

# 호스피스 완화의료 제도화의 방향

박진노

보바스기념병원 완화의학센터

## 서론

말기 환자 의료비용 절감이라는 정책적 필요성과 임종 전 삶의 질을 높이는 완화적 돌봄이 필요하다는 호스피스 완화의료 일선 현장(환자, 가족을 비롯하여 의료진 등)의 필요성, 품위 있는 죽음에 대한 사회적 공감대의 필요성 등이 대두되면서 호스피스 완화의료의 제도화를 위해 각 계에서 노력을 기울이고 있다. 2003년 암관리법 제정과 호스피스 시범사업을 2년간 실시한 이후 현재까지 제도화를 위해 여러 장애물들을 해결해 나가고 있고, 최근 호스피스 법령, 수가, 운영체계에 대한 외국사례 연구와 수가 결정을 위한 정책사업이 진행되고 있으며, 2007년 1월 개정된 암관리법 시행령에 따른 말기암환자 전문의료기관 지정기준제정(안)이 2007년 5월에 고시되었다. 하지만 아직 ‘호스피스 완화의료법(가칭)’이 별도로 필요한 지에 대해서 국회나 정부에서 확실하게 인식을 해야 될 것으로 보이며, 품위있는 죽음에 대한 사회적 공감대가 형성될 필요성이 있다.

필요성에 대한 인식과 정책의 성공을 위해서는 말기 환자들이 호스피스 완화医료를 선택한다면 일반 말기암 환자 진료와 확실하게 차별되고 다양한 혜택이 주어진다는 장점, 매력적인 요소가 있다는 것을 느낄 수 있어야 한다. 이를 위해서는 정부와 일선 병의원들 모두 이름뿐인 호스피스 제도화가 되지 않도록 노력해야 한다. 환자에게 매력적인 혜택이 주어지도록 하면서도 일선 병원에서 참여하겠다는 동기가 부여될 수 있도록 정부와 관련기관에서 운용의 묘를 살리는 것이 필요하다.

매력적인 호스피스 완화의료의 제도화를 위한 선결 문제들을 간략하게 나열하고 관련 종사자 분들의 논의를 이끌어 내도록 문제 제기를 하겠다.

## 본론

### 1. 생명권의 개념변화와 건강보장의무<sup>1)</sup>

우리나라는 심장정지, 호흡정지, 동공산대 등의 3개의 징후가 있을 경우 사망한 것으로 간주하고<sup>1)</sup>, 응급소생술을 할 때 소아, 익사, 약물중독의 경우를 제외하고는 3개 징후가 있을 후 40분까지는 적어도 심폐소생술을 하도록 권하고 있다. 심폐가 정지하지 않은 경우는 뇌사에 이른 경우라 하더라도 환자의 보호자나 보증인적 지위에 있는 의료인은 모든 수단과 방법을 동원하여 생명을 유지시켜야 할 의무가 있다.<sup>1)</sup> 만약 이를 소홀히 하면 살인죄나 살인방조죄, 유기치사죄 등으로 처벌된다.<sup>1)</sup> 따라서 생명권의 보호라는 미명아래 모든 희생을 무릅쓰고 의학적으로 무의미한 치료를 함으로써 죽음의 과정만을 연장시키는 사례가 많다. 이 경우 임종의 길로 가는 것이 확실하거나 적극적인 치료로 인해서 오히려 환자에게 고통을 증가시키는 것에 불과한 경우, 무조건적이고 절대적인 죽음의 연장 치료만이 옳다고 볼 수 없다.

우리나라 헌법 제36조 제3항에 명시된 건강권은 이러한 생명에 대한 가치 변화와 함께 육체적인 건강뿐만 아니라 영적인 건강보장의 개념으로의 확대 변화가 필요하다. 죽음에 임박한 사람의 경우 편안한 죽음을 맞이할 수 있는 것이 오히려 건강한 삶을 사는 것으로 인정받을 수 있어야 한다.<sup>1)</sup>

짧은 시간 내에 임종을 할 가능성이 높은 임종과정에 있으며 생명연장이 무의미하다고 판단되는 경우, 무의미한 치료의 중단도 가치가 있다는 변화가 필요하다. 아름다운 죽음, 품위 있는 죽음, 생명권과 건강권의 의미변화에 대한 사회적 공감대 형성을 위한 노력이 선행되어야 하며 병행해서 법적 제도적 변화가 이루어져야 하겠다.

## 2. 사전의사결정제도(사전동의)

말기 암 환자 자신의 허락 없이 치료를 중단하고 호스피스로 전환하는 경우 '상해죄'가 성립될 수 있다. '자기결정권'을 가진 말기 암 환자가 '무의미한 연명치료'를 요구하더라도 이를 거절하고 강제로 호스피스로 전환 시킬 수는 없다. 또한 '자기결정권'이 없는 환자라고 '무의미한 치료중단'을 의료진이 일방적으로 결정할 수는 없다. 호스피스 대상자를 의식이 있고 대화가 가능한 환자로 국한한다 하더라도 호스피스 돌봄을 하는 도중에 의식저하가 될 수도 있다. 따라서 '자기결정권'이 없는 환자에 대한 치료 범위의 논란과 가족갈등, 윤리문제가 발생할 소지가 있다. 심폐소생술, 수혈, 혈압상승제, 항생제, 인공영양수액제 등의 사용에 대한 환자 자신의 의사결정이 필요함에도 불구하고, 또 환자 자신의 병의 예후와 치료에 대한 알 권리와 소망<sup>2,3)</sup>에도 불구하고 보호자가 환자의 나쁜 소식을 먼저 알아야 한다는 사회 통념 때문에 일선 의료 현장에서는 환자보다 보호자 면담을 먼저 시행하고 있다. 보호자 입장에서는 환자의 심리적 충격을 완화시키기 위해 환자에게 '진실통고'를 거부할 수도 있다. 충분히 이해할 수 있는 상황이지만, 이런 논의가 평상 시 건강할 때 사전의사결정이 된다면, 환자의 가치관이 최대한 반영되면서 환자의 충격을 걱정하지 않아도 되는 상황이 올 것이다. 살아 있는 부모님 앞에서 죽음을 거론하는 것이 불효가 되는 어려운 상황이 될 수도 있지만, 시간을 두면서 공감대가 확대된다면 오히려 좋은 문화로 자리 잡을 수 있을 것이다. 나쁜 상황의 시나리오에 대한 사전의사결정을 해 두고 정기적으로 확인, 검토한다면 본인의 가치관에 가장 근접한 치료를 받을 수 있을 것이다. 또한 '사전의사결정제도'가 정해진 시나리오대로만 발생하는 것은 아니므로 '대리인' 제도를 같이 병용한다면 좋은 효과가 있을 것이다. 부연하면, 향후 모든 이들이 사전의사결정을 한 다음 자기 결정권이 없어진 상태가 되는 것은 아니므로, '사전의사결정' 없이 '자기결정권'을 가지지 못한 상태인 경우는 호스피스와 일반 말기치료 간에 상호 전환에 대한 명확한 규정이 필요할 것으로 본다.

## 3. 관련 용어 정리와 무의미한 치료 중단

'무의미한 치료의 중단'과 관련된 내용을 법조계 내부에서도 받아들이려는 움직임이 있다. 하지만 '소극적 안락사'를 받아들이자는 내용이다.<sup>4)</sup> '무의미한 치료의 중단'이라는 개념이면서 소극적 안락사로 표현하고 있

다. 2001년 4월 연명치료 중단과 관련한 의사윤리지침에 대한 발표에서 경험하였듯이 이러한 표현은 의료계 내부에서도 통일을 본 상태가 아니다. 공통의 의미를 지니지 못한 '소극적 안락사'라는 표현으로 소모적인 논쟁이 당시에 있었다.<sup>5)</sup> 따라서 소극적 안락사와 무의미한 치료의 중단에 대한 구분이 필요하며, 무의미한 치료의 중단에 대한 논의가 진행되기 위해서 법조계와 윤리학계 등 관련학과와 함께 학회차원에서 용어의 정의와 통일을 하는 것이 필요하리라고 본다. 삶의 질을 중시하는 '무의미한 치료의 중단'의 개념이 인간이 지닌 생명의 가치에 차별을 둘 수 있다는 의미가 되는 동시에,<sup>6)</sup> '미끄러운 경사길(slippery slope)' 논변<sup>6)</sup>의 오류에 빠져 논란이 끝없이 이어질 수 있으므로, '무의미한 치료의 중단'이라는 개념을 우선 받아들여지기 위해서는 말기 암 환자에서 임종이 예견되는 경우에 국한하여 논의가 진행되어야 하겠다.<sup>7)</sup>

법조계나 윤리학계에서는 '무의미한 치료의 중단'의 정의가 모호한 점<sup>3)</sup>과 말기 암 환자에서 임종 예견을 대다수의 의사가 같은 판단을 내릴 수 있는 객관성이 있느냐 하는 점에서 반론을 제시할 수 있다. 법조계나 윤리학계와 논의가 진행되기 전에 이 점들에 대해서도 내부적으로 입장정리가 될 필요가 있다.

## 4. 호스피스완화의료법 제정

암관리법, 암관리법시행령, 그리고 최근 말기암환자 전문기관지정기준제정(안)이 고시가 되었다. 하지만 아직까지 다른 나라와 같이 호스피스 완화의료의 목적, 호스피스 완화의료 관련 용어의 정의, 국가나 지방자치단체의 의무, 의료인과 의료기관의 의무, 종교인 등의 팀 종사자들의 의무, 윤리위원회에 대한 역할 규정, 구성, 운영 및 설치의무, 호스피스 완화의료의 시작, 운영 절차, 관리 및 종료, 의료기관 감독과 규제 등에 대한 세부 사항에 대한 내용의 법이 아직 입법화되지 않았다. 이들 내용이 외국법에는 만들어져 시행되고 있으며, 국내에서는 아직 입법화는 되어 있지 않으나 연구된 내용이 논문으로 학회지에 실린 바 있다.<sup>1)</sup> 호스피스완화의료에 관한 법률이 따로 필요하다는 것을 정부 등 각 관련 부처와 사회단체, 국민들에게도 알리는 방법에 대해 논의할 필요가 있다.

## 5. 윤리위원회의 역할

호스피스 완화의료적 돌봄을 하는 과정에 특성상 죽음의 과정에 접어들었다고 피부로 느끼게 되는 경우가

발생한다. 의학적 판단을 내리는 경우, 윤리적인 문제가 개입될 소지가 있는 때라도 일반적으로 담당 주치의 1인의 개인적 판단에 좌우되는 경우가 많다. 2001년 4월 연명치료 중단과 관련한 의사윤리지침에 대한 발표에서 문제의 소지가 된 다른 요소는 제 30조 3항에서 의료진과 보호자 사이의 의견 불일치가 있을 때 의사가 일방적으로 결정할 수 있다는 항목이었다.<sup>9)</sup> 치료 중단의 결정을 의료기술 차원에서만 접근하고 있다는 우려, 생명에 대한 의료진과 보호자 사이에 가치관 차이가 있을 때 대안, 배려와 적절한 사전 조치가 없었다.<sup>9)</sup> 또한, 급성충수돌기염과 같이 치료방법이 명확한 경우와 다르게, 호스피스 완화의료는 보다 나은 가치를 위해서 환자, 보호자와 의료진이 함께 고민해야 되는 경우가 많다. 이 과정에서 윤리적인 문제가 파생할 수 있고, 의견의 차이가 발생할 수 있다. 하지만 윤리위원회의 구성과 실행은 의료현장의 급박함을 따라가지 못하는 단점이 있다. 따라서 윤리위원회 구성의 필요성과 역할을 재고해보고 실행할 필요가 있다.

목적상 국가 차원의 윤리위원회(이하 국가윤리위원회),<sup>1)</sup> 지방자치 윤리위원회, 병원윤리위원회<sup>1)</sup>로 나누어 볼 수 있다. 국가윤리위원회는 호스피스 완화의료의 오남용을 막고, 호스피스 완화의료의 정책수립에 있어서 윤리적인 문제의 개입, 호스피스 완화의료 기준, 대상, 방법, 절차 등에 관한 윤리적 검토 및 발의, 호스피스 완화의료기관의 시설, 인력 기준에 관한 윤리적 문제, 지방자치 및 병원윤리위원회에 접수된 내용을 모아서 윤리지침권고안 제작 및 개정, 대국민 홍보 등의 역할을 하여야 한다.<sup>1)</sup> 병원윤리위원회는 환자에 대한 호스피스 완화의료에 관한 설명방법과 동의서 양식에 관한 사항, 환자의 자기결정권 행사방법 및 절차, 의사결정능력이 없는 환자에 대하여 가족들이 대리 행사할 경우 적절성 여부 또는 대리인 지정의 적법성에 관한 사항, 호스피스 완화의료 프로그램의 윤리성 심의, 호스피스 완화의료 임상연구의 윤리성 심의(연구에 관한한 임상연구윤리위원회가 대신할 수 있음) 등의 일을 하여야 한다.<sup>1)</sup> 의원, 보건소 및 네트워크 형태의 호스피스는 윤리위원회 구성이 어려우므로 병원윤리위원회의 역할을 대신하여, 지방자치윤리위원회가 역할을 해주어야 된다.

정리하면 병원 및 지방자치 윤리위원회는 의사에게는 의사 1인의 윤리적 결정의 부담을 덜고, 환자와 가족들에게는 보다 폭 넓고 열린 선택을 택할 수 있는 기회를 가질 수 있다는 점에서 필요하고, 국가윤리위원회는

호스피스 완화의료에 대한 정책적 면에서 윤리적 검토를 위해 필요하다.

### 6. 마약성 진통제 관련 불편한 문제

다양한 마약성 진통제가 출시되고 있고, 사용량이 적은 마약성 진통제는 생산이 중단되기도 한다. 예를 들어, 2007년 봄에 생산이 중단된 모르핀 좌약은 그 동안 경구 섭취가 불가능한 환자에게 주사대신 통증조절을 신속하게 할 수 있는 방법이었다. 물론 항문에 약을 넣는다는 단점으로 거부감이 있었지만, 구강섭취가 불가능한 경우는 가정에서 호스피스 치료를 받을 수 있는 좋은 방법이었다. 현재는 이를 대치하기 위해 PCA (patient controlled apply) 장치를 부착하는 등 보다 비싸거나, 보다 불편한 방법을 택해야 한다. 통증조절을 위해서 필요하나 약제 사용량이 적은 약제는 출시가 계속될 수 있도록 제약회사, 정부 및 일선 의료인들이 모두 함께 노력해서 해결책을 찾아야 하겠다.

가정호스피스의 경우 처방된 마약성 진통제를 옮기는 것은 현 마약법으로 가능하지만, 마약성 진통제 투여 후 부작용으로 책임을 논해야 하는 경우는 마약법이 법으로 허용하는 명문이 없으므로 처방의사나 간호사가 처벌될 가능성도 있다. 마약성 진통제의 관리 면에서 생기는 불편함은 호스피스 완화의료 종사자들 내부에서 계속 거론이 되는 문제이다. 별도로 마약법으로 인해 환자에게 최고 수준의 의료가 제공될 수 없는 사례를 모아서 검토하는 체계적인 논의가 별도로 필요하다.

### 7. 호스피스 완화의료 부가서비스의 문제점

심리치료사, 요법치료사, 종교인 영적 상담 등은 무면허 의료행위로 형사 처벌의 위험성도 내포하고 있다.<sup>1)</sup> 호스피스 완화의료 관련 법 제정 시 고려해야 할 사항이며, 의료인의 지시, 감독 하에 실시할 경우 허용하는 등 방법을 도출해야 한다. 이와 관련하여 ‘의료행위’와 별도의 용어로서 ‘치료행위’는 의료진들의 ‘의료행위’ 이외에 마사지, 요가, 각종 요법 등 부가적인 서비스 내용을 포함하는 공감대 형성과 용어정리가 필요하다.

마사지를 하는 경우, 현 호스피스 완화의료 현장에서는 물리치료사, 마사지 전문 요법치료사(면허나 자격과 무관하게 아로마, 마사지 등을 배운 전문가), 자원봉사자(봉사자 교육과정에서 교육받음), 간호사, 간병사(간병사 교육과정에서 배움) 및 보호자가 실시하고 있다. 현재는 많은 사람들이 마사지를 해주면 환자에게는 득이

되기 때문에 논란이 없으나, 여기에는 각 종사자들 간에 할 수 있는 일과 해서는 안 되는 일의 경계가 불분명하다는 문제가 있다. 마사지, 수지침 등 일반인들도 하도록 시중에 많은 책자가 나와 있지만 자신과 가족에게 하는 것과 환자에게 하는 것은 차이가 있다고 볼 수 있다. 예를 들면, 가래 흡인을 자원봉사자가 할 수 있는 것일까? 현재는 시급한 논쟁이 되지는 않을지 몰라도 향후 문화의 변화나 수가문제가 발생한다면 대두될 문제이다.

### 8. 매력적인 호스피스 완화의료 서비스

정부에서 호스피스 완화의료를 제도화하기 위해 노력하고 있고, 최근 수가를 만들기 위한 사전 작업을 진행하고 있다. 제도화를 하고 실질적인 호스피스 정착을 위해서는 일반 말기 암 환자와 다르게 확실하게 차별되고 다양한 혜택이 주어진다(장점(매력)이 필요하다. 호스피스 완화의료로 가라는 것이 ‘더 이상 가망이 없다’는 것으로 느껴지는 절망감, 치료받던 의료진으로부터 버림받는 배신감, 상실감이 들지 않도록 충분히 매력적이어야 한다. 이것을 환자, 보호자 입장에서 피부로 느낄 수 있어야 한다. 동반해서 현 의료수가체계 하에서는 병의원들이 서비스 제공을 하기 어렵기 때문에 병원에서 적극적으로 참여하도록 장점을 제공하여야 한다. (현재 시행하는 서비스는 종교단체의 후원금으로 이루어지거나, 필요한 만큼의 호스피스 완화의료 서비스 제공에 못 미치고 있다.) 따라서 정부와 건강보험심사평가원의 경우는 호스피스 완화의료 수가체계 작업과 제도화에 대한 접근으로 의료비의 지출 감소가 가능하다는 점 때문에 호스피스 완화의료의 특수성을 간과한다면, 비정상적인 기형적인 호스피스 완화의료 제도가 만들어 질 수 있다.

매력적인 호스피스 완화의료를 위한 최소의 조건으로 시설기준, 인력기준 및 수가체계를 만들고, 호스피스 완화의료 관련법을 만든다면 훌륭한 호스피스 완화의료 서비스를 제공할 수 있는 기틀을 마련할 수 있을 것이다. 최근 말기암환자전문의료기관지정기준제정(안) 고시에서 시설기준, 인력기준도 같은 취지에서 접근할 필요가 있다.

호스피스 완화의료는 임종까지의 서비스가 아니라, 임종 후 1~3년의 사별가족 관리까지 하게 된다. 또한 임종환자를 늘 접하게 되고, 임종환자와 가족들의 고통과 고민을 접하다 보면, 감정의 메마름을 경험할 수밖에 없어서 지속적으로 호스피스 완화의료에 근무하기

가 힘들다는 점 등도 감안해야 된다.

### 9. 의료전달체계

호스피스 완화의료 서비스에 1차, 2차, 3차 차등수가 제도가 필요하지 않다고 생각하는 경우도 많을 것이다. 호스피스 완화의료 서비스를 받기 위해서 동일 수가, 동일 환자 부담금이라면 환자가 3차 의료기관을 우선 선택할 가능성이 있다. 1차, 2차, 3차 의료전달체계의 유지와 호스피스 완화의료 대상자가 임종 전에 가정호스피스와 지역의료서비스를 이용하는 특징을 고려한다면 차등수가제가 필요할 것으로 본다. 또한 2차, 3차 의료기관의 경우도 호스피스 완화의료의 역할이 있는데, 이들 기관들이 참여하도록 하려면 차등수가제가 좋은 유도책의 하나가 될 수 있다.

지역 호스피스의 역량을 보면, 보건소, 각 민간 호스피스 단체중에서 가정방문 시 의료적인 면이 잘되어 있는 단체, 종교 및 영적인 돌봄이 잘 되어있는 단체, 자원봉사자들의 부가 서비스 제공이 잘 되어 있는 단체 등 각 단체들의 입장과 사정이 다를 수 있다. 이들이 보건소와 호스피스 완화의료를 활동적으로 하는 민간의료기관을 중심으로 네트워크를 형성하여 1차, 2차, 3차 의료 서비스 제공의 유기성을 강화하는 방안도 모색해 볼 수 있다.

### 10. 간호사와 간호조무사

요양병원은 간호사 대신 2/3 범위 내에서 간호조무사로 대체할 수 있는 허가 내용이 있으므로 호스피스 완화의료 간호 인력기준에 간호조무사 대체를 고려하고 있는 것으로 보여진다. 말기암환자전문의료기관지정기준제정(안) 고시에서 간호사 2/3 범위 내에서 간호조무사로 대체할 수 있는 내용이 있다. 호스피스 완화의료를 시행하는 현장에서 호스피스 완화의료를 위해서는 간호대학을 졸업하고 병의원 근무경력 3년 이내의 간호사가 하기에 무리가 있는 서비스이다. 간호지식 뿐만 아니라 감성이 발달된 간호사여야 하며, 간호처치로 오랜 시간 소모되지 않도록 숙련되어야 하며 영적간호와 대화기술을 익혀야 한다. 이런 상황에서 간호조무사로 대체를 거론하는 것은 호스피스 완화의료 자체에 대한 인식의 부족이라고 밖에 볼 수 없다. 또한, 우리나라 사람들이 전문가에 대한 존중과 영역인정 개념이 약하다는 것을 ‘간호사 2/3 범위 내에서 간호조무사 대체 가능’ 조항에서 읽을 수 있다. ‘간호사 2/3 범위 내에서 간호조무사 대체 가능’ 조항은 호스피스 완화의료 서비스

를 보다 빨리 확대하고 싶은 정부의 의지로 해석하고 싶지만, 이대로 실시된다면 대외적으로 다른 나라로부터 비웃음을 받을 수밖에 없고 실질적으로 환자와 보호자는 온전한 호스피스 완화의료 서비스를 받을 수 없다. 미국의 경우 간호조무사가 간호사를 대체하는 인력 기준 방안이 아니라, 간호조무사가 우리나라 간호사의 역할을 하게하고, 간호사를 병실과 병동에서 돕도록 하고 있다. 호스피스 완화의료에서 간호사 인력 기준 1.5 : 1의 기준이 비현실적이라면 차등수가제 도입이나, 유예기간을 두고 점진적 간호인력 강화방안을 택하는 것이 보다 합당하다.

**11. 가정호스피스 기준과 현실**

가정호스피스 실시의 경우, 일반가정간호보다 1가정 방문 당 소요시간이 길기 때문에 여기에 맞는 연구와 수가 책정이 필요하다. 입원 시 호스피스 완화의료 의사의 초기 상담이 한 환자 당 30분에서 1시간가량 필요한 것과 마찬가지로, 가정호스피스에서 1가정 방문 시 처치와 상담 내용으로 장시간 소요된다(1일 근무 기준으로 최대 4가정 방문).

또한 간호사 처방전, 유무선상 의사지시사항 처리 등과 관련한 현실의 어려움은 사전 발생 가능한 상황에 대해 호스피스 의사가 작성한 대응 매뉴얼에 따라 말기암 가정호스피스를 담당하는 간호사는 그 범위 내에서 투약과 처치를 환자의 상황에 따라 조정할 수 있으며 그 결과를 신속히 처방한 의사에게 보고할 수 있도록 하는 것이 현실적이다.

가정호스피스 파견 간호사 자격기준은 현 ‘가정간호사’를 호스피스 완화의료 교육을 보충하여 기존 체계를 유지하는 방안, 작년부터 배출이 되고 있는 ‘호스피스 전문간호사’를 활용하는 방안, 기존 ‘가정간호사’와 ‘호스피스 전문간호사’ 모두를 인정하는 방안 중에서 검토되어야 할 것이다. 가정호스피스에서 기본적으로 제공될 서비스에 대해서도 검토가 이루어져 수가 체계로 포함시켜야 하겠다.

가정호스피스의 경우 의료기관에서 가정간호를 하도록 하는 현 국민건강보험법 대로 하면 양질의 호스피스 완화의료 서비스를 제공하지만 의료기관 내에 존재하지 않는 가정호스피스기관의 경우 의료기관과 연계를 맺고 일정수준 이상의 서비스 제공 시 가정호스피스기관으로 인정을 하여 선의의 피해를 입지 않도록 배려가 필요하다.

가정간호사의 경우 한 기관에 ‘가정전문간호사’ 2인

이상이 근무해야 인정하는 조항(의료법 제 30조 및 동법 시행규칙 제22조)은 의원의 경우, 비현실적일 수 있다. 의원의 경우는 대상 환자 수에 따라서 가정호스피스간호사(현 가정간호사) 1인을 두더라도 인정을 할 방안을 논의할 필요가 있으며, 지역 호스피스 자원과 연계해서 시행하는 경우도 연구가 되어야 할 것이다.

**12. 보험적용 시작 시점에서 대상자 범위**

말기암환자 외에 에이즈, 루게릭 병, 파킨슨, 치매 등의 만성 퇴행성 뇌질환, 만성 심부전, 만성 폐쇄성폐질환 및 천식환자, 만성 신부전 등의 말기 상태의 환자도 호스피스 완화의료의 대상에 포함된다. 하지만 말기암환자 이외의 말기환자를 모두 포함하는 것은 재정 부담으로 호스피스 완화의료 서비스를 제대로 제공하는데 어려움이 있다.<sup>8)</sup> 따라서 말기암환자를 우선 보험적용 대상으로 정하고 점차적으로 말기환자로 확대하는 단계별 접근이 필요하다. 특히, 우리나라의 경우 오래전부터 호스피스 완화의료 제도화의 필요성과 인식이 있었지만 실제로는 호스피스 완화의료에 대한 규정, 품위있는 죽음에 대한 사회공감대 형성 부재와 호스피스 완화의료 관련 법 제정 이전에 수가 접근으로 바로 이어지기 때문에 예상하지 못한 어려움을 겪을 수 있다. 따라서 단계적인 확대가 현명하다고 본다.

**맺 음 말**

품위있는 죽음, 사전의사결정제도, 무의미한 생명의 연장 등에 대한 사회적 공감대 형성, 소극적 안락사와 무의미한 생명의 연장과 같은 용어의 통일, 호스피스 완화의료 관련법의 제정, 호스피스 완화의료를 둘러싼 마약법 및 행정관련 법들의 보완 등 선결해야 될 문제가 많지만, 요즘 정부와 관련기관의 분위기는 가까운 시일 내에 보험수가체제 결정부터 하려는 움직임이다. 따라서, 시간적 촉박함, 보험재정문제 등으로 인해 호스피스 완화의료 담지 않은 호스피스 완화의료 제도화가 될까 우려가 된다. 부디 행정당국은 착안대국 착수소국(着眼大局 着手小局, 전체를 폭넓게 멀리 보되, 실천은 가까운 일부터)하는 지혜를 발휘하기를 바라며, 우리 호스피스 완화의료 종사자들도 정말 자랑스러운 호스피스 완화의료 제도화가 되도록 나서야 하겠다.

도움을 주신 분들

- 한국 호스피스 완화의료학회 보험분과 자문위원: 김준석, 홍영선
- 한국호스피스완화의료학회보험분과위원(가나다순)  
 김대균 (고대구로병원 가정의학과 교수)  
 김명훈 (연세대학교 의과대학 신촌세브란스병원 사회 복지팀장)
- 서민정 (보바스기념병원 완화병동 수간호사)
- 신동우 (분당제생병원 외과 교수)
- 염창환 (관동대학교 명지병원 가정의학과 교수)
- 이경희 (영남대학교 의과대학 혈액종양내과 교수)
- 이은주 (성남시 호스피스센터 팀장)
- 이창걸 (연세대학교 의과대학 영동세브란스병원 치료 방사선과 교수)
- 이충원 (전 미시간 캐피탈호스피스 연구원)
- 조영이 (강남성모병원 호스피스병동 수간호사)
- 조 현 (인제대학교 보건행정학부 교수)
- 최화숙 (이화여자대학교 임상보건과학대학원 교수)
- 한국 호스피스간호사회

참 고 문 헌

1. 신현호. 삶과 죽음, 권리인가 의무인가? 한국호스피스완화 의료학회지 2007;10(1):1-20.
2. Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. J Clin Oncol 2004;22:307-14.
3. 박진노, 양 수, 최소은, 최경미, 홍영선, 이경식. 암 환자 병명통고. 한국호스피스완화의료학회지 2004;7(2):169-78.
4. 이윤성. '소극적 안락사'를 받아들이다. 서울변호사회지 시민과 변호사. 2001.
5. 허대석. 말기 암 환자에서 의미없는 치료의 중단. 대한내과 학회지 2001;61(5):465-9.
6. 임종식. 의사조력자살. In: 삶과 죽음의 철학, 1판, 서울: 아카넷; 2003. p. 277-91.
7. 허대석, 무의미한 연명치료의 중단. In: 제5회 암정복포럼 호스피스 완화의료의 제도화. 서울: 보건복지부, 국립암센터, 암정복추진기획단; 2007. p. 29-31.
8. Emanuel EJ, Ash A, Yu W, Gazelle G, Levinsky NG, Saynina O, et al. Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. 2002;162(15):1722-8.