

말기 환자에서 사망 전 의료비 지출 현황과 환자관리 대책

김 기 경*

서 론

의료는 건강한 삶을 위해 절대 필요한 수단이며 누구든지 때와 장소에 구애됨이 없이 마지막 순간까지 최고 양질의 의료서비스를 받을 권리가 있다. 그러나 희생의 가망이 없는 말기 환자는 신체적으로는 통증이나 감당하기 힘든 각종 증상들을 감내하여야 하며 심리적으로는 죽음에 방기되어 있다는 불안과 좌절로 심한 고통을 겪게 되며 병원에서 퇴원하는 상황이 되면 고통은 더욱 심해진다.[1] 가정의 핵가족화와 여성의 사회활동 신장도 가정간호를 어렵게 하는 한 요인이 되고 있으며, 이는 가족의 부담과 고통은 물론 갈등의 원인이 되기도 한다. 따라서 말기 환자들에게 국가나 사회 차원에서 제도적인 수단을 통하여 적극적이고 총체적인 돌봄(holistic care)을 제공하는 것은 실로 당연하고 절실한 것이다.[2,3]

현재 말기 환자들을 돌보는 것은 개인적인 가정간호를 제외하고는 병원이나 호스피스시설, 각종 복지시설이며 이 중에서도 제도권의 공공적 관리가 이루어지는 곳은 병원과 병원에 속해있는 호스피스라고 할 수 있는데 어떤 방법으로든 이들에 대한 충분한 양질의 돌봄서비스를 위해서 가장 필요한 것은 경제적 비용이다.

그러나 국가나 개인에 있어 부족하게 한정되어 있는 비용으로 양질의 서비스를 제공하여야 하는 역설적인 상황에서 주어진 의료비용이나마 효율적인 운용을 통하여 문제를 하나하나 해결해 나아가야 할 것이다.

그러기 위해서는 먼저 회복이 불가능하다고 판단되고 임종만을 기다리는 말기 환자에게 진정으로 필요한 것이 무엇인지에 대한 깊은 이해가 있어야 한다. 물론 결론을 내기가 쉽지 않은 문제이긴 하지만 이들에게 가장 절실하게 요구되는 것이 호스피스의 존재 이유처럼 환자나 가족 모두에게 좀 더 편안하게 임종을 맞게 하는 것이라고 한다면 결과적으로는 환자에게 도움이 되지 못하는 진단이나 치료를 위해 쓰이는 비용, 시기에 따라서는 의미가 없는 비용으로 간주되는 말기 환자에게 제공되는 막대한 의료비용을 훨씬 더 많은 환자에게 양질의 돌봄서비스를 제공하는데 활용한다면 오히려 이것이 더 의미있고 정의로운 일이 될 수도 있을 것이다.

의료비용의 효율적인 활용을 위해서는 현재의 쓰임새를 아는 것이 중요한데 의료비용에 대한 보고들이 일부 있으나 조사 주체나 대상, 그리고 방법에 따라 의료비용의 규모나 의료서비스의 내용에 많은 차이가 있다. 즉, 의료비용에 의료보험 비용만을 계산하면 비보험 부분이 누락되어 실제 비용이라고 할 수 없으며 조사 주체나 대상이 3차 종합병원에서부터 일반 병원, 호

* 한림대학교 의과대학 강남성심병원 비뇨기과학교실

스피스기관 등 그 등급에 따라 같은 질환이라도 의료 서비스의 종류와 내용이 다르고 관련비용도 차이가 심하여 전체 의료비용에 대한 정확한 조사를 하기는 쉽지 않으며 의료서비스의 내용과 비용의 규모를 적절하게 규정하고 배분하는 것은 더욱 어려운 문제이다. 따라서 의료비용의 효율적인 운용의 방법을 찾기 위해서는 다양한 서비스기관에서 실제로 지출된 총 비용과 그 내용에 관한 더 많은 자료들이 필요하겠다.

이에 저자는 말기 환자들에게 제공되는 의료비용의 규모와 시기, 그리고 그 내용에 대하여 비급여 비용을 포함한 총 의료실비로 조사하여 앞으로 호스피스제도의 의료보험화에 대비한 정책 개발과 이 제도의 조속한 정착과 발전에 참고 자료가 되며, 동시에 환자관리와 관련된 문제들에 대하여 토의해 보고자 한다.

대상 및 방법

1. 대상

최근 2년간 악성종양과 만성질환으로 동일 병원에서 치료하다가 사망한 환자 21명을 대상으로 하였다. 환자의 나이는 평균 58±11.69세(41-80세)였으며 남자가 10명(47.6%), 여자가 11명(52.4%)이었다. 사망 시 질환명은 위암 6명(28.6%), 췌장암과 직장암이 각각 3명(14.3%), 유방암과 간경화와 간세포암이 동반되었던 경우가 각각 2명(9.4%), 그리고 난소암, 부신암, 폐암, 대장암, 전립선암이 각각 1명(4.8%)이었다. 직접 사인은 암의 전이가 19례(90.5%)였으며 나머지 2례(9.5%)는 암 자체보다는 동반된 간경화로 여겨진다. 암으로 사망한 19례 중 암의 전이가 확인되거나 이로 항암치료를 시작한 때부터 사망한 때까지의 기간은 3개월 이전이 2명, 6개월 이내가 1례, 9개월 이내가 5례, 1년 이내가 1례로 모두 9례(47.4%)가 1년 이내에 사망하였다.

2. 방법

조사기간은 호스피스환자에서 '말기'를 정의하는 6개월[4]을 고려하여 임의로 사망 전 1년 동안에 병원에서 지불된 총 의료비용을 조사하였다. 시기에 따라 치료의 빈도나 내용 및 비용에도 차이가 있을 것으로 생각하여 1년을 3개월 단위로 4분기로 나누어 사망 전 1년에서 9개월까지를 1분기(period 1), 9개월에서 6개월까지를 2분기(period 2), 6개월에서 3개월까지를 3분기(period 3), 3개월에서 사망 시까지를 4분기(period 4)로 하였으며 각 분기마다 입원일수와 횡수, 외래 내원일수, 그리고 병원에 입원하거나 외래에서 지불된 모든 비용과 그 내용을 조사하였다.

의료비는 실제 모든 비용을 원형대로 인용하였고 의료보험과 본인 부담을 나누지 않고 비급여의료비를 포함하는 전체비용을 계산하였다.

진료비의 내용은 총 진료비(consult fee), 입원비용(admission fee; 입원비/병실료/식대), 검사료(Test fee; 일반검사/방사선검사), 투약료(Supplement; 투약/주사/수혈 등), 처치료(Treatment; 수술/마취/처치), 그리고 기타 비용(Other)으로 나누었다.

통계처리에는 카이제곱(chi-square) 검정방법을 이용하였다.

결 과

1. 분기별 입원 및 외래 내원 횡수 및 날수

21명의 환자가 입원하여 치료받은 횡수와 기간을 보면 1분기에 1회(4일), 2분기에 2회(80일), 3분기에 18회(142일), 4분기에 35회(745일)로 총 56회 971일이었다. 외래에 내원한 횡수(일수)는 1분기에 2일, 2분기에 18일, 3분기에 64일, 4분기에 71일로 총 155회(일)였다(p=0.000). 일수로 보면 사망하기 전 6개월 동안에 입

Table 1. Numbers and days of admissions(ADM) or visits to out patient department(OPD)

Period		1	2	3	4	Total	p-value
ADM	No	1(1.8)	2(3.6)	18(32.1)	35(62.5)	56	0.000
	Days	4(0.4)	80(8.3)	142(14.6)	745(76.7)	971	0.000
OPD	Days	2(1.3)	18(11.6)	64(41.3)	71(45.8)	155	0.000
Total (days)		6	98	206	816	1,126	

원의 경우 91%, 외래의 경우 87%에서 각각 입원하거나 외래진료를 위해 내원하였다(Table 1).

2. 시기별 총 의료비

사망 전 1년 동안 외래 및 입원에서 발생한 전체 의료비용은 192,738,508원으로 평균 1인당 진료비는 9,178,024원이었다. 일당 진료비는 입원의 경우 187,977원이었으며 외래의 경우 65,888원이었다(Table 2).

분기별 의료비용을 보면 외래비용은 1분기 21,400원, 2분기 1,062,134원, 3분기 3,203,774원, 4분기 5,925,409원으로 총 10,212,717원이었으며 입원비용은 1분기 856,396원, 2분기 19,198,252원, 3분기 19,409,399원(10.1%), 4분기 143,061,744원(74.2%)원이었으며 총

182,525,791원(94.7%)이었다. 입원비용과 외래비용은 4분기에 각각 78.4%와 58.0%, 3-4분기에 각각 89%와 89.4%로 대부분의 비용이 사망 전 6개월 동안에 사용되었다(Table 3).

3. 의료비의 내용별 비교

총 의료비 중 외래비용이 5.3%였고 입원비용이 94.7%로 대부분이었다. 의료비용의 내역을 보면 내용과 시기별로 차이가 있기는 하나 전체비용 중 입원료/병실료/식대 등 입원자체비용과 투약/주사/수혈 등 투약비용이 각각 31.3%와 38.8%로 전체의 70.1%였으며 검사비는 12.6%였다(Table 4). 입원비의 경우 각각 33.1%, 40.2%, 11.7%로 전체 비용과 비슷한 양상이었

Table 2. Average medical expenses per day

Period	1	2	3	4	Average
ADM	214,099	239,978	136,686	192,029	187,977
IPD	10,700	59,007	50,059	83,456	65,888

Table 3. Medical expenses according to periods in IPD and OPD

Period	1	2	3	4	Total (%)
OPD	21,400 (0.01)	1,062,134 (0.54)	3,203,774 (1.65)	5,925,409 (3.1)	10,212,717 (5.3)
IPD	856,396 (0.4)	19,198,252 (10.0)	19,409,399 (10.1)	143,061,744 (74.2)	182,525,791 (94.7)
Total	877,796 (0.5)	20,260,386 (10.5)	22,613,173 (11.7)	148,987,153 (77.3)	192,738,508 (100)

Table 4. Medical expenses according to services in total patients

Period	Consult fee	Admission fee	Supplement	Test	Treatment	Others	Total (%)
1	85,027 (9.7)	404,880 (46.1)	63,816 (7.3)	294,362 (33.5)	6,155 (0.7)	23,556 (2.7)	877,796 (100)
2	1,724,752 (8.5)	3,643,518 (18.0)	7,570,458 (37.4)	3,757,272 (18.5)	1,977,864 (9.8)	1,586,522 (7.8)	20,260,386 (100)
3	1,019,004 (4.5)	5,339,380 (23.6)	10,737,000 (47.5)	3,030,374 (13.4)	1,032,402 (4.6)	1,455,013 (6.4)	22,613,173 (100)
4	3,847,788 (2.6)	50,944,203 (34.2)	56,427,320 (37.9)	17,178,262 (11.5)	11,067,294 (7.4)	9,522,286 (6.4)	148,987,153 (100)
Total	6,676,571 (3.5)	60,331,981 (31.3)	74,798,594 (38.8)	24,260,270 (12.6)	14,083,715 (7.3)	12,587,377 (6.5)	192,738,508 (100)

Table 5. Medical expenses according to services in IPD

	Consult fee	Admission	Supplement	Test	Treatment	Others	Total	%
1기	73,627	404,880	63,816	294,362	6155	13,556	856,396	0.5
2기	1,536,088	3,643,518	7,484,134	3,139,874	1,974,714	1,419,924	19,198,252	10.5
3기	543,318	5,339,380	10,261,131	2,175,980	700,882	388,708	19,409,399	10.6
4기	3,255,938	50,944,203	55,563,698	15,801,196	10,885,664	6,611,045	143,061,744	78.4
Total	5,408,971 (3.0)	60,331,981 (33.1)	73,372,779 (40.2)	21,411,412 (11.7)	13,567,415 (7.4)	8,433,233 (4.6)	182,525,791 (100)	100 (%)

Table 6. Medical expenses according to services in OPD

	Consult fee	Supplement	Test	Treatment	Others	Total	%
1기	11,400				10,000	21,400	0.2
2기	188,664	86,324	617,398	3,150	166,598	1,062,134	10.4
3기	475,686	475,869	854,394	331,520	1,066,305	3,203,774	31.4
4기	591,850	863,622	1,377,066	181,630	2,911,241	5,925,409	58.0
Total	1,267,600 (12.4)	1,425,815 (13.9)	2,848,858 (27.9)	516,300 (5.1)	4,154,144 (40.7)	10,212,717 (100)	100 (%)

으나 외래비용에서는 검사비가 27.9%, 투약료가 13.9%, 진찰료가 12.4%였다(Table 5, 6).

고 찰

의료비용이란 일반적으로 보험의료비와 비보험의료비, 그리고 의료기기 등에 쓰인 직접비용만을 생각하나 실질적으로는 환자로 인해 본인은 물론 보호자나 가족 등이 지출하게 되는 교통비, 시간적인 비용, 생산 활동을 못함으로써 생기는 제반 간접비용도 고려되어야 할 것이다. 그러나 이러한 모든 비용을 계산하는 것이 용이하지 않으며 저자는 본 논문의 목적상 환자 본인의 진료와 관련하여 의료기관에 지불된 비급여 비용을 포함한 총 의료비만을 대상으로 하였다.

호스피스 돌봄이와 관련하여 말기 환자로 암 환자가 주 대상이 되고 있는데 이는 수에 있어서도 가장 많을 뿐 아니라[5] 재활의 기회가 없는 상태에서도 비교적 오랜 동안 의료서비스를 필요로 하며 그 비용도 상당히 많기 때문이다.

본 논문에서 환자가 사망하기 전 1년 동안 입원하여 치료받은 횟수와 기간을 보면 일인당 2.7회에 총 46일

입원하였으며 7.4회 외래진료를 받았는데 이들의 시기를 보면 입원과 외래진료 모두 사망에 가까울수록 의미있게 증가되었으며 사망하기 전 6개월 동안에 입원의 경우 91%, 외래의 경우 87%에서 각각 입원하거나 외래진료를 받았다.

외래 및 입원에서 발생한 전체 의료비용은 192,738,508원으로 평균 1인당 9,178,024원이었다. 이 중 대부분이 입원비용(94.7%)이었으며 입원 및 외래에서의 일당 평균진료비는 각각 187,977원과 65,888원이었다.

의료비용의 지출 시기는 총 비용의 77.3%가 사망 전 3개월에, 89%가 사망 전 6개월 동안이었다. 일당 입원비는 오히려 1-2분기에 약간 많았고 외래비용은 4분기에 가장 많았으나 전체 의료비가 4분기와 3분기에 많이 지출된 것은 입원일수와 내원일 수가 이 시기에 많았기 때문인 것으로 생각된다. 1999년 박 등[6]이 우리나라에서 151명의 환자를 대상으로 사망 전 6개월 동안의 의료보험 급여 내용을 조사한 결과를 보면 평균 입원일 수 39일, 외래 내원일 수 14일이었으며 입원과 외래에서의 일당평균진료비는 각각 105,908원과 40,173원이었고 전체 의료비의 85%가 입원비였다. 시기별로는 사망 전 2개월 동안에 50%, 1개월 동안에 30%가 지출되었다.

미국에서는 사망 전 1년 동안에 말기 환자에게 지출

되는 비용이 전체 의료비의 10-12%며 메디케어 비용의 27.2%에 이르러 임종과 관련된 고비용이 문제가 되고 있으며 같은 기간 동안의 의료비중 50%가 임종 전 2개월 동안에 지출되고, 40%가 1개월 동안에 지출된다고 한다.[7] 말기 암 환자의 경우 1인당 임종 전 마지막 연도에 21,219 달러가 소용되고 그 중 29%가 임종 전 1개월 사이에 사용되었다는 보고도 있다.[8]

의료비용의 내역을 보면 서비스내용별, 시기별로 다소 차이가 있기는 하나 전체비용 중에서는 입원료/병실료/식대 등 입원자채비용과 투약/주사/수혈 등 투약료가 각각 31.3%와 38.8%로 가장 많았는데 특히 외래의 경우에는 입원관련비용이 없는 대신 검사비, 투약료, 진료비가 각각 27.9%, 13.9%, 12.4%로 입원의 경우에 비하여 상대적으로 높은 비중을 차지하였다. 시기별로 보면 1기에는 입원비용과 검사비용의 비율이 높았으나 2기와 3기에는 투약과 처치의 비율이 높아졌고 4기에는 투약비의 비율이 약간 감소하면서 입원비용의 비율이 그 만큼 증가하는 양상을 보였다. 유상연 등에 의하면[9] 호스피스 기관에서 사망 직전의 입원비용은 1인당 평균 285,968원이었으며 이중 주사료가 32%, 병실료가 27.9%, 검사료가 14%였다.

결과적으로 호스피스가 가정에서 환자를 관리하고 불필요한 입원과 소모적인 의료, 즉 중환자실 입원, 인공호흡기 사용, 심폐소생술 등의 이용을 제한함으로써 특히 임종 1개월 동안 지출되는 비용의 25-40%를 절감시킬 수 있다고[10] 하는데 호스피스진료가 특히 임종에 압박하여 불필요하게 지출되는 의료비를 절감하고 [10,11] 말기 환자들의 삶의 질을 향상시키며 환자나 가족에게 편안하고 존엄한 죽음을 맞게 한다는 점에는 이의가 없을 것이다. 그러나 구체적인 논의에 앞서 '말기 환자'라는 용어에 대하여 먼저 생각해 보아야 할 것이다. 허는[12] 말기 암환자를 임종 전 3개월 전후로 규정하고 있으며 호스피스에서는 6개월이라는 기간으로 정의하고 있지만 과연 3개월이든 6개월이든 이 기간의 의미는 무엇이며 더구나 다가올 앞으로의 3개월과 6개월을 무엇을 기준으로 어느 순간부터를 말기라고 정할 것인가? 현실적으로 얼마나 많은 가정에서 말기 환자를 제대로 관리할 수 있을 것이며 불필요한 입원과 소모적인 의료비를 어느 정도 줄일 수 있을 것인가? 특히 중환자실 입원, 인공호흡기 사용, 심폐소생술 등의 이용을 구체적으로 어떻게 제한할 것인가? 말기 환자에서 삶의 질이나 환자의 품위란 어떤 것이며 환자 중심

의 진료란 무엇인가?[13] 말기라고 판단되는 환자에 있어 모든 치료와 검사들이 전혀 무의한가? 생명유지 장치와 각종 의료서비스가 품위있는 임종과정을 실로 방해만 하는가? 과연 어느 순간까지 어느 정도의 의료시술을 하여야 하는가에 대하여도 아직 이론이 있다. 또한, 의료인은 절체절명의 상황에서도 최선을 다하여 마지막 순간까지 환자의 질환을 치료하고 생명을 보존하여야 하는 의무가 있을 뿐 생명 단축에 관하여는 어떤 권리도 없다. 안락사는 당연히 인정되지 않고 있다. 법률적인 해석은 이해하더라도 대안이 마련되지 않은 상황에서 나름대로 최선을 선택하였던 젊은 전공의들에게 살인 방조죄라는 중벌을 과한 보라매사건은[14] 의료현장의 모순과 문제를 더욱 절감케 하는 사례로서, 말기 환자이긴 하지만 의사나 의료기관은 물론 그 누구도 임의로 환자의 생명을 결정할 수 없다는 것을 충분히 인식하여야 할 것이다. 따라서 아직 신중히 접근하여야 할 부분이 있고 이제는 좀 더 구체적으로 내용을 규정하고 사안에 따라서는 법률적인 뒷받침과 사회적 합의안을 만들어야 할 때가 되었다.

단순히 경제성과 비용면에서만 본다면 병원보다는 병원 호스피스나 호스피스기관, 그리고 가정호스피스가 더 적게 들 것이고, 3차 대학병원에서 가정간호에 이르기까지 의료서비스의 주체에 따라 그 내용과 의료비용에 상당한 차이가 있을 것이다.[15-18] 봉사를 기초로 하는 현재의 호스피스 시설에서의 비용을 기준으로 한 비용절감 효과나 치료효과를 전제로 하는 의료비의 경제성만이 강조 될 경우에는 자칫 진정한 호스피스의 정신이 간과될 염려도 있다. 특히 호스피스가 공공의료체도로 될 경우 모든 의료비 관련 내용들이 구체적으로 명문화되고 코드화되어야 하며 동시에 봉사나 기증으로 조달되던 상당 부분이 새로운 실체적 의료비용으로 전환이 될 수도 있기 때문이다. 또한 죽음을 목전에 두고 있는 사람들은 집에 혼자 있기를 두려워하며 주위에 많은 협조자들이 항상 같이 있기를 원하고 있다. 가정돌봄의 경우 24시간 돌보며 적절한 처치를 해주어야 하며 병원에서 임종을 원하는 가족들이 많고 장례식장을 선호하는 사회 문화 등과 관련하여 추가되는 비용에 대하여도 충분히 고려하여야 할 것이다.

이렇듯 아직 구체적 답안이 없는 다양한 현실적 문제들에 대하여 최선의 방안을 도출할 수 있도록 국가와 사회가 좀 더 고민하고 노력하여 좀더 구체적이고 실체적인 방안을 만들어야 할 것이다.

결 론

21명의 사망환자에서 말기 환자들에게 사망 전 1년 동안의 총 의료비용의 규모와 내용은 다음과 같다.

환자가 입원하여 치료받은 횟수와 기간은 총 56회 971일, 외래에 내원한 횟수(일수)는 총 155회(일)였으며 각각 이들의 91%와 87%가 사망하기 전 6개월 동안에 있었다(p=0.000). 사망 전 1년 동안 발생한 전체 의료비용은 192,738,508원으로 평균 1인당 진료비는 9,178,024원이었다. 일당 진료비는 입원은 187,977원, 외래는 65,888원이었다. 의료비용은 사망 전 6개월 동안 전체비용의 89%와 89.4%가 각각 입원비용과 외래비용으로 사용되었다. 총 의료비 중 외래비용이 5.3%, 입원비용이 94.7%였다. 입원료/병실료/식대 등 입원비용과 투약/주사/수혈 등 투약비용이 각각 31.3%와 38.8%였고 검사비는 12.6%였던 반면 외래비용에서는 검사비가 27.9%, 투약료가 13.9%, 진찰료가 12.4%였다.

결론적으로 말기 환자에서 의료비용의 대부분은 입원비용이며 사망 전 6개월 동안에 입원비용과 투약에 따르는 비용으로 많이 지출되고 있음을 참고하여, 호스피스가 국가의 의료제도권으로 들어올 경우에 대비하여 좀 더 구체적인 대책이 마련되어야 하겠으며 특히 효율적인 의료비의 운용을 위해서는 의료서비스의 내용과 의료비용의 크기를 사안별로 규정하고 조정할 필요가 있겠다.

참 고 문 헌

이원희. 통증조절과 간호 중재. 한국호스피스.완화의료학회지 1999;2(1):58-62.
 민 순, 주애란, 정영주. 교회자원을 활용한 호스피스의 실제. 호스피스학술지 2002;2(2):1-16.
 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길. 호스피스와 죽음. 서울, 현문사, 1994.
 Wellington Health Services Advisory Committee, 1981. 호스피스환자의 정의
 보건사회부. 한국인 암 등록 조사자료 보고서. 2000.
 박노례, 신순애, 윤영호, 정은경. 암환자 사망 전 6개월의 의료비용. 한국호스피스완화의료학회지 1999;2:109-113.

Lubitz JD, Riley GF. Trends in medicare payment in the last year of life. N Engl J Med 1983;328:1092-6.
 Long SH, Gibbs JO, Grozier JP, Cooper DI, Newman JF, Larsen AM. Medical expenditures of terminal cancer patients during the last year of life. Inquiry 1984;21:315-27.
 유상연, 염창환, 이혜리, 이용제, 안미홍. 호스피스케어 위해 입원한 말기 암 환자의 사망 직전 의료비용 실태 조사. 한국 호스피스-완화의료학회지 2002;5(2):146-54.
 Emanuel EJ. Cost savings at the end of life: What do the data show? JAMA 1996;275:1907-14.
 Mor V, Kidder D. Cost savings in hospice: final results of the National Hospice Study. Health Serv Res 1985;20:407-22.
 허대석. 호스피스케어의 대상. 한국호스피스완화의료학회지 2001;4(1): 77-82.
 Coppa S. Futile care: Confronting the high costs of dying. The Journal of Nursing Administration 1996;26(12):18-23.
 대법원 판결. 선고 2002도 995판결, 2004.
 염창환, 문유선, 이혜리. 말기 암으로 입원한 환자에서 진통제 사용의 실태. 대한 가정의학회지 1996;17:827-33.
 염창환. 말기 암환자의 의료비용. 대한의사협회지 2001;44:969-75.
 Kidder D. The impact of hospices on the health care costs of terminal cancer patients. In: Mor V, Greer DS, Kastenbaum R, eds. The Hospice Experiment. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1988;46-8.
 Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM, Chamberlain J, Freeling P. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. Palliat Med 1996;10:151-62.

ABSTRACT

Medical Expenditure and Patient-care in Terminal Patients

Ki Kyung Kim*

Purpose: To know for what the medical expenditure had been used and to seek the way how it can be efficiently redistributed, I investigated total medical expenditure according to the time period to death in the expired patients for recent 2 years.

Methods: 21patients were enrolled in this study. Total medical expenditure including benefit charge and non-benefit charge charged to patients in in-patient department(IPD) and out-patient department (OPD) was counted according to the period for one

year by death.

Results: 94.7% of the total medical expenditure had been payed for admission-related expenditure and 89% during period 3 and 4 for 6months before death, which may be due to the more days of admission during those periods. 70.1% of the total expenditure had been charged on the admission-fee, room charge, diet, and administration of the fluid, medicines, and blood etc.

Conclusion: Majority of medical expenditure has been used in the affairs being unable to improve the survival or quality of life of patients and during the periods closer to death. Here, it would be needed heartily to look for the best ways in detail how the idea of hospice can come true through nation-wide and social consensus.

Key Words: Medical Expenditure, Patient-care, Terminal Patients

* Department of Urology, Kangnam Sungshim Hospital,
Hallym University School of Medicine, Seoul, Korea