

건강수준 및 의료이용의 형평성과 정책과제

*The evolution of health and utilization inequalities
over time*



신호성 한국보건사회연구원 부연구위원

건강불평등은 회피가능하고 불필요한 원인에 의한 건강상태의 차이를 말한다. 1998년 2001년 2005년 국민건강영양조사를 이용하여 분석한 본 연구의 주된 결론은 고소득층 편향의 건강불평등과 의료이용 불평등이 존재하며 건강불평등은 1998년 이후 심화되어지고 있고 의료이용 불평등은 고착화되어 있다는 것이다. 보건의료에 있어서 이러한 불평등을 해소하기 위하여 다음과 같은 정책추진이 필요하다. 건강에 대한 사회적 결정인자(social determinant of health)에서 주목한 포괄적인 건강증진책이 필요하며 이를 위하여 제반 사회정책에서 건강불평등의 영향을 측정하고 이를 해소하려는 아젠다 설정이 요청된다. 건강영향평가나 사회경제적 여건이 반영된 건강보험 급여 확대 정책을 추진하여 불형평성을 줄이기 위한 실제적 노력이 요청되고 통합관리자로서의 일차보건의료의 강화 및 통합관리자로서의 일차보건의료의 강화 등 공공부분에서의 사업방식 변화도 요청된다.

1. 서론

건강형평성에 대한 연구는 오랜 역사를 가지고 있지만 근래에 들어서 형평성 연구가 보다 높은 세계적인 관심을 가지게 된 것은 다음과 같은 배경 때문이기도 하다.

첫째, 제안의 타당성과는 별개로 세계보건기구의 “World Health Report 2000”가 던진 국제적인 영향과 논쟁이다. WHO의 보고서가 보건 의료체계의 모든 부분에서 큰 파장을 남겼지만 형평성 연구에 있어서도 중요한 이정표를 세웠는데, 유럽연합 수준의 형평성 연구가 전 세계적인 주목을 받기 시작한 것도 이 무렵부터이

다. 유럽연합의 ECuity Project는 유럽공동체(EC)의 BIOMED Research Program의 지원으로 이루어지고 있는 협력 연구프로젝트로 1) 유럽 모든 나라에서 부유층 편향의 심각한 건강불평등이 존재하고, 2) 소득 불형평성이 소득기반 건강 불형평성과 밀접한 관계가 있으며, 3) 각국의 의료체계와 상관없이 전문의 의료서비스의 이용에 부유층 편향의 불평등이 관찰된다는 연구 결과를 이끌어 내었다. 동시에 형평성 연구에 관한 다양한 분석 방법이 이 협력프로젝트를 통하여 제안/소개되어 전 세계 형평성 연구에 있어 중심축의 하나로 자리매김하고 있다.

둘째, 1980년대 이후 보건의료개혁에서 두드

러지기 시작한 효율성 강조 경향에 대한 반작용의 결과이다. 특히 1990년 이후 전 세계적인 정치 경제 사회적 모든 측면에서의 보수화가 의료계에 발현된 과정은 “NHS”체계내의 내부시장(internal market, 경쟁체제)의 형성, “Managed Care” 아이디어의 도입으로 요약될 수 있는데 전통적으로 사회적 책임이 강조되어지는 의료에 있어서의 이에 대한 반작용은 자연발생적인 과정으로 볼 수 있다.

셋째, 노령화 사회의 진전과 첨단 의료기술의 발달 등은 의료비의 급격한 상승을 가져와 사회적 부담 능력을 넘어서게 되었다. 의료비 지출의 삭감이나 의료보장 범위의 축소, 본인부담금의 증가 등의 의료개혁은 사회적 약자의 의료 접근성을 위협하는 요소로 작용하게 되었고 이 또한 형평성 연구가 주목을 받게 된 계기로 작용하였다.

2. 건강수준의 형평성

건강불평등은 한 국가내의 차이로써만 아니라 국가간에도 나타난다. 건강불평등을 비교하는 다양한 지표가 있지만 사회경제적 위치에 따른 질병 유병율이나 사망률이 일반적으로 이용된다. 저소득, 저학력, 낮은 직업적 위치에 있는 인구집단은 낮은 기대여명과 높은 질병 유병율을 보인다. 육체노동자와 비육체 노동자, 특별한 기술이 필요하지 않는 직업 종사자와 숙련 직업 종사자, 공무원 중 하위직 종사자와 상위 관리직들간의 기대여명 차이는 잘 알려져 있는 사례이다.

<표 1>은 주관적 건강상태에 따른 건강불평등 차이를 성별 또는 연령 등의 인구생물학적 측면을 보정한 건강불평등과 사회경제적인 요소만을 고려한 회피가능(avoidable health inequality) 건강불평등 부분으로 나누어 국제적 비교를 한 것이다. 이때 건강불평등은 소득기반 집중계수로 측정되는데 대부분의 나라에서 성-연령을 보정한 회피불가능 건강불평등(unavoidable health inequality) 지수는 크기가 작은 음의 값을 가지나, 사회경제적 요인에 의한 건강불평등(회피가능 건강불평등도)은 큰 값의 고소득층 편향을 보인다. 우리나라의 경우 유럽 국가에서 보이는 경향과 유사하나 회피불가능 건강불평등이 상대적으로 큰 저소득 편향을 보이며 회피가능 건강불평등은 유럽국가의 것에 비하여 큰 값을 가진다. 포르투갈, 영국, 그리스 등 국가의 건강불평등 값은 우리나라와 비슷하나 성-연령에 기인한 부분을 고려한 건강불평등도는 우리나라에 비해 작다.

본 글에서 사용된 불평등 관련 핵심 용어의 의미는 다음과 같다.

- 저소득 편향(pro-poor): 건강수준이나 의료 이용에 있어서 저소득층에 유리한 방향의 불평등을 의미한다. 저소득 편향의 불평등이 존재할 경우 저소득층일수록 건강상태가 양호하거나 의료이용이 많은 경우를 지칭한다.
- 부유층(고소득) 편향(pro-rich): 저소득 편향과 반대방향의 불평등으로 고소득층에 유리한 불평등을 의미한다. 고소득층일수록 건강상태가 양호하거나 의료이용이 많은 경우에 해당한다.

영국 등 일부 국가를 제외하고 우리나라의 경우 성별 또는 연령에 기인하는 소득 기반 주관적 건강불평등은 저소득층 편향 불평등을 보인다. 이는 인구생물학적 측면에선 저소득 계층의 주관적 건강상태가 상대적으로 양호한 것을 의미하나 사회경제적 요소를 고려한 회피가능 건강불평등이 상대적으로 큰 부유층 편향을 보여 우리나라의 주관적 건강불평등이 사회경제적 요인에 기인하고 있음을 나타내는 것이다.

[그림 1]은 지역에 따라 소득 불평등과 건강 불평등(인구 생물학적 요소를 제외한 회피가능 건강불평등)과의 상관관계를 보여준다. 2005년 국민건강영양조사 가구소득 자료를 균등화지

수로 변환하여 조사한 소득불평등 지수(지니계수)는 0.3562이며 회피가능 건강불평등 지수는 0.1539로 소득이 상승할수록 건강 및 소득의 상대적 격차가 커지는 불평등 현상(소득 불평등과 회피가능 건강불평등이 양의 상관관계를 가지는 관계)을 보여주었다. 우리나라를 13개 광역단위로 구분할 때 대전이 소득과 건강불평등 모두에서 가장 양호한 상태를 보여주는 반면 강원도는 가장 열악한 상태를 나타내고 있다. 전반적으로 볼 때 광역시 등의 대도시의 소득 및 건강불평등이 농어촌이 주를 이루는 지역보다 상대적으로 건강 및 소득 불평등도가 낮다. 서울, 제주, 광주는 소득 불평등도에 비해 상대적으로 건강불평등도는 양호한 편이며 인천, 울산, 전라, 강원도는 그 반대의 양상을 보여준다.

표 1. 유럽각국과 우리나라의 건강불평등 비교

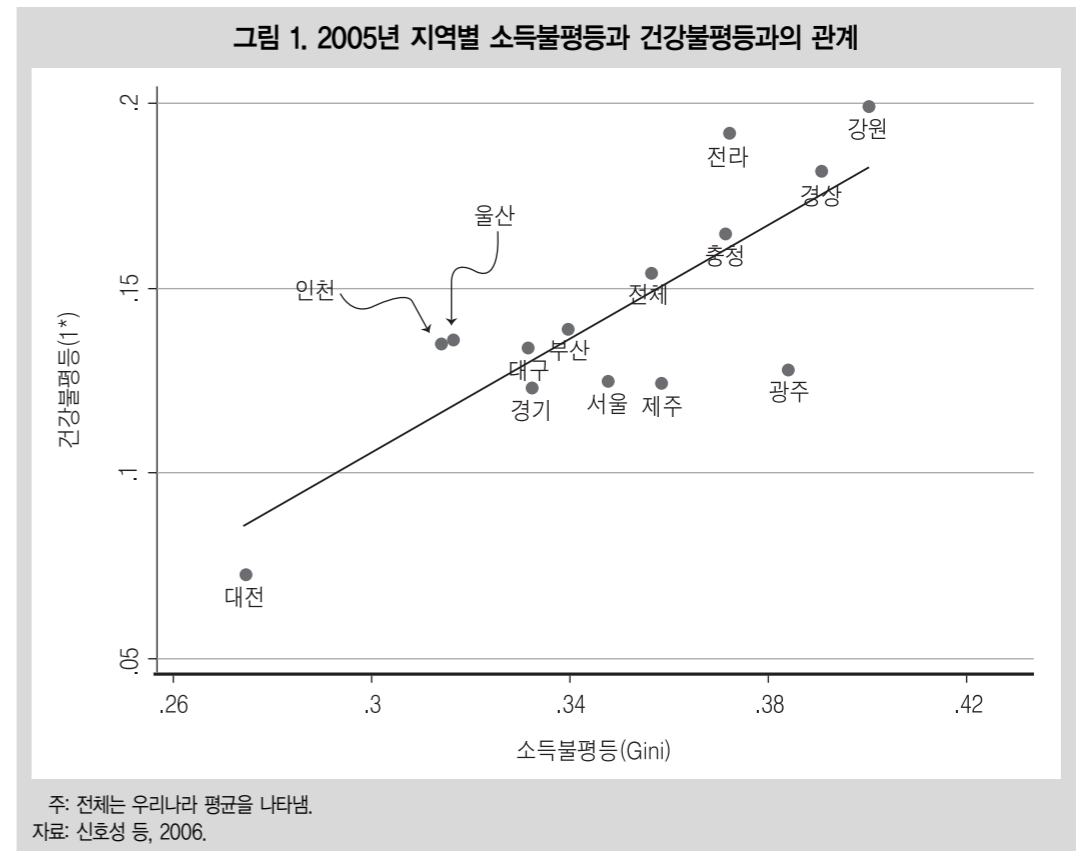
국가명	집중계수	성-연령 보정 집중계수	회피가능 집중계수	
독일	0.0043	0.0003	0.0046	
네덜란드	0.0034	0.0003	0.0037	
벨기에	0.0071	-0.0013	0.0058	
프랑스	0.0075	0.0004	0.0079	
영국	0.0129	0.0004	0.0133	
그리스	0.0119	-0.0038	0.0081	
스페인	0.0066	-0.0010	0.0056	
포르투갈	0.0218	-0.0049	0.0169	
국민건강영양조사	2005	0.0278	-0.1120	0.1398
	2001	0.0179	-0.0991	0.1170
	1998	0.0116	-0.0543	0.0659

주: 집중계수¹⁾ = 회피가능 집중계수 - 성연령 보정 집중계수
 자료: van Doorslaer 2004, 신호성, 국민건강영양조사 심층분석, 2006.

3. 의료이용의 형평성²⁾

기존의 의료이용 형평성 분석은 의료 이용 횟수와 소득과의 관계만을 고려한 것으로 환자가 의료이용 시 받는 의료서비스의 양과 질, 강도와 같은 차원의 문제는 고려하고 있지 못하고 있다는 비판이 제기되었다. 대부분의 이용 가능한 자료는 의료이용 횟수와 관련된 질문을 가지고 있지만 의료서비스의 질, 강도

1) 불평등을 측정하는 집중계수 값의 범위는 -1에서 1이다. 이때 음양의 부호는 불평등성의 방향을, 절대값은 그 정도를 나타낸다. 음(-)의 값은 저소득 계층 편향을, 0의 값은 소득에 비례하는 형평성이 이루어진 경우에, 그리고 양의 값은 고소득 편향을 보이는 경우를 나타낸다.
 2) 의료이용 형평성 부분은 신호성, 김동진(2006). 건강수준 및 의료이용의 형평성. 한국보건사회연구원에서 결과를 가져옴.



등과 관련된 자료는 제외되어 있는 경우가 많아 의료이용 형평성 분석 시 제한점으로 작용하고 있는 것이다. 의료이용시의 본인부담금은 건강보험에서 포괄하는 의료서비스 뿐만 아니라 비급여 서비스 이용으로 인한 본인부담금까지를 포함하고 있어 본인부담금은 의료이용의 강도 및 질을 대표하는 총괄적인 프락시(Proxy)로서 의미를 가질 수 있다.

1998년 2001년 2005년 국민건강영양조사를 이용한 건강형평성 분석(신호성 등, 2006)에 따르면 의료이용자의 건강상태를 고려하지 않은 경우 대부분(2005년도와 1998년도의 치과의료

제외)의 실제 의료이용에 있어서 저소득편향 현상이 나타났으나, 건강상태를 반영하는 의료요구에 따른 이용(needed use)을 고려한 수평적 의료이용 형평성은 1998년 외래와 입원, 2001년 치과의료, 2005년 입원의료를 제외하면 모두 부유층편향을 볼 수 있었다. 가중치를 사용한 후의 결과를 보면, 순수 의료이용량의 경우 그 양상이 크게 바뀌진 않았고, 수평적 형평성 지수의 경우 1998년 외래의료이용과 2005년 입원 의료이용의 지수가 부유층편향으로 바뀌었으며, 전체적으로 보다 부유층 편향이 강화되었음을 확인할 수 있었다.

신호성 등(2006)의 연구결과에 따르면 평균 외래이용은 교육수준이 낮은 집단과, 직업이 없는 집단에서 그렇지 않은 집단에 비해 더 많이 이용한 것으로 나타났고, 소득수준별로는 그 차이가 크진 않으나 소득이 높을수록 의료이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 입원의 경우 상대적으로 사회경제적 위치가 낮은 집단에서 평균 의료이용 횟수가 더 높았다. 특히 외래의료 이용과는 달리 입원의료 이용에서는 소득이 상대적으로 낮은 집단에서 더 의료이용 횟수가 높게 나타났다. 집단 내 의료이용의 형평성의 경우 상대적으로 사회경제적 위치가 낮은 집단(고졸미만, 무직 및 기타, 소득 60분위 이하)에서 수평적 불평등이 심한 것을 알 수 있었다. 치과의

료 이용의 경우 평균 의료이용 횟수는 2001년도를 제외하고는 대부분 사회경제적 위치가 높은 집단일수록 더 높게 나타났고, 집단내 형평성 정도도 부유층편향인 경우가 많았다. 한방의료 이용의 경우 사회경제적 위치가 높은 집단일수록 한방비용의 평균 횟수가 적게 나타나고 의료이용의 수평적 불평등도 낮은 것으로 조사되었다.

[그림 2]는 의료기관 이용과 관련한 형평성 요소 기여도를 보여준다. 입원의 경우 성, 연령, 신체적/심리적 활동제한 정도, 주관적 건강수준, 의사진단 만성질환 갯수 등의 비사회경제적 위치 변수(non-SEP)와 직업 분류 등은 저소득 편향의 입원횟수 불평등에 기여하는 반면 교육

이나 소득수준 등의 사회경제적 지표는 부유층 편향의 불평등에 기여하는 요소로 작용한다. 외래의 경우 non-SEP 변수와 직업분류 변수의 영향이 입원에 비해 상대적으로 작으며 1998년 외래 방문의 경우 non-SEP 변수가 오히려 부유층 편향의 외래 방문 불평등을 심화하는 요소로 작용하고 있다.

협력관계의 재설정 등을 꾀하고 있다. 가장 잘 알려진 대규모 건강지표는 우리나라를 비롯한 대부분 국가에서 10년 단위로 채택하고 있는 건강증진계획이다(예 건강증진계획 2020). 설정된 건강지표는 건강증진이나 불평등 해소/완화의 구체적 목표로서 지역단위 활동에서부터 시군구, 광역자치단체의 활동 목표로 사용된다. 대규모 건강지표와 별개로 개인의 생애 전체에 영향을 미치는 사회환경적 요소를 측정하는 건강불평등 발원요소(upstream factor)를 개발하고 추적하는 것 또한 대규모 건강지표 설정 못지않게 중요한 역할을 수행한다(Health Disparities Task Force, 2004).

4. 외국의 건강불평등 해소 정책

1) 일반적 경향

건강불평등을 완화하기 위한 각국의 노력은 다음 몇 가지로 요약될 수 있다(Health Disparities Task Group, 2004). 첫째, 취약계층을 대상으로 한 정책수행이다. 포괄적이며 수용 가능한 일차의료 서비스의 강화나 이와 관련된 의료개혁이 이 분야에 속한다. 둘째, 대상인구 집단 전체에 영향을 미치는 건강증진전략이다. 민간협력관계를 형성하거나 지역사회의 자발적 역량을 조성하는 방법으로 생애주기별 건강증진교육에 특히 중요한 의미가 부여되고 실행되었다. 셋째, 보건의료시스템의 성취도와 인구집단의 건강상태를 측정할 때 건강불평등 관련 지표를 포함하여 개별 사업의 완결도나 건강불평등 완화 정책평가에 활용하였다.

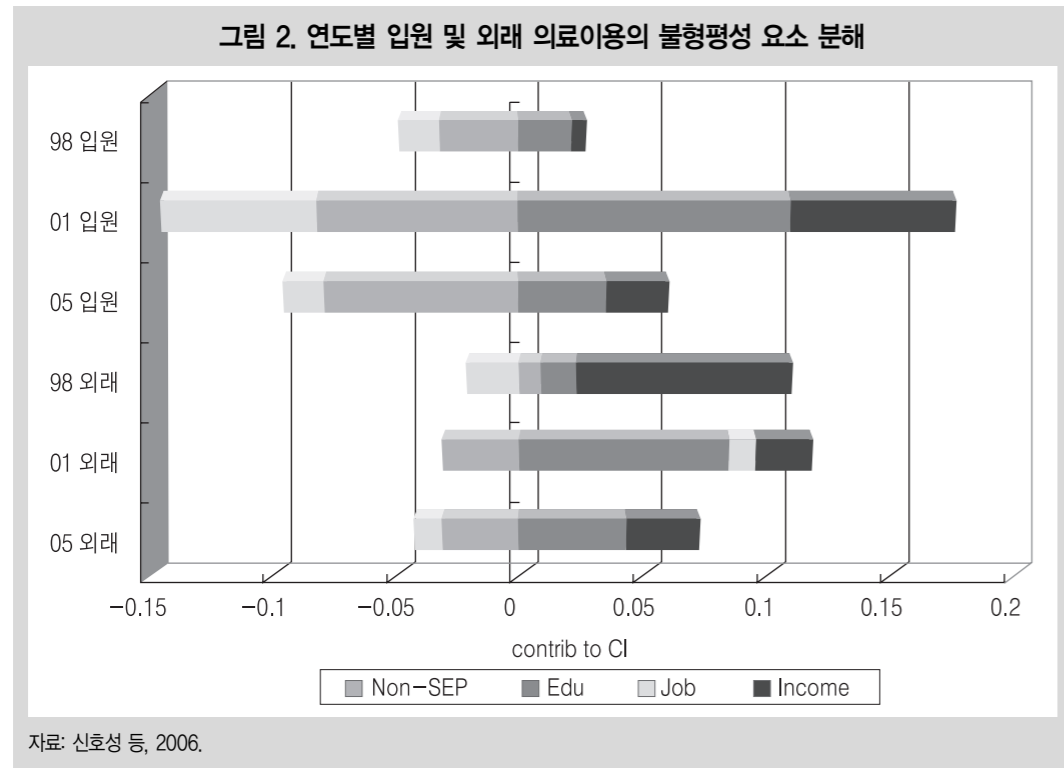
건강불평등 정도를 측정하는 지표는 정부나 지역사회의 노력을 평가하는 잣대로서 사용되고 있다. 따라서 여러 나라에서 지표개발을 진행하고 있는데 시간변화에 따른 지표변화 과정을 추적함으로써 정책 의제의 설정이나 평가,

(1) 일차보건의료 강화

건강불평등과 관련하여 일차의료가 강조되는 것은, 빈곤퇴치나 인종 간 갈등완화와 같은 건강불평등의 근원적 요인은 우선적 관심과 집중이 요구되나 접근방법이 다양하고 폭이 넓어 즉각적인 건강증진으로 기결되기 어려운 측면이 있고, 개인의 의료이용 측면에 노력을 기울이는 것은 인구집단의 건강불평등을 해소/완화하기에 너무 협소하기 때문이다. 질 높은 의료서비스가 개인에게 제공되고 있지만 유병률이 높은 질병이나 취약계층의 건강상태를 개선에 이바지하는 바가 적다. 따라서 건강불평등을 해소/완화하려면 장단기적인 건강결과를 이끌어 낼 수 있는 환경요소 변화에 노력을 기울이는 전략이 필요하다.

뉴질랜드 정부는 2002년 일차보건의료를 강조하는 의료개혁을 실시하였다(Hefford, 2005).

그림 2. 연도별 입원 및 외래 의료이용의 불형평성 요소 분해



새로운 일차보건의료개혁은 일차의료를 담당하는 기관에 대한 자원배분, 운영방침, 일차의료기관 구성요건 등으로 이루어져 있다. 정책적 목표 설정의 타당성에도 불구하고 현실적 제약 점들이 상존하였는데 다음과 같은 것들이 논의되었다. 첫째, 취약계층에 목표가 있었음에도 많은 중간층이 재 할당된 자원을 사용함으로써 인구집단의 건강증진 향상에 분배적 효율성을 약화시키는 요소로 작용하였다. 둘째, 본인부담금의 완화가 저소득층의 서비스 이용 증진을 촉진시킬 만큼으로 강력하지 못했으며 셋째, 일차보건의료기관이 건강불평등을 완화하기 위해 실천했던 사업이 바람직했는지에 대한 의문이 제기되었다. 넷째, 고필요 집단에 대한 건강증진 서비스 기획과 제공에 있어 일차의료기관의 미흡함이 드러났고 다섯째, 일차보건의료기관의 크기가

작고 제한된 자원으로 지역사회 일차의료를 담당하기에는 부족함이 있었다(Hefford et al, 2005).

(2) 공공민간협력: 전략기획과 파트너십을 통한 지역사회 동원전략

‘전략기획과 파트너십을 통한 지역사회 동원 전략’ (Mobilizing for Action through Planning and Partnerships, 이하 동원전략모형)은 보건소 중심의 공공-민간 협력 방식을 지양하고 지역사회가 중심이 되는 공공-민간 협력방식을 제안하였다. 이로서 지역사회 공공보건당국의 역할은 지역 보건의 계획 수립 및 집행자에서 지역사회 건강문제 해결의 일주체로서 지역사회의 자체 건강문제 해결 역량강화를 지원하는 조

연자의 역할로 수정하였다.

미국 지역보건당국의 역할에 대한 1988년 미국 의학연구소의 보고서 ‘공공보건의 미래’ 이후 지역사회건강증진 기획은 지역보건사업에서 전략적 위치를 차지하게 되었다(Lenihan, 2005). 1980년대 지역 의료기관, 의료인 중심의 기획방식이 일정한 성취를 볼 수 없게 되자 민간 중심에서 공공 중심의 방향으로 수정하였는데 지역보건사업 모형으로 개발된 것이 접근모형, 표준모형, 우수성 평가모형 등이다. 그러나 전략적 기획은 1988년 미국 의학연구소 보고서가 재차 공공중심의 사업방식에 의문을 제기하자 이에 대한 대안으로 제기된 것인데 공공보건기관의 전략적 효과성의 문제제기에서 비롯된 것이다. 전략적 효과성이란 새로운 환경 변화에 대한 공공보건당국의 반응(대응)성을 살펴보는 것으로 이후 민간기관에서 오래전부터 사용해 왔던 전략적 기획법이 보건기관 사업방식으로 추천되었다.

동원전략모형은 지역보건당국의 지도력 및 공공보건에 대한 지역사회의 책임감 강조, 지역사회 공공보건체계 능력 평가, 전략 기획, 지역사회 공공보건체계 역량 중심 해결 방안, 실행력 등의 전략적 접근에 그 중점을 두었다. 새로운 공공민간협력 모형으로서 전략적 기획을 강조하는 동원전략모형은 공공보건의료의 주요 전략이 지역사회 보건소 중심에서 지역사회 중심으로 이동 중인 우리나라 공공보건에서 참고할 수 있는 모형일 수 있다.

(3) 건강영향평가

1990년대 중반 이래로 영국을 포함한 여러 국가들은 자국민의 건강수준을 향상시키고 불평등을 완화하는 접근방법의 하나로 건강영향평가를 도입하고 있다. 건강에 영향을 미칠 잠재적 가능성이 있는 정책이나 사안을 결정할 때 가능한 여러 선택 가운데 특정 선택으로 말미암아 초래될 국민의 건강상의 결과를 예견하려 하는 것이다(서미경 외, 2008). 건강영향평가는 참여적인 과정을 통해 취약계층 집단의 자부심을 고양하며 직접 의사결정 과정에 참여함으로써 건강불평등 완화에 이바지한다. 건강영향평가에서 건강불평등을 고려함에 있어 투명하고 책임감이 있는 의사결정이 필요하며 이런 과정을 통해 건강불평등을 일으키는 원인 규명과 건강불평등 예방의 실마리가 마련될 수 있다(Dogulas, 2001). 1998년 영국에서 발행된 Acheson 보고서는 건강영향평가에서 건강불평등 영향이 평가되어야 한다고 주장하면서 취약계층에 대한 선택적인 영향 평가와 독자적인 건강영향 평가의 필요성을 역설하였다(Acheson, 1998). 그러나 최근 영국 Liverpool에서 열린 건강영향평가에 대한 국제회의는 이런 방식의 접근이 건강영향평가의 전반적인 방향과 배치됨을 분명히 하였다. 인구집단의 평균 건강수준을 향상시키는 방법이나 정책개입과 취약계층 중심의 건강증진 개입 사이에 일종의 거래(trade-off)가 있을 수 있는데 건강영향평가는 이 둘 간의 거래에 대해 올바른 평가가 필요하나 취약계층 중심의 건강불평등 건강영향평가만으로는 이 같은 목표를 달성할 수 없다고 하였다

표 2. 뉴질랜드 정부의 일차보건의료개혁의 주 내용

정책항목	이전 정책 내용	새로운 정책 방향
지배구조	특정 지배구조 없음, IPA가 일차보건의료 조직형태의 주류를 이룸.	원주민의 참여가 보장된 비영리형태. 모든 종류의 보건의료인이 조직 의사결정에 영향을 발휘할 수 있는 지배구조 요구
정부지원	특정 연령(18세 이하)이나 소득수준, 고빈도 이용자 등에 제한된 지원	특정 연령, 고 필요도 인구집단이 대다수를 차지하는 일차의료기관에 우선 지원
지불형태	행위별 수가제가 주종, 일부 지역에 인두제 적용. 의사수입의 60% 이상이 본인부담금 형태	고 필요도 지역/인구집단에 대해 저 본인부담금의 인두제 시행, 시간 경과에 따라 저 본인부담금 지출 구조로의 점진적 이행을 목표로 함
의료이용 접근도 개선재원*	특정 서비스 이용에 대한 특별 재원 없음	원주민, 물질결핍지수가 높은 지역에 사는 인구 수에 근거하여 접근도 개선 재원 지원
건강증진재원	일차의료에서 건강증진이 중요(core) 서비스가 아님	건강증진 계획/서비스에 대해 필요도 조정 1인당 건강증진 재원 지급

주: * 간호서비스, 결핍지역에 설치된 간이 의료기관, 질병관리 프로그램, 성건강 서비스, 비의사 지역의료인 운영 의료기관, 학교설치 의료기관 이용에 사용되는 재원을 말함.
자료: Hefford et al, 2005.

(Dogulas, 2001). 또한, 건강영향평가가 수행될 초기에 정책수행 결과로 위해를 당할 고위험집단에 대한 파악이 불가능하기 때문에 대상 집단의 건강불평등을 심화시킬지 또는 완화할지 그 영향 파악이 어렵다고 하였다.

5. 결론 및 정책과제

강신욱(2007)의 연구에 의하면 지난 10년간 소득불평등이 더욱 심화되었으며 양극화 현상이 소득 및 건강에서 뚜렷하게 진행된 것으로 보고하였다. 건강불평등은 회피가능하고 불필요한 원인에 의한 건강상태의 차이를 말한다. 불평등은 3가지 영역에서 파생될 수 있다. 접근성에서의 불형평성, 교육, 수입, 고용, 거주 등 사회적 지리적 경제적 이유로 인한 기회 박탈로 인한 불형평성, 마지막으로 성별, 인종, 장애 등의 결과로 인한 건강상태의 차이 등이다. 이 때까지 불평등 연구의 주된 결론은 고소득층 편향의 건강불평등과 의료이용 불평등이 존재하며 건강불평등은 1998년 이후 심화되어 지고 있고 의료이용 불평등은 고착화되어 있다는 것이다. 건강불평등 해소 정책과 관련하여 외국의 사례를 참고하여 다음과 같은 정책추진을 고려해 볼 수 있다.

1) 포괄적 건강증진 전략

인구학적인 측면과 함께 사회경제적인 요소에서의 불평등 해소가 요구되어진다. 주관적 건강상태의 불평등이 연령·성 등의 인구학적인

측면보다 주로 교육, 소득 등 사회경제적인 요소에 기인하고 있음이 본 연구를 통해 확인되었다. 또한 최근의 건강형평성에 관련된 연구에서(김혜련, 2007) 생애주기별에 따른 건강증진과제의 필요성이 제기된 바 있어 국민의 건강증진을 도모하기 위해서 생애주기별과 사회계층에 따른 맞춤형 건강증진 정책의 추진이 필요하며 국민건강증진종합계획 목표 달성을 위한 적극적인 건강증진 정책 및 건강투자 사업 확충이 요구된다.

2) 건강영향평가 사업의 도입

건강형평성을 줄이기 위한 노력으로서 건강영향평가를 적극적으로 고려할 필요가 있다. 특히 건강관련 정책의 수립이나 집행보다는 타분야 정책이 건강에 미치는 효과나 그 영향의 분포 등에 대해 조명할 필요가 있다. 어린이 양육환경 개선을 위한 사업이나 정책, 정신건강에 도움이 되는 작업환경의 조성, 지역사회 기반 시설의 건설 등 사회적 결정인자의 영역에 우선하여 건강불평등 정도를 측정하여 보건정책 아젠다의 설정이나 평가, 협력관계의 재설정 등을 꾀할 필요가 있다.

3) 통합관리자로서의 일차보건의료의 강화

일차보건의료에 대한 강조는 어느 시기든 있어 왔다. 특히 일차의료가 강조될 필요가 있는 것은 소비자 중심의 의료체계가 필요한 시점이기 때문이다. 질병구조가 만성적인 형태로 바뀌고 인구구조가 노령화됨에 따라 의료서비스의

내용이나 전달방식의 변화가 요구되고 있지만 대부분 분절적인 의료서비스(fragmented health care system)가 제공되고 있다. 의료서비스 제공자 중심의 의료전달 체계가 아니라 의료서비스 이용자 관점에서 의료서비스가 통합 제공될 필요가 있는데 통합의료의 관리자(coordinator)로서 일차의료 공급자의 역할이 증대될 필요가 있는 것이다. 미국, 영국, 독일 등에서는 일차의료 공급자들에게 이런 권한을 부여하는 제도적 장치가 마련되고 있다. 뉴질랜드 사례에서 일차의료개혁을 통해 달성하려는 목표는 취약계층의 일차의료이용 활용증진과 이를 통한 건강결과의 향상 및 자원배분의 효율적 활용에 있었다. 일차의료를 포함한 외래서비스가 중요한 역할을 수행할 것이기 때문인데 일차의료의 강화를 통해 의료서비스간의 통합적인 관리를 강화하고 건강증진 프로그램의 적극적 시행 등을 통해 건강형평성을 높이려는 시도는 우리에게 좋은 시사점이 된다.

4) 공공기관 사업 방식의 전략적 방향 전환

건강 불평등 전략을 추진하는 방식으로서 제안된 동원전략은 공공기관 중심의 전략이 주요한 사업방식이거나 아직 지역사회나 민간의 건강증진, 건강불평등 해소 역량이 미진한 상태에서 좋은 사례가 될 수 있다. 전략적 기획의 강조나 문제해결사로서의 지위에서 지역사회의 변화를 이끌어내는 정책입안이나 조연자로서의

역할변화는 적극적이고 장기적인 관점에서 수용되어야 한다.

5) 건강모니터링의 강화

건강수준 불평등 해소를 위해 포괄적인 건강모니터링이 필요하다. 전반적으로 소득불평등과 건강불평등은 상호 비례관계를 가져 소득 불평등이 심한 지역일수록 건강 불평등도 심각한 것으로 조사되었다. 본 연구가 확인한 주요 연구결과의 하나는 건강불평등과 소득불평등의 관계가 지역별로 심각한 차이를 보이고 있다는 것이다. 따라서 전국단위의 모니터링을 위한 제도적 장치의 마련과 함께 이제는 광역단위, 혹은 지역행정 단위의 모니터링이 요구되어 지고 있음을 보여준다.

6) 사회경제적 여건이 반영된 건강보험 급여 확대 정책

건강보험 급여수준의 확충이 여전히 중요한 정책과제임을 본 연구를 통해 알 수 있었다. 특히 치과분야와 같이 소득과 교육 등 사회경제적 위치가 낮은 집단에서 낮은 의료이용과 함께 집단 내 수평적 의료이용 불평등도 심각하여 가장 열악한 환경에 처해 있음을 알 수 있었다. 고착화된 의료이용 불평등을 해소하기 위해 사회경제적 위치가 낮은 집단에 대한 보다 적극적인 의료접근도 향상 정책이 요구되어진다. 문헌