연구보고서(수시) 2026-03

암생존기 환자 관리를 위한 암치료병원 –일차의료 연계 진료제공체계 설계 연구

정수경
백주하·박현지·신현웅·김희년

사람을 생각하는 사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

▌연구진

연구책임자	**정수경**	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	**백주하**	한국보건사회연구원 부연구위원
	박현지	한국보건사회연구원 연구원
	신현웅	한국보건사회연구원 선임연구위원
	김희년	한국보건사회연구원 부연구위원

연구보고서(수시) 2026-03

암생존기 환자 관리를 위한 암치료병원 -일차의료 연계 진료제공체계 설계 연구

발 행 일 2026년 8월
발 행 인 신 영 석
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처 (사)공감과어울림 세종인쇄정보

ⓒ 한국보건사회연구원 2026

ISBN 979-11-7252-148-6 [93510]
https://doi.org/10.23060/kihasa.b.2026.03

발|간|사

암 치료 기술의 발전으로 암 환자의 5년 상대생존율이 지속적으로 상승하면서, 진단 이후 장기간 생존하는 암생존자가 빠르게 증가하고 있다. 이에 따라 암 관리의 초점이 급성기 치료를 넘어 치료 종료 이후 이차암·후유증·심리사회적 문제를 아우르는 장기적 관리로 확장될 필요가 있다. 그러나 암생존자는 치료 종료 후에도 상급종합병원 외래를 지속해서 이용하는 경향이 있으며, 현재의 만성질환 관리 인프라는 현재 상태 중심의 분류체계를 전제로 하고 있어 과거 치료 이력에 기반한 위험도 평가가 핵심인 암생존자 관리에는 한계가 있다.

이에 본 연구는 암치료병원과 일차의료기관 간 역할 분담 및 연계 구조를 설계하고자 하였다. 국내 암생존자의 의료이용 실태 분석 결과와 주요국의 암생존자 관리 모형에 대한 비교·분석 내용을 종합하여, 암치료병원-조정·연계 의료기관-일차의료기관으로 이어지는 단계적 진료제공체계와 주치의 간 연계 모형을 제시함으로써 향후 시범사업 설계의 기초자료를 제공하고자 하였다. 특히 암생존자 관리체계의 구조적 공백을 파악하고, 안정적 연계를 위한 전달체계 개선 방향을 제안하였다는 점에서 의의가 있다.

본 연구는 정수경 부연구위원의 책임하에 신현웅 선임연구위원, 김희년 부연구위원, 백주하 부연구위원, 박현지 연구원이 연구진으로 참여하였다. 본 연구의 진행 과정에서 귀중한 조언을 해주신 원내의 윤강재 연구위원과 국립암센터 장윤정 교수께 특별히 감사를 표한다. 마지막으로 이 보고서의 내용은 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별 연구 활동의 결과임을 밝힌다.

2026년 8월

한국보건사회연구원 원장

신 영 석

목 차

요 약 ····· 1

제1장 서론 ····· 5

제1절 연구 배경 및 목적 ····· 7

제2절 연구 내용 및 방법 ····· 11

제2장 국내 암생존자 관리 관련 정책 현황 ····· 13

제1절 암생존자 관리 정책 ····· 15

제2절 공급 구조 재편 및 일차의료 강화 정책 ····· 33

제3절 치료 후 연계 정책 ····· 43

제4절 소결 ····· 50

제3장 국외 암생존기 관리 모형과 일차의료 연계 사례 ····· 55

제1절 영국 ····· 57

제2절 호주 ····· 71

제3절 일본 ····· 86

제4절 소결 ····· 93

제4장 암치료기관-일차의료 연계 기반 암생존자 관리 모형 ····· 97

제1절 모형 설계 배경 ····· 99

제2절 모형 설계 ····· 112

제5장 결론 ····· 123
제1절 결론 및 제언 ····· 125

참고문헌 ····· 133

Abstract ····· 141

표 목차

〈표 2-1〉 국가 암관리 관련 법적 근거 ····· 15
〈표 2-2〉 제5차 암관리종합계획의 주요 정책 방향 ····· 21
〈표 2-3〉 제4차 및 제5차 암관리종합계획 비교 ····· 23
〈표 2-4〉 암생존자 통합지지 서비스 제공 절차 ····· 28
〈표 2-5〉 주요 의료전달체계 및 지역사회 기반 건강관리 정책의 추진 배경과 특징 ····· 33
〈표 2-6〉 치료 후 지역사회 연계 정책의 추진 배경과 특징 ····· 43
〈표 2-7〉 재활의료기관 지정 및 수가 시범사업 단계별 추진 경과 ····· 49
〈표 3-1〉 영국 국가 암생존자 이니셔티브의 암생존자 5단계 경로 ····· 59
〈표 3-2〉 영국 국가 암생존자 이니셔티브의 회복 패키지 구성 ····· 60
〈표 3-3〉 PSFU의 9가지 핵심 원칙 ····· 62
〈표 3-4〉 PSFU에서의 핵심 용어 변경 ····· 64
〈표 3-5〉 영국 암치료병원과 일차의료 역할 분담 구조 ····· 67
〈표 3-6〉 영국 품질 및 성과 프레임워크 내 암 관련 지표 현황(2022/23 분기 기준) ···· 68
〈표 3-7〉 호주 암생존기 정책의 5대 원칙 ····· 73
〈표 3-8〉 COSA 모델의 구성요소 ····· 74
〈표 3-9〉 호주의 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델의 주요 참여자 ····· 77
〈표 3-10〉 호주의 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델의 주요 문서 및 도구 ····· 78
〈표 3-11〉 호주의 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델의 장점 ····· 79
〈표 3-12〉 일본 암생존자 관리 체계 비교 ····· 88
〈표 3-13〉 일본 암 치료 연계 관련 진료보수 체계 ····· 91
〈표 4-1〉 암생존자와 일반 만성질환자의 특성 비교 ····· 99
〈표 4-2〉 암생존기별 정의·건강 문제·현황 ····· 113

그림 목차

[그림 1-1] 연도별 암생존자 수 추이, 2010~2022 ····· 8
[그림 1-2] 연구 내용·방법·추진 전략 ····· 12
[그림 2-1] 암관리종합계획 연혁 ····· 17
[그림 2-2] 제5차 암관리종합계획의 비전과 목표, 추진 전략 개요 ····· 21
[그림 2-3] 암생존자 통합지지 서비스 제공 절차 및 내용 ····· 26
[그림 2-4] 지역암센터 및 암생존자통합지지사업 추진체계 ····· 30
[그림 2-5] 암생존자통합지지사업 서비스 전달체계 ····· 31
[그림 2-6] 상급종합병원 구조전환 사업 개요 ····· 35
[그림 2-7] 포괄 2차 의료기관 지원 및 전문 2차 특화 사업 개요 ····· 37
[그림 2-8] 일차의료 만성질환관리 시범사업 개요 ····· 39
[그림 2-9] 지역사회 일차의료 혁신 시범사업의 운영 및 지원체계 ····· 42
[그림 2-10] 급성기 환자 퇴원 지원 및 지역사회 연계 활동 시범사업 모식도 ····· 46
[그림 2-11] 국내 암생존자 관리 관련 정책 요약 및 시사점 ····· 53
[그림 3-1] 영국 국가 암생존자 이니셔티브의 암생존자 관리 패러다임 전환 방향 ····· 58
[그림 3-2] PSFU 프로토콜 ····· 63
[그림 3-3] 지역 연계 크리티컬 패스 특징 요약 ····· 90
[그림 3-4] 국외 암생존자 관리 정책 현황 분석 ····· 95
[그림 4-1] 암생존자 특화 의료 및 건강관리 수요 예시 ····· 101
[그림 4-2] 암생존기별 외래 수진자 수 현황, 2013~2020 ····· 102
[그림 4-3] 암생존기별 입원 수진자 수 현황, 2013~2020 ····· 103
[그림 4-4] 종별 외래 수진자 수 현황, 2013~2020 ····· 104
[그림 4-5] 종별 입원 수진자 수 현황, 2013~2020 ····· 105
[그림 4-6] 암생존기별·종별 외래 수진자 수 현황, 2013~2020 ····· 106
[그림 4-7] 암생존기별·종별 입원 수진자 수 현황, 2013~2020 ····· 108
[그림 4-8] 지역사회 일차의료 혁신 시범사업과의 비교 ····· 111
[그림 4-9] 암생존자 특화 의료서비스의 중심 축 ····· 112
[그림 4-10] 암생존자 특화 포괄적 의료서비스 구성도(안) ····· 115
[그림 4-11] 암생존자 특화 진료제공체계·운영 구조(안) ····· 118

요약

1. 연구의 배경 및 목적

의료기술의 발달 및 조기 검진의 확대로 전체 암생존자 수와 5년 이상 생존하는 장기 암생존자 비중이 지속적으로 증가하면서 암생존기 관리 수요가 구조적으로 확대되었고, 이에 따른 관리체계 전환의 필요성이 커지고 있다. 암생존기는 진단 시점부터 생애 전반에 걸쳐 지속되는 시기이다. 암생존자의 건강 문제는 원발암 재발, 이차암 발생, 후기 합병증 및 동반 만성질환 발생을 포함하는 의료 수요와 건강행태 및 정신·사회적 문제를 포함한다. 그러나 현재 암생존자 관리는 상급병원 중심의 추적관리에 상대적으로 집중된 형태로 장기적이고 복합적인 암생존자의 건강관리 수요를 충분히 포괄하기 어렵다. 상급종합병원으로 진료가 집중되면서 치료 중심의 의료서비스 제공 이외의 의료적 필요를 충족시키기는 어려운 상황이고, 특히 의료자원이 충분하지 않은 지역에서는 그 공백이 더 커질 수 있다. 또한, 주 치료 후 단순 지역사회 연계는 건강관리 위주의 서비스를 제공하는 구조여서 암 환자에게 필수적인 의료 수요를 충족하기에는 한계가 있다.

본 연구에서는 지속 가능한 암생존자 관리체계 구축의 필요성을 검토하고, 암치료병원-일차의료 연계 기반 관리 전달체계의 기본 구조를 설계하고, 향후 시범사업 도입 시 고려할 수 있는 운영 방향을 제시하고자 한다. 특히, 암치료병원과 일차의료기관 간 역할 분담 및 연계 구조를 설계하고, 치료 이후 암생존자에게 의료서비스 제공이 효과적으로 이루어질 수 있도록 전달체계 및 운영의 기본 틀을 마련하고자 한다.

2. 주요 연구 결과

가. 국내 암생존자 관리 정책 현황

국내 암생존자 관리 관련 정책은 크게 암생존자 관리 정책, 공급 구조 재편·일차의료 강화 정책, 치료 후 연계 정책으로 구분할 수 있고, 공통적으로 기존의 공급자 중심 체계에서 지역사회 기반의 지속적 관리체계로 전환되어 왔다. 암생존자 관리 정책은 지역사회 중심의 신체·심리·생활·사회복귀 등의 지원에 초점을 두고 있어 주 치료 이후 암생존자에게 필요한 의료서비스 제공을 포함하지 못하고, 공급 구조 재편과 종별 역할 재설계 정책은 설계 목적이 상이하여 암생존자가 편입 가능한 분류체계나 수가 구조가 명확하지 않은 한계가 있으며, 치료 후 연계 정책은 연계 선례는 있으나 암이 대상이 아니기 때문에 암생존자의 특수성을 반영하지 못한다. 암생존자 관리의 일차의료 연계를 위해서는 국내 관련 정책에서 파악한 주요 구조적 공백(치료 정보 연계 단절, 위험도 계층화 및 의뢰·회송 경로 모호성, 교육·자문 경로 부재, 수가체계 미비)을 개선하는 것이 선행되어야 한다.

나. 국외 암생존기 관리 모형과 일차의료 연계 사례

영국은 일차의료 중심의 보건의료체계가 잘 구축된 국가로 표준화된 서식의 치료요약서(전산 연동), 3단계 계층화 접근, 암종별 특성 반영 체계, 암 전문의와 일차의료 간 검사 결과 원격 관리 및 전문의료진 상시 재의뢰 통로, 다양한 교육 프로그램 및 암생존자 특화 주치의 성과 보수 점수 등의 제도가 있으나 치료요약서 누락, 주치의 간 역량 차이, 지역 간 격차, 불충분한 보상 등이 한계점으로 지적되고 있다.

호주는 표준화된 서식의 치료요약서, 신속한 접근 경로 양식을 통한 전문의 재의뢰 프로토콜, 암 관련 교육자료·가이드라인 개발 및 배포 등 수가를 제외한 대부분의 요건이 갖추어져 있으나 영국과 유사하게 지역 간 및 기관 간 격차와 접근성 문제, 치료요약서 누락과 표준화된 양식 미사용 사례, 암생존자 관리 특화 수가 부재가 한계점으로 파악된다.

일본은 지역 연계 크리티컬 패스라는 종이 수첩 형태의 치료계획서와 패스 소지 시 암치료병원과 일차의료 각각에 부여하는 진료보수 점수 제도가 있으나 암생존자의 다양한 위험도를 계층화하여 관리하는 체계와 전문의 자문 경로의 부재가 한계점으로 나타난다.

다. 암치료기관-일차의료 연계 기반 암생존자 관리 모형

암생존자 특화 의료서비스 설계는 암종, 암생존기, 의료서비스 종류를 세 축으로 하여 그 교차점을 바탕으로 맞춤 관리 방안을 마련하는 것을 기본으로 한다. 본 연구의 모형(안)은 암치료병원, 조정·연계 의료기관, 일차의료로 이어지는 단계적 의료전달체계로, 암치료병원에서 수립한 치료요약·계획서를 바탕으로 조정·연계 과정을 거쳐 일차의료로 회송하고, 회송 및 의뢰 이후에도 단절되지 않고 지속적인 소통과 정보 공유로 유연한 관리체계를 구축해 나갈 것을 제안한다.

본 연구에서 제안한 모형은 암생존자의 주요 건강 위험이 더 광범위할 수 있고, 과거 치료력이 주요 추적 근거가 되는 등 일반 만성질환자와 구조적으로 다른 특수성을 반영하였다. 특히, 진단 시점부터 일차의료가 환자를 인지하고 지속적으로 관리할 수 있는 구조를 전제로 하는 일반 만성질환 관리와는 달리, 암생존자 관리는 적극적 주 치료 종료 후 상당 부분의 관리 주체가 일차의료로 전환될 필요가 있음을 반영하였다. 또한 암생

존자가 일반 만성질환 관리 사업의 대상군과 별도로 구분된다는 점과 상급종합병원, 종합병원, 일차의료를 전반적으로 아우르는 체계를 고민해야 한다는 점은 현재 운영 중인 시범사업과 구별되는 핵심 사항이다. 따라서 암생존자 관리를 위해서는 독립 시범사업을 통한 접근이 효율적일 수 있다.

3. 결론

암생존자의 주 치료 이후 건강관리는 개별 환자의 문제를 넘어 지역 완결적 의료체계 구축이라는 국가적 과제와 직접적으로 연결된다. 암치료병원과 일차의료를 연계하는 진료제공체계의 구축은 상급종합병원으로의 집중을 완화하고 지역 내 필수공공의료 기능을 실질적으로 강화하는 데 기여할 수 있다. 본 연구가 제안하는 모형이 시범사업을 통해 실증되고 제도화되어, 지속적으로 증가하고 있는 암생존자가 거주지 인근에서 지속적이고 안전한 의료서비스를 제공받을 수 있는 체계의 기반이 마련되기를 기대한다.

주요 용어: 일차의료, 암생존기 관리, 보건의료 전달체계, 보건의료 정책



제1장

서론

제1절 연구 배경 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

가. 암생존기 관리 수요의 구조적 확대에 따른 관리체계 전환 필요성 증대

(암생존자의 정의) 암생존기는 진단 시점부터 생애 전반에 걸쳐 지속되는 시기로 정의하고 있으며(Mullan F, 1985; Miller et al., 2008), 급성 생존기(acute survivorship), 이행 생존기(transitional survivorship), 연장 생존기(extended survivorship), 영구 생존기(permanent survivorship)로 구분된다(Miller et al., 2008). 일반적으로 급성 생존기는 암 진단 후 약 1년까지, 이행 생존기는 암 진단 후 약 1~2년, 연장 생존기는 암 진단 후 약 2~5년, 영구 생존기는 암 진단 후 5년 이상이 된 시기를 의미한다(Miller et al., 2008).

(암생존자 수의 지속적 증가) 의료기술의 발달 및 조기 검진의 확대로 암생존자(암 진단 후 생존해 있는 모든 사람)가 지속적으로 증가하고 있다. 중앙암등록본부의 암등록통계에 따르면, 암생존자 수는 2010년 960,654명에서 2022년 2,588,079명으로 12년 만에 약 2.7배로 증가하였고, 2022년 기준 전체 인구의 5.0%가 암생존자에 해당한다(중앙암등록본부, 2025)(그림 1-1).

[그림 1-1] 연도별 암생존자 수 추이, 2010~2022



출처: 중앙암등록본부. 국가암등록사업 연례 보고서(2010~2022 암등록통계), 보건복지부, 2012~2025 자료를 재구성함.

(암 치료비 부담 증가) 2023년 기준 암 환자 195만 925명의 총진료비는 10조 1,552억 원, 1인당 진료비 520만 5,326원으로, 이는 2019년 대비 37.7% 증가한 수치이다(보건복지부·건강보험심사평가원, 2024). 아울러 2020년에 비해 2023년 암 질환 건강보험 보장률은 전반적으로 개선되었으나(79.8%→81.8%, 2.0%p▲), 비급여 부담률도 높아지고 있어 여전히 진료비 부담이 존재함을 확인할 수 있다(11.2%→15.0%, 3.8%p▲)(보건복지부·건강보험심사평가원, 2025).

(장기 암생존자 비중 증가와 장기 관리 수요 확대) 2023년 기준 암 진단 이후 5년을 초과하여 생존한 암 환자는 169만 7,799명으로 전체 국민의 3.3%에 해당하며, 전체 암생존자 중 5년 초과 장기 암생존자의 비중이 62.1%로 가장 높은 것으로 파악된다(보건복지부·중앙암생존자통합지지센터, 2025). 이러한 현황을 고려하면 암생존자 관리는 장기적인 관점으로 접근해야 한다. 그러나 암생존자 대상 설문조사에 따르면, 암 치료 시 국가의 경제적 지원이나 암 치료 후 일상생활 회복을 위한 국가의 지원 정책에 대한 부정적 인식이 상당 부분 존재하는 것으로 나타났다(국립암센터 국가암지식정보센터, 2025).

나. 현행 암생존기 관리체계의 구조적 한계

(암생존자의 장기 관리 특성) 암 환자는 주 치료 종료 이후에도 다양한 신체적·정신적 후유증을 겪는 것으로 보고되었다(Truant et al., 2017). 따라서, 암 환자의 건강 문제 관리는 ❶ 원발암 추적관찰, ❷ 이차암 예방·검진, ❸ 후기 합병증·동반 만성질환 관리, ❹ 건강행태 관리, ❺ 정신적·사회적 문제 관리를 포괄하는 형태여야 하며(신동욱 외, 2015) 이를 위해서는 장기적 접근 전략이 필요하다.

(상급병원 집중형 암생존기 관리체계의 한계) 그러나 국내 암생존자 관리는 상급병원 중심의 추적관리(재발·이차암 감시)에 상대적으로 집중되어 있어 장기·복합 건강관리 수요를 충분히 포괄하기 어려우며, 상급병원으로 진료가 집중되는 의료서비스 제공체계와 지속관리 공백 발생이 심화되면서 지역 접근성 격차를 고려한 지속 가능한 관리체계로의 전환이 필요한 상황이다.

구체적으로 상급종합병원 같은 암치료에 개입했던 의료기관에서는 치료에만 집중하고 그 외의 의료적 필요를 충족하기는 현실적으로 어려우며, 특히 현재 암생존자 진료는 원발암 치료 전문의 중심으로 이루어지고 있으나 원발암 치료 전문의는 재발 및 합병증 관리에 집중해야 하는 상황으로, 이차암 예방·검진과 동반 만성질환 관리까지 충분히 포괄한 건강관리를 제공하는 데 현실적인 제약이 크다(Shin et al., 2012).

게다가 암 환자의 특성을 고려한 일상적이고 지속적인 의료서비스 제공에 제약이 생기는 현상이 특히 지역을 중심으로 심화되고 있어, 의료자원이 충분하지 않은 지역의 환자는 암생존자 특성을 고려한 보다 포괄적이고 체계적인 관리의 사각지대에 놓이는 상황이다.

따라서 암생존자의 만성질환 관리, 건강행태(운동·영양·금연 등) 중재, 경증 증상 평가 및 위험 신호의 조기 발견·의뢰 등 일차의료에서 수행 가능한 영역을 중심으로 역할 분담 체계를 마련할 필요가 있다.

(단순 지역사회 연계의 제한점) 암생존자의 회복 및 사회 적응을 지원하는 중요한 정책사업 중 하나인 '암생존자통합지지사업'은 다양한 형태의 상담, 교육, 심리사회적 지원 기능을 중심으로 설계되어 있어, 생존기 단계에서 요구되는 의학적 추적진료(재발 모니터링, 이차암 예방·검진, 동반 만성질환 관리) 기능이 병행될 필요가 있다.

다. 암치료기관-일차의료 연계형 진료제공체계 마련의 필요성

국외 주요국에서는 암생존자의 특성을 고려하여 암치료기관이 생존기 관리계획(Survivorship Care Plan, SCP)을 수립하고, 위험도에 따라 암치료기관과 일차의료기관이 역할을 분담하는 다양한 모형을 운영 중이나, 국내는 암치료기관-일차의료기관 간 역할 분담 기준(대상·범위·전환 조건), 회송·역회송 및 정보공유 체계(SCP 최소 항목·서식·업무 흐름), 일차의료 참여를 위한 역량(교육)과 운영 기준(지정 기준), 질 관리체계가 충분히 정립되어 있지 않은 상황이다.

따라서 일차의료 기반 관리체계로의 전환을 위한 실행 가능한 한국형 정책 모형 개발이 필요한 시점이다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 지속 가능한 암생존자 관리체계 구축의 필요성을 설명하고, 암치료병원-일차의료 연계 기반 관리 전달체계의 기본 구조를 설계하고, 향후 시범사업 도입 시 활용할 수 있는 운영 방향을 제시하는 것이다. 특히, 암치료병원과 일차의료기관 간 역할 분담 및 연계 구조를 설계하고, 치료 이후 암생존자에게 의료서비스 제공이 효과적으로 이루어질 수 있도록 전달체계 및 운영의 기본 틀을 마련하고자 한다.

본 연구는 의료제도 개선을 위한 정부의 노력 및 일차의료와 지역의료와 관련한 주요 논의를 우선 분석하고, 이를 기반으로 암생존자에게 통합적인 관리를 제공하기 위한 암치료병원-일차의료 연계 진료제공체계 설계 방향을 설정하고자 한다.

제2절 연구 내용 및 방법

첫째, 국내 의료기관 및 지역사회 등에서 수행 중인 암생존자 관리 정책 및 제도와 전반적인 의료서비스 전달체계 개선을 위한 사업 등을 검토하여 우리나라 현재 암생존자 관리 정책의 한계를 진단하고, 국외 주요국의 일차의료 기반 암생존자 관리 모형 운영 사례를 비교·분석하여 국내 적용 방안을 검토한다. 둘째, 암생존자 특화 모형 설계의 필요성 및 암생존기별 특성·관리 필요도를 검토하고, 국내 일차의료에서 수행 가능한 영역을 고려하여 암생존기별 특성에 따른 암생존자 관리 서비스 구성요소를 정리하고, 연계 과정의 기본 방향 및 의뢰·회송 기준의 구조적 틀을 마련한다. 셋째, 암치료기관-일차의료 연계 기반 암생존자 특화 관리 모형(안)을 설계하고, 모형(안)의 효율적인 운영을 위한 일차의료서비스 제공

기관별 기능 및 역할 분담 방향을 제시하며, 운영 전략을 제언한다(그림 1-2).

[그림 1-2] 연구 내용·방법·추진 전략





제2장

국내 암생존자 관리 관련 정책 현황

제1절 암생존자 관리 정책
제2절 공급 구조 재편 및 일차의료 강화 정책
제3절 치료 후 연계 정책
제4절 소결

제 2 장 국내 암생존자 관리 관련 정책 현황

제1절 암생존자 관리 정책

1. 법적 근거

국내 암생존자 관리와 관련된 정책은 2003년 5월 제정된 「암관리법」에 근거하여 암관리종합계획 수립부터 암생존자통합지지사업을 포함한 다양한 암연구사업까지 국가 암관리의 전 주기를 포괄하고 있다[1](표 2-1).

〈표 2-1〉 국가 암관리 관련 법적 근거

「암관리법」	
조항	내용
제5조(암관리종합계획의 수립)	① 보건복지부장관은 제6조에 따른 국가암관리위원회의 심의를 거쳐 암관리종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 5년마다 세워야 한다. 〈개정 2020. 4. 7.〉
제11조(암검진사업)	① 보건복지부장관은 암의 치료율을 높이고 암으로 인한 사망률을 줄이기 위하여 암 및 암의 원인질환을 조기에 발견하고 예방하기 위한 검진사업(이하 “암검진사업”이라 한다)을 시행하여야 한다. 〈개정 2024. 3. 19.〉

1) 암관리법, 법률 제21262호 (2025.12.30.). 국가법령정보센터. https://www.law.go.kr/법령/암관리법. (2026.5.3. 인출)

「암관리법」	
조항	내용
제12조(재가암환자 관리사업)	보건복지부장관은 가정에서 치료 또는 요양 중인 암환자(이하 “재가암환자”라 한다)에 대하여 다음 각 호의 재가암환자 관리사업을 시행하여야 한다. **1. 재가암환자에 대한 통증관리, 완화의료, 간호 및 상담서비스 등을 위한 가정방문사업** **2. 재가암환자와 그 가족을 위한 교육프로그램의 개발 및 보급** 3. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사업
제12조의2(암생존자 통합지지사업)	① 보건복지부장관은 암생존자(암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 말기환자에 해당하지 아니하는 사람을 말한다. 이하 같다)의 건강증진과 사회복귀를 지원하기 위하여 다음 각 호의 지지(支持) 사업(이하 “암생존자통합지지사업”이라 한다)을 시행하여야 한다. 〈개정 2022. 6. 10.〉 **1. 암생존자의 건강관리와 학교복귀 및 직업복귀에 대한 상담·교육** **2. 암생존자 관리 프로그램 개발 및 보급** **3. 그 밖에 암생존자의 건강증진 및 사회복귀**와 관련하여 보건복지부령으로 정하는 사업
제13조(암환자의 의료비 지원사업 등)	① 국가와 지방자치단체는 암환자의 암 종류별 경제적 부담능력 등을 고려하여 암 치료에 드는 비용을 예산 또는 국민건강증진기금에서 지원할 수 있다.
제19조(지역암센터의 지정 등)	① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시·도별 지역암센터로 지정할 수 있다. ② 지역암센터는 다음 각 호의 사업을 수행한다. 〈개정 2020. 4. 7.〉 1. 암의 발생·예방·진단·치료 및 관리 등에 관한 조사·연구 **2. 암검진, 암환자의 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공** 3. 암의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육·훈련 4. 종합계획 관련 사업 수행 5. 그 밖에 암관리에 필요한 사업으로서 보건복지부령으로 정하는 사업

주: 「암관리법」, 법률 제21262호 (2026)의 제5조, 제11조, 제12조, 제12조의2, 제13조, 제19조의 내용을 연구진이 표로 구성하였음.

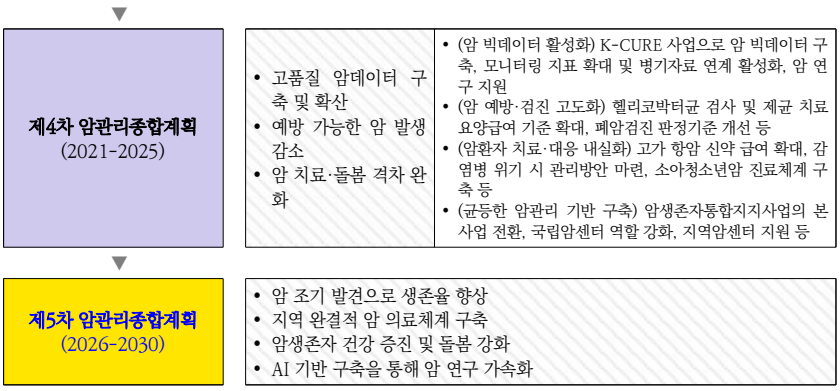
출처: 암관리법, 법률 제21262호 (2025.12.30.). 국가법령정보센터. https://www.law.go.kr/법령/암관리법. (2026.5.3. 인출)

2. 암관리종합계획

암관리종합계획은 「암관리법」 제5조에 따라 5년 단위로 수립하는 중장기 계획으로, 1996년 제1기 암정복10개년계획 수립 이후 2026년 현재 제5차 암관리종합계획까지 발표되었다.

[그림 2-1] 암관리종합계획 연혁

	추진 목표	추진 성과
제1기 암정복10개년계획 (1996-2005)	• 암을 정복하여 국민의 보건복지 및 삶의 질 향상에 기여 • 암 연구의 활성화로 기술혁신·관련 산업의 진흥에 기여 • 국가단위 암 관리체계 구축	• 암정복을 위한 국가암관리체계 구축(암관리과 설치, 국립암센터 설립, 암관리법 제정 등) • 암 발생통계·생존율 산출(국제암연구소 통계 수록) • 암 예방 강화(금연클리닉 운영, B형간염 예방접종사업) • 국가지원 암검진 체계 구축('99년 의료급여수급자 대상 3대암 국가 지원 검진 실시, 5대암 검진 실시 등) • 지역암관리체계 구축(재가암환자 관리 사업 추진, 지역암센터 지정) • 암연구 강화로 암 치료율 제고, 암 관련 예산 투자규모 확대
제2기 암정복10개년계획 (2006-2015)	• 종합적 암관리를 통한 암 발생·암 사망의 최소화로 암 부담의 획기적 감소 • 암사망률 19.4% 감소, 암생존율 17.6% 증가	• (감시·예방) 세계 최고 수준의 시의성 있는 암 등록통계 산출, 암예방수칙 제정으로 암 예방습관 확산, 적극적인 금연정책으로 흡연율 개선 • (조기 검진) 5대암 검진체계 내실화로 암검진 수검률 제고, 국가암검진 수혜대상자 확대(하위 20→50%), 암검진 기관에 대한 전수평가 실시 • (진단 치료 생존자지원) 저소득층 암환자 의료비 지원, 신규 진단·치료기술 개발과 다학제 진료 확대 등으로 암생존율 개선, 암생존자 통합지지 서비스 제공 관련 연구 실시 • (완화의료) 호스피스센터 지정, 종합계획 수립 등 법적 근거 마련, 호스피스 지정기관·병상수 및 이용률 지속 상승, 가정형·자문형 등 호스피스 서비스 유형 다양화 기반 마련 • (인프라·투자) 기능형 지역암센터(3개소) 지정으로 지역사회 암진료 및 관리 인프라 확충, 지역 암환자 자체충족률 지속 증가, 국제암대학원대학교 설립으로 암전문인력 양성 인프라 구축, 연구비, 특허, 기술이전 확대
제3차 암관리종합계획 (2016-2020)	• 암발생률을 OECD 평균 수준으로 감소 • 암 조기 발견 및 생존율 증가 • 암생존자 및 말기암 환자의 삶의 질 향상 • 맞춤형 정밀의료 기반 구축	• (감시·예방에 필요한 정보 산출) 국가 단위→시군구 단위까지 통계 산출 범위 확대, 암빅데이터센터 신설 및 데이터 구축 관련 예산 확보 • (조기 검진 확대 등 암 예방 지속 강화) 폐암검진의 공식 도입, 자궁경부암 예방접종의 필수화 • (암 의료비 부담 완화 및 치료기술 고도화) 건강보험 보장성 강화 및 재난적의료비지원사업 도입, 국립암센터 내 양성자치료기 추가 도입, 선별급여 도입 등 • (암생존자 돌봄 등 지원 강화) 말기 암환자의 돌봄 강화, 암생존자통합지지 시범사업 추진 • (암 관련 공익적 연구·투자 확대) 예산 지속 확대 및 국제협력 강화



출처: 보건복지부, 관계부처합동. (2006.4.25.). 암정복 2015(안). 제2기 암정복10개년 계획. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=335973; 보건복지부. (2016.9.12.). 제3차 국가암관리종합계획 ('16-'20). https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0043&act=view&list_no=357099&tag=&cg_code=&list_depth=1;
보건복지부. (2021.3.31.) 제4차 암관리종합계획(2021-2025). https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0043&act=view&list_no=368884&tag=&cg_code=&list_depth=1
보건복지부. (2026.2.25.). 제5차 암관리종합계획(2026-2030). https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/2026-03/%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B6%80_%EC%A0%9C5%EC%B0%A8%2B%EC%95%94%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%A2%85%ED%95%A9%EA%B3%84%ED%9A%8D%282026~2030%29.pdf (2026.5.3. 인출)

가. 제5차 암관리종합계획(2026~2030)[2)]

기존 암 관리 정책은 암 치료 성과 향상에는 기여하였으나, 치료 이후 생존기 환자에 대한 지속적이고 통합적인 관리 측면에서는 한계가 있었다. 이에 제5차 암관리종합계획은 '지역 완결적 암 의료체계 구축'과 '암생존기 전 주기 관리'로 패러다임을 전환하여, 환자가 치료 후에도 자신의 삶의 터전에서 단절 없이 전문적인 건강관리를 받을 수 있도록 하는 정책적 지향점을 명확히 하였다.

2) 보건복지부. (2026.2.25.). 제5차 암관리종합계획(2026~2030). https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10401000000&bid=0008&act=view&list_no=1489218

1) 비전 및 성과 중심 지표

(비전) 제5차 암관리종합계획(이하 제5차 계획)은 '모두를 위한 암관리, 더 나은 건강한 미래'를 비전으로 설정하고, 암 예방부터 치료, 생존기 관리, 연구에 이르는 전 주기적 관리체계를 강화하는 것을 핵심 방향으로 제시하고 있다. 기존 암 관리 정책이 진단과 치료 중심으로 운영되면서 생존기 환자 관리와 지역 간 의료 격차 해소 측면에서는 한계를 보였다는 점을 반영하여, 정책의 초점을 '지역 완결적 암 의료체계 구축'과 '암생존기 전 주기 관리'로 확장하였다.

(성과관리 체계) 암 조기 발견율, 암 발생 대비 사망비, 수술 자체충족률, 암 사망률 지역 격차, 암생존자 삶의 질, 호스피스 이용률 등 전 주기적 지표를 설정하여 정책 성과를 다각적으로 평가하도록 설계하였다. 또한 임상·공공·영상·유전체 데이터를 연계한 멀티모달 데이터 구축과 연구자 주도 임상시험 확대 등 연구 분야 성과까지 포함함으로써 암 관리 정책을 단순 보건의료 영역을 넘어 데이터 기반 정밀의료 체계로 확장하고자 하였다. 이러한 변화는 기존 정책이 치료 성과 중심의 제한된 지표에 머물렀던 것과 비교하였을 때, 관리 범위를 생존기 및 연구 영역까지 확장한 것으로 해석된다.

2) 주요 정책 내용

제5차 암관리종합계획은 예방 및 검진 분야에서 암 예방을 위한 생활습관 개선과 감염성 요인 관리 등 1차 예방 전략을 강화하는 한편, 과학적 근거에 기반한 국가암검진 체계의 고도화를 추진하고 있다. 특히 폐암 및 대장암 검진의 대상 확대와 검진 방법 개선, 검진 이후 사후관리 체계 구

축 등을 통해 조기 발견 이후의 관리까지 연계되는 체계를 마련하고자 하였다. 또한 취약계층의 검진 접근성과 국가암검진의 질 향상을 위한 정책을 포함함으로써 검진의 효과성과 형평성을 높이고자 하였다.

지역 완결적 암 의료체계 구축은 제5차 계획의 핵심 정책 방향으로 제시된다. 기존에는 암 환자의 수도권 의료기관 집중으로 인해 지역 간 의료 격차와 지역 의료기관의 역량 약화 문제가 지속되어 왔다. 이에 따라 제5차 계획에서는 지역암센터의 인프라 및 진료 역량을 강화하고, 암 치료와 사후관리를 의료기관 간에 분담하는 협력 모델을 도입하였다. 예를 들어 전문 치료는 지역암센터가 담당하고, 치료 이후 부작용 및 만성질환 관리는 협력 의료기관이 수행하도록 하여 환자가 지역 내에서 연속적인 진료를 받을 수 있는 구조를 제시하였다.

암생존자 관리 분야에서는 치료 중심 정책의 한계를 보완하기 위해 암생존자통합지지사업의 법적 기반을 마련하고 수행기관을 확대하는 방향이 제시되었다. 또한 암종별 및 생애주기별 특성을 고려한 맞춤형 관리 프로그램을 강화하고, 암생존기 관리계획 기반 건강관리 모델을 도입하여 지속적인 건강관리를 제공하고자 하였다.

데이터 기반 정밀의료 및 연구 분야에서는 임상, 공공, 영상, 유전체 데이터를 통합한 멀티모달 데이터 구축과 인공지능 기반 연구 확대를 추진하고 있다. 이를 통해 개인 맞춤형 치료 및 이차암 위험 예측 등 정밀의료 구현을 가속화하고, 지역별 암 발생 및 의료이용 지표를 정책에 환류하여 지역 간 암 관리 격차를 완화하고자 한다.

〈표 2-2〉 제5차 암관리종합계획의 주요 정책 방향

분야	주요 내용	정책 방향
예방·검진	생활습관 개선, 감염성 요인 관리, 국가암검진 고도화	예방-검진-사후관리 연계 강화
지역 완결적 의료체계	지역암센터 역량 강화, 진료협력 모델 도입	지역 내 연속적 진료체계 구축
암생존자 관리	통합지지사업 확대, 맞춤형 프로그램 강화	생존기 전 주기 관리 강화
데이터·연구	멀티모달 데이터 구축, AI 기반 연구 확대	정밀의료 및 데이터 기반 정책 강화

출처: 보건복지부. (2026.2.25.). 제5차 암관리종합계획의 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

[그림 2-2] 제5차 암관리종합계획의 비전과 목표, 추진 전략 개요



출처: "제5차 암관리종합계획의 비전과 목표, 추진전략," 보건복지부, 2026. 제5차 암관리종합계획, p.18.

3) 제4차 암관리종합계획과의 비교

제4차 암관리종합계획(2021~2025)과의 가장 큰 차이점은 정책의 초점이 '기반 조성'에서 '실행력 담보 및 고도화'로 이동했다는 점이다. 제4차 계획이 암생존자통합지지시범사업을 본사업으로 전환하고 K-Cancer DW 같은 기본적인 데이터 인프라를 마련하는 데 주력했다면, 제5차 계획은 이를 법적 근거로 뒷받침하고 실제 진료 현장에서 가동되는 '지역 완결적 암 의료체계'를 구축하는 데 주력하였다.

생존기 관리 정책의 비중 또한 크게 확대되었다. 제4차 계획에서는 암생존자 클리닉 운영 등 전문 기관 내부의 역량 강화에 집중했으나, 제5차 계획에서는 치료 병원과 지역사회의 보건소, 일차의료기관 간 유기적 연계를 최우선 과제로 설정하였다. 이러한 변화는 단순히 암 환자의 생명을 연장하는 것을 넘어, 치료 이후 환자가 겪는 신체적·정신적·사회적 문제를 국가가 책임지고 관리해야 한다는 인식의 확산에서 기인한다. 의료기관 연계 수준 역시 '전달체계 검토'에서 '암 진료협력 시범사업 추진'이라는 행동 계획으로 구체화되었다. 이는 지역별 의료 격차를 데이터로 정교하게 분석하고 AI 기반의 예측 모델을 도입하는 등 정책의 과학적 구체성이 강화된 결과로 평가된다.

또한 데이터 및 연구 측면에서도 정책의 방향이 고도화되었다. 제4차 계획이 암 빅데이터 구축 등 기초 인프라 확보에 중점을 두었다면, 제5차 계획은 임상·공공·영상·유전체 데이터를 통합한 멀티모달 데이터 구축과 이를 활용한 인공지능 기반 연구 확대를 통해 정밀의료 구현을 가속화하는 방향으로 전환되었다. 이는 단순한 데이터 축적을 넘어 실제 임상 의사결정과 정책 설계에 활용 가능한 수준으로 데이터 활용도를 높이려는 변화로 평가된다.

예방 및 검진 분야에서도 변화가 확인된다. 제4차 계획이 검진 체계의 확대와 참여율 제고에 초점을 두었다면, 제5차 계획은 과학적 근거에 기반한 검진체계의 고도화와 사후관리 연계 강화에 중점을 두고 있다. 특히 검진 대상 확대와 검사 방법 개선뿐 아니라 검진 이후 관리까지 포함하는 체계로 발전하고 있다는 점에서, 암 관리 정책이 이전보다 통합적인 방향으로 전환되고 있음을 보여준다.

〈표 2-3〉 제4차 및 제5차 암관리종합계획 비교

구분	세부 영역	제4차 암관리종합계획 (2021~2025)	제5차 암관리종합계획 (2026~2030)
정책 기조	정책 방향	기반 조성 중심	실행력 확보 및 고도화
	정책 특징	제도 및 인프라 기반 마련 단계	실제 운영 및 연계체계 구축 단계
주요 정책 분야	암생존자 관리	암생존자통합지지사업 본사업화 및 클리닉 운영 중심	생존기 전 주기 관리 및 지역사회 연계 강화
	의료전달체계	전달체계 개선 필요성 제시	지역 완결적 암 의료체계 및 진료협력 시범사업 추진
	지역사회 연계	병원 중심 관리 구조	보건소·일차의료기관 등 지역사회 연계 확대
	데이터·연구	암 빅데이터 등 기초 인프라 구축	멀티모달 데이터 및 AI 기반 정밀의료 확대
	예방·검진	검진 확대 및 참여율 제고	과학적 근거 기반 검진 고도화 및 사후관리 연계

출처: 보건복지부. (2021.3.31.) 제4차 암관리종합계획(2021-2025)과 보건복지부. (2026.2.25.). 제5차 암관리종합계획의 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

3. 암생존자통합지지사업[3)]

가. 사업 개요 및 목적

「암관리법」 제12조의2는 보건복지부장관이 암생존자의 건강 증진과 사회 복귀 지원을 위하여 상담, 교육, 암생존자 관리 프로그램 개발 및 보급 등의 사업을 시행하여야 한다고 규정하고 있다. 또한 효율적인 사업 추진을 위해 국립암센터를 중앙암생존자통합지지센터로, 지역암센터를 권역암생존자통합지지센터로 지정하여 운영할 수 있도록 제도적 기반을 마련하였다. 암생존자통합지지사업에서 정의하는 '암생존자'는 암 진단 이후 생존해 있는 사람을 의미하며, 광의의 개념으로는 그 가족과 돌봄 제공자까지 포함한다. 암생존자는 진단 및 치료 직후부터 만성 관리기, 완치기에 이르기까지 각 생존 단계별로 신체적 합병증, 재발 불안, 사회적 고립 등 다양한 건강 문제를 경험하게 된다. 해당 사업의 핵심 목적은 암생존자가 일상에서 겪는 이러한 주요 문제들을 과학적으로 파악하여 맞춤형 통합지지 서비스를 제공하는 것이다. 이를 통해 암생존자와 그 가족의 자가 관리 능력을 향상시키고, 심리적 회복탄력성을 높여 궁극적으로는 온전한 사회 복귀와 삶의 질 개선을 도모하고자 한다.

3) 보건복지부. (2025). 지역암 관리 및 암생존자통합지지 사업안내. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0043&act=view&list_no=1484515&tag=&cg_code=&list_depth=1

나. 주요 사업 내용

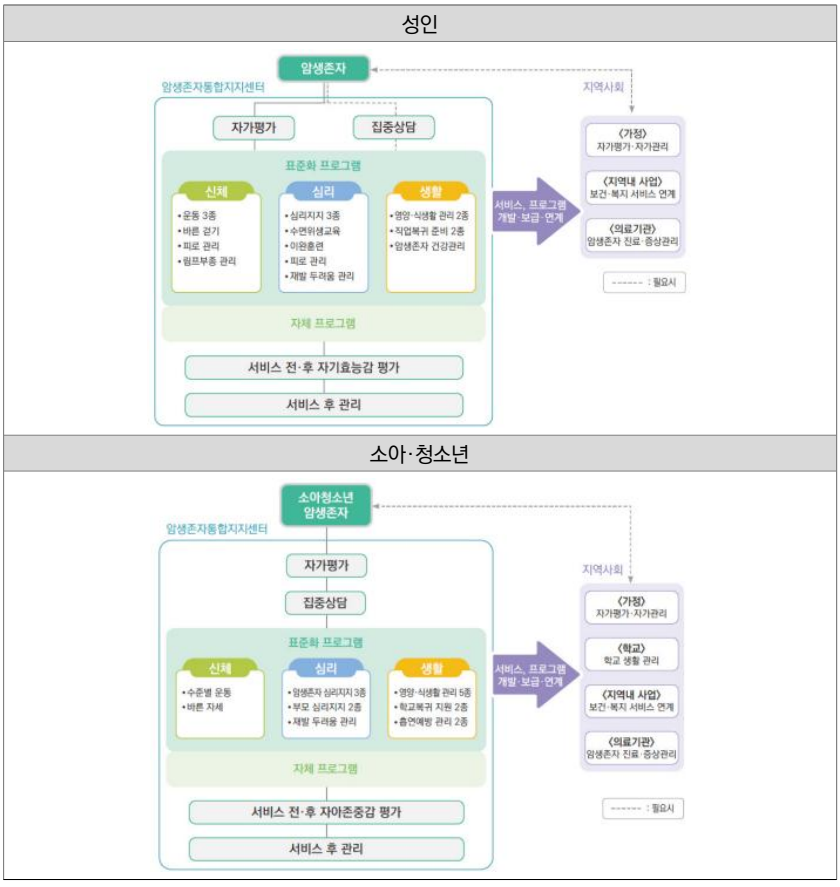
1) 암생존자 통합지지 서비스

암생존자 통합지지 서비스는 암생존자의 자기평가를 통해 운동, 영양·식생활, 피로, 심리 지지, 사회복귀 등 암생존자가 경험하는 신체 및 정신건강 상태 문제를 파악하며 통합적으로 관리하고, 필요시 집중상담, 지역사회 기관 연계 등을 제공하는 서비스이다. 수술, 항암화학요법, 방사선치료 등 암의 주요 치료를 마친 성인 및 소아청소년 암 환자와 그 가족을 대상으로 권역암생존자통합지지센터 전담 인력 또는 관련 교육을 받은 전문가가 서비스를 제공하고 있다. 다만 암 치료가 진행 중이거나 호스피스 및 완화의료 대상자인 경우는 제외되며, 소아청소년 암생존자의 경우 20세 이상이라도 본인이 원하는 경우 관련 프로그램에 참여할 수 있도록 유연하게 운영된다.

통합지지 서비스는 크게 자기평가, 집중상담, 프로그램 운영, 그리고 사후관리로 구성된다. 먼저, 온라인 또는 오프라인에서 암생존자의 신체·정신건강 상태, 삶의 질, 자기효능감 등의 '자기평가'를 실시한다. 자기평가의 결과를 토대로 이루어지는 '집중상담'은 평가 결과 디스트레스 수준이 높거나 복합적인 관리가 필요한 생존자를 대상으로 신체 건강, 영양, 심리, 사회복지 영역에 대해 전문적인 상담과 교육을 15분 이상 제공하는 서비스이다. 특히 소아청소년 암생존자통합지지사업 수행기관에서는 집중상담을 필수로 제공해야 한다. 자기평가 결과를 바탕으로 암생존자가 필요로 하는 프로그램을 제공하는데, 프로그램은 신체, 심리, 생활 영역의 표준화 프로그램과 지역사회 특성을 반영한 자체 프로그램으로 나뉜다. 표준화 프로그램은 성인과 소아청소년의 특성에 맞추어 각각 개발되어 있

으며, 신체 영역에서는 근력 강화나 피로 관리, 심리 영역에서는 재발 두려움 관리 및 이완 훈련, 생활 영역에서는 영양 관리와 직업 및 학교 복귀 준비 등을 지원한다. 서비스 제공 이후에는 3개월 주기의 재평가와 만족도 조사를 시행하여 서비스의 질을 지속적으로 관리하는 방식으로 운영하고 있다.

[그림 2-3] 암생존자 통합지지 서비스 제공 절차 및 내용



출처: "통합지지 서비스 제공 절차 및 내용(성인)", "통합지지 서비스 제공 절차 및 내용(청소년)," 보건복지부, 2025. 지역암 관리 및 암생존자통합지지 사업안내. p.66.

2) 홍보 및 교육 활동

홍보는 암생존자에 대한 사회적 인식을 개선하고 암생존자통합지지사업의 인지도를 높여 잠재적 이용자인 지역 내 암생존자들의 센터 방문을 유도하는 데 목적이 있다. 이를 위해 중앙암생존자통합지지센터가 주관하는 전국 단위의 암생존자 주간 캠페인에 적극적으로 참여하고, 지역 대중매체, 유튜브, SNS 등 다양한 채널을 활용하여 전문적인 홍보 및 교육 콘텐츠를 확산시킨다. 특히 지역 문화축제나 행사를 통한 현장 홍보를 병행하여 사업의 접근성을 강화하고 암 환자가 사회의 일원으로 건강하게 복귀할 수 있는 분위기를 조성하는 것이 주요 내용이다.

교육은 암생존자와 그 가족뿐만 아니라 지역사회 내 보건복지 분야 전문가들을 대상으로도 폭넓게 시행된다. 전문가 대상 교육은 지역사회 내 암생존자통합지지사업의 인지도 제고 및 암생존자통합지지센터와 지역사회 간 협력을 도모하는 데 목적이 있다. 또한 암생존자와 그 가족들에게는 암 치료 후 건강관리 방법과 사회 복귀에 필요한 실질적인 정보를 교육 프로그램과 배포 자료를 통해 지속적으로 제공한다.

3) 지역사회 협력 및 연계

지역사회 협력 및 연계는 암생존자가 병원을 떠난 후에도 자신이 거주하는 생활터 내에서 연속적인 관리 서비스를 받을 수 있는 환경을 구축하기 위해 추진된다. 이를 위해 지방자치단체, 동 행정복지센터, 보건소, 고용복지플러스센터, 정신건강복지센터 등 유관 기관과 유기적인 네트워크를 형성하고 그 활용을 극대화한다. 권역센터는 지역 내 의료·보건·복지 자원 현황을 정기적으로 파악하여 정보를 제공하며, 지역사회 자원의 지

원이 필요한 암생존자를 적절한 기관에 연계 의뢰하고 사후관리를 수행하는 허브 역할을 담당한다(암생존자통합지지센터, 2023).

4) 데이터 관리

암생존자 데이터 관리의 핵심은 전자증례보고서인 e-CRF(electronic Case Report Form) 시스템의 운영과 체계적인 데이터 관리이다. 효율적인 사업 추진과 운영 관리를 위해 사업에 참여하는 모든 암생존자의 자기평가 결과, 프로그램 참여 이력, 평가 및 재평가 데이터 등을 시스템에 입력하여 통합적으로 관리한다. e-CRF를 통해 축적된 데이터는 개별 환자의 건강 변화를 추적관찰하는 도구로 활용될 뿐만 아니라, 서비스의 효과성을 검증하고 향후 근거 기반의 암생존자 관리 정책을 수립하는 데 필수적인 기초 자료를 제공한다.

〈표 2-4〉 암생존자 통합지지 서비스 제공 절차

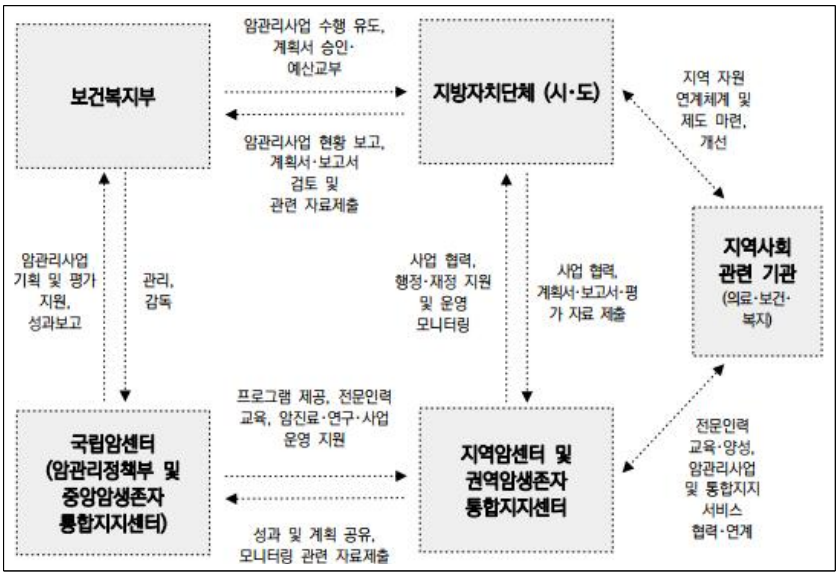
분야	주요 내용	정책 방향
암생존자 통합지지 서비스	암생존자의 신체·심리·생활 영역 문제를 통합적으로 평가하고 맞춤형 서비스를 제공	신체·심리·생활 영역 통합 관리, 맞춤형 서비스 제공
홍보 및 교육 활동	암생존자에 대한 사회적 인식 개선 및 사업 인지도 향상	암생존자·가족·지역사회 전문가 대상 교육 및 홍보 추진
지역사회 협력 및 연계	지역사회 기반의 지속적 관리체계 구축	보건소, 정신건강복지센터 등 지역사회 자원 연계 및 사후관리 수행
데이터 관리 및 운영	e-CRF 기반 데이터 통합 관리	자기평가, 프로그램 참여, 재평가 자료 통합 관리 및 정책 근거 활용

다. 운영체계 및 관리 구조

암생존자통합지지사업은 보건복지부를 정점으로 중앙센터, 권역센터, 지역사회 유관기관이 유기적으로 연계된 수직·수평적 거버넌스 구조로 작동한다. 보건복지부는 국가 암관리종합계획을 수립하고 사업 전반을 총괄하며 예산을 지원하고 감독하는 역할을 한다. 국립암센터 내에 설치된 중앙암생존자통합지지센터는 정책 수립 지원, 표준 프로그램 개발, 전문인력 양성 및 서비스 질 관리를 담당하고, 각 시·도의 종합병원급 이상 의료기관으로 지정된 권역암생존자통합지지센터는 지역 내 암생존자에게 직접적인 서비스를 제공하면서 지역사회 암 관리 체계를 구축하는 실무 거점 역할을 수행한다.

사업의 효율적 관리를 위해 2024년부터 지역암센터와 권역암생존자통합지지센터는 거버넌스를 통합하여 운영하고 있으며, 소장과 센터장이 참여하는 지역 암관리 운영위원회 및 협의체를 통해 기관 내외부의 협력 체계를 마련하고 있다. 운영 기반 측면에서는 독립된 사무실, 상담실, 교육장 등의 시설을 갖추고 간호사, 사회복지사, 영양사 등 다학제적 전담 인력을 직접 고용한다. 모든 행정 절차는 사업계획 보고부터 실적 평가까지 시·도를 거쳐 보건복지부로 이어지는 체계적인 환류 구조를 갖추고 있으며, 국고보조금 통합관리시스템을 통해 예산 집행을 관리하고 있다.

[그림 2-4] 지역암센터 및 암생존자통합지지사업 추진체계



출처: "지역암센터 및 암생존자통합지지사업 추진체계," 보건복지부, 2026. 제5차 암관리종합계획, p.23.

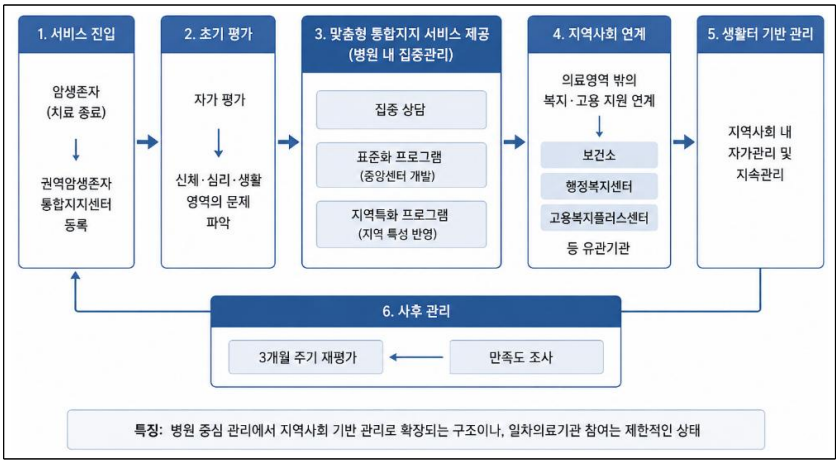
라. 전달체계 및 서비스 제공 구조

암생존자통합지지사업의 서비스 전달체계는 상급종합병원인 권역암생존자통합지지센터(이하 권역센터)[4]를 중심으로 구축된 병원 중심 운영 구조를 특징으로 한다. 서비스는 암 치료를 마친 암생존자가 권역센터에 등록하면서 시작되며, 자기평가를 통해 개별 환자의 신체, 심리, 생활 영역의 문제를 정밀하게 파악한다. 파악된 문제에 따라 집중 상담이 이루어지고, 중앙센터가 개발한 표준화 프로그램 또는 지역 특성을 반영한 자체

4) 국가암지식정보센터에서는 전국 권역암생존자통합지지센터의 주차별 프로그램 일정표와, 각 지역센터의 월별 프로그램 및 클리닉 일정표를 제공하고 있다.
https://www.cancer.go.kr/lay1/bbs/S1T772C773/A/48/list.do

프로그램이 맞춤형으로 제공된다. 이 과정에서 권역센터는 지역 내 보건소, 행정복지센터, 고용복지플러스센터 등 유관기관과 연계하여 의료 영역 밖의 복지 및 고용 지원까지 포괄하는 생활터 중심의 연계 체계를 가동한다. 실제 서비스 제공 흐름은 병원 내에서의 집중적인 관리가 지역사회 내의 지속적인 자가 관리로 이어지도록 설계되어 있으며, 서비스 종료 후에도 3개월 주기의 재평가와 만족도 조사를 통해 사후관리를 지속한다. 하지만 현재의 구조는 대형 병원 인프라에 의존하고 있어 지역사회 내에서의 실질적인 일상적 관리 접점을 확보하는 데 주력해야 한다.

[그림 2-5] 암생존자통합지지사업 서비스 전달체계



주: 보건복지부. (2026). 제5차 암관리종합계획, pp.23~26의 내용을 바탕으로 연구진이 그림으로 재구성함.

마. 사업의 의의 및 정책적 의미

이 사업은 대한민국 암 관리 정책의 패러다임을 급성기 치료 중심에서 생존기 전 주기 관리로 공식적으로 확장했다는 점에서 큰 정책적 의의를 지닌다. 암을 완치 판정 여부로만 판단하던 과거의 시각에서 벗어나, 치료 후에도 지속되는 후유증과 심리적 고통을 국가가 책임지고 관리해야 할 보건의료 과제로 규정하며, 암 환자를 단순한 수혜자가 아닌 적극적인 사회 복귀의 주체로 재정의하는 인식의 전환을 위한 시도로 볼 수 있다.

또한 중앙-권역-지역사회로 이어지는 통합적 관리 체계의 구축은 지역 간 의료 격차를 해소하고 암 환자가 자신이 거주하는 지역 내에서 단절 없는 전문적 지지를 받을 수 있도록 지역 완결적 의료체계의 초석을 마련하기 위한 시도로 볼 수 있다.

제2절 공급 구조 재편 및 일차의료 강화 정책

의료서비스 제공체계 정상화를 위해 정부는 지속적으로 노력해 왔으며, 관련 사업으로는 크게 상급종합병원 구조전환 지원사업, 포괄 2차 종합병원 지원사업 특화 사업이 포함되고, 일차의료 관련 사업으로 일차의료 만성질환관리사업, 지역의료 혁신 시범사업전달체계 및 지역사회 기반 건강관리 정책의 추진 배경과 특징을 〈표 2-5〉에 정리하였다.

〈표 2-5〉 주요 의료전달체계 및 지역사회 기반 건강관리 정책의 추진 배경과 특징

구분	사업 기간	추진 배경	주요 내용
상급종합병원 구조전환 지원사업	2024년 10월~ 2027년까지	- 수도권 대형병원 쏠림 및 전공의 의존 구조 개선 필요성 대두	- 중증·응급 중심 기능 재편, 병상 구조조정, 진료협력 강화
포괄 2차 종합병원 지원사업	2025년 7월~ 2028년까지	- 지역 종합병원 기능 약화 및 지역 필수의료 공백 심화	- 지역 내 포괄진료 기능 강화, 24시간 필수진료체계 구축
일차의료 만성질환관리사업	시범사업 (2019년) → 본사업 전환 (2024년 9월)	- 만성질환 증가 및 예방·관리 중심 일차의료 강화 필요	- 케어플랜 기반 지속관리, 케어코디네이터 활용
지역사회 일차의료 혁신 시범사업	2026년 9월 예정 ~2029년까지	- 지역 완결형 의료체계 구축 및 한국형 주치의 모델 논의 확대	- 환자 등록 기반 지속관리, 다학제·지역사회 연계 강화

출처: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2026.2.20.). 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 지침 주요 개정 사항; 보건복지부. (2025.6.30.). 「지역 필수의료를 책임지는 175개 포괄 2차 종합병원 선정」; 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2025.12.). 「만성질환 통합관리 수가 안내(개정_2025.12.)」; 보건복지부. (2024.9.29.). 「일차의료 만성질환관리 본사업 전환」; 보건복지부. (2026.7.9.). 「지역사회 일차의료 혁신 시범사업 참여기관 선정 공고」, 보건복지부 공고 제2026-562호 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

1. 상급종합병원 구조전환 지원사업[5)]

(개요) 상급종합병원 구조전환 지원사업은 상급종합병원이 경증·중등증 중심 진료에서 벗어나 중증·응급·희귀질환 중심의 진료체계로 전환할 수 있도록 지원하기 위해 추진된 정책이다. 정부는 수도권의 대형병원 쏠림 현상과 전공의 의존 구조를 개선하고, 상급종합병원이 본연의 기능인 중증 진료에 집중할 수 있도록 병상 구조, 인력 운영 및 진료협력체계를 개편하고자 하였다. 또한 지속 가능한 의료공급체계를 구축하는 것을 목표로 한다.

(정책 목적) 이 사업은 상급종합병원이 일반병상을 축소하고 중증·응급·희귀질환 진료 비중을 확대하도록 지원하는 데 목적이 있다. 이를 통해 고난도 진료 중심의 기능을 강화하고, 경증 환자는 지역 협력병원으로 연계하는 의료전달체계를 구축하고자 하였다. 아울러 전문의 중심의 안정적인 진료체계와 밀도 있는 전공의 수련환경 조성을 주요 목표로 제시하였다.

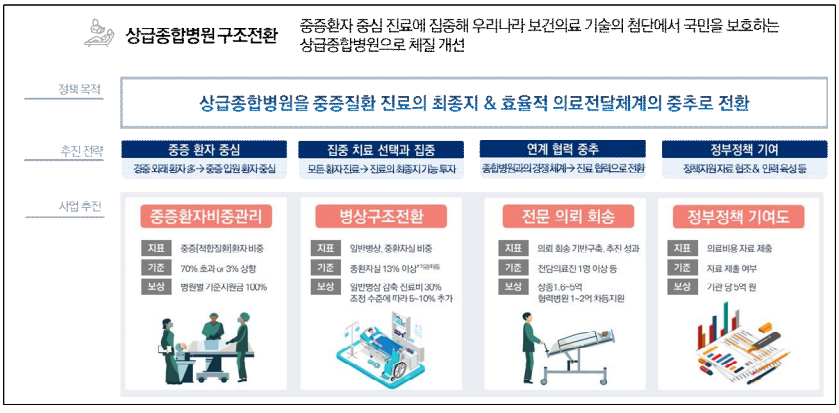
(추진 전략) 이 사업은 중증 중심 진료 강화, 진료협력체계 구축, 병상 구조조정, 인력 및 수련체계 개편을 중심으로 추진된다. 상급종합병원의 중증 환자 비중을 확대하고 필수의료 기능을 강화하는 한편, 지역 내 협력병원과의 의뢰·회송 체계를 활성화하여 지역 완결형 의료체계를 구축하고자 하였다. 또한 일반병상 감축과 중환자실 확대를 통해 병원 운영 구조를 의료 질 중심으로 전환하고, 전문의 및 숙련 인력 중심 운영체계를 강화하도록 설계되었다.

---

5) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2026.2.20.).「상급종합병원 구조전환 지원사업」지침 주요 개정사항(26.2월).
https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltNo=4&brdBltNo=11949#none

(사업 추진) 보건복지부는 2024년 10월 상급종합병원 구조전환 지원 사업 참여기관 공모를 시작으로 단계적 사업 추진에 착수하였다. 1차로 8개 상급종합병원이 선정되어 구조전환을 시작하였으며, 이후 단계적으로 참여기관을 확대하여 현재는 대부분의 상급종합병원이 사업에 참여하고 있다. 정부는 중환자실 수가 인상, 중증 수술 가산, 전문 의뢰·회송 수가 강화, 24시간 진료지원금 신설 등의 재정 지원과 함께 성과평가 기반 차등 지원체계를 운영하고 있으며, 2027년까지 구조전환 성과를 단계적으로 평가·관리할 계획이다.

[그림 2-6] 상급종합병원 구조전환 사업 개요



2. 포괄 2차 종합병원 지원사업 특화 사업[6)]

(개요) 포괄 2차 종합병원 지원사업은 지역 내 종합병원이 대부분의 의료 문제를 해결할 수 있는 포괄적 진료역량을 갖추고, 지역 필수의료를 안정적으로 제공할 수 있도록 지원하기 위해 추진된 정책이다. 상급종합병원 구조전환 지원사업과 연계하여 지역 내 2차 병원의 기능을 강화하고 의료전달체계를 정상화하기 위한 사업으로, 2025년부터 본격적인 지원체계 마련과 시범 운영을 추진하고 있으며 지역 주민이 수도권 대형병원에 가지 않더라도 필요한 의료서비스를 이용할 수 있는 지역 완결형 의료체계 구축을 목표로 한다.

(정책 목적) 이 사업은 지역 종합병원이 응급·수술·입원 등 필수의료 기능을 안정적으로 수행하고, 다양한 질환 및 증상에 대한 포괄적 진료역량을 확보하도록 지원하는 데 목적이 있다. 또한 상급종합병원-포괄 2차 종합병원-지역 병·의원 간 진료협력체계를 강화하여 지역 내에서 연속적인 진료와 회복 관리가 이루어질 수 있도록 하고자 하였다. 이를 통해 지역 의료서비스 접근성을 높이고 지역 간 의료 격차를 완화하는 것을 주요 목표로 제시하였다.

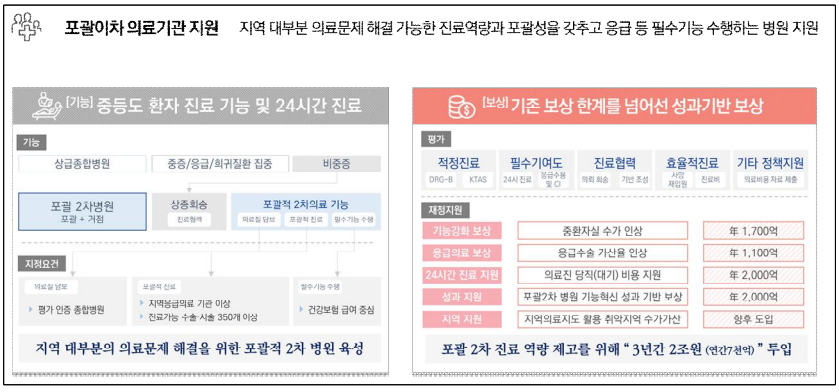
(추진 전략) 이 사업은 포괄적 진료역량 강화와 24시간 필수진료체계 구축을 중심으로 추진된다. 우선 중환자실, 응급수술, 필수진료 기능 등에 대한 보상을 강화하여 중등증 및 일정 수준 이상의 중증 진료역량을 확보하도록 하였다. 또한 진료정보교류시스템과 의뢰·회송 체계를 활성화하여 상급종합병원과 지역 병·의원 간 협력 네트워크를 강화하고자 하였다. 아울러 기능 혁신 성과에 대한 차등 보상체계를 도입하여 지역 의

6) 보건복지부. (2025.6.30.). 지역 필수의료를 책임지는 175개 포괄 2차 종합병원 선정. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=1486636&cg_code=

료 문제 해결과 진료협력 실적을 지속적으로 관리·평가하는 구조를 마련하였다.

(사업 추진) 보건복지부는 포괄 2차 종합병원의 기능을 강화하기 위해 2025년부터 3년간 약 2조 1천억 원 규모의 재정을 투입할 계획이다. 중환자실 수가 인상, 응급수술 가산 확대, 24시간 진료 기능 유지를 위한 인력 지원 등을 통해 필수진료 역량 강화를 지원하며, 지역 의료문제 해결 및 진료협력 실적 등에 따라 성과지원금을 차등 지급하도록 설계하였다. 또한 지역 2차 병원의 전반적인 의료서비스 질이 향상되도록 선정된 기관에 대해 주기적인 모니터링과 성과평가를 실시한다.

[그림 2-7] 포괄 2차 의료기관 지원 및 전문 2차 특화 사업 개요



3. 일차의료 만성질환관리 시범사업[7)8)]

(개요) 일차의료 만성질환관리 사업은 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 동네의원 중심의 지속적·포괄적 관리체계를 구축하기 위해 추진된 사업이다. 기존에는 진단과 약 처방 중심의 단편적 관리가 이루어졌으나, 만성질환의 특성상 생활습관 개선과 장기적 관리가 중요하다는 점에서 일차의료 기반의 통합관리 필요성이 지속적으로 제기되어 왔다. 이에 정부는 지역사회 일차의료 시범사업과 만성질환관리 시범사업을 통합하여 2019년부터 일차의료 만성질환관리 사업을 운영하였으며, 약 5년간의 시범사업을 거쳐 2024년부터 본사업으로 전환하였다.

(정책 목적) 이 사업은 동네의원 중심의 지속적이고 체계적인 만성질환관리체계를 구축하여 고혈압·당뇨병 환자의 질환 조절 수준을 향상시키고, 합병증 예방과 의료비 부담 완화를 도모하는 데 목적이 있다. 특히 환자 개인의 생활습관 개선과 자기관리 역량 강화를 통해 단순 진료 중심이 아닌 예방·관리 중심의 일차의료 기능을 강화하고자 하였다. 또한 지역사회 기반의 의료전달체계를 활성화하여 환자가 거주지 인근 의료기관에서 지속적인 건강관리를 받을 수 있도록 하는 것을 주요 목표로 설정하였다.

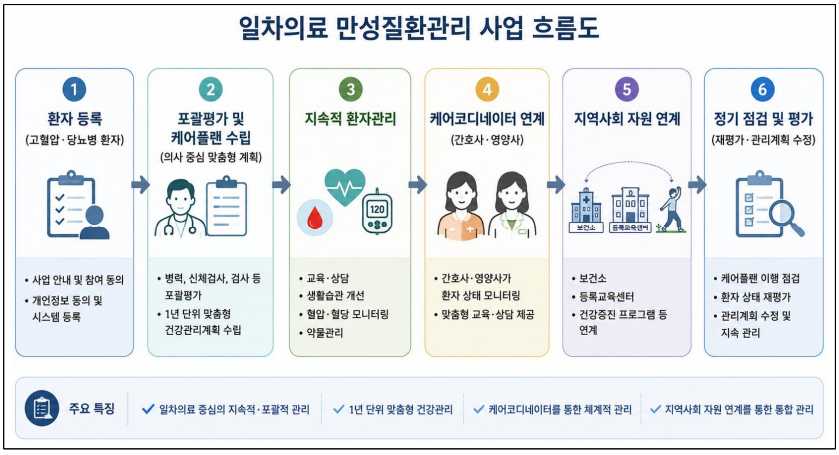
(추진 전략) 이 사업은 환자 맞춤형 케어플랜 수립과 지속적 환자관리 체계를 중심으로 운영된다. 참여하는 환자는 동네의원을 통해 포괄평가를 받고, 이를 기반으로 1년 단위의 건강관리계획을 수립하게 된다. 이후 교육·상담, 환자 모니터링, 생활습관 개선 지원, 지역사회 서비스 연계 등을 통합적

7) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2025.12.). 만성질환 통합관리 수가 안내(개정_2025.12.).https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltNo=4&brdBltNo=11909#none
8) 보건복지부. (2024.9.29.). 일차의료 만성질환관리 본사업 전환. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010200&bid=0027&act=view&list_no=1483237&tag=&nPage=1

으로 제공받는다. 특히 의사뿐 아니라 간호사·영양사로 구성된 케어코디네이터가 참여하여 환자 상태를 지속적으로 관리하고, 필요시 보건소 및 고혈압·당뇨병 등록교육센터 등 지역사회 자원과 연계하는 체계를 구축하였다.

(사업 추진) 사업 대상은 의원의 외래를 이용하는 고혈압·당뇨병 환자이며, 참여하는 의원은 관련 교육을 이수한 의사와 케어코디네이터를 확보한 후 건강보험심사평가원에 참여기관으로 신고해야 한다. 서비스는 환자 등록, 포괄평가 및 케어플랜 수립, 교육·상담 및 환자관리, 점검 및 평가의 단계로 운영된다. 정부는 만성질환 통합관리료 수가를 마련하여 포괄평가, 교육·상담, 환자관리 등에 대해 건강보험을 적용하고 있으며, 환자의 본인부담률도 기존 30%에서 20%로 낮추었다. 또한 건강생활실천지원금 제도를 통해 걷기, 자가측정 등 건강생활 실천 시 포인트를 제공하여 환자의 자발적 건강관리 참여를 유도하고 있다.

[그림 2-8] 일차의료 만성질환관리 시범사업 개요



출처: 보건복지부. (2024.9.29.). 일차의료 만성질환관리 본사업 전환. 보건복지부. (2024.9.29.). 일차의료 만성질환관리 본사업 전환. 의 내용을 바탕으로 chatGpt를 활용하여 연구진이 작성함. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010200&bid=0027&act=view&list_no=1483237&tag=&nPage=1

4. 지역사회 일차의료 혁신 시범사업[9)]

(개요) 지역사회 일차의료 혁신 시범사업은 초고령사회 진입과 만성질환 증가에 대응하여 예방적·지속적 건강관리를 강화하고, 지역사회 중심의 일차의료체계를 구축하기 위해 추진되는 사업이다. 기존의 행위별·질환 중심 진료체계에서 벗어나 환자의 건강 상태와 필요 수준에 따라 지속적 관리와 예방 중심 서비스를 제공하는 '한국형 주치의 모델'을 구축하는 것을 주요 방향으로 하고 있다. 현재 상급종합병원 구조전환 및 포괄 2차 종합병원 지원사업과 연계하여 지역 완결적 의료체계 구축을 위한 핵심 정책으로 2026년 9월 시범사업을 시행할 예정이다.

(정책 목적) 이 사업은 지역주민이 거주 지역 내에서 지속적이고 포괄적인 건강관리를 받을 수 있도록 일차의료 기능을 강화하는 데 목적이 있다. 특히 단순 진료 중심의 의료 제공을 넘어 예방, 건강관리, 만성질환 관리, 적정 의료기관 연계 기능을 강화함으로써 지역사회 기반 건강관리 체계를 구축하고자 하였다. 또한 환자의 건강 위험도와 관리 필요도에 따른 맞춤형 관리체계를 마련하고, 지역 내 의료기관 간 협력체계를 활성화하여 의료전달체계를 정상화하는 것을 주요 목표로 제시하였다.

(추진 전략) 이 사업은 환자 등록 기반의 지속관리 체계와 다학제 팀 기반 일차의료 강화를 중심으로 추진된다. 환자별 건강 상태를 고려한 예측 의료비 수준을 나타내는 계층적 질환군(Hierarchical Condition Categories, HCC) 위험도 4분위로 환자를 구분하여 수가를 차등 적용하는 방식으로 설계되어 있다. 참여 모형에 따라 지속관리 및 다학제 서비스 제공 역량

9) 보건복지부. (2026). 지역사회 일차의료 혁신 시범사업 참여기관 선정 공고. 보건복지부 공고 제2026-562호. 2026년 7월 9일. https://www.mohw.go.kr/board.es?act=view&bid=0003&list_no=1491204&mid=a10501010000

을 갖춘 의원급 의료기관이 단독으로 사업에 참여하는 단독 모형과 거점 지원기관과 협력체계를 구축하여 참여하는 협력 모형이 함께 추진될 예정이다. 등록 환자는 의료기관에서 초기 평가를 받고 이를 기반으로 수립된 맞춤형 건강관리계획에 따라 예방·질환·약물·생활습관 관리 서비스를 제공받게 되며, 야간·휴일 의료상담 응대, 진료 협력, 돌봄 자원 연계도 서비스 범위에 포함된다. 의사뿐 아니라 간호사, 영양사 등 다직종 인력이 참여하는 팀 기반 관리체계를 구축하고, 필요시 방문진료 및 재택의료, 지역사회 자원 연계를 활성화하도록 설계되었다. 보상체계는 기본 보상(진료서비스 보상, 일차의료서비스 보상), 운영지원 보상(다학제 팀 구성 및 운영 지원), 성과 보상으로 구조화되었고, 기존 행위별 수가 중심에서 벗어나 진료서비스 보상은 통합 수가제와 행위별 수가제를 선택할 수 있도록 하고, 일차의료서비스 보상은 통합수가를 도입한다.

(사업 추진) 보건복지부는 시범사업에 참여하기를 희망하며 참여 요건을 충족하는 의료기관을 공모 및 선정하여 2026년 9월부터 약 3년간 시범사업을 운영할 계획이다. 초기에는 통합적 관리 필요성이 높은 50세 이상을 중심으로 사업을 시작하고, 이후 단계적으로 대상을 확대하는 방안이 검토되고 있다. 정부는 2029년까지의 3년간 시범사업 운영 결과를 토대로 적정 서비스 모형과 지불보상체계를 검증하고, 이후 참여 확대를 추진할 계획이다.

[그림 2-9] 지역사회 일차의료 혁신 시범사업의 운영 및 지원체계



출처: "한국형 주치의 담은 '지역 일차의료 혁신 시범사업' 추진," 이승덕. (2025.12.23.). 의학신문. https://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2266320

제3절 치료 후 연계 정책

급성기 치료 후 지역사회 연계 구조를 효율적으로 구축하기 위해 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업과 재활의료기관 수가 시범사업이 현재 진행 중이며, 두 정책의 추진 배경과 특징은 〈표 2-6〉에 정리하였다.

〈표 2-6〉 치료 후 지역사회 연계 정책의 추진 배경과 특징

구분	사업 기간	추진 배경	주요 내용
급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업	2020년 12월~ (2단계 진행 중)	- 급성기 병원 퇴원 후 연속적 관리 체계 부재 및 지역사회 연계 수가 미비	- 다학제 환자지원팀 기반 통합 평가 및 퇴원계획 수립 의무화, 지역사회 연계 수가 도입
재활의료기관 수가 시범사업	2017년~ (4단계 진행 중, ~2027년 12월)	- 급성기 치료 이후 집중재활 및 연속적 재활의료전달체계 구축 필요	- 시간 단위 맞춤형 재활 수가 체계 운영, 방문재활 도입, 성과기반 인센티브 모형 적용

주: 제2절의 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

1. 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업[10]

(개요) 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업은 급성기 의료기관에서 퇴원하는 환자가 온전하게 사회에 복귀하는 것을 목표로, 지속적인 치료 및 추적관리를 받을 수 있도록 지원하기 위해 추진된 사업이다. 그간 급성기 병원[11]은 치료 중심 기능에 집중되어 있어 퇴원 이후 환자 관리에 대한 비용 보상이 충분하지 않았으며, 이로 인해 퇴원 계획 수립과 지역사회 자원 연계를 위한 인력 확보 및 적극적인 서비스 제공에 어려움이 있다는 문제가 있었다. 이에 보건복지부는 2020년 12월부터 급성기 의료기관 퇴원 시 환자 상태를 통합적으로 평가하고 적절한 퇴원 계획을 수립하여 적정 의료기관 및 지역사회 자원으로 연계·관리할 수 있는 체계를 구축하고자 본 시범사업을 추진하였다.

(정책 목적) 이 사업은 급성기 의료기관에서 퇴원하는 환자의 의학적 상태뿐 아니라, 치료 요구도와 사회·경제적 지원 필요성을 종합적으로 파악하고, 구체적인 퇴원계획을 수립하여 환자가 퇴원 이후에도 맞춤형 관리를 받을 수 있도록 하는 데 목적이 있다. 특히, 뇌혈관 질환 환자와 같이 지역 내 회복기·유지기 의료기관으로의 전원 수요가 많고, 합병증 및 잔존 장애 등으로 의료·복지 분야에 다양한 서비스 수요가 높은 환자군을 우선 대상으로 하여, 퇴원 이후에도 관리의 연속성이 확보될 수 있도록 지역사회 연계 수가를 마련하는 것을 주요 목표로 설정하였다.

(추진 전략) 입원 단계에서부터 퇴원 이후를 고려한 통합적 환자 관리

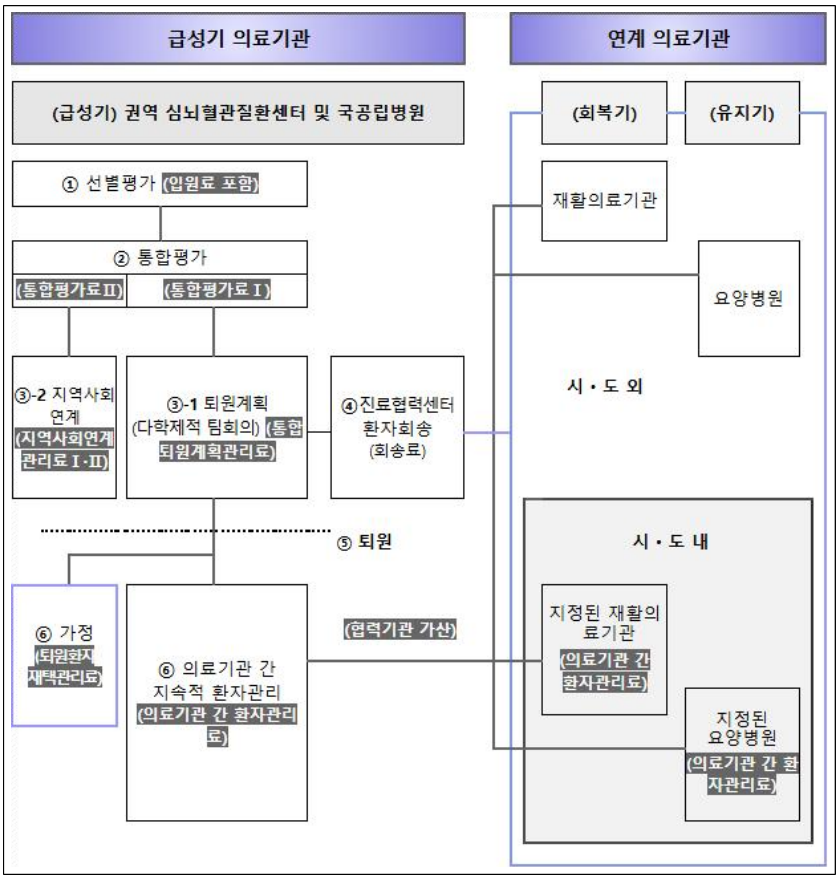
10) 보건복지부 (2024.12.). 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 2단계 시범사업」 지침 일부개정.
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&list_no=1484195&act=view

11) 급성기 병원은 의료기관평가인증원의 의료기관 인증 유형 중 하나로 상급종합병원·종합병원·병원을 포괄하고 있다. 현재 4주기 인증(2023~2026년)이 적용되고 있다.

체계 구축을 추진 전략의 기본 방향으로 삼고 있다. 참여하는 의료기관은 환자지원팀을 구성하여 환자의 의학적 상태, 치료 요구도, 사회·경제적 지원 필요성을 종합적으로 파악하고, 환자 및 보호자에게 지역사회 내 의료·복지 자원에 대한 정보를 제공함으로써 구체적인 퇴원계획을 수립·설명하도록 하였다. 또한 지역사회 연계 활동에 대한 수가 보상체계를 마련하여 의료기관의 연계 서비스 제공을 제도적으로 유인하는 방향으로 설계되었다.

(사업 추진) 보건복지부는 심뇌혈관질환센터 또는 상급종합병원 가운데 환자지원팀 인력을 구성한 종합병원급 이상 의료기관을 대상으로 참여기관을 모집하였으며, 2020년 12월 1단계 시범사업 시행 이후 단계적으로 참여기관을 확대하였다. 이후 2024년 12월에는 사업 개편을 거쳐 2단계 시범사업으로 전환하였으며, 2025년에도 추가 참여기관 공모를 통해 사업을 지속해서 확대하고 있다. 건강보험심사평가원은 급성기 환자 퇴원지원 시범사업과 재활의료기관 수가 시범사업의 연속성을 통합적으로 평가하기 위한 연구에 착수하는 등 본사업 전환을 위한 준비를 병행하고 있다.

[그림 2-10] 급성기 환자 퇴원 지원 및 지역사회 연계 활동 시범사업 모식도



출처: "「급성기 환자 퇴원 지원 및 지역사회 연계 활동 시범사업」실시," 보건복지부, (2020.12.23.). https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=362387&tag=&nPage=268

2. 재활의료기관 수가 시범사업[12)]

(개요) 재활의료기관 수가 시범사업은 급성기 치료 이후 기능 회복이 필요한 환자에게 집중적인 재활치료를 제공하고, 급성기에서 회복기, 유지기 및 지역사회로 이어지는 재활의료전달체계를 구축하기 위해 추진된 사업이다. 그간 급성기 치료 이후 재활이 필요한 환자들이 적정 시기에 집중 재활치료를 받지 못하거나, 재활치료 기관 간 연계가 분절적으로 이루어지는 한계가 있었다. 이에 정부는 2017년 재활의료기관 지정·운영 시범사업을 시작으로 기관 지정 체계와 수가 시범사업을 병행하여 단계적으로 사업을 발전시켜 왔다.

(정책 목적) 이 사업은 발병 또는 수술 후 기능 회복 시기에 있는 환자의 장애를 최소화하고, 집중적인 재활치료를 통해 환자가 조기에 일상생활 및 사회로 복귀할 수 있도록 지원하는 데 목적이 있다. 아울러 환자 맞춤형 집중재활치료, 지역사회 연계, 퇴원 후 방문재활 치료를 통해 재활치료의 연속성을 확보하고, 의료와 돌봄이 유기적으로 연결되는 포괄적 재활의료전달체계를 구축하고자 하였다.

(추진 전략) 기관 지정 체계와 수가 시범사업이 별도로 운영되는 구조이다. 기관 지정은 재활의학과 전문의 수, 치료사 인력 기준, 60개 이상 병상, 필수시설 구비, 재활환자 구성 비율(40% 이상) 등의 기준을 충족한 의료기관을 대상으로 3년 주기로 이루어지며, 수가 시범사업은 기관 지정과 별도로 단계적으로 시행하고 있다. 수가 체계는 초기 항목별 횟수 제한 방식에서 벗어나 환자 맞춤형 통합치료계획에 따른 시간 단위 수가 체계로 개편되었으며, 통합계획관리료, 통합재활기능평가료, 지역사회연

12) 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024.12.). 재활의료기관 수가 4단계 시범사업 지침. https://www.hira.or.kr/bbs/157/2024/12/BZ202412310992750.pdf

계료 등의 수가 항목을 도입하여 다학제 팀 기반의 퇴원계획 수립과 지역사회 연계 활동에 대한 보상체계를 마련하였다.

(사업 추진) 기관 지정 측면에서는 2017년 지정·운영 시범사업 이후 제1기(2020년 3월~2023년 2월) 45개소, 제2기(2023년 1월~2024년 12월) 53개소에 이어 제3기(2025년 1월~2027년 12월) 71개소를 재활의료기관으로 지정하였다. 수가 시범사업은 단계적으로 발전하여, 2020년 3월 2단계 시범사업에서 시간 단위 수가 체계로 개편하고 통합계획관리료·지역사회연계료 등을 도입하였다. 2023년 1월 3단계 시범사업에서는 방문재활 서비스를 추가로 도입하여 재활의료기관에서 퇴원한 거동불편 환자를 대상으로 한 재택 단계까지 재활치료의 연속성을 강화하였으며, 2025년 1월부터는 포괄적 재활의료전달체계 확립과 성과 기반 인센티브 모형을 마련하는 것을 핵심으로 하는 4단계 수가 시범사업을 2027년 12월까지 시행할 예정이다. 맞춤형 재활 수가를 적용받을 수 있는 환자는 중추신경계(뇌손상, 척수손상), 근골격계(고관절·골반·대퇴의 골절 및 치환술 등), 비사용증후군 질환자이며, 발병 또는 수술 후 30일·60일·90일 이내라는 입원 시기 기준이 설정되어 있다.

〈표 2-7〉 재활의료기관 지정 및 수가 시범사업 단계별 추진 경과

구분	시기	주요 내용
지정·운영 시범사업	2017년 10월~ 2020년 2월	- 재활의료기관 지정·운영 시범사업 시작
수가 2단계 제1기 지정	2020년 3월~ 2023년 2월	- 환자 맞춤형 집중재활치료를 위한 통합계획관리료·지역사회연계료 도입 - 의료기관 내 재활팀 (의사·간호사·치료사·사회 복지사) 중심의 포괄적 케어 - 제1차 (2020년 3월~) 26개소 지정 - 제2차 (2021년 1월~) 19개소 지정
수가 3단계 제2기 지정	2023년 1월~ 2024년 12월	- 재택 복귀를 위한 '방문재활 서비스' 도입, 재활의료기관 53개소 지정 - 퇴원 후 잔존 장애 관리를 위해 소속 치료사가 가정을 방문하는 수가 마련 - 최대 90일(3개월)간 주 2회 맞춤형 방문재활치료 제공 및 관리료 신설
수가 4단계 제3기 지정	2025년 1월~ 2027년 12월	- 4단계 시범사업 시행. 71개소 지정 - 성과기반 인센티브 모형 마련 및 기준 내실화 목표 - 환자의 기능 호전 및 재택 복귀율에 따른 성과 지표 연계 - 근골격계 환자군(고관절 등) 대상 질환의 입원 적용 기간 확대(30일 → 60일, 2025년 3월 개정)

출처: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024.12). 재활의료기관 수가 4단계 시범사업 지침의 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

제4절 소결

제2장에서 살펴본 국내 암생존자 관리 정책, 일차의료 강화 정책, 치료 후 연계 정책은 공통적으로 기존의 병원 중심·치료 중심 보건의료체계를 지역사회 기반의 지속적 관리체계로 전환하려는 방향성을 보여준다. 기존의 암 관리 정책은 과거 암의 조기 발견과 치료 성과 향상에 초점을 두었던 단계에서 벗어나, 암 치료 이후 생존자의 삶의 질과 장기적 건강관리를 포괄하는 전 주기적 관리체계로 확대되고 있다. 이러한 변화는 암생존자의 증가와 함께 치료 이후에도 지속되는 신체적 후유증, 심리적 불안, 사회복귀 문제 등이 중요한 보건의료 과제로 부각된 데 따른 결과로 해석할 수 있다. 제5차 암관리종합계획(2026~2030)은 이러한 정책적 전환을 반영하여 '지역 완결적 암 의료체계 구축'과 '암생존자 건강 증진 및 돌봄 강화'를 핵심 목표로 제시하고 있으며, 암생존자통합지지사업을 중심으로 상담·교육·맞춤형 프로그램·지역사회 연계 등을 포함한 통합적 관리체계를 제도화하려는 노력이 있었다.

특히 암생존자통합지지사업은 국내 암생존자 관리 정책의 대표적인 실행 기반으로서 중요한 의미가 있다. 해당 사업은 암생존자의 신체·심리·생활 영역을 통합적으로 평가하고 맞춤형 서비스를 제공함으로써, 기존의 단순 치료 중심 관리체계를 넘어선 포괄적 관리 모델을 제시하고 있다. 또한 중앙암생존자통합지지센터와 권역센터를 중심으로 표준화된 프로그램을 운영하고, 보건소·행정복지센터·고용복지플러스센터 등 지역사회 자원과의 연계를 강화하고 있다는 점에서 지역 기반 전달체계 구축의 가능성을 보여준다. 실제로 암생존자통합지지사업은 건강관리 서비스뿐 아니라 사회복귀, 심리 회복, 생활관리까지 포함하는 다차원적 접근을 시도하고 있으며, 이는 암생존자를 단순한 치료 대상이 아닌 지역사회 구

성원으로 바라보는 정책적 관점의 변화를 반영하고 있다.

다만 현재의 암생존자 관리체계는 여전히 상급종합병원 및 권역암센터 중심 구조에 기반하고 있다는 한계를 가진다. 암생존자통합지지사업 역시 권역암생존자통합지지센터를 중심으로 운영되고 있어, 실제 암생존자가 일상생활을 영위하는 지역사회 및 일차의료 수준에서의 지속적 관리체계는 충분히 구축되지 못한 상황이다. 지역사회 연계가 일부 이루어지고 있으나, 의료기관 간 역할 분담과 환자 정보 공유, 연속적 관리체계에 대한 제도적 기반은 아직 미흡한 수준에 머물러 있다. 특히 치료 종료 이후의 만성질환 관리, 건강행태 개선, 심리적 지지, 사회복귀 지원 등은 장기간 지속적 관리가 필요함에도 불구하고, 현재의 병원 중심 체계만으로는 이를 충분히 감당하기 어렵다는 구조적 한계가 있다.

한편, 최근 정부가 추진 중인 상급종합병원 구조전환 지원사업, 포괄 2차 종합병원 지원사업, 일차의료 만성질환관리사업, 지역사회 일차의료 혁신 시범사업뿐 아니라, 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업, 재활의료기관 수가 시범사업 등은 공통적으로 의료기관 기능 재정립과 지역 중심 의료전달체계 강화를 지향하고 있다는 점에서 암생존자 관리체계와도 밀접한 관련성을 가진다. 특히 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업은 급성기병원 퇴원 시점에서의 통합 평가와 퇴원계획 수립을 제도화하고 지역사회 자원과의 연계 수가를 마련하였다는 점에서, 암 치료 종료 후 일차의료 및 지역사회로의 전환 과정에서 요구되는 정보 공유와 연계 체계 구축에 직접적인 시사점을 제공한다. 재활의료기관 수가 시범사업은 급성기-회복기-유지기 및 지역사회 통합돌봄으로 이어지는 재활의료전달체계를 단계적으로 구축하면서, 방문재활 도입과 성과기반 인센티브 모형 등을 통해 의료기관과 지역사회 간 연속적 관리체계의 실현 가능성을 보여주고 있다. 이러한 정책들은 암생존자 관

리 역시 특정 병원의 단기적 치료에 한정되지 않고, 일차의료와 지역사회 중심의 장기적 관리체계로 확장될 필요가 있음을 시사한다.

그러나, 현재까지 정리한 국내 관련 정책에는 다음과 같은 한계가 존재한다(그림 2-11). 첫째, 현행 암생존자 관리 정책은 주로 지역사회 중심의 사회·심리 서비스를 중심으로 한 사업으로 주 치료 이후의 의료 수요를 연속적으로 포괄하는 데 한계가 있다. 둘째, 공급 구조 재편 및 일차의료 기능 강화 정책은 암생존자가 편입 가능한 분류체계나 수가 구조가 불명확하다. 셋째, 치료 후 연계 정책은 '연계'에 대한 선례가 있다는 점은 확인되나 암이라는 특정 질환을 대상으로 하지 않는다. 국내 관련 정책 분석을 통해 현재 암생존자의 일차의료 연계에 다음의 구조적 공백이 존재함을 확인할 수 있다: ❶ 암생존자의 병력, 치료력, 검사 결과 등 주요 정보가 필수적으로 연계가 되어야 하는데 현재 치료요약서나 전달체계의 부재로 정보 연계에 단절이 있는 상황이다. ❷ 암생존자는 진단 시 병기와 암생존기에 따라 관리 구조가 달라져야 하는데 이런 위험도를 계층화하는 기준이나, 어떤 상황에서 의뢰 또는 회송이 필요한지 등과 관련한 프로토콜이 불명확하다. ❸ 일차의료에서 암생존자를 효율적으로 진료하기 위해서는 암에 대한 교육이 선행되어야 하며, 이상 증상이 발생하거나 논의가 필요한 상황에서는 전문의와 소통할 수 있는 경로가 필요하나 이런 체계가 부족하다. ❹ 일차의료와의 원활한 연계와 지속 가능성을 보장하려면 관련된 수가 체계를 통해 참여 유인이 필요하나 현재는 이러한 체계 역시 갖추어져 있지 않다. 종합하면, 현행 관련 정책의 한계를 보완하는 암생존자 특화 사업 구상이 필요한 시점이며, 암생존자 관리를 일차의료로 원활히 연계하기 위해서는 주요 구조적 공백을 해결하는 것이 선행되어야 한다.

[그림 2-11] 국내 암생존자 관리 관련 정책 요약 및 시사점



주: 제2장의 국내 정책 현황을 바탕으로 연구진이 작성함.



제3장

국외 암생존기 관리 모형과 일차의료 연계 사례

제1절 영국
제2절 호주
제3절 일본
제4절 소결

제3장 국외 암생존기 관리 모형과 일차의료 연계 사례

제1절 영국

1. 개요

영국은 국가보건서비스(National Health Service, NHS) 단일 공공의료체계 안에서 암생존자 정책을 중앙 집중적으로 추진하는 국가이다. 2008년 영국 보건부와 NHS, Macmillan Cancer Support의 파트너십으로 출범한 국가 암생존자 이니셔티브(National Cancer Survivorship Initiative, NCSI) 이후 회복 패키지(Recovery Package) 및 개인맞춤 돌봄(Personalised Care), 개인맞춤형 위험도 기반의 추적관리(Personalised Stratified Follow-Up, PSFU), GP(General Practice) 계약의 인센티브 제공 제도 등을 통해 암생존자 관리에 대한 GP의 역할이 잘 자리 잡은 사례로 볼 수 있다.

영국의 암생존자 관리 정책은 치료 이후의 삶(Living with and beyond Cancer)을 체계적으로 관리하는 구조로 설계되어 있고, 핵심은 병원 중심의 치료 이후에 일차의료(GP)와 지역사회 중심의 장기 관리로 전환하는 것이다. 즉, 영국의 모델은 병원을 고위험·복잡한 치료의 허브로, 일차의료를 장기 추적·일상 관리의 거점으로 두고 치료 종료 요약서, 전인적 욕구 평가(HNA), 암 돌봄 리뷰(CCR), 디지털 원격 모니터링 등 다양한 매개 도구를 통해 두 영역을 연계하는 구조라고 볼 수 있다.

2. 주요 암생존자 관리 모형

가. 국가 암생존자 이니셔티브 핵심 정책 패키지

(암생존자 관리 패러다임 전환) 2013년, 영국의 국가 암생존자 이니셔티브(NCSI)는 현재 영국 암생존자 관리 모형의 이론적 기반이 되는 암생존자 관리 정책 패키지를 발표하였으며, 여기에 암생존자들에 대한 지원 전략과 실행 방향이 담겨 있다. 이것은 많은 암 생존자들이 치료 종료 이후에도 신체적·정신적·사회경제적 필요가 존재한다는 사실과 기존처럼 단순히 진료와 추적검사만 늘리는 방식으로는 환자 욕구를 충족하기 어렵고 재정적으로도 지속 가능하지 않다는 사실을 고려한 서비스 구조 자체의 전환 필요성에서 비롯되었다(NCSI, 2013).

암생존자의 치료 이후의 삶을 중심으로 암생존자 관리에 대한 패러다임을 전환하는 내용이 핵심이며, 이에 따라 암생존자 관리는 환자 개인의 필요에 따라 관리하는 구조로 정책 방향이 전환되었다(NCSI, 2013)(그림 3-1).

[그림 3-1] 영국 국가 암생존자 이니셔티브의 암생존자 관리 패러다임 전환 방향

Before	After
치료 중심	회복·삶 중심
획일적 관리	개인 맞춤형 관리(환자 필요 기반)
병원 중심	자기관리 지원
단일 추적관리	맞춤형 추적관리(stratified follow-up)
활동 중심 평가	성과·경험 중심 평가

출처: National Cancer Survivorship Initiative(NCSI). (2013). Living with and Beyond Cancer: Taking Action to Improve Outcomes 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

(암생존자 경로의 5단계) 암생존자 관리에 있어서 언제, 어떠한 지원을, 어떠한 방식으로 제공할 것인가에 따라 5단계로 나누고 있으며, 1) 진단 시점부터의 정보 및 지원, 2) 회복 증진, 3) 회복 유지, 4) 치료 후유증 관리, 5) 활동성·진행성 질환자 지원이 포함된다(NCSI, 2013)(표 3-1).

〈표 3-1〉 영국 국가 암생존자 이니셔티브의 암생존자 5단계 경로

단계	주된 시기·상황	핵심 목표	주요 내용 및 서비스 예시
[1단계] 진단 시점부터의 정보 및 지원	암 진단 직후부터 1차 치료 전·초기	초기 충격 완화, 향후 여정 준비, 정보·정서적 지지 제공	- 암·치료 옵션·부작용에 관한 이해하기 쉬운 정보 제공 - 전문 암 간호사에 의한 설명·상담·연계 지원 - 치료 선택 시 삶의 질 영향까지 고려하는 공유 의사결정 지원 등
[2단계] 회복 증진	수술·항암·방사선 등 1차 치료 직후~수개월/1~2년	치료 후 회복 촉진, 일상복귀 지원, 자기관리 기반 조성	- 전인적 욕구 평가(HNA)와 개별 돌봄 계획 수립 - 치료 요약 작성 및 제공 - 환자 교육 및 지원 행사 운영 - GP의 암 진단 후 검토 통한 일차의료 연계 등
[3단계] 회복 유지	치료 종료 후 비교적 안정된 기간(수년 이상)	재발·합병증 예방, 자기관리 강화, 효율적 추적관리	- 환자 위험도(재발·후유증·동반질환)에 따른 위험도 기반 추적관리 - 저·중위험: 원격 모니터링·자기관리 중심, 필요시 빠른 재접근 구조 - 고위험·복합 문제: 간호사·의사 주도 정기 외래 및 더 촘촘한 검사 등
[4단계] 치료 후유증 관리	치료 중·치료 직후부터 수년·수십 년까지	신체·정신·사회적 후유증의 조기 발견·예방·체계적 관리	- 치료 중부터 단·장기 부작용과 장기 후유증 위험 설명, 모니터링 시작 - 치료 설계 단계에서 장기 후유증을 줄이는 기술 적극 활용 등
[5단계] 활동성·진행성 질환자 지원	재발·전이, 완치 어려운 진행성·활동성 암 단계	삶의 질 유지, 증상 완화, 말기 돌봄으로의 전환	- 전인적 평가·돌봄 계획·자기관리 지원 원칙 유지 - 환자와 함께 개인맞춤 결과 목표 설정, 치료·돌봄 방향 조정 - 완화의료를 치료와 병행하는 필수 요소로 통합하고 방사선·항암 치료와 동시에 계획 등

출처: National Cancer Survivorship Initiative(NCSI). (2013). Living with and Beyond Cancer: Taking Action to Improve Outcomes 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

(회복 패키지의 구성요소) 암생존자 관리 패러다임을 전환함에 따라 새롭게 도입한 “회복 패키지(Recovery Package)”는 암 치료 종료 시점에 제공되어야 하는 4가지 핵심 개입(interventions)으로 구성된다. 이는 영국 암생존자 관리의 핵심적이고 표준적인 실행 도구로 활용되고 있다(NCSI, 2013)(표 3-2).

〈표 3-2〉 영국 국가 암생존자 이니셔티브의 회복 패키지 구성

구성요소	주요 내용	시점
전체적 수요 평가 (Holistic Needs Assessment, HNA)	- 환자의 신체적, 정신적, 사회적 욕구를 통합적으로 평가하며, 단순히 의학적 상태가 아니라 삶 전체를 평가함.	진단 후 및 치료 종료 시
개인별 관리 계획 수립 (Personalised Care Planning)	- 평가 결과를 바탕으로 개인별 관리계획을 수립하고 일차의료 및 지역서비스와 연계함.	치료 종료 후 지속
치료요약서 (Treatment Summary)	- 병원에서 치료 종료 시에 작성하여 일차의료(GP)와 환자에게 공유하며 병원과 일차의료 연계의 핵심 인프라의 역할을 함. - 치료 내용, 후유증 위험, 추적관리 계획, 재발 위험 등의 내용을 포함함.	치료 종료 직후 GP에 전달
암치료 리뷰 (Cancer Care Review, CCR)	- GP 또는 Practice Nurse가 수행하는 암생존기 상담이며 진단 후 또는 치료 후 일정 시점에 시행함. - 증상 및 후유증 확인, 정신건강평가, 사회경제적 문제, 자기관리 지원 등을 포함함. - 일차의료 기반 관리의 핵심 요소로, 환자의 필요, 치료 후 지원, 재정문제, 처방비 면제 등까지 포함하는 전인적인 검토임.	진단 후 3개월, 12개월

출처: National Cancer Survivorship Initiative(NCSI). (2013). Living with and Beyond Cancer: Taking Action to Improve Outcomes을 바탕으로 연구진이 작성함.

나. 개인맞춤형 위험도 기반의 추적관리 모형(PSFU)

(개요) 영국에서 핵심 운영 모형으로 제시하는 PSFU는 암생존자를 상태·재발 위험·동반질환·선호에 따라 계층화(stratified)하고 서로 다른 추적관리 방식으로 분류하는 모형으로, 크게 3가지 유형으로 구분하였다. ❶ 고위험은 병원 중심의 관리, ❷ 중간 위험은 병원과 GP 공동 관리, ❸ 저위험은 GP와 자기관리 방식을 적용한다. 기존에는 획일적으로 모든 환자를 병원에서 외래 추적하는 방식이었지만, 이제는 필요한 환자만 병원에서 관리하고 나머지는 지역 기반으로 추적관리하는 체계로 전환되었다(NHS, 2020, p.8). 특히, 유방암·대장암·전립선암을 우선 대상으로 외래 재방문 대신에 검사와 결과를 원격으로 관리하면서 필요한 경우 언제든지 다시 전문의료진에게 접속할 수 있도록 설계하였다(NHS England, 2020).

(대상 및 원칙) PSFU는 NHS, Cancer Alliance, 병원, 일차의료가 대상 범위에 포함되며, 공동 의사결정에 따른 추적경로 선택, 전인적 욕구평가(HNA) 기반 계획 수립, 치료요약서 제공, 신속 접근 보장, 맞춤형 정보 제공, 디지털 기반 원격 모니터링, 통합 케어, 환자 자율성 강화, 인력 구성 최적화를 9개의 핵심 원칙으로 하고 있다(NHS England, 2020)(표 3-3).

〈표 3-3〉 PSFU의 9가지 핵심 원칙

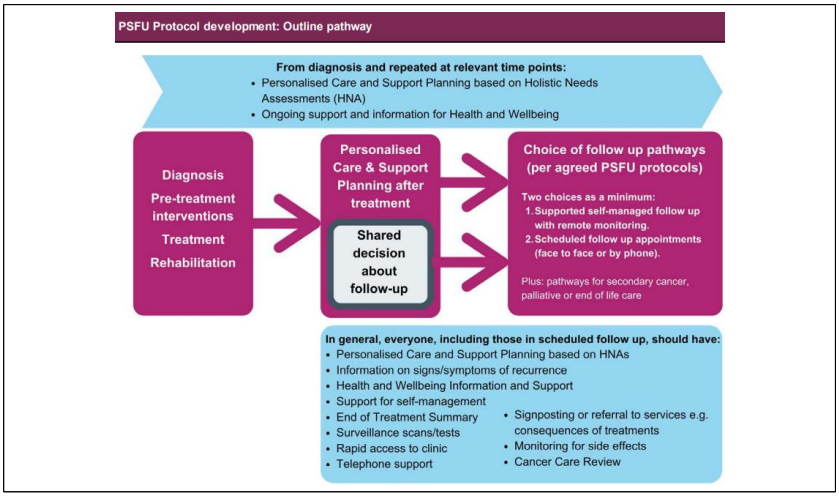
원칙	주요 내용	환자 및 시스템에의 의미
공동 의사결정에 따른 추적경로 선택	어떤 추적경로(외래 DNLW, 지원된 자기관리+원격 모니터링 등)를 선택할지 환자와 임상의가 함께 결정함.	환자가 선호·상황을 반영해 경로를 선택함으로써 수용성과 만족도 향상, 불필요한 외래 방문 감소
HNA 기반 개인맞춤 돌봄·지원 계획 수립	전인적 욕구 평가(HNA) 기반의 신체·정신·사회경제·직업 등을 포함한 개인맞춤 돌봄·지원 계획 수립	단순 검사 일정이 아닌 환자 필요에 맞춘 지원 목록 작성, 재활·심리·사회복지·직업재활 등과 체계적 연결 가능
치료요약서 제공	치료요약서를 환자와 GP에게 제공하여 진단·치료 내용, 재발·후유증 위험, 추적 검사·경고 신호 정리	일차의료와 환자가 자신의 상태와 향후 계획에 관한 명확한 이해 및 지역사회 중심 관리와 조기 대응 용이
신속 접근 보장	어떤 경로에 있든 증상이나 걱정 발생 시 암 전문팀에 신속히 접근, 외래로 재소환 가능	자기관리·원격 경로에 있어도 언제든 도움을 받을 수 있는 안전망 보장
맞춤형 정보 제공	진단 때부터 건강문해력·선호에 맞춘 정보·조언 제공, 재발·후유증·생활습관·직장·재정 등 폭넓은 내용 포함	환자의 치료·추적 과정 전체에 대한 이해도 향상, 스스로 건강행동을 선택하여 불안 감소 및 자기효능감 증가
디지털 기반 원격 모니터링	검사·영상 결과를 디지털 시스템으로 관리·모니터링, 정상·이상 결과를 모두 환자에게 명확히 통보	불필요한 외래 방문 감소, 이상 소견 신속 포착, 결과 대기 불안 감소
통합 케어	병원, 일차의료, 지역사회·복지, 민간단체가 하나의 경로처럼 보이도록 역할·연계·정보 공유를 명확히 설정	환자에게 어디에서든 일관된 정보와 지원 가능
환자 자율성 강화	자기관리 교육, 건강코칭, 동료 지지, 사회 처방 등을 통해 환자의 지식·기술·자신감 향상	환자가 재발 신호·부작용·생활습관 등을 스스로 관리, 결과 및 삶의 질 개선, 의료 이용 효율화
인력 구성 최적화	고숙련 인력을 고위험·복잡 사례에 집중, 지원 인력·행정·디지털이 반복적 업무 분담	제한된 인력으로도 더 많은 환자에게 PSFU 적용, 복잡 환자에게는 더 충분한 시간 할당 가능

출처: NHS England. (2020). Implementing personalised stratified follow up pathways 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

(구조) PSFU는 크게 1단계 “진단 → 치료 → 재활”, 2단계 “공동 의사결정”, 3단계 “추적관찰 경로 선택”으로 구조화되어 있다. 원격 모니터링을 기본으로 하고 필요시 병원 진료를 받는 자기 주도 추적관찰(self-managed follow-up)과 고위험 및 복합질환자를 대상으로 하는 정기적인 외래 방문 추적관찰의 2가지 경로로 실행되고 있다(NHS England, 2020)(그림 3-2).

특히, 원격 모니터링은 정해진 기간에 가이드라인에 따른 검사·영상을 계획하고 결과를 디지털 시스템으로 관리하게 되며, 모든 결과를 환자에게 서면·전화·디지털로 통보하며 “연락 부재 시 정상”의 방식을 금지하고 있다. 또한, 이상 소견이 나오면 즉시 외래로 재소환하며, 포털을 활용하여 환자가 자신의 기록과 결과를 확인하고 질문하도록 권장한다(NHS England, 2020).

[그림 3-2] PSFU 프로토콜



출처: NHS England. (2020). Implementing personalised stratified follow up pathways. NHS England. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/04/cancer-stratified-follow-up-handbook-v1-march-2020.pdf, p.8 (2026.5.10. 인출).

(회복 패키지에서 개인맞춤 돌봄으로의 변화) 2013년 NCSI에 의해 제시된 "회복 패키지(Recovery Package)"에서 사용된 주요 개입(interventions) 관련 용어들이 2020년에 "개인맞춤 돌봄(Personalized Care)"으로 변경되면서 그 용어들도 시점과 철학을 더 잘 반영하는 방향으로 변화되었다. 각 용어의 내용은 거의 유지되었으나 진단 시점부터 경로 전체에 걸쳐 반복 제공되어야 한다는 점을 강조하고 있다(NHS England, 2020)(표 3-4).

〈표 3-4〉 PSFU에서의 핵심 용어 변경

기존 용어 (회복 패키지)	변경 용어 (개인맞춤 돌봄)	변경 이유 및 의미
Recovery Package Interventions	Personalised Care Interventions	- Recovery는 치료 후 회복 단계에만 쓰이는 느낌이라 예후와 상관없이 진단 시점부터 적용되는 개입을 설명하기에 부적절함 - Package는 한 번에 제공되는 묶음처럼 들리므로 여러 시점·요청에 따라 반복 제공해야 하는 현실을 반영하기 위해 개인맞춤 돌봄 개입으로 표현함 - 개인맞춤 돌봄은 NHS 장기계획의 핵심 용어와 일치시킴
Holistic Needs Assessment(HNA)	HNA 기반의 Personalised Care and Support Plan(PCSP)	- HNA를 그 자체로 별도 활동이 아닌 개인맞춤 돌봄·지원 계획을 만드는 과정의 일부로 보고자 함. - PCSP는 개인맞춤 돌봄 종합모델의 필수요소이기에 계획에 초점을 맞춤
Treatment Summary	End of Treatment Summary	- 치료 전체 요약이 아니라 특정 치료 단계 종료마다 향후 관리·역할을 정리해주는 문서라는 의미에서 'End of' 추가함
Health and Wellbeing Event(HWBE)	Health and Wellbeing Information and Support(HWBIS)	- Event는 일회성 행사를 의미하지만 실제로는 온라인/오프라인, 집단/개별, 다양한 형식의 정보·지원이 필요하기에 더 포괄적인 개념으로 확장함
Cancer Care Review	Cancer Care Review(동일)	- GP가 수행하는 암 돌봄 리뷰는 이미 역할과 의미가 확립되어 있고 장기계획 지표에도 반영되어 있어 용어 유지함

출처: NHS England. (2020). Implementing personalised stratified follow up pathways, https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/04/cancer-stratified-follow-up-handbook-v1-march-2020.pdf, p.16의 표 1의 내용을 연구진이 요약 정리함.

3. 일차의료 역할 및 제도화

(병원-일차의료 연계 구조) 영국 암생존자 관리 모형의 핵심은 연계 메커니즘의 제도화이며 암 치료병원과 일차의료가 서로 다른 기능을 담당하되 치료요약서·개인맞춤 계획·위험도 기반 추적관리·신속 재접근 체계로 연결되는 구조이다. 영국의 암생존기 관리는 전인적·전 경로(Whole Person, Whole Pathway) 관리로 보며, 진단-치료-치료 종료-추적관리-재발 의심 시 재진입까지를 하나의 연속된 경로로 설계하고 이 경로 안에 병원, GP, 재활, 심리, 사회복지, 지역사회의 지원을 포함한다(NHS England, 2020).

기본 구조는 병원에서 치료받은 후 GP와 연결되는 전환 모형이며 병원이 치료 종료 시 환자를 단순히 종결(discharge)하는 게 아니라 다음 단계로 넘어갈 수 있도록 정보를 정리하고 관리 계획을 세워 GP와 공유하는 형태이다. 치료 종료 요약서를 통해 환자에 대한 정보가 공식적으로 전달되며(정보 연계), 역할이 분담되어 주 치료병원은 치료와 고위험 환자 관리를 담당하고, GP는 장기 관리가 필요하고 경증인 환자 관리를 담당한다(역할 분담). 이는 문제 발생 시 GP에서 전문의(specialist)로 신속하게 의뢰가 가능한 구조로 설계되었다(재의뢰 경로)(NHS England, 2020).

(병원-일차의료 간 연계의 핵심 매개) 병원과 일차의료 간의 가장 중요한 연결 도구는 치료 종료 요약서(End of Treatment Summary)로 이 문서는 병원에서 1차 치료 종료 시에 작성하지만 목적은 GP와 연계하는 것이다. 이것은 GP의 암 돌봄 리뷰(Cancer Care Review)를 위한 기초자료로 활용되며, 이 요약서에는 치료 내용, 가능한 부작용, 장·단기 후유증 및 주의해야 할 경고 증상, 재발 징후, 권장 추적검사 일정, GP가 책임

질 관리, secondary care 연락처 등이 포함된다. 치료 종료 요약서는 단순히 소개장 수준이 아니라 표준화된 임상·관리 정보 전달 문서로 일차의료와의 연계에서 핵심적인 역할을 한다(NHS England, 2020).

또한, 병원은 진단·치료 종료·재발 등 중요한 전환 시점마다 전인적 욕구 평가(HNA)를 시행하고 그 결과를 바탕으로 개인맞춤 돌봄·지원 계획(PCSP)을 작성하여 신체·정신·사회·직업·재정·가족 등 환자의 다양한 필요와 목표를 정리한다. 이 계획은 GP 및 지역사회 서비스와도 공유되며 일차의료에서 주의해야 할 후유증, 연결되는 지원 현황, 환자의 목표 등을 참고하게 된다(NCSI, 2013; NHS England, 2020).

한편, 디지털·조직적 연계 구조로는 디지털 원격 모니터링 시스템이 있으며 이것은 병원 IT 시스템에서 추적검사·결과를 관리하고 이상 소견이 나오면 자동 알림으로 팀이 대응하며 결과는 환자와 GP에게 공유된다. 또한, 환자 포털(patient portal)은 환자가 검사 결과를 직접 확인하고 질문을 남길 수 있으며, 교육자료를 보는 창구로 GP·병원과의 소통을 돕는 역할을 한다. Cancer Alliance의 경우 지역 단위로 암 네트워크가 각 병원과 일차의료, 지역사회 조직을 묶어서, PSFU 및 개인맞춤 돌봄 프로토콜을 공동으로 설계하고 배포하기도 한다(NHS England, 2020).

〈표 3-5〉 영국 암치료병원과 일차의료 역할 분담 구조

구분	암치료병원	일차의료
관리 대상	- 고위험·복합질환 환자	- 저·중위험 환자 및 전체 환자의 장기 관리
핵심 기능	- 암 진단 - 수술, 항암, 방사선 등 주 치료 - 고위험 관리 - 전문적 의사결정	- 장기 추적관리 - 동반 만성질환 관리 - 정신건강 및 삶의 질 관리 - 생활습관 개선 지원 - 재발 의심 시 전문병원 재의뢰
주요 역할	- 치료 주도, 전환 설계, 재진입 창구 유지 - 전체적 수요 평가 - 치료 계획 수립 - 치료요약서 작성 및 GP 전달 - 재접근 창구(rapid re-access) 유지	- 치료요약서를 바탕으로 한 암치료 리뷰(Cancer Care Review)를 통해 환자의 치료 이후 필요를 논의 - 단순 재발 확인을 넘어 치료 후 지원, 경제적 부담, 처방비 면제, 늦게 나타나는 부작용, 자기관리 정보까지 포함하는 지속관리
관계	- 전문치료 허브	- 지역 기반 관리 중심
연결 방식	- 정보 제공 및 재의뢰 수용	- 환자 모니터링 및 병원 재의뢰

출처: NHS England. (2020). Implementing personalised stratified follow up pathways. NHS England. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/04/cancer-stratified-follow-up-handbook-v1-march-2020.pdf 및 NHS England. (2016). Implementing the cancer taskforce recommendations: Commissioning person centred care for people affected by cancer 내용을 바탕으로 재구성함.

(일차의료 제도화) 영국에서는 일차의료(GP)가 암생존기 관리의 중심 주체인데, 일차의료의 암생존자 관리 참여를 제도적으로 지원하는 핵심적인 장치로는 품질 및 성과 프레임워크(Quality and Outcomes Framework, QOF), 일차진료 네트워크 직접 강화 서비스 계약(Network Contract Directed Enhanced Service, PCN DES), 투자 및 임팩트 펀드(Investment and Impact Fund, IIF) 인센티브를 포함하는 일차의료 계약 제도가 있다(MacMillan Cancer Support, 2023a).

❶ 품질 및 성과 프레임워크(QOF)는 영국의 국가 성과 보상체계로 일차의료가 환자에게 양질의 진료를 제공할 경우 보상을 제공하고, 진료의 질을 더욱 향상시키기 위한 활동에 자금을 지원하기 위해 고안되었으며,

암 관련 지표는 2021년부터 공식적으로 포함되었다. 현재 확인되는 암 관련 지표는 CAN001, CAN004, CAN005가 있으며, 지표 기준 충족 시 포인트 단위로 환산되어 인센티브가 지급되는 방식으로 보상된다(MacMillan Cancer Support, 2023a).

〈표 3-6〉 영국 품질 및 성과 프레임워크 내 암 관련 지표 현황(2022/23 분기 기준)

지표	지표명	주요 내용	점수	목표치
CAN001	Cancer Register (암 환자 등록부 유지)	계약자는 '2003년 4월 1일 이후 진단된 비흑색종 피부암을 제외한 암 진단을 받은 환자 등록부'로 정의되는 모든 암 환자 등록부를 구축하고 유지 관리	5	해당 사항 없음
CAN004	Cancer Care Review (진단 후 12개월 내)	지난 24개월 이내에 암 진단을 받은 환자 중 구조화된 템플릿을 사용하여 환자 암 치료 검토를 받았고, 해당 검토가 진단일로부터 12개월 이내에 이루어졌다고 기록된 환자의 비율	6	50~90%
CAN005	환자 지원서비스 정보 제공(진단 후 3개월 내)	지난 12개월 이내에 암 진단을 받은 환자 중 진단 후 3개월 이내에 일차진료 기관에서 제공하는 지원에 대해 상담하고 정보를 제공받은 환자의 비율	2	70~90%

출처: Macmillan Cancer Support (2023a). GP Contract 2022/23 and cancer: A guide for Primary Care Networks. Quality and Outcomes Framework (QOF) requirements. https://www.macmillan.org.uk/healthcare-professionals/for-your-role/doctor/gp/contract-guide (2026.5.10. 인출).

❷ 일차의료 네트워크(Primary Care Network, PCN)는 기존의 일차의료 서비스를 기반으로 구축되어 영국 국민들이 거주지와 가까운 곳에서 보다 적극적이고 개인에 특화된 건강 및 사회복지 서비스를 통합적으로 제공받는 것을 목적으로 설계되었으며, 일반적으로 3만 명에서 5만 명 사이의 인구를 관할하는 지역사회를 대상으로 한다. 일반의, 일반 진료 간호사, 임상 약사 또는 일반 진료 분야에 근무하는 기타 임상 전문가가 임상 책임자로서 PCN을 운영할 수 있다.

2025년 3월 기준, 약 1,250개의 PCN이 있으며, 이 중 거의 대부분(99% 이상)의 진료소가 네트워크 직접 강화 서비스 계약(Network Contract Directed Enhanced Service, DES)에 소속되어 있다(NHS, England, 2025; MacMillan Cancer Support, 2023b). PCN DES는 PCN 단위로 수행해야 하는 추가 역할을 규정하고, 이에 대한 보상을 제공하며, DES에 가입할 경우에만 상당한 추가적인 재정을 지원받을 수 있기 때문에 이에 참여하지 않기로 한 일차의료 진료소는 거의 없는 것으로 파악된다. 2022/23에 발표된 PCN DES에서 암 조기 진단 서비스와 맞춤형 진료와 관련한 일부 요건을 강화하여 암 진단에서도 일차의료의 역할을 확대하고 있다(NHS England, 2025; MacMillan Cancer Support, 2023b).

❸ 투자 및 임팩트 펀드(IIF) 인센티브는 PCN이 장기 관리 계획에 수립된 목표 달성 시 추가 보상을 받는 인센티브 체계로, QOF와 유사한 방식으로 운영된다(MacMillan Cancer Support, 2023c). 암 관련 IIF 인센티브는 하부 위장관 암과 관련하여 2주 이내 신속 진료(패스트트랙)로 의뢰된 환자 중, 의뢰 전 7일 이내 또는 의뢰 후 14일 이내 시행된 분변 면역화학 검사(faecal immunochemical test) 결과가 기록되어 함께 제공된 의뢰의 비율이 목표 달성 기준에 부합할 경우 점수가 부여되고, 재정 보상으로 지급된다. 전체 PCN 대상 총 500만 파운드가 할당되어 있으며, 기준에 따라 차등 지급된다(2022/23년 최소 기준 40%, 2023/24년 최소 기준 65%, 상한 기준 80%)(Macmillan Cancer Support, 2023c).

4. 제도 운영의 한계

영국의 암생존자 관리 모형은 암을 장기적인 관리가 필요한 만성질환으로 인식하여 기존의 acute care 모형에서 chronic care 모형으로 전환했다는 특징이 있다. 이를 통해 병원 중심의 관리 구조를 탈피하여 외래 방문이 감소하고 의료비를 절감하는 효과가 있으며, 자기관리(self-management)를 강화하여 환자의 역할이 확대되었다. 또한 지역사회와 연계하여 의료, 복지, 정신건강을 통합한다는 특징이 있다.

하지만 몇 가지 한계가 보고되었다. 정보 전달의 문제로 병원과 일차의료를 연결하는 핵심 매개인 치료 종료 요약서 전달이 누락된 사례가 존재하며, 암 후유증 관리 경험에 있어서 일차의료진의 역량에 차이가 있을 수 있다. 일차의료의 부담 및 준비 부족과 관련해서 제도 설계상 암생존기의 상당 부분을 GP 중심의 일차의료가 담당하도록 되어 있는데, 모든 GP가 암생존자 관리에 충분히 익숙한 것은 아니어서 GP에 따라 차이가 나타나고 있다(NCSI, 2013). 병원과 GP 간 연계를 위해 치료 종료 요약서, 암 돌봄 리뷰(CCR) 등의 도구가 제공되지만 GP 외래가 이미 만성질환이나 노인 진료로 과밀한 상황에서 암생존자 관리에 충분한 시간과 교육을 투자하기 어렵다는 현실적인 한계가 존재한다(NHS England, 2020).

또한, 일부 영역에서 책임 경계가 모호하여 역할이 불명확하거나, Cancer Alliance별로 운영 및 구현 수준의 차이가 있어서 지역 간 편차가 발생한다는 점도 한계로 지적되고 있다. 특히, 원격 모니터링·환자 포털 도입 여부, 지원 인력 고용 여부 등에 따라서 병원과 일차의료 연계의 실제적인 질(quality)이 달라지며, 일부 지역에서는 IT·인력·재정 등의 부족으로 동일 수준의 서비스를 제공하지 못하는 경우도 있다(NHS, 2020). 개인맞춤형 돌봄의 실행에 있어서도 문서상으로는 HNA, 개인맞

춤 계획(PCSP) 등의 좋은 도구가 있지만 실제 현장에서는 형식적인 시행에 그치거나 시간 부족 등으로 간략하게 처리되는 경우가 있다. 한편, 암생존기 환자 관리를 위한 국가 차원의 전략은 잘 짜여 있지만 이를 현장에 적용했을 때 필요한 재원·인력·계약 구조(수가나 인센티브) 등이 충분히 뒷받침되지 않고 있다는 비판이 제기되고 있다(NCSI, 2013).

제2절 호주

1. 개요

호주에서는 2040년 약 190만 명(호주인 18명 중 1명)이 암을 경험한 가운데 살아갈 것으로 예상되며, 현재 진단·치료 성과가 향상됨에 따라 암과 함께 장기간 살아가는 인구가 빠르게 늘고 있다. 이에 따라 암 치료 이후의 건강, 웰빙, 장기 추적관리 및 지원에 대한 국가적 대응이 필수 과제로 제시되고 있다(Cancer Australia, 2026a). 호주의 암생존기 환자를 위한 관리 정책은 국가 전략, 임상 가이드라인, 공유 케어(shared care) 모델이 결합된 형태로 제시되었고, 핵심은 환자 중심(person-centred)의 통합적인(integrated) 공유 케어이다. 호주는 국가 차원에서 암생존기를 만성질환 관리와 비슷한 패턴의 장기 관리가 필요한 기간으로 보고 병원과 일차의료가 역할을 나눠 담당하는 모델을 구축해 왔다(Vardy et al., 2019).

호주는 2026년 발간한 Cancer Australia 보고서를 통해 암생존기를 위한 원칙들을 제시하였으며, 이는 호주의 국가 암 전략(Australian Cancer Plan)의 한 축으로 암생존기 정책의 방향을 보여준다. 호주의 국

가 암 전략은 향후 10년간(2023~2033) 호주 전역의 암 예방·진단·치료·생존·완화의료의 전 과정을 체계적으로 개선하기 위해 수립된 국가 수준의 암 정책 및 전략이며, 연방과 주/준주 정부, 암 관련 단체, 환자 및 가족, 연구자 등과의 광범위한 협의를 통해 마련되었다. 이 전략은 암 관리 범위를 예방, 조기 검진, 치료, 생존기, 말기까지의 전 과정을 포함하며, 모든 암 환자의 건강 결과와 경험 개선을 목표로 하고 있어 생존기는 별도 영역이 아닌 전체 암 경로의 핵심 단계 중 하나로 포함되었다(Cancer Australia, 2026a).

2. 주요 암생존자 관리 모형

가. 암생존기 원칙(Principles of Cancer Survivorship)

(개요) 호주는 국가 차원에서 암생존기 원칙(Principles of Cancer Survivorship)이라는 프레임워크를 통해 암생존기 정책 방향을 제시하고 있다. 이 프레임워크의 주요 목적은 생존기 환자의 건강과 삶의 질 개선, 보건의료체계의 장기적인 대응 전략을 보여주는 것이다(Cancer Australia, 2026a).

(핵심 정책 목표) 호주의 핵심 정책 목표는 암을 경험한 사람들의 전 여정에서 건강과 삶의 질을 높이기 위해 국가 차원의 암생존기 프레임워크를 정립하고 이를 국가 암 전략과 연결하는 것이다. 특히, 암생존자의 건강 및 삶의 질 향상, 암 영향 감소와 격차 해소, 결과 개선이라는 목표를 제시하고 있으며, 건강 형평성(equity)을 강조하고 있다(Cancer Australia, 2026a).

(정책의 5대 원칙) 암생존기 정책의 5대 원칙은 1) 환자 중심 돌봄(Person-centred care), 2) 건강한 삶 지원(Support for living well), 3) 근거 기반의 돌봄 경로(Evidence-based care pathways), 4) 조정되고 통합된 돌봄(Coordinated and integrated care), 5) 데이터 기반의 개선 및 연구 투자(Data-driven improvements and investment in research)이다(Cancer Australia, 2026a)(표 3-7).

〈표 3-7〉 호주 암생존기 정책의 5대 원칙

원칙	핵심 목표	주요 내용
환자 중심 돌봄	암 영향을 받은 사람이 공유 의사결정에 참여하고 자신의 선호에 따라 자기관리를 할 수 있도록 권한 부여	- 개인별 상황·필요에 맞춘 근거 기반 정보를 적시에 제공 - 환자가 치료·추적·지원에 대한 의사결정에 참여하도록 지원 - 환자가 원할 때 자기관리를 하되, 필요시 신속하게 전문 서비스에 접근하는 경로 마련 - 환자의 가치·선호·신념을 존중하는 돌봄 제공
건강한 삶 지원	암생존자의 지지욕구를 체계적으로 평가하고 적절한 개입·의뢰를 통해 삶의 질과 건강 최적화	- 진단부터 말기까지 주요 시점마다 신체·정신·사회·경제·직업 등 지지욕구를 체계적으로 평가 - 필요시 재활, 심리, 사회복지, 영양, 직업 지원 등으로 적절하게 연계 - 건강한 생활습관 정보를 제공하고 치료 부작용과 동반질환 관리, 2차·재발암 위험 감소를 위한 행동 변화를 적극 지원
근거 기반의 돌봄 경로	개별 상황과 필요, 선호에 맞는 근거 기반의 안전하고 일관된 암 진료 보장	- Optimal Care Pathways(OCP)에 기반한 시의적절한 진료 제공 - 암 여정 전반에 걸친 개인맞춤 돌봄 계획 수립 - 다학제 팀이 치료·지지 옵션을 함께 검토하고 시간 경과에 따라 계획 조정 - 전문의 주도, 간호사 주도, 일차의료 주도, 공유 케어 등 다양한 생존기 케어 모델을 환자와 맥락에 맞게 선택 - 종양 특성, 치료, 개인 상황에 따른 위험도 기반의 추적 경로 설계와 전문 서비스로의 신속한 접근 경로 마련
조정되고 통합된 돌봄	병원, 일차의료, 지역, 민간 등 여러 영역에 걸쳐 논리적이고 연결성 있는 시의적이고 사람 중심적인 돌봄 제공	- 전문의, GP, 지역사회 서비스, 비영리단체 등 제공자 간 통합·조정을 통해 전인적 돌봄 제공 - 환자가 적절한 생존기 서비스에 적시에 도달하도록 내비게이션 지원 제공 - 제공자 간, 제공자와 환자 간 명확하고 시의적인 의사소통 절차를 운영

원칙	핵심 목표	주요 내용
데이터 기반의 개선 및 연구 투자	암생존기 정책과 서비스가 데이터와 연구 근거에 기반하여 지속적으로 개선	- 암 발생·재발·유병·병기, 생존자 경험·결과 데이터를 국가 차원에서 체계적으로 수집, 연계, 보고 - 진행·전이암 생존자를 포함하여 치료·경험·결과 데이터 포착을 통해 서비스 품질과 책임성 강화 - 기술 기반 솔루션을 통해 시의적이고 윤리적인 데이터 수집, 접근, 정보 공유를 지원 - 생존기 연구를 활성화하고 그 결과를 실제 진료, 모델, 정책에 적용해 지속적인 개선과 혁신 도모

출처: Cancer Australia. (2026a). Principles of Cancer Survivorship. https://www.canceraustralia.gov.au/publications-and-resources/cancer-australia-publications/principles-cancer-survivorship의 내용을 요약 정리함.

나. COSA 암생존기 돌봄 모델(Clinical Oncology Society of Australia Model of Survivorship Care)

(개요) 호주 임상종양학회(COSA)는 암생존자 수와 생존 기간이 증가하여 기존 전문의 외래 중심 구조로는 장기적인 후유증, 심리·사회·재정 문제를 감당하기 어렵다는 문제의식하에 지속 가능하고 암생존자의 필요에 맞춘 암생존기 돌봄 모델을 제안하였다(Vardy et al., 2019).

(구성요소) COSA 모델의 특징은 체계적, 다학제, 위험도 기반, 환자 중심, 일차의료, 공유 케어이며, 다음의 구성요소를 포함한다(표 3-8).

〈표 3-8〉 COSA 모델의 구성요소

구성요소	주요 내용
체계적·다학제·시스템 기반 접근	- 암 진단 시점부터 생존기를 하나의 연속선으로 보고, 다학제 팀이 체계적으로 관여해야 한다고 강조 - 팀에는 전문의, 암간호사, GP, 재활, 심리, 사회복지, 영양, NGO 등 포함
위험도·필요 기반 경로 (Stratified care pathways)	- 생존자의 필요, 자기관리 역량, 예상 치료 후유증에 따라 서로 다른 경로 설계 필요 - 저위험, 자기관리 역량 높은 환자는 GP/일차의료 중심 + 지원된 자기관리 + 공유 케어 - 중위험 환자는 전문팀과 GP가 함께하는 공유 케어 - 고위험·복잡 후유증 환자는 전문 생존기 클리닉 및 다학제 외래 중심

구성요소	주요 내용
웰빙·생활습관·예방 중심	- 암생존기 케어에서 단순 재발 감시를 넘어 건강한 생활습관, 증상·후유증 관리, 합병증 예방의 필요성 강조
치료 요약(Treatment Summary)과 생존기 케어 플랜(Care Plan)	- 모든 암생존자에게 치료 요약과 생존기 케어 플랜 제공 필요 - 이 플랜은 재발 감시 일정뿐 아니라 후유증, 건강행동, 지지 서비스, 역할 및 책임 포함
형평하고 시의적인 서비스 접근 (Equitable and timely access)	- 필요한 서비스(전문의, 재활, 심리, 지역 지원 등)에 형평하게, 제때 접근할 수 있고 불필요한 의료 이용은 줄이도록 설계

출처: Vardy et al. (2019). Clinical Oncology Society of Australia position statement on cancer survivorship care의 내용을 요약 정리함.

(역할 및 경로) COSA 모델은 암 진단 초기부터 후유증, 삶의 질, 경제·직업, 가족, 장기 계획 등 생존기의 필요를 고려하여 치료를 설계하고 상담 및 정보를 제공하는 것을 강조하여 진단 때부터 생존기를 염두에 둔 모델이다. 이 모델에서는 암생존기 관리를 하나의 고정된 방식으로 규정하지 않고, 전문의 주도(specialist-led), 간호사 주도(nurse-led), 일차의료 주도(primary care-led), 공유 케어(shared care, 전문의와 GP 공동), 고위험군 대상 전문 생존기 클리닉 등 다양한 관리 모델을 제시하고 있으며, 환자의 필요와 선호, 환경에 맞는 방식에 따라 가장 적합한 방식을 선택하는 구조이다(Vardy et al., 2019).

또한, 위험도를 기반으로 한 관리를 강조하며 예를 들어 3가지 가능한 경로를 제시하고 있다. 첫 번째로, 저위험의 자기관리가 가능한 환자의 경우 GP 중심의 추적관리를 하고 지원된 자기관리 프로그램을 적용하며 필요시 전문의·재활·심리 서비스로 신속하게 의뢰하는 경로를 설계한다. 두 번째로, 중간 위험 또는 일부 복잡한 환자는 전문팀과 GP가 공동으로 케어 플랜을 공유하는 공유 케어를 적용하고 정기적으로 역할과 계획을 재평가한다. 세 번째로, 고위험의 심각한 치료 후유증을 가진 환자의 경우 전문 생존기 클리닉, 다학제 외래, 고빈도의 모니터링과 맞춤형 재활 및 집약적 지원을 적용한다(Vardy et al., 2019).

다. 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄(Shared follow-up & survivorship care) 모델

(개요) COSA 모델이 암생존기 케어 전반에 대한 개념적이고 전략적인 모델이라면, 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델은 COSA 모델을 바탕으로 하는 구체적인 추적관리 및 공유 케어를 위한 실행 지침이다. 호주에서는 전문의(병원)와 GP(일차의료)가 합의된 계획과 역할 분담에 따라 함께 암 환자에 대한 추적관리를 수행하는 모델을 제시하고 있으며, 이는 치료의 연속성 향상, 환자의 선택권 확대, 종합적인 지원 접근성 제고와 같은 이점을 제공하는 동시에 의료 시스템의 부담을 줄여준다. 암 치료 후의 추적관리는 암 재발을 확인하고 신체·정신 건강 상태에 대해 논의하고 치료 관련 부작용과 위험요인, 동반 질환을 모니터링하고 관리하는 데 있어서 필수적이다(Cancer Australia, 2025a).

(대상) 대상 선정의 기본 원칙은 가능한 한 많은 암생존자에게 적용하되, 위험도와 상황, 선호 등에 따라 선별한다는 것이다. 우선 적용 대상 암종인 초기 유방암을 대상으로 근거를 구축했는데 이 모델이 전문의 단독 추적과 비교해 안정성·효과성·수용성·비용효율성이 우수하다는 점과 이후 저위험 자궁내막암 등 다른 암종으로 확대가 가능하다는 것을 제시하였다(Cancer Australia, 2025a). 대상 환자는 적극 치료를 마치고 상태가 안정된 초기 암 환자이며, 재발·합병증 위험이 비교적 낮고 공유 추적관리 및 생존기 돌봄에 관한 자기관리 능력이 있으며 이 돌봄을 이해하고 동의한 환자를 포함한다(Cancer Australia, 2025a; Cancer Australia, 2025b).

(참여자) 이 모델은 다학제·다기관 팀이 역할을 나누어 수행하는 구조이며, 핵심 참여자는 전문의, 레지던트·전임의, 전문 암간호사/유방전담 간호사/암 코디네이터, 일차의료(GP, Practice Nurse) 등이다(표 3-9).

〈표 3-9〉 호주의 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델의 주요 참여자

참여자	역할
전문의	초기 추적계획 수립, 고위험·복합 사례·재발 관리
레지던트/전임의	전문의 감독하 일부 외래·검사 결과 확인 및 연락 담당
전문 암간호사, 유방 전담 간호사, 암 코디네이터	교육, 증상 및 지지욕구 평가, 플랜 작성, 병원-GP 연락 창구
GP, Practice Nurse	정기 추적 방문의 상당 부분 담당, 재발 감시, 만성질환·정신건강·생활습관 관리, 필요시 전문의에 신속한 의뢰
재활·심리·사회복지·비영리 서비스	필요시 케어 플랜에 포함

출처: Cancer Australia. (2025a). Shared cancer follow-up and survivorship care; Cancer Australia. (2025b). Shared cancer follow-up and survivorship care: early breast cancer.

(운영 방식) ❶ 적극 치료 종료 후 약 3개월 시점의 첫 추적 방문에서 전문의 팀이 환자 상태를 평가하고 공유 케어의 개념을 설명한다. 환자와 GP의 동의를 확인한 후 공유 케어 플랜(Shared Care Plan) 템플릿을 사용해서 진단·치료 요약, 추적검사·방문 일정, 연락체계 등을 합의하고 문서화한다. 이 계획은 환자, GP, 전문의 팀이 모두 공유하며 이후 추적의 로드맵이 된다.

❷ 추적 방문의 분담에서는 전문의 외래는 첫 1년 동안 특정 시점에 직접 진료하여 고위험 요소 및 합병증이 있는지 재평가하며 이상 소견이나 복잡 문제가 발생하면 추가적으로 방문한다. GP 외래의 경우, 예를 들어 6~12개월 간격으로 증상·지지욕구·만성질환·생활습관·정신건강·사회적 이슈를 포괄적으로 평가하고 필요한 검사를 실시하여 결과를 확인한다. 의심되는 재발·합병증이 발생할 경우 신속한 접근 요청(Rapid Access Request) 양식을 사용하여 병원팀에 신속하게 의뢰한다. 실제 구체적인 주기 및 역할 분담은 암종, 병기, 치료, 지역 자원에 따라 달라지며 공유 케어 플랜에 명시된다(Cancer Australia, 2025a; Cancer Australia,

2025b). 이 모델의 운영에서 사용되는 핵심적인 문서와 도구는 아래 〈표 3-10〉과 같다.

〈표 3-10〉 호주의 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델의 주요 문서 및 도구

구분	설명
공유 케어 플랜 (shared care plan)	진단·치료 요약, 추적 일정, 검사·방문 담당자, 연락처, 지지욕구·생활습관 목표 등을 포함한 공유 케어 플랜
신속한 접근 요청 (Rapid Access Request)	GP가 재발 의심 우려 시 전문의의 신속 진료를 요청하는 표준 서식·경로
지지욕구 선별 도구	심리·사회·실질적 문제를 정기적으로 선별해 적절히 연계 예) Distress Thermometer 등 검증된 도구
교육·훈련 자료	GP·Practice Nurse·기타 전문가를 위한 온라인 교육과정 제공으로 역량 강화

출처: Cancer Australia. (2025a). Shared cancer follow-up and survivorship care; Cancer Australia. (2025b). Shared cancer follow-up and survivorship care: early breast cancer.

(의사소통·연계 구조) 병원팀과 GP 간 양방향으로 검사한 결과, 상태 변화, 우려 사항 등을 표준 양식 및 연락 경로로 공유하며, 신속한 접근(rapid access) 경로를 통해 GP가 우려되는 소견 발견 시 전문의에게 신속하게 의뢰를 요청한다. 또한, 정기적인 플랜 리뷰(예. 연 1회)로 역할·일정·환자 필요 변화를 반영한다(Cancer Australia, 2025a; Cancer Australia, 2025b).

(장점) 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델은 연속성과 편의성 향상, 전인적 관리, 환자 선택과 공유 의사결정 강화, 전문팀의 부담 감소, 전문의-일차의료 간 조정·협력 강화의 장점을 가지고 있다(Cancer Australia, 2025b)(표 3-11).

〈표 3-11〉 호주의 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델의 장점

관점	장점	내용
환자	접근성과 편의성 향상	GP 진료를 통해 집·직장 근처에서 추적관리를 받을 수 있어, 병원 외래 방문·대기시간 부담 감소
	전인적 관리	암 재발뿐 아니라 만성질환, 정신건강, 생활습관, 사회·직업 문제까지 GP가 함께 관리해 "전체 삶" 관점의 돌봄 가능
	공유 의사결정 및 선호 반영	추적경로(전문의 위주 vs shared care 등)를 환자와 상의해 선택하므로 선호와 삶의 우선순위를 더 잘 반영
	지지욕구 조기 파악 및 연계	GP 진료 중 피로·통증·불안·직장·재정 문제를 일찍 발견해 재활·심리·사회복지 서비스로 신속하게 연계
전문의/ 병원	고위험·복잡 환자에 자원 집중	저위험·안정 환자의 상당 부분을 GP와 공유 케어로 전환해, 전문의 외래·검사 자원을 고위험·복잡 사례와 신규 환자에 더 집중 가능
	외래 과밀 완화 및 효율성 향상	공유 추적 도입 시, 암종별로 상당한 외래 슬롯을 다른 환자에게 재배치할 수 있어 시스템 효율성 증대
GP/ 일차 의료	역할 확대·전문성 강화	암생존기 관리가 GP의 공식 역할로 자리 잡으며, 만성질환·예방·정신건강과 통합 관리하는 전문성 강화
시스템 및 정책·전략	비용효과성 향상	기존 전문의 위주의 외래 추적관리보다 안정성과 만족도를 유지하면서 비용효율성 증대
	돌봄의 연속성 및 조정 강화	전문의-GP-지역서비스 간 역할 및 연락체계가 수립되고 신속한 접근 경로 등을 통해 돌봄의 지속성 강화
	국가 전략과의 연계	국가 암 전략, 암생존기 원칙에서 제시하는 환자 중심·통합·근거·데이터 기반 방향을 암생존기 영역에서 구체적으로 구현

출처: Cancer Australia. (2025a). Shared cancer follow-up and survivorship care; Cancer Australia. (2025b). Shared cancer follow-up and survivorship care: early breast cancer;
Cancer Australia. (2026a). Principles of Cancer Survivorship; Meiklejohn et al., (2016). The role of GP in follow-up cancer care: A systematic literature review; Fox et al., (2022). Cancer survivorship care and general practice: a qualitative study of roles of general practice team members in Australia.

라. 최적 암 진료 경로(Optimal Care Pathways, OCP)

(개요) 호주의 국가 암 전략(Australian Cancer Plan)은 최적 암 진료 경로(OCP)를 암 환자에게 일관되고 안전하며 고품질이고 근거에 기반한 진료를 제시하는 경로라고 정의한다. Cancer Australia의 국가 최적 암 진료 경로 프레임워크(National Optimal Care Pathways Framework)는 OCP를 암 치료 연속선 전체(예방-진단-치료-생존기-말기)에 걸친 최선의 진료 안내서라고 설명한다(Cancer Australia, 2024; Australian Cancer Plan, n.d.). 이 프레임워크를 통해 OCP를 호주 암 치료의 국가 표준으로 만드는 것이 국가 암 전략의 핵심 과제 중 하나이다(Cancer Australia, 2024).

(구조) 암종별 OCP는 보통 7단계로 환자의 경로를 구분하는데, 이것은 1) 예방 및 조기 발견, 2) 증상 발현, 초기 평가 및 의뢰, 3) 진단, 병기 결정, 치료계획, 4) 치료, 5) 치료 이후 추적 및 회복, 6) 재발, 잔존, 전이 질환 관리, 7) 말기 돌봄으로 이뤄진다. 단계마다 국가적으로 합의된 최선의 진료 내용, 권장 시한(타임라인), 필요한 전문인력과 시설, 서비스가 정리된다(Cancer Council, 2022; Cancer Australia, 2024). 암생존기 관점에서 중요한 것은 5~6단계로 OCP는 이 구간에서 조기 암생존기 케어 및 추적(follow-up) 경로 설계, 재발과 전이 관리 및 암생존기 관리, 조기 암생존기 및 완화의료 연계를 권고하고 있다(Cancer Council, 2022).

(원칙) 호주의 국가 암 전략은 OCP를 중요한 구성요소로 포함하고 암종별 및 인구집단별 OCP를 국가 치료 표준으로 채택하고 있다. OCP를 지탱하는 7가지 원칙은 환자 중심 돌봄, 안전하고 질 높은 돌봄, 다학제 돌봄, 지지적 돌봄, 돌봄 조정, 의사소통, 연구 및 임상시험이다. OCP는 모든

암 환자가 최선의 진료를 받도록 하기 위해 불필요한 변이를 줄이고 형평성과 결과를 개선하기 위한 기준점으로 사용되고 있다(Cancer Australia, 2024; Cancer Australia, 2026b). 또한, COSA 암생존기 돌봄 모델과 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄에서처럼, 암 환자가 치료 후 적절한 시점에 일차의료와 생존기 케어 및 완화의료로 원활히 이행되도록 하는 경로를 포함해야 함을 강조하고 있다(Cancer Australia, 2026b).

(일차의료 역할) OCP는 각 단계에서의 일차의료(GP)의 역할을 전제하고 있는데, 특히 암생존기에 해당하는 치료 이후 추적 및 회복(5단계)에서는 장기 추적, 동반질환·정신건강·생활습관 관리, 예방접종 및 다른 암 선별검사를 포함한 포괄적인 관리의 허브 역할을 강조하며 환자와 병원 사이에서 케어 코디네이터로서의 연속성을 제공한다고 제시한다. 재발/전이/말기(6~7단계)에서 GP는 재발 및 전이 시 증상 완화, 완화의료, 가정 및 지역 기반의 지원을 포함한 전인적이고 장기적인 지원의 핵심 축 역할을 한다(Cancer Council, 2022).

3. 일차의료 역할 및 제도화

(병원-일차의료 연계 구조) 호주에서는 암생존기를 만성질환 관리와 유사한 장기적인 관리가 필요한 단계로 보고, 병원은 암 진단 및 적극 치료의 역할을 담당하며, 일차의료(GP)는 암 이후 전체 건강관리 거점의 역할을 하고 있다. 호주는 생존기 케어 모델에서 전문의와 GP가 역할을 나누는 공유 케어(shared care)를 권장하며, 일차의료가 재발 감시와 추적, 치료 부작용 및 동반질환 관리, 예방·선별 및 생활습관 지원, 심리·사회적 지원과 케어 연계 등의 역할을 담당하고 있다(Meiklejohn et al., 2016; Cancer Australia, 2025a; Cancer Australia, 2025b).

Cancer Australia의 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 지침에서도 일차의료(GP)를 공유 추적관리(shared follow-up) 모델의 핵심 파트너로 보고 적극 치료 종료 후 일정 시점부터 GP 및 Practice Nurse가 정기 추적 방문의 상당 부분을 담당하고 전문의는 특정 시점 및 고위험 상황과 재발 시에 집중하게 한다. 또한, 공유 케어 플랜의 공동 작성자로서 치료 후 첫 추적 외래에서 전문의·간호사·GP·환자가 함께 케어 플랜 템플릿을 작성하여 추적 일정, 검사, 담당자, 연락처, 지지욕구, 생활습관 목표를 정리하며 이후 이 플랜에 따라 GP와 전문의가 역할을 나누어 추적관리를 수행한다(Cancer Australia, 2025a; Cancer Australia, 2025b).

(병원-일차의료 간 연계의 핵심 매개) 호주에서 치료요약서(Treatment Summary)는 병원과 일차의료를 실제로 이어주는 핵심 매개이며, 기본 기능은 병원에서 GP로 환자가 받은 치료와 향후의 위험과 후유증, 계획에 대한 내용을 공식적으로 넘겨주는 것이다. 여기에는 진단, 병기, 받은 치료, 예측되는 후유증과 위험, 재발 경고 증상, 권장 추적검사, 전문의와 병원 연락처 등이 포함된다(Cancer Australia, 2025b). 이 치료요약서는 암 공유 추적관리 및 생존기 돌봄 모델에서 공유 케어 플랜의 첫 번째 구성요소이며 GP 입장에서는 추적 외래에서 장기적인 관리의 기준점 역할을 한다(Meiklejohn et al., 2016).

또한, 생존기 케어 플랜(Survivorship Care Plan)은 치료요약서와 함께 핵심적인 도구인데 여기에는 추적 일정, 역할, 생활습관·심리·사회·직업 목표·의뢰 및 회송 경로 등이 포함된다. 공유 케어에서는 이 플랜을 전문의, 간호사, GP, 환자가 함께 작성하고 이후 이 문서를 기준으로 역할 분담을 하게 되며, 의료진 간 소통 도구의 역할도 한다(Cancer Council, 2024). 공유 케어에서는 GP가 임상적으로 우려되는 소견을 발견하면 "신속한 접근 요청(Rapid Access Request)" 양식을 이용하여 전문의에게 빠

르게 진료 및 조언을 요청할 수 있으며 이 경로는 연락처, 응답 시간, 우선순위 기준까지 문서화되어 있어서 필요할 때 GP가 전문의에게 즉시 연결될 수 있는 구조를 제도적으로 보장하고 있다(Cancer Australia, 2025b).

(일차의료 제도화) 호주의 암생존기 관리에서 일차의료의 역할은 여러 수준에서 제도화되어 왔다. 국가 정책 및 지침 차원에서 Cancer Australia의 암 공유 추적관리 및 생존기 케어 지침은 적극 치료 후 추적 및 생존기 관리를 전문의와 GP가 공동으로 맡는 구조를 공식 모델로 채택하였다(Cancer Australia, 2025b). 또한, 역할과 책임(Roles and Responsibilities) 문서에서는 암생존기 공유 케어 팀 안에 GP와 Practice Nurse의 구체적인 역할을 규정하고 있으며, 이러한 공식 문서와 지침 안에 GP의 역할이 명문화됨으로써 암생존기 관리 모델에서 일차의료의 중요성을 강조하고 있다(Cancer Australia, n.d.).

전문가 합의 차원에서 살펴보면, COSA에서는 암생존기 케어가 다학제 및 시스템 기반으로 전문의, 간호사, 일차의료, 공유 케어 모델로 제공되어야 함을 제안하고 있으며, 위험도 및 필요에 따라 경로를 계층화(stratified)하고 암생존기 케어 플랜과 치료요약서를 모든 생존자에게 제공하는 것을 권고하고 있다. 이 문서들은 병원, GP, 지역서비스를 연결하는 표준 도구라고 규정한다(Vardy et al., 2019).

호주에서 일차의료는 만성질환 관리의 첫 관문으로 필요시 다른 의료기관에 의뢰하고 간호 및 연계 서비스와 함께 팀 기반의 관리와 성과지불제를 통해 만성질환 케어를 수행하도록 설계되어 있다. 암생존기 관리 역시 이러한 만성질환 정책의 틀 안에서 점차 통합되어 GP 중심의 장기적인 관리와 팀 기반의 접근이 암생존자에게도 적용되고 있다(Kim et al., 2025; Vardy et al., 2019).

4. 제도 운영의 한계

호주의 암생존자 관리 모형은 환자 중심의 통합된 공유 케어(shared care)이며 다양한 추적관리 모델을 인정하고 있고 위험도 기반의 관리를 적용하며 다학제적 접근과 전인적 관리를 포함하고 있다. 공유 케어 모델에는 병원과 더불어 일차의료(GP)를 공식 파트너로 포함하고 있으며, 치료요약서, 암생존기 케어 플랜, 역할·책임 문서, 신속한 접근 요청 문서 등 다양한 도구를 사용하여 병원과 일차의료 간 역할을 명확히 규정하는 동시에 두 영역 간 밀접한 연계를 구조적으로 뒷받침하고 있다는 특징이 있다(Cancer Australia, 2026b; Cancer Australia, 2025b).

하지만 실제 운영에서는 여러 한계점들이 지적되고 있는데, 그중 하나가 지역과 기관 간 격차와 접근성의 문제이다. Cancer Australia와 지역 정부의 보고서들에 따르면, 공유 추적관리 및 생존기 케어가 일부 대형 센터, 도시에서는 잘 구축되어 있지만 지방, 농촌, 원주민 지역에서는 서비스 접근성과 수준에 큰 편차가 존재한다(Vardy et al., 2019). 또한, 일차의료의 준비, 역량, 시간의 부족으로 인해 GP가 모델에서 규정하고 있는 역할을 담당하기에는 충분히 훈련되어 있지 않거나 외래 시간이 이미 포화 상태인 경우가 많다. 제도 설계상에는 중요한 역할이 부여되었지만 현장에서는 이를 감당할 수 있는 실질적인 여건 및 인센티브가 아직 충분하지 않다는 점이 한계로 지적된다(Fox et al., 2022; Vardy et al., 2019).

COSA와 Cancer Australia는 치료요약서와 생존기 케어 플랜을 모든 암생존자를 위한 기본 도구로 권고하고 있지만, 실제 현장에서는 문서가 일관되게 작성되지 않거나 작성되더라도 GP 외래에서 충분히 활용되지 못하고 형식적인 문서로 머무는 경우도 있다고 보고되고 있다. 일부 연구

에서도 암생존자들이 케어 플랜을 받지 못했거나 문서를 받았지만 GP와 충분히 논의하지 못했다고 응답하여 도구의 실제 체감도와 활용도가 낮은 사례가 있음을 보여주고 있다(Fox et al., 2022; Vardy et al., 2019).

또한, Cancer Australia의 암 공유 케어 모델은 초기 유방암과 저위험 자궁내막암 등을 중심으로 근거와 가이드가 잘 마련되어 있지만, 다른 암종에는 아직 충분한 근거나 세부 모델이 부족하거나 초기 단계인 상황이다. 이로 인해 이 모델이 여전히 호주 전역에서 일관되게 적용되지 않고 있으며 대부분의 암생존자들은 여전히 전문의 외래 중심 모델이나 비체계적인 케어를 경험하고 있다(Wisbey, 2024; Cancer Australia, 2025b).

제3절 일본

1. 개요

우리나라와 가장 유사한 형태의 의무 가입 기반 사회보험 방식의 건강보험제도를 운영 중인 일본에서 2020~2024년 암 진단 후 생존하는 환자가 약 340만 명으로 추정되고, 암 환자의 5년 상대생존율은 평균 64.1%(2009~2011년 기준)로 확인된다(정수경 외, 2025, p.67; 国立がん研究センター, 2026). 이에 따라 일본에서도 장기 암생존자 증가에 따른 주 치료 이후 건강관리 문제를 중요한 과제로 인식하고 있으나(후생노동성, 2023), 2023년 발표된 제4기 암대책추진기본계획에도 암생존기 지원 항목은 취업 지원이나 외모 관리, 자살 예방 등 사회심리적 서비스 중심으로 구성되어 있고, 일차의료 연계, 재발 감시, 후기 합병증 관리 등 의학적 관리에 대한 포괄적이고 구체적인 전략은 포함되지 않아 국가 계획 수준에서도 공백이 있음을 확인할 수 있다(후생노동성, 2023).

2. 주요 암생존자 관리 모형

현재 일본에는 국가 수준의 공식화된 표준 관리 모형이 없으며, 암 거점병원의 전문의 중심 관리를 기반으로 지역 연계 패스 기반 관리 모형과 상담지원센터 중심 모형이 존재한다.

가장 기본적인 구조는 전문의 중심 모형으로, 치료를 담당한 종양내과·외과 의사가 주 치료 종료 후에도 추적·관찰을 지속하는 방식이다. 이 구조에서는 암 거점병원 외래가 과부하되는 문제가 발생하며, 생활습관 관리나 심리사회적 지원 등 비의료적 서비스에 대한 일차의료 영역의 기능

은 취약한 한계가 있다.

지역 연계 크리티컬 패스를 활용한 거점병원-가정의 공동 관리 모형은 도쿄도, 가나가와현 등 광역 단위에서 운용 중이며 5~10년의 장기 진료 계획을 환자 지참 수첩 형태로 제공한다. 일차의료 담당의가 안정기 일상 관리를 담당하고 이상 소견 발생 시 암 거점병원으로 재의뢰하는 구조로 운영 중이다(東京都保健医療局, 2026). 그러나 가정의 참여율과 패스 활용도는 지역에 따른 편차가 크다.

다직종 연계 지지 모형은 거점병원 내 상담지원센터를 중심으로 다양한 보건의료전문가인 사회복지사, 간호사, 임상심리사 등이 협력하는 구조다. 2015년 설립된 일본암환자단체협의회(52개 단체 연합)와 연계하여 환자 자조 및 사회적 지원을 제공한다. 다만 이 모형은 비의료적 지원에 강점이 있으나 의료 연계와는 분리 운영되는 경향이 있어 포괄적 케어 제공에는 한계가 있다(Takahashi, 2023).

일본 국립암연구센터가 2019~2022년 연구비를 지원하여 다직종 연구그룹이 연구하는 협력적 생존자 관리 모형은 현재 연구 단계에 머물러 있으며 국가 정책으로 공식화되지는 않았다. 이 연구 그룹은 암 외래 환자 641명을 대상으로 설문을 수행하고 4대 과제(교육 기회 제공, 훈련·인증 제도, 재정 기반 강화, 원스톱 시스템 구축)를 도출한 바 있다(Takahashi, 2023; 国立がん研究センター, 2018).

〈표 3-12〉 일본 암생존자 관리 체계 비교

체계	주요 내용	특징 및 한계
전문의 중심	- 주 치료 종료 후에도 종양내과·외과 등 담당 전문의가 추적관찰 지속 - 암 거점병원 외래가 주 관리 장소	- 전문의 주도로 전문성 높음 - 거점병원 외래 과부하 초래 - 생활습관 및 사회심리적 지원 등 일차의료 영역 관리가 취약
암 거점병원-일차의료 공동 관리	- 주 치료 종료 후 지역 연계 크리티컬 패스를 통해 암 거점병원과 일차의료 간 역할 분담 - 투약이나 생활습관 상담 등의 안정기 일상 관리는 일차의료가 담당하고 전문 검사 및 이상 소견 발생 시 암 거점병원 재의뢰	- 도쿄도나 가나가와현 등 광역 단위로 운용되며 5~10년 진료계획을 공유 - 일차의료 참여율과 지역 연계 패스 활용도의 지역별 편차 큼
다직종 연계 지지 모형	- 암 거점병원 내 상담지원센터가 사회심리적 및 취업 지원의 중심 역할 - 보건의료 관련 다양한 직종(사회복지사, 간호사 등)이 협업하는 형태로 환자 자조그룹과 연계	- 비의료적 지원에 집중 - 의료서비스 연계와는 분리된 운영으로 의료서비스 수요까지 포괄하는 제공에는 한계
협력적 생존자 관리 모형	- 일본 국립암연구센터 연구비 지원으로 수행되는 연구로 암생존자 관리의 내용, 제공 주체, 제공 장소(관리 제공)와 지정 암 전문 병원, 지역사회 의료기관, 비영리 단체, 장기 요양/복지 시설 등 다양한 이해관계자 간의 협력을 중점적으로 다루는 협력적 암생존자 관리 모델을 개발하는 연구 (국립암연구센터 연구개발기금 31-A-23)	- 국가 정책으로 공식화된 모형은 아님 - 연구 단계 모형으로 4대 과제(교육 기회 제공, 훈련 및 인증 제도, 재정 기반 강화, 원스톱 시스템 구축)를 도출

출처: Takahashi M. (2023). Cancer survivorship care: challenges and opportunities in Japan. Japanese Journal of Clinical Oncology, 53(9), 757-763. https://academic.oup.com/jjco/article/53/9/757/7190117;
東京都保健医療局. (2026.7.2.). 東京都医療連携手帳 (がん地域連携クリティカルパス). https://www.gan-portal.metro.tokyo.lg.jp/medical/critical-path.html (2026.8.24. 인출).
兵庫県立がんセンター (2024). がん地域連携パスについて. https://hyogo-cc.jp/professional/critical_path.html;
神奈川県立がんセンター (2024). 神奈川県がん地域連携パス. (「地域連携パスは5~10年の診療計画」記載, 拠点病院461病院記載). https://kcch.kanagawa-pho.jp/medical/cooperation-path.html의 내용을 요약 정리함.

3. 일차의료 역할 및 제도화

(병원-일차의료 연계 구조) 일본의 병원-일차의료 연계는 암 거점병원을 중심으로 지역 내 일차의료(가정의학과 의사)를 연계하는 구조이다. 암 거점병원이 주 치료 종료 시 지역 연계 크리티컬 패스로 알려진 연계 패스(의료 연계 수첩)를 작성하고, 연계 일차의료기관에서 이를 바탕으로 진료와 관리를 지속할 수 있도록 하는 것이다. 일차의료 의사가 이에 따라 일상 관리를 담당하며, 이상 소견 발생 시 암 거점병원으로 재의뢰하는 순환 구조를 취한다(神奈川県立がんセンター, 2024).

(병원-일차의료 간 연계의 핵심 매개) 지역 연계 크리티컬 패스는 암 거점병원과 일차의료 간 정보 공유와 역할 분담을 매개하는 핵심 도구로 암종별로 표준화되어 있으며, 도도부현 단위로 광역 운용된다. 연계 패스는 암 진료 연계 거점병원 등에서 암 환자가 수술이나 화학 요법 등의 주 치료를 받은 후 지역 연계 일차의료기관(일반 병원 및 진료소)과 공동으로 진료를 계속하는 경우에, 연계 일차의료기관에 환자의 진료 계획, 검사 결과, 치료 경과를 공유하여 암 진료를 지속하기 위한 도구이다. 5년에서 10년 앞까지의 진료 계획을 세운 것을, 1권의 수첩에 정리하여 일차의료 진료 시 환자가 지참하도록 한다(神奈川県立がんセンター, 2024).

이를 통해 환자는 자신의 질병 상태와 진료 계획을 이해하고, '언제', '어디서', '어떤' 진료나 검사를 받으면 좋을지 알 수 있으며, 연계된 일차의료기관의 의료진도 환자의 치료 경과를 한눈에 파악할 수 있어 암 진료의 가시성 제고, 의료서비스 질 유지, 지역 간 의료 격차 완화, 진료 효율성 향상 및 의료자원의 효과적 활용을 기대할 수 있다(神奈川県立がんセンター, 2024).

[그림 3-3] 지역 연계 크리티컬 패스 특징 요약

구분	주요 내용
대상 암종	- (도쿄도) 폐암·위암·간암·대장암·유방암·전립선암 - (가나가와현) 폐암·위암·간암·대장암·유방암 - (효고현) 폐암·위암·간암·대장암·유방암·전립선암·자궁암
패스 형태	환자가 직접 소지하고 관리하는 종이 수첩 형태
수록 정보	주 치료 종료 후 5~10년 장기 진료계획이 포함되며, 치료 경과, 검사 결과, 향후 진료 계획, 이상 소견 시 연락처 등의 정보 수록
운용 방식	암 거점병원에서 수첩 작성·교부 → 환자 소지 → 일차의료에서 수첩 정보 기반 진료 제공 및 필요시 거점병원에 정보 제공 → 이상 소견 발생 시 거점병원 재의뢰

출처: 東京都保健医療局. (2026.7.2.). 東京都医療連携手帳 (がん地域連携クリティカルパス). https://www.gan-portal.metro.tokyo.lg.jp/medical/critical-path.html;
兵庫県立がんセンター. (2024). がん地域連携パスについて. https://hyogo-cc.jp/professional/critical_path.html;
神奈川県立がんセンター. (2024). 神奈川県がん地域連携パス. (「地域連携パスは5~10年の診療計画」記載, 拠点病院461病院記載). https://kcch.kanagawa-pho.jp/medical/cooperation-path.html의 내용을 요약 정리함.

(일차의료 제도화) 암 진료 전달체계는 암 진료 연계 거점병원(중앙정부), 지역 암 진료 연계 거점병원(도도부현), 특정 영역 암 진료 연계 거점병원, 지역 암 진료병원으로 이어지는 체계로 구축되어 있다. 2024년 4월 1일(令和6年4月1日) 기준 전국 461개소로 구성되며, 유형별로는 ❶ 도도부현 암 진료 연계 거점병원 51개소, ❷ 지역 암 진료 연계 거점병원 348개소(특례형 4개소 포함), ❸ 특정 영역 암 진료 연계 거점병원 1개소, ❹ 지역 암 진료병원 61개소로 파악된다(후생노동성, 2022; 후생노동성, 2024).

암 진료에 있어서 암 거점병원과 일차의료 연계에 대해 진료보수를 명시하는 보상체계를 갖추고 있다. 일본의 암 연계 수가 구조는 암 거점병원과 일차의료 양측에 각각 인센티브를 부여하는 이원화 방식으로, 거점병원은 암종·병기별 지역 연계 진료계획서를 작성하고 일차의료 의사에

게 공유하는 행위로 암치료연계계획 책정료 1(750점)을 받으며, 일차의료 의사가 환자의 상태 변화로 인해 암 거점병원에 재의뢰하는 경우 암 거점병원은 계획 변경 시 암치료연계계획 책정료 2(300점, 온라인 261점)를 추가로 산정할 수 있다. 일차의료 의사(연계 의료기관)는 지역 연계 진료계획서에 기반한 진료를 제공하고 암 거점병원에 진료 정보를 문서로 제공한 경우 암 치료 연계 지도료(300점)를 월 1회 한도로 산정한다(후생노동성, 2026).

〈표 3-13〉 일본 암 치료 연계 관련 진료보수 체계

진료보수		점수	산정 기관	산정 시점	주요 요건
암 치료 연계 계획 책정료 (B005-6)	1	750점	암 거점병원	입원 중 또는 퇴원 후 30일 이내	암종·병기별 지역 연계 진료계획서 작성, 가정의와 공유, 환자 동의 취득, 문서 제공 (B005-6 조건)
	2	300점 (온라인 261점)	암 거점병원	일차의료 의사로부터 재의뢰된 경우	지도료 산정 중 환자의 상태 변화로 일차의료 의사가 재의뢰하고, 거점병원에서 치료 계획을 변경한 경우 월 1회
암 치료 연계 지도료 (B005-6-2)		300점	일차의료 병원	연계 패스 기반으로 진료 시 월 1회 한도	책정료를 산정한 환자에 대해 계획 기반의 진료를 제공하고 거점병원에 진료 정보 문서를 제공할 의무를 충족한 경우
암 치료 연계 관리료 (B005-6-3)		500점	암 거점병원	타 병원으로부터 소개받은 환자 외래 치료 시점, 환자 1인당 1회	타 의료기관 또는 건강검진을 실시한 의료기관의 의사에 의해 악성종양 의심으로 판단된 환자 또는 악성종양으로 진단된 환자에 대해 소개를 받은 거점병원이 외래에서 화학요법 또는 방사선 치료를 시행한 경우 산정 가능(입원 가산과 중복 산정 불가)
		300점	지역 암 진료병원		
		750점	소아암 거점병원		

출처: 厚生労働省. (2026.)「医科診療報酬点数表（令和8年度）」.
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001678310.pdf 에서 2026.06.17. 인출.

4. 제도 운영의 한계

먼저 제4기 국가 암대책기본계획에서도 확인할 수 있듯이 의료적 및 비의료적 서비스를 포괄하는 생존자 관리 전략은 부재한 상황이라는 점이 일본 암생존자 관리 정책에 있어 주요한 한계로 볼 수 있다.

2025년 발표된 일본 일차의료 의사를 대상으로 한 온라인 설문조사(분석 포함 대상자 180명) 결과에 따르면, 암 관련 지식·정보 자원이 있는 경우 암생존자 후기 건강 영향(이차암 발생, 말초신경증, 골다공증 등) 관리 참여와 심리적 문제 관리 참여 의향이 5배가량 높았고, 종양 전문의 자문 경로가 확보된 경우 재발 감시 참여 의향이 3배 높았으며, 환자와 종양 전문의의 명시적 요청이 있을 경우 거의 모든 관리 영역에의 참여 의향이 높은 것으로 나타났다(Nishi et al., 2025, Table 4). 이 결과는 일본에서도 우리나라와 유사하게 일차의료 연계 측면에서 구조적 공백이 존재함을 시사하며, 한국 시범사업이 단순 수가 신설보다 교육·프로토콜·자문 경로라는 구조적 요소를 먼저 갖춰야 한다는 점을 뒷받침하는 결과로 볼 수 있다.

지역 연계 크리티컬 패스가 실질적으로 사용되는 것은 고무적이나 지역별로 패스 활용도와 참여율의 편차가 크다는 점과, 그 형태가 종이 수첩 방식이어서 분실되거나 일차의료에서 제시되지 않을 경우 정보가 단절될 가능성이 크다는 점이 제한점으로 작용한다. 회송 이후 일차의료에서 암 거점병원으로 이어지는 피드백 경로가 제도화되어 있지 않아 정보 흐름이 암 거점병원에서 일차의료로의 단방향에 그칠 가능성이 있다는 점도 보완이 필요한 지점이다.

암 치료 연계 지도료의 경우 암 거점병원과 일차의료기관 양측의 참여를 동시에 유도하는 설계로 볼 수 있으나, 수가 단가가 낮아 실질적 참여

유인이 제한적이라는 지적이 있으며, 한국 시범사업은 이 점을 보완하여 실질적 참여를 이끌 수 있는 수가 수준 설계가 필요하다.

제4절 소결

국내 정책에서 제한점으로 파악되는 구조적 공백을 기준으로 국외 정책을 분석·요약하여 (그림 3-4)와 같이 정리할 수 있다.

영국은 주치의 등록이나 의뢰가 없을 경우 전문의 접근이 불가능한 구조적 게이트키핑 체계를 갖추고 있고, 호주는 접근이 불가능한 것은 아니나 주치의의 의뢰가 없을 경우 보험 급여를 받을 수 없는 의뢰 기반 체계인 점을 고려할 때 우리나라와 직접적인 비교는 한계가 있다. 다만, 영국에서는 표준화된 서식의 치료요약서를 작성하여 전산으로 자동 연동되도록 시스템화하고, 알림 체계도 표준화하는 등 정보 연계 체계가 갖추어진 것으로 확인된다. 또한 PSFU 3단계 계층화 접근을 통해 주치의 주도와 개인 관리를 적절히 적용할 수 있으며, 특정 암종을 우선 대상으로 정해 암종별 특성도 반영한 체계를 갖추었다고 볼 수 있다. 무엇보다 검사 결과를 원격 관리하면서 필요한 경우 언제든지 전문의료진에게 의뢰할 수 있도록 설계되어 있다. 다양한 교육 프로그램과 암생존자 특화 주치의 성과 보수 점수 부여로 직접적인 보상이 주어진다는 점도 주목할 만하다. 그러나 치료요약서 누락, 주치의 간 역량 차이, 지역 간 격차, 불충분한 보상 등은 영국에서도 한계점으로 지적되고 있다.

호주는 표준화된 서식의 치료요약서를 주 치료 종료 후 3개월 내 작성하여 주치의에게 전달하도록 하며, 신속한 접근 경로 양식을 병행 작성하여 필요시 전문의에게 즉시 의뢰할 수 있는 프로토콜을 갖추고 있다. 또

한 암 관련 교육자료와 가이드라인을 개발 및 배포하고 있다. 그러나 영국과 유사하게 지역 간 및 기관 간 격차와 접근성 문제, 치료요약서 누락과 표준화된 양식이 사용되지 않는 사례가 나타났으며 암생존자 관리 특화 수가도 별도로 갖추어져 있지 않았다.

일본은 지역 연계 크리티컬 패스라는 종이 수첩 형태의 치료계획서에 주 치료 종료 후 5~10년의 장기 진료계획을 작성하여 암생존자가 일차의료에 패스를 소지하고 내원했을 경우 암치료병원과 일차의료 각각에 진료보수 점수를 부여한다. 그러나 암생존자의 다양한 위험도를 계층화하여 관리하는 체계와 전문의 자문 경로는 확인할 수 없었다.

국외 사례를 종합해 보면 현재 우리나라 암생존자 일차의료 연계 체계 구축을 위해서는 앞서 언급된 주요 구조적 공백을 정보 전달 체계, 프로토콜 구축, 교육·자문 체계 확보, 재정적 유인을 통해 메우는 작업이 필수적이다. 그러나 전반적으로 암생존자 일차의료 연계를 위한 주요 요소가 잘 갖추어진 것으로 보이는 영국의 경우에도 일차의료의 역량 격차, 치료요약서 누락 사례, 보상의 불충분성 등으로 인해 현장에서는 여전히 일부 한계가 보고되고 있고, 호주 역시 암생존자 특화 보상 기전 부재로 인해 실행력이 제한되는 경우도 있는 것으로 나타났다. 따라서 실제 임상 현장에서 환자가 실질적으로 혜택을 받을 수 있는 정책 설계를 위해서는 현재 구조적 공백을 메우는 체계를 구축함과 동시에 지속적인 점검과 보완을 포함한 운영 체계가 함께 고려되어야 한다.

[그림 3-4] 국외 암생존자 관리 정책 현황 분석

	정보 연계	프로토콜	교육·자문 연계	수가체계
국내 한계	치료요약서·전달체계 부재 치료력 모르면 관리 불가	위험도 계층화 기준 불명확 의뢰·회송 경로 모호	암 특화 교육 미제공 전문의 자문 경로 부재	암생존자 관리 특화 수가체계 부재로 참여 유인 어려움
영국	◆ NHS 치료요약서 → GP 전산(EMIS·Systm One) 자동 연동 ◆ Macmillan이 GP 알림 체계 표준화	◆ PSFU 3단계 계층화, 저위험 → GP 주도 추적과 개인 자기 관리 ◆ 유방암·대장암·전립선암 우선 대상 ◆ 외래 재방문 대신 검사 결과를 원격 관리하면서 필요한 경우 언제든지 다시 전문의료진 연계	◆ Macmillan Learning Hub ◆ 암 분야 진로 및 교육 개발 프레임워크 ◆ Cancer Alliance 전문의 자문 경로	◆ QOF 지표 암생존자 등록 + 12개월 내 암 돌봄 리뷰 수행 → GP 성과 보수 지급
호주	◆ 치료 종료 3개월 내 전문의 SCP 작성 → GP 전달 표준 템플릿	◆ Rapid Access Request 양식 병행으로 전문의 즉시 연결 구조 마련	◆ Peter MacCallum ACSC GP 교육 자료·가이드라인 개발·배포	◆ 암생존자 특화 수가 부재 ◆ 일반의 만성질환 관리계획 관련 수가 청구 가능
일본	◆ 지역 연계 크리티컬 패스로 주 치료 종료 후 5~10년 장기 진료계획이 일차의료에 전달	◆ 지역 연계 크리티컬 패스로 의뢰·회송 체계 존재 ◆ 암생존자의 다양한 위험도를 계층화하여 관리하는 방식은 부재	◆ 일본암서포티브케어학회에서 개발 중인 e-러닝·대면 연수 프로그램(일차의료 의사 대상에 포함) ◆ 전문의 자문 경로 부재	◆ 암 치료 연계 계획 책정료·관리료(암 거점병원 유인) ◆ 암 치료 연계 지도료(일차의료 유인)

주: 제3장의 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.



제4장

암치료기관-일차의료 연계 기반 암생존자 관리 모형

제1절 모형 설계 배경
제2절 모형 설계

제4장 암치료기관-일차의료 연계 기반 암생존자 관리 모형

제1절 모형 설계 배경

1. 암생존자 의료이용의 구조적 특수성

(암생존자와 일반 만성질환자 간 특성 차이) 암생존자의 의료 수요는 주요 건강 위험, 기간, 항목, 일차의료 역량 등 다양한 영역에서 일반 만성질환자의 의료 수요와 구조적으로 다를 수 있다. 가장 핵심적인 차이는 암생존자의 주요 건강 위험 요인이 더 광범위할 수 있다는 점이고, 일반 만성질환 관리는 현재 상태가 주요 추적 근거가 되는 반면 암생존자 관리는 과거 치료력이 주요 추적 근거가 된다는 점이다(표 4-1).

〈표 4-1〉 암생존자와 일반 만성질환자의 특성 비교

비교 항목	암생존자	일반 만성질환자
주요 건강 위험	이차암, 치료 관련 심독성, 내분비 이상, 재발	고혈압, 당뇨병, 심혈관 위험인자, 합병증
추적 근거	과거 치료력 (항암제 종류·용량·방사선 부위 등)	현재 활력징후·혈액 검사 수치
추적 기간	치료 종류·병기별로 상이 (주 치료 후~평생)	평생 지속관리
감시 항목	암종별·치료력별 맞춤 감시 필요	표준화된 가이드라인 존재
심리 문제	재발 두려움, 외상 후 스트레스 특화 개입 필요	일반적 우울·불안 선별
다학제 필요성	종양내과, 심장내과(심장종양), 내분비, 정신건강의학 등	일반적으로 낮음
일차의료 역량	별도 교육 및 표준화 치료요약서 필요한 영역 존재	기존 가이드라인으로 관리 가능

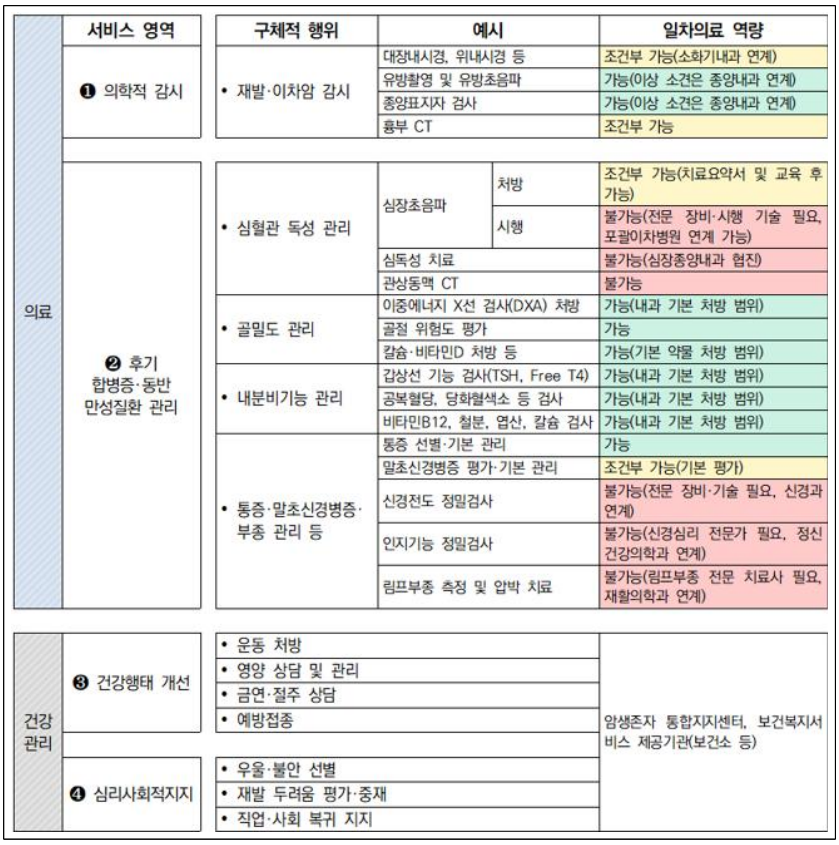
(암생존자 특화 의료행위 수요 존재) 암생존자에서 특별히 필요한 건강관리 범위에는 크게 ❶ 의학적 감시, ❷ 후기 합병증 및 동반 만성질환 관리, ❸ 건강행태 개선, ❹ 심리사회적 지지 영역이 포함된다(신동욱 외, 2015). 그중 의학적 감시와 후기 합병증 및 동반 만성질환 관리가 일차의료와의 연계가 필요한 영역으로 볼 수 있다.

암생존자에게 주 치료 이후 건강관리를 어떤 방식으로 할지 정하려면 수년 전 시행된 주 치료에서 어떤 항암제를 얼마나 썼는지, 어느 부위에 방사선 치료가 행해졌는지, 심장초음파가 필요한지 등 **상세한 과거 치료력 정보**가 필수적이다(그림 4-1).

의학적 감시와 관련하여 암생존자(치료 후 5년 이상 생존자)의 경우 일반인에 비해 이차암 발생 위험이 유의하게 높기 때문에, 암종 및 치료력별 맞춤화된 이차암 검진이 필수적이다. 암생존자는 암에 걸리지 않았던 사람에 비해 암검진을 받을 가능성이 높지만, 비율은 최적 수준에 미치지 못하는 것으로 보고되었다. 또한 국가 암검진이 제공되지만, 암종별로 제공되는 암검진 지침에서 볼 수 있듯이 이차암 관련해서는 다른 추가적인 감시가 필요하다(국가암지식정보센터, 2026). Emery 외(2022)의 문헌에 따르면, 암 치료 후 신체적 후유증으로 볼 수 있는 다양한 후기 합병증이 있다(Emery et al., 2022, pp.1539-1540). 필수적으로 확인이 필요한 항목으로 골다공증, 림프부종, 말초신경병증, 심장 기능 이상 등을 제시하며, 면역항암제 사용 시 위장관·내분비계·피부·간의 면역 관련 이상반응을 별도로 감시해야 한다고 강조한 바 있다.

현재 구조에서 바로 일차의료 연계가 가능한 의료행위도 있으나, 치료요약서, 교육, 자문 등 일부 필수 조건이 채워지면 가능한 의료행위도 있어 일차의료 연계를 위해 이를 고려할 필요가 있다.

[그림 4-1] 암생존자 특화 의료 및 건강관리 수요 예시



	서비스 영역	구체적 행위	예시		일차의료 역량
의료	❶ 의학적 감시	• 재발·이차암 감시	대장내시경, 위내시경 등		조건부 가능(소화기내과 연계)
			유방촬영 및 유방초음파		가능(이상 소견은 종양내과 연계)
			종양표지자 검사		가능(이상 소견은 종양내과 연계)
			흉부 CT		조건부 가능
	❷ 후기 합병증·동반 만성질환 관리	• 심혈관 독성 관리	심장초음파	처방	조건부 가능(치료요약서 및 교육 후 가능)
				시행	불가능(전문 장비·시행 기술 필요, 포괄이차병원 연계 가능)
			심독성 치료		불가능(심장종양내과 협진)
			관상동맥 CT		불가능
		• 골밀도 관리	이중에너지 X선 검사(DXA) 처방		가능(내과 기본 처방 범위)
			골절 위험도 평가		가능
			칼슘·비타민D 처방 등		가능(기본 약물 처방 범위)
		• 내분비기능 관리	갑상선 기능 검사(TSH, Free T4)		가능(내과 기본 처방 범위)
			공복혈당, 당화혈색소 등 검사		가능(내과 기본 처방 범위)
			비타민B12, 철분, 엽산, 칼슘 검사		가능(내과 기본 처방 범위)
		• 통증·말초신경병증·부종 관리 등	통증 선별·기본 관리		가능
			말초신경병증 평가·기본 관리		조건부 가능(기본 평가)
			신경전도 정밀검사		불가능(전문 장비·기술 필요, 신경과 연계)
			인지기능 정밀검사		불가능(신경심리 전문가 필요, 정신건강의학과 연계)
			림프부종 측정 및 압박 치료		불가능(림프부종 전문 치료사 필요, 재활의학과 연계)
건강관리	❸ 건강행태 개선	• 운동 처방 • 영양 상담 및 관리 • 금연·절주 상담 • 예방접종			암생존자 통합지지센터, 보건복지서비스 제공기관(보건소 등)
	❹ 심리사회적지지	• 우울·불안 선별 • 재발 두려움 평가·중재 • 직업·사회 복귀 지지			

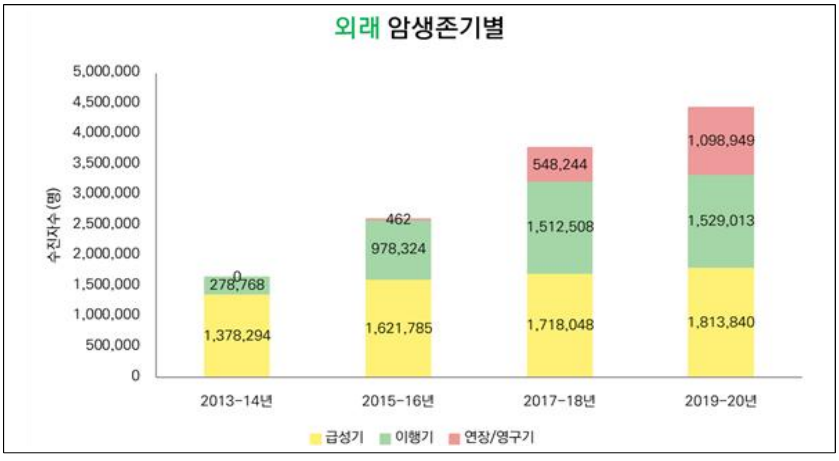
출처: National Comprehensive Cancer Network. (2026). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Survivorship. Version 2.2026. Plymouth Meeting, PA: NCCN; https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1466
Emery J, Butow P, Lai-Kwon J, Nekhlyudov L, Rynderman M, Jefford M. (2022). Management of common clinical problems experienced by survivors of cancer. Lancet. 399(10334):1537-1550. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00242-2. 의 내용을 연구진이 재구성함(2026.5.14. 인출).

2. 암생존자 의료이용 행태

(암생존기별 수진자 수 현황) K-CURE 2013~2020년의 데이터 분석 결과, 전체 수진자 수(연 인원)의 암생존기별 구성에서 장기 생존자 비중이 증가하는 변화가 관찰되었다(김영택 외, 2025, 내부 자료 인용).

❶ 2017~2018년 대비 2019~2020년에 **외래** 전체 수진자 수의 급성기 및 이행기 환자 비중은 감소하나 연장·영구기 환자 비중은 14.5%에서 24.7%로 약 1.7배 증가하였다(김영택 외, 2025, 내부 자료 인용).

[그림 4-2] 암생존기별 외래 수진자 수 현황, 2013~2020



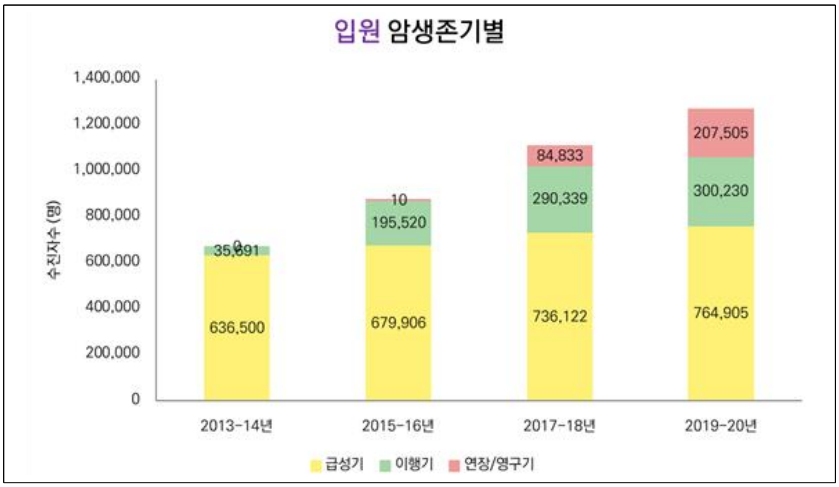
구성비(%)				
구분	2013~2014	2015~2016	2017~2018	2019~2020
급성기	83.2%	62.4%	45.5%	40.8%
이행기	16.8%	37.6%	40.0%	34.4%
연장/영구기	0.0%	0.0%	14.5%	24.7%

주: 연장/영구기 정의가 진단 후 5년 이상 생존인 경우로 K-CURE 데이터 구축 시점을 고려하면 2013~2016년에서 연장/영구기인 환자가 없는 것은 분석에 포함된 진단 연도 범위가 제한적이기 때문임.

출처: 김영택 외. (2025). 지역암센터 중심의 암 관리체계 구축 방안 연구: 암 진료 지역 자체충족률과 관련 요인 분석을 중심으로. 내부 자료를 바탕으로 재구성함.

❷ 2017~2018년 대비 2019~2020년에 **입원** 전체 수진자 수의 급성기 및 이행기 환자 비중은 감소하나 연장·영구기 환자 비중은 7.6%에서 16.3%로 약 2.1배 증가하였다(김영택 외, 2025, 내부 자료 인용).

[그림 4-3] 암생존기별 입원 수진자 수 현황, 2013~2020



구성비(%)				
구분	2013~2014	2015~2016	2017~2018	2019~2020
급성기	94.7%	77.7%	66.2%	60.1%
이행기	5.3%	22.3%	26.1%	23.6%
연장/영구기	0.0%	0.0%	7.6%	16.3%

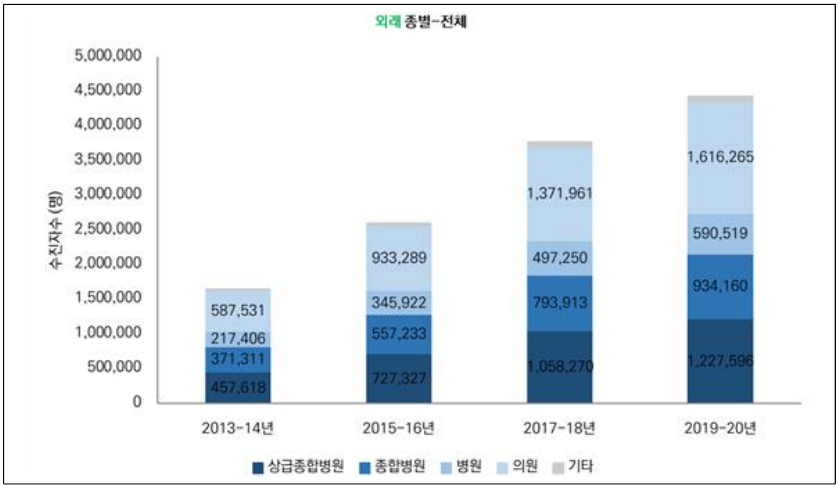
주: 연장/영구기 정의가 진단 후 5년 이상 생존인 경우로 K-CURE 데이터 구축 시점을 고려하면 2013~2016년에서 연장/영구기인 환자가 없는 것은 분석에 포함된 진단 연도 범위가 제한적이기 때문임.

출처: 김영택 외. (2025). 지역암센터 중심의 암 관리체계 구축 방안 연구: 암 진료 지역 자체충족률과 관련 요인 분석을 중심으로. 내부 자료를 바탕으로 재구성함.

(종별 수진자 수 현황) 암생존자 증가로 의료이용 규모는 빠르게 커지고 있으나 종별 구성 비중은 거의 변화가 없었다(김영택 외, 2025, 내부 자료 인용).

❶ 전체 외래 이용 수진자 수가 2013~2014년 약 166만 명에서 2019~2020년 약 444만 명으로 약 2.7배 증가하였으나 종별 구성 비중은 상급종합병원 약 28%, 종합병원 약 21%, 병원 약 13%, 의원 약 36% 등으로 6년간 거의 변화가 없었다(김영택 외, 2025, 내부 자료 인용).

[그림 4-4] 종별 외래 수진자 수 현황, 2013~2020



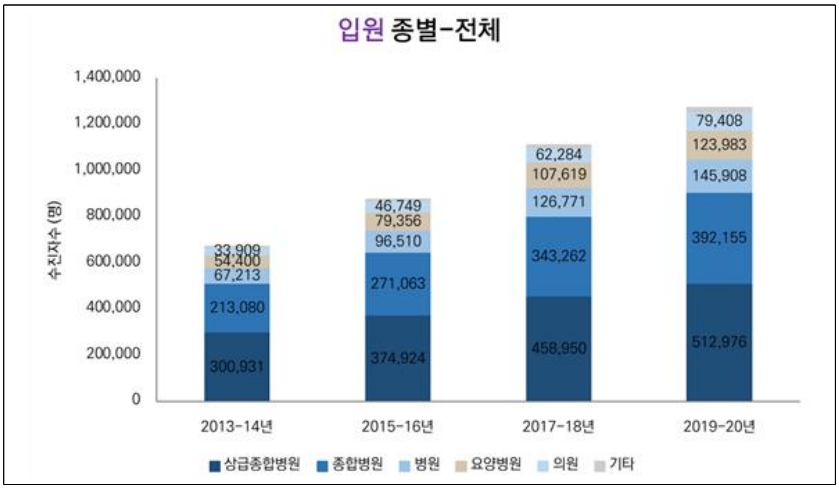
구성비(%)				
구분	2013~2014	2015~2016	2017~2018	2019~2020
상급종합병원	27.6%	28.0%	28.0%	27.6%
종합병원	22.4%	21.4%	21.0%	21.0%
병원	13.1%	13.3%	13.2%	13.3%
의원	35.5%	35.9%	36.3%	36.4%
기타	1.4%	1.4%	1.5%	1.6%

주: 연장/영구기 정의가 진단 후 5년 이상 생존인 경우로 K-CURE 데이터 구축 시점을 고려하면 2013~2016년에서 연장/영구기인 환자가 없는 것은 분석에 포함된 진단 연도 범위가 제한적이기 때문임.

출처: 김영택 외. (2025). 지역암센터 중심의 암 관리체계 구축 방안 연구: 암 진료 지역 자체충족률과 관련 요인 분석을 중심으로. 내부 자료를 바탕으로 재구성함.

❷ 전체 입원 이용 수진자의 상급종합병원 이용 비중이 소폭 하락(44.8% → 40.3%)했으나, 상급종합병원에 집중되던 수요가 요양병원으로 이동하는 현상이 관찰되었다. 수진자당 요양병원 입원일수는 81.4일에서 116.9일로 증가하여 요양병원을 이용한 수진자 수가 약 2배 증가하였다(김영택 외, 2025, 내부 자료 인용).

[그림 4-5] 종별 입원 수진자 수 현황, 2013~2020



구분	구성비(%)			
	2013~2014	2015~2016	2017~2018	2019~2020
상급종합병원	44.8%	42.8%	41.3%	40.3%
종합병원	31.7%	31.0%	30.9%	30.8%
병원	10.0%	11.0%	11.4%	11.5%
요양병원	8.1%	9.1%	9.7%	9.7%
의원	5.0%	5.3%	5.6%	6.2%
기타	0.4%	0.8%	1.1%	1.4%

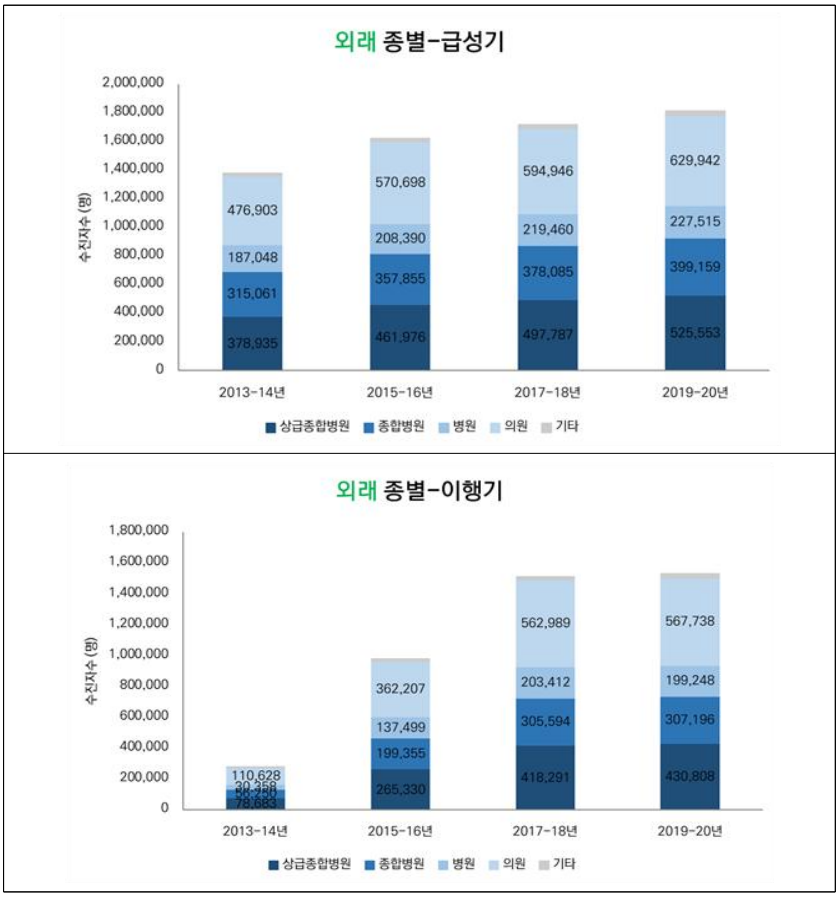
주: 연장/영구기 정의가 진단 후 5년 이상 생존인 경우로 K-CURE 데이터 구축 시점을 고려하면 2013~2016년에서 연장/영구기인 환자가 없는 것은 분석에 포함된 진단 연도 범위가 제한적이기 때문임.

출처: 김영택 외. (2025). 지역암센터 중심의 암 관리체계 구축 방안 연구: 암 진료 지역 자체충족률과 관련 요인 분석을 중심으로. 내부 자료를 바탕으로 재구성함.

(암생존기별·종별 수진자 수 현황) 생존기별 구성은 장기 생존자 비중이 커지는 방향으로 변화하고 있으나 종별 이용 구성비는 생존기에 따른 차이가 크지 않은 것으로 나타났다(김영택 외, 2025, 내부 비공개 자료 인용).

❶ 외래 의료이용에서 급성기, 이행기, 연장·영구기 모두 상급종합병원 약 27~29%, 종합병원 약 20~22%, 의원 약 35~39%로 생존기에 따른 차이가 거의 없었다.

[그림 4-6] 암생존기별·종별 외래 수진자 수 현황, 2013~2020



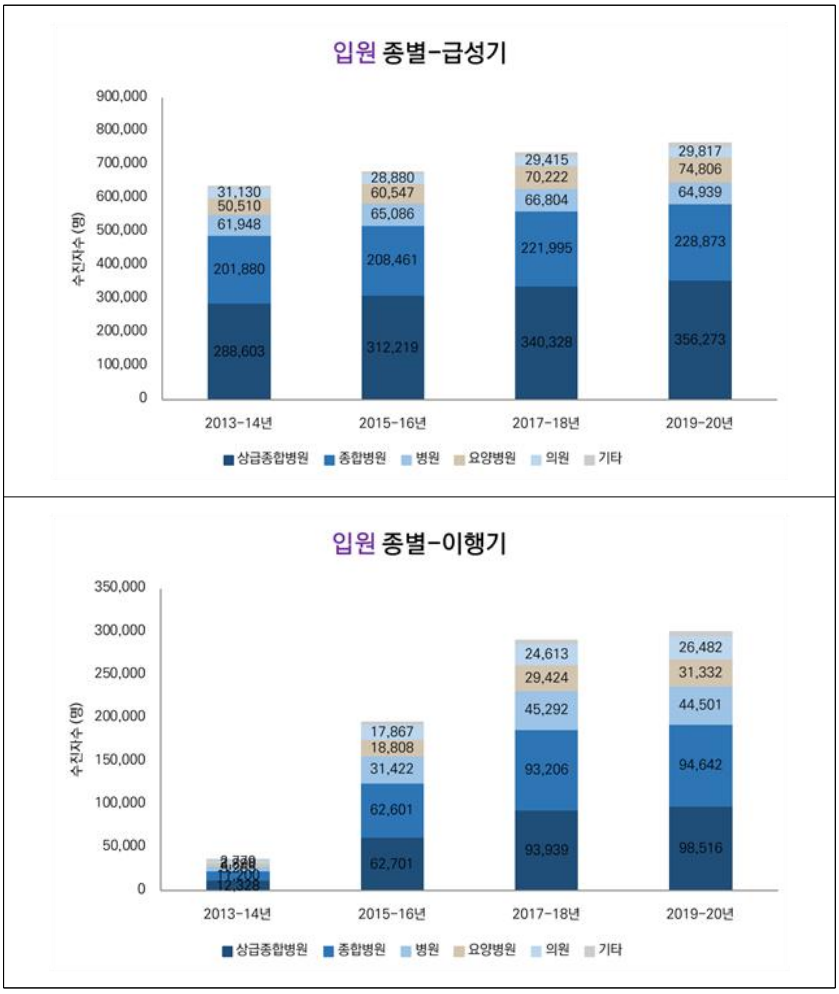


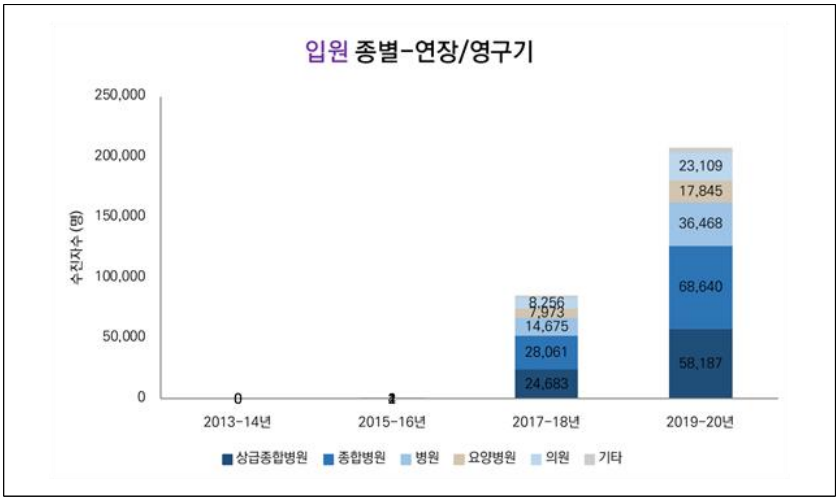
주: 연장/영구기 정의가 진단 후 5년 이상 생존인 경우로 K-CURE 데이터 구축 시점을 고려하면 2013~2016년에서 연장/영구기인 환자가 없는 것은 분석에 포함된 진단 연도 범위가 제한적이기 때문임.

출처: 김영택 외. (2025). 지역암센터 중심의 암 관리체계 구축 방안 연구: 암 진료 지역 자체충족률과 관련 요인 분석을 중심으로. 내부 자료를 바탕으로 재구성함.

❷ 입원 의료이용에서 급성기, 이행기, 연장·영구기 모두 상급종합병원 약 28~47%, 종합병원 약 30~33%, 요양병원 약 8~11%로 생존기에 따른 차이가 크지 않았다.

[그림 4-7] 암생존기별·종별 입원 수진자 수 현황, 2013~2020





주: 연장/영구기 정의가 진단 후 5년 이상 생존인 경우로 K-CURE 데이터 구축 시점을 고려하면 2013~2016년에서 연장/영구기인 환자가 없는 것은 분석에 포함된 진단 연도 범위가 제한적이기 때문임.

출처: 김영택 외. (2025). 지역암센터 중심의 암 관리체계 구축 방안 연구: 암 진료 지역 자체충족률과 관련 요인 분석을 중심으로. 내부 자료를 바탕으로 재구성함.

3. 기존 만성질환 관리체계 편입의 한계와 차별적 접근의 필요성

기존 시범사업과의 연계성 측면에서 2026년 9월 시행 예정인 지역사회 일차의료 혁신 시범사업에 암생존자 관리 서비스가 일부 포함될 수 있으나 (그림 4-8)에 제시한 것처럼 암생존자 특화 서비스 구상이 필요하다.

(대상자 분류 방식의 차이) 지역사회 일차의료 혁신 시범사업에서는 환자별 건강 상태를 고려한 예측 의료비 수준을 나타내는 계층적 질환군 위험도 4분위로 환자를 구분하여 수가를 차등 지급하게 된다(보건복지부, 2026)[13]. 현재 시점에서 다른 특성을 가진 환자에게 어떤 의료서비스를 제공할지에 대한 구체적인 대상 분류 기준은 확인하기 어려우며, HCC 위험도 분류는 수가 산정에 적용되는 기준으로 실제로 분위별 환자가 받게 될 서비스의 내용이나 강도가 달라지는 것은 아니라는 점에서 현재 형태로 암생존자 관리에 적용하는 데는 한계가 있다. 암생존자는 암종이나 과거 치료력, 암생존기, 진단 시 병기 등에 따라 특성과 필요한 의료서비스가 크게 달라질 수 있기 때문에 이를 반영한 암생존자 특화 분류 방식 구상이 필수적이다(신동욱 외, 2015).

(암치료병원을 포함한 연계체계 필요) 지역사회 일차의료 혁신 시범사업은 지역 의원(일차의료) 단독 또는 거점지원기관과의 협력 형태로 참여할 수 있는데, 거점지원기관에는 포괄 2차병원, 지방의료원, 보건소, 의원연합 등이 포함되고 권역암센터 및 상급종합병원급은 대상이 되지 않는다. 반면 암생존자 관리는 일반 만성질환과는 달리 권역암센터 및 상급종합병원 종양내과 등 암치료병원과의 연계 및 의사소통이 필수적이다.

13) 보건복지부. (2026). 지역사회 일차의료 혁신 시범사업 참여기관 선정 공고. 보건복지부 공고 제2026-562호. 2026년 7월 9일.
https://www.mohw.go.kr/board.es?act=view&bid=0003&list_no=1491204&mid=a10501010000

지역사회 일차의료 혁신 시범사업은 설계 목적 자체가 암생존자 관리에 초점을 둔 것이 아니기 때문에 권역암센터 및 상급종합병원 종양내과 등 암치료병원과의 의사소통 및 연계 경로가 별도로 필요하지 않을 수 있다. 따라서 설계 목적이 상이한 기존 사업에 편입하기보다는 암생존자 건강관리를 위한 차별적 접근이 필요하다.

[그림 4-8] 지역사회 일차의료 혁신 시범사업과의 비교

비교 항목	지역사회 일차의료 혁신 시범사업	암생존자 특화 포괄적 의료서비스 사업
주요 대상	50세 이상 성인 (추후 단계적 확대 예정)	능동적 항암치료가 종료된 암생존자
대상 분류 방식	환자 건강 상태 및 의원 관리 강도 연계 4군 분류 체계 ❶ HCC 1분위: 환자 연간 예측 의료비 〈 25퍼센타일 ❷ HCC 2분위: 25퍼센타일 ≤ 환자 연간 예측 의료비 〈 50퍼센타일 ❸ HCC 3분위: 50퍼센타일 ≤ 환자 연간 예측 의료비 〈 75퍼센타일 ❹ HCC 4분위: 환자 연간 예측 의료비 ≥ 75퍼센타일	암종·과거 치료력·병기에 따른 분류 필요
연계 구조	일차의료기관-거점지원기관	일차의료기관-권역암센터-암치료병원
특징	일반 만성질환 관리 중심	암생존자 특화 의료서비스 담당+만성질환 관리 동시 참여

출처: 보건복지부. (2026). 지역사회 일차의료 혁신 시범사업 참여기관 선정 공고. 보건복지부 공고 제2026-562호. 2026년 7월 9일. https://www.mohw.go.kr/board.es?act=view&bid=0003&list_no=1491204&mid=a10501010000를 바탕으로 연구진이 작성함.

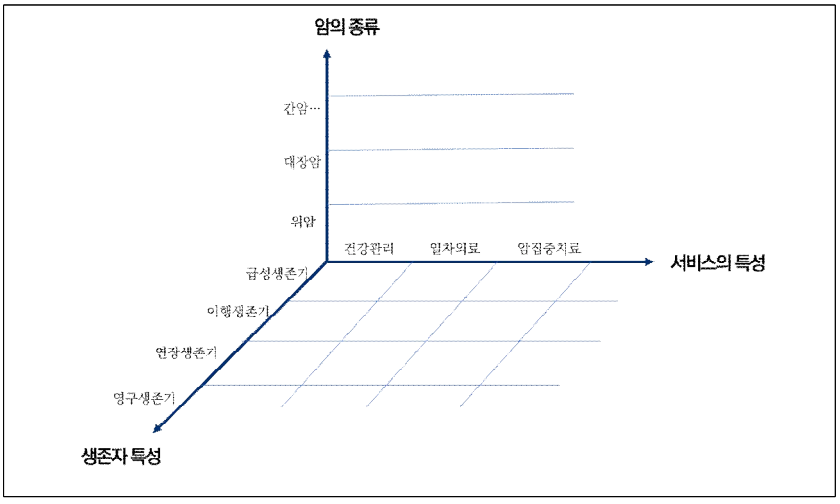
제2절 모형 설계

1. 암생존자 특화 서비스 설계의 기본 구상

암생존자 특화 서비스 설계 방향은 다음의 세 가지 축을 중심으로 구상할 필요가 있다: ❶ 암 투병 중 혹은 이후의 생존자에 대한 의학적 전문성에 기반한 지속관리체계(전문성), ❷ 암생존자의 의료적 필요를 빈틈없이 채울 수 있는 전문 영역과 일상 영역을 포괄하는 관리체계(포괄성), ❸ 암센터 등 암 전문 치료기관과 지역의 일차의료 간 유기적 연계를 통한 암생존자 중심의 연속적 관리체계(연계성)(그림 4-9).

다시 말해 “어떤 암종을”, “암생존기의 어느 단계에서”, “어떤 의료서비스를 제공할 것인가”를 토대로 세 축의 교차점에서 위험도 계층화 기반의 맞춤 관리 방안을 설계하는 것이 중요하다.

[그림 4-9] 암생존자 특화 의료서비스의 중심 축



2. 암생존자 특화 포괄적 의료서비스 구성도(안)

2024년 1월 기준으로 전체 암생존자는 2,732,906명이다. 이 중 급성 생존기 9.5%, 이행 생존기 8.2%, 연장 생존기 20.2%, 영구 생존기 62.1%로 10명 중 6명은 5년 이상 생존하는 장기 생존자에 해당한다(보건복지부·중앙암등록본부, 2026). 암생존기에 따라 건강 문제 및 필요한 의료서비스의 범위는 다르며 이에 따라 암생존자 건강관리를 일차의료로 연계할 때도 암생존기별 특성이 암생존자 특화 서비스 설계에 반영될 필요가 있다(표 4-2).

〈표 4-2〉 암생존기별 정의·건강 문제·현황

구분	급성 생존기	이행 생존기	연장 생존기	영구 생존기
정의	암 진단 후 1년	암 진단 후 1~2년	암 진단 후 2~5년	암 진단 후 5년 이상
개념	암치료기관 중심의 암 치료	치료 후 지역사회 복귀 준비	높은 재발 위험	낮은 재발 위험
건강 문제	- 암 진단 후 심리적 불안 - 암 치료 급성기 후유증·합병증 관리 필요	- 암 치료로 단절된 일상 복귀의 어려움 - 암치료기관-일차의료 연계 필요	- 뉴노멀 자기관리 - 재발 불안 - 암후유증·합병증	- 뉴노멀 자기관리 - 재발 불안 - 암후유증·합병증 - 이차암 관리
비중	9.5%	8.2%	20.2%	62.1%

출처: 장윤정. (2026). 암생존자 일차의료 진료 연계 모델 연구. 연구회의 발표자료 7쪽(미간행); Miller, K. D., Merry, B., & Miller, J. (2008). Seasons of survivorship revisited. The Cancer Journal, 14(6), 369-374. https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e31818edf60; Mullan, F. (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. New England Journal of Medicine, 313(4), 270-273. https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421.

암생존자 특화 서비스 설계 방향의 세 가지 축을 중심으로 포괄적 의료서비스 구성도(안)를 (그림 4-10)에 제시하였다. 의료서비스는 크게 일차의료서비스, 재발 및 이차암 검진서비스, 집중치료서비스로 구분할 수 있다. 일차의료서비스는 급성 생존기보다는 이행, 연장 및 영구 생존기에서 그 필요도가 높아질 것으로 예상할 수 있고, 검진서비스는 재발 불안과 암후유증 및 합병증 관리, 이차암 관리가 집중적으로 요구되는 연장·영구 생존기에 필요도가 높다. 반면, 급성기는 암치료서비스가 집중적으로 필요한 시기로 암치료병원의 역할이 더 크며 연장·영구기에는 암치료병원의 역할 비중이 상대적으로 작을 수 있다. 이처럼 암생존기별 의료서비스의 필요도와 제공기관이 상이하다. 따라서 원활한 암생존자 관리를 위한 연계 체계를 설계하기 위해서는 암치료병원과 일차의료 간 협력 관계가 형성되어야 하며, 암치료병원의 전문주치의와 일차의료의 종합주치의 간 연계가 필수적이다.

[그림 4-10] 암생존자 특화 포괄적 의료서비스 구성도(안)

암종의 구분 & 환자 특성의 구분	급성 생존기	이행 생존기	연장 생존기	영구 생존기
일차의료서비스 일차의료	低	中	高	高
재발·이차암 검진서비스 일차의료 암치료병원	低	低	高	高
집중치료서비스 암치료병원	高	中	低	低
연계 지원 체계 일차의료 암치료병원	암치료병원 - 암 전문 치료 중심 의료서비스 - 암의 추적 관찰 및 관리를 위한 검진 전문주치의	협력 연계	일차의료 - 암 환자의 지속적 의료관리 - 암치료병원과의 유기적 진료협력 종합주치의	

3. 암생존자 특화 진료제공체계·운영 구조(안)

가. 진료제공체계 모형(안)

앞서 기술한 요소들을 고려한 암생존자 특화 진료제공체계와 운영 구조(안)은 (그림 4-11)과 같다.

(암치료병원) 기본적으로 암치료병원(상급종합병원, 권역암센터 등)은 급성 생존기 환자의 암 치료를 주로 담당하면서 암치료병원의 주치의가 치료요약·계획서를 작성하고 환자의 위험도 계층화에 따라 트랙을 배정한 후 조정·연계 의료기관으로 이관하는 역할을 주체적으로 담당하는 구조를 제안할 수 있다. 암 치료 초기부터 주 치료 이후 연계진료계획을 수립하도록 하며, 조정·연계 의료기관 및 일차의료와 지속적으로 소통하면서 치료 단계별로 계획을 변경 수립할 필요가 있다. 암생존자 연계진료 치료요약·계획서를 바탕으로 환자 맞춤형 서비스를 제공할 수 있다.

(조정·연계 의료기관) 조정·연계 담당 의료기관은 포괄 2차병원과 종합병원급에서 담당하는 방안을 고려할 수 있으며, 전송된 치료요약·계획서와 배정된 트랙의 적합성을 확인하고 일차의료로 연계하는 역할을 주로 담당한다. 또한, 일차의료서비스에 대한 모니터링과 교육을 지원하는 역할도 담당하는 것이 바람직하며, 원활한 역할 수행을 위해서는 전담 코디네이터 배치가 병행될 필요가 있다. 조정·연계 의료기관은 환자 거주지에 따라 주체가 달라질 수 있는데, 구체적으로 환자가 거주지 외 타 지역에서 주 치료를 받았을 경우 환자 거주지 내 포괄 2차병원 또는 종합병원급에서 필수적으로 조정·연계 기능을 수행할 필요가 있다. 환자가 거주지 내 의료기관에서 주 치료를 받았을 경우에는 별도의 조정·연계 의료기관이 필요하지 않을 수 있다. 암 환자의 상당수가 서울 및 수도권 내 의료기

관에서 주 치료를 받고 있는 국내 현실을 고려했을 때, 주 치료 종료 후 암치료병원이 직접 환자의 거주지 내 일차의료와 연계하는 것은 현실적으로 한계가 있다. 따라서 조정·연계 의료기관의 역할이 중요할 수 있다.

(일차의료 연합) 일차의료는 기관별로 제공하는 의료서비스 범위의 편차가 크기 때문에, 다양한 형태의 일차의료를 연합(만성질환 관리 전문, 건강검진 전문, 시범사업 선정 기관 등)으로 간주하고 제공하는 의료서비스의 범위 및 역량에 맞는 연계를 고려할 필요가 있다. 일차의료 연합에 회송 시 진단 시 병기 정보와 암 또는 만성질환 관련 위험도를 바탕으로 계층화하여 적합한 기능을 할 수 있는 일차의료 연합으로 연계하는 구조가 설계되어야 한다. 또한, 연계 후 일차의료 연합의 주치의는 암치료병원에서 전달된 치료요약·계획서를 기본으로 하여 일차의료에서 실질적으로 수행 가능한 의료서비스 범위를 반영하여 암치료병원 주치의와의 지속적인 소통을 통해 치료 계획을 수정·보완할 수 있도록 한다. 마지막으로 현재 우리나라에서 제공되는 일차의료서비스의 범위를 고려했을 때, '의료'서비스에 한해서 일차의료 연합으로 연계하는 방향이 바람직하며, 심리사회적 지지, 정신건강 지원, 의료비 지원, 기타 통합돌봄서비스 또는 건강행태 관리 등은 기존 수행 중인 암생존자통합지지사업이나 보건소, 정신건강복지센터, 종합복지관, 기타 통합돌봄서비스 제공기관 등으로 연계하는 것이 효율적일 수 있다.

[그림 4-11] 암생존자 특화 진료제공체계·운영 구조(안)



주: 암치료병원과 조정·연계 담당 의료기관이 동일할 수 있으므로 동일한 경우에는 조정 없이 바로 의뢰 및 회송이 가능함.
출처: 연구진이 설계 및 작성함.

나. 진료제공체계 모형 내 일차의료서비스 제공기관별 기능·역할

(만성질환관리 전문 의원) 만성질환관리를 전문으로 하는 의원에서는 고혈압, 당뇨병, 관절염 등 암생존자의 동반 만성질환 관리를 담당하고, 가능한 경우 건강행태 개선 교육을 제공하거나 유관 기관으로 안내하는 역할을 할 수 있다.

(검진 특화 의원) 건강검진센터 등 검진을 특화 과목으로 하는 의원에서는 이차암 발생 여부를 위한 암 검진을 제공하거나(국가암검진), 재발 여부를 추적하기 위한 영상의학 또는 내시경 검사 등을 담당할 수 있다.

(방문진료·재활·장애인 관리 의료기관) 방문진료를 전문으로 하는 의원은 거동이 불편한 환자의 만성질환 약 처방, 수액주사, 욕창 관리 등을 담당할 수 있으며, 재활의료기관에서는 환자 맞춤형 재활서비스(예: 부종 관리, 낙상 예방 운동 교육 등)를 제공할 수 있다. 장애인인 암생존자는 장애인 주치의 기관에서 담당할 수 있도록 연계하는 방안도 고려할 필요가 있다.

(일차의료 혁신 시범사업 참여 기관) 현재 추진 중인 일차의료 혁신 시범사업 기관에 참여하는 의원에서는 암 환자 등록, 심리상태 및 보건·복지 서비스 요구를 파악하여 유관 기관과 연계할 수 있는 체계를 고려하는 것도 기존 체계를 최대한 활용할 수 있는 방안이 될 수 있다.

다. 운영 구조(안)

제시된 진료제공체계 모형(안)의 효율적인 운영을 위해서는 제2장에서 분석된 현재 구조적 공백을 보완할 수 있는 체계가 갖춰져야 한다.

(정보 연계를 위한 치료요약·계획서) 암생존자 관리를 일차의료로 연계하는 데 가장 필수적인 사항은 치료력을 포함한 진료 정보의 원활한 연계이다. 따라서 암치료병원에서 암생존자 연계진료 치료요약·계획서를 작성하여 회송 시 함께 공유해야 하며, 이를 위해 표준화된 서식 개발이 선행될 필요가 있다. 처음 작성은 암치료병원에서 시작하지만 이후에는 암치료병원과 일차의료가 공동으로 수립된 계획을 수정·보완하면서 관리하는 방향이 적합하다.

(위험도 프로토콜 표준화) 암종별 및 암 관련 위험도와 일반 만성질환 관련 위험도를 포괄적으로 고려한 위험도 계층화 체계를 구축할 필요가 있다. 구체적으로 암 관련 위험도는 재발 위험 또는 이차암 발생 위험으로 판단하고, 이외 건강 위험도는 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증, 신장질환, 심혈관질환 등과 관련한 요소를 바탕으로 위험도를 보다 정교하게 분류하여 트랙 배정과 의뢰·회송 기준에 반영할 필요가 있다. 이를 위해서는 암종별 감시 기준이 상이하므로 관련 전문 학회(예: 대한암학회, 장기별 전문학회, 가정의학회, 개원의 단체, 환자 단체 등)와의 소통과 연구를 통한 프로토콜 표준화가 선행되어야 한다.

(암 특화 교육·전문의와의 자문 경로 확보) 일차의료에 대한 암생존자의 불안과 암생존자 진료에 대한 일차의료의 부담은 체계적인 암 특화 교육 및 암치료병원 주치의와 일차의료 주치의 간 지속적인 자문 경로 설계로 완화할 수 있다. 암종별로 특성이 상이하므로 관련 전문 학회(예: 대한암학회, 대한위암학회, 대한간암학회, 한국유방암학회 등)에서 일차의료

주치의를 위한 암종별 교육 프로그램을 개발하고, 국립암센터에서 암종별 프로그램을 통합·표준화하고 교육체계를 총괄하여, 권역암센터에서 실제 운영하는 방식으로 진행할 수 있다. 보건복지부에서 교육과정에 대한 공식 인증과 암 특화교육 이수에 대한 평점을 부여함으로써 일차의료의 교육 참여를 자연스럽게 유도할 수 있다. 실시간 자문을 위해서는 공유 플랫폼(예: 구글 폼과 유사한 형태의 e-Consult 플랫폼 또는 핫라인 등) 활용을 고려해 볼 수 있다.

(수가체계 구축을 통한 참여 유인) 현행 중증질환 산정특례 체계에 일차의료기관에서의 암생존자 관리 행위를 포괄하거나 별도 관리 수가를 신설하는 등의 방안을 통해 암생존자 관리 특화 수가체계가 부재하여 참여를 유인하기 어려웠던 부분을 보완할 필요가 있다.



제5장

결론

제1절 결론 및 제언

제5장 결론

제1절 결론 및 제언

본 연구에서는 국내 암생존자 관리 관련 정책 현황을 분석하고 국외 주요국 사례를 고찰하여 지속 가능한 암생존자 건강관리체계 구축을 위한 일차의료 연계 모형 설계의 필요성과 방향성을 제시하고, 기본 틀을 마련하고자 하였다.

(국내 관련 정책 분석) 국내 암생존자 관리 정책, 공급 구조 재편·일차의료 강화 정책, 치료 후 연계 정책은 공통적으로 기존의 공급자 중심 보건의료체계를 지역사회 기반의 지속적 관리체계로 전환하려는 움직임이 있음을 시사한다. 즉 기존의 치료 성과 향상에 초점을 두었던 기조에서 암생존자의 주 치료 이후 삶의 질과 장기적 건강관리에 중점을 두는 방향으로 전환되고 있다. 그와 관련하여 다양한 계획 수립 및 정책이 운영되어 왔으나, 암생존자통합지지사업을 포함한 국내 주요 암생존자 관리 정책은 지역사회 중심의 신체·심리·생활·사회복귀 등을 지원하는 사업에 초점을 두고 있어 주 치료 이후 암생존자에게 필요한 의료서비스 제공을 포함하지 못하는 한계가 있음을 확인하였다. 공급 구조 재편과 종별 역할 재설계를 중심으로 한 정책은 암생존자 건강관리를 목적으로 설계된 것은 아니기 때문에 현재 상황에서 암생존자가 편입 가능한 분류체계나 수가 구조가 명확하지 않은 한계가 존재한다. 치료 후 연계 정책으로 연계 선례는 확인하였으나 암이라는 질환을 특정한 것이 아니기 때문에 암이 가지는 특수성을 반영하지 못한다.

(국내 관련 정책 분석을 통한 시사점 도출) 첫째, 치료요약서나 전달체

계 부재로 인해 암생존자의 병력, 치료력, 검사 결과 등 주요 치료 정보가 일차의료에 전달되는 데 한계가 있다. 둘째, 암생존자의 이질적인 특성(암종, 암생존기, 진단 시 병기, 암 관련 위험도, 만성질환 관련 위험도 등)을 반영할 수 있는 분류 기준 및 프로토콜이 명확히 마련되어 있지 않다. 셋째, 일차의료에 대한 암생존자의 불안과 암생존자 진료에 대한 일차의료의 부담을 완화할 체계적인 암 특화 교육 및 암치료병원 주치의와 일차의료 주치의 간 지속적인 자문 경로가 부족하다. 넷째, 관련된 직접적인 수가 체계가 갖추어져 있지 않다. 종합하면, 현행 관련 정책의 한계를 보완하는 암생존자 특화 사업 구상이 필요하며, 암생존자 관리를 일차의료로 원활히 연계하기 위해서는 주요 구조적 공백 해결이 선행되어야 한다.

(주요국 사례 고찰을 통한 시사점 도출) 영국은 일차의료 중심의 보건의료체계가 잘 구축된 국가로 표준화된 서식의 치료요약서(전산 자동 연동), PSFU 3단계 계층화 접근, 암종별 특성 반영 체계 구축, 암 전문의와 일차의료 간 검사 결과의 원격 관리 및 전문의료진 상시 재의뢰 통로 확보, 다양한 교육 프로그램 및 암생존자 특화 주치의 성과 보수 점수로 전반적인 관리 체계의 주요 요건이 잘 갖추어져 있다. 그러나 치료요약서 누락, 주치의 간 역량 차이, 지역 간 격차, 불충분한 보상 등은 영국에서도 한계점으로 지적되고 있다. 호주는 표준화된 서식의 치료요약서, 신속한 접근 경로 양식을 통한 전문의 재의뢰 프로토콜, 암 관련 교육자료·가이드라인 개발 및 배포 등 수가를 제외한 대부분의 요건이 갖추어져 있으나 영국과 유사하게 지역 간 및 기관 간 격차와 접근성 문제, 치료요약서 누락과 표준화된 양식이 사용되지 않는 사례와 더불어 암생존자 관리 특화 수가 부재가 한계점으로 파악된다. 일본은 지역 연계 크리티컬 패스라는 종이 수첩 형태의 치료계획서 및 암생존자가 일차의료에 패스를 소지

하고 내원했을 경우 암치료병원과 일차의료 각각에 부여하는 진료보수 점수 제도가 있으나 암생존자의 다양한 위험도를 계층화하여 관리하는 체계와 전문의 자문 경로는 확인할 수 없었다. 종합하면, 현재 우리나라 암생존자 일차의료 연계 체계 구축을 위해서는 정보 전달 체계, 프로토콜 구축, 교육·자문 체계 확보, 재정적 유인을 포함한 정책 설계가 필요하며 동시에 지속적인 점검과 보완을 포함한 운영 체계가 함께 고려되어야 함을 알 수 있다.

(암생존자 특화 진료제공체계 모형(안)과 의의) 암생존자 특화 의료서비스 설계는 암종, 암생존기, 의료서비스 종류를 세 축으로 하여 그 교차점을 바탕으로 맞춤 관리 방안을 마련하는 방향을 기본으로 한다. 본 연구의 모형(안)은 암치료병원, 조정·연계 의료기관, 일차의료로 이어지는 단계적 의료전달체계로, 암치료병원에서 수립한 치료요약·계획서를 바탕으로 조정·연계 과정을 거쳐 일차의료로 회송하고, 회송 및 의뢰 이후에도 단절되지 않고 지속적인 소통과 정보 공유로 유연한 관리 체계를 구축해 나갈 것을 제안한다.

이는 의료기관 간 역할 분담을 가능하게 하여 환자의 불안감을 감소시키고, 연계가 실패할 가능성을 최소화할 수 있고, 단순군과 복합군의 위험도 기반 관리체계 도입으로 의료자원의 효율적 배분 및 환자 특성에 따른 맞춤형 관리가 가능하다. 또한, 재의뢰 체계를 포함하여 환자 상태 악화 시 신속하게 암치료병원으로 의뢰하여 일차의료의 부담을 경감시킬 수 있고, 이를 통해 환자 안전성과 의료전달체계의 연속성 확보가 가능하다는 장점이 있다. 특히, 본 연구에서 설계하는 암치료병원-일차의료 연계 모형은 현재 별도로 추진 중인 한국형 ARPA-H 연구(지역 완결형 암관리 통합 연결망 사업)와 단계적으로 통합될 수 있는 기반을 제공한다는 점에서 정책적 연속성을 갖는다. 한국형 ARPA-H 사업이 급성기에서 포

괄 2차 단계의 다기관 연계 플랫폼 구축에 초점을 두고 있고, 본 연구에서 설계한 모형(안)은 해당 플랫폼과 연결되는 일차의료 단계의 역할과 구조를 다루고 있어 두 연구가 상호보완적으로 활용될 수 있다.

본 연구에서 제안한 모형은 암생존자의 주요 건강 위험이 원발암 재발, 이차암 발생, 치료 관련 심독성에 더하여 일반 만성질환을 포괄하여 더 광범위할 수 있고, 과거 치료력이 주요 추적 근거가 되는 등 일반 만성질환자와 구조적으로 다른 특수성을 반영하였다. 특히, 진단 시점부터 일차의료가 환자를 인지하고 지속적으로 관리할 수 있는 구조를 전제로 하는 일반 만성질환 관리와는 달리 암생존자 관리는 적극적 주 치료 종료 후 상당 부분의 관리 주체가 일차의료로 전환될 필요가 있음을 반영하였다. 또한 현재 운영 중인 시범사업과 구별되는 핵심은 암생존자가 일반 만성질환 관리 사업의 대상군과 별도로 구분된다는 점과 상급종합병원, 종합병원, 일차의료를 전반적으로 아우르는 체계를 고민해야 한다는 점이다. 따라서 암생존자 관리를 위해서는 독립 시범사업을 통한 접근이 효율적일 수 있다.

(정책 제언) 본 연구는 암생존자 일차의료 진료제공체계의 기본적 설계 방향과 구조를 제안하므로 구체화를 위해 다음 사항을 제언하고자 한다.

❶ 암종별 특성을 반영한 차별화된 모형 설계가 필요하다. 예를 들어, 간암의 경우 CT나 MRI 중심의 추적관찰이 필요하며 초음파를 활용한 단독 추적은 한계가 있으나, 위암·대장암은 상대적으로 내시경 중심의 추적관찰이 가능하다. 즉, 암종에 따라 재발 위험 패턴, 후기 합병증 종류 및 강도, 주 치료 이후 요구되는 추적관찰 내용과 빈도 등이 다를 수밖에 없고 이에 따라 일차의료 연계가 적정한지와 연계 시점도 다를 수 있다. 따라서, 본 연구가 제안하는 모형을 기본 틀로 하여, 암종별 특성이 치료·요약계획서 필수 기재 항목, 위험도 계층화 프로토콜, 교육 커리큘럼 설계

등에 실질적으로 반영될 수 있도록 차별화된 경로를 설계하는 방향으로 구체화할 필요가 있다.

❷ 실효성 있는 수가 체계를 구축하여 유인 구조를 설계할 필요가 있다. 행위별 수가를 넘어 진단, 치료 계획 수립, 지속관리, 교육·자문을 포괄하는 패키지 형태의 수가 체계가 검토될 필요가 있다. 특히, 암치료병원 주치의가 진료 요약·치료 계획 수립을 먼저 하고, 연계 후 일차의료 주치의와의 원격 협진 등을 통해 계획을 수정·보완할 수 있도록 공동 관리 수가 등을 도입하여 실질적인 정보 환류를 유도해야 한다. 연계 시 환자에게도 건강 상태와 관리 방법 등의 상세한 설명과 상담을 수가 청구의 필수 요건으로 하여 실제 암생존자가 혜택을 받을 수 있도록 하고, 암 특화 교육을 이수하여 일정 조건을 갖춘 경우에 한해 수가를 인정하여 표준화된 서비스 체계를 구축할 필요가 있다. 또한, 모형의 지속 가능성 확보를 위해 암치료병원과 일차의료를 포괄하는 묶음수가 등 다양한 수가 설계를 병행하여 일반 만성질환자보다 의료적 분쟁 위험이 상대적으로 높은 암생존자 관리에 일차의료가 자발적으로 참여할 수 있도록 유도할 필요가 있다.

❸ 암생존자 관리의 일차의료 연계 시 일차의료에 대한 암생존자의 불안과 일차의료의 암생존자 진료에 대한 부담으로 인한 소극적 진료 태도는 공급과 수요 양측 모두에서 연계의 제한 요인으로 작용하고 있다. 개선을 위해 국립암센터의 교육 체계 총괄 및 커리큘럼 통합·표준화를 기반으로, 암종별 전문 학회 주도의 암종별 교육 프로그램 개발과 권역암센터 주도 운영으로 전반적인 교육 체계 구축과 역할 분담이 필요하다. 또한, 일차의료 연계 후에도 암치료병원 주치의가 자문에 참여하고, 이상 징후 발생 시 패스트트랙으로 즉시 의뢰가 보장될 필요가 있다. 이를 통해 암생존자 관리에 대한 일차의료 역량을 강화하고, 암생존자가 일차의료기

관에서도 충분한 진료·상담·교육을 받을 수 있다는 신뢰를 확보할 수 있어야 한다.

❹ 조정·연계 의료기관에서 다학제 암생존자 관리를 전담하는 인력 배치가 고려되어야 한다. 현재 암의 주 치료 시에는 혈액종양내과, 외과, 방사선종양학과, 영상의학과, 각 장기 전문과 등으로 구성된 다학제 암치료팀이 존재하나 주 치료 이후 암생존자의 건강관리를 담당하는 책임자는 부재한 상황이다. 따라서, 해당 역할을 전담할 수 있는 의사 인력(예: cancer survivorship physician)이 필요할 수 있으며, 전담 인력에 대한 인건비 재원과 별도 수가 신설 산정 근거에 대한 고민도 함께 이루어져야 한다.

❺ 암생존자 특성을 고려한 일상적이고 지속적인 의료서비스 제공 제약이 지역을 중심으로 심화되고 있다. 특히, 사후관리의 필요성은 의료인프라가 취약한 지역일수록 높게 나타나나, 정작 해당 지역은 참여하는 의원, 거점 종합병원, 다학제 팀을 구성할 보건의료 인력 등 연계 인프라 자체가 상당히 빈약하여 환자가 포괄적이고 체계적인 관리의 사각지대에 놓이는 상황이다. 지역 내 의료자원이 한정된 곳에서는 조정·연계 의료기관의 비대면 종양내과 자문 경로와 방문 진료 의료기관 및 보건소 방문서비스를 결합하는 환자 맞춤형 연계 방안 적용을 고려할 수 있다.

❻ 암생존자 관리의 일차의료 연계는 치료요약·계획서 공유를 전제로 하는데, 성공적인 연계를 위해 표준화된 서식 개발이 선행될 필요가 있고, 환자의 민감 정보(예: 암종, 병기, 수술력, 항암치료력, 유전자검사 결과 등)가 공유되는 만큼 개인정보 보호 방안을 고려할 필요가 있다. 안전한 정보 전달을 위해 환자 동의 체계, 접근 권한 설정, 접속 기록 관리 시스템을 갖춰야 하며, 건강정보고속도로나 공공의료연계망을 우선적으로 활용할 수 있고, 국가 차원의 표준 플랫폼 구축을 고려할 수 있다.

❼ 본 연구는 암치료병원-일차의료 연계 체계의 기본 틀을 제시하는 데 초점이 있으며, 이를 제도로 구체화하기 위해서는 다음의 사항이 후속 연구를 통해 심화될 필요가 있다. 먼저 현재 모형(안)에 포함된 일차의료 연합은 개념적 수준에서 제안된 것으로, 실제 구성 방식, 참여기관 범위, 역할 분담 및 보상 체계에 대해서는 추가 연구와 제도적 논의가 필요하다. 아울러 각 지역의 여건에 따라 암치료병원과 일차의료 간 직접 연계와 제3의 조정·연계 의료기관을 통한 간접 연계 중 어느 방식을 적용할지를 판단할 수 있는 기제 마련에 관한 연구가 수행될 필요가 있다. 또한, 청구자료를 활용한 종별·암생존기별 주상병 분포 분석을 통해 암생존자의 구체적인 의료이용 행태를 파악할 수 있고, 실제로 일차의료가 암생존자를 실질적으로 관리하고 있는지, 어느 생존기부터 만성질환 상병 비중이 증가하는지 등을 파악하여 일차의료 연계가 실질적으로 필요한 시점에 대한 근거 자료로 활용할 수 있다. 참여하는 의료기관 운영 기준·교육 프로그램 설계·질 관리 체계 개발 연구와 수가 설계 연구도 수행될 필요가 있다. 마지막으로 주관 기관을 중심으로 기존 암생존자통합지지사업과의 역할 분담 및 협력·연계 방안 구체화 연구 역시 필요하다.

암생존자의 주 치료 이후 건강관리는 개별 환자의 문제를 넘어 지역 완결적 의료체계 구축이라는 국가적 과제와 직접적으로 연결된다. 암치료병원과 일차의료를 연계하는 진료제공체계의 구축은 상급종합병원으로의 집중을 완화하고 지역 내 필수공공의료 기능을 실질적으로 강화하는 데 기여할 수 있다. 본 연구가 제안하는 모형이 시범사업을 통해 실증되고 제도화되어, 지속적으로 증가하고 있는 암생존자가 거주지 인근에서 지속적이고 안전한 의료서비스를 제공받을 수 있는 체계의 기반이 마련되기를 기대한다.

참고문헌

〈국내문헌〉

김영택 외. (2025). 지역암센터 중심의 암 관리체계 구축 방안 연구: 암 진료 지역 자체충족률과 관련 요인 분석을 중심으로. 충남대학교 병원·국립암센터.

보건복지부. (2024.12.). 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 2단계 시범사업」 지침 일부개정. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&list_no=1484195&act=view

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024.12.). 재활의료기관 수가 4단계 시범사업 지침. https://www.hira.or.kr/bbs/157/2024/12/BZ202412310992750.pdf

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2025.12.). 만성질환 통합관리 수가 안내(개정_2025.12.). https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltNo=4&brdBltNo=11909#none

보건복지부, 건강보험심사평가원. (2026.2.20.). 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 지침 주요 개정사항(26.2월). https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltNo=4&brdBltNo=11949#none

보건복지부, 관계부처합동. (2006.4.25.). 암정복 2015(안). 제2기 암정복10개년 계획. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=335973;

보건복지부. (2016.9.12.). 제3차 국가암관리종합계획 (‘16-’20). https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0043&act=view&list_no=357099&tag=&cg_code=&list_depth=1;

보건복지부. (2021.3.31.) 제4차 암관리종합계획(2021-2025). https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0043&act=view&list_no=368884&tag=&cg_code=&list_depth=1;

보건복지부. (2024.9.29.). 일차의료 만성질환관리 본사업 전환. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010200&bid=0027&act=view&list_no=1483237&tag=&nPage=1

보건복지부. (2025). 지역암 관리 및 암생존자통합지지 사업안내. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0043&act=view&list_no=1484515&tag=&cg_code=&list_depth=1

보건복지부. (2025.6.30.). 지역 필수의료를 책임지는 175개 포괄 2차 종합병원 선정. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=1486636&cg_code=

보건복지부. (2026). 지역사회 일차의료 혁신 시범사업 참여기관 선정 공고. 보건복지부 공고 제2026-562호. 2026년 7월 9일. https://www.mohw.go.kr/board.es?act=view&bid=0003&list_no=1491204&mid=a10501010000

보건복지부. (2026.2.25.). 제5차 암관리종합계획(2026-2030). https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/2026-03/%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B6%80_%EC%A0%9C5%EC%B0%A8%2B%EC%95%94%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%A2%85%ED%95%A9%EA%B3%84%ED%9A%8D%282026~2030%29.pdf (2026.5.3. 인출)

보건복지부·국립암센터 중앙암생존자통합지지센터. (2025). 「2024년 암생존자통합지지사업 연례보고서」. 세종: 보건복지부. https://www.cancer.go.kr/lay1/bbs/S1T767C770/B/45/view.do?article_seq=85440

보건복지부·중앙암등록본부. (2026.1.20.). 암환자 273만 명 시대, 10명 중

7명은 5년 이상 생존 — 2023년 국가암등록통계. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1488742&act=view (2026.07.03. 인출).

신동욱, 선우성, 이정권. (2015). 암경험자의 관리. 대한의사협회지, 58(3), 216-226.

암생존자통합지지센터. (2023). 암생존자통합지지사업. https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T684C781/contents.do

이승덕. (2025.12.23.). 한국형 주치의 담은 '지역 일차의료 혁신 시범사업' 추진. 의학신문. https://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2266320

장윤정. (2026). 암생존자 일차의료 진료 연계 모델 연구. 연구회의 발표자료. 7쪽(미간행).

정수경, 이홍림, 신현웅, 김희년. (2025). 지역 의료 격차 완화를 위한 보상체계 개선방안 연구. 한국보건사회연구원.

〈국외문헌〉

Australian Cancer Plan. (n.d.). Optimal Care Pathways. https://www.australiancancerplan.gov.au/ocps

Cancer Australia. (2024). National Optimal Care Pathways Framework. https://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/2025-01/national-optimal-care-pathways-framework.pdf

Cancer Australia. (2025a). Shared cancer follow-up and survivorship care. https://www.canceraustralia.gov.au/clinical-best-practice/shared-follow-care

Cancer Australia. (2025b). Shared cancer follow-up and survivorship care: early breast cancer. https://www.canceraustralia.gov.au/clinical-best-practice/shar

ed-follow-care/early-breast-cancer

Cancer Australia. (2026a). Principles of Cancer Survivorship. https://www.canceraustralia.gov.au/publications-and-resources/cancer-australia-publications/principles-cancer-survivorship

Cancer Australia. (2026b). About Optimal Care Pathways. https://www.australiancancerplan.gov.au/aboutocps

Cancer Australia. (n.d.). Shared follow-up care. https://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/migrated-files/publications/sctrm-roles-and-responsibilities-of-shared-care-team_50a5b303adfa2.pdf

Cancer Council. (2022). Optimal care pathway for people with neuroendocrine tumours. https://www.cancer.org.au/assets/pdf/ocp/neuroendocrine-tumours-1st-edition#_ga=2.113677710.865814084.1675718767-1655019466.1675122285

Emery J, Butow P, Lai-Kwon J, Nekhlyudov L, Rynderman M, Jefford M. (2022). Management of common clinical problems experienced by survivors of cancer. Lancet. 2022 Apr 16;399(10334):1537-1550. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00242-2.

Fox, J., Thamm, C., Mitchell, G., Emery, J., Rhee, J., Hart, N. H., ... & Chan, R. J. (2022). Cancer survivorship care and general practice: a qualitative study of roles of general practice team members in Australia. Health & Social Care in the Community, 30(4), e1415-e1426.

Kim, S. J., Cho, B., & Kim, J. Y. (2025). Current Status and Future Directions of Primary Care in the World: Insights from Australia. Korean Journal of Family Practice, 15(1), 27-32.

Macmillan Cancer Support (2023a). GP Contract 2022/23 and cancer.

Macmillan Cancer Support Healthcare Professionals. https://www.macmillan.org.uk/healthcare-professionals/for-your-role/doctor/gp/contract-guide (2026.5.10. 인출).

Macmillan Cancer Support. (2023b). GP Contract 2022/23 and cancer: A guide for Primary Care Networks. Network Contract Directed Enhanced Service (PCN DES). https://www.macmillan.org.uk/healthcare-professionals/for-your-role/doctor/gp/contract-guide (2026.5.10. 인출).

Macmillan Cancer Support. (2023c). GP Contract 2022/23 and cancer: A guide for Primary Care Networks. Network. Investment and Impact Fund (IIF) incentives. https://www.macmillan.org.uk/healthcare-professionals/for-your-role/doctor/gp/contract-guide (2026.5.10. 인출).

Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, et al. (2016). The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. J Cancer Surviv. 2016;10(6):

Miller, K. D., Merry, B., & Miller, J. (2008). Seasons of survivorship revisited. The Cancer Journal, 14(6), 369–374. https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e31818edf60

Mullan, F. (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. New England Journal of Medicine, 313(4), 270–273. https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421

National Cancer Survivorship Initiative(NCSI). (2013). Living with and Beyond Cancer: Taking Action to Improve Outcomes.

National Comprehensive Cancer Network. (2026). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Survivorship. Version 2.2026. Plymouth Meeting, PA: NCCN; https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&

id=1466

NHS England. (2016). Implementing the cancer taskforce recommendations: Commissioning person centred care for people affected by cancer.

NHS England. (2020). Implementing personalised stratified follow up pathways. NHS England. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/04/cancer-stratified-follow-up-handbook-v1-march-2020.pdf

NHS England. (2025). Primary care networks (PCNs). https://www.england.nhs.uk/long-read/primary-care-networks-pcns/ (2026.5.10. 인출).

Nishi, A., Matsui, H., Chinen, T., Takaoka, S., Seo, T., Kanke, S., & Azuma, T. (2025). Factors associated with the cancer survivorship care practices of primary care physicians: A cross-sectional questionnaire study in Japan. J Gen Fam Med. 26: 465-474. https://doi.org/10.1002/jgf2.70037

Shin, D. W., Kim, Y., Baek, Y. J., Mo, H. N., Choi, J. Y., & Cho, J. (2012). Oncologists experience with second primary cancer screening: current practices and barriers and potential solutions. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP, 13(2), 671-676. https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.2.671

Takahashi M. (2023). Cancer survivorship care: challenges and opportunities in Japan. Japanese Journal of Clinical Oncology, 53(9), 757-763. https://academic.oup.com/jjco/article/53/9/757/7190117

Truant, T. L., Fitch, M. I., O'Leary, C., & Stewart, J. (2017). Global perspectives on cancer survivorship: From lost in transition to leading into the future. Canadian oncology nursing journal = Revue

canadienne de nursing oncologique, 27(3), 287-294.
Vardy, J. L., Chan, R. J., Koczwara, B., Lisy, K., Cohn, R. J., Joske, D., Dhillon, H. M., & Jefford, M. (2019). Clinical Oncology Society of Australia position statement on cancer survivorship care. Australian journal of general practice, 48(12), 833-836.
Wisbey, Michelle. (2024). Shared care key for cancer survivors: RACGP. 2024. 6. 4. https://www1.racgp.org.au/newsgp/professional/shared-care-key-for-cancer-survivors-racgp

〈웹페이지〉

국립암센터 국가암지식정보센터. (n.d.). 7대 암 검진 권고안 (의료인용). https://www.cancer.go.kr/lay1/bbs/S1T261C264/B/36/list.do (2026.5.18. 인출).
후생노동성. (2022). 「がん診療連携拠点病院等の整備について」(健発0801第16号). https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000991066.pdf (2026.6.7. 인출).
후생노동성. (2023). 第4期がん対策推進基本計画 (令和5年3月28日閣議決定). https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001077913.pdf (2026.6.7. 인출).
후생노동성. (2024). 「がん診療連携拠点病院等一覧表（令和6年4月1日現在）」. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/gan/gan_byoin.html (2026.6.7. 인출).
후생노동성. (2026). 「医科診療報酬点数表（令和8年度）」. https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001678310.pdf (2026.06.17. 인출)
国立がん研究センター. (2018). 「協働サバイバーシップケアモデルの開発」.

https://www.ncc.go.jp/en/icc/healthc-deliv-surviv-policy/project/010/index.html (2026.6.7. 인출).

国立がん研究センター. (2026).「Latest Cancer Statistics」. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2026.6.7. 인출).

東京都保健医療局. (2026.7.2.). 東京都医療連携手帳 (がん地域連携クリティカルパス). https://www.gan-portal.metro.tokyo.lg.jp/medical/critical-path.html (2026.8.24. 인출).

兵庫県立がんセンター (2024). がん地域連携パスについて. https://hyogo-cc.jp/professional/critical_path.html

神奈川県立がんセンター (2024). 神奈川県がん地域連携パス. (「地域連携パスは5~10年の診療計画」記載, 拠点病院461病院記載). https://kcch.kanagawa-pho.jp/medical/cooperation-path.html

〈법령〉

암관리법, 법률 제21262호 (2025.12.30.). 국가법령정보센터. https://www.law.go.kr/법령/암관리법. (2026.5.3. 인출)

Abstract

Developing an Integrated Care Model Linking Cancer Treatment Hospitals and Primary Care for Cancer Survivors

Project Head: Jung, Sukyoung

As cancer survival rates continue to rise, the number of cancer survivors who require long-term management after active treatment is steadily increasing in Korea. Survivors remain at risk of second cancers, late treatment-related complications, and psychosocial difficulties for years after treatment, highlighting the need for long-term management beyond acute cancer care. However, survivors continue to rely heavily on tertiary hospitals for outpatient care, while existing chronic disease management infrastructure has limited capacity to address survivorship care needs, particularly because past treatment history is an important factor in risk assessment.

This study first reviewed existing cancer survivorship policies in Korea and grouped them into three broad areas. The review identified four structural gaps in the current system: information sharing between treating and primary care physicians, risk-based follow-up protocols, reimbursement mechanisms, and education and consultation pathways. International survivorship care models were then examined in relation to

Co-Researchers: Baek, Juha · Park, Hyunjee · Shin, Hyun Woung · Kim, Heenyun

these four areas to identify how other countries address these gaps and the conditions necessary for effective survivorship care.

Second, the study proposes a staged care coordination system connecting cancer treatment hospitals, coordination institutions, and primary care networks, centered on a 'dual-physician' model in which the treating physician and the primary care physician jointly manage the care plan with support from a coordinator. Risk stratification integrates cancer-specific and overall health risks to guide the intensity of care coordination.

The study concludes with policy recommendations, including a cancer-type-differentiated care model; an effective reimbursement structure; structured education and consultation pathways; dedicated personnel for the coordination institution; alternative care coordination models for medically underserved areas; and a shared treatment plan coordination platform. Priority areas for further research include the design of reimbursement incentives, coordination with existing cancer survivor support programs, and criteria for selecting direct versus indirect coordination models according to regional characteristics.

Key words: Primary care, Cancer Survivors, Health care delivery system, Health care policy