

의료불평등 연구에서 질적 접근의 가능성

박유경 (강원대학교병원 예방의학과)

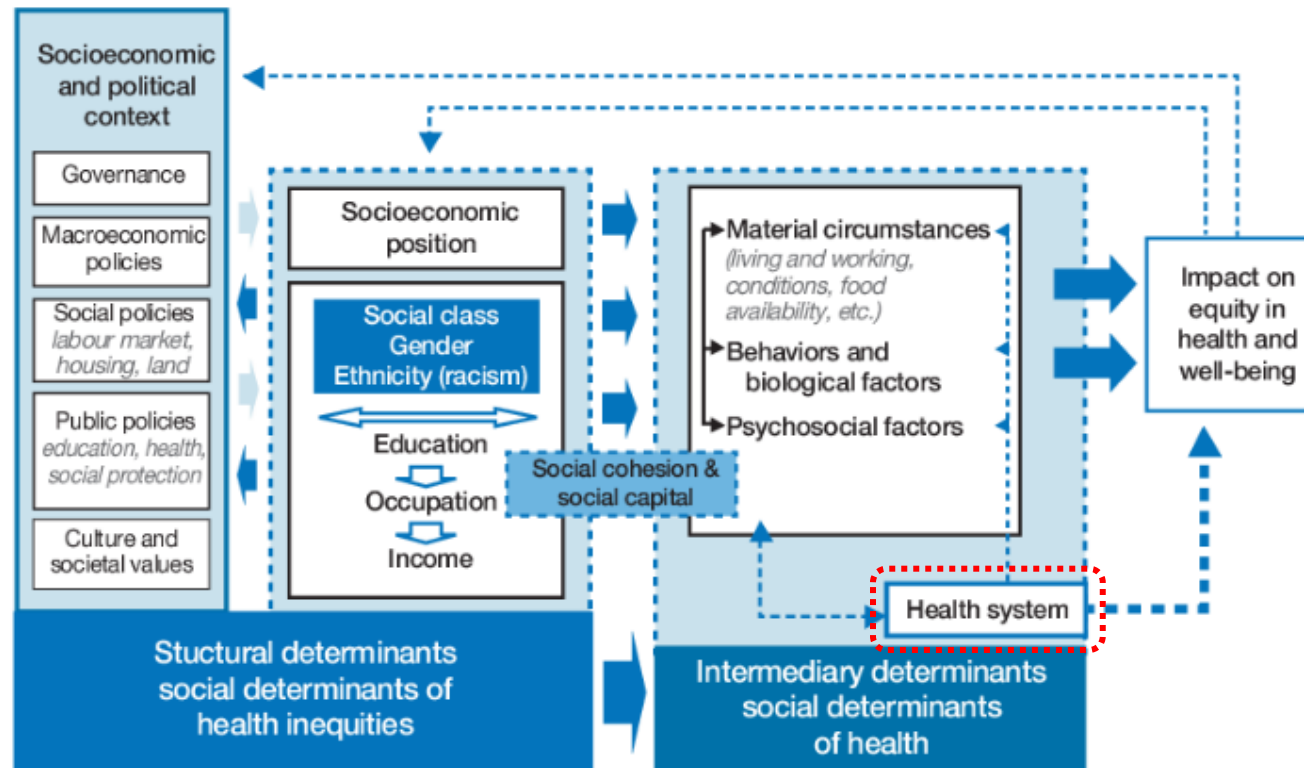
2021-12-10

건강과 보건의료의 불평등

- 공정한 기회로서의 건강(N. Daniels)
 - 질병과 상해는 정상 기능(normal functioning)인 건강을 벗어나 기회가 감소됨
- 능력(capability)으로서의 건강(A. Sen)
 - 스스로 가치 있게 여기는 일을 할 수 있게 해주는 능력이기에 삶의 핵심 요소
 - 능력으로서의 건강을 구성하는 기능(functioning)으로서의 의료
- 건강 불형평성(Whitehead, 1991)
 - 집단 간 건강(또는 그 사회적 결정요인)의 체계적 격차
 - 피할 수 있고(avoidable), 불필요하며(unnecessary), 불공정한(unfair) 불평등
- 의료불평등을 바라보는 두 가지 접근
 - 의료불평등은 건강불평등의 한 가지 결정요인(도구적)
 - 건강과 별개로 (보건)의료 자체에 의미가 있음(내재적)
→ 공포로부터의 자유

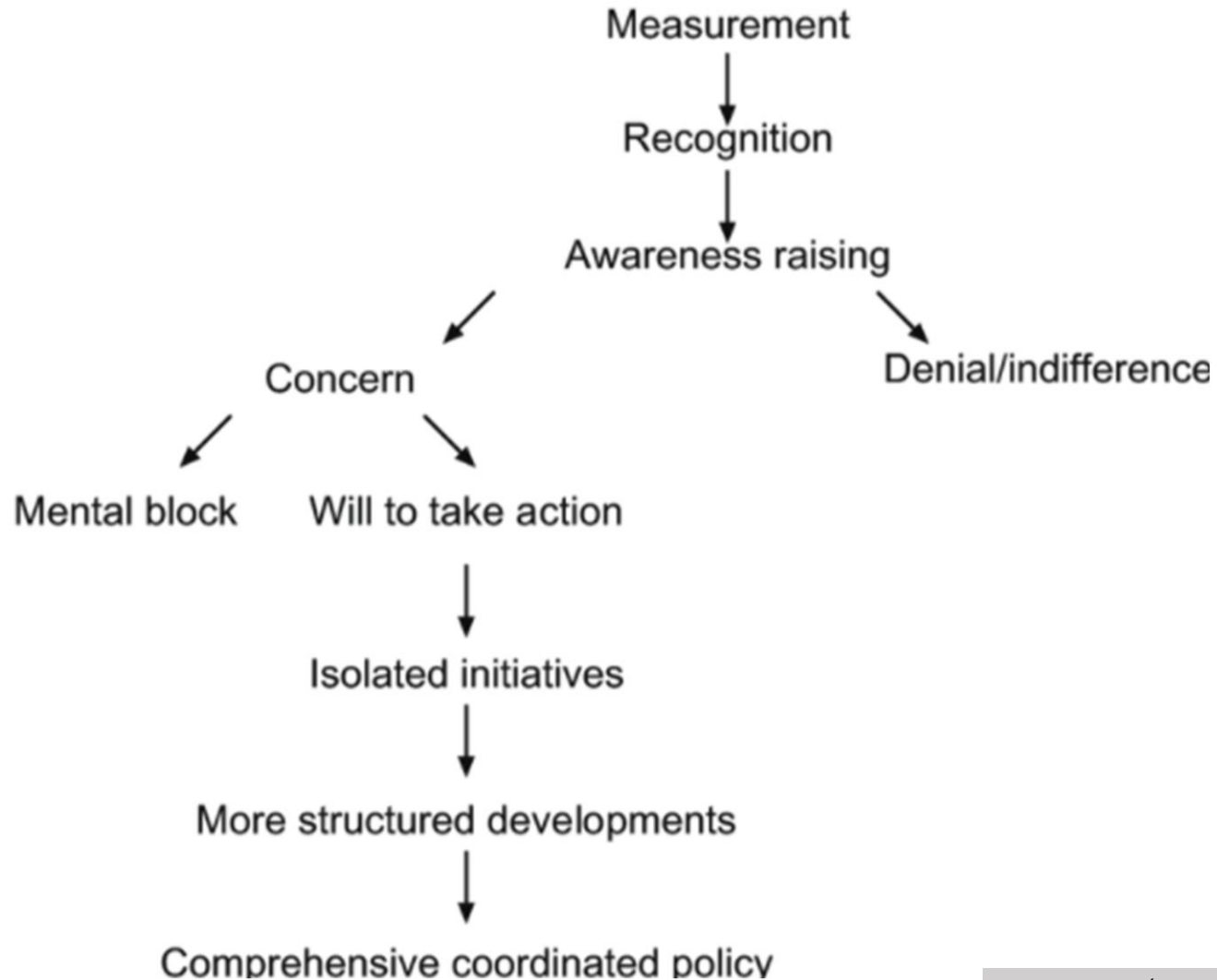
의료불평등에 대한 일반적 이해

- 의료불평등에 대한 일반적인 인식
 - 건강불평등의 한 가지 기제
 - 건강불평등에 비해 비교적 단순하게 이해 → 경제적, 물리적 접근성
 - 보편적 건강보장으로 어느 정도 해결되었다 vs. 여전히 잔존하는 문제



실천적 목표 - 의료 불평등의 연구 영역

〈Action spectrum on inequalities in health〉

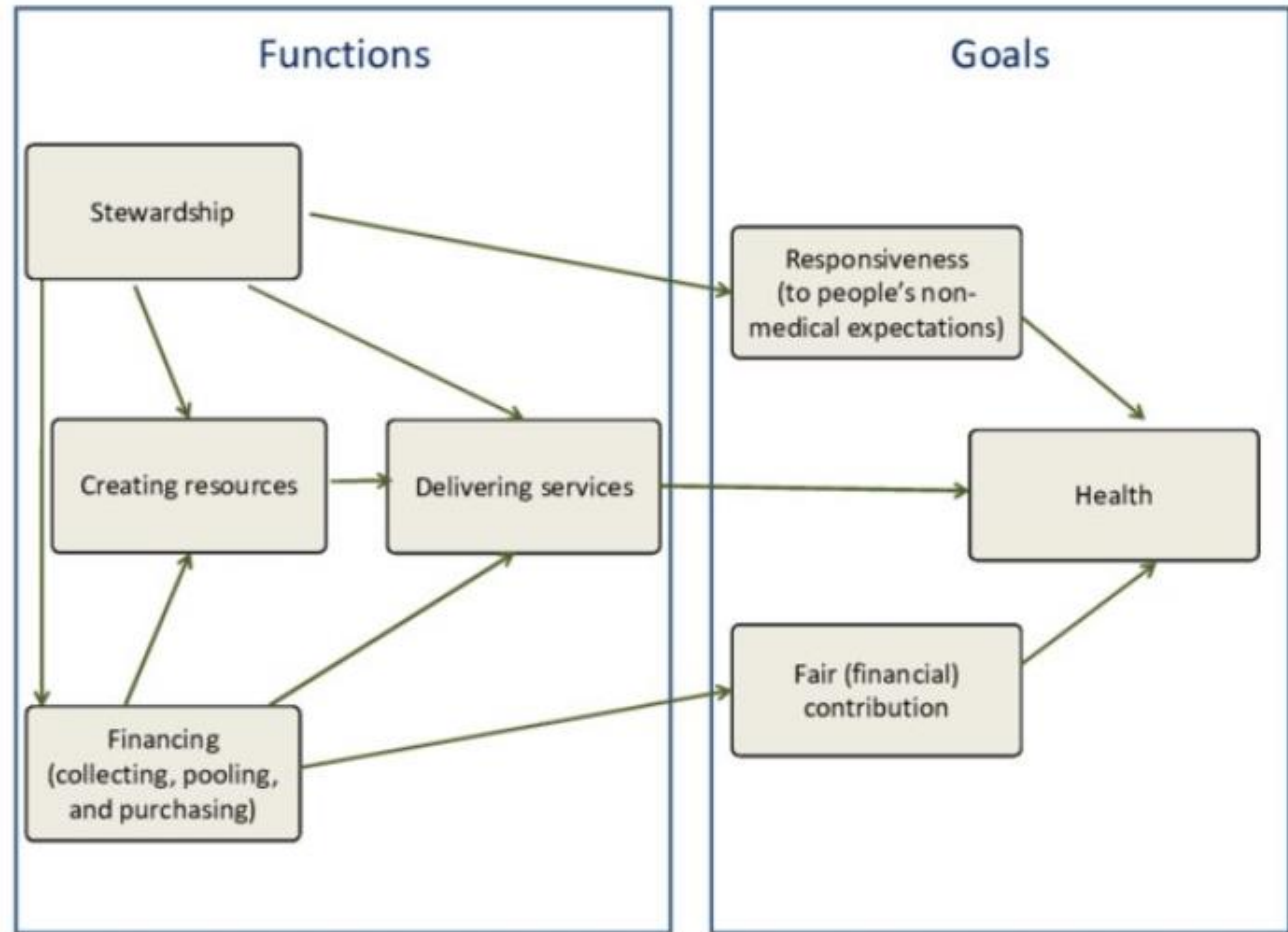


Whitehead(1998)

- 의료불평등이 어디에, 얼마나 존재하는가
→ 불평등 측정(크기, 집단)
- 의료불평등은 왜 발생하는가
→ 의료불평등 발생의 기제, 체계적(구조) 요인에 대한 이해
- 의료불평등은 어떻게 개선할 수 있는가?
→ 중재(intervention, policy) 과정평가, 효과평가
- 의료불평등 연구 정책전환(의제화)은 어떻게 가능한가?

의료불평등 측정 영역

- 보건 의료 인프라
 - 인력
 - 시설
 - 분포, 절대/상대 격차
- 보건 의료 재정
 - 건강보험료
 - 의료비
 - 소득 재분배(역진, 누진)
- 보건 의료 서비스의 제공
 - 외래, 입원...
 - 양, 질
 - 동일 필요 동일 이용(ENET)



사례 1. 의료이용과 미충족의료

의료이용 불평등 연구의 경향

- 국내의 2000년 이전 연구는 주로 특정 지역에 국한되며 평균, 비율비교와 같은 비교적 단순한 지표 사용
- 2000년대 이후 국건영이나 의료패널 자료 등의 전국민 조사와, 환자자료 활용이 가능해지면서 종합지수를 이용한 의료불평등 측정연구 증가
 - 실현된 의료이용: 이용 여부, 이용 횟수, 이용 일수, 의료비
- 의료불평등 측정 종합지수
 - Le Grand index: 의료이용(의료비 지출) 집중지수 - 의료필요 집중지수
 - Hlww index : 실제의료이용 집중지수 - 기대의료이용 집중지수
- **의료필요**를 보정하는 것이 장점이자 도전
 - 주관적 건강수준(건강관련 삶의 질), 활동제한, 만성질환 유무/개수 등
 - 필요가 정확히 반영된 것인지에 대한 논란(예: 외래/입원, 중증도, 급성/만성 등)

의료이용 형평성 양적 측정 선행연구

연구	분석 데이터	형평성 지수	주요결과
임국환, 이준협(2010)	국민건강영양조사 (2005)	HIwv 지수	외래, 입원 pro-poor 필요보정시 외래 (-) 종합전문병원 pro-rich
김동진, 김지은 외(2011)	한국의료패널조사 (2008, 2009)	HIwv 지수	외래이용횟수 pro-poor 응급, 입원 (-) 외래, 입원 의료비 pro-rich
김진구(2012)	국민건강영양조사 (2010)	HIwv 지수	지역 간 차이 분석 외래, 입원, 입원비에서 대도시 지역에서 pro-rich
김동진, 윤희미 외(2014)	한국의료패널조사 (2010, 2011)	HIwv 지수	의료이용횟수 pro-poor or (-) 외래, 응급 의료비 pro-rich
이용재 외(2017)	한국의료패널조사 (2014)	Le Grand 계수	의료이용 집중도 pro-poor 필요보정시 의료이용량 pro-rich 의료비(활동제한, 만성질환수) pro-rich 의료비(SRH, 만성질환여부) pro-poor
김진구(2019)	한국의료패널조사 (2009-2015)	HIwv 지수 변량분해	의료이용량 pro-poor 추세 지속 필요요인 중 연령(고령) 영향이 큼

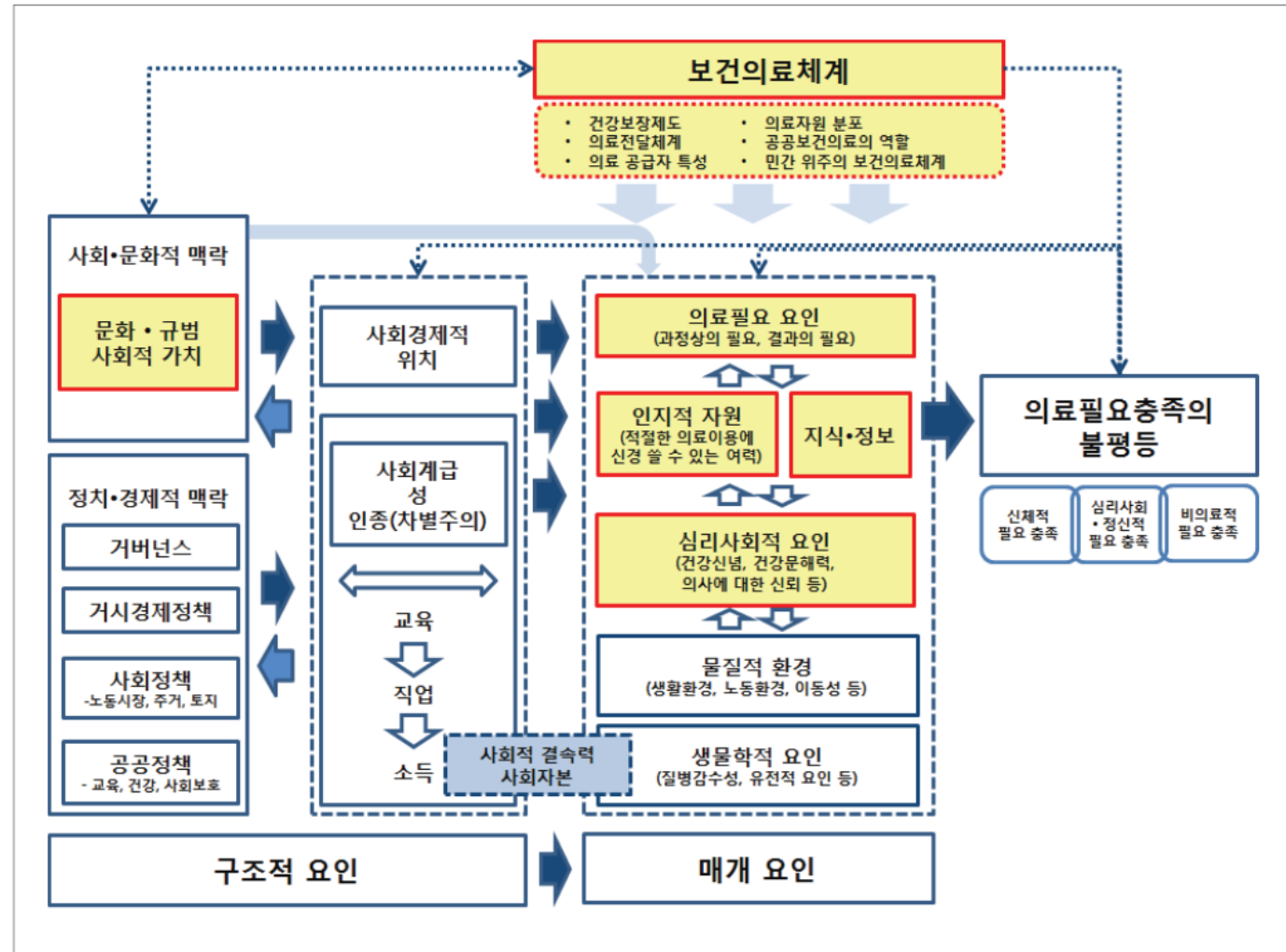
의료불평등 연구의 경향과 한계

- 개념적 한계
 - 의료필요를 정의하는 문제 → 결과 수치의 변동, 신뢰도의 문제, 해석의 어려움
- 기술적 한계
 - 이용량과 의료비 지출 불평등의 방향, 크기, 추세를 설명
 - 심화된 분석으로도 기제와 경로를 설명하기는 어려움
 - 상급종합병원 이용이나 높은 의료비를 의료의 질로 해석
→ 적정 진료 대비 양질의 진료 또는 과잉의료를 구분하기 어려움
- 정책적 한계
 - 개념적, 기술적 한계의 결과 저소득층 지원과 같은 유사한 정책 제안이 반복

Q. 한국 사회에서 사람들은 어떻게 의료를 이용하며 그 과정에서 무엇 때문에 피할 수 있고 불필요하며 부당한 불평등을 경험 하는가?

의료불평등에 대한 사회적 이해

- 시대에 따라 변화하는 의료불평등의 특성
 - 인구와 지역적 조건
 - 질적 차이, 신뢰
 - 의료기술의 발전과 사람들의 기대수준
 - 의료 제도의 변화(수가, 법제화 등)
- 의료불평등의 사회적 결정요인
 - 의료에 대한 문화, 규범, 사회적 가치
 - 의료필요 요인
 - 인지적 자원, 지식, 정보
 - 심리사회적 요인
 - 보건의료체계



앤더슨 의료이용 모델

FIGURE 1. The Initial Behavioral Model (1960s)

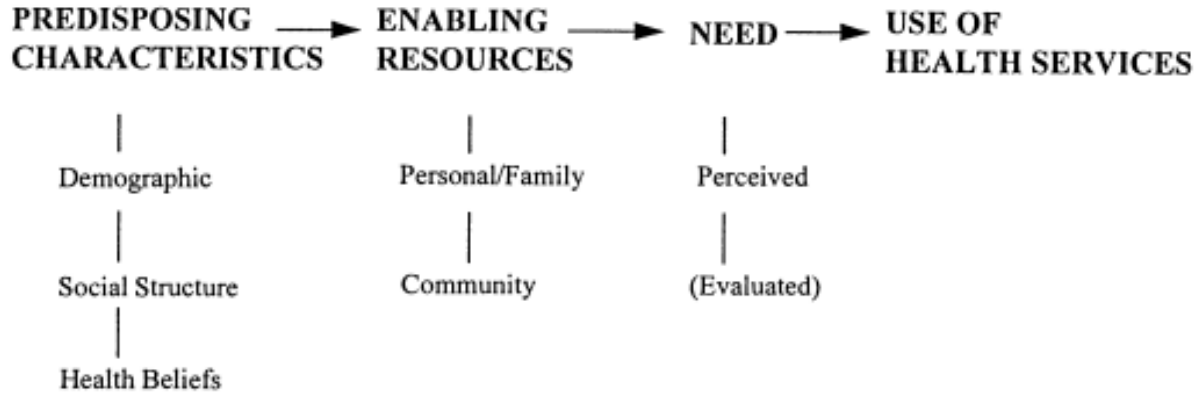
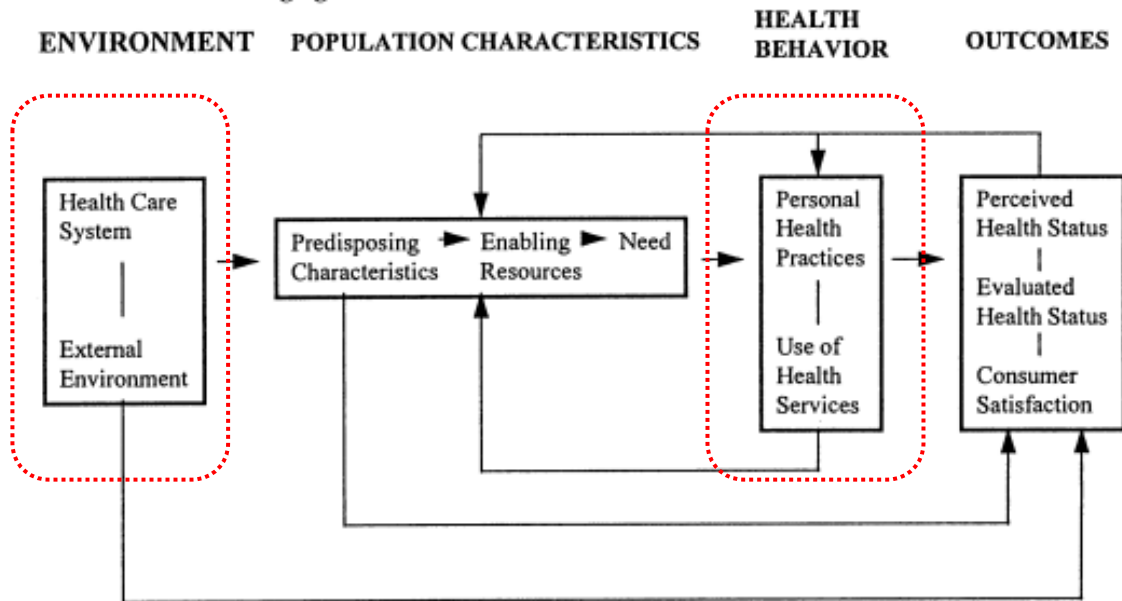


FIGURE 7. An Emerging Model—Phase 4



• 이론과 활용의 간극

- 수집되어 취득 가능한 자료를 중심으로 활성화되는 경향

소인성 요인

연령
성별
교육
결혼상태

가능성 요인

소득
보험 상태
지역사회 자원

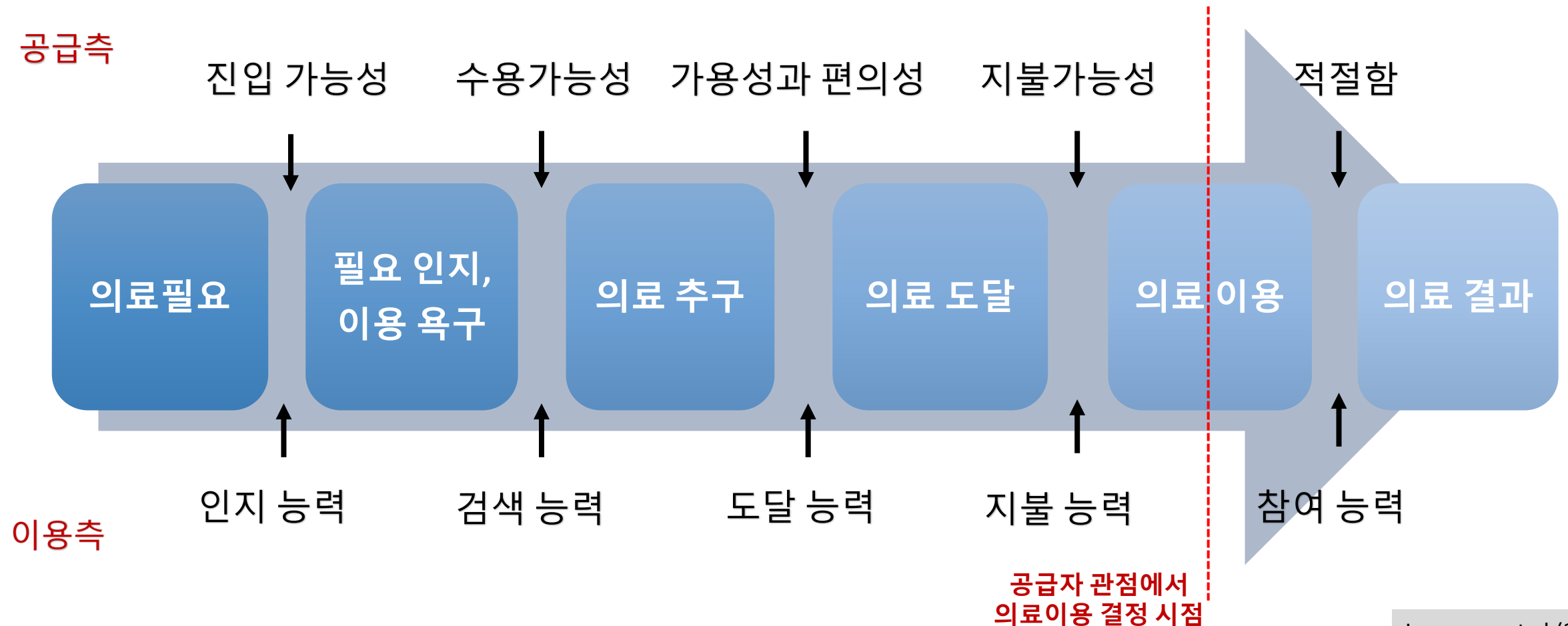
필요 요인

건강상태
만성질환
장애(기능)

의료이용
의료필요 미충족

환자중심 의료 접근성 모델

- 의료필요 인식부터 필요 해결에 이르는 일련의 과정이 존재 → 전 과정에서 불평등 경험
- 이용자와 공급자 요인의 상호작용이 발생

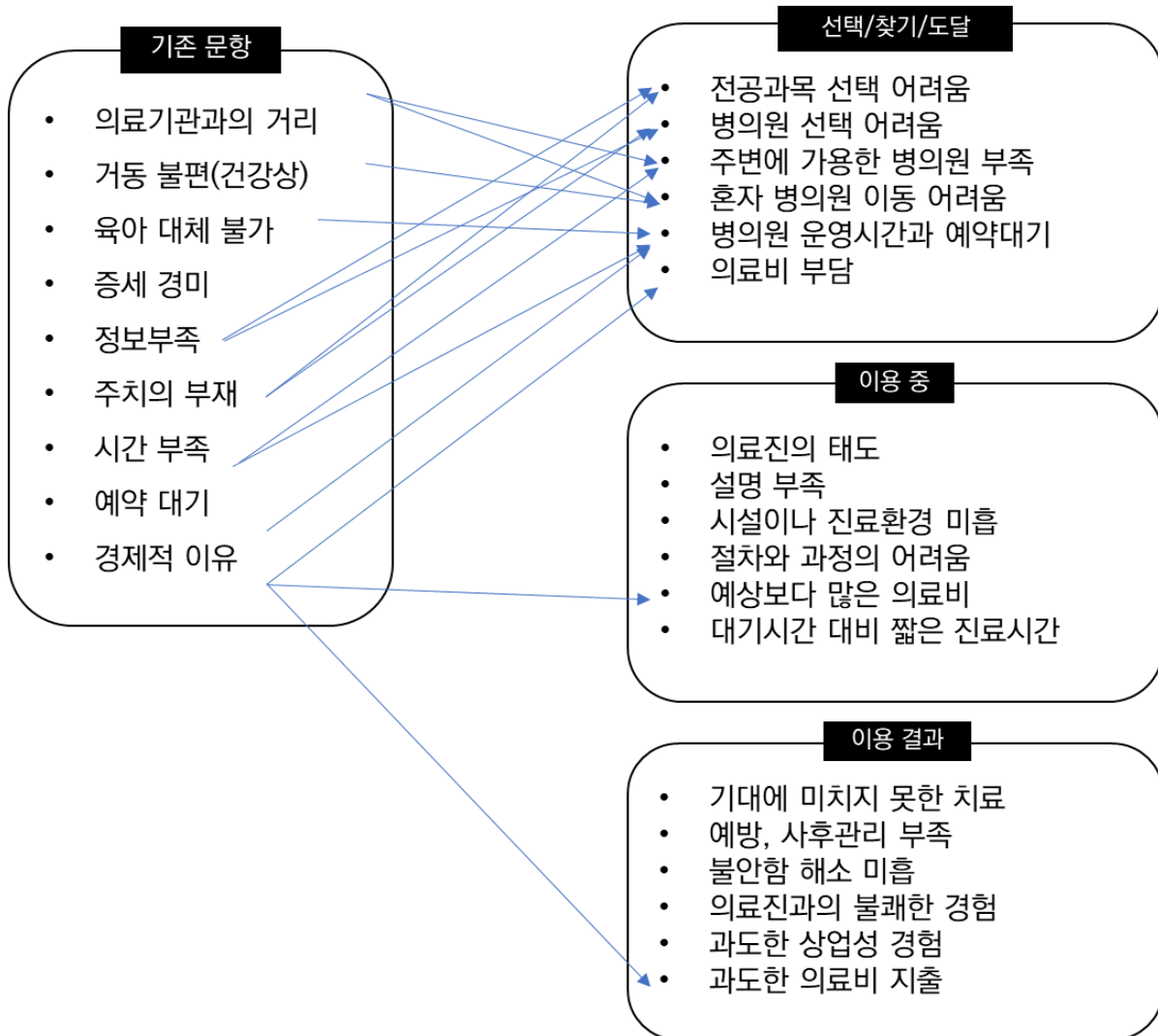


미충족의료 지표의 활용과 한계

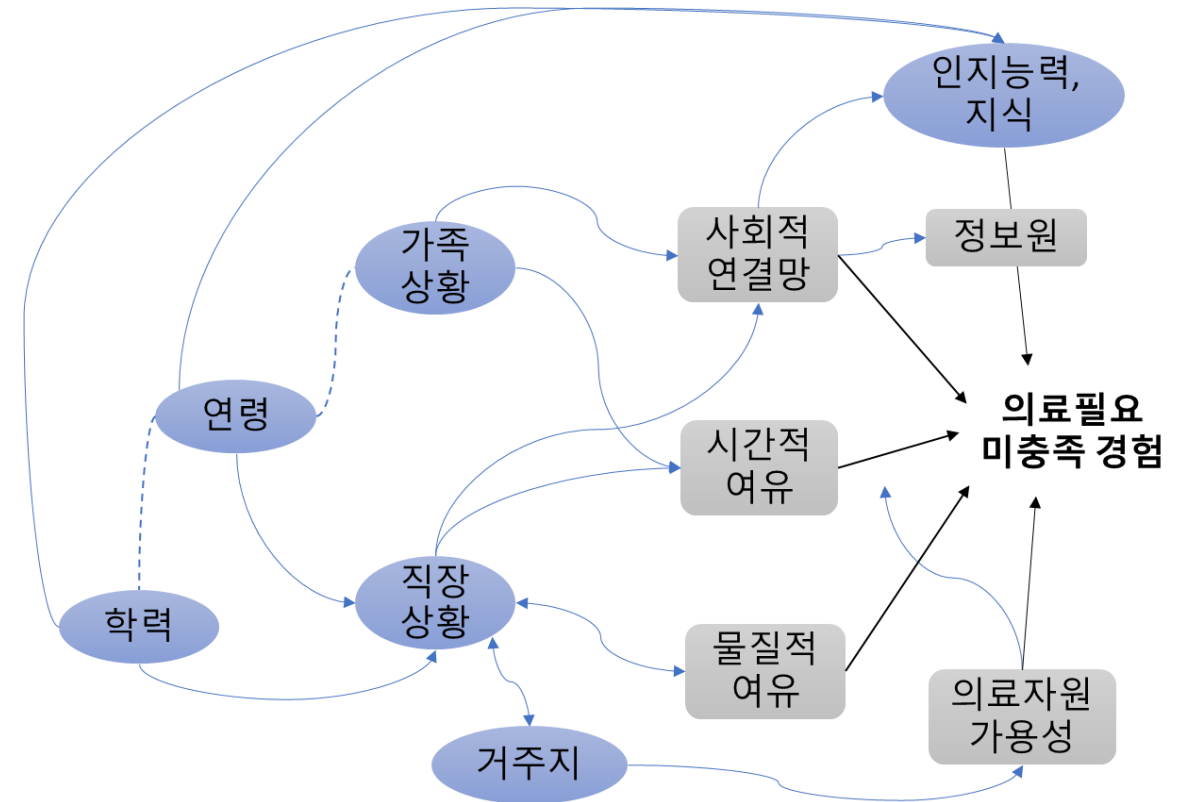
- 주관적 응답 지표로 의료이용의 대리지표로 의료 불평등 연구에 자주 활용
 - 의료필요 보정에서 자유로움
 - 불평등 발생 이유(기제) 파악 가능

자료원	미충족 의료 질문	미충족의료 경험 이유
국민건강영양조사	최근 1년 동안 본인이 병·의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?	<ul style="list-style-type: none"> • 경제적 이유 • 의료기관이 너무 멀어서 • 거동이 불편해서 • 아이를 봐줄 사람이 없어서
지역사회건강조사	최근 1년 동안 본인이 병·의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	<ul style="list-style-type: none"> • 증세가 경미해서 • 어디로 가야 할지 몰라서
한국의료패널	지난 1년간, 병·의원 <u>진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이</u> 한번이라도 있었습니까?(치과진료, 치과검사 제외)	<ul style="list-style-type: none"> • 방문시간이 없어서 • 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서
노인실태조사	귀하께서는 지난 1년간 병·의원(치과 제외)진료가 필요하다고 생각 하였으나, 진료를 받지 못한 적이 있으십니까?	<ul style="list-style-type: none"> • 나의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서

미충족의료 지표의 재구성과 기제 발굴



- ✓ 의료기관 선택시 신뢰할 만한 정보원 부족
- ✓ 상업적 의료행태



- ✓ 지역 의료기관의 질적 문제, 이동역량과 거리의 복합성
- ✓ 의료이용 과정 전후 커뮤니케이션 부족

양적으로는 좀처럼 포착되지 않는 이들의 불평등 경험

“[불안함] 내가 만약에 쓰러지면 여기서 금방 응급 처치를 받을 수 있을까? 내가 도시 살면 금방 그런 것을 해결할 수 있을 텐데, 여기서는 그렇지 않겠다는 생각을 저는 가끔 해요.” (충남 군지역, 여성, 52세)

“여자들 같은 경우는 약간 가임기가 있잖아요. 그거에 대해서 전혀 의사들은 공지를 안하는 편이에요. 만약에 가임기가 되면 이 약을 끊어야 되거나 더 늘려야 된다 그런 거에 대한 설명이 너무 안되는” (서울 강북/서남, 저소득, 여성, 36세)

“그 병에 딱 걸리면 거 또 어떻게 예약을 하고 어떻게 찾아서 어떻게... 덜킹 가슴이 내려앉지. 개인적으로 다 이렇게 알아봐야 하니까.” (서울 강남, 고소득, 여성, 62세)

“[차를] 부탁 한 번 해보니, 부탁하면 안 간다니, 갈 일이 없다 카네. (갈 일이 있어야 가는구나.) 뭐 할 일이 있다카네. 농사일 하느라고 안 가잖아.” (경북 군지역, 저소득, 여성, 70대)

“**이라는 지역에 이제 병원을 가잖아요. 차가 있으면 40분에서 1시간 걸리거든요? 저희 **에서 서울 청량리에 나가는 버스가 한대가 있는데 40분에 한 번이 와요. 지금은 애가 돌이 되니까 차를 한 대를 더 사고 면허를 연수를 받고” (경기도 군지역, 저소득, 여성, 35세)

“(아이가 아파서 그 청주까지 갔을 때 어떤 기분이 드셨어요?) 어우, 짜증나죠. (뭐에 대한 짜증이에요, 그러면?) 저에 대한 짜증이죠. 와이프한테 미안하고 애한테도 미안하고. 나 때문에 이런 데로 와 가지고 이렇게 된 건가. 막 저에 대한 짜증이 되게 많이 났었어요. (남 탓은 전혀 생각이 안 드셨어요?) 애기가 아프면 다른 생각이 잘 안 나더라고요. (중략) 아, 여기에는 소아과가 없어가지고 왜 여기서 진료 못 하고. 그런 생각은 가지긴 가지는데도 그렇게 깊게 가지진 않아요. 그거 보다는 이제 다른 거가 더 크게 머릿속에 박히니까.” (충북 군지역, 저소득, 남성, 30대)

지역 간 의료불평등 - 미충족의료 지표의 신뢰도

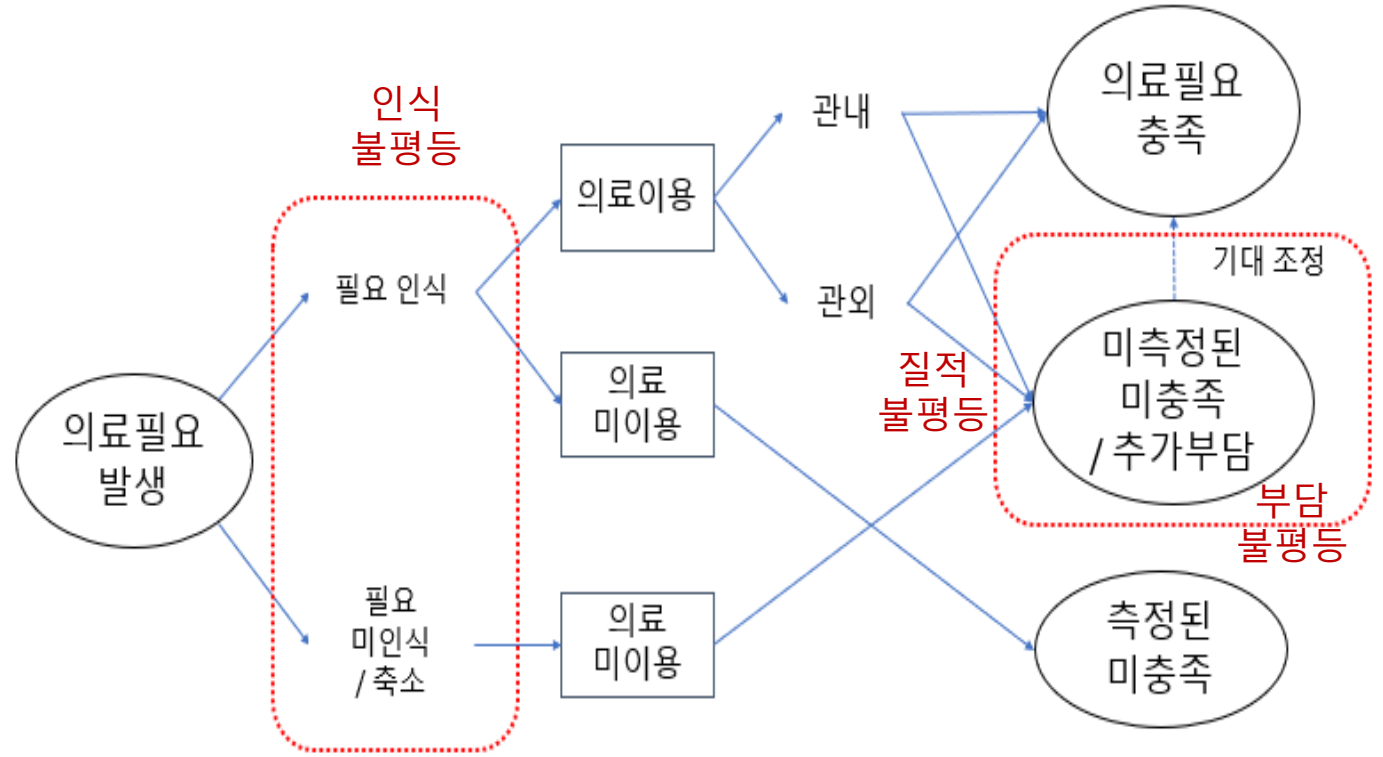
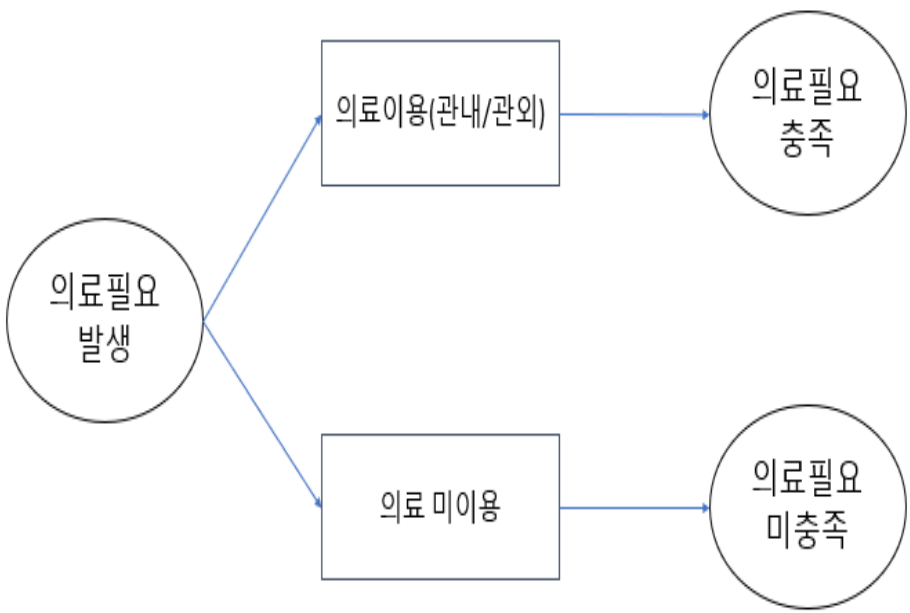
지역		미충족의료 경험률(%)			
		2015년	2016년	2017년	2018년
하위 10개 지역					
1	경상북도 영덕군	1.8	2.2	1.1	3.4
2	대구광역시 수성구	4.5	3.6	5.0	5.1
3	경상북도 상주시	4.6	6.1	6.9	7.6
4	강원도 철원군	5.1	5.7	7.3	4.1
5	전라남도 고흥군	5.1	6.4	6.2	5.5
6	서울특별시 동대문구	5.1	7.1	9.8	3.3
7	경기도 동두천시	5.2	9.9	9.4	11.6
8	경상남도 산청군	5.2	9.7	10.3	11.0
9	경상남도 고성군	5.4	16.9	9.9	11.1
10	충청북도 보은군	5.4	9.9	6.7	10.1

지역		미충족의료 경험률(%)			
		2015년	2016년	2017년	2018년
상위 10개 지역					
220	전라북도 무주군	18.9	17.7	12.4	10.5
221	경상남도 하동군	19.0	14.4	12.5	8.6
222	경상남도 창녕군	19.3	29.9	25.8	4.0
223	전라북도 고창군	19.4	17.1	18.4	8.9
224	경기도 여주시	19.9	24.5	27.5	24.4
225	전라남도 신안군	20.0	21.9	10.7	12.7
226	전라남도 함평군	20.5	16.0	7.2	8.0
227	경상남도 거제시	21.0	13.6	14.2	13.8
228	인천광역시 옹진군	21.5	18.6	17.0	11.0
229	충청남도 서산시	23.2	13.4	15.7	13.6

지역 간 의료불평등 - 미충족의료의 이해

- 양적 지표로 이해하기 vs. 질적 자료에서 이해하기

“조금이라도 아프면 무조건 병원에 가요. 예를 들어, 양치를 하다가 시큰하거나 아니면 어느 날, 제가 치실 사용하는데, 치실 사용하다가 뭐 치아가 조금 검게 보이는 부분이 있다거나” (도시, 고소득, 저연령, 남성)



“내가 지난 번에 바닥에 여기 못에 살짝 짚렸는데. 못이 워낙 가늘 어가지고 왜 인삼밭에 있는 못이 장화를 풀고 들어와서 짚렸단 말 이에요. 에이, 조그만 거 짚렸는데 뭐 가야겠어. 내일 가야지, 내일 가야지 일 하다가 못 간 적은 있죠.” (군지역, 고소득, 고연령, 남성)

사례 2. 응급의료체계

지역 간 의료불평등 - 응급의료

- 인프라

- 권역/지역응급의료센터/응급실 개소수
- 응급의료 인력 수

- 이용

- 기준시간 내 접근 불가 인구비율
- 기준시간 내 이용률
- 관내 이용률(자체충족률)
- 중증응급환자 부적절초기이용률

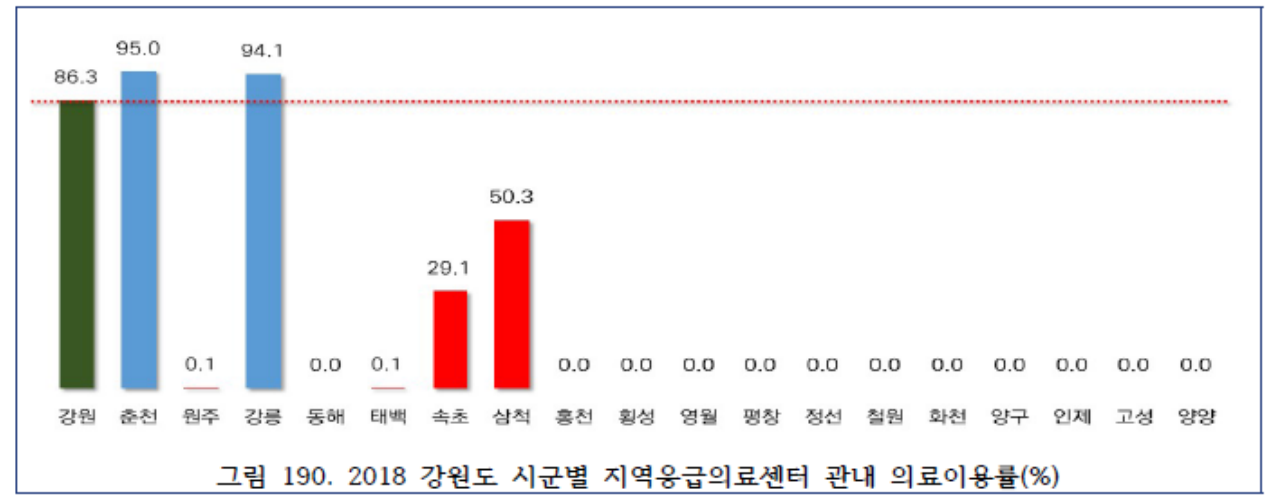
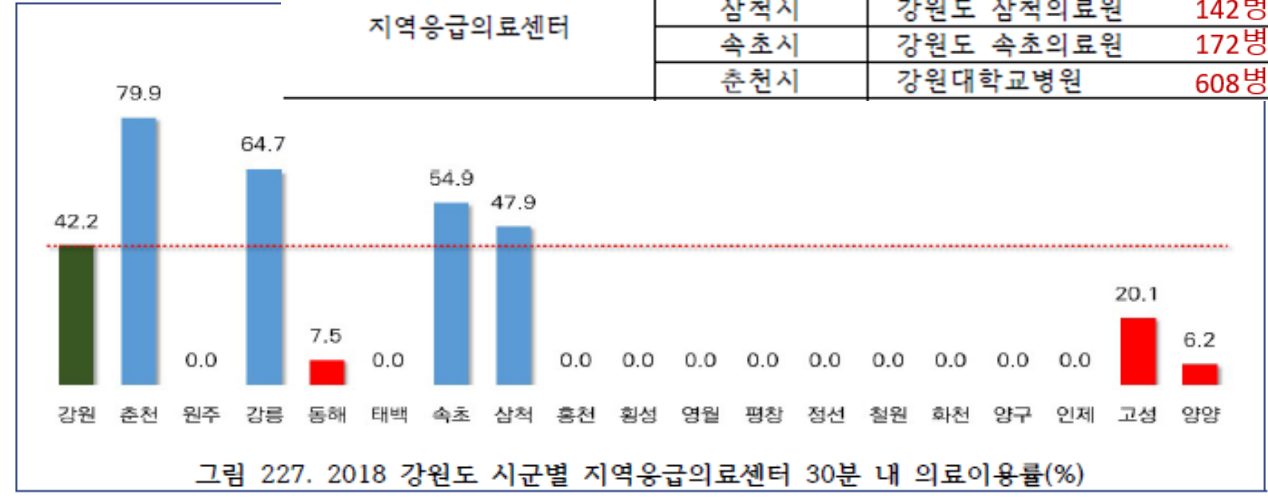
- 필요

- 인구당 응급실 이용자 수
- 인구당 응급환자 이송건수

- 결과

- 응급사망비

지역응급의료센터	의료법인 강릉동인병원	320병상
강릉시	강원도 삼척의료원	142병상
삼척시	강원도 속초의료원	172병상
속초시	강원대학교병원	608병상
춘천시		



응급의료 양적 지표 활용의 한계

- ‘인프라 → 이용 → 결과’의 논리적 틀에 기초
 - 높은 응급사망비 ← 부적절 이용, 미충족 ← 낮은 접근성 ← 인프라 부족
 - 정책 제안으로 인프라 강화 이상이 나오기 어려움
 - 지역의 상황을 극복하기 위해 그것으로 충분한가?
- 지표 자체가 지역 불평등을 잘 반영하지 못함
 - 지역응급의료센터 역량의 다양함에도 기준시간 내 접근 불가 인구 비율 기준은 동일
→ 지역에 따라 같은 수치가 같은 상황을 의미하지 않음
 - 평가지표로 사용시 오히려 불평등 악화
→ 부적절 초기이송을 할 수밖에 없는 지역 현실(넓은 면적, 센터급 기관 부족)

의료인프라의 양과 질, 그리고 관계

“저희가 **지역응급의료센터**이기도 하기도 하지만 중증 환자들은 당연히 다 우리 병원 응급실로 올 수 밖에 없고. 일단 제일 문제는 우리 지역적으로 여기 우리 병원 자체 원내 **문제는 원내 해결율이 너무 낮은 거예요. 진료 범위가 너무 협소해서.** 그러니까 안 되는 게 너무 많고. 이제 그냥 아폐. 심플 아페인데 그 사람이 만약에 금요일 날 저녁에 왔어요. 그러면 우리는 **주말 동안 없거든요.** 아무도 없기 때문에 입원을 시킬 수가 없어요. 주말 동안 수술이 어차피 안 되니까.”
“이렇게 딱 2명에서만 돌아가다가 나중에 환자가 자꾸 느니까 3명으로 늘리자 해서 늘리고. 그래서 4명 되고, 이렇게 5명까지 된 건데. 그렇게 해서 **응급실은 규모가 자라고 있는 동안 응급실 이외에 병원 규모는 진짜 오히려 축소되는 느낌**이라서. 예전에는 오히려 더 많이 됐었던 게 지금은 오히려 안 되는 게 더 많아져 가지고.”(A의료원, 지역응급의료센터)

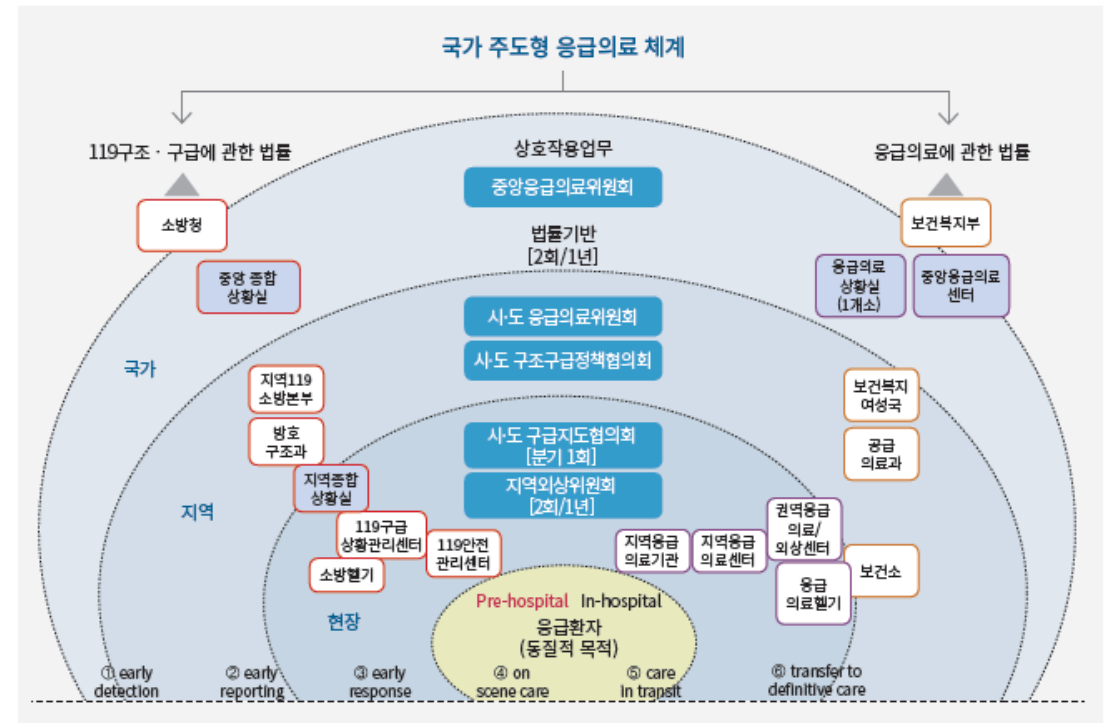
“결국은 인력 문제가 되는데 이제 외과 전문의 선생님이 계심에도 불구하고 수술이 안 되는데 이제 그거는 요즘 대부분 라파를 하잖아요. 라파로스코피[복강경]. 라파를 못 하세요. 그런데 이제 저희 응급실 입장에서는 고민이 되잖아요. 환자가 왔는데 이거 그냥 라파로 하면 2-3일 만에 그냥 퇴원할 수 있는 분인데 굳이 오픈[개복]을 해야 되나. 그러면 병원 생각하면 이 분을 입원시켜서 오픈 해서라도 수술을 해야 되는데 그런데 환자 분을 생각하면 라파가 나오니까. 어쩔 수 없이 또 전원. 그러니까 **수치상으로 보이는 의료진 수는 충분하지만 이제 뭐 이런 제가 이런 말하면 그렇지만 그** **퀄리티를 보면 좀 많이 미흡하죠.**”(B의료원, 지역응급의료기관)

진단과 개입을 위한 질적 접근

- 응급의료에 관여하는 조직과 단계가 '집-119-병원'으로 단순하지 않음. 단계마다 많은 이해관계자, 조직, 지침, 제도가 관여, 다양한 의사결정이 일어남. 이 가운데 조직 간 이해관계가 긴밀하게 작동.

→ 현실과 제도 사이의 괴리가 발생하는 약한 고리들

- 응급의료체계를 폐쇄체계로 이해하는 것을 넘어서 **관계적 설명** 필요
- **개입 가능성을 찾기 위해** 기존의 인프라 부족 상황 속에서 참여 주체들이 각기 어떤 **역할, 장애물, 동기, 자원, 관계**를 가지고 있는지 파악할 필요가 있음.



[그림 2] 응급의료의 목적과 법률로 바라본 현 국내 응급의료 체계의 구조

질적 연구 vs. 양적 연구

비교영역	질적 연구	양적 연구	
연구 성격	보편적 법칙과 진리의 부정 사회적 구성	보편적 법칙과 진리 실험과 검증을 통한 발견	
연구 과정	비체계적, 환원, 반성, 해체	논리적, 직선적, 단선적, 체계적	
연구 대상과 관계	상호작용적, 공감적	위계적, 객관적	김영천 (2016)
연구 목적	현장의 이해, 기술, 적용 가능성, 이론의 생성, 실재의 형성과정, 복잡한 상호작용 관찰, 상황 정의	가설 검증, 법칙의 정립, 일반화, 이론의 완성	
연구 방법	참여관찰, 심층면담, 내용분석, 현장조사	질문지, 실험, 통계조사	
초점	총체성: 전체적 완전한 상황 연구	개별성: 미리 선택된 개별변인 연구	
방향	수집된 자료에서 이론과 가설 발견(귀납적)	미리 설정된 가설의 검증(연역적)	성태제 시기자 (2010)
조건	자연적 상태에서 연구	통제된 조건 하에서 연구	
결과	실제적, 풍부하며, 총체적 자료	객관적, 반복 가능성 등	

질적 연구의 목적

- 현상의 의미와 이해 → 당사자의 입장에서
- 일상적 세계에 대한 기술 → 잘 알려져 있지 않은 이들의
- 특정한 사례에 대한 탐구 → 소외 받는 소수에 대한
- 프로그램의 평가 → 정성적 평가, 추가적 해석
- 발견과 이론화
- 이론의 실제에 대한 새로운 통찰력의 제공
→ 당연히 여겼던 것들에 대해 질문 던지기

질적 패널 구축 사례-한국복지패널

- 1차(2005년) 원표본 가구 중 평균소득 60%의 저소득층 가구를 중심으로 1~6차 유지 가구를 양적 패널(2,960가구)로 구축
- 6차(2011년) 조사기간 중 질적 패널 조사 참여 동의 여부를 사전조사하여 양적 패널가구의 주요 특성과 유사한 분포의 표본 100가구를 선정 후 2013년 제3차 질적패널까지 지속
- 전국 단위 빈곤 관련 패널로서 다양한 영역을 분석할 수 있는 질적 연구자료로 활용
- 양적 패널 자료의 보완과 연계로서 활용
 - 단순화, 수량화된 응답의 한계를 보완할 수 있는 정보 포함
 - 인과론적 관점에서 실제 현실에 근거한 사례와 이야기를 통해 다양한 가설을 실험
 - 질적 자료를 정량화(quantitization)하여 양적 패널자료 분석을 보완
 - 복지패널 조사 설문지 문항의 새로운 개발과 보완에 새로운 아이디어 제공

의료불평등 연구에서 질적 접근의 장애물

- 질적 연구에 대한 비주류 인식의 변화 필요
 - 연구의 가치
 - 연구 대상
 - 자료원 구축
- 보건의료 연구에 내재된 장벽 극복
 - 전문가 관점 - 이용자(사람중심) 관점
 - 객관적 지식 - 사회적 지식
 - 중앙집중적 - 지역 분권적

질적 접근의 가능성

- 질적 연구, 혼합 연구 방법론 교육 기회의 증가
- 양적 자료와 질적 자료 연계 기회 증가
 - 양적 패널조사 - 질적 패널
 - 설문지 개정을 위한 주기적 질적 조사
- 실용적 관점과 방법론적 엄밀함의 조화
 - 방법론적 다양성 탐색
 - 정책 보고서의 대상자 착취적 인터뷰 지양
 - 질적 접근에 적합한 목적과 질문에 기초
- 불평등의 현상 → 원인과 기제 → 개입과 변화 연구로

감사합니다

yukyungpark@gmail.com