국내 말기 의료 현황과 웰다잉법

서울대학교 의과대학 서울대학교병원 가정의학교실

이지은 · 구애진 · 조비룡

The Current Status of End-of-Life Care in Korea and Legislation of Well-Dying Act

Ji Eun Lee, MD, MPH, Ae Jin Goo, MD, Be Long Cho, MD, PhD

Department of Family Medicine, Seoul National University Hospital, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

Recently, the Well-dying Act was legislated in Korea, and it will come into force in 2018. The rapid aging of this society has made many older patients and their families suffer from pain and disability for a long time towards the end of life. Hospice care, when compared to life-sustaining treatment, can relieve such burdens. Regarding the decision of choosing hospice care at the end of life, advance care planning and advance directives can help people express their preference beforehand. In Korea, hospice care is still not actively used and most patients endure life-sustaining treatment until death. Many patients want hospice care, but there has not been a legal basis for such a decision, leading to social conflict and many legal problems. The Well-dying Act will provide a legal basis for such a decision. This will help establish and promote hospice care in Korea. However, sufficient discussion and preparation are required before enforcing the Act.

Key Words: Advance care planning, Advance directives, End-of-life care, Hospice care, Well-dying act

서 론

2016년 1월 ‘호스피스/완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률안’, 이른바 ‘웰다잉법’이 국회 본회의를 통과하면서 우리나라 말기 의료에 있어 새로운 전환점이 마련되었다. 1997년 연명의료를 중단한 의료진에게 살인 방조죄를 적용한 ‘보라매 사건’과 국내 법원에서 처음으로 연명의료 중단을 인정한 2009년 ‘김할머니 사건^{1,2)}’, 이후 말기 의료에 대한 환자의 자기결정권 등에 대해 사회적 논의가 커져

왔으나, 이를 위한 법안이 제정되기까지는 여러 난항을 겪어왔다. 연명의료 중단에 대한 사회적 합의는 점차 이루어졌으나 이를 허용할 법적 근거가 없었고, 이러한 상황에서 법적 소송을 비롯한 사회적 갈등은 커져갔고, 연명의료 유지를 위한 의료비 지출은 여전히 컸다. 웰다잉법이 제정되며 호스피스 완화 의료를 비롯한 말기 의료에 관련된 여러 논의를 활성화하기 위한 법적 근거는 그 토대가 마련되었다고 볼 수 있다. 이러한 시점에서 국내 말기 의료의 현황과 배경, 의료진의 역할 및 앞으로의 과제 등을 짚어보고자 한다.

본 론

1. 인구 고령화와 말기 의료

호스피스 완화의료, 연명의료 중단 등을 포함하는 말기 의료에 대한 논의가 활성화 된 것은 인구의 고령화와 관계가 깊다. 특히 우리나라는 세계적으로 가장 빠르게 인구 구조가 고령화되고 있어, 2018년에는 65세 이상 노인이 14% 이상인 고령사회,

▶ Received: January 19, 2016, ▶ Revised: June 1, 2016

▶ Accepted: June 9, 2016

Address for correspondence: Be Long Cho, MD, PhD
Department of Family Medicine, Seoul National University Hospital, Seoul National University College of Medicine, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea
Tel: +82-2-2072-0847, Fax: +82-2-766-3276
E-mail: belong@snu.ac.kr

*This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2013S1A3A2043309).

2026년에는 21% 이상인 초고령사회가 될 것으로 예상되고 있다. 2010년 당시 545만 명이던 노인 인구는 2030년에 2.3배, 2060년에 3배로 증가할 것으로 전망된다³⁾. 이러한 고령화로 대부분의 사람들은 고령이 되어서 사망하게 되었고, 사망의 원인 또한 감염성 질환으로부터 암, 뇌졸중 등 만성적 경과를 보이는 질환들로 변화했다⁴⁾. 이러한 변화는 사망 전 오랜 시간 동안 고통과 장애를 겪게 하며, 가족의 간병 부담 및 경제적 부담 역시 증가시켰다. 최근 세계보건기구에서는 완화의료 대상 질환을 제시하였는데, 여기에는 암 외에도 후천성 면역 결핍증, 만성 호흡부전, 당뇨, 간경변증, 치매, 급사를 제외한 심혈관 질환, 신부전증, 파킨슨병 등의 비암성 말기 질환을 포함하였고 대부분 만성적 경과를 보이는 노인성 질환과 관련되어 있다⁵⁾.

이에 따라 말기 의료에 관련된 법적, 윤리적 문제들이 논의되기 시작하였고, 사전의료계획(advance care planning)의 중요성이 대두되었다. 사전의료계획이란 환자가 의사 결정 능력을 잃었을 때를 대비하여 자신의 말기 치료에 대해 미리 결정해 둘 수 있도록 도와주는 의사 결정 과정을 말한다⁶⁾. 환자는 사전의료계획을 통해 연명의료와 호스피스 완화의료에 대한 선호를 밝힐 수 있고, 이를 문서화 하여 사전의료의향서(advance directives)로 남길 수 있으며, 자신을 대리하여 의료 행위를 결정할 대리인을 지정할 수도 있다. 현재까지 이와 같은 사전의료계획과 사전의료의향서 등의 법적 근거가 없어 실효성이 떨어졌으나, 웰다잉법이 제정됨에 따라 이를 활성화시킬 수 있는 토대가 마련되었다.

2. 국내 말기 의료 현황

그러나 우리나라 말기 의료 현황을 보았을 때 여전히 대부분의 환자들은 말기까지 연명의료를 받고 있다. 국내 한 대학병원에 입원한 말기 암 환자들을 대상으로 한 연구에서⁷⁾ 환자의 94.6%는 사망 6개월 이내에 항암화학요법을 받고 있었고, 50.3%는 2개월 이내에 받았다. 마지막 항암화학요법과 사망 사이 평균 기간은 77.1일이었다. 그러나 호스피스 완화의료로 의뢰된 비율은 9.1%에 불과하였다. 2009년 전국 중환자실 입원 환자 중 연명의료를 받고 있는 환자 현황을 조사한 연구에 따르면⁸⁾ 1.64%가 연명의료 환자로 분류되었고, 이중 말기 암 환자가 42.4%로 가장 많았고, 3개월 이상 지속적 식물 상태 환자

가 18.4%, 뇌사도 5.0%를 차지하였다. 같은 연구에서, 중환자실을 운영하고 있는 의료기관의 평균 연명의료 환자 수는 6.07명이었는데, 특히 대학병원, 국공립병원에 연명의료 환자의 비율이 더 높았다.

이에 반해 호스피스 완화의료 이용은 낮은데, 암으로 인한 사망자 수 대비 호스피스 완화의료 이용률은 2014년 기준 13.8%였으며, 이는 2008년 7.3%에 비교하여 증가하였으나 여전히 낮은 상태이다. 또한 호스피스 서비스로의 연계는 매우 말기에 이르러 이루어져, 2014년 사망 환자 중 완화의료 전문기관 입원 건강 평균 입원 기간은 19.1일이었으며, 서비스 신청 후 사망하기까지 생존 기간은 평균 32.9일이었다. 서비스를 신청한 환자의 26.1%는 7일 이내에 사망하였다⁹⁾. 암을 제외한 비암성 말기 질환의 호스피스 이용률은 정확히 집계되지 않고 있으며, 매우 낮은 것으로 예상된다. 이는 다른 나라의 호스피스 서비스 이용 현황과 대비되는데, 미국의 경우 2009년 호스피스 서비스를 받고 사망한 환자가 약 102만 명으로, 전체 사망자의 약 41.6%가 이용하였다. 호스피스 환자들의 평균 서비스 이용일수는 69일이었다. 환자의 주진단 역시 다양하여 암이 40.1%, 쇠약 13.1%, 심장질환 11.5%, 치매 11.2%, 폐질환 8.2% 순이었다¹⁰⁾.

대부분의 비암성 말기 질환은 5-10년 이상의 질환 경과 동안 서서히 신체기능과 인지기능이 감소한다. 따라서 인지기능의 장애가 뚜렷하기 전에 사전의료계획을 수립하고 전인적 돌봄을 위해 치료와 복지가 함께 제공되어야 한다는 측면에서 호스피스 완화의료의 필요성이 크다. 또한 이러한 특성들로 인해 서비스 제공이 이루어지는 장소는 환자의 거주 장소가 우선시된다⁵⁾. 그러나 우리나라는 아직 비암성 말기 질환의 관리에 대해 질환 치료 중심의 관점에서 벗어나지 못하고 있다. 제도적 측면에서, 비암성 말기 질환의 장기적 관리를 위해 2008년 새로운 요양병원 수가 체계가 도입되었고 같은 해 노인장기요양보험제도가 도입되었으나, 두 제도 모두 치료와 관리에 대한 서비스 형식에 제한되어, 심리사회적 돌봄이나 말기관리, 임종관리, 사별가족관리 등 완화의료적인 내용을 포함하고 있지 않다⁵⁾.

또한 우리나라 호스피스 완화의료는 의료기관 위주로 제공되고 있다. 호스피스 완화의료 전달체계 중 가정 호스피스가 가장 비용 효과적이며 입원 기간 단축 효과가 있는 것으로 알려져 있으나^{11,12)}, 현재까지 우리나라의 정부 정책과 지원은

입원형 호스피스 완화의료에 집중되어 있어¹²⁾, 가정 호스피스는 입원했던 기관에서 퇴원 후 가정 방문을 하거나, 지역 보건소나 종교기관에서 자원 봉사자들의 도움으로 가정 방문을 하는 수준에 그치고 있다¹³⁾.

3. 말기 의료에 대한 인식과 사회 문화적 배경

한편, 일반 국민의 인식에 있어서는, 말기 의료에 관련된 쟁점에 대한 인식은 높은 상태였으며, 이는 일련의 ‘보라매 사건’, ‘김 할머니 사건’ 등을 통해 사회적 담론을 거치며 형성된 것으로 해석된다¹⁴⁾. 2011년 보건복지부의 생명나눔 인식도 조사에 따르면 일반 국민의 49.3%는 무의미한 연명의료가 무엇인지 인지하고 있었고, 72.3%는 연명의료의 중지 찬성하였다¹⁵⁾. 다른 연구에서도 ‘호스피스’에 대해 들어본 적이 있다고 응답한 대상자가 59.4%였으며, 57.4%가 호스피스를 이용할 의향이 있다고 답하였다. 호스피스 서비스를 건강보험으로 인정할 필요성에 대해서도 79.4%가 필요하다고 응답하였으며, 사전의료의향서를 본인에게 행해질 치료에 대해 환자의 의견을 미리 서면으로 작성하여 치료 결정에 반영하도록 하는 것이라 설명한 후 그 필요성에 물었을 때 80.9%가 필요하다고 응답하였다¹⁶⁾.

이러한 일반 국민의 인식과 태도에는 유교문화, 가족 중심주의 등의 우리나라 문화적 배경이 복합적으로 반영되어 있다고 여겨진다¹⁷⁾. 한국의 전통적 죽음관은 유교, 불교, 도교 등의 영향을 크게 받았는데, 유교에서는 죽음을 모든 생명이 겪는 자연스러운 운명으로 보며, 도교에서는 삶과 죽음이 크게 다르지 않으니 자연에 순응하여 살아갈 것을 강조한다. 불교에서는 삶과 죽음이 모두 허상이며 궁극적인 진리에 도달하여 죽음을 극복할 수 있다고 본다¹⁸⁾. 과거부터 우리는 ‘호상’ 등의 개념을 통해 바람직한 죽음, 품위 있는 죽음에 대한 인식이 있었고, 이를 위해서는 ‘다른 사람에게 부담주지 않음’, ‘가족이나 의미 있는 사람과 함께 있는 것’, ‘주변 정리가 마무리된 것’, ‘통증으로부터 해방된 상태’, ‘영적인 안녕상태’ 등이 중요한 요소였다¹⁹⁾. 특히 ‘다른 사람에게 부담주지 않음’, ‘가족이나 의미 있는 사람과 함께 있는 것’이 가장 중요하게 여겨지는 것을 통해, 유교 문화에 기반한 가족 중심주의가 죽음에 대한 관점에도 큰 영향을 끼치고 있음을 볼 수 있다. 또한 이러한 관점에서 사전의료계획 역시 가족 전체의 문제로 인식되는데,

2011년 보건복지부 조사에서 77.5%가 본인이 의사표현을 할 수 없을 시 가족 의견이 반영되는 것에 찬성하였고¹⁵⁾, 다른 연구에서는 사회경제적 부담을 고려하지 않았을 때에는 환자 스스로의 의사 결정이 가장 중요하다는 응답이 제일 많았지만, 경제적 부담을 고려하게 한 경우에는 말기 의료에 대한 결정을 가족이 내려야 한다는 응답 비율이 급격하게 높아졌다¹⁹⁾. 말기 암 환자를 대상으로 한 연구에서, 가족의 부담을 크게 인지하는 환자일수록 호스피스 완화의료에 대한 선호가 커지기도 하였다²⁰⁾. 이러한 특성은 가족 중심주의 뿐만 아니라, 다른 사람에게 부담을 주기 싫어하는 문화도 함께 반영되어 있으며, 이는 일본의 메이와쿠(남에게 폐를 끼치는 것) 기피 문화와도 유사하다¹⁷⁾. 또한 우리나라의 이와 같은 가족 중심주의는 말기 의료론 논함에 있어 개인의 자율성이 가장 중요하게 여겨지는 서구의 문화와 대조되어, 사전의료계획을 비롯한 말기 의료의 여러 문제에 있어 접근법을 서구와 달리해야 함을 보여준다²¹⁾.

4. 사전의료의향서 현황

사전의료의향서는 의사 결정 능력이 있는 성인이 향후 보건 의료 의사 결정 능력이 상실될 경우, 자신의 보건 의료 결정을 통제하고 지시하기 위한 목적으로 작성한 서면 혹은 구두 의향서로 정의된다²²⁾. 사전의료계획을 개인이 미리 본인에게 행해지는 말기 의료에 대해 의견을 구축하는 과정으로 본다면, 사전의료의향서는 사전의료계획을 문서화한 산물로 볼 수 있다.

현재까지 우리나라에는 공통되거나 법적으로 정해진 양식의 사전의료의향서가 존재하지 않는다. 사전의료의향서의 배포 및 보관은 주로 몇몇 비정부단체에 의해 이루어져 왔는데, 이들이 제공하는 양식에는 적용 시기, 연명의료의 거부 지시, 원하거나 원하지 않는 치료 및 검사의 선택, 대리인 지정 등이 포함되어 있다. 몇몇 병원에서는 개별적인 사전의료의향서 양식을 제공하기도 한다¹⁵⁾. 그간 한국형 사전의료의향서의 필요성과 구성 요소에 대해 논의가 있어왔고^{22,23)}, 웰다잉법이 제정됨에 따라 이들의 제안을 반영한 공통된 양식이 곧 만들어질 것으로 전망된다.

한편, 사전의료의향서의 작성 현황에 있어서는 작성한 비율이 매우 낮아 작성 경험이 있다고 응답한 비율이 4.7%에 불과하며, 작성 의향에 있어서는 의향이 없다는 비율이 59.5%였다¹⁵⁾.

그러나 이들이 사전의료의향서 작성 의향이 없다고 대답한 이유는 대다수가 ‘생각해 본 적 없다’(71.4%)였으며, 다른 연구에서 사전의료의향서에 대해 설명 후 필요성을 물었을 때 80.9%가 필요하다고 대답한 것을 볼 때, 이에 대한 교육과 홍보가 찬성률과 작성을 높일 것으로 보인다^{16,24)}.

5. 호스피스 제도화

우리나라에서는 1965년 처음 호스피스 기관이 개설된 이후 개인 혹은 민간단체를 중심으로 소외계층의 말기 환자를 돕는 활동으로 시작되어 1980년대 들어 현대적 개념의 다양한 형태의 호스피스 활동이 이루어졌다¹³⁾. 호스피스 완화의료의 제도적 지원을 받기 시작한 것은 2000년대 들어서이며, 1996년 정부의 암정복 10개년 계획에서 비롯하여 2003년 시범사업 성격의 완화의료 전문기관 지원을 시작하였다. 2008년 9월 말기 암 환자 전문의료기관 지정기준을 제정하여 정식으로 완화의료 전문기관을 지정하게 되었다^{25,26)}.

호스피스 완화의료의 활성화되면서, 특히 완화의료에 대한 건강보험 수가 도입의 필요성이 꾸준히 제기되어 왔는데^{25,27,28)}, 이는 무의미한 연명치료를 인한 국민의 의료비 가중뿐 아니라, 완화의료 서비스의 인력, 시설 기준 등의 통일을 위해서도 필요하였다²⁵⁾. 이에 건강심사평가원은 2010년부터 1차와 2차 ‘완화의료 건강보험 수가 시범사업’을 시행하였다. 이를 바탕으로 2015년 7월부터 호스피스 완화의료에 건강보험 수가가 적용되게 되었다. 이에 따르면, 입원비는 하루 입원 총 진료비가 미리 정해져 있는 일당정액수가를 적용받는다. 또한 선택 사항으로 요양보호사가 제공하는 전문 간병도 건강보험 혜택을 받을 수 있는데, 이들의 총 간병급여비 일당 8만원 중 환자 부담은 1일 4,000원이다. 호스피스 완화의료의 건강보험 적용은, 국내에서 호스피스 완화医료를 활성화시키는 데 크게 기여할 것으로 기대된다.

6. 웰다잉법의 제정

2009년 ‘김할머니 사건’에서 대법원이 인공호흡기를 제거해도 좋다는 판결을 내림으로써 사실상 무의미한 연명치료 중단은 허용된 셈이었다. 그러나 그간 관련 법안은 마련되지 않아 이에 대한 의사와 환자 가족 간 분쟁이 끊이지 않았고, 무

의미한 연명치료를 위한 의료비 지출은 지속되었다. 2013년에는 국가생명윤리심의위원회가 ‘연명치료 결정에 관한 권고안’을 발표하여 환자가 자신에게 시행할 의료에 대해 결정할 권리가 있음을 명시하였고²⁹⁾, 연명치료 결정에 관한 입법을 권고하였다. 이를 반영하여 18대 국회에서 ‘존엄사 법안’ 및 ‘삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안’이 발의되었지만 통과되지 못하였다. 이후 19대 국회에서 발의된 ‘호스피스/완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명치료 결정에 관한 법률안’, 즉 웰다잉법 역시 장기간 계류되며 무산될 위기에 있었으나, 마지막 정기 국회에서 적극적으로 통과되었다. 웰다잉법은 연명치료와 연명치료 중단 대상, 중단이 가능한 조건을 명시하고 있는데, 이에 의하면 연명치료는 ‘임종 과정에 있는 환자에게 하는 의학적 시술로서 치료 효과 없이 임종 과정의 기간만을 연장하는 것’으로 정의되고, 연명치료 중단 대상은 ‘임종 과정에 있는 환자나 암 환자 가운데 적극적인 치료에도 불구하고, 근원적인 회복 가능성이 없는 말기 환자’로 정의되었다. 사전의료의향서 등 환자의 명시적 의사 표시가 있는 경우 이를 인정하며, 명시적 의사 표시가 없더라도 환자가 평소에 연명치료를 원치 않았다는 가족 2명 이상의 일치하는 진술과 의사 2명의 확인을 통해 환자의 의사를 추정할 수 있게 하였다. 또한 환자의 의사를 추정할 수 없다면 가족 전원 합의와 의사 2명의 확인 혹은 적법한 대리인의 결정과 의사 2명의 확인이 있다면 연명치료를 중단할 수 있다.

웰다잉법은 2018년부터 시행될 예정으로, 이를 통해 연명치료 중단에 대한 의료진과 가족 간의 법정 분쟁, 무의미한 연명치료를 위한 의료비 지출 등이 줄어들 것으로 기대된다. 또한 대상이 암 환자에 국한되지 않아 비암성 말기 질환의 호스피스 완화의료 활성화에도 기여할 수 있을 것으로 보인다.

7. 앞으로의 과제

그러나 일각에서는 웰다잉법의 시행에 따른 우려가 제기되고 있으며, 이는 주로 종교계와 장애인 단체 등에 의해 제기되고 있다. 이들에 따르면 호스피스 완화의료 시설의 확충 및 임종 과정 환자에 대한 경제적 지원이 충분히 해결되지 않은 현 시점에서 웰다잉법을 시행할 경우, 연명치료 중단이 장애인, 노숙자, 빈민 등 사회적 취약층에 집중되어 이른바 ‘죽음의 계급화’가 나타날 수 있다는 것이다²⁾. 이는 경제적 부담을

비롯한 가족의 부담에 대한 인식이 말기 환자의 의사 결정에 영향을 줄 수 있다는 국내 연구들을 고려할 때^{19,20)}, 더욱 충분한 논의와 대비가 필요한 부분이다. 또한 웰다잉법을 비롯한 호스피스 완화의료 활성화는 환자의 자기 결정권을 우선시 함을 전제로 하고 있으나, 현재 법률에는 의사 결정 능력이 부족한 발달장애인 등에 대한 명시이 없어 이에 대한 보완도 필요하다³⁰⁾. 웰다잉법의 시행이 미칠 영향을 생각할 때, 시행에 앞서 이러한 쟁점들에 대한 의료계, 윤리계, 법조계 등의 충분한 논의와 사회적 합의가 있어야 하겠으며, 임종 과정 환자에 대한 경제적 지원 등에 대한 제도적 지원 역시 필요하다. 또한, 의료인과 일반인을 대상으로 한 교육도 마련되어야 하겠다.

결론

우리나라의 빠른 고령화로 인해 점차 호스피스 완화의료의 필요성이 증가하였고, 몇몇 사회적 사건들을 통해 말기 의료의 여러 쟁점들에 의한 국민의 인식도 높다. 국민의 많은 수는 무의미한 연명치료 중단과 호스피스 완화의료 활성화에 찬성하고 있으며, 이러한 인식에는 유교문화, 가족 중심주의 등의 문화적 배경이 복합적으로 반영되어 있다. 그러나 현재까지 호스피스 완화의료는 활성화되어 있지 않으며, 사전의료계획, 사전의료의향서 등을 경험한 비율 역시 매우 낮다. 최근 호스피스 완화의료에 건강보험이 적용되었고, 특히 웰다잉법이 제정됨으로써 호스피스 완화의료의 본격적으로 활성화될 것을 기대할 수 있다. 앞으로 사전의료계획에 대한 홍보, 사전의료의향서 서식 등을 준비하는 데 있어 현재까지의 현황과 일반 국민의 인식, 문화적 배경을 충분히 고려하여 접근하여야 하겠다.

요약

우리나라는 세계적으로 빠른 인구 구조의 고령화를 보이고 있으며, 이는 사망 전 오랜 시간 동안 고통과 장애를 겪게 하고, 가족의 간병 부담 및 경제적 부담을 증가시킨다. 이에 따라 말기 의료에 관련된 법적, 윤리적 문제들이 논의되기 시작하였고, 사전의료계획의 중요성이 대두되었다. 그러나 현재까지 우리나라 말기 의료 현황을 보았을 때 여전히 대부분의 환자들은 말기까지 연명치료를 받고 있고, 호스피스 완화의료의 이용률은 낮은 상태이다. 또한 사전의료계획도 활성화 되어 있지

않아 사전의료의향서의 작성률 역시 매우 낮다. 그러나 말기 의료에 관련된 쟁점들에 대한 인식은 높은 상태로, 무의미한 연명치료를 대해서 중지에 찬성하는 비율이 높았고 사전의료의향서의 필요성에 대해서도 대부분이 동의하였다. 이러한 인식에는 유교문화, 가족 중심주의 등의 문화적 배경이 반영되고 있다고 여겨진다. 2016년 1월 ‘호스피스/완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명치료 결정에 관한 법률안’, 이른바 ‘웰다잉법’이 국회 본회의를 통과하면서 우리나라 말기 의료에 있어 새로운 전환점이 마련되었다. 웰다잉법은 연명치료와 연명치료 중단 대상, 중단이 가능한 조건을 명시하고 있어, 사전의료의향서 등 환자의 명시적 의사 표시가 있는 경우 이를 인정하며, 명시적 의사 표시가 없더라도 환자가 평소 연명치료를 원치 않았다는 가족 2명 이상의 일치하는 진술과 의사 2명의 확인을 통해 환자의 의사를 추정할 수 있게 하였다. 웰다잉법은 2018년부터 시행될 예정으로, 이를 통해 연명치료 중단에 대한 의료진과 가족 간의 법정 분쟁, 무의미한 연명치료를 위한 의료비 지출 등이 줄어들 것으로 기대된다. 그러나 웰다잉법의 시행에 따른 우려가 제기되고 있는데, 연명치료 중단이 사회적 취약층에 집중될 수가 있으며, 의사 결정 능력이 부족한 발달장애인 등에 대한 명시이 없어 이에 대한 보완 등도 필요하다는 점이다. 웰다잉법의 시행에 앞서 이러한 쟁점들에 대한 충분한 논의와 사회적 합의가 있어야 하겠으며, 이에는 문화적 배경에 대한 고려도 필요하다.

알림: 이 종설은 2013년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2013S1A3A2043309).

REFERENCES

1. Park HW. The implications and significance of the case at severance hospital. J Korean Med Assoc 2009;52:848-55.
2. Well-dying controversy is raised by Boramae hospital incident [Internet]. Seoul: Asia Business Daily; c2015 [cited 2015 Dec 9]. Available from: <http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2015120909090909325>
3. Korean Statistical Information Service. Population projections for Korea: 2010-2060. Daejeon: Statistics Korea; 2011.
4. Ministry of Health and Welfare. Last 60 years of Korean public health and future direction. Sejong (KR): Ministry of Health and Welfare; 2008.
5. Jang YJ. The elderly and hospice palliative care. In: Health

- and Welfare Policy Forum. vol. 225. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2015. p. 38-47.
6. Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. *BMJ* 2013;347:f6064.
7. Keam B, Oh DY, Lee SH, Kim DW, Kim MR, Im SA, et al. Aggressiveness of cancer-care near the end-of-life in Korea. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38:381-6.
8. Bae JM, Gong JY, Lee JR, Heo DS, Koh Y. A survey of patients who were admitted for life-sustaining therapy in nationwide medical institutions. *Korean J Crit Care Med* 2010;25:16-20.
9. Choi JS, Han EJ, Hwang NM, Kang AR, Choi SE. Hospice palliative activation plan. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2015.
10. Kim JH, Kim Y, Park JN. Hospice care trends and reform in US. *Korean J Hosp Palliat Care* 2011;14:1-7.
11. Lee TW, Sung YH, Choe WS, Hwang NM, Park HO, Hwang MS, et al. A study on estimating the nursing cost of home hospice care. *J Korean Nurs Adm Acad Soc* 2008;14:182-95.
12. Koh SJ, Kim Y, Song MO, Choi Y, Choi SE, Jho HJ, et al. Home hospice palliative care service in Korea: based on focus group interview. *J Korean Data Inf Sci Soc* 2014;25: 37-52.
13. Park CS, Yoon S, Jung Y. The status of home-based hospice care in Korea. *Korean J Hosp Palliat Care* 2013;16:98-107.
14. Park KS, Suh YJ, Ahn K. Dilemma in decision making about life-sustaining treatment and its social context. *Soc Theory* 2015;26:255-302.
15. Ministry of Health and Welfare. Report on the life-sharing perception survey. Sejong (KR): Ministry of Health and Welfare; 2011. Report No. 11-1352000-000522-01.
16. Yun YH, Rhee YS, Nam SY, Chae YM, Heo DS, Lee SW, et al. Public attitudes toward dying with dignity and hospice palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care* 2004;7:17-28.
17. Shin DW, Lee JE, Cho B, Yoo SH, Kim S, Yoo JH. End-of-life communication in Korean older adults: With focus on advance care planning and advance directives. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16:407-15.
18. Kwon I. Koreans' traditional view on death. *Korean J Hosp Palliat Care* 2013;16:155-65.
19. Kwon YC, Shin DW, Lee JH, Heo DS, Hong YS, Kim SY, et al. Impact of perception of socioeconomic burden on advocacy for patient autonomy in end-of-life decision making: a study of societal attitudes. *Palliat Med* 2009;23:87-94.
20. Lee JE, Shin DW, Cho J, Yang HK, Kim SY, Yoo HS, et al. Caregiver burden, patients' self-perceived burden, and preference for palliative care among cancer patients and caregivers. *Psychooncology* 2015;24:1545-51.
21. Kim S, Hahm KH, Park HW, Kang HH, Sohn M. A Korean perspective on developing a global policy for advance directives. *Bioethics* 2010;24:113-7.
22. Lee E, Park I, Lee I. Proposal of model advance directive forms and analysis of advance directives forms of 4 nations. *Bioethics Policy Stud* 2011;5:1-25.
23. Kim SM, Hong SW, Eun Y, Koh SJ. Prerequisite for Korean advance directives: from the view of healthcare providers. *J Korean Acad Nurs* 2012;42:486-95.
24. Sung BM, Cho J, Choa M, Chung HS, Chung SP, Park IC. Attitudes of elderly persons toward advanced directives after providing prognostic information on cardiopulmonary resuscitation (CPR). *J Korean Geriatr Soc* 2008;12:153-9.
25. Kim KH. Future plan for activation of hospice palliative care. In: Korean Medical Association, editor. *Medical Policy Forum*. vol. 12. Seoul: Korean Medical Association; 2014. p. 50-6.
26. Lee YS. The Past, Present and future strategies of Korean social work in hospice and palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care* 2013;16:65-73.
27. Yun YH. Current situation and developmental plan of hospice palliative care. In: Korean Medical Association, editor. *Medical Policy Forum*. vol. 10. Seoul: Korean Medical Association; 2012. p. 39-44.
28. Jeong BR. Session 3-3: Task for institutionalization of hospice palliative care-role of government and insurer: activation plan for hospice palliative care. In: *Proceedings of the Korean Society of Health Policy and Administration*. Seoul: Korean Academy of Health Policy and Management; 2014. p. 888-95.
29. Kim MH. Background and future task about 'guideline for decision of life-sustaining treatment'. *Med Policy Forum* 2013;11:8-19.
30. Well-dying law, a disabled person primarily will suffer damage [Internet]. Seoul: Ablenews; c2015 [cited 2015 Dec 7]. Available from: http://woorinet.or.kr/index.php?mid=board_QjnN10&document_srl=4400&listStyle=viewer&page=20/.