

유럽의 완화의료 동향



주지수 주임연구원
심사평가연구소 수가제도연구팀

1. 들어가며

최초의 근대적 완화의료는 1967년 영국의 런던에서 Dr. Cicely Saunders가 St. Christopher Hospice를 설립하면서 시작되었다. 서비스를 받은 대상자가 늘어나고, 호스피스·완화의료이 지속적으로 발전하자 많은 국가로 말기암환자 및 말기질환자에 대한 호스피스·완화의료 제공이 확산되었다. 이렇게 호스피스·완화의료이 유럽에서 꽃피우기 시작했음에도 불구하고 우리나라에서 유럽의 호스피스 및 완화의료에 대한 관심도나 동향 파악은 타국가나 지역에 비해 상대적으로 활성화 되지 않고 있다.

실제로 ‘유럽의 호스피스 또는 완화의료’에 관한 국내의 문헌을 보면 역사적 기원을 확인하는 의미에서 영국의 호스피스 기관을 탐방하는 사례나 국제 학회의 참석과 관련된 공지사항 등은 발견되지만 전반적인 유럽 국가들의 완화의료 현황이나 비교의료제도론 차원의 전문적인 자료는 쉽게 발견되지 않음을 볼 수 있다.

그러나 그 역사성을 따라 유럽은 서비스 표준화부터 질 관리에 이르는 총체적 범주를 다루는 데 오랜 시간을 할애해 왔으며, 타 국가들이 개별적으로 발전해 나가고 있는 것과는 달리 유럽연합이라는 공동체를 통한 접근방식으로 완화의료의 방향을 정립하고 있다. 이러한 노력을 통해 완화의료의 정책적으로 제도화 및 정형화해 나가고 있는 유럽 국가들의 다양한 모습과 최근의 동향을 살펴보고 향후 우리나라의 호스피스·완화의료의 발전을 위해 적용 가능한 시사점을 찾는 것은 의미 있는 작업으로 생각된다.

2. 완화의료의 정책방향

유럽의 정책 결정자들은 의학분야에서 말기질환에 대한 케어의 중요성을 인식하면서 완화의료에 관심을 가지기 시작하였다. 대표적인 사례로 유럽의회는 말기질환에 대한 상담과 케어에 대한 해결방안을 1989년과 1992년에 채택했으며, 1985년에는 '암과 싸우는 유럽'이라는 프로그램에서도 완화의료에 대해 언급하였다(European Parliament, 2008).

유럽인을 위한 완화의료에 대한 정책적 인식이 확고해 지고, 1988년 창설된 유럽완화의료 연합과 더불어 유럽연합의 회원국들은 점차 서비스 표준화와 질적 향상을 위한 틀을 갖추어 나갔다. '유럽연합의 완화의료(2008)'라는 이름으로 발간된 유럽 의회의 보고서를 토대로 최근의 동향을 요약해 보면 다음과 같다.

크게 7개 부문의 평가영역을 두고(표 1) 회원국의 보건의료전달체계 및 서비스 현황을 감안하여 제정의 되어야 할 개념을 새롭게 명시하고, 국가별 상황을 언급해 주고 있다. 거시적 관점에서 전체 보건의료체계 안에서 완화의료 서비스가 어떤 부문에서 구체성을 띄어야 하는지 일종의 가이드라인으로서 평가영역과 그 세부내용을 참조할 수 있도록 되어 있다.

표 1. 유럽연합의 완화의료 평가영역

평가부문	세부내용
보건의료와 관련 서비스의 유용가능성	입원서비스(hospice and hospital)/ Day-care / 외래서비스/ 가정서비스 / 소아완화의료 / 의학적, 완화적 약물의 유용성(마약포함)
통합된 보건의료네트워크	케어의 연속성과 통합을 증진시키는 서비스 제공망 구축
인적자원	완화의료 전문가 교육 / 일반의(General Practitioners)에 대한 기초 교육 / 간호사 훈련 / 소아의 완화의료에 대한 특별 교육 / 사회복지사 / 심리치료자(psychologists)에 대한 교육 / 자원봉사자의 역할
질 보장 (Quality assurance)	연구
정서적 · 심리적 지지	환자의 니즈/가족 중심 지지/말기 소아 환자와 가족의 지지 / 서비스 제공자 관련 사항
법적 · 정책적 규정	국가 정책 / 목표 법제안(안락사에 대한 윤리적 딜레마 포함) / 유럽의 보건서비스정책 안에서 완화의료
재무계획 모형	공공재정 / 자발적이거나 기부성 재정과 비영리조직 / 이용자의 지불금 / 복합적 재원

주의 깊게 보아야 할 점은 기존의 보건의료체계 내에서 제공하는 서비스 유형들 입원, 외래, 데이케어, 가정을 최대한 활용하여 완화의료서비스를 제공할 것을 권장한다는 점이다. 또한 통합된 보건의료네트워크 안에 완화医료를 포함하여 다른 여타의 보건의료 서비스와 마찬가지로 보다 많은 대상 인구가 이용할 수 있도록 서비스 접근도를 높이고 자원 배분의 효율성도 증진시킬 것을 권장한다.

인적자원의 양성과 관리에 있어서는 EAPC(유럽 완화의료 연합)라는 연합조직의 직종별 가이드라인을 통해 어떤 유럽연합의 회원국이라도 표준화된 교육지침을 활용할 수 있다.

그러나 국가별로 전문가 과정 전체를 가지고 있는 나라는 영국과 아일랜드뿐이며, 구체적으로 완화의료에 대한 인증 절차를 가지고 있는 나라도 있지만, 이를 준 자격으로 인정하는 국가도 있다. 중요한 점은 다학제적 서비스 속성을 가진 완화의료에 있어서 인력의 정규 교육과정의 실시는 매우 시급한 일이며, 이를 위해 유럽연합의 모든 국가들의 완화의료 인증 및 학위과정 등에 대한 정보를 수집하고 있다는 사실이다.

질 보장(또는 관리)에서는 대표적인 의료평가방법인 Donavedian의 “구조-과정-결과 모형”을 제안하고 있다. 일반적으로 완화의료는 “집중적인 안위 케어(intensive comfort care)”나 “높은 인력, 낮은 기술(high person, low technology)”로 묘사되어 왔다. 다학제간 팀 접근을 권장하고 다른 서비스에 비하여 많은 인력이 요구되는 완화의료에 있어서 구조적인 질 평가는 병상당 의사 및 간호사의 비율 등으로 평가될 수 있다. 과정적인 질은 진단이나 치료절차가 아닌 완화의료에 있어서 더욱 관리하기 어려운 분야로 언급하고 있으며, 평가를 위해 가능한 대안으로 표준화된 기록체계를 사용하거나, 다분야의 전문적인 사례 회의를 규칙적으로 여는 것을 제안한다. 결과에 대한 질은 신체 증상, 심리사회적 정신적 문제에 대한 체크리스트(예, Rotterdam 체크리스트 설문 또는 Edmonton Symptom Assessment Score)의 작성으로 평가될 수 있다고 한다. 이외에도 유럽에서는 결과 평가를 위해 다양한 표준화된 도구를 개발하여 이를 사용한 평가를 권장하고 있다.

3. 중심기구: EAPC(European Association for Palliative Care)

위와 같이 유럽의 국가들은 유럽연합이라는 경제 및 정치 공동체를 기반으로 다양한 사회분야의 의사결정을 하는 유럽의회를 통해서 완화의료의 접근을 시도하고 주도해 나가고 있다. 이에 발맞추어 유럽대륙의 완화의료에 대한 심도 있는 연구와 발전을 이끄는 중심기구로 EAPC가 있다.

이탈리아 밀라노에 본부를 두고 있는 EAPC(유럽 완화의료 연합)은 1988년에 창설되었다. 2008년 현재, 40개국의 개인회원과 25개 국가의 41개 단체회원으로 구성되며 5만 명의 보건의료 종사자와 자원봉사자가 활동하고 있으며, 유럽의회에 의해 인가된 비정부기구(NGO)이다(Lukas Radbruch, 2008). 창설이후 유럽의 완화의료 제도 정립을 위한 많은 합의를 이루어 가던 중, 2007년 6월에 부다페스트에서 열린 10차 회의에서 정책적 의제로서 5개영역의 공통목표 (투약, 정책, 교육, 질, 연구)를 설정하였으며, 부다페스트 협의의 첫 번째 결과가 2009년 비엔나에서 열린 11차 회의를 통해 발표되었다.

2009년 11차 회의를 통해서 유럽 연합의 지지가 필요한 영역으로 첫째, EAPC와 여기서 제작된 표준과 규정과 유럽회의의 24개 권고사항을 준수하는 것이 선정되었다. 두 번째로는 환자와 가족에게 힘을 실어주기 위해서 니즈가 있는 대상자에게 완화의료 공급할 수 있도록 하며, 인권으로서 완화医료를 제정하는 것이 제안되었다. 마지막으로 완화의료의 발전을 위해서는 연구의제로 설정하고 장기간 연구를 지속할 수 있도록 하며 윤리적 틀을 개발하도록 하는 것이 선정되었다.

4. 주요 국가별 현황: country report를 중심으로

유럽공동체의 완화의료 서비스 정립을 위한 노력은 국가별 다양성 속에서 체계화된 완화의료의 모습을 갖추어 나가고 있음을 엿볼 수 있다. 가장 최근에 EU 회원국가들의 상대적인 완화의료 발전현황을 평가하여 국가별로 순위를 매겨 발표한 자료를 살펴보면 다음의 표 2와 같다.

호스피스·완화의료 위한 특정 자원의 활용가능성과 해당 국가의 서비스 활성화 정도의 크게 두 가지 범주로 점수를 산출하다. 자원의 활용가능성에서는 세부적으로 완화의료 병동의 보유정도, 완화서비스 지지팀의 수, 가정 서비스 제공팀 수, 특수 병상 수, 전일근무 의사 수의 5가지를 고려하였고, 활성화 정도는 세부적으로 전국적인 완화의료 관련 단체의 존재여부, 완화의료 서비스 체계의 존재여부, EAPC의 일반회원 가입자 수, 완화의료 전문과정의 인증여부, 완화의료의 국가적 발전과 관련된 출판물수, 소아를 위한 완화의료 서비스 팀의 존재여부까지 총 6가지 항목을 고려하였다.

또한 구조적 인프라를 보다 자세히 볼 수 있는 인구당 병상수 및 완화의료 제공기관 수와 입원단위 병동의 수 등을 살펴보면 표 3과 같다.

인구 백만 명 당 완화의료 병상을 가장 많이 확보하고 있는 나라로는 스페인으로 나타났고, 영국과 노르웨이 등이 그 뒤를 잇고 있다. 유럽에서 입원단위로는 병원의 완화의료 병동과

표 2. 주요 유럽국가의 완화의료 순위

국가명	자원지표 (총점: 최대 135)	1순위(영국) 대비 자원지표비 (최대 75%)	활성지표 (총점: 최대 10)	1순위(영국) 대비 활성지표비 (최대:25%)	EAPC 지표 (자원75% +활성25%)	
1	영국	124	75	10	25	100
2	아일랜드	111	67	7	18	85
3	스웨덴	114	69	6	15	84
4	네덜란드	105	64	7	18	81
5	폴란드	102	62	6	15	77
6	프랑스	93	56	7	18	74
7	스페인	97	59	6	15	74
8	독일	74	45	10	25	70
9	벨기에	93	56	5	13	69
10	룩셈부르크	100	60	3	8	68
11	오스트리아	99	60	3	8	67
12	이탈리아	90	55	5	13	67
13	덴마크	72	44	5	13	56
14	핀란드	73	44	4	10	54
15	라트비아	74	45	3	8	53
16	리투아니아	67	41	2	5	46
17	헝가리	65	39	2	5	44
18	불가리아	65	39	2	5	44
19	체코	56	34	4	10	44
20	슬로베니아	59	36	3	8	43
21	사이프러스	60	36	2	5	41
22	루마니아	41	25	6	15	40
23	몰타	42	25	5	13	38
24	그리스	45	27	4	10	37
25	포르투갈	37	22	3	8	30
26	슬로바키아	32	19	3	8	27
27	에스토니아	10	6	1	3	9

자료: Ranking of Palliative Care Development in the European Union. EAPC TASK FORCE. June 2008.

표 3. 입원호스피스의 국가별 현황


국가명	인구 (백만 명)	총 완화병상수	백만명당 병상수	완화의료 제공기관수	입원병동 수	호스피스수*
영국	59.8	3,180	53.2	882	63	158
노르웨이	4.6	220	47.8	34	12	2
폴란드	38.7	1,667	43.1	362	69	59
스웨덴	9	650	72.2	105	40	5
이탈리아	58.5	1,095	18.7	258	5	90
독일	82.5	2,034	24.7	331	116	129
프랑스	63.4	1,615	25.5	471	78	0
스페인	4.0	1,098	274.5	291	97	0
벨기에	10.5	375	35.7	182	29	0
오스트리아	8.2	209	25.5	55	18	7
네덜란드	16.3	755	46.3	148	4	84
헝가리	10.1	189	18.7	57	17	1
덴마크	5.4	901	6.7	34	1	14
핀란드	5.3	751	4.2	30	2	4
아일랜드	4.2	147	35.0	44	8	병동과 혼합

자료: Palliative care in European Union(2008)의 country report 재구성/Reimer Gronemeyer et. al(2005) 참조
 주. * 전체 호스피스완화의료 제공기관 중에서 독립된 시설을 가지고 호스피스만 제공하는 기관을 뜻함.

별도의 호스피스 제공시설을 일컫는데, 제공하는 기관수를 헤아릴 때는 이를 구분하여 보여 주고 있다.

5. 나가며

유럽에서 EU와 EAPC의 존재는 완화의료의 선진적 발전을 이끄는 든든한 구심점과도 같다. Bottom up 방식으로 생겨난 호스피스 및 완화의료의 성격을 잘 살리면서도 국가 보건 의료체계에 녹아들 수 있도록 Top down 방식으로 정책연구와 정책방향 및 제도화를 위한 위원회와 통합회의 등을 개최하며 지속적으로 발전시키고 있는 모습을 통해 우리나라도 보다 적극적인 정책적 의지와 구체적인 노력이 필요함을 알 수 있다. 현재 한국호스피스완화의료학회가 이러한 구심점 역할을 위해 애쓰고 있으나, 대내외적으로 힘을 받고 영향력을 행사하기 위해서는 보건 의료 정책결정자의 이해와 실득에 좀더 비중을 두고 활동해야 할 것으로 보인다. 더불어, 아직까지 완화의료에 대한 전문 의학 분야로서의 인증 및 공신력 있는 교육 시스템을 완벽하게 구축하고 있지 못한 우리나라에도 이를 위한 부단한 노력이 요구된다.

근대적 완화의료의 시작인 영국 보다 이른 1965년에 아시아 최초로 호스피스를 제공하기 시작한 유구한 역사를 지니고 있는 우리나라에서 완화의료의 발전이 아직까지 왕성하게 꽃피우지 못하고 있는 현실은 유럽과 비교했을 때 많은 부분 반성하게 만든다. 말기암 환자, 더 나아가서 말기질환자와 그들의 가족들까지 삶의 질을 높이고 안위를 도모하는 호스피스·완화 의료의료가 기존의 보건 의료체계에 안에서 제공될 수 있는 모든 방식으로 수혜자들이 접할 수 있도록 정책적으로 지원해 나가는 것이 바람직할 것이다. 

참고문헌

1. European Parliament, Palliative care in European Union, IP.A.ENVI/ST 2007-22, 2008.
2. Lukas Radbruch, Palliative care in Europe: experiences and the future, EJPC,2008;15(4).
3. Ranking of Palliative Care Development in the European Union. EAPC TASK FORCE. June 2008.
4. Reimer Gronemeyer et. al, Helping People at the end of their Lives-Hospice and Palliative Care in Europe, LIT Verlag, 2005.