

건강보험 암 중증질환 급여확대가 의료이용 형평성에 미친 영향

김수진^{*}, 고영^{**}, 오주환^{*}, 권순만^{*†}
서울대학교보건대학원^{*}, 국민건강보험공단^{**}

<Abstract>

The Effect of Expanding Health Insurance Benefits for Cancer Patients on the Equity in Health Care Utilization

Su jin Kim, Young Ko^{*}, Ju Hwan Oh, Soon Man Kwon[†]
Graduate School of Public Health, Seoul National University
National Health Insurance Corporation

Government has extended the benefit coverage and reduced out-of-pocket (OOP) payment for cancer patients in 2005. This paper intends to examine the impact of the above policy on the equity in health care utilization. This paper analyzed the national health insurance data and compared the health care utilization of cancer patients before and after the policy change for people with 10 different income levels. For the equity in health care utilization, we examined the change in concentration index (CI) for visit days, inpatient days, and health expenditure. In the case of outpatient care, CI of visit days and health expenditure were positive(favoring the rich) in both regional and employee health insurance members and both 'before' and 'after' the policy change. CI values rarely changed after the policy change, and the policy change seems to have little impact on the equity of outpatient care utilization except expenditure of regional subscriber. In the case of inpatient care, CI of inpatient days was negative and CI of health expenditure was positive in both regional and work subscriber and both 'before' and 'after' the

* 접수 : 2008년 5월 6일, 심사완료 : 2008년 9월 1일

† 교신저자 : 권순만, 서울대학교 보건대학원(02-740-8875, kwons@snu.ac.kr)

policy change. After the policy change, CI of inpatient expenditure in both groups of members decreased. CI of inpatient days changed in the direction favoring the poor in regional insurance members, but it rarely changed in employee insurance members. These results suggest that the policy of reducing OOP payment has a positive impact and reduced the inequity particularly in the utilization of inpatient care of cancer patients.

Key Words : Cancer, Benefit coverage, Equity, Health care

I. 서 론

2007년 들어 건강보험제도가 도입된 지 30년을 맞고 있지만, 아직까지 우리나라의 건강보험제도는 의료를 필요로 하는 모든 사람들이 충분한 의료이용을 할 수 있을 정도로 효과적으로 작동하지는 않고 있다고 평가된다. 최근 몇 년간 정부는 소득에 따른 의료이용의 불형평성을 개선하고 의료양극화를 해소하고자 건강보험 보장성 강화정책을 실시하여 왔다. 2004년에 본인부담상한제를 개선하였으며 산전 검사를 보험화하였고, 2005년에는 암, 뇌혈관 질환 등 진단 시 MRI에 대한 보험을 적용하였으며 전액본인부담항목에 대한 급여적용, 자연분만 시 본인부담금 면제 등을 시행하였다.

2005년에는 암등 중증질환에 대한 법정본인부담률을 20%에서 10%로 인하하는 한편, 53개 항목에 대해 급여기준을 완화하였는데 국민건강보험공단(2007)은 이로 인해 암 환자의 의료보장성이 2004년 49.6%에서 2005년 66.1%로 상승하였다고 밝힌 바 있다. 본인부담률 인하와 같은 급여 확대 정책은 경제적 부담으로 인해 이용하지 못한 의료서비스에 대한 이용을 가능하게 했을 것이라고 예상된다. 그러나 부유층이 양적으로나 질적으로 더 우수한 의료서비스를 이용하는 경향이 있음을 지적한 Hart(1971)의 연구를 고려할 때, 우리나라의 보장성 강화 정책이 의료이용의 형평성도 증대시켰을 것인가에 대해서는 알기 어려우며 이에 대한 연구는 많지 않다.

본 연구는 경제적 장벽을 낮춤으로써 의료이용의 형평성을 높이고자 한 건강보험 보장성 강화정책이 소득계층 별 의료이용에 어떠한 영향을 미쳤는지를 살펴보고자 한다. 따라서 본 연구는 전체 암 환자를 대상으로 하여 암 의료이용의 형평성을 살펴보는 것과 함께, 암 의료이용에 있어 불형평성이 존재하였다면 2005년의 암보장성 강화 정책을 통해 개선되었는지를 파악하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상과 자료 수집

본 연구에서는 암보장성 강화정책이 시행된 2005년 9월을 기준으로, 2005년 1월~8월을 '정책시행 전'으로, 2006년 1월~8월을 '정책시행 후'로 구분하여 이 기간 동안 암으로 진료 받은 사람을 대상으로 하였다. 여기에서 암으로 진료받은 사람은 상병명이 암(상병기호 C00~C99, D00~D09, D34~D48)인 진료 건으로 정의된다(국민건강보험공단, 2005). 직장 건강보험과 지역건강보험의 피보험자 및 피부양자의 '정책시행 전', '정책시행 후'의 급여자료에서 연구에 필요한 인구학적 변수(성, 연령), 의료이용지표(진료형태, 입·외래일수, 총진료비) 등을 포괄하여 추출하였다.

진료형태는 외래진료인지 입원진료인지를 알 수 있는 변수이고, 입·외래일수는 건강보험환자가 요양기관을 방문 또는 입원한 일수를 말한다. 총진료비는 요양기관에서 건강보험환자 진료에 소요된 비용으로 공단부담금과 환자본인부담금을 합한 금액이며, 요양기관에서 청구한 진료비 자료를 이용하였다. 소득계층의 기준으로 사용한 보험료는 '정책시행 전'에 대해 2005년 9월의 세대당 보험료를, '정책시행 후'에 대해서는 2006년 9월의 세대당 보험료를 적용하였으며 피부양자는 피보험자의 보험료를 적용하였다. 의료이용에 관한 급여자료와 보험료 수준을 파악할 수 없는 경우는 연구에서 제외하였다.

2005년의 보험료 범위는, 지역건강보험 대상자의 경우, 최저 4,420원, 최고 1,391,500원이었고, 직장건강보험(가입자가 부담하는 50%)의 경우는 최저 6,030원, 최고 1,094,740원이었다. 2006년의 보험료 범위는, 지역건강보험 대상자의 경우, 최저 4,590원, 최고 1,445,400원이었고, 직장건강보험(가입자가 부담하는 50%)의 경우는 최저 6,270원, 최고 1,137,920원이었다.

2. 변수 구성

본 연구에 사용된 주요 변수의 종류 및 측정방법은 다음과 같다. 우선 소득수준은 월보험료를 이용하여 구분하였는데 가입자의 자격에 따라 보험료 산정기준이 다르므로 직장 및 지역의 전체가입자를 각각 소득계층별로 동일한 수가 되도록 10계층으로 나누었다. 연령은 환자의 나이를 기준으로 20세 미만/20~65세 미만/65세 이상의 세 집단으로 분류하였다. 한편, 성, 연령, 지역, 소득이 의료이용량에 미치는 영향을 살피고자 진행한 다변량 분석에서 연령과 소득의 대리변수로서의 보험료는 계층구분 없이 연속변수로 이용하였다. 의료이용 지표는 입원과 외래로 나누어 각각에 대한 1인당 이용일수와 진료비를 구하여 이용하였다. 본 연구

에서는 심사전 청구진료비를 이용하였는데, 이는 심사진료비보다 소득에 따른 환자의 의료이용양상을 보여줄 수 있다고 판단하였기 때문이다.

3. 분석 방법

지역건강보험 가입자와 직장건강보험 가입자의 경우 소득추정방식이 다르고, 조사된 결과가 두 집단을 묶어서 분석하기에는 적절하지 않을 것으로 판단하여 직장건강보험과 지역건강보험의 가입자를 분리하여 각각 분석하였다.

보장성 강화정책 외에 '정책시행 전'과 '정책시행 후' 의료이용지표 변화에 영향을 줄 수 있는 요인들을 통제하기 위하여 의료이용증가율과 수가상승률을 이용하여 보정하였다. 이때 진료일수는 의료이용증가율로 보정하였으며 진료비는 의료이용증가율과 수가상승률로 보정하였다. 의료이용증가율은 의약분업이 시행된 후이면서 보장성 강화 정책이 시행되기 전인 2001~2004년까지 의료이용건수 증가률의 평균을 구하였는데 그 값은 4.63%였고 건강보험공단에서 고시한 수가상승률은 2006년 3.58%였다(국민건강보험공단, 2006).

본 연구의 독립변수인 직역, 성, 연령, 소득이 의료이용지표로 설정한 외래일수, 외래진료비, 입원일수, 입원진료비에 어떠한 영향을 주는지를 먼저 파악하고자, '정책시행 전'과 '정책시행 후'의 각각에 대해 직역, 성과 함께 소득수준의 대리변수로 사용한 보험료와 연령은 연속변수로 두고 다변량 분석을 진행하였다. '정책시행 전'과 '정책시행 후' 각각의 1인당 의료이용량이 소득계층별로 다른지를 확인하기 위해 ANOVA test를 시행하였다.

'정책시행 전'과 '정책시행 후'의 의료이용 비교에 앞서 각 시기와 소득계층별 인구구조를 동일하게 하기 위하여 성·연령을 표준화하였다. 표준화가 필요한 이유는 어떤 사건발생에 영향을 미치는 변수 혹은 변수들의 각 인구 내 구성비가 다를 때 이 구성비의 차이 때문에 유발되는 조율의 차이를 조정해 줌으로써 잘못된 인식을 바로잡아주기 위해서이다(김정순, 2000). 본 연구에서는 직접 표준화방법을 적용하여 연령과 성을 표준화하였으며 다음과 같은 공식에 의거, 산출하였다. 표준인구로는 비교하고자 하는 '정책시행 전' 대상자와 '정책시행 후' 대상자의 평균인구를 이용하였다.

$$\sum_{jk} \frac{a_{ijk}}{n_{ijk}} \times \frac{n_{jk}}{N}$$

a_{ijk} : i 번째 소득계층, j 번째 연령계층, k 번째 성별계층에 속하는 사람의 의료이용량

n_{ijk} : i 번째 소득계층, j 번째 연령계층, k 번째 성별계층에 속하는 사람의 인구수

n_{jk} : j번째 연령계층, k 번째 성별계층에 속하는 인구수

N : 전체인구수

본 연구에서는 소득계층별 의료이용의 형평성 변화를 분석하고자 하였으며 이를 위해 의료이용집중곡선과 의료이용집중지수를 이용하였다. 의료이용집중곡선이란 소득수준이 가장 낮은 집단으로부터 높아지는 순서에 따라 누적인구비율을 표시하고, 종축에는 이들 계층이 이용한 의료이용지표의 누적비율을 표시한 것이다. 의료이용집중지수는 집중곡선과 대각선 사이의 면적을 두 배로 곱한 값이며, 의료이용의 불평등 정도를 소득수준과 연관시켜 측정하는 지수이다. 집중곡선이 대각선 아래에 위치할 때 집중지수는 양의 값을, 대각선 위에 놓일 때는 음의 값을 갖게 된다. 집중지수가 음(-)의 값을 갖는다면 전체 의료이용이 사회경제적 수준이 낮은 집단에게 의료이용이 집중되어 있음을 의미하며, 양(+)의 값을 갖는다면 사회경제적 수준이 높은 집단에게 의료이용이 집중되어 있음을 의미한다.

- 집중지수 $C = \eta \times 2$ (η : 대각선과 곡선사이의 면적, $-1 \leq C \leq 1$)
- 대각선과 곡선사이의 면적 $\eta = [(0.1 - X_1(\text{첫 번째 소득계층의 누적백분율})) \times 1/2 + ((0.1 - X_1) + (0.2 - X_2)) \times 1/2 + \dots + ((0.1 - X_3) + (0.2 - X_4)) \times 1/2 + (0.9 - X_9(\text{아홉번째 소득계층의 누적백분율})) \times 1/2] \times 0.1$

본 연구의 분석은 sas 9.1 version을 이용하였다.

III. 연구 결과

1. 조사 대상자의 일반적 특성

1) 사회인구학적 분포에 따른 의료이용 건수

의료이용건수는 '정책시행 전' 1,337,857건에서 '정책시행 후' 1,834,262건으로 37% 증가하였다 <표 1>. 남녀별, 연령별, 지역별 비율은 '정책시행 전'과 '정책시행 후'가 비슷하나 진료형태에 있어서는 입원이 외래보다 더 증가하였다. 지역별로는 정책이 시행된 후에 직장 가입자는 40%, 지역가입자는 30% 정도 증가하였다. 진료형태에 있어서는 외래가 23% 증가한 것에 비해 입원은 3배 이상 증가하였다. 소득계층에서 의료이용 건수는 감소하다가 증가하는 양상을 보이는데 전반적으로 소득이 높은 계층이 더 많이 이용하고 있으며 이러한 경향성은 정책시행 이후에도 유지된다. 의료이용건수의 증가는 소득 6계층이 약 65%로 가장 크다.

〈표 1〉 '정책시행 전'과 '정책시행 후'의 의료이용 건수

변수	구분	'정책시행 전'(2005. 1~8)		'정책시행 후'(2006. 1~8)	
		건수	비율(%)	건수	비율(%)
성별	남	626,919	46.9	858,759	46.8
	여	710,938	53.1	975,503	53.2
연령별	20세미만	17,169	1.3	22,549	1.2
	20세~64세	775,649	58.0	1,103,595	60.2
	65세이상	545,039	40.7	708,118	38.6
직역	직장	802,334	60.0	1,139,474	59.2
	지역	535,523	40.0	694,788	40.8
진료형태	외래	1,241,074	92.8	1,529,440	83.4
	입원	96,783	7.2	304,822	16.6
소득계층	1계층	132,668	9.9	177,707	9.7
	2계층	115,610	8.6	158,838	8.7
	3계층	106,493	8.0	143,509	7.8
	4계층	105,748	7.9	141,987	7.7
	5계층	126,369	9.4	166,517	9.1
	6계층	115,814	8.7	190,923	10.4
	7계층	143,549	10.7	152,179	8.3
	8계층	131,782	9.9	205,990	11.2
	9계층	163,581	12.2	216,274	11.8
	10계층	196,243	14.7	280,338	15.3
계		1,337,857	100.00	1,834,262	100.00

2) 조사 대상자의 사회인구학적 분포

'정책시행 전'과 '정책시행 후'를 비교한 결과 전체 의료이용자 수는 351,517명에서 407,747명으로 약 16% 정도 증가하였다<표 2>. 남녀별, 연령별, 직역별, 소득계층별 비율은 '정책시행 전'과 '정책시행 후'가 비슷하다. 진료 형태에 있어서는 입원과 외래 환자 수는 모두 증가하였는데 특히 입원에 대한 이용이 약 2.7배로 크게 증가하였다. 의료이용자의 성별로는 남자보다 여자의 비율이 약간 더 높고 '정책시행 전'과 '정책시행 후'에도 비슷한 양상을 보인다. 직역별로는 정책이 시행된 후에 직장 가입자는 20%, 지역가입자는 9% 정도 증가하였다.

〈표 2〉 '정책시행 전'과 '정책시행 후'의 조사대상자 수

변수	구분	'정책시행 전'(2005. 1~8)		'정책시행 후'(2006. 1~8)	
		사람수	비율(%)	사람수	비율(%)
성별	남	154,533	44.0	176,262	43.2
	여	196,984	56.0	231,485	56.8
연령별	20세미만	4,526	1.3	5,054	1.2
	20세~64세	208,650	59.4	251,100	61.6
	65세이상	138,341	39.4	151,593	37.2
직역	직장	210,656	59.9	254,507	62.4
	지역	140,861	40.1	153,240	37.6
진료형태*	외래	344,246	97.9	396,894	97.3
	입원	45,649	13.0	124,280	30.5
소득계층	1계층	36,410	10.4	40,854	10.0
	2계층	30,913	8.8	35,669	8.7
	3계층	27,973	8.0	31,623	7.8
	4계층	27,509	7.8	31,000	7.6
	5계층	32,637	9.3	35,935	8.8
	6계층	29,767	8.5	41,851	10.3
	7계층	37,217	10.6	33,428	8.2
	8계층	34,471	9.8	45,428	11.1
	9계층	42,754	12.2	48,123	11.8
	10계층	51,866	14.8	63,836	15.7
	계	351,517	100.00	407,747	100.00

* 진료형태에 있어 외래와 입원의 합이 100%를 넘는 것은 외래와 입원을 동시에 이용하는 경우가 있기 때문이다.

소득계층별 의료이용 환자 수는 모든 계층에서 증가하였는데 소득6 계층이 약 41%로 가장 많이 증가하였다. '정책시행 전'과 '정책시행 후' 모두 소득이 높아질수록 의료 이용 환자 수는 증가하는 양상을 보인다.

2. 가입자 자격, 성, 연령, 보험료에 따른 다변량 분석

다변량 분석 결과 '정책시행 전'과 '정책시행 후'의 네 가지 의료이용 지표 모형은 모두 통

계적으로 유의한 것으로 나타났다. 지역, 성별, 연령, 보험료가 모두 ‘정책시행 전’ 외래일수에 유의하게 영향을 미쳤다. 지역이 직장보다, 남성이 여성보다 외래방문일수가 더 크고 연령이 증가할수록 보험료가 높을수록 외래일수는 높아졌다. 외래진료비는 직장이 지역보다, 남성이 여성보다 크고 연령이 낮을수록 보험료가 높을수록 높아졌다. 입원일수는 지역이 직장보다 유의하게 높았고 연령이 높을수록 보험료가 낮을수록 높았다. 입원진료비는 남성이 여성보다 높았고 연령이 작을수록 보험료가 높을수록 높아졌다<표 3>.

<표 3> ‘정책시행 전’ 지역, 성, 연령, 보험료에 대한 다변량 분석

	외래일수	외래진료비	입원일수	입원진료비
지역	-0.06015** (0.03025)	6703.574 (5748.42)	-0.84646** (0.20795)	-45228 (44531)
성별	-0.76455** (0.03062)	-233214** (5817.706)	0.07258 (0.20842)	-412835** (44633)
연령	0.00638** (0.00105)	-630.78979** (200.2784)	0.01438** (0.00714)	-14850** (1529.096)
보험료	4.94094E-07* (2.62E-07)	0.2161** (0.04975)	-0.00001073** (1.98E-06)	0.78361* (0.42386)
F값	193.95	419.78	12.26	39.20
p	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

** : p<0.05, * : p<0.1

‘정책시행 후’ 외래일수는 지역이 직장보다, 남성이 여성보다 크고 연령이 높을수록 유의하게 증가하였고 보험료가 높을수록 커졌는데 이때 보험료는 유의하지는 않았다. 외래진료비는 지역이 직장보다 남성이 여성보다 높고 연령이 감소할수록 보험료가 높을수록 유의하게 증가하였다. 입원일수는 지역이 직장보다 남성이 여성보다 높았고 연령이 증가할수록 보험료가 감소할 수록 커졌다. 입원진료비는 지역이 직장보다 여성이 남성보다 높았고 연령이 감소할 수록 보험료가 높을수록 높았다. 입원진료비에서 보험료를 제외한 지역, 성별, 연령은 모두 유의하였다<표 4>.

〈표 4〉 '정책시행 후' 직역, 성, 연령, 보험료에 대한 다변량 분석

	외래일수	외래진료비	입원일수	입원진료비
직역	-0.13824** (0.02962)	-10868* (6135.147)	-1.62251** (0.15804)	-187779** (36145)
성별	-0.92507** (0.02975)	-309956** (6160.572)	-0.91357** (0.15754)	-946128** (36032)
연령	0.00541** (0.00103)	-982.74116** (213.6136)	0.06796** (0.00559)	-13949** (1277.44)
보험료	2.54213E-07 (2.27E-07)	0.16984** (0.04706)	-0.00001317** (1.28E-06)	0.17843 (0.29329)
F값	286.67	652.02	100.44	187.18
p	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001

** : p<0.05, * : p<0.1

3. 소득계층별 의료이용의 차이와 변화

1) 지역건강보험의 소득계층별 의료이용량 변화

〈외래의료이용〉

지역가입자의 1인당 외래일수와 외래진료비는 '정책시행 전'에는 소득10계층이 소득1계층보다 크고 소득계층에 따라 증가하다 감소하는 경향을 보인다<표 5>. '정책시행 후'의 외래일수는 '정책시행 전'과 비슷한 경향을 보이지만, 외래진료비는 소득계층이 높아질수록 더 커지는 양상으로 변화하였다. 전체적으로는 '정책시행 후'가 '정책시행 전'보다 외래일수가 0.5일 정도(7%), 외래진료비가 18%가량 증가하여 외래 진료비의 증가가 외래일수의 증가보다 더 크다. 외래일수와 외래진료비 모두 소득10계층보다 소득1계층의 증가가 약간 더 크다. '정책시행 전'과 '정책시행 후' 각각의 소득계층에 따른 의료이용량의 차이는 모두 유의하게 다른 것으로 나왔다(p<0.05).

한편 소득계층에 따른 의료이용의 집중도를 나타내는 의료이용집중지수에 있어 '정책시행 전'의 외래일수(집중계수 0.004)와 외래진료비(집중계수 0.019)는 모두 소득이 높은 계층에 유리하였다<표 9>. 또한 외래진료비의 집중지수는 0.019로 외래일수의 0.004보다 그 값이 큰

<표 5> 지역가입자의 1인당 외래일수 및 외래진료비변화

소득 계층	'정책시행 전' (2005. 1~8)		'정책시행 후' (2006. 1~8)		'정책시행 전후' 변화량	
	외래일수	외래진료비	외래일수	외래진료비	외래일수	외래진료비
1	6.30	592,988	6.76	734,018	0.46(7.3)	141,030(23.8)
2	6.39	624,062	6.62	734,335	0.22(3.5)	110,273(17.7)
3	6.39	618,843	6.85	765,624	0.47(7.3)	146,781(23.7)
4	6.39	637,688	6.92	749,741	0.53(8.2)	112,053(17.6)
5	6.57	668,029	6.99	802,790	0.41(6.3)	134,761(20.2)
6	6.76	684,771	6.84	758,441	0.08(1.1)	73,670(10.8)
7	6.61	672,360	6.80	760,530	0.19(2.8)	88,170(13.1)
8	6.57	677,350	6.85	807,594	0.28(4.2)	130,244(19.2)
9	6.44	663,307	6.93	810,858	0.49(7.7)	147,551(22.2)
10	6.39	655,484	6.81	804,717	0.41(6.5)	149,234(22.8)
p	0.0004	<0.0001	0.0144	<0.0001		
평균	6.46	647,214	6.91	769,030	0.45(7.0)	121,816(18.8)

데, 이는 소득 계층에 따른 불형평성이 의료이용의 양보다 의료이용의 질에 있어 더 크다는 것을 보여준다. '정책시행 후' 외래일수(집중계수 0.003)는 거의 변화하지 않았지만 외래진료비의 의료이용집중도(집중계수 0.014)는 감소하였다.

<입원의료이용>

지역가입자의 입원일수는 '정책시행 전'과 '정책시행 후' 모두 소득이 증가할수록 짧아지는 경향을 보였다<표 6>. 한편 입원진료비에 있어서 '정책시행 전'에는 소득이 증가할수록 입원진료비도 증가하는 양상을 보이는데 '정책시행 후'에는 소득 6계층의 값이 더 커져 이러한 경향성은 변화하였다. 전체적으로는 '정책시행 후'가 '정책시행 전'보다 입원일수가 20%, 입원진료비가 35%가량 증가하였는데 입원일수는 소득1계층이 더 많이 증가하였고 입원진료비는 소득 10계층이 약간 더 증가하였다. '정책시행 전'과 '정책시행 후' 각각의 소득계층에 따른 의료이용량의 차이는 모두 유의하게 다른 것으로 나왔다($p < 0.05$).

입원일수의 의료이용집중도는 소득이 낮은 계층에 유리한 경향을 갖고 있으며 '정책시행 후' 그 크기는 더 커져서 (-0.007에서 -0.013 로 변화) 소득이 낮은 계층에게 더욱 유리한 방향으로 입원일수의 변화가 이루어졌음을 알 수 있다<표 9, 그림 1>. 입원진료비는 소득이

〈표 6〉 지역가입자의 1인당 입원일수 및 입원진료비 변화

소득 계층	‘정책시행 전’ (2005. 1~8)		‘정책시행 후’ (2006. 1~8)		‘정책시행 전후’ 변화량	
	입원일수	입원진료비	입원일수	입원진료비	입원일수	입원진료비
1	20.49	3,859,820	25.38	5,215,615	4.89(23.9)	1,355,795(35.1)
2	20.23	3,801,704	24.64	5,144,882	4.41(21.8)	1,343,178(35.3)
3	20.31	3,816,206	24.79	5,228,113	4.48(22.1)	1,411,907(37.0)
4	19.89	3,898,048	24.50	5,346,529	4.60(23.1)	1,448,481(37.2)
5	19.99	3,842,945	24.55	5,337,131	4.56(22.8)	1,494,186(38.9)
6	20.51	4,121,065	24.86	5,415,491	4.35(21.2)	1,294,426(31.4)
7	18.99	3,990,893	23.46	5,240,396	4.47(23.6)	1,249,504(31.3)
8	19.80	3,939,162	23.42	5,306,614	3.62(18.3)	1,367,452(34.7)
9	19.59	4,155,227	22.99	5,324,035	3.40(17.3)	1,168,808(28.1)
10	17.88	3,865,780	21.23	5,287,581	3.35(18.7)	1,421,801(36.8)
p	0.0108	0.0022	<0.0001	0.0139		
평균	19.73	3,913,282	23.86	5,298,276	4.13(20.9)	1,384,994(35.4)

높은 계층에 유리하나 ‘정책시행 후’에 그 값은 작아져서 (0.011에서 0.004로 변화) 소득이 높은 계층에 대한 유리한 경향성이 완화되었다. 입원일수가 소득이 낮은 계층에 유리한 반면 입원진료비는 소득이 높은 계층에 유리한 것을 볼 때, 소득이 낮은 계층은 오래 입원하지만 소득이 높은 계층에 비해 이용하는 의료의 질에 있어서는 높지 않을 것임을 알 수 있다.

2) 직장건강보험의 소득계층별 의료이용량 변화

〈외래의료이용〉

직장가입자에서의 ‘정책시행 전’의 외래일수는 소득이 높아질수록 증가하다가 감소하는 경향을 보이며 외래진료비는 소득 7계층이 가장 크고 소득 1계층이 가장 작다<표 7>. 외래일수는 ‘정책시행 후’에도 ‘정책시행 전’과 비슷한 경향성을 보이며 외래진료비는 소득1계층이 ‘정책시행 후’ 약 20% 증가하였으나 여전히 가장 낮다. 전체적으로는 ‘정책시행 후’가 ‘정책시행 전’보다 외래일수가 4%, 외래진료비가 17%가량 증가하여 진료비의 증가가 더 크다. ‘정책시행 전’과 ‘정책시행 후’ 각각의 소득계층에 따른 의료이용량의 차이는 모두 유의하게 달랐다($p<0.05$).

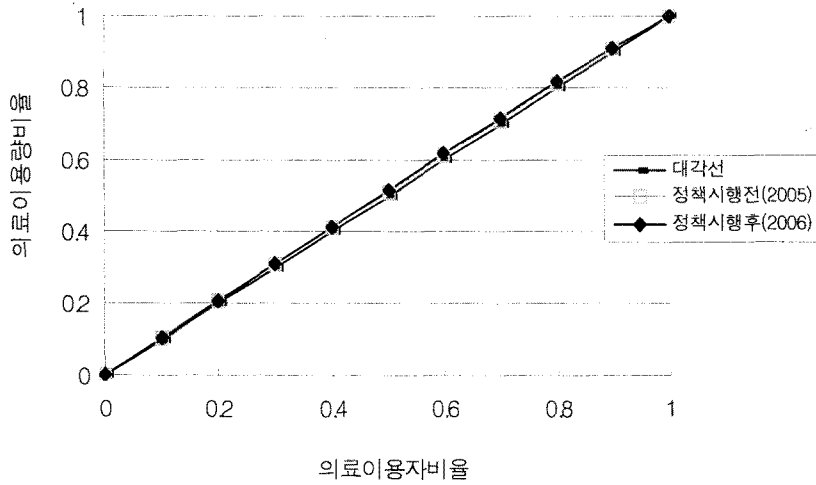


그림 1. 지역가입자 입원일수의 의료이용집중지수 변화

〈표 7〉 직장가입자의 1인당 외래일수 및 외래진료비 변화

소득 계층	'정책시행 전' (2005. 1~8)		'정책시행 후' (2006. 1~8)		'정책시행 전후' 변화량	
	외래일수	외래진료비	외래일수	외래진료비	외래일수	외래진료비
1	6.02	596,057	6.26	717,118	0.24(4.1)	121,061(20.3)
2	6.24	628,622	6.51	720,319	0.27(4.4)	91,697(14.6)
3	6.50	675,054	6.69	752,121	0.19(2.9)	77,067(11.4)
4	6.55	670,686	6.91	800,415	0.36(5.5)	129,729(19.3)
5	6.53	653,580	6.93	796,975	0.40(6.1)	143,395(21.9)
6	6.50	661,323	6.78	774,215	0.28(4.3)	112,892(17.1)
7	6.50	691,230	6.89	789,380	0.39(6.0)	98,149(14.2)
8	6.42	678,992	6.75	804,666	0.33(5.1)	125,674(18.5)
9	6.44	663,298	6.71	783,234	0.27(4.2)	119,936(18.1)
10	6.45	675,729	6.74	778,179	0.29(4.5)	102,450(15.2)
p	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001		
평균	6.42	661,377	6.67	771,008	0.25(3.9)	109,631(16.6)

외래일수와 외래진료비의 의료이용집중도는 '정책시행 전'과 '정책시행 후' 모두 소득이 높은 계층에 유리하고 정책시행을 전후로 하여 약간 증가하였다. 지역가입자와 마찬가지로 진

료비에 있어 의료이용집중도는 외래일수의 그 값보다 더 크다<표 9>.

<입원의료이용>

직장가입자의 소득에 따른 입원일수와 입원진료비는 '정책시행 전'과 '정책시행 후' 모두 소득이 증가할수록 증가하다가 감소하는 경향을 보인다. 의료이용지표 중 유일하게 소득1계 층이 소득 10계층보다 큰 값을 가졌다<표 8>. 정책이 시행된 후 입원일수가 20%, 입원진료 비가 33%가량 증가하여 진료비의 증가가 더 크다. '정책시행 전'과 '정책시행 후' 각각의 소득계층에 따른 의료이용량의 차이는 모두 유의하게 다른 것으로 나왔다($p < 0.05$).

<표 8> 직장가입자의 1인당 입원일수 및 입원진료비 변화

소득 계층	'정책시행 전' (2005. 1~8)		'정책시행 후' (2006. 1~8)		'정책시행 전후' 변화량	
	입원일수	입원진료비	입원일수	입원진료비	입원일수	입원진료비
1	18.25	3,642,786	21.14	4,738,324	2.89(15.8)	1,095,538(30.1)
2	18.57	3,642,652	22.86	5,031,205	4.29(23.1)	1,388,553(38.1)
3	19.71	3,932,473	22.91	5,069,920	3.20(16.2)	1,137,448(28.9)
4	19.35	3,839,605	23.80	5,343,150	4.46(23.0)	1,503,545(39.2)
5	19.44	3,990,217	22.91	5,153,641	3.47(17.8)	1,163,424(29.2)
6	19.26	3,965,175	22.82	5,188,425	3.56(18.5)	1,223,250(30.8)
7	19.04	3,895,489	23.10	5,271,919	4.05(21.3)	1,376,430(35.3)
8	19.68	3,983,818	22.06	5,017,955	2.38(12.1)	1,034,137(26.0)
9	17.62	3,702,051	21.72	4,931,375	4.10(23.3)	1,229,323(33.2)
10	16.61	3,684,507	20.88	4,970,200	4.26(25.7)	1,285,693(34.9)
p	<0.0001	0.0065	<0.0001	<0.0001		
평균	18.63	3,827,842	22.43	5,106,132	3.80(20.4)	1,278,290(33.4)

의료이용집중지수는 입원일수의 경우 -0.001로 0에 가까웠고 '정책시행 후'에도 같은 값을 가졌다. 입원진료비는 소득이 높은 계층에 유리하였는데 '정책시행 후'에는 그 방향성에서는 변화가 없으나 그 크기는 감소하였다<표 9>.

〈표 9〉 '정책시행 전'과 '정책시행 후' 의료이용집중지수 비교

		지역건강보험가입자		직장건강보험가입자	
		'정책시행 전'	'정책시행 후'	'정책시행 전'	'정책시행 후'
외래	일수	0.004	0.003	0.007	0.008
	진료비	0.019	0.014	0.013	0.015
입원	일수	-0.007	-0.013	-0.001	-0.001
	진료비	0.011	0.004	0.007	0.004

IV. 고 찰

1. 연구방법에 관한 고찰

암의 발생률이나 사망률과 관련한 연구는 다소 있으나 암환자의 의료이용의 형평성에 관한 연구는 많지 않다. L.A, Siminoff(2005)는 미국에서 암환자의 의료이용 접근성을 평가하였다. 가장 큰 인종적 소수집단인 아프리카계 미국인들의 암 발생률이나 사망률이 가장 높는데 이는 예방 및 치료서비스에 대한 접근의 차이에서 기인하며 보험 상태에서의 불평등을 그 원인으로 제시하였다. J. Battersby(2004)는 동부 잉글랜드의 세 지역에서 폐암 수술에 대한 형평성을 분석하였다. 발생률을 의료필요도에 대한 대리변수로 이용하여 상관계수를 구하였다. 국내에서 진행된 암환자 의료이용의 형평성에 관한 연구인 김철웅(2003)의 연구는 의료이용의 접근성이라는 측면에서 지리적 접근성을 통제하기 위해 제주도라는 지역으로 한정하여 분석하였다. 지역과 직장을 나누어 분석하였고 입원일수 및 진료비를 의료이용지표로 이용하였다. 소득계층별 의료이용량을 그 소득계층에 속하는 자격자수로 나누어 1인당 의료이용량을 구하였고 암환자의 의료필요도는 같을 것이라고 가정하고 의료이용집중지수를 구하였다. 김정희(2007)는 보장성 강화정책 실시로 인한 암환자 의료이용의 형평성 변화를 관찰하였다. 비급여 진료비까지 포함하여 분석하였는데 이에 대한 자료가 전체 암환자에 대해 구축되어 있지는 않기 때문에 표본 추출한 요양기관의 암환자를 대상으로 분석하였다. 소득계층은 표본 집단 암환자만으로 구분하였고 지역과 직장의 구분 없이 분석하였다. 입내원일수, 진료비, 요양기관종별 분포, 급여률을 의료이용 지표로 보았고 의료이용집중지수와 불평등기울기지수, 불평등 상대지수, 보험료대비 급여비 비율을 불평등지수로 비교하였다. 김정희(2007)는 의료필요도로 합병증을 이용하고자 하였으나 의료이용량에 미치는 영향은 유의하지 않는 것으로 나타났다. 한편 이상이(2006)는 생존기간에 따른 소득계층별 의료이용량을 구하였다.

본 연구에서 주상병기호를 이용하여 연구대상자에 관한 자료를 수집하였는데 이 경우 암 보장성 강화정책의 대상자가 아닌 경우에도 연구대상으로 포함되는 문제가 있을 수 있다. 주상병 기호가 암인 경우에도 암 환자 확진 및 등록여부에 따라 보장성 강화정책의 범주에 포함되게 되는데 '정책시행 전'에 이들을 분리해내는 것은 사실상 가능하지 않다. 따라서 '정책시행 후'에 대해서도 주상병 기호가 암이라면 암 환자로 등록되지 않은 사람들도 분석에 포함하였다. 암으로 확진되지 않은 사람들이 포함되어 의료이용량이 과소 추계 될 수 있으나 소득계층별로 그 비율에 있어 차이가 클 것이라고 생각되지는 않았기 때문이다.

소득계층별 효과를 정확히 파악하기 위해서는 소득자료를 얻는 것이 중요한데 본 연구에서는 건강보험 보험료를 소득의 대리변수로 사용하였다. 직장건강보험 가입자의 경우는 월 소득의 정률로 보험료를 부과하므로 소득 파악이 정확하고, 지역건강보험 가입자의 경우도 월 소득과 자산 등을 기준으로 부과하므로, 보험료 부과자료는 실제소득에 대한 대리변수로서 신뢰성이 높다(김철웅, 2003).

소득계층을 구분함에 있어, 김철웅(2003)은 전체 건강보험자격자의 보험료로 소득을 구분하고 김정희(2007)는 표본 집단 암환자 만을 대상으로 그들의 보험료를 이용하여 소득을 구분하였다. <표 2>에서 전체 인구집단의 보험료분위로 암 환자의 소득계층을 구분한 경우 계층별로 인구수가 같지 않다는 것을 알 수 있으며, 이를 통해 볼 때 소득계층 구분 방식은 연구 결과에 영향을 줄 수 있다. 본 연구에서는 암 환자 내에서의 소득수준이 아니라 전체 인구 집단에서의 소득수준에 따른 의료이용의 형평성을 보고자 하였기 때문에 전체인구집단의 소득분위로 연구대상자의 소득수준을 구분하였다.

또한 '정책시행 전'과 '정책시행 후'의 의료이용 비교를 위해 시간변화에 따른 물가상승률과 의료이용 자연증가율을 보정하고자 하였다. 의료이용 자연증가율은 이를 따로 알 수 있는 자료가 없고 2006년 증가율을 이용할 경우 정책으로 인한 효과가 포함되게 되므로 의약분업이 시행되기 전인 2001년부터 보장성 정책이 시행되기 전인 2004년까지의 전체 의료이용건수 증가율의 평균을 구하여 이용하였다.

의료이용의 형평성을 보는 지표로 가장 많이 활용되는 Le Grand 지수는 의료필요도를 측정하여 의료필요도 집중지수와 의료이용 집중지수와 차이를 보는 것이다(Le Grand, 1982). 1인당 의료이용량을 구하여 의료이용의 형평성 정도를 분석할 경우, 의료이용자만을 대상으로 1인당 의료이용지표를 구하는 방법과 각 소득계층의 의료이용량을 소득계층에 해당하는 전체보험가입자수로 나누어 1인당 의료이용지표를 구하는 방법이 있다. 전자의 방법을 따를 경우 암 의료이용자들의 소득계층에 따른 형평성 정도를 파악할 수 있으나 의료이용을 하지 못하는 사람들이 존재할 경우 이들이 배제되게 되는 문제가 있으며, 후자의 방법을 따를 경우 소득계층별 인구집단의 암에 대한 의료필요 지표를 반영해야 한다. 암에 대한 소득계층의

의료필요지표로는 암 유병률을 이용하는 것이 타당할 것이나 이에 대한 체계적인 자료가 구축되어 있지 않은 상황에서 암 의료이용 자료만으로 이를 구할 경우 의료이용량을 구하는 방식과 중복되므로 적절하지 않다고 생각된다. 본 연구에서는 암 환자들 간의 형평성을 보고자 하였기 때문에 의료이용자들만을 대상으로 의료이용집중지수를 구한 전자의 방법을 이용하였다. 한편, 암 환자 내에서도 암 환자의 병기에 따라 의료필요도가 달라질 것이나 병기에 대한 체계적 자료가 구축되어 있지 않아 의료필요도가 모두 같다고 가정하고 의료이용집중지수를 형평성 지수로 사용하였다.

2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구 결과 보장성 강화정책이 시행된 이후 1인당 의료이용량은 증가하였다. 이는 본인부담율을 인하한 보장성 강화정책이 암 환자에 있어 미충족된 의료에 대한 이용을 증가시켰기 때문이라고 생각된다. 일반적으로 암과 같은 중증질환은 환자 개인의 선택보다는 의료인의 결정에 의해 의료이용이 이루어진다고 생각되어지나, 반드시 그렇지는 않음을 알 수 있다. 소득계층에 따른 의료이용자비율은 '정책시행 전'과 '정책시행 후' 모두 높은 소득계층이 더 컸는데, 소득이 낮을수록 암 발생률이 높다는 이상(2006)의 연구 결과를 고려한다면, 소득이 낮은 계층의 경우 암 환자임에도 여전히 의료이용에 제약을 갖는 사람이 상당수 존재한다는 의심을 갖게 한다. 이는 소득계층이 낮을수록 암 의료이용률이 낮았다는 최병호(2005)의 연구 결과와도 연결된다.

외래보다는 입원에 있어 의료이용의 증가가 더 큰데, 입원의 경우 외래보다는 상대적으로 질환의 중증도에 의해 의료 이용이 이루어짐을 고려할 때 중증도가 높은 질환에 있어서도 기존에 충족되지 못한 의료필요가 존재했음을 보여준다. 또한, 20~50%에서 10%로 대폭 변화한 입원의료의 본인부담률 감소폭이 20%에서 10%로 변화한 외래의료의 본인부담률 인하폭보다 더 큰 것 역시 입원 의료이용 증가가 외래 의료이용 증가보다 더 큰데 기여한 것으로 보인다.

전체 의료이용건수 및 의료이용자수의 증가에 있어 의료이용건수의 증가는 소득 6계층이 가장 크지만 1인당 의료이용건수를 구할 경우 소득계층별로 그 값은 비슷하다. 따라서 소득 6계층의 의료이용건수의 증가는 의료이용자수의 증가로 인한 것임을 알 수 있다. 이는 소득이 낮은 계층에서 경제적 장벽으로 인해 의료이용을 하지 못한 사람들의 접근성이 개선되었으나 10%의 본인부담이 존재하므로 중간계층에 그 효과가 더 크기 때문인 것으로 생각할 수 있다. 한편 경제적 수준 외에도 이와 관련된 교육수준, 지리적 접근성 등으로 인해 본인부담 인하 정책의 효과가 소득이 낮은 계층에서 더 작은 것으로 생각된다(L.Paterson et al, 2002).

다변량 분석에서 연령은 입원일수와 입원진료비, 외래일수와 외래진료비에서 다른 방향으로 작용하는데 이는 나이가 들수록 강도 높은 처치보다는 관리 및 요양등과 같은 서비스를 주로 이용하기 때문으로 생각된다. 한편, '정책시행 전'의 보험료는 외래일수, 외래진료비, 입원진료비에는 양의 방향으로, 입원일수에서는 음의 방향으로 유의하였다. 외래일수와 입원진료비의 경우 유의하지는 않았지만 '정책시행 후'의 외래일수, 외래진료비, 입원일수에서 소득이 높은 계층에 유리한 방향이 감소하였고 입원일수에서 소득이 낮은 계층에 유리한 방향이 더 증가하였다. 유의하지는 않았지만 입원진료비에서 감소가 큰데 이는 의료이용집중지수가 보여주는 결과와도 일치한다.

입원진료비에서 의료이용집중지수의 개선은 소득이 낮은 계층이 소득이 높은 계층보다 경제적 문제로 인해 의료에 대한 접근이 더 제한되어 있을 것이라는 본 연구의 가설을 지지해 준다. 이는 저소득층은 본인부담수준에 따른 의료이용의 탄력성이 크기 때문인 것으로 여겨진다. 국내에서 소득계층에 따른 암 의료이용의 차이를 고찰한 김철웅(2005)의 연구와 이상이(2006)의 연구 역시 암 의료이용이 경제적 수준에 따라 차이가 존재함을 보여주었다.

<표 9>에서 지역가입자와 직장가입자의 외래일수의 의료이용집중도는 거의 변화하지 않았고 지역가입자의 외래진료비에서의 의료이용집중지수가 감소하였다. 한편 외래일수보다 외래진료비의 집중지수 값이 더 큰데 이는 소득이 높은 계층에서 외래 방문일수 뿐 아니라 방문 당 진료비도 더 크다는 것을 보여준다. 직장가입자의 경우 그 값이 크지는 않았지만 입원일수는 지역가입자와 직장가입자 모두 소득이 낮은 계층에 유리한 경향성을 보였고 입원진료비는 소득이 높은 계층에 유리한 경향성을 보였다. 입원진료가 전문가의 판단에 따라 이루어진다는 점을 고려한다면, 소득이 낮은 계층이 질병의 중증도로 인해 입원은 더 길게 하지만 경제적 장벽으로 인해 진료비로 나타나는 입원의료의 질은 더 낮은 것으로 여겨진다. 한편 '정책시행 후'에는 지역가입자와 직장가입자 모두 입원진료비에 있어 비형평성이 완화되었다(집중계수의 크기가 감소함). 또한 소득이 낮은 계층의 입원일수가 소득이 높은 계층보다 더 큰 것은 소득이 낮은 계층이 경제적 문제로 인해 질환이 더 악화된 상태에서 치료를 받게 되는 것이 아닌가라는 의문을 갖게 하는데 향후 이러한 부분에 대해 암의 병기 자료 등을 이용한 추가적 연구가 필요하다고 생각된다.

입원에 비해 외래에 있어서 높은 소득계층에 유리한 의료이용(일수와 진료비)의 경향성이 더 강하게 나타났는데, 이는 입원진료와 외래진료의 특징에서 기인하는 것으로 보인다. 암 환자 중에서도 상대적으로 중증일 때 이용하게 되는 입원 진료의 경우에는 정해진 치료라는 정도는 받아야 하기 때문에 입원진료비에 있어 의료이용집중도는 외래진료비에서보다 크지 않은 반면 입원보다 외래에서는 치료 종류에 대한 환자의 선택의 폭이 상대적으로 더 클 수 있으므로 지불능력에 따른 의료 이용의 차이도 더 큰 것으로 추정할 수 있다.

암 보장성 강화 정책의 효과를 평가한 김정희 연구(2007)의 급여진료비 부분과 본 연구의 결과를 비교할 경우 외래와 입원진료비에서 그 값이 다르게 나왔다. 김정희(2007)는 입원진료비의 경우 '정책시행 전'에도 소득이 낮은 계층에 유리하였고 '정책시행 후'에 유리한 경향이 더 증가하였다고 하였으나 본 연구에서는 '정책시행 후'에 그 값이 감소하기는 하였으나 '정책시행 전'과 '정책시행 후'에 모두 소득이 높은 계층에 유리하였다. 외래진료비의 경우 김정희 연구(2007)에서는 '정책시행 전' 소득이 높은 계층에 유리한 경향이 '정책시행 후'에는 소득이 낮은 계층에 유리한 방향으로 바뀌었다고 하였으나 본 연구에서는 '정책시행 전'과 '정책시행 후'에 모두 소득이 높은 계층에 유리하였으며 그 값 역시 거의 변화하지 않았다. 김정희(2007)의 연구와 본 연구의 결과가 다른 것은 연구방법상의 차이 때문으로 여겨진다. 분석과정에서 직장과 지역을 구분하였다는 점과 소득계층 구분 방법으로 인해 결과의 차이가 나타났다고 생각된다. 지역과 직장은 보험료 추정방식이 다르며 다변량 분석을 시행한 결과에서도 의료이용량에 영향을 미치는 유의한 변수로 나타났다. 또한 소득구분에 있어 김정희(2007)는 의료이용자만의 보험료로 소득계층을 구분하였는데 본 연구에서 나타난 소득계층별 인구구조와 연관시켜 본다면 전체 인구집단에서는 높은 소득 계층에 있는 암환자가 상대적으로 낮은 계층에 포함되는 문제가 발생하였을 것이다.

본 연구에서 형평성 지수로 사용한 의료이용 집중지수의 값이 크지는 않았는데, 이는 암과 같은 중증질환의 경우 의료 이용에 있어 선택의 폭이 크지 않으므로 의료이용량의 차이도 (다른 질환에 비해) 크지 않기 때문인 것으로 생각된다. 또한 의료이용자만을 대상으로 하였으므로 소득이 낮은 계층에서 암 질환 판정 이후 치료 자체를 포기하는 환자들 있다면 이들이 포함되지 못하여 의료이용 집중지수에 영향을 미치지 못할 수도 있다.

3. 연구의 제한점

본 연구는 다음과 같은 한계를 갖는다. 첫째, 자료상의 한계로 인해 암의 중증도를 보정하지 못하였다. 의료필요도를 정함에 있어 암 환자라는 공통점을 갖고 있기 때문에 필요도 역시 같다고 가정하였으나 암 환자내에서도 암의 병기별로 의료서비스에 대한 필요 정도는 달라질 수 있다. 그러나 건강보험 급여 자료에는 암의 병기를 알 수 있는 자료가 따로 없어 이를 반영하지 못하였다. 둘째, 비급여를 포함하지 못하였다. 암이 중증질환이라는 특징상 보험 급여 내 진료에 있어 선택의 폭이 크지 않을 것이라고 생각되며 비급여에 있어 계층별로 의료 이용의 차이가 더 클 것이라고 예상할 수 있으나 건강보험 자료를 이용하였기 때문에 이를 확인할 수는 없었다. 셋째, 연구 대상이 되는 시기가 보장성 정책이 시행된 지 채 1년이 되지 않는 때이므로 정책의 효과가 나타나기에는 짧은 시점일 수 있다. 특히 소득이 낮은 계

층의 경우 정보에 대한 접근 등이 소득이 높은 계층보다 낮다는 점을 고려할 때 소득이 낮은 계층에게 정책의 효과가 나타나기 위해서는 일정 정도의 시간이 소요될 필요가 있다고 생각된다.

4. 정책적 제언

본 연구 결과 보장성 강화 정책 이후 암 의료이용자수가 증가하였는데 이는 생사가 결정되는 중증질환임에도 암보장성 강화 정책 시행 전에는 경제적 장벽으로 인해 의료이용에 제약이 있었음을 보여준다. 정책시행 후에도 여전히 소득이 낮은 계층의 암 의료이용자수가 더 작아 이러한 이유가 소득이 낮은 계층이 암 검진 자체가 낮은 것에서 비롯되는 것인지, 암으로 확진 받은 후에도 치료를 포기하는 것인지에 대해서는 향후 추가적인 연구가 필요하며 그에 맞는 적절한 대책이 수립될 필요가 있다. 한편, 본 연구를 통해 볼 때 암 이외의 상대적으로 경증인 질환에 있어서도 소득이 낮은 계층에 불리한 의료이용이 존재할 것임을 추측할 수 있다. 암보장성 강화정책 시행으로 의료이용의 형평성이 개선되었다는 점을 고려할 때 전반적인 보장성 확대가 필요할 것이다.

보장성 강화 정책을 통해 입원진료비에 있어 형평성은 개선되었지만 외래진료비에서의 비형평성은 상대적으로 높은 편인데 이는 소득이 낮은 계층이 상대적으로 덜 위중한 경우 이용하게 되는 외래진료에 있어서는 여전히 경제적 장벽을 갖고 있는 것으로 해석할 수 있다. 외래진료를 통해 지속적으로 자신의 건강상태를 확인하고 질환이 진행되는 것을 막을 수 있다는 점에서 소득이 낮은 계층의 접근성을 보다 높이기 위한 정책이 필요하다고 생각된다. 이를 위해서는 경제적 수준 외에도 소득이 낮은 계층의 의료이용에 영향을 미치는 인자들인 문화적, 지리적 측면을 고려한 다방면적 정책 마련이 필요하다고 생각된다.

한편, 영국에서는 암 질환 관련 정책(Department of Health in UK, 2007)에 암 불평등을 줄이기 위한 정책제안을 포함하고 있으며 암 질환 관련 정책에 대한 '형평성 영향 평가(equality impact assessment)'를 시행하고 이에 대한 결과를 함께 발행한 바 있다. 우리나라의 경우 암환자에 대해 형평성 차원에서의 접근이 이루어지고 있지는 않으며 시행된 정책이 건강형평성에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 평가도 거의 진행되지 않는다는 점에서 이에 대한 정부의 관심과 정책적 지원이 필요할 것이다.

참 고 문 헌

국민건강보험공단. 암환자본인일부부담금 산정특례기준 고시. 서울:국민건강보험공단; 2005.

- 국민건강보험공단. 보험료조건표. 서울:국민건강보험공단;2006.
- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 서울:국민건강보험공단;2006.
- 국민건강보험공단. 암환자 치료비 부담 보도자료. 서울:국민건강보험공단;2007.
- 김정순. 역학원론. 서울:신광출판사;2000.
- 김정희. 암 보장성 강화정책이 의료이용의 형평성에 미친 영향에 관한 연구[박사학위 논문]. 부산:인제대학교 대학원; 2007.
- 김창엽. 국민건강보험의 과제: 보장성 강화. 서울:복지동향;2001.
- 김철웅, 이상이, 홍성철. 제주도 주민의 소득계층에 따른 암 입원 의료이용의 차이. 보건행정학 회지 2003;13(3):104-128.
- 명지영. 의료이용의 형평성에 관한 실증적 연구[석사학위 논문]. 서울:서울대학교 대학원;1995.
- 문옥륜, 이규식, 이기효, 장동민, 이해중, 김창엽 등. 의료서비스의 배분적 정의. 서울:서울대학교 출판부;1999.
- 배상수. 지역건강보험의 실시에 따른 의료이용 변화 분석 - 소득계층별 의료필요충족도를 중심으로. 보건행정학회지 1992;2(1):167-203.
- 이상이. 소득계층에 따른 암 환자의 암 중별 의료이용에 관한 연구. 서울:보건복지부;2006.
- 최병호, 노연홍, 윤병식, 신현웅. 국민의료의 형평성 분석과 정책과제. 서울:보건사회연구원;2004;09.
- Department of Health in UK. Cancer Reform strategy : equality impact assessment. London: Department of Health;2007.
- Hart, T. The Inverse Care Law. Lancet 1971;1:405-12.
- I.Paterson, K.Judge. Equality of Access to Healthcare. In: J.P.Mackenbach, M.Bakker, editors. Reducing Inequalities in Health: A European Perspective.London and NewYork:Routledge: 2002. pp169-187.
- J.Battersby, J.Flowers and I.Harvey. An alternative approach to quantifying and addressing inequity in healthcare provision: access to surgery for lung cancer in the east of England, J. Epidemiol. Community Health 2004;58:623-625.
- L.A.Siminoff and L.Ross. Access and equity to cancer care in the USA: a review and assessment, Postgrad. Med. J. 2005;81:674-679
- Le grand. The strategy of Equality. George Allen & Unwin: 1982. pp23-53.
- O'Donnell O, Doorslaer VE, Wagstaff, A. Quantitative Techniques for Health Equity Analysis. World Bank;2007.
- OECD. OECD health data. OECD;2007.