J Korean Med Assoc 2013 March; 56(3): 184-194
http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2013.56.3.184
pISSN: 1975-8456 eISSN: 2093-5951
http://jkma.org

보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황

조 홍 준* | 울산대학교 의과대학 가정의학과

Equity in health care: current situation in South Korea

Hong-Jun Cho, MD*
Department of Family Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea
***Corresponding author:** Hong-Jun Cho, E-mail: hjcho@amc.seoul.kr
Received December 28, 2012 · Accepted January 15, 2013

Health care has contributed improvement of health, however, it may aggravate health inequity if there is socioeconomic disparities in access to health care service or quality in health care. Health care interventions may cause health inequalities if there is difference in effectiveness among different socioeconomic groups (SEG) because of difference in access, diagnostic accuracy, provider and consumer compliance. In Korea, there are disparities in access to health care between urban and rural population due to geographical maldistribution of medical personnels and facilities. Health care financing was regressive due to reliance on health insurance contribution. Private insurance is more prevalent among higher income group. Health care utilization is more common among lower SEG, however differences nearly disappeared or changed to favor higher SEG when need is considered. This trend is more serious in elderly and for tertiary hospitals. Preventive services including hepatitis B vaccination and cancer screening showed inequality favoring higher SEG, however influenza vaccination among elderly showed opposite and national cancer screening program has reduced the gap. Quality of health care was worse among lower SEG with shorter survival for cancer patients after diagnosis or surgery, patients with myocardial infarction, ischemic and hemorrhagic stroke, hip fracture and burn among lower SEG. Moreover, checkup for diabetes complications and hypertension treatment were less complete among lower SEG. Every health policy should be equity sensitive. Monitoring on health care service equity should be introduced and measures to correct distal and proximal causes of health care inequity should be introduced.

Keywords: Health services; Socioeconomic factors; Korea

서 론

우리나라에서 사회경제적 위치에 따라 건강수준의 불평등이 존재한다는 사실은 여러 연구를 통해 잘 알려져 있다[1]. 건강을 결정하는 요인은 다양하다. 미국의 Healthy People 2020에서는 건강의 결정요인으로 정책결정, 사회적 요인, 개인의 행동, 생물학 및 유전적 요인과 함께 보건의료서비스를 제시하고 있다[2]. 보건의료서비스를 공평하게 제공받아야 한다는 사실이 의미를 가지려면, 먼저 보건의료서비스가 건강수준 향상에 효과가 있어야 한다. 이는 너무 당연하게 보이지만 그리 간단한 질문이 아니다. 영국의 사회의

© Korean Medical Association
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Table 1. Rich to poor subpopulation for community effectiveness (%)

	Modifiers of efficacy						
	Efficacy	Access	Diagnostic accuracy	Provider compliances	Consumer adherence	Community effectiveness	Equity effectiveness ratio
Rich	50	75	95	70	60	15.0	1.4
Poor	50	43	95	60	85	10.4	—

학자 McKeown [3]은 '의학의 역할'에서 19세기 영국에서 사망률의 감소는 생활조건, 특히 영양상태의 향상이 가장 중요한 역할을 했다고 주장하면서 공중보건이나 보건의료의 중요성을 인정하지 않았다. Illich [4]는 한걸음 더 나아가 의사와 병원이 병을 치료하는 것이 아니라 오히려 병을 만든다고 주장하며, 보건의료가 인간에게 해를 줄 수 있다고 주장하였다. 이런 주장은 당시는 물론 현재도 상당한 영향력을 가지고 있다. 하지만 최근 보건의료 기술의 눈부신 발전은 이런 주장의 타당성에 의문을 가지게 한다. 특정 질병으로 인한 사망 감소에 대한 보건의료서비스(예방서비스 포함)의 영향을 분석한 논문에 의하면 1950년 이후 7년에서 7년 반 정도의 평균여명 증가가 있었는데, 이중 절반 정도가 보건의료서비스의 기여 때문이라고 한다[5]. 심혈관질환 사망률 감소 중 약물, 시술, 수술 등의 치료가 25-55% 정도를 기여한다는 주장도 있다[6]. 따라서 사회경제적 계층에 따라 보건의료서비스의 접근성이나 이용, 서비스의 질에 차이가 있다면 이는 건강수준의 불평등에 기여하게 된다.

의학연구소(Institute of Medicine)는 '불평등한 치료(Unequal treatment)'라는 책에서, 미국에서 인종에 따라 보건의료서비스 제공의 격차가 있음을 체계적으로 보고하였다. 인종에 따라 심혈관질환, 암, 당뇨 등 거의 모든 질환에서 보건의료 서비스의 불평등이 존재하는데, 이는 특정 인종에서 특정한 서비스의 과소 이용, 과다 이용, 적절한 진단 및 치료서비스에서의 격차 때문이며, 임상적 요인으로는 설명이 불가능하다고 하였다. 이런 서비스 이용의 불평등이 건강결과의 차이를 유발한다고 보고하였으며, 의료보험 적용 여부가 이런 차이를 매개하는 중요한 요인이라고 하였다[7], 영국의 Acheson 보고서는 건강불평등 해결을 위해 욕구에 따라 효과적인 보건의료서비스를 공평하게 보장하는 것이 기본원리가 되어야 한다고 하였다[8].

보건의료의 형평성은 여러 차원에서 논의할 수 있으나, 이 글에서는 주로 사회경제적 차원의 형평성을 논의하고자 한다.

보건의료가 건강불평등을 일으키는 기전

보건의료는 다양한 기전을 통해 건강불평등을 초래할 수 있다. 동일한 효능(이상적인 상황에서의 효과)을 가진 개입이 사회경제적 위치에 따라 실제 효과가 달라질 수 있다. 개입의 효능이 50%로 동일하다 해도, 접근성, 진단의 정확성, 공급자의 순응도, 환자의 순응도에 따라 실제 효과는 달라진다(Table 1). 동일한 효능을 가진 개입이라도 사회계층에 따라 접근성, 진단 정확성, 공급자 및 환자의 순응도에 차이가 Table 1과 같다면 부자와 가난한자 사이의 형평 효과 비(equity-effectiveness ratio)는 1.4로 부유한 사람에서 효과가 더 크게 나타난다[9]. 한 사회에 새로운 보건의료서비스가 도입되면 부자가 먼저 이를 받아들여 이용한 이후에야 가난한자가 이용하게 된다는 역형평 법칙(inverse equity law)[10], 의료욕구가 더 많은 가난한 지역에 의사와 의료기관이 더 적게 분포한다는 역의료 법칙(inverse care law)[11], 예방서비스도 부자가 먼저 받아들인다는 역예방 법칙(inverse prevention law)[8] 등이 보건의료서비스의 불평등을 유발하게 된다.

보건의료서비스의 불평등이 건강불평등을 일으키는 기전을 당뇨병을 예로 들어 설명하면 Figure 1과 같다[12]. 사회경제적 위치가 먼 매개요인/조절요인(distal mediators/moderates)인 개인, 공급자, 지역사회, 의료체계를 거쳐 가까운 매개요인/조절요인(proximal mediators/moderators)인 건강행동(혈당의 측정, 약제, 식사에 대한 순응도, 운동), 접근도(1차의료의사, 전문가 방문, 대기시간), 과정(당화혈색소 측정, 콜레스테롤 측정, 합병증 검사, 아스피린 사

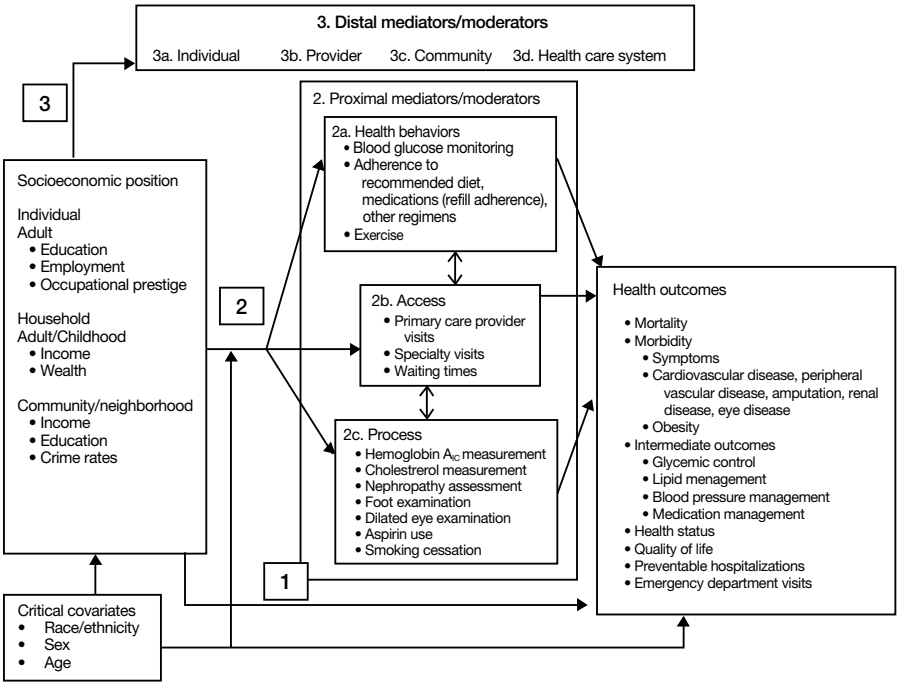

Figure 1. Conceptual framework for the relation between socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus. Numbers and letters refer to pathways mentioned in the text (From Brown AF, et al. Epidemiol Rev 2004;26:63-77, with permission from Oxford University Press) [12].

용, 금연)을 거쳐 건강의 불평등을 초래한다. 이런 설명틀은 당뇨병뿐만 아니라 다른 만성질환은 물론 보건의료서비스 전반에 적용할 수 있을 것이며, Brown 등[12]이 제시한 매개요인/조절요인을 중심으로 보건의료 형평성의 현황을 살펴보고자 한다.

한국에서 보건의료형평성의 현황

1. 의료인과 의료기관에 대한 지리적 접근성

의료기관과 의료인의 지역간 불균등 분포는 보건의료서비스에 대한 지리적 격차를 만들어 의료서비스에 대한 접근성의 격차를 초래할 수 있다. 의료인력의 불균등본포는 1차의료의사가 가장 심하고, 산부인과의사가 뒤를 잇고 있다[13]. 전국 27곳의 시군구에 산부인과가 개설되지 않고 있으나 서울시 강남구에는 50곳의 산부인과가 운영되고 있다고 한다[14]. 도시와 농촌 간 의료인력의 불균등 분포가 심각한데 인구 10만 명당 의사수가 대도시는 188명, 중소도시는 99명인데 비해 농촌은 76명에 불과하고, 특히 방사선종양학과, 피부과, 병리과, 핵의학과, 진단검사의학과 등에서 불균등 분포가 심각하다[14]. 의료기관도 의사인력과 마찬가지로 도시와 농촌 간 불균등 분포가 심각하다. 이로 인해 농촌 거주자는 질병을 앓고 있음에도 병의원 미치료율이 25.9%로 도시지역의 18.7%에 비해 높을 뿐 아니라[15], 의료기관 이용 시 시간이 더 소요되고, 응급환자 발생 시 어려움을 겪는다[16].

2. 보건의료 재원조달의 형평성

우리나라의 의료보장 재원조달은 크게 세금, 건강보험과 본인부담금으로 이루어져 있다. 보건의료 재원조달의 형평성에 관한 아시아 국가 간 비교에 의하면, 우리나라 보건의료 재원조달 중에서 직접세에 의한 부분은 누진적이고, 간접세에 의한 부분은 약간 누진적인데 비해, 가장 큰 부분을 차지하는 건강보험에 의한 부담은 역진적이다. 이로 인해 전체 재원조달은 약한 역진성을 보여주고 있다[17]. 우리나라의 보건의료 재원조달은 조세를 주요 재원으로 하는 아시아 국가에 비해서는 역진성이 강해, 연구대상인 아시아 13개국 중에서 가장 역진성이 강하게 나타났다. 건강보험료의 상한선 설정, 소득이 아닌 표준소득에 대한 보험료 부과, 지역가입자 소득파악의 어려움 등이 이런 역진성을 일으킨 원인일 것이다. 보건의료 재원조달의 형평성을 시계열적으로 본 연구에 의하면 우리나라의 의료비 부담의 형평성 지수(fairness

Table 2. Studies on equity in health care utilization by income in South Korea

Study	Source of data	Analysis measure	Main results
Kwon et al. (2003) [24]	KNHANES (1998)	HIWV	Healthcare utilization is equitable(outpatient) or favors the poor(inpatient). Health care cost favors the rich.
Lee & Hong (2003) [25]	Jeju, Health insurance claims data (2000)	Concentration index	Less health care utilization for the poor.
Moon et al. (2004) [26]	Urban household survey (2000) Social statistical survey (1999)	Le Grand index	Health care utilization favors the rich.
Lee (2005) [27]	Health insurance claims data (2003) KNHANES (2001)	Concentration index Le Grand index	Health insurance utilization favor the elderly poor, but need is larger among the poor, so overall favors the poor.
Lee & Kim (2006) [28]	Health insurance claims data (2003) KNHANES (2001)	Concentration index Le Grand index	Health insurance expenditure and co-payments favor the rich.
Shin & Kim (2007) [29]	KNAHANES (1998, 2001, 2005)	HIWV	Health care utilization (outpatient and inpatients) favors the rich.
Kim et al. (2008) [22]	KHANES (2005)	HIWV	No inequity regarding health care utilization but favors the rich on expenditure. Inequity is prominent among elderly.
Lee (2010) [30]	KHANES (2007)	Le Grand index	Health care utilization favors the rich when need is considered.
Kim (2011) [23]	KHANES (2009)	Le Grand index	Health care utilization favors the rich among elderly when need is considered.

From Kim JG. Korean Soc Secur Stud 2011;27:91-122 [23].
HIWV, Horizontal inequity index; KHANES, Korea Health and Nutrition Examination Survey.

in financial contribution index, 조세와 건강보험료를 제외한 본인부담금을 가계 지불능력으로 나눈 값으로 산출하며 계층 간 공동부담을 원칙으로 하고 가계 재정부담의 형평성을 반영)는 2006년 이후 지속적으로 악화되고 있다. 즉, 우리나라 보건의료 재원조달 체계가 점점 불공평해지고 있음을 보여주는 것인데, 이는 본인부담금의 역진성이 심화되고 있기 때문이다[18]. 낮은 건강보험 보장률로 인해 민간건강보험 가입이 매우 빈번하게 이루어지고 있다. 한국의료패널 자료 분석에 따르면 2009년 민간건강보험 가입률은 78%에 달했다[19]. 민간보험 가입률은 소득수준에 따라 큰 격차를 보여주었는데, 2009년에 연 소득 1천만 원 미만 가구의 가입률은 38%인데 비해 5천만 원 이상 가구의 가입률은 거의 100%에 달했다. 암 환자의 민간보험 가입률도 차이가 있었는데, 월 소득 200만 원 미만인 군에 비해 200만 원 이상인 군에서 가입률이 43% 더 높았다[20].

3. 보건의료서비스 이용의 형평성

대부분의 연구에서 전반적인 보건의료서비스 이용은 고소득층보다 저소득층에서 더 많다. 그러나 의료욕구를 보정하면 소득수준과 의료이용 간 격차가 없어지거나[21], 고소득층에게 유리한 불평등이 나타나고 이런 불평등은 노인에서 더 심하게 나타난다[22] (Table 2). 특히 종합전문요양기관 입원경험에서는 저학력과 저소득계층에게 불리한 불평등이 잘 나타난다[31,32]. 예를 들어 월 소득 300만 원 이상을 기준으로 할 때 월 소득 100만 원 미만의 종합전문요양기관 입원 경험은 35% 낮게 나타났다. 전체 의료비 지출은 대부분의 연구에서 고소득층에 유리한 불평등이 나타난다[33].

암환자의 사망 1년 동안의 의료이용을 분석한 연구에 의하면 학력이 높을수록 보험진료비가 많았다. 국졸을 기준으로 했을 때, 초졸은 약 100만 원, 대졸은 약 320만 원 정도 진료비가 높아 초졸의 약 2배 정도의 진료비를 지출했다[34]. 또한 교육수준이 낮을수록 소위 4대 병원과 서울소재 3차병원 입원율이 현저하게 낮게 나타났다. 이는 암 환자의 사망

1년 이내에도 의료이용의 양적, 질적 측면에 심각한 불평등이 있음을 보여준다. 소득수준과 암환자의 의료이용에 관한 다른 연구에서는 소득수준이 낮을수록 소위 4대 대형병원 입원률이 낮게 나타났다[32]. 제주도민을 대상으로 암환자의 의료이용에 관한 연구에 의하면 제주도 안에서의 의료이용과 의료비 지출에 있어 저소득층에 유리한 불평등이 나타났으나, 제주도 밖의 의료이용과 의료비 지출에서는 고소득층에 유리한 불평등이 나타났다[35]. 이는 저소득 제주도민의 경우 제주도 밖의 대형병원 이용에 어려움을 느끼기 때문으로 생각된다.

이런 불평등이 나타나는 이유는 우리나라가 건강보험과 의료급여를 통해 전국민에게 의료보장을 제공하고 있지만 높은 본인부담금과 광범위한 비급여서비스로 인해 경제적 접근성이 저해되고 있기 때문이다. 건강보험 보장률은 2010년에 62.7%에 불과하고[36], 2010년 국민의료비 지출 중 공공부문에 의한 비율은 58.2%로 경제개발협력기구 평균 72.2%에 비해 크게 낮았다[16]. 전 인구의 3% 정도의 최빈곤층을 대상으로 하는 의료급여의 경우에도 일부 진단장비와 입원에 일부 비용을 부담하고 있다. 따라서 경제적인 이유로 인한 의료미충족이 존재하고 소득이 낮을수록 경제적 부담으로 인한 미치료 경험이 더 많다. 예를 들어 노년층에서 소득 5분위(높은 소득)에서 경제적 이유로 보건의료서비스를 이용하지 못한 사람은 3.2%인데 비해, 1분위(낮은 소득)에서는 22.3%에 달했다[22]. 과부담 의료비는 가처분 소득의 40% 이상을 의료비에 지출하는 경우를 말하는데 전체 가구의 7.3%, 빈곤가구의 25.6%에서 과부담 의료비를 지출한다[37]. 이로 인해 필요한 의료이용이 억제될 뿐만 아니라 가계를 빈곤에 빠지고 해서, 질병과 빈곤의 악순환을 겪게 한다.

4. 예방서비스 이용의 형평성

전국암검진조사 자료를 이용한 B형간염 접종률 분석에 따르면 완전접종률은 학력이 높을수록, 소득이 높을수록, 높은 직업계층에서 높았다. 대졸 이상을 기준으로 했을 때 고졸 이하의 B형간염 완전접종률은 54% 낮았다[38]. 간염정보의 필요성에 대한 정보부족, 접종비용의 자기 부담 등이 원인이 되었을 것이다.

노인에서의 인플루엔자 접종은 다른 양상을 보여주었다. 호남지역에 이루어진 지역건강조사 자료를 이용한 분석에 의하면, 가구 소득 100만 원 미만 군에서 100만 원 이상인 군에 비해 인플루엔자 접종률이 21% 높았다. 인플루엔자 접종률이, 중학교 졸업 이상인 군에 비해 초등학교 졸업 이하인 군에서 27%, 무학에서 41% 높았다. 농촌지역 거주자도 도시지역 거주자에 비해 접종률이 16% 높았다. 이는 보건소가 인플루엔자 무료접종을 실시하고 취약계층을 목표로 사업이 이루어졌기 때문으로 생각되며, 취약한 사회계층에 불리한 불평등이 자연 현상이 아니며 정책적 노력으로 해결될 수 있음을 시사한다[39].

건강검진, 특히 암검진 수검률의 사회경제적 불평등에 관한 연구가 국민건강영양조사와 전국암검진조사 자료를 이용해서 여럿 이루어졌다. 위암, 유방암, 자궁경부암, 대장암 검진 등 대부분의 암 검진에서 낮은 사회계층에 불리한 방향으로 불평등이 존재하였다. 노인에서는 1995년과 2001년 사이에 자궁경부암 검진의 상대불평등지수가 0.72에서 2.45로 증가하여 암검진율의 불평등이 심해진다는 보고도 있었다[40]. 위암검진을 대상으로 건강보험 암검진과 개인이 시행하는 암검진의 사회경제적 불평등 경향에 관한 연구에서, 건강보험 암검진의 사회경제적 불평등은 줄어드는데 비해, 개인이 시행하는 암검진의 격차는 변화가 없었다. 이는 국가가 시행하는 암검진 정책이 검진의 사회경제적 불평등을 줄일 수 있음을 보여주는 것이다[41]. 하지만 개인이 시행하는 암검진에서의 사회경제적 격차가 아직 존재하고, 국가 암검진과 개인이 시행하는 암검진 사이에 검진내용과 질의 차이가 있다면 이는 검진의 질적 격차를 나타낼 수도 있다[42]. 장애인의 건강보험 검진 수검률이 낮다는 보고도 있다. 장애가 없는 집단에 비해 장애가 있는 집단의 검진 수검률이 13% 낮았다. 장애인에서 만성질환 유병률이 더 높았음에도 장애가 심할수록 검진 수검률은 더 낮은 경향을 보여주었다[43]. 이는 장애인과 비장인간 건강불평등 악화를 초래하는 원인이 될 수 있을 것이다. 이상에서 우리나라에서는 예방서비스에 있어 역예방 법칙[8]이 광범위하게 존재하는 것을 알 수 있었으나, 정부의 정책적 노력으로 이를 극복할 수 있는 가능성도 보여주었다.

5. 피할 수 있는 사망의 사회경제적 격차

의료서비스의 건강에 대한 영향을 측정하는 방법의 하나로 '피할 수 있는 사망(avoidable death)'이라는 개념을 사용한다. 우리나라 공무원 사립학교 교직원 의료보험 가입자를 대상으로 한 연구에 의하면 피할 수 있는 사망은 남자 사망의 18.6%, 여자 사망의 35.5%에 해당한다. 가장 낮은 소득 4분위의 피할 수 있는 질환으로 인한 사망률은 가장 높은 소득 4분위 보다 높아, 남자는 3.57배, 여자는 1.63배에 달한다. 이는 상위 소득 4분위와 하위 소득 4분위 간 전체 사망에서의 격차 2.95배와 1.47배에 비해 높았다. 이는 보건의료서비스의 사회경제적 격차가 더 크다는 것을 시사하는 소견이다[44].

6. 입원환자의 생존율과 사망률 불평등

암진단을 받은 후 생존율은 보건의료서비스에 대한 접근성과 서비스의 질에 영향을 받는다. 암진단 후 생존율은 소득수준이 낮을수록 짧았는데, 생존율의 격차는 폐암과 같이 치명률이 높은 암에서는 거의 없었으나, 대장암과 같이 치명률이 낮은 암에서 크게 나타났다. 높은 소득 3분위에 비해 낮은 소득 3분위에서 사망위험은 폐암 1.46배, 간암은 1.57배, 위암은 1.67배, 대장암은 2.37배이었다. 덜 치명적인 암의 경우 영양, 주거 등의 사회적 요인 이외에 의료서비스에 대한 접근성과 질이 영향을 미쳤다[45]. 병원의 질적 수준에 따라 암 수술 후 사망률에 차이가 있었고, 질 좋은 병원 이용에 대한 사회경제적 격차가 있었다. 수술 건수가 적은 병원(low volume hospital)의 30일 수술 사망률이 수술 건수가 많은 병원(high volume hospital)에 비해 높았다. 수술 건수가 많은 병원을 기준으로 할 때 수술 건수가 적은 병원에서 사망률의 비는 위절제술 1.70, 식도절제술 2.56, 대장절제술 2.72, 방광절제술 2.90, 폐절제술 3.48이었다. 소득수준이 낮은 집단에서 소득수준이 높은 집단에 비해 의료서비스의 질이 좋은 수술 건수가 많은 병원을 이용하는 확률이 낮았는데, 저소득층은 고소득층에 비해 식도절제술은 58%, 췌장절제술은 77%, 위절제술은 56%, 유방절제술은 53%, 방광절제술은 46% 수준이었다[46]. 유방암 진단을 받은 환자를 5년 추적한 연구에서, 소득수준이 낮을수록 사망률이 높았는데, 의료급여 환자의 사망률은 높은 소득 3분위 건강보험 환자에 비해 1.5배 높았다[47].

심근경색, 허혈 뇌졸중, 출혈 뇌졸중으로 입원한 환자의 사망률은 하위 소득 4분위를 기준으로 할 때, 상위 소득 4분위에서 각각 37%, 52%, 39% 낮았다. 치명률이 낮은 허혈 뇌졸중에서의 사망률 격차가 출혈 뇌졸중 보다 높게 나타나는 것은 접근도, 서비스의 질 등이 관련되어 있음을 시사한다[48]. 골다공증으로 골절을 당한 환자의 사망률이 의료급여 환자에서 건강보험 환자에 비해 30% 높다는 보고도 있다[49]. 화상 손상 후 사망률의 사회경제적 격차에 관한 연구에 의하면, 건강보험 중 직장의보 및 지역의보 상위 소득 5분위의 화상 후 1년 이내 사망률은 의료급여 환자에 비해 각각 48%, 60% 높았다[50]. 후 사망률의 사회경제적 불평등에 사회경제적 요인, 질병의 위중도 등 다양한 요인이 영향을 미치는 것은 사실이지만, 이런 요인을 보정한 후에도 이런 격차가 나타나는 것은 서비스의 질이 차이가 어느 정도 영향을 주었을 것이다.

7. 보건의료서비스 질의 형평성

보건의료서비스 중에서 결과와 연관이 될 가능성이 있는 과정에서의 불평등을 살펴보는 것은 불평등의 기전을 이해하는데 도움을 줄 수 있다. 의료보장 형태에 따른 급성충수염의 천공률은 의료급여 환자에서 건강보험 환자에 비해 41% 더 높았다. 소득수준이 낮은 의료급여 환자에게 부과되는 본인부담이 의료기관 이용을 늦추어 천공률이 높아졌을 가능성이 있다[51]. 사회경제적 위치에 따라 고혈압 환자의 치료에 차이가 있었다. 중년남자에서 교육수준이 낮을수록 고혈압 치료율이 낮아졌는데, 고졸 이상을 기준으로 했을 때, 국졸 이하에서 고혈압 치료를 제대로 받지 않는 경우가 약 3배 많았다. 여자에서는 육체노동자에서 고혈압이 조절되지 않은 비율이 기타 직업군에 비해 50% 높았다[52]. 당뇨환자에서 당뇨진료의 질은 전반적으로 낮았는데, 당뇨교육은 대상자의 25%, 안저진찰은 40%, 미세단백뇨 검사는 51%에서만 시행하였다. 교육수준이 낮은 집단에서는 시행률이 더 낮았는데, 무학에서는 대졸자에 비해 당뇨교육은 23%, 안저검사는 40%, 미세단백뇨는 52% 수준에서만 시행

하였다[53]. 장애인에서 고혈압 약제의 순응도는 소득수준에 따라 차이가 있었다. 장애를 가진 고혈압환자에서 소득의 대리지표인 보험료가 3만원 미만인 군에 비해, 3만원에서 7만원, 7만 원 이상인 군에서 약제의 80% 이상을 복용할 확률은 각각 6%, 12% 높았다[54].

8. 보건의료서비스 이용격차의 변화

의료서비스 이용의 사회경제적 격차가 단시간 내에 변화한 경우도 있다. 우리나라 제왕절개율에 관한 연구에 의하면 1988년에는 고학력, 고소득, 높은 직업계층에서 제왕절개율이 더 높아, 중졸 이하에 비해 대졸 이상의 제왕절개율은 2.16배에 달했다. 그러나 12년이 지난 2000년에는 이런 경향이 없어지거나 역전되어 저학력, 낮은 직업계층에서 제왕절개율이 더 높게 나타났다[55]. 이는 의료정보에 대한 사회계층간 차이가 의료서비스의 사회경제적 격차를 급격하게 변화시킬 수 있음을 보여주는 예라 할 수 있다.

보건의료형평성 개선을 위한 정책 과제

우리나라에서는 보건의료 재원조달, 서비스 이용, 서비스의 질 등 전반적인 영역에서 사회경제적 불평등이 나타나고 있다. 보건의료 재원조달이 역진적이고 형평성이 악화된다는 증거가 있다. 도시와 농촌 간 의료자원의 격차는 개선되지 않고 있고, 미충족 의료가 많고 분만이나 응급진료 등 필수적인 의료서비스 이용의 장애가 존재하고 있다. 건강보험의 보장성이 낮고, 의료급여 대상자도 의료이용 시 본인부담금을 부담하여 의료이용의 경제적 장벽이 되고 있다. 전국민이 의료보장의 적용을 받고 있지만 제공되는 의료서비스의 질은 균질하지 않다. 사회경제적 취약계층은 고혈압, 당뇨 등 만성질환에 대한 1차의료서비스부터 암수술 등 전문적 의료서비스까지 차별을 겪고 있다. 예방접종과 건강검진 등 예방서비스에도 차별이 나타나고 있다. 이런 차별은 사회계층간 피할 수 있는 사망의 불평등을 초래하고 있다.

건강불평등의 해결이 보건의료의 격차 해소만으로 해결되는 것은 아니지만, 건강불평등 문제의 상당 부분은 보건의료의 불평등에 기인한다. 그리고 보건의료기술의 급속한 발달로 건강불평등에서 보건의료의 역할이 점점 중요해지고 있다. 그러나 보건의료형평성의 달성은 보다 근본적인 원인의 해결이 필요한 경우가 많다. 예를 들어 보건의료 재원조달은 전반적인 조세의 역진성 문제, 재원조달에서 조세와 건강보험의 분담 문제 등이 해결되어야 하며 이는 보건의료부문의 범위를 넘어선다. 의료체계도 보건의료불평등의 원인이 된다. 우리나라와 같이 1차의료가 취약하고 대형병원과 중소병원, 병원과 의원이 서로 경쟁하는 의료체계는 보건의료서비스의 불평등을 악화시키는 요인이 된다. 한 국가의 1차의료가 강하면 전반적인 건강수준이 좋아지고 건강불평등이 줄어든다[56]. 그러나 1차의료가 의료체계의 핵심이 되는 의료체계로의 개편은 보건의료부문이 아닌 정부 전체의 핵심과제로 추진되어야 할 엄청난 과제이다. 이런 과제는 결국 정치체제의 변화 없이는 불가능 할 수도 있다. 그러나 이런 근본적인 원인의 해결을 위한 준비와 노력이 필요하지만, 가까운 원인의 해결을 위한 노력도 함께 이루어져야 한다.

가장 먼저 이루어져야 할 일은 보건의료형평성을 주요 정책목표의 하나로 삼아 보건의료서비스에 영향을 미칠 수 있는 정책의 수립, 시행, 평가 과정에 형평성 잣대를 들이대는 것이다. 정부가 마련한 제3차 건강증진종합계획(2011-2020)에는 총괄목표에 건강수명 연장과 함께 건강형평성 제고를 포함하고 있다. 그러나 주요 보건의료 지표에서는 구체적인 건강형평성 목표가 없고, 이를 달성하기 위한 실행계획도 전혀 제시되지 않고 있다[57]. 새로운 의료개입은, 특별한 정책적 개입이 없다면, 대부분 사회경제적으로 부유한 계층에게 먼저 향유되고 상당한 시간이 지난 후에야 낮은 사회계층으로 확산된다. 이는 역형평 법칙, 역예방 법칙, 역진료 법칙 등의 형태로 광범위하게 나타나고, 전체 인구집단의 건강수준을 개선하는 정책이 사회계층간 건강 격차를 심화시키는 역설을 초래한다[8,10,11]. 그러나 이런 현상은 반드시 일어나는 자연현상이 아니고, 정책 수립 단계, 집행, 평가의 전 단계에 형평성 잣대를 들이대면 해결할 수 있다. 노인에서 인플루엔자 예방 접종률이 취약계층에서 더 높은 사례, 민간 암검진의 격차는 심화되었는데, 국가암검진사업이 암검진의 격차를 감소시킨 사례 등은 보건의료서비스 불평

등 감소가 우리나라에서도 결코 불가능하지 않다는 것을 보여준다.

두 번째 과제는, 보건의료의 불평등을, 일상적으로 생산되는 자료를 이용해서 지속적으로 모니터링 하는 것이다. 보건의료불평등에 대한 우리나라의 연구는 전반적인 의료이용이나 재원조달의 형평성을 제외하면 초보적이며, 포괄하는 범위도 좁다. 건강불평등 해결의 첫 단계는 불평등을 측정하는 것이다. 사망률이나 유병률의 사회경제적 불평등에 관한 연구는 상당히 이루어졌다. 그러나 보건의료서비스의 형평성에 관한 연구는, 의료이용과 보건의료재원의 형평성에 관한 연구를 제외하면 많은 편이 아니다. 의료서비스 이용, 의료서비스의 질에서의 불평등에 관한 조사를 일상적으로 생산되는 자료를 이용해서 체계적으로 해야 한다. 정부는 미국의 National healthcare disparity report와 같이 진료의 효과, 환자 안전, 시의 적절성, 효율성, 접근성, 진료하부구조 등에서 사회계층간 불평등의 정도를 지속적으로 모니터링해서 보고하는 체계를 갖출 필요가 있다[58].

세 번째 과제는, 보건의료서비스의 평가 시 사회경제적 취약계층에서의 실제 효과를 내는 정책을 개발해야 한다. 동일한 효능을 가진 보건의료 개입이 접근성, 공급자 및 수요자의 순응도에 따라 실제 효과는 사회계층에 따라 큰 차이를 나타낼 수 있다[9]. 대부분의 보건의료서비스의 효과는 이상적인 상황에서 만들어진 것으로 현실에 적용할 때는 의도된 효과가 나타나지 않을 수도 있다. 더구나 사회경제적 취약 계층에서 보건의료서비스의 실제 효과에 관한 연구도 거의 이루어진 바가 없다. 따라서 보건의료서비스가 사회경제적 취약계층에 과연 효과가 있는지, 효과를 높이려면 어떤 노력이 필요한지에 관한 근거를 만들기 위한 노력이 필요하다.

보건의료형평성 개선을 위해 시급하게 해결해야 할 과제도 있다. 보건의료서비스의 지리적 접근성 격차 해소를 위한 공공의료기관의 확충, 1차의료 서비스에서 만성질환의 관리의 질을 개선하기 위한 1차의료 조직 개편, 병원서비스의 전반적인 질 향상, 사회경제적 취약계층에 대한 보건의료서비스 제공을 확대하기 위한 인센티브 제공 등의 광범위한 제도적 개편이 필요하다. 1차의료 인력의 강화와 진료지침 도입이 당뇨환자의 혈당 관리를 개선하고 혈당관리의 격차를 줄였다는 사례가 있다[59] 건강보험 보장성의 전반적인 확대도 중요하다. 미국에서 65세 이상 노인에 대한 메디케어 서비스는 심혈관질환과 당뇨병 관리의 인종간 교육수준간 격차를 줄이는데 기여를 했다[60].

마지막으로 보건의료형평성에 관한 연구를 체계적으로 지원할 필요가 있다. 현재까지 연구를 검토하여 중요하지만 누락된 부분의 연구를 우선 지원할 필요가 있다. 현재까지 전혀 연구가 되지 않고 있는 영역은 의료인과 환자가 만나는 진료실에서 일어나는 무의식적인 불평등이다. 환자의 진료과정에서 무의식적으로 사회경제적으로 높은 계층과 백인을 선호하는 경향이 있다는 연구가 있다[61]. 이런 무의식적인 과정은 환자 진료의 질에 영향을 줄 뿐만 아니라 그 자체도 비윤리적이다.

결 론

수명연장과 건강불평등의 해소는 보건의료 정책의 중요한 두 가지 목표이다. 그리고 보건의료의 불평등은 건강불평등의 중요한 원인이기도 하지만, 그 자체로도 중요하다. 보건의료 불평등의 해결은 문제를 인식하고 이를 측정하는 데서 시작된다. 보건의료는 의료인이 일상적으로 제공하고 있으며, 의료기술의 발전과 더불어 그 중요성이 더해가고 있으므로 이를 해결하기 위한 의료인의 노력이 더 한층 필요하다.

핵심용어: 보건의료 서비스; 사회경제적 요인; 한국

REFERENCES

1. The Korean Society for Equity in Health. Methods in health inequalities measurement. Seoul: Hanul Academy; 2008. 376 p.
2. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy people 2020 [Internet]. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion [cited 2012 Dec 21]. Available from: http://www.healthypeople.gov/2020/about/default.aspx.
3. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? Princeton: Princeton University Press; 1979.
4. Illich I. Limits to medicine. London: Marion Boyars; 1976.

5. Bunker JP. Medicine matters after all. J R Coll Physicians Lond 1995;29:105-112.
6. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. Lancet 1999;353:1547-1557.
7. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR; Institute of Medicine (US), Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Unequal treatment: confronting racial an ethnic disparities in health care. Washington, DC: National Academy Press; 2003.
8. Acheson D; Great Britain Her Majesty's Stationery Office. Independent inquiry into inequalities in health: report. London: Stationery Office; 1998.
9. Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ 2006;332:358-361.
10. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. Lancet 2000;356:1093-1098.
11. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;1:405-412.
12. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, Karter AJ, Safford M, Waitzfelder B, Prata PA, Beckles GL. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. Epidemiol Rev 2004;26:63-77.
13. Oh YH, Shin HS, Lee SY, Kim JH. Adequacy and policy agenda of regional distribution of health care personnels in Korea. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2007. 310 p.
14. Yoo SH. Pregnant women in rural area go to cities to deliver babies.The Hankyoreh. 2012 Mar 12.
15. Lee YJ. The problem and improvement options of doctor manpower distribution by region. Busan: Busan Human Resources Development Institute; 2006.
16. Ministry of Health and Social Welfare. Summary of OECD health data 2012. Stockholm: Ministry of Health and Social Welfare; 2012.
17. Kim DJ. Current situation and implication on health care and emergency care utilization among rural area in Korea. Health Soc Secur Issue Focus 2012;(159):1-8.
18. O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, Harbianto D, Garg CC, Hanvoravongchai P, Herrin AN, Huq MN, Ibragimova S, Karan A, Kwon SM, Leung GM, Lu JF, Ohkusa Y, Pande BR, Racelis R, Tin K, Tisayaticom K, Trisnantoro L, Wan Q, Yang BM, Zhao Y. Who pays for health care in Asia? J Health Econ 2008;27:460-475.
19. Choi JK. Equity in the health care financing and payment. Korean J Health Econ Policy 2012;18:49-66.
20. Chung YH. Current situation in private insurance coverage using Korea panel data. Health Soc Secur Issue Focus 2011;(70):1-8.
21. Lim JH, Kim SG, Lee EM, Bae SY, Park JH, Choi KS, Hahm MI, Park EC. The determinants of purchasing private health insurance in Korean cancer patients. J Prev Med Public Health 2007;40:150-154.
22. Kim TI, Choi YY, Lee KH. Analysis on the differences in medical service usage in terms of income levels. Korean Soc Secur Stud 2008;24:53-75.
23. Kim JG. Equity in the delivery of health care in Korea: focused on analysis by age groups. Korean Soc Secur Stud 2011;27:91-122.
24. Kwon SM, Yang BM, Lee TJ, Oh JW, Lee SH. Equity in health care utilization in Korea. Korean Health Econ Rev 2003;9:13-23.
25. Lee SY, Hong SC. Equity in health care utilization by income class of Jeju residents who are beneficiaries of National Health Insurance Program for employees in South Korea. Health Soc Sci 2003;14:147-168.
26. Moon SH. Equity in the finance and delivery of health care. Korean Soc Secur Stud 2004;20:59-81.
27. Lee YJ. A equity in utilization of National Health Insurance by an old person's income class. J Welf Aged 2005;30:7-27.
28. Lee YJ, Kim SY. A equity in the co-payment and utilization of National Health Insurance by income class. Soc Welf Policy 2006;24:173-199.
29. Shin HS, Kim DJ. Equity in health status and health care utilization. In: Korea Centers for Disease Control and Prevention. In-depth analyses of the third National Health and Nutrition Examination Survey: the health interview and health attitude survey part. Cheongwon: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2007. p. 409-439.
30. Lee YJ. A equity in health care utilization by health status. Korea Soc Policy Rev 2010;17:267-290.
31. Kim HR, Khang YH, Park EJ, Choi JS, Lee YH, Kim YS. Socioeconomic, behavioral, nutritional, and biological determinants of morbidity, mortality, and medical utilization in South Korea: analysis of Korea National Health and Nutrition Examination Survey (K-NHANES) linked data. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006.
32. Yoon TH, Lee SY, Kim CW, Kim SY, Jeong BG, Park HK. Inequalities in medical care utilization by South Korean cancer patients according to income: a retrospective cohort study. Int J Health Serv 2011;41:51-66.

33. Kim DJ, Kim JE, Park EJ, Shin HS. Study on horizontal inequity in health care utilization in Korea. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2011.
34. Choo SY, Lee SY, Kim CW, Kim SY, Yoon TH, Shin HR, Moon OR. Educational differences in health care utilization in the last year of life among South Korean cancer patients. J Prev Med Public Health 2007;40:36-44.
35. Kim CW, Lee SY, Hong SC. Equity in utilization of cancer inpatient services by income classes. Health Policy 2005;72:187-200.
36. National Health Insurance Service. Survey on insurance copayment [Internet]. Seoul: National Health Insurance Service; 2012 [cited 2013 Feb 26]. Available from: http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=2763&bbs=INDX_001.
37. Song EC, Shin YJ. The effect of catastrophic health expenditure on the transition to poverty and the persistence of poverty in South Korea. J Prev Med Public Health 2010;43:423-435.
38. Park B, Choi KS, Lee HY, Jun JK, Park EC. Socioeconomic inequalities in completion of hepatitis B vaccine series among Korean women: results from a nationwide interview survey. Vaccine 2012;30:5844-5848.
39. Ryu SY, Kim SH, Park HS, Park J. Influenza vaccination among adults 65 years or older: a 2009-2010 community health survey in the Honam region of Korea. Int J Environ Res Public Health 2011;8:4197-4206.
40. Jang SN, Cho SI, Hwang SS, Jung-Choi K, Im SY, Lee JA, Kim MK. Trend of socioeconomic inequality in participation in cervical cancer screening among Korean women. J Prev Med Public Health 2007;40:505-511.
41. Lee K, Lim HT, Hwang SS, Chae DW, Park SM. Socioeconomic disparities in behavioural risk factors for cancer and use of cancer screening services in Korean adults aged 30 years and older: the Third Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2005 (KNHANES III). Public Health 2010;124:698-704.
42. Kang S, You CH, Kwon YD. The determinants of the use of opportunistic screening programs in Korea. J Prev Med Public Health 2009;42:177-182.
43. Park JH, Lee JS, Lee JY, Gwack J, Park JH, Kim YI, Kim Y. Disparities between persons with and without disabilities in their participation rates in mass screening. Eur J Public Health 2009;19:85-90.
44. Jung-Choi K, Khang YH, Cho HJ. Socioeconomic differentials in cause-specific mortality among 1.4 million South Korean public servants and their dependents. J Epidemiol Community Health 2011;65:632-638.
45. Yim J, Hwang SS, Yoo KY, Kim CY. Contribution of income-related inequality and healthcare utilisation to survival in cancers of the lung, liver, stomach and colon. J Epidemiol Community Health 2012;66:37-40.
46. Kim SY, Park JH, Kim SG, Woo HK, Park JH, Kim Y, Park EC. Disparities in utilization of high-volume hospitals for cancer surgery: results of a Korean population-based study. Ann Surg Oncol 2010;17:2806-2815.
47. Park MJ, Chung W, Lee S, Park JH, Chang HS. Association between socioeconomic status and all-cause mortality after breast cancer surgery: nationwide retrospective cohort study. J Prev Med Public Health 2010;43:330-340.
48. Song YM, Ferrer RL, Cho SI, Sung J, Ebrahim S, Davey Smith G. Socioeconomic status and cardiovascular disease among men: the Korean national health service prospective cohort study. Am J Public Health 2006;96:152-159.
49. Kang HY, Yang KH, Kim YN, Moon SH, Choi WJ, Kang DR, Park SE. Incidence and mortality of hip fracture among the elderly population in South Korea: a population-based study using the national health insurance claims data. BMC Public Health 2010;10:230.
50. Park JO, Shin SD, Kim J, Song KJ, Peck MD. Association between socioeconomic status and burn injury severity. Burns 2009;35:482-490.
51. Na BJ, Hong JY, Kim KY, Lee MS, Nam HS, Im JS, Rhee JA. The relation between type of insurance and acute appendicitis rupture rate. J Prev Med Public Health 2004;37:267-273.
52. Cha SH, Park HS, Cho HJ. Socioeconomic disparities in prevalence, treatment, and control of hypertension in middle-aged Koreans. J Epidemiol 2012;22:425-432.
53. Do YK, Eggleston KN. Educational disparities in quality of diabetes care in a universal health insurance system: evidence from the 2005 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Int J Qual Health Care 2011;23:397-404.
54. Park JH, Shin Y, Lee SY, Park JH. Antihypertensive drug medication adherence of people with disabilities and its affecting factors in Korea. J Prev Med Public Health 2007;40:249-258.
55. Lee SI, Khang YH, Yun S, Jo MW. Rising rates, changing relationships: caesarean section and its correlates in South Korea, 1988-2000. BJOG 2005;112:810-819.
56. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. Health Serv Res 2002;37:529-550.
57. Ministry of Health and Social Welfare. Third health plan (2011-2020). Seoul: Ministry of Health and Social Welfare; 2011.
58. Agency for Health Care Research and Quality. National healthcare disparities report [Internet]. Rockville: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Research and Quality; 2011 [cited 2012 Dec 21]. Available from: http://www.ahrq.gov/qual/nhdr11/nhdr11.pdf.

59. Farzadfar F, Murray CJ, Gakidou E, Bossert T, Namdaritabar H, Alikhani S, Moradi G, Delavari A, Jamshidi H, Ezzati M. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. Lancet 2012;379: 47-54.
60. McWilliams JM, Meara E, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Differences in control of cardiovascular disease and diabetes by race, ethnicity, and education: U.S. trends from 1999 to 2006 and effects of medicare coverage. Ann Intern Med 2009;150: 505-515.
61. Haider AH, Sexton J, Sriram N, Cooper LA, Efron DT, Swoboda S, Villegas CV, Haut ER, Bonds M, Pronovost PJ, Lipsett PA, Freischlag JA, Cornwell EE 3rd. Association of unconscious race and social class bias with vignette-based clinical assessments by medical students. JAMA 2011;306:942-951.

Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 보건의료가 건강불평등을 일으키는 기전에 대한 기본 설명을 바탕으로 한국보건의료의 사회경제적 차원에서의 형평성 현황과 개선을 위한 제안을 기술한 글이다. 보건의료에 대한 접근성 면에서 형평성 현황을 필두로 하여, 다양한 측면의 형평성 현황을 기존에 보고된 연구와 자료를 근거로 체계적으로 기술하였다. 한국 내의 보건의료형평성 개선을 위한 정책과제를 제안하여 발전을 위한 방향제시를 했다는 점에서 의의가 있는 논문이라 판단된다.

[정리: 편집위원회]