

# 장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강수준 격차와 시사점<sup>1)</sup>

Disability-related Disparities in Health Care and Health Status and Their Policy Implications

김수진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

본 원고에서는 장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강수준 격차를 분석하였다. 보건의료서비스 접근성 측면에서 장애인-비장애인 격차는 일부 감소하였지만 건강검진 수검률, 이동상 제약으로 인한 미충족 의료 경험률에서의 격차가 증가하였고 예방가능한 입원 발생률에서의 격차 또한 증가하였다. 특히 노인에서 격차가 크고 격차가 더 증가한 것으로 나타났다. 장애인과 비장애인의 건강수준 격차는 감소하는 양상이었지만 보건의료서비스 영역보다 격차 정도는 훨씬 더 컸다. 분석 결과는 장애인의 의료서비스에 대한 경제적, 물리적 접근성 개선 노력이 지속되어야 하고 장애인의 사회경제적 수준을 개선하기 위한 노력이 함께 진행되어야 함을 시사한다.

## 1. 들어가며

건강 격차는 “사회적으로 불리한 집단에 불리하게 영향을 미치는 체계적이고 피할 수 있는 건강상의 차이”로 정의된다(Whitehead, 1992, p. 431). 장애인은 장애 발생 전의 불리함(장애 발생의 선택 효과)과 함께 장애 발생으로 인한 영

향, 장애 보유로 인한 영향 등 복합적인 불리함에 노출될 가능성이 높다(Jenkins & Rigg, 2004, p. 497). 예를 들어 장애인은 장애 발생 이전에도 상대적으로 불리한 환경에 있을 가능성이 높고, 장애 발생과 관련하여 직간접적인 의료 및 돌봄 비용이 증가할 가능성이 높으며, 장애 발생으로 인해 일자리를 찾지 못하면서 사회경제적 지

1) 이 글은 오욱찬, 김수진, 김현경, 이원진, 오다은. (2020). ‘한국 장애인의 다중격차와 사회정책의 대응’의 5장 내용 일부를 수정 보완하였다.

위가 보다 열악해질 가능성이 높다. 따라서 장애인은 장애가 없는 사람들에 비해 복합적인 불리함을 경험하고, 이로 인해 장애가 없는 사람들에 비해 보건의료서비스 및 건강수준이 더 좋지 않을 가능성이 높다.

장애인이 경험하는 건강 격차를 해소하기 위한 사회적 노력은 오래되지 않았다. 장애인의 권리를 포괄적으로 담은 최초의 국제협약인 유엔(UN) 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)은 2006년에 채택되었다. 세계보건기구(World Health Organization)는 2011년에 발간된 '장애에 관한 세계보고서'의 권고안(WHO, World Bank, 2011)을 지지하며 장애가 있는 사람들의 건강을 위한 포괄적인 국제행동계획을 2014년에 처음으로 채택하였다(WHO, 2014). 우리나라는 2017년에 장애인의 건강증진을 위한 건강관리 체계 확립과 의료접근성 보장, 건강권 보장을 목적으로 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(이하 장애인건강권법)을 시행하였다. 장애인의 국가에 대한 요구도 중 의료보장은 소득보장 다음인 2순위로 장애인들의 요구도가 높은 영역이었다. 장애인건강권법은 장애인이 최적의 건강관리와 보호를 받을 권리, 장애를 이유로 건강관리 및 보건의료에 있어 차별대우를 받지 않고 비장애인과

동등하게 접근할 권리가 있음을 기본이념으로 제시하였다. 장애인의 건강증진과 이들이 경험하는 건강 격차 해소를 위해서는 장애인의 보건의료서비스 접근성과 건강수준에 대한 지속적인 모니터링과 평가가 필요하다.

본 원고에서는 한국복지패널 7~14차 자료(한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2020)와 한국의료패널 4~11차 자료(국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 2020)를 이용하여 보건의료와 건강상태 측면에서 장애인과 비장애인의 격차를 살펴보았다.<sup>2)</sup> 우선 보건의료 영역에서 의료접근성 지표로 건강검진 수검률, 미충족 의료 경험과 일차의료의 접근성을 보여 주는 예방가능한 입원 발생 정도를 살펴보았고, 의료서비스 이용으로 인해 야기되는 경제적 어려움을 확인하기 위해 재난적 의료비 발생 여부를 살펴보았다. 건강수준과 관련해서는 전반적인 건강수준을 보여 주는 지표로 알려진 주관적인 건강인식과 함께 만성질환 유병 상태를 살펴보았고, 정신건강과 관련하여 우울 증상과 자살 관련 생각과 행동을 살펴보았다. 고령층에서 건강상태가 보다 악화된다는 점에서 18~64세와 65세 이상으로 연령집단을 구분하여 추가로 살펴보았다.

2) 장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강수준 격차를 살펴봄에 있어 본 연구는 한국복지패널과 한국의료패널의 자료를 보완적으로 사용하였다. 예를 들어 건강검진 수검률은 한국의료패널에서는 외래서비스에 포함시켜 조사하면서 과소 보고되고 있다. 반면 미충족 의료의 경우 한국복지패널은 경제적 이유로 인한 미충족 의료만 조사하고 있어 전체 미충족 의료의 크기를 알기 어려우며 특히 장애인과 비장애인 격차에서 중요할 수 있는 이동상 제약 등은 확인하기가 어렵다. 또한 예방가능한 입원은 의료이용에 대해 상병코드를 조사하고 있는 한국의료패널의 자료로 산출이 가능하다.

## 2. 장애인과 비장애인의 보건의료 관련 격차

### 가. 보건의료서비스 접근성

한국복지패널에서 지난 1년간 건강검진을 수검한 경우를 확인하여 건강검진 수검률을 구하였다. 건강검진 수검률은 비장애인에서 2011년 46.44%, 2018년 48.10%로 소폭 증가하였고 장애인에서 2011년 45.93%, 2018년 43.07%로 소폭 감소하여 비장애인과 장애인의 건강검진 수검률 격차는 0.51%포인트에서 5.03%포인트로 증가하였다. 동 기간 18~64세의 근로연령층과 65세 이상 고령층으로 연령을 구분하여 살펴볼 경우 두 집단에서 모두 장애인과 비장애인의 격

차가 증가한 것으로 나타났는데, 18~64세 근로 연령층의 격차는 1.02%포인트에서 3.32%포인트로 증가하였고 65세 이상 고령층은 1.01%포인트에서 10.41%포인트로 증가하였다.

미충족 의료는 경제적 이유와 함께 이동상 제한, 시간적 제약 등 다양한 원인을 구분하여 조사하고 있는 한국의료패널을 활용하여 산출하였다.<sup>3)</sup> 전반적인 미충족 의료 경험률은 2011년 비장애인 13.47%, 장애인 16.62%로 장애인에서 3.15%포인트 높았고, 2018년 두 집단 모두 미충족 의료 경험률이 감소하였으나 비장애인 10.53%, 장애인 15.14%로 장애인에서 4.61%포인트 더 높아 격차는 증가한 것으로 나타났다. 각 이유로

표 1. 건강검진 수검률

(단위: %, %포인트)

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체 (18세 이상)	비장애인	46.44	47.78	46.88	45.85	47.43	49.19	48.16	48.10
	장애인	45.93	45.56	48.00	40.88	46.14	46.25	44.43	43.07
	격차	-0.51	-2.22	1.11	-4.97	-1.28	-2.95	-3.73	-5.03
18~64세	비장애인	46.04	47.14	46.59	45.10	47.00	48.94	47.83	47.43
	장애인	45.02	45.92	47.67	39.28	43.77	45.81	43.96	44.11
	격차	-1.02	-1.22	1.08	-5.82	-3.23	-3.13	-3.87	-3.32
65세 이상	비장애인	49.16	52.20	48.85	50.67	50.09	50.75	50.08	51.81
	장애인	48.15	44.77	48.69	44.09	50.53	47.02	45.20	41.40
	격차	-1.01	-7.43	-0.16	-6.58	0.44	-3.73	-4.87	-10.41

주: 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소. (2020). 한국복지패널 7~14차 자료를 가중치를 이용하여 분석한 결과임.

자료: 오옥찬, 김수진, 김현경, 이원진, 오다운. (2020). 한국 장애인의 다중격차와 사회정책의 대응. p. 208의 (표 5-4).

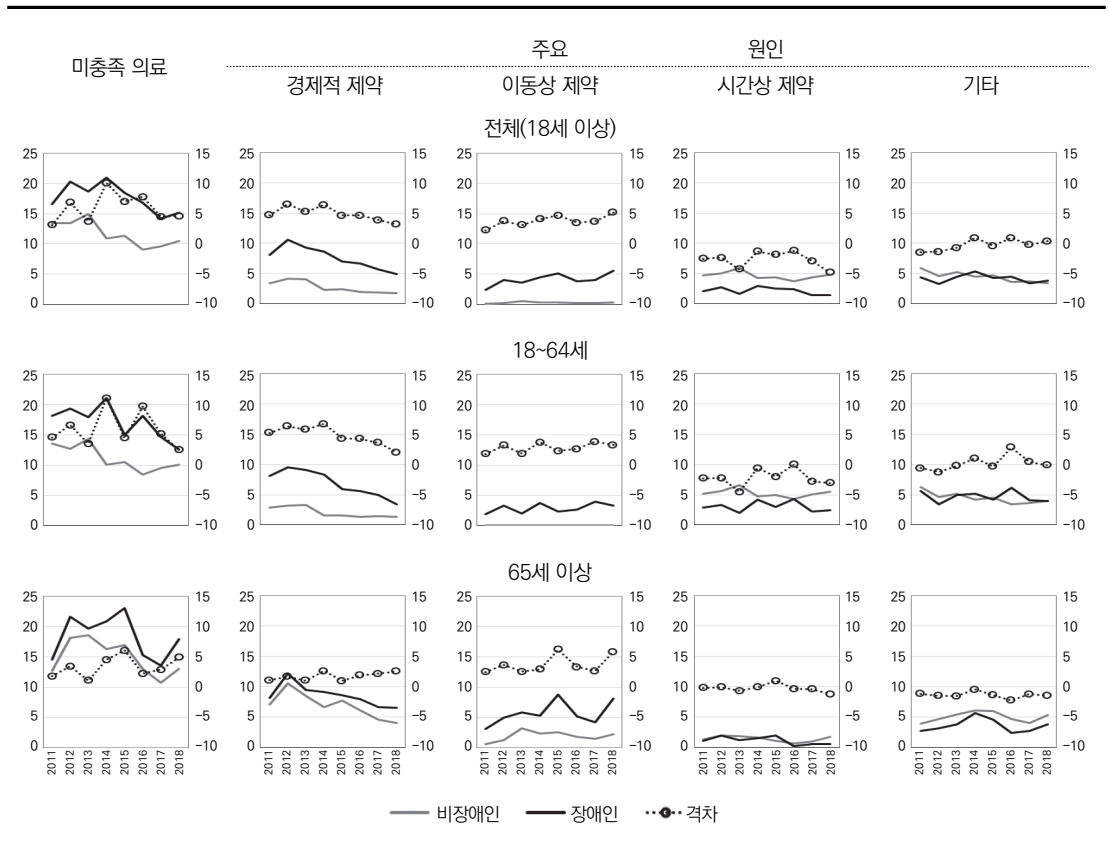
3) 한국의료패널에서 미충족 의료의 원인을 ① 경제적 이유(비용이 부담스러워서), ② 의료기관이 너무 멀어서, ③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로, ④ 아이를 봐줄 사람이 없어서, ⑤ 증세가 경미해서, ⑥ 어디로 가야 할지 잘 몰라서(정보 부족), ⑦ 방문 시간이 없어서, ⑧ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서, ⑨ 내(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서, ⑩ 기타의 10가지로 구분하여 조사하고 있다. 이 중 ① 경제적 이유(비용이 부담스러워서), ③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로, ⑦ 방문 시간이 없어서의 세 가지를 각각으로 구분하고 나머지 이유를 기타로 분류하였다.

구분해서 살펴볼 경우 경제적 제약으로 인한 두 집단 간 미충족 의료 경험률의 격차는 2011년 4.68%포인트에서 2018년 3.11%포인트로 감소하였으나 이동상 제약으로 인한 미충족 의료 경험률의 격차가 2011년 2.26%포인트에서 2018년 5.23%포인트로 증가하면서 전반적인 미충족 의료 경험률의 격차도 증가한 것으로 나타났다.

연령을 구분하여 살펴볼 경우 18~64세에서 2011년 전반적인 미충족 의료 경험률의 두 집단 간 격차는 4.58%포인트에서 2018년 2.47%포인트로 감소하였다. 이동상 제약으로 인한 미충족 의료 격차는 2011년 1.82%포인트에서 2018년 3.33%포인트로 증가하였지만 경제적 제약으로 인한 미충족 의료 격차가 2011년 4.58%포인트

그림 1. 미충족 의료 경험

(단위: %, %포인트)



주: 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원. (2020). 한국의료패널 4~11차 자료를 기초치를 이용하여 분석한 결과임.  
 자료: 오욱찬, 김수진, 김현경, 이원진, 오다은. (2020). 한국 장애인의 다중격차와 사회정책의 대응. pp. 210~211의 (표 5-5)를 재구성함.

표 2. 예방가능한 입원 발생률

(단위: %, %포인트)

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체 (18세 이상)	비장애인	1.04	0.73	0.84	0.81	0.92	0.82	0.78	0.87
	장애인	3.27	2.59	3.23	3.16	3.50	4.13	4.52	4.32
	격차	2.24	1.86	2.39	2.35	2.59	3.32	3.74	3.45
18~64세	비장애인	0.72	0.40	0.55	0.47	0.49	0.51	0.48	0.50
	장애인	1.91	1.45	1.35	2.24	1.66	3.09	3.15	2.27
	격차	1.19	1.05	0.79	1.77	1.18	2.58	2.67	1.77
65세 이상	비장애인	3.11	2.85	2.65	2.86	3.57	2.63	2.42	2.88
	장애인	5.14	4.08	5.64	4.30	5.96	5.41	6.14	6.53
	격차	2.02	1.23	2.98	1.44	2.39	2.77	3.72	3.66

자료: 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원. (2020). 한국의료패널 4~11차 원자료를 기초치를 이용하여 분석한 결과임.

트에서 2018년 2.47%포인트로 감소하면서 전반적인 미충족 의료 격차가 감소하였다. 65세 이상에 대해 살펴볼 경우 전반적인 미충족 의료 격차는 2011년 1.79%포인트에서 2018년 4.91%포인트로 증가하였는데, 경제적 제약으로 인한 미충족 의료 격차는 2011년 1.03%포인트에서 2018년 2.51%포인트로 증가하였고 이동상 제약으로 인한 미충족 의료 격차는 2011년 2.51%포인트에서 2018년 5.85%포인트로 증가하였다.

예방가능한 입원은 외래진료 민감질환으로 인한 입원<sup>4)</sup>으로 정의하였는데 정건작, 김진경, 강혜영, 신의철(2016)의 기준을 참고하고 한국의료패널의 자료를 이용하여 산출하였다. 예방가능한 입원 발생률은 2011년 비장애인 1.04%, 장애인 3.27%로 장애인에서 2.24%포인트 높았는

데 2018년 비장애인에서는 0.87%로 예방가능한 입원이 소폭이지만 감소한 반면 장애인에서는 4.32%로 증가하여 두 집단 간 격차는 3.45%포인트로 증가하였다. 동 기간 연령을 구분하여 살펴볼 경우 18~64세에서 2011년 두 집단 간 격차는 1.19%포인트에서 2018년 1.77%포인트로 소폭 증가하였고, 65세 이상에서 2011년 2.02%포인트에서 2018년 3.66%포인트로 증가하여 65세 이상 고령층에서 증가 정도가 컸다.

#### 나. 재난적 의료비 경험률

재난적 의료비는 의료비 지출이 지불능력의 일정 수준을 넘어서는 경우로 정의되는데 지불능력은 소득, 생활비가 사용되기도 하고 가구 소비

4) 외래진료 민감질환(ambulatory care sensitive conditions, ACSC)은 적시에 효과적으로 외래 의료서비스를 이용하는 경우 입원 가능성을 감소시킬 수 있는 질환으로 미국의학원(Institute of Medicine, IOM)에 의해 제안되었고(IOM, 1993) 국가 상황에 맞게 조정하여 사용되고 있다.

표 3. 재난적 의료비 경험

(단위: %, %포인트)

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
지불능력의 40% 이상									
전체 (18세 이상)	비장애인	1.64	1.37	1.41	1.17	1.26	1.62	1.59	1.52
	장애인	4.99	5.40	5.83	5.38	6.37	6.17	5.18	5.54
	격차	3.35	4.03	4.43	4.20	5.12	4.55	3.59	4.02
18~64세	비장애인	0.67	0.56	0.58	0.39	0.50	0.59	0.49	0.38
	장애인	3.41	2.71	4.37	2.71	3.45	3.01	1.93	1.34
	격차	2.74	2.15	3.79	2.33	2.96	2.42	1.44	0.96
65세 이상	비장애인	8.25	6.92	6.90	6.21	5.99	7.88	7.95	7.82
	장애인	8.82	11.37	8.87	10.69	11.77	11.76	10.51	12.27
	격차	0.57	4.45	1.97	4.49	5.78	3.88	2.56	4.45
소득의 10% 이상									
전체 (18세 이상)	비장애인	14.17	14.64	13.66	13.84	12.75	14.43	13.48	14.27
	장애인	30.45	29.05	28.94	28.48	29.23	29.60	26.72	30.58
	격차	16.28	14.41	15.29	14.64	16.49	15.17	13.24	16.31
18~64세	비장애인	10.75	11.21	10.31	10.49	9.61	10.99	9.77	10.21
	장애인	24.74	21.18	23.37	22.64	23.98	21.66	17.77	21.18
	격차	13.99	9.97	13.07	12.15	14.36	10.66	8.00	10.97
65세 이상	비장애인	37.34	38.14	35.82	35.25	32.18	35.27	34.99	36.80
	장애인	44.28	46.48	40.49	40.14	38.94	43.63	41.39	45.64
	격차	6.93	8.34	4.68	4.89	6.75	8.36	6.39	8.84

주: 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소. (2020). 한국복지패널 7~14차 자료를 가중치를 이용하여 분석한 결과임.

자료: 오욱찬, 김수진, 김현경, 이원진, 오다은. (2020). 한국 장애인의 다중격차와 사회정책의 대응. pp. 213-214의 (표 5-6)과 (표 5-7)을 재구성함.

지출에서 식료품비를 제외한 금액을 이용하기도 한다(Xu et al., 2003). 여기에서는 의료비가 소득 대비 10%를 넘는 경우와 식료품비를 제외한 소비지출의 40%가 넘는 경우에 대해 살펴보았다. 재난적 의료비 발생은 가구 단위로 산출하여 개인 수준에서 분석하였다.<sup>5)</sup> 지불능력의 40%를 기준선으로 이용하는 경우 2011년에는 비장애인 1.64%, 장애인 4.99%로 장애인에서 3.35%포인트

트 높았는데 2018년에 장애인에서 소폭 증가하면서 두 집단 간 격차는 4.02%포인트로 소폭 증가하였다. 연령을 구분하여 살펴볼 경우 18~64세에서 2011년 두 집단 간 격차는 2.74%포인트에서 2018년 0.96%포인트로 감소하였고, 65세 이상에서 2011년 0.57%포인트에서 2018년 4.45%포인트로 증가하여 65세 이상 고령층에서 증가 정도가 컸다. 소득의 10%를 기준선으로 이

5) 재난적 의료비가 발생한 가구에 속하는 모든 가구원은 개인 수준에서 재난적 의료비가 발생한 것이다.

용한 경우에도 유사하였는데, 전체 집단에서 재난적 의료비 발생은 2011년에 비장애인 14.17%, 장애인 30.45%로 두 집단 간 격차는 16.28%포인트였고 2018년에 비장애인 14.27%, 장애인 30.58%로 두 집단 간 격차는 16.31%포인트로 비슷한 수준을 유지하였다. 연령을 구분하여 살펴볼 경우 18~64세에서 2011년 두 집단 간 격차는 13.99%포인트에서 2018년 10.97%포인트로 감소하였고, 65세 이상에서 2011년 6.93%포인트에서 2018년 8.84%포인트로 증가하였다.

### 3. 장애인과 비장애인의 건강수준 격차

#### 가. 주관적 건강수준 및 만성질환 유병 상태

주관적인 건강인식은 ‘아주 건강하다’, ‘건강한 편이다’, ‘보통이다’, ‘건강하지 않은 편이다’, ‘건강이 아주 안 좋다’로 측정되는데 ‘건강하지 않은 편이다’, ‘건강이 아주 안 좋다’고 응답한 경우를 합산하여 건강이 안 좋은 비율을 분석에 이용하였다. 건강지표로 만성질환 유병 상태를 살펴보았는데 질환 종류나 유병기간에 상관없이 만

표 4. 주관적 건강수준 및 만성질환 유병률

(단위: %, %포인트)

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
주관적 건강 나쁨									
전체 (18세 이상)	비장애인	9.46	10.47	10.78	9.23	9.24	8.76	8.95	11.15
	장애인	44.92	44.52	43.89	40.99	39.69	41.31	38.13	42.17
	격차	35.46	34.05	33.11	31.76	30.45	32.55	29.17	31.02
18~64세	비장애인	5.09	6.16	6.19	4.79	4.93	4.30	4.86	6.30
	장애인	38.35	35.54	34.87	33.54	28.92	31.33	30.64	33.65
	격차	33.26	29.37	28.69	28.74	24.00	27.03	25.78	27.36
65세 이상	비장애인	39.09	39.93	41.19	37.64	36.04	35.86	32.74	38.13
	장애인	60.83	64.43	62.58	55.87	59.64	58.95	50.40	55.82
	격차	21.74	24.50	21.39	18.23	23.60	23.09	17.65	17.69
만성질환 있음									
전체 (18세 이상)	비장애인	34.50	36.46	39.50	35.89	37.95	41.39	41.45	38.57
	장애인	74.16	75.14	78.61	77.30	77.41	79.67	77.77	78.32
	격차	39.66	38.68	39.10	41.41	39.46	38.28	36.31	39.75
18~64세	비장애인	26.90	29.03	32.03	27.97	29.94	33.65	33.38	29.52
	장애인	66.16	67.32	71.83	68.64	68.14	71.80	67.68	70.77
	격차	39.27	38.29	39.80	40.67	38.20	38.15	34.31	41.25
65세 이상	비장애인	85.98	87.31	88.94	86.52	87.71	88.38	88.36	88.85
	장애인	93.50	92.45	92.67	94.57	94.58	93.57	94.29	90.40
	격차	7.52	5.14	3.73	8.04	6.86	5.19	5.93	1.56

주: 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소. (2020). 한국복지패널 7~14차 자료를 가중치를 이용하여 분석한 결과임.

자료: 오옥산, 김수진, 김현경, 이원진, 오다은. (2020). 한국 장애인의 다중격차와 사회정책의 대응. pp. 215~216의 <표 5-8>과 <표 5-9>를 재구성함.

성질환이 1개라도 있다고 응답하였는지를 살펴 보았다.

주관적 건강 나쁨 비율은 비장애인이 2011년 9.46%, 2018년 11.15%로 약간 증가하였고 장애인도 2011년 44.92%, 2018년 42.17%로 소폭 감소하여 두 집단 간 격차는 2011년 35.46%포인트에서 2018년 31.02%포인트로 감소하였다. 연령대별로 구분해서 살펴보면 18~64세에서 장애인과 비장애인의 격차는 2011년 33.26%포인트에서 2018년 27.36%포인트로 감소하였고, 65세 이상에서 2011년 21.74%포인트에서 2018년 17.69%포인트로 감소하였다. 고령층의 경우 노령화에 따라 비장애인의 건강상태도 악화되면서 고령층에서 두 집단 간 격차가 더 작은 것으로 볼 수 있다.

만성질환 보유 비율은 비장애인이 2011년에 34.50%, 2018년에 38.57%로 소폭 증가하고 장애인 또한 2011년 74.16%에서 2018년 78.32%로 증가하면서 두 집단 간 격차는 2011년 39.66%포인트에서 2018년 39.75%포인트로 거의 변화가 없었다. 연령대를 구분했을 때 18~64세 연령층에서 2011년 두 집단 간 격차는 39.27%포인트였고 2018년 41.25%포인트로 소폭 증가하였으나 65세 이상 고령층에서 두 집단 간 격차는 2011년 7.52%포인트에서 2018년 1.56%포인트로 감소하였다.

## 나. 우울 상태 및 자살 관련 경험

정신건강을 보여 주는 지표로 우울 상태와 자살 관련 경험을 살펴보았다. 우울 상태는 CESD-11을 활용하였는데 총점과 그 값에 11분의 20을 곱한 값이 16보다 높은 경우를 '우울 증상'으로 구분한 두 가지 변수를 모두 분석에 이용하였다. 자살 생각, 자살 계획, 자살 시도는 지난 한 해 동안 각각에 대한 경험이 있는지를 살펴보았다.

우울 점수는<sup>6)</sup> 비장애인이 2013년 3.10점, 2018년 2.45점으로 소폭 감소했고 장애인도 2013년 5.92점, 2018년 5.09점으로 감소했으며 격차는 각각 2.82점과 2.64점으로 소폭 감소했다. 우울 증상 경험률도 비장애인이 2013년에 10.03%, 2018년에 8.27%로 소폭 감소하였고 장애인은 2013년 27.74%, 2018년에 22.94%로 감소하면서 격차는 2013년 17.71%포인트, 2018년 14.67%포인트로 감소하였다. 연령대를 구분해 보면 18~64세 근로연령층에서 65세 이상 고령층보다 우울 점수나 우울 증상 경험률은 낮았지만 장애인과 비장애인의 격차는 2018년 기준으로 근로연령층에서 우울 점수는 2.44점, 우울 증상 경험률은 13.47%포인트인 반면 고령층에서는 각각 1.62점, 9.15%포인트로 근로연령층에서 고령층보다 장애인과 비장애인의 격차가 컸다.

지난 1년간 자살을 생각한 적이 있는 비율은 비장애인이 2011년 2.39%, 2018년 1.60%로

6) 한국복지패널 9차 조사(2013년)부터 우울 문항의 응답 기준이 원칙도와 동일하게 수정되어 추이 해석에 주의가 필요하다(한국보건사회연구원, 서울대 사회복지연구소, 2018, p. 171). 따라서 본문에서는 2013년과 2018년을 비교하여 기술하였다.

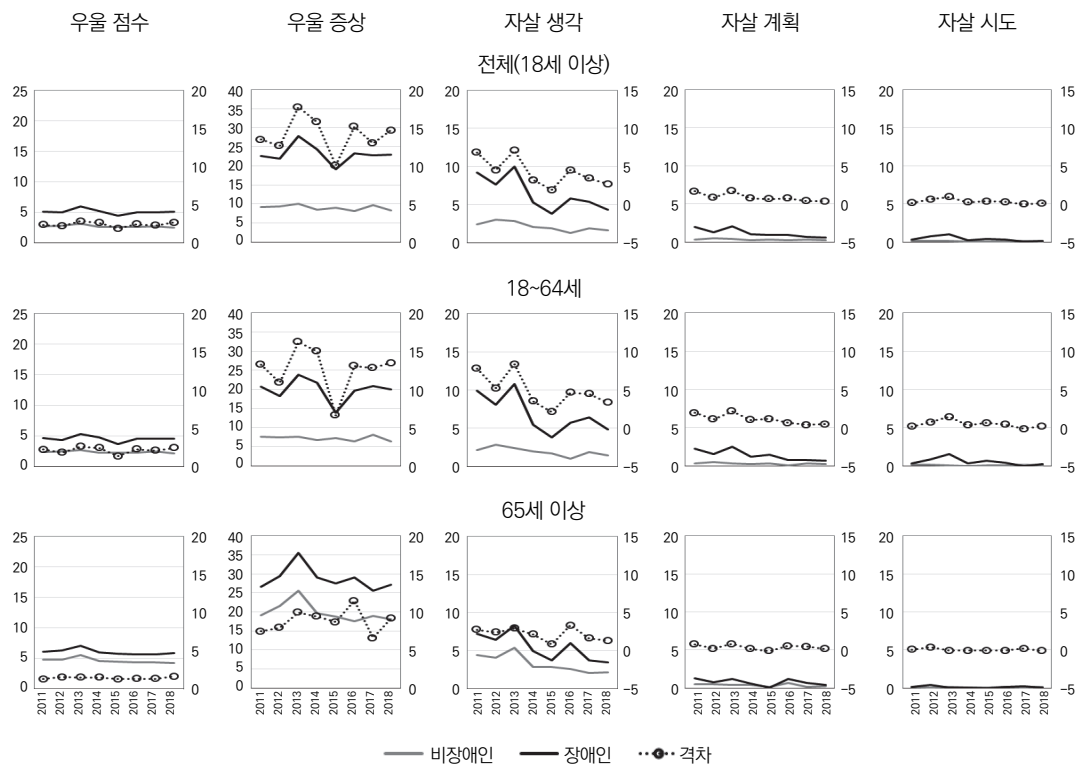


소폭 감소하였고 장애인은 2011년 9.21%, 2018년 4.29%로 감소하여 두 집단 간 격차는 2011년 6.82%포인트에서 2018년 2.69%포인트로 감소하였다. 자살을 계획한 비율은 비장애인에서 2011년 0.31%, 2018년 0.26%였고 장애인에서 2011년 1.97%, 2018년 0.59%로 두 집단 간 격차는 2011년 1.66%포인트에서 2018년 0.33%포인트로 감소하였다. 자살을 시도한

비율은 비장애인이 2011년 0.15%, 2018년 0.07%였고 장애인은 2011년 0.29%, 2018년 0.17%로, 두 집단 간 격차는 각각 0.14%포인트, 0.10%포인트 수준이었다. 연령대를 구분했을 때 장애인은 18~64세 근로연령층보다 65세 이상 고령층의 자살 생각·계획·시도 비율이 전반적으로 낮은 반면 비장애인은 18~64세 근로연령층보다 65세 이상 고령층에서 자살 생각·계획·시

그림 2. 우울 상태 및 자살 관련 경험

(단위: 점, %, %포인트)



주: 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소. (2020). 한국복지패널 7~14차 자료를 가중치를 이용하여 분석한 결과임.  
 자료: 오옥찬, 김수진, 김현경, 이원진, 오다은. (2020). 한국 장애인의 다중격차와 사회정책의 대응. pp. 217~219의 <표 5-10>과 <표 5-11>을 재구성함.

도 비율이 높았다. 이로 인해 두 집단 간 격차는 고령층보다 근로연령층에서 더 컸다.

#### 4. 나가며

본 원고에서는 2011년부터 2018년까지의 보건의료와 건강수준에서의 장애인과 비장애인의 격차 변화 정도를 살펴보았다. 보건의료 격차 측면에서 장애인의 건강검진 수검률이 비장애인보다 낮고 격차가 다소 증가한 것으로 나타났다. 미충족 의료 경험률에서도 장애인이 비장애인보다 높았고 격차가 다소 증가하였는데 경제적 제약으로 인한 미충족 의료는 감소하였지만 이동상 제약으로 인한 미충족 의료는 증가하였다. 예방가능한 입원 발생률 또한 비슷한 양상이었다. 질병의 조기검진 측면에서 중요한 건강검진 수검률이 장애인이 더 낮다는 것은 장애인의 질병 발견이 늦고 건강상태가 악화된 상태에서 의료서비스를 이용할 수 있다는 점을 의미한다. 또한 외래서비스로 예방가능한 입원 발생률도 장애인이 높다는 점은 만성질환 관리 등 일차의료 영역에서 장애인의 접근이 취약함을 의미한다. 한편 보건의료서비스 측면에서 전반적으로 65세 이상 고령층에서 18~64세 근로연령층보다 장애인-비장애인 격차가 더 크고 더 빠르게 커졌고 의료비 지출로 인한 재난적 의료비 경험률 또한 고령층에서 다소 격차가 증가하는 양상이었다. 건강수준 격차

를 살펴본 결과 장애인과 비장애인에서 격차는 전반적으로 보건의료서비스 영역보다 컸다. 다만 추이를 보면 장애인과 비장애인에서 모두 건강수준이 개선되면서 격차도 감소하는 양상이었다. 보건의료서비스와는 달리 건강수준의 격차는 65세 이상 고령층에서 작은 편이었는데 이는 고령화와 만성질환 증가에 따라 비장애인도 건강상태가 나빠지면서 비장애인과 장애인의 건강수준 격차가 감소한 것으로 보인다.<sup>7)</sup>

본 원고에서의 분석 결과는 다음과 같은 정책적 시사점을 제공한다. 우선 장애인의 의료서비스에 대한 경제적 접근성 개선과 의료비 부담 완화를 위한 지원이 필요하다. 지속적인 건강보험 보장성 확대 등에 따라 경제적 이유로 인한 미충족 의료는 전반적으로 감소한 것으로 나타났지만 고령층에서의 경제적 이유로 인한 미충족 의료는 거의 변함없이 유지되었다. 또한 고령 장애인 2명 중 1명은 과도한 의료비 지출을 경험하는 것으로 나타났는데, 재난적 의료비 발생이 높고 최근에도 증가하였다는 점에서 고령 장애인의 경제적 접근성과 의료비 부담을 낮추기 위한 방안이 필요하다. 다음으로 건강검진 수검률에서의 격차 증가, 이동상 어려움으로 인한 미충족 의료 경험률이 장애인에서 상당히 높고 증가하는 추세라는 점을 고려할 때 장애인의 의료서비스 접근성 개선을 위해 경제적 장벽을 낮추기 위한 정책 외에도 의료기기, 의료기관에 대한 물리적 접근성 등

7) 다만 건강수준에서의 장애인과 비장애인의 차이는 장애 발생과 관련된 선택 효과 혹은 장애와 직접적으로 관련된 건강 문제일 수 있어 주의가 필요하다.

과 같은 다양한 개입이 필요하다. 특히, 장애인은 고혈압, 당뇨병 등 노화 관련 만성질환 유병률이 높은 편으로 노화와 관련된 건강 문제에 취약성을 가지는데(호승희 외, 2018, p. 424), 외래서비스로 예방가능한 입원 발생률이 장애인에서 높고 모든 연령층에서 격차가 증가하고 있음을 고려할 때 장애인의 접근성 개선은 시급한 문제이다. 또한 장애인의 건강검진 수검률이 낮은 이유로 의료기관에 대한 접근성, 장애 친화적인 검진 시설 및 장비의 보유 문제, 의료기관 종사자들의 장애인과의 의사소통 문제 등도 언급되어 왔다(이희영 외, 2019). 장애인건강권법 제정에 따라 장애인 건강주치의 사업, 장애인 검진기관 지정, 의료인 등 대상 장애인건강권 교육 진행 등의 사업이 시행되고 있는데(보건복지부, 2017. 8. 18.) ‘장애인건강권법’의 적극적인 이행이 필요하다. 마지막으로 장애인-비장애인 건강 격차 감소를 위해서는 장애인의 사회경제적 수준을 개선하기 위한 노력이 필요하다. 근로연령층보다 고령층에서 보건의료서비스에 대한 접근성이나 의료비 부담 격차가 소폭이지만 증가한 양상이었다. 이는 노년기의 높은 빈곤율과도 관련이 되어 있을 것으로 보인다. 장애가 있는 노인의 경우 경제적 상태가 보다 열악한 반면 건강상태가 좋지 않아 의료비 지출은 높으면서 서비스 접근성, 과도한 의료비 지출의 문제를 경험할 것으로 예상된다. 건강의 사회적 결정 요인이라는 관점에서 본다면 장애인의 생활수준을 개선하는 정책은 장애인의 의료접근성과 건강수준 개선에 긍정적인 영향을

미칠 것이다.

정리하면 본 연구 결과 장애인과 비장애인의 건강 격차가 일부 감소하고 있지만 그렇지 못한 부분도 있다. 본 연구의 결과는 장애인과 비장애인의 건강 격차 완화를 위해서는 보건의료 영역 접근과 함께 사회경제적 특성의 격차를 줄여 가는 다방면의 역할이 필요함을 시사한다. 또한 장애인의 보건의료서비스 이용실태 및 건강상태 등에 대한 지속적인 모니터링을 통해 장애인과 비장애인의 건강 격차를 해소하기 위한 노력이 필요할 것이다. ■

## 참고문헌

- 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.  
(2020). 한국의료패널 4~11차 자료.  
보건복지부. (2017. 8. 18.). 장애인과 비장애인 간 건강 격차 해소한다. 보도자료, 2017. 8. 18.
- 오욱찬, 김수진, 김현경, 이원진, 오다은. (2020). 한국 장애인의 다중격차와 사회정책의 대응. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이희영, 정효선, 한진옥, 김자영, 박현춘, 서수인, ..., 이푸름. (2019). 경기도 장애인 건강관리 사업 개발 연구: 도내 장애인의 필수의료 접근성 분석. 경기도 공공보건의료지원단.
- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 (약칭: 장애인건강권법), 법률 제17091호. (2020).
- 정건작, 김진경, 강혜영, 신의철. (2016). 한국의

- 의료기관 외래진료 민감질환 입원율: 의료 이용 효율성 지표로의 활용 가능성. 보건 행정학회지, 26(1), 4-11.
- 한국보건사회연구원, 서울대 사회복지연구소. (2018). 한국복지패널 12차년도 조사자료 유저가이드. 한국보건사회연구원, 서울대 사회복지연구소.
- 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소. (2020). 한국복지패널 7~14차 자료.
- 호승희, 김예순, 양정희, 은선덕, 박재민, 송이슬, 진달래, 권수영, 문종훈, 전민재, 오현민, 백유진, 안은미, 이은주. (2018). 2018 장애인 건강관리 사업. 서울: 보건복지부 국립재활원.
- Institute of Medicine(IOM). (1993). Access to health care in America. Washington (DC): National Academy Press.
- Jenkins, S. P. & Rigg, J. (2004). Disability and disadvantage: Selection, onset and duration effects. *Jnl Soc. Pol.*, 33(3), 479-501.
- UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22, 429-45.
- WHO, World Bank. (2011). World report on disability. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). WHO global disability action plan 2014-2021, Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization.

# Disability-related Disparities in Health Care and Health Status and Their Policy Implications

**Kim, Sujin**

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

This article analyzed disparities in health care and health status between persons with and without disabilities. In terms of accessibility to health care services, the disability-non-disability gap has narrowed to some extent, but the disparity in health check-up rates and unmet health care needs due to mobility restrictions has increased. The disparity in the incidence of preventable hospitalization has also increased. These gaps were wider and grew more rapidly among those 65 or older. The gap in health status between persons with and without disabilities showed a narrowing trend, but remained much wider than the gap in health care. The results suggest that efforts should be made to further improve economic and physical accessibility to medical services for persons with disabilities. Also important are efforts to improve the socio-economic conditions of persons with disabilities.