

대한민국 의료이용 형평성에 관한 고찰*

The Equity in Health Service Utilization in Korea

우정희(Woo, Chung Hee)** · 김명자(Kim, Myung ja)***

ABSTRACT

This study is to examine the current situation in which people's right to health is secured based on equity in health service utilization in Korea. Health service utilization was analyzed by focusing on the consumer perspective, which is equity in medical use. Since the relationship between health care and its contribution to improving the health level of the population is not clear, it is meaningful to focus on the use of medical institutions at the individual level to improve health.

In the health service utilization in Korea, there were regional inequalities in medical resources, inequalities in medical use by income, and inequalities due to changes in government policy. Securing health service utilization is a service that must be provided by the government as part of the right to health. There is a need to improve structural factors that take underprivileged groups into consideration so that medical benefits can be distributed evenly to all citizens.

In a medical area dominated by private hospitals, there is a need for the plan to improve equity in health service utilization by government resources. A comprehensive medical delivery system must be established. We must lay the foundation for long-term use of the responses that were useful in the COVID-19 pandemic situation. We must utilize technological advancements to prepare all to receive essential medical care and seek ways to minimize inequality by strengthening the health literacy of the population.

Key words: Equity, Health Service Utilization, COVID-19, Public Medical Organizations, Health Care System

* '이 논문은 2023학년도 동의대학교 교내연구비에 의해 연구되었음(202301190001)'

** 제1저자: 건양대학교 간호대학 부교수, 간호학박사

** 교신저자: 동의대학교 간호학과 교수, 간호학박사

I. 서론

전세계적으로 건강권은 WHO의 “Health for all”에서 제시하는 대로 인간의 건강권을 기본 권리로 보는 관점을 취하고 있다. 대한민국 국민의 건강권에 대한 헌법적 근거는 생소하지만 그 누구도 전 국민의 건강권을 의심하지 않는다. 대한민국 헌법 10조에 의하면 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.” 헌법 10조와 함께 건강한 환경에서 생활할 권리를 규정하고 있는 헌법 제35조 제1항, 인간다운 생활을 할 권리를 규정하고 있는 헌법 제34조 제1항, 국가의 보건의무를 규정하고 있는 헌법 제36조 제3항이 건강권의 헌법상 근거로 볼 수 있다(김주경, 2013; 김주경, 2011).

건강은 개인의 자원, 사회적 자원, 신체적 자원, 심리적 자원 등 다양한 측면에서 정의내려질 수 있고 국가별 혹은 집단별로 건강수준을 비교하고 그 결과를 한 국가나 사회 혹은 집단의 삶의 질 개발, 발전의 척도로 삼기도 한다(김창엽 등, 2015). 이처럼 건강은 어떤 차원에서 살펴는지에 따라 접근방식이 완전히 달라질 수 있기 때문에 본 연구에서는 개인적 차원의 건강만을 다루고자 한다. 건강과 직접적 관계를 가지고 있는 보건의료에 해당하는 부분도 건강과 마찬가지로 한 가지 의미로 정의내리기는 쉽지 않다. 혹자는 일부 보건의료로 의료기관을 언급하기도 하지만 혹자는 개개인이 조절하는 생활습관과 같은 영역까지 확대하여 이해하기도 한다. 본 연구에서는 개인의 건강에 직접적인 영향을 줄 수 있도록 보건의료 전문가가 실제 행하는 행위나 서비스를 제공하는 의료기관(김창엽, 2020)을 중심으로 기술하고자 한다.

대한민국은 건강권에 대한 헌법적 근거를 토대로 전 국민의 건강을 보장하기 위해서 의료법과 국민건강보험법 등에서 다양한 실질적 제도를 지원하고 있다. 우리나라 국민은 어디에 살고 어떤 형편이든 적절한 의료와 돌봄을 받고 이용할 수 있어야 한다. 하지만 정치, 경제적인 측면뿐 아니라 사회전반에 걸친 불균형은 의료 현장에서도 진행되고 있다. 어떤 이는 특정 지역에서 태어나고 산다는 것만으로 응급 치료를 받을 수 없는 상황에 처하기도 하고, 이로 인해 생명을 구할 수 없는 처지에 이르기도 한다. 특히 이러한 응급 치료에 대한 불평등은 사회정의에 부합하지 못하는 것으로 국민의 건강권에 대한 차별, 불평등 즉, 의료 서비스에 대한 권익의 침해에 해당한다. 의료윤리의 기본원칙 중 하나인 ‘정의의 원칙’은 한정된 의료자원의 공정한 분배를 의미한다. 공정한 분배를 위해서는 형평성에 맞는 효율적 분배가 필요하며(전미선 등, 2022), 효율적 분배가 제대로 이루어지지 않는다면 대한민국 보건의료의 불공정성을 내포하게 된다.

2020년 코로나19의 유행이 시작되면서 의료 사각지대에 대한 전국민적 관심이 생겨났고 비대면진료 등 의료 제공 방법의 급진적 변화가 있었다. 하지만 이러한 급진적 변화에 대한

제도적 지원이 확립되지 못하여 비대면진료는 또다시 코로나19 유행 이전으로 회귀하게 되었다. 이는 대상자의 안전을 위한 노력이라는 명분으로 의료라는 명칭이 붙으면 법도 제도도 탄력성을 잃는 과도한 조심성과 더불어서 일부 의료기득권의 이익고수를 위한 이기적 판단으로, 전체 사회의 더욱 큰 이득을 제한하는 비효율적인 적응방편일 수 있음을 기억해야 한다.

Daniels(2009)는 다른 많은 윤리적 논의에서와 마찬가지로 접근성도 평등함을 결정하기가 매우 어려우며 이는 여러 가지 고려사항에 영향을 받을 수 있다고 하였다. 본 연구진은 광범위한 건강의 개념이 아니라 신체적 정신적 문제가 발생하였을 때 의료기관을 찾을 수 있는 기회를 의미하는 의료이용 형평성을 토대로 국민의 건강권 확보가 현실적으로 이루어지는지 살펴보고 이를 지원하기 위한 유용한 방법을 제시하고자 한다.

II. 의료이용 형평성의 개념

의료접근권의 불평등은 비단 우리나라에만 해당되는 사안은 아니고 이미 세계적인 이슈이다(이언, 2020). 한송희(2018)는 의료불평등은 건강불평등과 밀접하게 관련되어 있고 비형평성은 불평등 현상에 대한 윤리적 가치판단을 필요로한다고 하였다. 의료불평등은 공급과 이용자의 두 가지 관점으로 나누어 설명된다.

공급자 관점은 접근성에 대한 형평(equity for access to health care)으로, 접근성에 대한 형평은 주로 의료 자원에서의 접근성을 다룬다. 여기서의 균등한 접근은 의료서공급자가 치료가 필요하다고 판단한 의료 필요자가 같은 시간과 화폐를 지불하여 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료자원이 균등하게 분포하고 있는 상태를 의미하는 것이다. 따라서 정책적 차원에서 중요한 이슈는 의료서비스에 대한 접근성을 평등하게 보장하는 것이다.

소비자 관점은 의료이용에 대한 형평(equity for health care utilization)으로 접근성이 실현된(realized access) 실제 서비스의 이용이 평등해야 한다고 보는 관점이다. 동등한 접근성이 보장된다고 하더라도 동등한 의료이용이 일어나는 것은 아니며, 이용까지의 경로에는 또 다른 요인들이 영향을 미친다는 점에서 접근성과 구분되며, 의료이용은 이용자 측면의 결정요인을 포함하여 고려한다(김동진, 2016).

의료이용 형평성에 대한 선행연구에서 신호성과 김동진(2007)은 사회적, 경제적, 인구학적 또는 지역적으로 구분되는 인구집단 사이에 구조적이고 교정가능한 차이가 없는 것을 의미한다고 하였으며, 김동진 등(2011)은 의료이용이 인구집단의 사회경제적 특성에 따라 분배되는 것이 아니라 의료이용의 필요에 따라 분배되는 것을 뜻하는 것으로, 보건의료에 대한 권리는 보건의료에 대한 접근성, 그리고 분배적 정의와 밀접한 관련이 있다고 하였다.

김창엽 등(2015)은 의료의 의의를 건강수준의 향상 외에도 기본적인 권리로서의 의료로 이해할 수 있다고 하면서, 건강이라는 기능을 성취할 자유와 능력을 보장하는 것으로 Sen의 능력(capability) 논의를 그 근거로 제시하고 있다. Sen(2002)은 건강을 성취하는 과정으로의 성격을 띠고 있으며, 그 과정의 공정성은 사회정의와 관련이 있기 때문에, 보건의료의 불평등은 곧 사회정의에 위배되는 것이라고 하였다.

건강 불평등은 모든 사람이 누릴 기회의 평등을 추구하는 데에 걸림돌이 되기 때문에 의료 자원을 보다 평등하게 배분해야 한다(Daniels, 2009). 오늘날 건강과 의료서비스 이용에 있어 형평성 추구의 당위성을 인식하고 중요한 의제로 다루고 있지만, 의료서비스 이용은 다양한 원인에 의해서 발생한다. 의료 형평성을 달성하기 위해서는 소득, 지역에 관계없이 동일한 의료를 요구할 시 적용하는 의료수준이 동등해야 한다. 의료이용의 불평등 정도를 평가하기 위해 건강수준, 자원배분, 비용지출, 의료이용, 접근성 등이 지표로 활용되고 있으나, 정책의 실효성과 효과성을 고려하였을 때 의료이용과 접근성이 가장 적합한 지표로 제시되고 있다(Waters, 2000; 한송희 2018 재인용).

보건의료가 건강수준 향상에 기여한다는 것은 상식적이지만 집단수준에서는 그 관계가 명확하지 못하기 때문에(김창엽 등, 2015), 건강 향상을 위해서는 개인수준의 의료기관 이용을 중심으로 살피는 것이 의미있다. 따라서 본 연구에서는 개인의 의료기관 이용을 중심으로 접근하였다.

Ⅲ. 대한민국 의료이용에서의 불공정 사례

1. 의료자원의 지역 불균등

고재인(2019)에 따르면 우리나라는 의료자원의 불균등으로 인하여 지방에 거주하는 주민은 서울 지역까지 이동하여 의료서비스를 받는 수준이 이른다. 이 경우 항암치료나 복잡한 수술이 필요한 경우 지방에 사는 국민은 대도시 혹은 수도권의 병원으로 이동하여 의료서비스를 받아야 본인의 생명과 건강을 유지할 수 있다는 확신을 갖는다.

의료법에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원으로 의료법에 명시하고 있는 상급종합병원의 분포는 의료 자원 불균형을 단적으로 보여준다. 보건복지부(2023)가 선정한 제5기(2024-2026) 상급종합병원 중 수도권에 소재하는 병원이 23개로 전체 47개 병원 대비 48.9%에 달하며 제4기(2021-2023) 상급종합병원의 수도권 치중을 전혀 개선하지 못하였다. 이는 2022년 총인구 49,520,538명 대비 21,990,121명인 44.4%를 4.5%나 상회하는 비율로, 상급종합병원의 수도권과 대도시 분포 치중은 전국민의 건강권을

공정하게 보장하지 못하는 사례로 대도시에 대한 접근성이 떨어지는 경우 난이도가 있는 질환의 치료 기회가 상대적으로 낮아지게 된다(그림 1).



그림 1. 2023년 상급종합병원 분포도(자료: 네이버 지도)

2021년 전국 사업체 조사에 따르면 병원의 분포 역시 지역적 치중을 확인할 수 있다. 전국 4,149개 병원 중 경기, 서울, 부산 소재 병원 개수는 각 854, 551, 395개로 전체 43.4%를 차지하였다. 이는 난이도 있는 질환뿐 아니라 일반적 의료에의 접근성 또한 떨어져 정의의 원칙에 근거하여 의료소비자를 대상으로 공정하게 분배되어 있다고 보기 어렵다



그림 2. 2021년 전국 병원 수(자료: 통계청)

의료자원 중 CT, MRI 등의 고가 방사선 의료자원은 국내 지역에서 불균형이 존재했다(최경호, 2023). 이러한 불균형은 장비 뿐 아니라 의료기사인 방사선사에 대해서도 불균형을 초래하였다. 고가의 의료장비는 지속적으로 증가하고 있으나 지역간 불균형은 해결되지 않고 있다. 이러한 의료자원의 불균형은 의료혜택의 불균형으로 이어지지만 이에 대한 해결방안은 역시나 제시되지 못하고 있다.

우리나라 면적 10km²당 대장암, 폐암 적정성평가에서 1등급을 받은 의료기관의 수를 계산해보면 서울은 4.3개로 가장 많으며 경기권과 제주를 제외한 나머지 지역은 0.10개 미만으로 지방으로 갈수록 면적당 의료기관의 수가 적었다(전미선 등, 2020). 지역 간의 격차 자체가 건강 수준에 영향을 미칠 수도 있고 수도권 중심의 대형 병원으로 의료이용에서의 지역 쏠림도 발생하게 한다. 더 큰 비용과 시간을 쓰면서 대도시 큰 병원 이용하는 사례가 지속된다.

인구 천 명당 병상 수는 광주광역시, 전라남도, 전라북도, 부산광역시 순이었으나, 의사 수는 서울특별시가 4.7명으로 가장 높았고, 대전광역시와 광주광역시가 3.7명, 대구광역시가 3.6명 순이었다. 세종특별자치시가 1.9명으로 가장 낮았으나 세종시의 특성을 고려할 때 실질적으로 의사 수가 가장 낮은 지역은 2.1명의 경상북도였다. 지역 분포와 함께 인구밀도까지 고려하여 살펴보았을 때에도 지역간 불균형과 일부 지역으로의 치중이 발생하여 의료자원의 공정한 배분이 이루어졌다고 보기 어렵다.

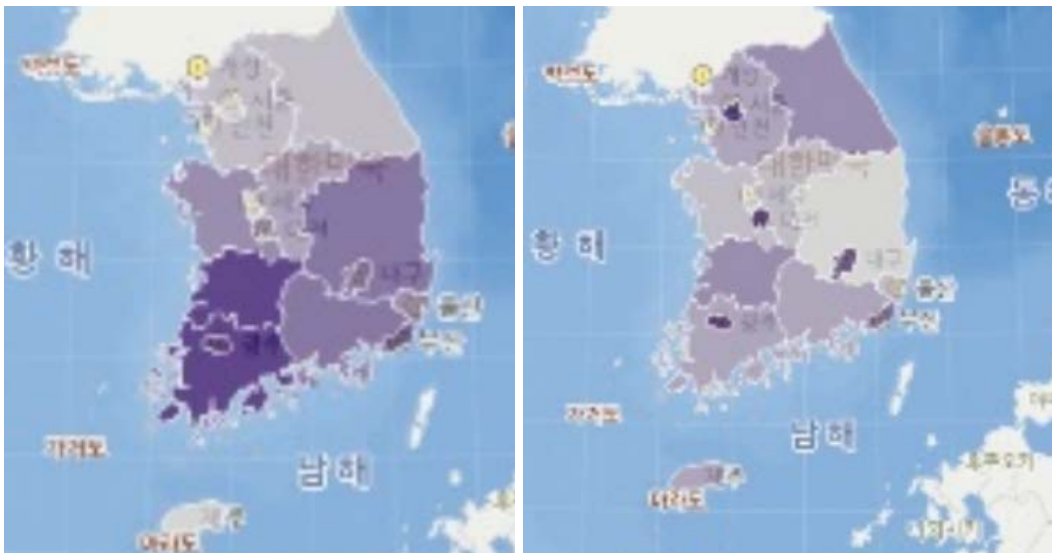


그림 3. 2021년 인구 천명당 의료기관 병상수와 의사 수(자료: 통계청)

이러한 각종 의료자원에 대한 불균형의 결과물이라 할 수 있는 전국 수술 인원 수 1,681,540명 중 경기, 서울, 부산의 인원 수가 각 409,156명, 283,350명, 134,591명으로 전체

49.2%에 이르며 이는 각종 의료자원을 활용한 최종 결과물이라 할 수 있는 수술을 받는 인원 수 역시 자원이 분포한 곳을 중심으로 치우치게 되고 의료서비스를 이용하는 국민의 편익이 일부 침해되었다고 볼 수 있다(그림 4).

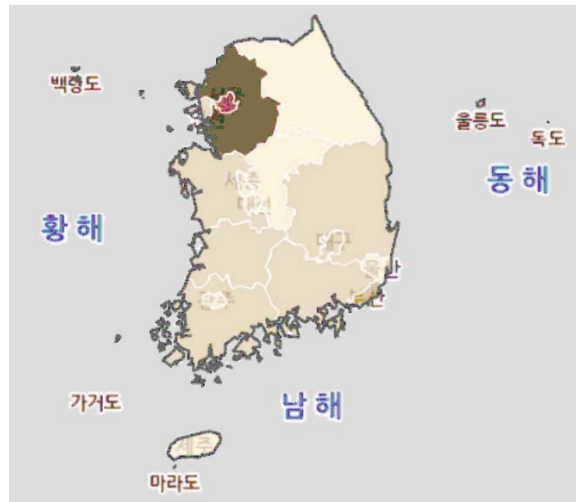


그림 4. 2021년 전국 의료기관 수술인원(자료: 통계청)

의료자원의 분포와 직접 관련성을 설명하기는 어려우나 모든 건강권에 대한 궁극의 결과물은 기대여명이다. 기대여명 역시 지역 불균형이 존재한다. 2020년 대한민국 기대여명 83.5세에서 서울, 경기의 기대여명이 각 84.8세와 83.92세로 평균보다 높고 전국 상위권을 나타내어 의료자원 지역 불균형의 영향을 고려할 수 있다(그림 5).

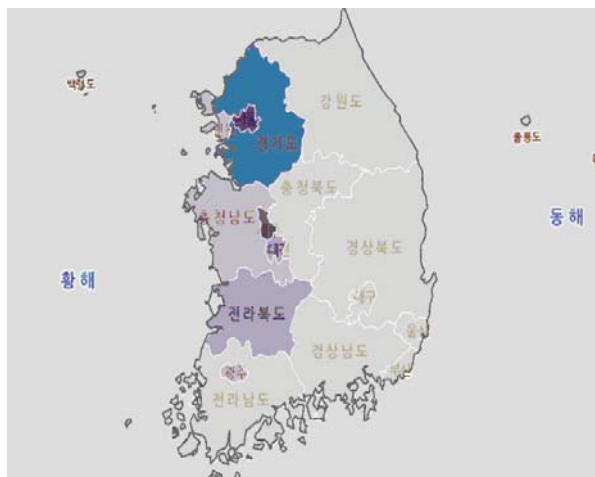


그림 5. 2020년 기대여명(자료: 통계청)

2. 소득에 의한 의료이용 불균등

유럽연합 각 국가의 건강 형평성을 파악하는 대규모 연구인 ECuity Project에서 유럽의 모든 나라에서 고소득층에게 유리한 건강불평등이 존재하고 각국의 의료체계와 관계없이 전문의 의료서비스 이용에 부유층 편향의 불평등이 관찰되었다.

우리나라 치과의료 이용량은 소득이 상승함에 따라 소폭 상승하였고(안은숙, 2015), 단순 양적 의료이용은 저소득층이 많았으나 의료필요를 고려하였을 때는 고소득층의 의료이용량이 많았다(이용재 등, 2017). 이는 의료서비스가 필요한 경우 비용이 고소득층이 저소득층보다 유용하게 서비스를 이용하는 것을 의미한다. 병원진료가 반드시 필요한 상황에서 저소득층이 고소득층보다 의료서비스를 잘 이용하지 못한다는 것이다. 즉 현 우리나라의 건강보험 서비스 하에서도 저소득층은 비용을 지불하기 어려운 경우 병원을 방문하지 못하여 실제 불건강으로 이어질 수 있으며 고소득층은 비용 지불에 대한 부담을 갖지않고 병원을 방문할 수 있음을 의미한다.

우리나라의 진료비 지불제도는 행위별수가제를 기본으로 하여 7개 입원질환에 대해서는 포괄수가제, 600여개 입원질환에 대해 실포괄수가제, 의료급여 정신과, 보건기관, 요양병원에 대해서는 일당제를 적용하고 있다(박성애 등, 2022). 행위별수가제는 개개의 의료행위에 대해서 각각 가격이 설정되어 지불되는 방식이다. 따라서 의료의 질이 개선되고 생산성이 높아지는 장점이 있는 반면 의료비 인상과 과잉진료 등을 초래할 위험이 존재한다. 이를 보완하기 위해서 일부 포괄수가제를 적용하고 있으나 아직 그 적용이 제한적이고 적용 사례가 많지 않아 의료비 상승과 저소득층의 부담은 지속되며 희귀질환에 대한 지원은 제한적이다.

3. 정부 일관된 정책의 부재로 인한 불균등

우리나라는 코로나19와 같은 공중보건 위기 사태에 대한 대응 방안 미흡하고 공공의 자금을 활용하여 개인의 필요를 해결하는 방식으로 운영해오고 있다(김준혁, 2022). 전염병이 확산되었을 때 지역사회의 감염정보 등을 보건 의료 담당자가 관련정보를 모두 수집하고 통제하는 것은 불가능하다(이돈희 & 이동현, 2020). 그러나 우리는 코로나19 유행 초기에 모든 감염자와 접촉자에 대한 정보를 보건소에서 일괄 관리하게 하였고 이를 바탕으로 개인 생활을 통제하여 정보의 누락이나 잘못된 정보를 수집하게 하기도 하였다. 이로 인해 이태원 클럽 집단감염의 경우 방문사실 은폐와 직업 및 동선의 거짓진술 등으로 인해 7차 감염까지 확산되기도 하였다.

코로나19 치료 병상이 부족하다는 의료계의 요구에 대한 정부의 대응은 병상을 운영 중인 병원이 당국의 환자를 거부하는 경우 병상 손실보상분을 인정하지 않는 패널티를 부과

하였고, 중환자 병상 가동률이 75% 넘어서면 비상 계획을 발동한다고 하였으나 이를 시행하지 않았다. 이후에는 치료기간을 지정하여 다른 기관으로의 이동을 지시하기도 하였다(김준혁, 2022). 이같이 정부의 일관성없는 주먹구구식 대응은 병원운영자 뿐 아니라 국민에게도 혼란을 초래시켰다.

우리사회에서 지속적으로 논의되었으나 주요 이익단체에 의해 반대되어 온 의과대학 입학정원 증원의 경우 정부 정책의 지속성 부재로 전 국민의 요구를 제대로 받아들이지 못하고 있다. 의과대학 입학정원은 2006년 이후 3천58명으로 유지되고 있는데, 정부는 여러 가지 증원 방안에 대한 의견을 제시했다가 늘 이익단체의 반대에 진행하지 못하고 있다. 2000년 의약분업을 적용하기 위하여 줄었던 351명의 정원조차 늘이지 못하고 있으며, 정원이 적은 국립대학을 중심으로 의과대학 정원을 늘이겠다는 내용 역시 시도조차 하지 못했다. 2021년 우리나라 임상 의사 수(한 의사 포함)는 인구 1천 명당 2.6명으로, 경제협력개발기구(OECD) 전체 회원국 중 멕시코(2.5명) 다음으로 낮은 수준이다. 이러한 의사 수 부족은 전 국민의 건강에 대한 평등권을 침해하는 부패의 사유가 되며 이를 극복하기 위한 시도를 제대로 하지 못하는 것은 정부의 기능을 스스로가 제한하는 것이다.

반면 간호사 수에 대해서는 정부의 적극적 개입이 적용되고 있다. 2012년 16,959명이던 간호대학생 입학정원은 2021년 21,417명이고 정원 외 간호대학생 수는 4,853명에서 5,686명으로 늘었다. 2011년 전국 면허간호사 수는 282,656명에서 2021년 457,849명이 되었고 이러한 기하급수적인 간호사 수 늘이기에도 2020년 인구 1,000명당 의료기관 활동 간호사 수는 OECD 평균 9.5명 대비 4.4명에 불과하다(대한간호협회, 2023). 또한 간호사의 근무지역별 불균형 역시 지속되고 있다(박은태, 2023). 이러한 간호사 수 증가에도 불구하고 의료기관 활동 간호사 수의 부족과 지역불균형이 지속되는 것은 의료인 수의 관리에 대한 일관된 방향성이 부족하기 때문이며 이를 극복하기 위한 노력의 부재 때문이다.

IV. 결론: 대한민국 의료이용 형평성 향상을 위한 제언

의료이용에 있어서 효율성을 따지는 것은 적합하지 않다. 의료이용 형평성 확보는 건강권의 일환으로 마땅히 국가에서 제공해야하는 서비스이다. 지역 여건, 경제적 부담 능력, 성별, 장애 유무 등 개인의 특성에 따라 의료기관을 이용하는데 불평등을 없애야 한다. 우리나라 국민의 건강형평성을 저해하는 주요인인 사회경제적 요인과 지역적 요인에 대한 개선노력은 2011년부터 시작되었다. 지역보건정책지원사업은 지역보건의료계획 수립 및 활성화를 지원하는 것을 시작으로 중앙정부가 아닌 지방정부 중심으로 지역주민의 건강을 위한 환경을 구축하고 제공하는 것을 목표로 지역 격차를 줄이기 위해 진행되고 있다(한국건강증진

개발원, 2022). 하지만 국소적 개입 이전에 중앙정보의 기본 틀에 대한 개입이 우선되어야 한다. 의료이용에 대한 평등한 기회를 제공하는 것을 넘어 의료이용 혜택이 국민 모두에게 골고루 배분될 수 있도록 소외계층을 고려한 구조적 요인 개선이 필요하다(전미선 등, 2020). 눈에 보이지 않는 개인의 의료비 지급에 대한 부담을 줄이고 실질적인 의료서비스를 제공하기 위하여 시행한 간호·간병통합서비스를 지속적으로 확대하고(권현정, 2023), 의료분야에 있어서 불균형을 보건의료 전 분야에 대해 확장하여 검토하고 적용해야 한다.

응급의료기관, 의원, 왕진 서비스 기관, 돌봄 제공자는 삶터 가까운 곳에 있어야 한다(김창엽, 2020). 의료기관 이용에 있어서의 지역 간 불평등은 병원과 의사의 부족이 그 원인이지만 의사와 병원이 대다수인 보건의료 제공자는 시장 참여자이자 행위의 주체이기도 하다. 따라서 의사와 병원의 입장을 고려하지 않고 소비자의 입장만을 고려할 수도 없다. 한국 병원이 시장 원리를 따르는 가장 큰 이유는 민간병원이 대부분이기 때문이다. 개인이 운영하는 병원이나 의원은 진료로 수입을 얻어 각종 비용을 지출해야하고 더 많은 수익을 올려서 개인의 이득을 취하고자 한다. 시장 원리로만 고려하면 인구가 적은 지역에 응급의료기관을 포함한 병의원은 필요가 없다. 지역 병원이 줄어들면 지역의 주민은 병원과 의원을 찾기 어렵고 적절한 시기에 적절한 의료서비스를 받지 못한다. 하지만, 인구가 적은 군 지역에서도 충분한 시설과 전문인력으로 의료 서비스를 받을 수 있어야 한다. 시장원리를 따르고 있는 의료이용 분야에서 건강권 충족의 토대를 다지기 위해서는 더 많은 자원과 국가의 역할을 바탕으로 적극적인 중앙정부와 지방자치단체의 대응이 필요하다.

지금 당장 5천500명의 의대 정원을 증원해도 30년 후에야 한국의 인구당 의사 수가 OECD 평균 수준에 도달할 것이라고 예측하는 전문가도 있다(이영미, 2023). 의대 정원 증원은 지역과 전문의 쏠림현상을 줄이기 위한 목적이지만, 일부 이익집단의 집단행동에 정부는 지금까지 합리적 의사결정을 미루어오고 있으며 그 피해는 고스란히 국민이 떠안게 되고 불공정한 의료자원의 배분으로 연계되어 국민의 건강권을 침해하게 된다. 물론 의대 정원 증원만으로 현 의료이용 형평성을 해결하기에는 한계가 있다. 현재 지역별 의료자원 불균형을 구려하여 서울과 지방의 의료수가 차등지급, 전문과별 인원 배정에 있어서의 개입과 지역배정 등 다양한 방법을 강구하고 적용해야 한다. 이러한 정부의 구체적이고 적극적인 개입과 공정한 적용만이 오늘날의 문제를 해결할 수 있다. 일부 반발이 예상되는 개입 이외에 다음의 정부의 자원을 활용한 의료이용 형평성 향상 방안을 제안한다.

국립대병원네트워크 산하에 1차 의료기능을 가진 보건소를 편입시켜서 공공의료전달체계를 구축해야 한다(박개성, 2007). 보건소는 지방 자치단체의 조례로 설치와 운영이 결정되기 때문에 설립이 자유롭다. 우리나라 보건소는 공공의 관료주의적 공공보건체계의 특성을 지닌 보건의료서비스를 제공하고 정부 정책에 대한 수동적 입장을 견지하는 경우가 많다. 보건소는 진료보다는 국민의 건강을 증진하고 예방을 중요하시는 견지를 취하고 있지만 의료취약지에서는 치료 영역에서 그 역할을 할 수 있도록 준비해야 한다. 윤재문 등(2021)의 연

구에서 제시하는 바와 같이 국가 차원에서 진료 영역의 포괄성을 기준으로 국가 차원에서 의원급 의료기관을 기능적 일차의료기관, 특성화 의원, 경계성 의원으로 분류하여 국내 기능적 일차의료의 현황을 파악하고 향후 공공의료, 상급의료와의 연계에 활용해야 한다. 공공의료를 제공하는 대표기관인 공공의료원은 보건복지부장관이나 지방자치단체장이 의료취약지로 선정된 곳에 임의로 설립이 가능하고 정책적 개입이 용이하다. 감염병, 소아과, 응급의학분야 등과 같이 국가의 적극적 지원과 개입이 필요한 분야 역시 공공의료전달체계를 활용하여 해결할 수 있다. 마지막으로 각종 공공병원의 병원장제도에 대한 고려가 필요하다. 현재 공공병원 병원장은 임기 2년에서 3년간 우수한 의료인력을 채용하는 방식으로 진행되는 데 이는 의료 분야에서 역량이 있는 전문의에 대한 유용한 활용방안이라고 보기는 어려울 수 있다. 의료를 이해하고 경영 분야에서의 역량을 갖춘 인재를 활용하는 것이 필요하다.

코로나19 팬데믹 상황에서 정부는 감염병 상황에서 생활치료센터를 활용하여 부족한 병상 수를 대체하는 방법을 유용하기 활용했기 때문에 이를 대비하는 것이 필요하다. 앞으로도 호흡기 질환은 지속적으로 증가할 가능성이 매우 높기 때문에 공공병원에 확보한 병상 이외에 위기시 대응할 수 있는 대체방안을 마련하는 것은 필요하다. 특정지역 거주자이기 때문에 의료기관을 방문하지 못하는 사례가 발생하지 않도록 허위정보에 대한 가능성을 방지하고 환자의 정보를 입력할 수 있는 일관된 시스템이 준비되어야 한다. 특정 의료기관을 감염증 환자 집중치료 기관으로 선정하고 다른 병원은 국민안심병원처럼 선정하여 다른 문제가 있는 대상자가 치료를 받을 수 있는 기관을 확보하는 것도 대비해야 한다. 이를 위해서는 기술발전을 활용하는 것도 유용한 방법이다.

기술발전으로부터 소외된 사람에게 최소한의 필수 의료는 받을 수 있도록 하는 일도 소홀히 해서는 안된다. 의료시스템의 지속가능성은 심각한 도전에 직면해있다. 올바른 방향성을 전제로한 기술의 발전은 위기를 극복하게 하는 중요한 열쇠이다. 때로는 인공지능진료와 수술로봇 등을 의료사각지대에 배치하여 단순 시술을 할 수 있도록하고 의사의 과도한 업무도 제한, 저비용 의료서비스를 보편적으로 제공하기 위한 노력이나 비접촉 헬스케어에 대한 새로운 접근방법을 도출하는 것도 의미있다. 현재 진행 중인 GHI(Global Health Initiative)에서 처럼 의료 인공지능 기술을 활용하여 의료의 불평등을 감지하고 완화하는 방법을 고려하거나(이언, 2020), 잠재적 대상자인 일반인의 헬스 리터러시를 강화하여 불평등을 최소화하는 방안을 모색해야 한다.

참고문헌

- 고재인. (2019). 「지역별 노인의 의료 이용 및 의료비 형평성 비교」 석사학위논문. 서울대학교.
- 국가통계포털. (2023). <https://kosis.kr/index/index.do>. 2023년 12월 29일 인용
- 권현정. (2022). 「간호·간병통합서비스병동 간호사가 인지하는 적정배치수준과 실제배치수준의 격차가 직무만족과 이직의도에 미치는 영향」 박사학위논문. 서울대학교.
- 김동진, 김지은, 박은자, 신호성. (2011). 「인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인분석」 한국보건사회연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 외 (2016). 「국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발」 한국보건사회연구원.
- 김주경. (2013). “건강권의 헌법학적 내용과 그 실현,” 『법학연구』 23(4), 89-131.
- 김주경. (2011). “헌법상 건강권의 개념 및 그 내용,” 『헌법판례연구』 12, 137-180.
- 김준혁. (2022). 「우리 다시 건강해지려면: 정의로운 건강을 위한 의료윤리학의 질문들」, 서울: 반비.
- 김창엽. (2020). “공공보건의료와 건강 정의,” 『황해문화』 109, 62-79.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 「한국의 건강 불평등」 서울: 서울대학교출판문화원.
- 대한간호협회. (2023). 간호통계 주요현황, <https://www.koreanursing.or.kr/resources/statistics.php>
2023년 12월 28일 인용
- 박성애, 김명자, 임인경, 김진현, 배현지, 이경아 등. (2022). 「간호관리학-간호정책과 간호경영」 서울: 정문각.
- 박은태. (2023). 「간호사인력의 지역불균형 수준과 관련요인」 박사학위논문. 서울대학교.
- 보건복지부. (2023). 제5기(‘24-’26) 상급종합병원 지정 알림. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10501010200&bid=0003&act=view&dist_no=1479570 2023년 12월 29일 인용
- 신호성, 김동진 (2007). 「건강수준 및 의료이용의 형평성. 국민건강영양조사 제3기 조사결과 심층분석 연구: 건강면접 및 보건의식 부문」 한국보건사회연구원.
- 안은숙, 김민영, 신호성. (2015). “치과의료 이용의 수평적 형평성 분석,” 『대한구강보건학회지』 39(1), 9-16.
- 윤재문, 최슬기, 조유선, 박상민, 김윤. (2021). “[일차의료정책포럼] 기능적 일차의료의 정의와 국내 현황,” 『Korean Journal of Family Practice』 11(1), 3-9.
- 이돈희, 이동현. (2020) “위기상황에서의 의료서비스 공정성과 지역사회 참여: COVID-19 대응 실패 사례를 중심으로,” 『서비스경영학회지』 21(2), 293-312.
- 이연. (2020). “인공지능이 초래한 의료의 혁명적 변화와 방향성,” 『한국통신학회지(정보와통신)』 37(4), 26-30.
- 이영미. (2023). “의대정원 ‘5천500명 늘려야 30년후 OECD 평균,’ 『나침반 36.5도』 124, 102-103.
- 이용재, 이현옥, 김형익. (2017). “의료필요를 고려한 의료이용의 형평성 분석,” 『한국콘텐츠학회논문지』 17(11), 435-445.
- 전미선, 김상희, 장효은 (2022). “암환자의 건강형평성,” 『보건과 사회과학』 59(1), 75-98. 10.37243/kahms.2022.59.75
- 최경호. (2023). “방사선 의료자원 지역 불균형 탐색 및 개선방안,” 『차세대융합기술학회논문지』 7(9),

1421-1429.

통계청. (2023). <https://kostat.go.kr/ansk/> 2023년 12월 28일~30일 인용

한국건강증진개발원. (2022). 『지역보건정책지원사업』 한국건강증진개발원.

한송희. (2018). 『지역별 노인의 소득계층에 따른 의료이용의 형평성』 박사학위논문. 중앙대학교.

Daniels N. (2009). 『분배의 정의와 의료보장: 건강욕구의 공정한 충족』 정혁인, 양승일 (공역). 서울: 나눔의집. (원전은 2008년에 출판)

Sen, A. (2002). "Why health equity?" 『Health Economics』 11, 659-666.

투고일자 : 2023. 11. 30

수정일자 : 2023. 12. 27

게재일자 : 2023. 12. 31

<국문초록>

대한민국 의료이용 형평성에 관한 고찰

우정희 · 김명자

신체적 정신적 문제가 발생하였을 때 의료기관을 찾을 수 있는 기회를 의미하는 의료이용 형평성을 토대로 국민의 건강권 확보가 이루어지는 실태를 살펴보고 건강권 확보를 지원하기 위한 유용한 방법을 제시하고자 한다. 의료이용에 대한 형평인 소비자 관점을 중심으로 고려하여 의료이용을 분석하였다. 보건의료가 집단의 건강수준 향상에 기여한다는 관계가 명확하지 못하기 때문에 건강 향상을 위해서는 개인수준의 의료기관 이용을 중심으로 살피는 것이 의미있다.

대한민국 의료이용에서는 의료자원의 지역 불균등, 소득에 의한 의료이용 불균등, 정부 정책의 변동으로 인한 불균등이 존재하였다. 의료이용 형평성 확보는 건강권의 일환으로 국가에서 제공해야하는 서비스이다. 의료이용 혜택이 국민 모두에게 골고루 배분될 수 있도록 소외계층을 고려한 구조적 요인 개선이 필요하다.

민간병원이 주를 이루는 의료시장에서 정부의 자원을 활용한 의료이용 형평성 향상 방안이 필요하다. 보건소와 의원을 시작으로 하는 포괄적 의료전달체계를 확립해야 한다. 코로나19 팬데믹 상황에 유용했던 대응을 장기적으로 활용할 수 있도록 기반을 다져야 한다. 기술발전을 활용하여 전 국민이 필수 의료는 받을 수 있도록 대비하고 일반인의 헬스 리터러시를 강화하여 불평등을 최소화하는 방안을 모색해야 한다.

주제어: 형평성, 의료이용, 코로나19, 공공의료기관, 보건의료체계