

# 정책분석과 동향

장애인과 비장애인의 건강 격차와 시사점

|김수진



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

# 장애인과 비장애인의 건강 격차와 시사점<sup>1)</sup>

Disability-related Health Disparities and Their Policy Implications

김수진 한국보건사회연구원 보건정책연구실 연구위원

이 글에서는 건강증진, 예방 행동, 만성질환 관리, 급성기 질환 관리, 사망에 걸쳐 측정 가능한 보건의료 질 지표에서의 장애인과 비장애인 사이 건강 격차를 분석하였다. 건강행동 격차 측면에서 신체활동을 하지 않는 비율 및 비만율은 장애인에서 더 높고 격차도 커졌다. 건강검진 일반검진 수검률은 장애인에서 낮았고 격차도 다소 커졌는데, 이는 장애인의 건강상태가 악화된 상태에서 질병을 발견할 가능성이 높을 수 있음을 의미한다. 만성질환 관리와 관련해 조절되지 않는 당뇨 및 고혈압을 가진 환자 비율과 당뇨 및 고혈압으로 인한 예방 가능한 입원에서의 비장애인·장애인 격차는 증가하는 추이를 보였다. 급성질환 관리 측면에서도 급성기 치료와 사후 관리에서 비장애인과 장애인의 격차를 확인할 수 있었다. 그나마 다행인 점은 장애인과 비장애인에서 치료 가능한 사망과 예방 가능한 사망 격차가 감소했다는 점이다. 그럼에도 비장애인과 달리 장애인에서 치료 가능한 원인으로 인한 사망이 예방 가능한 원인으로 인한 사망보다 더 높다는 점은 의료 시스템이 할 수 있는 부분이 많음을 시사한다. 장애인건강권법 시행과 함께 다양한 사업이 시행되는 가운데 장애인의 건강증진과 건강권 보장을 위한 적극적인 정책적 노력이 필요하다.

## 1 들어가며

장애 관련 건강 형평성에 대한 글로벌 보고서는

전 세계 인구의 16%가 심각한 장애를 경험하는데, 이들은 장애가 없는 사람들에 비해 최대 20년까지 일찍 사망한다고 밝혔다. 이러한 열악한 건강 결과

1) 이 글은 김수진, 이재은, 문석준, 박은혜, 이경희, 전보영, ..., 구민지. (2022). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(7년 차)-2022 한국 보건 의료 질 보고서(세종: 한국보건사회연구원)의 3장 내용 일부를 수정 보완한 것이다.

는 의료 시스템 자체를 포함하여 삶의 모든 측면에서 장애인이 직면하는 불공평한 상황에서 기인한다(WHO, 2022). 이는 우리나라도 예외가 아닌데 장애인은 비장애인보다 암 검진은 더 적게 받고 더 많이 사망하며, 미충족 의료를 경험할 가능성이 높아지고, 예방 가능한 입원은 더 많이 경험한다(김수진, 2021; Kim, Y., Shin, D. W., Kim, H. W., Jung, J. H., Han, K., Cho, I. Y., ..., Kawachi, I., 2020; Kim & Jeon, 2023). 특히 코로나19 대유행 동안 장애인들은 코로나19 검사나 다른 질환 치료를 받지 못해 방치되기도 했다. 비장애인보다 더 좋지 않은 건강 결과를 보였다(Choi, J. W., Han, E., Lee, S. G., Shin, J., Kim, T. H., 2021).

세계보건기구도 2011년에 처음으로 장애 관련 건강 형평성에 대한 글로벌 보고서를 발간하는 등 장애인의 보건의료서비스에 대한 접근과 건강권을 보장하기 위한 노력은 오래되지 않았다. 우리나라는 2017년에 장애인의 건강증진을 위한 건강관리 체계 확립과 의료 접근성 보장, 건강권 보장을 목적으로 「장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률」(이하 장애인건강권법)을 시행하였다. 2018년에는 장애인 건강 주치의 시범사업이 시작되었는데 제6차 장애인정책종합계획에서는 시범사업 참여 활성화를 위해 대상을 장애인 전체로 확대하고 방문재활서비스를 도입하며 2025년에 본사업 전환을 추진한다고 밝혔다(관계부처 합동, 2023. 3).

올 초에는 보건복지부에 장애인 건강과 관련해 보건복지사업을 전담하는 담당과도 수립되었는데, 장애인의 건강권을 보장하고 건강 격차를 해소하기 위해서는 장애인의 보건의료서비스 접근과 건강 결과에 대한 평가가 필요하다.

이 글은 국민건강보험 건강검진 자료 및 청구 자료, 통계청 사망 원인 통계를 이용하여 건강증진 및 예방 행동, 만성질환 관리, 급성기 질환 관리, 사망에 걸쳐 측정 가능한 보건의료 질 지표에서의 장애인과 비장애인의 건강 격차를 살펴보는 것을 목적으로 한다.<sup>2)</sup> 건강증진 및 예방 행동에서는 신체활동, 흡연, 음주, 비만 현황 및 건강검진 참여율을, 만성질환 관리에서는 우리나라의 주요한 만성질환인 당뇨와 고혈압에서 진료지속성과 조정되지 않는 각 질환 환자 비율, 예방 가능한 입원 발생을 살펴 보았다. 급성기 질환 관리에서는 급성심근경색과 허혈성 뇌졸중 발생 후 30일 내 사망 발생률과 함께 허혈성 뇌졸중 및 울혈성 심부전 발생 후 1년 내 건강 결과를 알아보았다. 마지막으로 치료 가능한 원인 및 예방 가능한 원인으로 인한 사망 격차를 살펴 보았다.

## 2 장애인과 비장애인의 건강행동 및 검진을 격차

국민건강보험 일반건강검진 자료를 이용하여 건

2) 건강보험 청구 자료는 장애인 등록 자료와 연계하여 장애에 대한 정보를 제공한다.

강행동과 건강검진 수검률을 평가하였다. 일반검진은 40세 이상을 대상으로 하므로 40세 이상에 대한 결과로 건강행동에서는 신체활동(중강도 및 고강도 신체활동에 대해 하지 않았음 비율),<sup>3)</sup> 흡연, 음주율과 함께 비만율(BMI  $\geq$  25인 비율)을 평가하였고, 건강검진 수검률은 전체 40세 이상 인구 대비 비율로 산출하였다.

**[표 1] 장애인과 비장애인(일반건강검진 수검자)의 건강행동**

(단위: %, %포인트)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
신체활동(중강도) 안 함									
비장애인	54.87	54.11	52.37	51.62	51.15	49.70	41.26	39.14	37.10
장애인	62.05	61.50	60.11	60.15	59.16	57.92	48.16	46.40	44.55
격차	7.18	7.39	7.74	8.53	8.01	8.22	6.90	7.26	7.46
신체활동(고강도) 안 함									
비장애인	60.47	59.87	58.58	58.36	58.37	57.46	60.08	59.06	59.29
장애인	67.53	67.09	66.22	66.53	65.72	65.13	67.96	67.47	67.28
격차	7.06	7.22	7.64	8.17	7.35	7.67	7.88	8.41	7.99
흡연									
비장애인	19.25	19.48	19.01	17.80	18.56	18.42	18.57	18.17	17.81
장애인	20.10	19.82	19.77	18.12	18.97	18.64	18.95	18.50	18.23
격차	0.85	0.34	0.76	0.32	0.41	0.22	0.38	0.33	0.42
음주									
비장애인	41.24	41.62	42.23	42.95	43.07	43.68	59.04	59.44	59.16
장애인	34.53	34.12	34.45	34.60	34.56	34.50	47.15	47.03	46.75
격차	-6.71	-7.50	-7.78	-8.35	-8.51	-9.18	-11.89	-12.42	-12.41
비만(BMI $\geq$ 25)									
비장애인	34.11	34.31	34.5	35.82	36.49	37.66	38.40	38.69	39.53
장애인	39.03	39.27	39.73	40.69	41.68	42.92	43.55	44.35	45.10
격차	4.92	4.96	5.23	4.87	5.19	5.26	5.15	5.66	5.57

주: 일반건강검진에 참여한 40세 이상에 대한 분석으로 2012년 인구조성·연령 표준화한 값. 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 2018년 일반검진 문진표 변경에 따라 신체활동, 흡연, 음주는 2018년 전후 비교 시 주의 필요. 중강도 신체활동은 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기 등이며 고강도 신체활동은 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기 등임. 저자가 직접 산출.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2020). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

3) 중강도 신체활동은 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기 등이며, 고강도 신체활동은 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기 등이다(국민건강보험 빅데이터실, 2014, 2019).

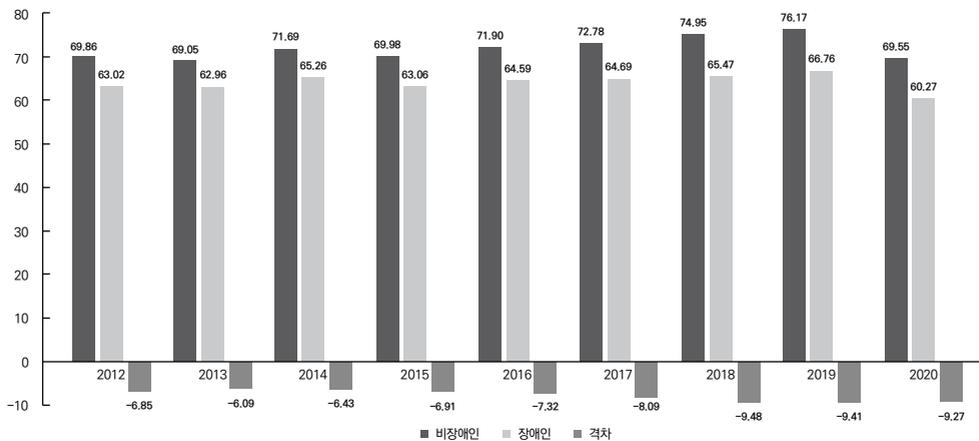
### 가. 건강행동4)

중강도 신체활동에 대해 하지 않는다고 응답한 비율은 장애인이 비장애인보다 높았고 격차도 컸다. 예를 들어 비장애인에서 그 비율은 2012년 54.87%, 2017년 49.70%로, 장애인에서 2012년 62.05%, 2017년 57.92%로 감소하였다. 비장애인과 장애인의 격차는 7.18%포인트에서 8.22%포인트로 증가하였다. 고강도 신체활동도 유사한 경향을 보이면서 비장애인과 장애인의 격차는 7.06%포인트에서 7.67%포인트로 소폭 증가하였다. 신체활동에 대한 문진표가 바뀐 2020년 값을

비교하더라도 비장애인과 장애인의 중강도 및 고강도 신체활동 격차는 각각 7.46%포인트와 7.99%포인트로 2017년과 유사한 수준을 보였다. 흡연율은 비장애인에서 2012년 19.25%, 2017년 18.42%로, 장애인에서 2012년 20.10%, 2017년 18.64%로 소폭 감소하며 비장애인과 장애인이 비슷한 수준을 보였다. 2020년 값을 비교하더라도 비장애인과 장애인 격차는 2017년과 유사한 수준을 보였다. 음주율은 비장애인이 2012년 41.24%, 2017년 43.68%로 소폭 증가했다. 장애인도 비슷한 수준을 보이면서 비장애인과 장애인의 격차는 2012년 -6.71%포인트, 2017년 -9.18%포인트로 비장

[그림 1] 장애인과 비장애인의 일반검진 수검

(단위: %, %포인트)



주: 40세 이상 당해 연도 건강검진 대상자에 대해 분석한 결과로 2012년 인구조 성·연령 표준화한 값. 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 저자가 직접 산출.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2020). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

4) 일반검진 수검자 대상 분석 결과로 전체 인구집단 수치와는 차이가 있을 수 있다. 2018년 일반검진 문진표 변경에 따라 신체활동, 흡연, 음주는 시계열 추이 해석 시 주의가 필요하다.

애인이 지속적으로 더 높았다. 비만율은 두 집단 모두에서 증가하는 추이를 보였다. 비장애인이 2012년 34.11%, 2020년 39.53%, 장애인이 39.03%, 2020년 45.10%로 증가하며 비장애인과 장애인의 비만을 격차는 소폭 증가하였다.

### 나. 건강검진

비장애인과 장애인에서 해당 연도 일반검진 대상자의 수검률을 확인한 결과 수검률은 비장애인이 2012년 69.86%에서 2020년 69.55%로, 장애인이 2012년 63.02%, 2020년 60.27%로 두 집단 모두 소폭 감소하였다. 두 집단의 격차는 6.85% 포인트에서 9.27%포인트로 증가하였다. 2012년 대비 2020년의 전반적인 수검률 감소는 코로나19 대유행의 영향으로 추정된다. 한편 2012년과 2019년 사이 두 집단에서 수검률은 전반적으로 증가하였지만 격차는 확대되는 추이었다.

## 3 장애인과 비장애인의 만성 및 급성 질환 관련 격차

이 장에서는 만성질환 및 급성질환에서 비장애인과 장애인의 격차를 확인하였다. 만성질환 관리

와 관련해 우선 유병률이 높은 만성질환인 당뇨와 고혈압 관리에서 비장애인과 장애인의 격차를 확인하였다. 각 질환에 대해 4회 미만 외래 방문율과 진료지속성(일정한 의료기관에 지속적으로 방문한 정도로 진료지속성지수[Continuity of Care Index] 이용)를 평가하였다.<sup>5)</sup> 이와 함께 당뇨와 고혈압으로 인한 예방 가능한 입원율을 비교하였다. 당뇨와 고혈압은 외래민감성 질환으로 적절한 양질의 일차 의료에 대한 접근을 통해 해당 질환으로 인한 입원이 예방 가능한 것으로 알려져 있다(OECD, 2021a). 당뇨와 고혈압으로 인한 예방 가능한 입원은 OECD(2021a)의 정의를 활용하여 산출하였다. 급성기 질환 결과는 급성기 치료에 대한 OECD 보건의로 질 지표인 급성심근경색과 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 30일 내 사망지표를 활용하였다(OECD, 2021a). 이와 함께 통합적 케어 지표인 울혈성 심부전과 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 퇴원 후 1년 내 건강 결과를 비교하였다. 해당 질환으로 인한 응급입원 퇴원 후에도 연계 등을 통해 적절한 보건의료서비스가 제공된다면 추가적인 입원과 사망을 예방할 수 있다는 점에서 OECD는 해당 질환 응급입원 퇴원 후 1년 내 사망, 해당 질환 혹은 다른 질환으로 인한 입원, 입원 없이 생존하는 비율을 관련한 통합적 케어에 대한 평가 지표로 제시하

5) 건강보험심사평가원 요양급여 적정성 평가는 당뇨와 고혈압에 대해 치료지속성 지표로 분기별 1회 이상 외래 방문한 환자 비율을 평가하므로(건강보험심사평가원 평가실 평가관리부, 2022) 이를 참조하여 4회 미만 방문을 산출하였다. 진료지속성은 Bice-Boxerman continuity of care score를 이용하여 측정하였는데 다음 수식으로 측정한다.

$$COCI = \frac{\sum_{i=1}^j n_i^2 - N}{N(N-1)} \quad (N: \text{총 방문 횟수}, n_i: \text{의료기관 } i \text{에 대한 총 방문 횟수}, j: \text{방문한 전체 의료기관 수})$$

였다(OECD, 2021b, p. 180).<sup>6)</sup>

### 가. 만성질환 관리

당뇨로 한 번이라도 외래서비스를 이용한 비장애인 및 장애인 중 연간 4회 미만 방문한 비율은 비장애인이 2012년 28.69%, 2021년 27.13%, 장애인이 2012년 29.66%, 2021년 27.98%로 소폭 감소하였다. 분석 기간 동안 비장애인과 장

애인의 격차는 1%포인트 내외로 증감을 반복하였다. 진료지속성지수는 비장애인이 2012년 89.38, 2021년 92.01, 장애인이 2012년 87.79, 2021년 90.54로 장애인은 비장애인보다 낮은 수준을 보였다. 두 집단의 격차는 분석 기간 동안 1.5 내외로 유사한 수준을 보였다.

고혈압 환자에서도 비슷한 양상을 보였는데 연간 4회 미만 외래서비스를 이용한 비율은 비장애인이 2012년 19.27%, 2021년 21.46%, 장애인

**[표 2] 장애인과 비장애인의 만성질환 관리-당뇨, 고혈압**

(단위: %, %포인트)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
당뇨 연간 4회 미만 외래 방문										
비장애인	28.69	28	27.86	27.76	27.44	26.8	26.73	26.84	26.62	27.13
장애인	29.66	29.11	29.12	29.2	28.42	27.8	27.78	27.76	27.72	27.98
격차	0.97	1.11	1.26	1.44	0.98	1	1.05	0.92	1.1	0.85
당뇨 진료지속성										
비장애인	89.38	90.17	90.48	90.50	90.56	91.01	91.10	91.21	91.43	92.01
장애인	87.79	88.43	89.03	89.01	89.12	89.48	89.53	89.79	89.92	90.54
격차	-1.59	-1.74	-1.45	-1.49	-1.44	-1.53	-1.57	-1.42	-1.51	-1.47
고혈압 연간 4회 미만 외래 방문										
비장애인	19.27	18.81	18.96	19.61	19.92	20.03	20.8	20.94	21.05	21.46
장애인	21.78	21.05	21.04	21.63	21.97	21.94	22.44	22.46	22.65	23.15
격차	2.51	2.24	2.08	2.02	2.05	1.91	1.64	1.52	1.6	1.69
고혈압 진료지속성										
비장애인	90.89	91.51	91.86	91.86	91.86	92.03	92.11	92.3	91.52	92.34
장애인	90.50	91.19	91.57	91.63	91.72	92.09	91.97	92.27	91.31	92.45
격차	-0.39	-0.32	-0.29	-0.23	-0.14	0.06	-0.14	-0.03	-0.21	0.11

주: 각 질환으로 연간 한 번이라도 외래서비스를 이용한 사람 대상. 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 저자가 직접 산출. 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

6) 5년 동안 울혈성 심부전 혹은 허혈성 뇌졸중으로 인한 입원 경험이 없다가 응급입원을 한 환자의 1년 내 사망, 입원, 입원 없이 생존한 비율을 측정한다.

에서 2012년 21.78%, 2021년 23.15%로 증가하면서 2012년과 2021년 사이 비장애인과 장애인의 격차는 소폭 감소하였다. 진료지속성지수는 비장애인에서 2012년 90.89, 2021년 92.34, 장애인에서 2012년 90.50, 2021년 92.45를 보여 비장애인과 장애인 격차는 크지 않았다. 분석 기간 동안 비슷한 수준을 유지하였다.

건강검진에서 현재 약물 치료 중이라고 응답한 당뇨병 환자 중 공복 혈당이 당뇨병인 환자 비율은 비장애

인에서 2012년 3.89%, 2020년 5.44%로, 장애인에서 2012년 5.35%, 2020년 7.61%로 증가했다. 비장애인과 장애인의 격차는 소폭 증가하였다. 현재 약물 치료 중이라고 응답한 고혈압 환자 중 혈압 측정치가 고혈압인 비율은 비장애인에서 2012년 7.65%, 2020년 7.45%, 장애인에서 2012년 9.41%, 2020년 9.46%로 장애인이 비장애인보다 소폭 높았는데, 분석 기간 동안 소폭 증가하였다.

**[표 3] 장애인과 비장애인의 만성질환 결과-당뇨, 고혈압**

(단위: %, %포인트, 명/100,000명)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
건강검진 결과 당뇨										
비장애인	3.89	4.17	4.33	4.55	4.71	4.95	5.02	5.26	5.44	
장애인	5.35	5.72	5.91	6.40	6.58	7.08	7.03	7.41	7.61	
격차	1.47	1.55	1.58	1.84	1.87	2.13	2.02	2.15	2.17	
건강검진 결과 고혈압										
비장애인	7.65	7.30	7.19	7.18	7.26	7.36	7.17	7.16	7.45	
장애인	9.41	9.20	9.04	9.02	9.25	9.58	8.88	9.37	9.46	
격차	1.76	1.90	1.85	1.84	1.99	2.22	1.71	2.21	2.02	
예방 가능한 입원: 당뇨										
비장애인	267.4	265.7	263.1	249.5	250.1	240.5	232.4	223.7	197.6	196.6
장애인	1399.6	1481	1482.8	1448.2	1475.8	1443.2	1482.3	1598.2	1510.7	1557.0
격차	1132.2	1215.3	1219.7	1198.7	1225.7	1202.7	1249.9	1374.5	1313.1	1360.4
예방 가능한 입원: 고혈압										
비장애인	153.0	147.8	138.7	133.8	126.1	117.4	113.9	104.7	93.2	95.6
장애인	792.3	846.8	839.2	785.9	815.0	785.9	774.5	728.7	770.9	757.8
격차	639.3	699	700.5	652.1	688.9	668.5	660.6	624	677.7	662.2

주: 건강검진 결과는 건강검진에 참여한 40세 이상에 대해, 예방 가능한 입원은 15세 이상 인구에 대해 분석한 결과로 2012년 각 해당 연령 인구조성연령 표준화. 당뇨는 현재 약물 치료 중이라고 응답한 사람 중 공복 혈당이 126 mg/dL 이상인 비율, 고혈압은 현재 약물 치료 중이라고 응답한 사람 중 수축기 혈압 140mmHg 이상, 또는 이완기 혈압(확장기 혈압) 90mmHg 이상인 경우임. 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 저자가 직접 산출.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

당뇨로 인한 예방 가능한 입원은 비장애인에서 2012년 인구 10만 명당 267.4명, 2021년 196.6명으로 감소하였다. 장애인에서 2012년 1399.6명, 2021년 1557.0명으로 증가하면서 비장애인과 장애인의 격차는 증가하였다. 고혈압으로 인한 예방 가능한 입원은 비장애인에서 2012년 인구 10만 명당 153.0명, 2021년 95.6명으로, 장애인에서 2012년 792.3명, 2021년 757.8명으로 두 집단 모두 감소하였지만, 장애인에서 감소 정도가 더 작으면서 비장애인과 장애인의 격차는 2012년 보다 2020년에 증가하였다.

## 나. 급성질환 관리

급성질환과 관련해 우선 급성심근경색과 허혈성 뇌졸중으로 인한 입원 30일 내 사망률을 비교하였

다. 급성심근경색 입원 후 30일 내 사망률은 비장애인에서 2014년 10만 명당 7.83명, 2020년 8.29명으로, 장애인에서 2014년 12.38명, 2021년 13.27명으로 증가하면서 해당 기간 동안 장애인이 비장애인보다 지속적으로 높은 값을 보였다. 허혈성 뇌졸중 입원 후 30일 내 사망률은 비장애인에서 2014년 10만 명당 5.78명, 2020년 4.72명으로, 장애인에서 2014년 6.06명, 2020년 5.96명으로 두 집단 모두 감소하였지만, 비장애인에서 감소 정도가 더 크면서 비장애인과 장애인 격차는 0.28명에서 1.24명으로 소폭 증가하였다.

울혈성 심부전과 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급 입원 퇴원 후 1년 내 비장애인과 장애인에서의 결과를 비교하였다. 비장애인에서 울혈성 심부전으로 인한 응급입원 퇴원 후 1년 내 사망한 비율은 2017년 18.8%, 2020년 18.0%로 소폭 감소하였고,

**[표 4] 장애인과 비장애인의 급성질환 치료-급성심근경색, 허혈성 뇌졸중**

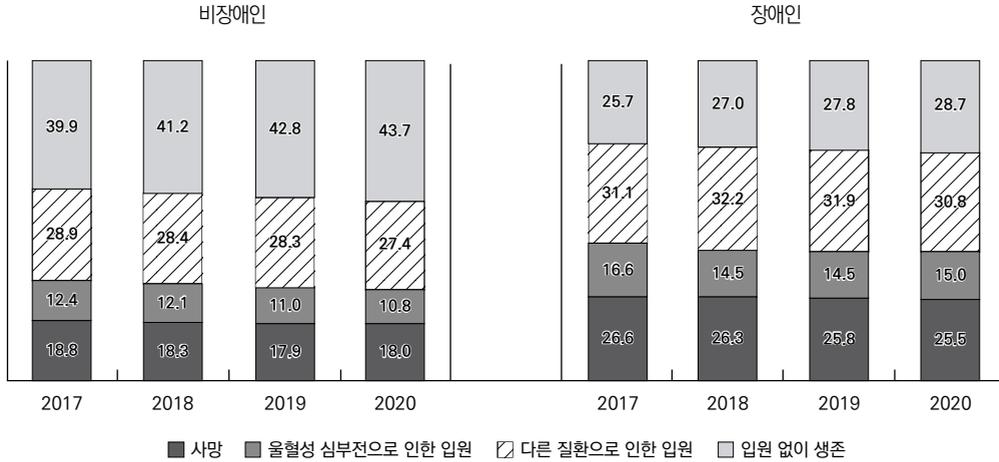
(단위: 명/100,000명)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
급성심근경색 30일 내 사망							
비장애인	7.83	7.44	8.88	9.25	8.75	7.57	8.29
장애인	12.38	12.28	14.66	13.2	11.47	15.7	13.27
격차	4.55	4.84	5.78	3.95	2.72	8.13	4.98
허혈성 뇌졸중 30일 내 사망							
비장애인	5.78	5.78	5.38	4.84	4.66	5.06	4.72
장애인	6.06	6.28	6.97	6.21	5.76	5.86	5.96
격차	0.28	0.5	1.59	1.37	1.1	0.8	1.24

주: 15세 이상 인구에 대해 분석한 결과. 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 저자가 직접 산출.  
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 2] 장애인과 비장애인의 급성질환 관리-울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원

(단위: %)



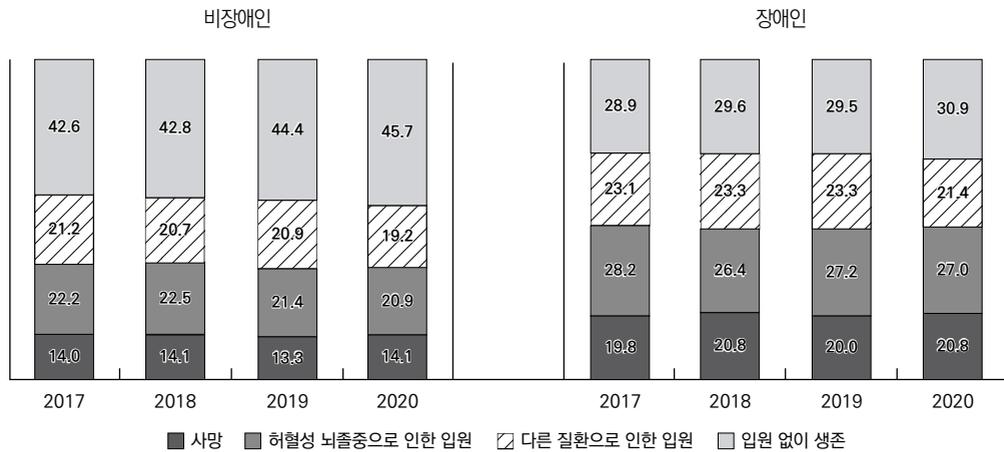
주: 지난 5년간 해당 상병으로 인해 입원한 경험이 없다가 응급입원 후 퇴원한 환자의 1년 내 사망, 입원, 입원 없이 생존한 비율임. 저자가 직접 산출. 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

울혈성 심부전으로 다시 입원한 비율과 다른 질환으로 입원한 비율도 감소하였다. 이에 따라 비장애인이 입원 없이 생존한 비율은 2017년 39.9%에서 2020년 43.7%로 증가하였다. 비장애인에서와 유사하게 장애인에서 사망한 비율은 2017년 26.6%, 2020년 25.5%로 소폭 감소하였고, 울혈성 심부전으로 다시 입원한 비율과 다른 질환으로 입원한 비율도 감소하면서 입원 없이 생존한 비율은 2017년 25.7%에서 2020년 28.7%로 증가하였다. 결과적으로 비장애인과 장애인의 사망률 격차는 2017년 7.8%포인트, 2021년 7.5%포인트로 유사한 수준에서 유지되었다. 입원하지 않고 생존한 비율 격차는 2017년 14.2%포인트, 2021년 15.0%포인트로 소폭 증가하였다.

비장애인에서 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 후 1년 내 사망한 비율은 2017년 14.0%, 2020년 14.1%로 비슷한 수준이었지만 허혈성 뇌졸중으로 다시 입원한 비율과 다른 질환으로 입원한 비율은 모두 2017년 대비 2020년에 감소하였다. 이에 따라 비장애인이 입원 없이 생존한 비율은 2017년 42.6%에서 2020년 45.7%로 증가하였다. 장애인에서 사망한 비율은 2017년 19.8%, 2020년 20.8%로 소폭 증가하였는데, 그럼에도 허혈성 뇌졸중으로 다시 입원한 비율과 다른 질환으로 입원한 비율 모두 2017년 대비 2020년에 감소하면서 입원 없이 생존한 비율은 2017년 28.9%에서 2020년 30.9%로 증가하였다. 하지만 개선 정도는 장애인에서 더 작았다. 결과적으로 비장애인과

[그림 3] 장애인과 비장애인의 급성질환 관리-허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원

(단위: %)



주: 지난 5년간 해당 상병으로 인해 입원한 경험이 없다가 응급입원 후 퇴원한 환자의 1년 내 사망, 입원, 입원 없이 생존한 비율임. 저자가 직접 산출. 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

장애인의 사망률 격차는 2017년 5.8%포인트, 2020년 6.7%포인트로 증가하였다. 입원하지 않고 생존한 비율 격차는 2017년 13.7%포인트, 2020년 14.8%포인트로 증가하였다.

#### 4 장애인과 비장애인의 피할 수 있는 원인으로 인한 사망 격차

피할 수 있는(avoidable) 사망률에 대한 지표는 다양한 질병 및 부상으로 인한 사망을 줄이는데 공중보건 및 의료 시스템의 효과성을 평가하기 위한 출발점을 제공한다. 피할 수 있는 사망률은 예방 가

능한(preventable) 사망과 치료 가능한(treatable 혹은 amenable) 사망으로 구분된다. 예방 가능한 사망은 효과적인 공중보건 및 1차 예방 개입(예: 질병·상해 발병 전, 발생률 감소)을 통해 주로 피할 수 있는 조기 사망<sup>7)</sup>으로 정의된다. 치료 가능한 사망은 2차 예방 및 치료(즉 질병 발병 후 사망률을 줄이기 위한)를 포함하여 시의적절하고 효과적인 건강관리 개입을 통해 주로 피할 수 있는 사망 원인으로 정의된다(OECD, 2021a, p. 88). 이 장에서는 OECD & European Commission(2022)의 정의를 활용하여 피할 수 있는 원인으로 인한 사망을 평가하였다.<sup>8)</sup> 피할 수 있는 사망 원인 중 감염 및

7) 조기 사망의 기준은 75세이다.

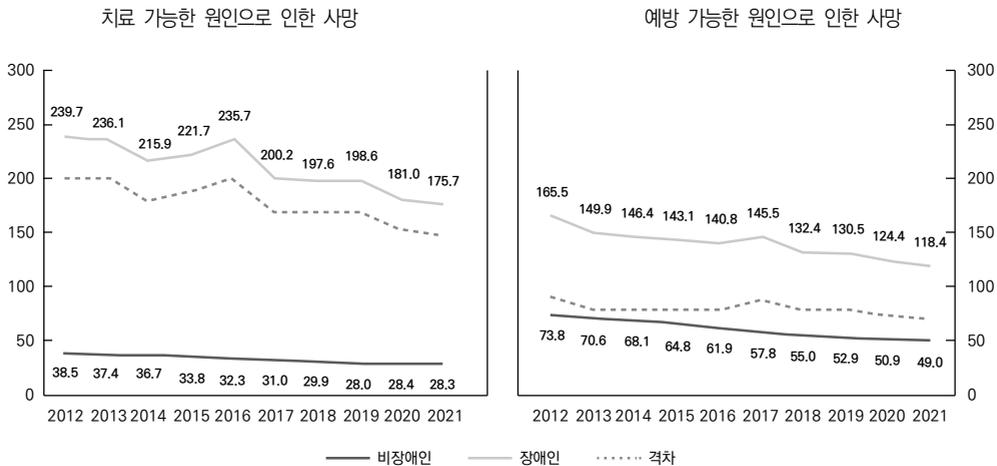
정신질환 관련 일부 코드(상병코드 첫 자리 A, B, F 코드)는 사망 원인 통계에서 마스킹되어 분석에서 제외하였다.

비장애인과 장애인의 치료 가능한 사망률을 산출한 결과 비장애인에서 치료 가능한 사망률은 2012년 인구 10만 명당 38.5명, 2021년 28.3명으로 감소했다. 장애인에서는 2012년 239.7명, 2021년 175.7명으로 감소했다. 이에 따라 비장애인과 장애인의 격차는 2012년 인구 10만 명당 201.1명에서 2021년 147.4명으로 감소하였다.

예방 가능한 사망률은 비장애인에서 2012년 인구 10만 명당 73.8명, 2021년 49.0명으로, 장애인에서 2012년 165.5명, 2021년 118.4명으로 감소하면서 비장애인과 장애인의 격차는 2012년 인구 10만 명당 81.7명에서 2021년 69.4명으로 감소하였다. 한편 장애인에서는 치료 가능한 원인으로 인한 사망이 비장애인과 달리 예방 가능한 원인으로 인한 사망보다 더 높았다. 비장애인과 격차도 더 컸다.

[그림 4] 장애인과 비장애인의 피할 수 있는 원인으로 인한 사망

(단위: 명/100,000명)



주: 2012년 인구로 성연령 표준화. 격차는 장애인 수치에서 비장애인 수치를 차감한 값. 저자가 직접 산출.  
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

8) 예방 가능한 원인은 위암, 간암, 폐암, 인플루엔자, 상해, 알코올 및 약물 남용과 같은 원인이고, 치료 가능한 원인은 대장암, 유방암, 뇌전증, 상기도 감염, 천식, 위궤양과 같은 원인이다. 일부 질환들은 예방 가능한 사망 원인이면서 치료 가능한 사망 원인으로 정의되는데 예를 들어 결핵, 자궁경부암, 허혈성 심장질환, 뇌혈관 질환, 고혈압, 당뇨병과 같은 원인들이다(OECD & European Commission, 2022).

## 5 나가며

이 글에서는 국민건강보험공단 건강검진 자료와 청구 자료를 이용하여 건강행동 및 만성질환 관리와 급성질환 결과, 피할 수 있는 사망에서의 장애인과 비장애인의 격차를 살펴보았다. 건강행동 격차 측면에서 신체활동을 하지 않는 비율은 장애인에서 더 높고 격차도 큰 것으로 나타났다. 비만율도 장애인이 비장애인보다 높았고 격차는 다소 증가하였다. 흡연율은 장애인이 조금 더 높았지만 차이는 크지 않았고, 음주율은 비장애인에서 더 높고 격차도 더 커졌다. 장애인에서 낮은 음주율은 장애인이 상대적으로 사회생활 참여 정도가 낮기 때문일 수 있다. 건강검진 일반검진 수검률은 장애인에서 낮았고 격차도 다소 커졌는데 이는 장애인의 건강상태가 악화된 상황에서 질병을 발견할 가능성이 높을 수 있음을 의미한다. 장애인과 비장애인의 당뇨 및 고혈압 관리를 비교한 결과 동일한 의료기관을 지속적으로 방문하는 진료지속성 정도는 장애인에서 더 높았다. 각 질환으로 연간 4회 미만 외래서비스를 이용한 비율은 장애인에서 다소 높았다. 조절되지 않는 당뇨 및 고혈압을 가진 환자 비율도 장애인에서 더 높았다. 한편 당뇨 및 고혈압으로 인한 예방 가능한 입원에서의 비장애인과 장애인 격차는 큰 편이었고 증가하는 추이를 보였다. 특히 당뇨로 인한 예방 가능한 입원은 비장애인은 감소 추이를

보인 반면 장애인은 증가하였다. 급성기 질환 관리 측면에서도 비장애인과 장애인의 격차를 확인할 수 있었다. 급성심근경색 및 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 후 30일 내 사망한 비율이 장애인에서 더 높았다. 울혈성 심부전 및 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 후 1년 내 사망한 비율도 장애인에서 더 높았고, 입원 없이 생존한 비율은 장애인에서 더 낮았다. 비장애인과 장애인의 격차는 증가하거나 비슷한 수준을 유지하였다. 마지막으로 치료 가능한 원인으로 인한 사망과 예방 가능한 원인으로 인한 사망 모두 비장애인과 장애인 격차는 감소하였는데, 흥미로운 점은 비장애인은 예방 가능한 사망률이 치료 가능한 사망률보다 높지만 장애인은 반대로 치료 가능한 사망률이 예방 가능한 사망률보다 높다는 것이다.

이 글의 분석 결과는 다음을 시사한다. 우선 장애인의 일상적인 건강증진 행동에 대한 지원 필요성이다. 장애인의 흡연율과 음주율은 비장애인보다 낮거나 차이가 없었고,<sup>9)</sup> 신체활동률은 비장애인보다 낮은 편이었으며, 비만율은 더 높았다. 장애인이 경험하는 일상생활의 장애는 건강행동에도 영향을 미칠 것으로 예상된다. 예를 들어 시각장애인은 도움 없이 홀로 중강도 혹은 고강도 신체활동을 하기 어렵지만 장애인의 일상 활동을 지원하는 장애인 활동지원사가 규정된 역할상 장애인의 일상적인 건강행동까지 지원하지는 않을 것으로 보인다. 장애

9) 이는 장애인의 음주가 중요하지 않은 문제라는 의미는 아니다. 예를 들어 Oh, S. S., Lee, S., Jang, S-I, Park, E-C.(2020)은 장애가 있는 개인의 만성 알코올 중독은 특히 장애 심각도가 심한 경우, 사망 위험 증가와 유의한 연관이 있다고 하였다.

인의 높은 만성질환 발생을 줄이기 위해, 그리고 더 나아가 장애인의 건강권 측면에서 관련한 지원에 대한 검토가 필요하다.

두 번째로 장애인의 만성질환 관리를 위한 보건 의료서비스의 질 개선이 필요하다. 일반적으로 고혈압과 당뇨 같은 만성질환 관리에서 진료지속성이 중요한 것으로 알려져 있으나(Chan, K-S., Eric Yuk-Fai Wan, Weng-Yee Chin, Will Ho-Gi Cheng, Margaret Kay Ho, Esther Yee-Tak Yu, Cindy Lo-Kuen Lam, 2021), 이 연구의 분석 결과 장애인과 비장애인의 진료지속성 차이는 크지 않음에도 조절되지 않는 당뇨, 고혈압 비율 및 당뇨와 고혈압 관련 예방 가능한 입원율은 장애인이 더 높았다. 일반적으로 진료지속성은 환자와 의사의 관계를 강화하고 더 나은 정보 공유와 더 높은 약물 준수를 보장함으로써 치료 결과에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다고 알려져 있다(Chen, C-C, Tseng, C-H, Cheng, S-H, 2013). 하지만 장애인에서 수치로 나타나는 진료지속성은 이러한 관계를 보장하지 못하는 것으로 보인다. 장애인의 경우 물리적 접근성 등으로 가족 등 대리인이 의료기관을 방문하여 처방을 받을 가능성이 있지만 또 다른 한편으로는 의료기관 종사자들의 장애에 대한 이해 부족 등으로 적절한 의사소통이 이뤄지지 못하기

때문일 수 있다. 장애인건강권법 시행 후 2018년에 장애인 건강 주치의 사업이 시작되었는데 장애인 및 의료인의 참여율은 높지 않다. 이와 관련해 초기 심한 장애를 가진 경우로 대상 제한, 주치의 제도에 맞지 않는 보상 방식을 비롯한 수가 문제 등이 사업의 한계로 지적된 바 있다(박진관, 전인혜, 김세린, 2022). 최근 장애인건강권법 일부 개정안 통과에 따라 장애인 건강 주치의 대상 확대가 이뤄질 예정이다.<sup>10)</sup> 향후 사업 평가를 비롯해 장애인에게 질 높은 만성질환 관리 서비스를 보장하기 위한 방안에 대한 검토가 필요하다. 한편 장애인의 낮은 건강검진율 및 높은 비만율과 같은 위험인자는 상대적으로 질환이 악화된 후 장애인이 질환 관리를 시작한다는 것을 의미할 수 있다. 장애인의 건강검진 접근성 강화를 위해 장애 친화 건강검진 사업이 2018년에 시작되었는데,<sup>11)</sup> 의료기관의 확대와 다양한 장애 특성을 고려한 서비스 제공 강화가 필요하다.

세 번째로 장애 관련 건강 격차는 급성질환 치료 및 사후 관리에서도 나타나는데, 관련한 원인 파악 및 급성기 치료 후 지역사회와의 연계를 강화하기 위한 방안 마련이 필요하다. 급성심근경색 입원 후 30일 내 사망과 함께 울혈성 심부전 및 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 퇴원 후 1년 내 건강 결과

10) 관련 내용을 담은 '장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률 일부 개정 법률안'이 2023년 5월 국회 본회의를 통과함에 따라 법안 공포 6개월 후부터 해당 법안이 시행된다.

11) 건강검진 기관 지정을 통한 장애인 건강검진 접근성 강화는 제5차 장애인정책종합계획 과제 중 하나로 2022년까지 20개의 장애 친화 건강검진 기관을 지정하는 것을 목표로 했으나 2022년 기준 실적은 5곳에 불과하다(호승희, 김동아, 이보람, 이창복, 김지현, 김현지, 노수현, 2023, p. 159).

에서 사망한 비율, 입원하지 않고 생존한 비율은 장애인에서 좋지 못하다. 급성기 치료 결과 관련 격차는 향후 보다 구체적인 원인 파악이 필요하다. 복합적인 환경의 장애는 건강검진, 만성질환 관리와 같은 서비스의 접근성뿐 아니라 급성질환 치료 후 관리 및 지역사회에 기반한 서비스 연계에서도 나타나는 것으로 보인다.

결과적으로 건강행동과 질환 관리에서의 부적절함은 장애인에게 피할 수 있는 원인으로 인한 사망으로 이어진다. 그나마 다행인 것은 장애인과 비장애인에서 치료 가능한 사망과 예방 가능한 사망이 비슷한 수준으로(상대적 비율) 감소하며 절대적 격차가 감소했다는 점이다. 그럼에도 비장애인과 달리 장애인에서 치료 가능한 원인으로 인한 사망이 예방 가능한 원인으로 인한 사망보다 더 높다는 점은 의료 시스템이 할 수 있는 부분이 많음을 시사한다. 장애인건강권법 시행과 함께 장애인 건강 주치의 시범 사업 및 장애인 검진기관 지정, 재활의료기관 운영, 의료인 대상 장애인 건강권 교육 등이 시행되었다(보건복지부, 2017; 관계부처 합동, 2023). 보다 적극적인 정책적 노력이 필요해 보인다.

이 연구에서 건강검진 자료를 이용해 건강행동 등을 살펴보았다. 건강검진에 참여한 사람들은 상대적으로 건강에 관심이 많고 건강관리를 잘하는 사람들일 수 있다. 이는 일반 인구집단을 대상으로 한 분석보다 양호한 결과를 보여 줄 수 있는데, 특히 장애인이 상대적으로 건강검진 접근 등에서 불리함을 겪을 가능성이 많음을 고려한다면 비장애인

과 장애인 격차는 건강검진에 참여하지 않은 사람들까지 포함할 경우 더 클 수 있다. 추가로 이 연구에서 장애 유형이나 장애 정도 등을 구분하여 살펴 보지는 않았지만, 이러한 집단별 보건의료서비스의 질 격차도, 격차를 해소하기 위한 방안도 다를 수 있다. 장애인의 보건의료서비스 이용 및 건강 격차에 대한 지속적인 모니터링과 함께 보다 구체적인 검토도 필요하다. ■

## 참고문헌

- 건강보험심사평가원 평가실 평가관리부. (2022). **2023년(2주기 1차) 고혈압·당뇨병 적정성평가 세부시행계획**.  
<https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltno=4&brdBltno=10060&pageIndex=1&pageIndex2=1#none>에서 2023. 9. 20. 인출.
- 관계부처 합동. (2023. 3). **제6차 장애인정책종합계획(2023~2027)**.
- 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.
- 국민건강보험 빅데이터실. (2014, 2019). **2014, 2019 건강검진통계연보 지침서**.
- 김수진. (2021). 장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강 수준 격차와 시사점. **보건복지포럼**, 294, 49-61
- 김수진, 이재은, 문석준, 박은혜, 이경희, 전보영, 박종현, 구민지. (2022). **한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(7년 차)-2022 한국 보건 의료 질 보고서**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 박진관, 전인혜, 김세린. (2022). **장애인 건강주치의 시**

- 범사업 평가 및 제도 활성화 방안 연구.** 원주: 건 강보험심사평가원.  
보건복지부. (2017. 8. 18.). 장애인과 비장애인 간 건강 격차 해소한다. **보도자료.**  
호승희, 김동아, 이보람, 이창복, 김지현, 김현지, 노수현. (2022). **제6차 장애인정책종합계획('23-'27) 수립방안 연구-장애인 건강보건분야를 중심으로.** 서울: 국립재활원.
- Chan, K-S., Eric Yuk-Fai Wan, Weng-Yee Chin, Will Ho-Gi Cheng, Margaret Kay Ho, Esther Yee-Tak Yu, Cindy Lo-Kuen Lam. (2021). Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract*, 22, 145. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01493-x>.
- Chen, C-C, Tseng, C-H, Cheng, S-H. (2013). Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. *Medical care*, 51(3), 231-237.
- Choi, J. W., Han, E., Lee, S. G., Shin, J., Kim, T. H. (2021). Risk of COVID-19 and major adverse clinical outcomes among people with disabilities in South Korea. *Disability and Health Journal*, 14(4). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101127>.
- Kim, S., Jeon, B. (2023). Who are the most vulnerable populations for primary care? Avoidable hospitalizations across individuals with different types of disabilities in South Korea. *Public Health*, 217, 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.01.034>.
- Kim, Y., Shin, D. W., Kim, H. W., Jung, J. H., Han, K., Cho, I. Y., ...& Kawachi, I. (2020). Disparities in gastric cancer screening among people with disabilities: a national registry-linkage study in South Korea. *Gastric Cancer* 23, 497-509. <https://doi.org/10.1007/s10120-019-01017-8>.
- OECD. (2021a). *Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf>. 2022. 6. 12.
- OECD. (2021b). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD.
- OECD, European Commission. (2022). *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death*(January 2022 version)
- Oh, S. S., Lee, S., Jang, S-I. Park, E-C. (2020). Chronic alcoholism and all-cause mortality among disabled individuals: Findings from the Korea National Health Insurance Service-National Sample Cohort. *Alcohol*, 89, 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2020.08.006>.
- WHO. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

# Disability-related Health Disparities and Their Policy Implications

Kim, Sujin

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

This article examined healthcare disparities between disabled and non-disabled individuals across different health indicators, such as lifestyle behaviors, chronic and acute disease management, and avoidable mortality. We found that disabled individuals had higher rates of physical inactivity and obesity, with the disparities with non-disabled individuals widening over time. Disabled individuals also had lower rates of general health checkups, which may lead to delayed disease detection. In terms of chronic disease management, the proportion of disabled individuals with uncontrolled diabetes and hypertension increased, along with wider gaps in preventable hospitalizations for these conditions. Significant disparities were observed in acute disease treatment and follow-up care between disabled and non-disabled individuals. While the gap in treatable and preventable deaths between the two groups has decreased, disabled individuals still face a higher risk of death from treatable causes. Overall, there is a need for proactive policies to address these disparities and promote the health and rights of disabled individuals.