

의료패널자료를 활용한 외래 의료이용 및 의료비 지출의 형평성 분석¹⁾

*Measurement of Horizontal Inequity in Health Care Utilization Using
Korea Health Panel Data*

김동진 한국보건사회연구원 부연구위원

우리나라의 경우 1977년 의료보험이 도입된 이후 12년만인 1989년 전국민의료보험이 전면적으로 실시하여 왔으며, 의료의 보장성 강화를 위해 꾸준히 노력해오고 있다. 그러나 사회보장제도로서 건강보험의 주요 목적이 개인의 의료비 지불능력에 상관없이 필요한 의료서비스에 대한 접근성을 제공하는 것이라고 한다면, 현재와 같은 높은 본인부담률이나 민간중심의 의료서비스 공급방식은 목적 달성에 장애가 될 수 있다. 본 연구결과는 보다 적극적인 의료이용의 형평성 제고 정책을 실시해야 할 필요가 있음을 보여주고 있다. 특히 노인이나 장애인 등 경제적 기반이 취약할 수 있는 특정 집단에 초점을 맞춘 프로그램 개발이 필요하다.

1. 들어가는 말

사회경제적위치(socioeconomic position)에 따라 건강수준에도 계층간 격차가 있다는 사실은 그동안 많은 연구를 통해 밝혀진 바 있다. 즉, 상대적으로 부유하거나 많은 교육을 받은 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 건강수준이 높다는 것은 이미 알려진 사실이다²⁾.

건강수준이 사회경제적 계층별로 격차가 생기는 매커니즘을 밝히기 위한 연구 또한 다양하게 시도되어 왔는데, 그 중 하나로 일차의료를 중심으로 사회경제적 계층별 의료이용의 차이

를 들 수 있으며, 의료이용시에 발생하는 의료비 등의 경제적 장애는 건강의 계층간 격차를 더욱 증가시키는 요인이 되기도 한다. 이는 의료이용시 발생하는 비용으로 인해 사회경제적 수준이 낮은 계층 특히 저소득 계층의 필수 의료이용에 대한 접근성이 저하될 수 있으며, 소득수준에 따른 계층간 의료이용의 접근성의 차이는 결국 저소득 집단에 대한 질병부담 증가로 이어질 수도 있기 때문이다³⁾.

이러한 이유로 인해 많은 국가들의 정책목표로 보건의료서비스 전달의 효율성과 함께 보건의료의 접근성에 대한 형평성을 강조하고 있다.

1) 본 원고는 '김동진 외(2010). 인구집단별 의료이용 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인분해'을 정리하였음.

2) Veugelers, PJ and Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health?, J Epidemiol Community Health 2003;57:424~428.

3) 김동진(2011. 6.). 우리나라 성인의 의료이용의 형평성, 보건복지포럼.

보건의료의 접근성은 이론적으로 건강상 필요가 있을 때 보건의료 이용할 수 있는 기회(opportunity)를 가리키며, 보건의료에 접근할 권리는 건강이라는 기능을 성취할 자유와 능력을 보장하는 것이므로 기본적 권리에 해당한다고 할 수 있다⁴⁾.

전국민건강보험제도의 도입은 국민이 지불 능력에 관계없이 필요한 경우 적정한 양의 의료 서비스를 이용할 수 있도록 의료이용의 접근도를 보장하는 것이 주요 목적이라고 할 수 있다. 소득이나 기타 사회경제적 지위에 상관없이 전 국민이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록 하여 궁극적으로는 건강이 향상되는 것이 건강보험의 주요 목적이라고 할 때, 전 국민에 대한 건강보험이 실시되고 있는 현재 의료이용의 형평성이 어느 정도 달성되었는가 하는 것은 중요한 정책적 관심사라고 할 수 있다(한국건강형평성학회, 2007).

우리나라도 지난 1989년 전국민의료보험이 실시되어 국민들의 의료이용에 대한 접근성이 상당히 높아진 것이 사실이다. 그러나 의료이용 시 지불해야 하는 본인부담금 등 경제적 장벽이 존재하기 때문에 소득계층 간 의료이용의 형평성에 영향을 줄 요인들은 여전히 남아 있다고 할 수 있다(Yoon et al, 2011; 김동진, 2011 재인용).

국외에서는 전국민을 대상으로 한 보편적 의료보장제도(universal coverage)가 마련된 국가들 중 우리나라 외에도 영국, 캐나다, 핀란드, 스웨덴 등도 의료이용에 있어서의 사회경제적 집

단 간 불평등이 발견된 바 있으며, 아시아권에서는 태국, 일본 등에서 의료이용의 불평등을 보고한 바 있다. 이러한 국가들과 비교했을 때 우리나라에서의 불평등 정도는 보다 심화되어 있다고 할 수 있으며, 이는 의료보험의 낮은 보장성, 그리고 민간의료기관이 대다수를 차지하고 있는 의료시장의 시장 메커니즘 등에 기인한다고 할 수 있다.

본 연구는 이러한 상황에서 우리나라 성인을 대상으로 의료이용에 대한 수평적 형평성(Horizontal equity) 지수를 이용하여 의료이용의 형평성 달성정도를 살펴보고자 하였다.

2. 자료 및 방법

1) 분석 자료

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 수행한 2008년, 2009년 한국의료패널조사 자료를 사용하였는데, 2008년 한해동안의 의료이용 및 의료비지출의 형평성 분석을 위해서는 한국의료패널자료의 2008년 상반기 데이터는 물론 2009년 상반기 데이터를 검토하여 분석자료에 포함시켜야 할 필요성이 있다.

한국의료패널 조사는 의료이용행태와 의료비 지출규모에 관한 정보뿐 아니라 의료이용 및 의료비 지출에 영향을 미치는 요인들을 포괄하여 심층적으로 분석할 수 있는 패널데이터를 구축하는 데 주요 목적을 두고 있으며⁵⁾, 국민건강

4) Sen, Amartya K. Development as freedom, New York:Knopf, 1999.; 김동진, 2011 재인용

보험공단과 한국보건사회연구원이 2008년부터 조사를 수행하고 있다.

한국의료비패널조사는 의료분야에 특화된 패널조사로서 의료비뿐만 아니라 의료이용 실태 파악을 위한 유일한 패널자료로서의 가치를 가지고 있어 의료이용 관련 현황뿐만 아니라 의료이용 관련 형평성 파악을 위한 자료로서도 장점을 가질 것으로 생각된다.

특히, 패널자료를 이용함에 따라 의료이용에 영향을 미칠 수 있는 개인적인 변수들이 비교적 안정적으로 통제될 수 있고, 또한 의료이용의 필요와 관련해서는 개인의 질병상태 혹은 건강상태 파악이 비교적 용이하므로 의료이용이나 의료비 지출의 형평성 분석 시에도 이러한 장점을 활용할 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구에서 사용한 데이터는 국민건강보험공단에서 제공된 한국의료비패널 데이터 베타 버전 1.0이며, 국민건강보험공단의 사전승인을 거쳐 활용하였다.

2) 변수구성

한국의료패널 조사의 경우 의료이용 행태와 의료비지출 규모에 관한 다양한 정보를 제공하고 있으며, 본 연구에서 사용될 독립변수는 기존의 연구결과 의료이용과 관련이 있다고 밝혀진 변수들을 주로 사용하고자 한다.

예를 들어, Andersen & Newman(1973)은 의료이용에 영향을 미치는 변수들을 predisposing

(예, 성, 연령), enabling(예, 소득), illness(예, 상병 상태 혹은 건강상태) 변수로 구분하여 의료이용 관련 모형을 제시한 바 있다. 또한 Health Canada(1995)에 의하면, 건강에 영향을 주는 요인으로, 사회경제적 환경, 영유아 및 청소년기 환경, 물리적 환경, 보건의료서비스, 생물학 및 유전요인을 제시하고 있으며, 이 가운데 보건의료서비스의 경우 보건의료서비스지출, 서비스 전달, 보건의료서비스 접근성, 의약품 사용, 충족되지 못한 의료니드, 대안적 보건의료서비스 등을 관련 변수로 구분한 바 있다.

의료이용의 필요와 관련되어 중요한 변수가 될 수 있는 개인별 건강상태 혹은 상병상태를 측정하기 위해서는 개인별 상병관련 정보를 활용하는 것이 좋은 방법으로 생각될 수 있다. 한국의료패널 조사자료에서 활용가능한 상병관련 변수로는 만성질환 보유 개수 등이 있다.

3) 분석방법

소득계층간 의료이용의 형평성을 측정하는 방법은 Wagstaff, Paci, & van Doorslaer(1991), Kakwani, Wagstaff, & van Doorslaer(1997), Wagstaff & Van Doorslaer(2000), van Doorslaer, Koolman, & Jones(2004), Jones & Lopez Nicolas(2004), Bago d' Uva, Jones, & van Doorslaer(2009) 등 다양한 방법이 개발되고 있다⁵⁾.

본 연구에서는 van Doorslaer 등(2000), O'

5) 정영호 외(2010). 2009년 한국의료패널 기초분석 보고서.

6) 김동진(2011. 6.). 우리나라 성인의 의료이용의 형평성, 보건복지포럼.

표 1. 분석에 사용된 변수 구성

구분	변수명	설명
종속변수	외래의료이용횟수	2008년 한 해 동안 이용한 외래의료 횟수
	응급의료이용횟수	2008년 한 해 동안 이용한 응급의료 횟수
	입원의료이용횟수	2008년 한 해 동안 이용한 입원의료 횟수
	외래의료비	2008년 한 해 동안 지출한 외래의료비
	응급의료비	2008년 한 해 동안 지출한 응급의료비
	입원의료비	2008년 한 해 동안 지출한 입원의료비
독립변수	성별	남자, 여자
	연령	20세 이상, 10세 간격별
	결혼상태	기혼, 이혼/별거/사별, 미혼
	교육수준	초등학교 미만, 중학교, 고등학교, 전문대 이상
	경제활동	경제활동 여부
	건강보험	건강보험 가입, 의료급여/특례자, 미가입/자격상실/급여정지
	민간보험	민간보험 가입 여부(가구단위)
	장애	장애보유 여부
	만성질환	의사진단 만성질환 개수. 없음, 1개, 2개 이상
	흡연	현재흡연, 과거흡연, 비흡연
	활동제한	활동제한 여부
	EQ-5D 점수	건강관련 삶의 질(EQ-5D) 점수
	소득	가구원수 보정 가구소득

Donnell, van Doorslaer, Wagstaff (2008)⁷⁾ 등이 제안한 Horizontal Inequity index(HI_{HW} index)를 활용하여 의료이용의 형평성 정도를 측정하였다. HI_{HW} index는 집중지수(concentration index)를 이용하는 방법으로서 실제의료이용(actual health care use)에 대한 집중지수에서 의료이용의 필요에 따른 예측값(need-expected use)의 집중지수를 보정하여 계산된다.

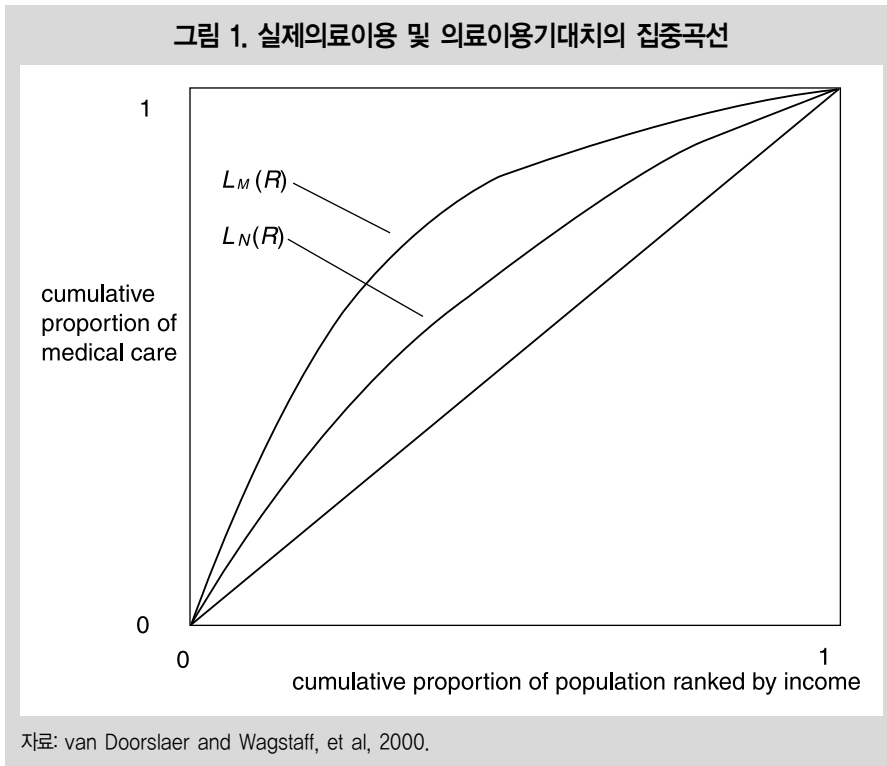
[그림 1]에서 실제의료이용에 대한 집중곡선

$L_M(R)$ 이 의료이용에 대한 필요(need)를 고려했을 때 기대되는 의료이용량 $L_N(R)$ 보다 크므로, 빈곤층에게 유리한 방향으로 의료이용의 불형평성이 존재한다고 할 수 있다.

일반적으로 소득계층별로 의료이용의 분포를 살펴보면 저소득층의 의료이용이 더 많은 경향을 보이고 있는데, 이는 상대적으로 빈곤층의 건강상태가 더 열악하여 의료이용의 필요(need)가 더 높기 때문으로 해석될 수 있다.

7) O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington, DC: The World Bank, 2008.

그림 1. 실제의료이용 및 의료이용기대치의 집중곡선



구체적으로 의료이용의 형평성은 다음과 같이 계산된다.

$$HI_{WV} = 2 \int_0^1 [L_N(R) - L_M(R)] dR = C_M - C_N$$

여기에서 C_M 은 실제 의료이용 (actual utilization)의 집중계수를 C_N 은 의료이용의 필요를 기반으로 예측된 의료이용(need-expected utilization)의 집중지수를 나타낸다.

3. 연구 결과

1) 분석대상자 일반사항

본 연구를 위해 최종적으로 선정된 분석대상

자 중 남자는 43.77%, 여자는 56.23%를 차지하였고, 연령별로는 40대가 21.63%로 가장 많았으며, 30대(21.30%), 50대(17.71%)의 순으로 나타났다. 결혼 상태는 기혼이 전체의 74% 이상을 차지하였고, 교육수준은 고등학교가 37.59%로 가장 많은 것으로 나타났으며 다음으로 전문대 이상이 27.75%를 차지하였다.

조사대상자의 40.31%는 경제활동을 전혀 하지 않고 있었으며, 4.17%는 의료급여 또는 특례 혜택을 받고 있었고, 민간보험에 1개 이상 가입한 가구의 가구원인 경우가 전체의 78.83%를 차지하고 있었다.

또한, 조사대상자의 5.28%는 법적 장애 등급을 받은 법정장애인이었고, 47.46%는 1개 이상

표 2. 분석대상자 일반 현황

변수		계	남자	여자	p-값
전체		100.0 (13,058명)	100.0 (5,716명)	100.0 (7,342명)	
연령	20대	12.25	11.56	12.78	0.008
	30대	21.30	20.50	21.93	
	40대	21.63	22.52	20.93	
	50대	17.71	18.14	17.37	
	60대	16.12	16.52	15.81	
	70대	9.41	9.45	9.38	
	80대 이상	1.59	1.31	1.80	
결혼상태	기혼	74.14	78.27	70.92	0.000
	별거/사별/이혼	11.69	5.04	16.86	
	미혼	14.18	16.69	12.22	
교육수준	초등학교 미만	23.00	16.36	28.17	0.000
	중학교	11.66	11.14	12.07	
	고등학교	37.59	40.26	35.51	
	전문대 이상	27.75	32.24	24.26	
경제활동	경제활동 안함	40.31	23.29	53.57	0.000
	경제활동 함	59.69	76.71	46.43	
건강보험	건강보험	95.71	95.87	95.59	0.684
	의료급여/특례	4.17	4.01	4.30	
	미가입/자격상실/정지	0.11	0.12	0.11	
민간보험	미가입	21.17	21.24	21.13	0.875
	가입	78.83	78.76	78.87	
장애여부	장애없음	94.72	93.28	95.83	0.000
	장애있음	5.28	6.72	4.17	
만성질환	없음	52.54	57.58	48.62	0.000
	1개	21.89	21.69	22.05	
	2개 이상	25.56	20.73	29.32	
흡연상태	현재흡연	22.16	46.69	3.05	0.000
	과거흡연	14.85	31.21	2.11	
	금연	63.00	22.10	94.84	
활동제한	활동제한 있음	94.49	94.28	94.65	0.361
	활동제한 없음	5.51	5.72	5.35	
EQ-5D 점수		0.8981	0.9200	0.8811	0.000
외래의료 이용 경험	없음	81.64	26.47	12.04	0.000
	있음	18.36	73.53	87.96	
외래의료이용횟수 평균		12.57	10.02	14.55	0.000
외래의료비 평균		301,658.80	255,069.80	337,930.00	0.000

의 만성질환을 보유하고 있었으며 현재흡연자는 22.16%로 나타났다. 전체적으로 남자가 여자에 비해 건강관련 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났다.

의료이용과 관련하여서는 외래의료 경험이 있는 사람들이 18.36%로 나타났으며, 남자에 비해 여자의 의료이용 경험이 더 많았다. 의료이용 횟수의 경우 남자에 비해 여자가 더 높은 것으로 나타났고, 의료비 또한 남자에 비해 여자가 더 많이 지출한 것으로 나타났다.

2) 외래의료 이용의 형평성

(1) 전체

조사대상자 전체를 대상으로 외래의료이용의 형평성 정도를 분석한 결과는 다음과 같다. 먼저 소득에 따라 5분위를 나누어 각 그룹별로 의료이용 정도를 분석한 결과 소득이 가장 낮은 1분위 집단에서 의료를 가장 많이 이용한 것으로 나타났고, 소득이 높아질수록 의료이용을 적게 한 것으로 나타났다.

한편, 소득이 낮은 집단의 경우 그들의 건강 상태 또한 나쁠 가능성이 있고, 그에 따라 의료이용에 대한 니드가 더 높아 상대적으로 의료를 더 많이 이용했을 가능성이 있기 때문에 의료이용의 형평성 분석 시에는 의료이용에 대한 니드를 보정해 줄 필요가 있다. 이에 따라 소득분위별로 니드에 기반하여 의료이용의 예측값을 구한 결과 예상대로 소득이 낮을수록 의료이용의 예측값 또한 높게 나타났다.

결론적으로 실제의료이용과 니드를 기반으로 한 의료이용의 예측값을 활용하여 니드를 보정한 의료이용횟수를 구한 결과, 소득분위가 가장 낮은 집단에서 의료를 많이 이용하는 것으로 나타났고, 소득수준이 가장 높은 집단에서 의료이용을 가장 적게 하는 것으로 나타났다.

집중지수를 이용하여 소득수준별 의료이용 정도를 나타내면 실제의료이용에 대한 집중지수는 -0.1870, 니드 기반 의료이용 예측값에 대한 집중지수는 -0.1680으로 나타나, 실제의료이용은 물론 니드 기반 의료이용 예측값 모두 저소득층에 집중되는 pro-poor⁸⁾한 값이 나타났다.

표 3. 소득분위별 외래의료이용 횟수

소득분위	실제의료이용횟수	니드 기반 예측 의료이용횟수	니드 보정 의료이용횟수
1	21.19	20.15	13.60
2	12.74	13.19	12.12
3	10.91	10.88	12.59
4	9.29	9.31	12.55
5	8.70	9.28	11.98

8) 여기서 pro-poor는 의료이용에 있어서 "상대적으로 저소득층에 유리한 불형평"을 의미함.

니드를 보정한 의료이용의 수평적 형평성지수(Horizontal Inequity index) 또한 -0.0190으로 pro-poor한 값이 나타나 결국 의료이용의 보정 후에도 저소득층이 보다 의료이용을 많이 했음을 알 수 있었다.

(2) 연령별

연령별로는 노인과 비노인으로 구분하여 소득분위별 의료이용 횟수 및 의료이용의 집중지수를 구하였다.

전체적으로 소득분위별 외래의료이용 횟수

는 노인, 비노인 두 집단 모두 낮은 소득 집단에서 의료이용을 많이 한 것은 사실이나, 노인의 경우 최하 소득수준 집단보다는 2, 3분위에 있는 집단의 의료이용이 가장 높았다. 두 집단간 의료이용 정도를 비교하면, 니드를 보정하기 전의 실제의료이용 횟수 보다 니드를 보정한 이후에 두 집단간 의료이용 횟수가 더 큰 차이를 보였다. 이는 노인의 경우 니드에 비해 의료이용을 덜 하고 있다는 해석도 가능할 것으로 사료된다.

외래의료이용의 집중지수를 구한 결과 비노인의 경우 실제의료이용이 음의 값을 나타내어 저소득층이 상대적으로 의료이용을 더 많이 하

표 4. 외래의료이용의 집중지수: 전체

구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
		상한	하한	
실제의료이용	-0.1870	-0.2022	-0.1718	-24.12
니드 기반 예측 의료이용	-0.1680	-0.1767	-0.1593	-37.99
니드 보정 의료이용(He)	-0.0190	-0.0330	-0.0049	-2.65

표 5. 연령별 소득분위별 외래의료이용 횟수

성별	소득분위	실제 의료이용횟수	니드 기반 예측 의료이용횟수	니드 보정 의료이용횟수
비노인	1	12.29	11.67	9.74
	2	8.89	9.20	8.82
	3	8.37	8.59	8.90
	4	8.17	8.07	9.23
	5	7.91	8.10	8.94
노인	1	27.16	27.95	26.13
	2	28.23	28.26	26.88
	3	28.55	26.70	28.77
	4	26.26	26.10	27.08
	5	24.36	25.57	25.70

고 있음을 보여주었지만, 노인의 경우에는 실제 의료이용이 소득수준별로 정도의 차이가 나지 않은 것으로 나타났다. 반면에 니드 기반 의료이용 예측치는 음의 값을 나타내고 있어, 노인의 경우 저소득층에서 니드보다 의료이용을 적게 하고 있음을 확인할 수 있었다.

니드를 보정한 수평적 형평성 지수는 두 집단 모두 통계적으로 유의하지 않아 저소득층이 의료이용을 더 많이 한다고 결론 내릴 수는 없었다.

(3) 장애여부별

일반적으로 장애인은 비장애인에 비해 의료이용의 니드가 더 높은 반면 경제활동 등 소득 활동에 제약이 있어 의료이용에 부담이 될 것으로 생각되어진다. 이는 장애인의 경우 의료이용에 있어서 상대적으로 덜 pro-poor한 경향이 나타나거나 혹은 pro-rich⁹⁾한 경향, 즉 소득이 높을수록 의료를 더 많이 이용할 가능성이 있음

을 의미한다.

장애인 및 비장애인 집단 간 의료이용 횟수를 비교한 결과 비장애인에 비해 장애인 집단에서 실제의료이용 횟수가 높았다. 특이한 점은 비장애인의 경우 소득분위가 낮을 수록 즉 소득수준이 낮을 수록 실제의료이용 횟수가 더 높은 것으로 나타났는데, 장애인의 경우 소득분위가 가장 낮은 집단보다 두 번째, 세 번째 소득분위에 있는 집단에서의 의료이용이 더 높게 나타났다. 또한 이는 실제 의료이용횟수의 차이보다 니드를 보정한 이후 의료이용횟수에 있어서 장애인과 비장애인의 격차가 더 큰 것으로 나타나 그만큼 장애인이 의료이용에 대한 니드가 높음을 보여주었다.

이러한 집단간 차이를 집중지수를 이용하여 다시한번 살펴보면, 장애인에 비해 비장애인 집단에서 실제의료이용의 저소득층 집중현상이 더 뚜렷한 것으로 나타났다. 또한, 니드를 보정한 의료이용 정도는 비장애인 집단에서는 여전히 통계적으로 유의한 저소득층 집중현상

표 6. 외래의료이용의 집중지수: 연령별

구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값	
		상한	하한		
비노인	실제의료이용	-0.0879	-0.1064	-0.0693	-9.27
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0762	-0.0859	-0.0665	-15.42
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0116	-0.0274	0.0041	-1.45
노인	실제의료이용	-0.0262	-0.0520	-0.0005	-2.00
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0210	-0.0305	-0.0114	-4.30
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0053	-0.0293	0.0188	-0.43

9) 여기서 pro-rich는 의료이용에 있어서 "상대적으로 고소득층에 유리한 불형평"을 의미함.

표 7. 장애여부별 소득분위별 외래의료이용 횟수

성별	소득분위	실제 의료이용횟수	니드 기반 예측 의료이용횟수	니드 보정 의료이용횟수
비장애인	1	22.55	21.07	15.93
	2	14.67	15.29	13.82
	3	13.27	12.98	14.74
	4	11.16	11.44	14.17
	5	10.58	11.45	13.58
장애인	1	28.14	33.95	24.39
	2	35.61	32.52	33.30
	3	34.38	30.90	33.69
	4	27.88	27.70	30.39
	5	25.16	25.96	29.41

표 8. 외래의료이용의 집중지수: 장애여부별

구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값	
		상한	하한		
비장애인	실제의료이용	-0.1747	-0.1908	-0.1587	-21.34
	니드 기반 예측 의료이용	-0.1546	-0.1637	-0.1456	-33.48
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0201	-0.0347	-0.0055	-2.70
장애인	실제의료이용	-0.0554	-0.1021	-0.0088	-2.33
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0693	-0.0906	-0.0481	-6.40
	니드 보정 의료이용(HI)	0.0139	-0.0281	0.0559	0.65

을 나타내었으나, 장애인 집단의 경우 니드를 보정한 후에는 양의 값을 나타낸 것을 알 수 있었다.

3) 외래의료비 지출의 형평성

(1) 전체

연구대상 전체인구를 소득수준에 따라 5분위로 나누어 의료기관 외래에서의 본인부담

의료비를 분석한 결과, 가장 소득이 적은 그룹과 가장 소득이 많은 그룹의 의료비가 높고, 소득이 중간인 그룹의 의료비가 상대적으로 낮았다.

니드 기반 예측의료비는 소득이 높을수록 감소하였다. 니드를 보정한 외래의료비를 산출한 결과, 소득이 증가할수록 외래의료비가 증가하여, 소득수준이 가장 높은 집단에서 외래의료비를 가장 많이 지출하는 것으로 나타났다.

표 9. 소득분위별 외래의료비

소득분위	실제의료비	니드 기반 예측 의료비	니드 보정 의료비
1	320,662	436,993	185,309
2	295,346	315,146	281,840
3	272,424	272,609	301,456
4	282,280	239,816	344,104
5	337,618	243,211	396,047

실제 지불한 외래의료비에 대한 집중지수는 통계학적으로 유의하지 않아, pro-rich하지도 pro-poor하지도 않았다. 니드 기반 예측 의료비에 대한 집중지수는 -0.1270으로 저소득의 의료비 지출이 고소득보다 많은 pro-poor한 양상이었다. 니드를 보정한 의료비의 수평적 형평성지수(HI)는 0.1356으로 pro-rich하여, 의료이용에 대한 니드를 보정한 경우에도 고소득이 외래의료비를 더 많이 지출하였다.

(2) 연령별

비노인집단과 노인집단 모두 소득이 증가할수록 실제 지출한 외래의료비가 증가하였으며, 니드에 따른 예측 의료비는 감소하는 양상이었다. 니드를 보정한 이후 비노인, 노인 모두 소득

이 증가할수록 의료비가 증가하였다.

실제 지출한 외래의료비에 대한 집중지수는 각각 0.0585, 0.1152로 두 집단 모두 pro-rich하였다. 의료이용에 대한 니드를 보정한 외래의료비 집중지수는 비노인 0.1182, 노인 0.1316으로 고소득의 의료비 지출이 많은, pro-rich한 양상을 보여주었다.

(3) 장애여부별

비장애인은 소득분위에 따라 외래의료비가 일정한 방향을 나타내지 않았고, 장애인은 소득이 증가할수록 실제 지출한 외래의료비가 증가하는 것으로 나타났다. 니드를 보정한 이후에는 두 집단 모두 소득이 증가할수록 외래의료비가 증가하였다.

표 10. 외래의료비의 집중지수: 전체

구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
		상한	하한	
실제의료비	0.0086	-0.0168	0.0341	0.66
니드 기반 예측 의료비	-0.1270	-0.1335	-0.1204	-37.96
니드 보정 의료비(HI)	0.1356	0.1109	0.1603	10.75

표 11. 연령별 소득분위별 외래의료비

연령	소득분위	실제의료비	니드 기반 예측 의료비	니드 보정 의료비
비노인	1	246,094	323,538	187,631
	2	240,950	268,921	237,103
	3	255,891	248,797	272,168
	4	253,776	240,517	278,333
	5	328,749	243,544	350,280
노인	1	338,360	467,670	324,746
	2	352,597	468,151	338,502
	3	508,030	452,335	509,751
	4	469,679	449,496	474,239
	5	601,951	432,566	623,441

표 12. 외래의료비의 집중지수: 연령별

구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값	
		상한	하한		
비노인	실제의료비	0.0585	0.0271	0.0899	3.65
	니드 기반 예측 의료비	-0.0597	-0.0675	-0.0519	-15.04
	니드 보정 의료비(비)	0.1182	0.0881	0.1483	7.70
노인	실제의료비	0.1152	0.0808	0.1496	6.57
	니드 기반 예측 의료비	-0.0164	-0.0238	-0.0090	-4.35
	니드 보정 의료비(비)	0.1316	0.0978	0.1654	7.63

비장애인이 지출한 외래의료비에 대한 집중지수는 통계적으로 유의하지 않았고 장애인이 실제 지출한 외래의료비의 집중지수는 0.0871로 pro-rich하였다. 니드 기반 예측 의료비에 대한 집중지수는 비장애인, 장애인 모두 pro-poor하였고, 의료이용에 대한 니드를 보정한 외래의료비 집중지수는 비장애인 0.1291, 장애인 0.1444로 고소득자의 의료비가 저소득자보다 많은 pro-rich한 양상이었다.

4. 나오는 말

우리나라의 경우 1977년 의료보험이 도입된 이후 12년만인 1989년 전국민의료보험이 전면적으로 실시하여 왔으며, 의료의 보장성 강화를 위해 꾸준히 노력해오고 있다. 그러나 사회보장제도로써 건강보험의 주요 목적이 개인의 의료비 지불능력에 상관없이 필요한 의료서비스에 대한 접근성을 제공하는 것이라고 한다면, 현재와 같은 높은 본인부담률이나 민간중심의 의료

표 13. 장애여부별 소득분위별 외래의료비

장애 여부	소득분위	실제의료비	니드 기반 예측 의료비	니드 보정 의료비
비장애인	1	309,778	414,264	189,548
	2	282,288	307,926	268,394
	3	271,950	263,185	302,798
	4	273,389	240,433	326,988
	5	332,761	244,328	382,466
장애인	1	352,370	489,417	300,978
	2	317,007	474,028	281,005
	3	582,845	447,445	573,426
	4	411,178	409,161	440,042
	5	526,469	369,963	594,531

표 14. 외래의료비의 집중지수: 장애여부별

구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값	
		상한	하한		
비장애인	실제의료비	0.0136	-0.0130	0.0402	1.00
	니드 기반 예측 의료비	-0.1155	-0.1223	-0.1087	-33.22
	니드 보정 의료비(He)	0.1291	0.1032	0.1550	9.78
장애인	실제의료비	0.0871	0.0067	0.1674	2.13
	니드 기반 예측 의료비	-0.0573	-0.0795	-0.0352	-5.08
	니드 보정 의료비(He)	0.1444	0.0696	0.2192	3.79

서비스 공급방식은 목적 달성에 장애가 될 수 있다¹⁰⁾.

정부는 국민들의 건강형평성 달성을 국가의 건강증진정책 비전으로 설정하고 있으며¹¹⁾, 목표 달성을 위해 만성질환관리 단골의사제, 건강관리서비스, 보건소 맞춤형 건강관리서비스 등

주로 예방서비스 위주의 정책 방향을 제시한 바 있다¹²⁾.

그러나 본 연구결과는 이러한 예방서비스 외에도 의료이용의 형평성 제고 정책 또한 노력을 기울여야 할 필요가 있음을 보여주고 있다. 특히 노인이나 장애인 등 경제적 기반이 취약할

10) Kim C. Y.(2005). "The Korean Economic Crisis and Coping Strategies in the Health Sector: Pro-welfarism or Neoliberalism?" International Journal of Health Services, 35, pp.561~578.

11) 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2010). 제3차 국민건강증진종합계획.

12) 보건복지부 · 질병관리본부(2009). 국민건강영양조사 제4기 2차년도 결과발표.

수 있는 특정 집단의 경우 상대적으로 높은 경제적 장벽이 필수 의료이용에 대한 장애가 될 수 있을 것으로 생각된다. Whitehead(1992)¹³⁾, WHO Commission on Social Determinants of Health(2007)¹⁴⁾ 등은 건강불평등 완화를 위해 저소득층을 포함한 취약계층에 초점을 맞춘 프로그램 개발, 빈곤층과 부유층의 건강차이를 줄이기 위한 정책, 전반적인 건강수준의 향상뿐만 아니라 건강수준의 형평성 제고를 염두에 둔 건강정책 개발 등을 제시한 바 있다.

때문에 우리나라에서도 건강불평등 정책 수립 시 인구집단 간 의료이용의 불평등 완화를 위한 프로그램 개발이 필요하리라 생각되며, 특히, 의료이용의 니드가 있음에도 불구하고 의료를 충분히 이용하지 못하는 인구집단들을 대상으로 의료이용의 접근성을 높이는 정책방안이 반드시 고려되어야 할 것으로 생각된다.

건강형평성을 실현하기 위한 정책을 펼치기 위해서는 다른 보건 정책들과 마찬가지로, 정치적 동력 확보, 보건의료서비스에 대한 정책적 관심 증대, 국가적 건강문제의 동향 파악, 개인의 건강행태에 대한 개입 타당성 확보 등이 필수적이다.

실제로 건강불평등을 감소시키기 위해 이용

할 수 있는 정책적 방법은 주로 사회경제적 지위가 낮은 집단을 대상으로 개입하는 형태이며, 정책의 목적에 따라 다음과 같이 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 사회경제적 지위가 낮은 집단의 전반적인 삶의 조건을 향상시키는 것을 목적으로 하는 상류 정책(upstream policies)이다. 예를 들어, 낮은 사회경제적 지위를 가진 사람들이 노동시장에 더 많이 참여할 수 있도록 돕는 정책들이 있다. 둘째, 특정 건강위험요인에 대한 노출을 줄이는 것을 목적으로 하는 하류 정책(downstream policies)이다. 예를 들어 주로 사회경제적 지위가 낮은 사람들을 대상으로 건강에 위협을 끼칠 수 있는 물리적 환경을 개선하거나, 건강행태를 개선하는 정책들이 있다 (Mackenbach 외, 2007).

위의 두 가지 방법은 모두 건강 자체를 재분배하는 것이 아니라, 사회경제적으로 불리한 집단의 건강을 끌어올리는(levelling up) 관점을 내포하고 있다. 이는 특히 복지정책 수립시 주로 사용되는 방법으로서 복지정책 뿐만 아니라 건강 및 의료이용 형평성 제고 정책시에도 가장 불리한 집단의 건강 개선을 최우선으로 생각할 필요가 있을 것으로 생각된다. 보건
복지

13) Whitehead M.(1992). The concepts and principles of equity and health. Int J Health serv.

14) WHO Commission on Social Determinants of Health, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, 2007.