

건강분야의 성인지적 정책 발전 방안

- 일 시 : 2005년 11월 9일(수), 13:00 ~ 15:30
- 장 소 : 한국여성개발원 본관2층 국제회의장

초 대 의 글

안녕하십니까?

인간수명연장, 의학기술과 생명공학의 발전 등으로 인해 건강이 중요한 사회적 관심사로 급부상하고 있습니다. 건강은 인간 공통의 관심사인 동시에 건강 수준과 문제의 양상은 각계각층별로 차이가 있습니다. 그 가운데에서도 특히 여성과 남성은 생물학적, 심리적, 사회적 차이가 있는 만큼 건강 경험과 건강에 대한 요구가 상이합니다. 그럼에도 불구하고 여성의 평균수명이 남성보다 긴 점 등으로 인해 젠더의 관점에서 건강형평성 확보를 위한 정책의제를 발굴하고 대안을 모색하는 움직임은 활발하지 못했습니다.

이에 한국여성개발원에서는 “건강분야의 성인지적 정책 발전 방안”을 주제로 『제28차 여성정책포럼』을 개최하여 각계의 전문가를 모시고 건강분야에 성인지적 관점을 통합하기 위한 정책방향을 모색하는 시간을 갖고자 합니다. 이번 포럼은 본원과 한국건강형평성학회 · 건강정책이론연구소가 “젠더와 건강형평성(Gender and Health Equity)”이라는 주제로 공동주최하는 학술대회의 일환으로 진행되어 더욱 뜻 깊은 자리가 될 것입니다.

부디 참석하시어 건강분야의 성인지적 정책 발전을 위하여 값진 의견 나누어 주시기를 바랍니다. 감사합니다.

2005년 11월

한국여성개발원 원장 서명선

행 사 일 정

시 간	세 부 내 용
12:40~13:00	등 록
13:00~13:10	인 사 말 서명선 (한국여성개발원 원장)
13:10~14:30	<p>사 회 정진주 (한국여성개발원 연구위원)</p> <p>주 제 : 「건강분야의 성인지적 정책 발전 방안」</p> <p>발 제 I : “보건부문 양성평등지표 개발” 장숙량 (한국여성개발원 객원연구원)</p> <p>발 제 II : “국가 암관리 사업에서의 성별 영향분석 평가” 김남순 (건강보험심사평가원 연구위원)</p>
14:30~15:30	<p>지정토론 신경림 (이화여자대학교 간호대 교수)</p> <p>조영미 (한국여성건강학회 이사)</p> <p>김혜선 (보건복지부 출산지원팀장)</p> <p>정은지 (한국여성민우회 여성건강팀장)</p>
15:30~	폐 회

※ 금번 포럼은 「젠더와 건강형평성(Gender and Health Equity)」이라는 주제로 3개 기관(한국건강형평성학회 · 한국여성개발원 · 건강이론정책연구실)이 공동으로 개최하는 학술대회에 포럼형식으로 구성된 것임.

<학술대회 일정>

- 발표 및 토론 (‘왜 젠더인가?’, ‘한국에서의 젠더와 건강’) (10:00~12:00)
- 자유연제 발표 (15:30~17:30)

목 차

□ 첫 번째 발표

『보건부문 양성평등지표 개발』	1
(장숙랑 한국여성개발원 객원연구원)	

1. 서 론	3
2. 지표체계와 개별지표	4
가. 개별 지표개발의 기본 방향	4
나. 관심 영역의 설정	5
3. 건강부문 양성평등 대표 지표 및 지역 지표의 선정	8
가. 대표지표	8
나. 지역지표	10
4. 결 론	12
[참고문헌]	13

□ 두 번째 발표

『국가 암관리 사업에서의 성별 영향분석 평가』	15
(김남순 건강보험심사평가원 연구위원)	

I. 서 론	17
II. 국가 암관리정책의 개요 및 성별영향분석평가 틀	18
1. 암관리정책 개요	18
2. 성별영향분석평가 틀(framework)	19
가. 평가범위	19
나. 평가 지표 및 내용	20

III. 암질환의 성별 특성	22
1. 역학적 특성	22
2. 암종별 특성	25
IV. 국가 암관리 사업에 대한 성별영향분석평가	26
1. 암등록통계	26
2. 국가 암관리 법에 대한 성별영향분석평가	28
가. 암관리법령의 현황	28
나. 암관리법 영역의 성분석의 평가기준	30
다. 암관리법령의 평가항목과 성분석 결과	30
3. 국가암관리계획서	34
4. 국가암관리위원회	34
5. 암정복 추진 연구개발사업	35
6. 말기 암환자 호스피스 시범사업	36
7. 소아백혈병 지원사업	37
8. 보도자료 분석	38
9. 국가 암조기검진사업	38
10. 국가 암조기검진사업에 대한 수혜자 측면에서의 평가	40
가. 조사방법	40
나. 조사결과	40
V. 결론 및 정책제언	49
1. 평가지표에 따른 성별영향분석평가 결과	49
2. 국가 암관리 정책의 성인지적 발전을 위하여	51
가. 암종별 암관리정책	51
나. 암질환 관련 통계	53
다. 암관리법	54
라. 암관리 사업	54
마. 암조기검진사업	55
3. 성별영향분석평가제도의 발전을 위하여	55
[참고문헌]	57

□ 토론

◆ 조영미(한국여성건강학회 이사)	59
- 논평 1 : 보건부문 양성평등지표 개발	61
- 논평 2 : 국가 암관리 사업에서의 성별 영향분석 평가	62
◆ 정은지(한국여성민우회 여성건강팀장)	65
1. 서 론	67
2. ‘국가 암관리사업에 대한 성별영향평가’에 대한 의견	67
가. 암검진 수진율을 높이는 현실적이고 다양한 방안 필요	68
나. 연령별, 지역별, 직업군별로 암의 발병 추이 통계 필요	69
다. 늘어나고 있는 암인 위암, 대장암, 폐암 등에 대한 교육 및 홍보	69
라. 여성암 발병 및 치료가 여성에게 미치는 영향	69
마. 암치료 과정이 개인 및 가정에 미치는 영향	69
바. 일반암에 대한 발병 차이 연구 및 치료효과 등 연구 필요	70
3. ‘보건부문 양성 평등 지표 개발’에 대한 의견	70
가. 건강수명에 관한 지표	70
나. BMI가 한국에서 적절한 지표인지에 대한 세밀한 접근 필요	70
다. 여성에게 유의미한 비교 지표들	71
라. 정서적 심리적 건강을 반영한 지표 필요	71
마. 인공수정이 여성건강에 미치는 영향에 대한 지표 필요	71
바. 호르몬 치료를 받는 여성인구 증가에 따른 자료 필요	72
4. 결 어	72

첫 번째 발표

보건부문 양성평등지표 개발

•

장 숙 랑 (한국여성개발원 객원연구원)

보건부문 양성평등지표 개발¹⁾

장 숙 랑 (한국여성개발원 객원연구원)

1. 서 론

정부에서 생산하는 보건분야의 통계자료를 보면 주요 특성에 따른 통계 내에 성별 구분이 되어 있지 않거나 성별로 생애 과정에서 다르게 경험하는 중요한 건강문제를 파악할 수 없는 경우가 많다. 그동안 국내에서 생산되는 제반 보건관련 정보들에 대한 통계를 구축하는 과정에서 성별 건강의 특수성과 성인지적 관점의 중요성에 대한 인식이 결여되어 있었기 때문이다. 비단 성인지적 관점에서 뿐만이 아니라 국민의 전반적인 건강수준 파악을 위해 필수적으로 요구되는 기초통계에 대해서도 아직 개발되어야 할 부분이 존재하는 것도 사실이다. 지금까지 공식적으로 사용되어 온 지표에 대해서도 전문가에 의해 정확성과 신뢰성에 의문이 제기된 경우도 많다. 성별로 공통적이거나 또는 성인지적, 성특이적 (gender-specific)으로 의미있는 건강 문제들을 파악하고 성인지적인 건강 통계와 지표를 재정립하여 알려지지 않은 성별 건강 및 의료 문제를 찾아내야 할 것이다. 이런 일을 위해서는 성별 건강에 영향을 미치는 경제, 사회, 가족, 문화 등 여성 삶의 전 영역에 걸쳐 있는 관련 요인을 살펴보는 일도 중요하다. 여성 건강, 또는 남성 건강은 단순히 한쪽 성에게 빈발하는 상병이나 주요 사망원인, 생식 건강만을 의미하는 것이 아니고 건강에 부정적 영향을 미치는 여성성, 남성성의 의미와 특성, 그리고 사회전반의 규범과 제도, 우리 사회의 왜곡된 성문화와 남녀에게 다르게 적용되는 성의 가치관과 이중 기준, 여성에 대한 폭력, 성별로 결핍된 자원이 존재하는 보건의료 정책 등에 의해서 크게 영향을 받기 때문이다 (Chesney & Ozer, 1995). 앞으로 성인지적인 건강 문제, 건강상의 양성평등 정도에 대한 통계를 지속적으로 생산해 낼 수 있도록 정립된 형식과 절차를 구축해

1) 본 연구는 한국여성개발원의 연구과제인 「국가 균형발전모델의 성주류화 전략 개발: 양성평등지표의 개발과 지역별 평등실태조사」에 의해 수행된 것이며 일부 내용을 발췌, 수정한 것임.

야 하며 이를 위해서는 어떤 내용과 체계를 가져야 하는지 결정하는 통계지표 체계 개발이 선행되어야 한다. 이런 지표 체계에 따라 관련 통계가 작성되고 이를 통해 여성 건강상의 지위를 가늠하고 관련 서비스와 제도를 평가하며 정책을 수정 또는 계획할 수 있게 된다.

본 연구는 보건 통계에서의 건강 양성 평등을 평가할 수 있는 지표를 정리하고 그동안 정형화된 분류 방식이나 제한적인 틀로 인해 나타날 수 없었던 부분에 대한 개선을 통해 우리사회에서의 양성 건강형평성 정책과 연구의 기반을 마련하고자 한다. 구체적으로는, 현재의 보건지표 체계를 정리하고 이들 중 양성 평등지표로서 활용이 가능한 지표들을 선정하고자 하였다. 선정된 개별 양성평등 지표 중에서 필수적이며 주기적인 생산이 필요한 대표지표와 지역별 건강 양성 평등 정도를 비교할 수 있는 지역지표를 결정하였다. 대표지표와 지역지표에 대하여 현재 산출 가능성, 산출 방식과 가용자료원을 정리하고 향후 지속적이고 주기적인 산출과 활용을 위한 제언을 하였다.

2. 지표체계와 개별지표

가. 개별 지표개발의 기본 방향

일반적으로 지표의 자격요건을 보면, 과학적으로 견고(타당도, 구체성, 민감도, 신뢰도)하고 유용하며 대표성이 있고 설명력이 있을 뿐 아니라 접근가능하면서 윤리적이어야 한다. 여성 건강은 매우 사적이면서도 민감한 문제 -예를 들면 생식 건강과 같은 지표의 경우-들을 많이 포함하기 때문에 자료 수집과 보고에 있어서 윤리적 측면이 특히 고려되어야 함을 유럽연합 지표개발체계에서는 강조하였다. 세계 여성건강위원회(1994.8)에서는 지표의 일반적인 구비 조건 외에도 다음과 같은 성인지적 건강지표의 조건을 발표하였다.

- 모든 연령층에 있는 성별로 질병과 사망을 초래하는 뚜렷한 위험요인
- 생애의 각기 다른 주기에 경험하는 다양한 건강문제들에 있어서 공통적인 요인
- 국가적, 지역적, 경계를 초월해서도 여전히 성별로 적용 되는가
- 실행가능하면서도 저렴한 중재로 대안적 해결방안이 될 수 있는가 등이다.

수많은 국가와 국제기구에서 제안하는 많은 보건지표들 중에서 성별로 공통적이고 필수적인 영역을 설정하는 것은 매우 중요한 작업이다. 제안된 지표들 중 다 함께 적용 가능한 최소 목록을 선정하기 위해 객관적인 기준을 설정하고 기준에 따라 검토하면서 수차례의 논의 단계를 거친 진행과정이 필요할 것이다. UNDP, UNFPA, WHO, World Bank에서는 1998년 이러한 과정에서의 기준을 『Selecting Indicators for monitoring Reproductive Health, Progress in Human Reproduction Research No.45』에서 다음과 같이 제시하였다. 이 기준은 생식건강 지표를 위한 기준으로 제시되었으니 비단 생식건강 뿐 아니라 건강 양성평등 지표 전반에 적용되어야 할 기본 기준이기도 하다. 따라서 본 연구에서는 위의 7 단계에 따른 보건부문 양성 평등지표 개발을 이루고자 하였다.

- 1단계 : 제안된 지표와 관련된 기존의 통계목록들의 확인
- 2단계 : 제안된 목록들의 취합 : 공통성, 중복과 누락의 확인
- 3단계 : 객관적 선정기준에 의해 제안된 지표들의 평가
평가기준-윤리성, 유용성, 과학적 견고성, 대표성, 이해도, 접근도
- 4단계 : 강력한 지표의 확인-삭제과정을 통해 걸러냄
- 5단계 : 강력한 지표의 범주에서 누락된 지표의 확인과 제안된 지표 중 약한 지표들이 가지는 경미한 문제들의 확인
- 6단계 : 선정된 지표들의 중복을 피하고 우선순위를 설정
-예비적 최소목록을 선정
- 7단계 : 전문가 패널에서 예비적 목록에 대한 검토 ⇒ 최종 목록 확정

나. 관심 영역의 설정

외국의 건강관련 지표와 국제기구가 선정한 생식건강지표, 여성건강지표, Gender indicators 등을 참고로 하고 현재 국내에서 생산되는 여성통계연보 및 보건복지 통계연보와 정부 관련기관의 전국 통계 자료들을 기초로 하여 관심영역과 개별 지표 내용을 정리하였다. 국외의 여성건강지표 중 중요한 내용이나 현재 우리나라 상황에 적절하지 않거나 전국적 자료를 구하기 어려운 것으로 판단되는 것은 관심영역 내에 개별 지표 항목에서 따로 표시해 두고 다음 장에서 생산 방안에 대해 정리하고자 한다. 통계연보의 보건부문 관심영역과 세부 관심영역을 근간으로 통합, 분리, 조정하는 방식으로 정리하였으며 가능한 출처와 간행물 특성(발행처, 주기 및 최근발행연도)에 대해서도 간단히 언급하였다.

〈표 1〉 건강부문 양성평등지표의 관심영역과 세부 관심영역 및 개별 지표

관심 영역	세부관심 영역	개별지표	자료원	간행물명	주기	최근 발행 년도	성별 구분	비고
건강 상태 및 행태	생존년수	연령별기대 수명	생명표 (통계청)	생명표	5년	2002	○	연령구분을 0, 15, 45, 60세로 (EU 여성건강지표)
	영양상태 및 섭취	BMI (체질량 지수)	국민건강 영양 조사	2001 국민건강 영양조사 총괄보 고서	3년	2001	○	BMI 25이상을 비만으로 제시함
		빈혈 지수	국민건강 영양 조사	2001 국민건강 영양조사 총괄보 고서	3년	2001	○	산전관리 결과에 대한 보고도 포함되어야 함.
	보건의식 행태	흡연량, 흡연 인구비율	국민건강 영양 조사 -보건의식 행태조사	2001 국민건강 영양조사 보건의 식 행태 조사보고서	3년	2001	○	통계청의 사회통계조사와 국민 건강영양조사에서 중복 조사되 고 있음.(사회지표조사에서는 흡 연율과 흡연회수만 제시)
		음주 횟수 및 음주인구비율	국민건강 영양 조사 -보건의식 행태조사	2001 국민건강 영양조사 보건의 식 행태조사 보고서	3년	2001	○	통계청의 사회통계조사와 국민 건강영양조사에서 중복 조사되 고 있음.(사회지표조사에서는 음 주율과 음주회수만 제시)
	개인건강 평가 및 관리	개인의 건강상 태평가	사회 통계 조 사 (통계청) 국민건강 영양 조사	한국의 사회지표, 2001 국민건강 영양조사 총괄보 고서	1년 /3년	2001	△	연령, 지역, 교육수준별 차이에 대한 제시 요망됨. 국민건강영양조사와 사회지표조 사에서 중복 조사됨
		5대 암 수진율	국민건강 영양 조사 -보건의식 행태조사	2001 국민건강영양조사	3년	2001	△	연령별, 지역, 교육수준에 따른 성별차이에 대한 제시가 요망됨
생식 건강	임신 및 출산	출산율	전국출산력 및 가족보건실태 조사(한국보건 사회연구원)	전국출산력 및 가족보건실태조사	3년	2003	-	연도별 출산율과 합계출산율, 분 만장소 및 분만형태별 자료 제 시되어 있음.
		피임실천율	전국출산력 및 가족보건실태 조사(한국보건 사회연구원)	전국출산력 및 가족보건실태조사	3년	2003	-	15-44세 유배우 기혼여성에 대 한 자료임. 앞으로 미혼과 기혼 모두 포함되어야 하며 연령을 50세까지로 확대해야 함.
		인공임신중절률	전국출산력 및 가족보건실태 조사(한국보건 사회연구원)	전국출산력 및 가족보건실태조사	3년	2003	-	주산기 20주 이내의 출산은 실 제로 인공임신중절일 가능성이 높으므로 주산기별 정보가 요구 됨.
		제왕절개분만율	전국출산력 및 가족보건실태 조사(한국보건 사회연구원)	전국출산력 및 가족보건실태조사	3년	2003	-	
		저체중아출산율	인구 동태 통계 (통계청)	인구동태통계연보	1년	2003	○	인구동태신고자료이므로 정확도 가 낮음.
		선천성기형아 출산율	전국출산력 및 가족보건실태 조사(한국보건 사회연구원)	전국출산력 및 가족보건실태조사	3년	2003	-	자료원에서는 선천성대사이상검 사 수진여부만 제시되어 사망원 인 및 보고 자료에서 찾아야 하 나 정확도의 문제가 남음. 기형아 출산율, 신생아의 기형유 형 및 출산기형아의 성비가 마 련되어야 함.

	모자보건 관리	산전관리횟수	전국출산력 및 가족보건실태조사(한국보건사회연구원)	전국출산력 및 가족보건실태조사	3년	2003		최종아에 대한 산전수진율로 제시되어 있음. 모든 임부의 산전수진회수 및 첫 수진시기에 대한 보고가 요구됨.
	생식관련 사망	모성사망비	모성 사망 조사 (보건복지부, 한국보건사회연구원)	모성사망보고서	부정기	1998	-	10만명출생당 모성사망수 : 기존 모성사망률과 다름.
사망 및 상병	사망수준	10대 사인별 사망률	사망신고 (통계청)	사망원인통계연보	1년	2003	○	주요 사인별 사망률이 제시됨
		암사망률(암종류별)	사망신고 (통계청)	사망원인통계연보	1년	2003	○	주요 사인별 사망률이 제시됨, 생식관련 암에 대한 제시가 필요함.
	상병상태	주요 만성 질환별 유병률	국민건강영양조사	2001 국민건강영양조사	3년	2001	○	급성 및 만성질환 이환율로 제시되어 있음
		생식관련 질환 유병률	-	-	-	-	-	생식관련 질환에 대한 유병률 산출을 위한 방안이 마련되어야 함.
		AIDS/HIV보균자수	-	-	-	-	-	보건복지부 내부 자료로 보고 집계되고 있으나 AIDS 연맹 등의 정기적인 조사를 통한 파악이 요구됨.
		성폭력 발생	-	-	-	-	-	대검찰청의 범죄분석 중 폭력 항목을 세분화시켜 성폭력 발생 현황과 가정폭력 건수 등을 분리할 필요가 있음.
		활동제한일수	사회통계조사 (통계청)	한국의 사회지표	1년	2003	○	국민건강영양조사에서도 반복 측정됨.
보건 의료 이용	의료서비스 이용	외래이용률 (의료기관 중별 외래 이용율/전체 및 심혈관계 질환)	건강보험통계	건강보험통계연보	1년	2004	△	건강진료비 크기별 요양기관종별진료실적-외래 항목으로 제시되어 있음.
		평균재원일수 (전체 및 심혈관계질환)	환자조사 (보건복지부)	환자조사보고서	3년		×	
	의료서비스	의료서비스 만족도	사회통계조사 (통계청)	한국의 사회지표	1년	2003	×	만족도에 성별구분이 되어 있지 않음.
보건 의료 자원	보건의료 인력	의료행정관리직의 직급별 여성분포	의료기관실태보고(보건복지부)	보건복지통계연보	1년		×	성별구분이 없으며, 의사직급분포만 명시되어 있음.
	보건의료 시설	지역별 산과병의원수						보건소 관할지역에 대한 보고 기록이 필요함. 의료기관실태보고자료.
	의료비	성별 국민의료비 대 1인당 의료비						조사가 요구됨
의료 보장	의료보험	수진율 및 평균수진건수와 건강진료일수	건강보험통계 (국민건강보험공단)	건강보험통계연보	1년		×	
		전체 의료비 중 본인부담률	건강보험통계 (국민건강보험공단)	건강보험통계연보	1년		×	보험자 부담액만 제시되어 있음.
	의료급여	의료급여적용인구	의료급여통계 (건강보험공단)	건강보험통계연보	1년		○	

3. 건강부문 양성평등 대표 지표 및 지역 지표의 선정

가. 대표지표

위의 세부 부문별 분류와 개별 지표에 의하면 8개의 관심영역과 23개 하부 관심영역으로 구성되어 있다. 대표지표를 선정하기 위해 WHO가 여성 건강 및 생식건강을 위해 설정하였던 지표 선정기준을 참고로 하고, 기존의 사회지표에서 표방한 각 분야별 대표지표를 고려하여 영역별로 대표지표를 제안하였다. 대표지표는 국가간의 비교가 가능한 정보와 지역별 건강 수준을 평가할 수 있도록 고려하여 총 10개의 목록을 정리하였다. 제안한 대표 지표 목록을 건강형평성 연구 및 보건통계학회 전문가 30인에게 우편(이메일) 조사를 수행하여 의견을 수렴하였다. 10개 개별 지표 중 전문가 의견 조사 결과를 통해 도출된 대표 지표는 다음과 같다.

① 연령별 성별 기대 수명(Year of life expectancy)

- 지표작성주기: 매년
- 정 의: 어느 연령에 도달한 사람이 그 후 몇 년 동안이나 생존할 수 있는가를 평균적으로 계산한 연수
- 시산표

성별 출생시 기대수명	1981	1991	1999	2001	2010	2020	2030	2050
전체								
남자								
여자								
차이(여자-남자)								

② 성별 개인의 건강상태 평가(Self-rated Health)

- 지표 작성 주기: 매년
- 정의: 응답자가 자신의 연령을 기준으로 한 건강상태를 주관적으로 응답하도록 “귀하는 연령에 비하여 어느 정도 건강하다고 생각하십니까” 질문하여 5점 척도로 대답하도록 한다. 주관적 건강평가는 개인의 건강수준을 대표하는

중요한 보건지표이며 객관적인 건강수준보다 더 인구 집단의 유병과 사망에 영향을 주는 것으로 알려지고 있음. 또한 주관적 건강평가지표는 국제적 통시적 비교가 가능함.

- 산식: 성별 전체 인구 중 건강하다(매우 건강 또는 건강함) 응답한 자의 비율 (%)
- 시산표

자가 건강상태 평가	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
전체								
남자								
여자								

③ 성별 암 검진 수진율(5대 암)(Cancer screening rate)

- 지표 작성 주기: 매년
- 정의: 성별 전체 인구 중에서 대장암, 자궁암, 유방암, 간암, 위암 검진을 받은 사람의 비율로 질환 예방을 포함한 일차의료에서의 성별 접근성과 수진율의 차이를 살펴 볼 수 있다.
- 시산표

암검진수진율	자궁암	유방암	간암		대장암		위암	
			남자	여자	남자	여자	남자	여자
1999								
2000								
2001								
2002								
2003								
2004								
2005								

④ 성별 주요 만성질환 유병률 (Prevalence of chronic diseases)

- 지표 작성 주기: 3년
- 정의: 조사대상기간 중 병이 있는 것으로 확인된 자의 비율
- 산식: (1년 또는 2주 이내의 유병자 수/조사 인구)×1000
- 시산표(연령대별)

순위	2000		2003		2006		2009		2012	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

④ 성별 입원률 (Admission rate)

- 지표 작성 주기: 매년
- 정의: 전체 인구 중 연간 입원 경험자 수의 비율
- 산식: $\frac{\text{연간 입원건수}}{\text{전체 조사대상 인구}} \times 100$
- 시산표

연간 입원률	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
전체								
남자								
여자								

나. 지역지표

지역지표는 각 지역단위에서 건강에 대한 양성평등 정도를 평가할 수 있는 것이다. 지역 지표를 통해 지역간 주민의 건강상태와 건강 행태뿐만 아니라 인구보건 의료 서비스의 요구, 보건 의료 자원, 인력, 수요와 미충족 요구를 비교해 볼 수 있다. 지역 지표는 건강의 양성평등을 평가하고 양성 평등을 이루기 위한 지역단위에서의 노력을 평가하는 과정에 대한 지표로서도 활용 가치가 있어야 하겠다. 건강결과를 나타내는 대부분의 지표는 광역 또는 지방자치단체, 소규모 지역 단위의 노력에 의해 향상되기 까지 소요되는 시간이 길 뿐만 아니라 그 영향력의 정도를 가늠해 내기 어렵기 때문이다. 또한 건강에 영향을 미칠 수 있는 다른 다양한 개인적, 환경적 요인 등이 국가와 지역단위에서의 노력과 혼재되어 있기

때문에 지역 지표를 통해 단순히 건강에서의 양성평등을 비교하기는 어려운 것이 사실이다.

따라서 건강 부문에서의 양성 평등지표로서 지역 지표를 제안하기 위해 지역의 보건의료에 대한 자원, 접근성, 수요, 미 충족 요구 등에 주로 초점을 맞추고, 지역별 차이 비교가 의미 있는 몇 가지 건강상태 지표를 추가하고자 한다. 전문가 의견조사 결과, 취합된 지역 지표는 다음과 같다.

① 성별 암 검진 수진율(5대 암)(Cancer screening rate)

- 지표 작성 주기: 매년
- 정의: 성별 전체 인구 중에서 대장암, 자궁암, 유방암, 간암, 위암 검진을 받은 사람의 비율로 질환 예방을 포함한 일차의료에서의 성별 접근성과 수진율의 차이를 살펴 볼 수 있다.
- 시산표(연도별)

암검진수진율	자궁암	유방암	간암		대장암		위암	
			남자	여자	남자	여자	남자	여자
서울시 강남구 서울시 강북구 서울시 노원구								

② 성별 외래이용률 (outpatient utility rate)

- 지표 작성 주기: 매년
- 정의: 전체 인구 2주간 외래이용 경험자 수의 비율
- 산식: $\frac{2\text{주간 외래의료 이용건수}}{\text{전체 조사대상 인구}} \times 100$
- 시산표

외래이용률	2005		2006		2007		2008	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
서울시 강남구 서울시 강북구 서울시 노원구								

③ 성별 개인의 건강상태 평가(Self-rated Health)

- 지표 작성 주기: 매년
- 정의: 응답자가 자신의 연령을 기준으로 한 건강상태를 주관적으로 응답하도록 “귀하는 연령에 비하여 어느 정도 건강하다고 생각하십니까” 질문하여 5점 척도로 대답하도록 한다. 주관적 건강평가는 개인의 건강수준을 대표하는 중요한 보건지표이며 객관적인 건강수준보다 더 인구 집단의 유병과 사망에 영향을 주는 것으로 알려지고 있음. 또한 주관적 건강평가지표는 국제적 통시적 비교가 가능함.
- 산식: 성별 인구전체 중 건강하다고 응답한 자의 비율(%)
- 시산표

외래이용률	2005		2006		2007		2008	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
서울시 강남구								
서울시 강북구								
서울시 노원구								

4. 결론

보건 부문에서의 양성 평등 지표는 국가의 균형 발전이라는 정책 요구와 성인지적인 국가 정책 개발 업무 요구에 따른 양성 건강 통계를 생산하고 평가하는 기능을 할 수 있을 것이다. 연구자는 보건 부문 양성 평등 지표로서 대표적인 5가지 보건지표, 성별 연령별 기대수명, 성별 자가평가 건강상태, 성별 입원율, 성별 암검진 수진율, 성별 주요 만성질환 유병률을 선정하였다. 또한 지역별 보건 부문의 양성 평등지표로는 성별 암검진 수진율, 성별 주관적 자가 건강상태 및 성별 외래 이용률을 선정하였다. 제안된 지표들에 대한 통계 산출과 국가별, 지역별 비교 및 시계열적 비교를 통해 실제 우리나라의 양성평등 정도를 평가하는 더 큰 작업이 남겨져 있다. 뿐만 아니라 건강에서의 성 이슈를 좀 더 잘 반영하기 위한 통계 시스템을 정비하고 제한적이고 정형화된 통계 산출과 제시의 틀을 개선하기 위한 노력들도 병행되어야 할 것이다.

참고문헌

- 박정은, 「여성건강통계 개선방안 연구」, 한국여성개발원 연구보고서, 1998.
- 문유경, 주재선, 전기택, 「여성통계연보의 체계 개편과 이용활성화 방안 모색」,
한국여성개발 연구보고서, 2001.
- 통계청, 「통계로 보는 여성의 삶」, 2001.
- 통계청, 「한국의 사회지표」, 2004.
- 한국여성개발원, 「여성관련 사회통계 및 지표」, 1994.
- UN. Compendium of Statistics and Indicators on the Situation of Women.
New York; 1989.
- Commission of the European Communities(1997), EC : Report from the
Commission on the State Women's Health in the European
Community, Brussel, COM(97) 224 final.
- WHO, Selecting Reproductive Health Indicators, WHO/RHT/HRP, 1997.

두 번째 발표

국가 암관리 사업에서의 성별
영향분석 평가

•

김 남 순 (건강보험심사평가원 연구위원)

국가 암관리 사업에서의 성별 영향분석 평가

김 남 순 (건강보험심사평가원 연구위원)

I. 서 론

2003년 현재 암으로 인한 사망률은 10만명당 131.8명으로 1993년 110.6명보다 21.2명이 증가하여, 남녀 모두 가장 중요한 사망원인이다(통계청, 2003). 여성의 암질환 중 5대 사인은 위암, 폐암, 간암, 대장암, 자궁암인데 이 중 자궁암의 경우 1993년 10만명당 사망률 6.6에서 2003년 5.8로 감소하였고, 대장암은 5.1에서 10.4로 2배 이상 증가하여 지난 10년간 여성에 있어서 암질환으로 인한 사망 추이는 변화하였다.

암종별로 차이가 있으나 대체로 여성은 남성에 비하여 암검진 수진율이 낮아 조기진단이 어려우며, 이러한 수진율의 계층별 격차도 남성보다 크게 나타났는데(김남순 외, 2003), 2001년 국민건강·영양조사에서 암 조기진단을 위한 암검진 수진에 대한 조사결과에 의하면, 전반적으로 여성의 암검진 수진율이 남성보다 낮은 것으로 분석되었다(김남순 외, 2003).

우리나라에서는 1996년부터 암정복 10개년 계획을 수립하여 추진하고 있으며, 2000년에는 국가 암관리정책을 총괄할 『암 관리과』를 보건복지부 건강증진국 내에 설치하고, 2001년 3월에 국립암센터를 설립, 2003년 암 관리법을 제정 및 공포하는 등 단기간에 괄목할 발전을 이루었다. 또한 중앙 및 지역 암등록·통계사업, 암 예방 교육·홍보사업, 국가 암조기검진사업(5대 암 검진사업), 재가암환자 등록·관리사업 등을 국가 암관리 사업의 일환으로 실시하고 있다(보건복지부, 2004). 이러한 정책은 전 국민을 대상으로 기획하여 실시되고 있으므로 표면적으로는 성중립적이라고 판단될 수 있다. 그러나 실제 정책 기획 및 집행 과정에서 양성평등한 정책이었는지 면밀히 분석하여 진일보할 시점에 와 있다고 할 수 있다.

세계적으로 볼 때, 1995년 북경에서 개최된 유엔 세계여성회의에서 성주류화라

는 개념을 공식적으로 채택하면서 성별영향분석평가에 대한 관심이 고조되었다. 우리나라에서는 1990년대 말 성인지력 향상교육이 도입되면서 정책의 성분석에 대한 관심이 형성되기 시작하였으며, 1999년 행정자치부 여성정책담당관실에서 캐나다 여성지위청의 ‘Gender-based analysis: A guide for policy making’을 번역한 ‘공무원을 위한 여성정책 결정 가이드’를 발간하면서 성별영향분석평가를 실행하고자 하는 의지를 표명하였다. 그 후 1998년부터 교육인적자원부, 농림부, 보건복지부 등 정부 각 부처에서 정책에 대한 성분석을 실시하고 있으며, 2002년 여성발전기본법이 개정된 후, 여성부에서 ‘성인지적 정책형성 안내서’를 개발 및 배포하면서 본격화되고 있다. 2004년에는 여성부에서 ‘성별영향분석평가 지침’을 발표하면서 정책의 성별영향분석평가에 대한 구체적인 방안을 제시하기에 이르렀다.

성별영향분석평가는 전 국민을 대상으로 하는 정책은 기본적으로 여성도 그 대상에 포함된다는 점에서 ‘성중립적’이라는 가정에 반박하면서 모든 정책 속에 성인지적 관점을 통합시키는 것이며 이를 통하여 명시적·암묵적으로 내재해있는 성차별적인 요소를 성인지적으로 분석하여 개선해 가는데 목적이 있다.

본 연구의 목적은 여성부의 ‘성별영향분석평가 지침’(여성부, 2004)에 근거하여 국가 암관리정책에 대한 성별영향분석평가를 수행하여, 국가 암관리정책이 성인지적인 방향으로 발전할 수 있도록 개선방안을 수립하는 것이다.

II. 국가 암관리정책의 개요 및 성별영향분석평가 틀

1. 암관리정책 개요²⁾

2004년 현재 국가 암관리정책에 의하여 국가 암관리 사업으로 암정복추진연구 개발사업, 중앙 및 지역 암등록·통계사업, 암 예방 교육·홍보사업, 국가 암조기검진사업(5대 암 검진사업), 재가암환자 등록·관리사업, 말기암환자 호스피스 시범사업, 골수기증희망자 검사비 지원 사업, 암성 통증관리 지침 개발 및 보급, 소아 백혈병환자 의료비 지원사업, 국립암센터 지원, 지역암센터 설립 지원 등이 실시

2) 다음의 문헌을 참고하여 정리하였다. 보건복지부, 『국가 암관리사업』, 2004

되고 있다. 이중 공공보건의료체계를 통하여 암 예방교육·홍보사업, 국가 암조기 검진사업, 재가암환자 등록·관리 사업, 소아백혈병환자 의료비 지원사업 등이 실시되고 있다. 이 외에도 국민건강증진사업의 일환으로 추진하는 금연사업, 식생활개선사업과 전염병관리사업의 일환으로 추진하는 B형간염 예방접종사업 및 국민건강보험법에 의해 실시하는 특정암검사 등도 넓은 의미의 국가 암관리사업에 해당된다고 할 수 있다.

2. 성별영향분석평가 틀(framework)

가. 평가범위

여성발전기본법 제10조 1항에서는 ‘국가 및 지방자치단체는 소관 정책을 수립·시행하는 과정에서 당해 정책이 여성의 권익과 사회참여 등에 미칠 영향을 미리 분석·평가하여야 한다’고 명시하고 있으나 국가 암관리정책은 이미 시행 중에 있는 정책으로 본 연구는 사후평가의 성격을 가진다고 할 수 있다.

우리나라 암관리정책의 모든 요소를 평가한다는 것은 불가능하다고 판단하였기 때문에 다음과 같이 평가의 범위를 한정하였다.

첫째, 중앙 및 지역의 암등록·통계 사업은 질병양상을 파악할 수 있는 중요한 근거이므로 평가대상으로 포함하였다.

둘째, 암관리 정책의 기반이라고 할 수 있는 암관리법을 평가 대상으로 하였으며, 법률, 시행령, 시행 규칙 및 고시내용까지 포함하였다.

셋째, 2004년 현재 보건복지부 암관리과에서 추진하고 있는 사업³⁾ 및 업무⁴⁾ 중에서 단순한 기관 지원 사업은 제외하고 1)국가암관리사업 계획, 2)국가암관리위원회, 3)암정복추진 연구개발사업, 4)말기암환자 호스피스 시범사업 및 5)국가 암 조기검진사업 등을 평가대상으로 하였다. 또한 정책 집행 후에 성별 요소를 포함한 정책의 집행 성과를 정책 대상 집단 또는 일반 국민(주민)에게 전달하였

3) 『2004년 국가 암관리 사업 안내』(보건복지부, 2004)에서는, 현재 암정복추진연구개발사업, 중앙 및 지역 암등록·통계사업, 암 예방 교육·홍보사업, 국가 암조기검진사업(5대 암 검진사업), 재가암환자 등록·관리사업, 말기암환자 호스피스 시범사업, 골수기증희망자 검사비 지원사업, 암성 통증관리 지침 개발 및 보급, 소아백혈병환자 의료비 지원사업, 국립암센터 지원, 지역암센터 설립 지원 사업을 추진하고 있음을 밝히고 있다.

4) 연구진이 『국가 암관리 사업 안내』를 토대로 선정한 사업에 대해서 부서 담당자 3인과 면접한 후 의견을 수렴하여 선정하였다.

는지 평가하기 위하여 보건복지부 홈페이지를 참고하여 보도자료 분석도 시도하였다.

넷째, 소비자들의 의료이용행태나 특히 예방검진에 대한 태도가 암검진을 받는 데 영향을 미칠 것이므로, 국가 암 조기검진사업에 대한 소비자들의 인식을 조사하여 성별분석을 하였다.

나. 평가 지표 및 내용

2004년 여성부에서 발표한 『성별영향분석평가 지침』을 근간으로 하여 여성부에서 제시한 지표를 최대한 생산할 수 있는 방향으로 평가 지표를 구성하였다. 그런데, 암관리정책으로 도출될 수 없다고 판단된 결과인 ‘성역할 고정관념의 극복’ 등의 지표는 배제하고 본 연구에서 암관리정책과 관련하여 젠더 관점에서 필요하다고 판단되는 평가 내용은 추가하였다(표 1).

〈표 1〉 본 연구에서 사용한 평가지표 및 내용

	여성부(2004)	본 연구
정책 입안 및 결정	① 정부의 양성평등 구현을 위한 정책 방향을 알고 있는가? ▪ 동 정책과 관련한 여성과 남성의 요구를 고려하고 있는가?(확인된 성별 이슈와 요구는 무엇이며 어떻게 정책에 반영되었는가?)	▷ 암관리정책에 있어 성별 이슈 확인 ▪ 기존 문헌 고찰을 통한 성별 이슈 확인 ▪ 기존 data 분석을 통한 성별 이슈 확인 ▷ 관련 법령(암관리법) 분석
	② 계획서 등에 성인지적 통계를 사용하고 있는가? ▪ 성인지적 통계가 없는 경우 이를 생산하였는가, 또는 생산할 계획인가?	▷ 국가 암관리 사업계획서 분석 ▪ 성인지적 통계 사용 여부 검토 ▷ 암질환 관련 성인지적 통계생산 여부 분석 ▪ 현재 생산하고 있는 암질환 관련 통계가 성인지적인지 검토 ▪ 국내 연구자가 발표한 암질환 관련 연구가 성인지적인지 검토
	③ 동 정책의 서비스 혹은 재원이 ▪ 양성에게 균등하게 전달될 것인가? ▪ 만약 성별 격차가 존재한다면 이를 해결하기 위한 대안을 마련(예산 편성 포함)을 편성하였는가?	▷ 국가 암관리 사업 계획서 분석 ▪ 성별 목표 수립 여부 및 적절성 확인 ▪ 성별 서비스 추진계획 수립 및 적절성 확인 ▪ 성별 예산 집행계획 수립 및 적절성 확인
	④ 동 정책의 가치나 이념이 성역할 고정관념의 극복 등에 기여하는가?	해당없음
정책 집행	⑤ 현재 동 정책의 추진과정에서 서비스나 재원이 ▪ 양성에게 균등하게 전달되고 있는가? ▪ 이를 입증할만한 성인지적 통계자료가 구비되었는가?	▷ 국가 암관리 사업 현황 분석 ▪ 2003년도 국가 암관리 사업 현황을 중심으로 분석 ▪ 국가 암관리 사업 실적보고에서 항목별 성별 분리 여부 ▪ 성별 서비스 제공 현황 분석 ▪ 성별 예산 집행 현황 분석
정책 집행 후	⑥ 동 정책에 대한 만족도가 성별에 따라 차이를 나타내는지 확인하였는가?	▷ 국가 암조기검진사업에 대한 만족도 조사 ▪ 성별 만족도의 차이 분석
	⑦ 동 정책이 성역할 고정관념의 변화 등에 긍정적인 영향을 가져왔는가?	해당없음
	⑧ 동 정책의 집행 성과가 양성 모두에게 긍정적(혹은 부정적) 영향을 가져왔는가? ▪ 수혜도의 성별 격차가 존재한다면 향후 이를 해소하기 위한 대안을 마련할 것인가?	▷ 국가 암조기검진사업의 수혜도 차이 분석 ▪ 기존에 발표된 문헌으로 확인 ▪ 성별로 암조기검진 미수검에 있어 장애요인(barrier)의 차이 확인(본 연구에서 조사한 자료 분석)
	⑨ 성별 요소를 포함한 정책의 집행 성과를 정책 대상 집단 또는 일반 국민(주민)에게 전달하였는가?	▷ 보도자료 확인 ▪ 성별영향평가 포함 여부 ▪ 성별 격차 해소를 위한 대안 수립 여부 및 적절성 확인

Ⅲ. 암질환의 성별 특성

신생물(암)이 우리 사회에서 가장 중요한 보건 문제 중의 하나라는 데는 의심의 여지가 없다. 높은 사망률로 인한 소중한 인명 손실은 물론, 질병의 진행 혹은 치료 과정에서 나타나는 삶의 질 저하와 관련하여 해결해야 할 수많은 과제들이 남아 있다. 국가 암 관리 정책의 평가에 앞서 성별과 관련하여 암의 역학적, 병리학적 및 임상적 특성들이 무엇이며 이것이 생물학적으로, 사회적으로 어떻게 발현되는지 기존의 과학적 증거를 확인하는 작업이 선행되어야 할 것이다.

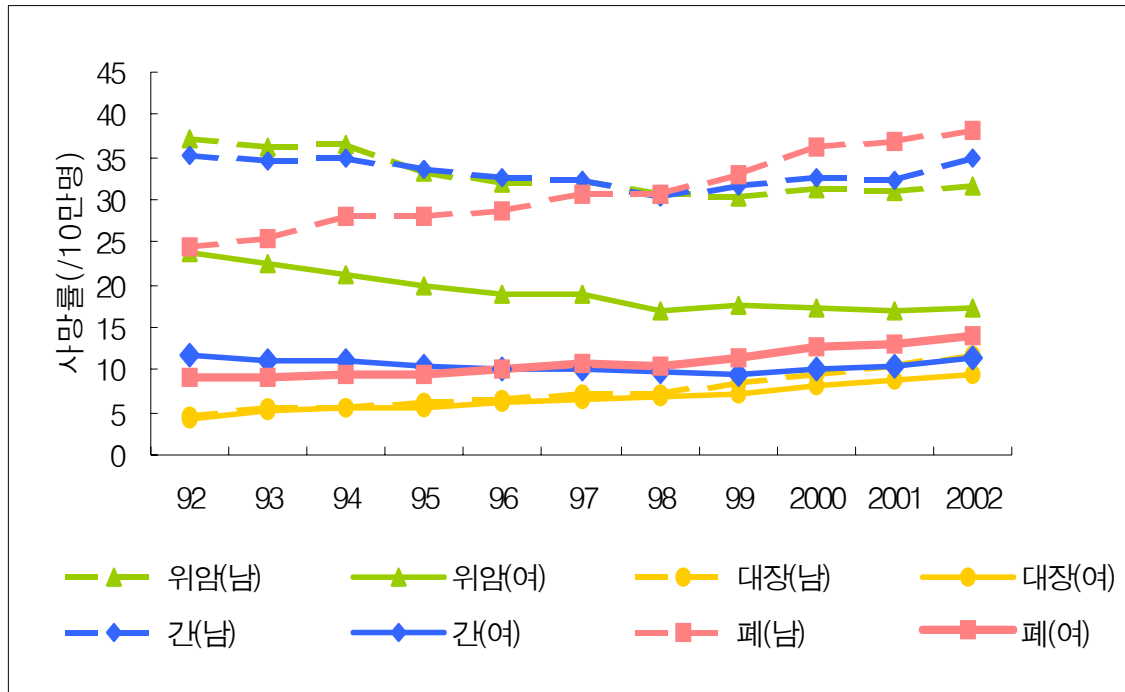
따라서 여성 건강에 주요한 문제가 되고 있는 암인 위암, 간암, 폐암, 대장암, 유방암, 자궁경부암을 대상으로 역학적, 병리학적 및 임상적 특성과 관련한 최근의 증거들을 살펴보고, 예방과 치료 및 관리에서 성 인지적 정책을 도입할 때 고려해야 할 요인이 무엇인지 살펴보았다.

1. 역학적 특성⁵⁾

신생물에 의한 사망은 지난 20년 동안 꾸준히 증가해왔으며 이러한 경향은 남성에게서 더욱 두드러지게 나타난다. 2002년 현재 암에 의한 사망률은 10만명당 남자 167.6명, 여자 95.9명에 이른다. 호발 부위별로 암 사망률의 특성을 살펴보면 남성의 경우 폐암에 의한 사망률이 38.3명으로 가장 높고 그 뒤를 간암(34.8명)이 잇고 있는데 비해 여성의 경우 위암에 의한 사망률이 17.2명으로 가장 높고 폐암(13.9명)이 그 다음이었다. 또한 남녀 모두 위암으로 인한 사망률은 감소 경향을, 폐암과 대장암의 경우 뚜렷한 증가 양상을 보여주고 있다(그림 1).

5) 다음의 문헌을 바탕으로 수정하였다. 김남순 외. 『한국 여성의 건강통계』, 한국보건사회연구원, 2003.

[그림 1] 주요 암종의 사망률 변화 추이, 1992~2002년

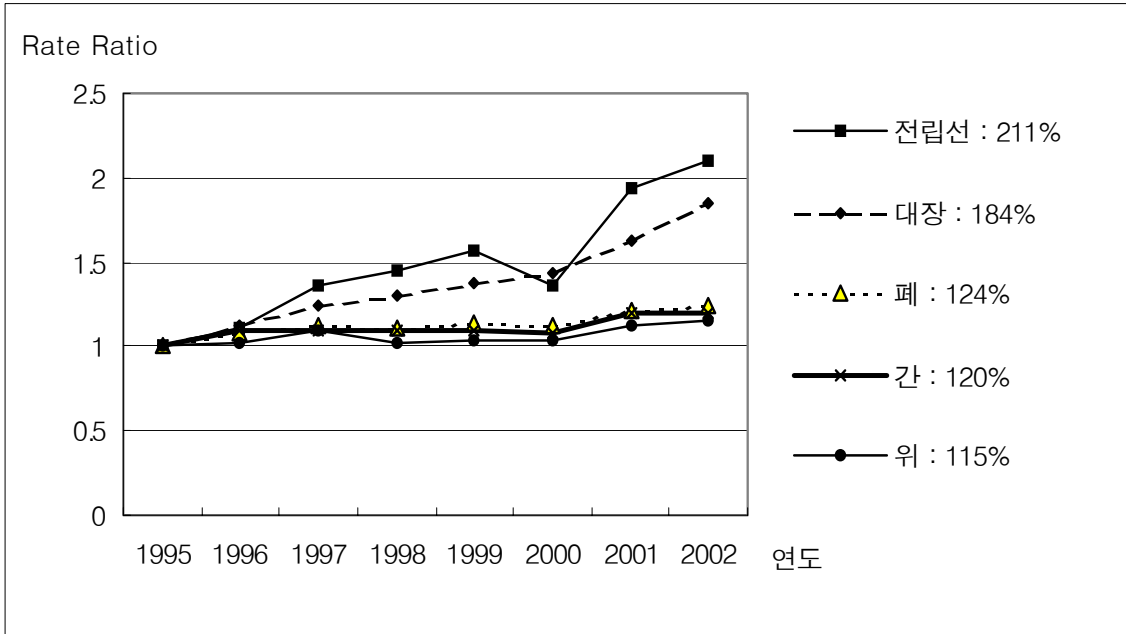


자료: 통계청, 『사망원인통계연보』, 각 연도.

암 등록률의 경우, 국립암센터의 중앙암 등록사업 자료에 의하면 전반적인 등록률은 남성이 훨씬 높아서 등록자 중 남자는 약 5만 5천명, 여자는 4만 4천명으로 만명 이상 남자가 많았다. 그런데 20~44세 연령층에서는 여자가 많고 45세를 기점으로 이러한 양상이 역전되어 남자가 많아지는 것을 알 수 있다. 이것은 여성암인 자궁경부암과 유방암 때문인 것으로 추측된다.

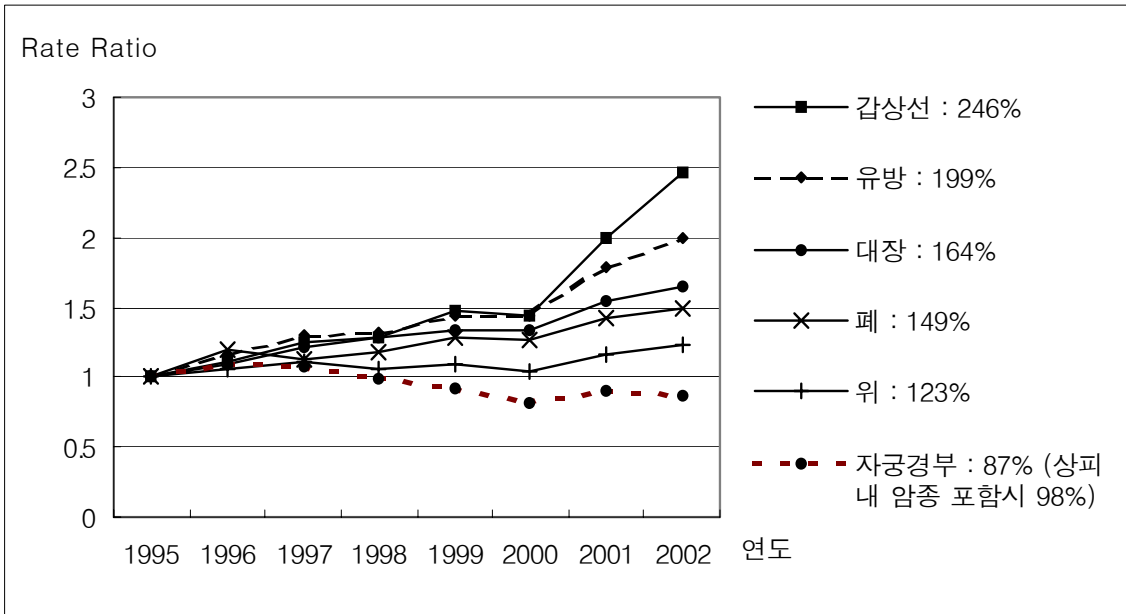
1995년을 기준 시점으로 표준화 발생비를 구하여 살펴본 결과, 남녀 모두에서 대장암, 폐암, 위암이 100%를 넘어 1995년에 비하여 증가한 것을 알 수 있으며 특히 대장암의 경우 그 증가폭이 다른 암에 비하여 크게 나타났다. 남자의 경우 전립선암이, 여자의 경우 갑상선암, 유방암이 크게 증가한 것을 보여주고 있다. 그런데 여자에서 자궁경부암은 1995년에 비하여 감소한 것을 알 수 있다.(그림 2, 그림 3)

[그림 2] 주요 부위별 표준화 발생비(남성)



자료: 국립암센터, 『중양암 등록사업 등록사업 연례보고서』, 2003.

[그림 3] 주요 부위별 표준화 발생비(여성)



자료: 국립암센터, 『중양암 등록사업 등록사업 연례보고서』, 2003.

2. 암종별 특성

폐암은 사망률이 가장 빠르게 증가하고 있는 암 중 하나로(Parkin et al., 2000), 가장 강력한 위험요인인 흡연과 관련하여 대책을 마련할 수 있다는 점에서 예방의 여지가 가장 큰 암종의 하나라고 할 수 있다. 남성의 폐암 발생률은 꾸준히 감소하는데 비해, 여성의 경우는 정체하거나 증가하고 있어(Patricia Rivera et al., 2004), 여성 건강과 관련하여 그 중요성이 더욱 커질 문제라 할 수 있다.

결장직장암은 흔히 남성의 암으로 인식되고 있지만, 전 세계적으로 여성암 발생의 3위, 사망률의 4위를 차지하고 있는 여성 건강의 중요한 문제이다(Parkin et al., 2001). 우리나라의 경우, 2002년 암 사망 중 결장직장암에 의한 사망은 남녀 모두 4위(남자 11.7, 여자 9.6/10만명)로, 지난 10년 동안 남자 2.5배, 여자 2.2배가 늘어나 남자의 경우 폐암 다음으로 빠른 증가를 보였으며, 여자에서는 암 중 가장 높은 증가율을 기록했다(통계청, 2003). 위험요인 조절을 통한 1차 예방은 물론 조기검진의 효과성이 입증되어 있어 예방의 잠재성이 매우 큰 암이기도 하므로 이의 효과적인 관리/예방 대책을 수립하기 위해서는 생물학적 특성과 더불어 건강생활습관과 조기검진, 그리고 이에 영향을 미치는 다양한 요인들이 반드시 고려되어야 하며 이 과정에 젠더 감수성이 고려되어야 한다.

위암은 전 세계적으로 발생률과 사망률이 감소하고 있는 암 중 하나이지만 여성암 발생의 4위, 사망률의 3위를 차지하고 있는 중요한 암종이다(Parkin, 2001). 우리나라의 위암 발생률(/10만명)은 남자 65.9명, 여자 25.0명으로 남자가 여자에 비해 2.6배 높다. 병인으로서 *Helicobacter pylori* 감염이 입증되어 있으며 위장조영술과 내시경이라는 효과적인 조기검진 수단이 존재하는 점에서 1차 예방과 2차 예방이 모두 중요한 역할을 하는 암종이라 할 수 있다. 서구의 선행 연구결과를 기반으로 하여 이루어졌던 국내의 암연구나 관리정책에서 벗어나, *H.pylori* 감염 예방 및 치료, 위암의 적절한 조기검진 방법과 그 예후에 대한 우리사회 고유의 연구 자료를 생산하고 사업을 평가하는 것이 매우 시급한 것으로 생각된다.

간암은 우리나라의 경우 위암과 폐암에 이어 여성암 사망의 3위를 차지하고 있는 상당히 중요한 암종이다(Parkin et al., 2001). 효과적인 조기검진 수단은 아직 입증되지 않았으며 병기가 상당히 진척되기 전까지 임상적 증상이 거의 없기 때문에 진단 시 생존율이 매우 불량한 것으로 알려져 있다. B형 및 C형 간염 바

이러스의 발암 기능이 확정되어 있다는 점에서 이들 간염의 예방이 중요한 정책 진입 지점이 될 수 있으며 특히 B형 간염의 경우 효과적인 백신도 개발되어 있기 때문에 예방의 잠재력은 더욱 크다.

자궁경부암은 병원체 폭로에서 암의 발병에 이르기까지 오랜 경과를 거치는 것이 특징으로, 조기검진을 통해 전암 단계에서 진단할 수 있는 가능성이 크며, 그만큼 생존율도 높아질 수 있으므로 여성들의 수검률을 높이고 진단검사의 질을 높이는 것이 무엇보다도 중요하다(Paley, 2001). 조기발견 덕분에 효과적인 조기 치료가 가능해지면서 생존자들의 삶의 질 문제가 중요하게 다루어지고 있는데, 치료의 합병증이나 재발, 임신/출산과 성기능 장애 같은 의학적 문제는 물론 이거니와 여성의 상징적인 장기인 자궁을 소실한 데서 비롯된 사회심리적 영향 또한 삶의 질과 관련하여 중요하게 다루어져야 할 부분으로 보인다(Basen-Engquist et al., 2003).

우리나라에서 유방암 발생률과 사망률은 꾸준히 늘어나 현재 여성암 중 등록분율의 1위를 차지하고 있으며(보건복지부, 2003) 지난 10년간 사망률은 1.7배 늘어났다. 유방암의 병인에 대해서는 아직까지 논란이 많지만 효과적인 조기검진 방법이 존재하고 그 병기에 따라 뚜렷한 생존율의 차이를 나타낸다는 점에서 관리의 가능성이 매우 큰 암종 중 하나이다. 전반적으로 여성의 암검진 수검률을 높이는 전략이 필요하며, 특히 지역간, 사회계층간 격차를 줄일 수 있는 방안에 대한 고려가 필요하다.

IV. 국가 암관리 사업에 대한 성별영향분석평가

1. 암등록통계

한국중앙암등록본부에서 발표하는 암등록통계는 매년 1월 1일부터 12월 31일까지 암으로 진단받아 등록된 자료를 기초로 작성한다. 이 자료는 전국의 수련병원을 대상으로 한 병원 중심의 자료이다.

암등록사업 지침서⁶⁾에 의하면, 한국암등록조사서에는 병원지정번호, 환자등록

6) www.ncc.re.kr

번호, 주민등록번호, 이름, 직업, 출생지, 주소지, 초진일, 해부학적 위치(Topography), 현미경적 조직소견(Morphology), 사망일, 암의 최종진단방법, 치료, 병기 분류를 기재하도록 되어 있다. 수집 결과는 성별로 분리하여 분석이 가능하다. 가장 최근에 발표된 자료는 2003년에 발표된 것으로 2002.1~2002.12까지 등록된 것이며, 참여한 병원의 수는 139개이었다. 총 99,025건이 등록되었으며, 여자 43,627건, 남자 55,398건이었다.

2003년 12월에 발표된 보고서의 분석내용을 살펴보면, 대부분의 자료를 성별로 구분하여 기술하고 있다. 성별로 구분하여 기술하지 않고 있는 것은 조직학적 형태 부분이다. 성별에 따라 조직학적 형태별 치료효과 등에 차이가 있을 수 있으며, 암발생부위별 조직학적 형태에 성별 차이가 있는지 살펴보는 것도 의미가 있을 것으로 생각되므로, 이 조직학적 형태 부분도 성별로 구분되어 기술이 되는 것이 타당한 것으로 판단된다. 또한 아래 표에서 알 수 있듯이 성별 내 세부집단별 분석이 통계항목별로 특정 변수에 대해서만 이루어져서 일관성 있게 제시되지 않고 있다는 제한점이 있다(표 2).

〈표 2〉 한국중앙암등록사업연례보고서의 결과 표

표 제목	성별분리	성별내 세부집단별 분리
악성 종양의 원발부위에 따른 연령별, 성별 분포	○	연령
상피내 암종의 원발부위에 따른 연령별, 성별 분포	○	연령
악성 종양의 거주지에 따른 연령별, 성별 분포	○	연령, 거주지(시도별, 지역크기별)
주요 부위 악성 종양의 거주지역에 따른 연령별, 성별 분포	○	연령, 거주지(지역크기별)
악성 종양의 진단방법에 따른 연령별, 성별 분포	○	연령
악성 종양 진단방법의 거주지역에 따른 성별 분포	○	거주지(지역크기별)
주요 부위에서의 해부학적 원발부위 및 조직학적 형태 분포	×	×
악성종양의 조직학적 형태 분포	×	×
소아 악성 종양의 종류에 따른 연령별, 성별 분포	○	연령
원발부위별 성별, 현미경적 확진에 의한 분포	○	×

2. 국가 암관리 법에 대한 성별영향분석평가

가. 암관리법령의 현황

1) 암관리법의 제안이유와 주요 내용

암관리법은 제16대 국회 중 2002년 10월 30일 보건복지위원회에 상정되었으며, 2003년 4월 14일 수정 가결되었다. 본 회의에 4월 30일 상정, 의결되어 수정 가결되고 법률안 6908호로 2003년 5월 29일 공포되었다. 암관리법안의 제안이유를 살펴보면, 암 발생률과 암으로 인한 사망률이 해마다 증가하여 국민의 건강을 위협하는 추세에 있고, 암 진료에는 막대한 비용이 소요되는 등 암질환이 사회적 문제로 대두됨에 따라 암의 예방, 진료 및 연구사업 등의 암 관련 정책을 국가에서 수립하여 암에 대한 종합적이고 체계적인 관리를 수행하기 위한 근거법을 마련하려는 데에 입법취지가 있다.

암관리법의 주요내용을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 보건복지부장관은 암관리 종합계획을 수립하고, 지방자치단체의 장은 그에 따라 세부집행계획을 마련하여 암을 체계적으로 관리하도록 한다(제3조).

둘째, 암관리사업에 관한 중요사항을 심의하도록 하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 국가암관리위원회를 둔다(제4조 내지 제6조).

셋째, 보건복지부장관은 암의 예방 및 진료기술 발전을 위하여 암연구사업을 시행하고, 학계·연구기관 및 산업체간의 공동연구 지원과 암연구사업에 관한 국제협력의 증진을 위하여 노력하고 선진기술의 도입을 위한 전문인력의 국외파견 및 국내유치 등의 방안을 마련하여야 한다(제7조).

넷째, 암관리의 기반이 되는 정확한 통계산출을 위한 암등록통계사업을 실시하고, 암으로 인한 사망률을 줄이기 위하여 암조기검진사업을 실시하며, 저소득층에 대한 암조기검진비용 지원의 근거를 마련하고 있다(제8조 및 제9조).

다섯째, 정신적·육체적으로 어려운 상태에 있는 말기암환자의 통증관리 등 삶의 질 향상을 위하여 말기암환자관리사업을 실시하여야 한다(제11조).

여섯째, 이 법의 규정에 의한 암관리사업에 종사하는 자 또는 종사하였던 자는 그 업무상 알게 된 비밀을 정당한 사유 없이 누설하여서는 안되며, 이 규정을 위

반한 자에 대하여 처벌규정을 두고 있다(제12조 및 14조).

2) 암관리법시행령의 제정이유와 주요내용

암관리법시행령은 대통령령 제18304호로 2004년 3월 5일에 공포되었다. 그 제정이유를 살펴보면 국가가 암의 예방·진료 및 연구사업 등 암관련 정책을 수립하여 암에 대한 종합적이고 체계적인 관리를 수행하도록 하는 내용으로 암관리법이 제정됨에 따라 국가암관리위원회의 구성 및 운영, 중앙암등록본부 및 지방암등록본부의 업무 등 동법에서 위임된 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 정하고 있다.

암관리법시행령의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 국가암관리위원회의 구성·조직 및 운영에 관한 사항을 정한다. 이 영에서 규정한 것 외에 위 위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 위원회의 의결을 거쳐 위원장이 정한다(영 제2조 내지 제6조).

둘째, 암등록통계사업을 체계적으로 수행하기 위하여 암관련 자료의 수집·분석 등 중앙암등록본부 및 지역암등록본부가 하여야 할 업무를 정하고, 암등록사업의 공표 등에 관하여 필요한 사항을 정한다(영 제7조 및 제8조).

셋째, 보건복지부장관은 말기암환자관리사업을 효율적으로 실시하기 위하여 종합병원 또는 병원 중에서 말기암환자전문병원을 지정하여 말기암환자의 적정한 통증관리를 포함한 완화의료를 제공할 수 있도록 하고 있다(영 제10조).

3) 암관리법 시행규칙의 제정이유와 주요 내용

암관리법시행규칙은 암관리법이 제정됨에 따라 이에 맞추어 중앙암등록본부와 지역암등록본부의 지정절차를 정하는 등 암관리법 및 동법시행령에서 위임된 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정하고 있다.

주요 내용은 첫째, 보건복지부장관은 시·도지사가 암관리종합계획에 따른 세부집행계획을 세우고 추진할 수 있도록 연도별 시행계획수립지침을 통보하고, 시·도지사는 시·군·구의 세부집행계획과 지난해의 추진실적을 종합하여 보건복지부장관에게 제출하도록 하였다(규칙 제2조).

둘째, 암연구사업의 지원기관의 장은 암연구사업을 투명하고 공정하게 추진할 수 있도록 하기 위하여 암연구사업의 연간시행계획을 수립하도록 하고, 암연구사업의 기획·관리 및 평가에 관한 업무를 수행하기 위한 조치를 하도록 한다(규칙 제3조).

셋째, 암발생에 관한 자료를 지속적이고 체계적으로 수집·분석하여 통계를 산출하는 암등록통계사업을 전담하는 중앙암등록본부와 지역암등록본부의 지정절차를 정한다(규칙 제4조 및 제5조).

넷째, 암조기검진사업의 대상자를 암종류별로 연령기준에 따라 정하고, 검진주기와 검진절차는 암종류별로 보건복지부장관이 정하여 고시하도록 한다(규칙 제7조).

다섯째, 말기암환자의 적절한 통증관리를 포함한 완화의료 등을 제공하는 말기암환자 전문병원의 지정절차를 정한다(규칙 제8조).

나. 암관리법 영역의 성분석의 평가기준

국가의 암 관리정책이 정부의 양성평등 구현을 위한 정책방향을 수립하였는지 파악하기 위해서 현행 「암관리법」에 대해서 성분석을 시도하였다. 성분석의 평가기준으로서 암관리법의 상위규범인 헌법과 여성발전기본법, 남녀차별금지 및 구제에 관한 법률 및 국제적 기준으로서 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약을 들 수 있다.

다. 암관리법령의 평가항목과 성분석 결과

법분석의 단계는 정책입안과 결정의 단계라고 할 수 있다. 정책입안과 결정에서의 성분석의 평가항목으로 첫째, 암관리정책의 입안과정에서 여성과 남성의 요구를 고려하고 있는지 이를 법에 수용하고 있는지 여부를 검토하는 것이다. 둘째, 암관리정책의 서비스 혹은 재원이 양성하게 균등하게 분배될 수 있도록 법안에 제도적으로 그 내용이 마련되고 있는지를 검토하는 것이다. 전체적으로 암관리법 내지 시행령, 시행규칙의 규정상으로는 양성평등 구현을 위한 정책방향이 제대로 수행되고 있다고 할 평가할 수 있을 정도로 차별적 규정은 존재하지 않는 것으로 보였지만, 정책의 집행과정과 관련해서 다음과 같은 점을 지적할 수 있다.

1) 암 관리정책입안 및 결정과정에 법분석

가) 정책입안과정에서의 여성참여권의 고려

여성들은 여성건강의 보호 증진과 관련된 권리의 핵심적인 내용과 여성 자신의 건강에 관한 여성들의 요구를 알려야 한다. 법률분석의 분야에서는 여성에게 필요한 것을 측정하는 방법이 개발되어야 한다. 이것은 매우 중요한 의미를 가진다. 왜냐하면 법을 만들 때 그 법이 여성에게 미칠 영향까지 고려하지는 않을 가능성이 크기 때문이다. 보건의료정책과 관련해서 정책결정과정에서의 참여권은 정부에게 그들이 불만족스럽고 부적절한 보건의료정책의 수혜자로서 경험을 전하고 개혁을 위한 제안을 할 수 있다. 이 참여권은 여성에게 합리적인 관점을 제공할 수 있고, 정부 조사자가 간과하거나 또는 가치를 두지 않고 생략한 사실과 인식을 폭로할 수 있다는 점에서 여성건강을 증진시키는 수단으로서 상당한 의미를 가질 수 있다.

여성의 건강에 영향을 미치는 법이 여성을 차별하지 않는지 확인하기 위해 정밀하게 검토해야 한다. 보건의료정책 입안과정에 대한 여성의 접근을 부정하거나 제약하는 법은 아닌지, 또는 다른 사람의 승인을 받은 후에만 접근할 수 있도록 하는 법 내용은 여성의 건강과 권리를 침해할 수 있다. ‘여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약’ 제12조에 의하면 보건의료서비스를 제공하는데 여성에게 어떤 형태의 차별도 하지 말 것을 요구한다. 그 내용을 살펴보면, “당사국은 남녀평등의 기초 위에 가족계획에 관련된 것을 포함한 보건사업의 혜택을 확보하기 위하여 보건분야에서의 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다”고 규정하고 있다.

여성협약을 비준한 여러 나라에서는 협약내용을 국내법에 적용시키는 작업을 하고 있다. 예를 들어 콜롬비아의 공중보건부는 여성협약을 지키기 위해 국가보건정책에 여성의 사회적 차별은 ‘성의 건강수준 저하에 기여하는 요소’로 간주하는 젠더 관점을 도입하였다. 브라질에서는 1992년 상파울로주와 다른 여러 도시의 당국자들이 모여 여성협약의 원칙에 기초한 조약을 체결하였다. 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 폴리스타협약(Paulista Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women)에서 여성 건강의 포괄적인 관리

프로그램을 실시할 것을 요구하였다. 이 프로그램은 여성보건정책의 범위를 정할 필요성이 있다는 것을 강조하는데, 그 범위 안에는 생식보건, 암예방, 폐경 및 노년, 폭력에 의한 피해 그리고 빈혈발생률이 높은 조건에서 생활하는 여성들을 위한 의료정책 등이 포함되어 있다.

나) 암관리법상의 암관리종합계획 수립에서의 여성요구도 문제

암관리법 제3조에 의하면 보건복지부장관은 국가암관리위원회의 심의를 거쳐 암관리 종합계획을 5년마다 세우도록 하고 있다. 암관리종합계획의 수립 등 암관리에 관한 중요사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 국가암관리위원회를 두고 있다. 위원회는 위원장 이하 15인 이내의 위원으로 구성되며, 위원은 암에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 보건복지부장관이 임명하고 위촉한다.

암관리사업의 목표와 방향 및 추진계획과 추진방법 등의 암관리 종합계획을 수립하고 평가하는 사항을 심의하는 역할을 국가암관리위원회가 수행하고 있다. 이러한 종합계획에는 여성 및 남성의 요구가 충분히 반영되어야 하며 국가암관리위원회에서는 이와 같은 관점을 가지고 관련 사안을 논의하기에 적합한 위원이 포함되어야 한다.

여성의 경우 여성암인 자궁암과 유방암이 차지하는 비율이 높으며, 이로 인해 40대에서 여성의 유병률이 남성에 비해 높게 나타나고 있다. 암등록률의 경우에도 30~44세에서 여성이 높게 나타나고 있는데 이는 여성암인 자궁경부암과 유방암 때문인 것으로 분석되고 있다. 이와 같이 암질환의 성별 특성이 뚜렷하게 차이가 난다는 점에서 여성암질환의 특성과 유병률, 사전검진율의 차이를 충분히 고려한 암관리종합계획이 수립되어야 할 필요가 있다. 또한 여성은 남성에 비하여 암검진수진율이 낮고 계층간의 수진율의 격차도 남성보다 크게 난다는 점에서 이러한 사항에 대한 개선 대책이 종합계획에 포함되어야 한다.

또한 유사한 맥락에서 다양한 유형의 암 전문가 중 시행규칙에 제시되어 있는 5대 암 유형 중에서 여성암 전문가를 국가암관리위원회의 위원으로 필수적으로 참여하도록 하여야 하며, 이 부분은 실제 위원회의 위원 구성에 어느 정도 반영되고 있는 것으로 볼 수 있지만 명문화하는 것이 필요하고 본다. 또한 성인지적

관점으로 여성과 남성의 요구를 고려할 수 있는 암질환 전문가가 반드시 포함되어야 한다.

2) 암관리정책의 서비스 분배와 관련된 법안분석

가) 연구재원의 균등 분배의 문제

암관리정책에 따른 의료서비스 혹은 연구재원이 양성하게 균등하게 분배될 수 있도록 법안에 제도적으로 그 내용이 마련되고 있는지를 검토하여야 한다.

1990년 7월 10일부터 우리나라에서 효력을 발생한 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」 제15조에 의하면 당사국의 모든 사람은 과학의 진보 및 응용으로부터 이익을 향유할 권리를 인정해야 한다고 규정하고 있다. 더 나아가 제15조 제3항에 의하면 당사국은 과학적 연구에 필수불가결한 자유를 존중할 것을 약속한다. 여성이 과학적 진보의 이익을 향유하기 위해서 여성에게만 특수하게 영향을 미치거나 또는 일차적으로 여성이 영향을 받는 질병과 조건에 대해서 연구를 하고 이를 지원하는 체계가 마련되어야 한다.

여성이 과학적 진보의 이익을 향유할 권리를 행사할 수 있도록 보장하기 위해서, 외국의 경우 의학기관 뿐 아니라 비정부조직의 지원을 받아 여성과 관련된 연구를 보장하는 정책을 주도하기 시작하였다. 예를 들어 미국에서는 1986년부터 국립보건원(NIH)과 알코올 약물남용과 정신보건국(Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration)은 임상연구결과의 혜택이 성과 관계없이 위험에 처한 모든 사람들에게 돌아가도록 요구하고 있다. 캐나다 보건부는 매년 7백만 달러의 예산을 유방암 연구와 예방을 위해 책정하였고, 캐나다 의료연구회는 유방암 연구를 위해 지난 5년간 1,000만 달러를 추가지원 하였다. 정기적인 유방암 검진을 위하여 보건부는 지방정부와 협의하여 공조체제를 유지하였다.

나) 암연구수행 사업과정에서 여성암연구사업 지원

암질환 연구에 대한 성인지적 분석결과에 의하면 남성을 대상으로 하는 연구가 남녀 모두에게 적용되고 있으며, 암 임상연구에서 실험참가자의 성별을 제시

하지 않는 경우가 대부분이며, 연구결과물에서 남녀가 분리되어 기술되는 경우가 거의 드물게 나타난다고 한다. 연구의 검증작업으로 이에 대한 개선이 필요하다. 또한 암연구사업의 지원에서 법률규정으로 강제규정으로 둘 필요는 없지만 시행 규칙 및 각종 처리 규정의 내용으로 다양한 암 종류의 연구사업에 균등하게 연구지원이 이루어질 수 있도록 하여 연구지원사업의 편중을 방지하는 지원체계가 이루어져야 한다.

3. 국가암관리계획서

암관리법 제3조에 의하면 보건복지부 장관은 암관리 종합계획을 5년마다 세우도록 하고 있다. 현재 새로운 암관리 종합계획을 수립하는 중에 있으므로 이는 평가대상에서 제외하였다. 단, 보건복지부에서 매년 『국가암관리사업안내』이라는 책자를 발간하고 있으며, 이 책자에 국가 암관리사업의 개관이 소개되어 있다고 판단되어, 성인지적 관점에서 특히, 성인지적 통계 사용과 관련된 사항을 검토하였다.

『2004년도 국가암관리사업안내』는 국가 암관리사업의 개요, 암 예방 교육·홍보 사업, 국가 암조기검진사업, 재가 암환자관리사업, 소아백혈병환자 의료비 지원사업, 행정사항의 총 6개의 장으로 구성되어 있다. 국가 암관리사업의 개요 부분에서는 국가 암관리사업의 배경 및 필요성, 추진 경위, 기본방향과 주요 내용을 설명하고 있는데, 사망률, 등록률 등의 암질환 관련 통계는 모두 성별로 분리하여 제시하고 있다.

4. 국가암관리위원회

국가 암관리 위원회는 암관리 사업의 중요한 사항을 심의하도록 암관리법⁷⁾에 명시된 기구이다. 현재 우리나라 국가 암관리 위원회는 총 14명으로 구성되어 있다. 이 중 위원장인 보건복지부 차관외에 국립암센터장, 보건복지부 건강증진국장, 기획예산처 기금정책국장, 과학기술부 연구개발국장, 교육인적자원부 인적자

7) 암관리사업에 관한 중요사항을 심의하도록 하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 국가암관리위원회를 둔다(제4조 내지 제6조).

원관리국장은 당연직이며, 간사는 보건복지부 암관리과장으로 중앙부처 공무원이다. 나머지 8명은 대한암협회장, 의대교수, 간호대교수 및 정부출연 연구기관 원장으로 구성되어 있는데, 이 중 여성은 2명으로 25%를 차지하고 있으며 전체 14명 중에서는 14.3%에 불과하였다.

국가암관리위원회의 위촉직이 여성 비율은 25%로 여성부 조사의 중앙행정기관 평균 비율보다 다소 낮아서 여성 위원회 증원이 요구됨을 알 수 있다. 그런데 2명의 위원 중 1명은 암관련 전문가가 아니지만 여성관련 연구기관의 관계자이다. 따라서 여성계의 목소리를 반영할 수는 있겠으나 암관리에 대한 중요한 사항을 심의할 때 전문성이 다소 저하되기 때문에 그 발언이 국가 암관리정책에 큰 영향을 미치지 못할 수도 있다는 것을 유추해볼 수 있다. 이러한 결과는 국가 암관리 위원회에서 여성 위원의 수적인 참여 확대뿐만 아니라 어떠한 전문 분야의 여성 위원을 위촉하느냐가 중요하다는 것을 시사하는 것이다.

5. 암정복 추진 연구개발사업

성인지적 연구수행에서 핵심적인 부분 중 하나인 성인지적 연구 예산 배분은 몇 가지 현실적 제한점으로 인해 분석을 진행하지 못했다. 성인지적 연구비 배분 정책은 질병부담(Burden of Disease)의 크기를 기본으로 하는 우선순위 설정에 따라 이루어져야 한다. 보건의료정책의 우선순위를 결정하는 방법은 매우 다양하며, 이 과정에서 성인지적 접근이 필수적으로 포함되어야 한다. 이는 질병부담의 크기를 성별로 측정하는 기초적인 단계부터 사안의 긴급성이 나 중재 효과 등에서 성별 차이를 고려해야 함을 의미한다. 그런데 현재 의학연구의 연구예산 배분은 이러한 우선순위결정단계를 거치지 못하고 진행되고 있다. 따라서 성인지적 접근이 되었는지를 평가하는 것은 불가능하였다.

암관련 국가단위 연구비라 할 수 있는 암정복추진과제는 1996년부터 시행되었다. 2004년까지 총 178억원 가량이 연구비로 지원되었으며, 여성암 관련 연구비를 지원하는 별도의 프로그램이나 여성연구자에 대한 우대조항⁸⁾은 없었고 암질

8) 과학기술부의 인력 양성 및 활용의 일환으로 실시되는 연구비 지원사업에는 다음과 같은 여성연구자에 대한 우대조항이 있는데, 현재 암정복추진연구과제의 경우 이공계 과제의 성격을 띠는 것이 많으므로 참고가 될 수 있을 것으로 판단된다.

- 지역대학 우수 과학자사업 : 여성연구책임자 선정 목표제(10%)

환의 젠더 차이에 대한 연구주제도 없었다. 그런데 특히 젠더 차이에 대한 연구 부재는 연구자들의 관심 부족에서 비롯된다고 볼 수 있다.

암정복 추진 연구개발 사업과 관련하여 암정복추진연구개발사업처리규정 제 3조에 의거 암정복추진기획단을 구성하여 현재 제5기가 발족하였다. 본 기획단은 암정복 추진 연구개발에 있어 중요한 인적 자원일 것으로 판단되어 그 구성을 검토하였다. 당연직 1명을 제외하고 총 27명 중 여성은 9명으로 1/3 수준이었다. 이는 앞서 여성부의 각종 위원회 여성 참여 비율에 근접한 것으로 보인다.

6. 말기 암환자 호스피스 시범사업

말기 암환자 호스피스 시범사업은 현재까지 주로 호스피스·완화의료 서비스 모형을 개발하고 관련 기관 종사자 교육 프로그램을 개발하여 교육을 실시하며 시범사업 기관을 선정하여 지원하는 등의 내용을 주 사업으로 추진하고 있다. 따라서 서비스 및 재원이 양성 균등하게 집행되었는지 등의 평가 지표가 사업의 모든 구성 내용에 적용되는 것은 적절하지 않다고 판단되었다. 2004년도는 ‘말기 암환자 관리 질적 평가 및 환자 만족도 조사’를 실시하였는데, 이 자료가 정책 집행 후에 만족도 평가를 하였는지의 성별영향분석평가 지표에 해당되었으므로 이 자료를 분석에 포함하였다.

2003년도 계획서에서는 사업 목표를 호스피스·완화의료 서비스 모형을 개발하고 호스피스·완화의료 종사자 교육 프로그램을 개발, 교육하는 것을 목표로 하였다. 이를 위한 사업 예산으로 총 1억 9천4백만원을 수립하였다. 또한 「호스피스·완화의료 시범사업 선정위원회」를 위원장 포함 총 7명으로 구성하였다. 이 위원회에는 위원 1명이 여성으로 여성의 의사가 정책에 반영될 여지가 컸다. 이와 같은 2003년 계획 하에서 총 5개의 시범기관을 선정하여 운영을 지원하였다.

2004년 11월의 시범사업기관 운영현황 자료는 현재 성별로 분리되어 보고되지 않고 있으므로 향후 이 사업이 확대될 것을 고려하여 보고 서식을 수정하여 성별을 분리하여 보고하도록 하여야 한다. 그런데 이러한 보고를 위한 원자료(raw data)에는 성별이 포함되어 있으므로 현재 상황에서 별도의 수집 체계를 마련하

- 젊은 과학자 연구 활동 : 여성연구책임자 선정 목표제(10%)
- 특정기초연구사업 : 여성연구자 참여 과제 가점 부여

지 않고도 용이하게 성별 분리 실적 보고를 할 수 있다.

기관별 현황 조사에서는 말기 암 환자 관리 실적 평가 대상자 및 환자 만족도 조사 대상자의 일반적인 현황은 성별, 연령 등 인구사회학적 특성을 분석하여 제시하였다. 그러나 조사 항목에 대해서 성별로 구분하여 분석하지 않았으며, 성별 내 인구사회학적 특성별 집단에 따른 분석 결과도 제시하지 않았다.

7. 소아백혈병 지원사업

2003년의 경우 만 15세 이하의 백혈병⁹⁾ 환자 중 의료급여 수급자 및 저소득층에 대해서 우선적으로 지원하며 예산액은 25억원(500명×평균 500만원)으로 국비 50%, 지방비 50%로 충당하는 것으로 계획하였다. 의료비 지원을 받고자 하는 환자의 보호자는 관련 서류를 관할 보건소에 신청하면 지원여부를 심사하여 의료비 청구 후 지급하는 과정을 거치도록 하였다.

계획서에는 성별로 몇 명씩 얼마를 지원하겠다는 언급은 없었다. 그런데 의료비 지원을 신청하고 심사하는 과정에서 작성하는 양식에는 성별 및 주민등록번호를 기입하도록 되어 있으나, 시군구에서 보건복지부에 실적을 보고하는 양식에는 총 지원예산 대 지원액, 총 대상자 대 지원인원만을 적도록 하고 있다. 또한 세부실적보고서에도 보건소명, 환자명, 생년월일, 월평균소득, 재한총액, 발병일, 신청일, 신청액, 지원금총액 등만을 기입하도록 되어 있다. 이러한 사실은 보건소에서는 환자 개개인의 성별에 대한 정보를 알 수 있으나 상부로 보고되는 내용에서는 성별이 누락됨을 보여주는 것이다.

2003년에 소아백혈병 지원 사업의 실적은 총 623명으로 계획대로 집행한 것으로 판단된다. 시도별로는 경기도가 160명으로 가장 많았으며, 서울이 87명, 부산이 41명, 전남과 경남이 각각 37명의 순이었다. 그러나 이러한 실적이 성별로 구분되어 작성되지 않아서 서비스나 재원이 양성에게 어떻게 집행되었는지 알 수 없다.

9) ICD code: C91~C95

8. 보도자료 분석

본 연구에서는 2003년 12월부터 2004년 11월까지 1년동안 보건복지부 홈페이지에 게시된 보도자료 중 제목에 ‘암’이라는 단어가 포함된 보도자료를 검색하여 분석하였다. 총 19개의 보도자료가 게시되었는데 일부 보도자료는 성별에 대한 요구를 반영하여 작성된데 반하여 일부 보도자료에서는 성별로 분리된 통계도 사용하지 않는 등 그 수준에 있어 차이가 있었다.

예를 들면, 2002년 한국중앙암등록사업 결과에 대한 보도자료에서는 ‘여성, 유방암 1위자리 고수, 자궁경부암 제치고 갑상선암 4위 진입’을 타이틀로 하여 여성에서의 암종별 등록률의 변화를 부각시켜 설명하고 있다. 또한 이 보도자료에서는 주요 결과를 성별로 구분하여 알기 쉽게 서술하고 있다. 반면, 2004년 2월 2일자로 게재된 보도자료의 경우 말기통고에 대해서 환자의 96.1%가 가족의 76.9%가 말기라는 사실을 알려주기 원한다는 결과를 주요 골자로 암환자와 가족의 태도에 대한 연구가 임상종양학회지(Journal of Clinical Oncology)에 게재되었다는 내용이었는데, 이 보도자료에서는 연구의 결과를 요약하는 과정에서 성별에 대한 고려 없이 전체 대상자에 대한 분석 결과만을 제시하였다.

9. 국가 암조기검진사업

2003년 국가 암조기검진사업 계획서를 살펴보면, 의료급여 수급자의 경우 사업량은 위암 80,000명, 유방암 70,000명, 자궁경부암 70,000명, 간암 27,942명으로 책정하고 예산은 국고보조 32억원, 지방비 32억원이었다. 자궁경부암의 경우 국민건강보험공단에서 연령 제한없이 검진 대상자에게 무료로 시행하고 있으며, 2003년에도 이러한 추진 체계는 동일하였다. 유방암과 자궁경부암 검진 대상자가 국가 암조기검진사업의 사업 목표량에서 매우 많은 비중을 차지하고 있다¹⁰⁾는 것은 국가적으로 여성암의 검진을 매우 중요하게 다루고 있다는 것을 보여주는 것이다. 그러나 이러한 사업량에 대한 계획이 실제 집행될 때 양질의 검진인지에

10) 2003년의 경우, 의료급여 수급 조기암검진 대상자 25만명 중 유방암, 자궁경부암은 14만명으로 56%를 차지하였고, 저소득 건강보험 가입 조기암검진 대상자 65만명 중 유방암은 24만 5천명이었음. 또한 자궁경부암의 경우 건강검진 대상자 중 희망자에 한하여 연령제한 없이 100% 공단부담으로 검진을 실시하고 있다.

대해서는 지속적으로 모니터링 되어야 한다.

아래 표는 국가 조기암검진 사업의 연도별 실적이다. 2002년을 제외하고 검진 목표량대비 달성률은 100% 이상으로 양적으로는 성공적인 사업이라 할 수 있다. 그러나 계획서에서는 암종별로 구분하여 사업량을 산출하였는데, 사업 실적 보고에서는 수검자 통계가 성별로 분리되지 않아서 성별로 서비스나 재원이 균등하게 전달되었는가를 알기 어렵다. 이와 같이 실적이 보고되는 것은 조기검진사업은 의료기관에서 검진비를 청구하여 검진 실적이 취합되는 과정이 복잡하며, 각 대상자마다 검진 받는 항목이 다르기 때문에 자료 생산에 어려움이 있는 등 사업의 고유한 특성에 기인한 것으로 판단된다.

우리나라에서는 주민등록번호라는 성과 연령을 포함하는 고유한 식별번호가 있으므로 이러한 모든 자료를 링크한 DB 구축이 가능하다. 따라서 필요에 따라서는 모든 항목에 대하여 성별로 분리된 통계를 산출할 수 있다. 그런데 여기서의 문제점은 이러한 성별 분리 통계의 활용이다. 성별로 분리된 통계를 산출할 수 있음에도 불구하고 사업 실적을 성별로 미분리하여 보고하는 것은 실적보고를 성별로 분리하는 것에 대한 필요성 및 활용에 대한 인지가 낮다는 것을 보여준다고 하겠다.

〈표 3〉 국가 조기암검진 사업의 연도별 실적

(단위: 백,000원/천명/%)

구 분		예 산 (백만원)	검진 대상암	검 진 목표량	수검자 (수검률)	목 표 달성률
1999	의료수급자	570	위·유방·자궁경부	261	262	100.4
2000	의료수급자	627	위·유방·자궁경부	224	226	100.9
2001	의료수급자	1,030	위·유방·자궁경부	258	261	101.2
2002	계	8,770		1,035	807	78.0
	의료수급자	3,001	위·유방·자궁경부	292	275	94.0
	건강보험가입자	5,769	위·유방(하위 20%)	743	532	71.7
2003	계	10,911		898	1,019	113.5
	의료수급자	3,200	위·유방·자궁경부·간	248	281	113.3
	건강보험가입자	7,711	위·유방·간(하위30%)	650	738	113.5
2004	계	11,102		1,213		
	의료수급자	3,200	위·유방·자궁경부·간·대장	287		
	건강보험가입자	7,902	위·유방·간·대장(하위30%)	926		

자료: 보건복지부 내부자료

10. 국가 암조기검진사업에 대한 수혜자 측면에서의 평가

암조기검진의 수검율이 낮고 성별 수검양상의 차이를 보이는 것은 여러 가지 요인이 작용한 결과이다. 이는 암검진사업 자체의 문제일 수도 있으며, 소비자들의 의료이용행태나 특히 예방검진에 대한 태도가 영향을 미친 것일 수도 있다. 소비자가 암검진사업을 어떻게 인지하고 있는가에 대한 성별 차이를 분석한다면, 현행 국가 암조기검진사업을 현재보다 성인지적인 체계로 발전해나가는데 기여할 수 있으며, 이러한 목적으로 국가 암조기검진사업의 수검률과 만족도를 조사하였다.

가. 조사방법

국가 암조기검진사업의 수검률과 만족도를 조사하기 위하여 훈련된 조사요원에 의한 전국 규모의 전화조사를 수행하였다. 위암, 대장암, 유방암, 자궁경부암에 대한 암검진 수검 유무를 조사하고 암검진 수검과 관련된 제 요인 및 인지도, 만족도를 조사하였다.

조사대상은 40세 이상의 성인 남녀로 서울, 부산, 대구, 기타 광역시, 기타 시도동 지역, 기타 시도 읍면지역에서 전국 일반 모집단 대표 표본 약 1,000명을 표본 추출하였다. 표본추출은 우선 지역으로 크게 층화한 후 각 층에서 표본 규모 모집단에 비례하여 할당하는 층화표본추출을 하였으며 가능한 한 남녀를 동수로 조사하였다. 전화조사 방법을 이용하였으며, 전화번호 추출은 Random Digit Dialing(RDD)방법을 사용하였다.

나. 조사결과

1) 조사대상자의 일반적 사항

전체 조사대상자는 1,304명으로 남자가 616명(47.7%), 여자가 688명(52.3%)이었다. 평균연령은 54.7세(표준편차 10.8)로, 성별 연령 평균의 차이는 없었다. 성별로 지역 분포의 차이가 있어서 남성이 대도시와 중소도시 거주자 비율이 여성에

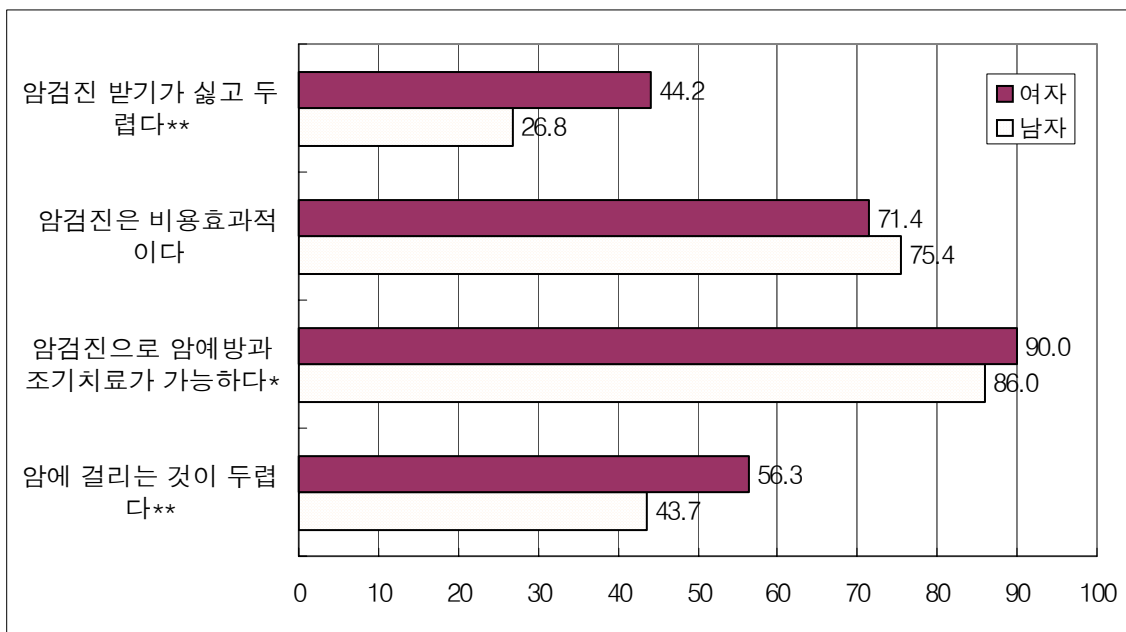
비해 약간 높았다($p<0.05$). 결혼상태는 유배우가 전체의 86.2%로 대부분을 차지하였으며, 여성 노인의 사별 분포가 남성 노인에 비해 높았다.

교육정도는 초졸 이하가 31.1%, 중졸이 16.3%, 고졸이 32.6%, 대졸 이상이 18.9%였으며 교육수준은 성별 차이가 매우 커서 여성이 남성에 비해 초졸 이하의 학력분포가 많고, 대졸이상은 남성의 절반에 못 미쳤다($p<0.01$). 직업 역시 성별로 차이가 커서 남성의 경우 자영업이 30.0%로 가장 많았고, 여성의 경우는 주부가 대부분으로 65.8%였다. 성별로 가구 월평균 소득수준에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

2) 암질환에 대한 인지된 심각성, 암검진에 대한 인식

전반적으로 여성은 암검진에 대한 효과에 대부분 신뢰하면서, 암 질환에 대한 두려움과 암검진 자체에 대한 두려움이 매우 큰 것으로 나타났다(그림 4). 이러한 결과는 여성들이 자발적인 암검진 참여가 낮을 가능성을 설명해 주며, 두려움과 장애 요인 해소에 적극적인 노력이 여성에게 필요함을 말해 준다.

[그림 4] 성별 암질환에 대한 심각성 및 암검진에 대한 인식

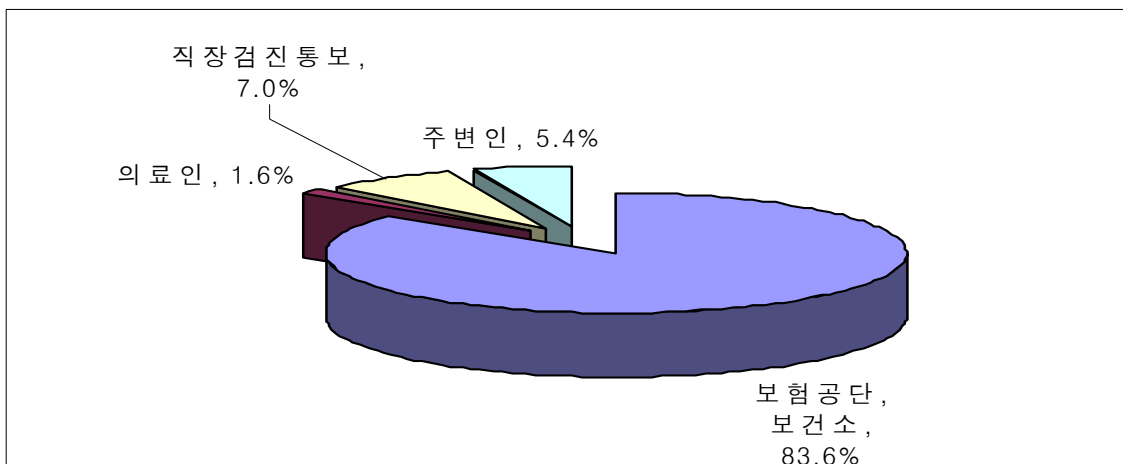


* $p<0.05$ ** $p<0.001$

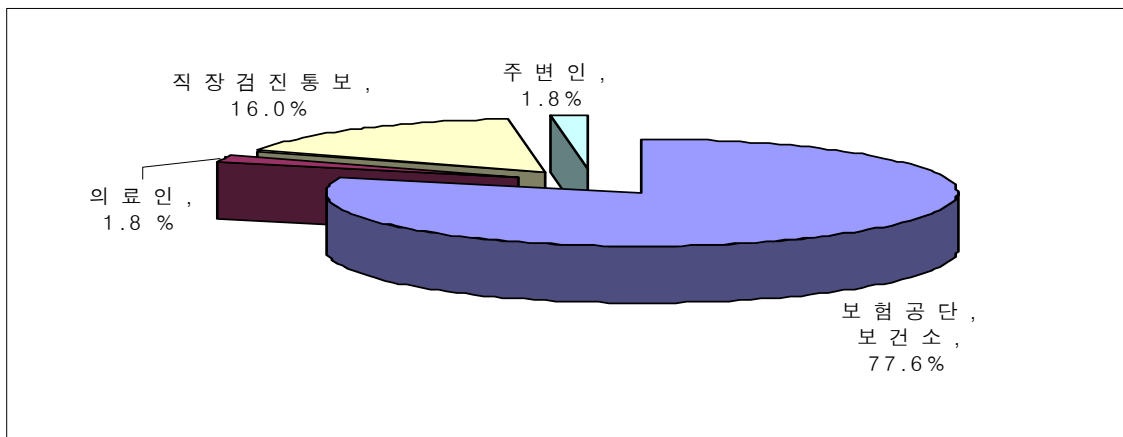
3) 암검진 권유

여성과 남성 모두 남자의 경우 보험공단이나 보건소에서 우편물 또는 전화로 권고를 받은 적이 있다는 응답이 가장 많았다. 직장에서의 암검진 권유를 받은 경우는 남성에 비해 낮게 나타났고, 주변인에 의한 권유가 남성에 비해 3배 이상 높은 것으로 나타났다(그림 5. 그림 6). 남성의 생활 환경이 직장 환경이 대부분인 것에 비해 여성은 가정의 영역 내에 머물러 있고 지역사회 내 이웃이나 가족에 의한 사회적 관계가 더 많다는 것을 감안할 때, 암 검진에 대한 권고나 홍보, 교육을 위해 성별로 다르게 접근할 필요가 있다.

[그림 5] 암검진 권유 경험자의 권유자 분포: 여자



[그림 6] 암검진 권유 경험자의 권유자 분포: 남자



4) 국가 5대 암검진 사업에 대한 인지도 및 수진의향

조사 대상자에게 국가 암관리정책 중 5대 암조기검진사업에 대해 설명하고, 이러한 내용에 대해 알고 있는지 물었을 때 67%정도가 알고 있다고 응답하였다. 성별로 인지도의 차이는 없어, 남자는 67.6%, 여자는 68.0%이었다. 인지율이 가장 낮은 집단은 여성 노인으로, 70세 이상 여성의 경우 인지도가 36.8%에 불과하여 다른 집단에 비해 절반 수준이었다.

교육수준별 국가 조기 암검진사업에 대한 인지도에 차이가 커서 초졸 이하의 경우 인지도가 낮았다. 특히 여성은 교육수준에 따른 인지도의 격차가 남성에 비해 크다는 것을 알 수 있다. 소득수준에 따른 인지도의 차이도 여성의 경우 격차가 남성이 비해 크며, 여성, 100만원미만의 가구 월평균 소득을 보이는 집단에서는 인지도가 59.8%, 동일 소득수준의 남성 63.4%에 비해 낮았다.

국가 암조기검진사업에 대해 설명하고 이와 같은 내용으로 올해 암검진 대상이 된다면 검진을 받겠는지에 대한 질문에 대해서 자는 62.1%, 여자는 65.0%가 받겠다고 응답하였다. 암검진 수진의향이 낮은 집단을 살펴보면, 여성의 경우 무배우(사별이나 이혼, 별거, 미혼)일 때 검진수진 의향이 낮았으며(56.3%), 남성의 경우는 교육수준이 초졸 이하로 낮을 경우 55.9%로 낮았다. 직업별로는 무직, 여성은 주부의 경우 검진 의향이 낮음을 알 수 있으며, 남자는 소득수준이 300만원 이상으로 높은 층에서 국가 조기 암검진 수진의향이 낮으며, 여성은 100만원 미만의 낮은 소득수준 계층에서 국가 조기 암검진 수진의향이 낮았다.

남자의 경우 소득수준이 높은 층에서 국가 암 조기검진사업 수진의향이 낮은 것은 국가 암관리 서비스에 대한 불신이나 효과성에 대한 의심으로 기인할 결과일 가능성이 있고, 또는 직업 활동에 대한 시간적 장애로 여길 가능성도 고려해 볼 수 있다. 여성은 그 반대로 저소득계층에서 직업과 생계에 대한 시간적 장애로 인한 결과로 해석할 수 있다. 국가 암검진사업에 수진율을 향상시키기 위한 방안은 대상자의 소득수준이나 사회계층별로 다르게 접근해야 할 필요성이 있다.

국가 암조기검진을 받기 위해 지역사회에서 검진이 가능한 병의원에 대한 목록이 부여되는데, 이러한 국가 암검진이 가능한 의료기관에 대해 대상자들이 느끼는 물리적 접근성은 어느 정도 되는지 물었다. 전체적으로 남성은 73.2%, 여성은 65.6%에 가깝다고 응답하였다.

연령별로는 차이가 있어, 연령이 증가할수록 남녀 공히 인지하는 물리적 접근성이 낮아짐을 알 수 있으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 반면 교육수준별 물리적 접근성 인지정도는 유의한 차이를 보였는데 초졸 이하의 낮은 교육수준인 경우 인지하는 물리적 접근성이 낮았으며, 특히 여성 중 초졸 이하 학력 대상자의 경우는 다른 집단에 비해 가장 낮은 물리적 접근성을 나타내었다($p<0.05$). 남성은 직업 유형별 물리적 접근성의 인지에 차이가 없었으나 여성 육체적 노동자의 경우 552%의 낮은 물리적 접근성을 보였으며 그 차이는 통계적으로 유의하였다($p<0.05$). 같은 직업군의 남성은 70.5%이다. 소득수준별 차이도 커서 여성의 경우 100만원 미만의 가구 월평균 소득계층이 59.1%, 남성이 68.3%로 낮은 소득계층에서의 성별차이가 크다는 것을 알 수 있다($p<0.05$).

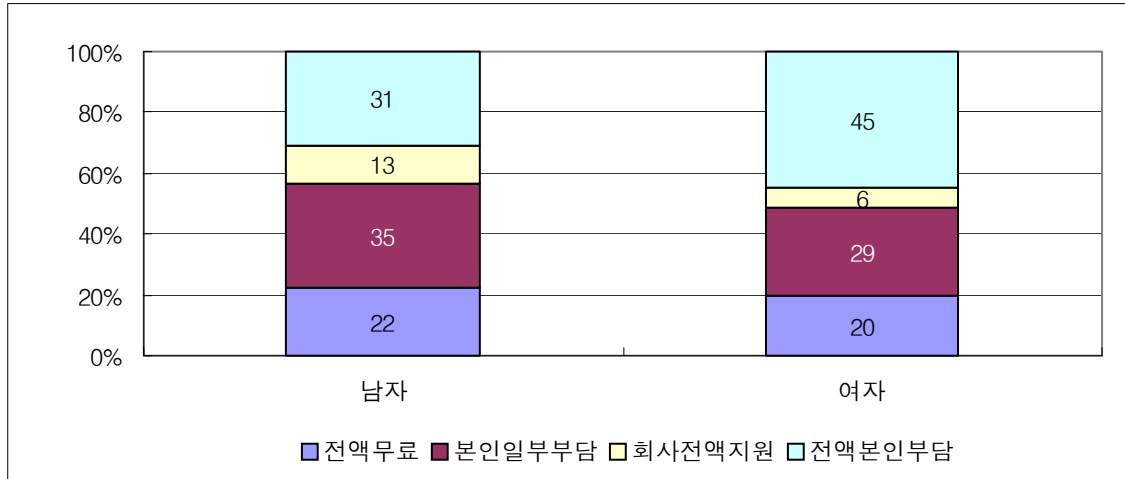
5) 암검진 종류별 검진 계기, 검사비용 안받음 이유

가) 위암

위암 검사를 받은 적이 있다고 응답한 대상자에게 위암 검사를 받게 된 계기를 물었을 때, 45.7%는 ‘공단이나 보건소에서 권고 통보가 와서 받게 되었다’고 응답하였다. ‘정기적으로 위암검사가 필요할 것 같아서’라는 응답으로 자발적인 위암 검사를 보인 경우는 26.5%, ‘위암을 의심하는 증상이 있어서’라는 응답이 19.5%이었다. 이 중 의심하는 증상이 있어서 검진을 받은 경우는 엄밀하게 조기검진의 정의에 속하지 않으며, 위장 질환에 대한 진찰에 속하는 경우일 것이다. 특히 이러한 응답을 한 경우는 여성이 많아 여성이 27.1%, 남성이 11.6%이었다.

성별로 위암 검진시 비용 부담의 분포를 보면 [그림 7]과 같다. 위암 검진 비용 부담에 있어 여성은 검진자 중에서 본인 전액 부담이 비율이 남성에 비해 높고, 남성은 직장전액지원에 의한 암검진이 있어 여성과 남성의 직업분포의 차이에 따른 검진비용부담의 형평에 격차가 있음을 주지해야 한다.

[그림 7] 성별 위암 검진비용 부담자의 분포



나) 대장암

최근 5년이내에 대변검사를 통한 잠혈반응이나 직장 대장 내시경, 조영술등을 통한 대장암 검사를 받은 적이 있는 사람에 대해 검사를 받은 계기를 물었을 때, 위암 검진과 비슷한 결과를 보이며 성별 차이가 뚜렷한 응답은 ‘대장암을 의심하는 증상이 있어서’로, 여성의 경우 역시 의심증상이 있을 때 검진을 받는 것으로 나타났다. 대장암 검사는 위암에 비해 전액 본인부담의 비율이 다소 증가하여 남자는 44%, 여자는 50%가 본인, 또는 가족이 검사비 전액을 지불하였다. 전액 무료인 보건소나 공단에서 전액 지원하여 받은 경우는 남자가 29%, 여자가 13%로 무료 암검진 사업에 남자의 참여가 여자에 비해 높음을 알 수 있다.

대장암 검사를 받지 않은 이유는 ‘증상이 없어서’라는 응답이 남녀 공히 절반 이상을 차지하여 위암과 비슷한 양상을 보였으나 두 번째 이유는 성별로 유의하게 달라 남성은 ‘건강에 자신이 있어서’가 22.7%($p<0.01$), 여성은 ‘검사과정이 힘들고 두려워서’가 12.2% ($p<0.01$)이었다(표 4). 대장암 검사는 잠혈 반응의 경우 하루에 마치지 못하고 대변 채취하여 재방문해야 하는 번거로움이 있고 직장대장 내시경, 조영술은 검사가 공격적이고 통증이 있어 심리적 접근성이 떨어질 수 있다. 특히 이러한 특성을 가진 검사들은 여성의 심리적인 장애가 더 크게 적용되어 여성의 수진여부에 큰 영향을 준다. 대장암 검사에서 여성의 수진 여부에 영향을 주는 요인들을 면밀히 파악하고 장애를 줄이기 위한 방안을 마련해야 한다.

〈표 4〉 대장암 검사를 받지 않은 이유

(단위: %)

항목	여자	남자
증상이 없어서	61.6	57.7
비용이 비싸서	11.5	7.6
효과를 믿기 어려워서	0.9	1.6
암이 발견될까봐 두려워서	3.0	2.9
건강에 자신이 있어서**	7.4	22.7
검사과정이 힘들고 두려워서**	12.2	4.0
암에 걸릴 가능성이 없다고 생각해서	4.2	4.2
기타	13.4	16.3

** p<0.01

다) 유방암

최근 2년 내 유방암 검진을 받은 사람의 경우 검진을 받은 계기는 ‘공단이나 보건소에서의 권고 통보’가 47.0%, ‘증상이 없지만 정기적인 검사가 필요하기 때문’이라는 응답이 39.7%이었다. 각 암의 종류별로 약 45%정도가 보건소나 공단에서의 권고 우편이나 전화를 받은 것을 계기로 암검진을 하게 되었다는 결과이다. ‘유방암을 의심하는 증상이 있어서’ 받았다는 응답이 5.9%인 것은 아직도 유방암 검진에 대한 교육이 필요한 집단이 적어도 5% 이상 더 있다는 의미이다. 앞으로 이러한 집단의 특성을 면밀히 파악하고 초점을 맞추어 집중적으로 교육할 필요가 있다.

유방암 검사의 종류를 중복응답으로 측정한 결과, 유방촬영술이 91.9%, 유방초음파가 35.6%를 차지하였다. 현재 국가 암조기검진사업의 유방암 검사는 유방촬영술로 되어 있으나 지역의 병원에서 유방초음파를 암검진의 항목으로 별도로 추가하여 검사하는 경우가 많아지고 있다. 이러한 추가적인 검사는 암검진의 목적과 확진에 도움이 크지 않으면서도 검진자에게 비용부담을 가중하는 요소가 되고 있음을 주지해야 한다. 이러한 이유로 여성들이 암검진에 대한 비용부담을 느끼게 된다면 여성들이 암검진에 대해 장애를 가지게 되는 큰 원인이 된다. 유방초음파에 대한 검진 효과, 또는 보조적 수단으로의 효과에 대해 적절성을 평가하는 작업이 이루어져야 하고, 입증 결과에 따라 적절한 관리와 규제를 적용해야 할 것이다.

유방암 검진에 대해 비용 부담자 분포를 보면, 전액 무료로 받은 경우가 26.7%, 본인일부부담이 31.7%, 회사가 전액 지원한 경우가 6.7%, 본인이 전액 부담한 경우가 38.2%로 나타났다. 유방암 검진을 안 받은 이유로는 66.0%가 '증상이 없어서'라고 응답하였다. 유방암 조기 검진의 필요성과 중요성에 대해 아직 대부분은 인식하고 있지 못하고 있음을 알 수 있다. '비용이 비싸기 때문'이 11.4%, '건강에 자신이 있어서'가 7.1%를 나타내었다.

라) 자궁암

최근 2년 이내에 자궁경부세포진검사를 통한 자궁암 검사를 받은 적이 있는 사람의 경우 검사 계기는 유방암에 비해서 공단이나 보건소 통보보다는 본인이 인지하는 검진에 대한 필요성이 크다(39.1%). 이는 자궁암에 대해서는 주기적인 검사의 필요성에 대한 인지수준이 유방암에 비해 높다는 것을 보여주는 것이다.

자궁암에 대해 받은 검사는 궁경부세포진 검사가 78.9%, 자궁초음파가 47.3%로 나타났다. 유방 초음파에서와 마찬가지로 자궁초음파 검사가 암검사의 한 항목으로 적용되는 것에 대해서 국가 암조기검진사업에서는 명시되지 않은 바이며, 병원에서 자체적, 추가적으로 실시하는 부분이다. 유방암에서와 마찬가지로 이에 대한 적절한 관리 방안이 마련되어야 할 것이다.

자궁암 검사 비용부담 분포를 보면 전액 무료로 받은 경우가 25.1%, 본인 전액 부담이 47.5%로 유방암 검진에 비해 전액 본인부담이 더 큰 것을 알 수 있다. 자궁암 검진의 경우는 현재 건강보험 가입자의 경우 공단에서 실시하고 있는 1차 건강검진 항목에 자궁경부질세포검사가 포함되어 있어 전액 공단부담으로 자궁경부암 검진을 받을 있다. 단, 비사무직 근로자의 경우 매년, 사무직 근로자의 경우 2년에 한번씩 실시한다. 그러나 자궁암 검진의 비용부담에서 본인 전액 부담이 유방암보다 높은 것은 건강보험 가입자의 자궁경부암 검진 수진이 매우 낮은 것에 기인할 수 있다. 자궁암 검진의 본인 비용부담을 줄이고 암검진 혜택이 형평성 있게 전달되도록 공단 검진에 대한 홍보와 교육이 절실하다.

자궁암 검사를 안받은 이유로는 유방암에서의 경우와 마찬가지로 '증상이 없어서'가 51.3%를 차지하였다. '비용이 비싸서'가 9.6%, '건강에 자신이 있어서'가 7.7%이었다. 절반가량의 여성들이 증상이 없다는 이유로 암검사를 받지 않았다고 응답하였으며 이들을 위한 중재방안이 앞으로 더 필요할 것이다.

6) 암 검진에 대한 만족도

국가 암조기검진사업에서 실시하는 암검진의 경험이 있는 응답자만을 대상으로 암검진에 대해 만족하는 지에 대한 전반적인 만족도를 질문하였을 때, 여성은 61%가 만족한다, 30%가 보통이다 9%가 불만족한다고 응답하였다. 남성은 29%가 만족한다고 응답하여 여성의 암검진에 대한 전반적인 만족도가 남성보다 높았다.

암검진의 항목과 종류, 암검진 비용, 검진시설과 주변 환경, 검진절차의 적절성과 사후 통보에 대한 만족도를 조사하였다. 암 검사의 항목과 종류별 만족도는 전체적으로 42.8%를 보였다. 암검진 비용에 대한 만족도는 전체적으로 42.4%가 만족하였으며 성별로 유의하게 차이가 있어 여성이 39.0%로 만족하는 경우가 남성 47.9%에 비해 적었다($p<0.05$). 암검진 병원의 시설이나 주변 환경의 만족도는 전체적으로 76.6%로 높았다. 검진 절차상에서 개인적인 프라이버시가 잘 지켜져, 검진시 불편감이나 수치심을 느끼지 않도록 잘 배려가 되었는지를 물었을 때 79.6%가 만족한다고 하였으나, 성별로 차이가 있어서 남자의 경우 불만족의 비율이 7.6%로 여자(3.9%)보다 높았다($p<0.05$). 검진후 사후 결과 통보에 대한 만족은 75.2%가 만족한다고 응답하였으며, 유의한 성별 만족도의 차이는 없었다.

〈표 5〉 암검사에 대한 부분별 만족도의 성별 차이

(단위: %)

구분		여자	남자	전체(N)
암검사 항목과 종류는 충분하고 만족스럽다	만족	42.1	43.8	42.8(354)
	보통	42.9	36.0	40.2(333)
	불만족	15.1	20.2	17.0(141)
암검진 비용은 적당하다*	만족	39.0	47.9	42.4(352)
	보통	26.1	28.4	27.0(224)
	불만족	34.9	23.7	30.6(254)
암검진 병원의 시설과 주변환경은 쾌적하다	만족	77.6	75.1	76.6(636)
	보통	19.1	21.1	19.9(165)
	불만족	3.3	3.8	3.5(29)
검진시 개인적인 프라이버시가 잘 지켜졌다*	만족	79.3	80.1	79.6(661)
	보통	16.8	12.3	15.1(125)
	불만족	3.9	7.6	5.3(44)
검진후 사후 결과통보가 만족스럽다	만족	74.9	75.5	75.2(624)
	보통	19.1	17.4	18.4(153)
	불만족	6.0	6.9	6.4(53)

* $p<0.05$

V. 결론 및 정책제언

1. 평가지표에 따른 성별영향분석평가 결과

본 연구의 국가 암관리정책에 대한 성별영향분석평가 결과를 요약하면 아래 표와 같다.

〈표 6〉 국가 암관리정책에 대한 성별영향분석평가 결과 요약

	여성부(2004)	본 연구결과	비고
정책 입안 및 결정	①정부의 양성평등 구현을 위한 정책 방향을 알고 있는가? -동 정책과 관련한 여성과 남성의 요구를 고려하고 있는가?	-정부의 양성평등 정책과 관련하여 암관리정책의 기본법인 암관리법에는 특정 성에 대한 차별적인 요소는 발견할 수 없었음.	-본 연구에서는 암질환에 있어 여성과 남성의 요구에 대한 심층적인 분석을 추가로 실시하였음.
	②계획서 등에 성인지적 통계를 사용하고 있는가? -성인지적 통계가 없는 경우 이를 생산하였는가, 또는 생산할 계획인가?	-『국가 암관리사업 안내』라는 국가 암관리사업의 개관을 설명하는 책자에서는 암질환 관련 통계는 모두 성별 분리 통계를 사용하고 있었음. -대부분의 암질환 관련 통계는 성별로 분리하여 생산되고 있었으나, 일부 통계는 성별로 분리되지 않았으며(예: 조직학적 형태에 따른 통계) 성별내 사회계층별 통계가 다소 미흡하게 생산되고 있었음.	-국가 암관리정책에 대한 종합 계획은 현재 작성 중이므로 분석에서 제외하였음.
	③동 정책의 서비스나 재원이 양성에게 균등하게 전달될 것인가? -만약 성별 격차가 존재한다면 이를 해결하기 위한 대안을 마련(예산 편성 포함)하여 편성하였는가?	-명확한 결과를 도출하지 못하였음. -단, 국가 암조기검진사업의 경우 여성암(자궁암, 유방암)에 대한 예산이 많은 비중을 차지하고 있었음.	-국가 암관리 사업 계획서에서 성별로 예산 및 서비스 양을 나타내지 않고 있어 서비스나 재원이 양성에게 어떻게 전달될 것인지 분석할 수 없었음.
	④동 정책의 가치나 이념이 성역할 고정관념의 극복 등에 기여하는가?	해당 없음	

	여성부(2004)	본 연구결과	비고
정책 집행	⑤현재 동 정책의 추진과정에서 서비스나 재원이 양성에게 균등하게 전달되고 있는가? -이를 입증할만한 성인지적 통계자료가 구비되었는가?	-명확한 결과를 도출하지 못하였음. -서비스나 재원이 양성에게 어떻게 전달되고 있는지를 알 수 있는 통계 자료가 구비되지 않았음.	-본 연구에서는 암질 환에 있어 여성과 남성의 요구에 대한 심층적인 분석을 추가로 실시하였음.
정책 집행 후	⑥동 정책에 대한 만족도가 성별에 따라 차이를 나타내는지 확인하였는가?	-국가 암관리 사업 중 ‘말기 암환자 호스피스 시범사업’과 ‘국가 암조기 검진사업’은 만족도를 조사하였음. -그런데 일부 사업의 경우 만족도를 성별로 분리하여 분석하지 않았음.	-본 연구에서 ‘국가 암조기검진사업’에 대한 만족도를 성별로 분석한 결과, 전반적인 만족 수준은 여성이 높았으나, 세부 항목 별로는 차이가 있었음. -국가 암조기검진사업에 대한 성별 만족도는 연구마다 다소 상이한 결과를 보이므로 지속적인 연구가 필요함.
	⑦동 정책이 성역할 고정관념의 변화 등에 긍정적인 영향을 가져왔는가?	해당없음	
	⑧동 정책의 집행 성과가 양성 모두에게 긍정적, 부정적 영향을 가져왔는가? -수혜도의 성별 격차가 존재한다면 향후 이를 해소하기 위한 대안을 마련할 것인가?	-국가 암관리사업에서 수혜도가 남녀로 차이가 있는지 알 수 있는 근거 자료가 없었음. -단, 암검진의 경우 전반적으로 수진율은 여성이 남성보다 낮았으나, 선행 연구에 의하면 국가 암조기검진사업의 수진율은 여성이 남성보다 높음.	
	⑨성별 요소를 포함한 정책의 집행 성과를 정책 대상 집단 또는 일반 국민(주민)에게 전달하였는가?	-보건복지부 홈페이지에 게시된 보도 자료 중 암과 관련된 자료를 분석한 결과 성별 요소를 포함한 것과 포함하지 않은 것이 혼재되어 있어 표준화되어 있지 않음.	

2. 국가 암관리 정책의 성인지적 발전을 위하여

가. 암종별 암관리정책

폐암과 관련하여 주기적으로 생산되는 통계지표들은 모두 남녀를 구분해서, 통시적 자료와 함께 제시되어야 한다. 여기에 해당하는 주요 지표들에는 발생률과 사망률은 물론, 생존율, 조직학적 형태에 따른 구분 등이 모두 포함된다. 폐암이 “남성의 암”이라는 대중의 인식을 전환할 필요가 있으며 학술적으로도 여성이 폐암에 취약한 생물학적 이유를 밝히는 작업과 흡연의 사회적 병인, 특히 사회경제적 불평등의 매개 경로에 대해서 작업이 이루어져야 한다. 폐암의 경우 공인된 조기검진 방법이 없다는 점에서 반(反)-흡연 혹은 금연 정책이 가장 중요한 역할을 할 수밖에 없는데, 여성의 흡연을 증가, 특히 청소년 계층의 흡연 문제와 관련하여 이러한 담배 정책에 젠더 감수성을 도입할 필요가 있으며, 흡연의 사회적 맥락, 특히 사회경제적 불평등에 대한 고려가 반드시 병행되어야 할 것이다.

대장암의 등록분율과 발생률, 사망률은 물론 관리와 관련하여 조기검진 수검률, 진단 당시의 병기, 예후에 대한 자료들을 성별로 생산하고 이에 대한 모니터링이 필요할 것이다. 현재까지 알려진 가장 중요한 위험요인인 신체활동량을 늘일 수 있는 방안을 개발해야 하는데, 앞서 지적했듯 사회 구조적/제도적인 요인이 여성의 신체 활동에 큰 영향을 미친다는 점을 반드시 고려해야 한다. 대장암의 조기 검진에서 젠더 불평등이 존재하는지, 그리고 그러한 차이를 낳는 요인이 무엇인지, 수검률의 차이가 실제로 진단 병기와 이후 생존율에서의 차이를 유발하는지에 대한 실증적 연구가 필요하며 이에 근거하여 예방/관리 정책이 수립되어야 한다.

위암은 서구 사회에서 위암발생 감소로 인해 이와 관련된 연구가 줄어들고 있는 시점에서 서구의 선행 연구결과를 기반으로 하여 이루어졌던 국내의 암연구나 관리정책에서 벗어나, H.pylori 감염 예방 및 치료, 위암의 적절한 조기검진 방법과 그 예후에 대한 우리사회 고유의 연구 자료를 생산하고 사업을 평가하는 것이 매우 시급하다.

간암은 B형 및 C형 간염 바이러스의 발암 기능이 확정되어 있다는 점에서 이들 간염의 예방이 중요한 정책 진입 지점이 될 수 있으며 특히 B형 간염의 경우

효과적인 백신도 개발되어 있기 때문에 예방의 잠재력은 더욱 크다. 간암 예방을 위해서는 무엇보다도 수직감염 예방 및 고위험군에 대한 추적 관리를 통해 보다 빠른 시기에 암종을 발견하는 것이 중요하다. 따라서 이들의 현황을 파악할 수 있는 통계자료를 확보하는 것이 선행되어야 할 것이다. 또한 현재 남녀간에 사망률이 이토록 큰 격차를 보이는데 대한 생물학적, 사회학적 요인을 규명하는 것이 필요하며 이에 근거하여 관리 대책을 마련해야 한다.

자궁경부암은 원인 병원체가 밝혀지고, 효과적인 조기진단 방법이 존재한다는 점에서 높은 예방과 관리 효과를 기대할 수 있는 암이며, 다른 한편 조기 치료의 가능성이 높아짐에 따라 생존자의 삶의 질 문제가 중요하게 부각되는 암이기도 하다. 주로 2차 예방이 강조되고 있는데, 다른 성전과 질환의 예방과 더불어 콘돔 사용을 통한 1차 예방도 함께 강조될 필요가 있다. 높은 타당도와 신뢰도, 뛰어난 비용·효과성에도 불구하고 우리나라 30세 이상 여성들의 조기검진 수검률은 41.8%에 불과하며, 특히 농촌 지역, 저학력, 저소득 계층일수록 수검률이 현저하게 낮다. 그리고 이상자들의 2차 검진 수검 실태에 대해서는 아직 대표성 있는 자료에 의한 통계 자료가 마련되어 있지 않은 실정이다. 따라서 대표성 있는 자료 확보와 더불어 낮은 수검률의 원인 파악, 특히 사회경제적 취약 계층 여성의 수검률과 추적률을 높일 수 있는 행동학적, 사회적 접근 전략에 대한 고려가 반드시 병행되어야 할 것이다. 또한 생존 암 환자의 삶의 질 문제에 대해서는 그동안 상대적으로 관심이 덜 집중되었는데, 효과적인 조기발견과 치료에 따라 생존율이 높아진 자궁경부암(결장직장암, 유방암 포함) 환자들의 삶의 질, 특히 여성의 성 정체성과 관련하여 영향을 미치는 요인에 대한 행동학적, 임상적 연구가 이루어져야 한다.

유방암은 주로 여성에게만 문제가 되는 질환이라는 점에서 성별 통계 작성 등 다른 암종들에서 요구되는 젠더 감수성의 중요성은 상대적으로 덜 하다고 할 수 있지만, 전반적으로 여성의 암검진 수검률을 높이는 전략이 필요하며, 특히 지역간, 사회계층간 격차를 줄일 수 있는 방안에 대한 고려가 필요하다. 또한 암 발생의 특성이 서구 여성들과 다른 점을 감안하여 우리나라 여성들에게 고유한 위험요인을 규명하고 사회문화적 특성을 고려한 예방대책을 개발하는 연구가 절실하다. 아직도 유방암 검진에 대한 교육이 필요한 집단이 있으며 이러한 집단의 특성을 면밀히 파악하고 초점을 맞추어 집중적으로 교육할 필요가 있다.

암관리 정책은 남성과 여성의 요구에 적절히 대응해야 하며, 정책수립과 집행이 성인지적 연구결과에 근거해서 이루어져야 한다. 따라서 임상시험 및 역학연구 등에서 성인지적 연구를 수행하도록 장려할 필요가 있다. 예를 들면 임상시험 관리기준 등의 지침에 성인지적 연구수행을 위한 방법이 소개되고 연구자들이 이를 활용할 수 있도록 교육과 협조가 제공되어야 한다. 점검표(Check List)나 가이드라인 형식으로 권고할 수도 있다. 또한 성인지적 연구수행이 필요한 주제를 발굴하여 연구수행을 지원해야 할 것이다.

나. 암질환 관련 통계

통계생산 전 과정에 걸쳐 성인지적 접근 필요하다 이것은 통계생산에 대해서 남녀 분리 통계의 생산이라는 단편적인 측면에만 국한되는 것이 아니라 통계생산의 기획, 표본추출, 설문지(보고양식) 작성, 조사실시(취합경로의 결정), 분석, 발표와 활용이라는 전 단계에 걸쳐 성인지적 접근이 필요하다. 현재 암질환 관련 등록률, 사망률, 유병률 통계는 성별로 분리되어 수집되고 있으나 분석 및 발표 단계는 일부 항목에 대해서 성별 분리 통계가 생산되고 있지 않다.

현재 암질환 관련 통계는 가용한 범위 내에서는 인구사회학적 특성도 파악되어 수집되고 있으나 이러한 특성에 대한 정의도 표준화되어 있지 않아서 조사마다 모두 다르게 사용하고 있음을 알 수 있었다. 따라서 여성의 사회계층에 대한 논의를 거쳐 이에 대한 합치된 의견을 바탕으로 표준화할 필요가 있다. 또한 성별 내 세부집단별 분석이 통계항목별로 특정 변수에 대해서만 이루어져서 일관성 있게 제시되지 않고 있는 제한점이 있다. 따라서 각 통계항목에 대하여 성별로 모든 인구사회학적 특성에 따라서 통계가 산출되어야 한다.

통계항목 자체에 대한 성인지적 관점에서의 수정이 필요함. 사망원인통계연보의 경우 도입부의 요약에서는 사망원인의 기술이나 발표를 주로 연령을 교정하지 않은 보통사망률(crude rate)을 중심으로 기술하고 있는데 남녀의 연령구조에 큰 차이는 없지만, 고령자 쪽에서는 여자의 수가 남자보다 많다. 따라서 연령별 사망률이나 연령교정사망률을 추가하는 것이 성별 차이를 살펴보는 데 도움을 줄 것이다.

다. 암관리법

여성암질환의 특성과 유병률, 사전검진율의 차이를 충분히 고려한 암관리종합계획이 수립되어야 할 필요가 있다는 점에서 여성들의 취업관계, 소득관계, 교육수준 등에서 보이는 차이를 충분히 고려하는 암관리종합계획이 수립되어야 할 필요가 있음을 지적할 수 있다. 따라서 다양한 유형의 암 전문가 중에서 여성암 전문가 및 성인지적 관점을 가진 암전문가를 국가암관리위원회의 위원으로 필수적으로 참여하도록 하여야 한다. 또한 암연구사업의 지원에서 법률규정으로 강제규정으로 둘 필요는 없지만 시행규칙 및 기타 처리규정의 내용으로 다양한 암 종류의 연구사업에 균등하게 연구지원이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이며, 암연구지원기관의 연구사업 중 여성암연구에 대한 지원규정에 대한 보완이 필요하다.

라. 암관리 사업

국가 암관리 위원회 위원의 양적인 충원뿐만 아니라 암질환에 대한 여성 전문가를 위원으로 위촉하여 국가 암관리정책에 대한 결정이 성인지적으로 수행될 수 있도록 하여야 한다. 여성 암 관련 지원 프로그램이나 여성연구자에 대한 우대조항은 없었고 암질환의 젠더 차이에 대한 연구주제도 없었음. 따라서 기타 과학 분야의 연구기금과 같이 여성 연구자에 대한 우대조항을 신설하고, 암질환의 젠더 차이에 대한 연구주제에 대한 지원을 하여야 한다.

각종 암관리 사업의 실적 보고에 있어서 성별을 전혀 고려하지 않고 있는데, 향후 예산 집행 및 사업 실적에 있어서 남녀별로 구분하여 보고하도록 하는 체계를 구축하여야 한다. 그런데 일선에서 사업을 하는데 있어서는 성별을 알 수 있는 서식이 있음에도 불구하고 실적을 취합함에 있어서 성별을 고려하지 않고 있으므로 보고 서식에 성별을 추가하도록 개선되어야 한다.

사업에 대한 평가의 일환으로 대상자에 대한 만족도 조사를 실시할 경우, 그 결과를 성별로 구분하여 제시하며, 성별내 계층에 따라 차이가 존재하기 때문에 계층에 따라서도 만족도에 차이가 있는지 분석해야한다. 또한 사업의 결과를 국민들에게 알리는 보도자료를 작성할 때는 반드시 성별로 구분하도록 검수의 과정을 거치도록 해야 한다.

마. 암조기검진사업

여성이 암조기 검진을 받는다는, 검진에 대한 두려움과 장애 요인 해소에 적극적인 노력이 필요하다. 교육수준별 소득수준별 국가 암 조기검진사업에 대한 인지도에 차이가 크며, 특히 여성은 교육수준 및 소득수준에 따른 인지도의 격차가 크므로 이를 해소할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 그러므로 국가 암검진사업에 수진율을 향상시키기 위한 방안은 대상자의 소득수준이나 사회계층별로 다르게 접근해야 할 필요성이 있다.

남성은 건강에 대한 자신감을 이유로 검진을 받지 않겠다고 하였으므로 조기 암 검진의 필요성과 암질환에 대한 더 상세하고 명확한 건강교육이 필요할 것이다. 여성은 비용과 검사 받으러 가는 것에 대한 장애가 주요한 대답이었음을 감안해 국가 조기 암검진에 대한 비용 부담이 크지 않음을 더 홍보할 필요성이 있으며, 검진을 권고하는 것뿐만 아니라 검진을 받으러 오기까지의 여러 가지 처한 현실적 문제와 해결가능성과 이를 위한 사회적 지지의 확보방안에 대해 더 초점을 맞출 필요가 있다.

본 조사 결과에서 보이는 한국 남성들이 가지는 건강에 대한 자신감과 암과 무관할 것이라는 막연한 생각은 남성은 강해야 한다는, 건강을 염려하는 것은 약한 것이라는 한국의 문화적인 특성이나 관념에서 비롯된 것일 가능성이 있다. 이러한 사회의 문화적 특성이나 관념이 사회구성원의 건강 행위에 방해가 되고 있는 점에 대해서는 좀 더 면밀한 분석이 필요할 것이며, 인과관계가 입증되는 경우 이를 넘어설 방안을 국가적으로 고민해야만 한다. 또한 남성에서 특히 검진 절차상에서 개인적인 프라이버시가 잘 안 지켜지고 있음을 주지해야하며, 여성에서는 검진비용에 대한 만족도를 높이는 방안이 필요하다.

3. 성별영향분석평가제도의 발전을 위하여

성별영향평가제도의 평가 대상 범위에 대한 혼란이 존재하였다. 국가 암관리정책의 경우 단일 정책이라기보다는 여러 가지 사업이 하나의 목표를 지향하는 정책으로 묶일 수 있다. 이에 따라 개별사업에 대해서 각각 성별영향분석평가를 실시해야 하는 것이 아닌가하는 의문이 연구 시작 초기에 제기되었다.

따라서 정책을 직접 담당하고 있는 일개 부서의 업무만을 평가해야 하는 것인지 관련된 모든 정책을 평가해야 하는 것인지를 결정하는 과정에 혼선이 존재하였다.

평가 내용 및 유형에서도 불명확한 점이 존재하였다. 이는 성별영향분석평가에 일반 정책평가의 내용을 적용하여야 하는지 아니면 다른 내용으로 평가하여야 하는지가 명확하게 제시되어 있지 않기 때문이다. 평가지표의 의미도 모호한 점이 있으며, 지표구성이 체계적이지 못한 점을 지적하고 싶다. 각 정책 단계별로 보면, 정책 입안 및 결정단계의 지표는 4개, 정책 집행 단계는 1개, 정책 집행 후 단계는 4개의 지표로 구성되어 있다. 그런데, 정책 집행 단계에서 1개의 지표만으로 성별영향분석평가가 완료되는가 하는 의문을 제기할 수 있다. 또한 단일 지표만이 제시되어 있어서 유연성이 떨어지며, 지표로 평가한 내용에 대하여 성인지적인지 아닌지를 판단할만한 근거 및 기준이 제시되어 있지 않다.

성별영향분석평가에 단계적 접근이 요구된다. 단기간에 전체 정책에 대한 실시하는 것을 시도하기 보다는 단계적으로 장기적인 계획으로 이를 정책시키는 데 노력을 경주하는 것이 타당하다고 판단된다. 성별영향분석평가 지침의 정련화가 요구된다. 이를 다듬고 수정하여 각 부처에서 원활히 수행될 수 있도록 하는 작업이 반드시 선행되어야만 할 것이다. 또한 평가 후 정책에 환류 될 수 있는 기전을 마련해야 할 것이다.

평가 지표 구성에서는 단계별로 동수로 하거나, 지표의 표현 수위를 조절하여 어떤 단계는 지나치게 세분화된 지표를 사용하고 어떤 단계는 지나치게 광범위한 지표를 사용하지 않도록 하여야 하며, 각 정책마다 그 성격이 매우 다르기 때문에 필수적으로 모든 정책에 대해서 동일하게 적용할 필요가 있는 ‘필수’ 지표와 유연하게 적용이 가능한 ‘선택’ 지표를 개발하여 각 정책의 특성을 반영하면서도 일관된 틀을 유지하는 체계가 필요하다고 판단된다. 향후 일부 지표를 통합하는 성별영향지수(gender impact index)를 개발하여 예산 배분 등에 활용할 수 있는 방안을 검토해볼 수 있다.

참고문헌

- 배상수 외, 『5대암 검진체계 전 국민 확대방안 연구』, 보건복지부, 2004.
- 보건복지부·한국 중앙암등록본부, 『한국 중앙 암등록 사업 연례사업 보고서』, 2003.
- 보건복지부, 『국가암관리사업지침(안내)』, 각 연도.
- 식품의약품안전청, 『의약품임상시험관리기준』, 식품의약품안전청 고시 제1999-67호, 2000.
- 통계청, 『사망원인통계연보』, 2003.
- 김남순 외, 『한국 여성의 건강통계』, 한국보건사회연구원. 2003.
- Health Canada, Health Canada's Gender-Based Analysis Policy, 2000.
- Palay P. J., "Screening for the major malignancies affecting women: Current guidelines", Am J Obstet Gynecol, 2001; 184:1021~30. Cancer burden in the year 2000. The global picture.
- Parkin DM, Bray FI, Devesa SS.. Eur J Cancer. 2001 Oct;37 Suppl 8:S4-66. Review
- Basen-Engquist K, Paskett ED, Buzaglo J, Miller SM, Schover L, Wenzel LB, Bodurka DC Cancer. 2003 Nov 1;98(9 Suppl):2009-14.
- Patricia Rivera M., Stover D. E., "Gender and lung cancer", Clini Chest Med 2004; 25:391~400.
- Women's Health Bureau, Exploring Concepts of Gender and Health, Health Canada, 2003.
- <http://www.hc-sc.gc.ca/women>

토 론

지 정 토 론

•

조 영 미 (한국여성건강학회 이사)

논평 1: 보건부문 양성평등지표 개발

- 보건 부문에서 성인지적 접근을 위해서는 성별 분리 통계가 필수적이나 통계 자료의 부족으로 여러 가지 한계가 많았습니다. 구체적으로 어떠한 지표들이 필요한지, 어떻게 수집해야 하는지에 대한 논의들이 진행되지 않던 차에 양성평등 지표 개발하였다는 것은 상당한 의의가 있습니다. 이는 보건 분야의 성인지적 관점 도입 및 정책 수립에 기여하는 바가 크리라고 예상됩니다.
- 보건 부문의 양성평등 지표는 국가, 지역, 경계를 초월하여 양성의 차이를 드러내는 보편적 지표로 성별 차이를 보여주면서도 성차별을 보여줄 수 있는 지표들이어야 한다고 봅니다.
- 먼저 대표지표 선정에서 10개 지표는 어떤 것들이었고, 어떤 기준에 의해서 5개 지표가 선정되게 되었는지를 밝혀주면 지표 선정에 대한 이해가 제고될 것이라고 봅니다. 예를 들어 유병율 지표는 왜 빠지게 되는지 궁금합니다.
- 양성평등 지표에서 기대여명, 만성질환(모든 연령에서 여성이 높음), 주관적 건강인식(모든 연령에서 여성이 낮음), 암 검진율은 성별차이(gender difference)가 있습니다. 암 등록률, 암 사망률은 남성이 더 높으므로 암 검진율로 지표를 정하는 것은 문제가 없을 듯합니다.
- 성별 입원율은 의료 접근성의 차이 혹은 자원의 차이를 반영하는 지표라 볼 수 있는데, 성별 입원율에서 분만을 제외하는지 궁금합니다. 분만을 제외해야 거의 모든 연령에서 남성의 입원율이 여성보다 높게 나오기 때문입니다(여성의 생애주기별 건강 문제와 대책, 2000).
- 성별 입원율에서는 성별 차이가 일관되지 않다는 문제도 있습니다. 통계에 보면 의료보험 급여(2001년) 입원은 여성 54.97%, 남성 45.03%로 여성의 입원 비율이 더 높으나 건당 치료비는 남자가 1,036,619원, 여성 884,029원으로 남성이 더 높습니다. 의료급여의 경우 여자 42.74%, 남자 57.26%로 남자 비율이 더 높으나 건당 진료비는 여자가 1,034,217원으로 남자 936,976원보다 더 높습

니다(한국여성의 건강통계, 2003). 이러한 차이들은 어떻게 보아야 하는지 궁금합니다.

- 지역지표에서 외래 이용율을 포함시켰는데, 입원율과 달리 외래 이용율은 여성이 높게 나타납니다(여성의 생애주기별 건강 문제와 대책, 2000). 외래 이용율에서 성별 차이가 드러나는 것은 사실이나 입원율과는 어떠한 관계가 있는지에 대한 설명이 필요하다고 봅니다. 왜 지역 지표에는 외래 이용율을 포함시키고 일반 지표에서는 입원율을 포함시키는지를 밝혀주면 좋을 듯 합니다.
- 지역지표를 선정하는 이유가 지역 주민의 건강의 특수성을 밝히고 각 지역 간의 비교를 위한 것이라면 왜 대표지표와 유사한 지표들을 써야 하는가? 그렇다면 지역지표와 대표지표를 구분하는 이유는 무엇인지요? 자료 수집도 대표지표 자료 수집 시 지역별 분리 통계를 내면 될 것이면 될 것인데요. 이에 대한 자세한 언급들이 필요하다고 봅니다.

논평 2: 국가 암관리 사업에서의 성별영향 분석 평가

- 암관리 사업에 대한 성별 영향 평가라는 어려운 작업을 심도 깊게 수행하였다는 점에서 높이 평가될 수 있는 논문이라고 할 수 있습니다.
- 대부분의 성별 영향평가 작업에서 성별 분리 통계가 수집되지 않아서 평가 자체를 수행하기 어려운데 암관리 사업에서도 이러한 문제는 반복되는 것 같습니다. 그런데 ‘성별 평가를 할 수 없다는 것’이 ‘성별 차이나 성차별이 없다’는 것으로 인식될 우려가 있으므로 이 부분에 대한 논의를 좀 더 깊이 다루어 줄 필요가 있다고 봅니다. 무엇보다도 환자의 주민등록번호로 성별을 구분할 수 있는데도 성별 분리 통계를 산출하지 않거나 활용하지 못한다는 것은 관련 연구자 및 담당자들의 성별 분리 통계에 대한 인식이 낮음을 보여주고 있다. 이들의 성인지적 인식 제고를 위한 교육 등이 필요하다고 봅니다.
- 암 관련 각종 위원회에 여성 암 전문가의 참여 확대가 필요하다는 것은 인정하나 여성 암 전문가이면서 여성의 전반적인 이해나 요구를 동시에 반영할

수 있는 가의 문제는 고려해 보아야 할 것 같습니다. 여성 위원의 참여가 증가되어야 하는지, 여성 암 전문가 남성이 참여하는 것인지 분명하지가 않습니다. 암 전문가가 여성의 이해를 다 반영하기 어렵다면 여성건강관련 단체의 위원회 참여를 권장하는 것도 유용할 것이라고 봅니다.

- 암의 검진이나 관리 정책에 대한 조사에서 여성과 남성의 차이들이 나타나는데, 성별 차이 외에도 여성 내부 간의 차이- 교육정도별, 지역별, 소득별, 연령별 차이-들이 중요한 요소로 등장하고 있습니다. 암 연구에서 성별 못지않게 지역이나 계층, 연령의 차이가 중요합니다. 따라서 성별 영향 평가에서 성별 (gender)이 보편적 여성을 상징하는데서 나아가 여성들의 차이를 드러내고 각 차이들 간의 상호 연관성을 고려해야 할 것입니다. 이번 연구에서는 여성들 내부의 차이를 드러내었다는 점이 돋보입니다. 이는 향후 암 관련 통계 생성 및 수집에 있어서도 어떻게 여성 내 차이들을 반영할 수 있는지 하는 것들이 논의되어야 할 것입니다. 이는 취약 계층 여성의 건강 증진을 위한 정책의 세분화 및 다양화에 기여하리라고 봅니다.
- 호스피스 시범사업 성별 영향 평가에서는 시범사업 선정위원회에 여성 의원의 수를 분석하고 있습니다. 그러나 호스피스 서비스 제공자들의 성별을 구분해 보는 것도 필요할 것이다. 이들 중 여성 비율이 높을 것으로 예상되는데, 이는 사회 전반에서 여성들이 돌봄 노동을 수행하고 있음을 반영하는 것이라고 봅니다. 여성들이 다수 참여하므로 써 이들에 대한 정책적 지원이 차별화되거나 평가 절하될 우려가 있는지 검토가 필요하다고 봅니다.
- 최근 여러 정책들에 대해 성별영향평가가 시행되고 있는데 주로 여성부의 지침이나 지표들을 사용하여 일률적으로 이루어지는 경향이 있습니다. 암 관리 사업에서 특수하게 반영되어야 할 지표들은 없었는지? 또는 기존의 평가 지표로 평가하기 어려운 지점들이 있었는지 궁금합니다. 성인지적인 암관리 정책-정책 입안 단계에서 시행, 결과, 평가 작업의 과정들은 어떻게 되어야 하는지? 연구 과제 선정이나 예방, 치료 단계에서 성별을 고려한 정책들은 구체적으로 어떤 것일지 하는 것도 앞으로 더 연구되어야 하리라고 봅니다.

토 론

지 정 토 론

•

정 은 지 (한국여성민우회 여성건강팀장)

건강분야의 성인지적 정책방안에 대한 토론문

정 은 지 (한국여성민우회 여성건강팀장)

1. 서 론

여성이 정책의 평등한 수혜자로 자리매김하고 정책의 성평등성을 담보하기 위해 성별영향평가가 시작되었다. 이러한 성인지적인 정책은 기획부터 집행 평가단계까지 여성과 남성의 독특한 요구와 상황을 정확하게 파악하고 그들의 경험과 관점을 고르게 반영하여 특정 성에 대한 편파가 없이 공정하게 이뤄지도록 하기 위한 것을 의미한다. 이러한 성분석은 정책의 성 중립성에 대한 가정을 부정하며 정책분석과정에서 성인지적 관점을 도입함으로써 여성의 삶에 기반한 실질적인 평등을 이룩하고 정책과 서비스의 질적인 향상을 이루기 위한 것이다. 2005년은 이러한 성별영향평가가 각 부처별로 시행된 첫 해이며, 2004년에는 각 영역별로 과제를 발굴하여 성별영향평가를 실시하였고 많은 보고서 가운데서도 ‘국가 암관리사업에 대한 성별영향평가’ 자료의 경우 지표에 적용과 활용 면에서 성과가 큰 보고서였다. 특히 국민건강에서 중요한 부분을 차지하는 암관리 사업에 대해 이러한 평가가 이뤄졌다는 점에서 더욱 의미가 크다고 할 것이다.

2. ‘국가 암관리사업에 대한 성별영향평가’에 대한 의견

‘국가 암관리사업에 대한 성별영향평가’ 자료의 경우 암이 여성의 사망의 주요 원인이며, 그러한 의미에서 이 분석이 갖는 의미는 매우 크다고 할 수 있다. 또한 여성의 암검진 수진율이 낮은 이유에 대한 분석을 위해 여성의 의식에 대한 설문조사를 진행함으로써 앞으로 여성암검진 수진율을 높이기 위한 자료로 활용될 수 있을 것으로 보인다. 다만 이미 성별영향평가의 틀이 주어진 상태에서 그를 통해 분석이 이뤄짐으로써 약간 세부적으로 추가되었으면 하는 내용이 있다.

가. 암검진 수진율을 높이는 현실적이고 다양한 방안 필요

암검진 수진율을 높일 수 있는 현실적인 방안은 여성들이 갖고 있는 심리적 저항감과 비용이 비싸다는 인식을 극복할 수 있어야 할 것이다. 또한 여성이 접근할 수 있는 생활권에서 암에 대한 사전검진 필요성 등이 홍보 및 교육되어야 할 것이다.

- ① 위암이나 간암 검진에서 나타나지 않는 심리적 저항감이 자궁암이나 유방암에서는 발생한다. 이를 위해서 어떠한 문제를 극복해야할지 예를 들어 여성 의료진이 필요하다거나 검사 공간을 남성과 여성이 분리해서 사용가능하거나 하는 등 여성이 좀더 편안하게 접근할 수 있는 방안을 강화하는 노력이 필요할 수도 있을 것이다. 암검진 수진율과 함께 여성의 종합검진 수진율을 비교함으로써 전반적인 의료서비스 접근도를 비교하는 것도 유의미할 수 있다.
- ② 여성이 의료비용에 대해 느끼는 부담이 발생하는 것은 현실적으로 취업 여성의 비율이 낮은 점과 비정규직의 증가, 남녀의 수입차이 등에서 기인할 수 있다. 그렇다면 이러한 심리적 비용차이를 보정해주는 방법이 필요할 수 있다.
- ③ 직장에 다니는 남성들이 의료보험을 통해 건강검진의 형태로 암검사 등을 하는 것을 감안해 주부, 농민여성, 노인여성 등을 위한 의료서비스 접근권이 연구되어야 할 것이다.
- ④ 암검진에 대한 교육 및 홍보 역시 TV나 신문 등 대중매체를 통한 공익광고, 대중교통수단을 이용한 홍보, 지방자치단체, 지역문화센터, 보건소, 건강보험공단을 통한 홍보와 교육이 함께 이뤄질 수 있다.
- ⑤ 암의 발병에 대해 여성들이 느끼고 있는 심리적인 부담감에 대한 조사도 필요할 것이다. 암에 대해 느끼는 두려움이나 저항감이 어느 정도인지 초기에 치료할 수 있음에도 여러 가지 영향으로 과도하게 두려워하는 것은 아닌지에 대한 조사가 필요하다.

나. 연령별, 지역별, 직업군별로 암의 발병 추이 통계 필요

김남순님이 지적한 대로 여성의 암질환으로 인한 사망율이 변하고 있는데 연령별 암의 발병추이에 대한 자료가 추가되어야 할 것이다. 최근 젊은 여성들이 조기 폐경이나 난소암의 발병이 높아지고 있으므로 여성들이 연령별로 암의 발병추이의 변화를 알아보는 것이 앞으로 여성들의 암으로 인한 사망율 변화를 살피는데 유의미해질 듯 하다. 또한 앞으로는 직업군을 분류하여 암발병군을 통계화함으로써 각 직업별로 발생할 수 있는 암의 발병률이나 지역별로 도시와 농촌 사이의 암발병률의 차이 등도 통계화되어야 할 것이다. 여성이 단일한 집단이 아닌 점과 현재의 건강은 환경과 함께 접근하는 것이 앞으로 건강정책을 수립하는데 여러 가지 도움이 될 수 있을 것이다.

다. 늘어나고 있는 암인 위암, 대장암, 폐암 등에 대한 교육 및 홍보

여성에게 나타나는 암의 발병 추이를 감안한 교육과 홍보 역시 필요할 것이다. 여성에게 암은 여성암만 발병하는 것처럼 자궁암이나 유방암 위주로 인식되는 경향이 있다. 여성들이 위암이나 폐암 등에 걸리는 확률이 실제로 높으므로 적절한 내용이 홍보되어야 할 것이다.

라. 여성암 발병 및 치료가 여성에게 미치는 영향

여성암이라 불려지는 유방암이나 난소암 자궁암 등이 여성에게 심리적으로 어떤 영향을 미치고 생활에 있어 어떤 변화가 생기게 하는지 조사되어야 할 것이다.

마. 암치료 과정이 개인 및 가정에 미치는 영향

암에 걸린 여성들이 겪는 여러 가지 문제에 대한 조사도 병행되어야 할 것이다. 암이 주요한 사망의 원인이며 고가의 의료비용을 지출하게 된다. 이러한 암 치료 과정이 개인 및 가정에 미치는 영향에 대한 연구도 이뤄져야 할 것이다. 암이 발병한 후와 회복된 후 여성이 삶의 질에 대한 연구도 필요한 시점이다.

바. 일반암에 대한 발병 차이 연구 및 치료효과 등 연구 필요

성별로 분리된 통계가 사용되고 있긴 하나 성인지적 건강 정책이 아직 자리잡지 못함으로 인해 여러 가지 아쉬움이 있는 것이 사실이다. 여성암이 아닌 다른 암에서 여성과 남성의 발병 차이에 대한 연구, 또 약물이나 치료 방식에 있어 효과 부분도 차이가 있을 수 있다. 여성은 한 달내에도 호르몬 변화가 있을 수 있고 이러한 변화가 여성의 암 치료에 미치는 영향에 대한 연구가 필요할 수 있다. 여성암 외에 일반암에 있어서 성별 분리에 근거한 비교 연구가 전반적으로 이뤄져야 할 것이다.

3. ‘보건부문 양성 평등 지표 개발’에 대한 의견

‘보건부문 양성 평등 지표 개발’에 관한 장숙량님의 글에서는 10가지 건강부문 양성평등 지표의 관심 영역과 세부 관심영역 등이 드러나고 있다. 특히 건강부문의 양성평등 지표 부분에서는 여성의 삶에 해당하는 전반적인 영역을 포괄하고 있다. 물론 이러한 대부분은 현재 통계작업이 이뤄지는 것에 한한 것이다. 핵심적인 지표를 정리한 점에서 여성건강 자료로 유의미할 것으로 보이지만 치료적 의미의 보건지표 위주로 되어 있어 좀더 질적인 지표를 만들어 가는 노력이 필요할 것으로 보이며 지표를 세밀화해야 할 것이다.

가. 건강수명에 관한 지표

생존연수와 연령별 기대수명의 지표가 사용되고 있는데 여성의 와병일, 만성질환의 비율을 감안해 건강수명으로 보정된 자료가 추가되어야 할 것이다.

나. BMI가 한국에서 적절한 지표인지에 대한 세밀한 접근 필요

- ① 사회적으로 비만에 대한 관심이 높아지고 있고 이를 죄악시하는 경향도 심화되고 있다. 그러나 여성의 경우 50대 이전까지는 비만율이 남성에 비해 높지

않다고 한다. 비만율과 건강의 상관관계를 알아볼 수 있는 지표가 추가되어야 할 것이다.

- ② 서구에서 비만을 측정하는 BMI 지수는 사망률을 줄이는 상관관계를 갖는다고 발표되었다. 가령 서구비만인 BMI 30과 저체중 BMI 18.5 이하에서 사망율이 높아진다고 한다. 우리나라에서도 BMI 분류가 이러한 의미를 갖는 것인지 자료로 제시되어야 할 것이다.
- ③ 저체중과 질병분포 역시 함께 자료로 제시되어야 할 것이다.
- ④ 아시아에서 더욱 문제가 된다는 복부비만과 질병의 관계 역시 필요할 것이다.

다. 여성에게 유의미한 비교 지표들

성별 개인의 건강상태 평가에서 출산 이전과 이후 건강 상태의 변화, 환경이전과 이후의 변화 등이 추가되어야 할 것이다. 또한 비혼 여성과 기혼 여성의 건강상태 비교도 세부적으로 필요해질 것이다.

라. 정서적 심리적 건강을 반영한 지표 필요

여성의 정서적 심리적 건강을 반영한 지표가 세부적으로 관심영역에 추가되어야 할 것이다. 출산 후 산후 우울증의 빈도, 생식관련 질환 및 만성질환이 여성의 정서에 미치는 영향을 함께 지표로 살필 수 있어야 할 것이다. 특히 자궁적출이나, 난소제거 등 수술이 늘어나고 있는 만큼 이러한 여성의 특수한 삶의 상황에 맞는 연구 등이 추가되어야 할 것이다.

마. 인공수정이 여성건강에 미치는 영향에 대한 지표 필요

한국에서 성행하고 있는 인공수정을 감안할 때 인공수정 횟수 및 이때 적출되는 난자 등에 대한 지표가 관심영역에 추가되어야 할 것이다. 우리나라는 세계 최고의 인공수정율을 보이고 있지만 이에 대한 자료 제시는 거의 이뤄지지 않고

있다. 현재 생명윤리및안전에관한법률에 의하면 불임클리닉에서는 산부인과 의사 외에 수의사나 일반 이공계학자 등까지 연구자로 참여하게 될 예정이다. 이러한 환경을 감안할 때 인공수정이 여성건강에 미치는 영향에 대한 지표가 추가되어야 할 것으로 보인다.

바. 호르몬 치료를 받는 여성인구 증가에 따른 자료 필요

호르몬 치료를 받는 여성인구도 증가하고 있다. 여성의 수명이 연장되면서 완경 이후에도 대부분 여성이 삶을 지속하게 된다. 호르몬 치료 여성 비율과 호르몬 치료를 받지 않는 여성에 대한 비교 자료 역시 필요할 것이다.

4. 결 어

지금까지 남성과 여성의 건강은 한 축으로 다뤄져 왔다. 여성은 출산이라는 생물학적 특징을 가지는 외에는 남성과 대별되는 치료를 받지 못했다. 또한 그들의 요구는 의료진에게 무시되거나 존중받지 못해왔다. 여성건강 하면 아직도 우리는 여성의 특성인 유방과 자궁 부인병 등을 떠올리는 경우가 많다.

그러나 사회에서 한 구성원이 건강하다는 것은 사회구성원으로서의 역할분담과 사회적 책임 속에서 정신적 심리적 육체적으로 편안하다는 의미일 것이다. 이러한 측면에서 한국사회에서 여성 건강문제도 살펴보아야 할 것이다. 한국에서 여성건강의 측면을 살펴볼 때 여성의 사회적 지위에 관한 논의는 따라서 반드시 포함되어야 할 것이다. 이러한 의미에서 보면 UN에서 2003년 발표한 여성권한 척도는 우리에게 매우 유의미하다. 여성의 교육수준이 크게 향상되었음에도 여성의 정책참여도는 64개국 중 63위에 해당하였다. 여성의 평등지표가 개선되지 않은 상황에서 여성건강 상황 역시 크게 나아질 수는 없다. 북경여성대회 이후 gender적 관점에서 여성건강에 대한 논의가 이뤄져왔음에도 건강에 대한 성별분리 연구나 통계는 아직도 미흡한 수준이다.

여성전문병원에 대한 논의 역시 '출산' 등을 중심으로만 이뤄지고 있다. 병원에

서 여성의사를 만날 확률이나 의료정책전문인으로 여성이 참여할 확률은 드물며 최근에는 각 부처의 여성정책실이 사라지거나 통폐합되고 있는 실정이다.

건강의 형평성에 대한 논의 속에 여성적 관점은 반드시 필요한 상황이다. 사회 계층간 차이로 나타나는 의료불평등의 문제는 비정규직 여성, 노인 여성, 빈곤층 여성, 농민여성에게 더욱 심각한 영향을 끼치고 있다. 또한 취업률이 낮은 상황에서 전업주부인 여성 역시 사회적 의료혜택에서 소외될 수 있다. 성인지적 관점에서 여성건강정책은 이러한 여성의 현실을 반영하고 실질적인 평등을 이룩해야 할 것이다. 또한 최근 진행되는 의료시장 개방 논의 속에 의료공공성에 대한 고민이 시작되고 있다. 공공의료 활성화 방안 속에 젠더적 관점을 도입하는 것이 필요할 것이다. 고급의료서비스가 발달된 미국 여성의 건강수명은 한국보다 짧다고 한다. 공공의료가 무너지면 여성건강 역시 더욱 위협받을 수밖에 없으므로 성인지적 관점에서 공공의료활성화에 대한 논의가 마련되어야 할 것이다.

여성건강을 위해 필요한 정책 및 연구 작업

- 건강증진 예방에 대한 연구 및 경제적 지원
- 성별분리통계에 따른 행정과잉과 예산투입의 어려움에 대한 저항을 극복해야 함
- 여성의 심리적 사회적 상태가 건강에 미치는 영향에 대한 연구
- 여성의 의료서비스 접근을 높이기 위한 연구
- 각 질병에 대한 성별차이 연구 작업, 직업군별 질병 연구
- 여성이 운동, 스트레스관리, 금연 등을 생활에서 실현할 수 있는 방안 연구
- 만성질환이 여성의 삶의 질에 미치는 영향에 대한 연구
- 여성성을 훼손시키는 것으로 인식되는 시술이 여성에게 미치는 영향
- 한국에서 지나치게 높은 시술률을 보이는 제왕절개분만, 자궁적출, 인공수정시술, 미용성형수술 등에 대한 연구 및 조사 작업
- 치료가 아닌 예방적 관점에서 할 수 있는 의료서비스나 대체의학 등의 적절한 도입방안마련
- 각 생애주기별 여성에 맞는 건강관리 방안 교육
- 지역별 계층별 연령별로 여성의 건강통계를 전반적으로 분류할 필요가 있음
- 여성관련사업 및 정책에서 연령별 여성건강사업 의무화
- 여성부 외의 다른 부처와의 연계를 통한 여성건강사업 추진 요구됨
- 교육부를 통한 청소년 건강교육 및 건강사업진행, 대학을 통한 여성건강 교육 및 사업진행 지역보건소나 공공시설을 이용한 무료검진이나 여성 건강관리 교육, 사회교육원 평생교육원을 통한 다양한 건강관리 프로그램 도입
- 정부, 학계, NGO 네트워크를 통한 건강 정책 추진방안 모색
- 여성 일반이 안고 있는 건강문제에 대한 조사 작업 및 정책 추진 필요