

소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석*

이용재**

〔 요약 〕

본 연구는 소득계층별 건강상태(의료필요)에 따른 의료이용의 형평성을 분석하는데 목적이 있다. 주요 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 소득계층별 의료이용량의 차이를 확인하기 위해 집중지수를 산출한 결과 모든 의료이용 변수의 집중지수가 음(-)의 값으로 산출되어 저소득층의 의료이용량이 많은 것으로 나타났다. 둘째, 소득계층별 건강상태의 차이를 확인하기 위해 건강상태 집중지수를 산출한 결과 모든 건강상태 변수의 집중지수가 음(-)의 값으로 나타나서 저소득층의 건강상태가 고소득층에 비해서 나쁜 것으로 나타났다. 셋째, 건강상태에 따른 의료이용의 형평성을 분석하기 위해 의료이용의 집중지수와 건강상태 집중지수의 차를 통해 Le Grand계수를 산출한 결과 대부분의 Le Grand계수가 양(+)의 값으로 나타나서 고소득층에게 의료이용이 집중된 불평등이 존재하는 것으로 나타났다. 즉, ‘건강상태에 따른 의료이용’이라는 의료이용의 형평성의 개념에 비춰 볼 때 우리나라의 보건의료제도는 적절히 반응하지 못하고 있는 것으로 판단된다. 따라서 의료이용에 있어서 경제적 요인이 장애로 작용하지 않도록 건강보험 보장성을 확대하는 등 적절한 대책마련이 필

* 이 논문은 2008년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(KRF-2008-327-B00392).

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

요하다.

주제어 : 의료이용 형평성, 집중지수, Le Grand계수

1. 연구목적 및 배경

국민건강수준의 향상은 모든 국가가 추구하고 있는 보건의료정책의 가장 중요한 가치이자 목표이다. 보건의료와 관련된 모든 국가의 활동들은 국민의 건강수준을 결정하는 요인들과 그 영향기전을 밝혀 관련 요인들을 어떻게 통제하고 관리함으로써 모든 국민들의 건강을 유지, 증진시킬 것인가에 초점을 두고 있다.

모든 인간의 삶에 있어서 건강수준은 사회구성원의 경제적 평등과 밀접한 관계가 있기 때문에 의료서비스가 필요한 국민에 대한 의료의 적절한 제공은 그 사회의 유지에 필수적이다. 따라서 국가는 보건의료분야에 대한 적절한 개입을 통해 모든 사람에서 평등한 의료공급을 보장해 주어야 한다. 이런 이유로 보건의료부문에 있어서 의료서비스의 질(quality), 효율성(efficiency)과 형평성(equity) 등의 정책목적 중에서도 ‘형평성’은 인류사회가 오랫동안 추구해온 가장 중요한 가치이다(Le Grand and Vizard, 1998:77).

모든 국가의 보건의료정책의 궁극적인 목표가 특정 개인이나 그룹에 대한 건강증진이 아니라 국민 전체의 건강보호와 증진에 있다면 국민 모두에게 생존과 삶의 질 향상에 필요한 기본적인 건강유지를 위한 보건의료서비스에의 접근이 공평하게 보장되어야 한다. 이를 위해서는 국민 개개인의 소득이나 사회계층에 관계없이 의료서비스를 이용할 수 있어야 하는 것이다. 보건의료서비스는 우량재의 특징을 갖는 것으로 국민 누구나 생존에 필요한 최소한의 서비스를 누릴 권리를 갖는 것으로 인식되고 있기 때문이다. 이것을 일반적으로 건강권이라고 하는데 건강권을 보장하기 위해 정부는 보건의료서비스가 공평하게 분배되도록 하는 방법에 대한 적절한 선택이 필요하며 공공정책을 통하여 모든 국민에게 기본적인 보건의료 서비스의 이용을 최대한 보장할 수 있어야 한다(Le Grand, 1982:23-24).

결국 보건의료 부문에서 형평성을 달성하는 것은 현대국가의 중요한 정책목표가

되고 있으며(문옥륜·장동민, 1996:111, Braveman and Gruskin, 2003:254), 각 국가에서는 여건에 맞추어 사회구성원 누구를 막론하고 필요할 때 소득에 관계없이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 각종 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있는 것이다(Hurst, 1994: 26-34).

그러나 이처럼 보건의료에 있어서 형평성이 매우 중요한 가치임에도 불구하고 사회·경제수준이 높은 사람들이 그렇지 못한 사람들에 비해 더 나은 보건의료의 혜택을 받으며, 그렇지 못한 사람들은 현대 보건의료기술로 건강의 문제를 해결할 수 있는 데도 불구하고 양질의 보건의료혜택을 필요한 때에 받지 못하는 경우가 지속적으로 발생하고 있다.

더욱 심각한 것은 최근 급속한 의료기술과 경제발전, 국민소득의 총량적인 증대가 이루어지고 있음에도 불구하고 보건의료혜택의 소득계층별 형평성이 크게 개선되지 않고 있으며, 국민이 느끼는 상대적 박탈감은 더욱 커지고 있는 것이다. 이러한 소득수준별 의료서비스 제공과 의료이용의 불평등은 소득집단간의 건강수준의 차이를 초래해 경제적 불평등을 확대시킬 가능성이 매우 높다. 소득수준에 따른 보건의료혜택의 불평등은 다시 소득수준의 불평등을 확대하는 악순환을 가져오는 것이다.

따라서 본 연구는 보건의료의 형평성에서 가장 중요한 부분이라고 할 수 있는 의료이용의 형평성을 소득계층별 건강상태(의료필요)를 반영해 분석함으로써 보다 실질적인 의료이용의 형평성 보장수단을 개발하기 위한 기초자료를 제공하는 데 그 목적이 있다.

2. 의료의 형평성 논의

만일 의료 형평성이 무엇인지에 대한 설득력 있는 개념과 규범이 정립되어 있지 못한다면 이로부터 생성되는 정책과 행정은 주관적이고도 상대적인 가치판단에 따라야 하기 때문에 보건의료 정책부문에 있어서 사회적 합의에 이르지 못한 채 힘의 원리가 지배하게 되는 파행이 난무할 가능성이 크다. 그러나 보건의료에 있어서 과연 무엇이 형평적인가 하는 문제는 시대와 지역을 초월하여 공통적으로 적용될 정의를 내리는 것은 불가

능하다. 따라서 시대와 지역에 공통된 의료 형평성의 특성과 경향을 파악하는 것이 요체가 된다.

의료 형평성도 여러 가지의 의미로 해석될 수 있다. 사회가 경제적 부담을 나누는 것이기도 하고, 의료서비스를 활용하고 수혜 하는 것이기도 하며, 의료혜택의 분배이기도 하다. 의료시스템 전반에 관한 것이기도 하지만 개인마다 형평성에 대한 시각이 매우 다르기 때문에 의료 형평성이란 또한 매우 주관적인 개념이다. 설상가상으로 형평성에 대한 시각은 계속 변화하여 이에 대해 일치하기란 영원이 불가능할 수도 있다. 결국, 보건의료서비스 형평성의 개념은 명료하지 않으며 좀 더 적용 가능한 판단기준으로 발전시키기 위한 개념분석 시도가 계속되고 있는 것이다.

이러한 개념정의의 어려움으로 인해 최근에는 보건의료를 분배적 정의와 연관시켜 고찰하여 의료의 불평등 현실을 정확하게 진단하고 정책적 차원에서 바람직한 분배정책을 추진하기 위해 가능한 실질적 기준으로 의료 형평성을 정의하는 과정이 선행되어야 할 필요성이 제기되고 있다.

의료분배의 형평성 기준은 평등(equality)과 최소기준(minimum standards)을 양축으로 하는 연속선상의 한 점에 위치하고 있다. 평등을 형평성의 목표로 추구하는 정책은 불평등을 제거하는데 중점을 두는 반면 최소기준의 경우 그 누구도 설정된 최소기준 이하로 떨어지지 않도록 보장하는데 초점을 맞추게 된다(Goodin, Robert E., 1987:7-8; Le Grand and 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. 우리나라도 구체적이지는 않지만 헌법에 규정된 국민의 보건에 대한 국가의 보호의무(헌법 36조)를 적극적으로 해석할 경우 의료서비스 분배의 형평성 원칙은 평등주의적 정의론을 지향하고 있다(문옥륜·장동민, 1996:113-114).

평등주의적 정의론에 기초하여 공평한 분배를 달성할 수 있는 형평성의 실질적 정의를 검토하면 다음과 같다. 먼저 그 동안 개진된 형평성의 주요 정의로는 첫째, 건강의 평등 둘째, 동등한 의료필요에 따른 의료이용 셋째, 동등한 의료필요에 따른 접근의 균등이다(홍백의, 1995:18-19; 문옥륜·장동민, 1996:115; 장동민, 1996:7; Le Grand,

1982:14-17; Mooneys, 1994:65-86; Wagstaff and Van Doorslaer, 1993:9-17; Culyer, 1994:7-8).

이들은 형평성의 정책목표로서 각기 나름대로의 장점을 갖고 있으며 모든 국가에 획일적으로 적용할 수 있는 보편타당한 실질적 정의는 존재하지 않기 때문에 가치 판단의 문제가 개입되나 이 가운데 ‘동등한 의료필요에 따른 접근성의 균등(equal assess for equal needs)’이 현실적으로 최적의 기준이라 할 수 있다(문옥륜·장동민, 1996). 의료필요의 개념은 가치의 판단을 요구하며 다양한 정의가 가능하나 일단 조작적 과정을 통해 ‘동등한 의료필요’를 기준으로 형평의 대상이 되는 집단을 구분하는 것이 현실적인 접근 방법이라 할 수 있다.

명확히 구분해야 할 개념은 ‘접근의 균등’과 ‘의료이용’인데 통상적으로 접근성(access)과 의료이용(utilization)은 엄밀한 개념의 구분없이 사용되는 경향이나 형평성의 정책목표로 의로서비스에 대한 동등한 접근성의 보장이 의료이용에 비해 여러 측면에서 적합한 것으로 평가되고 있다.

Le Grand와 Mooney는 접근성과 의료이용을 엄격히 구분하면서³⁾ 접근성이 정책목표가 되어야 함을 강조하였다. 구체적으로 살펴보면 ‘접근성의 균등한 보장’은 기회의 평등에 주안점을 두는 개념으로 필요시 의로서비스에 대한 동등한 이용기회를 권리로 보장하는 것을 의미하는데(홍백의, 1995:19-23; 문옥륜·장동민, 1996:115-116), 이에 따라 각 개인이 의료이용시 제반 비용이 동일하도록 공급측면에서 발생할 수 있는 장애요인을 제거하는 데 중점을 두면 되고 반드시 의료필요와 연계시킬 필요가 없다는 점에서 정책목표로 채택하기 용이하다(culyer, 1994:8-9; 장동민, 1996:7)⁴⁾.

그런데 형평성의 기준으로 접근성을 측정할 대다수의 실증적 연구에 있어서 과정 지표인 접근성의 다차원적 속성상 계량화가 용이하지 않고 과정지표를 균등화하기에

3) Le Grand는 접근성을 보건의료시설의 이용시 발생하는 시간비용과 화폐비용으로 정의하였고, Mooney는 접근성이 공급측면의 현상으로서 의료이용에 영향을 미치는 요인들 중 하나라 하고, 의료이용은 개인이 지불하는 경제적 비용, 의로서비스에 대한 편익인지, 의사방문유인 등 제반요인이 포함된 수요와 공급의 함수라 하고 접근성과 구별짓는다(Le Grand, 1982:14-17; Le Grand and Robinson, 1984:37; Mooney, 1994:82-84; 홍백의, 1995).

4) ‘접근성’이 정책목표로 타당한 근거를 보면 첫째, 영국의 비롯한 11개국가의 정책서(policy statement)에서 대부분 의료이용이 아닌 접근성의 보장을 목표로 제시하고 있다. 둘째, ‘동등한 의료필요에 따른 동등한 이용’은 전통적 후생경제학의 전제와 상당한 괴리를 보이며 셋째, ‘동등한 의료필요에 따른 동등한 이용’은 특정질환에 대해 표준화된 의료행위와 동등한 순응도(equal compliance)를 요구하지만 현실적으로 이를 충족시키기가 매우 어렵다는 점을 들 수 있다.

는 정책상 한계가 있으며 이것이 바로 의료이용으로 연결되는 것이 아니라는 점을 들어 정책목표는 동등한 접근성의 보장을 제시하면서 실제 측정은 개인의 의료이용에 관한 산출지표를 통해 형평성을 평가하고 있는 실정이다(문옥륜·장동민, 1996; 홍백의, 1995; Wagstaff and Van Doorslaer, 1993:9-17). 즉, 접근성을 바람직한 형평성의 기준으로 인정하면서도 접근성을 계량화하기 어려워 실제 의료이용에 관한 산출지표들을 통해 접근성을 평가하는 것이다⁵⁾.

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

그동안에 우리나라에서 소득수준별에 따른 의료이용에 관한 연구는 꾸준히 진행되었다.[표1 참조] 우선 90년대 초반까지의 연구들을 보면, 이상일 외(1989)는 보험료가 높을수록 의료이용 증가하고 보험료가 증가할수록 보험료의 누적백분율이 급여의 누적백분율보다 크다고 하였다. 배상수(1992)는 지역의료보험 실시 전후의 의료이용을 비교한 결과 지역의료보험 실시 후 계층 간 의료이용 경험율이 비슷해졌으며, 필요충족도의 격차가 완화되었다고 하여 지역의료보험 실시로 소득수준별 의료이용의 형평성이 확보되었다고 하였다. 두 연구는 상반된 연구결과를 제시한 것이다.

90년대 중후반의 연구를 보면, 명지명 외(1995)는 상병 및 의료비 지출 분포에 소득 계층간 불평등이 관찰된다고 한 반면에 박실비아 외(1996)는 계층별로 건강수준의 차이 없고, 건강수준에 따른 의료이용이 대체로 형평하다고 하여서 상반된 연구결과를 제시하고 있다. 장동민(1997)의 연구에서는 건강상태가 대체로 저소득층에 불리하며, 의료이용지표는 저소득층에게 유리하였다. 의료필요를 고려한 Le Grand계수는 급성상병에서는 저소득층에 유리하고 만성상병에서는 저소득층에게 불리하다고 하였다. 비용이 많이 소요될 가능성이 높은 만성질환의 경우 저소득층이 의료필요에 비해 충분히 이

5) 의료이용 산출지표를 사용해 접근성을 측정한 연구는 Collins와 Klein(1980)의 연구가 대표적인 예인데 여기서는 일반의 방문회수를 사용하여 접근성을 측정하였고(홍백의, 1995:24-26), Le Grand and Roben도 영국 NHS의 사회계층별 형평성 변화를 분석하기 위해 환자 1인당 재정지출, 사망율, 질병발생율을 비교하였다. 이러한 접근성 지표들은 접근이 이루어진 이후의 이용지표를 측정한 것이어서 엄밀히 말해 접근성을 측정한 것이라고 볼 수 없다.

용하지 못하고 있는 것으로 해석된다. 이수연(1997)은 치료비 부담율을 통한 조사에서 소득수준간 직종, 소득의 차이로 인해 병·의원방문횟수가 비형평하고 치료비부담율의 측면에서도 저소득층이 불리하다고 하였다. 90년대 중후반의 연구들도 일부 상반된 연구결과가 제시되고는 있지만, 대체로 고소득층에게 유리한 의료이용이 이루어지고 있는 것으로 평가된다.

2000년대의 연구결과들을 보면, 문성현(2004)은 사회통계조사와 도시가계조사를 이용한 분석에서 자가 건강평가지표와 한정적 만성질환을 반영한 Le Grand계수가 각각 +0.506과 +0.285로 나타나서 모두 고소득층에 유리한 불공평이 존재한다고 하였다. 계수의 절대 값의 크기로 볼 때 불평등정도가 상당수준인 것으로 판단된다. 특히, OECD 12개 국가와의 비교결과 집중도계수가 유일하게 정(+)의 값을 보여서 보건의료수혜의 불공평성이 확대되고 있는 것으로 나타났다. 실제 의료이용과 의료이용의 필요성을 표준화하여 얻은 의료이용 기대치간의 차이를 수치화 한 HIwv계수를 통해 분석한 권순만 외(2003)의 분석결과 외래는 대체로 형평성에 가까웠으며, 입원은 빈곤층에게 유리한 불형평성이 있었고, 의료비용은 부유층에 매우 치우친 불형평성을 보였다. 이상 외(2003)는 제주도 직장 건강보험가입자의 소득수준에 따른 의료이용에 불평등이 존재한다고 하였고, 김철웅 외(2003)도 제주도 지역에서 소득계층에 따른 건강보험가입자의 암 입원 의료이용에 있어서 저소득층에게 불리한 불평등이 존재한다고 하였다. 한편, 건강보험 급여자료와 국민건강영양조사를 활용하여 Le Grand계수를 통해 분석한 이용재 외(2006)의 연구에서도 저소득층이 의료필요에 비해서 의료이용량이 적은 불평등이 존재하는 것으로 확인되었다. 공보험인 건강보험의 경우에도 저소득층에게 불평등한 의료이용이 이루어지고 있는 것이다.

이처럼 의료이용에 관한 분석들은 다수가 이루어졌으나, 결국 90년대 후반까지의 연구들은 그 결과가 다소 불일치하였고, 최근 2000년대의 연구들은 의료이용에 있어서 저소득층에게 불리하다는 결과는 일치하고 있으나, 일부 지역에 한정된 한계를 가지고 있는 연구들도 있었다. 특히, 최근 연구에서는 건강보험 이용을 분석한 연구를 제외하고는 의료필요를 반영한 의료이용 형평성 연구가 이루어지지 않았다.

[표 1] 소득수준에 따른 의료이용 관련 국내 선행연구

저자	연구 시점	연구대상 (분석자료)	분석방법	결과지표	주요결과
이용재 외	2006	2001년국민건강영양조사, 2003년건강보험급여자료	집중지수 Le Grand	건강보험급여액	저소득층이 의료필요에 비해서 건강보험 급여이용을 잘 하지 못하고 있었음.
문성현	2004	2000년도 도시가계 조사와 사회통계조사	집중지수 Le Grand	의료비 지출	고소득층에게 유리한 불공평이 존재함. OECD12개국 중 유일하게 보건의료 수혜의 불공평성이 확대됨.
권순만 외	2003	1998년 국민건강영양조사	HIwv Index	외래이용, 입원이용, 의료비	질적 측면을 고려한 의료비에 대한 분석결과 부유층에 매우 치우친 불형평성.
이상이 외	2003	제주도 건강보험 직장가입자	집중지수	의료이용(외래/입원-진료비, 방문일수)	소득수준에 따라 의료이용이 불평등
김철웅 외	2000	제주지역 암환자 3435명 (건강보험)	집중곡선 집중지수	입원일수 진료비	소득이 낮을수록 의료이용이 불리하며, 특히 제주도의 기관이용에 불리
이수연	1995	전국민의건강과의료이용행태(한국보건사회연구원)	치료비 부담율	병의원 방문횟수	소득수준간 직종, 소득의 차이로 인해 병의원방문횟수 비형평적임. 치료비부담율의 측면에서도 저소득층 불리
장동민	1994	3개 직장조합, 5개 지역조합 피보험자	집중지수 Le Grand	급만성이환율, 활동제한일수, 자가평가건강, 외래이용율, 입원율일수	건강상태는 대체로 저소득층이 불리함. 의료이용지표는 저소득층에게 유리함. Le Grand지수는 급성 상병에서는 저소득층에 유리, 만성상병에서는 저소득층에게 불리함.

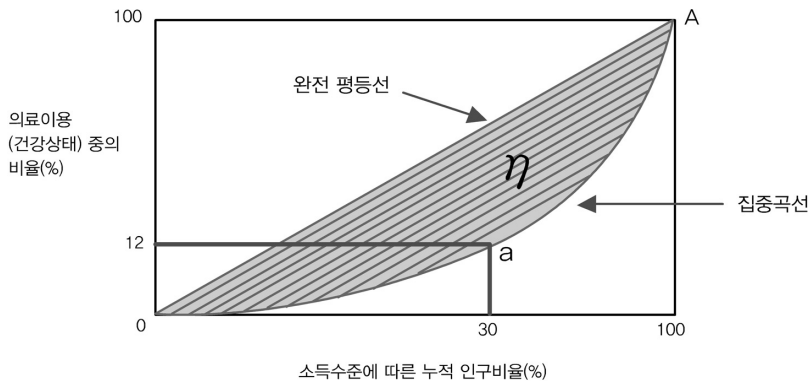
박실비아 외	1994	서울한직장조합가입자 1447명	평균비교 Le Grand	건강수준(자가평가, 이환, 만성질환) 의료이용(횟수, 진료비)	계층별로 건강수준의 차이 없음. 보험료/본인부담의 차이 없음. 건강수준에 따른 의료이용 대체로 형평함.
명지영 외	1993	공교의료보험 정기검진 수검자 10%표본 (건강보험)	집중곡선, Le Grand	상병(검진, 자가평가) 의료비지출	상병 및 의료비 지출분포에 소득계층간 불평등이 관찰됨. 농촌지역에서 불평등은 더욱 심각함.
배상수	1987 1990	농촌(군) 1987:2970명, 1990:4433명	비율비교	외래이용, 의료필요충 족도	지역의료보험 실시 후 계층간 의료이용 경험율이 비슷해졌으며, 필요충족도의 격차가 완화됨.
이상일 외	1989	한 군의 지역의보 피보험자 23360명	비율비교 Lorentz 곡선	의료이용(외래이용율, 입원율, 치료이용율), 급여액	보험료가 높을수록 의료이용이 증가함. 보험료가 증가할수록 보험료의 누적백분율이 급여의 누적백분율보다 큼.
배상수	1983	국민건강조사 4909가구	회귀분석	의사방문횟 수	성인에 비해 미성년의 의료이용 설명력이 높음. 이는 미성년의 의료이용이 본인의 심리요인보다 가구의 의료비 지불능력 및 사회구조적 위치에 결정되기 때문. 의료이용에 대한 대부분의 설명력이 급성 및 만성질환에 의한 것으로 나타나 소인성 및 가능성 요인에 대한 재고 필요.
유승흠 외	1987	강화본도 3356명	회귀분석 판별분석	총의료이용 의사방문	급성·만성증상수는 모두 결정요인임. 급성이환집단의 총의료이용에는 접근도(상), 의사방문에는 연령, 교육, 소득이 영향을 미침. 만성이환집단의 총의료이용, 의사방문 모두 직업·소득수준이 판별요인임.

3. 연구방법

본 연구에서 사용할 자료는 국민건강영양조사 2007년도 조사자료이다. 의료이용의 형평성을 분석하기 위해 다음과 같은 방법을 사용한다. 첫째, 의료이용량의 차이를 확인하기 위해서 소득계층별 의료이용량의 평균과 의료이용 집중지수를 산출해 비교한다. 둘째, 건강상태(의료필요)의 차이를 확인하기 위해서 소득계층별 주관적 건강상태 등의 평균과 건강상태 집중지수를 산출해 비교한다. 셋째, 의료이용 집중지수와 건강상태의 집중지수를 이용하여 소득계층별 건강상태를 감안한 의료이용 형평성 분석도구인 Le Grand계수를 산출한다. Le Grand계수를 통해 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 정도를 평가한다.

위에서 밝힌 바와 같이 본 연구에서는 집중지수와 Le Grand계수를 주요한 척도로 사용한다. 의료이용(건강상태) 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, 전자(-1)는 경제적으로 열악한 저소득층에 집중되는 것을 의미하며, 후자(+1)는 반대의 경우이다. [그림 1 참조]

[그림 1] 집중곡선과 집중지수



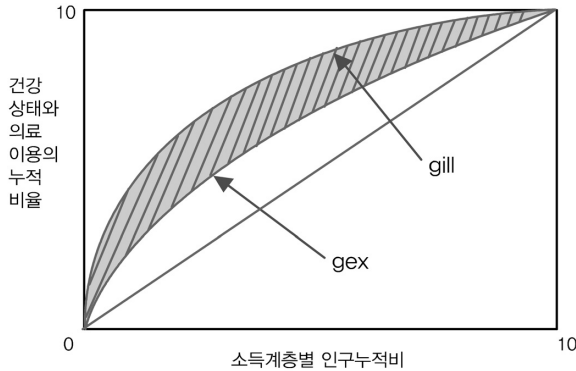
한편, 의료이용 즉, 보건의료의 수혜를 측정하는 경우, 의료이용과 의료필요 또는 건강수준을 추계하지 않으면 안 된다. 일반적으로 의학적 필요가 모두 의료수요로 연계되는 것은 아니지만 의료필요에 따라 의료이용이 이루어지는 것이 형평한 것임을 감안할 때, 의학적 필요가 있는 사람만이 의료서비스를 이용하는 것이 바람직하다. 의료필요를 반영하지 않은 전통적인 의료이용지표의 경우 질병중증도를 반영하지 못하기 때문에 소득계층별 의료이용량의 단순비교를 통해서도 동등한 의료필요를 가진 사람들이 동등한 의료이용을 했는지를 평가하기 어렵다. 따라서 의료필요와 의료이용을 연계시킨 형평성 평가가 매우 중요하다(Aday and Andersen, 1975; Davis, 1991). 그러나 의료의 필요를 계량화하는 것은 매우 어렵고, 계량화한다고 하더라도 자의적으로 되기 쉽다. 예를 들면, 의사는 의학적 질병에 따라 판단하는 경향이 있고, 또 개인의 의료필요에 대한 평가는 주관적으로 이루어지기 쉽다.

의료필요를 나타내는 주요 지표로는 유병자율, 유병일수, 활동제한일수, 침상와병일수, 주관적 건강상태 등을 사용하고 있으며(장동민, 2004:46-47), Van Doorsler et al.(1993)은 의료필요의 대리변수로서, 만성질환, 한정적 만성질환(생활에 장애를 주는 것) 및 개인의 자기건강평가를 이용하여 수혜의 수평적 공평성을 측정했다. 이 수평적 공평성의 측정은 Le Grand계수로 불리는 것으로 의료이용과 필요의 소득분포를 측정해서, 두 개의 분포의 괴리를 수량화한 것이다. 즉, 의료이용의 집중도계수에서 건강상태의 집중도지수를 뺀 것으로 정의할 수 있다. 나쁜 건강상태가 소득이 낮은 계층에 집중되어 있다면 건강상태의 집중도 곡선(gill)은 45도선 왼쪽에 위치할 것이다.

$$HILG = Cexp - Cill$$

여기서 HILG는 수평적인 형평성의 Le Grand계수이다. Cill는 질병(건강상태)의 집중도지수이고, Cexp는 의료지출(이용)이 집중도지수이다. 만약 고소득층에 유리한 불평등이 존재하면 HILG는 양의 값이 된다. 그리고 저소득층에게 유리한 불평등이 존재한다면, 음의 값이 된다. 이 두 곡선은 교차하면 형평성을 판단할 수 없어진다.

[그림 2] Le Grand계수



gill은 질병(건강상태) 집중도곡선
gexp는 지출(이용)의 집중도 곡선

연구의 주요 변수인 소득수준은 가구별 월평균 소득액을 기준으로 SPSS프로그램을 활용하여 1분위 집단을 가장 소득이 낮은 집단, 10분위 집단을 소득이 가장 높은 집단으로 규정하고 10개 소득집단으로 구분하였다. 구체적으로는 1분위 1-50만원, 2분위 55-83만원, 3분위 88-120만원, 4분위 125-170만원, 5분위 175-200만원, 6분위 208-250만원, 7분위 258-300만원, 8분위 308-400만원, 9분위 417-500만원, 10분위 517-1500만원 등이었다.

의료이용변수로는 2주간 외래이용 여부와 외래이용 횟수, 1년간 입원이용 여부와 입원이용 횟수를 사용하였다. 외래이용 횟수와 입원이용 횟수는 실제로 이용하였다고 밝힌 횟수이며 외래 및 입원이용 여부는 이용한 빈도와 상관없이 이용여부만을 답한 것이다. 비록 의료비가 이상과 같은 변수에 비해 의료이용량의 평가에 활용하기에 적합하겠으나, 분석에 사용한 국민건강영양조사의 한계로 인해 불가능한 상황에서 이용여부와 횟수에 대한 동시비교는 소득계층별 의료이용량의 차이를 보다 정확히 파악하는데 도움을 줄 것이다.

건강상태 변수로는 주관적 건강상태, 2주간 불편감 일수, 활동제한 여부, 한달 간 외병일수 등의 변수를 사용하였는데, 주관적 건강상태는 1점이 가장 좋은 상태, 5점이 가장 나쁜 상태이며, 불편감 일수와 외병일수는 실제로 불편감을 느끼고 외병중에 있던 일수를 기입한 것이다. 분석에 사용된 변수는 아래 표와 같다.

[표 2] 분석변수

변수	내용	
의료이용	2주간 외래이용여부	이용=1, 비이용=0
	외래이용횟수	실제 이용횟수
	1년간 입원이용여부	이용=1, 비이용=0
	입원이용횟수	실제 이용횟수
건강상태 (의료필요)	주관적 건강상태	5점 척도 (5=건강상태 매우 좋지 않음)
	2주간 불편감 일수	실제 불편감 일수
	활동제한 여부	제한=1, 제한 없음=0
	한달간 외병일수	실제 외병일수

4. 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석

1) 소득계층별 의료이용량 차이

소득계층별 의료이용량의 차이를 확인하기 위해 집중지수를 구하였다. 의료이용 집중지수는 외래이용 횟수 -0.0358, 입원이용 횟수 -0.0251, 2주간 외래이용 여부 -0.0545, 1년간 입원이용 여부 -0.0600으로 나타났다. 모든 의료이용의 집중지수가 음(-)의 값을 나타내어서 의료이용이 소득이 낮은 저소득계층에 집중되어 더 많은 의료이용을 하고 있는 것을 알 수 있다. 다만, 집중지수의 값이 1보다는 0에 매우 근접하여 저소득층과 고소득층의 의료이용량의 차이가 크지는 않았다.

구체적으로는 외래이용 횟수는 전체 평균이 1.85회였으며, 3분위 2.05회, 1분위 2.01회로 많았고 9분위 1.55회, 10분위 1.61회로 적었다. 입원이용 횟수는 전체 평균은 1.15회였으며, 3분위 1.53회, 2분위 1.19회로 많았고, 8분위 1.00회, 5분위 1.04회로 적었다. 2주간 외래이용 여부는 전체 평균이 0.31이었으며, 1분위와 3분위가 0.38로 높았

고 6분위와 9분위가 각각 0.23과 0.24로 낮았다. 1년간 입원이용 여부도 전체 평균이 0.09인 가운데 고소득층의 이용이 적어서 1분위와 3분위가 0.11로 높았고, 8분위가 0.05로 가장 적었다.

요컨대 소득계층별 의료이용은 저소득층의 이용량이 고소득층보다 많아서 저소득층에게 유리한 불평등이 존재하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 이론적 논의에서 밝힌 바와 같이 이러한 의료이용의 차이는 단순한 의료이용량의 차이로 소득계층의 건강상태를 고려하지 않을 경우 정확한 의료이용의 형평성을 논하는 것은 무리이다. 즉, 저소득층의 의료이용이 많은 원인이 고소득층에 비해 중증질환에 많이 이환되어 장기간 혹은 잦은 의료이용이 필요하기 때문일 수도 있다. 이런 이유로 아래와 같이 소득계층별 건강상태와 그에 따른 의료이용의 형평성을 평가하고자 한다. 한편, 본 연구에서 사용하고 있는 의료이용 지표는 자료의 한계로 인해 의료비와 같은 다양한 측면에서 의료이용을 평가할 수 있는 지표가 부족하다는 한계를 가지고 있다.

[표 3] 소득계층별 의료이용량

의료 이용	소득 구간	응답수	평균 이용	표준 편차	최소 값	최대 값	의료 이용	소득 구간	응답수	평균 이용	표준 편차	최소 값	최대 값
외래 이용 횟수	1분위	153	2.01	1.522	1	10	2주간 외래 이용 여부	1분위	404	.38	.486	0	1
	2분위	88	1.70	1.205	1	8		2분위	248	.35	.479	0	1
	3분위	117	2.05	1.530	1	8		3분위	305	.38	.487	0	1
	4분위	102	1.98	1.785	1	14		4분위	325	.31	.465	0	1
	5분위	100	1.88	1.513	1	10		5분위	337	.30	.457	0	1
	6분위	80	1.83	1.339	1	10		6분위	354	.23	.419	0	1
	7분위	108	1.81	1.341	1	8		7분위	368	.29	.456	0	1
	8분위	87	1.79	1.277	1	7		8분위	284	.31	.462	0	1
	9분위	87	1.55	.899	1	5		9분위	362	.24	.428	0	1
	10분위	70	1.61	1.011	1	5		10분위	213	.33	.471	0	1
합계	992	1.85	1.398	1	14	합계	3200	.31	.463	0	1		
집중 지수	-0.0358					집중 지수	-0.0545						

입원 이용 횟수	1분위	46	1.13	.341	1	2	1년간 입원 이용 여부	1분위	404	.11	.318	0	1
	2분위	21	1.19	.512	1	3		2분위	249	.08	.278	0	1
	3분위	34	1.53	2.048	1	12		3분위	303	.11	.316	0	1
	4분위	39	1.08	.270	1	2		4분위	324	.12	.326	0	1
	5분위	25	1.04	.200	1	2		5분위	335	.07	.263	0	1
	6분위	31	1.10	.396	1	3		6분위	354	.09	.283	0	1
	7분위	36	1.11	.319	1	2		7분위	367	.10	.298	0	1
	8분위	13	1.00	.000	1	1		8분위	284	.05	.209	0	1
	9분위	34	1.06	.239	1	2		9분위	361	.09	.292	0	1
	10분위	16	1.19	.750	1	4		10분위	211	.08	.265	0	1
합계	295	1.15	.777	1	12	합계	3192	.09	.290	0	1		
집중 지수	-0.0251					집중 지수	-0.0600						

2) 소득계층별 건강상태(의료필요)의 차이

소득계층별 건강상태의 차이를 확인하기 위해서 각 건강상태 항목의 집중지수를 산출하였다. 집중지수 산출결과 모든 건강상태가 음(-)의 값을 나타내었다. 즉, 좋지 않은 건강상태가 저소득층에 집중되어 있어서 고소득층에 비해 건강상태가 나쁘고 의료필요가 많은 것을 알 수 있다.

항목별로는 주관적 건강상태의 집중지수는 -0.0383, 최근 2주간 불편감 일수는 -0.1321, 활동제한 여부는 -0.3839, 한 달간 외병일수는 -0.0676으로 모두 음의 값으로 나타나 저소득층의 건강상태가 좋지 않고 의료필요가 집중되어 있는 것을 보여주고 있다. 건강상태 집중지수중에서 최근 2주간 불편감 일수와 활동제한 여부는 상대적으로 높은 절대 값을 보여서 불평등 정도가 큰 것으로 나타났다.

구체적으로 살펴보면, 주관적 건강상태는 전체 평균이 2.77로 나타났으며, 소득이 낮은 1분위와 2분위가 각각 3.26과 2.98의 점수를 보여 건강상태가 나쁘다는 응답에 가까웠고, 8분위와 10분위는 2.58의 점수를 보여 상대적으로 건강상태가 좋은 쪽으로 응답하였다. 최근 2주간 불편감 일수도 2분위와 1분위가 각각 12.11일과 11.73일로 매우

많은 기간 불편감을 느끼고 있는 반면에 9분위와 10분위는 각각 6.18과 6.34로 상대적으로 불편감을 적게 느끼고 있었다. 활동제한 여부에 대해서는 1분위가 0.40의 점수를 나타낸 반면 9분위는 0.04의 점수를 나타내는 등 소득이 높은 집단의 활동제한이 소득이 낮은 집단에 비해 훨씬 적었으며, 한 달간 외병일수는 6분위와 2분위가 각각 18.08과 13일로 매우 긴 반면에 8분위와 10분위는 2.78로 상대적으로 적은 것으로 확인되었다.

요컨대 소득계층별 건강상태를 확인한 결과 고소득층에 비해서 저소득층의 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 특히 건강상태가 좋지 못한 저소득층은 고소득층에 비해서 활동제한을 많이 받고 있으며, 불편감을 오래 느끼는 것을 알 수 있었다. 이는 저소득층의 의료필요가 고소득층에 비해서 많은 것을 의미한다.

[표 4] 소득계층별 건강상태

건강 상태	소득 구간	응답수	평균	표준 편차	최소 값	최대 값	건강 상태	소득 구간	응답수	평균	표준 편차	최소 값	최대 값
주관적 건강 상태	1분위	405	3.26	1,007	1	9	활동 제한 여부	1분위	403	.40	.490	0	1
	2분위	249	2.98	1,004	1	5		2분위	248	.25	.436	0	1
	3분위	306	2.88	.981	1	9		3분위	305	.19	.393	0	1
	4분위	325	2.77	.832	1	5		4분위	325	.17	.373	0	1
	5분위	337	2.62	.892	1	5		5분위	337	.13	.334	0	1
	6분위	354	2.64	.961	1	9		6분위	354	.05	.220	0	1
	7분위	368	2.67	.825	1	5		7분위	368	.08	.274	0	1
	8분위	284	2.58	.736	1	5		8분위	284	.05	.209	0	1
	9분위	362	2.60	.796	1	5		9분위	360	.04	.206	0	1
	10분위	213	2.58	.835	1	4		10분위	213	.07	.256	0	1
	합계	3203	2.77	.919	1	9		합계	3197	.15	.354	0	1
집중 지수	-0.0383						집중 지수	-0.3839					

최근 2주간 불편감 일수	1분위	131	11.73	3.987	1	14	1달간 와병 일수	1분위	45	10.60	9.014	1	30
	2분위	56	12.11	12.786	1	99		2분위	18	13.00	12.419	1	31
	3분위	64	9.25	5.289	1	14		3분위	22	5.68	7.299	1	30
	4분위	61	8.92	5.251	1	14		4분위	30	7.70	18.544	1	99
	5분위	62	8.06	4.948	1	14		5분위	20	11.85	29.840	1	99
	6분위	51	6.65	4.915	1	14		6분위	13	18.08	36.091	1	99
	7분위	50	7.38	5.248	1	14		7분위	19	11.68	23.072	1	99
	8분위	36	6.50	4.620	1	14		8분위	11	2.36	1.502	1	5
	9분위	45	6.18	4.163	1	14		9분위	11	13.45	29.605	1	99
	10분위	35	6.34	4.304	1	14		10분위	9	2.78	2.863	1	9
	합계	591	8.95	6.308	1	99		합계	198	9.90	19.015	1	99
집중 지수	-0.1321					집중 지수	-0.0676						

3) 건강상태에 따른 의료이용의 형평성

앞서 분석한 소득계층별 의료이용의 집중지수와 건강상태 집중지수의 차이를 통해 Le Grand계수를 산출하였다. 이러한 Le Grand계수는 건강상태(의료필요)를 반영한 의료이용의 형평성을 분석하기 위한 도구이다. 의료이용의 집중지수가 음(-)의 값, 건강상태의 집중지수가 음(-)의 값이어서 두 집중지수의 차를 구한 결과 대부분의 Le Grand계수가 양(+)의 값으로 전환되었다. 즉, 소득계층별 건강상태를 반영한 결과 의료이용이 고소득층에게 집중되어 있어서 저소득층에게 불리한 의료이용이 이루어지고 있는 것을 알 수 있다.

이러한 결과는 저소득층이 의료이용을 입원과 외래 모두 고소득층에 비해서 많이 하고는 있지만, 건강상태가 고소득층보다 좋지 않아서 이를 감안할 경우 저소득층의 의료이용량이 결코 고소득층에 비해 많다고 볼 수 없음을 의미한다.

구체적으로는 2주간 외래이용여부의 주관적 건강상태를 고려한 Le Grand계수 -0.0162, 1년간 입원이용의 주관적 건강상태를 고려한 Le Grand계수 -0.0217만이 음(-)

의 값으로 나타나서 건강상태를 고려하더라도 저소득층의 의료이용량이 많은 것으로 나타났을 뿐, 다른 의료이용의 경우 주관적 건강상태, 최근 2주간 불편감 일수, 활동제한 여부, 1달간 외병일수 등 모든 건강상태를 고려할 경우 저소득층의 이용량이 적은 것으로 나타났다. 특히, 외래와 입원이용 모두 2주간 불편감 일수와 활동제한 여부 등의 건강상태를 고려한 Le Grand계수 값이 매우 높은 양(+)의 값을 나타내어서 불평등 정도가 컸다.

요컨대 소득계층별 건강상태를 고려한 의료이용의 형평성을 분석한 결과 일부 항목을 제외하고는 대체로 고소득층에게 유리한 의료이용이 이루어지고 있는 것으로 파악되었다. 저소득층의 의료이용량이 고소득층에 비해서 다소 많지만 그 원인이 좋지 않은 건강상태에 있는 것이다.

[표 5] Le Grand계수를 활용한 의료이용 형평성

의료이용		건강상태(의료필요)		Le Grand계수 (의료이용집중지수- 의료필요집중지수)
의료이용항목	집중지수	의료필요항목	집중지수	
외래이용 횟수	-0.0357496	주관적 건강상태	-0.038288615	0.002539
		최근 2주간 불편감 일수	-0.1320982	0.096349
		활동제한여부	-0.3839161	0.348166
		한달간 외병 일수	-0.0675653	0.031816
입원이용 횟수	-0.0251094	주관적 건강상태	-0.038288615	0.013179
		최근 2주간 불편감 일수	-0.1320982	0.106989
		활동제한여부	-0.3839161	0.358807
		한달간 외병 일수	-0.0675653	0.042456
이주간 외래이용 여부	-0.0544872	주관적 건강상태	-0.038288615	-0.016199
		최근 2주간 불편감 일수	-0.1320982	0.077611
		활동제한여부	-0.3839161	0.329429
		한달간 외병 일수	-0.0675653	0.013078
일년간 입원이용 여부	-0.06	주관적 건강상태	-0.038288615	-0.021711
		최근 2주간 불편감 일수	-0.1320982	0.072098
		활동제한여부	-0.3839161	0.323916
		한달간 외병 일수	-0.0675653	0.007565

5. 결론 및 함의

본 연구는 국민건강영양조사를 활용하여 소득계층별 건강상태(의료필요)에 따른 의료이용의 형평성을 분석함으로써 의료이용의 형평성을 보장할 수 있는 정책마련에 기초 자료를 제공하는 데 그 목적이 있다. 분석결과와 그 함의를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 소득계층별 의료이용량의 차이를 확인하기 위해 의료이용 집중지수를 산출한 결과 외래이용 횟수, 입원이용 횟수, 2주간 외래이용 여부, 1년간 입원이용 여부 등 모든 의료이용 변수의 집중지수가 음(-)의 값으로 산출되어 저소득층의 의료이용량이 많은 것으로 나타났다. 그러나 집중지수의 절대 값은 크지 않아서 소득계층 간 의료이용량의 차이는 크지 않은 것으로 확인되었다.

한편 이러한 결과는 본 연구에서 의료비를 분석하지 못하는 자료의 한계에 의한 결과일 수도 있다. 즉, 본 연구결과와 같이 저소득층의 입원과 외래이용 횟수가 많고 이용확률이 높다고 하더라도 실제 의료비는 고소득층이 많을 수 있다. 실제로 의료비를 포함하여 분석한 이상이 외(2004)와 이용재 외(2006)의 연구에서는 고소득층에게 유리한 의료이용이 이루어지고 있는 것으로 확인되었다.

이처럼 저소득층의 의료이용이 많은 것은 그동안 의료이용의 중요 장애요소의 하나로 지목되고 있었던 소득요인의 영향력이 공공의료의 보장성 확대와 각종 의료비 등에 대한 지원방안의 마련으로 크게 감소한 것으로 평가될 수도 있다. 그러나 이를 정확히 파악하기 위해서는 소득계층에 따른 건강상태에 대한 정확한 진단이 필요하다. 빈곤가구의 경우 가벼운 질병에 대해서는 치료를 미루는 경우가 많이 있지만, 중증 질병에 이환될 경우 가계의 모든 경제자원을 동원하여 진료를 받기 때문이다. 즉, 저소득층의 의료이용량이 많은 원인이 치료지연으로 질병의 중증도가 심화되어 의료이용을 많이 할 수 밖에 없는 불가피한 상황이 발생한 것일 수도 있다.

둘째, 소득계층별 건강상태의 차이를 확인하기 위해 건강상태 집중지수를 산출한 결과 주관적 건강상태, 최근 2주간 불편감 일수, 활동제한 여부, 한 달간 와병일수 등 모든 건강상태 변수의 집중지수가 음(-)의 값으로 나타나서 저소득층의 건강상태가 고소득층에 비해서 나쁜 것으로 나타났다. 특히, 최근 2주간 불편감 일수와 활동제한 여부는

건강상태 집중지수의 절대 값이 커서 저소득층이 고소득층에 비해서 건강상태가 크게 좋지 않음을 보여주고 있었다.

저소득층의 경우 건강검진 등 꾸준한 건강관리를 하지 못할 뿐만 아니라 필요한 의료서비스를 제때 이용하지 못해 질병의 상태가 악화되는 경우가 많다. 이러한 저소득층의 나쁜 건강상태는 앞서 분석된 바와 같이 저소득층의 의료이용량을 증가시키는 원인으로 작용한다. 소득계층별 단순 의료이용량에 대한 비교결과 저소득층의 이용량이 많았지만, 소득계층별 건강상태를 반영할 경우 의료이용의 형평성은 달라질 수 있는 것이다.

셋째, 의료필요에 따른 의료이용의 형평성을 분석하기 위해서 앞서 분석한 소득계층별 의료이용의 집중지수와 건강상태 집중지수의 차이를 통해 Le Grand계수를 산출하였다. 분석결과 대부분의 Le Grand계수가 양(+)의 값으로 나타나서 건강상태를 고려한 의료이용 형평성은 고소득층에게 의료이용이 집중된 불평등이 있는 것으로 나타났다. 즉, ‘건강상태에 따른 의료이용’이라는 의료의 형평성의 개념에 비춰 볼 때 우리나라 의료이용 시스템은 이에 적절히 반응하지 못하고 있어, 건강상태에 따른 합리적인 형평성을 창출하지 못하고 있다고 판단된다. 국민의 의료이용에 있어서 소득수준이 장애요인의 하나로 여전히 작용함으로써 저소득층의 의료필요를 적절히 충족시키지 못하고 있는 것이다.

이러한 연구결과는 문성현(2004)의 분석과 비교해 볼 때 저소득층의 건강상태가 좋지 않은 것은 일치하는 결과이나, 저소득층의 의료이용량이 많은 것은 다른 결과였다. 그러나 저소득층의 건강상태를 반영할 경우 의료이용량이 적은 것은 동일하였다. 본 연구의 Le Grand계수의 값은 문성현의 0.2850과 0.5063에 비해 크게 작아서 불평등 정도가 크지는 않았다. 건강수준과 관련해서 2001년 국민건강영양조사를 집중지수를 통해 분석한 김창엽(2004)도 저소득층의 건강수준이 좋지 않다고 평가하였다. 건강보험 급여이용을 대상으로 분석한 이상이 외(2004)와 이용재 외(2006)의 분석결과도 소득계층별 건강상태를 반영할 경우 저소득층에게 불리한 의료이용이 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 본 연구결과와 이상이 연구결과들을 종합해 볼 경우 건강보험 이용 뿐만 아니라 비급여를 포함한 의료이용 모두 저소득층이 의료이용에 있어서 소외받고 있음을 알 수 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 여전히 경제적 측면이 의료이용을 막는 요인으로 작용하지 못하고 있는 이상, 적절한 대책의 수립이 있어야 할 것이다. 저소득층에게 질병이라는 사회적 위협에 빠진 시점에서 감당하기 어려운 경제적 부담은 국민건강의 증진이라는 보건의료의 기본취지에 부합되지 않으며, 의료의 기본적인 접근 기회를 차단하여 소득불평등 이외의 또 다른 불평등을 초래할 수 있기 때문이다. 즉, 경제적 장애가 저소득층의 의료서비스 수요를 감소시키게 질병악화를 가져올 확률을 높일 수 있는 것이다.

무엇보다도 의료서비스 수요자에 대한 배려로 건강보험 보장성 강화를 통해 값비싼 중증질환에 대한 저소득층과 소외지역 주민의 의료서비스 접근을 용이하도록 해야 한다. 2007년 OECD Health Data를 분석한 결과 우리나라의 국민의료비중 공공지출비율은 53%로 멕시코를 제외하고는 가장 낮은 국가이고, 국민건강보험의 보장율도 64.6%에 불과한 상황을 고려해 볼 때, 보장성 강화를 위한 소비자의 의료 접근성 강화를 위한 공공지출의 확대가 필요하다 하겠다. 또한 소득계층별 의료필요에 대한 구체적 분석을 통해 질적, 양적으로 적합한 의료서비스가 제공될 수 있도록 해야 한다.

■ 참고문헌 □

- 권순만 · 양봉민 · 이태진 · 오주환 · 이수형, 2003, “보건의료이용의 형평성”, 『보건경제연구』 제9권 제2호, 한국보건경제학회.
- 김창엽, 2004, “사회계층과 전반적 건강수준 및 건강행태”, 『보건복지포럼』 2004.6월, 한국보건사회연구원.
- 김철웅·이상이·홍성철, 2003, “제주도 주민의 소득계층에 따른 암입원 의료이용의 차이”. 『보건행정학회지』 제13권 제3호.
- 문옥륜·장동민, 1996, “의료서비스에 대한 접근의 형평분석”, 『보건행정학회지』 제6권제1호.
- 명지영, 1995, “의료이용의 형평성에 관한 실증적 고찰”, 서울대학교 석사논문.
- 배상수. 1992. “지역의료보험의 실시에 따른 의료이용변화 분석 : 소득계층별 의료필요충족도를 중심으로”, 『보건행정학회지』 2(1), pp.167-203.
- 이상이·홍성철, 2003, “직장건강보험 가입 제주도 주민의 소득계층별 의료이용의 형평성”, 『보건과 사회과학』 제11권, pp.147-168.
- 이수연, 1997, “도시근로자 소득수준별 의료서비스 이용 및 치료비 부담률의 형평성”, 서울대학교 박사논문.
- 장동민, 1996, “의료서비스 분배의 형평성”, 『보건과 사회과학』 제2권 제1호, pp.23-55.
- 홍백희, 1995, “의료서비스 접근형평성에 관한 연구”, 서울대학교 석사논문.
- Aday, L.A. and R. Andersen., 1995, *Development of Indices of Access ot Medical Care*, Ann Arbor, Heath Administraton Press.
- A. J. Culyer and Bengt Jonsson., 1986, *Public and Private Health Service*, Basil Blackwell.
- Davis, K., 1991, "Inequality and Access to Health Care", *The Milbank Quarterly* 69(2), pp.253-272.
- Goodin, Robert E., 1987, *Not only the Poor*, Allen & Unwin.
- Hurst, J., 1994, *The NHS reforms in an international context*, Reforming Health Care Systems, Culyer, A. J., Wagstaff, A. E.(ed.), Edward Elgar.
- 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. and Vizard, P., 1998, *The National Health Service : Crisis, Marget, 1980*, Equity in the Distribution of Municipal services, In H. J. Bryce(ed) *Revitalizing Cities* Lexington, Mass : Lexington Books.
- Mooney, G., 1994, *Key Issues in Health Economics*, Harvester Wheatsheaf.

- P. Braveman, S. Gruskin., 2003, "Defining equity in health", *Journal of Epidemiology and Community Health* Apr 2003, 57,4.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten F. eds., 1993, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*, Oxford University Press.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., 1993, *Equity in the finance and delivery of health care : concepts 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.

A Equity in Health Care Utilization by Health Status

Lee, YongJae*

This study aims at analysing a equity in health care utilization by health status(health needs) in income class and It will be submitted base data for rational policy establishment. In order to this ends, First, First, low income class's health care utilizations are the higher than high income class, and all concentration index(CI) shows negative. It means the utilization of benefit cost is concentrated in low income class. Second, An low income class's health status concentration index show negative. Therefore, Health needs is concentrated in low income's peoples. Third, Le Grand index increased toward positive direction. To conclude, Income class's health care equity is lacking in the low people's utilization of national health insurance.

key words: health care equity, concentration index, Le Grand index

◆ 2010.2.28. 접수 / 2010.3.25. 1차수정 / 2010.4.7. 게재확정

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