



호스피스-완화의료의 현안과 향후 과제

허 대 석

서울대학교 의과대학 내과학교실



호스피스-완화의료 사업에 대한 정부 차원의 지원이 점점 가시화되고 있다. 사업지원금을 제공하는 것과 함께 건강보험수가에 반영하기 위한 작업이 속속 진행되고 있으며, 이와 관련된 법률의 정비에 대해서도 관심이 높다. 이같은 의료제도의 변화 속에 호스피스 사업이 제대로 자리를 잡아가기를 기원하면서, 현재 논의되고 있는 사안에 대한 검토와 함께, 향후 부딪히게 될 문제점에 대하여 정리해 보고자 한다.

호스피스 서비스에 대한 건강보험 수가의 적용

호스피스 서비스에 대하여 건강보험 수가의 틀에서 지원을 강화하고자 하는 접근은 적절하다고 판단된다. 그러나, 현재 개발되고 있는 수가안에는 다음과 같은 문제점이 있다.

1. 호스피스-완화의료 전문병상으로 전환

대부분의 암 환자가 현재 종합전문 의료기관 (3차 의료기관)을 중심으로 의료행위가 이루어지고 있다. 이 환자들이 호스피스 제도로 움직일 수 있어야 제도가 성공적이라고 판단된다. 첫째 생각할 수 있는 것은 종합전문 의료기관은 급성병상 위주로 구성되어 있는데, 이중 상당 부분을 호스피스-완화의료 전문병상으로 전환하는 것이 국가적으로 타당한 일인지? 검토할 필요가 있다. 왜냐하면, 종합전문 의료기관은 서울을 중심으로 분포해 있고, 환자의 주거주지에서는 멀리 떨어진 환경이기 때문이다.

오히려, 종합전문의료기관을 중심으로 진료를 받고 있는 암 환자들이 환자의 거주 지역 중심의 말기암환자 전문 의료기관으로 이동하는 것이 바람직하다. 즉, 환자 거주지 인근의 호스피스 전문기관으로 이동이 발생할 수 있게 유도하는 정책이 타당하다.

종합전문 의료기관의 암 환자들이 환자의 거주 지역 중심의 호스피스 의료기관으로 이동하는 것을 지원하기 위하여, 3차 의료기관 내에 완화의료지원팀 (palliative care consultation program)에 대한 기준을 만들고, 이에 대한 수가 지원이 필요하다고 본다. 대부분의 3차 의료기관에서 관찰되는 ‘산재형’ 호스피스 서비스 형태가 이같은 요구를 반영하고 있는 것으로 판단되며, 일본, 유럽 등에서도 이미 반영되어 있는 제도이다 (일본의 경우, 완화의료지원팀에 대한 수가를 방문당 2,500엔 지원).

2. 종합전문 의료기관내에서의 수가 체계

현재 모든 진료는 ‘행위별 수가체계’의 틀에서 움직이고 있다. 호스피스 수가체계 (DRG) 적용시, 수가가 충분히 보

전되지 않으면 환자에게 필요한 의료행위까지 제한을 받을 위험이 있다. 원가는 보전되지 않고 의료행위까지 제한 받으면, 의료진의 반발 등을 고려하여 대형 병원 경영진들이 호스피스 수가로의 전환을 거부할 가능성이 높다. 그 이유는 행위별 수가체계에서 호스피스 수가체제로 전환하여 얻을 것은 없고, 오히려 손해 볼 위험이 높기 때문이다. 의료기관마다 상황이 다양하고, 대상 환자의 상태도 다양하기 때문에 (적극적인 항암치료에서 완화의료로 전환되는 단계가 일정하지 아니함), 이를 고려한 제도 운영이 필요하다.

3. 다양한 직종이 함께 일할 수 있는 제도

호스피스가 기존의 의료행위와 구분되는 가장 큰 특징은 다양한 직종(의사, 간호사, 사회복지사, 자원봉사자, 성직자 등)이 함께 일하는 team approach를 전제로 한다. 그런데, 기존의 수가 체계는 의사나 간호사의 행위를 위주로 산정되어 있다. 특히, 사회복지사의 역할은 중요한데, 다양한 직종의 인적 자원을 호스피스 프로그램에서 활동할 수 있게 조정하고 있으며, 또, 기금조성 등 호스피스 프로그램의 재정 자립도를 높이는 역할도 할 수 있을 것으로 기대된다.

의료전달체계를 고려한 제도 운영

1. Care와 관련된 제도들

최근 수년간 병상이 급속도로 증가된 노인전문병원 (요양병원)과 함께 노인장기요양보험 제도가 2008년 7월부터 실시되면서, care와 관련된 의료제도간의 연관성에 혼란이 있다. 호스피스제도도 이같은 제도와 무관한 제도가 아닌 관계로 혼란을 야기할 위험을 지니고 있다.

Care에는 medical care와 social care의 두 측면이 함께 존재한다. 독거 노인의 경우, social care가 주된 문제인 반면, 말기 암 환자의 경우 medical care가 주된 문제를 차지한다. 의료적인 문제와 함께 사회적 지원이 필요한 환자들이 노인전문병원에 입원하게 되는 환자들이다. 문제는 이같은 환자군의 구분이 때로는 명확하지 않다는 점이다.

독거 노인과 같은 경우, 문제시 요양원에서 도움을 받는 것이 적절하나, 요양병원으로 입원하게 될 경우, 국가적으로 의료자원의 낭비를 초래할 수 있다. 이와 같은 우려는 요양병원에서 진료를 받아야하는 환자들이 호스피스 시설로 이동할 경우에도 발생할 위험을 가지고 있다.

가정호스피스제도도 활성화되어야 하는데, 이같은 요양제도와 기존의 가정간호사업등과의 적절한 관계 설정이 필요하다.

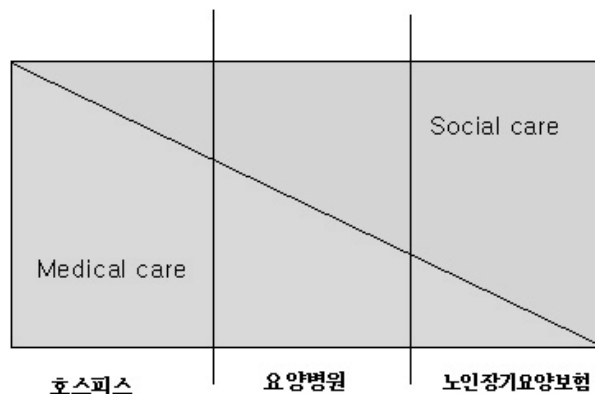


Fig. 1. care와 관련된 제도 및 시설의 구분

2. 엄격한 제도의 운영

호스피스 시설, 운영 등에 엄격한 기준을 적용하지 않으면, ‘요양병원’에서 진료를 받는 것이 적합한 수준의 환자들이 ‘호스피스’로 이동할 위험을 가지고 있다. 이같은 부적합한 환자의 이동이 발생할 경우, 호스피스 재원을 낭비하는 상황이 발생하고 이로 인하여 제도 운영에 큰 혼란을 초래할 것으로 우려된다. 따라서, 호스피스 제도에는 엄격한 제도 운영이 전제되어야 한다.

인식의 전환

1. 의료인의 문제

암은 1, 2차 의료기관에서 검진을 시작하여, 확진과 치료를 받게 되는 곳은 3차 의료기관이다. 암이라는 질환의 특수성으로 인하여, 여러 분야의 전문의가 있고 첨단 진단 장비 및 치료기구가 있는 종합병원을 선호하기 때문이다. 그런데, 암환자 진료현황을 선진국들과 비교해 보면, 진단, 치료 과정은 세계에서도 상위권에 속하는 반면(CT, MRI, PET, robot surgery와 같은 고가장비의 국민 1인당 설치비율은 세계 5위권 이내), 암이 악화되어 받아야 하는 호스피스-완화의료 수준은 세계 최하위 수준이다.

의학이 발전했음에도 불구하고, 말기암환자에 대한 의료제도가 낙후된 이유는 무엇일까? 우리나라 의료는 환자를 어떻게 하면 치유(cure)할 수 있는가에 비중이 많이 주어져 있다. 그러다 보니, 어떤 시점에 완치가 될 가능성이 없다고 판단되면 거의 관심을 기울이지 않고 환자의 돌봄(care)에도 소홀하다.

이는 국민들이 편안한 임종을 맞이할 수 있도록 의료제도를 발전시켜온 영국과 같은 나라와는 극명하게 대조를 보인다. 우리나라에서는 호스피스뿐만 아니라, 의료제도 전반에 환자의 보살핌(care)에 대한 부분이 미흡하다. 건강보험제도는 환자가 의료기관을 방문해서 받게 되는 검사나 투약에 기준하여 수가체계가 짜여 있다. 따라서, 진료비의 대부분을 검사료나 약가가 차지하고, '환자와 의료인의 만남'인 진료행위 자체는 중요시되지 않는다. 즉, 환자를 중심으로 이루어지는 진료행위보다는 관리하기 쉬운 검사, 시술, 약 등에 기준한 제도인 것이다.

그 결과, 의사들은 시간을 가지고 환자와 상담하는 일보다는 짧은 시간 내에 많은 수의 환자에게 검사를 의뢰하고 처방전을 발부해야 하는 보이지 않는 제도적 압박속에서 하루를 보내야 한다. 환자와의 대화와 의사의 진찰에 근간을 둔 진료형태인 '왕진'과 같은 제도는 당연히 살아남을 수 없다. 환자의 상태가 어떻든 의료기관으로 와야 진료를 받을 수 있고, 거동기 어려우면 구급차를 불러서라도 와야 한다.

1) 의료기관내: 암 환자는 다양한 문제를 가지고 있다. 따라서, 다양한 직종이 함께 참여하여 문제를 해결하려고 노력하지 않고서는 만족할 만한 성과를 거두기 어렵다. 그럼에도 불구하고, 의료인들중 상당수가 혼자서 환자의 모든 문제를 해결할 수 있다고 잘못 이해하고 있다. 특히 말기암 환자의 경우에는, 문제를 해결해 나가기 위해 다양한 전문 분야의 인력들과 공동 노력을 해야 한다는 인식이 필요하다.

2) 방어적 진료: 의료인들이 연명장치와 같은 시술을 기계적으로 행하고 있는 원인 중에는 제도적 (특히, 법적)인 문제가 가장 중요하다. 애매한 상황에서의 의학적 결정에 대하여 의료인의 정당한 의료행위조차도 보호받지 못하므로, 환자의 입장보다는 문제가 없는 쪽으로 의사결정에 이르게 된다. 의료 현장의 문제는 의사들이 가장 전문적으로 판단할 수 있음에도, 이같은 문제 해결에 적극적으로 참여하지 않고, 방어적으로만 대처함으로써 문제를 더 복잡하게 만들어 버린 것은 아닌지에 대한 자성이 필요하다.

환자의 입장에서 가장 적절한 상태를 판단하고, 이같은 정당한 의학적 결정이 받아들여지지 않으면, 이를 지속적으로 시정해 나가는 적극적인 노력이 요망된다.

2. 사회인식 변화의 필요성

우리나라의 영안실은 호텔 수준의 시설을 갖춘 세계 최고인 반면, 임종환자를 위한 ‘임종실’을 가지고 있는 병원은 거의 없다. 규모가 큰 종합병원에서는 매일 환자들이 임종하는데, 1 인실에서 사망하는 경우는 임종과정이 그 가족에 국한된 문제이지만, 대부분의 환자는 다인실에서 함께 입원해 있던 환자 및 그 보호자들이 지켜보는 가운데 임종하게 된다. 그런데, 임종실이 별도로 없는 대부분의 병원에서 임종과정에 여러 가지 문제가 발생하고 있음에도 개선되고 있지 않다.

이 현상은 호스피스제도가 제대로 정착되지 못하는 중요한 원인에 사회-문화적 요인이 근간이 있음은 시사하고 있다. 의료인들의 역할이나 의료제도도 중요하지만, 사회가 이 문제에 대하여 근원적인 해결책을 구하기 위하여 함께 진지한 논의를 하지 않으면, 호스피스 사업이 구체적인 성과를 거두기가 어렵다고 본다. 그 대표적인 문제가 ‘무의미한 연명치료’에 관한 사회적 합의이다.

호스피스제도에 반대하는 사람은 없는 것 같다. 그런데, 호스피스 진료로 인도되기 위해서는 그 전제 조건으로 ‘무의미한 연명치료’가 중단되어야 하는데, ‘무의미한 연명치료의 중단’에 대해 논의를 하게 되면 의견이 다양하다. 무의미한 연명치료를 계속하면서 호스피스 진료를 함께 한다는 것 자체가 모순인데, 사회가 ‘치료 중단’에 대해서는 과민반응에 가까울 정도로 거부 반응을 보이고 있다.

치료를 중단하는 것을 반대하는 여론의 이유에는 ‘회생 가능성’이 조금이라도 있는 환자를 살리겠다는 좋은 의도가 차지하고 있다. 의료인들이 중환자들을 회생 가능한 환자와 불가능한 환자로 명확히 나누어, 회생 가능한 환자는 끝까지 진료해 주기를 사회는 희망하고 있다. 그런데, 최근 의학의 발전으로 연명장치가 지속적으로 발전하면서 의미있는 생존기간이 아닌 고통받는 기간만 연장시키는 불행한 일들이 점점 증가하고 있다.

의료인의 노력과 제도화도 중요하지만, 호스피스 정신이 제대로 구현되기 위해서는, 임종 환자에 대한 사회적 인식 변화도 수반되어야 한다. ‘무의미한 연명치료’와 같은 문제를 현명하게 풀어나기 위해서는 다음과 같은 문제에 대해 사회가 합의하여야 한다.

- 환자 본인의 생명에 대한 가치관이 잘 반영될 수 있도록, 병의 상태에 대해서 본인에게 정확히 알려 주는 것이 중요하다. 환자는 무의미한 연명치료를 거부할 권리가 있으며, 이를 사전의사지시와 같은 양식을 통해 표현하여야 한다
- 의료와 관련된 의사 결정에 경제적 동인이 작용하지 않도록 ‘사회복지제도’의 확충이 선행되어야 한다.
- 말기암 환자가 본인의 판단으로 인공호흡기와 같은 연명장치를 원하지 않을 경우, 의료진이 임종에 임박하여 연명장치를 적용하지 않을지라도 ‘소극적 안락사’나 ‘살인방조’가 아니다.
- 불필요한 치료에 노출됨으로써 더 고통을 당하는 것 보다는, 불필요한 치료가 이루어지지 않게 함으로써 환자가 의미있는 시간을 누릴 수 있게 하는 것이 ‘최선’을 다하는 것이다

다가오는 문제들

회생가능성이 없으며 연명가능성도 짧은 말기암환자나 후천성면역결핍증(AIDS)환자가 호스피스 진료의 일차적 대상이 될 수 있다. 그러나, 회생가능성은 없으나 연명가능성이 높은 환자들에 대한 결정은 결코 쉬운 문제는 아니다. 따라서, 과거의 의료 개념이 아닌 현재의 의료 상황에서 존엄하게 임종을 맞이하려면 어떤 의학적 결정을 하는 것이 적절한지, 사회도 함께 논의에 참여하여 문제를 풀어 나가야 한다.

1. Evidence vs. values

신약과 신의료기술이 매일 쏟아져 나오고 있다. 이같은 새로운 의료기술을 개발한 다국적 기업들은 효과와 부작용에 대한 scientific evidence 자료를 가지고 진료현장에 적용하려고 지속적인 노력을 기울이고 있다. 그런데, 이같은 신의료기술이 과연 의미가 있는 것인지는 별도의 문제이다. 나라마다 특정 신의료기술이 가지는 의미 (social values)는 다양하다.

의료사회에서 어떤 의미를 가지고 있는 것인지에 대한 공감대가 형성되어 있다면, 제도는 이를 실현하기 위하여 만들어지면 된다. 대부분의 혼란은 사회적 공감대가 형성되어 있지 않거나, 잘못 형성되어 있음에서 기인하고 있다. ‘무의미한 연명치료’의 문제도 같은 맥락에서 바라볼 수 있다. 이같은 문제를 피하려 하기 보다는, 적극적인 토론을 통하여 하나씩 해결해 나가야한다. 왜냐하면, 앞으로 더 복잡한 문제들이 의료현장에 지속적으로 출현할 것으로 보기 때문이다.

2. 윤리적 문제

호스피스운동의 일차적인 대상 질환인 말기암환자나 후천성면역결핍증 (AIDS)환자의 문제는 대상질환의 기준이 비교적 명확하다. 그런데, 무의미한 연명치료의 논쟁이 그 영역을 확대해 간다면, 그 범위는 ‘식물인간’ 상태의 다양한 질환상태의 환자들에서 회생이 불가능한 기형을 가진 신생아의 문제까지 너무도 넓다.

의료기술의 발전은 이같은 문제의 범위를 더 넓혀 나갈 것이다. 따라서, 의료윤리에 대한 사회적 논의와 함께 제도적 준비가 되어 있지 않으면 큰 혼란이 우려된다.

참 고 문 헌

1. 허대석. 무의미한 치료의 중단. 대한의사협회지 2001; 44: 956-962
2. Yun YH, Kwak M, Park SM, Kim S, Choi JS, Lim HY, Lee CG, Choi YS, Hong YS, Kim SY, Heo DS. Chemotherapy Use and Associated Factors among Cancer Patients near the End of Life. Oncology 2007; 72(3-4): 164-171
3. Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. Cancer 2004; 100(9): 1961-1966
4. 허대석. 무의미한 연명치료를 거부할 권리. 대한의사협회지 2008; 51(6): 524-529