

암 치료 소외계층을 위한 암 의료이용 체계 구축의 모색

：환자 네비게이션(Patient Navigation) 프로그램 중심으로

이영선

(조선대학교)

이송이

(이화여자대학교)

한인영*

(이화여자대학교)

전 세계적으로 암 발생률과 사망률, 암관리비용이 증가하고 있다. 우리나라 또한 사회경제적 수준에 따라 암 치명률과 사망률의 격차를 보일 뿐 아니라, 오히려 사회경제적 취약계층 일수록 암 치료를 위한 의료이용에서 소외되는 건강불평등 양상이 나타나기 시작했다. 따라서 효과적이고 효율적인 의료재원 활용의 필요성이 제기되고 있다. 외국의 경우 우리보다 앞서 암 치료 소외계층이 의료 서비스 이용 과정에서 겪게 되는 물리적·경제적 장애요소에 적절히 개입하여 의료이용 접근성을 높이기 위한 ‘환자 네비게이션 프로그램’이 개발·적용되고 있으며 지속적으로 여러 연구를 통해 프로그램의 효과가 검증되고 있다. 미국 및 캐나다에서 진행된 200개 이상의 환자 네비게이션 프로그램을 통해 사회경제적 취약계층이 암 의료이용 시 겪게 되는 경제적 어려움, 물리적으로 낮은 이용 접근성, 문화적 차이와 언어적 제약, 분절된 서비스 전달체계, 인종에 따른 차별 등을 줄이고 암 의료이용에의 접근성을 높인 결과 암 생존율이 높아진 것으로 보고되었다. 이러한 검토에 따라 우리나라 암 치료 소외계층의 의료이용 형평성 제고를 위한 환자 네비게이션 프로그램 적용 가능성 탐색을 위해서는 우선 암 환자 및 가족 등 프로그램 대상자의 요구도 조사가 이뤄져야 하며 운영 주체를 통한 원활한 프로그램의 기틀 마련, 그리고 네비게이터의 발굴이 이뤄져야 한다. 한국형 환자 네비게이션 프로그램의 성공적인 적용을 위해서는 암 환자 의료이용 실태에 대한 체계적인 조사와 네비게이터 양성을 위한 교육 프로그램이 과제로 제시되었다.

주요용어: 암 치료 소외계층, 암 관리, 의료이용 불평등, 환자 네비게이션

이 논문은 2009년도 조선대학교 학술연구비의 지원을 받아 연구되었으며, 2011 Global congress for Qualitative Health Research에서 일부 발표되었음.

* 교신저자 : 한인영, 이화여자대학교(yhan@ewha.ac.kr)

■ 투고일: 2011.7.31 ■ 수정일: 2011.9.7 ■ 게재확정일: 2011.9.22

I. 들어가는 말

건강은 누구나 누려야 할 기본적 인권이다. 세계인권선언 제25조는 ‘모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함해 자기 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리가 있다’고 기록하고 있다(한국건강형평성학회, 2006). 그러나 교육수준, 직업계층, 소득수준, 재산 등의 사회경제적 위치지표와 지역에 따라 건강수준 및 건강행태에 차이가 있다면 이를 건강불평등 또는 건강 형평성으로 규정할 수 있으며, 각 국가에서는 여전에 맞추어 사회구성원 누구를 막론하고 필요할 때 소득에 관계없이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 각종 제도적 장치를 마련하여 시행 할 필요가 있다(Hurst, 1994; 한국건강형평성학회, 2006).

기존 연구결과들은 건강수준, 특히 사망률에서의 사회경제적 불평등 크기가 최근 수십 년간 지속적으로 증가하고 있음을 보고하고 있으며 건강 불평등 제거 또는 완화라는 정책목표는 여러 선진국에서 이미 주요 의제로 삼고 있다(한국건강형평성학회, 2006). 영국은 2000년 초반 국가 건강목표로 “최빈자의 건강을 향상시키고, 건강 불평등의 크기를 줄이는 것”으로 설정했고(U. K. Department of Health, 2001) 미국 보건부에서는 2010년까지 달성해야 하는 목표로서 “성, 인종, 교육수준, 소득수준, 지역 등에 따른 건강 불평등을 제거하는 것”으로 설정하기도 했다(U. S. Department of Health and Human Services, 2000).

암 질환 또한 건강불평등에 의한 차이가 적용되는 현상을 보인다. 미국암협회(ACS)의 ‘Special Report on Cancer in the Socioeconomically Disadvantaged’(1986)에 의하면 사회경제적 수준이 낮을수록 즉, 소득 및 교육 수준이 낮은 개인일수록, 암 사망률이 더 높게 나타났다. 2003년 전미과학아카데미 의학협회(IOM)에 따르면 사회경제적·문화적 요인들이 흡연, 영양실조, 무기력, 빈곤 등과 같은 암 위험요인에 영향을 미치는 것으로 보고했으며(IOM, 2003), 소득 및 교육 수준, 의료보험가입 여부는 암 치료를 위한 조기 발견 및 치료에도 영향을 미쳤다. 즉 빈곤할수록, 그리고 인종에 의한 차별을 받는 이들일수록 평균 미국인들 대비 암 위험요인에 높게 노출되며 이는 높은 암 사망률의 원인이 되는 것이다(IOM, 2003). 특히 미국은 유럽이나 한국과 달리 전 국민 대상 의료보장체제가 아니므로 사회경제적 수준이 낮은 계층의 의료이용 접근성이 낮을 수밖에 없다(Freeman, 2004). 따라서 사회경제적 수준에 따라 암 치료 소외

계층이 나타나는 점에 주목하여 미국은 1990년대 Freeman 중심으로 빈곤계층 주 거주 지역 병원에서 암 검진을 제고를 목적으로 한 ‘암 환자 네비게이션 프로그램(Cancer Patient Navigation Program)’을 실시하였다(Freeman, 2004). 그 결과 프로그램 실시 전 39%에 불과했던 5년 생존율이 70%로 상승하는 성과를 보여 이후 암 치료 의료 서비스 이용에 어려움을 겪었던 사회경제적 소외계층 대상으로 프로그램이 실시되었으며 이는 암 의료이용 서비스로부터 소외된 계층의 건강형평성을 획득하는 데 중요한 역할을 하였다(Wellal et al., 2008).

우리나라는 주요 사망원인이 암 질환으로 나타난 1990년대 후반부터 국가적 차원의 개입이 시도되었다. 암 관리법 제정 후 국립암센터를 중심으로 국가암관리사업과 암연구사업을 진행하고 미국과 달리 전국민 대상 건강보험제도가 운영 중에 있어 암환자 의료비 지원, 주요 5대 암(위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암)에 대한 암 검진 사업, 그리고 각 시도별 종합병원을 지역암센터로 지정하여 국가암관리체계를 구축하였다.

보편적 의료보장 목적으로 한 국가 개입을 통해 전체 암 질환 사망률은 점차 감소하고 있으나 우리나라 또한 국외 상황과 유사한 사회경제적 기준에 따른 암 발생 및 사망률의 차이가 나타나고 있다. 손미아(2008)의 연구에 따르면 사회경제적 수준, 즉 소득수준, 직업, 학력, 거주 지역에 따라 암 발생률 및 사망률 추이는 다른 것으로 나타났으며, 김철웅(2005)의 연구에서는 사회경제적 수준 뿐 아니라 정부 지원여부가 암 발생률 및 치명률에 영향을 끼치는 것으로 보고되고 있다. 즉, 의료비 및 의료서비스 지원이 일반 의료보험 대상자 대비 많은 의료급여 수급자는 암 발생률이 소득 최하위 계층 보다는 높으나 지속적인 양질의 의료 서비스 이용과 관련된 암 치명률은 소득 최하위 계층 대비 낮은 것으로 나타났다. 이는 비록 건강보험제도에 의한 보편적 의료서비스 지원을 통해 암의 발생은 줄일 수 있으나 치료와 직결된 양질의 의료서비스가 따라주지 않는다면 암 환자의 생존에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 의미한다.

우리나라는 앞서 제시한 미국과 달리 건강보험에 의한 전 국민 대상 의료보장 체계가 실재하나 외국에서 나타나는 사회경제적 수준에 따른 의료이용의 불평등 현상이 동일하게 발생하고 있으며 특히 주요 사망원인인 암 질환은 정책적 개입에도 불구하고 암 질환에서의 건강불평등 양상이 발생하고 있다(신호성, 2009). 따라서 미국 및 캐나다는 사회경제적 차이에 따른 암 의료이용 차이가 우리 사회보다 먼저 고민되었던 곳으로서, 미국암협회(ACS), 미국국립암센터(NCI) 등 국가기관이 중심이 되어 암 치료 소외계층

에 해당하는 사회경제적 수준이 낮은 계층을 대상으로 이뤄진 환자 네비게이션 프로그램 진행 경험을 고려할 필요가 있다.

본 연구에서는 북미권에서 사회경제적 수준이 낮은 계층을 대상으로 암 의료이용 불평등을 극복하기 위해 실시된 환자 네비게이션 프로그램에 대한 문헌 연구를 통해 우리나라 암 치료 소외계층 개입 방안에 주는 함의들에 대해 살펴본다. 우리나라 암 치료 소외계층의 의료이용 형평성 제고를 위해 암 환자 대상 환자 네비게이션 프로그램 적용 가능성에 대해 모색해보고 방향성에 대한 제언사항들을 도출한다.

Ⅱ. 연구 목적 및 연구 방법

본 연구에서는 사회경제적 요인에 의한 우리나라 암 질환의 발병 및 사망률 차이 및 의료이용 행태 현황을 살펴본 후 암 치료 소외계층 발생과 연관된 우리나라 암 관리 정책에서의 이슈를 검토하고, 미국 및 캐나다에서 사회경제적 취약계층 대상 암 의료이용 접근성 제고를 목적으로 시행 중인 환자 네비게이션 프로그램을 고찰한 후 우리나라에서의 적용 방향성에 대해 논하고자 한다. 이를 통해 우리나라 사회경제적 취약계층 대상 암 의료이용 형평성 제고 방안에 대해 모색해보고 실천적인 제언사항들을 도출하는 것을 연구 목적으로 한다.

환자 네비게이션 프로그램 고찰을 위해 1980년대 후반부터 2011년 현재까지 미국 및 캐나다에서 진행된 환자 네비게이션 프로그램 관련 국내외 학술문헌들을 포괄적으로 검토하였다. 이를 위해 다음의 방법을 적용하여 문헌을 검색하였다.

첫째, 국내 학술 문헌은 국내 주요 논문 검색사이트(RISS, KERIS, DBPIA, KISS 등)를 통해 검색하였으며 국외 학술 문헌은 국외 발표 논문이 포괄적으로 검색되는 Google Scholar 및 보건 의료 관련 논문이 주요하게 실리는 Pubmed database 등을 통해 검색하였다. 둘째, 환자 네비게이션 프로그램의 필요성 제기 및 시범 운영이 시작 되는 1980년대 후반부터 2011년 4월까지 게재된 논문을 검색하였다. 셋째, 검색 시 국문은 ‘의료이용’, ‘암 치료 소외계층’, ‘암 환자’, ‘암 검진’, ‘환자 네비게이션’, ‘환자 네비게이터’, 영문은 ‘cancer’, ‘patient navigation’, ‘patient navigators’, ‘access to health care’, ‘disparities’의 주제어와 합성어를 사용하여 키워드 검색하였다. 넷째, 각

논문의 참고문헌을 검토하여 데이터베이스에서 검색되지 못한 연구들을 첨가하였다.

이러한 과정을 통해 수집된 국내외 학술문헌 총 37편을 검토하여 북미의 환자 네비게이션 프로그램의 전반적인 내용과 운영 과정 등을 고찰하였다. 구체적인 조사 내용은 다음과 같으며, 암 환자 대상으로 이뤄진 환자 네비게이션 프로그램에 초점을 맞춰 살펴보았다.

- 환자 네비게이션 프로그램 정의
- 환자 네비게이션 프로그램 발생 배경
- 환자 네비게이션 프로그램 역할 및 기대효과
- 환자 네비게이션 프로그램 실시 현황 및 성과

III. 우리나라 암 질환 관련 현황

1. 우리나라 암 발생 및 사망률

국내 사망원인 통계에 의하면 가장 많이 증가한 사인은 암으로 암에 의한 사망률이 지속적인 증가 추세에 있다(통계청, 2010). 2009년 6만9천780명이 암으로 사망했으며 이는 총 사망자의 28.3%에 해당하는 것으로 사망원인 1위에 해당한다.

암 사망률과 유사한 추이로 암 발생률 또한 증가하고 있다. 2000년 인구 10만 명당 214.1명이 암으로 진단받았으나 2008년 361.9명으로 증가했다. 2008년 1년 동안 새롭게 암으로 진단받은 암 발생자가 178,816명으로, 2007년 165,942명 대비 7.8% 증가하였다(보건복지부·국립암센터, 2011). 2015년까지의 암 발생률을 추정한 결과 2008년 178,816명이었던 암 발생이 2015년에는 270,809명으로 2008년 대비 51.4% 증가 할 것으로 추정되고 있다(보건복지부·국립암센터, 2011).

우리나라 국민 평균수명 80세 기준으로 볼 때 평균 수명까지 생존 시 암에 걸릴 확률은 34.0%로 3명 중 1명은 암에 걸리는 것으로 분석되었다(보건복지부·국립암센터, 2011). 연령을 표준화하여 국제 수준에서의 암 발생률을 비교할 때 남자는 인구 10만 명당 미국 335.0명, 영국 280.8명, 일본 247.3명인 반면 한국은 314.2명으로 미국 다음으로 높은 수치를 보이고 있다. 여자는 미국 274.4명, 영국 249.5명, 일본 167.6명

대비 한국은 241.6 명으로 남자와 동일하게 미국 다음으로 높은 국가에 속한다(보건복지부·국립암센터, 2011).

이는 우리나라에서의 암은 더 이상 소수의 질병이 아닌 모두가 예방해야 하는 질환으로 암 발생률 및 사망률을 낮추기 위한 국가적 차원의 개입이 지속적으로 필요함을 의미한다.

2. 사회경제적 수준에 따른 암 발생 및 사망률

외국에서 보고된 사회계층별 암 발생률에 따르면 사회경제적 하위계층이 상위계층보다 전체적으로 암 발생률이 높은 것으로 되어 있다. 21개 국가 37개 인구집단의 24개 암종에 대한 연구를 분석한 결과 일부 암을 제외하고는 낮은 사회계층일수록 암 발생률이 높았다(Faggiano et al., 1997). 이러한 현상은 우리나라에서도 유사하게 나타나는 것으로 보고되고 있다. 이상이(2006)의 연구에 따르면 소득수준에 따른 남녀 암 발생률 및 치명률 차이 분석 결과 국내 암 발생률 및 치명률은 소득에 반비례 하는 것으로 나타났다.

가장 낮은 소득계층은 가장 높은 소득계층 보다 인구 10만 명당 남자 131.7명, 여자 58.5명 초과 사망이 발생하는 것으로 나타났고, 가장 높은 소득계층 대비 낮은 소득계층의 암 발생 위험이 남자가 1.65배, 여자가 1.43배인 것으로 나타났다. 치명률 분석 결과 남자의 경우, 전체 암 환자 중 소득이 가장 높은 소득1계층 대비 소득2계층 이하 계층에서 사망할 위험이 높았으며 통계적으로 유의하였다. 특히 가장 낮은 소득계층인 소득5계층에서 사망할 위험이 2.06배로 가장 높았다(이상이, 2006).

주요 악성종양별로 보면 모든 암에서 소득1계층에 비해 다른 소득계층에서 사망위험이 높게 나타났는데 특히 소득5계층의 상대위험비가 간암 2.32배, 위암 2.29배, 전립선 암 2.0배로 상대적으로 높았다. 여자의 주요 악성종양을 보면 치명률이 매우 낮았던 유방암과 자궁경부암에서 사망 위험비의 격차가 가장 크게 나타났다. 이처럼 우리나라에서 소득계층에 따른 암 발생 및 치명률은 저소득층에 상당히 불리한 불평등이 있음을 알 수 있다.

손미아 외(2008)의 연구 또한 소득수준, 교육수준, 직업의 종류, 거주 지역에 따라 암 발생 및 사망 위험비에 차이가 있음을 밝히고 있다. 위험비는 비교기준 등급이 가장

높은 계층의 암 발생 혹 사망비율을 1로 놓고 다른 계층의 비율을 비교하는 것으로 소득차이 기준에 따른 암 발생 위험비는 의료급여대상자에게 높게 나타나고, 암 사망 위험비는 100만 원 이하 소득계층, 의료급여대상자 순으로 높게 나타났다. 특히 암 환자 5년 사망 위험비 분석 결과 최상류층 환자가 암 진단 후 5년 동안 100명이 사망하는 동안 소득 100만 원 이하 계층에서는 동시기 125명 사망, 의료급여 대상자는 147명 사망하는 것으로 나타났다. 이는 암 발병 후 상류층은 꾸준한 진료와 건강검진 등을 통해 완치율이 높으나, 저소득 계층은 상대적으로 암 조기 진단이나 검진, 치료 등이 적시에 이뤄지지 못해 사망위험이 높아지는 것으로 추정할 수 있다.

교육수준 기준 남성 대졸이상 계층에서 100명 사망 시 고졸 122명, 중졸 157명, 초졸 이하 168명 사망하는 것으로 나타났으며 직업 기준으로 비육체 노동자 100명이 사망할 때 육체노동자 103명, 비경제활동인구 251명이 사망하는 것으로 조사되었다. 거주지역 기준 가장 부유한 지역 남성이 암으로 100명 사망하는 동안 가장 빈곤한 지역의 남성 120명 사망하는 것으로 나타나, 소득계층 차이와 동일한 추이를 보이고 있다 (손미아 외, 2008).

3. 사회경제적 수준에 따른 암 환자 의료이용 행태

우리나라는 지난 수십 년간 급속한 경제발전 속에서 1970년대 후반 500인 이상 사업장에 의무적으로 건강보험에 도입된 지 불과 10여년 만에 모든 국민에게 건강보험에 적용되어 단시간 내 의료보장의 틀을 만들었다. 우리나라 건강보험제도는 보험료는 소득에 비례하여 부담하고 의료서비스 이용은 소득에 관계없이 모두 동일한 급여를 제공받는 등 의료서비스 이용의 형평성을 원칙으로 한다. 하지만 국민건강보험제도를 통해 의료이용의 형평성을 달성하고자 하는 정부의 노력에도 불구하고 여전히 우리나라에서 의료이용의 형평성에 상당한 문제가 있음이 지적되어 왔다(이창곤, 2006).

이용재(2010)의 연구에 따르면 2007년 국민건강영양조사를 바탕으로 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용의 형평성을 측정한 결과, 저소득층의 외래 및 입원이용 등 의료이용량이 증가하였으나 저소득층의 건강상태가 고소득층 대비 나쁘다는 점에서, ‘건강상태에 따른 의료이용’이라는 의료형평성 개념에 비춰볼 때 저소득층의 의료필요를 적절히 충족시키지 못하는 것으로 볼 수 있다. 이는 건강보험 급여이용을 대상으로 분

석한 이상이와 흥성철(2003)의 연구 및 이용재와 김승연(2006)의 연구에서 소득계층별 건강상태를 반영할 경우 저소득층에게 불리한 의료이용이 이뤄지고 있는 것과 일치하는 결과다. 저소득층의 의료이용량이 증가한 것이 보장성 강화로 인한 효과일 수도 있으나 저소득층의 건강수준이 좋지 않아 의료이용량이 증가한 것으로도 볼 수 있다. 즉, 저소득층의 경우 건강검진 등 꾸준한 건강관리를 하지 못하거나 필요한 의료서비스를 제때 이용하지 못해 질병의 상태가 악화되는 경우가 많기 때문에 질병의 상태가 악화되어 의료이용량이 증가한 것으로 볼 수도 있는 것이다. 이는 사회경제적 수준에 따른 의료이용 행태에 차이가 있음을 추측할 수 있는 결과라 볼 수 있다.

암은 질병의 특성상 강도 높은 치료와 케어가 필요하고 장기간의 투병생활을 요하므로 환자와 가족이 부담해야만 하는 개인부담의료비용(out-of-pocket expenditure) 수준이 높아 심각한 재정적 손실로 인해 결국 암의 근본적인 회복을 방해할 수 있다 (Moore, 1998; Moore, 1999; Langa et al., 2004). 실제 암 치료 관련 비용 수준이 상당한 것임을 보여주는 선행연구들이 있으며 사회경제적 수준과 암 치료 결과 간 상관성이 있음을 밝히고 있다(김성경·박웅섭, 2006; 김소영 외, 2009; Du et al., 2000; Brown et al, 2002). 즉, 사회경제적 수준에 따른 암 발생 및 사망률 차이를 통해 고소득층보다 저소득층 암 환자가 사망할 확률이 유의하게 높다는 결과를 얻을 수 있으며 이는 소득계층에 따른 의료이용의 차이를 추측할 수 있다. 암 환자는 암 발병 후 최선의 치료를 받아야 하는 것이 분명하나 저소득층 암 환자들은 경제적 여건의 한계, 생계유지로 인한 지리적 이동의 접근성 제한 등으로 고소득층 대비 적절한 치료를 지속치 못할 확률이 높은 것이다. 따라서 사회경제적 수준이 낮을 경우, 특히 소득이 낮을수록 암 진단 및 암 치료와 관련된 암 의료이용에서의 소외계층이 될 가능성이 높다.

암 환자 의료이용 불평등 양상은 어떤 유형의 의료기관을 이용하느냐에 따라 그 결과에 차이가 있다. 따라서 암 환자들이 사회경제적 수준에 따라 어떤 유형의 의료기관을 이용하는지에 대한 구분이 선행되어야 한다.

이상이(2006)의 연구는 우리나라 암 환자 등록 자료를 활용하여 암 진단시점부터 암 환자의 사망까지 소득계급별로 의료이용의 차이를 추적하였다. 1999년 암 발생자 중국민건강보험 지역가입자이며 악성종양으로 분류된 총 44,470명을 대상으로 연구한 결과, 소득이 가장 높은 계층은 진료비가 고가인 대학병원 등의 3차 병원 입원비율이 높고, 소득이 낮은 의료급여수급자는 낮은 입원비율을 보였다. 즉 소득이 가장 높은

계층에 속한 암 환자는 73%가 대학병원을 이용한 경험이 있던 반면, 소득이 낮은 계층은 암 환자의 54.2%, 의료급여수급자는 단 10.1%만이 대학병원을 이용한 적이 있었다. 또한 교육수준별 사망 전 1년 동안 암 의료이용량에서도 대학이상 교육을 받은 환자의 의료이용량이 가장 높았으며 무학 대비 2배 이상의 진료비 차이를 보였다. 이와 유사한 결과는 주수영 외(2007)가 2004년 암 사망자 6만 명을 대상으로 교육 계층에 따른 암 사망자의 사망 전 1년간 월별 1인당 총 건강보험 진료비를 분석한 연구에서도 동일하게 나타났다.

한편, 지역유형별 의료기관의 암 환자 의료이용과 진료 분담률을 분석한 연구 결과 (이용재, 2009)에 따르면 지역주민과 가까워 접근이 용이한 시·군 지역 의료기관이 암 환자들의 의료이용량이 많고 진료 분담률도 높아서 암 등 중증질환자를 치료할 수 있는 의료공급기반이 지역별로 균등하게 갖추어지고 있음을 알 수 있으나, 여전히 특별시 지역의 종합전문요양기관 등 대형의료기관 중심으로 암 환자에 대한 수술 등 적극적인 치료가 이루어지고 있고 중소형 의료기관은 소극적 입원보호만 하고 있는 것으로 나타났다. 특히 대형의료기관의 경우 인구밀도가 높은 대도시에 많이 개설된 상태여서 농어촌 지역 암 환자의 의료접근성에는 한계가 있는 것이 현실이다(이용재, 2009).

암 환자의 의료의용 현황 또한 발병 현황과 동일하게 사회경제적 요인에 의한 불평등 양상이 나타나고 있으며 이는 국외 의료 이용 실태 연구와도 일치하는 결과다. 저소득층 의료 필요 또한 저소득층이 더 많다는 연구(van Doorslaer et al., 1997)나 유럽 13개국을 대상으로 한 소득계층 간 건강 불평등 연구에서 고소득층 편향의 불평등 경향과 저소득층의 건강이 더 나쁘다는 연구(이준협 외, 2009; van Doorslaer & Koolman, 2004)등이 있다.

따라서 소득계층, 교육 수준, 거주 지역 등 사회경제적 관점에서 암 의료이용으로부터 소외된 계층을 대상으로 한 건강불평등 해소를 위한 프로그램 또는 제도 마련의 필요성이 제기된다.

IV. 암 치료 소외계층 대상 암 관리 프로그램 사례 : 환자 네비게이션(Patient Navigation) 프로그램 중심으로

보편주의적 접근을 근간으로 하는 의료보장체계라 할지라도 보다 적극적이고 전문적인 지원을 필요로 하는 빈곤층, 신체 및 정신장애인, 만성질환자, 암 및 희귀병 질환자 등은 이들의 특성에 맞는 접근이 필요하며, 특히 사회경제적 수준에 의해 의료불평등을 경험하지 않도록 취약계층 대상의 맞춤 보건의료서비스가 필요하다.

앞서 지적한 바와 같이 우리나라 암 발생 및 암 의료이용 행태에서는 사회경제적 요소, 즉 소득수준, 교육수준, 거주 지역에 의한 차이가 존재한다. 이는 건강형평성에 위배되는 것이며 또한 의료안전망의 목적에도 위배되는 것이라 볼 수 있다. 따라서 신영전(2010)은 취약계층의 질병예방, 치료, 재활 및 건강증진에 효과적인 방법으로 첫째, 취약계층의 상황을 모니터링할 수 있는 모니터링 지표 개발, 둘째 개인수준 뿐만 아니라 지역적, 집단적 접근을 통한 사업의 진행, 셋째, 전 생애에 걸친 개입이 필요하며 이 때 대상 문화·친화적 관점의 필요, 마지막으로 취약계층에 알맞은 정책과 서비스 지원을 위해 관련 부문 간 네트워크가 필요하다고 말한다.

미국은 1980년대 사회경제적 차이에 따른 암 의료이용 소외계층이 존재함을 발견하고 소득, 교육수준, 거주 지역 및 인종에 따른 암 조기검진 및 치료로부터의 배제를 막기 위해 1990년대 후반부터 암 위험요인에 노출되거나 이미 암 진단을 받은 이들을 대상으로 환자 네비게이션(Patient Navigation)프로그램을 진행하였다(Freeman, 2004). 이 프로그램은 암 치료 소외계층 대상으로 지속적인 모니터링과 기금에 의한 프로그램의 사업화 및 확장, 그리고 지역적 특성과 문화적 차이로 인해 암 위험 요인에 취약한 계층 대상에 대한 개입을 위해 관련 기관과의 네트워크 또한 진행하고 있다. 이는 신영전(2010)의 연구에서 밝힌 취약계층에 효과적인 보건의료서비스 제공 원칙과도 일치한다고 볼 수 있다.

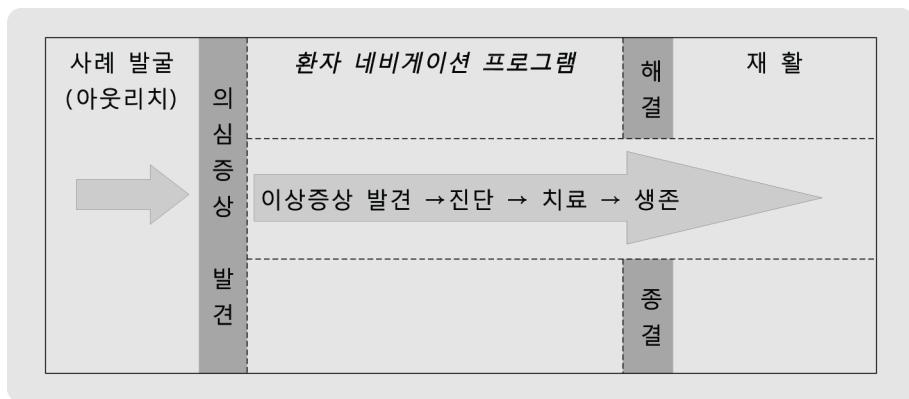
따라서 미국 및 캐나다에서 암 의료이용으로부터 소외된 사회경제적으로 낮은 계층 대상으로 진행한 환자 네비게이션 프로그램 고찰을 통해 국내 암 치료 소외계층의 암 의료이용 형평성 제고를 위한 개입 방안을 모색해보고자 한다.

1. 환자 네비게이션 프로그램 정의

환자 네비게이션 프로그램을 처음 시작한 Freeman은 다음과 같이 프로그램을 정의 한다(Freeman, 2004).

첫째, 환자 네비게이션 프로그램은 일대일 접촉을 통해 환자를 돋는다. 둘째, 질환의 증상이 의심되는 환자들은 진단 및 치료를 받을 수 있도록 한다. 셋째, 환자가 의료서비스를 이용할 수 있도록 네비게이터가 돋는다. 넷째, 의료이용의 형평성 제고를 위해 기관 내에서 혹은 아웃리치, 예방 및 홍보 활동 등과 같은 외부 서비스 제공을 통해 프로그램을 진행한다. 이와 같은 정의는 암 관리의 연속선상에서 다음과 같이 표현될 수 있다.

그림 1. 암 관리 연속선상에서의 환자 네비게이션 프로그램



자료: Freeman et al.(1995).

환자 네비게이션 프로그램은 사례관리모델의 4 구성요소에 근거해 개념적 정의를 할 수 있다(Longest & Young, 2000). 첫째, 사례 발굴이다. 즉, 체계적 접근 방법에 의해 암 진단 또는 암 치료 욕구가 있는 개인 또는 암 환자를 빌굴·인지한다. 둘째, 환자가 의료이용 시 겪게 되는 장애요소는 무엇인지 파악한다. 이 때 네비게이터는 환자와 만나 적절한 치료를 받는 데 문제가 되는 장애요소에 관한 정보를 알아낸다. 셋째, 파악된 장애요소를 극복하기 위한 환자 맞춤형 계획을 수립한다. 넷째, 문제 해결 과정에

서 뒤따르는 결과들에 대해서는 체계적 방법을 통해 지속적으로 관리한다. 즉, 암 환자 대상의 환자 네비게이션 프로그램의 경우 암 또는 전암 단계로 진단됐을 때 최초 치료 이후의 사후관리가 이에 해당된다고 볼 수 있다(Freund et al., 2008).

2. 환자 네비게이션 프로그램 발생 배경

가. 환자 네비게이션 프로그램의 발생

환자 네비게이션 프로그램은 1989년 ACS에서 사회경제적 취약계층의 암 의료이용 접근성 실태를 파악하기 위한 보고서 'Report to the Nation: Cancer in the Poor'에 근거를 두고 있다. 보고서에 따르면 미국의 저소득 취약계층이 겪게 되는 암 치료 진입 과정의 장애를 총 3가지로 정의한다(Freeman, 2004).

첫째, 경제적 측면에서 건강보험의 어렵거나 의료급여 수혜 부적격자, 해고에 의한 직장건강보험 탈퇴 등으로 인해 암 치료비 지불이 불가능한 상황을 들 수 있다. 이는 미국이 전 국민 대상의 의료보장체계를 갖추지 않아 발생된 문제라 할 수 있다. 둘째, 물리적 접근성 측면에서 불편한 교통편, 지역 내 적절한 치료를 받기 어려운 의료 시설의 부재, 암 질환에 대한 정보 접근의 어려움 등이다. 셋째, 사회문화적 측면에서는 사회적 지지 부족 및 잘못된 건강 상식 등을 암 의료이용의 불평등을 야기하는 장애요소라 규정지었다. 이러한 장애요소를 극복하여 사회경제적 취약계층의 암 의료이용의 불평등을 초래하는 현실을 개선하고자 Freeman은 ACS 지원을 받아 1990년 뉴욕 시 할렘 가에 위치한 할렘지역의료센터(Harlem Hospital Center)에서 유방암이 의심되는 지역 사회 빈곤 여성들을 대상으로 최초의 환자 네비게이션 프로그램을 실시하게 된다(Freeman, 1995; Freeman, 2004).

할렘 지역은 미국계 흑인과 히스패닉이 거주하는 곳으로, 지역 주민 대부분 소득수준 및 교육수준이 낮다. 1986년까지 22년 동안 할렘지역의료센터에서 유방암 치료를 받은 606명의 환자들 대부분은 저소득층 흑인으로, 이 중 50%는 의료보험 또는 의료급여 대상자에 포함되지 못한다. 또한 당시 유방암 증상이 발견된 절반 이상의 환자는 암 말기 단계인 3~4기로, 단 6%의 환자들만이 초기 단계에서 진단을 받아 당시 유방암 환자의 생존가능성은 현저히 낮았다. 당시의 이 환자들의 5년 생존율은 39%로, 미국 평

균 여성들의 생존율 60%보다 상당히 낮았다(Freeman, 2004). 하지만 환자 네비게이션 프로그램 실시 후 병원에서는 프로그램 대상 환자들에게 무료 유방암 검진 검사를 진행한 후 증상 발견 직후 즉각 치료에 들어갈 수 있도록 조치를 취했다. 또한 환자 네비게이션 프로그램의 일환으로 암 조기검진의 중요성을 알리는 교육을 지속적으로 진행한 결과 1995~2000년 할렘지역의료센터의 저소득층 흑인 여성 유방암 환자의 5년 생존율은 39%에서 70%로 상승하는 성과를 얻게 된다(Freeman, 1995; Freeman, 2004).

나. 환자 네비게이션 프로그램 발전 과정

최초 환자 네비게이션 프로그램 성과는 이후 미국 전역으로 환자 네비게이션 프로그램 및 관련 서비스가 확대되는 계기가 된다(Wells et al., 2008). 2001년 미국 대통령 직속 암위원회(President's Cancer Panel)은 환자 네비게이션 프로그램과 같이 암에 대한 정보 제공 및 검진, 치료와 관련 서비스에 대한 지원을 제공할 수 있는 지역사회 기반 프로그램에 대한 보조금 지원을 검토하기 시작했다. 이는 ACS, Avon 재단 및 Susan B. Komen 유방암 재단과 더불어 주 정부 및 연방정부, 지역사회 조직 등의 보조금 및 지원 확대로 이어지면서 미국 전역으로 환자 네비게이션 프로그램이 확대되기 시작했다. 2003년 NCI 집계에 따르면 환자 네비게이션 프로그램은 200개 이상으로 늘어났으며 2007년까지 ACS가 지원하는 환자 네비게이션 프로그램 또한 60개 이상인 것으로 보고되었다(IAF, 2007).

한편 연방정부는 환자 네비게이션 프로그램의 질적 발전을 위해 3개의 별개 프로그램을 운영하기 시작했다. 첫째, 2005년부터 NCI와 ACS가 공동으로 추진한 환자 네비게이션 연구 프로그램(Patient Navigation Research Program)으로서 환자 네비게이션 프로그램에 대한 평가 및 표준화 작업을 목적으로 진행되었다. 8개 지역에서 프로그램 진행 집단과 미 진행 집단으로 나눠 프로그램을 진행했다. 둘째, 환자 네비게이터, 아웃리치, 그리고 만성 질환 예방에 대한 법(Patient Navigator, Outreach, and Chronic Disease Prevention Act) 제정을 통해 암 및 기타 심각한 만성질환자들이 시의 적절한 치료 및 사후 관리를 받을 수 환자 네비게이터 양성 프로그램에 2007년부터 연방 보조금을 지원하였다(Newman-Hornml, 2005; Wells et al., 2008). 셋째, 국가보건의료재정청(CMS)이 의료급여 대상자의 암 검진 및 진단, 치료에 대한 접근성 제고를 위해 6개

대표 지역을 설정해 파일럿 프로그램을 진행했다(Wells et al., 2008).

환자 네비게이션 프로그램은 대부분 사회경제적 계층 차이에 따른 암 치료율 개선을 목적으로 진행되었으며 최초 환자 네비게이션 프로그램의 맥을 이어감으로써 암 치료 소외계층의 암 의료이용 형평성 제고를 위한 프로그램으로 자리를 잡아가고 있다.

3. 환자 네비게이션 프로그램 역할 및 기대효과

할렘 지역에서 실시된 환자 네비게이션 프로그램을 시작으로 미국의 환자 네비게이션 프로그램 대다수의 목적은 사회경제적 요인에 의해 환자가 의료이용에 불평등을 겪지 않도록 서비스 또는 지원을 제공하는 데 있다(Freeman, 2004; Wells et al., 2008). 이를 위한 환자 네비게이션 프로그램 목표는 다음과 같다. 첫째, 환자 네비게이션 프로그램은 각 환자에게 암 질환 관리와 관련된 일련의 서비스를 제공한다. 둘째, 환자 네비게이션 프로그램은 서비스 제공이 완료되면 개입이 종결된다. 예를 들어 환자가 암 검진 직후 진단 결과에 따라 개입은 종결된다. 셋째, 암 질환 치료의 전반적인 과정에서 필요로 하는 의료서비스 및 정보를 제공한다. 넷째, 환자 네비게이션 프로그램 서비스는 암 의료이용 접근 시 환자 입장에서 정의된 장애 요소에 초점을 맞춘다. 마지막으로 환자 네비게이션 프로그램은 시의 적절한 진단과 치료가 이어짐으로써 생존율을 높일 수 있다(Cancer Care Nova Scotia, 2006; Freeman, 2004; Fowler et al., 2006; Newman-Horm, 2004; Wells et al., 2008).

환자 네비게이션 프로그램 역할은 프로그램 대상자와 실천 내용으로 설명할 수 있다.

우선 프로그램 대상자는 주로 암 치료 소외계층에 해당하는 소수인종, 저소득 계층 중심으로 프로그램이 이루어졌음을 볼 수 있다. 미국에서 진행된 다수의 프로그램이 도심지역 거주자, 원주민, 저소득 계층 및 소수인종 및 벤두리 지역의 거주자들이었으며 이들 대부분은 소외계층에 해당된다(Battaglia et al., 2007; Dignan et al., 2005; Ell et al., 2002; Fang et al., 2007; Fisher et al., 2007, Freeman, 1995; Freeman & Chu, 2005; Jandorf et al., 2005; Nguyen et al., 2006; Wells et al., 2008). 일부 환자 네비게이션 프로그램은 특정 소외계층에 초점을 두지 않고 병원 내원 환자 및 관리의료기관이 관리하는 환자에 집중되기도 하였다(Doll et al., 2003; Fillion et al., 2006; Giese-Davis et al., 2006; Nash et al., 2006; Rahm et al., 2007, Wells et

al., 2008). 그러나 대다수 프로그램은 사회경제적 수준이 낮은 집단인 저소득 및 소수 인종에 초점을 두고 진행되어 암 치료 소외계층 대상 암 의료이용 접근성을 높여 암 발병 및 사망률을 낮추는 것이 주요 역할이라 할 수 있다.

프로그램 내용의 대다수는 암 생존율을 높이는 것이 목적이므로 기본적으로 암 검진율을 높이고 검진 후 이상증상이 나타났을 때 후속 조치가 즉각 이뤄질 수 있도록 하여 진단부터 치료까지의 시간을 단축시키는 데 목표를 두고 있다(Battaglia et al., 2007; Dignan et al., 2005; Ell et al., 2002; Ell et al., 2007; Freeman et al., 1995; Seek & Hogle, 2007). 이러한 환자 네비게이션 프로그램 서비스는 프로그램 진행자인 네비게이터에 의해 이뤄지며 네비게이터가 개입하게 되는 서비스는 4가지로 설명될 수 있다.

첫째, 네비게이터는 암 진단 및 치료 서비스가 연속적으로 이뤄질 수 있도록 의료진 및 관련 분야 전문가들과 함께 서비스를 조율하고 환자의 의료 서비스 이용과 관련된 문서 작업을 진행한다. 또한 환자가 진단 또는 치료 서비스 이용에 어려움을 겪지 않도록 스케줄을 조율하고 의료기관과 원활한 의사소통이 이뤄질 수 있도록 돕는다 (Battaglia et al., 2007; Doll et al., 2003; Ell et al., 2007; Fillion et al., 2006; Freeman et al., 1995; Rogers et al., 2005; Steinberg et al., 2006).

둘째, 암 예방부터 치료까지 암 관리 전 과정에 대한 건강 교육 서비스를 제공한다. 네비게이터는 암 치료 방법 선택에 대한 논의를 하거나 환자들의 궁금증을 해소하는 등 암 관련 정보를 제공한다(Doll et al., 2003; Ell et al., 2007; Fillion et al., 2006).

셋째, 암 치료 과정에서 환자가 겪게 되는 장애요소의 개선을 건의한다. 즉 담당 네비게이터는 암 진단 및 치료를 위해 이동수단의 어려움이나 재정적 지원의 문제점, 보육시설이나 통역의 부족 등을 개선하기 위해 문제점을 지역사회와 의료기관에 보고한다 (Giese-Davis et al., 2006; Frelix et al., 1999; Petereit et al., 2005; Rogers et al., 2005; Steinberg et al., 2006).

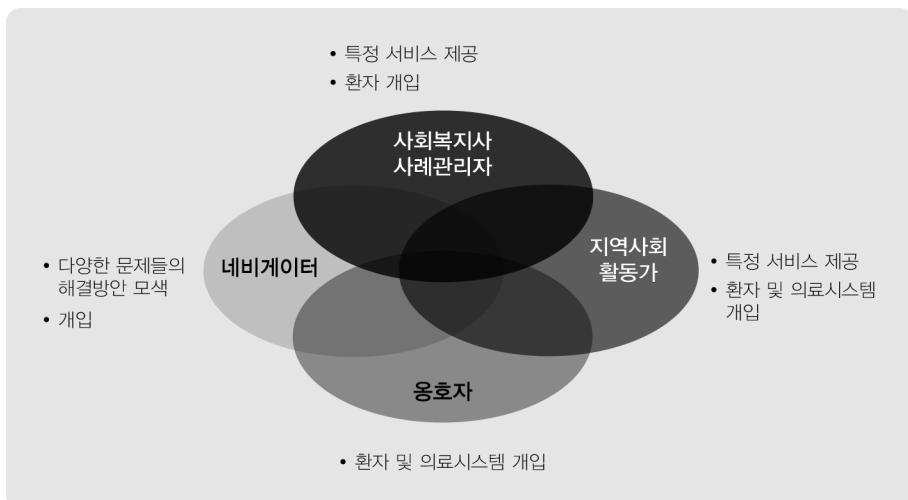
마지막으로 심리적 상담 및 지지 서비스를 제공한다. 네비게이터가 직접 심리적·정서적 문제에 직접 개입하거나 상담 전문가 또는 암 환자 자조 모임 등을 추천해주기도 한다(Burhansstipanov et al., 1998; Petereit et al., 2005; Psooy et al., 2004).

네비게이터는 학부 또는 석사 졸업자로서 간호사, 보건교육자, 사회복지사, 암 생존자 등이 활동하며 비전문가라 할지라도 일정 수준의 교육을 받은 후 활동이 가능하다. 대

부분 자원봉사자가 아닌 임금을 받고 활동한다(Ell et al., 2002; Seek & Hogle, 2007; Wells et al., 2008).

한편, 네비게이터 역할은 기존의 사례관리자, 지역사회전문가들과의 유사성으로 인해 혼돈되는 부분이 있으나 Dohan & Schrag(2005)는 [그림 2]와 같이 기타 유사한 암 환자 서비스 제공자들과 비교를 하고 있다. 즉, 환자 네비게이터는 환자가 처한 다양한 문제들에 개입하는 반면 사례관리자 및 사회복지사와 지역사회활동가들은 특정 서비스에 초점을 두고 환자들에 개입한다.

그림 2. 네비게이터와 기타 암 환자 지원 서비스 제공자 간의 비교



자료: Dohan & Schrag(2005).

프로그램 실시 후 보고된 기대 효과는 우선 암 조기 검진 및 치료에 의한 암 발병률 및 사망률의 감소다(Dignan et al., 2005; Fang et al., 2007). Steinberg et al.(2006) 연구 결과 프로그램 진행 후 암 검진 수검률이 10.8%에서 17.1%로 상승했다. 또한 네비게이터가 지속적으로 암 검진의 중요성을 알리고 암에 대한 정보를 제공하는 등 교육적 역할이 동시에 작용할 때 효과가 더 큰 것으로 나타났다(Fang et al., 2007). 또한 적시의 치료 서비스 제공에 의한 암 진단 및 진료 성과율이 상승되었다. 환자 네비게이션 프로그램 후 이상증상 발견 직후 재방문율이 증가(21%→29.2%)했으며 시의 적절한

진단 및 치료 빈도가 높아졌다(Battaglia et al., 2007; Ell et al., 2002; Ell et al., 2007; Freeman et al., 1995). Nash et al.(2006)은 환자 네비게이션 프로그램 후의 대장암 검진율을 연구한 결과 네비게이터 활동으로 검진 예약 취소율이 67%에서 5%로 감소하였으며 조직 검사 예약 유지율 또한 3배로 증가하였고, Jandorf et al.(2005)의 환자 네비게이터 고용 여부에 따른 집단 간 대장암 조직 검사 참여율 연구 결과 또 한 환자 네비게이터가 고용된 집단의 참여율은 15.8%, 그렇지 않은 집단은 5%로 나타났다.

가장 큰 성과는 사회경제적 취약계층 의료 이용 접근 가능성을 높였다는 데 있다. 미국 북동 지역의 원주민의 연령평균에 따른 암 사망자 수는 인구 십만 명 당 232명으로, 이는 일반 인구 집단의 166명보다 높은 수준임으로 이에 대한 원인을 분석한 결과 암 검진 및 치료에 대한 지식 부족, 교통편 및 재정 문제 등 서비스 지원 접근에 필요한 물리적 문제들, 암 치료에 대한 회의적인 감정 및 의료복지제도 및 의료급여 등의 정책에 대한 무지로 나타났다(Espey et al., 2003). 이에 네비게이션 프로그램을 통해 기본적인 의료 이용을 위한 정보 제공 및 교육을 실시하였으며 Sarfaty et al.(2005) 연구에 따르면 중남미에서 이주한 저소득 환자들 대상 환자 네비게이션 프로그램은 4 세 이하 교육 수준에 맞춰서 진행하여 정보 이해 및 의료 이용의 접근성을 높였다.

4. 환자 네비게이션 프로그램 실시 현황 및 성과

미국 및 캐나다에 약 200개 이상의 암 관련 환자 네비게이션 프로그램이 있는 것으로 보고되고 있다. <표 1>과 같이 ACS, CMS 등 암 관련 기관 주축으로 연구가 진행되고 있으며(Anderson & Turner, 2007; Freeman, 2006; IAF, 2007) 영리 또는 비영리 기구의 보조금을 통해 환자 네비게이션 프로그램 운영이 되고 있어 프로그램 운영 방법은 지역에 따라 다소 차이가 있는 것으로 나타났다. 네비게이터가 직접 환자를 만나 진행하는 프로그램이 있는 반면 전화나 인터넷으로 진행하는 경우 등 각 프로그램 운영 방식은 목적과 목표에 따라 자유롭다(IAF, 2007).

대표적인 암 환자 대상 네비게이션 프로그램 지원 기관인 ACS는 Freeman의 최초 환자 네비게이션 프로그램을 지원한 곳으로, 2005년부터 환자 네비게이션 프로그램인 ‘ACS 환자 네비게이터 프로그램(ACS Patient Navigator Program)’을 시작으로 약

60개의 프로그램을 미국 전역에서 진행하였다(IAF, 2007).

CMS는 2006년부터 의료급여를 지급받고 있는 소수 인종 대상 암 예방 및 치료를 위한 환자 네비게이션 시범 프로젝트를 진행하고 있다. 환자 네비게이션 프로그램이 소수 인종의 암 치료에 미치는 효과성을 연구하기 위해 미국 원주민, 아시아계 미국인, 히스패닉 및 아프리카계 미국인이 거주하는 6곳의 대표지역을 선정하여 프로그램 서비스를 받은 대상과 받지 않은 대상을 나눠 유방암, 대장암, 전립선암에 대한 조기 검진 및 진단 서비스를 제공했다.

임상의협회(CDN)는 암 조기 진단을 목적으로 지역 및 이주민을 위한 의료 센터(Community/Migrant Health Centers)에서 근무하는 임상의들로 구성된 협회로 환자 네비게이션 프로그램을 운영했다. 암 조기 검진을 권유하는 전화 상담 기반 환자 네비게이션 프로그램을 11개의 지역 이주민 의료 센터에 정기적으로 방문하는 1,413명의 저소득 취약계층 여성 대상으로 진행한 결과 유방암, 자궁암, 대장암 등 3종류 암 진단율이 상승한 것으로 나타났다(Dietrich et al., 2006).

NCI와 ‘암 질환 건강 불평등 해소를 위한 협회(CRCHD)’는 환자 네비게이션 프로그램 효과성에 대한 실증 연구를 목적으로 2002~2007년 총 9개 지역 유방암, 자궁암, 전립선암, 대장암 의심 또는 양성반응 환자들 중 소수 인종 및 사회경제적 소외계층 대상으로 환자 네비게이션 프로그램을 진행했다(Freund et al., 2008). 진행 결과 각 지역 내 병원 연구 결과 소수 인종 및 사회경제적 소외계층에 대한 네비게이터 개입 후 조기 진단율 및 치료 접근성이 향상되었으며, 지속적인 치료를 위한 교통편 마련, 경제적 지원 체계, 보육 시설 소개 등의 사회적 지원이 함께 이뤄짐으로써 암 의료이용 접근성이 높아졌고, 환자 만족도 또한 높은 것으로 나타나 환자 네비게이션 프로그램이 효과적인 것으로 보고되었다.

미국과 더불어 캐나다 Nova Scotia의 3개 지역 병원에서 유방암 진단 및 예방 목적으로 환자 네비게이션 프로그램을 진행했다. 프로그램 진행 후 유방암 의심 환자 대상의 맘모그라피 검사와 조직 검사 간 시간 간격이 단축된 것으로 나타났으며, 프로그램 도입 이전인 2000년 당시 주치의로부터 맘모그라피 검사 후 조직 검사를 권유 받은 환자들의 대기 시간 또한 프로그램 도입 후 평균 30%(평균 20일→14일) 감소된 것으로 나타났다(Psooy et al., 2004).

표 1. 환자 네비게이션 프로그램 진행 현황

수행 기관	프로그램 내용	효과
American Cancer Society (ACS)	<ul style="list-style-type: none"> 최초 프로그램 시범 진행 (Harlem Hospital Center, 1990) ACS 환자 네비게이터 프로그램 본격 시행(2005) 미국 전 지역 60개 이상의 병원에서 네비게이터의 활동을 통해 의학적 지원을 받지 못하는 소외 계층을 대상으로 조기 검진에 대한 중요성 및 재정적 지원에 대한 정보 알림 	<ul style="list-style-type: none"> 할렘 지역 병원 내원 여성 대상 유방암 환자 네비게이션 프로그램 진행 후 유방암 5년 생존율 39%에서 70% 상승
National Cancer Institute/Centers to Reduce Cancer Health Disparities (NCI/CRCHD)	<ul style="list-style-type: none"> Patient Navigation Research Project(2002) <ul style="list-style-type: none"> : 2002년~2007년 9개 지역 소수인종 및 사회경제적 소외계층 대상으로 유방암/자궁암/전립선암/직장암 의심 또는 양성반응 환자들을 대상으로 환자 네비게이션 프로그램 실시 후 프로그램 효과성 및 진단 후 치료 과정에서의 환자 만족도 등의 측정 연구 	<ul style="list-style-type: none"> 각 지역 프로젝트 실시 병원의 케이스 스터디 결과 소수인종 및 사회경제적 소외 계층에 대한 네비게이터 개입 후 조기 진단 가능성 및 진료 접근성이 높아졌으며, 지속적인 치료를 위한 교통편 마련, 경제적 지원 체계, 보육시설 소개 등의 사회적 지원이 이뤄짐 <p>(출처: http://www.cancermeetings.org/chdsummit07/FinalReport.pdf)</p>
Long Island College Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Harlem Cancer Education and Demonstration Project(2000) <ul style="list-style-type: none"> : 아프리카계 미국인 및 라틴계, 그 외 소수 민족 상당수가 거주하고 있는 Brooklyn에 위치한 Othmer Cancer Center에서 2000년 초반부터 그 지역 소수 인종 및 취약계층 여성 대상으로 유방암 예방 목 적의 환자 네비게이션 프로그램 진행 및 효과성에 대한 양적 연구 	<ul style="list-style-type: none"> 네비게이터 개입 후 유방암 환자 지역모임 참석률 20% 증가 및 치료 과정에서의 환자 만족도 증가 • 재활 상담에 의한 퇴원 지연 감소를 통해 평균 입원 기간 1일 단축 • 재방문율 증가(25%→99%)
Nova Scotia (Cancada)	<ul style="list-style-type: none"> Nova Scotia Breast Cancer Screening Program(2002) <ul style="list-style-type: none"> : 캐나다 Nova Scotia 주의 3개 지역 병원에서 유방암 진단 및 예방 목 적의 환자 네비게이션 프로그램 진행 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 진행 후 유방암 의심 환자 대상으로 이뤄지는 맘모그라피 검사와 조직검사 간 시간 간격이 단축된 것으로 나타남. 프로그램 도입 이전인 2000년 당시 주치의로부터 영상진단 후 조직검사를 권유받은 환자들의 대기 시간 또한 프로그램 도입 후 평균 30% 감소됨(평균 20일→14일 감소)

자료: IAF(2007).

V. 환자 네비게이션 프로그램의 국내 적용가능성과 과제

1. 국내 암 관리 정책과 한계

개인수준에서 예기치 못한 상황, 특히 사회경제적 위험상황으로부터 건강을 보호하기 위한 집단적 대처방식의 대표적인 것이 의료보장제도다(신영전, 2010). 의료보장제도란 사회보험형태의 의료보험, 사회부조형태의 의료급여제도를 의미하며 의료보장제도는 기본적으로 최소한의 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하려는 사회적 제도로 볼 수 있다. 이에 따른 일차적 기능은 사회경제적 차이와 관계없이 건강상의 위험과 이로 인한 경제적 위험에서 국민을 보호하는데 있다(김창엽, 2009). 또한 의료보장제도는 흔히 의료안전망으로 불린다(신영전, 2010). 의료안전망은 ‘사회안전망의 하나로 특별히 질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치’라고 정의 할 수 있다. 또한 1차 의료안전망으로 건강보험, 2차 의료안전망으로 의료급여제도 및 일부사회서비스, 3차 의료안전망으로 의료비지원제도와 긴급지원사업 등과 같은 의료관련제도로 구분할 수 있다(신영전, 2009).

그렇다면 우리나라의 암 관리 정책은 의료보장제도의 하나로서 운영되고 있는가.

암 발생률 및 사망률 증가에 따른 암 의료비용의 지속적인 증가로 사회경제적 부담이 심화되면서 정부는 국가 차원의 암 관리 종합대책의 필요성을 인식하기 시작하였다. 2000년 제정된 국립암센터법에 근거하여 2001년에는 국립암센터가 설립되었고 2003년 암 관리법이 제정되면서 국가암관리사업과 암연구사업을 진행하고 있다. 이는 지난 1996년부터 2005년까지의 ‘제1기 암정복 10개년 계획’에 이어 2006년부터는 ‘암정복 2015: 제2기 암정복 10개년 계획’이 진행 중이다.

급성 질환의 치료와 더불어 건강증진 차원에서의 예방적 의료의 중요성이 부각되면서(오영호, 2011), 이는 암 관련 정책에 반영되어 국가암조기검진사업을 통해 건강보험가입자 하위 50%에 해당하는 자 및 의료급여수급자 대상으로 위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암등 주요 5대 암종은 호발 연령 이후부터는 6개월~2년 마다 암 검진을 받도록 되어 있다. 앞서 제시한 3차 의료안전망인 긴급지원사업에 해당하는 암 환자 의료비지원사업을 통해 의료급여수급자 및 건강보험가입자 중 기준에 적합한 환자들을 본인부담 의료비 및 약품 구입비, 치료비 등을 지원하고 있다. 최근에는 암 환자의 경제

적 부담을 경감하기 위한 목적으로 건강보험가입자를 대상으로 2009년부터 암 환자 본인 부담률을 10%에서 5%로 낮추었고 점차 건강보험 적용 치료비 폼목을 늘리고 있다. 이외에도 대학병원 중심으로 지역암센터를 지정하여 암 환자 진료, 암 기초 및 임상연구, 암 예방교육 및 홍보 등의 암 관리 사업을 지역별로 진행하고 있다.

그러나 국가 차원의 암 관리 체계 마련에도 불구하고 암 발생 및 의료이용 행태에서 나타나는 사회경제적 요인에 의한 차이 존재는 여전히 의료불평등이 존재함을 의미한다. 이는 암 관리 정책을 비롯한 전반적인 의료보장체계의 한계이기도 하다. 신영전(2010)은 그간의 의료보장체계가 의료급여제도나 의료비지원사업 등 매우 좁은 의미로 사용되는 경향이 있었다고 지적한다. 이러한 접근은 첫째, 그 대상을 ‘의료 욕구로 인해 곤경에 처한 개인 또는 가구’ 또는 ‘의료보장 미가입자나 보장수준이 낮은 이들’로 국한하는 경우가 대부분이기 때문에 전 국민 차원에서 영향력을 가지지 못하고 사각지대가 생길 수밖에 없다. 둘째, 건강 증진, 질병과 장애의 예방, 그리고 이미 만성적 장애가 발생한 이들에 대한 재활과 사회복귀 등에 대한 개념을 포함하고 있지 못하다. 셋째, 정부에 의해 제공되는 정책 또는 서비스로 그 내용을 제한하는 경우가 많고 민간이 제공하거나 민·관 파트너십에 의해 제공하는 의료안전망 개념을 포괄하고 있지 못하기 때문에 가용 서비스 범위는 줄어들 수밖에 없다. 넷째, 정부의 역할은 지침 전달과 예산 집행으로 한정되어 있고, 정책이나 서비스를 지속적으로 모니터링하고 평가하는 장치가 없는 경우가 많다. 그리고 마지막으로 실제 정책에서 질병 치료 외의 소득, 고용, 교육, 주거와 같은 핵심적인 사회안전망과 상호 효과적인 구조를 만들어내지 못하고 있다. 이러한 현행 의료보장체계가 갖고 있는 한계점은 암 관리 정책 또한 포함되어 있다. 즉, 단순히 치료비나 검진비 지원을 넘어서서 의료보장의 사각지대가 생기지 않도록 사회경제적 취약계층 대상의 효과적인 보건의료 서비스 기틀이 다져질 필요성이 제기된다.

2. 환자 네비게이션 프로그램 적용 가능성의 탐색

우리나라는 경제위기 이후 지난 10년 간 소득불평등이 더욱 심각해졌으며 양극화 현상이 소득 및 건강에서 뚜렷하게 진행된 것으로 보고되었다(강신욱, 2007). 앞서 제시한 연구결과가 보여주듯이 사회경제적 수준에 의해 암 발생 및 사망률 차이가 나타나고

있으며 환자의 의료이용 행태와도 연결되어 사회경제적 수준에 따라 암 의료이용의 불평등 양상이 야기되고 있다(이상이·홍성철, 2003; 이용재, 2009). 그렇다면 암 치료 소외계층에 대한 암 의료이용 접근성 개선 측면에서 성과를 보여줬던 환자 네이게이션 프로그램은 우리나라에서도 적용이 가능할 것인가.

한국에서의 환자 네비게이션 프로그램 적용은 암 치료 소외 계층의 암 의료이용에의 접근성의 한계 및 어려움 등이 인지되고 서비스에 대한 요구도가 탐색될 때 가능할 것이다.

암 환자 및 가족, 암 전문의 대상으로 이뤄진 서비스 요구도 조사는 2008년~2010년 국립암센터 및 전국 9개 지역 암센터에서 진행되었다(보건복지부·국립암센터, 2011). 2008년에는 환자와 보호자, 2009년에는 환자, 2010년에는 환자와 담당 전문의를 대상으로 이뤄졌다.

암 환자는 2008년 조사에서 ‘정부 및 민간 차원의 암 환자를 위한 경제적 지원에 대한 정보(의료비 지원)’와 ‘암으로 인한 경제적 부담(치료비, 소득 상실) 때문에 도움이 필요하다’는 항목의 요구도 순위가 높은 것으로 나타나 암 환자의 의료비 지원에 대한 욕구가 높은 것을 알 수 있으며 이러한 경향은 2010년 조사 결과에서도 마찬가지로 나타났다.

암 환자와 달리 가족인 보호자는 ‘환자 필요시 의사와 쉽고 빠른 만남’, ‘현재 질병 상태 및 향후 진행경과에 대한 정보’, ‘재가 암 환자 관리 정보 또는 교육’에 대한 요구도 순위가 높은 것으로 나타나 암 환자를 돌보기 위한 각종 정보의 교육, 의료진의 설명에 대한 필요가 높은 것으로 볼 수 있다. 암 전문의를 대상으로 암 환자가 필요로 하는 서비스를 조사한 결과 암 전문의는 암 환자에게 경제적 지원이 가장 필요하다고 응답했으며 그 다음으로 필요시 쉽고 빠른 의사 면담에 대한 환자의 필요가 높을 것으로 판단하고 있었다. 이에 비해 환자의 상태 및 경과, 검사 및 치료에 대한 정보를 암 환자 및 보호자에게 제공할 필요성에 대해서는 상대적으로 낮게 인식하는 것으로 나타났다.

암 환자는 경제적 측면에서의 요구도가 높게 나타났으며 반면 보호자는 암 환자를 돌보기 위한 각종 정보 교육에 대한 요구도가 높았다. 암 전문의는 암 환자 및 보호자가 가장 필요로 하는 서비스는 동일하게 인식하고 있으나 의료서비스 제공자로서 정보 제공에 대한 인식은 낮음을 알 수 있다.

이 요구도 조사는 사회경제적 기준과 관계없이 암 환자 및 가족 대상으로 이뤄진 조사이므로 평균적인 서비스 요구도로 볼 수 있다. 여기에 일반적으로 인식되고 있는 사회경제적 차이에 따른 특성을 고려하여 환자 네비게이션 프로그램에 대한 환자 요구도를 추측해볼 수 있을 것이다. 일반적으로 건강불평등 지표로 활용되는 사회경제적 위치에 따른 질병 유병률이나 사망률을 기준으로 볼 때 저소득, 저학력, 낮은 직업적 위치에 있는 인구집단은 낮은 기대여명과 높은 질병 유병률을 보인다는 것은 이미 잘 알려져 있다(신호성, 2009). 즉, 사회경제적 수준이 낮은 계층의 암 환자일수록 건강불평등 상태이며 경제적 지원에 대한 욕구 및 정보 접근성에 대한 욕구, 그리고 환자 보호자 또한 유사한 경향을 보일 것이다. 이를 통해 국내 암 환자 대상 네비게이션 프로그램 적용 시, 최초 환자 네비게이션 프로그램은 암 검진 및 치료에 초점을 두고 네비게이터의 개입이 이뤄졌다면 국내에서는 재정적 어려움 해결을 위한 자원 연결, 암 질환 및 관리 측면에서의 정보 제공 등에 맞춘 네비게이션 프로그램으로 설계가 가능할 것이다.

둘째, 환자 네비게이션 프로그램 운영 주체에 대한 탐색이 필요하다. 최초 환자 네비게이션 프로그램은 암 진료 및 관련 서비스가 이뤄지는 병원, 검진 센터, 보건소, 방사선센터와 같은 의료기관이나, 사회경제적 소외계층 대상으로 서비스가 이뤄지는 기관에서 진행되었다. 국내에서도 미국 및 캐나다와 유사하게 암 환자 내원율이 높은 병·의원 등 의료기관에서 프로그램 실행이 가능할 것으로 보이며, 암 위험요인에 노출이 높은 사회경제적 소외계층 대상으로 주로 서비스가 이뤄지는 지역사회복지기관이나 본래 암 예방 및 관리 역할을 하고 있는 각 지역 보건소가 중심이 되어 프로그램 진행이 가능할 것이다. 특히 기관은 네비게이션 프로그램의 원활한 운영을 위해 네비게이터가 제 역할을 할 수 있도록 지지적인 태도를 취해야 하며 환자 대상 서비스가 단절되지 않도록 협조적이어야 한다.

셋째, 환자 네비게이션 프로그램의 진행자인 네비게이터 발굴이 이뤄져야 한다. 환자 네비게이션 프로그램 특성 상 일대일 접촉에 의해 서비스가 제공되고 특히 특정 질환에 따른 환자가 처한 사회경제적 장애요소를 파악하여 개입해야 하기 때문에 네비게이터 역할 교육이 별도로 이뤄져야 한다. 미국 및 캐나다에서는 네비게이터 양성 교육 프로그램이 있으며 일정한 교육 과정을 거친 후에야 활동이 가능하다.

위의 각 요소들은 환자 네비게이션 프로그램을 구축하는 가장 기본 구성요소라 할 수 있다. 따라서 환자 네비게이션 프로그램이 국내 암 치료 소외계층 대상 프로그램으

로 자리매김 하기 위해서는 지속적인 적용 방향성에 대한 고민이 이뤄져야 할 것이다.

3. 환자 네비게이션의 국내 적용을 위한 과제

국가에서는 암환자등록제를 신설해 암 진료비의 본인부담률을 낮추고 항암제 보험급여를 확대하는 등 암 환자의 경제적 부담을 낮추는 한편 전국 보건소를 중심으로 재가 암관리사업 시행하는 등 암 환자의 사회적·정신적 지원을 제공을 위한 노력을 계속하고 있다. 그러나 사회경제적 수준에 따른 암 사망률 및 치명률의 차이, 소득수준에 따른 암 환자의 의료행태의 차이 발생은 암 관리에 있어서 사각지대가 존재함을 드러낸다고 볼 수 있다. 이에 본 연구에서는 암 치료 소외계층을 포괄할 수 있는 암 의료이용 형평성의 근간을 마련하고자 1990년대 중반부터 현재까지 미국 및 캐나다에서 진행된 암 환 대상 환자 네비게이션 프로그램을 고찰하였으며 이후 우리나라 현황에 적합한 환자 네비게이션 프로그램 개발 및 적용을 위해서 어떤 노력이 필요한 것이며 이후의 기대성과에 대해 몇 가지 제언하고자 한다.

첫째, 우리나라 현황에 적합한 환자 네비게이션 프로그램 개발을 위해 암 환자 의료 이용 실태 및 의료 서비스 현황에 대한 조사가 체계적으로 이루어질 필요가 있다. 2005년부터 국립암센터는 암 등록 병원을 대상으로 매년 암 발생 등록 자료의 수집·분석·관리를 통해 국가 암 관리 정책 수립에 필요한 기초자료를 생성하고 있으며, 국가암정보센터를 신설해 암 발생·예방·진단·치료·재활 등 암에 관한 모든 정보를 전문가 과학적인 검증에 근거하여 데이터베이스 구축 및 암 환자 및 국민들에게 상담 서비스를 제공하고 있다. 그러나 암 발생 및 사망률 추이와 더불어 암 환자 의료행태 및 의료비 부담 추이에 대한 실증조사가 공고하게 확충되어야 하며 이를 바탕으로 한 한국 현황에 적합한 환자 네비게이션 프로그램 개발이 가능할 것이다.

둘째, 국내 암 환자 및 가족에 대한 의료서비스 전달체계 효율성을 높일 수 있는 한국형 환자 네비게이터 양성 교육 프로그램 개발이 필요하다. 즉 국내 암 환자의 특성을 고려한 진단 및 치료 접근성을 높일 수 있는 프로그램의 실행을 위해 서비스의 실질 제공자인 환자 네비게이터에 대한 양질의 교육이 우선된다. 이를 위해서 지역사회에 적합한 환자 네비게이터의 선정 기준 및 교육 매뉴얼 등을 개발하여 시범 적용 후 실질적으로 활용가능하게 하도록 할 필요가 있다.

환자 네비게이션 프로그램 적용 시 기대되는 효과로는 우선 네비게이터 활동을 통해 암 치료 소외계층 대상 아웃리치 및 교육에 의해 암 조기 검진에 대한 중요성 인식도가 높아질 수 있다. 또한 암 예방 수칙의 지속적인 교육을 통해 근원적인 암 발병 위험 요인 노출을 감소시키고, 암 조기 검진 및 즉각적인 치료 서비스 제공을 통해 암 발생률 및 사망률 개선이라는 암 치료의 실질적인 성과를 이룰 수 있으리라 기대할 수 있다.

또한, 암 치료 소외계층의 의료 이용에 있어서의 불평등 문제 해결이 기대된다. 네비게이터의 아웃리치는 암 치료 소외계층의 의료 접근성을 높이고 재정적 지원에 대한 자원 연결을 통해 의료 서비스 이용을 용이하게 할 수 있을 것이다.

암 환자들은 질병과정에서 발생하는 여러 가지 어려움을 극복하고 적응해 나가기 위해 자신의 대처기전을 활용하기도 하지만 주변사람들로부터 사회적 지지를 요구하기도 한다(조희숙 외, 2010). 효율적으로 운영된 환자 네비게이션 프로그램은 현실적 문제인 치료 성과 제고와 더불어 네비게이터에 의한 전반적인 암 치료 및 관리 개입, 사회적 지지망을 형성으로 암 환자 및 가족의 삶의 질을 향상에 기여할 수 있을 것이다.

VII. 맷음말

2000년 이후 우리나라의 사망원인 1위는 암으로, 암으로 인한 사망자수는 지속적으로 증가하고 있다. 암 발병 및 사망률 증가는 개인의 삶의 질 저하뿐만 아니라 사회경제적으로도 막대한 비용을 손실하게 된다(보건복지부·국립암센터, 2011). 따라서 암 질환의 적극적인 예방 및 관리를 위해 우리나라는 1990년대 말부터 국립암센터 중심으로 국가암관리체계를 구축하였다. 그러나 국가적 차원의 암 관리 정책은 전체 암 발병 및 사망률의 증가세는 둔화시키고는 있으나 사회경제적 차이에 의한 암 발병 및 치명률 차이는 지속적으로 나타나고 있다. 이는 곧 사회경제적 수준에 따라 암 의료이용 행태에서 차이가 있음을 의미하는 것으로 암 의료이용 불평등이 존재함을 뜻하며 암 치료로부터 소외된 계층 대상의 프로그램 개입의 필요성이 요구되는 것이다.

이에 본 연구에서는 미국 및 캐나다에서 사회경제적 차이에 따른 암 치료 소외계층 대상으로 암 의료이용에의 접근성을 높이기 위한 목적으로 실시된 환자 네비게이션 프로그램을 고찰함으로써 국내에서 암 치료 소외 계층 대상으로 한 프로그램 적용 가능성

을 알아보고자 하였다.

암 치료 소외계층에 대상 환자 네비게이션 프로그램은 미국 및 캐나다에서는 큰 성과를 거두었으나 국내 도입을 위해서는 대상자 요구도, 운영 주체 및 네비게이터 발굴이 필요하며 추후 이를 위해 암 의료이용 실태에 대한 조사와 더불어 네비게이터 양성 프로그램 마련을 과제로 제시하였다.

한편 본 연구는 환자 네비게이션 프로그램이 미국 및 캐나다에서만 실시되어 자료 수집 범위가 한정적이었다. 추후 국내에 적합한 한국형 네비게이션 프로그램을 구축하기 위해서는 미국 및 캐나다 외의 지역에서 암 치료 소외계층을 대상으로 진행하고 있는 정책 또는 프로그램을 살펴봄으로써 암 환자의 의료이용 접근성을 높이기 위한 근본적인 프로그램을 구축해야 할 것이다.

이영선은 이화여자대학교에서 박사학위를 받았으며, 현재 조선대학교에서 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 의료사회사업, 암환자 가족, 사회사업실천이다.

(E-mail: claudia@chosun.ac.kr)

이송이는 이화여자대학교에서 학사학위를 받았으며, 현재 이화여자대학교 사회복지전문대학원 석사 과정에 재학 중이다. 주요 관심분야는 의료사회사업, 정신보건 사회사업이다.

(E-mail: spotsongyi@naver.com)

한인영은 미국 Case western university에서 박사학위를 받았으며, 현재 이화여자대학교 사회복지 전문대학원에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 사회사업실천이다.

(E-mail: yhan@ewha.ac.kr)

참고문헌

- 강신우(2007). 경제·사회 양극화의 진단과 대응. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김성경, 박웅섭(2006). 우리나라 암 환자의 개인부담 의료비용. *대한내과학회지*, 70(1), pp.61-68.
- 김소영, 김성경, 박종혁, 박은철(2009). 암 환자의 발생 초기 의료비와 이에 영향을 미치는 요인. *예방의학회지*, 42(4), pp.243-250.
- 김창엽(2009). 건강보장의 이론. 서울: 한울.
- 김철웅(2005). 소득계층별 암 발생, 암 치명률 및 암 의료이용의 불평등 연구. 박사학위 논문, 보건대학원, 서울대학교, 서울.
- 보건복지부, 국립암센터(2011). 통계로 본 암 현황. 서울: 보건복지부.
- 손미아, 김수진, 이준협(2008). 암 발생과 사망의 건강불평등감소를 위한 역학지표개발 및 정책개발연구. 보건복지기족부·강원대학교.
- 신영전(2009). 의료안전망의 재구성과 정책과제. *보건복지포럼*, 155, pp.17-28.
- _____(2010). 글로벌 경제위기와 의료보장의 사각지대. *한국사회정책*, 17(1), pp.95-127.
- 신호성(2009). 건강수준 및 의료이용의 형평성과 정책과제. *보건복지포럼*, 149, pp.26-35.
- 오영호(2011). 2011년도 보건의료환경의 변화와 전망. *보건복지포럼*, 171, pp.14-23.
- 이상이(2006). 소득계층에 따른 암 환자의 암 종별 의료이용에 관한 연구 결과. 서울: 보건복지부.
- 이상이, 홍성철(2003). 직장건강보험 가입 제주도 주민의 소득계층별 의료이용의 형평성. *보건과 사회과학*, 14, pp.147-168.
- 이용재(2009). 지역유형별 의료기관의 암 환자 의료이용 차이와 진료분담에 관한 연구. *국토연구*, 60, pp.97-114.
- _____(2010). 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. *한국사회정책*, 17(1), pp.267-290.
- 이용재, 김승연(2006). 소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성. *사회복지정책*, 24, pp.173-199.

- 이준협, 윤병준, 정형선(2009). EQ-5D로 측정된 소득 계층별 건강집중지수의 분해. 보건과 사회과학, 26, pp.67-87.
- 이창곤(2006). 한국의 건강불평등과 정책방향, 아세아연구, 49(1), pp.66-103.
- 조희숙, 김봉기, 이해진, 이보영(2010). 사회적 지지가 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향. 보건교육건강증진학회지, 27(4), pp.51-59.
- 주수영, 김철웅, 김수영, 윤태호, 신혜림, 문옥륜, 이상이(2007). 교육수준별 2004년 암 사망자의 사망 전 1년간 의료이용의 차이와 정책적 함의. 예방의학회지, 40(1), pp.36-44.
- 통계청(2010). 통계청 사망원인통계연보.
- 한국건강형평성학회(2006). 건강형평성 측정방법론. 펴주: 한울.
- Battaglia, T. A., Roloff, K., Posner, M. A., Freund, K. M.(2007). Improving follow-up to abnormal breast cancer screening in an urban population: a patient navigation intervention. *Cancer*, 109, pp.359-367.
- Brown, M. L., Riley, G. F., Schussler, N., Etzioni, R.(2002). Estimating health care costs related to cancer treatment from SEER-Medicare data. *Med Care*, 40(8), pp.104-117.
- Cancer Care Nova Scotia(2004). *Cancer patient navigation evaluation: Final report*. Halifax, Nova Scotia, Canada: Cancer Care Nova Scotia.
- Dietrich, A. J., Tobin, J. N., Cassells, A., Robinson, C. M., Greene, M. A., Sox, C. H., et al.(2006). Telephone care management to improve cancer screening among low-income women. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), pp.563-571.
- Dignan, M. B., Burhansstipanov, L., Hariton, J., et al.(2005). A comparison of 2 Native American navigator formats: face-to-face and telephone. *Cancer Control*, 12(2), pp.28-33.
- Dohan, D., Schrag, D.(2005). Using navigators to improve care of underserved patients. *Cancer*, 104(4), pp.848-855.
- Doll, R., Stephen, J., Barroetavera, M. C., et al.(2003). Patient navigation in cancer care: program delivery and research in British Columbia. *Can*

- Oncol Nurs J., 13*, pp.193–193.
- Du, W., Touchette, D., Vaitkevicius, V. K., Peters, W. P., Shields, A. F.(2000). Cost analysis of pancreatic carcinoma treatment. *Cancer, 89*, pp.1917-1924.
- Ell, K., Padgett, D., Vourlekis, B., et al.(2002). Abnormal mammogram follow-up: a pilot study women with low income. *Cancer Pract., 10*, pp.130–138.
- Ell, K., Padgett, D., Vourlekis, B.(2007). Patient navigation and case management following an abnormal mammogram: a randomized clinical trial. *Prev Med, 44*, pp.26-33.
- Espey, D. K., Paisano, R. E., Cobb, N.(2003). *Cancer Mortality Among American Indians and Alaska Natives: Regional Difference, 1994-1998*. Rockville, MD: Indian Health Service.
- Fagiano, F., Partanen, T., Kogevinas, M., Boffetta, P.(1997). Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. Social Inequalities and Cancer, *IARC Scientific Publication, 138*, pp.65-176.
- Fang, C. Y., Ma, G. X., Tan, Y., Chi, N.(2007). A multifaceted intervention to increase cervical cancer screening among underserved korean women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 16*(6), pp.1298-1302.
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., et al.(2006). Implementing the role of a patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Can Oncol Nurs J. 16*, pp.5–17.
- Fischer, S. M., Sauaia, A., Kutner, J. S.(2007). Patient navigation: a culturally competent strategy to address disparities in palliative care. *J Palliat Med., 10*, pp.1023–1028.
- Fowler, T., Steakley, C., Garcia, A. R., Kwok, J., Bennett, L. M.(2006). Reducing disparities in the burden of cancer: The role of patient navigators. *PLoS Med, 3*(7), pp.974-976.
- Freeman, H.(1989). Cancer in the socioeconomically disadvantaged. CA: A

- Cancer Journal for Clinicians*, 39(5), pp.266-288.
- Freeman, H.(2004). A Model Patient Navigation Program. *Oncology Issues*, 5, pp.440-446.
- Freeman, H. P., Chu, K. C.(2005). Determinants of cancer disparities: barriers to cancer screening, diagnosis, and treatment. *Surg Oncol Clin North Am*, 14, pp.655-669.
- Freeman, H., Muth, B. J., Kerner, J. F.(1995). Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. *Cancer Pract*, 3(1), pp.19-30.
- Freund, K. M., Battaglia, T. A., Calhoun, E., Dudley, D. J., Fiscella, K., Paskett, E., et al.(2008). National cancer institute patient navigation research program. *Cancer*, 113(12), pp.3391-3399.
- Giese-Davis, J., Bliss-Isberg, C., Carson, K., et al.(2006). The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psycho-oncology*, 15, pp.1014-1022.
- Hurst, J.(1994). *The NHS reforms in an international context, Reforming Health Care Systems*. Culyer, A. J., Wagstaff, A. E.(ed.), Edward Elgar.
- Institute for Alternative Futures(2007). *The DRA Project*. VA: Institute for Alternative Futures.
- Institute of Medicine(2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington, D. C: The National Academies Press.
- Jandorf, L., Gutierrez, Y., Lopez, J., Christie, J., Itzkowitz, S. H.(2005). Use of a patient navigator to increase colorectal cancer screening in an urban neighborhood health clinic. *J Urban Health*, 82, pp.216-224.
- Kim, C. W., Lee, S. Y., Moon, O. R.(2007). Inequalities in cancer incidence and mortality across income groups and policy implications in south korea. *Public Health*, 122(3), pp.229-236.
- Langa, K. M., Fendrick, A. M., Chernew, M. E., Kabato, M. U., Paisley, K. L.,

- Hayman, J. A.(2004). Out-of-pocket health-care expenditures among older Americans with cancer. *Value Health*, 7, pp.186-194.
- Longest, B., Young, G. J., Coordination and communication. In: Shortell, S., Kaluzny, A. D.(2000). *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. Albany, NY: Thomson Delmar Learning.
- Moore, K. A.(1999). Breast cancer patients' out-of-pocket expenses. *Cancer Nurs*, 22, pp.389-396.
- Nash, D., Azeez, S., Vlahov, D., Schori, M.(2006). Evaluation of an intervention to increase screening colonoscopy in an urban public hospital setting. *J Urban Health*, 8, pp.231-243.
- Nguyen, T. T., McPhee, S. J., Bui-Tong, N., et al.(2006). Community-based participatory research increases cervical cancer screening among Vietnamese-Americans. *J Health Care Poor Underserved*, 17, pp.31-54.
- Petereit, D. G., Molly, K., Reiner, L., Miner, R., Helbig, P., et al.(2008). Establishing a Patient Navigator Program to Reduce Cancer Disparities in the American Indian Communities of Western South Dakota: Initial Observations and Results. *Cancer Control*, 15(3), pp.254-259.
- Psooy, B. J., Schreuer, D., Borgaonkar, J., Caines, J. S.(2004). Patient navigation: improving timeliness in the diagnosis of breast abnormalities. *Can Assoc Radiol J*, 55(3), pp.145-150.
- Rahm, A. K., Sukhanova, A., Ellis, J., Mouchawar, J.(2007). Increasing utilization of cancer genetic counseling services using a patient navigation model. *J Genet Counsel*, 16, pp.171-177.
- Rogers, D., Petereit, D. G., et al.(2005). Cancer disparities research partnership in Lakota Country: clinical trials, patient services, and community education for the Oglala, Rosebud, and Cheyenne River Sioux tribes. *Am J Public Health*, 95, pp.2129-2132.
- Sarfaty, M., Turner, C. H., et al.(2005). Use of a patient assistant to facilitate medical visits for Latino patients with low health literacy. *J Community*

- Health*, 30(4), pp.299-307.
- Seek, A. J., Hogle, W. P.(2007). Modeling a better way: navigating the healthcare system for patients with lung cancer. *Clin J Oncol Nurs*, 11, pp.81-85.
- Steinberg, M. L., Fremont, A., Khan, D. C., Huang, D., Knapp, H., Karaman, D., et al.(2006). Lay patient navigator program implementation for equal access to cancer care and clinical trials. *Cancer*, 107(11), pp.2669-2677.
- U. K. Department of Health(2001). *The National Health Inequalities Targets*. UK Department of Health.
- U. S. Department of Health and Human Services(2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: US Goverment Printing Office.
- van Doorslaer, E., Koolman, X.(2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across european countries. *Health Economics*, 13(7), pp.609-628.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U., Gerfin, M., et al.(1997). Income-related inequalities in health: Some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 16(1), pp.93-112.
- Wells, K. J., Battaglia, T. A., Dudley, D. J., Garcia, R., Greene, A., et al. (2008). Patient navigation: State of the art or is it science? *Cancer*, 113(8), pp.1999-2010.
- WHO(2007). *WHO's fight against cancer strategies that prevent cure and care*.

A Study on the Improvement of Cancer Care Service System for Health Care Disparities in Korea

: Based on Cancer Patient Navigation Program

Lee, Young Sun

(Chosun University)

Lee, Song Yi

(Ewha Womans University)

Han, In Young

(Ewha Womans University)

The rate of cancer and the cost of treatment for cancer have increased exponentially worldwide. Given the social costs attributed to the rising rate of cancer-related mortality and death, medical inequality became an issue, and there is a recognized need for effective medical support for cancer patients. In several countries, the Patient Navigation Program, a systematic cancer prevention and intervention program designed to be accessible to Health care disparities in need of cancer treatment, has been reported to be effective. The focus of the study is to investigate the characteristics of Patient Navigation Program and to examine the feasibility of the program in South Korea. The navigation program train paraprofessionals to provide intervention services for cancer patients who experience barriers to medical services. Presently, there are over 200 Navigation Programs in the United States and Canada. As a result, the program has been found to be effective as increasing number of low-income patients have access to medical service which has reportedly decreased the rate of cancer-related mortality. In order to examine whether such program would be as effective in South Korea, our study examines the background and characteristics of Navigation Program use. There is a need for survey for data base for cancer patient service utility and develop navigator training program. The navigation program will decrease the rate of cancer related mortality and serve for medical inequality.

Keywords: Patient Navigation, Cancer Care, Health Care Disparities, Healthcare Undeserved Population