

암진료의 양극화

김 구 상 | 울산시티병원그룹 울산시티병원 유방갑상선센터

Polarization of cancer patient management

Ku Sang Kim, MD

Breast-Thyroid Center, Ulsan City Hospital, Ulsan City Hospital Group, Ulsan, Korea

The polarization of cancer patient management is rooted in aspects of the Korean health care system, so a solution to this problem should be introduced on the basis of systemic guidelines that shape national policy. Strengthening the capacity of regional cancer centers by establishing organizations of large-scale cancer hospitals, cancer rehabilitation hospitals, and local primary care clinics could be another approach to solving this problem. Large-scale cancer hospitals should pay attention to patient education regarding life after cancer treatment and should provide close assistance to patients. Cancer rehabilitation hospitals should focus on cancer rehabilitation, not unproven therapies. The systematic cooperation of large-scale cancer hospitals, cancer rehabilitation hospitals, and local primary care clinics is of the utmost important for patients.

Key Words: Neoplasms; Hospitals; Rehabilitation; Delivery of health care

서론

수십 년 전 과거의 암치료가 제한된 정보 내에서 주치의의 실력이 암치료결과를 좌우할 수도 있었다고 한다면 현재의 암치료는 암치료의 표준화와 정보의 공유화를 통하여 제한된 사람이 아닌 많은 환자가 치료에 대한 정보를 얻을 수 있게 되면서 평균적으로 높은 암치료결과를 낼 수 있게 되었다.

또한 암 발생률의 지속적인 상승과 암치료성적의 향상으로 인하여 암환자의 치료에 대한 많은 관심을 불러오게 되고 경제수준의 향상과 의료정보에 대한 접근성 향상을 통하여 암

환자는 자신에게 맞는 치료를 스스로 찾고자 하는 건강추구 행동이 나타난다.

암을 진단받게 되면 환자는 치료결정과정을 거치게 되는데, 그 첫 번째인 본인을 치료할 주치의와 병원을 선택해야 하는 중요한 순간에 놓이게 된다. 이 시기에는 환자의 나이, 교육수준, 질병에 대한 인식 정도, 경제적 능력, 다른 질병의 유무, 보험가입여부, 사회적 지지 정도 등에 영향을 받게 된다. 이 과정에서 적절한 표준치료를 받지 않고 다른 치료를 선택하게 되어 치료지연 현상도 발생하게 되지만 대부분의 환자는 진단의 재확인 및 치료방법에 관한 2차 상담을 선택하게 되고 대형병원을 찾거나 암치료를 경험 많은 전문가가 있는 병원을 찾아가서 암치료 개시 절차를 밟게 되며, 치료를 시작하면서 암환자는 주치의나 전문상담사를 통하여 치료과정에 대해서 설명을 듣게 되면서 향후 치료에 대한 계획도 세우는 반면 주변에서 들려오는 걸리지 않은 많은

Received: January 12, 2017 Accepted: January 28, 2017

Corresponding author: Ku Sang Kim
E-mail: ideakims@gmail.com

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

정보들로 인해 혼란을 겪기도 하며 치료에 따르는 합병증으로 힘들면서도 많은 공금증을 가지게 되는 두 번째 치료결정 단계를 겪게 되는데 이 시기에는 본인의 정보력, 지인의 추천, 가족의 권유나 의료진과의 관계에 영향을 받게 된다[1].

이후로도 암치료가 본격화되면서 암환자는 주된 치료과정(수술, 항암치료, 방사선치료, 표적치료, 항호르몬치료 등)뿐만 아니라 보완대체요법, 민간요법, 면역요법 등에 자의든 타의든 노출될 가능성이 높아지며 암진료의 양극화에 대해서 혼란을 겪게 되기도 한다. 암환자들이 겪게 되는 치료와 치료에 따른 합병증 그리고 건강추구행동 사이에서의 여러 가지 갈등과 선택의 상황을 대형병원에서의 치료와 일부 암요양병원에서의 치료에 초점을 두어 여러 사회요인들을 같이 고려해서 살펴보기로 한다.

대형병원(대학병원, 암센터)에서의 진료

국내 암환자의 치료에 있어서 대형병원 쏠림 현상을 이해하는 것이 중요하다. 서울지역을 중심으로 한 대형병원들은 앞다투어 암센터를 건립하고 시설과 규모를 확장해 더 많은 암환자를 유치할 수 있게 되었다. 또한 최근 수년간 고속철도의 대중화와 수도권 중심의 도로망 확충은 집중된 서울의 분산화가 아니라 지방의 서울 집중화라는 결과를 낳았고 암환자의 서울지역을 중심으로 한 대형병원들에 대한 접근성을 높이는 결과를 낳았다. 대도시 위주의 지방의 대형병원들도 암센터 특성과 병원들이 늘고 있으며 의료서비스의 질 향상 운동 등을 통해서 서울로 빠져나가는 지방 환자들의 유치에 다각적으로 노력하고 있다. 대형병원 위주의 암환자 진료는 많은 환자의 치료를 통한 경험을 축적하게 되어 의료진의 발전을 이끌게 되고 체계적인 치료를 가능하게 하며 고비용의 최신 의료장비를 갖추 수 있게 되어 보다 수준 높은 의료를 시행할 수 있는 장점이 있다. 또한 대형병원에서는 임상시험의 참여기회를 가지게 되어 암환자에게 새로운 치료의 선택권을 줄 수 있게 되었다. 결국은 많은 환자의 유치는 의료진과 상승작용을 내며 훌륭한 암치료결과로 나타나고 있다.

그러나 대형병원도 한국의료시스템 속에 존재하므로 병원의 수익을 고려할 수 밖에 없으며 매월 주변의 다른 경쟁병원과의 진료실적을 공유하면서 보다 효율적인 병원운영을 하려는 다각적인 자구책을 펼치고 있다. 또한 최근에는 진료내용에 대한 평가도 다방면으로 이루어지고 있으며 그 결과에 따라 병원등급을 나누게 되고 실제로 병원수익과 직결이 되며 병원홍보자료로도 활용되고 있는 실정이다. 이러한 병원평가에는 암환자의 비율이 높아야 하는 중증도 평가나 비급여 처방내역을 건강보험심사평가원이 공개하면서 모든 병원과 국민들이 비교할 수 있게 되면서 중요한 치료과정에 더 집중할 수 밖에 없는 실정이다. 또한 건강보험심사평가원이 암 치료비용을 각 병원별로 공개하면서 특정 암을 치료하는 비용뿐만 아니라 입원기간도 비교의 대상이 되었다. 그러므로 진료비 감소와 입원기간 단축이라는 목적과 대기환자 수 감소와 병실회전을 증가를 통한 병원수익 증대를 위하여 중요한 치료만 입원해서 진행할 수 있는 상황이 되어 가고 있다. 대형병원에서는 암수술, 항암치료, 방사선치료, 표적치료 등의 직접적인 암치료를 집중하게 되고 비급여 치료는 미슬토(Mistletoe) 정도만 일부 병원에서 시행하는 것으로 알려져 있다. 최근에는 암 통합케어시스템을 구축하여 여러 임상전문의뿐만 아니라 정신종양학, 종양재활, 영양사, 작업치료사 등의 전문가와 함께 암환자교육 프로그램을 활성화하고 있는 병원도 점차 늘어나고 있다.

2013년부터 시작된 건강보험심사평가원에서 시행하는 각종 암적정성 평가는 모든 병원에서 표준치료가 시행되는 계기가 되었으나 다학제 진료가 가능한 인력구조도 평가항목으로 들어가 있어 다학제 진료를 기관 내가 아니라 기관 외에서 자문을 받으며 표준치료를 잘 시행한다고 해도 높은 등급을 받을 수는 없는 구조라는 의견과 다학제 진료를 위한 인력구성이 가장 중요하다는 의견이 상존하고 있어서 향후 평가기준의 변화가 올지는 모르지만 이러한 평가결과가 공개되면서 지역 내 중소병원의 암환자진료는 더욱 외면되고 있는 실정이다. 실제로 경제논리로 본다면 대형병원이 취하고 있는 치료패턴은 치료의 효율성을 높이기 위해서 당연히 전개되어야 할 내용이지만 그 대상이 암환자라는 특수상황을 고려하면 효율성을 우선하면서 간과될 수 있는 암환자의

사회심리적 지지나 정신사회학적 부분에 대한 권리와 선택에 대해서 충분한 배려는 부족한 게 사실이다.

암요양병원에서의 진료

요양병원은 2003년에는 68개, 2009년에는 777개이던 것이 지난 2015년에는 1372개로 급격한 증가추세를 보이고 있다. 개원이 다소 용이하고 정부지원을 받을 수 있는 장점이 있는 반면 병원시설이나 인력난에 따른 운영의 어려움을 호소하는 경우도 많다. 초기의 요양병원의 모습은 주로 뇌졸중, 치매, 당뇨 등 만성질환을 앓는 환자의 요양과 치료를 담당하였는데 정부가 2008년 일당정액제를 시행하게 되면서 안정적인 병원운영을 위해서는 많은 입원환자를 유치하거나 의료진이나 직원을 줄여야 하는 운영난에 봉착한 많은 요양병원들은 새로운 수익모델을 찾게 되었다. 정액제라 급여 처방으로는 더 이상 치료를 적극적으로 할 수 없는 사회구조에서 선호한 방법은 비급여 처방으로, 비급여 처방을 비교적 많이 할 수 있는 암환자에 관심을 더욱 가지게 되었으며 실제로 암환자를 대상으로 요양병원의 성격을 변경하거나 새롭게 암요양병원을 설립하는 경우가 늘고 있다.

암요양병원에서 주로 시행되는 비급여 치료법에는 자닥신, 미술토, 고주파온열치료, 고용량 비타민주사, 셀레늄, 루치온주사, 옫나무 추출물 등이 있다. 이 중에서 암환자의 항종양효과로 식품의약품안전처의 허가를 받은 약물은 미술토가 유일하며 다른 치료법은 약품이나 기기가 식품의약품안전처의 허가를 받기는 했지만 암환자에게 적용했을 때도 효과가 있다며 적응증을 가지고 인정을 받지는 못했다. 물론 이러한 치료법의 효과를 지지하는 연구결과가 있기도 하지만 치료 적응증을 가질 정도로 증거가 있다고 보기는 어렵다는 것이 현재까지의 중론이다. 이 외에도 음악요법, 댄스요법, 심리치료, 미술요법, 웃음치료, 요가요법, 기공/국선도, 향기요법, 뜸 요법, 광선요법, 적외선치료, 수기치료 등의 치료가 암요양병원과 몇몇 암케어센터에서 시행되고 있다. 실제로 이런 치료를 자연치유요법의 범주로 포함하기도 하는데 이러한 치료가 불안과 스트레스를 감소시키고 이용자의

과반수가 생존기간 연장에 도움이 된다는 인식을 가졌다는 연구결과도 있다[2].

최근에는 대형병원이 암요양병원과 협력병원관계를 구축하면서 대형병원에서 주된 치료를 담당하고 암요양병원에서는 암환자의 요양에 집중하게 되는 시스템을 만들어 암요양병원의 순기능을 극대화하려는 움직임도 있으나, 수도권에 위치한 암요양병원의 경우 지방환자들의 서울 집중현상을 심화시킨다는 반론도 있다. 일부 암요양병원이 비급여 처방위주의 치료가 아니라 암환자의 식사요법이나 심리치료와 운동요법 등에 중점을 둔 암요양병원의 순기능을 수행하려는 모습은 환영할 일이지만 비용문제나 의료진간의 정보공유와 환자와의 신뢰구축 등이 선행되어야 할 것이다. 또한 암환자 치료를 병원수익의 수단으로 생각하고 보완대체요법을 전면에 내걸고 의학적 근거가 약한 치료를 과장해서 광고하며 시행하는 것은 지양해야 할 것이다.

민간보험사의 입장

전국민의 대다수가 보험에 가입되어 있다고 하니 이제 의료행위와 함께 민간보험사의 상황을 같이 고려하지 않을 수 없다. 민간보험사의 보험적용 약관을 보면 대부분 ‘직접적인 암치료’에 해당하는 부분에 대해서 치료비의 일정 부분과 입원비 지원 혹은 입원기간에 따른 일비지급이라는 항목이 있는데 대형병원에서 직접적인 암환자의 치료에 관련된 수술, 항암, 방사선치료 등은 모두 이점이 없는 반면 암요양병원에서의 비급여치료에 대해서 논란이 되고 있으며 소송으로까지 이어지는 경우가 늘어나고 있다. 그 동안의 판례에 따르면 현재 암치료에 대한 적응증을 가지고 있는 미술토 치료에 대해서는 대체적으로 허용되는 반면 이 외의 많은 비급여치료는 논란의 소지가 있으며 암환자 개개인의 사안별로 이해관계 당사자간에 대치하는 양상을 보이고 그 결과도 사안별로 다르게 나타나고 있음을 알 수 있다. 그 동안 다른 의료분야의 비급여치료비에 대해 이미 불거진 문제와 마찬가지로 그 분쟁건수가 많아지게 되면 민감한 갈등을 유발할 가능성이 많으며 늘어난 보험사의 비용부담은 결국 진료비 청구가

상대적으로 적은 다수의 보험가입자에 대한 보험료 상승이라는 부담으로 작용할 여지가 있다.

일차진료의의 입장

암환자의 진료에 있어서 대형병원과 지역 내 일차진료의와의 긴밀한 협업이 가장 이상적이지만 아직은 이런 협업시스템이 잘 갖추어지지 못했다. 이는 암환자의 경우 어떤 질환보다도 자신을 치료한 주치의에 대한 높은 의존성을 보이며 재발의 가능성을 가지고 살아야 하는 입장에서 본인에게 벌어지는 암과 직접적인 관련이 없는 통상적인 질환에 있어서도 의존성을 보이는 경우가 많은 상황에서는 더욱 쉽지 않은 상황이다.

예상과 다르지 않게 주치의와 정보를 공유하지 못하는 지역 내 일차진료의의 입지는 상당히 좁아져서 암환자의 후기 합병증을 적절히 예방하고 대처하는데 어려움이 있다. 최근에는 암환자 치료경험이 풍부한 지역 내 일차 혹은 이차진료의를 통한 환자 의뢰 시스템을 만들어 항암치료 후 백혈구 감소증과 합병증에 대한 관리를 나누어 맡거나 수술 후 상처 치료를 지원하는 경우도 있으며 대형병원에서 수술을 받고 난 후 장거리이동의 부담과 위험성을 감소할 목적으로 지역 내 중소형 암전문병원에서 항암치료나 심리적 지지치료를 맡아서 진행하는 형태를 가지고 있는데 이는 향후 대형병원과 일차 혹은 이차진료의 간의 환자의뢰/의뢰 시스템의 구축에 일조할 것으로 생각된다

암환자의 입장

한국은 암환자가 본인이 원하는 병원을 선택하고 치료받을 수 있는 자유가 상당히 보장이 된 나라임에는 분명하다. 본인이 믿을 수 있는 병원을 선택하고 주치의를 선택할 수 있으므로 환자의 만족도는 대체적으로 높고 많은 치료경험을 통해 검증된 전문의료진의 시스템 안에서 치료를 받게 되니 그 치료효과도 상당히 높다. 최근의 발표자료에 따르면

선진국의 암치료결과 못지 않은 좋은 결과를 내고 있는 것도 이런 대형병원의 순기능이라고 할 수 있다.

그러나 수치상으로 나타나는 이런 결과 뒤에는 암환자가 토로하는 불만도 있는데, 대형병원에서는 수술이나 위중한 상태를 제외하고는 입원치료가 어려운 실정이라 이런 치료가 끝나는 대로 퇴원해야 하니 심리적 지원이나 상담은 물론 요양을 취할 수 있는 기회는 상당히 제한적이라는 점이다[3]. 항암치료의 경우도 일부 대형병원을 제외하고는 입원해서 충분한 휴식과 안정을 취하지 못하며 당일 항암주사실에서 항암제를 투여받고 귀가해야 하고 방사선치료는 입원자체가 불가하며 통원치료를 받고 있는 경우가 대부분이다. 외래 진료 역시 어떤 질환보다도 관심과 상담이 필요할 상황이지만 많은 환자들의 집중화로 인해 짧은 진료시간에 충분한 상담이 이루어지기 어려운 상황이라 상세한 상담과 요양을 위해서는 인터넷상의 정보를 검색하거나 지인의 도움을 받거나 스스로 보완대체요법이나 민간요법을 찾는 건강추구행위로 이어지는 경우가 나타나게 된다. 그러나 환자 개개인에 맞춘 적절한 치료법이 아닌 상업성 목적을 가지거나 의학적 검증이 되지 않은 경우가 많다 보니 정보의 홍수 속에서 제대로 된 정보를 찾는 것도 쉬운 일은 아니다. 최근에는 이러한 이유로 암요양병원을 찾게 되어 암요양병원의 순기능에 기대어 충분한 요양을 취하고 건강회복의 기회를 찾게 되면 다행이지만 의학적 근거가 부족한 치료를 받아들여야 하는 상황에 놓일 수도 있다는 역기능도 분명히 존재하므로 믿을 수 있는 조력자의 역할이 절실하다[4].

결론

암진료의 양극화는 현재 국내 암환자진료의 구조적인 문제점에서 기인하므로 그 해결방법도 국가적인 정책으로 암환자의 전주기적 치료에 대한 통합적인 시스템이나 가이드 라인을 제시할 수 있어야 한다. 또한 현재의 각 지역 암센터의 역량을 강화하여 대형병원과 암요양병원 그리고 대형병원과 일차진료의 간의 협업을 중재하는 것도 대안일 수 있다. 대형병원에서는 치료 외에도 환자교육을 강화하여 퇴

원 후 겪게 되는 일상에 대해서 암환자에게 많은 정보를 주고 가장 가까이에 있는 조력자로서의 역할을 수행할 수 있도록 노력해야 하며 암요양병원에서는 암요양의 순기능을 최우선으로 하고 과대광고와 무분별한 고액의 치료를 지양하고 환자와의 충분한 상담을 통하여 신중하게 여러 치료를 고민하고 선택해야 한다. 암요양병원, 일차병원과 대형병원이 서로의 순기능을 극대화할 때 상생할 수 있고 그 이익은 암환자에게 돌아갈 것으로 기대된다.

Acknowledgement

I thank Juyeon Hong in Dr. Kim's Clinic, Sung Eun Hwang in Gaeun Hospital, Jae Yang Lim in Dr. Lim's Breast Clinic, Sungwoon Im in Abnova Korea, Tae Guk Ha in Pogeunhanmam Hospital, Editorial Committee in Korean Society of Surgical Oncology, and Korean Breast Cancer Survivorship Research Group for their assistance of excellent comments.

찾아보기말: 암, 병원; 재활; 의로서비스 제공

ORCID

Ku Sang Kim, <http://orcid.org/0000-0003-2710-112X>

REFERENCES

1. Livaudais JC, Franco R, Fei K, Bickell NA. Breast cancer treatment decision-making: are we asking too much of patients? *J Gen Intern Med* 2013;28:630-636.
2. Hong SJ, Kim SY, Kim SH, Yoon HG. Efficacy of naturopathic treatments of Korean cancer patients on their stresses and anxiety indices. *J Naturopathy* 2014;3:1-9.
3. Cho J, Jung SY, Lee JE, Shim EJ, Kim NH, Kim Z, Sohn G, Youn HJ, Kim KS, Kim H, Lee JW, Lee MH. A review of breast cancer survivorship issues from survivors' perspectives. *J Breast Cancer* 2014;17:189-199.
4. Kim KS, Kim Z, Shim EJ, Kim NH, Jung SY, Kim J, Sohn G, Lee JW, Cho J, Lee JE, Lee J, Youn HJ, Lee J, Lee MH; Korean Breast Cancer Society. The reality in the follow-up of breast cancer survivors: survey of Korean Breast Cancer Society. *Ann Surg Treat Res* 2015;88:133-139.

Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 해마다 증가하고 있는 암생존자의 진료를 대형병원과 암요양병원이라는 진료 주체의 양극화 측면에서 체계적으로 고찰하였으며, 더불어 1차 진료의와 민간 보험사 그리고 암 생존자들의 입장에서 국내 암환자의 진료 현실을 객관적으로 잘 분석하였다. 최근 의료 패러다임이 질병 중심 모형에서 환자 중심 모형으로 변화하고 있고, 이에 따라 암 생존자에 대한 효율적인 진료 체계 개발과 관리 방안 마련 등에 대한 관심과 제도적 접근이 시급한 상황에 본 논문은 매우 시의적절하다고 할 수 있다. 본 논문을 통해 향후 암 생존자의 생존율을 높이고 삶의 질을 개선하기 위한 표준관리지침 개발 및 국가 정책 마련에 큰 도움을 줄 수 있을 것으로 기대한다.

[정리: 편집위원회]