

Review Article

한국의 호스피스완화의료정책

김 창 곤

광주대학교 사회복지전문대학원

Hospice & Palliative Care Policy in Korea

Chang Gon Kim, Ph.D.

Graduate School of Social Welfare, Gwangju University, Gwangju, Korea

Globally, efforts are being made to develop and strengthen a palliative care policy to support a comprehensive healthcare system. Korea has implemented a hospice and palliative care (HPC) policy as part of a cancer policy under the 10 year plan to conquer cancer and a comprehensive measure for national cancer management. A legal ground for the HPC policy was laid by the Cancer Control Act passed in 2003. Currently in the process is legislation of a law on the decision for life-sustaining treatment for HPC and terminally-ill patients. The relevant law has expanded the policy-affected disease group from terminal cancer to cancer, human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome, chronic obstructive pulmonary disease and chronic liver disease/liver cirrhosis. Since 2015, the National Health Insurance (NHI) scheme reimburses for HPC with a combination of the daily fixed sum and the fee for service systems. By the provision type, the HPC is classified into hospitalization, consultation, and home-based treatment. Also in place is the system that designates, evaluates and supports facilities specializing in HPC, and such facilities are funded by the NHI fund and government subsidy. Also needed along with the legal system are consensus reached by people affected by the policy and more realistic fee levels for HPC. The public and private domains should also cooperate to set HPC standards, train professional caregivers, control quality and establish an evaluation system. A stable funding system should be prepared by utilizing the long-term care insurance fund and hospice care fund.

Key Words: Hospice care, Palliative care, Policy, Korea

서 론

우리나라의 호스피스완화의료정책은 최근까지도 특정한 법령이나 제도에 의해 수립되고 추진되어왔다고 하기 보다는 제도나 법령의 일부 제시된 근거에 의해 부분적으로 시행되어 왔다고 할 수 있다.

1965년, 강릉 갈바리 의원에서 호스피스활동의 시작

은 미국, 대만, 일본 등에 비해 앞서 도입되었고, 주로 종교적 배경의 기관을 중심으로 호스피스 활동을 해오면서, 기독교, 천주교, 불교, 원불교가 각 종교별로 협회를 구성해왔고, 1998년에는 한국호스피스완화의료학회가 창립되었다.

2003년 5월, 암 관리법이 제정되고, 제11조에 말기암 환자관리사업을 명시하면서 법적 근거에 의한 정부의 호스피스완화의료정책이 시작되었다. 이후, 2013년에

Received February 23, 2017, Revised February 24, 2017, Accepted February 24, 2017

Correspondence to: Chang Gon Kim

Graduate School of Social Welfare, Gwangju University, 277 Hyodeok-ro, Nam-gu, Gwangju 61743, Korea

Tel: +82-62-670-2609, Fax: +82-62-670-2642, E-mail: sokck@gwangju.ac.kr

This study was conducted by research funds from Gwangju University in 2016.

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

보건복지부가 ‘호스피스완화의료 활성화 대책’을 발표하였고, 2016년에는 ‘호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률’을 제정하여, 2017년 8월부터 시행한다.

WHO (World Health Organization)는 2015년 7월, 완화의료의 대상질환을 암, AIDS (Acquired immune deficiency syndrome), 심혈관질환, 신부전, 만성호흡기질환, 당뇨, 다발성신경증, 파킨슨병, 치매, 류마티스 관절염, 만성간질환 등을 포함한 만성질환까지 확대하였고(1), 2014년 6월에는 “전 단계에 걸친 의료서비스에 근거중심의 비용 효과적이고 공평한 완화의료서비스를 통합하기 위한 종합적인 보건시스템의 강화를 위해 완화의료정책을 개발하고 강화하며 수행한다.”는 내용을 포함한 결의문이 세계보건총회(World Health Assembly, WHA)에서 채택되었다(2).

전 세계적으로 완화의료의 필요성이 강조되고, 보건시스템의 강화가 요구되면서, 국내에서도 완화의료의 통합적 모델이 소개되고, 조기완화의료의 중요성이 알려지면서, 일부 상급종합병원에서는 조기완화의료의 도입이 시도되고 있다.

본 연구에서는 우리나라에서 1965년 호스피스활동이 시작된 이후 최근까지 거시적인 호스피스완화의료정책의 흐름과 세부정책들을 파악하고, Gilbert와 Terrell(3)의 사회복지정책 분석틀을 근거로 논의하여, 호스피스완화의료 정책을 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

자료수집은 ‘호스피스완화의료정책’과 관련된 국내외 문헌고찰과 언론매체의 보도자료, 관련기관의 연구보고서, 사업안내, 학술대회 및 공청회, 토론회 자료 등을 수집하여 활용하였으나, 전수조사를 하지 않았기 때문에 연구에 한계가 있다.

본론에서는 호스피스완화의료정책 관련 법령과 제도, 국가계획, 세부정책 등에 대해 알아보기로 한다.

본 론

1. 호스피스완화의료정책 추진의 변화

우리나라에서 1965년부터 호스피스활동이 시작되었고, 1996년부터 실시된 제1기 암정복 10개년 계획(1996~2005년)을 통해 국가암관리사업의 기반이 조성되었으며, 제2기 암정복 10개년 계획(2006~2015년)을 통해 국가암관리사업의 내실화를 추진해왔고, 2016년 9월에는 ‘전 국민을 암으로부터 보호하고, 암 전주기에 걸친 환자 및 가족의 삶의 질 향상’을 비전으로 하는 제3차(2016~2020년) 국가암관리 종합계획을 발표하였다. 2013년에 ‘호스피스완화의료 활성화 대책’이 발표되었고, 2016년에 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률이 제정되면서 비로소 우리나라의 호스피스완화의료정책을 위한 토대가 마련되었다.

최근까지 우리나라 호스피스완화의료정책과 관련된 주요 연혁을 간략히 살펴보면 다음 Table 1과 같다(4).

Table 1. Brief History of Hospice & Palliative Care Policy in South Korea.

Year	Events
1965	- Little Company of Mary’ of Calvary Clinic (1st hospice clinic in Korea)
1996	- 1st Ten-Year Plan to Overcome Cancer (1996~2005) by MoHW
2003/2004	- Pilot project for forstering program of Hospice & Palliative Care unit by MoHW
2006	- 2nd Ten-Year Plan to Overcome Cancer (2006~2015) by MoHW
2008	- Designation of Hospice & Palliative unit by MoHW
2009/15	- Pilot project for case payment of PCU by National Health Insurance (NHI)
2011	- Revise ‘Cancer Control Act’ (based on Act of Hospice & Palliative Care unit)
2013	- Announce of “Plan for activation of Hospice & Palliative Care” by MoHW
2014	- Add on New item about Hospice & Palliative Care to Health care accreditation program of tertiary hospital, general hospital
2015	- Case payment of PCU by NHI
	- Revise ‘Cancer Control Act’ (based on Act of home & Consultation Hospice & Palliative Care
2016	- National Health Insurance Service cover hospice palliative care cost for terminal cancer patients
	- 3rd National Comprehensive Plan for Cancer Control (2016~2020) by MoHW
Act (2017.8)	- Hospice & Palliative Care and Self-determination life sustain treatment Act (2017.8)
	- Pilot Project of Home hospice payment by NHI
	- Pilot project of Convalescent hospice payment by NHI

MoHW: Ministry of Health & Welfare, PCU: Palliative Care Unit, NHI: National Health Insurance.

2. 한국의 호스피스완화의료 현황

보건복지부가 2013년에 발표한 바에 의하면, 우리나라는 사망자 4명 중 1명이 암으로 사망할 정도로 말기 암환자가 많으나, 호스피스완화의료 이용률은 11.9% 수준에 그치고 있으며, 이용 기간도 평균 21일에 불과한 실정이고, 말기암 기간 중 의료비 지출도 급격히 증가하여, 사망 전 3개월 의료비(7,012억원)가 당해연도 의료비(13,922억원)의 50.4%에 달하며, 특히 사망 1개월 전에는 의료비(3,642억원) 지출이 최고조에 이르는 것으로 분석되었다(5).

2016년 기준, 호스피스완화의료 전문기관으로 77개 기관 1,298병상을 지정하였고, 호스피스완화의료 이용 현황은 입원환자 수가 2008년 5,046명에서 2015년 1,1504명으로 2.3배가 증가하였고, 2015년 암 사망자수 76,855명 중에서 완화의료서비스를 받은 환자 비중은 15.0%를 차지하였다(6).

국내 암사망자 수, 호스피스완화의료기관과 병상수, 호스피스 이용률, 예산을 연도별(2008~2016년)로 정리하면 다음 Table 2와 같다.

3. 국가계획

1) 제1기 암정복 10개년 계획(1996~2005년): 2006년, 보건복지부가 정부관계부처와 합동으로 발표한 바에 의하면, 암이 사망원인 1위를 차지하여 국민건강을 위협함에 따라, 국가차원의 장기적·종합적인 암관리 대책의 필요성을 인식하여 제1기 암정복 10개년 계획(1996~2005년) 수립하고, 암을 정복하여 국민의 보건복지 및 삶의 질 향상에 기여, 암연구의 활성화로 기술혁신관련 산업이 진흥에 기여, 국가단위 암 관리체계 구축 등을 목표로 시행하여 국가암관리사업의 기틀을 마련하는 성과를 거두었으나, 암환자·말기암환자·암완치자를 위

한 시설 등 인프라 부족으로 환자의 삶의 질이 낮은 것이 제1기 추진상의 문제점으로 지적되었다.

2) 제2기 암정복 10개년 계획(2006~2015년): 제1기 암정복 10개년 계획(1996~2005년) 수립하고 추진하여, 상당한 성과가 있었으나, 고령사회 진입과 질병구조 변화로 암의 사망과 증가가 예상되어, 2006년에는 더욱 강화된 제2기 암정복 10개년 계획(2006~2015년)을 수립하여 추진하였다.

제2기 계획은 종합적인 암 관리를 통한 암 발생, 암 사망의 최소화에 비전을 두고 있으며, 암 위험요인 중점관리를 통한 암 예방강화, 전국민 국가암조기 검진 달성, 암환자 진료의 보장성 강화 및 지원확대, 암환자 재활·완화의료 지원강화, 적극적 국가암 관리를 위한 인프라 구축, 세계적 수준의 암진단·치료 기술개발, 국민이 체감하는 교육·홍보실시, 체계적인 암등록 및 관리평가 등을 주요내용으로 특히, 완화의료기관 육성·지원, 완화의료기관 서비스 전달체계 구축, 전문인력 확충 및 홍보강화, 일당정액제 등 수가개발을 포함하고 있다(7).

암 예방강화, 전국민 암조기 검진 달성, 암 보장성 강화, 재활·완화의료지원강화, 인프라 구축, 암연구비 투자 등을 분야별 주요내용으로 하고 있다.

보건복지부가 평가한 제2기 암정복 10개년 계획(2006~2015년)에 의하면, 제2기의 성과는 관련법 제정으로 호스피스센터 지정, 종합계획 수립 등 법적 근거 마련, 호스피스 지정기관, 병상 수 및 이용률 지속적 상승, 가정형·자문형 등 호스피스 서비스 유형 다양화 기반 마련 등이며, 제2기의 한계는 호스피스 공급이 목표치에 미달하여(지역별 불균형), 이용률도 주요 선진국 대비 부족, 지정 기준이 간소하고, 지정취소도 이루어지지 않아 질 관리에 곤란, 소아호스피스에 대한 필요성과 수요증가에도 전용 병상·인력이 전무함으로 밝혀졌다(8).

3) 제3차 국가암관리종합계획(2016~2020년): 보건복지

Table 2. Current Status of Government Supporting Project for Palliative Facilities (2008~2016).

Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Number of Palliative facility	19	40	42	46	56	54	57	66	77
Number of bed	282	633	675	755	893	867	950	1,100	1,298
Cancer death	68,912	69,780	72,046	71,579	73,759	75,334	76,611	76,855	-
Coefficient of utilization (%)	7.3	9.1	10.6	11.9	11.9	12.7	13.8	15.0	-
Budget (Million Won)	1,300	1,300	1,730	2,160	2,310	2,720	2720	3,000	3,000

Source 1. Hospice and Palliative Care [Internet]. Goyang: Hospice and Palliative Care; 2016 [cited 2017 Feb 1]. Available from: http://hospice.cancer.go.kr/home/contentsInfo.do?menu_no=443&brd_mgrno=.

Source 2. Ministry of Health & Welfare. Guideline for hospice supporting project and authorized as hospice specialized institutes for terminal cancer patients. Sejong:Ministry of Health & Welfare;2016.

부는 WHO가 제시한 암정책의 4대 기본요소(Basic Component)인 예방, 조기검진, 진단 및 치료, 완화의료를 기본으로 하여, 감시, 암생존자, 지원, 인프라, 연구분야를 추가하여, 실질적인 의미의 암전주기 종합계획을 수립하고, 2016년 9월에 제3차 국가암관리종합계획을 발표하였다(8).

이 종합계획에서 발표된 주요추진과제 중 하나인 ‘완화의료’과제는 전달체계구축 및 서비스유형 다양화, 소아호스피스제공체계 구축, 호스피스 질 향상을 위한 관리 강화를 포함하였고, 암 생존자에 대한 통합지지체계를 구축하고, 호스피스 완화의료의 서비스 유형을 가정형과 자문형 등으로 다양화하며, 질적 수준의 개선을 계획하여 시행 중에 있다(8).

4. 말기암환자 호스피스 시범사업

2002년 노인질환 종합대책 및 건강증진 종합계획의 일환으로 호스피스사업 활성화 추진대책이 발표되었고, 2003부터 2년간 말기암환자 호스피스 시범사업이 우리나라 실정에 적합한 호스피스완화의료 관리체계와 서비스 모형개발, 그리고 향후 정책방안을 도출할 목적으로 수행되었다(9).

5. 호스피스완화의료 활성화 대책

2013년 보건복지부는 말기암환자 전문 의료서비스 정착을 위한 호스피스완화의료 활성화 대책을 발표하고, 2020년까지 완화의료 이용률을 11.9%에서 20%로, 완화의료전문병상은 880개를 1,400여개로 확대할 계획임을 밝혔다(10).

호스피스완화의료 활성화 대책은 완화의료팀(Palliative & Care Team, PCT)제 도입, 가정호스피스완화의료제 도입, 완화의료전문기관(병상) 확대 및 관리, 기타 과제를 주요내용으로 하고 있다. 특히 세부내용은 병상 신설 및 운영 지원, 건강보험수가 제도 도입, 의료기관 평가 항목 신설, 완화의료전문기관 지정·취소 강화 등을 포함했고, 대국민 이해 및 인지도 향상을 위해 ‘완화의료’명칭을 ‘호스피스완화의료’로 개정하고, 의료진 교육, 대국민 맞춤형 홍보안내 등을 강화했고, 구체적인 내용은 다음 Figure 1과 같다.

6. 완화의료전문기관 지정 및 운영지원사업

완화의료전문기관의 지정과 운영사업의 지원은 암관리법 제22조 (완화의료전문기관의 지정 등)의 1항과 3항에 법적 근거를 두고 있다.

보건복지부가 2016년에 지정한 호스피스완화의료 전

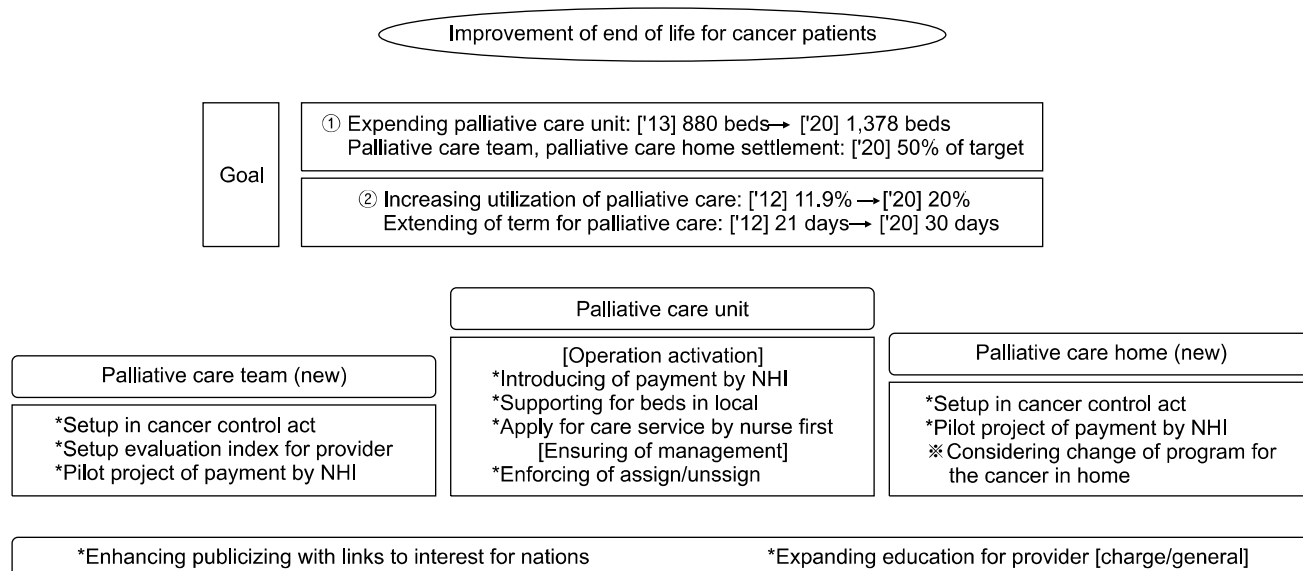


Figure 1. Plan for activation of hospice & palliative care (2013).

NHI: National Health Insurance.

Source 1. Ministry of Health & Welfare: Announce of “Plan for activation of Hospice & Palliative Care” by Ministry of Health & Welfare [Internet]. Sejong: Ministry of Health & Welfare; 2013 Oct 14 [cited 2017 Feb 3]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=206&CONT_SEQ=291914.

문기관은 77개 기관으로, 1,298병상을 운영하고 있다. 전문기관의 지정기준은 인력·시설·장비 및 의료기관 운영 현황, 완화의료병동의 운영 계획, 말기암환자의 적절한 통증 관리 등 삶의 질 향상 계획, 말기암환자와 그 가족을 위한 상담 및 교육 계획, 사별(死別) 가족을 위한 상담 및 돌봄 계획, 인력·시설·장비 및 의료기관 운영 현황, 완화의료 자원봉사자 확보·교육·운영 계획 등이며, 완화의료 전문기관의 필수 인력기준은 의사 또는 간호사, 전담간호사, 사회복지사가 해당된다.

7. 호스피스완화의료정책 관련 법령과 규정

1) 암관리법: 제2조 1항에서 “말기암환자”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말한다고, 2항에서는 “말기암환자 완화의료”란 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리 사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료를 말한다고 각각 정의하고 있다.

암관리법 제22조(완화의료전문기관의 지정 등의 1항에 근거하여 「의료법」 제3조 제2항에 따른 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 완화의료전문기관으로 지정할 수 있고, 3항에 근거하여 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정 받은 완화의료전문기관(이하 “완화의료전문기관”이라 한다)에 대하여 완화의료사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

암관리법 제21조에 명시된 완화의료사업은 말기암환자의 적정한 통증관리 등 삶의 질 향상을 위한 지침 개발 및 보급, 제22조에 따른 완화의료전문기관의 육성 및 완화의료 전문 인력의 양성, 말기암환자에 대한 가정방문 보건의료사업, 말기암환자와 그 가족을 위한 교육프로그램의 개발 및 보급, 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업이다.

2) 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률: 국내에서 호스피스완화의료법에 관한 논의는 한국호스피스협회가 1998년에 ‘호스피스 제도화를 위한 간담회’를 갖고 ‘호스피스제도화를 위한 추진위원회’를 조직하여, 국회를 통한 입법화를 추진하기로 한 이후 지속되어 왔다.

반면 연명의료에 관한 법은 2008년, 연세대 세브란스 병원의 김할머니 사건이 촉발 동인이 되어, 존엄사에 관한 사회적 반향을 불러일으켰고, 2008년 12월에 김충

환 의원 등 40인이 ‘호스피스·완화의료에 관한 법률안’을 제안하였고, 2009년 1월에는 경제정의실천시민연합(경실련)이 ‘존엄사법 입법청원안’을 국회에 제출하였으며, 2009년 2월 5일에, 신상진 의원 등 22인이 ‘존엄사법안’을 국회에 제출하였으나, 두 법안 모두 임기만으로 폐기되었다(11).

국가생명윤리심의위원회가 특별위원회(2012.12~2013.5)를 운영하여 법조계, 윤리계, 종교계, 의료계, 시민단체 등 다양한 계층의 의견을 수렴하여 연명의료결정에 관한 특별법 제정의 권고안에 바탕을 둔 「호스피스완화의료의 이용 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률안」(김재원 의원 대표발의)을 중심으로 7개의 법안을 병합 심의하여 마련된 대안이 2016년 2월에 공포되었다(11).

무의미한 연명의료 때문에 고통을 겪고 있는 환자의 고통을 완화하고, 환자의 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위한 목적으로 제정된 이 법의 주요내용은 5개년 호스피스-연명의료 종합계획 수립, 연명의료 중단 대상환자 판단 및 대상의료, 환자의 의사확인 등 연명의료중단 등 결정 절차, 사전연명의료의향서와 연명의료계획서 작성 및 관리체계 비암성 말기환자까지 호스피스 대상 확대 및 서비스 제공·관리체계 확충 등을 핵심내용으로 하고 있다.

8. 국민건강보험 수가

국민건강심사평가원에서는 완화의료 제도화의 일환으로 완화의료서비스에 대한 별도의 수가개발을 추진하여, 말기암환자 완화의료 전문기관(병동형)을 대상으로 시범사업을 시행했다. 1차 시범사업(2009.12~2011. 8)은 의료기관 종별(상급종합/종합병원/병원/의원) 수가를, 2차 시범사업(2011. 9~2015. 7)은 2단계(종합병원이상/병원급 이하)수가를 대상으로 실시하였다.

2013년 3월부터 4월까지 보건복지부, 한국호스피스완화의료학회, 건강보험심사평가원, 국립암센터 및 관련 전문가들이 모여, 호스피스완화의료 건강보험수가사업에 따르는 실무적인 문제를 협의하여 보고서를 작성하는 한편, 한국호스피스완화의료학회는 호스피스완화의료 건강보험 급여방향에 대한 학회의 입장을 발표했다.

호스피스완화의료 수가 시범사업에서 나타난 문제점은 수가 수준이 너무 낮아서 정부 지원금이나 민간 후원금이 없을 경우, 적절한 호스피스완화의료기관의 운영이 사실상 힘든 상황으로 나타났다.

현재 말기암환자는 암환자 산정특례제도에 의해 중

증환자등록 후 진료비 총액의 5%만 부담하는 제도를 함께 적용 받고 있으나, 완화의료의 특성상 행위별수가 제도가 적절하지 않다는 지적이 있었다.

2015년 7월부터 시행한 완화의료 병동수가는 1, 2차 시범사업 평가를 통해 나타난 문제점을 보완하여, 가장 큰 변화는 일당 정액제로 인한 문제점을 최소화하기 위해 마약성 진통제, 상담, 임종관리 등에 대해 별도 보상을 받을 수 있도록 하였고 병실 차액 및 간병에 대해 건강보험을 적용하였다(12).

우리나라의 호스피스완화의료 관련 건강보험제도는 입원형과 자문형, 그리고 가정형으로 구분된다. 입원형의 적용대상은 완화의료 전용 입원병상에서 말기암환자에게 제공하는 완화의료서비스를 범위로 하며, 완화의료 공급·수요를 유인하고 불필요한 연명치료는 최소화되 필수적인 완화의료는 충분히 제공하도록 설계되어, 2015년 7월 1일부터 시행되었다(13).

건강보험 수가는 입원일당 정액수가제이며, 간병부담을 줄이기 위한 보조활동(완화의료도우미)이 포함될 경우와 미포함으로 구분하여 책정하고 있다. 행위·약제 및 치료재료비는 입원료 정액수에 포함되며, 1일당으로 산정되는 정액수는 간호사와 사회복지사 인력 확보수준에 따라 달리 산정된다.

2016년 3월에는 가정형 호스피스 수가 시범사업이, 2016년 9월부터는 요양병원 말기암환자 수가 시범사업이 시행중에 있다.

9. 교육 및 홍보

우리나라에서도 품위 있는 죽음에 대한 관심이 증가하면서, 2004년에 암관리법 시행령과 시행규칙에 말기암환자 관리사업이 포함되었고, 체계적인 재가암환자 관리사업 및 말기암환자 관리사업에 대한 필요성이 증가하였고, 전문가교육의 필요성이 제기되어, 국립암센터의 호스피스완화의료사업 지원평가단에서 ‘말기암환자 호스피스 시범사업 교육 프로그램’을 개발하여 의사, 간호사, 사회복지사를 대상으로 실시하였다.

호스피스완화의료 필수인력의 기본교육을 위한 표준교육프로그램이 2006년부터 개발되어, 2008년 말부터 시범 운영되었고, 2009년부터는 호스피스 병동이 있는 지역 암센터를 거점으로 운영하였으나, 이후 암관리법의 개정으로 운영기관이 국립암센터에서 완화의료 전문기관으로 확대되어 시행되고 있다(14).

표준교육의 교육 내용은 통증 및 증상관리, 심리 사회적 돌봄, 영적 돌봄, 전인적 평가, 사별 돌봄, 임종 돌

봄 등 총 19개 주제와 실습교육 등이며, 국립암센터는 표준교육자료 및 운영매뉴얼 보급, 교육자 교육 실시를 통한 강사양성 등을 지원해오고 있다(14).

또한, 국립암센터는 2010년부터 필수인력인 간호사, 의사, 사회복지사를 위한 e-learning과정을 개발하여, 교육홈페이지를 개설하여 운용해 오고 있다.

한편, 2015년 7월에 입원형 호스피스완화의료 국민건강보험수가가 전면 적용되면서, 암관리법 시행규칙 13조 1항(시설 및 인력기준) 나. 교육이수에 따라, 필수인력은 완화의료전문교육을 이수하여야 하며, 최소 교육 이수시간은 기본교육 60시간 및 보수교육 4시간을 이수하여야 한다.

필수인력이 의무적으로 기본교육과 보수교육을 이수해야 국민건강보험수가가 인정되기 때문에, 한국호스피스완화의료학회에서는 필수인력을 위한 보수교육(연수강좌)을 정기적으로 개최하는 한편, 완화도우미 교육과정을 개발하여, 현재까지 지역별 교육과정을 시행해오고 있으며, 최근에는 호스피스완화의료 전문의 또는 인정의 제도를 준비하고 있다.

한편, 호스피스완화의료의 대국민 홍보를 위해 2010년부터는 10월 둘째 주 토요일에 완화의료의 날을 맞아, 완화의료주간을 기획하고, 호스피스완화의료의 이해를 돕기 위한 자료를 제작·배포하고 완화의료행사와 학술세미나 등을 개최함으로써 전국민의 완화의료 인지도를 높이고, 그 필요성을 알리고자 매년 완화의료주간 행사를 개최하고 있다.

한편, 통증캠페인은 암환자의 통증조절에 대해 의료진 및 환자의 인식이 부족하여 의료진의 통증조절에 대한 적극적인 참여와 환자의 통증치료에 대한 인지도를 높이기 위해 2007년부터 매년 5월 실시해왔고, 호스피스 주간은 매년 10월 둘째 주 토요일, 세계 호스피스완화의료의 날에 즈음하여 전 국민의 호스피스 인지도를 높이기 위해 2010년부터 완화의료주간을 지정하여 다양한 행사를 개최해왔다.

논 의

여기서는 앞서 기술한 우리나라 호스피스완화의료정책이 주요 정책수요자에게 그 서비스를 잘 제공하고 있는지를 Gilbert와 Terrell(3)의 정책분석틀에 근거하여 대상체계, 급여체계, 전달체계 및 재정체계의 영역으로 분류하여 논의하고자 한다.

정책대상은 호스피스완화의료정책 대상을 결정하는

기준의 토대가 되는 원칙이 무엇인가에 대한 것으로, 암관리법과 호스피스완화의료법에 근거한다.

암관리법 제20조(완화의료의 대상자)에서는 말기암환자 완화의료의 대상자는 ‘말기암환자로서 본인이 완화의료 이용을 희망하는 사람’으로 명시하고 있으나, 2016년에 제정된 ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료에 관한 법률’에서는 ‘수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 암, 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성 호흡기 질환, 만성 간경화, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환’으로 진단을 받은 환자’로 대상을 확대하고 있다.

호스피스완화의료 적용 대상이 비암성 질환으로도 확대되면서, 대한의학회가 2016년 10월에 ‘말기 및 임종과정 판단의 임상적 기준 및 진단지침(안) 공청회’를 개최하고, 임상기준 및 진단지침을 발표하였으나, 이에 대한 논란은 지속되고 있다.

최근 한국호스피스완화의료학회에서는 이러한 현실을 반영하여, ‘비암성 말기질환’에 대한 주제로 학술대회와 연수강좌를 지속해오고 있지만, 국가적인 차원에서 비암성 질환에 대한 호스피스완화의료의 표준화된 지침과 교육과정, 그리고 전문인력의 양성 및 적정인력의 확보는 아직 미흡한 상황이다.

호스피스연명의료법을 제정되고, 시행을 목전에 두고 있으나, 사회적 급여가 어떤 원칙하에 누구에게 혜택을 줄 것인지에 대한 기준이 아직 적확하게 마련되지 않아 시행상의 혼선이 우려된다. 실제 메르스 사태로 감염관리의 취약성이 드러난 상황에서, 준비나 대책 없이, 기존 말기암환자의 입원병동에 HIV/AIDS환자가 입원하는 것은 공청회와 토론회 석상에서 논란의 쟁점이 되어왔다.

비용효과성을 기반으로 정책대상을 선정할 경우, 고도의 선별성이 요구되며, 사회적 효과성을 판단하는 방법은 HIV/AIDS환자가 평등한 사회구성원으로서, 정책대상으로 호스피스완화의료기관에 입원 시에 얼마나 대우를 받는가에 대해 판단해보는 것이다(15).

정책을 통해 제공되는 급여의 형태 및 내용과 관련하여 무엇을 어떤 형태로 급여하는가에 대한 급여체계는 호스피스완화의료 정책의 급여형태로서, 국민건강보험수가와 관련된다. 급여체계는 2015년에 모든 의료기관에 일당 정액수가와 행위별 수가의 복합지불방식으로 완화의료 건강보험제도가 시행되었다.

국민건강심사평가원에서는 완화의료 제도화의 일환으로 완화의료서비스에 대한 별도의 수가개발을 추진

하여, 1차, 2차 시범사업을 시행하였고, 건강보험심사평가원의 시범사업 평가연구에 의하면, 원가기준 일당정액 수가 보상률이 현재의 건강보험 수가 평균 보상률보다 낮아, 새로운 기관이 유입할만한 동기가 될 만한 수가 아니었다. 건강보험 수가는 입원일당 정액수가이며, 보조활동(완화의료도우미)이 포함될 경우와 미포함으로 구분하여 책정하고 있다(12).

국민건강보험심사평가원이 2015년 7월부터 2016년 6월까지 입원형 호스피스 정액수가 청구현황을 분석한 결과에 따르면, 총 68개 기관에서 15,122건, 10,646명을 청구하였으며, 진료비용은 71,677백만원, 환자 당 재원일수는 22.7일, 일당 진료비는 297,234원으로 보고되었다.

급여형태에 대한 결정은 한 사회의 가치지향성을 반영하고 있으며, 급여를 위한 사회적 경쟁적 가치는 선택의 자유와 사회통제가 있고 선택의 자유라는 가치는 수혜자의 개인적 선호를 발현할 수 있는 형태로 급여가 주어질 경우 반영될 수 있으나, 아직은 우리나라 국민적 정서가 이에 미치지 못하고 있고, 급여의 집행에 있어 그 한계와 재정조달방식이 선결되어야 할 것이다.

호스피스완화의료 정책이 어떤 방법으로 급여를 전달하는가에 대한 전달체계는 법적 근거와 관련된다. 호스피스완화의료 전달체계 관련 건강보험제도는 입원형과 자문형, 그리고 가정형으로 구분되며, 완화의료전문기관의 지정·평가·지원제도가 운영되고 있다(13).

2015년에 암관리법 시행규칙을 개정함에 따라 가정형, 자문형 호스피스 서비스로 유형이 다양화되는 법적 근거가 마련되었고, 2016년에는 호스피스연명의료법의 제정으로 중앙권역별 호스피스센터의 지정과 대상 질환의 확대 등에 관한 법적근거가 마련되었다. 기관은 2016년 77개 기관, 1,298병상이 운영되고 있으며, 2015년 기준 전체 암사망자의 15.0%가 호스피스완화의료기관을 이용하였고, 2020년까지 말기암환자의 25%의 이용률을 목표로 하고 있으나, 국내 호스피스완화의료 인프라는 부족한 현실이다.

건강보험심사평가원의 호스피스완화의료 시범사업의 평가결과, ‘5년 이상 호스피스 일당정액수가 시범사업을 실시한 결과, 시범사업 5년간 입원형 호스피스만 추진한 것에 대한 근본적인 문제점이었다(16)’는 지적이 시사해 주듯이, 우리나라에서 2003년에 호스피스시범사업을 시작할 당시, 현황과 실태에 대한 조사결과에서 제시되었던 비의료 기관이, 이후에는 확인하기 어려웠고, 호스피스완화의료정책이나 제도를 시행해 오면서,

국내의 전체 호스피스완화기관을 대상으로 하는 현황과 실태에 관한 전수조사조차 시행되지 못했다.

한편, 국내 빅5 상급종합병원 중, 유일하게 서울성모병원만 호스피스병동을 운영하고 있고, 암 치료가 끝난 후에 의뢰할 적절한 기관이나 시설이 없어, 환자중심 서비스 제공과 의뢰서비스의 연속성 및 선택권의 확보를 위해 진료와 호스피스를 연계한 다양한 통합모델이 요구된다.

전달체계가 적절하고 효율적으로 정책목표를 달성하기 위해서는 국내 호스피스완화의료 전달체계의 전체적인 구조가 우선 파악되어야 할 것이며, 서비스 전달체계들 간의 연계, 지리적 위치에 대한 수요자의 접근성과 선택권이 요구된다.

재원체계는 그 형태와 원천이 정책수행에 결정적인 재원을 어떻게 확보하느냐의 문제로 공적 재원이나 민간재원 또는 두 가지 모두를 선택할 것인지를 의미한다(15).

우리나라 호스피스완화의료 재원체계는 국민건강보험금과 국가지원금으로 조달되고 있다. 최근 국민건강보험공단의 발표에 따르면, 2016년 말 기준 20조 656억 원에 달하는 누적 적립금은 2019년에는 당기 수지가 적자로 돌아서 약 1조 1,898억원의 적자를 기록한다고 예측했다(17).

국민건강증진법은 2002년부터 2006년까지 한시적으로 국민건강기금을 보험급여비로 사용할 수 있도록 부칙에 규정했고, 2007년부터 2011년까지 다시 기한을 연장하여, 지원기준을 건강증진기금 예상수입액의 65%이내, 지역건강보험급여 등의 15%에 상당하는 금액으로 명시하였고, 2017년 12월까지 기간을 재연장한 상태이다. 2016년 국민건강증진기금의 사업비 추이를 보면 건강보험제도운영비가 1조 8,914억원으로 가장 많고, 암 및 원폭한센인지원비도 489억원에 이르며, 기금보조가 만료됨에 따라 가장 시급한 것은 건강보험 지원으로, 계속지원 여부 및 지원 시 비율조정, 대안 등이 마련되어야 할 것이다(18).

현재 건강보험 국고지원은 보험료 예상수입액의 20% (국고 14%, 건강증진기금 6%)가 지원되지만 올해 말까지 국민건강보험법 개정을 통해 기간이 연장되지 않으면 올해로 국고지원은 중단된다.

Kyung 등(19)의 2010년에 국내 호스피스완화의료기관을 조사한 바에 의하면, 기관의 전반적인 재정 상태는 80% 이상이 부족했고, 기관의 재원조달은 기관자체예산 28.0%, 후원금 17.5%, 건강보험공단 청구금액 27.8%, 국

가지원금 17.8%, 환자본인부담금 8.7%의 순으로 확충하고 있었다.

정책집행에 앞서 가장 결정적인 것은 정책수행에서 요구되는 재원을 어떻게 확보할 것인가에 대한 문제이다(15). 호스피스완화의료 재원의 안정적이고 지속적인 조달을 위해서는 정부출연금, 국민건강증진기금, 민간기금, 국민건강보험금, 호스피스기금 등 다양한 방식의 확충방안이 마련되어야 할 것이다.

결 론

우리나라의 호스피스완화의료정책은 2003년 제정된 암관리법을 근거로 정부의 개입이 시작되었고, 제1기 암정복 10개년 계획, 2기 암정복 10개년 계획, 제3차 국가암관리종합계획의 일환으로 시행되어 왔다.

2013년에 보건복지부가 발표한 ‘호스피스완화의료 활성화 대책’에 이어, 2016년 2월에 ‘호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률’의 제정으로 비로소 호스피스완화의료정책의 기틀이 마련되었다.

한국의 호스피스완화의료정책의 대상체계는 아직 ‘말기환자’에 대한 사회적 합의에 이르지 못하고 있고, 급여체계는 입원형의 수가적용에 이어, 가정형과 자문형의 시범사업을 시행 중이나 호스피스완화의료 서비스의 수요자 측면에서는 부담이 줄고 있으나, 공급자의 측면에서는 원가 이하의 수가책정이 활성화의 장애가 되고 있다.

의료기관 위주의 전달체계는 비의료기관을 포함한 전체적인 구조가 우선 파악되어야 하고, 서비스 전달체계들 간의 연계, 지리적 위치에 따른 수요자의 접근성과 선택권, 진료와 호스피스를 연계한 다양한 통합모델이 요구되며, 재원체계의 안정적이고 지속적인 조달을 위해서는 다양한 방식의 확충방안이 마련되어야 할 것이다.

또한, 호스피스완화의료법의 시행에 앞서, 정책대상의 사회적 합의가 요구되며, 낮은 급여체계의 현실화, 민관협력을 통한 호스피스완화의료 표준설정과 전문요원양성, 질 관리 및 평가체계정립, 그리고 장기요양보험과 호스피스기금 등을 활용한 안정적인 재정체계를 마련해야 할 것이다.

국내 호스피스완화의료정책의 과정에 있어서 일부 시범사업을 충실히 이행하고 정책을 집행하는 경우도 있으나, 호스피스연명의료법, 완화의료도우미제도, 요양

병원수가시범사업 등과 같은 정책과정에서 보여준 바와 같이 사회적 합의나 민관 협의절차, 학계나 임상현장의 의견수렴이나 검토를 충분히 하지 않고, 대책이나 준비가 미진한 상황에서, 대중들의 욕구가 반영된 것이 아니라, 소수관료나 저명인사 등 사회 지배계층에 의한 일방적인 정책결정은 개선되어야 할 것이다.

요 약

종합적인 보건시스템을 지원하기 위한 완화의료정책의 개발과 강화가 세계적으로 강조되고 있다. 우리나라에서는 암정복 10개년 계획과 국가암관리종합계획의 기틀 하에 암정책의 일환으로, 호스피스완화의료정책이 시행되어왔고, 2003년 암관리법(Cancer Control Act)을 제정하여 법적 근거를 마련하였으며, 최근 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법을 제정하여 시행할 예정이다. 호스피스완화의료정책의 대상은 최근 관련법의 제정에 따라, 말기암환자에서 암(Cancer), 후천성면역결핍증(Acquired immune deficiency syndrome, AIDS), 만성 폐쇄성 호흡기질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD), 만성간경화(Chronic Liver Disease/Live Cirrhosis) 등으로 확대되었고, 급여체제는 2015년에 모든 의료기관에 일당 정액수가와 행위별수가의 복합지불방식으로 완화의료 건강보험제도가 시행되었다. 전달체계관련 건강보험제도는 입원형과 자문형, 그리고 가정형으로 구분되고, 완화의료전문기관의 지정·평가·지원제도가 운영되고 있으며, 재원체제는 건강보험기금과 국가지원금으로 조달되고 있다. 호스피스완화의료 관련법의 시행에 앞서, 정책대상의 사회적 합의가 요구되며, 낮은 급여체제의 현실화, 민관협력을 통한 호스피스완화의료 표준설정과 전문요원양성, 질 관리 및 평가체계정립, 그리고 장기요양보험과 호스피스기금 등을 활용한 안정적인 재정체계를 마련해야 할 것이다.

중심단어: 호스피스, 완화의료, 정책, 한국

REFERENCES

1. WHO: palliative care. Fact sheet No. 402 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; c2015 Jul [cited 2017 Feb 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.

2. World wide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). World Health Organization publishes palliative care resolution [Internet]. London: World wide Hospice Palliative Care Alliance; c2014 [cited 2017 Jan 2]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf.
3. Gilbert N, Terrell P. Dimensions of social welfare policy. 6th ed. Boston: Pearson Allyn and Bacon; 2005. p. 60.
4. Kim HS, Hong YS. Hospice palliative care in South Korea: Past, present, and future. Korean J Hosp Palliat Care 2016;19: 99-108.
5. Hospice and Palliative Care [Internet]. Goyang: Hospice and Palliative Care; 2016 [cited 2017 Feb 3]. Available from: http://hospice.cancer.go.kr/home/contentsInfo.do?menu_no=443&brd_mgrno=.
6. Ministry of Health & Welfare. Guideline for hospice supporting project and authorized as hospice specialized institutes for terminal cancer patients. Sejong: Ministry of Health & Welfare; 2016.
7. Ministry of Health & Welfare: 2nd Plan to Overcome Cancer by Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: Ministry of Health & Welfare; 2006 Apr 25 [cited 2017 Feb 3]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=335973&page=1.
8. Ministry of Health & Welfare: 3th National Cancer Control Comprehensive Plan [Internet]. Sejong: Ministry of Health & Welfare; 2016 Sep 12 [cited 2017 Feb 3]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=334186&page=1.
9. Chang YJ. Policy on hospice and palliative care in Korea. Korean J Hosp Palliat Care 2012;15:183-7.
10. Ministry of Health & Welfare: Announce of "Plan for activation of Hospice & Palliative Care" by Ministry of Health & Welfare [Internet]. Sejong: Ministry of Health & Welfare; 2013 Oct 14 [cited 2017 Feb 3]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=206&CONT_SEQ=291914.
11. Lee JS. Technological governance regarding life-sustaining technologies: The limitations of RRI and bioethics. Bioethics policy studies 2015;9:85-125.
12. Kim JH. The management and evaluation for demonstration project of palliative health insurance cost. HIRA Policy Brief 2015;9(6):25-35.
13. Gong IS. Current status and reform measures of hospice palliative system. HIRA Policy Brief 2015;9(6):17-9.
14. National Cancer Center [Internet]. Goyang: National Cancer Center; 2016 [cited 2017 Feb 1]. Available from: http://www.ncc.re.kr/main.ncc?uri=manage01_8#cont4.
15. Back HY, Kang HA. Analysis on the policies for runaway adolescents -Analysis on the youth shelter policies applying the framework of Gilbert and Terrell-. J Welf Correct 2016;43:33-66.

16. Ju SY. Direction of palliative health insurance cost. HIRA Policy Brief 2015;9(6):20-4.
17. hani.co.kr [Internet]. Seoul: Hankyoreh Media Company; 2016 [cited 2017 Feb 1]. Available from: <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/783506.html#csidx00ee12a88cf9e42a5151814098832cf>.
18. Kim HJ. The operation current status and implication of National Health Promotion Fund. Korea Health Promotion Forum 2016;1:40-50.
19. Kyung MH, Jang YM, Han KH, Yun YH. Current status and activating plan of hospice palliative care in Korea - Based on hospice palliative care facilities survey. Korean J Hosp Palliat Care 2010;13:143-52.