

의료 격차¹⁾와 정책 과제



Healthcare Disparities and Their Policy Implications

강희정 | 한국보건사회연구원 연구위원

개인이 속한 사회경제적 집단의 수준에 따라 건강 수준이 달라지는 건강 격차(Health Disparities)의 문제는 국민의 건강권 보장을 위해 정부가 해결해야 할 중요한 과제이다. 건강 격차 해소를 위한 정책 개입의 실현성 측면에서 의료 격차(Health Care Disparities) 해소를 위한 정책적 접근은 매우 중요하다. 관련 연구들은 동등한 의료 필요에 따른 동등한 의료 이용을 보장하는 수평적 형평성에 근거하고 있으며, 빈곤층과 저소득층에게 불리한 불형평을 보고하고 있다. 의료시스템이 그간에 달성한 질 향상 성과에 비해 의료 접근과 질에서의 소득계층 간, 지역 간 격차는 큰 개선 없이 지속되고 있다. 궁극적으로 의료의 질 향상 틀에서 평균이 아닌 격차 중심으로 정책의 패러다임을 변화시켜야 하며, 의료 격차 해소를 목적으로 하는 세부 전략 수립 및 운영 체계, 성과 모니터링 및 보고 체계, 혁신적 일차의료 사업 추진 등이 필요하다.

1. 들어가며

삶의 질 향상과 건강 욕구가 증가하는 우리 사회에서, 개인이 속한 사회경제적 집단의 수준에

따라 건강 수준이 달라지는 건강 격차(Health Disparities)의 문제는 국민의 건강권 보장을 위해 정부가 해결해 할 중요한 과제이다. 하지만 건강은 하나의 요소로 정의될 수 없는 복잡한 관계

1) 건강은 유전적, 생물학적, 건강행태, 사회적 환경, 물리적 환경, 의료 등 다양한 요인이 작용한 결과이므로 건강과 의료 격차의 유형도 다양하지만 이 글에서는 측정 가능성 측면에서 소득 수준에 따른 의료 격차에 초점을 맞추고 필요에 따라 관련 내용을 추가로 다루었다.

의 결과로서 개인의 책임과 사회적 책임을 구분하기 어렵고 관련 부처 간 통합된 정책 개발이 쉽지 않다.

이 글의 목적은 건강 격차 해소를 위한 정책 개입의 실현성 측면에서 의료 격차(Health Care Disparities) 해소의 필요성을 제시하고 우리나라 의료시스템의 의료 격차 현황을 바탕으로 의료 격차 해소를 위한 정책 과제를 제안하는 것이다.

세계보건기구(World Health Organization [WHO], 2010, p. 11)는 보편적 건강보장 달성에 있어 형평성(equity) 제고를 모든 성과 향상을 관통하는 핵심 요소로 강조하고 있다. 보건의료 시스템의 궁극적인 목적이 건강 수준과 건강 형평성 향상에 있다면, 전 국민 건강보험은 보건의료시스템의 중간 성과인 의료서비스 접근성, 질, 비용 효율성의 성과를 제고하기 위한 정책적 개입 수단으로서 역할이 확대되고 있다. 건강보험 개혁을 추진함에 있어 의료 접근과 질에서 격차를 해소하는 전략을 추진해 궁극적으로 보건의료 시스템의 형평성과 효율을 제고할 필요가 있다.

2. 의료 격차 해소의 필요성

건강과 의료에서 ‘불형평(inequity)’은 사회적, 경제적, 지리적으로 정의되는 인구집단 간에 존재하는 체계적이고 잠재적으로 해결 가능한 차

이(differences)²⁾를 의미하며, 인권 영역에서 (현재의 지식으로) 상당 부분 수정 불가능한 개인 간 차이를 보다 광범위하게 표현하는 불균등(inequalities)과는 다른 용어이다(Starfield, 2011, p. 1). 즉, 형평(equity)은 인구집단 간 회피 가능하고 수정 가능한 차이가 없음을 의미한다(WHO, 2019). 격차는 사회적 불리함으로 인해 발생하는 차이이며(Beal, 2011, p. 1868), 대부분의 건강 격차는 사회경제적 지위, 인종·민족, 성적 취향, 성별, 장애, 지리적 위치 또는 이들의 조합으로 소외되는 집단에 영향을 미친다(Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2008, p. 6). 격차(disparities)는 결과 측면에서 관측되는 차이로서, 중립적 용어인 불균등과 대체될 수 있다. 그러나 투입과 결과의 관계에서 보다 윤리적인 가치가 반영된 불형평과는 다르게 사용된다. 의료에서 불형평은 수평적 또는 수직적으로 발생할 수 있다. 전자는 동일한 욕구(needs)를 가진 집단이 동일한 자원에 접근하지 못하는 것이며, 후자는 욕구가 더 큰 집단이 더 많은 자원에 접근하지 못하는 것이다(Starfield, 2011, p. 1). 공공보건정책 논의에서 측정이 어려운 윤리적 용어 사용은 가급적 피해야 하고, 의료 격차와 불형평적 의료 이용의 관련성에 근거하여(Ahn, Kim, & Shin, 2015, p. 9) 대부분의 국가는 건강과 의료에서 격차의 척도를 형평의 수준을 추적하는 성과 지표로 사용하고 있다.

2) systematic and potentially remediable differences.

질병 중심의 치료는 여러 가지 어려움이 있는 집단에 필요한 다양한 서비스를 충분히 제공하지 못함으로써 집단 간 불평등을 초래할 수 있다(Starfield, 2011, p. 2). 이러한 이유로 오늘날 의료는 질병 중심에서 사람 중심으로 패러다임이 변화되고 있으며, 의료의 질을 향상시키는 구조적 요소에는 환자안전과 임상적 효과성뿐 아니라 접근성, 케어코디네이션, 환자 중심성, 형평성 등이 포함되어 있다(강희정 외, 2015, p. 19).

의료 격차는 의료 접근과 제공받은 의료 질에서의 집단 간 불균등한 차이를 말하며, 이는 건강 격차로 이어진다(Wasserman et al., 2019, p. 64). 건강 격차와 관련된 요인들의 광범위성을 고려할 때, 의료 격차는 적극적인 정책 개입이 필요한 영역이다. 특히 건강보험에서 급여서비스 범위와 공급자 지불 방식의 결정은 의료서비스 제공 과정에서 국민이 이용하는 의료서비스에 영

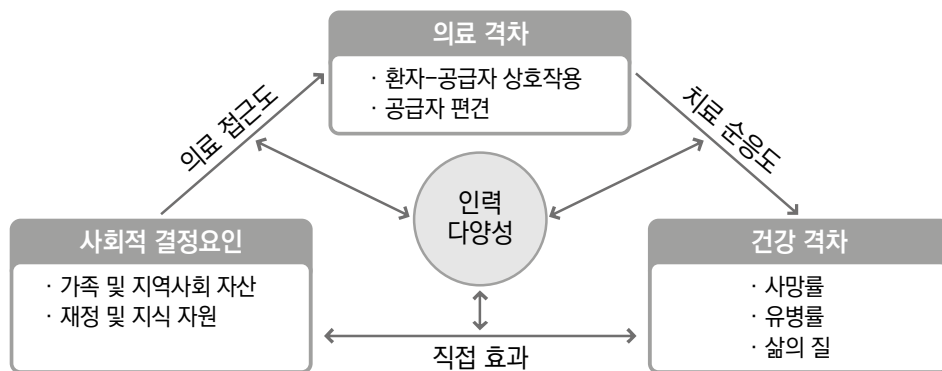
향을 미칠 수 있다. 따라서 보건의료시스템의 (질, 접근도, 비용 측면) 성과 향상에 있어 건강보험 보장성 확대는 형평성과 효율의 제고에 매우 중요한 역할을 하게 된다(강희정, 2017, p. 19).

의료에서 격차 해소의 필요성을 이해하기 위해서는 건강의 사회적 결정 요인, 의료 격차, 건강 격차 간의 상호관계를 이해해야 한다.

가. 건강의 사회적 결정 요인과 건강 격차의 관계

가구와 지역이 건강에 투자할 수 있는 자원의 가용성은 건강 결과에 영향을 미친다. 건강한 음식과 안전한 주거 환경이 긍정적 영향을 주는 반면, 생계를 위해 오랜 시간 노동을 해야 하는 이들은 운동할 시간조차 없다(Moy & Freeman, 2014, p. 2). 건강 격차는 사회적 결정 요인과 상호 관련성을 갖는다. 조기사망이나 만성질환을

그림 1. 건강의 사회적 결정 요인, 의료 격차, 건강 격차의 상호 관계 모형



자료: Moy, E., & Freeman, W. (2014). Federal Investments to Eliminate Racial/Ethnic Health-Care Disparities. p. 10.

경험한 가족들은 소득을 얻고 교육을 받기 어려워지며, 사망률과 유병률이 높은 지역은 과세표준과 인적자본투자를 감축하게 된다. 결과적으로 사회경제적 요인과 건강 격차의 연관성은 빈곤, 낮은 교육 수준, 나쁜 건강 수준의 악순환을 초래하게 된다(Moy & Freeman, 2014, p. 2).

나. 건강의 사회적 결정 요인이 의료 격차에 미치는 영향

건강의 사회적 결정 요인은 의료 격차에 더욱 강력하게 작용한다(Moy & Freeman, 2014, p. 2). 가구와 지역사회의 열악한 재정 수준은 가구의 의료비 부담 능력을 낮추고, 지역사회가 질 높은 서비스 제공을 위해 필요한 기반 시설과 인력 유인에 투자하지 못하게 한다. 결과적으로 사회경제적 수준이 낮은 이들은 의료 접근에서 불리해진다. 사회적 결정 요인은 지식 자원의 차이를 통해서도 의료 격차를 심화시킨다. 교육과 소득 수준이 낮은 이들은 복잡한 의료시스템에서 효과적이고 효율적인 의료 이용 경로를 선택하기 어렵다(Moy & Freeman, 2014, p. 2).

다. 의료 격차가 건강 격차에 미치는 영향

사회경제적 수준의 차이가 의료 접근과 의료의 질에서 초래하는 의료 격차는 건강 격차에 영향을 준다(Moy & Freeman, 2014, p. 3). 건강보험제도를 통해 의료 접근성을 보장한다고 모든 환자가 의료서비스의 편익을 동일하게 누리는 것은 아니다. 특정 의료서비스에서 질의 격차는 건

강 결과에서 격차로 이어질 수 있다. 의료의 질과 관련해서, 사회적 약자 집단은 환자·공급자 간 의사소통 부족에서 가장 취약할 수 있다. 소득과 교육 수준이 낮은 환자들은 의사와의 대화에 적극적이지 않고 치료 결정에 소극적이게 되어 자신의 신념과 충돌하거나 순응하기 어려운 치료 권고임에도 이를 따름으로써 치료법의 효능을 낮추고 위험을 증가시키게 된다. 또한 의료 공급자의 무의식적인 편견도 환자의 사회적 배경에 따라 다른 서비스를 제공하여 최선이 아닌 차선의 건강 결과를 얻게 된다(Moy & Freeman, 2014, p. 2).

3. 의료 격차의 현황

가. 의료 격차에 대한 그간의 보고

의료비 부담 등의 경제적 장애는 필수 치료에 대한 접근과 이용을 저하시킬 뿐 아니라 예방 서비스 접근을 어렵게 하여 저소득 집단의 질병 부담을 증가시키고 있다(김동진, 김지은, 박은자, 신호성, 2011, p. 11; 조홍준, 2013, pp. 187-188). 사회적으로 불리한 집단에서 질병 발생과 중증도가 더 높고 건강결과는 더 나쁘며, 의료비 지출은 개인과 시스템 수준에서 소득 불균등(inequalities)을 악화시키고, 빈곤한 사람들은 부유한 사람들에 비해 소득 대비 더 많은 의료비를 지출하고 있다(Chokshi, 2018, p. 1312). Grabovschi, Loignon, & Fortin(2013, p. 7)은 의료 격차와 관련된 취약성의 범위에 대한 범

주형 문헌 고찰을 통해 연구에서 가장 빈번하게 포함되는 취약성을 제시했다. 의료 형평성과 관련하여 가장 많이 다루어진 취약성은 빈곤이며, 다음으로 인종·민족 소수집단, 만성 신체 및 정신 질환, 무보험, 고령, 이주민, 낮은 교육 수준, 취약지 거주, 실업, 미망, 노숙의 순서였다. 의료 격차는 주로 의료의 접근과 질(접근, 치료 선택, 건강 결과를 포함하는 포괄적 차원의 질)에서의 집단 간 차이를 보고하고 있다. 2003년부터 국가 단위에서 의료의 질과 격차 보고서를 발표하고 있는 미국의 경우, 적극적인 정책 개입에도 불구하고 의료의 질 향상에 비해 격차는 크게 감소되지 않고 있다(Moy & Freeman, 2014, pp. 11-13). 주요한 성과로 임상 결과, 회피 가능한 입원율, 환자 의료 경험, 서비스 형평성, 비용 측면에서의 사회경제적 집단 간 격차가 보고되고 있다.

나. 한국 의료시스템에서의 의료 격차 현황

그동안 주로 보고되어 온 의료 격차 이슈는 의료기관과 의료인의 지역 간 불균등 분포로 인해 발생하는 의료 접근성의 격차, 의료 이용과 의료비 부담에서의 소득계층 간 격차였다(조흥준, 2013, pp. 186-189). 관련 연구들은 대부분 동등한 의료 필요에 따른 동등한 의료 이용(equal treatment for equal needs)을 보장하는 수평적 형평성에 근거하고 있으며, 빈곤층 또는 저소득층에게 불리한 불형평을 보고하고 있다(Ahn et al., 2015, p. 10). 그러나 제도적으로 의료 격차의 추세를 확인하는 통계량이 제공되고 있지

는 않다.

보건의료시스템의 효율성 측면에서 정책적으로 시급성이 높은 격차의 문제는 양질의 의료 접근과 이용에서 발생하는 지역 간 격차이다. 병상의 지역적 편재를 개선하기 위해 꽤 오래전부터 취약지 병상 확충을 위한 정책이 실행되었고 일부 성과를 거둔 것도 사실이다. 그러나 투입 실적과 무관하게 의료자원의 지역 간 차이는 개선되지 않고 있다. 특히 의료 자원의 수도권 집중 현상은 국민이 어디에 사는지에 따라 좋은 질의 의료서비스에 접근 가능하거나 그렇지 않은 격차를 초래하고 있다. 이 글에서는 그간 논의되어 온 지역 격차 외에 소득 수준에 따른 의료 접근과 질에서의 격차 현황을 살펴보았다.

1) 의료 접근에서의 소득계층 간 격차

의료 접근도는 ‘최상의 건강 결과를 달성하기 위한 적기의 의료서비스 이용’이 가능할 때 의미를 갖는다. 좋은 접근도는 ‘보건의료시스템에 접근’, ‘필요 서비스를 받을 장소에 접근’, ‘상호 소통과 신뢰를 기반으로 관계를 형성하고 의료 욕구를 충족시켜 줄 공급자에 접근’이 모두 가능해야 한다(AHRQ, 2013, p. 204; 강희정 외, 2017, p. 139에서 재인용). 우선, 건강보험제도는 국민의 보건의료시스템 접근을 제도적으로 보장하고 있다. 하지만 불충분한 서비스 보장성은 비급여 서비스 이용에서 격차를 발생시킬 수 있다. 환자가 비급여 서비스를 이용하기 위해서는 전액을 의료기관 현장에서 지불해야 하는데, 이

표 1. 소득 10분위 구간별 직장가입자와 지역가입자의 건강보험 보장률 비교

(단위: %)

구분 ¹⁾	직장가입자			지역가입자		
	건강보험보장률 ²⁾	법정본인부담률	비급여 본인부담률	건강보험보장률 ²⁾	법정본인부담률	비급여 본인부담률
1분위	59.2	21.3	19.5	72.0	17.1	10.9
2분위	58.6	21.4	20.0	63.9	19.8	16.3
3분위	57.7	21.2	21.1	62.5	20.3	17.2
4분위	57.8	20.9	21.3	62.7	20.9	16.4
5분위	58.2	20.8	21.0	62.1	21.0	16.9
6분위	58.1	21.0	20.9	60.3	21.2	18.5
7분위	58.5	20.7	20.8	58.6	21.3	20.1
8분위	58.8	21.0	20.2	58.1	21.6	20.3
9분위	59.2	21.1	19.7	57.1	20.9	22.0
10분위	58.3	21.2	20.5	56.5	21.0	22.5

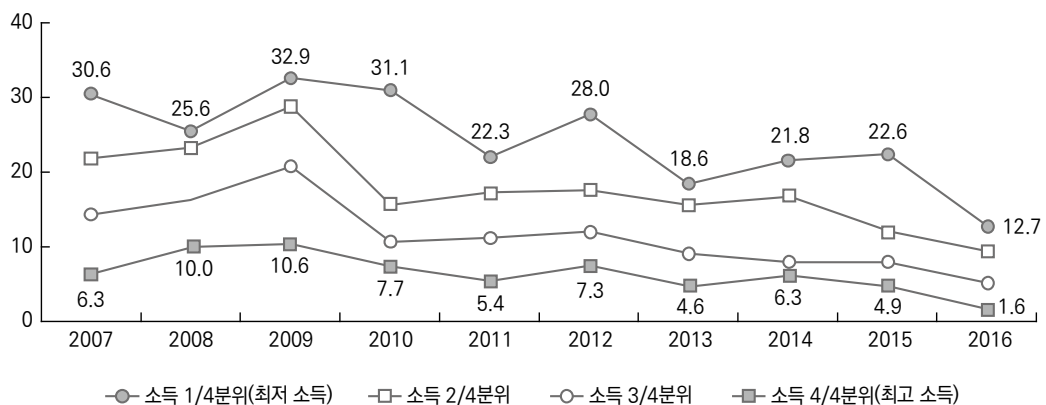
주: 1) 소득분위는 전체 직장가입 세대와 전체 지역가입 세대 각각에서 보험료 수준의 10분위를 의미하며, 소득이 높을수록 보험료 분위가 높아짐.

2) 건강보험보장률 = 건강보험급여비 ÷ (건강보험급여비 + 법정본인부담금 + 비급여 본인부담금)

자료: 이육희, 이장수, 이형진, 김혜련, 최대성, 서남규. (2016). 2016년도 건강보험 진료비 실태조사. pp. 112-114; 김대환. (2018). 소득계층별 의료접근성 분석과 국민건강보험 보장률의 재해석. p. 92에서 재인용.

그림 2. 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 포함)을 가고 싶을 때 경제적 이유로 가지 못한 비율

(단위: %)



자료: 보건복지부, 질병관리본부. 국민건강영양조사 자료(3기: 2005년, 4기: 2007-2009년, 5기: 2010-2012년, 6기: 2013-2015년, 7기: 2016년)를 이용하여 연도별 지표 산출.

러한 비용 부담은 최신의 비급여 의료서비스에 대한 빈곤층 및 저소득층의 접근을 어렵게 할 수 있다. 건강보험공단의 2015년 진료비 실태조사 결과(이옥희 외, 2016)에서 보면, 지역가입자의 비급여 본인부담률은 소득이 낮아질수록 감소하는 방향성을 보인다. 이러한 경향은 직장가입자에서 소득 분위 간 비급여 본인부담률과 건강보험보장률이 거의 차이가 없는 것과 비교된다.

소득 수준이 낮아질수록 법정본인부담률이 낮아지는 것은 저소득층에 대한 본인부담 완화 정책의 효과라고 할 수 있지만, 비급여 본인부담률이 감소하는 것은 상대적으로 저소득 지역가입자의 비급여 서비스 접근성이 취약한 결과일 수 있다(김대환, 2018, p. 92).

아울러, 질병관리본부의 국민건강영양조사 결과를 활용하여 ‘최근 1년 동안 본인이 병의원(치

과 포함)에 가고 싶을 때 경제적 이유로 가지 못한 비율’을 소득계층별로 비교하면, 절대 차이는 감소하고 있지만 저소득층에게 불리한 격차가 지속되고 있다.

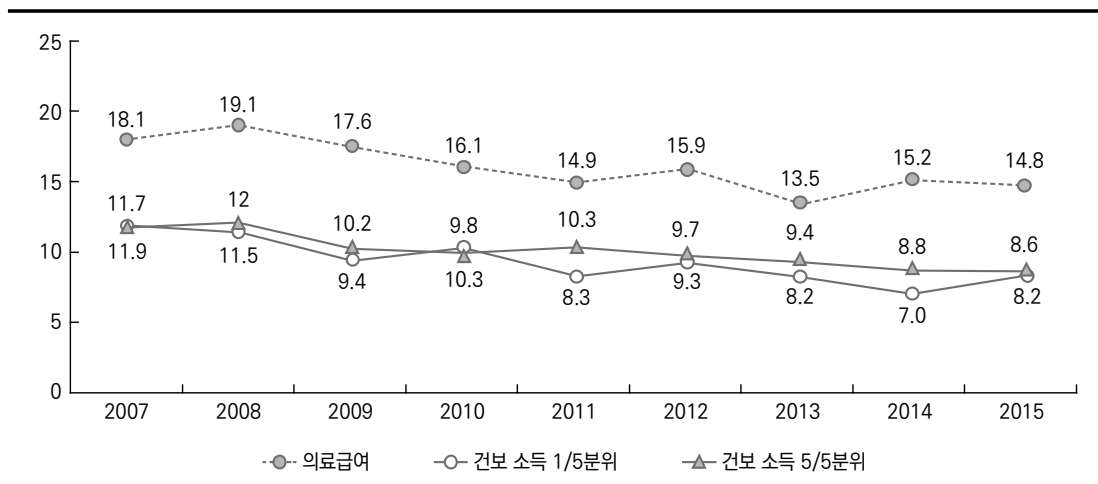
2) 의료 질에서의 소득계층 간 격차

15세 이상 급성심근경색증 환자의 병원 내외 30일 사망률에서 의료급여 수급자는 건강보험 가입자보다 두 배 가까이 더 높은 사망률을 보이고 있다.

아울러, 적절한 외래 관리를 통해 예방할 수 있는 외래민감성질환들에서 입원율은 최고 소득층에서 가장 낮고 건강보험 최저소득층과 의료급여 수급자에서 더 높아지고 있다. 상대적으로 빈곤층과 저소득층에서 양질의 외래 관리가 이루어지지 않고 있음을 보여 준다. 의료의 질 향상에 대한 그간의 노력에 비해 소득계층 간 격차는 큰

그림 3. 급성심근경색증(AMI) 환자의 병원 내외 30일 사망률¹⁾에서 소득계층 간 격차와 추세

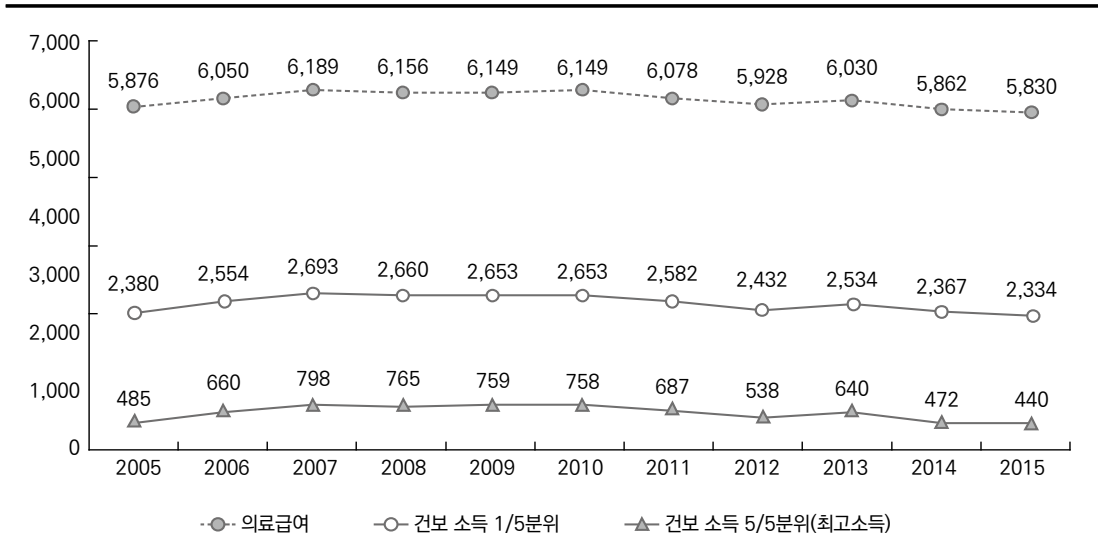
(단위: %)



주: 1) 주 진단명이 급성심근경색인 15세 이상 입원 환자 중 입원 시점을 기준으로 30일 내 병원 내외에서 사망한 환자 수의 백분율.
자료: 국민건강보험공단, 각 진료 연도별 국민건강보험공단 맞춤형 자료를 분석한 지표 정보(2018년 6월 추출).

그림 4. 입원 예방이 가능하였던 성인의 비율

(단위: 성·연령 표준화 인구 10만 명당)¹⁾



주: 1) 2005년 인구 기준 성·연령 표준화 20세 이상 성인 인구 10만 명당 외래민감성질환(ACSC: Ambulatory Care Sensitive Conditions)으로 입원한 환자 수.
 2) 외래민감성질환은 미국 '의료 질과 격차 보고서(NHQDR: National Healthcare Quality & Disparities Report)'의 예방 가능한 입원을 지표에 사용된 19개 ACSC(독감 및 폐렴, 그 외 백신으로 예방 가능한 질병, 천식, 울혈성심부전, 당뇨, 만성폐쇄성폐질환, 협심증, 철분부족빈혈, 고혈압, 영양결핍, 탈수 및 위장염, 신우신염, 천공성 궤양, 봉와직염(세포염), 골반염, 귀, 코, 후두 감염, 차주 질환, 간질 및 경련, 과자)를 적용한 것임(강희정 외, 2017, p. 381).
 자료: 국민건강보험공단, 각 진료 연도별 국민건강보험공단 맞춤형 자료를 분석한 지표 정보(2018년 6월 추출).

감소 없이 유지되고 있는 것으로 보인다.

4. 의료 격차 해소를 위한 정책 현황과 과제

가. 관련 정책 현황

「국민건강증진법」 제4조에 근거하여 수립된 제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020, 2016-2020)은 '건강수명 연장' 및 '건강 형평성의 제고'를 목표로 설정하고 있다. 3차 전략을 유지하면서 취약가정에 대한 건강증진사업을 중점 과제에 포함하고 건강 형평성 제고를 위한 건강 격차 모니터링 지표 및 전략을 강화했다

(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015, p. 32). 건강의 사회적 결정 요인을 포함하는 광범위한 전략 틀로서 의미를 갖기 때문에 의료 격차 해소를 위한 정책 단위의 과제와 관련 모니터링 지표가 충분히 포함되기 어렵다.

보건복지부는 지역 간 의료 접근의 격차를 해결하기 위해 2018년 공공보건의료 발전 종합대책을 발표하였다. 이전의 종합대책이 취약지, 취약계층, 시장 실패 등 미충족된 분야를 보완하는 잔여적 접근이었다면, 이번 정책은 전 국민에게 필수 의료의 효과적 전달을 보장하는 적극적 이행을 밝히고 있다. 아울러, 건강취약계층에 대한 의료서비스 확대를 통해 의료 격차 해소를 위한 직

접 개입을 강화하고 있다. 이와 관련하여 복지부는 문재인 케어로 대표되는 보장성 강화와 보건의료 공공성 강화 계획을 추진하고 있다. 전자는 취약계층의 직접 부담을 완화하고 급여 확대를 통해 비급여 부담을 감소시키는 것이며, 후자는 공공보건의료 발전 종합대책의 이행이라고 할 수 있다.

한편, 의료 격차를 해소하는 가장 효율적인 접근은 일차의료 의사가 환자의 상황을 고려하여 서비스를 제공함으로써 평균에서 벗어나는 불리한 상황에 있는 환자가 의료 질의 격차를 경험하지 않도록 사전에 통제하는 것이다. 이러한 관점에서 일차의료 또는 만성질환 관리 사업의 효과적인 실행은 궁극적으로 의료 격차 해소에 기여할 것이다. 그러나 의료기관을 통한 지속적인 만성질환 관리가 충분히 이루어지지 않고 있다(김동진, 2017, p. 14).

나. 정책 과제

우리나라 의료시스템은 평균의 향상을 중심으로 발전해 왔기 때문에 격차에 대한 관심이 상대적으로 부족했다. 의료시스템의 혁신은 궁극적으로 균일한 질 향상을 통해 비용 효율화를 기대하는 것으로, 전체 인구집단이 차별 없이 의료 이용의 가치를 확대하도록 전략과 정책의 체계적 연계가 필요하다.

1) 의료 격차 해소를 위한 국가 전략 수립과 투자 확대

미국 보건부(U.S. Department of Health and Human Services[HHS], 2011)가 건강과 의료에서 격차 없는 국가를 만들기 위해 수립한 ‘인종과 민족의 건강 격차 해소 실행 계획’에서 제시하고 있는 목적과 전략은 다음과 같다(HHS,

표 2. 미국 보건부의 인종과 민족의 건강 격차 해소 실행 계획의 목적과 전략

목적(Goal)	전략(Strategies)
의료 혁신	- 건강보험 가입과 의료 접근에서 격차 감소 - 일차의료서비스 접근과 케어 코디네이션에서 격차 감소 - 의료 질에서 격차 감소
국가 보건서비스 인프라와 인력의 강화	- 인종·민족 건강 격차 파악과 해소를 위한 전체 보건 전문가와 보건의료시스템의 역량 향상 - 지역사회 보건 인력 활용 촉진 - 의료 및 공중보건 인력의 다양성 확대
미국 국민의 건강, 안전, 웰빙(well-being) 증진	- 지역사회 기반 프로그램과 정책의 가용성·효과성 확대를 통한 인구집단의 건강 격차 감소 - 제안된 국가 정책 및 프로그램을 선택하여 건강 격차 영향 평가에 대한 시범사업 시행과 평가
과학 지식과 혁신 발전	- 인종·민족 소수집단에 대해 수집되고 보고되는 데이터의 가용성과 질 향상 - 격차 감소 사업 유도를 위한 연구 시행과 지원
보건부 프로그램의 효율성, 투명성, 책무성 확대	- 건강 격차 재정 지원을 위한 보조금 행정 간소화 - 보건부 격차 실행 계획의 모니터링과 평가 - 목적 단위 격차 모니터링과 감시 - 전략 단위 프로그램 평가 - 사업 단위 프로그램 모니터링

자료: Moy, E., & Freeman, W. (2014). Federal Investments to Eliminate Racial/Ethnic Health-Care Disparities. p. 9.

2011; Moy & Freeman, 2014, p. 9에서 재인용).

국민건강증진계획의 건강 격차 해소 방향과 연계하여 보건의료서비스 제공 단계에서 개입하는 다양한 의료 격차 해소 정책들을 개발하고 이들을 효과적으로 연계하는 전략 수립이 필요하다. 의료 격차 해소가 공공의료 측면에서만 다루어지지 않고 전체 의료시스템에서 주요한 정책 패러다임이 되도록 격차 해소 중심의 전략 수립이 검토될 필요가 있다.

2) 국가와 지역 수준에서 작동하는 의료 격차의 모니터링과 성과 관리 체계 구축

불균등을 측정하는 것은 불형평을 확인하는 첫 단계 작업이다(Ontario Agency for Health Protection and Promotion[PHO], 2013, p. 4). 불균등 또는 격차가 바로 불형평 수준으로 귀결되기는 어렵다. 전자는 결과 측면에서 차이(differences or gaps)가 있음을 확인하는 것이고 후자는 투입(inputs)과 결과(outputs) 사이의 인과관계를 반영하여 문제 있는 차이를 결정하는 것이기 때문이다. 현실에서 후자를 직관적으로 측정하기 어렵기 때문에 불균등 또는 격차를 확인하는 척도들이 개입의 필요성을 모니터링하는 정책 지표로 활용되고 있다. 모니터링 정보를 바탕으로 불균등의 원인이 불공평하고 사회적으로 양산되는 문제인지를 확인하는 추가 작업을 통해 정책적 관심 집단(priority population)을 선정할 수 있다(PHO, 2013, p. 4). 국가 단위에서 지속적으로 의료 격차의 추이를 확인하고 함께 공유할 수 있는 성과 관리 및 운영, 모니터링 성

과 지표, 보고서 발표의 공개 방식 등에 대한 제도적, 행정적 체계를 마련할 필요가 있다.

3) 일차의료 기능의 확대와 지불제도 개혁

일차의료는 인구집단의 건강 수준을 향상시키는 정책의 효율성을 제고할 뿐 아니라 사회적 약자에게 혜택을 줄 수 있다(Starfield, 2011, p. 2). 복합질환 중심의 의료시스템에서 일차의료의 역할은 확대될 것이므로 일차의료의 기능을 활성화하는 전략적 개입은 시스템의 효율과 형평성을 동시에 제고할 것이다.

현대 의학은 ‘사람이 어떤 유형의 질병을 가지고 있는지’보다 ‘어떤 유형의 사람이 질병의 위험 요인과 부작용을 경험하는지’를 아는 것이 중요하다(Starfield, 2011, p. 1). 다양한 유형의 사람들을 만나게 되는 일차의료 의사에게는 질병 중심보다 사람 중심의 치료 가이드라인이 필요할 수 있다. 최신의 데이터 기반 의료는 여러 유형의 질환이 결합된 질병 부담에 따라 집단을 유형화하고 분석함으로써 의사와 환자의 치료 결정을 도와주는 시스템들을 실현하고 있다. 이를 위해서는 다양한 대안적 기술과 인력의 활용, 진료실에서 환자와 의사의 의사 결정을 지원하는 시스템 연계 등 신기술을 활용하는 정책적 접근이 강화되어야 한다. 또한 지불제도 개혁과 연계한 혁신적 일차의료 시범 사업의 대상과 범위를 확대해 나갈 필요가 있다. 예를 들어, 현재 의원과 병원이 다수 참여하는 적정성 평가 항목들을 가급적 급사업 대상으로 연계하는 것을 검토할 수 있

다. 의료서비스의 질과 결과 향상을 목적으로 다양한 성과지불보상제도를 확대함으로써 국민이 체감하는 방식으로 의원과 병원의 일차의료 기능을 향상시키고 정보 기반의 선택을 확대시키는 정책적 개입이 확대되어야 한다.

5. 나가며

단일 건강보험제도에서 의료시스템에 대한 정책 개입의 실현성을 고려할 때, 의료 격차를 해소하고 건강 형평성을 달성하기 위한 핵심 경로는 높은 질의 의료서비스 제공이다. 즉, 무엇보다 의료의 질과 결과에서 형평성을 제고하는 노력이 의료 접근의 형평성과 건강 형평성을 동시에 향상시키는 핵심이다.

예방의 경제성 측면에서 공중보건(Public Health)의 역할 또한 건강 격차와 의료 격차 해소에 모두 작용하는 매우 중요한 요소이므로 건강 형평성 향상의 연계 틀에서 많은 의료 격차 관련 요인과 작용 수준을 고려한 다수준 개입 전략을 마련해야 한다(Purnell et al., 2016). 건강정보 문해력(literacy)이 낮은 환자 대상 훈련, 임상 의사의 환자 맞춤형 의사 결정을 지원하는 의료 기술의 활용, 보건의료시스템과 지역사회 조직들 간의 파트너십 구축을 통해 환자가 복잡한 심리적·재정적 장벽을 해소하도록 지원해야 한다. 건강 격차, 의료 격차, 건강의 사회적 결정 요인들 간의 연동성을 바탕으로 핵심 목적을 설정하여 노력을 집중할 필요가 있다. 의료는 건강을

결정하는 요인들 중에서 10% 내외의 영향력을 갖는 것으로 보고되지만(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015, pp. 28-30), 개인 수준에서 의료서비스의 부재는 치명적일 수 있고 필요한 치료서비스에 대한 접근의 격차는 건강 결정 요인의 광범위성을 고려할 때 사회 전반의 불평등 문제를 심화시킬 수 있다.

결론적으로 의료시스템의 혁신과 성과 향상을 위해서는 의료 질과 결과의 향상 틀에서 평균이 아닌 격차 해소 중심으로 정책의 패러다임을 변화시키고 이를 위한 세부 전략 수립, 성과 모니터링 및 보고 체계 마련, 지불제도 개혁과 연계한 혁신적 일차의료 사업의 확대 등을 추진해야 한다. 아울러, 이러한 변화를 추진함에 있어 지속적으로 의료 격차에 대한 관심과 인식을 확대하고 이해관계자의 참여와 지역사회와의 협력을 반드시 포함시켜야 한다. ■

참고문헌

- 강희정. (2017). 2017년 건강보험 정책방향: 혁신을 통한 형평과 효율의 조화. 보건복지포럼, 2017년 1월(통권 243호), 18-28.
- 강희정, 오윤섭, 백혜연, 하솔잎, 김소운, 서은원,...조해곤. (2017). 2017 한국 의료 질 보고서- 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 (II)(연구보고서 2017-30). 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 최대은, 이광수, 정해민, 서은원. (2016). 2016 한국 의료 질

- 보고서(연구보고서 2016-28-2). 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 하솔잎, 이슬기, 김소운, 홍재석, 이광수. (2015). 2015 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제(연구보고서 2015-06). 세종: 한국보건사회연구원.
- 김대환. (2018). 소득계층별 의료접근성 분석과 국민건강보험 보장률의 재해석. *보험학회지*, 114(4), 85-112.
- 김동진. (2017). 제4차 국민건강증진종합계획 추진을 위한 정책 방향과 과제: 건강생활실천 및 만성질환 관리를 중심으로. *보건복지포럼*, 2017년 4월(통권 246호), 6-14.
- 김동진, 김지은, 박은자, 신호성. (2011). 인구집단별 의료이용이 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인분해(연구보고서 2011-09). 서울: 한국보건사회연구원.
- 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 자료. 2005~ 2015.
- 보건복지부, 질병관리본부. 국민건강영양조사 자료(3기: 2005년, 4기: 2007~2009년, 5기: 2010~2012년, 6기: 2013~2015년, 7기: 2016년).
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016-2020.
- 이옥희, 이장수, 이형진, 김혜련, 최대성, 서남규. (2016). 2016년도 건강보험 진료비 실태조사. 원주: 국민건강보험공단.
- 조홍준. (2013). 보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황. *J Korean Med Assoc March*, 56(3), 184-194.
- Ahn, E., Kim, M. Y., & Shin, H. (2015). Horizontal inequities in dental service utilization. *Journal of Korean Academy of Oral Health, March*, 39(1), 9-16.
- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2013). National Healthcare Quality Report, 2013. Rocvill, MD: AHRQ.
- Beal, A. C. (2011). High-Quality Health Care: The Essential Route To eliminating Disparities and Achieving Health Equity. *Health Affairs*, 30(10), 1868-1871.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2008). Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/sdoh-workbook.pdf>.
- Chokshi, D. A. (2018). Income, Poverty, and Health Inequality. *JAMA*, 319(13), 1312-1313.
- Department of Health and Human Services (US)[HHS]. (2011). HHS action plan to reduce racial and ethnic health disparities: a nation free of disparities in health and health care. Washington: HHS.
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Service Research*, 13(94), 1-11. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/94>.
- Moy, E., & Freeman, W. (2014). Federal Investments to Eliminate Racial/Ethnic

- Health-Care Disparities. Public Health Rep. 129(Suppl 2):62-70.
doi:10.1177/00333549141291S212
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion(Public Health Ontario) [PHO]. (2013). Summary measures of socioeconomic inequalities in health (ISBN 978-1-4606-2945_1). Toronto, ON: Queen's Printer Ontario.
- Purnell, T. S., Calhoun, E. A. Golden, S. H., Halladay, J. R., Krok-Schoen, J. L., Appelhans, B. M., & Cooper, L. A. (2016). Achieving health equity: closing the gaps in health care disparities, Interventions And Research. *Health Affairs*. 35(8), 1410-1415.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10(15), 1-3. Retrieved from <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>.
- Wasserman, J., Palmer, R. C., Gomez, M. M., Berzon, R., Ibrahim, S. A., & Ayanian, J. Z. (2019). Advancing health services research to eliminate health care disparities. *American Journal of Public Health*, 109(s1), s65-s69.
- World Health Organization[WHO]. (2010). The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva (Switzerland): WHO. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization[WHO]. (2019). Equity. Retrieved from <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>