과

1. 호스피스·완화의료 이용률의 변화

사망자의 생애 마지막 12개월 동안의 청구자료에서 수가코드를 기반으로 호스피스·완화의료 이용률을 산출하였다. 이러한 청구자료 기반의 결과는 실제 호스피스·완화의료 등록자료와는 차이가 있을 수 있다. 모든 유형의 호스피스·완화의료 이용 수준이 비교 가능한 2021년을 회고기간으로 가질 수 있는 2022, 2023년 사망자에 대하여 생애 마지막 12개월 내 청구자료에서 확인된 호스피스 유형별 이용률을 산출하였다(표 4-11).

〈표 4-11〉 암질환군 고령 사망자의 생애 말기 호스피스·완화의료 이용률

(단위: %)

사망 연도	암질환군 사망자에서 생애말기 호스피스 완화의료 이용 형태								
	사망 연령	입원	입원+가정	입원+자문	가정	가정+자문	자문	입원+가정+자문	계
2022년	65~69	16.4	1.3	3.5	0.7	0.2	4.1	0.5	26.6
	70~74	16.3	1.4	3.0	0.9	0.3	3.7	0.4	26.0
	75~79	15.6	1.4	3.0	0.8	0.2	2.6	0.3	24.0
	80~84	13.6	1.6	2.4	1.2	0.2	2.1	0.3	21.3
	85~89	11.9	1.3	1.4	1.0	0.1	1.6	0.2	17.5
	90~94	11.5	1.2	1.5	0.8	0.0	1.1	0.1	16.2
	95+	7.8	0.8	1.4	0.1	0.0	0.6	0.0	10.8
	계	14.4	1.4	2.6	0.9	0.2	2.6	0.3	22.4
2023년	65~69	17.1	1.3	4.8	0.6	0.1	4.6	0.5	29.1
	70~74	16.4	1.3	4.5	0.7	0.1	4.1	0.5	27.6
	75~79	16.3	1.6	4.4	0.7	0.2	3.4	0.4	27.0
	80~84	15.7	1.4	3.2	0.7	0.2	2.7	0.4	24.2
	85~89	13.9	1.2	2.7	1.0	0.2	1.9	0.4	21.3
	90~94	12.8	1.4	2.2	0.7	0.1	1.2	0.2	18.6
	95+	11.3	0.9	1.7	0.8	0.1	0.6	0.2	15.6
	계	15.6	1.4	3.7	0.7	0.2	3.1	0.4	25.1

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2022~2023 원자료 분석

호스피스·완화의료는 암 환자 중심으로 운영되다가 2021년부터 만성 호흡부전, 간·신부전, 심부전, 치매 등 비암 말기까지 단계적으로 확대되고 있다. 서비스 유형은 입원형, 가정형, 자문형으로 구분되는데, 입원형 호스피스는 지정 병원 내 완화의료 병동에서 제공되는 것으로 2015년부터 건강보험 수가가 신설되었고, 가정형 호스피스는 2017년부터 보험급여가 적용되어 전문 인력이 환자 가정을 방문하여 서비스를 제공하며, 자문형 호스피스는 2020년부터 보험급여가 시작되어 일반병동 환자에게 완화의료팀이 자문·상담서비스를 제공하고 있다.

비교 기간은 짧지만, 호스피스 이용률은 2022년 22.4%에서 2023년 25.1%로 증가했다. 이용 형태별로는 입원형 이용이 소폭 증가했지만, 가정형과 자문형 이용 증가가 전체 이용 확대에 기여한 것으로 보인다. 그러나 입원형 이용이 14.4%에서 15.6%로 증가하여 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 자문형 역시 2.6%에서 3.1%로 증가하여 병원 기반 서비스 확대가 중심을 이루고 있다. 반면, 가정형 단독 이용은 0.9%에서 0.7%로 소폭 감소하였고, 입원형과 가정형을 동시에 이용한 경우는 1.4%로 변화가 없었으며, 자문형과 가정형을 함께 이용한 때도 0.2%로 변화가 없었다. 결과적으로 자문형 서비스는 입원형과 보완적 관계를 보일 뿐, 가정형으로의 전환 효과는 확인되지 않았다.

2. 호스피스·완화의료 이용 여부에 따른 적극적 치료 수준 비교

사망 직전 30일 이내 의료이용 내역을 기반으로, 호스피스·완화의료 이용 여부에 따른 적극적 치료 제공률의 연도별 변화를 비교하였다. 호스피스 이용자는 비이용자에 비해 중환자실 이용 및 항암치료와 같은 적극적 치료 이용이 일관되게 낮게 나타났다.

〈표 4-12〉 연도별 65세 이상 암 질환 사망자의 사망 전 적극적 치료 제공률 비교
(단위: %)

암환자에 대한 적극적 치료 지표	사망 연도	호스피스·완화의료		전체
		비이용자	이용자	
사망 전 30일 이내 중환자실 입원	2016	11.2	1.5	11.1
	2017	11.1	0.7	10.9
	2018	12.1	1.7	11.1
	2019	13.9	2.0	11.4
	2020	12.9	2.3	10.8
	2021	12.0	1.9	10.1
	2022	12.2	2.2	10.0
	2023	13.3	2.7	10.6
사망 전 30일 이내 2번 이상 응급실 방문	2016	9.0	7.0	9.0
	2017	9.4	8.9	9.4
	2018	10.5	7.7	10.2
	2019	11.1	8.0	10.4
	2020	11.1	8.0	10.5
	2021	11.5	8.9	10.9
	2022	11.2	10.2	11.0
	2023	11.4	10.7	11.2
사망 전 30일 이내 2번 이상 병원 입원	2016	43.3	32.4	43.2
	2017	46.8	39.2	46.7
	2018	47.2	53.9	47.9
	2019	47.7	58.0	49.9
	2020	51.3	59.0	52.9
	2021	53.0	60.3	54.4
	2022	57.2	62.7	58.5
	2023	53.3	59.6	54.9

암환자에 대한 적극적 치료 지표	사망 연도	호스피스·완화의료		전체
		비이용자	이용자	
사망 전 30일 이내 14일 이상 입원	2016	53.0	38.7	52.8
	2017	55.0	35.1	54.6
	2018	55.1	59.6	55.5
	2019	54.3	63.5	56.2
	2020	53.5	63.1	55.4
	2021	51.9	63.1	54.0
	2022	53.3	63.4	55.6
	2023	53.3	61.5	55.4
사망 전 2주(14일) 내 항암치료 시행	2016	9.5	6.7	9.5
	2017	10.1	9.9	10.1
	2018	9.7	8.8	9.6
	2019	9.9	8.5	9.6
	2020	10.1	8.5	9.8
	2021	9.9	8.2	9.5
	2022	10.2	7.4	9.5
	2023	10.0	7.8	9.4
사망 전 30일 이내 항암치료 시작	2016	22.7	17.2	22.6
	2017	23.1	20.1	23.0
	2018	22.9	22.5	22.9
	2019	22.8	22.0	22.7
	2020	23.4	21.4	23.0
	2021	22.7	19.8	22.1
	2022	22.5	19.3	21.8
	2023	22.6	20.0	21.9

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

특히 사망 전 30일 이내 중환자실 입원율은 2023년 기준 비이용자(13.3%)에 비해 이용자(2.7%)에서 현저히 낮게 나타났다. 반면, 반복 입원 및 장기 입원 비율은 오히려 호스피스 이용자에서 더 높게 나타나, 입원형 중심의 호스피스 제공 구조가 반영된 것으로 해석된다. 이는 호스피스가 적극적 치료를 완화하는 기능은 수행하고 있으나, 의료이용의 탈병원화에는 한계가 있음을 시사한다.

3. 호스피스·완화의료 이용 여부에 따른 생애말기 건강보험 진료비

호스피스·완화의료의 주요 대상인 암 사망자만을 대상으로, 관찰 기간을 사망 전 6개월(약 180일)로 한정하여 호스피스·완화의료 이용 여부에 따라 평균 진료비를 비교하였다. 여기서 이용군은 생애 마지막 1년 동안 어느 시점에서라도 호스피스·완화의료 서비스를 이용한 경험이 있는 집단을 의미하며, 전 기간에 걸친 지속적 이용을 의미하지 않는다.

〈표 4-13〉 암 질환군 사망자에서 호스피스·완화의료 이용과 사망 전 6개월간 평균 진료비 비교
(단위: 천 원)

구분	연도	호스피스 완화의료	전체 사망자의 생애 마지막 6개월(추정 사망일로 부터)					
			1개월	2개월	3개월	4개월	5개월	6개월
총 진료비	2022	비이용	8,672	4,973	3,647	3,013	2,578	2,280
		이용	9,988	5,813	3,974	3,175	2,763	2,434
	2023	비이용	9,215	5,241	3,886	3,172	2,772	2,435
		이용	10,507	6,170	4,242	3,317	2,868	2,481
보험자 부담	2022	비이용	7,789	4,297	3,057	2,460	2,067	1,797
		이용	9,298	5,246	3,466	2,705	2,309	1,999
	2023	비이용	8,296	4,537	3,253	2,593	2,219	1,921
		이용	9,782	5,554	3,704	2,825	2,388	2,042

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2022~2023 원자료 분석

분석 결과, 호스피스·완화의료 이용자는 평균 진료비가 비이용자보다 전 기간에서 더 높은 수준을 보였다. 특히 사망 직전으로 갈수록 진료비가 급격히 증가하는 패턴은 두 집단에서 유사하게 나타나, 말기 의료비 집중 구조는 유지되는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 호스피스·완화의료 이용이 진료비 수준 자체를 감소시키기보다는 치료 강도를 조정하는 기능을 수행하고 있음을 시사한다. 이는 입원형 중심의 호스피스·완화의료 제공 구조와 늦은 서비스 진입 시점이 반영된 결과일 수 있다.

실제, 암 질환군 사망자 중 호스피스·완화의료 이용자만을 대상으로 최

초 호스피스·완화의료이 청구된 건의 요양 개시일과 사망일 간의 간격을 일수로 계산하여 분포를 살펴보면, 사망 직전 30일 이내 호스피스·완화의료 이용자가 2022년 기준 전체 이용자의 65%, 23년 기준 전체 이용자의 63%를 차지하며, 60일 이내까지 누적하면 각각 85%, 83%에 이른다. 호스피스·완화의료 이용은 여전히 사망 직전에 집중되는 늦은 진입 구조를 보인다.

〈표 4-14〉 암 질환군 사망자 중 호스피스·완화의료 이용자의 진입 시점에 따른 분포
(단위: %)

사망연도	최초 호스피스완화의료 이용일로부터 사망일까지 기간(일)							
	<=3일	<=7일	<=30일	<=60일	<=90일	<=120일	<=150일	150일 초과
2022	9.85	13.08	42.45	19.68	6.99	3.32	1.52	3.11
2023	9.79	12.22	41.39	19.69	7.47	3.40	1.78	4.26

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2022~2023 원자료 분석

반면 사망 60일 이전에 이용한 비율은 15% 내외에 그쳐, 상당수가 생애말기 적극적 치료를 상당 부분 시행한 이후에 호스피스·완화의료에 늦게 진입하고 있음을 시사한다.

다만, 이러한 결과를 단순히 호스피스·완화의료 이용이 진료비를 증가시키는 것으로 해석하는 데에는 주의가 필요하다. 호스피스·완화의료 이용자는 비이용자에 비해 질병의 중증도나 임종 임박 시점에서 의료이용이 집중된 상태에서 서비스에 진입했을 가능성이 높으며, 실제로 호스피스·완화의료 이용 시점이 사망 직전에 집중되는 경향이 확인된다. 따라서 관측된 진료비 수준의 차이는 호스피스·완화의료 이용 자체의 효과라기 보다는 환자의 상태 및 이용 시점 차에 의해 영향을 받았을 가능성을 배제하기 어렵다. 이에 호스피스·완화의료 이용이 생애말기 진료비에 미치는 순수 효과를 추정하기 위해, 인구학적 및 질병 특성을 통제한 일반화 선형모형 분석을 실시하였다.

4. 호스피스·완화의료가 건강보험 진료비 지출에 미치는 영향

가. 호스피스·완화의료 이용의 총 비용 효과

앞선 분석에서 호스피스·완화의료 이용 여부에 따른 생애 말기 진료비 수준과 의료이용 양상을 비교하였다. 호스피스·완화의료 이용자는 비이용자에 비해 전반적으로 높은 진료비 수준을 보였으나, 이는 서비스 이용이 사망 직전에 집중되는 등 구조적 요인에 의한 결과일 수 있다. 따라서 이러한 차이를 단순히 호스피스·완화의료 이용의 효과로 해석하는 데는 한계가 있다. 이에 본 연구에서는 환자 특성과 이용 시점의 영향을 통제 한 상태에서 호스피스·완화의료 이용이 진료비에 미치는 순수한 효과를 추정하기 위하여, 감마분포와 로그 연결 함수를 적용한 일반화 선형모형을 구축하여 분석하였다.

종속변수는 개인별 생애 마지막 1개월 총진료비로 설정하였다. 호스피스·완화의료 이용 여부와 이용 유형을 주요 설명변수로 포함하고, 인구학적 특성과 질병 특성 등을 통제하여 생애 말기 진료비에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형을 구축하였다. 생애 말기 진료비는 비정규 분포 특성을 고려하여 감마 분포와 로그 연결 함수를 적용한 일반화 선형모형을 이용하여 분석하였다.

〈표 4-15〉 호스피스·완화의료가 생애말기 건강보험 진료비에 미치는 영향(기본 모형)

주요 설명 변수	exp(β)	95% CI	p-value
호스피스 이용(vs 비이용)	0.51	0.49-0.53	<0.001
입원 기반 서비스 유형	2.43	2.35-2.51	<0.001

N=266,093; Model summary: Pearson χ^2 /df=0.96, Scaled deviance/df = 1.12

주: 1) 감마분포와 로그 연결 함수 적용한 일반화 선형모형. 연령, 성별, 암종, 찰슨동반질환지수, 사회경제적 수준, 지역 특성(수도권 여부), 사망 연도 통제

2) 입원 기반 서비스 유형 분류는 입원형 단독과 입원형 단독, 입원형과 가정형 혼합, 입원형과 자문형 혼합, 일반병동에서 제공하는 자문형을 포함한 그룹을 1, 기타 유형을 0으로 구분

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 원자료 분석

분석 결과, 호스피스·완화의료 이용은 진료비 감소와 유의한 관련성을 보였다. 다른 조건을 통제한 상태에서 호스피스·완화의료 이용자의 진료비는 비이용자에 비해 약 49% 낮게 나타났다. 이는 단순 평균 비교에서 나타난 결과와는 달리, 환자의 인구학적 특성과 질병 특성을 통제할 경우 호스피스·완화의료 이용이 진료비를 감소시키는 효과를 갖는다는 점을 보여준다. 한편, 모형적합도는 Pearson $\chi^2 / df = 0.96$ 으로 나타났다. 이는 1에 근접할수록 모형 적합도가 양호함을 의미하는데, 본 분석 결과는 0.96으로 산출되어 적합도가 매우 양호한 수준으로 판단된다.

나. 서비스 유형 및 이용 시점에 따른 비용 효과의 차이

입원 기반 서비스 이용에 따른 비용 증가 효과와 호스피스·완화의료 이용 시점의 영향을 구분하여 평가하기 위해, 호스피스·완화의료 이용 여부, 입원 기반 서비스 유형, 시점(사망 직전 90일 이내 vs 90일 이전)을 포함하고, 이들 변수 간의 상호작용항을 추가한 모형을 분석하였다.

확장모형1 분석에서도, 호스피스·완화의료 이용은 암 질환군 사망자의 생애 마지막 1개월 진료비를 유의하게 감소시키는 것으로 나타났다($\exp(\beta) = 0.51$, 95% CI: 0.49-0.52, $p < 0.001$). 반면, 호스피스·완화의료 진입 시점은 통계적으로 유의하지 않았다. 오히려 호스피스·완화의료 이용 여부와 입원 기반 서비스 간 상호작용이 유의하게 나타나($p < 0.001$), 호스피스·완화의료의 비용 효과는 서비스 제공 방식에 따라 달라지는 것으로 확인된다. 반면, 이용 시점을 포함한 삼중 상호작용은 유의하지 않아($p = 0.418$), 이용 시점은 비용 효과를 설명하는 주요 요인을 작용하지 않는 것으로 보인다(표 4-16).

입원 기반 서비스 이용과 서비스 진입 시점과 같은 구조적 요인이 비용

수준에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 이러한 요인을 모형에 포함한 이후에도 호스피스·완화의료 이용 변수는 여전히 유의하게 나타났다. 이는 호스피스·완화의료의 비용 효과가 단일한 평균 효과가 아니라 조건부 효과로 해석될 필요가 있음을 시사한다. 구체적으로, 호스피스·완화의료 이용의 비용 효과는 서비스 유형에 따라 상이하게 나타났으며, 입원형이 아닌 경우(가정형 단독 및 가정형과 결합형 포함)에서는 비용 감소 효과가 관찰되었다(표 4-16).

〈표 4-16〉 호스피스·완화의료 이용 유형 및 이용 시점에 따른 생애 마지막 1개월 건강보험 진료비 영향(확장 모형1)

주요 설명 변수	exp(β)	95% CI	p-value
호스피스 이용(vs 비이용)	0.51	0.49-0.52	<0.001
입원 기반 서비스 유형	2.45	2.36-2.54	<0.001
호스피스 진입 시점(≤90일)	1.05	0.96-1.14	0.268
호스피스×입원기반형			<0.001
호스피스×입원기반형×진입시점			0.418

N=266,093; Model summary: Pearson χ^2 /df=0.96, Scaled deviance/df = 1.12

주: 1) 감마분포와 로그 연결 함수 적용한 일반화 선형모형. 연령, 성별, 암종, 찰스동반질환지수, 사회경제적 수준, 지역 특성(수도권 여부), 사망 연도 통제

2) 입원 기반 서비스 유형 분류는 입원형 단독과 입원형 단독, 입원형과 가정형 혼합, 입원형과 자문형 혼합, 일반병동에서 제공하는 자문형을 포함한 그룹을 1, 기타 유형을 0으로 구분

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 원자료 분석

세 가지 변수의 결합조건에 따른 암 질환군 사망자의 생애 마지막 1개월 진료비를 비교한 결과, 가정기반 호스피스·완화의료 서비스를 이용한 경우에서 다른 이용 형태에 비해 총진료비가 낮은 수준으로 나타나 비용 감소 효과가 확인되었다. 반면, 입원기반 호스피스·완화의료 서비스를 이용한 경우에는 진료비 수준이 가장 높게 나타나 서비스 유형에 따라 비용 구조가 상이함을 보여준다(표 4-17).

〈표 4-17〉 조건 결합에 따른 암질환군 사망자의 생애 마지막 1개월 평균 진료비 비교
(단위: 천원)

조건 결합 변수	평균 건강보험 총진료비	
	2022년 사망자	2023년 사망자
그룹 0: 호스피스 비이용자	8,550	9,096
그룹 1: 호스피스 이용자 & 90일 기준 이른 진입	8,880	9,098
그룹 2: 호스피스 이용자 & 90일 기준 늦은 진입 ¹⁾ & 가정기반 서비스 ²⁾	4,760	4,984
그룹 3: 호스피스 이용자 & 90일 기준 늦은 진입 ¹⁾ & 입원기반 서비스 ²⁾	10,383	10,894

주: 1) 사망일로부터 90일 이내에 서비스 이용은 90일 기준 늦은 진입, 반대의 경우는 이른 진입
 2) 입원 기반 서비스 유형은 입원형 단독, 입원형과 가정형 혼합, 입원형과 자문형 혼합, 일반병
 동에서 제공하는 자문형을 포함한 그룹(1), 나머지는 가정 기반 서비스 유형(0)으로 구분
 3) 진료비는 건강보험 총진료비로 보험자부담금과 본인부담금을 합산한 금액임.
 출처: 국민건강보험공단 빅데이터 원자료 분석

일반적으로 호스피스·완화의료 서비스 진입 시점이 늦을수록 평균 진료비가 높아질 것으로 예상되나, 본 분석에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. 이는 생애 말기 적극적 치료가 이미 시행된 이후에 호스피스·완화의료 이용이 시작되기 때문일 수 있다. 이에 따라 생애 말기 적극적 치료 강도(0~6점) 변수를 추가로 포함한 모형을 분석하여 그 영향을 검토하였다. 앞선 분석에서는 입원기반 서비스 유형과 진입 시점의 효과가 서로 달라질 가능성을 고려하여 상호작용 항을 포함하였으나 이는 해석이 어려운 한계가 있으므로 후속 분석에서는 앞서 제시한 범주형 결합 변수를 모형에 포함하여 각 조합별 효과를 보다 직관적으로 비교하고자 하였다.

생애말기 적극적 치료 강도 변수를 포함한 확장 모형²⁾에서는 포아송 분포를 적용하여 분석을 수행하였으나, 해당 모형의 적합도 지표인 Pearson χ^2/df 값이 1에 비해 크게 나타나(표 4-18), 모형 적합성이 충분하지 않은 것으로 판단된다. 이에 따라 본 모형의 결과는 효과의 절대적 크기보다는 방향성과 상대적 비교 중심으로 해석하였다.

상대 비교 관점에서 보면, 가정기반 서비스를 이용한 경우가 가장 낮은

진료비 수준을 보였으며, 입원기반 서비스를 이용한 경우가 가장 높은 진료비 수준을 나타냈다. 이는 동일한 조건에서도 서비스 제공 방식에 따라 진료비 수준이 구조적으로 달라질 수 있음을 보여준다. 또한 생애 말기 적극적 치료 강도는 유의한 진료비와 유의한 관련성을 보였으며, 이를 통제된 이후에도 서비스 유형에 따른 비용 차이는 유의하게 유지되었다. 이는 비용 차이가 환자 중증도 차이만으로 설명되기 어려우며, 서비스 제공 구조에 의해 형성되고 있음을 시사한다. 한편, 호스피스·완화의료 진입 시점 자체는 비용에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났는데, 이는 생애 말기 적극적 치료가 이미 시행된 이후에 호스피스·완화의료 이용이 시작되는 구조적 특성을 반영하는 결과로 해석된다(표 4-18).

〈표 4-18〉 호스피스·완화의료 이용 유형 및 이용 시점에 따른 생애 마지막 1개월 건강 보험 진료비 영향(확장 모형 2)

주요 설명 변수	exp(β)	95% CI	p-value
적극적 치료 강도(1점 증가)	1.18	1.18-1.18	<0.001
결합변수 그룹 0: 호스피스 비이용자	ref		
결합변수 그룹 1: 호스피스 이용자 & 90일 기준 이른 진입	1.24	1.24-1.24	<0.001
결합변수 그룹 2: 호스피스 이용자 & 90일기준 늦은 진입 ¹⁾ & 가정기반 서비스 ²⁾	0.56	0.56-0.56	<0.001
결합변수 그룹 3: 호스피스 이용자 & 90일기준 늦은 진입 ¹⁾ & 입원기반 서비스 ²⁾	1.18	1.18-1.18	<0.001

N=266,093; Model summary: Pearson χ^2 /df=7,982,005.81

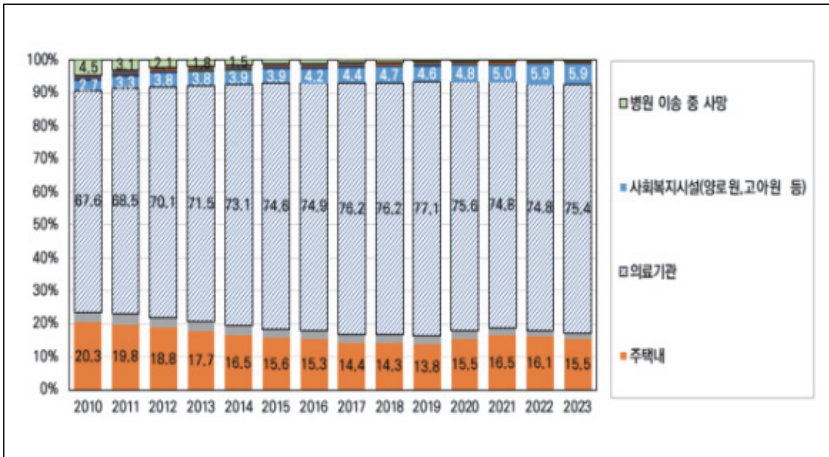
주: 1) 감마분포와 로그 연결 함수 적용한 일반화 선형모형. 연령, 성별, 암종, চাল송동반질환지수, 사회경제적 수준, 지역 특성(수도권 여부), 사망 연도 통제

2) 입원 기반 서비스 유형 분류는 입원형 단독과 입원형 단독, 입원형과 가정형 혼합, 입원형과 자문형 혼합, 일반병동에서 제공하는 자문형을 포함한 그룹을 1, 기타 유형을 0으로 구분
출처: 국민건강보험공단 빅데이터 원자료 분석

병원과 입원 중심의 서비스 제공이 증가 되는 구조적 문제는 높은 수준의 병원 내 사망률 지표로도 확인된다. 국가데이터처의 사망원인 통계자료 분석에서, 사망 장소가 의료기관인 비율은 2019년 77%까지 높아졌다가 2020년부터 2022년까지 감소했으나(75.6%→74.8%) 2023년에 다시 증가했다(75.4%). 대부분의 고령자 사망이 의료기관에서 발생한다는 결과는 한국의 생애말기 돌봄 구조가 병원 중심의 의료화된 형태임을 다시 한번 확인해 준다(Kim & Hong, 2016).

[그림 4-3] 사망 장소별 사망자 수 변화

(단위: %)



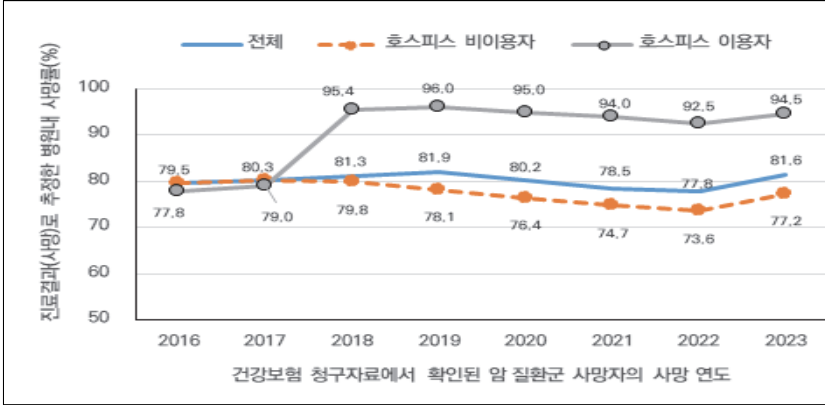
출처: “보건_사망_연간자료_A형(제공)데이터 세트,” 국가데이터처, 2010-2023, 국가데이터처, MDIS, 2025. 8. 1. 인출, 저자 분석

호스피스의 주요 대상 질환인 암질환군 사망자에서 생애 마지막 의료이용의 진료결과가 사망인 경우를 반연한 병원내 사망률을 비교하면, 호스피스 이용자에서 병원 내 사망률이 100%에 가깝게 증가하고 있음을 확인할 수 있다.

114 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

[그림 4-4] 암진료군 고령 사망자에서 병원내 사망률 변화

(단위: %)



출처: 국민건강보험공단 빅데이터 2016~2023 원자료 분석

제5절 소결

이 장에서는 2016년부터 2023년까지 65세 이상 고령 사망자의 생애 말기 12개월간 건강보험 진료비 변화를 확인하였다. 이를 통해 의료비가 생애 말기 3개월 이내부터 급격히 증가하여 사망 직전에 집중되는 패턴의 변화를 파악하였다. 다음으로 이러한 진료비 증가의 원인으로 지목되는 생애 말기 적극적 치료 수준을 확인하였다. 마지막으로 호스피스·완화의료 이용이 건강보험 진료비 지출에 미치는 영향을 관련 변수를 통제하여 분석하였다. 통제변수에는 성별, 추정 사망일 기준 연령(65~74세, 75~84, 85세 이상), 찰슨 동반질환 지수(Carlson's Co-morbidity Index, CCI), 거주지역(수도권 여부), 가입자격(의료급여, 직장, 지역)과 소득수준(의료급여를 제외하고 직장과 지역에서 소득수준에 따른 5등급)을 결합한 사회경제적 수준 변수(SES05)가 포함되었다.

2016년부터 2023년까지 65세 이상 고령 사망자 분포는 다음과 같다. 65세 이상 고령 사망자 중 75세 이상 사망자의 비중이 2016년 77.9%에서 2023년 81.0%로 증가했다. 특히, 80세 이상 사망자의 비중이 58.3%에서 67.5%로 대폭 증가하였다. 연령이 높아질수록 '암'으로 인한 사망자 수가 증가하고 있으나 비중은 감소하는 구조를 보인다. 반면, 노쇠나 복합적인 원인을 포함하는 미분류의 비중이 크게 증가하여 암 등 단일 질환 중심에서 장기부전, 신경퇴행성 질환, 복합질환 중심으로 전환됨을 보여준다.

사망 직전 1개월 동안 의료비 지출 비중이 2016년 25.4%에서 2023년 26.9%까지 감소하지 않고 증가하고 있다. 사망 직전 3개월의 지출 비중은 2016년 48.4%에서 2023년 50.4%로 절반 이상 수준으로 그 집중도가 확대되고 있다. 암 사망자만을 대상으로 생애 마지막 12개월간 건강보험

진료비 지출 패턴을 비교하였다. 생애 마지막 3개월간 지출 비중이 2016년 51.7%에서 2023년 51.2%로 전체 사망자에서(2016년 48.4%에서 50.3%) 보다 높은 수준을 보이거나 집중도는 증가하지 않고 있다. 또한, 진료비 비중의 증가세는 전체 사망자에서 사망 직전 2개월부터 뚜렷했던 것보다 이른 시점인 3개월 전부터 뚜렷하게 나타난다.

국제 기준과 비교할 때, 우리나라 암 환자의 생애말기 적극적 치료 수준은 중환자실 이용과 단기 항암치료 측면에서는 대체로 유사하거나 다소 낮은 수준을 보였다. 그러나 반복 입원 및 장기 입원 지표는 국제 수준에 비해 현저히 높은 수준으로 나타나, 생애말기 의료이용이 입원 중심으로 이루어지는 구조적 특성이 두드러지는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 OECD에서 지적한 병원 중심의 의료이용 구조 및 완화의료 제공 지연과 맥락을 같이하는 것으로 해석된다.

마지막으로 고령 사망자의 생애말기 건강보험 진료비에 대한 호스피스·완화의료 이용의 영향을 검토하였다. 기본 모형 분석 결과, 호스피스·완화의료 이용은 비이용에 비해 생애말기 진료비를 유의하게 감소시키는 것으로 나타났다. 그러나 확장 모형을 통해 서비스 유형과 이용 시점을 고려한 결과, 호스피스·완화의료의 비용 효과는 단일한 평균 효과가 아니라 조건에 따라 상이하게 나타나는 이질적 효과임이 확인되었다. 특히 가정기반 서비스를 이용한 경우에는 진료비 감소 효과가 뚜렷하게 나타난 반면, 입원기반 서비스를 이용한 경우에는 오히려 진료비 수준이 높은 것으로 나타났다. 이는 호스피스·완화의료 이용 여부 자체보다 서비스 제공 방식이 비용 수준을 결정하는 주요 요인임을 시사한다.

또한 호스피스 진입 시점은 진료비에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며, 이는 생애말기 적극적 치료가 이미 시행된 이후에 호스피스·완화의료 이용이 시작되는 구조적 특성이 반영된 결과로 해석된다. 실

제, 건강보험 자료에서 확인되는 호스피스·완화의료 이용자의 60% 이상이 사망직전 30일 이내에, 80% 이상이 60일 이내에 서비스 이용에 진입하고 있었다. 적극적 치료 강도를 통제한 이후에도 서비스 유형에 따른 비용 차이는 유의하게 유지되어, 비용 차이가 단순한 환자 중증도 차이만으로 설명되기 어려움을 확인하였다.

종합하면, 호스피스·완화의료는 평균적으로 비용 감소 효과를 보이나, 그 효과는 서비스 유형에 따라 상이하게 나타나며, 특히 가정기반 서비스에서 비용 감소 효과가 집중되는 것으로 나타났다.

향후 초고령화의 급속한 진전에 대응하기 위해, 우리나라 호스피스·완화의료 체계는 암 중심·입원 중심으로 형성된 기존 공급 구조에서 벗어나, 복합질환과 기능 저하를 동반한 비암성 생애말기 환자까지 포괄할 수 있는 방향으로 재편될 필요가 있다. 한국은 이미 초고령 사회에 진입하였고, 정부 역시 입원형, 가정형, 자문형 등 서비스 유형 다변화와 접근성 제고를 정책 방향으로 제시하고 있으므로(보건복지부 보도자료, 2022. 4.21.), 앞으로의 정책은 단순한 기관 수 확대보다 지역사회와 일차의료 기반에서 가정형 호스피스를 더 쉽게 이용할 수 있도록 전달체계를 강화하는 데 초점을 둘 필요가 있다.

특히 본 연구에서 확인된 바와 같이 비용 감소 효과가 가정기반 서비스에서 상대적으로 뚜렷하게 나타났다면, 이는 생애말기 의료의 질 향상과 재정 효율성 제고를 동시에 달성하기 위한 정책 우선순위가 병원 내 임종관리 확대만이 아니라 조기 의뢰, 방문형 돌봄, 일차의료-병원-호스피스 간 연계 강화에 있음을 시사한다.





제5장

호스피스·완화의료 수요 추계와 재정 영향 분석

제1절 인구 기반 추계 시나리오 설정

제2절 호스피스·완화의료 수요 추계

제3절 정책 시나리오별 건강보험 재정 영향 분석



제 5 장

호스피스·완화의료 수요 추계와 재정 영향 분석

제1절 인구 기반 추계 시나리오 설정

1. 완화의료 수요 추계 관련 선행 연구 고찰

가. 추계방법

한국의 호스피스·완화의료는 현재 암 질환 중심의 입원형 다학제 팀 서비스를 중심으로 운영되고 있어서, 대상 질환 확대 및 서비스 유형 다변화를 고려한 수요 추계에 적용하기에는 범용성이 제한적이다.¹⁶⁾ 이에 본 연구에서는 인구구조 변화에 따른 전체 사망자 기반의 수요 추계를 수행하여, 향후 암 외 주요 말기 질환군까지 포함하는 서비스 확대를 반영하여 서비스 수요를 추계하고자 하였다.

인구 기반의 완화의료 수요 추계에는 두 가지 주요 접근법이 사용된다.

첫째, 사망률 통계 기반 방법은 특정 연도의 사망자 수를 이용하여 완화의료가 필요했던 인구 규모를 산출하는 방식이다. 기존 사망자 자료만으로도 비교적 단순하고 빠르게 추정할 수 있다는 장점이 있다. 일반적으로 널리 인용되는 기준에 따르면, 전체 사망자의 약 75%가 완화의료 또는 생애 말기 돌봄을 필요로 하는 것으로 추정된다(Higginson, 1997; Kane et al., 2015; Sleeman et al., 2019). 이는 사망자의 상당수가 생

16) 호스피스 신규 이용 환자의 암성 질환은 2022년 20,198건, 2023년 22,314건, 2024년 24,188건이고 비암성 질환은 2022년 68건, 2023년 71건, 2024년 109건이었음(보건복지부, 중앙호스피스센터, 2025, pp. 43-45).

에 마지막 시기에 적절한 돌봄이나 완화치료를 통해 혜택을 받을 수 있다는 가정에 기반한다. 특히 고소득 국가에서는 사망자의 약 75%가 예측 가능한 진행성 만성질환으로 사망하는 것으로 나타나, 이들이 생애 말기 돌봄 대상자일 가능성이 크다고 보고되고 있다(Hughes-Hallet et al, 2011, p. 63).

둘째, 국제질병분류(ICD-10) 코드 기반 방법은 완화의료이 필요한 주요 질환군(예: 암, 심혈관계 질환, 만성호흡기질환, 신부전, 치매 등)을 정의한 후, 사망원인통계나 건강보험 청구자료에서 해당 코드로 분류된 환자 또는 사망자 수를 추출하여 완화의료 필요 인구를 추정하는 것이다(Etkind et al., 2017; Fumaneeshoat, 2018; Rosenwax et al., 2005). 이러한 접근은 인구 고령화와 만성질환 사망구조의 변화를 반영하여 향후 연도별 완화의료 잠재 수요를 예측할 수 있다는 장점이 있다. 이를 위해 Murtagh et al.(2014)이 전문가 합의를 통해 개발한 질병분류(ICD-10) 코드가 사용되고 있다. Murtagh et al.(2014)은 완화의료 수요의 최소 추계는 완화의료이 필요하다고 명확히 알려진 주요 질환군¹⁷⁾만 포함하는 것이고 최대 추계는 임신, 출산, 주산기, 외상, 중독, 기타 외인사 등 명백한 비대상 사인을 제외한 모든 사망자를 포함하는 것으로 제안했다.

〈표 5-1〉 완화의료이 필요한 질환군 그룹

구분	ICD-10 코드	포함 질환
암(Cancer)	C00-C97	모든 악성신생물로 인한 사망
장기부전 (Organ failure)	I00-I52(excl. I12 & I13)	심장질환 및 심부전
	J40-J47, J96	만성하기도질환 및 호흡부전

17) 암(C00-C97), 심장질환(뇌혈관질환 포함), 신질환, 간질환, 호흡기질환, 신경퇴행성 질환(예: 알츠하이머병, 치매 등), HIV 등

구분	ICD-10 코드	포함 질환
	I12, I13, N17, N18, N28	심혈관 질환 및 신부전
	K70-K77	간질환
치매(Dementia)	F01, F03, G30, R54	치매, 혈관성치매, 알츠하이머병, 노쇠
기타 (Other)	G10, G12.2, G20, G23.1, G35, G90.3	헌팅턴병, 운동뉴런질환, 파킨슨병, 진행성 핵상 마비, 다발성 경화증, 다계통위축
	I60-I69	출혈성, 허혈성, 기타 명시되지 않는 뇌졸중
	B20-B24	HIV 감염

출처: "How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates," Murtagh et al., 2014, Palliative Medicine, p. 4.

Yang et al.(2022)은 Murtagh et al.(2014)이 제시한 최소·최대 추정 방법과 Gómez-Batiste et al.(2014)의 '사망자 중 75% 적용' 방식을 활용하여 말레이시아의 국가 단위 완화의료 수요를 예측하였다.

다른 방법으로 SHS(Serious Health-related Suffering, 심각한 건강 관련 고통) 기반 추정 방법이 있다. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance & World Health Organization(2020)에서 사용된 접근법으로, 사망자뿐 아니라 비사망자까지 포함하여 완화의료 수요를 추정하는 방법이다. 이 방법은 2017년 The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief(Knaul et al., 2017)에서 처음 제시되었으며, 제1판 Atlas에서는 사망률 데이터만을 활용하여 생애말기(end-of-life)에 한정된 완화의료 수요를 추정했지만, 제2판에서는 SHS 개념을 적용하여 Institute for Health Metrics and Evaluation(IHME)의 Global Burden of Disease Study 2017(GBD 2017)에서 도출한 사망률(mortality)과 유병률(prevalence) 데이터를 결합하여 비사망자(non-decedents)의 완화의료 수요까지 포함하였다. 그 결과, 전체 완화의료 필요 인구 중 비사망자가 54.7%, 사망자가 45.3%로 추정되었다(WHPCA & WHO, 2020).

영국은 최근 추계에서 사망자의 약 90%가 사망진단서상 특정 질환(기저 혹은 기여 사인, underlying or contributory cause)으로 분류되어 완화의료 필요 대상에 포함되는 것으로 분석되었다(Marie Curie, 2023. 7.). 이처럼 기저 및 기여 사망원인을 모두 고려하는 방식은 인구 고령화로 인해 생애 말기에 복합 만성질환(multi-morbidity)이 증가하는 현실을 더 잘 반영할 수 있다는 장점이 있다. 반면, 기저 사망원인(underlying cause of death)만을 기준으로 추정할 경우, 실제보다 완화의료 필요 인구를 과소 추정할 가능성이 크다고 지적된다. 기저질환과 기여질환을 모두 반영하는 추정 방법은 생애 말기뿐 아니라 질병 진행 과정 전반에서 완화의료가 필요한 사람들까지 포괄적으로 식별할 수 있다는 점에서 의미가 크다.

나. 사망 전 호스피스·완화의료 이용 기간

완화의료 접근 시기와 이용 기간에 대해서는 반복적으로 여러 연구에서 암진단을 받은 사람들이 다른 질환자들보다 완화의료에 더 일찍 접근하고 더 오래 이용하는 것으로 분석하고 있다(Yang et al., 2022).

Rosenwax et al.(2016) 연구에 따르면, 사망 전 1년 동안 완화의료 이용 일수는 5일에서 25일 사이였고, 전문 완화의료 이용 일수는 사망 직전 몇 주에 편중되어 있었다. 병원 기반 완화의료 이용 일수의 60% 이상이 사망 전 4주 동안 발생했으나 주요 사망원인에 따라 차이가 있었다. 암 사망자는 사망 15일 전, 운동신경세포질환은 사망 44일 전, 간부전은 8일 전, 그 외 다른 원인의 사망자들은 약 5~6일 전에 시작되는 것으로 나타났다. 지역사회 기반 완화의료 이용은 사망 전 더 일찍 시작되었으며 암 사망자는 62일 전, 헌팅턴병은 192일 전, 운동신경세포질환은 86일 전

시작되었으며 알츠하이머병은 6일 전, COPD는 43일 전으로 나타났다.

벨기에 일반의 진료데이터를 이용한 인구기반 연구에서 COPD는 사망 전 10일, 심부전 12일, 중증치매 14일, 암 20일이었다(Beernaert et al., 2013).

OECD(2023a)는 우리나라의 생애말기돌봄이 필요한 사망자 수는 전체 사망자 316,064명 중 201,809명으로 추계했다. 이는 전체 사망자의 약 63.9%에 해당한다. 질환군별로는 장기부전(organ failure) 90,931명, 말기질환(terminal illness) 80,230명, 노쇠(frailty) 39,141명으로 추정되었다. 이러한 추계는 Lunney et al.(2002)이 제시한 질병 궤적(disease trajectory) 모형에 근거한 것으로, 생애말기 돌봄이 필요한 주요 질환군을 장기부전형, 말기질환형, 노쇠형의 세 가지 유형으로 구분하여 적용한 것이다.

2. 건강보험 호스피스·완화의료 수요 시나리오

가. 완화의료이 필요한 질환군의 사망자 추계 기반 최소 접근법

선행 연구의 국제질병분류(ICD-10) 코드 기반 방법을 적용하여, 완화의료이 필요한 주요 질환군(예: 암, 심혈관계 질환, 만성호흡기질환, 신부전, 치매 등)을 정의하고 미래 인구추계에서 해당 질환의 사망자 수를 추계했다. Murtagh et al.(2014)은 완화의료 수요의 최소 추계는 완화의료이 필요하다고 명확히 알려진 주요 질환군만 포함하는 것이고 최대 추계는 임신, 출산, 주산기, 외상, 중독, 기타 외인사 등 명백한 비대상 사인을 제외한 모든 사망자를 포함하는 것으로 제안했다. 일반적으로 널리 인용되는 또 다른 기준은 전체 사망자의 약 75%가 완화의료 또는 생애말기

돌봄을 필요로 하는 규모라고 추정하는 것이다(Higginson, 1997; Kane et al., 2015; Sleeman et al., 2019). 이 연구에서는 질환군을 적용하여 최소 추계 접근법¹⁸⁾을 적용하였다. 이는 현재 호스피스·완화의료 급여가 암 질환 중심이고 고도의 전문팀 서비스 형태로 제공되고 있는 현실을 반영한 것으로, 향후 비암성 질환에 대한 수요 확대를 보수적으로 추정하고자 한 것이다.

나. 완화의료에 필요한 질환군의 적용

현재 건강보험 호스피스 급여가 적용되는 질환(암, 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성 간경화)¹⁹⁾과 Murtagh et al.(2014)가 제시한 질환 중 현재 급여가 되지 않는 질환까지 범위를 확대하여 수요를 추계했다. Murtagh et al.(2014)이 제안한 질환 코드에서 현재 건강보험에서 적용되지 않는 질환군을 추가로 확대가능한 질환군으로 구분하여 표를 작성하면 다음과 같다.

〈표 5-2〉 호스피스완화의료 수요 추계 질환 범위

구분	ICD-10 코드 범위	
현행 적용대상 질환군	C00-C97	암
	B20, B21, B22, B23, B24	후천성면역결핍증(HIV)
	J44, J43, J42, J45, J46, J47, J60, J61, J62, J64, J65, J80, J84, J96, J98	만성폐쇄성폐질환(COPD)/ 만성호흡부전
	K74	간경화
확대	J40, J41	만성하기도질환

18) 수요의 최소 추계는 완화의료에 필요하다고 명확히 알려진 주요 질환군만 포함하는 것이고 최대 추계는 임신, 출산, 주산기, 외상, 중독, 기타 외인사 등 명백한 비대상 사인을 제외한 모든 사망자를 포함하는 것

19) 암(C00~C97), 만성폐쇄성호흡기질환(J40~J44), 만성호흡부전(J42~47, J60~65, J80, J84, J96, J98), 만성간경화(K74), 후천성면역결핍증(B20~24)

구분	ICD-10 코드 범위	
적용대상 질환군	K70, K71, K72, K73, K75, K76, K77	간질환
	I10, I11, I14, I15	심장질환 및 심부전
	I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, I68, I69	뇌졸중(출혈성, 허혈성 및 상세불명)
	F01, F03, G30, R54	치매, 혈관성치매, 알츠하이머병, 노쇠
	G10, G122, G20, G231, G35, G903	헌팅턴병(Huntington disease), 운동뉴런질환(Motor neuron disease, MND), 파킨슨병(Parkinson's disease), 진행성 핵상 마비, 다발성 경화증(Multiple sclerosis, MS), 다계통위축(Multiple system atrophy, MSA)

다. 호스피스 서비스 이용률과 병원 및 지역 기반 서비스 구성비 가정

건강보험 진료비 자료 분석에서, 추정에 의한 암 질환 사망자의 호스피스 이용 경험률은 2023년 25%였다(표 4-11). 등록 기반 정보에 의한 실제 생존 중인 모든 말기 암 환자를 대상으로 하는 이용률의 수준은 달라질 수 있다. 2023년 기준 호스피스 대상 질환자 이용률이 33%로 보고된 바 있다(대한민국정책브리핑, 2024. 4. 2.). 그러나 호스피스 완화의료 대상이 되는 비암성 질환의 경우, 2024년 호스피스 완화의료를 이용한 환자는 109명으로 전체 이용자의 0.48%에 불과해, 암 환자에 비해 이용률이 매우 낮은 실정이다(보건복지부, 중앙호스피스센터, 2025, p. 30). 이에 앞으로 확대되는 비암질환에 대한 이용률 가정이 필요하다.

현재 비암질환에서 호스피스·완화의료 이용률은 1% 미만으로²⁰⁾ 매우 낮지만, 대상 확대와 함께 이용률이 증가할 수 있으므로 최소 이용률 수준을 10%로 설정했다. 아울러 최대는 75%를 적용했다. 선행연구에서 호스피스 완화의료가 필요한 규모를 질환과 관계없이 사망자의 75%로 추

20) 2018년, 비암성 질환으로 사망한 7,638명 중 호스피스 서비스를 이용한 사람은 29명(0.38%)에 불과하였음. 2022년에는 1만 3,241명 중 68명(0.51%), 2023년 1만 4,150명 중 72명(0.51%)으로 비암성 환자의 호스피스 이용률은 1% 미만에 그침(오상훈, 2025. 9. 17.).

정하는 것을 활용하여 관련 질환에서 최대 이용률로 적용했다.

다음은 병원 또는 지역사회 기반의 서비스 제공 유형에 대한 구성비 설정을 위해 건강보험 호스피스 서비스 유형의 구성을 확인하였다(표 5-3). 추계의 직관적 이해를 높이기 위하여 현재의 서비스 유형별 이용률을 병원 기반 이용률과 지역사회 기반 이용률로 구분하였다. 입원형 서비스가 중심이 되는 구조(입원형 단독, 자문형 단독, 입원형+가정형, 입원형+자문형, 입원형+가정형+자문형)는 병원 기반 이용률로 묶어 산정하였다. 입원형은 지정된 호스피스 전문병동에서 제공하는 서비스이고, 자문형은 일반병동에 입원 환자에게 제공되는 서비스로 두 유형 모두 병원 기반 서비스로 간주하였다. 반면, 가정형 단독 또는 가정형+자문형과 같이 재가 중심으로 제공되는 서비스 유형은 지역사회 기반 이용률로 분류하였다.

〈표 5-3〉 사망환자의 인당 건강보험 호스피스 평균 이용기간

(단위: 명, %, 일)

구분	사망자 수	평균 이용기간
입원형 호스피스(단일)	13,904(63.3)	24.2
가정형 호스피스(단일)	301(1.4)	43.8
자문형 호스피스(단일)	2,531(11.5)	8.0
입원형+가정형 호스피스	1,084(4.9)	66.2
입원형+자문형 호스피스	3,583(16.3)	35.7
가정형+자문형 호스피스	134(0.6)	56.9
입원형+가정형+자문형 호스피스	444(2.0)	90.1
계	21,981(100)	28.1

출처: “2024 국가 호스피스완화의료 연례보고서,” 보건복지부, 중앙호스피스센터, 2024, p. 49.

〈표 5-4〉 병원 기반 및 지역사회 기반의 호스피스완화의료 구성비 가정

구분	병원 기반 이용률	지역사회 기반 이용률
현재	98%	2%
가정 1	90%	10%
가정 2	60%	40%
가정 3	50%	50%
가정 4	40%	60%

향후 암 외 질환군으로 대상이 확대되고 말기 돌봄 수요가 증가할 것을 고려할 때, 현재의 입원형 중심 체계는 임상적 중증도와 돌봄 필요도가 높은 환자군에 보다 집중될 필요가 있다. 반대로, 상대적으로 중증도 또는 경증 단계의 환자에 대해서는 1, 2차 단계 서비스 제공을 위한 지역사회 완화의료 및 수가 모형 개발이 요구된다. 이에 본 연구에서는 전체 호스피스 이용률을 병원 기반과 지역사회 기반 서비스 구성비로 재편하고, 지역사회 기반 이용률이 점진적으로 확대되는 시나리오를 반영하여, 현재 수준과 추가 확대를 포함한 총 4가지 대안을 설정하였다(표 5-4).

라. 호스피스·완화의료 이용 기간과 일당 진료비

질환별 서비스 이용 기간은 Rosenwax et al.(2016)이 제시한 병원 기반 및 지역사회 기반 완화의료 이용 기간을 참고하여, 본 연구에서 정의한 질환군 체계에 맞추어 매칭·적용하였다.

〈표 5-5〉 사망 전 시점별 병원·지역사회 완화의료 시작 시기 비교

구분	질환	사망 원인(범주)	사망 전 이용일수 중위수(IQR)
병원 기반 완화의료	암	악성 신생물	15일(6-44)
	운동뉴런질환	신경계 질환	44일(8-149)
	간부전	간질환	8일(4-22)
	기타 질환	다양한 사인	5-6일
지역사회 기반 완화의료	암	악성 신생물	62일(26-137)
	헌팅턴병	신경퇴행성 질환	192일(19-365)
	운동뉴런질환	신경계 질환	86일(20-253)
	알츠하이머병	치매	6일(3-54)
	COPD	만성 호흡기 질환	43일(15-138)

출처: "A retrospective population based cohort study of access to specialist palliative care in the last year of life: who is still missing out a decade on," Rosenwax et al., 2016. p. 5 기반으로 저자 작성.

〈표 5-6〉 질환별 이용일수 가정

구분	ICD-10 코드 범위	병원 기반 이용	지역 기반 이용
현행 적용대상 질환군	암	27일 ¹⁾	62일 ²⁾
	후천성면역결핍증(HIV)	6일 ³⁾	43일 ³⁾
	만성폐쇄성폐질환(COPD)/ 만성호흡부전	6일 ⁴⁾	43일 ⁴⁾
	간경화	8일 ⁵⁾	43일 ⁵⁾
확대 적용대상 질환군	만성하기도질환	8일 ⁵⁾	43일 ⁷⁾
	간질환	8일 ⁵⁾	43일 ⁵⁾
	심장질환 및 심부전	8일 ⁵⁾	43일 ⁵⁾
	뇌졸중(출혈성, 허혈성 및 상세불명)	8일 ⁵⁾	43일 ³⁾
	치매, 혈관성치매, 알츠하이머병, 노쇠	6일 ⁶⁾	6일 ⁶⁾
	헌팅턴병(Huntington disease), 운동뉴런질환(Motor neuron disease, MND), 파킨슨병(Parkinson's disease), 진행성 핵상 마비, 다발성 경화증(Multiple sclerosis, MS), 다계통위축(Multiple system atrophy, MSA)	44일 ⁷⁾	192일 ⁷⁾

- 주: 1) 병원 기반 유형 이용일수는 〈표 5-3〉의 병원 기반 유형 분류에 사망자 수를 반영하여 산출한 가중평균을 적용하였다.
 2) 지역사회 기반 암 환자 이용일수는 Rosenwax et al.(2016)의 지역 기반 평균 이용일수를 적용하였다. 현재 한국 사망자 기반 지역 이용일수는 48일이나, 향후 가정 기반 서비스 확대 방향을 반영하여 Rosenwax et al.(2016)의 평균값을 적용함.
 3) 후천성면역결핍증(AIDS)의 병원 기반 이용일수는 Rosenwax et al.(2016)의 기타 질환 기간(6일)을 적용하고, 지역 기반 이용일수는 만성호흡기질환 기준(43일)을 적용함.
 4) COPD 및 만성호흡부전의 병원 기반 이용일수는 기타 질환 기간(6일)을, 지역 기반 이용일수는 만성호흡기질환 기간(43일)을 적용함.
 5) 만성하기도질환, 간질환, 심장질환 및 심부전, 뇌졸중은 Rosenwax et al.(2016)의 만성호흡기질환 이용일수를 준용하여 병원 기반 8일, 지역 기반 43일을 적용함.
 6) 치매, 혈관성 치매, 알츠하이머병, 노쇠는 Rosenwax et al.(2016)의 기타 질환 및 알츠하이머병 기준을 반영하여 병원 기반 및 지역 기반 이용일수를 각각 6일로 적용함.
 7) 헌팅턴병 등 신경퇴행성 질환은 Rosenwax et al.(2016)의 운동뉴런질환 이용일수(병원 기반 44일)를 적용하고, 지역 기반 이용일수는 동일 연구에서 헌팅턴병의 이용일수(192일)를 적용함.

일당 진료비는 사망자 기반 생애말기 의료비 분석 결과를 활용하였다. 2023년 기준 건강보험 호스피스 급여 중 암환자의 서비스 유형별 일당 진료비(입원형 단독, 가정형 단독)를 각각 병원 기반 이용 및 지역사회 기반 이용의 단가로 연령구분 없이 적용하였다. 이는 순수한 호스피스 수가

비용이 아니라 호스피스를 이용한 경험이 있는 이용자에서 발생한 연간 총 진료비 합을 총 재원일수 합으로 나눈 재원일당 진료비를 적용하였다.

〈표 5-7〉 유형별 적용 일일 단가

(단위: 원)

서비스 유형별 일일 단가	연령군	일당 총진료비
병원 기반 일일 단가	65세 이상 전체	407,953
지역사회 기반 일일 단가	65세 이상 전체	182,456

주: 2023년 기준 건강보험 호스피스 급여 중 암환자의 서비스 유형별 일당 진료비(입원형, 가정형)를 각각 병원 기반 이용 및 지역사회 기반 이용의 단가로 적용

출처: 국민건강보험공단 빅데이터 원자료 분석

제2절 호스피스·완화의료 수요 추계

1. 추계 자료

이 연구에서는 「사망원인통계(2010-2023)」, 「주민등록연앙인구(2010-2023)」, 「장래인구추계」와 「미래 사망률」에 기초하여 2040년까지의 호스피스 적용 대상 질환군별 사망자 수를 산출하고 2023년도 호스피스 이용 실적을 반영하여 2040년까지의 호스피스·완화의료 수요와 재정 소요를 추계하였다.

〈표 5-8〉 호스피스·완화의료 수요 추계 분석 자료

자료명	기간	주요 변수	활용 목적
사망원인통계	2010~2023	사망 연도, 성별, 연령(1세), 사망원인(ICD-10)	사망확률·사망비율 산출
주민등록연앙인구	2010~2023	성×연령(1세)별 인구	사망확률 계산 분모
장래인구추계	2024~2040	성×연령(1세)별 추계인구	미래 인구 전망
미래 사망률	2024~2040	성×연령(1세)별 미래 사망률	미래 총사망자 추정
호스피스 이용 실적	2023	연령구간별 이용행태 및 단가	재정 추계 입력 변수

재정 추계에서 관심 대상은 65세 이상 전체로 연령 구분은 5세 구간으로 정의하되 95세 이상은 하나의 집단으로 구성하였다(65~69, 70~74, 75~79, 80~84, 85~89, 90~94, 95+).

호스피스·완화의료가 필요한 사망원인(질환군)을 적용하는 최소 추계 방법을 적용하되, 현행 적용 질환에서 향후 질환 범위의 확대를 반영하기 위하여, 현행 호스피스 적용 대상인 4개 질환군(암, HIV, 간경화, COPD 등 호흡기)과 Murtagh et al.(2014)에 근거한 완화의료 확대 적용 대상 질환군 6개(간질환, 호흡기, 심장질환, 뇌졸중, 치매, 파킨슨/헌팅턴(G 일부))를 포함한 총 10개 질환군으로 분류하였다(표 5-6).

2. 사망자 수 추계 방법

호스피스·완화의료 재정 추계를 위한 기초단계로서, 향후 사망자 수를 연령·성별·질환군별로 전망하였다. 이때 사망자 수 추계는 두 가지 방식으로 구분된다. 첫째, 과거 사망원인통계와 주민등록 연앙인구를 이용하여 성*연령군*질환군별 사망 확률(mortality probability)을 구하고 이를 장래인구추계에 적용함으로써 미래의 성×연령×질환군별 사망자수를 전망한다.

두 번째 방식은 사망원인통계에서 추출한 성×연령×질환군별 사망 비율(cause of death share)을 이용하여 사망자 수를 질환군별로 배분하는 것이다. 그리고 각각의 과정에서 기준연도(2023년) 고정과 추세(2010~2023년) 반영을 병행하여 총 4가지 방식으로 사망자 추계 시나리오를 구성하였다.

이처럼 사망확률과 사망비율이라는 두 가지의 다른 접근을 병행하는 이유는 다음의 사항을 고려한 것이다. 먼저 사망확률은 얼마나 많은 사람들이 X에 의해 사망하는가를 설명하는 양적 수준의 지표인데 비해, 사망비율은 X가 다른 요인들에 비해 얼마만큼의 중요도를 갖는가를 보여주는 구조적 구성비 지표이다. 즉, 사망확률은 생존율이나 고령화 추세 등을 반영하는 데 적합하고 사망비율은 질환군별 구성 변화를 반영하는데 적절하다. 따라서 사망확률 기반 추계는 고령화로 인해 수요가 증가하는 인구 효과가 반영되어 있고, 사망비율 기반 추계는 사망(질환) 구조 변화에 따른 호스피스·완화의료 수요의 변화를 드러낸다고 볼 수 있다. 두 결과의 비교를 통해 향후 호스피스·완화의료 정책의 재정 변동 요인을 인구 구조 변화와 질병 구조 변화 등으로 구분해서 살펴볼 수 있다는 점에서 본 연구에서는 두 가지 방식을 모두 적용하였다.

가. 사망확률 기반 추계

사망확률은 특정 연도, 성별, 연령군에 속하는 개인이 1년 동안 관심 대상 질환으로 사망할 확률을 의미한다. 여기서 1세 대신 5세 연령집단을 기준으로 한 것은 연도별 데이터 변동성을 고려하여 이후 구조적 추세 파악에 유리하다는 점을 고려하였다. 구체적으로 사망확률은 사망 원인 통계의 사망자 수와 주민등록 연앙인구를 결합하여 다음과 같이 산출된다.

$$P_{a,g,k,t} = \frac{D_{a,g,k,t}}{N_{a,g,t}}$$

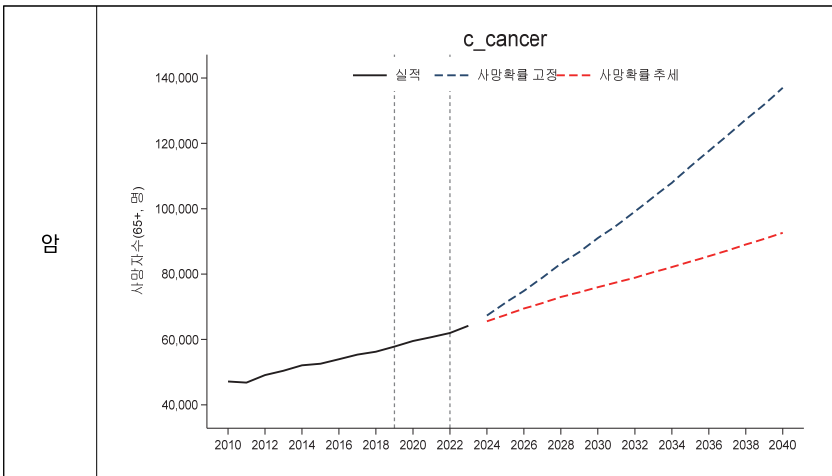
여기서 $P_{a,g,k,t}$ 는 5세 연령구간(a), 성별(g), 사망원인(k), 연도(t)별 사망확률을 의미하며, D는 사망자 수, N은 주민등록 연앙인구이다. 이를 장래인구추계 인구수에 곱하여 미래의 사망자 수를 구한다.

다만, 단순히 2023년 사망확률이 미래에도 계속 유지된다는 가정에 따른 사망확률 고정형(2023년)의 경우 급격한 인구 고령화 효과로 인해 사망자 수가 비현실적으로 증가하는 문제가 발생한다(그림 5-1, 5-2 참조). 이를 보정하기 위해 2010~2023년 기간의 사망확률 변화를 추정하여 장래 인구에 적용함으로써 고령화와 생존율 개선 등의 장기 추세를 반영하는 방식을 보완하였다. 추세의 추정은 2010~2023년 기간 동안 연령군(5세 단위, 65세 이상)별 사망확률의 변화를 분석하여, 연평균 증감률(CAGR)을 계산하였다. 이때 개별 연령(예: 65세, 66세, ...) 단위는 변동성이 크게 나타나므로 5세 연령 구간별로 추세를 산출하였다. 다만, 각 1세 연령별 2023년의 사망확률을 기준값으로 삼되, 해당 나이가 속한 5세 구간의 연평균 증감률을 적용하여 미래 연도의 사망확률을 추정함으로써 정밀성과 안정성을 절충하였다. 예컨대 70~74세 여성의 암 사망확률이

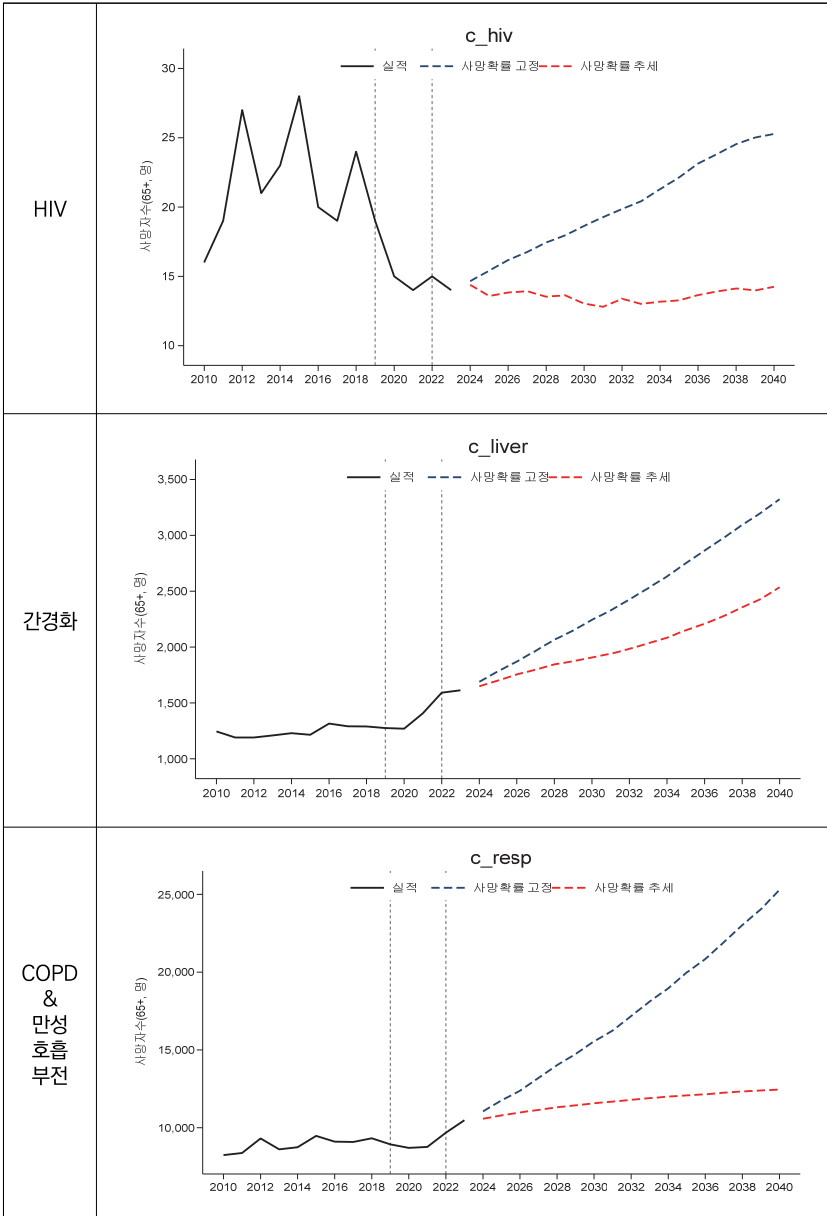
연평균 -1% 감소 추세라면, 이에 해당하는 구간에 속하는 2023년의 수준에 동일한 감소율을 적용하여 2024년 이후 값을 산출하는 방식이다. 즉, 사망확률의 추세는 변동성을 줄이되, 베이스 확률은 1세 단위를 유지함으로써 세부 연령구조를 반영할 수 있도록 한 것이다. 마지막으로 추정된 미래 사망확률에 장래인구추계의 해당 집단 인원수를 곱하여 연도·연령·성별·질환군별 사망자 수를 도출하였다. 한편, 안정적 추정을 위하여 극단적으로 높은 증감률은 $\pm 10\%$ 범위로 제한하여 비현실적인 추계 결과를 방지하였다.

현재 호스피스·완화의료 적용 질환군에서 사망자 추정 결과를 보면, 2010~2023년 사망확률 변화를 반영한 추계 결과가 2023년 사망확률을 고정값으로 적용한 경우보다 완만한 변화를 보여준다.

[그림 5-1] 사망확률 기반 사망자 추정 결과: 현재 호스피스·완화의료 적용 질환군

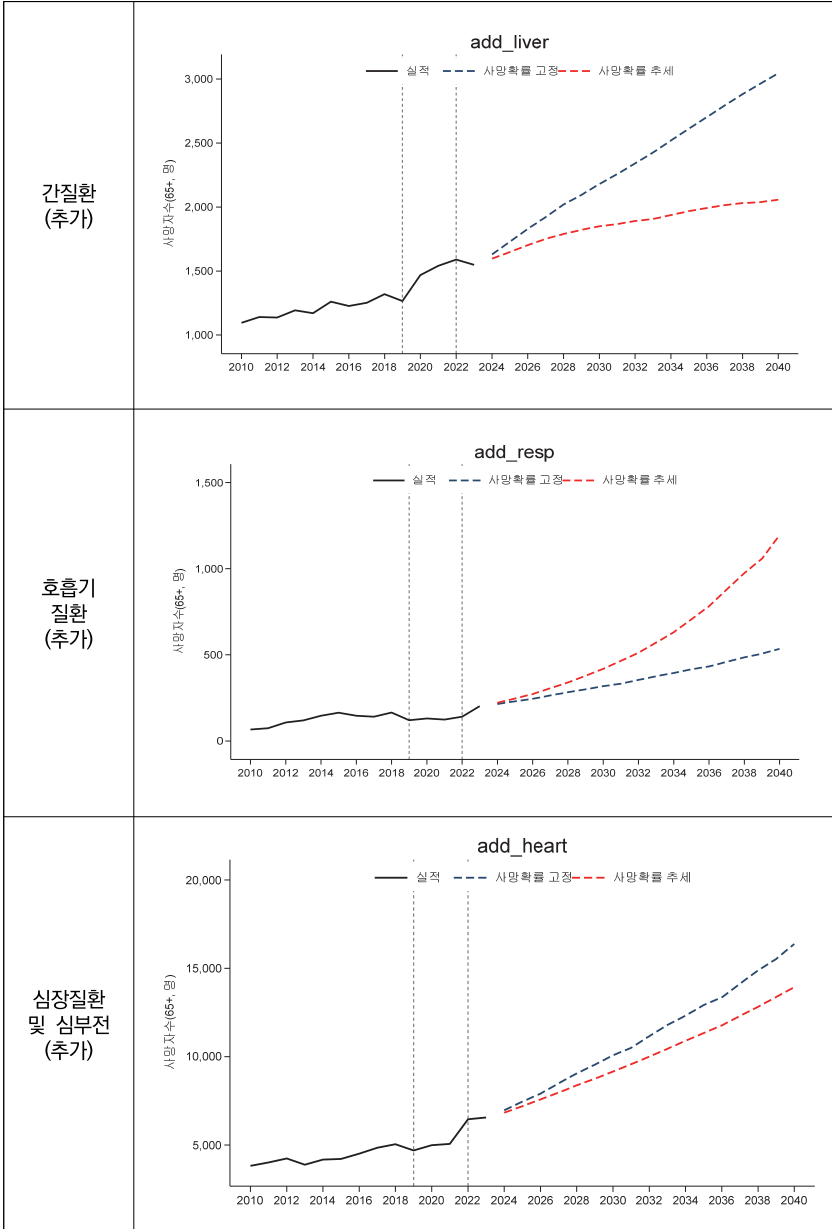


136 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

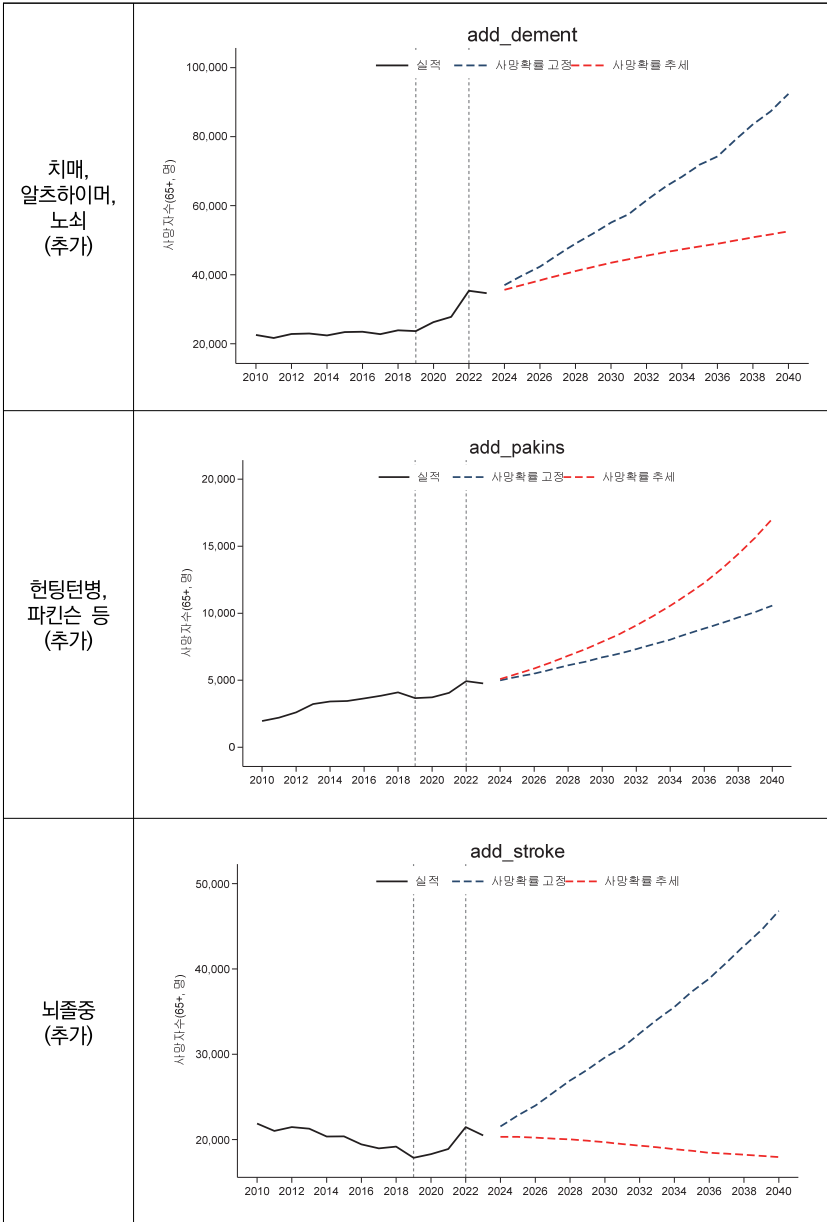


주: 위의 파란 추세선은 2023년의 고정 사망확률을 적용,
아래의 빨간선은 과거 2010~2023년 사망확률을 추세 적용

[그림 5-2] 사망확률 기반 사망자 추정 결과: 호스피스·완화의료 적용 확대 질환군



138 호스피스·완화의료기 건강보험재정에 미치는 영향



주: 위의 파란 추세선은 2023년의 고정 사망확률 적용,
아래의 빨간선은 과거 2010~2023년 사망확률 추세 적용

나. 사망비율 기반 추계

사망비율은 특정 연령·성별 집단의 총사망자 중에서 각 질환군 사망자가 차지하는 비중을 의미한다. 사망원인통계에서 성·연령군·질환군별 총사망자수를 집계한 후 다음과 같이 사망비율을 산출하였다.

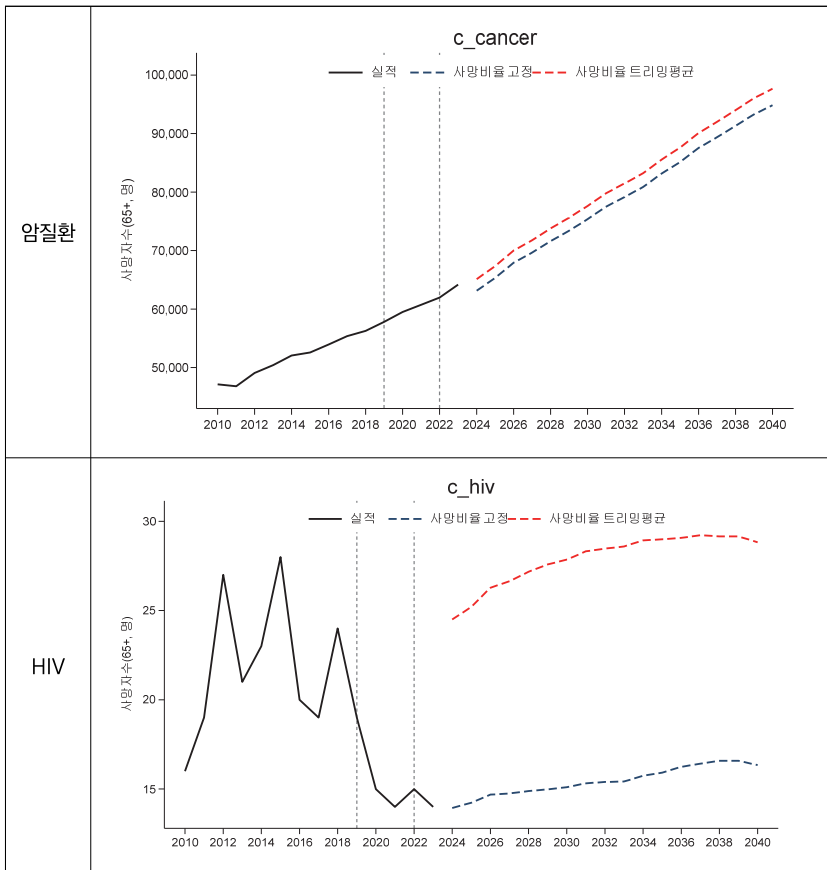
$$S_{a,g,k,t} = \frac{D_{a,g,k,t}}{D_{a,g,t}}$$

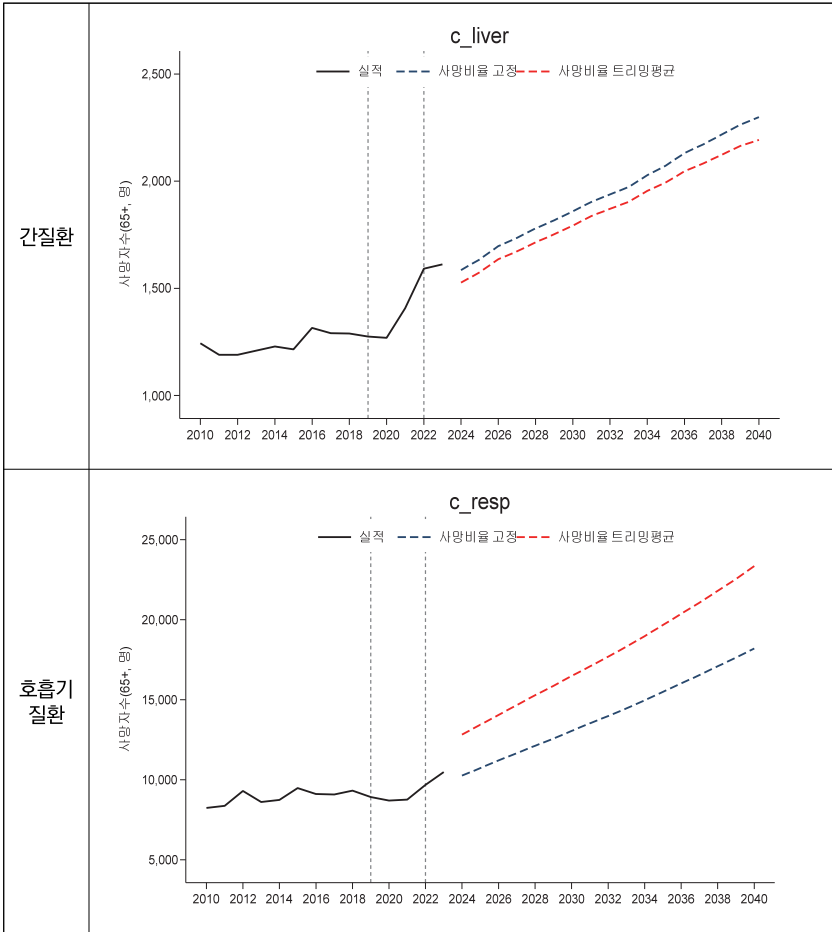
여기서 $S_{a,g,k,t}$ 는 5세 연령구간(a), 성별(g), 연도(t)별 질환군(k)의 사망비율이고 $D_{a,g,k,t}$ 는 해당 질환군의 사망자수, $D_{a,g,t}$ 는 총사망자 수이다. 단, 각 사망자 수와 총사망자 수는 65세 이상에 한정하였다. 이렇게 구한 사망비율을 미래 사망률과 장래인구추계를 통해 구한 미래 총사망자 수(65세 이상)에 적용하면 질환 군별 성*연령별 미래 사망자 수를 추정할 수 있다.

한편, 사망비율 기반 사망자 수 추계에서는 연도별 질환군별 사망비율의 변화를 고려하여 로지트(logit) 변환을 통한 선형추세 모형으로 외삽하는 방식을 검토하였다. 그러나 로지트-선형추세는 비율 변화가 적더라도 장기 외삽 시 그 효과가 기하급수적으로 확대될 위험이 있으며, 특히 팬데믹 기간(2019~2022년)의 일시적 변동이 구조적 추세로 오인될 위험이 있다. 실제 적용 결과에서도 일부 희귀 질환이나 변동폭이 큰 질환군의 경우 현실적으로 과도한 비율이 산출되는 문제가 확인되었다. 이에 본 연구는 2023년의 질환*성*연령군별 사망비율을 고정해서 미래 총사망자수에 적용하는 사망비율 고정 방식 이외에도 2010~2018년의 정상기 구조와 2023년 최신 연도의 정보를 결합한 트리밍 가중평균(trimming weighted mean) 방식을 채택하였다. 구체적으로는 2010~2023년 자료 중 팬데믹 기간(2019~2022년)을 제외한 연도만을 활용하여, 성*연령

구간별로 질환군의 연도별 사망비율을 평균하고, 동일 성·연령구간 내 합계가 1이 되도록 정규화하였다. 이러한 트리밍 가중평균 접근은 팬데믹 시기의 비정상적인 고령층의 호흡기 등 사망 급증을 제거하고 정상기 구조를 반영하여 안정적이고 보수적인 질환군별 사망구조 전망을 하기 위함이다.

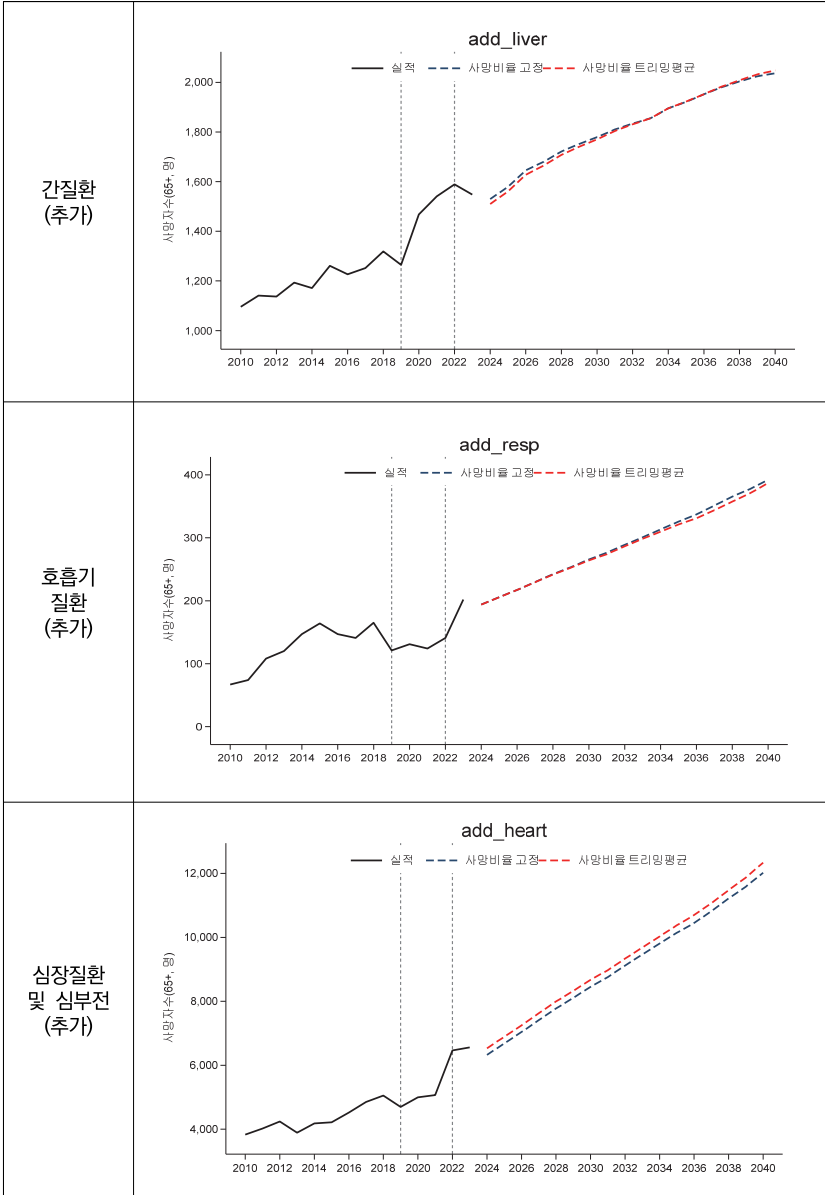
[그림 5-3] 사망비율 기반 사망자 추정 결과: 현재 호스피스·완화의료 적용 질환군

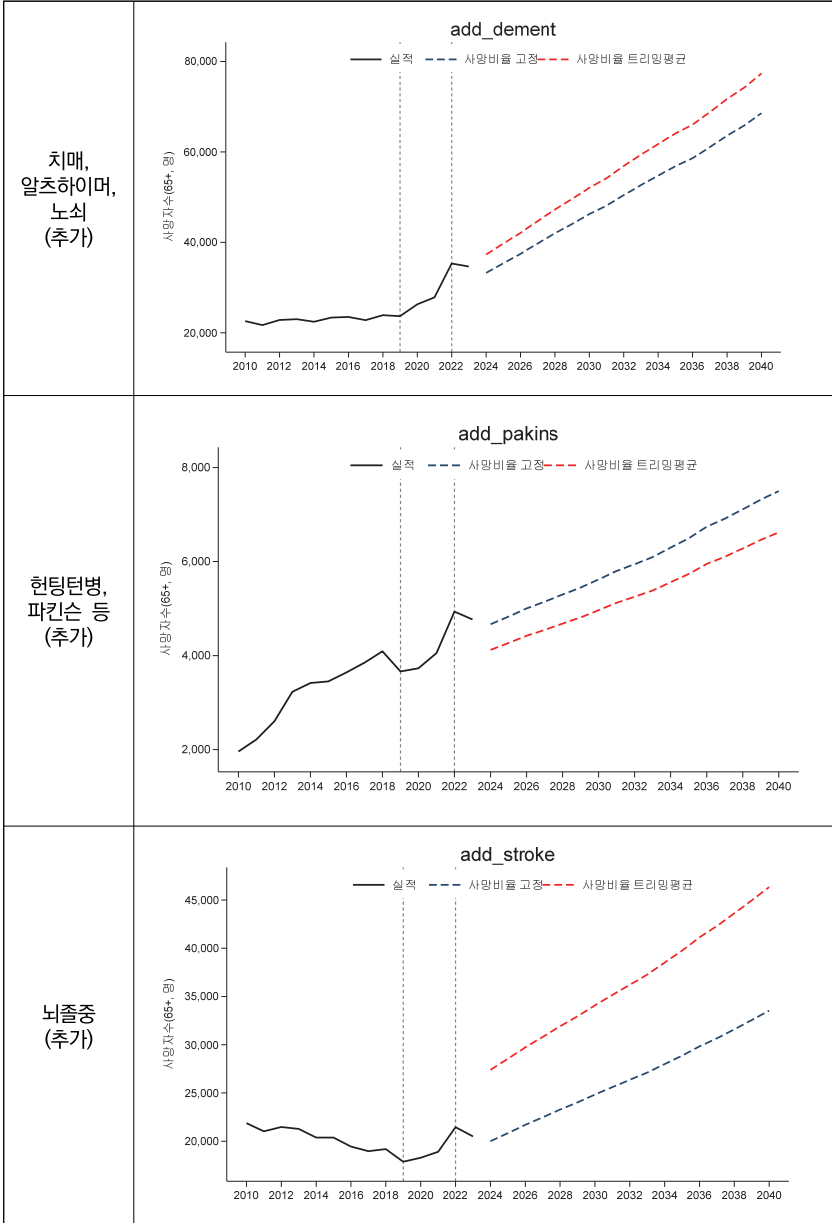




142 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

[그림 5-4] 사망비율 기반 사망자 추정 결과: 호스피스·완화의료 적용 확대 질환군





3. 질환별 사망자 수와 호스피스·완화의료 수요 추계 결과

2026년을 기준으로 2040년까지 추계된 65세 이상 관심 질환군 사망자수는 네 개 모형 모두 계속 증가하지만, 그 증가 폭은 상이하다. 사망확률 고정형은 단순 인구효과를 반영함에 따라 증가폭이 가장 크며, 사망확률 추세형은 사망률 개선 효과가 반영되어 가장 완만한 증가세를 보인다.

〈표 5-9〉 호스피스·완화의료 적용 대상 질환군 총 사망자수(65세+)

(단위: 명)

구분		2026년	2030년	2035년	2040년	'26년 →'40년
사망확률 고정	현행	89,136	108,856	135,683	165,631	86%
	10대 질환군	170,912	212,861	269,304	335,352	96%
사망확률 추세	현행	82,204	89,494	98,061	107,652	31%
	10대 질환군	156,263	171,960	190,332	212,394	36%
사망비율 고정	현행	80,844	90,282	102,710	115,347	43%
	10대 질환군	153,895	177,481	207,309	239,423	56%
사망비율 트리밍 평균	현행	85,714	95,930	109,305	123,228	44%
	10대 질환군	171,050	197,756	231,508	268,327	57%

다음 표는 현재(2023년)의 성*연령군*질환별 사망비율이 유지됨을 가정한 사망비율 고정형 결과를 기준으로 질환별 사망자 비중이 어떻게 달라지는가를 보여준다. 암 사망자는 2026년 6만 8천여 명에서 2040년 약 9만 5천 명으로 증가하였으나, 10대 질환군 사망자 전체에서 차지하는 비중은 같은 기간 44.1%에서 39.6%로 4.5%p 하락하였다. 반면에 치매 등 고령 질환군 사망자는 이 기간 중 약 1.8배 급증하여 비중이 24.3%에서 28.6%로 4.3%p 증가하였다. 호흡기질환군은 소폭 상승(7.3%→7.6%)하였고, 뇌졸중과 기타 질환군의 비중은 거의 변화가 없다.

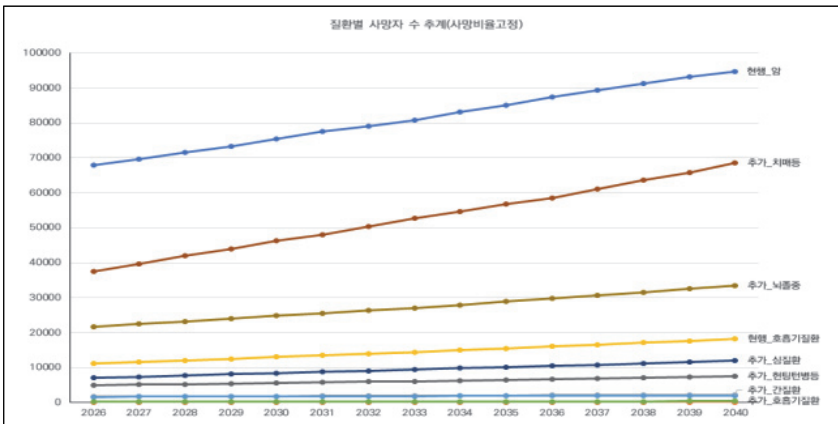
〈표 5-10〉 질환군별 사망자 구조 변화(사망비율 고정형 기준)

(단위: 명, %, %p)

구분	2026년	2040년	비중(%) 2026년	비중(%) 2040년	변화(±%p)
암	67,922	94,835	44.1	39.6	-4.5
호흡기 등	11,210	18,196	7.3	7.6	+0.3
치매 등	37,454	68,587	24.3	28.6	+4.3
뇌졸중	21,692	33,535	14.1	14.0	-0.1
기타	15,617	24,269	10.1	10.1	0.0
10대 질환 전체	153,895	239,423	100.0	100.0	-

[그림 5-5] 질환군별 사망자 구조 변화(사망비율 고정형 기준)

(단위: 명)



사망비율을 2023년 수준으로 고정하였으나, 전체 사망자수의 연령구조 변화(즉, 고령층 인구 및 사망자 비중 확대)로 인하여 전체 질환 비중은 시점에 따라 달라질 수 있다. 즉, 각 성*연령층에서의 질환별 사망비율은 일정하지만, 시간이 경과함에 따라 초고령(80세 이상) 사망자가 전체에서 차지하는 비중이 커지고, 고령 질환이라 할 수 있는 치매, 심혈관계 질환의 전체 비중이 상승하면서 상대적으로 암의 비중이 감소하는 결과가 나타난 것으로 해석할 수 있다. 이러한 결과는 질환 구조가 현행 수준

으로 유지된다고 하여도 인구 고령화 자체만으로 비암성 질환의 사망자 비중이 점차 확대될 것임을 보여준다.

수요 변화는 추정 사망자 수에 대해 최소추정법을 적용하여, 향후 확대 가능한 질환군을 포함하는 추계 결과를 산출하였다. 확대 대상 질환의 서비스 이용률은 현행 수준과 같은 30%를 최소 수준으로 설정하고, 사망자 중 호스피스·완화의료 서비스 필요 군으로 추정되는 75%를 최대 수준으로 적용하였다.

현행 제도상 호스피스 대상 질환은 암 및 일부 만성질환으로 규정되어 있으나, 실제 이용자 대부분은 암 사망자에 집중되어 있다.

〈표 5-11〉 2023년 사망자 기준 사망 직전 1년간 호스피스·완화의료 이용자 수

(단위: 명)

연령군	전체	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세
사망자	288,749	25,711	29,301	39,116	64,357
호스피스 유형	17,843	3,427	3,373	3,673	3,966
입원형	7,421	1,194	1,245	1,458	1,778
가정형	359	45	52	58	92
자문형	4,369	998	937	909	919
입원+가정	621	82	101	142	151
입원+자문	4,353	969	909	956	873
가정+자문	217	32	31	50	45
입원+가정+자문	503	107	98	100	108

주: 2023년 사망자의 사망 직전 1년간 의과 및 한방 청구내역에서 확인된 수가코드로 유형을 구분 출처: “맞춤형 연구 DB[데이터 세트],” 국민건강보험공단, 2016-2023. 저자 분석.

이에 질환 구분을 없애고 현행 적용 질환에 대해서는 65세 이상 연령 구간별 암 사망자 수(사망원인통계 기준) 대비 호스피스·완화의료 이용자 수를 적용한 이용률 가정을 다음과 같이 설정하였다. 입원형 이용자는 입원 단독 이용자, 입원+가정형 이용자, 입원+자문형 이용자, 입원+가정+자문형 이용자를 모두 포함하는 것으로 가정하였다. 비입원형은 가정형 단독 이용자와 가정+자문형 이용자를 포함하였다.

〈표 5-12〉 입원/비입원 이용률 가정

(단위: 명)

연령구간	암사망자수	이용자수(계)	입원형	비입원형	r_{ip}	r_{ot}
65~69세	10,368	3,427	3,350	77	0.323	0.007
70~74세	11,157	3,373	3,290	83	0.295	0.007
75~79세	12,452	3,673	3,565	108	0.286	0.009
80~84세	15,187	3,966	3,829	137	0.252	0.009
85~89세	10,295	2,417	2,293	124	0.223	0.012
90~94세	3,859	827	789	38	0.204	0.010
95세+	866	160	151	9	0.174	0.010

주: 1) 사망원인통계 사망자수는 연령 미상, 외국인은 제외한 수치임

2) 2023년 사망자의 건강보험 의과와 한방 포함 호스피스 청구실적

출처: “보건: 사망_연간자료_A형(제공)[데이터 세트],” 국가데이터처, 2010-2023, 국가데이터처, MDIS, 2025. 8. 1. 인출, 저자 분석.

시나리오별 수요 추계 결과는 다음과 같다. 사망비율 고정 사망자 수 추계 기반으로 호스피스·완화의료 수요를 추계한 결과, 현행 질환 범위와 이용률 가정을 적용한 기준선 시나리오는 2026년 대비 2040년에는 37% 증가, 최소 시나리오는 45% 증가, 최대 시나리오는 60% 증가가 예측 된다.

〈표 5-13〉 사망비율 고정 사망자 수 추계 기반 호스피스·완화의료 수요

(단위: 명)

시나리오	2026년	2030년	2035년	2040년	'26년→ '40년
기준선(baseline, S0)	22,243	24,542	27,583	30,439	37%
기준선 고정 + 추가 질환 최소 이용률(10%) 1(S1)	29,548	33,262	38,042	42,847	45%
기준선 고정 + 추가 질환 최대 이용률(75%) 2(S2)	77,032	89,942	106,032	123,497	60%

주: 사망비율 고정형 수요 추계 기반

사망비율 트리밍 평균에 의한 사망자 수 추계 기반으로 호스피스·완화의료 수요를 추계한 결과도 유사한 수준을 보였다.

148 호스피스·완화의료가 건강보험재정에 미치는 영향

〈표 5-14〉 사망비율 트리밍 평균 사망자 수 추계 기반 호스피스·완화의료 수요

(단위:명)

시나리오	2026년	2030년	2035년	2040년	'26년→ '40년
기준선(baseline, S0)	22,243	24,542	27,583	30,439	37%
기준선 고정 + 추가 질환 최소 이용률(10%) 1(S1)	29,548	33,262	38,042	42,847	46%
기준선 고정 + 추가 질환 최대 이용률(75%) 2(S2)	77,032	89,942	106,032	123,497	61%

주. 사망비율 고정형 수요 추계 기반

현행 정책과 조건이 유지되어도 고령화의 진행에 따라 호스피스·완화 의료 수요는 37%까지 증가할 것으로 예측된다. 추가 질환의 범위와 정책 효과에 따른 이용률 변화에 따라 최대 61%까지 증가를 전망할 수 있다.

제3절 정책 시나리오별 건강보험 재정 영향 분석

2010년부터 2023년까지 질환별 사망 확률 또는 전체 사망자 중 해당 질환별 사망 비중을 토대로, 2023년 사망원인질환 구조가 유지된다는 정태적 가정과 과거 추세가 지속된다는 동태적 가정에 2040년까지 질환별 사망자 수를 산출한다. Murtagh et al.(2014), Etkind et al.(2017)의 방법론을 적용하여 연도별 사망자에서 호스피스·완화의료 정의에 따라 삶의 질 개선이 기대되는 원인 질환으로 인한 사망자의 구성비를 미래 인구추계 자료의 사망자에 적용하여 완화의료 필요량과 비용을 추계한다(박수경, 2017; Yang et al., 2022). 이후 각 시나리오에 따른 호스피스·완화의료 잠재 수요를 추계하고, 정책 변화에 따른 건강보험 재정 소요를 산정하여 비교한다.

재정 추계 시나리오는 단순한 장래 비용을 계산하기 위한 목적이 아니라, 호스피스·완화의료 제도 확대와 제공체계 개편이 재정에 미치는 영향을 검토하고, 향후 정책 방향의 타당성을 확인하기 위한 것이다. 즉, 장래 사망자 증가와 질환구조 변화, 그리고 서비스 전달체계 전환 가능성을 고려하여, 예상되는 재정 소요의 범위와 정책적 대응 필요성을 검토하고자 하였다.

이를 위해 먼저, 현행 제도가 유지되는 경우의 기준선 전망을 설정하였다. 기준선 시나리오에서는 현재와 동일하게 4개 질환군을 중심으로 호스피스 완화의료 제공된다고 가정하였다. 이 시나리오는 정책 변화가 없을 때 고령화로 인한 사망자 증가만으로도 재정 수요가 자연스럽게 증가하는지를 확인하기 위한 것이다.

다음으로, 호스피스완화의료 적용 대상을 비암성 질환으로 확대하는 시나리오를 설정하였다. 여기에서는 6개 질환군을 대상으로 서비스를 확

대하는 경우를 가정하였다. 이를 통해 암 중심 체계에서 벗어나 비암성 환자까지 접근성을 확대하는 정책이 재정에 미치는 영향을 분석하였다.

또한 각 시나리오에서 서비스 이용률을 현행 수준 대비 낮게(10%) 및 높게(75%) 적용하여, 정책 확대 속도와 접근성 변화가 재정에 미치는 효과를 비교하였다. 아울러 병원 기반과 지역 기반 서비스 구성비를 다양하게 조정하여, 입원 중심 구조 유지와 지역사회 중심 전환이 재정 지속가능성에 미치는 영향을 함께 분석하였다.

재정 추계를 위한 시나리오는 현행 제도가 그대로 유지됨을 가정하는 기준선(baseline) 전망과 호스피스·완화의료 적용 대상을 6개 질환군까지 확대하되, 이용자 규모를 달리하는 45개의 대안으로 구성했다(표 5-15). 시나리오에 따른 추산은 사망비율 고정 모형으로 추계한 사망자수를 활용하였다.

〈표 5-15〉 호스피스·완화의료 수요 추계 기반 재정 영향 분석 시나리오

시나리오	적용 질환군		이용률	서비스 유형 구성비	
				병원 기반	지역 기반
기준선(B0)	현행 4개(암, HIV, 간경화, COPD 호흡기)		30%	98%	2%
기준선(B1)				90%	10%
기준선(B2)				60%	40%
기준선(B3)				50%	50%
기준선(B4)				40%	60%
확대_BOS1	B0	확대 질환군에 대안 적용	10%	90%	10%
확대_BOS2				60%	40%
확대_BOS3				50%	50%
확대_BOS4				40%	60%
확대_BOS5			75%	90%	10%
확대_BOS6				60%	40%
확대_BOS7				50%	50%
확대_BOS8				40%	60%
확대_B1S1	B1	확대 질환군에 대안 적용	10%	90%	10%
확대_B1S2				60%	40%
확대_B1S3				50%	50%

시나리오	적용 질환군		이용률	서비스 유형 구성비	
				병원 기반	지역 기반
확대_B1S4			75%	40%	60%
확대_B1S5				90%	10%
확대_B1S6				60%	40%
확대_B1S7				50%	50%
확대_B1S8				40%	60%
확대_B2S1	B2	확대 질환군에 대안 적용	10%	90%	10%
확대_B2S2				60%	40%
확대_B2S3				50%	50%
확대_B2S4				40%	60%
확대_B2S5			75%	90%	10%
확대_B2S6				60%	40%
확대_B2S7				50%	50%
확대_B2S8				40%	60%
확대_B3S1	B3	확대 질환군에 대안 적용	10%	90%	10%
확대_B3S2				60%	40%
확대_B3S3				50%	50%
확대_B3S4				40%	60%
확대_B3S5			75%	90%	10%
확대_B3S6				60%	40%
확대_B3S7				50%	50%
확대_B3S8				40%	60%
확대_B4S1	B4	확대 질환군에 대안 적용	10%	90%	10%
확대_B4S2				60%	40%
확대_B4S3				50%	50%
확대_B4S4				40%	60%
확대_B4S5			75%	90%	10%
확대_B4S6				60%	40%
확대_B4S7				50%	50%
확대_B4S8				40%	60%

본 재정 추계 모형은 사망자 기반 접근법으로, 연도별·연령집단별·질 환군별 사망자 수에 병원 기반 및 지역사회 기반 이용률, 평균 이용일수, 1일당 지원단가를 곱하여 합산함으로써 정책 시나리오에 따른 총 재정 소요를 산출하였다. 이용률은 전체 이용률과 병원 기반·지역 기반 비중으 로 분해하였으며, 병원 기반 비중이 높을수록(입원형 중심), 또는 전체 이 용률 확대 시 총 재정 소요가 증가하도록 설정하였다

시나리오별로 재정 소요를 계산하는 식은 다음과 같다.

$$Cost_y = \sum_{a,g,k} D_{a,k,y} \times (r_{hp} \cdot days_h \cdot unit_{hd} + r_{rp} \cdot days_r \cdot unit_{rd})$$

$D_{a,k,y}$: 연도(y), 연령집단(a), 질환군(k)별 사망자수
 r_{hp}, r_{rp} : 병원 기반 이용률, 지역사회(재가) 기반 이용률
 병원 기반 이용률 = 전체 이용률 × 병원 기반 비중
 지역 기반 이용률 = 전체 이용률 × 지역 기반 비중
 병원 기반 비중 + 지역 기반 비중 = 1
 * 전체 이용률은 현행 질환 30%, 추가 질환에 대해 10% vs. 75%
 * (정책 변수 적용) 병원 기반 비중 90%, 60%, 50%, 40%,
 지역 기반 비중 10%, 40%, 50%, 60%
 $days_h, days_r$: 병원 기반 이용일수/지역사회 기반 이용일수(표 5-6)
 $unit_{hd}, unit_{rd}$: 2023년 기준 암질환에서 입원형과 가정형 재원일당 진료비를 각
 각 병원 기반 이용 단가(407,953원/일)와 지역(재가) 기반 이용 단
 가(182,456/일)로 적용(표 5-7)

지원단가는 2023년 암 질환 사망자의 건강보험 호스피스 청구자료에
 서 산출한 병원 기반(입원형 호스피스 이용자의 재원일당 총진료비) 및
 지역사회 기반(가정형 호스피스 이용자의 재원일당 총진료비) 단가를 적
 용하였다. 본 분석은 실질가격 기준의 재정규모를 산정하기 위하여,
 2024년 이후 연도에 대해서도 해당 단가를 2023년 불변가격으로 고정
 하여 적용하였다. 물가상승률은 국회예산정책처(2025) 전망치를 참고하
 였으나, 본 연구에서는 명목가격 상승분을 제거하여 실질가격 기준으로
 추계하였다.

추산된 진료비는 향후 호스피스·완화의료 서비스 수요 증가에 대하여
 추가로 발생하게 되는 필요 규모일 뿐이다. 본 추계는 호스피스·완화의료
 서비스가 필요하다고 가정한 질환의 범위와 질환별 필요 기간에 대해 직
 접 드는 비용 정도만을 반영한 것으로 사망자의 연간 의료비용이 포함되
 지 않았다. 실제 의료이용 행태 변화와 비용 연계를 고려할 경우, 전체 보
 건의료 재정에 미치는 영향은 본 추정치보다 상당히 클 수 있다.

〈표 5-16〉 분석 시나리오 재정 소요 추산 결과

시나리오	적용 질환군	이용률	서비스 유형 구성비		호스피스 이용기간 동안 재정 소요(단위: 십억 원)				'26년 대비 증가
			병원 기반	지역 기반	2026년	2030년	2035년	2040년	
기준선(B0)	현행 4개 질환	30%	98%	2%	231.8	257.5	291.5	325.4	40.4%
기준선(B1)			90%	10%	221.4	246.0	278.4	310.8	40.4%
기준선(B2)			60%	40%	182.5	202.8	229.6	256.3	40.4%
기준선(B3)			50%	50%	169.6	188.5	213.3	238.1	40.4%
기준선(B4)			40%	60%	156.6	174.1	197.0	219.9	40.4%
확대_B0S1	B0 + 확대 질환군별 대안 적용	10%	90%	10%	258.3	288.7	328.4	368.7	42.7%
확대_B0S2			60%	40%	253.7	283.2	321.9	361.1	42.4%
확대_B0S3			50%	50%	252.1	281.4	319.7	358.6	42.2%
확대_B0S4			40%	60%	250.6	279.6	317.6	356.0	42.1%
확대_B0S5		75%	90%	10%	431.1	490.9	568.1	650.7	50.9%
확대_B0S6			60%	40%	396.1	450.0	519.5	593.6	49.9%
확대_B0S7			50%	50%	384.4	436.3	503.3	574.5	49.5%
확대_B0S8			40%	60%	372.8	422.7	487.2	555.5	49.0%
확대_B1S1	B1 + 확대 질환군별 대안 적용	10%	90%	10%	248.0	277.2	315.3	354.2	42.8%
확대_B1S2			60%	40%	243.3	271.7	308.8	346.6	42.4%
확대_B1S3			50%	50%	241.7	269.9	306.7	344.0	42.3%
확대_B1S4			40%	60%	240.2	268.0	304.5	341.5	42.2%
확대_B1S5		75%	90%	10%	420.7	479.4	555.0	636.1	51.2%
확대_B1S6			60%	40%	385.7	438.5	506.5	579.0	50.1%
확대_B1S7			50%	50%	374.1	424.8	490.3	560.0	49.7%
확대_B1S8			40%	60%	362.4	411.1	474.1	541.0	49.3%
확대_B2S1	B2 + 확대 질환군별 대안 적용	10%	90%	10%	209.1	234.0	266.4	299.6	43.3%
확대_B2S2			60%	40%	204.4	228.5	260.0	292.0	42.8%
확대_B2S3			50%	50%	202.9	226.7	257.8	289.5	42.7%
확대_B2S4			40%	60%	201.3	224.9	255.7	286.9	42.5%
확대_B2S5		75%	90%	10%	381.9	436.2	506.2	581.6	52.3%
확대_B2S6			60%	40%	346.9	395.3	457.6	524.5	51.2%
확대_B2S7			50%	50%	335.2	381.6	441.4	505.4	50.8%
확대_B2S8			40%	60%	323.5	368.0	425.3	486.4	50.3%
확대_B3S1	B3 + 확대	10%	90%	10%	196.2	219.6	250.2	281.4	43.5%
확대_B3S2			60%	40%	191.5	214.1	243.7	273.8	43.0%

시나리오	적용 질환군	이용률	서비스 유형 구성비		호스피스 이용기간 동안 재정 소요(단위: 십억 원)				'26년 대비 증가	
			병원 기반	지역 기반	2026년	2030년	2035년	2040년		
확대_B3S3	질환군별 대안 적용		50%	50%	189.9.	212.3.	241.5.	271.3.	42.8%	
확대_B3S4			40%	60%	188.4.	210.5.	239.4.	268.8.	42.7%	
확대_B3S5		75%	90%	10%	368.9.	421.8.	489.9.	563.4.	52.7%	
확대_B3S6			60%	40%	333.9.	380.9.	441.3.	506.3.	51.6%	
확대_B3S7			50%	50%	322.3.	367.2.	425.1.	487.3.	51.2%	
확대_B3S8			40%	60%	310.6.	353.6.	409.0.	468.2.	50.7%	
확대_B4S1		B4 + 확대 질환군별 대안 적용	10%	90%	10%	183.2.	205.2.	233.9.	263.3.	43.7%
확대_B4S2				60%	40%	178.5.	199.7.	227.4.	255.6.	43.2%
확대_B4S3	50%			50%	177.0.	197.9.	225.2.	253.1.	43.0%	
확대_B4S4	40%			60%	175.4.	196.1.	223.1.	250.6.	42.8%	
확대_B4S5	75%		90%	10%	356.0.	407.4.	473.6.	545.2.	53.2%	
확대_B4S6			60%	40%	321.0.	366.5.	425.0.	488.1.	52.1%	
확대_B4S7			50%	50%	309.3.	352.8.	408.9.	469.1.	51.7%	
확대_B4S8			40%	60%	297.6.	339.2.	392.7.	450.0.	51.2%	

2040년에 가장 큰 규모의 재정 소요가 추정된 시나리오는 현행 적용 범위와 대상 질환을 확대하면서 이용률과 병원 기반 이용 비중을 높이는 대안이다. 반대로 가장 작은 규모의 진료비가 추산된 시나리오는 현행 질환 범위 내에서 병원 기반 이용 비중을 현재 98%에서 40%로 낮추는 경우이다. 한편, 2040년까지 가장 빠른 진료비 증가속도를 보이는 대안은 현재 질환 범위에서 병원 기반 이용 비중을 40%로 낮추지만, 추가 질환군에서 병원 기반 이용 비중이 가장 높아지는 경우이다.

기준선 시나리오를 기반으로, 별도의 제도 확대가 없어도 고령 사망자 수 증가로 인해 호스피스·완화의료 재정 소요는 2026년 대비 40% 증가하는 것으로 나타났다. 이는 향후 진료비 증가의 상당 부분이 정책 변화가 아닌 인구 고령화에 따른 자연적 수요 증가에서 기인함을 의미한다.

또한 질환 범위 확대 및 이용률 상승 등 정책 가정을 반영한 최대 시나

리오에서도 증가율은 약 53.2%로, 기준선 대비 추가 상승폭은 제한적이었다. 이는 정책 확대에 따른 재정 증가분보다 고령화가 미치는 영향이 더 크다는 점을 시사한다.

비암성 질환 확대 가설에 대한 결과를 확인해 보면, 암 중심 서비스 구조를 유지하는 경우와 비교했을 때, 비암성 질환군을 포함하여 대상 범위를 확대하면 재정 수요가 증가하는 것을 확인했다. 다만 정책 초기에는 이용률이 낮을 수 있으며, 이는 이용률 시나리오(10% vs. 75%)에 따라 비용 차이가 큰 것으로 확인할 수 있었다.

비암성 질환에 대한 서비스 확대는 필수적이지만, 각 질환별 특성과 예산 이용 기간을 고려한 단계적 확대 전략이 필요해 보인다. 특히, 환자군을 선별할 수 있는 판정체계 도입 등 기준을 마련하고, 환자의 상태와 중증도에 따라 지역사회 중심의 다층적 공급체계와 단계적 서비스 전달체계를 구축할 필요가 있음을 시사한다.

마지막으로 제공체계 전환(병원 기반에서 지역 기반으로) 가설을 검증한 결과, 병원 기반 이용 비중이 높을수록 동일한 이용률에서도 재정 수요가 더 크게 증가했다. 반대로 지역 기반 서비스 비중을 확대할수록 비용 증가폭이 상대적으로 완만해졌다. 지역 기반 구조가 재정 부담을 완충하는 것으로 확인되었다. 이는 입원형 중심의 현재 구조를 유지할 경우 제도 확대 과정에서 재정 부담이 심화될 수 있음을 의미한다.

따라서 가정형, 지역사회 기반 완화의료 확충이 재정 지속가능성 측면에서 핵심 전략이다. 이를 위해 지역 기반 제공 역량을 강화하고 방문형 가정형 모델과 지역사회 다직종 연계 모델을 확장하여, 적정 비용으로 더 많은 환자를 포괄할 수 있는 서비스 체계를 단계적으로 구축할 필요가 있다.





제6장

결론

제1절 주요 결과
제2절 정책적 시사점



제 6 장 결론

제1절 주요 결과

한국은 2025년 기준 65세 이상 인구 비중이 20.3%가 되며 초고령 사회로 빠르게 진입하였다. 초고령 사회 생애말기 돌봄 수요가 확대되는 상황에서, 호스피스·완화의료의 역할과 재정적 지속가능성을 종합적으로 검토할 필요가 있다. 이 연구는 관련 제도 현황과 국제 동향을 고찰하고, 고령자의 생애 마지막 1년간 건강보험 진료비 지출 패턴과 호스피스·완화의료 이용의 재정 효과를 분석하였으며, 현행의 호스피스·완화의료 제도가 유지된다는 가정하에 2040년까지 사망자 수 증가 기반 서비스 수요를 추계하고 이를 바탕으로 정책 시나리오에 따른 재정 영향을 분석함으로써, 초고령 사회에 적합한 호스피스·완화의료 체계 설정의 근거를 제시하고 정책 추진 방향을 제안하고자 한다.

주요 결과는 다음과 같다.

1. 고령자의 생애 마지막 한 달 의료 집중 심화

국가데이터처의 사망원인 통계자료에서도 고령자가 의료기관에서 사망하는 비율이 2016년 67.6%에서 2023년 75.4%까지 증가했다. 전체 사망자에서 사망 직전 1개월 동안 의료비 지출 비중이 2016년 25.4%에서 2023년 26.9%까지 감소하지 않고 증가하고 있다. 사망 직전 3개월의 지출 비중은 2016년 48.4%에서 2023년 50.3%로 마지막 1개월 진료비 집중도가 확대되고 있다.

2. 병원 중심으로 의료화된 생애말기 구조의 지속

고령 환자의 삶의 질 향상과 연속적 돌봄이 요구되는 생애말기에도, 여전히 병원 중심의 적극적 치료가 유지되고 있다.

본 연구에서 암 환자의 생애말기 적극적 치료 수준을 살펴보면, 사망 전 30일 이내 중환자실 입원은 약 10~11% 수준으로 국제 보고 수준보다 다소 낮은 수준을 보였으며, 사망 전 14일 이내 항암치료 역시 9~10% 수준으로 국제 평균과 유사하거나 다소 낮은 수준으로 나타났다. 반면, 사망 전 30일 이내 2회 이상 입원은 2016년 43.2%에서 2023년 54.9%까지 지속적으로 증가하여 국제 보고치(17.9%)에 비해 매우 높은 수준을 보였으며, 사망 전 30일 이내 14일 이상 입원 역시 50% 이상으로 나타나 장기 입원 중심의 의료이용이 두드러졌다. 또한, 사망 전 30일 이내 항암 치료는 약 22~23% 수준으로 OECD 국가 범위 내에 있으나 상대적으로 높은 수준에 해당하는 것으로 해석될 수 있다.

3. 생애말기 돌봄에서 전문입원 호스피스·완화의료 서비스의 한계

반복 입원 및 장기 입원 비율은 오히려 호스피스·완화의료 이용자에서 더 높게 나타나, 입원형 중심의 호스피스 제공 구조가 반영된 것으로 해석된다. 이는 호스피스가 적극적 치료를 완화하는 기능은 수행하고 있으나, 의료이용의 탈병원화에는 한계가 있음을 시사한다. 비교 기간은 짧지만, 호스피스 이용률은 2022년 22.4%에서 2023년 25.1%로 증가했다. 이용 형태별로는 입원형 이용이 소폭 증가했지만, 가정형과 자문형 이용 증가가 전체 이용 확대에 기여한 것으로 보인다. 그러나 입원형 이용이 14.4%에서 15.6%로 증가하여 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 자문형 역

시 2.6%에서 3.1%로 증가하여 병원 기반 서비스 확대가 중심을 이루고 있다. 반면, 가정형 단독 이용은 2.6%에서 3.7%로 1.1%p 증가하는 데 그쳤다. 또한 입원형과 가정형을 동시에 이용한 경우는 1.4%로 변화가 없었으며, 자문형과 가정형을 함께 이용한 때도 0.2%로 변화가 없었다. 결과적으로 자문형 서비스는 입원형과 보완적 관계를 보일 뿐, 가정형으로의 전환 효과는 확인되지 않았다.

암 질환군 사망자에서 사망전 6개월간 평균 진료비를 비교한 결과, 호스피스·완화의료 이용자는 평균 진료비가 비이용자에 비해 전 기간에서 더 높은 수준을 보였다. 특히 사망 직전으로 갈수록 진료비가 급격히 증가하는 패턴은 두 집단에서 유사하게 나타나, 말기 의료비 집중 구조는 유지되는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 호스피스·완화의료 이용이 진료비 수준 자체를 감소시키기보다는 치료 강도를 조정하는 기능을 수행하고 있음을 시사한다. 이는 입원형 중심의 제공 구조와 늦은 서비스 진입 시점이 반영된 결과일 수 있다. 그러나 호스피스·완화의료 진입 시점은 통계적으로 유의하지 않았다. 오히려 이용 여부와 입원 기반 서비스 간 상호작용이 유의하게 나타나($p < 0.001$), 호스피스의 비용 효과는 서비스 제공 방식에 따라 달라지는 것으로 확인되었다. 입원 기반 서비스 이용은 비이용자에 비해 진료비를 증가시켰지만, 가정기반 서비스 이용에서는 유의한 비용 감소 효과가 관찰되었다.

현재의 암 중심 다학제 전문 입원 서비스는 향후 확대될 비암성 질환군에 대한 효율적 대응이 어려울 수 있으며, 지역사회 기반 수요에 부합하지 않는 구조일 가능성이 있다. 따라서 대상 질환 확대에 앞서 서비스 강도와 제공방식을 환자 상태, 중증도에 따라 차등할 수 있는 다층적 제공 체계의 마련이 필요하다.

4. 수요 추계 및 재정 영향 분석 결과: 고령화 대응 제공체계 전환

사망자 기반 접근법을 통해 2040년까지 호스피스·완화의료 수요와 재정 소요를 추계하였다. 분석 결과, 현행 제도(암 중심, 입원형 중심)를 유지하더라도 고령화에 따라 수요는 자연적으로 대폭 증가할 것으로 전망된다. 기준선 시나리오에서 호스피스·완화의료 관련 진료비는 2026년 대비 2040년에 약 40% 증가하여, 인구구조 변화만으로도 상당한 재정 확대가 불가피함을 확인하였다.

또한 비암성 질환으로의 대상 확대와 이용률 증가를 고려한 시나리오 분석 결과, 정책 확대가 병행될 경우 재정 소요는 최대 약 53%까지 증가하는 것으로 나타났다. 이는 질환 범위 확대가 불가피한 정책 방향임에도 불구하고, 확대 속도와 서비스 단계별 진입 기준을 신중히 설계할 필요가 있음을 의미한다. 특히 비암성 질환군의 경우 질환 특성상 이용기간이 상대적으로 길 수 있어, 초기 환자 선정 기준과 단계적 확대 전략이 필요하다.

서비스 제공방식에 따른 재정 차이도 뚜렷하였다. 동일한 이용률 조건 하에서, 병원 기반 서비스 비중이 클수록 재정 소요가 크게 증가하였으며, 반대로 지역사회 기반 서비스 비중이 높을수록 재정 부담이 완만하게 증가하였다. 이는 장기적으로 입원형 중심 구조를 유지하는 방식은 재정 지속가능성이 낮다는 점을 보여주며, 지역사회 일차의료 기반 재택·통합형 서비스 확충이 재정 안정성과 수요 대응 측면에서 가장 유효한 전략임을 시사한다.

결과적으로, 고령화 심화에 따른 자연적 수요 증가를 고려할 때, 호스피스·완화의료는 더 이상 선택적 서비스가 아니라 필수적 생애말기 돌봄 인프라임을 확인하였다. 동시에 무분별한 질환 확대나 입원형 중심 확대가 아닌, 중증도 기반 단계적 확대 및 지역사회 기반 서비스 강화 전략을 통해, 환자의 삶의 질을 높이면서 재정 지속가능성을 확보할 필요가 있다.

5. 국제 동향과 국내 전문가 논의

한국과 유사한 의료보장체계를 운영하는 일본, 대만, 독일의 호스피스·완화의료 서비스 보장 제도 변화를 살펴보면, 세 나라는 세부 수준과 범위에서는 차이가 있으나, 공통적으로 건강보험과 장기요양보장제도를 기반으로 거주지 중심의 의료·돌봄 통합체제로 전환을 추진하고 있다.

제공되는 호스피스·완화의료 서비스의 수준과 범위는 의료와 돌봄의 통합이 얼마나 진전되었는가에 따라 달라지며, 서비스 대상 질환이 암 중심에서 비암성 중증질환·노쇠·치매 등으로 확대되고, 그 개념은 임종 지원을 포함한 생애말기돌봄으로 확장되고 있다. 또한 공통의 인식은 제도적 틀의 존재 자체보다 서비스 접근성의 확보를 중요하게 다루고 있다는 것이다.

한국의 제도 개편 방향을 모색함에 있어 국가별 특징을 살펴보면, 독일은 환자의 필요도와 중증도에 따라 완화의료 전달체계를 일반-중간-전문 수준으로 구분하여 환자 상태에 적합한 돌봄을 제공하고 있으며, 대만은 건강보험 체계 내에서 호스피스·완화의료로 제도적으로 통합하고 비암성 질환까지 포괄적으로 확대함으로써 환자의 삶의 질 중심 접근을 강화해 왔다. 일본은 지역 거점 병원을 중심으로 지역 네트워크 기반의 통합 돌봄 체계를 구축하여, 환자가 거주 지역 내에서 연속적이고 접근성 높은 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 이러한 사례들은 환자의 필요에 기반한 맞춤형 서비스 제공, 지역 중심의 통합 돌봄, 질환 범위의 점진적 확대라는 측면에서 한국이 참고할 수 있는 중요한 벤치마킹 방향을 제시한다.

국내 상황에 비추어 볼 때, 2026년 3월부터 시행을 앞둔 지역사회 기반 통합돌봄체계 구축 과정에서 환자와 가족의 삶의 질 개선과 지출 효율성 측면의 호스피스·완화의료 접근성 확대가 요구되고 있다. 지역사회 돌

봄 체계와 연계한 외래·일차의료 기반의 호스피스·완화의료 전달체계 마련이 필요하며, 그 일환으로 장기요양보험 재택의료센터의 역할과 결합한 재가 기반 건강보험 호스피스·완화의료 전달체계 및 보상체계 마련이 논의되고 있다.

이 연구를 위해 진행된 전문가 포럼에서 제안된 정책 방향도 국제 동향과 같은 방향성을 갖고 있다. 독일의 사례 등을 기반으로 지역 기반 1, 2 단계 전달체계 구축, 대상 질환의 포괄적 확대, 수요에 대응하기 위한 공급 인프라 및 수가 개선 등이 제안되었다.

제2절 정책적 시사점

우리나라 생애말기 의료이용은 입원 중심 구조가 강하게 나타나는 가운데, 호스피스 비용 효과는 서비스 제공 방식에 따라 달라지며, 특히 가정기반 서비스에서 비용 절감 효과가 집중되는 것으로 나타났다. 이와 같은 상황에서 생애말기 의료에 대한 질 중심 접근이 충분히 이루어지지 않을 경우, 불필요한 입원 및 적극적 치료가 지속되어 의료이용의 비효율이 심화되고, 재정 부담이 구조적으로 확대될 가능성이 있다.

이러한 결과는 우리나라 의료체계가 여전히 고령자의 '삶의 질 중심 돌봄'보다는 '적극적 치료의 연장'에 초점을 두고 있으며, 현행 호스피스·완화의료 제도 또한 미래 고령자의 생애 말기 삶의 질 향상과 건강보험 재정의 지속가능성에 기여하기 어려운 고비용 구조임을 보여준다.

한국의 호스피스·완화의료 제도는 삶의 질 중심의 생애말기돌봄 체계로 이행을 위한 제도 개편을 추진해야 한다. 현재의 입원형 중심 구조에서 지역·가정 기반의 다층적 구조로 전환하고, 암 중심 서비스에서 비암성 질환 및 노인 돌봄 서비스로 통합하며, 치료 대체 모델에서 생애 전 주기 돌봄 모델로 전환해야 한다. 아울러 고비용 중심의 보상 체계를 통합돌봄형 보상체제로 개편해야 한다. 다음과 같이 정책적 시사점을 정리할 수 있다.

1. 호스피스·완화의료에서 생애말기돌봄으로 인식 확대 필요

호스피스와 완화의료는 서비스의 목표와 속성에서 유사성이 있으며 모두 환자와 가족을 대상으로 한다. 다만, 전통적으로 호스피스가 주로 임종기 시설에 국한되어 사용되었다면, 완화의료는 질환의 진행 단계나 장소와 관계없이 제공되는 서비스에 중점을 두고 있다는 점에서 차이가 있

다. 장소적 개념(호스피스 병동 또는 기관)과 서비스적 속성(완화의료)을 모두 포괄하는 ‘호스피스·완화의료’라는 명칭을 사용하는 것이 타당하다. 한편, 고령화의 진전에 따라 돌봄의 범위가 임종기 이후로 확대되고, 만성질환의 장기화로 인해 생애 전반에서 돌봄의 연속성이 중요해지고 있다. 이에 따라 호스피스 완화의료 개념을 넘어, 삶의 마지막 단계 전반에서의 질 관리와 지원을 포함하는 생애말기돌봄(end-of-care)으로 정책적 인식의 범위가 확장되어야 한다.

2. 병원-가정-지역사회로 통합되는 생애말기돌봄체계 구축 필요

한국과 유사한 의료보장체계를 운영하는 일본, 대만, 독일의 호스피스·완화의료 서비스 보장 제도 변화를 살펴보면, 세 나라는 세부 수준과 범위에서는 차이가 있으나, 공통적으로 건강보험과 장기요양보장제도를 기반으로 거주지 중심의 의료·돌봄 통합체계로 전환을 추진하고 있음을 확인할 수 있다.

독일은 환자의 필요도와 중증도에 따라 완화의료 전달체계를 일반-중간-전문 수준으로 구분하여 구축했다. 일본은 지역 거점 병원을 중심으로 지역 네트워크를 기반으로 한 통합 서비스 제공체계를 운영하고 있으며, 이는 지역 간 의료자원 불균형 문제를 완화하고, 지역 단위에서 통합적 돌봄을 구현하기 위한 전략적 접근으로 평가된다. 마지막으로 대만은 분절되어 있던 개별 사업들을 점진적으로 통합하여 ‘병원-가정-지역사회’로 이어지는 연속적 완화의료체계를 구축한 사례로, 단계적 통합과정과 정책적 연계 방식을 설계하는 데 있어 유용한 참고 모형이 된다. 향후 호스피스·완화医료를 포함한 생애말기돌봄 체계를 마련하는 데 있어 많은 시사점을 제공하고 있다.

첫째, 일반과 전문으로 구분되는 단계적 전달체계 구축이 필요하다. 한국은 2015년 입원형 완화의료 건강보험 급여를 시작으로 자문형·가정형 서비스를 확대해 왔으나, 이는 모두 전문 완화의료에 해당한다. 환자의 필요와 중증도에 따라 단계적 서비스를 이용하는 체계를 구축해야 한다.

둘째, 일반 완화의료 제공 체계 도입이 필요하다. 독일, 일본, 대만의 공통점은 재택 기반의 일차의료(primary care) 완화의료 서비스를 제도적으로 정착시켰다는 점이다. 암 환자와 비암성 말기 질환자는 질병 궤적과 통증·증상 양상이 상이하므로, 전문 완화의료(전문기관)는 암 중심으로 유지하되, 비암성 말기환자는 일반의료체계나 완화케어팀을 통한 일반 완화의료 제공 체계가 필요하다.

셋째, 재택 기반에서 건강보험과 장기요양의 연계를 강화해야 한다. 호스피스·완화의료 대상자는 의료와 요양을 동시에 필요로 하는 복합적 특성을 가진다. 한국은 현재 노인장기요양보험 재가수급자를 대상으로 「장기요양 재택의료센터 시범사업」을 운영하고 있으나, 말기환자 서비스 제공은 극히 제한적이다. 또한 건강보험과 장기요양보험이 서로 유연하게 연동되지 못하고 있어, 통합적 돌봄 제공에 구조적 제약이 존재한다.

〈표 6-1〉 생애 말기 돌봄 전략의 수립 및 추진 틀

영역	추진 방향		중점 전략(우선순위)
	대상	모든 질환	
접근성 (전달체계)	제공 시설	가정, 시설, 병원.	- 완화의료 서비스 제공이 필요한 우선순위 질환 - 전문완화의료서비스(가정형 호스피스 공급 확대) - 일반완화의료서비스(일반의료인에 대한 교육 및 서비스 모델 개발)
	비용	건강보험 및 노인장기요양보험 모든 환경에서 제공 가능한 보상구조 마련	- 생애말기돌봄에 대한 환자/가족 부담 완화 (생애말기에 집중되는 의료 및 돌봄에 대한 경제적 부담 완화)
이용자 중심	분절된 제도 간 연계와 지역사회 자원 연계		- 연명의료결정 이행(ACP/AD), SDM - 건강보험 및 노인장기요양보험 연계 재가서비스 강화
질	통증 및 증상관리 등 환자의 수요에 맞는 서비스 제공		

주: ACP: Advance Care Planning, AD: Advance Directive, SDM: Shared Decision Making

3. 통합돌봄체계 내 일반 완화의료 모델 도입

우리나라의 호스피스·완화의료는 그동안 암 환자를 중심으로 발전해 왔으나, 고령화의 진전과 만성질환 증가로 인해 비암성 질환자와 노쇠 고령자에 대한 돌봄 수요가 빠르게 확대되고 있다. 이에 따라 의료기관 중심의 전문호스피스 외에도, 일차의료·요양·복지 서비스가 결합된 ‘일반 완화의료(general palliative care)’ 모델을 통합돌봄체계 내에 도입하는 것이 필요하다.

일반 완화의료는 말기 환자뿐 아니라 질병의 진행 단계 전반에 걸쳐 통증 완화, 기능 유지, 심리·사회적 지지를 제공하는 접근으로, 의료전문가뿐 아니라 지역사회 기반 인력이 참여할 수 있는 포괄적 돌봄 형태이다. 이를 통해 완화의료의 접근성을 높이고, 병원 중심의 고비용 구조를 완화하며, 환자 중심의 삶의 질 향상을 도모할 수 있다.

도입 방향으로는 첫째, 통합돌봄체계와의 연계 기반을 구축해야 한다. 지역 책임의료기관을 중심으로, 일차의료기관·방문간호·요양시설 등이 연계되어 생애말기뿐 아니라 만성질환 관리 과정에서도 완화의료적 접근이 이루어지도록 해야 한다. 이를 위해 지자체 통합돌봄센터 내에 ‘완화의료 코디네이터’ 또는 ‘지역 완화의료 지원팀’을 설치하여 서비스 조정 및 사례관리를 수행하도록 한다.

둘째, 일반 완화의료 제공 역량 강화가 필요하다. 전문호스피스팀과 달리 일반의, 방문간호사, 사회복지사 등이 완화의료의 기본 원칙과 윤리에 기반해 서비스를 제공할 수 있도록 표준화된 교육과정을 마련하고, 단계별 자격제도 도입을 검토해야 한다.

셋째, 지속가능한 재정 및 보상체계 구축이 요구된다. 현행 행위별 수가 중심 구조에서는 통합적 돌봄 제공이 어렵기 때문에, 재택수가체계를

적극 활용하고 일본의 임종기 서비스에 적용되는 추가 가산 방식 (add-on fee)을 참고하여 완화의료의 연속성과 질을 반영한 보상체제로 개편할 필요가 있다.

마지막으로, 서비스 품질 관리와 평가체계를 강화해야 한다. 일반 완화의료의 특성을 고려한 질 관리 지표(예: 증상 조절, 환자·가족 만족도, 불필요 입원 감소율 등)를 개발하고, 지역 단위로 성과를 모니터링함으로써 통합돌봄체계 내 완화의료 서비스의 질적 수준을 균형 있게 유지할 수 있도록 한다.

4. 통합돌봄체계 내 완화의료 통합판정 구조 확립

현행 통합돌봄의 판정체계는 복지·요양 중심으로 운영되고 있으나, 완화의료의 특성을 반영하는 의료·복합돌봄 판정 구조로의 확장이 필요하다. 이를 통해 환자 상태와 예후에 따라 의료-요양-복지 자원이 연속적으로 연계되는 생애말기 통합판정체제로 발전시켜야 한다.

5. 지역사회 일차의료와 돌봄 통합체계 내 호스피스·완화의료 포괄

고령자의 생애말기돌봄과 관련하여 건강보험과 노인장기요양보험이 급여하는 서비스를 살펴보면, 우선, 재가 서비스 영역이 있다. 이들 서비스는 생애말기 환자만을 대상으로 한 것은 아니지만, 생애말기 환자도 서비스 대상에 포함된다. 주요 관련 서비스로는 건강보험 가정간호, 노인장기요양보험 방문간호가 있다. 또한 시범사업 단계이지만 질향군별 재택의료 사업, 일차의료 방문진료 수가 사업, 장기요양 재택의료센터 사업 등이 있다. 이들 재가 서비스는 말기환자 돌봄을 직접 목적으로 하고 있

지 않지만, 가정 내 돌봄 및 증상 완화를 지원하는 측면에서 생애말기 환자 돌봄과 기능적으로 연계될 수 있다.

〈표 6-2〉 건강보험 및 노인장기요양보험 재가 관련 제도 및 시범사업

사업명 (도입시기)	서비스 대상	서비스 내용	제공기관
건강보험 가정간호 ¹⁾ (2000. 4)	① 퇴원 후 지속적인 치료·관리가 필요한 환자 ② 만성질환이나 신체기능 저하로 병원 방문이 어려운 자 ③ 의사가 가정간호를 필요하다고 인정한 자 ④ 생애말기(임종기) 환자	① 기본간호 ② 치료적 간호(의사의 진단 및 처방에 따라 시행) ③ 투약 및 주사(의사 처방 필요) ④ 검사 관련 업무(의사처방 필요), 결과는 주치의에게 보고 ⑤ 교육 및 훈련 ⑥ 상담	입원실을 갖춘 병원급 이상 의료기관: 가정전문간호사를 2인 이상 확보한 의료기관
노인장기 요양보험 방문간호 ²⁾ (2008. 7)	① 65세 이상 또는 65세 미만이라도 노인성 질환자 ② 장기요양인정등급(요양 1~3등급)을 받은 자 ③ 이 중 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호 등)를 이용할 수 있는 자	① 기본간호 ② 간호처치 및 관리활동 ③ 검사 관련 업무 ④ 투약관리 및 지도 ⑤ 교육 훈련 및 상담 ⑥ 의료기관 의뢰 및 연계관리	장기요양기관을 지정받은 뒤 방문 간호서비스 항목 을 신고한 기관
일차의료 방문진료 수가 시범사업 ³⁾ (2019. 12)	① 지역 내 시범기관(의원급 등)에 소속된 의사가 의료기관에 내원하기 어려운 거동 불편 환자로 판단한 경우 ② 마비, 수술 직후 환자, 말기 질환자, 가정용 의료기기 사용 환자, 욕창 궤양 환자, 신경제 퇴행성 질환자, 인지장애 환자 등 ③ 단, 사회복지시설 및 장기요양기관 입소자의 경우는 원칙적으로 제외	① 방문진료를 통해 가정 내 또는 거주지에서 의사(시범기관 소속)가 직접 방문하여 진찰, 처방, 질환관리, 검사, 교육상담, 필요한 경우 의료기관 의뢰 등의 의료서비스 제공 ② 구체적 항목으로 진찰, 내복약·외용제 처방, 만성질환·급성·아급성 질환 관리, 기본검사, 교육·상담 및 기타 투약·주사·응급·처치 등에 대한 교육	보건복지부가 지정한 시범지역 내 위치하고, 방문진료 가능 상근 의사가 1인 이상 근무하는 의원(신청서 제출 후 심평원 승인)
질환군별 재택의료 시범사업 ^{4,3)} (2019. 12)	① 의료기관에서 치료를 받은 후, 자력으로 복귀하여 지속적인 관리가 필요한 질환군 환자 ② 복막투석 환자, 1형 당뇨병 환자, 가정용 인공호흡기 환자, 심장질환자, 재활환자, 결핵환자, 암(장루)환자, 암(요루)환자에게 환자 관리 및 교육상담	① 재택의료 관리계획 수립 ② 방문 또는 모니터링 서비스 ③ 환자 상태 상시 관리	신청하여 지정된 병원급 이상 의료기관

사업명 (도입시기)	서비스 대상	서비스 내용	제공기관
장기요양 재택의료 센터 시범사업 ⁶⁾ (2022. 12)	<p>① 재가 장기요양보험 수급자(1~5등급), 또는 인지기원 등급인 자 등 중에서 거동이 불편하거나 병원 방문이 어려운 자</p> <p>② 특히, 장기요양 1~2등급 수급자 중 재택의료가 필요하다고 의사가 판단한 자가 우선 대상</p> <p>③ 병원 내원이 장기적으로 어렵거나, 수술 이후 조기 퇴원이 필요한 환자 등도 포함</p>	<p>① 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 팀이 방문하여 재택에서 의료·간호·사회복지 서비스를 통합 제공</p> <p>② 주요 서비스 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> - 방문진료: 의사 월 1회 이상 - 방문간호: 간호사 월 2회 이상 - 사회복지사 상담연계: 거주 환경, 돌봄서비스, 지역사회 자원 연계 등 - 맞춤형 관리계획 수립 - 기타: 기본 간호, 치료 간호, 검사, 교육, 상담, 돌봄 연계 등 	<p>신청하여 지정된 의료기관(의원, 병원, 지방의료원까지 다양), 거동이 불편한 노인에게 적합하도록 지방의료원 참여 확대)</p>

출처: 1) “의료기관 가정간호 업무편람,” 보건복지부, 2022. 12.

2) “제도소개 > 노인장기요양보험이란,” 국민건강보험공단, n.d., 2025. 9. 9. 접속, <https://www.longtermcare.or.kr>

3) “일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침,” 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022. 12.

4) “질환군별 재택의료 시범사업 효과평가 연구,” 지역건 외, 2023, 건강보험심사평가원·차의과대학교 산학협력단.

5) “재택의료 활성화 추진계획,” 보건복지부, 2019. 10. 30.

6) “장기요양 재택의료센터 시범사업 지침,” 보건복지부, 국민건강보험공단, 2024. 1.

건강보험제도 내에서 재가서비스는 오랫동안 가정간호가 유일했으며, 제공기관도 2025년 1월 기준 212개에 불과하다(대한간호협회, 2025. 1.), 최근 인구고령화 및 만성질환의 증가로 재가서비스에 대한 요구가 높아지면서 다양한 형태의 시범사업이 추진되고 있으나, 이는 건강보험 내 보편적 재가서비스 체계를 강화하기보다는 제한된 대상과 내용 중심의 시범사업 확대에 머물러 있는 상황이다.

첫째, 건강보험 가정간호 제도(2000년 4월 도입)는 의료기관에서 입원 치료 후 퇴원한 환자와 외래·응급실 환자 중 수술 후 조기 퇴원자, 만성질환자, 만성호흡기질환자, 말기환자, 심뇌혈관질환자, 산모와 신생아 등 지속적인 치료와 관리가 필요한 환자를 대상으로 한다. 의사 또는 한의사가 가정에서 계속적인 관리가 필요하다고 인정한 경우, 가정전문간호사가 방문하여 기본간호(의사의 처방 없이 수행 가능한 간호), 치료적 간호,

검사 관련 업무, 투약·주사, 교육·상담 등을 제공한다. 이 서비스는 2인 이상의 가정전문간호사를 확보한 의료기관에서 제공된다.

둘째, 노인장기요양보험 방문간호(2008년 7월 도입)는 주로 장기요양 1~3등급 판정을 받은 수급자를 대상으로 한다. 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호사, 간호조무사 또는 치위생사가 가정을 방문하여 간호, 진료보조, 요양 상담, 구강위생 관리 등의 서비스를 제공하며, 주로 장기요양기관에서 수행한다.

셋째, 일차의료 방문진료 수가 시범사업(2019년 12월 도입)은 마비, 수술 직후, 말기질환, 의료기기 부착, 신경계 퇴행성질환, 욕창 및 궤양, 정신과 질환, 인지장애 등으로 인해 거동이 어렵거나 불가능한 환자 중 보호자가 방문진료를 요청한 경우를 대상으로 한다. 방문진료 의사가 환자 가정을 방문하여 진찰, 처방, 질환 관리, 검사, 전문의료기관 의뢰, 교육 및 상담 등을 제공한다. 해당 사업은 방문진료가 가능한 의사 1인 이상을 확보한 의원급 의료기관 중 시범사업 등록기관에서 수행한다.

넷째, 질환군별 재택의료 시범사업(2019년 12월 도입)은 복막투석 환자, 1형 당뇨병 환자, 가정용 인공호흡기 착용자, 심장질환자, 재활환자, 결핵환자, 장루 또는 요루 보유 암환자 등 특정 질환군 환자를 대상으로 한다. 이들은 주로 교육 및 상담 중심의 서비스를 제공받으며, 재택의료 활성화 추진계획(2019년 10월 30일)에 따라 운영된다.

마지막으로, 장기요양 재택의료센터 시범사업(2022년 12월 도입)은 장기요양 재가수급자(1~2등급 우선) 중 거동이 불편해 재택의료이 필요하다 고 의사가 판단한 경우를 대상으로 한다. 의사·간호사·사회복지사 등으로 구성된 다직종 팀이 수급자 가정을 방문해 포괄평가를 실시하고, 케어플랜 수립, 방문진료·간호, 지역사회 자원 연계 등 통합사례관리 서비스를 제공한다. 본 사업은 공모를 통해 지정된 장기요양 재택의료센터

가 수행하며, 의원급 의료기관은 별도로 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'에 참여해야 한다.

이처럼 한국의 재가의료서비스는 제도별로 도입 시기, 서비스 내용, 제공 기관이 상이하며, 전반적으로 생애말기 돌봄이 필요한 말기 환자뿐 아니라 만성질환자 전반을 포괄하는 재가서비스 제공 기반이 여전히 취약한 수준이다. 말기 치료에서 병원이나 시설 중심의 과도한 치료를 줄이는 것은 환자의 삶의 질을 높이고 더 좋은 돌봄을 제공할 수 있다. 다만, 이 과정에서 가정 기반 돌봄 비중이 커지면 정식 돌봄 서비스가 충분히 제공되지 못하거나, 가족 및 지인 등이 부담을 더 많이 떠안는 문제가 생길 수 있다.

재택의료 시범사업, 가정간호사업, 일차의료 방문진료사업 등 기존 지역사회 기반 서비스와 호스피스·완화의료 서비스를 통합적으로 포괄할 수 있도록 공통 운영 틀을 재정비할 필요가 있다. 특히 대다수가 고령자인 점을 고려하면, 재가 기반의 가정형 호스피스 제공을 확대하기 위한 제도적·제공체계적 기반 마련이 필수적이다. 이를 위해서는 가정형 호스피스 제공 역량 강화와 더불어, 다양한 제공 모형과 연계된 수가체계 정비, 인력·조직 인프라 구축 등 실행 기반을 조기에 갖추는 것이 시급하다.





- 건강보험심사평가원. (2023. 9.). 호스피스·완화의료 및 연명의료중단등결정 수가 교육자료(2023). 원주: 건강보험심사평가원. <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/3163>
- 고든솔, 정연, 윤강재, 김희년, 최소영, 김열, 문재영, 이일학, 김선현, 이지아, 김명옥, 김아진, 신성준, 유신혜, 김상희, 최지연, 장욱. (2023). 제2차 호스피스·연명의료 종합계획(2024-2028) 수립 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 국가데이터처. (2010-2023). 보건: 사망_연간자료_A형(제공)[데이터 세트]. 국가데이터처. MDIS, 2025. 8. 1. 인출, <https://mdis.kostat.go.kr/index.do>
- 국가데이터처. (2023. 9. 20.). 2022년 사망원인통계 결과. https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301060200&bid=218&act=view&list_no=427216
- 국가데이터처. (2023. 12. 14.). 장래인구추계: 2022~2072년. https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301020100&bid=207&act=view&list_no=428476&tag=&nPage=1&ref_bid=203
- 국가데이터처. (2024. 12. 4.). 2023년 생명표 작성 결과. https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=208&act=view&list_no=434042
- 국가데이터처. (2024-2040). 성 및 연령별 추계인구(1세별, 5세별)/전국[데이터 세트]. KOSIS, 2025. 8. 1. 인출, <https://kosis.kr/>
- 국가데이터처. (2024-2040). 장래 성 및 연령별 사망률/전국[데이터 세트]. KOSIS, 2025. 8. 1. 인출, <https://kosis.kr/>
- 국가데이터처. (2025. 9. 29.). 2025 고령자 통계. https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=10820&tag=&act=view&list_no=438832&ref_bid=

- 국민건강보험공단. (2016-2023). 맞춤형 연구 DB[데이터 세트].
- 국민건강보험공단. (2019. 12.). 건강iN 12월호 magazine: 숫자로 보는 건강 - 노년의 건강, 핵심은 무엇일까. <https://www.nhis.or.kr/magazin/152/html/sub1.html>
- 국민건강보험공단. (n.d.). 제도소개 > 노인장기요양보험이란. 2025. 9. 9. 접속, <https://www.longtermcare.or.kr>
- 국립암센터, 중앙호스피스센터. (2025. 5. 19.). 열린광장 > 현황 및 통계. <https://hospice.go.kr:8444/?menuno=23>
- 국립암센터, 중앙호스피스센터. (n.d.-a). 호스피스·완화의료 > 서비스 유형 > 가정형 호스피스. <https://hospice.go.kr:8444/?menuno=47>
- 국립암센터, 중앙호스피스센터. (n.d.-b). 호스피스·완화의료 > 서비스 유형 > 자문형 호스피스. <https://hospice.go.kr:8444/?menuno=48>
- 국립암센터, 중앙호스피스센터. (n.d.-c). 호스피스·완화의료 > 서비스 유형 > 소아청소년 완화의료. <https://hospice.go.kr:8444/?menuno=49>
- 국립암센터, 중앙호스피스센터. (n.d.-d). 호스피스·완화의료 > 호스피스·완화의료 정의. <https://hospice.go.kr:8444/?menuno=9>
- 국립연명의료관리기관. (n.d.). 소통공간 > 월별통계. <https://www.lst.go.kr/comm/monthlyStatistics.do>
- 국회예산정책처. (2025). 2025~2072년 NABO 장기재정전망.
- 김규웅, 김우림, 남은정, 계수연, 최진영. (2025). 제2차 호스피스·연명의료 종합계획(2024-2028) 내 국가 호스피스 정책 추진방향. 보건행정학회지, 35(1), 16-25.
- 김대균, 권신영, 이명아, 김기영, 이유정, 김정희, 이준영, 김현주, 장숙량, 김호성, 조미희, 나백주, 조은경, 박소영, 조혜민, 서세영, 최지은, 송현중, ... 황인철. (2023). 제1차 호스피스연명의료 종합계획 평가를 위한 제2차 호스피스 연명의료 종합계획 수립의 근거 마련 연구. 보건복지부, 가톨릭대학교.
- 김정희. (2024). 존엄한 죽음을 위한 사회보장 제도의 방향은 무엇인가. 보건사회연구, 44(3), 3-15. <https://doi.org/10.15709/hswr.2024.44.3.3>

- 김창곤. (2017). 한국의 호스피스완화의료정책. 한국호스피스완화의료학회지, 20(1), 8-17.
- 김혜림, 양동욱, 강은실, 김다은, 김진현, 배은영. (2017). 암환자의 생애말기 암 관련 의료비 발생 현황 분석. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구), 23(1), 123-142.
- 대한간호협회. (2025. 1.). 가정간호실시기관현황. 2025. 9. 1. 접속, https://www.hcna.or.kr/sub2/2_7.php
- 대한민국 정책브리핑. (2024. 4. 2.). 오는 2028년까지 호스피스 전문기관 2배·이용률 50%로 확대. <https://www.korea.kr/news/policyNewsView.do?newsId=148927744>
- 박수경. (2017). 호스피스완화의료 병상필요량 추정: 말기암환자를 중심으로. 한국보건사회연구, 37(1), 495-514.
- 보건복지부. (2019. 10. 30.). 재택의료 활성화 추진계획.
- 보건복지부. (2019. 6. 24.). 제1차 호스피스연명의료 종합계획(2019~2023).
- 보건복지부. (2022). 의료기관 가정간호 업무편람.
- 보건복지부 보도자료(2022.4.21.). 존엄하고 편안한 생애말기 돌봄을 위해 '2022년도 호스피스·연명의료 시행계획 수립.
- 보건복지부. (2024. 4. 5.). 제2차 호스피스·연명의료 종합계획(2024~2028).
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2022). 일차의료 방문진료수가 시범사업 지침.
- 보건복지부, 국민건강보험공단. (2024. 1.). 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침.
- 보건복지부, 중앙호스피스센터. (2025). 2024 국가 호스피스·완화의료 연례보고서.
- 신지영, 김수경, 최소영, 백주하, 오종민, 지연. (2024). 미래 사회 대비를 위한 웰다잉 논의의 경향 및 과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 신진영, 윤석준, 김선현, 이연숙, 고수진, 박진노. (2017). 국내의 비암성 질환의 호스피스 완화의료 적용에 대한 전문가의 인식에 관한 질적 연구: 후천성 면역결핍 증후군, 만성 폐쇄성 폐질환, 간경화를 중심으로. Journal of Hospice and Palliative Care, 20(3), 177-187.

- 신현철, 최미영, 최병호. (2012). 사망자의 생애말기 진료비의 양상: 건강보험자료를 이용한 접근. 보건행정학회지, 22(1), 29-48.
- 어유경, 고정은. (2022). 한국 노인의 선호 임종장소와 결정요인 분석. 한국산학기술학회논문지, 23(8), 590-597.
- 오상훈. (2025. 9. 17.). 非癌 환자 年 0.5%만이 이용 증인데... '호스피스 적용 질환' 또 늘린다?. 헬스조선.
- 오주연, 이다희, 임재우, 신양준, 박다혜, 유혜림, 최효정. (2020). 호스피스·완화의료서비스 제도개선 방안 연구-유형간 연계 강화 및 환자중심의 통합적 이용활성화 방안을 중심으로. 원주: 건강보험심사평가원.
- 오영인, 임지연, 강태경. (2019). 일본의 재택의료 현황과 시사점. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 1-173.
- 윤해창, 손창규, 이남현, 조정효. (2018). 호스피스·완화의료 발전사와 한의학 참여의 필요성. 대한한방내과학회지, 39(4), 662-675. <https://doi.org/10.22246/jikm.2018.39.4.662>
- 이건세, 김정희, 주지수, 김선민, 박진화, 김한성, 이지윤, 김미옥, 박수진, 허종호, 김진현, 박명희, 박진노, 윤영호, 최진영. (2008). 호스피스 수가체계 연구-수가개발 및 평가체계 개발 및 시범사업 설계. 보건복지가족부-건강보험심사평가원.
- 지영진, 이동현, 이상규, 장석용, 함명일, 김영애, 김지만, 김경이, 김지은, 홍민지, 최서영, 이지은. (2023). 질환군별 재택의료 시범사업 효과평가 연구. 건강보험심사평가원·차의과대학교 산학협력단.
- 장윤정. (2015). 노인과 호스피스 완화의료. 보건복지포럼, 225, 38-47.
- 조성호. (2025. 8. 7.). [늘어가는 대한민국] 65세 이상이 국내 진료비 절반 쓰는 시대: 작년 50조 넘어, 4년새 40% 급증. 조선일보. <https://www.chosun.com/ntional/welfare-medical/2025/08/07/IUHME4CQ2BHEXAEAQWRCFVSDFE/>
- 최재우, 유애정, 박현경, 이현지, 방효중. (2024). 재가 생애말기 돌봄 제공모델 개발 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험연구원.

- 최희정. (2024). 다사(多死) 사회에 대한 일본의 정책적 대응. 국제사회보장리뷰, 2024(여름), 109-120. <https://doi.org/10.23063/2024.06.9>
- 행정안전부. (2024. 12. 24.). 65세 이상 인구 비중 20% 기록 [보도자료].
- 厚生労働省 [후생노동성]. (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン [말기 의료 관리 의사결정 과정에 관한 지침]. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 厚生労働省 [후생노동성]. (2024). 別表第一 医科診療報酬点数表 [별표 제1 의과 진료 보수 점수표]. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>
- 國衛院. (2019. 9.). 台灣安寧緩和療護政策白皮書 [White Paper on Hospice and Palliative Care Policy in Taiwan]. Taipei: National Health Research Institutes. <https://www.hospicenurse.org.tw/ehc-tahpn/s/w/WebNewsn/article?articleId=8694c404cdc246dbb6820c8f72db0b52>
- Appelmann, I., & Hoffmann-Menzel, H. (2022). Specialized outpatient palliative care (SAPV): Basics, indications and prescription in clinical practice. *Schmerz* (Berlin, Germany), 36(5), 371-380. <https://doi.org/10.1007/s00482-022-00662-w>
- Bauer, A. K., Fassmer, A. M., Zuidema, S. U., Janus, S. I., & Hoffmann, F. (2024). End-of-life care in German and Dutch nursing homes: a cross-sectional study on nursing home staff's perspective in 2022. *Archives of Public Health*, 82(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01316-2>
- Bernaert, K., Cohen, J., Deliens, L., Devroey, D., Vanthomme, K., Pardon, K., & Van den Block, L. (2013). Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: a population-based study. *Respiratory medicine*, 107(11), 1731-1739.

- Berloge, C., Völkel, A., Jacobs, H., Burger, B., Stahmeyer, J. T., Brütt, A. L., Hoffmann, F., Schleef, T., & Stiel, S. (2024). Provision of hospice and palliative care and implementation of advance care planning for residents in German nursing homes—a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 24(1), 999. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05578-x>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022). Rahmenvereinbarung zur Hospizversorgung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2025. 7. 22.). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2025 an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick. Berlin: BMG. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegeversicherung/Leistungsbeitraege/Uebersicht_Leistungsbeitraege_2025.pdf
- Cheng, S.-Y., Chen, C.-Y., & Chiu, T.-Y. (2016). Advances of Hospice Palliative Care in Taiwan. *한국호스피스·완화의료학회지*, 19(4), 292-295. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2016.19.4.292>
- Chu, W.-M., & Lin, C.-P. (2020). Development and implementation of home-based palliative care in Taiwan. Taichung Veterans General Hospital, Department of Family Medicine.
- Chu, W.-M. (2025). 집에서 생을 마무리한다는 것 : 대만 가정형 완화의료의 경험. 서울대학교병원 완화의료·임상윤리센터/공공진료센터 합동 심포지엄 자료집. pp. 1-31. https://drive.google.com/file/d/1Ipe2Gp7iUglJ8nWYjc-VNhVwb5ve5kce/view?usp=drive_link
- Chung, Y.-J., Lin, C.-H., & Wu, C.-L. (2024). Evolution of Taiwan's Long-Term Care 3.0 and Its Integration with End-of-Life Care. *Journal of Aging Policy and Practice*, 15(1), 22-38.

- Davis, M. P., Vanenkevort, E. A., Elder, A., Young, A., Ordonez, I. D. C., Wojtowicz, M. J., Ellison, H., Fernandez, C., Mehta, Z., Behm, B., Digwood, G., & Panikkar, R. (2022). When does early palliative care influence aggressive care at the end of life?. *Supportive Care in Cancer*, 30(6), 5371-5379.
- Davis, M. P., Vanenkevort, E. A., Elder, A., Young, A., Correa Ordonez, I. D., Wojtowicz, M. J., Ellison, H., Fernandez, C., Mehta, Z., Behm, B., Digwood, G., & Panikkar, R. (2023). The financial impact of palliative care and aggressive cancer care on end-of-life health care costs. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(1), 52-60.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). (2023. 5. 22.). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Krankenhausreform: Palliativversorgung in allen Bereichen der stationären Patientenversorgung von Erwachsenen notwendig. <https://www.dgpalliativmedizin.de>
- Department of Health. (2008. 7.). End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life. London, UK: Author. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7ae925ed915d71db8b35aa/End_of_life_strategy.pdf
- ehospice. (2015. 5. 19.). Hospice and palliative care in Taiwan. https://ehospice.com/international_posts/hospice-and-palliative-care-in-taiwan/
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC medicine*, 15(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>

- Fumaneeshoat, O. (2018). Estimating the need for palliative care using ICD-10 codes: A population-based approach. [Unpublished master's thesis]. Mahidol University.
- German National Academy of Sciences Leopoldina, Union of German Academies of Sciences and Humanities. (2015). Palliative care in Germany – Perspectives for practice and research (73 pp.). Halle (Saale): German National Academy of Sciences Leopoldina.
- Gesell, D., Hodiament, F., Bausewein, C., & Koller, D. (2023). Accessibility to specialist palliative care services in Germany: a geographical network analysis. *BMC Health Services Research*, 23(1), 786. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09751-7>
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Villanueva, A., Espauella, J., Espinosa, J., Figuerola, M., & Constante, C. (2014). Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in health care systems: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence results in Catalonia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(3), 300-308. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>
- Health Insurance Administration (NHIA). (2016). NHI Provides Continuous Enhanced Home Care Services for Patients with Reduced Mobility. Taipei: Ministry of Health and Welfare. <https://www.nhi.gov.tw/en/cp-261-f0018-8-2.html>
- Herbst, F. A., Stiel, S., Wiese, B., Rothmund, A., Yilmaz, M., & Schneider, N. (2020). Where do people die in the region of hanover? An analysis of death certificates. *Z Allgemeinmed*, 96, 457-62.
- Higginson, I. J. (1997). *Epidemiologically based needs assessment for palliative and terminal care*. Radcliffe Medical Press.
- Ho, Y. C., Wang, C. T., Weng, T. C., Ho, C. H., Tsai, K. T., Hsu, C. C.,

- Lin, H. J., Chen, H. C., & Huang, C. C. (2024). Impact of the Home-Based Medical Integrated Program on Health Outcomes and Medical Resource Utilization in Home Healthcare Patients in Taiwan. *Clinical Interventions in Aging*, 1437-1444. <https://doi.org/10.2147/CIA.S457281>
- Hospice Foundation of Taiwan. (2014). Community hospice care initiative: Integration of public health centers and home-based services. Taipei: Hospice Foundation of Taiwan.
- Hospice Foundation of Taiwan. (2019. 4.). The integration of long-term care, home care, and palliative care in Taiwan. Taipei: Hospice Foundation of Taiwan. <https://www.hospice.org.tw/content/1451>
- Hospice Foundation of Taiwan. (2023). Hospice and Palliative Care in Taiwan: 2023 Review and Outlook. Taipei: Hospice Foundation of Taiwan.
- Huffman, J. L., & Harmer, B. (2023. 2. 20.). End-of-life care. In StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544276/>
- Hughes-Hallet, T., Craft, A., Davies, C., Mackay, I., & Nielsson, T. (2011). Palliative care funding review: Funding the right care and support for everyone. Department of Health and Social Care. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c7a74e5274a559005a245/dh_133105.pdf
- International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). (2018). Palliative Care Definition. Retrieved from <https://iahpc.org/what-we-do/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Kabumoto, C. (2020). 일본 고령자를 위한 End of Life Care 정책 [Japan's end of life care policy for the elderly]. *대한임상노인학회지* (Korean

- Journal of Geriatrics & Gerontology, 21(2), 71-76. <https://doi.org/10.15656/kjcg.2020.21.2.71>
- Kane, P. M., Daveson, B. A., Ryan, K., McQuillan, R., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. (2015). The need for palliative care in Ireland: a population-based estimate of palliative care using routine mortality data, inclusive of nonmalignant conditions. *Journal of pain and symptom management*, 49(4), 726-733. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.09.011>
- Kim, H. S., & Hong, Y. S. (2016). Hospice palliative care in South Korea: past, present, and future. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 19(2), 99-108.
- Kim K, Park B, Gu B, Nam EJ, Kye SH, & Choi JY. (2022). The National Hospice and Palliative Care registry in Korea. *Epidemiol Health*. 2022;44.e2022079. doi: 10.4178/epih.e2022079
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., ... Zimmerman, C. (2017). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454.
- Langton, J. M., Reeve, R., Srasuebkul, P., Haas, M., Viney, R., Currow, D., & Pearson, S. A. (2016). Health service use and costs in the last 6 months of life in elderly decedents with a history of cancer: a comprehensive analysis from a health payer perspective. *British journal of cancer*, 114(11), 1293-1302.
- Lunney, J. R., Lynn, J., & Hogan, C. (2002). Profiles of older medicare decedents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1108-1112. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x
- Lynn, J., & Adamson, D. M. (2006). Redefining and reforming health care

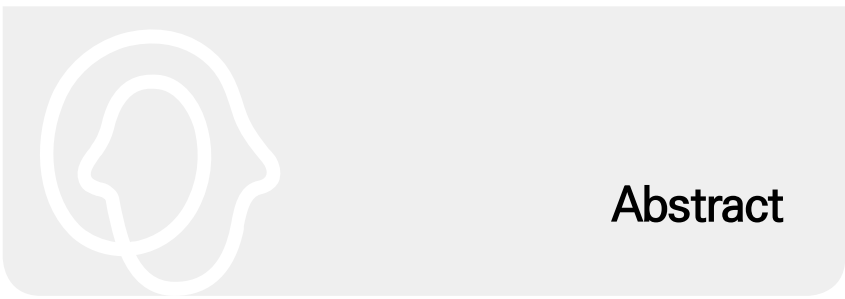
- for the last years of life. RAND research briefs. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9178.html
- Ma Z, Li H, Zhang Y, Zhang L, Huang G, Zhang Y, Shi L, Liu W, An Z, Guan X. (2024). Prevalence of aggressive care among patients with cancer near the end of life: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. Mar 21;71:102561. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102561. PMID: 38549585; PMCID: PMC10972834.
- Marie Curie. (2023. 7.). How many people need palliative care? Updated estimates of palliative care need across the UK, 2017-2021. <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/policy-publications/2023/how-many-people-need-palliative-care.pdf>
- Marik, P. E. (2015). The cost of inappropriate care at the end of life: implications for an aging population. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(7), 703-708. <https://doi.org/10.1177/1049909114537399>
- Ministry of Health and Welfare, Taiwan. (2016). Long-Term Care 2.0 Implementation Framework. Taipei: MOHW.
- Ministry of Health and Welfare, Taiwan. (2021). Handbook of Taiwan's National Health Insurance. Taipei: MOHW.
- Ministry of Health and Welfare, Taiwan. (2023). National Health Insurance Annual Statistical Report 2023. Taipei: MOHW.
- Ministry of Health and Welfare, Taiwan. (2024). Taiwan Health and Welfare Report. Taipei: MOHW.
- Murtagh, F. E. M., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49-58. <https://doi.org/10.1185/13619065.2013.269219>

org/10.1177/0269216313489367

- OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD. (2023a). Time for Better Care at the End of Life, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/722b927a-en>
- OECD. (2023b). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD. (2024). Why is care at the end of life not matching people's preferences? Policy Brief. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/why-is-care-at-the-end-of-life-not-matching-peoples-preferences_9fb60f9f-en.html
- Parker-Oliver, D., & Bickel, D. (2002). Nursing home experience with hospice. *Journal of the American Medical Directors Association*, 3(2), 46-50.
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., BSc, R. B., Burla, C., MME, M. C., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J. F., Connor, S. R., Davaasuren, O., Downing, J. D., Foley, K. M., Goh, C. R., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rosenwax, L. K., Mcnamara, B., Blackmore, A. M., & Holman, C. D. J. (2005). Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliative medicine*, 19(7), 556-562. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1067oa>
- Rosenwax, L., Spilsbury, K., McNamara, B. A., & Semmens, J. B. (2016). A retrospective population based cohort study of access to speci

- alist palliative care in the last year of life: who is still missing out a decade on?. *BMC Palliative Care*, 15(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0119-2>
- Shih, C.-Y. (2021). Building an Integrated Home-Based Medical Care Service Across the Whole Life Course in Taiwan. *International Journal of Integrated Care*, 21(S1), 176. <https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC20172>
- Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., Gomes, B., & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7), e883-e892. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X)
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V] vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Juli 2021 (BGBl. I S. 2930). https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- Stiel, S., van Baal, K., Ülgüt, R., Stahmeyer, J. T., & Schneider, N. (2021). Analysing the administration of an intermediate level of outpatient palliative care in Germany and developing recommendations for improvement (Polite): A study protocol for a mixed-methods study. *Plos one*, 16(9), e0256467.
- Tsukui-Staff. (2024, 11. 25.). 『2025年度改定対応』看取り介護加算とは？算定要件や単位数など詳しく解説. ツクイスタッフ介護ペディア. <https://corp.tsukui-staff.net/kenshu/pedia/caregiving-addition>
- United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development (A/RES/70/1). United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

- von Saß, C., Tenge, T., van Oorschot, B., Pieper, D., Eisenmenger, N., Heinze, M., ... Kamp, M. A. (2025). Analyzing the use of specialized palliative care in intensive care unit patients in Germany: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 24(1), 74.
- Walther, S., Becker, J., & Ziegler, U. (2022). Mortality and end-of-life care patterns among nursing home residents: A nationwide cohort study. *Palliative Medicine*, 36(9), 1342-1351.
- World Health Assembly (WHA). (2014). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course (WHA67.19). Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/162863>
- World Health Organization (WHO). (2020). Home/Newsroom/Fact sheets/Detail/Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization (WHO). (2021). Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f05157f5-38f4-4069-aec4-fd8cd17a9596/content>
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), World Health Organization (WHO). (2020). Global atlas of palliative care (2nd ed.). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. <https://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/Global-Atlas-2nd-Edition-2020.pdf>
- Yang, S. L., Woon, Y. L., Teoh, C. C. O., Leong, C. T., & Lim, R. B. L. (2022). Adult palliative care 2004-2030 population study: estimates and projections in Malaysia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e1), e129-e136.



Abstract

The Impact of Hospice and Palliative Care on National Health Insurance Expenditures

Project Head: Kang, Hee-chung

Background and Objectives

As Korea rapidly enters a super-aged society, a dual challenge has emerged: improving the quality of end-of-life care for older adults while ensuring the financial sustainability of the National Health Insurance (NHI) system.

This study aims to (1) analyze healthcare expenditure patterns during the last year of life among older adults, (2) examine the impact of hospice and palliative care utilization on NHI expenditures, (3) estimate future demand and fiscal implications under demographic change, and (4) review international policy trends to propose evidence-based directions for reforming the hospice and palliative care system.

Key Findings

First, healthcare expenditures among older decedents increased sharply toward the end of life, particularly within the

Co-Researchers: Ko·Jayee, Kim·Junghoe, Kim·Hyeyun, Lee·Jaeun, Ku·Minji, Kwon·Uigyeong

last three months. The share of expenditures in the final month rose from 25.4% in 2016 to 26.9% in 2023. The proportion of deaths among those aged 80 and older increased rapidly, while causes of death shifted from cancer to organ failure, neurodegenerative diseases, and multimorbidity.

Second, indicators of aggressive care near the end of life showed mixed patterns. ICU use within the last 30 days of life and chemotherapy within 14 days of death were comparable to or slightly lower than international benchmarks. However, repeated hospitalizations and prolonged hospital stays were substantially higher, indicating a strongly hospital-centered utilization pattern, consistent with OECD observations on delayed palliative care use.

Third, using a generalized linear model with a gamma distribution and log link function, hospice and palliative care utilization was associated with significantly lower expenditures. Hospice users incurred approximately 0.51 times the expenditures of non-users, corresponding to a 49% reduction in costs during the last month of life. However, this effect varied by service type: home-based hospice care reduced expenditures, whereas inpatient hospice care was associated with approximately 2.4 times higher costs. The timing of hospice initiation was not significantly associated with costs, likely reflecting late entry, with over 60% of users initiating care within 30 days of death and more than 80% within 60 days.

Fourth, projections indicate that even if disease patterns remain unchanged, population aging alone will nearly double the proportion of deaths from non-cancer conditions by 2040. Under the current hospital-centered care structure, this shift is expected to drive structural increases in NHI expenditures. Hospice and palliative care spending is projected to increase by at least 40% by 2040 compared to 2026 under a baseline scenario, and by up to 53% under scenarios that expand eligibility and utilization. These findings emphasize the need to prioritize quality of life and timely access to care in expanding service scope. For non-cancer conditions with longer care trajectories, a needs-based approach—supported by phased expansion and clear eligibility criteria—is essential to ensure appropriate and accessible care.

Fifth, international comparisons highlight diverse system designs. Germany's tiered model, Taiwan's insurance-based integration with expanded eligibility, and Japan's region-based integrated care system underscore the importance of needs-based care, community integration, and gradual expansion in Korea.

Conclusions and Policy Implications

End-of-life care in Korea remains strongly hospital-centered, with the cost effects of hospice and palliative care varying by

service type. Cost reductions are concentrated in home-based care, while inpatient services tend to increase expenditures. Without a stronger quality-of-life-oriented approach, unnecessary hospitalizations and aggressive treatments may persist, exacerbating inefficiency and increasing financial burden.

These findings indicate that the current system remains oriented toward prolonging treatment rather than delivering quality-of-life-centered care, and that the existing hospice and palliative care system is unlikely to support both improved end-of-life quality and long-term fiscal sustainability adequately.

To address these challenges, Korea should pursue structural reform toward an integrated, quality-of-life-centered end-of-life care system. This includes shifting from inpatient-centered care to community- and home-based multi-layered services, expanding beyond cancer-focused care to include non-cancer conditions and geriatric care, transitioning from treatment-substitute models to life-course care models, and reforming the current high-cost reimbursement system into an integrated care-based payment model.

Key words: Hospice and palliative care, National Health Insurance expenditure, healthcare spending among older adults, and end-of-life care