creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

보건학 석사 학위논문

보건의료 필요 개념에 따라 규정한 불필요한 일차 의료 이용

-생의학적 관점의 한계를 중심으로-

2018 년 2 월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리전공

이 경 도

국문 초록

불필요한 의료 이용에 대한 규정은 의료 이용의 형평성을 간접적으로 결정한다는 측면으로 인해 정책적, 정치적인 중요한 의미를 가진다. 특히, 보건경제학에서 주로 이루어졌던 의료 이용의 수평적 형평 분석에서는 특정한 필요에 대한 개념을 통해 필요한 의료 이용과 필요하지 않은 의료 이용을 간접적으로 구분하고 이러한 구분에 따라 의료 이용의 형평성을 추정하여 분석하였다. 본 논문에서는 이러한 분석 내에서 이루어졌던 불필요한 의료 이용과 그렇지 않은 이용 간의 구분의 적절성에 대한 비판적인 분석이 부족했다는 점을 인식하여 이에 대한 엄밀한 논증을 하려고 한다.

본 논문에서는 먼저 수평적 형평 분석에서 사용된 특정한 필요 개념을 통해 규정한 불필요한 의료 이용이 어떤 특성을 지니는 지를 분석하고 이를 비판하려 한다. 또한 의료 이용의 분포와 형평성에 대한 경험적인 분석을 평가하는 것에서 나아가, 더욱 철학적 차원에 기반을 둔 개념인 Norman Daniels의 필요 개념을 통해서 과연 의료 이용의 필요성을 규정하고 구분할 수 있는지도 알아볼 것이다.

논의의 효율성과 명확성을 위해서 충분한 보건의료에 대한 접근성이 보장되며 보건의료 서비스가 의료적 필요에 따라서만 제공된다는 두 가지 가정 위에서 이러한 논의가 이루어지며, 그 영역을 일차 의료로 한정시킬 것이다. 먼저 이 두 가정을 통해 본 논의에서 보건의료 이용의 필요를 판단하는 데에 복잡한 현실적인 측면 모두를 다루기보다는 환자의 어떤 필요나 문제에 따른 일차 의료 이용이 필요한 일차 의료 이용으로 판단될 수 있는지에 더욱 집중할 수 있게 된다. 또한 그 논의의 영역을 비교적 명확히 정하였기에, 일차 의료의 특성을 중요하게 고려할 것이다. 특히 불필요한 일차 의료 이용의 규정에 있어서 본 논의의 대상인 두 가지 생의학적인 관점의 필요 개념을 통해서 판단이 어려운 일차 의료 이용이 어떤 것일지 먼저 탐색하고 이 영역을 이후에 더욱 중심적으로 다룰 것이다.

먼저 수평적 형평 분석에서의 필요 개념을 통한 불필요한 의료 이용의 규정은 예방적 측면에서의 일차 의료 이용의 효과를 적절히 고려하지 못하여 교육 수준 등의 사회적 요인에 따라 일차 의료에 대한 필요가 달라질 수 있다는 점을 인식하지 못한 한계가 있었으며, 일차 의료를 일부 대체할 수 있는 재화나 서비스에 따른 다양한 필요의 변화를 적

절히 다루지 못하였다. 그에 반해 Norman Daniels의 필요 개념을 통해서는 교육 수준이나 사회적 연결망 등의 사회적 요인에 대해 의미 있는 논의를 진전시킬 수 있었다. 하지만 그 건강 필요를 규정하는 데에 생의학적 건강 개념과의 인과적 관계만이 그 기준으로 한정되어 있어, 환자의 고통이나 증상을 경감하기 위한 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 상당한 제약이 있다고 평가할 수 있다.

주요어 : 분배 정의, 보건 윤리, 보건의료 필요, 보건의료의 형평성, 일차 의료

학 번 : 2014-23386

연구 목차

1. 서론 1

1.1 본 연구의 필요성 1

1.2 필요 개념에 대한 근본적인 반론 3

1.3 본 연구의 주제와 첫 번째 가정 6

1.4 연구의 대상: 두 가지 필요 개념 7

1.5 기존 논의에서 본 연구의 위치와 가정의 필요성 10

1.6 가정에 따른 한계와 효과 12

1.7 본 연구가 진행될 영역 14

1.8 본 논문의 진행 계획 16

1.9 본 논문의 주제에 대한 근본적인 반론 17

2. 연구 방법과 진행 계획 19

2.1 본 연구의 기본적인 방법 19

2.2 본 연구의 대상 19

2.3 본 연구의 가정 20

2.4 본 연구의 영역과 진행 계획 21

3. 두 가지 생의학적 보건의료 필요 개념 23

3.1.1 기존 수평적 형평 분석에서의 보건의료 필요 개념 23

3.1.2 일차 의료 이용에 대한 본 필요 개념의 적용 25

3.2 Norman Daniels 의 보건의료 필요 개념 25

3.2.1 Norman Daniels 의 보건의료 필요 개념 분석 25

3.2.2 일차 의료 이용에 대한 본 필요 개념의 적용 28
3.3 두 가지 필요 개념에 대한 정리 30

4. 일차 의료 이용에 대한 이해와 적용 31
4.1 일차 의료의 특성과 본 연구의 중점적인 영역 31
4.2.1 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용 35
4.2.2 Daniels, N.의 필요 개념의 적용 35

5. 일차 의료의 세부적인 영역에 대한 적용 38
5.1.1 첫 번째 특성: 경미한 증상 38
5.1.2 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용 및 한계 39
5.1.3 Daniels, N.의 필요 개념의 적용과 한계 41
5.2.1 두 번째 특성: 일차 의료의 예방적 특성과 Daniels, N.의 필요 개념에 대한 적용 43
5.2.2 Daniels, N.의 필요 개념의 함의 47
5.2.3 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용과 한계 49
5.3 세 번째 특성: 대체재의 존재 49
5.3.1 치료적 측면의 대체재와 그 존재가 지닌 의미 49
5.3.2 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용 및 한계 50
5.3.3 Daniels, N.의 필요 개념의 적용과 한계 52
5.4.1 예방적 측면의 대체재와 그 존재에 따른 함의 55
5.4.2 Daniels, N.의 필요 개념의 적용과 한계 56
5.4.3 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용 및 한계 56

6. 결론 57
6.1 두 가지 생의학적 관점의 필요 개념의 한계 57

6.1.1 수평적 형평 분석의 필요 개념이 지닌 한계 57
6.1.2 Daniels, N.의 필요 개념의 한계 58
6.2 본 연구의 한계 59
6.3 본 연구의 함의 57
6.3.1 기존 이루어졌던 의료 이용의 형평성 평가에의 함의 60
6.3.2 의료 이용 개시에 대한 함의 61
6.3.3 일차 의료에 대한 함의 61

7. 맺음말 63
8. 참고 문헌 64
Abstract 69

그림 목차

그림 1 13
그림 2 22

1. 서론

1.1 본 연구의 필요성

본 논문에서 다룰 의료 이용(Utilization)은 보건의료 서비스에 대한 접근성을 쉽게 계량할 수 있는 지표로 많은 연구에서 사용되었다(이태진 et al., 2015a, World Health Organization, 2007). 물론 접근성은 엄밀히 말해 어떤 결과나 지표로 나타나는, 예를 들면 의료 이용의 빈도와 같이 계량적으로 측정될 수 있는 개념은 아니다. 이는 접근성이 의료 이용을 할 수 있는 기회라는 과정적 측면을 담고 있는 개념이기에 어떤 지표로 온전히 담을 수 없는 개념이기 때문이다. 하지만 더욱 구체적이고 객관적으로 현재 상황에 대한 이해와 정책적 제언을 할 수 있다는 점에서 엄밀한 의미의 접근성보다는 의료 이용에 대한 계량적인 분석이 보건 정책에 대한 연구, 특히 보건경제학 분야에서 더욱 중점적으로 이루어져 온 것도 사실이다. 그 중에서도 특별히 본 논문에서 알아볼 영역인, 의료 이용의 형평성에 대한 경험적인 연구는 주로 수평적 형평 분석이라는 방법을 통해서 이루어져 왔는데, 이에 따른 연구 결과들은 의료 이용 현황에 대한 평가와 분석뿐만 아니라, 새로운 정책 제안으로 이어지기도 하였다(신영석 et al., 2005).

예를 들어, 2007년 의료 급여 제도 개혁의 일환으로 기존에 부과되지 않던 1종의 외래 이용에 대한 본인부담금이 도입되었는데, 당시 보건복지부는 이를 통해 불필요한 의료 이용을 줄이고 재정 지출의 효율성을 높일 수 있다고 주장한 바가 있다(보건복지부, 2006). 이는 의료 급여 수급자와 건강 보험 가입자 간 의료 이용의 형평성을 수평적 형평 개념[1]으로 분석한 이전의 연구에서, 오히려 수급자가 과도한 의료 이용을 하고 있으며 건강 보험 가입자가 불리한 불형평에 놓여져 있다는 분석에 따라 정책적으로 계획되었다(신영석 et al., 2005).

이렇듯이, 의료 이용에 대한 형평성 분석은 실제 정책 형성에도 상당한 영향을 끼쳤다고 볼 수 있다. 여기에서 우리는 형평성에 대한 분석에서 보건의료 필요 개념이 그 기준 역할을 해왔다는 점에 더욱 주목하려고 한다. 이는 필요에(만) 맞추어 의료 이용이 이루어지는 혹은 배분되는 보건의료체계가 형평적인 것으로 판단하는 주장에서 흔히 찾아볼 수 있다. 이러한 주장이 대부분의 논의에서 그대로 받아들여지는 이유는 지불 능력이나 인구학적 특성과 같은 요인과 상관 없이 오직 필요(Need)에 따라 보건의료 서비스가 분배되는 것이 정의롭다고 여기는 학문적, 직관

---

[1] 여기에서 사용한 수평적 형평(Horizontal equity) 개념은 정량적으로 이루어지는 형평성 분석에 흔히 사용되었던 개념이었다. 이 개념에 대해서는 본론에서 자세히 설명하려고 한다.

적 토대가 비교적 굳건히 존재해왔기 때문이다(Cookson and Dolan, 2000, O’Neill, 2006).

필요(Need)에 대한 구체적인 논의를 진행하기 전에, 필요라는 개념이 지닌 특성을 개략적으로 이해하기 위해 먼저 욕구(Want) 혹은 수요(Demand)라는 개념과 구분할 필요가 있다. 보건경제학에서 필요는 전문가의 판단에 의해 규정되는 경향이 있으며, 그에 반해 욕구는 환자가 느끼는 주관적인 측면을 담는다(양봉민 et al., 2015b). 보건 윤리 분야에서 주로 나타나는 필요는 도덕적 혹은 사회 정의 상으로 충족시켜야 할 도덕적 함의를 담고 있다고 볼 수 있는 반면 욕구는 반드시 그러한 의미를 지닌다고 보기는 어렵다는 점이 공통적인 특징이다(Bradshaw, 1972, Culyer, 1998, Daniels, 1981, Hasman et al., 2006, O’Neill, 2006, Sheaff, 1996). 본 논문에서는 이러한 구분을 일부 수용하고 이 후 논의를 진행하려고 한다.

논쟁의 여지가 없지는 않겠지만, 특별히 보건의료의 분배에 대해서 만큼은, 필요에 따른 분배가 형평적이라는 주장을 수용한다면, 보건의료 필요가 구체적으로 무엇인지를 정의하고 필요에 해당하지 않는 불필요한 보건의료 서비스(Unnecessary health services)와 보건의료 서비스에 대한 불필요한 이용(Unnecessary healthcare utilization)을 규정하는 것이 중요하다(Culyer, 1995). 왜냐하면 필요에서 벗어난 영역에 대해서 도덕적 차원 혹은 사회 정의 상 사회가 보장할 의무는 없다고 보아도 무방하며, 이에 반해 필요한 부분에 대해서는 최대한 보장할 사회적 의무가 비교적 뚜렷이 존재하기 때문이다. 즉 필요를 형평성의 기준으로 하는 순간, 보건의료 서비스 혹은 보건의료 이용은 필요한 것과 그렇지 않은 것으로 나누는 작업은 상당히 중요한 의미를 갖게 된다. 이를 다시 단적으로 표현하자면, 필요 개념이 무엇으로 정의되든지 간에 필요에 속한 보건의료 서비스 혹은 이에 대한 이용은 사회적으로 보장할 도덕적 의무가 있지만, 그렇지 않은 것은 시장(Market)과 같이 필요가 아닌 선호(Preference)나 지불 능력(Ability to pay)을 기준으로 분배되어도 사회 정의 상으로 아무런 문제가 없다는 것이다(Daniels, 1981).

보건의료에 사용되는 재원이 한정되어있는 것을 감안하면, 이러한 불필요한 보건의료 이용 혹은 불필요하다고 판단되는 개별 보건의료 서비스는 효율적인 보건의료 체계의 운용을 위해 감소되어야 하거나, 필요에 속한 보건의료 서비스나 이에 대한 이용을 보장하는 것이 더욱 우선되어야 한다. 결론적으로, 이렇게 불필요한 보건의

료 이용은 보건의료 서비스 이용의 형평성에 대한 평가와 분석을 판가름할 역할을 한다. 하지만 이렇게 중요한 역할을 하는 불필요한 보건의료 이용의 규정은 한 가지 방식이나 동일한 결과만 존재하는 것이 아니다. 예를 들어 위 사례에서 언급한 수평적 형평 개념은, '같은 의료 필요를 지니면, 같은 보건의료 필요를 지닌다'는 특정한 보건의료 필요에 대한 개념에 따라 불필요한 의료 이용을 규정하였다(Wagstaff et al., 1991, Culyer and Wagstaff, 1993). 만약 이렇게 가정한 보건의료 필요 개념이 달라진다면 동일한 방법론을 사용한다고 하여도 불필요한 의료 이용이 다르게 규정되었을 것이라 쉽게 예상할 수 있으며 실제 그 차이가 어떻게 존재하는지 연구한 문헌도 존재한다(Culyer and Wagstaff, 1993). 또한 그러한 불필요한 의료 이용에 대한 서로 다른 결론은 실제 정책적 함의에 영향을 미칠 수 있다는 점에서, 이러한 규정이 과연 적절한 것인지를 충분히 비판적으로 탐구할 가치가 있다고 보여진다(신영석 et al., 2005, 신현웅 and 여나금, 2016).

즉, 불필요한 의료 이용을 규정하는 보건의료 필요 개념은 정책이나 현상을 판단하는 주요한 기준 역할을 해왔지만 가치 중립적이기 힘들고, 현상에 대한 특정한 가치 판단을 내재하고 있기에 서로 다른 필요 개념을 한 가지로 축소시킬 수 없어서 어떤 개념이 더욱 옳고 적절한 지에 대해 충분히 논쟁의 대상이 될 수 있고 논쟁할 가치가 있다. 따라서 본 논문에서는 과연 기존 보건의료 필요 개념이 이러한 불필요한 의료 이용을 적절히 규정할 수 있는지를 탐구하고 한계가 있다면 어떤 것들이 존재하는지 알아볼 것이다(Culyer, 1998).

1.2 필요 개념에 대한 근본적인 반론

물론 필요 개념에 대한 가장 근본적인 반론으로서, 과연 보건의료에 대한 필요가 존재 혹은 실재하는 것인지에 대한 반론이 생길 수 있다. 즉, 보건의료에 대한 주관적인 욕구 혹은 수요(Demand)만이 존재할 뿐 우리가 사회 정의 상 충족시켜야 할 어떠한 객관적인 필요라는 개념은 애초에 존재하지 않는다는 것이다. 이러한 의구심을 해소하는 작업은 본 논문이 필요 개념의 존재와 그 도덕적 함의에 기초하고 있기에 더욱 중요하다. 이전에도 이에 대해서 필요라는 것은 존재하지 않는다는 주장과 분명히 존재한다는 주장 간 많은 논쟁이 있었기에 서로 간의 근거나 주장은 다양하고 폭넓다. 본 논문에서 모두 주목하여 다룰 수는 없기에 간단히 정리하고

넘어가려고 한다. 이러한 논의 내에서 보건의료 서비스가 단순한 기호 식품과 같은 재화나 서비스와는 달리 한 개인의 삶을 영위하는 데에 객관적으로도 중요한 의미를 지니기에 사회 정의 차원에서 중요한 의미(Moral significance)를 갖는다는 주장은 주목할 필요가 있다. 만약 도덕적으로 일정한 수준 혹은 어떤 보건의료 서비스를 시민 혹은 사람들에게 분배할 사회적 의무가 있다면, 이는 어떤 욕구를 충족하기 위해서라기 보다는 개개인의 필요를 충족하기 위함일 것이다. 결국 보건의료가 단순한 주관적 욕구 혹은 선호만으로 분배되거나 이용된다면 개개인의 최소한의 삶을 보장할 우리의 사회적 의무를 져버리는 것이기에 주관적인 욕구와 다른 측면의 객관적인 필요가 존재한다는 보는 것이 보건의료 영역에서의 논의에서는 더욱 우세하다고 평가해도 무리는 아니다(Culyer, 1998, Culyer, 1995, Daniels, 1981, Hasman et al., 2006, Sheaff, 1996).

즉 보건의료 필요를 통해 우리의 사회적 차원의 도덕적 의무가 더욱 구체화 될 수 있기에 필요 개념을 일정 부분 수용해야 한다는 점에는 어느 정도 동의할 수 있다. 그러나 이 필요 개념을 의료 이용의 영역에 대입하기 전에, 보건의료에 대한 엄밀한 철학적 논증에서는 의료 이용이라는 결과 대신에 흔히 의료를 이용할 수 있는 기회를 뜻하는 보건의료에 대한 접근성(Access)을 중심으로 논의가 진행되었다는 점도 확실히 짚고 넘어갈 필요가 있다. 왜냐하면 실제 이용 혹은 이용의 빈도 등으로 나타나는 결과는 환자가 지닌 필요뿐만 아니라, 개인적인 선호도(Preference)이나 지불 용의(Willingness to pay) 등 개인의 주관적인 요인에도 영향을 받기 때문이다. 따라서 그 결과라는 측면에서, 실제 의료 이용 여부까지 보장하기보다는 그 과정에 있어서 장애물(예: 경제적, 지역적)을 제거하고 이를 이용할 수 있는 기회를 동등하게 보장하는 데에 집중해야 한다는 주장이 더욱 설득력을 얻었다(Daniels, 1982, Ruger, 2007). 그런 관점에서 보면, 본 논문에서 의료 이용을 다루는 것 자체가 별로 실효성이 없거나 도덕적인 의미가 별로 없다고 판단할 수도 있다. 왜냐하면 접근성이 실제 의료 이용으로 이어지기 위해서는 너무나 다양한 개인적, 사회적 요소가 개입하기에 불필요한 의료 이용의 규정이 그 자체로 도덕적인 중요성을 지니려면 이러한 다양한 요소에 대한 이해가 뒷받침되어야 한다는 것이고 따라서 이러한 불필요한 의료 이용에 대한 구분 자체만으로는 철학적, 학문적인 의미가 없다는 주장이다(Daniels, 1982).

이러한 반론을 일부 인정한다고 하여도 보건의료에 대한 일정한 접근성을 보장해야 할 사회적 의무는 그 접근성이 실제 보건의료 이용이라는 결과로 이어질 수 있

어야 그 특별한 도덕적 중요성을 지니게 된다는 점을 유념해야 한다(Ruger, 2007). 또한 이러한 측면에서 접근성을 단순히 경제적, 지리적 장벽 등 장애물을 제거하는 것에서 더욱 넓게 보아 자신이 지닌 모든 보건의료에 대한 필요를 인식하게 하고 이를 이용으로 이끌어낼 수 있게 하는 능력까지를 넓은 차원의 접근성으로 보아야 한다는 주장도 존재하는데, 이러한 관점에서 보면 이전과 같은 좁은 의미의 접근성(장애물이 없는 것)이 의료 이용을 할 수 있는 실질적인 기회(Effective opportunity)를 적절히 담지 못한다고 할 수 있다. 즉, 좁은 의미에서의 접근성은 실제 사회에서 이루어지는 실질적인 접근성의 불평등이나 불형평을 정확히 인식하고 분석할 수 있는 개념이라고 보기 힘들다(Ruger, 2007, Sen, 1990). 하지만 실제로 이렇게 넓은 의미의 접근성을 현실적으로 분석하기란 더욱 어렵고 계량하기는 더욱 더 불가능하다. 따라서 우리는 이러한 넓은 의미의 접근성을 평가하고 분석할 수 있는 지표로서 의료 이용 결과가 지닌 가치를 인정해야 한다. 따라서 그 현실적이고 실천적인 차원에서 의료 이용이라는 결과 측면의 지표를 단순히 무시하는 것은 옳지 않다.

예를 들어 만약 좁은 의미의 접근성만으로 보건의료 분배의 형평성을 평가한다고 하자. 그런데 그 기회 측면의 접근성을 실제 의료 이용이라는 결과로 이끌어낼 수 있는지 여부가 사회경제적 요인이나 인종, 성별 등 필요가 아닌 다른 요인에 의해 영향을 받는다고 하자. 그 중에서 인종을 예로 들어 보면, 좁은 의미로의 접근성(경제적 부담이나 지리적 접근성)은 서로 동일한데 실제 의료 이용 빈도가 인종에 따라 다르다면 그들의 주관적 선호나 문화가 영향을 주었다고 설명하며 이를 개선해야 할 사회적 의무가 존재하지 않는다고 주장할 수도 있다. 하지만 그렇다고 하여도 이러한 주관적 선호가 그들의 사회적 위치나 경제 수준으로 인해 구조적으로 적응(Adaptation)된 결과라면 이러한 의료 이용의 차이가 온전히 그들 각자의 책임(Responsibility)이라고 돌리긴 어렵다(Daniels, 1981, Wikler, 2002). 그렇다면 우리는 좁은 의미의 접근성의 형평성이 충분히 달성되었다고 하더라도 어떤 인구집단에서의 적은 빈도의 의료 이용이 온전히 그들의 탓으로 돌리기 어려우며 사회적인 불평등이나 불형평의 결과로 일부 볼 수 있다면 보건의료 서비스가 정의롭게 분배되고 있다고 판단하기 어려울 것이다. 결론적으로 필자는 좁은 차원의 접근성만으로는 그 모든 측면의 형평성을 평가하기가 어렵기에 의료 이용으로 나타나는 결과를 분석하여 접근성의 범주를 더욱 넓혀 해석하고 분석하는 것이 도덕적 차원에서 접근성을 탐구하는 데에도 더욱 적절하다는 데에 동의한다(Donabedian,

1972, Committee On Understanding Eliminating Racial Ethnic Disparities In Health Care, 2003, Ruger, 2007).

1.3 본 연구의 주제와 첫 번째 가정

따라서 이런 관점에서 보면 실제 보건의료 이용에 대한 자료를 통해서 넓은 측면의 접근성을 간접적으로 계량하는 것이 물론 개념적으로 완벽히 정확하진 않더라도, 이러한 분석 자체가 지니는 도덕적 차원의 의미가 전혀 없다고 단언할 수는 없다. (이태진 et al., 2015a) 따라서 우리가 보건의료 이용(결과)의 형평성을 반드시 평가해야 한다면, 그 평가 기준으로서의 보건의료 필요 개념에 있어서 그 한계와 고려할 점이 무엇이 있을지 그리고 그 한계는 정확히 어느 지점에서 발생할지를 구체적으로 탐구할 목표를 이루려고 한다. 물론 이러한 목표 설정만으로는 그 분석이 쉽게 이루어지지 않을 것이라 예상할 수 있는데, 이미 논의한 바와 같이 엄밀하게 보면 보건의료 이용이라는 결과에 이르기 까지는 너무 많은 요인들이 서로 영향을 주고 받고 있기 때문이다. 따라서 실제와 동일한 보건의료 이용을 그대로 탐구하기보다는, 보건의료 필요 개념이 보건의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 가장 어려운 영역으로 한정해서 논의를 진행하며, 즉 그 필요성에 대한 판단이 이루어지는 경계선 주변을 더욱 단순하게 접근하여 이를 분석하려고 한다.

다시 말하면, 본 논문에서는 접근성에 대한 논의보다는 보건의료 이용 자체에 대해서 더욱 집중하려고 한다. 이러한 집중된 논의를 위해, 환자의 의료 이용에 대한 욕구가 어느 정도 존재한다면 이에 대한 충분한 의료 이용을 할 수 있는 수준의 접근성이 달성된 상황을 가정하려고 한다. 이러한 가정의 적절성을 따지기 이전에, 만약 그렇다면, 필요와 접근성을 어떻게 분석할 수 있을지에 대해 생각해보자. 이러한 충분한 접근성이 이루어졌다면, 사람들의 일반적으로 가지는 보건의료에 대한 욕구 대부분이 그대로 보건의료 이용으로 이어질 것이라 예상할 수 있다. 여기에서의 접근성은 이전에서 논의하였듯이 단순한 기회의 측면을 넘어서서 환자가 실제 의료 이용이 있기 전 이를 욕구하고 실제 이용으로 이어질 수 있으며 이에 따른 혜택을 받는 것까지를 의미하는 것으로 하며, 개념적으로는 Levesque 등이 주장한 개념을 사용하기로 한다(Levesque et al., 2013). 이러한 상황에서는 지금보다 일반적으로 더욱 많은 빈도의 보건의료 이용이 이루어질 것이며 현재 이루어지고 있는 의료 이

용에서 보다 더욱 다양한 문제와 주소, 이에 따른 욕구(Want) 혹은 수요(Demand)를 지닌 환자들이 의사들을 대면하게 될 것이다. 그렇다고 하면 보건의료 필요 개념은 이러한 전체 다양한 보건의료 이용 중 어떤 이용을 불필요하다고 구분할 수 있을 것인지, 구분은 어떻게 가능한지, 어떤 점이 이러한 보건의료 이용을 불필요하다고 판단하는 데에 중요한 역할을 할 것인지에 대해 더욱 집중적으로 논의할 수 있게 된다.

그 반면 이러한 가정이 없다면 접근성과 관련한 더욱 복잡한 논의들이 사전에 이루어져야 할 것이다. 예를 들어 만약 접근성이 이러한 수준으로 달성되지 않은 상황에서 보건의료 이용이라는 결과만을 분석하면 불필요한 의료 이용의 구분이 그 자체로 어떤 특정한 도덕적 함의를 가진다고 보기 어렵다. 예를 들어 어떤 계층이 의료 이용에 대한 접근성이 충분치 않아 그 이용에 장애가 있다고 하더라도 불필요한 의료 이용이 다른 계층에 비해 많을 수도 있다. 왜냐하면 오히려 반드시 필요하다고 여겨지는 의료 이용의 경제적 부담이 커서 그 이용을 꺼릴 수도 있으며, 반면 매우 경미한 질환에 대한 의료 접근성만 충족되어 이에 대해 더욱 자주 이용하는 경우도 충분히 존재할 수 있다. 이 경우에, 이들의 불필요한 의료 이용을 줄어야 할 도덕적인 의무가 직접적으로 발생하는 것은 아니며 오히려 이들의 접근성을 높이는 것이 더욱 시급할 수도 있다. 따라서 구체적인 상황에 따라 불필요한 의료 이용의 구분이 서로 다른 의미를 지닐 수도 있다. 이러한 복잡한 상황을 모두 고려하는 것은 본 논의의 진행을 어렵게 만들 것이다. 그 대신 단순화된 물음들은 우리가 불필요한 의료 이용이라고 쉽게 규정해온 개념을 더욱 명확하게 만들 것이며, 실제 보건의료에 대한 필요가 고려해야 할 요소를 시사할 것이라고 기대한다.

1.4 연구의 대상: 두 가지 필요 개념

특별히 본 논문에서는 어떠한 보건의료 이용 혹은 의료기관에 대한 방문이 필요하다고 판단될 수 있는지 혹은 불필요하다고 판단할 수 있을지 그 경계에 대한 논의에 더욱 집중할 것이므로, 위 논의에서도 일부 접근성에 대한 가정이 이루어졌지만, 이러한 논의에 추가적으로 일정한 제한과 가정을 둘 것이며, 이를 두는 이유와 그 구체적 범위는 이후에 나타날 논문이 지닌 구체적인 가정들(Assumptions)을 통해서 더욱 구체화될 것이다. 결론적으로 먼저 말하면, 기존의 보건의료 필요 개념

중 본 논문의 주제인 보건의료 이용의 형평성을 판단해왔던 주요한 개념으로 기존의 정량적인 의료 이용의 형평성 분석에서 주로 사용된 수평적 형평 분석 내에서 보건의료 필요 개념이 어떻게 정의되며, 이것이 적합한지 여부를 검토할 것이다(Lu et al., 2007, van Doorslaer et al., 2000, Wagstaff and van Doorslaer, 2000, Wagstaff et al., 1991, 김은경, 2013). 이 필요 개념에 대한 명확한 규정과 분석은 본론에서 이루어질 것이다.

또 다른 비판적 분석의 대상을 언급하기 전에, 본 논문에서 새로운 보건의료 필요 개념을 정의하거나 이에 대한 새로운 도덕적 이론이나 접근을 전개하려는 목표는 없다는 점을 명시하려고 한다. 또한 지면의 한계로 인해 실질적으로 모든 보건의료 필요 개념을 본 논문에서 다룰 수는 없을 것이다. 결론적으로 말하면, 본 논의에서는 생의학적 관점 혹은 생의학적 요인에 기초하여 정의된 보건의료 필요 개념 두 가지를 그 대상으로 삼아, 그것들이 실제 의료 이용의 필요성을 적절히 판단하여 불필요한 의료 이용을 구분할 수 있는지를 탐구하는 데에 일차적인 목표를 둔다. 이러한 목표를 설정한 가장 큰 이유는 생의학적 혹은 전문가적 판단에 입각한 보건의료 필요 개념이 한국뿐만 아니라 전세계적으로도 의료 이용에 대한 형평성 분석과 평가에 주요한 역할을 담당해왔기 때문에 그에 대한 세밀한 탐구가 필요하다고 보기 때문이다(Gustavsson and Sandman, 2015, 신영석 et al., 2005).

이러한 한계가 내포하는 함의를 통해 현재 이루어지고 있는 분석과 평가가 어떻게 개선되어야 할지를 알아보는 것이 그 후의 목표가 될 것이다. 그 일차적인 목표를 이루기 위해서는, 우리의 첫 비판적 분석의 대상인 정량적 분석에서 사용되었던 보건의료 필요 개념이 철학적, 분석적 한계가 엄밀하게 존재함에도 그 편의성과 구체적인 정의로 인해 현실 연구에서 불가피하게 사용된 측면이 존재한다는 점을 인식할 필요가 있다(Wagstaff et al., 1991). 그 한계를 간략히 크게 2가지로 서술하자면, 첫째로는 이 필요 개념에서는 인구 집단 전체의 보건의료에 대한 필요를 의학적 필요로 단순히 규정하고 있지만 이를 어떤 철학적 주장이나 근거로 도덕적인 차원에서 정당화하고 있지는 않는다는 점이고, 두 번째로는 인구 집단이 지닌 의학적 필요를 생의학적 요인을 통해 통계적으로 추정하고 있지만, 정확한 개별적인 의학적 필요는 이러한 인구 집단에 대한 추정과 다를 수 있으므로, 즉 엄밀한 의미에서 볼 때 본 필요 개념에 대한 이러한 규정은 간접적 추정일 뿐이라는 점이다. 결국 이러한 한계는 이 개념이 생의학적 관점에 기초하였을 뿐만 아니라, 경험적인 분석에 있어서 자료의 한계 등 다양한 현실적인 제약으로 인해 발생되는 그 개념적

한계 또한 분명히 존재한다고 볼 수 있다. 다시 말해, 어떤 필요 개념이 보건의료 이용에 대한 형평성 평가 혹은 불필요와 필요를 나누는 데에 더욱 적합한 것인지 논의하는 데에 있어서 이 한 가지 개념을 분석하는 것만으로는 생의학적 관점에 기초하였기 때문에 한계를 지니는 것인지 그 현실적인 한계로 인한 것인지 구분하기 어렵다. 따라서 본 논문에서 또 다른 필요 개념의 적합성에 대해서도 평가할 것이며, 이는 위의 2가지 한계가 관찰되지 않는, 생의학적 관점에서 본 보건의료 필요 개념을 적절히 담고 있는 것이어야 할 것이다.

따라서 이에 이어서 검증할 또 다른 필요 개념을 생의학적 측면에서 보건의료의 도덕적 중요성을 규정한 학자인, Norman Daniels의 건강 필요 개념으로 삼으려고 한다. 이 개념은 보건의료 윤리 분야에서 상당한 지지를 받아왔다고 평가할 수 있으며, 뒤에서 더욱 명확히 논의하겠지만, 그러나 실제 보건의료 이용 형평성 분석에 직접 사용하기는 명확히 아직 규정되지 않은 부분이 존재했다. 이는 저자가 이러한 의료 이용의 형평성 분석 자체가 엄밀한 의미에서 정확하지 않음을 지적하고 있기 때문이다(Daniels, 1982). 따라서 당연하게도 이 개념을 사용하여 어떠한 보건의료 이용이 필요한 것이고 불필요한 것인지 그 판단에 대한 세부적인 적용은 아직 시도되지 않았다. 그럼에도 불구하고 이 개념은 건강 필요와 건강에 대한 정의에 있어서 상당히 생의학적인 요인 중심으로 기술하고 있기에 우리가 찾고 있는 생의학적 관점에 기초한 필요 개념에 어느 정도 속한다고 판단할 수 있다. 또한 그 기술이 우리의 첫 번째 대상과 달리 더욱 도덕적인 차원에서 이루어졌기에 이를 분석함으로써 과연 생의학적 관점의 필요 개념이 지닐 수 있는 한계나 특징이 무엇인지 더욱 구체적으로 시사해줄 것이라 기대할 수 있다. 그 구체적인 분석에 있어서는 본 필요 개념이 지닌 특징과 고려 사항들 중 의료 이용에 대해 적용할 수 있는 것들을 구별하고 이를 좀 더 명확히 규정할 필요가 있다. 따라서 본 논문에서는 보건의료 필요 개념을 몇 가지로 구분해놓은 틀(Frame)을 사용하여 이러한 과정을 거친 뒤에 의료 이용에 대한 판단에 적용할 것이며, 이는 첫 번째 필요 개념에 대해서도 마찬가지로 이루어질 것이다(Culyer and Wagstaff, 1993, Hasman et al., 2006). 이를 통한 세부적인 규정과 적용 또한 본론에서 이루어질 것이다.

1.5 기존 논의에서 본 연구의 위치와 가정의 필요성

쉽게 생각할 수 있듯이, 기존의 보건의료 필요 개념들은 생의학적 측면에 국한되어 있진 않다. 이 주제에 있어서, 상당히 많은 학자들이 천착하여 논의가 오랜 시간 이루어졌고, 매우 다양한 견해를 피력한 문헌들이 존재한다. 간단히 구분하자면, 보건의료 필요 개념에 대한 문헌들은 인간의 전반적 필요에 대한 분석을 통해서 보건의료에 적용한 문헌들과(Bradshaw, 1972, O’Neill, 2006, Sheaff, 1996, Wiggins and Dermen, 1987), 사회 정의에 관한 이론을 보건의료 분야에 적용하여 보건의료 필요를 규정한 문헌들이 존재한다(Daniels, 2008d, Daniels, 1981, Powers, 2008, Ruger, 2010). 이러한 다양한 필요 개념들은 서로 공통적인 부분이 존재하지만, 실제 적용에 있어서 서로 다른 결론을 맺을 수 있기 때문에 상당히 한 가지로 모아지기 힘든 주제로 볼 수 있다. 하지만 필요 개념은 의료 윤리 분야의 개념이 상당히 직접적으로 정책 분석에 대입되는 전형적인 예로, 다른 논의에 비해 이렇게 다양한 필요 개념을 포괄할 수 있는 한 가지 개념으로 완성시키려는 상당한 학문적, 사회적, 실천적 요구가 존재해왔던 것도 사실이다(Culyer, 1998, Culyer, 1995, Culyer and Wagstaff, 1993).

어떻게 보면 이렇게 이미 논의가 진행되어, 규정되어 있는 보건의료 필요 개념을 단순히 본 논문이 분석할 영역, 즉 의료 이용에 적용하면 작업이 쉽게 끝난다고 볼 수도 있을 것이다. 그러나 본 논문에서 탐구하려고 하는 의료 이용 혹은 의료 기관 방문의 필요성을 판단하는 데에 이러한 보건의료 필요 개념들을 대입하는 작업은 그리 간단하지는 않다. 왜냐하면 대부분 보건의료 필요에 대한 논의는 전체 보건의료 서비스 중 필요에 속하는 서비스(Necessary health services)를 정하거나 보건의료 필요가 어떤 것인지(Need for Healthcare) 규정하는 데에 집중해서 이루어졌으며, 어떤 보건의료 ‘이용’을 필요한 것으로(Necessary Utilization of Healthcare) 규정할 수 있는지에 대해서는 심도 있게 논의된 바가 없기 때문이다. 이것이 더욱 문제가 되는 근본적인 이유는 본 논문에서 중점적으로 탐구할 영역인, 전체 가상적인 보건의료 이용 중 필요한 이용을 구분하는 논의(본 논문의 주제)와 개별적인 서비스의 필요성(대부분의 기존 문헌들)을 규정하는 것과는 서로 연관되어 있으면서도 다른 측면이 분명히 존재하기 때문이다(Gustavsson and Sandman, 2015, Holm et al., 1998). 먼저 서로 연관된 측면은, 어떤 보건의료 이용이 지닌 필요성이 그 이용에서 환자가 제공받은 개별 보건의료 서비스가 어떤 것인지, 그

서비스가 어떤 필요성이 있는지에 따라 달라질 수 있다는 점이다. 예를 들어, 경미한 골관절염 통증 경감을 위하여 의료 기관에 방문한 환자가 재활 서비스를 받은 경우와 뇌 자기공명검사(MRI)를 받은 경우는, 비록 그 필요 개념이 명확히 규정되어야 하겠지만, 환자에 대해서 서비스가 지닌 필요성이 서로 다르게 평가될 수 있기 때문에 본 서비스가 제공된 의료 이용 자체 혹은 의료 기관 방문의 필요성에 있어서도 각기 다른 판단이 가능하다고 충분히 볼 여지가 있다. 그와는 반대로 서비스 각각의 필요성에 대한 판단과 보건의료 이용의 필요성에 대한 판단이 서로 다른 측면은 제공 받은 보건의료 서비스가 필요하다고 판단되는 경우에서도 일정 수준에서 벗어나는 의료 기관 방문을 불필요하다고 여길 수 있다는 점이다. 만약 결핵에 걸린 환자의 치료를 위한 의료 기관 방문이라고 하여도, 어느 빈도까지 이루어져야 하는지, 어떤 문제 혹은 주소(예. 약 복용의 불편, 호전의 유무 확인 등)로 인한 방문까지 이용할 수 있어야 하는지는 또 다른 영역이라고 할 수 있다. 투약만 제 때에 된다면 최대한 적은 빈도도 상관 없다는 견해부터 복약 지도와 교육을 위해 가능한 모두 이용할 수 있어야 한다는 견해까지 다양할 수 있고 이는 여기에서 제공되는 항결핵제의 의학적 필요성과는 또 다른 차원의 논의라고 볼 수 있다. 따라서 이런 의료 이용 혹은 의료 기관 방문이 지닌 필요성에 대한 판단은 기존 보건의료 서비스의 필요성에 대한 판단과 공통되는 측면이 있지만 서로 다른 부분 또한 분명히 존재한다고 할 수 있다. 본 논문에서는 보건의료 서비스 중 필요한 서비스를 구분하는 논의보다는 의료 이용 혹은 의료 기관 방문의 필요성을 더욱 중점적으로 다룰 것이므로 이러한 차이점에 더욱 집중하고 두 가지 논의 간 혼란을 대비할 수 있는 장치를 마련한 후에 논의를 진행할 필요가 있다.

결국 기존 논의들과 불필요한 의료 이용의 규정을 따로 구분해서 논의하려고 한다면, 위에서 보았듯이 각각의 의료 이용에 있어서 제공되는 보건의료 서비스가 가능한 명시적이고 일관된 기준으로 분배된다는 가정이 필요하다. 왜냐하면 제공되는 보건의료 서비스가 환자가 지니는 문제가 아닌 다른 다양한 요인에 따라 그 기준이 달라진다면, 지나치게 복잡한 논의가 발생되기 때문이다. 예를 들어, 같은 골관절염 통증으로 인한 의료 기관 방문에 있어서 재활 서비스와 MRI 검사 모두가 뚜렷한 기준 없이 제공될 수 있으며, 만약 사회경제적 수준이 높은 계층에 MRI 검사가 더욱 많이 제공된다고 가정해보자. 대부분의 논의와 같이 보건의료에 대한 필요가 그에 대한 적절한 보건의료 서비스로 충족될 수 있다고 한다면 이 상황에서 사회경제적 수준이 높은 계층은 제대로 이러한 필요를 충족하지 못하고 있다고 볼 수 있다.

따라서 이 경우, 현재 논의하고 있는 문제로 인한 의료 이용에 있어서는 고소득 계층의 불필요한 보건의료 이용이 더욱 많다고 할 수 있다. 하지만 그렇다고 하여 과다한 보건의료 이용을 줄여야 한다거나 혹은 고소득 계층의 충족시키지 못한 필요가 많아서 더욱 많은 의료 이용이 보장되어야 한다는 식의 주장으로 이어지기는 어렵다. 그보다는 이러한 필요를 적절히 충족할 수 있도록 보건의료 서비스가 그 필요에 맞추어 제공되는 것이 더욱 이에 맞는 주장이라고 볼 수 있다. 따라서 만약 이렇게 같은 주 증상 혹은 실제 환자가 지닌 의학적 질병이 같더라도 의료 서비스가 무차별적으로 제공된다면 불필요한 의료 이용을 규정하는 것이 그 자체로 어떤 도덕적 의미를 가진다고 보기 어려워진다. 따라서 본 논문에서는 만약 환자가 의료기관 방문을 한다고 하면, 그가 지닌 증상 혹은 문제에 대해 의학적으로 필요하다고 판단되는 서비스만 제공된다고 가정하고 논의를 진행하려고 한다. 대체적인 수준에서 의학적 필요가 의학적 근거(Evidence)와 일종의 의료인들의 사회적 결정 과정을 통해 규정될 수 있다는 개념을 수용하고(Sabin and Daniels, 1994), 본 논문에서는 명시적인 기준을 의학 교과서 등에 서술된 기준으로 설명하려고 한다. 본 논문에서 사용하는 이 기준은 물론 다양한 환자 요인과 상황 등을 고려해서 공급자에 의해 규정된다고 보며, 따라서 어느 정도의 유동성을 지닌 개념이라고 판단한다.

1.6 가정에 따른 한계와 효과

필연적으로 공급자 유인 수요와 같은 제공되는 서비스의 기준이 변화하는 경우가 없다는 가정과 의학적 필요성을 그대로 적용하는 것의 한계와 이에 따른 반론은 존재할 것이라 예상된다. 왜냐하면 실제로 보건의료 이용의 필요성을 판단하는 데에는 공급자 혹은 환자나 외부 환경으로 인한 효과 모두를 고려해야 하기 때문이다(신현웅 et al., 2014). 또한 실제 상황에서 보건의료 이용이 이루어질 때는 오직 의학적 필요성만을 기준으로 진단이나 치료가 제공되지 않는다는 점은 당연하다. 예를 들어 의학적 판단이 이루어지는 과정에서 의학적 지식과 환자의 증상 및 건강 문제뿐만 아니라, 의료 공급자와 환자가 각자 지니는 편견, 선호, 배경이 되는 문화, 언어 환경, 사회적 인식 등이 다양하게 작용한다는 문헌들이 다수 존재하며 실제 정책적인 차원에서 이를 고려하지 않는 것은 보건의료의 이용과 접근성 측면에서 상당히 많은 부분을 다루지 않는 한계를 지닌다고 볼 수 있다(Committee On Understanding Eliminating Racial Ethnic Disparities In Health Care, 2003). 그

러나 본 논문에서는 이러한 전제와 제한 없이는 논의의 실질적인 진행이 어려울 것이라는 예상을 받아 들이고, 실제 현실에서의 불필요한 의료 이용을 직접 논의하기보다는 이러한 불필요한 의료 이용을 대략 어떤 것으로 정의할 수 있을지, 생의학적 측면에서는 더욱 어떻게 구분이 가능한지를 논의하는 데에 더욱 집중하려 한다. 구체적으로는, 의료 이용의 질이나 수준이 모두 환자의 증상에 따라 비교적 객관적인 의학적 판단에 맞추어 이상적으로 이루어진다는 가정으로 인하여 본 논문이 다루는 주제의 범위가 더욱 좁혀졌다고도 말할 수 있다. 좀 더 구체적으로는, 본 논문의 주제에 있어서 실제 의료 이용이 어떤 질(Quality)에 맞추어 이루어졌는지, 실제 의료 공급자가 만들어낸 허위의 필요는 없는지, 건강 결과를 통해 유추해보는 서비스의 적절성은 어떠한지에 대한 논의는 제외된 것으로 볼 수 있다. 따라서 본 논문에서는 환자의 어떠한 문제 혹은 욕구로 인한 의료 기관 방문이 필요한 것으로 규정될 수 있는지를 주로 논의하게 된다.

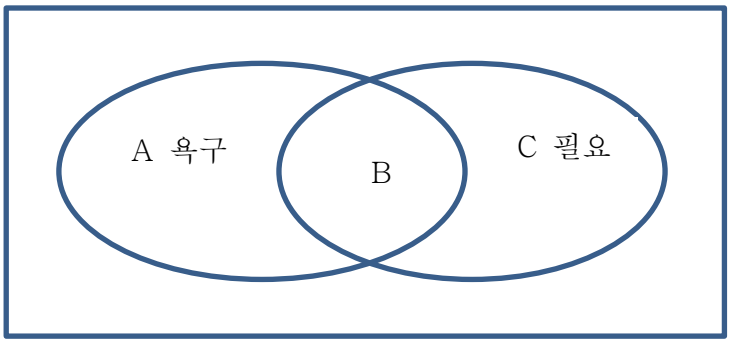

그림 1. 의료 수요와 의료 필요(요구) (양봉민 et al., 2015b)

예를 들어, 만약 어떤 인구 집단에서 A+B만큼의 의료 방문에 대한 주관적인 욕구 혹은 수요가 존재하며, B+C만큼의 보건의료에 대한 필요[2]가 존재한다고 가정해

[2] 이렇게 B+C라는 보건의료 필요는, A+B라는 욕구와는 상관 없이 이미 결정되어 있을 수 있다. 물론 보건의료 필요에 대한 개념이 무엇인지에 따라 그 구체적인 이유가 달라지겠지만, 일반적으로 필요는 어떤 개인이나 집단이 주관적으로 없다고 주장하여도 다른 외부인(생의학적 관점에서는 전문가)이 있다고 공통적으로 관찰되고 규정될 수 있다면(C) 존재한다고 볼 수 있기 때문이다(Daniels, 1981, 양봉민 et al., 2015b). 왜냐하면 제3자가 '저 사람은 A+B라는 욕구가 있어.' 라고 엄밀히 표현할 수 없는 선호의 주관적인 측면과는 달리, 필요는 제3자 혹은 전문가가 '저 사람은 B+C가 필요해.' 라고 비교적 객관적으로 말할 수 있다(Sheaff, 1996). 따라서 어떤 개인이 지닌 A+B라는 욕구가 모두 달성되었다고 하더라도, C라는 필요를 그가 모두 인지하지 못했다면 필요의 충족은 아직 이루어지지 않았

보자. 실제로 보건의료 필요에 관한 문헌들 대부분에서는 이러한 B+C라는 필요를 인구학적, 생물학적 요인을 통해 유추하거나, 도덕적 이론을 사용해 규정하려는 논의가 이루어졌다. 본 논문에서는 보건의료 필요를 직접 추정하는 대신에 이렇게 존재하는 의료 기관에 대한 대부분의 욕구, 즉 A+B만큼의 욕구가 의료 이용으로 직접 표출된다는 가정을 통해 (실제로는 A+B보다 작은 의료 이용으로 나타나겠지만) 그 중에 어떤 일부, 즉 생의학적 관점의 필요 개념으로 필요한 이용(B)으로 규정될 수 있는지를 중점적으로 탐구하며, 우리가 흔히 불필요하다고 여겼던 부분(A)이 어떻게 규정될 수 있고 이러한 규정에 있어서 어떤 요소가 고려되어야 하는지를 논할 것이다. 이 과정에서 위의 가정(실제 제공되는 보건의료 서비스가 최선의 의학적 판단에 따라서만 제공된다는 가정)은 실제 B가 있다면 그대로 보건의료 이용을 통해 인식할 수 있다는 것 혹은 그 인식이 객관적이고 다른 요인에 영향을 받지 않는다는 것이므로, 이를 통해 보건의료 이용의 필요성, 즉 전체 이용에서 불필요한 의료 이용을 구분하는 것(A+B에서 A를 구분)은 어떤 욕구로 인한 의료 이용인지가 더욱 중요해진다. 결과적으로 이러한 탐구는 단순히 B에 대한 논의를 넘어서서 필요 모두(B+C)를 어떻게 유추해야 할지를 간접적으로 알려줄 것으로 기대한다.

1.7 본 연구가 진행될 영역

결국 이러한 논의를 진행시키기 위해서는 그 의료 이용의 대상에 대해서 더욱 구체화시킬 필요가 있다. 왜냐하면 보건의료의 범위나 내용은 구체적으로 정의하기 어려우며, 굉장히 넓게 보면 '일차적인 목적이 건강과 질병에 연관된 행위와 서비스'를 통칭할 수도 있고 좁게 보면 국가가 보장하고 관리하는 의료만으로 한정할

을 수 있다. 만약 자신이 욕구를 느낀 경우에는 모두 보건의료 이용을 했지만 보건의료 이용이 필요한 어떤 문제를 당사자가 인지하지 못하여 이용을 하지 않았다면, A라는 욕구는 충족되었지만 C라는 필요가 충족되지 못한 것이라고 볼 수 있다. 따라서 모든 욕구를 충족한 보건의료 이용 중(A+B)에서 필요하다고 판단되는 부분(B)은 항상 실제 존재하는 보건의료에 대한 필요(B+C)보다 작을 것이다. 결국 본 논문에서는 이러한 부분(B)을 어떻게 규정할지를 논의하는 것이고 물론 이를 실제 보건의료에 대한 필요(B+C)로 직접 치환해서는 안 된다. 하지만 이러한 규정에 있어서 본 필요 개념의 한계와 추가로 고려해야 할 점들은 실제 보건의료 필요(B+C)를 어떻게 추정하고 충족시켜야 할지를 간접적으로 시사할 것이다.

수도 있을 만큼 다양하게 규정될 수 있기 때문이다(이태진 et al., 2015b). 따라서 본 논문에서는 보건의료 중에 일부분을 비교적 명확히 규정하고 이를 그 영역으로 다루려고 한다. 이러한 선택에 있어서 가장 중요한 것은 본 논문의 목적을 이루는 데에 더욱 의미가 있는 대상을 찾는 것이다. 미리 결론부터 말하면 본 논의에서 분석할 보건의료 이용의 대상을 일차 의료(Primary care)로 한정할 것이다. 물론 이 일차 의료라는 개념도 충분히 명확한 것은 아니어서, 더욱 명시적인 세부 사항들이 필요하다. 왜냐하면 같은 일차 의료라고 하여도 이것이 지닌 의미나 특성이 다양할 수 있기 때문이다(Institute of Medicine, 1994). 따라서 세 가지 일차 의료의 규범적(Normative) 특성을 지닌 의료의 영역에 대해서만 논의를 진행할 것이다. 여기에서 규범적이라는 의미는 일차 의료가 목표로 삼는 대상이라는 것을 뜻한다. 따라서 본 논의에서는 현실에서 이루어지는 모든 일차 의료가 아닌 이러한 목표를 삼으며 상당 부분 이를 충족시키고 있는 (가상적인) 일차 의료로 한정하여 그 분석을 진행하려 한다. 일부 가상적이긴 하지만 실제로 이루어지는 일차 의료와 전혀 무관하지는 않다. 구체적으로 첫째는 환자가 문제를 인지하고 처음 의사를 대하는 영역으로서의 일차 의료 특성(First contact, Accessability), 모든 문제로 인한 의료 이용이 아닌 지역사회의 보편적 필요를 다루는 '일차 의료'의 특성(Comprehensiveness), 마지막으로 다양한 측면의 의료(예방적, 치료적, 재활, 완화)를 조율하고 동시에 다룬다는 특성(Coordination) 모두를 가정하고 입원 서비스가 아닌 외래(Outpatient)에서 제공되는 일차 의료 서비스로 그 논의 영역을 제한할 것이다(Institute of Medicine, 1994, Starfield, 1994).

이렇게 탐구의 영역을 일차의료로 한정한 이유는 크게 2가지가 있다. 첫째, 본 논문에서 집중할 논의를 진행하는 데에 있어 중요한 것은 가능한 다양한 욕구를 담은 의료 이용을 알아보는 것이다. 만약 2차, 3차 의료 기관에 대한 방문으로 규정하게 된다면 의학적 필요성이 규정되어 방문의 필요성이 이러한 방문을 의뢰한 다른 의료인들에 의해 비교적 확정되었다고 볼 수 있다. 물론 실제 상황에서는 그 필요성이 의사의 판단보다 환자의 3차 병원에 대한 선호도, 의료 기관의 사회적 환경 등 외적인 요인의 영향을 더욱 크게 받을 수 있지만, 그렇다고 하여도 방문의 필요성이 이미 구체적으로 규정되어 있는 상황을 논의하는 것은 큰 의미가 없을 것으로 보인다. 이에 반해 일차의료 기관에 대한 방문은 일차 의료의 특성으로 인해 환자의 다양한 사회적 욕구가 비교적 의학적 규정을 거치지 않은 채 그대로 일차 의료 기관 방문으로 표출되기 때문에, 과연 이러한 다양한 욕구로 인한 방문 중 어떤 것

이 필요한 것인지 구분하는 과정을 통해 실제 보건의료, 여기에서는 일차 의료 이용의 필요성을 더욱 세밀히 탐구할 수 있다. 둘째로는 위에서 규정한 일차 의료가 지닌 특성과 외래라는 대상의 한정으로 인해 보건의료 필요 개념을 적용하는 데에 다양한 논의의 지점들이 발생할 것으로 예상되기 때문이다. 또한 이러한 논의의 지점을 구체적이고 명시적으로 서술하려면 현실적으로 이루어지는 모든 일차 의료를 모두 다룰 수는 없다. 왜냐하면 의사나 환자 개인이 일차 의료에서 목표하는 바와 이룰 수 있는 바는 너무도 다양하기에 대체적으로 우리가 논의하고 생각하는 일차 의료라는 본래 규범적 개념에서 크게 벗어나지 않은 일차 의료 이용을 다루는 것이 논의 진행에 도움이 된다고 생각하였기 때문이다. 본론에서 충분히 논의하겠지만, 일차 의료가 지닌 3가지 특성은 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 새로운 논의를 제시한다. 그 중 일부를 미리 언급하자면, 비교적 2차, 3차 의료 영역은 치료적, 진단적 의료 서비스에 집중해서 이루어지는 경향이 있지만 일차 의료는 그렇지 않으며 질병의 역학적 특성으로 인해 예방적, 진단적 영역이 더욱 큰 부분을 차지한다고 할 수 있다. 이렇듯이 교육과 상담이 이루어지는 일차 의료 상황은 보건의료 필요 개념을 적용하는 데에 새롭게 고려되어야 할 것이며 본 논문이 이러한 측면에서 보건의료 필요와 일차의료 이용, 그리고 일차의료에 대한 접근성에 대한 기존 논의에 새로운 이해를 줄 것을 기대한다.

1.8 본 논문의 진행 계획

본 논문은 따라서 일차 의료 이용에 있어서 두 가지 생의학적 보건의료 필요 개념들이 불필요한 의료 이용과 필요한 것을 적절히 구분할 수 있으며 결과적으로 보건의료에 대한 필요를 어떻게 대략 추정할 수 있는지를 중점적으로 평가하려고 한다. 제일 먼저, 위에서도 서술하였듯이, 이를 위하여 두 가지 생의학적 보건의료 필요 개념을 세밀히 분석하고 의료 이용에 적용할 수 있도록 비교적 명시적으로 규정하고 변형시킬 필요가 있다. 이러한 작업은 물론 그 개념이 본래 지니는 특성과 각 개념에서 중요하게 고려하는 요인이 무엇인지 먼저 파악하고 이를 유지하면서 본 논문의 주제에 대입시키는 것까지 포함한다. 그 이후에는 위에서 가정한 일차 의료 특성이 보건의료 필요 개념을 적용하는 데에 어떠한 추가적인 고려 사항들을 야기하는지를 알아볼 것이다. 이는 한 가지 특성이 한 가지 효과를 낳는다기보다는, 세 가지 특성이 복합적으로 여러 가지 특성을 만들어내는 것에 가깝다. 그 다음으로는

이러한 결과로 인하여 두 가지 필요 개념이 한계에 부딪히는 지점에 대해 알아보고, 마지막으로 이를 유념한다면 일차 의료 이용의 필요성을 구분할 수 있는 보건의료 필요 개념은 어떤 요소를 포함해야 하는지 탐구할 것이다.

1.9 본 논문의 주제에 대한 근본적인 반론

본격적인 논의를 시작하기에 앞서서, 우리가 주로 다룰 주제의 성립에 대한 근본적인 반론이 존재할 수 있다는 점을 살펴보려고 한다. 가장 근본적인 반론은 필요한 일차 의료 이용과 불필요한 일차 의료 이용으로 나누는 논의 자체가 어떤 필요 개념을 통해서든지 불가능하다는 것이다. 이는 어느 정도 필요라는 개념에 따라서 더욱 필요한 이용과 덜 필요한 것으로 구분할 수는 있겠지만 어떤 의료 이용이 반드시 필요가 있다 혹은 없다라고 단정할 수 없다는 주장이다(Hasman et al., 2006). 결국 필요는 상대적인 개념이기에 상대적으로 더욱 불필요한 이용이 있을 수는 있지만, 불필요한 의료 이용과 필요한 의료 이용으로 나누는 것은 그 자체로 이루어질 수 없는 논의라는 것이다. 추후에 자세히 살펴볼 것이지만, 기존 보건의료 필요 개념 대부분은 주로 연속적인 값(예: 초기 건강 수준, 혜택을 받을 능력)을 통해 결정된다는 점에서 이러한 반론은 상당히 일리가 있어 보인다. 따라서 이러한 주장을 받아들인다면 우리가 불필요한 의료 이용을 명확히 규정하지 못한다고 하여서 이것이 생의학적 필요 개념의 한계라고 반드시 단정할 수는 없다. 왜냐하면 그 어떤 개념으로도 불필요한 의료 이용을 구분할 수 없을 수 있기 때문이다. 즉, 필요 자체가 연속적이기 때문에 필요하다 혹은 불필요하다고 이분법적으로 구분하기 어렵기 때문이다. 하지만 그럼에도 불구하고 여기에서 우리가 주목할 만한 점은 첫 번째, 어느 정도의 이분법적인 구분은 현실적으로 불가피하다는 점이고 두 번째는 구분이 어렵다고 할 수 있지만 필요 개념 모두가 동일한 합리성이나 적절성을 가진다고 평가할 수는 없으며 어떤 개념에 따른 구분은 합리적이지 못하거나 포괄적이지 않다고 평가할 수 있다는 점이다.

먼저, 이러한 구분은 현실적으로 불가피하다는 점을 살펴보자. 물론 필요 개념 자체는 연속적으로 존재한다는 점에는 동의하지만, 그렇다고 하여 그 어떤 것도 전적으로 불필요하다고 여기지 못하거나 어떤 것도 필요하다고 확실히 말하지 못한다면 보건의료 필요 개념으로서 그 효용성이 없다고 말할 수도 있다. 그렇다면 논의의

대상이 될 수 있는 보건의료 필요 개념은 본질적으로 필요와 불필요를 상대적으로 일부 이루어지게 되겠지만, 어느 정도는 명시적으로 나눌 수 있어야 한다. 또한 일부 대상에 대해서는 확실히 결정할 수 있는 능력을 지닌 필요 개념이라야 현실적인 분석이나 논의에 더욱 유용하게 사용될 수 있을 것이라 기대할 수 있다. 예를 들어, Daniels, N.의 필요 개념에 따라서는 불임 시술 혹은 낙태 시술은 건강 필요에 절대 속할 수 없는데, 이는 상대적으로 이루어진 판단이라기보다는 생의학적 건강 혹은 종에 특정한 정상 기능, 즉 출산과 임신이라는 범주에서 오히려 벗어나게 하는 시술이기 때문에 반드시 불필요한 것으로 판단된다. 즉 이 필요 개념에 따라서는 절대적으로 위 서비스는 필요로 분류될 수 없는 것이며, 무조건 필요 개념에 따른 상대적인 판단만 존재하는 것은 아님을 알 수 있다. 또한 실제로 연속적인 필요 개념이라고 하여도 현실적으로 불필요한 의료 이용을 일부 명시적으로 규정해왔다는 사실은 필요와 불필요를 본질적으로 나눌 수 없다는 반론이 현실성이 떨어짐을 보여준다. 물론 그렇다고 하여도 우리가 논의할 주제에 있어서 그 필요성의 구분이 이루어지는 중간 영역 혹은 연속적인 값을 가지는 필요의 경계 부위에 해당하는 사례에 대해서 주로 논의가 이루어질 것이므로 이러한 필요의 상대적인 측면을 어느 정도는 인정할 필요는 있어 보이며, 이러한 영역에서라면 필요, 불필요를 구분하는 것 자체가 어떤 필요 개념에 따르더라도 어려울 수 있다는 점에는 일부 동의할 수도 있겠다.

하지만 그렇다고 하여 모든 필요 개념이 그 필요성 구분이 적절한지에 대해 모두 동등하다고 여겨질 것이라 보기는 힘들다. 예를 들어, 생의학적 필요 개념이 지니는 특징적인 한계는 이와는 다른 필요 개념에서 보여지지 않기에 그 한계 모두가 필요 개념의 본질적인 한계로 정당화될 수 있는 것은 아니다. 이를 구체적으로 말하자면, 추후에 자세히 논의하겠지만, 생의학적 필요 개념은 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 문제에 있어서 더욱 그 한계가 명확히 드러나게 되는데, 이는 일차 의료라는 그 영역의 특성과 더불어 생의학적 관점의 필요 개념이 지닌 그 고유한 한계로 인함이기도 하다. 무엇보다도 이러한 명확한 한계를 지니고 있음에도 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 역할을 해왔던 그 기존의 연구와 논의들을 비판할 수 있을 것이다. 따라서 필요의 상대성을 인정하여 이러한 구분이 그 어떤 필요 개념을 따라서도 힘들 수 있다는 점을 인정하면서도, 생의학적 필요 개념이 지닌 한계는 일반적인 필요 개념으로 인한 한계와 차별화되며, 상당히 고유한 한계를 지니고 있다.

2. 연구 방법과 진행 계획

2.1 본 연구의 기본적인 방법

본 논문에서 사용한 연구 방법은 기존 보건의료 정책 연구에서 흔히 사용되었던 정량적인 분석과 질적 분석과는 다른, 철학적 논증을 기반으로 하고 있다. 여기에서 주로 이용하게 될 철학적 논증은 경험적인 세계에서의 관찰이나 연구가 그 세계를 얼마나 정확히 담고 있는지, 혹은 그 세계에서 일어나는 인과 관계를 얼마나 잘 설명할 수 있는지에 대한 논의, 즉 귀납적 추론(Inductive reasoning)이라기 보다는, 그 현상 이면에 담겨있는 도덕적 차원을 논의하는, 일종의 연역적 추론(Deductive reasoning) 방식을 택하게 된다(Hawthorne, 2017). 즉 본 논문에서 알아볼 불필요한 일차 의료 이용에 대한 주제에 있어서, 실제 한국에서 이루어지고 있는 일차 의료 이용의 현황이 어떠한 분포를 지니기 때문에 생의학적 보건의료 필요 개념이 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 한계를 지닌다는 식의 논리 전개 방식을 택하지 않을 것이다. 오히려 여기에서 논의할 것은 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 생의학적 보건의료 필요 개념이 어떻게 적용될 수 있으며 어떤 한계를 지니는지를 철학적으로 탐구하는 것이다. 따라서 생의학적 보건의료 필요 개념 중에서 두 가지 개념을 그 정의와 이전 연구들을 통해 명확히 규정하는 작업이 필요하고, 이에 따라 필요한 일차 의료 이용이 무엇인지를 도덕적인 차원에서 논리적으로 정의해야 한다. 그 다음 이러한 정의를 사용해서 과연 일관적으로 다양한 차원을 지니는 일차 의료 이용을 구분할 수 있는지를 탐구하는데, 구체적으로는 그러한 구분이 잘 이루어지지 않는 반례를 제시함을 통해서 그 개념의 한계를 알아보려고 한다.

2.2 본 연구의 대상

두 가지 생의학적 관점의 보건의료 필요 개념은 연구의 대상 역할을 하게 될 것이다. 왜냐하면 이들을 분석하고 본 논의에 적용하여 이들의 적절성을 주로 논의하게 될 것이기 때문이다. 이러한 연구 대상에는 구체적으로 기존 경험적인 보건경제학 연구에서 사용되었던 수평적 형평 분석에서의 필요 개념과 Norman Daniels의 건강 필요 개념을 다룰 것이다. 하지만 이전에 이루어진 명시적 개념 그대로 본 연구

영역에 적용하기는 힘들다. 왜냐하면 대부분의 기존 보건의료 필요 개념이 필요한 의료 이용(Necessary utilization of healthcare)을 직접적으로 무엇이라 정의했다기 보다는 의료 이용의 필요(Need for health care)를 정의했기 때문이다(Daniels, 2008d, Wagstaff and van Doorslaer, 2000). 따라서 본 연구에서 목표로 한 이 두 필요 개념을 통한 불필요한 일차 의료 이용에 대한 규정은 처음부터 완벽하고 구체적으로 이루어지기는 어려우며 이 두 필요 개념에 대한 분석 과정과 구체적인 적용을 해나가면서 더욱 명확해지는 부분이 존재할 수 밖에 없다. 예를 들어 수평적 형평 개념에 따라 정의한 불필요한 의료 이용은 처음부터 명시적인 짧은 개념만으로 표현하기는 어려우며 구체적인 의료 이용의 영역에 들어가서 이 개념을 적용해본 후에야 이 개념에 따라 정의한 불필요한 의료 이용이 어떤 것인지에 대한 더욱 명확한 결론에 이르게 된다. 따라서 다음 절에서 이 두 가지 개념을 명확히 하고 의료 이용에 어떻게 적용시킬 수 있을지 논의하려고 한다.

2.3 본 연구의 가정

위에서 서술한 대로, 본 논의를 위해 크게 두 가지 가정을 한 후에 이를 진행할 것이다. 첫째, 상당한 수준의 접근성이 이루어져서 일차 의료 이용에 대한 환자의 욕구가 조금이라도 존재한다면 일차 의료를 이용할 수 있다는 가정이다. 이 가정을 통해서 접근성에 대한 논의와 의료 이용 전부터 의료 이용이 이루어지기까지 다양한 요소 간 상호 작용에 대해서는 본 논의에서 크게 다루지 않으려 한다. 두 번째 가정은 환자에게 제공되는 보건의료 서비스가 그 의료 필요에 따라서만 제공된다는 것이다. 이를 통해 보건의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 필요한 지나치게 복잡한 고려 사항들을 뛰어넘어서, 어떠한 환자의 욕구나 문제에 대한 일차 의료 이용이 불필요한 이용으로 구분될 수 있는지에 더욱 집중할 수 있게 된다. 이 두 가지 가정은 현실과 다른 부분이 분명히 있기에 본 연구의 함의를 제한하게 되겠지만, 이와 같은 효과를 통해 논의를 효율적이고 의미 있게 이끌 수 있게 될 것이라 기대한다.

2.4 본 연구의 영역과 진행 계획

위에서 알아보았듯이 본 논의가 주로 이루어지는 영역은 세 가지 규범적인 특성을 지닌 일차 의료 이용에 대한 것이다. 그러나 본 논의의 효율성을 위해 현실에서 이루어지는 모든 일차 의료 이용을 다루지는 않을 것이다. 특별히 생의학적 필요 개념으로 구분이 어려울 수 있는 일차 의료 이용의 일부 사례가 지니는 특징을 대략적으로 탐색해보고 이에 대해 더욱 집중해서 이루어질 것이다. 이후에 논의할 부분을 먼저 다루자면, 이러한 일부 사례는 환자의 문제 혹은 증상이 의학적으로 전형적인 사례에 해당되지 않으며 전형적인 부분이 있다 하더라도 그 문제의 정도가 경미하여 의학적 치료의 효과가 수명을 연장시키거나 질병의 자연사를 바꿀 수 있다고 예상되지 않고 환자의 증상을 일부 경감시키는 데에만 그치는 경우가 될 것이다.

그 다음 본격적인 두 가지 필요 개념의 검증 과정은 과연 그 두 개념에서 주요하게 고려한 요인들 외에도 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 중요한 다른 요인들이 존재하는지를 탐구하면서 이루어질 것이다. 두 개념이 중요하게 고려하는 요인에 대한 분석은 Wagstaff와 Culyer가 사용했던 필요 개념에 대한 분석 틀(Framework)을 주로 사용할 것이며 일부 Hasman 등의 연구의 분석도 일부 사용하여 이루어질 것이다(Culyer and Wagstaff, 1993, Hasman et al., 2006). 만약 두 가지 필요 개념에서 필요성을 구분하는 데에 중요하게 고려하는 요인들 외에 다른 요인들 또한 중요하게 고려되어야 한다고 충분히 생각할 수 있다면, 이러한 필요 개념이 적절하게 불필요한 의료 이용을 구분할 수 있다고 이야기하기 힘들 것이다. 왜냐하면 본 개념에서 중요한 요인에 따라 필요하지 않은 의료 이용이라고 판단했더라도 충분히 중요한 다른 요인들을 추가로 고려함으로 인해 그 판단에 혼란이 생길 수도 있기 때문이다. 그리하여 다음 절에서는 먼저 두 가지 생의학적 보건의료 필요 개념 전반에 대해 알아보고 이를 분석하여 이 개념에 따라 어떤 일차 의료 이용이 불필요한 것으로 판단되는 데에 가장 중요한 요인이 어떤 것인지 탐구할 것이다. 이러한 탐구의 흐름이나 논리는 Bærøe, K., & Bringedal, B.의 연구에서 일부 영감을 받았으며 이 연구에서 또한 구체적인 틀을 명명하거나 따로 서술하지는 않았으므로 본 연구에서도 그 철학적 논증의 특성 상 대략적인 논리적 흐름을 도식화하는 것으로 이를 대신하였다(Bærøe and Bringedal, 2011). (그림 2 참고)

예를 들어 세부적인 일차 의료 영역에 적용하여 이러한 검증 과정을 진행하기 위

해서는 필요한 논의를 미리 서술하자면, 수평적 형평 분석의 필요 개념에서는 건강 수준으로 추정하는 의학적 필요성이 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 중요한 요인이라고 할 수 있다. 그 다음 이러한 고려 요인들만으로 일차 의료 이용의 필요성을 판단할 수 있는지를 탐구하여 이 두 개념이 과연 불필요한 일차 의료 이용을 적절히 구분하는 지에 대해 검증할 것이다. 그리하여 다음 절에서는 두 개념을 명확하게 논의하고 어떠한 요인을 중요하게 고려하는지 탐구한 다음에 의료 이용이라는 영역에 대략적으로 대입해 볼 것이다. 본 연구의 전체적인 흐름은 아래 그림으로 서술하였다.

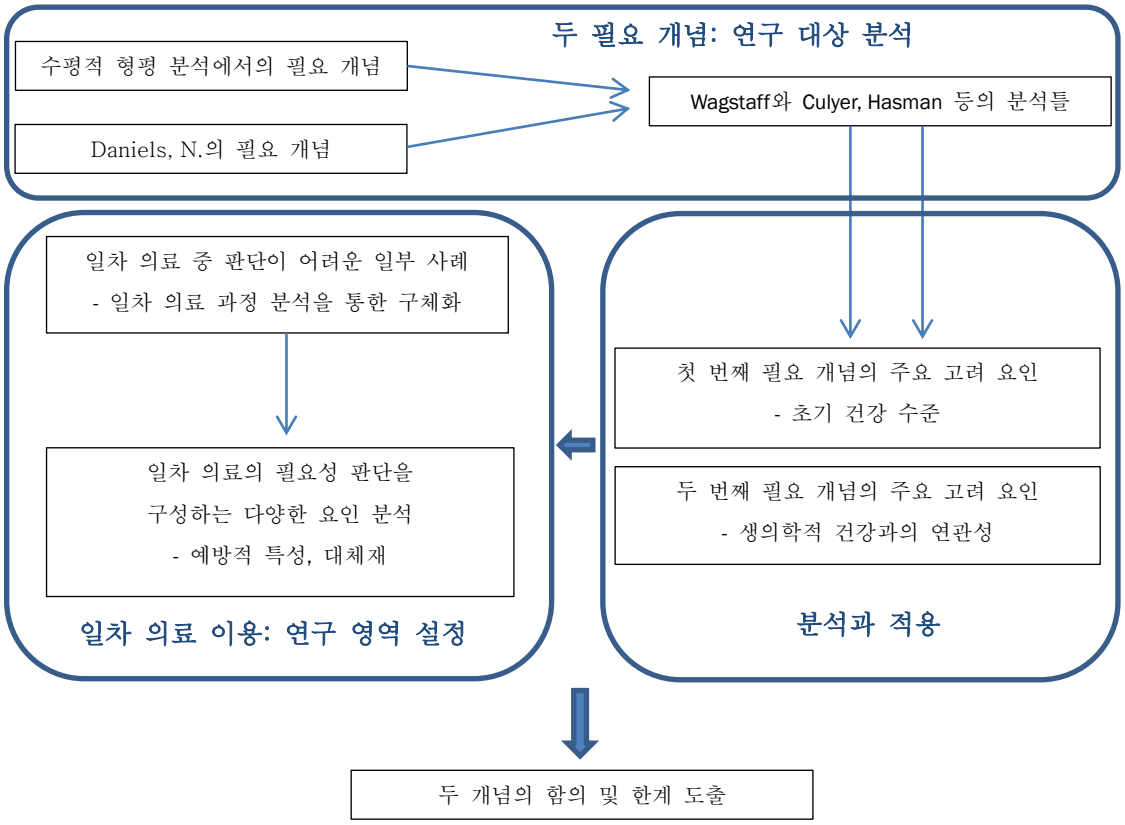

그림 2. 연구의 전체 흐름(Culyer and Wagstaff, 1993, Hasman et al., 2006, Bærøe and Bringedal, 2011)

3. 두 가지 생의학적 보건의료 필요 개념

3.1.1 기존 수평적 형평 분석에서의 보건의료 필요 개념

처음으로 알아볼 생의학적 관점의 보건의료 필요 개념은 기존 수평적 형평 분석에서 주로 사용된 필요 개념이다. 수평적 형평이라는 개념은 매우 근원적으로 보면 '같은 것은 같게, 다른 것은 다르게' 라는 아리스토텔레스의 정의에 대한 주장에서부터 출발한다고 볼 수 있다(Aristotle, 1962). 결국 수평적 형평이라는 개념 정의만으로는 어떤 대상을 같게 할 것인가, 또 결론적으로 같아져야 하는 결과는 무엇인가를 결정할 수 없으므로 수평적 형평 분석에 사용될 보건의료 필요 개념도 다양하게 정의될 수 있다. 가장 흔하게는 같은 의료 필요에 대한 같은 의료 이용, 혹은 같은 의료 필요에 대한 동일한 접근성(기회), 혹은 같은 건강 수준 등이 보건의료에 대한 수평적 형평 개념으로 사용된다(양봉민 et al., 2015b). 또한 참고로 이와 더불어 수직적 형평 개념도 존재하는데, 이는 '다른 것은 다르게' 라는 형평성의 측면에 해당하는 것으로 보건의료 영역에서는 다른 의료 필요에 대해서는 다른 의료 이용 혹은 접근성이 필요하다는 주장으로 흔히 이어진다.

본 논문에서 수평적 형평 분석에 사용될 수 있는 필요 개념 전체를 모두 분석하지는 않을 것이며, 의료 이용의 수평적 형평성을 정량적으로 분석할 때 자주 사용되는 필요 개념만을 주로 다룰 것이다. 이러한 대상이 되는 경험적 분석에서 가장 흔하게 그 결과로 얻어지는 지표는 수평적 형평 지수(HI, Horizontal Index)이며, 위에서 알아본 수평적 형평 개념 중 동일한 의료 필요(Medical need)에 대한 동일한 의료 이용이라는 개념을 사용해서 이루어진다(Wagstaff et al., 1991, 김은경, 2013). 경험적인 분석의 한계로 인해 이러한 의료 필요는 개별적인 환자에 대한 것이라기보다는 인구 집단의 의학적 필요를 추정할 수 있는 인구학적 요소(성, 연령 등), 의학적 요소(동반 질환 수, 장애 여부, 질환 중증도 등) 등을 사용하여 얻는 경우가 많다(Wagstaff and van Doorslaer, 2000). 구체적으로 보자면, 소득으로 순위를 매긴 후 얻어진 실제 의료 이용의 집중화 지수(Concentration Index)에서 위에 요소로 추정한 의료 필요의 집중화 지수를 뺀 값을 수평적 형평 지수로 표현하며, 이는 값의 음과 양에 따라 양이면 부유한 계층에게 유리한 불형평(부유한 계층이 자신의 필요보다 과다 이용)을 뜻하며, 음이면 빈곤한 계층에게 유리한 불형평(빈곤한 계층이 자신의 필요보다 과다 이용)을 뜻한다(Lu et al., 2007,

Wagstaff and van Doorslaer, 2000, 김은경, 2013).

결국 이 집중화 지수의 차이를 통해서 표현하는 것은 일반적으로 부유한 계층보다 더 많이 이루어지는 빈곤한 계층의 과다한 의료 이용 중에서 빈자의 일반적으로 더 나쁜 의학적 요인으로 인한, 혹은 빈자의 높은 의학적 필요로 인한 의료 이용만큼을 제외한 후 그 나머지는 불필요한 의료 이용(그림 1-1의 A)이라고 보는 것이다. 이 불필요한 의료 이용은 물론 절대적인 기준에 의해서 규정된다기보다는 전체 인구 집단 내에서의 상대적인 분포(Distribution)를 분석함을 통해서 결정된다고 볼 수 있다(Wagstaff and van Doorslaer, 2000, Wagstaff et al., 1991). 다시 말하면, 수평적 형평 지수는 엄밀히 말해 인구 집단의 절대적인 보건의료에 대한 필요를 측정하려는 목표는 없다는 점은 분명하다. 하지만 그렇다고 하여 명확한 필요 개념이 부재하는 것은 아니다. 실제로 필요한 의료 이용과 그렇지 않은 이용을 구분함으로써 보건의료 필요 개념의 역할을 담당하고 있으며, 결론적으로 한 인구 집단 내에서 필요한 의료 이용의 양을 간접적으로나마 결정한다고도 충분히 볼 수 있다.

그렇게 결정되는 필요한 의료 이용의 양 혹은 빈도를 통해 본 필요 개념의 중요한 한 가지 특징은, 이렇게 간접적으로 규정된 필요는 생의학적 요인만을 통해서 결정된다는 점이다. 왜냐하면 만약 수평적 형평 지수가 0인 상황, 즉 모든 이용이 필요에 따른 것일 경우(그림 1-1에서 A가 존재하지 않는 경우)에 이루어지는 의료 이용은 의학적 필요를 추정하는 요소들만으로 그 빈도나 양이 결정되기 때문이다. 다시 말하면 특정 인구 집단 P_1의 의학적 필요가 만약 N이고, 다른 인구 집단 P_2의 필요가 2N이라면 P_2가 이용하는 의료의 양 혹은 빈도는 P_1보다 2배가 많아야 한다고 볼 수 있다. 따라서 이 보건의료 필요 개념에 따르면 보건의료 필요는 결과적으로 (성과 연령을 보정한) 어떤 인구 집단의 건강 수준에 따라 결정된다고도 볼 수 있다. (Culyer and Wagstaff, 1993, Hasman et al., 2006) 여기에서의 이 건강 수준은 엄밀히 말해 의료 이용, 그 중에서도 치료적 서비스가 제공되기 전 시점으로 보아야 하며, 더욱 명확하게 하자면 이를 초기 건강 수준(Initial health status)이라고 할 수 있다.[3] 왜냐하면 실제 보건의료 서비스의 효과를 고려하지 않

[3] 사실 본 개념에서 본래 목표한 것은 의학적 필요를 결정하고 이를 완벽히 반영한다는 것이 아니고, 통계적으로 추정한다는 것이다. 하지만 인구 집단의 필요를 추정하는 그 요소들이 모두 생의학적 요인들로 이루어지므로 결과적으로는 건강 수준에 따라 필요가 결정된다.

기에 서비스가 제공된 후기 건강 수준은 고려하지 않는다고 간접적으로 알 수 있다. (Culyer and Wagstaff, 1993)

3.1.2 일차 의료 이용에 대한 본 필요 개념의 적용

지금까지의 분석한 결과만 놓고 보면, 결국 예를 들어 사회경제적 혹은 인종적, 문화적 요인과는 전혀 상관없이 오직 생의학적 요인으로 결정되는 의학적 필요에 따라 보건의료 필요가 결정된다. 이를 다른 방식으로 표현하자면, 사회경제적 수준이 다르지만 초기 건강 수준이 같은 두 개인에게는 동일한 의료 이용이 보장되어야 한다는 것이다. 따라서 본 필요 개념에 따르자면, 의료 이용의 필요성을 구분하는 데에도 다른 사회경제적, 문화적 요인 등을 고려하기보다는, 오직 의학적 필요를 결정하는 생의학적 요인만을 고려하는 것이 중요하고 이러한 요인이 실제 의료 이용의 필요성도 결정할 것이라 예상할 수 있다. 결국 다양한 욕구 혹은 주소를 가진 의료 이용 중에서 필요하다고 판단될 수 있는 것은 그 개인 혹은 인구 집단의 건강 수준에 따라 결정될 것이다. 본 필요 개념이 인구 집단의 이용에 대해서 규정되었으므로 개별적인 의료 이용의 필요성을 판단하는 차원으로 이를 적용해본다면, 의학적으로 필요하다고 판단될 수 있거나 초기 건강 수준이 의학적으로 좋지 않다고 추정되는 환자의 의료 이용만이 본 필요 개념에 따라 필요한 의료 이용으로 규정될 수 있다고 보는 것이 타당할 것이다.

3.2 Norman Daniels의 보건의료 필요 개념

3.2.1 Norman Daniels의 보건의료 필요 개념 분석

Daniels, N.의 보건의료 필요 개념을 분석하기 위해서는 전반적인 그의 주장을 알아볼 필요가 있다. 간단히 이를 소개하자면, 그는 보건의료와 건강의 특별한 도덕적 중요성(Special moral significance)을 Rawls, J.의 정의론(Theory of Justice)을

본 필요 개념에 대한 이러한 판단에는 두 가지 참고 문헌의 보건의료 필요 개념에 대한 전반적인 분석이 도움이 되었다. (Hasman et al., 2006, Culyer and Wagstaff, 1993)

통해서 주장한 학자이다. 그는 이러한 건강의 개념을 생의학적 측면으로 한정하였는데 통계적 분석에 따른 정상성(Normality)을 기준으로 한, 종에 전형적인 정상 기능(Species-typical normal functioning)으로 정의하였다(Daniels, 2008b, Boorse, 1977). 이러한 정의가 그의 주장 내에서 어떤 역할을 하는 지에 대해서는 추후에 논의할 것이다. 결국 이렇게 정의한 건강은 Rawls, J.의 정의론에서 규정된, 사회적 기본 재화들(Social basic goods) 중 하나인 기회(Opportunity)에 영향을 주기 때문에, 한 사회 내에서의 공정한 기회의 평등(Fair equality of opportunity)을 보장하기 위해서는 일정한 건강 수준, 즉 종에 전형적인 정상 기능을 보장해야 하고 이를 지킬 사회 차원의 도덕적 의무가 있다는 주장으로 이어졌다(Daniels, 2008b). 정리하자면, 우리가 일정한 삶의 목표를 이루기 위한 기회라는 측면에서 일정한 기회의 평등을 이루어야 할 사회적으로 공유되는 의무가 있는데, 이러한 기회의 평등을 이루기 위해서 일정한 정상 기능을 유지하거나 회복할 수 있게 할 서로 간의 책임이 있다는 주장으로 간략히 설명할 수 있다.

이러한 주장의 전반적인 흐름 내에서, 그는 이러한 정상 기능을 유지하고 회복하고 대체할 수 있는 재화나 서비스를 두고 건강 필요(Health needs)로 규정했다. 그 또한 필요 개념 자체가 상당히 접근하기 어렵고 난해한 개념이라고 인정했지만, 현실적이고 학문적인 이유로 필요 개념을 정립할 충분한 근거가 있다고 판단하였다(Daniels, 2008d). Daniels, N.는 상당히 구체적으로 6가지 건강 필요 리스트를 서술하였다. 이를 직접 서술해보면, 1. 적절한 영양 2. 위생적이고 안전하며 오염되지 않은 근무 및 생활 환경 3. 운동, 휴식, 약물 오남용과 안전한 성생활과 같은 중요한 생활 습관들 4. 예방적, 치료적, 재활, 대체 개인 의료 서비스(그리고 기구들) 5. 비의료적인 개인적, 사회적 지지 서비스 6. 건강의 다른 사회적 결정 요인들의 적절한 분배로 정리되어 있다(Daniels, 2008d). 여기에서 주목할 만한 것은 건강의 개념을 굉장히 좁게 규정하고 있는 데에도 건강 필요의 범위는 이에 비해 상대적으로 넓은 범위의 재화와 서비스를 포함하고 있다는 점이다. 우리가 본 논문에서 주로 검토할 보건의료 서비스, 특히 일차 의료와 같은 개인 의료 서비스는 4번의 항목에 해당된다고 볼 수도 있지만, 이것만으로 어떠한 일차 의료 이용이 필요하다고 판단할 수 있을지는 명확히 알기 어렵다. 왜냐하면 이렇게 건강 필요가 폭 넓게 정의된다고 하여도 개인 의료 서비스의 모든 과다한 이용이 엄밀히 본 필요 개념에 따라 필요로 속할 수 있는 것은 아니며 이 중 일부만이 필요로 규정될 수 있을 것이기 때문이다(Daniels, 1981). 이에 대해서는 추후에 본 개념을 적용하면서 구체

적으로 알아볼 것이다.

우리가 전체 일차 의료 이용 중 어떤 이용이 필요로 속할 수 있는지 탐구하려면, 그가 주장한 건강 필요가 어떤 재화와 서비스를 뜻하는지 알아보는 것뿐만 아니라 이 주장 내에서 필요가 어떻게 규정되는지를 더욱 심층적으로 다루어야 한다. 이를 위해 먼저 그가 서술한 필요가 지녀야 할 특징들을 알아보려고 한다. 그 주장에 따르면, 필요는 선호(Preference)나 욕구(Want)의 차원과는 다르며 주관적이기 보다는 객관적으로 규정될 수 있어야 하며(제1원칙), 그 중요성이 객관적이어야 한다(제2원칙)(Daniels, 1981). 먼저 객관적으로 규정할 수 있다는 첫 번째 원칙에 대해 살펴보려고 한다. 제1원칙에서 그는 적절하고 합리적인 필요 개념이라면 주관적인 욕구를 기준으로 달라지기 보다는 객관적으로 결정될 수 있어야 한다고 주장한다. 예를 들어 만약 A가 B라는 필요가 있다면, A가 아닌 누구나 "A가 B라는 필요가 있다"는 점에 동의할 수 있어야 하고 이는 당사자 A가 자기 자신은 필요가 없다고 주장하는 것과는 상관이 없다(Daniels, 1981). 이런 논리 흐름 상에서 그는 의학적 필요성(Medical necessity)에 기반을 둔 필요 개념이 이 두 가지 원칙을 q 비교적 만족시킨다고 주장하였고, 물론 의학적 필요성이라는 개념도 일부 사회적으로 규정되고 결정되고 주관성이 개입되는 측면이 있지만 의료 전문가 집단의 과학적 근거에 대한 사회적 결정 과정 등을 통한 일정 수준 이상의 객관성을 담보할 수 있다는 논리로 이러한 일부 한계를 정당화하였다(Daniels, 2008d, Daniels, 1981, Sabin and Daniels, 1994). 물론 엄밀하게 말해서 의학적 필요성과 Daniels, N.의 건강 필요 개념은 정확히 상호 대치할 수 있는 동일한 개념은 아니다. 이 두 가지 개념의 차이 또한 추후에 논의될 것이며 오히려 수평적 형평 개념에서의 필요 개념이 의학적 필요 개념과 더욱 일치하는 부분이 많음을 알 수 있을 것이다. 그 다음으로는 여기에서 그가 주장한 필요의 제2원칙, 즉 객관적으로 중요하다는 것이 어떤 의미인지 알아보아야 한다.

위에서도 서술하였듯이, 그는 종에 전형적인 정상 기능, 즉 생의학적 측면으로 한정한 건강이 특별한 도덕적 중요성을 지니고 있음을 주장하였다(Daniels, 2008b). 따라서 그의 주장 내에서 건강 필요는 반드시 도덕적으로 중요한 가치로 여겨지는, 그 생의학적 건강과의 연관성을 가지고 있어야 비로소 객관적으로 중요하다고 여겨질 수 있으며 그 건강 필요 자체로는 어떠한 도덕적 가치도 가지지 못한다고 볼 수 있다. 다시 말해, 보건의료 서비스는 그 자체로 도덕적으로 중요하다고 판단되기보다는 그것이 생의학적 건강, 즉 종에 전형적인 정상 기능에 어떤 영향을 주는지에

따라 그 중요성이 서로 달리 판단된다고 볼 수 있다(Daniels, 1982, Daniels, 2008d). 따라서 그의 필요 개념에 따라서 어떤 서비스가 필요로 인정되려면, 생의학적 건강에 긍정적인(Positive) 영향, 즉 회복이나 예방을 주는 것이어야 하고 이는 최대한 객관적인 근거를 바탕으로 입증되거나 합리적으로 예측할 수 있어야 한다(Daniels, 1981). 결국 이상을 종합해보면, 그에게 있어 필요한 보건의료 서비스는 그 보건의료 서비스가 반드시 생의학적 건강에 긍정적인 효과를 준다는 전문가 집단의 객관적 혹은 과학적 근거가 있어야 필요의 제2원칙을 충족시킬 수 있다. 결국 보건의료 서비스는 생의학적 건강에 대한 일종의 인과적 혹은 최소한의 연관 관계에 따라서만 그 필요성이 판단될 수 있는 것이다.

3.2.2 일차 의료 이용에 대한 본 필요 개념의 적용

여기에서 더 나아가서, 이 필요 개념을 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 적용하기 위해서는 본 주제에 좀 더 맞춰서 다시 이를 해석할 필요가 있다. 본 논문에서 탐구할 일차 의료 이용에 대해서 그는 일반적인 의료 이용 중에서도 어느 정도의 빈도 혹은 질까지 필요로 볼 것인지에 대한 직접적인 언급은 없었으나, 종의 정상 기능에 영향을 줄 수 있는 보건의료 서비스를 필요라는 자신의 기본적인 입장을 밝히면서, 전체 보건의료 서비스 이용 중에 일부만 이러한 필요로 속할 수 있을 것이라 주장하였다(Daniels, 1982). 다양한 서비스 중에 어떤 서비스나 재화를 필요로 볼 것인지에 대해 기존에 이루어졌던 논의 선 상에서 그는 위에 건강 필요 목록을 서술하였으며 본 논문에서 알아볼 의료 이용에 관련해서는 의료 이용의 빈도와 같은 결과를 분석하는 것보다는 접근성(Access)을 탐구하는 것이 더욱 도덕적인 차원에서 명확하고 중요한 대상이라고 주장한 바 있다(Daniels, 1982). 따라서 의료 이용으로 나타나는 결과에 필요 개념을 적용하여 필요한 이용과 그렇지 않은 이용을 구분하려면 추가적으로 그의 주장 내에서 보건의료 서비스의 도덕적 중요성이 어떻게 획득되는지를 분석하고 건강 필요 개념 내에서 일차 의료가 어떤 역할을 담당하고 있는지 어느 정도 추가적인 탐구가 필요하다.

이전에 알아본 것처럼, 보건의료 서비스 중 필요에 속한 것은 생의학적 건강에 긍정적 영향을 줄 수 있다고 판단할 수 있는 것으로 한정된다. 결론부터 말하면, 그의 개념 내에서 필요라는 것은 종의 정상 기능에 다다를 수 있는 어떤 능력(Capacity

to benefit)을 의미한다. 다시 말해, 누군가 보건의료 필요가 있다는 것은 정상 기능의 기준 아래에 위치한 사람이 보건의료 서비스를 통해서 정상 기능을 회복할 수 있거나 정상 기능에 속하더라도 그 기준 아래로 떨어지지 않게 예방할 수 있는 합리적 예상이 있어야 한다는 의미이며, 보건의료 서비스를 중심으로 놓고 보면 특정 보건의료 서비스가 인간의 정상 기능으로 회복시키거나 악화를 예방할 수 있는 능력이 있어야지만 이러한 서비스가 그 대상에게 필요하다고 규정할 수 있다는 주장으로 풀이된다(Culyer and Wagstaff, 1993, Hasman et al., 2006, Daniels, 1981). 결국 본 필요 개념에 있어서 중요하게 고려해야 할 것은 보건의료 서비스 자체에 도덕적 의미가 있다기 보다는, 이러한 서비스 분배를 통해 정상 기능으로 회복 혹은 유지할 수 있는 것인지, 그 합리적인 예측 혹은 연관성이 더욱 중요하다고 볼 수 있다.

이렇게 구체화된 본 필요 개념을 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 적용해보려고 한다. 본 필요 개념과 그의 주장 전반을 참고한다면, 결국 생의학적 건강을 유지할 수 있게 하거나 악화되었다면 다시 건강한 수준으로의 회복을 이끌어낼 수 있는 의료 이용은 필요하다는 주장으로 이어질 것이라 충분히 예상할 수 있다. 즉, 생의학적 건강에 대한 효과 혹은 기대되는 효과가 존재하는지 여부가 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 중요한 역할을 하게 될 것이다.

하지만 이와 더불어 고려해야 할 점은, 그 주장에서 이러한 효과에 대한 평가만이 중요한 것이 아니라 실제로 효과를 내어 적절한 수준의 공정한 기회의 평등을 이루는지 여부 또한 중요하게 고려되어야 한다는 것이다. 왜냐하면 건강 혹은 보건의료 필요의 도덕적 중요성을 인정하는 데에는, 그 효과에 대한 합리적인 예측 유무도 중요하지만, 실제로 사회 내에서 공평한 기회의 평등(Fair equality of opportunity)을 이루는 데에 그 근본적인 목적이 있기 때문이다(Bærøe and Bringedal, 2011, Daniels, 2008d, Daniels, 1982, Daniels, 1981). 이런 점에서 의학적 필요성과 Daniels, N.의 보건의료 필요 개념은 엄밀한 의미에서 서로 다른 부분이 존재한다고 볼 수 있다. 물론 의학적 필요성과 본 필요 개념 모두 생의학적 건강의 회복 혹은 유지를 목적으로 두고 있지만, 본 필요 개념이 고려해야 할 요인들은 좀 더 폭넓고 다양하다고 할 수 있다. 구체적으로 의학적 필요성은, 개인의 생의학적 건강 회복에 필요한 것, 특히 의료 서비스에 국한하여 논의하는 경우가 많다. 예를 들어 의학적 필요성에서는 환자의 생의학적 요인이 아닌 사회경제적 요인에 따라 그 필요가 변화한다고 보지는 않지만 Daniels, N.의 보건의료 필요 개념은

결과적으로 공정한 기회의 평등을 이룰 수 있는 만큼의 생의학적 건강의 형평성이 이루어져야 할 목표를 지니고 있기 때문에 저소득 혹은 낮은 교육 수준의 계층이 이용하고 있는 보건의료 서비스의 효과나 질이 필연적이거나 다분히 현실적인 이유(증상의 정확성, 의사와 환자 간 소통 장애 등)로 낮을 수 밖에 없다면, 이들에게 더욱 많은 필요를 보장하는 것을 간접적으로 정당화할 수도 있다(Bærøe and Bringedal, 2011). 물론 이러한 주장이 정당화되는 데에는 좀 더 세밀한 논리 과정이 필요하지만, 본 필요 개념에서 보다 분명한 것은, 현재 존재하는 건강 불평등의 상당 부분을 개선해야 할 도덕적 의무를 주장하고 있다는 점이다. 이러한 지점까지 종합해보면, 본 필요 개념 내에서는 효과에 대한 측면뿐만 아니라 생의학적 건강의 분포라는 결과[4]의 측면도 고려해야 한다고 주장할 수 있다.

3.3 두 가지 필요 개념에 대한 정리

보건의료 필요에 대한 전반적인 논의에서 보건의료의 효과나 후기 건강 수준(보건의료 이용이 이루어진 후의 건강 수준)에 대한 고려가 반드시 필요한 점을 역설하고 있다는 점은 수평적 형평 개념의 일부 한계를 보여주고 있다(Hasman et al., 2006, Culyer and Wagstaff, 1993, Culyer, 1995). 그렇지만 Daniels, N.의 필요 개념에서는 오직 생의학적 건강만을 대상으로 한 그 효과를 기준으로 필요를 규정하고 있다는 점에서 개인의 안녕(Well-being)이나 삶의 질(Quality of life)에 대한 효과는 전혀 고려하지 않는다는 점 또한 유념할 필요가 있다. 두 개념 모두 보건의료 서비스를 의학적 필요에 맞추어 분배하며 이는 최대한 객관적으로 이루어져야 한다는 점에는 이견이 없다. 하지만 두 개념에 있어서 서로 다른 점을 다시 말

[4] 이러한 측면에서 생의학적 건강에 대한 보건의료의 영향 혹은 효과를 따로 구분하기 어렵다는 점은 큰 한계로 작용한다. 왜냐하면 건강에 영향을 주는 것은 보건의료를 뛰어넘어 다양한 사회적, 경제적 자원 등의 광범위한 요인이 포함되기 때문이다. 이는 Daniels, N.도 인정하고 있는 바이기 때문에 이러한 한계로 인해 건강 필요 개념에 있어서 좀 더 폭넓게 다양한 서비스와 재화를 포함시켰으며, Daniels, N.는 결국 합리성에 대한 책무(Accountability of Reasonableness)를 지닌 일종의 민주적 의사 결정 과정을 통해 개별적인 보건의료 서비스의 구체적인 분배 원칙을 정하도록 권고하고 있다. 본 논문에서는 민주적 의사 결정 과정에 대한 논의보다는 저자의 필요에 관한 주장 전반에 존재하는 생의학적 측면의 보건의료 필요 개념을 더욱 명확히 하여 이를 적용하려 한다. (Daniels, 2008a)

하면, 의학적 필요성을 초기 건강 수준에 따라서 결정된다고 보는 기존 수평적 형평 개념에 비해 Daniels, N.는 이를 생의학적 건강을 목표로 한 기대 효과 혹은 능력과 상관 있다고 본다. 결국 정리하자면, 기존 수평적 형평 개념 하에서는 초기 건강 수준에 의해 필요한 의료 이용의 양 혹은 빈도가 정해지며 그에 따른 결과나 건강 수준과의 연관성에 대한 고려는 미흡하다(van Doorslaer et al., 2000). 그에 반해 Daniels, N.의 필요 개념에서는 의료 이용의 필요성은 생의학적 건강에 대한 효과로 판단되고 이 필요가 중요한 것은 그 결과로서 건강 수준의 형평성과 연관되어 있기 때문이므로 이러한 결과까지 고려하여야 한다(Bærøe and Bringedal, 2011, Daniels, 2008d, Daniels, 1981).

4. 일차 의료 이용에 대한 이해와 적용

4.1 일차 의료의 특성과 본 연구의 중점적인 영역

생의학적 관점의 보건의료 필요 개념을 통해 불필요한 일차 의료 이용을 규정하는 데에 있어서 이러한 구분이 쉽게 내려지지 않는 중간 지대를 어떻게 다루는지가 관건이 될 것이다. 왜냐하면 어떠한 필요 개념에 따라서 판단한다고 하여도 직관적으로 이러한 필요성에 대한 구분이 비교적 쉬운 영역이 분명히 존재하기 때문이다. 물론 그렇다고 하여도 반드시 모든 영역에 대해서 논의를 할 필요가 있다고 할 수도 있다. 하지만 우리가 본 논의에서 주목하는 것은 과연 두 가지 필요 개념이 이러한 구분을 적절히 할 수 있는지에 한정해서 알아보고 있기 때문에 그렇지 못하다는 반례, 즉 필요성에 대한 구분이 어려운 부분이 충분하다면 본 필요 개념이 일차 의료 이용의 필요성을 적절히 구분하지 못한다고 어느 정도 결론 지을 수 있다. 구분이 어려운 영역에 해당하는 사례가 구체적으로 어떤 것일지는 이 후에 자세히 설명할 것이다. 결국 일차 의료 이용 전체를 모두 알아보기 보다는, 이에 대한 필요성이 생의학적 필요 개념으로 쉽게 규정되지 않는 영역들에 본 필요 개념을 세부적으로 대입해 보는 과정이 본 논문의 목표를 효율적으로 이루는 데에 효과적일 것이라는 점에 동의할 수 있다. 그렇다고 하면 이러한 영역이 대략 전체 일차 의료 이용 중 어떤 부분인지에 대해 먼저 규정하고 이에 대한 세부적인 논의를 진행하려고 한다. 본 논문에서는 이미 접근성에 대해서 논의하기 보다는, 환자의 다양한 문제 혹은 주소(주된 증상)로 인한 일차 의료 이용 중 어떤 것이 필요한 것으로 규정될 수

있는지에 더욱 집중하려 한다고 언급하였기 때문에, 구체적으로는 이러한 일차 의료 이용의 필요성을 구분하기가 어려운, 환자의 어떤 문제 혹은 욕구에 따른 일차 의료 이용인지 설정하는 것이 중요하다.

이러한 영역에 속할 환자의 문제와 욕구가 어떤 것일지 결정하는 작업은 일차 의료의 특성은 물론 생의학적 관점의 보건의료 필요 개념이 지닌 특성까지 모두 고려해서 이루어져야 한다. 그 구체적인 과정은 후에 자세히 설명될 것이다. 따라서 본 연구의 대상이 되는 두 가지 필요 개념에 대한 분석과 일차 의료에 대해 본 논문에서 규정된 특성이 이 과정에서 유용하게 사용될 것이다. 이후에 일차 의료 중 이러한 중간 지대의 특성과 고려해야 할 점을 먼저 알아본 후에 이러한 특성에 있어서 본 필요 개념이 한계에 봉착하는 영역을 하나씩 자세히 살펴볼 것이다.

먼저 이렇게 구분이 어려운 영역을 탐구하려면, 구체적으로 일차 의료 이용이 이루어지는 과정 중 환자의 문제가 의학적인 문제로 규정되는 단계를 특별히 알아볼 필요가 있다. 왜냐하면 생의학적 필요 개념에 있어서 필요 여부를 판가름한다고 볼 수 있는, 전문가의 입장에서 환자의 문제가 재설정되는 과정이기 때문이다. 먼저 위에서 가정한 일차 의료의 특성으로 인해, 일차 의료를 이용하는 환자가 지닌 의학적으로 규정되지 않은 욕구 혹은 증상이 그대로 의료 전문가에게 전달된다고 볼 수 있으며, 이들은 의학적인 언어 혹은 진단 체계를 통해 맞닥뜨린 문제를 새롭게 규정한다. 예를 들어, 자신의 가슴이 불편하다고 내원한 환자가 있다고 하자. 대부분 일차 의료 상황에서는 제일 먼저 이러한 증상(Symptom)을 의학적인 몇 가지 틀 혹은 개념을 사용하여 비교적 객관적인 징후(Sign)로 재규정한다. 가령, 가슴 불편감 혹은 가슴이 어떻게 불편하다는 환자의 직접적인 표현 자체는 증상이라고 할 수 있고, 이것을 흉통인지 그 중에서도 급성 흉통인지, 아니면 가슴 쓰림인지 등의 비교적 객관적인 징후(Sign)로 다시 규정해서 이를 파악한다(Bickley, 2006). 이렇게 규정된 징후에 따라서 실제 어떤 질환(Disease)의 가능성이 있는지 다시 파악하고, 이에 따라서 검사와 이학적 진찰(Physical examination)을 실시하게 된다. 이러한 의학적 진단 과정이 이루어진 후에 어떤 문제는 질병으로 비교적 쉽게 규정되며 그렇지 못한 경우는 의학적으로 명확히 규정되지 못하거나 단순히 그가 속한 지역 사회의 유병율에 따라 추정하기도 한다. 이러한 규명되지 않은 문제들 중에 증상의 정도가 미약하다면 이에 대한 완화적 치료나 경과 관찰을 하는 경우가 많으며 특정한 질병으로 진단되었다고 하더라도 그 질병과 환자의 증상에 따라 의학적인 치료가 의학적으로 반드시 필요 하지는 않다고 판단할 수도 있다(Bickley,

2006).

한 가지 전형적인 예를 들어 설명해보면 생의학적 관점의 필요 개념이 어떤 역할을 할 수 있는지에 대해 쉽게 다가올 수 있다. 만약 한 환자가 가슴이 불편해서 내원하였다고 하자. 실제로 그 징후를 파악해보니 급성 흉통이었고 따라서 의사는 이에 대한 진단을 위해 진찰과 심전도 검사를 시행하였다. 다양한 결과와 진찰 상 환자는 급성 심근경색이 진단되었고 이에 대한 추가적인 치료를 위해 병원으로 전원되었다(Bickley, 2006). 대부분의 기존 보건의료 필요 개념에 따라서 판단한다고 하여도, 이 환자가 이용한 일련의 일차 의료 이용 자체의 필요성은 객관적인 자료 혹은 과학적, 의학적 근거가 명확하고 충분히 존재하므로 쉽게 입증할 수 있을 것이다. 특별히 생의학적 관점의 필요 개념은 이런 사례와 비슷한 경우에 속한 환자의 일차 의료 이용에 대해서는 더욱 명확하게 그 필요성의 근거를 설명하는 데에 효과적이다. 먼저 수평적 형평 개념을 통해서는 이 환자의 의학적 필요성이 존재하는 것을 초기 건강 수준에 따라 판단하기에, 이 환자의 초기 건강 수준이 좋지 않음이 의학적으로 충분히 증명되었기 때문에 본 의료 이용은 필요하다고 여길 수 있을 것이다. 또한 Daniels, N.의 필요 개념에 따라서는 이러한 일차 의료 이용이 없었다면 이 환자가 지닌 종의 정상 기능을 회복할 수 없거나 충분히 다시 회복할 수 없을 수 있다는 합리적인 예측이 있기 때문에 이러한 이용은 필요하다고 비교적 명확하게 규정지을 수 있다.

하지만 이와는 다른, 본 논의에서 집중할 어려운 경우가 무엇인지를 그 구체적 사례를 통해서 살펴보도록 하자. 한 환자 또한 가슴이 불편하다는 주소로 내원하였다. 이 전 사례와는 달리 증상이 한 질환에 정확히 들어맞지 않아서 여러 가능성을 열어 놓고 기본적인 검사, 예를 들면 흉부 엑스선 검사와 심전도를 시행하였으나 특이 사항이 없었다. 가슴 부위의 경미한 압통이 존재하였지만 특이할 만한 정도는 아니었다. 이에 따라 의사는 가장 흔한 질환인, 단순한 흉벽의 근육통이나 심리적인 원인을 가장 의심하여 증상을 완화시킬 수 있는 약물적 치료를 시행하였고, 이 치료는 엄밀하게 실제로 환자가 지닌 질병의 경과를 변화시킨다기보다는 증상을 완화시키는 데에 목적이 있었다(Bickley, 2006). 이와 같은 사례는 굉장히 비전형적이고 일반적이지 않으며 흔치 않아 보인다. 실제 의학적 판단에서는 대체로 특정한 질병, 그 중에서도 위급하면서도 생명에 직결되는 문제인지를 먼저 확인하고, 의학적 치료가 상당한 효과를 낼 수 있거나 반드시 필요한 경우인지를 판별하는 데에 치중하는 경향이 있기에 이 전 사례와 같은 의학적으로 전형적인 문제를 놓치지 않

는 데에 더욱 집중하며 본 사례와 같은 문제에 대해서는 심도 있게 다루지는 않는다(Bickley, 2006). 하지만 결론적으로 전형적인 첫 번째 사례에 속하는 경우는 오히려 많지 않으며, 정확한 진단이 내려지지 않거나 의학적 치료의 효과가 불분명하여 증상에 대한 완화의 의미만을 가지는 경우가 일차 의료 현장에서는 상당하다(Britt et al., 2013, Rosendal et al., 2015). 이러한 경우에 생의학적 관점의 필요 개념으로 그 이용의 필요성을 판단하기 어려울 수 있는데, 왜냐하면 현재 생의학적 건강의 상태나 이에 대한 영향을 정확히 예측할 수 없기 때문이다.

물론 여기에서 증상에 대한 완화적 치료 또한 생의학적 건강에 영향을 끼칠 수 있기에 증상에 완화적인 치료와 질병에 근본적인 치료를 따로 논의하는 것이 의미가 없다는 주장이 있을 수 있다. 예를 들어 매우 제한적인 의미에서 의학적 치료가 근본적인 질병의 경과를 변화시키는 경우는 첫 번째 사례와 같은 심근 경색에 걸린 환자의 막힌 관상 동맥을 넓혀준다던가, 급성 박테리아 감염과 같이 항생제를 통해 원인이 되는 병균을 제거하는 것과 같은 근원적 치료가 되는 경우에만 해당할 수도 있다. 하지만 그에 반해 상대적으로 증상만을 완화시키는 치료라고 하더라도 실제 생의학적 건강에 영향을 주는 경우가 충분히 존재할 수 있다. 예를 들어 만약 그 증상이 매우 위중하여 직접적으로 생의학적 건강과 연관된 경우(호흡 부전 등이 그 증상인 경우), 혹은 통증이 상당히 심각하여 환자에게 쇼크 등의 영향을 줄 수 있는 경우에서는 그 증상에 대한 완화적 치료와 질병의 근본적인 치료를 반드시 구분할 실질적인 의미가 없을 수 있다. 이러한 주장은 일견 타당한 부분이 분명히 존재한다고 할 수 있다.

이런 점에서 본 연구에서는 이러한 반론의 여지를 두지 않기 위하여 그 증상의 중증도에 있어서 낮을 경우에 한정해서 논의할 것이다. 왜냐하면 이 경우에 의학적 치료가 증상을 완화하는 의미만 있다면 그 필요성에 대해 더욱 확신하지 못할 수 있으며 생의학적 건강과의 연관성이 매우 위중한 증상을 지닌 경우에 비해 더욱 떨어지기 때문이다. 불필요한 의료 이용을 규정하는 데에 있어서 더욱 문제가 되는 지점은 바로 이러한 경미한 증상에 대한 이용이며 그 중에서도 환자의 문제에 대해 의학적인 규정이 명확하지 않거나 비교적 명확하다고 하더라도 생의학적 건강의 측면에서만 보았을 때는 그 치료가 반드시 필요하다고 확신하기 힘든 영역이다. 따라서 이러한 특정한 영역에서 두 가지 필요 개념에 따라 불필요한 의료 이용이 어떻게 규정될 수 있는지 더욱 세밀히 이후에 탐구할 필요가 있다고 할 수 있다.

4.2.1 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용

결론적으로 말하면, 생의학적 관점의 두 가지 필요 개념은 이러한 사례와 비슷한 영역에 해당하는 일차 의료 이용의 필요성을 규정하는 데에 한계에 봉착하게 된다. 이러한 한계는 특별히 어떤 점에서 그러한지를 대략적으로 먼저 본 절에서 논의하고 그 한 가지 한 가지를 중점적으로 이후 절에서 따로 나누어서 다루려고 한다.

먼저 이전에 이미 알아보았듯이 수평적 형평 분석의 필요 개념에서는 그 환자의 의학적 필요성 여부를 중요하게 여긴다. 실제 이 개념에서 의학적 필요성은 초기 건강 수준으로 추정된다. 따라서 이러한 초기 건강 수준은 의료 이용의 필요성을 결정하는 데에 중요한데 이 경우에서의 일차 의료 이용은 그 초기 건강 수준을 판단하는 기준을 설정하는 데에 어려운 면이 있다. 왜냐하면 이러한 일차 의료 이용은 엄밀한 의미에서 하나의 의학적인 질병에 의한 것으로 규정되기 힘들며 하나로 대략적인 추정을 할 수 있는 상황이라고 하더라도 그 정도가 상당히 경미하여 초기 건강 수준이 달라질 만한 것인지가 불분명하다. 이 개념에서 건강의 개념을 명확히 정의하지 않았기에 그 세부적인 정의에 따라 물론 달라질 수 있지만, 만약 생의학적 건강 수준으로 한정한다고 한다면 이러한 일차 의료 이용은 불필요하다고 여겨질 수 있는 면이 있다. 그러나 의학적 필요성에 대한 개념을 넓게 보아 환자의 주관적인 욕구를 충족시키려는 일부 보건의료의 필요까지 고려한다면 이러한 일차 의료 이용을 모두 불필요하다고 여겨서는 안될 수도 있다. 이는 본 연구가 다룰 중점적 영역의 첫 번째 특성으로 어느 정도로 경미한 건강 수준의 변화까지 중요하게 고려될 수 있는지에 대한 규정이 어렵다는 점이다.

4.2.2 Daniels, N의 필요 개념의 적용

Daniels, N.의 필요 개념에서 대해서도 첫 번째 사례와는 달리 그 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 더욱 문제가 복잡해진다. 먼저 본 일차 의료 이용이 직접적으로 종의 정상 기능을 회복하는 데에 중요한 역할을 할 것이라 기대할 수는 없을 것이다. 물론 어느 정도의 경미한 정상 기능의 소실을 회복시키는 보건의료 서비스까지를 보장해야 할 의무가 있는지는 저자 자신도 자신의 이론을 통해 정확히 판단하기 어려운 난제임을 밝히기도 했으므로 정확히 확신할 수는 없다(Daniels, 2009, Daniels, 2013). 하지만 의학적 치료가 질병의 경과를 변화시키기 어렵다는

점에서 그 효과 측면에서는 필요로 규정되기 어려운 면이 충분해 보인다(Boorse, 1977, Daniels, 1982, Daniels, 1981). 따라서 이에 대한 정확한 판단이 그 규정에 대한 엄밀한 해석에 따라 달라질 수는 있겠지만, Daniels, N.의 필요 개념에 따라서는 이 영역의 첫 번째 특성으로 인해 본 일차 의료 이용을 필요하지 않은 이용으로 여길 수 있을 만한 여지가 충분하다고 볼 수 있다.

하지만 어디까지나 이는 일차 의료에서 제공되는 치료적 의료 서비스의 필요성에 한정한 논의일 수 있다. 왜냐하면 일차 의료 이용의 필요성은 그 이용에서 제공되는 모든 서비스와 그 이용 전체의 필요성을 모두 함께 고려해서 결정해야 하기 때문이다. 따라서 이와 더불어 추가로 고려해야 할 점은 일차 의료 이용은 단순히 치료적 서비스만을 제공하지 않는다는 점이다(Institute of Medicine, 1994). 만약 위와 같은 일차 의료 이용으로 인해 환자에게 존재했던 중대한 질환들(급성 심근경색, 대동맥 박리 등)의 가능성을 배제하였고 환자의 기저 질환에 대한 교육이나 환자에게 이러한 중대한 질환의 증상이 어떤 것이고 어떤 증상을 느꼈을 때에 즉시 응급실을 방문해야 하는지에 대한 상담이 적절히 이루어졌다면 이 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 데에 추후에 나타날 예방적인 효과를 고려해야 한다. 또 이러한 예방적인 효과가 나타날 것이 합리적으로 예상되고 예방적 서비스가 적절히 제공되었다면 그 예방적 측면에서 본 필요 개념에 따라서도 그 이용의 필요성이 인정될 수 있을 것이다. (2번 특성: 예방적 측면까지의 고려)

하지만 여기서 몇 가지 더 고려해야 할 점에 대해서 알아보려고 한다. 만약 이 환자의 증상에 대해 이루어진 치료적 서비스(예. 약물적 치료)가 만약 일반 약국에서 쉽게 구입할 수 있는 것과 같은 효과라면? 혹은 단순한 찜질이나 마사지 혹은 사회적인 지지나 간호로도 증상이 완화될 수 있는 것이라면? 만약 그렇다고 하면, 치료적 측면에서 한정해서 본 일차 의료 이용의 필요성은 다른 서비스나 재화의 필요성 혹은 엄밀히 말해 그 욕구와 완벽히 구분하기 어렵게 되어버릴 수 있다. 이러한 어려움은 필요가 지니는 도덕적 특성을 참고할 때, 더욱 문제가 될 수 있다. 일반적으로 예를 들어 마사지라는 일종의 서비스를 모든 사람들에게 그 필요에 따라서 배분할 사회적 의무가 있다고 보기는 힘들다. 이는 마사지라는 서비스가 사회 정의 상 어떤 의미를 가지는 서비스라고 보기는 힘들기 때문이다. 따라서 이러한 다른 서비스나 재화에 대해서는 필요라는 표현보다는 욕구나 선호라는 단어가 더욱 적합하며 이러한 욕구는 상당히 주관적으로 달라질 수 있고 마사지라는 서비스를 선택하는 것은 개인의 선호도와 연관되어있기 때문이다.

결국 이러한 치료적 측면에서의 일차 의료가 이러한 도덕적 차원에서 논의될 수 없는 다른 재화나 서비스로 일부 대체가 가능하다면, 이러한 일차 의료 이용을 반드시 필요하다고 보기 더욱 어렵게 될 수도 있다. 물론 그렇다고 하여 이러한 일차 의료에서 제공되는 치료적 서비스 모두가 사회적으로 제공될 필요가 없다고 단정할 수도 없는 노릇이다. 이 후에 다시 알아보겠지만, 이러한 증상 자체가 개인에 따라서는 일상 생활의 장애 등 실제 사회 내에서의 삶에 영향을 주기 때문이다. 만약 이런 점을 인정한다면 이 중 일부는 일차 의료를 통해서 제공될 필요가 있다. 결국 이렇게 비슷한 효과를 내는 대체재의 사용이 일차 의료 이용의 필요성에 어떤 영향을 줄 수 있을 것인지 명확한 탐구가 이루어져야 할 것이다. (3번 특성: 대체재의 존재)

여기에서 또 생각해봐야 할 점은, 환자는 자신의 의학적 진단 및 그에 따른 치료법이 무엇이 될지에 관해 일차 의료를 이용하기 전에 알 수가 없으며 일차 의료의 효과가 다른 서비스나 재화와 동일하여 반드시 일차 의료를 이용하지 않더라도 호전이 가능하다는 것을 사전에 알기 어려울 수 있다는 것이다. 일반적인 경우에서도 환자가 자신에 문제에 대해 의학적 지식에 따른 정확한 판단이 어려우며 다른 재화나 서비스를 단지 이용하는 것과 달리, 일차 의료에서는 이러한 전문적인 진단과 확인이 가능하다는 측면에서 이러한 반론은 일리가 있다. 결국 다시 말하면 일차 의료에 대해 다른 재화와 서비스가 엄밀한 대체재가 될 수 없다는 반론이다. 실제로도 단순한 치료 목적이 아니라 이러한 자신의 신체 상태나 질병에 대한 불확실성이나 불안감으로 인해 일차 의료나 의료를 이용하는 경우가 상당하다는 점은 이러한 반론에 힘을 실어준다(김동진 et al., 2016). 하지만 여기에서 명확하게 짚고 넘어가야 할 점은 그렇다고 하여 이러한 반론이 모든 일차 의료 이용에 적용될 수는 없다는 것이다. 자신의 문제가 약국에서 구입할 수 있는 의약품이나 찜질 등의 다른 서비스나 재화를 통해서도 치료가 가능하다는 사전 지식이 있거나 이것이 매우 일반적인 증상이라서 이에 대한 사전 지식을 주변 혹은 어느 경로로든지 쉽게 얻을 수 있다면, 반드시 이러한 반론에서와 같이 자신의 증상이 다른 재화나 서비스로도 호전이 될 수 있을지 사전에 몰랐다고 이야기하기는 힘들다. 예를 들어 만약 자신의 증상이 경미한 근육통임을 인지하고, 이러한 증상이 어떤 것이고, 어떻게 치료될 수 있는지 이미 교육을 받아서 이에 대한 대략적인 지식을 지니고 있거나 이러한 지식을 인터넷이나 서적과 같은 다양한 출처를 통해 찾아보거나 이를 주변 사람들에게 물어봐서 얻을 수 있는 사람이라면 동일한 증상에 대해서도 반드시 일차 의료

를 이용해서 이러한 불확실성을 제거해야 할 필요가 있다고 보기 힘들 수 있다. 만약 그렇다면 결과적으로 이러한 사람의 증상이나 문제는 어떠한 서비스를 이용하든지 간에 동일하게 회복될 것이라 환자 자신도 합리적으로 예상할 수 있다. 다시 말해 이러한 사전 지식이나 지식을 구할 수 있는 능력 자체가 일차 의료에서 제공하는 일종의 예방적 성격의 효과(자신의 질병 확인, 불안감 해소 등)를 일부 대체하는 효과를 내고 있다는 것을 알 수 있다. 결국 일차 의료 이용이 지닌 치료적 측면에 대한 대체재만 존재하는 것이 아니라 일종의 예방적 측면(질병의 확인 등)까지도 그 대체재가 존재하기에 여러 고려 사항을 발생시킨다.

이렇듯이 의학적으로 규정되지 못하는 혹은 의학적인 필요성을 구분하는 지점 주변에 존재하는 증상 혹은 문제들에 있어서, 생의학적 관점의 보건의료 필요 개념은 다양하게 추가로 고려해야 할 사항들이 존재하게 된다. 이러한 영역의 특성들을 괄호 안에 1번부터 3번 특성까지 해당하는 구절 옆에 표시하였고, 이들에 대해서는 이후에 각각 자세히 탐구하고 어떤 함의를 지니고 있는지 논의하게 될 것이다.

5. 일차 의료의 세부적인 영역에 대한 적용

5.1.1 첫 번째 특성: 경미한 증상

먼저 첫 번째 특성은 어느 정도로 경미한 건강 수준의 변화까지 생의학적 관점의 필요 개념이 중요하게 고려해야 하는지에 대한 그 규정이 어렵다는 점이다. 물론 여기에서 이렇게 의학적으로 규정하기 어렵거나 경미한 증상을 지닌 문제가 일어나는 경우가 상당히 일반적이지 않으며 따라서 이러한 탐구 자체가 현실적인 함의가 별로 없을 수 있다는 반론이 존재할 수 있다. 하지만 이전에도 이미 서술했듯이 의학적으로 규정되지 않으면서도 경미한 증상 혹은 증상의 중증도를 지니는 경우가 일차 진료에서 다루는 전체 문제 중 3분의 1 이상에 해당된다는 문헌들이 다수 존재한다는 점은 이러한 반론을 약화시키기 충분하다(Rosendal et al., 2015, Britt et al., 2013). 그렇지만 의학적으로 정확히 어떤 질환인지에 대해 완벽히 (100%의 확률로) 진단할 수 없는 문제를 모두 포함하였기 때문에 이렇게 애매하고 경미한 경우가 흔하다는 결과가 나왔을 것이라는 재반론이 있을 수 있다. 왜냐하면 실제 일차 의료 이용에서 질병이 확정될 만큼 진행되지 않았거나 정확한 진단이나 검사

가 이루어지기 어려운 상황이 충분히 많을 수 있기 때문이다. 따라서 이러한 점을 고려한다면 의학적인 규정이라는 의미가 질병에 대한 완벽한 진단이라기 보다는 대체적으로 전문가의 추정이 어려운 영역에 대해서 논의하는 것이 더욱 정확하고 이에 따른 현실적인 의미가 있을 것이다. 결국 다시 말해 이러한 영역은 의학적으로 어떠한 질환인지에 대해 대체적인 추정이 어렵거나 추정이 된다고 하더라도 그 의학적인 치료에 대한 필요성이 생의학적 건강을 회복하는 데에 있지 않거나 매우 미미하며, 단지 환자의 주관적인 경미한 증상 경감에 있는 경우에 해당한다고 보는 것이 더욱 타당할 것이다.

5.1.2 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용 및 한계

그렇다면 이런 특성을 지닌 일차 의료 이용에 대해서 두 가지 생의학적 관점의 필요 개념은 어떻게 그 이용이 지닌 필요성을 구분할 수 있을 것인가? 먼저 수평적 형평 개념에 따르자면, 인구 집단 혹은 개인의 의학적 필요에 따라 필요한 의료 이용이 정해지므로 의학적 필요의 규정은 일차 의료 이용의 필요성을 규정하는 데에 상당히 중요하다고 볼 수 있다. 따라서 이 경우에 해당하는 환자 개인이 특정한 의학적 필요가 존재한다는 근거가 필요하다. 그렇다면 의학적 필요성이라는 개념이 이러한 사례에 있어서 어떻게 규정될 수 있는지에 대해 먼저 논할 필요가 있다. 대부분 기존 의학 교과서나 진료 지침에 있어서도 의학적으로 규정되지 않거나 매우 경미한 문제들에 대해서는 특별히 자세한 언급을 하고 있지는 않다는 점은 이를 어렵게 만든다. 또한 엄밀한 의미에서 의학적 필요성이라는 개념은 광범위하게도 좁게도 볼 수 있는 개념이기 때문에 명확하게 한 가지로 규정하기가 어려운 것이 현실이다.

이에 대해서 참고할만한 주장은 일차 진료 영역에서 좁은 의미의 의학적 필요만을 다루는 기존 의학적 진단법의 한계를 지적하며 이렇게 애매한 영역에서의 의학적 필요는 환자의 주관적 증상과 환경에 따라 유동적으로 규정되어야 한다는 주장이다(Britt et al., 2013, Rosendal et al., 2015, Akhavan and Tillgren, 2015). 만약 환자의 불편과 일상 생활 능력 등의 요소를 고려하여 의학적 필요성이 규정된다는 넓은 차원에서의 의학적 필요 개념을 받아들인다면, 필연적으로 의학적 필요성을 규정하는 데에 있어서 환자의 주관적 요소가 일정 부분 개입할 수 밖에 없다.

물론 이렇게 주관적인 측면을 포함한 넓은 차원의 의학적 필요성 자체가 과연 적절한 개념인지에 대해 의문을 제기할 수 있다. 왜냐하면 의학적 판단은 일차적으로 조기 사망과 같은 생명과 직결되는 문제가 존재하는지에 대해 가장 먼저 이루어지며 의학적 진단 또한 환자의 주관적인 증상을 최대한 객관적으로 생물학적인 신체의 이상을 통해 평가하려는 일차적인 목표가 있기 때문이다(Bickley, 2006). 이런 점에서 분명 의학적인 필요성은 환자의 모든 주관적 판단을 그대로 수용하는 개념은 아닌 것이 분명하다. 하지만 과연 이러한 주관성을 모두 배제하고 그 필요에 대한 판단이 이루어질 수 있는 개념인지에 대해서는 논쟁의 여지가 있다. 이런 점에서 과연 수평적 형평 분석에 대한 기존 문헌들에서 이러한 의학적 필요성을 어떻게 다루었는지 알아볼 필요가 있다. 최근에 시행된 기존 문헌들에서는 객관적인 질병이나 건강 수준에 대한 자료와 더불어 자가 평가 건강 수준 등 주관적으로 결정되는 요소를 함께 고려하여 의학적 필요를 추정한 것을 보았을 때 넓은 의미의 의학적 필요 개념을 수평적 형평 분석에서 이미 일반적으로 사용한 것을 알 수 있다(Bozorgmehr et al., 2015, Macinko and Lima-Costa, 2012). 따라서 여러 수평적 형평 분석에서 이러한 넓은 의미의 의학적 필요성을 본 필요 개념의 일부로 받아들이고 있기에 이를 사용해 본 논의를 지속하는 것 또한 크게 무리는 아니다. 결국 주관적 측면을 일부 포함한 넓은 의학적 필요성 개념을 수용한다면, 결과적으로 객관적으로 규정되는 좁은 의미의 의학적인 필요성뿐만 아니라 환자의 주관적인 의료에 대한 욕구 또한 고려해야 하며, 이러한 주관적인 욕구 또한 상당히 미미하여 넓은 의학적 필요성 개념으로도 필요하지 않다고 여겨지는 경우에만 이 필요 개념에 따라 이를 불필요한 일차 의료 이용이라고 규정할 수 있을 것이다.

하지만 이런 경우는 쉽게 어떤 경우에 해당하는 일차 의료 이용인지 명시적으로 규정하기 어려울 뿐만 아니라 규정이 된다고 하더라도 흔치 않을 것이라 예상할 수 있다. 그 이유 첫 번째로는 환자의 주관적인 욕구나 증상에 따라 불필요한 일차 의료 이용이 규정되므로 개인의 통증이나 증상에 대한 감수성 등 개인마다 서로 다를 수 있는 요소 때문이다. 물론 이러한 개인의 차이만으로 그 규정이 어려울 것이라 단정짓는 것은 옳지 않다. 왜냐하면 개인의 감수성이나 일상 생활의 가능성 등 다양한 일부 주관적인 요인을 특정한 지표를 통해 포함해서 그 일차 의료 이용의 필요성을 판단해도 그 규정이 일부 가능하기 때문이다. 하지만 이렇게 주관적인 요소로 인한 일차 의료 이용의 필요성의 규정을 사회적인 형평성에 맞추어 과연 어느 정도로 객관적이고 정의롭게 할 수 있을 것인지에 대해서는 미지수다. 다시 말해

개인의 통증이나 불편에 대한 감수성이나 선호도 혹은 일상 생활의 가능성과 같은 개인적인 요소들까지 우리가 필요로 받아들여 사회적으로 보장해야 하는지 다양한 반론의 여지가 존재한다. 이는 이후에 다시 한 번 논의하도록 한다. 두 번째로는 이렇게 주관적인 요소를 참고하여 불필요한 일차 의료 이용을 규정한다고 하여도 최소한 환자 개인의 일차 의료 이용에 대한 욕구가 어느 정도는 존재하였기에 일차 의료를 이용하였을 것이라고 볼 수 있다. 또한 만약 실제로 그렇지 않더라도 그 환자가 일차 의료에 대한 주관적인 욕구가 없다는 점을 그 당사자가 아니라면 완벽히 증명할 수 없다. 즉 엄밀히 말해 주관적 욕구의 유무를 그 해당하는 개인이 아닌 제3자가 판단하기는 어려우며 엄밀히 말해 불가능하다. 만약 예를 들어 어떤 사람의 일차 의료 이용을 두고 주관적인 증상이 너무 경미한 데에도 불구하고 사용했다는 이유로 이 이용을 필요한 것이 아니라고 치부한다면, 그 사람은 자신의 불편이 그렇게 적지 않다고 반론할 수 있다. 이러한 반론에 대해서 제3자들은 욕구의 주관적인 특성 상 이 주장의 참과 거짓을 증명할 수 없다. 따라서 수평적 형평 개념만으로는 이 특징을 지닌 일차 의료 이용 중에서 엄밀하게 불필요한 일차 의료 이용을 규정하기가 어렵다고 결론 내릴 수 있다.

5.1.3 Daniels, N.의 필요 개념의 적용과 한계

두 번째 연구의 대상인 Daniels, N.의 필요 개념에 있어서는 생의학적 건강에 대한 효과 혹은 합리적인 연관성 여부를 가장 중요하게 다루어야 한다. 즉 Daniels, N.의 필요 개념에 따르자면, 모든 일차 의료 이용은 생의학적 건강에 대한 영향만을 고려하여 그 필요성을 결정해야 한다. 그의 주장을 일관적으로 적용하자면, 건강 필요에 속하는 모든 재화나 서비스가 객관적으로 종의 정상 기능을 회복하고 유지하며 같은 정도의 기능을 대체할 수 있음이 증명되거나 합리적으로 추론될 수 있어야 한다(Daniels, 2008d, Boorse, 1977). 그렇다고 한다면 일차 의료가 지닌 치료적인 효과 측면에서 국한해보자면 이러한 경우의 일차 의료 이용이 지닌 필요성이 Daniels, N.의 필요 개념에 따라 인정될 수 있는지에 대해서는 회의적이다. 위에서 이미 서술하였듯이 Daniels, N.는 건강 개념을 굉장히 좁게 설정하였으며 더 넓은 건강 개념을 지니거나 지나치게 넓은 복지 영역을 지니는 것에 대해서 반대하였기에 더욱 그러하다. 이렇게 좁은 건강 개념을 정당화하는 과정에서 Daniels, N.가 든 한 가지 예를 보면 더욱 이해가 쉽다. Daniels, N.는 어떤 회사원이 정신적인 질병

은 없지만 너무 내성적이라는 이유로 승진에서 배제되고 있다면, 이것을 사회적으로 교정해야 할 도덕적인 의무가 그가 아닌 다른 사회 구성원에게도 있는 것인지 반문하였다(Daniels, 2008c, Sabin and Daniels, 1994). 즉, 주관적인 요소까지 고려하여 사회가 보장해야 할 복지 영역을 너무 늘리게 되면, 각 개인이 적절한 책임을 다하지 못하게 되며 높은 수준의 선호 수준(Expensive taste)까지 만족시켜야 하므로 공평함이 무너질 수 있다는 주장을 하였다(Daniels, 2008c). 따라서 이러한 주장을 참고한다면 일차 의료 이용에서의 치료적 서비스 또한 직접적으로 생의학적 건강에 영향을 주는 것은 아니며, 주관적인 증상의 경감을 위함이므로 본 필요 개념에 따라 필요하다고 판단되기 어려울 것이다.

이러한 결론을 받아들인다고 하여도, 그의 주장을 통해서 이러한 경우의 일차 의료 이용, 그 중에서도 치료적 효과 측면에서 서비스가 간단히 모두 불필요하다고 결론을 내리는 것이 반드시 옳다고 보기 힘들다. 만약 생의학적 건강에 영향을 주지 않는다는 것이 합리적으로 추정되며, 이러한 추정을 받아들일만한 근거가 충분하다고 하여도, 주관적인 증상의 정도를 전혀 고려하지 않는 것은 결과적으로 이루어야 할 공평한 기회의 평등을 저해할 수도 있기 때문이다. 이에 대한 논의는 좁은 건강 개념, 즉 생의학적으로 규정된 종의 정상 기능을 유지하는 것만으로 일정한 삶의 기회를 보장하기는 어렵다는 다양한 기존의 비판과, 또 이에 대한 재반론에서 이미 많이 다루어진 주제이다(Daniels, 1985, Daniels, 2009, Daniels, 1981, Jecker, 2013, Krag, 2014).

여기에서 이 모든 기존 논의를 다시 펼칠 목적은 아니며 본 논의에서 이러한 주관적인 측면을 포함한 새로운 필요 개념을 주장할 계획은 없다. 다만 주관적 증상과 종의 정상 기능을 완벽히 구분할 수 없다는 점을 중심으로 그 반론을 간단히 언급하려고 한다. 이러한 구분이 어려운 구체적이고 전형적인 예로, 긴장성 두통 혹은 만성 피로 증후군, 화병과 같은 정신신체 질환을 들 수 있는데, 이는 의학적으로 어떠한 기능적 원인을 찾기 어렵고 정상 기능에서 벗어난다고 구분 짓기가 힘들며 주관적인 증상의 정도와 일상 생활 가능 여부가 이를 치료하는 데에 중요하다(Olde Hartman et al., 2009). 이 경우 과연 종의 정상 기능 내에 있다고 할 수 있는지, 그렇다면 주관적인 증상만이 존재하기에 이를 치료하는 것을 사회 정의 차원에서 보장할 필요가 없는지, 그러면 이에 따른 일상 생활의 문제 혹은 기회의 상실은 사회 정의 차원에서 아무런 문제가 없는 것인지 상당히 어렵고 복잡한 논의가 필요하다.

결국 종의 정상 기능이라고 하는 어떤 기준의 경계에 있는 질환 혹은 이를 쉽게 규정하지 못하는 질환에 있어서는 주관적인 증상으로 인한 문제라고 하더라도 기회라는 사회적 기본 재화에 더욱 중요한 영향을 끼칠 수 밖에 없고 이를 전혀 고려하지 않는 것은 상당히 많은 질환과 사회적인 문제에 대한 판단을 유보하거나 지나치게 단순화하고 있는 셈이 된다(Institute of Medicine, 1994, Rosendal et al., 2015, Starfield, 2009, World Health Organization, 2008, Olde Hartman et al., 2009). 결국 단순히 객관적인 규정으로서의 종의 정상 기능이라는 개념만으로는 건강이 미치는 기회에 대한 영향 혹은 효과를 충분히 다루지 못하며, 주관적인 측면 또한 일부 고려되어야 할 수 밖에 없다는 것이다. 물론 이러한 주관적인 영역이 과연 다양한 사람들에게 모두 공평하게 고려할 수 있는지에 대해서는 논쟁의 여지가 있지만, 이러한 우려에 대해서는 주관적인 증상을 어느 정도 객관화할 수 있는 의학적인 몇 가지 방법론을 차용해서 일부분 해결될 수 있으며 그렇지 못한 부분은 사회적인 합의가 필요한 문제임을 필자는 지적하려 한다. 따라서 치료적 차원에서 이러한 영역의 일차 의료 이용이 모두 필요로 분류되기 힘들다는 결론은 너무 지나치게 단순하고 순진한 주장이다.

이와 더불어, 위에서도 잠시 언급했듯이, 본 논의를 더욱 충분히 진행하기 위해서는 일차 의료 이용에서 이루어지는 치료적 서비스 외에 또 다른 예방적 측면을 고려해야 한다. 왜냐하면 일차 의료 이용은 치료적 서비스를 제공하는 측면만 국한되어 그 효과가 나타나지는 않기 때문이다. 즉 일차 의료 이용에서는 본 논문의 가정에 언급한 바와 같이, 다양한 예방적 서비스가 동반되어 이루어진다. 그렇다고 하면 치료적 의료 서비스가 아닌 예방적 측면에서의 생의학적 건강에 대한 효과 혹은 영향 또한 고려되어야 함이 마땅하다.

5.2.1 두 번째 특성: 일차 의료의 예방적 특성과 Daniels, N.의 필요 개념에 대한 적용

이런 관점에서 일차 의료의 예방적 특성은 반드시 논의되어야 할 부분이라고 할 수 있다. 특히 생의학적 건강에 대한 효과를 중요하게 고려해야 하는 Daniels, N.의 필요 개념에서는 더욱 그러하다. 이러한 예방적 의료 서비스는 특정한 재화가 실제로 제공되는 경우도 분명히 존재하지만 (예: 예방 접종, 자궁 경부암 검사 등) 일차

의료에서 더욱 흔하게 이루어지는 환자의 문제나 진단과 관련한 일반적인 상담이나 교육을 통해서 제공되는 경우가 많다. 이러한 진단과 상담이나 교육은 물론 어떠한 서비스로 규정될 수 있는지, 서비스의 질은 어떠한지, 어떤 것에 대한 교육, 상담인지가 모호하다. 하지만 대체적으로 일차 의료 상황에서 이러한 진단과 상담 및 교육의 효과를 미미한 것으로 쉽게 치부해서는 안 된다는 것은 당연하다(Institute of Medicine, 1994, Starfield, 1994, Starfield, 2008). 또한 Daniels, N.가 제시한 건강 필요에 해당하는 재화나 서비스를 살펴보면 이러한 예방적인 서비스를 포함하고 있을 뿐만 아니라 사회적 지지 서비스까지 제시하고 있는 것을 보면 필요에 해당하는 재화나 서비스와 생의학적 건강과의 인과적 관계의 범위를 상당히 넓게 규정하고 있음을 추정할 수 있다. 가슴 불편감에 대한 이 전 사례를 다시 살펴보자면, 심근경색을 시사하는 급성 흉통의 양상은 어떠하니 이러한 증상이 있을 경우에는 즉시 의료 기관에 방문해야 함을 상담을 통해 환자에게 알려주었다고 하자. 이러한 서비스가 적절히 제공되고 환자에게 효과를 발휘한다는 충분한 예상이 있다면, 추후 심근 경색의 발생 확률을 좌우하진 못하더라도 그러한 증상에 대한 치료 확률을 높이고 시기를 앞당길 수 있다는 점에서 예방적 측면의 효과가 분명히 있다고 보아야 할 것이다. 또한 환자는 이러한 일차 의료 이용 중 제공된 상담과 교육을 통해 자신의 증상이 급성 심근경색을 시사하지 않는다는 자신의 건강 상태 전반에 대한 지식 또한 얻을 수 있다. 흔히 이러한 예방적 차원의 효과가 어느 정도인지 기존 의학적인 관점에서는 많이 간과되지만, 실제로 직접적인 치료와 더불어, 자신의 건강 상태를 확인하고 불안감을 해소하며 건강에 대한 지식을 얻으려는 욕구로 인해 의료 기관에 방문하는 경우도 상당히 존재하며 이러한 욕구는 교육 수준이 낮은 계층에서 더욱 두드러진다(김동진 et al., 2016, van Der Meer and Mackenbach, 1998).

물론 예방적 차원의 일차 의료 이용을 필요 개념을 통해 논의하는 것이 단순하지만은 않다. 왜냐하면 N. Daniels의 필요 개념에 따라서 이러한 예방적 서비스가 필요로 속하려면 생의학적 건강과의 연관성이 비교적 객관적으로 확립되어야 하기 때문이다. 그렇기 때문에 물론 Daniels, N.의 필요 개념을 적용하려면 이러한 예방적 서비스의 효과에 대해서 과학적이고 객관적인 근거 마련이 중요하며, 상담 및 교육이 구체적인 개별 이용에서 어떻게 적절히 이루어지는지 파악하는 것이 선행되어야 하겠다. 하지만 이것이 이상적으로, 효과적으로 이루어진다는 가정 아래에서도 이러한 효과를 정확히 산출하여 필요한 의료 이용과 불필요한 의료 이용을 구분하기는

힘들 것이라는 점도 쉽게 예상할 수 있다. 왜냐하면 교육과 상담이 적절히 제공되었고 환자가 이러한 지식을 효과적으로 사용할 수 있는 능력이 생겼다고 하여도 실제 그 효과는 시간적인 간격을 상당히 두고 이루어지기 때문이다. 따라서 이렇게 아주 먼 시기에 발생할 개별적인 상담과 교육의 효과를 현실적으로 측정하기란 쉽지 않을 것이다.

결국 예방적 차원에서 어떠한 일차 의료 이용이 불필요한 것으로 규정될 수 있는지를 생의학적 건강에 대한 효과만으로 세밀히 탐구하기는 어려우며, 이러한 진단과 상담 및 교육 서비스가 분명히 예방적 차원의 효과를 지니고 있다는 점, 그리고 Daniels, N.의 필요 개념에 따라 일차 의료 이용의 필요성을 판단할 경우 이러한 효과에 대한 고려가 필수적이라는 것 정도로 정리할 수 있을 것이다. 예방적 차원의 효과를 무시한 채, 보건의료 서비스의 분배가 이루어진다면 오히려 장기적으로 건강 수준을 향상시키지 못하며 즉각적인 효과만을 고려하여 오히려 효율적이지 못한 보건의료체계를 야기할 수 있기에 이러한 논의는 반드시 필요하다(Donabedian, 1972).

하지만 물론 이러한 예방적 차원의 효과가 일부 존재한다고 하여 이러한 일차 의료 이용 모두가 그 필요성을 동등하게 인정받을 수 있다고 단정할 수는 없다. 왜냐하면 이러한 상담 및 교육의 효과와 이에 따라 규정된 일차 의료에 대한 필요는 모든 일차 의료 이용에 대해 모두 동일하지는 않기 때문이다. 예를 들어 Daniels, N.의 필요 개념에 따라서 보면, 위와 같은 사례에서와 같이 치료적 서비스의 효과는 미미하고 실제 생의학적 건강의 상실 또한 거의 없는 경우에서는 일차 의료 이용의 필요성이 그 예방적 차원의 효과, 즉 주로 상담 및 교육을 통한 효과로 더욱 쉽게 입증될 수 있다고 하자. 그렇다고 하면 이미 이러한 자신의 신체에 대한 지식과 상담의 내용을 알고 있는 경우에는 어떻게 할 것인가? 이미 자신의 증상이 큰 위험성은 없는 질환에 대한 것임을 알고 자신의 건강 상태에 대해 정확히 알고 있음에도 일차 의료 이용을 하는 경우는 어떻게 할 것인가? 이러한 경우와 건강에 대한 지식이 부족한 사람의 일차 의료 이용과 필요성이 동일하다고 볼 수 있는가? 또한 이 두 경우에 있어서 상담 및 교육의 효과는 동일하다고 볼 수 있는가?

이렇게 다양한 질문들에 대해 명확한 답을 내리기는 어렵다. 왜냐하면 환자에게 이미 존재하는 건강에 대한 특정한 지식 혹은 인식은 객관적으로 측정하기 어렵고, 어느 정도 추정할 수 있다고 하더라도 특히 본 영역에 해당하는 경우처럼 의학적

판단마저 명확하지 않은 경우에는 그 기준이 되는 정확한 지식도 무엇인지 불분명하기 때문이다. 따라서 엄밀하게 이러한 예방적 효과마저 거의 존재하지 않아 불필요하다고 판단될 수 있는 일차 의료 이용을 규정하기란 더욱 어렵다고 할 수 있다. 만약 이러한 경우를 이전 사례와 비슷한 예로 든다면, 자신의 증상이 근육통에 해당할 확률이 대체로 좀 더 높고 자신의 증상과 관련한 건강 지식을 자신이 정확히 알고 있으며 이에 대한 치료가 어떤 것이 될지, 어떤 효과가 있을지 대체적으로 알고 있다면 이러한 상담이나 교육의 필요성은 상대적으로 미미할 것이다. 특히 본 영역에 해당하는 일차 의료 이용과 같이 의학적으로도 불명확한 부분이라면, 이에 대해서도 거의 정확한 판단을 할 수 있는 의료 전문가와 동등한 수준의 지식을 축적하여 자신의 신체에 대해 객관적으로 진단하고 진찰할 수 있는 경우 이러한 불필요한 일차 의료에 대한 예가 될 수 있을 것이다. 하지만 이런 경우가 전체 일차 의료 이용에서 주목할 만큼 클지는 확실하지 않다. 왜냐하면 의학 지식에 대해 상당히 명확하게 인식하고 있다고 하여도, 위에서 논한 경우처럼 항상 완벽하게 자신의 상태나 증상과 관련된 의학 지식을 가지고 있으면서 동시에 객관적으로 자신의 몸에 대해 진단과 진찰을 시행하는 경우가 일반적으로 쉽지 않을 것이라 예상할 수 있기 때문이다.

물론 실제로 완벽하진 않더라도 이러한 경우와 비슷한 사례들이 많을 것이라는 또 다른 주장도 있을 수 있다. 왜냐하면 우리가 같은 문제로 한 번의 진료만을 받는 것은 아니기 때문이다. 같은 문제로 비교적 명확하게 진단이 되었다고 해도 다른 의사의 진찰이나 진료를 받는 경우 혹은 이후에 동일한 문제로 인해 일차 의료를 이용하는 경우도 상당히 흔하다. 이러한 경우는 어떻게 판단할 수 있을까? 물론 현실적으로 이러한 이용의 주된 이유는 이러한 진단 자체가 명확한 것인지에 대한 확신이 없기 때문에 환자들이 다른 의사를 찾아가거나 동일한 문제라도 다시 일차 의료를 이용하는 것일 수 있다. 본 논의에서는 모든 전문가들이 의학적인 판단을 적절히 하고 이에 따라서만 서비스를 제공한다는 가정을 한 가상적 상황이기에 이러한 경우가 존재하지 않을 것이다. 하지만 이러한 주장을 통해 우리가 상기해야 할 점은 이러한 사전 지식이나 교육 수준이 일차 의료 이용이 지닌 예방적 차원의 필요성에 영향을 준다는 측면을 인식하고 이에 따라 그 필요성이 상대적으로 달라질 수 있다는 점이다.

5.2.2 Daniels, N.의 필요 개념의 함의

결국 위에서의 논의에서 우리가 일차 의료 이용의 필요성을 판단하는 경우에 있어서 치료적 서비스와 더불어 예방적 서비스까지 고려한다면 환자의 생의학적 요인뿐만 아니라 자신의 건강에 대한 지식 혹은 교육 수준을 고려해야 한다고 할 수 있다. 이는 좁게 보면 건강 문해력(Health literacy)과 같은 다양한 요소들이 환자의 일차 의료에 대한 필요, 그리고 그 환자가 이용한 일차 의료 이용의 필요성을 다르게 만들 수 있다는 점이다(Nielsen-Bohlman, 2004). 즉 이는 이러한 사전 지식이나 교육 수준이 일차 의료에 대한 필요 자체를 결정하고 있다는 주장으로 이어진다. 지식이나 교육 수준이 낮아 일차 의료가 제공하는 예방적 차원의 서비스가 더욱 필요하다면 이들은 일차 의료에 대한 필요가 실제로 더욱 높다고 판단할 수 있다. 이러한 필요의 차이를 정확히 규정하려면 Daniels, N.의 필요 개념에 따르자면, 그 의료 서비스가 지닌 생의학적 건강에 대한 효과 측면을 고려하지 않을 수 없다. 왜냐하면 이 필요 개념에서는 그 건강에 대한 연관성이 가장 중요한 기준이 되기 때문이다.

즉, 이러한 예방적 서비스가 장기적으로 미칠 생의학적 건강에 대한 효과가 사회경제적, 교육적 수준이 낮은 계층에서 더 낮을 것이라 예상할 수 있다는 점이다. 왜냐하면 동일한 지식이나 교육 및 상담을 제공하여도 이를 이해하는 문해력이나 기존 지식이 부족하다면 이에 따른 효과는 상대적으로 더 작을 수 있기 때문이다. 이런 점에서 Daniels, N.의 필요 개념에서 단순히 모든 사람에게 동등하게 재화를 분배하는 것이 아니라 결과적으로 건강 수준의 형평성을 달성하여 공평한 기회의 평등을 이루는 것까지 고려되어야 한다는 점을 유념할 필요가 있다. 즉 예방적 서비스의 효과가 교육 수준, 사회경제적 수준에 따라 달라진다는 점을 인식하고, 그 결과(생의학적 건강 수준)에 대한 어느 정도의 형평성을 보장해야 할 도덕적 의무가 존재한다면, 교육 및 사회경제적 수준이 낮은 계층에게 좀 더 많은 일차 의료에 대한 필요가 존재한다고 판단할 여지가 있다(Bærøe and Bringedal, 2011, Daniels, 2008b).

이에 대한 중요한 반론이 존재하는데, 이러한 교육 수준이나 문해력의 차이는 일차 의료를 통해 충족하거나 교정해야 할 대상이 아니며, 기존 교육 시스템이나 다른 방법으로 이를 제대로 분배해야 한다는 반론이다. 다시 말해 교육 수준이 낮더라도 이러한 예방적 차원의 효과를 최대한 동등하게 얻을 수 있도록 기초적인 교육

을 향상시켜야 할 뿐, 일차 의료를 교육 수준이 낮다고 해서 더 많이 보장할 것이 아니라는 것이다. 이러한 반론은 일부 신빙성이 있다. 왜냐하면 만약 다양한 사회적 재화가 의료 이용에 대한 필요나 이에 따른 효과를 달라지게 한다고 하여서 다양한 계층에게 다양한 수준의 일차 의료를 제공하기란 현실적으로 어렵고 형평에 맞게 이러한 시스템을 유지하기란 더욱 어렵다. 예를 들어, 만약 단지 당뇨와 같은 만성 질환의 관리가 어떤 인종에서는 잘 이루어지지 못한다고 하여 같은 당뇨 환자라고 하더라도 인종에 따라 다른 빈도나 수준의 일차 의료를 보장해야 하는 도덕적 의무가 즉각적으로 발생된다고 보기는 어렵다. 오히려 이러한 인종에 따른 효과의 불평등을 간접적으로 개선할 수 있는 조치, 예를 들어 교육 서비스 제공과 같은 다른 조치가 필요하다고 보는 편이 더욱 합리적일 수 있다.

하지만 여기에서 짚고 넘어가야 하는 점은, 그렇다고 하여 일차 의료에 대한 필요를 결정하는 데에 있어서 이러한 예방적 차원의 효과나 필요를 고려하지 않는 것이 합리적인 것이라 판단하기도 어렵다는 것이다. 특히 치료적 서비스는 그 효과에 대한 기전이 생물학적으로 비교적 알려져 있고 다양한 실험적 연구도 가능하지만, 예방적 차원의 효과가 지닌 기전은 상당히 복잡하고 생물학적 차원을 넘어서서 사회적, 문화적 차원을 포함하기 때문에 어떠한 이유로 인해 이러한 예방적 차원의 효과가 불평등하게 나타날 수 있는지 비교적 연구가 이루어진 후에도 그 정확한 기전이나 요인이 불분명할 가능성이 높다. 또한 이러한 예방적 상담과 교육 및 진단의 효과가 예를 들어 다양한 의사와 환자간 심리사회적인 원인에 의해 일부 왜곡될 수 있다면 이를 개선하는 작업이 반드시 사회적인 재화의 재분배만을 통해서 이루어지지 못할 수도 있다(Agency for Healthcare Research and Quality, 2016, Ruger, 2007). 따라서 이러한 사회적 불평등의 개선은 그 예방적 효과의 불평등을 개선하기 위해 물론 필요한 것이지만, 그렇다고 하여 일차 의료가 제공되는 예방적 서비스는 그 개별 인구 집단이 처한 정의롭지 못한 상황에 대해서 모두 동일하게 제공되어도 무관하다는 이야기는 아니다. 결론적으로 말하면, Daniels, N.의 필요 개념에 따라서 사회경제적 수준이나 교육 수준이 낮은 계층이 지닌 일차 의료에 대한 예방적 차원의 필요가 일부 클 수 있다는 데에는 상당 부분 동의할 수 있다(Bærøe and Bringedal, 2011).

5.2.3 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용과 한계

이러한 Daniels, N.의 필요 개념에 따른 예방적 차원의 일차 의료에 대한 결론은 수평적 형평 개념과는 다른 지점이 존재한다. 수평적 형평 개념에서는 사회경제적, 교육 수준과 같은 생의학적 요인이 아닌 다른 요인들은 일차 의료에 대한 필요와 상관 없다고 보기 때문이다. 즉 다르게 말하면, 수평적 형평 개념에 비해서 Daniels, N.의 필요 개념은 사회경제적, 교육 수준 등과 같이 생의학적 요인이 아닌 부분까지 고려하게 된다. 예를 들어 수평적 형평 개념에 따르면, 동등한 건강 수준을 가졌음에도 가난한 계층이 더 많은 일차 의료 이용을 하고 있다면 이는 가난한 계층에게 유리한 불형평한 상태로 판단할 수 있지만 Daniels, N.의 필요 개념에 따라서는 가난한 계층에게 좀 더 많은 일차 의료에 대한 필요가 존재할 수 있으므로 정도에 따라 이를 형평성이 성취된 상태로 평가할 가능성도 있다. 물론 이렇게 가난한 계층이 지니는 일차 의료에 대한 더 많은 필요의 그 정도나 양을 이론만으로 정확히 정할 수는 없을 것이지만 Daniels, N.의 필요 개념을 따른다고 하여도 일차 의료에 대한 필요가 어느 정도 사회경제적, 교육적 수준에 따라 다를 수 있다는 점에는 쉽게 동의할 수 있다.

5.3 세 번째 특성: 대체재의 존재

5.3.1 치료적 측면의 대체재와 그 존재가 지닌 의미

본 영역의 3번째 특성은 일차 의료에서 제공되는 서비스가 다른 종류의 서비스나 재화로 그 효과의 측면에서 일부 대체될 수 있다는 점이다. 이를 경제학 용어로 흔히 대체재(Substitute)라고 하는데, 이러한 대체재 관계에 있는 두 재화가 있다고 하면, 한 재화의 가격이 감소할 때 다른 재화에 대한 수요가 감소하는 현상을 보인다(양봉민 et al., 2015a). 예를 들어 위 사례에서처럼 매우 경미한 근육통 혹은 비특이적 통증에 대한 치료 자체만을 놓고 보면, 단순 찜질과 약국에서 판매하는 약, 마사지 등 자가 치료(Self-care)를 통한 효과나 일차 의료에서 제공되는 약물이나 의료 서비스가 주는 효과의 측면에서 보면 크게 다르지 않을 수 있다. 오히려 개인에 따라서는 찜질이나 마사지와 같은 의료 서비스가 아닌 재화나 서비스를 통한 해결이 선호되거나 주관적으로 느끼는 효과가 좋을 수 있다. 왜냐하면 이는 이러한

일차 의료에서 다루는 문제가 의학적으로 명확하지 않으며 어느 정도 추정이 가능하더라도 그 치료가 생명 자체 혹은 생의학적 건강과 관련되기 보다는 주로 환자의 주관적인 불편감이나 통증에 관한 것이기에 객관적으로 개별적인 의학적 치료의 효과를 예측하기도 힘들뿐만 아니라 다른 재화나 서비스에 비해 의학적 치료가 결정적으로 월등하다고 평가할 근거를 찾기도 힘들기 때문이다. 따라서 만약 일차 의료에 지불해야 하는 비용이 점점 높아진다면 일차 진료를 보기보다는 그저 그를 대체할 수 있는 다른 재화나 서비스를 이용함을 통해 이러한 문제를 해결하려 할 수 있다. 반대로 공적인 보험을 통해서 일차 의료에 지불되는 비용이 매우 낮아진다면, 동일한 문제에 대해서 대체할 수 있는 다른 재화나 서비스에 대한 수요는 감소할 수 있다. 결국 이러한 영역의 문제들을 일차 의료로 해결하느냐, 다른 재화나 서비스로 해결하느냐는 개인의 선택이나 선호, 혹은 합리적 결정의 결과일 수 있다.

5.3.2 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용 및 한계

그렇다면 이러한 대체재의 존재는 어떤 도덕적 함의를 지닐 것인가? 먼저 우리는 일차 의료에 대한 필요와 다른 재화나 서비스에 대한 필요가 완벽히 구분하기 어렵다는 점을 인정해야 한다. 수평적 형평 개념과 같이, 단순히 의학적 필요성이 있다면 서비스 이용의 필요성이 있는 것으로, 의학적인 필요성이 없다면 서비스 이용에 대한 필요성이 없는 것으로 생각한다면 이러한 특성에 대해 적절히 대응하지 못할 것이라 예상할 수 있다. 의학적인 필요성을 이전에 논의하였듯이 환자의 주관적인 증상의 중증도, 이에 따른 일상 생활의 가능성 등에 맞춰서 달라지는 넓은 개념으로 본다고 하자. 그렇다면 의학적으로 일부 필요하다고 하더라도 일차 의료가 아닌 다른 서비스로 해결할 수 있는 경우가 충분히 존재할 수 있기에 의학적인 필요가 있더라도 일차 의료 이용의 필요성이 반드시 필요하다고 보기도 어렵다. 왜냐하면 일차 의료에서 제공된 것이 아닌 다른 재화나 서비스로도 환자의 욕구나 문제가 해결되거나 해결될 것이 합리적으로 예상되기 때문이다. 그와 반대로 경제적, 사회적인 이유로 대체할 수 있는 대체 가능한 다른 재화나 서비스를 사용하지 못하여 일차 의료만을 이용할 수 있는 사람에게는 이러한 욕구나 문제가 일차 의료를 통해서만 해소할 수 있기에 동일한 문제에 대해서도 일차 의료에 대한 필요가 존재하지 않는다고 선뜻 결정하기도 어렵다. 그렇기에, 일정 수준의 치료적 차원의 이러한 일차 의료 이용이 보장되어야 한다는 점을 인정한다면, 이러한 대체재로 인하여 일차

의료에 대한 필요를 더욱 결정하기 어려워진다고 할 수 있다.

물론 이미 서술하였듯이, 거의 완벽한 대체재의 존재를 통해서 이러한 모든 일차 의료 이용이 반드시 필요하다고 판단하기는 어렵다는 주장을 펼칠 수는 있다. 왜냐하면 대체재로도 완벽히 충족할 수 있는 필요라면 보건의료에 대한 필요 개념이 지닌 특정한 도덕적 중요성을 유지하기 어려워지기 때문이다. (마사지를 받도록 사회가 보장할 필요는 없다는 주장을 상기하라) 하지만 이러한 주장을 일부 인용한다고 하여 이러한 그 '모든' 일차 의료 이용이 필요하지 않다고 주장하기는 어렵다. 위에서 이미 주장하였듯이 그 정도가 경미하고 대체 서비스로 충족이 가능할지라도 이 모든 일차 의료 서비스가 보건의료가 지닌 도덕적 중요성, 예를 들어 Daniels, N.의 주장에서의 기회(Opportunity)와의 관련성이 완전히 없다고 단정할 수 없기 때문이다. 따라서 그 대체재의 존재를 통해서 직접적으로 어떤 일차 의료가 필요할 것인지 규정할 수 있을 것이란 기대는 하지 않는 편이 낫다.

따라서 대체재의 존재를 통해 어떤 일차 의료 이용에 대한 필요가 없다거나 혹은 존재한다는 단선적인 주장에는 한계가 있다. 그 대신에 만약 이러한 일차 의료 이용의 일부가 필요한 이용으로 판단될 수 있다는 점에는 동의할 수 있다면, 대체재로 인해서 실제 일차 의료에 대한 이 일부 필요의 충족이 사회경제적 수준에 따라 다를 수 있다는 점은 논의할 가치가 있다. 왜냐하면 이는 우리가 흔히 수평적 형평 분석을 통해서 내리는 결론을 바꿀 수도 있기 때문이다. 즉 이러한 주장은 사회경제적 위치와 상관 없이 일차 의료에 대한 필요가 정해져 있다는 그 가정에 반론을 가할 수 있다. 구체적으로 보면, 대체재를 쉽게 사용할 수 있는 높은 사회경제적 수준의 계층은 상대적으로 대체재를 통해 자신의 욕구를 일차 의료를 대신하여 충족시킬 수 있지만 본 논의의 가정과 같이 일차 의료에 대한 접근성이 상당히 보장되어있다면 경제적 수준이 낮은 계층은 실제로 경미한 질환까지도 대체재가 아닌 일차 의료 이용을 통해 그 욕구를 충족시키려 할 것이다. 이러한 예측은 실제로 일차 의료 이용이 무료이거나 무료에 가까운 캐나다, 영국에서는 이와 같이 경미한 질환에 대한 저소득 계층의 일차 의료 이용이 그들이 지닌 전반적으로 나쁜 건강 수준으로 인한 과다 이용을 보정하더라도 더욱 많음을 보이고 있다는 문헌들로 일부 입증되었다(Blackwell et al., 2009, Dunlop et al., 2000, Rosendal et al., 2015).

그렇다면 낮은 사회경제적 계층은 상대적으로 대체재를 사용할 수 없기에 부유한 계층에 비해 더욱 많은 일차 의료 이용이 필요하다고 할 수 있는가? 결론적으로 일

부 그러하다. 이것이 참이 되려면, 이러한 대체재가 사용될 수 있는 일차 의료 이용이 일부라도 반드시 필요한 것으로 인정되어야 한다. 수평적 형평 개념에서 의학적 필요성을 넓게 본다면 이러한 주장은 옳은 것일 수 있다. 왜냐하면 이러한 주관적인 의학적 필요 일부가 대체재로도 충족이 가능하다면, 사회경제적 수준이 높다면 일차 의료를 통해서만 충족하지 않고 대체재를 통해서도 충족할 수 있지만 사회경제적 수준이 낮다면 오직 일차 의료를 통해서만 이러한 필요를 충족시킬 수 있기에 일차 의료를 통해서 충족시킬 수 있는 부분을 따로 본다면 사회경제적 수준 간 차이를 보일 수 있기 때문이다. 물론 구체적으로 어느 정도로 사회경제적 수준이 영향을 미칠지는 미지수이지만, 결국 수평적 형평 개념과 같이 같은 건강 수준이라면 어떠한 사회경제적 수준이라도 같은 보건의료 필요를 지닌다는 주장은 실제 대체재의 존재와 이에 따른 함의를 적절히 반영하지 못하고 있다고 판단할 수 있다.

5.3.3 Daniels, N.의 필요 개념의 적용과 한계

Daniels, N.의 필요 개념에서는 치료 효과 측면에서 이러한 경우의 일차 의료 이용을 대부분 불필요하다고 볼 것이기 때문에 대체재의 존재가 이러한 판단에 큰 영향을 끼치지 못할 것이라 먼저 예상할 수 있다. 물론 이렇게 불필요하다고 판단하는 그 자체가 적절한지에 대해서는 이전에도 언급하여서 반복하지는 않을 것이다. 그 대신 만약 Daniels, N.의 기존의 판단을 그대로 수용한다면, 시장의 원칙에 따라 분배되는, 일차 의료를 대체할 수 있는 재화나 서비스가 존재하는 것이 도덕적 차원에서는 아무런 영향이 없다고 할 수 있을 것이다. 이는 좁은 범위로서의 생의학적 건강, 즉 종의 정상 기능만을 고려하거나 보장하여, 그보다 넓은 범위로 정의할 수 있는 건강(예: 고통이나 자가 평가 건강 수준 등 주관적 요소 포함)은 보장되지 않거나 시장에 따라 결정되어도 아무런 문제가 없기 때문이다(Daniels, 2009, Daniels, 2008d). 만약 그렇다고 하면, 대체재의 존재는 정말 도덕적 판단에 아무 영향도 끼치지 않을 것인지, 이러한 판단이 일관적으로 유지될 수 있는지, 이에 대해서 더 자세히 논의해보려고 한다.

다시 말해, 그의 주장에 따르면 경미한 주관적 증상 호전을 위한 치료적 서비스는 반드시 필요하다고 여길 수 없다. 그렇다고 하면, 약국에서 약을 사먹을 만큼의 소득을 보장한다든지, 찜질할 수 있는 물품을 제공하는 것과 같은 이러한 사회적

분배 또한 도덕적 의무는 아니라는 이야기도 된다. 이는 일견 타당하고 일관적으로 보이기도 한다. 하지만 위에서도 일부 논의했듯이 이러한 영역에서의 치료적 측면의 일차 의료 이용을 모두 필요가 아니라고 단정할 수 있는 것인지에 대해 이전과 달리 대체재와 관련된 주장을 통해서도 의문을 제기할 수 있다.

여기에서 더욱 중요하게 볼 것은 Daniels, N.의 건강 필요에 해당하는 재화나 서비스의 목록인데, 이러한 광범위한 건강 필요의 규정과 건강의 좁은 개념이 과연 서로 상충하지 않는 것인지 의문을 가질 수 있다. 그는 동일한 저서에서 건강의 개념을 좁게 설정한 것과 다르게 건강 필요의 범주를 좀 더 넓게 보고 있다는 점을 인정하며, 저자 자신도 건강 필요에 우리의 기본적인 생각이나 상식보다 더욱 다양한 서비스가 포함되어야 함을 역설하고 있다는 사실은 이러한 판단에 있어서 그 기준이 어떤 것인지 궁금하게 만든다(Daniels, 2008d). 이전에도 잠시 언급하였지만, 생의학적 건강, 종의 정상 기능의 회복이나 유지할 수 있게 하는 서비스나 재화가 무엇인지 규정하는 데에 건강에 대한 영향을 중요시한다. 그러나 이런 목록으로 보아, 그 생의학적 건강과의 연관성에 있어서 상당히 느슨한 인과 관계 혹은 연관 관계까지 포함한다는 것을 여기에서 논하려고 한다. 예를 들어, 여기에서는 개인적 혹은 사회적 지지 서비스가 직접적으로 종의 정상 기능을 회복하기 위한 직접적인 목표[5]를 지니고 있지는 않다는 점을 들여다보려고 한다. 물론 이러한 서비스가 생의

[5] 여기에서의 목표는 도덕적인 차원에서 중요할 수 있다. 왜냐하면 우리가 어떤 재화나 서비스를 분배하는 데에 있어서 대부분 직접적 효과를 주로 논의하지만, 실제로 이에 따른 간접적 효과를 고려하는 경우도 존재하기 때문이다. 이에 대해 Dan Brock은 한 가지 예를 들어 설명하였는데, 알코올 중독자를 치료하는 재활 프로그램이 물론 그들의 건강 수준 자체를 향상시키는 의미도 존재하지만, 결과적으로 그들이 노동력을 회복해서 낼 수 있는 경제 효과 또한 간접적인 효과로 중요하게 고려될 수도 있다는 것이다(Brock, 2003). 특히 이러한 재활 프로그램의 도덕적 중요성을 판단하는 데에 실제로 이러한 간접적 효과의 비중이 적다고 말하기는 어려울 것이다. 하지만 그렇다고 하여도 그는 이러한 간접적인 효과가 실제 분배 결정에 있어서 중요하게 고려되어서는 안 된다고 강조하는데, 왜냐하면 예를 들어 이러한 간접적 효과 중 만약 경제적인 효과를 고려한다면, 저소득 계층이나 생산성이 낮은 노인, 장애인에 대한 분배를 제한하게 될 것이고 이는 인간을 수단으로 보지 않는다는 칸트의 일반 원칙에 어긋나는 결정이기 때문이다(Brock, 2003). 따라서 그는 보건의료 혹은 다양한 재화나 서비스의 사회적인 분배에 있어서 이것이 저마다 직접적으로 의도된 목표에 따라 그 분배 원칙이 정해져야 한다고 주장한다. 물론 이러한 목표는 명시적으로 규정되지 않고 사회적으로 결정되는 경우가 많다. 이러한 주장 자체는 상당히 일리가 있다고 필자는 판

학적 건강에 추후에 미칠 영향에 대해서는 이미 상당한 연구와 근거가 존재하지만, 이러한 영향은 이 서비스가 지닌 직접적인 효과라기보다는 간접적으로 생의학적 건강에 미치는 다양한 간접적인 영향에 대한 연구라 할 수 있다.

만약 저자가 넓은 관계의 범위로 건강 필요를 규정하는 것을 인정한다면, 본 영역에서의 일차 의료 이용, 즉 의학적 필요가 명확하지 않은 경미한 증상에 따른 치료 서비스가 모두 필요로 인정되지 못할 것이라고 단정하기란 어렵다. 왜냐하면 그의 저서에서 언급한 건강 필요 범주에 존재하는 사회적 지지 서비스와 같은 비의료적인 개인 혹은 사회적 지지 서비스 또한 일정 부분은 이러한 경미한 증상에 대한 일부 대체적 재화나 서비스라고도 할 수 있기 때문이다(Daniels, 2008d). 이렇게 의학적으로 규정되지 않은 경미한 증상의 일부는 실제 신체적인 이상이 구체적으로 발견되기 보다는, 정신적 스트레스와 같은 외부 환경에 대처하는 능력과 연관되어 있는 경우가 많기에 개인 및 사회적 지지 서비스가 충분히 그 대체재로 이용되어도 이상하지 않다(Olde Hartman et al., 2009, 강새봄, 2014, 김명화 et al., 2013, 윤다솜, 2017). 물론 이러한 대체 효과에 대해서 일부 의문을 제기할 수 있다고 인정한다. 하지만 장기적으로 이러한 일차 의료를 통해 제공된 치료 서비스가 생의학적 건강에 영향을 미칠 가능성이 건강 필요에 속한 개인적, 사회적 지지 서비스보다 더 떨어질 것이라 단정할 수 있는 근거는 희박해 보인다. 다시 말해 만약 그의 주장에서의 필요 개념이 직접적으로 목표된 효과로 생의학적 건강을 삼은 재화나 서비스만을 건강 필요로 한정하는 것이 아니라, 생의학적 건강과의 느슨한 인과 혹은 연관 관계까지 건강 필요에 속할 수 있는 근거로 받아들인다면, 이러한 치료 서비스가 직접적으로 생의학적 건강의 회복을 위한 것은 아니라고 하더라도 장기적으로

단하며, 이러한 차원에서 본다면 보건의료나 건강에 관한 필요는 반드시 생의학적 건강은 아니더라도 건강과 관련된 목표를 지닌다고 볼 수 있다. 이런 측면에서 개인적, 사회적 지지 서비스를 사회적으로 분배하는 데에 있어서 과연 생의학적 측면에 국한된 건강을 회복하기 위한 목표를 삼고 그 분배가 이루어져야 할지는 의문이다. 오히려 그 사회적 지지 서비스는 개인의 삶의 질이나 정신 건강 등 주관적인 영역을 포함해서 그 분배가 평가되어야 하고 그 분배의 목적이 설정되는 편이 오히려 설득력 있어 보인다. 결국 그렇게 보면 Daniels, N.은 이러한 직접적 목표가 무엇인지에 따라 재화나 서비스를 건강 필요로 규정하지는 않은 것으로 보이고, 이러한 재화나 서비스가 생의학적 건강에 미치는 영향만을 고려한 것으로 풀이되는데, 그렇다면 이러한 인과적 관계의 범위를 간접적인 효과 혹은 상당히 이후에 미칠 영향까지 상당히 넓게 잡고 있다는 점은 분명해 보인다.

생의학적 건강에 일부 영향을 줄 수 있다면 모두 필요하지 않은 것이라 치부할 수는 없다는 이야기이다. 그렇다고 하면, 저자의 건강 필요에 따라서 오히려 일차 의료 이용에서의 치료 서비스 중 최소한 일정 부분은 당연히 필요로 인정되어야 함이 더욱 타당해 보인다. 결국 저자의 건강 필요에 대한 주장에 일관성이 있다고 가정한다면, 일정 부분 이 영역의 일차 의료 이용에서의 치료 서비스와 이러한 효과를 일부 대체할 수 있는 개인적, 사회적 지지 서비스 모두 필요라고 보는 것이 타당하다 할 것이다.

5.4.1. 예방적 측면의 대체재와 그 존재에 따른 함의

또한 이와 같은 주장은 이상에서 논의한 치료적 측면뿐만 아니라 예방적인 측면까지 고려한다면 더욱 그 타당성을 얻는다. 왜냐하면 이러한 일차 의료 이용은 상대적으로 확실하게 직접적으로 생의학적 건강을 그 목표로 한 예방적 차원의 서비스를 제공하기 때문이다. 이러한 관점에서 예방적인 서비스에 대한 대체재는 과연 존재하지 않는 것인지 고려해볼 필요가 있다. 왜냐하면 예방적 서비스 중 반드시 의료 시스템에서 제공할 수 있는 검사, 진단 장비, 의학 지식, 상담 등이 존재하기도 하지만, 상당히 사회 일반적인 차원에서 이러한 증상이 큰 병이 아님을 확인하고 이에 대한 지식을 습득할 수 있는 영역도 분명 일부 존재하기 때문이다. 일차 의료에서의 상담과 교육이 일부분 자신의 건강 상태에 대한 확인과 위험 요인 인지, 건강 관련 지식의 습득 등을 위해서라면, 이러한 의료 시스템보다는 그 신뢰성이나 질은 떨어지지만 비슷한 역할을 하는 부분 또한 분명히 존재한다. 이중에 하나로 볼 수 있는 것은, 일반인 의뢰망(Lay-referral system)인데, 이는 간단히 말하면 증상에 대한 지식 혹은 자신의 증상과 관련된 모든 건강 지식에 관해 주변 사람들에게 물어보고 이에 대한 답을 들은 후 자신이 어떤 치료를 받을 것인지 정하는데 여기에서 이러한 지식을 얻는 체계를 일컫는다(조병희, 2006).

이러한 일반인 의뢰망은 가족 및 친구 관계, 거주 형태 등 사회적 환경에 따라 다양하게 존재한다. 최근에는 인터넷까지도 이러한 의뢰가 가능한 관계망 역할을 하고 있다고 볼 수 있다(조병희, 2006). 완벽하지는 않지만 관점에 따라서는 이러한 의뢰망이 일차 의료에서 제공되는 상담이나 교육 중 일부를 담당하고 있다고 볼 수도 있다. 예를 들어, 자신의 가슴 불편감이 어떠한지 주변 사람들에게 물어보고,

큰 문제는 아닌 것 같으니 일차 의료 기관에 당장 방문할 필요는 없을 것 같다는 답변과 함께 자신의 주변에서 실제로 걸렸던 심장병의 증상은 어떠했는지, 어떤 치료 경과를 거쳤는지를 들었다고 가정해보자. 이 환자는 완벽하게 신뢰할 만한 일차 의료에서 제공되는 상담과 교육을 받지는 못했겠지만, 자신의 건강 상태에 대해 일정 정도 확인하였고 이와 연관된 지식을 얻었기 때문에 일차 의료에 대한 욕구 일부분이 이를 통해 충족되었을 수 있다. 현실적으로 일반인 의뢰망에서 답을 얻는 것은 대부분 무료이기 때문에 일차 의료에 지불해야 할 비용이 상당하다면 자신의 건강 상태가 궁금하거나 건강 관련 지식을 얻고자 하는 욕구가 있더라도 일반인 의뢰망이나 인터넷을 통한 지식 습득으로 이러한 욕구를 대체해서 충족할 가능성이 충분히 있다. 따라서 일반인 의뢰망이나 다양한 지식 체계의 작용을 이러한 예방적 차원의 일차 의료 이용을 일정 부분 대체할 수 있는 재화나 서비스로 볼 수 있다는 주장 자체는 상당히 타당해 보인다.

5.4.2. Daniels, N.의 필요 개념의 적용과 한계

이를 수용한다면 이전 논의와 비슷하게 일차 의료, 특히 여기에서 제공되는 예방적 차원의 필요성이 대체재의 이용이 가능하지 않은 인구 집단과 쉽게 가능한 인구 집단과는 서로 다를 수 있다고 할 수 있을 것이다. 왜냐하면 만약 이러한 영역에서의 일차 의료 이용 중 예방적 차원의 필요성이 Daniels, N.의 필요 개념에 따라서 인정된다면, 이러한 필요를 충족시키는 데에 대체재를 쉽게 이용할 수 있는 계층과 그렇지 못한 계층은 상대적으로 일차 의료 이용의 필요성이 다르다고 판단할 수 있기 때문이다. 그렇다고 보면, 사회경제적 수준이 같더라도 그 개인 혹은 집단이 처한 사회적 환경, 그 중에서도 예를 들어, 사회 자본(Social capital)이나 거주 형태 등의 요인에 따라서도 일차 의료의 필요가 달라질 수 있다(조병희, 2006).

5.4.3. 수평적 형평 분석에서의 필요 개념의 적용 및 한계

결국 이는 수평적 형평 분석에서의 필요 개념에 따른 것과는 상반된 결론이며, Daniels, N.의 필요 개념에 따라서는 위와 같이 일부분 정당화될 수 있다. 이 개념에서 중요하게 고려하는 생의학적 건강에 대한 영향이나 인과적 관계에 따라서 이

러한 사회적 환경에 따른 일차 의료에 대한 필요의 차이가 전체 필요에 있어서 어느 정도가 될지는 미지수이지만, 그럼에도 불구하고 이 필요 개념에 따라서도 이러한 사회적 요소가 일차 의료에 대한 필요를 추정하는 데에 일부 고려되어야 하는 데에는 변함이 없을 것이다. 이러한 점은 실제로 그 건강 수준을 보정하더라도 주거 형태가 독거이거나 쉽게 인터넷이나 대면으로 지식에 닿을 수 없는 노인 혹은 장애인의 더욱 높은 빈도로 이루어지는 일차 의료 이용을 부분적으로 정당화할 수는 있을 것이다(신선미 et al., 2010, 신선미 et al., 2009).

6. 결론

6.1. 두 가지 생의학적 관점의 필요 개념의 한계

먼저 본 논문에서 이루어진 두 가지 필요 개념을 검증하고 적용한 결론을 간단히 서술하자면 다음과 같다. 수평적 형평 개념은 의학적 필요와 일차 의료에 대한 필요를 동일하게 보고 있으나, 첫 번째 일차 의료의 예방적 차원을 고려하지 못했으며, 둘째 대체재의 존재가 지닌 함의를 충분히 반영하지 못하다는 판단이다. 반면 Daniels, N.의 필요 개념은 상당히 좁은 건강 개념을 지니고 있음에도 불구하고 필요 개념은 상당히 확장되어 있어서 더욱 다양한 논의들이 가능했고 적용 가능한 지점들이 더욱 넓었다. 실제로 이 개념을 통해서 일차 의료가 지닌 예방적 서비스와 대체재를 고려한다면 교육 수준 혹은 사회경제적 수준이 낮거나 일반인 의뢰망이 부족한 계층에게 좀 더 많은 일차 의료에 대한 필요가 있다고 볼 수 있다. 그러나 환자의 주관적인 욕구와 문제들에 대해 그 자체를 어떻게 다룰 수 있을지 논의하지 못하고 생의학적 건강과의 느슨한 인과 관계를 기준으로 판단할 수 밖에 없다는 점은 이 필요 개념의 주요한 한계로 지적할 수 있다.

6.1.1. 수평적 형평 분석의 필요 개념이 지닌 한계

정리해보자면, 수평적 형평 개념의 가장 큰 한계는 생의학적 요인만으로 필요가 결정된다는 점에서 야기된다. 왜냐하면 일차 의료에서는 치료적 서비스에 국한하지

않고 예방적 서비스까지 제공되며, 그 다루는 문제의 성격 상 환자의 주관적 측면을 반드시 고려해야 하기 때문이다. 또한 대체재의 존재로 인하여 다양한 사회경제적, 사회적 자본 등의 요소를 고려할 필요가 있다. 결국 사회경제적 요인과 상관 없이 일차 의료 이용에 대한 필요가 결정되는 것이 아니라, 이상까지의 논의를 보았을 때 일반적으로 사회경제적 수준이 낮은 계층이 지니는 일차 의료에 대한 필요가 좀 더 높을 것이라 예상할 수 있다. 물론 이러한 부분이 어느 정도인지, 얼마만큼으로 인정해야 할지는 또 다른 차원의 논의가 필요할 것이다. 하지만 분명한 것은 오직 생의학적 요인만으로 필요한 일차 의료 이용과 그렇지 않은 이용을 구분하기 어렵다는 점이다.

6.1.2. Daniels, N.의 필요 개념의 한계

환자의 주관적인 판단이나 욕구를 충족하는 보건의료를 어떻게 정의롭게 분배할 수 있을 것인지는 상당히 어려운 문제이다. 위 논의에서 알아보았듯이, 이러한 부분을 모두 필요라고 보기 어렵다고 한다든지, 이 모든 부분을 필요로 받아들인다든지 하는 극단적인 주장은 모두 설득력이 떨어진다.

우리는 이러한 주관적인 문제들을 이전에는 민간 요법이나 자가 치료로 해결해온 것도 사실이다. 하지만 최근 들어 이러한 다양한 문제들을 의료 서비스로 해결하는 경우가 더욱 많아졌고, 아마 시간이 갈수록 이러한 의료화(Medicalization)는 지속적으로 이루어질 것이라 예상한다(조병희, 2006). 결국 이런 상황에서 과연 보건의료체계의 목표를 어떻게 수립할 것인지에 대한 문제도 이와 결부되어 있다. 생의학적 건강의 향상만을 위한 체계에서는 이러한 부분을 완벽히 무시할 수 밖에 없지만, 시민의 안녕이나 삶의 질의 향상을 목표로 하는 체계에서는 이러한 부분을 오히려 더욱 심도 있게 다룰 수도 있다. 이런 점에서 Daniels, N.의 주장은 생의학적 건강의 회복 뿐만 아니라 보건의료에 대한 사회적으로 다양한 욕구를 적절히 다루고 이에 대한 도덕적 판단을 내리는 데에 미흡한 부분이 있었다. 현재 이루어지고 있는 일차 의료의 상당 부분이 실제 수명을 연장한다기 보다는 이러한 다양한 사회적 욕구나 일상 생활의 불편을 해소하는 데에 집중하고 있다는 점은 이러한 주장이 지닌 약점을 더욱 부각시킨다(Rosendal et al., 2015, Buchanan, 1984). 물론 이러한 점에서 Daniels, N. 자신도 체계의 목표를 생의학적 건강의 향상뿐만 아니라 사회적

인 의사 결정 과정을 통해서 더욱 확장할 수 있다고 주장하였으며, 이렇게 다양한 욕구를 어떻게 다룰 것인지 윤리적인 담론만으로는 결정하기 힘들다는 점도 지적한 바 있다(Daniels, 2009, Daniels, 2008a). 그렇지만 기본적으로 생의학적 건강에 대한 논의에 치우쳐 있는 저자의 논의는 그 목표의 확장에 있어서 윤리적인 지침 역할을 제대로 담당하지 못한다고 할 수 있다. 따라서 본 논문에서는 생의학적 건강을 뛰어넘는 보건의료체계의 목표 설정이 중요하며 이러한 설정을 이루는 과정에 있어서 다양한 논의들이 필요하다는 점을 지적하려 한다.

6.2. 본 연구의 한계

본 연구가 지니는 대부분의 한계는 설정한 다양한 가정으로부터 야기된다. 예를 들어 여기에서는 일차 의료 이용 시 오직 의학적 필요에 따라서만 서비스가 제공된다고 가정하였는데, 실제로는 의사의 이익, 환자의 욕구, 이들의 편견 등 다양한 사회적 경제적 요소가 개입한다. 또한 이러한 개입에 있어서 일부 사회경제적 계층이나 교육 수준 등에 따라 불리해지는 일종의 불형평이 존재하기도 한다(Agency for Healthcare Research and Quality, 2016, Akhavan and Tillgren, 2015, Adamson et al., 2003). 그리고 존재하지 않는다는 본 논문의 가정과 달리 의사가 자신의 이익을 추구하여 발생하는 공급자 유인 수요는 실제로 과다한 의료 이용의 상당 부분을 야기하는 것으로 파악된다(신현웅 et al., 2014, Kook Hwan and Jun Hyup, 2010). 따라서 이렇게 다양한 현실적 차원의 문제들은 분명히 본 논문에서 논의한 주제와 상당한 연관성을 지니고 있기에 본 연구의 결론을 직접적으로 현실에 바로 적용하는 것은 무리가 있다. 그럼에도 불구하고 일차 의료 이용의 필요성을 판단하고 이에 대한 접근성을 논의하는 데에 몇 가지 간접적인 함의가 있다고 생각하는데, 이후에 이를 자세히 논의할 것이다.

또한 본 논의에서는 다양한 간접적인 방식으로 불필요한 의료 이용에 대해 논증하였고 두 필요 개념의 한계를 밝혔지만, 이러한 한계를 뛰어넘을 수 있는 새로운 사회 정의에 대한 주장이라든지, 도덕적 이론을 펼치지는 못하였다. 따라서 본 연구에서의 모든 논증은 항상 일정한 가정이나 기존 이루어졌던 일반적인 논의에 기반한 것일 수 밖에 없다. 즉 다시 말해, 본 논의가 기반한 도덕적 관점을 명시하지 않았기에 이러한 다양한 논의들 자체의 일관적이지 않은 부분이라든지, 그 자체로 합

리적이지 않은 주장을 지목하는 데에 그쳤다. 따라서 추후 연구에서 이러한 한계 하나 하나를 다른 어떤 필요 개념이나 도덕적 이론으로 극복할 수 있는지에 대해서 논의가 필요하며 이러한 논의의 기준이 되는 구체적이고 명시적인 윤리적 기반을 통한 더욱 충실한 철학적 논증 연구가 이어져야 할 것이라 생각한다.

6.3. 본 연구의 함의

6.3.1. 기존 이루어졌던 의료 이용의 형평성 평가에의 함의

본 논문의 가장 직접적인 함의는 기존에 이루어졌던 의료 이용에 대한 형평성 평가와 관련된 것이 될 것이다. 물론 모든 부분에 있어서 본 논의만으로 새로운 형평성 평가의 기준을 만들 수는 없겠지만, 대체적으로 어떤 점에서 기존 분석이 한계를 지니는지는 알아볼 수 있을 것이다. 따라서 우리가 이러한 개념에 따라 불필요한 의료 이용을 규정하고 이를 정책 입안에 대한 자료로 사용할 때 주의할 점 3가지를 언급하려고 한다. 첫째, 의학적 필요와 일차 의료에 대한 필요는 다를 수 있으며 이는 형평성 평가의 주 영역이 되는 그 보건의료, 여기에서는 일차 의료가 지니는 개별적인 특성을 정확히 파악하고 그 해당하는 보건의료 서비스가 내는 효과와 그 특징을 이해하고 이를 어떤 관점에서 가치를 평가할 것인지에 대한 판단이 먼저 이루어져야 수평적 형평 개념에 따른 연구 결과를 실제로 정확히 적용할 수 있다. 둘째, 보건의료체계의 목표를 생의학적 건강 향상으로 국한시키는 논의나 필요 개념은 현재 이루어지고 있는 일차 의료 이용의 대부분을 설명하지 못하므로 생의학적 건강에 영향을 주지 못한다는 근거 하나로 어떤 일차 의료 이용을 필요로 인정하지 않아서는 안 된다. 셋째, 의료 이용의 형평성은 항상 사회적 재화(자산, 교육 등)의 분배와 항상 연관되어서 평가되어야 한다. 특히 일차 의료 중 어떤 부분은 사회적 재화와 상호 작용하거나 다른 재화를 통해 대체할 수 있기 때문에 의료 이용에 대한 자료뿐만 아니라 이러한 이용이 이루어지는 사회의 분배 구조와 현황을 살펴보고 이에 따른 의미를 탐구해야 한다.

6.3.2. 의료 이용 개시에 대한 함의

그 다음으로, 본 논의에서 현실적으로도 중요한 의미를 지니는 것은 환자의 의료 이용 개시(Initiation)에 대한 이해와 관련되어 있다. 본 논문에서는 환자의 어떤 욕구 혹은 문제로 인한 일차 의료 이용 개시 혹은 방문이 불필요하다고 여겨질 수 있는지에 초점을 맞추었다. 의사의 권유와 같은 외부 요인의 영향을 받지만, 환자 개인이 의료 서비스를 시작할 지를 직접 판단한다는 측면에서, 이러한 초점은 실제 일차 의료 이용 내에서 이루어지는 서비스 제공보다 환자의 어떤 일차 의료 개시가 불필요한 것으로 여겨질 수 있는지 더욱 중점적으로 논의하게 하였다(Donabedian, 1972). 본 논의 끝에 사회경제적, 교육 수준, 사회적 연결망 등 다양한 추가적인 고려 요인에 따라 일차 의료에 대한 필요가 달라질 수 있다는 점은 환자의 다양한 욕구를 담은 서비스 개시가 이러한 고려 요인에 따라 더욱 장려되어야 하거나 덜 간섭 받아야 한다는 의미를 내포한다. 따라서 일차 의료에서 제공되는 서비스가 의학적 필요성에 맞추어 적절히 관리된다면, 기존 의학적 개념으로는 불필요하다고 여길 수 있는 더욱 다양한 문제로 인한 일차 의료 이용 혹은 그 이용에 대한 개시가 필요하다고 판단될 수 있으며 이러한 환자의 서비스 개시를 막을 수 있는 다양한 형태의 정책들이 개선되어야 할 필요성이 있다고 볼 수 있다. 즉 접근성에 대한 개념에 있어서, 서비스가 개시되는 것에 더욱 초점을 맞추어 이에 대한 형평성을 탐구하고 관리할 필요가 있다(Donabedian, 1972).

6.3.3. 일차 의료에 대한 함의

이러한 광범위한 문제를 다룬다는 측면에서 일차 의료를 확충하는 일은 세계보건기구가 권고한 보건의료체계의 목표이기도 하다. 여기에서 일차 의료를 의학적 필요에 따라서만 분배하기 보다는, 지역 사회의 보편적인 문제와 욕구가 무엇인지에 따라 맞춰서 분배하라는 권고도 상당수 존재했다는 점은 상기할 만하다(World Health Organization, 2008, World Health Organization, 1978). 이러한 권고는 본 논문에서 논의한 바와 일정 부분 공통된 측면이 있는데, 가장 중요한 점은 일차 의료는 다양한 환자 측 요인을 고려하여 분배되어야 한다는 점이다(Starfield, 2009). 또한 주관적인 욕구를 다룬다는 점에서 지역 사회마다 서로 다른 분배 기준이 가능하고 본 논의에 따르면 이러한 다양한 기준은 오히려 권장될 수 있다. 물론 이는

정당한 민주적인 의사 결정 과정을 통해서 결정된 것이어야 할 것이다. 이러한 다양성에 대해서 전체적인 사회의 관점에서 형평성에 어긋난다거나 주관적인, 지역사회의 욕구를 모두 수용해서는 안 된다는 주장도 존재할 것이다. 하지만 보건 윤리 분야에서 특히 이러한 다양한 기준과 필요 개념에 대한 중요한 논의들을 충분하게 다루지 못해 왔다는 점도 인식해야 한다. 왜냐하면 현재에 이루어지는 일차 의료 이용의 상당수는 의사 단독으로 내리는 판단으로 이루어지는 것이 아니라 환자 측의 욕구에 일정 부분 반응하고 이에 맞춰서 이루어지고 있기 때문이다(Britt et al., 2013, Gillam, 1992). 본 논문의 결론에 따르자면 이러한 반응적인(Responsive) 일차 의료 혹은 보건의료체계 수립은 일정한 도덕적인 차원의 의미도 지니고 있다고 평가할 수 있다.

본 논의에서 알아본 다양한 고려 사항들은 일차 의료에 대한 본 논문의 가정과 규정을 통해서 정당화 되었음을 기억해야 한다. 여기에서 살펴볼 것은 일차 의료에 있어서 치료적 서비스뿐만 아니라 다양한 예방적 서비스가 제공된다는 점이다. 이는 한국에서 실제 이루어지고 있는 일차 의료 상황과는 좀 다르다는 점을 인정한다. 또한 본 논문에서의 대부분의 주장은 이러한 예방적 서비스가 적절히 제공될 경우 더욱 명확하게 정당화될 수 있다는 점에서 현실적으로 설득력이 있는 주장이 아니라고 받아들일 수도 있다. 예를 들어 일차 의료에서의 예방적 서비스가 교육 수준이 낮은 계층에게 더욱 필요한 것은 맞지만, 치료적인 서비스 제공에만 집중하는 일차 의료라고 한다면, 이에 대한 이용에서 필요성을 판별하는 것은 교육 수준이나 사회경제적 수준보다는 그 대상 환자의 생의학적 요인과 위험도가 그 기준이 되어야 할 수도 있다. 결국 본 논의의 함의를 이루고 적용하는 것은 현실 상황 자체를 개선하는 것과 함께 이루어져야 하는 작업이다. 따라서 본 논의의 함의를 통해 분배 원칙을 개선하는 작업을 하는 것과 함께, 일차 의료에서 이루어지는 예방적 서비스, 특히 상담 및 교육이 얼마나 적절히, 효과적으로 이루어지고 있는지 확인하는 작업 또한 필요하다고 여겨진다. 만약 동일한 증상에 대해서 단순히 약만 제공하는 환자-의사 관계가 지속된다면, 대체재(약국에서 구매할 수 있는 약 혹은 찜질 등)와 일차 의료 간 차이가 거의 없어질 것이고 예방적 측면에서 고려했던 사항들이 그 의미를 잃게 될 것이다. 적절한 예방적 서비스는 일차 의료의 큰 한 가지 기능이기 때문에, 이 두 가지 작업은 보건의료체계의 형평성과 장기적인 효율성을 향상시키는 데에 도움이 될 것이라 기대할 수 있다(Starfield, 2008, Starfield, 2009).

또한 본 논문에서는 가정하지 않았지만, 일차 의료의 또 큰 규범적 목표는 지속성

이다. 의사-환자 관계가 지속적이 될수록 환자의 건강 결과는 향상된다는 연구 결과가 다수 존재한다(Starfield, 1994, Starfield et al., 2005). 또한 이러한 지속적인 일차 의료는 환자가 지닌 새로운 의료 이용에 대한 욕구를 사전에 줄이는 효과도 있다(Institute of Medicine, 1994, Starfield, 1994, Starfield et al., 2005, World Health Organization, 2008). 즉, 환자 자신에 대한 의학적 진단이나 관련 지식을 지속적으로 일차 진료 의사(주치의)가 환자에게 교육한다면 환자가 지닐 건강에 대한 불안감 해소나 관련 지식 추구와 같은 일차 의료 이용에 대한 다양한 욕구를 미리 충족하고 발생을 억제하는 효과를 지닐 수도 있다. 이는 본 논문에서 알아본 예방적 측면의 일차 의료 이용 중 일부를 나타내는데, 결국 지속성은 이러한 욕구와 필요를 일부 해결한다는 측면에서 일차 의료 이용의 형평성을 개선하는 효과도 함께 지닐 것이라 기대할 수 있다. 왜냐하면 교육 수준이 낮은 계층에서 상대적으로 이러한 예방적 차원의 필요가 더욱 많으며, 이는 지속성이 있는 일차 의료 이용을 통해 그 필요를 효과적으로 충족시킬 수 있을 거라 볼 수 있기 때문이다. 이러한 함의는 상당히 분절화되어 있고, 주치의 제도가 부재한 한국의 상황에서 더욱 중요하다고 볼 수 있다. 본 논의를 통해서 이러한 일차 진료 제도가 효율성뿐만 아니라 형평성에도 중요한 역할을 한다는 점을 인식해야 한다. 이런 점에서, 본 논문은 이러한 지점을 더욱 구체적이고 명확하게 표출한 의미가 있다고 평가할 수 있겠다.

7. 맺음말

이상, 알아본 함의들은 간접적으로 그 의미를 띄고 있지만, 이를 뒷받침할 일반적인 도덕적 이론이나 윤리 원칙이 확립된다면 직접적으로 주장할 수 있을 것이라 기대한다. 본 논문이 워낙 방대한 양의 개념과 그에 따른 연구, 지식을 다루고 있어서 한 가지 한 가지 깊이가 부족하다는 점에 동의할 수 밖에 없음을 시인한다. 따라서 본 논의를 통해 이러한 다양한 고려 사항들이 더욱 깊게 분석되고 논쟁되기를 기대하며 그러한 논의 가운데 세워진 더욱 탄탄한 이론 위에서만이 불필요한 의료 이용이 더욱 정의롭고 명확하게 규정되고 또한 새로운 적절한 보건의료에 대한 필요 개념이 실질적인 차원에서도 효과를 발휘할 수 있을 것이다.

8. 참고 문헌

ADAMSON, J., BEN-SHLOMO, Y., CHATURVEDI, N. & DONOVAN, J. 2003. Ethnicity, socio-economic position and gender—do they affect reported health—care seeking behaviour? *Social Science & Medicine,* 57, 895-904.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY 2016. 2016 National Healthcare Quality and Disparities Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

AKHAVAN, S. & TILLGREN, P. 2015. Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. *International Journal for Equity in Health,* 14, n/a.

ARISTOTLE 1962. *Nicomachean ethics / Aristotle translated, with introduction and notes, by Martin Ostwald,* Indianapolis, Indianapolis : Bobbs-Merrill.

BèRúE, K. & BRINGEDAL, B. 2011. Just health: on the conditions for acceptable and unacceptable priority settings with respect to patients' socioeconomic status. *Journal of Medical Ethics,* 37, 526.

BICKLEY, L. S. 2006. *진단학 / Lynn S. Bickley , Peter G. Szilagyi [공저] 정재복 외 17명 옮김,* 서울, 서울 : 군자출판사.

BLACKWELL, L. D., MARTINEZ, E. M., GENTLEMAN, F. J., SANMARTIN, F. C. & BERTHELOT, F. J.-M. 2009. Socioeconomic Status and Utilization of Health Care Services in Canada and the United States: Findings From a Binational Health Survey. *Medical Care,* 47, 1136-1146.

BOORSE, C. 1977. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science,* 44, 542-573.

BOZORGMEHR, K., SCHNEIDER, C. & JOOS, S. 2015. Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC Health Services Research,* 15.

BRADSHAW, J. 1972. A taxonomy of social need. *In:* MCLACHLAN, G. (ed.) *Problems and progress in medical care: essays on current research.* Nuffield Provincial Hospital Trust: Oxford

BRITT, H., MILLER, G. C., HENDERSON, J., BAYRAM, C., VALENTI, L., HARRISON, C., CHARLES, J., PAN, Y., ZHANG, C., POLLACK, A. J. & O'HALLORAN, J. 2013. General practice activity in Australia 2012-13.

BROCK, D. W. 2003. Separate spheres and indirect benefits. *Cost Effectiveness and Resource Allocation,* 1, 4.

BUCHANAN, A. E. 1984. The Right to a Decent Minimum of Health Care. *Philosophy & Public Affairs,* 13, 55-78.

COMMITTEE ON UNDERSTANDING ELIMINATING RACIAL ETHNIC DISPARITIES IN HEALTH CARE 2003. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care (with CD)*, National Academies Press.

COOKSON, R. & DOLAN, P. 2000. Principles of justice in health care rationing. *Journal of Medical Ethics,* 26, 323.

CULYER, A. 1995. Need: The idea won't do--But we still need it. *Social Science & Medicine,* 40, 727.

CULYER, A. 1998. Need--is a consensus possible? *J Med Ethics,* 24.

CULYER, A. J. & WAGSTAFF, A. 1993. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ,* 12.

DANIELS, N. 1981. Health-Care Needs and Distributive Justice. *Philosophy & Public Affairs,* 10, 146-179.

DANIELS, N. 1982. Equity of Access to Health Care: Some Conceptual and Ethical Issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society,* 60, 51-81.

DANIELS, N. 1985. Fair equality of opportunity and decent minimums: a reply to Buchanan. *Philos Public Aff,* 14, 106-10.

DANIELS, N. 2008a. Just Health : Meeting Health Needs Fairly. Cambridge, GBR: Cambridge University Press pp.140-160.

DANIELS, N. 2008b. Just Health : Meeting Health Needs Fairly. Cambridge, GBR: Cambridge University Press pp.29-42.

DANIELS, N. 2008c. Just Health : Meeting Health Needs Fairly. Cambridge, GBR: Cambridge University Press pp.72-75.

DANIELS, N. 2008d. Just Health : Meeting Health Needs Fairly. Cambridge, GBR: Cambridge University Press pp.42-46.

DANIELS, N. 2009. Just health: replies and further thoughts. *J Med Ethics,* 35, 36-41.

DANIELS, N. 2013. Global aging and the allocation of health care across the life span. *Am J Bioeth,* 13, 1-2.

DONABEDIAN, A. 1972. Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly,* 50, 103-154.

DUNLOP, S., COYTE, P. C. & MCISAAC, W. 2000. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine,* 51, 123-133.

GILLAM, S. J. 1992. Assessing the health care needs of populations--the general practitioner's contribution. *Br J Gen Pract,* 42.

GUSTAVSSON, E. & SANDMAN, L. 2015. Health-care needs and shared decision-making in priority-setting. *A European Journal,* 18, 13-22.

HASMAN, A., HOPE, T. & ØSTERDAL, L. P. 2006. Health Care Need: Three Interpretations. *Journal of Applied Philosophy,* 23, 145-156.

HAWTHORNE, J. 2017. "Inductive Logic". *In:* ZALTA, E. N. (ed.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2017 Edition).*

HOLM, S. R., SABIN, J. E., CHINITZ, D., SHALEV, C., GALAI, N. & ISRAELI, A. 1998. The second phase of priority setting : Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care : Fairness as a problem of love and the heart: a clinician's perspective on priority setting Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. *BMJ,* 317, 1000.

INSTITUTE OF MEDICINE 1994. Defining Primary Care: An Interim Report. *In:* DONALDSON, M., YORDY, K. & VANSELOW, N. (eds.) *Defining Primary Care: An Interim Report.* Washington (DC): National Academies Press (US)

JECKER, N. S. 2013. Justice between age groups: an objection to the prudential lifespan approach. *Am J Bioeth,* 13, 3-15.

KOOK HWAN, R. & JUN HYUP, L. 2010. Income-related inequality in medical care utilization by provider types. *Public Health Economics and Policy Analysis(in Korean),* 16, 39.

KRAG, E. 2014. Health as Normal Function: a Weak Link in Daniels's Theory of Just Health Distribution. *Bioethics,* 28, 427-435.

LEVESQUE, J.-F., HARRIS, M. F. & RUSSELL, G. 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health,* 12, 18.

LU, J.-F. R., LEUNG, G. M., KWON, S., TIN, K. Y. K., VAN DOORSLAER, E. & O'DONNELL, O. 2007. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies.(Report). *Social Science & Medicine,* 64, 199.

MACINKO, J. & LIMA-COSTA, M. F. 2012. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International journal for equity in health,* 11, 33.

NIELSEN-BOHLMAN, L. 2004. Health Literacy [electronic resource] : A Prescription to End Confusion. *In:* INSTITUTE OF MEDICINE, C. O. H. L. S. & INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON HEALTH LITERACY. CONTENT, P. (eds.). Washington: Washington : National Academies Press.

O' NEILL, J. 2006. Need, Humiliation and Independence. *Royal Institute of Philosophy Supplement,* 57, 73-98.

OLDE HARTMAN, T. C., BORGHUIS, M. S., LUCASSEN, P. L. B. J., VAN DE LAAR, F. A., SPECKENS, A. E. & VAN WEEL, C. 2009. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research,* 66, 363-377.

POWERS, M. 2008. *Social Justice : The Moral Foundations of Public Health and Health Policy,* Oxford, Oxford University Press, USA, 2008.

ROSENDAL, M., CARLSEN, A. H., RASK, M. T. & MOTH, G. 2015. Symptoms as the main problem in primary care: A cross-sectional study of frequency and characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* 33, 91-99.

RUGER, J. P. 2007. Rethinking equal access: Agency, quality, and norms. *Global Public Health,* 2, 78-96.

RUGER, J. P. 2010. *Health and social justice / Jennifer Prah Ruger*, New York : Oxford University Press.

SABIN, J. E. & DANIELS, N. 1994. Determining "Medical Necessity" in Mental Health Practice. *Hastings Center Report,* 24, 5-13.

SEN, A. 1990. Justice: Means versus Freedoms. *Philosophy & Public Affairs,*

19, 111-121.
SHEAFF, W. R. 1996. The Need For Health Care. *need for healthcare.* Hoboken: Taylor and Francis.
STARFIELD, B. 1994. Is primary care essential? *The Lancet,* 344, 1129-1133.
STARFIELD, B. 2008. The future of primary care: refocusing the system. *N Engl J Med,* 359, 2087, 2091.
STARFIELD, B. 2009. Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs. *Humanity & Society,* 33, 56-73.
STARFIELD, B., SHI, L. & MACINKO, J. 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly,* 83, 457-502.
VAN DER MEER, J. B. W. & MACKENBACH, J. P. 1998. Low education, high gp consultation rates: the effect of psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research,* 44, 587-597.
VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A., VAN DER BURG, H., CHRISTIANSEN, T., DE GRAEVE, D., DUCHESNE, I., GERDTHAM, U.-G., GERFIN, M., GEURTS, J., GROSS, L., HæKKINEN, U., JOHN, J., KLAVUS, J., LEU, R. E., NOLAN, B., O'DONNELL, O., PROPPER, C., PUFFER, F., SCHELLHORN, M., SUNDBERG, G. & WINKELHAKE, O. 2000. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics,* 19, 553-583.
WAGSTAFF, A. & VAN DOORSLAER, E. 2000. Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *The Journal of Human Resources,* 35, 716-733.
WAGSTAFF, A., VAN DOORSLAER, E. & PACI, P. 1991. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics,* 10, 169-205.
WIGGINS, D. & DERMEN, S. 1987. Needs, need, needing. *J Med Ethics,* 13.
WIKLER, D. 2002. Personal and Social Responsibility for Health. *Ethics & International Affairs,* 16, 47-55.
WORLD HEALTH ORGANIZATION 1978. *Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Alta, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund,* Geneva, Geneva : World Health Organization.
WORLD HEALTH ORGANIZATION 2007. Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva : World Health Organization.
WORLD HEALTH ORGANIZATION 2008. *The world health report 2008 : primary health care : now more than ever,* Geneva, World Health Organization.
강새봄. 2014. *노인장기요양 방문간호 이용과 의료이용의 관계 / 강새봄.* 서울 : 서울대학교 보건대학원.
김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경, 손수인, 김새롬 & 박여리 2016. 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 보건사회연구원: 보건사회연구원.

김명화, MYUNG HWA, K., 권순만, SOON MAN, K., 김홍수 & HONG SOO, K. 2013. 노인의 장기요양이용이 의료이용에 미치는 영향 (The Effect of Long-term Care Utilization on Health Care Utilization of the Elderly). *보건경제와 정책연구(구 보건경제연구),* 19, 1.

김은경. 2013. *의료 기관 종별에 따른 의료이용의 수평적 형평성 분석.* 석사, 서울대학교 보건대학원.

보건복지부 2006. 의료급여 혁신 종합대책 및 세부추진계획(안). *In:* 기초의료보장팀 (ed.). 과천.

신선미, 김의숙, 박창기 & 이희우 2010. 의료급여 과다 이용 수급권자 중 장애인의 의료이용. *Journal of preventive medicine and public health (대한예방의학회),* 43, 35-41.

신선미, 김의숙 & 이희우 2009. 의료급여 외래 과다이용자의 의료이용량에 대한 자기인식. *보건행정학회지,* 19, 21-35.

신영석, 최병호, 신현웅, 황도경 & 윤석준 2005. 의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안. 한국보건사회연구원.

신현웅, HYUN WOUNG, S., 윤장호, JANG HO, Y., 노연홍, YUN HONG, N., 여지영 & JI YOUNG, Y. 2014. 의료급여비용 증가에 공급자 유인효과가 미치는 영향 (The Impact of Supplier Induced Demand on Increase in Medical Aid Expenditure). *보건행정학회지,* 24, 13.

신현웅 & 여나금 2016. 맞춤형 급여체계 도입 이후 의료급여제도 현황과 정책과제. *보건복지포럼*, 32-42.

양봉민, 김진현, 이태진 & 배은영 2015a. 보건경제학. 파주: 나남 pp.112-113.

양봉민, 김진현, 이태진 & 배은영 2015b. 보건경제학. 파주: 나남 pp.23.

윤다솜. 2017. *노인장기요양보험이 의료이용 및 삶의 질에 미친 영향분석/ 윤다솜.* 서울 : 서울대학교 대학원.

이태진, 김명희, 김창엽 & 손정인 2015a. 한국의 건강 불평등 / 김창엽 [외] 지음. *Inequality in health : a Korean perspective.* 서울: 서울 : 서울대학교출판문화원 pp.87.

이태진, 김명희, 김창엽 & 손정인 2015b. 한국의 건강 불평등 / 김창엽 [외] 지음. *Inequality in health : a Korean perspective.* 서울: 서울 : 서울대학교출판문화원 pp.32-36.

조병희 2006. *질병과 의료의 사회학 / 조병희 저,* 파주, 파주 : 집문당.

Abstract

Defining unnecessary utilization of healthcare through applying two biomedical concepts of healthcare need

-Focus on the limitations of biomedical considerations-

Kyung-do Lee

Department of Health Policy and Management

School of Public Health

Seoul National University

Defining unnecessary utilization of healthcare has been widely considered as a significant issue in the political sphere and health economics. Particularly, health economists have assessed the horizontal equity of healthcare utilization

by estimating the amount of unnecessary healthcare uses. They applied the specific concepts of healthcare need to make this estimation. The application of the specific concepts of need into defining the features of unnecessary healthcare utilization has been seldom criticized and examined, especially considering the ethical implications of this assessment.

Therefore, the first subject of this study will be the particular concept of healthcare need which has been used in horizontal equity research. Moreover, to address this issue more based on the ethical principles in health policy, the second subject of this study will be the need concept insisted by Norman Daniels, which has been generally regarded as morally appealing and having its strong moral foundation.

The main object of this study is to find the exact features of unnecessary care, especially in the primary care context, through applying two biomedical concepts of healthcare needs. To achieve both philosophical and practical aim more efficiently, two assumptions will be adopted: First, all healthcare services must be distributed only according to the each patient' s medical needs which are estimated by medical professionals. Second, the level of access to primary care must be achieved high enough to facilitate primary care utilization. These two assumptions will simplify the application processes of two biomedical concepts of healthcare need into defining unnecessary utilization. In addition, we will limit the scope of this study into primary care settings. Therefore, the several features of primary care will be taken into account while examining this issue.

To briefly summarize the conclusion of this study, it is insisted that the first concept of healthcare need fails to consider the preventive effect of primary care, mainly by excluding the education level or social connection, and the moral impacts of the possible substitutes of primary care. Besides, the need concept by Norman Daniels has a significant role in addressing moral imperatives of the significant social factors, such as education and social capital, in the context of primary care. However, this concept has a crucial

constraint, particularly on examining the necessity of primary care to relieve subjective pain or modify patients' well-being.

Keywords : Distributive Justice, Public Health Ethics, Allocation Ethics, Healthcare Need, Equity of Healthcare Utilization, Access to Healthcare

Student Number : 2014-23386