

지역간 건강보험이용의 형평성 분석*

이용재**

(2008.04.22. 접수 / 2008.06.20. 1차수정 / 2008.06.25. 게재확정)

— 요약 —

본 연구에서는 분석의 중요성에도 불구하고 자료의 한계로 인해 이루어지지 못한 지역간 건강보험이용의 형평성을 지역주민의 의료필요의 차이를 반영하여 분석하였다. 분석결과, 첫째, 건강보험이용 집중지수가 급여액과 외래건수는 도시에 이용이 집중된 양(+)의 값으로 나타난 반면, 입원일수는 농어촌에 집중된 음(-)의 값을 보여서 도시 주민은 급여액과 외래이용을 많이 하는 반면에 농어촌 주민은 입원이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 둘째, 지역 간 건강상태의 차이를 확인하기 위한 의료필요 집중지수는 사망률과 주관적 건강상태 인식, 만성질환이환 여부, 만성질환수의 경우는 농어촌에 집중된 음(-)의 값을 보인 반면에 급성질환이환 여부와 급성질환수는 도시에 집중된 양(+)의 값으로 나타났다. 대체로 농어촌주민이 중증질환과 만성질환에 많이 이환되어 있어서 건강상태가 도시주민에 비해 좋지 않은 것을 알

* 본 논문은 박사학위 논문을 수정, 보완, 재구성한 것임.

** 호서대학교 사회복지학과 전임강사(123peter@hanmail.net)

수 있었다. 셋째, 건강보험이용 집중지수와 의료필요 집중지수의 차이를 이용해 Le Grand지수를 산출하였다. 집중지수가 양(+)의 값이던 급여액과 외래이용은 사망률, 주관적 건강상태 인식 등의 의료필요를 반영한 Le Grand지수가 더 커진 양(+)의 값으로 도시주민에 유리한 이용이 이루어지고 있었다. 반면에 음(-)의 값이던 입원이용 집중지수는 사망률, 만성질환이환 여부와 질환수와 관련된 의료필요를 고려한 Le Grand지수가 양(+)의 값으로 바뀌어서 오히려 도시주민에 유리한 이용이 이루어지는 것으로 나타났다. 따라서 의료필요를 반영할 경우 지역 간 건강보험이용은 농어촌 주민에게 더욱 불평등해졌다.

주제어: 지역, 건강보험이용, 형평성, 집중지수, Le Grand지수

1. 연구배경과 목적

의료서비스의 적절한 제공을 통한 사회구성원의 건강유지는 사회의 경제적 평등과 사회유지에 밀접한 관계가 있기 때문에, 사회는 적절한 개입을 통해 모든 사람에서 평등한 의료공급을 보장하기 위해 노력할 필요가 있다. 이런 이유로 질(quality), 효율성(efficiency)과 형평성(equity)이라는 보건의료부문의 공공정책의 목적 중에서도 ‘형평성’은 오랫동안 추구해온 중요한 가치이다(Le Grand and Vizard, 1998: 77).

형평성 제고를 위해 공공이 개입하는 근본원인은 보건의료시장에 시장실패(market failure)의 요인들이 내재되어 있기 때문이다. 시장실패는 ‘의사-환자간 정보비대칭’이나 ‘불확실성’, ‘독점’, ‘외부효과’로부터 발생하게 된다(Le Grand and Robinson, 1984: 38-46). 시장실패와 더불어 보건의료 비용과 이용에 있어서 큰 격차가 생기고, 이에 따라 의료접근과 이용에 있어서 격차가 발생하게 된다. 이는 곧 질병이환율의 차이를 가져와 궁극적으로 건강의 격차를 가져온다. 따라서 공공은 의료시장에 개입하여 형평성을 제고하려 한다.

이러한 공공의 개입에도 불구하고 사회·경제수준이 높고 도시에 사는 사람들이 더 나은 보건의료의 혜택을 받으며, 그 외 지역사회의 주민들은 적절한 양질의 보건의료혜택을 필요한 때에 받지 못하는 경우가 있다(Simoens and Hurst, 2004: 175-81). 이러한 문제는 우리나라에서도 마찬가지로 경제발전과 국민소득의 총량적인 증대에도 불구하고 의료의 형평성은 개선되지 않거나 더욱 악화되고 있는 것으로 보고되고 있다(신영진, 1997; 오영호, 2003; 신의균, 2005).

우리나라의 건강보험은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다. 일차적으로 국민들에게 일시에 과도한 의료비용에 대한 금전적인 장벽

을 줄여줌으로써 의료이용을 보다 용이하게 하는데 그 목적이 있다. 그러나 국민들이 건강보험을 이용하는데 비용 외에 다른 요인들에 의해 제한되고 있다. 특히, 건강보험제도가 의료이용이 용이 할 수 있도록 하기 위해서는 지역별로 적절히 의료 인력과 시설 등 의료자원을 배분하고 각급 의료기관이 규모와 종류에 따라 역할과 기능을 충분히 발휘할 수 있도록 병상규모·인력·시설·장비를 갖추고 있어야 하지만, 이러한 의료전달체계의 기반이 되는 의료자원의 분배가 제대로 이루어지지 않은 상태이다(이용문, 2000: 6-9). 이러한 의료전달체계의 가장 큰 문제는 공공의료부문의 약화와 민간부문의 상대적 발전으로 인해 의료 인력과 시설이 지역주민의 의료필요에 의해 분배되기보다는 인구가 많고 교통, 시간, 문화, 교육 등이 의료이용에 유리한 도시 지역에 집중되고 상대적으로 불리한 농촌지역에는 의료시설과 인력의 심한 부족현상이 나타나는 의료자원의 지역간 불균형의 문제이다(윤병섭, 1997).

따라서 그러한 지역간 의료이용의 불평등의 문제를 파악하고 이를 제거하기 위한 노력은 건강보험의 발전을 위해 절실히 요구된다. 기존에 이선희(1993), 김양균(1995), 신영전(1997)이 지역을 단위로 연구를 수행했지만, 연구방법 면에서 한계를 가지고 있다. 즉, 의료이용에 대한 평균비교나 CV(표준편차/평균값), EQ(최대값/최소값) 등의 변이계수를 통해 지역 간 이용의 차이를 비교하는데 그쳐서, 불평등을 지수화하여 향후 지속적인 연구를 통한 모니터링을 수행하는데 한계를 가지고 있다. 뿐만 아니라 지역의 의료필요를 반영하지 못하여 실질적인 의료의 형평성 개념에 부합한 연구를 수행하지 못하였다.

‘지역’을 건강보험이용 형평성의 주된 분석대상으로 삼은 것은 지역이 의료형평성 개선의 구체적인 단위로 작용할 수 있기 때문이다. 이것이 의료이용의 형평성을 개선하기 위한 전략 중에서 지역 접근방식이 다른 접근방식 주로 사회계급, 계층적 접근방식에 비해 가지는

장점이다. 더불어 지역적 접근은 보건의료서비스 제공의 개선에 있어서 중앙, 광역, 기초자치단체의 역할을 제고할 수 있는 중요한 단초를 제공할 수 있을 것이다. 지방자치와 연계시키지 않더라도 의료문제에 대한 지역차원의 접근은 질병을 예방하고 건강을 증진시키려는 작업에 중요한 함의를 갖는다. 이미 알려진 대로 개인의 질병위험 감소에 초점을 둔 보건사업들은 성공적이지 못하였으며, 개별적인 위험요인에 초점을 둔 지역사회 기반 보건사업들의 실패 또한 점점 분명해지고 있다(Berkman and Kawachi, 2002: 15). 그럼에도 불구하고 지역을 대상으로 한 연구는 기존의 의료에 있어서 불평등을 가져오는 주요 변수로 잘 알려진 사회계층 또는 계층, 성, 인종 등 다른 변수에 비해 매우 미진하였다.

따라서 본 연구는 건강보험 자료를 중심으로 지역간 건강보험이용이 의료필요에 따라 형평성 있게 이루어지고 있는지를 분석하는데 목적이 있다. 이를 위해 첫째, 지역간 건강보험이용량에 대한 평균비교와 집중지수를 통해 단순한 건강보험이용량의 차이를 확인한다. 둘째, 또한 지역간 의료필요(건강상태)에 대한 평균비교와 집중지수를 통해 지역간 의료필요의 차이를 확인한다. 셋째, 이상의 건강보험이용 집중지수와 의료필요 집중지수의 차이로 Le Grand지수를 산출함으로써 지역의 의료필요의 차이를 고려한 지역 간 건강보험이용 형평성을 분석한다.

2. 의료의 형평성

보건의료부문에서 형평성의 문제를 검토한 연구결과에서는 의료서비스 제공에 대한 기본입장을 평등주의(egalitarian)와 자유주의(libertarian)의 두 극단적인 관점으로 나누고 있다. 전자는 의료서비스를 모든 사회구성원이 향유해야 할 하나의 권리라고 주장하고 보상

체계 이외에도 특별히 더 고려할 요소가 있다는 점을 강조하고 있다. 반면에 후자는 효율을 더 중시함으로 의료서비스 자체를 사회적 보상 체계의 하나로 주장하고 있다(문옥륜 외, 1996: 110). 두 관점은 의료분배의 형평성 기준으로 각각 평등주의는 평등(equality)한 분배를, 자유주의는 최소기준(minimum standards)을 설정하고 있다. 평등을 형평성의 목표로 추구하는 평등주의적 정책은 불평등을 제거하는데 중점을 두는 반면 최소기준을 목표로 하는 자유주의의 경우 그 누구도 설정된 최소기준 이하로 떨어지지 않도록 보장하는데 초점을 맞추게 된다(Le Grand and Ray Robinson, 1984: 9-13).

대부분의 국가에서 이 두 가지 정의론이 혼재되어 있으나 보건의료의 특성상 이념적 지향은 보건의료를 시장 기구에 맡기기보다는 사회정의의 관점에서 개입을 통해 분배의 형평성을 달성해야 할 대상으로 여기고 있다. 예컨대 유럽의 국가들은 능력에 따라 지불하고 필요에 따라 분배하는 평등주의적 사고가 정책목표에 주로 반영되어 있다. 미국과 같이 자유를 지고의 가치로 간주하는 사회에 있어서도 빈곤층이 제공받는 의료서비스를 최소수준 이상으로 상향시키는데 일차적 관심을 두고 있으나, 보건의료정책이 추구하는 이데올로기적 입장은 접근성의 평등을 설정하고 있는 것으로 나타났다(Patrick et al., 1988: 105-136; Davis, 2001: 56-57).

평등주의적 관점에 기초하여 공평한 분배를 달성할 수 있는 형평성의 실질적 정의로 개진된 것으로는 첫째, 건강의 평등, 둘째, 동등한 의료필요에 따른 의료이용, 셋째, 동등한 의료필요에 따른 접근의 균등이다(Le Grand, 1982: 14-17; Mooneys, 1994: 72-73; 65-86; Wagstaff and Van Doorslaer, 1993: 9-17; Culyer, 1994: 7-8; 홍백의, 1995: 18-19; 문옥륜·장동민, 1996: 115). 각각의 형평성에 대한 논의를 정리하면 다음과 같다.

우선, 보건의료 형평성이 지향하는 궁극적인 목표가 건강의 평등이

라는 점에 대해서는 의의가 별로 없다. 건강의 평등을 의료의 형평성으로 보는 입장은 형평성을 결과의 평등이라는 산출지향적인 관점에서 정의하는 것으로 보건의료서비스의 목표는 지역간에 그리고 사회계층간에 동일한 건강수준을 실현하는 것이다(Le Grand, 1987, 257-274; Culyer and Wagstaff, 1993, 430-457; Mooney, 1986).

그러나 건강의 평등은 너무 이상적이고 비현실적일 수 있다. 건강은 생물학적·유전적 요인, 생활양식(life style)과 행태, 전염병을 포함한 환경적 요인, 사회적·경제적 요인 등 보건의료제도 밖에 존재하는 통제하기 어려운 많은 변수들의 영향을 받고 있는데(Calman, 1997), 다른 요인들을 도외시 한 채 보건의료서비스만을 제공하여 건강수준을 증진시키고 동일한 건강수준을 창출하는 것에는 한계가 있기 때문이다.

또한 ‘좋은 건강’이 무엇을 의미하는지 합의된 개념정의를 존재하지 않는 것도 문제이다. 게다가 무리하게 건강의 평등을 추구할 경우 불필요한 자원이 배분 혹은 지원되는 등 비효율성을 초래할 우려도 있다(Donaldson and Gerard, 1993). 즉, 건강의 평등을 실현하기 위해서는 현재 건강상태가 낮은 지역이나 계층을 위해 보다 많은 의료자원을 투입하는 긍정적 차별(positive discrimination)이 행해져야 하기 때문에, 자칫하면 의료자원의 투입지향적인 정의에서 주장하는 것보다 훨씬 많은 양의 자원을 매우 불평등한 상태로 지역간에 또는 계층간에 배분하여 비효율성을 초래할 수도 있는 것이다.

결국, 건강의 다차원적인 속성상 적극적 이상으로서의 ‘건강의 평등’이라는 정의는 건강에 대한 보편적 개념정의를 어렵고 성취가 불가능하다. 또한, 전체 인구집단의 건강수준을 평등하게 하는 것은 효율성 측면에서 값비싼 대가를 요구하는 비현실적인 정책이기 쉽다(Mooney, 1994). 따라서 실제적 측면에 있어서는 보건의료의 형평성 목표를 산출지향적 관점에 비롯된 건강의 평등보다는 과정지향적인

의료서비스의 분배문제에 두는 것이 일반적인 경향이다.

두 번째와 세 번째 정의인 의료필요에 따른 이용과 접근의 개념을 함께 살펴보기로 한다. 두 정의의 전제가 되는 ‘의료필요’는 의료인이나 시설 등의 의료공급자가 환자에 대해 치료의 필요를 느끼는 상태를 말한다(Mooney, 1986:83-4). 이러한 보건의료 필요에 대해 적절히 반응해야 하는 사회의 의무는 보건의료의 중요성, 개인이 설명할 수 없는 건강상태의 차이, 의료필요의 예측 불가능함과 불평등한 상태 때문이다. 즉, 사회는 이용할 수 있는 보건의료자원의 분배가 이러한 보건의료의 문제를 극복하고 개인간의 건강상태의 차이를 감소시킬 수 있도록 마련되도록 노력해야 한다(Abbing, 1988:57-8).

의료필요의 개념은 가치의 판단을 요구하며 다양한 정의가 가능하나 일단 조작적 과정을 통해 ‘동등한 의료필요’를 기준으로 형평의 대상이 되는 집단을 구분하는 것이 현실적인 접근방법이라 할 수 있다. 왜냐하면 필요가 서로 다를(unequal need) 경우 동등한 필요에 비해 구성요건의 결정 및 불평등도의 산출이 어렵기 때문에 대다수의 실증적 연구에서는 동일한 건강수준과 필요에 대한 동일한 이용과 접근을 의미하는 ‘수평적 형평성’(horizontal equality)의 원칙에 입각하여 분석을 전개하고 있다(Van Doorslaer and Wagstaff, 1992:389-411). Le Grand(1982; 1984)은 ‘접근성’을 보건의료시설의 이용 시 발생하는 시간비용과 화폐비용으로 정의하였고, Mooney(1994:82-84)는 접근성이 의료서비스의 공급을 위한 자원의 분포로서 의료이용에 영향을 미치는 요인들 중 하나라 하였다. 따라서 의료 형평성을 의료필요에 따른 균등한 접근이라고 정의하는 것은 의료공급자가 치료가 필요하다고 판단한 의료필요자가 동일한 시간비용과 화폐비용을 소요하고 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료자원이 균등하게 분포하고 있는 상태인 것이다. 이를 의료에 있어서 형평한 상태로 보는 것이다.

이와 함께 Mooney(1994)는 ‘의료이용’은 개인이 지불하는 경제적 비

용, 의료서비스에 대한 편익의 인지, 의사방문유인 등 제반요인이 포함될 수요와 공급의 함수라 하고 접근성과 구별하여 설명하였다. 따라서 의료 형평성을 의료필요에 따른 이용으로 정의하는 것은 의료공급자가 치료가 필요하다고 판단하는 의료서비스 이용이 필요한 자가 서비스 이용을 통해 얻을 수 있는 효과와 지불해야 하는 비용 등을 모두 감안해 실제 이용한 경우가 동일한 상태를 의미한다.

의료 형평성의 정의에 있어서 동등한 의료필요에 따른 이용과 접근의 균등은 형평성 달성을 위한 정책목표로서 각기 나뉠대로의 장점을 갖고 있으나, ‘동등한 의료필요에 따른 접근의 균등(equal access for equal needs)’이 현실적으로 최적의 기준이라 할 수 있다. 달리 말해서 “가장 필요한 곳에 의료자원을 집중 공급하여 궁극적으로 건강상태의 차이를 감소시켜 전체 인구의 건강상태를 개선시키는 것”이다(Le Grand and Vizard, 1998: 77; 문옥륜·장동민, 1996).

통상적으로는 접근성(access)과 의료이용(utilization)은 엄밀한 개념의 구분 없이 사용되는 경향이나 형평성의 정책목표로 의료서비스에 대한 동등한 접근성의 보장이 의료이용에 비해 여러 측면에서 적합한 것으로 평가되고 있다.

Le Grand와 Mooney는 접근성과 의료이용을 엄격히 구분하면서 접근성이 정책목표가 되어야 한다고 본다. Mooney and McGuire(1988: 17-18)는 ‘접근성의 균등한 보장’은 기회의 평등에 주안점을 두는 개념으로 필요시 의료서비스에 대한 동등한 이용기회를 권리로 보장하는 것을 의미한다. 이에 따라 각 개인이 의료이용시 제반 비용이 동일하도록 공급측면에서 장애요인을 제거하는 데 중점을 두면 되고 반드시 의료필요와 연계시킬 필요가 없다는 점에서 의료의 형평성 제고를 위한 정책목표로 채택하기 용이하다(Culyer, 1994: 8-9; Barr, 1997:280, 306-310).

그런데 형평성의 기준으로 접근성을 측정할 대다수의 실증적 연구

에 있어서 과정지표인 접근성의 다차원적 속성상 계량화가 용이하지 않고, 과정지표를 균등화하기에는 정책상 한계가 있다. 또한 동등한 접근성이 바로 의료이용으로 연결되는 것도 아니다. 따라서 정책목표는 동등한 접근성의 보장을 제시하면서 실제 측정은 개인의 의료이용에 관한 산출지표를 통해 형평성을 평가하고 있는 실정이다(Wagstaff and Van Doorslaer, 1993: 9-17; 배상수, 1992: 167-203; 문옥륜·장동민, 1996). 접근성을 바람직한 형평성의 기준으로 인정하면서도 접근성을 계량화하기 어려워 실제 의료이용에 관한 산출지표들을 통해 접근성을 평가하는 것이다.

이처럼 의료이용으로 접근성을 평가하는 것은 ‘서비스에 대한 접근성’과 ‘서비스 이용’을 동일한 것으로 간주하거나 양자를 구별하는 것이 실익이 없다는 주장에 근거하고 있다. 이 주장의 근거는 다음과 같다. 첫째, 접근성 자체는 사람들의 행태 즉, 서비스의 실제 이용여부를 관찰함으로써 가장 잘 측정할 수 있으며, 접근성의 형평성도 개인의 의료필요의 수준을 고려하여 서비스의 실제이용을 관찰함으로써 가장 잘 판단할 수 있다(Andersen and Aday, 1978: 533-546). 둘째, 일반적으로 접근성은 서비스의 수령(receipt) 즉, 이용을 의미한다(Culyer and Wagstaff, 1993: 430-457). 보건의료분야에서 이 두 단어(접근과 이용)는 종종 동의어로 간주되거나 상호 교차적으로 사용되고 있다. 셋째, 정책결정자들은 원칙적으로 서비스에 대한 동등한 접근성의 보장을 확보하려고 의도하고 있으나 실제로는 지출이나 자원 등과 같은 서비스 이용과 관련된 지표에 정책의 초점을 맞추는 것이 보통이다(Wagstaff and Van Doorslaer, 1993).

이런 이유로 접근성과 이용 사이의 명확한 경계선을 긋기가 어려우며, ‘이용’이 종종 ‘접근’의 대체물로 사용되고 있다. 왜냐하면 접근성의 가장 큰 문제점은 측정의 곤란한 것인데 이용의 평등은 접근성의 평등보다 상대적으로 측정이 용이하기 때문이다. 따라서 형평성의

보장은 의료서비스 소비자가 처한 여건과 관계없이 의료필요에 따라 원하는 의료서비스에 접근할 수 있는 기회가 제공될 때 이루어 질 수 있으며 의료서비스의 형평성 분석은 분배적 측면에서 접근성에 기초하고 측정수단으로는 의료이용 산출지표를 채택하는 것이 가장 현실적인 방법이라 볼 수 있다.

3. 연구방법과 자료

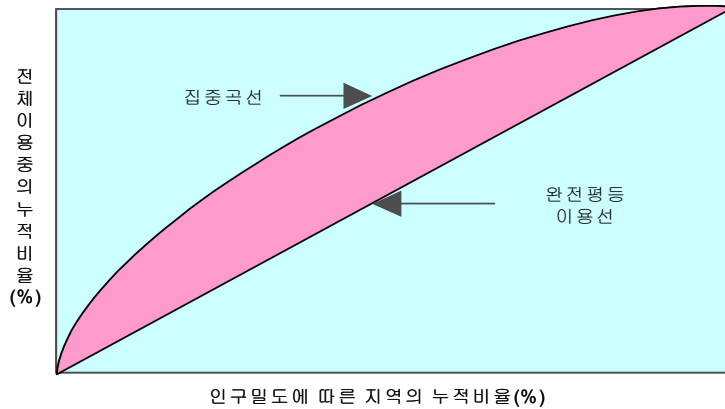
본 연구에서는 247개 시군구를 통계청(2003년) 인구밀도로 10개 지역으로 구분하였다. 인구밀도에 따른 지역구분은 행정구역에 따른 지역구분에 비해서 지역의 도시화 정도를 잘 반영할 수 있을 뿐만 아니라 지역의 사회경제적 수준을 함께 반영할 수 있는 장점이 있다. 건강보험이용은 국민건강보험공단 요양급여 자료(2003년)인 건강보험 급여액과 외래일수, 입원일수를 사용하였는데 시군구별 가입자의 연령 분포를 고려하기 위하여 직접표준화법으로 ‘연령표준화’하여 사용하였다. 의료필요(건강상태)는 국민건강영양조사(2001년)를 통해 확인할 수 있는 만성질환이환 여부와 질환 수, 급성질환 이환 여부와 질환 수, 주관적인 자가 건강평가(매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨의 5점 척도를 사용)를 사용하였다. 한편, 2003년도 건강보험이용과 2001년도 국민건강영양조사간의 시점차이가 있지만, 두 자료간의 차이기간인 2002년에 의료이용량과 질병이환의 변화에 큰 영향을 줄 수 있는 급격한 제도변화가 없었기 때문에 두 자료의 연계에는 문제가 없다.

분석방법을 살펴보면, 본래 집중지수는 소득계층별 의료이용의 형평성 분석에서 주로 사용되는 방법으로 소득이 가장 적은 사람으로부터 순서에 따라 누적인구비율을 표시하고 종축에는 이들의 의료이용의 누적비율을 표시하여 의료이용의 형평성을 소득과 연계시켜 분석

한다. 본 연구에서는 지역의 건강보험이용의 형평성 분석을 위해 '소득'을 '인구밀도'로 '개인'을 개별 '지역'으로 대체하여 분석하였다. 소득 대신 인구밀도를 투입한 것은 인구밀도가 지역의 도시화 정도와 소득차이를 함께 반영하고 있어 지역을 구분할 수 있는 최적의 변수로 파악했기 때문이다.

집중지수는 집중곡선과 대각선사이의 면적을 두 배로 곱한 값이다. 이론적으로 집중곡선이 대각선 아래에 위치할 때는 양의 값을 취하게 되고 대각선 위에 집중곡선이 놓일 때는 음의 값을 취한다. 즉, 집중지수는 -1에서 +1사이의 값을 취하는데 이론적으로 전자(-1)는 전체 건강보험이용이 인구밀도가 낮고 열악한 지역에 집중되는 것을 의미하며 후자(+1)는 반대의 경우이다. 집중지수에 대한 구체적인 산출방법은 아래의 <그림 1>과 같다.

<그림1> 건강보험이용 집중곡선과 집중지수



집중지수 실제의 계산식 : $C = \eta \times 2$
 대각선과 집중곡선사이면적

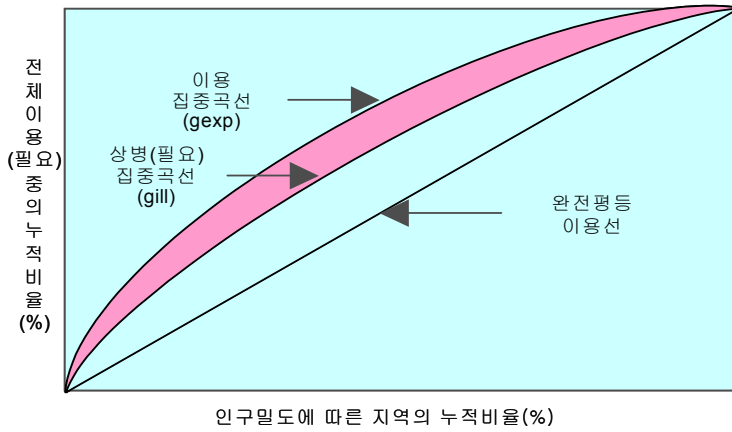
$$\eta = [(0.1-X_1(\text{첫번째 지역 누적백분율})) \times 1/2 + ((0.1-X_1)(0.2-X_2)) \times 1/2 + \dots + ((0.8-X_8)(0.9-X_9)) \times 1/2 + ((0.9-X_9)(\text{아홉번째 지역 누적백분율})) \times 1/2] \times 0.1$$

의료이용에 관한 접근법 중에서 Le Grand(1982)접근법은 실제 귀속된 의료비 지출을 의료처치에 대한 대리변수로 사용하였다. 사회경제적 계층별로 '필요'의 대리변수인 질환과 귀속된 의료비지출을 비교하여 의료이용의 불평등도를 측정하였다. 의료이용의 측정에 있어서 분석대상의 의료필요 또는 건강수준에 비추어 형평한지를 판단하는 것이 합리적이거나 의료필요를 계량화 하는 것이 매우 어렵고 계량화한다고 하더라도 자의적이기 쉽다. 더욱이 의료필요 판단자가 의사가 될 경우 의료를 판단할 경우 의학적 질병에 따라 판단하는 경향이 있고, 또 개인이 될 경우 주관적으로 이루어지기 쉽다.

Van Doorsler et al.(1993)은 만성질환, 한정적 만성질환(생활에 장애를 주는 것) 및 개인의 자가 평가를 의료필요의 대리변수로 활용하여 의료이용의 수평적 공평성을 측정하였다. 이 수평적 공평성의 측정이 바로 Le Grand지수로 불리는 것으로 의료비 지출의 집중지도에서 의료필요(상병)의 집중도를 뺀 것으로 정의할 수 있다.

상병집중곡선(gill)역시 종축에 누적 의료비점유율 대신 누적 상병 점유율을 대응시키는 것을 제외하고는 집중지수의 경우와 도출방법은 동일하며 상병집중지수 Gill 역시 C_{exp} 의 그것과 동일하게 계산할 수 있다.

<그림2> Le Grand지수



만약 의료필요가 있는 농어촌지역이 대도시지역에 비해 건강보험 이용량이 적다면 건강보험이용 집중곡선 gexp은 <그림2>에서처럼 상병집중곡선 아래에 위치하게 된다. 이때 불평등도는 두 집중곡선 사이의 면적에 의해 측정될 수 있다. 만약, 도시화 정도가 높고 사회 경제적 여건이 좋은 서울 등 대도시지역에 유리한 불평등이 존재한다면 HILG지수는 양(+)의 값을 가지며, 도시화 정도가 낮고 사회적 여건이 낮은 농어촌지역에 유리한 불평등이 존재하면 음(-)의 값을 갖게 된다.

4. 지역간 건강보험이용의 형평성 분석

1) 지역간 건강보험이용의 차이

건강보험이용의 집중지수를 산출한 결과는 <표 1>과 같다. 보험

급여액의 평균은 도시지역이 다소 높은 경향이 있었지만 농어촌, 중소도시, 대도시의 이용의 차이가 크지는 않았다. 보험급여액 건강보험이용 집중지수도 +0.0105로 양(+)의 값을 나타내어 급여액이용이 도시지역에 다소 집중되어 농어촌지역이 불평등한 것으로 나타났지만 수치에서 확인할 수 있는 바와 같이 불평등은 미미한 수준이었다.

지역의 외래건수에 대한 평균의 차이를 비교해 보면 중소도시가 대체로 가장 높고, 대도시, 농어촌의 순으로 나타나서 의료기관에 대한 접근이 용이한 도시지역의 외래이용이 농어촌에 비해 많은 것을 알 수 있었다. 외래건수에 대한 건강보험이용 집중지수 산출결과도 양(+)의 값인 +0.0146으로 나타나서 보험급여액과 마찬가지로 농어촌지역이 다소 불평등하였지만 불평등 정도는 그다지 크지 않았다.

입원일수의 지역간 평균을 비교한 결과 농어촌지역이 가장 많았고 중소도시, 대도시의 순으로 나타났다. 입원일수에 대한 건강보험이용 집중지수 산출결과는 음(-)의 값인 -0.0413으로 나타나서 급여액, 외래건수와는 달리 도시지역에 다소 불평등이 존재하고 있었다.

건강보험의 지역간 이용에 대한 분석결과 건강보험 급여액이용과 외래이용에 있어서는 농어촌지역에 불평등이 존재하고 입원이용에 있어서는 도시지역에 불평등이 존재하는 것으로 나타났다. 상대적으로 의료서비스 접근이 어려운 농어촌 주민들이 의료기관 방문시 입원 또는 요양의 장기적인 서비스를 이용하는 것이다. 반면에 의료기관을 자주 방문하고 양질의 의료서비스를 이용하고 있는 도시지역에 거주하는 주민이 건강보험 급여액을 많이 사용하고 있었다. 이는 의료기관에 대한 접근에 있어서 도시와 농촌의 시간과 금전적 비용의 차이가 원인으로 지목된다. 즉, 농어촌 주민은 시간과 금전적 어려움으로 의료이용을 체념하거나 연기하여 질병이 악화되어 장기간 입원이용이 불가피하거나, 퇴원 시 발생할 수 있는 재발이나 통원비용을 고려하여 입원기간을 연장하는 경우가 상당수 존재할 가능성이 있는 반

면, 도시주민은 그러한 가능성이 상대적으로 적은 것이다.

<표 1> 건강보험이용과 집중지수

(단위 : 원, 건, 일)

지역구분		급여액	외래건수	입원일수
농 어 촌	I	275,557	12,008	1,043
	II	280,512	12,448	1,078
	III	299,899	13,615	1,136
중 소 도 시	IV	287,973	13,121	1,078
	V	295,706	13,466	1,033
	VI	300,008	13,661	1,010
대 도 시	VII	301,991	13,834	0,984
	VIII	297,969	13,509	0,911
대 도 시	IX	294,393	13,314	0,911
	X	294,803	13,284	0,870
집중지수		0.0104848	0.0146271	-0.04134

2) 지역간 의료필요(건강상태)의 차이

지역별 의료필요 집중지수를 산출한 결과는 <표 2>와 같다. 사망률은 농어촌, 중소도시, 대도시의 순이었으며, 의료필요 집중지수가 음(-)의 값인 -0.0707로 나타나 농어촌지역에 사망률과 관련한 의료필요가 집중되어 있었다. 위독할 수도 있는 중증질환에 대한 이환이 많은 농어촌주민의 건강상태가 도시주민에 비해 좋지 않은 것이다. 이 경우 비용이 많이 소요되는 입원 등의 의료서비스가 요구된다.

주관적인 건강상태에 대한 인식도 사망률과 유사한 분포를 보여서 농어촌인 II지역이 2.82로 보통의 건강상태보다 다소 나쁜 정도로 가장 나쁘게 나타났다. 주관적 건강상태 인식에 대한 집중지수도 음(-)의 값인 -0.156으로 도시지역에 비해 농어촌지역의 의료필요가 높았다.

이처럼 농어촌주민이 스스로 인식하는 건강수준이 나쁜 것은 만성 질환 이환에서 비롯된 것으로 보인다. 반면에 아직 질병에 대한 진단을 받지 못하고, 순수한 건강수준 인식이 나쁜 경우는 의료이용 단계 이전에 있는 것이다. 후자의 경우 외래이용을 통한 질병에 대한 진단과 추후 의료서비스 이용이 요구된다. 그러나 농어촌의 입원이용이 많았던 점을 감안하면 전자의 가능성이 더욱 높은 것으로 보인다.

만성질환이환여부와 만성질환수도 농어촌, 중소도시, 대도시의 순으로 나타났다. 만성질환에 관련된 집중지수를 산출한 결과 만성질환 이환여부 의료필요 집중지수는 음(-)의 값인 -0.0717로 농어촌지역에 만성질환에 따른 의료필요가 집중되어 있는 것으로 나타났다. 만성질환수 의료필요 집중지수도 음(-)의 값인 -0.1250으로 역시 도시에 비해 농어촌지역에 의료필요가 집중되어 있어 만성질환의 경우 농어촌지역에서 많이 이환되고 있었다.

사망률과 함께 만성질환 이환이 농어촌지역에서 많이 나타남으로써 농어촌지역에 입원 등의 집중적인 의료서비스와 만성질환에 대한 체계적인 관리가 필요함을 알 수 있다.

한편, 이처럼 주관적 건강상태에 대한 인식이 나쁜 농어촌이 사망률과 만성질환 이환이 많은 것은 두 가지 측면에서 그 원인을 찾을 수 있을 것이다. 우선, 만성질환 이환과 사망의 가능성이 높은 질환에 대한 이환이 많은 농어촌주민이 스스로 건강상태가 좋지 않다고 인식하고 있는 경우이다. 반면에 주관적 건강상태가 좋지 않은 농어촌주민이 소요되는 비용으로 인해 진료를 체념 혹은 연기하면서 만성화되는 등 질병의 악화가 이루어졌을 수도 있다.

이상에서 살펴본 사망률, 주관적 건강상태 인식, 만성질환이환여부와 만성질환수에 따른 의료필요 집중지수는 모두 음(-)의 값을 나타내어 농어촌지역의 의료필요가 도시지역에 높은 것으로 나타났다. 농어촌주민의 건강상태가 도시지역에 비해 좋지 않으며 비용이 많이 드는

의료서비스에 대한 필요가 더 높은 것을 알 수 있다.

그러나 급성질환이환여부와 급성질환수의 지역별 평균비교 결과 대도시가 가장 높고 중소도시, 농어촌의 순으로 나타나서 도시지역의 급성질환에 대한 이환이 농어촌 보다 높은 것으로 나타났다. 의료필요 집중지수도 각각 +0.225와 +0.258로 양(+)의 값을 나타내어 도시지역이 농어촌지역에 비해 집중되어 의료필요도 높은 것으로 나타났다.

따라서 도시지역이 농어촌에 비해 비용이 많이 소요되지는 않지만 잦은 급성질환 이환으로 단기적 의료에 대한 서비스 요구가 많을 것으로 보인다.

이상과 같이 지역간 의료필요의 차이를 분석한 결과 사망률, 주관적 건강상태인식, 만성질환이환여부와 만성질환수에 따른 의료필요는 농어촌지역에 집중되어 있었다. 반면에 급성질환이환여부와 질환수는 농어촌에 비해 도시지역에 더 집중되어 있었다.

<표 2> 지역간 의료필요의 차이와 집중지수

지역 구분	사망률(%)	주관건강	만성질환 이환	급성질환 이환	만성질환 수	급성질환 수	
농 어 촌	I	6.33	2.56	.61	.10	1.34	.10
	II	6.43	2.82	.59	.09	1.39	.09
	III	6.16	2.56	.55	.08	1.13	.08
중 소 도 시	IV	6.11	2.56	.54	.09	1.06	.09
	V	5.77	2.53	.50	.10	.97	.11
	VI	5.49	2.49	.49	.10	.97	.11
	VII	5.03	2.47	.43	.10	.72	.10
대 도 시	VIII	4.83	2.42	.45	.10	.77	.10
	IX	4.79	2.50	.39	.09	.69	.10
	X	4.39	2.48	.46	.12	.83	.12
집중지수	-0.0707382	-0.0156057	-0.0717496	0.02251184	-0.1250243	0.0257922	

3) 지역간 의료필요에 따른 건강보험이용 형평성

(1) 건강보험 급여액이용의 형평성

건강보험 급여액이용의 형평성 분석을 위해 Le Grand지수를 산출하였다. 분석결과 건강보험 급여액이용 집중지수는 +0.0105로 도시에 집중되어 있는 상황에서 사망률에 의한 의료필요 집중지수는 -0.0707로 두 지수간의 차를 구한 Le Grand지수가 +0.0812로 더 커진 양(+의 값)을 나타내었다. 의료필요를 반영할 경우 건강보험 급여액이용은 도시지역에 더욱 집중되어 농어촌에 불평등이 존재하게 되는 것이다.

사망할 수도 있는 위중한 중증질환과 만성질환자들이 농어촌에 집중되어 있는 상황에서 건강보험 급여액이용은 도시지역에서 많이 이루어지고 있는 것이다. 이러한 결과는 공적 의료보장제도인 건강보험의 재원이 지역별로 적절히 배분되고 있지 않음을 의미한다.

사망률과 함께 주관적 건강상태 인식에 따른 집중지수와 만성질환 이환여부, 만성질환수 집중지수가 각각 -0.0156, -0.0717, -0.1250으로 의료필요가 음(-)의 값으로 농어촌지역에 집중되어 있어서 급여액이용 집중지수와 이들 의료필요 집중지수의 차이를 이용하여 Le Grand 지수를 구한 결과가 더 커진 양(+의 값)이 되어 각각 +0.0261, +0.0822, +0.1355로 나타났다. 만성질환 관련 의료필요를 반영할 경우 건강보험 급여액이용은 농어촌지역에 더욱 큰 불평등이 존재하는 것이다.

농어촌에서 이환이 많은 것으로 나타난 만성질환의 경우 장기적 의료서비스가 요구되면서 비교적 많은 비용이 소요됨에도 불구하고, 건강보험 급여액이용은 도시지역에 비해 적게 이루어지고 있는 것이다. 농어촌이 지리적, 경제적으로 의료서비스에 대한 접근이 어려워 필요한 의료이용을 하지 못하고 있고, 정책적으로도 농어촌에 거주하

는 중증 및 만성질환자들에 대한 체계적 관리가 이루어지지 못하고 있는 것이 원인으로 보인다. 보험재정의 지역간 배분에 있어서 문제가 있음을 확인할 수 있다. 중증질환자나 만성질환자에 대한 건강보험제도 차원의 정책적 배려가 필요한 부분이다.

반면에 급성질환이환여부와 질환수의 의료필요 집중지수가 각각 +0.0225와 +0.0258로 양(+)의 값을 나타내어 도시지역에 의료필요가 집중되어 있는 것으로 나타났었는데 이들 급성질환 관련 집중지수는 급여액 집중지수 +0.0109보다 더 커서 두 지수간의 차를 통해 산출된 Le Grand지수가 -0.0120과 -0.0153으로 오히려 음(-)의 값이 되어 도시지역에 불평등이 존재하는 것으로 나타났다.

도시지역에 집중되어 있는 급성질환 이환을 고려할 경우 급여액이용이 농어촌이 오히려 많은 것이다. 그러나 급성질환은 만성질환에 비해 비용이 적게 소요되고, 비교적 단기적 의료서비스가 요구된다는 점에서 급여액이용 보다는 외래이용과 연계해서 생각할 문제이다.

결국, 급여액이용과 관련하여서는 사망률, 주관적 건강상태 인식, 만성질환이환여부와 질환수에 따른 의료필요를 반영할 경우 도시지역에 유리한 이용이 이루어지고 있어 농어촌에 불평등이 존재하고 있었다. 반면에 급성질환이환여부와 질환수에 따른 의료필요를 반영할 경우는 농어촌지역에 유리한 이용이 이루어져 도시지역에 불평등이 존재하고 있었다.

급성질환 등으로 외래진료가 요구되는 의료필요에 있어서는 농어촌지역의 이용이 그 필요에 비해 많이 이루어지고 있는 반면, 만성질환 등의 입원진료 및 요양이 요구되는 의료필요에 관해서는 농어촌지역의 급여액이용이 필요에 비해 적절히 이루어지지 못하고 있는 것이다. 반면에 도시지역은 만성질환 등의 필요에는 건강보험이용이 적절히 이루어지고 있지만 급성질환 등의 필요에는 충분히 이용하지 못하고 있다고 볼 수 있다.

(2) 건강보험 외래이용의 형평성

건강보험 외래이용 형평성에 대한 Le Grand지수 산출결과도 급여액이용 분석결과와 동일한 경향을 보였다. 즉, 외래이용 집중지수가 양(+)의 값으로 도시지역에 유리한 불평등이 존재하는 상황에서 농어촌지역에 집중된 음(-)의 값을 나타낸 사망률, 주관적 건강상태 인식, 만성질환이환여부와 질환수 등의 의료필요를 반영한 Le Grand지수가 모두 더 커진 양(+)의 값을 나타내었다. 의료필요를 반영할 경우 외래이용이 도시지역에 더욱 집중되어서 상대적으로 더욱 큰 불평등이 농어촌지역에 존재하는 것이다.

사망률과 만성질환은 필요의 특성상 외래이용보다는 입원이용과 연관성이 많다. 따라서 외래이용량과 견주어 평가하는 것으로 절대적인 지역간 의료의 형평성을 보여줄 수는 없을 것이다. 그럼에도 불구하고, 농어촌지역의 의료필요가 많음에도 불구하고 외래이용까지 적게 이루어지는 것은 필요한 때 적절한 진료를 받지 못하고 있을 가능성을 의미한다.

또한, 집중지수가 양(+)의 값으로 도시지역에 의료필요가 집중되었던 급성질환이환여부와 질환수의 경우 외래이용 집중지수와 의료필요 집중지수의 차이를 이용하여 산출한 Le Grand지수는 의료필요 집중지수가 도시지역에 많이 집중되어 있는 영향으로 반대로 음(-)의 값이 되어서 오히려 도시지역에 불평등이 존재하였다.

구체적으로 Le Grand지수 산출결과를 살펴보면, 건강보험 외래이용 집중지수가 +0.0146으로 사망률, 주관적 건강상태 인식, 만성질환이환여부와 질환수에 의한 의료필요 집중지수가 각각 -0.0707, -0.0156, -0.0717, -0.1250으로 두 집중지수간의 차이인 Le Grand지수는 +0.0854, +0.0302, +0.0864, +0.1397로 더 커진 양의 값이 되어 의료필요를 반영할 경우 농어촌지역의 불평등이 더욱 커지는 것으로 나타났다.

반면에 급성질환이환여부와 질환수에 의한 의료필요 집중지수가 +0.0225, +0.0258로 Le Grand지수가 각각 -0.0079과 -0.0112로 음(-)의 값이 되어 단순한 외래이용에 있어서는 도시지역에 집중되어 있던 외래이용이 의료필요를 반영할 경우 도시지역에 불평등이 존재하는 것으로 바뀌었다.

급여액과 마찬가지로 외래이용도 의료필요를 반영할 경우 대체로 급성질환 이환으로 인한 의료필요에 있어서는 농어촌지역의 이용이 그 필요에 비해 많이 이루어지고 있었다. 반면에 만성질환 이환 등으로 인한 의료필요에 관해서는 농어촌지역의 외래이용이 필요에 비해 적절히 이루어지지 못하고 있었다.

(3) 건강보험 입원이용의 형평성

건강보험 입원이용 형평성은 급여액과 외래이용의 형평성과는 다소 다른 것으로 나타났다. 이는 입원이용 집중지수가 음(-)의 값을 나타내어 농어촌지역이 도시에 비해 입원이용이 더 많기 때문이다. 즉, 입원이용 집중지수가 음(-)의 값인 가운데 같은 음(-)의 값으로 농어촌에 의료필요가 집중된 사망률, 만성질환이환여부 및 질환수는 의료필요량이 입원이용 초과량보다 많아 두 지수간의 차이가 양(+)의 값으로 나타나 오히려 농어촌지역에 불평등이 존재하였다. 주관적 건강상태는 입원이용 초과량이 더 많아 두 지수간의 차이가 여전히 음(-)의 값으로 도시지역에 불평등이 존재하였다. 농어촌지역의 입원이용이 도시지역에 비해 많기는 하지만 지역의 필요에 비해서는 여전히 부족한 상태임을 알 수 있다.

만성질환이 많이 발생하고 사망률이 높은 농어촌지역의 입원이용이 많은 것은 필요에 따라서 어느 정도 적절한 이용이 이루어지고 있는 것으로 볼 수 있다. 즉, 필요에 미치지 못하는 못하지만, 최소한 필요에 역진하는 이용이 이루어지고 있지는 않기 때문이다. 그러나 전술한

바와 같이 비용이 많이 소요되는 입원비용을 농어촌에서 많이 하고 있음에도 불구하고 급여액이용량이 도시지역에 비해 적은 것은 문제이다.

입원비용이 많은 농어촌지역의 급여액이용이 적은 것은 입원시 제공되는 의료서비스의 급여내용과 본인부담 수준과 관련된 것으로 개별적인 분석이 요구되나, 일단은 경제적으로 어려운 농어촌주민들이 비급여 의료서비스를 많이 이용하고 있거나, 퇴원시 재발과 통원 등에 다른 추가적인 어려움으로 인해 적극적인 치료를 위한 의료행위보다는 요양과 관리만 이루어져서 입원비용 외에는 추가적인 비용이 소요되지 않는 것이 원인이 아닌가 보인다. 전자는 높은 의료비용으로 인해 농어촌주민이 경제적으로 어려운 상황에 놓일 수도 있을 것이며, 후자는 요양병상의 부족으로 일반병상에 입원하는 경우가 많아 불필요한 입원비용으로 인한 재원낭비가 이루어 질 가능성이 있다.

구체적으로 Le Grand지수 산출결과를 살펴보면, 입원비용 집중지수가 -0.0413으로 음의 값으로 농어촌지역에 더욱 집중되어 있는 상황에서 음(-)의 값이던 사망률, 만성질환이환여부와 질환수에 따른 집중지수의 영향으로 입원비용 집중지수와 필요집중지수의 차이를 통해 산출한 Le Grand지수가 +0.0294, +0.0304, +0.0807이 되어서 의료필요를 반영할 경우 오히려 농어촌지역에 불리한 불평등이 존재하는 것으로 바뀌었다.

주관적 건강상태 인식은 입원비용 집중지수와 필요집중지수가 모두 음의 값이었지만, 이용 집중지수의 절대 값이 커 여전히 음(-)의 값인 -0.0257로 나타나서 도시지역에 불리한 불평등이 존재하는 것으로 나타났다. 한편, 양(+의 값이던 급성질환이환여부와 질환수에 따른 의료필요 집중지수의 영향으로 Le Grand지수가 -0.0639, -0.0671로 더 커진 음의 값을 나타내었다. 의료필요를 반영할 경우 도시지역에 더욱 불리한 불평등이 존재하는 것이다.

<표 3> 건강보험 Le Grand지수

구분	건강보험이용 집중지수	의료필요집중지수		Le Grand 지수
급여액	0.010484836	사망률	-0.07073823	0.0812231
		주관적건강상태	-0.01560572	0.0260906
		만성질환이환여부	-0.07174964	0.0822345
		급성질환이환여부	0.02251184	-0.012027
		만성질환수	-0.12502433	0.1355092
		급성질환수	0.025792202	-0.0153074
외래이용	0.014627186	사망률	-0.07073823	0.0853654
		주관적건강상태	-0.01560572	0.0302329
		만성질환이환여부	-0.07174964	0.0863768
		급성질환이환여부	0.02251184	-0.007885
		만성질환수	-0.12502433	0.1396515
		급성질환수	0.025792202	-0.011165
입원일수	-0.041343026	사망률	-0.07073823	0.0293952
		주관적건강상태	-0.01560572	-0.0257373
		만성질환이환여부	-0.07174964	0.0304066
		급성질환이환여부	0.02251184	-0.0638549
		만성질환수	-0.12502433	0.0836813
		급성질환수	0.02579220	-0.0671352

5. 연구결과 요약 및 고찰

평균비교를 통해 건강보험이용의 지역간 차이를 확인한 결과 급여액과 외래건수는 도시지역이 농어촌지역에 비해 높았으며 입원일수

는 농어촌이 도시에 비해 높았다. 건강보험이용 집중지수도 급여액과 외래건수는 도시지역에 유리한 양(+)의 값이 산출된 반면, 입원일수는 농어촌지역에 유리한 음(-)의 값이 나왔다.

따라서 지역간 건강보험의 이용은 급여액과 외래이용은 농어촌지역에 불평등이 존재하고 입원이용은 도시지역에 불평등이 존재하였다. 상대적으로 의료서비스에 대한 접근이 어려운 농어촌 주민이 의료기관 방문시 입원이용을 많이 하고 있는 것이다. 이러한 연구결과는 연령을 보정하여 분석한 선행연구 김양균(1995)의 연구결과와 같지만 입원이용은 도시가 높다고 한 문옥륜 외(1996)·신영진(1997), 형평한 의료이용이 이루어지고 있다는 문재우(1995), 외래와 입원이용 여부, 입원 재원일수가 모두 읍·면지역이 도시지역에 비해 높다는 신의균(2005)의 연구결과와는 다른 결과이다.

의약분업은 의사처방에 의한 조제를 의무화하면서 허가된 의료인과 시설에 의한 제도적인 진료가 아닌 자가진단과 처방에 의해 이루어지던 의료행위들을 제도적 진료권내로 들어올 수 있도록 하였다. 이런 이유로 직접 약국을 방문하던 환자들이 병의원을 방문하여 진료를 받은 후 처방을 받는 경우가 증가하였다. 따라서 의약분업이후 외래이용을 중심으로 의료이용량이 대폭 증가하였다. 이러한 의약분업을 기점으로 평가할 경우 외래이용이 대체로 형평하게 이루어지고 있다는 의약분업 시행 이전의 선행연구들(김양균, 1995; 주경식, 1995; 문옥륜 외, 1996; 신영진, 1997)의 연구와는 달리, 농어촌에서 불평등하게 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 따라서 의약분업으로 인한 외래이용의 증가가 농어촌보다는 의료서비스에 대한 접근이 용이한 도시지역의 이용량 증가에만 상당히 기여했을 것으로 보인다.

한편, 여기서 농어촌주민이 높은 의료비를 지출하게 되는 입원이용을 많이 하면서도 급여액이용이 적은 원인은 두 가지 측면에서 볼 수 있다. 우선 만성질환으로 높은 양질의 의료서비스 보다는 보호나 요

양차원의 입원이 많아 입원기간에 비해 상대적으로 비용이 적게 들기 때문이다. 농어촌주민의 경우 양질의 의료서비스를 제공하는 대형의 료기관에 입원할 경우 재입원을 위한 어려움이 예상되고, 퇴원시 재 발과 각종 비용을 고려하여 가능한 입원이용을 많이 하려는 경향이 있기 때문이다. 이 경우 병상가동율이 낮은 의료기관이 입원을 유인 하는 경향도 있을 수 있을 것이다.

다른 이유로는 입원이용의 경우 급여보다는 비급여의 진료가 많아 서 상대적으로 급여가 되는 의료서비스가 많은 외래이용을 많이 하는 도시지역에 비해 급여액이용이 적은 것이다. 지역연구는 아니지만, 소득계층별 연구에서 유사한 결과를 보여서, 외래이용은 비교적 형평 한 반면에 입원이용이 많은 저소득층의 급여액이용이 고소득층보다 적다고 밝힌 권순만 외(2003)도 이를 본인부담의 과다와 같은 우리나라 의 독특한 보건의료체계의 특성과 관련 있는 것으로 보고 있다. 이 경우 건강보험의 한정된 재원을 증증질환이나 만성질환으로 인해 많 은 비용이 소요되는 재정지원이 필요한 집단에 더 많이 배분하지 못 하고 있는 제도 운영의 한계를 보여주는 것이다.

둘째, 지역간 건강상태의 차이 즉, 의료필요의 차이는 사망률, 주관 적 건강상태 인식, 만성질환이환 여부, 만성질환수의 경우는 농어촌 이 높아 건강상태가 좋지 않았다. 급성질환이환 여부와 급성질환수는 도시지역이 높아 건강상태가 좋지 않았는데 이러한 의료필요의 차이 는 1992년 국민건강조사를 분석한 주경식(1996)의 연구결과와 일치한 다. 의료필요 집중지수 분석결과도 전자는 음(-)의 값으로 농어촌지역 에 의료필요가 집중되어 있고 후자는 양(+)의 값으로 의료필요가 농 어촌에 집중되어 있었다.

사망률이나 만성질환 등은 입원이나 요양 등의 장기적 서비스가 많이 요구되는 의료필요의 경우 농어촌주민에게 많고 외래 등의 단기 의료서비스를 요구하는 급성질환은 도시지역에 많은 것이다. 따라서

대체로 농어촌 지역주민의 건강상태가 도시주민에 비해 좋지 않다. 의료 형평성의 개념을 모든 보건의료체계의 산출물인 ‘건강의 평등’으로 간주할 경우 우리나라의 지역간 건강상태는 불평등한 것으로 볼 수 있다.

셋째, 의료이용 형평성의 개념 ‘의료필요에 따른 의료이용’에 충실한 분석을 위해 건강보험이용 집중지수와 의료필요 집중지수의 차이를 이용해 Le Grand지수를 산출하였다.

집중지수가 양(+)의 값이던 급여액과 외래이용은 음(-)의 값을 나타낸 사망률, 주관적 건강상태 인식, 만성질환이환 여부, 만성질환수 등과 관련한 의료필요 집중지수의 영향으로 도시지역에 더욱 유리한 형평성이 존재하였다. 반면에 양(+)의 값을 나타낸 급성질환이환 여부와 급성질환수와 관련한 의료필요 집중지수는 절대 값이 건강보험이용 집중지수에 비해 커서 두 집중지수의 차로 구한 Le Grand지수가 농어촌에 유리한 음(-)의 값으로 산출되었다.

급여액과 외래이용과는 달리 음(-)의 값으로 농어촌지역에 이용이 집중된 것으로 밝혀진 입원이용 집중지수는 해당 집중지수 보다도 음(-)의 값이던 사망률, 만성질환이환 여부, 만성질환수와 관련한 의료필요 집중지수의 절대 값이 더 컸다. 따라서 두 집중지수의 차를 통해서 Le Grand지수를 산정한 결과 도시지역에 유리한 양(+)의 값을 보였다.

반면에 역시 집중지수가 음(-)의 값인 주관적 건강상태 인식은 절대 값이 입원이용 집중지수에 비해 작아서 두 집중지수의 차이가 농어촌에 유리한 음(-)의 값으로 나타났다. 한편, 도시지역에 유리한 양(+)의 값을 보이던 만성질환이환여부와 만성질환수 관련 의료필요 집중지수는 음(-)의 값인 입원이용 집중지수와 차이를 통해 Le Grand지수를 산출한 결과 농어촌에 더욱 유리한 음(-)의 값으로 나타났다.

이는 의료필요에 따른 충족도를 산출한 결과 대도시지역의 외래이

용의 의료필요 충족도가 가장 높다는 신의균(2005)의 연구와는 일치하는 결과이지만, 도시 농촌간 외래와 입원이용의 필요충족도에 있어서 유의미한 차이가 없다고 한 주경식(1996)의 연구결과와는 상반된 결과이며, 40세 이상의 의료필요 충족도가 군지역이 시지역에 비해 훨씬 낮다고 한 문옥륜 외(1996)의 연구와는 부분적으로 일치한다. 한편, 의약분업을 기점으로 판단 할 경우 본 연구의 결과가 농어촌지역이 필요를 반영할 경우 건강보험이용이 불평등한 것으로 나타난 반면, 주경식(1996)과 문옥륜 외(1996)의 연구는 별다른 차이가 없거나 일부만 차이가 있었던 것으로 나타나 의약분업으로 인한 의료이용량의 증가가 농어촌주민의 의료필요충족도 향상이 아닌 악화에 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

본 연구의 건강보험이용 형평성에 관한 분석은 건강보험이용의 총량을 보여주는 급여액뿐만 아니라 외래와 입원이용을 함께 분석하여 급여액이용과 외래는 대체로 도시지역에서 많이 이루어지고 있는 반면, 입원은 농어촌에서 더 많이 이루어지고 있다는 구체적인 결과를 도출할 수 있었다.

그러나 여기서 입원이용이 농어촌에서 많은 것은 입원진료에 있어서 농어촌에 불리한 장애요인이 없기 때문이라고 볼 수만은 없으며, 다음과 같은 내용이 복합적으로 작용한 결과라고 보는 것이 타당할 것이다. 우선, 주관적 건강상태가 나쁘고 만성질환이환 등 중증도가 심한 농어촌주민의 경우 만성질환 치료를 위하여 장기간 입원할 수 있는 요양병원이 필요하나 요양병상이 없어서 일반병원에 입원해야 하는 것이다. 요양병상보다는 급성병상위주로 공급되고 있는 우리나라의 왜곡된 병상공급 시스템이 가져온 결과라고 볼 수 있다. 실제로 OECD Health Data(2005)에 따르면 입원환자를 위한 급성기 병상수는 인구 1천 명당 5.9개로 OECD국가 평균치인 4.3개보다 많았는데, 이처럼 급성기 병상이 많은 것은 우리나라의 경우 급성기병상과 장기요양

병상의 구분이 없는데다 지난 91년부터 2003년 사이 OECD국가들은 급성기병상이 12.6% 줄어든 반면 우리나라는 103.3%로 두 배 이상 증가했기 때문이다. 둘째, 지리적, 경제적 요인에 의한 치료의 연기 혹은 체념의 결과로 적절한 진료시기 놓치고 질병이 악화된 이후에 더 이상 방치할 수 없는 상황에 이르러야 입원을 하는 농어촌주민의 의료이용 행태와 관련이 있을 것이다. 셋째, 입원병원에 대한 지리적, 심리적 접근성이 어려운 농어촌주민이 입원기간 연장에 따른 추가비용부담과 퇴원 이후 나타날 수 있는 부작용에 의한 통원치료 및 재입원의 어려움을 감안할 때 의료소비 심리상 당연히 전자를 선택하게 된다는 것이다. 마지막으로 많은 입원병상을 가지고 있는 병원의 병상가동율이 낮아 입원기간 연장을 유도하거나 환자의 연장희망을 그대로 수용하는 등 공급자와 수요자의 이해관계가 일치하여 나타난 결과로 볼 수도 있다. 실제로 OECD Health Data(2005)에 따르면, 우리나라 병원급의 급성병상 이용률은 67.2%로 OECD 중앙값인 74.5%에 비해 낮았다. 이는 지리적 접근성이나 진료정보원과의 접촉에 있어서 상대적으로 어려운 농어촌주민에게 발생할 가능성이 더욱 높을 것이다. 더욱이 입원이용의 경우 외래이용보다 의료소비자의 선택보다는 공급자의 결정에 따를 가능성이 더욱 높아 입원기간 연장의 가능성이 있다. 다만, 본 연구와 같이 지역단위 연구에서는 직접적으로 이러한 영향을 분석해 낼 수 없으므로, 의료공급자 단위의 연구에서 추가 분석될 필요가 있다.

참고문헌

- 권순만·양봉민·이태진·오주환·이수형. 2003. “보건의료의 형평성”, 『보건경제학연구』 제9권 제2호, pp. 18-24.
- 김양균. 1995. “지역별의료이용수준에 영향을 미치는 요인분석”, 박사학위논문, 연세대학교.
- 문옥륜·이규식·이해중·신영진·김창엽·이기효·조홍준·장동민·박실비아·김운목. 1996. “의료서비스이용의 형평성에 관한 연구”, 『사회보장연구』 11권, pp. 105-150.
- 문옥륜·장동민. 1996. “의료서비스에 대한 접근의 형평분석”, 『보건행정학회지』 제6권 제1호, pp. 110-143.
- 문재우. 1995. “우리나라 의료보장정책의 형평성 평가에 관한 연구”, 박사학위논문, 서울대학교.
- 배상수. 1992. “지역의료보험의 실시에 따른 의료이용변화 분석 : 소득계층별 의료필요 충족도를 중심으로”, 『보건행정학회지』 제2권제1호, pp. 160-203.
- 신영진. 1998. “의료이용의 지역별 격차에 관한 연구”, 박사학위논문. 서울대학교.
- 신의균. 2005. “지역간 의료이용의 형평성과 요인에 관한 연구”, 박사학위논문, 경희대학교.
- 오영호. 2003. “의약분업이후 도시와 농촌 간 외래이용 차이의 계량적인 분석”, 『보건사회연구』 제23권 제1호, pp. 109-119.
- 윤병섭. 1997. “우리나라 의료전달체계의 발전방향에 관한 연구”, 『안양대 복지행정연구』 제13권, pp. 137-158.
- 이선희. 1993. “지역간 의료이용 변이에 관한 연구”, 박사학위논문, 연세대학교.
- 주경식. 1996. “도시 농촌간 의료이용 수준의 비교 분석”, 박사학위논문

문, 연세대학교.

- Abbing, H. D. 1988. "Economics, ethics, law, and medical conduct", *Medical Ethics and Economics in Health Care*. Mooney, G., McGuire, A.(ed.). Oxford University Press. pp. 56-72.
- Andersen, R. M. 1978. "Health status indices and access to medical care", *American Journal of Public Health*, Vol. 68(5). pp. 213-230.
- Andersen, R. M., Aday, L. A. 1978. "Access to medical care in the US : realized and potential". *Medical Care*, Vol. 16(7). pp. 533-546
- Barr, N. 1998. *The Economics of the Welfare State*. 3rd ed. Oxford University Press.
- Berkman, L., Kawachi, I. 2000. *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 신영전 · 김명희 · 전희진 · 김석현 역. 2003. 『사회역학』, 한울아카데미.
- Braveman, P., Gruskin, S. 2003. "Defining equity in health". *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 57(4). pp. 312-331.
- Culyer, A. J., Jonsson, B. 1986. *Public and Private Health Service*. Basil Blackwell.
- Culyer, A. J. 1994. "The NHS reforms-a challenge or a threat to NHS values?". *Forming Health Care System*. Culyer, A. J., Wagstaff, A. E.(ed.). Edward Elgar.
- Culyer, A. J., Wagstaff, A. 1993. "Equity and equality in health and health care". *Journal of Health Economics*, Vol. 12(4). pp. 431-457.
- Davis, J. B. 2001. "Communitarianism and Health economics". *The Social economics of Health Care*. Routledge.
- Feldstein, P. J. 1993. *Health Care Economics* 4th ed. Delmar Publishers Inc.
- Le Grand, J. 1982. *The Strategy of Equity*. George Allen & Unwin.

- Le Grand, J., Robinson, R. 1984. *The Economics of Social Problems*, Macmillan Press.
- Le Grand, J., Vizard, P. 1998. "The National Health Service : Crisis, Change, or Continuity". *The State of Welfare*. Oxford University Press.
- Mooney, G., McGuire, A. 1988. "Economics and medical ethics in health care : an economic viewpoint". *Medical Ethics and Economics in Health Care*. Oxford University Press.
- Mooney, G. 1992. *Economics, Medicine and Health Care*. 2nd ed. Harvester Wheatsheaf.
- Mooney, G. 1994. *Key Issues in Health Economics*. Harvester Wheatsheaf.
- Simoens, S., Hurst, J. 2004. "Matching Supply with demand for the Service of Physicians and Nurses". OECD(ed.). *Towards High-Performing Health Systems*.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten F. eds. 1993. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*, Oxford University Press.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. 1992. "Equity in the delivery of health care : Some international comparisons". *Journal of Health Economics* Vol. 11. pp. 389-411.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. 1993. "Equity in the finance and delivery of health care : concepts and definitions". Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten F.(ed.). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*. Oxford University Press.

<Abstract>

Regional Analysis of the Equity
in Utilization of the National Health Insurance

Lee, Yong Jae*

This study aims at analysing regional equity in utilization of National Health Insurance. The major findings of this research are as follows. First, this paper will present the analytical results of the regional equity in utilization of National Health Insurance. the CI of benefit cost and outpatient utilization show a positive number, but inpatient utilization show a negative number. This means the benefit cost and outpatient utilization of National Health Insurance are concentrated in urban areas and the inpatient utilization in rural areas. Second, the regional differences in health status are as follows. The CI of the death ratio, subjective health status cognition, the numbers and contraction of chronic disease display a negative number. Therefore, health needs in relation to four items are concentrated in rural area. On the other hand, the CI of health needs in the numbers and contraction of acute disease display a positive number. It means that health needs in relation to acute disease is concentrated among old people in urban areas. The health status of rural inhabitant are worse off than those living in urban areas, because they are much more exposed to serious and chronic disease. Third, the Le Grand index is calculated by the difference between the CI of National Health Insurance and the CI of health needs. Benefit costs and outpatient utilization show a positive number

* Full-time Lecturer, Department of Social Welfare, Hoseo Universit(123peter@hanmail.net)

in the event considering death ratio, subjective health status cognition, the numbers and contraction of chronic disease. Also, the Le Grand index of inpatient utilization shows a positive number in the event considering death ratio, the numbers and contraction of chronic disease.

key wards: region, utilization of National Health Insurance, equity,
concentration index(CI), Le Grand index