보건행정학회지 : 제 6 권 제 1 호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol.6, No.1, 110-143, June 1996

의료서비스에 대한 접근성의 형평 분석

한국보건의료관리연구원
장 동 민
서울대학교 보건대학원
문 옥 륜

〈Abstract〉

Equity of Access to Health Services under National Health Insurance System in Korea

Dong Min Chang
Korea Institute of Health Services Management
Ok Ryun Moon
Graduate School of Public Health, Seoul National University

The purpose of this study is to assess the extent of inequality in health outcomes and the distribution of health services according to health need under National Health Insurance System in Korea. For the empirical analysis, data were collected through an interview survey during one month of October, 1994. Interviews were conducted with a total of 10,875 of the employees and the self-employed selected through cluster, systematic sampling.

The major findings of this research are as follows;

1. The analysis of the differentials in morbidity rates by socio-economic group showed that health inequality in the pro-higher groups existed in all self-reported morbidity indic-

ators.

2. The findings on the conventional use measures showed that the lower socio-economic groups had more ambulatory and inpatient services than the higher groups. In contrast to the level of the medical care utilization, however, the higher socio-economic groups were more likely to use the high-quality source of care in terms of their treatment place compared to the lower groups.

3. By using the need-based use measures, the results were different from each use-disability ratio indicator. Using the use-disability ratio measured by physician visits per 100 restricted-activity days in the population, it was found that there was no evidence favoring the higher socio-economic groups. In contrast, the use-disability ratio based on physician visits per a chronic patient in one year displayed that there was remarkable relative difference by income group as well as the evidence of the pro-higher income groups.

4. The results of logistic regression analysis and two-stage estimation method indicated that although the utilization is significantly affected by type and duration of insurance coverage, the use or nonuse of service and the volume of physician care consumed is determined by health need and demographic characteristics rather than economic status. In sum, these findings suggest that physician service is equitably distributed according to health need under national health insurance system in Korea. As there were some evidences of inequality including the differential in physician visits of chronic patients by income group, however, the government should strengthen the activities to guarantee the equity of health services utilization.

Key words : access, inequality, health need, health services utilization, equity

Ⅰ. 서 론

보건의료서비스를 제공받을 수 있는 권리가 국민의 기본권의 하나로 등장되면서 사회정의 차원에서

보건의료수혜의 불평등 현상을 시정하고 분배의 형평성을 달성하는 것이 현대복지국가의 중요한 정책 이념이 되고 있다. 예컨대 의료서비스 분배의 형평성에 대한 논의는 시장기구의 기능을 극대화하는 자유주의적 정의관과 필요에 따른 분배원칙을 중시하는 평등주의적 정의관에 기초하여 전개되어 왔으나, 대다수 국가의 정책목표에서 보건의료의 특성상 시장기구에 맡기기 보다 사회정의에 입각한 공정개입을 통해 형평한 분배를 이루어야 한다는 평등주의적 입장이 훨씬 설득력을 얻고 있는 추세이다(Patrick et al., 1988 ; Davis, 1991 ; Wagstaff and Van Doorslear, 1993). 이에 따라 각 국가에서는 역사적 배경과 여건에 맞추어 사회구성원은 누구를 막론하고 자기가 속한 계층에 관계없이 필요할 때 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 각종 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있다.

우리나라의 경우도 예외가 아니며 1977년 7월 강제형 사회보험의 형태로 출발하여 지속적으로 적용대상을 확대시킨 결과 1989년에는 전국민을 대상으로 한 의료보험제도가 실시되기에 이르렀다. 그동안 국민들의 총량적인 의료이용측면에서는 괄목할 만한 증가를 나타냈는데, 이는 의료보험의 목적 가운데 하나가 의료접근성에 대한 경제적 장애요인을 제거함으로써 필요에 따른 균등한 접근기회를 보장하는 것임에 비추어 당연한 귀결로 볼 수 있다. 특히 취약계층의 의료이용을 상대적으로 증가시켜 의료보험제도가 계층간 의료이용의 차이를 완화시키는데 기여한다는 사실은 국내외의 많은 연구에서 입증되었다(Enterline et al., 1973 ; Kleinman et al. , 1981 ; Kasper, 1986 ; Rosenbach, 1989 ; 송건용 등, 1988 ; 박경숙 · 박능후, 1990).

그러나, 단순히 의료서비스의 이용량이 증가했다고 해서 접근성의 형평성이 성취된 것으로 판단하기에는 많은 무리가 따른다. 실제 전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에서도 소득계층별 의료필요충족도에 격차가 존재한다는 국내의 연구결과를 비롯하여(배상수, 1992 ; 김석범 · 강복수, 1994), 보건의료의 불평등에 관한 고찰을 통해 모든 국가에서 불평등이 상존하고 있고(Feinstein, 1993 ; Wagstaff and Van Doorslear, 1993), 심지어는 불평등의 정도가 계속 확대되고 있다는 국외의 보고(Carr-Hill, 1988)로 미루어 이에 대한 새로운 시각의 접근이 필요함을 알 수 있다. 특히 의료보험제도의 운영상 급여범위와 수준의 제한으로 과다한 본인부담금이 존재하고 특히 민간부문이 의료공급체계를 주도하고 있는 우리나라의 현실에 비추어 볼 때 불평등 실태는 생각 보다 심각할 것으로 예상된다.

한편, 형평성의 평가 영역이 매우 광범위한 점을 고려할 때 기존의 단편적인 분석으로는 제한적인 결론을 도출할 수 밖에 없으며 정교한 방법론을 토대로 포괄적이고 단계적인 분석을 수행할 것이 요구된다. 즉 분배적 형평성의 정의는 가치판단과 입장의 차이에 따라 다양한 견해가 존재하므로 먼저 규범적 차원에서의 논의를 통해 한국사회에 적합한 실질적 기준으로 재규정하는 조작적 과정을 거친 다음 이에

의거 보건의료의 불평등 실태를 실증적으로 평가하는 수순을 밟아야 하나 그동안 이러한 절차에 대해 거의 관심을 기울이지 않은 것이 사실이다.

또한 현재까지의 국내 연구동향을 보면 일부 연구를 제외하고 전통적인 의료이용 산출지표에 국한해서 분석을 전개하고 있으며, 다양한 의료필요와 이용지표 가운데 불평등 실태를 적절하게 평가할 수 있는 측정지표에 대한 실증적 검토가 부족하고, 특히 의료이용의 차이를 설명하는 다변량분석방법에 있어 기존의 접근은 자가선택성 편의(self-selectivity bias)의 문제를 해결하지 못하는 단점이 있어 결과해석의 타당성에 제한점을 노정하고 있다. 이에 본 연구는 전국민의료보험제도가 시행되고 있는 현 시점에서 기존의 방법론적 접근을 개선하여 우리나라에 존재하는 의료서비스에 대한 접근성의 불평등 실태를 체계적으로 파악할 필요성에서 수행되었다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다. 직장 및 지역의료보험 피보험자를 대상으로 의료필요 및 이용에 관한 설문조사를 실시한 후 전국민의료보험제도가 시행되고 있는 현 시점에서 의료서비스에 대한 접근성이 사회계층간 차이없이 형평하게 이루어지고 있는지를 분석한다. 특히 의료이용의 차이에 영향을 미치는 주요 결정요인이 의료필요 및 성, 연령 등의 인구학적 변수 보다는 사회경제적 변수에 입각하여 이루어지고 있는지를 평가하는데 주안점을 둔다. 그리고 이러한 분석결과를 기초로 향후 의료서비스에 대한 접근성의 형평을 제고시키는데 필요한 정책과제를 도출한다.

Ⅱ. 이론적 배경

현대에 이르러 모든 국민들이 개인의 사회경제적 지위에 관계없이 필요할 때 의료서비스에 대한 동등한 접근성과 양질의 진료를 보장받을 자격을 포괄하는 보건의료권이 하나의 권리로 등장함에 따라 보건의료를 분배적 정의와 연관시켜 고찰할 필요성이 제기되었다. 즉 사회정의 차원에서 보건의료 접근성의 불평등 현상을 시정하고 분배적 형평성을 달성하는 것이 복지국가의 중요한 정책이념이 되고 있으며, 이에 따라 현실을 정확하게 진단하고 바람직한 분배정책을 추진하기 위해서는 추상적이고 포괄적인 형평성의 개념을 정책적 차원에서 평가가 가능한 실질적 기준으로 정의하는 과정이 선행되어야 한다.[1)]

보건의료의 형평성이 지향하는 궁극적인 목표가 건강의 평등이라는 점에 대해서는 이의가 별로 없다.

---

1) 윤리적인 관점에서 형평성 목표에 함축되어 있는 전제조건은 첫째, 보건의료는 기본적인 권리이며 둘째, 보건의료자원은 유한하고 셋째, 보건정책은 희소한 보건의료자원의 공정한 분배기전을 설계하는데 관여해야 한다는 것이다(Aday and Andersen, 1981).

그러나, 건강의 다차원적 속성상 적극적 이상으로서의 정의란 성취불가능하므로 분배적 정의의 실제적 측면에 있어서는 보건의료의 형평성 목표를 건강의 평등 보다는 의료서비스의 분배문제에 두는 것이 일반적인 경향이다.

또한, 배분적 형평성 또는 불평등 문제를 논의할 때 어떤 가치판단에 입각하느냐에 따라 그 방향과 내용분석이 현저하게 달라지게 된다. 즉 불평등 현상은 철학적이고 도덕적 차원의 문제이면서 한편으로 가치판단에 좌우되기 때문에 가치중립적인 객관적 연구가 이루어지기 힘든 한계를 지니고 있어 다양한 사회정의론 가운데 어느 입장을 취하느냐에 따라 형평성에 대한 정의가 확연히 달라진다. 예컨대 의료서비스 분배의 형평성 기준은 평등(equality) 또는 최소기준(minimum standards)을 양축으로 하는 연속선상의 한 점에 위치하고 있는 바, 평등을 형평성의 목표로 추구하는 정책은 불평등을 제거하는데 중점을 두는 반면, 최소기준의 경우 그 누구도 설정된 최소기준 이하로 떨어지지 않도록 보장하는데 초점을 맞추게 된다(Anderson, 1989).

대부분의 국가에서 이 두가지 정의론이 혼재되어 있으나 보건의료의 특성상 이념적 지향은 보건의료를 시장기구에 맡기기 보다 사회정의의 관점에서 정당한 개입을 통해 분배의 형평성을 달성해야 할 대상으로 여기고 있다. 예컨대 유럽의 국가들은 '능력에 따라 지불하고 필요에 따라 분배'하는 평등주의적 사고가 정책목표에 주로 반영되어 있으며, 미국과 같이 자유를 지고의 가치로 간주하는 사회에 있어서도 빈곤층이 제공받는 의료서비스를 최소수준이상으로 향상시키는데 일차적 관심을 두고 있으나 보건의료정책이 추구하는 이데올로기적 입장은 접근성의 평등을 설정하고 있는 것으로 나타났다(Patrick et al., 1988 ; Davis, 1991).

우리나라의 경우를 보면 구체적인 정책목표는 명시되어 있지 않지만 헌법에 규정된 국민의 보건에 대한 국가의 보호 의무를 적극적으로 해석할 경우 의료서비스 분배의 형평성에 관한 원칙은 사회계층간 필요에 따른 의료이용의 차이를 최소화시키고 궁극적으로는 건강의 불평등을 해소하는데 기여할 수 있는 평등주의적 정의론을 지향해야 할 것이다. 그러나 평등주의 역시 의료서비스에 대한 정의로운 분배의 일원칙에 지나지 않기 때문에 이에 대한 지나친 강조는 현실적인 측면에서 부작용을 초래할 우려 또한 없지 않다. 따라서 상황에 따라 여타 정의론에 포함된 분배 기준을 적절하게 수용하는 노력이 필요하며, 특히 실질적인 분배차원에서 형평성의 정의시 효율성과 의료의 질을 비롯한 여타 사회적 가치와의 상충성을 최대한 고려하여 현실에 부합된 평가기준을 설정해야 할 것으로 지적된다.

다음으로 평등주의적 정의론에 기초하여 공평한 분배를 달성할 수 있는 형평성의 실질적 정의를 검토하면 다음과 같다. 먼저 그동안 개진된 형평성의 주요 정의로는 첫째, 건강의 평등 둘째, 동등한 의료필

요에 따른 동등한 의료이용 셋째, 동등한 의료필요에 따른 접근성의 균등 등 세가지로 집약할 수 있다(Aday and Andersen, 1981 ; Le grand, 1982 ; Daniels, 1982 ; Mooney, 1986, 1994 ; Wagstaff and Van Doorslaer, 1993 ; Culyer et al., 1993).

이들은 형평성의 정책목표로서 각기 나름대로의 장단점을 갖고 있으며 또한 모든 국가에 획일적으로 적용할 수 있는 보편타당한 실질적 정의는 존재하지 않기 때문에 가치판단의 문제가 개입되나 이 가운데 '동등한 의료필요에 따른 접근성의 균등(equal access for equal need)'이 현실적으로 최적의 기준이라 할 수 있으며 그 근거는 다음과 같다. 첫째, 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, 상이한 필요(unequal need)의 경우 동등한 필요에 비해 구성요건의 결정 및 불평등도의 산출이 어렵기 때문에 대다수의 실증적 연구에서도 후자에 의한 '수평적 형평성'(horizontal equity)의 원칙에 입각하여 분석을 전개하고 있는 실정이다(Van Doorslaer and Wagstaff, 1992).

둘째, 통상적으로 접근성(access)과 의료이용(utilization)은 엄밀한 개념의 구분없이 사용되는 경향이나 형평성의 정책목표로 의료서비스에 대한 동등한 접근성의 보장이 후자에 비해 여러측면에서 적합한 것으로 평가되고 있다. 즉 Le Grand와 Mooney는 접근성과 의료이용을 엄격히 구분하면서[2] 접근성이 정책목표가 되어야 함을 강조하였다(Le grand, 1982 ; Mooney, 1986). 구체적으로 살펴보면, '접근성의 균등한 보장'은 기회의 평등에 주안점을 두는 개념으로 필요시 의료서비스에 대한 동등한 이용기회를 권리로서 보장해 주는 것을 의미하는데(Mooney, 1991), 이에 따라 각 개인이 의료이용시 제반 비용이 동일하도록 공급측면에서의 장애요인을 제거하는데 중점을 두면 되고 반드시 의료필요와 연계시킬 필요가 없다는 점에서 정책목표로 채택하기 용이한 반면, 후자의 경우 의료이용의 결정요인이 다양하고 공급은 물론 수요측 요인들을 모두 고려해야 하기 때문에 정책목표로서 수용하기에는 어려운 점이 있다.[3]

그런데, 형평성의 기준으로 접근성을 측정한 대다수의 실증적 연구에 있어서는 과정지표인 접근성의 다차원적 속성상 계량화가 용이하지 않고, 또한 과정지표를 균등화하기에는 정책상 한계가 있으며, 이

2) Le Grand는 접근성을 보건의료시설의 이용시 발생하는 시간비용과 화폐비용으로 정의하였고, Mooney는 접근성이 공급측면의 현상으로서 의료이용에 영향을 미치는 요인들 가운데 하나임을 강조하면서 의료이용의 경우 개인이 지불하는 경제적 비용 뿐만 아니라 의료서비스에 대한 편익 인지, 의사방문유인 등의 제반 요인이 포함된 수요와 공급의 함수로 보고 접근성과 구별짓고 있다(Le grand, 1982 ; Mooney, 1994:81~4).

의 균등이 바로 의료이용으로 연결되는 것은 아니라는 점을 들어 정책목표는 동등한 접근성의 보장을 제시하면서 실제 측정은 개인의 의료이용에 관한 산출지표를 통해 형평성을 평가하고 있는 실정이다 (Wagstaff and Van Doorslaer, 1993 ; 배상수, 1992).[4]

따라서, 실질적인 형평성의 정의는 접근성에 기초하고 측정수단으로는 의료이용 산출지표를 채택하는 것이 현실적인 접근방법으로 볼 수 있다. 이와 더불어 형평성의 엄격한 정의로 인식되고 있는 건강의 평등 또한 보완적인 차원에서 평가원칙으로 채택하는 것이 바람직한데 이는 많은 한계에도 불구하고 건강의 불평등이 그 자체로서 관심의 대상이고(Fox, 1989), 보건의료의 공정한 배분을 결정하는 이론적인 기반이며, 궁극적으로 지향해야 할 분배적 형평성의 당위적 목표라는 점에서 정당화된다.

이상의 논의를 통해 본 연구에서는 평등주의적 분배정의론에 입각하여 실증적 차원에서 형평성의 정의로 '동등한 의료필요에 따른 동등한 접근성의 보장'을 채택하고, 측정 잣대로는 다양한 의료이용 산출지표를 통해 의료서비스 접근성의 불평등 현실을 진단하고자 한다. 더불어 건강의 평등을 보완적인 평가기준으로 수용함으로써 향후 분배적 형평성을 개선하는데 유용한 정책적 함의를 도출할 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구모형과 가설

전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에서 '동등한 의료필요에 따른 동등한 접근성의 보장'이라는 의료서비스 분배의 형평성 원칙이 우리나라 보건의료현실에 제대로 구현되고 있는지를 실증적으로 분석하기 위해 본 연구에서는 접근성의 평가 차원을 전반적인 불평등의 양상 및 불평등 요인으로 구분하여 단계적인 접근을 시도하였다(그림 1 참조).

먼저 접근성의 불평등 양상을 파악하기 위해 이의 핵심적 토대인 주요 사회경제적 계층변수 가운데

---

3) '의료이용' 보다 '접근성'이 형평성의 정책목표로 타당한 근거를 보면 첫째, 영국을 비롯한 11개 국가의 정책서(policy statement)에서 대다수가 의료이용이 아닌 접근성의 보장을 목표로 제시하고 있고 둘째, '동등한 의료필요에 따른 동등한 이용'은 전통적인 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(Mooney et al., 1991).

4) 형평성의 정의로 접근성을 채택한 Collins와 Klein(1980)의 연구가 대표적인 예가 되는데 여기서 의료이용 산출지표인 일반의 방문횟수를 사용하여 접근성을 측정하고 있으며 Aday와 Andersen (1975), Tobin(1980), Puffer(1986) 등의 연구도 이에 속한다.

소득변수를 기초로 건강수준과 의료이용 측면에서 계층간 상대적 차이와 더불어 실제 의료필요에 따른 의료이용이 이루어지고 있는지를 평가하는데 초점을 두었는데 이는 대다수의 보건의료 불평등 연구에서 기본적인 접근방법으로 채택되고 있다(Black et al., 1982 ; Whitehead, 1988 ; Fox, 1989 ; Feinstein, 1993 ; Krieger and Fee, 1994).

다음으로 불평등의 결정요인을 분석하기 위해 보건정책의 형평성 평가분야에서 가장 많이 응용되고 있는 Andersen의 행태모형[5]을 수정하여 〈그림 1〉과 같이 설명변수들을 인구학적 요인, 사회경제적 요인 및 의료필요 요인으로 재구성하고 종속변수로는 의료체계내의 진입확률을 의미하는 의사방문유무와 진입이후 이용량의 차이를 대변하는 의사방문횟수 지표를 채택하였다. 여기서 의료이용의 차이가 성, 연령 및 의료필요변수가 아닌 소득, 교육, 의료보험유형 등의 주요 사회경제적 변수에 의해 설명될 때 접근성의 불평등이 존재하는 것으로 평가할 수 있다.

본 연구를 통해 검증하게 될 가설은 다음과 같다.

가설 1 : 전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에도 사회계층별 건강수준의 차이가 존재하며, 사회계층이 낮을수록 건강수준이 낮다.[6]

가설 2 : 전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에도 사회계층별 의료이용의 차이가 존재하며, 사회계층이 낮을수록 의료이용수준이 낮다.

가설 2-1 : 사회계층별 의료이용량의 차이 뿐만 아니라 의료서비스의 질적 차이도 존재하며, 사회계층이 낮을수록 질이 낮은 의료서비스를 이용한다.

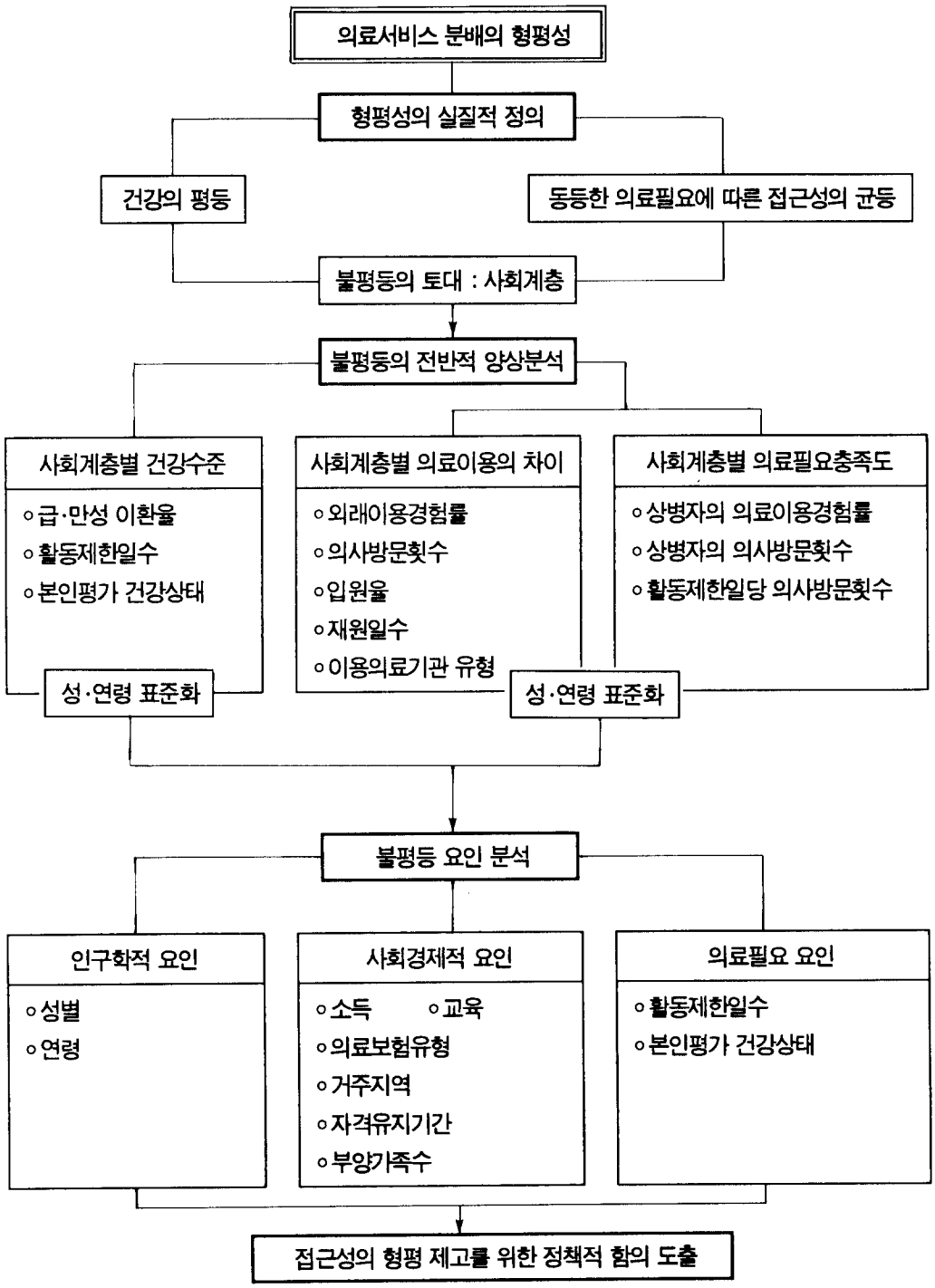
가설 3 : 전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에도 사회계층별 의료필요충족도의 차이가 존재하며, 사회계층이 낮을수록 의료필요충족도가 낮다.

가설 4 : 전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에도 사회경제적 요인이 여타 변수 보다 의료이용의 차이에 미치는 영향이 상대적으로 크다.

---

5) Andersen의 행태모형에서 독립변수는 보건정책에 의해 변경이 가능한 정책변수(policy variables)와 변경이 불가능한 통제변수(control variables)로 구분할 수 있는데, 대표적인 정책변수로는 소득, 의료보장 적용여부 및 정기적인 치료원 등을 들 수 있고 통제변수에는 성, 연령 및 의료필요지표 등이 속한다. 여기서 의료불평등의 평가변수는 소득, 교육, 직업 및 의료보장 적용여부 등 사회경제적 변수가 되는데 이러한 불평등의 평가변수와 보건정책을 통해 변경이 가능한 정책변수는 별개이며 전자는 후자의 필요조건으로 간주된다(Andersen and Aday, 1978 ; Andersen, 1995).

6) 여기서 사회계층은 소득, 교육, 직업 및 거주지역 등 불평등의 주요 사회경제적 평가변수 가운데 핵심변수인 소득계층을 의미한다. 소득은 사회경제적 지위의 가장 강력한 예측변수로서 의료필요시 의료서비스에 대한 이용여부를 결정하는데 중요한 요인이 된다는 점에서 보건의료의 불평등 실태를 평가하는 계층변수로 많이 이용되어 왔다(Aday et al., 1980 ; Kleinman et al., 1981 ; Newacheck, 1988 ; Liberatos et al., 1988 ; Rosenbach, 1989 ; Feinstein, 1993 ; 문창진, 1990 ; 배상수, 1992).



〈그림 1〉 본 연구의 분석모형

2. 변수의 선정과 측정

본 연구에 사용된 변수의 종류 및 측정방법이 〈표 1〉에 제시되어 있다.

주요 변수를 중심으로 살펴보면, 종속변수인 의료이용지표의 경우 측정기간 동안 조사대상자가 이용한 모든 보건의료기관의 실적을 포함하였고 유형, 장소 및 목적에 따라 세분화시켰다. 이 가운데 약국이용실적은 의료서비스 분배의 형평성 평가목적상 제외시켰으며, 다만 이용의료기관의 유형을 분석하는데만 포함시켜 의료서비스의 질을 평가하는 제한적인 용도로 사용하였다.

의료필요변수의 경우 대상자의 건강수준을 의미하며 판단주체에 따라 주관적 지표와 객관적 지표로 분류할 수 있는데 본 연구에서는 상병의 이환여부 및 중증도에 초점을 맞춰 전자를 조사하였다.[7] 측정기간은 급성상병의 경우 조사시점전 한달 동안 이며 만성상병은 조사시점전 1년간을 적용하였다. 구체적인 측정방법을 보면, 『각 개인이 설문조사 시점전 한달 동안 아프거나 사고 등으로 인하여 불편한 상태』를 기준으로 급성상병 의료필요를 도출하였고, 이로 인해 와병 또는 활동제한을 경험한 일수를 가지고 활동제한일수로 정의하는 한편, 조사시점전 1년동안 3개월 이상 오래되거나 자주 재발하는 만성질환의 이환유무와 본인이 평소 자신의 건강상태에 대해 어떻게 평가하고 있는지를 측정하였다.

사회경제적 변수에는 의료이용의 불평등을 평가하는 주요 변수인 조사대상자의 직업, 학력, 소득 및 의료보험유형 등을 포함시켰는데 특히 본 조사가 가구가 아닌 개인을 분석단위로 선정하였기 때문에 조사대상자의 사회경제적 지위를 정확하게 반영할 수 있도록 유의하였다. 특히 소득변수의 경우 월평균 개인소득을 13개 범주로 유형화하여 조사한 뒤 의료보험료 부과자료와 비교함으로써 측정에 정확성을 기하였으며, 분석편의상 5개 범주로 구분하였다. 기타 변수의 측정방법은 〈표 1〉과 같다.

여기서 의료필요 및 의료이용에 관한 내용은 개인의 속성에 해당되고 사회계층은 이들 개인적 속성의 집합체이므로 분석단위는 개인이 된다.

3. 조사대상 및 자료수집

실증연구의 조사대상은 전국민의료보험이 시행되고 있는 제도적 여건을 감안하여 의료보험 피보험자

7) 건강상태의 측정시 주관적 지표와 객관적 지표는 각기 장단점을 가지고 있기 때문에 어느 지표가 바람직한가에 대해서는 일치된 의견이 없으며 이는 연구목적과 자료의 수집가능성에 의해 상당부분 좌우된다. 그러나 평등주의적 분배정의의 원칙과 관련한 의료에의 권리적 측면의 강조와 객관적인 의료필요의 측정이 현실적으로 용이하지 않은 점을 고려할 때 주관적 지표에 의한 접근방법이 선호되고 있다(Bradshaw, 1972 ; Doorslaer et al., 1993).

〈표 1〉 본 연구에 사용된 주요 변수 및 측정

변수			측정
의료이용변수	외래	외래이용경험률	측정기간중 상병으로 인한 보건의료기관 외래방문 여부(약국 제외)
		의사방문횟수	측정기간중 상병으로 인한 보건의료기관 외래방문 횟수(약국 제외)
	입원	입원이용경험률	측정기간중 상병으로 인한 의료기관 입원경험유무
		재원일수	측정기간중 상병으로 인한 의료기관 재원일수
	이용의료기관 유형		외래 : 약국, 의원급(보건기관, 한의원 포함), 병원 입원 : 의원급(보건기관 포함), 병원(한방, 치과병원 포함), 종합병원
의료필요변수	급성상병 이환여부		설문조사 시점전 한달동안 상병의 이환여부
	활동제한일수		설문조사 시점전 한달동안 상병으로 인하여 평소에 하던 업무나 활동에 지장을 받은 일수(와병일수 포함)
	만성상병 이환여부		설문조사 시점전 1년동안 3개월 이상 지속되거나 자주 재발하는 만성상병 이환여부
	본인평가 건강상태		본인의 주관적 평가에 의한 평소 자신의 건강상태
인구학적변수	성		남성과 여성으로 구분
	연령		의료이용도의 차이를 감안하여 20~29세, 30~44세, 45~59세, 60세이상으로 구분
사회경제적변수	소득수준		월평균 피보험대상자의 개인소득을 30만원 미만, 30~60만원 미만, 60~90만원 미만, 90~120만원 미만, 120만원이상 5등급으로 구분
	교육수준		국교이하, 중학교, 고등학교, 대학교이상으로 구분
	의료보험유형		조사대상자가 가입한 의료보험제도에 따라 직장과 지역의료보험적용자로 구분
	거주지역		현재 거주지역에 의거 농촌과 도시로 구분
	자격유지기간		의료보험 가입 이후 조사시점까지의 기간
	피부양자수		조사대상자가 현재 동거하고 있는 부양가족수

로 하였다. 즉 현행 의료보험제도의 경우 가입자의 직업 성격에 따라 자영업자와 피고용자로 대별되고 '94년말 현재 공·교보험을 제외한 이들 가입자가 전체 의료보험인구의 89%를 차지하고 있으므로 직장 및 지역의료보험 피보험자가 전체 의료보험적용자의 특성을 대변하는 것으로 볼 수 있어 이들을 조사대

상으로 국한시켰다. 조사의 편의상 일반가구조사와는 달리 가족전체를 대상으로 하지 않고 전자의 경우 세대주, 후자는 피보험자를 조사하였다.

자료수집은 의료보험연합회의 협조를 얻어 직장 및 지역의료보험 가입자의 전국적 현황과 가장 유사한 분포를 보이는 의료보험조합 가운데 직장 3개조합과 지역 5개조합을 임의로 표본추출한 다음 조사를 실시하였다.

조사기간은 1994년 10월 한달동안 집중적으로 시행되었고 구체적인 조사방법은 다음과 같다. 직장조합의 경우 서울제3지구, 강원제1지구 및 전북제2지구 등 3개조합을 임의로 선정한 후 각 조합에 속한 사업장의 일련번호에 의거 5번 단위로 대상사업장을 추출하였으며 상실사업장은 다음번호로 하였고 선정된 사업장의 피보험자 가운데 의료보험증의 짝수번호를 최종적인 조사대상자로 선택하였다.

또한, 지역조합은 성남시 중원구와 수정구, 청주시 등 3개 도시지역조합과 충남 예산군, 강원도 춘천군 등 2개 농촌지역조합을 선정한 후, 집락표본추출법으로 대상지역의 「동」을 추출하고 다시 계통표본

〈표 2〉 본 연구의 조사대상 의료보험조합과 표본조사수

조 합		피보험자수	피부양자수 또는 세대수[1]	표 본 조사수[2]
직장조합	계	109,709	213,241	5,785(5.3)
	서울3지구	54,402	102,389	2,395(4.4)
	강원1지구	27,670	55,119	1,695(6.1)
	전북2지구	27,637	55,733	1,695(6.1)
지역조합	계	665,941	199,893	4,850(2.4)
	청주시	203,857	60,395	1,170(1.9)
	성남시 중원구	215,409	65,785	1,207(1.8)
	성남시 수정구	155,686	48,331	1,137(2. 4)
	충남 예산군	67,614	18,549	643(3.5)
	강원도 춘천군	23,375	6,833	693(10.1)

주1) 직장조합은 피부양자수, 지역조합은 세대수를 나타냄.

2) ( )는 직장조합의 경우 해당조합의 피보험자수, 지역조합은 세대수 가운데 표본조사수가 차지하는 비율임.

추출방법에 의거 의료보험증의 짝수번호를 가진 세대주를 최종조사대상자로 선택하였다. 조사는 직장 및 지역보험 공히 해당조합의 직원들을 교육시켜 조사원으로 활용하였으며 훈련된 조합직원들이 개별 사업장 또는 가정을 직접방문하여 면접조사를 실시하였다. 설문지 내용 가운데 자료의 정확도와 신뢰도를 제고시키기 위해서 직장과 지역조합 공히 조사대상자의 인적사항은 조합의 전산자료에 의거 작성하였으며 최종적으로 조사완료된 표본조사수는 〈표 2〉와 같다.

4. 분석방법

본 연구의 분석방법은 〈표 3〉에 제시되어 있으며 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 전반적인 불평등 양상의 분석을 위해 의료필요, 의료이용 및 의료필요충족도지표를 소득계층변수와 연계시켜 기술통계량 및 불평등도 지수[8]를 산출하였고, 특히 이들 지표의 계층간 평균차이는 분산분석(ANOVA), 변수간의 유의성 검정은 피어슨 카이자승검정을 적용하였다. 이와 함께 본 조사의 이환율 및 의료이용지표에 대해서는 성과 연령을 표준화시켰는데, 여기서 표준화는 각 계층의 성, 연령 분포를 전체 조사대상집단의 성 연령 분포와 일치시킨 상태를 의미하며 본 연구에서는 직접표준화방법을 채택하여 다음과 같은 공식에 의거 산출하였다.[9]

$$\text{표준화 공식} : \sum_j \sum_k \frac{b_{ijk}}{n_{ijk}} \times \frac{(n_{i..})(n_{.jk})}{N} \; V_i$$

b_{ijk} : i번째 소득계층, j번째 연령계층, k번째 성별 계층에 속하는 상병(또는 의료이용)을 보고한 인구수

n_{ijk} : i번째 소득계층, j번째 연령계층, k번째 성별 계층에 속하는 인구수

$n_{i..}$: i번째 소득계층에 속하는 인구수

$n_{.jk}$: j번째 연령계층, k번째 성별 계층에 속하는 인구수

N : 전체 표본인구수

---

8) 불평등도의 산출에 있어서는 Le Grand 접근방법의 단점을 보완하기 위해 각 소득계층의 성과 연령 구성비를 전체 조사대상집단의 분포와 일치시킨 성·연령표준화 집중곡선 접근방법을 채택하였다. 이는 일반집중곡선 접근방법의 단점을 보완하고 Wagstaff 등이 제안한 표준화집중곡선 접근방법의 장점을 수용한 것이다. 자세한 산출방법은 장동민(1996)을 참조할것.

9) 연령의 구간은 20~29세, 30~44세, 45~59세, 60세 이상 네개 계층으로 구분한 뒤 각 연령구간을 성에 따라 두계층으로 구분하였으며 이에 따라 전체 연령과 성에 대한 계층은 8개 구간이 되었음.

각 상병집단내 의료이용 표준화 공식 : $\sum_j \sum_k \frac{a_{mijk}}{n_{mijk}} \times \left(\frac{n_{m.jk}}{N}\right) V_i$

a_{mijk} : m번째 상병집단, i번째 소득계층, j번째 연령계층, k번째 성별 계층에 속하는 사람의 의료이용량

n_{mijk} : m번째 상병집단, i번째 소득계층, j번째 연령계층, k번째 성별 계층에 속하는 인구수

$n_{m.jk}$: m번째 상병집단, j번째 연령계층, k번째 성별 계층에 속하는 인구수

N_m : m번째 상병집단에 속하는 인구수

한편, 의료필요충족도 평가지표는 Aday와 Andersen(1975)의 이용장애비(use-disability ratio)를 응용하여 다음과 같이 세가지 유형의 지표를 선정한 후 분석에 적용하였다.[10]

- 상병자의 의료이용경험률=상병이환자중 의료이용경험자 /측정기간동안 상병이환자
- 상병자의 의료필요충족도=상병이환자의 의사방문횟수 /측정기간동안 상병이환자
- 활동제한일당 의료필요충족도=상병이환자의 의사방문횟수 /측정기간동안 상병이환자가 경험한 활동제한일수(와병일수포함)

다음으로, 여타 변수들을 통제한 상태에서 의료이용의 불평등 요인을 파악하기 위해 다변량회귀분석을 수행하였다. 그런데 의료이용의 불평등 요인을 정확하게 추정하기 위해서는 의료이용량의 차이 뿐만 아니라 의료체계 진입단계에서 이용확률에 영향을 미치는 요인을 함께 분석하는 것이 바람직하다(Birch et al., 1993). 이에 따라 의료체계 진입확률을 의미하는 의사방문여부와 진입이후 의료이용량의 차이를 나타내는 의사방문횟수를 종속변수로 하여 본 연구의 의료이용모형을 적합시켰다.

분석방법 측면에서 종속변수가 의사방문여부인 경우 주어진 독립변수의 조건하에서 특정한 선택이 이루어질 확률을 분석할 때 사용하는 로지스틱 회귀분석(logistic regression analysis)을 적용하는 것은 별 문제가 없으나, 종속변수가 의료이용량일 때 기존의 포아송회귀분석이나 최소자승법의 적용은 의료이용자에 대한 표본 분석시 내재하는 자가선택성 편의(self-selectivity bias)를 해결하지 못하는 제한점을 지니고 있기 때문에 이를 보정하지 않을 경우 분석결과의 정확도 측면에서 많은 문제점을 내포하게 된다(Heckman, 1979 ; Maddala, 1983). 이에 따라 본 연구에서는 표본의 선택성 편의 보정모형(selection bias correction model)을 채택하여 일단계로 전체 조사대상자를 대상으로 probit

10) 의료이용지표는 의료필요를 고려하지 않은 전통적인 산출지표와 질병의 중증도를 비롯해서 개인의 건강상태의 차이를 감안한 의료필요 반영지표(need-based use measures) 등 두가지로 구분된다(Aday and Andersen, 1975). 상병의 이환여부 또는 본인평가 건강상태 등으로 측정되는 의료필요는 소득을 비롯한 사회경제적 지위와 상관관계가 높기 때문에 각 계층별 의료이용량의 단순비교를 통해 의료서비스에 대한 접근성의 불평등을 평가하는 것은 한계가 많다는 인식에서 의료필요를 반영한 지표들이 개발되었다(Aday and Andersen, 1975 ; Wagstaff and Van Doorslaser, 1993).

분석을 통해 보정인자(correction factor)인 lambda(λ)[11]를 추정한 다음, 이단계로 의료이용자의 의사방문횟수를 종속변수로 하여 최소자승법을 수행하는 이단계추정법(two-stage estimation)을 적용하였으며 통계프로그램은 LIMDEP Package를 사용하였다.

〈표 3〉 본 연구의 분석방법

분석내용		분석방법
불평등 양상 분석		ㅇ기술통계량 분석 ㅇ불평등도 지수 산출(성·연령표준화 이환집중지수) ㅇ피어슨 카이자승검정(Pearson's chi-square test) ㅇ분산분석(ANOVA)
불평등 요인 분석	의료체계 진입단계	ㅇ로지스틱 회귀분석(logistic regression analysis)
	의료체계 진입이후	ㅇ이단계 회귀분석(two-stage estimation)

Ⅳ. 연구결과

1. 조사대상자의 사회인구학적 특성별 분포

직장의료보험의 피보험자 5,785명과 지역의료보험의 세대주 4,850명을 표본 선정하여 조사한 대상자의 사회인구학적 특성별 분포 현황은 〈표 4〉와 같다. 먼저 성별로는 남성이 전체 대상자의 71. 7%, 여성이 28. 3%를 차지하고 있고, 지역의료보험 가입자가 직장에 비해 남성의 구성비가 상대적으로 높게 나타났다. 연령별로는 30~44세가 가장 많아 전체의 41. 7%였으며, 지역의료보험이 상대적으로 노령화된 연령분포를 보이고 있다. 소득계층의 경우 월개인소득이 30~60만원 미만인 가입자의 비율이 가장 높았고, 지역의료보험은 비교적 고른 소득분포를 나타낸 반면, 직장보험은 저소득층의 구성비가 상대적으로 높았다. 교육수준을 보면 전체적으로 고졸 학력이 가장 많았으며, 직장의료보험이 지역의료보험 보다 상대적으로 고학력의 비율이 높게 나타났다. 대상자의 거주지역별 현황은 도시지역이 전체의 77. 0%로 농촌지역에 비해 압도적으로 많았으며 이러한 분포는 의료보험 유형별로 별 차이가 없었다.[12]

11) λ변수의 유의성은 자가선택성에 대한 보정이 통계적으로 의미가 있는지를 나타내는 지표가 된다.
12) 직장의료보험의 경우 군단위에 소재하고 있는 사업장의 피보험자가 포함된 결과임.

〈표 4〉 조사대상자의 사회인구학적 특성별 분포

변수	범주	전체		직장의료보험		지역의료보험	
		실수	구성비	실수	구성비	실수	구성비
성별	남성	7,504	71.7	3,535	61.3	3,969	84.5
	여성	2,963	28.3	2,235	38.7	728	15.5
연령	20~29세	2,889	27.6	2,424	42.0	465	9.9
	30~44세	4,373	41.7	1,261	39.2	2,112	44.9
	45~59세	2,385	22.8	975	16.9	1,410	29.9
	60세이상	830	7.9	109	1.9	721	15.3
소득	30만원 미만	854	8.3	235	4.2	619	13.4
	30~60만원 미만	3,027	29.6	2,310	41.2	717	15.5
	60~90만원 미만	2,936	28.7	1,630	29.1	1,306	28.2
	90~120만원미만	1,890	18.5	831	14.8	1,059	22.9
	120만원 이상	1,522	14.9	596	10.6	926	20.0
교육	국교이하	1,905	18.3	431	7.7	1,474	30.4
	중졸	1,511	14.5	723	13.0	788	16.3
	고졸	5,070	48.6	3,083	55.3	1,987	41.0
	대졸이상	1,937	18.6	1,340	24.0	597	12.3
거주지역	농촌	2,419	23.0	1,123	19.5	1,296	27.2
	도시	8,089	77.0	4,628	80.5	3,461	72.8
자격유지 기간	1년 미만	2,128	20.6	1,389	24.1	739	16.2
	1~2년 미만	1,909	18.5	1,195	20.7	714	15.6
	2~5년 미만	2,902	28.1	1,755	30.5	1,147	25.1
	5~10년 미만	2,942	28.5	974	16.9	1,968	43.0
	10년 이상	454	4.4	449	7.8	5	0.1
부양 가족수	2명 이하	4,254	42.1	2,944	56.0	1,310	27.0
	3~4명	4,251	42.1	1,795	34.2	2,456	50.7
	5명 이상	1,586	15.7	513	9.8	1,073	22.2
계		10,635	100.0	5,785	100.0	4,850	100.0

주1) 전체조사대상자의 합계와 각 사회인구학적 변수의 합계 차이는 frequency missing임.

의료보험 가입 이후 조사시점 까지의 자격유지기간에 있어서는 전체적으로 5~10년 미만이 가장 많았

고, 부양가족에 있어서는 지역의료보험 가입자가 직장 보다 많았는데 이는 연령계층의 구성비를 감안할 때 당연한 귀결로 간주된다.

2. 사회계층별 건강수준

본 항에서는 조사기간 동안 대상자가 경험한 급·만성 상병의 이환여부와 상병의 중증도를 반영하는 활동제한일수 및 본인의 평소건강상태 평가지표를 불평등의 주요 토대가 되는 사회경제적 지위변수 가운데 핵심변수인 소득계층과 연계시켜 첫째 가설을 검정할 것이다.

〈표 5〉는 소득변수를 기초로 각 계층별 의료필요지표의 성·연령표준화 점유율을 구한 것이다. 여기서 해당 계층의 인구점유율과 각 필요지표의 표준화 점유율을 비교함으로써 소득계층간 건강수준의 차이를 파악할 수 있으며 표준화 이환집중곡선을 통해 전체 집단을 대상으로 한 불평등도 지수의 산출이 가능하다.

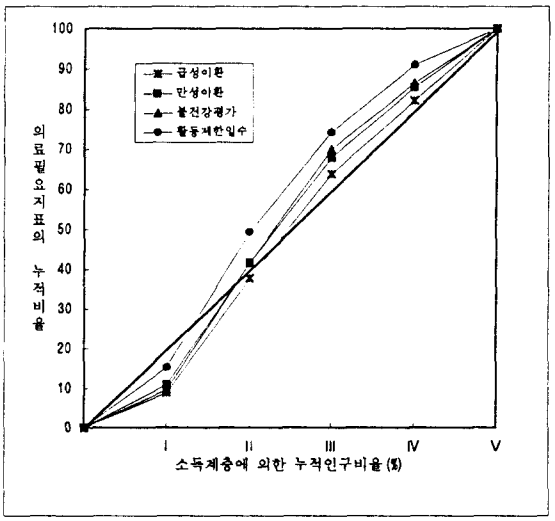
먼저 급성이환율 지표의 경우, 최하위계층과 최상위계층이 대상인구점유율에 비해 상대적으로 높은 상병분포를 나타낸 반면, 중간계층은 반대의 결과를 보이고 있다. 또한 만성이환율 지표는 하위 2개 소득계층에서 인구점유율 보다 표준화상병점유율이 높아 급성상병과 비교할 때 저소득층에 불리한 양상을 초래했으며 특히 활동제한일수 지표의 경우 인구점유율에 비해 하위소득계층에 치우친 분포를 보여주고 있고 불건강평가 지표 역시 동일한 양태를 나타냈다.

〈표 5〉 소득계층별 표준화 이환율 분포

소 득 계 층	인구비율	급성이환 비 율	만성이환 비 율	불 건 강 평가비율	활동제한 일수비율
Ⅰ 30만원 미만	8.3	8.8	10.9	9.6	15.3
Ⅱ 30~60만원 미만	29.6	28.9	30.7	32.0	34.0
Ⅲ 60~90만원 미만	28.7	26.1	26.2	28.3	24.9
Ⅳ 90~120만원 미만	18.5	18.3	17.6	16.5	16.8
Ⅴ 120만원 이상	14.9	17.9	14.6	13.6	9.1
계[1)]	100.0(10,229)	100.0(2,998)	100.0(1,787)	100.0(5,425)	100.0(8,165)
표준화 이환집중지수	-	0.023	-0.038	-0.046	-0.149

주1) ( )는 각 지표별 총대상자수를 의미하며 frequency missing이 제외된 수치임.

〈그림 2〉는 이들 각각의 지표에 대해 표준화 이환집중곡선(standard illness concentration curve)을 제시한 것이다. 〈표 5〉에서 살펴 본 바와 같이 급성상병지표를 제외하고 모든 의료필요 지표에서 저소득층에 불리한 상병의 분배상태를 노정함에 따라 표준화곡선이 주로 대각선 위에 놓여 있음을 알 수 있다. 이에 따라 표준화 이환집중지수가 전자를 제외하고 음의 값을 나타내는데 이는 저소득계층에 불리한 건강상의 불평등이 존재하고 있음을 시사해 주는 것이다. 또한 표준화 이환집중지수의 절대값의 크기는 불평등의 정도를 반영하는 것으로 실제 상병의 이환여부를 대변하는 급·만성이환율 지표보다 질병의 중증도를 의미하는 활동제한일수 지표가 훨씬 큰 불평등도를 초래하였다.



〈그림 2〉 의료필요지표 유형별 표준화 이환집중곡선

3. 사회계층별 의료이용 양상

의료서비스가 건강수준을 향상시키는데 기여하고 의료이용을 통해 형평성의 최종목표인 건강수준의 불평등을 완화시킬 수 있다는 전제하에 의료이용 산출지표가 불평등의 평가수단으로 사용될 수 있다. 본 항에서는 사회계층간 의료이용의 차이에 관한 두번째 가설을 검정하기 위해 의료이용경험률, 의사방문횟수 및 재원일수 등과 같은 전통적인 산출지표를 채택하여 분석에 적용하였다.[13]

13) 의료서비스의 유형별로는 외래가 입원서비스 보다 가격탄력도가 높기 때문에 소득계층간 의료이용의 차이를 민감하게 반영한다는 점에서 유용한 반면, 재원일수와 같은 입원지표는 그 자체가 질병의 중증도를 나타내기 때문에 결과해석시 유의해야 한다.

가. 사회계층별 외래서비스 이용수준

설문조사 시점전 한달동안 조사대상자 100명당 외래이용경험률과 의사방문횟수를 통해 소득계층별 외래이용수준을 분석한 결과, 중간계층의 의료이용경험이 가장 적은 것으로 나타났고 의사방문횟수의 경우 소득수준이 낮을수록 통계적으로 유의하게 의료이용을 많이 하는 것으로 분석되어 접근성 측면에서 대체로 저소득층에 유리한 양상을 보여주고 있다($p<0.01$). 의료이용에 영향을 미치는 주요 인구학적 변수인 성과 연령을 표준화시킨 결과를 보면, 전반적으로 계층간 차이가 줄어든 것으로 나타났는데 이는 이환율이 높고 의료이용이 많은 고연령층이 저소득층에 상대적으로 많이 분포하고 있기 때문으로 분석된다(표 6 참조).

〈표 6〉 소득계층별 조사대상자 100명당 한달간 외래이용수준 비교

소 득 계 층	외래이용경험률		의사방문횟수	
	실측치	성·연령 표준화	실측치	성·연령 표준화
Ⅰ 30만원 미만	27.7	19.5	137.4	93.9
Ⅱ 30~60만원 미만	15.4	16.0	64.0	67.4
Ⅲ 60~90만원 미만	14.2	15.2	62.2	68.1
Ⅳ 90~120만원미만	16.0	16.7	57.3	62.5
Ⅴ 120만원 이상	16.5	16.4	59.3	60.5
평균	16.3		67.4	
비(Ⅰ/Ⅴ)	1.7	1.2	2.3	1.6
X^2 또는 F	90.528**		16.864**	

주 1) 외래이용경험률은 X^2-test, 의사방문횟수는 분산분석(ANOVA)을 시행하였음.
2) * : $p<0.05$, ** : $p<0.01$

나. 사회계층별 입원서비스 이용수준

〈표 7〉에서 입원의료이용량의 계층간 차이를 분석한 결과, 연간 입원율 지표의 경우 최저소득층이 여타 계층에 비해 월등히 높은 입원율을 보였으며 대체로 소득수준과 입원율이 반비례하는 것으로 나타났다($p<0.01$). 또한 재원일수 지표에 있어서도 최저소득층이 최고소득층의 약 4배에 해당하는 입원이용량을 보이는데 이는 입원율과 비교할 때 두배이상의 차이로서, 재원일수가 질병의 중증도를 반영하는 지표임을 감안하면 저소득층의 경우 건강상태가 훨씬 악화된 후에 의료서비스를 이용하고 있음을 입증해 주는 것이다($p<0.01$).

〈표 7〉 소득계층별 조사대상자 100명당 연간 입원이용수준 비교

소 득 계 층	입원율		재원일수	
	실측치	성·연령 표준화	실측치	성·연령 표준화
Ⅰ 30만원 미만	10.8	11.6	278.3	305.2
Ⅱ 30~60만원 미만	4.3	5.0	63.2	83.6
Ⅲ 60~90만원 미만	6.1	6.8	71.8	70.7
Ⅳ 90~120만원미만	5.8	5.6	80.4	74.3
Ⅴ 120만원 이상	4.8	6.0	70.2	85.9
평균	5.5		88.2	
비(Ⅰ/Ⅴ)	2.3	1.9	4.0	3.6
X^2 또는 F	55.202**		23.652**	

주 1) 입원율은 X^2-test, 재원일수는 분산분석(ANOVA)을 시행하였음.
2) * : $p<0.05$, ** : $p<0.01$

다. 상병이환시 이용의료기관 유형

의료이용수준 이외에 사회계층간 의료서비스의 질적 차이를 파악하기 위해 〈표 8〉과 〈표 9〉에서 조사기간 동안 상병이환시 주된 치료처를 분석하였다. 외래서비스의 경우 소득수준이 높은 계층일수록 약국 보다는 의원급이상 의료기관을 이용하는 경향이 유의하게 높았으며($p<0.01$), 입원은 최저소득층을 제외하고 대체로 소득수준과 종합병원급 의료기관의 이용확률이 비례하였다($p<0.05$). 이에 따라 의료이용수준과 달리 전반적으로 사회경제적 지위가 높을수록 질이 우수한 의료서비스를 이용하는 경향이 큼을 알 수 있다.

〈표 8〉 소득계층별 외래이용 의료기관의 유형 분포 (단위 : %)

소득계층	계	병원급 이상	의원급	약국	X^2-test
Ⅰ 30만원 미만	100.0	13.0	41.3	45.8	
Ⅱ 30~60만원 미만	100.0	11.7	45.8	42.5	
Ⅲ 60~90만원 미만	100.0	14.6	43.0	42.4	37.221
Ⅳ 90~120만원미만	100.0	14.5	43.4	42.1	(p=0.000)
Ⅴ 120만원 이상	100.0	19.0	53.2	27.8	
계	100.0(3,263)	14.4	44.6	41.0	

〈표 9〉 소득계층별 입원의료기관의 유형 분포

소득계층	계	종합병원	병원급	의원급	X^2-test
Ⅰ 30만원 미만	100.0	65.0	23.3	11.7	
Ⅱ 30~60만원 미만	100.0	45.7	32.4	21.9	
Ⅲ 60~90만원 미만	100.0	48.1	22.7	29.2	16.216
Ⅳ 90~120만원미만	100.0	55.7	27.0	17.4	(p=0.039)
Ⅴ 120만원 이상	100.0	55.9	29.0	15.1	
계	100.0(533)	52.2	27.2	20.6	

4. 사회계층별 의료필요충족도

본 항에서는 세가지 유형의 의료필요충족도지표를 통해 동등한 의료필요에 따른 동등한 접근성의 보장이 이루어지고 있는지를 분석함으로써 세번째 가설을 검정할 것이다. 먼저 〈표 10〉에서 조사시점전 한달동안 상병의 이환시 외래서비스의 경험여부를 파악한 결과, 대체로 소득수준이 낮은 계층에 유리한 충족도를 시현하고 있으며 특히 급성상병자 100명당 의사방문횟수의 경우 저소득층 일수록 유의하게 많았고($p<0.01$), 계층간 상대적 차이는 후자가 더 큰 것으로 나타났다. 이에 따라 상병의 이환여부로

〈표 10〉 소득계층별 의료필요충족도

소득계층	급성상병자 100명당 외래이용경험률		급성상병자 100명당 의사방문횟수		활동제한 100일당 의사방문횟수
	실측치	성·연령 표준화	실측치	성·연령 표준화	
Ⅰ 30만원 미만	66.9	59.2	338	284	78.9
Ⅱ 30~60만원 미만	53.0	54.0	222	228	75.2
Ⅲ 60~90만원 미만	53.8	55.0	240	253	91.9
Ⅳ 90~120만원미만	55.1	54.6	198	208	87.3
Ⅴ 120만원 이상	51.1	46.6	184	170	112.5
평균	56.8				
비(Ⅰ/Ⅴ)	1.3	1.3	1.8	1.7	0.7
X^2 또는 F	23.916**		7.282**		1.421

주 1) 외래이용경험률은 X^2-test, 의사방문횟수는 분산분석(ANOVA)을 시행하였음.
2) * : $p<0.05$, ** : $p<0.01$

의료필요의 차이를 보정한 상태에서도 전통적인 산출지표와 마찬가지로 사회경제적 지위가 낮은 계층에 유리한 분배양상을 보였으며 성과 연령별 구성비를 표준화 시킨후에도 이러한 사회계층간 차이는 대체로 비슷한 양태를 보이고 있다.

한편, 상병의 이환여부만을 가지고 계층간 의료필요의 차이를 보정하는 것은 다소 무리가 있기 때문에 보수적인 지표로서 질병의 중증도를 반영하는 활동제한일수 지표를 이용하여 소득계층별 의사방문횟수를 산출하였다. 여기서 특기할 만한 점은 여타 의료필요충족도지표에서 대체로 사회경제적 지위가 낮은 계층에 유리한 불평등 분배를 시현했던 것이 활동제한일수로 보정한 결과 계층간 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며 고소득층에 유리한 양상을 보이고 있다는 사실이다.

다음으로 급성과 만성상병의 필요에 따른 이용의 상대적인 차이를 파악하기 위해 〈표 11〉에서 만성상병자를 대상으로 1인당 연간 의사방문횟수를 산출한 결과, 소득수준과 비례하는 것으로 나타났으며 특히 최고소득층과 최저소득층의 차이가 약 2배에 달하고 있다($p<0.01$). 이를 소득계층별 급성상병에 의한 의사방문횟수와 비교해 보면, 만성상병의 경우 고소득층에 유리한 분배양상을 보임으로써 급성상병과는 대조적으로 저소득층에 불리한 의료이용의 장벽이 존재하고 있음을 유추할 수 있다.

〈표 11〉 소득계층별 만성상병자 1인당 연간 의사방문횟수 [1)]

소득계층	평균	성별		연령		
		남	여	29세 이하	30~44세	45세 이상
Ⅰ 30~60만원 미만	4.8(50)	7.6	4.1	3.3	8.7	9.0
Ⅱ 60~90만원 미만	6.2(64)	6.0	6.6	5.1	6.0	9.6
Ⅲ 90~120만원미만	9.8(102)	10.2	7.1	6.4	9.8	11.6
Ⅳ 120만원 이상	9.6(100)	9.5	11.4	-	7.9	12.3
평균	7.0	8.3	5.5	4.1	8.0	11.0
F	5.424**					

주 1) 1개 직장의료보험조합을 대상으로 분석한 결과임
2) ( )는 최상위계층을 기준으로 한 해당 계층의 상대지수임
3) **: $p<0.01$

5. 의료이용의 불평등 요인 분석

현재까지의 분석결과는 성, 연령 이외의 주요변수들을 통제하지 않고 이변량분석에 의해 사회계층별 불평등 양상을 분석하는데 주안점을 두었다. 그러나 의료이용은 많은 요인들이 관여하기 때문에 불평등

의 평가변수인 사회경제적 변수가 의료이용에 미치는 영향을 정확하게 파악하기 위해서는 제반 요인들을 통제하는 것이 중요하다.

본 항에서는 네번째 가설을 검정하기 위해 선행연구고찰을 토대로 의료이용의 차이에 영향을 미칠 것으로 예상되는 주요변수들을 선정한 후 Andersen의 행태모형을 수정하여 〈표 12〉와 같이 본 연구목적에 적합한 모형을 구성하였다.

가. 의료체계 진입단계의 불평등 요인 분석

의료체계의 진입단계에서 이용확률에 영향을 미치는 주요 변수의 효과를 파악하기 위해 한달간 의사방문유무를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석 시행결과가 〈표 13〉에 제시되어 있다. 분석모형은 적합하고 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며($p<0.01$), 주요 분석결과는 다음과 같다.

〈표 12〉 다변량분석에 사용된 변수

변수구분		변수명	측정단위	비고
종속변수		의사방문유무	(0,1)	전체조사대상자
		의사방문횟수	실수	의료이용자
설명변수	인구학적 변수	성별	(0,1)	여성 기준
		연령	(0,1)	60세이상 기준
	사회경제적 변수	소득		120만원 이상 기준
		30만원 미만	(0,1)	
		30~ 60만원 미만	(0,1)	
		60~ 90만원 미만	(0,1)	
		90~120만원 미만	(0,1)	
		교육수준	실수(교육기간)	
		의료보험 유형	(0,1)	지역보험적용자 기준
		거주지역	(0,1)	농촌기준
		자격유지기간	실수(개월)	
		부양가족수	실수(명)	
	의료필요 변수	활동제한일수	실수(일)	
		본인평가건강상태	(0,1)	건강한자 기준

주 1) 전체조사대상자 가운데 각 변수의 missing value는 제외하고 분석하였음.
2) 측정단위가 (0,1)로 표시된 것은 Dummy 변수임.

의료이용의 불평등에 대한 평가변수로 가장 중요한 소득변수가 통계적으로 유의하지 않았는데 이는 여타 변수를 통제했을 때 소득수준에 따른 의료체계내의 진입장벽이 없다는 것을 의미하며 조사대상자의 교육변수가 유의하지 않게 나타난 점과 더불어 의료서비스에 대한 접근성 측면에서 바람직한 현상으로 간주된다. 이에 반해, 의료보험유형변수가 유의한 것으로 나타났는데($p<0.01$), 이와같이 지역의료보험 적용자가 직장의료보험 적용자 보다 의사를 방문할 확률이 높은 이유는 직업의 성격상 전자의 경우 자영업에 종사하기 때문에 사업장에 근무하는 후자에 비해 상대적으로 의료이용여건이 나은 점이 작용한 것으로 보인다. 자격유지기간이 길수록 의료이용확률이 유의하게 높게 나타난 것은 의료보험가입기간과 의료이용도가 비례한다는 기존의 연구와 일치한다($p<0.01$). 그 이외의 사회경제적 변수인 거주지역과 부양가족수는 의료이용 결정요인으로서 통계적인 의미를 지니지 못한 것으로 분석되었다.

〈표 13〉 전체조사대상자의 한달간 의사방문유무에 대한 로지스틱 분석결과

설 명 변 수		회귀계수(B)	표준오차(S.E.)	T
인구학적 변수	성 별	-0.202*	0.105	-1.921
	연 령	-0.135	0.155	-0.870
사회경제적 변수	소득			
	30만원 미만	0.006	0.187	0.035
	30~ 60만원 미만	0.002	0.138	0.018
	60~ 90만원 미만	-0.199	0.123	-1.613
	90~120만원 미만	-0.107	0.129	-0.829
	교육수준	0.014	0.015	0.943
	의료보험유형	-0.725***	0.097	-7.496
	거주지역	0.095	0.103	0.927
	자격유지기간	0.006***	0.001	5.294
	부양가족수	-0.010	0.026	-0.404
의료필요 변수	활동제한일수	0.201***	0.016	12.667
	본인평가건강상태	0.737***	0.082	9.002
상 수		-2.315***	0.280	-8.280
X^2			993.4***	
표본수			8,424	

주1) * : $p<0.1$ ** : $p<0.05$ *** : $p<0.01$

다음으로 인구학적 변수를 보면 여성이 남성에 비해 의료서비스를 이용할 확률이 유의하게 높게 나타났는데 여성의 경우 의료필요가 상대적으로 크다는 점에서 당연한 결과로 볼 수 있다($p<0.05$). 연령변수의 경우 통계적인 유의성을 보이지 않았으며 이는 취약계층에 해당하는 노인연령층이 청장년층에 비해 의료이용 진입단계에서 별 다른 장애를 느끼지 않고 있다는 점을 의미하는 것이다. 그리고 의료이용의 가장 직접적인 결정요인에 해당하는 의료필요변수는 모두 통계적으로 유의하였다($p<0.01$).

나. 의료체계 진입이후의 불평등 요인 분석

상병자를 대상으로하여 의료이용량의 차이에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 한달간 의사방문횟수를 종속변수로 이단계회귀분석(two-stage estimation)을 수행한 결과가 〈표 14〉이다. 전체모형의 설명력은 18%로서 통계적으로 적합한 것으로 나타났으며($p<0.01$), 자가선택성 편의(self-selectivity bias)의 보정 또한 통계적으로 유의하였다($p<0.1$). 주요 분석결과를 살펴보면 다음과 같다.

의료이용확률과 마찬가지로 소득변수가 통계적으로 유의하지 않게 나타났는데 이를 통해 환자가 의료체계내에 진입한 이후에도 소득계층간 의료이용량의 차이가 존재하지 않는다는 해석이 가능해진다. 또한, 진입단계에서 유의하지 않았던 교육변수의 경우 의사방문횟수에 대해서도 통계적인 의미를 지니지 못했다. 주목할 만한 사실은 의료이용확률에 유의한 영향을 미쳤던 의료보험유형변수가 통계적인 유의성을 상실하였는데, 이에 따라 의료체계내에 진입한 이후 의료이용량의 차이에 주요 사회경제적 변수가 모두 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

한편, 의료이용 진입단계에서 유의한 변수였던 자격유지기간은 계속 통계적으로 유의하였는데($p<0.05$), 이는 적용인구의 보험가입기간과 의료이용도의 상관관계를 감안할 때 중요한 의의를 지닌다고 볼 수 있다. 즉 보험적용기간이 오래될수록 의료이용에 대한 정보가 많아지고 의료기관에 대한 친숙도가 높아짐에 따라 당연히 의료이용도가 증가하리라고 예상할 수 있으며 특히 경제적 요인에 의한 의료이용의 불평등이 해소된 후에는 중요성이 더욱 커지게 된다. 이와 함께 부양가족수가 많을수록 의사방문횟수가 유의하게 높았는데($p<0.1$), 본 조사가 개인단위의 의료이용조사임을 고려할 때 연령과의 높은 상관관계에 기인한 것으로 보이며, 거주지역 변수의 경우 의사방문횟수를 설명하는 요인으로 유의성을 지니지 못한 것으로 나타났다.

인구학적 변수를 보면, 여성의 의료이용도가 유의하게 높았고($p<0.01$), 연령에 따른 의료이용량의 차이가 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났으며, 의료필요변수의 경우 의료이용확률과 마찬가지로 의사방문횟수를 설명하는데 중요한 요인임을 확인할 수 있었으며 의료이용량과 정의 관계를 보였다.

〈표 14〉 외래이용자의 한달간 의사방문횟수에 대한 이단계추정법 분석결과

설 명 변 수		회귀계수(B)	표준오차(S.E.)	T
인구학적 변수	성 별	-1.567***	0.483	-3.245
	연 령	0.397	0.659	0.602
사회경제적 변수	소득			
	30만원 미만	-0.646	0.766	-0.844
	30~ 60만원 미만	-0.371	0.573	-0.647
	60~ 90만원 미만	-0.226	0.547	-0.413
	90~120만원 미만	-0.501	0.545	-0.920
	교육수준	-0.073	0.063	-1.160
	의료보험유형	-0.630	0.830	-0.759
	거주지역	-0.411	0.453	-0.907
	자격유지기간	0.018**	0.008	2.298
	부양가족수	0.183*	0.110	1.670
의료필요 변수	활동제한일수	0.561***	0.152	3.699
	본인평가건강상태	1.345	0.859	1.566
상 수		-3.921	4.531	-0.865
λ		4.242*	2.451	1.731
R^2			0.18	
F			13.187***	
표본수			1,431	

주1) * : p<0.1 ** : p<0.05 *** : p<0.01

V. 고 찰

본 연구는 의료서비스에 대한 접근성을 평가하는 기존의 방법론을 개선함으로써 분석결과의 정확도를 높였다는 측면에서 의의가 있다. 즉 접근성의 평가 지표로 전통적인 의료이용 산출지표 이외에 사회계층간 건강상태의 차이가 반영된 의료필요충족도지표를 사용하였으며 특히 이들의 차이에 가장 큰 영향을 미치는 성과 연령을 표준화시킨 결과를 병행, 제시하였다. 또한 의료이용의 불평등 요인 분석시 의료체계 진입단계와 진입이후로 구분하여 단계적으로 접근한 점과 의사방문횟수를 종속변수로 한 다변

량회귀모형에서 기존의 의료이용량 분석방법이 갖는 표본의 자가선택성 편의(self-selectivity bias)를 보정하기 위해 이단계추정법(two-stage estimation)을 적용한 사례 등은 방법론적 측면에서 의의가 크다고 할 수 있다.

제기된 가설을 중심으로 연구결과를 고찰하면, 먼저 사회계층간 건강상태의 차이가 있는지를 검정하기 위해 사회경제적 지위를 대변하는 소득변수와 의료필요지표를 연계시켜 분석한 결과 소득수준이 낮을수록 건강상태가 열악한 것으로 나타나 이환율 지표에 의해 건강수준의 불평등을 파악한 기존의 연구와 유사한 결과를 보였다(Ries, 1985 ; Blaxter, 1989 ; Haynes, 1991 ; O'Donnell and Propper, 1991). 지표의 유형별로는 질병의 중증도를 반영하는 활동제한일수지표에 의한 불평등도가 가장 컸으며, 다음이 주관성이 상대적으로 강한 본인평가 건강상태지표, 만성 및 급성이환율 지표의 순으로 나타났다. 여기서 의료필요지표에 따라 불평등도가 달리 산출된 점은 지표의 선택이 불평등의 측정에 영향을 미친다는 Blaxter(1989), Wagstaff과 Doorslaer(1993)의 연구결과와 동일하며 이는 건강수준의 불평등도 측정시 의료필요지표의 선정이 매우 중요함을 시사해주고 있다.

다음으로 사회계층간 의료이용의 차이가 존재하고 있는지의 여부를 검정하기 위해 건강상태의 차이를 감안하지 않은 전통적인 의료이용지표를 적용하여 계층간 차이를 분석한 결과, 한달간 외래이용실적의 경우 대체로 사회경제적 지위가 낮은 계층에 유리한 결과를 나타내 본 연구의 가설과는 다른 양상을 초래하였다. 또한 연간 입원이용실적에 있어서도 외래와 마찬가지로 저소득계층에 유리한 결과를 시현하였으며, 성과 연령별 구성비를 표준화시킨 후에도 외래와 입원 공히 이러한 양상은 동일하였다. 다만 성과 연령을 표준화시킨 후에는 계층간 상대적 격차가 줄어들었는데 이는 O'Donnell과 Propper(1991)가 지적한 바와 같이 고연령층이 소득수준이 낮은 계층에 상대적으로 많이 분포하고 있기 때문으로 판단된다. 이와같이 의료이용 측면에서 사회경제적 지위가 낮은 계층에 유리한 분배양상을 보인 점은 송건용 등(1993)이 '89년과 '92년도에 전국민을 대상으로 실시한 국민건강조사자료를 분석한 비교적 최근 연구와 일치하는 것이다. 그러나 의료이용도와 달리 전반적으로 사회경제적 지위가 높을수록 질이 우수한 의료서비스를 이용하고 있는 것으로 나타나 본 연구의 가설과 일치하는 결과를 보였다. 이러한 양상은 접근성 측면에서 소득계층간 차이가 감소되었더라도 이용하는 서비스의 질적 차이는 여전히 존재한다는 기존의 연구결과(Beck, 1973 ; Davis et al. , 1981 ; 박경숙 · 박능후, 1990 ; 한국보건사회연구원, 1990, 1993)와 유사한 것으로서 형평성의 완전한 실현을 위해서는 의료서비스의 질적 차이를 해소시키는 것이 중요한 정책과제임을 알 수 있다.

한편, 의료서비스에 대한 접근성 평가시 사회경제적 지위와 의료이용의 반비례적 관계도 중요하지만

실질적인 측면에서 필요에 따른 의료이용이 보다 정확한 지표가 된다. 나아가 의료필요충족도의 전반적인 제고와 더불어 사회계층간 의료필요충족도의 상대적인 격차를 해소하는 것이 분배의 형평성 측면에서 중요한 과제이다. 이에 따라 Aday와 Andersen의 이용-장애비(use-disability ratio)를 수정한 세 가지 유형의 의료필요충족도 지표를 통해 전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에서 동등한 의료필요에 따른 동등한 접근성이 보장되고 있는지를 평가한 결과, 의료필요 및 이용지표에 따라 상이한 양상을 초래했다. 먼저 급성상병 의료필요를 가진 집단을 대상으로 상병이환자의 외래이용경험률과 의사방문횟수를 산출한 결과는 저소득계층에 유리한 분배양상을 보였으며 성과 연령별 구성비를 표준화 시킨 후에도 이러한 사회계층간 차이는 대체로 비슷한 양태를 나타냈다. 이에 반해 활동제한일수로 의료필요를 보정한 후 의사방문횟수를 측정한 결과, 대부분의 사회계층에서 상대적 차이가 거의 없어져 본 연구의 가설과는 다르게 동등한 의료필요에 따른 동등한 의료이용이 이루어지고 있음을 입증해 주었다.

한편, 만성질환은 급성상병과 달리 증상의 심각성이 크지 않은 반면, 지속적인 관리를 요하므로 소득계층간 차이를 민감하게 반영할 수 있는 특성을 지니고 있다. 그러나, 질병의 중증도에 따른 의료이용의 변이가 심하기 때문에 이를 통제한 상태에서 순수한 사회경제적 변수의 효과를 파악하기 힘들고 장기간의 치료에 의해 정확한 의료이용도를 조사하기 어려운 제한점이 있으므로 실제 조사에서 신중한 접근이 요구된다. 이러한 점을 감안하여 본 연구에서는 설문조사를 통해 만성상병에 이환된 자를 대상으로 지난 1년간 의료이용실적을 전산자료에서 추출하여 소득계층별 1인당 연간의사방문횟수를 산출하였다. 그 결과 급성상병과는 대조적으로 저소득층에 불리한 의료이용의 장벽이 존재하고 있으며 계층간 상대적 차이 역시 급성상병에 비해 큰 것으로 나타났다. 이는 기존의 연구결과와 일치하는 것으로(Forester, 1976 ; 유승흠 등, 1988, 배상수, 1992 ; 김석범 · 강복수, 1994), 만성상병의 경우 단순히 의료보험에 의한 가격효과만으로 의료접근성의 형평을 제고시키기가 힘들다는 점을 단적으로 보여주는 사례라 하겠다.

상기의 분석을 통해 의료접근성의 형평성 평가시 결과해석의 정확도를 높이고 의미있는 정책관련 함의를 얻기 위해서는 의료필요와 이용지표의 선택이 매우 중요함을 알 수 있다. 특히 '동등한 의료필요에 따른 동등한 의료이용'이라는 수평적 형평성을 평가하려면 의료필요를 가진 사람들의 의료이용만을 분석대상으로 하거나, 나아가 의료필요가 동일한 집단으로 구분한 다음 각 집단의 의료이용실적을 비교하는 것이 상위계층에 유리한 불평등 편의(bias)를 최소화시킬 수 있게 된다(Collins and Klein, 1980 ; O'Donnell and Propper, 1991 ; Wagstaff and Van Doorslaer, 1993). 또한, 의료필요지표는 기존의 실증분석에서 보여준 바와 같이 단순히 상병의 이환여부 보다는 질병의 중증도를 반영하는 측정지표

가 동등한 필요에 따른 동등한 의료이용실태를 정확하게 파악하는데 유용함을 알 수 있다(Aday and Andersen, 1980 ; Kleinman et al., 1981 ; Townsend et al., 1982 ; Newacheck, 1988). 그리고 의료이용지표의 경우 이용경험여부와 같은 진입단계는 물론 의료체계내에 진입한 이후 의료이용량의 차이에 대한 분석이 병행되어야 불평등 실태를 정확하게 파악하는 것이 가능해진다. 특히 높은 본인부담금이 존재하는 우리나라와 같은 의료보험제도하에서는 제공된 의료서비스의 양적, 질적 내용을 모두 포괄하는 진료비와 같은 지표 보다는 의료서비스의 이용을 유형, 제공장소, 방문목적 및 이용정도 등에 따라 다양하게 분석하는 것이 접근성 평가측면에서 바람직하다.

최종적으로 전국민의료보험이 시행되고 있는 현 시점에서 성, 연령 및 의료필요변수 보다는 사회경제적 변수가 의료이용의 차이에 유의한 영향을 미치고 있는지에 대한 가설을 검정하였다. 이를 위해 한달간 의사방문여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석과 의사방문횟수에 대한 이단계추정법(two-stage estimation)을 시행한 결과, 두가지 분석 모두에서 성 등의 인구학적 변수와 의료필요변수는 통계적으로 유의하였으나 불평등의 중요한 평가변수인 소득과 교육 등의 사회경제적 변수는 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났다. 다만 자격유지기간과 피부양가족수 등의 사회경제적 변수에 따른 의사방문횟수의 차이와 의료보험유형에 따라 의사방문확률에 차이가 존재하고 있는 점은 추후 개선을 요하는 정책과제가 된다.

이와같이 한달간 의사방문여부 및 횟수에 기초한 의료이용의 차이에 소득 등의 주요 사회경제적 변수가 유의한 영향을 미치지 않고 의료필요변수가 유의하게 나타난 점은 의료체계 진입단계와 진입이후 접근성의 형평 측면에서 필요에 따라 의료이용이 이루어지고 있는 것으로 평가할 수 있다. 특히 거주지역과 연령변수가 통계적인 유의성을 보이지 않았는데 이는 그동안 취약계층으로 분류되어 온 농촌지역주민과 노인연령층의 접근성이 개선되었다는 것을 의미하는 것으로 중요한 의의를 지닌다고 하겠다. 그러나, 현실적으로 높은 본인부담금과 급여기간 및 범위의 제한 그리고 민간부문이 공급의 주도권을 장악하고 있는 여건을 감안할 때 예상과는 다른 결과로 간주된다. 이에 대한 가능한 설명으로는 그동안 소득수준이 급격히 증가한데 비해 정부의 의료보험 수가통제로 경제적 요인에 의한 접근성의 장벽이 상당히 완화된 사실을 들 수 있으나 여기서 의료이용실적에는 비보험급여에 따른 사회계층간 본인부담금의 차이를 비롯해서 의료보험 제도권 밖의 자료가 제외된 분석 결과이므로 해석시 유의해야 할 것이다.

이상의 논의를 종합해 볼 때 본 연구의 조사표본이 전국을 모집단으로 하지 않은 제한점이 있긴 하지만 특정지역에 국한하지 않고 비교적 표본수도 많다는 사실을 감안하면 의료접근성의 측면에서 상당한 변화가 있었다는 증거로 받아들일 수 있다. 이에 반해 조사여건 및 자료수집의 제약으로 다음과 같은 제

한점을 지니고 있으며 추가적인 연구를 통해 보완되어야 할 필요성이 제기된다.

첫째, 일부 직장조합의 피보험자 및 지역조합의 세대주를 대상으로 하여 특정시점을 조사한 횡단면 분석결과이므로 이를 일반화시키는데 한계가 있다. 둘째, 의료접근성의 형평을 정확하게 측정하기 위해서는 수요자의 불필요한 의료이용과 공급자의 유인수요를 비롯한 행태의 차이를 통제하는 것이 중요한 과제가 된다. 셋째, 의료이용의 불평등 요인을 평가하는 분석모형에서 의료보험의 실시 후에는 소득 등의 사회경제적 변수 보다는 건강지식이나 건강행태 등의 요인에 의한 영향이 더 커진다는 점을 고려할 때(Andersen, 1995 ; Birch et al., 1993 ; Broyles et al., 1983 ; 배상수 등, 1994 ; 박현애 · 송건용, 1994), 모형의 설명력을 높이기 위해서 이들 변수를 포함시키는 것이 과제가 된다. 넷째, 만성상병과 입원의료서비스와 같이 질병구성(case-mix)의 변이가 심한 의료필요 및 이용지표의 경우 특정질환을 대상으로 범위를 한정하는 것이 질환의 유형 및 중증도의 차이를 배제한 상태에서 사회경제적 변수의 순수한 효과를 파악하기가 용이하므로 추후 이에 대한 관심이 필요하다고 본다. 마지막으로 전국민 의료보험이 시행되고 있는 현 시점에도 과다한 비급여 항목과 높은 본인일부부담금이 존재하고 있으나 이를 사회계층과 연계시켜 파악할 수 있는 자료의 구득이 어려워 의료보험 제도권 밖의 불평등 실태를 분석하기가 용이하지 않으므로 앞으로는 이 부문에도 많은 노력을 기울여야 종합적이고 포괄적인 평가가 가능할 것이다.

Ⅵ. 결 론

본 연구는 이론적 고찰을 통해 '동등한 의료필요에 따른 동등한 접근성의 보장'을 의료서비스 분배의 형평성에 대한 실질적 정의로 채택하고 이를 기준으로 전국민의료보험제도가 시행되고 있는 현 시점에서 보건의료 접근성의 불평등 실태를 체계적으로 분석하기 위해 시도되었다. 모든 국민을 대상으로 한 공공의료보험체계하에서도 사회계층간 건강수준 및 의료서비스에 대한 접근성의 차이가 존재하며 특히 사회경제적 지위가 낮을수록 불리하리라는 것이 실증분석의 기본가설로서 이를 검정하기 위해 직장의료보험의 피보험자 5,785명과 지역의료보험의 세대주 4,850명을 표본추출하여 의료필요와 의료이용에 관한 제반 내용을 설문조사 하였다.

연구가설에 입각해서 본 연구의 주요 분석결과를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 급 · 만성상병의 이환여부와 활동제한일수 및 본인평가 건강상태지표를 통해 사회계층별 건강수준을 측정한 결과, 모든 사회계층에서 차이가 존재했으며 사회계층이 낮을수록 건강수준이 열악한 것

으로 나타났다.

둘째, 전통적인 의료이용 산출지표를 통해 사회계층별 차이를 분석한 결과, 사회경제적 지위가 낮을수록 의료이용이 많은 것으로 나타나 의료이용수준에 있어서는 저소득층에 유리한 불평등이 존재하고 있었으며 성, 연령별 구성비를 표준화 시킨 후에도 동일한 양상을 초래하였다. 그러나, 상병이환시 주된 치료처를 보면 외래와 입원 공히 사회계층이 높을수록 고급의료를 이용하는 경향이 큰 것으로 나타나 의료이용도와는 다른 결과를 보였다.

셋째, 의료필요충족도 지표를 통해 동등한 의료필요시 동등한 의료이용이 이루어지고 있는지를 파악한 결과, 지표에 따라 상이한 양상을 초래했다. 즉 급성상병자의 외래이용경험률과 의사방문횟수에 의한 의료필요충족도는 전반적으로 사회경제적 지위가 낮은 계층에 유리하였고 통계적으로도 유의하였으나, 활동제한일수로 질병의 중증도를 보정한 후 의사방문횟수를 산출한 결과 대부분의 사회계층에서 유의한 차이를 나타내지 않았다. 이에 반해 만성상병자의 1인당 연간의사방문횟수를 통해 소득계층별 의료필요충족도를 산출한 결과, 급성상병 충족도와는 달리 고소득층에 유리한 분배양상을 보였으며 소득계층간 상대적 차이도 급성상병 보다 컸다.

넷째, 의료이용의 차이에 영향을 미치는 주요 결정요인이 성, 연령 등의 인구학적 변수 및 의료필요지표 보다는 사회경제적 변수에 입각하여 이루어지고 있는지를 평가하기 위해 의료체계 진입단계와 진입이후로 구분하여 각각 다변량회귀분석을 시행한 결과, 불평등의 중요한 평가변수인 소득과 교육변수는 의사방문여부와 의사방문횟수 모두에서 유의한 영향을 미치지 않은 반면, 성 등의 인구학적 변수와 의료필요변수가 유의한 설명변수로 나타났다.

상기의 분석결과를 통해 의료보험제도권내의 의료서비스에 대한 접근성 측면에서 과거의 부정적인 현상이 많이 해소되어 긍정적인 평가를 내릴 수 있으나 이에 역행하는 증거가 아직도 존재하고 있어 사회계층별 의료이용의 불평등을 완전히 해소하기 위해서는 적절한 정책적 개입이 필요함을 시사해 주었다. 연구결과가 시사해주는 정책적 함의를 정리하면 첫째, 한달간 의료필요 및 외래이용과 연간 입원실적의 분석을 통해 사회경제적 지위가 낮은 계층에 불리한 접근성의 불평등은 상당부분 해소되었다고 볼 수 있으나, 만성상병자만을 대상으로 할 경우 소득계층간 불평등이 큰 것으로 나타나 앞으로 만성질환 관리에 대한 정책적 노력이 형평성 측면에서 매우 중요한 과제로 제기될 것이다. 이에 따라 현행 의료보험제도의 급여기간 제한과 본인일부부담금방식을 사회경제적 지위가 낮은 계층에 유리한 방향으로 개선할 필요가 있으며 특히 공공의료분야를 중심으로 한 만성질환 관리체계의 확립이 요구된다. 둘째, 사회계층간 의료이용량의 격차는 완화되었으나 이용하는 의료서비스의 질적 차이가 아직도 존재하고 있

는 점으로 미루어 의료이용의 형평성을 제고시키기 위해서는 사회경제적 지위가 낮은 계층이 제공받는 의료서비스의 질적 수준을 향상시키는데에도 정책적 관심을 기울여야 할 것이다. 셋째, 의료이용확률 및 이용량의 차이에 자격유지기간 변수가 유의한 영향을 미치고 있는 점은 보건교육 등 적절한 정책적 개입을 통해 합리적인 의료이용을 구현하는 방향으로 유도해야 할 과제가 된다.

마지막으로 본 연구는 분배적 형평성의 관점에서 개선된 방법론을 중심으로 의료서비스의 접근성에 대한 실증적 평가를 시도하였다는 점에서 의의가 있으며 향후 이 분야에 대한 정교한 측정지표와 분석 방법의 개발이 계속 이루어져 보건의료의 불평등 실태를 개선하는데 유용한 정책 자료를 산출할 수 있기를 기대한다.

참 고 문 헌

권순원 등(1992), 분배 불균등의 실태와 주요정책과제, 한국개발연구원, pp. 217-292.

김석범 · 강복수(1994), "지역의료보험 실시전후 도시 일부주민의 의료이용양상 비교 : 소득계층별 의료필요충족도와 주민만족도를 중심으로," 예방의학회지, 27(1) : 117-134.

문창진(1990), 보건의료사회학, 신광출판사, pp. 92-129, 223-52.

박경숙 · 박능후(1990), "농어촌지역의료보험이 외래의료이용에 미친 효과분석," 사회보장 연구, 6 : 61-91.

박현애 · 송건용(1994), "의사방문수의 결정요인 분석," 보건행정학회지, 4(2) : 58-76.

배상수(1992), "지역의료보험의 실시에 따른 의료이용변화 분석 : 소득계층별 의료필요충족도를 중심으로," 보건행정학회지, 2(1) : 167-203.

송건용 등(1993), 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석, 한국보건사회연구원.

유승흠 등(1988), "지역의료보험가입자의 외래의료이용변화," 예방의학회지, 21(2) : 419-30.

장동민(1996), 사회계층별 의료서비스 분배의 형평성에 관한 연구, 서울대 박사학위 논문.

홍두승(1993), 사회조사분석, 다산출판사.

Aday, L. A. and R. Andersen(1981), "Equity of access to medical care : a conceptual and empirical overview," Medical Care, 19 : 4-27.

Aday, L. A. and R. Andersen(1975), Development of Indices of Access to Medical Care,

Ann Arbor, Health Administration Press.

Andersen, R. (1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does It Matter?," Journal of Health and Social Behavior, 36 : 1-10.

Anderson, O. W. (1989), The Health Services Continuum in Democratic States : An Inquiry into Solvable Problems, Health Administration Press, pp. 1-23.

Birch, S. , J. Eyles, and K. B. Newbold(1993), "Equitable Access to Health Care : Methodological Extensions to the Analysis of Physician Utilization in Canada," Health Economics, 2 : 87-101.

Black, D. , J. N. Morris, C. Smith and P. Townsend(1982), Inequalities in Health : The Black Report, Penguin Books.

Blaxter, M. (1989), "A comparison of measures of inequality in morbidity," in Fox, J. (eds.), Health Inequalities in European Countries, Gower Press, pp. 199-228.

Carr-Hill, Roy(1988), "The Inequalities in Health Debate : A Critical Review of the Issues," Journal of Social Politics, 16(4) : 509-542.

Culyer, A. J. and A. Wagstaff(1993), "Equity and equality in health and health care," Journal of Health Economics, 12 : 431-457.

Daniels, N. (1982), "Equity of Access to Health Care : Some Conceptual and Ethical Issues," The Milbank Quarterly, 60(1) : 51-81.

Davis, K. (1991), "Inequality and Access to Health Care," The Milbank Quarterly, 69(2) : 253-273.

Feinstein, J. S. (1993), "The Relationship between Socioeconomic Status and Health : A Review of the Literature," The Milbank Quarterly, 71(2) : 279-322.

Fox, J. eds. (1989), Health Inequalities in European Countries, Gower, pp. 1-17.

Heckman, J. (1979), "Sample Selection Bias as a Specification Error," Econometrica, 47 : 153-62.

Kleinman, J. C. , M. Gold, and D. Makuc(1981), "Use of Ambulatory Medical Care by the Poor : Another Look at Equity," Medical Care, 19 : 1011-29.

Kmenta, J. (1986), Elements of Econometrics, 2nd Edition, MacMillan.

Le Grand, J. (1982), The Strategy of Equality, George Allen & Unwin, pp. 23-53.

Le Grand, J. (1978), "The Distribution of Public Expenditure : The Case of Health Care, Economica, 45 : 125-42.

Liberatos, P., B. G. Link, and J. L. Kelsey(1988), "The Measurement of Social Class in Epidemiology," Epidemiologic Reviews, 10 : 87-121.

Maddala, G. (1983), Limited Dependent and Qualitative Variables in Econometrics, Cambridge University Press, 1983.

Mooney, G. (1994), Key Issues in Health Economics, Harvester Wheatsheaf, pp. 65-86.

Mooney, G. (1992), Economics, Medicine and Health Care, 2nd ed. , Harvester Wheatsheaf, pp. 67-82, 102-20.

Newacheck, P. W. (1988), "Access to Ambulatory Care for Poor Personals," Health Service Research, 23(3) : 401-19.

O'Donnell, O. and C. Propper(1991), "Equity and the distribution of UK National Health Service resources," Journal of Health Economics, 10 : 1-19.

Patrick, D. L. , J. Stein, and M. Porta, et al. (1988), "Poverty, Health Services, and Health Status in Rural America," The Milbank Quarterly, 66(1) : 105-36.

Thomas, J. W. and R. Penchansky(1984), "Relating Satisfaction With Access to Utilization of Services," Medical Care, 22(6) : 553-568.

Van Doorslaer, E., A. Wagstaff, and F. Rutten eds. (1993), Equity in the Finance and Delivery of Health Care, Oxford University Press.

Van Doorslaer, E. and A. Wagstaff(1992), "Equity in the delivery of health care : Some international comparisons," Journal of Health Economics, 11 : 389-411.

Wagstaff, A. and E. Van Doorslaer(1993), "Equity in the finance and delivery of health care : concepts and definitions," in E. Van Doorslaer, A. Wagstaff, and F. Rutten (eds.), Equity in the Finance and Delivery of Health Care, Oxford University Press, pp. 7-19.

Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, and P. Paci(1991), "On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health care," Journal of Health Economics, 10 : 169-205.